

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2020. 16. 017

临证心得

从肝脾不调、痰气阻膈论治贲门失弛缓症

独思静, 周斌*

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053

[摘要] 贲门失弛缓症是一种少见病, 严重影响患者生活质量, 目前发病机制尚不明确。本病属中医学“噎膈”“食痹”范畴, 其病因为气、痰、瘀胶结, 阻隔于食道、胃脘所致, 其中肝脾不调、痰气阻膈、腕管狭窄是关键病机, 治疗以调和肝脾为基础, 降气化痰活血以通利腕管, 临床效果良好。

[关键词] 贲门失弛缓症; 痰气阻膈; 腕管狭窄; 调和肝脾; 降气化痰

贲门失弛缓症是一种原发性食管神经肌肉病变所致的食管运动障碍性疾病, 可累及整个胸部食管, 但以食管中下部最为明显, 其主要特征是食管体部缺乏蠕动, 食管下段括约肌高压和对吞咽动作的松弛反应减弱^[1]。其临床表现主要为吞咽困难、胸骨后疼痛、反流、呕吐、体重减轻等。本病是一种少见病, 全球患病率约为 10/100 000, 发病率约为 1/100 000^[2-3]。目前, 本病的发病机制仍不明确, 现代医学治疗主要以缓解由食管下段括约肌高压引起的功能性梗阻为目的, 尚无特效药物, 以介入治疗和手术治疗为主, 有效性、安全性及远期疗效等存在一定的争议^[4]。本病属中医学“噎膈”“食痹”范畴, 基本病因为气、痰、瘀胶结, 阻隔于食道、胃脘所致^[5], 调和肝脾兼降气化痰活血治疗可取得良好疗效, 现将体会总结如下。

1 病名辨析

1.1 噎膈

“膈”之名首见于《黄帝内经》,《素问·阴阳别论篇》云“三阳结, 谓之膈”。《诸病源候论》提出“噎者, 噎塞不通也”, 并将噎膈分为气、忧、食、劳、思五噎和忧、悲、气、寒、热五膈, 指出精神因素对本病影响甚大。后世逐渐将噎与膈并称为噎膈病名, 指吞咽食物哽噎不顺, 饮食难下, 或食而复出。详考之, 噎多指吞咽不顺, 病位偏上; 膈多指膈塞不通, 或食入旋即吐出, 病位偏下。

1.2 食痹

“食痹”之名最早见于《黄帝内经》,《素问·至真要大论篇》云“厥阴之复, ……甚则入脾, 食痹而吐”, 指出其病乃风木气胜, 而土受制, 并以呕吐为主要症状。后世医家对于此病名亦有记载, 如清代李用粹《证治汇补》记载“食痹者, 食已则心下痛, 吐出乃止, 此因胃脘痰饮恶血留滞于中所致, 薤白半夏汤治之”; 沈金鳌《杂病源流犀烛·胃病源流》云“惟肝气相乘为尤甚, ……饮食不下, 膈咽不通, 名曰食痹, 谓食入即痛, 吐出乃止也, 宜肝气犯胃方”, 均特别强调肝气犯胃、胃失和降的病机特点^[6]。

总结以上病名可发现, “噎膈”所论疾病及其病因病机更为系统, 除包含贲门失弛缓症以外, 还包括食管炎、食管癌、贲门癌等疾病。“食痹”与贲门失弛缓症的疾病特点更为相符, 故我们认为两病名均可用之, 但“食痹”更为精确。

2 审察病机

本病病因为气、痰、瘀胶结阻隔于食道、胃脘, 与肝、脾密切相关。然本病起病急, 而食道、胃脘之痰瘀非一日而成, 故本病发病的始动因素和关键病机仍需进一步探讨。追溯古代文献,《素问·通评虚实论篇》曰“隔塞闭绝, 上下不通, 为暴忧之病也”, 明确指出情志因素是本病主要致病因素。《素问·至真要大论篇》记载“厥阴之复, ……甚则入脾, 食痹而吐”, 此虽从五运六气角度指出本病乃风木气胜土受制所致, 但五运六气

* 通讯作者: zbp518@163.com

的根本思想在于天人合一,风木气胜土受制对应人体脏腑关系实则肝郁脾虚,除自然气候影响外,情志不畅为常见病因。《诸病源候论》中五噎之气噎、忧噎、思噎和五膈中忧膈、悲膈、气膈均指出情志因素对本病影响明显。沈金鳌《杂病源流犀烛·胃病源流》云“惟肝气相乘为尤甚,……饮食不下,膈咽不通,名曰食痹”强调了“肝气相乘”为主要诱发和加重因素。叶天士《临证指南医案·噎膈反胃》记载“杨(四七)脉弦而小涩,食入脘痛格拒,……云是郁怒之伤,少火皆变壮火,气滞痰聚日拥,清阳莫展,脘管窄隘,不能食物,噎膈渐至矣,法当苦以降之,辛以通之,佐以利痰清膈,莫以豆蔻沉香劫津可也。”以上从临床症状、病因病机、治法及禁忌进行了详细论述,指出“郁怒”为本病病因,气滞痰聚、脘管窄隘是关键病机,辛通苦降、利痰清膈为主要治法,忌用辛燥之药。

