

翟光诊治胆汁反流性胃炎经验

翟佳滨¹ 李鸿涛^{2*}

(1. 内蒙古医科大学, 内蒙古呼和浩特市金山开发区, 010110; 2. 中国中医科学院中医药信息研究所)

基金项目: 国家教师科研基金“十二五”规划重点课题

* 通讯作者: newdream1013@163.com, (010)64002320

[摘要] 介绍翟光辨治胆汁反流性胃炎经验, 认为本病以脾胃虚弱为本, 肝胆失调为标, 气机升降失调为具体反应, 临床辨治早期当以治标祛邪为主, 兼顾其本, 而治本之策重在健脾养胃, 修复黏膜屏障。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 病机分析; 中医药治疗

内蒙古医科大学翟光教授从事中医内科临床、教学、科研工作 50 余年, 学验俱丰, 现将翟老师诊治胆汁反流性胃炎经验介绍如下。

1 病理变化的标本虚实

1.1 脾虚胃弱当属本病发生的主要原因

本病若发生于胃手术后, 因幽门失去了“定向阀”式的作用, 致使富含胆汁的小肠液反流入胃, 引起胆汁反流性胃炎。从中医角度讲, 这种胃手术过程的伤津耗气, 必然导致脾胃功能受损, 尤其是手术后改变了胃的解剖和有关功能, 严重影响了脾胃气机升降的枢纽作用, 致使脾不升清, 胃不降浊, 且脾升胃降相直为因, 互有影响, 当清气不升, 必然导致浊气不降, 而浊气不降又必然影响清气上升, 故胃手术后幽门的失“定向阀”式的病理变化虽然主要表现为胃主降浊的功能失常, 但无不影响脾主升清的功能发挥。可见胃手术后的这种脾胃功能受损, 脾不升清、胃不降浊的病理改变是促成胆汁反流性胃炎的主要原因。

若从未经胃手术而发为本病者, 其发病前大多先有劳倦过度、饮食不节等损伤脾胃之病史, 亦或平素即属体质较差、脾胃不健之体, 先见虚痞、腹胀之症, 而后由于感邪、情志所伤等诸多因素诱发, 出现呕吐苦水、暖气、嘈杂甚至胃脘部烧灼样疼痛等胆汁反流性胃炎的症状。如此发病特点亦可说明, 脾虚胃弱是引发本病的病理基础, 即最主要的内在原因。此外, 翟老师在临床用药中发现, 补虚健脾方药具有调整胃肠功能的作用, 在肠蠕动亢进时有抑制作用, 张力下降时又有兴奋作用。若把胆汁反流性胃炎所表现的虚痞、腹胀、纳呆、运迟等脾胃不健的临床反应, 与上述结肠功能亢进, 胃张力及蠕动功能低下, 排空时间延长, 胃黏膜屏障作用受损等病理表现相联系, 则不难看出脾胃不健作为胆汁反流性胃炎的病理基础, 确有其现代病理学研究的重要依据。

1.2 肝胆失调则是本病发生的病机关键

翟老师认为, 多数胆汁反流性胃炎的早期发病大都与肝胆失调, 疏泄失常密切相关。即使是胃手术后的一些病例, 其病情表现也常常受情绪影响而发生变化。或表现为情志所伤, 肝郁不疏, 气机失调, 胆胃不和而致胆汁代谢失常, 胆汁非但不能下入肠中发挥其助脾运化之功, 相反逆流入胃, 变为损伤胃黏膜屏障的病邪, 从而引发胃脘部持续性烧灼样疼痛, 呕吐苦水, 暖气, 嘈杂等症。或由于肝郁化热, 肝热移胆, 邪热上攻犯胃, 而并见烦躁易怒, 口干口苦之症。可见胆汁反流性胃炎的这种早期发病情况, 与前人所揭示的“木气郁塞, 而胆病上逆, 木横侵, 土被其贼, 脾不能升, 而胃不能降”的肝胆与脾胃之间相互影响的病理生理变化极相吻合^[1]。若与现代医学认为的植物神经功能失调和幽门括约肌舒缩功能及胃肠功能紊乱相联系, 确有其非常相似的病理含义。

1.3 其病证特点总属本虚标实, 虚实夹杂

综上所述, 胆汁反流性胃炎的发生、发展, 主要涉及脾胃肝胆, 其病证特点, 总属本虚标实, 虚实夹杂。本虚主要表现为脾虚胃弱, 升清降浊功能低下。标实则多见肝郁气滞, 胆胃气逆, 以及由此而导致的郁火上攻, 热毒内蕴, 胃络瘀阻等, 且标本之间常常相互影响, 形成了互为因果的恶性循环, 致使病情缠绵难愈, 甚或发生他变。

2 辨治方药选择

根据胆汁反流性胃炎的发生主要涉及脾胃肝胆, 其病证特点总属本虚标实, 虚实夹杂, 故对于本病的治疗当标本兼顾, 恰当补泻, 注重调整气机升降为总则。

2.1 早期当以治标祛邪为主, 兼顾其本

翟老师对于标实为主的早期病例, 予祛邪治标为主, 组方遣药, 侧重疏肝利胆, 和胃降逆, 清泄湿

浊,化瘀解毒。常以半夏泻心汤、四逆散、左金丸三方组合加减化裁,主选柴胡、枳实、延胡索、川楝子、丹参、莪术等升降并用,气血兼调,着重疏泄肝胆,行气化瘀;黄连、黄芩、半夏、吴茱萸、干姜苦辛相合,寒热互佐,和胃降逆,消痞散结,与上述行气化瘀药相伍,颇有调节植物神经功能紊乱,改善幽门括约肌收缩机能的良好作用;重用蒲公英疮疡圣药,既能消炎解毒,又可化瘀镇痛,性味虽属苦寒,但本品“苦不伤阴,寒不败胃,且有养胃之功”,实为治疗本病之要药。辅以党参、茯苓、甘草、白芍健脾和胃,调中缓急,扶正固本,以防伤正。临床应用体会,本组方药用于发作期病例的治疗,除临床症状可尽快得到缓解外,胃镜复查的病例证实,胆汁反流可以得到有效控制,黏膜炎变亦可明显改善,不过该方不宜久用,否则容易导致苦寒伤胃,香燥损阴,有碍黏膜炎变修复的不良后果。

