

6g, 党参 30g, 巴戟天 12g, 红花 10g, 炒鸡内金 12g, 玫瑰花 15g。每日 1 剂, 水煎, 分 2 次温服, 并用部分药液煎后熏洗患处。此方根据实验室检查及临床表现加减服用, 32 剂后告愈。

5 讨论

这种由寒冷刺激等原因引起的自身免疫性多形红斑类急性皮肤疾病, 好发于冬春季节, 可累及全身多个系统, 又称渗出性多形性红斑, 中医文献称之为“寒疮”、“雁疮”、“猫眼疮”。一般起病较急, 临床表现为皮损颜色较暗, 身体上对称性出现多形性红斑、斑丘疹、风团、水疱等。靶性皮损或虹膜状皮损是本病的典型表现, 多见于手足部位, 看上去为圆形水肿性红斑, 中心有水疱。本病遇寒加重, 时伴关节疼痛, 手足发凉, 大便稀溏, 小便清长, 舌质淡, 苔白, 脉沉细迟缓等。本病多因内有蕴湿, 久

受寒邪, 复感外因而致。根据多形性红斑的宏观与微观辨证规律, 将其分为湿热蕴肤、寒湿瘀阻、毒热入营证, 从而选用当归四逆加吴茱萸生姜汤化裁治疗。又因多形性红斑存在于广泛的角朊细胞坏死及表皮内或/和表皮下, 形成水疱, 故提出除湿解毒、逐寒通血应贯穿于治疗始终。方中当归、白芍药、鸡血藤能养血活血通络; 桂枝、细辛、吴茱萸、干姜、巴戟天、炮附子具有温肾助阳逐寒的功能; 炙甘草、大枣、党参能益气健脾; 通草、红花能疏通血脉; 而炒鸡内金、玫瑰花具有醒脾开胃的作用。全方共奏, 就能达到温阳散寒, 养血通脉, 益气扶正之功效。

1 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐西域红斑狼疮研究所(830011);

2 新疆生产建设兵团奎屯中医院

把握量效关系临床加减灵活运用经验

韦俊民*

辨证论治, 如果仅有正确的辨证和对症的治则, 有时难以取得理想的疗效。关键在于药的“剂量”轻重没能调理恰当。是临床中医者, 必当掌握药物的性味和功用、毒性、炮制、配伍, 药物的剂量轻重方面, 往往会忽略。大致有两种倾向, 一种是只注意到各种药物的常用量, 而忽视了在配伍上各药剂量的比例。另一种是认为只要剂量大了, 效果一定就比较好, 其实并不是大量就是好。古典名曰: “药味要紧, 分量要紧。”

1 芍药汤

芍药 30g, 当归、黄芩、黄连各 15g, 大黄 9g, 木香 6g, 甘草 6g, 肉桂 5g, 本方的用量比较符合临床实用。此方在治疗痢疾的剂量灵活变动。白芍 30~50g, 当归、黄芩 20g, 黄连 6~10g, 生大黄 6~10g, 木香 10~15g, 肉桂、甘草 5~10g。治下痢脓血, 腹痛里急后重, 方中的白芍酸寒泻肝热以抑肝扶脾和血调营养而柔肝缓急。以除腹痛为主药。方中木香行气通滞, 而达“调气则后重自除”之效果。方中黄芩、黄连苦寒, 燥湿清热而调肠胃。佐大黄, 破积除滞, 通因通用。甘草调和百药之毒。本方寒性药多, 故加肉桂辛热以为反佐药。

本方治“赤白痢疾, 大便带黏稠的脓血, 血多脓少, 里急后重, 身热口干, 舌苔黄腻, 脉滑数或弦。”此为湿热郁滞肠胃症, 本方效佳。单本方切记禁忌: “虚寒证和慢性痢疾。”在治急性痢疾, 湿热积滞证时, 加山楂、神曲、麦芽各 10g, 腹胀加厚朴、莱菔子各 10g。因病为饮食不节, 胃肠积滞而成。须加消食、导滞、消胀之药。若大便血多, 脓少或少量多次的便血者, 加白头翁、马齿苋 10~30g。口渴者去肉桂, 加枳壳 10~20g。

