

综 述

常见急腹症的演变规律及辨证施治研究

遵义医学院急腹症科 周俊元

在几千年的中医学发展史中,虽未见有急腹症之名,但类似急腹症的记载极为丰富。几十年来,随着急腹症研究工作的进展,对常见急腹症的病机演变及辨证施治规律也有了较为系统的认识,从而使中医对急腹症这一新领域有了充实和发展。

一、常见急腹症的所属中医门类

遍查中医诸书,对常见急腹症的临床表现,有如下表1所属的相当关系⁽¹⁾。

表1 常见急腹症的相当中医门类

病 名	中 医 门 类
急性腹膜炎	大结胸
胃、十二指肠溃疡急性穿孔	厥心痛、胃脘痛、腹痛、结胸、厥逆、脏结
急性肠梗阻	肠结、关格、腹痛、呕吐、大便秘、腹胀
急性阑尾炎	肠痈、腹痛
胆道感染与胆石症	胁痛、结胸、黄疸
胆道蛔虫病	蛔厥、胃脘痛
急性胰腺炎	脾心痛、胃脘痛、胁腹痛、腹痛、肝胃气滞、结胸
尿石病	石淋、砂淋、血淋、癃闭、腰痛、腹痛

由于中西医对疾病分类认识上的差异,又由于每一种急腹症各有其特性,而不同急腹症又有相似表现的共性,故不同的急腹症可见于同一门类,而同一急腹症又可散见于几个门类⁽¹⁾。

二、对急腹症的理、法、方、药的研究概况

(一)关于理的研究:一种意见认为,理、法、方、药,理是核心,由此突进,可以指导立法、处方及用药。如大连医学院认为:郁、结、热、瘀、厥,是急腹症演进的普遍规律⁽²⁾。遵义医学院根据临床及实验,提出“扶正与祛邪相结合,以通为用”是治疗急腹症的总则⁽³⁾。特别是以通为用,在发病、病机、诊治各个环节,是极为重要的原则,已为医家所公认。

(二)关于法的研究:以天津市急腹症研究所为代表,认为在急腹症的理、法、方、药中,法是突破口。由此上可推及理,下可连及方、药。如实验表明,以大承气汤、甘遂通结汤、三物备急散等为代表的下法,有增强肠道运动,增加肠血流,降低毛细血管通透性,促进腹腔内血液或血块的吸收,减轻炎性腹膜炎,预防术后肠粘连,以及抑制多种细菌的生长、利胆、舒张奥狄氏括约肌和利尿作用,故在临床上,下法可以治疗肠梗阻、阑尾炎、胆道感染、胆石症、胰腺炎、腹膜炎等多种疾病⁽⁴⁾。其它如活血化瘀、清热解毒、理气开郁、温中散寒、通淋利尿、补气养血、健脾和胃等,也都进行了药理探讨和适应证的摸索。法的研究,对临床起到了一定的指导作用。

(三)关于方的研究:各地对急腹症的常用方剂进行了广泛的药理探讨,诸如:大承气汤、尿路排石汤、茵陈胆道汤、清胆注射液、大黄蜜虫丸、活血化瘀汤、锦红片、尿石合剂、宫外孕方剂等^(5~10)。通过对方剂的探讨,筛选药物、简化方剂、进行剂型改革,进而提取有效的成分,对提高临床疗效和开展理论研究均有意义。在这方面已取得了相当的进展。

(四)关于药的研究:中草药是中医学的重要宝藏。有关药物的研究,各地从两个角度进行了探究。一是筛选有某方面作用的药味,如通过抑菌试验筛选了百余种抗感染的中草药;观察了理气、活血、清热、攻下等七类60味中药对肠道运动的影响,看到了同类药物作用的共同规律^(11,12);又如利胆及利尿中草药的筛选等。二是对急腹症常用的单味药物作用的各个方面进行探讨,如茵陈、金钱草、巴豆、甘遂、丹皮、桃仁、红花、柴胡、黄芩、栀子、枳壳、青皮、白花蛇舌草之类,特别是大黄一味具有对机体多方面的作用,有着广泛的治疗范围⁽¹³⁾。在研究中,不少单位也注意到单味药与复方的不同效应的复杂关系。在药物方面,还有许多工作要做。

