

疑难病治验三则

● 朱学明

关键词 紫斑 恶核 肝积 疑难病 治疗经验

1 紫斑

王某某, (0624) 男, 8 岁, 学生, 汉族; 2006 年 3 月 19 日初诊。代诉“反复皮肤紫斑近两年”。患者 04 年 5 月因皮下瘀斑, 检查发现血小板减少, 在武汉协和医院经骨穿诊断为“特发性血小板减少性紫癜”, 曾用激素治疗后可缓解, 但停药或减药后又下降。就诊时服强的松 20 毫克月余, 但血小板一直在 $15 \times 10^9/L$ 以下, 诊见精神差, 怕冷, 余无特别不适, 纳食、二便正常; 察其面色无华, 形体肥胖, 双下肢皮下多处紫癜, 色淡暗, 舌胖淡红, 苔薄黄, 脉沉细。实验室检查报告: 血小板 $14 \times 10^9/L$ 、白细胞、红细胞等正常; B 超肝脾不大。中医诊断为紫斑, 西医诊断为原发性血小板减少性紫癜(慢性型)。

此为中医之“紫斑”、“血证”, 乃因先天不足, 后天失养, 脾肾阳虚, 统摄无权所致。脾虚不能统血, 血妄行于外故皮下紫斑色淡暗; 脾肾阳虚, 命门火衰, 则见怕冷、舌胖淡; 气虚血少故精神不振、面色无华。证属气虚血少, 脾肾阳虚, 治当健脾补肾, 益气摄血。方

拟归脾汤加减治之。处方: 炙黄芪 20g, 茯苓 10g, 当归 10g, 阿胶 10g (烔化), 党参 15g, 白术 10g, 菟丝子 10g, 补骨脂 10g, 仙鹤草 10g, 三七粉 5g (冲服), 制商陆 10g, 大枣 5 枚。10 剂。水煎服, 日 1 剂。

嘱每日继服强的松 20 毫克, 避风寒, 防外伤, 多食大枣、花生等。

复诊(2006 年 4 月 1 日): 皮肤紫斑已经变淡变小, 未见新的紫斑出现, 查血小板 $51 \times 10^9/L$ 。舌脉同前。效不更方, 继前方加升麻 6g (颜德馨老师经验: 升麻“能治有血象偏低症状的多种血证”), 20 剂。

三诊(2006 年 4 月 20 日): 此诊因我外出故由他医接诊, 查血小板 $53 \times 10^9/L$ 。处方: 炙黄芪 20g, 当归 15g, 丹皮 10g, 三七粉 5g (冲服) 仙鹤草 15g, 赤芍 10g, 生地 10g, 鸡血藤 10g, 炙甘草 6g。10 剂。

四诊(2006 年 4 月 27 日): 诉进上方后恶心欲呕, 进食减少, 诊舌淡红、苔薄白, 脉沉细; 查血小板 $28 \times 10^9/L$ 。观上方以补血凉血为主, 过于滋腻碍胃, 且无补肾之品,

故见食纳减少, 血小板复降。治之仍守脾肾双补之法, 处以二诊之方。

预后: 患者坚持治疗, 中药基本方不变, 时随证稍作加减, 强的松逐渐减量, 并于 2006 年 12 月 16 日停用。血小板持续上升, 自 2006 年 12 月以来一直维持在 $100 \times 10^9/L$ 以上, 现间断来诊, 一切安好, 其肥胖之形体也趋正常。

体会 患者以皮肤紫斑为主症, 故乃中医之“紫斑”、“血证”范畴, 据其病势缓慢、斑色淡暗、舌淡胖苔薄、脉沉细、辨为虚证, 而血证之虚首当责之脾, 因脾主统血, 然本患病发少年, 起病无何诱因, 故知病本在先天, 其舌苔虽薄黄但润, 且有服激素之干扰当舍之。综上所述, 本病实乃脾肾两虚, 气不摄血之证。治当健脾补气以摄血, 补肾温阳以生土。《血证论》云: “人之初胎, 以先天生后天, 人之既育, 以后天生先天…”, 故治血者, 必治脾为主。”故取归脾汤为主化裁, 黄芪、茯苓、白术、党参、大枣健脾益气; 因气虚不能生血, 加之离经之血必有血虚, 故加当归、阿胶以补血; 菟丝子、补骨脂补肾治本; 因“瘀血不去则新血不生”, 故用仙鹤草、三七既止血又能祛瘀。

