

孙谨臣运用连附六一汤的经验

江苏省仪征县人民医院 孙 浩



孙谨臣老中医遗像

连附六一汤(以下简称本方),出自明·虞抟所著《医学正传》。清·汪切庵所辑《汤头歌诀》将本方与《丹溪心法》中左金丸合辑一处,均列入泻火之剂,方歌名“左金茱连六一丸”。歌有六句,末两句云:“连附六一治胃痛,寒因热用理一般”,即指本方,药用黄连18克,附子3克,加姜、枣煎。兹将先父变化运用本方的经验,介绍如下。

一、胃 痛

胃痛一证,有寒热虚实之分,气血阴阳之辨。本方专治胃痛之属于热证。对于胃痛之属于寒证,先父亦常喜用本方,或在组方、用量上稍有变化,每能左右逢源,得心应手。

例一:孙××,女,15岁。胃痛暴发,夜半至旦,一阵缓一阵急,胸脘痞满,欲暖不遂,口干舌红,苔薄黄,脉滑数。曾进理气止痛药未效。证属胃热气滞之痛,治予泄热清胃。

处方:川连3克,明附片0.6克,薄姜1片,小红枣3枚。加水一小盏,文火煎熬至两小酒盅,顿服。

服后约一刻钟,痛即止。随访多年,未见复发。

例二:张××,男,14岁。经常胃痛,多因感寒而发。近日气温暴降,未及时添衣,以致痛又发作。诊得脘痛时急时缓,不思纳谷,强食之,更觉臌胀作痛。身著重衣,犹四末不温。脘凉如进冷饮,时泛清水。舌苔白厚,脉象浮紧。素本阳虚质薄,加受外寒后,更致中

阳欠运,胃气失和。先予温中散寒,以治其标,再进建中益气,以固其本。

处方:桂枝6克,北细辛1.5克,明附片9克,川连1.5克,制香附6克,高良姜3克,生姜1片,小红枣3枚。一剂。

药后自觉周身温暖舒适,脘痛已解,泛恶清水亦止。惟脘满不思纳谷,治以温中和胃,理气助运。原方去细辛,加炒谷芽9克,陈皮3克,沉香曲9克。连进三剂即愈。继以黄芪建中汤加潞党参(适量)熬制成膏,以补中益气。连服两冬,经随访多年,胃痛未发。

按:左金丸主治痛引两胁,泛酸嘈杂,以肝郁化火为主。本方主治口干舌红,苔黄脉数,以胃热气滞为主。可见两方虽同治胃痛,但一主肝火,一主胃热,临床似应区别运用。例二为阳虚表寒证,用桂枝、细辛温散表寒,良姜、香附暖胃行气,附子助阳,佐黄连以制热,“使之相济以立功也”。加姜枣同煎,能建补中州,调和营卫。

二、泄 泻

泻分久暴,大体暴泻多实,久泻多虚,暴泻缘于寒热湿三因,久泻本乎先后天二脏。先父对久泻中的虚证或虚实夹杂证,认为本方由连、附、姜、枣四药组成,分别具有燥湿、泻热、温阳、和营之长,如能辨证无误,灵活化裁,变通运用,常能收到较好的效果。

例三:郑××,男,2岁。断乳后,喂养不当,饮食自倍,脾胃乃伤。一年来,常腹泻稀便,伴完谷不化,每日2~4次。形瘦神疲,夜不安寐,四末欠温,口干溲少,舌淡红,苔薄白,脉细软。证属脾肾两虚,治予温阳止泻。

处方:米炒太子参6克,茯苓6克,炒白术6克,

陈皮2.4克,熟附块6克,肉桂1.5克(后入),煨白芍6克,甘草1.5克,川连1.5克,生姜1片,小红枣3枚。三剂。

药后便稀转稠,一日二次,四末转温,夜寐安静,神情亦佳。显见脾肾煦和已有运转之象,再步前途。原方去肉桂,加破故纸6克。进三剂后,大便已实,嘱服参苓白术丸(每次6克,一日二次,用山药、红枣适量煎汤化丸)一月,以补后天而济先天。

例四:陈××,男,12岁。病后饮食失调,伤及脾胃,时常大便不实。近因暴饮暴食,更伤脾胃,以致脘痞纳少,大便稀薄,日三五行,便前肠鸣腹痛,便后痛缓。情志易躁,苔淡黄,脉细弦。此系土虚不荣于木,木旺反又乘土之证。治以补土泻木,调理肝脾。

