

也;夜则难便,行阴血也。故虚人大便燥秘不可过泄者,脉浮在气,用杏仁、陈皮;脉沉在血,用桃仁、陈皮。”

梁雪:王老师的处方宣上通下,治肠而不单治肠,注重整体气机的调整。前面讨论的枳壳、炒莱菔子、槟榔都有行气除胀之功。而紫菀、牛蒡子、枇杷叶、桃仁、杏仁则皆从肺治,肺降肠通。另外桃仁、杏仁、牛蒡子配合天冬、玄参、桑椹子、肉苁蓉又可润肠通便。肺、肠兼顾,药到病除。

倪诚:王老师曾提到清代医家徐灵胎在《医学源流论》中有“用药如用兵论”,遣方用药犹如调兵遣将。王老师归纳出临床用药理论有阴阳论、动静论、升降论、开合论、润燥论等22论,这则医案很好地体现了王老师的用药理论。第一是升降论,配合使用了升浮药与沉降药。升浮药有一个作用就是“升提开揖”,即运用宣通气机尤其是宣通肺气的方法,可以治疗气机不通引起的大便不通,紫菀就是此功效。沉降药有一个作用是降气,莱菔子即降气消食除胀。升浮药与沉降药配伍使用,正是《素问·六微旨大论》所说的“高下相召,升降相因”。第二是辨体论,辨体用药,就是通过药物调整偏颇体质,达到防病治病的目的。人有阴阳气血盛衰之不同,从而形成不同体质类型。方药有补泻及寒热温凉之性,根据体质和方药的关系,选择相应的药物可以改善体质。不同体质之人,处方用药上有其特殊性。阴虚体质之人多真阴不足,用药应以甘寒清润为主,如玄

参、天冬、桑椹子等。第三是专长论。许多药物本身就有专长的功效。比如白术长于健脾,天冬滋阴但走足少阴肾经,长于滋阴助元等。抓住药物之专长,使物尽其用,常常会使疗效增加。第四是阴阳论,于众多滋阴益精之品中加入肉苁蓉,阳中求阴,使阳生阴长。仔细研究王老师的用药方法,可以学习到一种临床用药的思维方式。

张惠敏:对于西医只能采取手术治疗的疾病,王老师敢于攻克医学难题,采用补气、滋阴、养血的治法调理患者的体质,用健脾助运、理气通便的治法辨病治疗,而且用药平稳,并没有用大黄、芦荟等泄热通便的峻药通便。由此可见中医“治病求本,本于体质”临床诊疗思路的优势。

4 王琦教授总结

今天大家从成人继发性巨结肠的中西医病因病机(理)、临床表现、诊断鉴别、治疗现状、处方思路、用药特色等进行了分析和探讨,内容丰富,各有见地。通过这个医案的讨论,我认为应该注意以下几点:

一是诊疗过程的整体观。既要重视人的整体体质类型和状态,也要关注疾病、证候的整个动态变化过程,标本兼顾的同时而各有侧重,使处方用药恰逢其时。而不是只抓住其一时、一处的病、证。对于一些少见病,特别是一些体质相关的少见病的诊治,“辨体-辨病-辨证”诊疗模式非常重要,甚至具有很大优势。在多

年临床实践中,我一直特别重视将体、病、证三者相结合,多角度、多层次治疗疾病。灵活地应用辨体、辨病、辨证,即使是没见过的病治疗起来也有的放矢,从容不迫,从而增加临床的自信心。

二是处方用药的精专观。善用经方、小方、专方,不仅疗效好,而且可以降低治疗费用。我提出“方药活用论”:经方、时方各善其长,无需各立门户;辨证用方专病专方,无需形同水火;复方、单方择善而从,无需厚此薄彼;临证活方活法活用,全在领悟贯通。我在临床上发现了药物的使用有许多规律,临床上正确、及时地使用药物才能有效治疗疾病。

三是研读经典的领悟观。中医的学习要重视理论基础,不仅要读经典、背经典,更要思考、领悟。我们会发现中医经典常读常新、常背常新。《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《温病条辨》等经典了然于胸,才能在临床诊疗过程中,特别是遇到难题的时候融会贯通,真正将中医从理论转化为实践经验。

参考文献

- [1]利 民,陈正焯,卢砺锋.成人巨结肠12例临床分析[J].中国基层医药,2006,12(12):1727-1728.
- [2]梁光熙.39例成人巨结肠病临床病例分析[D].重庆:重庆医科大学,2011:23.
- [3]徐集民.特发性巨结肠症1例治愈[J].陕西中医函授,1990(5):47.
- [4]吴阶平,裘法祖.黄家骊外科学[M].北京:人民卫生出版社,1994:1487.
- [5]傅传刚,徐晓东.巨结肠性便秘及其诊治有关问题[J].中国实用外科杂志,2013(11):910-913.

