

吴滇辨治反流性食管炎经验

刘芳 指导:吴滇

(浙江省中西医结合医院, 浙江省杭州市环城东路208号, 310003)

[关键词] 反流性食管炎; 中医药疗法; 名医经验

反流性食管炎(RE)是指胃或肠内容物反流入食管,引起食管下段黏膜炎症,主要症状为胸痛、胸骨后烧灼感、反酸等,可归属于“吐酸”、“胃痛”、“胸痹”、“胃脘痛”等病范畴。浙江省中西医结合医院吴滇主任医师,从事脾胃病40余载,治疗反流性食管炎积累了丰富的临床经验,笔者有幸随师学习,受益匪浅,现总结如下。

1 肝胃不和型

吴老师认为,七情内伤、肝气郁结,是本证发病和复发的重要原因。肝主疏泄,性喜条达,若肝气不舒,则横逆犯胃,胃失和降,则浊气上逆,诸症自生。刘完素在《素问玄机原病式·吐酸》中说:“酸者,肝之味,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚故为酸也”。朱丹溪亦云:“吞酸者,湿热布积于肝,而出于肺胃之间”。认为“吐酸”的病理机制为肝胃不和,肝气上扰,阻于咽喉胸膈,郁而从阳化热为酸。临床表现为烧心、胸骨后或心窝疼痛,反酸、嗳气,两胁疼痛,胸脘痞满,当情志不畅时症状加重,舌苔薄,脉弦或细弦。治以疏肝理气、和胃降逆,主方以柴胡疏肝散加减。若吞酸明显可加左金丸;郁热太甚加黄连、龙胆草、牡丹皮、栀子;胸痛甚加郁金;便秘加生大黄、枳实。此外,吴老特别强调,在本型治疗中注意有无郁火、阴伤或气虚的表现,用药应轻重有别,不可香燥苦温太过,以免劫伤肝胃之阴,以致胃失润降,而加重病情。

例1:患者,男,58岁,2007年12月初诊。主诉胸胁胀痛,吞酸嗳气2个月余。曾于2007年10月在当地医院做食管及胃镜检查显示为慢性浅表性胃炎伴糜烂,胃窦为主,反流性食管炎,Ⅰ级。幽门螺旋杆菌(Hp)阴性。此次就诊,食管内镜见食管中下段黏膜见有点状充血,食管下段黏膜并见有斑块状红色糜烂。兼有胸骨后灼热闷痛,心情郁闷,情绪变化则病情加重,小便黄,口干,大便不畅,舌质红、苔黄,脉弦。证属肝胃不和、胃气上逆,治宜疏肝理气,和胃降逆。处方:柴胡(炒)、香附(制)、郁金、川楝子、当归、白芍、延胡索(炒)、九香虫、厚朴、黄芩、蒲公英各10g,甘草5g,7剂。二诊:上方去九

香虫,加黄连3g、吴茱萸3g、瓦楞子(煅)10g,14剂后胀痛吞酸明显减轻,续服旬日而愈,随访1年未复发。2009年1月电子胃镜及食管内镜复查提示:慢性浅表性胃炎,食管黏膜内镜下表现正常,Hp(-)。

2 肝郁化热型

吴老师认为,肝气郁久化热则烦躁易怒,木不疏土则出现胸胁痞满、呕吐、吐酸、嘈杂、嗳气呃逆等症状。胃主通降,以降为顺,少阳枢机不利,肝胆郁火反胃则中焦痞塞不通,发为本病。临床表现为烧心、胸骨或心窝部烧灼样疼痛;反酸、嗳气甚则呕吐;急躁易怒,胁肋胀痛,苔黄或腻,质红脉弦或弦数。治宜疏肝清热,主方以丹栀逍遥散加减。并可加用左金丸,取黄连直折其肝火上炎之势,辅以吴茱萸,取其辛通下达以开郁火,对肝郁化热、胃失和降所致嗳气吞酸、口干口苦、两胁胀痛每每用之而获良效。

