

专

题

笔

谈

胃食管反流性疾病证治刍议

江苏省中医院(210029)

叶 柏 陈 静

胃食管反流性疾病是由于胃、十二指肠内容物反流入食管,引起泛酸、反食、上腹部灼热感等症状的组织损害。我们师从徐景藩、单兆伟教授,研习老师经验多年,现将胃食管反流性疾病的证治刍议如下。

1 明辨主症,确定病名

胃食管反流性疾病临床主要表现为胸骨后烧灼感即烧心感,泛酸、反食、嗝气、胸痛,胃内容物反流至咽喉,可以出现咽痛,吞咽困难,反流物吸入气管可引起哮喘、呼吸困难。中医没有胃—食管反流性疾病病名,表现为烧心感者与嘈杂相近,《景岳全书·嘈杂》谓:“其为病也,则腹中空空,若无一物,似饥非饥,似辣非辣,似痛非痛,而胸膈懊恼,莫可名状,或得食而暂止,或食已而复嘈,或兼恶心,而渐见胃脘作痛。”表现为“咽喉噎闷,状如梅核”,则为梅核气,如吞咽之时梗噎不顺则属于噎证,饮食不下,或食入即吐则属于膈证范畴。嗝气古医籍称之为噎。食入之后,停留胃中,朝食暮吐,暮食朝吐,则为反胃;反吐酸水者为吐酸,胸骨后疼痛则属胸痹范畴。

2 初病在肝胃,常兼痰与热

食管自胃至咽,《难经集注》称为胃之系。《医贯》谓:“咽系柔空,下接胃本,为饮食之路”,认为食管与胃相连,和胃关系密切,为胃气所主。在生理上具有柔、空的特点,柔指柔软,食管要得到津液的滋润,才能柔软,才能使食物正常通降,而津伤血燥,食管失于濡养则可以导致吞咽困难,正如朱丹溪在《局方发挥》所言:“胃脘干槁”所致;空指食管为饮食下咽之通路,因此要保持空的特性,不能有梗阻,噎膈等病皆“由食管窄隘始然”。

胃为阳土,喜燥恶湿,主收纳腐熟水谷,其气宜降则和,若饮食不节,过食生冷、偏啖肥甘、喜好辛辣之品,或暴饮暴食,戕伤脾胃,胃不能腐熟水谷,谷浊之气不得下行而上逆,常出现噎腐、吞酸,甚则呕吐。土壅木郁,还可引起肝气失调。

肝为刚脏,性喜条达而恶抑郁,主疏泄,有调畅全

身气机功能,与胃是木土乘克关系。若恼怒忧思,气郁伤肝,肝失疏泄,横逆犯胃,胃气失和,气逆于上,也可以出现噎气、泛酸、反胃等症状,若气郁津凝,痰浊内生,则可出现胸闷脘痞,咯吐黏痰,咽中如有炙脔的梅核气表现;若气郁化火,肝火犯胃,则可出现嘈杂,反酸,烧心感,正如高鼓峰《四明心法·吞酸》所说:“凡为吞酸尽属肝木,曲直作酸也。”

3 病久多脾虚,气病可及血

脾居中焦,与胃相合,体阴用阳,主运化水谷,输布精微,其气升则健,饮食伤胃,病久多可及脾,导致脾气亏虚,脾虚运化无权,脾无以升,胃无以降,气机逆乱,胃之浊气又可上逆食道。同时由于脾虚土不疏木,可形成脾虚肝郁之证,肝郁不能调畅脾胃气机,导致脾胃气机紊乱,脾气更加亏虚,形成恶性循环。

本病初起,多在气分,属肝胃气滞,痰气交阻,肝胃郁热,病久脾气亏虚,可由于气虚推动无力,痰湿阻滞,气机不畅,气滞血瘀,而病延及血,络脉瘀阻,出现胸骨后刺痛,痛处固定,吞咽困难,舌紫暗,脉涩等血瘀症状,表现为本虚标实之证。

