

减,再剂便出燥屎5~6枚,继而大便3次,如释重负,暖气、恶心、呕吐消失,胃痛腹胀好转,饥欲食,遂进米粥1碗,静养休息。次日改用养阴益胃、扶脾助运之剂调治半月,临床治愈。嘱其继以门诊调治,饮食、精神调理。

3 喘证

张某,男性,58岁,工人,2006年8月8日担架抬来就诊。亲友代诉:喘促、不大便5d,加重难受2d。现面红体实,气喘息粗,张口抬肩,呼吸困难,表情痛苦,身热烦躁,不欲饮食,口干思饮,腹硬胀满,舌红苔黄厚,脉滑数。诊断为“喘证”,证属里热便秘,腑气不通,肺失肃降所致。治以泻热通便,肃降肺气。予大承气汤加味:大黄20g,枳实12g,厚朴15g,芒硝15g(另包冲服),黄芩12g,瓜蒌实12g,3剂。药后大便数次,奇臭异常,现已便通喘消,诸症如失,全身轻松,精神、食欲渐佳。嘱其注意饮食调养,1年后随访未发。

4 体会

阳明胃肠之腑,以通为用,以降为顺,无病时,自可顺降体安。若有里热便秘,必是胃肠阴亏,失其润降,燥结其中,胃虽自欲下降而不能行,于是郁热愈甚,阴津愈伤,热肆津枯,诸病由生,此时必借药力之助,急下方能祛邪救阴,复其通降。张仲景创立的大承气汤,能急下存阴,通顺胃肠,顺应了“六腑者,传化物而不藏”的生理特性,所以能治疗因里热燥结、便秘不通所致的多种病证。

临床应用所治中,例1躁狂症,其精神躁妄,胡言乱语,喧扰不宁等为阳明腑实之表象,辨证实为里热便秘,腑气不通,阳明郁热不得下行,逆而向上扰乱心神所致。《伤寒论》217条云:“不大便五六日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状。若剧者,发则不识人;微者,但发热谵语者,大承气汤主之”。225条云:“大便难而谵语者,下之则愈,宜大承气汤”^[2]。故用大承气汤加益阴安神药,引火热之邪随大便而出,热退神安,躁狂、谵语等症自消。例2胃脘痛,是因胃阴不足,胃失润降,致肠燥便秘,理当养阴清热为治,但患者里热便秘已成,胃已失通降,此时补养阴液,只会助邪使腹胀呃逆等症加重,另外燥热不去,则胃阴愈耗,后患堪忧,可见急下救阴已不可缓。中医学有“六腑以通为补”之论,故予大承气汤加和胃消食药治之,意在救阴,保全胃气,不在夺实。例3喘证,为里热便秘,腑气不通,阳明燥热上迫于肺,使肺失肃清、治节不行所致。《伤寒论》244条云:“大便乍难乍易…喘冒不能卧者,有燥屎也,宜大承气汤”^[2]。故以大承气汤加润肺降气药,泻热通便,使腑气通利,肺气肃降,不治喘而喘自消。

上述案例,病虽各异,表现不一,但皆以里热燥结不通为基本病机,均用大承气汤加味施治而效,有异病同治之得。笔者体会:(1)运用大承气汤急下并非只有通便泻热救阴之功,还有通降胃气,肃降肺气等功效;佐证了“六腑以通为用,以降为顺”理论的正确性。(2)运用经方,关键在于切中病机,明了方义,如能运用得当,疗效卓著。

参 考 文 献

- 1 赵体浩,主编. 方剂学[M]. 北京:学苑出版社,2004:37~38
- 2 湖北中医学院,主编. 伤寒论[M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:88~90

(收稿日期 2007-11-16)

补中益气汤治疗急症举隅

何 冠

中图分类号:R289.5 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2008)05-0707-02

【关键词】 急症 补中益气汤

补中益气汤为李东垣《脾胃论》所创,由党参、黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、当归、甘草组成。笔者临证中常以此方为基础加减治疗多种疑难急症,屡获效验。举案如下。

1 药物性低血压

钟某,男性,79岁,退休工人。头晕不能站立1月,于2006年5月4日就诊。患者1月前因头晕轻痛,四肢乏力,中上腹胀满,血压:150/98mmHg,口服波依定后血压降至110/60mmHg,头晕加重而来求治。既往有高血压病史5年,常服卡托普利、尼莫地平药物治疗,血压波动在130~150/80~102mmHg之间。刻诊:头晕轻痛,肢软不能站立,家属搀扶就诊,气短下坠,语声低微,口干喜热饮,中上腹胀满,纳差呃逆,进食后加重,大便干结,2~3日一行,舌淡苔白,脉沉弱。Bp90/60mmHg,心率96次/min,律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音。平素常多食则腹泻。西医诊断为药物性低血压。中医诊断为眩暈;辨证为中气下陷,食滞中阻。治宜补中益气,佐以消导。予补中益气汤加味:党参30g,黄芪30g,白术20g,陈皮10g,升麻9g,柴胡12g,当归15g,谷芽、麦芽各15g,枳实15g,鸡内金10g,法半夏15g,甘草6g,3剂,水煎服。5月8日二诊:药后头晕轻痛、四肢乏力、气短下坠较前明显好转,可自行来诊,余症未减。Bp110/70mmHg。原方加楂曲各12g,麦冬15g,生地黄15g,玄参30g,继服3剂。5月12日三诊:药后头晕轻痛、气短下坠消失,可四处行走,中上腹胀满减轻,纳食增加,大便正常,血压升至116/78mmHg。投以香砂六君子汤加麦芽、谷芽各12g,枳实15g,黄芪30g,隔山撬30g,再服5剂,血压稳定,诸症消失而愈。

