

行滞通腑法在难治性胃食管反流病中的应用

徐晓栋¹, 钦丹萍^{1,2*}, 杨强¹, 汪瑶¹

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053; 2. 浙江省中医院)

摘要 胃食管反流病因复杂, 但其根本病机为胃失和降、胃气上逆, 而胃主降、以通为用, 且胃之和降有赖于肠腑通畅, 故提出临证从“肠”入手, 在辨证论治、注重方机相应的基础上以行滞通腑为核心治法开展治疗, 同时结合具体病机施以疏肝行滞、宣肺导滞、升清降浊、滋阴润肠, 可收良效。

关键词 胃食管反流病; 疏肝行滞; 宣肺导滞; 升清降浊; 滋阴润肠

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是指胃、十二指肠内容物反流至食管及咽喉、气管等食管外组织引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病^[1]。临床上, 西医常以质子泵抑制剂 (PPI) 治疗, 然而经过 PPI 标准治疗后, 有 10%~40% 的胃食管反流病患者反流和 (或) 烧心等症状缓解不明显^[2], 此即为难治性胃食管反流病。

胃食管反流病属于中医学“吐酸”“吞酸”“嘈杂”“噎气”等范畴。我们认为, 该病虽然病位在食管, 但总与胃失和降相关, 而胃气之和降有赖于肠腑通畅, 正如《素问·五脏别论》曰“水谷入口, 则胃实而肠虚, 食下, 则肠实而胃虚”。因此临证主张以“六腑以通为用”“腑病以调气为先”为治疗原则, 关注腑气之通降, 从“肠”入手, 采用行滞通腑法针对难治性胃食管反流病开展治疗。具体临证时行滞的强弱根据脾气虚实、腑气通降状况酌情决定。当然其通降功能与肝之疏泄、肺之宣降、脾之运化密切相关, 因此在临证中需根据不同病因以及病之虚实, 脏腑盛衰, 谨查气机, 以行滞通腑为总原则, 配合以疏肝、宣肺、滋阴、润肠等不同的施治方法。现以具体案例将运用行滞通腑法的临床应用解析如下。

1 疏肝行滞法

患者, 女, 62 岁, 2016 年 3 月 3 日初诊。主诉: 反复反酸烧心 5 年余, 再发 1 个月。症见: 口苦咽干, 恶心反酸, 纳差便干, 小便偏黄, 心烦满

闷, 舌红苔腻稍黄, 脉弦。患者长期服用 PPI 制剂缓解病情, 由于顾虑长期使用 PPI 制剂的副作用, 1 个月前停用 PPI 制剂后症状发作。胃镜示: 反流性食管炎 A 级。中医诊断: 吞酸, 证属肝胃郁热证; 治当疏肝和胃, 行气导滞, 兼以清宣郁热。处方: 北柴胡 12 g, 郁金 12 g, 佛手 10 g, 黄芩 9 g, 太子参 15 g, 姜半夏 10 g, 白芍 9 g, 白术 30 g, 枳实 12 g, 厚朴 12 g, 海螵蛸 10 g, 浙贝母 10 g, 栀子 6 g, 淡豆豉 10 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。

2016 年 3 月 10 日二诊: 心烦满闷消失, 口苦咽干、恶心反酸缓解, 胃纳差, 大便可, 日行 1 次, 舌红苔白腻, 脉弦。考虑郁热缓解, 肝郁仍存, 故去栀子、淡豆豉, 加玫瑰花 6 g, 鸡内金 15 g, 加强疏肝解郁、运脾行气之功。14 剂, 煎服法同前。

2016 年 3 月 24 日三诊: 诸症缓解, 予以二诊方 14 剂巩固。并嘱其平时调畅情志, 放松心情, 病情稳定后继续以中药维持。

按语: 本案为吞酸之例。纵观此证, 患者心烦口苦、恶心反酸, 又适值春天少阳之气生发之时, 此乃肝气不升、胆胃不降、郁而作热之证。《临证备要·吞酸》曰“胃中泛酸, 嘈杂有烧灼感, 多因于肝气犯胃”, 故疏肝和胃、清宣郁热是基本治法。然细观患者便干难解, 不思饮食, 此为腑气不通、糟粕不行致胃失和降, 纳运不济。治则重在行滞, 采用枳实、厚朴与大量白术配伍, 以和胃降逆, 达到制酸目的。方中枳实破气消积, 化痰散痞, 厚朴燥湿消痰, 下气除满, 枳实配厚朴寓

