

陈意治疗湿热中阻的经验

郭 勇* 江海松*

(* 浙江中医药大学附属第一医院, 杭州邮电路 54 号, 310006)

关键词 湿热中阻/中医药疗法; @ 陈意

浙江中医药大学附属第一医院主任中医师陈意老师, 平素忙于诊务, 少有暇时著述、撰文, 然吾等弟子有幸随其学习, 听其教诲, 对其学术经验及观点有所记录。今就其对湿热中阻证的治疗, 略陈一下。

1 病因病机

湿热中阻证是湿阻病的一种, 其中湿热的生成分外人与内生。外人因湿热之邪从口鼻、皮毛而入, 侵犯胃肠, 影响脾之运化, 即呈湿热之候。内生则因恣食生冷、过食肥甘, 太阴受伤, 故致脾阳不振或脾气虚损, 失其健运之职, 不能为胃行其津液, 津液的输布代谢发生障碍, 而致水液不化, 聚而成湿, 湿郁日久而化热; 或情志不遂, 肝失条达, 肝气郁结, 郁而化热, 肝热与脾湿互结而生湿热。

当今全球气候变暖, 人多喜冰镇冷饮、肥甘厚腻之品, 又无节制, 故内伤脾胃而生脾湿; 而今学习、工作竞争日益激烈, 因此情志不遂之事时多, 排遣不及则致肝气郁结, 遂生郁热。故而陈师认为现今内生湿热大多为肝郁脾虚所致。

2 辨证要点

通过长期的临床实践, 陈师提出湿热中阻证的辨证要点为: 口腻、口苦, 胃纳欠佳, 脘腹胀满, 呕恶便溏, 或溏而不爽, 舌红, 苔黄腻, 脉弦或濡数。

3 治疗特点

陈师治疗湿热中阻证主要有以下四个特点。

3.1 苦温与苦寒并用, 重用苦温: 一般来讲, 既属湿热, 单用苦寒清燥即可, 然苦寒亦能伤脾败胃, 病本脾虚, 无疑雪上加霜, 加重脾虚, 故苦寒法受限; 苦温之法本意燥化寒湿, 无伤脾败胃之虑, 但温能助热, 用于湿热, 热上加热, 又显不宜。然苦温苦寒并用即可互补, 扬其长而避其短; 两苦相加燥湿之力强, 寒能制温, 使其无助热之嫌; 温能制寒, 使其恰能发挥清热之功, 而又避其伤脾之弊。“湿为阴邪, 非温不化”, “热易清而湿难化”, 故而陈师重用苦温, 温燥阴湿, 湿去则热孤, 苦寒直折其孤热, 湿热可除。常用药物有苍术、陈皮、半夏、厚朴、黄连、黄芩、蒲公英等。

3.2 一慎, 二禁: 所谓一慎即慎用甘温。或曰: “病属

脾虚, 甘温益气健脾, 未尝不可。”诚然, 但甘亦能助湿满中、益气化热, 温增热势, 故用甘温, 可能脾虚未减, 湿热反增。所谓二禁: 一禁峻补。中焦湿热未去, 若用附子、肉桂、人参、鹿茸等大辛大热、大温大补之药, 则热可成火, 火酿成毒, 若火毒之势成, 则后果不堪; 而若用熟地黄、阿胶等阴柔滋腻厚味之品, 则湿浊黏滞、缠绵难除, 经久不愈。二禁消导攻下。病本脾虚, 不耐攻伐, 若用消攻, 则脾气更虚, 甚而脾阳下陷, 泄泻不止; 况消攻之法针对有形实邪, 湿热为无形之邪, 显然不适宜。

