

# 陈华教授治疗脾胃病经验总结

谢苗苗

(湖北省武汉市中医医院 武汉 430014)

关键词:脾胃病;陈华;经验

中图分类号:R 573

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.059

慢性胃炎属于中医“胃脘痛、胃痞”范畴,主要是由于饮食与情志所伤,临床上主要表现为胃脘部疼痛、胀满不适或堵闷,大多伴有食欲不振、乏力、大便或干或溏。陈华教授认为,本病特点在于实多虚少,虚实错杂,偏于热滞,其病位在中焦脾胃,侧重于胃,胃为腑,腑以通为用,故治疗以祛实邪为主,即使扶正补虚,也须佐以行滞之品。

该环节直接影响实验结果的准确性,甚至导致临床误诊,延误病情。

本研究结果显示:标本溶血,采血量过少或过多,都影响凝血四项的测定结果,而这些都与标本的不正确采集有关。样本溶血是由于抽血过程不当或不顺利等因素而造成红细胞的破坏,在严重溶血状态下,TT 值有明显增高,其他凝血三项的分析结果与正常血浆状态差异无显著性。TT 的延长也可能与严重溶血状态下红细胞破坏过多、释放的循环抗凝物质增加有关。采血量少于 1.4 mL 时,PT、APTT、TT、FIB 的检测结果,趋明显延长及降低;采血量多于 2.2 mL 会使得 FIB 的检测结果明显增高,对于抗凝治疗或血栓前状态的评估,会造成假阳性判断。血液离体即开始变化,储存时间过长,凝血因子活性明显减低而导致凝血四项检测结果不同<sup>[1]</sup>。将血标本置于室温 2 h、4 h、6 h、8 h 测定,发现 2 h、4 h 测定结果与即刻测定的结果无显著差异,PT 和 APTT 在放置室温 6 h 后测定结果与即刻测定的结果有显著差异:PT 明显缩短,这可能与血液离体后,Ⅶ因子的激活有关;APTT 明显延长,可能与Ⅷ因子和Ⅸ因子及其他凝血因子消耗密切相关。由此可见,凝血标本在室温下保存时,PT 和 APTT 的测定应在 4 h 内完成,TT 和 FIB 在室温测定结果均相对稳定,但测定也应于 8 h 内完成。

全血样本采集完成后,应尽快在室温下运送到实验室,并尽快离心,原则上应立即检测,但在实际工作中,由于样本是护士或临床医生集中采血、集中运送,样本在到达实验室前以全血混合状态停留不等时间。丛玉隆等<sup>[2]</sup>认为:血液离体即开始变化,随存放方式和时间不同,凝血因子逐渐消耗或激活,特别是Ⅴ、Ⅷ、Ⅸ因子消耗和Ⅶ因子的激活较为

## 1 善治胃疾,通导为先

陈教授治疗慢性胃炎的方剂中,以芩连温胆汤使用频率最高,他主张凡胆胃不和,痰热内扰而表现出口干苦、舌苔黄厚腻的患者皆可使用,其药物组成为:黄芩、黄连、陈皮、姜夏、茯苓、枳壳、竹茹,胃火不明显者要酌减黄连剂量;对于积滞内停、脘腹痞满胀痛、大便秘结不通者陈教授常用木香槟榔。建议采集标本和送检时间应注意以下问题:(1)采集标本时,长时间扎止血带和穿刺不顺利都可能造成血管损伤或组织因子进入血液中,使凝血酶形成,加速血液凝固,导致结果误差。故标本采集尽量要在 3 min 内完成,避免组织因子混入而影响结果准确性。(2)血量比例不当会致凝固时间缩短或延长,标本与抗凝剂比例应 1:9 准确收集。(3)药物影响:某些药物(如肝素、双香豆素、低分子右旋糖酐等)可抑制凝血酶形成,妨碍纤维蛋白原变为纤维蛋白,阻止血小板粘附聚集,使血浆中抗凝物质增多,凝固时间延长。故标本采集时不能为了方便而在肝素封管或静脉输液管中采血送检,对于需使用抗凝溶栓药物的送检标本,须注明使用何种药物。(4)血标本待检时间太长也会导致凝血结果异常。凝血试验最好在采血后即刻完成<sup>[4]</sup>。

影响凝血四项测定结果的分析前因素,对检验结果至关重要,应把它作为检验科重要的工作内容,通过科室之间互相学习与沟通,尽可能地按照标准操作规程进行样本的采集、运送、保存等。对实验室检验人员来说,应该了解不合格样本对检测结果的影响程度,便于对检测结果做一个客观的评价,以免给临床上假性结论,真正做到检验结果能正确、可靠、真实。

### 参考文献

[1]李洪春,孟斌,刘敏.不合格样本对止血指标的影响分析[J].徐州医学院学报,2009,29(7):455-457  
[2]丛玉隆.临床实验室分析前质量管理及对策[J].中华医学检验杂志,2004,27(8):483-487  
[3]丛玉隆,王淑娟.今日临床检验学[M].北京:中国科学技术出版社,1997.204-207  
[4]禹香菊,张璐靓.影响凝血四项测定的因素分析[J].河南职工医学院学报,2009,21(3):267-269

(收稿日期:2012-10-19)

# 肾小球肾炎水肿辨证论治之我见

胡华容

(湖北省通城县中医医院 通城 437400)

