

## • 学术探讨 •

## 水热之厥治疗浅谈

南京传染病医院 程孝慈

《伤寒论》阳明、少阴、厥阴篇中，记有渴欲饮水的见证，而少阴咳而下利、呕渴心烦不眠，及厥阴渴欲饮水者，饮而仍渴，随饮随消随渴，皆为传经之热邪，此类欲饮同属一派热象，皆称恣饮（《医宗金鉴》订正仲景全书伤寒论注少阴全篇林澜注解：“……渴则必恣饮，多饮必停水，是邪热既不能解，而水蓄之证复作也。……先渴后呕，多为水停，况又有水寒射肺为咳之可兼察乎？以是知必有挟饮于内耳”）。晚近国外生理学家已用动物实验证明：当对缺水动物不加限制地让它肆意饮水，发现饮入体内的水分约是机体所需要的 2 倍，此种超量饮水的强烈要求，称渴驱力（Thirst drive），笔者认为这即是中医所指的恣饮，只是命名不同而已。不过，恣饮乃属生理，对于一个有健全调节机能的机体，摄入过量水完全可以通过肾排泄尿液来调节，使恣饮无损机体，但当肾、肝、心、脑等功能不健全，或伴高热感染、创伤、休克等应激状态，内分泌调节改变，则体液量与利尿阈值产生了矛盾，致入量大于出量，就可能发生水中毒。这就是“渴则必恣饮，多饮必停水”，“若恣饮不消，反有停蓄之患”的机理，此类“饮水多而小便少”的见证，属消渴，它是病理现象。过去，我们曾认为高热感染大汗之渴正说明机体需要饮这么多水，因而常（1）不讲究如何去满足病人求水欲；（2）未能同时注意其出量，至误认为出量少正是说明体内水份尚未补足；（3）未进一步深究血钠和尿钠的关系以及和肾功、尿常规改变之间的联系；（4）未联系原来的机体情况和目前患的什么病，一味盲目补充水份，待水钠大量积聚体内，病情转重，才恍然大悟，常措手不及。

仲景在《伤寒论》中反复告诫：“渴欲饮水者，少少与之。”今从现代医学实验研究后的体会中已得知，机体对这种渴驱力的满足，可以通过两种途径：一种是暂时性的，由于适当数量的水经过咽喉而产生的；一种是更持久的，由于水在胃内的吸收和分布而产生的。这反证了仲景在阳明篇中所提出“少少与之”的科学性（注：此有少量多次来满足求水欲之意，而不是在阳明病阶段就严格限制总入量，以致入量少于出量）。这对于某些热病来说（如乙脑等）是避免水热互结的一个积极的防备措施。对于流脑、流行性出血热发热期患者，因随后易进入水热之厥，故尤需强调这

点了。

水热之厥即在感染性休克的中期、后期阶段所出现的一种有热象的休克期稀释性低钠综合征，有其独特的病理生理。产生水热之厥的原因可以多方面，但对原先有恣饮、休克后又一味大量扩容抢救，而扩容与休克时弥漫性毛细血管损伤、血管通透性增加同时并存，以致“边扩边漏”的这个原因，必须引起重视。

被公认的现代休克微循环障碍学说的病理分期及血管痉挛学说，反映了微循环血管口径本身的改变与血液动力学的关系。临床针对性地应用某些血管活性药物是很有必要的。我们是在这个原有基础上，提出应重视预防血浆外漏外渗，只有及早补漏才能尽量弥补“边扩边漏”的缺陷，减少细胞内外水肿，使细胞休克易于逆转，并减少由于血管被动受挤压而致的微循环障碍。通过多年观察，我们认为必须明确的是：四肢温暖、收缩压已达到正常，不等于休克已肯定中止，不再反复；且外漏与休克、外漏与细胞内外水肿、水肿与休克常互为因果地恶性循环。最后必导致弥漫性血管内凝血（DIC）与全身脏器衰竭，尤其是肾衰。为此，着手寻找及早补漏的有效措施，并整体性地合理地调整水盐代谢和分布，且将代谢废物和多余的钠、水徐徐排出体外，实为当前迫切需要解决的课题之一。

猪苓汤出自《伤寒论》仲景所创。1980年冬，我们在研究卫、气、营、血的病理生理的过程中，鉴于发现猪苓汤证与热病后稀释性低钠综合征有相似之处，将该方试用于后者又获预期效果，再通过推敲疗效机理后，大胆将其派生而治水热之厥，并以同期病人用西药对照，（对该厥证之临床特征、治疗侧重与输液扩容的配合等，在中医杂志 1982 年第 6 期“猪苓汤治疗流行性出血热休克期报告”一文中已介绍），初步体会到高热休克后，体内抗利尿激素、醛固酮继发性分泌亢进，利钠激素分泌减少，故高渗盐水并不很理想，而猪苓汤“旨全在养阴，不专利水”，不入盐而达到了利尿后血钠却上升的意外疗效。古人在毫无生化检验作辅助诊断的条件下，竟能得出“咸寒养阴”的科学论断，着实令人敬佩。不仅如此，还能抗休克、扩容，利尿后血压不易下降，并减少了输液量，水中毒缓解，又中止反复休克，从而缩短病程，避免死

