

断为门脉系统梗阻或血栓形成,另有1例逐水药用后排出水分不多,而发生大渴引饮的症状,是否为细胞内外液不正常转移的结果。

临床应用逐水药探讨

古今中医对本病的症状叙述、发病机制和辨证结论的认识基本一致,多认为臌胀病是久病肝气郁结、瘀血积聚、三焦不通、水湿停留而成。水瘀交结,故为难治之症,对本病的治法,各家意见纷纭,特别是对逐水药的应用更是意见不一。有主攻下逐水者,如《内经》“中满者泻之于内”,“下之则胀已”;张仲景立十枣汤荡涤三焦之水;张子和、李东垣和李时珍等认为黑白丑为祛水之良药;近代医家有认为“有故无殒”,凡属体质壮实,正气尚未大衰者,可用十枣汤等峻下水饮,亦有人认为虽历代对下法提出许多禁忌,但不可“因噎废食”等等。但亦有不少医者反对攻下或反对逐水太多,如《格致余论·臌胀论》认为逐水是“自求祸耳。”“医不察病起虚,急于作效……以求一时之快,不知宽得一日半日,其肿愈甚,病邪甚矣,其气伤矣。”故朱丹溪主张“塞因塞用”,大投参术之类以治之;《寓意草》告诫本病“实因脾胃之衰微所致,而泻脾之药,尚敢漫用乎?”主张用“培养”(培益元气)、“招纳”(升举阳气)、“解散”(开鬼门、洁净府)三法,说是“不言泻而泻在其中”;张景岳对逐水的看法是:“效诚速也,……不知随消随胀,不数日而腹胀必甚。”主张肺脾肾三脏兼治;《医镜》云:“臌胀起于脾虚气损,治之当以大补之剂培其根本,少加顺气以通气滞,有夹积者,佐以消导去其积。”故立以补为主,攻补兼治之法;近代医家有认为“中药峻攻剂有损脾肾功能,甚至有失血昏迷之险”,主张“寓攻于补”。综观上述,晋唐之前,治疗本病多主利;金元时期有主攻者,如张子和,有主补者,如朱丹溪;明清时代,不少学者则崇辨证论治,攻补兼施。从病机和标本看,历代医家大多主张本病为正虚邪盛之证,必须正确估计正邪的关系,认为逐水是治标,非永久之计,并有“无粮之师,不可速决”的看法。张

仲景立十枣汤以逐水,但又视黑白丑为“贼寇”,李东垣赞成黑白丑逐水,但又主张培补脾胃。

根据20多年治疗本病的实践,我们认为掌握病机,辨证论治,以补为主,以攻为辅,可能比较恰当。在治疗中,特别是应用逐水药治疗,应该非常慎重,应以扶正为主,攻补兼施,补中带攻;或中医扶正,西药利尿;或西药支持(特别是注意电解质平衡或一般支持),中药逐水等标本兼顾,中西医结合的治疗比较妥当。在以中医中药治疗中,在扶正为主的基础上加疏肝理气、活血化瘀等药,有时也取得疗效。在应用逐水药中,不能求之过急,不能剂量加之过甚。我们体会腹水越多、症状愈重的病人,逐水比较困难,而中度或轻度腹水的病人,逐水效果则较好。肝昏迷或消化道出血而有腹水的病人,治疗比较困难,由于中药剂型的关系,我们停用中药,虽曾用过(鼻饲)苏合香丸、安宫牛黄丸或肌注醒脑净(安宫牛黄丸针剂),均未能取得疗效。对呕血病人,因有所顾忌,虽有腹水,我们均未应用逐水药。因此对本病的治疗方法、逐水药的剂型改革及其有效成分的提取,以免直接刺激胃肠道粘膜,使在呕血或肝昏迷的病人也能应用,确是甚为重要。

治脚癣验方

王 兴 周

脚癣是由真菌引起的常见慢性传染性皮肤病,常见症状为趾缝间潮湿、发白、奇痒、喜搓,有时可见成群或分散的小水疱,搔搓后流出澄清的粘性液体,甚至血水,常引起趾间糜烂、发臭、裂口、脱皮不一等。我们以中药洗剂治疗脚癣50例,近期疗效颇佳,兹将方法介绍于下:

苍耳草(全草)31克,蛇床子15克,蜂房15克,苦参15克。趾间水疱或糜烂加白矾15克,黄柏15克。将以上诸药放入瓦罐或瓷器内,加水约1000毫升,煎至800毫升,滤出药渣,再加入约40℃之温开水4~5倍,于临睡前泡脚15~20分钟,每晚一次,连洗三次,诸症多可消失。症状未全消失者,2周后继续按上法治疗。