

百

家

园

辨证治疗垂体肿瘤的心得

垂体肿瘤约占颅内肿瘤的10%，但其临床表现不同于其他脑瘤，一是垂体肿瘤以良性居多，发展缓慢；二是垂体肿瘤以其激素分泌的紊乱为其主要表现，常混迹于内分泌疾病中；三是颅内压增高并非其特定症状，出现颅内高压“三征”常是晚期表现；四是早期常无临床症状，主要依赖颅内CT或核磁共振(MRI)检查。根据上述临床特点，笔者从两方面予以辨证施治。

1 垂体分泌功能之异常，主分阴阳两类

垂体肿瘤常以其分泌激素之偏颇而引发临床症状，诸如闭经、溢乳、阳痿、多毛、肥胖、尿崩、皮肤紫纹、肢端肥大等为其征象，这都是激素过多或不足有关。无激素之名称，但激素融于血液之中，且其具有量少而效宏的特性，与中医之“精”的特性相同，故当归属于“阴精”之范畴。且从内分泌紊乱之表现辨证，其既有呈现形体臃肿、肥胖、多毛、紫纹等肾精壅盛的表现，又有出现口干唇燥、皮肤干涩、经少闭止、阳痿不育等精亏阴虚的征兆，所以临床既可见到阴虚内热或阴虚阳亢的表现，更多的是以阴损于内，阳虚于外之阳虚症状，故余主从阴阳分类，大致有以下3型：

肾精壅盛型。此类病人临床既有内分泌激素过多，又有肾实证的征象，主要见于垂体肿瘤之皮质醇增多症，主见体丰形肿，满月脸、向心性肥胖，皮肤紫纹等症，余以《千金方》之泻肾汤合大承气之意治之，初投剂量宜轻，或用生军、熟军各半以缓其势，且常纳黄精、生地补其精，寓补于攻，调整其内分泌激素紊乱，若患者已兼有颅内高压三征或见有相火偏亢者，则以磁石、龙牡为伍，以镇摄其上亢之势，也有助于软坚消瘤。

肝肾阴虚型。此类证型较为多见，既可见于激素分泌过多之促甲状腺激素腺瘤，也可见于激素分泌不足之尿崩症等。前者虽有阴盛之病理，但由于过则为害，精化为气而成阳盛之贼邪，遂致阴虚；后者则为垂体后叶受压而分泌不足，诚为阴虚之原由。治此，余主用自拟之月蓉生精汤或杞菊地黄汤化裁，若兼有阴虚阳亢或头痛等颅内压增高征象，则用三甲复脉汤治之，至于阴虚兼有燥热征象，尤其多见于垂体瘤之尿崩症者，则仍以滋阴填精为主，重用地黄，兼以清燥解涸之剂，以治本为其准则。

脾肾阳虚型。脾肾阳虚证型者，以垂体瘤居多，尤多见于激素分泌不足之垂体肿瘤或垂体肿瘤术后体虚者，此系阴病及阳，而致阴损阳衰，精不化气使然。治此，虽宜温补肾阳，但也应补肾填精，以治其元精不足。余常用金匱肾气方，喜投菟丝、苁蓉、肉桂、附子之类，菟丝、苁蓉二味皆具有补阴以兴阳之功能，虽归于补阳类药，实为阴阳双补之剂，也系月蓉生精汤之要药；桂附则补肾而通阳，对术后患者更具有调达振奋之性。

2 垂体占位性病理改变，主从痰瘀论治

垂体肿瘤虽具有增生之病理，但由于蝶鞍之骨性组织结构，较少有占位性颅内高压症状，而症见头痛、呕吐、视神经乳头水肿之三征常是晚期表现，如今借助CT或MRI之检查，已摄见其占位病理之肿块，从中医而论是为痰瘀，在临床上当辨其痰瘀之孰轻孰重，分而治之，以消其瘤。

