

色萎黄、头晕眼花、倦怠乏力、食少纳差、口渴不欲饮、梦多寐少,舌红、苔黄腻,脉沉滑。首诊时徐老师考虑患者为老年人,有长期慢性疾病史,辨证为气虚为主,兼有阴虚。气虚则气不摄津,汗自溢出,面色萎黄,头晕眼花,倦怠乏力,食少纳差,脉沉细等为气虚之证;阴虚则内热,症见心烦,梦多寐少,口渴,舌红等。以益气养阴为治疗原则,方用参芪地黄汤加减:黄芪 20g,太子参 15g,山药 10g,枸杞子 10g,生地黄 5g,山萸肉 10g,五味子 10g,莲子肉 10g,川芎 6g,焦山楂 10g,陈皮 6g,知母 10g。颗粒剂,每日 1 剂,水冲服。7 剂后,患者面色萎黄,头晕眼花,倦怠乏力,食少纳差等不适症状有所好转,但自汗未能明显减轻,仍然心烦失眠,口苦,舌苔黄厚腻,脉沉滑,仔细询问患者自汗以头面部明显,且汗出黏腻如油。徐老师再次辨证认为:患者高血压、2 型糖尿病、动脉硬化、慢性胃炎等病史多年,目前在气虚阴虚的同时,湿热内盛突出,蒸液外出,故汗出黏腻,口苦,舌苔黄厚腻,脉沉滑均为湿热之证。治疗上以清利湿热为主,辅以健脾益气。选龙胆泻肝汤合四君子汤加减,处方:龙胆草 6g,炒栀子 10g,车前子 10g,泽泻 10g,茵陈 15g,黄芩 10g,茯苓 10g,党参 6g,白术 6g,陈皮 6g,佩兰 10g,黄连 3g,黄柏 6g,藿香 10g,川芎 12g。颗粒剂,每日 1 剂,水冲服。7 剂后患者出汗症状明显缓解,口苦、心烦失眠,倦怠乏力等不适症状明显好转,继续守方 7 剂巩固疗效,患者满意。

按:汗证为临床之常见病症,多以气虚、血虚、阴

虚、阳虚等虚证最为常见,也可因痰湿、热所致,但较之虚证少见。本例为虚实夹杂之证,单以健脾益气或利湿清热均不能直中病之要害,当治以清利湿热、健脾益气,攻补兼施,标本兼治^[5-6]。患者高血压、2 型糖尿病、动脉硬化、慢性胃炎病史多年,久病耗气伤阴,脾胃虚弱,脾失健运,日久湿热内生,湿热交蒸,迫津外泄,故汗出黏腻如油,心烦失眠,口苦,苔黄厚腻,脉滑。治疗给予利湿清热为主,辅以健脾益气。药用龙胆草、炒栀子、黄芩、黄连、黄柏苦寒清热燥湿,车前子、茵陈、泽泻清利湿热,使湿有去处。茯苓、党参、白术健脾益气、渗湿固表止汗,兼防苦寒伤中。陈皮、藿香、佩兰理气健脾、化湿和中,川芎活血行气、止痛,气血运行畅通,则湿去无阻。诸药合用,湿热双清,泻中有补,则湿热自除,疗效显著。

参考文献

- [1] 俞冲. 桂枝汤临床治疗汗证[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(5): 233-234.
- [2] 陆彩芬. 论汗证之辨治[J]. 山东中医药大学学报, 2009, 33(4): 278-280.
- [3] 潘万雄. 桂枝汤治验 4 则[J]. 江苏中医药, 2011, 43(6): 52-53.
- [4] 周小平. 桂枝汤证营卫不和病机再认识[J]. 光明中医, 2006, 21(6): 5-6.
- [5] 张阳阳, 徐丽梅. 一贯煎治疗皮肤病验案举隅[J]. 世界中医药, 2012, 7(1): 48-49.
- [6] 张世友. 论汗辨治六法[J]. 中国中医急症, 2009, 18(10): 1715-1715.

