

有瘀斑瘀点等。通过胃镜可见到胃黏膜凹凸不平、息肉,活检示胃黏膜不典型增生或肠腺化生。故治疗应重视活血祛瘀药的运用,同时根据辨证配合其他治法方药。如气滞而有瘀者,加川楝子、郁金、香附、延胡索理气活血;瘀血重者,加莪术配黄芪少量益气破血祛瘀;有化热倾向者酌加生地、牡丹皮凉血活血;血虚宜加熟地黄、三七养血活血。对于不同证型的胃脘痛,在辨证的基础上常加一二味活血祛瘀之品,使气血调畅,常可收到意想不到的效果。

5 肝气犯胃证

赵某,男,47岁。患者胃痛时发时止半年余,曾在当地医院检查,经X线上消化道钡透示:胃底及十二指肠溃疡,屡用复方胃痛胶囊、香砂六君丸,症不减。现症见:胃痛连胁及背部,嗳气泛酸或干呕、口干、口苦,嗳气则舒,病发与情志有关,心烦易怒,屡欲太息,逢怒则胀痛增剧,食少,或呃逆不休,舌质红、苔薄白,脉沉弦而滑。辨证为肝胃不和证;治以疏肝和胃,理气止痛。处方:柴胡12g,白芍15g,炒枳实10g,甘草6g,川芎9g,香附12g,郁金12g,陈皮12g,黄连6g,吴茱萸3g,延胡索10g,砂仁6g,海螵蛸10g,神曲10g,炒麦芽10g。药服3剂后,胃痛缓解,继服7剂,诸症均愈。

按语:本案肝气犯胃型胃脘痛在临床中属于常见病、多发病,其病因病机是肝气疏泄太过,横逆脾胃,肝(脾)胃不和。其治可以疏肝解郁与抑肝缓急两法先后或同时运用。疏敛并用的组方原则,体现了调肝之法在病态下的双向性调节作用。肝疏泄功能正常,气顺则通,胃自安和,即所谓“治肝可以安胃”。嘈杂泛酸、心烦者,佐黄连、吴茱萸、金铃子散清泄为主;若气郁化火,灼热嘈杂,上冲胸咽,口苦苔黄者,加炒栀子、牡丹皮;火郁伤阴,灼痛似饥,口干不欲饮,舌红少津者,减柴胡、香附,加沙参、麦冬;若气郁兼停饮,胸脘痞满不舒,泛恶欲吐,苔腻脉滑者,去白芍、香附,加姜半夏、茯苓,胁胀加青皮等。另外,由于本病治疗时间较长,患者精神压力较大,或受经济条件限制等因素,往往不能坚持服药而影响治疗效果,因此在预防上应重视精神与饮食调摄,养成有规律的生活与饮食习惯,忌暴饮暴食、饥饱不均,避免过度劳累与紧张。

第一作者:郑勇,男,主治中医师,研究方向:脾胃病的临床研究

(收稿日期:2019-04-17)

蒋士生治疗布加综合征验案 1 则

魏冬琴¹,王红梅²,蒋士生²

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院,湖南 长沙,410006)

[关键词] 布加综合征;中医药疗法;蒋士生;验案

[中图分类号] R259.436 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.033

布加综合征是一种罕见病,主要是由肝小静脉至下腔静脉之间的肝静脉出现不同程度的流出道阻塞,导致淤血性门静脉或下腔静脉高压的临床症候群。该病根据解剖学可分为下腔静脉阻塞型、肝静脉阻塞型和混合型,其临床表现无特异性,最常见的是亚急性起病,表现为双下肢水肿、腹水、上消化道出血等门静脉高压体征^[1]。目前该病的病因及发病机制仍处于探索阶段,其病因的复杂多样性导致了该病难以确诊,长期发展可导致淤血性肝硬化和肝衰竭^[2]。目前西医对本病治疗以介入及外科手术为主,而中医药疗法的相关报道极为罕见。

