

病案讨论

高热昏迷抽搐案

暨南大学医学院中医教研室 周国雄 沈英森整理

周国雄医师：1980年6月，在中山医学院附属第二医院参加中西医结合临床工作中，以中医药为主治疗一例高热昏迷抽搐患者，收到满意效果。因本案病情危重，病程较长，变化复杂，现将病历报告如下，请大家对辨证论治进行讨论，然后报告治疗结果。

病历摘要

林××，女，22岁，未婚，工人，1980年6月5日入院。住院号：199362。

主诉（家长代诉）：神志异常10天，高热、昏迷、抽搐1天。

病史：患者于入院前10天始被发现少语，间有双眼直视、呆滞，于2天前出现头痛、遗尿，但神志尚清醒，无呕吐症状，于1天前突然全身肢体抽搐，继而高热昏迷，于1980年6月5日急诊入院。

患者于入院前3周在普查身体时，查血谷丙转氨酶高至667单位，近日精神紧张，呈忧郁状。

家族及住所周围均无类似疾病流行史。

入院时查体：体温38.2℃，脉搏80次/分，呼吸20次/分，血压100/60毫米汞柱。发育及营养良好，急性病容，神志昏迷，全身浅表淋巴结不大，皮肤无出血及皮疹，巩膜无黄染。颈软，瞳孔等大，对光反射存在，指压眶上神经无反应。气管居中，甲状腺不大。胸廓对称，心肺检查无病理性体征发现。腹壁柔软，腹壁反应消失。肝脾未扪及。双下肢伸直，未见活动，四肢肌张力高，反射亢进。双侧划跖试验(+)。

实验室检查：周围血检查：血红蛋白11克%，红细胞384万/立方毫米，白细胞9400/立方毫米，分叶72%，淋巴28%，血小板计数216000/立方毫米。尿常规：蛋白(+)，红细胞180~200个/高倍，白细胞0~1/高倍。肝功能检查：硫酸锌浊度6单位，脑絮试验(一)，谷丙转氨酶132单位，乙型肝炎表面抗原(一)，白蛋白3.7克%，球蛋白2.7克%。血钾12毫

克%，血钠309毫克%，氯化钠587毫克%，血非蛋白氮39毫克%，二氧化碳结合力37.2毫升%，重碳酸盐16.6毫克当量。脑脊液检查：压力120毫米水柱，脊液清晰，蛋白(一)，糖50毫克%，细胞总数2个，氯化钠672毫克%。心电图检查：窦性心律，大致正常心电图。

住院情况：根据病史及检查，诊断为病毒性脑炎，给予对症治疗及支持疗法：使用甘露醇、高渗葡萄糖等降脑压；肌注青霉素、链霉素预防感染；静脉输液补充体液；每天静脉滴注地塞米松10毫克；并静脉滴注醒脑静（安宫牛黄注射液）每天4毫升。虽经以上方法治疗，但患者仍持续高热（体温40℃左右），频发抽搐。给予吸氧、冰敷、安定药等对症处理，病情仍趋严重，于住院之第3天同时使用中医中药治疗。服中药前中医四诊所见：

望诊：神志昏迷，不省人事，两目露睛，眼珠呆定，牙关紧闭，不能喂饮食。面部、口唇及全身皮肤焮红，触之无反应。全身肢体间发抽搐。舌质绛、苔黄腻而干，舌蹇。

闻诊：不能言语，呼吸音深沉（与用镇静剂有关），时太息，口有臭气。

问诊（其母代诉）：高热灼手，汗多，大便秘结，小便失禁而臭。

切诊：全身肌肤触之灼热，腹软无矢气。脉弦数有力。

按中医辨证遣药，用胃管喂饲。于用中药之第2、3天，体温稍降（39℃以下），抽搐发作次数减少，发作时间较前短暂。但于用中药的第4天后，体温又回升至39.5℃左右，偶有咳嗽，痰鸣音，舌质红、中后部腻苔，脉滑有力。于治疗之第10天一般情况逐渐好转，体温降至38℃以下，神志逐渐清醒，双眼能开合，但仍不能说话，四肢也不能活动，舌质仍红、苔白厚腻，脉弦。眼底检查（入院时未做此项检查）：双眼视乳头颜色轻度红，边缘清晰，动静脉比例为2:3⁺，静脉相对充盈，未见动脉明显痉挛状态及动、静脉间交叉压迫，黄斑中心窝光反射可见，未见水肿及

