

与不爽,结合咳喘哮的主症与兼症,灵活用方遣药,加减变通,具体方法如下:

痰多色白质稀,或为水泡痰,兼有寒象者是为寒饮,治宜温化水饮,小青龙汤主之。痰多色白质稀或成块,咳吐爽利,是为寒痰,治宜温阳除痰降气,苏子降气汤主之。痰多色白而粘、胸闷而喘者,是为湿痰,治宜燥湿除痰,三子养亲汤合二陈汤主之。少量白痰无热象、喉间如水鸡声,是为痰饮,治宜温肺化饮,射干麻黄汤主之。痰多黄白相兼,胸闷而喘者,是为寒热相兼,治宜宣肺定喘,定喘汤主之。痰多色黄、胸闷易咯出者,是为痰热,治宜清气化痰,清气化痰汤为主。干咳无痰或少痰,喉间有痰鸣音者,是为热重于痰,治宜清肺平喘,麻杏石甘汤加桑白皮、葶苈子为主。咳吐脓痰有腥味,胸痛者,是为肺痈,治宜清热排脓,千金苇茎汤加葶苈子、鱼腥草、蒲公英等为主。痰中带血,咽干舌燥者,宜润肺止咳,沙参麦冬汤为主。咳逆阵作,痰滞咽喉,咯之难出,量少质粘,兼有胸胁胀痛者,宜平肝清肺,泻白散合黛蛤散为主。咳喘吐白沫是为肺痿,治宜清燥救肺,清燥救肺汤为主。喘之突然发作者,即为哮证,常与过敏有关,按中医“风善行数变”的理论,可在原辨证的基础上加定风药,如蜈蚣、全蝎、地龙、蝉蜕,选1~2味即可,以定风脱敏。久病兼有肾虚,痰稀而咸者,宜补肾摄纳,肾气丸为主,阳虚加补骨脂、仙灵脾、鹿角片,阴虚加龟板胶、麦冬、胡桃肉、冬虫草。

综如上述,以痰为辨证要点治疗咳喘哮,大法分明,入细入微,验之临床事半功倍,值得深入研究。

山西省中医药研究院(030012) 侯振民 张瑞梅

舌下痰包治验

舌下痰包,现代医学称之为舌下囊肿,目前主要采用舌下腺摘除术治疗。笔者运用中药内服、外敷治疗2例,收效良好,兹介绍于下,聊供参考。

例1:陈××,男性,13岁。1986年3月18日初诊。患者舌右下胀满,饮食、言语不利1周,经某医院治疗罔效。刻诊:舌下右侧见一肿物,约2.1cm×2.0cm,色微黄,质地柔软,稍有压痛,口干而苦,大便秘结,舌质红、苔厚黄腻,脉滑略数。囊肿经穿刺抽出液如鸡子清、色略黄。病理细胞学涂片检查见:淡黄粘性液体并有中性白细胞和浆细胞及淋巴细胞。证脉合参,此为痰火互结留阻舌下之痰包。治予:清热泻火,化痰消肿。处方:法半夏10g,淡竹茹10g,茯苓10g,陈皮5g,枳壳5g,山慈菇6g,黄连6g,黄芩6g,甘草3g,3剂,水煎,日服1剂。同时外敷硃枣散(取白矾10g左右砸碎,黑枣5枚,取出枣核,然后把白矾塞入枣孔内,置于凹面朝上的瓦

片上,再盖上凹面朝下的瓦片,以文火焙之,约15分钟,待冷却后,将酥脆的硃枣研成细粉即成)于痰包上,每日2次。复诊患者诉服药第2天起即感口腔内痰涎增多,言语、进食亦感较前顺利,大便1次。再察舌下之囊肿已缩小十之六、七。既见效机,续进原法治疗3天而愈。随访2年,未再复发。

