

上消化道重建对胃气的影响及其治则探讨

李彤中 李筠青

(河北工程大学临床医学院,河北邯郸 056002)

摘要 胃气上逆是上消化道重建后综合征的主要表现之一,属于中医学“呕吐”范畴,但其病因不属于传统理论而言的外邪、内伤与情志失调、禀赋不足等。针对上消化道重建后经筋痉挛拘急逆行—胃腑拘急痉挛逆行—纳差、呕逆的病机特点,宜采取酸柔甘润、濡筋缓痉、厚土止逆的治疗方法。

关键词 上消化道重建 胃气 呕吐 中医病机 中医药疗法

中图分类号 R223.12 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)12-0041-02

上消化道重建后呕吐一直以来是临床治疗的难点,此时期的病机不属于传统理论而言的外邪与内伤七情等,辨证论治的基础在于对发病的具体分析和探讨。通过回顾文献与整理现代研究,我们认为,上消化道重建术造成胃腑气血津液不足与经筋创伤,改变了“胃气”正常的运行方式,形成术后经筋痉挛拘急逆行—胃腑拘急痉挛逆行—纳差、呕逆,据此应采取酸柔甘润、濡筋缓痉、厚土止逆的治疗方法。

1 胃气的中医经典理论阐述及现代生理学研究

胃气之说首见《内经》。《素问·玉机真脏论》指出“脉弱以滑是有胃气”,《脾胃论》谓“胃气者,谷气也”。中医理论认为,胃主受纳、腐熟水谷,将水谷腐熟为食糜下传,胃腑的主要生理特性也即胃气的主要生理特性是以通以降为顺。《临证指南医案》说“脾宜升则健,胃宜降则和”。胃气不降则“浊气在上,则生嗔胀”,可出现脘腹胀闷或疼痛、便秘等症状,甚则胃气上逆,出现暖气酸腐、恶心、呕吐、呃逆等症,“浊气”在一定意义上可作为胃气的反概念。通降作为胃气运行的正常方式,不通不降则胃气“败乱”而变生浊气,所以浊气其性上逆。

现代生理学研究中,张克勤等^[1]认为,胃气的实质与胆汁、胰液、消化酶的分泌、丢失以及消化功能有关。王德山等^[2]认为中医学所论及的“胃气上逆”的现代医学病理学改变之一是血、脑脊液、脑组织、胃及十二指肠组织中5-HT、5-HIAA的含量明显升高。安红等^[3]认为胃黏膜固有膜与黏膜下层内含淋巴细胞、浆细胞、肥大细胞等,当B淋巴细胞受到抗原(如细菌)刺激时,则转变为浆细胞,产生抗体,以中和、调理抗原,从而保证胃正常的

生理活动。综上所述,现代生理学研究表明胃气的功能涵盖消化酶、壁细胞、胃肠激素的作用及血流动力学、胃肠动力学等方面,胃气也是能够抑制胃肠功能降低,防止胃肠黏膜萎缩,抵抗细菌及内毒素转移,刺激胃肠黏膜更新的一种积极主动的力量。

2 上消化道重建后胃的生理特点

上消化道重建主要包括全胃切除、胃次全切除、远端胃切除、近端胃切除和胰十二指肠切除术等术后重建,严格来说,各种人工重建术无法替代消化道原有复杂的解剖和生理功能^[4]。

全胃切除术后,由于消化道的连续性和完整性被破坏,改变了消化道原有复杂的解剖形态和生理功能,因此影响了食物的消化和吸收。同时,患者会出现反流性食管炎、早期或晚期倾倒综合征、顽固性贫血、消化和吸收不良、腹泻、餐后上腹闷痛、食欲下降等,这些统称为胃切除后综合征。

胃癌根治性手术后的消化道重建外科已经从手术安全、解剖学重建向功能重建方向发展。功能重建的核心就是模拟正常人消化道的解剖形态和生理功能,重建消化道^[5],而预防和治疗胃切除后综合征是上消化道重建的重点研究方向之一。

3 上消化道重建后胃气的特点

中医认为,手术伤胃之气血津液,气血津液不足则胃濡润通降与腐熟功能减弱;胃之腐熟功能减弱不能生化阴血,则失其濡润通降之性从而反其道而行之而为呕恶之症。

上消化道重建后胃受创伤,脾胃受杀伐,其腐熟与和降的功能必然降低,胃失腐熟,不耐水谷,对水谷的质地、数量、生熟等要求会出现不同的变

化;其次,在腐熟能力下降的同时,胃的运动形态会出现与正常状态相反的方式,即胃失和降,胃降浊的运动形态减弱或改变,而表现出“上逆”之态,即使没有呕逆的发生,脘腹胀满、纳谷不香也是因为胃气上逆、浊气未降,可以看作呕逆的“前状态”。

