

郭淑云教授治疗贲门失弛缓症验案一则

One case of inspection of treating achalasia by professor GUO Shu-yun

熊 艳

(河南中医学院 2009 级研究生, 河南 郑州, 450008)

中图分类号: R441.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 21-00100-02 证型: IDGA

【摘要】 河南省名中医郭淑云教授行医从教 30 余载, 积累了丰富的临床经验, 师承国医大师李振华教授, 兼收并蓄, 融会贯通, 特别是对消化系统疾病的诊治方面, 形成了自己独特的诊疗经验特色和学术观点, 笔者有幸随诊学习, 受益匪浅, 现将其治疗一则贲门失弛缓症验案经验介绍如下。

【关键词】 贲门失弛缓症; 辨证论治; 中药颗粒; 名医经验

【Abstract】 Professor GUO-Shuyun, henan province, chinese medicine practitioners from teaching more than 30 practice set, accumulated a wealth of clinical experience, modeled after the State Hospital master Professor Li Zhen-hua, eclectic, mastery, particularly for diagnosis and treatment of digestive diseases, formed its own unique experience in the diagnosis and treatment characteristics and academic point of view, I had the honor followed up to learn, benefit, now the treatment of a proven case of achalasia experience described below.

【Keywords】 Achalasia; Diagnosis and treatment; TCM granules; Clinical experience

河南省名中医郭淑云教授行医从教 30 余载, 积累了丰富的临床经验, 师承国医大师李振华教授, 兼收并蓄, 融会贯通, 特别是对消化系统疾病的诊治方面, 形成了自己独特的诊疗经验特色和学术观点, 笔者有幸随诊学习, 受益匪浅, 现将其治疗一则贲门失弛缓症验案经验介绍如下。

患者甲, 男, 48 岁。初诊: 2011 年 5 月 7 日。主诉: 反复吞咽食物困难 20 余年, 加重 2 年。病史: 患者于 1982 年无明显诱因出现吞咽食物困难, 当时未予治疗, 于 1991 年在河南医学院第一附属医院就诊, 食管造影示: 钡剂通过食管时, 见食管下端明显变窄呈鸟嘴样, 其上段食管明显扩张, 诊断为“贲门失弛缓症”, 服用一个月西药后效果欠佳, 具体药物不详。遂于 1996 年至北京协和医院治疗, 服用西药后基本无效, 具体药物不详, 之后未予诊治, 症状一直未见缓解。现患者吞咽困难加重 2 年, 进食后觉胸骨后胀闷不适, 时轻时重, 时有平卧时呕吐隔夜食物, 伴有形瘦神疲。为进一步明确病情, 行电子胃镜检查, 提示: 食管中上段粘膜粗糙, 可见大量食物潴留, 管腔扩张, 近贲门部管腔狭窄, 但内镜能够通过, 血管纹理紊乱, 胃底粘膜光滑, 可见食物潴留, 胃窦粘膜充血水肿, 可见陈旧性出血点, 幽门圆, 开放欠佳。诊断为: ①贲门失弛缓症 ②慢性浅表性胃炎。患者自诉每日只能进食少许半流质食物, 尤其进食固体食物时吞咽不畅, 吞咽一次需饮水一口以助咽下, 遇生气及饮酒后加重, 伴有反酸、烧心症状, 平素不敢多食, 进食后食物上涌, 大便不成形, 每日一次, 眠可。查舌质暗红, 苔薄白, 脉弦。中医诊断: 噎膈 (肝郁气结, 痰滞血瘀) 西医诊断: ①贲门失弛缓症 ②慢性浅表性胃炎。治法: 理气活血, 化痰散瘀。方选: 金铃子散、丹参饮合芍药甘草汤加减。处方: 炒白芍 30g, 炙甘草 10g, 元胡 15g, 川楝子 9g, 乌梅 12g, 丹参 25g, 檀香 5g, 砂仁 5g, 白及 10g, 乌贼骨 15g, 煅瓦楞子 15g, 莪术 10g, 清半夏 10g, 三棱 10g。7 剂, 水煎服。

