

急腹症中医药治疗规律

● 洪广祥*

关键词 急腹症 中医药 治疗规律

急腹症是以急性腹痛为主症的腹腔脏器疾病的总称,它是以急性剧烈腹痛为特征,并伴有胃肠功能紊乱或急性全身症状(中毒、体液紊乱和休克)等一系列表现,是临床上最常见的多发病,具有起病急、发病快、病情重、变化多和病因复杂等特点。包括的病种甚广,在外科范疇中,较常见者为急性阑尾炎、急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、急性肠梗阻、溃疡病急性穿孔、急性胰腺炎等。

中医学对急腹症虽无专篇论述,但这些疾病在中医学中则包括在“腹痛”、“结胸症”、“蛔厥”、“肠结”、“寒疝”诸病中,以及“胃脘痛”、“呕吐”、“便秘”、“黄疸”等症中。中医文献不仅对这些病症的病因、证候有丰富的记述,而且积累了宝贵的治疗经验。如汉代张仲景的大黄牡丹皮汤、薏苡附子败酱散、乌梅丸、大承气汤、大柴胡汤、三物备急丸等等。这些方药一直沿用到今天,证明它们仍然有良好的疗效。

笔者在20世纪70年代和80年代初期,与西外科合作进行了急腹症的中西医结合临床研究,取得了较为满意的临床疗效。现就中西医结合治疗急腹症的体会和经验,重点对急腹症的辨证与治疗作一介绍。

1 急腹症病因病理

急腹症的发生原因,主要有下列几方面:

饮食不节(暴饮暴食或嗜食高粱厚味、或恣食生冷)损伤脾胃,脾胃运化失常,继之六腑传化无能,糟粕内聚,生湿生热。

寒温不适,致使外邪(寒、湿、热邪)蕴结于内,经络阻隔、气血凝滞。

虫积、结石或粪块阻塞,致使腑气通降失常,肠道传化不利。

情志内伤,暴怒伤肝,忧思伤脾,脏腑相为表里,脏有病则腑之脉络内气乖违,壅塞不通。

上述这些因素,都能引起脏腑气机阻滞而发病,病变的主要脏器

以腑为主。

六腑为传化之腑,《素问·五脏别论》说:“六腑,传化物而不藏,故实而不能满也”。六腑的基本生理特点是“以通为用”。其气机运行是“泻而不藏”、“实而不满”、“动而不静”、“降而不升”,以通降下行为顺,滞塞不通为逆。急腹症的病理,主要是脏腑气机阻滞,尤其是腑气的通降失常所致。这种突发的腑气通降失常,痞塞不通,导致了气机壅塞,“不通则痛”,因而急性腹痛也就成为急腹症的主要症状。“不通”的病理基础是什么?主要是气滞血瘀。因为“气为血之帅”、“气行则血行”、“气滞则血瘀”,血液的运行,与气的机能密切相关,气机郁滞,可使血液阻滞而成“血瘀”。血瘀又能加重气机郁滞,两者常互为因果。一般来说,气滞为血瘀的先兆,血瘀是气滞的发展。急腹症的病理由气滞到血瘀,标志着急腹症发展演变过程。气滞血瘀郁久则能化热,热积瘀滞不散,可引起局部血肉腐败,酝酿成脓;甚则热毒炽盛,伤阴损阳,正虚邪陷,而出现厥脱的危急局面。

从现代医学看,急腹症的病理主要也是梗阻不通和局部炎症。

* 作者简介 洪广祥,男,著名中医学家。主任医师、教授,北京中医药大学中医内科学博士生导师,国务院特殊津贴获得者。全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师,本刊学术顾问。

• 作者单位 江西中医学院呼吸病研究所(330006)

由于梗阻促进了细菌繁殖,加重了炎症,而炎症的组织水肿,又进一步引起梗阻,两者常互为因果。因此,从中西医两方面来看,“不通”都是急腹症所具有的共同规律。临床实践证明,只有贯彻“以通为用”的总则,才能有效地促进六腑气机运行协调而恢复“以通降为顺”的共同生理,使机体从病理状态恢复到正常的生理状态。

