

百

家

园

## 胃缓新识

胃缓一词,首载于《内经》。指出全身肌肉不坚实,或胃中有热,或味过于甘等,皆可导致胃缓,非全身肌肉不坚实一端。自《内经》以后,历代医家均未将其列入专论研讨,直至 1985 年版《实用中医内科学》首列其为病证名,并以“患胃缓者亦必然有胃下”为由,把胃缓病主要作为现代医学之胃下垂相对应的中医病证。

### 1 含义与概念

胃缓一词的含义,其关键在一个“缓”字,缓字在《内经》中与“急”字相对,主要包含有两种意义:一是表示松、舒,与紧、缩相对,如《灵枢·本脏篇》:“五脏者,固有小大高下坚脆端正偏倾者,六腑亦有小大长短厚薄结直缓急”。另一含义是表示慢、迟,与快、速相对,如《灵枢·邪气脏腑病形篇》:“调其脉之缓急小大滑涩,而病变定矣”。综上所述,可推理出胃缓一词也应有两种含义:一是表示胃腑(壁)松弛;二是表示胃降(排空)延缓。经现代医学研究已证实:胃壁松弛,胃内压低,必然导致胃排空延缓。这提示了胃缓的两个含义间有必然的因果关系,这一特征恰与现代医学之胃轻瘫征的特征相吻合。因此,胃缓一词作为与胃轻瘫征相对应的中医疾病的名称,确实是名符其实,十分妥帖。胃下一词包含有两种意义:一是表示位置在低处。二是表示次序、等级或地位。下字的另一个含义是表示从高处到低处,如《灵枢·本脏篇》:“肉腠不称身者胃下,胃下者,下管约不利”等。综上所述,可推理出胃下一词也应有两个含义:一是表示胃的位置在低处;二是表示胃的位置从中焦下降到下焦。两者皆表示胃的位置的异常,这与现代医学之胃下垂的病理本质与特征完全一致。总而言之,因胃缓与胃下这两个词在含义上截然不同,两者不能混同使用,故以含义而言,以胃缓对应胃轻瘫征,胃下对应胃下垂,既妥帖,又分明。

### 2 辨病与辨证

胃轻瘫征的诊断标准:临床表现为早饱,餐后上腹部饱胀,被迫性饮食减少,恶心,发作性干呕或呕吐,体重减轻等;经有关检查,上消化道及肝、胆、胰无器质性病变;胃镜下和 X 线钡餐检查,显示胃内有多量潴留物;胃排空试验提示胃有固体排空或和液体排空障碍。则

胃轻瘫征的诊断成立。如排空试验结果在正常范围,但上胃肠道压力测定证实胃或和十二指肠动力异常,或胃电图异常,或胃近端张力性收缩与舒张异常,也可考虑胃轻瘫征的诊断。胃下垂的诊断标准:临床表现为腹胀(食后加重,卧位减轻),腹内深部隐痛,嗝气,恶心,腹泻或便秘,或腹泻与便秘交替;站立位上消化道 X 线钡餐检查,胃小弯弧线最低点在髂棘连线下,十二指肠第二部常位于幽门管后,球部向左偏移;站立位饮水超声波试验,胃下缘坠入盆腔内;常伴有全内脏下垂,或慢性胃炎,或十二指肠淤积症等。至于胃轻瘫征与胃下垂病之间的鉴别诊断,其关键在有无胃位置的下降,如有则可确诊为胃下垂,如无则可除外胃下垂。

