

王会仍学术经验简介

骆仙芳 蔡宛如

(浙江省中医院, 杭州市邮电路 54号, 310006)

关键词 名医经验; @ 王会仍

王会仍主任中医师于 1996年被评为浙江省名中医, 同年被指定为第二批全国名老中医药专家学术经验继承指导老师。从医 40余年来, 王主任一直致力于临床、科研和教育事业, 对中西医结合防治慢性阻塞性肺病和支气管哮喘等疾病最为擅长, 对呼吸系统疑难病证治疗颇富经验, 在学术上有较深的造诣, 其临证学术思想主要表现为以下 6方面。

1 强调辨证、治病求本

王主任认为临床疗效的好坏与辨证论治有着密切的联系, 而“治病求本”即是寻求引起疾病的原因, 针对病因病机从根本上治疗疾病, 因此, 王主任在临证时十分强调辨证施治和治病求本。他认为在审因辨证时, 应善于从纷繁复杂的征象中, 审理出病变的本质与疾病的根由, 并予以灵活辨证用药。如对于肺脓疡, 他认为外邪犯肺是发病的主要原因, 正气虚弱或痰热素盛、嗜酒不节、恣食辛热厚味等致使湿热内蕴, 是易使机体感邪发病的内在因素。由于风热之邪袭肺, 或风寒郁而化热, 蕴结于肺, 肺受邪热熏灼, 清肃失司, 气机壅滞, 阻滞肺络, 致使热结血瘀不化而成痈; 继而热毒亢盛, 血败肉腐而成脓。肺脓疡主要病机为邪热郁肺、肺气壅滞、痰热瘀阻, 在治疗时应特别重视清热、排脓与化痰, 尤其是清热之法, 是治疗肺脓疡的核心所在, 应贯穿于整个治疗过程; 在恢复期, 往往存在气阴两虚, 此时需扶正祛邪兼顾。王主任认为治病不只是对症治疗, 还应通过临床复杂的征象, 分析疾病形成的机理和征候的内在联系, 把握疾病的发生、发展和演变的规律, 针对病因病机从根本上治疗疾病, 从而贯彻治病求本的治疗原则。

2 善辨表里寒热、明辨标本虚实

由于疾病表现的多样性、复杂性和易变性, 在临床诊断的过程中往往会出现真象假象交纵错杂、虚象实象夹杂存在的现象, 给正确制订治疗方案带来困难。王主任在 40余年的临床实践中积累了丰富的临证经验, 面对复杂的症候群, 通过现象看到本质, 抓住辨证的纲领和关键的症候, 详细准确地辨别病症的属性, 制订相应的治疗方案, 取得了很好的临床疗效。如慢性

支气管炎的治疗, 此病多见于老年人, 病程较长, 常由外邪侵袭及肺、脾、肾 3脏功能低下所致, 临床症状以反复发作的咳嗽咳痰或伴气急为特征。王主任在辨证的过程中认为, 急性发作期初始阶段常常伴有外感表证, 多属实证, 应注意宣肺解表, 重在祛邪, 以治标为主, 但需明辨寒热, 风寒者宜疏风散寒, 风热者宜疏风清热, 在此基础上酌加化痰止咳之品。王主任强调辨寒痰热痰不能光凭痰色来确定, 黄痰固为有热, 白痰未必有寒, 尚要根据痰的性状、全身伴随症状及舌脉来辨证, 对痰白量多的患者不轻易用温药, 如此辨证屡屡获效。慢性支气管炎的缓解期则以本虚为主, 虽临床表现仍有少量咳嗽咳痰, 但此时的治疗当以扶正固本为主。由于慢性支气管炎夏季处于相对缓解阶段, 王主任遵循“春夏养阳”的古训, 采用“冬病夏治”的方法, 给予温补脾肾、益气扶正之品, 佐以化痰, 达到“正安”“邪清”的目的, 从而减少了慢性支气管患者在冬季的发作次数和程度, 提高了患者的生存质量。

