

生大黄为主保留灌肠在急危重症中的应用

庞 国 明*

主题词 急症 大黄/投药和剂量 投药,直肠

笔者在十多年的急症临床中,采用以生大黄为主的中药复方煎剂保留灌肠或肛滴,救治多种急危重症,每收良效,现将临证心得介绍如下。

1 病例介绍

1.1 中风(心脑血管综合征)

吴某,女,67岁,1985年7月3日15时以中风(中脏腑)收入急诊抢救室。诊见:神志昏迷,面赤身热,口噤手握,气促口臭,大便闭结,肢体强痉。心电图提示:广泛心肌缺血伴阵发性室性早搏,腰穿呈血性脑脊液,经西医专家组会诊为:急性脑出血、冠心病伴心律失常、心脑血管综合征。经综合救治,神志渐清,口噤手握、肢体强痉等症略见好转。5日14时,陡增烦躁,喘促痰鸣,体温 38.3°C ,便闭3日,舌质红、苔前部花剥,根部黄糙,脉弦细滑数时有间歇。证属风痰闭阻,腑结肺壅。速予生大黄30g,轻煎10分钟,取汁50ml,冲芒硝末10g,保留灌肠约1小时后,排出褐色糊状便约300ml,烦躁顿减,呼吸平稳,体温降为 37.5°C 。如是2次(每日1次,每次改为250ml),配合辨证论治及对症治疗1周,神清志爽,能进饮食,二便亦调,惟肢体运动功能待进一步恢复。

按:中风一证,急危重笃,死亡率高。该案在综合救治的同时,以硝黄峻剂灌肠,通腑结,开肺闭,祛邪安正,使垂危病势,化险为夷。现代研究表明,下法可通过泻下逐饮,降低颅内压,减轻脑水肿。故下法用于中风腑实证有利于改善预后,提高抢救成功率,所以下法是治疗中风不可忽视的一个重要环节。

1.2 关格(尿毒症)

马某,男,19岁,农民,1987年9月25日以“肢体反复浮肿7个月,加重4天”,由某某地区医院出院10天而住入我院内科治疗。诊见:全身浮肿,按之如泥,尿少,日尿量约500ml,纳呆,腹胀便溏,困倦嗜睡,腹部膨隆,按之如囊裹水,舌质淡胖体大、苔黄腻,脉弦滑数。检查:血压 $20/13.5\text{kPa}$,向心性肥胖,满月脸,腹水征(+).验血:白细胞 $10.6\times 10^9/\text{L}$,中性0.85,淋巴0.13,嗜酸0.02,总蛋白38.8g/L,白蛋白21.3g/L,球蛋白17.5g/L,尿素氮 5.5mmol/L 。尿检:蛋白(++++)、颗粒管型(++),透明管型(±),红细胞(±),白细胞(++).西医诊为慢性肾小球肾炎肾病型伴肾功能不全。入院后依辨证予越婢加术汤合二至丸,配服肾炎四味片、双氢克尿塞治疗3天,上症不减,反增呕恶时作,泛泛欲吐,腹胀加重,日尿量650ml,精神委顿。此乃邪盛正衰,三焦壅塞,浊邪逆上,将成关格(尿毒症)之凶势。遂以祛瘀降浊,通利下焦为法以去邪安正。予生大黄30g,益母草30g,生牡蛎10g,水煎150ml,肛门点滴,每日1次,连用2天,呕恶减轻,胃气大开,用至第4天,日尿量增至2500ml,饮食已近正常,泛恶消失,遂停服双氢克尿塞。此法继用34天,每天肛点1次,每次250ml,配合辨证服药,治疗45天,症状逐一消退,各项化验检查正常,于11月10日痊愈出院。

按:该患者病“水肿”7个月,骤增呕恶,泛泛欲吐,病现关格。《医醇膳义·关格》云:“关格一证……乃胃气败坏之明征也”,经云“无胃气则死”。《证治汇补·癰闭·附关格》说:“既关且格,必小便不通,旦夕之间陡增呕恶,……一日即死,最为危候。”《济众新编·关格证》曰:“关格垂死,但治下焦,大承气汤……令吐泻效”。浊邪壅塞三焦,故取大黄、益母草、牡蛎三药,径入

* 河南省开封市第一中医院,开封市财政厅东街54号(475001)

收稿日期:1996-05-04

直肠以导下开上,祛瘀降浊,三焦得调则关者自出(尿),格者得入(饮食)。用药2次,危重病势,即入坦途,治疗4次,关格二证俱消,胃气已振,“有胃气则生”。后继以本法肛点30余次配合辨证遣药,共治月半,竟收全功。

