

3.3 棉花灸法

将脱脂棉撕成均匀薄片,越薄越好,大小以能覆盖一簇疱疹为宜,每一簇疱疹各覆盖一片,分别以火柴点着,一过而燃,患者会感觉瞬间轻微灼热痛,无需任何处理。需注意:①撕成的棉片有漏洞处要贴棉补上,以防漏灸;②不能将棉花压成薄片,火柴点棉时要将病变部位呈水平状态,以防灼伤起泡。另外,位于眼部、耳部、头皮处,不能用棉花灸时,可用几支卫生香捏在一起,轻轻灼烤患部。以上方法安全可靠,无副作用。该法能使郁于肌表之火毒,遇一过之火热,同气相求,得以引越通透。施灸后,多数患者于翌日疼痛减轻,疱疹变暗、缩小、干瘪,每日灸烧 1 次,最多 4 天,疱疹就可结痂,能有效控制疱疹扩散蔓延,缩短病程,实为带状疱疹较为有效的外治方法,与“其间水泡,用线针穿破,外用侧柏散敷之”之法,似有殊途同归之意。

综上所述,中医治疗带状疱疹取效有以下 2 个标志:

①疱疹结痂,预示着风火邪毒得以遏制,病程将大为缩短;②局部疼痛消失,为少阳枢机之邪得以转输,病告痊愈。

4 病案举例

贾某某,女,62 岁。1996 年 6 月 12 日初诊。患者于 2 个月前在当地医院诊为带状疱疹,经中、西药治疗,病

情未能有效控制。刻诊:患者形体丰腴,左侧腰腹部有一约 4cm 宽的疱疹皮损带,后及腰背,前及肚脐,脐窝内疱疹、丘疹满盈,其余病损处疱疹晶莹透亮,丘疹簇群,多呈叠加状态,疱疹破溃处可见脓性湿浊疱液,疱群之间间隔正常皮肤。自觉局部灼烧刺痛,头疼身痛,彻夜辗转难眠,口干、口苦、渴欲饮水,大便干结数日未解,舌红苔黄,脉弦数。诊断:带状疱疹。予柴胡解毒搜风饮加味:柴胡 24g,黄芩 9g,半夏 6g,金银花 15g,连翘 15g,蒲公英 15g,紫花地丁 15g,夏枯草 15g,防风 9g,地龙 15g,僵蚕 12g,薏苡仁 12g,花粉 15g,大黄 9g(后下)。2 剂,水煎分两次服,每日 1 剂。并予以棉花灸法。还嘱咐家属在施灸 2h 后,将口服中药煎第 3 次,微热轻敷,拭洗患部湿浊脓液。翌日诊时,疱疹有一部分较前日干瘪、色暗,患者自觉疼痛明显减轻,夜间尚能小憩,大便已解,口干口苦口渴均减。按上方减大黄继续治疗 4 天,棉花灸每日 1 次,病损部位结痂,遂停用灸法。在继用上方随证加减治疗的基础上,局部外敷湿润烧伤膏,待结痂软化后逐渐揭去,半月后皮损痊愈。再用上方加减调治 2 个月,腰腹部疼痛完全消失,病告痊愈。随访 10 年体健。

1 甘肃省通渭县中医院(743300);

2 甘肃省通渭县人民医院

胃食管反流病的中医学认识及辨治述要

雷力民*

胃食管反流病(Gastro esophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状,可引起反流性食管炎(reflux esophagitis, RE),以及咽喉、气管等食管邻近的组织损害的疾病,是临床上常见的消化道动力障碍性疾病,发病率逐年上升,严重影响着人们的生活质量,日益受到重视。本文就中医学对胃食管反流病的认识及辨证论治述要如下。

1 对胃食管反流病病证范畴的认识

胃食管反流病是现代医学病名,中医无相应的病名,国家技术监督局颁布的国家标准《中医临床诊疗术语》将其命名为“食管瘳”,与胃食管反流病之反流性食管炎相吻合,但未被普遍采用。中医学对胃食管反流病病名的认识,历代文献有不同的见解,均采用依症归类命名,临床多遵从“吞酸”、“吐酸”论治。吐酸,首见于《素问·至真要大论》,《景岳全书》则明确提出了“吞酸”、“吐酸”的病名,其具体表现《医林绳墨》谓之“吞酸者,胃口酸水攻激于上,以至咽溢之间,不及吐出而咽下,酸味刺心,有若吞酸之状也”,东垣谓之“吐酸者,甚则酸水浸其心……”,与现代医学所称的反酸基本一致,与胃食管反流病的解剖学概念、病理生理基础相近^[1],因此命名为“吞酸”、“吐酸”较为符合该病的发病机理。

