

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.21.017

临证心得

运用通降理论治疗胃食管反流病

尹晓岚, 王凤云*, 石啸双, 段园志

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

摘要 结合现代医学对胃食管反流病的病理生理机制研究进行中医精准辨证用药, 认为胃食管反流病的发病主要在于脾虚胃逆, 中焦气机升降失调, 而其中胃逆的本质实为肝木疏泄失司, 乘犯胃腑。治疗当以恢复中焦气机升降为要, 配合疏肝和胃、清胆和胃、健脾和胃、益肺和胃等法, 达到肝胃同治, 脾胃同调, 标本兼顾的目的。

关键词 胃食管反流病; 通降理论; 反酸

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是一种常见的消化系统疾病, 临床上常因胃/十二指肠内容物反流入食管而出现烧心、反流、胸痛、嗝气、慢性咳嗽、喉炎等食管内外不适症状, 严重影响患者的生活质量。根据内镜下食管黏膜损伤的表现, GERD 可分为反流性食管炎、非糜烂性反流病 (NERD)、Barrett 食管三种类型。在西方国家, 食管腺癌发病率居高不下, 多从 Barrett 食管发展而来, 而我国多因反流性食管炎食管黏膜组织反复损伤, 以食管鳞癌为主^[1]。此外, 部分 NERD 患者虽然内镜下无病损表现, 但反流症状的反复出现严重影响其心理、生活状态。我们临床运用通降理论, 并结合现代医学对 GERD 病理生理机制的研究进行中医辨证用药, 现将经验介绍如下。

1 脾胃通降理论的内涵

“通降理论”的历史渊源可追溯至《黄帝内经》中对脾胃脏腑生理功能的相关论述。《素问·厥论》指出, 脾的功能在于“为胃行其津液”, 《素问·经脉别论》对此进行了详细论述, 提出“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行”, 强调脾的生理特点在于转输精气。《素问·五脏别论》曰“六腑者, 传化物而不藏, 故实而不能满, 所以然者, 水谷入口, 则胃实而肠虚, 食

下, 则肠实而胃虚, 故曰实而不满, 满而不实也”, 强调胃腑受纳饮食水谷, 其生理特点在于实而不能满。《伤寒论》中针对太阳病变证之痞证提出了半夏泻心汤方, 全方辛开苦降以复脾胃升降之枢。金元时期, 战争纷乱, 民不聊生, 劳倦内伤多见。“补土派”创始人李东垣继承《黄帝内经》与《伤寒论》的学术思想, 其所作《脾胃论》在脾胃升降功能上强调促生长、升发的特性, 如《脾胃论·天地阴阳生杀之理在升降浮沉之间论》云: “盖胃为水谷之海, 饮食入胃, 而精气先输脾归肺, 上行春夏之令, 以滋养周身, 乃清气为天者也; 升已而下输膀胱, 行秋冬之令, 为传化糟粕, 转味而出, 乃浊阴为地者也”。直至明清时期脾胃通降功能方为医家所倡导, 清代叶天士认为, 脾胃病的产生无不责之于升降, 强调脾胃分治, 如《临证指南医案》曰“太阴脾土, 得阳始运, 阳明燥土, 得阴自安, 以脾宜升则健, 胃宜降则和”; “九窍不和, 都属胃病, ……腑宜通即是补, 甘濡润, 胃气下行, 则有效验”。董建华院士总结前贤经验, 提出通降理论, 认为其具备三要素: 生理上以降为顺, 病理上因滞而病, 治疗上以通祛疾。

结合现代消化道病理生理学特点, 对“通降理论”又有了进一步的解读。现代医学认为, 消化道的两大重要功能在于运动与分泌。无论在消化间期还是消化期, 消化道均维持着不同速率的运动状态, 尽管不同节段的器官 (如上消化道的食管、胃、小肠, 下消化道的结肠和肛管) 具备各自特

基金项目: 北京市科技计划 (Z161100000116046)

