

即呕,脉小滑。服旋覆代赭汤、二陈汤、橘皮竹茹汤……均无效,求吾诊治。遍阅前方,得知非一般药方所能胜任,笔者不固生半夏有毒,服后有失音变哑之说。试用鲜生半夏 6g 捣汁服用,并备生姜 3 片煎汤,若有音哑即用生姜汁。服生半夏汁半小时后,呕吐已停,欲思食,连服 3 次生半夏汁,不但治愈恶阻呕吐,而且并未发现音哑,此系药证相符之故。笔者又治反复口糜 10 年一肥胖患者,口糜发作时,口喷秽气,大便不畅并有恶臭,舌质红,苔黄腻;口糜未发作时,晨起口苦,舌质红苔薄净。屡治未愈,邀吾诊治。细阅前医所用方药,发作期予清化湿热,兼以利腑通便,恢复期清化湿热,兼以养胃

阴,为常规治之。笔者改用朱丹溪之倒仓法,“肠胃为市,以其无物不有,而谷为最多,故谓之仓。倒者,倾去积旧而涤濯,使之洁净也”。始用大承气汤,泻出大便呈淡黄色,无秽臭而停。3 剂后改用黄连解毒汤加生大黄 7 剂。嘱服药时,仅食素菜,饮食不能过饱。经此治疗后,体重减轻 5Kg,至今 3 年口糜未发。

总之,疑难杂病的辨治至今无固定模式,辨治思路不能狭隘,要从多层次、多角度、全过程中加以思索。除熟练运用中医的辨证论治外,要掌握中医的特殊疗法,还应该吸取现代医学的精华,采用相应对策,才能提高疑难杂病治疗的有效率。

中药治疗抗生素相关性腹泻

赵喜俊*

抗生素相关性腹泻,又称抗生素相关性结肠炎、伪膜性肠炎。在疾病过程中由于机体抵抗力降低,大量或长期应用抗生素,导致肠道菌群失调,而产生的以腹泻、腹痛、毒血症为主要特征的疾病。病变主要侵犯结肠,最常累及乙状结肠。西医多以万古霉素、灭滴灵等,但停药后易复发。笔者运用中医辨证治疗此病效果较好,现介绍如下:

本病临床多表现为虚实夹杂证候,临床辨证为两型施治。

脾虚寒湿泄泻:泄泻频繁,水样便,肠鸣腹痛,腹部喜暖喜按,食欲不振,发烧,或少尿,舌苔白,脉沉细弦等。治宜温中补虚,祛湿止泻。可选理中汤、参苓白术散、胃苓汤等方化裁。常用药物:苍术、白术、山药、茯苓、猪苓、车前子、莲子肉、党参、木香、厚朴、干姜、桂枝等。兼肾虚者加附子、补骨脂、肉豆蔻等;久泻脱肛者加诃子、赤石脂等。

脾虚湿热泄泻:泄泻频作,或伴大便不爽,下坠,肛门灼热感,腹痛拒按,大便或有粘液,甚者可见血便,口干不思饮水,食欲不振,或恶心呕吐,发烧,尿少,舌苔白腻,脉沉细数或沉细滑。治宜理气健脾,清热祛湿。可选葛根芩连汤、半夏泻心汤、芍药汤等方化裁。常用药物:葛根、黄芩、黄连、大黄、木香、槟榔、茯苓、薏苡仁、苍术、白术、党参、当归、白芍等。兼恶心呕吐者加半夏、竹茹、藿香等;寒热错杂者加桂枝、干姜等。

典型病例:张某,女,39 岁。1990 年 7 月 18 日行腰

部手术后,先后用红霉素、庆大霉素、头孢氨苄,术后第 13 天出现腹泻,每日 3~4 次。第 18 天加重,腹泻频繁,下午即有 6~10 次,伴下腹绞痛,白细胞 $9.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞 87%,大便检查白细胞 10~15 个/高倍视野,见大量革兰氏阴性杆菌,少量革兰氏阳性球菌,少量革兰阳性杆菌。遂停用抗生素,改用灭滴灵、痢特灵、复方苯乙呱啶等,10 天后大便培养仍有酵母样霉菌生长,有多量革兰氏阳性球菌、杆菌等,大便时有伪膜及血丝。西医诊为菌群失调致伪膜性肠炎,停用以上药物,用氟哌酸、黄连素等,并请中医会诊。现症:体温 $37 \sim 38^\circ C$,大便日数十次,有粘冻,下腹压痛,伴肠鸣下坠,恶心呕吐,口干不思饮,神疲乏力,动则汗出。舌淡苔白腻,脉沉弦细。血白细胞 $8.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞 85%,大便检查黄色稀样便,白细胞满视野,证属脾虚木乘,湿热下注。药用:半夏 12g,黄连 6g,党参 15g,白术 15g,白芍 18g,陈皮 10g,防风 6g,木香 6g,干姜 3g,茯苓 15g,槟榔 12g,制大黄 8g,当归 10g,葛根 12g,荷叶 10g,柴胡 6g,甘草 6g。服 4 剂诸症减轻,大便减至日 10 余次,大便镜检白细胞 2~3 个/高倍视野。血白细胞 $5.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 64%。舌淡苔白,前方去柴胡、槟榔、荷叶,加苡仁 20g,山药 30g,赤石脂 15g。服 7 剂,大便减至日 2~4 次,不成形伴肛门灼热感。原方加减续服 7 剂,大便正常而出院,随访亦无复发。

体会:治疗本病必须首先停用抗生素,再则辨证必须明辨寒热,脾阳不足邪从寒化,或脾虚蕴湿而化热,予以相应治疗。扶正祛邪应贯穿治疗始终,但视邪正盛衰程度灵活补泻,使扶正不留邪,祛邪不伤正,为治病要旨。

* 北京友谊医院中医科,北京市宣武区永安路 95 号 (100050)

收稿日期:1994-04-28