

综 述

常见食管良性疾病的中医药治疗概况

陈 文 渊*

主题词 食管疾病/中医药疗法 综述, 指导性

食管良性疾病有反流性食管炎(RE)、急性化脓性食管炎、急性腐蚀性食管炎、病毒性食管炎、念珠菌性食管炎、放射性食管炎、食管 Cronn 病、柱状上皮覆盖食管、食管贲门失弛缓症、食管弥漫性痉挛、食管神经官能症、缺铁性吞咽困难、剥脱性浅表性食管炎、食管良性溃疡、食管憩室、食管裂孔疝、食管自发性破裂、食管壁内破裂和出血、食管贲门粘膜撕裂综合征、食管静脉曲张等。

食管良性疾病的病因^[1]大致可分为先天性、动力障碍性、机械性、感染性及理化因素等。其中动力障碍性包括一组疾病,如贲门失弛缓症、弥漫性食管痉挛、胡桃夹形食管、结缔组织疾病对食管的影响以及最近提的非特异性食管性食管动力障碍等,这些疾病都可以引起“食管源性胸痛”,常与心绞痛相混淆。

中医学对食管良性疾病无专门记述,属“胸痛、结胸、吐酸、痞满、呃逆、暖气、噎膈”范畴。近年来中医亦对此类病开展了研究。本文拟就常见的 RE 和食管裂孔疝的中医药研究治疗近况作一概述。

1 反流性食管炎

RE 统称胃食管反流病(GERD),是由于胃、十二指肠内容物反流至食管引起烧心反酸、恶心呕吐、胸骨后痛等反流症状或组织损害,常合并食管粘膜炎症改变,在西方人中十分常见,据报告约占人群的 5%~8%,占内镜检查人数的 23%,而消化性溃疡仅占 15%。10 余年来,国外对本病进行大量的研究,以 1998 年秋罗马国际会议及 1990 年秋悉尼世界消化病大会为例,GERD 均为会议的重点课题^[1]。国内对 GERD 的研究刚刚开始,西方学者认为本病在远东地区少见,但据日本报道本病并不少见。自从纤维胃镜开展以来,我国已检出大量食管炎的病例,但是对于这类病例的深入研究还远远不够。一般认为食管炎可分为摄入性、非特异性及特异性三大类,在西方,食管炎几乎均为反流性。近年来已将 RE、消化性溃疡、卓-艾综合征等归入胃酸相关性疾病。现将中医学对 RE 的研究介绍如下。

1.1 病因病机

RE 是由肝胆脾胃气机升降功能失调所致,主要病邪为湿、痰、气、瘀,与胃失和降、浊物上逆密切相关。李乾构等^[2]认为 RE 为肝气郁结、横逆犯胃,脾胃虚损为本、胃火浊邪上逆为标。蒋红玉等^[3]认为痰热互结,胃气上逆动膈所致。黄福斌等^[4]认

为气湿痰热中阻、胃失冲和。江作霖^[5]认为与《伤寒论》中结胸的病机不外乎湿热结于胸膈相似。王诗雅等^[6]认为脾胃虚寒、肝胃不和;或脾胃虚寒兼肝胃不和。贾培琳等^[7]认为脾不健升、胃失和降、肝胆失疏泄、横逆犯胃。陈云芝^[8]认为脾胃本虚、肝气横逆,升降失衡是导致胃肠运动障碍和发生 RE 的根本原因。秦周顺等^[9]认为此症乃胃失和降,气挟湿邪逆冲于上,搏结胸中所致。林宗广^[10]认为脾胃虚损、或湿热、或痰浊内阻中土导致胃失和降而发病。黄贤樟等^[11]认为主要是由于外邪内袭、饮食停滞、情志不畅等病因导致肝失疏泄或肺失肃降或脾胃亏虚而胃气上逆,酸水上泛。郝娅宁等^[12]认为 RE 初期多为肝气郁结、木郁乘土而致肝胃不和、胃失和降;日久病进,木郁化火则出现肝郁化热的证候,久病致虚而有脾胃虚寒的表现。

近年来,有些学者^[11,13,14]通过临床观察,调查证实 RE 发生原因与七情内郁,情绪障碍,与烟酒过度、饮食失节,引起食管下端括约肌松弛,胃浊物反逆密切相关。

