

浅谈《金匱要略》大黄附子汤治疗急腹症体会

★ 张莉 (天津中医药大学 2004 级硕士研究生 天津 300193)

★ 指导:秦鸣放 (天津市南开医院 天津 300193)

关键词:金匱要略;大黄附子汤;急腹症

中图分类号:R 222.16 文献标识码:B

《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治第十》曰:“胁下偏痛,发热,其脉紧弦,此寒也,以温药下之,宜大黄附子汤。”本条论述的是寒实内结的证治,其主症为腹痛、大便不通。方中用大黄泻下通便,附子、细辛温经散寒,并能止痛。用之治疗以大便不通为主症,伴见腹满痛的内科急症、重症屡获良效。大黄作为方中主药具有苦寒泻下之功,既可用于寒结也可用于热结,但必须注意其与附子、细辛的用量比例;附子、细辛温经散结。三药联用既能通便又不致苦寒伤正。大黄其性苦寒,气味重浊,直降下行,走而不守,“荡涤肠胃,推陈出新,通利水谷”(《本经》);附子、细辛性温热,散寒止痛,温运脾胃。三者合用,寒热并投,刚柔并用,可避免大黄苦寒凝滞之弊,同时增加疏通之力。对气机郁滞者配疏肝理气之延胡索、川楝子,苦泄辛散之枳实、木香;呕吐甚者加降逆止呕之半夏、竹茹等;痛甚加缓急止痛之白芍、甘草;肝胆湿热、胆石内阻者配合清肝利胆、化石散结之金钱草、鸡内金、郁金,并加入清利退黄之茵陈、泽泻而使邪去正安;对燥屎内结者合大承气汤,通腑泻实,畅通气机。本方通过辨病与辨证相结合临床疗效显著:

1 急性胰腺炎

重症急性胰腺炎是临床常见的急腹症之一,其起病急、病情重、并发症多、病死率高,属中医学“胃脘痛”、“脾心痛”等范畴。因肝胆疏泄,胆汁郁滞不畅,致脾胃运化失常,痰湿内生,阳气被遏。日久,湿从热化,湿热壅结,以致寒热错杂,痰瘀凝滞,腑气不通,不通则痛而发本病。本方具有辛开苦降,清热解毒,化瘀散结之功。使脏腑通畅,气血调和,邪去正安,危病得愈^[1]。

病例:林某,男,53岁,因上腹部疼痛1天,加重2小时于2006年6月18日入院。患者上腹部持续性疼痛阵发性加重2小时,有胆石病史5年。就诊时诉上腹部疼痛,呈刀割样,向腰背部呈带状放射,

伴恶心呕吐、畏寒发热、大便秘结。查体:T 38.5℃,P 118次/分,R 25次/分,Bp 90/60 mmHg。急性痛苦面容,巩膜轻度黄染,心肺无异常,腹肌紧张,压痛明显,有反跳痛,墨菲氏征阳性。舌质红、苔白腻,脉沉弦。血常规检查:WBC $18.2 \times 10^9/L$ (N 0.91, L 0.09),血淀粉酶 8 436 U/L,尿淀粉酶 7 890 U/L。B超示胆囊多发性结石,急性胰腺炎,少量腹水。立即予以禁食、抗感染、补液。中医辨证属寒热错杂,痰瘀凝滞,腑气不通。治拟辛开苦降,通腑化瘀。方用大黄附子汤加减:生大黄(后下)、茵陈各 15 g,附片、黄连各 6 g,细辛 3 g,枳实 30 g,半夏、枳实、延胡索、川朴、郁金各 15 g。分次频服。服药2剂后大便通,腹痛明显减轻,呕吐止。继服上方5剂,诸症状减轻,复查血、尿淀粉酶及白细胞计数均恢复正常。再以上方加减调治月余,经两次B超复查,证实胰腺正常,予以出院,随访至今未复发。

2 肠梗阻

肠梗阻是临床上极常见的急腹症之一,起病卒然急暴,以腹痛、腹胀、呕吐、便秘为主要症状。其主要病理机制是升降失常,肠道气血凝滞,阻塞不通所致。治宜通里攻下,行气散结或温里攻下等,以达到荡涤肠道凝滞,气机升降之目的。大黄附子汤中大黄荡涤肠胃、泻出积滞;附子与细辛相配则变苦寒为温下;莱菔子消食化积、降气化痰;大腹皮下气宽中。诸药相配,共奏通里温下、泻结行滞之功^[2]。

病例:刘某,男,56岁,农民。于2005年12月24日急诊入院,入院前6小时突然出现剧烈阵发性腹痛,由脐周延及右下腹部,痛时转侧不安伴汗出,呕吐多次,腹部胀满。无排气及排便,肠鸣音微弱。X线腹透见上腹部有充气胀大之肠管,并有明显液平面。不发热。血常规检查:WBC $6.8 \times 10^9/L$ (N 0.68, L 0.32)。结合其它检查体征诊断为机械性肠梗阻。入院后行胃肠减压、补液、纠正电解质紊乱。应用灌肠及中药大承气汤等治疗无效,腹痛逐渐加

重,患者表情痛苦,蜷曲而卧,辗转不宁,腹胀,叩之有鼓音,脐周疼痛拒按,以右侧更甚,大便 3 日未行,不渴无寒热,舌淡苔白腻,脉沉弦而迟。辨证属寒实内结之腹痛。治宜温阳通便,行气止痛。用大黄附子汤加味:大黄 15 g,附片 15 g,细辛 6 g,莱菔子 15 g,枳实、厚朴各 10 g。水煎服。服药后腹中转气,于 4 小时后排胶冻便 1 次,腹痛减轻。继用此方灌肠 2 次,大便再次排出,腹痛缓解,停止胃肠减压,无呕吐。服药 3 剂后症状消失,X 线检查正常,予以出院。

