

3 体会

目前治疗肾结石的方法有很多,有碎石、开放式手术和运动治疗等。健人化石丸中鸡内金、海金沙、石韦有化石、溶石的作用,滑石、车前子消热利尿,泽泻能去胞中留垢,以其味咸能泄伏水,故去。留垢即胞中久陈积物也

(《汤液本草》)。化石治疗时间短,见效快,副作用小;痛苦小(膀胱结石者用药时可放置导尿管防止尿道损伤)。年老体弱不宜手术的患者尤为适用。

* 江苏省涟水县健康路 7号 (223400)

运用中草药临床治愈再生障碍性贫血 1例

邱 桥 成*

患者,女,18岁,经广东省某医院诊断为再生障碍性贫血。其 2001年 4月 20日病理活体组织报告:“骨髓增生不均,一部分区域增生极度低下(脂肪细胞约占骨髓面积的 80%以上),部分区域增生较低下粒红比例减少,粒系以中晚幼为主,红系以中幼以上阶段多见,偶见造血岛,巨核细胞未见。综上所述结合临床不排除再生障碍性贫血之可能”。

患者父母都是山区农民,若在该医院继续进行治疗,在经济上是无法承担的。于是她在医院治疗了一段时间,在症状略改善的情况下就已办理了出院手续回到农家。

回家后不久,患者又牙龈出血、鼻出血、头晕、虚烦不眠、呃逆、惊悸,才叫我前去她家中出诊。患者卧床倦怠,气短神疲、面色不华,唇、指甲淡白,懒言、食少、心烦闷、欲吐、干哕、全身虚肿、皮下有散在出血斑、颊车部疼痛、舌质淡、舌胖、舌边齿痕、脉沉细重按则无,经期每月而至只是色淡如水。

按其的临床表现用中医理论来辨证分析则是:心脾两虚证、脾阳虚、脾不统血、脾虚湿困、胆胃不和、痰热内扰。广州住院回来后又经某些医生用补肾温肾之药。我认为非其时候,用之不当,湿困脾胃之时,用温肾之药反而会助郁火。人孰能无情?家境贫寒,辗转求治其效全无反而加重,郁郁之心难消,郁气伤胆、胆胃不和而引起痰热内扰。胆属木为清净之府,喜温和而主生发,失其常则木郁不达,脾胃之气不和进而生痰化热,痰热内阻,胃气上逆则胸闷欲吐干哕,痰热上扰则惊悸不宁,实合《温胆汤》证,即用:竹茹 15g 枳实 13g 制半夏 8g 茯苓 15g 甘草 4g 陈皮 7g 厚朴 12g。辨证明确心烦闷欲吐干哕,虚烦不眠,呃逆,惊悸不宁之证一剂即瘥。患者总体是虚证《温胆汤》竹茹、枳实、甘草毕竟还是清泻之用。固中病既止不能多用。余证则是心脾两虚,脾不统血,脾虚湿困的证像。脾阳不足,气化无权,不能约束,故全身虚肿舌胖,边齿痕,倦怠神疲,面色、指甲、口唇不华而淡白。脾不统血则牙龈出血,皮下出血。脾虚湿困则是由脾气先虚而水泛不运而即致头身重、食少、肢体虚肿、经色淡如水。所以《素问·至真要大论》说:“诸湿肿满,皆属于脾”《景岳全书·湿证》云:“凡气令阴及阳不足之人,其

