

学术论坛

顽固性泄泻的诊治经验

□刘爱华

刘爱华是全国首届百名杰出女中医，擅长运用“双辨”（辨病、辨证）思维诊治内科常见病、多发病，如冠心病、高血压病、糖尿病等疾病，同时在辨治疑难杂症及慢性病等方面都有独到之处。

黄文东出生于晚清，曾任原上海中医学院内科教研组主任、院长。在治疗脾胃病方面，黄文东造诣颇深，对《黄帝内经》《难经》两经和张仲景学说，钻研尤勤，突出人以胃气为本，强调调整脏腑之间升降降浊的功能，以及把握阴阳五行相互制约、相互依存的关系。

对于治疗顽固性泄泻，刘爱华借鉴黄文东的经验，在临床上颇为得心应手，获得良好的效果。

黄文东在临床中重视调理脾胃，其处方用药，不尚矜奇炫异，常挽逆证于轻灵之方，起沉痾于平淡之剂。黄文东认为，脾胃乃后天之本，为气血生化之源。久病体质虚弱，如果治疗不当，可积虚成损，在治疗外感内伤疾病中，必须时时注意照顾脾胃。

泄泻就是我们平常说的腹泻，虽然此病证位在肠，但是归属于中医脾胃病的范畴。黄文东认为，顽固性泄泻大多病程日久，病机复杂，既有脾虚又有湿滞，甚至还有肝郁、阴虚等，因此在治疗上，应该遵循辨病、辨证、辨体质的整体观念。

对于此证，黄文东根据病情的虚实寒热，常用健脾化湿疏肝之法调之。

对于久泄阴分不足者，不宜选用利湿而伤阴之药（如茯苓）；对于气虚症状较重者，可以加黄芪益气固脱；对于气滞湿阻者，不宜加黄芪。黄文东还喜用炮姜温中健脾，从而起到化瘀止泻的作用。

久泄可能伤及肾阴，黄文东在临床常用附子温肾助阳，配合理中丸、四神丸等助温补脾肾、温中止泻之功；如果兼有脾胃虚弱、肝气犯脾致脾虚肝旺者，则用理中丸和痛泻药方加减调之。

顽固性泄泻的肝旺不是肝经实火，因此不能用龙胆草、栀子之类的苦寒之品泄肝，可以选用白芍、甘草以达到柔肝扶脾的功效。

如果是慢性结肠炎引

起的泄泻，且久治不效，黄文东常选用白头翁、黄芩、黄连与木香、炮姜联合使用，达到苦寒不碍脾、清热不伤阴的效果。泄泻之症还有一种情况，泄泻频数而臭秽，后重而腹胀作痛，多为湿热食积所致，在临床上可以使用秦皮、黄芩等清热化湿合以消导食积药（焦山楂、六神曲）等调之。黄文东精微用方，常能获得良好的治疗效果，笔者借鉴其经验，收效良多。

慢性泄泻当责脾胃。脾主运化、主统血、主升清散精。脾虚运化功能失常，则见大便溏薄、胃口不佳、神疲乏力、嗜睡、口淡、面白无神、舌质淡白、脉细弱等。慢性泄泻还与肾脏有关。由于泄泻日久，累

及肾脏，致肾阳虚，亦可由肾阳虚，不能温煦脾阳所致。

借鉴名家经验，笔者有所创新与发展。在临床上，笔者喜用参苓白术散加减治疗脾虚泄泻，且颇有成效。

笔者认为，凡泄泻者，虽由脾虚而致，然其消化之功必有所损，肠胃中常有留滞之物，故可加鸡内金，既有消导之力，又具收涩之用。若有滑泄甚者，可加炒乌梅、煨肉豆蔻、煨草果以固涩，甚则可加罂粟壳以禁固之。脾胃阳虚者可用酌加附子、干姜等温肾阳之药。具体而言，要根据患者情况，辨证为用。

笔者曾经成功治愈一位老年泄泻患者。患者，

男，68岁，2013年始患泄泻之疾，历时近十年，迁延不愈。

患者自述排泻物清稀，并伴有完谷不化。严重时，患者每日排泄八九次，上午为排泻高峰期，晚上至半夜时不排泻，无腹痛，间或有腹胀感。患者先后到多家医院求治，均不见效果，遂慕名找到笔者。

