

噎膈临床小识

王 鼎

摘要: 噎膈是指饮食不下或食入即吐的病症。多见于现代医学的食道癌、贲门癌、贲门痉挛、食道憩室、食道神经官能症及食道炎症等。此文就临床治疗困难且预后较差的食管癌进行病因病机分析, 浅谈笔者的自身理解。从气、血、痰、火、瘀的病因到本于心肾连及五脏的病机分析, 最后列出家传之方, 详细做出方解, 以及临床医案 1 例, 与同道分享, 以期对噎膈之证临床治疗有所裨益。

关键词: 噎膈; 食道癌; 病因病机; 医案

doi: 10. 3969/j. issn. 1003-8914. 2024. 14. 049

文章编号: 1003-8914(2024)-14-2912-03

食管癌属于中医“噎膈”范畴, 系各种原因引起的食管狭窄、食管干涩, 从而造成的吞咽食物噎塞不顺, 甚至食物不能下咽, 食入即吐的一类临床病症, 是常见的恶性肿瘤之一。噎即为噎塞, 指吞咽时梗噎不畅, 膈为格拒, 指饮食不下, 或食入即吐, 噎可单独出现, 为噎膈之轻证, 多为膈的前驱表现, 故往往以噎膈并称。全球每年大约有 30 万人因为食管癌而死亡, 而中国是全球食管癌发病率较高的国家, 每年因食管癌死亡人数大约 15 万, 其中男性患者多于女性患者。据 2015 年中国癌症统计数据, 食管癌发病率在男性中居恶性肿瘤第 4 位, 女性中为第 6 位; 病死率在男女性中均为第 4 位^[1]。《素问·至真要大论》曰“饮食不下, 膈噎不通, 食则呕”。《灵枢·邪气藏府病形》记载“脾脉急甚为癰疽, 微急为膈中, 食饮入而还出, 后沃沫”。唐代孙思邈《千金方·噎塞论》^[2]曰“食噎者, 食无多少, 唯胸中苦塞, 常痛, 不得喘息”。《诸病源候论》曰“此由忧恚所致, 忧恚则气结, 气结则不宣流, 使噎”。肝气条达失司, 气机不畅与食管癌的进展有密切联系。《景岳全书》^[3]也载“噎膈一证, 必以忧愁思虑, 积劳积郁, 或酒色过度, 损伤而成”。《黄帝内经》认为噎膈病机与津液及情志有关, 如《黄帝内经》曰“三阳结谓之隔”“隔塞闭绝, 上下不通, 则暴忧之病也”, 又指出此病病位主要在于胃, 如《灵枢·四时气》曰“饮食不下, 膈塞不通, 邪在胃脘”。治疗上则以滋阴润燥、行气开瘀为主; 后世医家通过继承及发展, 逐渐认识到食管癌乃虚实夹杂, 即正气亏虚, 津枯血燥之本虚, 如《医学心悟》曰“凡噎膈症, 不出胃脘干槁四字”, 又有气、痰、瘀、火互结之邪实, 治疗上多采用益气养血、滋阴润燥、化痰下气、清热解毒、活血祛瘀等。笔者认为

噎膈者饮食受阻不畅, 病发于气血痰火瘀。本于心肾, 关于胃肝脾肺, 连及三焦大小肠, 总之乃五脏失调, 病于阴虚阳亢、血瘀痰阻, 阻滞于咽喉之要道, 继而吞咽困难, 故较难施治。以下从病因病机、临床治疗及医案分析, 浅谈笔者之小识。

