

· 临证经验 ·

胃脘痛辨治体会

吴朝华

中图分类号:R256.33 文献标志码:B

文章编号:1004-745X(2010)08-1433-02

【关键词】胃脘痛 辨治

胃脘痛又称胃痛,是以胃脘部疼痛为主要临床表现的一类病证,乃临证之常见病及多发病,对人们的日常生活产生极大影响。笔者在临床工作中,面对复杂的临床症状,从寒热虚实进行辨治,力求抓住疾病本质,拨冗见真,除繁就简,常取得满意疗效。现将心得总结如下,以襄同行。

1 寒邪犯胃,饮食积滞

患者孙某,男性,31岁,2006年6月21日初诊。诉胃脘重胀疼痛,拒按,畏寒喜暖,嗳腐,恶心欲呕,大便未解,舌淡苔白厚腻,脉滑。患者于就诊前夜食火锅,饮冰啤酒,睡眠未盖被,于凌晨感觉胃脘胀满不舒,继而疼痛,辗转反侧而不得眠。晨起后疼痛无缓解,更见畏寒、嗳腐、恶心而前来就诊。中医辨证为寒邪犯胃,饮食积滞。法当温中散寒,化滞止痛。方用良附丸合保和丸化裁,药用高良姜9g,香附9g,藿香15g,石菖蒲15g,防风12g,荆芥12g,山楂20g,神曲20g,莱菔子15g,陈皮12g,法半夏15g,茯苓15g,白芍15g,吴茱萸12g,生姜12g,鸡内金15g,甘草6g。每日1剂,水煎分服。嘱忌生冷,宜清淡软食,注意胃脘部保暖,药渣煎水热敷胃脘部。患者服用3剂后诸症悉除,病告痊愈。

按:胃脘痛当首辨其寒热虚实。本案寒邪犯胃,又食生冷,寒凝气滞,食阻中焦,致阳气遏遏,气机不畅,则胃脘胀痛不舒,畏寒;食浊中阻,腐食难化,致胃失和降,症见嗳腐恶逆,痛而拒按;苔白腻脉滑乃寒食停聚之征;脉症亦表现出一派实证寒证之象。辨证无误,法当对证,药到病除。

2 肝郁化热,胃失和降

患者陈某,女性,48岁,2007年4月28日初诊。诉胃脘反复痞满灼热疼痛1年,加重1月,痛甚时向两侧肋肋放射,兼见泛酸嘈杂,口干口苦,烦躁易怒,咽喉不利,时干呕,纳差,大便干,小便黄,舌红苔薄黄,脉弦略数。患者生性急躁,1年前因饮食不节,复因夫妻关系不和而出现胃脘疼痛,呃逆,泛酸,纳差。某院诊断为慢性浅表性胃炎,间断服用中西药物治疗,症状时有反复。1月前因进食辛辣致诸症加重,胃镜显示慢性萎缩性胃炎,Hp(+++)。中医辨证为肝郁化热,胃失和降。法当疏肝泄热,和胃降逆。方用丹栀逍遥散合温胆汤化裁,药用柴胡12g,当归12g,白芍15g,白术12g,丹皮15g,栀子15g,法半夏12g,竹茹15g,陈皮12g,枳壳12g,茯苓15g,制大黄9g,黄连9g,炙甘草6g。每日1剂,水煎分服。嘱患者注意调养情绪,适量体育活动,饮食宜清淡,忌辛辣油腻之品。服药4剂,患者痞满灼热疼痛好转;效不更方,去大黄,加砂仁、延胡索、旋复花,继服15剂而痊愈。

愈。嘱调情志,节饮食。随访半年未复发。

按:本案乃由肝气郁结,郁久化热,横逆犯胃,胃失和降所致,属胃脘痛之实证,其本在脏腑失调,而非外邪所犯,故同为胃脘痛实证,当与病邪阻滞者细辨之。本病病位在胃,但脾胃互为表里,而与肝胆同居中焦,肝主疏泄,肝木易克脾土,肝失疏泄每每横逆侵犯脾胃,使脾胃气机升降失常而出现本案诸症。故叶天士有“肝为起病之源,胃为传病之所”之论。肝郁气滞,气机不畅,胃失和降,则胃痛连胁,烦躁干呕;郁久生热,表现为痞满灼热,口苦口干;舌脉当见中焦火热之征。对症下药,方收其效。

3 郁热伤阴,胃络失养

患者罗某,女性,35岁,2007年1月8日初诊。诉胃脘隐隐作痛,痞满不适,嘈杂似饥,咽干口燥6个月,加重1周,兼见嗳气,夜间灼热,盗汗,大便干燥,2~3d一行,舌红乏津,苔少,脉弦细。胃镜示慢性浅表性胃炎,Hp(+).中医辨证为郁热伤阴,胃络失养。法当清热养阴,理气和胃。方用益胃汤合金左丸,药用沙参15g,麦冬15g,桑叶12g,玉竹15g,天花粉15g,扁豆12g,石斛15g,白芍15g,生地黄15g,当归15g,知母12g,黄连6g,吴茱萸3g,枳壳12g,陈皮12g,桃仁12g,火麻仁12g,甘草6g。每日1剂,水煎分服。嘱患者注意调节情志,忌食辛燥。服药5剂,胃脘隐痛好转,痞满、咽干、口燥、灼热、盗汗减轻,时觉腹胀嗳气,大便质软,2d一行;前方去吴茱萸,加延胡索、厚朴、旋复花,又服5剂后诸症再减;继用15余剂,临床痊愈。