2 急腹症的辨病与辨证

外科急腹症在临床上具有发病急、变化快、病情重的特点,“暴病属实”,故外科急腹症大多数为实证,仅有部分病人在疾病后期或因其他因素之影响而表现为实中有虚,虚中有实,虚实夹杂等情况。从脏腑来说,则为肝胆、脾胃、大小肠等见证为最多,其中以腑的见证为主。根据外科常见急腹症的临床表现,归纳起来,可概括为四个基本证型。

2.1 气滞证 临床上多见腹部胀痛或串痛,或痛无定处,嗳气或矢气、排便后胀痛减轻,伴有恶心、嗳气、肠鸣、纳呆,舌苔薄白,脉象多弦。

急性阑尾炎、胆囊炎胆石症、胰腺炎、肠梗阻轻症或早期阶段常见此类证候。急腹症所见的气滞证候,类似现代医学腹部脏器功能障碍为主的病理生理表现。

2.2 血瘀证 临床上多见腹痛呈持续性隐痛或卒然痛剧,痛点固定不移,痛如针刺、刀割,腹部有压痛或拒按,或可触及实质性包块,或大便紫黑,舌质紫暗或有瘀斑,脉象多涩。

急腹症所见之血瘀证候,类似现代医学腹部脏器的器质性病变伴有血运障碍的病理表现。

2.3 热壅证 临床上多见持续性

腹痛或有阵发性加剧,伴发热,口渴,恶心呕吐,腹部有明显压痛,或反跳痛、肌紧张。

如热结腑实,则大便秘结,腹部胀满,常可触及疼痛的肿块(如阑尾包块或肿大之胆囊),舌苔黄厚而干燥,舌质红,脉洪数或滑数。

急腹症所见的热壅证候,类似现代医学急性感染所致的炎症表现。大多数急腹症属于此类型,如急性阑尾炎、胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎以及各种原因引起的腹膜炎。

2.4 湿热证 在临床辨证时需注意辨认湿偏重,还是热偏重。急腹症患者热重于湿者多,湿重于热者少。由于湿热蕴结的部位不同,其临床表现也不完全一样。如肝胆湿热则多见两胁胀痛,引向肩背,恶心呕吐,脘腹胀满,发热或寒热交作,大便秘结,小便短赤,口苦口干,全身发黄,舌质红,舌苔黄腻,脉弦滑数;脾胃湿热则见脘腹胀闷疼痛或按之作痛,口苦口粘,大便秘或腹泻秽臭,便后不爽,舌苔黄腻,同时还可有黄疸、发热、口渴不欲饮、小便短赤等。肝胆湿热和脾胃湿热均可见黄疸,但前者以胁痛明显,后者以消化道症状明显,可助鉴别。膀胱湿热则尿频、尿急、尿痛、尿黄浊或尿血,并可伴见发热,腰痛,苔黄腻,脉滑数等。

急腹症所见的湿热证候,常见于胆囊炎、胆石症、炎症型胆道蛔虫病、尿路结石或合并感染,胆道感染合并胰腺炎等。

2.5 虫积症 证见腹痛时发时止,痛时转辗不安,甚则肢冷汗出,痛定复如常人。如虫积在上则上部钻顶样剧痛,呕吐频繁,甚则吐蛔;虫积在下,则绕脐作痛,腹部或可摸到条索状块物(蛔虫团),按之柔软。发病以儿童为

多,常见面黄肌瘦,面、舌、眼白可显虫斑,或有呕蛔、便蛔。

急腹症所见的虫积证候,常见于胆道蛔虫病、肠道蛔虫病及蛔虫团堵塞肠道形成之肠梗阻。

上述五个证型临床上有时可两型或数型同时出现,且互为因果,互相转化,互相兼挟。辨证时要注意区别主证和兼证,主要矛盾和次要矛盾以及它们之间的因果关系,才能使辨证准确,治疗得当。

