

急重症治疗经验介绍

朱良春

努力运用中医中药开展急重症的治疗工作,是保持和发扬中医特色,促进中医学繁荣的一个重要方面。本文拟举急重症治验数例,略陈心得体会,就正于同道。

一、乙脑极期

乙型脑炎属于中医“暑温”、“暑痉”之范畴,其为病来势凶险,传变迅速,若治不及时或治不如法,恒易昏痉致变。临床所见,乙脑极期由于邪毒炽盛,痰浊阻滞,清窍被蒙,高热神昏,喉间痰如拽锯,惊厥频作,往往出现心力衰竭和呼吸道的窒息,内闭外脱而突变。笔者治此症,以涤痰泄热为主要手段,以清心开闭为目标,采用验方“夺痰定惊散”,收效尚称满意。其方为:炙全蝎15只,巴豆霜0.25克,犀黄0.35克,硼砂1克,飞朱砂1.5克,飞雄黄1.2克,陈胆星3克,川贝、天竺黄各1.5克,麝香0.15克(后入)。共研极细末,密贮,每服0.7克,幼儿0.4克,每日1~2次。一般鼻饲后3~4小时,排出黑色而杂有黄白色粘液的大便,即痰消神苏(未排便者,可续服一次)。方中之全蝎,有祛风定惊、涤痰开瘀解毒之功,故为主药;巴豆霜之应用,是受《外台》桔梗白散(桔梗、川贝、巴豆)的启示,取其迅扫膈上之痰涎,下胃肠之壅滞,开气道之闭塞,更以胆星祛风痰,川贝、竺黄、硼砂

清痰热;雄黄、朱砂解毒坠痰;犀黄镇惊、解毒、化痰;麝香开窍慧神。本文具化痰开闭、通腑泄浊、熄风定惊之功,不仅可用于乙脑极期,且对肺炎、中毒性菌痢、百日咳脑病、脊髓灰质炎等痰浊交阻,痰鸣如嘶之症,亦有泄化浊痰、防止窒息之效。历年使用,屡获佳效。现举例如下:

例一:李孩,男,8岁。患乙脑已一周,温邪鸱张,痰浊内阻,蒙蔽清窍,高热稽留,神糊谵妄,惊厥抽搐,痰涎壅阻清道,声如拽锯,用导管吸痰时,即引起气管痉挛而窒息。叠经中西药物治疗,均鲜效机。乃予“夺痰定惊散”0.7克鼻饲,约三小时余,排出黑色粪便,并夹有黄色粘液,旋即痰消神苏,热亦渐挫,调理善后而愈。

按:此散有涤痰泄热,清心开闭之功,对乙脑极期,邪热炽盛,痰浊阻塞气机,蒙蔽心窍,惊厥神昏,痰鸣如嘶,有闭、脱之趋势者,甚具卓效。

二、腺病毒肺炎

腺病毒肺炎多见于婴幼儿,属中医外感热病的范畴,可见高热、气急、咳呛、痰壅等症状,甚则面色晄白而脱变。此系疫毒、痰热壅肺之重症,在辨证论治的前提下,如能及时加用清热泄毒、通壅开窍之药物,将能迅速逆转

期受凉,情志不舒,遂觉少腹疼痛,经血即止,喉痛,行动头汗出,鼻汗如珠,但手足仍冷,舌尖红、苔薄白,口干,脉弦紧。服辛温解表剂喉痛更甚,并见声嘶。此外感风寒,内阻痰气,血瘀脉络。方用:蜜虫3克,鳖甲12克,僵蚕9克,山甲珠6克,桂枝10克,白芍10克,大枣3枚,甘草3克,紫苏9克。

法半夏9克,党参10克,艾叶(炒)9克,炮姜3片。服二剂后,诸证愈,经水复来。郭老谓此案初病即影响到月经停止,少腹疼痛,喉痛声嘶,病在血络之诊断容易成立。因有汗故用桂枝汤,气郁用紫苏、半夏,再加党参补正,艾叶温宫,姜枣调和营卫,虫药搜剔胞络中瘀血和喉间痰气,故收效较捷。

病势，以冀速愈。关于方药的应用，可选上海董廷瑶老医师所拟之验方。该方用熊胆 1.5 克，麝香 0.06 克，共研极细末，为一日量，分二次化服。熊胆味苦能泄，性寒能清热，具清热解毒、化痰镇痉之功；配合麝香之开窍苏神，则蕴于胸膈之痰浊自下而泄，邪热从表而透，配合辨证论治之汤剂，取效迅捷。此症亦有见外寒内饮者，其症面色青白，咳喘，下利，舌淡苔灰黑，脉沉细，又需采用散寒化饮之小青龙汤。此外，还有辛凉宣透，或宣肺清热，或清热泻肺等法之不同，需因证制宜，药在病先始妥。

