

平衡中焦法辨治反流性食管炎体会

洪流*

主题词 食管炎, 消化性/中医药疗法 中焦病/中医药疗法

反流性食管炎属于胃食管反流病,系指由于胃和十二指肠内容物反流入食管,引起食管粘膜的炎症、糜烂、溃疡和纤维化等病变。中医学认为,本病由气、郁、寒、热、痰、食、瘀、虚等致中焦失衡以致升降失常或寒热不适或虚实错杂所致。临床中笔者常宗《温病条辨》“治中焦如衡,非平不安”之旨用平衡中焦法辨治而疗效显著,现将体会介绍如下。

1 升降并调,以通降为主

反流性食管炎病变位置虽在食管,却关乎中焦脾胃。中焦脾胃,为气机升降的枢纽。叶天士认为:“脾宜升则健,胃宜降则和”。脾健升清阳,则四旁得其养;胃和降浊阴,则生化有其源。不升则气滞不畅,不降则传化无由,均可壅郁食道而致本病。但考诸临床主要关乎胃之通降。因胃为市,无物不受,易被邪踞。邪气犯胃,胃失和降,脾亦从而不运。若一旦气滞、血瘀、湿阻、食积、痰结、火郁从而产生实滞;若脾胃虚弱,传化失司,升降失调,清浊相干,郁滞内生,从而产生虚滞。不论是实滞还是虚滞,均可郁而不通,上犯食道。滞者宜通之,逆者宜降之。故对因升降失调所致的反流性食管炎,治疗当以通降为主。实滞而逆者,宜祛邪通降,不可误补;虚滞而逆者,宜补而通降,又不可壅补。

例1:范某,女,45岁。胸骨后疼痛窒闷,咽中如有物梗半年,吐鲜红血丝3周,曾在当地某医院给予抗生素及止血药等治疗半个月,效果不明显而求治于中医。兼有神疲乏力,夜寐多梦,小腹下坠,白带色黄,大便秘结,四肢厥冷,口苦,苔黄腻,脉濡。血常规及尿常规正常,食管及胃镜提示:食管中下端粘膜见有条索状新鲜充血、水肿。食管下端粘膜并见有斑块状红色糜烂。胃底及胃体粘膜散在斑块状充血。证属湿热壅滞,郁而不通,上犯食管。治宜清利湿热、通降止血。处方:黄连6g,豆豉6g,芦根30g,厚朴15g,大黄6g,炒栀子10g,柴胡10g,苏梗10g,枳实10g,姜半夏10g,白茅根30g,侧柏炭10g,石菖蒲10g,5剂。二诊时,血已止,诸症明显减轻,宗上方随症加减旬日而愈。

按:本证属湿热壅滞,郁而不通,上犯食管,且以实滞为主,当祛邪通降为要。厚朴、半夏、石菖蒲辛能开湿,黄连、栀子、枳实等苦能降火清热,豆豉清膈中之热,大黄通腑去滞,更加白茅根、侧柏炭等凉血止血,药证相和,故能取效。

2 寒热相适,以清热为要

反流性食管炎局部病变主要是食管粘膜的炎症、溃疡、出血等。究其原委多为火郁上攻使然。胃属阳明,阳明乃“两阳合明”,有阳气旺盛之意,是多气之经,凡病邪踞之容易化热。正如朱丹溪所云“大凡心膈之痛,须分新久,若明知身受寒气,口吃寒物而得病者,于初得之时,当于温散或温利之药,若病得之稍久则成郁,郁久则蒸热,热久必生火,《原病式》中备言之矣,若欲行温散温利,宁无助火添病耶?”叶天士在《临证指南医案》说:“盖胃者,汇也,乃冲繁要道,为患最易。虚邪、贼邪之乘机窃发,其间消长不一,习俗辛香温燥之治,断不容一例漫施。然而是病,其要何在?所云初病在经,久病入络,以经主气,络主血。”阳明火郁上攻可致局部食管粘膜的炎症充血水肿,火炎冲灼络脉则溃疡出血。

