

引用:於静娴,葛惠男.葛惠男运用中医药治疗 Barrett 食管经验[J].湖南中医杂志,2021,37(10):25-26,43.

葛惠男运用中医药治疗 Barrett 食管经验

於静娴,葛惠男

(南京中医药大学,江苏 南京,210023)

[摘要] 介绍葛惠男教授治疗 Barrett 食管(BE)的经验。葛教授认为,BE 病位在食道,又与肝、脾关系密切,病机关键在于肝胃不和,饮食不节、情志失调、素体脾虚等致肝失疏泄、胃失和降,胃气上逆,挟酸浊上泛,同时又与气滞、痰凝、瘀血阻滞有关。其治疗本病多从肝论治,以疏肝泻热、和胃降逆、活血化瘀通络为治法,标本兼顾,气血同治,把握主次,随证灵活加减,经临床验证,疗效满意。附验案 2 则以资佐证。

[关键词] Barrett 食管;中医药疗法;名医经验;葛惠男

[中图分类号] R259.91 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.008

Barrett 食管(barrett's esophagus, BE)是指食管下段复层鳞状上皮被化生的单层柱状上皮替代的一种病理现象,可伴有或不伴有肠上皮化生^[1]。据报道显示,BE 与 80% 的食管腺癌密切相关,故早期诊断和治疗 BE 对预防食管腺癌有积极意义^[1]。目前现代医学对于 BE 主要采用对症治疗,对于解决近期反流症状疗效尚佳,但远期疗效未得到证实^[2]。葛惠男教授为江苏省名中医,南京中医药大学博士研究生导师,师从吴门医派名中医黄一峰先生,潜心从事脾胃病临床研究近四十载,有其独到的见解,现将葛教授治疗 BE 经验总结成文,以飨同道。

1 审症求因,提炼病机

中医古籍中并无 BE 之病名,鉴于其反酸、烧心、嗝气、嘈杂、胸骨后烧灼疼痛、吞咽困难等临床表现,葛教授认为可将本病归属于中医学“吐酸”“嘈杂”“胃痞”及“噎膈”等范畴,其病因主要有以下几个方面。

1.1 饮食不节 《素问玄机原病式》云:“饮食热则易于酸也。”《伤寒论》云:“胃气有余,噎而吞酸。”现代人饮食不节,恣食辛辣及肥甘厚味之品,且饥饱无度,寒温不适,易损伤脾胃,或饮酒失度,助湿生痰,酿生湿热,中焦郁热,湿浊中阻,使脾胃受纳、升降失常,导致胃气上逆,发为本病。

1.2 情志失调 《临证备要·吞酸》谓:“胃中泛酸,嘈杂有灼热感,多因肝气犯胃。”《诸病源候论·痞噎病诸候》曰:“夫阴阳不和,则三焦隔绝,三焦隔绝,则津液不利,故令气塞不调理也,是以成噎。此由忧悲所致,忧悲则气结,气结则不宜流,使噎。噎者,噎塞不通也。”脾在志为思,思虑过度,则暗耗精血,损伤脾阴。《寿世保元·吞酸》曰:“夫酸者肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也。”肝木曲直,喜条达而恶抑郁,情志不遂,忧思恼怒,使肝失疏泄,气机郁滞,横逆犯胃,胃失和降,浊气上逆,气滞日久则血行不利,瘀血阻滞,脉络不畅,瘀阻食管、胃络,发为本病。

1.3 禀赋不足,脾胃虚弱 《内科摘要》云:“脾胃亏损,吞酸暖腐。”《景岳全书·吞酸》载:“腹满少食,吐涎呕恶,吞酸暖气……病在脾胃。”素体脾虚,禀赋不足者,运化无力,致使湿热内生,胃失和降,气逆于上,且化源缺乏,无力御邪,易被外邪,如滞、湿、痰、瘀等侵袭。现代研究发现,只有 10% 的胃食管反流病患者会发展成 BE^[3]。有研究认为,由于胚胎发育中的部分柱状上皮未能被鳞状上皮完全替代,因此 BE 患者食管下段遗留了胚胎时期的柱状上皮,在一定环境下会发病^[4]。且基因研究已经发现胃的肠化生上皮中一些基因的改变,比如 p53 基因的甲基化、尾型同源框转录因子

