

王辉武辨治胃病的经验

陶 红

(重庆医大附属二院, 重庆市渝中区临江路 74 路, 400010)

关键词 胃病 中医药疗法; 名医经验; @ 王辉武

“胃病者, 腹胀、胃脘当心而痛, 上支两胁, 膈咽不通, 饮食不下”(《灵枢·邪气脏腑病形》), 即指以胃脘部疼痛, 胀痞满闷为主症的多种疾病, 属中医“胃痛”“痞证”“吐酸嘈杂”等范畴, 与现代医学消化系统多种疾病有关。王辉武教授辨治的胃病, 绝大多数是经现代医学多方检查, 长期治疗乏效的病例。他临证时主张首先认真按中医四诊收集病史, 辨证论治, 有意识地先不看现代医学的诊断与解释, 以免干扰中医的辨治思维。

1 重视舌象, 辨治有准绳

王教授临证, 强调认真望闻问切, 特别是在当今业已“西化”的社会环境中, 尤其要重视中医自己的四诊合参, 其中舌象的辨识独具特色。他认为现代医学不看舌象, 也不懂舌诊, 我们则应倍加重视。舌为心之苗, 舌质乃人体体质之窗口, 舌苔为胃气所蒸而成, 邪正的盛衰, 胃气的强弱都能比较客观地在舌象上及时反映, 如果患者症状不明显, 甚至无症状可辨时, 更为重要。

1.1 质淡当温 对于胃病可否温阳以及何时用温热药, 王教授认为最重要的依据是患者的舌质, 如舌淡不红, 或胖嫩多齿痕者, 则可大胆启用温阳祛寒之品, 如附子、干姜、丁香、肉桂等, 并随时诊查舌质的变化, 若舌质由淡转红, 齿痕减少则减量或停药, 以免过剂伤阴, 因“阳热常可骤生, 而阴津不可速长”。

1.2 苔黄当消 一般认为, 苔黄为热, 当清, 此常法也。王教授认为舌苔黄, 或黄厚, 主要是胃中积滞所致, 所以消导法十分重要, 主方加上神曲、麦芽, 或配保和丸疗效较好, 而清热药多苦寒伤胃, 对胃病苔黄反而不利。传统认为消导之品伤气, 不可多用久用。此条禁忌并无临床意义, 因为很多疾病在演变过程中都或多或少伤及胃, 且中药汤剂必须经胃肠才能发挥效能, 故“善用药者, 必以胃药助之”, 在杂病的处方中常配伍谷芽“快脾开胃”(《本草纲目》), 以鼓舞胃气, 助消化, 也可治黄苔, 同时使药物能更好地发挥效能。

1.3 苔腻当化 胃病多腻苔。王教授认为腻者, 即舌面之苔颗粒细小而致密, 没有缝隙, 紧紧地覆盖于舌

面, 患者多有食欲不振, 纳谷不香, 口黏, 口干而不欲饮水, 治当芳香化湿, 如白蔻仁、藿香、佩兰等, 如苔腻而厚, 多津液者, 可暂用茅苍术、草果仁, 但中病即止, 不可过剂。

1.4 苔少当养 胃病所见到的舌苔少, 多有一个较长的过程, 先有舌苔剥脱, 逐渐到苔少, 最后无苔, 出现如猪肝状的舌象, 甚至舌质裂痛。造成苔少的原因很多, 如用过温燥、抗生素、抑酸的药物, 致使胃阴耗损, 或胃镜检查患者为慢性萎缩性胃炎等, 症见胃纳极差, 味觉丧失, 舌痛灼热等, 治当养阴益胃。吴鞠通曰: “欲复胃阴, 莫如甘寒”。方选益胃汤, 药用乌梅、北沙参、生地、麦冬、石斛、山药等, 守方有恒, 可望好转。

