

五脏咳验案举隅

《素问·咳论第三十八》云：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”。笔者临床多年，每遇咳嗽之证，常采用治他脏方法，辨证求因，治疗诸般咳嗽，效果均较满意。兹举验案数则，介绍于后。

1 肺咳案

徐某，女，49 岁，1993 年 12 月初诊。咳喘 1 周，并有慢性肾功能不全病史 3 年，此次因受凉后出现咳喘，头痛，咳吐白痰，双下肢肿，舌质淡，舌体胖大，苔白稍厚，脉弦滑。证属宿有阳虚，复感风寒。治以解表散寒，温肺化饮。药用麻黄 3g，细辛 3g，干姜 6g，桂枝 9g，半夏 10g，茯苓 15g，白芍 10g，牛膝 10g，车前子 10g，甘草 6g。服上药 6 剂，咳嗽、吐痰症状得解，仍有双下肢肿，纳差，再改补肾健脾，化湿降浊之剂治之，诸症改善，病情稳定。

肺乃清虚之府，为脏腑之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得本然之正气，受不得外来之客气，邪气客于肺则肺气失宣而咳嗽。张仲景谓：“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾。”此例患者患有慢性肾功能不全，复感寒邪，内饮外寒，纽结不解，咳嗽喘息诸症迭出。故拟解表散寒，温肺化饮之法，投以小青龙汤化裁，使表邪解，痰饮化，则咳喘自平。

2 肝咳案

李某，女，34 岁，1988 年 3 月初诊。咳嗽 2 周，干咳少痰，咳引胁痛，口苦咽干，心烦面赤，大便干，舌质红，苔薄白，脉弦，追问病史，患者平素性情急躁。观其脉症，当属肝火犯肺之咳嗽，治以清泻肝火，平肺止咳。药用大青叶 10g，海蛤粉 10g，黄芩 12g，栀子 10g，桑白皮 10g，赭石 20g，知母 10g，桔梗 6g，白前 10g，白芍 10g。服上方 6 剂，咳嗽症状明显减轻，继续服用上方 3 剂而愈。

此咳因于肝，关乎肺。盖肝与肺乃人体气机升降之枢纽，肺居之上，主一身之气肃降，肝居于下，主气之疏泄，肝经之别由下而上贯膈注肺。本案患者素性易躁，肝气郁结，久则化火，气火上逆犯肺，木火刑金，肺失肃降而出现咳嗽，咳引胁肋，故方中以大青叶、栀子清泻肝火，黄芩、桑白皮清肺止咳，知母、海蛤粉等滋阴化痰，实为治本之法，故数剂获效。

3 脾咳案

胡某，男，56 岁，1992 年 2 月初诊。咳嗽 1 月，咳吐白粘痰，伴纳差无味，倦怠乏力，大便溏薄，素嗜食油腻之物，舌质淡，苔白腻，脉滑。证属脾虚痰湿犯肺之咳嗽，治宜益气健脾，燥湿化痰止咳。药用陈皮 10g，半夏 10g，苍术 12g，茯苓 15g，党参 15g，山药 10g，川贝母 10g，白前 10g，款冬花 12g，甘草 6g。服上药 12 剂后，诸症明显缓解，再改用香砂养胃丸，以善其后。

脾为后天之本，气血生化之源，性喜燥而恶湿。本例患者素嗜油腻之物，致使脾虚失运，痰湿内生，又“脾为生痰之源，肺为储痰之器”，脾土虚则清者难升，浊者难降，探本求源，健脾燥湿是治痰的关键。故方选六君子汤益气健脾，燥湿化痰，脾健则湿无以生，咳嗽自止矣。

