

应用通下法治验三则

南京中医学院附属医院 于文英 成启予

例一：吕××，女，69岁，教师，1983年11月12日入院，住院号009552。

患胁痛、腹胀3年，曾在某医院检查诊断为“萎缩性胃炎”。1983年3月因胸闷疼痛、二便失禁等，送某医院诊治，经检查诊为“冠状动脉供血不足”。近月来右胁及腹部胀痛明显、且频频诱发胸闷疼痛、每次发作约3~5分钟，含硝酸甘油可获缓解，伴习惯性便秘(3~4天一次，干结难解，常需服泻药或自行灌肠)。检查：心界不大，心尖区可闻及I~II级收缩期吹风样杂音，胆囊点压痛(+)，墨菲氏征(-)，舌淡苔白腻，脉象沉细。超声心动图检查：主动脉弹性减低；心电图示：V₃、V₆导联T波低平、二级梯运动试验阳性；心阻抗血流图：心搏指数1.7升/分/米²，心输出量2.6升/分；B型超声波检查：胆囊4.4×2.6厘米²，后壁回声差，囊壁模糊不清，囊内充满回声增强光团，伴有声影，其中一个声影大小为0.4×0.3厘米²。拟诊为胆心综合征。中医辨证：胆腑肠胃疏导不利，脾运失司，气滞湿阻，胸阳失展，心脉不和，而成胸痹心痛。治拟行气疏导、润肠通便。方选麻仁丸加减：火麻仁、生白术、莱菔子各20克，枳实、枳壳、木香各6克，川朴、陈皮各5克，白芍、杏仁、郁李仁、郁金各10克。连进3剂，药后矢气频转，大便自解，腹胀大减。守方续服，间或加生大黄、鸡内金，治疗月余，大便畅通，一日一行，诸恙告安，心绞痛未再发作，复查心电图改善出院。

按：患者因胸闷疼痛频发入院，经检查证实为“冠心病心绞痛”，属中医之“胸痹心痛”范畴，但其发作每因胁痛腹胀而诱发或加重，B型超声波检查示患有慢性胆囊炎、胆囊结石，

故考虑有胆心反射而造成的“胆心综合征”之可能，笔者称之为“胆心痛”。胆宜疏泄，以助脾运，胆气通降需借阳明之路，今大便秘结，脾运受阻，胆气不得疏泄，中焦升降失和，势必影响上焦宗气运行，致使胸阳不展，心脉不和，而发胸痹心痛，故治疗上抓住习惯性便秘这一主要矛盾，选投泻而不峻、润而不膩的麻仁丸以润肠通便。大便畅通，腑气通降，胁痛腹胀得解，胸痹心痛自安。

例二：周××，女，46岁，工人，1974年10月22日入院，住院号36763。

脘胁胀痛多年，两日前突感上腹疼痛，逐渐加重，继而疼痛引及左腰，发热不恶寒，恶心呕吐，吐出不消化食物及酸苦水，小便如浓茶。检查：体温38.4℃，急性病容，精神委顿，皮肤巩膜黄染，心肺无异常，上腹部压痛明显，肌紧张(+)，胆囊点压痛(+)，左肋缘压痛(+)，左腰部叩痛(+)，舌淡暗少津、苔黄腻略糙，脉象濡数细。黄疸指数20单位，胆红质定性直接阳性，谷丙转氨酶68单位，碱性磷酸酶4金氏单位，尿胆素、尿胆原均为弱阳性；血白细胞22100/立方毫米，中性92%、淋巴7%；尿淀粉酶1024单位。诊断：急性胰腺炎。中医辨证：湿热内蕴，肝胆疏泄无权，脾胃升降失司，气阴两伤。急则治标，予清化湿热、理气止痛、兼顾气阴之剂：柴胡、黄芩、川楝子、延胡索、麦冬各10克，太子参12克，茵陈、赤芍、凤尾草、马鞭草各15克，川朴6克，虎杖30克。并给予必要的输液以补充电解质。服上方2剂后左上腹疼痛、压痛大减，余症未减，且于右上腹触及3×4厘米大小的包块，此乃湿热蕴结胆腑，邪势尚盛，故改投大柴胡汤加减：柴胡、黄芩、川朴、生大黄

