

参与维系人体脏腑气机升降出入相对平衡的状态。肺与胃相助为用,肺主气,其肃降为胃之通降之基础;而胃之通降也是肺之肃降之必要条件。

2.2 病理上相互影响:肺与胃以经脉相连,受邪之后,往往通过经脉相互传变,如《素问·咳论》曰:“其寒饮食入胃,从肺脉上至于肺”,张景岳注曰:“肺脉起于中焦,循胃口,上膈属肺,故胃中饮食之寒,从肺脉上于肺”。《伤寒论》的小青龙汤,主治外感风寒、内有停饮,患者除恶寒、发热、身疼痛、喘咳等病变外,尚有干呕等症,寒邪即是通过经脉传及于胃,使胃气上逆而致。

胃为水谷之海,生气之源;肺主气司呼吸,二者一为气之源,一为气之枢,相互配合,完成气的生成与输布,无胃则气无由,无肺则气失所主。肺以肃降为顺,胃以通降为和,二者皆以降为主,若胃气郁滞,失于通降,则可病及肺气,影响肺主治节和肺气宣降功能,而出现肺气郁滞,肺失宣降诸证;胃为六腑之一,“六腑者,传化物而不藏”,以通为顺,以降为和,若肺气失于宣降,则可影响胃气和降,而出现肺胃气逆之候。另外,肺主肃降,通调水道;胃主受纳,化生津液,二者又共同主司津液的生成与输布,然痰湿的形成,多因气与水湿。胃为化源,肺主布津,若胃能和降而不上逆,肺气自可通调肃降水津;反之,胃失和降,则肺不布津,必致水湿停滞胃中而为痰为饮,复可上逆壅肺而为咳变。

总之,任何邪气引起胃失通降者都可影响肺的肃降功能,严重者可致肺气上逆而发生咳喘,临床也常见到有暖气、呕吐、泛酸的患者伴有咳喘等肺部症状,现代研究也证明,反流性食管病与咳嗽、哮喘、呼吸暂停综合征密切相关;肺气失于宣降,则可影响胃气和降,普遍认为,支气管哮喘并胃食管反流(GER)发生率远较正常人高,在临床上胃食管反流与支气管哮喘总是互为因果,形成恶性循环。

3 在治疗上应注重肺胃同治,肃肺降胃

胃食管反流并支气管哮喘其中心环节是气机升降失调。肺主宣降,以肃降为顺;胃以通为顺,以降为和,肺之肃降对胃之通降有直接的促进作用,肺胃一气相贯,肺气肃降有权,则胃气也源流而下,若肺不肃降,则可影响胃失和降,在临床上除咳嗽外,还可见痞满、呕吐、呃逆等症;若胃气郁滞,失于通降,也可病及肺气,而导致肺气上逆而咳喘。肺气不断肃降,还可使上焦水液不断下输,下至膀胱而使小便通利;若肺不肃降,胃失和降,水液停留于肺胃,随热化痰,随寒化饮,痰阻气滞,气郁化火,皆可成因,故治疗上需肃肺和胃,肺胃同治,重在调畅脏腑气机,使“上焦得通,津液得下,胃气因和”。

“肺与大肠相表里”,大肠的传导变化是胃降浊功能的延伸。大肠司职传导,听命于肺所主的五脏六腑之气的驱使,肺气肃降,胃气和降,则大肠传导正常;反之,若大肠摄泌失常,传导失职,腑气不通,也可引起肺胃之气功能失常,导致喘息难以平卧、痞满、呃逆诸症。故在治疗中适时通腑导下,肺胃肠同治不仅可使大肠通降之性顺达,而且可使壅遏之肺气、胃气随之而平。