4 心咳案

张某，女，46 岁，1987 年 3 月初诊。患风湿性心脏病 6 年，

近 1 周出现心悸不宁，咳嗽，咳吐白色泡沫痰，气短难续，口唇青紫，尿少，双下肢肿，舌质淡，舌体胖，苔薄白，脉促沉细无力。综观脉症，当属心阳不足，水气凌心，治宜温通心阳，化气行水。药用熟附子 10g，茯苓 15g，防己 20g，白芍 12g，桂枝 10g，黄芪 20g，丹参 30g，白术 15g，炙甘草 10g，车前草 15g，红参 6g（另煎兑服）。服上药 3 剂，患者尿量增多，咳嗽减轻，再服 6 剂，咳嗽、心悸症状得到控制，病情稳定。

心主血，肺主气。气为血帅，血为气母，心之阳气不足，血液运行不畅，气不布津，而使水饮内停，水气凌心。上为心悸咳嗽，下为水肿尿少，标本俱病，病情复杂。故用附子、桂枝温通心阳；黄芪、红参补益心气；车前草、防己、茯苓利水消肿；丹参养血活血，方症相符，则诸症平矣。

5 肾咳案

朱某，女，65 岁，1994 年 6 月初诊。有哮喘病史数年，近 2 月余因过劳出现咳嗽，咳吐稀白痰，呼多吸少，气短难续，畏寒肢冷，小便清长，腰背酸痛，舌质淡，苔薄白，脉沉细。证属肾阳虚衰，肾不纳气之咳喘，治以温肾纳气平喘。药用熟地黄 15g，山药 12g，山茱萸 12g，杜仲 10g，菟丝子 10g，肉桂 6g，附子 6g，蛤蚧 2 只，陈皮 10g，茯苓 10g，五味子 6g，甘草 6g，水煎服。服药半月咳喘诸症见轻，随后嘱其服用金匱肾气丸，为巩固疗效。

肺主吸气，肾主纳气，金水相交，呼吸乃和。若出纳升降失常，斯喘作焉。此案咳喘有年，遇劳逢寒屡发，小便清长，腰背酸痛，脉沉细，皆系肺肾气阳不足之证，即所谓“肺为气之主，肾为气之根”。故以温阳补虚，纳气归肾法治之，其症渐趋向安。

中国人民解放军总医院中医科(100853) 陈利平 王发渭

当归四逆汤新用

当归四逆汤出自《伤寒论》，主治内虚外寒，阴阳不相顺接之寒厥证。笔者据其有温经散寒、养血通脉之用，广泛应用于临床，治疗四肢诸症，收到良好的效果。

1 末梢神经炎

王某，女，38 岁，1997 年 12 月 26 日初诊。患者双手指麻木半年，诊断为“末梢神经炎”，经口服维生素类药物治疗，疗效不佳。近日因天气变寒而加重。查体：双手十指末端皮肤痛觉减弱，余无其它疾病表现。舌质淡，苔薄白，脉沉细。诊为“末梢神经炎”。由血虚脉空，阳气不达而致。拟当归四逆汤加减。处方：当归 15g，桂枝 20g，白芍 20g，细辛 6g，木通 10g，川芎 10g，生地黄 10g，炙甘草 6g，7 剂，水煎服，每日 1 剂。服后症状明显减轻，继服 10 剂而愈。随访 2 年未发。

2 不安腿综合征

吴某，女，40 岁，1996 年 3 月 27 日初诊。患“不安腿综合征”3 年。平时口服卡马西平可缓解，但于近月加重，夜三四发，发则双下肢酸楚不适，如蚁行走，烦躁难寐，经拍打后可暂得缓解，但少时又作，以上药及安定口服，不效。刻诊：症状如上。舌质淡红有齿痕，尖红，苔白，脉沉细。证由气血不足，筋脉失养，入夜阴盛，与虚相感，阴阳不得顺接而成。拟当归四逆汤加味。处方：当归 15g，桂枝 20g，白芍 20g，木通 10g，细辛 3g，炙甘草 10g，黄芪 30g，川牛膝 15g，丝瓜络 6g，苏木 15g，木瓜 10g，5 剂，

