

胆胃相关与胆汁返流性胃炎的证治

北京中医学院附属东直门医院研究生 江杨清

董建华 指导

古籍中,有关胆胃相关理论记述不多,《内经》曾有一些较确切的记载,以后不少医家也有过阐发。近年来,随着上消化道内窥镜技术的开展,胆汁返流性胃炎已容易被发现,并越来越受到临床重视。本文拟就胆胃之间的生理、病理关系,祖国医学对胆汁返流性胃炎的认识以及本病临床诊治体会作一概述。

胆胃的生理和病理影响

一、胆胃的生理相关

胃属府,胆为奇恒之府。胆于肝附,内藏精汁,为中精之府,与肝互为表里。胆汁系“肝之余气泄于胆,聚而成精”(《脉经》),借肝之疏泄,下输于肠,以协助消化。胆汁借胃气通降下行之力,使之下达。这种“胆随胃降”是在肝、肠的协助下完成的,与现代医学认识的胃肠由上而下的正常蠕动,推动食糜和伴随其间的胆汁、消化酶等下行的生理功能相吻合。

古谓“胆主升清”“胆宜沉降”。前者指胆经清阳之气,后者指胆汁、胆火。胆本身“升清”、“降浊”这种相反相成的作用,也是与脾胃的升降功能密切配合的。胆气的疏泄宣发,有利于脾胃之气的畅达,升清降浊;脾胃升降纳化正常,转输出入,胆府才能疏泄升清。所谓“木生于水,长于土,土气冲和,则肝随脾升,胆随胃降”(黄元御《四圣心源》),表现在胆胃升降关系上,就是胆中清气引胃气上升,胃中浊气引胆汁下降。胃随胆升,胆随胃降,升中有降,降中有升,胆胃谐和,则疏达通降。

二、胆胃的病理影响

1. 胆病及胃:胆火犯胃,胃逆胆汁。胆

经之火包括湿热与郁火(热)。胆火宜降,若不降反逆,则可犯胃,证见口苦或呕苦、嘈热、泛酸、噯气等。若属湿热犯胃,可兼胁痛、口苦粘、呕恶,甚则发热、黄疸等症。虚火犯胃,则常见脘痞、纳欠便溏、口干等症。《灵枢·四时气》篇所说“邪在胆,逆在胃”,盖即指此。《伤寒论》所述“口苦、咽干、目眩”以及“往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食”等证,就是热在少阳,胆气失降,胆胃不和所致。

2. 胃病及胆:

(1) 胃阳不振,湿热阻胆:胆之升清降浊,需由胃阳鼓运。胃阳振,中气旺,则上下气顺,水谷化为精微,湿不内生。若饮食不调,损伤胃阳,寒湿凝聚,或湿郁生热,湿热壅阻,影响肝胆疏泄,以致胆汁不循通降之路,溢于肌肤,发为黄疸、脘痞、纳少、便溏、胸胁痛胀等症。

(2) 胃热移胆,胆胃同病:若胃热移于胆,致胆胃郁热,或胆府相火上扰,胃不顺降反逆,壅结胆胃通降之道,影响食物消化吸收,以致饮食不为肌肤,多食而瘦,懈怠无力。《素问·气厥论》云:“大肠移热于胃,善食而瘦人,谓之食亦。胃移热于胆,亦曰食亦。”亦者,易也。食亦谓食入移易而过,不为肌肤也。这类患者往往伴见口苦、咽干、目眩等证。

对胆汁返流性胃炎的认识

胆汁返流是纤维胃镜运用于临床后才发现的一种胃镜下征象,近年来许多基础理论、动物实验和临床研究资料已肯定了胆汁返流在慢

性胃炎、消化性溃疡等消化系疾病发病学上的重要性。胆汁返流性胃炎,或因植物神经功能失调,胃肠道某些激素失去平衡,导致幽门括约肌功能紊乱、松弛;或因胃次全切除,胃空肠吻合口功能不良,幽门呈持续舒张状态,使含有胆汁的十二指肠液自由地返流入胃所致。一般以口苦、呕苦水、胃痛、上腹饱胀、嗝气、嘈杂为主症。术后碱性返流性胃炎则以进食后胃痛、呕吐胆汁、消瘦、贫血为主症。个人临床观察记录了21例本病患者的症状,有口苦或泛吐苦水16例,胃脘痛19例,痞胀18例,嗝气14例,嘈杂17例,恶心或呕吐9例,胃脘灼热感8例,泛酸6例,除口苦、呕苦为本病所特有外,其余各症均无特异性。但从症状罗列似可看出,胆火、胃逆、升降失调是本病病机主要方面。结合胃镜下所见胆汁不断从幽门返流入胃的症状,故祖国医学对本病应从口苦、呕苦、胆火、胆胃升降失常加以认识。

