



抗生素佯装“药引子”

诊余交谈中，听到这样一则佳话：1969年秋，一位因肝炎住院的病人，在住院过程中，因肺部感染发热24天，经用多种抗生素及中药治疗，发热不退，后请蒲辅周老中医会诊，虽未用“药引子”，亦取得了烧退症除的卓效，听了这段趣闻，我怀着极大的兴趣，借阅了这份病历，学习之后，感触颇深。

蒲老诊察病人时，患者发热已24天，视其舌质艳红有裂纹，脉弦大按之无力，出汗多，微恶寒，口干不思饮，大便干燥，咯痰不利。辨证为气阴两伤，治以固卫养阴，甘温酸敛，方用：生白术9克，生黄芪6克，防风4.5克，麻黄根4.5克，五味子(打)3克，浮小麦12克，大枣(劈)5枚，炙甘草6克，桑枝15克，主竹9克。嘱每剂慢火煎一小时，取200毫升，分四次服。当时患者拒绝用抗生素治疗，经治医生对停用抗生素不放心，便与患者家属及有关同志商量，大家一致同意将抗生素佯装蒲老中药的“药引子”，不告诉患者，给病人服用。服蒲老中药的第二天，患者体温从38.6℃下降到37.9℃。第三天下降到36.8℃。此时经治医生借病情好转之机，向病人说明了真相，“药引子”就是抗生素，并鼓励病人继续服用。岂料病人拿出一个纸口袋说：“药引子全在这里边，一点也没有吃。”当经治医生明白真情后，便在病历上记载：“患者及家属未与我们商量就自动将抗生素藏起来不用，这样恐不利于病情恢复……患者及家属认为，目前情况好转，体温下降，完全是服蒲老中药的作用。”这段话记的多么好啊，它真实地记载了当时处境窘迫又无能为力的情景。

由于患者坚信中药的作用，继续用中药治疗。此后，蒲老根据患者病情的变化，先后采用养阴增液，祛风除湿的治法，先后共诊四次，服药9剂，便病愈出院了。何曾料到，十多年后这则案例竟成为人们相互传颂的佳话，成为说明中医疗效的有力证据，当时的目睹者，现今向我传颂这则佳话的高年资的西医，均为之折服。从这则医案生动地说明了，中医药治疗的疗效确实可靠，不容置疑，它不但能治慢性病，而且善于治急性病。此例患者发热24天，屡用抗生素，

其热不退，最后还是用蒲老的中药降了温，退了热。事实说明，中医治病具有西医药所不及的特点和优势。本例病人发热，伴有咳嗽，血象高，血沉快，肺部有湿性罗音，胸部X线片示支气管周围纹理增粗，说明肺部感染是存在的。但蒲老不受西医药原学观点的影响，而是根据传统中医理论，从整体出发，辨证论治，立固卫养阴、甘温酸敛的大法，用玉屏风散加味，取得了热退症除的效果，蒲老不拘常法，用药独具一格，若非造诣精深，实难达此炉火纯青之地步。蒲老用药轻灵，剂量轻微，如防风仅用3~4.5克，五味子用1.5~3克，其他药物也多在3~9克之间，效果却很好，这就提示我们，临床用药，不是剂量越大越好，蒲老用药的法度，值得我们深入研究和學習。

对于药物的煎服法，蒲老是很重视的。如此例就要求慢火煎一个小时。服药的量，也是从少到多，开始每服50毫升，一日四次，以后逐渐增至60~100毫升，一日二次，实有讲究。药物煎服的方法是否得宜将直接影响疗效，因此，我们应充分重视，认真学习 and 继承这方面的经验。

名老中医的临床经验，是中医的宝贵财富，是先辈毕生心血和智慧结晶，因此，认真学习他们的医案，对提高临床诊治水平大有裨益，认真继承老中医的经验，是提高中医医疗水平一个重要的方面。中医历经千年而不衰，其关键就在于疗效。

中国人民解放军第514医院 喻森山

慢性肾炎 非湿即瘀

当代医家治疗慢性肾炎有两难，一是水肿难消，时起时伏，时轻时重而经年累月难以平伏；二是尿蛋白难消。其所以难治者，主要由于本病全过程始终呈现本虚标实之病理，正虚难复，易感外邪，进而使病情反复多变，此其一；其二，湿邪久恋，郁而化热，热伤气阴进而阴阳气血俱虚，正气愈虚，湿邪更张；其三，久病气虚(阳虚)不运，血行不畅而气虚血滞，导致湿阻血瘀互相蕴结，虚者更虚，实者更实，终至正气大伤，先后天俱衰，造成严重后果。因此，在治疗上，正气尚未大伤时，应抓紧时机及时清利湿热，活血化瘀以澄源，使邪去而正复；即使正气已衰时仍

