

《金匱要略》方治疗胃食管反流病研究进展

徐婷婷

(南京中医药大学, 江苏南京 210029)

指导: 沈 洪

摘 要 胃食管反流病在西医治疗上常用抑酸剂、促动力剂和黏膜保护剂等,但时有疗效不理想或停药后复发等情况,中医通过辨证分型运用经方进行治疗,常收显效。通过对《金匱要略》中在临床上常用于治疗胃食管反流病的方剂进行整理归纳,并联系相应的临床研究现状进行阐述,从而更好地指导胃食管反流病在临床上的诊疗。

关键词 金匱要略 中药复方 胃食管反流 综述

中图分类号 R259.71

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)07-0086-04

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流引起不适症状和(或)并发症的一种疾病。该病可根据导致食管黏膜糜烂、溃疡而分为糜烂性食管炎(erosive esophagitis, EE)、非糜烂性食管炎(nonerosive reflux disease, NERD)和 Barrett 食管(Barrett's esophagus, BE)三种主要的类型。根据 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见^[1],该病的症状主要分为食管症状和食管外症状,其中烧心和反流是作为最常见的典型症状被列出,以及不典型症状如胸痛、上腹痛、上腹烧灼感、嗝气等。而食管外症状主要包括咳嗽、咽喉不适、哮喘和牙蚀症等。

胃食管反流的西医治疗中经常会出现疗效不理想或停药后复发等现象,虽然中医自古并无此病名的出现,但依据其主要临床表现,可将其归属于“吐酸”、“反胃”、“嘈杂”、“胸痹”、“呃逆”、“梅核气”、“痞满”等范畴。其病因病机在《诸病源候论》中表述为:“噫醋者,由上焦有停痰,脾胃有宿冷,故不能消谷,谷不消则胀满而气逆,所以好噫而吞酸,气息醋臭。”2009 年《胃食管反流病中医诊疗共识意见》^[2] 中将该病的辨证分为肝胃郁热、胆热犯胃、中虚气逆、气郁痰阻、瘀血阻络等五型。江苏省中医院沈洪教授根据多年的临床经验,认为本病主要分为以下几种证型:肝胃郁热、痰气郁阻、寒热错杂、胃虚有热、脾胃虚弱、胃阴不足。《金匱要略》作为四大经典之一,书中经典方剂更是数不胜数。现将《金匱要略》中用于治疗胃食管反流病的方剂进行整理归纳,并结合现代研究阐述如下。

1 肝胃郁热型——柴胡类方

肝主疏泄、调畅气机,胃主受纳、主通降、喜润恶燥。“木达则土安”,肝气条达能助胃气通降,胃气和降则助受纳腐熟水谷之功。肝胃郁热型胃食管反流病的主要病机多由情志不畅或饮食不节而致肝气郁滞,久郁化火,横逆犯脾胃,脾胃升降失常,气逆而上或胆汁疏泄失常,不能助脾胃运化腐熟水谷,食滞化热,反而上逆。临证可见烧心,反酸,胸骨后灼痛隐隐,胸胁胀闷,嗝气不舒,心烦易怒,口干口苦,舌红苔薄黄,脉弦。《金匱要略》中柴胡类方用于治疗胃食管反流病主要包括小柴胡汤、大柴胡汤。小柴胡汤方中以柴胡为君,黄芩为臣,佐以半夏、生姜、人参、大枣、炙甘草。柴胡苦辛微寒,归肝胆经,疏肝理气,透达内外,《神农本草经》谓之“主心腹,去肠胃中结气,饮食积聚,寒热邪气,推陈出新。”黄芩苦寒,泻少阳之郁火,君臣相配,外透内清,共解少阳之邪。半夏、生姜和胃降逆止呕,人参、大枣、甘草益气健脾,扶正祛邪。诸药相伍,以和解少阳为主,兼和胃气。大柴胡汤在《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》中的条文表述为:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤。”大柴胡汤由小柴胡汤去人参、甘草,加大黄、枳实、芍药,以药测证,可知该证乃邪入阳明,化热成实,故发热、呕吐、胸胁苦满等症较小柴胡汤证更为严重,临证除可见烧心、反酸、胸骨后灼痛明显等症外,还伴有腹痛、腹胀、便秘、舌红苔黄、脉弦数等里实热证。

吴丽辉^[3]根据就诊时间将患者随机分为治疗组(柴胡类中药)和对照组(西药),连续治疗 3 个月,

结果两组有效率及复发率都有显著性差异,中药组疗效明显优于西药组。陈云斌^[9]将 60 例胃食管反流患者分为治疗组(小柴胡汤加减)和对照组(吗丁啉),治疗 2 周后,进行疗效评价,结果治疗组治愈率明显高于对照组。张明^[10]将 53 例胃食管反流病患者随机分为治疗组(奥美拉唑结合中药)和对照组(潘多酮片),治疗 4~5 周后,对前后症状和胃钡透检查进行比较,前者有明显差异,后者无明显差异。冀秀萍等^[9]将 86 例胃食管反流病患者随机分为两组:治疗组以大柴胡汤加减方口服,对照组口服奥美拉唑肠溶片,治疗 2 个月后,结果显示治疗组总有效率高于对照组。

