

残胃炎从气论治四法

南京铁道医学院附属医院 陶 航

胃良性疾病作胃大部分切除术后,易并发残胃炎,再度出现上腹部胀、痛、呕吐、饮食差等一系列症状。其病情缠绵,在此基础上还可能引起癌变,因而本病的治疗有更大的难度。笔者从实践观察,残胃炎从气论治,以治气为主,根据症情结合化湿、化瘀、通降、消导诸法,效果较好。现介绍如下。

一、清气佐化湿通降法

叶天士曾有“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”之说,指导了许多疑难病症的治疗。而本人观察,胃痛久发,出现气分郁热或郁热夹湿滞者亦颇多。表现为持续口苦、口干饮水不多、便秘、胃脘灼痛或胀痛、恶心、舌苔黄或黄腻等。分析郁热产生之机理,大体有三:一是生活水平提高后,膏粱厚味摄入较多,容易积热生湿。二是手术后,脾胃功能往往失常,升降清浊功能不足,胃浊不降而郁热生湿。三是素体阳旺或服用温热、滋补药太过,热从内生。

热宜清,湿宜化,滞宜降,故残胃炎郁热型之治疗,着重清气分热,佐以化湿通降。主方仿小陷胸汤化裁。常用药有川连、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩、姜半夏、制川军、白薏仁、米仁、炒枳壳、炒三仙等。以大黄易瓜蒌者,取其通降之力较优也,为防伤正,大黄以小剂量、熟用为佳,意在引郁热积滞下行。

例一:黄××,男,48岁。患者因溃疡病并穿孔行胃大部分切除术已5年,术后恢复尚好。半年前,因出差劳累加之饮食失宜,胃脘疼痛复发且逐渐加重。经胃镜检查,诊断为残胃炎、贲门炎、伴肠上皮化生。迭服中西药治疗少效,前来我处就诊。脘痛半载,痛势隐隐或急迫,食后更甚,口干口苦,时而呕吐苦水,心烦易怒,大便干燥,2~3天一次,舌尖边

红、舌苔薄黄腻,脉弦小数。良由中焦郁热夹湿,胃气不降所致。暴痛属寒,久痛属热。宜清气泄热,佐化湿通降。处方:小川连3克,姜半夏10克,制川军6克,白花蛇舌草15克,老苏梗10克,白薏仁2克(后下),米仁10克,炒枳壳10克,元胡10克,炒楂曲各10克。服用一周后,患者大便通调,呕吐停止,脘痛减半。续服一周,胃痛得止,饮食转香,原方去川连、制川军苦寒之品,加蒲公英、茯苓清热健脾。治疗一月后诸症悉除,改隔日服药巩固。随访一年,情况良好。

二、降气佐化浊和中法

脾气宜升,胃气宜降,脾胃之气升降有序,诸脏腑功能协调,则纳、运有常。临床所见残胃炎患者,往往升多降少,每以呕吐、恶心、噎气为苦。

对于此类比较顽固之呕逆的治疗,笔者主张用降气镇逆,化浊和中的方法,主方用旋复代赭汤。仲景立此方专治伤寒病汗、吐、下后,脾胃虚弱,胃气上逆,心下痞硬,噎气不除。实践证明,本方对残胃炎患者久治难愈之呕吐胆汁、食物、粘沫等,效果亦颇佳。张锡纯说,金石重坠之品“善镇逆气,降痰涎,止呕吐……”。方中代赭石即有重镇降逆之功。有人认为残胃炎患者久病体虚,不敢用之。其实,关键在于合理配伍、掌握剂量和中病即止。如原方中,代赭石配伍人参、大枣、甘草同用,焉有伤胃之虞?临症还可配用苏梗、陈皮、枇杷叶之类肃降肺气之品,以助胃气下降。

例二:申××,男,60岁。30年前曾行胃大部分切除术。近因丧偶,情绪受挫,饮食失调,以致呕逆。自觉食后胃脘饱闷,撑胀疼痛。有气上冲,所以食后必吐,消瘦乏力,卧床不