1.2 辨证论治

郝娅宁等^[12],分别以自拟匀气汤 I、II、III 号进行 4 周治疗。匀气汤基础方(I、II、III 号进行 4 周治疗。匀气汤基础方(I 号方)为柴胡疏肝散合金左金丸化裁而成:白芍、枳壳各 15g,柴胡、清半夏各 12g,黄连、吴茱萸各 6g,炙甘草 9g,用于肝胃不和组,和 II 号方即 I 号方加苍术 10g,豆蔻 9g,黄连减半量用于脾胃虚寒组;III 号方即 I 号方加龙胆草、焦栀子、延胡索各 9g,大黄 6g 等,吴茱萸减半量,用于肝郁化热组。治疗 42 例症状缓解率 3 组平均为 81.1%,其中脾胃虚寒组症状缓解率明显低于其他两组($P<0.01$);食管粘膜治愈率 61%,总有效率 90.5%,治愈率 3 组间比较差异无显著性($P>0.05$);食管压力 3 组均有不同程度的改善。李方儒^[15]分为:(1)肝郁脾虚(寒热夹杂)型,约占 60%;(2)脾胃虚弱型,约占 40%。分别用抗反流 I 号方(吴茱萸 5g,干姜、鸡内金、佛手、生蒲黄、五灵脂、甘草各 10g,枳壳、茯苓各 12g,黄连、栀子、乌药、白术、党参各 10~15g,川芎 15g,蒲公英、丹参、煅瓦楞各 30g)和抗反流 2 号方(吴茱萸、制附片、生蒲黄、五灵脂、甘草各 10g,茯苓、枳壳各 12g,党参、乌药各 10~15g,黄芪、白术、干姜、川芎各 15g,肉桂 10~30g,丹参、煅瓦楞各 30g)配合西药综合治疗观察 96 例,结果,症状缓解快,完全缓解率高(1 周内缓解率 85%,对照组 52%),1~3 年随访观察复发率 34%,明显低于单纯西药治疗组(78%)。其中 37 例在治疗 6~12 周复查胃镜,71%患者镜下表现明显改善或消失。李玺等^[16]单纯口服沙棘油口服液,1 天 3 次,每次 10ml,28 天为 1 疗程,对肝胃郁热型 57 例、脾胃阴虚型 43 例两个证型均有较好疗效,总有效率分别为 94.74%和 88.37%。林宗广^[10]分 3 个证型:(1)胃腑湿热型,治宜清胃泄

* 福建省三明市第一医院中医科,三明市东新一路列东街 29 号(365000)

收稿日期:1999-06-30;修回日期:1999-09-02

热、化湿和胃,方用黄连温胆汤加苍术、蒲公英、炒黄芩等;(2)痰浊阻胃型,治宜涤痰化浊和胃,方用平胃散合导痰汤加白芥子;(3)脾胃虚寒,寒滞不化型,治宜温中健脾,和胃降逆,方用丁香透膈散加减。陈云芝^[6]分为:(1)脾胃虚寒型,治宜健脾益气,温胃降逆,方用四君子汤配吴茱萸汤加减治之;(2)脾胃湿热型,治宜清热化湿,和胃降逆,方用甘露消毒丹或薏苡仁汤加减治之;(3)肝胃不和型,治宜疏肝理气,和胃降逆,方用柴平散或柴胡疏肝散加减治之;(4)胃阴不足型,治宜滋阴清热,和胃降逆,方用甘露饮或益胃汤加减治之。

1.3 基础方加减

清气化痰法:黄福斌等^[4]用自拟消炎护膜方(黄连、滑石、生甘草、枳壳、陈皮按1:6:1:2:2的比例研末),每次3g,大枣10枚煎汤送下,每日3次,4周为1疗程。治疗30例,1个疗程后,治愈8例,好转19例,无效3例,总有效率90%。江作霖^[5]用小陷胸汤为主方,药物组成:瓜蒌、黄连、法半夏、苏梗、降香、乳香、蒲公英、乌贼骨。治疗32例,治愈7例,好转22例,无效3例,总有效率90%。马立德^[17]用加味小陷胸汤治疗本病34例,总有效率85.29%。

疏肝和胃法:段磊等^[18]用三白汤基本方:白及、延胡索各10g,白芍、半夏、茯苓各12g,白术、旋覆花、柴胡各15g,黄连8g,甘草4g,每日1剂,4周为1疗程。治疗39例,治愈9例,显效21例,无效9例,总有效率76.9%。

芳化和胃法:秦周顺^[19]用五香汤(丁香、沉香、藿香、砂仁、人参、白术、竹茹、半夏各10g,陈皮、木香、香附各15g,生姜6片),每日1剂,连用10~14天。治疗32例,治愈24例,好转6例,无效2例,总有效率93.7%。