例1:患者,男,39岁。胃脘疼痛,呕恶反复发作2年余,曾服用多种中西药,收效差。于2001年3月20日来诊。自述因生气后,胃脘灼痛加重,恶心呕吐,吐出黄绿色苦水,口干苦,不欲食,便干,心烦,睡眠不好。舌红、苔黄,脉弦滑数。胃镜检查所见:黏膜潮黄绿色,胃窦黏膜弥漫性充血,散在点状糜烂,幽门开闭频繁,可见胆汁反流。拟方:北柴胡12g,枳实12g,厚朴12g,法半夏10g,竹茹12g,黄连6g,吴茱萸3g,香附12g,白芍12g,蒲公英30g,麦芽12g,白术10g,大黄3g,甘草5g,生姜3片,大枣3枚,12剂水煎服。二诊:诸症明显好转,大便正常,原方去大黄加党参12g,合欢花15g,郁金10g,生姜、大枣为引,继服18剂。三诊时,患者自述除饱食后,胃脘少有胀外,余无不适。做胃镜复查,未见胆汁反流,黏膜充血、糜烂不复存在。继续调治2个月,随访至2012年4月未见复发。

按:本案当属肝郁气滞,胆胃气逆,郁热上犯之证,故组方首选柴胡、枳实、香附疏肝理气,厚朴、半夏、竹茹降逆和胃,左金丸合蒲公英、白芍、大黄可收清解郁热、和血化瘀之效,少佐党参、白术、甘草以扶正健脾养胃,麦芽生用既能和肝又能健胃消食。不难看出,本方之作用体现了早期病例当以治标祛邪为主兼顾其本的治疗原则。

2.2 治本之策重在健脾养胃,修复黏膜屏障

前已述及,脾胃虚弱,升降浊功能低下是胆汁反流性胃炎本虚的主要表现,且虚损的程度常因病情反复发作,或迁延不愈而同趋加重。因此,健脾养胃当贯穿整个治疗过程,只是在不同时期(发作期或缓解期)或不同病理状态下,当有先后主次,轻重缓急的不同。具体说,对于病程较久,脾胃虚弱明显加

重者,必须采取治本为主,兼顾其标的治疗方法。组方配伍必须遵循以补为主,补中兼通及叶天士所谓“补脾之中,必宜疏肝”之要旨。翟老师正是依据这一要旨,主选六君子汤合四逆散加蒲公英、葛根、山药、佛手、香橼、麦芽、鸡内金等组成新方,用于脾胃虚弱而兼见肝郁气滞者,颇有疗效。

例2:患者,男,62岁,2002年1月25日初诊。自述确诊慢性胃炎已10余年,经多方治疗时好时差,近日因劳累情绪不好,胃脘灼痛又发,口干口苦,时有干呕、纳食不香,食后胃脘胀闷,嗳气频作,大便先干后软,眠差,体倦乏力。脉细弱,舌质红,舌苔中有剥脱。查体:消瘦,精神不振,胃脘触痛,肝脾未触及,全身淋巴结未见明显肿大。胃镜检查提示:胆汁反流性胃炎,Hp(++)。拟健脾养胃为主,辅以疏肝利胆之方:党参20g,白术12g,山药15g,白芍15g,石斛15g,麦冬15g,沙参20g,丹参15g,柴胡10g,炒枳壳12g,麦芽20g,鸡内金15g,黄连3g,蒲公英20g,甘草3g,生姜、大枣为引。12剂水煎服。二诊:自述服药无任何不良反应,胃痛、纳食等均明显好转,精神转佳,脉较前有力,剥脱舌苔修复,继以上方加佛手12g、葛根12g,蒲公英加至30g,带药30剂回当地服用。三诊已是2002年3月1日,自述药已服完,诸症明显改善,纳食睡眠均好,体重增加5kg余,胃镜复查所示:浅表性胃炎Hp(-),随访至2012年4月未见复发。

按:对于病程长、体质差、脾胃升降浊功能明显低下的病例,选用补虚健脾治本为主,兼以疏肝利胆之方药,确有调整胃肠功能紊乱,增强胃蠕动,加速胃排空,阻止胆汁反流,保护、修复胃黏膜屏障的良好作用。

3 结语

对于胆汁反流性胃炎的临床辨治,关键是要把握脾胃虚弱为本,肝胆失调为标,气机升降失常为具体反应的发病机理,并以此为指导,遵循标本兼顾,恰当补泻,调整气机升降,强调固护脾胃的治疗总则,采取辛苦相合,寒热互佐,升降并用,气血兼调,补而不峻,泻而忌烈,燥润适宜等有效方药的组合配伍,加减变通。可以说,以此协调有序的辨证、立法、组方、遣药,对于强固胃黏膜屏障,防止胆汁反流,改善全身症状的有效治疗,确能发挥良好作用。

参考文献

- [1] 曾耀明,祝梅君.中西医结合治疗内镜阳性胃食管反流病42例[J].实用中医内科杂志,2007,21(1):54.

(收稿日期:2012-05-30;修回日期:2012-07-15)

[编辑:洪涛]