汪履秋教授临证验案举隅

陈趾麟

(海安市中医院, 江苏海安 226600)

关键词 汪履秋; 中风; 白浊; 肺炎; 发热; 中医药疗法; 验案; 名医经验

中图分类号 R249.75 文献标志码 A 文章编号 1672-397X (2019) 12-0058-03

汪履秋教授(1919—1999), 江苏兴化人, 著名中医内科学专家, 南京中医药大学教授, 江苏省中医院主任医师, 曾任江苏省中医院大内科主任。1992年起享受国务院政府特殊津贴, 为国家首批师承工作指导教师, 江苏省名中医。汪兄出身于中药世家, 幼年即对中医药知识耳濡目染, 1934年拜师于当地名医陈一如先生, 1955年以优异的成绩考入江苏省中医进修学校深造, 翌年分配至江苏省中医院工作。早在20世纪60年代, 他就根据中医治疗时令病的优势, 率先成立了时病组, 专门收治痢疾、湿温、风湿、时感等病证患者, 为中医治疗时令病积累了丰富的经验。20世纪80年代末至90年代, 他又根据中医治疗风湿病的优势, 倡导成立了风湿病科。汪兄从医60载, 擅长外感时病及内伤杂病的治疗, 特别是在治疗肺炎、肠伤寒、细菌性痢疾等时病, 风湿性关节炎、类风湿性关节炎、白塞氏病、系统性红斑狼疮等风湿病, 以及糖尿病、重症肌无力、肝炎、肝硬化等疑难病证方面有丰富的经验。

1956年7月汪兄与笔者同毕业于江苏省中医学校, 一同分配至江苏省中医院工作, 朝夕相处, 情若兄弟。前些时日, 无意中发现数则汪兄当年诊疗的病案记录, 细观之, 仿如昨日, 虽已时隔半个世纪, 但临床参考价值犹在, 特此整理介绍, 以飨读者, 并作对汪兄之悼念。

1 中风昏迷不醒, 通腑导痰获救

严某某, 女, 51岁。1964年6月3日入院(住院号: 12545)。

患者体型肥胖, 有高血压病史3年。发病当日上午与邻居口角, 下午突然剧烈头痛, 呕吐昏迷, 呼之不应。送浦口医院, 测血压240/130mmHg, 诊为高血压病、脑卒中, 予降压、脱水治疗2日无改善, 转江苏

省中医院住院抢救。

入院时主症: 神志完全昏迷, 对周围事物反应消失, 两手紧握微有抽动, 牙关紧闭, 面色潮红如醉酒样。目赤多眵, 呼吸气粗, 喉有痰声, 口眼歪斜, 左侧肢体偏瘫, 肌肤炕热无汗, 大便五日未行, 小便失禁, 脉象弦滑而劲, 舌苔黄腻, T 38℃, BP 170/124mmHg。因病情重危, 遂请汪兄指导治疗。汪兄分析病情云: “中风犹如疾风暴雨迅不及防, 《内经》有‘血之与气并走于上则为大厥……气复返则生, 不复返则死’之说。据患者发病过程, 病属中风闭证。目前处理急需通腑泄热、息风化痰, 使上逆之气血复返, 方可挽救。”即用羚羊钩藤汤合导痰汤加生大黄、瓜蒌仁水煎鼻饲, 另羚羊粉与至宝丹、牛黄清心丸研粉鼻饲, 水药与药粉2小时1次, 交替使用, 并继续输液维持水电平衡。治疗1日, 患者体温升至38.8℃, 加青蒿、白薇清营凉血, 适又月经来潮, 再加丹皮、赤芍凉血化瘀。2日后大便通下燥矢两三枚, 其他症状未见改变。再请汪兄会诊, 云: “胆大固足僨事, 胆小亦能误事, 病重药轻不达病所, 有形之积滞不去, 无形之痰火有所依附, 痰因火动, 火助风威, 风火相煽, 形成燎原之势, 应加大生大黄用量, 并加玄明粉冲入, 薄荷叶后下, 使腑气畅通, 身得微汗可望症平。”处方:

