

四、尿浊

刘某某,男,31岁,1989年8月12日诊,自述受伤后,浑浊糜烂尿液呈乳白色近三月,似米泔样而黄,导管余沥不清,混浊有沉淀,夜间尤甚,腰酸痛,经检查诊为前列腺炎。脉细数而虚,苔白腻。治以温肾化气,分辨清浊治宜固本清原之法。

川草薢10g益智仁10g乌药7g补骨脂12g草梢6g茯苓12g归身12g生黄芪20g升麻2g石菖蒲4.5g白术10g党参12g方进5剂后,腰酸痛,尿溺较前少,沉浊渐消。复诊8月18日主诉尿液澄清,导管余沥较前明显好转,混浊及沉淀较前少。续以原方进5剂。苍术更换茯苓进之。

按:肾虚湿浊下注,膀胱气化不利,用草薢分清饮加补中益气汤增减,温肾异络,化利肾虚之气,和湿浊法,则病自愈。中医属于“膏淋”范畴,因湿热下注,肾气虚而蕴结于膀胱,以致络滞气化不行,不能制约脂液而下流,故小便混浊如米泔,王肯堂《证治准绳》曰:“淋之为病,尝观病源候论,由肾虚而膀胱热也”。据患者自述,服药10剂,未见复发。

五、淋证

吕某某,女,34岁,1988年12月10日初诊,患者述受伤后,久卧尿湿被褥,换洗不勤,小腹有坠胀感牵涉致会阴,尿频急而量多,溲时小腹及腰部作痛,尿检有大量红白细胞,苔浮腻。治宜益肾化气,清利兼滋为主。

川钱草15g草梢10g海金沙12g木通4.5g菝葜6g银花12g陈皮20g黄芪20g白术10g人参4.5g当归12g煨益智仁7g菟丝子10g甘草3g,进四剂后,复诊1988年12月14日,病人自述药后小溲已畅,腹痛亦解,小便培养未发现结核杆菌,苔亦转净,纳展。小腹胀滞减轻,排泄畅爽。续予原意进药7剂随访病人满意,无特殊主诉。

按:淋证包括现代医学的泌尿系感染,结石等疾病。《金匱要略》对淋证作了较详细的论述:“淋之

为病,小便如栗状,少腹弦急,痛引脐中。”《诸病源候论》认为:“诸淋者由肾虚而膀胱热故也,……肾虚则小便数,膀胱热则水下涩,淋漓不宣,故谓之淋。”所以引起该证之一则是湿热下注,二则是肾虚不能固摄。本例据证一则是湿为湿热,痛引起腰部又为肾虚所致,故以清热利湿益肾相兼为治。寓补于泻,使湿热清化,肾能起到“主水液”的作用,则淋证自瘥。服药四剂诸证瘥解,续以原法加强清利补气之品告愈,随访病人及家族十分满意。

体会

补中益气汤为芪术陈柴升参归甘八味组成,使脾胃清气行于阳道,以资春气和,又引参芪上行,甘草上行充实,虚劳内伤功独擅。亦治阳虚外感因。脾理使衡外为固凡借脾胃之药多以升阳补气,李东垣祖师加木香苍术调中益气畅脾神。我增桑螵蛸,菟丝子,复盆子,益智仁等补肾固摄,筛八正散,六味丸,菟丝丸川钱饮佐辅通络导滞,清利湿热,滋肾阴助阳气,历代医家同道用此汤治疗内科疾患。笔者根据异病同机就候医治之原则,以本汤为基础,随证候加减,应用于外科领域“肾虚络滞,气难运难化”这一病机同证,每能应手取效。应用人参,黄芪,白术,升麻,甘草,陈皮,当归身柴胡(少用),辨证施治,而取效,六味丸及菟丝丸作汤清利湿热,和营通滞有功。固摄之法,肾气为一生之本,本固邪难入,故达和阳。

参 考 资 料

一、重校汤头歌诀(武进王浩署)中华民国三年叁月上海共和图书局后印第16页,金元四大家第十三代明医祖师李东垣先生的补中益气汤。

二、江苏中医杂志1980年1~6期刊物第3期第37页(面)顾维超的阳和汤在内科的运用,启发我挖掘此汤用于外科脊柱损伤后小便的问题及后遗症的探讨。

三、《素问·灵兰秘典论》《灵枢·本输篇》《证治准绳》《金匱要略》《诸病源候论》等。

浅议桡骨小头半脱位与骨错缝

山西省侯马市人民医院 常永红

幼儿桡骨小头半脱位和骨错缝的报导屡见不鲜;成年人桡骨小头半脱位或骨错缝的报导则少见,笔者多年前曾遇一例;大龄儿童桡骨小头半脱位或骨错缝的报导较之更为少见,近日也遇到一例。患儿男性,13岁,玩耍时左肘被踩伤当即剧痛不能活动。患肘呈半屈曲位保护性姿势,不肿,拒触、拒动,被动伸屈及旋动前臂时哭叫述痛。X光片未见骨折及脱位征象。考虑是桡骨小头骨错缝,试行旋后复位手法,当旋后至极度时明显感到桡骨小头滑动,并清晰地听到