3 急性阑尾炎

急性阑尾炎多为里热实证,由于“邪气”(瘀秽之物,如寄生虫、粪石等)与“荣卫”相搏,互相纠缠在肠道,致运化失职,糟粕停滞,气血瘀阻,积于肠道而成肠痈。正如《灵枢·痈疽篇》中所说:“热胜则肉腐,肉腐则为脓。”可见,必须要除邪务尽,邪有出路,则脓不成而病可愈^[3]。急性阑尾炎以腹痛、便秘、手足厥逆为特点,虽有阳气不足的一面,但以寒积内结为主。寒积内结,一则阻遏阳气,使气为之不利,不能推动肠之传导功能;二则损伤阳气,使阳气不能布达四末,温煦肌体;三则使腑气不通,肠失传导。应用大黄附子汤温下并施,以攻逐冷积为主,其中大黄虽系苦寒,但得大量附子相伍,寒性散而走泄之性仍存,泻下而不伤阳。

病例:崔某,男,19 岁,学生。2006 年 1 月 20 日初诊。患者以腹痛就诊,前医用消导、攻下等法及西药消炎止痛诸药不效,腹痛加重,前来求治。证见:右髂棘至脐处疼痛拒按,有反跳痛,深按有包块,痛处扪之发热,伴见畏寒发热,大便初硬后溏,舌淡苔白脉数。体温 38℃。血常规检查:WBC $14 \times 10^9/L$ (N 0.68, L 0.32)。中医辨证为寒热互结瘀阻肠道之肠痈。治宜通下瘀热,扶阳救逆。方用大黄附子汤加味:大黄 15 g (后下),细辛 9 g,附片 6 g,薏苡仁 30 g,丹皮 15 g。5 剂,水煎服。二诊:T 37.5℃,WBC $10.1 \times 10^9/L$ (N 0.67, L 0.33)。时有腹痛,二便尚可,舌淡苔白脉数。药已中病,效不更方。又进 4 剂而愈。

4 急性胆囊炎

急性胆囊炎归属于中医学“胁痛”、“胆胀”等范畴,病变都在胆,涉及于肝。胆汁排泄通降功能尤需依靠肝气疏泄条达,胆以降为顺,若肝气疏泄失常,则胆汁壅滞而化热,阻滞气机而发生本病,加之饮食不节或疲倦过度,亦是诱发本病的主要因素。治疗因寒湿积滞,蕴结肠胃,腑气通降不利,寒热并投,刚柔并用,取得较好的疗效^[4]。

病例:李某,女,43 岁,于 2005 年 12 月 18 日初诊。患者因上腹疼痛 3 小时,放射至肩背部就诊。患者于午餐后出现胃脘部疼痛,呈持续性绞痛。体温 37.6℃。血常规检查:WBC $18.2 \times 10^9/L$ (N 0.88, L 0.12)。血生化检查:ALT 224 U/L, TBIL 109 U/L; DBIL 57 U/L。B 超示胆囊结石,急性胆囊炎,予以抗炎补液治疗。中药以大黄附子汤加味:大黄 15 g (后下),附子 10 g,细辛 6 g,金钱草 15 g,郁金 15 g,枳实 10 g,鸡内金 15 g,延胡索 15 g,厚朴 10 g,甘草 10 g。5 剂,水煎服。服药 2 剂后,大便 2 次,腹痛减轻。前方加泽泻 15 g、茵陈 15 g,再服半月,疼痛消失,黄疸消退,血生化及细胞学检查均接近正常。

5 胆道蛔虫病

胆道蛔虫病属中医学“蛔厥症”,属急腹症之一。且《伤寒论》厥阴篇指出本症属寒热错杂,可造成“下之,利不止”之变证。有报道^[5]治疗应用乌梅丸配合大黄附子汤,温阳而缓下,则无“利不止”之虑。

6 其他

慢性肺心病心衰、有机磷农药中毒^[6]、癃闭、高热、腹痛等方面的应用亦有报道^[7]。

因方中有大黄,以及该方条文中有“温药下之”句,本方通常被认作是温下剂的代表方,所治之证亦认为主要是寒实内结证。无论是急性胰腺炎、胆囊炎,还是肠梗阻等急腹症病机乃为有形无形之邪气阻遏气机,邪实郁闭,壅滞不畅。治疗皆以大黄附子汤加减。

笔者认为,大黄附子汤在治疗各种急重症,尤其是急腹症方面具有广阔的应用前景,现代药理学研究证实,大黄有解热、降温、利尿和抑制胰消化酶活性的作用,这为临床应用大黄附子汤治疗某些急症、重症提供了有力的佐证。

参考文献

- [1] 黄增峰. 大黄附子汤治疗急危重症举隅[J]. 中国民间疗法, 2001, 9(9): 29~30
- [2] 李进龙, 魏广平, 王娟. 大黄附子汤治疗肠梗阻 21 例[J]. 陕西中医, 2002, 23(12): 1 084
- [3] 王博, 程刚, 雷芳玉. 双针法配合大黄附子汤加味治疗急性阑尾炎 36 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(6): 723~724
- [4] 曹昌霞. 大黄附子汤在急腹症治疗中的应用体会[J]. 云南中医中药杂志, 2004, 25(5): 15
- [5] 夏明清. 中西医结合治疗胆道蛔虫病 42 例[J]. 实用中医药杂志, 2001, 103(8): 31
- [6] 黄增峰. 大黄附子汤在急危重症治疗中的应用体会[J]. 实用中医药杂志, 2001, 17(9): 41
- [7] 傅关孺. 大黄附子汤治疗急重症体会[J]. 国医论坛, 2001, 16(2): 8~9

(收稿日期: 2007-01-30)