

周建中治疗胃肠病验案

张仲森¹ 薛坤会²

主题词 胃肠病/中医药疗法 @ 周建中

周建中研究员,系中国中医研究院著名消化病专家,业医40余载,对胃肠病研究造诣颇深。笔者有幸跟师学习,亲受教诲,现将随诊所载验案整理数则如下:

1 慢性萎缩性胃炎

郭某,女,57岁,1994年9月13日诊。主诉:胃脘部胀痛反复发作5年,加重7天。现病史:患者胃脘疼痛反复发作近5年,每因情志不畅则发作或加剧,痛时胃脘胀满,嗳气频作,食欲不振。1周前因郁怒而疼痛复作,曾服黄连素等药物效果不显。现仍胃脘胀闷疼痛,嘈杂,嗳气,纳差,胁痛,口苦,恶心,便溏,特求诊于周老。检查:上腹部轻度压痛,舌质红、苔黄腻,脉弦滑。胃镜及胃粘膜活组织检查示:慢性萎缩性胃炎。证属肝胃不和,湿热内蕴。治则:疏肝和胃,清热化湿。药用:柴胡10g,白芍15g,枳壳10g,半夏15g,厚朴10g,菖蒲15g,黄连10g,旋覆花10g,代赭石20g,大腹皮15g,白术15g,木香10g,炒麦芽15g,炒山楂10g,薏仁10g,砂仁6g,降香10g,徐长卿20g,水煎服。用药12剂,胃脘胀痛已除,诸症大减,随用本方加减调服40剂而愈。胃镜检查,炎症消失。

按:慢性萎缩性胃炎,病情多反复难愈,病程较长。周老认为,本病多因脾胃虚弱,肝气横逆犯胃,脾胃运化失常,内生湿热,阻碍气机运行而成。故常用四逆散调和肝胃;半夏泻心汤调整胃肠寒热,调理中焦气机,开达上下升降之路,以除痞满;旋覆花、代赭石和胃降逆;薏仁、砂仁芳香化湿,行气止痛。根据“久病必瘀”的理

论,方中用徐长卿活血化瘀以止疼痛,此为周老用药独到之处。全方组合有法,用药有度,奏效甚捷。

2 上消化道出血

刘某,男,54岁,1994年9月6日诊。主诉:吐血伴黑便1天。现病史:患者有胃溃疡已12年,时有反复,每次发作经服药治疗而缓解。于昨日饮酒后而胃痛复发,恶心,吐出咖啡色血约300ml,挟有食物残渣,后又吐血3次,胃脘胀满疼痛,有灼热感,大便色黑如柏油状,口干口臭,渴喜冷饮,急来就诊。检查:上腹部有压痛,肠蠕动活跃。舌红苔黄,脉滑数。血红细胞 $3.3 \times 10^9/L$,血红蛋白100g/L。大便潜血试验(++++)。紧急胃镜检查证实为胃溃疡出血。证属胃热内盛。急则治其标,先用乌及散(自制:乌贼骨、白及,配伍比例2:1)6g,日3次内服以止血。即日吐血停止,但大便潜血试验(++++)。缓则治其本,以清泄胃火,凉血止血为法,方用泻心汤加味。药用:生大黄10g,黄芩10g,黄连6g,焦山栀10g,丹皮12g,仙鹤草30g,茜草炭15g,生地15g,白及20g,藕节炭10g,乌贼骨20g,水煎服。服药6剂,大便潜血试验阴性,诸症消失。

按:《济生方·吐血》云:“血之妄行也,未有不因热所发,盖血得热则淖溢,血气俱热,血随气上,乃吐衄也。”本例患者饮酒过度,湿邪郁结于胃,酒热戕胃,助热动血,血随胃气上逆而成吐血之证。泻心汤用“三黄”既能清热泻火,又能燥湿。方中以大黄为主药,取其顺承胃气,降逆、泻火之意,来达到止血的目的。现代药理研究证实,大黄可加强肠蠕动,而不增加胃与十二指肠肠蠕动,故对胃及十二指肠溃疡本身无害;因其含有鞣质,有局部止血作用,对溃疡面也有一定的保护作用;因其具有去瘀生新之功,对溃疡面愈合亦有殊效。