1 病因病机

笔者认为噎膈发病于气血痰火瘀, 血之与痰乃有形之物, 火之与气乃无形之用, 火气者凝血固痰之本, 亦是行血消痰之动力, 凝之与消势在正邪之间, 凝者邪胜正弱, 消者正强邪微。血瘀壅瘀者乃气火蒸耗所致, 有在经者, 亦有离经者。无论在经或离经久则皆能变生异物, 生物者乃壮火食气, 壮火食气集存就散, 故病者时轻时重、时阻时通, 物之成亦非旦夕之故。气血痰火瘀的来源, 现代医者认为有其三: ①七情内伤: 多由忧思嗔怒而成, 忧思伤脾, 脾伤气结, 水失健运, 滋生痰浊。嗔怒伤肝, 肝伤气郁, 气郁血停, 瘀血乃生; 如《东医宝鉴》^[4]所言“噎当是神思间病, 唯内观自养可以治之, 其言深中病情。膈噎之症不属虚不属实不属冷不属热, 乃神气中一点病耳”。②饮食所伤: 过食肥甘厚腻、嗜酒无度、恣食辛辣, 则助湿生痰, 阻塞食道, 亦或燥热伤津, 食道干涩失于濡养, 两者皆可引起噎塞不通之症。如《医碥·反胃噎膈》说“酒客多噎膈, 饮热酒者尤多, 以热伤津液, 咽管干涩, 食不得入也”。又如《临证指南医案·噎膈反胃》^[5]云“酒湿厚味, 酿痰阻气, 遂令胃失下行为顺之旨, 脘窄不能纳物”。③年老体虚: 年老肾虚, 津液不足, 食管失养, 干涩枯槁则发为此病, 亦或纵欲过度, 耗伤真阴, 阴虚津亏发为噎膈。阴虚日久, 损伤真阴, 命门火衰, 脾胃失养, 运化无力, 痰瘀互结, 阻于食道而发噎膈。如《医贯》云“惟男子年高者有之, 少无噎膈”, 《金匱翼》云“噎膈之病, 大都年逾五十, 是津液枯槁者居多”, 又如《景岳全书》云“酒色过度则伤阴, 阴伤则精血枯涸, 气不行则噎

膈病于上,精血枯涸则燥结病于下”。七情内伤、饮食所伤、老年体衰,此三者之间互相影响,互为因果,共同致病,形成气血痰火瘀之邪实,阻滞食道最终导致食管狭窄,饮食难下,噎膈成矣。

笔者言其本于心肾,心者火脏生土,土者后天之本生化万物,阴阳即济者生。济心者肾水也,肾水虚不能上济于心火,故心火无制而上炎,上炎则害于肺金,穷于脾土。金害不能制约肝木,肃降失司,肝气必横而抗逆犯于脾胃、伤于脾胃,脾胃伤则精微失运,失运则流结为痰饮,痰饮被火热灼炼而结成积块,留在何经则何经受阻。阻则清阳不升,浊阴不降,浊阴痰血留结在上,被心肺之邪火所炼,结于胸膈咽嗝,因此饮食难下、噎膈不通,不通则五脏逆乱。《寿世保元·反胃》^[6]云:“噎膈者,喜怒不常、忧思劳瘵、惊恐无时、七情伤于脾胃,瘀而生痰,痰与气搏、升而不降、饮食不下,气血留于咽嗝、五噎结于胸膈者为五膈”。言不降则实邪,乃浊秽之气实,浊痰秽气不能下降留于咽嗝。瘀于胸膈久则化热生物,故浊痰秽气乃变生瘤赘之本始。浊气不降清阳之气无以升。浊气在上助邪,壅血生恶物。而清阳在下积久化火耗损真阴肾水,故见骨瘦如柴。肾水被耗无力上承济于心火,心火无制亢害肺金,肺金受害无司制节疏布,故肝气横逆于脾胃,脾胃失职,中转不利,下虚上实。关格成矣。又如《赤水玄珠全集》^[7]所言“噎生于血乾,血,阴也,阴主静。内外两静,则脏腑之火不起,而金水二脏有养。阴血自生,肠胃津液传化合宜,何噎之有”。肾者先天之本,阴阳之宅,精液气血之府,地气化则成五液,在肾为唾,其虚则不能上承津液于咽喉,咽喉不得津润则燥,燥则吞咽困难传送而涩,故噎而不能下,肺主气,金水相生,布津液利五脏治百节,肺不得肾助致金水不能相顾,不相顾则宣降衰,衰则三焦败,三焦败则格塞不利,故大便结,数日不下燥硬如羊屎。正如《诸病源候论·痞噎病诸候》^[8]所言“皆由阴阳不和,三焦隔绝,津液不行,忧恚嗔怒所生,谓之五噎。噎者,噎塞不通也”。气郁则痰积,痰阻则血瘀,血痰相搏结癥积乃成。《诸病源候论·癥痞候》^[8]曰“癥痞者,由冷热不调,食饮不节,积在腹内,或肠胃之间,与脏相结搏。其牢强,推之不移,名曰癥,言其病形征可验也;气壅塞为痞,言其气痞涩不宣畅也”。噎者气病始,癥积病痰血成,气郁滞久则生热燥,热燥生则痰火成,痰火成则血燥瘀,三邪搏结经络脏腑关门受伤,故致气先伤形而后形变又伤真气,气形俱伤,脏腑衰败,真气耗竭,邪气独盛,病至危笃。

