

基于调气化滞法论治胃食管反流病*

胡佳艳^{1,2} 吕 咪^{1,2} 张坤漓^{1,2} 刘 平^{1,2} 余文熙^{2,3} 王凤云^{2Δ}

(1. 中国中医科学院, 北京 100700; 2. 中国中医科学院西苑医院, 北京 100091; 3. 北京中医药大学, 北京 100029)

中图分类号: R573.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)08-1471-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.042

【摘要】 笔者总结探讨了胃食管反流病(GERD)的病机及治法, 认为GERD以气机郁滞, 脾胃升降失调为主要病机, 脾胃虚弱为本、痰湿、食积、瘀血等病理因素为标, 病程中可出现虚实互见、寒热错杂、多脏腑同病等复杂病机。治疗以调气化滞为基本治疗法则, 从“补、虚、降、化、清、通”着手治疗, 使气机得畅、积滞得化则疾病向愈。

【关键词】 胃食管反流病 调气化滞 气机 积滞 脏腑

胃食管反流病(GERD)是指胃及十二指肠内容物反流而引起一系列症状和(或)并发症的一种疾病^[1]。西医治疗以质子泵抑制剂(PPI)为主, 但PPI治疗有一定的局限性, 这其中包括PPI治疗后病情易反复; 长期使用可能会引发一系列不良反应^[2-3]; 难治性GERD抑酸治疗效果差以及消化道症状重叠时无明确的综合治疗手段等。GERD的治疗难点在于如何控制气体或胆汁等非酸反流^[4], 而目前并没有有效的西药针对非酸反流。GERD属于中医学“噎膈”“反酸”“吐酸”“嘈杂”等范畴。中医药作为一种综合手段, 无论是中药汤剂、针灸、推拿等都被发现效果优于常规PPI治疗^[5], 为抑酸剂使用的局限性、非酸反流控制药物的空缺以及症状重叠时疾病的治疗提供了新思路新方向。笔者团队基于临证经验, 认为本病多由于素体脾胃虚弱、饮食失节、情志失常而发病, 气机郁滞、痰湿瘀血阻滞使其呈现病程迁延、病情反复的病机特点, 故临证提出调气化滞法治疗GERD, 对于改善临床症状、降低PPI使用频率甚至撤药以及提高患者生活质量方面有明显效果。

1 病机阐述

1.1 气机郁滞, 脾胃升降失调为主要病机 气机升降是脏腑功能的主要表现, 也是保持正常的生理功能及生命活力的动力所在, 若气机升降失常则会出现各种病理表现, 正如《素问·阴阳应象大论》所言“清气在下, 则生飧泄; 浊气在上, 则生瞋胀”。现代研究表明参与GERD的发病的多种因素包括: 食管下段括约肌(LES)功能失调、食管廓清功能下降、食管组织抵抗力损伤等^[6]。其主要为胃肠动力的改变, 消化道自上而下的

复合运动被破坏, 故总结为气机不畅或失降。这种胃肠动力的异常在GERD病程中一直存在, 成为食管黏膜发生进一步病变的基础^[7]。临床研究显示, GERD的发病离不开情绪的因素^[8], 患者常因情绪变化而引发或加重症状, 其情绪多表现为郁而不发或突然情绪波动而气血上逆, 故病机常为气滞或气逆。人体气机调控与肝胆的疏泄、肺的宣降、脾的升清、胃肠的降浊有关, 但与脾胃关系最为密切, 如《四圣心源》指出“肝气宜升, 胆火宜降, 然非脾气之上升, 则肝气不升, 然非胃气之不降, 则胆火不降”。中焦脾胃的升降斡旋是气机升降的枢纽, 但受肝胆、肺、心、肾等多脏腑的调控, 而其中肝与脾胃关系密切。人体肝气携脾气同升, 肺气引胃气共降, 若肝气郁滞则木亢侮金, 金虚盗母气则中土亏虚, 若肝气横逆克罚脾土, 躁扰中焦, 导致脾胃升降失序, 则气机上逆, 酸浊逆泛而发病。胃为腑, “传化物而不藏”, 只有胃气和降, 消化道传输功能才能正常, 食物因得经大肠排出。若胃失通降, 势必气携酸甚至食物上逆出现反酸甚至反食症状。