1 山东省德州市中国水电十三局医院,德州市东风东路92号

2 山东省沂南县苏村医院

收稿日期:1995-04-10

3 慢性结肠炎

蔡某,女,53岁,1994年9月28日诊。主诉:腹痛伴泄泻反复发作5年,加重半月。现病史:患者于5年前因饮食不慎而致腹痛,泄泻,经治缓解,之后泄泻反复发作。半月前因喝冷饮而病情加重,每于晨起即泄,日3~5次不等,质清稀带有粘冻,腹痛肠鸣,腹部发凉,有下坠感,喜暖喜按,畏寒肢冷,腰膝酸软。检查:形体消瘦,贫血貌,左下腹压痛明显。舌胖淡苔白,脉沉细。结肠内窥镜下可见弥漫性粘膜充血、水肿,组织活检示粘膜炎症反应。诊断:慢性结肠炎。证属脾肾阳虚。治则:温补脾肾,利湿止泻。药用:制附片10g,良姜10g,赤石脂20g,桂枝10g,太子参15g,煨葛根10g,白术15g,山药

20g,炒白芍25g,木香10g,薏仁10g,砂仁6g,苡仁15g,黄连10g,炙甘草12g,水煎服。6剂泄泻已减,再服12剂诸症消失。再予结肠镜复查已正常。

按:一般而言,暴泻属实,久泄属虚,然久泄未必纯虚。《临证指南医案·泄泻》云:“久泄必从脾肾主治,但痛利必有粘积,小溲短缩不爽,温补不应,通腑气。”湿邪是泄泻的主要致病因素,治泻必须去湿。周老用制附片、桂枝温肾扶阳;良姜、太子参、煨葛根、白术、山药、炙甘草温中健脾,升阳止泻;薏仁、砂仁、苡仁健脾化湿;木香理气通腑;赤石脂涩肠止泻;白芍合甘草缓急止痛;黄连燥湿并调寒热。全方标本兼顾,消补并用,燮理寒热,确有良效。

点穴器治疗肾绞痛

周立人*

我院从1990年3月~1994年6月,用点穴器对60例肾绞痛发作进行治疗观察,获显著疗效。现报告如下。

1 临床资料

患者随机分两组,点穴组60例,男42例,女18例,年龄23~67岁,平均42.1岁;对照组60例,男39例,女21例,年龄20~62岁,平均40.8岁。全部病例均做B超,其中98例做了静脉肾盂造影,95例摄肾、输尿管、膀胱X线片,确诊为肾结石或/和输尿管结石。均具有突发的腰背痛或腹部绞痛、可放散到下腹部会阴或大腿内侧、常伴恶心呕吐等症状。

2 治疗方法

采用点穴勺把或点穴棒行点穴疗法。对照组给予解痉镇痛剂654-2 10mg或罂粟碱60mg肌注,如无效予杜冷丁50~100mg肌注。两组有感染者予以抗菌治疗。木质点穴棒为长16cm、直径1.6cm,由膨大部手柄及椭圆形光滑的点穴端组成。点穴勺把为木质结构,形似勺状。圆勺直径约为4~7cm,分为大、中、小型。勺把扁宽、总长约20~23cm,圆勺中央有2.5cm高,直径1.6cm的圆形点穴头。与之配合还有点穴靠背及脚蹬器,

前者为折叠式三角支架结构,靠背长55cm、宽35cm、厚9cm,正面包有4~5cm厚海绵,置床一端,用以贴靠点穴勺把。后者为60cm长,40cm宽、3cm厚的平板、上有3排一定间距的6个方形槽孔,槽孔上插入活动式楔型脚蹬板,脚蹬器置床另一端。治疗时医师根据结石在输尿管中的部位高低,选用背俞穴,上段结石取肾俞或气海俞,中段结石取大肠俞或关元俞、下段结石取小肠俞。根据患者身长调整脚蹬器挡位,置点穴勺把于穴位上,然后让患者紧靠点穴靠背、双腿稍弯屈、置脚蹬板上。一般几分钟即可缓解疼痛及伴随症状。根据“缓则治其本”的原则,点穴需在20分钟以上,以利排石。疼痛缓解后,换点穴勺把继续点穴。

3 治疗结果

点穴组60例,完全缓解(肾绞痛及伴随症状完全消失并保持数小时)48例;明显缓解(肾绞痛及伴随症状大部分消失并保持数小时)11例;无效(肾绞痛及伴随症状无明显改善,仍需其他处理)1例。对照组分别为13例,30例和17例。

4 体会

点穴勺把的优点是能彻底解放术者的双手;同时在患者的承受力下能保持充分持续的强刺激;稍加指导便能自行点穴背俞和调整刺激力度。各种止痛药物均有毒副作用之虑,因此,点穴止痛不仅疗效迅速、可靠,而且安全。

* 中国人民解放军国防大学医院,北京市海淀区(100091)

收稿日期:1995-02-28