例2:杨××,女性,15岁。1990年11月5日初诊。患者自感舌下肿胀不适,妨碍说话、进食,咳吐稀痰10余天。经中西药治疗欠效,又不愿手术治疗,而来我院试治。刻诊:患者舌右下一2cm×1.8cm之囊性肿块,质软光滑,言语不利,咳吐稀痰,舌苔白厚,脉弦,予以例1方法治疗3天。未见显效,再细审脉证,得知患者月经延后,色黯夹块,左侧舌下静脉曲张,脉弦而紧,实为痰壅瘀阻舌下所致。遂拟化痰消肿、活血化瘀法。处方:法半夏10g,茯苓10g,陈皮5g,甘草5g,海藻12g,夏枯草12g,水蛭6g,桃仁10g,丹参12g,3剂。水煎,日服1剂。同时外敷硃枣散,日2次。复诊:患者诉服药后月经量增多,口内痰涎亦觉增多,月经色转鲜红,未见血块。逐日感到饮食、言语无甚妨碍,舌下痰包已缩小至0.7cm×0.5cm。仍用原法续治,诸证均愈。

病例1以舌下肿胀疼痛,口干苦,大便结,舌质红、苔厚黄腻,脉滑而数为临床特征,显为痰火胶结于舌下之明证。是以温胆汤加山慈菇、黄连、黄芩,清热泻火,化痰散结。加之硃枣散外敷,有收敛、化痰、解毒消肿的作用,药切病机,故获良效。病例2初诊时运用例1的同样治法,未见显效,复诊时细审脉证,患者舌下肿胀不痛,左侧舌下静脉曲张,月经延后,色黯夹块,脉弦而紧,咳痰稀薄,苔白厚为临床特征。无疑为痰瘀互结之明征。《血证论》云:“须知痰水之壅,由瘀使然,但去瘀血,则痰水自消”。故方中二陈汤、海藻、夏枯草、山慈菇合用消痰散结。水蛭、桃仁、丹参活血祛瘀。共奏化痰祛瘀,消肿的作用,加之外敷能收敛、化痰、解毒消肿的硃枣散,药证合拍,故收效颇佳。舌下痰包,西医谓舌下囊肿。由于该病一般发于儿童及青少年,多数畏惧手术。然而本治疗法具有简、便、廉,易于接受的特点,值得一试。但该病应注意与粘膜下血管瘤、皮样囊肿鉴别。

浙江省龙泉市中医医院(323700) 何世明

浙江省龙泉市人民医院(323700) 张玲

肝病有郁结和上下横窜厥脱之变

肝之用阳,集中表现在肝的疏泄功能上,而肝之疏泄失职,其病理和病证极其纷杂,主要可约为局部郁结和上、下、横、窜、厥、脱之变。

局部郁结;谋虑不遂,忧思郁怒不解,可致肝失疏泄,升发不及,气机不畅,郁结本脏。表现为以情志抑郁寡欢、悲忧善哭、善叹息,以及胸胁、乳房胀痛为主的肝气郁结证。元·朱丹溪有“六郁”之说,即将郁证分为气郁(肝气郁结)、血郁(气郁及血)、火郁(气郁化火)、湿郁(气滞水停,水湿郁阻)、痰郁(气滞湿阻,聚而成痰)、食郁(木郁乘土,食难化运)。气郁为六郁之首,六郁之中,气郁为病因,其余五郁实为气郁之果,故气郁最为先见、常见。此外,明·张景岳指出,气郁又可分为偏重于多思善虑的“思郁”,偏重于悲忧善哭的“忧郁”和偏重于急躁易怒的“怒郁”。

上扰:肝以气为用,相火依木而寄,若木郁日久,则可化火,是为肝火上冲;阴虚阳无以制,则阳气浮动,而为肝阳上亢。因火性炎上,阳主升腾,故肝火上冲和肝阳上亢均可表现为循肝脉上扰头面和耳目诸窍之症状。二者不同之处在于:肝火可见胁肋胀痛、口干口苦等气火内燔的特点,多有便结溺赤、舌红苔黄等实火证状,病势偏于急骤;肝阳上亢可见头重足轻,腰膝酸软等上盛下虚的特点,常有颧红、手足心热等虚热兼证,病势偏于渐进。前者为纯实证,后者为本虚标实,上盛下虚证。