笔者认为，患者属于脾虚不化，遂处方如下：太子参、炒白术、茯苓、薏苡仁、砂仁、莲子肉、炒山药、桔梗、鸡内金、炒乌梅、煨肉豆蔻、煨诃子、葛根、炙甘草。水煎温服。患者服药数剂后即好转，后继续巩固治疗，至今再无泄泻。

（作者供职于河南省中医院）

中医望诊重在「望神」

□秦少波

中医诊断有“四诊合参，乃识万病之根源”的说法，望诊排在四诊之首，要观察的东西很多，而“望神”排在第一位。根据神的旺、衰和病情轻重，可分为得神、少神、失神、假神。

得神
临床表现 神志清楚，两目精彩内含，呼吸平稳，语言清晰，面色荣润，动作自如，反应灵敏。

临床意义 正气充足，精气充盛，机体功能正常。

少神
临床表现 精神不振，两目乏神，面色少华，肌肉松软，倦怠乏力，少气懒言，动作迟缓。

临床意义 正气不足，精气轻度损伤，机体功能较弱。

失神
临床表现 精神萎靡，面色无华，两目晦暗，呼吸气微，语言错乱，形体羸瘦，动作艰难，反应迟钝，神识不清。

临床意义 正气大伤，精气亏虚，机体功能严重衰减。

假神
临床表现 久病重病者，突然神识清醒，目光转亮，浮光外漏，言语不休，语声清亮，欲进饮食，想见亲人，面色无华，两颧泛红如妆。

临床意义 脏腑精气极度衰竭，正气将脱，阴不敛阳，虚阳外越，阴阳即将离决。

笔者刚上卫校时，对“望神”的描述没有概念。等到医院实习时，笔者遇到一位患者，再联想书本知识，脑海才有了粗略的认识。那时，笔者在心内科，有一位患有心力衰竭伴有多种基础疾病的老太太，住院治疗十几天，病情始终没有好转迹象。在一次查房过后，老太太病情突然好转，从床上坐起来，说话滔滔不绝，想喝鸡蛋面汤，吃了不少东西，面色比较红润。1个小时后，老太太躺在床上，言语、气力明显少了。又过了20分钟左右，老太太的家属跑来呼叫护士，经过检查发现，老太太意识丧失，呼吸停止，血压和心率都监测不到，立即开始气管插管，心肺复苏，推氧气罐，静脉注射肾上腺素、洛贝林、阿托品等药物。抢救现场如同打仗一样，在场的医务人员抢救了40多分钟后，宣告老太太临床死亡。

在电视剧《雍正王朝》中，雍正皇帝在怡亲王胤祥帮助下，登上皇位，怡亲王胤祥因在宗人府圈禁10年，长期被廉亲王胤禩为首的权力党派猜忌、暗算、打压等，怡亲王胤祥在46岁时吐血身亡。在一部分传统评书中，对这段“回光返照”描写得很详细，病人膏肓的怡亲王胤祥突然醒来，对雍正皇帝交代后事。雍正皇帝问：“鄂思道不是给你算过命？能活到92岁吗？”怡亲王胤祥苦笑着回答：“现在我才明白，鄂先生说的92岁，是白天和黑夜加起来算的。”怡亲王胤祥交代完后事，便死去了。联系上下剧情，鄂思道的意思是怡亲王胤祥把1天的时间当作2天用，白天和黑夜加起来算，正好是46岁的两倍，因此他只活了46岁。笔者听过后，起初以为只是文学作品的描述，但是这样的病例在临床上确实会遇到，古人把这个现象比作“残灯复明”，即点燃的蜡烛在即将燃烧完时，火苗会升高几下再熄灭。