渗出,视网膜反光稍增强,但未见出血及渗出物。考虑轻度颅内压增高,结合临床症状和体征,符合轻度脑水肿征。于治疗之第15天,神志稍清醒,能听懂旁人少许言语,有哭笑表现,但不能言语,双下肢间可见自主性活动,夜间低热($37.1\sim 37.3^{\circ}\text{C}$),舌红、苔薄黄干,脉弦微数。于治疗之第22天时,病情稍有反复,体温又升至 38.3°C ,手足抽搐,角弓反张,舌红、苔黄厚腻,脉沉弦细。眼底检查大致正常。经辨证调整中药,服用数剂,病情日趋好转。于住院治疗第40天后神志清醒,能自己进食并能回答问题,双侧肢体活动逐渐进步,左下肢肌力Ⅱ度,但右足仍间有抽搐痉挛,舌嫩红、苔微黄干,舌体活动自如,脉弦细数。此后服用中药配合头针治疗,病情继续好转,于住院第66天(1980年8月11日)神志完全恢复,言语清楚,对答流利,其它情况良好,并能独立步行,痊愈出院。

辨证论治讨论

朱秉匡医师:本病见高热、昏迷、抽搐等症状,又在盛夏季节发病,从中医辨证分析,是属暑温夹湿。从暑温的卫、气、营、血四个阶段分析似属气营两燔,邪陷心包,肝风内动之证。

患者壮热、汗多、舌苔黄腻而干,是气分热盛;苔腻属痰湿,苔腻而干,说明痰湿化火;口唇及全身皮肤嫩红,舌质绛,是热已由气入营的辨证依据;神昏、舌蹇是热陷心包;抽搐、眼睛呆定、牙关紧闭、脉弦数有力,是热极生风,风火相煽,热动肝风的辨证依据。以上说明本病属实热证。舌苔黄腻而干,可知已有伤阴的表现,温病治法要注意护阴,虽有忌下之戒,但患者大便秘结,腹虽不胀满而舌苔黄腻而干,说明热结里实,且有灼伤胃阴之象。神昏抽搐非大实则大虚,本病虽有伤阴表现,但脉弦数有力,是正气尚未虚,故治疗上可考虑用釜底抽薪,急下存阴法以清热通里。个人意见本例治宜清热解毒、开窍熄风,佐以芳香化浊通腑,后期宜以养阴清热为主。

胡庆铁医师:首先,谈谈对本例病名的看法。本病属外感温热病范畴。《素问·热论》有“先夏至日者为病温,后夏至日者为病暑”之说,患者入院时间是6月5日,入院前神志异常10天,推算发病日期应在5月26日之前,其节气为小满与芒种之间,距夏至尚有两个节气。就是说,患者发病时值农历4月中旬,广东气候虽比中原早热,但毕竟未达到天暑地热。再从临床症状看,患者没有显示“暑”病特点的临床症状。所以,无论从时令或临床症状分析,本案宜温可

以,言暑不敢赞同。

其次,谈本病第一阶段的辨证治疗。病人高热神昏、舌蹇不语、舌绛等症,均为热入营分,邪陷心包所致;壮热苔黄乃气分之邪未尽;抽搐、脉弦数属热动肝风之候;舌干苔腻又为夹湿浊而津液受损之象。故诊断为“温热之邪内陷心包”兼“气分热邪未尽,邪热引动肝风,夹杂湿浊、津液初损”。治疗上以清热开窍为主,佐以凉肝熄风,芳香化浊。方以清宫汤加減送服安宫牛黄丸。

