

# 毛以林教授治療危急重症經驗臨床應用舉隅

Experience of Professor MAO Yilin in the treatment of critical cases

楊麗燕<sup>1</sup> 毛以林<sup>2</sup> YANG Liyan, MAO Yilin

(1.海口市中醫醫院; 2.湖南省中醫院)

**[摘要]** 毛以林教授14歲初識岐黃，臨證40年，曾於基層運用中醫藥診治大量患者，積累了較豐富的臨證經驗，特別是針對危急重症，有其獨到的思路和見解。毛師主張救治危急重症患者，需診察到位，樹立整體觀，先留人後治病，應中西醫結合相互取長以補短，且平時勤讀書、跟師多臨床，這是臨床取得良效的法寶。

**[關鍵詞]** 毛以林；危急重症；中醫藥；名醫經驗

毛以林，為國內知名中醫專家，國家優秀中醫臨床人才，2020年援鄂抗疫中醫國家組專家之一，為國醫大師朱良春、張學文、熊繼柏教授入室弟子，著有《步入中醫之門》系列著作，深受讀者好評。

隨着西方醫學進入中國，傳統醫學的地位發生滑瀾式變化，越發得不到民眾的認同和重視，甚至出現「急則西醫，慢則中醫」的觀念。那麼臨床上遇到危急重症患者，真的只能求助於西醫嗎？西醫治療無效者，該何如？有部分患者及家屬，抱希望於萬一而改求中醫。清朝溫載之言：「醫不難於於用藥，而難於於認證」。中醫在治療危急重症方面，難於於辨證準確，且施方用藥要合乎法度。毛以林教授臨證工作40年，運用中醫藥診治大量患者，積累了較豐富的臨證經驗，特別是針對危急重症，有其獨到的思路和見解。面對險證，毛師用藥精簡，每方不過10餘味常用中藥，每診不過三五劑，卻力挽狂瀾，往往藥後病去邪退，由危漸安。現將毛師治療危急重症經驗介紹如下：

**1. 診察要到位，需很好的掌握中醫四診的要點和技巧。**毛師多年臨床所悟，多數疑難病久治不愈，甚至部分發展成危急重症，非病之難，乃診察之失誤也。今按十問歌採集病史者少之又少，面對發熱腹痛患者，先開一堆西醫檢驗單而漏切診者亦不在少數。實際臨床中望聞問切四診常合參運用而非截然分開，如圍繞主訴問診的同時，醫者常望其面色神態，舌診，聞其聲，切其脈等，以詳盡收集診斷所需臨床資料，正如《醫門法律》所言：「望聞問切，醫之不可缺一。」望聞問切四診實為中醫人看病救人之利器，臨床上我們要加以學習並不斷掌握其要領，以提高個人的臨床技能。

**案例：**張某，女，57歲，頭痛反復發作30餘年，平均每月發作1~2次，甚者3~4次。發作時頭痛欲裂，噁心欲吐，痛苦萬分，常發作時至急診輸液治療，頭痛症狀才逐漸緩解。此婦乃我科保潔阿姨之閨蜜，其多年便秘經我治療後緩解，遂介紹至我處。2017年5月28日初診：體型豐腴，面色稍黧黑，兩頰有明顯片狀黃褐斑，飲食睡眠尚可，小便可，大便稀爛不成型。舌質淡紅，舌體胖大有齒痕，舌苔薄白，脈沉滑無力。細問其頭痛發作情況，有無外傷史，訴其年輕時在工廠工作，不慎被扳手砸傷過頭部，至此後常無明顯誘因出現頭痛，痛處均固定在舊傷口處及周圍，針刺樣痛。翻其病歷，多年來中藥斷斷續續吃了不少，西醫檢查亦沒啥大問題，前醫在其頭痛發作時，多予止痛藥，血管擴張藥改善循環為主。餘判定其頭痛是瘀阻頭竅所致，予清·王清任之通竅活血湯加減，具體方藥：赤芍10g，川芎20g，桃仁10g，大棗10枚，紅花10g，白芷10g，九香蟲10g，茯苓20g，蒼術20g，14劑。囑備黃酒250ml，切蔥白3段，生薑3片，與水同煎。藥後患者頭痛緩解，至今未再發。

