

临床报道

常见急腹症的辨证论治

曹仲和
大连医学院中医教研室
柳 侃整理

急腹症是一类以“急性腹痛”为共同表现的腹部脏器疾病的总称,具有发病急、变化快、病情重的特点,如不及时治疗,常可发生多种并发症,甚至危及生命。常见的外科急腹症有急性阑尾炎、急性胆囊炎胆石病、胆道蛔虫病、急性胰腺炎、急性肠梗阻、溃疡病急性穿孔等疾病。我国古代的中医文献中,虽无与现代医学急腹症各种疾病相应的专篇论著,但散见于腹痛、胁痛、结胸、黄疸、肠痛、虻厥、呕吐、便秘、关格、肠结、诸疝、症积等门类中的内容却十分丰富。本文旨在按照中医学理论体系,总结常见急腹症各种疾病在病位、病因、病机、证候和治法等方面的共性规律,作为临床上对常见急腹症进行辨证论治的总则。

病位和病因

常见急腹症的病位主要在肝、胆、脾、胃、小肠、大肠等,绝大部分是腑。腑的共同生理特点是“传化物而不藏”,其气机运行是泻而不藏,实而不满,动而不静,降而不升,以通为用。其共同的病理特点是“不通则痛”。故急腹症的主要临床表现都是以腹痛为主(包括腹胀、恶心、呕吐、大便秘结、小便痛涩等)的六腑不通症状。但由于各种急腹症疾病所累及的脏腑不同,故其病位亦各不相同。如急性阑尾炎和急性肠梗阻的病位主要在小肠和大肠;胆囊炎胆石病和胆道蛔虫病的病位主要在肝胆,亦可波及到脾胃;急性胰腺炎的病位常涉及脾胃肝胆四个脏腑;溃疡病急性穿孔的病位初始在胃,继即波及到脾等。(表1)

表1 常见急腹症各病相当的中医门类 and 病位

病 名	中 医 文 献 门 类	中医脏象病位
急性阑尾炎	肠痛, 腹痛	小肠, 大肠
胆囊炎胆石病	胁痛, 结胸, 黄疸	肝, 胆; 脾, 胃
胆道蛔虫病	虻厥, 心痛, 胃脘痛	肝, 胆; 脾, 胃
急性胰腺炎	腹痛, 胃脘痛, 胁痛, 腹胀, 呕吐	脾, 胃; 肝, 胆
急性肠梗阻	肠结, 关格, 腹痛, 便秘, 呕吐	小肠, 大肠
溃疡病急性穿孔	心痛, 胃脘痛, 腹痛	胃, 脾

数脏腑,但在其发生发展过程中,无不与整个人体密切相关。例如急性肠梗阻发病前,某些局部致病因素(如肠粘连或畸型)早在体内存在,而只有在整体机能失调,抗病能力低下和某些外界因素(如饮食不节、寒温不适等)的刺激下,才导致肠腑气机郁滞,痞结不通而发病。肠梗阻发病以后,其主要病位虽然在肠腑,但全身神色、形态、舌象、脉象和脾胃等脏腑功能也都会出现相应的病理变化。因此,在对急腹症进行辨证论治时,必须正确对待局部和整体的对立统一关系,既要看到局部的病位,又要看到整体的变化,这样才能对疾病作出比较全面的辨证,从而制订出恰当的治疗方案。

急腹症的发病,一般来说,是外因通过内因而起作用的结果,即“邪之所凑,其气必虚”。例如急性阑尾炎的发病,病人肠腑气机失调和整体抗病能力低下是发病的内在根据;而饮食、寒温、暴急奔走等所伤是发病的外在条件。在阑尾炎发病以后,临床上所见的肠腑气郁、热结、血瘀、成脓等一系列表现,是人体抗病机能对疾病作斗争的反映。中医学辨病因的理论是“有诸内必形诸外”,其方法是“辨

证求因”。因此，掌握各种病因导致的病理表现是临床辨认急腹症病因的关键。常见急腹症临床上需要辨认的病因主要有气（气滞、气逆等）、血（血瘀等）、热、湿、寒、食、虫七种。这七种病因有的是从外袭（如外热、外寒、外湿、饮食所伤等），有的是从内生，内生者可为其他病因导致的后果，亦可为人体内在变化的产物（如气滞、血瘀等），而既成之后，又作为一种病因而致病。常见急腹症的七种病因

