

胃食管反流病从肾论治

叶文彬¹, 何红霞², 陈荣武¹, 王雪萍¹, 万文蓉¹✉

1. 北京中医药大学厦门医院, 福建省厦门市湖里区仙岳路 1739 号, 361009; 2. 新疆维吾尔自治区吉木萨尔县中医医院

摘要 肾主气化、司开阖, 是调节人体水液平衡的中心环节。立足于肾藏真阴、真阳的生理功能及其与肝、脾胃的关系, 认为胃食管反流病的主要病机为水寒木郁、上焦结热, 命门火衰、虚火上灼, 肾精亏虚、湿热内蕴, 分别以乌梅汤清上温下、顺接阴阳, 金匱肾气丸合交泰丸阴中求阳、引火归元, 加味三才封髓丹健脾坚肾、益气养阴、芳化湿浊。

关键词 胃食管反流病; 肾为胃之关; 上热下寒

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是由于胃、十二指肠内容物反流入食管引起烧心、胸痛、反酸症状或组织损害, 常合并食管炎, 发病率有逐年升高趋势, 已成为严重影响人们生活的主要消化道疾病之一^[1]。国内一项流行病学调查^[2]显示, 我国有 GERD 症状的患者约为 24.9%。根据 GERD 症状特点, 可归属为中医学“吐酸”“嘈杂”等病症, 其病机多围绕肝气乘侮克胜、脾胃运化失常进行论述, 临床上从肝、从热、从实论治多见, 从肾、从寒、从虚论治少见。《素问·水热穴论篇》云“肾者, 胃之关也, 关门不利, 故聚水而从其类也”, 可见肾主水液, 司关门开阖, 肾气开阖失司与内生水湿密切相关。

1 肾气开阖失司、水热浊气内生是 GERD 的基本病机

肾之蒸腾气化是肺、脾胃、膀胱等脏腑参与水液代谢的原动力, 故人体的水液代谢以肺为标、以肾为本、以脾为中枢, 肾主气化、司开阖是调节水液平衡的中心环节。消化液的分泌代谢是人体水液代谢的一部分, 肾气开阖异常引起肝、脾胃功能失常导致胃酸等消化液分泌代谢失调, 从而引起 GERD。

1.1 肝行相火之令司疏泄之职, 水寒木郁成浊阴上逆之局

《难经·三十六难》曰“肾两者, 非皆肾也, 其左者为肾, 右者为命门。命门者, 诸精神之所

舍, 元气之所系也, 男子以藏精, 女子以系胞”, 明确提出了命门寄于右肾, 为元气之根。刘完素在《难经》“右肾命门元气”说的基础上, 进一步提出“右肾命门相火”说, 其在《素问病机气宜保命集·病机论》中云“右肾属火, 游行三焦, 兴衰之道由于此, 故七节之傍, 中有小心, 是言命门相火也”^[3]。后世医家宗此学说进行了深入探究。张元素《脏腑药式三焦部》云“三焦为相火之用, 分布命门元气, 主升降出入, 游行天地之间, 总领五脏六腑”^[4], 认为命门相火以三焦为通道游行于五脏六腑而发挥其生理效应。朱震亨进一步论述肝肾二脏在相火起源与输布中的主从关系, 《格致余论·阳有余阴不足论》云“主闭藏者肾也, 司疏泄者肝也, 二脏皆有相火”^[5], 确立了肾藏命门, 为相火之根, 肝为刚脏, 行相火之令, 司疏泄之职。

命门相火熏蒸, 则三焦气化水行, 五脏之元真通畅, 故气机之升降出入、血气之运行往来, 无不取决于相火之盛衰^[6]。肝禀命门相火, 通过疏利调达三焦脏腑气机的作用, 参与调节体内的水液代谢活动, 包括胃酸等消化液的代谢。临床上肝旺乘土所致的反酸常常被医家重视, 命门火衰、肝虚累脾所致的反酸多被忽视, 正如《医学衷中参西录·中册》云“人多谓肝木过盛, 可以克伤脾土, 即不能消食; 不知肝木过弱, 不能疏通脾土, 亦不能消食”^[7]。脾胃升降有赖于肝肾对气机的调节, 升有赖于肝阳之升发疏泄, 降赖于肾气之潜镇摄纳。命门火衰, 相火不明则肝阳不彰无以化气,

