

欧阳枝磊治疗胃肠病经验总结

肖鹏

(江西省新余市中医院 新余 338025)

关键词:脾胃病;健脾疏肝;调气和中;名医经验

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.058

胃肠疾病为临床常见、多发病,中医药对其有独特的疗效,历来医家对本系统疾病的观点各异。本院欧阳枝磊主任为全国优秀中医人才,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,擅长中医脾胃、肝胆及内科疑难杂证的诊治,临床经验丰富。笔者在随师学习期间,体会到老师在胃肠疾病诊治方面的独特学术思想和诊治特点,现将其总结、整理如下:

1 熟谙理论,发扬特色

脾胃居于中焦,互为表里,脾主升,胃主降,为气机运动之枢纽;脾主运化,胃主受纳,二者一纳一运,一升一降,一燥一湿,相互配合,才能完成水谷精微的输布。小肠主受盛和化物,泌别清浊;大肠主传化糟粕,与脾胃配合运化水谷,为脾胃运化升降功能的延续。老师重视脾升胃降的气机运化理论,同时还强调脾胃与其它脏腑的关系。胃肠的通降传导尚与肺之肃降、肝之疏泄、肾阳推动、肾阴滋养等密切相关。就病因而言,老师认为其主要病因为湿、热、情志、饮食、它脏失常,导致脾失健运,肝脾不和,气机阻滞,升降失常,气血阴阳受损,寒热失调,血行瘀滞,痰湿内阻而发病。且胃肠病大多为慢性疾病,缠绵难愈,“久病必虚”,“久病入络”,故老师认为慢性胃肠病均存在脾胃虚弱、湿热内蕴、瘀血阻滞的病理变化。

2 四诊合参,重视舌诊

胃肠疾病的常见症状有疼痛、痞胀、呕吐、呃逆、嗝气、吐酸、饮食及大便异常、吐血、便血等,老师在诊察胃肠疾病时,注重四诊合参,主要抓住以下几个要点进行辨证。

透视示:心肺膈未见异常。中医诊断:自汗。证属经脉闭阻、经脉之气不相顺接、营卫不和。治以活血通脉、调和营卫。处方:当归 10 g,桂枝 10 g,赤芍 12 g,白芍 15 g,细辛 3 g,通草 8 g,黄芪 15 g,丹参 15 g,鸡血藤 20 g,片姜黄 8 g,制乳香 10 g,制没药 10 g,川芎 10 g,白僵蚕 10 g,防风 15 g,炙甘草 3 g,大枣 3 枚。5 剂,水煎服,日 1 剂,早晚温服。5 剂后,偏身汗出同前,但自觉周身较前舒适。守方继续治疗,20 剂后偏身汗出好转,右侧肢冷亦有减轻。去丹参、赤

2.1 舌象 老师认为脾胃病首先察舌验苔,舌质为脾之外候,舌苔乃胃气之所熏蒸而生成,胃气的盛衰,在舌象上主要表现为舌苔的生长情况,辨舌苔的厚薄可测胃气的旺盛与否及邪气的深浅,从舌象的变化可直接观察脾胃的虚实、气血津液的盛衰及邪气性质的深浅,察舌验苔是慢性胃肠病一个极其重要的观察指征,是诊治胃肠病之重要手段,是辨证用药极为重要的依据。阳明胃腑,多气多血,胃中气血挟邪气上潮于舌,则形成各种舌苔。概而言之:舌红主热,舌淡主虚;有苔为实,主湿滞;无苔为虚,主阴亏;苔白主寒,苔黄主热;舌质淡或淡红多为气虚、血虚;舌体胖大色淡,边有齿痕者为气虚、阳虚;舌红苔黄为热证;舌红苔黄腻为湿热内蕴;舌红苔白厚,湿热内蕴,湿重于热;苔少或脱苔,多为阴虚,需注意舌面润燥,伴舌红舌面干则为阴虚,若舌淡红,舌面滑润多津,多为痰饮不化;舌色暗或有瘀点瘀斑多为内有瘀血(若女子须排除月经影响)。

