

运用通下祛邪法治疗内科危急重症的经验

詹青* 指导:詹文涛

主题词 急症 下法 祛邪

詹文涛教授为云南省名中医、全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,擅于治疗内科危急重症。本文试将吾师运用通下法加减治疗急重症的临证经验总结如下。

1 通下降逆法治疗急性出血性中风

吾师认为出血性中风急性期气机暴逆,热气拂郁,风火相煽,诸邪胶结,壅塞清窍,以致心神昏冒,口眼歪斜,卒倒无知,通常所用平肝熄风、潜阳降火、醒神开窍、豁痰通络等诸法缓不济急。唯首先选用通下降逆之法最为相宜。一可借硝黄通降阳明胃腑之势,引血下行,直折肝气暴逆,令“气复返”;又可釜底抽薪,上病下取,以缓解在上之“血菀”,气血得降,痰热清散,元神之府自然清静;二可借硝黄祛瘀涤痰、清热泄毒、推陈致新,使痰火风瘀诸邪化解;三可“急下存阴”,使风火相煽煎灼将竭之真阴得以保存。吾师在脑出血急性期治疗中,如未见厥脱极虚之象,对脉弦滑、舌红苔黄厚腻者,无论大便是否秘结,都强调及早运用通下降逆之法。患者得利之后,神志较快清醒,脱离险情。

曾治一 62 岁男性,因劳累、饮酒后突感左偏头剧烈疼痛,右侧肢体无力,遂出现意识丧失伴频繁呕吐咖啡样物,小便失禁 10 小时收入院。既往有高血压病史,有 1 次中风(脑梗塞)史,有习惯性便秘史。入院检查:血压 210/130mmHg,浅昏迷,烦躁不安,鼾声呼吸,面红肢热,双眼向左凝视,右侧中枢性面舌瘫,痛刺激右侧肢体无活动,右下肢病理征(+),左下肢病理征(±),脑膜刺激征(+),心率 92 次/分、律齐,两肺可闻及鼾音,舌质红、舌苔黄厚腻,脉

弦滑数。头颅 CT 显示:左侧丘脑出血破入脑室,出血量约 45ml。呕吐物潜血(++)。西医诊断:(1)第 2 次中风(左侧丘脑出血破入脑室);(2)高血压病 III 期;(3)应激性溃疡—上消化道出血。中医辨证:中风中脏腑(痰热内闭心窍)。西医治疗:静点甘露醇注射液、止血及对症治疗。中医用通下降逆、熄风开窍、豁痰止血法治疗,药用:大黄 10g,黄芩 10g,黄连 6g,瓜蒌 12g,胆南星 6g,石菖蒲 30g,郁金 15g,川贝母 10g,女贞子 15g,旱莲草 15g,浓煎灌肠,每日 2 次。治疗 3 小时后相继排出恶臭大便 5 次,意识障碍逐渐减轻,次日血压 180/100mmHg,神清,略烦躁,运动性失语,右侧肢体肌力 0 度,未再呕吐咖啡样物,继续治疗。住院第 3 日血压 160/90mmHg,神清,安静,能简单回答问题,右上肢肌力 I 度,右下肢肌力 II 度,大便每日 4~6 次,药物灌肠改为每日 1 次。住院 2 周后,血压稳定在 160~165/90mmHg,神清,语利,右上肢肌力 III 度,下肢肌力 IV 度,乃停灌肠,每日服脑复康、尼莫地平,住院 3 周后,复查头颅 CT 示左侧丘脑出血基本吸收。第 4 周出院。出院时神清,无不适,右上肢肌力 IV 度,右下肢肌力 V 度,生活能自理。随访 1 年未复发。

2 通下泄热、凉血止血法治鼻洪

大量鼻出血,连续不止者,中医称鼻洪。鼻洪以邪热上冲,火势炎上,迫血妄行者多见,吾师救治之法,强调借助硝黄之辈通下降逆顺气、引血下行之功,合用清热泻火、凉血止血之品,常用三黄泻心汤与犀角地黄汤,或二至丸等加减化裁,累治屡验。

曾治谢某,男,37 岁,左鼻洪 1 周急诊转我院救治。经西医填塞、抗炎、止血,并输血 1000ml,仍渗血出血不止,头部跳痛如裂,头面鼻腔灼热难忍,烦乱不安,饮食难进而求治中医。既往有慢性鼻炎史。检查:精神委顿、面色

* 昆明医学院第一附属医院,昆明市西昌路 153 号
(650032)

收稿日期:1998-01-06;修回日期:1998-03-16

晦暗,左鼻腔充满填塞物,鼻及颜面肿胀,压痛明显,口鼻气臭,舌质淡白,脉细数无力。证属血热妄行,火势上炎。治宜用通腑降逆、引血下行、清热凉血止血法。方以三黄泻心汤合犀角地黄汤化裁。药用:生大黄 6g,黄连 6g,黄芩 10g,生地黄 30g,丹皮 20g,怀牛膝 30g,阿胶 15g,女贞子 15g,旱莲草 15g,白芍 15g,焦栀子 6g,甘草 3g,水煎服。另以生大黄 30g,焦栀子 30g,黄芩 30g,研末,每次 3g,每日 3 次顿服。服上方 2 剂,散剂 18g,头痛顿然若失,取出大部分填塞物,鼻衄止,纳增,大便日 4~5 次,鼻部面部肿胀明显消退,乃于原方加连翘 12g,槐花 12g,服 2 剂,除去全部填塞物,血止;再服 4 剂,痊愈出院。

