

百

家

园

鼻衄须分经论治

鼻衄之因,多责之风邪化燥,肺胃热盛,肝火上炎或阴虚火旺,气虚不能摄血等。前三者属于实证,后二者属于虚证,笔者在治疗鼻衄的过程中,取得一些经验,现介绍如下。

1 鼻前段出血,清肺泄热

肺开窍于鼻,阴阳之气出入其间,风热燥气上犯鼻窍,中隔前段首当其冲,初起每伴头痛多嚏流涕等上感见症,局部检查则见中隔前段粘膜充血,肿胀,继而溃疡糜烂,出血,其量不多,稍加压迫即可停止,常反复发作,治当清肺泄热。自拟清金止衄汤:桑白皮 20g,黄芩 10g,炒栀子 10g,荆芥炭、炒薄荷各 5g,连翘、牡丹皮、赤芍各 10g,生地黄 20g,玄参 12g,藕节 10g,白茅根 15g。肺主气,以肃降为顺,方中主以桑皮配黄芩、炒栀子,清热泄肺下气;荆芥炭、炒薄荷、连翘辛凉清散风热;牡丹皮、赤芍凉血散血;生地黄养阴清热;白茅根味甘性寒、中空有节,最善透发脏腑郁热,治肺胃有热、衄血。全方清中寓散,泄肺降气以止血。因肺与大肠互为表里,因此临床中凡见便秘,溲黄者多加生大黄 6g 或瓜蒌仁 10g,藉以釜底抽薪,表里同治。

2 鼻底出血,清胃泻火

鼻底出血的临床特点,一般来势凶猛,血涌如泉,色红而稠,尤以下道后端为甚。因阳明之脉起于鼻旁,交会于鼻根……向下沿鼻外入上齿中,故凡胃火内炽,热伤阳络,每见以上症状,同时伴见口干烦渴、便秘、溲黄,舌红苔黄,脉滑数等症,治宜清胃泻火,凉血止血,清胃汤(《医宗金鉴》)加减:生石膏 60g,黄连 2g,黄芩、牡丹皮、赤芍、麦冬各 10g,水牛角、生地黄、茜草各 15g,白茅根 12g,赭石 20g,生大黄 6g。方中生石膏寒凉清泄胃火,黄连走中焦,泻火解毒,合黄芩,栀子清泄阳阴气分之热;水牛角、生地黄、牡丹皮、茜草凉血,止血,赭石,生大黄,清降胃肠之热,通燥结,引火下行,腑气通,炽热可解。

3 鼻甲渗血,责之心脾

心主血,脾统血,鼻甲居于鼻中,其粘膜下血管丰富,并含有大量血管窦,故凡各种紫癜、再生障碍性贫血、各种白血病、血友病、恶性贫血等,出现气不足以摄血,脾不足以统血,气血两亏者,两侧中下甲粘膜广泛浅表溃疡,呈筛孔状渗血,持续不断,血液稀薄,难以凝固,同时伴见面色苍白,心悸怔忡,头昏神疲,舌嫩苔薄,脉细无力等,治当结合全身症状,益气健脾,养血止血。取归脾汤加减:党参、炙黄芪各 15g,当归、白芍、白术、朱茯神各 10g,生熟地黄、何首乌、仙鹤草、侧柏炭、阿胶各 12g,炙甘草 4g。方中参、芪、术益气健脾;当归、白芍、生熟地、何首乌、阿胶、茯神养阴血,安心神;仙鹤草、侧柏炭,收敛止血,全方寓阳生阴长之义,神安血宁,统摄有权,渗血可止。

