

临

床

解

惑

咳嗽变异型哮喘如何诊治?

答:咳嗽变异型哮喘(cough variant asthma,CVA)又称咳嗽型哮喘,是支气管哮喘的一种潜在形式或特殊类型,约占哮喘的5%~6%。其以咳嗽为主要临床症状,由于没有喘息,不易被临床医师认识而导致失治、误治。

CVA的诊断包括4个方面:(1)无明显诱因持续性干咳2个月以上,运动、吸入冷空气或异味以及上呼吸道感染可诱发或加剧;(2)常在夜间或晨起发作,影响睡眠;(3)支气管激发试验或舒张试验阳性;(4)抗生素、化痰止咳药(包括可待因等)无明显疗效,用支气管舒张剂或皮质类固醇类药物治疗有效。

CVA临床多表现为咳嗽反复发作或持续不断,常在夜间或晨起发作或加剧。以干咳为主,时有少量白粘痰,偶伴喘息、胸闷、肋肋隐痛,咽干口渴,舌红少苔,脉弦细。患者多为过敏体质,既往有个人过敏史或患过过敏性疾病,如荨麻疹、湿疹等,过敏原皮试阳性。辨证属于肝之阴血亏虚,血燥生风,阴虚风动,内风上扰,摇钟而鸣。治疗以柔肝肃肺为主,处方选用过敏煎加味:乌梅15g,五味子6g,柴胡10g,防风6g,白芍10g,沙参10g,桑叶、桑皮各10g,炙甘草6g。有些CVA患者咳嗽发作或加剧常与情志波动有关,女性患者又与月经周期关系密切。症见呛咳少痰,阵阵加剧,胸胁胀满,心烦、口苦、咽干,苔薄白或薄黄,脉弦。证属肝郁气逆,木叩金鸣。治宜疏肝理气,肃肺降逆。方选小柴胡汤合四逆散加减:柴胡10g,黄芩10g,清半夏10g,枳壳10g,赤芍、白芍各10g,苏子、苏梗各10g,炙甘草6g。肝郁化火,木火刑金者,上方加炒栀子12g,黛蛤散6g(包煎);伤阴明显者,上方加知母、贝母各10g,炙枇杷叶10g。若咳嗽易于夜间发作,干咳少痰,烧心泛酸,两肋不舒,夜寐不安,舌淡红,苔薄白,脉弦。患者食道24小时pH监测阳性。现代医学认为其与胃—食道反流有关。中医辨证为肝胃气机失调,升降失司,肺失清肃。治疗上当以肺为标,肝胃为本,止咳为标,降逆为本。法宜调肝理肺,和胃降逆。方选四逆散合旋覆代赭汤加减:柴胡10g,赤芍、白芍各10g,枳壳10g,厚朴6g,旋覆花10g(包煎),赭石15g,乌贼骨15g,郁金10g,炙枇杷叶10g,炙甘草6g。

CVA的治疗,中医多着眼于从肝论治。或柔肝,或疏肝,或清肝,或调肝,皆获良效。究其原因,一则由于肝肺生理相关,病理相因,其密切关系已为大家所熟知;二则由于CVA的发作或加剧多在凌晨寅卯之时(3~7时),肝(胆)属木,应寅卯时,凌晨发作为肝旺之时,肝失疏泄,肝郁化火或肝阴血不足均可导致肝肺气机不调,气血失和,升降失常,肺气上逆,发为咳嗽。故CVA的治疗,治重在肝,调肝理肺是为常法。

北京中医药大学东直门医院(100700)崔红生 武维屏

慢性肝病脾脏肿大怎样治疗?

答:慢性肝病包括慢性肝炎、肝硬化等肝病。前者部分病人

可有轻度脾脏肿大,后者有80%以上在左季肋下可触及肿大脾脏,脾大明显者可演变为脾功能亢进,表现外周血白细胞、红细胞、血小板数量减少。脾大为慢性肝病的临床表现之一,尚有肝功能损害的一系列表现。因此,欲要回缩脾脏大、唯有逆转肝脏病变。按中医理论分析,本病系正虚邪实病。对于正虚的具体辨证,要以阴阳气血虚证为纲,脏腑虚证为目,纲目结合,方为确切。邪实主要为瘀血壅滞。所以扶正软坚法为回缩脾大的大法,常见具体治疗有以下几种。

健脾法:治脾气虚证,症见倦怠乏力,口淡乏味,纳食减退,饭后胃胀,大便溏薄,或一日数行,下肢水肿,舌苔薄白,舌质淡红边有齿印,脉细无力。方用香砂六君子汤或补中益气汤加减,药如党参、炒白术、生黄芪、炙甘草、橘皮、砂仁、木香、制半夏、茯苓等。

滋补肝肾法:治肝肾阴虚证,症见头昏目糊,咽干口燥,食少乏力,腰酸膝软,手足心热,或有下午低热,舌红少津或有裂纹,脉细弦,方用知柏地黄丸加减,药如知母、黄柏、生地黄、山茱萸、怀山药、女贞子、牡丹皮、炙鳖甲、枸杞子等。

柔肝健脾法:治肝血脾气两虚证,症见肝区隐痛,劳则明显,纳差胃胀,倦怠乏力,便溏,或日行数次,舌苔薄白,舌质淡红,脉细无力。方用归芍六君子汤加减,药如当归、白芍、女贞子、制何首乌、党参、白术、茯苓、生黄芪、郁金、橘皮等。

气阴两补法:治气阴两虚证,症见神倦乏力,气少懒言,纳少腹胀,头晕目糊,腰膝酸楚,或有手足心热,舌红苔少,脉细弦数。方用四君子汤合一贯煎、六味地黄丸加减。药如生黄芪、党参、生地黄、北沙参、麦冬、牡丹皮、知母等。

在上述分证扶正补虚的同时,均要合用活血软坚法,方用隔下逐瘀汤、下瘀血汤加减。药如丹参、赤芍、桃仁、川芎、红花、廬虫、莪术、鸡血藤、郁金、枳壳等。按瘀血轻重,酌选3~5味。各证型在治疗过程中可有不同发展,应谨守病机,动态辨证,方随证变,坚持较长时间治疗,每能取效。

上海市纺织第二医院(200090) 林宗广

席汉氏综合征中医证治需注意什么?

答:本病属于中医“血枯闭经”范畴,为妇科疑难杂症,临床治疗较为棘手,兹就证治特点分析如下。

在诊断方面,本病有较明确的病史,多为产后大出血伴休克,垂体前叶组织缺血坏死,随之出现垂体功能减退,临床表现为继发性闭经,第二性征及内外生殖器逐渐萎缩,性欲减退,白带极少、消瘦、面色苍白、怕冷,毛发脱落,血压偏低,促卵泡成熟激素(FSH)、促黄体生成激素(LH)、雌二醇(E₂)明显下降,血清甲状腺素T₃、T₄低于正常,如血清垂体泌乳素增高者应注意与垂体肿瘤相鉴别,如PRL>100ng/ml应做CT、MRI检查以除外垂体微腺瘤。