4 证分4型,注意兼夹

胃食管反流性疾病大概可分为4种证型,初期多见肝胃不和,肝胃郁热证;病久多见脾虚气滞,气虚血瘀证。

4.1 肝胃不和证:主症:每因情绪不畅而致胃脘胀满,两胁疼痛,胸骨后疼痛,噎气频繁,泛酸呃逆,食欲不振,大便不畅,苔薄白,脉弦。病机:肝郁犯胃,胃气不和。治法:疏肝理气,和胃降逆。方药:柴胡疏肝散合解郁合欢汤加减。处方:柴胡 6g,白芍 15g,枳壳 10g,陈皮 6g,制香附 10g,合欢皮 10g,薄荷 4g(后下),郁金 10g,法半夏。若泛吐酸水者加乌贼骨 10g,煅瓦楞 20g;噎气频繁加刀豆壳 15g,柿蒂 10g;胸脘胀闷,咽中如堵,咯吐黏痰加厚朴 10g,茯苓 10g,紫苏梗 10g;胸骨后有烧灼感加栀子 6g,浙贝母 10g。

4.2 肝胃郁热证:主症:剑突下或胸骨后有烧灼样疼痛,反酸噎气,甚则发生呕吐,性情急躁易怒,两胁隐痛,口干苦喜饮,大便干结,舌红苔黄腻,脉弦数。病机:肝郁化热,横逆犯胃。治法:疏肝清热,理气和胃。方药:化肝煎合左金丸加减。处方:青皮 5g,陈皮 6g,牡丹皮

10g,白芍 15g,栀子 6g,泽泻 15g,浙贝母 10g,黄连 3g,吴茱萸 2g。若泛吐酸水者加乌贼骨 10g,煅瓦楞 20g;暖气频繁加竹茹 10g,枇杷叶 10g;胃热偏盛,大便干结加生大黄 5g;疼痛较著加延胡索 10g,川楝子 6g。

4.3 中虚气滞证:主症:胃脘和胸骨后隐痛,泛吐酸水,暖气,纳少,神疲乏力,面色萎黄,大便时干时溏,舌淡红,苔薄白,脉细弦。病机:脾虚气滞,胃气不和。治法:健脾理气,和胃降逆。方药:香砂六君子汤加减。处方:太子参 15g,白术 10g,茯苓 10g,陈皮 6g,法半夏 6g,木香 6g,砂仁 3g(后下),紫苏梗 10g,香附 10g。嘈杂,反酸加黄连 3g,吴茱萸 2g,乌贼骨 15g,煅瓦楞 20g;暖气频繁加刀豆壳 10g,柿蒂 10g;胸膈满闷加薤白 5g,瓜蒌皮 10g,厚朴 10g;脘腹胀满,喜温喜按,大便溏泻加干姜 5g,吴茱萸 3g。

4.4 气虚血瘀证:主症:胸骨后持续疼痛,吞咽困难,形体消瘦,神疲乏力,食欲不振,舌质紫暗,苔薄白,脉细涩。病机:脾气不足,血络瘀阻。治法:脾健益气,化瘀散结。方药:六君子汤合启膈散加减。处方:太子参 15g,白术 10g,茯苓 10g,陈皮 6g,法半夏 6g,丹参 15g,浙贝母 10g,荷叶蒂 10g,砂仁 3g(后下),郁金 10g,当归 10g,刀豆壳 15g。若口干,津伤明显加北沙参 15g,麦冬 10g;吞咽困难,胸骨后疼痛加急性子 10g,鹅管石 15g,娑罗子 10g;反酸、嘈杂加黄连 2g,吴茱萸 2g,乌贼骨 15g;大便干结加生大黄 5g(后下)。

从肺胃论治胃食管反流

北京大学第三医院中医科(100083)