2 对胃食管反流病发病机制的认识

吞酸、吐酸(胃食管反流病)多因情志不畅、饮食失

调、劳累过度而致痰、气、热、瘀互结于食道,其病位在食管,中医学认为,食管属胃,为胃气所主,因此脾胃升降失调,胃中浊气上逆,为其主要病机^[2]。但脾胃的运化受纳以及气机升降又赖于肝之疏泄功能的协调,从而促进和保证了胃肠动力功能的正常发挥,因此,肝之疏泄功能的失调也是本病的病机之一^[3]。该病的病理性质属于虚中夹实证,即李东垣所谓的“阳气不足,阴气有余”,《脾胃论》称:“阳气不得出者曰塞,阴气不得下降者曰噎”,而“迎逆于咽喉胸膈之间”。

3 对胃食管反流病辨证论治的认识

中医药治疗本病从整体入手,以中医理论为依据,辨证与辨病相结合。目前还没有一个统一、公认的中医辨证分型方法和标准,但对本病在病因、病机、分型方面的基本共识为痰、气、热、瘀为主要病邪,与胃、脾、肝三脏密不可分。在辨证论治的过程中尤应注意以下几个方面^[4]。

①疏肝理气和胃:吞酸、吐酸(胃食管反流病)多由长期抑郁,所愿未遂而致情志不畅,导致气机郁滞,肝失条达,木乘脾土,从而影响脾胃运化功能,使其升降失常,清气不升,浊阴不降,相干于胃,中焦壅塞。症见胸骨后或心窝处灼热疼痛、反酸、甚吞咽困难,舌质淡红,苔薄白,脉沉弦。治宜疏肝理气和胃。方宜四逆散合半夏厚朴汤加减,药用柴胡、白芍、枳壳、厚朴、法半夏、陈皮、茯苓、甘

草。方中柴胡味苦微寒疏肝解郁,白芍味酸善收、敛阴柔肝,枳壳宽中行气、消滞泻热,更有降浊之功,柴胡配枳壳一升一降,使清浊各行其道,以利脾胃之枢机;白芍与枳壳,柔肝敛阴,疏畅气机,行中有守,以缓肝急;因“疏肝勿忘安胃”,故用半夏、陈皮降逆和中以行胃气;白芍配甘草,酸甘相伍,敛阴补中,以养胃土。②苦辛通降,降逆和胃:由于食管抗反流防御机制减弱,导致胃食管反流,甚至影响到咽喉部,引起咽部不适、异物感,舌苔黄腻,脉弦滑。胃属腑,主受纳、腐熟水谷,其气以降为顺为其生理特点。根据中医“胃以降则和”的理论,治以降逆和胃、苦辛通降。方宜温胆汤加减,药用半夏、陈皮、茯苓、竹茹、连翘、蒲公英等。用二陈汤和胃降逆止呕,阻止胃液反流,竹茹、蒲公英化痰清热,诸药使胃逆止,则反流除。③泻肝胆,和胃降逆:胆火炽盛,横逆犯胃,胃有郁热,灼津耗液,引起胆胃功能紊乱,机能损伤。症见口苦呕恶、泛酸烧心、心烦易怒、胸疼痛、甚则胸痛彻背、胃脘胀痛、脉弦数、舌红苔黄腻,胃镜检查多见明显胆汁反流及幽门口闭合不全。治宜清肝泻胆,和胃降逆。方选左金丸合化肝煎加减,药用黄连、吴茱萸辛开苦降,加青皮、陈皮、延胡索、芍药敛肝理气止痛,牡丹皮、栀子清肝泻火,乌贼骨、瓦楞子制酸。④甘凉濡润,养阴益胃:胃病日久,或长期卧床,或大病初愈,体内耗伤津液,胃阴不足,胃失濡润,胃燥生热,虚热内扰。症见胸骨灼痛明显,脘部嘈杂,嗳气,口干欲饮,舌红苔少,脉细数。治以甘凉濡润,养阴益胃,药用北沙参、石斛、玉竹、法半夏、佛手花、旋覆花、苏叶、蒲公英、甘草。沙参、玉竹、石斛养胃阴;佛手花、旋覆花、苏叶和胃降逆;蒲公英、甘草清胃热。⑤化痰滞,降气和络:胃食管反流病,由于病程长,缠绵难愈,久病入络,瘀滞内阻,表现为胸膈疼痛持续不解,吞咽梗噎,呕吐或咯吐血丝,舌质暗或瘀斑苔薄,脉细涩。治以化痰滞、