按：患者有頭部外傷史，頭部疼痛位置固定，呈針刺樣痛，面色稍黧黑，兩頰有明顯片狀黃褐斑，辨證為瘀阻頭竅無疑，病因病機不複雜，卻因問診不到位致使患者多方求醫無效。方中予川芎、赤芍活血行血，麝香稀缺，用白芷、九香蟲代替，生薑、蔥白助以通陽開竅，紅花配桃仁以活血通絡。患者舌淡胖有齒痕，大便稀爛，兼有脾虛濕盛，予茯苓、蒼術健脾滲濕。

**2. 診病要有整體觀，尤其面對病危急重症患者。**凡治病，當有主次之分，分清標本緩急，急則治其標，緩則

治其本，切忌眉毛鬍子一把抓使藥力分散，亦不可撿了芝麻而丟了西瓜，均不能直取病機關鍵，取效必不易。臨證時，當忌「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，不可只著眼於局部，忽略時、地、人、病等因素的特殊性，應從整體出發，確定治療疾病先後的重點及難點，方能取得速效。

**案例：**楊某，筆者同學之祖父，男，81歲，因高血壓，肺氣腫，右心衰反復發作而在市某人民醫院住院治療，出院後沒幾天又因病情反復而住院治療，管床醫生多次與家屬溝通並告病重，認為患者年老體衰，基礎疾病多，預後不佳。2013年6月，恰逢筆者賦閒在家，同學邀余會診。症見：心悸，胸悶氣短，動則氣促，無法下床，伴有咳嗽，咯黃色濃痰，雙下肢水腫，納少，小便少，大便幹。舌質淡紅紫，苔薄白而潤，舌下靜脈曲張，脈沉無力。西醫治療方案按指南予降壓，護心，改善循環等對症支持治療。余予張錫純之升陷湯加茯苓，當歸，三七，仙鶴草，紫菀、款冬花。具體方藥如下：西洋參10g，三七5g，黃芪30g，茯苓10g，白朮10g，當歸20g，升麻5g，桔梗10g，柴胡5g，仙鶴草30g，紫菀10g，款冬花10g，炙甘草10g，生薑3片，大棗10枚。患者病情趨於好轉而辦理出院，之後一直以升陷湯加味治療，患者自行停服阿司匹林，貝那普利，欣康，阿托伐他汀鈣，2年內身體情況好轉，能生活自理，腳腫消失，未再住院治療。後因急性腦梗塞及慢阻肺住院治療，去年不慎跌倒而去世。

按：此案雖西醫診斷病名一堆，但以中醫基本理論做依據，從整體觀念出發進行辨證，則化冗為簡，只需抓住主要病因病機，用藥則效如桴鼓。患者氣短，動則氣促，臥床不起，當斷為宗氣下陷證。《靈樞·邪客》說：「宗氣積於胸中，出於喉嚨，以貫心脈，而行呼吸。」宗氣是推動心臟搏動使血液在脈管運行的主要動力，宗氣下陷必然導致肺主呼吸的失常，進而導致肺主治節、肺通調水道的功能紊亂，從而出現心悸、咳嗽、咯痰、雙下肢水腫的臨床症狀。宗氣不僅能「貫心脈」，而且「行呼吸」，肺主呼吸，但呼吸的正常仍然要依賴於宗氣的推動作用。患者舌下靜脈曲張，說明氣虛血瘀，心主血脈，心動在於陽氣之鼓動，故加三七粉、當歸養血和血，西洋參配仙鶴草，加強益氣補虛之功，紫菀、款冬花以化痰止咳。脾主運化，胃受納水穀精微，為氣血生化之源，脾胃虛弱則可見於納少，予白朮、茯苓健脾益氣。宗氣下陷，脾氣不足，無以推動腸中糟粕排出，故見大便幹，予大劑量當歸，配茯苓、白朮以通便。