3 通下涤痰散瘀法治真头痛

真头痛一症,古籍多言“夕发旦死,旦发夕死”。吾师认为,真头痛应指非血管性颅内疾病引起剧烈头痛为主的一类疾病。真头痛系风、痰、瘀、热等两种以上病邪胶结为患上攻于脑,以致气机壅塞,脉络瘀阻,窍道不通,髓海受损。救治之法当在辨证求因的基础上,采用通腑化痰、开窍散瘀之法,配合行气利水、活血通络以缓解诸邪胶柱鼓瑟之危。

曾治赵女,27 岁,持续性全头痛(尤以后枕及双太阳穴为主)8 月余,经检查双眼底视乳头水肿,2 次腰穿压力高于 2.94kPa,脑脊液常规生化正常,头颅 CT 及 MRI 均正常,确诊“良性颅压增高症”。静点甘露醇注射液、口服镇痛剂疗效不佳,又不愿接受手术治疗,乃求治于中医。患者大便干结难行。舌质紫暗、苔根黄腻,脉沉弦细涩。中医辨证:真头痛(风痰瘀热交结为患),拟通下涤痰、散瘀开窍法。药用:生大黄 6g,玄明粉 10g,瓜蒌仁 12g,胆南星 6g,怀牛膝 30g,法半夏 10g,胡黄连 9g,赤芍 15g,桃仁 10g,丹皮 15g,桂枝 10g,葛根 30g,天麻 20g,地龙 12g,车前子 12g。服 3 剂头痛减轻,再服 5 剂头痛消失,大便日 3~4 次。原方去桂枝、桃仁、法半夏、胡黄连,加川芎 15g,石菖蒲 15g,白蒺藜 30g,再服 12 剂,诸症悉去。随访半年未再复发。

4 通腑降肺、益气养阴、清热豁痰法治肺心病、感染合并心衰

临床所见的老年性慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病患者,素有痰饮内伏,常常因外感引发,邪热内陷与痰水相结于胸脘而为痰热结胸,于是升降之枢机闭塞,气血之流通受遏,津液之气化不行,全身之阴阳气血皆为之大乱,病势随之骤变。吾师救治内科危急重症,十分重视痰热结胸,但凡危急重症兼见胸脘闷胀疼痛,手不可近,而舌苔黄腻,脉弦滑,往往按小结胸证以小陷胸汤辛开苦降;如结胸位高,涉及胸胁项背强痛而不能俯仰,大便不通者,则用大陷胸丸去甘遂通下清热豁痰。

曾治彭姓老妪,因患慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺心病、冠心病合并感染、心衰入院。入院第 3 日晨突发心悸气促,呕恶不止,脘腹剧痛,手不可近,连及腰背及颈项强痛而不能俯仰,辗转不宁,呻吟不止,病势危笃,大便干结难行,心律不齐,心电图显示频发室性早搏三联律,舌质紫暗、舌苔黄腻而干,脉弦滑结代,为大结胸证,用大陷胸丸去甘遂合小陷胸汤化裁。药用:生大黄 6g,芒硝 10g,瓜蒌 12g,法半夏 12g,黄连 6g,葶苈子 15g,葛根 30g,苏子 15g,延胡索 12g,鱼腥草 30g,冬瓜仁 30g,芦根 30g,桃仁 12g,煎汤频服。次日即泻水样便 3 次而诸痛若失,心律齐,舌苔告退,脉渐缓和,再以生脉合千金苇茎汤加减:太子参 30g,麦冬 15g,五味子 10g,芦根 30g,桃仁 10g,冬瓜仁 30g,薏苡仁 30g,苏子 15g,葶苈子 12g,鱼腥草 30g,白茅根 30g,地龙 15g,射干 15g,煎服。随后以柴芍六君汤调理 10 余剂,治愈出院。

5 通下泄水、温肾排毒法治尿毒症

吾师认为尿毒症是各种原因导致肾功能进行性损害的终末期表现,诚如张景岳所言“虚邪之至,害必归阴,五脏之伤,穷必及肾”。本病病理演进中,大多经历过因实致虚、因虚致实、邪正交争的恶性病理循环,及至尿毒症,虽有虚虚实实的转换,但其本虚标实始终为其共同特点,内生邪实又往往是其危急状态的关键。此时大多采用通腑泄毒、攻补兼施的方法,一方面采用

通腑泄毒、活血利水、豁痰化浊等法以祛邪；另一方面用温肾养阴、益气养血等法重建脏腑阴阳平衡，常用大黄附子汤配合济生肾气丸或参芪六味汤（六味地黄汤加参、芪）为基础加减化裁，每多见效。