益气解毒法:鲁丽等^[16]用黄芪针60ml、茵栀黄针30ml分别加入5%葡萄糖或生理盐水500ml中静脉滴注,每日1次,4周为1疗程。治疗31例,显效17例,有效10例,无效4例,总有效率87.1%。

1.4 中西医结合治疗

耿朝义等^[20]用西咪替丁0.2g,每日3次,每晚睡前再加服0.4g;胃复安10mg,每日3次,饭前15~30分钟服用,连服6周。加用木香顺气丸8g,每日2次,连服2~3周;香砂养胃丸12g,每日2次,连服3~4周。治疗55例,治愈20例,总有效率91%。西药剂量与用法同上,治疗32例,治愈2例(6%),总有效率53%。两组对比差异有显著性($P<0.01$)。贾树才等^[21]用法莫替丁20mg,每天2次;普瑞博思5mg,每天3次;盖胃平4片,每天4次。中药采用自拟抗反流汤(吴茱萸6g,黄连、干姜、生蒲黄、五灵脂、党参、白术、甘草各10g,枳壳、厚朴、茯苓各12g,川芎15g,蒲公英、丹参、煅瓦楞各30g),每天1剂,水煎服。兼湿热者(脾胃湿热型)酌加清半夏、白蔻仁各10g,瓜蒌15g,薏苡仁30g等;热象明显者加黄芩10g,栀子15g等;但见脾胃虚寒(脾胃虚寒型)而无热象者去黄连、蒲公英酌加高良姜15g,桂枝或肉桂、制附片各10g等;呃逆频繁者酌加生石斛30g,沉香10g等;大便干者加大黄10g;大便溏者重用吴茱萸10~12g。中西药并用8周为1个疗程。治疗46例,显效20例,有效18例,无效8例,总有效率82.6%。贾培琳等^[7]对本病250

例,随机分治疗组150例,对照组100例,均常规量口服吗叮啉、泰胃美;治疗组除服上药外加服平胃冲剂(旋覆花、丹参各15g,牡蛎、柴胡各12g,黄连、赭石、白及、煅瓦楞、白芍、枳壳、茯苓、白术各9g,半夏、延胡索、人参、赤芍各6g,甘草3g)溶解后加鸡蛋清调匀服。每日1剂,分2次服。灼痛剧时加普鲁卡因40mg(用前皮试)口服。两组均以2周为1个疗程。观察结果:24h食管内pH测定,胃液排空功能测定,食管内压力测定。两组病例对以上3种测定指标治疗前后差异均有显著性($P<0.01$),治疗后两组间差异亦有显著性($P<0.01$),但治疗组较对照组更为明显,显示中西药结合效果更佳。

1.5 改善情绪障碍和生活嗜好

目前,认为RE为心身性疾病,精神因素及生活习惯对发病、复发和疗效影响较大。唐艳萍等^[13]选38例与健康对照组45例进行临床心理测量,结果证实RE患者存在着以焦虑、强迫、恐怖、躯体化等为中心的情绪障碍。将38例患者随机分为西药组20例,口服泰胃美800mg,每晚1次,普瑞博思10mg,每日3次,4周为1疗程;心身1号组18例,在口服上述两种西药的同时加服中药心身1号(陈皮、赭石、丹参、半夏、赤芍等制成片剂)4片,每日3次,疗程亦为4周。观察治疗结果,两组治疗后消化道症状(烧心、反酸、胸骨后疼痛、餐后梗塞感、暖气、上腹不适或腹痛、恶心、呕吐)均有显著改善($P<0.01$),但心身1号组症状改善更明显($P<0.05$)。临床心理测量结果,西药组异常的9项指标中除躯体化、恐怖症状有所好转外,余均改善不明显;心身1号组异常的各项指标基本恢复正常。说明RE患者除存在消化道症状外,还常常合并有情绪障碍,而单纯西药对其情绪障碍的作用甚微。李少华^[14]报道吸烟者唾液及血清中多种免疫球蛋白含量均降低,且长期吸烟者,烟草中的尼古丁可引起食管下端括约肌(LES)松弛,为胃—食管反流创造条件。长期大量饮酒,亦可使细胞免疫功能明显减退并损害食管粘膜,引起盐酸、胃蛋白酶分泌增多,加重胃—食管反流。