《灵枢·四时气》篇云:“善呕,呕有苦……邪在胆,逆在胃。胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦,故曰呕胆。”《素问·奇病论》亦曰:“口苦者病名为何……病名曰胆瘴……”瘴者,热也。胆味苦,故口苦。呕苦的主要病理环节是“胆火上炎”或“胆虚气上溢”,前者实火,后者虚热。邪在胆经,木乘于胃而胆汁上逆,胆液泄则口苦。“胆虚气上溢”所致口苦,系由脾胃气虚,胆不能受气而胆虚,不能内涵相火,从而虚火上炎,引胆汁上溢而引起,也属木乘胃。这种“胆虚气上溢”是病理机制,与惊恐、失眠、多梦的胆虚之病不同。

本病的脘痛痞胀、噯嗝泛酸、呕恶等症,与呕苦、口苦同样可以从脾胃气虚、升降失常得到解释。脾胃气虚,则升降窒滞,脾气不升反降,浊阴填塞中焦,则脘痛痞胀便泄;胃气不降反升,则呕苦噯嗝,泛恶吞酸;胃失通降,则脘腹胀满,大便干结。

证 治 体 会

胆汁返流性胃炎与一般慢性胃炎的临床表

现有其共性,但亦有差异。主要表现在本病有相当一部分病人有口苦或呕吐苦水,以及上脘嘈杂不适等症,痞胀多于胃脘痛。辨证多见脾胃气虚或脾胃虚寒证,也可表现为肝胃不和、胃阴不足或气阴两虚;少数病人表现为寒热错杂或气滞血瘀证。也有部分病人在治疗初期表现为实证、热证,经治疗,实、热之邪消除后,往往表现出脾胃气虚或脾胃虚寒的“本证”。还有部分病人兼见两证。由于多数病人表现为上脘痞满、隐痛、嘈杂、泛苦、嗝气等脾胃升降失调、胃逆、胆火之症,所以治疗上,清胆和胃、理气通降是基本法则,温胆汤往往作为基本方药。该方功能清胆和胃降逆,对此病甚为适用,解决口苦口粘、胃脘嘈杂、痞满等症有较好疗效。如胆经实火明显者可选加黄连、黄芩、山梔、丹皮、蒲公英。脾胃气虚大多为本病之本,故以香砂六君子汤合温胆汤使用最多。如以上脘隐痛而冷、喜温喜按为主要表现者则考虑黄芪建中汤。苔腻便溏者去饴糖,加白术、炮姜炭。胃脘嘈杂、灼热但同时伴畏冷食或伴泛吐清水者可加吴茱萸、生姜。苔黄可用吴茱萸配黄连。吴茱萸一味,性属温热,却对消除上脘灼热感有较好疗效。我在随董建华、徐景藩、张泽生老师学习过程中,发现三位老师均有此经验,个人试用也屡验。胃寒甚者加荜拔或荜澄茄、肉桂、公丁香。如见肝胃不和、肝气犯胃者常用柴胡、苏梗、香附、佛手、木香等配温胆汤。肝胃郁火见吞酸、嘈杂、口苦者加左金丸。脾虚胃逆兼见肝郁者可用旋复代赭汤,代赭石宜生用包煎。胆胃上逆,呕苦明显者有时选用张锡纯的镇逆汤,以代赭石、白芍镇逆,黄芩、竹茹清胆。胃阴不足,失于润降者可用《金匱》麦门冬汤加乌梅、白芍、石斛、芦根等,人参可用太子参或北沙参替换。其中半夏为和胃降逆要药,大队甘柔药可制半夏之燥,对胆汁返流性的阴虚型或气阴两虚型的萎缩性胃炎,用之效果满意。寒热错杂者可选用半夏泻心汤,其寒由中阳不足,兼见实热或湿热者用此方更为贴切。血瘀气滞证在本病中偶可见到,症见脘痛经久,屡治少效,痛如针