1.2 脾胃虚弱是发病根本 脏腑功能的正常发挥离不开精微物质的供养, 而脾胃作为后天之本、气血生化之源, 在人体营养物质的供给上有着不可替代的作用。“阳道实, 阴道虚”, 胃腑津液易亏, 病以实证、热证多见; 脾脏阳气易伤, 病以虚证、寒证多见, 故脾胃虚弱以脾虚为主。“咽酸口苦脾虚弱”(《扁鹊神应针灸玉龙经·一百二十穴玉龙歌诀·脾胃虚弱》), 《景岳全书》载“脾胃虚寒嘈杂者, 必多吞酸, 或兼恶心, 此皆脾虚不能运化滞浊而然, 勿得认为火证, 妄用寒凉等药”。可见, 脾胃虚弱一方面影响气机的正常升降, 另一方面生湿化热成痰成饮而最终引起GERD。

1.3 痰湿、食积、瘀血为病理产物及致病因素 胃肠

* 基金项目: 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01001)
Δ 通信作者(电子邮箱: wfy811@163.com)

为市,无物不受,肥甘厚腻酒浆果饮大量堆积则气机壅滞,水反为湿,谷反为滞,就会形成食积、火郁、瘀血、痰湿等病理产物。脾虚饮食无以运无以化则必有食积痰湿,气机郁滞,血运失常,久则血必瘀。《景岳全书·吞酸》^[9]中详述了积滞、湿痰、热郁、饮停等均可致酸,源于其扰乱气机升降,阻滞气机。这些病理产物上可影响肺气之肃降,中可影响脾胃升降,下可阻滞肠腑之通畅,最终或化热,或气逆,由胃上及咽喉出现一系列症状或并发症。脾虚运化无力则清阳不升,浊阴难降,胃气壅塞中焦,气机壅滞甚则携胃酸上逆而见吐酸;脾虚可进一步生湿成痰,久则阻滞气机;气机阻滞中焦,久则生变,或化热,或血行受阻,痹阻血脉,形成气滞、血瘀等病理因素,血瘀、痰湿等病理产物又可从阳化热,或从阴生寒,而成寒热错杂之证。综上,GERD的病机主要为气机的升降斡旋失司,脾气当升不升,胃气当降不降,肝不随脾升,胆不随胃降,以致胃气上逆。病程中因虚致实,虚实夹杂,可出现痰瘀壅滞、湿食阻滞、寒热错杂甚则热盛阴伤等复杂病机。

2 调气化滞是治疗GERD的主要治法

基于GERD气机升降失常,痰湿、食积、瘀血阻滞的病机,笔者提出调气化滞法作为GERD治疗的主要方法,认为胃肠疾病的治疗应着眼于一个“调”字,即调畅气机,消其郁滞,进而去除相关病理产物,疏其壅塞,并配合脏腑的升降特性给予导引,则上下调达、气机舒畅,邪有出路,疾病向愈。

2.1 调气为治病之基石

脾胃作为气机升降中枢,中焦脾胃气机的通降调顺是食管及其周边组织正常发挥作用、病理产物正常排出不至引发疾病的前提。气机的病变主要在“虚、郁、逆”,故“调气”着眼于“补、疏、降”3字。“虚”主要为脾气亏虚,脾虚运化无力,饮食积于中焦,化热生火,而见烧心、反酸。此时治疗在于一个“补”字,补益脾气,恢复脾的运化功能。“郁”主要为肝气郁滞,一方面肝郁可横逆犯脾乘胃,胃液则随之上犯而为酸,另一方面“酸者,肝木之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自甚,故为酸也”(《素问玄机原病式·六气为病·吐酸》)。酸为肝之本味,肝气不疏、肝胃郁热亦可出现烧心反酸等症状。此时治疗宜“疏”,疏其壅塞,开其郁滞,恢复肝的疏泄功能。“逆”为气逆,2017年中医诊疗专家共识^[10]认为胃食管反流病的基本病机是胃失和降,胃气上逆,气逆挟胃酸上逆则发为嗝气、反酸、烧心等症,此时治疗宜“降”,胃腑生理特点在于实而不能满,故只有保持舒畅通降之性才能奏其纳食传道之功。“降”在于恢复胃肠运动向下的功能,保证饮食糟粕的正常排出。

