

- [6]龙亚秋,何文星,李华,等.陈宝田治疗头痛经验总结[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(2):213,226.
- [7]张慧媛,杜倩.脑电图与经颅多普勒检测在偏头痛诊断中的应用效果观察[J].中国实用医药,2019,14(11):62-63.
- [8]许可可,王新志.王新志从风论治前庭性偏头痛经验[J].中医药通报,2015,14(6):27-28.
- [9]张朝霞,余小庆.祛风止痛颗粒治疗偏头痛临床研究[J].中医学报,2013,28(10):1552-1553.
- [10]徐昕宇.散偏汤颗粒剂治疗偏头痛随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2013,27(6):32-33.
- [11]方雪,陈炯华,王永生.符为民从肝论治偏头痛经验[J].河南中医,2022,42(1):54-58.
- [12]李箭,马福彦,胡英华.泻血疗法治疗偏头痛临床观察[J].长春中医药大学学报,2018,34(1):109-110.
- [13]王明杰,黄淑芬,罗再琼,等.风药新识[J].泸州医学院学报,2011,34(5):570-572.
- [14]张晓阳.浅论风药[J].中医杂志,2003,44(3):227-229.
- [15]王楠,朱平.风药在内科疾病中的运用[J].河南中医,2018,38(1):29-33.
- (收稿日期:2022-08-25)
- [编辑:白晓晖 周荣荣]

丰广魁运用己椒苈黄丸治疗痰饮病经验[※]

王英超[△],杜青,马先军,孙娜,万芳村,杨晓明[✉]

(南京中医药大学连云港附属医院,江苏 连云港 222000)

【摘要】 痰饮病是指体内水液运化输布失常,水饮停聚于某些部位的一类疾病。丰广魁教授在前人研究的基础上结合自身的临床经验,运用己椒苈黄丸治疗痰饮病饮热互结证,取得良好的临床疗效。丰广魁教授强调在明悉患者体质的基础上,辨体施药,因势利导,给邪以出路,并注重固护患者正气。该文介绍丰广魁教授运用己椒苈黄丸治疗痰饮病经验。

【关键词】 痰饮病;己椒苈黄丸;慢性心力衰竭;丰广魁

中图分类号:R255.8 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2023.2107

痰饮病是指体内水液运化输布失常,水饮停聚于某些部位的一类疾病,临床表现为咳嗽、喘满、痞闷、呕吐、眩晕、心悸、短气、疼痛、水肿、小便不利等,其含义有广义和狭义之分,广义痰饮是诸多饮证的总称,既包括痰饮、溢饮、悬饮、支饮4类,也包括水气病。张仲景在《金匮要略》中始将痰饮作为病名,其中《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》专门论述了痰饮致病的诸多证候,并介绍了21首经方的应用经验^[1]。

丰广魁教授,主任中医师,博士研究生导师,江苏省名中医,第2批全国优秀中医临床人才,第6、7批全

国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。丰广魁教授学宗仲景,博采众家,从事中医临床、教学、科研工作30余年,其临证诊病精于辨证,工于遣方,尤善运用经方。笔者常跟随丰广魁教授临床诊病,现将其运用己椒苈黄丸治疗痰饮病经验介绍如下。

1 痰饮病的病因病机

人体水液的运化、输布、排泄主要依赖肺通调水道、脾运化水湿、肾蒸化水液及三焦的气化作用。肺、脾、肾三脏相辅相成,共同主导水液的代谢,三焦司一身之气化,为水液升降出入的通道,气化则水行。如果三焦气机不畅,失于宣通,或肺、脾、肾功能失调,水液运化失常,则会变生痰饮,如《圣济总录·痰饮统论》记载:“三焦调适,气脉平匀,则能宣通水液,行入于经,化而为血,溉灌周身;三焦气涩,脉道闭塞,则水饮停滞,不得宣行,聚成痰饮。”外感寒湿、饮食不当、情志失调、劳欲太过、体虚久病均可引起肺失通调,脾失转输,肾失蒸化,三焦气化失常,导致水液停积,四处流窜,波及