笔者对老太太和怡亲王胤祥的案例印象非常深刻，后来理解了这就是典型的假神。此后，笔者又咨询过很多中医医师，得到的结论是，恶性肿瘤晚期的患者发生假神的情况并不罕见。

笔者还碰到一个失神的典型病例，是在实习的时候，小暑节气后，天气炎热。那天，急诊科送来一位60多岁的男性患者，经头颅CT（计算机层析成像）检查，被诊断为大面积脑梗死。笔者见患者昏迷，呼吸微弱，大汗淋漓（汗液清稀且多，如水洗）。笔者立即开始抢救治疗，给予吸氧、心电监护、补液、抗凝等基础治疗。经过1个小时紧张紧张地抢救，患者呼吸、心跳停止，家属放弃抢救。患者的情况就是典型的失神表现，“汗出清稀如水”是亡阳的表现。得神见于正常人，或虽病而正气未伤，精气未衰；少神见于轻病或恢复期患者，亦可见于体质虚弱者，大手术后的患者多见，这两个情况多见，不再举例说明。

通过“望神”的学习，笔者感觉到中医的学习、成长的过程是缓慢的，需要经过理论知识的深钻苦研，多年摸爬滚打的临床实践，方能做到“难诊疑惊四座”。

（作者供职于河南省林州市红旗渠医院）

征稿

您可以谈谈自己的看法，说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见，写一写关于中医药现状与问题的文字……《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》《关注中医药改革》等栏目，真诚期待您的参与！

联系人：徐琳琳
联系电话：15036010089
投稿邮箱：xulin.lin@qq.com

诊疗感悟

中风的疾病分期和转归

□尹国宥

中风有缺血性中风和出血性中风两大类，二者有中经络、中脏腑的不同。从发病过程来看，中风有急性期、恢复期和后遗症期。中风的临床证候纷繁，病机复杂，但是有一定的阶段性、规律性，病机的变化随着病情的变化而发生变化的。弄清楚中风的发病机制，是治疗中风取得好的临床疗效的前提和基础，笔者将中风的病机转归总结归纳如下。

中风急性期
积损正衰、饮食不节、劳倦内伤等因素长期作用于机体，不断积累，达到一定程度，若遇天气突变、用力过猛、用脑不当、生气恼怒、饮酒饱食等诱因，易发生由量变到质变的变化，患者出现不省人事，伴口眼喎斜、半身不遂、语言不利，中风便发生了。在中风的急性期，绝大多数患者病变仅限于血脉经络，症状较轻，无神志改变，此乃中经络；有一小部分患者病变波及脏腑，病情较重，常呈现神志不清，此乃中脏腑。

中经络 在中经络的患者中，由于发病的基础不同，患者急性期的发病机制不一样。根据其发病特点，笔者把临床常见的证型归纳起来，有几种情况。

平素正气不足者，气血虚弱，脉络空虚，卫外不固者，外邪得以乘虚而入，停于经络，阻滞气血，肢体筋脉失于濡养，呈现络脉空虚、风邪入中型。

脾虚痰湿壅盛，兼有瘀血阻滞者，复因饮食不节、劳倦内伤诸因素，致使内风渐起，风痰瘀血内结不解，痹阻脉络，则出现半身不遂、舌强言蹇、偏身麻木等症状，呈现风痰瘀血、痹阻络型。

素有肝肾阴虚者，常有头晕头痛、耳鸣目眩症状的患者，可因饮酒、房劳等因素而致风阳上扰、夹痰走窜经络，痹阻气血，出现口眼喎斜、手足重滞等症状，呈现肝肾阴虚、风阳上扰型。

平素肝阳亢盛者，可因生气恼怒、长期失眠诸因素的作用，而突然发生中风，呈现肝阳暴亢、风火上扰型；气血不足者，可因劳累、思虑过度等影响，致使正气虚，运血无力，血行瘀滞，脉络阻滞，而形成中风，呈现气虚血瘀、脉络阻闭型。

平素脾虚痰热内盛者，可因饮酒饱食、情志抑郁诸因素的影响，致使痰热更盛，而呈现痰热腑实、风痰上扰型。

中风中经络的患者，多数预后良好，经及时正确的治疗，病情可逐渐稳定、好转而进入恢复期；也有一小部分患者，由于治疗不当、正不胜邪或病邪渐深等原因，可使病情加重，演变为中脏腑，临证时应多加注意。

