

临

床

解

惑

慢性胃炎阴虚夹湿应如何处理?

答:临床上遇到的慢性胃炎患者,胃阴已虚,却又夹湿,治疗用药颇为棘手,现就此问题,谈谈个人的意见,以供参考。

胃病阴虚夹湿,一般症状较多,其中具有特征意义的征象之一,就是舌质红而干、舌苔白腻。既然阴津亏虚,为何又有湿浊,这不是相互矛盾吗?我是这样理解的,这类患者有三种可能性:一是整体属阴虚,也包括胃阴虚,局部脏腑有湿浊,一般源于脾胃;二是由于肝胃气滞而生郁热,久则耗伤阴液,气滞津凝而成湿浊;三是由于药物因素,辛燥过度,或某些化学药品“制酸”太过,导致阴虚,而原有部分湿浊尚未尽化所致。这都是从临床所见的病史资料中分析而获得的认识。

体素阴虚而脾胃有湿者,可以先从化湿为主,湿祛后重在养阴。

气滞化热伤阴夹湿者,宜行气清热、佐以化湿。热清、湿祛而阴未复时,再予养阴。

药物所致阴虚而尚有余湿者,停服原来之药,先复其阴,阴液渐充,再化其湿。

上述治则步骤,在某些患者的治程中,还当根据具体症征,灵活掌握。

胃阴虚,需养阴,有湿浊,应化湿。用药必需注意,养阴勿过于滋腻,化湿勿过于辛燥,以免滋阴助湿,燥湿伤阴。养阴以甘凉为宜,如麦门冬、沙参、芦根等,佐以甘平、甘酸,如山药、白芍、甘草等品。鲜石斛(铁皮石斛或金石斛)甘凉微寒,生津之效著而不碍于化湿,枫石斛亦擅生津养阴,实在无药,暂用川石斛干货,但养阴之力甚微。若湿渐祛而胃阴尚亏者,可据证参用玉竹、乌梅、生地黄等。化湿以微辛微苦为主,炒陈皮(或橘皮、橘白)、法半夏、川朴花、佩兰等为一般常用之品。参以甘淡的苡仁、芦根、茯苓、川通草之类。湿浊经久难化者,可用石菖蒲宣窍化湿(按《灵枢》所述,胃亦有窍),此外,如藿香芳香化湿,鼓舞脾胃,益智仁温脾化湿,均可据证配入。

汤剂以外,也可配合“代茶饮”。如用麦冬10~20g,苡仁20g,陈皮2~3g。每日1次,开水泡焖,代茶

饮服,可以加强治效。

慢性胃炎的症状较多,应根据病情配用理气(勿过于辛燥)、清热(勿过于苦寒)、消食、行瘀等方药,兹不一一列述。至于胃阴虚而又夹湿浊者的饮食调护,尤为重要,总以清淡而富营养为主,戒除烟酒,饮茶勿过浓。

胃病舌质干红而舌苔白厚,经治疗少效,舌象依然,症状不见改善,进食日少者,提示预后严重,应及时复查,以便及时发现不良转归。

江苏省中医院(江苏210029) 徐景藩

激素治疗肾病过程中应如何有机地配合中医辨证治疗?有哪些临床体会?

答:激素迄今依然是西医学用治肾病的首选药,由于激素在通过抗炎和免疫抑制起作用过程中,干扰了机体阴阳内环境的平衡,致使其在治疗过程中常常出现一些不良反应,并在撤减过程中极易发生反跳。因而临床中如何有机地配合中医辨证施治,使二者相辅为用,扬长避短,一直是临床医家关注的焦点。通过长期临床观察,我们发现在激素治疗的不同阶段,常随其剂量变化,即首始量→减量→维持量→停用,机体相应地出现了阴虚→气阴两虚→阳虚→阴阳两虚的病机改变,而有机地配合中医中药治疗,可以明显提高疗效,并减轻其副作用或避免了副作用的产生,下面将我们的临床体会介绍如下。

在激素治疗首始量阶段,常出现类似肾上腺皮质功能亢进的症状,如面赤、头痛、汗出、心烦、咽红舌绛、脉细数等阴虚内热的症状,治疗宜采用滋阴清热的方药,如知柏地黄汤加味等,药如生地、知母、生甘草、黄柏等,常可防止或减轻副作用,且有保护肾上腺皮质的作用。有些患者由于素体阳盛,此时阴虚症状常不明显,反而出现热毒炽盛的症状,治疗应用清热解毒之剂,如五味消毒饮加生地、玄参、知母、丹皮等。但不宜过用苦寒,以免更伤其阴。

由于应用激素,肾上腺皮质功能受到抑制,随着剂量逐渐撤减,体内激素量会逐渐减少,临床常出现气虚的表现,如倦怠乏力,纳差食少等。阴虚证会逐渐转化为气阴两虚,此时治疗宜在养阴的基础上加入益气之品,如太子参、生黄芪等,方如参芪地黄汤加

味,以益气养阴。

当激素撤减至维持量时,阳虚症状逐渐明显,如面色㿔白、畏寒肢冷、腹胀纳差等,甚至有些患者呈现阴阳俱虚的表现,此时治疗宜加入温补脾肾之剂,如真武汤、济生肾气丸等,促使阳气恢复,兴奋肾上腺皮质,有助于激素撤减和稳定病情。

中国中医研究院研究生部 (北京 100013)

刘宏伟 时振声

肺心病出现二重感染时中医怎样治疗?

