

运用体质、腹诊法辨大柴胡汤证

★ 林健祥 (广东省江门市新会人民医院 江门 529100)

关键词: 体质; 腹诊; 大柴胡汤

中图分类号: R 222.25 文献标识码: B

大柴胡汤出自《伤寒论》,由柴胡、黄芩、半夏、芍药、枳实、大黄、生姜、大枣等组成。具有和解少阳,内泻热结之功。症见:往来寒热、胸胁苦满、呕不止、郁郁微烦、心下满痛或心下痞硬、大便不解等。笔者临床中运用体质、腹诊法结合传统辨证,扩大其应用范围,每获良效。

1 《伤寒论》原文启示

《伤寒论》(103)条“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤;呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤,下之则愈。”《伤寒论》(165)条“伤寒发热,汗出不解,心下痞硬,呕吐而下利者,大柴胡汤主之。”《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治·第十二条》“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”由原文分析,柴胡证仍在,可知胸胁苦满等症仍在,兼心下急,症状比小柴胡汤证更甚,还有心下痞硬、按之心下满痛者等腹征。笔者在临床实践中体会,大柴胡汤属于下法范畴,大柴胡汤证者大多体质较好,同时腹诊具备者,可考虑使用。

2 大柴胡体质和腹诊方法

日本汉方医名家矢数道明先生指出,运用大柴胡汤的目标为“实证症状甚剧,体质肥胖或筋骨健壮,且多充实紧张者,压迫季肋部常凹陷等,但自觉胸胁部紧张、痞塞、疼痛等,有便秘倾向,内有气塞,外有胀满之势”^[1]

南京中医药大学黄煌教授对大柴胡体质和腹诊有较详细的描述:“适合大柴胡汤的患者其体质较壮实,但亦有较虚弱者,这种虚弱,部分是原本身体虚弱,而更多的是原本壮实之体因病迁延不愈而致虚,其体虽虚,而邪仍实,所谓‘大实有羸状’,但两胁下或腹部必有压痛拒按等症。肥胖者抵抗感在深部,而瘦者则腹直肌多呈棒状,触之紧张坚硬。”^[2]

《腹证奇览》中介绍了腹诊的体位:“令人仰卧,两腿伸展,两手置于股侧,安定心神。医者盘坐或立于患者一侧(此乃常法,倘活动不便者,当取其便位),以右掌覆按病人心下,调息定神,稍待须臾,即专心诊察。”^[3]《腹诊证治》^[4]中介绍诊查上腹部、两肋的方法:“检查心下要注意四个方面:一是检查痞证,区分痞、满、硬、坚、石之象;二是观察有无动悸不安之状;三是看有无振水声;四是察腹肌松软紧张之态。在诊查腹直肌时,紧张涉及何部,是薄而突出,还是深而下陷;压按腹壁,是充实紧张,还是柔弱松弛。通过上述四点检查,可以基本定出腹证的名称。如是心下痞,还是心下痞硬”,“腹诊两肋,重点查其苦满、痞块、硬痛之症的有无,以及程度轻重,涉及何部,与痞之关系。”

3 运用体质、腹诊法辨大柴胡汤证案

3.1 病毒性肝炎案 吕某,男,33岁,因反复腹胀,巩膜、全身皮肤、小便黄染约1周于2009年3月2日拟“病毒性肝炎(乙型)慢性(重度)”在传染科住院。患者有乙肝病史,入院前2周每晚熬夜,约1周前开始出现腹胀,上腹部不适,胃纳差,间伴有恶心,乏力,尿黄,进行性加重,并出现巩膜、全身皮肤黄染。入院后予以常规护肝治疗,对症、支持处理。3月3日,谷丙转氨酶1003 u/L,谷草转氨酶751 u/L,总胆红素130 umol/L;3月5日,谷丙转氨酶803 u/L,谷草转氨酶560 u/L,总胆红素132 umol/L。考虑经治疗后,未能明显好转,请中医会诊。症见:患者体型中等,体质壮实,巩膜、皮肤重度黄染,诉剑突下不适感,伴口干,大便正常,全腹肌稍紧张,剑突下按压不适,舌质偏红,舌苔黄稍厚,脉弦。治以大柴胡汤加绵茵陈、赤芍:柴胡12g,黄芩15g,生姜2片,法夏15g,大枣15g,白芍15g,枳实15g,大黄5g(后下),绵茵陈50g,赤芍30g。7剂。

3 月 10 日,谷丙转氨酶 224 u/L,谷草转氨酶 109 u/L,总胆红素 47 umol/L。患者诉服中药后腹部不适感缓解,大便每天 3 次,大便烂,便后无不适。腹诊:全腹较前软,剑突下按压无不适感,舌质淡、苔薄白。予柴胡桂枝干姜汤合茵陈五苓散加赤芍善后,治愈出院。

3.2 椎-基底动脉供血不足案 麦某,男,77 岁,因突发眩晕 5 小时于 2009 年 3 月 3 日拟“1、椎-基底动脉供血不足,2、高血压病 2 级”入院。患者入院当日下午起床时突然出现眩晕,视物呈天旋地转感,体位改变时症状加重,伴恶心、呕吐胃内容物多次。入院后查脑部 MRI:1、左侧放射冠小缺血灶,2、脑萎缩。彩超示:双侧颈动脉、椎动脉硬化性变。入院后予以常规诊治,改善血液循环,降压,营养脑细胞。经治疗后症状未能缓解而于 3 月 12 日请中医会诊。症见:眩晕,视物呈天旋地转感,口干,昨日排便 1 次,大便干结,舌淡胖、苔黄白而厚,脉滑。予黄连温胆汤加味:法夏 20 g,云苓 20 g,陈皮 10 g,甘草 5 g,竹茹 10 g,枳壳 20 g,黄连 5 g,葛根 30 g,川芎 20 g,天麻 15 g,钩藤 15 g,栀子 10 g。