嘱其情志舒畅, 勿食辛辣刺激食物。二诊: 2011 年 5 月 13 日。反酸、烧心消失, 仍有吞咽困难。调整上述方药, 增加缓急解痉之白芍, 消积之炒二丑用量, 炒白芍增至 35g, 加炒二丑 3g, 7 剂, 水煎服。三诊: 2011 年 5 月 22 日。患者反酸烧心症状未再出现, 吞咽困难缓解不明显, 进食后食物上涌症状好转, 调整治疗思路, 结合辨证治疗之方药, 给予中药颗粒剂以助局部温散, 加用白蔻仁颗粒 1 包 (1g), 厚朴颗粒 1 包 (3g), 沉香颗粒 1 包 (1g) (江阴天江药业有限公司), 嘱患者饭前冲服, 每日 2 次。配合中药守前方 20 剂水煎服。四诊: 2011 年 6 月 14 日。患者诉服上药一周后吞咽困难自觉有所好转, 但仍不太明显, 现连续服用 20 天药物后咽食明显好转, 能够连续进食一个馒头而不依赖开水冲送, 饮食量亦有所增加, 患者症状较前明显好转, 效不更方, 继服上药 7 剂以观疗效。五诊: 2011 年 6 月 22 日。患者进食吞咽明显好转, 未再出现哽噎不适症状, 其余未诉不适, 仍宗前法继服原方 30 剂, 以善其后。嘱患者保持心情舒畅, 调整生活习惯, 随访至今, 未再复发。

1 讨论

贲门失弛缓症是一种食管动力紊乱性疾病, 以食管下端括约肌张力增高, 食管体部正常蠕动消失及食管下端括约肌在吞咽时松弛障碍为特征。其临床表现为吞咽困难, 未消化食物的反流, 胸骨后不适或疼痛, 可伴有体重减轻等。本病的发病率约为 1/10 万, 占食管疾病的 4%~7%, 其病因迄今未明, 病程长, 难以治愈, 长期食管残留食物, 约 2%~7% 可并发食管癌。目前的治疗包括药物、气囊扩张、内镜下注射肉毒杆菌毒素、开放式肌切开术和微创肌切开术等。贲门失弛缓症属于中医“噎膈”的范畴, 《诸病源候论》曰: “噎者, 噎者不通也”,

(下转 102 页)

训合格的护士,选择天枢、支沟、水道、归来、丰隆穴位,热秘加合谷、内庭,气秘加太冲、中脘,虚秘加气海、足三里,冷秘加神阙、关元。每天进行穴位按摩,每天三次,即护士用大拇指交替按摩上述相应穴位,每穴 3~5min,按摩时要求取穴准确,手指略震动,手法由轻到重逐渐用力,以患者感到酸麻沉胀为度^[1]。

1.2.2 每天下午记录病人排便情况

2 结果

两组解除便秘效果比较,结果见表 1。

表 1 两组解除便秘效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
操作组	100	21	54	25	75%
按摩组	100	23	70	7	93%

注:显效是指每天排便一次,有效是指 2~3d 排便一次,无效是指一周内排便一次,显效和有效的总例数计算为总有效率。

3 讨论

老年人年高体衰,脾胃虚寒,气血两虚;过服补品阳盛灼阴;情志不畅,忧愁思虑,气机淤滞而形成便秘。常用泻药排便导致胃肠功能紊乱,而形成习惯性便秘。长期便秘使胃肠蠕动减慢,出现食欲下降,腹胀,腹痛,机体抵抗力下降更易外感风寒,甚至诱发肠梗阻,排便用力过猛诱发心衰,因此,帮助老年患者解除便秘至关重要。

中医认为气机运化不畅,导致脏气不安,脏气不通,脏腑以“通”为顺,腑气通则五脏安^[2]。因此治疗便秘应以理气通

腑,促进胃肠道蠕动为主,按摩组选用上述穴位进行按摩,能有效缓解便秘,明显缩短排便周期。分析如下:天枢、支沟、水道、归来、丰隆穴都属阳明胃经,具有调理脾胃,扶助正气,行滞通腑,生气化血,滋阴通便之功效^[3],合谷、内庭清热和胃通腑;太冲、中脘顺气导滞;气海、足三里益气养血,滋阴温阳;神阙、关元温里散寒通便。宣通三焦气机,三焦之气通畅,肠腑通调,疏通大肠腑气,腑气通则大肠传导功能正常。护士用手法按摩穴位,对肠道产生良性刺激,通过神经、经络的传导反射作用,增强胃肠的蠕动和消化液的分泌^[4]。从而有利于胃肠道内粪便顺利排出。

