



慢性腹泻用药经验琐谈

慢性腹泻大多与脾虚有关。久泻伤脾，脾虚则生湿，湿困脾阳；或脾虚及肾，以至脾肾阳虚。这是慢性久泻的最常见病机。笔者体会治疗慢性腹泻，附子、黄连、白（苍）术是必不可少的药物。

首先附子大辛大热，能温阳暖中，逐寒除湿，治脏寒之久泻最为适宜。有些顽固性久泻、虚寒泻患者，非重用附子不能温其阳、逐其寒、驱其湿。该药剂量小则6g，大则30g~60g。由于本药内含乌头碱，对心脏有毒副作用，故老人和心脏有器质性疾患尤其传导功能失常者宜慎用。凡用10g以上，必须先煎。15~30g一般先煮1小时，30g以上先煮2小时。对一些五更泻，有时需用至60g方可有效。但一般宜从小量开始，逐渐增加，不宜遽用过大剂量。我用附子配伍肉桂、炮姜炭、煨肉豆蔻、焦白术、苡仁、炒建曲、煨木香、党参、淮山药等治愈顽固之久泻，取得满意的疗效。但附子在下列情况下不宜用大量：1. 形体消瘦，尤其妇女。因为看似阳虚，其实每夹内火，用之效果不理想；2. 便中夹有粘冻，尽管有脾虚阳虚证也不宜过大剂量。宜用小量附子配以清化运脾药或暂不用；3. 大便溏虽有阳虚证，但解而不爽，或虽便溏但数日1行；4. 南方温热地带，人多气薄体弱，常兼湿热内火，尽管存在阳虚证，亦不适宜大量使用；5. 老人及快速心率或心律不整者。

白（苍）术的选用与剂量掌握，关键在了解脾虚与湿的因果和孰者为主。脾虚生湿或脾虚为主，用白术；湿盛困脾，寒湿或痰湿为主，多取苍术。剂量小至6g，大至15~20g。如苔厚腻而润滑，苍术可用至30g，作为君药，此时附子用6~10g即可，鼓舞振奋阳气，使湿至易化易散。此时再适当配用肉桂、熟苡仁、茯苓、川朴、藿香、炒白扁豆、焦神曲等，佐使侧击，标本俱应，可望取效明显。如脾虚与寒湿并重，则苍、白术可同用，各6g或各10g。如苔黄厚油腻，宜重用苍术与黄连，苍术10~15g，黄连6~10g，再适当配用芩、苓、苡、藿、扁豆、车前子等。如苔腻罩黄或苔淡黄腻，不能误认为湿热，而是兼夹

脾虚或脾阳虚，此时每取白术与附子、黄连同用。

黄连苦寒坚肠，清化湿热，为治泻要药。久泻尽管一派阳虚寒湿之象，但仍有不少患者主诉服黄连素或方中加用黄连后能短暂见效，盖因本品兼具坚肠健胃、抗菌消炎、燥湿开中等作用，故久泻要每每用之。虚寒型久泻在用大队附、桂、姜、蔻的同时，用少量黄连不嫌其寒，但取其苦。我每用3~6g，伍入方中，属辛苦寒热并用，既能泄湿，又能实脾坚肠温肾，尤适宜于大便滞而不畅，苔腻中带黄，便有粘液，或便菌阳性者。

若附子量不敢大，而黄连每与他药一样，动辄10g、15g，则显有不得配伍奥秘之嫌。苦寒更伤已惫之脾阳，初则或效，久则脾胃必败，此类弊误临床实不乏见。黄连用6g以上，我只用于下述情况：1. 肠腑湿热较盛，脾胃功能衰而不著者；2. 虽属中焦虚寒，但久用或重用温阳健运之剂不易取效，或取效后不易巩固，可以一试。效则坚持寒热补泻并用，如虑黄连苦寒量大伤脾戕阳，则宜相应加重附、桂、参、术的剂量。如此配伍，对脾胃虚寒亦大致无妨；3. 大便虽溏，但解而不畅，1日或2~3日1行，肛门有滞胀感，可用较大剂量黄连配伍槟榔、制大黄、肉桂、木香、薤白、白术等同用。

北京中医学院东直门医院（北京100700）江杨清

动脉粥样硬化与 脉内痰浊粘凝

动脉粥样硬化（AS）与脉内痰浊粘凝分属于中西医不同理论体系，但都是与心脑血管疾病密切相关的两个重要病理概念，如何认识和看待它们的关系，对运用中医药防治冠心病、脑血栓形成等疾病，有很大影响。

1 关于两个病理概念的关系

众多的研究资料表明，导致AS产生的首要因素是血脂过高，脂质代谢失调。而脉内痰浊粘凝的形成又首先归咎于血流中先有了痰。因此，在探讨AS与脉内痰浊粘凝的关系之前，有必要先谈谈多余的血脂

与痰浊的关系。

一般认为, 血脂增高是由进食了过多的动物性脂肪与高胆固醇和糖类食物; 某些疾病如糖尿病等使脂质代谢紊乱; 长期精神紧张使脂肪分解增加等内外因素所致。这与中医认为痰浊是因过食肥甘厚味, 嗜好烟酒, 或内伤七情, 多病体虚, 脾失健运, 水湿停聚等因素所致的观点是颇为相似的。就形态而言, 由胆固醇和甘油三脂等组成的半液体状脂质混合物又与中医说的痰浊相近似。而且, 多余的脂质与痰浊都既是病理产物, 又是致病因子。因此, 可以这样认为: 血中过多的脂质大体上就相当于中医所说之流注于血脉中的那部分痰浊之邪。

