牟允方运用通腑法治疗危重病证验案撷菁

鲍建敏 胡炜 吕萍 牟重临

台州市第一人民医院中医科, 浙江台州 318020

通信作者: 鲍建敏, Email: baojianmine@163.com

【摘要】 介绍牟允方老中医治疗危重病证验案。牟允方老中医认为脾胃为机体气机升降之枢纽, 许多危重病证与阳明腑实相关, 而泻下之法能使脏腑气机恢复, 实热、宿积、瘀血、痰浊、湿毒也会随之祛除, 运用得当能使许多重症患者转危为安。

【关键词】 通腑法; 危重病; 名医经验; 牟允方

基金项目: 全国老中医药专家学术经验继承工作项目(2017-29); 浙江省中医药科学研究基金项目(2020ZA121)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.02.022

Mou Yunfang's experience in application of Tongfu therapy for treatment of critical illness Bao Jianmin, Hu Wei, Lyu Ping, Mou Chonglin

Department of Traditional Chinese Medicine, Taizhou First People's Hospital of Zhejiang Province, Taizhou 318020, Zhejiang, China

Corresponding author: Bao Jianmin, Email: baojianmine@163.com

【Abstract】 Mou Yunfang is an old famous Chinese medical doctor, he has rich experiences in treating critical illnesses and he thinks that the spleen and stomach are the hinge of the rise and fall of the body's Qi mechanism. Many critical illnesses are related to Yang Ming (repletion indicates young brightness) and Fu Shi (bowel repletion). Using the method of purgation or Tongfu (bowel unblock or free flow) can result in recovery of the Qi mechanism of the Zang Fu (bowel and viscera) with accompanying elimination of excess heat, stagnation, blood stasis, phlegm turbidity and dampness toxin. If the above reasoning is properly used, many critical illnesses will take a turn to be out of danger.

【Key words】 Tongfu therapy; Critical illness; Famous doctor's experience; Mou Yunfang

Fund program: Inheriting Work Projects of Academic Experiences of National Famous TCM Experts (2017-29); Scientific Research Fund Project of Traditional Chinese Medicine of Zhejiang Province (2020ZA121)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.02.022

牟允方, 浙江省台州人。1937年毕业于浙江中医专门学校, 从事中医医疗与教学 73 年, 尤精仲景、东垣学说, 发表论文 80 余篇, 出版著作 2 部, 在浙江省中医界享有盛名。其子牟重临为浙江省名中医、第六批全国老中医药专家学术经验指导老师。笔者有幸师从牟重临老师, 牟教授认为人体气机升降现象, 显示生命活力, 故曰: “升降息则气立孤危。”脾胃为机体升降之枢纽, 脾气升则诸气皆升, 胃气降则诸气皆降。临床上许多危重病证与阳明腑实相关。通过泻下, 腑气得通, 脏腑气机得复, 淤结的实热、宿积、瘀血、痰浊、湿毒都会随之而逐, 所谓邪祛正自安, 往往能使许多重症转危为安。根据牟教授提供其先父牟允方先生运用通腑法治疗危重症验案, 并聆听牟教授阐释机制, 获益匪浅, 兹整理如下。

1 支气管扩张合并心力衰竭

患者, 75 岁。宿有胸膈气喘, 咳嗽、咯血多年, 经诊断为支气管扩张所致咯血, 多次住院治疗均无明显效果。后每次发作均至牟允方先生处就诊, 皆用小陷胸汤加味, 旋即喘平、咳减、血止, 均不再继续治疗, 如此三四年, 每年必发作数次, 均相安无事。2004 年 7 月又发作, 于某院住院治疗 1 个月余, 经诊断为支气管扩张合并感染、慢性肺源性心脏病并发心力衰竭, 使用抗感染、强心、扩血管及止血等对症处理并持续吸氧, 之后患者病情垂危, 于 8 月 14 日再次至牟允方先生处就诊。视其形容憔悴, 现重病容, 胸痛、喘促、气急, 咳

嗽咯血, 口渴不欲饮, 双足浮肿, 大便不畅。腹部拒按, 视其舌红、苔黄、微燥, 诊脉沉弦。虽为肺气上逆, 实乃肠道壅滞, 分明肺合大肠病变。治拟苦辛宣泄、前后分消; 方用《金匱要略》^[1]己椒蒴黄丸, 改为汤剂(处方: 防己 8 g、葶苈子 8 g、制军 8 g、瓜蒌仁 15 g、墨旱莲 8 g、生地 15 g、车前子 8 g)。服后即喘平、血止, 因患者往返不便, 遂守原方连服 10 余剂, 均相安无事。