笔者根据胃缓的含义与概念,将胃缓病分型论治。因胃轻瘫征的病因病机比胃下垂复杂得多,病变范围也比胃下垂广泛得多,故胃缓病的辨证论治相对比较复杂而广泛。(1)脾胃气虚:常见于素体脾胃虚弱,或长期饮食所伤,或老年中气衰退,或病后胃气受损等因素引起的胃轻瘫征。症见早饱脘痞,食少运迟,食后反倦,便溏肌瘦,舌淡苔白,脉缓无力,治宜健脾益胃,方选补中益气汤化裁;兼脾胃阳虚者,合枳实理中汤;兼水饮者,合苓桂术甘汤。(2)胃阴不足:常见于糖尿病累及内脏植物神经或伴萎缩性胃炎的胃轻瘫征。症见早饱脘痞,食少运迟,嘈杂似饥,但不欲食,烦渴思饮,大便干结,舌红苔少,脉象细数,治宜养阴益胃,方选《衷中参西录》玉液汤化裁;兼气虚者合生脉饮。(3)痰湿内阻:常见于恣食甘肥或饥饱无常,进食无时或长期嗜酒引起胃动力减弱或胃肠运动不协调所致的胃轻瘫征。症见早饱脘胀,食少运迟,恶心或呕吐,身重胸闷,舌苔白腻,脉滑或濡,治宜化痰燥湿,方选平陈汤化裁;兼食积者,合保和丸;酒湿伤胃者,合葛花解醒汤;痰湿化热,寒热错杂者,合黄连温胆汤或半夏泻心汤。(4)肝胃不和:常见于精神抑郁或焦虑,中枢神经系统异常引起的胃轻瘫征。症见早饱脘痞,食少运迟,精神抑郁,焦虑难解,胸胁胀闷,时或干呕或呕吐,病情随情志波动,舌苔薄白,脉弦,治宜疏肝和胃,方选《景岳全书》解肝煎合枳术丸化裁;气郁化火者,合左金丸。(5)胃中积热:常见于由感染或代谢异常引起的继发性胃轻瘫征。症见早饱脘痞,食少运迟,呕吐酸臭,便秘尿黄,心烦口渴,

舌干红,苔黄厚,脉滑数,治宜清胃泄热,通腑降浊,方选清胃散;便秘者,合大黄黄连泻心汤化裁;兼胃阴受伤者,合益胃汤。(6)瘀血阻络:常见于胃轻瘫征后期,或由腹部手术、结缔组织病等引起的继发性胃轻瘫征。症见早饱脘痞,食少运迟,口干噤口不欲咽,舌质紫暗或见紫斑,脉涩,治宜活血化瘀,方选《杂病源流犀烛》血郁汤化裁;兼痰湿者,合导痰汤。

江苏省江阴市中医院(214400) 周午平

## 治癫痫宜荡涤而不宜补益

癫痫是神经系统多发病及常见病,其病因多由先天不足、情志失调、痰火内扰,病机多为痰邪瘀滞,脑气不能接续。目前,一般采用西药抗癫痫及中医化痰祛瘀,补肾健脾治疗,有一定作用,对难治性癫痫治疗效果并不理想。我们采用荡涤痰瘀,流通气血之法治疗难治性癫痫,取得一定成效,现介绍如下。

1 首辨病位深浅,明确病邪性质。癫痫分为大发作、小发作、精神运动性发作等。以病程分则初发不久者病情较为轻浅,反复发作,久经医治,迁延不愈者为病情深重。难治性癫痫大多具有大发作、精神运动性癫痫或者兼夹有小发作,久经医治,对于常规抗癫痫西药及中医辨证论治方药,没有很好的效应,导致迁延不愈,因此属于病情深重之类。患者大多面白纳差、反应迟钝,甚或伴有痴呆,发时喉间痰鸣息涌,痰涎壅盛,痰邪为患,较为明显;但久病多瘀,气机不调,常致气滞血瘀,虽可能并无舌质紫紫,脉来细涩之象,亦为瘀血,痰瘀相兼,郁而化热,搏结不去,阻滞脑气接续,发为难治性癫痫。癫痫久发、损伤正气,常可导致肢软力弱、形体不充,痰瘀留滞不去,发作愈频,正气愈伤。故每每见到难治性癫痫,发作频繁,病情深重,体质亦甚虚弱。

