

临床经验,可以用中药调治。

《灵枢·四时气篇》曰:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦。”胆热犯胃,胃气上逆,故吐酸苦水,或呕黄涎而粘,干呕呃逆,舌苔间现杂色,脉兼弦滑。中医治以清胆利湿,和胃化痰。《重订通俗伤寒论》以蒿芩清胆汤治之。何秀山说:“足少阳胆与手少阳三焦合为一经。其气化一寄于胆中以化水谷,一发于三焦以行腠理。若受湿遏热郁,则三焦之气机不畅,胆中之相火仍炽,故以蒿、芩、竹茹为君,以清泄胆火;胆火炽,必犯胃而液郁为痰,故臣以枳壳、二陈,和胃化痰,然必下焦之气机通畅,斯胆中之相火清和,故又佐以碧玉,引相火下泄;使以赤苓、俾湿热下出,均从膀胱而出,此为解胆经之良方,凡胸痞作呕,寒热如疟者,投无不效”。何氏之说很有道理,治碱性反流性胃炎的确有效。胆、胰、十二指肠均在胃后,通下为顺、上返为逆,关键在于肠道、胆管、胰管是否畅通,此中是否洁净无垢,而三者之间,尤以胆为先,故治疗以清胆为主;胃受胆汁骚扰,胃气不和,宜以安抚。我将蒿芩清胆汤略作调整,提高了疗效。具体用药:陈皮、仙半夏、茵陈蒿、青蒿、黄芩、黄连、枳壳、枳实、生甘草。陈、夏和胃降逆;芩、蒿清胆;川连可减轻胃粘膜之充血、糜烂;二枳行气消积,增强胃肠道的运动节律,减少胆汁逆流;甘草和中,并能增加胃的粘液合成,保护胃粘膜,减轻胆汁的损害,促进炎症、溃疡的愈合。本方服之,未见副作用。

南京铁道医学院(210009) 窦国祥

重症肌无力从肝论治

重症肌无力的病机一般认为以脾虚气陷为主,主张用补中益气汤加减以升阳举陷。欧阳琦研究员积50余年的临床经验,认为本病病机除脾虚气陷这一方面外,肝不主筋也是重要的方面,因此主张既重视升阳举陷,又重视柔肝润筋。

1 肝不主筋是重症肌无力的重要病机。肝主藏血,“主身之筋膜”(《素问·痿论》),而筋膜附着于骨而聚于关节,直接联结关节、肌肉,影响着肌肉的收缩弛张、关节的屈伸转侧,故《素问·五脏生成篇》称之为“诸筋者,皆属于节”。因此肝之血液充盈,筋得其养,则筋强而能主其用,肌健而运动有力;如果肝之气血衰少,筋膜失于濡养,则筋软失用而肌痿无力矣。正因为肝与肢体的动关系密切,因此《素问·六节藏象论》称肝为“罢极之本”,而《素问·上古天真论》也谓之“肝气衰,筋不能动”,因之认为肝不主筋是重症肌无力的重要病机。同时,肝主疏泄,具有主升、主动的生理特点,直接调节气机的升降出入,对脾胃之升降清浊也起着协调平衡

作用,如果肝之疏泄功能正常,则脾气得以升举,而肌肉亦有所主;若肝之疏泄功能异常,则可使脾之升清功能受到影响,从而出现胞睑下垂等现象。

2 重症肌无力症出两途。观察重症肌无力的临床表现,可知本病患者确实存在脾虚气陷与肝不主筋两类不同证候,前者表现为气虚,略偏于寒;后者表现为阴虚,则偏于热。因此凡见口中中和、大便溏、舌质淡者,从脾论治;见口干、便秘、舌质红者,则宜求治于肝。

