

· 综 述 ·

中医治疗室性早搏近况

卢健棋 邓 嫦

关键词:室性早搏;中医药疗法;综述

中图分类号:R256.21 文献标识码:A 文章编号:1000-7156(2000)02-0052-04

室性早搏(简称室早),是临床常见的一种心律失常,属中医“心悸”、“怔忡”、“脉结代”等病证范畴。在某种情况下,室早可演变为致命性室性快速性心律失常,故中西医学均重视其研究。多年来发现,抗心律失常药物有其严重的致心律失常作用和增加死亡率的危险^[1]。因此,探寻治疗室早的低毒高效药物,具有重要的临床意义。近期,国内在中医治疗本病方面作了不少探索,临床报道较多。仅就近5年来的有关文献资料作一综述。

1 病因病机

多数学者认为,室早的病因主要为外感六淫、内伤七情、病后虚损等因素引发,多为虚实夹杂或本虚标实之证,以虚为主。本虚以心之气血阴阳亏虚为主,标实多为瘀血、痰浊、寒凝。但各家又多结合个人经验及具体病情而有所侧重。如李敏^[2]在观察84例室早后指出本病病因以心脏自身因素与影响为主(如心的气血阴阳亏虚),心外因素如外感温热病毒、湿热病毒、七情失调及病理产物(痰浊、瘀血)等也可影响心脏功能而发病。而岑永庄等^[3]通过对446例冠心病常见心律失常与中医辨证分型关系的临床研究后发现心房纤颤和室早以心阴虚为多见,阵速以气阴两虚为多见。刘燕群等^[4]认为冠心病室早病机为标实本虚,本虚多为阴阳两虚,标实乃血瘀、痰浊、寒凝,但以血瘀较为突出,而且贯穿病程始终。早搏虽兼症颇多,虚实错综,但“虚”与“瘀”两证是主要的。而对于顽固性室早,陈崇杰^[5]认为是由于早搏日久失治使阴损及阳,阴阳互损,最后导致心阳不振,肾阳亦衰且伴心脉瘀阻或痰瘀交结而成。孙志等^[6]则体会其病机是本虚标实,以阴血亏虚为本,痰浊瘀血为标。

2 辨证论治

从室早基本的病因病机出发,结合临床具体表现,进行辨证论治是中医治疗室早的常用方法,但目前对室早的辨证分型尚未统一。如王长荣^[7]通过对古代文献的研究结合自己的经验,将其分为7型论治:①心血不足兼心气亏损型:治以益气补血、滋阴复脉,以炙甘草汤为代表方。②心阳虚型:治以温通心阳,以桂枝甘草汤主之,若水气凌心,则改用真武汤。③心阴虚兼虚火型:治以育阴清心,方选黄连阿胶汤或天

