

通腑法在内科急症中的应用

甘肃省新医药学研究所 裴正学

通腑法即通腑泄热法，是通泄大便以消除里热的治法。笔者采用此法抢救内科急症患者，疗效较好。

例1 王××，男，51岁，工人，1982年8月6日急诊。患者于三日前上腹部剧烈疼痛，如刀割样，向左胸、腰、肩、背放射，伴恶心，呕吐，并出现颜面苍白，四肢冰凉，血压下降。遂请中医会诊。查体：体温37.8℃，脉搏102次/分，呼吸28次/分，血压60/40mmHg，面色苍白，痛苦表情，神志朦胧，颈软，两肺听诊无异常，心界不大，心尖区可闻及Ⅱ级收缩期吹风样杂音。腹部稍膨隆，上腹部偏左有明显压痛及轻度反跳痛，肝脾未触及，四肢冰凉，病理反射未引出。实验室检查：白细胞18000，中性84%，淋巴16%，血淀粉酶1260u（Somogyi法），尿淀粉酶445u（Winslow法）。诊断：急性胰腺炎并休克。中医辨证：舌红苔黄厚腻，脉沉细数，大便干结，参合胸腹之剧痛，颜面苍白，四肢冰凉等，证乃阳盛于内，格阴于外，内有阳明腑实，外有格阴肢厥，热愈盛则厥愈深。法当泻火攻实以治其本，方用大承气汤加味：大黄、芒硝、枳实、柴胡、白芍各10g，元胡、川楝子、厚朴、黄芩各6g，黄连、木香、草薢各3g水煎服，一日内连服2剂。同时给以补液和青、链霉素肌注。次日复诊：患者腹痛大减，神志转清，大便泄下大量酱黑色污浊稀便，血压100/80mmHg。患者左上腹部仍有疼痛，呈阵发性加重，并向左胸、腰、肩放射，伴口苦咽干，腹胀肠鸣。脉弦数，舌红苔黄腻。证属里热未尽，邪寓少阳，法当表里双解，方用大柴胡汤加味：柴胡、黄芩、枳实、大黄各10g，白芍15g，川芎、香附、元胡、川楝子各6g，黄连3g，苡仁、红藤各20g，水煎服，一日一剂共6剂。再诊：患者精神好转，血压平稳，舌苔变薄，脉弦，仅左上腹部时有隐痛。血淀粉酶由1260u降至60u，尿淀粉酶由445u降至120u，继服舒肝丸（河南禹县制药厂）每日早晚各一丸，以善其后。

例2 陈××，男，68岁，退休工人，1983年4月7日初诊。患者于一日前胸闷喘咳，骤然发生吐血，血色鲜红，内杂泡沫，一日来吐血不止，总量达半痰盂许，曾在××医院诊断为“支气管扩张合并大出血”。既往有慢性气管炎史，无结核病史，亦无心脏病史及肝胃病史。查体：体温38℃，呼吸20次/分，脉搏102次/分，血压100/65mmHg。患者消瘦萎黄，

神志清晰，胸部对称，两侧呼吸动度较深等大，略呈桶状，肋间隙变宽，叩诊过清音，两肺呼吸音粗糙，有散在干性罗音，心界不大，各瓣膜区均未闻及明显杂音， $A_2 > P_2$ ， A_2 稍亢进。腹部平软，胃区无压痛，肝脾未触及，腹水征（-）。胸部透视：两肺纹理明显增粗，透光度增强，肺野增宽，提示慢性气管炎合并肺气肿、支气管扩张？实验室检查：白细胞18600，中性82%，淋巴18%，血沉2mm/h。诊断：支气管扩张、肺气肿并大咯血。中医辨证：患者舌红苔黄厚腻，脉洪大而数，大便干结，胸膈满闷，咳喘气促，痰涎雍塞，泡沫状血痰。证属肺胃实火、火旺迫血。法当清泻肺胃，凉血止血，方用凉膈散加味：大黄、芒硝、连翘、黄芩、山梔、白芨、瓜蒌、桔红各10g，黄连、贝母、甘草各6g，薄荷3g，水煎服，一日一剂（同时给予青霉素80万u肌注，8小时一次；链霉素0.5g肌注，12小时一次），服4剂。复诊：咯血已止，舌苔变薄，仍有黄腻苔，胸满、喘逆亦较前减轻，痰仍多，呈黄稠之脓痰，腹泻日达2~3次，泄下物为褐黑色臭浊稀水。脉弦数。前方去芒硝、白芨，继进5剂。再诊：除胸满、气促外，诸证悉平，脉弦尺弱，舌淡苔微黄腻。嘱以麦味地黄丸日服二次，每次一丸，以善其后。

体会 上述病例，在治疗过程中，虽然均配合使用了西药，但是通腑法的应用无疑对控制病情起着重要作用。例1用通腑法，能促进胰液之排空，加强胰腺之引流，或可使充血、水肿易于消散。例2用通腑法，似可消散肺部水肿和充血，从而有利于肺出血的缓解。再者三黄泻心汤是众所周知的泻火止血剂，对肺出血的治疗就更为有利。中医传统认为“肺与大肠相表里，通泻胃肠乃釜底抽薪”之法，加用黄连又寓“泻心即是泻火，泻火即是止血”之意。通腑法对各种急症的治疗是确有疗效的，但此法治疗急症之重要指征当是“实热内结”，这和中医传统概念是完全一致的。笔者认为“实热内结”既可形成阳盛格阴（休克），又可出现热盛动风（抽风），还可合并迫血妄行（出血），热入心包（昏迷）……等。凡此种险症，都是以热结为病机基础的，这就给通腑法治疗急症提供了广阔天地。通腑法的应用应中病即止，以防止患者过度腹泻造成后遗症，也就是当“实热内结”的证候变化后，即应根据新的病情辨证施治，才能使疾病完全治愈。