有其证”。脾胃为后天之本,升降之总枢脾阳虚则脾运健而清气不升。清气不升新血就无法生成。所以我认为,治疗这病的关键在脾,脾不统血又是治这病的重中之重。“虽是血症即实则因气虚也”。治法总以治脾为主《血症论·便血》益气补血健脾养心利湿实为这病的大法。即用(归脾汤、济生方)加减:人参 5g 白术 6g 黄芪 15g 茯苓 13g 远志 10g 淮山药 15g 木香 8g 木瓜 18g 白芷 12g 薏苡仁 15g 茵陈 15g 甘草 4g 大腹皮 12g 牡丹皮 8g 山茱萸 8g。服用一剂患者即舒服,效不更方连服三四剂后效果甚捷。随着湿邪逐渐离去而饮食也逐步回复。然而利湿药大腹皮、薏苡仁、木瓜、茵陈也逐渐辞用。调用补脾气养心和加强止血药的大枣、何首乌、仙鹤草。辨证到家用药正确再服 20剂后患者各方面症状回复的相当不错。然而,因其家境贫寒长期服用中药又不够现实,就使我用起了草药:①五指毛桃根,②牛乳树根。这两种也都是具有补心脾益气利湿之作用。五指毛桃有名五爪龙,五指槟榔,性微温,味甘辛,具有行气化湿,理内伤,健脾化湿,壮筋骨。牛乳树根(有两种,一种是竹叶牛乳树,另外一种是大叶牛乳树),性微温,味甘苦、气香、补气润肺、行气活血。于是嘱其家人自己上山挖取,这两种药,鲜药每天用半市斤左右煎水饮用,间或和猪骨头或者青年母鸡煎汤饮用。这样坚持 1个月后患者病情大有起色。再服用 1年 3个月后,牙龈、鼻出血和皮下出已没有出现,头晕重逐渐减轻,饮食开始服食粥食继而吃干饭,逐渐能起床和行走。连日常生活也能自理。2003年和 2004年已出去打工了。

讨论:中医是没有“再障”这个病名。再生障碍性贫血是一种典型的多能干细胞疾病,是因骨髓造血组织显著减少,骨髓造血微环境异常及免疫机制异常引起造血功能异常而产生的一种贫血。也可因为服用某些药物引起的,如:氯霉素、合霉素、扑热息痛、去痛片、安乃近、炎痛喜康。现在有些学者普遍认为“再障”是在中医的“虚癆、血虚、虚癆亡血范畴。肾精亏损,不能滋生血液,致血枯髓空。”气虚髓瘀,累及他脏,则出现相应的证候。因此,王树庆认为,新近研究表明,再生障碍性贫血(AA)的发病与骨髓 CD34细胞过度凋亡密切相关,而补肾活血中药能抑制 CD34细胞凋亡。CAA属中医“虚劳”,“血症”

等证范畴。“肾主骨,生髓,藏精”,“血为精所化”,“久虚必瘀”,“肾精亏虚、髓海瘀阻”发为虚劳。据其病机而运用“愈障汤”也得到成效。脾之健运,生化精微,须得助于肾阳的温煦。肾中精气也依赖于脾运化水谷精华的培育与充养,才能不断充盈和成熟。但本例的产生原因无法查清。也有可能进厂打工上夜班过度辛苦有关,属中医的“虚劳”范畴。脾为后天之本,为仓禀之官主升清,损伤脾胃之气,不能生化精微生长气血。气血来源不足,内不能调于五脏六腑,外不能洒陈于营卫经脉。脾气虚衰,化源乏继,心血日亏,病势日深所致。而我以“心血不足,心脾两虚,脾虚湿困”进行辨证。本例也正因其“每月月经依期而至,淡红如水”,“肾气亏虚的症状又不明显,其乃肾气没虚之象。然而,“天癸,精气也。”“精气”有先后天之分,先天之“精”乃肾阴,肾阳之始。后天之“精”乃脾胃之“精”气,《素问·奇病论》:“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气”。虽然脾与肾在生理上是后天与先天是相

互资生,相互促进。在病理上相互影响,互为因果。但在辨证用药上还是清代程钟龄说得好,“脾肾两脏,皆为根本不可偏废,须知,脾弱而肾不虚者,以补脾为急;肾弱而脾不弱者,则补肾为先;若脾肾两虚,则并补之”《医学心悟》。

治疗过程中,后期运用草药五指毛桃进行调治,正好印证邓铁涛教授对五指毛桃的治疗作用,“益气而不作大,补气而不提气,扶正而不碍邪”健脾补肺益气利湿,壮筋骨理内伤,提高免疫功能的作用。本例虽是笔者运用中草药单个的治疗经验总结,但确是以现代医学诊断为依据,以整体观念为主导,在辨证论治的理论指导下,而达到补气养心健脾行其统血,运化精微的作用,也即是说人体造血功能逐步回复。也是作者如何把“经验医学变成循证医学”的一点感悟。

* 广东省河源市龙川县丰稔镇街道卫生站 (517369)