按: 肺与大肠相表里, 通导肠腑能缓解肺部痰浊壅盛之喘迫急候。《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》言: “腹满, 口舌干燥, 此肠间有水气, 己椒蒴黄丸主之。”^[1]本例患者肺气上逆作咳, 气郁于胸, 故胸痛、喘促, 水饮不化, 津不上承则口渴不饮, 舌苔微燥, 饮停肠间与热胶结, 则腹满胀。方中防己苦以泄之, 渗透肠间水气; 葶苈子辛以散之, 专泻肺中之水, 并佐车前子通利水道。李东垣^[2]在《医学发明》“泄可去闭葶蒴大黄之属”中说: “葶苈不减大黄, 又性过于诸药, 以泄阳分肺中之闭也, 亦能泄大便。”方中配伍瓜蒌仁, 攻坚决壅, 直通太阴、阳明腑气; 以上四药泻痰热气从二便而出。另加墨旱莲、生地清热凉血止血。如此前后分消, 肺气得降, 腑气得通, 喘平而血自止。《医学实在易》谓: “譬如沟渠壅滞, 久则倒流逆上, 污浊臭秽, 无所不有, 若不决而去之, 而欲澄治已壅之水而使之清, 无是理也, 故须攻逐之剂。”^[3]临床观察, 通腑泻下能迅速改善肺部痰壅咳喘急迫之危重证候^[4]。

2 中风病

患者为老年女性,素罹肝阳眩晕,突然发热恶寒、头项强痛、无汗,口眼歪斜,言语蹇涩,左侧手足活动不利,于1974年9月初至牟允方先生处就诊。诊时昏不知人,腹部胀痛,据述大便七八日未解,舌苔黄,脉浮弦。为外感风寒、内挟腑实所致中风。亟需表里双解,用三化汤以泻腑实(处方:羌活9g、大黄9g、枳壳6g、厚朴6g)。服后汗出热退,大便通畅,意识恢复,诸症亦随之消减。

按:本例患者平素肝阳较旺,有高血压病而不自知,突因伤于风寒,内挟腑实而致气机升降失司,引起中风。《金匮要略·中风历节病篇》言:“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹,脉微而数,中风使然。”又曰:“邪入于腑,即不识人。”^[1]可见本例中风为中腑,牟允方先生宗刘河间治法,《素问病机气宜保命集·中风论》言:“内有便溺之阻隔,三化汤主之。”^[5]方中以祛太阳之风的羌活与通阳明之腑的承气并用,脾胃升降得复,诸症自然缓解。张长国等学者^[6]发现,三化汤能改善脑缺血/再灌注后的脑水肿和血脑屏障通透性。叶天士《临证指南医案·肝风门》言:“肝风内扰,阳明最当其冲犯。”^[7]若出现阳明腑实之证候,治疗可从阳明胃腑入手。《医学入门》言:“肝病宜疏通大肠。”^[8]临床如见肝经热盛,伴见胃腑实证,大便秘结,往往一通胃腑,肝火肝风便能很快平熄。本患者素体肝阳亢盛,有高血压而不自知,因外寒里实而引发中风。通降胃腑能平肝阳,熄肝风。临床上采用承气汤加减治疗脑出血和脑卒中,效果良好。

3 癲狂病

患者男性,20岁。患有癲狂病,不眠、不食、不便,毁物叫骂,弃衣奔走,力逾常人。20世纪40年代,家人邀牟允方先生前去诊治,视其面色通红,目有红丝,气势汹汹,不能近人,由其家人抱持强执其手,诊脉洪滑而数,按其腹,抵手则患者蹙眉,显示拒按有压痛感,强启其口,臭气喷人,从齿缝间可见舌绛苔焦黄。病乃阳明胃热,炼液成痰,痰火上壅而致狂乱。治以清泻胃火、涤痰开窍,方用大黄、石膏、元明粉、枳实、竹沥,另服紫雪丹。服1剂便行,再1剂神志复常,即转调理而愈。

