

关于痹证的记载,首见于《素问》,“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,也就是痹证是由风、寒、湿、热等邪气侵袭人体后,痹阻经络,而出现气血不畅,引起肢体关节疼痛、重着、麻木,甚至屈伸不利等特点的一种病证。有关痹证的分类和治疗大都沿袭了《内经》的分类,如痛痹、着痹、行痹,或者按病邪性质的偏重来划分,如寒痹、湿痹、风痹、热痹。由于广东地处华南,气候炎热,雨水较多,痹证发病率比较高,且具有地域特点。

沈教授指出,很多人对《内经》关于痹证的论述往往忽视了“杂至”的内涵,引起痹证的不是单种邪气或致病因素,而是兼邪或杂邪,这就造成痹证的治疗复杂且不易收效,所以用药要兼顾权衡而不致顾此失彼。沈教授对痹证的临证思路:一是根据南方湿热的气候和患者自身情况加以用药,如例1中湿邪偏重加薏苡仁,或南豆花,或厚朴花。沈教授运用南豆花颇为应手,热邪偏重用茵陈或竹茹,如例6。南方传统的“五花茶”中就有茵陈。二是内外合治,疗效显著。痹证病程久,患者往往苦以服药,运用火针或者艾灸等外治方法可以达

到事半功倍的效果。如例4和例5,运用放血和汤药外洗。三是汤丸结合,巩固疗效。在急性期用汤药可以缓解病情,当病情稳定后,服用汤药就不能达到预期的效果,而丸药恰恰可以弥补此缺点。四是适当加引经药,如上肢加桑枝或者羌活,下肢加牛膝或者独活。五是根据病位入药,如邪结聚在骨加补肝肾的药,如补骨脂、杜仲、桑寄生等,在肉则加白术或薏苡仁,取“脾主肌肉”之意;在经络则用威灵仙或丝瓜络等;病程日久再加虫类药或者补益气血之药。六是治疗痹证的药物,大多用酒制炮制,比如酒炒桑枝、酒炒白芍、酒炒当归等,用黄酒制过的治痹证药物可以增强效果,且能制某些药物之偏性,市面上的中药大多是生用,所以一般医家很少会用或者不用酒制的治痹证药物。临床上,笔者观察到酒制的药物确实比未加工过的药物疗效显著。以上从六个方面对沈教授的临证心得进行简要的概括和总结,希望对提高临床疗效有所帮助。

(责任编辑:刘淑婷)

运气理论辨治鼓胀医案3则

蒋俊民¹,曹敏玲¹ 指导:顾植山²

1. 广东省中医院,广东 广州 510120; 2. 安徽中医药大学,安徽 合肥 230012

[关键词] 鼓胀;运气辨证;五运六气

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415(2017)03-0192-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.03.070

鼓胀亦称单腹胀、臌、蜘蛛蛊等,属风、痙、鼓、膈四大顽症之一,为历代医家所注重,以腹胀大、皮色苍黄、脉络暴露为特点,最早见于《灵枢·水胀》、《素问·腹中论》。《灵枢·水胀》曰:“鼓胀何如?岐伯曰:腹胀,身皆大,大与肤胀等也,色苍黄,腹筋起,此其候也。”^[1]《素问·腹中论》曰:“黄帝问曰:有病心腹满,旦食则不能暮食,此为病何?岐伯对曰:名为鼓胀。……治之以鸡矢醴,一剂知,二剂已。帝曰:其时有复发者,何也?岐伯曰:此饮食不节,故时有病也。虽然其病且已,时故当病,气聚于腹也”^[2]。《金匱要略》、《诸病源候论》对鼓胀分类、病因病机亦均有专篇论述,

