

许鑫梅治疗胃咽合病经验

杨 同 广

(广州中医药大学附属佛山市中医院, 广东省佛山市亲仁路6号, 528000)

[关键词] 胃咽合病; 经验; 许鑫梅

广州中医药大学许鑫梅教授是第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 从事中医内科临床工作40余载, 对诊治内科杂证颇有见解, 其中对“胃咽合病”的治疗积累了丰富的临床经验。现就导师治疗胃咽合病的经验总结于下。

1 胃咽相关, 合而为病

许教授在多年临床中发现, 有部分慢性胃炎、慢性食道炎、消化性溃疡等疾病的患者伴有咽喉部或胸骨后有梗阻感。即除胃肠道表现外, 患者常诉咽部痒痛、干燥、似有物梗、声音嘶哑、咳嗽、咯痰等症状, 咽部检查呈现咽部黏膜充血、淋巴滤泡增生, 或黏膜萎缩、黏膜下血管显露, 或兼有扁桃体红肿等征象。许教授将这一临床现象称之为“胃咽合病”, 认为其发病机制主要因患者胃内的酸性内容物反流至咽喉部, 腐蚀咽喉黏膜所致; 或者鼻、口、咽喉等局部病灶的细菌或其分泌产生的毒素吞咽入胃, 对胃造成长期反复的刺激而形成胃病; 另外还有不少患者素患咽部疾病, 时常服用抗菌消炎药或各种寒凉中成药后引起或加重胃肠道症状。许教授认为, 脾胃二经循行均经过咽喉部, 且咽喉与胃互相连接, 如《重楼玉钥·喉科总论》说: “咽者, 咽也, 主通利水谷, 为胃之系, 乃胃气之通道也”, 咽与胃在生理和病理上密切相关, 病变互相影响, 临床常须联合治疗, 方获良效。

2 胃咽合病, 过寒过热皆不宜

基于以上认识, 许教授在诊治慢性胃病的时候, 一定同时查看咽部, 认为咽喉部黏膜改变与胃黏膜改变有较大的一致性。一般而言, 咽病性质多属于热, 用药宜凉忌热; 而胃病性质多属于寒, 用药宜温忌寒。如果将咽病、胃病分而治之, 若单用清咽药如金银花、薄荷之类, 则会加重胃痛; 或单用温胃药如附子、干姜之类, 又会加重咽痛。因此, 必须把咽病、胃病合而治之。许教授在临床上喜用木蝴蝶、桔梗、牛蒡子、蝉蜕、胖大海、土牛膝、诃子、岗梅、火炭母等不刺激胃的利咽药。对慢性萎缩性胃炎合并咽痛者, 咽部黏膜萎缩, 黏膜下血管显露, 干而少津, 多见于胃阴虚证, 常选用益胃汤、沙参

麦冬汤加减, 宜加用岗梅、玄参、木蝴蝶。慢性浅表性胃炎胃黏膜糜烂, 伴食管反流者, 咽部黏膜明显充血、糜烂, 多因胃酸反流所致, 常见于肝胃郁热证、肝郁气滞证, 可选用柴胡疏肝散合左金丸, 宜加用桔梗、牛蒡子、蝉蜕。慢性浅表性胃炎胃脘胀满, 嗳气反酸反复发作, 病程长者, 多见咽黏膜色暗肥厚, 滤泡增生, 辨证多属脾胃不运, 方用四君子汤、半夏泻心汤加减, 宜选加法半夏、浙贝母、岗梅。咽部黏膜增厚, 附有痰涎样黏液, 伴有鼻塞, 肺窍不通者, 宜选加辛夷、射干。按照咽胃合治法治疗, 不仅可以缓解胃痛症状, 而且能清除咽部炎症。临床上曾治疗多例咽痛咳嗽久治不愈者, 经检查是由于消化性溃疡胃酸反流所致, 溃疡病治愈后, 咽痛咳嗽症状也随之得到缓解。