按:《伤寒论》言:“伤寒若吐若下后不解,不大便五六日,上至十余日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状。若剧者,发则不识人……微者,但发热谵语者,大承气汤主之。”^[9]下法用治狂证,必须辨明属阳明腑实,具痞、满、燥、实之证候。该患者症状凶猛,气势汹汹,力大逾乎常人,分明与腑实便秘有关。其粪便在肠中的蕴酿腐化,燥屎中阻,燥热上攻,扰乱神明。是为阳明热盛引动君相二火,以致出现暴横刚强之症。《黄帝内经素问·至真要大论》云:“诸躁狂越,皆属于火。”^[10]急当以通腑泻火重剂,釜底抽薪,阳明实火得去,神志得复,病情即有转机。方中加石膏增加清阳明胃火之功。意识不清,大都夹痰,故加竹沥,清热逐痰。通腑法治疗阳明胃热导致癲狂病,只要辨证正确则能达到速效,但不可过服,仲景提示,“若一服利,则止后服”“若一服谵语止,更莫复服”^[9],后续必须作正当调理,以杜反复。

4 高血压伴发胆囊炎

患者女性,50岁,患高血压4年余。因高血压发作,巅顶连前额胀痛,眩晕不能坐起,呕吐痰水,时发时止,眠食俱废,于1985年4月28日至牟允方先生处就诊。患者因迭服降压药,血压已降至80/60 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa)。视其面色不华,舌淡唇萎,脉迟弱而有间歇,大便稀溏不畅,每日3~4次。一派胃肠虚寒,为水气内停之象。用真武汤1剂,呕吐与眩晕均除。测血压复升至180/110 mmHg,呕吐痰水虽止,但巅顶连前额痛,此厥阴头痛也。遂仿万有生吴茱萸汤加赭石、旋复花,连服2剂,血压已降至160/100 mmHg。3d后腕腹剧痛,2d未行大便,头痛眩晕复剧,血压有上升之势,据述有胆囊炎病史。因迭进温阳补脾之剂,致胃肠失下行之顺,遂造成虚寒夹实热积滞之证,旋改用四逆汤加大黄、芒硝、当归、白芍、吴茱萸,1剂便行痛止,继服1剂,血压亦平。续予调理,多年病恙竟瘳。

按:患者因过量服用降压药物,造成脾肾阳虚。因水之所制在脾,水之所主在肾,脾肾失职则致水湿内停,清阳不升而成呕吐、眩晕之证。使用真武汤、吴茱萸汤以制水气而降气,使呕吐、眩晕症状及低血压得到纠正。但是患者素体虚寒,运化无能,胃腑通降功能失司,则糟粕留滞,阻碍气机,清气不升,浊气不降。而浊阴上蒙,气机阻隔,两者互为因果。治用温运中阳的四逆汤与和胃通腑的调胃承气汤合方,使脾阳得运,胃腑通降,清者得升,浊气下泄。经云:“诸风掉眩,皆属于肝。”故方中配合当归、白芍、吴茱萸,以补血养肝,平抑肝阳,下气安中,以使血压得以平稳控制。方中妙在附子与大黄配合。现代研究显示,大黄能较强烈地抑制血管紧张素转换酶(ACE),从而通过利尿和抑制ACE达到降压作用,其所含的大黄酸及大黄素均有明显排钠利尿作用^[11]。附子温壮脾阳,能制大黄苦寒伤阳之弊,两者相反相成,能克顽疾。

5 产后重症肝炎

患者就诊于20世纪60年代初。妊娠7个月突然发热、恶寒,食欲减退、目黄。入院查血常规:白细胞计数 $12 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例80%,淋巴细胞比例17%,红细胞计数 $3.7 \times 10^{12}/L$;尿常规:颗粒管型+;肝功能:丙氨酸转氨酶257 U/L。初步诊断:急性黄疸型肝炎。常规对症治疗,因小便不利,加用氢氯噻嗪利尿后,次日病情恶化,突发腹痛,于入院3d分娩后出血甚多,注射止血剂后出血虽减,但夜间腹胀满痛,尤其是少腹胀痛甚剧。体温 $39.6^\circ C$,呼吸急促,意识不清,巩膜深度黄染,二便不通,全身高度浮肿。复查血常规:白细胞计数 $24 \times 10^9/L$,中性粒细胞比例70%,淋巴细胞比例21%;血液非蛋白氮测定为1200 mg/L。出现肝肾功能衰竭症状。遂邀牟允方先生会诊,患者脉搏沉弦,舌绛苔黄腻,腹胀痛拒按。辨证为阳黄,热胜于湿型,乃阳明里实之湿热证,病从胎前进入产后,湿热乘虚进袭血分,瘀血与湿热交阻,结于下焦,致少腹胀痛拒按,意识不清,病情危急。用茵陈蒿汤合桃核承气汤(处方:大黄9g、元明粉9g、茵陈15g、桂枝3g、桃仁9g、焦栀4.5g、甘草3g),煎汁送服安宫牛黄丸1粒。服后腹中转动,二便行而不畅,体温降至 $37.8^\circ C$ 。次日因事未在,易医笃信产后用药宜温,忌苦