按:本案乃胃脘痛虚证之阴虚胃痛。无论病邪久郁或肝气郁结,久郁必化热伤阴,胃络失养,呈现绵延隐隐之征,故其胃痛多为隐隐作痛,痞满不适;虚热烦扰,阴津不能上承,则嘈杂似饥,咽干口燥;阴虚日盛,每见盗汗便秘;舌红乏津苔少亦为阴虚郁热之征。此证多由实证转化而来,故治疗实邪犯胃,特别是肝气犯胃时,宜防邪之化热,以固护胃阴,免酿致虚证而迁延难愈,甚或恶变。本案养阴清热同时,加入少量理气之品,既理气止痛,又防养阴之品过于滋腻,二者相得益彰,共奏养阴和胃之功。

4 脾胃虚寒,络脉失养

患者高某,男性,39岁,2008年7月16日初诊。诉胃痛不舒,反复发作,每受寒而发作加重2年余。本次发作乃1d前饮冷而致胃脘隐隐作痛,喜揉喜按,得温稍缓,时吐清涎,神倦畏寒,食后腹胀,大便稀薄,舌淡苔白,脉沉细。中医辨证为脾胃虚寒,络脉失养。法当温中散寒,健脾和胃。方用黄芪建中汤合二陈汤化裁,药用黄芪30g,桂枝12g,白芍15g,生姜20g,陈皮12g,半夏15g,茯苓15g,吴茱萸12g,炒白术15g,香附12g,炙甘草6g,藿香15g,大腹皮12g,紫苏叶12g,砂仁6g。每日1剂,水煎分服。嘱患者注意防寒保暖,忌食生冷。服药3剂后腹痛好转,清涎减少,仍见神疲便溏,去大腹皮、紫苏叶,加柴胡、升麻、五味子。再服5剂腹痛止,精神好转,大便成型;效不更方,继用10剂而愈,随访5月未复发。

重庆市中医院(重庆400021)

按;本案乃胃脘痛虚证之脾胃阳虚型。此类患者多为素体阳气不足,或过食生冷,长期贪凉,日久耗损阳气所致。脾胃阳气不足,络脉失于温养,则胃失受纳腐熟,脾失健运,水饮停积中脘,当见胃脘隐痛腹胀,时吐清涎,大便稀溏;清阳不升,精微不布,故而神疲畏寒。此患者虚证寒证俱见,临证不难识别,但提示胃脘痛不必拘于仅见阴虚一说,医者当临证辨之,方能把握病机,提高疗效。

5 体会

胃脘痛虽为临证常见病证,但临证中每每易与胁痛、真心痛等混淆,以致误作他证治疗,而影响疗效,给患者带来痛苦和负担。笔者在临证辨治中,注重与他病辨别的同时,更注意本病的辨证。笔者以为,胃脘痛之辨证不外寒热虚实而已,实证当以寒邪客胃、饮食积滞、肝郁犯胃、郁而化热为主,其病因可单独致病,亦可合而致病,甚或寒热错杂,相互转化。虚证当以郁热伤阴为多见,而脾胃阳虚、寒湿侵袭亦不少见,每现虚实夹杂之证候;而胃痛日久,损及脉络,必见瘀血凝滞之症,以至出现呕血、便血,临证当高度重视,以免酿成大祸。

在临证辨治中,笔者认为治胃脘痛当以调气为先。胃居中焦,与脾互为表里,脾气宜升,胃气宜降,升降有序,运化如常,腑气畅通,精微输布,方显正常。然二者一方失常,则相互影响而为病,表现出气机逆乱之象,气郁日久,则成气、血、痰、湿、火、食六郁之证,而气郁为先,故胃脘痛治疗当加入理气之品,既运脾和胃、消胀止痛,又能协同治疗痰湿郁滞。临证中,气逆于上者当降之,气郁于中者当行之,气陷于下者当升之;而虚证之气虚者当补之。然调气定要做到适中,不可过用而耗气,过补而壅滞。

胃为六腑,辨治当以通降为主。医家常谓胃失和降,即指胃气壅塞,失却以通为用之功。胃气降则受纳腐熟自如,出入有序;胃气上逆则受纳受阻,腐熟无功。而脾胃同居一隅,必受牵连,致运化不能,清浊不分,壅阻中焦。这也是在诸证中加入理气之品之缘由也。