陈胆星10g, 天竺黄10g, 制半夏10g, 黄连5g, 生大黄20g(后下), 瓜蒌15g, 厚朴10g, 菖蒲10g, 郁金10g, 薄荷叶5g(后下), 玄明粉20g(冲入)。1剂药分4次服, 每间隔2小时鼻饲1次, 使药力在体内维持一定浓度。

服药4次后, 秘结9天的大便得以畅通, 泻下坚硬粪块及粪水三五次, 秽恶逼人。身得微汗热退, 神志渐清, 知饥思食, BP 130/80mmHg, 病情趋于好转。

停止输液,随证调理。住院37日后,除肢体偏瘫,需人搀扶行走外,语言清晰,吐词缓慢,饮食、二便正常,BP 120/70mmHg,出院门诊针灸康复治疗。

按:中风闭证,大便秘结不通者,临床首选通腑泄热、清降痰火法,且药量宜大。本例患者大便5日未行,当用通腑之法。然开始药轻病重,用药不达病所,后加大大黄用量,既能通腑,又可凉血止血,并配伍玄明粉,咸寒软坚,使得肠腔保持水分饱和,更加强通下作用,又配厚朴、枳实行气,使积滞荡涤无遗。其用薄荷叶更有妙义,薄荷凉散,治肌肤郁热甚效。近贤张锡纯盛赞其透汗之功,其治温病的清解汤、凉解汤均用薄荷叶作为主药。汪兄可谓善用古方与今方者矣。

2 白浊尿如絮,健脾升清告痊

顾某某,男,55岁。1965年8月3日入院(住院号:15342)。

小便混浊4年。患者4年前夏季出现小便混浊,劳累或荤食后加剧,无排尿困难感。当地医院多次查血丝虫均未发现阳性,经中药、西药治疗,并间断服用单方草药,同时试服碳酰氨嗪,3年未能控制。最后某医院建议手术治疗,患者未同意而来南京,住入江苏省中医院求治。

入院时主症:小溲混浊并有热感,日七八次,晨起或有清时,劳累或荤食后小便稠厚,并有絮状物飘浮,偶或带有血丝。伴有疲乏无力,饮食乏味,脉象小滑,苔薄舌边胖。肛门指诊前列腺肥大,余体检无明显异常,血查血丝虫3次皆阴性,尿常规蛋白“++”,白细胞少许,乙醚试验“+”,卵磷脂“+”。诊断为膏淋,辨证为下焦湿热阻滞,络脉瘀塞。取萆薢分清饮加知母、黄柏、石韦、冬葵子、车前子清热利湿、通淋利尿。药进5剂症无出入。因病程三四年,劳累发作,又从肾虚膀胱热论治,取六味地黄丸合萆薢分清饮加莲子、芡实以固涩,服5剂不但混浊仍无改善,反而絮状物增多,饮食减少。请汪兄会诊,汪兄认为,中气不足之恙,不仅化运失健,饮食减少,而且清阳下陷,谷气下流,清不能升,浊不能降,清浊相混,小便混浊加深。应以健脾升陷为法,处方:

生黄芪30g,党参15g,炒白术20g,茯苓10g,怀山药30g,山萸肉10g,陈皮10g,萆薢10g,鹿角片10g,川断15g,鸡内金20g,升麻10g,另以糯稻根须50g煎汤代水。

服药5剂尿液澄清,饮食增加,精神好转。再予10剂,劳累与荤食后小便亦无变化。尿常规、乙醚试验均(-)。住院30日后,以原方加味研末,糯稻根

须煎浓汁泛丸,带回常服。半年后患者陪他人来院看病,诉出院后一切正常,荤食亦无妨碍,工作常有加班加点,亦未见发作。

按:东垣补脾法,不但补益脾气,还升举脾阳,脾阳得升则化运正常,饮食精微得以四布,灌溉五脏,洒陈六腑,分清泌浊,各走其道。膏淋之证,早期多从湿热论治,病久当补脾肾。该患者病程较长,从湿热治无效,改参术汤(《证治准绳》)、参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)加减以健脾,并加升麻配黄芪以补气升陷,深得东垣用药之秘。用糯稻根须者,取其和胃升清,民间用糯稻根须治乳糜尿甚效。