寒,不考虑病情便改用佛手散加山楂、泽兰,用药后患者病情加重,体温升至 39 ℃。第 3 天牟允方先生接诊,继续用原方 2 剂,二便通利,热退肿消。再用原方调理数日,患者黄疸消失出院。经数次随访均健康。

按:黄疸之证,病在脾胃,以湿热互结居多。黄疸治疗,古有“诸病黄家,但利其小便”“便闭者攻之,溺涩者利之,二便利者,清解之”等法。妇女产后多虚、多寒、多瘀,是为常识。然而发病,当即时辨证,因人而异。本例病情起于妊娠晚期,黄疸之疾已作,湿热之邪蕴结中焦未解,乘产后之血室空虚,而深陷血分,湿热与瘀血互结,故用治疗湿热黄疸之首方茵陈蒿汤泄湿热以退黄,由于产后下焦瘀血未净,湿热内陷,与血互结,影响膀胱气化,故法仲景“热结膀胱”之治,合桃核承气汤。产妇意识不清,恐有邪陷心包之虞,故用安宫牛黄丸,先安未受邪之地。产后多有气血耗伤,如果囿于产后多虚,束手于攻下伤正,易误病情。牟允方先生考虑黄疸危候,二便不下,邪无出路,黄疸难除,以清热利湿合通腑逐瘀之法,力挽危情。可见产后只要辨证准确,合理运用通腑法,并不犯虚虚实实之戒。

6 小便癃闭

患者为老年男性,罹小便癃闭不解。1959 年就诊于海门(今台州市椒江区)某医院,用橡皮导尿管导尿 2 d 后失效,继改用金属导尿管导尿,插入时剧痛不能忍受。患者尿闭胀痛,且随之有气促胸窒之证候。遂收入黄岩第一人民医院,牟允方先生前往会诊,视其少腹胀痛拒按,多日未行大便,小便癃闭,舌红苔黄,形证俱实,分明大肠粪便阻塞,导致膀胱排尿功能障碍。遂用生大黄 9 g,开水冲服,当夜便行,小便如注,胀痛若失。次晨即步行返回家中。

按:《景岳全书·癃闭》篇言:“小水不通是为癃闭,此最危最急症也……数日不通,则奔迫难堪,必致危殆。”^[12]此案妙在不用清热利湿或温补气化以利水道之常法,而用大黄以通大肠腑气治癃闭,正如景岳所谓“大小便俱不通者,必先通其大便,则小便自通”之治法。究其病机实则病在胃腑,传之大肠,腑气不通,以至肺叶,通调水道无能。膀胱为六腑之一,腑气以通为用,胃腑乃六腑之主,胃腑通则六腑随之皆通。大黄能除通路之阻塞,使腑气通达,则小便通利。此乃通腑,通后窍以启前窍。本例治疗用药,只以大黄 1 味,使药力直达病所;剂量虽仅 9 g,有曰“四两拨千斤”之意,然而应知,20 世纪 50 年代之彼大黄药力,非今日此大黄可比。

7 讨论

危重病证不外乎虚实两途,亦见虚实错杂者。虚脱亡阳须回阳救逆宜四逆辈,邪实阻闭须攻下通闭宜承气类。脾胃为机体气机升降的枢纽,许多危重病证凡出现实证,大都由于热结、瘀阻、痰积、湿浊或浊毒等,阻滞于腑,致使腑气不通。所谓腑病,即指胆、胃、大小肠、膀胱等六腑,腑病发生以实证居多,有自身发病,亦有脏病相传而犯。腑气以通为用,六腑之气以下行为顺。诸腑之统在胃腑,胃腑之气通,则六腑之气皆通。论脏腑功能的特征,《黄帝内经素问·五脏别论》言:“五脏者藏精气而不泻也,故满而不能实。六腑者传化物而不藏,故实而不能满也。”^[10]凡实邪犯脏者,当从