• 作者单位 湖北省襄樊市中医院(44100)

至于商陆的选用是从湖北省中医院杨新中老师学得,据其称“来自民间,药理不详,用治血小板减少多年,疗效很好”。后查阅资料,古医籍中无此功效记载,而在《中药大辞典》商陆条下的临床报道中提及治疗血小板减少性紫癜,并在湖南中医杂志(1993.2)上有验证报道,但均未曾说明其机理,都是在辨证方中加用。由此窃思:此药用治血小板减少是否有如茵陈之退黄、常山抗疟之专病用药?前人没有认识到的作用如今被发现,其功效如何描述,该由谁来认可并予以推广?如果不辨证用方,单用此药效将如何?我等将继续为之求索!

最后略陈三诊之误,一误在辨证不准,囿于西医之诊断见血小板少就补血,见出血就凉血,而忽视了中医的四诊合参;二误在忘掉了“效不更方”之古训,此在治疗慢性病时尤显重要。三误在其用药除黄芪一味,余皆治血之品,《温病条辨·治血论》中的“善治血者,不求之有形之血,而求之无形之气。盖“阳能统阴,阴不能统阳;气能生血,血不能生气”值得借鉴。

2 恶核

邱某某(0613),男性,66岁,工人,汉族;2005年11月25日初诊。主诉“颈部肿块一年余”。患者于2004年7月因颈部肿块在襄樊市人民医院病检确诊为“非何杰金氏淋巴瘤”,用CHOP方案化疗及颈部淋巴结放疗后肿大淋巴结消失,停止放化疗3月后复查又发现淋巴结肿大,因不愿再行放、化疗而寻求中医治疗。就诊时,诉颈部肿块,咽部干痛、口渴喜饮,右胸部发凉,双足麻木欠温,精神不振,二便正常,纳食尚可。查体左锁骨

上淋巴结肿大,约 $1 \times 1 \text{ cm}$,质硬固定,压之不痛,锁骨上皮肤放疗后改变,心肺无异常,肝脾不大,双下肢无水肿。舌淡红胖大,苔薄黄少津,脉沉迟。彩超提示左锁骨上淋巴结肿大 $1.0 \times 1.0 \text{ cm}$ 。既往有糖尿病史,仍在服降糖药。中医诊断为恶核,西医诊断:1. 非何杰金氏淋巴瘤;2. 糖尿病Ⅱ型。

本例乃中医之“恶核”、“阴疽”,因阳虚气化不利,水湿内停,复感寒邪,湿聚痰凝,发为痰核。阳虚形体失于温煦,气血凝涩,则胸冷肢凉,舌淡红胖大,脉见沉迟;寒痰凝塞于局部,则肿块皮色不红无痛。其咽干口渴、苔黄少津,一因气不能化津,津不上承;二因放疗热毒伤阴。治当温阳散寒、化痰软坚,佐以生津解毒。方用阳和汤合消瘰丸加减。处方:肉桂6g,熟地30g,麻黄10g,白芥子30g,炮姜10g,夏枯草30g,玄参15g,浙贝15g,生牡蛎30g(先煎),鹿角胶15g(烊化),白蛇草30g,昆布15g,海藻15g,甘草10g。7剂,水煎服,日1剂。忌生冷油腻,低糖饮食,调畅情志。降糖药继服。

复诊(2005年12月3日):患者诉症状有所减轻,尤其右胸部发凉改善明显,咽干似有好转;舌脉如前。方证相应,已经见效,但病人所关心的重点是肿大的淋巴结,故于前方中加黄药子30g、山慈姑15g以加强化痰软坚之力。15剂。

