

胃食管反流病哕证论治

朱振红 王凤云 郭 朋 唐旭东*

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

* 通讯作者: txdlly@sina.com

[摘要] 从历代医家对中医哕证的认识、哕证的病因病机、治疗用药规律及常用方剂等方面进行论述。认为哕证发生机制为肝胃气逆, 中上焦气机升降失调, 用药以平调气机为主, 从阴阳论治, 需注意表里寒热; 从脏腑论治, 需注意升降; 并结合方药予以详述。

[关键词] 哕证; 胃食管反流病; 吞酸; 哕逆

胃食管反流病为临床常见病和多发病, 常见症状包括哕逆和吞酸。哕逆是由于脏腑气机紊乱, 气不下行而反逆, 出现以上气动膈为主症的病证。吞酸, 又称反酸或反食, 是由于六腑所容纳之浊阴上逆而出现的胸骨后烧灼感, 甚者上至咽部异物感为主症的病证。哕逆和吞酸虽不同, 但在病因病机上有许多相通之处, 且临床表现也多兼而出现, 故可统称哕证。

1 历代医家对哕证的认识

哕证首见于《黄帝内经》, 称为哕。“胃为气逆为哕”(《素问·宣明五气篇》)。《黄帝内经》认为哕的发生与饮食不节, 情志不遂, 脏腑气机不利有关。《金匱要略·呕吐哕下利病脉证并治第十七》曰:“哕逆者, 橘皮竹茹汤主之。”张仲景列出了哕逆的治法, 也为后人从痰湿论治提供了依据。唐宋之前“噎气”、“噎气”、“呃逆”、“哕”并无差异, 至明代张景岳在其《景岳全书》中作了明确区分, 哕者呃逆也, 非咳逆也; 咳逆者咳嗽之甚也, 非呃逆也; 干呕者无物之吐即呕也, 非哕也; 噎者饱食之息即噎气也, 非咳逆也。

2 哕证的病因病机与病位

2.1 病因以内伤为主

哕证的病因可归纳为饮食不节、情志不遂、痰湿阻滞、脏腑虚寒、脏腑实热等。实责之标, 以痰、湿、火、瘀、食阻遏不通为主要表现。《类证活人书·问咳逆》言:“凡咳逆多有先热而吃生冷, 或凉药多, 相激而成”, 《证治准绳·呃逆》亦有因“暴怒气逆痰厥”而发生呃逆的记载, 《景岳全书·呃逆》指出“皆其胃中有火, 所以上冲为呃”, “凡有郁结积怒之人, 并不得行其志者, 多有咳逆之证”(《古今医统大全·咳逆门》)。虚责之本, 多由禀赋不足, 脏腑素虚, 内外之邪乘而袭之, 使浊阴清阳之气乱于中焦, 气机逆乱, 浊阴上犯而发哕证。正如“病深者, 其声哕”(《素

问·宝命全形论篇》), 又如《证治汇补·呃逆》谓“伤寒及滞下后, 老人、虚人、妇人产后, 多有呃症者, 皆病深之候也”。重病久病之后, 或因病而误用吐、下之剂, 耗伤中气, 或损伤胃阴, 均可发生哕证。如病深及肾, 则呃逆多为肾气失于摄纳, 引动冲气上乘, 挟胃气动膈所致。

2.2 病机以气逆为主

“哕”指气逆, 是由于脏腑气机紊乱, 不降反逆挟浊阴上犯引起。“余知百病生于气也。怒则气上, 喜则气缓, 悲则气消, 恐则气下, ……惊则气乱, ……思则气结”(《素问·举痛论》)。“有所劳倦, 形气衰少, 谷气不盛, 上焦不行, 下脘不通, 胃气热, 热气熏胸中, 故内热”(《素问·调经论》)。“饮食不节, 起居不时者, 阴受之”, “阴受之则入五脏”, “入五脏则满闭塞, 下为飧泄, 久为肠澼”(《素问·太阴阳明论》)。情志内伤、饮食不节、劳逸失度, 均可导致脏腑功能受损, 升降失司, 故作哕证。气机疏泄失职, 壅滞中焦, 郁久化热, 吞酸由作。

