

白兆芝治疗老年顽固性呃逆经验

白 震 宁*

主题词 呃逆/中医药疗法 名医经验 @白兆芝

老年性呃逆属临床常见病,其病情有轻重,治疗有难易,轻者每以常法即可获愈,重者病机复杂,病情顽固,常法多难奏效。山西中医学院白兆芝教授从事中医临床工作34年,擅长治疗消化系统疾病及某些内科疑难病。兹将其近年来临床治疗老年顽固性呃逆的几点经验,介绍如下。

1 治疗方法

1.1 活血化瘀,降逆止呃:老年之人,久患呃逆,气机不畅,日久波及血分,血行瘀阻,胃失和降,常常导致呃逆反复发作,顽固难愈。此时单用和胃降逆止呃法多无效果,必须从瘀血论治。如治韩某,男,80岁,2004年4月20日初诊。3年前因情志失畅,出现呃逆,曾多次反复发作。近10天来呃逆又作,逐渐加重,常常连续呃逆不止,痛苦不堪,伴反酸、烧心、脘痞、纳呆。用中西药物治疗不效,前来门诊求治。查:舌质暗、前半舌苔薄白、后半舌苔黄,脉沉弦。拟益气养胃,和胃降逆止呃法。方用:太子参15g,麦冬20g,陈皮10g,枳实15g,白芍12g,黄连5g,吴茱萸2g,浙贝母15g,乌贼骨30g,丁香5g,柿蒂10g,刀豆子15g,甘草6g。3剂后,反酸、烧心有减,仍有呃逆时作。细查舌象,舌暗有瘀斑,舌苔如前。遂改用活血化瘀,降逆止呃法。方用:生地黄15g,当归12g,川芎6g,赤芍、白芍各12g,太子参15g,桃仁10g,红花6g,柴胡10g,枳壳10g,黄连6g,吴茱萸2g,丁香6g,柿蒂10g,刀豆子15g,地龙12g,甘草6g。3剂后,诸症好转,脘痞消失,饮食增加,呃逆偶作。继用3剂,呃逆消失,诸症已愈,仍以前法善后。

1.2 通腑行气,降逆止呃:老年病过程中,患者脏腑功能减退,复加饮食不节或手术等原因,常可致胃肠壅滞,腑气不通,浊气上逆,出现顽固性呃逆。此时,必须急于通腑行气,泄浊降逆,使腑气得通,呃逆方可治愈。如治王某,男,80岁,1997年10月18日初诊。主因连续呃逆伴腹胀3天要求会诊。患者于13天前因头部外伤形成脑部血肿,在某医院行手术治疗,术后10天出现不思饮

食,继而呃逆,伴腹胀。在该院用抗生素、补液、针灸、中药等治疗无效,遂请会诊。当时症见呃逆频作,夜间亦不间断,以致彻夜不能睡眠,腹胀膨隆,叩之如鼓,纳差恶心,口干不欲饮,大便2日未行,小便短少,舌暗红、苔黄厚,脉沉数。当时考虑肠麻痹,虽已八十高龄,仍需通腑降逆,行气消胀为法。方用:木香10g,槟榔10g,大腹皮30g,陈皮10g,枳实10g,厚朴15g,桃仁、杏仁各10g,黄连6g,炒莱菔子30g,砂仁6g,半夏10g,竹茹15g,白芍12g,柿蒂10g,大黄6g,甘草6g,生姜3片。服药1剂,大便秘得通,呃逆腹胀减轻。继服1剂,腹胀明显好转,腹部平软无膨隆,叩之有少量积气,呃逆消失,以前方去大黄再服2剂,诸症消失。

