

临床报道

下法治疗内科急症案例并体会

广东省东莞县中医院 何炎葵

下法是中医治病八法之一，最早见于《内经》，而用诸临床，实始于仲景。仲景把下法与汗法看作祛邪外出的重要手段。所谓邪，不单是指外感六淫之邪，还包括疾病发展过程中的某些病理产物（如瘀血、痰饮、燥矢等）和病人的某种宿疾（如论中所说的衄家、饮家、喘家……等）。因此，《伤寒》、《金匱》的下法包括了荡涤实热、泻下瘀血和攻逐宿饮等多种方法，而且对急下、缓下、可下、不可下和误下致变的辨析十分精细。可知，下法的运用，远在1700年前不但积累了丰富的临床经验，而且成为系统的理论了。

后世医家，在仲景理法的指导下，通过临床实践，对下法不断加以发展，并有所创新。如刘河间立峻逐水邪的舟车丸和表里双解、气血同治的防风通圣散，陶节庵为正虚失下而制的黄龙汤，都是明显的例子。吴又可更提出“注意逐邪，勿拘结粪”的论点，进一步扩展了下法在外感热性病中的应用。到了清代中叶以后，吴鞠通所创制的和何廉臣所博采的各种下法新方，有如百花齐放，大大地丰富了祖国医学内容。

近年来，随着中西医结合工作的开展，下法的应用范围更广了，除了众所周知的用下法治疗外科急腹症外，医刊还不断有下法治愈内科急重症的报道。许多学者认为下法不仅是泻热通便，而且有加速机体排出有毒物质的作用。按照中医的观点，疾病发生和发展过程的机理虽然是很复杂的，但归纳起来不外是邪正斗争、阴阳失调、升降乖戾三者。治疗疾病的目的是在于使邪正消长向有利于机体方面转

化，使偏盛偏衰的阴阳趋向平衡，使逆乱乖戾的气机升降循于常度。因此，笔者认为，某些疾病在其发展过程中的某个特定阶段，应用下法治疗，不仅仅是泻热通便，也并不局限于排除机体有毒物质，而且更能对有病的机体起着整体调节的作用，这对疾病的治疗和机体的康复有着不可忽视的积极意义。现不揣谫陋，选择内科急症5例，略谈体会。

一、乙型脑炎例

林××，男，6岁。1964年6月29日发热头痛，渴饮呕逆，次日即壮热神糊，×医院作流脑治，两日未效，7月1日来我院治疗，病孩高热40.6℃，面赤烦躁，谵妄狂叫，目赤唇焦，溲赤便秘，舌边尖绛起刺，中布黄厚燥苔，脉洪大滑数。在诊查之际，患儿面色陡变，目窜上视，四肢抽搐，不省人事，值班医生为针人中、合谷，注射苯巴比妥钠、青霉素，随即入院，由中医治疗。体检摘要：项强、巴彬斯基氏征(+)、克匿格氏征(+)、腹壁反射及提睾反射消失。血象：白细胞18200，杆状4%，分叶77%，嗜酸细胞2%，淋巴细胞17%。脑脊液检查：压力正常，蛋白定性(++)，糖半定量30~40毫克%，细胞数30/立方毫米。涂片及培养均未发现脑膜炎双球菌。诊断：乙型脑炎（重型）。中医辨证：暑热充斥，气营同病，一方面是阳明腑气不通，一方面是热陷心包，火炽风生之候，予凉膈散合白虎汤荡涤热邪，至宝丹清心镇痉：石膏50克，知母15克，连翘20克，栀子20克，黄芩15克，竹叶15克，大黄15克，芒硝15克，甘草5克，薄荷4克。至宝丹两瓶（1钱），分4次频灌。病孩入院

后,抽搐频繁,下午七时,中药已分次灌完,泻下黄秽稀粪,量中等,抽搐略减,是夜由深度昏迷转为烦躁谵妄、惊厥,体温仍高(40.3℃)。

第二日会诊,众议下后不可再下,改用泻火清营熄风之剂,清瘟败毒饮加减和服紫雪丹(方从略)。

第三日,热稍降(39.5℃),余无进退,守上方一剂。

第四日,热稽留(39.7℃),谵妄略少,掐之有痛感,昏沉如故,仍时时抽掣,自第一日下后,未解大便,舌干绛、中心焦黑,脉弦滑数,用犀连承气汤合白虎汤两清心胃,再下其热结。处方:广角5克,黄连7.5克,大黄15克(水浸后下),元参20克,生地25克,麦冬15克,石膏75克,知母15克,甘草5克,竹叶15克。药后4小时,腹中鸣动,泻下大量黄黑胶粪,随即安静入睡,微汗,热渐降(傍晚38℃,午夜37.5℃)。