2 食管裂孔疝

食管裂孔疝(Hiatus hernia)是指腹腔内脏器(主要是胃底部)通过膈食管裂孔进入胸腔。其病位仅在食管下段和食管胃连接部分,也就是指由膈食管膜、上下膈食管韧带、胃膈韧带固定于食管裂孔此处发生病变。然其发生机理除先天性外,更多的是常因岁月之增,脏器老化、组织萎缩、韧带松弛,又加七情活动不顺,饮食劳逸不节。中医学认为,忧思伤脾,恚怒伤肝,脾失健运,肝失疏泄,导致横逆犯胃,胃食管气机升降失衡和筋肉膜失养是本病主要原因。其病因病机还在探索。李乾构^[22]认为,本病多因肝气不疏,脾失健运,气结血滞所致,临证分4型:(1)肝胃不和型,治以疏肝理气,和胃降逆,药用柴胡疏肝散加味;(2)热结津亏型,治以滋阴养胃,降逆和胃,药用麦门冬汤加减;(3)瘀血积滞型,治以活血祛瘀,和胃降逆,药用膈下逐瘀汤加减;(4)脾胃虚寒型,治以温中健脾,和胃降逆,药用十八味丁香透膈散加减。中医中药治疗食管裂孔疝报道较少,到目前为止尚无统一的辨证分型和疗效标准,仅有个案报道。龚允彬等^[23]将食管裂孔疝的临床病机分为痰气交阻型、瘀血内结型和气虚阳微型,初期为“噎”,后期为“膈”。主张采用理气化痰、活血化

瘀、和胃降逆、益气养血等法治疗,但侧重于通降胃气,既能缓解症状,又可巩固疗效,防止复发。曾运用小承气汤合当归补血汤加减(酒大黄、厚朴、枳壳、当归、藿香各 9g,黄芪、白术、茯苓各 12g,水煎,每日 1 剂)治愈滑动型食管裂孔疝 1 例,同时指出在通降胃气时,配以活血化瘀、涤痰等收效尤著。兰少敏^[24]则认为食管裂孔疝的病机为肝郁气结,横逆犯胃,痰湿化热,内阻络脉,故而主张治宜疏肝理气,和胃降逆,临床采用柴胡疏肝散加味(炙甘草、砂仁各 6g,川芎、佛手、黄芩各 10g,柴胡、香附、青皮、陈皮各 12g,茯苓 15g,半夏 18g,赤芍 30g,生姜 6 片,水煎每日 1 剂,早晚服)治疗滑动型食管裂孔疝有效。马群等^[25]治疗滑动型食管裂孔疝伴慢性萎缩性胃炎 2 例,分别选旋覆代赈汤、四逆散加减和四君子汤、补中益气汤加减,配合该院自制胃萎康冲剂,服 1 月后上腹不适减轻,呃逆、恶心想吐消失,食欲增加,大便正常。3 月后胃镜复查:食管裂孔疝消失,食管炎治愈,病理报告示:胃粘膜呈慢性浅表性胃炎。周月斌^[26]等认为食管裂孔疝是由于肝气犯胃,胃气上逆,脾胃虚寒,气滞血瘀,气郁不畅,食物噎逆不顺等原因所致。利用山萸萸碱穴位注射治疗食管裂孔疝 50 例,总有效率为 98%。

随着对食管裂孔疝临床研究的深入,发现临床误诊率相当高,王润华等^[27]总结 60 例,误诊率共为 45%(27 例),易误诊为各种消化道疾病、心血管疾病和各种急腹症。张汝菁等^[28]收治 3 例,其中 1 例在省级以上多家医院长期误诊为冠心病心绞痛;吴铁镛^[29]报告 1 例心电图示频发性早搏之食管裂孔疝患者,历时 4 年才获得确诊。此应引起高度重视。

3 结语

近年来由于胃肠道神经肌肉结构与形态学研究,揭示了不少动力障碍性疾病是由于食管胃肠平滑肌及(或)肠肌间神经丛结构异常所致,一组胃肠神经肌肉性疾病的新概念,已经为临床医师所认同。中医学认为,人体就是依靠胃气下降,脾气上升的动力维持机体的物质代谢和能量转换的动态平衡。随着胃肠动力学的理论研究和检测方法的发展,对胃肠动力障碍所包括的胃食管返流,食管裂孔疝(后天性),胃排空延迟,胃肠道消化不良,假性肠梗阻等一组胃肠道神经肌肉性疾病的临床症群与中医学胃气不降和不降反升及脾气不升和不升反降,脾(胃)失主肌肉等所出现的病理症状群十分相似,有效疗法是应用促动力剂。胃复安及吗丁啉其促动力效应限于上消化道,对肠无动力效应,西沙比利虽具全胃肠道促动力效应,但也不尽理想,中医药在此颇具优势,整体通达变或芳香化湿、或益气健脾、或理气化痰、或疏肝和胃、或通里攻下,可随症灵活地运用胃动力中药。总之,国内西医学对食管良性疾病的系统研究起步不久,中医学虽有类似其症状的经验报道,但尚无系统研究的临床资料,必须借助纤维胃镜及先进设备的诊断,从病因病机加以深入探讨到有效方药的寻找,发挥中医特长,挖掘古人经验,寻找有效的方药。

