

吉海旺脏腑辨证治验举隅

衣 蕾^{1*} 雷瑗琳²

(1. 陕西省人民医院, 西安市友谊西路 256 号, 710068; 2. 西安市中医院)

* 通讯作者: yilei0304@sina.com, 13772151282

吉海旺(1954—),男,1977年毕业于陕西中医学院医疗系。现任中华中医药学会风湿病学会常委,陕西中医药学会常务理事等职。陕西省人民医院中医科主任,主任医师,陕西中医学院教授,全国第四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,中国中医科学院博士研究生导师。从事医疗、教学、科研及干部保健工作30多年,发表论文近40篇,并参与编写及主编《孙思邈千金方研究》、《中医偏方集锦》等著作。主持、参与、指导多项省中医管理局科研项目。

【关键词】 内伤杂病;脏腑辨证;经验;吉海旺

陕西省人民医院吉海旺主任非常重视脏腑辨证,认为脏腑辨证既能审视疾病病变的部位,又能判清机能状态,是其他各种辨证的基石,现将他运用脏腑辨证的若干体会及验案介绍如下。

1 治疗类风湿关节炎从肾论治

类风湿关节炎属中医“痹证”、“骨痹”、“尪痹”范畴,历代医家多将其病因归为外邪入侵,与风、寒、湿三邪密切相关,例如《素问·痹论》说:“所谓痹者,各以其时,重感于风寒湿之气也”;“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。吉老师认为,类风湿关节炎的病因是正气不足(肾虚),并感受外邪,其中,内因是发病的基础,而外因是发病的重要条件;提出肾精充盈则邪不易侵而不病;肾虚精亏,或先天禀赋不足,外邪侵袭则可导致类风湿关节炎的发病;肾虚之人感受风寒湿等外邪后,阻于经络,留于关节,使气血痹阻,形成瘀血,瘀血阻络,不通则痛。同时肾为五脏之根本,肾虚则五脏不固,邪气可导致脏腑功能异常,及气、血、津液运化失常,从而产生内寒、内热、痰浊,瘀血与寒、热、痰浊等相互交结,停留在局部,阻碍气血,导致关节肿胀、疼痛、僵硬、畸形;内舍于脏腑,导致脏腑功能失调,变证丛生。在治疗上应以补肾活血为主,兼以祛风,并兼顾他症;提倡将补肾活血贯穿于类风湿关节炎治疗的全过程。药用:生地黄、熟地黄、巴戟天、杜仲、牛膝等补肾壮骨,赤芍、丹参、牡丹皮、莪术等活血通络,羌活、独活、秦艽、威灵仙等祛风除湿,从而发挥中医药在缓解类风湿关节炎症状、减轻抗风湿药的毒副作用、改善患者的生活质量等方面的独特优势。

例1:张某,女,67岁,2009年9月23日初诊。患者11个月前无明显诱因出现关节肌肉酸痛,晨僵1个小时,且与气候变化有关,在西安市某医院诊断为“类风湿关节炎”,服甲氨蝶呤片每周10mg,现肝功能异常,拟中医治疗,遂求诊于吉老师。刻诊:双手指间关节、掌指关节肿胀,疼痛,活动受限,压痛明显,食纳差,口淡无味,大小便无异常,舌淡、苔白,脉细弦。查血沉(ESR)80mm/h,血清C反应蛋白(CRP)45mg/L,类风湿因子(RF)204IU/L,双手X线片:X线分级Ⅲ级。治以补肾活血,祛风止痛,处方:巴戟天15g,杜仲15g,续断15g,怀牛膝15g,牡丹皮12g,黄芪30g,秦艽15g,红藤20g,羌活12g,独活12g,焦三仙各15g,桂枝10g,丹参20g,威灵仙15g,7剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。二诊:患者关节疼痛较前减轻,食纳好转,仍口淡无味,大便每日一二次,不成形,舌淡红、苔白,脉细弦。在原方基础上加鸡内金10g,(煨)豆蔻12g,7剂。之后以此方为基础随症调整,并逐渐将甲氨蝶呤片减量,至2010年2月1日,已停用甲氨蝶呤片,患者关节肿痛消失,病情稳定。

2 治疗时令咳嗽从脾胃论治

时令咳嗽是临床常见病,多发病,四时均可发病,而以秋冬为著,常见于现代医学的上呼吸道感染、急慢性支气管炎、肺炎等疾病,咳嗽既是一种病理性表现,又是一种生理性反射,部分患者应用西药抗菌、抗病毒治疗后可获得痊愈,然而还有相当一部分患者经上述治疗效果欠佳。吉老师认为,一方面外邪犯肺,肺宣发肃降功能失调,子病犯母,必然影响脾胃;另一方面,抗生素的使用也造成脾胃受损。脾为后天之本,为气血生化之源,脾胃受损,气血生化乏源,肺失濡养;脾主运化水谷精微,与水液正常代谢有着密切的关系,脾胃受损则水津失运,停聚于胃而为痰为饮,脾虚蕴湿,痰浊内生,上输于肺,故曰“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”。因此,该病病位虽然在肺,但主要责之于脾,治疗上当以调理脾胃,扶

(下转第1744页)

敏感性,但相关系数均小于0.5,说明与RA疾病活动相关关系并不密切,且统计显示RA湿热痹阻型以高活动度为主,寒湿痹阻型以中低活动度为主。因此,有理由认为,4项指标诊断意义有助于对RA病情活动的评估。

本研究结果受样本数量及病例来源地区所限,有待与其他地区合作收集更多的RA中医证候资料,在RA常见两证型客观化研究的基础上,进一步探讨RA其他证型的客观化规律,为RA中医证候的客观化、科学化提供依据。

参考文献

[1] 金明兰, 郑国峰, 金良怡. 类风湿关节炎发病机制及其治疗方法研究进展[J]. 中华现代临床医学杂志, 2007, 5(2): 119—121.

