

右胁胀痛,口干口苦思热饮,左下腹压痛经用大黄粉通便后减轻,舌红,苔黄薄腻,脉浮细弦数。证见太阳少阳合病,以少阳湿热内蕴为主,改用蒿芩清胆汤,三剂仍不效。加用庆大霉素、氨苄青霉素后体温略降而外证如前,其间经检查排除疟疾、肠伤寒、盆腔感染、败血症等疾病,多次尿检均未见异常,发热原因不明。至3月12日查体见左肾区叩痛明显,即查A超示左肾盂积水2cm,方意其为尿路阻滞,积液感染,续经腹部平片证实“左肾区及左输尿管上端各有一约 0.5×1 cm大小的分层状椭圆形密度高且不均匀影,左输尿管下端近膀胱开口处有一内斜倒三角形密度增高影。”即改用八正散合石韦散利尿排石。至3月18日患者随尿排出一圆锥形尿石,与平片示输尿管膀胱开口处三角形密影相符,次日复排出泥砂样结石两小团,体温随即降至正常,恶寒发热等外证始除,而尿检反见白细胞 $3(+)$,红细胞 $2 \sim 8/\text{Hp}$,显系原梗阻感染之脓尿随结石排出之故。持续清利至4月7日复查腹部平片原结石影消失,痊愈出院。

石淋原是中医早已认识之疾病,但由于四诊手段之局限,只见其外难见其内,此患者由尿石阻滞引发积水感染致病,外证表现为湿热内蕴风寒外加,太少合病。然虽有表证实无表邪,故屡投解表利湿和解少阳不应,加用抗生素亦不应,借助现代科学手段认识其为石淋之后,改投清利即收排石之功,不治其表而表自已,以表证皆里证浮越于外也。

由此可见,象与质的矛盾是非常复杂的,这就使辨证论治这种以象求质的方法暴露出很大的局限性。不但表证未必由表邪所致,即在里证中热淋与石淋又有极大的差异,更勿论其他更多更复杂的疾病了。研究“虽有表证实无表邪”这一命题从方法论上提示我们:借助现代科学的知识背景与手段,对证候这一病象学概念作出更深入、更细致、更客观的分类,揭示其象与质之间更本质、更必然的联系,促进辨证论治概念体系的深化发展,应是当前中医学学术发展的一条可取途径。期望本文的讨论能引起同道专家的兴趣,共同促进这一工作的开展。(续完)

清热化瘀法治疗崩漏验案一则

吉林省安图县中医医院 刘丽洁 高广君

患者张××,女,39岁。1986年8月6日初诊。自1986年6月10日行经,血量多,持续10余天,去×医院妇科检查,诊为“功血”。口服安络血,肌注止血敏6天血止。于7月21日经血复来,6天未止,量仍多,色暗红,腹痛,口渴喜饮。经外院中医诊治,服清热凉血药10剂,血量如故,口渴喜饮减轻,于1986年8月6日来我科就诊。患者除行经量多有血块,色暗红,口渴,腹痛外,还有烦躁易怒,面红,大便秘结,小便黄。舌质暗红,苔薄黄,脉弦涩。既往月经正常。

处方:生地30克,白果10克,丹皮15克,大小蓟各15克,海螵蛸30克,续断20克,杜仲炭20克,益母草20克,茜草20克,柴胡15克,红花5克。水煎分二次服。三剂。

服一剂后,当夜血量较服药前增多,随之而下大

小不等血块约250克,随即痛减。二剂后血量大减,烦躁易怒、口渴、腹痛减轻,大便调,小便黄,舌质红,脉弦。上方再服四剂,血止。又服五剂,诸证痊愈。原方去红花、茜草、益母草,加黄芪、党参各30克、当归15克。继服五剂,随访三个月未再复发。

患者就医前曾服清热凉血之剂,但未能奏效。其原因是只知其热迫血妄行,不知其热灼炼血凝。正如《千金方》说:“瘀血占据血室,而致血不归经,淋漓不断。”必须适当加入活血祛瘀药,才能使瘀血去,而血得归经。本例用生地、丹参清热凉血,大小蓟凉血止血,续断、杜仲炭补肾止血,海螵蛸收敛止血,白果为冲任二脉引经之药;茜草、益母草、红花凉血止血,活血逐瘀;柴胡舒肝解郁。诸药配伍则达清热化瘀止血之目的。血止后,以清热凉血,补气养血之复旧培本之法以巩固疗效。