曾治一中年女性，因颜面、下肢浮肿伴恶心想吐加重 3 月就诊，检查：血压 170/130mmHg，尿蛋白（++++），血肌酐 1617 μ mol/L，血尿素氮 23.7mmol/L，血红蛋白 61g/L。伴腹胀，乏力纳呆，心悸胸闷，喘息，烦躁失眠，皮肤瘙痒，尿量<1000ml/日，大便日 1 次，因无力承担透析治疗而求治中医。症见：神委，面色晦黑，颜面、下肢浮肿，舌淡暗、苔白厚腻，脉沉弦滑。中医辨证：脾肾阴阳两衰，水浊瘀毒积滞，气机升降失常。拟用温阳益气坚

阴、通腑泄毒化浊、活血利水豁痰救治。药用：黑附片 30g，黄芪 30g，大黄 6g，红花 12g，桂枝 12g，丹皮 12g，熟地 15g，怀牛膝 30g，山茱萸 12g，白茅根 30g，益母草 15g，车前子 12g，葶苈子 12g，苏叶 12g，法半夏 15g，桑寄生 30g，煎服。另以黑附片 30g，大黄 15g，青皮 12g，红花 12g，黄芪 30g，牡蛎 30g，煎汤灌肠，每日 2 次。服上方 20 剂，大便日 3~4 次，尿量 1500~2000ml/日，浮肿消退，呕吐消失，余症均不同程度减轻，血压 160/100mmHg，但感头昏眩晕，舌淡、苔白腻，脉沉弦滑，原方去葶苈子、车前子，加杜仲 12g，钩藤 30g，再服 30 剂。药后，纳增，精神可，生活自理，复查尿蛋白（+）~（++），血肌酐 537 μ mol/L，血尿素氮 16.1mmol/L，原方加减继续治疗。

活络泻肺饮治愈包裹性胸膜炎 25 例

刘寿康* 韩 凤*

笔者近年来采用自拟活络泻肺饮，治愈包裹性胸膜炎 25 例，谨简介于后供同道参考。

1 临床资料

25 例均经县级以上医院 X 线片确诊，其中男性 15 例，女性 10 例；年龄最小 14 岁，最大 61 岁；病程最长半年，最短 52 天；治愈时间最长 45 天，最短 21 天，平均 31.5 天。

2 治疗及观察方法

方药：丹参、当归、炙乳香、炙没药、炮山甲、葶苈子、大枣、百部、功劳叶。

加减法：胸水消失去葶苈子、大枣；肺阴不足加沙参、麦冬、百合；潮热加鳖甲、秦艽；盗汗加积豆衣、煅龙骨。

3 治疗结果

疗效标准：临床症状全部消失，肺部经 X 线片复查无异常发现者，为治愈。结果 25 例全部治愈（100%）。

4 典型病例

周某，男，40 岁，射阳县合兴乡农民。1995 年 6 月 7 日初诊。3 月前自觉胸痛，气喘胸闷，伴午后潮热，入暮盗汗。至某医院诊治，拟诊“渗出性胸膜炎”，遂在该院

住院治疗。经使用异烟肼、利福平、乙胺丁醇及链霉素等多联抗结核药物治疗，并两次进行胸穿抽水。一度症状减轻。近几日来出现反复，胸痛气憋，更增食欲不振，恶心想吐，精神倦怠。X 线摄片证实为包裹性胸膜炎。肝功能检查：谷丙转氨酶 92U， γ -GT 64U。该院修正诊断为包裹性胸膜炎，并发药物性肝炎，后停用西药转请中医诊治。刻察舌质紫暗苔腻，脉沉弦。予活络泻肺饮。药用：丹参 15g，当归 15g，炙乳香 6g（布包），炙没药 6g（布包），炮山甲 6g，葶苈子 30g（布包），百部 30g，功劳叶 10g，大枣 5 枚。10 剂。

1995 年 6 月 17 日二诊：药后胸痛气憋已除，胃纳增进，精神好转。胸透胸水消失，唯右侧肋膈角略浅钝。舌红苔少，脉细弦。邪气已挫，气阴戕伤。原方去葶苈子、大枣，加北沙参 15g，百合 15g，麦冬 12g。继服 10 剂，复查心肺正常，肝功能亦完全恢复正常，病愈至 1997 年 8 月末复发。

5 讨论

包裹性胸膜炎多由结核菌所致。本病属中医“悬饮”范畴，久延则成癆瘵。水停胸胁，气运受阻，血滞成瘀，故投以活络泻肺饮活血通络，泻肺化饮，杀癆抗瘀。待水饮化尽，见舌红苔少，脉细弦，乃气阴戕伤之征兆，即去葶苈大枣温燥利水之品，增入北沙参、百合、麦冬滋阴润肺之味，邪去正复，而收全功。

* 江苏省射阳县中医院（224300）

收稿日期：1997-09-01