* 通讯作者: qindp19841@sina.com, (0571) 87068001

《伤寒论》之小承气汤之意，然患者便干尚能解，又恐苦寒败胃，且大黄长期应用还会导致结肠黑变病^[3]，故以 30 ~ 60 g 生白术易大黄行气导滞，既无泻下伤气、停药反复之弊，且有健脾益气、药效持久之利。张仲景在《伤寒杂病论》中云“若其人大便硬，小便自利者，去桂加白术汤主之”，最先指出重用生白术取其行气通便之功。现代研究表明，生白术常规剂量及大剂量均可促进慢传输型便秘大鼠的胃动力，而在改善其肠道传输功能及增加 c-kit 阳性细胞面积方面则以大剂量白术效果为佳^[4]。同时，方中枳实、白术相伍行气消痞，又寓《金匱要略》枳术汤之意，且临床研究证实，大剂量生白术配伍枳实可显著改善成人功能性便秘的大便性状和相关临床症状^[5]，故临证以生白术、枳实、厚朴配伍可获良效。更以鸡内金健脾消食、化浊通新，可增强胃蠕动，加速胃排空。《医学衷中参西录》指出鸡内金“善化瘀积”，现代药理研究则证实口服鸡内金能促使胃运动期延长、蠕动波增强及胃排空加快^[6]，故临证行滞消积常加用鸡内金。如此诸药相伍，共起沉疴。

2 宣肺导滞法

患者，女，46 岁，2016 年 3 月 1 日初诊。主诉：胃脘灼热 3 个月余。症见胃脘嘈杂，时有灼热，恶心反酸，发无定时，晨起明显，胃纳尚可，食已即饥，胃脘痞满，大便黏滞不爽，舌红、苔薄黄腻，脉滑数。自诉服用 PPI 制剂无效。胃镜示：反流性食管炎 A 级。中医诊断：嘈杂，证属痰热互结证；治宜清热化痰，行气和胃。处方：姜半夏 10 g，竹茹 10 g，陈皮 10 g，黄连 5 g，吴茱萸 3 g，茯苓 12 g，生姜 6 g，大枣 10 g，海螵蛸 10 g，煅瓦楞子 10 g，厚朴 10 g，枳实 10 g，炙甘草 6 g。14 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。

2016 年 3 月 16 日二诊：胃脘灼热反酸，按之则痛，大便黏滞难解，舌红、苔薄黄腻，脉滑数。加瓜蒌皮 9 g。14 剂，煎服法同前。

2016 年 3 月 30 日三诊：灼热反酸仍有，但程度减轻，大便三日一行、干结难解，舌红、苔薄黄，脉数。在二诊方基础上加强宣肺导滞，去茯苓、生姜、大枣，加瓜蒌仁 15 g、苦杏仁 10 g、炙紫菀 12 g。14 剂，煎服法同前。

2016 年 4 月 13 日四诊：大便通畅、日行一次，无反酸烧心，胃脘嘈杂、恶心欲呕均好转，舌红、苔薄黄腻，脉滑数。予以上方 14 剂继续巩固

疗效。

按语：本案患者表现为嘈杂、反酸，且舌红苔黄腻。《类证治裁》云“肝木性升散，不受遏郁，郁则经气逆，为噎，为胀，为呕吐”，由于胆为甲木，胆虚则不能遂其生长发陈之令，于是木郁而土不达，土不达则痰易生，痰郁久易化热，致胃失和降，因此临证以黄连温胆汤处置，患者大便黏滞不爽，故加用厚朴、枳实行气导滞。二诊时患者胃脘仍灼热反酸，大便黏滞难解，舌红、苔薄黄腻，脉滑数，且按之则痛，考虑为痰热互结于胸中，邪气下移大肠致湿热积聚之证。唐容川《血证论》云：“肺移热于大肠则便结”，故治宜清宣胸中痰热，痰热去则肺气清，气机畅则大便通，故加瓜蒌皮清肺化痰、利气宽胸，既可宣肺气通大肠，又合小陷胸汤清热化痰之意。一、二诊后胃脘嘈杂、胃脘灼热减轻，但大便黏滞未缓解，故三诊时加强宣肺导滞，妙用瓜蒌皮、瓜蒌仁、杏仁、炙紫菀等配伍，此即《医经精义》“理大便必须调肺气”之意；瓜蒌皮与瓜蒌仁相伍，上可清肺胃之热，化痰散结，下可润大肠之燥；且杏仁、瓜蒌仁、炙紫菀能润肠通便，以达宣肺润肠、降逆导滞之目的。

