

• 基层园地 •

张仲景治疸之汗吐下三法及其方药临证应用

陈超*

(苏州市吴中中医医院, 江苏 苏州 215101)

黄疸,以面、目、肌肤色黄,小溲黄赤为主要临床表现的一类疾病。病名首见于内经,辨证论治始发于仲景,历代医家虽多有阐发,但总以仲景方(法)^[1-2]为宗,茵陈蒿汤、茵陈五苓散等清、利法用之甚广。笔者以仲景诸法(方)治疸凡20余年,其中以汗、吐、下三法用之尤多、尤效,究其机实为因势利导,祛邪外出。

1 汗法

1.1 黄疸初起

【经典论述】“伤寒瘀热在里,身必黄,麻黄连轺赤小豆汤主之。”(《伤寒论》第262条)。

【临床运用】麻黄连轺赤小豆汤(麻黄、连轺、赤小豆、杏仁、生梓白皮、大枣、生姜、甘草)属清热化湿剂,然清中有散,“渍形以为汗”,是治疗黄疸(阳黄)初起(发黄兼身热、恶寒、无汗、小便不利等症)的方剂,现代肝病用于治疗急性黄疸性肝炎、慢性肝病急性发作初起而见黄疸者。如按仲景六经辨证,为阳明湿热发黄兼有太阳表证;如按叶天士卫气营血辨证,则为表证未罢、里热已成之邪在卫气阶段,“在卫汗之”、“到气清气”,故表里双解,为了使邪有出路,故汗之使邪从表而出是治疗的关键点,即《内经》所谓“开鬼门,洁净府”之开法。

【点滴体会】古今不少医家使用该方时多以“湿热内蕴,熏蒸肝胆可致黄疸,且兼风寒束表”为理论依据,以“发热、恶寒、无汗、身黄如橘子色、小便不利而色黄”为主症。笔者以为,湿热黄疸之“瘀热在里”,其在疾病初起、尚可见寒热不适之表证,所谓有一分恶寒便有一分表证。表证何以一定为风寒束表?究其故多为方中有辛温之麻黄,不知本方为清里解表之剂。以“黄家所得,从湿得之”之病因解,“瘀热在里”之病机解,均以湿、热合邪,里热成而表湿未罢为贴切。阳黄初起,肌肤发黄亦为初起阶段,多色黄不深、或显现或隐约(其中有通过肝功能生化检查而诊断者),可选麻黄连轺赤小豆汤而解表清热利湿退黄;根据方剂内涵可外延为:对黄疸无论有无表证,于清热、利湿、和血等退黄法中兼用汗法,

往往能加快黄疸之消退;若色黄如橘子色之深度黄疸,则或病已入里、气分及血,本方不可单独使用;若甫发之初即色黄色黄如金者,则病情凶险、有急黄之兆,汗法应列为禁忌。

【治验举隅】徐某,男,21岁,学生。尿黄1周来诊。

初诊(2009年2月11日):1周前发热,状似感冒,自服抗感冒药3天,恶寒已解,热势亦减,但发现尿黄、继之目睛、皮肤发黄,黄色较鲜明。并周身不适、懒散怕动,食欲下降,,舌边尖红、苔微腻,脉数带浮。化验肝功能 ALT 255 U·L⁻¹, Tbil/Dbil 58.6/31.2 μmol·L⁻¹,乙肝血清标志物提示“大三阳”,自幼罹患乙肝,长期病毒携带,未曾治疗用药,近日出现肝损。此属麻黄连轺赤小豆汤证。炙麻黄10g,连翘15g,赤小豆29g,茵陈30g,杏仁10g,藿香15g,淡豆豉15g。

二诊(2月19日):发热已解,尿黄未再加重,肤发黄、目黄无明显进退,舌质红、苔腻。未分表邪已缓,湿热遏阻气分日显。上方炙麻黄减成3g,加山栀子10g,猪茯苓各15g,车前子15g。

2009年3月11日复查肝功能正常。

按:本案为黄疸初起,属湿热阻遏卫气、且卫分之邪渐次入里。可选藿朴夏苓汤或麻黄连轺赤小豆汤,运用之要,首辨湿邪是否明显,次须因时因人制宜。本案例湿象不甚明显,而且属于寒冷之冬季,故选麻黄连轺赤小豆汤为治。