(2012-08-02 收稿)

古方治疗老年发热举隅

何庆勇 马士芳

(中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

关键词 人参败毒散; 黄芪赤风汤; 葛根汤; 正虚外感; 发热
doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.04.026

笔者在“读经典, 做临床”的学习中, 尝试运用古方治疗发热, 取得了较好的临床疗效。现举笔者运用古方(人参败毒散、黄芪赤风汤、葛根汤)治疗老年发热验案 2 则以供同道参考。

1 人参败毒散治疗老年急性支气管炎合并肺部感染发热案

某, 男, 94 岁。初诊日期: 2012 年 7 月 2 日。主

诉: 发热、咳嗽、咯痰伴胸闷憋气 2 d。现病史: 患者 2 d 前无明显诱因出现咳嗽, 咯大量黄黏痰, 胸闷憋气, 发热, $T37.9^{\circ}\text{C}$, 无胸痛、心慌, 就诊于我院急诊。生化: 血糖 7.65 mmol/L , 总蛋白 60.7 g/L , 白蛋白 34.7 g/L 。全血肌钙蛋白 $1.017\text{ }\mu\text{g/L}$ 。血常规: 白细胞 $13.84 \times 10^9/\text{L}$, 淋巴细胞比率 7.6% , 中性细胞比率 86.8% , 中性细胞数量 $12.01 \times 10^9/\text{L}$, C 反应蛋白 47 mg/L 。给予西医抗感染对症治疗后, 上述症状未见好转。现就诊于我处。刻下症: 发热, 咳嗽, 咯大量白黏痰, 胸闷憋

基金项目: 国家自然科学基金项目(编号: 81202803)

通信作者: 马士芳, E-mail: mashifanggam@126.com

气,咽痛,无头晕,无头痛,纳差,睡眠日夜颠倒,小便频,夜尿 3~4 次,大便 3 日未行。既往史:冠心病病史 20 余年,现口服脑血康、丹参滴丸等药物治疗。2005 年于北京回民医院发现脑梗死,给予对症治疗,现有言语蹇涩等后遗症。高血压病史 1 年,血压最高 150/90 mmHg,未治疗。查体:T:37.8℃,P:71 次/min,R:20 次/min,Bp:150/80 mmHg 发育正常,营养差,体形偏瘦,精神可,面容正常,言语蹇涩,伸舌右偏。胸廓对称,桶状胸,双肺呼吸音粗,两肺底可闻及散在湿啰音,房颤律,各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音。腹平软,无压痛及反跳痛,肠鸣音存在。双下肢轻度水肿,不能自行行走。舌暗,苔黄腻,脉浮滑。中医诊断:咳嗽,风寒束表,湿阻血瘀。西医诊断:1)急性支气管炎合并肺部感染;2)冠状动脉粥样硬化性心脏病、心律失常、心房纤颤;3)陈旧性脑梗死;4)高血压病 1 级(极高危组)。治则:以祛风散寒、化湿活血为法,以人参败毒散加减治疗。处方:党参 15 g,防风 10 g,生甘草 10 g,川芎 18 g,独活 15 g,羌活 15 g,荆芥穗 10 g,柴胡 10 g,前胡 10 g,茯苓 30 g,生姜 30 g,薄荷 9 g,枳壳 10 g,桔梗 10 g。3 剂,日 1 剂,水煎服,早晚分 2 次服用。服用 3 剂后,患者发热退,体温 36.8℃,无咽痛,咳嗽、咳痰次数较前明显减少。效不更方,原方继续服用 5 剂,患者发热已退(体温 36.6℃),夜间失眠,偶有胸闷,纳食可,二便调,未见其他不适。查体:面色红润,Bp 110/70 mmHg,神清,精神可,双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。房颤律,各瓣膜听诊区未闻及明显病理性杂音,舌暗红,苔黄白干腻,脉弦,以桃红温胆汤加减治疗,取《千金》《外台》“大病后,虚烦不得眠,此胆寒故也,(宜服温胆汤)”之意,患者服用 14 剂后,诸症消失。

按:人参败毒散出自宋代的《太平惠民和剂局方》。本方具有发汗解表、祛风除湿的作用,是扶正解表的代表方剂^[1]。《寓意草》谓人参败毒散言:“人受外感之邪,必先汗以驱之。唯元气大旺者,外邪始乘药势而出。若元气素弱之人,药随外行,气从中馁,轻者半出不出,流连为困;重者随元气缩人,发热无休……所以虚弱之体,必用人参三、五、七分,入表药中少佐元气,一涌而出,全非补养虚弱之意。”本案患者为 94 岁高龄男性,年老虚弱,又有冠心病、陈旧性脑梗死等多种慢性疾病,久病伤及气血,导致气血不足(正虚),加之外感风寒,肺失宣降则见咳嗽、咯痰,风寒与人体卫气交争于肌表,正邪交争则见发热。患者长期嗜好吸烟,吸烟达 60 余年,生湿,生痰。湿浊阻滞气机,瘀阻胸中,故症见胸闷、憋气。舌暗,苔黄腻,脉浮滑亦为风