例 1: 王某某, 男, 58 岁, 发热腹痛腹泻已 5 天, 大便多次频量少。血多脓少, 里急后重伴腹痛, 尿短赤, 已多天未进食。望诊: 病患、体弱、闭眼不睁、面红、皮肤灼热。左下腹部及脐周压痛。大便大量红、白脓样状物体。舌

苔白腻, 舌绛, 脉弦滑。病机: 为湿热滞于肠, 伤及气血, 而致里急后重, 下痢赤白。治疗方法: 消积导滞, 清热解毒, 行气和血。方选芍药汤加减: 芍药 20g, 当归、黄芩各 10g, 黄连、木香各 6g, 葛根、白头翁、槟榔各 9g, 肉桂 3g。2 剂, 水煎服。第 3 日二诊, 上方 2 剂药服后, 大便次数明显减少、量增多。转为黄色, 已无脓血, 腹痛减轻, 能下床行走, 再开 3 剂基本痊愈。三诊, 上方去当归、肉桂, 加地榆、茯苓各 10g, 续服 4 剂而愈。

证属大肠湿热者, 可用本方。证属湿热积滞者, 本方可随症加减。此方笔者常去肉桂, 加秦皮、白头翁 10~15g, 鸭胆子 10~20 粒, 研粉冲服。病久缠绵难愈, 而正气虚弱者加党参、白术 10~15g。湿盛便秘, 次频者, 加茯苓、车前子(布包煎) 10~20g。

2 痛泻要方

白术 90g, 炒白芍 60g, 防风 60g, 炒陈皮 40g。本方可作丸、散、汤剂用, 可随症达变, 酌减其量。可作汤服, 用量为白芍 10~20g, 炒白术 10~20g, 防风 10~15g, 陈皮 5~10g。本方功用: 扶脾、疏肝、缓痛止泻。治疗因肝郁犯脾而致的腹泻, 这种腹泻特点, 每遇生气则腹痛, 腹泻加重, 先痛而后泻, 反复发作, 久而不愈。舌苔薄白, 脉弦滑。本病因肝气久郁, 脾虚, 中湿不化, 气郁不畅, 气湿相搏而腹疼。

临床常见: 气滞烦闷, 性情急躁、食欲不振、体乏无力, 女子月经不调等。若有肝郁害脾之痛泻者, 可选本方随症加减治疗。白术苦甘而温, 健脾燥湿和中为主药。白芍酸微寒, 抑肝而扶脾, 柔肝缓急而止疼, 为辅药。防风辛温气香, 能散肝郁, 醒脾气, 风药胜湿, 而为佐药。陈皮辛温开胃利气, 燥湿醒脾, 气行则痛止, 而为使药。四药相合, 泻木益土之剂, 为治疗“痛、泻”的重要方剂, 故称之为痛泻要方。久泻不愈可加升麻、灶心土、补骨脂等。方中的白芍与防风相伍, 使用甚巧妙, 二药相合则有

抑肝、柔肝、疏肝、扶脾、醒脾、燥脾的作用。白芍既入肝、脾经血分,又为脾虚的引经药。方中的防风有风能胜湿,而且可升举阳气而醒脾、疏肝。白术与陈皮,补脾能行气,补而不滞。白术燥湿补脾,但偏于呆滞,易生中焦满闷之弊,加陈皮行气调中,疏肝气之抑,可醒脾气之滞,一动一静,一补一行相得益彰。

例 2:赵某某,男,62 岁,患者近 2 年经常大便溏泻,每日 2~3 次,食海鲜后泻泄次数多达每日 3~6 次。患者急躁易怒,生气时泻泄多达每日 4~8 次。腹痛喜暖,秋、夏季节大便干燥,舌苔薄白,脉左弦,右沉滑。经多医诊治,未发现器质性病变,服药无效。辨证为肝脾不和,风木克土,肝脾失和,肾气虚弱。治法:抑木扶土,温肾化湿。方药:白芍 25g,白术 20g,防风、香附各 20g,羌活、青皮、陈皮各 10g,茯苓 30g,补骨脂、肉豆蔻、车前子(包)各

