

中选中了调理肝脾、疏畅气机的木香、厚朴等中药。有些人认为黄疸型肝炎有瘀血阻滞的病理现象,如《张氏医通》指出“诸黄虽多湿热,经脉久病,不无瘀血阻滞也”,故于糖浆剂中加了活血行瘀的丹参等药物。此方药主辅分明,配

伍恰当,疗效满意,疗程也大幅度缩短。

在本次观察中,有的治疗方案中病例较少,因此临床上对急性黄疸型肝炎的辨证施治还需进一步研究其病理、病机、治疗、转归等,选择更妥切的方药,以期提高治疗效果。

老年人顽固性呃逆辨证一得

南京中医学院附属医院内科 高治平

呃逆,古称“哕”。临症表现为气逆上冲,喉间呃呃作声,或间断,或连续,甚至昼夜不息,患者气不接续,痛苦异常。呃逆之产生,多由胃气上逆所致,且涉诸脏腑,如肝气之郁结,致横逆犯胃;肝肾之阴不足,致阴火上冲或脾肾衰败,虚气上逆;膈上有痰,闭塞肺气,肺胃不和,致气机逆乱。老年人患呃逆,多属兼证,尤其于久病、重病中得之,当“观五脏有余不足,六府强弱,形之盛衰,以此参伍,决死生之分”《素问·脉要精微论》。故治疗通察整体,知常衡变,补不足,损有余,为辨治之大要。临证之际,尤须关注肺与大肠、肝与胃这一纵一横之病理变化及其影响气机升降之内在联系。爰引一例,以说明之:

孙××,男,72岁,住院号53498。

患者于1980年春患中风(右侧颈内动脉血栓形成),后遗偏瘫。最近一月间阵作咳嗽,痰白量多,喉间痰嘶,神智时清时蒙。体检:左侧肢体呈挛性瘫痪,口角右喎,伸舌偏向左侧,瞳孔等圆,光反射存在。心律规整,主动脉第二音大于肺动脉第二音,血压150/90毫米汞柱,肺底闻及干湿罗音,肝脾无肿大,左膝反射亢进,巴氏征阳性。舌质干、光红无苔,脉弦滑。住院初期以清化痰热治疗为主,尔后予养阴清肺、活血通络法则,方药随证选裁,并配合针灸,病情几经反复而渐臻稳定,但肢体功能未见明显进步。1982年3月底起犯呃逆,频呃不止,昼夜不息,针、药及手法治疗均乏效。实验室检查:白血细胞11300/立方毫米,中性80%,淋巴17%,嗜酸性1%,单核2%。卧位胸片:右中下肺支气管周围炎症。

4月4日,呃逆频发持续,寐中亦作呃不止,呃声响亮,面颧升赤,咳嗽痰稠,胃脘胀气,大便需借助通导,舌质红,苔黄糙,脉细弦,辨证属阴虚兼夹痰火,肺胃之气上逆。治以养阴清热,降气化痰。处方:南沙参、北沙参、麦冬、石斛、桑白皮各12克,芦根30克,半夏、枇杷叶各10克,橘皮、竹茹、黄

芩各6克,代赭石20克,全瓜蒌15克。

上方服两剂,症情变化不大,但睡熟呃止,醒来复作。三次用开塞露灌肠均未排便,后抠出粪便约150克。原方加沉香3克、生军6克后入,作增水行舟之意。

4月7日,服药一剂,自动排便极多,呃逆发作已稀少,夜间偶有一二声,咳嗽明显减轻,胃脘按之柔软。舌淡红,苔少,脉软弦。腑气得通,痰热渐去,前方去生军,续服一剂。因患者性躁善怒,胃脘隐痛不舒,另给乌芍散(海螵蛸、白芍、炙甘草)3克,一日三次,以和中缓急。

4月13日,呃停三天,今又见发作。胃痛得止,但仍觉痞胀,夜寐不宁。舌红,苔中根黄糙。病久阴亏之体,肠腑积滞,宿垢未尽,仍予养阴利膈,顺气通腑。处方:南沙参、北沙参、麦冬、石斛各12克,芦根30克,橘皮、竹茹、生军(后下)各6克,代赭石20克,半夏10克,全瓜蒌15克,沉香3克。

服药两剂,大便畅通,黄糙苔尽去,夜间安睡,呃逆未再发作。此后如法调理二十余日,呃逆未作,稳定出院。

按:患者高龄,中风之后病情反复且多变,久病之体又犯呃逆。究其致病原因,其一,虚体受邪,外邪犯肺,膈上生痰,阻遏肺气,肺胃违和,气不顺降;其二,久病阴津虚亏,大肠津液不足,变化受阻,复因肺气郁逆,更使大肠腑气滞结,腹胀便秘,浊气不得下泄,上逆犯胃。治疗在于清肃肺气,化痰利膈,用沙参、麦冬、石斛、芦根润养肺胃之阴而顾及阴虚之本质;黄芩、桑皮、瓜蒌清化痰热,以利膈宽胸;再以沉香、大黄顺气通腑,疏通大肠积留;半夏、陈皮、竹茹、代赭石和胃降逆,抑其上逆之气。情绪激动,急躁易怒为患者肝木横逆,肝胃不和表现,予乌芍散和胃气,缓肝急。原因既明,断非属虚脱之呃,随证施治,竟半月乃愈。