3 肺炎发热弛张,养阴清热乃降

钟某某,女,53岁。1964年3月12日入院(住院号:12299)。

大便清稀3个月,恶寒发热、身疼骨楚、咳嗽胸痛1日。T 38.7℃,X线胸透示:右下大叶性肺炎。血常规:白细胞 $42.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞97%,淋巴细胞2%,嗜酸性粒细胞1%。收住入院。

入院时主症:恶寒发热,寒重热轻,有汗不解,右侧胸痛,脘痞泛恶,大便清稀,日2~3次。T 39℃,BP 114/66mmHg,脉搏92次/min。肺部检查:右肺叩诊浊音,听诊右肺呼吸音减弱,并有干湿啰音,心脏听诊无特殊发现。胸部X线摄片示:右肺上叶后段见大片密集阴影。血常规:红细胞 $332 \times 10^{12}/L$,血红蛋白6.6g/L,白细胞 $43.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞92%,淋巴细胞8%。小便常规:蛋白少许。痰培养:肺炎双球菌。诊断为风温,病机为风湿外束肌表,痰湿内阻中焦。以荆芥、防风、苏叶、豆豉、苍术、二陈、杏仁、薏苡仁等煎服。药后未得汗出,乃加桑叶、薄荷辛凉解表,删荆防辛温之品。药后汗出热不解,口干不渴,身疼胸闷胸痛,咳嗽气粗。又据张仲景“汗出而喘无大热者,可予麻黄杏仁甘草石膏汤”,乃转麻杏甘膏加苍术、薏苡仁、半夏化湿和胃,秦艽、羌活祛风和络,药后身疼得减,发热神烦不除,又从千金苇茎汤加麻、杏、甘草、枳、豉。药后胸闷咳嗽减轻,继因大便溏薄、胸闷咳嗽、泛恶欲吐,又予葛根、芩连、小陷胸合玉枢丹内服,化浊解毒。如此治疗6日,发热弛张,体温37.3~39.0℃。第7日请汪兄会诊指导治疗,汪兄说:该患者病情复杂,既有素体脾虚,又有痰热蕴肺。现胸闷而痛,日晡发热,心烦口干,面赤身热,有汗不恶寒,咳嗽不甚,脉象滑数,按之少力,舌苔薄而舌质红,乃风温伏肺、痰热内蕴之征,当以清化痰热、养阴活络为法,勿因大便溏薄而用温燥之品。处方:

旋覆花6g,瓜蒌10g,制半夏10g,橘红6g,橘络6g,枇杷叶10g,海浮石15g,地骨皮12g,鳖甲15g,牡蛎15g,冬瓜子12g,生薏苡仁15g。1日2剂,分4次服。

次日体温由38.9℃降至36.8℃,从此热未再起。原方出入调理,最后以参苓白术散加减。住院40日,肺炎症状体征消失,实验室检查全部恢复正常,大便日行1次,饮食日增,体重增加,旧疾新恙均告痊愈。

按:腹泻3个月,脾阳为伤,又罹肺炎高烧,持续10日不退,肺肾阴伤,而见日晡潮热,有汗面赤,口干不饮,脉象滑数少力,舌苔薄而舌质红。汪兄断为阴虚发热,而用养阴清热、化痰和络之法,使痰热得化,肺气得以宣肃,阴液得复。方中鳖甲、牡蛎、地骨皮三药:鳖甲入足厥阴经血分,清劳疟;牡蛎入少阴经血分,治肺虚劳热;地骨皮入足少阴手太阴经血分,降肺中伏火,泻肾中虚热,除无定之虚邪,退有汗之骨蒸。三药临床习惯上常用于治疗虚劳发热,汪兄用作治时病日晡发热收到良好效果,非临床经验丰富者,曷克臻此。