3 升清降浊法

患者，男，37 岁，2016 年 3 月 15 日初诊。主诉：晨起胸闷伴烧心、恶心 1 年。症见口苦纳差，餐后呃逆，反酸时作，餐后困倦，昏昏欲睡，大便溏，舌淡红、苔薄白，脉弦细。自诉服用 PPI 制剂无效。胃镜示：反流性食管炎 A 级，慢性浅表性胃炎伴糜烂。中医诊断：呃逆，证属脾虚气滞证；治宜健脾和胃，升清降浊。处方：太子参 15 g，白术 10 g，茯苓 10 g，陈皮 10 g，姜半夏 10 g，升麻 9 g，防风 6 g，薏苡仁 20 g，厚朴 10 g，枳实 10 g，黄连 3 g，吴茱萸 3 g，海螵蛸 10 g，煅瓦楞子 10 g，浙贝母 10 g，炙甘草 6 g。7 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次口服。

2016 年 3 月 23 日二诊：困倦改善，但呃逆明显，仍口苦纳差，餐后呃逆，反酸时作，暖气腹胀，大便溏，舌淡红、苔薄白，脉弦细。中医诊断：呃逆，证属脾虚气逆证；治宜和中降逆，升清降浊。处方：旋覆花 9 g，赭石 15 g，党参 15 g，姜半夏 12 g，生姜 9 g，大枣 10 g，黄连 3 g，吴茱萸 3 g，北柴胡 6 g，升麻 6 g，防风 6 g，薏苡仁 20 g，厚朴 10 g，枳实 10 g，玫瑰花 6 g，炙甘草 6 g。7 剂，煎服法同前。

2016 年 3 月 30 日三诊: 口苦反酸减轻, 餐后呃逆、暖气缓解, 纳差便溏, 舌淡红、苔薄白, 脉弦细。加鸡内金 15 g、麸炒白术 15 g 以健脾消积。14 剂, 煎服法同前。

2016 年 4 月 13 日四诊: 患者诉诸症缓解, 以三诊方巩固疗效, 后未再发。

按语: 本案患者表现为呃逆, 重在明辨气机升降, 而用升清降浊之法。清代李用粹于《证治汇补·吞酸》中言“凡积滞中焦, 久郁成热, 因而作酸者, 此酸之属于热也。”因此, 脾虚失运, 积滞中焦, 为该患者作酸之缘由。一诊时患者胃纳差明显, 口苦口酸, 大便溏, 舌淡红、苔薄白, 脉弦细, 考虑为肝郁脾虚, 以脾虚气滞为主, 且患者食入则昏冒欲睡, 知清阳升发之气不行, 故临证时在健脾的基础上, 遵升清降浊之法。四君子汤健运脾胃, 升麻、柴胡、防风升举清阳之气; 以厚朴、枳实降浊下气, 共奏升清降浊之功, 此即“脾宜升则健, 胃宜降则和”之意。同时, 防风辛能散肝, 香能舒脾, 为理脾引经要药^[1], 本案用防风就是此意, 以防风配薏苡仁健脾利湿、祛风止泻。二诊患者暖气呃逆仍明显, 遵“胃六腑之海, 其气亦下行”之意, 应加强降逆之功; 然患者又有腹胀便溏, 为脾胃升清降浊功能未复, 正所谓“清气在下, 则生飧泄; 浊气在上, 则生胀”, 故在升清降浊基础上加强和中降逆之功, 合用旋覆代赭汤, 求降中得升, 达至功效。

