

慢性胰腺炎证治体会

蒋 葵 初*

主题词 胰腺炎/中医药疗法 慢性病

慢性胰腺炎的临床表现与证治,在温习古文献时见于如:脾心痛、肝脾郁热、腹痛、胁痛、膈痛、结胸、内痛、痰凝血瘀、症瘕积聚等篇章的论述之中。

本病近年来有明显增多趋势。发病原因常见于暴饮暴食、过嗜厚味、酗酒过度,湿热内蕴,致使肝胆郁热,升降失司,胆汁逆流,脾胃受损;亦见于胆道、胃、肠手术之后,创伤或粘连所致正常生理解剖结构改变,升降清浊功能障碍;尤多见于急性胰腺炎经西医救治之后呈现本病;或见于精神因素诱发本病,或有见于发病原因不明者。

《素问·六元正纪大论》曰:“民病胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下。”又如《灵枢·厥病篇》:“痛如以椎刺其心,心痛甚者,脾心痛也。”以上二条经文记述了类似胰腺炎疼痛的特征。而慢性胰腺炎主证则以脘腹(稍偏左较多)如刀割锥刺尤多见,或脘胁气撑,饮食难咽,食而难化,胃脘作胀,时欲泛恶,大便溏臭,或见低热缠绵,或畏寒羞光,或目黄瘦赤。腹诊常见中脘按痛,腹皮较紧,甚或在中脘偏左可扪及症瘕之象。舌苔厚黄灰腻或厚白灰腻,舌质尖或红或淡,常见边尖齿印或瘀点瘀斑,脉象弦细稍按则见不足之象。一般而论,病程较短者多见肝脾郁热之象;病程较长者多见肝郁脾虚之证。

本病之诊断如上述病因、症状、舌苔脉象兼参,就诊者多有西医诊断:曾患急性胰腺炎被救治后症状不解者,或有一度血、尿淀粉酶轻度增高,或有胆道胃肠X线摄片及B超、CT检查

呈阳性确诊者。

本人就近年诊治本病近百例中择举2例以求教于同道。

例1:袁某某,男,38岁。1995年2月12日暴饮暴食,于当晚约11时因急腹痛晕厥急诊住院,西医诊断为急性胰腺炎住院。经救治28日要求中医会诊。

刻下神萎面眇,脘胁如有刀割针刺,进少量半流质亦腹胀欲呕、大便3~4日一行,量少清臭,B超、CT摄片示胰头周围较模糊,慢性胆囊炎兼有泥沙样结石,胆总管直径11mm……,舌苔厚黄腻,后三分之一淡灰,舌质边尖红而有尖印,脉细沉取不足。此乃恣意暴食酗酒,湿热郁结肝胆脾胃,升降失常。治以清里疏肝清胆缓下法。处方:茵陈30g,炒山栀6g,制大黄6g,黄芩6g,金钱草30g,柴胡3g,川楝子6g,仙半夏6g,清竹茹10g,生甘草6g。以上方出入服至第8剂头煎后约20分钟,右上腹一阵绞痛肠鸣泻下黑绿色泥水样大便,此后数天症状迅即消失,第5天B超检示:胆囊泥沙样结石已不明显,胆总管直径8mm,胰头影象渐见清晰。后继用缓下、疏肝、健脾、养胃诸法辨证施治2周后收效出院。注意事项面嘱再三,随访1年余身健如常。

例2:张某某,女,52岁,1996年3月9日初诊。素体肥硕,8年前诊断患慢性胆囊炎胆石症,因反复发作于1994年10月20日行胆囊切除术,恢复正常出院,半年后因劳累而渐觉脘腹作胀,中脘时有刺痛并引及左胁、累进荤菜更甚,大便溏臭。1996年2月2日因刀割样疼痛加剧、呕吐恶心而住院。血清淀粉酶为220U(西氏法),CT示胰头周围约5~6cm处形象模糊。诊断为慢性胰腺炎。经西医保守治疗症状改善不明显而转中医诊治。

* 上海市中医药学会,上海北京西路1623号

(200040)