至于用不用下法,我认为在第一阶段不下无妨,下之亦无碍。患者虽无大便,然腹软无矢气,非热结胃腑之证,故可以不用下法。但患者里热炽盛,在清热开窍的基础上适当配合硝黄之类,亦未尝不可。

司徒锦医师:从病因、病机分析,患者发病时间是夏季,发病前3周查肝功能时,发现谷丙转氨酶667单位,致精神受刺激引起情志忧郁。由此又可引起气机壅塞不通,温邪乘机而入,发为温病。治疗上针对患者里热甚盛,热入心包,气营两燔的特点,先用开窍清心之法,同意用清宫汤加減,并服用紫雪丹,必要时可加止痉药。

用药后第4天,体温回升至 39.5°C 左右,偶有咳嗽,痰声,舌红、苔中后部腻等症,为温邪向气分透之象。此时可用上方加半夏泻心汤加減。至后期,温为阳邪,最易伤阴劫液,此时津液之存亡直接关系到人的生死,即所谓“留得一分津液,存有一分生机”,故治疗上同意用养阴清热法。

张绍石医师:本病属暑温。具体分为三个阶段。第一阶段:高热灼手,汗多,大便秘结,神昏,抽搐,舌绛、苔黄腻而干,脉弦数有力,此为气营两燔,以营分症候为主。叶天士谓:“卫之后方言气,营之后方言血,在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气……入血就恐耗血动血,直须凉血散血。”故治疗上应以清心开窍,平肝熄风,泻火通腑,透热转气为主;第二阶段:患者神志渐清,双眼能开合,但仍不能说话,四肢也不能活动,舌质仍红、苔白厚腻,脉弦,说明病已由气营转为气分证,此时,应以清暑除湿,豁痰通络为主;第三阶段:住院40天后,右足间有抽搐痉挛,舌嫩红,苔微黄干,脉弦细数,此乃久热伤阴,阴虚内热的表现,治当以养阴、清热、熄风为主,方用三甲复脉汤加減。

温赞香医师:本病重点是高热,昏迷,抽搐,舌绛、苔黄腻而干,脉弦数有力,按中医辨证属外感温热病。因温热之邪,内传气分,波及营分,致气营两燔。治法:第一阶段同意以清气凉营、开窍熄风为

主,急服安宫牛黄丸或至宝丹,内服清瘟败毒饮合羚角勾藤汤加减;第二阶段患者出现咳嗽、痰鸣音、舌质红,若昏迷病人出现咳嗽,是病势趋于好转,治疗上以上方加清肺祛痰之药。后期宜用养心阴、养胃阴、柔肝滋肝之法。本病是否暑温,与胡庆铁医师意见基本相同。

陈小玲医师:本案主症高热、神昏、舌绛、舌塞不语,同意诊为外感温热病已入营分,邪陷心包之证。本例究竟属哪类温病,值得探讨。个人同意温、胡二位分析,从时令节气以至临床症状,均不支持为暑温。此外,本病重点不在湿,因除苔腻外,其它湿的症状也不明显,故亦不属湿温病。

李钦医师:个人认为本案应属暑温病。理由如下:其一,暑温发病虽有明显季节性,本案发病时间虽亦早于夏至,但广州地区是亚热带气候,故暑邪比其它地方早至也未尝不可;其二,暑温病发病急、传变快,本病患者是突然出现气营两燔症状;其三,暑多夹湿,本案病人舌苔黄腻而干,腻苔主湿,亦符合暑温证。另本案手太阴肺经症状不明显,而昏迷、高热等邪陷心包、热扰神明症状较为突出。两日露睛也说明邪入手厥阴心包经。《温病条辨》上焦篇第30条“……舌赤,时有谵语,目常开不闭……暑入手厥阴也。”还有,抽搐一症,与同篇第34条中“大人暑病……热初入营,肝风内动……”亦有相似之处。

