

10g, 薏仁 30g, 甘草 3g, 每日 1 剂, 分 2 次煎服。治疗组上方加麦芽 30g, 服法同上。治疗结果: 黄疸消退时间治疗组优于对照组, 肝功能改善及疲乏、肝区疼痛、纳差、腹胀等症状恢复情况治疗组亦优于对照组, 两组差异均非常显著。治肝气郁滞之胁痛, 男性乳房发育, 重用麦芽配郁金, 取其疏肝之功, 均有良效。

醒脾止泻: 急、慢性病毒性肝炎, 肝硬化患者, 临床上常表现疲乏, 纳差, 泛恶, 腹胀, 便溏, 舌苔腻等症状。为湿困脾, 脾胃升降失司。麦芽一贯被视为有消食作用, 如《别录》谓“麦芽消食和中”。《本草纲目》: “麦芽能消导米面诸果食积”。《本草拾遗》: “麦芽可消酒食暴热”。现代药理研究, 麦芽含有淀粉水解酶、蛋白水解酶、葡萄糖转化糖酶等多种消化酶。实验证明, 麦芽煎剂, 对胃酸及胃蛋白酶分泌均有促进作用。笔者对急、慢性肝炎表现湿困脾胃, 均投用麦芽, 每至 4~5 剂则见效, 患者食欲增进, 腹胀消除, 精神好转。乙型肝炎常见的结肠炎, 用炒麦芽合参苓白术散, 坚持治疗, 屡见良效。病毒性肝炎引起的脂肪肝, 酒精性肝硬化之肝肿大, 重用麦芽, 配山楂, 对肝肿大恢复有良好效果。

慢性病毒性肝炎临床上常表现虚实夹杂。病理上为湿、瘀、虚共存, 麦芽性平, 具有疏肝泄胆, 行气散血之功。不论急性期或恢复期均可配合应用, 与清热解毒药伍用, 有减轻苦寒药对胃肠刺激, 寓有“知肝实脾”之意, 与退黄利胆药合用, 有相辅相成之用; 与理气药配用, 能达肝制脾; 与化湿药互用, 利中有补; 与化瘀药同用, 气血双调, 化瘀不伤正; 与补益药共用, 消补益之胀。选用麦芽, 以嫩芽短为佳, 其含酶量高, 药用效果好, 微炒对酶无影响, 炒焦则含量大降。退黄疏肝选用生麦芽, 鲜麦芽更佳, 燥脾止泻微炒。麦芽用量, 疏肝退黄宜 30g, 健脾消胀止泻宜 20~30g, 补益宜 60~120g。

厦门市思明区人民医院(福建 361003) 陈国源

高辉远应用干姜的临床经验

干姜, 性热, 味辛苦, 归脾、胃、心、肺经。能温中散寒, 治疗脾胃虚寒; 回阳通脉, 治疗阳气衰微, 阴寒内盛, 脉微欲绝, 阳气欲脱; 温肺化饮, 治疗痰喘咳嗽等证。此为常法, 不再赘述。今将高辉远教授临床用法做一介绍。

1 温阳健脾, 抑肝除黄 曾治疗一男性“急性黄疸型肝炎”患者, 证见全身皮肤及巩膜深度黄染, 尿如浓茶, 大便溏薄, 嗜睡, 极度乏力, 发热, 头痛, 食欲不振, 腹部胀满, 恶心想吐, 舌质黯, 舌苔白腻而厚, 脉细濡无力。从脉证看, 此非阳黄, 乃阴黄也。病人曾用大量中、西药利胆退黄, 效果不佳。可能由于服苦寒药物过多, 损伤

中气、中阳, 肝木乘脾土, 急宜温阳健脾, 抑肝除黄, 理中汤加减主之。干姜 15g, 吉林参 10g, 白术 10g, 炙甘草 5g, 川附子 8g, 白芍 10g, 茵陈 15g, 每日 1 剂, 水煎服。3 日后, 体温稍降, 呕恶止, 大便每日 2~3 次, 根据病情在上方基础上加减, 调治 2 个月, 病人出院, 回家调养。干姜如取其温中阳之功能则应加大用量。