水煎服,每日1剂。另以吴茱萸2g,研末醋调,于夜间敷足心,以引阳下行。4月3日复诊,上方尽剂,症去其半,守方加珍珠母20g,继服7剂而愈,随访3年未发。

3 颈椎病(神经根型)

张某,男,38岁,1998年3月10日初诊。长期伏案,劳于写作,于2个月前出现左上肢窜痛之症,每于写作后加重,休息则稍缓。于1个月前到我院骨科诊治,经摄颈椎X线片诊断为颈椎病。予以牵引按摩治疗,疗效不佳。刻诊:左上肢放射性疼痛,伴颈部僵硬不适,舌质淡有瘀斑、苔白腻,脉浮滑而弱。查体:颈过屈试验(+),叩顶试验(+),左臂丛牵拉试验(+).颈椎X线斜位片示:左侧第6颈椎关节突增生,神经根孔变窄。诊断为颈椎病(神经根型)。处以祛痰理气,活血通络之剂。3月14日复诊,诉服药3剂,原症未减,反增左上肢发凉之症。因思其长期伏案,劳于写作,久之伤及心脾,气血不足,经脉失荣,而成痰瘀阻滞之证,遂拟当归四逆汤加味。处方:当归15g,细辛6g,木通10g,桂枝20g,白芍20g,炙甘草10g,葛根15g,党参15g,半夏10g,茯苓15g,陈皮10g,土鳖虫10g,川芎10g。此方服用5剂,症状缓解,守方再服7剂以固疗效。后以归脾丸口服,并嘱其注意颈部姿势,加强颈部锻炼。随访1年未发。

4 腰椎管狭窄症

苏某,女,63岁,1996年9月7日初诊。双下肢冷痛半年,于我院骨科诊治,诊断为腰椎管狭窄症,因其惧于手术,而要求保守治疗。经按摩及口服中西药物治疗未效。诊时患者双下肢发冷,活动则疼痛,夜间尤甚,虽加衣被亦不得缓解。舌质淡、苔白,脉沉细。查体:双下肢肌力正常,腱反射减弱,间歇性跛行,足背及胫后动脉搏动正常,双小腿外侧皮肤痛觉减弱,腰背伸试验(+).双下肢动、静脉血流图正常。腰椎核磁共振检查示:腰3至骶1椎管狭窄。诊断为腰椎管狭窄症。此乃气血不足,经脉失养,虚而感寒而成。拟当归四逆汤加味。处方:桂枝20g,细辛6g,木通10g,当归20g,白芍20g,炙甘草15g,干姜10g,川牛膝15g,黄芪120g,鹿角胶15g(烊化服),3剂,水煎服,每日1剂。9月13日复诊,症大减,舌质淡红而润,苔薄白,其脉转实。再以上方7剂,隔日1剂,水煎服而收效。

河北省邯郸市中医院(056001) 樊建平

在,叩诊下腹呈鼓音,X线钡剂检查,可见胃和十二指肠近端扩张,钡剂到达十二指肠横支时突然停止,在左侧卧位时少量的钡剂进入小肠,诊断为肠系膜上动脉综合征。用番泻叶10g,开水冲泡后当茶频饮,药后约半小时,患者自感恶心欲呕,随后腹阵发性疼痛,矢气,2小时后,大便通量多,先硬后稀,下午再行3次,诸症消失。

