

痛及反跳痛,肝脾肋缘下未触及,肝区、脾区无叩击痛,双肾区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音亢进,约每分钟 8 次。舌淡苔白脉细弱。入院后辅助检查:血常规示:RBC $2.12 \times 10^{12} / L$ HGB 59 g/L HCT 18.4%;粪便常规示:性状为柏油样黑色稀便,潜血(+++)。电解质、血脂、肾功能正常,肝功能转氨酶正常,总蛋白(TP)49.3 g/L 白蛋白(Ab)32.1 g/L 乙肝表面抗原(HBsAg)阳性(+),乙肝 e 抗体(HBeAb)阳性(+),乙肝核心抗体(HBcAb)阳性(+)。电子胃镜检查结果显示:①十二指肠球部多发性溃疡并出血,②慢性浅表性胃炎。B 超检查示:肝、胆、脾、胰、双肾、双侧输尿管、膀胱、子宫及双侧附件区未见明显异常。

中医诊断:血证:便血(脾阳亏虚,气不摄血);西医诊断:①上消化道出血(十二指肠球部多发性溃疡(活动期)并出血,失血性贫血(重度));②慢性浅表性胃炎;③慢性 HBV 感染。

2 诊治经过

入院后停用所有西药止血及抑胃酸等制剂,常规静脉滴注黄芪针、参附针以温阳益气,配以葡萄糖能量支持治疗。间断中流量给氧以改善脑部供血。鉴于有重度失血性贫血,同时输少白细胞红细胞 1U 以纠正贫血。患者入院时便血色黑,便稀溏,轻微腹胀,神疲乏力,少气懒言,头晕,不欲饮食,面色无华,口无干苦,舌淡苔白脉细弱。中医辨证:脾阳亏虚,气不摄血。治以温阳健脾,益气止血。处方:红参粉 15g(冲服),白术 30g 茯苓 15g 郁金 15g 丁香 15g 黄芪 60g 白及片 15g 炙甘草 15g 五灵脂 10g 田七粉 3g(冲服),炮姜 10g 熟附子(制附子)30g 黄芩 10g 阿胶 20g 烊化。3 剂,每日 1 剂。

2009 年 7 月 6 日二诊:患者神志清,精神好转,昨日解稀烂便 1 次,量不多,仍有轻微乏力感,无头晕,无恶心欲呕,无腹胀,无腹痛,胃纳一般。查 T36.3℃, P80 次/min R18 次/min BP105/70 mmHg 神清,精神较好,中度贫血貌,全身皮肤无黄染,巩膜无黄染,睑结膜稍苍白,未见毛细血管扩张,无肝掌及蜘蛛痣,无出血点。腹平软,未见胃肠蠕动波,未扪及包块,腹部无压痛及反跳痛,肝脾肋缘下未触及,肝区、脾区无叩击痛,移动性浊音阴性,肠鸣音正常,双下肢无浮肿。舌淡红苔白脉细。昨日复查 OB 阳性(+),复查 RBC $2.66 \times 10^{12} / L$ HGB 74 g/L。

患者临床症状改善,复查血红蛋白较昨日有升高,表示患者可能已无继续出血,上消化道出血可能已停止,复查 OB 阳性(+)可能是较前时候出血所致,继续原方案治疗。处方:红参粉 15g(冲服),白术 30g 茯苓 15g 郁金 10g 丁香 10g 黄芪 60g 白及片 15g 炙甘草 15g 五灵脂 10g 田七粉 3g(冲服),炮姜 10g 熟附子(制附子)30g 黄芩 10g 阿胶 20g 烊化。3 剂,每日 1 剂。

2009 年 7 月 9 日三诊:患者精神好,已无解黑便,无乏力,无头晕,无恶心欲呕,无腹胀,无腹痛,胃纳好。查体: T36.5℃, P80 次/min R18 次/min BP110/70 mmHg 神清,精神好,轻度贫血貌,全身皮肤巩膜无黄染,睑结膜稍苍白,舌淡红苔白脉细。患者已无解黑便,精神明显好转,表示已无出血,巩固治疗。处方:红参粉 15g(冲服),白术 30g 茯苓 15g 郁金 10g 丁香 10g 黄芪 60g 白及 15g 炙甘草 15g 五灵脂 10g 田七粉 3g 冲服,炮姜 10g 熟附子(制附子)30g 黄芩 10g 阿胶 20g(烊化)。3 剂,每日 1 剂。