腑治。临床常见肺炎重症,呼吸窘迫综合征等出现腹胀便秘等腑实证,即以泻腑通便,加速危重症状的缓解。有些奇恒之腑,如脑髓、血脉、女子胞等病变,出现实证亦常采用通腑法。如《金匱要略·中风历节病篇》谓:“邪入于腑,即不识人。”^[11]脑中风出现神志不清,中医认为是中腑,如出现大便秘结,方用三化汤,内主药小承气汤泻下。又如《伤寒论》^[9]之蓄血证为瘀热结于下焦,发于妇女病者,多为病在胞宫,治以桃核承气汤,抵当汤下之。所以危重病证之实证,大都与阳明腑实有关,而泻下之法能使脏腑气机恢复,各种实邪也会随之祛除,运用得法,可使许多危重患者转危为安。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 张仲景. 金匱要略 [M]. 何任, 何若苹, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 47.
Zhang ZJ. Synopsis of the Golden Chamber [M]. He R, He RP, arrange. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005: 47.
- [2] 李东垣. 医学发明 [M]. 影印明刻本. 北京: 人民军医出版社, 2011: 12.
Li DY. Medical invention [M]. Photocopy of the Ming Dynasty. Beijing: Military Science Publishing House, 2011: 12.
- [3] 陈修园. 医学实在易 [M]. 王玉兴, 朱力萍, 庞连昌, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 2012: 64-65.
Chen XY. Medicine is easy [M]. Wang YX, Zhu LP, Pang LJ, check. Beijing: Ancient Chinese Medical Book Press, 2012: 64-65.
- [4] 陆峰, 张东超, 阎琴. 我国中医药防治急性呼吸窘迫综合征实验研究概况 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 1999, 6 (11): 520. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.1999.11.020.
Lu F, Zhang DC, Yan Q. Overview of experimental research on prevention and treatment of acute respiratory distress syndrome with traditional Chinese medicine in China [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 1999, 6 (11): 520. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.1999.11.020.
- [5] 刘完素. 刘河间医学六书·素问病机气宜保命集 [M]. 影印明刻本. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 244.
Liu WS. Liu Hejian's six medical books·Asking about the pathogenesis of disease and gathering Qi to protect life [M]. Photocopy of the Ming Dynasty. Taiyuan: Shanxi Science and Technology Press, 2010: 244.
- [6] 张长国, 郑国庆, 黄汉津, 等. 三化汤改善缺血性脑水肿水道蛋白 4 的机制 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14 (6): 2. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2007.06.009.
Zhang CG, Zheng GQ, Huang HJ, et al. Mechanism of Sanhua decoction on aquaporin 4 in rats with brain edema after acute cerebral ischemia/reperfusion [J]. Chin J TCM WM Crit Care, 2007, 14 (6): 2. DOI: 10.3321/j.issn:1008-9691.2007.06.009.
- [7] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 苏礼, 焦振廉, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 18.
Ye TS. Clinic guideline of medical records [M]. Su L, Jiao ZL, arrange. Beijing: People's Medical Publishing House, 2006: 18.
- [8] 李梴. 医学入门·上册 [M]. 田代华, 张晓杰, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 138.
Li C. Introduction to medicine (Volume I) [M]. Tian DH, Zhang XJ, arrange. Beijing: People's Medical Publishing House, 2006: 138.
- [9] 张仲景. 伤寒论 [M]. 钱超尘, 郝万山, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 72.
Zhang ZJ. Shanghan Lun [M]. Qian CC, Hao WS, arrange. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005: 72.
- [10] 佚名. 黄帝内经·素问 [M]. 王冰, 整理. 北京: 学苑出版社, 2014: 770.
Anon. Inner Canon of Huangdi·Plain questions [M]. Wang B, arrange. Beijing: Xueyuan Publishing House, 2014: 770.
- [11] 张慧林, 赵妍. 大黄的药理作用及临床应用分析 [J]. 光明中医, 2015, 30 (5): 1119-1121. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2015.05.112.
Zhang HL, Zhao Y. Pharmacological action and clinical application of rhubarb [J]. Guangming J Chin Med, 2015, 30 (5): 1119-1121. DOI: 10.3969/j.issn.1003-8914.2015.05.112.
- [12] 张介宾. 景岳全书·上册 [M]. 李继明, 王大淳, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 758.
Zhang JB. Jingyue complete book (Volume I) [M]. Li JM, Wang DC, arrange. Beijing: People's Medical Publishing House, 2007: 758.

(收稿日期: 2020-04-23)