2 温中健脾止血 曾治疗一“血小板无力症”女性患者, 38 岁, 主诉 20 年来常九窍出血, 皮肤有散在大小不等的瘀块, 月经量也较多, 体质虚弱, 面色苍白, 气短懒言, 纳差, 舌质淡, 舌苔薄白, 脉细数无力。据其脉证属中医血证门的大衄, 乃劳伤为病, 脾失统摄所致。治宜温中健脾统血以治本, 佐以止血养荣以治标, 理中汤加味主之。干姜炭 12g, 党参 10g, 白术 10g, 菟丝子 10g, 鸡血藤 10g, 阿胶珠 10g, 炒丹皮 10g, 生地炭 15g, 血余炭 6g, 醋制香附 10g, 共 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。一诊后病人出血倾向有所控制, 鼻衄减少, 坚持每日服药, 守方不变, 历时半年, 出血倾向得到完全控制。温中健脾止血应用干姜炭, 剂量可稍加大。

3 温经化瘀 胆石症多为湿浊不分, 肝胆湿热蕴结为病机所在。高教授认为在治疗此类疾病中应用一点温药, 可助气化, 散寒凝, 鼓舞推动药力直达病所, 干姜能温经化瘀, 正可担当此任。如患者陈××, 女性, 55 岁, 因右肋部隐痛, 加重 3 个月来诊, 时有阵痛如针刺, 伴有泛酸, 恶心, 纳呆, 腹胀, 大便不畅, 时干时稀, 舌苔薄黄, 脉弦细。B 超示: 胆囊、胆管均积有泥沙样结石, 拟以清肝利胆、健脾和胃、温经化瘀为法。党参、茯苓、白术、白芍、竹茹、川楝子、延胡索、当归、郁金各 10g, 陈皮、枳壳、柴胡各 8g, 海金沙、金钱草各 15g, 甘草 5g, 干姜 8g。服 7 剂后, 自觉症状减轻, 继服 1 个月, 疼痛情况大为好转, B 超示: 胆管结石消失, 胆囊结石少量, 守方服用 2 个月, 症状消失, B 超显示结石已消失。此用法干姜用量宜小, 根据临床经验, 干姜 8g 为妥, 多则辛燥生热。

中国人民解放军 305 医院(北京 100017) 吴登山

温降高血压小议

一般地说, 高血压病为肝肾阴虚, 肝阳偏亢所致, 治疗多以滋水涵木, 平肝息风为法。临床上肾阳不足, 水气上凌, 则见用真武汤温降高血压者, 较为少见。因为温药可助阳升, 通常可使血压升高, 不可猛浪。所以, 必须慎于辨证, 掌握阳虚的辨证要点。其临床特征, 应有全身性恶寒, 或兼有眩晕、浮肿、便溏等, 脉应虚弱, 舌苔应白滑, 舌质应青淡, 如具有上述特征, 辨为阳虚是贴切的, 用温降是适宜的。

临床上用温药降高血压,是针对“肾阳不足,水气上凌”病机,温阳利水,使之阴霾四散,心阳振奋,肾水平持,使失调的阴阳得以平衡,血压自然恢复正常。尽管此种病例少见,但一旦遇有此种病例,非用温降莫效。

温降高血压,是否要配合重镇药,以期潜镇降压?临床上治高血压的重镇药,诸如石决明、生龙牡、灵磁石、代赭石、珍珠母等,能起到重镇降压的作用,但是配合温阳药降压,最好是选择不碍胃的品种,且不宜多种同用和药量过大,以免对脾胃产生不良反应。因为重镇药如牡蛎、石决明、珍珠母之类,性味偏寒,多用重用,往往对胃产生凉遏的现象,胃痞不舒,使饮食减少。所以在温降药中适当地选择重镇药是必须的。而且用下行药如牛膝,可助重镇潜降,相得益彰。

温降高血压药中,是否仍须配以平肝清胆药同用?从实践来看,使用温阳药,使之温阳利水,燮理阴阳,可达到降压的目的。如果在这种纯阳无阴的药中,加上清泻肝胆之类的苦寒药,无疑是不合拍的。更不能以“反佐”之意,在真武汤中加入龙胆草之类的苦泻药。

