

越来越多。

4 今后的展望

正如中国清代温病学说的形成有其必然性一样,在慢性炎症多发的日本,温病学说更具有实用性。

自《温病条辨》在日本被介绍以来,认识到在日本温病类疾病比伤寒类疾病更多的人在逐渐增加。《温病学》《温病纵横》被翻译成日文出版。近年日中医学交流日益兴盛,其中温病学者大量介绍了温病学的基础理论和辨证方法。目前日本医师自发组织的以《温病条辨》《湿热条辨》为主要内容的汉方学习会也屡见不鲜。本人感到今后在日本温病学说会很快地普及和广泛

应用。但是也应看到日中之间存在有不同,如气候风土的差别、日本人的体质、常见病、汉方药的使用方法及医疗保险制度均有不同,因此推测或许温病学说在日本会以三焦辨治为主,与现有的汉药提取物制剂和煎剂一起加减使用。

5 结 语

总之,要探讨日本后世派汉方与温病学说的关系,定要从后世派的起源论起,日本汉方的后世派从室町时代田代三喜携金元医学归国开始,经历无数优秀的临床家创造发展,其中温病学说已逐渐导入,现在正在实践中。

本文承蒙松本克彦先生指导,在此表示感谢

任达然治疗中风续发呃逆的经验

张恩树* 任光霞*

任达然老中医业医五十余年,钻研医理,注重临床,学验俱丰。治疗中风续发呃逆,有其独到之见。兹整理如下。

任师认为本病是肝阳亢盛,极而生火,横逆犯中,胃气上逆所致,诚如《内经》所谓:“诸逆冲上,皆属于火”。此外,中风续发呃逆亦是中风病节外生枝之征象,颇为棘手。因此,必须抓紧时机,审证求因,审因论治。任师主张应用镇肝降逆一法,自拟“镇肝降逆方”,常用药物为:代赭石 15~30g(先煎),天麻 10g,茯苓 10g,橘皮 10g,竹茹 10g,柿蒂 10g,川郁金 10g,炒枳实 10g,上沉香片 2g(研细末和服)。每日一剂,每剂煎两次,口服或鼻饲。若出血性中风续发呃逆者并有手足拘挛,可加羚羊角粉 5g(冲服),双钩藤 10g(后下),石决明 15~30g(先煎);若缺血性中风续发呃逆,可加丹参 10g。

病案举例:王××,男,58岁,职工,1986年2月16日初诊。素有高血压、脑动脉硬化病史10余年。5天前,因饮酒过量,后突然半身不遂,口眼歪斜,不省人事,血压:28.0/21.3kPa,急诊住入西医内科病房(住院号:583),诊断为:脑溢血。入院后,经输液、降压、止血等处理,病性略稳定。但昨晚续发呃逆,至今晨仍未止,病房邀请任师会诊。

患者呃逆频作,声音响亮,神志稍清楚,口眼歪斜,

语言蹇涩,半身不遂,手足时有拘挛,舌苔黄,脉弦有力。证属肝阳亢盛,横逆犯中,胃气上逆。病势重笃,虑防生变,亟投潜阳镇肝、降逆止呃之剂。处方:羚羊角粉 5g(冲服),双钩藤 10g(后下),石决明 30g(先煎),代赭石 30g(先煎),天麻 10g,茯苓 10g,橘皮 10g,竹茹 10g,柿蒂 10g,川郁金 10g,炒枳实 10g,上沉香片 2g(研细末和服)。3剂。

2月19日复诊:迭进上药后,呃逆控制,面赤、手足拘挛亦好转,血压 20.0/13.3kPa。后经中西药物治疗三周,恙入坦途,好转出院。

中风续发呃逆在医刊上披露较为鲜见,任师从1980年至1991年8月治疗本病数十例,均用镇肝降逆一法,效果满意。任师认为本病与一般的寒性或热性呃逆迥然有别。若单纯运用止呃药,难以奏效。必须遵循“高者抑之”(《素问·至真要大论》)、“凡肝阳有余,必须……潜之”(叶天士《临证指南医案》)的治疗法则。方中的代赭石能镇逆气上冲,与天麻相伍,加强镇肝之力;橘皮散逆气;茯苓、郁金、竹茹、柿蒂、枳实、沉香片行气和中降逆,全方共奏镇肝降逆之功。俾肝阳平静,气不上逆。

任师还指出:出血性中风者,若肝风内动显露,加用羚羊角、双钩藤、石决明平熄肝风;缺血性中风者,加用丹参活血通络,辅助治疗。对尽快地控制呃逆有所裨益,并对中风后一阶段的治疗,提供有利条件。

* 江苏省扬州市苏北人民医院(225003)

收稿日期:1991-09-10