降气和络,药用丹参、蒲黄、五灵脂、三棱、莪术、贝母、茜草、桃仁、红花、赤芍、当归、槟榔、升麻。用桃仁、红花活血化瘀,破结行血;三棱、莪术破结化痰,少则助消化;当归、赤芍、白芍、茜草活血通络;贝母化痰软坚;槟榔下行而破气滞;升麻升清降逆,一升一降,其气乃通,则反流自息。

该病多反复不愈,久病入络,临床即使无明显瘀血表现,亦当佐以活血化瘀之品。血阻则气滞,活血化瘀可使气机得以调畅,气之升降有序,有助胃气和降。

4 对胃食管反流病预后的认识

反流性食管炎可能发展为 Barret 食管,是食管腺癌的癌前病变。明代医学家吴昆在《医方考》中指出:“吞酸,小疾也,然可暂而不可久。或以疾小而忽之,此不知其翻胃之渐也”,清代刘默在《证治百问》中亦有“吐酸日久,渐成翻胃”的记载。所谓翻胃即噎膈(食管癌),《丹溪心法》曰:“翻胃即噎膈,噎膈乃翻胃之渐”,这与现代医学对反流性食管炎的发展变化规律的认识是一致的。这一认识体现了《黄帝内经》“治未病”的思想,因此治疗该病对于积极预防食管腺癌的发生具有十分重大的意义。

参考文献

- [1]陈蔚文. 吞酸证新议[J]. 新中医, 1996, 19(10): 7-8.
- [2]段国勋, 庞龙. 97 例酸反流型胃食管反流病中医辨证特点分析[J]. 中医杂志, 2000, 41(9): 554.
- [3]尚姝, 盘利. 胃食管反流病中医辨证治疗的相关性研究[J]. 现代诊断与治疗, 2005, 16(1): 27-29.
- [4]介世杰. 胃食管反流病的辨治体会[J]. 四川中医, 2005, 23(11): 16-17.

* 广西中医学院附属瑞康医院消化内科(530001)

从方药量效关系谈“十五”中医《方剂学》教材

王 俩 宜*

药物剂量是取得临床良好疗效的关键,药物的用量直接决定药力的大小,某些方剂中药物应用比例的变化还会改变方剂的配伍关系,从而可能改变该方功用和主治证候的主要方面。历代医家都很重视药物剂量,故有“中医不传之秘在于量”,在医圣张仲景的《伤寒杂病论》中,药物组成相同,但某些药物用量的改变,则所治病证就不同。

“十五”方剂学教材的编写具有划时代的优越性,无论在绪言、总论和各论中阐述非常详细,还是在方剂运用中的辨证要点、加减变化、现代运用和使用注意等阐述上,有画龙点睛之妙。使读者知道了要点,并能抓住要点,据证加减变化运用名方、经方。特别是现代运用文献摘要、临床报道、实验研究等方面,扩大了读者的视野,增加了读者的阅读兴趣,而且它与现代医学病名有效结合,但是任何事情总是不能十全十美的。笔者在阅读《方剂

学》时,发现选用《伤寒杂病论》方中的许多药物近代用量折合极为不规范,虽然编者在编写说明中有“为突出制方人的学术思想和遣药特色,每方均标明原方的用量和用法,近代用量、用法,则注于括号内,它是参考原方用量比例,以近代常用量为依据权衡拟定的,以供教育参考”的说明,并在第六章方剂的服法中有“历代衡量与称的对照表”,所有药物用量是以“古时一两,今用一钱”换算。但是本教材收录的仲景方中以个、升、枚为单位的药物非常不规范,并且其方在临床使用频率非常高,给学者是一种误导和无可适从之感。如在含有杏仁方中麻黄汤,其杏仁用量是 70 个,现代用量是 6g;麻黄苁苁汤杏仁用量是 10 个,现代用量也是 6g;大青龙汤中杏仁用 40 个,现代用量也是 6g;麻杏石甘汤中,杏仁是 50 个,现代用量是 9g。相差悬殊,使学者感到困惑。含有半夏的系列方,原方有用半升和一升的量。半夏泻心汤中半夏是用半升,