

察大便情况是调整药量及观察疗效的关键,在心悸治疗中魏老少用党参、人参,而喜用太子参,取其补而不燥,性温和之功。临证时可适当加減;胃脘痞满者加枳壳;心力衰竭、喘憋不能平卧者加桑白皮、葶苈子、车前子、泽泻各 15~30g;心烦失眠者加炒酸枣仁、夜交藤;血压偏高或头晕者加生石决明、珍珠母、白芍;如果患者出现咽痛,口干欲饮,咳嗽,鼻塞或兼发热恶寒等风热化毒证候,此时往往心律失常加重或复发,故要特别注意风热的治疗,甚至应暂停原方而改用疏风清热之剂。

快速型心律失常患者心脏亏虚,心脉瘀阻是发病的基本因素,心脉瘀阻,瘀郁化热,是其必要环节,治疗时必须抓住“补心”和“凉血”这两个治则。历代医家中认为心悸与火热有关的也不乏其人,金代刘完素《河间六书》载“惊,心卒动而不宁也。火主于动,故心热甚也。……故喜惊也”。明代王肯堂《证治准绳》述:“然后知悸之为病,是心脏之气不得其正,动而为火邪者也……故五脏之气妄动者,皆火也。是以各脏有疾,皆能与包络之火,合动而作悸,如是者,当自各脏补泻其火起之由”。明代张介宾《景岳全书》强调肝肾阴虚,阴虚火旺。清代陈士铎《石室秘录》提出治疗心悸用补药的同时要用泻火药:“心不补则火不能息,补心而又加去火之药则得生矣”。以上医家从不同角度认识到火热与心悸、怔忡的关系密切,魏执真教授的观点也同样是其从某一角度考虑到火热,所不同的是,这个热是瘀血所化之瘀热,治疗需益气养心,活血通脉,活血清热。

北京中医药大学附属东方医院 ICU 科(100078) 周燕青

学用下瘀泄热豁痰开窍法治疗肺性脑病

颜德馨教授以善从气血辨治疑难病证而闻名,笔者随侍左右有年,每将颜师心法施诸临床,多有得心应手之感。

肺原性心脏病(肺心病),一般多责之肺肾之虚、痰涎之盛,或兼郁热、或有水泛,而少有从瘀论治者。颜师认为肺心病确有咳喘、咯痰等痰浊壅肺症状,并多兼黄痰难咯,大便秘结,下肢水肿、球结膜水肿等郁热、水泛之象。还观察到本病患者也往往伴有不同程度的面色晦滞,甚至黧黑,唇甲紫绀,颈脉怒张,肝大有压痛,舌质淡紫或暗红,或有瘀斑,舌下静脉青紫、粗大屈曲,脉象迟、涩、促、数等瘀血指征。而肺性脑病乃肺心病之危象,一般多归咎于痰蒙心窍,而颜师则继承李时珍、王清任以来脑病学说,认为脑为元神之府,至高至上,乃清灵之地,纯者灵而杂者钝。“杂”者,“瘀”与“痰”之谓也。若瘀痰交困,蒙蔽于脑,与精髓错杂,致使灵机呆钝,则出现神识不清、昏迷等症,故种病危象总因瘀痰。

此外,肺心病患者每因外感风热或风寒入里化热,热邪灼津成痰、成瘀,使瘀、痰加重,而致病情剧作。若肺中郁热不解,移热于大肠,致使大腑不通,瘀热则无外达之机。“瘀”与“水”又有因果关系,所谓“血不利则为水”也。所以除“瘀”、“痰”外,“热”与“水”也为重要的病理因素,而“瘀痰交阻”、“瘀热搏结”、“瘀水互结”、“谷道闭塞”则为肺性脑病的基本病机。

针对上述病理因素与病机,颜师每以下瘀泄热、豁痰开窍为治疗大法,取抵当汤(去虻虫)合葶苈大枣泻肺汤同用,加海浮石、半夏以涤痰,菖蒲、远志以宣窍醒神,苏木、降香以活血,