“咯噔”一声声响,患肘立即伸屈、旋转自如,疼痛消失。证明诊断无误,确属一例少见大龄儿童桡骨小头骨错缝。

复习文献资料,桡骨小头半脱位多发于6个月至5周岁的婴幼儿,6周岁以上儿童罕见。病理改变是发育不完善的婴幼儿桡骨小头,易使牵位、扭扳造成的关节腔内负压力,把部分关节囊或韧带嵌夹于关节间隙内,此外,樊春洲、诸方受等氏认为,此病的病

(下转47页)

使其处半坐位，或检查者一手拖其腰部，一手推压其胸部，使其躯干背伸后仰。呈角弓状，其腹直肌处牵张状态，并固定一定时间，均可使疼痛出现或加重。

6) 无胃液分析、钡餐、胃镜检查异常。

2. 与胆囊炎鉴别:

胆囊区的肌肉纤维织炎有时疼痛也比较明显。且因检查莫非氏征时，因吸气及按压使肌肉缺血加重，而使疼痛更加明显，出现莫非氏征假阳性。因此常被误诊为胆囊炎。其鉴别在于:

1) 胆囊区的肌肉纤维织炎疼痛和进食脂肪餐无关。其疼痛为持续性无阵发性加重及放射性。

2) 疼痛特点为平卧及静坐时加重，活动时好转。

3) 当避开条索状僵直挛缩肌束，而在其旁向此肌肉下斜行插入按压胆囊时，则无压痛，亦不出现莫非氏征阳性。

4) 无血象改变及十二指肠引流液、胆囊造影、B型超声异常。

3. 与阑尾炎鉴别:

右下腹外斜肌的纤维织炎，因肌肉处于僵直挛缩状态，故在检查时局部肌肉有抵抗，以致类似板状腹，且因检查腰大肌征时，使处于僵直挛缩的腹外斜肌被牵长，加重肌肉缺血，而使疼痛加重，出现腰大肌征假阳性。因肌束呈条索状僵直挛缩，当不沿此肌束压迫时，即无压痛，故压痛点则很局限，而被误诊为阑尾炎。其鉴别点:

1) 疼痛为持续性，无脐周及上腹痛过程及阵发性加重。不伴有恶心呕吐等胃肠症状。

2) 沿僵直挛缩肌束压迫均有压痛。

3) 无阑尾炎的其他体征，如：无反跳痛、Rovsing征、阑尾穴无压痛等。

4) 无体温增高及血象改变。

4. 与肠功能紊乱鉴别:

1) 疼痛位置固定。

2) 无便秘、腹泻、肠鸣、排气多等胃肠道症状，无胃肠道病史。

3) 脐旁或腹部其他部位可触到条索状僵直挛缩之较硬的肌束，当使其处于收缩或牵张状态时痛可出现或加重。

4) 疼痛多出现在静坐及平卧时，活动常可缓解。

5. 与慢性盆腔炎鉴别:

1) 无月经周期的改变、白带不多。

2) 一侧或双侧腹外斜肌可触到条索状僵直挛缩肌束。

3) 疼痛和静坐平卧或呆板劳动姿势的时间较长有关。

4) 无妇科检查的异常。

6. 与肝炎及肝炎后综合征鉴别:

1) 无食欲不振、乏力、消化不良等消化道症状。

2) 肝不大、肝区无叩痛，肝功能正常。

3) 肝区肋间隙或右上腹外斜肌可触到条索状僵直挛缩肌束，并与患者自觉痛点一致。腹部肌肉纤维织炎需要鉴别的疾病尚不止于此，此处不再一一赘述。但不论腹部肌肉纤维织炎的部位有何不同，均具有如下特点:

1) 多出现在久坐长久平卧或呆板姿势劳动时，当患者侧卧下肢屈曲腹肌松弛及轻度活动时疼可缓解或消失。

2) 腹部可触到条索状僵直挛缩肌束，并与患者疼痛位置相符。

3) 不伴有消化或其他系统症状及体征。

4) 无辅助科室阳性检查发现。

(六) 四肢及关节纤维织炎的诊断与鉴别

四肢及关节纤维织炎发病率较高。无论其部位如何，依前述纤维织炎诊断要点，诊断不难。易发生误诊的是下肢多发性肌肉纤维织炎与坐骨神经痛的鉴别:

	坐骨神经痛	下肢多发性肌肉纤维织炎
疼痛部位	沿坐骨神经径路	不沿坐骨神经径路
放射性	沿坐骨神经放射	无放射性
坐骨神经压痛点	有	无
直腿抬高、拾物、击顶试验	阳性	阴性
踝反射	减弱	正常
X线检查	腰椎可有椎间盘脱出或骨质改变等异常	无

(上接37页)

型改变的确是桡骨小头相对尺骨和肱骨而言的移位，只不过程度微小，X光片上不能显示而已。但是，若以复位过程中有桡骨小头移动，发育完善的大龄儿童及成年人也可患此症为佐证，可以完全支持这种理论。另据《错骨缝的诊断与治疗》一书中错骨缝有嵌

夹和错移两型之分，嵌夹型中又有前夹和后夹之别，错移型中不有桡尺错移和肱桡错移之异来着，是否能够认为，6周岁以下的婴幼儿桡骨小头错骨缝属嵌夹型亦即桡骨小头半脱位，而6周岁以上的大龄儿童及成年人桡骨小头错骨缝属错移型范畴，请专家和同道们指正。