痰湿内蕴型。此类病人大多见于垂体微腺瘤，常经CT或MRI予以诊断。其虽或有头晕之感，但尚无明显之颅内高压三征，常与肾精壅盛或脾肾阳虚之证兼见。治此化痰祛湿，旨在软坚散结以消瘤，余常用二陈汤合胆星、象贝、昆布、海藻，二陈是为化痰之名方；胆星、象贝具有软坚之功；昆布、海藻是含碘中药，具有明显的抑制甲状腺素合成和释放作用，尤其对垂体分泌功能亢进者更为适宜。

瘀血阻脑型。此是垂体肿瘤晚期常见之证型。其以头痛痛有定处及舌质暗紫或有瘀斑、舌下青筋显露为主要表现，多见于蝶鞍已有病理损害、肿瘤较大者，究其形成瘀血之因，既有气滞血瘀者，也有气虚血瘀者。前者常与痰湿并见，后者常与阳虚同存。治此，余以四物汤为主，气滞者投血府逐瘀汤，气虚者投补阳还五汤，然而考虑治此需软坚消瘤，故常用桃仁、茜草、莪术活血软坚。至于抗癌之中药，诸如山慈姑、黄药子等常有毒副作用，当慎用之，余仅在体实者小量投放，并注意观察其反应，适时停药，以防攻瘤伤正，得不偿失。

上海市中医文献馆(200020) 潘文奎

我对乙型肝炎的再认识

对乙型肝炎(以下简称乙肝)的治疗，目前尚无重大突破，多年来我从理论到实践反复探索，认为中医对其病名、病原、治疗以及展望等诸方面有重新认识的必

要,兹讨论如下:

1 病原唯“毒”是本,病名颇须厘正

从认识肝炎可出现黄疸,黄疸可见于肝炎之滥觞,我即以乙肝病原为湿热,并认为较之甲肝湿重于热,也赞同“湿热未净”或“肝胆湿热”作为临床证治之一型。然而在实践中,使我对乙肝的认识逐渐加深:一是单就黄疸一证,不足以谓为湿热,因为乙肝具有传染性,而湿热一般不具备,况且并非所有乙肝具有黄疸,黄疸也并非乙肝所独具;二是乙肝经治后,黄疸甚至所有湿热症状消失,而HBsAg依然阳性。此不得不考虑“天地间别有一种异气所感”(《温疫论·自叙》)。所谓“异气”是一种非风、非寒、非暑、非湿的致病因子,且为疫病。由此断言,乙肝病原原非湿热,乃属“疫毒”。

乙肝病原既非湿热,自然无须一味清除湿热,也无须以湿热作临床分型,实践证明,若纯清除湿热,即使湿热尽驱,乙肝依然不能痊愈。这是因为:(1)毒与湿热有质的差异。湿热可造成“毒”的滋生和良好环境,并不能直接损害肝细胞;而直接导致肝细胞损害的是“毒”。(2)“毒”与湿热致病所着不同。湿热外受为淫气,内注为人体病理性产物,多途径传播,不局限于某一脏某一腑;而“毒”(指乙肝病毒)经血液体液传入,专着于肝。(3)“毒”与湿热所反映症状有出入。“毒”在湿热良好条件下症状反映可能明显,如黄疸、出血等,若无湿热环境亦可能无症状,如HBsAg携带者便是;而湿热则不同,凡人体外受湿热或内蕴湿热,非黄即瘵,非痛即淋,无症状者鲜有。

