

行周身肌表,故能引诸药外至卫分而固腠理也。”这就是说,麻黄根止汗,实际上是固护肌表,防止汗液外泄,乃固表止汗,非收敛止汗也。

5 关于肉豆蔻涩肠止泻

肉豆蔻辛温,具有涩肠止泻作用,五版、六版教材均如此记载。现代药理研究肉豆蔻含挥发油,根据中医理论推断,含挥发油成分的藥物多具辛味,辛能行能散,说肉豆蔻涩肠止泻与理论及临床不符。

古代本草著作中,有不少医家认为肉豆蔻涩肠止泻,如汪机云:“痢疾用此物涩肠,为伤乳泄泻之要药。”现代出版的中药学教材均认为肉豆蔻止泻机理是涩肠,但考据古代医家的论述,结合肉豆蔻的作用,非涩肠止泻也。

从古人论述看,虽然有人认为是取其涩肠,但更多的医家认为是温中作用。如李时珍说:“土爱暖而喜芳香,故肉豆蔻之辛温,理脾胃而治吐利。”《本草经疏》云:“肉豆蔻,辛味能散能消,温气能和中通暢,其气芬芳,香气先入脾,脾主消化,温和而辛香,故开胃,胃喜暖故也。故为理脾开胃,消宿食,止泄泻之要药。”可见肉豆蔻所以止泄泻,不是取其涩肠,而是取其温中。

从所含成分来看,生肉豆蔻中含有大量油脂,其性暴泻滑肠,若以它用于临床,不但不能止泻,反有很明显的滑肠作用,煨用亦有轻微致泻作用。

从临床应用来看,临床上确有应用肉豆蔻止泻的方剂,如四神丸。但此方所治本质上是脾胃虚寒致大便溏泻,甚则完谷不化或五更泄泻。方书中均言此方有涩肠止泻之功,但此方主要还是以温暖脾胃为主,至于涩肠止泻,则为酸温之五味子的功效,非肉豆蔻之效也。笔者在临床上曾多次用其止泻,反致泻,若煨用虽可减缓致泻作用,但仍有致泻的作用,若因脾肾虚寒则此药有止泻之功。

从药性理论分析,肉豆蔻辛温,为历代医家所认同,当不具收涩作用,若云肉豆蔻涩肠,既悖于药性理论,又与其所含成分不相符,也违背了临床用药的特点。故此,笔者以为,肉豆蔻乃温中止泻药,非涩肠止泻药也。

湖北中医学院(430061) 王绪前

应用《辨症玉函》方治难症

《辨症玉函》系清代浙江名医陈士铎所撰,其书按症以阴阳、虚实、上下、真假为纲,各种病症为目,先辨证分析,后列处方用药。辨证分析扣住提纲,但在详细描述临床症状时,突出点明某症为鉴别要点,使学者一目了然。所列处方、用药多富新意,但细究之又出于《灵》、《素》。笔者临床屡用其方治疗疑难病症,收益匪浅,兹择一二以述后。

1 济火神丹治反胃

患者,女,38岁,1990年6月11日初诊。诉半年前晚餐后,突感上腹部胀满不适。数小时后开始呕吐,直至把所进饮食尽吐后,腹胀方消。自此每日进食后,则生腹胀,必将所进饮食吐尽后,其症方消。不进食则无所苦,无腹痛,无畏冷发热。除胃肠钡透提示轻度胃下垂外,余无异常,经中西医多法治疗,未能收效。刻下症见:形瘦神疲,面色苍白,手足不温,腹软无压痛,小便如常,大便量少,舌淡苔滑白腻,脉滑细。辨证为脾胃虚寒,中阳不振,予桂附理中丸合大半夏汤加减。服3剂不应。细询患者

方知,半年多来,多方求治,人参、鹿茸、肉桂、附子所用不少,虽偶觉症状有所好转,但不几日则症又如前。遂投陈氏之济火神丹原方剂量1剂。药用肉桂9g,山茱萸15g,熟地黄30g,五味子6g,茯苓15g,山药30g,肉豆蔻2枚,白术30g,芡实15g。水煎服。次日患者来诉,昨服药至今晨进食后,虽仍有腹胀,但稍作忍受,未再吐出。药已中的,再投原方3剂,所进饮食未再吐出,腹胀渐轻,患者觉精神明显好转,再予3剂后,诸症基本消除。

陈氏认为吐有阳证、阴证之分,吐而有声而痛者为阳证,吐而无声,又纯是清水或今日饮食而明日尽吐出者乃阴证也。本例患者,食入腹胀,尽吐而快,当属阴证呕吐。陈氏认为,肾为胃之关门,肾病胃始病,肾火既衰,则脾无火养,下不能化,自然上涌而吐,法当温补命门之火。此与历代医家对呕吐反胃证的认识无异。然其妙在其所用之方,方中未见姜附等辛热之品,因“病是纯阴,不必再借阳药,况方中原有白术阳药在其中矣,又何必更用参之多事哉?”方用熟地黄、山茱萸、山药、五味子、芡实等补肾涩精之品以敛其阳,少用肉桂、肉豆蔻以温中行气,白术、茯苓、芡实健脾利水以分清。笔者曾用此方治癌症患者因化疗后引起的呕吐不止者及美尼尔氏综合征之呕吐者,亦获佳效。其方中白术、山茱萸不可少,且量宜重。

