葛惠男辨治肠系膜上动脉压迫综合征经验撷菁

丁 早

(南京中医药大学, 江苏南京 210029)

指导: 葛惠男

摘要 葛惠男教授认为, 肠系膜上动脉压迫综合征根据其临床表现, 可归属于中医“呕吐”“胃痛”“痞满”等范畴, 临床上以肝胃不和证型最为多见, 其次为脾胃壅滞, 主要治疗原则为疏肝泻肝、理气化湿、活血化痰, 经临床验证, 疗效满意。附验案2则以佐证。

关键词 肠系膜上动脉压迫综合征; 葛惠男; 中医药疗法; 名医经验

中图分类号 R259.723 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 02-0030-03

葛惠男, 南京中医药大学博士研究生导师, 苏州市中医医院脾胃科学科带头人, 师从全国名老中医黄一峰, 从医数十载, 潜心致力于脾胃病的临床研究, 对脾胃病的辨证治疗有独到的见解。笔者有幸拜师于葛师门下学习, 受益匪浅。

肠系膜上动脉压迫综合征又称良性十二指肠淤滞症, 是由于某种原因导致十二指肠水平部被压迫于肠系膜上动脉与腹主动脉脊柱之间而引起十二指肠近端梗阻的一种疾病。有学者认为此症多见于青少年, 亦有报道其具有家族遗传倾向^[1]。目前临床西医治疗方案分为保守治疗及手术治疗两种, 保守治疗主要是给予禁食、营养支持, 解痉抑酸, 止吐等对症治疗; 手术治疗目前临床多用十二指肠空肠吻合术和Treitz韧带松解术^[2]。但保守治疗存在一定副作用, 疗效不稳定, 易复发。手术治疗存在一定风险及禁忌症。葛师是江苏省名中医, 在临床上运用中医药治疗该病获效满意。现将葛师采用中医药治疗肠系膜上动脉压迫综合征之临床经验介绍如下。

1 肝气犯胃, 治宜疏肝泻肝

中医古籍中无肠系膜上动脉压迫综合征之病名, 鉴于该病患者临床多有上腹胀痛、嗝气、恶心呕吐、大便秘结等临床表现, 葛师根据其多年临床诊治经验同时结合本病的临床表现认为可将其归为“呕吐”“胃痛”“痞满”等范畴。《临证指南医案·肝风》曰:“风木过动, 必犯中宫, 则呕吐不食, 法用泄肝安胃。”《临证指南医案·脱》曰:“肝风乘虚上扰, 气升则呕吐, 气降则大便。”《临证指南医案·呕吐》曰:“呕吐症, 内经与金匱论之详矣, 乃后人但以胃火胃寒痰食气滞立论, 不思胃司纳食, 主乎通降, 其所以不降而上逆呕吐

者, 皆由于肝气冲逆, 阻胃之降而然也。”《医学正传·呕吐》曰:“中焦吐者, 皆从于积, 有阴有阳, 食与气相假为积而痛, 其脉浮而长, 其证或先痛而后吐, 或先吐而后痛, 治法当以毒药去其积, 槟榔、木香行其气。”《医学衷中参西录·论胃气不降治法》曰:“胃气不下行而转上逆, 推其致病之由, 或因性急多怒, 肝胆气逆上干……而胃受肝胆冲气之排挤, 其势不能下行, 转随其排挤之力而上逆。”葛师在临床上治疗肠系膜上动脉压迫综合征时, 集诸家之长, 形成自己的临证经验。葛师认为临床上该病患者以肝胃失和者居多, 患者多由于平素情志欠佳或易怒导致肝气郁结, 甚者肝郁化火, 故在治疗该病时, 首先要从肝论治, 使病来无源。临床上葛师多用龙胆草、吴茱萸、春柴胡之品, 三药均入肝胆经, 合用可共奏疏肝泻肝之效。