* 通讯作者: wfy811@163.com

殊的运动形式,但整个消化道均以共有的运动方式——蠕动,保持着向肛管方向一致的移行性复合运动;伴随着消化期的进展,释放入消化道的消化液、消化酶可达到分泌高峰^[2]。因此,脾主运化和升清,体现在消化液及消化酶的分泌功能及消化道对营养物质的吸收功能上;胃主和降,体现了整个消化道管腔由上至下,方向一致的运动特点。若水谷精微运化失司,脾气升清失常,不能滋养四旁,则是“不通”;若胃气不和,甚则上逆,则是“不降”。脾胃通降是中焦气机顺畅、功能调和的前提,主要表现为脾胃升降相因,脾主运化、升清及胃腑传化物功能正常。

2 通降理论与 GERD 病因病机

GERD 作为一类发病原因不明的消化道动力障碍性疾病,现代医学认为,其主要发病机制是抗反流防御机制减弱(包括抗反流防御屏障及食管廓清能力)及反流物对食管黏膜的刺激作用增强的结果^[3]。结合 GERD 的现代病理生理学研究机制理解“通降理论”的内涵,对于临床辨证施治至关重要。

2.1 抗反流防御屏障与“脾虚不通”

食管抗反流防御屏障主要包括抗反流屏障和食管黏膜屏障。抗反流屏障即为食管胃结合部,其中食管下括约肌的功能状态异常包括食管下括约肌压力低下及一过性食管下括约肌松弛,这是导致抗反流屏障损伤的主要因素。食管黏膜屏障由食管上皮表面黏液、复层鳞状上皮等构成,是与反流物直接接触的第一道防线。《素问·阴阳应象大论》云:“脾生肉,……在体为肉,在脏为脾”,而《素问·痿论》将之概括为“脾主身之肌肉”。实际上,脾化生气血功能的正常发挥是脾主肌肉的前提,若脾虚失司,水谷精微失于运化,转输不通,气血生化乏源,长期必致肌肉失濡,正如《黄帝内经素问集注·五脏生成》所云“脾主运化水谷之精,以生养肌肉,故主肉”。《黄帝内经》中的“肌肉”一词应作广义理解,包括分布于体外躯体四肢、体内五脏六腑的所有肉质组织,即包括人体肌肉组织、结缔组织、上皮组织和神经组织。由此可见,脾虚不运,转输不通,食管平滑肌、食管周边韧带、结缔组织及食管上皮则不得气血濡养,抗反流防御屏障则不能正常发挥作用。

2.2 反流与“胃逆不降”

反流的发生与抗反流屏障和食管廓清功能(即蠕动推进波)关系密切,当抗反流屏障损伤

时,通过食管的蠕动可及时清除反流物。通降理论以脾胃升降功能为核心,胃失和降,则往往导致食管蠕动功能减弱,胃/十二指肠内容物反流入食管。GERD 患者的症状表现主要为反酸和烧心,这多源于反流事件的发生,故 GERD 与中医学中的“反酸”“嘈杂”密切相关。《素问玄机原病式·吐酸》曰“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。”肝主疏泄,性喜调达而恶抑郁,若其疏泄失司,最喜横逆犯胃,而胃腑以降为顺,若其气机为肝气所扰,必致胃逆难降,因此,反流的发生与肝气横逆犯胃密切相关。值得注意的是,反流物对食管黏膜的损伤程度除了与反流物和黏膜接触的时间、部位密切相关,也与反流物的质和量相关。就反流物的成分而言,若出现酸碱混合反流,则反流物中多包含胆酸。胆为肝之余气,肝主疏泄的功能可体现在胆汁的分泌、排泄过程中。肝与胆相连,位置毗邻,肝之疏泄功能可通过促进胆汁正常的分泌与排泄,帮助脾胃运化。若肝气郁结,疏泄无权,则胆汁不能顺降,上逆至胃腑,更见胃气不降反逆,最终上逆至食管。

总而言之,抗反流防御屏障损伤多责之于脾虚失濡,反流事件的发生多责之于胃逆不降。脾虚重在通补,胃逆重在和降。《素问·六微旨大论》云“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危,故非出入则无以生、长、壮、老矣;非升降,则无以生、长、化、收、藏。”肝气疏泄有序,脾胃气机通降调顺是食管及其周边组织正常发挥作用的前提,因此,GERD 的发病主要在于脾虚胃逆,中焦气机升降失调,胃逆的本质实为肝木疏泄失司,乘逆胃腑,上犯食管。

