

引用:许亚培,杨倩,李博林,杨铸锋,杨静,龙润,李世济,董笑一,王骁. 杨倩运用启膈散治疗食管癌支架置入术后并发症经验[J]. 湖南中医杂志,2020,36(10):13-14.

杨倩运用启膈散治疗 食管癌支架置入术后并发症经验

许亚培,杨倩,李博林,杨铸锋,杨静,龙润,李世济,董笑一,王骁
(河北省中医院,河北 石家庄,050011)

[摘要] 介绍杨倩教授治疗食管癌支架置入术后并发症的经验。食管支架置入术治疗晚期食管癌的效果良好,可改善患者的吞咽困难症状及营养状况,但常见胸骨后疼痛、异物感及呕吐等术后并发症。杨教授认为本病属于“噎膈”范畴,治疗宜以行气化痰、活血化瘀为主,应用启膈散加减化裁,并佐以滋阴润燥药物,以达润燥解郁、化痰降逆之效,可进一步抑制食管癌细胞生长,促进免疫调节,减少并发症,提高患者生活质量,适合临床推广应用。

[关键词] 食管癌;食管支架置入;术后并发症;启膈散;名医经验;杨倩

[中图分类号] R273.06 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.005

近年来,随着内镜治疗技术的发展及支架形状材质的改善,对于外科手术禁忌证或不能耐受外科手术的食管癌患者,食管支架置入术成为姑息治疗的有效方法,它能够快速解除食管梗阻,重建患者的食管通道,有利于流质或半流质食物通过狭窄部位,改善患者的营养状态,延长患者的生存时间^[1-2]。相较于食管重建手术,具有风险低、创伤小、经济有效等特点。目前临床上常用的是全覆膜自膨胀金属支架,其优势是释放容易,支撑力强,支架表面覆膜,可防止肿瘤组织通过网孔进入食管腔内,避免再次梗阻。同时还有防止胃内食物返流到食管的防返流支架,避免食管炎的发生。

随着食管支架置入术的广泛应用,有关术后并发症的报道逐渐增多^[3-5],最常见的并发症是胸骨后疼痛和异物感。在支架置入的过程中因支架持续扩张压迫肿瘤,刺激食管壁,会引起患者不同程度的胸部持续性胀痛或刺痛,绝大多数患者可在几天或1周后自行缓解^[6],但部分患者往往不能耐受,疼痛时间持久,需要用药物进行干预治疗。杨倩教授认为本病属于“噎膈”范畴,治宜以行气化痰、活血化瘀为主,现将其运用启膈散加减治疗该病的经验介绍如下。

1 病因病机

食管癌支架置入术后常见胸骨后疼痛和异物感等并发症,当属中医学中“噎膈”的范畴。噎,指吞咽时梗塞不顺;孙思邈《备急千金要方·噎塞论》中详细描述了五噎的证候:“气噎者,心悸,上下不通,噎哕不彻,胸胁苦满。”膈,指格拒,食物不能下,下咽即吐。膈之病名,首见于《内经》。《素问·阴阳别论》载:“三阳结,谓之膈。”《证治汇补》曰:“有气滞者,有血瘀者,有火炎者,有痰凝者,有食积者,虽有五种,总归七情之变,由气郁化火,火旺血枯,津液成痰,痰壅而食不化也。”杨教授认为本病病位在食管,属胃气所主,与肝脾关系密切,多与饮食不节、情志不畅、脏腑失调等有关,初期以邪实为主,气结、痰阻、血瘀三者相互作用,随着疾病进展,胃液亏耗,津枯血燥,而成噎膈重症。

2 用药经验

杨教授治疗噎膈,以行气化痰、活血化瘀为主,应用启膈散加减化裁,并佐以滋阴润燥的药物,以达润燥解郁、化痰降逆之效。启膈散出自清代医家程钟龄所著《医学心悟》一书,原方为治疗噎膈而设,为开关之剂,具有润燥降气、开郁化痰的作用,主治噎膈,食物梗噎、下行不顺,或发暖气,或作疼痛,或食入反出等症。方中沙参养阴润燥、清热凉

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(2018017)

第一作者: 许亚培,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中医脾胃病及内镜介入治疗

通讯作者: 杨倩,女,医学硕士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:脾胃肝胆等消化系统疾病的临床诊疗, E-mail:

yang0311qian@126.com

血,能养胃阴而复津液,郁金芳香宣达,为血中之气药,能行气解郁、破瘀凉血,两者共为君药,可滋润干槁之胃脘,调理阻滞之气机;茯苓渗湿化痰、补脾和中、宁心安神,丹参活血化痰、祛瘀生新、清心除烦,川贝母润肺化痰、泄热散结,三药共为臣药,奏益脾和胃、活血化痰之功;砂仁化湿行气,醒脾消食,为佐药;荷叶、浮小麦可醒脾和胃,宣发脾胃之气,两者共为使药。临证加减:若兼血瘀,加桃仁、红花、当归、川芎、赤芍祛瘀散结;若兼痰浊,加广橘红、清半夏、苍术、胆南星祛湿化痰;若兼食积,加莱菔子、麦芽、鸡内金、山药健脾消食;若兼气虚,加党参、黄芪、熟地黄、山茱萸温补脾肾;若兼阴虚,加麦冬、生地黄、玄参、石斛滋阴生津。

