

百

家

园

函诊青春型精神分裂症 1 例纪实

王××,男,15岁,初三学生,云南省巍山县人。
1991年9月6日初次函诊。

患者自幼聪颖,入学后一直成绩优秀,名列前茅。因学习十分省力,所以把大部分时间用于看小说等课外书籍,不幸于两年半前患了精神病。自病后,性情一反常态,时时妄想家长在饭菜中放毒,便自己买菜做饭。平时目内眦白睛上布血丝,时突然躁烦,两目怒视,面红目赤,甚则毁物发泄。同时,学习成绩急剧下降,无奈停学。自饭后数分钟后枕部疼痛,约过10多分钟到1小时才消失。口中常感辣味,泛吐清涎,清涎越多,病情越重。相隔数日或数周可有腹胀、不欲食。曾在当地精神病院诊为“青春型精神分裂症”,服用奋乃静、盐酸苯海索、氯氮平、脑力宝等,病情未能改善,且服药期间整日昏睡。病延日久,故来信求治于我院。患者自幼体健,仅患过干燥型鼻炎,已愈。遇事谨小慎微,胆小。诊腹部柔软,舌质淡苔白,脉涩,间有结脉(其父是医生,信中描述舌、脉、症俱全)。证属痰迷心窍,治以涤痰开窍,用自拟涤痰开窍汤进治。处方:法半夏12g,橘红10g,胆星10g,石菖蒲10g,炙远志9g,明矾10g,广郁金12g,枳实9g,厚朴10g,竹茹10g,浙贝12g,竹沥水20ml(兑药液内服),云苓15g,酒军6g。每日1剂。

1991年10月23日二诊:其父信告,仅服药2剂,患者口吐清涎减少,头痛减轻。因患者疑毒妄想,非自己持方配药、煎服。见处方笺上书有“痰迷心窍”四字,疑团顿生,否认自己有病,拒绝服药,以致病况依然。舌淡红,苔薄布满舌面,呈分布不均斑剥无苔数点,脉微兼涩。后流称是治近视眼方,才能接受。遂于前方中去菖蒲,加重镇之生铁落60g(先煎去滓),珍珠母30g(先下),以全瓜蒌15g易远志,酒军加至9g,以加重泻热之功。

1992年4月22日三诊:上药服后,后半夜入睡较好,白日头脑清醒,自觉眼睛会亮起来。因患者情绪不稳定,仅服了5剂,停药后病又复发,于去年年底再次住入精神病院。入院后服奋乃静、氯丙嗪3个月无效,住院至4个月出院回家开始服此方,西药改服多虑平50mg,日2次,氯氮平从小剂量起,直到175mg,日2次。于涤痰开窍汤内去石菖蒲、厚朴,加黄连6g、莲子心10g、全瓜蒌15g、寒水石20g(先下)、珍珠母30g(先下)、丹参12g,远志改为朱远志,茯苓改为朱茯神,以清心凉营安神。

1992年7月17日四诊:每日早晚服西药,中午交替服第二、三诊中药方,病情逐渐好转。当病人出现舌红、面目赤时,于第二方加服云南产牛黄解毒片8片(2.4g),患者可泻下粘液,病情即缓解。西药氯氮平已减至100mg,日2次。多语、说胡话、痛哭流涕、磕头打人、不安等症状逐渐减少或消失。由狂笑、嘻笑到正常笑。后颈发际至枕部头痛渐渐上移到百会穴又转向两侧鬓发附近,以后头痛消失。额部皮肤麻木无知觉现已恢复。眼球发胀减少时,近视的视力就有所改善。最突出的是,惊恐不安,自认为亲人随时加害于他,怕死想死的矛盾心理不断渐减,直至完全消失。自知力基本恢复,少有多语,胡话很少。舌体正常,微颤抖,舌质舌苔正常,脉数微浮兼涩。加入《伤寒论》柴胡加龙牡汤意,以镇静安神。即于涤痰开窍汤中去远志、浙贝、竹沥水、厚朴加生铁落60g(先煎去滓),天竺黄10g,生龙牡各30g(先下),柴胡9g,黄芩9g,生姜9g,大枣5枚。