1.2 黄疸不净

【经典论述】《金匱要略·黄疸病》篇:“……假令脉浮,当以汗解之,宜桂枝加黄芪汤主之。”

【临床应用】黄疸初起、黄疸恢复期而见黄疸隐、显不深、轻度乏力或不胜劳累,时汗出,脉虚浮。辨证属营卫不和、表虚不固者,则选用桂枝加黄芪汤以调和营卫,助表退黄。

【点滴体会】桂枝加黄芪汤和麻黄连轺赤小豆汤,前方适用于表虚而内热不重的证候,不但可用于黄疸初起,尤其适用于黄疸后期肝功能基本恢复而高胆红素血症者(黄疸不净);后方适用于表实而内有湿热的证候,仅用于黄疸初期。笔者认为,上述两方是仲景用汗法治疗黄疸为后世开辟了一条途径,特别是桂枝加黄芪汤,该方为解表扶正之剂,无一治黄之品(药味)而能治疗黄疸,提示治疗黄疸可用汗法治疗,使湿热之邪从汗而解。正如《金匱要略心典》所说“夫黄疸之病,湿热所郁也,故在表者汗而发之,……此大法也”。

【治验举隅】虞某某,女,50岁,市民。尿黄2周来诊。

初诊(2009年9月10日):1年前反复感冒后发现尿黄、皮肤发黄,黄色较为明显,至市某医学院附属一院住院1月余,诊断为药物性肝损伤予抗炎保肝治疗后好转出院。但黄疸时作,Tbil 30~50 μmol·L⁻¹,ALT/AST 45/80 U·L⁻¹,每于感冒、疲劳后发作或加重。并轻度疲乏,精神紧张,恶心,纳差,便溏,舌质淡、苔薄腻,脉弦细。病毒性肝炎标志物阴性,体形稍瘦弱。此属“小黄疸”。为气虚卫外无力,脾色外现发黄。治以仲景桂枝加黄芪汤加减。桂枝10g,白芍24g,黄芪30g,生姜10g,大枣10g,炙甘草10g,香附12g,白术15g。

[收稿日期] 2010-11-01

[通讯作者] * 陈超,主任中医师,从事中西医结合肝病临床、吴门医派学术继承, Tel: 13962180235, E-mail: 13962180235@139.com

g, 生麦芽 30 g。水煎服, 日 1 剂。

二诊(3 月 17 日): 尿黄渐减、目睛黄染见轻, 精神转佳, 可以自行上下 4 楼, 食欲增加、已无恶心, 舌淡微胖, 苔薄腻, 脉濡。上方茵陈减至 15 g, 党参加至 30 g。

二诊方加减用至 4 月 30 日, 诸症消失, 舌脉已平; 复查肝功能正常。

2 吐法

2.1 涌吐痰食

【经典论述】《金匱要略·黄疸病》篇云: “酒疸, 心中热, 欲呕者, 吐之愈”, “瓜蒂散, 治诸黄。”瓜蒂散方 瓜蒂一分(熬黄)赤小豆一分。上二味, 各别捣筛, 为散已。

【临床应用】酒家湿热蕴积于胃, 累及于脾, 影响脾之运化, 可致黄疸, 即“脾色必黄, 瘀热以行”, 临床可见“心中懊憹而热, 不能食, 时欲吐”等症, 《素问·阴阳应象大论》曰: “其高者, 因而越之。”治疗可因势利导, 采用涌吐之法, 使病邪从上排出。

【点滴体会】黄疸除辨病因(主要为湿、热)外, 更须辨病位, 从驱邪角度通常按三焦辨: 偏于中上焦者, 兼见心烦, 呕吐频作, 胃脘胀闷; 热重者可有发热, 头痛较重, 口渴思冷饮; 湿重者, 头目眩暈如裹, 身重嗜卧, 口渴不欲饮水。若偏于中下焦者, 则上中焦湿热症状不明显, 多兼见小便赤热, 尿浊尿频, 尿道灼痛, 小腹胀。热盛者大便干结; 湿盛者大便溏薄; 湿热并重者, 大便黏滞不爽。