经典理论指导下的临床治验(七)

——辨治失眠、胃痛验案

● 李今庸*

关键词 《素问》 《金匱要略》 失眠 胃痛 治验

1 失眠治验

案一 某某,男,40岁,住湖北省威宁县某集镇,干部。1967年6月某日就诊。发病数年,长期失眠,经常彻夜不能入寐,每夜必赖安眠药以睡。形容消瘦,心悸、胸闷、短气,咳嗽唾白色泡沫,脉结。乃水饮内结,阻遏卫阳,阳不交阴;治宜温阳祛饮;拟苓桂术甘汤合二陈汤加味。药用:茯苓15g,炒白术10g,桂枝10g,炙甘草10g,制半夏10g,陈皮10g,牡蛎15g(先煎)。水煎服,日2次。嘱其停用安眠药。第4日复诊,服上方1剂后,当晚停用安眠药即已入睡,连服3剂,感稍舒。要求加大药力,遂于原方以甘遂易甘草。药用:茯苓15g,炒白术10g,桂枝10g,制半夏10g,牡蛎15g(先煎),陈皮10g,甘遂1.6g。水煎服,日2服,甘遂研末分2次冲服。

按 《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说:“凡食少饮多,水停心下,甚者则悸,微者短气。”水饮内结,阻遏胸阳则胸闷,滞碍息道

则短气,水气凌心则心悸,饮邪犯肺则咳嗽唾白色泡沫,津液内聚为饮,无以充养肌肤,故其形容消瘦。《灵枢·邪客》说:“今厥气客于五藏六府,则卫气独卫其外,行于阳不得入于阴,行于阳则阳气盛,阳气盛则阳跷陷(陷,乃“满”字之误),不得入于阴(则)阴虚,故目不瞑。”饮邪结聚于内,卫气行于阳不得入于阴,以致无法成寐而失眠。方用白术、甘草、茯苓健脾行水;半夏、陈皮燥湿祛饮;桂枝温阳化饮,《金匱要略》所谓“温药和之”也;加牡蛎潜阳以交阴,故服药即能入睡。药服3剂又加大药力,原方中去甘草加甘遂末冲服,每服则大便泻水数次,连服3剂诸症皆退而停药,唯脉之结象仍在,乃饮邪所结之窠囊未除,病将复发,后果然。

案二 某某,男,62岁,住湖北省武汉市武昌区,退休干部。1997年4月某日就诊。患“心脏病”、“高血压”已多年,1996年3月又突发“中风”,经中西医药治疗未效。现常感心慌心悸,头目昏

暗,右侧上下肢无力而活动不灵,右脚踏地如履棉花之上而无实感,长期失眠,唯赖安眠药以睡,舌苔薄白,脉结甚,数至一止,或十数至一止。病乃血气瘀滞,心神不宁,肝风内动,肢体失养;治宜活血破瘀,疏肝利气;方用血府逐瘀汤加味。药用:生地15g,当归12g,川芎10g,赤芍10g,红花10g,桔梗10g,柴胡10g,炒枳实10g,川牛膝10g,炙甘草10g,桃仁10g(去皮尖炒打),制香附10g。水煎药,汤成去滓,温分再服,日服2次,每日1剂。服近200剂,诸症消失,遂以原方改汤为丸,嘱以续服。药用:生地150g,当归120g,川芎100g,赤芍100g,红花100g,桔梗100g,炒枳实100g,柴胡100g,炙甘草100g,川牛膝100g,制香附100g,党参100g,桃仁100g(去皮尖炒打)。共研细末,过筛,炼蜜为丸,每服10g,日服3次,开水送下。上方药丸,患者服用至2000年12月,睡眠恢复正常,诸症减退,身体康复,嘱其坚持锻炼持之以恒,停止服药。