第五日,热退(36.8℃),抽搐止,神志渐清,知饥索水,病势锐减,此后用竹叶石膏汤、增液汤加减调理而愈。无后遗症。住院期间,除静滴葡萄糖盐水、维生素C外,未用其他西药。

按:此例高热持续、深度昏迷、抽搐频繁三者并见,乃乙脑中之重型。而入院5天,险浪悉平,下法实起主要作用。但古今名家,都说暑病不需下。如叶天士引张凤逵之言:“暑病首用辛凉,继用甘寒,终用酸敛酸泄,不必用下。”余师愚治暑热疫更反对下法,他说:“热疫乃无形之毒,而当硝黄之猛烈,热毒焉不乘虚而深入耶?”石家庄治疗乙脑经验,也有“邪陷心包时,徒攻阳明,并不能解决问题,且遗后患”的论点。我个人的看法是:阳明乃五脏六腑之海,居中土而万物所归,伤寒温热之邪皆可传入胃腑,既然“夏暑发自阳明”(叶天士语),其热性又较伤寒温热为甚,岂有始终流连在经,而总不入腑之理,故本例入院第一天即用硝黄,虽未得峻下,但似已阻遏鸱张的病势,次日会诊,泥于成说,未曾乘胜追击,两进大剂寒凉,效果不显,第四日从“六经实热,

总清阳明”立方,畅下之后,有如釜底抽薪,营热肝风均随之平息,故此例病虽重而愈速,且无任何后遗症。此后我院用下法治疗乙脑多例均获良效。

二、麻疹后肺炎例

万××,女,两岁。1964年7月上旬患麻疹,发热持续十余日,7月16日麻疹渐收,身热更炽,烦躁喘咳,7月18日以重病收入院。病孩面色青紫,颈项软而无力,头向后仰,扶之不能直,高热(40.1℃),气喘痰鸣,鼻扇胸高,呈三凹征,心下至腹胀满如鼓,烦躁神迷,唇焦,涕泪全无,皮肤干涩无汗,脉细滑数促,舌边尖干绛、苔黄厚、中心焦,呼吸44次/分,两肺布满干湿罗音,心率156次/分,心音减弱,肝大2.5厘米,血白细胞22000/立方毫米,杆状2%,分叶62%,淋巴细胞36%,诊断为麻疹后肺炎合并心衰。家人要求用中药治疗,即投牛黄承气汤:生大黄10克,捣碎,开水泡浸5分钟,去渣,和安宫牛黄丸一枚,频灌。接服竹叶石膏汤:洋参5克,竹叶10克,石膏40克,半夏10克,麦冬15克,甘草5克,元参20克,川贝7.5克。

当日下午头额、胸背微微汗出,热降(38.5℃)。黄昏时大泻黄秽溏便2次,腹胀顿减,气喘渐缓,烦躁亦止,能入睡,惟不时呛咳。翌晨,热降至37.4℃,患儿颈柱不软,能自抬头,险候已过,惟痰嗽未已,脉舌未和,再用清肃肺胃5日而愈。

按:此病西医诊断为肺炎合并心衰,然西医之“心衰”,并不等于中医之“虚脱”,切忌对号入座,若一见心衰,即投姜附必致僨事。即如此例,乃麻疹失治,热毒蕴聚,内陷心肺,劫灼津液,呈脏腑气机升降窒塞之候。《幼幼集成》名之为“马脾风”,论云:“胸膈积热,心火凌肺,热痰壅盛,忽然暴喘,不急治必死,用牛黄夺命散。”这是上病下取之法,因为肺失清肃,气机有升无降,故喘促致危,肺与大肠互为表里,往往急下之后,地道一通,天气即舒,肃降之令得行,则诸恶候自可迅速消减了。我师其意而不泥其方,用大黄通腑,安宫