处方:米炒太子参9克,炒白术9克,煨白芍9克,陈皮4.5克,川连2.4克,明附片6克,防风4.5克,煨姜1片,小红枣4枚。二剂。

药后腹痛便稀已止,脘痞亦解,情志较前安适。原方去防风,加芡实米9克。连进三剂,继服资生丸(每次6克,一日二次)半月,调理脾胃。

按:例三系久泻伤及脾肾之阳,治疗虽然仍用本方,但是已变换连附的用量。取附子辛热气雄之性以补火,佐黄连苦寒善泄之性以制热。又以姜枣配参、苓、术温补脾胃,陈皮调中快膈,白芍、甘草酸甘化阴以配阳药,使全方结构谨严。例四为脾虚肝旺证,当以补脾为主。方中运用连附与补脾药相伍,起燥湿温中作用,有利于脾之健运。

三、蛔虫病

小儿蛔虫病有脏寒、胃热和寒热错杂证三种,但临床以胃热证多见。审胃热一证,多为脾湿所化,脾湿与胃热常相互蕴郁而成。临床以口干口臭,腹胀便秘,舌苔黄腻为特征。故治疗胃热之蛔虫病,先父大多用本方参以安蛔、驱蛔之剂,常能应手而愈。

例五:王××,男,6岁。常诉腹痛,瞬息即解。曾吐蛔、便蛔多次,叠进驱虫之剂未

能见效。迨来腹痛又发,乍作乍止,痛作时坐卧不安,大声呼叫。干呕心烦,腹内有块,欲便不出,口干舌红,苔黄腻,脉滑数。“胃中有热则虫动”,治予泄热安蛔。

处方:川连3克,明附片0.6克,乌梅6克,川楝子6克,枳壳3克,淡竹茹6克,元胡9克,台乌药6克,薄姜1片,红枣3枚。一剂。

药后腹痛干呕已止。惟见疲乏嗜卧,精神萎靡,大便三日未解。蛔既安伏,当乘机驱之。原方去乌梅、川楝子、竹茹、元胡,加生大黄4.5克(后入),元明粉4.5克(冲服),使君子9克,怀山药12克。服一剂后便下蛔虫十数条,舌苔黄厚已退,虫积已去,续予调补脾胃而愈。

按:例五为虫痛之属于胃热证者,在泄热安蛔之后,又投以行气驱虫之品,使安伏之虫一举而下,陈复正指出:“小儿虫痛,凡脾胃怯弱者,多有此证。其攻虫取积之法,却又未可常用,及取虫之后,速宜调补脾胃”。

四、呕 吐

小儿呕吐有寒、热、痰、食、虫、惊六因,但临床以胃热和伤食呕吐居多。先父认为胃热呕吐可用本方泄热清胃,对伤食呕吐亦可变化运用。

例六:朱××,男,8个月。体质肥胖,皮肤薄嫩,山根青筋显露。其母乳汁尚浓,吮量较多,家人喜其活泼,常逗以饮食。以致乳食阻滞中焦,损伤脾胃,胃气上逆,发为呕吐,吐出物气味酸腐。腹胀,不大便,矢气频频,味如败卵。舌苔白厚,指纹晦滞。儿体虽胖,但虚而不实。本属阳虚湿蕴,今乳食伤脾,中阳愈虚。治予温中助运,消食导滞,并嘱禁食。

处方:明附片4.5克,川连0.9克,焦山楂6克,炒麦芽6克,炒枳壳2.4克,陈皮1.5克,炒糯米4.5克,煨姜1片,小红枣3枚,灶心土30克(包)煎汤代水。一剂。

