

# 针(灸)药结合治疗反复鼻衄 1 例

● 张达贵<sup>1</sup> 指导:刘力红<sup>2</sup>

**摘要** 通过针(灸)药结合治疗反复鼻衄 1 例,体会学习经典的重要性,只有掌握经典才可以应付临床的千变万化。

**关键词** 鼻衄 针(灸)药结合 金匱要略

鼻衄即鼻出血,不是一个独立疾病,而是许多病可能出现的一个症状,可由多种原因引起,为耳鼻喉科常见的急症。轻者仅涕中带血,可自愈或自行止血,重者血如泉涌,有“鼻洪”、“鼻大衄”之称,而反复或多量出血可致贫血,甚至一次大量失血可引起休克乃至死亡。

## 1 病因

鼻衄之因,后世医家多责之于火,如《素问玄机原病式》曰:“衄者,阳热拂郁,干于足阳明而上,热甚则血妄行,故鼻衄也。”丹溪曰:“口鼻出血,皆是阳盛阴虚,有升无降,血随气上,越出上窍。法当补阴抑阳,气降则血归经矣。”又说:“衄血,凉血行血为主。”《景岳全书·血证》:“凡治血证,须知其要。而血动之由,惟火惟气耳。故察火者,但察其有火无火;察气者,但察其气虚气实,知此四者,而保其所以,则治血之法无余义矣。”这些医家都没有医圣张仲景关于“春至夏衄者太阳,从秋至冬衄者阳明”说

的全面和简单,下面通过一则,案例说明如下。

## 2 病历介绍

患者,女,56岁,患者反复鼻衄两年,时轻时重,近来频繁发作,时间不定。2009年11月8日晚2点余,突发鼻衄,自用毛巾冷敷数次,血渐止。自述流血约两碗(400毫升),后于当地人民医院五官科就诊,做血常规、鼻内窥镜、CT等一系列检查,均未见明显异常。考虑患者有高血压病史,建议内科治疗高血压,仍反复发作,经友人介绍,于2009年11月17日来诊。刻诊:患者精神萎靡,形体消瘦,面色灰暗,四肢欠温,目睛昏黄,恶寒,怕风,时汗出,无口干口苦,无胸闷,肩背拘急,纳可,二便无异常,睡眠较浅,不敢乱动(担心鼻衄)。舌暗,苔稍腻,脉浮细偏数。经了解,患者平素确有高血压(150/95mmHg),但波动不明显,考虑与鼻衄无直接关系,近来情绪较忧郁,余正在考虑处方,患者无

明显诱因下,出现鼻衄,色偏红,从左鼻孔流出,量渐多,嘱其头稍向上靠椅背,血液由后鼻孔流入咽部,经口内大量吐出,为其针:天府,侠白,合谷,右迎香,灸上星时患者诉头较舒适,五分钟后血止,血约出200毫升。

处方:制附片(先煎)、白术各20克,桂枝、白芍、炙甘草、茯苓各15克,生姜五片、大枣五枚。5剂,每日1剂,水煎服。

二诊,患者精神好,脸色焕然一新,肩背拘急已解,自汗不明显,四肢较前暖,背稍恶寒,鼻衄出现一次,但很快能自止,睡眠较安心,胸偶有闷,处方:制附片(先煎)30克、白术20克,桂枝、炙甘草、茯苓各15克,生姜五片、大枣五枚,干姜15克。5剂,每日1剂,水煎服。

三诊,患者目睛慧了,已无不适,大为称赞中药便宜又有效,要求再吃中药,以防再发,嘱其宽心,已无大碍,以胶艾汤加干姜善后。二年后随访未再发。

## 3 讨论

鼻衄之因,后世医家多责之于火,火有虚实之别,而又以阴虚火盛

• 作者单位 1. 广西中医学院经典中医临床研究所 2009 级硕士研究生(530001); 2. 广西中医学院(530001)

为常见,认为衄血是血液不循常道,上溢于口鼻诸窍,渗于肌肤。鼻为肺窍,属胃络,肺胃热盛,迫血妄行,或肝火内盛,或虚火上炎,损伤脉络,或气血亏虚,气不摄血,血液上行于清道,而成衄血,这些说法都没有医圣张仲景说的简单而有效。在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六》<sup>[1]</sup>已经说的很清楚:“从春至夏衄者太阳,从秋至冬衄者阳明”。简言之,一个是表寒,一个是里热,处方虽然未直接开出,其实已在书中,只不过是书年代久远,传至现代又有些凌乱。

“春至夏衄者太阳,从秋至冬衄者阳明”,曹颖甫在其《金匱发微》<sup>[2]</sup>里说的很清楚:“此传写之误也。”当为:“从冬至春,衄者太阳,从夏至秋,衄者阳明”。因为太阳伤寒,见于冬令为多,太阳中风见于春令为多,则原文当云,“从冬至春,衄者太阳”;自夏往秋,天气炎热,肠胃易于化燥,阳明内实为多,则原文当云,“从夏至秋,衄者阳明”。太阳表实无汗之证,血热内抗,外不得泄,则上冲于脑而为衄,阳明里热,