在药物选择上可选用紫苏子、紫苏梗或紫苏子、紫苏梗同用,重者可用旋覆花、赭石类。紫苏梗能使郁滞上下宣行,凡顺气诸品惟此纯良,而紫苏子下气消痰,二者合用宽中理气、降逆行痰,因势利导,使气顺痰消,肺胃之气宣畅;旋覆花肃肺降胃,豁痰逐饮,有“诸花皆升,旋覆独降”之说,其轻灵散结,宣通窒塞,化痰降气;佐以赭石,则消痰下气、重镇降逆之力颇宏。通腑可选用枳壳(或枳实)、瓜蒌、大黄;或多选用《温病条辨》的宣白承气汤为主方以肺肠同治,瓜蒌清热宣肺、化痰通腑,其性味甘寒,即能清上焦之积热,又可化痰浊胶黏,而且能润燥滑肠,配枳壳(实)行气化痰,散结消痞,使气下则痰喘止,气行则痞胀消,气利则腑实除。临床在此基础上,谨守病机,适时加减,兼脾虚可配合党参、白术、茯苓、半夏、陈皮等益气健脾;兼肝郁可配柴胡、白芍、枳壳疏肝理气、调畅气机;兼痰阻,可配半夏、竹茹、陈皮降逆化痰、和胃止呕;兼瘀结,可配合三七、蒲公英等活血解毒。胃食管反流以肺胃同治为主,用药随证变通,通降适宜,攻补得当,再配合对患者适当的健康教育,往往能取得较好的临床疗效。

四逆散加味治疗反流性食管炎

广西壮族自治区钦州市中医院内一科(535000)

龙建新

反流性食管炎可与中医之“胃脘痛、吞酸、反胃、呃逆”等相对应,病因多以脾胃虚弱、肝胃不和多见。笔者运用四逆散加味治疗反流性食管炎属肝胃不和型,疗效较为满意。根据其具体临床表现可兼见气滞、火郁、血瘀等不同,举例介绍如下。

气滞型:痛则牵引两胁游走不定,胸闷不舒,吞酸欲吐,脉弦。黄某某,男,60岁,退休工人。间歇性胸脘部疼痛20余年。常因七情所伤或劳累所致而反复发作。症见阵发性胸脘部疼痛,牵引两胁,游走不定,喜按。身恶寒,口淡无味,不思饮食,时呕清涎或苦水,暖气吞酸,小便黄,舌质淡,苔薄黄,脉弦紧。胃镜检查示:食管中下段黏膜充血,水肿,有条状糜烂,诊为反流性食管炎。此为肝气郁结,气机不畅,则暖气吞酸,胃气上

(下转第831页)

乃因病毒之邪乘虚而入,伏于血络,内舍于营,其初发症状类似于外感温热症状,而后长期处于稳定状态,日久逐渐正不胜邪,邪毒自内发于外,则见发热、周身肌肉关节酸楚疼痛、皮肤瘙痒、斑疹、疱疹、溃疡、传染性疣等;邪阻脾胃,则见纳差、恶心呕吐、腹泻,日久可致体重减少;毒邪壅肺,则见身热、盗汗、咳喘,低热日久可见大肉陷下,形体消瘦;邪犯心系,则见胸痛、心悸、气短,邪中心包可致昏厥;邪注于肝肾,则见腰膝酸软、抽搐、尿浊等症。因此,根据以上诸多证候,再加上该病蔓延速度,当属于中医“伏气温疫”的范畴。此与一般瘟疫病不同,未有卫气营血之传变,而是邪毒直入血络而伏于营分并可长期处于相对稳定状态。邪毒长期耗伤正气,气血阴阳俱损,变证丛生,并最终因正不胜邪导致正气耗竭。

通过在坦桑尼亚十几年的实践,我们认为中医治疗艾滋病的优势在于着眼于整体,特别是其辨证论治能应对艾滋病错综复杂的临床变化,且依从性好,临床疗效确实,可明显延长患者的生命,提高生存质量。通过中药治疗,23 例患者在治疗 6 个月时症状明显减轻或消失,但 CD₄ 变化不明显,至 12、18 个月时,CD₄ 和体重变化仍不明显,但基本保持稳定,治疗至 30 个月时,CD₄ 与体重均明显升高,可见中药可较快减轻症状,对 CD₄ 疗效平稳而缓慢。尽管已感染 HIV 10 年以上,且有些患者中间时有停药,但 23 例患者的病情基本保持稳定,其中 12 例患者的 CD₄ 仍保持在 400/μl 以上。我们体会中药治疗一段时间后病情稳定时间较长,远期效果较好,有些患者由于条件所限服药中断 1