邪热遏阻中上二焦者, 可宗仲景之“瓜蒂散, 治诸黄”之法。瓜蒂味苦性寒, 归胃经, 有涌吐痰湿、祛湿退黄之功效。用治黄疸须辨病之轻重而无惧疸之深浅。重型肝炎及其前期, 即使黄疸尚未深入亦断不可吐; 淤胆型肝炎, 只要辨证属痰、食蕴结者, 黄疸虽深, 可用吐法。笔者用时较慎, 常以 3 枚起, 不治再加, 然不过 7 枚。关于本方的使用注意与禁忌, 《沈金鳌医学全书》作了详尽的阐述: “瓜蒂极苦而性上壅, 能损胃伤血, 耗气散神。凡胸中无寒, 胃家无食, 皮中无水, 头面无湿, 及胃虚气弱, 诸亡血, 诸产后, 似中风倒仆, 心虚有热, 癫痫女劳谷疸, 元气尫羸, 脾虚浮肿, 切勿误用以致伤生。戒之慎之。”

【医话拾零】苏州市中医院任光荣 2009 年冬月治一疸证, 患者为青壮年男性, 长期酗酒致黄(酒精性肝炎), 面黄如黑疸, 皮肤瘙痒, 尿黄似浓茶, 时时欲吐, 胸膈满闷, 不思饮食, 脉弦滑。肝功能重度损害: Tbil 379.8 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, ALT/AST 388/1020 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, TP/ALB 81.2/38.6 $\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$, GGT/ALP 345.6/289.5 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, TBA 500 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。B 超示肝脏弥漫性损害伴肝脏肿大, 胆囊壁水肿, 脾脏轻度肿大, 少量腹水。曾经“人工肝”作“血液透析”和“胆红素吸附”以及中西药物治疗等罔效。任老抓住时时欲吐, 胸膈满闷之主症和酒精性肝炎之诊断, 予瓜蒂散方(瓜蒂 3 枚, 赤小豆 30 g 水煎分服, 每日 1 剂)。药后当日呕吐 10 余次, 初为宿食为主, 继之痰涎为主, 再为清水涎沫; 次日呕吐 3 次, 再后每日呕吐 1~2 次, 为当日胃内容物。1 周而黄退大半。黄疸明显消退, 已不欲吐,

思进食, 脉象转缓。复查肝功: Tbil 78.6 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, ALT/AST 188/321 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, GGT/ALP 169.2/147.5 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, TBA 67.8 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。继予参苓白术散加减调治数月而愈。

2.2 宣吐郁热

【经典论述】《金匱要略》曰: “酒黄疸……其脉浮者, 先吐之, 酒疸, 心中热、欲吐者, 吐之愈。”

【临床应用】酒疸是湿热内蕴于胃所致, 欲吐是病势趋向于上, 吐之是顺应病势而因势利导, 通过涌吐使病邪从上排出, 其黄可退, 其病可愈, 一般用栀子豉汤及其类方。

【点滴体会】栀子豉汤宣吐郁热, 是祛无形之邪, 临床用之有吐与不吐之应。得吐者即止, 不必尽剂; 不吐者药后心(胸)中舒畅, 懊憹见减可守方续进, 直至黄退疸消退。

【医话拾零】5 年前自诊一酒黄疸, 为 40 岁男性机关干部。痰湿之体, 且嗜酒酪, 发病 1 周来诊。症见尿黄、皮肤发黄, 伴恶心呕吐, 胸痞不畅, 太息捶胸, 睡眠不安, 舌质偏红, 脉弦数。肝功能: ALT/AST 240/360 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, Tbil 68.4 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$, GGT 245 $\text{U}\cdot\text{L}^{-1}$, TBA 50 $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。B 超: 中度脂肪肝伴肝肿大, 胆囊壁水肿。诊为酒黄(酒精性肝病)治以清化郁热为先: 栀子 15 g, 淡豆豉 15 g, 郁金 10 g, 茵陈 29 g, 干荷叶 10 g, 生姜 10 g。上方连服 3 剂, 未得吐, 现恶心已除, 略有胸闷, 食欲仍差, 脉弦。郁热之标得解, 湿热内蕴未除。改投叶天士健脾益气之戊己汤加味(白术, 黄连, 党参, 陈皮, 白芍, 甘草, 当归, 柴胡, 煨姜, 大枣)而治其本。