**3. 面對急危重症患者，先留人後治病，因急危重症變化迅速，病情危重，預後兇險，需先考慮如何挽救患者生命，為進一步治療創造機會。**中醫學對內科急危重症的搶救治療，有着悠久的歷史和豐富的經驗。古有獨參湯治元氣大虧，陽氣暴脫等。對於高熱、急黃、暴泄、亡陽、厥逆、出血等急症的救治，張仲景在《傷寒論》中均作了較系統的闡述，為後世急危重症辨治提供了理論依據。自新中國成立以來，我國生產諸多針劑如「生脈注射液」「參附注射液」「清開靈」等，拯救了無數危急重症病人的生命。當然，臨證應用時需要醫者仔細辨證用藥。

**案例：**王某，女，99歲，平素大便乾硬難解，3、4日一行。2013年8月10日初診。患者因大便10餘天未解，出現腹脹、腹痛，伴有噁心、嘔吐，吐出胃內容物，由家屬送入我院急診，適逢餘值班，經予抽血、腹部彩超、腹部立位平片等一系列檢查，考慮「急性腸梗阻」。告知家屬需手術治療，但因患者年事已高，恐不能承受手術之苦，家屬要求保守治療。患者腹部脹滿不適，疼痛拒按，口乾，舌質紅而少苔，舌體瘦小，脈弦細。予增液承氣湯（大黃10g，芒硝10g，玄參30g，生地30g，麥冬30g）一劑，急煎，雖已囑患者禁食，胃腸減壓，但可少量多次通過胃管注入藥液。四、五個小時後，患者失氣，解出半盆大便，頓覺腹脹痛大減，第二天複查腹部立位平片提示腸腔無異常。後囑先少量多次服用米湯，再喝米粥調養胃氣，忌進肥膩之品，藥以益胃湯合參苓白朮散收功。

按：患者素有便秘，口乾，舌質紅而少苔，舌體瘦小，脈弦細，一派陰虧津傷之象，導致燥屎內結難下，予大劑量玄參、生地、麥冬滋陰增液，配大黃、芒硝瀉熱通便，以求增水行舟之效。根據西醫觀點，應該禁食，但依毛師經驗，根據中醫基本理論辨證論治，藥液分多次少量喂腹，既不會加重病情，又可起治療作用。本案例患者10余日未解大便，腸腑不通則痛，濁氣上逆，則噁心、嘔吐，吐出胃內容物，病情危急，急用瀉下法攻逐燥屎，暢腸腑，使邪有出路，防速變它證，危及生命。脾為後天之本，後以健脾益胃之品收功。

**4. 主張衷中參西，取西醫之長以補中醫之短。**「他山之石，可以攻玉」，應擺正心態看待中醫和西醫，各

取所長。如遇危急重症如急性心衰、惡性心律失常、呼吸衰竭、腦血管意外等問題，西醫可迅速開展救治，且療效肯定，為後續的中醫中藥治療贏得機會和時間。強調中醫藥在治療危急重症時，不可受西醫思維束縛而機械套用西醫對應中醫病名，應正確運用中醫的辨證思維，仔細辨證論治。