2009 年 7 月 12 日四诊:患者大便正常,无解黑便,无头晕乏力及腹胀等不适,胃纳好,精神好,复查血常规示: WBC $6.06 \times 10^9 / L$ RBC $2.84 \times 10^{12} / L$ HGB 77 g/L 红细胞比积(HCT)25.0%, OB(-)。拟治愈出院。

3 讨论

上消化道出血是内科常见病、多发病,以胃、十二指肠溃疡及急性胃黏膜病变引发为多见,也见于肝硬化、恶性肿瘤等病变。临床以便血(柏油样大便)或吐血为主要临床表现,治疗当以温阳健脾,益气养血止血为治则。方中人参、黄芪益气摄血止血,附子、炮姜、白术、茯苓、炙甘草温中健脾,阿胶养血止血,黄芩苦寒坚阴,起反佐作用。白及既是收敛止血药,又能生肌治疮,用于本病能减少胃酸,有利于十二指肠球部溃疡愈合。田七粉能活血止血。方中更有李可老中医“三畏汤”意,其中红参配五灵脂,一补一通,用于虚中夹瘀之证,能益气活血,启脾进食,化瘀定痛,化腐生肌。丁香与郁金等分相配,有温通理气,开郁止痛,消胀除满,启脾醒胃之功。全方既能温阳健脾,益气养血止血,又能启脾止痛,化腐生肌,促进溃疡愈合,因而功效卓著,疗效满意。

* 广东省东莞市塘厦医院(523721)

黄志强内科杂病诊治经验述要

王 邦 才*

黄志强主任中医师从医四十余载,接诊逾百万人次。老师学贯中西,博采众长;善用峻剂,屡起沉疴;学验俱丰,医术精湛。笔者有幸随师学习多年,耳提面命,受益匪浅。现将老师诊治内科杂病经验述要如下。

1 知行合一,衷中参西

老师忙于诊务,著述不多,但其深邃的学术见解与丰

富的临床经验,无不渗于繁忙的诊务之中。他治学尚实,主张知行合一,既要精研经典,博采众长,又要精思明辨,勤于实践。他指出通晓古今兵书,并不一定能率兵征战。医学是一门实践性很强的学科,读历代医家之书,不要盲从,要不断实践,勇于实践。知中必行,行后方知,他十分推崇张仲景、叶天士、王清任等古代临床大家。要善于从

中医药的最新医疗实践活动中不断汲取营养,总结经验,发现规律,上升为理论,积极促进理论创新,多创新法,以求突破。如他发现糖尿病的病机并非中医“消渴”的阴虚燥热,其早期病例多为膏粱厚味,积湿成热,又少运动,代谢失调,瘀热壅滞,滞而不通,以实为多,故治疗以龙胆泻肝汤化裁,清泄实热,化瘀通滞,而获佳效。

老师认为,优势互补是学科进步的必由之路。任何一门学科的发展都离不开同时代科学技术的渗透与影响。中西医虽然是两个不同的体系,在诊断、治疗、理念上的差距非常大,但是两者不是对立的,而是各有优势,可以互为补充。老师在市第一医院当院长十年之久,常组织西医专家对一些疑难急危重症患者一起会诊分析,取长补短,其真知灼见,常令西医同道叹服。老师提出现代中医临床治病要采用中西医诊断,中医辨证论治要同西医诊断学相结合,吸收现代先进的理化检查方法,用微观指标的认识,延长拓宽自己的诊断视野,病证结合,既重视整体失调,也重视局部损伤,定点、定位、定性准确,这样能促进现代中医对许多疾病的病机与证候更深入、更具体的认识,使遣方用药更具针对性,从而提高中医临床治病效果。

2 重视元气,善调气机

老师临床非常注重维护元气,《内经》云“正气存内,邪不可干”、“邪之所凑,其气必虚”。仲景亦发“五脏元真通畅,人即安和”之论。人体元气充足,气血冲和,则不易患病;即使患病,正能抗邪,也易痊愈。故临床遣方用药,常从整体入手,刻刻顾护元气。对邪实之证,则据“大毒治病,十去其六,……无毒治病,十去其九,谷肉果菜,食尽养之”之旨,“无使过之,伤其正也”,用药有度,中病辄止。同时,认为元气根于肾,滋养于脾胃,维护元气,必须重视调养脾、肾,补肾常师法于景岳,以左归、右归、肾气丸化裁,更以血肉有情之品充养督脉;调理脾胃,则杂合东垣,天士之论,补中益气,健脾助运,养阴和胃。遇疑难痼疾,病情复杂者,则取“上下交病治其中”之旨,以调理脾胃为先。

