

中医辨治泄泻验案

□李邦生 宋雪莉

2025年11月6日初诊:张先生,42岁,反复腹泻3年有余。患者经朋友介绍,至全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师李邦生门诊进行治疗。3年前,患者因吃冰镇西瓜后反复腹泻,很少有成形大便,饭后即排便,平素大便每日三四次,小便正常,多梦,时有心慌,血压141/93毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕,未服用降压药),腰痛,饮食尚可,苔白稍腻,脉细。

当地某医院彩超检查结果显示:甲状腺左侧叶囊实性结节,3类;轻度脂肪肝;前列腺体稍增大,伴囊肿。

中医诊断:泄泻(脾虚肝郁证)。

中医治则:健脾疏肝、祛湿止泻。

方药:土白术10克,茯苓15克,陈皮10克,姜半夏8克,醋香附10克,砂仁8克,姜厚朴10克,炒苍术10克,焦三仙(焦山楂、焦神曲、焦麦芽)各12克,玉米须30克,炒芡实15克,盐补骨脂10克,石菖蒲10克,天麻10

克,夏枯草15克,盐续断15克,甘草3克。共7剂。水煎,10时和14时各温服1次。

二诊:服药后,患者大便前干后不成形,每日一两次,腰痛好转,血压140/91毫米汞柱,心率98次/分,时有心慌,饮食尚可,多梦,午休后遇风容易感冒,怕冷。上方去掉补骨脂、甘草,加煅石决明15克,太子参15克,防风6克。共7剂。煎服方法同前。

三诊:患者大便后段不成形,腹胀,肠鸣音明显,怕冷有所改善,劳累后腰痛,夜间脚凉,饮食尚可,早醒。上方去掉石决明,加怀牛膝15克,桔梗10克。共7剂。煎服方法同前。

四诊:患者肠鸣音消失,1周会有两三次大便不成形,无腹胀,腰痛好转,夜间脚凉,饮食尚可,多梦,血压132/90毫米汞柱,心率82次/分,去掉怀牛膝、防风,加盐泽泻15克,桂枝5克。共7剂。煎服方法同前。

五诊:患者大便正常,每日1次,无腰痛,夜间脚凉有所改

善,饮食、睡眠恢复正常,血压132/86毫米汞柱,心率78次/分。上方去掉泽泻、桂枝,加煅石决明15克,盐杜仲15克。共14剂。煎服方法同前,巩固治疗半个月。

2个月后随访,患者大便正常,血压稳定。患者饮食要清淡,少吃生冷、辛辣刺激性食物,避免熬夜,适度运动。

按语:结合该患者的症状、舌苔和脉象,可以诊断为脾虚肝郁型泄泻。《黄帝内经》记载:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生胀满。”泄泻多因饮食不节,外感寒湿或湿热,病久则伤脾,清气不升,浊气不降,水走肠间,水未运化而泄,水谷混杂而下,走泄间,发为泄泻。泄泻日久,脾虚及肺,上下不相交通,中气下陷,腹胀腹泻频发,宜加桂枝补肺气;脾虚容易见肝旺,肝乘脾土,上热下寒,清代医学家叶天士在《临证指南医案》中写道:“阳明胃土已

虚,厥阴肝风振动内起。”因此,需要以甘养脾,以酸柔肝,健脾疏肝法调理体质。该患者泄泻日久,脾虚为本,多梦、心慌、血压偏高肝郁为标,治疗需要标本同治,清肝火药物中病即止,避免寒凉太过,损伤脾胃。石菖蒲、天麻、夏枯草同用,化湿清肝;玉米须、盐泽泻、利小便,实大便,也有助于稳定血压。《黄帝内经》记载:“病痰饮者,当以温药和之。”《症因脉治》记载:“脾泄泄之因,脾气素虚或大病后,过用寒凉,或饮食不节,劳伤脾胃,皆成脾泄泄之症。”故用香砂六君子汤化裁温运脾胃治本。焦三仙消积化滞,以防虚不受补,减轻

胃肠负担,帮助消化吸收营养物质,有助于气血津液营养五脏六腑,恢复人体固有生生之气。病久及肾,命门火衰,加炒芡实、补骨脂补肾收敛止泻,桂枝可温化水湿,通经络,扶阳气,振奋脾胃,使体内湿气得温而运化。晨起腹痛腹泻者,加制吴茱萸;大便夹杂血色(颜色鲜红)者,可加地榆炭、槐花炭;便前腹痛明显者,可加桂枝、炒白芍、大枣温中散寒止痛。脾、肝、肺、肾同调,标本同治,以防复发。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院全国名老中医李邦生传承工作室,系河洛李氏脾胃学术流派传承人)