三诊(2005年12月18日):患者已感觉肿块变软变小,咽干口渴明显减轻,查左锁骨上淋巴结约 0.5 cm ,舌淡红苔薄黄,脉沉迟。继守上方。

预后:治疗二月肿大淋巴结已摸不到,双足麻木发凉也逐渐减轻,复查彩超肿大淋巴结消失。后坚持服药以八味肾气丸为主方加

减调治,随访至今一切安好。

体会 本例患者以颈部肿块为主症,因皮色不变、无痛无痒,故属“恶核”、“阴疽”范畴。古代医家认为该病多与痰有关,谓“无痰不成核”。而痰之起因有二:一为寒湿凝结成痰;二为火热煎熬津液成痰。而本例既有寒象,又有热象,病性相反,而皆非假象。细究其因当以阳虚寒凝为主要矛盾,表现在形寒肢冷、舌淡胖、脉沉迟。而表现在局部的咽干口渴苔黄,乃津不上承又复被放疗热毒所伤是为次要矛盾。按寒热夹杂证处理,取熟地温补营血,鹿角胶补髓生精、助阳养血,二者大补阴血中寓“阴中求阳”之意,正所谓“善补阳者,当于阴中求阳,阳得阴助而生化无穷。”炮姜、肉桂、麻黄温经散寒,麻桂得熟地则不散,熟地得麻桂则不腻;白芥子搜剔皮里膜外之痰;另用浙贝、昆布、海藻、牡蛎、黄药子以增软坚化痰之力;佐以白蛇草、夏枯草、玄参清热解毒;甘草与海藻合用相反相成。全方寒温并用偏于温,攻补兼施偏于攻,标本同治偏于本。方证对应故取满意之效。临床所见肿瘤患者常常多种病机交错互呈,证候兼夹多变。此时要详察因证,“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之”。另外,目前对肿瘤类疾病的治疗比较甚行清热解毒之法,而我等临床所见肿瘤病人的大多热象表现是合并症或西医治疗后的并发症,而根本病机还在于阴盛寒凝,因为“阳化气,阴成形”,即物质从有形蒸腾气化为无形的过程属阳,从无形之气凝聚为有形物质的过程属阴。故而辛热解毒之品如蜈蚣、雄黄等,辛温散凝之方如阳和汤等在癌症治疗中应引起更多的

重视。

3 肝积

刘某某(0523),男,61岁,退休教师,汉族,2005年1月2日初诊,主诉“肝癌术后15月,腹胀加重半月”。患者于2003年10月在湖北省肿瘤医院行肝癌切除术,2004年4月复发,又行放疗及中药治疗,病情尚稳定。半月前因生气后出现病情加重,证见满腹胀满、纳差呃逆、神倦乏力、小便黄、大便可、背恶寒。察其神情倦怠,形体消瘦,皮肤及巩膜灰黄,舌淡暗,苔白厚腻,脉弦滑。诊其巩膜皮肤中度黄染,浅表淋巴结不肿大,腹部膨隆,按压腹部即闻呃声阵阵,肝大肋下5cm可及,触压痛,腹水征(+).实验室检查B超示:肝右叶实质性占位性病变,腹腔积液(平卧腹部见深约4.2cm无回声暗区)。肝功能:TBIL 196.6 μ mol/L, DBIL 146.5 μ mol/L, ALB 30.4g/L, GGT 185u/L, ALP 151u/L, ALT 881u/L, AST 449u/L, LDH 267u/L。中医诊断:1.肝积;2.鼓胀;3.黄疸。西医诊断:肝癌。

患者长期从事教学工作,性情急暴,肝气郁结,气郁日久导致血瘀并渐蓄为积,故见胁下痞块疼痛;肝病传脾,脾失健运则水湿泛滥,导致腹水;湿困中阳则背恶寒;肝胆疏泄失职,胆汁外溢则见面目肌肤发黄,其色晦暗不泽;其舌淡暗,苔白厚腻,为瘀血、虚寒、水湿之象。治当疏肝理气,健脾温阳,利湿退黄,活血消积。方宜茵陈术附汤合五苓散加减。处方:茵陈30g,白术30g,制附片15g,干姜10g,泽泻30g,猪苓12g,桂枝10g,