亡,且抢救成本大为节约,血制品应用亦减少。这样,猪苓汤不仅能治水热互结,且确定了水热互结即相当于西医热病后引起的水中毒和猪苓汤还能治水热之厥的新概念。

当时判断是该方中阿胶有止血补漏作用,在这基础上通过多南氏平衡(Donnan equilibrium),使第三间隙、间质内的钠、水不断回吸收入血管内,经合理地整体性扩容调整后,不但养阴能止渴,且能将多余的水、钠排出体外。最近我们通过动物实验已提示:阿胶确有止血、降低血管通透性、增加血小板数量、自我扩容等作用,故对其治厥机理,还要根据实验具体结果再加另文探讨。

明其机理,才懂得中医辨证论治原则的必要性。凡属亡阳,不论有无发汗与发汗多少,皆非热厥,不是猪苓汤之适应证;至于阳明病,汗多而渴者,仲景又告诫“不可与猪苓汤,以汗多胃中燥,猪苓汤复利其小便故也”(《伤寒论》原文第223条)。故大汗伴卫阳不固而虚脱者,亦不宜本方;倘若气营两燔,外漏确实明显,血压偏低,符合水热之厥指征,用时亦应注意严密观察,根据汗液丢失量及时补足必要的液体生理需要量,以免加重亡阳。

关于方中滑石加減:滑石能收敛、止泻。仲景原意止水热互结时腹泻,抵消方中阿胶尚另有通大便的作用而用(《医宗金鉴》中已注解:“……饮热相搏,上攻则咳,中攻则呕,下攻则利。”“少阴咳而下利,呕渴心烦不眠,及厥阴下利欲饮水者,是皆传邪之热,……故以黄连滑石等清利之”);今治水热之厥,因此症多见便秘,考虑“温病下不嫌早”,及早“釜底抽薪”和“二便不通,先通大便”,又应“当下应下而不可安下”,达到增水行舟,润下救阴为目的。则借“阿胶乃大肠之要药,有热毒而滞者,则能疏导”之优越性,充分发挥其通二便之功效,故除有腹泻者外,将原方一律去滑石。

猪苓汤从无治厥记载,但水热之厥既非单纯清热的白虎汤所能胜任,更不宜温阳散水的茯苓甘草汤,因前者未解决血管外水中毒,后者未解决血容量不足,且温毒内陷,里热炽盛,忌用温药。故必须遵循“先治其水,却治其厥”的治则,师其法而不泥其方。虽叶天士认为“热病救阴犹易,通阳最难”,但温故而知渐,改用猪苓汤,从而取水去阴复热除的疗效。由此看来,一千多年前的《伤寒论》可称是世界上最早运用水、电解质平衡理论的一部经典著作。

## 桃核承气汤合抵当汤加減治疗原发性血小板增多症1例

上海中医学院伤寒温病教研室 马坤范整理 叶怡庭主治

患者张××,女性,63岁,家庭妇女,门诊号:19173。主诉:自觉半身及口唇麻木,有时神志不清,曾经中医养阴柔肝,缓急解痉之法治疗6天,未见效,因病情加重于1982年4月16日急诊入某院。患者右侧肢体不能行动,站立不住,不能持物,神清,不能言语。经该院检查,BP160/100mmHg,瞳孔等大,眼底无水肿,伸舌居中,血小板115.5万,骨髓涂片:见巨核细胞增多。诊断为原发性血小板增多症继发脑血栓形成。出院后继续服用马利兰、维生素E、潘生丁、当归龙荟丸、丹参片。治疗3个月后,患者仍感上肢麻木,右手运动不能自如,血小板计数持续在70万左右,于同年8月12日来本院就诊。患者舌质稍红,舌边有瘀斑,苔薄黄,脉弦。拟活血化瘀,养血柔肝法。处方:当归12g 赤白芍各12g 丹参10g 丹皮10g 桃仁10g 生地10g 红花6g 玄参12g 延胡索12g 牛膝10g 天花粉12g 每日一剂,并嘱患者续服西药。连服中西药7天后,血小板计数稍有下降,余症略有减轻,脉小弦,苔薄,舌边有瘀斑。再从原意。原方加桂枝10g 水蛭10条,续服7剂后,血小板计数下降为16万。再服63剂后,水蛭用

量减至3条。血小板计数有上升之势,则加三棱、莪术、柴胡各10g。服此方301剂,血小板计数已趋正常,同时脑血栓形成症状也消失。继用养血柔肝之法治疗,3年后随访:患者已停服马利兰、潘生丁近2年,病情稳定。血小板计数为18.9~21.3万。

体会:本例系原发性血小板增多症继发脑血栓形成。中医根据舌诊,定为血瘀症。患者初诊表现为血虚肝失柔和,血瘀略有化热之象。故采用活血化瘀,养血柔肝法,初方以养血柔肝之品合桃仁、红花、丹参。方中芍药酸苦微寒,丹皮凉血清热。药后病情稍有好转,化热之象改善。二方加桂枝、水蛭为桃核承气汤合抵当汤加減。方中水蛭所含水蛭素能阻止凝血酶对纤维蛋白原的作用,阻碍血凝固,扩张血管,促进血循环。加用桂枝,取其辛温通阳行瘀之效。三方加用三棱、莪术目的是在减少水蛭用量的情况下,加强破血逐瘀之功。以上三方均合养血柔肝之药,标本兼治,临证加減,中医辨证结合中药药理作用进行施治,原发性血小板增多症得到控制,同时脑血栓形成症状亦获良好疗效。