**案例：**鄧某某，男，18歲，住院號18010802-1，患者於2013年11月02日早上無明顯誘因出現反復嘔吐10餘小時，發熱3餘小時，伴四肢抽搐2餘小時，由急診120送入我院急診就診，西醫診斷為：1.肺部感染；2.嚴重膿毒症。（1）多器官功能障礙綜合征（MODS）急性腎損傷（3期）心肌損傷腦功能輕度障礙；3.糜爛性胃炎。急查：腎功能提示尿素16.25↑mmol/L，肌酐428.0↑mmol/L，尿酸1092↑umol/L；血常規提示白細胞計數18.8↑×10<sup>9</sup>/L，中性粒細胞計數13.38↑×10<sup>9</sup>/L，中性粒細胞比例71.1↑%；肺部CT平掃提示右肺中葉內側段及下葉前基底段炎症，建議治療後複查。症見：四肢抽搐，惡寒發熱，項背強直，乏力，全身肌肉酸痛，腰部酸痛，口乾口苦，無噁心嘔吐，無胸痛，無汗出，睡眠欠佳，納差，小便少，大便未解。神清，形體偏瘦，舌質淡紅，白黃膩苔，脈滑。中醫診斷為瘧病，邪壅經絡證。擬方羌活勝濕湯合三仁湯加減以祛風散寒，燥濕和營，具體方藥（顆粒）：羌活1包，薏苡仁1包，防風1包，蒼術1包，杏仁1包，板藍根1包，豆蔻1包，獨活1包，玄參2包，法半夏1包，厚朴1包，通草1包，川芎1包，石菖蒲1包，甘草1包。4劑，每日一劑，水沖分兩次溫服。方中羌活、獨活、防風、蒼術、川芎祛風勝濕，白豆蔻芳香化濕，行氣寬中，半夏、厚樸行氣化濕，杏仁宣利上焦肺氣，蓋肺氣主一身之氣，氣化則濕亦化，薏苡仁滲利濕熱而健脾，輔以玄參清熱利咽。

二診：患者訴上述症狀明顯好轉，神疲乏力，納差，睡眠一般，小便量多，大便未解。舌質淡紅，白黃膩苔，脈滑。複查肌酐增高至710↑mmol/L，腎損害加重。肌酐升高已達至腎透析標準，但患者因家庭經濟困難，要求先以中藥治療。口服湯劑原方加減，另予經驗方中藥灌腸瀉濁以清熱解毒，通便排毒，方藥（飲片）：生牡蠣60g，丹參25g，槐花25g，益母草15g，大黃10g，法半夏15g。5劑，水煎取200ml，每晚保留灌腸1次。

三診：患者胸痛、肌肉酸痛及腰部酸痛症狀消失，咽痛，仍有深呼吸時引起胸悶，咳嗽少痰，難咯出，口乾、口苦，雙上肢稍有浮腫，腹脹，小便多，大便可。舌質淡紅，白厚幹苔，脈滑。胸腔彩超提示雙側胸腔少量積液。複查腎功能尿素、肌酐、尿酸均已恢復正常值範圍內。辨證為懸飲，飲停胸脅證，治以瀉肺祛飲，方藥苓桂術甘湯合葶藶大棗瀉肺湯加減（顆粒）：茯苓皮1包，厚朴1包，法半夏1包，白朮1包，葶藶子1包，桂枝1包，薏苡仁2包，柴胡1包，五味子1包，杏仁1包，瓜蒌1包，枳實1包，甘草2包，大棗1包。4劑，每日一劑，水沖取300ml，分兩次溫服。

四診：患者乏力、口乾、口苦、咳嗽、水腫等症狀消失，精神、睡眠、飲食可，小便量多，大便正常。舌質淡紅，白厚膩苔，脈滑。患者病情明顯好轉，考慮患者長期胃病，常胃脘部疼痛不適，治以化濕和中，化痰行氣止痛為法，處方丹參飲合芍藥甘草湯加減（飲片）善後：丹參10g，春砂仁10g，姜厚樸10g，百合30g，檀香10g，法半夏10g，炒苦杏仁10g，火麻仁20g，白芍30g，白豆蔻10g，甘草10g。7劑。