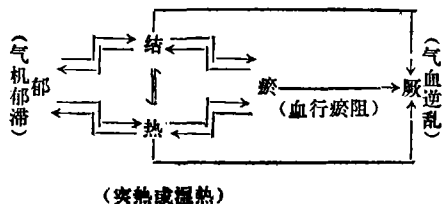
三、常见急腹症的演变规律

急腹症属脏腑疾病;尤以腑病为多见。六腑者,

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。故凡气滞、血瘀、寒凝、热蕴、湿阻、食积、虫聚，影响其通降下行，均可发为急腹症。

常见急腹症病机演进的一般规律是：郁（气机郁滞），结（实邪结聚），热（实热内盛或湿热内蕴），瘀（血行瘀阻），厥（气血逆乱），其间可以相兼为患，转化为病。这与急腹症的主要病理是机能障碍、梗阻、炎症、血运失常、及中毒休克等变化基本类同（见表2）。

表 2 急腹症的病机演进规律
(实热结聚)



急腹症的病程，大多呈初、中、后三个阶段，反映了正邪斗争相互消长的过程。初期正盛邪轻，以郁、结多见；中期正盛邪实，常以结、热、瘀三者相兼并转化为主；后期或邪退正复，疾病痊愈；或正虚邪恋，转为慢性；或正虚邪陷，呈瘀热或瘀结之邪内陷，导致气血逆乱，产生厥证。急腹症的厥证可因邪热内陷，热深厥深；可因气血骤闭而致厥；可因实邪结聚而致厥；可因血行乖异而致厥。

在急腹症的病程中，正邪相争，总要伤及机体之气血和脏腑之阴阳，故在恢复期或慢性期，迟早会显现轻重不一的虚证，其中以脾胃气虚最为常见，在施治时应有所顾及⁽²⁾。

四、常见急腹症的辨证

急腹症的辨证，一般包括辨八纲、辨脏腑、辨病邪三方面⁽¹⁴⁾。表3概述了急腹症的病位、病机和治法，以供参考。

(一) 八纲辨证：急腹症为脏腑之病，多属里证，以通为用为其总的治则。急腹症虽可有表证，但为时短暂，只需兼治，不应拘泥于先表后里的治则，一旦腑气得通，表证自除。半表半里证在肝胆疾病时可见，论治时需和解以清热。

急腹症以实热证最常见，寒证仅在寒从内生或外寒直中时见到，在病程早、中期见到寒象时，应注意鉴别真热假寒之候，以免误治。恢复期邪退而正未复，可见虚寒证，尤以脾胃虚寒多见。

急腹症早、中期，邪实而正盛，多见实证。实证有气滞、血瘀、实热、湿热、寒凝、湿阻、食积、虫

聚等病邪亢盛之象。急腹症晚期或重症可显示虚实夹杂之候，其情况有三：(1) 病程后期，邪气仍盛而正气已衰，病情多转危重，治宜祛邪扶正，积极救治；(2) 病人素虚，又患急腹症，本虚而标实，治应祛邪为主，兼扶正气；(3) 病变转入慢性期，若虚证为主者重在扶正，如实证为显者先宜祛邪。急腹症虚证见于恢复期或术后病人，根据气血阴阳及脏腑所属来判定，治疗才能达其所愿。

(二) 脏腑辨证：可根据以下二方面进行辨证。

1. 由腹痛部位分析：凡下起毛际，上至胃脘的疼痛，均称腹痛。其中脘腹多属足太阴脾（及胃）；脐腹多属足少阴肾及冲任；胁腹多属足少阳胆；少腹多属足厥阴肝以及大小肠、膀胱等。

2. 由各脏腑的生理、病理特点进行分析：急腹症有关脏腑主要是肝胆、脾胃、大小肠、膀胱和胞宫，绝大部分属腑。由于累及脏腑不同，病邪各异，而经常累及两个以上脏腑，故在辨证时必需结合各脏腑的生理、病理特点进行分析。