二诊:患者诉服中药后头晕没有明显改善,口干,昨天未排大便,舌质较前红,舌苔黄白、干、厚。患者体型高大,偏胖,腹诊:全腹软,剑突下按压不适感。予大柴胡汤加味:柴胡 15 g,黄芩 15 g,生姜 2 片,大枣 15 g,枳壳 20 g,大黄 8 g(后下),白芍 15 g,川芎 20 g,桃仁 15 g。三诊:眩晕明显好转,服中药后排软便。上方再进 3 剂,头晕缓解,治愈出院。

3.3 颈椎病变案 叶某,男,50 岁,反复颈部、右侧肩胛区疼痛约 10 年。患者于 10 年前开始出现颈部、右肩、右侧肩胛区疼痛(X 线示颈椎病、颈椎椎间盘变窄),曾多方诊治,包括牵引、偏方、推拿、小针刀等,诉推拿、小针刀治疗后症状好转,但症状仍反复。

初诊时诉右肩、右侧肩胛区疼痛,疼痛部位固定,伴右上肢麻木感。无口干,大便正常,舌淡、苔稍厚偏黄,舌底静脉无曲张,脉稍弦有力。予《医学心悟》蠲痹汤 2 剂。

二诊:患者诉服药后症状无改善。患者体质偏壮,腹诊:腹部稍膨隆,上腹部按压有抵抗感,患者诉按压时有不适感。予大柴胡汤加葛根、川芎:柴胡 15 g,黄芩 15 g,干姜 3 g,大枣 15 g,枳壳 20 g,大黄 8 g(后下),白芍 15 g,葛根 30 g,川芎 20 g。3 剂。三诊:患者诉症状较前明显减轻,服上方加减约 14 剂,症状完全缓解。

3.4 支气管哮喘案 李某,女,52 岁,家庭主妇,2009 年 1 月 5 日初诊。哮喘病史 40 多年,间断有

不同程度的发作。今年症状加重,服用氨茶碱片、酮替芬片、强的松片,并吸入沙丁胺醇气雾剂、布地奈德气雾剂,但症状仍反复。本次因天气转冷,再次出现喉中哮鸣,胸闷,咳嗽咳痰,痰色黄,量中,呼吸困难感,大便秘结,2 天未排大便。在门诊予静滴氨茶碱针、地塞米松针,仍未能缓解而要求中医治疗。体查:患者体型稍胖,两肺布满哮鸣音和湿罗音。腹诊:全腹肌紧张,剑突下按之不适感。舌质红、苔黄腻,脉滑数。诊为支气管哮喘。拟大柴胡汤合小陷胸汤:柴胡 15 g,黄芩 15 g,生姜 2 片,法夏 20 g,大枣 10 g,白芍 15 g,枳壳 20 g,大黄 10 g(后下),黄连 5 g,全瓜蒌 20 g。3 剂。

二诊:咳喘大减,痰转黄白色,容易咳出,无胸闷,每天排烂便 2 次。体查:两肺布满哮鸣音,湿罗音明显减少。上方大黄改为 6 g,再服 3 剂。喘平,偶有咳嗽、咳痰。体查:两肺哮鸣音消失。予以三拗汤合二陈汤 3 剂善后。

4 体会

临床体会,运用体质、腹诊法结合传统诊法,可以提高大柴胡汤使用准确性,并扩大其临床使用范围。《伤寒论》明言:“但见一证便是,不必悉俱。”当大柴胡汤证不明显,难以分辨时,尤显体质、腹诊法可靠。体质、腹诊法是明确的诊断依据和标准。体质较好,同时腹诊具备者,可考虑用大柴胡汤,若六经辨证符合少阳阳明合病者,效果更佳。如案 1,属于少阳阳明合病,同时体质较好,腹诊具备大柴胡汤证,以大柴胡汤取效。案 2 辨证属痰热内阻清窍致眩晕,但以黄连温胆汤加味未能取效,患者剑突下按压不适感,未排大便,考虑为少阳阳明合病,结合患者体型高大,处以大柴胡汤而症状缓解。案 3 辨证为寒湿内阻,但以常规辨证用药却未能取效,但考虑右肩、右肩胛区疼痛属少阳阳明合病,患者体质较好,而且腹诊符合大柴胡汤证,以大柴胡汤获佳效。案 4 中,患者胸闷、大便秘结属少阳阳明合病,结合体质和腹诊辨为大柴胡汤证而取效。由临床实践可见,体质、腹诊法在大柴胡汤证的辨证中是一个有效方法,并有重要指导意义。

参考文献

- [1][日]矢数道明. 临床应用汉方处方解说[M]. 北京:学苑出版社, 2008:305.
- [2]黄煌. 经方 100 首[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2006:110.
- [3][日]稻叶克,和久田寅. 腹证奇览[M]. 北京:学苑出版社,2008: 2.
- [4]张文钊. 腹证治[M]. 北京:科学技术文献出版社,1998:9,10.

(收稿日期:2009-08-16 责任编辑:周茂福)