1.3 益气养阴,和血降逆:老年人素患慢性胃病,日久正气耗伤,脾胃虚弱,气阴亏虚。阴不足则胃失濡养,气失和降;气不足则不能运血,胃络失畅。如遇某些诱因,可致呃逆发生,反复不愈。此时当在益气养阴的基础上应用和血降逆之品,方可奏效。如治吴某,男,70岁,2002年8月23日初诊,主因连续呃逆3天来诊。患者既往有类风湿性关节炎史,因长期应用激素治疗,又导致肺结核复发,而采用抗痨治疗。同时又患慢性胃病数十年,经常上腹部疼痛胀满。胃镜诊断示:慢性重度萎缩性胃炎伴肠化。3天前因饮食不慎导致呃逆频作,曾用针灸、中药及镇静、解痉类西药无效。目前症见:呃逆连续不止,脘中痞满,隐痛不适,纳呆,神疲乏力,消瘦,大便秘结,舌暗红、苔少欠润,脉弦细。拟益气养阴,和血降逆为法。方用:太子参15g,麦冬15g,石斛15g,白芍12g,丹参15g,枳实15g,郁金15g,莪术10g,黄连5g,刀豆子15g,柿蒂12g,鸡内金15g,甘草6g。3剂后,呃逆减少,脘痞减轻,纳食增加,精神好转,大便较前通畅,以前方加炙枇杷叶,再服3剂,呃逆消失。

2 体会

2.1 辨别脏腑,明确病位:老年顽固性呃逆虽然病位在膈,但与胃、肠、肝、脾、肺、肾等脏腑相关。应据其病史、临床表现等明确由哪些脏腑病变所致。如肝气之拂郁、胃气之滞塞、肺气之贲郁、肾气之冲逆、胃肠失于通降,皆可导致。一般来说,由胃肠所致者十有七八,多由老年胃肠功能减退,失于通降,胃气上逆动膈使然。

(下接第916页)

* 山西医科大学第二医院研究生,太原市五一一路382号

(030024)

收稿日期:2004-06-25

表 3 两组治疗前后中医症状积分变化比较(积分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 3 周	治疗 4 周
治疗组	21.11 $\pm$ 4.19(116)	17.89 $\pm$ 4.61(114)*	14.32 $\pm$ 4.52(113)*	10.78 $\pm$ 4.61(113)* Δ	7.43 $\pm$ 5.28(112)* Δ
对照组	20.86 $\pm$ 4.53(115)	18.14 $\pm$ 4.45(113)*	15.24 $\pm$ 4.22(112)*	12.67 $\pm$ 4.94(112)*	10.5 $\pm$ 5.77(111)*

与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.01$ 。表中括号内为例数

湿毒瘀阻型痤疮的疗效和中医证候改善均优于对照药。

痤疮是一种多因素引起的疾病, 主要与雄激素、皮脂腺分泌增加, 毛囊皮脂腺腺管的过度角化和腺管内痤疮丙酸杆菌移生及炎症有关。紫霄平痤疮颗粒具有抑菌抗炎及改善微循环作用^[2], 同时对去势雌性小鼠子宫重量的影响, 说明该药具有类雌激素样作用^[3]。以上可能为中药多途径阻断痤疮发生发展的机制。在治疗过程中, 两组产生的不良反应均较轻微, 患者依从性好。治疗 4 周较 3 周时疗效为佳, 有随扩大疗程而增加愈显率的趋势, 以后可将疗程适当延长。

中医学认为, 热、毒、湿、郁为痤疮的主要病因病机。纳入的 18~35 岁的痤疮患者阳热偏盛, 日久营血渐热, 热毒内蕴上蒸于肺, 发于肌腠; 或胃肠湿热, 饮食不节, 素食辛辣、肥甘厚味, 久郁生湿化热, 湿热循经上蒸, 至面部发为痤疮。正如《外科大成》所云, 粉刺“由肺经血热瘀滞不行而生”, 可见黑头粉刺、丘疹及脓疱为主, 色红肿痛, 或伴结节, 颜面油腻, 口干粘苦多便秘结, 尿黄, 舌质红或暗红, 苔黄腻或白腻, 脉弦滑或滑数的主症和部分次症。紫霄平痤疮颗粒全方重用紫草为君药, 凉血清热, 活血祛瘀, 恰合热毒壅盛, 瘀血阻滞之病机; 与苦参、赤芍等 8 味药共奏凉血解毒、燥湿清热、活血消肿之功, 主治血热湿毒瘀阻型痤疮。