例2:患者,男,67岁,2008年9月初诊。主诉剑突下烧灼感半年余。曾于2008年7月在浙江省某医院做食管及胃镜检查,提示为慢性萎缩性胃炎伴糜烂,Hp(+),反流性食管炎,Ⅰ级。食管内镜见下段黏膜见条索状新鲜充血、水肿。胃底及胃体黏膜散在斑块状充血。就诊时胸痛连及胁肋,泛酸嗳气,口干,嘈杂,头面燥热,大便干,舌红、苔黄腻,脉弦数。证属肝郁化热,上犯食管。治宜疏肝和胃,清热降逆。处方:牡丹皮、炒栀子、柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、生地黄、薄荷、丹参、大黄各10g,甘草5g,7剂。二诊时胸骨后灼热见减,大便通畅,上方减丹参、大黄,加黄连3g、吴茱萸3g、白及10g,服14剂诸症明显减轻,宗上方随症加减半年而愈,随访1年,未再复发。2009年3月本院胃食管镜复查提示:慢性浅表性胃炎,食管黏膜内镜下表现正常,Hp(-)。

3 脾虚气滞型

吴老师认为,脾气宜升,胃气宜降。平衡状态下,以升降相因为顺;病理状态下,中焦虚弱,脾不升清,胃气不降,以升降失司为逆。常因饮食失调或烟酒辛辣过度,损伤脾胃则气机升降失常,脾胃被伤,消化功能失常则导致痰湿、湿热壅聚上逆。临床表现为烧心、反酸或吐清水;胃脘隐痛,嗳气则舒,便溏,纳差,舌质淡、苔薄白或腻,脉沉细。治疗原则为健脾理气。代表方为丁香柿蒂汤加味。隋代巢元方《诸病源候论·噎醋候》曰:

"脾胃……不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噫而吞酸,气息醋臭"。提出脾胃虚弱引起不能消化谷物是本病的发病原因。故临诊时吴老师常加用四君子汤或参苓白术散,以健脾理气。

例3:患者,女,64岁,2008年3月初诊。胃脘胀满隐痛1周,兼有食欲减退,便溏,泛酸吐清水,暖气则舒,舌淡,脉沉细。2008年3月浙江某医院食管及胃镜检查提示:胃窦小弯黏膜伴灶性肠化,伴局灶腺体轻度不典型增生,反流性食管炎,Ⅰ级,Hp(-)。食管中下段黏膜见有点状充血、水肿,食管下段黏膜见有斑块状红色糜烂。证属脾虚气滞,邪气上犯。治宜健脾理气,和中降逆。处方:丁香3g,柿蒂20g,太子参15g,白术、茯苓、延胡索、木香、甘草各10g,生姜3g,煨葛根30g,黄连3g。7剂药尽,诸症改善,后以原方去丁香、柿蒂,加吴茱萸5g、白及15g、薏苡仁30g、猫人参30g、香茶菜15g,调治2个月而愈。2009年4月本院食管及胃镜复查提示:慢性浅表性胃炎,食管黏膜内镜下表现正常,Hp(-)。

4 脾寒胃热型

吴老师认为,食管功能为传化物而不藏,以通降为顺,故对食管反流、升降失常,临床表现为烧心、胸骨后或心窝部疼痛;胃中嘈杂、反酸或吐清水;胸中烦闷,大便秘结或时溏,舌质淡红、苔薄黄或薄白,脉略弦或弦细。治宜健脾清热益胃、辛开苦降,代表方为半夏泻心汤化裁。

