

王仲青论治危重疑难病医案5则

葛健文, 马小军, 王争胜

天水市中医医院, 甘肃 天水 741000

[关键词] 喘症; 猝心痛; 水肿; 瘕气; 中风危证; 王仲青; 医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2016) 11-0167-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.073

王仲青主任生前是我国第一批老中医药师带徒指导专家, 曾任甘肃省中医学学会常务理事、名誉顾问, 天水市中医学学会理事长、名誉理事长。王主任从医六十余年, 积累了丰富的临床经验, 对内科疑难病症的辨治得心应手, 尤其在伤寒、温病、中医临证思维方法等方面, 都有自己独到的见解。王主任在六十多年的医海生涯中, 因屡起沉疴而声名遐迩, 许多危重、疑难病患者慕名前来求诊, 这其中包括许多当今医学公认之顽疾, 如重症中风、肺性脑病、急性心梗、晚期糖尿病、甲亢等。对这些中西医均感棘手之病, 王主任辨病与辨证相结合, 同时配合西医疗疗, 取得了显著的疗效, 现整理其部分医案, 以飨同道。

1 喘症(肺心病、肺性脑病)

白某, 男, 72岁, 1985年6月19日会诊。患者咳痰喘已数十年之久, 每于冬春加重, 诊为肺心病, 经常服药。此次发病加重已近半年, 经服中西药未能控制, 住院后经用抗炎、强心、止咳、吸氧等无效, 近日更趋严重, 西医诊断为: 慢支、肺气肿、肺心病、心衰Ⅲ度, 肺性脑病。医院予病危通知, 乃邀王主任会诊。症见神识朦胧, 卧床不起, 面唇晦暗而紫, 喘促抬肩, 气短, 呃逆不止, 饮食不进, 手足冰凉, 爪甲紫绀, 尿少, 下肢浮肿。舌紫、苔白而黄燥, 脉结促而乱, 沉候隐约不见。辨证: 心肺阳气虚衰而欲脱, 中气馁败, 痰瘀互结, 病属喘症危候。治以益气强心、活瘀化痰之法, 以观其变。处方: 人参(另煎兑服)15g, 当归、炙五味子、炙甘草、丹参各9g, 茯苓12g, 远志、制附片各6g, 公丁香4.5g。1剂, 阴阳水各半, 浓煎频饮。

6月21日二诊: 上药服后, 患者精神稍好, 气喘息促稍见缓和, 颜面四肢紫绀略转, 能进食3~4两, 呃逆未止, 大便未行, 小便每天2~3次, 量稍增, 色赤, 下肢仍肿, 舌紫苔黄稍退, 脉促细数, 仍守前法, 以观其效。处方: 人参24g, 熟地黄15g, 茯苓12g, 炙五味子、麦冬、远志、丹参、

当归、炙甘草各9g, 制附片6g, 公丁香3g。2剂, 阴阳水煎频饮。

6月24日三诊: 上药服完2剂, 患者精神大振, 喘促大减, 气息平稳, 能起坐, 纳食尚可, 颜面及四肢紫绀转为红润, 下肢肿减, 乃仍以前法加减服之, 饮食调摄, 逐渐好转。

8月11日随访, 患者精神、食纳可, 日常活动正常, 时有咳嗽, 活动上坡时稍觉胸闷、喘促, 颜面、下肢无水肿。

按: 隋·巢元方《诸病源候论》云: “肺虚为微寒所伤则咳嗽, 嗽则气还于肺间则肺胀, 肺胀则气逆, 而肺本虚, 气为不足, 复为邪所乘, 壅痞不能宣畅, 故咳逆, 短乏气也。”故咳痰喘肺气本虚, 病久则肺虚及肾, 肾气失于摄纳, 肾阳失于温煦, 则喘促抬肩、气短、呃逆不止、手足冰凉、尿少、浮肿; 肺肾气虚, 不能鼓动血液运行, 血郁为瘀, “血不利则为水”, 致痰、瘀、水错杂, 治疗以培补肺肾, 化痰祛瘀, 标本兼治。

2 猝心痛(急性心肌梗死)