例二：徐孩，女，2 岁 突然高热达 39~40℃，稽留不解，已历四日，面色苍白少华，咳呛阵作，痰鸣气促，鼻翼煽动，泛呕便秘，连续使用抗生素，毫无效机，且逐步加剧，憋气、呼吸困难，有时口唇指甲青紫，嗜睡，偶见惊厥。胸透：右上肺及两肺下野可见大小不等的片状病灶。血象：白细胞 12,100。苔黄腻质红，脉细数急，指纹青紫。诊为“腺病毒肺炎”。此疫毒侵袭，痰热壅肺之重候，颇虑厥脱生变，亟予清热泄毒、通壅开窍之品，冀能应手则吉。处方：(1) 熊胆 1.5 克，麝香 0.06 克，研细(董氏经验方)。分二次化服，连用二日。(2) 板蓝根、大青叶、鱼腥草、白花蛇舌草、金银花、山海螺各 15 克，蒸百部、炙僵蚕、元参各 8 克，甘草 3 克。一日两剂，分四次服。(3) 六神丸，每服 5 粒，一日三次。

药后热略挫，症情显见好转，气促趋缓，昏沉渐苏，此佳象也。药既奏效，毋庸更张，守原法继进。第三日已履险入夷，调理善后而愈。

按：此症来势急骤，病情险重，如不迅速采取综合有力之措施，每致僥事。因喘憋与心衰为本病急变之关键，故加服六神丸以强心解毒、定喘开闭，颇有助益。此外，肺与大肠相表里，肺热极易传移于大肠，如见腹胀、便血，多为预后不良之恶候，必须加以防范；一旦出现，需中西医结合，积极抢救。

三、时感高热

时感高热恒多卫气同病之候，若能打破先

表后里之成规，及时采用解表清里之剂，内外并调，多能收事半功倍之效。个人曩年曾选用“表里和解丹”治疗多种热病初起而见有表里症者，或病起已三、五日而尚有表症存在者，服后常一泄而脉静身凉，或显见顿挫，续服数次可解。处方：僵蚕 45 克，蝉衣、甘草各 30 克，大黄 135 克，皂角、广姜黄、乌梅炭各 15 克，滑石 180 克，研极细末，以鲜藿香汁、鲜薄荷汁各 30 克，鲜萝卜汁 240 克，泛丸如绿豆大。成人每服 5~6 克，妇女、体弱者酌减，小儿 10 岁左右服 2 克，6~8 岁服 1~1.5 克，2~5 岁服 0.5~1 克，每日一次，连服 1~3 日，热退即勿再服。此方具疏表泄热、清肠解毒之功，能促使邪毒从表里两解。实践证明，不论成人、小儿，除正气亏虚或阳虚便溏，或发热极轻而恶寒较甚者外，均可服之。

此方系从《寒温条辨》之升降散加味而成，其着眼点在于通过汗、清、下之综合措施，给邪以出路，从而达到缩短疗程、提高疗效之目的。

例三：夏××，男，42 岁，工人。违和四日，恶寒发热，头痛肢楚，服药未解。有汗不畅，胸闷泛呕，腹胀、便秘，苔白黄而腻，脉浮数。此外邪夹滞，表里同病；法当表里两解。处方：表里和解丹 24 克，分作四包，每服一包，一日二次。

药后汗出较畅，并排便二次，顿觉松适，热即下挫。翌日续服，热趋清解，调理而愈。

按：本例系风寒外袭，食滞内阻之表里同病者，如单纯给予疏表达邪之品，则难获效。因其恙已四日，服药未瘥，有化热稽缠之势，必须疏表泄热，清里通腑并进，始可使邪毒积滞，从表里两解，控制进展，缩短疗程。已故名医严苍山氏曾指出：“善治温病者，必须见微防渐，护于未然”，并主张“在卫应兼清气，在气须顾凉血，以杜传变为上工”。这种远见卓识，是值得我们学习的。

