

刘喜明临床验案举隅

● 公方雪 指导:刘喜明[▲]

摘要 结合刘喜明老师在呕吐、慢性肾功能不全、腹痛、心肌病等方面的数则验案,介绍了刘师在临床上圆机活法的辨治思路。

关键词 幽门梗阻 慢性肾功能不全 慢性胰腺炎 扩张型心肌病 刘喜明 验案

刘喜明老师业医30年,临床喜用经方,立法精当,用药省简,疗效卓著。笔者有幸跟诊左右,现将老师临床验案4则介绍如下。

1 痰阻气逆幽门梗阻呕吐案

韩某某,男,80岁,2014年5月8日初诊。主诉:呕吐半年余。自诉患十二指肠溃疡54年,幽门梗阻7个月,伴有呕吐。曾先后于北京两家三甲医院诊治半年,服雷贝拉唑等药效果不明显,特来求诊。轮椅推入门诊,现食后呕吐,2~3天1次,呕吐物为胃内容物及粘液,时而胃疼,每天下午饥饿时明显,嗝气,胃部无怕凉,无胃胀,纳差,只能进食流质或半流质饮食,面色苍白,形体消瘦,精神倦怠,伴轻微畏寒,大便量少,小便常。舌质嫩,苔黄白干,脉弦细而弱。辨证属中虚痰阻,胃气上逆。

治当和胃化痰,降逆止呕。处方予旋覆代赭汤加减。药用:旋覆花10g(包煎),代赭石10g(先煎),姜半夏9g,党参6g,炙甘草3g,陈皮6g,当归12g,生姜3片。7剂,水煎服,日1剂。

二诊(5月15日):上方服3剂呕吐即停止,进食较前增多,可进食少量食物,大便2~3天1次,质偏干。舌质嫩,苔薄偏少,脉弦细。证属脾胃虚弱,痰浊中阻,胃气上逆。呕吐停止,又当健脾。方选旋覆代赭汤合六君子汤。药用:党参10g,茯苓15g,生白术10g,旋覆花10g(包煎),代赭石10g(先煎),当归10g,陈皮6g,姜半夏9g,炙甘草3g,生姜3片。7剂,水煎服,日1剂。

三诊(5月22日):自诉服药后未再呕吐,面色转红,精神可,食欲增加,大便偏干,无口干口渴。舌质嫩,苔薄少,脉弦细。辨证属

呕吐日久,脾阴耗伤。治当甘平益胃,佐以健脾。处方:北沙参15g,麦冬10g,炒扁豆15g,生山药15g,生白术10g,生谷麦芽各15g,旋覆花10g(包煎)。14剂,水煎服,日1剂。

四诊(6月5日):自诉药后食欲逐渐增加,胃部无不适,面色有华,精神好转,体重增加3kg。舌质嫩红,苔薄偏少,脉弦细。上方去旋复花,生白术加至15g,加炒莱菔子10g,佛手9g。14剂,水煎服,日1剂。

按 初诊时“胃疼饥饿时明显”为中虚之征;“呕吐物为胃内容物及粘液”为痰浊中阻,胃气上逆之象,故予以旋覆代赭汤加减,和胃化痰,降逆止呕。3剂即呕吐止,但脾虚痰浊未除,脾气虚弱证渐显,继续以旋覆代赭汤合六君子汤健脾化痰。三诊、四诊时呕吐虽止,但呕吐日久,脾气与胃阴受损,胃气不和,以甘平益胃健脾善其后,脾气渐生,胃阴得养而渐收全功。本案启发,一是旋覆代赭汤原方中,代赭石、旋覆花、生姜剂量比为1:3:5,生姜当重用,代赭石质地重坠当少用,过用则直驱下焦,反

▲通讯作者 刘喜明,男,主任医师,博士生导师,国医大师路志正传承博士后、学术继承人。参与完成国家级课题4项,主持在研国家级及局级课题5项,发表论文30余篇,出版专著3部。主要从事内分泌及代谢疾病的临床研究。E-mail:lxmhos@aliyun.com

● 作者单位 中国中医科学院广安门医院(100053)

掣生姜、半夏之肘。二则呕吐日久,当宗叶氏“甘平或甘凉濡润,以养胃阴”[1],忌刚用柔,又不可滋腻碍脾,以北沙参、麦冬甘凉与炒扁豆、山药甘平之品养阴益胃,白术、生谷麦芽健脾开胃,炒莱菔子、旋覆花、佛手化痰行气和中而无燥烈之弊。