胡某, 男, 59岁, 1991年6月6日初诊。以“腰腿疼痛”收治入院, 经治腰腿疼痛减轻。6月23日下午6点半, 患者突感胸骨下缘及上腹剧痛难以忍受, 查血压(BP): 110/70 mmHg, 心率(P): 70次/分, 律齐。先后给强痛定、杜冷丁缓解。24日查心电图示: 电轴右偏+120°, V1~V6呈QS波形, V1~V6导联T波呈弓背抬高, II、III、avF导联ST段水平下移, 西医诊断: 急性广泛前壁心肌梗死; 中医诊为胸痹(心血瘀阻证)。西药给极化液静脉滴注, 口服消心痛等, 中医予血府逐瘀汤。24日晚8时许, 患者又诉心前区剧痛, 查P: 96次/分, 呼吸(R): 20次/分, BP: 80/20 mmHg, 急予止痛、吸氧、抗休克治疗, 至9时心前剧痛又作并出现呼吸困难、面色苍白、大汗淋漓、呕吐痰涎, P: 140次/分, R: 24次/分, BP: 100/45 mmHg, 心律不齐, 心尖区可闻Ⅲ级收缩期粗糙如吹风样杂音及舒张期杂音。舌淡红苔薄白, 脉细数

[收稿日期] 2016-06-09

[基金项目] 甘肃省自然科学基金项目(1308RJZE298)

[作者简介] 葛健文(1955-), 男, 主任医师, 研究方向: 神经内科疾病及内科疑难杂症的中西医结合诊治。

[通讯作者] 马小军, E-mail: maxiaojun@sina.com。

疾。西医诊断：冠心病、急性广泛前壁心梗、心源性休克、心律失常，西药抢救同时针刺人中、内关、涌泉，浓煎人参30g顿服。实验室检查：血白细胞(WBC): $25.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞(N): 0.85，淋巴细胞(L): 0.15，血沉(ESR): 40 mm/1h，血糖: 8.7 mmol/L，钠: 129 mmol/L，钾: 3.7 mmol/L，余未见异常。至26日，患者仍胸痛时作，心悸气短，精神极差，并先后出现心房纤颤、频发房性早搏，西药抗心律失常药治疗未见显效。6月27日请王主任会诊，症见心前区疼痛，尿少，舌淡红苔白，脉虚数，BP: 80/65 mmHg，心电图示，急性广泛前壁心梗，心房纤颤，房性早搏。证属心气大虚、元气欲脱、瘀血阻络之“猝心痛”，治拟补气益阴以防厥脱，少佐活血药物。处方：西洋参(另煎兑服)、麦冬、炙甘草各9g，炙五味子、远志、降香各6g，郁金3g，陈皮4.5g，大枣3枚。2剂，每天1剂，水煎分2次服。

6月29日二诊：心前隐痛，剧痛未作，心悸气短，神疲乏力，言语低微，汗多，纳差，尿少，无大便，苔白，脉缓结代，BP: 80/60 mmHg，心电图示：急性广泛前壁心梗、窦性心动过缓、房性早搏、Q-T间期延长，辨证同前，前方续服3剂。

诊11次后，胸前剧痛未作，隐痛减轻，惟癫痫时作，头痛，或挟大肠湿热而便血，均予随症加减，而补益气阴之法则始终用之。共服药80余剂，诸症基本消失，心电图示有陈旧性心梗波形，BP略低。于1991年10月3日痊愈出院。

按：王主任认为冠心病虽有心血瘀阻表现，用活血化瘀治法可缓解，但往往短期内反复发作，且常见气短、心悸、自汗等，此皆因心气不足所致。但阴阳互根，心气虚久致心阴亏耗，故临证中气阴两虚者居多，治疗上以补益气阴为主，辨证论治，较之单用活血化瘀疗效为优。此例患者，虽用活血化瘀法加用西药治疗，仍不能控制病情，乃因病机重在气阴两虚，因剧痛而致元气欲脱，大汗又耗伤心阴，若用活血化瘀之法，不顾气阴大亏元气欲脱之根本，本末倒置，势必更加耗伤正气，恐病未除而人先亡矣。王主任紧扣病机，补气益阴生脉以防脱，少佐活血理气之品，随症加减，终使此危重患者安渡险期而病愈。本方以补为主、补中寓通，紧扣冠心病本虚标实、因虚致实之病机特点，充分体现了王主任一贯主张的“补而不壅滞、滋而勿黏腻、活瘀勿耗血”的观点。临症加减：如气虚甚可加炙黄芪，人参可代以西洋参、党参；胸痛较剧加桂心、丹参；胸闷憋痛加瓜蒌、薤白、枳实；心悸少寐加炒枣仁、柏子仁、茯神；心阴虚加生地、玄参；小便不利加茯苓、泽泻、木通等。