药后呕吐已止,腹胀稍松,白苔转见淡黄。胃气上逆虽平,里滞遏而未下,仍宜消食导滞。原方去糯米、灶心土,加全瓜蒌6克,

大贝母6克,一剂。并嘱少少喂服焦米汤。药后得溏便一次,量较多,其气恶臭,腹已平软,苔退。嘱以姜枣汤善后。

按:例六为阳虚湿蕴之体,方中重用附子

温阳,稍佐川连燥湿。山楂、枳壳、麦芽消食化滞,黍米、灶心土温胃止呕,姜枣温补脾胃。复诊加藜、贝,散结导滞,标本兼治,使气、食、湿俱运。

全身性结节性脂膜炎1例治验

中国人民解放军三〇七医院 张长智 邢家骥

病历摘要:白××,男,23岁,1976年2月12日入院。住院号5239。

患者1975年11月起,反复出现不规则发烧,体温 39°C 以上,呈弛张热,伴咽痛、干咳、四肢关节酸痛、食欲不振、全腹隐痛等症状,体重下降10余斤。近1周余觉胸闷、气短、胸背疼痛,曾按“上感”住某医院治疗无效,多项辅助检查均在正常范围,未能确诊,转来我院。检查:体温 39.3°C ,脉搏92次/分,血压120/60毫米汞柱。神清,急性热病容。双侧颌下、颈部、腋窝及腹股沟均可触及黄豆大淋巴结数个,软,活动,无触痛。双侧眼睑浮肿,眼裂变小。舌质红,苔黄白。咽部充血,扁桃体不大。心界不大,心律齐,心尖区可闻II级收缩期吹风样杂音及第三心音。左肺下后呼吸音减弱。腹软,未触及肝脾,全腹有轻度压痛,右下腹稍明显,无肌紧张及反跳痛。未触及皮下结节,四肢关节无红肿。

入院后按“发热待诊”进行了详细观察,主要阳性所见有:(1)呈弛张热,一昼夜内体温在 $36.7\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ 。(2)自觉胸部刺痛,有时胸骨后痛,食欲不振,腹胀,全腹隐痛。(3)入院后1周余先后出现双侧眼睑浮肿加重,视乳头轻度水肿,左侧肋膈角少量积液。同期,两小腿皮下触及多数大小不等硬结,直径1~2厘米,稍隆起,表面皮肤稍红,不活动,有轻微触痛。其后于四肢、躯干、臀部及面部皮下反复成批出现上述之结节,消退后局部皮肤稍有凹陷及色素沉着。(4)入院时尿蛋白(+),时有时无,持续9个月消失。(5)入院后21天心电图II、III、aVF、V₄、V₅导联ST段下降,T波倒置,此种变化的程度时轻时重,ST段改变明显时,病人感胸闷,胸骨后疼痛,有时放射至背部,含硝酸甘油后可减轻疼痛。(6)入院后第3个月先后取腹壁及右小腿皮下结节活检,确诊为结节性脂膜炎。

入院后先后用强的松、氯喹、消炎痛、环磷酰胺等治疗7个月,但反复发烧,皮下结节反复成批出现,病情不能控制,乃于入院后7个月请老中医赵炳南会诊,处方:天仙藤、首乌藤、鸡血藤各15克,钩藤、羌活各12克,莲子心、连翘心、滁菊花、川军各9克,梔子仁6克,鲜石斛15克。水煎服。此后病情日渐好转,体温正常,皮下结节消退,心电图恢复正常,于1977年4月19日出院。强的松由原来70毫克/日逐渐减为隔日10毫克,在门诊以此量维持服用1年5个月停药。同时服参茸卫生丸、何首乌片及人参养荣丸。出院后门诊观察6年余病情稳定,一般情况好,无复发,查体正常,外周血象、肝功能、蛋白电泳、免疫球蛋白、尿常规、心电图等均正常。胸透左侧肋膈角粘连。

按:本病较少见,病因尚不清,青年或中年女性患本病者较多。

本例除反复发热及出现皮下结节外,肝、肾功能一度受损,眼底及胸膜受累,尤其心电图有明显变化,属于全身性结节性脂膜炎。本例于出现皮下结节前曾反复检查心电图结果均正常,出现皮下结节10天后查心电图即出现ST-T变化,且伴胸闷、胸骨后疼痛等症状。当病情被控制、结节消失后,心电图亦恢复正常。此种心电图改变可能为本病活动时的表现之一。结节性脂膜炎时引起心电图的这种变化,尚未见文献报告。

本病无特殊治疗,目前多采用肾上腺皮质激素和免疫抑制剂。本例曾用强的松治疗,但当减量至每日10~15毫克后重又发烧,皮下结节同时增大增多,如此反复了3次,表现出对激素的依赖现象。我们根据中医理论辨证施治,强的松减至隔日10毫克,以至最后完全停药,病情亦未复发,说明中西医结合治疗本病优于单用西药,值得今后继续探讨。