4 后鼻道出血,求之肝肾

后鼻道出血,多见于中老年水亏木旺的患者,盖厥明之脉,循喉咙之后,上入颞颥,后鼻孔与颞颥相连,故凡阴虚阳亢者,

一旦阳络受戕,则血涌如洪,且多从鼻后下咽,吞咽不叠,同时伴见面红目赤,口苦咽干,血压偏高,舌红苔剥,脉弦细而数等症,治当滋水清肝,凉血止血,茜根散(《景岳全书》)合增液汤加减:茜草根、生地黄各 15g,黄芩、侧柏炭、玄参、麦冬、阿胶、女贞子、旱莲草各 12g,牡丹皮、赤芍、炒栀子各 10g,羚羊角粉 0.6g 分 2 次冲服。方中茜草、黄芩、炒栀子、侧柏炭苦寒清肝泄热;赤芍、牡丹皮清肝,凉血散血;玄参、麦冬、生地黄、阿胶、女贞子、旱莲草滋养肝肾,清热生津;羚羊角凉肝熄风、止血。古人认为不清其热则血不宁,不滋其阴则火不熄,不去其瘀则不能复生。本方滋水涵木,凉肝止血,标本兼顾之。必须指出,本型鼻衄为鼻科重症。患者出血时常血涌如潮,中止时无病灶可寻,数小时后又反复来潮,捉摸不定,医者切不可掉以轻心,及时予以后鼻孔填塞乃为上策,同时必须做好病人及家属的安慰工作,以安其心,定其神,自可力挽狂澜,转危为安。

以上鼻腔所划区域分经论治,仅笔者临床总结的一点体会。临床中每见肺热、胃火并见或阳明气火有余、少阴阴精不足等复杂症型,当随症论治。另有涕中时时带血,伴颈部淋巴结肿大者,当排除鼻咽部或其他部位恶变之可能,不可不察。

江苏省兴化市中医院(225700) 程康明

慢性非特异性结肠炎辨治用药宜忌刍议

慢性非特异性结肠炎,临床上多表现为腹痛,腹泻及粘液血便,病程缓慢,反复发作。中医学认为本病多为脾胃受伤,湿郁热蒸,邪并大肠,湿热蕴结,气滞血瘀而发病。初起多气滞湿郁,郁而化热,湿热蕴结脾胃大肠,实证居多;日久不愈,脾胃受伤,易转寒湿,或兼夹热邪,多成本虚标实,寒热错杂之证。

宜疏导清利,慎用涩敛:本病在临床上有兼寒,兼热,挟湿,挟积等,因而应施以疏泄清利,导滞,运化祛湿,每于辨证方中加建曲、炒谷麦芽等。非到清利失禁,不可妄投收敛固涩之品。如宜收敛者,可选用既能清化湿热,又可涩肠止痢的药物,如椿根皮、石榴皮、乌梅、秦皮、五倍子等。

悦脾升阳,风药胜湿:采用悦脾升阳,补助中气治疗本病者,首推李东垣。风药多气轻微香,其性偏燥,能鼓舞振奋脾阳,宣升肺气,脾之清气得升,浊气得降,风药胜湿,泄泻乃愈。对临床上慢性泄泻累治不敛,可加入风药,药量宜轻,常用羌活、防风、升麻、柴胡之类。

久泄非虚,通摄互施:泄久不愈,愈补愈泄,恐为虚中挟实或寒热错杂,乃应寒热并调,邪正兼顾,通摄互施,燮理寒热,辛开苦降,调和肝脾,以顺畅中焦气机,干姜、黄连相伍相须,振奋肠道功能。

泄久入络,炭药相伍:泄久入络,炭药相伍,苍术炭、乌梅炭、防风炭、山楂炭、大黄炭、栀子炭、白术炭酌情伍入。炭类药物既可促进水分吸收,又能保护肠壁,入血分搜风,振奋脾阳,使久泄之疾得愈。

清肠理气,活血化瘀;久病入络、气滞血瘀,本病泄泻腹痛,痛点固定,宜辨证方中加入理气清肠,兼顾活血化瘀,以丹参、山楂炭、炙栀子、莪术、益母草、延胡索、郁金等出入。山楂炭乃一味肠道之疾首选良药,入血分,除具有导滞,止痢,还兼有活血化瘀的作用。活血化瘀药物有促进组织修复,增强炎症水肿吸收,改善局部血运作用。