晋代葛洪提出放腹水、明代李梴提出“断盐酱”^[3]的治疗方法与现代医学排放腹水及限钠的治疗观点惊人一致。

中医学在长期的发展进程中对鼓胀的诊疗积累了较为丰富的经验,但在实际临证当中仍有许多不尽人意之处,如:当代众多学者普遍认为鼓胀因肝脾受伤,疏泄运化失常,气血交阻致水气内停腹中而致病,调理肝脾往往收效甚微,或仅收一时之功,宗“治病必求其本”之主旨,鼓胀的治疗必然应从“肝脾受伤”入手,但“肝脾受伤”的因素绝非一端,或因疫疠之气,或因疫水蛊毒,或因纵酒劳欲,或因情志内伤,甚或气、血、水、虫多端兼见,在如此纷纭复杂的病理因素中如何“求

[收稿日期] 2016-08-28

[基金项目] 国家中医药管理局龙砂医学流派传承基地建设项目(国中医药人教函【2012】228号)

[作者简介] 蒋俊民(1974-),男,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医治疗肝病。

[通讯作者] 曹敏玲, E-mail: 418594787@qq.com。

本”？临证之苦莫过于病多方少，或效先贤之方而不能取今世之效，如何看待和解决这些实际问题，也是每一位继承者所面临的共同问题。笔者侍诊龙砂医学流派代表性学术传承人顾植山教授，在学习和继承老师学术思想的过程中，对以上问题逐步释然，以下将以具体病案析说明，以飨同道。

例1：黄某，女，78岁。因“反复双下肢浮肿1年余，加重5月，伴腹胀3月”于2015年12月11日入院。既往有冠心病、骨质疏松、慢性支气管炎病史。患者1年多前出现下肢浮肿，在当地医院住院利尿对症治疗后症状可改善，后因症状反复间断门诊治疗。2015年7月下肢浮肿加重，在当地医院行腹部彩超检查提示：肝硬化，门静脉高压，脾大，腹水，脾静脉、门静脉增宽。2015年8月在本院门诊检查乙肝病毒标志物阳性，明确诊断“乙肝肝硬化失代偿期”。2015年9月双下肢浮肿加重，伴腹胀，门诊治疗，症状改善不明显。2015年10月25日因发热、气促腹胀1天，在当地医院诊断为：肺部感染，慢性支气管炎，乙肝肝硬化失代偿期，经抗感染、对症支持治疗后症状改善出院。

出院后腹胀、双下肢浮肿反复，于2015年12月11日再次住院。入院症见：精神疲倦，乏力，腹胀，进食后尤甚，纳差，咳嗽气促，咯少量黄色粘痰，双下肢浮肿，小便短少。查体：肝掌(+)，腹部膨隆，移动性浊音(+)，腹水大量，双下肢轻-中度可凹性水肿，舌暗红，苔白腻，脉结。入院胸部X线摄片检查提示：胸腰椎骨质疏松，脊柱胸腰段多发椎体压缩变扁。心电图示：快心室率房颤伴室内差异传导。腹部超声检查示：肝硬化，门静脉高压，腹腔大量积液。血清生化学检查提示：白蛋白(Alb)：22.4 g/L，凝血酶原活动度(AT)：47.3%，总胆红素(TBil)：48.5 μmol/L，钾(K⁺)：3.13 mmol/L，外周血象提示：白细胞(WBC)：3.13×10⁹/L，血红蛋白(Hb)：90.0 g/L，血小板计数(BPC)：57.0×10⁹/L，乙肝病毒标志物阳性。予扩容利尿，纠正低蛋白血症，护肝支持治疗，中药以苍牛防己黄芪汤化裁。后因患者口干明显，舌暗红，少苔少津，脉结，考虑利水伤阴，予滋水清肝饮合五皮饮化裁，症状改善后于2015年12月21日出院。

2周后，患者症状反复并逐渐加重，2016年2月18日再次住当地医院，予维持前治疗方案，症状改善不明显。输注人血白蛋白时出现心慌喘促，端坐呼吸，考虑诱发心衰，进一步治疗考虑利尿剂拮抗，不排除顽固性腹水，拟行腹腔穿刺并腹水引流，患者家属拒绝。2016年2月20日请会诊，症见：腹胀腹大如鼓，半坐卧位，喘促，时有咳嗽，咯痰不利，口干，便干，排便无力，小便短少，舌暗红，有裂纹，少苔少津，脉细结。处方：黄芪60g，熟地黄、白芍、大枣、地骨皮、炙紫菀、车前子(包煎)各15g，党参、五味子、生姜、炙甘草、桑白皮、北杏仁、麦冬各10g，水煎服，每天1剂。

