

临

床

解

惑

黄体不健所致不孕症为何要从肝肾论治?

答:黄体不健(LPD)所致不孕是指因黄体分泌孕酮不足,伴黄体期短,以致子宫内膜分泌反应不良,难以维持孕卵的种植和早期发育而引起不孕、流产。根据临床观察,本病有如下征象:(1)患者大多有乳胀腰酸、胸闷胁痛、抑郁焦虑等躯体与心理反应;(2)部分患者出现五心烦热,口干而苦,月经提前,量少色红,苔薄舌暗红脉细,部分患者为畏寒肢冷,阴道分泌物少,经前咖啡样点滴渗血,或有习惯性流产史,舌淡边有齿印,脉沉细;(3)实验室检查催乳素(PRL)增高是肝郁型黄体功能不全患者的一个重要病理改变,治疗后随着肝郁症及基础体温(BBT)的改善,PRL均有降低趋势。临床有“肾虚”证的患者雌二醇(E₂)及孕酮(P)可有不同程度的下降,且肾虚证的轻重与E₂、P有一定平行关系。

一般认为,黄体不健绝大多数是下丘脑—垂体功能失调,而某些类型的黄体功能异常亦与精神心理因素有关。由于肝主疏泄藏血能调畅气机,肾主生殖藏精为生殖之本,所以根据临床特点,我们拟定了从肝肾论治黄体不健的治疗方案,观察了97例,均辨证为肾虚肝郁证,以肾阳偏虚为主占78%,PRL均有不同程度的增高,经前子宫内膜分泌不良,BBT高相小于12天,患者具有不同程度的植物神经功能紊乱,与正常对照组有非常显著的差异,甲皱微循环的检测表明,肾虚肝郁证患者阳虚证愈突出其微循环的障碍愈明显。我们注意到,由于某些患者体质特点,因肝失疏泄,干扰“肾主生殖”,使肾的闭藏功能失调导致不孕。在治疗时黄体期与卵泡期均用药,根据月经周期中阴阳转化的理论,拟定益肾疏肝方:全当归20g,怀山药30g,炒白芍12g,炙甘草10g,菟丝子20g,大熟地15g,炒柴胡10g,经后期加女贞子20g,旱莲草20g以养血滋阴,经前期加巴戟天15g,制香附以温阳疏肝,每个月经周期服20剂,3个周期为1疗程。全方温而不燥,滋而不腻,对习惯性流产者预测有妊娠可能时继续服益肾疏肝方直至确诊妊娠,同时进一步保胎直到妊娠3个月。

对治疗的患者均辅以心理疏导、行为矫正,结果子宫内膜病检配合PRL、P、E₂复查,黄体功能恢复率为84.2%,1年内妊娠率为67.5%。动物实验证实,益肾疏肝方能直接或间接促进垂体前叶合成和分泌促黄体生成素,降低PRL,直接促进黄体合成和分泌孕酮,提高和延长孕酮分泌高峰,为临床从肝肾论治黄体不健

所致不孕提供了一定的客观依据。

**江苏省南通市中医研究所(226001) 姚石安
神经源性膀胱尿道功能失调如何辨证施治?**

答:神经源性膀胱尿道功能失调是指排尿的中枢神经或周围神经受到损害之后引起的排尿功能障碍,属中医癃闭、淋证、遗溺范畴。中医认为本病的主要病位在膀胱,与肺、脾、肾密切相关,但正常人体小便的通畅,有赖于三焦气化的正常。若先天不足,肾精亏虚,素嗜肥甘厚味,内生湿热下注于下焦;情志不遂,肝郁致三焦气化功能失调;或肺失宣降,清气不升致浊气不降;均使膀胱气化失常,小便不利。此外,外伤、手术致瘀血阻塞尿道也是十分重要的原因。因此,清利湿热、通利水道,补益脾肾,活血化瘀等构成了本病的基本治法。临证常分为6型论治。