四诊合参

半夏泻心汤合升降散治疗嘴唇肿胀

□周永志

患者王某,女性,50岁,以反复嘴唇肿胀半年为主诉前来就诊。患者半年前食用烧烤类食物后出现双唇肿胀,伴随胃部不适,自行服用清热解毒类药物,约1周后症状好转。此后,患者双唇肿胀症状反复发作,大多在食用刺激性食物后诱发(其中食用萝卜后,也会出内自稍缓解。患者此前曾辗转多家医院治疗,但是病情未见改善。患者在初诊前一日食用火锅后,双唇肿胀症状再次发作,遂到笔者所在处就诊。

初诊:患者平素体质尚可,

既往患有慢性胃炎,饮食、睡眠质量良好,大便偏干燥,小便无异常,舌质暗红,有瘀点,舌苔微黄稍腻,左手寸脉、关脉略盛。

辨证:嘴唇肿胀,阳明体系胃腑病合并少阴体系三焦腑病,兼夹血瘀。

方药:半夏泻心汤合升降散化裁。法半夏12克,陈皮12克,黄芩12克,黄连6克,干姜6克,党参12克,当归20克,红花6克,丹参20克,僵蚕9克,薄荷6克,大黄6克,郁金12克,白芷9克,甘草12克。共3剂。

患者服药次日,嘴唇肿胀

症状明显消退,大便恢复正常;服药第3日,嘴唇肿胀完全消除。

二诊:效不更方,继续10剂以巩固疗效。

方证分析:该患者以双唇肿胀为主要表现,且症状存在明确诱发因素。从现代医学角度分析,首先需要考虑过敏的诱因,但是仅表现为双唇肿胀,无法单纯依靠过敏机制完整解释病情。从中医角度分析,双唇所属区域与胃、大肠联系紧密,结合患者慢性胃炎病史,判定该病核心病机为胃腑功能失常,故选用半夏泻心汤作为主方。患者存

在大便干燥的症状,同时结合免疫、过敏等相关诱因,判断合并三焦腑病变,故配伍升降散协同施治。患者舌质存在明显瘀血表现,配伍当归、红花、丹参,起到活血化瘀的作用。患者肝脉偏盛,提示存在肝气郁滞的情况,加用郁金疏肝理气之品,如白芷可引药上行,直达病所。本处方中甘草用量偏大,除了调和诸药外,还可发挥解毒之效。

诊疗思考:穿凿会通理论体系具备独特的辨病、辨证思维,该理论将脏腑、经络、腑俞作为症状判定与病位归属的依据,精准明确病变位置,以此制定个体

化治疗方案。穿凿会通理论体系涵盖辨证论治理念,通过判断人体阴阳、寒热、虚实、痰瘀等病理变化,指导方药调整。疾病的发生有内在与外在双重诱因,该患者既往有慢性胃炎病史、刺激性饮食诱发因素以及肿胀发病部位,均为辨证核心要点,也是精准配伍方药的关键依据。在临床诊疗中,需要综合患者病史、症状、脉象、舌象等多方面的信息,结合中医理论剖析病机,合理选用经典方剂并灵活化裁,以此提升临床诊疗效果。

(作者供职于开封市中医院)

中医特色疗法

中医外治联合训练改善心力衰竭症状

□邓楚澍

慢性心力衰竭是可归类器质性心脏病的严重表现或终末阶段。我国35岁以上人群心力衰竭患病率约1.3%,且随年龄增长显著升高,患者多存在呼吸困难、活动耐力下降等症状,严重影响患者生活质量。常规护理以体位管理、饮食指导、出入量记录等基础措施为主,缺乏针对心肺康护手段,难以有效改善患者心肺功能减退与运动耐力不足等问题。

中医将慢性心力衰竭归为心悸、喘证、心力衰竭等范畴,核心病机为心气、心阳亏虚为本,瘀血、水饮为标,病位在心,与脾、肺、肾三脏密切相关。心气不足则血行无力,心阳亏虚则水湿不化,肺脾肾功能失调进一步加重喘促、水肿等症状,故中医护理强调益气活血、温阳利水。穴位贴敷作为中医内病外治的特色技术,具有操作简便、无创且依从性高等特点,可同时发挥药物治疗与经络调节作用。吸气肌训练是心肺康护的核心技术,能有效提升呼吸肌功能。本文基于中西医优势互补的理念,探讨穴位贴敷联合吸气肌训练对慢性心力衰竭患者的干预效果,为临床护理提供参考。