1992年10月20日五诊:患者坚持服第4方,晚上服奋乃静8mg,氯氮平25mg,早晚加服肌苷、维生素类辅助药,患者已基本治愈,语言行动与正常人一样,已于9月1日复学。但时有头晕、恶心、食欲差、舌质红绛、舌中占舌面1/4布黄厚苔、湿润,脉洪。遂又予处方,于涤痰开窍汤内去橘红、浙贝、竹沥水、厚朴,加广陈皮10g,天竺黄10g,炙甘草9g,白菊花10g,炙僵蚕9g,焦三仙30g,茯苓改为朱茯神,酒军减至5g,明矾减至5g。嘱其继续服用,巩固疗效。1993年10月12日其父又函告:患儿已升入高中一年级正常学习。

综观函诊全过程,患者之病机确属痰涎为患,故自始至终用涤痰开窍法,据证略事加减而获效。方中用法夏、橘红、胆星、竹茹、明矾、浙贝、茯苓、竹沥水涤痰化饮。善治痰者必治气,故以枳实、厚朴、郁金行气解郁。痰蒙心窍,则用菖蒲、远志以开之。酒军之缓泻,使痰有出路。值得注意的是,方中之明矾,多作外用药,很少内服,非痰涎为患者不可用之,药已中的后宜逐渐减量,不可多服久服,以防中毒。即《内经》“大毒治病,十去其六”之谓。笔者临证常用此方于精神病、癫痫等痰饮作祟之疑难病症,每获良效。

中国中医研究院广安门医院(北京100053) 朱建贵

俞慎初治疗大便失禁

著名老中医俞慎初教授从医近60载,擅治内妇儿科病证,积有丰富临床经验,尤其对疑难杂症的治疗每

有独到之处。笔者随俞老临证,屡见起沉痾痼疾,得海颇深。兹将大便失禁案介绍如下。

王××,男,65岁。1992年6月25日初诊。患者大便失禁已1月余。每于下腹部痛时,大便即自行排出;或一有便意,也随即排便,一日滑脱数次,无法自禁。大便基本成形,但带有粘液。近月来曾多方求治,前医以涩肠固脱剂未能见效。患者精神抑郁,胸胁胀闷,时有暖气,脉弦数,舌质稍红苔白。证属肝失条达,气机不畅兼热蕴肠道而致大便失约,治宜疏肝理气,清热解毒。拟四逆散与白头翁汤合方加减:柴胡6g,白芍10g,枳壳6g,葛根6g,白头翁6g,秦皮9g,黄柏5g,黄连5g,木香5g,怀山药15g,铁苋菜15g,甘草3g。4剂,水煎服。6月30日二诊:患者喜形于色,告服第1剂后大便就稍能自禁,又继服3剂后,大便已基本恢复正常,每日排便1次,下腹部疼痛亦除。前方获显效,为巩固疗效,仍按前方再服4剂,以收全功。

肾司二便,又与肺的宣肃、脾的运化和大肠的传导、膀胱的气化等功能密切配合、协调。大便失禁,常责之于脾、肾和大肠。然而俞老尤为重视肝在疏通人体气机的作用。他认为大便的通调,也有赖于体内气机的畅达。若肝失疏泄,气机不畅,常出现肾与大肠等功能的失常,从而导致大便约束的障碍。本例大便失禁,俞老善于抓住胸胁胀闷、精神抑郁、暖气、脉弦的肝失疏泄、气机郁滞的症候特点而从肝论治,以疏理肝气入手,用四逆散调畅气机;因有热蕴肠道的兼证,故辅以白头翁汤加铁苋菜等清肠道热毒;加怀山药补益脾胃;木香行肠气,宣滞止痛;葛根升发脾胃清阳之气。由于方证合拍,故服后即显效。