茯苓15g,焦楂30g,川朴15g,枳壳10g,莪术15g,丹参20g,大黄10g,鳖甲20g(先煎),土鳖虫10g。7剂。水煎服,取汁400ml,分3次温服。嘱调情志,清淡饮食;另用能量合剂及支链氨基酸静滴。

复诊(2005年1月10日):服上方后小便量增加,腹胀减轻,呃逆消失,仍背冷,纳差,尿黄;舌淡暗,苔白腻,脉弦。继前方附片用至25g,以加强温阳化湿之力;减厚朴为6g,防其过而耗气。

三诊(2005年1月24日):经过半月调理,患者精神明显好转,纳食渐增,腹胀已不甚。仍诉背冷,舌脉如前,但苔已变薄;复查肝功能:TBIL 45.1 μ mol/L, DBIL 37.9 μ mol/L, GGT 156u/L, ALP 112u/L, ALT 68u/L, AST 67u/L;B超示:平卧腹部见深约1.2cm无回声暗区,肝大同前。此寒湿渐化,肝气顺达,治疗之重点当以治癌为本,拟健脾补肾、活血软坚、化痰解毒之法。处自拟“杂和之方”化裁:黄芪30g,茯苓20g,苡仁20g,灵芝10g,焦山楂15g,神曲15g,枳壳10g,白英30g,蜈蚣2条,昆布10g,莪术10g,山慈姑15g,白术30g,补骨脂15g,菟丝子15g,柴胡10g,赤芍10g,鳖甲30g(先煎),土鳖虫10g,八月札20g,茵陈15g,太子参30g。

预后:以上方为主,有时随证稍作加减,病情稳定达一年之久,于06年4月病情加重不治而亡。

体会 肝癌乃癌症之王,本例患者初诊时已见臌胀,通过治疗后缓解并存活年余实属不易。首诊所见一派阴寒之象,唯尿色

黄,此也不当认为是热象,犹如口干不一定是热证一样,因临床所见阴黄病人的尿大都是黄的,只是较清冷而已。寒热既明,再辨其虚实,症见呃声阵阵、腹胀无减时,实气滞之象;肠间有水气、小便量少为水停之征;肝大有块更是有形之邪盛。但溯其源,其气滞之因乃气虚失运,水湿内聚之由阳虚失温,更有“无虚不成积”之古训,同时患者还表现有神倦乏力、背凉纳差之虚象,正所谓“至虚有盛候,大实有羸状”。故其当属虚实夹杂之证,虚为本、实为标。论治则遵“急则治其标”,“小大不利,腹满治其标”,先以茵陈术附汤合五苓散为主温阳利水,加厚朴、枳壳、莪术、丹参、大黄、别甲、土鳖虫以行气活血,以期“离照当空阴霾散、清升浊降气血调”。一旦标急得缓,自当标本兼顾,故用自拟“杂和之方”以扶正祛邪,扶正以健脾补肾为主,祛邪以活血消癥、化痰软坚、解毒抗癌为主。迄今为止癌症尚未被攻克,目前公认的病机多为“虚、毒、痰、瘀”,但往往由于临床表现过于复杂如晚期病人的虚实互见、寒热夹杂,医者常常举棋不定。笔者临床体会:针对癌之特点,治疗当用杂和之法,以“杂”应“杂”,其类似于现代医学的多靶点、多部位作用,特点在于多法合用、药味众多,其组成包括辨证部分、辨病部分、对症部分和照顾中焦脾胃部分。应用时注意到主次分明,杂而不乱,精选药味,一物多用,标本缓急,攻补权衡,如是方能取得好的疗效。

中医中药治疗鼻腔坏死性肉芽肿 1 例报道

● 刘晓丽 指导:罗 艳*

关键词 中医中药 鼻腔 坏死性肉芽肿

罗艳老师是首届全国优秀中医临床人才,辽宁省名中医,从事临床工作近 30 年,临床辨证准确,用药精当,擅长用精方治疗内、妇科疑难杂证,效如桴鼓。近日在跟随罗艳老师出诊时,运用中医中药收治一名患有鼻腔坏死性肉芽肿的病人,取得满意疗效,特报道如下:

