

不举”的原则。虽“治上焦如羽”的适用病证范围在温病初期肺卫表证^[12],但笔者认为,此言之真谛在于具体问题具体分析。吴鞠通将宣气化湿法广泛运用于上、中、下三焦的具体病证中,用“治上焦如羽”的基本精神进行具体分析治疗。而此法以“宣气”为主,且所宣之气为肺气。“肺位最高,药过重则过病所”,故药当以质地轻浮为宜。如杏仁、桔梗、淡豆豉、苇茎等皆为“轻而如羽”之品。

5 临床验案

鲁玉辉教授在宣气化湿法的使用上颇有心得。今择取验案 1 则。

刘某,女,42 岁。2017 年 5 月 16 日初诊。主诉:头面、下肢浮肿 1 月余。患者无明显诱因出现颜面部、下肢浮肿,晨起眼睑、面部肿甚,带有紧绷感;午后下肢浮肿显著。血、尿常规及肾功均无明显异常。西医诊断为特发性水肿。刻诊:头面、双下肢水肿,按之没指,小便短少,身体困重,胸闷,纳呆,泛恶。苔白腻,脉沉缓。中医诊断为水肿,辨证为水湿浸渍,予行气化湿,利水消肿之五皮饮治疗。处方:陈皮 10g,茯苓皮 30g,大腹皮 20g,桑白皮

15g,冬瓜皮 20g,泽泻 12g,白术 12g,甘草 3g。7 剂。每日 1 剂,每日 2 次,水煎服。

2017 年 5 月 23 日二诊:浮肿有所减轻,但头面、下肢仍有浮肿,尚胸痞。考虑乃水湿困阻三焦,气机不畅所致,宜宣开肺气,助湿化行。故予上方加桔梗 6g,杏仁 10g,紫苏梗 20g,豆蔻 10g。7 剂。

2017 年 5 月 30 日三诊:服药后大小便通利,水肿大减。继用上方,去茯苓皮,改用茯苓 30g,改白术为 30g 以健脾祛湿巩固疗效。7 剂。药后电话随访已痊愈。

按 患者一诊以行气利水渗湿治疗,疗效不著,仍见下肢浮肿,胸痞。由此可辨,湿浊并非仅犯下焦,乃蕴结三焦也。上闭肺窍,故见胸痞;湿阻中焦,则便溏;湿浸下焦则见下肢水肿。因此本案宜合用宣气化湿法,使“气化湿亦化”。故加用桔梗、杏仁开宣肺气,苏梗既宣上又行气于中,白蔻仁行气畅中,诸药合用以达宣上、畅中、利下之效,使湿邪得以从三焦分消走泄,湿化肿自消。

综而述之,吴鞠通在临证上对于宣气化湿法的使用可谓融会贯通、卓有成效,方药运用独具一格。

而作为中医学者,唯有准确掌握宣气化湿法的理论真谛,方能将该法巧妙地发挥于临床实践中,从而获得良效。

参考文献

- [1] (清) 娄 杰. 温病指南[M]. 中医古籍出版社, 1985: 71.
- [2] 舒 霞, 张保春. 张保春教授应用三仁汤治验[J]. 中医临床研究, 2015, 35(7): 62-63.
- [3] 王洪海. 《温病条辨》中杏仁之运用[J]. 江苏中医, 1991, 12(2): 36-36.
- [4] (清) 叶 桂. 温热论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 16.
- [5] (清) 石芾南. 医原[M]. 上海: 上海浦江教育出版社, 2011: 78.
- [6] 彭 锦. 《温病条辨》宣肺化湿法浅析[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 281-282.
- [7] 王 肃. 《温病条辨》宣肺利气以治湿法则探析[J]. 湖北中医杂志, 2002, 24(5): 6-7.
- [8] 柳长华. 黄帝内经灵枢[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2016: 8.
- [9] 张思超, 宋咏梅. 第七讲吴鞠通《温病条辨》方药特点分析(一)[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(7): 502-503.
- [10] 石岫岩, 吴力群, 徐正莉. 苇茎宣痹汤治疗慢性阻塞性肺病急性期 40 例[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(2): 99-101.
- [11] 赵国荣. 从黄芩滑石汤功效剖析探讨中西医结合内在规律及联系[J]. 中国实验方剂学杂志, 1999, 5(4): 63-67.
- [12] 苗英丽, 郭治安. 论“治上焦如羽”[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(2): 5-6.