✉ 通讯作者: xmtcmwrr@126.com, (0592) 5579659

木郁不达则津液无以疏泄而凝聚，脾阳不足则运化无能而板滞，胃酸等消化液变成上逆之浊阴而成 GERD。

1.2 命火蒸化运中州，阳虚浮火灼食道

胸骨后烧灼感是 GERD 常见“火热”之象，也是 GERD 从“火”立论的症状学依据。其“火”可来自肝胃之实火，也可来自下焦肾精亏损之虚火。如《素问·至真要大论篇》云“诸逆冲上，皆属于火”“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。凡与“火”“热”有关的上冲、反酸等，泻火降逆是必用之法^[8]。临床上实火多被关注，虚火却常被忽视，从阳虚生虚火论治 GERD 则更少见。

由于肾和脾胃经脉相连，血脉相通，在生理上密切相关，脾胃为中州之土，脾胃腐熟运化赖命门真火之蒸化，盖胃得命门而受纳，脾得命门而转输，正如《张聿青医案》云“全赖肾中之一真阳蒸变，炉薪不熄，釜爨方成”^[9]。三焦为元气运行之通道，亦为邪火之道路，肾精亏虚，阳损及阴，阴不潜阳，虚阳浮游于食道则致胸骨后灼痛等 GERD 症状。

1.3 肾藏精气为脾阳胃阴化生之源，肾精亏虚为湿热内生之本

精气系于命门，囊括了肾阴、肾阳的主要功能。《景岳全书》言“命门为元气之根，水火之宅，五藏之阴气，非此不能滋，五藏之阳气，非此不能发”^[10]。脾阳得元阳之温煦，才能运化而不滞，胃阴得元阴之滋养，才能柔润而不燥。

在衰老、疾病演化过程中易出现肾阴肾阳俱损的病理变化。肾阴阳俱损，于脾脏而言伤其阳气则碍其运化，于胃腑而言失其水润则碍其通降，故《辨证奇闻》云“盖土得火而坚，土坚而后能容物，能容物即能容水而运湿。肾火即虚，土失其刚坚之气，土遂不能容物而容水，乃失其天度之流转矣，故湿浊留而不去”^[11]¹⁰⁰。由于胃失润降而不耐热，脾失温煦而不耐寒，可表现为胃热脾寒之象。胃热脾寒，脾不运化，则水谷变生湿浊；胃不润降，湿浊从其气而化热，谷气溢流至下焦，蕴为湿热。由于湿热之邪具有阴阳两重性，热可伤阴，引动少阴阴火上乘土位；湿可伤阳，则肾阳更虚而脾运更滞，先天之精滋养乏源。下焦肾元虚损与中焦脾寒胃热、内生湿热互为因果，则湿热浊气上逆而成 GERD。

2 肾气开阖失司所致 GERD 之不同临床证候

由于肺、肝、脾胃、肾在气津代谢中发挥不同

的作用，肾精气盈亏、水火偏衰影响气津代谢的多样性，导致肾气开阖失司通过不同途径产生的 GERD 临床表现有一定差异，应注意辨识肾精气亏虚为病之本，水热浊气为病之标。

2.1 水寒木郁、上焦结热证

水寒木郁、上焦结热之 GERD，在上为心烦、口苦、反酸等上焦结热、浊阴上逆之症；在下为饮食减少、脘腹胀满等相火不足、木不疏土之症。水寒木郁所生郁火并非必在膈上或胃中，可以流窜全身，甚至扰于魄门等肝经循行之地而成排便不畅之苦。GERD 上焦结热的表象容易掩盖相火不足的本质，脉象和望诊是辨识肾虚火衰的关键，其中脉象寸关弦而尺弱亦为肾虚肝郁之象，面色苍暗无泽，舌暗红、苔黄浊均为水寒木郁、上焦结热的望诊特征。

