

从病例谈阴阳互根理论的临床意义

中医研究院西苑医院 陈立华

病例, 孙××, 男性, 49岁, 病历号 22632。患者自述心慌、胸闷、心跳慢反复发作三年, 加重伴阵发性左胸痛5个月。经本单位检查心率36~60次/分, ECG有室性早搏, 阿托品试验阳性。经用潘生丁、硝酸甘油、能量合剂、菖蒲片及活血化瘀中药治疗, 心率增至45~65次/分, 诊断为病态窦房结综合征。后又经某医院诊为心肌炎、心动过缓, 曾予口服强的松、阿托品等药治疗40天, 症状略轻, 但心率仍仅有42次/分、遂转我院诊治。目前情况: 心慌气短, 胸闷不舒, 神疲乏力, 动则加重, 心痛阵作, 痛如针刺, 甚则彻背而痛, 放射至左手手指; 肢冷畏寒、头晕耳鸣; 食纳及二便、睡眠均可。T36.4°C, P42~52次/分, R24次/分, BP120/80mmHg。舌略胖, 边有齿印、质暗, 苔薄白, 脉沉迟无力, 有时结、代。ECG示: 窦性心动过缓、阿托品试验阳性; 远达心相: 心脏轻度扩大、上腔静脉影轻度扩张; 血脂: TC: 720.9mg%, TG: 153.8mg%, 脂蛋白比浊515mg%。诊断: 病态窦房结综合征(冠心病)。中医辨证为心肾阳虚兼血瘀。拟益气温阳、补肾活血为法, 以麻黄附子细辛汤加味(麻黄6g 熟附子10g 细辛3g 黄芪30g 桂枝10g 仙茅12g 仙灵脾12g 肉苁蓉15g 丹参30g 赤芍15g)。自1982年10月28日始服上方, 西药保留强的松5mg, 2次/日。服上方三剂后, 症状减轻, 但仍有左胸痛, 每4~5天发作一次, P48~54次/分, 乃加活血化瘀药“冠心II号”静点8g/日, 共10天, 胸痛明显减轻, 早搏减少, 但心率无明显增加, 活动后心率波动于48~56次/分。12月6日, 证见畏寒肢冷, 气短喜温, 脉沉迟无力, 苔薄白, 仍宗前法: (麻黄10g 细辛9g 附子15g 吴茱萸12g 干姜12g 桂枝10g 麦冬12g 丹参20g)。上方服10剂后, 畏寒减轻, 手足转温, 时感头晕乏力, 心率增至60次/分、脉沉细无力、舌苔薄白; 仍在上方基础上加黄芪30g 党参15g以益气, 心率渐增; 并观察到服中药半小时、一个半小时心率较服中药前明显增快, 可达60~62次/分。但患者出现口干, 遂加用玄参10g, 口干消失, 体力及活动耐力增强, 心慌胸闷缓解, 气短乏力及畏寒肢冷等症明显减轻; 强的松由10mg/日减至2.5mg/日, 心率在58~62次/分之间; 蹲起运动10次后可增至86次/

分(治疗前活动后系54次/分), 阿托品试验(1mg静注)给药后最高心率达84次/分(治疗前系68次/分), 病情好转, 于1983年12月26日出院。

于上例可见, 初用益气温阳之剂未能取效, 但加用温肝之吴茱萸、干姜及参、芪之后, 在心率有所增加的同时也出现了口干, 为阴伤自救之证, 是过用温热所致?抑或原有阴虚?由于患者以气虚为主, 其阴虚见证被气虚之证所掩盖; 当进一步益气温阳, 则气盛伤阴, 使原来处于隐匿状态下的阴虚证开始显露, 因而出现口干。设若此时继续一味温阳益气, 其阴虚见证势将进一步增多并趋于严重, 就可能造成变局, 从而使病情更加复杂化而影响对主症的治疗。而当及时加入麦冬、元参, 非但未影响温阳益气的效果, 反使心率较前进一步增加, 口干缓解, 疗效得以巩固。由此可以得到两点启示:

1. 从理论上说, 阴为阳之基, 阳为阴之用, 阴阳互根、精气互化、阴损可以及气(阳), 阳损亦可及阴; 气虚者当伴有一定程度的阴虚; 阴虚者当伴有一定程度的气虚, 这在久病的患者中尤为常见。但气阴两损之中, 可能一方隐匿, 一方明显, 也可互见。因此, 在治疗上要从阴阳互根的理论出发, 以气阴两补为基础, 而又须有所侧重。

气阴两虚型在各种慢性疾患中一般居多数, 如据黄松章报告: 在56个病种的450例病例中, 阴阳两虚, 气阴两虚型居多数⁽¹⁾。我们在收治慢性肾炎的患者中也发现, 53例慢性肾功能衰竭的患者中, 属气阴两虚型的为33例, 占62%以上⁽²⁾。有人通过对冠心病阴虚和阳虚患者血液流变学的观察发现治疗阴虚的患者用气阴两补的方法可以获得更好的滋阴效果⁽³⁾; 而在病窦综合征的治疗中, 采用麦冬、百合、玉竹、女贞子等滋阴药于补气药中, 亦多能取得良效⁽⁴⁾。周霭祥在运用中药为主治疗慢性再障中提出补肾需辨明阴虚或阳虚, 但不能走极端。因为滋阴药阴柔遏伤阳气; 温阳药对阴虚内热者易致助热动血, 因此亦倡阴阳两补并有所侧重的治法。可以有利于补阴或温阳药物的作用得以更好发挥。所用大菟丝子饮及治阳虚型的“造血II号方”都有滋阴补阳两类药物, 但药味配伍各有侧重, 实践证明, 确有良效⁽⁵⁾。