肝胆与脾胃同居中焦,肝为木,主疏泄,喜条达疏畅,与胆互为表里,主一身气机;而脾胃为气机之枢。肝失疏泄,气郁不疏,必横逆犯胃,导致胃失和降而发胃痛诸症。反之,若疏泄太过,必致脾胃受侮,升降失治。亦或脾胃本虚,肝胆乘之,每致气机逆乱而为病。从肝胆与脾胃的生理病理关系而言,自然不忘治胃当疏肝理气。

胃脘痛与气机逆乱密不可分,胃又为多气多血之腑,郁久必伤络;而气血生化失职,络脉失养,亦或热耗阴血,均可导致血溢络脉,瘀血停滞。故治胃脘痛当临证细辨,酌加活血化瘀药物。笔者喜用当归之类,既能养血,又能活血,实为治疗胃痛有瘀血之要药。临证视郁热、阴虚之不同病机,当配伍丹参、赤芍、三七、牡丹皮等活血之品,以收其效。

胃脘痛诸症与现代医学的急慢性胃炎、消化性溃疡、胃癌等症相似,而以慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎为多见,发展到后期多演变为消化性溃疡甚或胃癌,故临证辨治当高度重视。在辨证施治的同时,强调生活调摄,做到情志舒畅,饮食有节,方能确保恙疾向好的方向转归。否则,不重视生活调护,纵使药物叠进,亦难奏效也。对久治不愈者,当定期作胃镜等检查,以防恶变,如是则及早采取综合治疗措施,方可延年益寿。

(收稿日期 2009-11-20)

以脉辨证论治验案 3 则

滕 晶

中图分类号:R241.1 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2010)08-1434-02

【关键词】 脉诊 病案

脉诊是中医四诊之一,是中医学中最具特色的诊断方法,是中医学“整体观念”和“辨证论治”观念的具体体现和应用。人体的脉象蕴含着丰富的生理病理信息,通过对脉象特征信息的采集和分析,可以归纳出疾病的病因病机及患者的体质、个性和不良的心理状态等,有助于疾病诊断、判断转归和预后,且脉诊简便易行,因此,在临床疾病的诊治中起着重要的作用。现略举 3 则以脉测证的病案试述之。

1 大气下陷

徐某,男性,68岁,工人。因言语不利 2d,右侧肢体活动不利 1d,于 2009年2月27日就诊。患者 2d 前晨起出现言语不利,伴头晕,行颅脑 CT 检查,考虑皮层下动脉硬化性脑病,于当地门诊输液治疗(具体药物不详),昨日开始出现右侧肢体活动不利,遂来就诊。症见右侧肢体活动不利,言语蹇涩,神疲乏力懒动,双下肢发凉,呼吸欠畅但未有憋喘,偶感头晕、耳鸣,理解力下降,记忆力减退,纳眠可,小便频急,不能自控,大便干,2日1行。体征:面色少华,端坐时垂头俯身,言语低微,舌淡红体小,苔薄白,脉来左右沉迟弱,关前尤甚。辨证为气虚下陷。予升陷汤加减:黄芪 60g,升麻 9g,桔梗 9g,柴胡 9g,知母 12g,地龙 9g,赤芍 12g,当归 15g,党参 45g,白术 30g,茯苓 15g,甘草 6g。每日 1 剂,水煎分服。12 剂后症状减轻,诊其脉沉濡而迟,上方黄芪改为 120g,加附子 12g,桂枝 15g,山茱萸 30g,杜仲 10g,海螵蛸 30g,芡实 10g。又服 12 剂后,症状减轻,嘱其以此方续服。1 月后症状缓解。

按:《医学衷中参西录》在分析“大气下陷”的特点时提出“其脉象沉迟微弱,关前尤甚”,此患者寸弱尺相对强之脉是典型的大气下陷之脉。“此气上虚,呼吸即觉不利,而且肢体酸懒,精神昏愤,脑力心思,为之顿减”。因而患者表现为神疲乏力,不愿活动,呼吸不利;气虚下陷,不能上承清窍,脑窍失于濡养,故患者出现头晕、耳鸣,理解力下降,记忆力减退;大气虽在膈上,实能斡旋全身统摄三焦,今因下陷而失位无权,是以全身失其斡旋,肢体遂酸软无力,三焦失其统摄,因而小便不能自控,常遗尿在床。其下焦凉甚者,实为外受之寒凉随大气下陷至下焦所成。复诊切其脉仍沉濡而迟,仍为胸中大气下陷之脉象,此证因大气虚陷,心血的循环无力,故其脉象沉濡而迟。因此取升陷汤以升提气机,方中黄芪与升麻、柴胡、桔梗并用,以升提下陷之大气;柴胡为少阳之药,能引下陷大气自左上升;升麻为阳明之药,引大气之陷者自右上升;桔梗为药中之舟楫,能载诸药之力上达胸中,故用之为向导^[1]。二诊时加大黄芪用量,并加入附子、桂枝、海螵蛸等补阳固摄之品,加入山茱萸以防气机之耗散。

2 中风

梅某,男性,79岁,干部。因右侧肢体活动不利伴头晕 1 月

山东中医药大学附属医院(济南 250011)