3.3 三步曲: 湿热阻滞, 难以速愈, 应当耐心治疗, 不可操之过急。肝郁脾虚、湿热内蕴, 病属本虚标实、虚实夹杂之证, 逆其病理状态, 复其生理功能尚需时日, 临床治疗可分三个步骤进行。(1) 除标: 患者主诉口腻、口苦, 胃纳欠佳, 脘腹胀满, 呕恶便溏, 或溏而不爽, 察其舌红, 苔黄而腻, 脉弦或濡数。此阶段以中焦湿热内蕴为主要矛盾, 须苦温苦寒并用, 以除湿热之标。陈师临床常用不换金正气散加减治之, 嘱患者禁补忌甜。(2) 复本防标: 待上述诸症均减, 尤以黄腻苔褪净, 转为薄白苔为标志, 此阶段为湿热之邪暂退而脾虚之候突显, 须用甘温益气健脾以复脾运。然湿性黏滞缠绵, 须防其再生, 则加用行气化湿类药, 陈师常用香砂六君子汤加减治之。此阶段颇为重要, 因属邪暂退, 为防病情反复, 转为前一阶段, 陈师常嘱患者忌口, 忌食辛辣、冰镇、酸收、厚味等物, 并注意起居, 调畅情志。(3) 固本: 经前一阶段服中药治疗后, 患者临床症状消失, 即可专心固护脾本。陈师嘱患者常服补中益气丸或香砂六君丸以善其后。

3.4 不忘疏肝理气: 肝主疏泄, 性喜条达。病本肝郁, 有失条达之性、疏泄之职, 治当疏肝理气; 且只有肝气条达, 方能脾运得健, 湿热乃除, 即所谓“土得木而达”, “气化湿亦化”。在祛湿方中常配用制香附、木香、柴胡、枳壳等。

4 病案举隅

陆某某, 女, 30 岁, 2005 年 10 月 10 日初诊, 口干、口苦, 胃纳欠佳, 脘腹胀满不舒, 大便溏泄, 泄前腹痛, 泄后痛减, 头晕腰酸, 舌红苔黄而腻, 边有齿痕, 脉弦细。患者诉病已 3 月有余, 口苦口干、脘腹胀满之症日

益加重。诊为湿热中阻证,辨证要点为口干、口苦,胃纳欠佳,脘腹胀满不舒,大便溏泄,舌红苔黄而腻,边有齿痕,脉弦细。湿热阻滞气机,脾升胃降功能失调,故中焦脘腹胀满不舒,胃纳欠佳;气滞津停故口干;口苦为肝有郁热之候;大便溏泄为湿热内蕴中焦,清浊不分,杂然而下所致;腹痛欲泄,泄后痛减为肝郁脾虚之候;舌红,苔黄而腻为湿热内蕴之象。肝郁脉弦,脾虚脉细。目前以湿热内蕴为主要矛盾,治当以清化湿热、理气和中为先,方拟不换金正气散加减:砂仁 6g,香附 12g,陈皮 12g,制半夏 12g,苍术 12g,黄芩 12g,蒲公英 30g,黄连 6g,炒木香 12g,藿香 12g,佩兰 12g,红藤 30g,茯苓 12g,车前子 30g(包),神曲 12g,14 剂。并嘱其忌食补品及甜食。

10 月 25 日复诊:诉服本方 7 剂之后,口干口苦已无,头晕腰酸不显,胃口渐开,脘腹胀满明显减轻,大便成形,日解 2 次,便前仍有腹痛,舌红苔薄白,边有齿痕,脉弦细。分析:湿热已去,脾虚肝郁之候显,治当甘温益气健脾,兼以行气化湿,方以香砂六君子汤加減:香附 12g,砂仁 6g,陈皮 12g,制半夏 12g,党参 15g,白术 12g,茯苓 12g,甘草 6g,炒木香 12g,黄连 6g,防风 12g,白芍 12g,柴胡 12g,神曲 12g,鸡内金 12g,30 剂。忌食辛辣、冰镇、酸收、厚味等物。