3 急腹症的基本治法和用药经验

中医中药治疗急腹症,重要问题在于明确手术疗法和非手术疗法的适应症,坚持辨证论治的基本原则,立足于整体,重视局部,局部与整体相结合。外科急腹症多属实证、腑症、里症、热症。根据“六腑以通为用”、“通则不痛”的生理病理规律,“通”就成为急腹症共同的主要治法。如何理解“通”法?根据《医学新传》中说:“夫通则不痛,理也。但通之之法,各有不同。调气以和血,调血以和气,通也;上逆者使之下行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。若必以下泻为通,则妄矣。”由此可见,“通”法的含义很广,凡属调理气血,舒畅气机,补虚泻实等,以达到祛除病邪,恢复脏腑正常生理功能的治法,均属“通”法范围。

现将中医中药治疗急腹症的基本治法分述如下。

3.1 通里攻下法 又称泻下法。凡用攻下药为主的方药以排除体内停滞有形之邪的方法称通里攻下法或泻下法。它是治疗急腹症的主法。因为“里实证”是急腹症常见的临床表现,通里攻下是针对里实证而采取的治法,即《内经》所

谓“实则泻之”之意。

由于攻下药的作用有峻、缓之别,性味又有寒热之异,故一般将其方药分为寒下、温下、逐水、润下四类。在急腹症中应用最广的是寒下,为节省篇幅,这里重点介绍寒下在急腹症中的具体运用。

寒下属于峻下范围,常见于急性腹腔炎性疾患,如急性阑尾炎,急性胰腺炎,急性胆囊炎、腹腔脓肿以及急性肠梗阻(痞结型、瘀结型早期)等疾病。这些疾病的病情虽然不同,但其共同点都是里实热证,因而都可用寒下法进行治疗,以达到下热、下实的目的。所以寒下法在急腹症中具有广泛的运用范围,并常与清热、理气法合用。

寒下的代表药物为大黄、芒硝,它们都是治疗阳明腑实证的主药,其中大黄不仅有泻下作用,还具有泄热、泄火、解毒、祛瘀等作用,并具有较强的抗菌消炎功能。因此,大黄是治疗急性腹腔炎性疾患时最常用的主药。在急腹症的初期,即使大便正常,亦可应用。不过,在一般情况下用量不宜过大,得利即可。如果里实热证较甚者,大黄的剂量宜大,得快利而后方止。

据现代研究资料,大黄的致泻作用,主要是由于其中含有结合性大黄酸类物质,刺激肠壁,引起肠壁收缩,分泌增加,而发生泻下通便作用。试验还证明,大黄煎煮过久,结合性大黄酸遭到破坏,其泻下作用就会减弱;且因大黄中还含有鞣酸类物质的大量析出,反有收敛作用。因此,古人在论述大黄的用法时说:“生者气锐而先行,熟者气纯而和缓”是很有道理的。临床使用生大黄时,后下(煎)的目的就是取其泻下作用,正如古代医学家李东垣所说:“大黄苦峻下走,用之

于下必生用”。

芒硝,咸苦大寒,能润燥软坚,故能通燥结;又因其性寒降下,故能去大热,为肠胃实热结滞、腹胀、便秘等症常用之品。它常与大黄配合运用,即《内经》所述“热淫于内,治以咸寒”之意。

芒硝的致泻作用,即是硫酸钠的致泻作用。这是因为芒硝中某些离子不易为肠壁所吸收,在肠内形成高渗而阻碍肠内水分的吸收,所以肠内保持着大量的水分,因而使肠内容物变稀薄,容积增大,刺激肠粘膜感受器,反射性地引起肠蠕动亢进而产生泻下作用。由此可见,其泻下的快慢,除取决于剂量的大小外,还取决于饮水量的多少。芒硝除泻下以及清热泻火的作用外,更有利胆作用,能增加管道分泌,促进管道蠕动,松弛括约肌。因此,芒硝又是胆道疾患,尤其是胆石病的常用药物。