答:因为现代医学认为控制感染是肺心病治疗的关键,然则大剂量、长期使用抗生素难免抑制某种病菌而使另一种病菌繁衍、生长,临床上通过痰培养或咽拭子培养发现金葡萄菌或霉菌,现称之为“二重感染”,治疗上西医学十分棘手。我们通过临床实践观察,此类患者多见热毒炽盛,面红耳赤,痰黄而稠,舌红苔黄等,故在清肺的基础上,加大清热解毒药如鱼腥草、大青叶剂量,常用30至50g,另加用鱼腥草注射液,4ml,日2次肌注,往往能控制住二重感染。案如王某,男,76岁,患肺心病10余年,门诊于1987年4月16日再次以“哮喘”收治入院。症见胸部膨满如塞,喘逆甚剧,不能平卧,痰多烦躁,面色晦暗,唇甲紫绀,双下肢微肿。两肺满布干湿罗音,血象白细胞总数及中性均高于正常。先静脉滴注青、氨苄,后因感染未能控制改用先锋霉素。1月后患者颜面红赤,痰黄稠而咯出不爽,烦躁易怒,舌红苔黄,痰培养及咽拭子培养均发现金葡萄菌。后改用清金化痰饮加鱼腥草50g,大青叶30g,另以鱼腥草注射液4ml肌注日2次,治疗2周后复查,金葡萄菌消失而火毒症见愈。

武汉市中医医院(湖北 430014) 张觉人

谈谈中医眼科如何吸收其他各科之长

答:从中医眼科发展历史过程中,可以清楚地看到,它始终是在中医基础理论指导下前进的,而且与其他各科的发展密不可分。历史上许多有成就的医家,他们不但精于内难、大小方脉,而且对眼科也各有所发挥,大大地促进了眼科的发展,例如隋朝的巢元方,唐代的孙思邈,北宋的钱乙,金元的刘张李朱,明代的张景岳、薛立斋,清初的张璐等。不仅如此,即公认的眼科专家,如倪维德《原机启微》,黄庭镜《目经大成》,顾锡《银海指南》,其学术渊源即充分体现了上述观点。现代眼科名医陆南山、唐亮臣、陈达夫和健在的庞赞襄如不精通内难、伤寒温病之理论,或无其他各科的深厚功底,也很难有如此高超的医术。其实自解放以来,中医眼科界,在继承前人的基础上,为了适应社会的发展,迎接新时代的挑战,除了引进检测仪器

外,在很大程度上已把中医的基础理论引进了眼科,例如眼科常用的辨证方法,如八纲辨证、脏腑辨证、六经辨证、病因辨证等,这无疑地丰富了中医眼科的内涵。但科学发展是无止境的,尤其是对目前眼科若干棘手的疾患,中医眼科同道又在上述基础上进行了更深入的探索,例如对一系列眼底病,根据不同的病理改变,不少学者提出了眼底辨证;对眼底血症的治疗,引进了包括活血化瘀在内的有关血症理论;用治疗消化道溃疡的黄芪建中汤治疗顽固的角膜上皮剥脱和浅层点状角膜炎;用卫气营血的温病理论来治疗色素膜炎,更有用的用清开灵来治疗自家免疫性眼病;利用化结软坚法治疗眼底硬性渗出、增殖性改变以及陈旧眼底病灶;还有的利用耳针、挑治、发泡等疗法治疗多种眼病。以上事实说明,作为中医眼科工作者,不但要认真学习有关古代眼科专著,而且也应当对中医基础理论、临床各科有所了解,甚至熟悉,即善于引进中医各科之长,以便使中医眼科在原来的基础之上,有更大的发展,更好地为人民健康服务。

北京中医学院(北京 100013) 祁宝玉

便秘可优选何种外治方法?

答:便秘的外治法也和内服法一样,需要根据病情辨证施治。兹介绍几种简便有效的方法,供选择使用。

1. 巴豆霜、干姜、良姜、白芥子、硫黄、甘遂、槟榔各等分,研末,米饭为丸,再捏成厚度0.5cm、直径2cm的药饼。贴药前将手洗净、擦干,掌心涂上麻油,然后将药饼贴于两掌心,纱布包扎固定,大便通则将药洗去。本方适宜于虚寒型便秘。
2. 猪牙皂末30g,白蜜120g。先将白蜜煎熬浓缩,然后和入牙皂末,做成锭剂,每锭约3g,瓶贮勿使潮解。同时取一枚塞入肛内。本方治习惯性便秘、肠麻痹、不完全性肠梗阻。《验方新编》将本方加细辛治大便虚秘,云“屡试神效”。
3. 大田螺3个,皮硝10g。上两味同捣烂,敷脐上,治疗热秘。
4. 大黄末5g,芒硝20g,研末,以黄酒适量调敷脐上,纱布复盖,胶布固定,再用热水袋热敷10分钟左右,每日1次。治小儿乳食积滞之便秘。
5. 在便前或登厕时用双手次指压迫香穴位,以适当压力揸按或按摩5~10分钟。治疗便秘或大便困难有很好的疗效。

此外,用猪胆汁灌肠或葱蜜外导法均有效果,可就地取材,因证制宜。

江苏省南通市中医院(江苏 226001) 吴震西