经常两种以上同时并见，互为因果，互相转化，互相兼夹；而且由于所病的脏腑不同，其临床上的病理表现也各有特点，因而更显得错综复杂。为了临床上便于辨认，本文将急腹症常见的七种病因的临床表现特点归纳成气滞（气郁）、气逆、气虚、血瘀、出血、实热、虚热、湿热、湿浊、寒湿、虚寒、实寒、食滞、虫积等十四项辨认要点，列表如下，以供参考。（表2）

表2 常见急腹症的病因、易犯脏腑和临床辨认要点

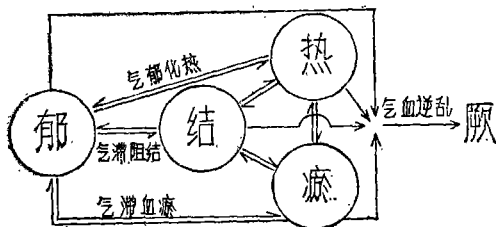
病 因	易犯脏腑	临 床 辨 认 要 点
气	气 滞 气 郁	肝胆、脾胃、肠 患病脏腑所在部位和/或其经络分布部位有胀满、疼痛、痞块等表现。其疼痛较轻，部位不固定，时痛时止，在上牵引胸肩背，在下牵引腰或少腹，气聚痛而见形，气散平而无迹
	气 逆	胃 恶心、呕吐，嗝气，呃逆
	气 虚	脾 食少、腹胀，便溏，乏力，少气，消瘦，脉弱
血	血 瘀	肝胆、脾胃、肠 病变局部固定疼痛，性质如刺如掣或如绞如锥，持续不松，局部拒按，甚至手不可近，或可触及实质性包块，皮肤可见瘀斑或大便紫黑，舌有瘀斑，脉沉涩，甚则发热
	出 血	胃、肝、脾、肠 呕血量多，口渴喜饮，口臭，苔黄，脉洪数，属胃热；若伴头晕头痛，心烦易怒，舌红脉弦数，属肝火；脾虚便血多为远血（黑粪），常伴全身气虚和脾气虚弱表现；肠腑血瘀便血多紫暗有血块，常并腹痛拒按，或有包块
热	实 热	肠胃、肝胆 全身发热，面红赤，口干喜冷饮，大便干结，小便赤短，甚至神昏谵语，舌质红，苔黄燥，脉洪数。若伴腹部胀满疼痛，局部拒按，大便秘结，属热结肠胃；伴潮热，心下至少腹硬满而痛不可近，大便秘结，脉沉紧，属结胸实热
	虚 热	肠 胃 大便燥结，口干舌燥，皮肤干，手足心热，脉沉涩，舌红少苔
湿	湿 热	肝胆、脾胃、肠 发热持续，早上轻午后重，汗出不解，胸腹闷胀，渴不欲饮，尿色黄浊，大便秽臭或不爽，脉濡数或滑数，舌苔黄腻。若伴两胁疼痛，引向肩背，呕恶脘胀，面目鲜黄，属肝胆湿热；伴脘腹胀闷，或按之作痛，大便秘或秽浊，面目鲜黄，属脾胃湿热
	湿 浊	脾 胃 食欲不振，脘腹胀满，肠鸣便溏，浮肿尿少，萎黄消瘦，全身乏力，脉濡
	寒 湿	肝胆、脾胃 全身及面目黄而晦暗，不热不渴，尿黄便稀，苔滑腻，脉沉迟
寒	实 寒	肠 胃 发病急，怕冷，面色青苍，腹痛剧烈，辗转不安，局部拒按，便秘，吐不能食，苔白，脉沉弦或紧
	虚 寒	肠 胃 发病缓，腹痛绵绵不剧，喜温喜按，得热则舒，遇寒加重，大便稀溏，甚至完谷不化，面色㿔白，四肢不温，舌质淡，苔白，脉沉迟
食	食 滞	胃、肠 食滞于上，脘腹痞硬，腹满拒按，恶心呕吐，或欲吐不止，嗝腐吞酸；食滞于下，腹胀有形，疼痛拒按，肠鸣便秘或泻下秽臭。两者均苔垢腻，脉滑实
虫	虫 积	膈(胆)、肠 蛔上入“膈”(胆)，脘胁顶钻刺痛，阵阵发作，痛重汗出肢冷，腹软喜按，痛止如常人，伴呕恶或吐蛔便蛔，苔白，脉沉或弦；蛔聚肠腑，腹痛绕脐阵作，烦躁不安，腹有包块浮沉，形状及部位变幻不定，触之如绳索团块，可伴呕恶吐蛔，大便秘结，苔白或黄，脉弦