参考文献

- 1 张锦坤. 加强食管良性疾病的临床研究. 实用内科杂志, 1992, 12(1): 3.
- 2 李乾构, 王自立主编. 中医胃肠病学. 北京: 中国医药科技出版社,

- 1993: 375—385.
- 3 蒋红玉, 刘安国编著. 常见消化系统疾病的中医治疗. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1997: 2.
- 4 黄福斌, 季哲生. 消炎护膜治疗反流性食管炎 30 例. 上海中医药杂志, 1990, (1): 34.
- 5 江作霖. 反流性食管炎证治经验. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(1): 47.
- 6 王诗雅, 晁恩祥, 董长宏, 等. 反流性食管炎 39 例胃镜、放射性核素等检查与中医辨证分型. 中西医结合杂志, 1990, 10(8): 461.
- 7 贾培琳, 宫莉, 孙丽明. 平胃冲剂为主治疗胃食管反流疾病 150 例. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(10): 628—629.
- 8 陈云芝. 胃食管反流病的辨证论治体会. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997, 5(2): 112.
- 9 秦周顺, 王俊芳. 五香汤治疗反流性食管炎 32 例. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(4): 195.
- 10 林宗广. 怎样辨治反流性食管炎. 中医杂志, 1996, 37(3): 183.
- 11 黄贤樟, 邝卫红. 反流性食管炎的中医病机及临床治疗探讨. 新中医, 1998, 30(2): 3—5.
- 12 郝娅宁, 孙喜才, 张健. 匀气汤对反流性食管炎患者粘膜形态及食管动力学的影响. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(6): 345.
- 13 唐艳萍, 武成, 李方儒. 心身 1 号对改善反流性食管炎患者情绪障碍作用的观察. 中医杂志, 1997, 38(1): 32—33.
- 14 李少华. 食道炎发病因素探讨. 实用内科杂志, 1989, (5): 254—255.
- 15 李方儒. 反流性食管病的现代研究进展. 中国中西医结合脾胃杂志, 1998, 6(4): 193—195.
- 16 李玺, 王进海, 乔成林. 沙棘油口服液治疗反流性食管炎 100 例. 陕西中医, 1996, 17(6): 252.
- 17 马立德. 加味小陷胸汤治疗反流性食管炎 34 例临床观察. 河北中医, 1999, 21(1): 35—36.
- 18 段磊, 段长. 中西医结合治疗反流性食管炎 70 例. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(2): 120.
- 19 鲁丽, 叶梅, 代维. 益气解毒法治疗反流性食管炎 31 例疗效观察. 湖南中医杂志, 1998, 14(4): 8—9.
- 20 耿朝义, 高梅娥, 王兴运, 等. 中国名医特技精典. 北京: 中医古籍出版社, 1997: 96.
- 21 贾树才, 李方儒, 贾燕琨, 等. 中西医结合治疗难治性反流性食管炎. 中国中西医结合杂志, 1998, 8(2): 124.
- 22 李乾构, 王自立主编. 中医胃肠病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 397—404.
- 23 龚允彬, 王贤武, 余辅仁. 中西医结合治疗滑动性食管裂孔疝 1 例报告. 中医杂志, 1980, 21(4): 42.
- 24 兰少敏. 疏肝降逆法治疗食管裂孔疝. 甘肃中医, 1992, 5(1): 43.
- 25 马群, 马健. 滑动性食管裂孔疝伴慢性萎缩性胃炎的治疗 2 例报告. 中国中西医结合脾胃杂志, 1996, 4(1): 18.
- 26 周月斌, 于蒙爱. 山萸萸碱穴位注射治疗食道裂孔疝 50 例. 山东中医学院学报, 1994, 18(4): 249—250.
- 27 王润华, 邵福灵, 吴爱梅, 等. 食管裂孔疝 60 例临床分析. 实用内科杂志, 1990, 10(7): 355.
- 28 张汝菁, 孟桂月. 易误诊为冠心病的一种常见病——食道裂孔疝. 中国农村医学, 1996, 24(2): 17.
- 29 吴铁镛. 食管裂孔疝的一些临床表现. 中级医刊, 1982, (1): 39.