3 下法

3.1 泻热除湿

【经典论述】《金匱要略·黄疸病》篇曰: “黄疸腹满, 小便不利而赤, 自汗出, 此为表和里实, 当下之, 宜大黄硝石(大黄、硝石、黄柏、栀子)汤。”

【临床应用】邪热遏阻于中下二焦者, 宗仲景“黄疸腹满, 小便不利”之治。黄疸病, 湿热壅盛, 聚结于里, 里热成实, 临床表现为身黄, 其色鲜明, 腹部胀满, 或可扪及条状硬块, 小便黄赤短少, 大便燥结难解。治以通腑泻热、除湿退黄为法, 里实得通, 大便得解, 湿热得除, 黄疸自退。

【点滴体会】腹满自汗为邪热内结, 小便不利而赤为湿热内蕴, 因势利导, 当二便分消, 利下湿热, 大黄硝石汤以泻热除湿。大黄、硝石而去其邪热内结, 黄柏、栀子凉而行其下焦湿热。

【治验举隅】张某某, 男, 64 岁, 农民。尿黄、腹满 2 周来诊。

初诊(2009 年 3 月 10 日): 2 周前发现尿黄、皮肤发黄, 黄色较为鲜明。并疲惫无力, 精神萎靡, 口干不欲多饮, 身重, 恶心, 纳差, 腹满, 便垢, 尿黄赤, 舌质淡胖、苔腻, 脉濡。化验肝功能明显异常, 乙肝血清标志物提示“小三阳”。此属老年脾气虚亏, 湿热内蕴(湿重于热), 前医以化湿健脾之茵陈五苓散加味治疗 1 月余未效。此湿热内结发黄, 当宗仲景通腑除湿之大黄硝石汤加减。生大黄 15 g, 硝石 15 g, 黄柏 10 g, 栀子 10 g, 茵陈 30 g, 厚朴 6 g。二诊(3 月 17 日): 药后

便泻日3次左右,初溏垢,继之溏泻,今晨起大便成形(正常);尿黄渐减、目睛黄染见轻,精神转佳,可以自行上下4楼,食欲增加、已无恶心,舌淡微胖,苔薄腻,脉濡。茵陈15g,桂枝6g,党参15g,白术30g,茯苓30g,猪苓20g,泽泻18g,生麦芽30g,甘草10g。水煎服,日1剂。

二诊方加减用至4月30日,诸症消失,舌脉已平;复查肝功能正常,乙肝标志物仍为小三阳。

本案为黄疸病,辨属阳黄之湿重于热,茵陈五苓散本为正治。但湿热内结于中下二焦至深,化之不解,利之不解。急则治其标,以大黄硝石汤加减通腑除湿。温病下之,便硬(成形,正常)为邪已尽;继之予茵陈五苓散(不去桂枝)合四君子汤加减。其中白术、茯苓为二方所共有,故用量较大;黄疸甫退,即减少茵陈用量而加大党参用量,意在将治疗重点由清化逐渐向健脾益气转移。

3.2 泻下瘀热

【经典论述】“瘀热在里,身必发黄,茵陈蒿汤主之。”(《伤寒论》236条)“身黄如橘子色,腹微满者,茵陈蒿汤主之。”(《伤寒论》260条)“瘀热在里……,抵挡汤主之。”(《伤寒论》124条)。

【临床应用】黄疸因瘀热在里(中、下二焦)者,当泻下瘀热。可选茵陈蒿汤或抵挡汤治之。前方治经,后方通络,即叶天士所谓初为气结在经,久则血伤入络”。茵陈蒿汤以茵陈、栀子清利湿热,大黄祛瘀和血;抵挡汤以水蛭通阴络,芒虫走阳络皆为攻瘀,桃仁推陈致新,大黄荡涤邪热。二方均有一定通腑作用使邪从下出,但活化瘀、通络为论治之本,乃“治黄先治血”之经方,至今仍有较高的实用价值。