除了脏腑辨证外，急腹症辨病位有时还需参照六经、卫气营血及三焦等辨证方法。

(三) 病邪辨证：急腹症的主要病因有气、血、寒、热、湿、食、虫等七种。常见病因的临床表现特

表 3 常见急腹症的病位、病机和治法

病 名	病 位	病 机	治 法
急性腹膜炎	脾胃、大小肠	气滞、血瘀、实热	清热解毒、行气祛瘀、通里攻下
溃疡病急性穿孔	脾胃	气血骤闭、湿热、实热	疏通气血、清热解毒、(清热燥湿)、通里攻下
急性肠梗阻	大小肠	气滞、血瘀、热结、寒凝、湿阻、虫积、食积	开结通下
急性阑尾炎	大小肠	气滞、血瘀、毒热	清热解毒、行气祛瘀、通里攻下
胆系感染及胆石病	肝胆、脾胃	气郁、血瘀、湿热、火毒	理气开郁、清热燥湿、通里攻下
胆道蛔虫病	肝胆、脾胃	脏寒、虫积、气滞、湿热	制蛔温脏、理气止痛、攻下驱虫
急性胰腺炎	脾胃、肝胆	气滞、血瘀、湿热	清热燥湿、疏肝理气、通里攻下
尿路结石症	膀胱、肾	气滞、血瘀、湿热、肾虚	清热利湿、通淋消石

点可归纳为气滞(气郁)、气逆、气虚、血瘀、血虚、出血、虚热、实热、毒热、伤津、湿热、湿浊、湿停、寒湿、寒实、虚寒、食滞、虫积等十八个辨证要点。

五、常见急腹症的施治

(一) 常见急腹症的治则

1. 扶正与祛邪相结合, 以通为用: 在一般情况下, 正盛邪轻或正盛邪实, 当以祛邪为主。正虚邪陷, 则应以扶正为主, 或先补而后攻, 或攻补兼施。扶正与祛邪是相辅相成的, 扶正可以祛邪, 祛邪也可扶正。但急腹症毕竟是实邪暴病, 祛邪始终占有重要地位, 在病程早期及中期更是如此。

急腹症以腑病为多, 六腑共同生理特点是以通为用, 不通则痛是急腹症共有的临床表现, 治疗要贯彻一个“通”字, 使痛随利减, 通则不痛。“通”决不单纯是通里攻下, 而应该是凡能消除病理、恢复功能的方法, 皆属于“通”法范围。

2. 辨病施治与辨证施治相结合: 辨病, 辨别急腹症的原因、部位和性质, 以决定治疗方针, 选择手术还是非手术治疗。辨证, 求知疾病的病位所在和病邪所属, 而后立法处方。

(二) 急腹症的常用治法

1. 内治法

理气开郁: 用以治疗气郁证。舒肝理气常用柴胡、木香、郁金、川楝子、青皮、香附、香橼; 行气止痛用元胡、乌药、木香、香附、沉香、川楝子、甘松; 理气导滞用莱菔子、枳实、厚朴、藿香梗、紫苏梗、白蔻仁等; 降逆和胃用半夏、竹茹、旋复花、代赭石、沉香等。常用的理气开郁方剂有四逆散、小柴胡汤、半夏厚朴汤、金铃子散、旋复代赭石汤、肠粘连松解汤等。

活血化瘀: 因寒所致瘀血腹痛, 可用当归、桃仁、川芎、延胡索、牛膝、蒲黄、五灵脂、乳香、没药; 因血热引起的瘀血或瘀久化热的瘀血证, 可用丹参、赤芍、泽兰、郁金、益母草之类; 严重瘀血、包块形成者可用穿山甲、皂刺、三棱、莪术、水蛭、蝮虫、蜜虫、红花; 祛瘀排脓可用穿山甲、皂刺; 出血性疾病或出血兼有瘀血者, 用三七、大小蓟、茜草、白芨、仙鹤草、乌贼骨、藕节、地榆、侧柏叶之品。常用的活血化瘀方剂有四物汤、桃仁承气汤、失笑散、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤等。

清热解毒: 主要用于里热实证。肝胆及脾胃湿热, 用黄连、黄芩、栀子、胆草、茵陈等清热燥湿药; 脾胃及大小肠实热可用金银花、连翘、蒲公英、地丁、虎杖、板蓝根等清热解毒药, 大小肠实热还可

