

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

强排石推动之力。这样既能排石,又不伤正气。结合现代医学来看,病程短、症状典型的胆石症患者,一般胆囊收缩功能尚可,主要是胆道的炎症和梗阻,胆道排出不畅。辨证多属肝胆湿热。此时治疗,以通为用,用通腑利胆排石之法则切合病机。病程长、病情缠绵或症状不典型的胆石症患者,多表现为胆囊收缩不良,辨证多属脾虚肝郁。此时治疗,培补正气增强胆囊的收缩尤为重要。若单纯通腑,往往不能收功,反易伤正气。所以既要考虑到通,又要考虑到补,补中有疏。健脾兼以疏肝,既有助胆囊的收缩,又有利于胆道的通畅。

根据以上认识,我们将胆石症分为肝胆湿热和肝郁脾虚两型辨证论治。(一)前者症见右胁胀痛,连及后背,腹胀口苦厌油腻,大便干,或往来寒热,或目黄、身黄、小便黄,舌质红、苔黄,脉弦滑。此多为病程短、症状典型或急性发作的患者。治以通腑利胆,理气清热化湿为主。方用柴胡郁金排石汤。药用:柴胡9克,郁金15克,大黄9~15克(后入),枳实9克,茵陈15克,黄芩9克,杭芍9克,木香9克,鸡内金9克,片姜黄9克,虎杖15克。重用大黄配合枳实,通泄胃腑为主,使腑泻胆亦泻,有助于胆气通降。药理研究证实,本药具有明显的消炎利胆作用,有利于结石从胆道内排出。(二)后型症见胁肋坠胀钝痛,腹胀纳差,暖气频作,身倦乏力,大便稀,精神抑郁,劳则胁痛加重。舌淡红、苔薄白,脉来沉缓。多为病程较长的患者。治以健脾为主兼以疏肝,补中有疏。方选柴芍六君子汤合三金汤加减。药用:黄芪30克,党参12克,白术9克,茯苓12克,半夏9克,青陈皮各9克,柴胡9克,白芍9克,郁金9克,鸡内金9克,金钱草15~30克。黄芪重用,合党参、白术等药益气健脾扶助正气为主,配合金钱草、郁金、鸡内金,利胆排石疏肝理气,补中有疏。药理研究证实,黄芪、党参等益气药有促使成石性胆汁逆转的作用,使胆汁中胆红素浓度降低,胆汁酸的浓度升高,从而可防止胆石新生和促进胆石溶解,起到防治作用。

总之,我们的体会是:(一)治疗胆石症应结合胆的生理病理特点,以纠正胆失通降为中心,始终体现一个“通”字。(二)脾虚明显要健运脾气为主,兼以疏肝利胆排石,补中有疏。补是为了更好的通。通过通泄胃腑,调节气机升降,以助胆之通降而使结石排出。(三)大黄一药,在临床上不必拘于大便干,只要辨证准确,即使大便不干也可放胆用之,目的在于泻胃腑而利于胆气下行。

通腑利胆 寒温并用

山东乳山县人民医院 宫伟星

肝胆管泥沙样结石是胆道系统常见多发病,临床治疗比较棘手,尽管应用胆道排石汤或“总攻疗法”,往往效果不佳。原因在于药证不合,苦寒排石剂不能统治所有胆石症。惟辨证用药,方取“化石”之效。

考胆结石成因,或情志不畅、肝失疏泄;或膳食失宜、痰湿热结;或蛔虫上扰阻碍气机等,引起胆汁郁滞,积结成石。结石必阻遏气血运行,影响肝胆疏泄,气、血、石三者相互作用,互为因果。清热利湿,通里攻下法,对实热证固然有效,对寒热夹杂或寒凝瘀滞者,无益有害。临床所见不少泥沙样结石患者,属寒凝瘀滞和寒热夹杂证。笔者临床体会,对于寒凝瘀滞型泥沙样结石的治疗,应立足于寒温并用,方以大黄附子汤加三棱、莪术、鸡内金等。大黄推陈致新,通腑利胆,附子与细辛并用温经止痛,三棱、莪术、内金破积消石;对有阻塞性黄疸,加茵陈、川楝子、麦芽,利胆退黄,疏肝解郁。

曾治王××,女性,54岁,农民,1985年10月21日就诊。右胁及胃脘部胀痛15年,每因劳累、饮冷及食油腻诱发。10日来胁腹阵阵掣痛,厌食恶心,口苦不渴,寒多热少。面色淡黄,巩膜无黄疸,肝脾未扪及,剑突下触痛明显。检验肝功能正常,上消化道钡餐透视,胃及十二指肠无异常,B超提示胆囊胆管泥沙样结石、胆管炎。西医予服胆酸钠、消炎利胆