2 下窍不利慢性肾功能不全案

王某某,男,76岁,2014年6月12日初诊。主诉:二便排出不利2年余。自诉小便排出费力,分叉,尿等待,每夜起夜两次,大便质干,1~2天1次,排出费力,每次需25分钟,近20天腰疼,活动后减轻,下肢无明显浮肿,面色暗红。舌质暗,舌边红,苔薄黄,脉弦沉。既往史:高血压病14~15年,慢性肾功能不全12年。口服苯磺酸氨氯地平5mg bid,阿司匹林100mg qd,硝酸异山梨酯15mg tid,氯吡格雷75mg qd,呋塞米等西药治疗,血压控制在130~140/60mmHg。2014年5月20日外院生化提示:CREA 385 μ mol/L,UA 518.0 μ mol/L,UREA 16.87mmol/L。证属肾阴不足,膀胱气化不利,兼有血瘀。方用滋肾通关丸加味。药用:盐黄柏9g,知母10g,肉桂3g,桃仁10g,丹参30g,川牛膝30g,橘核10g,路路通10g。14剂,水煎服,日1剂。

二诊(6月26日):自诉小便排出较前通畅,尿等待好转,仍大便干,排出困难,需20余分钟方解,腰疼较前减轻,仍未彻底,腰疼时连及下肢,体力正常。舌质暗红,苔黄偏厚微滑,脉弦滑。2014年6月25日外院复查生化:CREA 286 μ mol/L,UA 363.0 μ mol/L,UREA 9.2 mmol/L。效不更方,守上

方将桃仁加至15g,加生白术30g,炒枳实15g。14剂,水煎服,日1剂。

按 初诊时患者血肌酐高达385 μ mol/L,主诉为大小便排出不利,故刘师云“下窍一通,肌酐自降。”结合舌脉,“舌质暗红,苔薄黄,脉弦沉”,辨证属肾阴不足,膀胱气化不利,兼有血瘀,予滋肾通关丸加味,以滋阴清热,温阳化气,兼以化瘀行气散结。此方出自《兰室秘藏·小便淋闭门》篇,“热闭于下焦者,肾也,膀胱也……阴受热邪,闭塞其流”[2],东垣以之“治不渴而小便闭,热在下焦血分。”方中盐黄柏、知母滋阴泄热;肉桂助膀胱气化;桃仁、丹参、川牛膝活血化瘀、兼以润肠通便;橘核、路路通通络散结。14剂后,果如刘师所言,药后小便较前通利,肌酐下降至286 μ mol/L。续以原方加枳术丸,以健脾行气通腑。由本案可知,“治病必求于本”,当有是证用是药,不可抱有成见,见肌酐高而套用降肌酐的成方或金樱子、五倍子等收涩之药。

3 肝阴不足慢性胰腺炎腹痛案

任某某,男,51岁,2014年6月17日初诊。主诉:腹痛伴右侧胁痛8~9年。8~9年前患者于当地住院诊断为:慢性胰腺炎,于石家庄、北京各大医院辗转治疗半年之久而始终腹痛。家人扶入门诊,自诉现腹部怕凉,腹痛,伴右侧胁痛,纳可,周身乏力,轻微口干口苦,大便日1次,小便黄,面色黄灰而暗,形体瘦弱,伴有耳鸣,舌体麻木,舌质暗红,苔少,脉弦细。2014年4月22日外院CT提示:慢性胰腺炎,脾大。辨证属肝阴不足,中阳亏虚。治法:滋阴柔肝,佐以辛甘

通阳。处方:一贯煎合小建中汤加减。药用:北沙参15g,麦冬10g,当归10g,生地10g,枸杞10g,炒白芍12g,桂枝6g,炒鸡内金10g,炙鳖甲10g(先煎)。14剂,水煎服,日1剂。

二诊(07月01日):服药后精神及面色明显好转,腹痛大为好转,已能自行由石家庄坐火车来门诊就诊,现时而腹痛,畏寒减轻,久行时下肢沉重,仍进食偏少,时而心悸,轻微耳鸣,舌体麻木。舌质暗红,舌体胖嫩,苔薄白偏少,脉弦。处方:守上方,去生地,加木瓜10g,炒酸枣仁10g。14剂,水煎服,日1剂。

三诊(07月15日):自诉偶尔轻微腹疼,时而右胁疼,偶舌麻,两侧耳鸣,体重变化不明显,膝关节以下怕冷,大便日1次,质偏干,小便常。舌质暗,体偏胖,舌苔已生,苔根部偏厚,脉弦较前有力。辨证属中阳不足兼有湿瘀,方选小建中汤加味。药用:桂枝9g,炒白芍15g,炙甘草6g,当归10g,瓜蒌皮15g,藿香梗10g(后下),炒鸡内金10g,炙鳖甲10(先煎)生姜3片,大枣10g。14剂,水煎服,日1剂。

