

· 治则 · 方剂 · 针灸 ·

运用仲景方治疗急症举隅

刘立华, 杨隆奎

(重庆市万州区中医院, 重庆 404000)

【关键词】 高热; 咯血; 肾炎; 肠痈; 呕血; 咳嗽; 急症

中图分类号: R289.5; R278 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)02-0126-02

张仲景之《伤寒论》创制了不少有效的治疗急危重症的有效方剂, 迄今虽已经过千余年, 但目前临床治疗中仍有较好疗效。笔者在多年的临证中常用此类方剂治疗某些急症亦颇有效, 现择例报告如下。

1 和解少阳降高热

男, 13 岁, 1996 年 10 月 25 日初诊。患儿每日交替发作寒热, 持续 1 周, 体温常在 39~40℃ 左右。曾用多种抗生素、解热药物治疗均无效。诊见头痛、身痛, 神疲乏力, 纳呆泛呕, 口干苦, 苔薄白, 脉弦数。此乃秋令时邪伏藏少阳、阴阳失调、枢机不利所致。故用和解少阳之法, 投以小柴胡汤加味(柴胡 12 g, 黄芩、连翘、大枣各 15 g, 党参、竹茹各 10 g, 半夏 6 g, 甘草 5 g)。3 剂后, 患者寒热不作, 饮食正常, 诸症痊愈。

按: 少阳位居表里之间, 秋令邪热郁结少阳, 枢机不利, 既无人里之势, 亦无出表之望, 故热甚之极。遵仲景“胸胁苦满, 嘿嘿不欲饮食, 心烦喜呕……小柴胡汤主之”。故用小柴胡汤清透少阳之郁热, 枢机和调, 此疾遂安。

2 益气降逆止咯血

男, 32 岁, 1998 年 10 月 12 日初诊。患支气管扩张已多年, 日前因感冒复发。诊见咳嗽, 气短, 咯血、血色鲜红, 神疲乏力, 口渴, 胸背隐痛, 脉细数, 苔薄黄。此乃肺燥气虚不能摄血所致。治宜益气降逆、清热生津, 用竹叶石膏汤加味(竹叶、知母各 12 g, 石膏、花粉各 20 g, 党参、白芨、茅根各 15 g, 麦冬 30 g, 甘草 5 g)。3 剂后, 患者咯血显著减轻。此方续服 3 剂, 诸症痊愈。

按: 患者肺燥气虚不能摄血, 故血无所主而外溢。此乃虚中挟实、其本为虚。竹叶石膏汤为仲景治胃热津伤气逆证,

笔者借其益气降逆、清热生津之功。热清则肺安, 益气则津生, 逆降则血归经, 故自可愈也。诚如《景岳全书·血证》所云: “凡治血证, 须知其要……察气者, 但察其气虚气实……而得之所以, 则治血之法无余义矣。”

3 宣肺利水疗肾炎

女, 14 岁, 1997 年 4 月 15 日初诊。诊见发热(38.5℃), 恶风、咳嗽、眼睑水肿甚、纳差、小便短少、苔薄白、脉浮数。尿检: 蛋白(+++), 红细胞(++), 白细胞少许, 管型(++)。此为风水。治宜宣肺发汗、利水消肿, 用越婢汤加味(麻黄 6 g, 石膏 30 g, 甘草 5 g, 大枣、益母草、连翘各 15 g, 生姜 3 g, 桑白皮 20 g)。3 剂后, 诸症减轻。效不更方, 续服 5 剂, 诸症消失。继用参苓白术散益气健脾利湿调养 1 个月余, 以巩固疗效。多次尿检均正常, 随访至今未复发。

按: 急性肾炎常以实为主。《诸病源候论》曰: “肿之生也, 皆由风邪寒热毒气, 客于经络, 使血涩不通, 壅结而成肿也。”《金匱要略》曰: “腰以上肿当为其汗。”治疗急性肾炎, 常以宣肺发汗、清利水道入手。肺气宣则肃降有权, 气化自复; 得汗则小便自利, 水道利而水湿下趋。故用越婢汤宣肺发汗利水, 桑白皮、益母草利水消肿祛瘀, 连翘清热解毒, 全方可达祛湿消肿之目的。