研究对象与干预方法
该研究纳入92例慢性心力衰竭的住院患者,采用随机数字表法分为对照组与观察组,各46例。两组患者性别、年龄、心功能分级等一般资料,差异无统计学意义(P>0.05),具有可比性。
纳入标准:符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南》慢性心力衰竭诊断标准及《慢性心力衰竭中医诊疗专家共识》气阴两虚兼血瘀证辨证标准;纽约心脏病协会(NYHA)心功能Ⅱ级~Ⅲ级;患

者意识清楚,能配合训练与评估。
排除标准:合并原发性肺部疾病,严重肾功能不全或恶性肿瘤;近1个月有急性心力衰竭发作或心肌梗死;贴敷部位皮肤破损或感染;对贴敷药物过敏;妊娠或哺乳期女性。

基础治疗与常规护理
两组患者均接受慢性心力衰竭规范化药物治疗及常规护理,包括低盐低脂饮食指导、出入量管理、用药指导、健康宣教及心理疏导。

对照组干预方案:对照组在常规护理基础上实施吸气肌训练。患者取坐位或半卧位,全身放松,鼻吸嘴呼,吸气至最大量后屏气两秒,缩唇缓慢呼气,吸呼比1:2~1:3。每次训练15分钟~20分钟,每日2次,每周5天,连续干预8周。训练中密切观察患者情况,如果出现胸闷、气促加重等不适症状,应立即停止训练。

观察组干预方案:观察组在对照组基础上联合中医穴位贴敷干预。

方药:黄芪15克,附子10克,葶苈子12克,丹参15克,桂枝10克,冰片3克。药物混合研磨后用生姜汁调成糊状,制成直径2厘米、厚0.5厘米的饼,置于无菌纱布中央。

穴位选择:双侧心俞穴、肺俞穴、膻中穴、足三里穴。

贴敷方法:患者取仰卧位或俯卧位,消毒局部皮肤后将药贴固定于穴位,每次贴敷4小时~6小时,每日1次,连续干预8周。贴敷期间观察皮肤情况,患者出现瘙痒、红肿等不适,立即对症处理。

观察指标与评估方法
分别于干预前、干预后8周进行以下指标评估:

中医症状积分:选取心悸、形寒肢冷、面肢浮肿、胸闷气喘4项症状,采用0分~4分的5级评分制,分值越高症状越严重。

心功能指标:超声心动图检测左心室射血分数(LVEF)、左心室舒张末期容积(LVEDD)。

肺功能指标:肺功能检测仪检测第1秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)、最大呼气中期流量(MMEF)。

有氧代谢参数:心肺运动测试系统检测峰值摄氧量(VO2peak)、无氧阈(AT)、最大氧脉搏(O2pulse)。

运动耐力:采用6分钟步行试验(6MWT)进行评估,记录患者6分钟步行行走的最大距离。

不良干预:干预期间,患者局部皮肤不适、胃肠道不适、心律失常等发生情况。

研究结果
中医症状积分:干预后,两组各项中医症状积分均较干预前降低(P<0.05),且观察组积分降低幅度显著大于对照组(P<0.05),表明联合干预在改善临床症状方面更具优势。

心功能指标:干预后,两组LVEF均升高、LVEDD均降低(P<0.05),观察组LVEF升高幅度及LVEDD降低幅度均优于对照组(P<0.05),提示联合干预能更有效改善心脏收缩与舒张功能。

肺功能与有氧代谢指标:干预后,两组患者肺功能指标(FEV1、FVC、MMEF)及有氧代谢参数(VO2peak、AT、O2pulse)

均较干预前升高(P<0.05),观察组上述指标改善幅度均显著大于对照组(P<0.05)。

运动耐力:干预后,两组6分钟步行距离均较干预前延长(P<0.05),观察组延长幅度明显大于对照组(P<0.05),表明联合干预能更显著提升患者运动耐力。

不良反应:干预期间,观察组出现局部皮肤轻微红肿2例(4.35%),调整贴敷时间后缓解;对照组出现训练后轻度心悸1例(2.17%),休息后缓解。两组不良反应发生率差异无统计学意义(P>0.05),提示两种干预方案均具有良好安全性。