4 间歇发热2月,和解少阳而愈

马某某,女,27岁。1964年9月24日入院(住院号:13413)。

幼年患疟,每年秋季发作,连续几年未曾间断,抗疟治疗后5年未曾发作。1964年7月25日又发寒战高热,头疼身痛,口渴多饮,三四小时汗出而解。当地医院予奎宁治疗4日控制,及至8月9日又有类似发作,每隔三五日发作一次,血找疟原虫均(-),奎宁治疗无效,转县人民医院治疗。体检淋巴未发现肿大,血常规轻度贫血,B超探查肝脾肿大,肝肾功能正常,3次骨髓找疟原虫(-),发热原因不明,对症治疗无效。又转镇江专区医院,检查大致与县医院相同,X线胸片示两肺无活动性病变,大便孵化3次找血吸虫卵(-),对症治疗无效,中药清热解毒病情亦无改变。遂转江苏省中医院住院治疗。

入院时主症:交暮恶寒发热,恶寒时重被不暖,颤抖鼓栗,头疼如劈,身痛如被杖,T 39℃以上,达旦烦躁汗出,揭被露体,热退身凉。白天疲乏无力,言语费力,面色萎黄,肌肤干燥,饮食无味,舌苔薄黄而腻,脉象细滑而数。血常规示轻度贫血,血沉62mm/h,B超探查肝上界6肋间,肋下2cm,剑下4cm,肝波I—II型,脾肋下5cm,前后径4.5cm,肝、肾功能正常,血培养3次无菌生长。该病例由实习同学分管,不知所措。汪兄分析病情说:疟者,暴虐也,言其发时,寒战鼓栗,厚被不温,头痛如劈,身疼骨

楚,口渴烦躁,揭被露体,汗出而解,周身困倦无力,其发作有一日一发者,有间日发作或三日一发者,发时有寒多热少者,有但热不寒者。不论发作间隔天数多少,发有定时者谓之“正疟”,发无定时者谓之“类疟”,发久右肋结块谓之“疟母”。本例患者寒热两月,发无定时,右肋下结块,应该诊为“类疟”“疟母”。论其病机为痰热郁于少阳,枢机不利,营卫不和。经云:“阴阳相搏而疟作矣。”阴搏阳而为寒,阳搏阴而为热,犹如二人交争,此胜则彼负,彼胜则此负,互有胜负,故寒热并作也。病情分析后,由实习同学立法拟方,汪兄修改审订,以和解少阳、调和营卫为法,予柴胡桂枝各半汤加减,合鳖甲煎丸为方。处方:

党参15g,柴胡10g,鳖甲15g,制半夏10g,黄芩10g,青蒿12g,桂枝10g,白芍10g,生甘草3g,秦艽10g,生姜3片,大枣3枚。水煎服,1日2次。

服药2日,寒热不减,原方加丹皮10g、赤芍10g、白薇10g、当归10g、地骨皮10g。服药3日,恶寒完全控制,发热减轻,T 36.8~37.8℃,再服4日身热全退,精神好转,右肋下结块回缩过半。去青蒿、白薇等清热之品,加白术10g、山药12g以健脾补气。最后用归芍六君调理康复。10月26日复查,血沉:20mm/h,B超:肝上界6肋间,肋下1cm,剑下3cm,波型I型,脾大肋下1.5cm,前后径3cm。患者不规则发热2个月,治疗后完全控制,当时实习同学与本院西医、西学中医师都感到惊奇。1年后患者陪他人来院看病,诉出院后一切正常,寒热未曾发作,并出示B超复查报告单肝脾正常。

按:该患者检查疟原虫多次均阴性,但其寒热往来,发无定时,可从类疟论治,用柴胡桂枝各半汤和解少阳、调和营卫,加鳖甲软坚散结,丹皮、赤芍凉血化瘀。中西医学两种理论体系,诊断疾病方法也不一样,西医根据检查化验结果,进行诊断治疗,而中医辨证论治,有是证使用是药,往往收到理想的效果。

第一作者:陈趾麟(1928—2019),男,主任中医师,江苏省名中医。1956年毕业于江苏省中医学校,分配至江苏省中医院工作,1974年回家乡海安县中医院任职。2019年9月30日因病逝世,享年92岁。曾任《江苏中医》杂志编委,江苏省南通市中医学会副秘书长。从事中医医疗、教学工作60多年,理论基础扎实,临床经验丰富,擅治呼吸、消化、泌尿系统疾病。maguquan2009@163.com

收稿日期:2019-09-04

编辑:吴宁