刺,按之痛甚,舌暗或紫,或有瘀斑,脉细涩,当化瘀通络行气,常用炙刺猬皮、九香虫、炙五灵脂、元胡、蒲黄、当归、丹参、三七、桂枝、瓦楞子等。兼见大便潜血者可加阿胶珠、侧柏炭、地榆、炮姜炭。

吴昆曾说过“脾喜甘而恶苦,喜辛而恶秽,喜燥而恶湿,喜利而恶滞”。胃病,包括胆汁返流性胃炎在内,从胃从脾治者居多,脾宜健宜运宜升,胃宜降宜通宜润。从脾治者多虚,从胃治者多实,但要注意虚中夹实,实中有虚。脾虚证要更多注意是否兼气滞、湿困;胃实要分清火、气、瘀。火还要分清是胆火、肝火抑或胃火,以及是否伴有阴虚,孰者为主;胃气郁滞要注意是否伴有脾虚。脾虚所致气滞与脾虚兼有气滞在治法上有所不同,前者宜遵《本草经疏》“宜健脾,兼散结滞,甘温,辛香”,以健脾为主,行气为辅;后者则健脾与疏调肝胃气滞并用。同是行气,前者多用砂仁、陈皮、木香,量宜轻;后者则常用香附、槟榔、枳实、香椽皮、降香、佛手等,量可适当加重。

值得一提的是,根据数十例观察,初步认为本病的舌象不能准确反映胃部的病理变化,但可作为辨证和推断疗效的重要依据。胃镜象更不能代替中医辨证。例如有部分病人,胃镜象显示大量胆汁从幽门返流入胃,幽门口及胃

窦部充血水肿明显甚或糜烂,但临床表现仍为脾胃虚寒,用健脾温中药,不仅改善临床症状较满意,胃镜象往往也有较明显改善。

此外,本病治疗尚需注意下述几点:(1)本病既以中虚为多,但治疗不可一味补虚,防止过峻、味厚,愈补愈滞,室滞气机升降,或过补而反助胆火上逆,当遵叶天士“补脾之中,必宜疏肝”,补中兼通,以加强补药效用;(2)气机升降虽以脾胃为枢纽,但需要其他脏腑的相互配合,除使用助脾胃升降药外,还须适量选用疏肝降胆药,如柴胡、枳壳、旋复花、代赭石、竹茹、川连等,疏利治标之品,用量宜轻,所谓“疏通其气机,微助其升降”(王孟英《温热经纬》),尤其是阴虚、血虚,或兼火者,理气药更要注意“忌刚用柔”;(3)调脾胃升降时,要注意降中有升,升中有降,尤其胃气上逆多为本病主要见证,治疗不可偏执降胃,扑其少火,当配柴胡、荷叶等,降中有升,以顺人体气化之自然,升脾之中亦需佐和胃降胃之品,防止升发太过,内动胆府相火,加重病情;(4)本病在健脾扶中的同时,要注意“胆随胃降”的特点,降胃和胃以治胆火,张锡纯曾说“戊土不降,甲木失根,……胆胃上逆,木土壅迫,此痞闷、膈噎所由来也”(《医学衷中参西录》),主张温中燥土中加代赭石、半夏二味以沉降和胃,临床取法,效果尚称满意。

产后乳汁特多1例治验

湖北省红安县人民医院中医科 刘绳斌

张××,女,25岁,工人,病历号4319。乳汁量特多而质清稀,两乳胀满已半月(患者产后不足二月)。伴见口渴引饮(日饮水达4~6热水瓶),烦躁易怒,夜寐不安,纳食一般,小溲短黄,大便秘结等证。曾服麦芽煎剂及肌肉注射乙烯雌酚等药物治疗罔效。

1982年12月8日初诊:诊见患者形体瘦弱,面容憔悴,两乳胀大若胸前复盖之大碗,乳质清稀,未见自溢,舌质红,苔黄厚,脉象弦数。综观脉证,辨证为阴虚阳旺之体,阳明胃热,邪气亢盛,肝郁化热所

致。治宜清胃养阴,疏肝泄热。方宗白虎汤、丹栀逍遥散之合方化裁。拟方:生石膏30克,知母10克,山药15克,生地15克,丹皮10克,白芍10克,柴胡10克,生栀子10克,花粉15克,甘草5克。3剂。

次诊:渴饮减轻,饮水减半,乳汁减少,乳胀明显减轻,余恙亦觉好转。舌仍红,苔转薄黄,脉仍弦数。病有转机然邪未尽,仍宗前法。上方去栀子,加沙参15克,再进6剂而愈。