3 上下兼顾, 辨大便治胃咽

许教授根据中医整体观念, 治上不忘顾下。胃咽合病时常与大便失常相互影响。因此, 根据大便情况正确选择治疗“胃咽合病”的药物。咽痛便秘者用诃子、岗梅、火炭母; 咽痛便干者用牛蒡子、木蝴蝶、胖大海、土牛膝。气虚便秘者用党参、黄芪、山药; 气虚便干者用太子参、五爪龙、玉竹。胃热便秘者用黄连、白花蛇舌草; 胃热便干者用黄芩、蒲公英。胃胀便秘者用山楂、神曲; 胃胀便干者用麦芽、鸡内金、莱菔子。腹痛便秘者用木香、乌药、救必应; 腹痛便干者用白芍、枳实、厚朴。睡眠不安便秘者用酸枣仁、五味子; 睡眠不安便干者用柏子仁、夜交藤。这两类治疗胃咽合病的中药, 既能消除胃咽病证, 又能纠正患者大便的异常, 上下兼顾, 可谓一举两得。

4 胃咽合治, 指导调护

许教授发现, 大多胃咽合病的患者, 其发病或者病情反复与不良的生活习惯有关, 故除药物治疗以外, 时常指导患者建立良好的生活习惯, 配合治疗。嘱胃病患者避免进食浓茶、酒类和冰冻饮品及番薯、芋头、马铃薯、莲藕、豆类、花生、肠粉、米粉等食品, 注意劳逸结合, 每天保持7~8小时睡眠时间, 避免急躁和生气。如患慢性鼻炎、咽炎, 不耐天气变化, 易招致外邪侵入而致胃肠疾病发作者, 应多鼓励患者选择适当的体育活动, 增强体质, 避免外邪入侵。

(下转第236页)

根据肝硬化发展的不同阶段,属中医“胁痛”、“积聚”、“臌胀”等范畴,属四大绝症之一^[9]。西医对该病无疗效确切疗法,而中医在这方面显出良好的优势和应用前景^[10~12]。中医认为,肝硬化系因湿热之邪未彻底清除,而至日益胶固,缠绵日久,伤及脏腑气血,导致脏腑气血亏虚。在急慢性肝炎阶段,多为湿热困脾。脾困日久,运化失职,转输无权,正气亏耗,则脾气虚衰,正气不行,浊气不化,瘀血内生,瘀浊凝聚胶结。肝宁方中黄芪、白术、白芍、当归健脾益气、兼以养血;鳖甲、泽兰、葫芦茶、猛老虎活血化瘀通络,兼以利水。全方攻补兼施,扶正祛邪,以健脾益气,祛瘀通络为主,兼以清热解毒。方中葫芦茶为广西壮药,具有消滞利水的作用,猛老虎为广西瑶药,具有散瘀消肿作用,均是广西民间医师治疗急慢性肝炎、肝硬化的常用药。

关于肝硬化时门脉高压的形成,长期以来有两种不同的学说,即“后向血流”学说和“前向血流”学说。“后向血流”学说认为,门脉压力的主要决定因素是肝脏被动性的结构紊乱、纤维组织的收缩牵引与再生结节的压迫、肝内阻力的增高^[13],形成门脉高压。“前向血流”学说认为,门脉高压的始动因子是周边血管扩张,血管阻力降低,平均动脉压降低,内脏血流及心输出量的增加,全身高动力循环综合征(HCS)的形成是门脉高压形成的主要原因。最近的研究表明认为,两种机制在门脉高压形成中均发挥了作用^[14]。本实验研究表明,治疗组治疗后DPV、DSV、PVF、SVF显著下降,提示了肝宁方可以改善门静脉高动力循环综合征,作用于“前向血流”,从而降低门脉压力。治疗组HA、CⅣ含量显著降低,提示了肝宁方可通过改善肝组织的病理结构,减轻肝内阻力,作用于“后向血流”,从而降低门脉压力。

参考文献

[1]Bellis L, Moitinho E, Abraldes JG, et al. Acute propranolol administration effectively decreases portal pressure in patients

with TIPS dysfunction. Gut, 2003, 52(1) :130~133.