不得大便,则亦上冲于脑而为衄。最后曹颖甫又强调此太阳阳明之脉,因于证不因于时也。

其实传写有些错误也没关系,毕竟能够流传至今就不容易,仲景已告诉我们原则:“观其脉证,随证治之”。就此病例,从脉证看就是个太阳少阴合病,即使她发病的节气没在冬春也没关系,何况她发病的节气也符合曹颖甫所说。

按照《伤寒论》的原则,病在表就要先解表,而这个鼻衄有可能只是个兼症或标症,如果这个标症很急的话,那正好可以用针灸。《百症赋》言:“天府合谷,鼻中衄血宜追”,天府为手太阴肺经腧穴,侠白加强天府的作用,肺开窍于鼻;合谷为手阳明大肠经原穴,大肠经上挟鼻孔,与肺经相表里,天府与合谷,表里配合;迎香,手阳明大肠经终止穴,鼻旁直接取穴,通鼻窍而止血;上星为督脉腧穴,加强督脉阳气,使“阳者,卫外而为固也。”

从方药来说,病在表当发汗,而《伤寒论》告诉我们衄家不可汗,所以《伤寒论》是讲的很仔细的,如果

没有《伤寒论》的六经辨证,我们会见血止血,鼻衄才会反复发作。对于西医所谓的高血压,我们强调的还是要有的中医的思维,不能让西医的病名牵着走,不然的话碰到类似情况就不敢这样处理,这也是我们为什么要强调经典,因为掌握了经典就是以不变应万变。此案例初诊时不能用芍药,所以才会出现二诊时的“偶有胸闷”的现象。

王永炎院士<sup>[3]</sup>指出:“临床疗效是中医药学存在的底线,也是中医药能够发展的根本所在”。针(灸)药结合是提高中医疗效的一个有效途径,也许比中西医结合更适合中医,让我们中医学子踏踏实实的“学经典,做临床”,为中医的发展尽自己一份力!

### 参考文献

[1]汉·张仲景撰,何任等整理.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2005:62.  
 [2]曹颖甫著,顾瑞生校点.曹氏伤寒金匱发微合刊[M].上海:上海科学技术出版社,1990:174.  
 [3]王永炎.临床疗效是中医生存和发展的关键[J].江苏中医药,2006,27(4):15.

(上接第65页)

慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].湖北中医杂志,2003,25(4):15-16.

[16]凌霄,邓碧珠.健脾益气、活血化痰治疗慢性萎缩性胃42例的临床总结[J].广西医学,2009,31(5):652-653.

[17]黄开英.健脾养阴活血化痰法治疗慢性萎缩性胃炎46例[J].河北中医,2003,25(1):28-29

[18]周慎.从痰论治萎缩性胃炎[J].中医杂志,2005,46(5):336.

[19]王晓瑜.慢性萎缩性胃炎中医研究近况[J].实用中医内科杂志,2007,21(1):29-30.

[20]郑东升.益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎的机制探讨[J].现代中西医结合杂志,2007,16(3):428-430.

[21]杜群,王汝俊,徐勤,等.活血化瘀中药对慢性萎缩性胃炎大鼠细胞增殖及凋亡的

影响[J].广州中医药大学学报,2003,20(2):136-139.

[22]王茵萍,潘华峰,李任先,等.活血化瘀药物对慢性萎缩性胃炎胃黏膜血液循环的影响[J].中药新药与临床药理,2003,14(1):67-69.

[23]李佃贵,史淑红,孟宪鑫,等.从胃络瘀血论治慢性萎缩性胃炎[J].四川中医,2007,25(6):25-26.

[24]丁宏基,李爱英,李新功,等.胃癌及癌前病变细胞凋亡与增殖关系的研究[J].中华医学研究杂志,2005,5(5):398-399.

[25]柴可夫.活血化瘀法防治慢性萎缩性胃炎辨识[J].中医药学刊,2004,22(3):389-390.

[26]林秀萍,王惠娟,姚保泰.慢性萎缩性胃炎癌前病变舌诊检测指标研究[J].浙江中西医结合杂志,2006,16(2):73-75.

[27]祁宏,耿曙光,许定仁.胃萎康治疗慢性萎缩性胃炎的疗效及对血液流变学的影响[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(1):42-44.

[28]柯莹玲,单兆伟.辨证治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变患者78例[J].上海中医药大学学报,2005,19(4):18-20.

[29]葛文松,刘杰民,安祯祥,等.中医药对逆转慢性萎缩性胃炎病理变化的探讨[J].四川中医,2004,22(1):19-21.

[30]孙茂峰,王茵萍,范刚启,等.穴注法对大鼠慢性萎缩性胃炎胃粘液屏障的影响[J].南京中医药大学学报:自然科学版,2001,17(6):373-375.

[31]张喜奎.胃萎灵治疗慢性萎缩性胃炎的实验研究[J].中国中医药科技,2000,7(2):81-82.