2 脾胃壅滞, 治宜理气化湿

肠系膜上动脉压迫综合征, 本病病因临床多为肝气犯胃, 病位主要在胃, 肝气犯胃, 胃失和降, 所以在疏肝泻肝的基础上, 注意恢复胃气下行功能, 六腑以通为顺。此外, 脾胃同属中焦, 胃失和降, 脾胃中焦气机失调, 则脾失健运, 导致脾气虚运化无力, 水湿内停, 痰湿中阻, 脾气虚导致水谷难以正常下行, 故患者会出现腹胀饮食难下。所以在治疗上, 要注重调理脾胃气机, 并稍佐健脾化湿之品。葛师临床上多用枳壳、半夏、广藿香, 三药均入脾胃经, 合用可共奏理气和胃降逆、健脾祛湿化痰之功。对于气机不畅较明显患者, 可酌情加重行气之品, 如木香、槟榔等, 现代医学认为该类物质对胃肠有兴奋作用, 可增加胃肠蠕动^[3]; 若患者脾虚湿盛症状较明显, 可加入薏苡仁、茯苓等健脾渗湿之品。

3 久病必瘀,治宜活血化瘀

葛师治疗该病,除了重视从肝胃论治,还提倡活血化瘀之法。《内经》言:“血能载气,气能行血”,现肝气郁结不畅,脾胃中焦气机失调,升降失衡,则易导致气滞血瘀;另一方面,脾虚湿盛,湿阻气机,亦会导致气滞血瘀。且该病一般病程长,反复发作,符合“久病必瘀”“久痛入络”等理论。葛师受益于《临证指南医案·胃脘痛》之“初病在经,久痛入络”理论,认为胃痛之始,虽系气分受病,然气分日久,未有不伤及血分者,其中胃络瘀阻是其关键^[4]。对于肠系膜上动脉压迫综合征,多是反复发作的慢性病,葛师临床多用五灵脂、乳香、蛭螂虫等活血化瘀、消癥止痛之品,国医大师朱良春就善于用虫类药物攻克疑难杂症,认为蛭螂虫作用于脏器实质,主治以腹部为主,破瘀结,通二便^[5]。

4 临证验方

经过多年临床经验,葛师以疏肝泻肝、理气化湿、活血化瘀为治疗大法,自拟验方用于治疗肠系膜上动脉压迫综合征。方药组成:龙胆草3g,吴茱萸3g,春柴胡6g,广藿香10g,半夏10g,枳壳10g,五灵脂10g,乳香3g,蛭螂虫10g,煅瓦楞子30g。方中龙胆草、吴茱萸、春柴胡均入肝胆经,三药合用,共奏疏肝泻肝之效。其中龙胆草偏疏泄肝胆实火及肝胆湿热;春柴胡偏疏肝解郁;吴茱萸入肝胃二经,既可合春柴胡疏肝解郁,又可制酸止痛,降逆止呕。枳壳理气宽中、行滞消胀,广藿香合半夏化湿祛痰、降逆止呕,三药均入脾胃经,共奏和胃降逆、健脾祛湿之效。五灵脂、乳香、蛭螂虫三药活血化瘀、消癥止痛。并加入煅瓦楞子,该药可消痰化瘀、软坚散结、制酸止痛。一方面可增强五灵脂、乳香、蛭螂虫散瘀止痛作用,一方面可协同半夏增强降逆止呕作用,此外该类患者多有慢性胃病病史,可通过中和胃酸达到止痛效果。全方肝胃同治,气血兼顾,临床疗效显著。

5 病案举隅

案1.马某,男,34岁。2018年9月25日初诊。

患者食后上腹胀痛,不能再食,伴有暖气、恶心想吐10年余。食欲不振,寐可,二便尚可,舌红、苔白腻,舌下络脉紫气隐现,脉弦。胃镜示:慢性胃炎。上消化道造影提示:胃窦部黏膜粗乱,十二指肠球部轻度变形,当站立位时,十二指肠水平段中央出现纵行压迹,钡剂通过受阻,其近段肠管扩张并有逆蠕动,钡剂反流入胃,但偶尔可通过,当卧位时,以上征象均消失。辨证属肝胃失和,气滞血瘀。治以泻肝安胃,行气活血。处方:

龙胆草3g,吴茱萸3g,广藿香10g,半夏10g,煅瓦楞子30g,枳壳10g,五灵脂10g,乳香

3g,春柴胡6g,蛭螂虫10g,沉香曲10g,煅赭石30g,大腹皮10g,鸡内金10g。14剂。日1剂,水煎分2次服。同时嘱患者注意饮食,少食油腻辛辣难消化食物。

10月9日二诊:诉服药后上腹胀痛缓解,恶心呕吐较前好转,食后仍稍感腹胀,稍暖气,舌淡红、苔薄腻,守方加干姜3g。继服14剂。

10月23日三诊:诉服药后病情基本改善,继服14剂。3个月后随访,患者无上腹胀痛,呕心呕吐未再发。

按语:叶天士曾言“肝为起病之源,胃为传病之所”。肝气犯胃则可见胃脘胀痛,暖气,反酸,恶心等临床表现。《沈氏尊生书》曰:“暖气、嘈杂、吞酸、恶心皆火病也。”结合该患者临床表现,属于较典型的肝胃不和证。方用龙胆草、吴茱萸一苦一辛,苦寒以泻火,辛散以解郁,二者合用以泻木。瓦楞子、赭石合用以降胃气,张锡纯曾言:“治胃气不降者,非重用赭石不能奏效也。”脾胃同属中焦,胃易失和降而出现气滞、气逆,脾则易为湿困,患者伴有苔白腻,考虑有湿浊困脾之象,故方用藿香、半夏理气化湿,且半夏兼具降逆止呕之功。枳壳、大腹皮同用,调理脾胃气机。此外,脾胃气滞,脾运失常,易夹有食积,故加用鸡内金消食。患者病程较长,且舌下络脉紫气隐现,方用五灵脂化瘀通络;乳香、沉香曲辛香通络,辛味走窜,使血络瘀滞得行;蛭螂虫通络,虫蚁类药物擅搜剔络中之邪。诸药合用,共奏活血化瘀通络之效。该方肝胃同治,气血兼顾,以恢复脾胃正常生理功能。

案2.闫某,女,55岁。2018年12月7日初诊。

患者进食后腹胀3年余,伴暖气无反酸,恶心想吐,暖气后腹胀稍缓解,口干口苦,大便偏干,纳食少,寐可,舌淡红、苔白腻,脉弦细。胃镜示:慢性胃炎伴胆汁反流。上消化道造影:胃张力中等,黏膜皱襞增粗,胃大小弯未见异常,胃壁柔软,蠕动匀称,未见明显充盈缺损及龛影,幽门管清楚,十二指肠球部充盈完整,未见龛影,十二指肠二、三段较扩张,近脊柱中线处呈刀切样改变,所见空肠黏膜清晰。辨证属肝气郁结,脾胃壅滞。治拟疏肝和胃,理气化湿。处方:

龙胆草3g,吴茱萸3g,广藿香10g,半夏10g,煅瓦楞子30g,枳壳10g,五灵脂10g,乳香3g,春柴胡6g,蛭螂虫10g,佩兰10g,青皮10g,川厚朴10g,木香6g,槟榔10g,薏苡仁30g,茯苓20g。14剂。日1剂,水煎分2次服。同时嘱患者注意饮食,少食油腻辛辣难消化食物。

2018年12月21日二诊:诉服药后上腹胀痛缓解,食后仍稍感腹胀,稍暖气,纳可,无口干口苦,舌淡红、苔薄腻。守方,去厚朴,继服14剂。

孙伟辨治尿道综合征经验管窥

郑敏 夏平

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院肾内科, 江苏南京 210029)