并维持前中等剂量利尿剂口服，服汤药2剂后咳嗽喘促及口干明显改善，尿量逐日增加。2016年2月27日查见：

患者下肢浮肿消失，腹围明显减小，纳食如常，尿量维持在每天2000 mL左右。于2月29日带前方7剂出院，1周后未见患者来诊，恐病情反复或变故未敢随访。

2016年3月12日，患者在其女陪同下来诊，诉腹胀及咳嗽诸症几近消失，纳食如常，出院带药服完后守前方续服4剂，惟近日睡眠欠佳，入睡后易醒，查见腹部皮肤松弛，腹水征(-)，双下肢无浮肿，舌暗偏红，苔薄白，脉细。利尿剂减量，中药则在前方基础上加制远志、炒黄连各5g，茯苓15g。随访至今，患者诸症平稳，生活尚能自理。

按：患者老年女性，肾气亏虚，起病于甲午之岁，乙未年7月至9月(四之气主气太阴湿土，客气少阳相火)患者以腹胀、下肢浮肿为主要表现，10月(五之气阳明燥金加临阳明燥金)表现为发热、气促腹胀，迁延至12月(六之气太阳寒水加临太阳寒水)患者以咳、痰及腹胀、肢肿为突出表现，丙申年2月(一之气主气厥阴风木，客气少阴君火)以咳、痰、喘促、心慌及腹胀肢肿见端，概括所见，患者病情加重于乙未(太阴湿土司天，太阳寒水在泉)年下半年，迁延至丙申一之气(少阴君火加临厥阴风木)，患者尽管病情复杂，但还是可以看出，其所呈现的多种看似纷繁的病象与运气规律存在一定关联(腹胀、肢肿合寒水、湿土之机；燥、火应咳、痰、喘促之象)，即其病象基本与运气特点吻合，这正是病象后面的“隐机”，顾植山教授强调临证应“握机于病象之先”，这种“机”亦即病象后面的规律，只要把握了这种规律，就不难做到治病求本，就不会被动跟在病象后面“治已乱”。可见，把握运气规律，是治疗本例之关键。

六乙年岁运主方为紫菀汤，由紫菀、白芍、人参、黄芪、杏仁、地骨皮、桑白皮、甘草、生姜、大枣组成，看似一派补肺益气之品，对此水邪泛滥之证缘何有效？缪问曰：“为水所复，不用别药，即以养金之法，并为御水之谋，盖补土可以生金，而实土即堪御水也。”^[4]

加五味子、麦冬、熟地黄、车前子，一者丙申之际“岁水太过，寒气流布，邪害心火”^[4]，患者以气阴津液已伤见端，加麦味、熟地黄意在养液保金，二者“车前色黑，功达水源”，“麦冬合车前，可已湿痹，具见导水之功能”。全方看似简单，实则兼顾乙未、丙申岁运之影响，含养金御水，实土御水之法，兼具平其汨没之害，防其上凌于心之功，正所谓“围魏救赵，直驱大梁之法”。后诊中加制远志、炒黄连、茯苓，实合六丙年岁运主方黄连茯苓汤之意。

例2：曲某，女，75岁，河北邯郸籍。因腹胀、纳差、消瘦伴双下肢浮肿4月余于2014年12月22日第1次住本院治疗。患者4个多月前出现腹胀，纳差伴双下肢浮肿，腹部超声检查提示：肝硬化，胆囊结石，脾脏肿大，腹腔中量腹水。坚持门诊中药治疗，症状未见明显缓解，近4月体质量减轻约15 kg，遂进一步住院治疗，明确诊断：自身免疫性肝炎后肝硬化。予护肝利尿、纠正低蛋白血症等治疗及中药辨证