2 急生丹治疗溃疡性结肠炎

患者,男,38岁,1992年10月5日入院。诉10多年前,因口服驱虫药过量,出现腹泻腹痛,便下稀薄,带脓血粘液。曾经某医院等治疗,诊断为溃疡性结肠炎,反复迁延10多年。治后时愈时发,发作时用抗生素、止血药能取效。近10余天来,因疲劳腹泻加剧,日排脓血便10余次。伴有午后发热,下肢浮肿,舌淡红苔灰黑略干,脉细。曾在当地医院按以往常法治疗无效而转本院。入院查大便隐血强阳性,未培养出致病菌,X线钡剂灌肠提示自降结肠及横结肠扩张度差,结肠黏膜呈花纹状,杂有不规则钡点与大小不等充盈缺损,肠壁呈锯齿状,以结肠远段为甚,提示溃疡性结肠炎。当时给予氨基青霉素、止血敏、维生素K₄、柳氮磺胺吡啶、强的松等治疗,另以云南白药、白及胶、土霉素、甲硝唑、普鲁卡因等保留灌肠,中药予解毒祛瘀,活血止血法,以及输干血浆等支持疗法,10余天来,便血仍未能控制。阅得陈氏治痢有急生丹一方,试投之:党参15g,白芍30g,黄芪30g,炮干姜6g,熟地黄60g,茯苓15g,莱菔子12g,三七9g(冲),当归15g。3剂后,每日虽排便六七次,但便血量明显减少。药已见效,继用前方,10余剂后便血止,大便每日1次,但有腹胀感。原方加入大黄10g,腹胀即消。此后以本方稍作调整连续服用月余,便血未发。随访1年多,患者以此方继续服用,病情一直保持稳定,未再发作。

溃疡性结肠炎中医认为系湿热秽浊之邪蕴结肠道,导致脾胃损伤,运化失司,大肠传导不利而成,属泄泻、痢疾、肠风范畴。治疗以清化湿热、清除脓血便为主。但临床效果不甚理想,易反复发作。陈氏认为痢下如白脓,如鱼冻为湿热痢,当用去湿逐秽之剂。如果便下“纯血而无粪,间有秽物亦必如脓而稀少,或久痢之后,即有血下亦如败脓而暗黑相同,无神无色,此皆不可作痢治之。盖似痢而非痢也。此等之症,一作痢治,去生不远”。溃疡性结肠炎虽有粘液血便,但却与细菌性痢疾不同,故抗生素对其作用不十分有效。正属陈氏所言之“假痢”。急生丹全方除三七末是活血止血药外,其余尽是补气补血之品,正如陈氏所说,此是于补气补血之中而止血,不治痢而痢自止。用之

临床,不仅急症能止,且疗效持久。这不仅提示我们对溃疡性结肠炎的治疗要详辨证候,以别真假虚实。同时也为溃疡性结肠炎急性期的治疗新增一种治疗方法和思路,值得后学者借鉴。

福建省南平市第一医院(353000) 娄灿荣

中医误诊病案分析

中医学是在长期医疗实践基础上形成和发展起来的,在去伪存真的过程中,难免发生误诊误治。现将我院内科 1997 年 1 月至 1998 年 12 月 252 份中医病历进行了误诊误治统计,结果误诊病历共 51 份,占 20%,其中病名病因误诊 6 例,病机误诊 47 例,病名病机均误诊 6 例,病名病机诊断准确,但治则治法不当或错误 4 例。今举例如下。

例 1:范某某,男,37 岁。5 年前因用脑过度,出现头昏,少寐,时犯外邪,则病益甚,又添肩背恶寒,肢节酸楚,呈反复发作,苦不堪言。经中西医诊治罔效,于 1997 年 10 月 10 日入院。症见:头痛以巅顶为甚,少寐,双目昏花,心烦,纳呆,腹痛脘痞,肩背恶寒,鼻塞流涕,四肢酸软,舌淡,苔薄白,脉细缓。中医诊为头痛,治以疏风止痛之品,川芎茶调散加味,服 3 剂无效。细思之,此乃久病阳气已衰,脾虚气弱,复感外邪,雪上加霜。故更正诊断为:胃脘痛;感冒。予升阳益胃汤和麻黄细辛附子汤,1 剂症减,续用 3 剂,外感症除,腹痛减,后予补中益气丸善后。随访 1 年,未再发作。

