

李乾构从肝脾论治“喉痹病”临证经验

盖建青 艾建伟 王俊阁

(首都医科大学附属北京中医医院耳鼻喉科, 北京 100010)

【摘要】李乾构教授临证近 50 载, 在脾胃病的治疗上具有深厚的学术造诣, 对于脾胃相关性疾病如食管反流性咽喉炎的治疗上亦有丰富的临证经验。其认为食管反流性咽喉炎的病机多为肝脾同病, 临床证候以肝郁脾虚为主, 治疗以肝脾为中心, 多以四君子汤为基础方进行加减治疗。

【关键词】李乾构; 喉痹病; 肝脾论治; 名医经验

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.02.012

反流性食管炎是一种动力障碍性疾病, 发病率在正常人群中高达 10%, 主要是由食管下段括约肌 (LES) 压力下降导致^[1]。当各种原因导致食管下段括约肌压力下降时, 胃内容物反流到食管, 甚至冲逆而上行至咽喉、口腔、气管等部位, 刺激咽喉黏膜, 导致化学性炎症, 从而出现咽部不适、异物感、慢性咳嗽等咽喉炎症状^[2]。因此, 胃食管反流引起的慢性咽喉炎, 也被称作食管反流性咽喉炎。随着对胃食管反流病的认识以及诊断方法的进步, 越来越多的食管反流性咽喉炎被确诊^[3]。目前, 西医治疗食管反流性咽喉炎的药物包括抑酸剂^[4] (质子泵抑制剂奥美拉唑、H₂受体阻滞剂雷尼替丁)、抗酸剂、促动力药^[5], 但临床疗效不尽人意。

慢性咽喉炎属中医学“喉痹病”范畴, 常见分型有虚火喉痹、阴虚喉痹、阳虚喉痹、格阳喉痹等。中医治疗“喉痹病”有悠久的历史和良好的疗效。李乾构教授为首都国医名师; 从事临床教学科研工作近 50 年, 使用古今方药治疗脾胃系统疾病, 积累了宝贵的经验, 李乾构教授从脾胃论治食管反流性咽喉炎疗效显著。现将李乾构教授经验总结如下。

1 病机多为肝脾同病

反流性食管炎是胃及十二指肠内容物 (胃酸、胃蛋白酶、胆汁等) 反流食管引起食管黏膜充血、水肿, 糜烂等炎性改变; 临床症状包括胃脘疼痛、胃脘痞满、反酸、烧心、嘈杂或咽喉不利、咽喉异物感、胸骨后不舒等症状。李乾构教授认为食管反流性咽喉炎病因包括外感内伤、饮食不调、情志不爽、劳倦过度及他脏病变等; 病位在脾、胃、肠,

涉及肝、肾等多个脏腑; 病机主要是脾运化失司、升降失调, 而肝失疏泄, 调达气机功能失常^[6]。

李乾构教授主张“善治胃者, 不治胃而治巧也”, 强调治疗脾胃病重点虽然在脾胃, 但调和其与肝脏关系尤为显著^[7]。李教授认为, 食管反流性咽喉炎和情志不爽相关, 其病机多以气郁、气滞、气逆为主, 多兼有痰湿内阻, 尤其注重治肝。肝脏的主要生理功能为主疏泄和主藏血, 脾脏在功能上主运化和统血, 脾的运化与肝的疏泄相互为用、脾统血与肝藏血相互协调。李乾构教授认为肝脾不和, 相互影响, 多数脾胃病属于二者同病。肝出现病变时常影响脾胃功能, 多见“肝脾不和”或“肝气乘脾”, 临床多表现为胸胁胀满、腹痛腹胀、大便不畅、情绪失调等诸多症状; 若引起脾气不升, 浊气不降, 则可出现肠鸣腹胀、腹泻便溏等诸多症状。同时, 肝喜条达恶抑郁, 肝气升发、条达有度、气机畅顺, 才能维持机体正常生理功能。肝病则脾、胃、胆府皆受其害, 气机失调, 升降失常, 不降反升, 胃气上逆, 则见反酸、嘈杂烧心、胸闷等不适。李乾构教授认为此类食管反流性咽喉炎病位主要在食管, 上可及咽喉, 下连及脘腹, 食管属脾络胃, 联系肝胆, 故临床表现为以脾胃症状为主。

2 治以补气健脾、降逆和酸为主

李乾构教授在其主编的《实用中医消化病学》^[7]中将反流性食管炎分为 5 个证候: (1) 肝胃郁热证: 肝胃郁热证是指肝气郁结, 胃气失和, 导致胃肠功能紊乱, 食管内胃酸反流; 病机为肝胃气滞, 热毒内蕴; (2) 胆热犯胃证: 胆热犯胃

作者简介:盖建青, 男, 59 岁, 大学本科, 主任医师。研究方向: 鼻内镜外科技术治疗鼻窦炎、鼻息肉、鼻中隔偏曲, 支撑喉镜微创手术治疗喉部疾病。

引用格式:盖建青, 艾建伟, 王俊阁. 李乾构从肝脾论治“喉痹病”临证经验[J]. 北京中医药, 2024, 43(2): 170-171.