施治后症状改善,病情稳定后出院。

2015年1月6日患者症状反复,再次住院治疗,继予前治疗方案,症状改善后出院。2015年2月27日因腹胀加重至广州某医科大学附属第一医院住院治疗,诊断:肝硬化失代偿期,食管-胃底静脉曲张,脾功能亢进,腹腔积液,胸腔积液,心包积液,布加综合征,肝豆状核变形待排,肺部感染,甲状腺功能减退,急性心功能不全。予护肝、补充白蛋白、抗感染、利尿对症支持等治疗,并予腹腔穿刺及腹水引流,症状改善不明显。

2015年3月10日再次至本院住院治疗,继予护肝利尿、纠正低蛋白血症等治疗及中药辨证施治后症状改善,于2015年4月14日出院。

2015年4月30日门诊初诊,症见:腹胀,下肢痠痛,足膝无力,大便溏稀,日行2~4次,舌暗红少苔,有裂纹,脉弦细。查体可见腹大如鼓,腹水征(+),双下肢可凹性水肿。在前利尿护肝治疗基础上予中药,处方:木瓜、牛膝、茯神、覆盆子各15g,熟地黄30g,防风、天麻、生姜、大枣各10g,黄芪25g,阿胶(烩化)9g,炙甘草5g,水煎服,每天1剂,先予7剂。

二诊:诉腹胀有所缓解,下肢痠痛及足膝无力改善,大便成形,日行1~2次,口苦,舌暗红少苔,有裂纹,脉弦细,前方去生姜,加干姜5g,黄芪加量至45g。

2015年5月12日三诊:心烦,乏力,大便近2日未解,纳差,眠不安,舌暗红少苔,有裂纹,少津,脉细,处方:阿胶(烩化)9g,黄芩、黄连各10g,白芍15g,嘱黄芩、黄连、白芍加水600mL,煎至200mL时去渣,纳胶烩尽,小冷,纳鸡子黄2枚,每天1剂,温服。

四诊:诉心烦及乏力诸症明显改善,纳食增加,大便日1次,睡眠安,舌脉同前,守方再进。

2015年5月28日五诊:诉服前药诸症明显改善,惟足膝痠软无力,查舌脉与前相仿,患者素斋戒,鸡子黄味腥实难接受。予备化汤合猪苓汤化裁继进,患者每周定期就诊,随症加减,腹水逐渐消退。

2015年6月23日六诊:腹围缩减20cm,行走活动自如,纳食如常,惟喜咸恶甜,舌暗红,苔薄微黄,有裂纹,脉细。中药予备化汤合真武汤化裁。2015年7月1日,复查肝脏生化学及凝血等指标均有所改善。继续每周随诊,中药随症调治。

2015年7月21日七诊:诉口苦,尿黄,大便偏干,舌暗红,苔薄微黄,有裂纹,脉弦细。予紫菀汤佐以楮实子、泽兰、大腹皮、牵牛子等利水辈化裁,后或以紫菀汤为主方,或以备化汤为主方,或紫菀汤合备化汤化裁。