寒下的代表方为大承气汤,由大黄、芒硝、枳实、厚朴四味药组成。此方为治疗阳明腑实证的主方。从本方的药物组成来看,可分为泻下与行气两个部分。行气(枳实、厚朴)与泻下(大黄、芒硝)相配伍,可以起协同作用,使泻下的作用增强。由于大承气汤既能泻实热,又能除燥实,故对燥热内结,气机壅滞的急腹症是一个有效的首选方剂。临床常根据不同的目的,随证加减可以演变出多种有效的通里攻下方。

通过对大承气汤复方的试验研究,初步证明本方具有增加肠道的蠕动,增加胃肠道的容积,改善胃肠道的血液循环和降低毛细血管的通透性,以及促进胆囊收缩、胆道口括约肌放松、胆汁分泌增加(利胆)等作用。这个试验结果,对中医学认为“六腑以通为用”、“不

通则痛”、“痛随利减”的基本理论及运用“下法”治疗急腹症的原理,增添了新的论据。

必须指出,“通里攻下”法是一种祛邪的治疗方法,用之得当能收到速效,但用之不当亦可产生不良反应。在运用“通里攻下”法时,要注意掌握好;(1)“通里攻下”的适应症与禁忌症。因为“通里攻下”法是治疗里实证的方法,故凡非里实证者均不宜采用;(2)凡属可下之症,必须大胆攻下,力争“速战速决”;(3)要掌握适可而止的原则,以防攻伐太过,正气受伤。

3.2 清热解毒法 凡用清邪热、解热毒的方药以清除体内火热壅盛、郁结成毒的病症的方法称清热解毒法。它是治疗急腹症的主要方法之一。里热证是急腹症的常见临床表现,清热解毒法是针对里热证所采取的治法,即《内经》所谓“热者寒之”之意。在急腹症的治疗中,清热解毒法主要用于急性腹腔炎性疾患而具有里热证候的患者,临床上常与通里攻下法配合使用,以达到炎症除、腑气降、梗阻通的目的。

清热解毒药的种类颇多,凡药性寒凉,具有清除里热、泻火解毒作用的药物,统称为清热解毒药。临床及试验证明,这部分药物多具有不同程度的抗菌、消炎、解热作用,因而在急腹症中有着较广泛的适用范围。

根据临床体会,在急腹症中最常用的清热解毒药可分为三组:

(1)银花、连翘、蒲公英、紫花地丁。在急腹症治疗中,这四种药常用于腹腔急性感染。如急性腹膜炎、急性阑尾炎以及腹腔脓肿等。有时也可用于胆道感染,溃疡穿孔第二期(消炎期)。

(2)红藤、败酱草。具有清热

解毒和活血祛瘀两方面的作用。但败酱草善于消痈排脓,而活血祛瘀力量较差。两者常配合治疗急性腹膜炎和阑尾周围脓肿。

(3) 栀子、知母、生石膏。为清热泻火药。常配合用于治疗急性腹膜炎、急性阑尾炎、急性胆道感染等多种伴有高热之腹腔急性感染。

以上三组清热(泻火)解毒药,可根据急腹症里热证候的不同情况,既可单独应用,也可联合使用。

此外,急腹症的常用清热解毒药还有白花蛇舌草、虎杖、三棱针、鸭跖草、白毛夏枯草等,也可酌情选用。

3.3 清湿热法 为清除湿热之主要治法。常用于急腹症而伴见湿热证候者。由于湿热的所在部位不同。因而又有清热燥湿与清热利湿之分。

(1) 清热燥湿:清热燥湿的代表药为黄连、黄芩、黄柏、龙胆草等,这类药物的性味特点是多为苦寒,苦能燥湿,寒能清热,常用于湿热内蕴或湿邪化热的症候。在急腹症的治疗中,常与通里攻下法配伍用于急性胆道感染与胆石病等。

