

临证心得

任达然辨治温病经验

张恩树* 任光霞*

主题词 温病/中医药疗法 @任达然

任达然主任医师,业医50余年,治疗温病经验丰富,常从热、痰、虚辨证施治。

1 **热象**:对温热病的论治,首先以热象作为辨证论治的主题。若邪热在表,治以辛凉,以宣透卫表之邪,不使病势蔓延。辛凉开肺,即是汗剂,使汗出肌肤湿润便可,不能汗出淋漓;在辛凉之剂中不可过用苦寒之品,否则使表邪遏伏,邪不外达;亦不可早用香窜之剂,以防有昏陷之虞。邪入气分,热势鸱张,须迅速控制高热,杜其逆传,亟投重剂清气保津之剂。任师曾治疗乙型脑炎44例,其中16例曾用辛寒清气治疗,这些患者除个别微汗外,大部分患者都无汗。因这16例乙脑偏热型为主,加之暑性酷热,与阳明经相应,热邪内炽,津液耗伤,故表现无汗。患者除高热神昏外,多伴有痰涎上壅,声响如锯,此类病人舌苔往往表现粘滑,无明显口渴。任师深入地分析病情,不囿于前人对重剂清气之剂“不渴者不可与也”“汗不出者不可与也”之说;果断地应用了石膏、知母等药,其中石膏最大量达150g,最小量60g,却效如桴鼓,未见不良反应。

2 **痰象**:从临床实践分析,温热病单纯热象较少,多夹有痰象,说明机体升降出入功能失常。若肺胃受邪热则津液被灼为痰,痰热胶结闭塞络脉气机不宣,则会引起结胸、聚腑;或营热夹痰的热闭、动风、窒塞气道等;此时若专从清热,则痰浊胶固不化,邪伏困遏;若专从涤痰化滞,

则邪热鸱张不解。唯须热、痰并治,方能使热清痰化而获效机。治痰之法,任师认为:如卫表夹有痰滞,在解表之剂中可加入杏仁、枇杷叶化痰。若痰湿偏重,可用二陈、藿香、佩兰、川朴、枳壳化湿祛痰。气热夹痰,用小陷胸汤、贝母、竹茹之类。热入营血,心包受邪,则用安宫牛黄丸、至宝丹、生蛤壳、石菖蒲等,清心豁痰开窍。肝热夹痰动风,可用胆星、竹茹、钩藤、天麻、紫雪丹清热化痰熄风。邪热夹痰壅塞气道,喉中痰声漉漉,在清热剂中可加用竹沥达痰丸、猴枣散、礞石滚痰丸。治疗温热病中化痰法的运用占有重要的地位,任师在治疗乙脑病人时,发现不少患者痰涎上壅,窒塞气道,虽用吸痰器吸痰,但不能根本解除呼吸困难。在此之际,他运用礞石滚痰丸配入相应的清热之剂,奏效颇捷,1~2剂后痰声消失,气息平和。

3 **虚象**:温热病热邪方盛,阴受其耗,实中有虚,此时如专从增液生津入手,犹如杯水车薪,无济于事。应以驱邪为主,邪去则正安,热退则津还。若阴津耗伤在温热病中已经显露无遗,应及时采取相应的治疗措施,要刻刻顾护津液,若误治、失治,邪热消烁,津枯液涸,病则难治。所以古代医家指出“温热存阴,最为紧要”。

温热病由于温热之邪偏盛,耗伤气阴,故疾病后期常常出现虚象。任师认为:津伤液涸者十之八、九,气虚阳脱者十之一、二。因此,善治温热病虚象者,应从甘寒养阴、咸寒滋润、益气生津、养肝定风、益气固脱等法斟酌。

4 **病例**:王××,女,9岁,住院号:95339。患儿因发热4天,伴抽搐3次,呕吐1次,于7月21日收治入院。入院后,西医诊断为“乙脑”,经用西药处理,但高热不退(体温40.4℃),病情危

* 扬州医学院附属苏北人民医院,扬州市南通路98号(225001)

收稿日期:1992-04-15;修回日期:1992-05-22

重,次日邀任师诊治。患儿高热持续不退,神志昏迷,抽搐频作,气急痰鸣,舌苔粘垢微腻,病情危重,急拟清热化痰熄风治之。处方:

生石膏 60g(先煎),知母 15g,炒山栀 10g,川连 1.5g,石菖蒲 12g,远志 15g,钩藤 10g,石决明 30g(先煎),海浮石 24g,大贝母 10g,生甘草 6g,2剂。

