

针对“痰”“瘀”“浊”施治

河北医学院四院 刘亚娟

笔者在临床中选择胆石症的化石方药时，是以以下几个问题的考虑为基础的：

(一) 病位问题：石结于胆，但就胆石症的证候表现看，其基本病位是肝胆脾胃。胆受肝之余气，其“贮”(贮藏胆汁)与“疏”(排泄胆汁)需要肝的协调作用，而其“疏”又有助于脾胃的运化和受纳功能。因此，施治用药的归经应以肝胆脾胃为主。影响“疏”的常见因素是“郁”，因此，所选药物又应注意灵通疏达，勿妄用呆滞壅补。

(二) “排”与“调”的问题：石结于胆，排之似无疑义，但“调”更重要。“调”，在胆石症的治疗中至少有二方面的作用：一者，通过“调”而消石；二者，通过“调”而杜绝石之再生。此处所言之“调”，指调整人体阴阳、脏腑、气血等失衡状态，“调”中即寓有“通”。其间，调畅气机又是重要环节。

(三) 关于结石问题：现代医学关于结石形成原因之论述，对我们有一定参考价值，但从中医理论中认识结石对指导治疗也有重要意义。笔者认为，结石可以说是一种继发病因，它同时是一种病理产物，其中凝聚着痰、瘀、浊。因为，结石是“块”，从中医观点看，有“块”即有“瘀”；这从胆石症引发的疼痛表现上也可得到佐证。有“块”即有“痰”，这从体肥之人易罹患结石症中也可得到佐证。血之“浊”是形成结石的主因，而形成的结石又是一种浊物。因此，从治疗学角度看，痰、瘀、浊可以说是结石的自体。还可以想见：血之“浊”可因气滞、血瘀、痰阻、湿聚、热灼等原因发生，而数者就是结石症产生的基本因素，结石形成之后，反过来又会对机体发生影响，加重气滞、血瘀、痰阻、湿聚、热灼等，因果之间互相影响。

(四) 关于辨证论治问题，胆石症的治疗应以辨证论治为基础。近二三年来，笔者发现数例因忽视辨证而过用苦寒攻逐伤及脾胃的胆石

症患者，结石未去，他证又起，值得注意。有的同志提出某些胆石症病人“无证可辨”，诚然，有的病人确实无明显主诉，但并不能认为无证可辨，因为“结石”就是“证”的一个因子，针对“痰、浊、瘀”施治就是一种辨证。对此类病人，笔者受硝石矾石散启发，曾试用于一例患者，收到结石消失的效果。方用芒硝、明矾各等分为末，装胶囊中，每服3克，大麦粥送服。间断服药3月余。

基于以上考虑，依据胆石症的常见表现，临床常以柴胡、茵陈、赤芍、木香、枳壳、郁金、清半夏、丹参、茯苓、泽泻为基本方，胆热或湿热内盛者可酌加黄芩或金钱草、龙胆草，伴便秘腑实者加大黄(但注意勿使过之)，脾虚湿困明显者加扁豆、薏苡仁。使用时尚需注意，要根据患者具体情况决定用药比例。如柴胡、芍药的使用涉及到肝的“体”和“用”，要根据具体情况决定二者用量孰轻孰重。其它，如调气的木香、枳壳、郁金，针对“痰”的郁金、清半夏、茯苓、泽泻，针对“瘀”的丹参、赤芍，针对“浊”的茯苓、泽泻亦如此。

单味大黄治疗急性胆囊炎

上海市香山中医医院 焦东海

1976年我们学习天津南开医院用大黄复方清胃肠治疗急性胰腺炎的经验后，深入学习大黄药性理论，不断精简复方药味，于1976年6月开始采用单味大黄治疗急性胰腺炎取得了初步成功。在1978年11月7日我们用单味大黄治愈了一例胆囊炎伴发急性胰腺炎的重症患者，它提示了单味大黄完全有可能治愈急性胆囊炎，从此就进行了单味大黄治疗急性胆囊炎的临床实践，具体治疗方法介绍如下。

患者入院后不用胃肠减压，不严格禁食，但呕吐严重、进食即吐者，暂禁食并输液，待呕吐消失后即给予流质饮食，并逐步过渡到普食。首先给患者服单味大黄煎剂，每次煎30~60克(精制大黄片每次10片)，每1~2小时服一次，每天服5~8次，直至腹痛等症减轻后才