基金项目:江苏省名老中医药专家葛惠男传承工作室建设项目(苏中医科教[2019]10号)

第一作者:於静娴,女,2019 级硕士研究生,研究方向:中医内科学(脾胃病方向)

通讯作者:葛惠男,男,医学硕士,主任中医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医内科学(脾胃病方向),E-mail:

Szzyy88@163.com

基因的表达式增加等,均在BE的发病模式中起重要作用^[5]。

葛教授认为本病病位在食道,属胃气所主,又与肝、脾密切相关。本病寒热虚实错杂,病机关键在于肝胃不和,胃失和降,胃气上逆,挟酸浊上泛,而又与脾虚、气滞、痰凝、瘀血阻滞有关。

2 遣方用药,匠心独运

苏州地处江南湿热地带,且苏州人民尤其喜食甜食,故脾胃易生湿热。BE为慢性病,病程较长,并伴有反复、长期的胃食管反流症状,多数患者就诊时症状已反复发展数年甚至数十年,长期的身体不适多有抑郁焦虑,故葛教授治疗本病多从肝论治,借鉴并总结胃食管反流病的治法。由于BE已出现明显的器质改变,且作为食管腺癌的癌前病变,根据肿瘤患者易出现血小板聚集和血液高凝状态的研究结果,故在治疗中要加大活血化瘀力度。综上,葛教授制定疏肝泻热、和胃降逆、活血化瘀通络为BE的基本治疗大法,并自拟方药,药物组成:黄连3g,吴茱萸3g,酒黄芩10g,姜半夏10g,生甘草5g,炒枳壳10g,柴胡6g,五灵脂10g,制地龙20g,煅瓦楞30g。方中黄连苦寒,清热燥湿,泻肝经横逆之火,和胃降逆,伍吴茱萸之辛热,同类相求,引热下行,两药合用,辛开苦降,有燥湿清肝、和胃制酸之功效。黄芩苦寒清热,姜半夏辛散降逆,两药参合,一寒一温,辛开苦降,以顺其阴阳之性而调和阴阳,清热泻火、和胃止酸,且止呕甚妙。柴胡、枳壳疏肝理气;五灵脂活血散瘀,制地龙破血消癥,根据现代药理研究,地龙在食管癌方面有显著的抗肿瘤作用^[6],煅瓦楞抑酸和胃,生甘草调和诸药。

3 典型病案

案1 王某,女,55岁,2019年10月8日初诊。主诉:上腹部疼痛反复发作2年余,疼痛连及胸骨后,加重半年且伴反酸烧心。患者2年前无明显诱因下出现经常性胃脘灼痛,反酸偶作,服用“奥美拉唑”及其他抑酸药后症状缓解。半年前因食辛辣刺激食物后复发。2018年8月3日行胃镜检查见:E-G线模糊,其上散在0.3~0.6cm橘红色岛状黏膜。胃镜诊断:1)BE;2)慢性浅表性胃炎伴胆汁反流。刻下:胃脘部隐痛,饥饱皆然,口干口苦,反酸烧心,时有嗝气,大便燥结,2~3日一行,纳寐一般。舌暗红、苔薄黄腻,脉弦。辨证属肝胃不和,气滞血瘀;治以疏肝和胃、行气活血。处方:黄连3g,制吴茱萸3g,酒黄芩10g,姜半夏10g,春柴胡6g,炒枳壳10g,生甘草5g,炒白芍10g,川楝子10g,延胡

索20g,生蒲黄10g,五灵脂10g,煅瓦楞30g,制地龙20g,焦六神曲10g。14剂,每天1剂,水煎,分早晚2次温服。10月22日二诊:患者诉服药后疼痛明显减轻,但近几日饥饿时疼痛明显,进食后可缓解。舌暗红、苔薄黄微腻,脉弦细,守前方去酒黄芩,加川桂枝10g、生黄芪15g,继服14剂。11月6日三诊:患者诉服药后症状基本改善,故继服原方14剂。4个月后随访,患者胃脘部疼痛、反酸烧心均未再发,胸骨后亦无明显不适。胃镜复查较前食管散在橘红色岛状黏膜消失。