(收稿日期: 2017-03-25)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 8 页)

学者孟庆云教授提出的。章朱学派秉承“发皇古义, 融会新知”的学术主张, 章朱共耀, 著书立说, 几代传承, 已然培养了遍及海内外的大批高徒。身为章朱门人, 吾辈自当努力, 让这一久远而又年轻的学术流派开枝散叶, 造福患众。由于本人疏学浅薄, 文中错漏难免, 也希望

各位专家、同道斧教, 共同共襄助力章朱学派研究不断深入。

参考文献

- [1] 孟庆云. 皇古融新卓然自立[J]. 中医杂志, 2014, 55(20): 1791-1794.
- [2] 朱良春. 章次公先生生平及学术思想简介

- [J]. 中医杂志, 1978, 10: 484-486.
- [3] 朱良春. 辨证与辨病相结合的重要性及其关系的探讨[J]. 中医杂志, 1962, 4(8): 16.
- [4] 朱良春. 肾脏炎的治验介绍[J]. 中医杂志, 1956, 11: 581-582.
- [5] 朱良春. 健脑散[J]. 中医杂志, 1989, 1: 27
- [6] 朱良春. 虫类药在临床应用上的研究[J]. 中医杂志, 1963, 7: 241-247.

(收稿日期: 2017-12-07)

(本文编辑: 金冠羽)

· 名医精华 ·

洪敏俐治疗感染后咳嗽的临床经验※

● 魏宗明¹ 洪敏俐²▲

摘 要 总结洪敏俐教授治疗感染后咳嗽的临床经验。洪师认为,感染后咳嗽是因外感六淫侵袭肺系,导致肺失宣肃,肺气上逆。临症时根据患者四诊信息,结合四时感邪、年龄、素体禀赋、宿疾等因素不同,进一步分析其病因病机,辨证论治。

关键词 感染后咳嗽; 中医治疗; 临床经验; 洪敏俐

感染后咳嗽 (post infectious cough) 是指呼吸道感染本身急性期症状消失后,咳嗽仍然迁延不愈,患者多表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰,可以持续 3~8 周,甚至更长时间。X 线胸片检查无异常,因以感冒后引起的咳嗽最常见,又称“感冒后咳嗽”^[1],归属亚急性咳嗽。据调查上呼吸道感染病史的患者,大约 11%~25% 会发生感染后咳嗽,在流行季节,感染后咳嗽发生率可高达 25%~50%^[2]。目前,西医主要采用中枢性镇咳药和第一代抗组胺 H1 受体拮抗剂等对症治疗,治疗效果一般^[1],且患者可能出现恶心、食欲减退、嗜睡等药物副作用,而且部分患者停药后咳嗽易复发,而中医中药对感染后咳嗽有较好的效果和明显的优势^[3-5]。导师洪敏俐教授,主任医师,全国第三批优秀中医临床人才,漳州市首届名中

医。从事中医、中西医结合临床工作 30 年,在治疗感染后咳嗽方面取得了较好的临床疗效,积累了丰富的经验。现将洪师辨治感染后咳嗽的临床经验总结如下。

洪师根据患者的四诊信息,结合四时感邪不同、年龄、素体禀赋、宿疾等因素,认为感染后咳嗽多由于感受外邪,表邪未尽,肺气失宣或邪郁少阳、枢机不利,或咳嗽迁延日久,正气已伤,无力鼓邪等因素引起。临症时根据患者不同的证灵活选方用药。