在古代文献论述基础上,结合临床观察,我们认为情志不畅为本病始动因素,肝脾不调是隐匿病机,痰气阻膈是重要病理因素,脘管狭窄是最终结局,故在基本病机基础上,肝脾不调、痰气阻膈、脘管狭窄为本病关键病机。

脾以升为健,胃以降为顺,脾胃为全身气机升降之枢纽;肝主疏泄,调畅全身气机,尤其促进脾胃运化之功能。若长期情志不畅,肝气疏泄失职,横犯脾胃,脾胃虚弱,升降失调,运化无权,气滞不行,痰浊停聚,日久成瘀,久病入络。气滞、痰浊、瘀血内生,相互胶结,结成窠臼,潜伏于内,此为本病发作夙根。再遇暴怒或暴忧,则气结于中,气逆于上,阻隔脘管,脘管狭窄,则上下不通,发为食痹之症。

3 临证思维

本病治疗应详审病因病机,以调和肝脾为治疗之关键,在此基础上降气化痰活血以通利脘管、条达升降,则气顺痰下,瘀血渐消,则食痹之疾无由作矣。

3.1 调和肝脾以斡旋气机

肝与脾的生理联系主要表现在疏泄与运化的互为用。本病首要病因就是情志不畅,继则肝气郁结,脾胃升降失司,呈“土壅木郁”之态,肝脾不调贯穿疾病始终,故调和肝脾为本病的治疗大法,临床常用紫苏梗、茯苓、炒白术、醋柴胡、醋

香附、炒白芍等。紫苏梗辛甘微温,可行气宽中、通调升降;茯苓甘淡,健脾宁心、利水渗湿,炒白术甘苦而温,健脾燥湿,两者合用,共奏健脾益气、燥湿化湿之功,以绝生痰之源;醋柴胡、醋香附辛香入肝,行气解郁、畅达肝气,醋制既可引药入肝经,又可减缓其辛散之性;佐白芍和营养血,又可敛肝,疏肝而不伐肝。诸药合用,可使肝脾调和,脘管气逆渐平,气结渐消,上下得以相通。

3.2 降气化痰活血以通利脘管

本病气、痰、瘀胶结,阻隔于脘管,脘管狭窄,上下不通。胃主通降,通是降的前提,为使胃主通降的功能正常,应先降气化痰活血以通利脘管。临床常用炒枳壳、炒莱菔子、姜半夏、急性子、威灵仙、玉蝴蝶、石见穿、郁金、丹参、降香、砂仁等。炒枳壳、炒莱菔子为通降气机常用药对,助胃通降又不伤正,莱菔子还兼化痰功用;姜半夏燥湿化痰、降逆止呕。急性子、威灵仙、玉蝴蝶、石见穿为化痰散结要药,急性子主降,能入血分,可软化化痰、行瘀降气;威灵仙性善走窜,能行十二经,利气化痰之力强;玉蝴蝶入肺、肝经,性苦、甘,凉,可疏肝和胃、清肺利咽,还可敛疮,可用于肝胃气痛、喉痹、音哑、肺热咳嗽、痈毒创口不敛等;石见穿化痰消膈力宏,再者其性润,无燥热伤津之弊;急性子、威灵仙、玉蝴蝶、石见穿四药合用,共奏化痰行气、开膈利噎之功,乃治疗噎膈之要药。郁金味辛能辛能散,既能活血,又可行气解郁,为“血分之气药”;丹参、降香、砂仁由《时方歌括》中丹参饮化裁而来,理气行滞、活血化瘀,其中檀香性燥有伤阴之弊,故易为降香,且降香活血更专。诸药合用,则气顺痰下,瘀血渐消,以通为先,后降为和。

4 验案举隅

患者,男,60岁,2018年5月4日初诊。主诉:纳食梗阻不适20余年,加重3天。患者20年前因饮食不规律出现纳食梗阻不适,时轻时重,重时滴水不进,轻时能进普食,于当地医院行胃镜检查示:贲门失弛缓症。1998年11月9日行食管贲门肌层切开+胃底折叠术,术后症状明显缓解。后又因情志不畅症状反复发作,仍觉纳食梗阻感。2018年5月1日生气后症状加重,胃镜示:贲门失弛缓症。刻诊:纳食梗阻不适,胃脘部堵塞感,稍纳食后旋即恶心呕吐,偶口干口苦,时有胸闷气