胃体重建后的运动形态为什么会出现与降逆状态相反的运动方式?上消化道建后,胃体或食道部分组织被切除,胃体或食道向上提升与上位食道吻合,胃壁肌肉受牵拉,因此术后胃壁会因受牵拉而处于痉挛状态,失去胃体术前柔顺伸缩、善降止逆的特征。进食后食物又会刺激受损而处于痉挛之态的胃壁,使其痉挛加剧,故食入则吐。化疗药物亦能伤及血脉,对胃肠道又有刺激作用,双重副作用又加重胃体痉挛,在这一病理环节中,术后胃腑气血津液不足,不能濡润滋养胃腑,则胃之经筋失和而成拘急之态。胃腑手术后经筋受创伤,恶变的经筋被切除,相吻合连接的经筋互相牵拉,经筋失去其柔顺降逆的原始运动形态,形成手术后痉挛拘急逆行的状态,故经筋痉挛拘急逆行—胃腑拘急痉挛逆行—纳差、胀满,以至呕逆。

4 上消化道重建后呕逆的治则:酸柔甘润,濡筋缓痉,厚土止逆

《内经》谓“谨和五味,骨正筋柔,气血以流”,故和五味可以柔经筋,气血流则经筋得润而痉挛拘急转为柔顺,故遵循《内经》酸敛甘缓的理论,酸可收敛,以治气血津液耗散滑脱,甘能补能缓,酸甘相合,化阴生津,缓急止痛。且酸能治“脚挛急”,见于芍药甘草汤,此外《霍乱论》中蚕矢汤中以木瓜舒筋以缓挛急、止吐泻,故酸有柔筋之用。《本草求真》言木瓜“于耗损可敛,于筋可舒”;五味子“能敛气滋水,益气生津,强阴濡精,止呕除泻,收耗散之气”;白芍“敛肝之液,收肝之气,而令气不妄行”;乌梅“入肺则收,入肠则涩”;甘草“调和诸药不争,故入和剂则补益,入峻剂则缓正气”,诸酸药合甘草有滋阴、柔润、舒筋、缓急、止痉之效,安抚胃之痉挛,资助胃气下行从而缓解呕逆之症。以酸之味敛津血,以甘之味缓痉挛,故可称之为酸甘柔痉止逆法。(有关临床实验资料正在整理与发表中。)

附木瓜止痉汤(酸柔甘缓,缓痉止逆),处方:木瓜 30g,五味子 20g,乌梅 30g,白芍 30g,山萸肉 30g,乳香 20g,大黄 10g,五灵脂 10g,钩藤 10g,槟榔 30g,莱菔子 30g,半夏 30g,代赭石 20g,吴茱萸 10g,甘草 30g。水煎 400mL,服药方法为代茶温饮(小口呷服,每次约 5mL,每 10min 服用 1 次,每小时约 30mL,每日服完为止,不计呕吐量)。

将中药少量频服之法应用于上消化道重建患者符合法随病立、因人制宜的临床思维。中药少量频服有促进创伤修复,安抚胃之痉挛,资助胃气下行,减弱药物负担等多方面作用^[6],然而轻度呕吐患者代茶饮之法可用,Ⅲ度以上呕吐不能口服药物者如何给药?经皮吸收是现代药理学研究的一个重要方式,与传统中医学外敷法基本类似。清代《理渝骈文》谓“外治之理即内治之理,外治之药亦即内治之药,所异者法耳”,现代研究亦证实腹部热敷具有降低中枢神经系统下行信号对呕吐中枢的刺激、缓解胃肠平滑肌痉挛、促进肛门排气、减轻腹胀等积极作用^[7],所以外敷法是上消化道重建后呕吐不能口服药物的患者容易接受的一个有效给药方式。

5 结语

总之,上消化道重建术后呕吐的病因不属于传统中医理论的外邪与内伤七情等,由于术后胃腑气血津液不足与经筋创伤,经筋失其柔顺降逆的原始运动形态,形成手术后经筋痉挛拘急逆行—胃腑拘急痉挛逆行—纳差、呕逆的病机特点,采用酸柔甘润、濡筋缓痉、厚土止逆的外敷或代茶饮之法有较好的临床疗效。下一步应考虑采用分子生物学的方法研究该治法对胃肠激素、呕吐中枢的影响。

6 参考文献

- [1] 张克勤,任江南.消化系统手术对“胃气”的影响观察.陕西中医函授,1997(3):39
- [2] 王德山,柴继严,单德红,等.胃气上逆病机的分子生物学机制研究.中医药学刊,2003,21(2):243
- [3] 安红,安金.中医“胃气”与现代免疫浅析.吉林中医药,1999(5):7
- [4] 詹文华.上消化道手术后重建与病人生存质量.中国实用外科杂志,2012,32(8):606
- [5] 季加孚,季鑫.胃癌根治术后消化道重建的现状与未来.中国普外基础与临床杂志,2013,20(6):585
- [6] 左晓娜,韩素恒,赵远红应用扶正降逆法治疗围化疗期呕吐经验.陕西中医,2012,33(1):74
- [7] 尹秀芬,尹旭明,谭李军,等.腹部热敷联合饮食干预对肝癌介入术后病人恶心、呕吐的影响.护理研究,2013,27(1):97

第一作者:李彤中(1972-),男,医学硕士,主治医师,从事内科疾病的内病外治临床研究工作。13932080178@163.com

收稿日期:2014-06-27

编辑:韦杭吴宁