1 辨治思路

1.1 表邪未尽,肺失宣降 感染后咳嗽因外感六淫侵袭肺系,感冒急性期因治疗不当,表邪未尽,肺失宣降,肺气上逆。此时治疗以驱邪为主,宜宣、透使表邪消散。根据感染后咳嗽不同的症候特征,以寒热为纲,分为感受寒邪和感受温

热之邪两大类。

1.1.1 外感寒邪 外感寒邪侵入人体所发生的变化,多符合六经辨证,如寒邪恋肺,肺气上逆,宣降失调是咳嗽的主要原因之一。正如《医学心悟·咳嗽》曰:“微寒微咳,咳嗽之因,因风寒者十居其九。”强调了寒邪导致感染后咳嗽的重要性。如咳嗽、痰白,汗出恶风,不渴,苔白,脉浮缓或浮弱者,多为太阳表虚风寒留恋,予桂枝汤加减、桂枝麻黄各半汤调和营卫,疏散在表之邪;如咳嗽,咳声重浊,咳痰稀薄量多,伴咽痒、鼻塞、恶风,苔薄白,脉浮或浮紧,多为风寒之邪未尽,予华盖散宣肺化痰,散寒止咳;如咳嗽,遇冷则咳、干咳少痰,咽痒,舌淡红苔白,脉弦细,乃风寒犯肺,表邪未尽所致,予麻杏止咳散加减宣利肺气、疏风止咳。

1.1.2 外感温热之邪 漳州地处闽南,属亚热带湿润季风气候,气候温和湿润,秋冬较短,春夏较长,漳州夏季的气温火辣,年平均气温较高,春夏季节,易感受温热之邪,感受温热病邪多遵循温病卫气营血的传变规律:如外感风热,未及

※基金项目 福建省中医肺系病重点研究室建设项目 (No. 内科类-5)

▲通讯作者 洪敏俐,女,主任医师,教授。主要从事呼吸系统疾病临床诊疗工作。
E-mail: 1501499678@qq.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学 (福建 福州 350122); 2. 福建中医药大学附属漳州中医院 (福建 漳州 363000)

时表散,出现咳嗽、痰少色黄、咽痛、口微渴等症,多为表邪未尽,邪在卫分,可予桑菊饮加减清热宣肺止咳;如见咳嗽,痰黄,胸闷脘痞,小便短少,苔白腻,脉濡为湿遏卫气,湿性缠绵,导致气机不畅,湿重于热,予三仁汤加减清利湿热,宣通气机止咳;如见咳嗽、痰黄黏,口苦、咽痛、小便黄赤,舌质红,舌苔黄腻,脉滑数,乃湿热并重,予甘露消毒汤加减清热解毒,利湿止咳。

1.2 邪郁少阳,枢机不利 感冒经过一定的治疗后,表症虽已经减轻,但咳嗽仍在,或太阳表证失治误治,致咳嗽迁延不愈,正气必虚,表证已罢邪入少阳,致少阳枢机不利,胆火上炎,三焦疏泄失常。因此,患者会表现出咳嗽、咽痒、咽干、口苦、脉弦等症。洪师认为邪郁少阳是感染后咳嗽的主要病机。对于邪入少阳,病位在半表半里的治疗宜和解少阳,调达枢机。洪师常用小柴胡汤治疗,其效甚佳。临症时,根据兼证多少,灵活加减,如表寒未解,宜柴胡桂枝汤,或小柴胡汤合华盖散;如表热明显时可加银花、连翘、菊花等疏散风热之品;如兼有痰湿宜小柴胡汤合二陈汤;如咳嗽,频清嗓,乃邪入少阳,痰气交阻咽喉,予柴朴饮;兼痰热合小陷胸汤或柴芩温胆汤,或加瓜蒌、浙贝、天花粉等清热化痰之品;兼脾虚合四君子汤。