2.2 命门火衰、虚火上灼证

命门火衰、虚火上灼之 GERD，虚火浮游于上焦和肾宫阴寒内盛同时存在。《辨证奇闻》云：“人身肾中不寒，则龙雷之火下安于肾宫，惟其下寒之甚，而水又无多，于是上冲咽喉，而齿牙受之”^[11]⁵²。命门火衰、阳损及阴、虚火上灼，不仅可见咽喉、牙齿疼痛，亦可为胸骨后烧灼感、口舌溃疡，甚至热扰心神而失眠。命门火衰，火不暖土亦可出现胃脘胀满，甚至影响大肠传导功能，出现便秘。阳虚浮火上扰头面多表现为面色㿔白而两颧淡红，虚火鼓脉、精血不充，其脉象多表现为芤脉或沉细脉。

2.3 肾精亏虚、湿热内蕴证

肾精亏虚、湿热内蕴之 GERD，本质为肾精亏虚、阴损及阳之证，中焦和下焦气机失其通泰之性。胃热脾寒、湿浊内生，常见胃脘胀闷、嗝气反酸，摄寒凉之品多腹胀，摄温补之品多口臭、便秘。湿热下注壅于少阴，消灼肾气，引动少阴阴火上乘土位诱发胸骨后烧灼感、腰背痠困，甚至口腔溃疡。面色苍黄、颧下痤疮、脉象寸关濡滑尺弱为肾精亏虚、湿热内蕴的辨证要点。

3 固精气调寒热，化浊气利气机是治疗 GERD 的基本思路

GERD 患者在肾精气亏虚、开阖失司基础上产生了肝、脾胃功能失调为主的病理基础，因虚生滞、因虚生邪导致寒热气火失调是其病机特点，临床上一味补虚或攻邪降逆均非所宜，必须在固护精气的基础上，通过散结、清热、化浊、养阴、引火

归元等法以复中焦脾胃通泰之性，杜绝产生 GERD 的水热浊气。

3.1 水寒木郁、上焦结热重在温肾暖肝，佐以散结清热

水寒木郁、上焦结热，实际就是人体阴阳水火运行失常不相交融的表现，是上真热而下真寒。水寒是木郁之本，木郁是结热之因，其火在于膈上，其寒在于坎中，是以命门火衰、肝阳不彰为主要矛盾，上焦结热为次要矛盾的病证。秦伯未《谦斋医学讲稿》指出“寒邪伤肝，当用温剂辛散，肝脏本身阳不足，宜以温养助长生气升发，概称曰温，意义不同”^{[12] 84}，“治疗虚寒，应在补体之中加入温养，不同于受寒的专用辛温通阳”^{[12] 94}。水寒木郁之 GERD 不可局限于补命门温相火，必须配合辛开苦降散上焦之结热，补肝体之阴柔相火之性。仿乌梅丸之意制乌梅汤清上温下、顺接阴阳。以附子、桂枝辛温补阳为主，补坎中之阳，固相火之本；黄连、黄柏清泄结热为辅；干姜温运中焦，交通上下，佐参归以调气血，助乌梅强肝体阴血。

3.2 命门火衰、虚火上灼治以阳中求阴，引火归元

命门火衰、虚火上灼之 GERD，阳损及阴乃阳虚浮火之本。盖肾为水火之宅，真阳潜藏必先水火共济，水火共济则龙雷之火归于潜静，故欲引火归元者必以阴中求阳为基础，临床上取交泰丸加金匱肾气丸为基础方。气阳虚衰、浮火上炎者，加白芍、龙骨等酸甘养阴、重镇摄纳之品；气阳亏虚、阳损及阴者，一味滋阴降火可出现腹胀、腹泻等症状，给予益气养阴并佐以健运中焦之品可阴阳双补而解滋腻不化之虞^[13]。

3.3 肾精亏虚、湿热内蕴治以健脾肾，益气养阴，芳香化湿

肾精亏虚、湿热内蕴所致的 GERD 的本质在中焦为脾寒胃热之证，在下焦为阴损及阳之证，故清热滋阴则脾不运而腹胀，纯阳峻补则火不归化而扰心。以阳中求阴为治疗大法，取三才封髓丹之意，以黄柏为君，苦能坚肾，泄膀胱之相火，佐以木瓜、川牛膝清下焦之湿热，佐以熟地黄益肾水之不足，阳得阴潜，则龙火不至上腹，肾水旺则化胃阴而润降。臣以盐杜仲温润肾阳，入肝经而降逆气、引火下行固肾元气，《本草求真》云“以其气不上升，反引下降也……但杜仲性补肝肾，能直达下部筋骨气血”^[14]。以甘草、砂仁温运脾土，与藿香、佩兰芳化中焦湿浊，杜绝阴火化生之源，与盐杜仲导上乘之阴火下行，枇杷叶、砂仁、盐杜仲