关键词: 肾小球肾炎水肿; 辨证论治; 中医药疗法

中图分类号: R 692.31

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.060

水肿是肾小球肾炎(简称肾炎)的主要症状,因此治疗肾炎首先谈行水治法。中医学认为人体水液的正常代谢,主要靠肺、脾、肾三脏功能的协调,如丸加减,其药物组成为:木香、槟榔、黄连、黄柏、大黄、牵牛、青皮、陈皮、香附;对于胃火上炎、胃阴不足、胃脘灼热疼痛者常用泻心汤合增液承气汤加减;对于食滞中焦、胃脘胀痛、噎腐吞酸者常用保和丸加减。

## 2 治疗善用辛开苦降

辛开苦降法首创于张仲景《伤寒杂病论》,陈教授在继承仲景辛开苦降法的基础上,将半夏泻心汤、左金丸等方药灵活运用于脾胃病中,取得了良好的疗效。《脾胃论》所云:“脾胃之寒热虚实,宜燥宜润,应当详辨。至于‘升降’二字,尤为紧要。”脾胃病总以脾胃升降失常、寒热错杂为特点,其病因不外乎寒、热、湿几个方面,其性质则虚实并见,标本同病。而辨证施药,纯用苦寒之品直折其热,则脾胃愈伤,妄投辛热之剂专祛其寒,又更助其热,皆非病机所宜。而辛开苦降同时具有寒热并调的含义,于一法之中寒热并用、阴阳互调、攻补兼施,其正顺应脾胃生理病理特性,通过调节脾胃气机升降而恢复脾胃功能,有因势利导力拔千钧之功。在临床用药上,可根据寒热水平的不同,灵活应用辛温、苦寒药,针对具体证证治疗。

## 3 验案举例

### 3.1 慢性胃炎

3.1.1 病例资料 程某,女,46岁,胃脘胀痛反复发作6年,加重2周,常因饮食不慎或情绪不畅而诱发。曾间断服用达喜、耐信等西药,停药后症状易复发,为寻中医治疗至陈教授处就诊。患者胃脘胀满疼痛,嗳气返酸,晨起恶心,腹胀纳呆,口苦而干,大便不畅,神疲消瘦,舌暗红,苔黄腻,脉细弱。查胃镜示:慢性浅表性胃炎伴黏膜糜烂。处方:半夏10g,黄芩10g,黄连10g,党参15g,干姜10g,厚朴15g,苏梗15g,茯苓30g,白术10g,乌贼骨10g,瓦楞子10g,三七粉10g,蒲公英20g,炙甘草6g。水煎服,每日1剂,3d后患者胃脘胀痛、恶心返酸减轻,仍嗳气,神疲纳呆,大便不畅,舌暗红,苔腻微黄,脉沉

果肺失通调、脾失转输、肾失开合蒸化的功能,就会产生水肿,因此调整肺、脾、肾三脏的功能,乃治疗肾炎水肿的关键。根据古人治水“开鬼门,洁净

细。上方去蒲公英加砂仁10g,炒二芽各15g,调理2周后,诸症减轻,继以上方加减治疗3个月获愈。随访半年,未再复发。

3.1.2 讨论 患者病程日久,反复发作,迁延难愈。其病机为脾胃虚弱,运化失常,以至湿浊内生,郁而化热,湿热交阻,气机痞结;久病入络,气滞血瘀。该方以半夏泻心汤为基础方,方中加厚朴、苏梗理气和胃,蒲公英清热化湿,白术、茯苓健脾渗湿,乌贼骨、瓦楞子制酸止痛,三七粉化瘀通络。全方辛开苦降,清热利湿通肠,疏理中焦气机,开达升降枢纽而获效。后期予益气健脾和胃为法调理以巩固后天之本。

### 3.2 慢性萎缩性胃炎

3.2.1 病例资料 张某,女,50岁,因胃脘胀闷不舒来诊。患者近10年来胃脘反复胀痛,每于情志不畅时发作加重。近日因情志不畅,烦躁易怒,又感胃脘及两胁胀痛不适,纳差,有时吐酸,睡眠梦多,大便不畅,舌红苔薄,脉弦。处方:柴胡10g,香附10g,川芎10g,赤、白芍各10g,党参15g,白术10g,茯苓20g,丹参15g,乌贼骨10g,炒二芽各15g,炙甘草10g。水煎服,日1剂。7剂后诸证减,继服7剂,症状若失。

3.2.2 讨论 肝藏血,主疏泄,关乎一身之气机。脾主运化,生气血。脾的运化,有赖于肝之疏泄,气机条达,才能脾运健旺,化源充足,气血充实,则肝有所藏。病理上,肝脾相互影响,若脾失健运,气血生化乏源,则肝失所藏。肝失疏泄,则影响脾胃运化。患者平素情志不舒,肝失疏泄,肝木横克脾土,影响脾胃运化功能,导致胃脘胀闷不舒,气滞日久导致血瘀。本病证属肝气不舒,肝气犯胃,气滞血瘀。治疗宜舒肝健脾,化瘀止痛。方中柴胡、香附、白芍疏肝理气,川芎、丹参活血化瘀,乌贼骨止酸,谷芽、麦芽健胃消食,兼疏肝理气,诸药合用,共奏舒肝健脾、化瘀止痛之功。

(收稿日期: 2012-09-11)