【点滴体会】下法为退黄常用治法之一,但必须用之得当。20世纪80年代起,笔者每每使用下法治黄,20余年来的治疗得失、经验教训使得对下法愈用愈慎。除临证体验外,与受叶氏黄疸慎下^[3]的影响有关。叶天士在《临证指南医案》等著作中多处特别提出攻下宜慎,如张案“溺黄便秘,当宣腑湿热,但不宜下,恐犯太阴变胀”;刘案“心下痛年余……目黄溺赤,此络脉中凝瘀蕴热,与水谷之气交蒸所致,若攻之过急,必变胀满”;某案“面目悉黄,微见黑滞,烦渴腹满……若误下之,则脏气空虚,风从内生矣。”

【治验举隅】葛某,女,24岁,农民工。尿黄1周来诊。

初诊(2009年5月11日):2周前发现尿黄、目睛皮肤发黄,黄色鲜明。并胁痛不适、按之痛甚,腹胀纳差,便秘3日,舌质红、苔黄腻,脉滑数。化验肝功能明显异常,乙肝血清标志物提示“大三阳”,B超示肝脏弥漫性损害,胆囊结石、胆囊炎。治以清热解郁,疏肝利胆。茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。茵陈30g,制大黄10g,炒山栀12g,赤芍18g,黄芩15g,柴胡15g,枳实10g,制半夏12g,鸡内金15g,生麦芽30g。水煎服,日1剂。

二诊(5月19日):胁痛渐减,按之仍有不适,尿黄见减、但肌肤发黄、目黄无明显改变。上方去海金沙,加猪茯苓个16g,车前子15g。

药至2009年6月19日复查B超、肝功能均正常。

本案为黄疸病,辨属阳黄热重于湿,兼胆腑实热。予茵陈蒿汤清化瘀热、大柴胡汤清肝利胆。用制大黄重在祛瘀而非通腑。其中胆为中精之腑,藏泄有度,亦曰奇恒。胆腑一旦受邪,当以去邪为要,欲使邪有出路,必通肠腑,因胆腑与之相通,其气相承,以降为顺。

【参考文献】

- [1] 钱超尘. 中华经典医书(二)·宋本伤寒论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:57.
- [2] 钱超尘. 中华经典医书(二)·新编金匱方论[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:575.
- [3] 叶天士. 临证指南医案[M]. 上海:上海科技出版社,1975:34,39.

概述中药复方治疗粘连性肠梗阻

宋先旭*, 陈桂莲, 谭立业

(牡丹江医学院第二附属医院普外科,
黑龙江 牡丹江 157009)

粘连性肠梗阻是腹部手术、炎症、创伤后所形成的广泛性肠粘连,粘连带进而导致肠管急性梗阻,是肠梗阻中最常见的一种类型^[1]。粘连性肠梗阻属中医腹痛范畴,常因胃肠壅滞,机能紊乱,传导失司,中焦气机痞塞,腑气不能,积而化热,常表现为气滞为主^[2],其中20%的患者需要手术后再手术^[3]。而因手术本身又可加重肠粘连,形成恶性循环。单纯西医保守治疗肠梗阻可减轻腹胀和降低肠腔内压力,改善局部病变和全身情况及控制感染;但当患者病程较长、病情反复时易发生恶化升级,导致肠管缺血、坏死、溃破穿孔。此时中医药治疗便显得十分必要。现对中药复方治疗粘连性肠梗阻的临床研究作一概述。

1 粘连性肠梗阻的发病机制

粘连的形成是机体纤维增生的一种炎症反应,起血管桥的作用。腹膜的大量吞噬细胞在腹腔内有损害时,会释放大细胞因子、递质等,伴有水肿、充血,并释放组胺、多种激肽等活性物质,此时大量纤维素渗出,沉积在浆膜面并形成一网络状物,其中含有的许多多核白细胞及其他炎性细胞使邻近的浆膜面黏合在一起,当纤维性网络不能被迅速吸收,纤维增生,成纤维细胞产生胶原束,成为纤维粘连的基础。

【收稿日期】2011-01-14

【通讯作者】* 宋先旭,主治医师,从事中医外科疾病的中西医结合诊疗研究, Tel: 13604535438, E-mail: 167882398@99.com