王补心丹为主。④心虚胆怯型:治以镇惊定志、养心安神,方选平补镇心丹加减(朱砂、龙齿、酸枣仁、远志、茯苓、五味子、熟地、麦冬、天冬、人参、炙甘草)。⑤痰浊痹阻、心阳不宣型:治以豁痰化浊、通阳宣痹,方选《金匱要略》瓜蒌薤白半夏汤化裁;若痰热阻络,则改用温胆汤或导痰汤加减。⑥瘀血痹阻心络型:治以活血化瘀,方选桃仁红花煎(桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎、延胡索、香附、青皮、生地、当归)加减。⑦热邪扰心型:治以清心定悸,方选栀子豉汤或合用《金匱要略》桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤治疗。而周祯祥^[8]根据多年来的临床实践,也将其分为7型论治:①心气不足型:治以补益心气,方选《景岳全书》之五味子汤加减或参合《医学衷中参西录》升陷汤。②阴血亏虚型:治以滋阴宁心,方选养阴调脉汤(生地、丹参、玉竹、五味子、柏子仁、酸枣仁、元参、党参、苦参、麦冬、甘草),若气血两虚,则用《伤寒论》炙甘草汤益气滋阴、养血复脉。③心脾两虚型:治以健脾养心,方用健脾宁心汤(党参、炒白术、当归、茯苓、黄芪、桂枝、炙草、丹参、苦参)。④痰浊阻滞型:治以理气化痰为法,选《三因极一病证方论》温胆汤加胆南星为主方,属痰热壅盛者则用《医方考》清气化痰丸以清化痰热。⑤肝郁气滞型:治以理气散结,方用《医便》五磨饮子为主化裁。⑥心阳不足型:治以通阳和脉,方选自拟通阳和脉汤(桂枝、黄芪、红参、甘草、制附子、合欢皮、广郁金、丹参、苦参)。⑦血瘀阻络型:治以化痰通脉,方选《医学衷中参西录》活络效灵丹为主加减。张秀英^[9]将心外源性室性早搏128例分4型辨证论治:①肝气郁结型:治以疏肝解郁,药用:柴胡、常山、当归、元胡、青皮、合欢花、法半夏、桑寄生、蒲公英。②湿热内壅型:治以清热利湿,药用:金钱草、虎杖、茵陈、鸡内金、苦参、郁金、枳壳、土茯苓、胆南星。③心脾两虚型:治以健脾宁心,药用:黄芪、酸枣仁、甘草、太子参、丹参、合欢花、土茯苓、琥珀。④心肝火旺型:治以滋阴降火,药用:生地、丹参、麦冬、黄药子、元参、夏枯草、鹿衔草、鳖甲、生白芍、生牡蛎。每日1剂,3月1疗程,治疗1疗程,结果显效11例,有效89例,无效28例,总有效率87.7%。

3 基本方加减治疗

基本方加减治疗大多是基于对室早本虚标实病机的认识,分别选用益气活血、养心安神、宁心和中、行气化痰等治法制定一个基本方,然后 随证加减治疗,达到泻实补虚的目的,取得较好疗效,是目前治疗室早最常用的方法。如李海耿等^[10]运用益气养阴活血化痰法拟定基本方(西洋参、沙参、

作者简介:卢健棋,男,36岁,副主任医师,硕士研究生导师,广西中医学院第一附属医院(南宁 530023);邓嫦,单位同第一作者。

麦冬、五味子、丹参、川芎、秫米、当归、夜交藤、煅龙骨、煅牡蛎、半夏、石菖蒲、远志、生地), 随证加减; 若大便干燥者加大黄、黄柏; 若苔黄厚腻加生薏苡仁、苍术; 双下肢浮肿加白茅根、益母草、泽兰。治疗频发室早 11 例, 总有效率为 81.82%, 其临床疗效与西药慢心律对照组无差异 ($P > 0.05$), 且发现其能明显提高射血分数, 而心肌抑制作用明显低于慢心律 ($P < 0.01$)。汪晓芳等^[11]以益气养阴复脉法自拟齐律汤(党参、生地、麦冬、炙甘草、生姜、大枣、苦参、丹参、阿胶、桂枝), 随证加减: 阳虚者, 桂枝增量; 失眠者, 加生龙骨, 生牡蛎; 肝郁者, 加炒川楝。治疗虚证室早 84 例, 总有效率为 88.10%, 与西药心律平对照组相比有显著差异 ($P < 0.01$), 其中以气虚、气血两虚、气阴两虚型室早疗效较好。卢化平^[12]以宣畅气机、健脾和胃、安心宁神为法自拟和中安心饮(薏苡仁、茯苓、石菖蒲、桂枝、半夏、白豆蔻、藿梗、川朴、枳实、通草), 随证加减: 兼气滞血瘀者加郁金、丹参; 失眠多梦者加合欢皮、夜交藤; 气虚甚者加生晒参。共治疗室早 40 例, 总有效率为 87.5%。毛长岭等^[13]根据老年人的生理特点, 从气虚阳弱, 气滞痰阻病机入手, 以柴胡加龙骨牡蛎汤为主方(红参、黄芩、半夏、桂枝、龙骨、牡蛎、甘草、炙甘草), 随证加减; 心悸、怔忡、失眠多梦加酸枣仁、琥珀粉; 胸痛脘闷者加丹参、砂仁、檀香; 喘满、紫绀者加瓜蒌、薤白、三七参。治疗老年人室早 90 例, 总有效率为 91.11%, 而对照组(用普鲁卡因酰胺或奎尼丁口服)治疗 90 例, 总有效率为 57.28%, 两组比较有差异 ($P < 0.05$)。