※基金项目:国家中医药管理局第6批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教发〔2017〕29号);国家中医药管理局第7批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(国中医药人教函〔2022〕76号);江苏省中医药科技发展计划项目(YB2020071);江苏省老年健康科研项目(LR2021027)

✉通信作者:杨晓明,E-mail:yangxiaoming-13@163.com

△第一作者:王英超,E-mail:wangycchina@126.com

五脏,变生诸症。痰饮病总属阳虚阴盛、本虚标实证,临床多见寒饮证,但笔者根据临床实践观察发现,饮热互结证亦不少见,国医大师周仲瑛、李士懋在学习前人经验的基础上,证之于临床,亦认为确有饮热互结证^[2-3]。丰广魁教授认为痰饮病饮热互结证的主要病因如下:先有寒饮,日久不愈,郁而化热;或素有寒饮,复感外邪,化热入里,与饮相结;或感受温热之邪,致三焦气机不畅,水饮内停,饮热兼见;或素体阳盛,胃热消渴,饮水过多,运化失常,停而为饮,饮热互结;或情志失调,气机逆乱,气脉阻滞,饮停化热。饮热之邪可流窜上下,无处不至,在内可损伤五脏六腑,在外可波及四肢百骸,诸症蜂起,缠绵难愈。痰饮流于四肢,可见肢体水肿、疼痛;上犯清窍,可见头晕目眩;上犯胸肺,可见胸闷咳喘、咳唾引痛、痰白质黏;阻滞中焦,可见腹部胀满、沥沥有声。

丰广魁教授认为,临床治疗痰饮病,需辨明病位和病机,对于痰饮病饮热互结证兼见腹部胀满、口舌干燥、二便不利者,宜使用己椒苈黄丸治疗。

2 己椒苈黄丸的方药解析

己椒苈黄丸出自《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰:“腹满,口干舌燥,此肠间有水气,己椒苈黄丸主之。”该方主治肠间饮热成实之痰饮。方中防己苦寒降泄,利水消肿,祛风清热,为治疗饮热证水肿、疼痛之要药,《名医别录》称:“防己……疗水肿、风肿,去膀胱热,伤寒,寒热邪气……通腠理,利九窍。”椒目为花椒干燥成熟的种子,味苦、辛,性寒,具有利水消肿、降逆平喘之功,《金匮要略心典》谓:“椒目治腹满,去十二种水气。”丰广魁教授认为椒目是治疗痰饮病饮热互结证的良药;葶苈子苦泄辛散,泻肺平喘,利水消肿,善治喘咳及胸腹水肿;大黄荡涤肠胃,清热利湿。防己、椒目、葶苈子利水消肿,使饮热之邪从小便出,大黄泄热推饮,使之从大便而下,全方共奏涤饮泄热、前后分消之效。现代药理学研究提示,防己、椒目、葶苈子、大黄具有抗炎、镇痛、利尿、镇咳平喘、强心等作用,已被广泛应用于消化系统、心血管系统、呼吸系统及其他系统疾病的治疗中^[4-9]。

3 己椒苈黄丸的临床应用

丰广魁教授根据己椒苈黄丸的方证特点,结合现代研究,将其广泛应用于具有饮热特征的痰饮病的治疗中,包括胸腔积液、腹腔积液、心力衰竭、心包积液、

肾炎水肿、肺源性心脏病等。如治胸腔积液,可依证酌加桑白皮利水消肿、泻肺平喘,加瓜蒌清热涤痰、宽胸散结,加枳壳、苦杏仁理气降逆,加茯苓、冬瓜皮、薏苡仁健脾利湿,加泽泻、猪苓、车前子利水渗湿,加旋覆花降气化痰、行水。如治肝硬化腹水,可依证酌加白术、苍术培土制水,加黄芪扶正益气,其中白术和黄芪用量宜大,加白芍养阴柔肝,加三七、桃仁、莪术活血化瘀消癥,加益母草、泽兰活血利水,加土鳖虫通络消癥,加牡蛎和鳖甲软坚散结。如治心力衰竭,可依证酌加黄芪补中益气,加入参大补元气,加附子、干姜温补阳气,加桂枝助阳化气,加麦冬、五味子养阴益气,加茯苓、薏苡仁健脾渗湿(用量宜大),加大腹皮利水消肿,加陈皮、砂仁行气利水。

