

泻下法治疗血证的体会

刘建新

(浙江省常山县人民医院, 浙江 324200)

血证以热证多见, 热证又以实热多见。阳明胃肠中之糟粕, 受热邪煎熬, 则易造成燥屎内结, 热邪壅结内盛, 煎灼营血, 使其血热妄行, 而血溢脉外。实热血证来势凶猛, 凉血止血, 犹如鲧湮洪水, 当因势利导, 釜底抽薪, 泻下实热, 气火得泄, 沸腾之血平息, 自无离经之血。笔者在治疗实热血证过程中, 注重泻下法的运用, 常常得到满意的疗效。

鼻衄

患者, 女, 64 岁, 农民, 1992 年 4 月 6 日初诊。平素胃热壅盛, 口气臭秽, 因过食辛辣炙烤之品后, 鼻衄量多如涌, 经西医用止血敏、止血芳酸等止血药, 鼻腔药物纱布填塞等治疗无效, 血仍不止。刻诊: 面色苍白, 口气臭秽, 口干喜冷饮, 大便秘结, 小便短赤, Bp16/11kpa, 血常规: 血红蛋白 75g/L, 白细胞总数 $8.9 \times 10^9/L$, 中性 0.7, 血小板 $200 \times 10^9/L$ 。查舌淡红、苔薄质干, 脉滑数。此胃热壅盛。治宜清胃泻火, 凉血止血。处方: 生石膏 30g, 知母 10g, 焦山栀 10g, 赤芍 10g, 丹皮 10g, 田七粉(吞) 3g, 大小蓟各 15g, 茅根 30g, 茜草根 15g, 生大黄(后下) 10g, 元参 10g。结合西医输血补液。服 1 剂后, 大便畅解, 鼻衄好转, 余症减, 3 剂而愈。

按《素问玄机原病式·热类》曰:“衄者, 阳热拂郁, 干于足阳明, 而上热甚, 则血妄行为鼻衄也。”《类证治裁·衄血》曰:“暴衄则治须凉泻, ……”本例鼻衄, 证属胃热壅盛, 迫血妄行, 虽见面色苍白, 舌淡红等血虚见证, 但口气臭秽, 口干喜冷饮, 便秘尿赤, 舌苔干, 脉滑数等实热征象尤存, 应急下存阴, 有形之热下除, 无形之热必势单力薄, 则热易清, 血易止。处方用生石膏、知母、焦山栀、赤芍、丹皮、大

小蓟、茅根、茜草根清热凉血止血, 配田七粉加强止血力量, 重用生大黄泻下实热, 釜底抽薪, 药证相符, 故收效满意。

蛛网膜下腔出血

患者, 男, 38 岁, 1993 年 1 月 8 日中医会诊。患者头痛剧烈, 面色潮红, 颈项强直, 怕热, 口苦, 大便秘结 10 余天未解。苔黄腻, 脉弦迟。腰穿: 脑脊液压力 400mm 水柱, 红细胞(卅), 白细胞 110 个/dl, 以中性为主, 潘氏(++)。葡萄糖 $> 50\text{mg}\%$, 氯化物 $152\text{mg}\%$ 。西医诊断为蛛网膜下腔出血, 曾用甘露醇等降颅内压及止血药多天未效。此属肝胃实热, 上攻清窍。治宜清肝泻胃。处方: 生大黄(后下) 10g, 元明粉(冲) 10g, 生甘草 5g, 栀子 10g, 菊花 10g, 黄芩 10g, 竹茹 10g, 天麻 10g, 钩藤(后下) 15g。2 剂。1 月 10 日复诊: 服前药后, 大便畅解, 头痛减轻, 面红已退, 颈稍软, 苔黄腻稍退, 脉弦。处方: 生大黄(后下) 6g, 黄芩 10g, 竹茹 10g, 枸杞子 10g, 菊花 10g, 天麻 10g, 生地 15g, 元参 10g, 萸肉 10g, 丹皮 10g, 泽泻 10g。4 剂。三诊: 头痛消失, 颈软, 苔腻化, 拟杞菊地黄汤加减调理善后而愈。

按《伤寒论》曰:“伤寒不大便六、七日, 头痛有热者, 与承气汤。”“该患者证属阳明胃腑实热壅结, 肝火挟胃热上逆清窍, 热伤血络, 瘀热内阻, 不通则痛, 首诊以调胃承气通利大便, 釜底抽薪; 用栀子、菊花、黄芩清肝火; 天麻、钩藤平肝潜阳, 药证相符, 故见效满意。