下迫:肝阳虚衰,内寒由生;或寒邪外袭,寒滞肝脉;或湿热合邪,著于肝经,均可挟肝气下迫下注,而为少腹牵及阴部疼痛,或为挛缩,或为瘕痞,以及淋浊、经带等下焦病症。

横逆:肝气郁甚,不循常道而为横逆。木横则乘土,犯及脾胃,致胃失和降,脾运卑监,见有纳呆嗳气、呕恶吞酸、胃脘胀痛、腹痛泄泻交作等症。

窜行:肝气和肝风都有窜行的特点。其中肝气可循厥阴经络流窜于上(至巅)下(至足),痛无定处,时有轻重,气聚则痛,气散则止;肝风为患,可致风阳扰及周身,此起彼伏,无处不到。其症虽有“十三候”之说,但主要症状见有眩晕、抽搐、筋惕肉瞤、痉厥、昏仆、喎僻不遂、麻木拘挛等。诚如王旭高所云“肝风一证,虽多上冒巅顶,亦能旁走四肢。上冒者,阳亢居多,旁走者,血虚居多”。又曰“内风多从火起,气有余便是火……肝气,肝风,肝火,三者同出异名。”王氏上述对肝病病机之论,洵为切中肯綮。

厥脱:厥证,为肝经气机逆乱、阴阳之气不相顺接而引起昏仆不省人事的昏厥证。厥证又可分为因暴怒而导致肝气上逆于清窍的“气厥”和气火上冲、血随气升而上迫元神的“薄厥”。前者见卒然昏仆,手足逆冷,口噤握拳,呼吸气粗;后者见卒然昏仆,不省人事,面目

红赤,痰声漉漉。

脱证,为肝肾元真脱绝,阴阳之气不能依存而导致的神昏危候,见有口开、手撒、眼合、遗尿、鼻鼾等五绝之证。

天津中医学院(300193) 朱广仁

《温热论》益胃本义辨析

叶天士在其《温热论》第6条中说:“若其邪始终在气分流连者,可冀其战汗透邪,法宜益胃。”但益胃治法的意义、目的及具体方法,叶氏未明确提出。对此,注家颇有争议,笔者管见如下。

对叶氏本义,关键在于如何理解“邪始终在气分流连”和“战汗”。笔者认为:温热之邪在气分留连日久之原因是正邪相近而阳气微感不足,两者处于僵持状态,故邪不得入里,亦不被逐出。此时,恰可冀战汗而解。战汗发生的机理即为邪盛正馁,邪留不去,一旦正气来复,邪正剧争。当此之时,人体之阳气聚于气分,共逐外邪。故魏柳洲言:“脉象忽然双伏或单伏,而四肢厥冷,或爪甲青紫,欲战汗也”。设若正气不得来复,何以能战汗?李东垣在其《内外伤辨惑论》中说:“夫元气、谷气、荣气、清气、卫气、生发诸阳上升之气,此六者,皆饮食入胃,谷气上行,胃气之异名,其实一也。”叶氏深明此义,故言:“法宜益胃”。即稍稍助益胃气,一分足矣,三分则为过也。具体方法,重在饮食调养,不必用药。亦不可妄投辛温之品。可用米汤或白开水等,趁热饮服,凭借汤水之热力,既助胃之阳气又兼补胃之津液,助正达邪,加强正气奋起抗邪的功能,使热达于外,腠开汗出,邪随外解。

如若王孟英所云:“疏瀹枢机”。则当用药,如此,又如何理解叶氏下文:“更有邪盛正虚,不能一战而解,停一二日再战汗而愈者,不可不知”。笔者认为:停一二日,即是等待人体正气的来复。至于王孟英疏瀹枢机之解,绝非毫无意义,但若解为叶氏论邪留三焦之机更为贴切。其实叶氏已明分温热之邪留连气分与邪留三焦之不同,故其言:“再论气病有不传血分,而邪留三焦”。吾辈当细观“再论”一词,邪留三焦,乃温热夹湿也,且《内经》有:“三焦者,决渎之官,水道出焉”。故而叶氏举杏、朴、苓分消上下之势,乃疏瀹三焦之枢机,但用药却非清气生津之品。而叶氏益胃之法,主要是针对温热之邪留连气分而不夹湿。

总之,叶天士“益胃”法之本义,即是恰如其分地助益胃气,以谷食汤水便可。

· 张家口医学院(075029) 张世敏 张淑萍