曾救治多例皆获显效。抵当汤方出《伤寒论》,原治太阳蓄血其人发狂。葶苈大枣泻肺汤方出《金匱要略》,原治肺病喘不得卧、一身面目浮肿、鼻塞涕出、不闻香臭酸辛或支饮不得息。古来未见两方合用者。笔者初亦不解其故,后经颜师教诲和临床仔细观察病情,认真辨证,乃发现因肺性脑病多瘀痰交阻、瘀热搏结、瘀水互结、谷道闭塞,而见嗜睡或谵妄或昏迷,气急痰多、大腑不通、下肢水肿或球结膜水肿诸症。颜师从异病同治的原理出发,合用两方。合析之,抵当汤治瘀狂而大腑不通,葶苈大枣泻肺汤治咳嗽、痰黄、水肿,故两方合用可治肺性脑病之主要症状;分析之,水蛭治瘀,大黄治瘀、治热而通腑,葶苈子治痰、治水、治热亦能通腑,故两方合用可治肺性脑病之主要病理因素与基本病机。故两方合用,实出人意料,而又尽在情理之中。如此古方联用,推陈出新,其思维方法,值得我们学习。此外常加味以下药物:海浮石性寒味咸,能清金降火,善化老痰;半夏辛温而燥,为痰喘之要药;菖蒲气薄芳香、苦燥辛温,善能豁痰开窍而通神明;远志苦泄温通,散痰涎而开清窍、宁神魄;苏木多用于跌打损伤,也用于产后瘀阻腹痛、气滞作喘,颜师临床体会本品用于肺心病瘀血内阻、气喘胸闷也有较好效果;降香能“入血分而下降”(《本经逢原》),降气定喘,散瘀活血。

若肺性脑病此等危重病候,非投峻药重剂,不能克敌制胜。颜师认为葶苈子用 30g,泻肺热利水气力强;制半夏用 30g,或生半夏 15g 与生姜先煎,善于燥湿豁痰;菖蒲用 30g,专于醒神开窍。全方药味不过 10 味而已,但能针对主要矛盾,显示出颜师清晰的思路与过人的胆识。

笔者效法吾师经验,也成功救治肺性脑病 1 例,报告如下:王某某,男,70 岁。因反复咳嗽 20 余年加重 1 天伴发热于 2001 年 11 月 20 日入院。患者有慢支、肺气肿、肺心病 20 余年,反复咳嗽,每年秋冬季必发。此次入院前 1 天无明显诱因下出现发热(37.5~38.5℃)、咳嗽、喘促、痰多而粘色黄、胸闷、不能平卧。查体:颈静脉怒张,桶状胸,胸部叩诊为过清音,两肺呼吸音粗、满布哮鸣音,心率 100 次/分,律齐,肝颈征阳性,下肢略肿。血常规:白细胞 $9.9 \times 10^9/L$ 。中医诊断:喘证、肺胀;西医诊断:慢性支气管炎继发感染、肺气肿、肺心病。西药用头孢噻肟、环丙沙星抗感染以及解痉、平喘、化痰、吸氧。用药后病情未明显好转,11 月 23 日上午血气分析:pH7.261,二氧化碳分压($PaCO_2$)83.2mmHg,氧分压(PaO_2)47.0mmHg,碳酸氢根(HCO_3^-)37.8mmHg。即加用呼吸兴奋剂可拉明、洛贝林静脉滴注。当天下午患者出现神志恍惚、昏昏欲睡。笔者上午查房见患者嗜睡、气促、咳嗽、痰多而粘,色已由黄转白、口唇紫绀、下肢略肿、大便干结、舌暗苔薄黄。再行血气分析示:pH7.308, $PaCO_2$ 90.2mmHg, PaO_2 112mmHg, HCO_3^- 45.6mmHg。考虑 PaO_2 高乃吸氧浓度高所致,二氧化碳潴留明显,2 型呼吸衰竭、肺性脑病。当时中药处方为:白果定喘汤加葶苈子、大枣、远志、菖蒲、蒲公英、虎杖、鱼腥草,其中制半夏、葶苈子、菖蒲各用 9g。而目前病机应为瘀热壅肺,耗伤阴液,谷道闭塞,瘀痰交阻,蒙蔽清窍。因处方本为热喘而设,但目前病情发展至肺性脑病,已不完全适合。当在此方基础上再加服下方,今明各服 1 剂。水蛭、降香、沉香各 3g,生大黄、苏木、远志各 6g,郁金 15g,葶苈