4 专方专药

专方专药治疗大多设立对照组, 且疗效评定多采用规范标准, 这提高了可比性和对疗效的可信性, 故为目前中医治疗室早研究中运用得最多的方法。根据剂型的不同, 其治疗方药大致可分为汤剂、中成药、中药针剂 3 类。

4.1 汤剂: 王秀英等^[14]采用自拟三参汤(党参、丹参、苦参、大枣、甘草)治疗室早 98 例, 显效 40 例, 有效 46 例, 无效 12 例, 总有效率 87.76%; 而对照组服用心律平、胺碘酮、谷维素治疗 40 例, 显效 12 例, 有效 17 例, 无效 11 例, 总有效率为 72.5%。治疗组明显优于对照组 ($P < 0.01$)。王宝祥^[15]采用益气养阴、活血化瘀、温阳通脉之法自拟定心律汤(当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、麦冬、五味子、法半夏、茯苓、桂枝、柴胡、葛根、炙甘草、生地、党参、丹参、黄芪), 日 1 剂水煎服, 治疗室早 32 例, 经 4~7 周治疗, 结果治愈 13 例, 显效 14 例, 有效 2 例, 无效 3 例, 总有效率 90.62%。王金荣等^[16]以自拟黄连生脉饮[黄连、党参(重症用人参)、麦冬、五味子、丹参、苦参、酸枣仁]治疗室早 113 例, 结果显效 84 例, 有效 17 例, 无效 12 例, 总有效率 85.8%; 而对照组以心律平 100~150mg, 口服每日 3 次, 治疗室早 38 例, 结果显效 12 例, 有效 14 例, 无效 12 例, 总有效率 68.42%。二者疗效无显著差异 ($P > 0.05$)。

4.2 中成药: 多选用益气温阳、养血滋阴、祛痰化浊、清心安神之方药制成胶囊、冲剂, 或由中药提炼制成的片剂进行治疗, 方便有效。如冯建宇等^[17]以心律宁胶囊(由丹参、川芎、

柴胡、青风藤、藁本、赤芍、泽泻组成, 每粒重 0.5g), 治疗频发室早 30 例, 并与心律平治疗作对照。结果两组间的症状消失率、心律失常控制率和总有效率均无显著差异 ($P > 0.05$)。且发现其对冠心病、病毒性心肌炎等引起的频发室早有明显疗效(有效率为 93.3%), 且无副作用。高改地等^[18]在研究“八五”攻关课题中, 采用益气养阴、宁心复脉、活血化瘀、定悸安神之法自拟稳心冲剂(党参、黄精、三七、甘松、琥珀等)口服, 每次 1 袋(9g), 每日 3 次, 4 周 1 疗程, 经 6 家医院采用随机单盲法治疗急性心肌梗塞后室早 50 例, 结果显效 20 例, 有效 26 例, 无效 4 例, 总有效率 92.0%; 而对照组以心律平 150mg 每日 3 次治疗, 治疗室早 14 例, 结果显效 5 例, 有效 5 例, 无效 4 例, 总有效率 71.4%。两组疗效无显著性差异 ($P > 0.05$)。艾发元等^[19]运用益气温阳、养血滋阴、祛痰化瘀、清火安神之方药制成安心胶囊(黄芪、桂枝、生地黄、甘草、茵陈、川芎、酸枣仁、苦参、黄连、焦三仙、降香、徐长卿, 每粒胶囊含生药 0.5g), 治疗顽固性室早 120 例, 结果显效 67 例, 有效 45 例, 无效 8 例, 总有效率 93.33%; 而对照组 42 例予口服心律平片治疗, 结果显效 11 例, 有效 18 例, 无效 13 例, 总有效率为 69.05%。两组显效率和总有效率比较均有显著差异 ($P < 0.05$), 认为安心胶囊是安全有效的治疗室早药物。吴军^[20]以心脉宁冲剂(由黄芪、当归、三七参、泽兰、延胡索等组成, 由南阳市中药剂型改革研制中心提供)治疗冠心病室早 60 例, 显效 23 例, 有效 26 例, 无效 10 例, 总有效率为 81.67%, 与口服心律平对照组无差异 ($P > 0.05$)。王长合^[21]用黄连素治疗频发室早 16 例, 每次 0.3~0.5g, 每日 4 次, 显效后用量减半维持, 疗程 4~6 周, 结果有效率为 93.7%。作者认为: 其毒副作用小, 治疗安全可靠, 价格便宜, 是一种很有前途的抗心律失常药。