3 用药灵活、注意配伍

在临诊的过程中, 王主任不仅非常熟悉中药的性能, 根据中药的四气五味、升降沉浮及归经合理用药, 而且在长期实践的过程中积累了丰富的灵活用药和配伍经验。如对痰的治疗, 他根据痰的不同性质, 用药各异。湿痰燥之, 药用苍术、白术、半夏、茯苓、胆南星等; 热痰清之, 药用黄芩、大青叶、鱼腥草、桑白皮、羊乳、野荞麦根等; 寒者温之, 予小青龙汤、二陈汤; 风痰散之, 药用胆南星、白附子、天麻、防风、僵蚕、蜈蚣、猪牙皂等; 老痰软之, 药用浮海石、瓜蒌、五倍子、香附、半夏等; 郁痰开之, 药用僵蚕、杏仁、瓜蒌、贝母、香附等; 食积痰消之, 药用神曲、麦芽、山楂、瓜蒌、滑石等。又如治疗肺脓疡, 王主任认为清热法是主法, 然清热之法有清宣和清泄 2种。清宣法主要应用于肺脓疡初期阶段, 此时用药不宜过于寒凉, 以防肺气郁遏, 邪热伏闭, 表散不易而迁延不解, 因此王主任常用银翘散或桑菊饮为基本方, 适当加用清热解毒之品如鱼腥草、败酱草、牡丹皮、红藤、三叶青、黄芩等, 以散邪防痈, 尽早促使邪热从表而解, 不致郁结成脓。清泄法主要用于肺脓疡成脓期和溃脓期的热毒壅盛阶段, 此时择用效大力专的泄热降火、消痈散邪之品, 有利于炎症的控制和

痛脓的消散,常以千金苇茎汤和黄连解毒汤为主,同时加用金荞麦、红藤、败酱草、石膏、知母、竹叶等加强清泄邪热、痰热之效。对于脾胃虚弱者,佐以护胃之品以保中气。在治疗过程中排脓法亦是常用的方法,排脓之法包括透脓、清脓、托脓。透脓用于脓毒壅盛、排脓效果不理想者,药用皂角刺、穿山甲、土鳖虫、桔梗、金荞麦;清脓是肺脓疡排脓的常规治法,多选用薏苡仁、冬瓜仁、桃仁、桔梗、瓜蒌仁、牡丹皮、赤芍、鱼腥草;托脓主要用于溃脓期、气虚无力排脓外出者,常用药物有黄芪、党参、太子参、绞股兰等。

中药因具有良好的疗效、较小的毒副作用而受到广大患者的欢迎,但是人们往往忽视其毒副作用。王主任告诫我们临诊时必须警惕重要的毒副作用,必须熟悉所用药物的毒性反应,以防发生不良后果。如黄芩、山慈姑、山豆根可导致肺间质性病变;山慈姑、山豆根、川楝子、苦杏仁等长期使用可导致药物性肝损害;木通、雷公藤、斑蝥、鱼胆、芦荟、蜈蚣、草乌、细辛等多种中药可导致肾损害。他还指出在中西药合用时,必须注意配伍禁忌,如麻黄若与洋地黄合用,可增加洋地黄的毒性;甘草与利尿剂合用,可能导致低血钾。

4 辨证结合辨病、宏观结合微观

中医的“病”与“证”是2个不同的概念。证是反映其本质属性的一系列特征;病是证的综合和临床反映。在临床上可出现“同病异证”和“异病同证”,并采用相应的“同病异治”和“异病同治”的治则。如治疗咳嗽,有属肺气失宣的感冒咳嗽,有痰热雍盛的肺胀咳嗽,在治疗上是各不相同的。但2种疾病的咳嗽所属证型相同亦可采用同一种治疗方法。王主任在辨证与辨病方面,主张采用二者结合的方法,并强调不应局限于中医的辨证辨病结合,更应与现代医学的辨病治疗相结合,以使辨证治疗更具全面性和科学性。如以咳嗽为主症的变异性哮喘,按现代医学的观点是气道炎症性疾病,患者常常是过敏体质,故王主任在常规的中医学辨证施治前提之下,适当加入祛风抗过敏的药,如蝉衣、白鲜皮、苍耳子、地肤子、僵蚕、地龙等,常获佳效。

中医认识疾病通过直接观察,从整体和全面考虑,辨证的观点是系统、整体的,故属宏观辨证;现代医学除了观察临床症状外,尚需进行各种局部的检查以及现代医疗仪器的检测,这些肉眼观察不到的诊察属微观辨证。他认为传统的中医理论需要结合高速发展的科技信息促进自身的提高和发展,仅仅运用望闻问切四诊方法来诊断疾病是不够的,应该结合微观辨证,这样才能使辨证更具准确性和全面性。他在临床辨证施治的过程中常常宏观结合微观,如治疗小气道轻度阻