2.2 化滞为临床之抓手

基于六腑受盛传化水谷的功能,一旦脾胃纳运失常,势必易出现饮食糟粕的积

滞,董建华院士通降论也主张脾胃病病理上“因滞而病”^[11]。因此,认为对于胃肠病的治疗,去除积滞也很关键。“化滞”指通过行气活血、化痰除湿、运化食积、清胃泄热等方法祛除病邪,恢复脾胃正常的生理功能。主要方法在于“化、清、通”。脾虚最易生湿,“化”主要为化湿、化痰,主用化湿醒脾之药去除痰湿。阳明胃经多气多血,且当代人纵食厚腻,肆饮酒浆,易于化热生火,正如“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,热常被认为是吐酸的病因。“清”旨在清热导滞,和胃化积。胃气的通降是脾气上升的前提,“通”可以承胃腑下降之性推陈出新,导行食浊瘀滞下降,使上下畅通无阻,血络流畅,气血调和,从而恢复正常的脾胃功能。

3 辨治要点

3.1 协调脏腑以和气机

人体气机正常的升降出入是诸多脏腑的功能反应,人体脏腑通过经络络属、结构相连、气化相通、病理相关而紧密联系。胃生病常引发脾、肝、肺等多脏腑病变,若他脏不和也可导致中州失职,引起脾胃病变。故在临床诊疗中应注重多脏腑同调。GERD的病位在食管和胃,与脾、肝胆和肺密切相关。根据其病变部位可有胃气上逆、脾胃不和、肝胃不和、胃肠同病等不同病变分型。

胃气上逆证,胃主受纳腐熟,以通为用,以降为顺,不通则滞,反升则逆。胃的通降异常包括胃气不降或胃气上逆,胃气不降又常因脾不升清和肠道积滞引起,此两点在后文中再详诉;若单纯因胃气上逆引起,治以“降”,临床常以香苏饮为底方,辅以枳壳、陈皮、代赭石等行气降逆之品,恢复胃的通降特性。

脾胃同病,若脾气亏虚,运化失衡,谷不消化,反酿为酸,或脾不升清影响胃气通降,脾胃同病,则应脾胃合治。胃病为主者多在通降之方中佐以升清之味,脾病为主者每于补脾之剂中配伍开胃之品^[12]。脾气虚弱者宜“补”,临床常以香砂六君子汤加减健脾和胃,理气通降,以恢复脾升胃降。

肝胃不和证,《中医临证备要·吞酸》云“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多由于肝气犯胃”^[13],现代人情绪多隐而不发,气郁日久,化火生酸,治疗宜“疏”,临床常用化肝煎加减,热象不显者,同时配伍乌贝散制酸止痛,热象明显者予以左金丸清肝泻火,开郁降逆。伴有胆热犯胃导致口苦者可加龙胆、茵陈黄芩等清肝胆热,伴有情志不疏者酌情配伍逍遥散或者柴胡疏肝散。

胃肠同病,李东垣谓“凡治病当问其所便”。大便情况反映了内脏功能,腑气通,则胃中食物顺利下行入肠中,反之,腑气不通,浊气不得降,甚则上逆,则可引发胃食管反流相关症状。治宜“通”,对于大便秘结数日不行的患者,可先嘱患者单次服用复方聚乙二醇电解质散荡涤肠中积滞,而后服用中药汤剂,使腑气通