2. 任何疾病的临床表现都处于不断地变化和相对

静止两种基本状态中。尤其是许多慢性久病的患者，有易虚易实、易寒易热的特点，临床表现上往往虚实夹杂，寒热并见。因此，治疗上不能绝对化，常常攻补兼施，寒热并用，动态地进行调治。这是中医治疗中疗效能否提高的重要因素之一。例如患者霍××(病历号24787)，类风湿性关节炎。临床表现以各关节疼痛、拘挛强直为主，半年来低热不退，每至午后，体温即升高至37.5~38.0℃左右，伴有烦躁、咽干等症。曾用益气祛寒止痛及气阴两补祛寒止痛通经等法治疗，但体温始终未能降至正常。据分析，患者虽为气阴两虚之体，但内有郁热而外有寒湿，纯予散寒除湿，则助其热势，伤其阴液；单以寒凉清之、又有遏气伤阳之忧。遂在气阴两补的基础上，仿二辛汤意(细辛、石膏)加川乌头、四妙散、寒热并用，体温乃得正常，关节拘挛疼痛好转，食纳增加，可以独自下床活动。这种寓消于补的方法也是以阴阳互根理论为基础采用燮理阴阳的方法，来调整全身总体的阴阳，使之平衡而取效的。沈自尹^⑥运用冷压试验揭示了肾阴虚者多兼肝阳亢，肾阳虚者多兼脾阳虚；肾阴阳两虚虽有以肾阳虚偏重者，但由于肾阴亦虚，故可见肝阳亢；肾阴虚偏重者，由于肾阳亦虚，故可见脾阳虚的现象。证实了肾阳虚偏重型与肾阴虚偏重型确

有两极分化现象，但肾阴虚之兼肝阳亢者以及肾阳虚之兼脾阳虚者，其冷压反应可被肝脾二脏的反应所掩盖，因此，冷压试验可反映整体阴阳的动态倾向：在用药过偏时会出现阴阳转化的迹象，而这阴阳转化是在同一物质基础上，即在阴阳互根的基础上，临床上所用寒温并进，攻补兼施，升中有降，降中有升，开中有阖，阖中有开，进中有退，退中有进，清中有温，温中有清等治法，均含有阴阳互根思想。只有在理论上明确了阴阳之间的相互依存、相互转化的关系，才能避免在治疗上的绝对化。

参 考 文 献

1. 黄松章,等.从血液流变学探讨阴阳转化的某些原理.上海中医药杂志1982; 10:46.
2. 时振声,等.慢性肾功能衰竭中医治疗的体会.中西医结合杂志1982; 3(2):86.
3. 谭达人,等.冠心病阴虚和阳虚患者血液流变性再探.中医杂志1982; 7:41.
4. 赵冠英,等.治疗“病态综合征”22例疗效观察.中医杂志1982; 10:759.
5. 周露祥,等.中药为主治疗慢性再生障碍性贫血55例疗效小结.中医杂志1982; 5:28.
6. 沈自尹.从医儒二家看待阴阳的异同探求阴阳学说的现代化.中医杂志1982; 9:64.

中药药膜治疗鼻中膈糜烂疗效观察

冶金部衡阳冶金机械厂职工医院 汤玉君 毛海峰 涂鑫

鼻中膈糜烂是引起鼻衄最常见病因之一，临床上尚无特殊治疗方法。我们试用中药药膜治疗，取得较好疗效，报道如下。

药膜配制 1. 配方：千里光12g 紫珠草12g 黄芪10g 氢化考的松0.16g 冰片1g 达克罗宁0.8ml 二氧化钛1g 糖精0.1g。另取淀粉4g(30ml水制成糊剂)；羧甲基纤维素钠4g及聚乙烯吡咯酮2g，用70ml水浸泡搅拌全溶；甘油6ml。2. 制法：取千里光、紫珠草、黄芪切碎，按煎煮法提取二次，合并二次滤液，浓缩成稠膏状。加一倍量的75%乙醇，搅拌，静止一夜过滤，水浴蒸发浓缩成稠膏状。冷后加入达克罗宁、糖精等，溶后再加氢化考的松、冰片(先用乙醇溶解)、二氧化钛，混匀。取聚乙烯醇水浴加热，搅拌至全溶，趁热加入淀粉糊及聚乙烯吡咯酮等，稍冷却加入千里光等搅匀，倒于消毒的干玻板，用玻棒拉成厚度均匀的薄膜。置40℃恒温箱鼓风干燥，不要太干，能脱膜即可。切成小片，用食用塑

料薄膜密封，紫外线灯下消毒后备用。

治疗方法 将药膜剪成略大于糜烂面的小块，直接贴敷在鼻中膈糜烂处，1~2天换药一次，一般1~2次即可。

疗效观察 1. 疗效标准：均以贴敷药膜一次后疗效进行评定。(1)显效：鼻衄消失，糜烂面愈合；(2)有效：鼻衄次数或量减少，糜烂面缩小；(3)无效：鼻衄未减轻或加重，糜烂面也未缩小者。2. 疗效统计：本组共治疗70例，其中显效62例占88.57%，有效6例占8.57%，无效2例占2.86%，总有效率为97.14%。

讨论 本药膜综合诸药具有止血消炎，消肿止痛及促进伤口愈合功效。药膜直接贴敷于糜烂面，可使药物直接作用病变局部，充分发挥药物作用，对糜烂面也起保护作用，减少外界刺激。本药膜使用方便，疗效确切，多数病人门诊贴敷一次即愈。尚未发现任何副作用。