4 临证特色

4.1 明悉体质,辨体施药;动态调整,固护正气 个人体质与先天禀赋和后天影响密切相关,不同性别及年龄段存在不同的体质特点,不同的体质状况决定不同的疾病发生、传变和转归^[10]。《伤寒心法要诀》指出:“六经为病尽伤寒,气同病异岂期然,推其形藏原非一,因从类化故多端。”体质有寒热虚实之别,药性有寒热温凉之异,药味有酸苦甘辛咸之差,因此医者治疗痰饮病须知晓体质宜忌,要注意愈病而不伤正,需结合具体病证的特点,动态调整,固护正气。丰广魁教授认为,医者诊治痰饮病既要详辨入微,又要统观全局^[11]。其一,医者需要参考患者体质确定治法治则,己椒苈黄丸一般适用于偏热偏实体质,如果患者确有虚象,可酌情考虑先攻后补或攻补兼施,但需注意中病即止,如程门雪先生所述:“体虚者,清热化饮之中须顾其虚……体实者,清热化饮之中兼治其实……热虽同而体之虚实不同也。”其二,医者需要根据患者体质决定用药剂量。如张仲景在论述十枣汤时提及“强人服一钱匕,羸人服半钱”,明确阐述服药剂量应因人而异,并嘱咐药后若泻下,需喝粥以调养胃气。对于己椒苈黄丸之证,丰广魁教授认为同样可参此法,需要根据患者体质结合病情调整服药频次、服药剂量、药物比例或改变剂型等,以求祛邪护正。其三,医者可根据患者体质预测痰饮病的转归和预后,并指导患者善后调理及养生。体实患者服用己椒苈黄丸后,多见邪祛正安、舌脉平和,注意节制饮食、劳逸结合即可;体虚者仍需注意调补肺、脾、肾,以固其本。

4.2 首选原方,用药精简;因势利导,给邪出路 丰广魁教授常言,医者在临证过程中应准确辨证,用药精简,有的放矢^[12]。丰广魁教授倡导首选原方治疗痰饮病,原方药味虽少,但往往能够奏效。因势利导、给邪出路是经方医学重要的治则之一,在痰饮病的治疗过程中,丰广魁教授也同样强调此点。痰饮病饮热互结证的邪气出路主要在于通利二便。国医大师周仲瑛认为,古人虽有“治饮不在利小便,而在通阳化气,气行则水行”的论点,但是分利小便之法亦有利于加速分消水饮之邪^[2]。此外,仲景痰饮诸方多次使用防己、葶苈子、大黄、芒硝,可见其意在因势利导,给邪以出路。

5 典型病例

患者,女,82岁,2021年1月15日初诊。主诉:胸闷气喘伴四肢水肿两个月。患者两个月前逐渐出现胸闷气喘伴四肢水肿,未予重视,近来症状加重,并逐渐出现腹部胀满,于我院住院治疗。入院胸腹部CT显示有心包积液、胸腔积液、大量腹腔积液。患者经治疗后病情平稳,双上肢水肿、胸闷气喘好转,但其余症状改善不明显,复查CT较治疗前无明显变化。2021年1月10日曾行腹腔穿刺术,术后保留引流管,每日可引流出约600 mL淡黄色液体,经多次化验,腹水性质仍难以明确,遂请丰广魁教授会诊。刻下症:患者精神尚可,四肢水肿,尤以双下肢为甚,左侧肢体活动不利,胸闷气喘,活动后加重,腹部胀满,口干,身热喜凉,双目有神,面色暗黄,声高有力,纳可,夜寐不安,小便调,大便秘结,舌淡暗,苔黄腻,脉弦滑。既往有脑梗死、冠心病、心房颤动、心功能不全、高血压病、2型糖尿病等病史。否认药物、食物过敏史。西医诊断:慢性心力衰竭,胸腔积液,腹腔积液,脑梗死后遗症。中医诊断:痰饮病。证候诊断:饮热互结证。中医治法:涤饮泄热,前后分消。处方:己椒苈黄丸。方药组成:防己12 g,椒目6 g,葶苈子15 g(包煎),大黄6 g(后下)。两剂,每日1剂,水煎,分早晚温服。