用红藤、败酱草、白花蛇舌草等清热解毒、活血化瘀药; 伴有高热的腹内感染, 用石膏、知母、栀子、夏枯草等清热泻火药配合清热解毒药使用; 血热妄行及阴虚发热之证, 用丹皮、生地、元参、犀角等清热凉血药。常用的解毒方剂有黄连解毒汤、石膏知母汤、龙胆泻肝汤、大柴胡汤、犀角地黄汤等。另外, 里热实证常伴有伤津, 需加用沙参、天门冬、麦冬、石斛、玉竹等药。

通里攻下: 是针对里实热证采取的治法。在急腹症早、中和后期, 凡有可下之证, 均可使用。凡下实、下血、下热、攻水逐饮、消积导滞, 都属通里攻下的范围。有实热结聚、须攻下实热, 多用寒下、峻下, 但得利即可, 药用大黄、芒硝、番泻叶等; 寒凝积滞用温下, 代表药有巴豆; 急腹症腹满胀闭诸症及肠腔积液者, 可用峻下逐水药, 以甘遂为最常用; 年老体弱的里实便结用火麻仁、郁李仁、当归、桃仁等润下药。驱虫药常用使君子、苦楝根皮、槟榔等。常用的通里攻下方剂有: 大承气汤、大陷胸汤、甘遂通结汤、温脾汤、大柴胡汤、三物备急丸及凉膈散等。

清热利湿与渗湿利水: 主要应用于水湿内停之急腹症, 或急性症状消退后, 有热去湿留的临床表现者, 以及尿石病。常用药物有金钱草、茵陈、茯苓、猪苓、木通、车前子、泽泻、滑石、篇蓄、瞿麦、海金沙、萹蓄、石韦、薏苡仁、冬瓜仁、冬葵子、藿香、佩兰等。常用的渗湿利水方剂有茵陈蒿汤、八正散、五苓散、六一散等。

温中散寒: 用于里寒见证的急腹症及疾病后期有脾胃虚寒表现者, 常用的药物有干姜、高良姜、川椒、细辛、吴茱萸、小茴香等。常用的方剂有理中丸、四逆汤、良附丸、吴茱萸汤及乌梅丸等。

健脾和胃: 用于急腹症的恢复期。常用的健脾补气药有人参、黄芪、白术、山药、甘草; 养阴阴药有麦冬、生地、石斛; 消食导滞药有山楂、麦芽、神曲及鸡内金等。常用的方剂有四味汤、补中益气汤、参苓白术散、平胃散、保和丸、香砂枳术丸。

补气养血: 常用于急腹症的恢复期。常用的补气药有黄芪、人参、党参、甘草、大枣等; 常用的补血药有当归、熟地、白芍、阿胶。

2. 外用治法

外敷药: 外敷药在急腹症治疗中作为配合治疗有着广泛应用的范围, 尤对腹膜炎、腹腔脓肿有较好的清热解毒、化瘀消肿之功。常用的外敷药有消炎散、双柏散、四黄散等。

手术治疗: 适应证大致可分三类: (1) 基本采用

非手术疗法者,其特点是病理损害较轻,全身情况较好,属正盛邪轻;(2)在作好手术准备情况下,用非手术治疗,无效改行手术,其特点是病理损害较重,或病情变化较快,而全身情况尚好,属正盛邪实;(3)适手术治疗法,其特点是病情严重、病变复杂,全身情况较差、或病变属进行性,为正虚邪陷,局部病变已成为关键因素。

