

苓桂术甘汤临床治验

毛志田

(江西省鹰潭市余江县中医院 余江 335200)

关键词:苓桂术甘汤;临床;经验

中图分类号:R249

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.035

医圣仲景之方,世人尊为经方。余在多年临床实践中,尤觉经方之效神速,只要抓住主脉、主证,便可见病知源,执简驭繁,每每能起沉痾于一愁莫展之际,现举苓桂术甘汤验案二则,叙述于下。

1 心悸案

1.1 病例资料 刘某,女,72岁,退休干部,于2005年2月27日就诊。患有糖尿病8年,已发生糖尿病肾病、神经病变等多种并发症。近3年来常感心悸、心慌,气短不足以吸,行走及大使用力后尤甚,须静卧吸氧才可逐渐缓解,曾多次服用中西药物治疗(具体药物不详),无明显改善。刻见:形肥肢冷,心悸气短,自觉有气上冲而咳嗽,口干饮水不多且喜热饮,足肿乏力,纳少倦怠,大便秘结,五六日一行、排出不畅、质硬量少,舌淡黯苔薄白,脉寸关弦细涩尺弱。辨证为心阳不振,寒饮内停。投以苓桂术甘汤加味,药物组成:茯苓30g、桂枝15g、白术15g、炙甘草10g、生龙牡各30g(先煎)、丹参15g、郁金10g。上方服用3剂,心悸减轻,仍大便秘结;在上方基础上加枳实8g、赤芍15g,服用3剂后心悸消失,足肿消退,大便通畅,精神转佳。

1.2 讨论 本病当属中医“心悸”范畴。患者年过七旬,平素可见畏寒,喜热饮等阳虚之象。本病病位在心,心属火,为阳中之太阳。心阳一虚,其主导之职失司,则中焦主运化之脾阳、下焦主水之肾阳也随之而虚,脾虚不能运化水湿,肾虚不能蒸腾气化,故痰饮内停。水饮、痰邪均为阴邪,易伤阳气,阳虚之时阴邪乘虚而入,阴邪内生;阳弱气虚,不能温煦,阴邪独盛进一步耗伤阳气,阻遏心阳,致阳虚水不化气。心阳一虚,则下焦水寒之气上逆,发为心悸。多劳动甚,则心气耗,加重心悸。胸为阳气会聚之地,肺居胸中,行治节之令,水饮射肺,影响肺之宣降,则可见咳嗽。心阳虚衰,膻中之气不充,又被水寒凝滞,故见气短。脾阳虚则运化失职,则可见纳差。痰饮留于四肢则身重肢困,下肢浮肿。阳虚无力化气以行舟,故见便秘。兼有瘀血故见舌黯、脉涩。余临证之时,辨证系心阳不振致水饮内停兼有瘀血之证。因

寒邪非温不散,水饮非温不消,瘀滞非温不通。尊《伤寒论》用治“心下逆满,气上冲胸,起则头眩……苓桂术甘汤主之”及《金匱要略》之“病痰饮者,当以温药和之”之旨,选用温阳化气行水的苓桂术甘汤为主方加减进行治疗。方中茯苓甘淡利水、养心定悸,补脾以厚脾土,为方中之主药。桂枝通阳以消阴,下气以降冲,补心阳以制水寒。茯苓与桂枝配伍,则温阳之中以制水阴,利水之中以复心阳。白术补脾,助茯苓以制水。炙甘草温中,与桂枝相配,上可补已虚之阳气,下可消已成之阴结。更用龙骨入肝以安魂,牡蛎入肺以定魄,魂魄者,心神之左右弼也;且两药重镇潜阳,可降上逆之水寒之气。合方中之桂枝甘草取桂枝甘草龙骨牡蛎汤以温阳潜镇安神。因兼有瘀血,故佐以郁金行气活血、宽胸解郁;丹参活血祛瘀。服药3剂后,患者心悸减轻,大便仍秘结,恐邪实较甚,加入枳实以行气化痰除痞,赤芍以破瘀血、水饮之阴结。综观全方,化饮通阳为主,镇悸、宁心、宽中下气为辅,使饮邪蠲,胸闷畅,脾运健,心悸宁,则阴霾之气消。

2 眩晕案

2.1 病例资料 黄某,女,70岁,工人,于2005年4月就诊。反复发作眩晕十余年,发则头晕目眩,不能睁眼,自觉房摇地动,耳鸣,泛呕欲吐,头不敢转动,动则晕眩不止。患者形体偏胖,易于感冒。有糖尿病、高血压、颈椎病病史十余年。数年来反复发作,经服药输液后可以缓解。1周前夜间起床小便时忽然发病,自觉天旋地转,耳鸣,呕吐不止,经西医给予镇静、止呕及抗胆碱药物治疗,但收效甚微,遂转诊于中医,由家属轮椅推来门诊就诊。症见:闭目不睁,双手紧抓轮椅扶手,面色苍白,不敢稍动,不欲睁眼,睁眼即呕吐不止,伴胸闷食少,疲乏无力,舌淡边有齿印,苔薄白,脉沉涩。余即刻辨证:脾胃虚寒,痰饮致眩也。遂用苓桂术甘汤合泽泻汤加味治疗,拟方:泽泻30g、白术12g、桂枝15g、茯苓30g、炙甘草6g、吴茱萸6g(温水洗)、川芎6g、葛根60g。嘱其少量频饮,服用2剂后,眩晕止,患者独自步行来求诊。虑