1 湿热壅积型:排尿困难,小便点滴不通,或量极少而短赤灼热,小腹胀满,口苦口粘或口干不欲饮,舌红苔黄腻,脉滑或数。多见于逼尿肌反射亢进型。治宜清热利湿通淋,自拟神经源I号方(革薢、黄柏、虎杖、茯苓、生苡仁、车前草、木通、地龙、丹参)。针刺选阳陵泉、太溪、水道、归来、曲骨。

2 肺热壅盛型:小便滴沥不尽或点滴不爽,咽干,烦渴欲饮,呼吸急迫,或咳嗽、咯黄痰,脉数。治宜宣肺清热,通利水道。自拟神经源II号方(黄芩、栀子、桑白皮、鱼腥草、杏仁、瓜蒌、车前草、茯苓、泽泻)。

3 中气下陷型:小腹坠胀,时欲小便而不得行,甚则用手压腹,或量少而不爽,精神疲乏,食欲不振,气短而语声低,舌淡,脉细,多见于逼尿肌收缩无力型。治宜补中益气,升清降浊,自拟神经源III号方(人参、当归、黄芪、升麻、陈皮、生苡仁、肉桂、车前子)。针刺选中脘、关元、足三里、三阴交,用补法,同时加灸。

4 肝郁气滞型:常见于中青年,情志忧郁,或多烦善怒,小便不通或通而不爽,胸胁胀满,脉弦,多见于逼尿肌反射亢进伴协同失调型。治宜疏肝理气,通利三焦。自拟神经源IV号(柴胡、枳实、沉香、郁金、鸡内金、乌药、当归、王不留行、石韦、滑石)。

5 肾精不足型:多见于先天不足,后天失养,素来小便频数,夜晚尤甚,排尿困难,尿线细,排尿无力或不成线,甚至尿失禁,伴面色㿔白,神疲气怯,腰酸肢冷,有大量残余尿,舌淡,脉沉细而尺弱,治宜补肾填精,通阳化气。神经源V号方(熟地、龟板、山药、枸杞子、仙灵脾、乌药、益智仁、肉桂、鹿茸)。针刺选命门、八髎、中

极、关元、足三里、三阴交，用补法。

6 尿道阻塞型：小便滴沥不畅，或尿线细，偶有分叉，时而通畅，时而阻塞不通，小腹胀满疼痛，舌质紫暗，脉涩，多见手术或外伤病史，多属逼尿肌收缩无力伴尿道外括约肌失调，治宜行瘀活血，散结通淋。神经源Ⅵ号方（桃仁、红花、山甲、莪术、川牛膝、川芎、益母草、黄芪）。

总之，神经源性膀胱尿道功能失调并非是一种独立的疾病，在中药、针灸治疗的同时，应针对原发病进行治疗。随着现代科学的发展，尿动力学测定对本病的研究越来越受到重视，而且为中医药研究提供了客观判定指标。采用辨证与辨病，针药并用，内外兼施，有助于提高中医药治疗本病的疗效。

中国中医研究院广安门医院泌尿科(100053) 郭军

如何应用苇管器灸治面瘫？

答：苇管器灸是古代灸法的一种，主要用于治疗周围性面瘫。早在唐代孙思邈《千金要方》中就有记载，“卒中风口喎，以苇筒长五寸，以一头刺耳孔中，四畔以面密塞，勿令泄气，一头内大豆一颗，并艾烧之令燃，灸七壮差”。明代杨继洲《针灸大成》及清代廖润鸿《针灸集成》也有类似记载。笔者根据古代记载和前人的经验，对苇管器的制作、施灸方法、施灸量介绍如下：

1 苇管器的制作

取一段长6~7cm，管口直径0.5~0.7cm的芦苇，将苇管的一端切成斜面，另一端管口平滑，以便插入耳内施灸。另取饮料听的金属片，长5~6cm，宽3.5~4cm，将金属片的一端平行插入苇管斜面端的下方，深约1.5cm，管口暴露，使金属片与苇管连接。金属片的另一端剪成半圆形，并将金属片两边向上弯曲，形似鸭嘴，以便施灸时放置艾绒。