1 病案

吴某,男,47 岁,三年前曾患鼻炎,病情迁延未愈。就诊前 50 天无明显诱因出现左侧鼻塞,持续性,伴脓涕,量不多,自觉嗅觉减退,就诊于本钢总医院,诊断为急性鼻窦炎。行抗炎及左上颌窦穿刺治疗,经治好转,但数日后复发,出现左侧鼻部肿胀,伴左侧咽痛,偶有左侧头痛,为求明确诊断先后就诊于中国医科大学盛京医院及北京 301 医院,均诊断为“鼻腔坏死性肉芽肿”;并且均建议其放化疗,因患者惧怕,故求中医治疗而来我院就诊,此次发病起因于遇事情志不畅,现患者左侧鼻部肿胀,

鼻腔及咽部粘膜溃烂,鼻塞,流脓涕,涕中带血丝,咽痛,左侧头部连及左耳肿胀跳痛难忍,伴颌下淋巴结肿大,口苦,张口困难,声音嘶哑,失眠,不能饮水及进食,体重较发病前相比减轻 15 公斤左右;舌质红,苔厚,黄腻,脉弦数。四诊合参,中医辨证其病机为肝火旺盛,灼伤肺络;治以清泻肝火,消肿止痛为原则;

主方龙胆泻肝汤加味,龙胆草 6g,知母 10g,柴胡 10g,黄芩 10g,生地 15g,僵蚕 10g,车前子 15g,泽泻 15g,连翘 15g,赤芍 15g,玄参 10g,白茅根 15g,血余炭 15g,荆芥 10g,炙甘草 10g,栀子 10g,白芷 10g,川芎 10g,半夏 10g。初诊 5 付后症状减轻,涕中血丝消失,能进流食,面部肿胀减轻,继续服上方 5 付后,面部肿胀消失,能进普食;再次就诊时患者仅感咽部深处疼痛,且有痰难以咳出,饮食量少,故加穿山甲 6,佩兰 15,活血消癥,消肿排脓,运脾化湿。加鹿角霜 15 补肾,治以疮疡久不愈合,止血敛疮,巩固治

疗。用药后患者症状基本消除,舌质红,尖赤,苔薄黄,左脉弦,右脉沉,嘱其患者回家调养。

2 讨论

鼻腔坏死性肉芽肿是一种以鼻部,渐延及面部中线进行性坏死性溃疡为特征的少见的肉芽肿。其病因未明,病理检查多为慢性特异性肉芽组织和坏死,并有多种成分的炎症细胞浸润;病理实体各异,故此病命名与分类繁多,诸如坏死性肉芽肿、面中部特发性肉芽肿及中线恶性网织细胞增生症等。临床西医除放疗外无特殊方法,晚期病例,病变广泛深入,全身呈恶病质,终于无法救治。中医辨证论治为此病治疗开拓了一种新的方法。

本证由于肝胆实火上炎,治宜清肝胆实火。方中龙胆草大苦大寒,能清肝胆实火,切中病情,为方中君药。黄芩、栀子两药苦寒,归肝胆三焦经,泻火解毒,燥湿清热,用以为臣。连翘,僵蚕,半夏消痈,化痰,消痞,散结,燥湿。赤芍,川芎清热凉血,散瘀,止痛。玄参清热凉血,滋阴解毒。白茅根,血余炭,凉血,收敛止血。佩兰归脾胃肺经,运脾化湿。穿

* 作者简介 罗艳,女,主任医师。全国首届 200 名名中医,辽宁省名中医。主要从事中医内科、妇科临床工作。

• 作者单位 辽宁省本溪市中医院(117000)

山甲,白芷活血消癥,消肿排脓,通窍止痛。鹿角霜归肝肾经,温肾助阳,收敛止血。知母清热泻火,滋阴润燥。荆芥透疹消疮。用渗湿泄热之车前子、泽泻,导湿热下行,从水道而去,使邪有出路,

则湿热无留,用以为佐;然肝为藏血之脏,肝经实火,易伤阴血,所用诸药又属苦燥渗利伤阴之品,故用生地养阴,使祛邪而不伤正;甘草为使,一可缓苦寒之品防其伤胃,二可调和诸药。

中医治疗疾病取效与否关键在于辨证是否准确,罗老师在患者的众多临床症状中明辨其病机,认证准确,针对其病机用药,加上局部用药治疗,疗效突出。

岐黄纵横

“左肝右肺”说

中医“左肝右肺”一说,来源于《内经》,这是《内经》中的一个千古之谜。因此,西医曾经有人想从《内经》入手,抓住“左肝右肺”之说,大做文章,并以现代解剖学相对照,攻击中医学古老、不科学,讥笑中医理论太荒唐!