1.3 暴吐(神经性呕吐)

王某,女,20岁,1987年2月23日以“呕吐原因待查”,由某某乡卫生院转入我院急诊观察室。诊见:剧烈呕吐,吐物多为黄水或痰涎,药物拒入,入则旋吐,前额痛,闭目呻吟,委顿少语,大便6日未行,舌边尖红赤溃烂数处、苔白腐厚,脉沉弦细。证属腑气不通,浊邪上泛,治当通腑泻热,降浊和胃。处方:生大黄15g(后下),黄连6g,黄芩10g,半夏10g,茯苓15g,石菖蒲10g,佩兰叶10g,水煎2次,每次取汁150ml,两汁混合分早晚2次灌入,药液温度以35~37℃为宜。首次取汁150ml保留灌肠后,约2小时许,下燥粪数团,呕吐头痛立减。灌肠4次,至25日,呕吐止,头痛、口糜消失,能进药食,后以藿朴夏苓汤调治5天痊愈出院。

按:该患者呕吐卒起于失恋之后,饮食药物拒入,治疗1周,遍用止吐针剂罔效。询病史,察兼证,知郁怒生热乘胃,阳明腑实,浊热上泛致成斯证。经云:“诸逆冲上,皆属于火”。“诸呕吐酸……皆属于热”是也。乃取通下泻热降浊之剂,由魄门给药,以通腑逐邪,顺降胃气,则呕吐自止,为善后调理奠下良机。

1.4 高热(上呼吸道感染)

张某某,男,2.5岁,1987年1月20日7时突然发热,体温39.8℃,鼻塞咳嗽,精神不振,腹胀,恶心呕吐,拒药食,强入旋吐,舌质红苔黄腻,脉弦数。白细胞 $12 \times 10^9/L$,中性0.78,淋巴0.22,咽红赤。初以柴胡针剂加清热解毒针剂肌注,未见寸效,后改为复方氨基比林针、庆大霉素针、地塞米松针肌注,至21日10时,体温反增至40.3℃,大便2日未解,脉证合参,诊为腑实热结兼有表邪,以生大黄6g(后下),生甘草6g,柴胡10g,1次性煎煮20分钟,取35℃的药汁50ml保留灌肠1小时后,矢气转燥尿下,2小时后体温降至37℃,精神顿爽,诸证消失。后

以起居、饮食调护善后。

按:患儿卒发高热,予汗剂不解而热反增,口服药不受,据脉证,析病史,知胃肠积热,外有表邪,即予大黄甘草汤通腑泻热,柴胡辛散表邪,制汤灌肠,使表解里和,诸证速除。3年来,以此法治疗高热10余例,一般多于灌肠后2小时开始降温,3~4小时降至正常,为防反复,常在体温正常后再用药1~2次以资巩固。

2 体会

中药保留灌肠(直肠给药),在汉·张仲景《伤寒论》、晋·葛洪《肘后方》中均有记载,即所谓中药导引法,“津枯用蜜煎导,有热用胆汁导”。师古不泥,取中药灌肠或肛点,为中医治疗急危重症另辟新径。本文所举4个案例,均主以生大黄,通过泻下,达到清热解毒,凉血化瘀,导滞利尿等作用,祛邪以扶正,达到以通为补的目的。《神农本草经》称大黄“下瘀血、血闭,……留饮宿食,荡涤肠胃,推陈致新,通利水谷,调中化食,安和五脏。”临床观察,大黄对多种病证及急危重症的救治每收良效,它不仅是一味泻下药,更重的是一味良好的急救药和“理虚”药。

从本文所举4个病种看,中药保留灌肠不失为救治急危重症的又一有效途径,并且有诸多优越性。其一,符合辨证论治要求。它可以将辨证所选方药,通过直肠散于全身,以发挥整体治疗作用。因此,它适用于多种杂病和急危重症的救治,临床上既可单用,也可同时与其他给药途径并用,双管齐下,以提高疗效。其二,起效迅捷。据有关学者报道,药物在直肠可吸收50~70%,且不通过肝脏直接进入血液大循环,迅速起到治疗作用。同时,也可以减少药物对肝脏的毒副作用,且中药保留灌肠的血药浓度与静脉相似,故显效迅捷。其三,弥补了口服给药的不足,使更多的危重患者能得到及时救治。其四,简便易行,有利于条件差,急救手段落后,剂型单调的基层医疗单位中医急症的开展,值得推广运用。中药保留灌肠和肛点法的异同与选用要点,临床上凡暴病实证、短期少次用药、耐受力强者用保留灌肠法;久病体弱,需多次反复用药,耐受力差者用肛门点入法。