(2) 清热利湿:常用的清热利湿药有金钱草、木通、泽泻、车前、扁蓄、瞿麦、冬葵子、海金沙等。主要用于泌尿系结石。有合并感染者可配合清热解毒药;有梗阻现象者则应配合行气活血药。

3.4 理气开郁法 气机郁滞是急腹症的主要病因病机。理气开郁法是针对气机郁滞而采取的治疗方法。在急腹症的治疗中,理气开郁法具有广泛的应用范围。常用于胃肠和胆道功能紊乱以及各类早期炎性急腹症;配合活血化瘀药消除炎症后残存浸润或包块;作为

通里攻下或清热解毒的后续治疗,以调理脏腑,疏通气血。

常用的理气开郁药,如莱菔子、枳实(壳)、厚朴、木香、柴胡、乌药、青皮、香附、郁金等。这类药物的性味多属温性,这是因为气得温则行,遇寒则滞的缘故。

现代研究证明,理气开郁的大部分药物具有解痉作用而降低消化道的张力,调整消化道有节律性地蠕动,使六腑气机恢复“以通降为顺”的生理活动。

3.5 活血化瘀法 血瘀是急腹症的常见病因病机,活血祛瘀是针对血瘀而采取的治疗方法。本法在急腹症中具有广泛的适应范围,凡各类早期的急腹症、各种类型的包块、胆道及泌尿系结石以及某些急腹症的恢复期伴见瘀血症候者,均可采用活血祛瘀法。

现代研究证明,活血祛瘀的主要作用是扩张血管、改善血液循环、保证组织灌注以及改善毛细血管的通透性而促进炎症的吸收与局限。这些作用均有利于恢复六腑正常生理活动以及局部病灶的炎症的消退与修复。

急腹症常用的活血祛瘀药,应针对不同的情况采用药力不同的药物。如活血止痛常用川芎、元胡、郁金、蒲黄、五灵脂、乳香、没药;祛瘀消坚常用桃仁、红花、三棱、莪术;祛瘀排脓常用穿山甲、皂角刺等。

临床应用活血祛瘀药也要注意辨证,决不能见到“血瘀”证而不加辨证地使用活血祛瘀药,这样是不能提高疗效的。因为“血瘀”证的出现,可因寒、热、虚、实四个不同的原因而产生,如因寒而致者则兼用“温法”;因热而致者则兼用“清法”;因虚而致者则兼用“补法”;因实而致者则兼用“攻法”。

结合急腹症的特点来说,急性期多与泻下、清热法并用;恢复期则常与补益法同用。还有一个共同而且重要的配伍就是“行气法”,理由是“气为血之帅”,“气行则血行”,“气滞则血滞”。因此在“活血化瘀”的同时,必须配伍“行气法”,加上行气的药物以助血行。故前人有“理血先理气”的说法。

以上是急腹症的中医常用治法,此外还有温中散寒法,制蛔止痛法、降逆止呕法等等。这些治法都有一定的适应范围,或单独使用,或配合应用,须视病情而定。

中医中药治疗急腹症,要始终坚持中西医结合的原则。因为急腹症是一个发病急、变化快、病情重的病种,严重的患者在短期内就可发生人体生理、病理的明显变化。因此在治疗急腹症的过程中,必须坚持“用中西医两法治疗”。

4 典型病案

例一 林某,男,39岁,1972年6月13日初诊。

患者赴婚宴后翌日晚突发上腹剧痛,痛如刀割,呈阵发性加剧,并向腰背部及双肋肋部放射,呕噁症状明显,呕吐物为胃内容物。神情烦躁不安,痛苦异常,大便不畅,口苦口干口粘,发热微恶寒。舌质红暗,舌苔黄腻偏厚,脉象弦滑数,寸脉稍浮。