从整个病程看,治则可分为四个阶段。第一阶段:高热,昏迷,抽搐,汗多,面赤唇红,舌绛、苔黄腻而干,舌塞,脉弦数有力,此乃热邪入心包,气营两燔之证,治当气营两清,佐以镇痉开窍,可用白虎汤、清营汤及安宫牛黄丸化裁;第二阶段:用药4天后出现咳嗽、痰鸣等,说明有手太阴肺经症状,可以上法加宣肺利湿之品;第三阶段:神志渐清,但不能言语,四肢不能活动,舌质仍红,此乃余热未尽,髓海受损,治法以清泻余热,补益脑髓为主;第四阶段:后期养阴清热之法与各位大致相同。

俞泽群医士:从本案主症看,应为暑温,证属气营两燔。由于暑热之邪传入气分,内陷营分,以致气营两燔。暑热燔炽气分则高热灼手,气粗汗多口臭;热邪上蒸则头痛,痰热内蒙,清窍闭塞则昏迷,眼珠呆定,牙关紧闭;热极动风,则出现全身肢体抽搐。治以清气泄热、凉营解毒为主。

陈谦荣医师:对温热病的分类,不能以“先夏至日”、“后夏至日”来截然划分暑温、风温、春温,而必须考虑当时当地的气候、环境以及症状等进行综合分析。由于广州五月份天气已属酷热,故同意为暑温。

本病应作气血两燔辨证。本病大便不通主要是津液不足,可考虑用猪胆汁稀释灌肠,或用增液承气汤以通便退热。

谢培民医师:本案高热昏迷时间久,病情严重。能不能用下法?温病后期伤阴,养阴保津是必要的,是禁用下法的。但初期阳明实证存在,如大便秘、脉有力等,不妨用下法,同意用增液承气汤通便退热。

邓禄清医师:温病在发病季节上明确定出后夏至日发病者方为暑,特异症状为阳明经证候:热、烦躁、大汗、脉洪大等,而本案不全具备暑温条件,似不能诊为暑温。故只能说是属外感温热病,由于症见发热、神昏、抽搐,可诊为温热病热陷心包,引动肝风之证。治当以清气凉营、开窍熄风为主,一旦清醒,营分证解,则以清气为法;后期热病伤阴,当针对伤何阴而用何药。

胡庆铁医师:中医对病的诊断,大概包含有二个方面的内容:一是病名;一是证候性质的诊断。病在卫或入气、入营、入血,属于证候诊断;病属湿温、风温、暑温,则属于病名诊断。病名诊断对病因的探索、预后的估计以及病情的转归都有关系,必须辨析清楚。关于“暑病”的问题,是以突发、抽搐为主,本案与暑病应有所鉴别,因为本案昏迷前10天已有先兆症状,整个病程达66天,治疗至第40天才清醒。

治疗经过

沈英森医师:本案因高热、昏迷1天入院,并于入院后第3天请中医会诊。中医四诊所见已如上述。根据病情,诊为暑温病气营两燔,热陷心包。我的根据是:(1)发病当时虽属先夏至日,但在广东正值夏日炎热时节;(2)患者入院前虽无高热谵语,但10天前家人已发现其神志异常、烦躁、两眼呆滞,此为暑邪侵扰神明之候,因疏于调理,遂致正不胜邪,发展演变为高热不退,神志昏迷,不省人事等。由此可见本例证属逆传心包,热邪内陷,蒙闭清窍之候;(3)至于舌红绛、苔黄腻而干,舌塞,脉弦数有力等,均属气营两燔,阴津受劫之候。根据以上辨证,在治疗上,本例分四个阶段选方遣药。