2015年11月4日八诊:腹部超声探查腹腔可见少量积液,凝血功能及肝脏生化学指标恢复正常。患者每半月来诊,中药继续以运气方调治,巩固疗效,随访至今,腹水未见反

复,病情稳定,患者不仅生活自理,还可胜任买菜煮饭等家务劳动。

按:同为老年女性,本例治疗颇费周折,患者起病于甲午四之气,乙未年病势迁延缠绵,2015年4月依其病象腹胀、下肢痠痛、足膝无力,大便溏稀见端,太阴司天,太阳在泉,气化运行后天,民病关节不利,筋脉痿弱,或湿厉盛行之特点,予乙未岁运主方“备化汤”化裁,后予黄连阿胶汤、备化汤合猪苓汤、备化汤合真武汤、紫菀汤、紫菀汤合备化汤等为主方化裁,看似杂陈,实则体现顾植山教授“不以数推,以象之谓”以及灵活运用运气方的训导。“丑未之岁,阴专其令,阳气退避,民病腹胀跗肿,……寒湿合邪可知”^[4]为其一般性规律,但临证还须宗“有者求之,无者求之。盛者责之,虚者责之”^[5]之旨。患者腹胀、下肢浮肿,足膝痠软,责之太阴、少阴,初用备化汤有效,三诊(乙未二之气少阴君火加临少阴君火)患者以心中烦、眠不安少阴热化见端,肾水不足,不能制火,投以黄连阿胶汤“壮水之主,以制阳光”。后或投以备化汤合猪苓汤兼养阴利水,或备化汤合真武汤兼温补肾阳,或备化汤合紫菀汤兼养金御水,无不以“有者求之,无者求之”为要,正所谓“顺天以察运,因变以求气”。运气对某一个体的影响,往往表现复杂,有时为单一因素,有时为综合因素,有时为致病因素,有时为治病有利时机,临证不仅要运与气全局把握,而且要天地人综合考量,这正是顾植山教授所强调的运气学的灵魂与精髓所在。要真正做到灵活运用,必须要做到天象、气象、病象的全面掌握与客观分析,“天垂象,圣人则之”,亦即医者之至高境界!

例3:魏某,男,68岁,个体诊所医生。因发现乙肝表面抗原阳性10余年,腹胀伴双下肢浮肿1月余,于2014年11月25日入院。患者10余年前检查发现乙肝表面抗原阳性,肝脏生化学指标反复异常,间断护肝治疗,病情反复,2年前确诊乙肝肝硬化失代偿期,予抗病毒治疗至今。2年前因直肠癌行手术治疗,并予全程化疗,病情稳定。高血压病史,近血压尚平稳。2014年10月因登革热住院治疗,期间曾输注血小板。入院症见:乏力腹胀,口干,双下肢浮肿,纳差,眠差,舌暗红,边见齿痕,苔薄黄稍腻,脉弦细。上腹部CT检查示:肝硬化,门脉高压,大量腹水,胆囊小结石并慢性胆囊炎;胃镜检查示:食管静脉曲张重度,红线征RC(+),予护肝、利尿、抗病毒、纠正低蛋白血症及中药辨证施治,病情稳定出院,定期门诊随诊。

2015年6月1日患者因身目黄染伴腹痛2天再次住院治疗。诊断:乙肝肝硬化失代偿期,胆囊结石伴慢性胆囊炎。予抗感染、护肝利尿、对症支持及中药治疗后症状改善出院,间断门诊随诊,服自拟中药方,腹胀反复。

2016年2月9日患者因腹胀逐渐加重,伴腹部胀痛1周再次住院。症见:精神疲倦,身目黄染,口干口苦,上腹部胀痛,进食后腹胀加重,睡眠差,尿黄,大便干稀不调,腹部彭

隆,腹水大量,脐周有压痛及反跳痛,双下肢轻度可凹性水肿,舌边尖红,有齿痕,苔白腻,脉细小滑。入院后予腹腔穿刺并腹水引流,每天引流乳糜样腹水3 000 mL,腹水李凡他实验(+),腹水甘油三酯(TG):3.67 mmol/L。予护肝利尿,降门脉压,补充白蛋白及脂肪乳等治疗后于2月19日出院,患者坚持服自拟中药方。

2016年3月1日门诊就诊:诉腹胀反复,口干,下肢浮肿,尿黄,尿少,大便溏稀,日行2~3次,眠尚安,舌暗边尖红赤,有齿痕,苔白腻,脉细小滑。在前治疗基础上加服中药。处方:白术30g,茯苓皮、车前子(包煎)各25g,大枣15g,通草、法半夏、黄芩、麦冬各10g,炒黄连、干姜皮、炙甘草、制远志、檀香(后下)各5g。服药5剂后,患者诉尿量明显增加,可维持在每天1500 mL左右,腹胀、口干及下肢浮肿诸症明显改善,大便成形,日1次,惟睡眠欠佳,易醒,多梦。