- [2]Mullen KD. Interplay of portal pressure, portal perfusion and hepatic arterial inflow in modulating expression of hepatic encephalopathy in patients with spontaneous or artificially created portosystemic shunts. Indian J Gastroenterol, 2003, 22(Suppl 2) :25~27.
- [3]邓鑫,梁健,李益忠,等.肝宁方对肝硬化大鼠氧化损伤的保护作用.中国中西医结合消化杂志,2007,15(2) :102~104.
- [4]邓鑫,梁健,李益忠,等.肝宁方对肝硬化门脉高压的抑制作用.辽宁中医药大学学报,2007,9(10) :180~181.
- [5]中华医学会传染病与寄生虫病学分会肝病学分会联合修订.病毒性肝炎防治方案.中华肝病杂志,2000,8(6) :324~329.
- [6]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,1993:143.
- [7]Bruha R, Petrtyl J, Urbanek P, et al. Long term pharmacological treatment of portal hypertension. Cas Lek Cesk, 2005, 144(Suppl 1) :63~66.
- [8]Hassoun Z, Pomier-Layrargues G. The transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the treatment of portal hypertension. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2004, 16(1) :1~4.
- [9]张志明.肝硬化与瘀血的内在关系考释.中医药学刊,2002,20(6) :772~773.
- [10]董昌将.中药内服外敷治疗肝硬化腹水38例.浙江中医杂志,2006,41(6) :331.
- [11]姚勇.益气活血解毒法治疗乙型肝炎肝硬化32例.北京中医药大学学报(中医临床版),2006,13(3) :19~21.
- [12]杨国峰,杨世忠,单金平.散结消胀汤治疗肝硬化腹水临床观察.吉林中医药,2006,26(4) :30.
- [13]Groszmann RJ, Abraldes JG. Portal hypertension: from bedside to bench. J Clin Gastroenterol, 2005, 39(4Suppl 2) :125~130.
- [14]Montano-Loza A, Meza-Junco J. Pathogenesis of portal hypertension. Rev Invest Clin, 2005, 57(4) :596~607.

(收稿日期:2007-06-07;修回日期:2007-09-20)

[编辑:叶晨,崔京艳]

(上接第207页)

5 病案举例

肖某,女,45岁,2003年6月13日初诊。主诉:胃脘部胀闷隐痛5年,咽干、异物感3年余。服用西药及清咽利喉等中成药治疗未效,遂求治于许教授。症见上腹部胀闷隐痛,纳食则增,嘈杂,口干口苦,易怒,暖气,无反酸,咽干、异物感,少痰,无咳嗽,大便先干后溏,舌质淡红、苔薄黄,脉弦细。查体:咽部充血,扁桃体不肿大,咽后壁有散在淋巴滤泡增生,发音正常。胃镜病理活检诊断为:慢性胃炎合并轻度不典型增生,Hp(-);间接喉

镜检查未见异常。中医诊断:(1)胃脘痛;(2)喉痹;证属肝脾不和,痰火上炎。西医诊断:(1)慢性胃炎;(2)慢性咽炎。治法:健脾疏肝,化痰降气,佐以利咽。方以健脾疏肝安胃汤加味。处方:太子参、岗梅各30g,白术、茯苓、郁金、浙贝母、木蝴蝶各15g,柴胡、白芍各12g,法半夏、射干各10g,砂仁(后下)、甘草各6g。服7剂后病情开始好转,胃咽症状均消除,咽部黏膜红肿明显消退。再进14剂巩固疗效,6个月后随访未见复发。

(收稿日期:2007-02-25)

[编辑:洪涛]