2.3 病位在肝与胃, 涉及脾肺肾

哕证又称“哕逆”、“气上动膈”, 膈下指肝与胃, “胃为气逆为哕”(《素问·宣明五气篇》)。今膈气上动, 携六腑浊阴上犯作祟, 故当指肝胃为主。再从六腑“传化物而不藏, 故实而不能满”特点而论, 脾主运化, 脾气不运, 胃气失于和降, 清阳不升, 浊阴必上犯, 下则痞胀, 上则哕逆。《灵枢·口问》谓“谷入于胃, 胃气上注于肺, 今有故寒气与新谷气, 俱还入于胃, 新故相乱, 真邪相攻, 气并相逆, 复出于胃, 故为哕”, 说明哕证的病位常涉及脾肾。

3 哕证治疗用药规律总结

3.1 从六经论治, 需注意阴阳表里寒热

张仲景将阴阳理论引入到六经辨证中, 从八纲

辨证出发,将脏腑经络联成一体,对“阳陷入阴”作了深入阐述,兹不赘述。哝证从阴阳论之,可谓阴阳失调,阳陷阴反升。从表里论,“夫肝者中之将也,取决于胆,咽为之使。此人者,数谋虑不决,故胆虚气上逆,而口为之苦”(《素问·奇病论》)、“少阳、厥阴主枢”为半表半里之所,入则可热化入胃,亦可寒化入脾。故胆为肝之表,胃为脾之表。哝证从表里论,需协调脏腑。脏腑精气之输布无不赖阴阳之气调达,阴阳不和,可影响气机之调畅。临床中寒热错杂之证并不鲜见,辨证上宜细审脉证详查病机,辨别阴阳表里寒热之证。

张仲景用药注重寒热并用,寒热平调。半夏泻心汤中黄芩、黄连与干姜为伍,方中“半夏能疗伤寒寒热,心下坚,胸胀咳逆”(《神农本草经》)。泻心者,调其寒热,升降之气和,气痞自消。麦门冬汤中麦冬与清半夏相佐,“大逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之”(《金匮要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》)。“胃中之火乃邪火,非正火也。邪火宜泻,而正火宜补”、“胃火之盛,必须补水,而补水之源,在于补肺”、“麦冬泻肺中之邪火,清胃中之热邪”(《本草秘录》)。张仲景喜用柴胡,四逆散即是明证,方中柴胡《神农本草经》谓其“去肠胃中结气”。“少火者,不寒不热,脾得之而升,肺得之而降,过寒过热,皆能犯胃作呕”(《本草思辨录》)。

3.2 从脏腑论治,需注重平调气机

王旭高在《西溪书屋夜话录》中提到将肝气、肝风、肝火理论引入到脏腑辨治中,通过平调枢机,论治五脏病变。对肝者将军之脏认识颇深,在论治上非常重视调畅肝气。肝者升,肺者降,脾胃者中焦斡旋气机之所,携肝肺而治。肝之升,调六腑之浊阴下行,肝不治者,木火刑金,亦可肝木乘侮脾土。故王旭高将疏肝、柔肝、缓肝、泄肝、抑肝等集于一身。因此,治疗哝逆一证,均旨在恢复肝气之生理,其根本在平调气机^[1]。

哝证主要病因有二:一是饮食不节,起居不时,久则伤胃;二是情志失调,生活压抑,久则伤肝。因此,调畅气机应为治疗哝证的大法。临床应用调肝畅气之剂如枳壳、砂仁伍用;川楝子、延胡索配伍;吴茱萸、黄连合用等皆是醒肝调气、宣化阳气之典范。即是清肝和胃之剂,也不宜寒凉大热之品。人之形体靠少火温之,寒凉之品易恋湿助痰,大热之剂易动火伤阴,终致气机紊乱,故清肝之时,可反佐少量温性之药。临床牡丹皮、栀子并用可伍柴胡、白芍、当