病机和证候

常见急腹症病机演变的一般规律，通常是在脏腑和全身机能失调、抗病能力低下等内因，又加之饮食不节、寒温不适、情志所伤或

虫邪作祟等外因作用下，首先使所病脏腑气机郁滞，通降失司而发病，继则导致气滞阻结，气郁化热或气滞血瘀，进而成为郁（气机郁滞）、结（实邪结聚）、热（实热或湿热内盛）、瘀（血行瘀滞）四个环节互相兼夹、转化为病。

这和西医学认为急腹症的主要病因病理是机能失常、梗阻、炎症、血运障碍四者不同方式和不同程度地结合所致有类似之处。一般来说,急腹症的早期正盛邪轻,以郁、结相兼多见,中期正盛邪实,正邪相争剧烈,常以结、热、瘀三者互相兼夹、转化为主;晚期正虚邪实,常呈瘀、热或瘀、结之邪内陷,同时兼见耗阴损阳之候。又由于急腹症是急病暴症,病情发展迅速,或因失治误治,均可导致气血逆乱,而致四肢厥冷、脉微欲绝的厥证。急腹症时所见之厥证,最常见的是邪热内陷,“热深厥深”而致厥(如见于急性梗阻性化脓性胆管炎);但亦可因气机骤闭而致厥(如见于溃疡病急性穿孔)、实邪结聚而致厥(如见于急性肠梗阻)或血行瘀滞而致厥(如见于急性出血性胰腺炎)等。由此可见,厥证虽非急腹症病机发展的普遍规律,但一旦出现,即提示危重之候,必须引起足够的重视。此外,在急腹症的发展过程中,正邪相争总要伤及人体气血和脏腑功能,故急腹症的恢复期或转入慢性期,或早或迟地要出现各种虚证,而其中以脾胃气虚最为常见。现将常见急腹症病机的四个环节及其相互关系作示意图于下。(附图)



附图 常见急腹症病机演变四个环节及其相互关系

辨证和治疗

一、常见急腹症的辨证

急腹症为脏腑之病,从八纲辨证来分析,里证为疾病的真实表现。早期如见恶寒发热等表证夹杂出现,亦只需兼治,主要循“六腑以通为用”的原则治疗,腑气一通,表证自然解除。半表半里证在急腹症持续较久时可以见

到,尤其在肝胆系统疾病中更为常见,一旦出现这种证候,提示辨证论治时需和解清热。

急腹症以实热证最为常见。寒证仅在久病寒从内生或外寒直中时见到,故在早、中期见到寒象时,需警惕真热假寒之候,以免误治。恢复期邪已去而正未复,可见到虚寒证,尤以脾胃虚寒最为多见。急腹症起病急,病情重,一般早期和中期多属实证,晚期或重症可显示虚实夹杂之候,至恢复期可见虚证。总之,急腹症以里、热、实证为主,故多属阳证,阴证(里虚寒证)仅在某些危重或恢复期病人中可以见到。

常见急腹症的证候,在“八纲辨证”分析的基础上,再进一步从具体病机演变来总结其共同规律,大体上可归纳为郁、结、热、瘀四个基本证候。这些常见急腹症的基本证候既可作为中西医结合分型的依据,又可作为中医辨证论治的基础。(表3)