第一阶段:是逆传心包,高热昏迷期,治法当以清营透热转气,清心开窍为主。方用清营汤加减:犀角、生地、丹皮、赤芍、连翘、银花、竹叶心、玄参、黄芩、佩兰、芦根,每日一剂,水煎服。安宫牛黄丸,每日3次,每次1丸。给服上述汤、丸后3天,使已入营分之暑热邪气透出气分,病情也有转机。

第二阶段:即症状改善期。服药后第5天患者已

解大便,第10天以后,体温降至38℃以下,神志渐清,能笑,喉间有痰声,于6月21日插胃管时发出哭声,胸背部有红色疹点,夜间仍发热,舌红、苔白黄垢而干,脉弦滑略数。说明邪势已减,神志颇有苏醒之势,然营阴仍有热象,且痰阻心窍,故治疗上除仍以清热开窍为主外,并辅以豁痰祛湿、宣通经络。药用:秦艽、鳖甲、青蒿、地骨皮、知母、佩兰、藿香、菖蒲、杏仁、天竺黄、橘络、竹叶心、生石膏、枇杷叶、黄芩、苍术、竹茹,随证加减。苏合香丸,每日2次,每次1丸。

第三阶段:病情恢复期。病情渐趋好转,但却出现反复。治疗之第22天后,神志尚清楚。但见手足抽搐,拘急有力,角弓反张,且大便又出现4日未解之象,此邪留气分,然偶有波及营分,故用药以清气分热为主,配合芳香开窍、定痉熄风之品。药用:芦根、黄芩、夏枯草、栀子、淡竹叶、佩兰、藿香、竹茹、石菖蒲、杏仁、蔻仁、琥珀、石决明、全蝎、羌活、地龙等。7月5日再诊时,因患者咳嗽、痰黄稠等,治以清暑宣肺、化痰通络之法。药用:芦根、黄芩、桑白皮、银花、连翘、丝瓜络、桑枝、杏仁、竹茹、秦艽、橘络等。

第四阶段:属善后期。病邪已去,病势大减。于治疗之第40天后,患者已能回答问题,语言尚清,语声低微,自诉头晕痛,左侧肢体活动欠佳,但在家人扶持下能站立步行,舌红苔黄,舌体伸缩自如,脉弦滑细数。此乃热邪伤阴灼液,及营阴不足之象。治疗上当以清余邪、养津液为主,辅以豁痰通络之品。药用:北沙参、玉竹、夏枯草、芦根、丹皮、竹叶、丝瓜络、橘络、丹参、生牡蛎、麦冬、知母、地龙、浮小麦、地骨皮等,随证加减。

患者于入院第66天痊愈出院,出院后曾来门诊巩固治疗,均以益气养阴之品善后,现已完全恢复。

周国雄医师:本案诊断考虑为急性散发性病毒性脑炎。病毒性脑炎如出现高热、昏迷、频发肢体抽搐,预示病情险恶。本例患者就是属于这类险恶的病例。但经中西医结合抢救,虽然持续高热、昏迷15天,四肢瘫痪半个多月,失语1个多月,经两个月左右的治疗,逐渐恢复健康,无后遗症,疗效是肯定的。

本案中辨证,我同意大家看法,是由于感受外邪所致之急性外感温病。究竟是哪种温病?由于发病是在春夏之际,根据《素问·热论》说:“凡病伤寒而成温者,先夏至日者为病温,后夏至日者为病暑。”故本例之诊断不是风温、春温,就是湿温或暑温。鉴

于本例的临床症状特点与风温、春温和湿温有明显不同,虽发病时令不全相符,但仍以诊断为暑温为宜。盖本例发病虽在六月上旬,距离夏至日(6月21日)尚有半月之久,但五、六月时广州的亚热带天气已是酷热季节,故不能单从节气认为本例非暑温。其实古代医家自宋元以后,对暑病的涵义,多以气候变化为依据,并不拘泥于节气。如朱丹溪说:“暑乃夏月炎暑也,盛热之气者火也”。吴鞠通更指明“暑温者,正夏之时,暑病之偏于热者也。”以这些理论为依据,并结合患者证候之表现,故考虑本例辨为暑温。