朱丹溪云“血气冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉”,《内经》有“百病皆生于气”之论,老师认为,临床上气机失调确是引起多种疾病的基本病机,气滞、气虚皆能致血瘀;气化失常则水液停积为痰为饮,或成肿胀;气滞不通则成痛证;余如食积、火伏、湿困成厥证等等,莫不与气机失调有关,故临床治疗要从调理气机入手而奏效,正所谓“疏其气血,令其调达,而致和平”。老师习用四逆散、越鞠丸化裁,或仿叶天士轻剂调拨气机,选用花类轻灵之品。如用四逆散加川楝子、延胡索、薏苡仁、蒲公英,治疗急性胃炎;四逆散加茵陈、垂盆草、半枝莲、白花蛇舌草、黄芩、麦芽、鸡内金治疗慢性乙型肝炎;四逆散加茵陈、苍术、鸡内金、制大黄、川楝子、延胡索治疗慢性胆囊炎、胆结石;四逆散加金银花、川黄连、水芦根、生石膏治疗病毒感染性发热;四逆散加炙鳖甲、川黄连、炒酸枣仁、

天冬、麦冬、小麦治疗更年期综合征等等,均获良效。

3 善用峻剂,截断扭转

老师临证,思维敏捷,胆大心细,常告诫弟子:医之用方,如将之用兵,用药得当,其效立见,若不对证,病不堪矣!临证处方,胆欲其大,辨证审因,务须细心。因其学验俱丰,每能洞识症结,果断用药,投以峻剂,而收顿挫之效。老师非常赞赏姜春华先生提出的“截断扭转”之论,“截断”好比摧陷廓清,扫荡无遗;“扭转”就像逆流挽舟,化险为夷。认为其学术精髓在于掌握疾病发展规律基础上,要大胆采用果断措施,迅速祛除病因,掌握主动,使疾病早日痊愈。截断扭转之论不仅适合于外感病的治疗,对内科杂病也同样适用。如补阳还五汤治疗中风偏瘫、脑梗死者,重用生黄芪 100~120g 大补元气,使气旺以促血行,临床上越早使用效果越好。用细辛治疗顽固性头痛,配伍蜈蚣煎服,用量至 10g 以上,无明显毒副作用,而止痛效果大增;制南星涤痰开窍,配伍郁金、川贝母、石菖蒲、远志、天麻、钩藤,用量在 30g 以上,对痰瘀互结、蒙蔽清窍之中风、癫痫、脑干旁囊肿、烟雾病等神经系统疑难杂病有显效。治外感高热,生石膏常用至 100g 以上。用重剂葛根芩连汤治疗伤寒高热常能收顿挫病势之效。

4 涤痰祛瘀,难病可疗

疑难病证大多表现为虚实并见,寒热错杂,邪正混处,而追溯其病机多与痰、瘀有关。老师根据疑难病证的病因复杂、病程缠绵、病情深重、症状怪异多变的特点,提出“怪病必有痰,久病必有瘀”的观点。沈金鳌《杂病源流犀烛》中认为“痰之为物,流动不测,故其为病,上至颠顶,下至涌泉,随气升降,周身内外兼列,五脏六腑俱有”。痰既为病理产物,又可转化为致病因子,产生变幻莫测的种种怪病,所以怪病当治痰为先。然而老师认为“怪病治痰”既有一定迹象可循,又有一定适应范围,主要见于某些神经、精神、体液失调、内分泌紊乱所引起的疑难病证。

久病入络,难病治瘀。疑难病血瘀证的病机,老师认为尤应重视以下 3 点:一者气病及血,不可忽视气虚致瘀,王清任补阳还五汤即为此而立;二者血虚致瘀,血虚可致脏器、组织失却濡润,则枯涩失荣而成瘀,张仲景立大黄蛰虫丸祛瘀;三者痰瘀互结,痰源于津,瘀成于血,人体津血同源,痰瘀往往相互而生,相兼为病,痰可致瘀,瘀可生痰,痰与瘀血互结,则为痰瘀同病,仲景有“血不利则为水”之论,朱丹溪提出“痰挟瘀血,遂成巢囊”,痰瘀互结,治当化痰祛瘀,双管齐下,俾痰瘀分解,则难症可疗。临床上运用活血化痰法老师认为应掌握以下几点:一是病程日久,二是有客观实质的病灶,三是其他多法治疗无效,四是部位固定,五是有外伤史、手术史或久郁史,再结合具体脉舌证候,即可用药。遣方用药老师多宗王清任化痰诸方,或采用叶天士虫蚁搜剔,辛润宣通诸法。标本虚实兼顾,整体调治与局部疏通相结合。