3 柔肝润筋则疲软之肌可恢复。欧阳老治疗重症肌无力而因于肝不主筋者,喜用柔肝润筋之法,常用白芍柔肝缓急,蝉衣熄风,葛根升津润燥,丝瓜络疏肝通络。若阴亏明显者加制首乌、桑椹、阳亢明显者加石决明、天麻、钩藤,目疾加菊花、谷精草,盗汗加煅牡蛎,便秘加草决明,关节僵硬疼痛加木瓜、苡仁。如治陈某,女,4岁。双睑下垂半个月,伴白眼时翻,磨牙,夜寐不安,盗汗,口干,舌质红。诊断为重症肌无力眼肌型。患者虽有双睑下垂,但伴口干、舌红,乃肝阳上亢化热所致;夜寐不安、盗汗,乃因肝经虚热,热迫阴液外出;磨牙、白眼时翻,为阳亢而欲动内风之象。治宜平肝以熄其风,清热以通其络,升津以润其燥,药用白芍9g,蝉衣3个,葛根7g,丝瓜络1.5g,煅石决明6g,煅牡蛎6g,菊花3g,谷精草3g,天麻0.5g,桔梗3g。服14剂后眼睑下垂已不明显,诸症亦明显减轻,守上法,加甘草0.3g以善后。

湖南省中医药研究院(410006) 周 慎

口苦说异

口苦首载于《内经》。如“口苦者,病名如何?何以得之……,病名为胆瘿,……此人者数谋虑不决,故胆虚气上溢而口为之苦”。“肝气热则胆泄口苦”。这些记载不仅首次提出以口苦为主症命名为“胆瘿”,而且指出了胆热、肝热是形成口苦的主要病因,胆泄上溢是口苦形成的主要病机,为口苦病证的诊治奠定了基础。后世医家遵《内经》之旨,无论时邪热病还是内伤杂症,在论及口苦时咸从热治。时至今日之中医教材对口苦的论述亦皆从热治。然口苦一症并非尽皆主热。

据余临证所见,在时邪热病中口苦主热无可非议,且口苦不作主症,热清则苦味自除,但在内伤杂症中,口苦有主寒者,两者之别须从口苦本症及舌苔与全身症状来辨之。口苦主热者,口苦且干,渴欲饮水,饮之为快;或口苦,舌上有麻辣感;或口苦,口中伴有臭秽。其苔多见深黄或老黄或黄而干燥或黄腻,舌质偏红或红绛。口苦主寒者,口苦而淡,口渴而不思饮,饮亦不多;或口苦而咸涩多涎;或口多清水。其苔多见白滑或白腻

或白腻罩灰黑色,舌质偏淡或淡白胖嫩,边多齿印。口苦主热主寒之机理,笔者以为前者系实热或湿热(痰热)之邪侵淫脏腑,内扰肝胆以致肝热胆泄所致,常见于多种急性炎症、感染、发热病证。后者属中焦虚寒,湿痰浊邪壅滞,肝木乘脾,胆气上溢而成,时见于消化功能紊乱和多种慢性疾病之中。

笔者曾诊治一女性患者,病起操持劳心,思虑伤脾,复加饥饱失常,劳逸失度,病始则尚能支持,继则渐觉胸脘痞闷,纳谷减少,形寒畏冷,口中微苦。越半载,病情日重,形体不支,卧床不起。就诊时适逢春季,天气温和,患者仍衣著冬服还嫌不能御寒。自诉近两月来口苦发涩日渐加重,晨起尤甚,且吐痰涎,每日约2杯之多。有时虽感口渴,但不思饮水,其面色晦滞,大便溏薄,日行数次。便前腹痛肠鸣,解后则缓。苔白腻而滑,舌质淡白,脉沉细无力。综观症情,系由中焦虚寒,痰湿内盛,肝木乘脾,清阳被遏使然。方投附子理中汤合平胃、痛泻诸方温运中阳,蠲除痰湿,扶土抑木。服药月余,诸证如释,饮食复常。在用药过程中随着病情的改善,口中苦涩由重转轻,最终消除。由是观之,口苦一症在内伤杂病中有主热主寒之两重性,临证应当仔细审辨,不可一见口苦即投苦寒,戕伐正气,贻误病情。

江苏省镇江市第一人民医院(212002) 柯梦笔

遗留针感法与热则疾之

笔者在20余年前偶然发现,强刺激环跳穴,不留针,使患者酸麻重胀的针感保留了十几小时,而使坐骨神经痛得到了很大缓解。以后不断摸索与体验,进一步证实了这种现象的存在,并找出了一些规律。笔者将针感遗留在患者身上较长时间的方法取名曰“遗留针感法”,并对“热则疾之”的针刺原则有了新的体会。