温运清肠,苦寒碍胃;本病迁延缠绵,多以脾虚为主,挟杂寒热之变,治疗上宜温运清热,不可纯用苦寒,太苦则伤脾碍胃。清肠药宜用秦皮、炒栀子、鱼腥草之类。秦皮清肠化湿,兼有收敛、止痢作用。对脾虚肠热之症,可炮姜与秦皮温燥同用,否则苦寒碍胃伤脾,伤人阳气而致病情变证。

内服外治兼施:肠道之疾,采用中药保留灌肠可以使药物直达病所,局部药物浓度高,通过药物作用使肠道粘膜得以保护,促进其修复,改善局部血运,又可避免胃酸对药物的影响,提高疗效。中药灌肠液一般水煎至 100~150ml,药温在 35~38℃ 之间,每晚在睡前排便后或清洁灌肠后进行,采用左侧卧位或头低臀高位,低压灌肠,7~10 天为 1 个疗程,休息 3~5 天继续第 2 疗程。间断灌肠,逐步停药,则复发率低,疗效较为巩固。内服外治兼施,则相得益彰。

善后调理,健脾益肾;多以参苓白术散或香砂六君之辈,伍入补骨脂、肉豆蔻、诃子肉等,补而勿滞,补而不碍胃。健脾补肾药可提高机体防御外邪能力,调整肠道功能。

福建省龙岩市第一医院(364000) 林群莲 黄发盛

葛根芩连汤辨治肺原性心脏病

笔者运用葛根芩连汤加味治疗慢性肺原性心脏病急性发作有明显效果。1996 年在湖北中医学院进修时,有幸侍诊于梅国强教授,常见梅老师用葛根芩连汤治疗顽难宿喘,使我有进一步的认识,剖陈如下。

1 方证求真

葛根芩连汤见于《伤寒论》34 条。对本条的理解,注家虽有分歧,而主症为肠热下利,治从清热坚阴止利之法,则决无异词,况且临床效果显著,故为历代医家所推崇。用本方治疗肺原性心脏病,笔者认为,其要有三:(1)肺与大肠相表里,大肠为邪热所袭者,肺家未尝不热,故仲景原方有“喘而汗出”云云,不过病证重点在于肠热下利而已。反之,肺家热(痰热)盛,则“喘而汗出”自必上升为主症,而大肠决难清和,或伴下利,或伴便秘,情理中事也。一证之中,主症与副症的辨证关系问题,即在一定条件下,副症可上升为主症,主症亦可降为副症。又因主症与副症各有脏腑归属,故相应之方,既可主治此症(证),亦可主治彼症(证)。(2)从六经气化学说来看,胃与大肠同属阳明,不过胃属燥土,大肠属燥金,故统称阳明主燥,而中见(为表里)太阴。太阴统脾肺二脏,脾为湿土,肺为清金,故统称太阴主湿。若仅就大肠与肺的气化关系而言,大肠燥金,必得肺金之清肃,方可安和无病,而肺之清金,亦借燥金相助,宣发与肃降得以自如。假令热邪侵袭,若以大肠为主者,多受阳明燥气,可传为热利下迫之证;若以肺为主者,可传为肺热壅盛,甚或进一步累及心脏之候。(3)肺心病在其慢性阶段,所见证候较为复杂。若在其急性发作阶段,多因外有所感,热邪袭肺而与原有之痰浊相搏,肺气严重受阻,无以顺朝百脉。百脉不顺,则心脏必受其累;亦有肺家痰浊郁久化热而成者。从清化痰热着手治疗肺心病急性发

作期,能降低血象,促进炎症吸收,双向调节免疫功能。从而说明痰热阻肺是肺心病急性发作的主要病机。清热化痰是控制肺内感染,纠正心衰的重要手段。因而清化一分痰热,则心脏功能好转一分。故以葛根芩连汤为主,随症加减,亦仲景异病同治之要义也。