例4:患者,女,56岁,2008年9月初诊。胸膈痞满,烧心,胸骨后疼痛,遇冷加重2周,兼见嘈杂反酸,口干口苦,肢冷便溏,乏力食少,气短懒言,暖气、纳呆、心烦燥热,口渴,恶心欲呕,舌质淡、苔薄黄,脉弦数。曾于2008年8月本院胃食管镜检查提示:慢性萎缩性胃炎伴糜烂,反流性食管炎,Ⅲ级,Hp(+)。食管镜提示:食管下段黏膜见有斑块状红色糜烂,胃底、胃体及胃窦黏膜广泛充血水肿。证属脾寒胃热,火郁上攻。治宜泄热降火和胃。处方:半夏、黄芩、甘草、木香各10g,太子参、大枣、北沙参各30g,黄连、干姜各3g,7剂。药后痞满消失,大便渐趋成形,原方去木香,加吴茱萸3g、白及15g、蒲公英15g,巩固治疗。坚持服用半年,纳谷已香,烧心、心窝部疼痛缓解。于2009年3月本院食管及胃镜复查提示:慢性轻度萎缩性胃炎,食管黏膜内镜下表现正常,Hp(-)。

5 气虚血瘀型

吴老认为,反流性食管炎患者,大多病程较久才求治于中医。病理特点为常寒热虚实错杂,治当虚实兼

顾。久病不愈,则痰浊气血互结胸脘,胃腑通降受阻而发病。瘀血既是致病因素又是病理产物,瘀血阻滞,脉络失和,则气机紊乱,由于瘀血的存在,气血失调而不利食道黏膜的修复,从而延长病程或加重病情。临床多见心窝部有压痛,口干咽燥,气短懒言,神疲乏力,纳差,消瘦,舌质淡紫,脉细涩。病机虽以正气虚馁为本,但多因虚中夹滞,故治疗亦宜通补为要,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。对于气虚血瘀者,治宜益气补血,化瘀散结。代表方为启膈散加减。

例5:患者,女,66岁,2008年7月初诊。胃脘隐痛1个月余,曾于2008年7月浙江省某医院胃镜检查提示:慢性轻度萎缩性胃炎伴轻度肠化,反流性食管炎,Ⅱ级,Hp(-)。食管内镜提示食管中下段黏膜见有条状发红,糜烂,并有非全周性融合。兼见胸骨后刺痛,状如针刺,拒按,口淡无味,纳呆,便溏,神疲乏力,少气懒言,舌淡有瘀斑、苔黄腻,脉涩。证属气虚血瘀。治宜益气活血,和中降逆。处方:黄芪30g,北沙参15g,丹参20g,当归10g,茯苓15g,浙贝母15g,郁金15g,砂仁5g,薄荷6g,蒲公英10g,三棱10g,7剂。二诊:胃痛已减,食欲渐复,去砂仁、三棱,加人参、莪术各10g,猫人参30g、香茶菜15g、薏苡仁30g,治疗6个月,基本痊愈。2008年12月本院食管及胃镜复查提示:慢性轻度萎缩性胃炎,食管黏膜内镜下表现正常,Hp(-)。随访1年余,未见复发。

6 体会

吴老认为,本病多因情志不畅,气机郁结,或饮食不节,积湿成痰,或过食辛辣,助热生火,导致气滞、痰凝、热郁互相交阻。病变初起以实证为主,病久耗津伤气。病位虽在食管,但与肝、胆、脾、胃等脏腑密切相关。病性属于本虚标实。初期以标实为主,即气郁、痰阻、血瘀、热结,后期以本虚为主或虚中夹实,即气虚阴亏。病机以肝胃不和,脾胃升降失调,胃气上逆,痰、气、火、食、瘀互结于食管为关键,故治疗的基本原则为和胃降逆,常以疏肝和胃、化痰开郁、泻火降逆、行气活血、清胃滋阴、益气健脾等为主要治法。吴老在辨证论治的同时,常酌加旋覆花、赭石、沉香、瓦楞子、乌贼骨等降逆制酸之品,遇重症患者嘱其餐后吞服白及粉、三七粉作用于局部,消肿散瘀、生肌敛疮,促使炎症消退,促进糜烂、溃疡愈合。

(收稿日期:2009-08-26)

[编辑:洪涛]