[2] 姜泉, 蒋红, 曹炜, 等. 475例类风湿关节炎患者中医临床证候分析[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 253—255.

[3] 孙丽霞, 汪悦, 金桂兰. 对268例类风湿关节炎患者中医证型分布的调查[J]. 江苏中医药, 2008, 40(12): 25—26.

[4] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The Ameri-

can Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315—324.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 115—117.

[6] Prevoo ML, van't Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 1995, 38(1): 44—48.

[7] 于秀明, 刘学明, 侯云峰, 等. 类风湿性关节炎中医辨证分型与实验室指标的研究[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(7): 1462—1464.

[8] 李静, 柏干革, 王勇, 等. 401例类风湿关节炎患者中医证候要素分析[J]. 第三军医大学学报, 2010, 31(21): 2103—2105.

[9] 谢丽萍, 肖敬, 史伟, 等. 广西地区类风湿关节炎中医证候分布的研究[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(2): 380—381.

(收稿日期: 2011—01—13; 修回日期: 2011—05—12)

[编辑: 侯建春]

(上接第1732页)

正祛邪为主。方用三子养亲汤加味, 其中, 紫苏子降气除痰; 莱菔子行气消食、祛痰降气; 白芥子利气豁痰, 温中散寒, 三味合用降气止咳, 化痰消食, 配黄芩、桔梗、鱼腥草等清热解毒, 半夏、陈皮、浙贝母等行气化痰, 使其从调理脾胃, 扶正治本中化痰止咳, 往往可收到良好的疗效。

例2: 李某, 男, 75岁, 2009年1月5日初诊。患者1个月前受凉后发热, 体温38℃, 下午明显, 恶寒, 关节酸困, 咳嗽, 咯痰色白, 大便不成形, 小便量少。静脉滴注“哌拉西林舒巴坦钠”2周后, 仍间断性发热、恶寒, 关节酸痛, 咳嗽, 咯痰色白, 精神差, 食纳差, 大便不成形, 小便量少, 舌淡、苔白, 脉细。血常规示: 白细胞(WBC) $2.60 \times 10^9/L$, 中性(N) 0.211, 淋巴(L) 0.458。既往有慢性支气管炎、肺气肿病史。治以健脾益气, 祛痰止咳, 处方: 紫苏子15g, 白芥子12g, 莱菔子15g, 黄芪30g, 防风12g, 党参15g, (炒)白术15g, 前胡15g, 白前12g, 柴胡15g, 甘草10g, 7剂。二诊: 患者发热, 恶寒, 关节酸困等症明显减轻, 仍咳嗽, 咯痰量减少, 食纳好转, 舌淡红、苔白, 脉细, 原方续服7剂。1月19日三诊: 无发热, 恶寒, 关节酸困等症, 轻咳, 无痰, 精神、食纳、大小便情况良好。复查血常规WBC已恢复正常。

3 慢性萎缩性胃炎从肝论治

吉老师认为, 此病可归于中医“痞满证”范畴, 该

病的发生往往与情绪因素密不可分, 多为精神紧张或不良情绪刺激后发病或病情加重, 盖因肝气郁结, 失其疏泄, 横逆犯脾, 致使脾胃之升降降浊功能紊乱, 从而出现胃脘不舒, 烧心嘈杂, 胀满隐痛, 胸膈满闷, 暖气频作等症, 当治以和胃降逆、疏肝理气之法, 方用《兰室秘藏》之消痞汤加减, 方中半夏辛开苦降、散结止呕; 柴胡疏肝理气; 陈皮理气健脾; 黄连、黄芩苦寒泄热; 佐以党参、大枣补益中气; 使以甘草调和诸药, 共奏寒热并用、辛苦并进、补泻同施之功, 因此, 临床能收到较理想的疗效。

例3: 王某, 女, 61岁, 2009年8月9日初诊。患者近半年来, 间断性胃脘胀满疼痛不舒, 两胁胀痛, 口干, 无反酸, 无恶心、呕吐, 食纳差, 睡眠差, 大小便正常。舌淡、苔薄白, 脉细弦。胃镜示: 慢性萎缩性胃炎, Hp(+), 既往有高血压病史。治以和胃降逆, 疏肝理气, 处方: 柴胡15g, 枳壳12g, 黄芩12g, 莱菔子12g, 法半夏12g, 香附12g, 木香9g, 蒲公英20g, 砂仁10g(后下), 黄连9g, 鸡内金12g, 焦三仙各15g, 当归12g, 甘草6g, 7剂。二诊: 诉胃脘不适, 两胁胀痛, 睡眠明显好转, 仍口干, 舌燥咽干, 大便不畅, 原方加沙参12g, 麦冬12g, 继服7剂。之后以此方为基础随症调整, 至10月28日复诊, 诸症好转, 遂停药。