牛黄丸清心火以保肺金，兼涤热痰，合竹叶石膏汤加味，甘寒清肃，以救欲绝之化源，较单用牵牛、大黄为胜。而大黄捣浸灌服，给药迅速，故不用西药，亦能抢救垂危。

三、脑血管意外例

温××，女，63岁。有10年以上高血压病史，其人形瘦色苍，平素阴虚火旺，1962年11月8日午膳之际，猝然昏厥，口喎肢瘫，×院诊断为脑溢血，中西药并进，3天无起色，14日下午转来我院。患者神志不清，口噤失语，直视握拳，肢体强直，面赤壮热（39.8℃），气粗痰鸣，无汗，胸腹热满，撬视其舌，色干绛、中有黑苔如烟煤，脉沉弦滑数，小便涓滴自遗，血压192/124毫米汞柱。问其治疗经过，家人谓曾用大量西药（未详），中医处方则是羚羊角、钩藤、龙、牡、冬、地、阿胶、牛膝之类。目下风火炽极，痰热壅盛，乃闭证之甚而致三焦壅塞不通者，急进风引汤合防风通圣散加减：防风9克，荆芥9克，大黄15克，芒硝15克，栀子12克，赤芍12克，归须12克，连翘12克，桔梗9克，薄荷3克，竹叶卷心20支，石膏30克，滑石30克，寒水石30克，姜竹沥一盅，安宫牛黄丸一枚，鼻饲给药。西药只用降压药及高渗葡萄糖。

药后12小时无动静，再进：大黄15克，芒硝15克，甘草6克，安宫牛黄丸一枚。又6小时，患者腹中鸣动，大泻胶秽黄粪两次，微汗出，体温降至37.6℃，血压降至170/116毫米汞柱，能瞬目。壅塞得通，病有转机，翌晨神志略清，继用降火熄风涤痰20余剂，中用三甲复脉以育阴潜阳，最后交替使用左归饮与补阳还五汤，以峻补下元，益气活血。治疗4个月，精神良好，惟左手若废，左足跛行，能操持家务。至今二十载，犹健在。

按：此乃中风闭证中之重者，即《素问·调经论》所说的：“血之与气并走于上，则为大厥。”《金匱》说：“寸脉沉大而滑，沉则为实，滑则为气，实气相搏，血气入脏即死，入腑即愈，此为卒厥。”进一步阐述厥证之所以发病，

走于上。这时并走于上的血气已非正常的血气，而转化为病邪了，故《金匱》揭示出此属实证。王旭高治中风一案云：“痉盛神昏，风淫火炽极矣，夫内风多从火出，欲熄其风，必须清火，欲清其火，必须镇逆。”他针对气血并走于上的病机提出“镇逆”之法，是有真知灼见的。他仿风引汤立方，“取石药悍滑疾以平旋动之威”，是可取的，但方中既去大黄，又杂以生地、天冬等物则不妥。我认为此时冬、地育阴，介属潜阳，已是缓不济急，只有“泄可去闭”，重用硝黄急下，以折风火上腾之势，才能达到“镇逆”目的。我每用河间防风通圣散加减，通腑泻火之中，兼能疏风活血，又取风引汤之石药大寒沉降，加上牛黄至宝之通窍苏神，治疗多例均效。

四、过敏性紫癜例

黄××，男，41岁，小学教师。1976年12月上旬因恣啖鱼虾，次日即腹痛泄利，遍身瘙痒，失于调治，第三日身发紫斑，寒热如疟，即入××院治疗4天（西药未详）病无好转，12月16日数人扶持来我院治疗。患者头面胸背四肢遍布大小斑块，色深红带紫，或融合成片，耳目口鼻肿胀，环唇溃烂，状甚可畏。身灼热（39℃），恶寒，无汗，头痛骨楚，口渴心烦，不眠惊惕，胸脘痞满，腹痛，大便黄黑粘腻，里急肛热，小便短赤，脉极沉数，舌胀大难伸、边尖糜烂，舌心苔黄、剥裂出血、灼痛不能食，口气极重，时有鼻衄。嘱其即服中药一剂，方用防风通圣散去术加银花：防风12克，荆芥12克，大黄20克，芒硝15克，麻黄7.5克，赤芍20克，连翘20克，栀子12克，石膏50克，滑石40克，黄芩15克，薄荷3克，归须8克，川芎8克，甘草7.5克，银花20克。

翌晨来诊，据述药后3小时，大泻老黄溲便两次，汗出津津，寒热罢，腹痛止，全身轻快，夜寐颇安。今晨体温正常，斑色较淡，头面肿消三、四，脉沉转滑数，惟唇舌溃烂如故。是病势已挫，继用局方甘露饮合泻黄散调