应祛邪为主“泻七补三”。临床上应始终着眼于“湿”与“瘀”的病理症结，治以“清利”与“化瘀”二法并重，以清除障碍而恢复正气。若一味补滋，邪不去则正难安，而尿蛋白之排泄终难控制。若必欲补者，需湿去瘀消大半，施以“补七泻三”之法，以免闭门留寇之患。据此，我在临床上始终本着祛邪为主兼扶正气的治则，以《金匱要略》防己黄芪汤、葵子茯苓散、当归贝母苦参丸等化裁，拟清利湿热，益气化瘀之法，方名清化益肾汤，用于临床治疗慢性肾炎患者40余例，对消水肿、控制蛋白尿有较好疗效。药用：黄芪、白术、冬葵子、茯苓、苦参、当归、丹参、益母草。湿热偏重，尿少浮肿者加白茅根、车前草；瘀血明显，舌有瘀点，水肿难消者，加红花、水蛭；气虚甚者，短气面脱加人参（或党参量宜大）；阴血亏虚，头眩烦热、口干者加生地、阿胶；偏阳虚者，便溏尿少加桂枝、炮附子；尿蛋白久不消者，加芡实、金樱子、鱼鳔胶；食少难化者，加鸡内金、炒谷麦芽等。服药要持之以恒，短则三月，长则半年多能获效。曾治张××，男，35岁。因慢性肾炎肾病型于1982年3月6日就诊。患者经常浮肿，晨起面肿，午后腿肿，时轻时重。曾服五皮饮、实脾饮、济生肾气汤等效不显。近因过劳与饮酒而肿势加重，伴有腰痛，短气倦怠，胃呆纳少，大便溏薄日1~2行，小便短黄，茎中灼热，面色晄白不华，舌质淡、苔薄腻微黄，边有瘀点，舌下络脉淡紫细短，脉沉弦略数。血压165/95毫米汞柱，尿常规检查：蛋白(++++)，红细胞3~4/高倍视野，白细胞1~2个/高倍视野，颗粒管型1~2个/高倍视野。脉证互参，证为脾肾两虚，湿热夹瘀，治以益气化瘀，清利湿热，予清化益肾汤加减。黄芪50克，党参20克，冬葵子50克，茯苓20克，白术15克，苦参15克，白茅根30克，益母草30克，当归15克，怀牛膝15克，水蛭1克（焙研末分二次送服），水煎服。并嘱少盐饮食，服药6剂，小便通畅，水肿大减，食欲好转，继进10剂，水肿消退，二便正常，脉沉弦不数，舌淡红苔退，瘀点减少，血压140/80毫米汞柱。尿常规检查：蛋白(++)，红白细胞、颗粒管型均消失。原方去水蛭、牛膝，加红花、金樱子、芡实各15克，炮鱼鳔胶5克研末分2次送服。在此方基础上增减，连续服药3个月，尿常规检查未见红白细胞及颗粒管型，尿蛋白(一~±)，血压正常，浮肿未发，脉转弱滑，舌淡红润，瘀点消退，舌下络脉转淡红色；诸症消失。随访半年未见复发。由此可见祛邪为主，兼扶正气治则应用之一斑。

大连市中医医院 李寿山

谈治疗再生障碍性贫血 中的几个问题

一、攻与补：再障，根据其临床表现可归属于祖国医学“虚劳”、“血证”等范畴。治疗再障用补法似无问题。其实不然，治疗再障不能单用补法。这个问题在急性再障的治疗中尤其突出。单用补法虽然有时可以取得一定疗效，但有时则可能引起补阳热更炽、滋阴血不生，而造成病情恶化甚至死亡。所以临证必须进行辨证论治，分析疾病的虚实情况，当补则补，须攻则攻，或者攻补兼施。如有人用凉血解毒法治疗急劳髓枯型再障7例，4例治愈，3例缓解，疗效满意。

二、阴与阳：目前临床上较普遍的倾向是将慢性再障分为阴虚型或阳虚型，然后阴虚补阴，阳虚补阳。我们认为慢性再障患者必然阴阳失调，而中医阴阳学说中的阴阳互根的思想必须贯彻到慢性再障的治疗中去。就是说补阴时要兼顾补阳，补阳时也要兼顾补阴。正确应用阴阳互根的思想于慢性再障的治疗，对提高疗效有着指导意义。如有人在以补阳药为主，兼以补阴药为辅，治疗阳虚型慢性再障15例，治愈及缓解9例，显效5例，无效1例，疗效就较单用补阳药好。

三、一方一药与辨证论治：当前治疗再障中，一般都用一方一药配合西药治疗，这对治疗效果的提高不利。我们认为再障是一种复杂的疾病，固定的用一方一药治疗，未免失之机械。在再障治疗中如何正确应用辨证论治，将对提高疗效起到决定性的作用。如有人治疗肝肾阴虚型再障，用参芪仙汤合大补阴丸为主方，临证辨证论治，疗效就较好。

从上可见，当前在治疗再障的研究中，如何贯彻中医理论思想的指导作用，对提高治疗效果，加快研究步伐，是至关重要的。值得引起我们的足够重视。

苏州医学院附属儿童医院 李祯萍

《唐本草》编撰者析疑

刘衡如同志校点的《本草纲目》（以下简称《校点本》）点校明晰，注释详实，深受读者欢迎。笔者谨就“《唐本草》编撰者”的注释条文提出两点商榷。

一、长孙无忌是《唐本草》编撰的主要组织者

《校点本》援引《新唐书·艺文志》注，从而认为“唐本草是李勣、长孙无忌和苏敬等二十二人同时参加，一次修成。”然而，《唐本草》编撰者之一、礼部郎中孔志约的序文述及该书编撰过程时只字未提李勣。

笔者认为，视李勣、长孙无忌“同时参加，一次修成”似属不妥。孔序当写在无忌被贬之前，从序文