按 《素问·阴阳应象大论》说:“心生血”,《灵枢·营卫生会》说:“血者,神气也”,《灵枢·大惑论》说:“心者,神之舍也”。

* 作者简介 李今庸,男,著名中医学家,国医大师,资深教授。国家首批中医药传承博士后合作导师,全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师、中国科学院学术委员会原委员。中华中医药学会终身理事。本刊学术顾问。

• 作者单位 湖北中医药大学(430061)

心主血藏神而赖血以濡养。今血液瘀滞,失去正常流动之性而不能濡养于心,心失血养则无法安宁而神不归舍,故心慌心悸而长年失眠。《素问·解精微论篇》说:“夫心者,五藏之专精也,目者,其窍也”,《灵枢·大惑论》说:“目者,心之使也”。心神失守则难以司窍而使目,目不为心神之所使,故头目为之昏暗,而视物不审。血主于心而藏于肝。肝藏血,为风木之藏,其性喜条达,今血液瘀滞则肝不能条达而木气为之郁,木郁则风生,肝风内动,风邪循虚而犯,并彻于身半之上下,则身半之经络阻滞不通。无血以濡养其身半之形体,故见其右半身不遂,活动不便。《素问·脉要精微论篇》说:“夫脉者,血之府也”,《灵枢·经水》说:“经脉者,受血而营之”,《素问·举痛论篇》说:“经脉流行不止,环周不休”。瘀血停滞,阻碍血脉正常流行,致血脉流行不连续,故脉见“结”象,脉动而时见一止也。治以血府逐瘀汤加味,方用生地、当归、川芎、赤芍为“四物汤”以养血活血;红花、桃仁以行血破瘀;柴胡疏肝解郁;川牛膝入肝祛风;桔梗、枳实疏利气机;甘草调和诸药;加香附以行血中之气,助行血破瘀之力,更利于瘀血之消除。共奏活血破瘀、疏肝利气之效。其药服10余剂后,即渐能入睡,坚持服药数10剂,失眠虽时有反复,但诸症好转,坚持服药近200剂,则诸症消失,只尚待恢复和巩固。遂将原方改汤为丸,因其为病日久,特加党参助正而促其体质之康复。

2 胃痛治验

案三 某某,男,51岁,住武汉市武昌区,某高等学校教工。1976年10月某日就诊。胃痛3年余,每

于饥饿时则发生隐痛,即每天上午10时多、下午4时多和夜间发生胃痛,稍进饮食则痛已,大便常有不尽感,曾有一段时间为黑色便,小便黄,多说话则感累,易疲劳,苔薄白,脉虚。近2个月因讲课劳累而胃痛加剧,经某医院钡餐透视检查,诊断为“胃下垂”和“十二指肠球部溃疡”。乃中气衰弱,胃脉郁滞,发为“胃痛”;治宜益气补中,活血行痹;拟方五味异功散加味。药用:党参10g,炒白术10g,茯苓10g,陈皮10g,炙甘草10g,生姜3g,当归10g,白芍10g。水煎服,日2次。每日以糯米煮稀饭吃。药服30剂,糯米稀饭连吃两月,后又断断续续吃数月,共吃糯米稀饭半年多,胃痛告愈,未复发。

按 《素问·灵兰秘典论篇》说:“脾胃者,仓廩之官,五味出焉”,《灵枢·胀论》说:“胃者,太仓也”。胃主受纳五谷,故曰“仓廩”,曰“太仓”。仓廩是要盛谷的,仓廩空虚,非佳兆也,饥饿将随之矣。中焦不足,胃气衰少,求救于食,故每于饥饿时发生胃痛,稍进饮食则痛止。中气虚少,不胜劳作,故肢体易于疲劳;气少不足以送便,故大便常有不尽感;气虚无力以运行血液,血液瘀滞,故大便色黑。中气虚少,不足以供言语之用,久语则伤气,故多说话则感累。气不化则小便黄,气亏损则脉虚。以五味异功散方加味,用党参、白术、茯苓、炙甘草为“四君子汤”益气补中;生姜和胃;当归、白芍活血行痹;陈皮行气,一以防补药之壅,一以助活血之用;糯米稀饭甘温益气,功补脾胃。共奏益气活血之效。