中脏腑 在中脏腑的患者中，虽然都以突然昏倒、不省人事为主要临床表现，但是由于其发病机制的不同，兼证各异，所以有闭

证、脱证的区别。在闭证中，根据内风痰火与内风痰湿之不同，又有阳闭、阴闭之分。闭证是邪实内闭，属实证，其中由于阳升风动、气血上逆、夹痰火上蒙清窍者，属于阳闭证，辨证为痰热内闭清窍型。由于痰湿偏盛、肝气上逆、痰随气升、风夹痰湿、上蒙清窍、内闭经络者属于阴闭证，辨证属痰湿蒙塞心型。无论阳闭证、还是阴闭证，绝大多数患者经过及时治疗，神志可逐渐清醒，病情稳定、好转，而进入恢复期。当然也有一部分患者，虽然经过积极抢救，但是病情较重而死亡，或由闭证转而变为脱证，治疗更加困难。

在中脏腑的患者中，有极少一部分由于气血并走于上、阳浮于上、阴陷于下、正气虚脱、阴精欲绝、阴阳有离决之势，可出现突然昏仆、不省人事、目合口张、鼻鼾息微、手撒肢冷、汗多、大小便失禁、肢体软瘫为主要表现的危候，此乃中脏腑之脱证。脱证属临床危重症之一，治疗十分棘手，病死率很高。当然，若能申明病因病机，施以恰当的治疗方法，中西医结合，积极抢救，患者也有可能逐渐清醒，病情稳定、好转，进入恢复期，有治愈的机会。

在中风急性期，无论中经络还是中脏腑的患者，均有再次出现中风而使病情加重的可能，临床中应注意预防，恰当用药。即

使进入恢复期的患者，也有再次出现中风者，这是治疗中风时应当特别注意的。

中风恢复期
中风急性期的患者经治疗病情好转，神志逐渐清醒，半身不遂、口眼喎斜等症状未加重或有恢复者，则病已进入恢复期。恢复期是中风治疗的关键时期，采取切实可行的措施坚持治疗，是促使中风患者顺利康复，减少后遗症及中风复发的主要方法。恢复期的患者若治疗调养得当，否病情可逐渐恢复好转，有望治愈；若调治不当，或再次有诱因触动，也有再次出现中风的可能。另外，还有一部分患者，恢复期已过而难以全面恢复机体的功能，而遗留有后遗症。

中风患者进入恢复期，其急性的邪盛状态已经得到不同程度的控制，“风”（主要是肝风）、“火”（主要是肝火和心火）之邪已明显减弱，而正气不足、阴阳失调以及痰浊血瘀的征象逐渐明显，“虚”（主要是气虚、阴虚）、“痰”（主要是风痰、湿痰）、“血”（主要是血瘀）成为主要的发病机制，但是未尽之“邪”亦时刻作用于机体。从临床来看，中风进入恢复期，根据其发病机制的不同，主要有风痰上扰、脉络痹阻型，肝肾阴虚、脉络不畅型，痰浊阻络型，阴虚阳亢、瘀血瘀阻型，气虚血瘀、脉络阻闭型5种证型。

浅谈中医防治眩晕的思路

□李金领

眩晕是一种常见的临床症状，患者常感到头晕目眩，严重者还可能出现站立不稳、恶心呕吐等症状。现代医学通常将眩晕分为外周性眩晕和中枢性眩晕两大类，而中医则将眩晕视为眩晕症，并根据病因病机，将其分为不同的类型进行辨证论治。

找准病因

中医认为，眩晕的发生与肝、脾、肾三脏的功能失调密切相关。具体来说，肝阳上亢、气血不足、痰湿中阻、肾精不足等均可导致眩晕。肝为风木之脏，主疏泄，藏血，性喜条达而恶抑郁。若情志不遂、抑郁恼怒，易致肝气郁结，进而化火生风，导致肝阳上亢，引发眩晕。临床表现为头晕目眩、头痛如裂、急躁易怒、面红目赤、口苦咽干等。