4.3 中药针剂: 王惠^[22]用参附注射液 50ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 或生理盐水 500ml 中, 以每分钟 45~60 滴的速度静脉滴注治疗 35 例频发室早。结果痊愈 7 例, 显效 19 例, 有效 4 例, 无效 5 例。并通过对疗效和中医辨证的关系及疗效和发病后就诊时间的关系研究发现: 发病后 10 小时内用药者疗效较好; 且参附注射液对属心肾阳虚证者疗效甚好, 而对属心脉瘀阻、心气不足证者疗效较差。故作者认为使用中药制剂治疗急症时, 仍应遵循中医辨证的原则, 而不应将其当作西药那样对病不对证使用。朗宏华等^[23]通过采用玻璃微电极技术对平律注射液抗心律失常机制进行了电生理学研究。在观察了平律注射液对动作电位时程及不应期的影响后认为, 平律注射液抗心律失常作用与其抑制 Na^+ 内流、 K^+ 外流有关, 是一种很有希望的抗心律失常新药。

5 其它疗法

采用针刺、穴位注射、气功等中医外治法治疗室早是一简单、有效、方便的方法, 也体现了中医治疗的特色。如张馨兰等^[24]利用 1% 利多卡因注射液对心俞、内关穴进行穴位注射, 每穴各取 1ml, 隔日 1 次, 3 次为 1 疗程, 2 个疗程休息 3 天, 治疗室早 30 例。经 1~3 个疗程后, 总有效率为 90.0%。徐建玉^[25]在运用中药汤剂辨证论治 135 例明确诊断为心肌

炎后遗症而以室早为主症的患者时配合气功离宫音韵吐纳疗法(要求练功时选择空气流通的静室,取盘腿姿势,身体坐直,全身放松;两手相握,大拇指掐无名指处;上眼皮下合,内视心脏;然后吐纳口诀梵音,念“真”、“登”两个字音,其音不可过大过小),共治疗室早135例,经4个月治疗,结果显效48例,有效68例,总有效率86%。张国成等^[26]以26号1寸针,针刺第二掌骨侧浅凹长槽的心穴敏感点,每日1次,7日为1疗程。治疗室早29例,结果显效7例,有效16例,总有效率79.3%。陈又新等^[27]采用对左侧耳甲腔心穴进行针刺型经皮神经电刺激治疗室早39例,显效21例,有效5例。