3 水肿(重症糖尿病)

卫某，男，72岁，1991年11月21日会诊。患者患糖尿病已20多年，双腿疼痛，行动不便2年，加重半年。入院经中西医治疗，效不显。诊之症见口渴舌燥，心悸气短，咳嗽，纳呆，大便干燥，小便量少，因双腿痿弱不能行走，而半卧于

床。双下肢、臀部水肿，足肿如穿靴，阴囊肿大如拳，腹部胀大如鼓，叩之如鼓，情绪悲伤。察其舌质红、有裂纹、苔焦黄，脉弦数应指有力，腹部移浊(+)。尿检：尿糖(++++)，尿蛋白(+++)，血糖12.0 mmol/L，上一个医生用济生肾气丸加西洋参、炮姜、芡实等治疗。王主任认为病人素有内热，且本虚标实，虽有水肿，但不宜温阳，亦不宜过于利水；兼有纳呆，大便燥结，数日不行，也不宜消导。治宜滋阴利水，方用六味地黄丸加味。处方：熟地黄15g，山茱萸、山药、泽泻各12g，茯苓、牡丹皮、肉苁蓉各9g，玉米须30g。

此病人服用王主任这一处方，略施加减，达30多剂，同时配合西医支持治疗，水肿显著减轻。1992年1月16日随访，患者午后双下肢时有水肿，经休息后晨起水肿消退。

按：王主任认为此病西医虽诊为糖尿病，但从中医的消渴病来看，现无“三多”之症，而以水肿为主，故治疗上亦应抓住这一主症，抓住阴虚燥热这一病机关键，兼症可不予多考虑，使药性力专。处方中加重泽泻以泄浊，并加玉米须30g，认为此药利水而不伤阴液，且性味甘淡，无伤胃之弊，加肉苁蓉以润肠益肾而通燥结。

4 瘰疬(甲状腺机能亢进)

段某，女，37岁，1991年5月23日初诊。诉脖项肿大14年之久，目前口服他巴唑5mg，每天2次。常心慌头昏，多食乏力，烦躁，目珠突出，目光炯炯少瞬，口干多饮，多尿，大便每天2~3次，成形。甲状腺肿大III度，触之坚硬如石，面赤手颤，舌尖红赤、苔根部薄黄，脉细弦，证属痰气胶结，蕴热伤阴，治以养阴疏郁、软坚化痰散结。处方：玄参、生牡蛎各15g，麦冬、海藻各12g，赤芍、天花粉、浙贝母、茯苓、夏枯草、昆布、制香附各9g，青皮、黄药子各6g，生甘草3g。3剂，每天1剂，水煎温服。

5月28日二诊：服后诸症均有减轻，已停用西药他巴唑，脉舌同前，仍宗前法加减治疗。处方：玄参、海藻、生牡蛎(先煎)各15g，昆布12g，浙贝母、香附、夏枯草、赤芍、海浮石、泽兰叶各9g，山甲珠6g。3剂，每天1剂，水煎服。

6月1日三诊：药后诸症续减，惟目突手颤，瘰疬大小坚硬如前，脉舌同前，上方去香附、泽兰叶，加炙鳖甲9g，蓬莪术4.5g，薄荷3g。3剂，每天1剂，水煎服。

6月18日七诊：以6月1日方加山慈菇6g，服9剂后瘰疬边界较前明显(原弥漫不清)，硬度亦有所软化，项部压迫感有减，今日能骑车10公里来诊，仍守前法续服。

6月29日九诊：瘰疬近日逐渐缩小，比前又缩小1cm左右，质地稍软，左侧明显缩小，舌红苔根部薄黄，脉左弦数略大、右小数。仍守前法加蒲公英12g，黄药子6g，5剂，每天1剂，水煎服。