共奏调畅三焦气机之效。天冬、人参、生地黄三者配伍，实为“天、人、地”相应，生津益气滋阴，祛邪不伤正，扶正不留邪。全方阴中求阳，健脾肾，益气养阴，芳香化湿，通达三焦气机。

4 验案举例

患者，男，67 岁，2019 年 5 月 28 日初诊。主诉：反酸、胸骨后烧灼感 1 年余。现病史：2018 年初患者开始出现反酸、胸骨后烧灼感，摄食辛热之品容易口腔溃疡，摄食寒凉食物则胃脘胀满，经胃镜检查诊断为 GERD，先后口服艾司奥美拉唑、铝碳酸镁、替普瑞酮、莫沙必利等治疗后有所好转，但停药后病情反复。刻诊：形容枯槁，面色不华，反酸，胸骨后烧灼感，胃脘胀满，饭量比平时减 1/3，时有暖气，口不苦，入睡困难，腰背痠困，大便三四天一行，便质不干，小便淡黄，舌体略小、舌质淡、苔薄黄，脉沉尺弱。2019 年 5 月 10 日胃镜检查提示慢性轻度萎缩性胃炎伴糜烂，反流性食管炎 1 级，幽门螺杆菌（-），食管下段黏膜点状充血、水肿，散在斑片状红色糜烂。西医诊断：胃食管反流病。中医诊断：吐酸；辨证：命门火衰、虚火上灼。处方：炮附片 15 g（先煎 30 min），熟地黄 15 g，炒山药 15 g，黄连 3 g，黄柏 6 g，当归 6 g，麸炒白术 15 g，炒白芍 15 g，肉桂 9 g，龙骨 30 g（先煎 30 min），炙甘草 6 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。停用全部西药，嘱勿偏嗜寒凉，慎起居，勿过度劳累。

2019 年 6 月 5 日二诊：反酸、胸骨后灼痛缓解，睡眠转佳，腹胀、腰痠减轻，大便成形，每天 1 次，舌质淡红、苔薄黄，脉沉尺弱。处方守初诊方去生龙骨，继服 14 剂，煎服法同前。

2019 年 6 月 24 日三诊：患者服药后腹胀、腰痠缓解，饭量已恢复正常，气色转佳，体力改善，余无特殊不适，舌质淡红、苔薄白，脉沉、尺脉偏弱。处方守二诊方去黄连，续服 14 剂，煎服法同前。

后随访 1 年，未再复发。2020 年 7 月 2 日本院复查胃镜报告示：慢性轻度萎缩性胃炎，食管黏膜内镜下表现正常。

按语：患者年逾六旬，肾精不足，命门火衰，阳损及阴，虚火上扰而成食道炎、口腔溃疡、失眠；火不暖土、中枢失运则胃脘胀满；无水舟停而排便困难。形容枯槁、面色㿠白、两颧微红，脉沉尺弱为精血亏虚、虚阳上扰之象。脉主亡血伤精，更见于生理性衰老。故治疗采取填补肾精、阴

中求阳、引火归元之法。以附子、肉桂补坎中之阳，温下以固元阳，熟地黄、白芍、当归、黄柏养血坚阴以涵元阳，黄连配肉桂交通心肾、引火归元，炒白术、炙甘草健脾温中以运化枢机，即补肾必先健脾。二诊时反酸、胸骨后灼痛缓解，睡眠转佳，阳可入阴，虚火未尽，守初诊方去龙骨。三诊气色转佳，饭量已恢复正常，诸症皆除，舌质淡红、苔薄白，脉沉尺脉偏弱，浮火归元，肾精未充，守二诊方去黄连，处方用药以补肾填精、阴中求阳为基础，兼顾交通心肾、运化中焦，使浮火通过中焦而潜藏于肾。

参考文献

- [1] 李兆申. 中国胃食管反流病研究现状 [J]. 解放军医学杂志, 2000, 25(5): 313-315.
- [2] LING Z, XIAO HH, XIAO PZ, et al. Survey of nocturnal reflux in patients with gastroesophageal reflux disease in China [J]. J Dig Dis, 2019, 20(11): 589-595.
- [3] 刘完素. 素问病机气宜保命集 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 18.
- [4] 张元素. 脏腑标本虚实寒热用药式 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1994: 109.