6 中西医结合疗法

中西医结合是近年来中医治疗发展的趋势和热点。采用中医辨证论治或传统针刺疗法结合西药抗心律失常药物治疗室早可明显提高疗效。如孙凯军等^[28]采用橘皮竹茹汤加减(橘皮、竹茹、石菖蒲、瓜蒌、厚朴、白术、甘草)配合西药(美西律片100mg, Tid, 服用7天后改以100mg, Bid至第14天)治疗20例痰湿内结型室早,结果治愈13例,好转7例。王弛^[29]采用滋阴益气、补血复脉法以炙甘草汤加味(炙甘草、熟地黄、火麻仁、大枣、丹参、苦参、桂枝、阿胶、生姜、五味子),每日1剂,配合西药(慢心律片0.15g, Q8h)治疗室早40例,20天为1疗程,结果显效29例,有效9例,总有效率95%。疗效优于单用慢心律对照组($P < 0.05$)。刘丽英等^[30]采用平补平泻手法针刺双侧内关穴,配合西药(心律平0.2, Tid)治疗频发室早32例,结果显效25例,有效5例,总有效率为93.8%。明显优于单纯口服心律平治疗的对照组,其总有效率为80.6%($P < 0.01$)。李若钧等^[31]将顽固性室早分4型辨证论治。①肝郁气滞型,治以疏肝解郁,方选小柴胡汤加减;②痰瘀互结型,治以活血化痰祛瘀,方选血府逐瘀汤合温胆汤加减;③气阴两虚型,方用生脉散加减以益气养阴;④湿热内蕴型,方选三仁汤加减以渗湿清热。同时配合西药利多卡因200mg加入10%葡萄糖液200ml中静脉点滴,1~3mg/min,每日1次,结果治愈13例,好转14例,无效3例,总有效率90%。对照组13例单用利多卡因静滴治疗,治愈3例,好转5例,无效5例,总有效率61.54%($P < 0.025$)。治疗时间上治疗组优于对照组: $3.65 \pm 1.85, 5.63 \pm 1.3(P < 0.01)$ 。

综上所述,目前中医认为,室早多为本虚标实之证,以虚为主是其特点。临床上主要以辨证基本方加减和专方专药治疗为主,这对控制室早取得了较好的疗效。而针刺治疗是值得探索的一条治疗途径。总之,中医药的应用为室早的治疗开拓了广阔的前景。但总观近年来的研究,文献报道虽多,但研究的深度和广度不够,重复性研究较多,且尚无重大突破,存在一些亟待解决的问题。①目前研究在诊断和疗效评估标准上虽普遍重视规范统一及客观化和微观化,并注意到与西药的对照。但观察的例数普遍较少,回顾性研究较多而前瞻性研究较少,且观察时间较短。基本上无长期随访。重复性强、控制效果确切的药物或方剂尚少。故今后应注意对有效方药进行较大系统、多中心试验,并较长时期随访。且注意观

察中药应用后严重心脏事件的发生、效果和可能发生的不良反应。这对筛选高效、低毒、重复性高、针对性强的中药尤为重要。同时还应针对西药在对具有心功能不全的室早者应用中有所顾忌的情况,加大对中医药治疗心功能不全室早者的研究。②电生理学研究,是探讨心律失常药物作用机理的主要手段和方法,但目前通过动物实验去验证方药疗效并探讨其作用机理的研究甚少,仅个别文献涉及电生理实验研究。故今后应加强对有效方药、传统经典方剂的电生理研究,这对于阐明中医药防治疾病的机理,提高中医药临床疗效具有十分重要的意义,这也是我们用中医药治疗室早获得突破的关键。③目前对病因病机的研究尚缺乏大宗病例观察报告,所得结论可能有些偏颇。而对病机的正确认识是临床取得疗效的基础,故今后应加强协作,通过大宗病例观察,反馈病机,从而真正认识室早的发病机理,加强对病证实质的系统研究。④目前中医药治疗室早仍以传统汤剂为主,尚不能满足病人尤其是急危重病人抢救的需要,参附注射液等针剂的应用,创新了中医给药途径,在抢救急危重症中收到较理想的效果。但这方面的研究不多,故今后应加强改革中药剂型研究,研制各种简便易用制剂如:针剂、片剂、胶囊、滴丸、长效缓释、控释片、口服液、气雾剂等以适应临床不同需要。

参考文献:

- [1] 张宁仔,杜日映主编.心血管科医师进修必读[M].北京:人民军医出版社,1996:24.
- [2] 李敏.参芪整律汤治疗室性早搏84例[J].陕西中医,1998,19(9):387.
- [3] 岑永庄,黎学松.冠心病常见心律失常与中医辨证分型关系的临床研究[J].新中医,1998,30(8):34.
- [4] 刘燕群,罗耀光.加减复脉汤治疗冠心病过早搏动36例临床观察[J].新中医,1997,29(7):22-23.
- [5] 陈崇杰.益气活血温阳补肾法治疗难治性早搏的体会[J].上海中医药杂志,1994(11):8-9.
- [6] 孙志,张祥培.酸枣仁汤治疗难治性室性早搏的体会[J].山东中医药杂志,1998,17(3):112.
- [7] 王长荣.中医对过早搏动的认识和治疗[J].贵阳中医学院学报,1994,16(2):14.
- [8] 周祯祥.早搏论治七法[J].四川中医,1994,12(5):11-12.
- [9] 张秀英.辨证论治心外源性心律失常227例总结[J].湖南中医杂志,1997,13(1):7-8.
- [10] 李海耿,史载祥,杨毅玲,等.益气养阴活血化痰中药治疗缺血性室性心律失常的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,1996,16(11):667-668.
- [11] 汪晓芳,史大卓,周国栋,等.齐律汤治疗虚证室性早搏84例临床观察[J].中医杂志,1995,36(10):505-506.
- [12] 卢化平.和中安心饮治疗室性早搏40例[J].陕西中医,1998,19(9):389.
- [13] 毛长岭,胡明欣.柴胡龙牡汤治疗老年性室性早搏[J].四川中医,1998,16(1):32-33.
- [14] 王秀英,张道东.三参汤治疗室性早搏98例[J].中医研究,1999,12(2):27-28.
- [15] 王宝祥.定心律汤治疗冠心病室性早搏的临床研究[J].山

- 东医学院学报, 1995, 19(6): 395-396.
- [16] 王金荣, 唐桂荣. 自拟黄连生脉饮治疗过早搏动 258 例[J]. 浙江中医杂志, 1995, 30(6): 249-250.
- [17] 冯建宁, 陈克进. 心律宁治疗频发室性早搏疗效观察[J]. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3(10): 444-445.
- [18] 高改地, 周玉萍. 稳心冲剂治疗急性心肌梗塞后心律失常的疗效观察[J]. 中医杂志, 1996, 37(6): 348-349.
- [19] 艾发元, 孙园, 杨宝元, 等. 安心胶囊治疗顽固性室早的临床研究[J]. 河北中医, 1998, 20(4): 195-196.
- [20] 吴军. "心脉宁"治疗冠心病早搏临床疗效观察[J]. 河南中医, 1998, 18(2): 41-42.
- [21] 王长合. 口服黄连素治疗频发房室性早搏 34 例[J]. 陕西中医, 1997, 18(9): 388.
- [22] 王惠. 参附注射液治疗频发室性早搏 35 例[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(3): 41-42.
- [23] 朗宏华, 陈晓飞, 彭中宜. 平律注射液抗心律失常机制的电生理研究[J]. 中医药学报, 1995(2): 43.
- [24] 张馨兰, 张福云, 韩凤娟. 穴位注射治疗室性心律失常 30 例[J]. 中国针灸, 1996, 16(6): 12.
- [25] 徐建玉. 中医辨证配合气功治疗心律失常 135 例[J]. 陕西中医, 1996, 17(9): 394.
- [26] 张国成, 刘凤珍, 杨淑珍. 针刺第二掌骨侧治疗心律失常 68 例临床观察[J]. 吉林中医药, 1999(2): 46.
- [27] 陈又新, 曾新星, 欧捷. 耳中腔心穴针刺型经皮神经电刺激对早搏和心率的影响[J]. 中国针灸, 1994, 14(1): 3-5.
- [28] 孙凯军, 李秉治, 任红. 橘皮竹茹汤加减治疗心律失常 20 例[J]. 中医药学报, 1999(1): 11.
- [29] 王弛. 炙甘草汤加味治疗室性早搏 40 例[J]. 浙江中医杂志, 1999, 34(2): 62.
- [30] 刘丽英, 李振萍. 针刺内关穴佐心律平治疗频发室性早搏临床疗效观察[J]. 中西医结合实用临床急救, 1999, 6(2): 65-66.
- [31] 李若钧, 李若玲. 中西医疗顽固性室性早搏 30 例观察[J]. 山西中医, 1996, 12(1): 24-25.