2 临床治验

2.1 方药分析 临床常见饮食不进,喜冷恶热,心烦多怒,胸膈痞满甚则疼痛,暖气呃逆,食后复出,形体消瘦,大便不通,燥结难下,下则如羊屎,数日一行,口干舌燥,喜含冰块,脉象细数微滑,舌红苔薄或黄腻,亦或舌质暗紫脱苔或有裂纹,治宜通关利痰,清热消坚,佐以逐瘀降逆,人之一身自飞门至魄门,一气主之,亦一气悬之,故人之中气充盈,则其贲门宽展,自能容受水谷,下通幽门及大小肠,出为二便,病由何作焉。治则应以急则治标为急任,但待疏通后再论培元固本。笔者在临床以先开通塞路,然后辅以通中,方药如下:马齿苋 120 g,鲜姜 120 g,胡桃 18 个,白毫茶 100 g,开元通宝 6 个。服用方法:枣木炭 4~6 斤先煎马齿苋、鲜姜、白毫茶 8 h 左右,至炭火燃尽为度,加水约 12 斤煎至 1.2 斤。然后将胡桃、何字钱研为细末,分成 12 份,每天 3 次用煎好汤液送服,如若吞咽困难则可少量多次服用,连服 4 d。方解:马齿苋酸寒,归胃大肠经,能清热解毒、凉血消壅、利湿消肿软坚,有助消化润便且不伤胃腑,本品液多且黏稠,味酸软坚能力较强,与古铜币相伍而用疗效显著且无伤胃之忧。胡桃甘温,归肺肾经,兼能益脾,本品补肺肾、固精水、滋阴润燥,与马齿苋相配伍乃酸甘化阴,能壮水之主以制阳光,以防水竭,本品皮味涩微苦先入心,苦能清热解毒,涩能固脱消结,全果并用有交泰水火之长。白毫茶苦甘微寒,下气消积、泻火导热、清利咽喉、除烦渴,归三焦经,兼能入心脾,清心热解脾毒。鲜姜性平味辛,入足阳明胃经,能降逆止呕、消肿定痛,与茶相伍能使清升浊降,肿消路通、中转得复、脾醒精运、痰无生源。何字钱咸寒,入肺肝经,兼能交通心肾,至刚至阳之品,内含宝气,功专消积逐邪、消坚开壅、斩关夺将、解毒化痰、坠痰除障,浸透力效速力猛,意在以刀割物,能令异物速破速消,引诸药直捣病巢,立见桴鼓之效。

2.2 医案分析 邢某某,男,65 岁。2015 年 10 月初诊。自诉于某三级医院确诊食道癌,院方建议手术治疗,本人及家属考虑预后及经济问题后拒绝,行保守治疗。初诊症状:吞咽困难,梗塞且痛,少量每日水饮流质,时有入后复出,食道干涩,口燥咽干,伴有胸背部疼痛。既往吸烟、饮酒 30 余年,近半年消瘦 30 余斤,面色晦暗,肌肤枯槁,小便短赤,大便坚如羊屎,辅以开塞露数日一解,舌红干裂无苔,脉象关后微弱,关前滑实。笔者据脉症分析为上焦失于开发,浊气乱于肠胃,故升降失司,胃中冲和之气散,浊阴独居于上,阻碍食道通