举例:患者黄××,女性,49岁,干部。病者素有高血压病史,血压持续在170/190/90~110mmHg之间。屡用复方罗布麻片、利血平、降压灵、复方降压片等药,但血压始终未能降至正常。近半年来,病者感觉精神萎靡,头目眩晕,全身疲惫,身体形寒,比常人怕冷,经常下肢浮肿,小便短少,食欲减退,脉象沉细弱,舌体胖大、舌苔淡白滑润,综上所述,病属脾肺气虚,肾阳不足。拟益气补脾,温阳利水为法。处方以真武汤加味:制附片10g,红参6g,茯苓20g,白术10g,白芍10g,生黄芪15g,牛膝10g,灵磁石15g(先煎),生姜3片。每日1剂。试投2剂。服上方2剂后,病者精神明显好转,自谓全身有一种温煦之感,食欲增进,小便量增,浮肿消退,血压150/80mmHg,脉象沉缓有力,舌苔薄白,津液适中。服上药有效,嘱守方再进5剂。5剂后,病者告谓,其病如失,身体轻爽,浮肿消尽,饮食正常。脉沉缓有力,舌苔正常,血压135/75mmHg左右,遂嘱停药观察。半年后随访问,未服降压药,血压正常。

江西中医学院(南昌330006) 陈瑞春

从《伤寒论》看戴北山之和法

和法首见于《内经》,弘扬于《伤寒杂病论》,系统于《医学心悟》。狭义的和法一般认为有和解少阳、调理脾胃、调和胃肠的区别。唯戴北山深得和法要领,指出和法有更为广泛的涵义,提出了“寒热并用之谓和,补泻合剂之谓和,表里双解之谓和,平其亢厉之谓和”的精

辟见解,这是对《伤寒论》“和”法涵义的综括阐述,赋予了较为全新的概念。

1 寒热并用之谓和 寒热并用者,适用于寒热错杂的病证。单用热药不能治其热,单用寒药不能治其寒,必须寒热杂投,方能中病。《伤寒论·太阳篇》说:“伤寒胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者,黄连汤主之”。《医宗金鉴》释此条说:“此热邪在胸,寒邪在胃,阴阳之气不和,失其升降之常,故用黄连汤寒温互用,甘苦并施,以调理阴阳而和解之也”。足见寒热并用既能治寒,又能治热,功可和解,也属和法范畴。

2 补泻合剂之谓和 补泻合剂者,适用于虚实夹杂的病证。纯用补药不能医其实,纯用攻药不能治其虚,只有补泻兼施,才切合病情。《伤寒论·太阳篇》说:“病常自汗出者,此为荣气和。荣气和者,外不谐,以卫气不共荣气谐和故尔。以荣行脉中,卫行脉外,复发其汗,荣卫和则愈,宜桂枝汤”。桂枝汤的作用虽属“本为解肌”,但其方除桂枝、生姜发汗以外,尚有芍药、甘草、大枣之调补,实际上是一种攻补兼施,补泻合用之剂。正如柯韵伯释此条说:“此方仲景群方之冠,乃滋阴和阳,调和营卫,解肌发汗之总方也。”补则正气来复,泻则邪气祛除,既补既泻,即致谐和,可见补泻合剂也属和法范畴。

3 表里双解之谓和 表里双解者,适用于表里同病的病证。《伤寒论·太阳篇》说:“太阳病,外症未除,而数下之,遂协热而利,利下不止,心下痞硬,表里不解者,桂枝人参汤主之”。桂枝人参汤为理中加桂而成,方证病机在于表邪未尽,脾胃虚寒,病既在表,病亦在里,表里同病,表里俱急,因此有“表里不解”的说法。成无己释此条云:“以表里不解,故用桂枝人参汤和里解表。”足见表里双解后表里病邪可除,表里之气可平,表里双解也属和法范畴。

4 平其亢厉之谓和 平其亢厉者,适用于邪气极盛,正气能支而邪实为主的病证。不攻不足以祛邪,他法难抑嚣张之气,只有辨明证候,以攻为主,平其亢厉,病始能愈。《伤寒论·阳明篇》说:“阳明病脉迟,虽汗出不恶寒者,其身必重,短气腹满而喘,有潮热者,此外欲解,可攻里也……若腹大满不通者,与小承气汤,微和胃气。”同篇还说:“结胸者,项亦强,如柔痉状,下之则和,宜大陷胸汤”。小承气汤、大陷胸汤均属攻下之剂,攻下后不仅能平其亢厉的病邪,还能因病邪的削减而致正气和平,里气安和,足见平其亢厉也属和法范畴。

笔者认为,戴氏之和与《伤寒论》学术思想的启迪密切相关,他把“和”的涵义推向了更新高度,对临床立法用药具有十分重要的指导作用与实用价值。

四川省合川县太和区卫生院(四川631555) 夏斌