按语:明代秦景明《病因脉治·内伤吐酸水》谓:“呕吐酸水之因,恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于胃,遂成酸水浸淫之患矣。”本案患者上腹部疼痛,口干口苦,反酸烧心,结合舌苔脉象,辨为肝胃郁热、气滞血瘀证。方加柴胡,与枳壳同用,柴胡主升脾清,枳壳主降胃浊,两者配伍,升降同调。患者疼痛较剧,故以川楝子、延胡索合用,前者行气解郁,后者行气活血止痛,合用善治气滞血瘀诸痛。患者发病时间较长,葛教授言:“久病、痛者,病变部位已达脏腑更深入、细微的络脉系统;血液瘀滞,最易壅塞络脉;络脉受损,不能正常运行气血,也容易产生瘀血,两者可以互为因果。^[7]”故方用五灵脂配生蒲黄活血化瘀、散结止痛。此外,久病脾胃气机阻滞,易成食积,故加焦六神曲健脾消食,助运脾气。

案2 马某,女,35岁,2019年10月19日初诊。主诉:上腹部灼痛不适5个月余。患者于2019年8月行胃镜下见:食管黏膜光滑,E-G线下1cm处可见一橘红色黏膜,0.3~0.4cm。胃镜诊断:慢性浅表性胃炎;BE?2个月前患者因Hp(+)行四联杀菌治疗,服用消炎药后自觉症状加重,疼痛时可牵及后背,疼痛与进食无关,口干口苦,嗝气反酸,食纳一般,近期情绪急躁易怒,大便溏。舌红、苔薄黄,舌下络脉瘀曲,脉细弦。辨证属肝胃郁热,治以清肝和胃。处方:黄连3g,制吴茱萸3g,酒黄芩10g,姜半夏10g,春柴胡6g,炒枳壳10g,生甘草5g,五灵脂10g,煅瓦楞30g,陈皮10g,茯苓20g,干姜6g,厚朴10g,苍术10g,煨木香10g,地龙20g,九香虫6g,沉香曲10g。14剂,每天1剂,水煎,分早晚2次温服。同时嘱患者注意饮食,少食甜食及油腻难消化食物。11月25日二诊:患者诉诸症明显减轻,上腹部无明显不适,但近期夜寐较差,舌红、苔薄白,脉细。守前方加合欢皮10g、酸枣仁20g,继服14剂。12月24日三诊:患者诉服药后症状基本改善,继服14剂。3个月后随访,患者无上腹部疼痛不适、嗝气反酸,纳食可。

显风团,夜间偶有瘙痒,抓后红斑数分钟消退,二便调,眠欠安,舌红、少苔,脉细数。处方:青蒿 10 g,黄柏 10 g,知母 10 g,薏苡仁 15 g,茯苓 10 g,乌梢蛇 6 g,白芍 10 g,熟地黄 10 g,当归 10 g,鸡血藤 15 g,何首乌 10 g,女贞子 20 g,墨旱莲 10 g,牛膝 10 g,合欢皮 10 g。14 剂。4 月 7 日五诊:患者诉无明显风团及瘙痒,纳眠可,二便调。守上方,继服 14 剂而愈。随访 3 个月,未见复发。

按语:本案患者为青年女性,平素体健,病程半年余,口服抗过敏药可控制,但停药后易反复发作,风团鲜红,消退较为迅速,便稀,舌尖红、苔薄白,脉浮数,为风邪客表,卫外失司,邪正交争于皮肤腠理之间而发病。治疗遵循“由表及里,循序渐进”的原则。方中荆芥、防风、浮萍、蝉蜕辛散祛风止痒散邪;野菊花、桑叶清热润肺制燥;乌梅、五味子、黄芩、白术、党参、酸枣仁益气固表扶正;佩兰芳香化湿;蒺藜、地肤子、白鲜皮止痒。二诊瘙痒缓解,发作频率减少,舌红、苔厚,脉滑数,为表邪渐退,湿热困脾之象,去方中解表邪之荆芥、浮萍、蝉蜕,加苍术、厚朴燥湿健脾,金银花、连翘清热以渐向清中焦湿热过渡,使湿与热邪无从裹挟。三诊时风团已少发,仍有红斑,进一步清在里之邪热,方用赤芍、牡丹皮为主以凉血活血,配合白茅根、紫草加强清血热之力,同时以连翘、金银花配以蒲公英、黄芩等清气分热药透热转气,气血两清,再佐当归、生地黄、熟地黄以固前期耗损的阴血,陈皮、白术等固脾胃之本。四诊时夜间偶有瘙痒,寐欠佳,舌淡红、苔少,久病阴分伏热,以青蒿、知母、黄柏退虚热,乌梢