其脾胃虚寒之象明显,故嘱服理中丸调理善后,诸证悉平。随访半年,眩晕未发。

2.2 讨论 关于眩晕,历代医家多从风、痰、虚、火等方面论治。患者形体偏胖,素多痰湿,抗病力差,易于感冒。稍有饮食不慎即损伤脾胃,聚湿为饮上犯清窍而为眩晕。缘患者闭目不睁,双手紧抓轮椅扶手,面色苍白,不敢稍动,不愿言语,伴见胸闷食少,疲乏无力,舌淡边有齿印,苔薄白,脉沉涩,四诊合参,当属脾胃虚寒,水饮上泛之眩晕。脾阳虚衰,阳虚不能制水,水气阻遏清阳,不能上养清窍,则发眩晕。本病为阴邪为患,属本虚标实之证。正合苓桂术甘汤之病机。法宗“病痰饮者,当以温药和之”之旨,方用苓桂术甘汤以温阳化饮健脾和中。方中茯苓淡渗,逐饮出下窍,故用以为君;桂枝通阳输水走

皮毛,从汗而解,故以为臣;白术燥湿,佐茯苓消痰以除支满;甘草补中,佐桂枝建土以制水邪也。合泽泻汤以祛痰利水。虑其痰湿中阻,易粘滞血分,必碍血行,痰瘀紧密相联,故活血湿浊易化,瘀除无留滞之邪,方使经络通畅,升降易于恢复,故于上方中加入葛根、川芎以活血行气促经络通利,血行流畅,且可引药达病所。佐入吴茱萸温胃止呕。诸药同行,共奏温阳健脾祛痰利水之功。

以上之病案,其病不同,但皆因痰饮所为。水饮上凌于心则心悸,心下有痰饮,水为阴邪,阴邪抑遏上升之阳,故眩晕。故中医并非一方治疗一病,只要病机一致,用之则有效,体现了中医异病同治之思想。若明其病机与方义,活用妙用,验之临床,疗效显著。

(收稿日期:2014-10-15)

带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流的临床分析

徐怀昌

(四川省都江堰市人民医院 都江堰 611830)

摘要:目的:观察使用带侧孔中心静脉导管进行胸腔积液引流的临床效果。方法:将 64 例大量胸腔积液患者随机分为两组,每组 32 例。治疗组使用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流,对照组行常规胸腔穿刺术。结果:治疗组 32 例均一次置管成功,均未发生导管脱落、胸膜反应、气胸、血胸。治疗组患者穿刺次数、胸水消失时间、平均住院日均明显短于对照组,胸膜增厚、积液包裹并发症发生率更低。两组患者疗效、并发症比较,差异均具有统计学意义($P<0.01$)。结论:使用带侧孔中心静脉导管进行胸腔积液引流治疗效果满意,与常规胸腔穿刺术相比治疗效果更好,患者痛苦少、耐受性良好、并发症少,引流胸水及胸腔内药物灌注方便,患者容易接受。

关键词:胸腔积液;带侧孔中心静脉导管;胸腔引流

中图分类号:R561.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.036

胸腔积液是常见内科疾病,肺、胸膜和肺外疾病均可引起。胸腔穿刺术是常用的检查胸腔积液的性质、抽液减压或胸腔内给药的技术。但在胸腔积液抽液减压及胸腔内给药时常需反复多次穿刺操作,易引起较多的并发症,给病人带来痛苦。本院自 2011 年 1 月~2014 年 5 月收治大量胸腔积液患者 64 例,采用带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流治疗 32 例。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011 年 1 月~2014 年 5 月收治大量胸腔积液患者 64 例,均进行胸部 CT、胸腔 B 超定位确定有大量胸腔积液。其中男 30 例,女 34 例,年龄 17~85 岁,脓胸 2 例,结核性胸膜炎 32 例,恶性胸腔积液 20 例,心力衰竭致大量胸腔积液 10 例。随机分为带侧孔中心静脉导管行胸腔积液引流组(治疗组)和常规胸腔穿刺组(对照组)各 32 例。

1.2 方法 术前均行胸腔 B 超定位,选择腋后线或肩胛线 7、8、9 肋间,或者选择胸腔积液最多、最深处于穿刺点。对照组第一次抽胸水 $<600\text{ ml}$,以后不超过 $1\ 000\text{ ml}$,每周 2~3 次,每次穿刺前均行胸腔 B 超检查及定位,直到 B 超检查胸水少至不宜穿刺抽液。治疗组患者进行胸腔 B 超定位后,患者坐位或半卧位,常规消毒、戴无菌手套、铺洞巾、2%利多卡因局麻,用穿刺针缓慢进针,有落空感并回抽出胸腔积液即停止进针,确定已进入胸腔,用导丝推进器把导丝从针尾孔里向前推进 20~25 cm;把导丝推进器退出,退出穿刺针;从导丝尾端插入皮肤扩张器,扩张导丝入皮处的针孔及胸壁软组织,以利于留置导管的进入,然后退出皮肤扩张器,沿导丝尾端插入中心静脉导管,当留置中心静脉导管进入皮肤 15~20 cm 后退出导丝,注射器回抽有胸水,固定导管,导管尾端接三通管,三通管接一次性引流袋与输液器组