1. 郁证:郁证的基本病机是“气机郁滞”。其主要临床表现为患病脏腑所在部位和/或其经络分布部位出现胀满、胀痛或窜痛、时痛时止,在上可牵引胸胁肩背,在下可牵引腰或少腹,气聚痛而见形,气散平而无迹,并可伴有恶心、呕吐、嗝气等气逆症状。舌苔白腻,脉弦滑或平。郁证是由多种原因引起肝胆气郁、脾胃或胃肠气滞所致。急性阑尾炎、胆囊炎、胆石病的早期或轻型,动力性或单纯性肠梗阻发病早期以及多种急腹症的恢复期均可出现郁证。急腹症郁证的发展,既可气郁阻结而兼结证,亦可气郁化热而兼热证或气滞血瘀而兼瘀证。郁证的治疗,多采用行气、降逆、消导、化湿等和法,以达到理气开郁目的。

2. 结证:结证的基本病机是“实邪结聚”。其主要临床表现除脘腹胀满疼痛、局部拒按、恶心呕吐、大便秘结、苔厚脉实等一般实结证象外,并可兼有气痞、瘀血、食滞、虫积、实热、湿热、湿浊或寒实等实邪结聚的临床特征(参阅表2)。结证可由郁证转化而成,或因食、虫、热、湿或寒邪直中入里结聚所致,并可与热证和瘀证互相转化或兼夹。食物团或蛔

表 3 常见急腹症辨证论治简表

病 机	辨 证		论 治	
	八 纲	辨 证 要 点	治 则	治 法
郁 (气机郁滞)	腑气失调, 正虚不甚, 寒 热无定	患病脏腑所在部位和/或其经络分布部位, 出现胀满、胀痛 或串痛, 时痛时止, 在上可牵引肩背, 在下可牵引腰或少腹, 气聚痛而见形, 气散平而无迹; 并可伴恶心、呕吐、嗝气等 气逆之象。苔白腻, 脉弦滑或平	和法 (调理 气机, 解除病 邪)	舒肝、行气、 开郁、和胃、降 逆、化湿、和 解清热
结 (实邪结聚)	里实热证多, 里寒实证少, 无里虚寒证	脘腹胀满疼痛, 局部拒按, 恶心呕吐, 大便秘结, 苔厚脉 实; 并伴有气痞、痰血、食滞、虫积、实热、湿热、湿浊或 寒实等实邪结聚特征	下法 (排除 体内停积的有 形实邪)	导滞、泻热、 清肠、逐瘀、 驱虫
热 (实热或湿热 内盛)	实热或湿热 内盛	发热或寒战高热, 出汗, 烦躁, 口渴喜饮, 大便干结, 小 便黄赤, 舌黄燥, 脉洪数; 或发热持续, 汗出不解, 渴不欲 饮, 胸腹胀满, 大便秘臭或不爽, 小便混浊, 苔黄腻, 脉濡 数或滑数; 并常与郁、结、痰证互相转化、兼夹	清法 (清除 体内实热或湿 热之邪)	清热、泻火、 解毒、凉血、 清湿热
瘀 (血行瘀滞)	里实证或正 虚邪实证	疼痛剧烈, 部位固定, 如刺如掣, 或如绞如锥, 持续不松, 局部拒按, 甚至手不可近, 或可触及实质性包块, 皮肤或舌 可见瘀斑, 舌多紫暗, 脉沉涩	消法 (驱除 体内瘀血、症 积、痞块、食 积、虫积之邪)	活血、软坚、 祛瘀、化积、 排脓、消导

虫团阻塞所致的肠梗阻、早期肠扭转或肠套迭以及急性胰腺炎或胆囊炎胆石病的湿热型等, 在病程中如出现痞、硬、燥、实者均提示有结证存在。结证的治疗, 多采用攻下、泻热、导滞、驱虫、逐寒等下法, 以达到排除有形实邪目的。

3. 热证: 热证的基本病机是“实热 (或湿热) 内盛”。其主要临床表现为发热或寒战高热, 出汗, 烦躁, 口渴喜饮, 大便干结、小便黄赤, 舌苔黄燥, 脉洪数; 或发热持续, 汗出不解, 渴不欲饮, 脘腹胀满, 大便秘臭或不爽, 小便混浊, 或显黄疸, 苔黄腻, 脉濡数或滑数。热证可由气郁化热而成, 亦可因食、虫或湿邪蕴结化热所致, 并常与郁、结、痰证互相转化和兼夹。诸如急性胰腺炎、急性胆囊炎胆石病的湿热型、急性腹膜炎和化脓性阑尾炎等多以热证为主, 并常兼结、瘀两证。治疗热证多采用清热、泻火、解毒、凉血、清湿热等清法, 以达到清除实热 (或湿热) 之邪目的。