(收稿日期: 1999-12-29)

本文编辑: 王存明

导水丸新用举隅

毕义忠

关键词: 导水丸; 乳痈; 肠粘连

中图分类号: R249.24 文献标识码: B 文章编号:

1000-7156(2000)02-0055-01

导水丸是金代著名医家张子和所创。《金元四大家医学全书》(天津科学技术出版社, 1992.477)所载原方为: "大黄二两, 黄芩二两, 滑石四两, 黑牵牛四两(另取头末); 加甘遂一两, 去湿热腰痛, 泄水湿肿满, 久病; 加白芥子一两, 去遍身走注疼痛; 加朴硝一两, 退热, 散肿毒, 止痛; 加郁李仁一两, 散结滞, 通关节, 润肠胃, 行滞气, 通血脉; 加樟柳根一两, 去腰腿沉重。右为细末, 滴水丸梧桐子大, 每服五十丸, 或加至百丸, 临卧温水下。"近年来, 笔者遵原方药味(未加用樟柳根)、剂量, 自制成水丸和蜜丸, 应用于治疗神经衰弱、半身不遂、痈肿、冠心病、慢性结肠炎、月经病等, 疗效显著。张氏未明指该方功效, 笔者认为, 其可通里攻下, 清热软坚, 消肿散痈, 逐水祛湿, 祛痰通络, 下宿食顽痰, 搜肠风死血等。导水丸用量 1 日 20~25g, 早餐 1 小时后顿服, 不得连续用药, 最少须隔 1~2 日再服, 若 1 次已收功者, 不可再服, 下后综合辨证治疗。兹举治验 2 例如下。

1 乳痈

李某, 女, 27 岁, 1999 年 2 月 16 日初诊。

产后 2 个月, 右乳红肿热痛伴周身畏寒发热。西医诊为

急性化脓性乳腺炎, 经住院静点抗生素等治疗 10 天出院。右乳仍遗 2.5cm × 3.5cm 之包块, 触之甚硬, 压痛明显, 上至锁骨下缘, 下延乳内, 吸出之乳汁发黄。西医认为, 已形成结缔组织粘连, 无速愈良法, 唯热敷消散以缓图之。舌质红、苔薄黄、中根部略腻, 左三部沉细而涩、右三部弦滑有力。证属气血壅滞, 脾胃俱实。治以通下。投自制导水丸 20g, 温水下。药后, 1 日间峻下 10 余行。另嘱将白面炒黄, 醋熬熬糊外敷, 每日换药 1 次。至第 4 日, 竟消无芥蒂。随访月余, 从前之便秘顽疾亦愈。

2 术后肠粘连

徐某, 女, 46 岁, 1999 年 6 月 3 日初诊。

慢性阑尾炎术后 1 年半, 切口愈合良好。但术后 1 月余, 时发刀口下腹痛, 阴雨天加重, 且呈加重趋势, 范围渐大。按之不减, 热敷稍缓解。西医诊为术后肠粘连。不时静滴抗生素治疗, 仍时缓时剧。亦服他医中药多剂, 毫无疗效。舌色稍暗、苔薄白, 脉双关弦滑力实。证属气滞血瘀, 肠胃壅积。治以通下。处导水丸 25g, 温水下。下后, 竟愈。随访至今, 再未复发。

按:《灵枢经·经水》载: "足阳明, 五脏六腑之海也, 其脉大血多, 气盛热壮。"《医宗金鉴》亦说: "乳痈乃阳明、厥阴二经, 风热壅盛。"乳痈初发, 一般用内消散、消毒饮加减治疗。然例 1 常法治疗, 显已属杯水车薪。风热失泄, 气血燔灼必易炼津成痰; 更有五谷入胃, 谷气熏蒸, 食滞内积, 终致风热痰食互结。土郁则夺之。予导水丸而获效。例 2 亦非常药所能治。《金匱要略》载: "腹痛不减, 减不足言, 当须下之", 证属气滞血瘀, 肠胃壅积, 投以导水丸通导攻下取效。子和导水丸, 方简药廉效捷, 值得深入研究。

(收稿日期: 1999-10-11)

本文编辑: 王存明

作者简介: 毕义忠, 男, 47 岁, 中医师, 山东省淄博市临淄区工商局卫生所(淄博 255400)。