蒋士生教授系国家级名中医,特需知名专家,研究员,二级教授,博士研究生导师,享受国务院特殊津贴专家,师从全国著名中医学家李聪甫教授,从事中医临床、科研、教学四十余年。现将蒋教授运用活血化瘀、健脾益气法治疗布加综合征验案 1 则介绍如下。

田某,女,50岁,2017年7月18日初诊。患者自诉2016年8月2日因“乏力1个月,发现蛋白尿25d”于当地某医院急诊。肝脏MRI平扫+增强示:1)下腔静脉肝上段明显变窄、远端静脉增粗,右肝静脉及肝中静脉细小、局部狭窄,肝硬化、脾大,腹腔积液,符合布加综合征;2)肝右叶包膜下强化结节,考虑良性病变可能,小血管瘤?建议复查;3)左肾小囊肿。CTA下腔静脉+门静脉血管增强加三维成像示:1)符合布加综合征。下腔静脉肝段及肝后段狭窄、闭塞,肝右、中静脉血栓形成,肝硬化、脾大,腹水;2)肝右叶包膜下强化结节,考虑良性病变可能,小血管瘤?3)左肾小囊肿;4)宫腔少量积液,左附件区囊性病变。诊断:1)布加综合征;2)肝硬化失代偿期。8月16日在局麻下行“下腔静脉造影+经皮颈静脉穿刺(会师造影)+球囊扩张术”,术后规律使用低分子肝素抗凝治疗。8月30日再次于局麻下行“下腔静脉造影+球囊扩张术”,术后继续抗凝治疗。患者来诊前已行多次手术治疗,病情反复,苦不堪言,欲求中医治疗,遂来蒋教授处就诊。现症见:精神差,胃脘胀满不适,进食后尤为明显,厌油,恶心,疲倦乏力,夜寐差,入睡困难,左下肢胀痛,大便干结,2~3日一行,小便偏黄,舌偏红、苔薄黄,脉细。西医诊断:1)布加综合征;2)肝硬化失代偿期。

中医辨证:气虚血瘀、脉络瘀阻型。以健脾益气、活血化痰为治法。处方:党参 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,山药 15 g,陈皮 10 g,枳壳 15 g,黄芪 30 g,桃仁 10 g,当归 10 g,丹参 15 g,赤芍 15 g,三七粉 4 g,鳖甲 15 g,蒲公英 30 g,败酱草 20 g,金银花 20 g,石斛 10 g,鸡内金 10 g,甘草 3 g。30 剂,每天 1 剂,水煎,分 2 次温服。9 月 12 日二诊:患者精神好转,无明显灰油恶心,疲倦乏力好转,夜寐改善,左下肢肢痛减轻,大便成形。于前方基础上将鸡内金增至 15 g,加建曲 10 g。继续 30 剂,服法同前。此后,患者坚持服药 2 年,末次就诊时间为 2019 年 7 月 7 日。患者自述服用中药后未再行介入治疗,病情控制较稳定。近期至他院复查,示腹腔积液已完全消失,现仅存左下肢时有肿胀感,无其他不适。处方:太子参 30 g,茯苓 15 g,白术 15 g,山药 15 g,黄芪 30 g,枳壳 10 g,丹参 15 g,赤芍 15 g,当归 10 g,鳖甲 15 g,桃仁 10 g,红花 5 g,乳香 5 g,没药 5 g,三棱 10 g,莪术 10 g,忍冬藤 30 g,金银花 15 g,蒲公英 30 g,山茱萸 15 g,麦芽 15 g,鸡内金 15 g,茵陈 15 g,甘草 3 g。30 剂,嘱患者坚持服药,以巩固疗效。