对乙肝命名,中医亦当厘正,明明是肝脏受病,却名之黄疸、胁痛、症积、虚损等,此类病名,实系某一病的某一阶段的体现,并不能完全反映疾病的实质。

2 治勿喧宾夺主,祛邪务专务尽

治勿喧宾夺主、祛邪务专务尽是我治乙肝长期临床实践的总结,从八十年代初,我以为乙肝多属肝肾亏损,正气不支,湿热邪毒侵袭,自拟健甲散(山萸肉、山药、水蛭、龙胆草)加味健甲散(健甲散加蕤仁、五味子、虎杖、苁蓉、青黛)并配合山药佐食,试图扶正祛邪,可获良功,结果疗效并不满意。遂又使我回到辨证论治上来。如肝胆湿热证用清利湿热法,肝郁脾虚证用疏肝益脾法,肝肾阴虚证用滋肝补肾法,脾肾阳虚证用健脾温肾法,瘀血阻络证用活血通络法等,然而疗程结束后,症状虽有缓解,但HBsAg持续转阴甚少,甚至少数患者从乙肝趋向肝硬化或者突发肝癌,这不得不重新考虑虽“正气存内、邪不可干”,但“避其毒气”、祛除毒气不无为第一要义。回首往常治疗乙肝,重在见症治症,其结果治黄疸黄退而病毒未除,治胁痛痛止而乙肝未

愈,补虚损虚损复而乙肝病毒标志物依然复制。后来我注意到乙肝总的病机和治则,从祛毒入手,结合辨证用药,基本治愈率较前提高。常用药物如山豆根、板蓝根、白花蛇舌草、紫花地丁、野菊花、土茯苓、蚤休、银花、连翘、蒲公英、大黄、芒硝、山梔、茵陈、田基黄、金荞麦、生苡仁之类。气虚者,加保元汤(人参、肉桂、黄芪、甘草);伴血瘀加赤芍、小蓟、丹参、虎杖、紫草等,疗效较为理想。目前我又以清瘟败毒散减犀角,加紫草、蚤休、山豆根、生苡仁煎服或制丸治疗慢性活动性肝炎或乙肝病毒携带者,临床已初见端倪,均体现主攻在毒、祛邪以尽之旨。

3 谋求药气相合,采方由博返约

谋求药、气相合,前人早已梦寐以求。目前借助微观检测病原学已有较大进展,但药理学尚无重大突破,尤其中草药效价仍不能重复临床。70年代中期,重庆医学院对常用的508种中药抑制HBsAg的作用进行实验研究,结果发现23种药物具有较强的抑制作用,计有胡黄连、贯众、黄药子、钩藤、桑寄生、黄柏、昆布、石榴皮等;61种有轻度抑制作用,如桑叶、陈皮、木瓜、丹皮、丁香、山楂、七叶一枝花、郁金、黄芩、怀山药、桑椹子、蟛蜞菊等;其余403种均无作用。同期河南医学院筛选206种中药,发现石榴皮、紫参、首乌等有较强的抑制HBsAg的作用,同样作用还包括五味子、虎杖、蛇舌草、大黄、蚕沙、板蓝根、茵陈、川连、矾石、鱼腥草。故认为上述药物重复较强的有大黄、黄柏、贯众、虎杖、山楂、石榴皮、败酱草及肉桂。然而经我临床应用,部分药物疗效尚难肯定,甚至无效。由此可见,药(效用)、气(病原体)相合的“鸿沟”尚未逾越,然而由博返约筛选有效药物的思路 and 做法,实属可取。

安徽省天长市中医医院(239300) 雍履平

大黄减肥效果与季节有关

我们在临床治疗肥胖症中发现,减肥效果与季节有一定的关系,即就诊日期不同,疗效也不一。

在我们诊治的1270例患者中,平均病程9.2年。轻度肥胖426例,中度肥胖574例,重度肥胖270例。肥胖原因主要是饮食、产后、遗传,其次是药物、术后,还有内分泌紊乱、活动少、嗜睡等。

我们均给予降脂减肥片(大黄醇提片,每片相当生药0.3g)5片,每日3次,饭前半小时服用,要求患者每日大便2~3次,据此调整药量,连续治疗3个月。有434例患者加服芬氟拉明。并嘱患者调整饮食习惯,适当增加运动量。

1270例患者经治疗后,体重降低>2kg者1040