7月24日十四诊：上方加减共服18剂，并外敷海藻、蒲公英各60g，风仙花30g，黄药子15g，为末水调外敷项部，并于20天后方中减去海藻，瘰疬又有所软化，前方加柴胡3g。

5剂,每天1剂,水煎服。

8月3日十五诊:瘰疬已缩小十之七八,质坚硬已软,其他症状如发热心慌等均减轻,舌红苔少,脉数。此后一直坚持服中药,病情稳定。至9月11日因足癬,而外擦碘酒,右侧甲状腺又触之坚硬,治疗同前。

9月28日二十二诊:瘰疬左侧大消,右侧仍肿大略硬,下肢酸软,浮肿,按之凹陷,舌尖红苔薄白,脉细略数,指甲凹陷,治守前法加养血平肝渗湿之品。处方:玄参、牡蛎各15g,夏枯草、蒲公英、海浮石、决明子各12g,当归、泽泻、赤芍、浙贝母、鳖甲各9g,香附、穿山甲各6g,白芥子4.5g。5剂,每天1剂,水煎服。

1992年1月4日三十一诊,西药已停服半年余,心率84次/分,近因经常感冒,而间断服药,症状不明显,甲状腺左侧质软接近正常,右侧仍肿大稍硬,目突右轻左甚,咽痛,身痛,四肢有轻度压痕,舌尖红无苔,根部薄白苔,脉沉细。予清热解毒配散结之品服之,并告以前方加量配散剂常服以资巩固。1993年底随访,病情稳定未发展。

按:此例甲亢患者因甲状腺肿大严重,目突亦甚,外地某大医院曾建议手术,因患者不同意而改服中药,王主任抓住阴伤热甚、痰凝气郁之病机,始终坚持以滋阴清热、软坚化痰散结之法而收功。

5 中风危证(蛛网膜下腔出血)

张某,男,58岁,1986年3月2日会诊。患者因头痛头晕,恶心呕吐半天,于1986年2月28日11时收住某医院。发病前因劳累、心情不舒,精神一直较差,2月28日晨起时自觉头痛头晕,恶心,呕吐黄水2次,精神紧张,欲解大便,神志清,语言清楚,无肢体偏废及黑便。入院查体温(T):35.6℃,脉搏(P):90次/分,呼吸(R):20次/分,血压(BP):200/100 mmHg,颜面苍白,精神差,神清,对答切题,双瞳等大圆,对光反射存在,咽轻度充血,颈部强硬,心肺(-),肝脾未及,腹软无压痛,四肢活动尚可,生理反射迟钝,病理反射未引出,初诊为高血压。经甘露醇及降压药等治疗,患者转入昏睡状态,经查眼底示:视网膜动脉硬化(高血压II期),余未见异常。

3月2日患者仍处昏睡状态,精神极差,目闭,烦躁不安,怕光,颜面潮红,颈项强,生理反射迟钝,巴氏征(+),夏道克氏征(+),戈登征(+),10点左右做腰穿,脑脊液压力偏高,如洗肉水样脑脊液,化验后提示蛛网膜下腔出血。实验室检查:血红蛋白:122 g/L,红细胞 $4.30 \times 10^6/L$,白细胞 $1.74 \times 10^6/L$,中性粒细胞:0.77,淋巴细胞:0.29,酸性0.01,二氧化碳结合力:67.2 mmol/L,西医予吸氧、镇静、脱水等治疗,均无效果,患者转入深度昏迷,乃邀王主任会诊。症见患者昏迷不醒人事,痰鸣漉漉,鼾声大作,烦躁不安,颜面潮红,颈项强直,对光反应迟钝,小便失禁,膝腱、提睾反射均消失,巴氏征(+),舌边尖红、苔黄,脉弦大。综