归,养阴之剂可佐麦冬、沙参、二至丸等。

3.3 常用方剂分析

3.3.1 四逆散及其变方 四逆散出自《伤寒论》,根据《黄帝内经》“酸以敛之,辛以补之”理论所创。《伤寒论》第 318 条曰:“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。”关于四逆散证,历来存在许多争议,但丝毫没有影响其在临床上的应用。四逆散组方选药寓意深奥,临证辨证灵活化裁,疗效颇彰。方中柴胡味苦平,禀少阳之气,入于肝,正中直达,顺其春升发散之性,透散邪气,升散清气,能提肝气失陷者,由左而升,携引清气行阳道。芍药、甘草相伍酸甘化阴,以生津血,润降泄郁结,宣畅道路,芍药又可入肝木血分“敛津液而护营血,收肝气而泄邪热”(《本经逢源》),更助枳实开达肝脾阴结,二者共奏祛痰结血滞、宣畅气机之功,气机条畅,则肝木脾土皆顺其性,所以真水自当上奉。四药合用,相得益彰,气机畅,哝逆消。

治疗气郁之甚的哝证,除四逆散外,还有升降散,此二方功效相似,皆能升降气机,疏宣气滞。肝气不升,究其根本,火热郁闭作乱,故以升降散宣泄三焦火热,正如杨栗山所云:“僵蚕、蝉蜕升阳中之清阳,姜黄、大黄降阴中之浊阴,一升一降,内外通和,而杂气之流毒顿消矣”。

3.3.2 小柴胡汤及其类方 小柴胡汤出自《伤寒论》,“往来寒热”、“胸胁苦满”、“默默不欲饮食”、“心烦喜呕”为其临床选方必备条件,“胸中烦而不呕”、“胁下痞硬”、“身有微热”等为临床选方或然因素。《伤寒论》曰:“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也。”胆者,阳中之少阳,禀东方木德,主少阳春生之气,与肝互为表里,若少阳气郁,胆腑疏泄失职,故见口苦等浊阴上泛之象。后世所谓“凡为吞酸尽属肝木,曲直作酸也。河间主热,东垣主寒,毕竟东垣是言其因,河间言其化也”(《四明心法》),其胆腑浊阴亦挟其上行所为之。小柴胡汤重用柴胡,取其重则达之之意,古有“重取其味,轻取其性”之说,故辛味从木,又可散风。又因少阳经为多气少血之经,气多必亢,故用黄芩清少阳之气热,君臣伍用,其性皆从。言及半夏、人参,防邪气内陷,鼓正气之势,以达邪。半夏泻心汤实在小柴胡汤证误下之后,本属少阳半表半里证,医误下误治,延误病情,而现心下痞证。

(下转第 1114 页)

因此骨质疏松症的临床疗效评价也应该考虑“证候”这个因素。但目前临床上中医疗效评价多沿用西医的指标,或仅增加有中医特色的症状。如何体现中医治疗目标(证候)与结果(证候指标的改善)的相关性,是中医需要面对的难题。

为了解决这个问题,我们从2009年1月至2010年11月应用文献整理、临床调查、专家研讨等方法,首先确立了骨质疏松症常见中医证候诊断规范,而我们的临床验证显示,该诊断规范符合中医临床实际。在此基础上以100 mm刻度法结合症状分级赋分法及综合评价层次分析法为数学工具,以“综合集成研讨厅”为研讨方式,以骨质疏松症常见中医证候诊断规范中定性证候的36个中医症状量化分值为底层指标,定性证候的各个指标(症状或症状组合)为第二层次,定性证候轻重量化评分为第三层次,以证候总评价为顶层指标,初步构建了以证候为内容的骨质疏松症疗效综合评价方法及指标体系。并在临床上与骨密度、生存质量等进行了相关性研究,对模型的可靠性进行了验证。研究结果显示,在以证候为内容的中医疗效评价方法中,证候总评分与骨密度、患者生存质量评分等指标有明显的相关性。由此说明证候总评分是可以反映病情轻重变化的综合指标。与现有的国内疗效评价体系比较,对证候的评价较为完善,体现了中医治疗目的与结果的直接相关。因此该评价方法是一个能体现中医特点的骨质疏松症临床综合疗效评价方法。