短,平日性急易怒,眠差易醒,小便色黄,大便近 3 日未行。舌暗、边有齿痕、苔黄白相间,脉细弱稍弦。西医诊断:贲门失弛缓症;中医诊断:食痹(脾虚肝郁、痰气阻膈、兼挟血瘀);治法:健脾疏肝,降气化痰活血。处方:紫苏梗 15 g,茯苓 15 g,麸炒白术 15 g,姜半夏 9 g,醋柴胡 10 g,醋香附 12 g,炒白芍 12 g,麸炒枳壳 15 g,炒莱菔子 20 g,急性子 9 g,威灵仙 12 g,玉蝴蝶 12 g,石见穿 12 g,丹参 12 g,降香 12 g,砂仁 6 g(后下),郁金 9 g,合欢皮 9 g,瓜蒌 9 g,薤白 9 g,炙甘草 9 g。7 剂,两日 1 剂,水煎分早晚两次口服。

2018 年 5 月 18 日二诊:诉服上方 1 剂后可进食馒头,现纳食梗阻感及胃脘堵塞感基本已无,咽干,咽部偏左隐隐不适,音哑,剑突下遇冷隐痛,纳眠可,二便调,舌暗、苔薄白微腻偏干,脉细滑。处方以初诊方加高良姜 12 g、炒苦杏仁 9 g(后下)、蜜枇杷叶 20 g,炙甘草改为 12 g。7 剂,两日 1 剂,水煎分早晚两次口服。服用后纳食梗阻感基本已无,咽部不适及剑突下隐痛缓解,随访一年症状无复发。

按语:患者 20 年前因饮食不规律发病,或饥或饱,渐伤脾胃,脾胃损伤后脾不能运化水谷精微而升清,胃不能受纳腐熟水谷而降浊,故痰浊内生。患者平日性急易怒,肝气郁滞,横犯脾胃,升降失常,气滞中焦,运化无权,痰浊内生。气滞、痰浊、瘀血内生,相互胶结,遇本次怒气之犯,气逆于上,阻隔脘管,脘管狭窄,上下不通,发为本病。治疗以调和肝脾、降气化痰活血,初诊处方中

紫苏梗行气宽中、通调升降,茯苓健脾宁心、利水渗湿,麸炒白术健脾燥湿,姜半夏化痰散结,醋柴胡、醋香附疏肝行气,白芍和营养血,炒枳壳、炒莱菔子通气降气,急性子、威灵仙、玉蝴蝶、石见穿化痰行气、开膈利噎,丹参、降香、砂仁理气行滞、活血化瘀,郁金行气解郁,加用瓜蒌、薤白加强通阳散结、行气祛痰之功,合欢皮养心安神。二诊在初诊方基础上加用高良姜温中散寒以缓解剑突下冷痛,考虑咽干音哑为肺津受损,加用炒苦杏仁、蜜枇杷叶润肺降气。后患者痊愈,随访亦无复发,可知患者气顺痰下,瘀血渐消,脾胃渐旺,食痹之疾无由作矣。

参考文献

- [1]赵玉沛,吕毅. 消化系统疾病[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:92-93.
- [2]OMURA N ,KASHIWAGI H ,YANO F ,et al. Reoperations for esophageal achalasia[J]. Surg Today ,2012 ,42 (11) : 1078-1081.
- [3]GAZALA M A ,KHALAILA A ,SHUSSMAN N ,et al. Transesophageal endoscopic myotomy for achalasia: recognizing potential pitfalls before clinical application[J]. Surg Endosc ,2012 ,26(3) : 681-687.
- [4]王爽,刘冰熔. 贲门失弛缓症的研究进展[J]. 世界华人消化杂志 2013 21(1) :75-81.
- [5]吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:208-212.
- [6]周强 朱春洋,张声生. 贲门失弛缓症的中医认识和治疗[J]. 中华中医药杂志,2018 33(10) :4451-4453.

(收稿日期:2019-01-09;修回日期:2020-05-10)

[编辑:侯建春]

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001 年合订本,每本 100 元,2002、2003 年合订本每本 105 元,2004 年合订本 115 元,2005 年合订本 125 元,2007—2010 年合订本每年 140 元。2011 (缺 5、6 期) —2013 年每册 9.80 元,2014 (缺 21 期) —2017 年 (缺 3、5、15、18 期) 每册 15 元,2018 年每册 20 元 (缺 5、7、9 期),2020 年每册 20 元 (缺 7、8 期)。2011—2013 年合订本,每年 4 本,全年 280 元,2014、2015、2016、2017 年合订本(每年 4 本),全年 400 元。2018、2019 年合订本 (4 本),600 元。《中医杂志》2006—2008 年增刊每册 40 元。

以上免费邮寄,如需挂号每件另加 3 元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号,收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信 (zyzgzh) 购买。邮编: 100700,电话: (010) 64089195。