观脉证,系肝风内动,痰热胶结,蒙蔽清窍,暂拟平肝熄风清热、涤痰通络和血为治,以观其变。处方:钩藤12g,胆南星、天麻、菊花、羚羊角(锉粉冲服)、竹沥(兑服)、赤芍、白芍、橘红各6g,姜半夏、石菖蒲、秦艽、仙鹤草各9g,全蝎、桃仁各4.5g,生甘草、鲜姜汁各3g。1剂,水煎频频少量灌服。3月3日,1剂药尚未服完,患者烦躁不安,气短而促,昏不知人,汗多,哈欠,鼻鼾, BP:160/90 mmHg,又作腰穿,见红色混浊脑脊液,压力高,诊为蛛网膜下腔出血,下病危通知。家属急告王主任,王主任细作分析,认为药服1次,未达病所,应鼻饲将昨日药服尽,以观动静。

3月4日二诊:病情略为稳定,神识较昨稍清,烦躁稍减,双瞳反射较昨灵敏,仍畏光,自述头痛,喂流食能咽,喉间痰鸣,舌如前,脉弦大略减,药已中病,继守原方加减,去白芍、菊花、仙鹤草、桃仁、橘红,加生地12g,牡丹皮6g,红花2.4g,茯苓9g。2剂,水煎2次,混合后分服(羚羊角粉另冲)。

3月5日三诊:药后病情基本稳定,仍嗜睡,面赤,时鼻鼾,咳嗽痰多,咯之不爽,稍能进食,四肢可稍活动,大便通畅,舌尖尖红、苔黄燥兼黑,脉左弦大。各症虽然大减,但肝风尚未痊愈,痰热胶结尤甚,守前方加重化痰之品。处方:瓜蒌15g,钩藤、生地各12g,胆南星、法半夏、茯苓、石菖蒲、竹沥(兑服)、菊花各9g,牡丹皮、天麻、赤芍各6g,橘红4.5g,全蝎3g,鲜姜3片。2剂。

3月7日四诊:药后诸症续减,惟咯痰量多不爽,头痛,嗜睡,舌苔如前,脉弦大较前略缓和,血压波动不大,效不更方,上方加海浮石12g,以化顽痰,再服2剂。

3月9日五诊:诉头痛大减,痰量明显减少,神识清楚,能进饮食,吸氧停止,二便如常,惟视物模糊不清,舌质略红、苔黄,黑苔已退,脉弦而缓, BP:160/70 mmHg,此时痰热已清,而肝风未熄、肝阴不足,治以平肝熄风、滋阴清热。处方:石决明(先煎)、瓜蒌各15g,玄参、丹参、草决明、茯苓各9g,赤芍、菊花、秦艽、天麻各6g,酒黄连、生甘草各3g,竹茹4.5g。2剂。

3月12日六诊:饮食增加,疲乏无力,视物成双,且模糊不清,舌略红、苔中黄糙,脉弦而缓。将上方赤芍改为焦栀子,酒黄连改为麦冬,竹茹改为桑叶。3剂。

3月19日七诊:复视有所减轻,视物仍模糊,已能起坐,纳食大增,咯痰爽利,大便干燥,舌苔薄白略带黄,脉缓和。患者已进入恢复阶段,乃以上方或加生地、夏枯草,或加天冬、牛膝、潼蒺藜、泽泻,连服4剂。

3月22日八诊:患者恢复良好,头目清爽,复视消失,视物清楚,能下床活动,纳佳,小便正常,大便干,3天未解,舌质转淡,苔黄已退,脉缓略弦,拟益气通络活血,予补阳还五汤加减。处方:生黄芪30g,生地、石决明各15g,天冬、当归、白芍各9g,川芎、牛膝、天麻、菊花、元明粉

(冲服)各6g, 桃仁4.5g, 红花2.4g, 生甘草3g。

3月25日九诊: 药后大便已解, 仍感起则头眩, 疲乏, 余无所苦, 脉舌如常, 乃以上方去元明粉, 加草决明15g, 服5剂后, 停药, 调养而愈。

按: 经云: “阳气者, 烦劳则张”, 患者年近花甲, 本体弱气虚, 复因劳累, 阳气张扬, 阴血暗耗, 更因气郁不疏而化火, 致阳升风动, 挟痰挟火上逆而见头晕头痛, 项强面赤, 挟胃气上逆则呕恶。初治肝风未熄, 痰火未清, 气血上逆痰热胶结, 蒙蔽清窍而成中风中脏腑之危证。神昏、目合、痰鸣、鼻鼾为神机内闭之症; 遗溺欲大便、汗多呵欠为元气欲脱之兆; 病危变速, 恐内闭外脱, 有阴阳离决之势, 则危甚矣。然本案