畅,胃肠功能恢复,以便中药药力直达病所。另外,肺与大肠相表里,肺气的肃降功能关系到大肠的通畅,故治疗时也常加杏仁、紫菀、桔梗等宣肺降肺之品,通过恢复肺的宣降来恢复六腑“实而不能满”的生理特性,达到治疗效果。

3.2 调气行血以畅气机 张介宾曰“气之在人,和则为正气,不和则为邪气。凡表里虚实,逆顺缓急,无不因气而至”。“百病皆生于气”,疾病初期多为气病,未及络脉,脾胃气郁失其升降,肝气郁失其条达,肺气郁失其宣肃,大肠气郁失其通导均可发病。临床多以香苏散为基础方,以紫苏梗代替紫苏叶,加强行气宽中的作用,香附疏肝理气以恢复肝疏泄气机的功能,陈皮理气燥湿,梳理气机的同时化湿助脾运,甘草调和诸药。全方温而不燥,为调节全身气机的基础方。此外,还应注意药物的升降浮沉特性,相互配合以恢复气机平衡。如见胁肋疼痛、气逆咳嗽患者,此乃肝肺气郁,气机升降乖戾,故以柴胡疏肝解郁配伍青皮、桔梗理气化滞,下气消积,以疏肝降肺,调畅气机。

气既久阻,血亦应病。若日久气病及血,伤及络脉,表现为气血同病或者血瘀之症而出现胸骨后疼痛、吞咽困难、舌质紫黯等可在理气药上再加用丹参饮或失笑散以及三七粉3g活血通络,和胃止痛。对于镜下有胃黏膜或食管黏膜糜烂的患者常用白及^[14]促进黏膜愈合并可于半躺时慢慢吞咽康复新液,进一步促进黏膜修复。

3.3 补虚泻实以通气机 此病临床初期以实为主,实中又以气郁和湿热为先。气郁气逆者,宜“疏”,可用柴胡疏肝散,加用紫苏梗、代赭石等降气之品;湿热为主者,宜“清”宜“化”,分肝胆湿热和脾虚湿热的不同可分别予以温胆汤和黄连汤加减,若痰结者可予半夏、瓜蒌、浙贝母、莱菔子化痰散结,酌加佩兰、砂仁等芳香化湿之品醒脾,则痰湿不易生,邪热不易成;食积者多“通”,常用保和丸,并以谷芽、稻芽开食欲,用荷叶轻清生胃气,白术、苍术、厚朴、陈皮化湿行气助脾运;伴有下焦气行不畅,腑气不通者,可加槟榔、厚朴等行导气化滞之功。实证以去除积滞为主要治疗手段,积滞去则气机通。

久病迁延耗伤正气,或素体禀赋不足或他脏病及中焦,则易出现虚证,此时不宜单纯“化滞”,而应虚实互参,分清虚实轻重合理用药。偏于中虚气逆者,可用旋覆代赭汤加减,酌加白术、茯苓等健脾益气之品;久病热盛伤阴而见口干欲饮者可用沙参麦冬汤。

3.4 寒热并调以利气机 本病常被误判为实热证,而多投以苦寒之药,日久则易损脾伤胃,最终形成寒热错杂证。GERD的寒热错杂证治疗较为复杂,若清热则虑其损伤脾胃以助寒,温里则恐其加助内热而伤阴,因此治疗宜寒热并用。临床常用半夏泻心汤,方中半夏、

干姜辛温燥热,祛痰降逆,以开中焦气分之湿结;黄芩、黄连苦寒燥湿,清热降泄,以开中焦气分之热结^[15],四药配合,寒热并用以其阴阳;又如左金丸,临床用量比例常为6:1或3:1,使阴阳互补,寒热并除,以恢复气机、寒热、阴阳的平衡,体现了“治中焦如衡,非平不安”的思想^[16]。

治疗胃肠疾病用药药性宜平和,应注重顾护脾胃,不可妄用大黄、甘遂等峻下攻积药,不可大剂量使用苦寒败胃的药,如白花蛇舌草、半枝莲等,使用黄芩黄连时也以3~6g小剂量为主,并根据寒热多少配以干姜、炮姜等^[17]。临证时可以进行下气消积之枳实代替大黄,防其损伤中阳。