案四 某某,女,42岁,住武汉市武昌区,工人。1977年4月某日就诊。胃痛10余年,时发时止,曾

呕出乌黑色血1次。饮食稍有不慎即吃稍多或稍硬或不易消化之物则胃痛立即发作。每发则胃部绞急胀痛,气逆上冲而时发噫气,其噫气之声响而长,呕吐食物和黏涎,甚则呕出青黄色苦汁,小便短少色黄,口干,苔薄,脉虚弱,吃药则痛止。今胃痛复发,医院钡餐透视检查,诊断为“胃下垂”和“浅表性胃炎”。乃胃虚气弱,逆而上冲,导致呕胆伤津;治宜补中益胃,降逆行气;拟方橘皮竹茹汤加味。药用:竹茹15g,陈皮10g,生姜6g,党参10g,炙甘草10g,白芍10g,茯苓10g,麦冬10g,当归10g,枇杷叶10g(去毛炙)。水煎服,日2次。嘱其切慎饮食调节,药服2剂而痛止,又续服15剂而停药,胃痛未复发。

按 《灵枢·玉版》说:“谷之所注者,胃也”,《难经·三十五难》说:“胃者,水谷之府也”。胃主受纳和熟腐水谷,其气以下行为顺。胃气虚弱,经脉易伤,失其正常容受和熟腐水谷之用,故饮食稍有不慎则胃伤而胃痛即发。胃气不降,逆于中则胃部胀痛,上逆则呕吐食物和黏涎,吐甚则挟胆气一并上逆而呕出胆汁。胃气逆而上冲则症见噫气。胃脉损伤,血滞而瘀,故吐出物见乌黑色血。血为肝所藏,而肝脉为足厥阴,挟胃而行,《素问·至真要大论篇》说:“厥阴之至为里急”,“血气不和,经脉拘急,故其胃病之发则感绞急胀痛。吐伤津液,故上为口干而下为小便短少色黄。病乃胃虚气弱,故脉亦为之虚弱。橘皮竹茹汤方加味,用竹茹、枇杷叶、生姜降逆和胃;陈皮行气消胀;党参、茯苓、麦冬、炙甘草益气补中,养胃润肝;当归、白芍调血和肝,以止胃之急痛;且炙甘草、白芍相合,为芍药甘草汤,善治经脉拘挛也。

学用甘遂半夏汤方证的思考与探索※

● 王 付*

摘要 运用甘遂半夏汤不能仅局限于某一病变部位或症状表现,只要申明病变证机是痰热,即可以法选用。本文思考方药作用及病位,解读方药及配伍,权衡“病者脉伏,其人欲自利,利反快”,思辨“虽利,心下续坚满”、辨识“此为留饮欲去故也”;运用甘遂半夏汤方证辨治消化疾病、肿大增生性疾病或癌变、心脑血管疾病等。

关键词 《伤寒杂病论》 张仲景 甘遂半夏汤 经方 方证 临床应用

甘遂半夏汤是《伤寒杂病论》中辨治痰水胶结证的重要基础方,具有良好的治疗作用。《伤寒杂病论》言:“病者脉伏,其人欲自利,利反快,虽利,心下续坚满,此为留饮欲去故也,甘遂半夏汤主之。”张仲景对此既明确指出病变部位在下焦即“其人欲自利,利反快”,又明确强调病变部位在中焦即“虽利,心下续坚满”,还突出病变证机是“此为留饮欲去故也”。其辨证思路是什么?有何临床特殊指导意义?结合多年临床运用甘遂半夏汤治病体会,略探于次。