收稿日期:1996-08-18

初诊:患者神萎形寒,面目虚浮,脘腹隐隐刀割锥刺疼痛,时轻时重,饮食难咽,脐上深按压痛明显,指下有质地中等之症块,舌苔白腻,中后罩灰向根部渐深,质边尖明显齿印,两侧瘀斑显现,舌下瘀筋毕现,脉虚而涩。诊为正虚血瘀。目前急在扶正,先予扶脾和胃法。处方:炒党参 12g,炒白术 12g,茯苓 15g,姜半夏 3g,淡干姜 3g,佛手片 6g,炒麦芽 15g。一日 3 次缓服。上方出入 15 剂后胃纳渐开,脾运日强,脘肋刺痛稍减,午后仍有低热,舌苔白腻前薄,舌边瘀斑瘀筋仍在,脉濡沉取则涩。此乃血府有瘀之象,治宜健脾益气而合血府逐瘀汤出入。此法服十余剂后疼痛已失,再随证施治月余诸症悉平。1996 年 6 月 18 日复检 CT 示、胰头周围影象

清晰。

体会:本病临床症状参以舌诊、脉诊,病机常现虚实兼杂,但有所侧重。偏实者,肝胆郁热,胃失和降,治宜清肝利胆、和胃缓下,重在通腑,但收效则在柔肝健脾益胃法;偏虚者,脾馁肝横,气血瘀滞,治宜扶脾柔肝、益气祛瘀,收效在健脾柔肝、益气祛瘀法。“急则治其标,缓则治其本”,“急者急在正气”,先贤之论,不予欺也。

本病有一个情况具时代特征:即为手术创伤所致,临诊不应囿于气滞血瘀,仍以临床辨证论治为要。

刀割锥刺样疼痛是本病一大主证,见痛止痛往往收效不大,只有辨证正确,施治才能中的,疼痛自消。有麻醉作用的止痛剂更应慎用。

针刺治疗多种病因癃闭的分析

门玉华*

笔者在急诊室对多种病因导致癃闭的病人施以针刺治疗,经观察 36 例效果良好,现介绍如下:

1 临床资料

36 例中男性 26 例,女性 10 例。年龄最小 26 岁,最大 92 岁,平均年龄 59 岁。病程最短 16 小时,最长 168 小时。3 例已插导尿管,保留导尿管 1 周 1 例,保留导尿管 2 天 2 例。

36 例中前列腺肥大 16 例,尿道炎 6 例,尿路结石 4 例,腔隙性脑梗塞者 3 例,癰疽 3 例,肛门周围脓肿 1 例,不明原因 3 例。

2 治疗方法

取穴:秩边透水道、人中、关元、中极、归来。

操作:令患者侧卧位,双腿曲膝,常规消毒针具及穴位处,以 5 寸毫针由秩边进针,针尖透向水道,迅速提插泻法进针,针刺深度 2.5~3 寸,至麻胀感放射达前阴及肛门得气为度出针。患者再取仰卧位,针刺人中,1 寸毫针常规消毒后,针尖方向刺向鼻中膈,施雀啄法,进针深度 0.3~0.5 寸,以眼球充满泪水为度出针。后刺关元、中极、归来,常规消毒后以 1.5~2 寸毫针直刺 0.5~1 寸,提插泻法,令麻胀感向前阴放射,行针 10

~20 分钟,患者即可产生尿意,尿液自行排出。

3 疗效分析

疗效标准:显效:尿潴留状态消失,能随意排尿,每次排尿在 300~500ml;好转:虽有尿意但排尿不畅,每次排尿在 10~100ml;无效:仍尿潴留状态无改变,不能自主排尿。

治疗效果:36 例中显效 27 例(75%),好转 7 例(19.4%),无效 2 例(5.6%);有效率为 94.4%。

4 体会

《素问·灵兰秘典论》篇:“膀胱者州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”《素问·宣明五气》篇“膀胱不利为癃,不约为遗溺。”明确指出癃闭证是膀胱本脏发病。又《灵枢·本腧》:“三焦者……实则癃闭,虚则遗溺,遗溺则补之,闭癃当泻之。”针刺人中可醒脑调神,使脑支配排尿机能恢复;秩边为足太阳膀胱经穴,中极为膀胱经募穴,两穴相配以治本腑病;关元为气出入之门户,为足三阴、足阳明、任脉之会,以司气化;归来足阳明经穴,有使水液下行之功。诸穴相配可疏通经脉,使膀胱气化功能恢复,尿液得以排出。通过临床针刺治疗癃闭(尿潴留)确有良效,尤其对神经性、功能性患者效果良好,有器质性疾病者收效较差。对严重的中枢性神经疾患,如脑血管意外昏迷、休克、严重外伤引起的膀胱尿道损伤等,要立即导尿,非针刺适应症。

* 天津市南开医院(300100)

收稿日期:1996-08-12