3.5 服药方法因人制宜 如无特殊情况,GERD患者服药时间为餐后1h,服药量为200mL,老年患者脾胃功能更弱,常取100mL,因GERD患者常合并有功能性消化不良,尚有早饱、腹胀等症状,若服药时间过早则增加胃肠负担,不利于消化排空也不利于药物发挥作用。夜间反流明显者,临床常用中药汤剂联合睡前服用小剂量H₂受体拮抗剂如法莫替丁20mg治之,汤剂控制白天症状的同时在睡前加服法莫替丁,可减少夜间酸突破发生及避免长期服用PPI带来的一系列副作用。空腹时反酸胃痛明显者,可嘱患者在早上10点、下午4点左右服用胃康胶囊4粒,或健胃定痛胶囊6粒,在症状出现之前及时健脾和胃。

4 验案举隅

患某,女性,70岁,初诊时间2021年9月28日。患者自诉胸骨后烧灼感2月余,2021年8月外院胃镜示:反流性食管炎(LA-C)、食管溃疡、食管裂孔疝、慢性浅表性胃炎伴糜烂、十二指肠炎、HP(-)。患者服用奥美拉唑、康复新液2个月后仍有餐后胸骨后烧灼感,伴有胸部堵闷,反酸时发,下午及晚上明显,偶有暖气,纳一般,大便稍不成形,质黏,每日2次,排不尽感,眠差、醒后不易入睡,略焦虑。舌淡红苔微黄腻,脉弦。西医诊断:胃食管反流病。中医诊断:反酸,肝胃郁热证。治以疏肝泄热、理气和胃,方用化肝煎加减:醋青皮10g,牡丹皮15g,浙贝母15g,海螵蛸30g,黄连片6g,制吴茱萸2g,丹参10g,陈皮10g,北柴胡10g,白芍20g,龙胆6g,白及15g,珍珠母30g,炒酸枣仁30g,紫苏梗10g,炒栀子6g,柿蒂20g。14剂,嘱患者每日早晚饭后1h各服1次。患者于他处抄方14剂,共服28剂后复诊,诉胸骨后烧灼感、反酸明显好转,已逐步停用奥美拉唑及康复新液,尚有大便不成形,每日2次,眠差,舌淡,苔微腻。效不更方,上方去紫苏梗、炒栀子、牡丹皮,加用干姜6g,茯神30g。14剂,继服。后患者再以上方加减治疗1个月余,烧心反酸症状大有好转,情绪也不似以往焦虑,随访3个月后患者复查胃镜提示反

流性食管炎A级。

按:此例患者餐后出现胸骨后烧灼感,伴有反酸、胸骨后堵闷感,且患者平时易焦虑、纳一般,结合舌淡红苔微黄腻,脉弦,可知其病机为肝胃郁热,气滞中焦,胃气上逆。肝主疏泄,调畅全身气机,若情志不畅,肝的疏泄功能受限,气不得疏通、畅达就会导致气郁。“土得木而达”,肝疏泄正常则脾正常运化以升清阳之气、胃受纳腐熟以降浊阴之气,若肝疏泄不及势必土失木疏,横逆犯胃则胃气壅滞,胃气失于通降加上气郁不疏则胸部堵闷感,甚则夹邪上逆则引发暖气反酸、胸骨后疼痛。克伐脾土则脾失健运,湿气横生而见大便不成形、质黏、排不尽感。且气有余便是火,尤其肝胆风木之脏,最宜从阳化热,故可表现出一派肝火热盛的表现。故此病例,从脏腑辨为肝胃同病,从虚实辨为虚实夹杂以实为主,从气血辨为气血同病以气为主,从寒热辨为寒热错杂证。治疗以疏肝泄热、理气和胃的化肝煎为基础方,加上紫苏梗、柿蒂行气降气,与青皮、陈皮合用共同理气疏肝,有升降气机之妙;龙胆清热燥湿、左金丸清肝泻火,与牡丹皮、栀子一起泻肝火,搭配柴胡、白芍,有疏肝气之郁,解肝气之逆,清肝经之火之用;白及、丹参活血化瘀,与牡丹皮一起走血分,气血同调,促进黏膜修复;浙贝母清热散结、海螵蛸制酸止痛,合为乌贝散舒肝和胃缓解症状;珍珠母、酸枣仁益肝安神。二诊时患者已无暖气无胸闷,苔由微黄腻变为微腻,知热已稍减,故去理气宽中、行气开郁的紫苏梗,秉持顾护脾阳之思想,去掉苦寒之栀子、牡丹皮,加上少量干姜以防过于寒凉伤中。如此前后3月余,症状已基本缓解。

