

临

床

解

惑

对胃病食管裂孔疝怎样辨治?

答:食管裂孔疝在临床上最多见者为“滑入型疝”,因膈下的食管和胃底部分顺序向上,滑入胸腔所致,确定诊断需赖X线或纤维内窥镜。临床主要症状为胸骨后或剑突处饱胀,甚则疼痛,呈隐痛、胀痛或灼痛,暖气,甚则有食物反流。如伴发食管炎症而导致管腔狭窄者,进食时可有噎塞不畅之感。患者常伴有胃、十二指肠慢性炎症。按其主要临床表现,属中医学胃脘痛、胃痞、嘈杂、噎证等范畴。

据个人经验,凡症状持续或反复出现者,其病机常以胃中气滞,和降失司为主。因气滞不解可致郁热内生,或血瘀、痰湿内留,可根据症状、病因,辨证治之。理气和胃降逆,是一般通用之法。有郁热者配以清热,久发、久痛者,联系病理因素,加入活血化瘀之品,参以鼓舞脾胃气机,调其升降枢纽之法,因食滞、痰湿者,当予消导、化痰祛湿。

凡证属肝胃气滞者,四逆散、柴胡疏肝散、香苏散等均可随证加减运用。常用药如炙柴胡、炒白芍、炒枳壳、香附、苏梗、陈皮、青皮、佛手片、陈香橼、炙甘草等。其中白芍能舒挛、伍甘草能缓急定痛,白芍用量应加重(可用20~30g)。苏梗“梗能主中”,其性平和,宽胸膈、和胃气。可据证配用刀豆壳、柿蒂、代赭石以降逆行气,广郁金、绿萼梅以开郁。

如有气郁化热之证,可用化肝煎、左金丸、芩蒲饮等加减。常用药如青皮、陈皮、丹皮、山栀、象贝母、炒川连、吴萸、淡黄芩、蒲公英、石见穿、芦根、麦冬等。其中象贝母清胃热,凉而不苦,兼能制酸;石见穿微苦,清热散结;吴萸用量偏小,不超过2g;加芦根、麦冬,甘凉润养,以护胃津。此外,配服藕粉调呈糊状,可以药液代水,稍加冰糖煮服,有清热、生肌、护膜之功。

凡病久、心下剑突痛位固定,疝频发,有血瘀气滞证者,当治以行气化瘀。常用方如血府逐瘀汤加减。常用药如当归、炒生地、赤白芍、炒川芎、柴胡、枳壳、炙甘草、五灵脂、威灵仙、地龙、丹参、乳香、橘络、娑罗子等。其中乳香量宜小,一般以3g为宜,量多反碍胃气;橘络性平味淡,理气通络,轻宣利膈,虽非主药,却有良效;娑罗子行胸膈、和胃气,通络定痛,地龙凉营解空行瘀,

对此病颇为适用。此外,也可用参三七粉(每日2~4g)、云南白药(每日1~2g),调入藕粉糊中,卧位服药,使药糊从食管徐徐下行入胃,既有局部作用,又有全身作用。

至于鼓舞脾胃,调其升降之品,可参用于上述各证,如藿香芳香化湿行气,石菖蒲开窍宣郁,荷叶升其清阳,枳壳配以桔梗,牛膝与桔梗同用等等,均可据证参入,有升有降,以降为主,升降相须之法,对食管病的治疗颇为重要。

另如消导、化痰祛湿之法,随证施药,兹不赘述。如有虚实兼夹,或虚多实少,自当根据病情,权衡治虚治实之法。

江苏省中医院(南京 210029) 徐景藩述 徐丹华录
结核性渗出性胸膜炎中医药如何治疗?

答:由结核性胸膜炎的炎性渗出形成的胸腔积液,临床上都参照《金匱》痰饮篇中的悬饮证辨证治疗。《中医内科学》五版教材亦从此意,并参照现代医学关于本病的病理进展而分为四型。但是《金匱》所载治悬饮之十枣汤的疗效已经否定,内科学中所列方药亦无满意疗效,因此,治疗本证决不能墨守成法,必须另辟蹊径。

宗《内经》治病必求其本的宗旨,采现代医学有关病因病理学说,以病因为本,病症为标,始证为本,继证为标,从标本结合,以本为主的方法进行治疗,组成方剂以藤梨根 60g、盐芙木 30g、天葵子 15g 为君,抗结核、消炎症、减少胸膜渗出,虽非十枣之逐饮而已寓消饮之意;再用浙贝 12g、桃仁 10g、旋覆花 12g、丝瓜络 12g 为臣,化痰行瘀疏络,防止或减轻积液吸收后产生胸膜粘连而出现的胸痛;此外,气虚者加参、术,阴亏者酌加地、麦,再加生姜、红枣以为佐使。笔者曾以此方治疗结核性渗出性胸膜炎患者 5 例,均未用任何西药而获痊愈,且疗程不长。部分肺结核患者经二联、三联抗痨治疗后效果欠佳者,加用藤梨根、盐芙木、天葵子三味配合辨证施治方剂也能明显提高疗效。从临床实践看,这 3 味抗痨中药具有良好的抗结核作用,值得进一步观察与研究。