在治疗上,现代医学对病毒性脑炎并无特效药物。近年来曾有人采用乌洛托品或吗啉呱类药物来抗病毒,但未获得确切的疗效。也有些学者认为皮质激素可以减轻本病的脑水肿,还有抗炎及稳定溶酶体系统的作用,因而防止了病毒抗原在中枢神经系统内与抗体反应时,释放具有药物活性的有害物质。并主张早期大量给药,与甘露醇交替使用。本例患者早期即予使用地塞米松,但高热、抽搐等症均未见好转,难以肯定其作用。患者住院后每天也静脉滴注甘露醇和50%葡萄糖静注,对于减轻脑水肿(本例在住院后第12天检查眼底仍显示有轻度脑水肿),减少频发性肢体抽搐可能起了一定的作用。但病人入院后病情越来越危重,在加用中医药治疗之后,病情才日渐好转,故中医药对抢救和治疗本例患者所起的作用是可以肯定的。

本例是暑温,其治疗原则同样是按“卫之后方言气,营之后方言血”;“到气才可清气,入营犹可透热转气”的法则。本例患者在用药前所见神昏、抽搐、舌蹇、牙关紧闭、舌质深红、苔腻而干、高热灼手、小便短涩、汗多、脉弦数有力,都说明病邪已由气分传入营血,故选用清营汤加减以透热转气;同时以安宫牛黄丸(静脉滴注及胃管喂服)清心解暑,芳化开窍,促使神明恢复,肝阳得以镇摄。投药2天后暑热之势稍挫,然而邪已深入,非一朝一夕能够清除,4天后热势又复嚣张,并出现咳嗽、痰鸣、舌苔中后部腻,此暑热与痰湿胶结所致也,故于清营汤中加大苦寒之品外,复加芳化之品如杏、朴、夏、橘之流,图暑祛痰除,则清阳不受蒙闭,热降神清。然痰湿留恋,亦非短期之可除,致在十余天后虽有形之痰已退,无形之痰仍梗塞经脉,症见四肢不能自主活动,能听而不能言,眼底检查仍呈轻度脑水肿亦为一明证矣。嗣后乃于搜除余热之同时,着重用芳化以除痰浊,用淡渗以利水湿,用活络以通经脉之法。此后病势乃日趋好转,神清能语,肢体逐渐能自主活动。其间虽有反复,

然稍予调理则复趋好转。

有同志提出,在病邪嚣张的时候,即入院初期能否用通腑泻热法。这种用法虽在近年内对温病已入营入血者有报道而取效,但从温病学派的治疗原则来说是不大符合的。温病在何种情况下才用下法呢?《温病条辨》指出:“面目俱赤,语声重浊,呼吸俱粗,大便闭,小便涩,舌苔老黄,甚则黑有芒刺,但恶热,不恶寒,日晡益甚者……脉沉数有力……大承气汤主之”。柳宝诒则认为:“伤寒热结胃府者,粪多黑而坚燥,温病热结于胃者,粪多酱色而溏……有便泄稀水不行者,此热结旁流也,古法用大承气,吴鞠通改用

调胃承气甚合”。但若病邪已过阳明,进入少阴、厥阴,病邪已入营血,或大便不是表现热浊胶结于胃腑或热结旁流,要用下法,则违反叶香岩所说“入营犹可透热转气”,“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”的证治要点。本例入院即有神昏、抽搐,说明邪已波及营血,如采用下法,恐更耗血伤津,更使肝风煽动,抽搐不止。