2.2 大便 “六腑以通为用”,老师认为大便的正常与否,是胃肠功能的具体表现,反映脾胃的气机升降情况,并与肝的疏泄、命门的温煦、肺气的肃降关系密切。因此,询问大便情况是判断疾病虚实的重要依据,如《景岳全书》说:“二便为一身之门户,无论内伤外感,皆当察此,以辨其寒热虚实。”老师临床重视询问大便情况,治疗胃肠疾病也多从调理大便入手。大便次数减少,粪质干硬,为胃肠津液不足,多为热邪伤津,腑气不降所致;大便不甚干,努挣乏力,伴体倦气短,为气虚、阳虚;大便次数增多,粪质清稀甚见完谷不化,多见于脾胃虚寒、命门火衰;大便稀黏黄褐臭秽多为湿热;粪质正常,细小量芤,加水蛭 10 g、党参 12 g、白术 10 g 继续治疗,15 剂后偏汗愈,右侧肢体无肢冷畏寒感,舌淡红,无瘀斑。

综上所述,汗证病机变化多端,临症之时,当先审其因,再辨其证。故而应首辨病之虚实、有邪无邪及邪之种类,以别风、寒、暑、湿、燥、火、痰、瘀之不同。次辨阴阳,以别气、血、阴、阳之异常。再辨病位,以分经络。处方用药自当收效。

(收稿日期:2011-07-06)

少,频有便意解矢气,为气滞;大便先干后稀为脾虚;大便时干时稀多为肝郁脾虚;无论大便干或稀,夹有黏液甚至脓血为湿热蕴肠之征。

2.3 疼痛 腹部疼痛是胃肠疾病临床最常见的症状之一,常为许多患者就诊的主要原因,且患者多把疼痛的缓解与否做为治疗是否有效的标准。老师在临床问诊时抓住以下两点:疼痛的性质、发作的特点。疼痛伴胀闷,痛无定处,攻窜胁肋者为气滞;痛有定处,如针刺状,多见瘀血阻络;灼热疼痛,得寒痛减,遇热则甚,多为热证;寒冷疼痛,得温痛减,遇寒则甚,多为寒证;疼痛反复发作,或多于夜间发作,或入夜疼痛加重,为瘀血;进食后缓解多为虚证;饭后疼痛加重多为实证;腹痛即泻,泻后痛减,多见于肝气犯脾。

2.4 饮食 饮食为后天水谷精气之源,是维持人体生命活动的必需物质,胃肠疾病多见饮食的改变,通过询问饮食可了解体内津液的盈亏及输布是否正常、脾胃功能的盛衰。消谷善饥多为胃热;饥不欲食,多为胃阴不足;食少纳呆多见脾胃虚弱、湿邪困脾;纳少厌油多见于肝胆湿热;能食而不能化责之于脾虚;口渴多饮为胃津不足或胃热,口干欲饮与是否是判断脾胃湿热证热盛或湿盛的重要指标。

2.5 脉诊 脉象为五脏六腑功能、气血、阴阳的总体反映,通过诊脉可了解气血的虚实、阴阳的盛衰、脏腑功能的强弱和邪正的消长情况,如《景岳全书》说:“脉者气血之神,邪正之鉴也,有诸内必形诸外。”老师在诊脉时主抓以下几点:缓、弦、滑、细、涩。缓脉主脾胃气虚,多见沉缓无力;弦为肝脉,主气机阻滞;滑脉主痰湿、热;细脉主胃阴虚或气血两虚;涩脉主血瘀。

3 究其机理,设立大法

老师认为,胃肠疾病的基本病机为脏腑功能失调,脾胃升降失常,湿热痰浊内生,瘀血阻络,所以确立健脾疏肝调气和中法为治疗胃肠疾病的基本法则。所谓健脾是指补脾、益脾,主要是指健运脾气;疏肝则是疏散肝气郁结;调气一是指补气,二是指调理气机,老师将其概括为“调气者,补气、理气、降气也”,补气主要是补脾胃、肾、命门之气,理气指疏理肝胆、胃肠之滞气,降气指降胃、肝、肺上逆之气;而和中则是调和中焦气滞湿阻,即是指运用健脾、疏肝的方法使邪去正安,气血运行通畅。健脾、疏肝、调气、和中四法,各部分相对独立又紧密联系,临床可单独应用,但更多是结合使用,以求脾气健运、胃气和降、肝脾调和、气血通畅。总之,“六腑以通为补”,无论健脾、疏肝、调气、和中,均着重于

保持胃肠通降。在临床治疗胃肠病时,老师虽重视健脾疏肝调气和中之法,但不拘泥,由此可衍变出益气健脾、补肾温脾、疏肝运脾、重镇降逆、养阴润燥、活血通络、芳香淡利、苦寒泻火、辛开苦降、消积润肠等多种治法,灵活运用,屡起沉疴。