3. 针灸及其他疗法

电针、针刺、穴位注射、电兴奋、拔火罐、耳针、埋线、推拿、刮痧、以及西药等在急腹症的治疗中,也有着各自的适用范围。

参 考 文 献

(1) 周俊元: 中医外科学 (中医研究院主编), 急腹症。人民

卫生出版社, 待出版。

- (2) 曹仲和等: 中医杂志(1):27, 1983。
- (3) 遵义医学院急腹症研究组: 急腹症通讯 (4):76, 1975。
- (4) 天津市南开医院: 中华医学杂志(1):33, 1973。
- (5) 裴德恺等: 急腹症通讯(2):86, 1978。
- (6) 遵义医学院急腹症研究组: 中华医学杂志 (1):32, 1975。
- (7) 遵义医学院急腹症研究组: 中华医学杂志 (2):76, 1974。
- (8) 余仲符等: 中华医学杂志(1):21, 1981。
- (9) 刘献枋等: 中西医结合杂志(2):72, 1981。
- (10) 天津市南开医院病生组: 天津医药(5):232, 1976。
- (11) 遵义医学院急腹症研究组: 新医学杂志(12):39, 1974。
- (12) 遵义医学院急腹症研究组: 新医学杂志 (10):36, 1975。
- (13) 陈琼华: 新医学杂志(5):226, 1974。
- (14) 天津市南开医院、遵义医学院主编: 新急腹学。人民卫生出版社, 1978。

中医辨证治疗巨球蛋白血症 1 例介绍

蚌埠医学院附属医院中医科 袁 淮 平

指导: 田 立 言

原发性巨球蛋白血症是一种少见疾病。国内自开展免疫球蛋白测定技术以来, 累计报告已 10 余例。现将我们诊治的 1 例报告如下:

吉××, 女, 49 岁, 教师。住院号 93222。

主诉: 四肢末端肤色改变半年余。发作时四肢指、趾呈对称性苍白—紫绀—潮红之过程。伴发凉、刺痛、胀痛, 浸温水中症状可缓解。每于劳累、激动、受寒诱发。患者反复牙龈出血, 颌下淋巴结发炎, 全身乏力, 进行性消瘦。入院前多次拟诊低温冷凝集症, 二次骨穿均未成功。入院时已手不能握、足不任履, 需他人搀扶方可挪行。综合体检及实验室各项检查、X 线、肝脏 B 超等所示, 诊断原发性巨球蛋白血症合并肺心病、肝硬化。指甲皱襞微循环观察: 右手无名指血管模糊, 排列紊乱, 袢数减少, 管袢增长, 袢顶极度增宽, 动、静脉枝极度增宽 4~5 倍, 血管张力减低, 血流缓慢呈粒状, 有凝集现象。左手较右手为轻。

中医辨证: 时值炎夏, 四肢厥冷, 形寒色白, 少气神疲, 心惕不宁, 舌紫苔白, 脉涩而伏。考此患者病始于半年前, 时值隆冬, 体虚受寒, 气血被遏, 阳气不能温运四末, 血液凝滞于脉络使然。即依《伤寒论》351 条所训: “手足厥寒, 脉细欲绝者, 当归四逆汤主之。”遂拟温经散寒、益气活血法。采上方出入: 桂枝 10 克, 细辛 3 克, 川芎 10 克, 黄芪 15 克, 当归

12 克, 红花 10 克, 赤芍药各 10 克, 地龙 10 克, 甘草 6 克, 水煎日二服。3 剂后四肢转温, 唇色透红; 继 30 剂后舌紫转淡红, 脉出小弦。此药后阳气来复, 气血始通之象。复查微循环如前述。全身症状随之悉减, 雷诺氏现象消失, 手足有力, 竟能独自行走, 自动要求出院带药自服。

讨论: 原发性巨球蛋白血症的特点是免疫球蛋白(IgM)产生过多。临床可出现高粘性综合征。本例蛋白电泳 M 蛋白占 30%, IgM 440 毫克%, M 蛋白正常仅占血清蛋白的 3% 以下, 超过 5~10% 则视为异常。在其他病理条件下出现的 M 蛋白的增多通常少于 15%。由于 IgM 大部存在血管内, 当这些高粘性分子混杂在血液中与血液的有形成分摩擦加剧时, 即形成本例所见的瘀滞、弛张型障碍, 故可出现雷诺氏现象及周围血管闭塞。当血粘度增高, 微循环障碍, 血液灌流量减少时, 其“营养通路”则不能进行充分的物质交换, 从而不能满足组织氧化代谢的需要而引起组织器官的功能不全。本例抓住本病病理的特点——高粘性, 而采用中医的温经散寒、益气活血法取得较好的近期疗效, 提示了本法对改善微循环, 改善本症的临床表现, 不失为一个可行的措施。

· 本例观察承蒙王学德同志协助、指导, 致以谢意。