子、半夏、菖蒲各 20g,海浮石 30g,大枣 6 枚(葶苈子、制半夏、菖蒲均用 20g,加上在服药汤,上述 3 药剂量均达到 29g)。并针刺鱼际、丰隆 1 次。西药同前不变。当日傍晚患者神识已清,大便已下。第 2 日晨血气分析:pH7.375,PaCO₂ 76mmHg,PaO₂ 63mmHg,HCO₃ 44.9mmHg。西药同前不变。再服本方第 2 剂,神识清,大便畅。第 3 日晨血气分析:pH7.345,PaCO₂ 55.2mmHg,PaO₂ 85mmHg,HCO₃ 30.4mmHg。此后患者病情逐渐好转,于 12 月 16 日出院。

同济大学医学院附属铁路医院中医科(200072) 邢 斌

黄疸发病是由胆汁外溢质疑

中医院校《中医内科学》教材和一些现代中医内科参考书在论述黄疸的病因病机时,大抵不外以下两点:一是黄疸的病因关键是湿;二是湿热、寒湿、疫毒等邪气导致脾胃运化失常,肝胆疏泄失职,胆汁外溢而发黄。后者暂且称之为胆汁发黄说。笔者认为第一点完全正确,而第二点胆汁发黄说则不敢苟同,有商榷的必要。

胆汁发黄说其来由有二:一是历代医家所论。《景岳全书》首先提出“胆黄”一说,《临证指南医案》等附和其后。二是现代医学理论。现代医学认为黄疸是由胆红素代谢异常所致,只要红细胞破坏增加,肝脏处理胆红素的能力下降,胆汁的排泄受阻都会引起黄疸。所以自近代以来,凡论及黄疸,无不与胆汁相联系。

其实,张景岳虽首倡“胆黄”之说,并未说只有胆汁外溢才发黄,胆黄乃黄疸之一端,只是其分类方法不甚恰当而已。现代医学理论也只是阻塞性黄疸与胆有关,而肝细胞性黄疸、溶血性黄疸并不直接与胆相关。所以,言黄疸必及胆汁外溢,与中医理论相去甚远。

黄疸在中医理论中是一个病,而不是症。所谓病是指有相对固定的病因、相似的病变过程、临床表现及预后。那么,黄疸的病因是什么?湿热。《内经》云“湿热相交,民当病瘴”,《金匮要略》“黄家所得,从湿得之”,朱丹溪“疸不用分其五,同是湿热”。当然湿热既可外感也可内伤,外感湿热由外入里,内伤湿热由脾胃产生。但仅有湿热并不一定能发黄,湿热为患也可出现泄泻、痢疾,湿热只是具备了黄疸发病的基本条件,要成为黄疸更重要的是湿遏热伏,即热在里,湿在外,湿包裹热,才能蕴结发黄。而泄泻、痢疾只是湿热交结,湿与热互不包裹。所以,《伤寒论》“阳明病,发热汗出,此为热越,不能发黄也。但头汗出,身无汗,剂颈而还,小便不利,渴引水浆者,此为瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之。”《金匮要略》“脾色必黄,瘀热以行。……一身尽发热而黄,肚热,热在里,当下之”。这两条阐述了黄疸的发病机理,病因为湿热,病位以脾胃为主,脾胃属土,土为黄色,病机是湿遏热伏,蕴蒸发黄。如果发热汗出,热越湿外,则不能发黄;只有热在里,湿在外,才能蕴蒸发黄。湿热蕴结脾胃可发黄,蕴结肝胆亦可发黄,蕴结肾膀胱也能发黄,故《金匮要略》有谷疸、酒疸、女劳疸之分。临床上以脾胃病变为多,湿热蕴结心肺者少,因湿邪重浊下趋,难以久留于上。湿热既可蕴结于表,也可蕴结于里;既可蕴结气分,也可蕴结血分。黄疸发于表者易