1.3 正气已伤,驱邪无力 感冒后咳嗽迁延日久,多因素体正虚无力鼓邪或久病邪气基本已去,但正气已伤,导致咳嗽迁延不愈。此时以扶正为主,兼顾祛邪。若咳嗽日久,咳痰量多,清稀色白,伴倦怠、乏力、恶风畏寒、面白懒言,平素极易感冒,舌质淡,苔薄白、薄腻或白滑,脉弱,多为肺气虚、卫表不固、风寒恋肺,可用桂枝汤合玉屏风散

加减;若咳嗽吐痰,痰色白稠,食少便溏,气短乏力,舌淡胖边有齿痕,脉虚缓,多为脾气虚,痰湿内蕴,可用六君子汤加减。若咳嗽,入夜尤甚,无痰或痰少而粘,音嘶,口干,咽燥,舌质红,少苔,脉细数,多为热病后期,气津两伤可予沙参麦冬汤加减。

2 病案举例

病案 1 林某,女,31 岁,职员。2017 年 5 月 15 日初诊。主诉:咳嗽 1 月余。患者于 1 个月前开始出现咽痛,鼻塞流涕,后开始出现咳嗽,咳痰,痰白带黄,量多,于当地医院诊治,口服药物(具体不详),症状好转,仍有咳嗽,求诊我科,辰下:干咳,口干咽干,纳寐可,大便干,舌偏红苔微黄根部厚,脉弦细。查体:咽部稍充血,双肺呼吸音清。中医诊断为咳嗽,证属邪郁少阳证;西医诊断:感染后咳嗽。治予小柴胡汤加减和解少阳,宣肺止咳。药用:柴胡 10g,黄芩 10g,半夏 10g,太子参 10g,大枣 10g,炙甘草 5g,生姜三片(自备),牛蒡子 10g,天花粉 15g,竹叶 10g,桑白皮 10g,桔梗 10g。7 剂。药后诸症缓解。

按 本案患者外感后咳嗽迁延 1 个月余,伴咽干、口干、脉弦等诊断为少阳证无疑。病机为邪犯少阳,经气不舒,内蕴胆热;邪正交争,邪有内陷之机。治宜疏解少阳,扶正祛邪。少阳病证,邪不在表,也不在里,汗、吐、下三法均不适宜,只有采用和解方法。用小柴胡汤加减和解少阳。本方中柴胡透解邪热,疏达经气;黄芩清泄邪热;柴胡配黄芩,外透内清,为和解少阳之关键;姜夏辛开散邪、和胃降逆;加桑白皮、竹叶、天花粉助柴、芩加强清肺热解郁火;加牛蒡

子、桔梗、炙甘草宣肺止咳,清利咽喉;太子参、炙甘草、大枣扶正祛邪。

病案 2 陈某,女,52 岁,退休。2016 年 2 月 26 日初诊。主诉:咳嗽 3 周。患者于 3 周前外感后出现咳嗽频作,夜间尤甚影响睡眠,咳痰,痰黏色淡黄难咯,曾多次就诊于当地医院,口服药物(具体不详),症状未见好转,遂就诊我院。辰下:咳嗽,咳声重浊,呀呷有声,痰出咳减,口苦,纳可寐差,大便干,小便调。舌淡红苔中腻稍黄脉滑。中医诊断考虑外感咳嗽,表寒未解,里有郁热证;西医诊断:感染后咳嗽。拟以华盖散合小柴胡汤加减宣肺解表,清热化痰止咳。药用:生麻黄 6g,杏仁 10g,茯苓 15g,桑白皮 10g,桔红 6g,苏子 10g,柴胡 10g,黄芩 10g,半夏 10g,桔梗 10g,瓜蒌 10g,甘草 5g。3 剂。

2016 年 2 月 29 日二诊:药后诸症大减,患者喜悦心情言溢于表,夜能安睡,偶有咳嗽,痰少难咯,口苦,舌淡红苔中腻稍黄脉滑。药中病机,守上方加薏苡仁 15g。续予 4 剂而愈。