体检:体温38.4℃,血压正常。腹部触诊剑突下有压痛,伴有腹肌紧张,但无反跳痛。

化验:尿淀粉酶686u,白细胞11.6X10⁹/L,嗜中性粒细胞82%。

西医诊断:急性水肿型胰腺炎

中医辨证:脾胃积滞,湿热内蕴,气机紊乱,升降失常。治宜行气导滞,清化湿热,通里攻下。方用清胰汤加减:

北柴胡 15g, 黄芩 15g, 法半夏 10g, 生大黄 10g(后下), 枳实 15g, 厚朴 10g, 白芍 10g, 败酱草 20g, 白毛夏枯草 20g, 炒山楂 30g。水煎服, 每日 2 剂, 4 次分服。

二诊: 服药后体温 37.2℃, 解粘稠粪便 3 次, 恶臭, 呕噁已除, 腹痛基本缓解, 尿淀粉酶 236u, 白细胞 $8.4 \times 10^9/L$, 嗜中性粒细胞 72%。舌苔黄厚腻减半, 脉象弦细滑, 数象已除。

上方续服 2 剂, 改为每日 1 剂, 水煎分 2 次服。

三诊: 自觉症状完全消失, 腹部体征已除, 尿淀粉酶恢复正常, 继续用上方加减调理善后。

按 急性胰腺炎是一种内科急症。发病的常见原因多为饮食不当, 暴饮暴食, 特别是进食油腻食物、饮酒等。适合中医药治疗者为急性水肿型胰腺炎。胰腺的生理功能包含在中医脾脏之中。脾胃互为表里, 是人体对食物消化、吸收的主要脏腑。暴饮暴食使脾胃受纳、运化和升降功能失调, 气机郁滞, 湿热内生, 从而进一步加重脏腑气机壅塞, 脘腹疼痛是“不通”所致。胃气上逆故呕噁; 腑气郁闭, 大肠传导失常, 故大便不畅; 尿淀粉酶和白细胞升高是由于湿热郁遏之缘故。

另一方面, 气机壅塞可导致“气滞血瘀”。舌质暗和腹痛如刀割显然与瘀滞气机有关。发热微恶寒、寸脉浮为表证特征, 是患者酒后冒感风寒病邪所致。

清胰汤为治急性水肿型胰腺炎有效方。该方由柴胡、黄芩、延胡索、川楝子、生大黄(后下)、白芍、青木香、姜半夏、甘草等组成。是《伤寒论》大柴胡汤变方。本案患者脾胃食积, 湿热内蕴, 气机壅塞, 腑气不通的证候突出, “不通”

是其发病的中心病机。因此本案在清胰汤的基础上, 合用小承气汤以加强通腑气, 促使腑气壅塞症状迅速解除; 方中加用败酱草、白毛夏枯草与黄芩、大黄相配, 以清泄湿热, 使胰腺炎症水肿得到有效控制; 山楂既消食滞又消肉积, 与厚朴、枳实相配, 可达除壅导滞, 化瘀定痛之功。笔者认为, 本案患者服药后病情所以能迅速控制, 急腹症症状得到有效缓解, 是正确把握了非手术治疗急腹症的客观标准, 充分运用了以中医药理论为指导的原则, 在辨证施治和遣方用药上遵循客观规律, 从而取得较好疗效。

例二 李某, 女, 8 岁, 1970 年 6 月 3 日初诊。

患儿腹痛 1 天余, 腹痛持续加剧, 以脐周痛更甚, 腹胀大, 叩之如鼓, 腹部可扪及绳索状团块, 大便已 3 天未解, 饮入则吐, 西医外科诊断为蛔虫性肠梗阻。建议采取中西医结合治疗。西医行胃肠减压、补液及对症治疗。舌质红, 呈花剥舌, 两颊可见蛔虫斑, 脉弦。中医辨证为虫结证。治宜驱虫通腑。方用鲜苦楝皮(二层皮)30g, 乌梅 15g, 干姜 10g, 生大黄 15g(后下), 枳实 15g, 厚朴 10g, 水煎 2 次, 每次取药汁 150ml 由胃管注入。服药后当日即排便数次, 排出大小蛔虫 60 余条, 梗阻随之解除, 腹痛消失。