3 治则治法

《医学真传·心腹痛》曰“通之之法,各有不同,调气以和血,调血以和气,通也;下逆者使之上行,中结者使之旁达,亦通也。虚者助之使通,寒者温之使通,无非通通之法也,若必以下泄为通,则妄矣”。GERD 治疗用药当以恢复脾胃“通降之性”为目标,脾虚不运当通,胃逆不和当降,注重以通祛疾,以降为顺,临证处方用药当明确用药方向向下的一致性。此外,脾胃病用药宜重轻清,切忌过寒过热。

3.1 疏肝和胃通降法

GERD 以实证居多,虚实夹杂共见^[4]。《素问·至真要大论》曰“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”临证 GERD 患者以肝胃不和及肝胃郁热证多

见, 究其病机多为情志失调, 肝气失疏, 横逆犯胃, 终致胃失和降, 郁久化热。此类患者往往表现为餐前上脘不适, 反酸嘈杂, 烦躁愤懑, 口干欲饮, 舌红、苔黄, 脉弦或数。此时诊治以恢复胃腑通降功能为主, 疏肝和胃, 调达气机, 交通上下。临证常以香苏饮、柴胡疏肝散、化肝煎合左金丸加减运用。若反酸嘈杂, 可配合运用海螵蛸、浙贝母等制酸和胃之品; 若肝郁气滞, 化火伤阴, 热迫津伤, 出现身热面赤, 口干咽燥, 唇裂舌焦, 可配合运用沙参麦冬汤或生脉饮, 药用沙参、麦冬、五味子、芦根等养阴生津之品; 若大便干燥, 可配合运用瓜蒌仁、桃仁、苦杏仁等润肠通便之品; 若患者伴见食管源性胸痛, 甚则疼痛投射至后背, 可配合运用丹参饮理气和血。

3.2 清胆和胃通降法

目前有关混合反流的研究发现, 胆汁中的结合胆酸可穿透亲脂性细胞膜而在黏膜内聚集, 进一步溶解破坏细胞膜及细胞间的紧密连接, 使得胃酸、胃蛋白酶到达黏膜下层, 较单纯酸反流造成更为严重的食管黏膜损伤^[9]。《灵枢·四时气》曰“邪在胆, 逆在胃, 胆液泄则口苦, 胃气逆则呕苦。”此类混合反流患者多因肝郁化热, 移热于胆, 胆热犯胃, 胃气上逆食管, 终致胆胃不和, 临床表现口干口苦, 甚则呕吐苦水, 暖气反酸, 胃脘灼热, 舌红、苔黄腻, 脉弦滑。临证以黄连温胆汤或芩连温胆汤加减运用。久病入络, 久病留瘀, 若患者胃中灼热日久, 可配合运用丹参饮或失笑散, 药用赤芍、丹参、生蒲黄、炒五灵脂等活血之品, 调血以行气; 若夜不得寐, 多梦易醒, 则配合运用珍珠母、酸枣仁、柏子仁等重镇潜阳、养阴安神之品。

3.3 健脾和胃通降法

《景岳全书·吞酸》云“腹满少食, 吐涎呕恶, 吞酸暖气, 谵语多思者, 病在脾胃”。GERD 患者究其发病机制, 多存在脾虚不运, 肌肉失濡, LES 收缩失常, 终致抗反流防御屏障不能正常发挥作用。此类患者多表现为餐后胃脘痞满不舒, 暖气反酸, 纳谷不馨, 神疲乏力, 大便溏薄, 舌胖、苔薄、边有齿痕, 脉沉细。临证以四君子汤或六君子汤合香苏饮加减。若患者餐后脘腹胀满, 则配合运用砂仁、枳壳、厚朴等宽中下气之品; 若胃脘满闷、口黏不渴、舌白苔腻等一派脾虚湿困之象, 可配合运用紫苏叶、荷叶、佩兰、苍术等健脾化湿之品; 若大便溏薄, 可配合运用干姜、炮姜、姜炭等温中收涩之品。

