



略谈中医的疏导疗法

疏导疗法属心理治疗范畴,历来为中医所重视。随着现代医学模式向着生物—心理—社会的转化,它将发挥更大的治疗作用。兹就其机理和运用,略陈管见。

《灵枢·师传》:“人之情,莫不恶死而乐生,告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦,虽有无道之人,恶有不听者乎?”既揭示了医学心理学领域内“恶死而乐生”的普遍规律,又阐述了疏导疗法“导之以其所便、开之以其所苦”的作用机理。说明医生在诊治疾病过程中,不仅要注意患者的机体故障,还应考虑心理、社会因素的制约与影响。帮其分析发病症结,释疑解惑,整理开导,尽可能地清除疾病带来的忧虑、郁怒、恐惧等精神压力,以利于调动并发挥机体的抗病能力。

《医宗必读》:“不失人情,方可言医。”强调不失人情,是医生非常迫切的任务。因为很多疾病难以痊愈,并不在于疾病的本身,而是人为原因所造成,所以对患者亲和赤诚的态度与融洽合作的关系是疏导疗法的前提。医生的一言一行都要真诚谨慎、温和体恤,有利治疗。要把一切为病人视为天职,让患者感到医生是信赖、理解、支持和同情他的可亲近的人,从而愿意接受疏导,去掉心理故障。

《灵枢·阴阳二十五人》依肤色形态体质性格爱好等不同,将人分为金、木、水、火、土五行共25种及所论述的“从外知内”的观察方法,表明不同的外在表现是不同的内心状态的反应,于临床疏导颇有指导意义。故对种种不同的情志变化需细心辨察其复杂微妙的心理活动,以便有的放矢,适宜疏导。如癌症患者都有恐惧心理,每绝望无力自拔,若以并非癌症都无治疗希望的实例为疏导的突破口,促其化绝望为希望,可树立治疗信心。对大体了解病情者,宜直言劝导,但一般只讲七成真情以减轻紧张感;对不了解病情又不能正确对待疾病者,则曲言疏导,酌情少讲真情以增加信任感。

《医宗必读·不失人情论》将患者基本划为:“性急者遭迟病,更医而致杂投”的性急躁型、“性缓者遭急病,濡滞而成难挽”的性缓固执型、“善疑者深言则忌”的多疑无常型、“富者多任性而禁戒勿遵、贵者多

自尊而骄恣悖理”的自尊任性型和“贫者衣食不周,况乎药饵,贱者焦劳不遑,怀抱可知”的自卑抑郁型,为临床分型疏导奠定了基础。可分别采用以静制动而缓其急,以情胜情而急其缓,“顺其所宜而违其所不宜”、“告之以其败,语之以其善”,鼓其勇气和斗志,增强自信与自爱等法进行疏导,使患者形成良好的自我意识,创造能获最佳疗效的心理环境。

湖北省鄖阳地区中医院 黄 骏

加用细辛治愈顽泻验证

张××,女,36岁,职员。1987年5月29日初诊:患者三年前,无明显诱因而患腹泻,大便稀黄,夹有粘冻,日便10余次,伴腹痛下坠,纤维结肠镜检查诊断为慢性非特异性结肠炎(镜检号:638)。经用偶氮磺胺吡啶、庆大霉素、锡类散等治疗无效。近半年症状加重,泻下无度,日30余次,大便稀薄,完谷不化,腹部隐痛,喜温喜按,肛门不收,伴食少纳差,形寒怕冷,神疲懒言,形体羸瘦,面色㿔白,舌质淡、体胖嫩有齿痕,苔白滑,脉沉细弱,尺脉尤弱。体重33公斤。证属脾肾阳虚,火不生土,中气下陷。治以健脾温肾,补火生土,兼升提中气。方用附子理中汤加味:炙附片10克,潞党参15克,炙黄芪15克,炒白术15克,炒扁豆15克,淡干姜10克,吴茱萸5克,煨豆蔻10克,乌梅炭15克,砂仁10克,广木香10克,炙升麻5克,炙甘草5克。七剂,水煎服。

6月6日二诊:药后腹泻略减,日便20余次,小腹明显发凉,四末不温,此系阳衰阴盛。前方改附片15克,炮姜易淡干姜,另加细辛5克、肉桂5克、干荷叶10克。七剂,水煎服。

6月13日三诊:诸症好转,日便10次左右。细辛增至7.5克,再进七剂。

6月20日四诊:大便基本成形,日4~5次,肛门内收,小腹转暖,食欲增加,口干微渴,舌尖略红。此系阳气渐复,但胃津受损。前方去吴茱萸,用生乌梅易乌梅炭,加生白芍15克,以酸甘化阴。

上方进七剂,大便成形,日行1次,精神食欲倍增,效不更方,将细辛减至5克,又服1月,诸症悉除,体重增加9公斤。复查纤维肠镜,仅直肠粘膜轻

度水肿,余无异常所见。用本科经验方健脾灵(党参、黄芪、白术、当归、白芍、元胡、木香、乌梅、儿茶、甘草等),每次6片,日服3次,连服3月,患者精神食欲如常,既往月经量少色淡,反复感冒等症也除。随访二年余,未复发。