二诊:通草、麦冬分别加量至15g,去白术,加炒酸枣仁30g,百合20g,牡蛎(先煎)15g。

三诊:时诸症进一步改善,腹水消退,继予黄连茯苓汤化裁善后。随访病情稳定。

按:现代医家认为,鼓胀的发生多为素体本虚,复感染浊毒之邪,浊毒伤肝犯脾,肝脾俱伤,水谷精微失于输布,浊阴不降,水湿不能排出体外,致清浊相混。肝气郁久,气滞血凝,血瘀水结,遂成臌胀。日久阴阳两伤,继则阴阳俱损^[6-7]。久延不愈,病及于肾,肾阳不足,无以温养脾土,肾阴亏虚,水不涵木;加之肾虚膀胱气化不利,水浊难泄,臌胀逾重。《中医内科学》^[8]将鼓胀分为:气滞湿阻;水湿困脾;水热蕴结;瘀结水留;阳虚水盛;阴虚水停6型。循此辨证之常法对本例实难奏效。顾老一再强调临证“谨候气宜,无失病机”,临证“必先岁气,无伐天和”,只有掌握五运六气变化之规律,方可“握机于病象之先”。丙申之际,岁水太过,缪问曰:“岁水太过,寒气流行,邪害心火”。

丙年虽岁水太过,寒气流行,然寒甚则火必郁于内,故临床多见烦躁肢厥便溏病象,种种俱水湿郁热见端。丙为阳刚之水,故而不以辛热益心之阳,宗内经气寒气凉,治以寒凉立方,投以黄连茯苓汤,不理心阳而专利水清热,以平其汨没之害^[4]。盖此为治疗本例鼓胀之精妙所在。

鼓胀类似西医疾病腹水,现代医学认为,腹水是肝硬化三大并发症中最常见的一种。约有50%的代偿期肝硬化患者10年内会发生腹水。腹水是导致患者住院最常见的肝硬化并发症,在慢性肝脏疾病自然病程中,肝硬化进展到液体潴留是一个重要标志。大约15%的腹水患者在1年中死亡并且44%在

5年中死亡。国际腹水协会(International ascites club)将腹水不易纠正或治疗性腹腔穿刺后容易复发,内科治疗不能满意控制的腹水定义为难治性腹水。一旦药物治疗无效,50%将在6个月内死亡。腹水的出现是肝硬化自然病程中的重要标志。控制腹水非常重要,不仅改善生活质量,也可避免严重并发症如SBP的发生,但不能提高生存率。肝移植是腹水及其并发症的最终治疗方法。

中医学治疗鼓胀有丰富的经验。如何提高临床疗效,如何发挥中医学核心优势,是我们迫切需要解决的问题。中医的核心优势是整体优势,五运六气理论指导下的临床实践是发挥中医整体治疗优势的最直接途径。运气学说强调天人一体,万物一气,认为疾病的发生是自然变化的产物;各种事物的运动变化都存在着周期性节律;自然变化的周期性节律是有迹可循,可以求知的。运气学指导下的中医治疗是中医整体治疗的最直接体现,三因司天方是比较系统的基于运气学说的中医辨治方药体系,只要切中运气病机,复杂病症往往迎刃而解。

正如缪问所言:人生于地,气应于天。天地之运气,互为胜复,则脏腑之阴阳,互为盛衰。衰则所胜妄行,己虚而彼实;胜则薄所不胜,己实而彼虚。苟实其实而虚其虚,害生益甚。能实其虚,而虚其实,虽病何伤。经曰:无盛盛,无虚虚。又曰:有者求之,无者求之。盛者责之,虚者责之,味斯旨也,于运气之道,思过半矣^[4]。

[参考文献]

- [1] 周海平. 黄帝内经大词典[M]. 北京:中医古籍出版社, 2008:884.
- [2] 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社, 1963:223.
- [3] 王科先. 鼓胀中医文献专辑[M]. 长春:吉林科学技术出版社, 2007:9.
- [4] 王象礼. 陈无择医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社, 2005:226-239.
- [5] 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社, 1963:539.
- [6] 郭永红,李军祥. 李军祥教授运用肝体用同调治疗肝硬化腹水经验[J]. 陕西中医, 2010, 31(4):467.
- [7] 肖冰,赵长鹰. 肝硬化腹水从三焦论治探要[J]. 四川中医, 2005, 23(1):8.
- [8] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2006:283-285.

(责任编辑:刘淑婷)