按 发病时值立春,天气乍暖还寒,易感受风寒之邪,也是每年流感的好发季节。其主要病机为外感风寒,肺气郁闭,痰浊内蕴,郁久化热,外感风寒未解,内有郁热,予华盖散合小柴胡汤加减外散风寒,内解郁热,药中病机获效。

3 小结

洪师对于感染后咳嗽的中医治疗强调辨证论治,不拘一证一方,注重四诊信息采集,尤其注重面色、唇色及闻诊的重要性,认为规范、准确、全面的四诊信息采集是辨证准确的前提,同时体质、节

(下转第 48 页)

陈建杰平肝养血法治疗乙肝不寐经验※

● 薛建华¹ 吴香香^{2▲} 杜秀萍¹ 成 扬^{1,3} 指导:陈建杰^{1,3}

摘 要 慢性乙肝患者合并不寐比较常见,其主要病因尚归结于慢性乙肝是一种湿热外邪之毒,感受湿热邪毒,所致肝火炽盛,上扰神明,脾失健运,营血不足。陈建杰教授,在四十多年来的治疗慢性乙肝的临床实践过程中,常常采用平肝养血法治疗慢性乙肝不寐证的患者,往往取得较好的临床疗效。

关键词 不寐;慢性乙肝;平肝养血;陈建杰

不寐,在现代医学中又称之为“失眠”,是指经常性地出现睡眠不正常的情况,是社会较为常见的一种疾病。随着当代社会生活节奏的加快,人群中生活节律的改变,心理生理等各方面压力的增加,以及诸如环境污染等多方面的原因,不寐的发病率呈日益增长的趋势。当一个个体存在着长期而持续的不寐情况,则可以严重危害个人的身心健康,降低个人的注意力、判断力、记忆能力和日常的工作能力,同时也会容易出现易激惹、焦虑、抑郁、恐惧等心理状况,也进一步影响着免疫能力、抗病能力,从而导致常见的其他慢性内科疾病的发生及进展^[1]。由于慢性乙肝病因的关系、家庭社会因素以及慢性乙肝呈现着慢性化及进展性,极大程度地给患者造成了身心

压力,因此,不寐证较为常见。

陈建杰教授是上海市名中医、浦东新区首批名中医、曙光医院二级教授。陈建杰老师从事肝病临床实践工作四十余年。长期治疗慢性乙肝的过程中,对于常见的不寐证患者,陈师采用健脾平肝养血安神法进行辨证施治,取得了良好的疗效,笔者现将老师治疗慢性乙肝不寐证患者的临床经验进行归纳总结,现汇报如下。

1 病因病机分析

1.1 乙肝的根本病机以及肝与不寐的关系 首先,慢性乙型肝炎在传统医学中称为“肝着”“胁痛”“黄疸”等,其临床上通常表现为不同的疾病症候。总体而言,大部分慢性乙型肝炎的患者可以表现为恶心欲呕、乏力、腹胀、肢体困乏、

纳差、小便色黄、皮肤黄染、便溏、失眠多梦、苔腻等常见的症候群。而湿热邪毒伺机侵入到人体,进而蕴伏于肝脏,导致慢乙肝的病情呈反复发作的态势,起伏不断,病程缠绵,难以治愈。本病变化漫长而复杂,这和“湿邪”黏滞的病理特点相符合。正如《金匱要略》曰:“黄家所得,从湿得之”;湿邪既可从外感受,亦可自内而生^[2]。因此慢性乙肝的根本病机为湿热邪毒内犯于肝。

肝与不寐有着密切的关系,这需要从肝的生理功能阐述。“肝藏血、血舍魂”是肝的基本生理功能。古代医家唐宗海在《血证论·脏腑病机论》提出:“肝主藏血,血生于心,下行胞中,是为血海。凡周身之血,总视血海为治乱。血海不扰,则周身之血,无不随之而安。肝经主其部分,故肝主藏血焉。”肝为心之母,脾为心之子,心之气血源于脾胃的运化,中焦的司运又赖肝脏的疏泄,其中肝具有藏血功能。而《灵枢·本神》谓“心藏脉,脉舍神”“肝藏血,血舍魂”“随神往来者谓之魂”。因此魂乃肝之阳