按 “痛”、“呕”、“胀”、“闭”为肠梗阻四大主症。临床可分为痞结型、瘀结型及疽结型, 其目的是指导划分手术与非手术治疗界限。痞结型最适宜中医药治疗。其辨证多为实证。治疗重点应围绕一个“通”字, 以达泻下通腑, “通则不痛”之目的。蛔虫性肠梗阻多为痞结型。蛔虫聚团, 腑气不

通, 是形成梗阻的关键环节。因此驱蛔通腑就成为其基本治法。根据蛔虫“得酸则静, 得辛则伏, 得苦则下”的特点, 故用苦楝皮驱蛔杀虫。本品能使蛔虫体收缩性疲劳而痉挛, 最后使虫体不能附着肠壁而被驱出体外。苦楝皮有小毒, 服用量过大可中毒, 甚至可以致死。根据民间经验, 用鲜苦楝皮二层皮, 呈白色者, 毒性极小, 使用安全。笔者赴农村开门办学和医疗期间, 遇胆道、肠道蛔虫症及蛔虫性肠梗阻, 应用鲜苦楝皮二层皮 30g 于复方中, 制蛔效果甚佳, 亦未见毒性反应。方中苦楝皮、大黄苦能下蛔; 干姜辛以安蛔; 乌梅酸以制蛔。大黄、厚朴、枳实为小承气汤方, 具有泻腑通结, 行气导滞之功。故患者服药后腑气得通, 蛔虫随粪便排出, 痛呕胀闭等症迅速解除。

例三 孙某, 女, 20 岁 1984 年 12 月 4 日门诊。

患者于 1984 年 9 月 30 日出现左下腹绞痛, 伴呕吐黄水, 尿例检红细胞(++++)、蛋白(+), 白细胞 1~5 个/HP, 曾服用清利通淋、滋肾泻火等方药均无效果。

腹部平片提示: 左肾影内可见一小斑点状阴影。超声检查报告: 左肾盂内可见 1.2cm 无回声暗区, 右肾盂内可见 0.9cm 分离段。声象图诊断: 左肾轻度积水。

初诊所见, 反复血尿二月余, 左腰胀痛连及左下腹, 无尿频尿急尿痛, 舌质偏红暗, 舌苔薄白, 脉细弦。拟从瘀水互结, 气机阻滞, “不通则痛”辨证论治, 治法: 化瘀止血, 通淋利水, 疏畅气机。处方如下:

生蒲黄 10g, 槐花米 20g, 藕节炭 20g, 旱莲草 20g, 金钱草 30g, 冬葵子 15g, 石苇 15g, 白茅根 30g, 郁

金 10g, 广木香 10g, 乌药 15g。

上方服至 4 剂, 解出绿豆大结石两颗, 血尿已停, 腰痛已除。

复诊改用六味地黄汤加鹿含草、白茅根、白花蛇舌草善后。1985 年 1 月 29 日尿常规复查正常, 症状消除, 无自觉不适。

按 本案临床表现为左腰胀痛和反复血尿延续数月, 经腹部平片、超声显象诊断为左肾结石并积水。

中医临床多习惯应用清利通淋以排石, 滋肾泻火以止血, 证之临床多数效果不佳。本案从辨病与辨证相结合的方法出发, 充分遵循以中医药理论为指导的原则, 抓住“不通则痛”为急腹症疼痛的普遍规律, 结合辨证和证候的鉴别诊断, 确立“瘀水互结, 气机阻滞, 不通则痛”的病机, 采取“化瘀”以止血, “通淋”以利水, “理气”以止痛的治法, 使排石、血止、水消、定痛之疗效同步实现, 临床疗效十分显著。笔者经验, 排石要重在疏畅气机, 理气药和化瘀药有助于尿路管道之松弛和扩张, 局部血液循环的改善, 从而使梗阻之结石易排出体外。实践证明, 单纯应用通淋排石法, 其排石率远不如理气排石法疗效显著。