李 东

胃食管反流(GER)是指胃及十二指肠内容物越过食管下端括约肌(LES)逆流入食管而引起的一系列症状,包括上腹部灼热感,胸骨后烧灼感,突发胸骨后、剑突下疼痛、呕吐,卧位时加重;部分患者症状不典型,只有饱胀感、暖气、心绞痛样胸痛,无明显诱因反复发作咳嗽、胸闷,以夜间为主,或饱食后、进食酸性食物后咳嗽,症状表现顽固性、难治性。其临床诊断可通过 24 小时连续食管内 pH 值监测、食管钡餐造影、食管下端压力测定、食管内镜检查及食管黏膜活检等确定。

1 胃食管反流(GER)与支气管哮喘相互影响

GER 可引起支气管痉挛,反流到食管中段的胃内容物,尤其是胃酸刺激食管黏膜感受器,通过迷走神经介导使气道高反应性增加,支气管平滑肌痉挛;微量反流物被吸入到上呼吸道内,直接刺激气道中迷走神经感受器,引起支气管痉挛而诱发或加重支气管哮喘的发生;吸入呼吸道的酸性液体刺激和损伤呼吸道黏膜

而产生化学性炎症,导致气道反应性增高,诱发和加剧哮喘发作。

反之,哮喘患者也易发生 GER,哮喘患者气道内非特异性炎症可引起内源性一氧化氮(NO)水平升高,NO 对消化道平滑肌有很强的刺激,可直接或通过抑制兴奋递质释放抑制 LES 收缩;哮喘患者往往肺脏充气过度,膈肌下降,消弱了抗反流屏障功能,使抑制 GER 发生的生理性保护机制作用减弱;哮喘患者气道阻力增加,使胸内负压增大,腹内压升高,导致胃与食管间的压力梯度增加;长期使用平喘类药物直接使平滑肌松弛,食管下段括约肌张力降低等等。

中医学认为,本病的发生,主要是胃气通降功能紊乱所致,其病机主要为胃气上逆。胃气郁滞,失于通降,则会导致胸骨后疼痛、吞咽不畅、暖气呃逆等症状;若病及肺气,影响肺主治节和肺气宣降功能,则出现肺气郁滞,肺失宣降诸证,肺气以上逆多见,“肺病者,咳喘逆气”,从而导致以咳嗽、胸闷为主的支气管哮喘。

2 肺、胃生理上相互依存,病理上相互影响

2.1 肺、胃生理上相互依存:肺位膈上,胃居膈下,喉咙既是呼吸之气出入肺之门户,又是饮食入胃必经之道,“喉咙者,气之所以上下者”,外邪可循喉咙同时入侵肺胃两脏,不仅如此,与胃相连之食道也居胸中,与肺系相邻。肺胃,经络相连,手太阴肺经之脉“起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺”,“中焦亦并于胃中”(《灵枢·营卫生会》);“足阳明胃经起于鼻,交额中,……循喉咙,……入缺盆,下膈属胃”,“肺气通于鼻”(《灵枢·脉度》)。由此可见,肺胃不仅在解剖位置上密切相关,而且通过经络相互关联。《素问·平人氣象论》指出:“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也”,这种“虚里”的特殊诊法,也说明肺胃一脉贯通。

肺属金,胃属土,二者为子母之脏腑,生理上相互依赖,相辅相成。肺为华盖,主持诸气,五脏六腑赖以维持自身正常生理机能的脏腑之气皆通过肺所宣发的精气而获得,胃的功能正常与否也依赖于肺的调节,但诸气的物质基础来源于水谷精气,《素问·玉机真藏论》云:“胃者,五脏之本也。”《灵枢·动输》云:“胃为五脏六腑之海,其清气上注于肺,肺气从太阴而行之,其行也,以息往来。”胃居中州,主受纳腐熟,为水谷之海,肺之滋养靠胃之水谷精气,然胃中清气又靠肺气以行,并随呼吸而运动,肺胃相互滋生制约,宣肃通降,去糟粕吸精华,生气血敷津液。

肺胃息息相关,从气机升降角度看,肺主肃降,胃主通降,“降”为肺气、胃气运行形式和方向共同性,