※基金项目 上海市浦东新区卫生系统优秀青年医学人才培养计划(No. PWRq2016-1);上海市浦东新区科技发展基金(No. PKJ2016-Y22);上海市浦东新区卫生系统优秀领先人才培养计划(No. PWRl2016-1)

▲通讯作者 吴香香,主治医师,E-mail:46061278@qq.com

• 作者单位 1. 上海市浦东新区传染病医院(上海 201299); 2. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院(上海 200437); 3. 上海中医药大学附属曙光医院(上海 201203)

气,由肝血所舍,而血不舍魂,则寐难安稳^[3]。

1.2 导致不寐的原因之一:脾失健运,营血不足 乙型肝炎病毒是一种湿热之邪,初犯于肝。由于湿易困脾、肝病传脾的生理特点,往往可导致脾胃受到损伤,尤其以伤脾最为显著,而肝郁则乘脾,进而脾失去健运,导致营血不足以生化,容易导致心神不宁,进而发展为失眠。正所谓脾为后天之本,是气血生化之源,色黄居中焦,上能滋养心神,下可充养肾精。《类证治裁·不寐》曰:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐”,也提示了脾失健运及营血亏虚所致不寐的情况。

1.3 导致不寐的原因之二:肝郁化火,上扰心神 古有云“气之余即为火”,气结日久则化生为热,火热蕴积于肝经,肝热炽盛,上冲而扰神魂,热邪上扰则乱心神,心神不能,则症多表现为情志抑郁、胸腹胀满、头晕、乏力、易烦易躁易怒等临床特征表现。而从肝的生理学特征来说,肝主疏泄是一个基本的功能,表现为肝拥有疏通、条达、舒畅以保持全身气机疏通畅达的生理功能^[4]。正所谓肝为刚脏,其生理特点主动主升,然而肝郁则化火,上扰至心神,使情志呈现为亢奋的状态而难以受到抑制,则症见失眠及多梦。肝藏魂的功能受到影响,魂不内藏,则神明被扰,也可致不寐^[5]。金元四大家的朱丹溪首次提出了“司疏泄者,肝也”的理论。因为人体经络脏腑、津液、气血、阴阳、营卫等,无不通过升降出入的气机来相互联系。通过肝之疏泄的功能,能使得各脏腑气机出入达到平衡状态,对于人体而言具有举足轻重的作用。《素问·刺热论》曰:“肝热病者,热争而狂言及惊,胁满痛,手足躁,不得卧。”提示

了邪客肝经,气机不畅,热势内争,魂不安藏,出现不得安卧^[6]。另外胆作为中正之官,喜好宁静而厌恶烦扰,好通利而厌抑郁。肝胆脏腑特点为两者互为表里,两者的生理功能与神志活动密切相关。若逢七情妄动,则肝胆之火郁而不伸,炼液为痰,痰火进一步上扰于心神,令人心神不宁而致不寐。

2 临床诊疗特色

2.1 极其重视对原发病的辨治 首先慢性乙肝不寐的原发病为慢性乙型肝炎,陈师反复强调,对于慢性乙肝的治疗,当从湿论治。不寐在慢性乙肝的患者中较为常见,多由于乙肝久病迁延,气血失调,由肝及脾及肾及心,临床表现常常以虚证为多见,而人体的正气亏损,自然界湿热疫毒乘虚而入,正邪交争致正气亏损更甚。因此正虚多表现为脾虚之证,而邪实主要为湿邪阻滞。因此,抓住慢性乙肝的特点,在遣方用药方面,健脾化湿是根本的措施。陈老师在处方上,善于使用四君子汤化裁,通过健脾之法,达到脾气健运,湿邪得去的目的。