减量。一天内所用大黄煎剂的最大累积量为300克(精制大黄片70片),如有呕吐则呕出多少再补服多少,严重者则加用大黄煎剂灌肠或予针灸,或加用阿托品,甚而肌注杜冷丁。如发热在39℃以上,白细胞总数在2万以上或伴有并发症则加用抗生素,否则仍坚持用单味大黄,待症状体征消失,化验检查恢复正常后,改用精制大黄片3片,每日2次作巩固治疗直至出院。至今,我们用上述方法治疗了40例急性胆囊炎患者,其病情与治疗结果如下:40例中男9例,女31例,平均年龄50.5岁,入院时平均发病1.9天,伴腹痛、恶心呕吐19例,伴肌紧张2例,伴黄疸5例,发热在37.2~38.7℃者有24例,白细胞在2万以上者2例。合并肺炎3例,高血压1例,冠心病3例。

治疗结果与同期用复方西药常规治疗32例的疗效相似($P>0.05$),但在发热及腹痛消失时间方面,大黄组明显优于复方西药组($P<0.05$)。

起到上述疗效的关键,是应用大黄的剂量必须要“大”,要“猛”,一定要使患者达到大黄化(即每天要有2次以上大便),使之充分体现出“六腑以通为用”、“通则不痛”的中医理论,现将典型病例介绍如下。

吴××,男,63岁,住院号105056,诊断:急性胆囊炎、胆石症伴急性胰腺炎、糖尿病。

患者因中上腹偏右侧持续性疼痛,伴阵发性加剧18小时于1978年11月7日入院,入院初体温38℃,后升至38.8℃,脉搏120次/分,呼吸26次/分,脉弦数,舌苔黄腻,急性病容,呼吸急促,巩膜黄染,心律齐,两肺底可闻少量湿罗音,右上腹有压触叩痛及肌紧张。莫非氏征阳性。白细胞2.1万/mm³,中性90%,黄疸指数50u, GPT 100 u, 尿淀粉酶512u。胸透:示右侧胸腔少量积液,腹透:示胃扩张并有小肠明显充气。入院10天内除静脉滴注葡萄糖等支持疗法外,未用胃肠减压和抗生素,仅用精制大黄片治疗。患者日趋好转,10天内10项指标恢复正常,服药后30小时尿淀粉酶转为正常,二天后腹痛消失,3天后腹部压、触叩痛及肌

紧张消失,呼吸平稳;4天后GPT正常;6天后黄疸消失,其指数降为12u;7天后胸腔积液消失,黄腻苔消失,食欲大增,能够平卧。于是10天后停用大黄,但由于发热尚未退净(37.8℃),心率仍快,故改用中药复方及西药红霉素加氯霉素,然而疗效均未超过用单味大黄的水平,于是再深入寻找原因,终于发现患者有隐性糖尿病,在上述治疗基础上加用D₈₆₀后低热消退,痊愈出院。

以通为用 补中有疏

山东中医学院附院 钱秋海 张连蕙

胆石症,祖国医学认为本病的形成,主要是由于情志不畅,寒温不适,饮食不节等原因,导致肝胆功能失调。由肝气郁结,疏泄不利而影响于胆,使胆气失于通降,胆汁郁积。肝胆气郁,湿热内蕴,煎熬胆汁,日久而成砂石。既因肝而影响于胆,关键在于肝胆湿热,胆失通降。而胆失通降虽与肝失疏泄有关,同时还要受到脾胃功能失调的影响。胆气以下行通降为顺,其功能正常发挥主要依赖气机升降的正常。脾胃为气机升降的枢纽,脾胃和调,气机升降正常,胆气才能正常通降。若胃失和降,气机升降失调,必然影响胆的通降,使胆气郁结;若胃热内盛,伤津耗阴,煎熬胆汁,加重肝胆湿热,促进本病的形成。反之,胆失通降,又可胆气犯胃,使胃失和降。胃气上逆则呕吐口苦,胃气不降腑气不通则大便干结。胆胃互相影响,而使本病进一步加重。可见,胃气通降与否在本病中起重要作用。因此,在治疗本病时,除疏肝理气清热化湿外,更应强调通泻胃腑,以通为用。腑泻胆亦泻,通过通泻胃腑,而助胆气通降,胆气下行诸症自消。这一治则在急性期、病程短、症状典型的病人尤为实用。但对于病程较长的病人,治疗上则不可单纯通泄,因本病日久,易致脾虚,使脾失健运,致湿浊内生,反侮于肝,终致本病缠绵难愈。此时治疗,应重点培补脾土。以健脾益气为主兼以疏肝利胆,补中有疏,使中气充足,以增