摘要 孙伟教授辨治尿道综合征经验丰富,认为本病病机为本虚标实,本虚以肾虚为主,五脏相关,标实以湿热、瘀血多见。治疗常采用益肾培元、补中益气、辛散宣肺、疏清相合、清心通淋、活血通瘀等方法。附验案1则以佐证。

关键词 尿道综合征;病因病机;辨证论治;孙伟

中图分类号 R269.95 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)02-0032-04

尿道综合征,亦称尿频-排尿困难综合征,是一组以尿频、尿急、尿痛及排尿不适为主要表现的症候群。此病在已婚女性中较常见。在美国,每年有500万患者因该病就诊,英国的发病率在成年女性中可达20%~30%。然而,一项来自土耳其的研究显示,尿道综合征的诊断率仅为15%^[1]。该病发病率高,诊断率低,且症状反复发作,因此,临床须加以重视。

现代医学认为尿道综合征主要与膀胱尿道感染或肌肉痉挛、尿道外口因素、排尿控制功能退化、雌激素缺乏、精神因素等相关^[2]。目前尿道综合征的治

疗通常采用改善尿道平滑肌舒缩障碍、口服雌激素、抗精神抑郁等,但疗效并不显著。近年来,多项临床研究表明中医药治疗本病疗效确切^[3-5]。江苏省中医院孙伟教授专研中西医结合肾病30余载,对尿道综合征治疗颇有心得。孙教授认为,本病主要由于肾虚膀胱热所致,邪热客肾,郁结极甚而气血不能宣通,气不行则小便不畅,血不行则刺涩作痛,故以益肾清利活血法作为治疗尿道综合征之大法,常一举获效。笔者有幸跟师孙教授,现将其辨治尿道综合征之经验介绍如下,以饗同道。

2019年1月4日三诊:诉服药后病情基本改善,继服14剂。3个月后随访,患者无上腹胀痛,无暖气反酸,纳食可。

按语:该患者表现仍为典型的肝胃不和证,但气滞症状较为明显,胃气不能正常通降则大便难下,且该患者伴有胆汁反流。故方中加用木香、槟榔、青皮、川厚朴之品加强行气。此外,川厚朴有下气除满之功,青皮具有消积之效,取六腑以通为用之意。现代药理研究表明,木香、枳壳、柴胡等具有加快胃的排空及小肠的推动作用^[6]。脾胃同属中焦,脾升胃降,相辅相成,故方中加用佩兰、茯苓、薏苡仁等甘淡渗湿之品,以恢复中焦气机升降之功。

6 结语

葛师诊治肠系膜上动脉压迫综合征的经验,充分体现了中医临床诊治脾胃疾病时,要重视气机失常及久病入络,在治疗时注意标本兼顾,气血同治,主次分明,灵活加减,方有疗效。

参考文献

[1] 吴楚添,汤绍辉.肠系膜上动脉压迫综合征的诊疗进展[J].

海南医学,2019,30(3):388.

- [2] 刘勇,罗羽宏.肠系膜上动脉压迫综合征的诊疗进展[J].中国普外基础与临床杂志,2011,18(2):225.
- [3] 张国学.补中益气汤治疗十二指肠淤积症2例[J].实用中医药杂志,2000,16(11):39.
- [4] 满光亮,葛惠男.葛惠男运用益气活血方治疗难治性消化性溃疡经验采撷[J].中国中医急症,2015,24(10):1769.
- [5] 王建伟.蛭螂虫临床应用体会[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(23):175.
- [6] 吕立刚,沙宝瑜.疏肝和胃降逆汤治疗胆汁反流性胃炎40例[J].陕西中医,2005,26(1):27.

第一作者:丁早(1995—),女,硕士研究生,专业为中医内科脾胃病学。

通讯作者:葛惠男,医学硕士,教授,主任中医师,博士研究生导师。szzzy88@163.com

收稿日期:2019-04-28

编辑:傅如海