寒束表,湿阻血瘀之证。中医辨病为发热,辨证为风寒束表,湿阻血瘀,故方用人参败毒散加减。方证相应,故取佳效。

2 黄芪赤风汤合葛根汤加减治疗老年间质性肺炎合并感染发热案

某,女,73 岁。初诊日期:2012 年 7 月 15 日。主诉:发热伴胸闷、气短 3 d。现病史:患者 3 d 前因受凉后出现发热。体温 38.1℃,咳嗽,咯白痰,流清涕,就诊于我院急诊。动脉血气:二氧化碳分压:41.3 mmHg,氧分压 79 mmHg,血常规示:中性细胞比率:83.1%。胸片示:两肺广泛间质病变,两肺内合并感染。诊断为“间质性肺炎并感染”,予头孢唑肟钠、痰热清静滴、盐酸氨溴索注射液静注以化痰,患者仍发热,体温较前升高(T:38.9℃),咳嗽,咯白痰,病情未见缓解。刻下症:发热,汗出不畅,恶风,头痛,气短,活动后加重;咳嗽、咳白痰;无心慌心悸、无心前区疼痛,纳差,夜眠可,小便尚可,夜尿频,2~3 次/晚,大便日行 1 次,成形。既往史:1994 年被诊断为冠心病,服用单硝酸异山梨酯片治疗,控制尚可;2 型糖尿病病史 4 年,间断服用拜糖平治疗,血糖控制一般;2006 年 9 月因周身水肿、血肌酐高而诊断为慢性肾功能不全代偿期。1957 年至 1964 年患肺结核,经治疗已愈;结核后间断咯血病史 40 余年,经 CT、支气管镜检查明确诊断为“支气管扩张”,未用药控制;末次发病为 2010 年 12 月,在某医院住院治疗近 1 月后好转。1968 年产后大出血,曾输血 800 mL。查体:T:38.9℃,发育正常,体形偏胖,精神可,双侧睑结膜略苍白。胸廓对称,桶状胸,双肺叩诊清音,听诊双肺呼吸音粗、右下肺呼吸音低,可闻少量湿啰音;听诊心音低钝,心率 85 次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。双下肢轻度浮肿。舌暗红,苔白腻,脉滑数。辅助检查:2007 年查肺功能:通气功能中度混合性异常(一秒率:65.62%,一秒量:58.2%)周边气道阻力增高、支气管舒张试验阳性。心脏超声示:左房大,主肺动脉、右肺动脉内径略增宽;右室前壁厚,运动略增强;二尖瓣关闭不全(轻度);左心室舒张功能减低。二氧化碳分压:41.3 mmHg,氧分压 79 mmHg。血常规:白细胞:7.98×10⁹/L,血红蛋白:121.0 g/L,血小板:152.0×10⁹/L,中性细胞比率:83.1%;胸部 X 线片示:两肺广泛间质病变,两肺内合并感染。中医诊断:发热,证属肺气虚弱,血瘀,寒邪客于太阳经脉,经气不利。西医诊断:1)间质性肺炎并肺部感染;2)支气管扩张;3)陈旧性肺结核;4)冠状动脉粥样硬化性心脏病;5)稳定型心绞痛,心功能 II 级,6.2 型糖尿病,糖尿病肾病,慢性肾功

能不全代偿期。治疗:补益肺气,活血,发汗解表。方用黄芪赤风汤合葛根汤加减。方药:黄芪 30 g,赤芍 30 g,荆芥 10 g,葛根 15 g,生麻黄 10 g,桂枝 10 g,白芍 10 g,生姜 30 g,大枣 10 g,生甘草 10 g。水煎服,日 1 剂,分 2 次早晚服用。患者服药 1 次后,自觉全身汗出,热退,体温 37℃,诸症减半。继续服用 1 剂后,体温 36.5℃。患者服药 5 剂后,无发热,36.5℃,偶有咳嗽,未见其他不适。