20g,吴茱萸 6g,肉桂 3g,煅龙骨 30g(先煎),水煎服 5 剂。3 月 8 日二诊,其大便次数减少,腹痛渐止,脉弦缓和,上方去青皮,加茯苓、灶心土 100g,煎汤加水,续服 25 剂。30 天后,再诊,疾病痊愈。此方以痛泻要方为主,外加羌活、香附、青皮,协助白芍加强调肝抑木之作用,又加茯苓、车前子和白术,以加强利湿健脾。加豆蔻辛苦而温,助陈皮行气,燥大肠之湿而止泻。温肾药用补骨脂与肉桂,温补命门之火,助脾运化,而且还能平肝。吴茱萸能温肝肾止腹痛。龙骨能潜肝阳,涩下元而止泻。诸药相合,调肝和脾,温肾化湿,升阳化风,故 3 年固疾痊愈。

* 安徽省合肥市太湖西路韦医生中医诊所(230022)

四逆散合六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎 38 例

曾 勇* 吴锦波*

慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种常见的消化道疾患,属中医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴。其主要病理特征为胃黏膜变薄,固有腺体萎缩或伴有不同程度的肠上皮化生、异型增生等。现代医学公认为癌前状态,因此,阻断、逆转其癌变在目前临床上研究中具有重要的意义。西医仅能针对一般消化不良症状,采用抗酸剂、解痉剂、黏膜保护剂等治疗,而中医在本病的治疗上积累了丰富的经验,且取得了良好的效果。我们采用四逆散合六君子汤化裁治疗 CAG,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例纳入标准

诊断标准符合《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[1]标准,全部经电子胃镜及病理确诊为慢性萎缩性胃炎,并排除合并有消化性溃疡及有心、肝、肾、造血系统严重疾病及妊娠、恶性肿瘤者。

1.2 一般资料

全部 71 个病例均为本院门诊和住院患者,年龄 27~65 岁,将 71 例随机分为 2 组,治疗组 38 例,男性 22 例,女性 16 例;年龄 27~64 岁,平均(42.9±11.3)岁;病程 1~18 年,长期饮酒者 13 例,有吸烟史 15 例。对照组 33 例,男性 19 例,女性 14 例;年龄 27~65 岁,平均(44.6±11.6)岁,病程 1~20 年;长期饮酒者 11 例,有吸烟史 11 例。两组患者性别、年龄、危险因素和病程均衡性比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组采用四逆散合六君子汤治疗。基本方:党参 20g,白术 15g,茯苓 15g,炙甘草 5g,陈皮 5g,法半夏 12g,柴胡 12g,枳壳 10g,白芍 15g。胃脘痛较甚者加延胡索、郁金、木香(后下)各 10g;胃纳差者加谷芽、麦芽各 30g、焦山楂 15g;口干咽燥、舌红少津者,加石斛 15g、玉竹 15g;舌质暗红或有瘀点、瘀斑者,加三七、丹参、白及各

10g。

对照组采用西医治疗,参考《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[1],根据患者症状,选用奥美拉唑、抗 HP 治疗、胃黏膜保护剂、促动力剂、助消化药等单独或联合使用。

2 组均以 3 个月为 1 个疗程,疗程结束后 1 周内复查胃镜,2 组在治疗期间忌食辣椒、咖啡、浓茶等刺激性食物,以免影响药物研究结果。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。临床痊愈:临床症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或消失。显效:临床症状消失或基本消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转或减轻 2 度,活体组织病理检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生恢复正常或消失。有效:临床症状减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,活体组织病理检查证实慢性炎症减轻,腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生减轻。无效:临床症状稍有好转或无改善,胃镜复查黏膜炎症无明显改变,活体组织病理检查仍是腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生。

3.2 2 组临床疗效比较

治疗组 38 例,临床痊愈 8 例,显效 13 例,有效 12 例,无效 5 例,总有效率为 86.8%;对照组 35 例,分别为 5 例、7 例、11 例、12 例、65.7%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

关于 CAG 病机的认识,多数学者认为,其关键是虚实夹杂,而虚主要是指气虚与阴虚^[3]。邓铁涛教授认为,萎缩性胃炎为本虚标实的虚损病。本病之虚,主要为脾