例2:余某,男,53岁。胃脘并胸骨后灼热疼痛7天。兼有反酸口苦,纳少便结,舌红苔黄,脉弦滑数。胃镜示:食管中下端粘膜见有条索状新鲜充血、水肿。胃底、胃体及胃窦粘膜广泛充血水肿。证属胃热夹郁,火郁上攻。治宜泄热降火和胃。处方:蒲公英30g,黄连6g,栀子10g,大黄6g,豆豉10g,川楝子10g,延胡索6g,吴茱萸1g,姜半夏6g,6剂。二诊时痛除、便通畅,胸骨后灼热见减,上方减生大黄、延胡索,服7剂而愈。

按:本证为胃热夹郁,火郁上攻,故与左金丸、栀子豉汤等清热解郁,大黄、黄连、蒲公英之属清胃降火。药证相符,所以易痊愈。

3 虚实兼顾,其虚宜通补

反流性食管炎患者,大多病程较久才求治于中医。其病理特点常虚实错杂,治当虚实兼顾,若虽以正气虚馁为本,多因虚中夹滞,亦宜通补为要。即在补益之中加入通调气、郁、寒、热、痰、食、瘀之药,使补而不壅,通勿伤正。应用通补方法治疗气虚、血虚、阴虚之食管炎时,要注意调节通与补的比例,标实较重的,加大通调药物之量。本虚较重的,减少通药比重。

(下转第178页)

* 浙江省衢州市中医院内科,浙江省衢州市衢化路117号(324002)

收稿日期:2001-05-29

3 气阴两虚

蒋某,男,28岁,1999年11月2日因黄疸、腹隆起、困倦、呕吐7天初诊。血检:总胆红素 $286.6\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $185.6\mu\text{mol/L}$,丙氨酸氨基转氨酶 910IU/L ,白蛋白 35.7g/L ,球蛋白 32.3g/L ,血小板 $85\times 10^9/\text{L}$,丙肝抗体阴性,HBsAg阳性。大便隐血 $++$,腹CT示:肝弥漫病变并缩小,脾大,胆囊壁增厚,腹水。频频恶心呕吐,厌食心烦,不眠,口淡乏味,口干不欲饮,无发热,每日大便2~3次,腹胀严重,舌绛瘦老、苔白稍厚。方用:蒲公英、虎杖、茵陈、金钱草各30g,黄芪、白术、山药各20g,赤芍、牡丹皮、丹参各15g,柴胡、茯苓、神曲、山楂、茜草各10g,日进1剂,分4次饮服。至11月8日夜可睡3小时,每日进烂饭150g,日排稀便2~3次,腹痞满饱胀,小便稍频,黄疸减轻,舌绛光、多纹,前有刺芒、舌根有少许黄斑苔,脉细。处方:白茅根50g,赤芍30g,酸枣仁、茵陈、合欢皮各20g,白术、沙参、麦冬、石斛、山药、白芍、虎杖、枳壳各15g,郁金12g,鸡内金、神曲、柴胡、人参各10g。至11月18日,睡眠正常,每日进食米饭450g,腹痛、腹胀均消除,面黄不晦,每日大便1次,尿黄显著减轻,仍尿频,乃守上方消息,又用50剂,诸症消失,复查肝功能及B超肝胆脾腹腔均正常(全程所用西药,仅能量合剂、肝安各4瓶)。2001年5月随访,病未复发。

按:此型临床少见,为热毒极盛,入营血,伤上焦心阴心气或伤下焦肝肾精血,常舌绛瘦,干焦无苔,脉细数,宜凉血散血、调补气阴为主。方用犀角地黄汤合生脉散化裁。本例患者烟酒成癖,久积生热,肠胃宿疾,使气血化生不足,均是气阴虚损之病因,故此感瘟毒之邪,每易从化,速成气阴两虚。本例心之气阴、肝肾精血均有耗损,故用沙参、麦冬、石斛、白芍、山药、酸枣仁补阴养心,白茅根、赤芍、牡丹皮、丹参凉血为主,早期少佐清热解毒利湿,后期重补气养心,健脾滋肾。

(上接第176页)