参 考 文 献

[1] MARET- OUDA J, MARKAR SR, LAGERGREN J. Gastroesophageal reflux disease[J]. JAMA, 2020, 324(24): 2565.

[2] D'SILVA KM, MEHTA R, MITCHELL M, et al. Proton pump inhibitor use and risk for recurrent Clostridioides difficile in-

fection: a systematic review and Meta-analysis[J]. Clin Microbiol Infect, 2021(16): S1198-S1202.

[3] CHAPMAN DB, REES CJ, LIPPERT D, et al. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor use: a review for the otolaryngologist[J]. J Voice, 2011, 25(2): 236-240.

[4] 中华医学会消化病学分会. 2020年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649-663.

[5] 张曼玲, 杨晶璐, 时昭红. 中医药治疗胃食管反流研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(11): 156-159.

[6] BOECKXSTAENS GE, ROHOF WO. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease[J]. Gastroenterology Clinics of North America, 2014, 43(1): 15-25.

[7] 陈有源, 廖挺. 廖志峰教授从“气机”论治胃食管反流病经验[J]. 中医研究, 2021, 34(1): 56-59.

[8] 陆喜荣, 杨炜, 张昕琰, 等. 胃食管反流病相关影响因素分析及应对策略[J]. 世界中医药, 2022, 17(15): 2108-2111.

[9] 张景岳. 景岳全书精华本[M]. 北京: 科学出版社, 1997: 201

[10] 张声生, 朱生樑, 王宏伟, 等. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.

[11] 唐旭东. 董建华“通降论”学术思想整理[J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18(2): 45-48.

[12] 张北华, 张泰, 王凤云, 等. 脾胃病治疗中的“调中复衡”理论[J]. 中医杂志, 2021, 62(9): 737-742.

[13] 秦伯未. 中医临证备要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 196.

[14] 李世琴, 熊丽丹, 何海伦, 等. 白芨的药理作用和临床研究进展[J]. 中国美容医学, 2021, 30(11): 176-178.

[15] 张娇, 王凤云, 王安璐, 等. 胃食管反流病的常用方剂及药对规律[J]. 中医杂志, 2015, 56(10): 881-883.

[16] 张敏, 王凤云, 唐旭东, 等. 从“治中焦如衡”论治胃食管反流病[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 660-663.

[17] 王凤云, 张北华, 苏博, 等. “调中复衡”理论的内涵及其在脾胃病治疗中的应用[J]. 中医杂志, 2021, 62(11): 930-933.

(收稿日期 2022-10-19)

基于胡希恕学术思想治疗外感发热探析*

马民凯 韩福谦 陈 娜 马伟凤

(河北省保定市第四中心医院, 河北 保定 072350)

中图分类号: R254 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2023)08-1474-06

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2023.08.043

【摘要】 胡希恕先生是我国著名的经方学家, 率先提出了“六经源自辨证”“辨方证是辨证的尖端”等重要学术思想, 指出经方主要依据症状反应进行六经方证辨证, 即根据患者的症状特点, 先辨六经, 继辨方证, 求得方证对应而治愈病。笔者基于胡希恕六经-八纲-方证学术思想探析外感发热的经方治疗, 分别从太阳病、少阳病、

* 基金项目: 河北省第五批中医优秀临床人才研修项目(冀中医药函[2022]76号)