咳血

患者, 男, 45 岁, 干部, 1992 年 6 月 15 日初诊。因咳嗽咯血西医诊断为支气管扩张咯血, 用止血针剂后病情反复未愈, 而要求中医治疗。刻诊: 患者咳嗽咯血, 面色潮红, 心烦易怒, 口

消托补法在溃疡性结肠炎治疗中之新用

李晓君 李建新¹

(北京中医药大学, 北京 100029; ¹ 天津大直沽医院, 天津 300170)

慢性非特异性溃疡性结肠炎(IBD)(以下简称溃疡性结肠炎)目前尚属世界公认的难治病,但由于其癌变率高,已引起国内外医学界的广泛重视。我们在长期的临床实践中运用中医外科消、托、补理论指导本病的治疗,取得了较为满意的疗效,在此略陈管见以就正于同道,并希冀对本病的治疗辟一蹊径。

溃疡性结肠炎病证归属及病机探讨

溃疡性结肠炎系属西医学病名,传统中医学对本病的认识是以腹痛、腹泻、里急后重、粘液脓血便等临床表现及发作期与缓解期交替出现的慢性复发性发病规律,将其归属于“泄泻”、“肠癖”、“休息痢”“滞下”等范畴。

中西医学对溃疡性结肠炎的认识伴随科学的发展不断深化。首先,西医学在100多年前将本病从细菌性痢疾分离出来,并逐渐揭示出其结肠粘膜的主要病理特征为:(1)固有粘膜细胞增多;(2)上皮腺体变性坏死;(3)腺体小脓肿;(4)溃疡;(5)杯状细胞减少、消失或腺体萎缩、排列紊乱等。近年来,随着结肠镜在临床上的广泛应用,广大中医临床工作者也可以直接观察其结肠内膜的形态变化,这无疑使中医“望诊”

的内容进一步丰富,提高了对本病直观的认识,其结果亦令人惊异:从结肠内膜的基本形态变化看,发作期患者大都具有疮疡的典型特征:充血、水肿、溃疡糜烂、脓血外溢等,与人体皮肤疮疡的肌肤溃烂、流脓淌水、血水外溢的情况几无二致。《外科启玄·明疮疡标本论》指出:“夫疮疡者,乃疮之总名也。疮者,伤也,肌肉腐坏痛痒,苦楚伤烂而成,故名曰疮也。疮之一字,所包者广矣。虽有痈、疽、疔、疖、瘰、疔、癰、疔、毒、痘、疹等等,其名亦止大概而言也。”可见疮疡并不只限于外科疾病,更不局限于体表,诸如肺痈、肠痈、肝痈等,皆生于脏腑。溃疡性结肠炎系肠道局部的气血阻滞,粘膜溃疡,血败肉腐,脓血与肠内糟粕相混经肛门排出,即形成了类似痢疾的粘液脓血便。虽然这些症状的出现与痢疾、泄泻等病类似,但具有完全不同的病因病机及典型的病理形态学特征,故我们认为,应将本病归属于中医学“疮疡”范畴。《外科发挥·溃疡》说:“溃疡,谓疮疡已出脓者”,故称其为“肠内疡”更为确当。

疮疡的发生是在致病因素作用下引起的一系列局部和全身的病理反映。内疡相对外疡而

气臭秽,口干口苦,大便秘结,舌红苔黄腻质干,脉弦滑。证属肝火犯肺,胃热壅盛。治宜清肝火泻肺胃。处方:桑白皮10g,地骨皮10g,黛蛤散(包煎)15g,黄芩10g,焦山栀10g,麦冬10g,南北沙参各12g,知母10g,茅根30g,白及15g,侧柏叶15g,田七粉(吞)3g,生大黄(后下)10g。3剂。6月18日复诊:服前药后,大便畅解,咯血止,余症悉减,苔黄腻已除。原方去大黄,加生地15g再服7剂,以善其后。

按 《三因方·失血叙论》曰:“夫血犹水也,水由地中行,百川皆理,则无壅决之虞。”本例咳血,证属肝火犯肺,胃热壅盛,故拟泻白散加知母泻肺热;黛蛤散,黄芩、焦山栀清肝火;麦冬、南北沙参养阴生津;茅根、白及、侧柏叶、田七粉止血;肺与大肠相表里,胃肠实热壅盛,则肺失清肃,用生大黄泻下实热,则无形之热易清除,而血易止,故收效良好。

(收稿日期 1998年6月9日)