2.2 以平肝为首,养血安神为辅

陈师治疗慢性乙肝不寐证,严格遵守祖国医学“整体观念和辨证论治”的指导思想。慢性乙肝不寐较一般的不寐证有所不同,因此在辨证论治过程中,当以平肝为首,养血安神为辅。在处方择药的时候,特别注重疏肝平肝。陈老师特别擅长使用柴胡、枳壳、制香附三味药物,辅以黄芩、山栀等清热泻火类药物,随后又重用珍珠母、煅磁石两味药物,以达到平肝的目的。而“肝藏血、主疏泄、喜条达”,若肝不藏血则气机逆乱,进而魂无所依,均可导致不寐证的发生。陈

老师常辅以当归、白芍、合欢皮、夜交藤等养血安神药物,可以提高治疗效果。

2.3 注重心理调护和适宜技术应用 陈师在为病患诊治的时候,特别关注对于患者身心健康进行全方位的调护。传统医学的理念,尤其注重“整体观念”,而“天人合一”这四个字,从范围更广的方面阐述,意味着医者需做到对患者家庭、工作、疾病、心理、气候等多方面的了解。因此,对于初诊的患者,陈老师经常花较长时间在病人及家属身上,不仅仅在问诊方面极为详细,而且在医嘱的嘱托、对于患者生活习惯的建议、对于家属相关注意事项的叮嘱方面也是十分重视的。长期的慢乙肝患者往往存在着较大的心理压力,通过心理调护,使患者及家属对于本病有着更深刻的认识,进而对于临床疗效有极大的促进作用。

此外,陈师也擅长使用穴位按摩、中药塌渍等相关的适宜技术,在适当的条件下,给予病人及家属进行一定的指导,在家自行操作,也取得了意想不到的效果。例如,对于门诊患者,陈老师会着重介绍相关的手掌穴位(中冲,手心区,心肺区),嘱咐患者对双手掌全面按摩数分钟后以右手掌搓左手背以及左手掌搓右手背各数分钟,最后按摩心肺反射区、手心反射区、中指的中冲点各数分钟,同时,采用中药汤剂的药渣再煎汁 4000ml,将药汁凉至 40℃ 左右,进行中药塌渍疗法。这些适宜技术的运用,也很大程度上提高了对患者的临床疗效。

3 典型病例

陈某,女性,56 岁,退休职工,2014 年 6 月 10 日因“反复肝功能

异常 10 年伴失眠 1 个月”初诊。有乙肝大三阳病史 20 年,反复肝功能异常 10 年,有乙肝家族史,3 个月前,其兄死于肝癌。近 1 个月患者反复出现失眠情况,来院前于外院化验检查:肝功能:ALT 92U/L, AST 68U/L, TBIL 23.7 μ mol/L, A 44.6g/L, G 34.8g/L, HBV - DNA:4.5E + 6copy/ML, 刻下:喜太息,近日倍感乏力倦怠,胁肋胀痛,情绪不畅,夜晚入睡困难。舌质偏红,苔薄黄,脉弦。证属:肝郁脾虚。治以:健脾平肝养血安神。处方:苍术 12g,白术 12g,柴胡 9g,白芍 12g,白茯苓 12g,合欢皮 9g,夜交藤 30g,煅磁石 30g,珍珠母 30g。其中珍珠母及煅磁石先煎半小时,其余各药煎之前需用凉水浸泡半小时后,头煎采用大火将药煮至沸腾,随后改用小火煎煮约 20 分钟,二煎煎煮约 15 分钟,两次煎药共取汁 200ml,每天早晚分 2 次餐后温服。上方连服 14 剂。西药处方:恩替卡韦 0.5mg 每日 1 次空腹服用。

2014 年 6 月 24 日二诊:乏力改善,胁肋胀痛感消失,情绪改善,夜间睡眠较就诊前有所增加,入睡时间减少,略感口苦,泛酸,大便畅,日行 1 次,质地软。舌质红,苔薄白,脉弦。复查肝功能:ALT 46U/L, AST 39U/L, TBIL 19.6 μ mol/L, A 46.5g/L, G 33.6g/L。给予上方苍术改 9g,垂盆草改 12g,夜交藤改 15g,加煅瓦楞 30g、乌贼骨 9g。继服 28 剂。