(上接第 821 页)

- [5] PERSKY VW, KEMPTHORNE-RAWSON J, SHEKELLE RB. Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study [J]. Psychosom Med, 1987, 49(5): 435-449.
- [6] VORA A, PARIKH PM, SHANTHI N, et al. Role of Hospital Anxiety & Depression scale in reducing need of a formal psychiatric referral in cancer patients [J]. J TCM, 2005, 23(16): 8037.
- [7] ZHAO L, LI X, ZHANG Z, et al. Prevalence, correlates and recognition of depression in Chinese in patients with cancer [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2014, 36(5): 477-482.
- [8] TRIVEDI MH, RUSH AJ, WISNIEWSKI SR, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice [J]. Am J Psychiatry, 2006, 163(1): 28-40.
- [9] 徐晓华, 林佳敏, 李可欣, 等. 从气血理论简析大肠癌的中医药治疗 [J]. 中医杂志, 2019, 60(8): 656-659.
- [10] 何凤仪. 中医药治疗肿瘤相关性焦虑、抑郁的 Meta 分析 [J]. 成都: 成都中医药大学, 2019.
- [11] 高瑞珂, 严安, 李杰. 基于心主神明理论探讨情志在恶性肿瘤发生发展中的作用 [J]. 中医杂志, 2018, 59(1): 29-32.
- [12] CARDOSO G, GRACA J, KLUT C, et al. Depression and

- [5] 朱震亨. 格致余论 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 5.
- [6] 张国松, 易发银. 论相火 [J]. 中医杂志, 2020, 61(11): 1007-1009.
- [7] 张锡纯. 医学衷中参西录 [M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1995: 305.
- [8] 朱海燕. 温通和胃法治疗反流性食管炎 [J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(2): 208-209.
- [9] 张乃修. 张聿青医案 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 220.
- [10] 张介宾. 景岳全书 [M]. 上海: 上海古籍出版社, 1991: 777.
- [11] 陈士铎. 辨证录 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [12] 秦伯未. 谦斋医学讲稿 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1964.
- [13] 叶文彬, 何红霞, 马旭红, 等. 从三焦论治慢性阻塞性肺疾病 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(4): 1618-1621.
- [14] 黄宫绣. 本草求真 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 46.

(收稿日期: 2020-11-10; 修回日期: 2021-02-08)

编辑: 贾维娜

- anxiety symptoms following cancer diagnosis: A cross-sectional study [J]. Psychol Health Med, 2016, 21(5): 562-570.
- [3] 刘文仙, 王利红, 孔雁平. 乳腺癌病人抑郁及焦虑症的调查研究 [J]. 护理研究, 2012, 26(4): 1085-1086.
- [4] 丁娜, 胡成文, 陶艳, 等. 恶性肿瘤患者死亡焦虑与焦虑、抑郁的相关性研究 [J]. 医学与哲学, 2015, 36(18): 78-81.
- [5] 李翠娟, 巩振东. 从脾论治情志病探析 [J]. 时珍国医国药, 2018, 29(4): 930-931.
- [6] 王佩佩, 胡瀚月, 张晓雷, 等. 中医“和法”的源流发展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(7): 740-745.
- [7] 张晓雷, 沙茵茵, 马家驹, 等. “广义和法”的概念以及中医辨析 [J]. 环球中医药, 2015, 8(12): 1481-1482.
- [8] 李冀. 方剂学 [M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 8.
- [9] 程海波, 周仲瑛, 李柳, 等. 基于癌毒病机理论的中医肿瘤临床辨治体系探讨 [J]. 中医杂志, 2015, 56(23): 1989-1992.
- [10] 陈铮, 杜立建. 逍遥散加减治疗焦虑症临床观察 [J]. 山西中医, 2016, 32(12): 6-9.

(收稿日期: 2020-09-06; 修回日期: 2020-12-25)

编辑: 侯建春