

清膈降逆汤治疗返流性食管炎

山东省济宁市第一人民医院(山东 272111) 刘叔林 宋桂香

主题词 食管炎, 消化性/中医药疗法

② 清膈降逆汤

返流性食管炎是临床常见病,此病患者症状表现不一,有的无任何不适感,一般多有胸骨后堵塞感及烧灼样疼痛,可向颈肩部放射,甚则呕吐、吐血。症状多发于进食后以及俯身、平卧时,延久不愈者可累及咽喉部,导致咽喉不利,甚则引起夜间窒息。患者多因胸闷疼痛、咽物不爽或吐食而精神忧郁,疑为食道癌、冠心病而前来就诊。笔者根据祖国医学对有关郁症、噎膈、胸痹、反胃等病的理论认识,结合多年临床观察,采用自拟“清膈降逆汤”治疗经食管钡餐或内窥镜检查确诊的返流性食管炎25例,无一不效。现介绍如下:

返流性食管炎为一慢性疾病,辨其证而究其因,不外气、火、痰、瘀四端。诸邪或单一为患,或合而为病,总不离乎肝、脾(胃)二脏受邪。凡忧思患怒,五志过极,致肝失疏泄,横逆于胃。若形盛体胖,过食肥甘,或脾虚湿盛,痰浊内生,皆可损及脾胃。肝脾失和,中道壅滞,邪郁胸膈,气机升降失利而逆反于上,遂致诸症由生。病情迁延,郁久生热,由气入血,热伤阴血,发为气滞血瘀或痰瘀互结。总之,本病多为实证、热证。早期病在气分,邪浅症轻;后期多入血分,阴血受灼,气、火、痰、瘀交阻胸膈,病位由食管上延咽喉,下连胃口,甚则发为噎膈。

返流性食管炎的治疗应以祛邪为主,清膈降逆、涤痰散瘀为其治疗大法。清膈降逆汤由半夏9克,枳壳10克,瓜蒌15克,代赭石24克,柴胡9克,黄连6克,山梔9克,赤芍12克,郁金12克,砂仁6克十味组成。方中半

夏合枳壳、砂仁行气散结以降逆,佐瓜蒌涤痰开结以消痞;柴胡疏肝解郁以升清气;代赭石、黄连、山梔平肝清热以降火;赤芍、郁金和血散瘀以利窍。尤需指出,代赭石一味不可或缺,代赭石既走气分,又入血分,既可平肝镇逆,又可除热利膈,驱气、火、痰、瘀诸邪于下,使清气得升,浊邪得降,实乃治疗本病之要药。如平素气盛,肝郁较重者,原方酌加香附、佛手、川楝子疏肝理气以散郁;肝胃火盛,甚则吐衄血者,去半夏、砂仁,重用代赭石,加黄芩、大黄、生石膏以折其火势;痰浊湿盛者,宜加陈皮、杏仁、莱菔子化痰利气以祛湿;热盛血瘀者加丹皮、牛膝、红花、桃仁以凉血散瘀;胸膈至咽喉疼痛较重者去半夏、砂仁,加乳香、没药,并合珠黄散(或锡类散)含化,徐徐咽下,以活血化瘀、凉膈解毒;若病久迁延不愈,气血郁滞,气阴损伤而现咽喉干塞,食少气短者,宜去半夏、砂仁、山梔、黄连,合以增液汤加人参、当归、红花、丹参以徐缓图之,兼顾气阴,不克妄投克伐。

病例:吴××,男,39岁,工人,1987年10月18日初诊。

患者于当年7月某日因醉酒而呕吐后遂感胸膈痞闷、灼痛、嘈杂泛酸、不思饮食,经市、区医院先后钡餐透视及胃镜检查,报告为食管下端炎症,有豆粒样溃疡面二处,临床诊断为返流性食管炎。心电图检查正常。服用甲氧咪呱、灭吐灵、安定等已半月,未见好转而求诊于中医。见患者形盛体胖,神情沮丧而痛苦,自诉生性急躁易怒,承认饮食失节,嗜好烟酒。患病后时觉胸膈痞闷,噎气不舒,时欲捶胸,烦热疼痛,口咽干燥,吞咽不利,食欲减退,呕逆泛酸,进食后即感症情加重;且大便干

燥,小便黄赤。患者对其诊断为食管炎仍存疑虑,要求改服中药治疗。诊其脉象弦数,舌红、苔黄少津。辨其症当属肝胃火盛,热结胸膈,气火上逆,食管灼伤。治以清膈泻火、平肝降逆,予清膈降逆汤加减治之:代赭石 24 克,枳壳 9 克,瓜蒌 15 克,柴胡 9 克,黄连 9 克,黄芩 12 克,山栀 9 克,大黄 6 克,赤芍 12 克,郁金 9 克,甘草 6 克。另以珠黄散含化,徐徐咽下,每次 0.6 克,日服两次。嘱停全部西药,先服 5 剂以观之;并告其病之所生,需戒怒戒