3.4 益肺和胃通降法

临证中部分 GERD 患者常常出现食管外症状, 多表现为咽部不适、声音嘶哑、哮喘及慢性咳嗽等一派肺系疾病表现, 多认为与反流物直接刺激咽喉、气管, 迷走神经兴奋增强气道敏感性相关^[9]。《素问·咳论》云“五脏六腑皆令人咳, 非独肺也, ……其寒饮食入胃, 从肺脉上至于肺”, 指出五脏六腑之咳“皆聚于胃, 关于肺”。在疾病的传变过程中, 肺胃在经脉循行及五行相生中关系密切, 脾胃气机升降失常, 母病及子, 终致肺失宣降。考虑本病多为肝胆郁热犯胃上逆, 热耗阴伤, 肺失濡养, 故以滋养肺阴为要, 方用沙参麦冬汤加减。若出现咽痒咽干, 可配合运用连翘、金银花、蒲公英等清热解毒而不苦寒败胃之品; 若出现肺热燥咳, 甚则咳痰带血, 可配合运用川贝母、百合等润肺化痰之品。

4 验案举隅

患者, 男, 55 岁, 2016 年 3 月 22 日初诊。主诉: 凌晨胃脘隐痛 3 年余。刻诊: 凌晨、空腹胃脘疼痛, 伴见烧心反酸, 口干欲饮, 夜寐多梦, 大便略干结, 舌红、苔薄略少, 脉细弦。外院胃镜检查结果: 反流性食管炎 (LA-A), 慢性萎缩性胃炎。西医诊断: 反流性食管炎, 慢性萎缩性胃炎。中医诊断: 胃痛, 反酸 (肝胃郁热)。处方: 北柴胡 10 g, 白芍 15 g, 当归 12 g, 紫苏梗 12 g, 陈皮 12 g, 香附 12 g, 枳实 12 g, 砂仁 6 g, 黄连 6 g, 吴茱萸 1 g, 海螵蛸 30 g, 麦冬 15 g, 瓜蒌皮 10 g, 延胡索 12 g, 柏子仁 30 g, 炙甘草 6 g。14 剂, 每日 1 剂, 中、晚餐前 2 小时水煎服用。同时每晚睡前 1 小时服用法莫替丁 20 mg。

2016 年 4 月 12 日二诊: 自诉症状较前好转, 仅清晨剑突下短暂满闷不适, 无烧心反酸, 大便调、每日 1 行, 舌淡红、苔薄腻, 脉细滑。处方: 北柴胡 10 g, 白芍 15 g, 党参 15 g, 麸炒苍术 20 g, 茯苓 30 g, 牡丹皮 15 g, 炒栀子 15 g, 枳实 15 g, 陈皮 12 g, 法半夏 9 g, 砂仁 6 g, 海螵蛸 30 g, 延胡索 12 g, 柏子仁 30 g, 炙甘草 6 g。14 剂, 每日 1 剂, 中、晚餐前 2 小时水煎服用。

2016 年 4 月 26 日三诊: 症状明显改善, 偶因进食米粉类食物感胃脘不适, 舌淡红、苔薄白, 脉细弦。坚持守方继进, 上方苍术易白术, 加神曲 20 g。14 剂, 每日 1 剂, 中、晚餐前 2 小时水煎服用。

2016 年 5 月 26 日四诊: 自诉近日大便溏、每

日 2 行, 食欲可, 烦躁, 舌淡红、苔薄白, 脉细弦。处方: 北柴胡 10 g, 白芍 15 g, 当归 12 g, 枳实 15 g, 砂仁 6 g, 牡丹皮 15 g, 炒栀子 15 g, 黄连 6 g, 干姜 6 g, 炮姜 6 g, 海螵蛸 30 g, 延胡索 12 g, 炙甘草 6 g。14 剂, 每日 1 剂, 中、晚餐前 2 小时水煎服用。

2016 年 6 月 12 日五诊: 已不溏泄, 食欲可, 偶见进食后反酸, 食后无腹胀, 眠可, 舌淡红、苔薄白, 脉细弦。上方去干姜、炮姜, 加厚朴 12 g, 吴茱萸 2 g。14 剂, 每日 1 剂, 中、晚餐前 2 小时水煎服用。守方加减治疗 2 个月后停药, 诸症痊愈。