本例乃脾虚致泻,病久脾虚及肾,脾肾阳衰,火不生土,清气下陷,则泻下无度,完谷不化,肛门不收。初用健脾温肾、升提中气之法,虽获效而不著,乃宗秦伯未老中医治久泻之经验,重用细辛。该药可引药入肾,同时又可激发肾阳,有利于驱逐阴浊之邪,兼加荷叶以助升麻升提之力。脾肾阳复,水谷得以腐熟,清气得以上升,则病获痊愈。

中国人民解放军第211医院 陈治水 徐艳平

《伤寒论》237条阳明蓄血证解

阳明蓄血证见于宋本《伤寒论》237、257两条。237条曰:“阳明证,其人喜忘者,必有蓄血,所以然者,本有久瘀血,故令喜忘,屎虽硬,大便反易,其色必黑者,宜抵当汤下之。”对于本条,历代注家大都未提出异议和个人见解,多是顺文释译,人云亦云,大同小异。近日备课受日人山田正珍先生(《伤寒论集成》)和李克绍教授(《伤寒论语释》)启发,觉得历代注家顺文所释,皆未发其本义,故不揣鄙陋,试陈管见。

山田正珍氏指出:“所以然者”以下二十五字为王叔和释文,当删之。李克绍教授也提出:“采用攻血峻剂抵当汤是否妥当?当须探讨。”至于,“所以然者”以下,是否为王叔和释文,因无足够根据,不敢苟同。但笔者以为本条采用的是倒装文法。“宜抵当汤下之”一句,应接在“故令喜忘”文后理解。而“屎虽硬,大便反易,其色必黑者”为服抵当汤后的药效。若不以此理解,那就成了在“屎虽硬,大便反易,其色必黑者”瘀血下行的情况下,使用抵当汤,其存在问题有四:

一、与本条方后所云“上四味,以水五升,煮取三升,去滓,温服一升,不下更服”相矛盾。“不下更服”是指服药后瘀血未下者,可再行服药。显然,服药之前,瘀血未下。

二、与106条太阳蓄血证“血自下,下者愈”相悖。这句话清楚的指出,瘀血有下行趋势者,可自行痊愈,不必服破血逐瘀药。

三、参照257条阳明蓄血“……脉数不解,合热则消谷善饥,至六七日,不大便者,有瘀血,宜抵当汤。”显然,只有在不大便,瘀血无下行之机的情下,才能使用抵当汤。

四、结合临床,笔者认为李克绍教授提出的质疑,

确实指出了问题的症结,有进一步探讨的必要。一般说来,凡瘀血下行,即使所下未尽,也不可滥投破血逐瘀峻剂,而应采用活血化瘀之品,选用丹参、红花、桃仁、赤芍、川芎之属。况从现代药理研究看,水蛭内含水蛭素,能阻止凝血酶对纤维蛋白元的作用,阻碍血液凝固,且可扩张毛细血管而增加出血。所以在瘀血下行的情况下使用,很可能会引起新的出血。因此将“屎虽硬,大便反易,其色必黑”看作服抵当汤后下瘀血的药效,比较顺理成章,既不与本条方后及106、257条精神相悖,也符合临床一般治疗规律。

观阳明蓄血证条文,颇觉叙症不全。以方测证,其症状除“其人喜忘”外,尚须有发热(不恶寒,反恶热),腹部硬满疼痛拒按,舌质紫暗,脉沉结,或滑数等。

综上所述,笔者认为本条确系使用了倒装文法,若仍顺文释义,不惟牵强附会,贻误后人,恐怕也难以自圆其说。

河北中医学院 郭忠印

孕妇忌用芒硝之我见

笔者在治疗胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症中,使用大剂量芒硝(20~30克),收到良好的效果。其中发现,在治疗患此类疾病的孕妇中,无一例引起流产。因此,笔者对历代医家“芒硝妊娠忌用”之说产生了异议。兹举一例说明之。

许×,女,26岁,已婚,住院号171。1980年1月10日入院。

主诉:右上腹钻顶样阵痛6小时。

现症:上腹呈阵发性钻顶样疼痛,无畏寒发热,恶心呕吐,便秘溺赤。末次月经1979年10月3日,身体素质健。在外治疗无效而入院。

入院检查:体温37.4℃,神志清楚,痛苦面容,五官端正,巩膜无黄染,右上腹部压痛。妇检提示妊娠三个月。

诊断:1.胆道蛔虫症。2.妊娠三个月。

1月12日初诊:入院二日,西药治疗无效,延请中医诊治。右上腹阵发性钻顶样疼痛依然。口苦口干,舌红苔黄,脉滑数。证属胎热内蕴,蛔虫上扰。治宜清热安胎,安蛔止痛。拟方:乌梅30克,芒硝30克(分冲),黄芩10克,白术6克,川楝子15克。三剂。

1月4日复诊:腹痛消除,仍见舌红苔黄。再拟:川连3克,郁金10克,鸡内金10克,白芍12克,甘草3克。携方三剂出院以善其后。

体会:芒硝用于孕妇,临床验例甚多。所举验案