

## 《医林改错》气血论治浅析

章熙振 顾保群<sup>△</sup> (江苏省南京市小市医院, 南京 210037 <sup>△</sup>南京中医药大学, 南京 210029)

**关键词** 气血论治 活血化瘀 医林改错 王清任  
**中图分类号** R 242

王氏认为:“无论外感内伤……所伤者无非气血”(本文引文均引自人民卫生出版社《医林改错注释》1976年版),提出“治病之要诀,在明白气血”。根据“气有虚实”、“血有亏瘀”的道理,把气血失调所致的疾病,概括为气虚血瘀证、气滞血瘀证和气血两虚证,尤其对前二者论治贡献较大。

### 1 补气佐以化瘀

补气化瘀是王氏对临床治法的重要发展之一。气是生命之源,在《医林改错·半身不遂本源》中说:“人行坐动转,全仗元气,若元气足,则有力;元气衰,则无力;元气绝,则死矣”,并提出半身不遂所伴随出现的口眼歪斜、口角流涎、小便频数等一系列症状都是由于气虚所致。他还认为血瘀多与气虚有关,“元气既虚,必不能达于血管,必停留而瘀”。根据这些认识,制定了补气佐以化瘀的法则。《素问·阴阳应象大论》中指出:“血实宜决之,气虚宜掣引之”,说的就是活血化瘀与补气的治疗原则,以后历代医家也有不同的发展,但在立法处方的具体配伍中,活血化瘀与补气法结合运用,王清任堪称楷模。他所创制的部分方剂中,充分体现了补气佐以化瘀的法则,如补阳还五汤、黄芪赤风汤、急救回阳汤等 8 首方剂皆属此类。其中补阳还五汤重用黄芪补气,使气足血活,经络通畅;配合归尾、赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀,地龙通经络,共同起到补气活血、化瘀通络的作用。从原方用量来看,黄芪用量特别大,用到 4 两(120g),而桃仁、红花、赤芍等仅用 1 钱,其它如止泻调中汤、助阳止痒汤、足卫和荣汤、黄芪桃红汤等,补气药用量都明显较大,而黄芪几乎每方必备,显系各方的君药。可见,王氏这类方剂是补气为主,化瘀为辅,完全与他的“气虚致瘀论”相吻合。

### 2 逐瘀佐以行气

逐瘀行气是王清任气血论治的又一重要方法。由于此法的适应证以血瘀为主要病理改变,而导致血瘀的原因又主要是气滞,所以王氏在组方中,以活血逐瘀为主,以行气为辅,除重用活血逐瘀药外,还

伍以行气通络药。如血府逐瘀汤用桃仁、红花、川芎、赤芍活血逐瘀;配合当归、生地和血养血,使瘀血祛而又不伤血;在方中配有柴胡、枳壳疏肝理气,使气行则血行。膈下逐瘀汤除重用桃、红等活血逐瘀药外,还配伍香附、乌药、枳壳、延胡索行气止痛,增强逐瘀止痛之力,全方以活血化瘀药配合行气药,使气血疏通,从而达到破瘀消结的目的。其它如通经逐瘀汤、会厌逐瘀汤、少腹逐瘀汤、身痛逐瘀汤、通窍活血汤、加味止痛没药散、通气汤、癫狂梦醒汤等,都属逐瘀行气一类的方剂,体现了《素问·至真要大论》“疏其血气,令其条达,而致和平”的思想。对于瘀证的不同部位,主张分别给予针对性的治疗。《医林改错·方叙》云:“立通窍活血汤,治疗头面四肢,周身血管血瘀之症;立血府逐瘀汤,治胸中血瘀之症;立膈下逐瘀汤,治肚腹血瘀之症”。这正符合《素问·阴阳应象大论》“定其血气,各守其乡,血实宜决之”的原则。

### 3 调理气血治疗重顽急症

重、顽、急症的病理改变势必牵涉到气血的变化,因而治疗亦需调理气血。王氏治疗中风半身不遂所用之补阳还五汤,治疗顽痹所用之身痛逐瘀汤,治疗癫狂所用之癫狂梦醒汤,治疗瘟毒霍乱所用之解毒活血汤和急救回阳汤,治疗小儿惊风、天吊所用之可保立苏汤等,都使用了调理气血的药物,如急救回阳汤治疗的是霍乱吐泻所致的转筋、汗出如水、肢冷如冰的亡阳证,其方由益气回阳与活血化瘀的药物配合而成。方中用大量的参、附、姜、草益气回阳,白术健脾补中,以助回阳之力,因阳气虚易致血瘀,故佐桃仁、红花以通气血之路,阳气更易恢复。对于抽风,王氏虽从气血论治,但仍做到辨证准确,而区别用药。如治小儿伤寒、瘟疫或痘疹、吐泻等症而出现四肢抽搐,项背后反,两目天吊,口角流涎,昏沉不省人事等,认为系气虚血弱所致,创可保立苏汤(黄芪、党参、白术、甘草、当归、白术、枣仁、枸杞子、破故纸、核桃)大补元气,健脾养血兼补肾,共达培土抑

木,解痉熄风的目的;而对妇人产后抽风,认为是气虚血瘀所致,制黄芪桃红汤(黄芪、桃仁、红花),通过补气、活血、祛瘀,达到气足血活,风熄抽止的目的。前者弥合了小儿血气未充的生理特点,后者吻合了产后血虚多瘀的病理特点。