2014 年 7 月 26 日三诊:患者仅诉轻度乏力,无腹胀,无腹痛,情绪佳,夜间睡眠可,无溲色加深,无

口干口苦,无泛酸恶心,大便通畅。舌质淡红,苔薄白,脉弦。复查肝功能:ALT 20U/L AST 18U/L TBIL 18.5 μ mol/L A 46.3g/L G 34.2g/L。HBV - DNA:低于检测下限。处方:苍术 9g,白术 12g,柴胡 9g,白芍 9g,白茯苓 12g,合欢皮 9g,夜交藤 15g,煅磁石 15g,珍珠母 15g,苦参 6g。继服 28 剂。

半年后复诊:查肝功能正常,HBV - DNA 低于检测下限,B 超:肝胆胰脾肾未见明显异常。遂按时服用中药,随症加减,因时因地制宜,定期复查随访,随访 2 年有余,病情稳定,情绪佳,生活质量良好,复查未出现病情反复。

按 本病患者为感受湿热之邪毒,日久致肝郁脾虚伴有湿热内滞。而脾虚为根本,肝郁为首要原因,肝脏具有主疏泄之功,因此肝郁则气滞,导致肝的疏泄之功失常,进而扰乱神明,以致不寐。主方中苍术、白术两味药物,为陈建杰教授常用方,能健脾化湿;柴胡可以疏肝解郁;白芍则有养血平肝之功;茯苓有宁心安神之效果较为显著,尤其可以辅佐苍术、白术化湿健脾;合欢皮以及夜交藤具有安神养心解郁之功效;珍珠母及煅磁石镇静安神的效果显著,以健脾平肝为主,养血安神为辅,对于本病起到较好的治疗作用。

4 结语

本病是一种慢性疾病,长期的病情进展对于患者心理、生理造成巨大的压力,同时患者的社会接受程度低,也极易加剧患者的各方面

压力,加上长期治疗的经济压力,家庭压力等多方面因素,导致不寐的发生。所以说,治疗慢性乙肝不寐证的患者,首先应对原发病进行有效的控制。这就需要对当前西医的慢性乙肝防治指南有明确的认识和熟练的掌握,运用现有的治疗手段,对慢性乙肝进行有效地控制,是治疗本病的关键。只有当患者的原发病因得到控制,才能有效地改善患者的生存质量。慢性乙肝不寐证的患者中医处方治疗,也应当从慢性乙肝湿热导致的肝郁脾虚证方面进行辨证论治。因此,健脾平肝养血安神法正是治疗慢性乙肝不寐的契机之法。同时,导师陈建杰教授临证过程中,特别注意对患者的整体调控,不仅仅体现在中药处方上,还包括对患者心理处方、各种中医治疗手段的应用,往往能够取得意想不到的效果,这也是中医的优势所在。

参考文献

- [1] 芦 玥,贾跃进,陈燕清,等.贾跃进老中医运用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗不寐经验[J].世界中西医结合杂志,2017,12(2):171-173.
- [2] 王春芳,刘光伟,陈建杰.从湿邪论治慢性乙型肝炎探讨[J].世界中医药,2007,2(2):99-100.
- [3] 张压西,李 璇.从中医古籍“肝藏血、血舍魂”理论中探究不寐的内涵[J].中华医药杂志,2011,26(10):2211-2216.
- [4] 曹 鹏,赵莹莹,刘 丹.从肝论治不寐[J].山东中医杂志,2015,34(12):929-930.
- [5] 马 捷,李 峰,宋月晗.失眠中医病因病机研究进展[J].中国中医药信息杂志,2012,19(5):106-108.
- [6] 张叶青,刘 平.从肝浅谈不寐的发生[J].江苏中医药,2003,24(9):53-54.

(收稿日期:2017-08-14)

(本文编辑:金冠羽)