在西医看来, AS发生的过程是动脉内膜先有脂质沉积, 继而纤维组织增生, 以至形成粥样硬化斑块。实际上, 这一过程就是中医所说的痰浊粘滞于血脉之内, 留而不去, 凝聚成块的过程。

再者, AS易使动脉管腔狭窄、狭窄, 甚至闭塞及血栓形成, 严重影响血液循环, 致使有关脏器和组织出现缺血性病变, 如冠心病、脑血栓形成等等。这一点与脉内痰浊粘滞后影响气血运行, 以至痰瘀互结, 变生诸证, 如胸痹、中风半身不遂等的结果也基本相同。

由此可见, AS与脉内痰浊粘滞的所指基本一致, 它们有着密切的对应关系, 探讨和明确它们的这种关系, 显然是有重要意义的。

2 认识两个病理概念关系的意义

对于冠心病、脑血栓形成等一系列由AS引起的缺血性疾病的发病机理及治疗法则的认识, 中医界至今众说纷纭, 莫衷一是。其实, 只要明确了AS与脉内痰浊粘滞的对应关系, 问题就迎刃而解了。兹就冠心病与脑血栓形成而言, 它们之所以发生, 不外乎是痰浊粘滞凝聚于心脉与脑脉之内, 逐渐痹阻心脉与脑脉, 以致气血运行不畅, 最终形成痰瘀互结, 脉道闭塞。以此推论之, 则它们的治疗都应始终不忘痰浊的存在, 只是早期冠心病和轻度脑血栓形成宜以祛痰为主, 中晚期冠心病和严重的脑血栓形成当化痰开结与活血祛瘀并重罢了。

验之临床, 当代也不乏以祛痰通脉为基本原则来治疗冠心病和脑血栓形成的医家。如赵锡武教授生前治冠心病多用栝蒌薤白半夏汤为主方加减化裁, 收效甚佳(详见《当代名医临证精华·冠心病专辑》)。邓铁涛教授选用以温胆汤为主方组成的基本方加减治疗, 同样收到很好的效果(同上)。对于脑血栓形成, 赵金锋老中医生前主要以桑钩温胆汤为基本方加减治

疗, 无论先兆、初发、复发及后遗症, 疗效都可靠(详见中医杂志1984年第1期)。本人用自拟的归蛙温胆汤为基本方加减治疗, 也颇有效验, 愈人众多。所有这些, 都从临床角度说明了冠心病与脑血栓形成适宜于以祛痰通脉为基本原则来治疗。

综上所述, 可见认识和明确AS与脉内痰浊粘滞的对应关系有助于中医对被西医冠之以冠心病和脑血栓形成之名的疾病的认识和治疗, 值得重视。

湖南中医学院第二附属医院(长沙410005) 吴清明

慢性肾衰慎用温补

慢性肾功能衰竭(简称慢性肾衰)是由于各种原因造成的慢性肾脏疾病逐渐恶化引起肾功能进行性减退而出现水、电解质和酸碱平衡失调, 以及由于毒素贮留引起的一系列全身中毒症状的临床综合征。属于中医“关格”、“虚劳”、“癃闭”、“水毒证”等范畴。现已公认本病属正虚邪实, 虚实夹杂之证。正虚包括阴阳气血俱虚, 邪实有风、湿、瘀、热、燥、毒等。在治疗上应权衡标本缓急, 虚实兼顾。

临床所见, 慢性肾衰特别是终末期患者常有(脾)肾阳虚证的表现, 诸如面色虚浮、畏寒肢冷、水肿、夜尿频多、小便清长、大便稀薄、舌质淡胖有齿痕、脉沉细或沉迟等。实验室检查有的甚至有尿17-羟水平低下, 以及血T₃、T₄和TSH低下等肾上腺皮质、甲状腺功能低下的表现。有些医者据此而妄投温补, 致使变证丛生, 病情加重。

现代研究证实, 疾病发展至慢性肾衰阶段所出现的肾上腺皮质、甲状腺等功能低下等, 是一种低代谢症候群, 是机体为保存能量的一种保护性机制, 这种状态与衰退了的肾功能是相适应的。因此, 在临证治疗时, 我们认为尽管此时患者临床有阳虚证的表现, 也应慎用温补之法, 而常以益气滋肾法来维持机体较低水平的阴阳平衡为宗旨, 切勿矫枉过正。盖因温补之品, 多属刚燥。妄加施用, 不仅可打破机体这种低水平的平衡向新的偏胜转化, 而且可使糖、蛋白质、脂肪等分解加速, 导致氮质血症加重和血压升高, 甚至可诱发出血。再者, 慢性肾衰终末期, 由于脾肾衰败, 浊邪壅盛, 若徒进温补, 一则虚不受补, 二则助热伤阴更耗营血, 有害无益。所以, 我们认为慢性肾衰当慎用温补, 特别是附、桂大辛大热之品。

当然, 慢性肾衰并非绝对不能使用温补之法, 我们临证体会: 慢性肾衰伴有心力衰竭或肾病综合征表现而中医辨证属脾肾阳虚, 水湿泛滥, 且肾功能损害尚有可逆性因素存在的患者, 可用温阳利水与滋肾、