按:黄芪赤风汤源自清代王清任《医林改错》,由黄芪、赤芍、防风三味药组成,本案患者长期罹患冠心病、糖尿病、慢性肾功能不全等多种慢性疾病,久病伤及气血,气虚血瘀,尤以肺气虚弱为甚。肺气虚,故症见气短,活动后加重。肺气虚,肺失宣降,肺气上逆,故症见咳嗽,咳痰。投之黄芪赤风汤旨在益气活血。

《伤寒论》曰:“太阳病,项背强几几,无汗,恶风,葛根汤主之。”当代名医黄煌谓葛根汤为温和的发汗剂,有散寒舒筋的功效^[2]。本案患者因外感风寒(受凉),虽已用诸多中西医药,但风寒未除,邪气留连于太阳经脉,致太阳经气不利,气血因之滞行不畅,故出现头痛、汗出不畅、恶风症状。应给予葛根汤以发汗解肌透邪。纵观患者四诊信息,患者证属肺气虚弱,血瘀,寒邪客于太阳经脉,经气不利,当解肌透邪与益气活血并举,葛根汤合黄芪赤风汤正具此功。

参考文献

- [1] 畅达,李祥林,南晋生. 汤方辨证及临床[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:154.
[2] 黄煌. 黄煌经方手册[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:50.

(2012-10-08 收稿)

谢立科络损积阻及脏腑辨证治疗视网膜静脉阻塞经验

肖文峰¹ 谢立科² 侯 乐²

(1 中国中医科学院眼科医院 2011 级硕士研究生,北京,100040; 2 中国中医科学院眼科医院,北京,100040)

关键词 谢立科;络损积阻;视网膜静脉阻塞;经验

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.04.027

视网膜静脉阻塞(Retinal Vein Occlusion, RVO)是临床上较常见的视网膜血管性疾病之一,以静脉扩张,视网膜出血、水肿、渗出等为主要眼底表现^[1]。发病急骤、病程迁延、视力损害严重,中医属“暴盲”“视瞻昏渺”范畴,为第二大致盲性视网膜血管病^[2]。谢立科主任医师从事中西医结合眼科 25 年,学验俱富,在治疗视网膜静脉阻塞方面更是有独到见解。谢主任认为“络损积阻(痰瘀互结)”是视网膜静脉阻塞的主要病机,也是导致其并发症的关键,祛积(祛瘀化痰)通络为其主要治疗原则。我们拟从视网膜静脉阻塞的络损积阻病机、视网膜静脉阻塞各期脏腑辨证和治疗方法、及验案赏析三个方面,总结谢立科主任医师从络损积阻论治视网膜静脉阻塞的经验。

1 RVO 的络损积阻机理

谢立科主任医师创造性地提出视网膜静脉阻塞“络损积阻”为本病的主要病机。“络损积阻”中的“积”,即为中医理论中涉及的痰与瘀,与西医视网膜静脉阻塞的主要病因病机中的血液流变学改变、血液动力学改变所导致的眼底出血及渗出相类似,络即为

眼部血络,络损与西医的血管改变相呼应。痰瘀为疾病发展过程当中的病理产物,亦是病因理论中的重要组成部分。痰由人体正常水液不能气化而成,瘀由血液不得正常流动或血溢脉外而致。中医认为,在眼病的病理过程当中,痰瘀可阻碍人体气血的顺利运行,使目睛不得气血津液的充分濡养,而对眼部正常生理功能造成影响。临床上, RVO 以视网膜水肿,渗出,静脉扩张,点、片或火焰状出血等为主要表现。其中,视网膜水肿、渗出乃水湿运行受阻,为“痰”之特点,视网膜静脉扩张,点、片或火焰状出血为血液运行不畅、血溢脉外,乃“瘀”之特征。故认为痰与瘀是 RVO 的主要致病因素。此外,痰瘀与气血津液在生理上亦密切相关。中医理论指出,津血同源、气血同源,气虚则津血生化乏源,气滞则津血运行受阻。气为血之帅,血为气之母,如若气无力行津,津液聚而生痰,阻碍气机,则血不得行而成瘀;血不能载气,气血运行不畅,津液不得正常气化,凝而成痰,痰瘀二者交互作用,使得眼部生理功能受到影响。由于水血在生理上、病理上的密切关系,因而对血病及水或水病及血之证,古代医家提出了水病可治血、血病可疗水的水血同治原则。据此,彭清华^[3]以活血利水,水血同治来治疗 RVO。相关研究表明:活血利水之药物能促进 RVO 后出血的吸