四、慢性尿毒症

慢性尿毒症属于癃闭，关格之范畴，是由于慢性肾脏病晚期，肾脏功能衰竭而引起肾之

排泄、调节功能失常,导致人体多方面严重代谢紊乱的综合症群。其发病系因肾病日久,失治或误治,致使肾功能日益衰退,脾气衰败,湿毒无以排泄,逆而上干,可见头目昏蒙,面色晦滞,呕吐频仍,神情烦躁乃至昏迷,二便俱少,血压升高,舌苔灰腻,脉弦细或细数等症。此时正虚邪实,阴阳有离决之势,若不采取有效的治疗措施,危亡立见。鉴于浊邪上干,胃气上逆,汤药难以下咽,笔者往往先采用清泄、解毒、化瘀之中药(蛇舌草30克,六月雪30克,生大黄10~20克,丹参20克。阴凝症象严重者,可加熟附子15克,煎成150毫升),保留灌肠,一日2~4次,可使部分中药通过结肠迅速吸收而起全身治疗作用,另一方面又通过结肠粘膜的透析作用,达到排除机体部分代谢产物的目的。同时静脉推注“醒脑静”(又名“安宫牛黄注射液”,由麝香、冰片、黄连、栀子、郁金、黄芩组成,每支2毫升,每次2~4支,对肝昏迷,神经系统感染而致之昏迷、抽搐及中毒性脑病等均有较好的清热解毒、熄风定痉之功效),每次2支,加50%葡萄糖40毫升,静脉缓注,每六小时一次,一般次日神糊即清,呕吐亦止,则改为每日二次,继用三日,并予温肾解毒、活血利水之品。处方:熟附子20克,生白术20克,姜半夏10克,紫丹参30克,六月雪30克,扞扞活30克,党参15克,绿豆30克,蛇舌草30克,半枝莲30克,黄连2克;另用益母草120克煎汤代水煎药,每日一剂。加减法:肌酐、尿素氮不下降者,加白金丸6克(包煎);皮肤瘙痒者加白鲜皮、地肤子各30克;血压较高或出血者,加生槐米45克,广地龙12克;病情稍见稳定后,即加用黄芪90克,仙灵脾30克,以益气、温肾、利水,或以金匱肾气丸巩固之。若尿量少者,另用蟋蟀8克,人工牛黄1克,琥珀4克,研细末,胶囊装,每服4粒,一日二次,有解毒、化瘀、利水之功。

慢性肾衰导致之尿毒症,偏于脾肾阳虚、浊阴内凝者为多,辨治约如上述。如属气阴两虚,热毒蕴遏上千者,则灌肠方中,不用附子,

而加生地黄、生地榆、生槐米各30克,奏效较佳。至于病情稳定后,如呈现阴虚症象者,汤方中即去熟附子,并加用川石斛、生地黄各15克,或以六味地黄丸巩固之。总之,要坚守辨治原则,药随证转,不宜拘守执着,方能收效。

例四:陈××,男,43岁,干部。两年前有浮肿史,未曾介意,近半年来,浮肿又作,头胀,困倦纳呆,腰痠腿软,尿量减少。经检查血压偏高(164/110毫米汞柱),尿蛋白(+++),颗粒管型、红白细胞各(+),尿素氮87毫克%,肌酐8.3毫克%。同位素肾图示两肾功能重度损害,诊为慢性肾炎混合型。由于未能连续系统治疗,病情逐步恶化,目前浮肿时轻时剧,头胀而痛,泛泛欲呕,有时嗜睡,纳呆腹胀,腰痠瘦少,即住某院治疗,血压有所控制,肾功不见好转,经常嗜睡困倦,泛呕纳呆,尿量每日在500~600毫升左右,面色萎晦,贫血明显,苔白腻质胖,脉沉细,邀余会诊。综合证情,乃脾肾阳虚,湿浊内蕴,逆而上干,颇虑变端,昏痉突现,阴阳有离决之危。姑先予清泄、解毒、化瘀中药点滴灌肠,每日二次;并静注“醒脑静”针,每次两支,一日四次。次日呕逆趋缓,继予温肾解毒、降逆泄浊、活血利水之汤剂内服,尿量每日已增至800~1000毫升之间,稍能进食,神疲略振。五日后复查肾功,尿素氮已降至53毫克%,肌酐降至4.1毫克%,患者情绪乐观,病情日见稳定,即停用“醒脑静”针,每日灌肠一次,继服汤剂。一月后各项检查基本接近正常值,乃出院返乡疗养,灌肠仍间日一次,汤剂守原方损益继服。目前已观察四月余,属于基本缓解。

综上所述,中医中药对急重症的治疗是大有可为的,必须在中医理论的指导下,精确辨证,把握分寸,及时治疗;要见微知著,防微杜渐,先发制病;攻病宜早,达邪为先,集中兵力,挫其锐势;要敢于打破常规,采取扭转、截断之得力措施。同时要不断进行剂型改革和给药途径的探索,才能在急重症的治疗中取得新的进展。