作用机制探讨
中医理论机制:穴位贴敷基于“内病外治”“经络传导”理论,《黄帝内经》记载:“夫十二经脉者,内属于脏腑,外络于肢节……”药物贴于体表穴位,可经皮毛腠理由表及里,沿经络传导直达病所,发挥药物与穴位双重作用。

本研究穴位配伍严谨:心俞穴,调理心气、宁心安神;肺俞穴,宣肺平喘、调水道;膻中穴,宽胸理气、调气机;足三里穴,健脾益气、扶正固本,共奏益气温阳、活血利水之功。

贴敷方药紧扣核心病机:黄芪,补气升阳、利水消肿;附子,回阳救逆、补火助阳;桂枝,温通经络、助阳化气;丹参,活血祛瘀、通经止痛;葶苈子,泻肺平喘、行水消肿;冰片,通窍窍、引药直达病所,改善透皮吸收效果。

现代药理学机制:现代药理学研究证实,贴敷药物中多种成分可直接发挥治疗作用。黄芪甲苷能增强心肌收缩力,抑制心室

重构;炮制后附子的乌头碱类物质具有强心作用,可提升心输出量;葶苈子所含的强心苷类物质,具有强心、利尿功效,降低心脏负荷;丹参酮ⅡA可改善微循环,抑制心肌细胞凋亡;桂皮醛能扩张血管,减轻外周循环压力。

吸气肌训练的作用:吸气肌训练可增强膈肌及辅助呼吸肌的力量与耐力,增加胸腔负压促进静脉回流,提高心输出量;同时,降低呼吸肌耗氧量,增加运动时肢体肌肉血流灌注,提升通气效率。

协同增效作用:穴位贴敷与吸气肌训练具有显著协同效应。一是穴位贴敷可以益气温阳、活血利水,改善心肌收缩功能与肺部微循环,减轻肺瘀血,改善肺顺应性,为吸气肌训练奠定良好基础。二是葶苈子泻肺利水,丹参活血化瘀,与吸气肌训练联合,可进一步改善肺通气功能。三是两种干预均可调节自主神经功能,抑制交感神经过度激活,促进副交感神经张力恢复。

本研究结果表明,中医穴位贴敷联合吸气肌训练可有效改善慢性心力衰竭患者的临床症状,增强心功能与肺功能,提高有氧代谢能力和运动耐力,且安全性良好,值得临床推广应用。

本研究为单中心、小样本研究,存在一定局限性。未来需开展多中心、大样本、长周期的随机对照试验,进一步验证该联合方案的长期疗效与护理实践价值,为慢性心力衰竭的中西医结合康复提供充分的临床依据。

(作者供职于郑州市第九人民医院)

经验之谈

初诊:患者为女性,54岁,因间断四肢多关节疼痛5年,加重1周就诊。

5年前,患者无明显诱因出现口干、鼻干,自服清热解毒药物治疗无效,后来出现四肢多关节疼痛、行走困难,在当地某医院进行检查,结果显示:类风湿因子阳性、血沉增快,被诊断为类风湿关节炎,经西医疗好转后出院。患者出院后在笔者所在医院进行中药调理,病情稳定。2年前,患者劳累后右膝关节肿痛加重,住院给予甲氨蝶呤等药物治疗后症状缓解。患者虽然规范服药,但是症状间断发作,曾用来氟米特及中药控制病情。1周前,患者因感冒后症状加重,向笔者寻求中医治疗。

症见:口干,鼻干,咳嗽,鼻塞,右侧第5掌指关节、双膝关节、左侧第4趾间关节肿痛,左侧腰部酸痛,周身乏力,饮食尚可,睡眠尚可,大小便正常。

既往史:甲状腺功能减退症病史5年,口服左甲状腺素钠片控制,病情尚可;严重骨质疏松症病史4年,口服碳酸酐酶D₃片,效果欠佳;中度贫血病史40多年,未系统治疗。否认有心脑血管病、糖尿病、传染病病史,否认有外伤史、手术史、输血史。

患者神志清醒,右侧第5掌指关节疼痛Ⅱ级,活动受限;双膝关节肿胀Ⅰ级,疼痛Ⅱ级;左侧第4趾间关节肿胀Ⅰ级,疼痛Ⅱ级,活动受限。双肺呼吸音清,心脏听诊无异,舌质淡红、苔薄白,脉沉细弦。