2 调肝为要, 警惕木克土

肝与胃是木克土的关系, 肝主疏泄条达, 影响脾胃升降, 若肝气横逆, 木旺乘土, 木郁胃滞, 或肝火亢炽, 迫灼胃阴, 或肝血不足, 胃失滋养等均是导致胃病的重要因素, 故王教授十分重视调肝。

2.1 疼痛当柔 肝为刚脏, 胃脘疼痛, 若因肝所致者多采用柔肝之法。隐痛者补中加柔; 胀痛者行气加柔; 刺痛者活血加柔, 代表药物为白芍配伍甘草, 白芍需酒炒, 剂量成人每日 30-60g 左右。

2.2 窜气当行 临床常见各种胃炎患者, 经西药治疗溃疡消失, 幽门螺旋杆菌也被杀灭, 唯腹部窜气久久不能消除。患者胸胁腹胃窜气, 暖气矢气不畅, 此时如果仅针对胃施治, 大队香燥行气之品, 非但不能消胀, 久用还耗气伤阴。王教授认为应以疏肝为主, 选用润而不燥, 且入肝经的药物, 如佛手、香橼、郁金、木蝴蝶等, 并配合心理疏导, 令情志舒畅, 以巩固疗效。

2.3 嘈杂当和 嘈杂似饥, 是患者胃中空虚难受, 好象几个月没有吃油一样, 或胃中如吃大蒜后的刺激感, 但进食后仍不舒服, 是胃炎、食道炎常见的症状之一。王教授认为嘈杂一症常是寒热失调所致, 故法当寒热并用, 并以清肝热为主, 配伍少量温性药, 如此能起到调和平衡的作用, 如蒲公英 30g 配伍九香虫 5g 黄连 6g 配干姜 3g 夏枯草 20g 配丁香 3g 或山栀子 6g 配吴茱萸 3g 牡丹皮 10g 配小茴香 5g 等。

2.4 吐酸当平 对于吐酸一症, 历代医家各说不一, 如有热、寒、湿、虚等认识, 都有一定道理。王教授认为

不能一概而论,当据临床辨证结果而定。“酸者,肝木之味也”,不论是何种证型,都应佐以平肝之药,以和胃制酸,如桑叶、煅牡蛎、白蒺藜、乌贼骨、浙贝母等。

3 重视调护,治养少为先

俗语说“三分治疗,七分保养”,胃病的治疗,尤其重视保养,必须争取患者及其家属的配合才能提高疗效。1)药物的剂量宜小。用药宁可再剂,不可重剂。药物剂量过大,或药物的种类过多等都将给已经受损的胃加重负担。2)饮水不宜过多。王教授认为对于胃病,饮水、饮茶、喝药汤都不宜过多,有的患者因为胃病,恐不消化,每餐都吃米粥,摄入水液过多,反令胃中不适。3)食量宜少,不可过饱。一般主张细嚼慢咽八分饱,少食对一般人健康有益,对胃病者的康复当是必要的。4)运动量宜小,不可过劳。胃病未愈时不宜参加剧烈的体育锻炼和体力(脑力)劳动,以免“劳倦伤脾胃”,加重胃病症状。

4 常法不应,取各家之说

4.1 久病不愈,穷必及肾 “肾者胃之关也”(《灵枢·水热穴论》),胃主受纳腐熟水谷,全赖肾中阳气的蒸化,肾气不化,关门闭塞,胃气上满,气滞水停,直接影响胃病的康复。临床上除胃脘部位诸症外,尚伴大便溏薄,消瘦乏力,气短头昏,腰酸膝软等症,治当胃

肾同治,王教授常启用双补汤(《温病条辨》)。此方治疗邪少虚多、胃病及肾的患者,多有良效。

4.2 久痛不愈,络脉不通 叶天士云:“初病气结在经,久病血伤入络”,王教授将此说用于萎缩性胃炎久治不愈,症见胃脘午后刺痛,或隐痛不适,或舌质暗而有瘀斑者,方用四君子汤加丹参、石见穿、生蒲黄、五灵脂等。