7月24日复诊:患儿身热降至38~39℃,神志仍不清,喉间痰鸣,舌质干而微红、苔黄垢而黑,仍宗前法,上方加礞石滚痰丸18g(研末入煎),安宫牛黄丸1粒(研化和服),2剂。

7月26日三诊:患儿于晨间神志较清楚,身热下降至37.5~38℃,抽搐停止,呼吸平静,喉间痰声消失,病情好转,原方去钩藤、石决明、礞石滚痰丸,2剂。

7月28日四诊:患儿体温波动于37~37.5℃,唯垢苔未净,病去十之八、九,但热、痰尚未彻底清化,予以轻剂调理。处方:

山栀 10g,连翘 10g,川连 1.2g,远志 10g,茯苓 10g,大贝母 10g,鲜荷叶边 15g,6剂。药后未再发热,食欲增进,活动正常,于8月9日痊愈出院。

大黄牡丹皮汤为主治疗急性白血病伴回盲肠综合征 10例

焦中华* 顾振东* 宋茂美* 唐由君* 朱海洪*

回盲肠综合征是一种主要发生在急性白血病治疗中的消化道并发症,临床以腹痛、腹泻、高热、中性粒细胞绝对数减少为其主要特征。我院自1981~1990年共发现10例,占同期急性白血病的5.05%。国内尚未见用中药治疗的报道。我们经用大黄牡丹皮汤为主进行治疗获得很好疗效,临床分析如下。

1 临床资料

本组共10例,其中男性6例,女4例;年龄17~40岁;细胞类型:急性淋巴细胞白血病3例,急性非淋巴细胞白血病7例。以上病例根据高热、腹痛、腹泻;右下腹压痛反跳痛;白细胞及血小板减少确诊为回盲肠综合征。本组10例皆有腹痛,以右下腹为主,具压痛反跳痛,其中2例有类似阑尾炎的转移性腹痛,并发腹膜炎的1例为全腹痛,呈板状腹。本组中有6例出现腹泻,呈水样泻,或有血便,大便潜血阳性者3例。本组10例皆具高热,体温高达39~40.5℃。主要因合并感染引起,经血培养,有2例查及大肠杆菌。本综合征多在化疗后白细胞计数处于最低值时出现。本组发生在化疗第一、二疗程后各3例,第三疗程后4例。其时白细胞为 $0.2\sim 3.4\times 10^9/L$,其中 $\leq 0.5\times 10^9/L$ 者5例,中性粒细胞绝对值仅为 $0.03\sim 0.68\times 10^9/L$ 。血小板亦相应减少,为 $6\sim 40\times 10^9/L$ 。血红蛋白改变不大。

2 治疗方法

本综合征一经诊断即完全采用中医药治疗,按中

医肠痈论治,予大黄牡丹皮汤加减:大黄10g,牡丹皮15g,败酱草30g,红藤15g,桃仁12克,赤芍15g,冬瓜子30g,公英30g,元胡15g,甘草6g。高热不退者,加金银花30g、板蓝根30g;腹痛剧者,加厚朴12g、丹参15g、白芍20g;腹泻重者,加苡米30g、扁豆花15g。

外用大黄粉、芒硝调醋右下腹外敷。

本综合征多在应用抗生素情况下发生的,在用中药的同时亦继续应用抗生素。

3 治疗结果

本组10例经中药治疗后9例体温恢复正常,腹痛消失,腹泻停止,评为治愈。疗程最短5天,最长12天。病情好转后继服原方3~5剂,以巩固疗效。另1例无效病人,因白血病加重,幼稚细胞增高并发腹膜炎而未愈。

4 讨论

回盲肠综合征表现为高热,右下腹疼痛且具压痛反跳痛,因而应归属于中医的肠痈范畴。其病机应为败血与热毒相搏而成。因为急性白血病为气滞血瘀之成因,加之化疗后正气极虚,复感外邪,内外合邪致热毒炽盛,热毒与瘀血相搏,“积热不散,血肉腐坏”而成“痈”。

在治疗上应遵循肠腑病变“以通为用”的原则。大黄牡丹皮汤源于《金匮要略》,正是以通为用而设计治疗肠痈的有效方剂。本组所用大黄牡丹皮汤加减就是在原方的基础上加强了清热解毒及活血祛瘀的成分,达到清热解毒,行气祛瘀,通里攻下的目的,因而取得了治疗回盲肠综合征的较好疗效。

* 山东中医学院附属医院,山东省济南市文化路42号(250011)

收稿日期:1991-07-08;修回日期:1991-11-11