2 临证用药

本方葛根解肌退热,治疗表证发热。现代研究认为,葛根能扩张动脉血管,抗心律失常,改善心肺循环,降低肺动脉高压,减轻心衰症状。黄连、黄芩清热燥湿,泻火解毒,黄连清心火,黄芩清肺热,共有解热抗炎,降低血象,促进肺部罗音的吸收。甘草补益脾胃,祛痰止咳,消肿解毒,益气复脉。诸药合用,清里解表,化痰平喘宁心。

慢性肺心病急性发作者,以痰热胶阻为主。若仅用葛根汤,清肃肺之功虽佳,而化痰之力不足,故加桑白皮、葶苈子、全瓜蒌、金银花、贝母以清化之。若痰浊尚未完全化热,或寒热错杂者,可酌加麻黄、射干、杏仁、法半夏。兼见心脉瘀滞加桃仁、丹参、三七、赤芍。本虚标实者,即肾阳虚弱,水气泛滥为本,肺中痰热胶阻为标,则应以葛根芩连汤配合真武汤化裁。

3 病例举隅

患者宋某某,男,73 岁,1999 年 1 月 8 日初诊。咳嗽,反复发作 25 年,冬春季加重。近 5 年来常有心慌,气短,心前区憋闷,双下肢浮肿。半月前,因外感风寒,咳嗽咯痰,呼吸困难,经西医抗感染,强心,利尿治疗 2 周,病情不见好转。刻诊:咳嗽,气促,胸闷,喉中痰鸣,咳吐痰涎,量多,呈白色泡沫状。查体:体温 38.5℃,脉搏 130 次/分,呼吸 25 次/分,血压 21/13kPa。神清,精神困倦,病重面容,面目浮肿,形体肥胖,端坐呼吸,张口抬肩,语音低微,鼻翼扇动,面青唇暗,颈静脉怒张,肝颈回流征阳性,桶状胸。双肺可闻及明显干湿性罗音。心界左扩,腹胀满,肝肋下 2cm,剑突下 3cm,质韧边钝。双下肢凹陷性水肿。舌质紫暗,舌体胖大边有瘀斑,苔白微腻,脉弦兼促。实验室检查:白细胞 $23 \times 10^9/L$,中性 0.82。X 线胸片示:双肺纹理增多增粗,右下肺可见模糊片状阴影,右下肺动脉增宽,右心室肥大。西医诊断:(1)慢性支气管炎合并感染;(2)慢性肺心病急性发作心功能 III 级;(3)肺气肿。中医诊断:肺胀。辨属痰热壅肺,兼水饮上泛,寒热错杂。治拟清热化痰,兼散水饮。处方:葛根 20g,黄芩 15g,黄连 10g,甘草 12g,麻黄 10g,射干 10g,杏仁 10g,法半夏 10g,葶苈子 10g,茯苓 15g。服上药 5 剂,症状好转,肺部干湿性罗音明显吸收,心衰减轻,双下肢水肿亦见消退,舌质仍淡暗、苔白,脉来稍弦。治拟祛痰开壅,化痰利水。继用葛根芩连汤加茯苓 15g,车前子 10g,桑白皮 10g,葶苈子 10g,桃仁 10g,丹参 10g,三七 3g(吞服)。上方加减服用 15 剂,诸症消失,血常规化验正常,胸部 X 线片示胸部感染控制,心功能明显改善。随访半年病未复发,而且步履稳健,食宿均安,精神尚好。

湖北省通山县人民医院(437600) 徐忠正

高血压个体化治疗与辨证论治

高血压是当今世界上广泛流行的疾病,又是引起脑卒中、冠心病和肾功能衰竭的重要危险因素。高血压病的西医治疗经历了这样一个发展过程。最早是采用单一药物治疗的方法,这种治疗方法用药剂量大,副作用大(如神经阻滞剂、利血平等)。到了 20 世纪 70 年代中期,阶梯治疗成为一种颇具吸引力的治