虽有年老体弱, 元气欲脱之象, 但脉弦大, 舌红苔黄, 故风动痰热内闭、气血逆乱才是本案病机之重点, 王主任紧扣病机, 予以羚羊角、天麻、钩藤、全蝎、菊花、白芍平肝熄风清热, 胆南星、半夏、石菖蒲、橘红、姜汁、竹沥以涤痰开窍醒神, 妙在本病早期即抓住气血逆乱失和之病机, 使用了和血之桃仁、赤芍, 为以后康复打下了基础。虽药尚未服毕而病更危殆, 亦坚守法度, 不改初衷, 终使药后神识渐清, 转危为安。其后谨守病机, 步步为营, 随症变化加减, 或补益肝肾, 或益气阴、通腑气, 而清热化痰、平肝熄风、和血通络则贯穿始终, 直至病愈。

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

经方治疗尿路感染医案3则

许陵冬

江苏省中医院肾内科, 江苏 南京 210029

[关键词] 栝蒌瞿麦丸; 四妙丸; 四逆散; 小柴胡汤; 猪苓汤; 尿路感染

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2016) 11-0170-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.074

尿路感染是临床常见病, 多发病, 有文献报道大于65岁女性的尿路感染患病率为15%~20%, 男性50岁以前尿路感染很少发生, 而65~70岁患病率为3%~4%, 70岁以后则可达20%以上^[1-2]。中老年人的生理特点有其特殊性, 尿路感染常反复发作、缠绵难愈, 已成为临床常见病。门诊经常碰到一些老年患者, 反复发作尿路感染, 以小便频、急、涩痛为主要表现, 目前西医治疗尿路感染, 主要根据不同的临床类型予以抗生素治疗, 但抗生素的肾脏毒性不可忽视, 且长期使用易导致耐药性的产生。经方乃张仲景《伤寒杂病论》之方, 其用药精炼, 配伍严谨, 药量灵活, 疗效神奇, 经久不衰, 令世人慨叹。笔者临床应用经方治疗中老年尿路感染, 不仅能较快改善尿路刺激症状, 还能改善患者体质, 提高生活质量, 减少复发。现将临床运用经方治疗尿路感染之验案介绍如下, 以飨同道。

1 栝蒌瞿麦丸合四妙丸案

应某, 男, 81岁, 2014年6月5日初诊。主因双下肢浮肿1周余就诊。有糖尿病、高血压病史多年, 近期出现下肢浮肿, 按之凹陷, 伴小便不利, 频急涩痛, 腰酸隐隐, 口干, 舌淡有紫气、苔白腻, 脉沉细。查尿常规: 尿蛋白(++), 白细胞(+), 红细胞计数74个/μL, 白细胞计数2788个/μL。证属高龄久病, 肾阳虚衰, 膀胱气化不利, 治拟温肾通阳利水。方选栝蒌瞿麦丸合四妙丸加减, 处方: 山药、生薏苡仁各30g, 茯苓20g, 栝蒌根、猫爪草、瞿麦各15g, 苍术、怀牛膝各12g, 制附片、黄柏各10g。14剂, 每天1剂, 水煎服。二诊: 自述服7剂后浮肿即消, 小便仍有灼热感, 排尿通畅, 沫多, 夜尿频数, 舌质紫暗、苔白腻, 脉沉弦。复查尿常规: 隐血(++), 白细胞(+), 红细胞计数21个/μL, 白细胞计数200个/μL。前方既效, 继守原法。原方去制附片, 加干姜

[收稿日期] 2016-06-05

[作者简介] 许陵冬 (1968-), 女, 主任中医师, 研究方向: 中医肾脏病临床研究。