例四 杨某, 男, 36 岁, 1972 年 9 月 26 日初诊。

患者于 1968 年 8 月因原发性胆总管结石、阻塞性黄疸, 在某省

医院手术取出泥沙样结石, 作胆囊切除术。一年后, 右上腹时有隐痛, 逐渐增剧, 并伴有发热、呕吐。屡服中西药及对症治疗效果不佳, 随后发作次数更加频繁, 每次均急诊入院治疗。

本次发病又因右上腹剧痛, 放射至腰背部, 畏寒发热, 体温 40℃, 巩膜无黄染, 腹平坦, 有压痛, 无肌卫, 无反跳痛。白细胞 $1.28 \times 10^9/L$, 中性 86%。A 型超声波示复发性胆总管炎, 术后残余结石。入院后西医经对症处理后体温已降至 38.4℃, 但右上腹阵痛未能缓解, 遂请中医会诊。

证见右上腹痛阵作, 痛位固定, 压痛明显, 时有恶心, 大便不畅, 口苦口干, 舌质红暗, 舌苔薄黄腻, 脉弦滑数。证属湿热挟瘀, 气机郁滞, “不通则痛”, 治宜清利湿热, 化瘀排石, 通利腑气为治。方用胆道排石汤加減:

茵陈 30g, 金钱草 30g, 郁金 15g, 广木香 10g, 北柴胡 15g, 黄芩 10g, 枳实 15g, 桃仁 10g, 川芎 10g, 生大黄 10g(后下)。5 剂, 每日 1 剂, 水煎 3 次分服。嘱服药第 1 天起, 收集每次大便, 与清水搅拌, 淘洗结石。

二诊: 体温降至 37.2℃, 大便每日 2~3 次, 右上腹痛明显减轻, 但未淘洗出结石, 上方再加芒硝 10g(分两次溶化与药液冲服), 连服 3 天以观察排石情况。

三诊: 体温完全正常, 右上腹痛基本缓解, 大便每日 4~5 次, 为稀水便, 观察 3 天先后排出泥沙样结石, 总量约 10 余克。后改用柴芍六君子汤合桂枝茯苓丸加減善后调理。

按 本案为复发性胆总管炎, 术后残余结石入院。经西医对症处理后体温略有下降, 但右上腹阵痛未能缓解, 而邀请中医会诊治疗。从中医辨证分析, 患者有两大主要矛盾, 一为瘀滞胆管, 二为湿热内郁, 以致气机阻塞, 通降失调, “不通”为其关键环节。胆为六腑之一, 生理功能以通行下降为顺。从其证候表现来看, 湿热与瘀滞互为因果。两者均能导致枢机不运, 经气不利, 通降失常。由于湿热与瘀滞病理未能解除, 故患者常反复呈现寒热、腹痛、呕噎、便秘等少阳、阳明见证。邪郁少阳是其病之本, 阳明腑气不通是其病之标。湿热瘀滞是引发枢机不运, 腑气不通之病机重心。因此在治疗本案过程中, 始终抓住清利湿热, 化瘀排石, 通利腑气的基本治法。在用药技巧上采取“疏导”和“化解”的思路, 达到湿热清, 瘀滞通, 枢机利, 从而使残余泥沙结石顺利排出, 实现了标本同治的双赢效果。最后应用柴芍六君子汤合桂枝茯苓丸加減善后, 以达调理脾胃, 疏肝利胆, 活血行瘀, 从而有利于控制结石形成和病情反复。

思想独立 学术自由 广采博收 兼容并蓄

欢迎订阅《中医药通报》杂志

邮发代号 34-95