在我们的研究中用到两种重要的数学方法,100 mm刻度法与层次分析法。100 mm刻度法主要测定患者的体会,因此相对客观,而且又避免了以往等级计数资料无法进行计量资料统计的弊端,使骨质疏松症中医临床疗效评价真正走向量化统计的模式。症状分级赋分法也是脱胎于此。层次分析法的优势在于,可以从底层量化指标开始,逐级向上评

价,最后算出综合评价指数,这种模型与中医证候框架结构非常符合。人体是复杂系统^[11-12],出现的证候也变化多端,我们的研究模式也应该适应这个复杂的客体。以上研究证明,重视中医文献挖掘、专家经验及判断力,密切与临床结合,通过合理的数学模型,能够达到应用中医指标进行临床疗效综合评价的目的。

参考文献

- [1]李东涛,李富玉,王剑,等.骨质疏松症常见中医证候诊断规范研究[J]. 中西医结合学报,2011,9(12):1326-1332.
- [2]由松,胡立胜. 中医症状及证候的量化方法探讨[J]. 北京中医药大学学报,2002,25(2):13-15.
- [3]Nickel JC. Effective office management of chronic Prostatitis[J]. Urol Clin North Am,1998,25(4):677-684.
- [4]孙振球,徐勇勇. 医学统计学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2002:386-390.
- [5]刘健,蔡太生. 骨质疏松症患者生活质量的测评[J]. 中国行为医学科学,2003,12(1):114-115.
- [6]刘健,蔡太生,吴萍陵,等. 原发性骨质疏松症患者生活质量量表的信度与效度研究[J]. 中国临床心理学杂志,2004,12(2):131-132.
- [7]中国老年学学会骨质疏松委员会骨质疏松诊断标准学科组. 中国人骨质疏松症建议诊断标准(第二稿)[J]. 中国骨质疏松杂志,2000,6(1):1-3.
- [8]戴汝为,操龙兵. 综合集成研讨厅的研制[J]. 管理科学学报,2002,5(3):11-17.
- [9]崔霞,戴汝为,李耀东. 群体智慧在综合集成研讨厅体系中的涌现[J]. 系统仿真学报,2003,15(1):146-153.
- [10]王丹力,戴汝为. 综合集成研讨厅体系中专家群体行为的规范[J]. 管理科学学报,2001,4(2):1-6.
- [11]朱宗涵. 医学科学和系统复杂性研究[J]. 系统仿真学报,2002,14(11):1425-1438.
- [12]孙贵香. 复杂性科学意义下的中医证候研究的方法学探讨[J]. 中华实用中西医杂志,2006,19(9):1058-1059.

(收稿日期:2012-12-03;修回日期:2013-02-19)

[编辑:崔京艳]

(上接第1109页)

三泻心汤加大黄黄连泻心汤、附子泻心汤称五泻心汤^[2],病证亦是由轻及重,由热及寒,泻心汤名言泻心实理中焦脾胃,斡旋气机,恢复五脏生理功能,气机顺,啰证自消。至言邪气传及人身,论理阴阳体质,可寒化亦可热化。前者已言之寒。至其“啰者,橘皮竹茹汤主之”(《金匱要略》),谓及“黄芩主少阳之经热,竹茹主少阳之腑热”(《本草思辨录》),张仲景深明其异,故以橘皮竹茹汤携其首。

纵观张仲景啰证用方,重视调理气机,喜用柴

胡、枳实、旋覆花、吴茱萸、陈皮、橘叶等入肝经之药,同时不忘兼顾脾胃,百方皆有炙甘草、大枣等调味和方之品。后世发展的治疗啰证的名方四磨饮子、温胆汤等皆根于《黄帝内经》,源于张仲景。

参考文献

- [1]李敬华,胡建华,张丽颖. 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.
- [2]王凤云,唐旭东. 慢性胃炎痞证论治[J]. 中医杂志,2011,52(3):199-202.

(收稿日期:2013-01-24;修回日期:2013-05-08)

[编辑:侯建春]