4. 瘀证: 瘀证的基本病机是“血行瘀滞”。其主要临床表现为疼痛剧烈, 如刺如掣或如绞如锥, 部位固定, 持续不松, 痛处拒按, 甚至手不可近, 或可触及实质性包块, 皮肤或舌可见瘀斑, 舌多紫暗, 脉沉涩。瘀证虽可由郁证气滞导致血瘀而成, 但最常见的还是由热、结互相兼夹而转化所致。其中以热、瘀互

结, 蕴结不散, 血肉腐败, 熟腐成脓, 热毒炽盛, 深入营血者尤为严重。急性化脓性阑尾炎或阑尾周围脓肿、绞窄性肠梗阻、急性出血性胰腺炎、膈下脓肿等均存在瘀证, 并常兼热、结两证。治疗瘀证, 多采用活血、祛瘀、排脓、消症等消法, 以达到活血化瘀目的。

常见急腹症的辨证, 在“八纲辨证”的基础上, 灵活运用“四个基本证候”进行辨证, 不仅有助于辨认急腹症各种疾病的共性和个性特点, 而且有助于抓住主要矛盾, 恰当地运用“异病同治”和“同病异治”的法则。例如急性肠梗阻的病机特点是以痛、呕、胀、闭为临床表现的结证为主, 其治疗应以通结为重点; 急性阑尾炎的病机特点是以腹痛固定、局部拒按, 并伴热象为临床表现的瘀、热相结证为主, 其治疗应以清热祛瘀为重点; 急性胆囊炎胆石病的病机特点是以痛、热、黄为临床表现的热 (或湿热)、结相兼为主, 其治疗应根据热证重还是结证重, 以确定清热 (或清湿热)、下结配合运用的治则; 急性胰腺炎的病机特点是以痛、热为主要临床表现的郁极化热证, 其治疗当以解郁清热为主法。又如急性梗阻性化脓性胆管炎的病机发展过程, 病初出现郁证, 郁而不通则呈结证, 在结证的基础上, 又可郁结化热而致里实热 (或湿热) 内盛之证, 进而使血行瘀滞而兼瘀证, 再由于热、结、瘀互相扭

结不散,以致血肉腐败,熟腐成脓,热毒炽盛,深入营血,终至“热深厥深”而成厥证。针对其病机特点确定治疗方针:初期以理气开郁,疏肝利胆为主;在热结相兼阶段,则应以通结泻热为主,佐以疏肝利胆治之;若一旦出现“热深厥深”之证,则应果断采用中西两法结合,手术与非手术疗法辨证对待的治疗原则来制订全面治疗方案。如此种种,均说明以郁、结、热、瘀四个基本证候为主指导常见急腹症的辨证论治,经过二十余年的临床实践,确实证明具有一定实用价值。当然,其中从理论到实践,尚有很多不足之处,有待今后进一步研究和探讨。

二、常见急腹症的治则和治法

急腹症以腑病为特点,腑的共同生理特点是“以通为用”,病理特点是“不通则痛”。因此,治疗急腹症的根本目的就是解决“通”与“不通”的矛盾,也就是说,治疗急腹症的基本原则,就是自始至终都要贯彻一个“通”字。一般所说六腑“以通为和”、“以通为补”即是此意。但是,对“通”这一基本治则的具体理解,决不能单纯认为是“通里攻下”,凡能消除各种原因引起的六腑郁、结、热、瘀、厥等病理改变,并使其功能得以恢复正常的各种方法应皆属于“通”法的范畴。这正如高士宗在《医学新传》中说:“夫通则不痛,理也,但通之之法,各有不同。调气以和血,调血以和气,通也;上逆者使之下行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。若必以下泄为通,则妄矣”。但需指出,急腹症是实邪暴病,具有发病急、病情重、变化快的特点,因此,祛邪是否及时和有效,直接关系到疾病的转归。所以,从急腹症论治的全过程来看,祛邪始终占有重要地位,尤其在早、中期更是如此。当然,根据病情的缓急,正气的盛衰,有时也需要以扶正为主要治疗措施。但应看到,祛邪即有利于安正,扶正也有利于祛邪;邪不去,正气也始终难复。这就是祛邪与扶正的辩证关系。临床上只有正确处理祛邪与扶正的关系,才能在中西医结合治疗急腹症的过程

