

通腑泄热治疗儿科危重症

杨景柱

儿科临床常可碰到一些急重危症，治疗较为棘手，笔者用通腑泄热的方法，辨证施治，运用于临床，取得较好疗效。现举验案3则，分述如下。

麻疹内陷 杨×，男，3岁。1985年3月12日初诊。患儿4天前开始发热、流涕咳嗽，按“感冒”诊治不效。2天前发现颜面部有小红疹，见麻疹口腔粘膜斑，诊为麻疹。用小儿回春丸及疏表透疹之品，服之全身均见出疹，因复受凉及饮食不节，致热度又渐升高，达40℃，并有喘憋腹胀，邀余诊治。诊见精神萎靡，面色晦青，口周紫绀，呼吸急促，鼻翼煽动，全身疹色暗紫，部份疹子内陷，两肺闻

及中小水泡音。脉数。患儿大便3日未行，急投表里双解之剂：麻黄4克，杏仁、芒硝各6克，黄芩、地龙、川贝、川朴、生大黄各10克，瓜蒌、银花、蒲公英各15克，枳实8克。药后2小时即解大便，量多，喘咳遂减，体温渐降（37.6℃）。翌日喘憋止，疹色转红润，呼吸稍促，两肺仍闻及少许水泡音。病已中的，上方去芒硝，生大黄减为3克，续进2剂，热退咳止，疹子渐消，乃以养阴清余热之品善后：沙参、生地各10克，麦冬12克，玄参、川贝各8克，进2剂病愈。

麻疹治疗多以宣透为主，本例因调护不慎，致使表邪陷于里，邪热鸱张，麻疹内陷，且腑气又不通，故笔者采用表里双解、通腑泄热之法，使表邪得除，里热得清，而危急之证得以化险为夷。

搐弱症 孟×，男，2月。1988年4月12日初诊。患儿子3天前夜间啼哭，哭时多汗，伴吸气喉鸣。曾到某医院诊治，不效。今日中午突发惊厥，针刺后缓解，于下午来本院住院治疗。患儿子足月窄生，牛乳喂养，时有吐奶，大便不调，时已3日未解。查：面色青黄，精神萎靡，前囟宽大，后囟

未闭，营养不良。舌淡无苔，脉细数，指纹青紫直透命关。化验：尿钙一，血清钙6.5mg%。诊断为搐弱症，脾肾两虚，胃肠燥结。处方：党参、黄芪各1.5克，生龙骨、生牡蛎、石决明、钩藤各3克，白芍、天麻、大黄、枳实各2克。1剂，水煎分3次服，并结合静推葡萄糖酸钙。药后抽搐仍作，不见好转，考虑胃肠燥结较甚，第2日改用通腑泄热之法：川朴、大黄、枳实各3克，芒硝2克。水煎200ml，鼻饲、灌肠各100ml。2分钟后大便得通，抽搐减轻，4分钟后抽搐已止，以后也未再发。

本例为脾肾不足，胃肠燥结，正虚邪实，肝不主筋，而发搐弱。治疗关键在于辨清邪正虚实缓急。先用扶正为主，治不见效；后用通腑泄热之大承气汤，先去腑实，反而见效。可见临证辨证用药不可不权衡轻重先后。

马脾风合并顿咳 王×，女，9个月。1988年2月4日初诊。患儿4天前因受凉后出现咳嗽鼻流涕，服速效感冒冲剂不效，咳嗽加重且出现喘憋，按肺炎治疗罔效而来求诊。诊见喘憋较甚，不时出现剧烈阵发性痉咳，不思乳食，时有呕吐，大便2日未解。患儿营养发育稍差，枕秃明显。舌淡红、苔薄黄。两肺闻及喘鸣、湿性罗音，腹部肠鸣音减弱。血检：白细胞18900，中性60，淋巴40。胸透示：肺纹理增粗，双肺下部可见少许点片状阴影。有百日咳接触史。此乃脾肺气虚，复受外感，湿痰阻肺，肺胃热盛，拟清肺化痰、通便平喘：麻黄、杏仁各1.5克，黄芩、百部、川贝、枳实、生大黄各2克，瓜蒌3克，银花5克，并肌注中药针清开灵2毫升，日2次，配服百咳灵片。药后喘憋稍轻，痉咳未减，常出现窒息，需针刺人中、人中、中脘、气海等才可缓解。且仍无大便。急投大承气汤加味：川朴、枳实、生大黄各3克，芒硝2克，麦冬4克。水沸即可，口服100毫升。1小时后无便，用上药汁灌肠，便即通，腹胀旋除，喘憋立止，痉咳次数减少，改投清肺化痰之品，治疗5天，诸症痊愈。

马脾风（暴喘）、顿咳均属儿科重症，本例系两病同患，病势危笃。因于腑气不通，而影响肺之肃降，故采用通腑泄热之法，速通腑气，以解燃眉之急。腑气通，则肺气得以肃降，喘咳之疾因而速除。