福建中医学院(福州 350003) 刘德荣

浅谈对症治疗后的失误

许多疾病经过对症治疗,理法方药亦丝丝入扣,结果其疗效很差,令人失望。笔者认为有如下几方面的原因。

慢性病由于病程长,对症治疗,很难立即见效。作为临床医生应该充分地认识到这一点。不能认为在短时期内难以取效就频繁地更法易方。病者或家属也不明白取效慢的原因,而另请他医治疗,频繁地更医换药,难于使疾病痊愈,造成治疗后的失误。产生上述原因还有医生对疾病的发生、发展、预后认识不透彻;医生对患者及家属的解释不够;患者及家属对医生不信任等。临床实践证明,许多疾患在药物对症的情况下不能立即见效,药物的效应期相对较长,这就要求医生不但要有胆有识,更要守法守方。同时要提高医生的技术素质和医德修养。

疾病对症用药后,不能明显见效的另一原因是药不

胜病。如患者的体质较强,对药物的耐受阈较高。虽然临床用药准确,但药物效力不足。再如患者脾胃承受力较弱,不能负担全部药物的消化、吸收,同样达不到治疗的目的。还有医生用药剂量偏小以及煎药不得法等。

还有一个原因是病情突变。急危重症传变迅速,或由表入里,或由腑入脏,或由气及血,或阴阳互损,造成缓症转变为急症,轻症转变为重症,病势急剧骤变。即使临床用药准确无误,亦恐难符合剧变的症候。病位、病性、病理已经发生了改变,临床疗效就无从谈起。况且药液通过口服,在机体内还有一个吸收过程,这样原有的药物实际上已不对症。如何避免因病情突变所产生药物对症后的失误,关键是医生要娴熟疾病的传变途径、合并症及预后等情况。临床用药要考虑截断疗法的临床运用,防患于未然。

中药剂型及给药途径给对症治疗带来了诸多不便,往往使它们失去了应有的效力。如现在大多数处方都用汤剂口服,但重危急症患者服用困难,特别是昏迷、休克的患者更是如此。即使采用鼻饲法,也不能为患者完全接受。如果把中药改为针剂,静脉点滴或肌注显然比口服中药的疗效要佳。正确的用药,如果剂型及给药途径选择不当,同样会出现治疗后的失误。因此,临床上要根据具体情况选择好药物剂型以及正确的给药途径。中药剂型改革势在必行,给药途径要广泛多样。总之,药物对症要看清疾病的本质,尽量避免人为的干扰,全面深入地窥准病变的全过程,做到准确的投药,尽量减少治疗后所出现的失误。

江西省抚州市第二人民医院(江西 344000) 唐学游

麻黄细辛附子汤治疗 暴盲暴聋暴哑心得

中医认为暴盲、暴聋、暴哑或由邪阻气逆窍闭而发,或由精亏血少窍失所养而生,绝大多数属实证。暴盲一般多责之肝经火郁气逆,血闭、血溢,采用疏肝清肝法治之;暴聋一般多责之六淫邪气阻滞,胆经气机壅塞,采用清利疏通少阳法治之;暴哑一般多责之六淫犯肺,肺失宣发,采用开宣肺气法治之。但对于大寒伤人之重证,则病深治浅,断难奏效。大寒袭人,往往长驱而入,直中三阴。伤太阴则吐、利不止,伤厥阴则挛痹、寒疝,伤少阴则目盲、耳聋、失音,以寒性收引凝固,闭人肌窍故也。因而暴盲、暴聋、暴哑证中,属大寒直中少阴,上壅窍隧,下闭肾气,伤伐肾阳病机者最多。治此,当以开宣肺气,温通肾气为基本法则。肺气宣通则表里透达,窍隧顿开;肾气温通则真阳鼓动,阴寒自散。能充分体现这一治法的当首推麻黄细辛附子汤。麻黄辛温发越,最能表散风寒,开宣肺气;附子辛热,最能壮元阳,补命火,搜逐深陷之寒邪;细辛大辛大温,最能入髓透骨,走经窜络,启闭开窍,