塞的患者,虽无明显的临床症状,但肺功能已有改变,此时应用中医宣肺理气、益气活血、化痰通络的方法,可以改善肺功能,防止疾病进一步发展。

5 重视预防康复、提倡保健养生

古人有言“正气存内,邪不可干”,又云“邪之所凑,其气必虚”,明确指出了疾病的发生与体质和抗病能力的强弱有密切的关系,故而提出了“不治已病治未病”的观点。王主任临诊时亦非常重视康复、预防、保健、养生治疗,认为应以“虚者补之”“损者益之”为原则,补养人体气血阴阳之不足。他认为不仅要对于疾病恢复期或缓解期的患者进行治疗,而且要对亚健康人群尤其是老年人进行养生调摄,这样才能使人体阴阳平衡、气血流畅,从而提高机体的抗病能力,延缓衰老、益寿延年。王主任除了对于疾病中或疾病缓解期的患者注意补虚外,还非常推崇冬季服用膏方,他认为膏方药味适口、服用方便、药效持久、副作用小,利用膏滋药徐徐培本固元,是中医调补的上品。在应用时,他强调以“调”为先、用药轻灵,切忌壅补,冬至前后每日服用,达到调整阴阳、补益气血、通其血脉的目的。

6 力倡中西医优化选择

王主任在临诊中十分重视中西医的优化选择,以充分发挥中、西医各自的优势。他认为治疗呼吸系疾病尤其要善于发挥其各自的治疗优势,做到扬长避短,以利于提高临床的治疗效果。在治疗慢性支气管炎、支气管扩张和支气管哮喘等呼吸系疾病时,根据不同病情、病期而有侧重。在急性发作期和重症阶段,由于西药抗感染、平喘、止血等作用奏效较快,故先以西药治疗为主,辅以中药如清肺化痰止咳等;随着病情控制,逐渐加强中药治疗力度,以祛邪扶正,为尽早撤离西药做好准备;在缓解期则重用中药扶正固本、增强机体防御能力以预防复发,并根据慢性支气管炎、支气管扩张和哮喘的不同病理特点灵活辨证施治。

又如治疗支气管哮喘,在急性发作期,特别是重危阶段,王主任认为西药占有较大的优势。 β 肾上腺素受体激动药、茶碱、肾上腺皮质激素等作用往往迅速而有效,根据病情的轻、中、重度,进行分级治疗。然而 β 受体激动剂可引起心率增快、心律失常、低敏感现象等副作用;茶碱类药物可导致胃肠道反应、心律失常、惊厥等症状,甚至呼吸、心跳停止;胆碱能受体拮抗剂气雾吸入常可引起口干、恶心症状;长期使用糖皮质激素可出现柯兴氏综合征、骨质疏松、糖尿病、精神症状,甚则因抗病能力受损而导致二重感染或发生激素依赖等。中药如麻黄、细辛、甘草、姜半夏等均能抑制过敏

介质释放,降低 IgE水平及增加 CAMP的含量,从而舒张支气管平滑肌而达到平喘的效果,虽其平喘作用不如西药迅速,但无明显毒副作用。故他主张在西药阶梯治疗方案基础上,同时运用中药宣肺化痰、降气平喘,从而提高疗效,并使西药尽快降级治疗,缩短西药使用时间及减少其副作用。王主任认为哮喘发作是由于伏痰遇感引触,痰随气升,气因痰阻,相互搏击气道所致。痰气交阻是发病的关键,故在治疗中强调调气治痰,痰、气同治,气顺则痰自化,而痰去则气亦顺。热哮患者予麻黄、白果、黄芩、杏仁、紫苏子、重楼、老鹳草、佛耳草、地龙等以清泄肺热、豁痰下气;寒哮患者予麻黄、细辛、甘草、款冬花、紫苏子、莱菔子、白芥子、杏仁等。在辨证施治的同时,佐以祛风通窍、镇痉、活血化痰之品。对于短程大剂量运用激素的重症哮喘患