4 通腑泻热治肠痈

男, 52 岁, 1999 年 6 月 15 日初诊。诊见发热, 口干苦, 右下腹疼痛, 伴腹胀, 大便 3 d 未行。查体: 体温 38.7℃, 白细胞计数 $12.5 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.80, 淋巴细胞 0.40, 阑尾麦氏点反跳痛, 脉弦数, 苔黄腻。此为热邪与肠道燥实内结, 腑气不通。治宜通腑泻热, 方以大承气汤加味[大黄 10 g(后下), 芒硝 10 g(后下), 枳实 10 g, 厚朴、栀子各 12 g, 黄柏 15 g, 木香 6 g, 甘草 5 g]。2 剂, 急煎

服, 服药后, 泻下稀便多次, 腑气得通, 热通身爽, 腹痛隐隐。前方去大黄、芒硝, 加柴胡 6 g, 茯苓、山楂各 15 g, 山药 20 g。续服 5 剂后, 诸症消除。

按: 此例具备大便秘结, 腹胀、苔黄、脉弦等里热腑实证, 符合“腑满不减, 减不足言”的大承气证。故用通腑法, 以清其实热, 此乃釜底抽薪, 而肠痈自愈也。

5 清胃泻火愈呕血

男, 45 岁, 2000 年 12 月 5 日初诊。患胃与十二指肠溃疡 5 年, 于前日晚饭时多食辛辣之品, 次日晨突发呕血。西药治疗效果不显著, 遂来中医治疗。诊见头晕、口干咽燥、欲饮冷水、胃脘不适、呕暗红色血、舌质红、苔黄、脉弦数。此乃胃火炽盛、损伤血络所致。治宜清胃泻火、祛瘀止血, 方以泻心汤加味[黄连 6 g, 大黄 10 g(后下), 黄芩、白芨各 15 g, 竹茹 10 g, 丹皮 12 g, 仙鹤草 20 g, 甘草 5 g]。急煎服, 1 剂后呕血即减少, 5 剂后诸症痊愈, 经随访半年, 未再复发。

按: 张景岳云: “动血之由, 惟火与气耳。”因血得热则妄行, 故吐血之证, 实热居多。仲景之泻心汤以大黄、黄连、黄芩苦寒泻火, 气火得清, 血亦宁静, 为治本之策。而大黄有行瘀之功, 通止其血, 无留瘀之弊。此方配伍周全, 其能釜底抽薪, 降逆之气, 泻上积之热。故在上消化道出血的气逆火盛型, 均可资此法。

6 温阳利水停咳嗽

女, 75 岁, 2001 年 5 月 21 日初诊。患者既往有肺源性心脏病已 20 余年, 于 1 周前不慎受凉而复发。经西医治疗, 症状无明显改善, 前来中医治疗。诊见气喘不能平卧、张口抬肩、心悸、面唇青紫、胸脘痞闷、腹胀、双下肢水肿、小便短少、舌紫暗、脉沉细。此乃心肾阳虚所致, 治宜温阳利水平喘, 真武汤加味[附片 10 g(先煎), 茯苓、白术、白芍、丹参、葶苈子各 15 g, 生姜 6 g, 炙甘草 10 g]。3 剂后,

咳嗽减轻,能平卧,小便增多,双下肢水肿好转。效不更方,仍以上方续服 5 剂,诸症悉平,仅微咳嗽。

按:患者虽病初起于肺,然因失治,迁延日久,损及心肾,心肾阳虚乃不能制水,上凌心肺。故用仲景真武汤温阳利水;丹参活血宁心,葶苈泻肺利尿、强心平喘而收效。

7 小结

自古以来,中医探讨急症治疗方面已积累了不少宝贵的经验。如《史记》载

扁鹊用针刺、汤熨和口服药救治魏太子的尸厥;《内经》载有高热、暴厥等急症的治疗;《肘后备急方》记载了几十种治疗急症的方药;《备急千金要方》介绍了多种急症治疗的经验;张从正用汗、吐、下 3 法治疗多种急症;明清创立的温病学,使中医对急症的治疗又有了提高。尤其突出的是张仲景《伤寒杂病论》对不少急症总结出了比较系统的理法方药,在整体观念、辨证论治及治病必求其本的原则下,创造了不少救治急症的名方,并将

这些名方与辨病有机地结合起来,以标本同治,上下并施,寒热互投,相得益彰,对中医的急症救治影响颇大。

总之,祖国医学治疗急症的方药甚多,颇见疗效,应有待于认真探讨,通过不断的临床实践,探本求源,加深体会,方能取得更好的临床疗效。

(收稿日期:2005-08-31)

修回日期:2005-12-18)

(本文编辑:李银平)

· 病例报告 ·

急性砷化氢中毒 3 例报告

张亚蓬

(云南中医学院,云南 昆明 650200)