1 方证思考

1.1 方药作用及病位 学用甘遂半夏汤,首先要辨清方中甘遂、半夏、芍药、甘草的作用部位及特点。

1.1.1 甘遂 可治①悬饮或水结

病变者,如十枣汤中用以治疗:“头痛,心下痞硬满,引胁下痛,干呕,短气,汗出”,“咳,烦,胸中痛者”。

②结胸病变者,如大陷胸汤治疗膈内拒痛、心中懊恼、心下痛如石硬。

③水饮蕴结病变者,如甘遂半夏汤治疗“其人欲自利,利反快,虽利,心下续坚满,此为留饮欲去故也”。

④水血相结证,如大黄甘遂汤治疗“腹满如敦状,小便微难而不渴”。

1.1.2 半夏 可治①上焦病证,如“心下悸者,半夏麻黄丸主之”,又如“胸痹,不得卧,心痛彻背者,栝楼薤白半夏汤主之”。

②中焦病证,如“诸呕吐,谷不得入者,小半夏汤主之”。

③下焦病证,如“问曰:妇人年五十所,病下利数十日不止,暮即发热,少腹里急,腹满,手掌烦热,唇口干燥,何也?师曰:此病属带下,何以故?曾经半产,

瘀血在少腹不去,何以知之?其证唇口干燥,故知之,当以温经汤主之。”④中焦下焦病相兼,如“病者脉伏,其人欲自利,利反快,虽利,心下续坚满,此为留饮欲去故也,甘遂半夏汤主之”。

1.1.3 芍药 可治①肺病证,如小青龙汤治疗“伤寒表不解,心下有水气,干呕,发热而咳”。

②心肾病证,如黄连阿胶汤治疗“少阴病,得之二三日以上,心中烦,不得卧”。

③太阴脾病证,如桂枝加芍药汤治疗“因尔腹满时痛者,属太阴也,桂枝加芍药汤主之”。

④肝气郁滞病变,如四逆散治疗“四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者”。

⑤奔豚病证,如奔豚汤中用以治气上冲。

⑥妇科病证,如温经汤中用以治血虚、当归芍药散中用以治腹痛。

⑦手足厥逆病证,如当归四逆汤中用以治手足厥逆等。

1.1.4 甘草 可治①心病证,如炙甘草汤中用以治疗心悸。

②肺病证,如甘草干姜汤中用以治疗肺痿。

③脾胃病证,如甘草泻心汤中

※基金项目 河南省郑州市科技领军人才项目(No. 112PLJRC360)

* 作者简介 王付(又名王福强),男,教授,博士研究生导师,河南省教育厅学术技术带头人,国家科技奖励评审专家,国家中医药管理局中医师资格认证中心命题专家,河南省中医方剂专业委员会主任委员。发表学术论文 300 余篇,出版著作 48 余部,临床诊治多种疑难杂病。

• 作者单位 河南中医学院经方研究所(450046)

用以治疗脾胃不和。④咽喉病证,如桔梗汤、甘草汤中用以治疗咽痛等。

因甘遂、半夏、芍药、甘草各自作用的特殊性,组方合用的聚合性,临证针对痰水胶结的切机性,所以辨治痰水胶结病变部位具有广泛性和不确定性,以此才能用活甘遂半夏汤辨治诸多疑难杂病。

1.2 方药配伍及用量^[1,2,3] 甘遂半夏汤组成:甘遂大者三枚(5g),半夏以水一升、煮取半升、去滓、十二枚(12g),芍药五枚(15g),甘草炙、如指大一枚(5g)。

1.2.1 用药要点 方中甘遂攻逐水饮,半夏燥湿化饮,芍药益阴缓急,蜜、甘草益气和中。又,甘遂与半夏均可治饮,甘遂偏于泻利,半夏偏于燥湿;芍药、甘草、蜜均补益,芍药偏于敛阴,甘草、蜜偏于益气,相互为用,攻逐痰饮,兼以益正。

1.2.2 方药配伍 甘遂与半夏属于相使配伍,醒脾燥湿攻饮。甘遂与甘草、蜂蜜属于相反相畏配伍,相反者,补泻同用;相畏者,甘草、蜂蜜制约甘遂攻逐伤气。半夏与芍药属于相反相畏配伍,相反者,燥湿敛阴同用;相畏者,芍药制约半夏燥湿伤阴。甘遂与芍药属于相反相畏配伍,相反者,补泻同用;相畏者,芍药制约甘遂攻逐水饮伤津,甘遂制约芍药敛阴恋湿。

1.2.3 用量比例 甘遂与半夏为5:12,提示益气逐饮与燥湿间的用量关系,以治饮结;甘遂与芍药为1:3,提示攻饮与敛阴间的用量关系;甘遂与甘草为1:1,提示攻饮与缓急间的用量关系;半夏与芍药为4:5,提示燥湿与敛阴间的用量关系。