中医诊断:感冒,风湿痹病。

辨证:风热犯表(寒湿痹阻证)。

西医诊断:感冒,类风湿关节炎,干燥综合征,骨质疏松症,贫血。

治则:疏风清热、散寒除湿、活血通络。

方药:当归10克,白芍30克,川芎10克,白术15克,黄芩10克,防风15克,威灵仙20克,全蝎3克,知母10克,制川乌10克,北沙参15克,麦冬15克,石斛15克,栀子10克,炙甘草6克,桑叶10克,桔梗10克,炒苦杏仁10克。共6剂。水煎,每天1剂,分早、晚2次温服。

二诊:患者服药后鼻塞、咳嗽、口干眼干稍缓解,各关节肿痛减轻,仍有腰部酸痛,身体乏力,关节疼痛较前减轻,舌脉同前。患者表邪已祛,上方去掉桑叶、桔梗、炒苦杏仁,继续6剂。

三诊:患者关节疼痛进一步好转,现以左足趾痛、双膝关节疼痛为主,伴双上下肢腹股沟肌肉疼痛,睡眠质量较差、易醒,大小便正常,少气懒言,面色少华,舌质淡红、苔白滑,脉沉迟。

辨证:痰瘀痹阻证。

治则:活血化痰、化痰通络。

方药:当归20克,白芍20克,川芎10克,白术15克,黄芩10克,防己10克,绵萆薢10克,北沙参15克,麦冬15克,忍冬藤30克,炒桃仁10克,红花10克,鬼箭羽15克,制天南星10克,全蝎9克,炙甘草6克。共4剂。水煎,每天1剂,分早、晚2次温服。

随访:患者服药后各关节疼痛好转,病情稳定。笔者嘱咐患者定期复查。

对于该类患者,治疗中需要密切关注关节肿痛及口干眼干等症状变化,及时调整治疗方案。若关节疼痛加重或出现发热、皮疹等新发症状,患者应及时就诊。患者日常注意休息,避免劳累、受凉,适度进行关节功能锻炼;注意口腔卫生、眼睛卫生,忌食辛辣刺激性食物,预防病情复发。

按语:此患者为中年女性,平素体虚,正气不足,易外感风寒湿邪,痹阻经络关节,不通则痛,故见反复多关节疼痛;病久耗伤阴津,发为燥痹,见口干、鼻干。1周前,患者复感风热,内外合邪致病情加重,伴咳嗽、鼻塞等症状,舌脉均为风热犯表、寒湿痹阻之象,病性虚实夹杂。

处方思路:初诊时,针对核心病机,治宜疏风清热、散寒除湿、活血通络,采用表里同治、寒热并用、攻补兼施之法,兼顾滋阴润燥,以防温燥伤阴。二诊时,患者表邪已祛,应用解表药物专攻痹证。三诊时,病程日久,痰瘀互结,调整治则为活血化痰、化痰通络,加重活血化痰之力,兼顾扶正滋阴。

药物分析:白芍、敛阴缓急止痛,兼防温燥伤阴;制川乌,温经散寒止痛,剂量适中;威灵仙,增强通络止痛之力;全蝎,小剂量通络止痛而不伤正;沙参、麦冬、石斛,滋阴润燥不滋腻;桑叶等解表药物的剂量较轻,取轻清宣肺之意。三诊时,全蝎增至9克,当归增至20克,增强活血通络止痛之功,契合痰瘀痹阻病机。

用药配伍:初诊药以制川乌、威灵仙,温经散寒、通络止痛,共为君药;防风、川芎、全蝎,祛风活血通络,共为臣药;当归、白芍养血缓急,白术健脾益气,沙参、麦冬、石斛滋阴润燥,黄芩、栀子清热,桑叶等药物疏风解表,共为佐药;炙甘草调和诸药,为使药。诸药合用,共奏疏风清热、散寒除湿、活血通络之功。三诊时,方药以当归、白芍、川芎,养血活血,共为君药;忍冬藤、全蝎、桃仁、红花等药物活血通络为臣药;防己、绵萆薢祛湿,制天南星化痰,白术、沙参等扶正滋阴,共为佐药;炙甘草为使药。诸药合用,共奏活血化痰、化痰通络、扶正滋阴之功。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推论衡》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱老师 电话:13783596707 投稿邮箱:5615865@qq.com

本版方药需要在专业医生指导下使用