按:本案以头晕轻痛、不能站立、气短下坠、纳差乏力为主症,乃因中气不足,降压药物所致,清阳下陷。患者平素常因多食则腹泻,脾胃虚弱,日久在中气不足基础上,用降压药不当而致清阳下陷。脾虚下陷,清阳不能上达致致头晕;中气不足,气虚下陷则不能站立,气短下坠,四肢乏力;脾虚失运纳差乏味;脾阳下陷,不能输布津液上承于口,故口干热饮;中气下陷,食滞中阻,脾胃失和,升降失调,则中上腹胀满,呃逆,大便干结。舌淡苔白,脉沉弱乃气虚之象。故投以补中益气汤以补益中气,升阳举陷;配以谷芽、麦芽、鸡内金以化食消导;枳实以行气导滞,则诸症均减轻。尔后以香砂六君子汤健脾和胃,佐以益气消导药物调理,药以对症而病愈。

2 宫颈癌术后感染

冷某,女性,40岁,农民。阴道不规则流血半年加重伴发热1周,于2006年3月1日就诊。患者半年以来反复出现阴道不规则流血,忽视而未诊治。1个月前上症加重,同房后阴道出血明显,妇科刮片检查确诊为宫颈鳞癌,全麻下行宫颈根治切除术,术后放疗2次,因发热头痛1周而停止放疗,经用头孢哌酮及甲硝唑等药物治疗,体温仍波动于38~40℃之间,遂请中医

重庆市黔江区中医院(重庆 409000)

会诊。刻诊：身热恶寒，自汗头痛，口干热饮，气短下坠，语声低微，四肢倦怠，纳差乏味，两侧小腹胀痛、压痛并放射至腰骶部胀痛，大便稀溏日 3~5 次，小便频数而不痛，舌淡苔薄白，脉虚大。T 39.2℃，P 104 次/min，Bp 90/60mmHg；血 WBC 8.6 × 10⁹/L，N 0.85，L 0.15。西医诊断为宫颈鳞癌术后放疗后伴感染。中医诊断为带下；辨证为癌毒热蕴，中气下陷。治宜补中益气，甘温除热，解毒抗癌。予补中益气汤加味：党参 30g，黄芪 30g，白术 15g，陈皮 10g，升麻 10g，柴胡 15g，当归 15g，谷芽、麦芽各 12g，鸡内金 10g，败酱草 30g，白花蛇舌草 30g，甘草 6g。3 剂，水煎服。3 月 4 日二诊：药后身热恶寒，自汗头痛消失，体温降至 37.6℃，气短下坠及小便频数均减轻，余症未减，原方减少柴胡为 12g，加香附 15g，续断 20g，茯苓 15g，继服 3 剂。3 月 8 日三诊：药后体温降至 37℃，气短下坠及小便频数消失，精神好转，纳食增加，便软成形，日 2~3 次，小腹及腰骶部胀痛亦减轻，再服 5 剂，诸症消失，复查血常规正常。尔后继续放疗 26 次，未再出现上述症状。

按：本案以身热、气短下坠、腹泻、小便频数不痛为主症。乃因术后体虚，癌毒热蕴，脾胃受损所致。脾虚下陷而不升，阳气内郁而不能升达故身热；脾虚下陷，清阳不能上达故头痛；清阳下陷，不能卫外故恶寒、自汗；中气下陷则气短下坠，四肢倦怠；中气不足，不能输布津液上承于口，故口干热饮；脾虚失运，则致大便稀溏，纳差乏味；清阳下陷而不举则小便频数；脾虚反侮肝木，气机不畅，故两侧小腹胀痛。故投以补中益气汤补中益气，甘温除热，配以谷芽、麦芽、鸡内金消导化食，半枝莲、白花蛇舌草解毒抗癌，香附疏肝，续断补肾，茯苓健脾。诸药合用，药达病所而获良效。

(收稿日期 2007-11-28)