(上接第 26 页)

按语:本案患者为典型的肝胃郁热证,但从患者舌下络脉瘀曲以及大便溏薄可知夹湿夹瘀较上案患者更甚,故方以陈皮、厚朴、木香加强行气之力,茯苓、苍术健脾化湿,沉香曲消滞除胀。现代药理学研究表明,干姜有抑制 Hp、保护胃黏膜、改善微循环及镇静止痛的作用^[8]。九香虫可理气止痛、温中助阳,临床上针对疼痛较甚的患者,葛教授常用本药。

葛教授治疗 BE,重视脾胃升降功能及久病入络,在治疗时注意标本兼顾,气血同治,把握主次,随证灵活加减,故每获良效。

参考文献

[1] 中华医学会消化病学分会. Barrett 食管诊治共识(2011 修订

蛇搜内风,再配熟地黄、白芍、当归加何首乌、鸡血藤等滋阴养血,女贞子、墨旱莲、牛膝补益肝肾,佐以茯苓、薏苡仁淡渗利湿,合欢皮养心安神。至五诊时已无新发风团及瘙痒。

参考文献

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南(2018 版)[J]. 中华皮肤科杂志,2019,52(1):1-5.
- [2] 何强,潘武林,俞志华. 玉屏风散联合卡介菌多糖核酸注射液治疗慢性荨麻疹的临床效果[J]. 中国医药导报,2018,15(35):146-149.
- [3] 夏华. 枸地氯雷他定联合玉屏风颗粒序贯治疗慢性荨麻疹的临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(5):436-438.
- [4] 田梦菲,李文林,杨丽丽,等. 玉屏风散联合第二代抗组胺药对比第二代抗组胺药治疗慢性荨麻疹有效性及安全性的 Meta 分析[J]. 中国药房,2018,29(9):1281-1287.
- [5] 张丽平,云雪林. “治风先治血”在皮肤瘙痒症中的运用[J]. 江西中医药大学学报,2018,30(6):7-9.
- [6] 周宝宽,周探. 治风先治血之皮肤病验案[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(5):17-18.
- [7] 刘雷,郭丽娜,于春磊,等. 白鲜皮化学成分及药理活性研究进展[J]. 中成药,2016,38(12):2657-2665.
- [8] 张明发,沈雅琴. 白鲜皮药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学,2012,9(2):95-99.
- [9] 徐强,赵红,杭秉茜. 蒺藜对迟发型变态反应的抑制作用[J]. 中国药科大学学报,1991(1):12-16.
- [10] 蒋剑平,沈小青,范海珠. 地肤子化学成分及药理活性研究进展[J]. 中华中医药学刊,2011,29(12):2704-2706.

(收稿日期:2020-12-29)

版,重庆)[J]. 中华消化内镜杂志,2011,28(8):421-422.

- [2] 胡蓓宝,田晶晶. 中医药治疗 Barrett 食管研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2018,39(7):89-91.
- [3] 房殿春. Barrett 食管发生机制的研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗,2012,17(2):89-92.
- [4] 李治全,汪忠镐,季峰,等. Barrett 食管与胃食管反流病及食管腺癌的关系[J]. 临床误诊误治,2011,24(11):10-13.
- [5] 李艳梅,苏秉忠. Barrett 食管及食管腺癌的分子生物学研究进展[J]. 现代消化及介入诊疗,2013,18(6):362-364.
- [6] 刘文雅,王曙东. 地龙药理作用研究进展[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(2):282-285.
- [7] 葛惠男. 叶天士络病学说及其在内伤杂病中的应用[J]. 南京中医药大学学报,2016,32(5):409.
- [8] 惠陈敏,唐金婧,唐金涛,等. 干姜及其提取物抗消化性溃疡的研究进展[J]. 吉林医药学院学报,2019,40(3):218-221.

(收稿日期:2020-12-18)