1 产生遗留针感的方法是强刺激、立即出针。所谓强刺激,就是指医生操作时的提插、捻转的幅度大,速度快,针感强。如果无较强的针感产生,则达不到针感遗留的目的。所谓不留针,是指在上法操作得到较强针感后立即出针。经临床体验,即使是产生很强的针感,如果静留针20~30分钟,在出针后一般不会有针感遗留。因此不留针是产生针感遗留现象的又一重要条件。或在针刺取得较强针感后留针,但在出针时必须再做初入针时的手法,使患者重新出现较强的针感,此时立即出针,仍然可以产生针感遗留现象。本法为上法的变法。实践证明,在四肢部位易产生针感遗留现象,尤其是那些易产生较强针感的腧穴。如上肢的合谷、曲池、外关、支沟、后溪、腕骨、内关、间使、郄门、孔最、鱼际等。下肢的秩边、环跳、殷门、委中、足三里、阳陵泉、三

阴交、太溪、丘墟等。

2 遗留针感法适用于实证、痛证;虚证,尤其是阴虚或对冲刺过于敏感者不宜使用本法。本法对于实证、热证、痛证的疗效较好。如高热,便秘,淋证,急性泄泻、痢疾,胃痛疼痛,坐骨神经痛,关节疼痛等,有较明显的泻实、退热、止痛的作用。由于患者正气不虚,耐受力较强,既易产生针感遗留现象,也易于接受本法。根据病情不同,采用强、中、弱三种遗留针感。针感遗留的时间,短者可保留1~2小时,长者可保留十几小时。

对于虚证,尤其是阴虚之人,不宜应用本法。如失眠、心悸、眩晕等。阴虚之人,往往对针刺很敏感,产生针感较快,对于此种病人施行遗留针感法后,不仅起不到应有的治疗作用,反而加重了病情。还有一些病人,虽不属于阴虚之证,但对针刺过于敏感,耐受力很差,过强过久的针感会导致痛苦,同样起不到治疗作用。

3 弱刺激、静留针,可消除针感遗留过强和过长现象。即使是实证、热证、痛证,由于个体差异,疾病的性质不同等原因,有时很难掌握准确遗留针感的程度和遗留时间,而出现遗留针感过强或过长的现象。临床表现是针感过强,或是针感终日不断,给病人造成痛苦。

纠正过强过长遗留针感的方法是:弱刺激、静留针30分钟。弱刺激,是指针刺手法不宜过强,使患者微有针感即可。静留针30分钟,是指针刺得气后,在留针的过程中不做任何手法,轻轻地将针起出,不使患者产生针感。穴位可以选在产生过强针感的穴位处,或在过强针感穴位的近心端穴位处。如针环跳穴产生过强的遗留针感,可仍针刺环跳穴,用弱刺激、静留针30分钟,出针后一般即可消除过强的遗留针感。又如,针刺内关穴产生了过强的遗留针感,可以针刺间使穴或郄门穴,按上述方法操作,一般即可消除过强的遗留针感。还可以施用辅助手法,在针刺后用手指沿经分布部位,自近心端向远心端反复轻轻叩击3~5遍。

4 “热则疾之”的原因,可能基于针感遗留现象。《灵枢·经脉》说:“热则疾之”。《灵枢·九针十二原》进一步解释说:“刺热者,如以手探汤”。“疾”与“急”通,即指急刺急出之义,“以手探汤”也形象地表明针刺手法的轻巧快速,急刺急出不留针。对此笔者多年不解其义。后联想到遗留针感法。急刺急出而不留针,就可以产生针感遗留现象。上文已述,针刺疗效是通过针感实现的,遗留针感法延长了针感的保留时间,当然就可以提高疗效。因此,“热则疾之”是有其临床价值的。当然,“热则疾之”、“刺热者,如以手探汤”。还可以理解为浅刺或点刺出血,不在本文讨论范围之内。

天津中医学院(300193) 李志道