躁,不用烟酒,治病需先治心,治心需先养性,坚持用药,方可获效。

五日后复诊称,症情较前改善,胸膈疼痛已呈间作,饮食稍增,已不再时欲捶胸、大便秘通。继守原方又 15 剂,除偶发胸膈痞闷外,余症俱去,因口舌干燥近日恣食瓜果,少腹微感坠胀、大便稀溏。遂停用原方,改以增液汤加太子参 12 克、茯苓 12 克、砂仁 6 克;又 10 剂,诸症悉平。半月后经内窥镜复查,食管已恢复正常。

大 灸 疗 法 治 验 二 则

河北省行唐县中医院(河北 050600) 习拴成 顾明印 刘新中

大灸疗法见于《岳美中医集》,是治疗虚弱证的一种方法。因无严格的适应证,且操作繁杂,临床很少有人应用。我们用于治疗晚期尿毒症和痿证各一例,取得较好效果,兹介绍如下:

施灸方法

1. 先灸背部:患者俯卧,将做好的硬纸板沿脊柱铺好固定,再把做好的萝卜片放于大椎穴,沿硬纸板外缘排至秩边穴,然后沿第一排外侧放第二排,上缘比第一排低半片,下缘比第一排少 1 片。左右同。排好后即可灸治。

2. 后灸腹部:背部灸完后,休息 10 分钟左右,嘱患者仰卧,先于臌中穴放置 1 片,上下左右放 8 片,鸠尾穴放置 1 片,向下排至曲骨穴,两侧各放 7 片,上缘为巨阙与下脘之间。第二行外再放 6 片,上平下脘穴,左右同。

注意事项

1. 既要防止火力中断,又要防止发生灸疮。若灼痛难忍时可将萝卜片夹离皮肤片刻,以皮肤深红为度。
2. 皮肤过度敏感者不宜灸治;实热证禁用。
3. 灸治完毕,针刺三阴交(泻法)不留针,配合十宣放血(否则易实热内生)。

例一:郗×,男,32 岁。3 月前因劳累后感周身困重乏力,肢体浮肿。经对症治疗无效,并出现呕恶,不能进食,赴河北省第二医院检查,检查结果:血 Hgb 6.7 g%, WBC 3200/mm³, RBC 258 万,尿蛋白(+++), CO₂ CP 12.8 Vol%, BUN 110 mg%, 总蛋白 5.9 g, 白蛋白 4.4 g, 胸透心肺(-)。诊断为慢

性肾炎合并尿毒症。通知病危并建议肾透析和肾移植手术。患者因经济困难,无法接受治疗,遂于 1988 年 4 月 13 日来我院就诊。证见头晕乏力,呕恶频频,腹胀、不能进食,冷汗自出,面色晦黯,肢体浮肿,大便难下,小便量少(400 ml/日),舌质暗淡、苔白腻,脉沉滑。诊断为水肿,属脾肾阳虚、湿浊内停。4 月 14 日上午 11 时行大灸一次。至午夜大便 3 次,质稀色黑,小便通(量约 1500 ml),呕吐止,精神转佳。4 月 16 日查 BUN 46 mg%, 小便每日 1000~2000 ml 左右。4 月 22 日自动出院。半年后随访,病情无发展。

例二:朱×,男,54 岁。十年前患颈椎脊髓炎手术治疗。后则见腰痠腿软,难以行走,小便排出无力,时而不通,夜尿频,面色苍白,畏寒肢冷,阳痿。常服温肾壮阳药效不佳,且因夜尿达数十次而严重影响睡眠。1988 年 1 月 5 日以失眠收入院,查血常规、肝功能、血糖、胸透、心电图等均正常,唯 B 超示左肾轻度增大。诊断为痿证,肾阳虚型。投温肾壮阳、益气升提、固精缩尿等中药百余剂,无效。于 1988 年 5 月 3 日行大灸一次。灸后第三天,夜尿明显减少,肢体较前有力。继续配合温阳补肾药治疗,疗效卓著,月余后夜尿转为 1~2 次,阳痿愈,下肢有力,行走数里而不倦,于 6 月 15 日出院。

我们所采用的灸法,基本遵岳老原述,但稍有改进,如原述神阙穴不灸,考虑神阙虽禁针,但灸能振奋中阳,健脾益气,故加用之。本法火壮力宏,确能疗寻常方法难以奏效之痼疾。然操作繁杂,且无明确的适应证,尚有待进一步验证和改进。