4 滋阴润肠法

患者, 女, 60 岁, 2016 年 3 月 24 日初诊。主诉: 胃脘嘈杂隐痛 1 年余。症见胃脘嘈杂灼痛, 得食则缓, 晨起口酸, 咽干口燥, 渴而欲饮, 纳差善饥, 大便干结, 小便短赤, 舌红少津, 脉细而数。自诉服用 PPI 制剂和胃肠动力药效果欠佳。胃镜示: 反流性食管炎 A 级。中医诊断: 嘈杂, 证属胃阴亏虚证; 治当养阴益胃, 润肠通腑。处方: 北沙参 15 g, 制玉竹 12 g, 生地黄 15 g, 麦冬 12 g, 白芍 15 g, 海螵蛸 10 g, 煅瓦楞子 10 g, 浙贝母 10 g, 厚朴 10 g, 枳实 10 g, 火麻仁 12 g, 郁李仁 12 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。

2016 年 3 月 31 日二诊: 胸骨后隐痛、胃脘灼痛好转, 大便易解, 仍口咽干燥、口渴欲饮, 舌偏红、苔薄白少津, 脉细数。加天花粉 15 g、乌梅 10 g 以生津止渴。14 剂, 煎服法同上。

2016 年 4 月 14 日三诊: 患者自诉胃脘嘈杂消

失, 口燥咽干缓解, 大便易解, 舌偏红、苔薄白稍干, 脉细数。故以二诊方 14 剂巩固疗效。

按语: 本案辨为嘈杂, 属胃阴亏虚证。《温病条辨》云“复胃阴者, 莫若甘寒, 夫酸味者, 酸甘化阴”, 故临证治宜甘寒滋阴为主, 酸甘化阴为辅, 以益胃汤合芍药甘草汤加减获效。然本案患者除胃阴亏虚之口燥咽干外, 更兼有肠燥便结, 正所谓“胃火盛而肠枯, 大肠坚而粪粒干”, 故本案应重在滋阴润肠, 以达“急下存阴”之图, 具体用药以麦冬、生地黄寓增液汤“增水行舟”之意, 以补为通; 另加火麻仁、郁李仁润肠通便。火麻仁偏走大肠血分, 郁李仁偏入大肠气分, 二者配伍, 以增疗效。二诊时, 大便虽易解, 但津液一时难复, 口咽干燥仍存, 加乌梅、天花粉, 以乌梅合炙甘草酸甘化阴, 而天花粉一味不仅能清热生津, 《日华子本草》认为其尚可通小肠, 可润可行, 故其可加强下气润肠之功, 恰时选用, 可增疗效。

5 小结

胃食管反流病的主要病机为气机失调, 胃失和降, 胃气上逆。胃为六腑之大主, 以通为用, 以降为顺, 且胃气之和降还有赖于肠腑通畅, 故临证时在辨证论治、注重方机相应的基础上, 应时时不忘“行滞通腑”的核心原则, 并将其贯穿治疗全程, 同时根据不同病因病机, 施以疏肝行滞、宣肺导滞、升清降浊、滋阴润肠等具体治法, 以获良效。

参考文献

- [1] VAKIL N, VAN ZANTEN SV, KAHILAS P, et al. The montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus [J]. Am J Gastroenterol, 2006, 101(8): 1900-1920.
- [2] 中华医学会消化病学分会. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见 [J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155-168.
- [3] 羊燕群, 吴之茵, 马志杭, 等. 生大黄致结肠黑变病豚鼠肠动力评估 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2014, 24(8): 678-679.
- [4] 王文革, 次苗苗, 张俊红, 等. 不同剂量生白术对慢传输型便秘大鼠胃肠道传输功能及 Cajal 间质细胞的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2016, 32(1): 18-21.
- [5] 侯毅, 李悠然, 王浩, 等. 大剂量生白术配伍枳实治疗成人功能性便秘疗效及安全性评价 [J]. 世界华人消化杂志, 2015, 23(4): 694-700.
- [6] 王本祥. 现代中药药理学 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1995: 679.
- [7] 汪昂. 医方集解 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 102.

(收稿日期: 2017-06-12; 修回日期: 2017-08-03)

编辑: 崔京艳