者,王主任在中药中增入滋阴或滋阴泻火药物如生地、黄柏、知母等;若长期中小剂量使用激素或激素减停时,选用益气药如人参、甘草、绞股兰、灵芝、刺五加等,或用温肾药附子、肉苁蓉、淫羊藿、补骨脂、菟丝子等,使既能继续发挥激素的止喘抗炎效果,又能去除其不良反应,为顺利撤除激素创造条件。哮喘病情迁延难愈,肺、脾、肾 3脏俱虚与痰瘀内伏并存于缓解期,此时,中医药的优势明显胜于现代医学,中药的扶正固本治疗显然占了主导地位。王主任以“健脾益肾、益气活血”为大法,喜用金匱肾气丸以及淫羊藿、补骨脂、地龙、党参、黄芪、当归、赤芍、丹参等药物以调节肾上腺皮质功能,改善机体的免疫状态,在扶正固本同时,佐以清肺、化痰、宣透等祛邪之品,以清宿根伏邪。

(2007-12-18收稿)

中药内服外敷治疗膝关节创伤性滑膜炎 64例

杨 敏

(河南省新蔡县公疗医院, 463500)

关键词 膝关节创伤性滑膜炎 中医药疗法

膝关节创伤性滑膜炎是临床常见病,笔者采用内服中药外敷中药膏药治疗膝关节创伤性滑膜炎 64例,并与采用理疗、穿刺抽吸、封闭、口服西药的 60例该病患者比较,结果表明前者疗效优于后者,现报告如下。

1 临床资料

124例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组 64例,男 33例,女 31例;年龄 18-65岁,平均 40.2岁;病程 6-36个月,平均 20个月。对照组 60例,男 33例,女 27例;年龄 19-68岁,平均 44.5岁;病程 5-38个月,平均 21个月。2组资料在性别、年龄、病程等方面差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组:血瘀气滞证宜活血化瘀、消肿止痛,方用桃红四物汤加减;风寒湿阻证宜祛风除湿散寒,方用三痹汤加减;湿热下注证宜清热除湿,方用四妙汤加减;肝肾不足证宜补肾气强筋骨,方用健步虎潜丸加减。外敷骨膏(中药膏药)。以 10天为 1个疗程。

对照组:采用理疗烤电,穿刺抽净积血和积液,并注入 1%普鲁卡因 3-5ml及泼尼松龙 12.5-25mg之后用消毒纱布遮盖穿刺孔,若积液继续增加,可重复穿刺数次,并口服消炎镇痛药。以 10天为 1个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 痊愈:疼痛肿胀症状完全消失,

其它一切阳性体征消失,基本能参加原工作者。好转:疼痛肿胀症状明显减轻,膝关节活动基本正常,能参加一般劳动者。无效:疼痛肿胀症状如故,膝关节活动受限,不能参加一般体力劳动者。

3.2 2组临床疗效比较 治疗组 64例中,临床治愈 56例,好转 8例,总有效率 100%;对照组 60例中,临床治愈 18例,好转 33例,无效 9例,总有效率 85%。2组比较差异有显著性($P < 0.05$)。表明内服中药并外敷膏药治疗膝关节创伤性滑膜炎,具有明显的优势。

4 讨论

膝关节创伤性滑膜炎临床上属于中医“痹证”“筋伤”范畴,是由于经络痹阻,瘀血凝结,浊湿流注关节,风寒湿三气合邪所致。中医辨证分为:血瘀气滞证宜活血化瘀、消肿止痛,方用桃红四物汤加减,方中加大桃仁、红花的用量以入血分而逐瘀行血,熟地黄换成生地黄用其凉血止血之效,加乳香、没药起活血止痛消肿;风寒湿阻证宜祛风除湿散寒,方用三痹汤加减,风湿者合防风汤,湿胜者合羌活胜湿汤,寒胜者合当归四逆汤;湿热下注证宜清热除湿,方用四妙汤加减,加泽泻取其甘淡性寒,利水渗湿;肝肾不足证宜补肾气强筋骨,方用健步虎潜丸加减。外敷药用穿山甲、全虫、蜈蚣、血竭、乳香、没药等 20余种活血化瘀中草药熬制而成的膏药。中药内服外敷并用,疗效较快。

(2008-07-16收稿)