按语: GERD 患者常见肝胃郁热及肝胃不和证, 两证实为同一病机, 只是病程发展过程中的不同阶段, 多是肝胃不和证日久不愈渐致肝郁化热扰胃。患者胃痛、反酸、烧心反复发作多年, 肝失疏泄, 郁而化热, 横逆犯胃, 则见胃脘灼热, 反酸烧心; 郁热伤阴, 则见口干便干, 舌红苔少。治疗重在疏肝和胃清热, 以柴胡疏肝散、香苏饮及左金丸合为一方, 共奏清热疏肝、理气和胃之功。二诊郁热已除, 病证已愈大半, 但见胃脘满闷, 舌苔薄腻, 考虑证属肝胃不和, 脾虚湿困, 治疗以疏肝和胃、健脾化湿、理气通降, 方用丹栀逍遥丸合四君子汤加减。三诊患者症状悉减, 舌苔已不腻, 故将燥湿化痰为主的苍术易为补气健脾为主的白术, 又见进食米粉类食物感胃部不适, 故增加神曲消食和胃。四诊患者自述情绪低落, 处方用药重在疏肝和

胃, 又见大便溏薄, 运用干姜、炮姜之属温中健脾。五诊患者大便调, 但肝郁失疏, 乘犯胃腑, 故见餐后反酸不适, 故以丹栀逍遥散合左金丸加减治疗, 疏肝和胃, 行气降逆。从本案可见, 肝气犯胃是 GERD 发病关键, 肝气郁热, 扰及胆腑, 乘犯胃腑是该病进展特点, 脾虚不运是该病之本。治本当从脾入手, 达到脾胃同调, 以复中焦升降之功; 治标当从肝入手, 达到“治肝可以和胃”之效。

参考文献

- [1] KATZ PO, GERSON LB, VELA MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [J]. AM J Gastroenterol, 2012, 108(3): 308-328.
- [2] 复旦大学上海医学院. 实用内科学 [M]. 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 1135-1138.
- [3] 林三仁. 消化内科学高级教程 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 145.
- [4] 李敬华, 胡建华, 张丽颖, 等. 唐旭东通降法治疗胃食管反流病经验 [J]. 中医杂志, 2012, 53(20): 1779-1780.
- [5] 朱生樑, 马淑颖, 程艳梅, 等. 胃食管反流病中医证型与反流类型的临床研究 [J]. 江苏中医药, 2008, 40(11): 41-42.
- [6] 王晓鸽, 王凤云, 唐旭东. 胃食管反流病常见症状的审症求因 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 31(11): 3840-3843.

(收稿日期: 2017-02-24; 修回日期: 2017-07-03)

编辑: 侯建春

第 35 次全国特色医疗名医学术交流暨老年病论坛通知

本次会议是由中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会、北京聚医杰医药科学研究院学术会议, 定于 2017 年 12 月 27—28 日 (26 日报到) 在云南省昆明市召开。会议主题是: 弘扬中医药特色医疗, 发挥治疗老年病特长。欢迎各级中医特色医疗名医及乡村中医、民间中医参会。

一、征文内容: 运用中医药治疗老年病的经验总结或特色医疗经验介绍, 中医药治疗各种疑难病、常见病的特色疗法等, 稿件需打印, 附 200 字以内作者简介, 邮寄或发电子信箱 13366005273@163.com。

二、有关说明: 1. 向所有参会代表颁发“老年健康卫士奖章”及纪念品, 并赠送《中医药治疗老年病特色疗法经验荟萃》《中华中医药特色医疗优秀文集》(第二辑)、《附子的研究及运用》等书; 2. 投稿论文将参加评选优秀学术成果、优秀学术论文或在会议上交流; 3. 具有副高以上职称或对中医药防治老年病有研究有特长的特色医疗名医、民间中医可申请加入“全国中医药防治老年病研究专家委员会”, 会期颁发聘书; 4. 新参会代表将注册为聚医杰会友, 长期获得有关书刊资料。

三、会议费用: 参会报名费 300 元, 会务及资料培训费 1500 元, 会期食宿参观统一安排, 费用自理。

四、报名方法: 请在 12 月 15 日以前将参会报名费、交流论文 (无论文者也可报名)、个人技术简介、申请聘任专家委员或评选优秀学术成果、优秀论文、优秀人才等材料、二寸照片 4 张用快递寄北京市 100036-98 信箱昆明会议会务组叶续宗收, 邮编: 100036。信封上注明“昆明会议”报名。联系电话: 010-83210238、18511329528、18515917952、18500577884。