按 本案初诊时既有“腹痛,右侧胁痛,形体消瘦,舌质暗红,苔少,脉弦细”等肝阴不足,络脉失养之征,又有“腹部怕凉”中阳不足之象,故为不荣则痛,辨证属肝阴不足为主,兼有中阳亏虚。以一贯煎去苦寒之川楝子,合小建中汤和缓里急,加炙鳖甲坚阴入络,炒鸡内金健脾消食。药后腹痛大为好转,继加木瓜、枣仁甘酸养阴。三诊时腹痛已轻微,续用小建中汤温阳健脾,和络止痛,加藿香梗、鸡内金醒脾等善其后。由此可见,临床可见虚证腹痛,不可止于辛香理气之法,正如《医学真传·心腹痛》言:

“夫通者不痛,理也。但通之之法,各有不同。调气以和血,调血以和气,通也……虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。若必以下泄为通,则妄矣。”^[3]

4 心气大虚扩张型心肌病案

左某某,男,50岁,2014年04月04日初诊。主诉:胸闷、气短3~5个月。两人扶入门诊,自诉发病前曾反复感冒,现胸闷、气短,夜间胸闷甚至憋醒,不耐劳作,劳作稍重则气喘,面色青黑,畏寒,大便常,伴夜间少量汗出,双下肢无浮肿。舌质暗红,苔薄黄,脉沉细重按无力。辅助检查:心脏超声:扩张性心肌病,双心室受累;全心扩大;全心功能减退;二尖瓣返流(少量);三尖瓣返流(少中量)。心电图:P波异常,异常Q波,室性逸搏,II度房室传导阻滞,ST-T改变,QRS肢导联低电压。辨证属心

气大虚,鼓动无力,兼有血瘀。处方:生黄芪90g,制附片6g(先煎),丹参30g,麦冬10g,三七粉3g(冲服),银杏叶6g。14剂,水煎服,日1剂,少量频服。

二诊(04月25日):自诉服药后胸闷憋气消失,行走气短不明显,仍四肢发凉,睡眠时已可左侧卧位,食欲正常,面色较前好转,舌质暗,苔薄黄,脉沉缓重按无力。处方:效不更方,守上方,加桂枝6g,五味子3g。14剂,水煎服,日1剂,少量频服。

三诊(07月04日):自诉气喘消失,无胸闷,可从事轻微体力活动,下肢无浮肿,面色暗红,心电图示:左心室肥大,多发室早。舌质嫩红,苔薄白,脉沉细重按无力。辨证属心气阴两虚,兼有血瘀。处方:生黄芪120g,丹参30g,桂枝6g,当归12g,瓜蒌皮15g,麦冬10g,五味子6g。14剂,水煎服,日1剂,少量频服。

按 心为“五脏六腑之大主”,具气血阴阳,而心气主鼓动血液运行之功。初诊所见均为心气大虚,鼓动无力,兼有血瘀之象。病重药亦重,非大剂生黄芪不能峻补其心气之大亏,麦冬养心阴,小剂制附片鼓动心阳,佐丹参、三七粉、银杏叶活血化瘀。后续以此方加味,并加重黄芪剂量为120g,前后服用3个月,诸症若失。值得注意的是本方服法当“重剂缓服”,以使药力相继,缓慢振奋阳气,如春临大地,万物日渐复苏;若一剂顿服,恐壅塞气机,反生内热,若春日应温而反大热,烈日以曝,反生草木自燃之害。

参考文献

- [1]叶天士.叶天士医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:87,154.
- [2]朱丹溪等.金元四大家医学全书[M].山西太原:山西科学技术出版社,2012:494.
- [3]高世祚.医学真传[M].江苏科学技术出版社,1983:54.

(上接第56页)

- [4]许正锦,陈进春,邱明山,等.三草尿毒灵合剂治疗慢性肾衰竭疗效观察及对晚期糖基化终末产物的影响[J].中医药通报,2011,10(3):45-47.
- [5]全国中医肾衰研讨会.刘宏伟整理.慢性肾衰中医辨证分型和疗效判定标准[S].中医药信息,1991,(2):27-28.
- [6]陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2010:549.
- [7]郑筱萸.中药新药治疗慢性肾功能衰竭的临床研究指导原则[M].北

京:中国医药科技出版社,2002:167.

- [8]穆立芹.肾脏疾病的基因治疗[J].国外医学·泌尿系统分册,2005,25(1):104-108.
- [9]Scott PG,Chahary A,Tredget EE. Molecular and cellular aspects of fibrosis following thermal injury[J]. Hand Clin 2000,16(2):271.
- [10]许正锦,邱明山,郭宇英,等.慢性肾脏病的中医病因病机探讨[J].辽宁中医药大学学报,2011,13(10):137-139.

悦读《中医药通报》 感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)