按语:中医学中并无“布加综合征”这一病名,但根据其临床表现可将其归属于“肝积”“腹胀”“黄疸”等范畴。瘀血既是病理产物,也是发病原因,贯穿整个疾病过程。气为血之帅,邪毒内侵,阻滞气机,气滞则血行不畅,肝体失其濡养,而肝之疏泄失常,又可促进瘀血形成。脾虚则气血生化乏源,致气血亏虚,气虚则无力行血,血虚则脉道不充,脾失统血之功,血不归经,故可见脉道不畅,脉失充盈,进一步加重血瘀之证。故治疗采用健脾益气行血、活血化痰之法以达标本兼治之目的。方中党参、白术、茯苓、甘草组成四君子汤以达健脾益气之功,山药、陈皮健脾行气;黄芪、赤芍、当归、桃仁等组成补阳还五汤以益气活血;丹参、鳖甲、三七粉活血化痰;蒲公英、金银花、败酱草清热解毒以祛邪;末次就诊时再辅以三棱、莪术行气破瘀,乳香、没药行气活血,气机畅、瘀血祛,新血方可生。诸药合用,调畅气机,化瘀生新,促进脉道通畅,从而改善异常血液流变学,获得满意临床疗效。

参考文献

- [1] 史青苗,袁新,李娟,等.布加综合征的介入治疗研究进展[J].中华介入放射学:电子杂志,2019,7(3):251-254.
- [2] 林薇,曾维政,汤善宏,等.布加综合征病因学总结[J].四川医学,2016,37(6):693-696.

基金项目:全国名老中医药专家蒋士生传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149)

第一作者:魏冬琴,女,2017 级硕士研究生,研究方向:中医内科学(脾胃肝病方向)

通讯作者:王红梅,女,副研究员,研究方向:名老中医经验传承,E-mail:178229718@qq.com

(收稿日期:2019-11-12)

菖蒲郁金汤加减

治疗水痘脑炎验案 1 则

刘迅¹,周月²,吴智兵³

(1. 广州中医药大学,广东 广州,510403;

2. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

3. 广州中医药大学第一附属医院,广东 广州,510405)

[关键词] 水痘脑炎;菖蒲郁金汤;验案

[中图分类号] R259.15 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.034

水痘脑炎是由水痘-带状疱疹病毒感染人体后侵袭中枢神经系统所致的一种急性感染性疾病,是水痘少见的并发症。65%的水痘脑炎发生在出疹后第 3 天至第 8 天,以第 4 天最为常见,个别病例发生在出疹后 3 周,其发生率约为 0.1%~0.01%^[1]。水痘脑炎的临床表现为不同程度的发热,瘙痒性斑、丘、疱疹及结痂等全身症状,以及头痛头晕、恶心呕吐、痉挛抽搐、性情改变、锥体外系症状等神经系统异常改变,其病死率可达 5%~25%,约 15%可遗留智力障碍、癫痫、运动障碍或行为异常等严重后遗症^[2]。目前西医主要予抗病毒药物、营养神经药物、激素、丙种球蛋白等治疗,具有一定疗效。

本病可归属于中医学“温病”“水痘变证”“痢证”“惊风”等范畴,乃是感受水痘湿热实邪,后加重入里,热、痰、风、瘀、湿等多个病理因素胶结,侵袭脑窍,致清窍失养。以湿热胶结、痰蒙清窍为基本病机,治以清热利湿、祛痰开窍。笔者(第一、二作者)跟师(通讯作者)采用菖蒲郁金汤加减治疗该病取得了良好疗效,现将验案 1 则介绍如下。

患者,女,38 岁,因“发现水痘 12 d,意识障碍 8 d”于 2018 年 3 月 20 日入院。患者 12 d 前出现水痘,于当地诊所间断服用抗病毒药物,8 d 前出现意识模糊,言语不利,入院症见:患者表情淡漠,精神差,言语欠清,反应迟钝,头晕,四肢乏力,恶心干呕,饮水呛咳,夜寐欠佳。查体:意识障碍,言语不利,记忆力及计算力下降,饮水呛咳,左侧肢体肌力Ⅲ级,右侧肢体Ⅳ级,全身散在褐色结痂。双侧肱二、三头肌腱反射(+),双侧桡骨骨膜反射(+),双侧跟腱反射(+),病理征未引出,脑膜刺激征(-)。舌红、苔黄腻,脉滑。血常规检查结果:白细胞计数(WBC)4.9×10⁹/L,淋巴