2021年1月18日二诊:患者服上方后,双下肢水肿较前改善,腹腔引流液较前减少,其余症状及舌脉同前。药已中病,初见成效,故上方改椒目6 g为泽兰10 g。方药组成:防己10 g,葶苈子9 g(包煎),大黄9 g(后下),泽兰10 g。两剂,煎服法同前。

2021年1月21日三诊:患者服上方1剂后,腹泻

10余次,泻后肢体水肿、胸闷气喘、腹部胀满等症状明显减轻,每日仅引流出约50 mL的腹水。刻下症:双下肢水肿明显改善,稍感胸闷气喘,活动后加重,腹部较前松软,大便溏,每日2~3次,舌脉同前。效不更方,己椒苈黄丸继续投之。方药组成:防己12 g,椒目6 g,葶苈子15 g(包煎),大黄5 g(后下)。4剂,煎服法同前。嘱拔除腹腔引流管。

2021年1月24日四诊:患者肢体水肿完全消退,并能下床进行简单康复锻炼,活动后稍有胸闷气喘,但能耐受,稍觉口干,时有汗出,腹软,小便调,大便溏,每日2~3次,舌淡暗,苔薄黄,脉弦滑。复查CT提示胸腔积液和腹腔积液明显减少。饮热之邪尚未根除,当乘胜追击,以防病复。方药组成:防己10 g,椒目6 g,葶苈子15 g(包煎),大黄3 g(后下),煅牡蛎15 g(先煎)。3剂,煎服法同前。

2021年2月6日患者恢复良好,病情平稳而出院。2021年3月23日患者复诊,一般情况良好,肢体无水肿,腹软。

按语:本案患者虽高龄多疾,患病日久,但其精神尚可,饮食如常,身热喜凉,声高有力,脉弦滑,平素体质偏热属实。四诊合参,诊断为痰饮病饮热互结证。言其治法,则当涤饮泄热,前后分消,因势利导,给邪以出路,予以己椒苈黄丸治疗。初诊时,丰广魁教授指出患者服药后应以大便溏或少量腹泻为度,因患者年老多病而大黄药性峻猛,故大黄仅用6 g。二诊时,因药房缺少椒目,临时改椒目为泽兰利水消肿,因初诊治疗过程中,未见患者出现腹泻,故将大黄剂量增加为9 g。患者服药后腹泻10余次,但泻后并无不适感,亦未见虚弱之象,且诸症随之消减,说明药证相符,正气未损。患者已高龄,却被投以大黄,服药后腹泻多次,诸症渐消而未生变故,可见丰广魁教授用药既符合“有是证用是药”之旨,又不悖于此处经文之义。三诊时,药已奏效,继续守方治疗,将防己、葶苈子加量以增强利水消肿之功,大黄减量以防腹泻过多而伤正气。四诊时,诸症明显改善,但饮热之邪仍未根除,故守方续服,因患者时有汗出,故加煅牡蛎以收敛固涩。