畅,平素饮酒过度,热伤津液,食管干涩则食不得入,精血枯竭则燥结于下,予家传之方治之。4 剂之后自觉梗阻症状较前缓解,呕吐症状几近消失。由感于《景岳全书·呕吐》^[3]云“治呕吐之极或反胃,粥汤入胃即吐垂死者,用人参二两,水一升,煮四合热服,日再进兼以人参煮粥食之即不吐”。受此启发,嘱家属用人参切片加入糯米煮稀粥汤,予患者少量频服,使之点滴入胃,欲吐难出,药积量足,胃功自复,呕吐自止。5 d 后复诊诉:梗阻症状较前缓解,近日未见呕吐症状,胸背部疼痛症状亦有缓解,余症状如前,舌脉较前无明显变化。根据患者目前情况,继续予中药以泻热散结、滋阴润燥,方用沙参麦冬汤加减,方药如下:沙参 20 g,麦冬 20 g,玉竹 12 g,冬桑叶 10 g,天花粉 10 g,白扁豆 10 g,生地黄 15 g,石斛 10 g,栀子 12 g,黄芩 10 g,黄连 10 g,火麻子 10 g,何首乌 10 g,瓜蒌子 10 g,瓜蒌皮 10 g,丹参 12 g,甘草 10 g。方中沙参、麦冬、玉竹滋养津液,冬桑叶、天花粉养阴泻热,白扁豆、甘草和胃安中,生地黄、石斛以助养阴之力,栀子、黄芩、黄连清泻肺胃三焦之热邪,火麻仁、瓜蒌子、何首乌润肠通便,瓜蒌皮、丹参宽胸散结,继服此方半月余。期间嘱家属可间断服用五汁安中饮,即牛乳六分,韭菜汁、姜汁、藕汁、梨汁各一分。之前人参糯米粥继续服用。三诊:患者吞咽困难、梗塞症状明显缓解,精神状态明显改善,可少量进食软质食物,胸背部疼痛症状好转,偶有干呕未再吐饮食,小便可,大便仍 3~5 日一行,但能自行排便,便质较前变软,舌红干裂较前好转,稍有薄苔出现,脉象关尺弱,寸脉滑数。如《东医宝鉴》^[4]所言“阴虚邪气逆上,窒塞呕哕,不足之病也,此地道不通,当用生地黄、当归、桃仁、红花兼用甘草微加大黄、芒硝以通其闭”据此方药稍有加减,方药如下:沙参 20 g,麦冬 20 g,玉竹 12 g,冬桑叶 10 g,天花粉 10 g,白扁豆 10 g,生地黄 15 g,石斛 10 g,栀子 12 g,黄芩 10 g,黄连 10 g,何首乌 10 g,瓜蒌皮 10 g,丹参 12 g,当归 15 g,桃仁 10 g,熟大黄 4 g,芒硝(冲服) 3 g,甘草 10 g。继续服用此药半个月后复诊。四诊:患者诸症较前均有缓解,面色可见光泽,舌红干裂,苔薄黄,脉沉细数。考虑患者吸烟史多年,脉细数,应有痰瘀咽嗝,此次稍加化痰行气之剂,通便之剂中病即止,还应以滋阴润燥为主,此次方药如下:沙参 20 g,麦冬 20 g,玉竹 12 g,冬桑叶 10 g,天花粉 10 g,白扁豆 10 g,生地黄 15 g,石斛 10 g,栀子 12 g,黄芩 10 g,黄连 10 g,何首乌 10 g,瓜蒌皮 10 g,丹参 12 g,当归 15 g,厚朴 10 g,法半夏 10 g,陈皮

10 g,木香 10 g,甘草 10 g。继续服用此药半个月。嘱家属将人参糯米粥中人参改用西洋参,以防人参助阳伤阴,五汁安中饮可继续间断服用。鉴于《医宗金鉴》^[9]言“气少血枯四君物,痰多气滞二陈流”,后续患者继续服药半年余,主要以四君四物汤、二陈汤、沙参麦冬汤加减。患者吞咽困难、梗塞症状基本消失,生活质量明显改善,随访 1 年,未见肿瘤扩散及病情加重情况出现。

3 小结

噎膈之证多发于中老年男性,病变早期仅有噎塞不适感,易被忽视,所以凡有吞咽困难、梗塞阻涩者,应尽快查明原因,早期诊断治疗,尤其有不良饮食习惯之人,如进食太快、喜食过烫、辛辣、烈性酒水之人,更应引起重视。只出现噎的表现多病情较轻,以邪实为主,若由噎至膈则病情由实转虚,病情至重,甚则五脏之气衰败,危及生命。如《临证指南医案》曰“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”。笔者应用家传之方,临床应用效果显著,此方中何字钱稀少不可多得,后用开元通宝替代,效果亦可。令服完此药后必须继服补益脾胃、调节五脏气机的中药,才能达到更好的疗效。此病多为本虚标实之证,标实为气血痰火瘀,常相互夹杂,难以完全划分,本虚为气血津液亏虚,津液枯竭是此病关键病机。治疗则以滋阴润燥、散结开瘀为主,又应根据本虚标实之轻重缓急而辨证论治。临床用药应注意温燥之品以伤阴,又忌苦寒之药以伤阳,更防滋腻之剂以滞其气,当以清润和降之品顾护胃气。

参考文献

- [1] 何正秋. 食管癌放疗前后中医证型的理论分析[J]. 光明中医, 2019, 34(7): 1109-1111.
- [2] 唐·孙思邈. 千金方[M]. 3 版. 北京: 华夏出版社, 1996: 232.
- [3] 明·张介宾. 景岳全书[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 364-365.
- [4] 明·许浚. 东医宝鉴[M]. 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 463, 465.
- [5] 清·叶天士. 临证指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 160.
- [6] 明·龚廷贤. 寿世保元[M]. 11 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1987: 185.
- [7] 明·孙一奎. 赤水玄珠全集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 179.
- [8] 隋·巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 623, 1073-1074.
- [9] 清·吴谦. 医宗金鉴[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1104.