中,充分发挥中医辨证论治的长处,切实做到祛邪稳准有力,扶正恰如其分。

常见急腹症的具体治法,根据其病位、病因、病机和基本证候等特点,通过临床实践总结,经常是和、下、清、消、补五法配合运用。

1. 和法:和法是通过调理脏腑机能或调和表里以解除病邪的治疗大法,主要适用于脏腑机能失调而正虚不甚的郁证,亦用于邪在半表半里的热证。凡舒肝、行气、开郁、降逆、和胃、化湿及和解清热的药物方剂或针灸、推拿等均属此类。急腹症中的和法是针对郁证而设,亦治半表半里的热证。一般常用于以下情况:早期或慢性的轻型功能性、器质性或炎症性疾病,如轻型胆囊炎、慢性胰腺炎、溃疡病穿孔恢复期或手术后恢复期,常用和法为主治疗;急性肠梗阻、急性胆囊炎、急性胰腺炎的中期,和法能配合下、清、消三法以加强作用,协同治疗或后续治疗;对病程持续较久的胆囊炎胆石病、急性胰腺炎或胆道蛔虫病伴有感染,其临床表现伴有寒热往来、胸胁满闷、食少欲呕等“少阳证”者,应配用和解清热法。用于和法的药物,舒肝开郁常用柴胡,香附,郁金,川楝子,青皮,香橼;行气化滞常用枳实,枳壳,厚朴,莱菔子,陈皮;行气止痛常用元胡,木香,乌药,香附;理气宽中常用砂仁,白蔻仁,藿香梗,紫苏梗;降逆和胃常用半夏,竹茹,旋覆花,沉香;和解清热常用柴胡,黄芩,青蒿。

2. 下法:下法是排除体内停滞的有形实邪从大便而解的治疗大法,主要适用于里实结聚的结证,凡导滞、泻热、清肠、逐瘀、驱虫的药物方剂均属此类。其应用的方药根据药力强弱有峻下、缓下之分;根据药性不同有寒下、温下之别。急腹症中的下法是针对结证而设。一般常用于以下情况:(1)下热:急性阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、腹膜炎的中期,表现有实热结聚者,必须攻下实热,故多用峻下、寒下,但药力不宜过猛,得利即可,并常与清法配合运用,以加强清热作用;(2)导滞:急性肠梗阻的痞结型或瘀结型早期,必须泻下实结,

目的为开结通下,根据实结的性质不同而用寒下或温下,对肠内积液多者还需攻逐水饮,药物剂量需足,得快利后方止;(3)润肠,急性肠梗阻由粘连所致者、儿童老年或体弱不宜峻下者、急腹症恢复期气血亏损大便干结者多用缓下润下,用药剂量和行气、活血药的配伍需根据病情而定,以取得疗效又不过分伤及正气为度;(4)驱虫,胆道蛔虫病、肠蛔虫病,在制蛔止痛后需配合应用泻下剂,以达到驱虫外出目的。泻下药的种类很多,急腹症寒下常用大黄,芒硝,番泻叶;攻逐水饮常用甘遂粉;温下常用巴豆散;润下常用生豆油,生莱子油,郁李仁,火麻仁,蜂蜜等。在实际应用中,泻下药常配用行气药(枳实、厚朴等)来加强作用。