4.3 久胀不愈,多为虚滞 在胃病的临床中,对于胃痛、吐酸、嘈杂等症状都可以在不长的时间获效,但胀满之症常常久治不愈,张仲景在《伤寒论》专有论及“但满而不痛此为痞”的条文。采用半夏泻心汤、理气药以及吗丁啉、西沙必利等,虽有效,但效果也不满意。王教授认为这是脾胃气虚,缺少胃动力的问题,当以补气健脾为主,常用六君子汤加黄连、干姜等,并强调重用生白术 60-90g 可达到运脾除湿,畅便消胀的目的。

4.4 干呕不愈,胆气上逆 胃病常有干呕久久不愈者,有的在早晨更重。王教授根据前人“邪在胆,逆在胃”(《灵枢》),“胃本不呕,胆木克之则呕”(黄坤载语)的经验,认为胆气犯胃的呕吐,应把重点放在肝胆,选用小柴胡汤、蒿芩清胆汤或温胆汤加赭石、白蒺藜等平肝泻胆,有较好疗效。

(2007-12-18收稿)

中西医结合治疗桡骨下端骨折 72例

马 国 辉

(河南省新蔡县骨结核医院, 463500)

关键词 桡骨下段骨折 中西医结合疗法

桡骨下端骨折是临床上比较常见的上肢骨折之一,笔者采用手法整复、外敷膏药、小夹板外固定、口服维生素 AD 等综合方法取得良效,现报告如下。

1 临床资料

132例患者均以 CT 或 X 光片确诊。随机分为治疗组和对照组,治疗组 72 例,男 38 例,女 34 例;年龄 19-68 岁,平均 38.2 岁;病程 0.5-7 天,平均 1.2 天;伸直型 40 例,屈曲型 32 例。对照组 60 例,男 31 例,女 29 例;年龄 17-69 岁,平均 36.9 岁;病程 0.6-6 天,平均 1.1 天;伸直型 35 例,屈曲型 25 例。2 组在性别、年龄、病程、分型等方面差异均无显著性 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组:采用 2% 利多卡因局部麻醉,手法整复尽可能达到解剖对位后,外敷用中药熬制的膏药,放好压垫,选择合适的小夹板准确放置相应的位置上,捆好扎带,仔细观察患肢末梢的血液循环情况,确保其血液供应。口服维生素 AD 胶丸,1 丸/次,2 次/日,每丸含维生素 A 1 万 U、维生素 D 1000U,服用 45 天。对

照组:手法整复及小夹板固定治疗同上,但不用外敷中药制的膏药,口服消炎镇痛药。

3 治疗结果

治疗 1 周时,治疗组局部血肿吸收 63 例,对照组局部血肿吸收 30 例;治疗 2 周时,治疗组骨痂形成 54 例,对照组骨痂形成 24 例;治疗 4 周时,治疗组骨折临床愈合 68 例,关节功能活动恢复正常 70 例,对照组骨折临床愈合 40 例,关节功能活动恢复正常 50 例。2 组临床疗效比较差异有显著性 ($P < 0.05$),表明治疗组优于对照组。

4 讨论

桡骨下端骨折整复后,采用穿山甲、全虫、蜈蚣、血竭、乳香、没药等 20 余种中草药熬制而成的膏药外敷,具有活血化瘀、消肿止痛等作用,加快了血肿的吸收、骨痂的形成;同时用小夹板外固定可以借助压垫的作用,预防骨折自身再移位,并可使残余的骨折端侧方或成角移位得到进一步的矫正,有利于骨折愈合;口服维生素 AD 胶丸能促进骨折的愈合。内服维生素 AD 手法整复、外敷膏药、小夹板外固定治疗桡骨下端骨折,确是一种较好的治疗方法。

(2008-07-16收稿)