治,发于里者难治;发于腑者易治,发于脏者难治;发于气分者易治,发于血分者难治。

从黄疸的发病机理可知,治疗黄疸关键在祛湿。因湿性粘滞,难以清除,而热为阳邪,易外透而解,只要祛除湿邪,热邪则易外透,也易清除。所以,《金匮要略》云:“诸病黄家,但利其小便”。然湿在表要汗解,麻黄连翘赤小豆汤是也;湿在里要利小便,或兼通大便,茵陈五苓散、茵陈蒿汤是也。以脾胃为主,可选甘露消毒丹;以肝胆为主,可选大、小柴胡汤;以肾膀胱为主,可选茵陈五苓散或硝石矾石散。湿入血分则难治,可选用大黄廑虫丸。当然中医祛湿的方法和方药很多,这里仅举其要而已。总之,黄疸之治以祛除湿热为要,祛湿务尽,然后调理脏腑,如此则黄疸大多可以治愈。

暨南大学医学院中医系(510632) 徐云生

金匱肾气丸防治前列腺增生

前列腺增生是男性老年常见病。其临床特点表现初见排尿次数增多,以夜间尤甚;继则排尿困难,可见血尿;终则小便涓滴不通;直肠指诊可扪及肿大的前列腺。因此,其病机与通常的“癃闭”又有不同。中医学认为,正常人的小便通畅,有赖于三焦气化的正常,而三焦气化主要依靠肺、脾、肾三脏来维持。肾者主水,与膀胱相表里,膀胱职司气化,依赖命门真火的蒸腾,命门火旺,则膀胱之水通,反之膀胱之水闭矣。我们认为前列腺增生的病机主要责之于肾气亏虚,真阳不足,气化不及于都,膀胱传送无力;其次老年脏腑虚衰,气血流行缓慢,而致气滞血瘀,经络闭阻,水道不通,以肾虚为本,血瘀为标。是男性老人“肾气衰”以后机体发生复杂变化的病理产物,非朝夕所成。在发病年龄上与《内经》“丈夫五八,肾气衰”是一致的,这也说明“肾气衰”是前列腺增生的根本原因。我们主张以预防为主,认为温补肾气是防治本病的根本方法,40 岁以上的男性可常服金匱肾气丸预防本病。

金匱肾气丸是张仲景名方之一,首见于《金匱》:“虚劳腰痛,少腹拘急,小便不利,八味肾气丸主之”。腰为肾之外府,肾阳虚则腰痛,肾气不足,膀胱气化不利,故少腹拘急,小便不利,用八味肾气丸助阳之弱以化水,滋阴之虚以生气,使肾气振奋,诸症自愈。从方药组成看,干地黄滋补肾阴,山茱萸、山药滋补肝脾,辅助滋补肾中之阴,并以少量桂枝、附子温补肾中之阳,意在微微生长少火,以生肾气。《医宗金鉴》亦谓:“此肾气丸纳桂附于滋阴剂中十倍之一,意不在补火,而在微微生火,即生肾气也。”这种微微生长的少火正是男子肾气功能的内在源泉,是生命之根,气血之本,鼓动膀胱气化开合适度,气血行流通畅,则小便通利无阻。现代医学研究认为,金匱肾气丸对机体组织细胞和基本结构成分具有普遍的增强和保护作用,有助于机体各功能低下的恢复,促进免疫功能等,据报道,肉桂水煎剂有扩张外周血管改善末梢循环,抑制纤维组织增生,减轻炎症反应以及减少局部渗血等作用。在治疗上,金匱肾气丸只能治疗其前期症状,如果病情严重,则需辨证施治,综合治疗,决不可固守一方,延误病情。

河南省桐柏县人民医院(474750) 段立俊 胡明月