3. 清法:清法是通过泻火、解毒、凉血等作用,以清除体内热邪的治疗大法,主要适用于里热证(包括实热证和虚热证)。凡清热泻火、清热凉血、清热解毒、清热燥湿等的药物方剂等均属此类。急腹症中的清法是针对热证而设。阑尾炎、胆囊炎、胰腺炎、胆道蛔虫病伴感染、腹膜炎等具有实热或湿热表现者,均需用清法,并常与下法配合应用,以收速效。而在具体运用清法时,还要结合病位、病因和病机的发展演化,辨证选药和配伍。如气郁化热者(如慢性胆囊炎急性发作)当配合理气开郁药;熟腐成脓者(如阑尾周围脓肿)应配合化脓排脓药;湿热蕴结者(如急性胆囊炎、急性胰腺炎湿热型)应予苦寒燥湿或清热利湿;热重而津液枯竭者(如急腹症各病高热伤阴者)不能单用苦寒清热药,而应配用甘寒养阴清热药;热毒炽盛,甚至迫血妄行者(如急腹症各病伴严重感染者)应清热凉血。清热燥湿药常用黄连,黄芩,黄柏,栀子,胆草,茵陈;清热解毒药常用银花,连翘,公英,地丁;清热泻火药常用石膏,知母;清热凉血药常用丹皮,赤芍,生地等。

4. 消法:消法是通过消散、软坚、祛瘀、化积等作用,以驱除体内食滞、瘀血、症瘕、虫积等有害物质的治疗大法。消除的范围很

广,急腹症中的消法是针对瘀证而设,亦包括消食、驱虫等法。凡活血、祛瘀、排脓、消导、驱虫的药物方剂均属此类。急腹症中的瘀证常与郁、热、结三证相互转化、兼夹,故常与理气、清热、泻下等法配合运用;恢复期则常与补法配用。用于消法的药物,活血止痛常用川芎,元胡,郁金,蒲黄,五灵脂,乳香,没药;化瘀消坚轻者常用桃仁,红花,重者常用三棱,莪术;慢性症积(如肝脾肿大)常用丹参,鳖甲;祛瘀排脓常用穿山甲,皂刺;消食导滞常用神曲,山楂,麦芽,莱菔子;驱虫常用使君子,苦楝根皮,槟榔等。

5. 补法:补法是使虚弱不足恢复为旺盛充足的治疗大法,主要适用于各种原因造成的脏腑气血阴阳虚弱诸证。急腹症中,补法主要用于恢复期、手术后,或配合应用于虚实夹杂的证候。运用补法时,当辨清阴、阳、气、血和脏腑所属分别调治。阴伤者滋阴养血;阳虚者补气助阳;脏腑以调补脾胃为主要环节。在调补脾胃时需配用芳香醒脾和消食化滞药,忌用大量参、芪呆滞药品。除药物调补外,还应重视饮食调养、身体锻炼和精神疗法等。

常见急腹症的具体治法,除上述五种经常配合运用外,有时还用温中散寒法以治脾胃虚寒证;回阳救逆法以治阴盛阳衰,阳气将亡之证;探吐法用于急性肠梗阻胃脘胀满,影响执行治疗措施者等。此外,针刺疗法(体针、电针、水针、耳针)在急腹症中应用也非常广泛,需根据病情配合运用。此处从略。

× × × × × ×

总结常见急腹症的中医辨证论治规律,对发展和提高中西医结合治疗急腹症的技术和理论均具有重要意义。本文根据常见急腹症的病位、病因、病机演变,尤其是郁、结、热、瘀四个基本证候特点,通过临床实践,总结了和、下、清、消、补五种具体治法,并对其在急腹症中的适用范围、具体应用、配合原则和药物选择及其配伍等均做了归纳和探讨。实践证明,按照常见急腹症的中医理论体系一般规

律,灵活运用郁、结、热、瘀四证进行辨证论治,能使中西医结合治疗急腹症的分型施治更具灵活,亦更能体现中医辨证论治的特色,起到了执简驭繁,提高疗效的作用。

参 考 文 献

(1) 曹仲和:论中医对急腹症的辨证论治。内部资料,1961。

- (2) 曹仲和等:中药胆道排石汤治疗胆石症与胆囊炎52例初步观察。内部资料,1959。
 (3) 曹仲和:谈谈排石汤的“证”和“方”。中医杂志(11):5,1963。
 (4) 曹仲和等:急腹症辨证施治有关问题的探讨。内部资料,1979。
 (5) 曹仲和:谈谈辨证论治。内部资料,1978。
 (6) 柳侃:常见急腹症中医辨证论治浅说。第60页,贵州人民出版社,1978。