例2:蔡某,女,62岁,农民。因眩晕跌扑致热油锅倾倒,颈部、双上肢、左肋部、腹部、臀部及双下肢烫伤,总面积40%,为深Ⅱ度、Ⅲ度混合性烫伤。于1998年7月10日住院。2周后,患者上腹饱胀,恶心,食固体食物尤明显加重,人体消瘦,1周末,发热,不食,呕吐粘液和胆汁,大便1周末未解,无矢气,用开塞露亦无排便。上腹隆起胀痛剧烈拒按,下腹凹陷,无腹肌紧张压痛,无反跳痛,肠鸣音减弱,X线钡剂检查见十二指肠扩张,肠段增粗,俯卧位时少量的钡剂进入空肠,诊断为肠系膜上动脉综合征。用番泻叶15g,开水泡茶当茶饮,同时将病置左侧位,1小时后,病人呕吐大量的糜状食渣及粘液,腹痛有便意,因无力排便,人工掏出大量坚硬燥屎,后又用10g番泻叶泡茶饮,20分钟后,矢气频频,腹痛阵作,泻出大量的臭秽糊状便,腹痛顿减,随后又排便2次,吐止痛平而安睡。

按:本病因人体严重烧伤后超高代谢,机体营养储备大量消耗,加之摄入,吸收和利用不足,使病人在短期内极度消瘦,后腹膜脂肪和肠系膜脂肪大量丧失,又因严重烧伤病人的长期仰卧,肠系膜上动脉牵拉,使原生理性的锐角压迫了十二指肠横支,形成梗阻,造成十二指肠近端扩张的结果。中医认为,本病病机为本虚标实,气阴两虚,燥热内结。而尤以实象为主。经脉受阻,血瘀气滞,传导失司,以致宿食停滞,日久从热化燥,内结于十二指肠,腑气不通,浊气上逆,故腹胀痛、噎气、呕吐、阴虚燥热久蕴,必致痞秘燥坚,根据张从正“实则泻之,诸痛为实,痛随利减”的古训,须急下通腑排毒泄浊。番泻叶,味甘、苦、大寒,入大肠经,专泻热积,导滞除满而润肠燥。实热燥屎得以荡涤,梗阻消除,腑气通畅,火毒顿衰,犹如釜底抽薪、急下存阴,保护了正气,使急危重症的梗阻患者免除了手术之苦。

盐城工学院烧伤专科门诊部(224003) 沈慰玲 沈慰平

单味番泻叶治疗肠系膜上动脉综合征

肠系膜上动脉综合征,是严重烧伤后的并发症。自1993年1月至1999年7月在收治烧伤面积超过40%以上的124例患者中,有2例发生本病,我们以单味番泻叶治疗,取得了满意效果。

例1:贾某,女,28岁,工人。工作中被香蕉水和二甲苯烧伤(头面、颈、前胸、双手以及臀以下的双下肢)于1996年11月26日住院,烧伤总面积60%,深Ⅲ度占35%,伤后半月患者出现恶心、噎气、腹胀,用西药对症处理。伤后1月,经2次手术植皮后,大多数创面愈合,但病人极度消瘦,反复呕吐,吐出物为食物和草绿色的胃液,腹胀痛明显加重,且发热,大便闭(5天未解),无矢气,脉弦数,上腹部膨隆已具胃型,下腹凹陷,可扪及腹主动脉搏动,无腹肌紧张及压痛和反跳痛,听诊肠鸣音存

中西医临床辅助软件

该软件是运用神经网络技术,结合中医诊断专业委员会主任朱文锋教授的辨证算法化思想。研制成的大型计算机诊疗系统。该软件以病人为中心,以临床为目标,以诊断为重点,以中医为主导,中西医结合,辅助医生掌握诊疗过程中的结构性互动关系。以对病人作出迅速准确的处理。特点:全面临床协助,涵盖全科病域,简单鼠标操作,无纸式病历管理,中英文跟随对译提示,可控的自动化辨证推理。内容:1498个疾病,18676条单个和组合症状,2243条证候和治则,1747条方剂和治疗技法,3096条中药、成药、西药、穴位,网络节点性知识共约百万条。

招聘市场营销及文字录入人员。

总经销:深圳洛泰克实业有限公司(泰然工贸园210栋3G),邮编:518040,电话:(0755)3792371,2707199,13662624338,E-mail:healingsoft@21cn.com (广告编号:200201-20)