藿朴夏苓汤在危重疑难病中的应用

傅明光* 傅丽洁*

藿朴夏苓汤源于清代医家石寿棠的《医原·湿气论》,方由藿香、厚朴、半夏、赤茯苓、杏仁、白蔻仁、薏苡仁、猪苓、泽泻、淡豆豉组成,具有解表化湿,通畅三焦之功。是治疗湿温初起,身热恶寒,肢体倦怠,胸闷口腻的常用方。此方不仅是治疗湿温、暑温等湿热病的良方,而且可以用于脾胃疾病和多种杂病。笔者将本方用治一些危重、疑难病症,也收意外之效。兹简述之:

1 瘫痪(一氧化碳中毒)

何某某,女,62岁,住院号 162758,初诊:1985年 5月 7日。患者于 1985年 2月 4日煤气中毒后,始则面及全身皮肤色红,精神失常,呆傻,出屋则不能返回,前事皆忘,烦躁不安,继则全身青紫,昏迷不省人事,瘫痪,二便失禁,喉中痰鸣辘辘,大便下血,心律失常。即住某医院脑系科,予吸氧、输液,“能量合剂”、“维脑路通”,等不见效果。病情日见加重,经用“左旋多巴”注射后,病情始获转机。但经治疗 82天,神志仍不清晰,失语不言,二便不利,能进流食,故自动出院求治于中医。症见:神昏不语 3个月余,呼之有应,言语不清,全身瘫痪,四肢瘫软不能运动,二便失禁,大便黏滞不畅,或见先干后溏,喉中痰鸣,面色暗滞,肌肉消瘦,舌暗红,苔白厚腻滑,脉濡滑数。辨证:外受毒邪,内蕴湿热,毒邪痰热,内闭心包,阻滞经脉。治以芳香开窍,清化湿热,宣闭通络。方药:藿朴夏苓汤加味,杏仁 15g 白蔻仁 10g 薏苡仁 30g 藿香 15g 佩兰 15g 半夏 15g 厚朴 12g 通草 9g 滑石 20g 石菖蒲 12g 郁金 15g 胆南星 10g 大黄 9g 每日一剂,送服牛黄安宫丸 1丸。二诊:服上药 3剂后,神清能识人,言语不清,语

音低微,大便通畅,喉中痰浊已化,二便可知,身、肢瘫痪如故,舌暗苔白腻,脉细滑。仍宗前法,继用上方去大黄、胆南星、安宫牛黄丸。再服 3剂。三诊:服药后神清识人,言语清晰,二便转佳,四肢能活动,身躯可翻动,起坐,舌淡苔白腻,脉细弱无力。病久正虚,治以益气活血、补肾强筋。方药:补阳还五汤加味,黄芪 30g 党参 30g 当归 12g 赤芍 10g 川芎 10g 桃仁 10g 红花 10g 地龙 10g 木瓜 15g 怀牛膝 15g 川续断 15g 桑寄生 15g 连进 12剂,并针刺三次,神志复常,能行走,可下三楼室外散步。继用健脾益气补肾之剂,隔日 1剂善其后。随访半年未见复发。

按:此症临床少见,由于毒邪入内,伤及脏腑气血,脏腑失调,湿浊停聚不得外泄,化热酿痰,毒邪痰热内闭心包,瘀阻心孔,故见神昏不语,喉中痰鸣,苔腻厚而滑;痰热湿浊瘀阻,闭塞经脉,气血不得通畅,筋骨肌肉失其所养,则见四肢瘫痪。故以藿朴夏苓汤合菖蒲郁金汤之意,配以安宫丸,芳香开窍,宣畅气机,清化湿热。神昏转清,失语能言,诸症得以转机。继以益气活血,补肾强筋,疏通经脉,而收意外殊效。

2 病毒性脑炎(湿温)

胡某某,男,27岁,助理工程师,住院号 35068。初诊:1982年 9月 10日。患者于 8月 20日淋雨涉水后发病,按感冒治疗两周不效,于 9月 6日病重。呕吐频发,约十几次,吐物始为胃中食物,后为绿色稀水,高热 39.6℃,头痛剧烈。经急诊室收入病房。入院查体:神志清,右侧腰肋下及后背有十几个粉红色疱疹。颈有抵抗,