【关键词】 中毒;砷化氢;血液灌流;二巯基丙磺酸钠

中图分类号:R278 文献标识码:B 文章编号:1008-9691(2006)02-0127-01

报告 3 例急性砷化氢中毒患者的抢救过程如下。

1 病历简介

3 例男性患者为装卸队工人,年龄 30~45 岁。于 2005 年 8 月 23 日 15:30 装卸块状、无外包装锌渣约 30 min。次日 3 例患者先后出现不同程度的恶寒、头昏、咽痒、口唇发麻、全身酸痛,未就诊。25 日 3 例患者先后出现恶心、呕吐、头痛、视物模糊、烦躁、腰困、浓茶水样小便、腹泻、皮肤发黄等,在当地医院就诊,予保肝、肾等治疗。25 日 20:00 转院入重症监护室(ICU)后立即查血常规、血生化、心电图、X 线胸片等,尿样送云南省疾病预防控制中心(CDC)检验,患者皮肤黄染,双侧瞳孔等大、等圆,直径约 3 mm,对光反射存在,巩膜黄染,肾区叩击痛,肝区胀痛,余无异常。血白细胞计数(WBC) $14.7 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $11.7 \times 10^9/L$ (比例 0.792),乳酸脱氢酶 3 235 U/L,丙氨酸转氨酶 12 U/L,天冬氨酸转氨酶 175 U/L,总胆红素 140 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 27 $\mu\text{mol/L}$,非结合胆红素 113 $\mu\text{mol/L}$,总蛋白 88 g/L,白蛋白 33 g/L,尿素氮 15.1 mmol/L,血

肌酐 137 $\mu\text{mol/L}$ 。尿量 700~800 ml。2 例患者有血象高、肝功能损害、血尿,但程度较轻。根据患者病史高度怀疑砷化氢中毒。立即行血液灌流 2 h,血流量 180 ml/min,常规抗炎、保肝、保肾、营养神经、维持水和电解质及酸碱平衡等治疗,予质量分数为 5%的 NaHCO_3 碱化尿液,激素 10 mg 防治急性肾功能衰竭(ARF),利尿剂增加尿量。26 日,CDC 检验回报,3 例患者尿砷含量分别为 0.73、0.54 和 0.46 mg/L(正常参考值均值为 0.13 mg/L^[1]),依据 GB Z44-2002 确诊。27 日 3 例患者红细胞(RBC)、血红蛋白较前下降,但在正常范围,网织红细胞升高,转氨酶、胆红素值仍高,肾功能正常。又行血液灌流 2 h,血流量 200 ml/min,根据血压及电解质补液 3 000~5 000 ml。28 日使用解毒剂二巯基丙磺酸钠 300 mg 静脉滴注,12 h 1 次。3 例患者尿量 3 700~5 000 ml,继续补液,维持水、电解质及酸碱平衡治疗,29 日复查尿砷含量分别为 0.120、0.066 和 0.020 mg/L,转氨酶均下降,肾功能正常,中性粒细胞升高。尿常规:RBC 3~5 个/高倍视野,WBC 0~2 个/高倍视野,尿量 2 500~3 000 ml,皮肤及巩膜黄染均明显减轻,30 日停用二巯基丙磺酸钠;31 日患者病情平稳;入院 28 d 后,

各项检查指标均正常,均康复出院。

2 讨论

砷化氢又名砷化三氢,是一种很强的溶血性毒物,经呼吸道吸收侵入人体。绝大部分(95%~99%)与红细胞中 Hb 结合,形成砷-Hb 复合物及砷氧化物,分布到全身各脏器,若肾功能未受损害,则由肾脏排出体外。砷化氢可抑制红细胞过氧化氢酶,使过氧化氢蓄积,可致红细胞膜脂质过氧化,从而破坏红细胞膜稳定性,引起溶血。红细胞碎片、血红蛋白管型可堵塞肾小管,引起 ARF,并对全身各组织器官均有直接毒性^[1]。3 例患者均未发生 ARF,属急性轻度中毒。急性期对 3 例患者实行血液灌流清除毒物,终止溶血继续发生,并予激素防治 ARF,给利尿剂增加尿量,减少肾小管阻塞,增加肾小球滤过率^[2],后期适量予少量络合剂驱砷,并大量补液,加快毒物排泄,救治比较成功。

参考文献:

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2005:828.
- [2] 赵凤萍,赵世峰.急性肾功能衰竭及血液净化治疗[J].中国危重病急救医学,2001,13:63-封 3.

(收稿日期:2005-11-18)

(本文编辑:李银平)