4 典型案例

4.1 胃脘痛 李某,男,42岁,新余仁和人。胃脘疼痛反复发作多年,时轻时重,近1个月来胃脘疼痛加剧,常于饥饿时发作,进食后缓解,夜间时有疼痛而醒,泛酸,纳食可,大便干燥不畅,1~2 d 1次。2008年10月胃镜示:(1)十二指肠溃疡 A₁期(0.8 cm×0.9 cm), (2)慢性浅表性胃炎, (3)HP(+)。口服丽珠胃三联及制酸剂等,疼痛、泛酸缓解不明显,于2008年11月求诊我院。查舌红苔厚稍黄燥,脉沉弦。老师辨其病机为热邪内郁,胃失和降,治以清热通便,制酸止痛。处方:(1)生黄芪 18 g、蒲公英 30 g、连翘 10 g、黄连 6 g、海螵蛸 18 g、浙贝 12 g、元胡 12 g、草决明 24 g、生白芍 15 g、甘草 5 g、莱菔子 10 g, 4剂; (2)胃舒颗粒 2瓶, 5 g/次, 3次/d, 饭前服用。复诊:服药后大便通畅, 1 d 1次,泛酸明显减轻,疼痛稍减,食可,舌淡红,苔薄黄,脉沉弦。处方:去草决明、莱菔子加丹参 12 g、枇杷叶 10 g,再进 6剂。然后继续运用健脾疏肝调气和中法辨证治疗 4周,症状逐渐缓解至消失,继用健脾和胃法巩固治疗。3个月 after 胃镜复查示:(1)十二指肠溃疡 S₁期, (2)HP(-)。

4.2 泄泻 钟某,男,32岁,新余人。五更泄泻已半年,外医院诊为慢性结肠炎,曾服氟哌酸、四环素、泻痢停及中药四神丸、理中汤、补中益气汤等未见效果。2009年5月求诊于老师,症见:每黎明时刻腹部迫坠而泻,大便色黄,时有黏液,泻后仍有里急后重感,急迫难堪,伴口苦口干,舌质淡红,舌苔黄腻,脉弦数。老师认为此属湿热蕴肠,治以清热化湿止泻。处方:黄连 6 g、木香 6 g、藿香 10 g、神曲 10 g、黄芩 10 g、枳壳 15 g、白头翁 15 g、秦皮 10 g、白芍 24 g、甘草 5 g, 5剂。复诊:泄泻减轻,下坠感已除,舌质淡,苔腻微黄,脉弦。处方:上方去白头翁加生黄芪 18 g、苡仁 30 g,再服 5剂。继用五味异功散加生淮山、苡仁、黄连等治疗,再进 20余剂,泄泻治愈。

4.3 便秘 林某,男,42岁,分宜人,2009年10月就诊。患者1年来大便秘结,3~4 d 1次,粪质坚硬难解,常需佐以酚酞片、大黄等通便药物。纳食正常,口干苦,无嗝气、反酸,时有左下腹胀闷,小便偏黄,舌红,苔厚黄糙,脉沉弦。老师认为属肠胃积热,治以泻热导滞,润肠通便。处方:枳实 10 g、厚朴 10 g、

颈椎病的 X 线平片诊断

伍竞¹ 康怀鑫²

(1 江西省中医药研究院 南昌 330046; 2 南昌大学医学院门诊部 江西南昌 330006)

摘要:目的:通过观察颈椎骨 X 线征象的改变,探讨颈椎病 X 线平片影像学特点,提高对该病 X 线平片诊断的认识。方法:收集本院 1996~2010 年 216 例摄颈椎片且临床确诊颈椎病患者,观察其 X 线征象,结合相关文献进行回顾性分析。结果:均有不同程度颈椎骨骨质改变及各种阳性 X 线征象。结论:X 线平片为确诊颈椎病的重要手段,并且在颈椎病的早期诊断中具有重要意义。

关键词:颈椎病;骨质增生;X 线平片

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.06.059

颈椎病是指颈椎椎间盘退行性改变及其继发的失稳或椎体及其附件骨质增生肥大,并压迫临近组织如神经根、脊髓或影响椎动脉供血,引起的一系列症状和体征^[1]。近年来,随着现代医学影像学的发展,CT、MRI 技术对该病的诊断已日趋明确,但 X 线平片检查,因其能观察到颈椎病的大部分影像学改变,现仍为常规诊断颈椎病的首选方法^[2-3]。