3 典型病案

贾某,男,94岁,农民,2018年2月13日初诊。主诉:吞咽困难5个月。患者于2017年10月饮酒后出现吞咽困难,于2017年12月1日就诊当地医院,电子胃镜示:食道距门齿30~36 cm食管右侧壁可见一纵行增生隆起性病变,表面覆污苔,余食管黏膜粗糙,扩张度好。病理检查:鳞状细胞癌。予口服药物化疗(具体用药用量不详),后因患者不能耐受,遂停止化疗,并拒绝放疗及手术。今日为求中西医结合治疗,就诊于我院门诊。现症见:吞咽困难,进少量流食,烧心反酸,恶心呕吐,咳嗽咳痰,痰白量多,气短乏力,活动后加重,纳差,寐安,大便干,两日一行,小便可,舌暗红、苔白腻,脉弦滑。给予雷贝拉唑抑酸护胃,胎盘多肽注射液增强免疫力,瓜藤颗粒口服清热解毒、和胃通络,治疗后病情平稳。2月20日二诊:患者因饮食不慎,再次出现吞咽困难,症状较前加重,考虑患者食管梗阻明显,择期予金属支架置入缓解症状,术前检查血常规:LYMPH 18.8%,MONO $0.65 \times 10^9/L$,RBC $3.46 \times 10^{12}/L$,HGB104 g/L,肿瘤系列:CEA 8.30 ng/ml,CA72-4 12.96 U/ml。生化、术前筛查及凝血五项未见明显异常。食管造影:食道中下段癌(约8 cm)。2月26日行食管支架置入术,术前嘱患者空腹,术中胃镜示:食管距门齿约30~37 cm可见新生物,边缘呈不规则隆起,表面覆秽苔,质地硬、脆,有接触性出血,病变致管腔狭窄,内镜通过有明显阻力,胃镜直视下置入食管支架(南京微创医学科技有限公司,100 mm×18 mm),支架上缘距门齿约28.5 cm,位置满意,撤镜。术后患者胸骨后及剑突下针刺样疼痛,牵及后背,食管有异物感,可耐受,予流食,咳嗽后痰中带暗红色血丝,考虑食管支架置入术后食管壁渗血。予健脾化痰、润燥解郁中药启膈散加减口服,具体方药:丹参10 g,北沙参12 g,郁金10 g,砂仁9 g,茯苓15 g,荷叶10 g,川贝母6 g,仙鹤草12 g,白及6 g,炒鸡内金15 g,山药20 g,焦神曲15 g,白英15 g,浙贝母10 g,炮山甲5 g。7剂,每天1剂,水煎取汁,分2次饭后温服。次日电话随访,痰中

带血症状消失,嘱患者继服中药,1周后复诊。3月5日三诊:患者精神可,胸骨后针刺样隐痛,尚有反酸、烧心,咳嗽、咳痰明显减轻,痰白量少易咳出,气短减轻,纳差不欲食,寐安,大便可,一日一行,小便可。舌红、苔质腻,脉细弱。于上方基础上加海螵蛸15 g以制酸止痛、收敛止血;山药增至30 g以补脾养胃、生津益肺、促进食欲。14剂,每天1剂,水煎取汁,分2次饭后温服。3月19日四诊:患者精神可,胸骨后隐痛症状消失,反酸、烧心好转,口干,干咳,痰少,纳可,寐安,大便可,一日一行,小便可。舌红、苔薄白,脉细弱。上方去砂仁、仙鹤草、白及,加法半夏9 g、麦冬20 g以清养肺胃、降逆下气。患者连续服用中药1个月,以上症状基本好转,可正常饮食,嘱患者规律饮食,禁食肥甘厚味,调节情志,不违随诊。

按语:患者平素饮食不节,嗜酒嗜辣,损伤脾胃,脾虚生湿,湿聚成痰,加之多年丧偶,独居生活,情志不舒,气机郁滞,肝郁乘脾,脾伤则气结,痰气交阻日久而成噎膈。脾胃为后天之本,气血生化之源,脾虚气血生化之源不足而见气短乏力;痰气交阻,而见吞咽困难、咳嗽咳痰,舌脉均为痰气交阻之象。本病病位在食道,与肝脾等脏有关。予中药启膈散加减口服,方中沙参清胃滋燥;砂仁、山药、茯苓健脾益气,郁金、荷叶理气解郁,醒脾和胃,鸡内金、神曲消食和胃,川贝母、浙贝母润肺化痰,丹参活血消瘀,以助散结,白英、山甲软坚散结抗肿瘤,仙鹤草、白及收敛止血,全方共奏健脾化痰、润燥解郁、生肌止血之效。经治疗后反酸、烧心症状依然明显,考虑食管支架置入术后并发症的表现,故予海螵蛸,取自乌贝散之义,以达制酸止痛、收敛止血的功效。四诊中加入麦冬开胃行津以润肺,又在大量甘润剂中少佐辛燥之半夏,全方配伍巧妙,润燥得宜,滋而不膩,燥不伤津,可有效缓解胸骨后疼痛、异物感及呕吐等术后并发症,提高患者生活质量,适合临床应用。

参考文献

- [1] 杨琦,李慧艳,张超,等.晚期食管癌胃镜下食管支架置入术治疗临床观察[J].山西科学学报,2012,43(4):288-290.
- [2] 杜志泉,潘广,许成平.金属内支架在食管癌姑息性治疗中的应用[J].现代消化及介入诊疗,2013,18(2):111-113.
- [3] 杨玲,郝晓雯,李鹏,等.食管良性狭窄金属支架置入术后合并症分析[J].首都医科大学学报,2014,35(5):621-625.
- [4] 雷波.40例晚期食道癌支架置入术后并发症分析[J].辽宁医学院学报,2014,35(4):14-15.
- [5] 杨位轩,刘成,万元春.56例食道支架置入术后并发症分析及防范[J].现代消化及介入诊疗,2013,18(5):327-328.
- [6] 田晓锋,王建红,朱亚芳,等.内镜下射频结合食道支架治疗食管恶性梗阻的临床分析[J].现代肿瘤医学,2010,18(5):923-924.

(收稿日期:2019-12-23)