(后下)、生枳壳、广木香、矾郁金各 10 克,茵陈 15 克,制附片 6 克,败酱草、红藤各 30 克。

服上方 2 剂后,大便连泻 8 次,体温衰而复升,右上腹疼痛未减,血压右上肢 75/31 毫米汞柱、左上肢 84/48 毫米汞柱,血白细胞降至 12400/立方毫米、中性 78%、淋巴 21%。请外科会诊初步诊断为胆囊炎、胆石症急性发作期,合并胆管炎、胰腺炎。仍服中药保守治疗,原方每日 2 剂。服上方 2 剂后大便一日数行,右上腹痛减轻,黄疸始退,血象基本正常(血白细胞 8800/立方毫米,中性 78%),血压仍然偏低,但无汗出肢冷、脉微欲绝等虚脱表现;此乃邪退正伤,守方再进,另以红参煎汤代茶,扶助正气。至 1974 年 10 月 28 日体温正常,疼痛大减,黄疸告退,舌苔化薄,右上腹包块缩小,复查血白细胞、血及尿淀粉酶、黄疸指数、谷丙转氨酶均正常,改投扶胃助运,清除余邪之剂调治,症情未见反复,痊愈出院。

按:此案属中医“结胸”、“胁痛”、“脘腹胀痛”、“黄疸”的范围,腑以通为用,以降为顺,一旦湿热蕴结于胆腑,则其疏泄通降失职,治疗当以下法为主。

例三:朱××,男,24岁,工人,1977年8月8日入院,住院号 42740。

患者于入院前一天中午开始发热、头痛、咳嗽,伴右胸疼痛,当天下午增剧,体温较高,咳嗽呈铁锈色,量中等。次日来院急诊,转入

病区。检查:体温 40℃,心率 120 次/分,呼吸 32 次/分,急性病容,精神委顿,呼吸急促,鼻翼扇动,咽微充血,右肺叩诊稍浊,呼吸音低,心尖区可闻及 II 级收缩期吹风样杂音,舌尖红、苔黄腻,脉滑数。血白细胞 24300/立方毫米,中性 92%,淋巴 2%。诊断:大叶性肺炎。中医辨证:痰热壅肺,肺失宣肃,肺络损伤,腑气不通。治拟清肺和络,化痰通腑。予麻杏石甘汤合宣白承气汤加减:麻黄、杏仁、桑白皮、黄芩、桔梗、生大黄(后下)各 10 克,生石膏(先煎)45 克,赤芍、黛蛤壳各 15 克,鱼腥草 30 克,芦根 60 克。水煎服,每日 2 剂。药后大便两次,质稀,热衰痛减,鼻扇气促减轻,咳嗽尚多,其色转淡,血白细胞 13300/立方毫米,中性 73%,仍予原方。入院 3 天后,体温正常,余恙明显改善,血白细胞正常,胸腹背部散布白痞如细珠,此乃肺热外泄之征,但胸透复查发现右下肺大片模糊阴影,为防肺热复燃,仍守原方,每日 2 剂。至 1977 年 8 月 13 日病情稳定,改投南沙参 12 克,芦根 60 克,赤芍、黛蛤壳各 15 克,黄芩、杏仁、天花粉各 10 克,鱼腥草 30 克,陈皮 6 克,以养肺生津、清除余邪。住院 1 周,痊愈出院。

按:祖国医学认为,肺与大肠相表里,大叶性肺炎多属风温范畴。痰热壅肺,即可灼伤肺络,又可移热于大肠,致使肠热津伤,大便秘结,而大便不通,又可使肺热不得下泄,因此治疗必须清热化痰与通腑泄热同时并举。

大 黄 蜜 虫 丸 治 验 二 则

吉林省延边卫生学校附属医院中医科 吕秀云

一、中风后遗症 陈××,男,62岁,工人。1984年8月15日初诊。

两个月前患中风,诊为脑血栓,经治疗效果不显而到我院诊治。现症:头剧痛,左半身不遂,身凉,浮肿,舌短,言语不清,脉涩。用大黄蜜虫丸,每次一丸,日三服。服药一周,头痛消失,患侧已不凉,20天后已能去杖散步、做操,惟感乏力。后配合其他中药及食疗调治月余,基本恢复正常。

二、外伤腿痛 赵××,男,56岁。1981年9月2日初诊。

患者外伤性腿痛已十余年,两腿感觉冷,七八月份还常着棉裤,经治疗效果不显。现症除腿冷痛外,还见面色皤白,两脉细涩。此证与《金匱》的“经络营卫气伤”的病机合拍,故投大黄蜜虫丸,每次一丸,日三服。10天后腿痛腿冷感均消失,同时还意外地治愈了他原有的心动过速。