2 施灸方法

先将苇管平滑端插入耳内，取大艾绒柱放入鸭嘴形金属片上，点燃，数分钟后，耳内则有温热感，如果没有温热感，可调整苇管的角度，使艾烟传入耳内。

3 施灸量

周围性面瘫多属风寒邪气侵袭面部经络，可分为急性期和恢复期，一般患病2~3周内为急性期，3周以后为恢复期。急性期的治疗以祛风寒为主，针灸并用，重用灸法。苇管器灸治面瘫主要用于急性期，每日施灸一次，每次3~5个艾炷，约30~40分钟，连灸2~3周。面瘫恢复期的治疗，以疏通面部经络为主，多用针刺，配合拔罐、梅花针等方法，如用苇管器灸，每次1~2个艾炷，约10~15分钟，每日或隔日一次。

中国中医研究院针灸研究所(100700) 郑其伟

相反相畏的中药在外治法中应忌用？

答：关于中药的配伍禁忌，前人有“十八反”与“十

九畏”的记述。所谓“反”，乃指两味药合用后能产生毒副作用。所谓“畏”，指两药合用后能使药效降低或消失。但在古今配方中也有一些反畏同用的例子，如甘遂与甘草同用治疗腹水，可以更好地发挥甘遂泻水的药效；党参与五灵脂同用治疗胃痛，可以补脾胃止疼痛，而药效无损。实验结果提示，某些十八反组对内存在着疗效互相干扰的情况，妨害某些药正常疗效的发挥；有的组对只在特定的条件下呈现疗效妨害；有的虽然文献中言之凿凿，却不能在实验室条件下观察到干扰疗效的现象。相反组对在一个方剂中出现，有可能干扰或妨害原方剂的药效，但并非在所有方剂中都出现，也并非对所有药效都发生干扰。因此在内服方中尽可能避免使用十八反配伍。外治法一般不避反药，如《理渝骈文》中用清阳膏贴胸背治大结胸证，膏内有甘草，在膏上还参加甘遂等药末。又治相火盛者之梦遗，用甘遂甘草末，猪脊筋捣丸纳脐掩，七日一换，能清相火。近代用甘遂甘草末敷脐治疟疾、尿闭、肝硬化腹水；甘遂、甘草研末，猪脂共捣如泥贴治小儿虫积痞块；甘草、甘遂等分为末，蜜调涂敷冻伤；甘遂插耳，口含甘草治耳鸣耳聋等，都取得相反相成之效。其他如乌头和半夏、贝母等药同用亦屡见不鲜。至于相畏药同用，更不必介意。《理渝骈文》治脾虚食积，证见脾阳不运，饮食不化，兼胸脘痞满，腹胀时痛，噎腐吞酸者，需攻补兼施，用健脾胃和金仙膏各半摊贴胸脐。健脾胃中有牵牛、丁香，分别与金仙膏中的巴豆仁、郁金相畏，合并后并未降低药效，却收到相得益彰之效。近人有意用官桂和赤石脂同用敷脐，治疗小儿寒泻，未见相畏之弊，反增温中固涩之功。

外治用药为何不避反畏？因外治常用药末，未经煎煮，发生药效干扰的可能性小，有的制剂用麻油煎熬或用蜂蜜调涂，可以减缓药物的毒性，有的则是利用其相反相畏的特性而增加药效。外治药物多由皮肤或孔窍渗入，或通过经络穴位传输，一般剂量较小，即使发生毒副作用，也可立即撤除，因而较内服安全。

江苏省南通市中医院(226001) 吴震西

征 订 启 事

《中医杂志》是中国中医药学会和中国中医研究院主办的国家级杂志，是创办最久，发行量最大，最具影响的中医药期刊之一。现开始征订1995年杂志，请到各地邮局(所)办理。邮发代号2—698，国外代号M140。定价：2.40元。也可向本刊直接订阅，每册另加0.2元邮资。

欢迎订阅 欢迎投稿。