总之,王清任在其《医林改错》中所列的调理气血诸方,对重、顽、急症的治疗颇具价值,当前深入研究其治法方药,将对临床产生指导意义。

(收稿日期:1998-01-04)

## 静脉滴注茵栀黄注射液致过敏性休克 2 例

韩金水 (江苏省靖江市第二人民医院,靖江 214500)

**关键词** 茵栀黄注射液 静脉滴注 副作用 过敏性休克

**关键词** R 285.6

茵栀黄注射液系中药有效成份提取物制成的注射液,有较好的“退黄”和“降酶”作用,目前应用于急、慢性肝炎和重症肝炎的治疗。我院在用药过程中发现该药致过敏性休克 2 例,现报告如下。

### 1 临床资料

例 1 吴某,女,47 岁,住院号 94372。因上腹部饱胀伴尿黄 3 天,查 T·BIL 86.6  $\mu\text{mol/L}$ ,ALT 123.2  $\text{u/L}$ ,AST 91.7  $\text{u/L}$ ,GGT 126.9  $\text{u/L}$ ,HAV-IgM、二对半未见异常,诊断为急性黄疸型肝炎于 1994 年 9 月 10 日入院。入院当日给予茵栀黄注射液 30 ml 加入 10%G·S 250 ml 中静滴,每日 1 次,至 1994 年 10 月 5 日上午 8 时 30 分,患者在静滴茵栀黄注射液过程中,突感胸闷、气急、头昏、眼花、视物模糊,即刻口吐白沫、口唇紫绀、四肢抽搐、呼吸急促而微弱,心率测不出,血压为零,两肺闻及痰鸣音,心电图示心率 110 次/分,窦性心律,立即停用茵栀黄注射液,给予吸氧、胸外心脏按压、呼吸兴奋剂(洛贝林、可拉明、回苏灵),升压药(肾上腺素、阿拉明、多巴胺),抗过敏药(地塞米松、10%葡萄糖酸钙),纠正酸中毒(苏打水)等综合抢救治疗,仍于 10 月 5 日上午 9 时 20 分心跳呼吸未能恢复而死亡。

例 2 唐某,男,29 岁,住院号 97478。因乏力、纳差、上腹饱胀半月、小便黄染 5 天于 1997 年 10 月 9 日入院,查肝功能异常,HBsAg(+),抗 HBc(+),HBeAg(+),T·BIL 26.5  $\mu\text{mol/L}$ ,D·BIL 4.7  $\mu\text{mol/L}$ ,ALT 55  $\text{u/L}$ ,AST 22  $\text{u/L}$ ,GGT 221  $\text{u/L}$ ,AKP 135  $\text{u/L}$ 。入院第 2 天,给予茵栀黄注射液 40 ml 加入 10%G·S 中静滴,当输液 4~5 min 后,突然心悸、胸闷、呕吐、面色苍白,测心率 120 次/分,心音低钝,两肺哮鸣音,BP 4/3 KPa,立即停用茵栀黄注射液,给

予吸氧、心电监护及胃复安 10 mg、肾上腺素 0.5 mg 肌注,地塞米松 10 mg 加入 10%G·S 250 ml 快速静滴,同时静推 5%苏打水 40 ml,多巴胺 40 mg,阿拉明 20 mg。10 min 后面色潮红,稍能答题,测 BP 5/3 KPa,心电监护心率 150 次/分,窦性心律,25 min 后肢端温暖,神志清楚,BP 10/6 KPa,心率 130 次/分,心音增强,脉有力,心悸胸闷缓解,病情好转,抢救获得成功。

### 2 讨论

人友茵栀黄注射液为北京第四制药厂生产。批号分别为(93) 104079 和(96) 104079,每 10 ml 含黄芩甙 200 mg,茵陈提取物 60 mg,栀子提取物 32 mg,临床对急慢性肝炎、重症肝炎有较明显的“退黄”、“降酶”作用。补液过程中曾引起皮疹、皮肤瘙痒等过敏现象,但致过敏性休克实为少见,临床报道亦甚少。我院在静脉滴注茵栀黄注射液 2 例过敏反应中,均以呼吸、循环严重障碍为主要临床表现,如呼吸急促、面色苍白、心跳加速、心音微弱、血压降低甚至测不出,符合过敏性休克诊断。所不同的是:例 1 吴某,以往曾有药物过敏史,在连续用药 26 天出现反应。因反应一开始病情表现极重,且立即发生阿-斯综合征,虽经全力抢救,仍死亡。而例 2 唐某,入院前曾服过茵栀黄类中药,虽首次使用该药,用药时间又甚短(4~5 min),尚未发生阿-斯综合征,加上抢救及时,而获得成功。当例 2 反应后,血查该患者 IgE > 1000  $\text{IU/ml}$ 。过敏反应中,虽有致敏阶段和发敏阶段之分,持续 26 天发敏者实属临床罕见。中药制剂所致过敏阶段时间长短,有待今后进一步观察和探讨。因此,对首次使用该药或以往有药物过敏史者,在使用该药时,均应密切观察,谨慎使用。

(收稿日期:1998-01-08)