起。胃镜检查,诊断为残胃炎。观其舌质偏淡、舌苔白尚润,脉象沉小弦。证属肝胃之气逆而不降。虽花甲之年,必先降气化浊,和中止吐,尔后再商他治。处方:代赭石10克(先煎),旋复花9克(包),姜半夏10克,党参9克,甘草4克,藿梗10克,陈皮5克,生姜3片,大枣6个。4剂。药后呕吐竟止,效不更方,又服4剂后改用楂曲六君子汤加蒲公英,治疗一月左右,饮食、体力复常而告愈。

三、行气佐活血化痰

气滞夹瘀亦是残胃炎常见证型之一。情志不遂,肝失条达,脾胃受克,导致气机阻滞不行。初病在经,久病入络,常常气血同病。证见胃脘胀痛或刺痛,嗳气或矢气频转,泛吐苦水或酸苦水,大便干稀不一,苔白脉细弦。若舌质紫斑、大便色黑,更属瘀血之征。

盖气为血之帅,血以气为先,气行则血行,因而本型之治疗宜行气佐活血化痰,笔者常用局方香苏散合失笑散加味。

例三:庄×,女,50岁。患者青年时因胃息肉并出血作过胃部分切除术。步入中年以后每因家事烦恼而出现胃痛,并有2次黑便史,近期胃镜诊断为慢性浅表萎缩性残胃炎,伴肠上皮化生、轻度不典型增生。就诊时,胃痛复发二周,痛连两胁,胀痛为多,偶有刺痛,嗳气不畅,胸闷,饮食不香,大便黄色,舌质紫,脉沉弦。气滞夹瘀,不通则痛。治拟行气活血止痛。处方:老苏梗10克,制香附10克,陈皮6克,生蒲黄(包)10克,五灵脂10克,莪术10克,炒白术9克,白花蛇舌草15克,炒枳壳10克,甘草5克,炒白芍10克。服5剂后,疼痛减轻,10剂后痛止,饮食正常。间断服药4个月复查胃镜,诊断同上,但病理检查未发现肠化与间变。

四、补气佐消导助运法

郁热型、气逆型、气滞型为残胃炎常见的实证类型,虚证则以脾胃气虚型最为多见。其证见胃脘隐痛,泛吐苦水,食少,食后胀满、困倦,便溏,舌质淡,脉细弱等。清代名医李

用粹曾形象地指出:“脾旺则饮食运动,脾衰则运动迟难。”说明脾胃气虚,运化无力是本证病理变化之关键。

中气既馁,唯有补益脾胃,使中气斡旋,纳、运方能复常。但此类病人往往“虚不受补”,纯补、大补反易导致中满。因此,笔者采用平补、补运结合之法,力求补而不壅、运而不耗,注意升降、寒温适当,收到了事半功倍之效。主方选用《医碥》楂曲六君子汤加味。

例四:王××,男,26岁。3年前行胃大部分切除术。术后一直食少,食后脘胀,卧床休息可减,操劳则重,经常泛吐苦水,大便不实。上消化道钡餐复查,吻合口通畅,无明显狭窄。胃镜检查,示慢性浅表性胃炎。常服各种胃药,收效甚微。来本科初诊时,脘胀且疼痛隐隐,呕吐苦水频作,形瘦,面色萎黄,苔白,脉细弱。其病中虚运迟为本,胃气上逆为标。予温胆汤化裁,和胃降逆先治其标。处方:姜半夏10克,陈皮6克,茯苓15克,甘草4克,炒枳壳10克,蒲公英12克,炒三仙各10克。5剂后,呕吐次数及量明显减少,痛亦缓,转益气助运续图,上方加太子参15克,炒白术10克,炙鸡内金5克。间断服汤剂2个月,饮食逐渐正常,胀、痛、吐消失,面色转润,体重增加,能胜任工作。一年后随访,无特殊不适。

新书出版消息

中医文体写作 山东、北京、上海、成都等18所中医学院合编,定价5.00元,山东科技出版社出版。

本书为我国第一部全面论述中医药文体写作的专著。全书分概论、学术论文、学位论文、科普论文、应用文、撰写技术和规范、附录7部分,书中就中医药文体写作的特殊规律和撰写技巧进行了详细总结,并附有一定数量的例文,是广大中医药人员和中医院校学生撰写学术论文的理想参考读物。

欲购者可汇款至北京中医学院学报编辑部张年顺收,另加邮资费0.20元。邮政编码100013。