按：本案患者發病原因不明，發病時症見：噁心嘔吐、四肢抽搐，惡寒發熱，項背強直，乏力，全身肌肉酸痛，腰部酸痛，口乾口苦，睡眠欠佳，納差，小便少，大便未解。舌質淡紅，白黃膩苔，脈滑。四診合參，診為瘧證，邪壅經絡。風寒濕邪侵於肌表，壅阻經絡，以致氣血運行不利，陰血不得濡養筋脈，拘攣抽搐而成瘧；同時，患者發病前嘔吐過度，導致津傷液脫，筋脈失養，亦可致瘧證發生。患者舌苔白黃膩，脈滑，濕邪困阻，故用羌活勝濕湯合三仁湯加減以祛風散寒，燥濕和營。三診，西醫治療方案從入院始予抗炎，護胃，液體復蘇，改善循環等對症支持治療，中藥予羌活勝濕湯合三仁湯加減口服，雖患者症狀有所減輕，但腎功能損傷仍繼續加重，肌酐持續升高，在西醫治療方案未調整的基礎上，依患者病情進行辨證論治，配合中藥經驗方灌腸降肌酐，其臨床症狀及西醫各項檢查指標均好轉，病情轉危為安，入院僅9天則康復出院。對比於純以西醫方案治療此病，可減少於多重耐藥菌感染的發生，提高出院率，降低死亡率，明顯減輕患者家庭經濟負擔。隨訪至今患者未見異常，只訴胃部常不適。

**5. 讀書跟師多臨床，方有活水源頭來。**清·陸九芝《世補齋醫書文集》中言：「讀書而不臨證，不可以為醫；臨證而不讀書，亦不可以為醫」。毛師認為，讀書、跟師、多臨證，是積累經驗、提高技藝最重要的幾方面。

宋代黃庭堅曰：「士大夫三日不讀書，則義理不交於胸中，對鏡覺面目可憎，向人則言語無味」。醫者亦如此，只有勤讀書，多臨證，理論結合實踐，才能更好把握經典，做好傳承，提高水準，面對疑難雜症時，辨證施治才能做到「方有源頭活水來」。

**案例：**王某，我院行政科室同事之鄰居，女，54歲，2018年因腹痛1天於我院急診就診，查血常規白細胞增多，紅細胞沉降率升高，彩超提示右下腹闌尾區探及「鼠尾狀」腸管回聲。考慮急性闌尾炎，建議住院手術治療，患者因懼怕手術，要求予中藥治療。症見：右下腹疼痛，腹硬拒按，發熱，無汗，大便幹結，舌質淡紅，苔黃而厚膩，脈滑。予金匱大黃牡丹湯加味，具體方藥：丹皮10g，冬瓜子10g，敗醬草30g，大紅藤20g，芒硝10g（沖服），大黃10g，桃仁10g，3劑，囑水煎取300ml，先溫服150ml，如3小時後大便不下，再服，以大便通為妙，三日後複診。但患者未如期複診，1年余後其家屬過來找我看病，詢之，告王某服藥後大便通，腹痛漸緩解，服藥3天見無大礙，故未複診。

按：患者腹痛拒按，大便幹結，苔黃而厚膩，脈滑，辨證為熱毒內聚，熱盛肉腐，氣血運行不暢，濕熱邪毒瘀結於腸腑，當瀉熱破結，散結消腫，方中予丹皮、大黃瀉熱活血散瘀，冬瓜子排膿消癰以導腸腑垢濁，芒硝協大黃蕩滌實熱，兼軟堅散結，桃仁破血通便逐瘀，敗醬草、大紅藤佐以清熱解毒，排膿消癰。

小結：筆者在毛師左右侍診三年，目睹恩師臨證開方僅寥寥幾味藥，服藥三五劑後，即讓諸多危急重症患者病情由危漸安，步入坦途。畢業後，遇急危重患者，筆者按毛師之經驗用藥，療效顯著，滋舉三五例，以供同道交流學習。

**Abstract:** He learned QiHuang as a cure when he was 14, and then he spent 40 years to verify it. Dr Mao helped a lot of patients by using traditional Chinese medicine especially the sicker ones. He got original thoughts base on plenty of clinical verifications. Dr Mao brought up a set of methods on treating the critical sicker patients like running fully examination and getting entire impression before diagnosis. He also suggested that doctors should combine traditional Chinese and western medicine according to the specific situation. In addition, more reading and practices were important to get a good effect.

**Key word:** Mao Yilin, Critical sicker patients, Traditional Chinese medicine, the precious experiences.

(編委：郭岳峰審校2024.01.23)