11 月 27 日三诊:患者诉偶因饮食起居不慎而略感腹胀,其余无异常,舌红苔薄白,舌边齿痕变浅,脉细,嘱其常服用香砂六君丸以善其后。

(2007-03-14 收稿)

大黄廑虫丸治疗外伤性硬膜外血肿 16 例

王晓兵* 王恒跃*

(* 河北省辛集市第一医院外二科,052360)

关键词 硬膜外血肿,外伤性/中医药疗法;大黄廑虫丸

近年来我们采用口服或鼻饲大黄廑虫丸治疗外伤性颅内血肿 16 例,收效良好,报告如下。

1 临床资料

本组 16 例中,男 11 例,女 5 例,年龄 18~62 岁。受伤至入院时间为 30min~5d,均有程度不等的头痛,有昏迷史者 14 例,恶心呕吐者 13 例,均有明确的外伤史,其中包括术后并发迟发性硬膜外血肿 1 例。16 例均经头部 CT 检查确诊并动态观察,血肿量 $\leq 40\text{ml}$ 。

2 治疗方法

按西医常规非手术治疗原则进行抗炎、止血、脱水及对症支持等综合治疗,在此基础上 24 小时后加服或胃管鼻饲大黄廑虫丸,每次 2 丸,每日 2 次,1 周为 1 个疗程,一般 2~3 个疗程即结束治疗。大黄廑虫丸由北京同仁堂制药厂生产。本组患者在入院时,伤后 3~7d,伤后 2 周,伤后 3 周或出院时依病情变化需要行 2~4 次颅脑 CT 检查观察血肿变化。

3 结果

本组患者经治疗 2~3d 后,意识障碍均好转清醒;治疗 3~7d 后,头痛、呕吐症状均减轻或消失;治疗 3~7d 复查 CT 示血肿密度变淡,血肿变小;2 周时血肿大部分吸收;3~4 周时完全吸收。本组 16 例病例均痊愈出院。住院时间 11~21d,平均 15d。

4 讨论

硬膜外血肿约占外伤性颅内血肿的 30%~40%,
万方数据

对于无外科手术指征的虽可保守治疗,但血肿吸收时间长,伤后 2 周 CT 扫描复查仍有 49.48% 的患者血肿无变化。外伤性硬膜外血肿在中医学中属血瘀头痛范畴,颅内恶血、蓄血属血瘀之重证,因此我们采用了破血逐瘀法。

大黄廑虫丸出自《金匱要略》,为破血逐瘀经典方剂,由大黄、廑虫、虻虫、水蛭、蛭螭、干漆、桃仁、杏仁、黄芩、生地黄、芍药和甘草 12 味药组成。取其破血逐瘀、消痞散结之用,治疗颅内恶血、蓄血。如《医编·血》云“凡血妄行瘀蓄,必用桃仁、大黄行血破瘀之剂。盖瘀败之血势无复返于经之理,不去则留蓄为患,故不问人之虚实强弱,必去无疑,虚弱者加入补药可也。”方中大黄逐瘀攻下,推陈致新,并能凉血清热;廑虫破血瘀力专而缓,和大黄以攻下积血,共为君药。桃仁、干漆、蛭螭、水蛭、虻虫助君药以活血通络,破血逐瘀,共为臣药,其中水蛭具“逐瘀破积,通络理伤”之功,能破瘀血而不伤新血,专入血分而不伤气分;黄芩清热;杏仁理气;生地黄、芍药行血中瘀滞,养血补虚,是为佐药;甘草益气缓中,调和诸药。全方共奏行气活血、祛瘀生新之功。大黄廑虫丸为中成药,服用方便,胃肠反应小,患者容易接受。应用此方 2 周时血肿大部分吸收,明显缩短了血肿吸收时间。但在治疗期间要严密观察患者神志、瞳孔及生命体征变化,及时复查头部 CT,如发现血肿扩大,有手术指征可转手术治疗。

(2007-03-21 收稿)