1.3 思辨方证

1.3.1 权衡“病者脉伏,其人欲自

利,利反快”“脉伏”的病变证机是痰饮胶结,阻遏经脉,经气郁滞。“其人欲自利,利反快”的病变证机是痰饮内结,肆虐于下,痰饮下迫;病证表现是利下急迫,下后腹中舒服。

1.3.2 思辨“虽利,心下续坚满” 其病变证机是痰饮胶结,浸淫于下,壅滞于中;病证表现是虽利后舒服,但痰饮胶结不去,移时痰饮复作又出现心下坚满。

1.3.3 辨识“此为留饮欲去故也” 强调下利及心下坚满病变证机是留饮郁结,突出病变证机顽固胶结。对此只有审证求机,以法论治,才能取得预期治疗效果。

1.4 方证辨病

1.4.1 辨治消化疾病 如慢性结肠炎、慢性溃疡性结肠炎、肠结核等在其演变过程中出现腹痛、腹泻、舌质淡、苔白腻且符合甘遂半夏汤辨治要点。

1.4.2 辨治肿大增生性疾病或癌变 如甲状腺肿大、乳腺增生、乳腺纤维瘤、前列腺增生等在其演变过程中出现肿块、或肿痛、或小便不利、舌质淡、苔白腻且符合甘遂半夏汤辨治要点。

1.4.3 辨治心脑血管疾病 如高血压、高脂血症、冠心病、心脑血管动脉硬化、房室传导阻滞、慢性渗液性心包炎等在其演变过程中出现头痛、头晕、头沉、舌质淡、苔白腻且符合甘遂半夏汤辨治要点。

2 临证探索

2.1 慢性肠胃炎案 梁某,男,57岁,郑州人。有多年慢性肠胃炎病史,虽多次服用中西药,可未能有效控制症状表现。近因腹泻、胃脘满闷阻塞加重前来诊治。刻诊:大便溏泻胶结不爽,每日5~6次,腹中夹水声,偶尔腹痛,胃脘满闷阻

塞,头晕目眩,倦怠乏力,手足不温,腹中怕冷,舌质淡,苔腻略滑,脉沉。辨为痰饮胶结,阳虚不化证;治当攻逐痰饮,温阳化气;给予甘遂半夏汤与苓桂术甘汤合方加味。药用:甘遂5g,生半夏12g,白芍15g,茯苓12g,桂枝10g,白术6g,红参10g,干姜10g,附子10g,炙甘草6g。6剂,第1次煎35分钟,第2次煎20分钟,合并分3服,每日1剂。二诊:腹泻每日3次,以前方6剂。三诊:手足转温,腹中怕冷好转,以前方减附子为5g,6剂。四诊:不思饮食,以前方加生山楂24g,6剂。五诊:大便溏泻胶结不爽基本消除,以前方6剂。六诊:诸证基本缓解,以前方6剂。之后,为了巩固疗效,以前方又治疗20余剂。随访1年,一切尚好。

按 根据大便胶结、腹中夹水声辨为痰饮;再根据手足不温、腹中怕冷辨为寒;因倦怠乏力、头晕目眩辨为气虚。以此辨为痰饮胶结,阳虚不化。方以甘遂半夏汤攻逐痰饮;以苓桂术甘汤温阳化痰;加红参温补脾胃;干姜、附子温阳化饮。方药相互为用,以奏其效。

2.2 慢性渗液性心包炎案 马某,女,51岁,商丘人。6年前发现呼吸不利,咳嗽,声音嘶哑,心电图检查:QRS波低电压,T波倒置;X线检查心缘的正常轮廓消失,心影呈梨形。诊断为渗液性心包炎,经住院治疗20余天,诸症好转。出院后复发,经西药治疗效果不明显,多次用中西药治疗,均未能有效控制病情。刻诊:呼吸不利浅速,轻微咳嗽,咽中夹痰声音嘶哑,手足不温,心烦急躁,倦怠乏力,时有晕厥,脘腹胀闷,大便溏泻,舌质淡,苔白腻,脉沉弱。辨为痰饮胶结,心肺气虚证;治当攻逐痰饮,温