2 先标后本,治重荡涤祛瘀,少用补益。癫痫不外风、痰、火、气、瘀,邪气蒙蔽于内,影响脏腑功能,导致气血失调,邪自内生,遇有扰动,痰瘀即扰乱神明,发为癫痫,故非鼓邪外出则病不愈,若逆其道可能反而加重病情,这点对难治性癫痫尤为重要。若重用补益,可能会壅滞气机,导致津停为痰、血停为瘀,妨于达邪。我们认为,治疗难治性癫痫,初期不宜补益,后期即使有虚象也应以荡涤痰瘀为主,稍佐平和的补益之品。

3 以方药而言,须用峻猛重剂。对于难治性癫痫,用药宜以峻猛,对于某些药物,如荡涤痰瘀热邪的生大黄、京大戟可以长期应用,剂量也可适当加大而使邪去而正气自复。如京大戟可用至10g,有病则病受之,无庸惧用峻猛刚烈。

如治贾某,男,6岁,1994年6月21日初诊。患儿

反复发作性抽搐5年余。幼时因发高热诱致惊厥,以后时发抽搐,某儿童医院诊为“婴儿痉挛症”,后服用鲁米那、大仑丁、安定等药,配合头皮针及导平疗法,初期效果明显,后效果不佳,抽搐次数增多。又至某脑科医院治疗多年,效果不显著,诊为“难治性癫痫”。来诊时形体瘦弱,四肢无力,行走不稳,反应迟钝,患者每2~3天大发作一次,发作时面色苍白,神志模糊,口角流涎,昏仆倒地,全身痉挛抽搐,每次持续4~5分钟;小发作每日7~8次,失神发呆,每次2~3分钟,并有失张力发作,只要触碰其右足,或无意间碰其头部,即致全身瘫软;伴见智力低下,语言蹇涩,颈软头低,肌张力弱,肌力差,大便稍干。舌质红、舌苔薄黄、脉细。鉴于虚象明显,按常规先从补肾健脾、清热化痰开窍论治。方用黄芪12g,党参6g,炒白术10g,地黄8g,山萸肉6g,陈胆星6g,姜半夏6g,瓜蒌仁(打碎)12g,川连3g,石菖蒲12g,远志6g,枳壳6g。8月6日三诊:服上方40剂,病情未减,反而加重,发作次数频繁,每日大发作约2~5次,小发作10余次,精神差,不思饮食,共济失调。虽有虚象,毕竟乃痰瘀为患,邪实致虚,遂为难治性癫痫,转从清热通腑,涤痰通瘀开窍,流通气血论治,祛邪为先,治标为主。方用:石菖蒲10g,矾郁金10g,云茯苓12g,炙远志6g,法半夏10g,陈皮6g,竹茹6g,炒枳实10g,京大戟6g,制南星10g,全蝎2只。服上药23剂,病情明显缓解,精神好转,发作次数减少,每日约2~3次,原方加生大黄(后下)5g、京大戟加至10g、藏红花6g。药后大便稀溏,日行2~3次,某日又吐清水升余,病情顿挫,从此未再发生抽搐,并且喜食多餐。4月后行走自如,语言流利,活泼好动,原方药连服,随访3年余,未见复发,复查脑电图,提示已恢复正常,目前已经上学。患者大便每日保持1~2次,并未有腹泻致脱之虞。

江苏省南京市雨花医院(210012) 袁国涛

南京中医药大学(210005) 樊 蕊

## 针灸治疗视神经脊髓炎

视神经脊髓炎是一种以视神经和脊髓的损伤为主要表现的神经系统脱髓鞘疾病。其病情呈缓解复发交替进行,逐步恶化,较为难治。临床上以针灸治疗本病,对其症状改善效果满意,现介绍如下。

由于视神经的脱髓鞘病变,本病多伴有视神经炎,眼底检查可见视神经乳头苍白或水肿,症见视物模糊,日暗,双目昏花,如絮物遮睛等。眶周穴位对视力的改善有较好的疗效。包括睛明、球后、瞳子髎、四白、攒竹、鱼腰、丝竹空等穴位。刺法操作上,前3个穴位要求深刺入眶内,后3个浅刺,但要有明显的酸胀感、重压感