4 小结

综上所述,穴位按摩能明显缩短排便周期,解除便秘。该方法由于在体表进行,无任何痛苦,患者乐于接受。经过必要的培训后,普通护理人员均能掌握该方法,操作简单,值得在临床工作中推广使用^[5]。

参考文献:

- [1]于爱华,周蟾娟.穴位按摩预防肛肠术后尿潴留效果观察[J].护理学杂志,2003,18(9):689
- [2]刘延英,张玉华,李华君,等.指针护理促进腹部手术后肛门排气的临床研究[J].护理进修杂志,2007,22(1):12-13
- [3]李信群.穴位按摩对剖宫产术后肠蠕动恢复的影响[J].北京中医,2007,26(2):103
- [4]罗才贵,刘明军.实用中医推拿学[M].成都:四川科学技术出版社,2004.25
- [5]侯四方.穴位按摩对腹部手术患者肠蠕动恢复的效果观察[B].2009,6(8):25

编号:EA-11081687(修回:2011-11-09)

(上接 100 页)

中医认为病因主要与饮食不节,七情内伤,久病年老等有关,如《济生方·噎膈》:“倘或寒温失宜,食饮乖度,七情伤感,气神俱扰……结于胸膈,则成膈,气流于咽嗝,则成五噎。”病位在食道,属胃气所主,与肝、脾、肾相关,基本病机为气、痰、瘀交结,阻隔于食道、胃脘而致。本例辨证患者属肝郁气结,痰滞血瘀之证,治疗上主以理气解郁,健脾化痰,活血消瘀之法,使气顺痰消,血行瘀散而病解。患者病情遇情志不调则加重,结合脉弦之象,气郁之象较显,再则噎膈属气机升降失常之病证,因此选用元胡,川楝子以疏调肝气,调畅气机,从而促进脾胃气机升降。《临证指南医案》所谓:“初病在气,久必入血”,方中以丹参饮合三棱、莪术行活血化瘀之效,丹参饮活血祛瘀行气止痛,是为气血并治之良剂,三棱、莪术本为破血之品,导师认为,小量应用活血而不破血,用量多在 10g 以下。方用芍药甘草汤以调和肝脾,缓急止痛,现代研究证明芍药、甘草中的成分有镇痛、抗炎、松弛平滑肌的作用,二药合用后,能显著增强其功用。配合运用清半夏以化痰降逆止呕散结。至此,行气、消瘀、化痰之法悉具,正如《临证指南医案·噎膈反胃》徐灵胎评注:“噎膈之证,必有瘀血、顽痰、

逆气阻胃气,其已成者,百无一治。其未成者,用消痰祛痰降气之药,或可望其通利。”方中乌梅性味酸平,有敛肺涩肠、入肝止血、蚀恶肉、化痔消息肉之功,《本经》云:“去死肌,青黑痣,蚀恶肉。”导师惯于白及、乌贼骨、煅瓦楞三药联用以期中和胃酸,保护粘膜之功。少佐炒二丑以收消痰攻积之效。三诊时患者症状好转不尽明显,噎膈之病,急则治标,缓则治其本,加用中药颗粒剂以促进局部温通,薏仁颗粒理气宽中燥湿,厚朴颗粒行气消积降逆,沉香善于行气止痛,温中止呕,《本草经疏》认为本药“治冷气,逆气,气结,殊为要药。”三种颗粒联合加少量水冲服能更好作用于局部,加强行气降逆力度,配合辨证论治汤药,全方标本兼治,体现导师斡旋升降,消痞散结,行补脾胃,疏畅肝胆,活血化瘀之方法而获良效。

作者简介:

熊艳(1986-),女,河南中医学院 2009 级在读研究生,中医脾胃病方向。

编号:E-11081576(修回:2011-11-09)