急性氯氮平中毒合并多脏器功能障碍综合征抢救成功 1 例

陈五一

中图分类号：R278 文献标识码：B

文章编号：1004-745X(2008)05-0708-01

【关键词】 中毒 氯氮平 多脏器功能障碍综合征

1 病例介绍

患者，男性，24 岁，民工。以误服氯氮平 1500mg 7h 为主诉于 2005 年 10 月 11 日 7:00 急诊入院。查体：T38.5℃，P158 次/min，R36 次/min，Bp110/60mmHg；昏昏迷，口鼻腔涌出大量白色黏液，面色苍白，口唇紫绀，双侧瞳孔等大等圆，约 2mm，对光反射迟钝；呼吸浅快，双肺布满湿性啰音。心率 158 次/min，律齐，各瓣膜听诊区未闻及杂音；肝脾未触及，全身肌肉痉挛，肌张力增高，腱反射亢进。血常规：WBC 13.8 × 10⁹/L，N 0.84，L 0.16；肝功能：ALT150u/L；心肌酶：CPK2000u/L，CPK-MB80u/L，AST103u/L，LDH297u/L；肾功能 BUN13.7mmol/L，Cr 97μmol/L；血气分析：pH7.25，PaO₂240mmHg，PaCO₂43mmHg，BE-2.1mmol/L，SpO₂78%；尿常规、电解质正常；心电图示窦性心动过速，呈缺血型改变；胸部 X 线示双肺弥漫性渗出病变；脑 CT 示脑水肿改变。即予多脏器监护，生理盐水洗胃及生大黄导泻，行气管插管应用呼吸机辅助呼吸，留置胃管、尿管，东莨菪碱

1.2mg/d 缓慢静滴，予碳酸氢钠纠正呼吸性酸中毒，纳络酮催醒，速尿脱水，1.6-二磷酸果糖、能量合剂、大剂量维生素 C、极化液促进细胞代谢、维持水/电解质平衡。抗感染及激素治疗。入院后第 2 日患者苏醒，T40.5℃，P120 次/min，R21 次/min，Bp110/70mmHg，SpO₂ 波动在 80%~92% 之间，双肺湿性啰音明显减少，但出现大汗出，口大渴，脉洪大的症状，心率 120 次/min，节律整齐，肝功能、心肌酶继续升高。停用呼吸机，鼻导管给氧，拔胃管、尿管，停用纳络酮，急煎大剂量白虎汤（生石膏 100g，知母 20g，甘草 6g，梗米 15g）500ml 口服退热。入院第 3 日，患者 T37.8℃，P100 次/min，R18 次/min，SpO₂93%，双肺呼吸音清，心肌酶 CPK3620u/L，MB85u/L；肝功：AST130u/L，ALT180u/L。停用激素、东莨菪碱、利尿剂等，仍予大黄导泻。以后体温逐渐下降，第 6 日降至正常，SpO₂ 第 7 日恢复正常，BUN 第 8 日复查正常，心肌酶、肝功能第 15 日恢复正常。患者第 7 日全身皮肤出现白色粟粒样疱疹，无痒疹，2d 后消失。第 15 日复查脑 CT 示正常，心电图正常，心脏彩超示心脏结构正常，左室射血分数降低。患者住院 16d 出院。

2 讨论

氯氮平是一种广谱强效抗精神病药，属二苯二氮卓类衍生物，能通过血脑屏障，不但能作用于脑边缘系的多巴胺受体，还能与许多非多巴胺能部位的受体（如 α 肾上腺素能，5-羟色胺能，组胺能与胆碱能受体^[1]）结合。该患者误服氯氮平 1500mg 超大剂量后，不但出现肌直僵，意识障碍，发热，心动过速，大汗，流涎，呼吸急促等植物神经功能紊乱为体征的神经阻滞恶性综合征^[2]，还出现多脏器损伤，如心、脑、肝、肾、肺损伤。我们认为除氯氮平毒性作用外，还可能与患者昏迷时间较长，求救较晚，低氧血症，酸中毒有关。查阅文献，像这样大剂量氯氮平中毒至多脏器功能障碍的报道不多，而我们在探索中取得了成功，体会关键有三点。

2.1 东莨菪碱的应用 针对该患者呼吸衰竭，分泌物过多，SpO₂ 低，肌肉痉挛的特点，东莨菪碱发挥了抢救主导作用，其机理可能是东莨菪碱节后抗胆碱药，抑制腺体分泌，兴奋呼吸，又对大脑皮质呈镇静作用^[3]。

2.2 重要脏器的保护 患者出现多脏器功能障碍时，我们采取了如下措施：(1)呼吸机应用，气管插管，吸痰，保持呼吸道通畅，纠正低氧血症。(2)纠正呼吸性酸中毒。(3)促进细胞代谢药物应用，减轻了心肌、肝脏、脑细胞的进一步损伤，促进了功能恢复，赢得了时间。

2.3 中药的使用 本着中医“邪去正安”的理论，始终坚持大黄导泻，排毒于外。现代医学研究认为大黄有抗菌、解热、抗炎、抗内毒素和抑制 DIC 发生等作用^[4]。大黄灌胃导泻是排除药物内毒素的重要途径。另外，当患者出现口大渴、身大热、大汗出、脉洪大典型的白虎汤证时，对症使用经方白虎汤，很快热退，这对于多脏器的保护也起到了积极作用。

参 考 文 献

- 1 国家食品药品监督管理局. 国家基本药物(西药)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 341
- 2 倪根珊. 药物临床撷萃[M]. 长沙: 八一出版社, 1994: 60~62
- 3 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 308
- 4 王浴生, 邓文龙, 薛春生. 中药药理与应用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 76

(收稿日期 2007-11-07)

河南省开封市第一中医院(开封 475001)