久病、失血、体虚等气血亏虚，不能上荣于脑，亦可引起眩晕。表现为头晕眼花、面色苍白、心悸气短、神疲乏力、失眠多梦等。痰湿中阻多因饮食不节、久

坐少动、脾胃虚弱等，脾失健运，水湿内停，聚湿成痰，痰湿上蒙清窍，亦可导致眩晕。表现为头晕重如裹、胸闷恶心、呕吐痰涎、肢体困重、胃脘痞满。

肾为先天之本，主藏精，生髓通脑。若先天不足，或房劳过度，或久病耗伤，均可致肾精亏虚，髓海不足，引起眩晕。表现为头晕耳鸣、腰膝酸软、记忆力减退、失眠多梦等。

怎样预防
中医强调治未病，即在疾病尚未发生前进行预防。预防眩晕的措施包括调节情志、合理饮食、适度运动、注意休息等。保持心情舒畅，避免情绪波动过大，尤其是避免过度愤怒和抑郁。患者可以通过打太极拳、练瑜伽等方式放松身心。中医认为，情志的调节对脏腑功能的平衡起着重要的作用。因此，饮食上应清淡适宜，避免摄入油腻、辛辣、生冷食物，可以多吃一些具有补气血、健脾胃的食物，如红枣、枸杞子、山药、桂圆、莲子等。同时，注意饮食规律，避免暴饮暴食。

中医认为“胃不和则卧不安”，饮食不当不仅会引起脾胃失调，还可能導致气血运行不畅，进而引发眩晕。因此，坚持合理饮食，对于预防眩晕非常重要。

中医强调动静结合，适度运动能调节气血，疏通经络，有助于预防和缓解眩晕症状。此外，保持规律的作息，避免熬夜，保证充足的睡眠，同时卧室应保持空气流通，温度、湿度适宜。

中医认为“养生之道，贵乎顺时而适度”，良好的生活习惯和环境对健康非常重要。现代人生活节奏快，常常忽视了起居规律，导致脏腑功能失调，气血不畅，从而引发眩晕。因此，保持良好的生活习惯，注意起居调摄，是预防眩晕的重要方法。

分型辨治
中医治疗眩晕讲究辨证论治，根据不同的证型采取不同的治疗方法。眩晕主要包括肝阳上

亢型、气血不足型、痰湿中阻型和肾精不足型等证型。对肝阳上亢型，治宜平肝潜阳、清热熄风，方用天麻钩藤饮加减。常用药物有天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、杜仲、牛膝、桑寄生、茯神等。这些药物具有平肝潜阳、清热熄风的作用，能够有效缓解肝阳上亢引起的头晕目眩、头痛等症。

对气血不足型眩晕，治宜补益气血、健脾养心，方用归脾汤加减。常用药物有党参、黄芪、白术、茯苓、炙甘草、当归、龙眼肉、酸枣仁、生姜等，诸药合用，具有补益气血、健脾养心的作用，能够有效缓解气血不足引起的头晕眼花、面色苍白、心悸气短等症。

对痰湿中阻型眩晕，治宜燥湿化痰、健脾和胃，方用半夏白术天麻汤加减。常用药物有半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓、甘草、橘红、生姜、红枣等。这些药物具有燥湿化痰、健脾和胃的作用，能够有效缓解痰湿中阻引起的头晕重如裹、胸闷恶心、呕吐痰涎、肢体困

重等症状。

对肾精不足型的眩晕，治宜补益肾精、填精养髓，方用左归丸或右归丸加减。常用药物有熟地、山茱萸、山药、枸杞子、菟丝子、鹿角胶、龟板胶、杜仲、川牛膝等，这些药物具有补益肾精、填精养髓的作用，能够有效缓解肾精不足引起的头晕耳鸣、腰膝酸软、记忆力减退、失眠多梦等症。

眩晕是一种中老年人常见病，其病因复杂，多与肝脏、脾脏、肾脏的功能失调有关。中医在预防和治疗眩晕方面，强调“不治已病治未病”，通过调节情志、合理饮食、适度运动、注意休息等措施，预防眩晕。同时，针对不同的眩晕证型，采用不同方剂辨证施治，通过平肝潜阳、补益气血、燥湿化痰、补益肾精等方法，有效缓解眩晕症状。综合运用中医的理论和治疗方法，可以帮助人们有效预防和防治眩晕，提高生活质量。

（作者供职于河南省郑州市华骨科医院）