~3 个月,病情反复时再来治疗还可缓解,且不会产生抗药性。

在治疗过程中我们还发现,尽管有的病例 CD₄ 细胞计数水平很低,经过治疗后,变化不明显,但临床症状基本消失,生存状况良好,因而可以推测 T 细胞的数量水平只是部分反映免疫水平,而 T 细胞功能也是不容忽视的一个重要方面。T 细胞功能主要包括细胞因子的分泌能力以及被正常免疫激活的能力,其重要性日益受到重视。因此,中药是否可改善 T 细胞的功能以及保护正常 T 细胞不被 HIV 感染、促进被感染 T 细胞的凋亡尚有待进一步探讨。

中医治疗艾滋病的研究应本着辨病与辨证相结合、复方治疗与抗 HIV 有效单体相结合的原则,既充分发挥中医学的特色,又要最大限度地利用现代科技手段。令人遗憾的是本组病例报告并无随机对照资料,且由于坦桑尼亚科研条件差,无法进行病毒载量的检测,故本组病例缺乏此方面的分析。但中药治疗艾滋病的实践仍显示出较好的苗头。

参考文献

- Centers for Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition of acquired immunodeficiency syndrome. Council of State and Territorial Epidemiologists, AIDS Program, Center for Infectious Diseases. MMWR, 1987, 36(Suppl 1): 1S~15S.
- Centers for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. JAMA, 1993, 269(4): 460.
- 吕维柏, 吴伯平, 关崇芬, 等. 艾滋病中西医防治学. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 141~169.

(上接第 814 页)

逆则呕吐,胃失和降,肝气不调,故脘痛连胁,病在气分,则痛处游走不定,治宜疏肝理气,方用四逆散加味。处方:柴胡 5g,白芍 10g,枳实 10g,炙甘草 5g,郁金 10g,川楝子 15g,厚朴 10g,香附 10g,3 剂,每日 1 剂,水煎服。复诊脘痛已除,再拟原方调治症状消失。

火郁型:多见病势急迫,心烦易怒,口苦而干,脉弦数。李某某,男,52 岁,工人。症见胸骨后疼痛,痛时如刺,牵引两胁和腰部,饮食欠佳,口干引饮,口苦,小便短赤,大便日二三次,便溏,色黄,舌质红、苔黄,脉弦数。X 线吞钡检查可见食管中下段黏膜粗乱,食管蠕动减弱,胃镜检查示:十二指肠球部溃疡,Hp(+). 此为肝气郁结化火,治宜疏肝理气,佐以清热,方用四逆散加味。处方:柴胡 5g,白芍 10g,枳壳 10g,炙甘草 5g,川楝子 15g,延胡索 10g,黄芩 10g,金银花 15g,茵陈 10g,栀子 10g,3 剂,每日 1 剂,水煎服。复诊症状好转,上方

加石斛续服 1 周诸症消失。

血瘀型:多见痛有定处,食后较甚,或便黑,脉涩。钟某某,女,30 岁,务农。患者素忧郁,于 2001 年 2 月 21 日突然发生胸骨后灼热伴疼痛,喜按,痛时反射至腰背,面色苍白,头晕目眩,胸闷,暖气吞酸,欲呕,口淡,不思食,大便黑色,小便黄,舌质淡、苔薄白,脉细弦。胃镜检查示:食管下段见点状发红,糜烂,诊为反流性食管炎,十二指肠球部溃疡伴糜烂隆起,大便潜血(+)。此证为气血虚弱,津枯燥热,热伤其阴络则便血,加之平日肝气不舒,横逆犯胃,故气滞血瘀而作痛,治以疏肝理气,养血止血,方用四逆散加味。处方:柴胡 5g,枳壳 10g,白芍 10g,炙甘草 50g,川楝子 15g,延胡索 10g,厚朴 10g,香附 10g,当归 10g,煅瓦楞子 15g,海螵蛸 10g,3 剂,每日 1 剂,水煎服。服药后症状减轻,并嘱用当地草药斑鸠花煲瘦肉适量服,续守方出入 10 天后,病情逐渐减轻,大便转黄色,又调治 1 周症状消失。