证是指胆汁反流入胃,胆热上逆,刺激食管黏膜,引起反流性食管炎;病机主要为胆汁淤积,胆热上逆;(3)中虚气逆证:中虚气逆证是指脾胃虚弱,气机不畅,导致食管括约肌功能减弱,胃气上逆,引起反流性食管炎。病机主要为脾胃虚弱,气机不畅;(4)气郁痰阻证:气郁痰阻证是指情志不畅,气机郁滞,痰湿内生,导致食管括约肌功能减弱,胃气上逆,引起反流性食管炎;病机主要为气机郁滞,痰湿内生;(5)瘀血阻络证:瘀血阻络证是指气血循环不畅,瘀血内停,导致食管黏膜缺血缺氧,引起反流性食管炎;病机为气血循环不畅,瘀血内停。

基于“四季脾旺不受邪”理论,李教授认为治疗食管反流性咽喉炎首先要固本,固本首要健脾,临证多以四君子汤为主方进行加减,方中人参、白术、茯苓、甘草四药配合健脾益气。临证亦根据患者个体差异和寒热症状加以化裁,如人参可改用作用相同的党参,难辨寒热时改用太子参,口干舌燥者改用北沙参,大便干燥者改为玄参等。兼有肝胃不和证加柴胡疏肝散;兼有肝胃郁热证加丹桅逍遥散;兼有脾胃虚寒证加黄芪建中汤;兼有胃阴不足证加一贯煎;兼有气郁痰热证加五磨饮子;兼有气滞血瘀证加血府逐瘀汤;兼有脾虚痰阻证加参苓白术散;兼吐酸加乌贼骨、煅牡蛎以抑酸和胃;兼暖气加旋覆花、代赭石以顺气降逆;兼心烦易怒加合欢皮、栀子以安神除烦;兼胸骨后或剑突下灼热加黄连、吴茱萸以和胃清热,疼痛较重加川楝子、延胡索以行气止痛;兼腹胀便秘加槟榔、大黄以通便消胀;兼胸膈满闷加瓜蒌、薤白以宽胸顺气;兼纳呆便溏者加苍术、焦三仙以健脾和胃;兼手足不温加干姜、桂枝以温补脾阳;兼口舌干燥加麦冬、玉竹以生津润燥;兼阴虚内热加知母、黄柏以滋阴清热。

3 病案举例

患者,女,45岁,2009年7月6日就诊。主诉:反酸烧心反食,咽部不适1年,加重1个月。现病史:患者近1年来反酸烧心反食反复发作,喝粥后加重,时有胸骨后痛。未规律诊治,刻下症见:反酸烧心,胃胀,咽喉干燥、咽痛、异物感,

早饱暖气,无恶心呕吐,纳可,二便调,平时急躁易怒。舌淡红,苔薄白,脉细弦。2009年6月26日电子胃镜检查结果:反流性食管炎。西医诊断:食管反流性咽喉炎;中医诊断:喉痹,肝胃不和证。治法:疏肝理气、和胃降逆;方药:党参10g,生白术10g,茯苓15g,甘草10g,柴胡10g,白芍15g,延胡索15g,枳壳10g,旋覆花10g,生赭石10g,黄连3g,吴茱萸3g,降香10g,乌贼骨15g,煅牡蛎30g,黄芩10g。7剂,1剂/d,水煎300mL,早晚餐后2h温服。

2009年7月14日二诊:患者服上方7剂后反酸、烧心、胃胀程度减轻,咽部不适减轻,反食及胸骨后疼痛基本消失,苔薄白,脉细弦。上方加陈皮10g、清半夏9g。7剂,煎服法同前。

2009年7月22日三诊:服药后患者诸症消失,予复方陈香胃片继服1个月,巩固疗效。

4 小结

李乾构教授认为,食管反流性咽喉炎的发病机制主要是肝脾同病,从肝脾论治在喉痹病的治疗上取得了良好的成效,注重从根本原因入手,调理肝脾气血,改善免疫功能,为中医药治疗喉痹病提供了重要的思路和指导。

参考文献

- [1] 李乾构. 胃食管反流病的诊疗思路[C]//中华中医药学会脾胃病分会.第二十三次全国脾胃病学术交流会论文汇编.2011:3.
- [2] 王云,马鹏,刘涛.慢性咽炎合并不典型反流性食管炎的临床诊治体会[J].延安大学学报(医学科学版),2018,16(4):73-75.
- [3] 王颖,周佳青.慢性咽喉炎和反流性食管炎的相关性研究[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2011,17(6):476-480.
- [4] 侯俊.质子泵抑制剂联合促胃肠动力药治疗老年胃食管反流病的临床疗效观察[J].医学理论与实践,2016,29(13):1733-1734.
- [5] 李安宙.联合应用吗丁啉治疗慢性咽炎咽异感证82例[J].中医临床研究,2010,2(24):104-105.
- [6] 杜昕,白丽梅,张燕,等.反流性食管炎的中医源流[J].河南中医,2017,37(4):569-572.
- [7] 李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:124-155.

LI Qian-gou's clinical experience in treating throat Bi disease from the perspective of liver and spleen

GE Jian-qing, AI Jian-wei, WANG Jun-ge

(收稿日期:2023-01-09)