例3:朱某,女,57岁。胸骨后方烧灼样疼痛反复发作6年,近半个月来疼痛又作,痛不喜按,伴脘胀闷,暖气反酸,口干而苦,但不欲饮,喜冷饮食,食后痛增,身体倦怠,大便溏薄,形体消瘦,面色萎黄,舌胖有齿痕、苔黄白相兼而厚腻,脉沉细弦。胃镜提示:食管中下端粘膜见有条索状新鲜充血、水肿,胃粘膜及十二指肠球部广泛充血水肿。证属脾虚湿滞,食积郁热,邪气上犯,为虚中夹实之象。治宜虚实兼顾,寓通于补。法拟健脾化湿,通滞降逆。处方:太子参15g,白术10g,茯苓10g,甘草3g,陈皮10g,半夏10g,焦神曲10g,枳壳

4 脾肾阳虚

董某,男,60岁,1999年9月9日因黄疸、酸胀痛、厌食、困倦10天初诊。血检:总胆红素 $363.1\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $158.5\mu\text{mol/L}$,丙氨酸氨基转氨酶 172IU/L ,甲胎球蛋白阳性,HBsAg阳性,HBcAb阳性,血常规正常。B超:肝无增大,门脉内径14mm,脾厚45mm,胆囊壁厚6mm。面晦黄轻度偏绿,畏寒,困倦,纳呆,呕吐,腹痛隐隐喜按,多涎喜唾,大便稀溏(日2次)。曾患胃脘冷痛20余年。舌粉红、苔黄厚水滑,脉搏滑迟。方用:附子、干姜、枳壳、蒲黄、五灵脂各10g,茵陈50g,金钱草、车前子、鸡内金、当归各20g,川芎、麦芽、山楂各30g,砂仁、木香各6g,日1剂。至9月14日腹胀痛、呕吐均止,每日能进烂饭200~300g,睡眠正常,尿黄及黄疸有减轻,每日仍排稀便2~3次,舌淡红、苔黄白腻,口干不苦,原方再进。至9月20日,诸症减轻,上腹已无压痛,但夜间尿2~3次,舌淡红微紫、苔薄白水滑。处方:茵陈50g,巴戟天、甘草、当归、麦芽、山楂各20g,茯苓、猪苓、陈皮、枳壳各15g,附子、干姜、淫羊藿、枸杞子、红参各10g,砂仁、木香各6g,日1剂。至10月7日,大便日1次,夜尿仍多,精神、饮食好转,黄疸减轻,原方加肉桂2g。至10月25日,食欲、睡眠及二便均正常。至12月20日复查:肝功能、B超肝胆脾、甲胎球蛋白均正常(全程所用西药,仅能量合剂、肝安各4瓶)。2001年5月随访,病未复发。

按:此型临床少见,在急重肝炎更加难见,其属阴黄范畴,常因素体阳虚,再感湿邪而从化,或因久服伤阳之药物所致。其症除严重黄疸外,尚有不同程度的脏腑虚寒症状,本虚标实,治宜温阳散寒、利湿退黄,选茵陈五苓散为基本方加减。本例有中焦虚冷宿疾,久寒久痛必夹瘀,故用附、桂、姜及归、芎等补脾肾之阳,及活血养血为基础,早期兼以利湿运脾止痛,中后期兼以温补脾肾、通养气血,直至痊愈。

10g,木香10g(后下),砂仁6g(后下),黄连6g,吴茱萸3g,旋覆花10g,赭石10g。5剂药尽,诸症平服,后以原方加减调治半月而愈。

按:本病证型错杂,既有口苦、苔黄、喜冷饮似热证;痛不喜按、苔厚、脉弦似实证;病程较长、形瘦少食、身倦脉细似虚证。初看确难辨证,然审症求因,盖脾主运化,病久脾虚生湿;胃主受纳腐熟,病久胃虚食滞,阳气被遏,郁热停滞。若补气健脾易增壅滞,消食化湿多损中气;纯清则伤脾碍湿,纯温又助郁火。治宜虚实兼顾,寓通于补。法拟健脾化湿,通滞降逆。用香砂六君合温胆汤加减,加左金丸制酸,旋覆花、赭石降气。