

疑难病辨证论治琐谈

张仁志¹ 陈 涛²**主题词** 辨证论治 难治病/中医药疗法

辨证论治,是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则。但是,近年来在临床上特别是对疑难病和危重病的诊治中忽视辨证,一味追求单方、秘方的倾向大有蔓延之势,因而效果欠佳。在此我们列举治疗疑难病和危重病获效验案数例,来说明辨证论治不仅不能丢弃,而且往往是取胜的关键。

1 肝炎并非都是湿热

患者某,男,24岁。就诊时身目皆黄,黄疸指数120U,表情淡漠,少气懒言。病人已住传染病院5个月,除西药对症治疗外,还依据肝炎多热毒的观点,用清热解毒、利胆退黄法。结果事与愿违,病情越发危重。遂转来我院诊治。经过脉证合参,辨为脾虚湿困之证,拟运脾化湿、解毒退黄法,以香砂六君子汤化裁:藿香10g,茯苓10g,石菖蒲10g,茵陈60g,砂仁6g,党参12g,干姜6g,白术12g,肉桂3g,猪苓12g,半枝莲15g,泽泻12g,附子10g(先煎),白蔻仁6g,泽兰15g,败酱草10g,白鲜皮10g。进药2剂后,病人已能进食,精神略佳;用药6剂后,转危为安,黄疸指数已开始下降;用药13剂后,黄疸指数已降至60U。在整个治疗期间,除用中药外,仅输3次白蛋白(共150ml)、4次氨基酸(共2000ml)。

2 水肿岂可皆利水

患者熊某,男,53岁。发现肝硬化2年,近来症情加重,B超提示:晚期肝硬化并腹水。患者先后3次住院,未获缓解。现每日靠双氢克尿塞(25mg)维持小便通利。诊时,患者腹部膨胀

与下肢浮肿均十分明显,按常规,即使中医治疗,利水药也必不可少。笔者经认真审视病情后,认为该患者本于肾阴不足,水不涵肝木,久病阴虚累及阳不足,阳虚不能温化水液,水湿泛滥而为水肿。显然,其本在正虚。遂用滋补肝肾、温经解郁兼清郁火之法,不用利水西药。处方:薄荷10g,桂枝10g,丹参15g,桃仁10g,干姜10g,知母20g,酸枣仁10g,枳壳10g,丁香10g,生地黄35g,枸杞子50g,山茱萸10g,党参10g,五味子10g,黄芪10g,柴胡10g,白芍10g,大枣30g。患者仅服上方9剂后,水肿逐渐消除,腹围明显缩小。随后间断用药2年,水肿再未复发。

3 见血止血勿忘活血

患者李某,女,16岁。月经初潮即量多,其母爱女心切,遂到医院就诊,给予止血针药,刚开始止血见效,时间一长,月经量多依然如故。无奈又去求治于中医,同样又是止血法杂加益气、凉血诸法,仍无效。来诊时,患者神疲懒言,面色萎黄,月经常年不净,量多时则不能起床。从表面上看,很象脾虚失血,但仔细推敲,月经过多已3年,患者每次行经前几天量多,而后淋漓不尽,一直延至下次月经来潮又增多,如此反反复复,岂有不气短懒言之理!但月经色暗有血块,常有经期腹痛,脉涩空大,究其病机关键乃在于血瘀,瘀血不去,出血难止。遂拟用活血化瘀法,投少腹逐瘀汤3剂。用后即效,而后调理得安。

4 见寒未必都用温法

患者杨某,女,40岁。人工流产术后半月,现畏寒,恶心欲吐,厌食,汤水难下咽,少气懒言,四肢倦怠。两易中医,服药9剂(其中6剂是大温经汤,3剂是十全大补汤)并无疗效。患者来诊时前胸后背都搭着热水袋,可见畏寒之甚。按一般想法,患者早春做人工流产,耗气伤血受

1 湖北省宜昌市葛洲坝中心医院西坝门诊部 (443002)

2 湖北三峡学院医学院

收稿日期:1999-04-09

寒,采用温经补血治疗不无道理。但患者少气懒言,四肢倦怠,病变部位在脾;恶心厌食,汤水难以下咽,系湿阻中焦、脾阳不伸;脾阳失却温分肉的功能,故畏寒最甚。寒证引起的原因,固以寒邪侵袭或阳气不足为主;但也有痰湿中阻、脾阳不伸,不能温分肉所致者;或有邪热深伏、阳气被遏,不能外达于肢体的真热假寒证,所以不加辨证,一概应用温阳祛寒法,未必能奏效。乃用健脾化湿法。处方:党参 15g,茯苓 10g,藿香 10g,厚朴 6g,陈皮 3g,杏仁 10g,滑石 15g,法半夏 10g,焦白术 15g。药后饮食好转,精神大振,其效甚佳。