“左肝右肺”的真正含义,究竟是什么?

“左肝右肺”一词,是“肝生于左,肺藏于右”之省,出自《素问·刺禁论》篇,原文说:“肝生于左,肺藏于右,心部于表,肾治于里,脾为之使,胃为之市。”显然,“左肝右肺”只是前面的两句话,与全文分裂开来,这是“断章取义”,这种认识方法,完全体现了西方文化“主、客”分裂的特点,就以“左肝右肺”与现代化解剖学相对应,就得出了中医理论不科学的结论。而中国文化的特点是“物、我为一”的“大一统”。必须把“左肝右肺”置于全文之中,不可分割。只有置于全文之中,才能体现出一个完整的意义。

中华民族文化博、大、精、深,要解开“左肝右肺”之谜,必须扩大知识面,不能局限在《内经》范围之内。“医理源于易理”,说明医易是一脉相承的。若舍易论医,《内经》中的许多秘密就难以完全揭开。

根据《内经》,人类居于天地“气交”之中。天地阴阳二气是这样进行气交运动的:“上者右行,下者左行”(《素问·五运行大论》)。所谓“上者右行”,言天气右旋,自东而西以降于地,所谓“下者左行”,言地气左转,自西而东以升于天。所以,《素问·阴阳应象大论》说:“左右者,阴阳之道路也。”

根据《内经》,“人与天地相应也”(《灵枢·露》)。说明人体脏腑之间,也存在着脏气升降相交运动。人出生后,人体已由先天转入后天,《周易》八卦也由先天八卦转入后天八卦。《内经》在《灵枢·九宫八风》中所应用的“九宫八风图”,就是后天八卦方位图。这个后天八卦方位图来源于洛书。

洛书为人体脏象方位学奠定了基础:正北方为坎卦属水,水性寒,寒气通于肾,故肾位正北方;正南方为离卦为火性热,热气通于心,故心位正南方;正东方为震卦,乘风雷之性,风气通于肝,故肝应正东方;正西方为兑卦属泽性凉燥,燥气通于肺,故肺位正西方;中央属坤土性阴属湿,湿气通于脾,故脾居正中。

洛书不但为人体脏象方位学奠定了基础,而且为脏气升降确定了其运行方向。因水为至阴,故居于下;火为至阳,则居于上;木主升发故居于左,方位在东;金主收降,则位于右,方位在西;土为成数之母,故居于中。如此,脏气升降图为:心火下降,肾水上济,肝木左升,肺金右降。脾胃居中,为升降之枢纽:脾之所以升,肝辅之也;肺气降胃气亦随之降也。从上述脏腑气机升降图,完全可以得出结论:“左肝右肺”,不是指肝居于左,肺居于右。而肝与左,肺与右,只是代表着全身阴阳、气血升降之通道。所以,“肝生于左,肺藏于右”,当正确解释如下:

“肝生于左”,生,《广雅》:“生,出也。”出,《考工记》玉人注:“向上谓之出”。左,乃《五运行大论》中“下者左行”之“左”。故“肝生于左”者,谓肝气从左向上升也。

“肺藏于右”,藏,《词源》:“潜匿”也。潜,《中华大字典》:“潜,沈下”,“沈,下也”。右,乃《五运行大论》中“上者右行”之“右”。故“肺藏于右”者,谓肺气从右下降也。

总之,《内经》“左肝右肺”之说,全从易理而来,体现了中华民族文化的博、大、精、深。说“中医理论太荒唐”者,是其知识面不广,不了解中国古文化之过也。