6 小结

丰广魁教授善用经方治疗内科杂病。临床医师治疗痰饮病饮热证时,不可固守“温药和之”的治法,应当根据患者体质特点和病证分析正邪盛衰,精准选方用

药。己椒蒴黄丸是治疗痰饮病饮热互结证的代表方，丰广魁教授谨守病机，首选原方治疗，取得良效，值得临床推广。

参考文献

- [1]何任.《金匱》痰饮方及其应用[J].浙江中医药大学学报, 2011,35(4):473-475.
- [2]周仲瑛.痰饮治法述要[J].南京中医学院学报,1985, 27(1):3-5.
- [3]冯瑞雪,张紫微,张再康.李士懋教授清透滋三法治疗里热实证的经验[J].北京中医药大学学报,2016,39(10): 864-868.
- [4]吴梦丽,何秋梅,杨帆,等.基于网络药理学的防己主要活性成分及药理作用机制分析[J].中华中医药学刊,2021, 39(1):213-216,304.
- [5]李卿,秦剑,欧燕.椒目化学成分及药理作用研究进展[J].中国中医急症,2012,21(5):762-764.

- [6]林雪竹,李蔚群,关永霞,等.葶苈子化学成分及药理作用研究进展[J].中国现代中药,2022,24(3):550-558.
- [7]王玉,杨雪,夏鹏飞,等.大黄化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J].中草药,2019,50(19): 4821-4837.
- [8]段启,孙宏新,袁成凤,等.己椒蒴黄丸临床应用研究进展[J].中国处方药,2022,20(2):191-192.
- [9]尹祥斌,李宜放.王晞星应用己椒蒴黄丸治疗幽门梗阻经验[J].中国民间疗法,2018,26(8):18-19.
- [10]王琦.辨体-辨病-辨证诊疗模式创建与应用[M].北京:中国中医药出版社,2012:73-74.
- [11]丰广魁.临证误治当审阴阳[J].辽宁中医杂志,1994, 21(9):423-424.
- [12]丰广魁.小方治病临证有感[J].陕西中医学院学报, 1995,18(3):1-2.

(收稿日期:2022-08-16)

[编辑:白晓晖]

阳正国治疗结肠息肉切除术后经验[※]

李非凡^{1△},阳正国²,蒋福政^{2✉}

(1.重庆医科大学,重庆 400016;2.重庆市永川中医院,重庆 402160)

【摘要】 阳正国教授认为,脾虚是结肠息肉发生的原因,结肠息肉切除术后的基本病机为脾虚湿滞、痰瘀互结、肝气郁结,治疗时应分为近期和远期两个阶段,近期以改善证候为先,远期以预防息肉复发为主,临床常用自拟枳莪六君子汤加减治疗,以纠正胃肠功能紊乱,改善肠道微环境,减轻患者心理负担,阻止息肉的复发及恶变。该文分享阳正国教授治疗结肠息肉切除术后的经验。

【关键词】 结肠息肉;腺瘤性息肉;肠蕈;积聚;结肠息肉切除术;枳莪六君子汤;阳正国

中图分类号:R256;R249 文献标识码:A DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2023.2108

近年来,随着消化内镜检查技术的不断发展及体检的普及,结肠息肉的临床查出率不断升高,其中腺瘤性息肉的占比逐年上升,且以40岁以上人群多见^[1]。腺瘤性息肉被认为是结肠癌的前身,2018年全球癌症数据显示,结肠癌的发病率和病死率占全球新发癌症的第3位和第2位,严重威胁患者的生命健康^[2]。目前肠道息肉的治疗方式主要是手术切除,但术后易导

致肠道功能紊乱,患者常出现腹痛、腹泻、便秘等症状,仍有息肉复发的可能及癌变的风险。中医药可改善患者术后肠道不良反应,提高其生活质量,且能降低息肉的复发率,减少结肠癌的发生。

阳正国,主任中医师,教授,重庆市名中医,重庆医科大学硕士研究生导师,从事临床工作近30余年,擅长治疗脾胃系统疾病,对于结肠息肉切除术后的治疗有丰富的临床经验。笔者有幸跟诊左右,现将阳正国教授治疗结肠息肉切除术后的经验总结如下,供大家参考。

※基金项目:重庆市卫生健康委医学科科研项目(2022WSJK152)

✉通信作者:蒋福政,E-mail:564373316@qq.com

△第一作者:李非凡,E-mail:1357551626@qq.com