5 寒热并用治怪病

患者周某,女,34 岁。因治血吸虫病后周期性低烧,呈间歇状,3 年不愈。中西医叠治无效。笔者详细诊视病情后,认为低烧因于阴虚内热。之所以前医用滋阴清热法不效,实为病情并非单纯阴虚。其病在阴虚基础上,尚有营卫不和、卫阳失常之微恶寒之症。乃用滋阴达郁汤化裁:生地 15g,枸杞子 15g,薄荷 10g,桂枝 10g,蒲公英 10g,干姜 10g,知母 20g,远志 10g,黄芩 10g,枳壳 10g,丁香 10g,法半夏 10g,党参 10g,杏仁 10g,黄芪 10g,柴胡 10g,白芍 10g,大枣 13g。用药 1 周,低烧即止,后再未复发。

生大黄粉神阙贴敷治疗中风便秘 75 例

伦 新*

便秘是中风病的常见伴随症状之一,近年来对 75 例中风便秘采用生大黄粉加白酒神阙穴贴敷进行治疗,收到了满意效果,现报道如下。

1 临床资料

本组 150 例均系我院针灸病区 1995~1998 年的住院病人。其中男 97 例,女 53 例;年龄最大 82 岁,最小 30 岁,平均年龄 56 岁;病程 3 天~150 天;头颅 CT 检查,出血性中风者 58 例,缺血性中风者 74 例,混合性中风者 18 例;既往有便秘史者 25 例。诊断标准参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》:(1)有中风病史;(2)排便时间延长,3 天以上 1 次,粪便干燥坚硬;(3)排除肠道器质性疾病。

2 治疗方法

150 例均针对中风采取常规治疗。针对便秘症状,将本组病人随机分为治疗组和对照组,各 75 例。治疗组均采用生大黄粉 3g,用 50~60 度白酒调成糊状,贴敷于神阙穴,外用敷料胶布(胶布过敏者用绷带)固定,每天于局部用 50~60 度白酒约 5ml 加湿 1 次,3~5 天换药 1 次。连续贴敷多次未见副作用及局部破溃。对照组给予苁蓉通便口服液,每次 1 支,每天 2 次。

3 疗效判断标准及结果

根据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》评定疗效。治愈:2 天以内排便 1 次,便质转润,

解时通畅,短期无复发。好转:3 天以内排便,便质转润,排便欠畅。未愈:症状无改善。

结果治疗组治愈 51 例,好转 18 例,未愈 6 例,总有效率 92%;对照组治愈 22 例,好转 28 例,未愈 25 例,总有效率 66.7%。治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。治疗组缺血性中风 37 例,其中治愈 29 例,好转 7 例,未愈 1 例;出血性中风 29 例,其中治愈 23 例,好转 5 例,未愈 1 例;混合性中风 9 例,其中治愈 3 例,好转 2 例,未愈 4 例,缺血性中风与出血性中风的疗效均优于混合性中风(P 均 < 0.05)。

4 讨论

中风多发生于中老年人,其全身脏腑机能减退,胃肠蠕动减弱,食物在肠内停滞过久而出现便秘症状。研究证明,大黄的泻下作用部位主要在大肠,其机理,一是主要泻下成分蒽甙以结合状态未经吸收直接到达大肠,在细菌酶的作用下,还原成蒽酮刺激肠粘膜,抑制钠离子转移,肠内水分增加,蠕动亢进而致泻下;二是部分蒽甙由小肠吸收,在体内还原成蒽酮,经大肠或胆囊分泌进入肠腔发挥作用。此外,其泻下作用还有肠壁神经丛的参与。临床对于便秘处理,通常采用口服缓泻剂或外用开塞露,但前者易给病人带来胃肠不适,后者使用时,对于老年患者甚为不便。大黄粉穴位贴敷则克服了以上不足,并收到满意通便效果。用生大黄加白酒神阙穴贴敷,其机理可能是穴位刺激、药物局部吸收双重作用。此法不仅给药途径便捷,起效快,且可避免部分病人合并腹痛、恶心呕吐而不能口服的困难。

* 广州中医药大学第一附属医院,广州市机场路 12 号(510407)

收稿日期:1999-08-11