例 2:张某某,男,46 岁,于 1998 年 5 月 14 日下午入院。患者有胆石症病史,反复腹痛呕恶 4 年,加重伴目黄,身黄,溲黄,下利清水 5 天,以抗炎对症支持治疗,配合度冷丁肌注。中医辨证为湿热蕴结,中药以茵陈蒿汤加味,在外科住院 4 天,病情无好转,因不愿手术,转入内科治疗。症见:腹痛连背,呻吟不休,痞满拒按,恶心呕吐清涎,口渴欲冷饮,目黄,身黄如烟熏,溲黄如浓茶,下利清水,日 2 次,伴头昏,心悸,肢软,舌质红,苔黄燥,脉弦数。辨其证,虽为湿热蕴结,然里热炽盛,与燥屎相结,胃家实之阳明腑实证也,先治其标,中病即止。大承气汤合茵陈 25g,川楝子 3 枚。约 30 分钟后解大便 2 次,量多色黑味臭,腹痛、脘痞即减,无呕恶。第 2 日改为清热利湿退黄之品,大柴胡汤加味,共服用 1 周,腹痛呕恶症除,黄疸渐退,带药出院。

中医对许多病名的诊断是以症状命名的,缺乏对治疗方案的指导意义,同时存在着病名覆盖不广,内涵诠释不全,概念不清,鉴别诊断价值不大,病因无针对性等问题。而过分依赖西医诊断是造成病名病因误诊的主要原因。如一例老年肺结核患

者,症状以潮热盗汗,形瘦,纳呆为主,即下肺癆之诊断;一女性患者诊断早期冠心病,以头昏,胸闷,气短为主症,不加思索就诊为胸痹。但伴有太息易怒,胁肋胀痛,少寐健忘,显然这是忽视了病因而造成的误诊。

病机误诊的原因是中医对病机的诊断尚受各种条件的限制。传统观念束缚,基础知识欠缺,临床经验不足,因而对证候病机难以统一化。

病名证候诊断准确而误治的原因,多为疏于学习及看重某药某方的现代药理研究,或照搬他人经验所致。有少数者为盲目追求经济效益,滥用中药、中成药现象应引起足够的认识。

云南省威信县中医院(657900) 杨永龙

试谈影响中药配方质量的因素及对策

目前影响中药配方质量的因素仍然较多,它直接关系到中药的疗效。影响中药配方质量的因素除管理方面的问题和从业人员素质方面的问题外,主要有以下几方面。

临床配方常常需要炮制后的中药,然而,一部分生品在中药房(店)虽然进行了炮制,但未按中药传统方法进行。操作人员不按炮制规范行事,添加辅料比例失调,缺斤短两等等。这些问题的存在,造成中药质量下降,严重地影响了中药配方质量,进而影响疗效。

中药配方受临床中医师中医理论和临床经验以及辨证施治、理法方药的水平所限,有的组方出现十八反、十九畏、妊娠禁忌、相恶、相杀以及其它不合理组方,直接影响着中药的配方质量和疗效。

针对上述问题,为了确保中药配方质量,应加强对中药房(店)的管理,健全完善各项规章制度,做到人人责任明确,个个工作量化,单位领导对从业人员定期予以考核、考评、奖勤罚懒。从业人员平时要加强业务学习,注意培养业务技术骨干,定期组织全员进行业务学习和知识讲座活动,通过自学、互学等多途径多方式来提高从业人员的自身素质。努力改善中药房的工作条件,防止中药虫蛀、霉变等现象出现。需炮制的中药要严格按《药典》和《炮制规范》操作,使传统的中药保持特色,具有固有的形色、气味、碴口(内部组织),以很好地发挥配方中药固有的疗效作用。加强对临床中医师业务技术的培训,使其达到对中医理论辨证施治,理法方药一条龙合理组方的水平,避免不合理组方的现象出现。

山西省大同市第三人民医院药剂科(037008) 王 信

(上接第 303 页)

的平衡而改善其血管内皮功能。为大蒜素防治缺血性心脏病提供充分的理论依据,亦为上述中医对大蒜功能的描述提供了科学依据。

参考文献

- 1 石刚刚,尹俊,陈少如.丹参和血液稀释对兔心肌缺血再灌注损伤的保护作用.中国中西医结合杂志,1999,19(1):40-42.
- 2 汤莉莉,刘剑立,傅素贞,等.一氧化氮对兔冠状动脉阻塞后血小板活化的影响.中国病理生理杂志,1997,13(4):421-423.
- 3 徐叔云,卞如濂,陈修.药理实验方法学.北京:人民卫生出版社,1994:178.

- 4 王吉村,莫简,孙长凯,等.组织及组织液中一氧化氮的荧光光度法检测.第四军医大学学报,1995;16(6):463-464.
- 5 汤健,唐朝枢,杨军,等.内皮素.北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1994:79-84,151-152,261-262.
- 6 Kelm M, Schrader J. Control of coronary vascular tone by nitric Oxide. Circ Res, 1990, 66(6): 1561-1575.
- 7 Ozturk Y, Aydin S, Kosar M, et al. Endothelium-dependent and independent effects of garlic on rat aorta. J Ethnopharmacol, 1994, 44(2): 109-116.
- 8 Das I, Khan NS, Sootanna SR. Nitric oxide synthase activation is a unique mechanism of garlic action. Biochem Soc Trans, 1995, 23(1): 136s.