按：过敏性紫癜有谓属血证范畴，或称肌衄，有人说是阳斑，总之不必拘泥。用中医审证求因之法分析，此例显系湿热之邪，内蕴肠胃，郁而化火。阳明为多气多血之经，古人谓斑出于阳明，就是此理。来诊之时，已出现气血两燔，表里俱实证候，虽未至于危，而来势颇凶。防风通圣散祛风透表，泻火攻里，兼有凉血解毒之功，施于此症，甚为合拍。患者便溏不结，而仍用硝黄者，是遵循吴又可“注意逐邪，勿拘结粪”之说，他又指出：“况多溏粪失下，但蒸作极臭，如败酱，如藕泥，临死不结者，但得秽恶一去，邪毒从此而消，脉证从此而退。”果然，峻下之后，病势顿挫了。

五、肾功能衰竭例

杨××，男，8岁。1975年患肾炎水肿，迁延1年多，时愈时发。1976年8月底感受外邪，发热1周，热退后全身浮肿，中西医治之不效，寻而浮肿加剧，尿少，呕吐，神疲，9月10日急诊入院，诊断为慢性肾炎急性发作。入院后用中西两法治疗，中药用宣肺清热利尿，西药用马氏利尿合剂、地塞米松，小便未通，水肿、头晕、胸闷、呕吐加剧，乃加用速尿3次，每次20毫克，静滴氢化可的松、碳酸氢钠、甘露醇等，小便量仍少，每次仅得10毫升左右。第二天下午10时许，患儿呕吐频频，呕出咖啡色物约250~300毫升，并有鼻衄，神迷昏睡，腹胀有移动性浊音，心尖区有II°收缩期杂音，脉沉弦，舌质暗红、苔黄腻浊。血白细胞12600/立方毫米，杆状6%，分叶63%，嗜酸细胞2%，淋巴细胞29%，红细胞275万，血红蛋白7.5克%。尿蛋白+++，红细胞+，白细胞++，颗粒管型++，透明管型+。非蛋白氮97.8毫克%，二氧化碳分压29.2体积%，血压140/90毫米汞柱，诊断为尿毒症，病情危重。时已夜深，请我会诊。我认为此病水湿内渍日久，加以风邪闭肺，气化失职，三焦隧道不通，水邪停滯益甚，郁而化火，横逆莫制，内迫营血，即进神芎导水丸加減以攻逐实邪：大黄12克，黑丑9克，黄芩9克，黄连9克，薄荷4.5克，滑石60克，茅根30克，旱

莲草 24 克，竹茹 15 克。并用鲜崩大碗 1 斤，捣汁频灌以加强清热解毒之功。

黎明前，泻下黄秽大便约 150 毫升，排小便 250 毫升，呕吐止，仍有鼻衄。12 日继用前方一天，大泻 3 次，约 600 毫升，排小便约 1000 毫升，衄止，神志渐清，知饥能食，乃去大黄、黑丑，重用茅根至 60 克，加蝉衣、冬瓜皮、川草薢等。15 日非蛋白氮降至 42 毫克%，二氧化碳分压升至 46 体积%，尿毒症已控制。调理 5 个月，小便连续 5 次阴性。1977 年上学，至今健康良好。

按：此例病势虽急，幸而病程不长，故愈病迅速，且远期效果亦佳。尿毒症病机极为复杂，且非一经为病，而是几个脏腑同时受累，很难机械分型，只有精细辨证，“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之”，因人因证，灵活施治，才能提高疗效。一般认为，肾炎水肿发展到肾衰阶段时，无论是急性肾衰还是慢性肾衰，下法仅能治标而已。更有人说攻下逐水，只图快利一时，而遗无穷之后患，张景岳就是力主温补而痛斥攻逐者。证诸临床，也不尽然。1960年我首用神芎导水丸治一混合型慢肾重症，使之转危为安，至今20余年未复发。后来此方在本院内科推广应用，治愈过不少重病，因知推陈确可致新，张子和强调“先论攻其邪，邪去而元气自复也”，确是有一定道理的。

上述 5 个病例，从现代医学来看，性质完全不同。按中医理论分析，属外感者二，暑陷心营有别于风温闭肺；属内伤杂病者三，亦有风（大厥）、血（发斑）、水（肿胀）之各异。但每个病例在它发病过程中的某个特定阶段，都用下法治疗，分别获得邪势鸣张者得挫，阳热亢盛者得制，气机逆乱者得平的效果，而且远期效果也很满意。可知在病情急重之际，要迅速拨乱反正，王道已无近功，须行霸道（如汗、吐、下、大寒、大温、大攻、大补之类）。《蠢子医》说得好：“试看兴王佐命臣，那有一个和平老？”所以下法作为中医治疗急症的手段之一，有着十分广阔的前景，值得进一步探讨。