凉膈散治疗肺部疾病点滴体会

湖南省怀化市中医院 陈 纯

怀化县人民医院 周 灿

凉膈散是《和剂局方》的一个散剂方,它由大黄、朴硝、甘草、山梔仁、薄荷叶、黄芩、连翘、竹叶组成,主治上、中二焦邪热炽盛,烦躁口渴,胸膈烦热,便秘溲赤之症。笔者以本方加减,改为汤剂服用,治疗热淫胸膈之疾病,取得了一定的疗效,现简介2例如下:

例一:风温闭肺,热扰胸膈(大叶性肺炎)。

陈××,女,36岁,营业员。1976年9月因恶寒发热,咳嗽气促,吐铁锈色痰,当即收住院。诊时高热,微感寒意,无汗,咳嗽,气急,吐黄色稠痰,时有黑色痰及痰中带血丝,胸痛,口渴喜冷饮,烦躁,腹部胀痛,大便干结,溲黄,舌红苔黄,脉浮数。查体:体温40.2℃,心率104次/分,律整无杂音,右肺可闻及湿性罗音,左肺呼吸音增粗,偶可闻及湿性罗音,右上腹腹肌稍紧张,肠鸣音可。血象:白细胞26000/立方毫米,中性85%,淋巴15%。胸透:右肺可见大片状致密阴影,诊为右侧大叶性肺炎。证属风温闭肺,热扰胸膈,以凉膈散合麻杏石甘汤加减。处方:制大黄10克,芒硝4克,黄芩10克,麻黄5克,杏仁10克,连翘10克,生石膏12克,板蓝根15克,公英15克,甘草6克。服1剂汗出热解,转矢气,4剂后大便畅通,热净身凉,咳止痰消。热病后期,肺胃之阴伤,故再以沙参麦冬汤加地骨皮、桑白皮,5剂而愈出院。

例二:痰热内阻,肺失清肃(百日咳)。

刘××,女,7岁。1980年1月患百日咳病,曾服百日咳片、氯霉素、川贝糖浆等药效不显,复邀余

诊。症见阵发性痉咳,咳呕并作,涕泪俱下,面赤脸肿,口干鼻衄,喉中嘎嘎有声,咯少量黄色粘痰,烦躁不已,4天未大便,腹痛微胀,舌红苔薄黄,尿黄赤,脉滑数,指纹深红。证属痰热内阻,肺失清肃,以凉膈散加减治之。处方:制大黄4克,芒硝2克,百部6克,炒葶苈子8克,青黛4克,黄芩6克,山梔仁6克,尖贝末(冲服)4克,甘草3克。煎服3剂,咳次减少,鼻衄止,大便已解,因腹痛、便秘已除,改用百部6克,葶苈子6克,桃仁6克,冬瓜仁9克,苦杏仁6克,芦根10克,竹茹4克,黑山梔4克,尖贝末(冲服)3克。5剂后诸证除而愈。

体会

凉膈散是一个表里双解,泻火通便的方剂,取其上、下分消以通为用之意,余借用于治疗胸膈有热之肺部疾病,多次实践证明,可收到较为满意的效果。

肺的主要作用之一是主肃降,通调水道,而肺部疾病大多因肺的肃降功能失调所致,根据肺与大肠相表里的理论,肺气肃降,则大肠功能正常,大便畅通,若肺气失司,则大肠积滞不通,又反过来影响肺的肃降而出现咳嗽气促、喘急等症。因此,肺部疾病的一个重要表现是出现胃肠道症状,其病理变化是痰热阻肺与肠腑热结互为因果。用凉膈散泄其郁热,荡涤肠胃,开关化痰,肃清肺气,对于某些肺部疾病,往往可以奏效。但在使用本方治疗之肺部疾病,必具“痰热互结,胸膈痞阻,胃腑不通,或肠热下痢”之病理特征,且确诊为里证、实证、热证、阳证者方得使用;其虚实夹杂者,可以本方与扶正药物合用。