紫霄平痤疮颗粒方中的赤芍锌含量较高^[4], 锌离子可以抑制细胞因子诱导的鼠角质形成细胞一氧化氮(NO)和一氧化氮合成酶(iNOS)的水平, 从而发挥抗皮肤炎症的作用^[5]。西医使用硫酸锌、维甲酸抑制皮脂腺分泌, 改善毛囊口角化。组方中注意选用赤芍, 从中西医不同作用机制, 促进改善痤疮症状。目前, 现代医学认为, 外用维甲酸是痤疮的一线治疗药物, 阿达帕林是轻中度粉刺性痤疮和炎症性痤疮的首选^[6]; 现代医学强调综合治疗、个体化治疗和长期维持治疗。临床中单独使用中药治疗痤疮, 疗效已得到验证, 中西医结合治疗痤疮的优化方法, 还有待进一步探索。

参考文献

- 1 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第 3 辑. 1997; 89-90.
- 2 尹东辉, 金翠英, 闫兴丽, 等. 痤疮颗粒抑菌抗炎及改善微循环作用研究. 辽宁中医杂志, 2002, 29(2): 115-116.
- 3 尹东辉, 金翠英, 李洪涛, 等. 痤疮颗粒体外抑菌及对小鼠耳肿胀与去势雌性小鼠子宫重量的影响. 中国医药学报, 2002, 17(9): 565-566.
- 4 曹治权. 微量元素与中医药. 北京: 中国中医药出版社, 1993: 416.
- 5 于建斌. 皮肤性病学进展. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999: 19.
- 6 涂平. 痤疮治疗新进展——中国痤疮治疗共识会推荐治疗方案. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(7): 421-422.

(上接第 901 页)

其中又有偏于胃和偏于肠之分, 肠又有大小肠之别, 均需详察细辨, 施以不同的治法。

2.2 注重扶正, 不忘祛邪: 人到老年阶段, 正气虚衰, 脏腑功能衰退, 病久常常气血阴阳耗伤, 或在虚的基础上出现某些病理产物, 如痰浊、瘀血等, 此时如呃逆反复不愈则当注意辨其虚实。若辨证以虚为主时, 治疗上当注重扶正, 补益脏腑气血阴阳, 不可徒使降气止呃之品, 因此种呃逆是由于机体的虚衰不足而影响了胃的和降功能所致。临床上常见患慢性胃肠病者多气阴不足或脾胃虚寒, 患慢性肝病者多肝肾阴虚或脾肾亏虚, 患慢性肾病者多脾肾阳虚或气阴两虚, 当一一详辨, 采

用相应扶正之法, 并佐以祛邪降逆之品, 方可奏效。同时, 也要注意本病在某些情况下, 以标实为主时急当祛邪治标, 如属胃肠壅滞、腑气不通、浊气上逆而出现顽固呃逆者, 当立即通腑泄浊, 则呃逆自止。

2.3 辨其气血, 提高疗效: 一般呃逆辨证主要辨其寒热虚实, 但老年顽固性呃逆时应注意辨其在气、在血。因老年性呃逆患者既往常有慢性病的病史, 其病程较长, 可久病入络, 波及血分, 使胃络瘀阻或膈间瘀阻。老年人久患呃逆, 反复不愈者, 如从气分论治用和胃降逆之法无效时, 当注意察其有无血瘀征兆, 如见舌暗有瘀斑者, 可从血分论治, 采用活血化瘀法, 如血府逐瘀汤之类, 每可取得捷效。