

# 温病通下逐邪法临证应用

沈 强<sup>1</sup> 陈孝银<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学, 510405, 广东广州; 2. 暨南大学医学院, 510612, 广东广州//第一作者男, 1961 年生, 副教授)

关 键 词:温病通下逐邪法; 治法



通下逐邪法是通过攻逐泻下, 通导里实邪热外泄之法, 属于八法中“下法”的范围。该法在温病临床治疗中占有颇为重要的位置, 主要适用于温病有形实邪内结的病证, 如热结肠腑、热瘀蓄结下焦等。

清上泄下, 导热下行 患者张某, 女, 34 岁。口腔溃疡、口唇糜烂反复发作五余年, 其每次发病口唇糜烂缠绵难愈, 或伴发热, 或伴大便不通, 无眼角及生殖器糜烂, 曾在多间医院诊治, 诊断为维生素缺乏证或内分泌失调。2001 年 10 月初, 患者继三月、五月发病之后, 再次出现口腔溃疡及唇角糜烂, 在某医院经维生素、抗生素等治疗无效后, 于 10 月 21 日来我院就医。症见:唇角糜烂红肿, 口腔有数个溃疡点, 体温 37.5℃, 不恶寒, 口渴, 口味重, 尿黄短, 大便正常, 舌偏红苔黄干, 脉滑。治以宣透邪热, 导热下行, 方用凉膈散加减, 其中以薄荷、竹叶、连翘宣透里热, 黄芩、黄连清热泻火, 重用大黄通腑泄热, 导热下行。服 3 剂后, 唇角糜烂红肿基本消失, 口腔疼痛明显减轻, 守方加生地、石斛继服三剂病愈。

温病下法是针对有形实邪内结之证, 但临床上不可仅限于攻下燥粪而以大便秘结为用药指征。凡邪热内盛, 根据病情、体质, 无论属有形或无形之邪热均可以考虑配合使用下法。本患者口腔溃疡、唇角糜烂乃热炽上焦, 津液受损所致, 其无有形之燥粪, 治疗上仍然配合使用下法, 意旨通过攻下, 使邪有出路, 导热下行, 而及时攻下逐邪, 又能有效保存津液, 促进疾病的治愈。我们认为对无形之邪热可以通下逐邪, 表证用下亦属法理之中。根据温病理论, 邪热初感, 邪在表, 解表透邪应为正治, 而具体运用时, 解表法常与益气、解毒、滋阴、清里法配合使用, 却少提到下法, 甚至认为表不宜下, 下则易引邪深入。实际上, 温病邪袭肺卫, 肺气失于宣畅, 肺与大肠相表里, 肺气失宣导致腑气不通, 或腑气不通兼有肺气失宣的病例屡见不鲜。我们认为临床上对邪热袭表的患者可以依据辨证, 在解表药的基础上适当配合通下之品, 既有助于纠正肺气失宣, 又可导邪外出。

轻法频下, 导滞消积 患者李某, 男, 以腹胀、便秘十天伴发热一周于 2000 年 8 月 12 日入院。患者半月前出差回家后, 时感腹胀, 纳食减少, 大便溏而不爽, 一周前出现高热, 头重胀, 周身酸痛, 胸闷欲呕, 在我院先后以胃肠型感冒、肠伤寒治疗, 服用维 C 银翘片、藿香正气丸及环丙沙星等未效。入院后检查:血象 WBC $3.1 \times 10^9/L$ , NEU $6.89 \times 10^9/L$ ; 肥达氏 H 及 O 均 1:160; 肝功能 ALT、AST 增高。症见:

高热 T39.6℃, 胸闷不饥, 头重胀, 面黄神疲, 口渴不欲饮, 大便溏而不爽, 色黄如酱, 日行二三次, 无里急后重、腹痛等, 小便黄, 舌红苔黄腻厚, 脉滑。诊断:湿温(肠伤寒), 辨证:湿热夹滞阻于肠道, 治以导滞通下, 清热化湿, 方用枳实导滞汤加减(枳实、生大黄、黄连、厚朴、六曲、紫草、通草、佩兰、苡仁)。服 2 剂后, 大便次数减少, 大便溏但无不爽感, 体温 38℃, 头重胀明显减轻。再服三剂后, 大便成形, 热退, 苔黄腻厚转薄, 去大黄, 加藿香叶、鲜荷叶巩固疗效。

湿热夹滞胶结于肠道, 徒清热化湿则病不解, 必用下。但湿热用下不同于阳明腑实之承气法, 运用时应悟其要点:一、不可峻下用承气, 否则非但湿邪之邪不去, 更有伤阳耗正之弊;二、湿热夹滞胶结于肠道, 非一攻而尽, 须根据病情, 反复多次逐邪外出, 且用药剂量宜轻, 即所谓“轻法频下”;三、疗程不应以攻下次数多少为度, 临床可以大便“硬”作为邪已尽的指标, 正如叶天士所曰“伤寒邪热在里, 劫烁津液, 下之宜猛;此多湿邪内搏, 下之宜轻, 伤寒大便溏为邪已尽, 不可再下;湿温病大便溏为邪未尽, 必大便硬, 慎不可再攻也。”本病例西医诊断为肠伤寒, 属温病中湿温病的范畴, 湿温是由湿热邪引起以脾胃为病变中心的急性外感热病, 治疗以分解湿热为原则, 若非湿热夹滞胶结于肠道, 一般认为不可用下。<sup>[2]</sup>我们以为湿热之证, 由于湿属粘腻阴邪, 与阳热之邪相搏, 则胶着难解, 病情徐缓缠绵, 治疗上虽可宣化、苦燥、淡渗湿邪, 但因热之属性、湿与热之偏重, 临床辨治上有一定难度。若能灵活地运用“轻法频下”法, 下其郁热, 使湿与热离, 则邪可速去。现代医学研究表明通下法具有增强胃肠蠕动、排除肠道及全身毒素、抗菌消炎等作用, 近年来我科所收治 24 例肠伤寒的临床观察亦表明, 采用“轻法频下”法不仅能有效提高中药对肠伤寒的治疗效果, 而且能明显减少肠伤寒所引起的肠出血、肠穿孔等并发症。对湿热之证, 属湿热蕴结肠胃、大肠者, 不应拘泥于是否兼有积滞而“用下”与否, 可根据病情灵活使用“轻法频下”法。

攻下通瘀, 解毒活血 患者张某, 女, 18 岁。反复发热, 头痛 8 天。患者于 2002 年 3 月 4 日开始发热 T38.8℃, 伴头痛、全身肌肉疼痛, 恶心呕吐, 即在当时医院治疗, 先后使用感冒药及多种抗生素等, 因发热不退, 头痛不减于 3 月 12 日收入住院。入院时患者体温 39.4℃, 头痛较甚, 时感恶心, 精神倦怠, 四肢轻度颤抖, 口渴, 大便硬, 舌红苔黄干, 脉弦数。经神经系统及脑脊液等检查, 诊断为病毒性脑炎。治以清热解毒, 攻下通络, 药用生石膏、知母、生大黄、羚羊角、钩藤、生地、赤芍、石菖蒲、甘草配合醒脑静注射液静脉点滴。三天后热退, 头痛明显减轻, 再经半月治疗痊愈。