本例患者在住院之后期仍有低热,右足间有抽搐痉挛,此属虚证,与病之早期抽搐迥异。故治疗宜以养阴清余热,通络镇痉为法则,选用竹叶石膏汤、益胃汤等加减而收功。

启膈散加减治疗顽固性呃逆呕吐3例

甘肃省中医院 夏永潮

病历摘要

例一:纪××,男,41岁,1975年6月5日来诊。患者自云半年来频繁呃逆,呕吐酸腐,西医诊断为“胃痉挛”。经服中西药多种治疗未获疗效,体力逐渐衰弱。查体未见异常,脉细,苔黄。始用丁香柿蒂汤加味煎服,三剂。6月9日复诊,呃逆、呕吐未见好转,且腹内作鸣,脉、舌、证同前,改用启膈散加减。处方:沙参、党参、郁金、贝母、枳壳各9克,荷叶蒂二个,茯苓3克,高粱糠末(发酵后焙干)30克(冲)。水煎服,每日一剂。共服四剂,6月14日复诊,云呃逆、呕吐明显减轻,腹鸣已止,食欲增进。脉细数,苔黄。上方加黄芩6克,再进三剂,呃逆、吐腐症状消失。

例二:陈××,女,24岁,1975年春就诊。自诉呃逆频繁,每食必吐已有3个月,以致气短无力,身体消瘦。查体除消瘦体弱外,未见其他异常。X线检查诊为“胃痉挛”。脉细,舌质暗,苔白。方用启膈散加减。处方:丹参15克,沙参12克,党参、茯苓、郁金、贝母、枳壳、红花、片姜黄、神曲各9克,荷叶蒂2个,高粱糠末30克(冲)。服上药二剂后,呃逆、呕吐顿止。再服二剂以巩固疗效。

例三:刘××,女,29岁,1979年10月12日来诊。患者自诉于1976年因生气后呃逆不止,饭后加重,每日数十次不等。经多种中西药治疗,未获疗效。1978年8月患传染性肝炎后,呃逆症状更趋加重,遂往某医院治疗50多天,除肝炎病症有所好转以外,

呃逆不止,未显疗效。脉沉弦,舌苔淡黄。证属肝郁气滞,治宜疏肝解郁,遂予逍遥散加减。服药十八剂,未见明显疗效。11月9日又复来诊,症同前,脉沉弦,舌苔黄,改用启膈散加减。处方:沙参12克,丹参15克,党参、连翘、茯苓、郁金、贝母、枳壳各9克,木香5克,高粱糠末30克(冲),六剂煎服。11月16日复诊,面色好转,食欲增进,呃逆减至饭后6~7次,上方加半夏9克,继服六剂后复诊,呃逆已止。

治疗体会

呃逆呕吐证,在门诊颇为常见,轻者,每多不治而愈,重者,常缠绵数月、数年不止,治疗亦甚棘手。初时我治此证,多用橘皮汤、橘皮竹茹汤、丁香散、旋复代赭汤、逍遥散等方加减,但疗效尚不满意。后读清代程国彭所著《医学心悟》中对噎膈的论述后,启发良多,其谓:“噎膈者,燥证也,宜润”,“虚者,加人参;若兼血结,加桃仁、红花,或另以生韭汁饮之;若兼痰结,加广橘红;若兼食积,加萝卜子、麦芽、山楂”。我细揣此证与呃逆呕吐颇有类似,故加减投予治之而获效。因呃逆呕吐经久不愈者,我诊之常常有气阴不足之证,有的还兼气滞、痰阻、食积、血瘀诸证,而启膈散中,沙参滋阴润燥,贝母化痰开结,茯苓补脾和中,郁金、砂仁开瘀利气,荷叶蒂宣畅胃气,加党参补益脾气,加枳壳、木香行气消滞,加红花、片姜黄消积祛瘀,加连翘、黄连消食积化热,半夏、生姜和胃止呕,重用发酵之高粱糠末冲服系用其消食化滞之功,各药合用,而获良效。