DOI:10.13288/j.11-2166/r.1993.08.032

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，嗳气，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；吴萸用量需小，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，地龙凉营解毒行瘀，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《金匮》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《金匮》所载治悬饮之十枣汤的疗效已几经否定，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。

浙江省中医院（杭州 310006）　李学铭

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net