1 临床资料

1.1 一般资料 随机抽取已明确诊断为颈椎病患者 216 例,观察其颈椎骨质改变的 X 线征象,其中男 122 例,女 94 例,年龄 18~86 岁。表现有颈椎病的各种类型,如颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感型和混合型。

1.2 投照体位 X 线摄影方法为颈椎正侧位、左右斜位,部分患者加照前屈及后伸位。

1.3 X 线平片表现 颈椎生理曲度改变 190 例,占 88.0%,其中变直 111 例,“S”型改变 42 例,反曲 21 例,增大 16 例。椎体骨质增生 168 例,占 77.8%,主要表现在椎体前后缘上或下角唇样骨质增生,有时可见上下椎体骨刺相连形成骨桥。钩突增生 36 例,占 16.7%,表现为钩突不同程度变尖、延长及远端增生变形,在增生变形部位可见钩椎关节面密度增加,呈现硬化。椎间孔改变 147 例,占 68.0%,有椎间孔变窄或变小,其中左侧 46 例,右侧 51 例,两侧都有 50 例,以 C₄₋₅、C₅₋₆ 椎间孔多见。在斜位片上表现为椎间孔变小,边缘不齐,上下径缩短,此征象是平片诊断颈椎病的重要征象。椎间隙狭窄 77 例,占 35.6%,此征象是椎间盘退行性改变的可靠征象,表现为椎间隙变窄、关节面致密及椎间隙消失。韧带钙化 149 例,占 69.0%,其中项韧带钙化 68 例,前纵韧带钙化 45 例,后纵韧带钙化 36 例,表现为颈椎

周围韧带、软组织内斑片状或条片状钙化影,以项纵韧带钙化具有临床意义。椎体失稳 36 例,占 16.7%,表现为“双边”或“双突”征,椎体可轻度前后移位,重者可见上位椎体的小关节向后下方滑脱,致使连续的弧形曲线失常。

2 讨论

颈椎病是骨科、神经科的常见病多发病之一,是颈椎骨及椎间盘非特异性退行性病变,导致头、颈、四肢、上胸背部及内脏各种临床症状的综合征候群。部分颈椎病的发生与年龄、工作性质、外伤和椎间盘韧带损伤变性有关,临床分为六个类型:颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感型和混合型^[4]。颈椎病主要发病机理为积累性劳损引起颈椎退行性变、失稳,产生代偿性生理曲度改变,长久后即造成骨质增生、颈椎的解剖位置发生改变,刺激或压迫周围组织而产生各种类型的颈椎病。在颈椎病的诊断中,影像学检查结果是重要依据,传统 X 线平片检查能显示颈椎生理曲度状态,椎体及小关节、钩椎关节骨质增生及程度,椎间隙改变,韧带钙化,椎体失稳等征象^[5]。

颈椎生理前凸是由于椎间盘前厚后薄造成的,它可增加颈椎的弹性,起到一定的缓冲振荡的作用,防止大脑的损伤。颈椎曲度的变化可以间接描述和反映颈椎周围肌肉的紧张状态,通过观察发现,曲度异常在颈椎病早期诊断中有重要的临床意义,特别是中青年颈型颈椎病的 X 线平片上,此征象可能是唯一比较明确的异常表现。所以我们认为结合临床表现,在排除颅内、内耳、循环系统、神经系统及上肢骨关节和颈部其他病变后,生理曲度异常变化可作为诊断早期或中晚期颈椎病的诊断依据^[6]。

三诊:大便日 1 次,粪质正常,舌淡红,苔薄黄,脉沉弦。处方:原方去草决明、生白术,再进 5 剂。嘱病人,若大便通畅可 2 d 服 1 剂。2 个月后,病人复诊,诉上方自服 10 余剂,大便通畅,便秘得愈。

(收稿日期:2011-07-25)

蒲公英 30 g、枇杷叶 10 g、连翘 10 g、莱菔子 10 g、草决明 30 g、谷麦芽各 15 g、甘草 3 g、生白术 30 g,5 剂。二诊:大便 2 d 1 次,排出较顺畅,粪质仍干燥,舌淡红苔厚黄,脉沉弦。药已中病,原方续服 4 剂。