2 痰气郁阻型——半夏类方

先天不足或后天失调,而致脾胃运化失职,继而痰湿内生,升降失常,秽浊之气上逆而见噎腐吞酸。临证可见烧心,胸骨后隐痛,咽中异物感或吞咽不畅,脘腹胀满,噎气反酸,舌淡苔白腻或白滑,脉弦滑。半夏所化之痰不仅包含视之可见,闻之有声的有形之痰还包含无形质可见的无形之痰。《金匱要略》中有 30 余方都用到了半夏,而在治疗胃食管反流病中常用的方剂主要是:半夏厚朴汤、小半夏汤和大半夏汤。半夏厚朴汤首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之。”方中以半夏为君化痰散结,降逆和胃,配以厚朴下气除满,佐以茯苓甘淡渗湿健脾,生姜和胃止呕并解半夏之毒性,苏叶芳香行气,宣通郁闭之气。该方解郁化痰,顺气降逆,常用于治疗后世所称“梅核气”,症状多表现为咽中如有异物,梗阻不舒,咯之不出,吞之不下,但无碍于饮食。这类症状与胃食管反流患者所表现出的胸骨后不适,时有灼热感类似,故可尝试用于痰气郁阻之胃食管反流病。小半夏汤全方仅有半夏、生姜二药,药味少药力专,二药相合,共奏降逆止呕之效,为止呕之组方,临床表现除反酸、烧心等主症外,若兼见口不渴或口渴不甚,或口多清涎等症状时可以此方为基本方进行加减。大半夏汤首见于《金匱要略·呕吐下利病脉证治》,方中除半夏外,加之人参、白蜜,可见病程已持续较长时间,有慢性化趋势,津液耗损,故该方可用于术后或久病而出现的反酸、胸骨后隐痛等症状的治疗,临证可见反胃、朝食暮吐、呕吐物多为涎沫、面色不华、少气懒言、形体枯槁、舌质淡白或淡红、舌苔薄、脉弱。

付全芳等^[7]认为痰气交阻型胃食管反流病多与心理、情志因素有关,故使用半夏厚朴汤加减方行气散结,43 例患者经治疗后,总有效率为 95.34%。高玉杰^[8]将 128 例经内窥镜检查确诊为反

流性食管炎的患者随机分为治疗组(半夏厚朴汤加味)和对照组(西药组),两组疗程均为 30 天,结束后依据内镜检查进行疗效评价,得出结论:半夏厚朴汤加味治疗反流性食管炎疗效显著($P<0.05$),有促进食管糜烂愈合等作用。杨万期^[9]运用小半夏加茯苓汤合香砂六君子汤治疗 46 例反流性食管炎患者,总有效率为 91.3%。单明义^[10]运用大半夏汤治疗胆囊术后胃食管反流症 76 例,总有效率为 93.4%,疗效显著。

3 寒热错杂型——泻心汤类、乌梅丸

寒热错杂型胃食管反流是由于厥阴肝木乘犯,上冲而致胃热,下冲而致脾寒,而出现上热下寒之证,临床表现为:烧心,反酸,胸骨后隐痛,胃脘胀满隐痛,肠鸣,大便质稀,舌淡、苔薄黄,脉弦缓。泻心汤类方在《金匱要略》中主要有半夏泻心汤和甘草泻心汤。半夏泻心汤首见于《伤寒论·辨太阳病脉证并治》:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤。”该条文原是由于区别心下满而硬痛的大结胸证,却引出痞证的概念。《说文解字》中对于痞的解释:“痞,痛也。”按之,腹内结滞而痛。《金匱要略·呕吐下利病脉证治》中更有补充说明:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”痞者,痞塞不通,上下不能交泰之谓也。半夏泻心汤是由小柴胡汤化裁而得,半夏为君,行开结消痞之效,干姜辛温配合黄连黄芩之味苦,共奏辛开苦降之效;同时配以人参、甘草、大枣补益脾气,促进脾胃运化功能恢复。甘草泻心汤即半夏泻心汤重用炙甘草而成,甘草甘平补中,健脾和胃,又能缓急以解下利之急迫,用于胃食管反流病患者脾胃相对虚弱,下利明显者。乌梅丸在《伤寒论》中主“消渴,气上撞心、心中疼热,饥而不欲食,食则吐蛔”之蛔厥。气上撞心乃火热循经上犯出现反酸症状,心中疼热类似于胃食管反流病中胸骨后灼热之症,故亦可用于治疗该病。

陈延欣^[11]将 116 例胃食管反流病患者随机分为两组,观察组 58 例(口服半夏泻心汤方)和对照组 58 例(口服雷贝拉唑片),治疗 8 周后进行体征评分,得出结论:观察组临床有效率明显高于对照组($P<0.05$)。杨勤等^[12]认为非糜烂性反流病不仅所占比例较大且对西医治疗多取效不佳,故选取 127 例 NERD 患者随机分为治疗组(口服半夏泻心汤加减方)和对照组(口服泮托拉唑),治疗 8 周后,分别填写反流性疾病诊断问卷(RDQ)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、医院焦虑抑郁量表(HAD),观察积分变化,得出结论:虽两组的总有效率无明显差异但 RDQ、PSQI 和 HAD 前后积分的比较与对照组相比具有显著性

差异($P<0.05$),所以半夏泻心汤加减方不仅具有抑酸作用,还能够安神解郁。刘晓霓等^[13]经过试验发现泻心汤可明显改善大鼠食管黏膜损伤程度且能够降低大鼠体内神经降压素(NT)含量,从而治疗反流性食管炎。李海强等^[14]将63例老年中重度反流性食管炎患者分为治疗组和对照组,治疗8周后,比较其总有效率和复发率,得出结论:常规治疗基础上加用乌梅汤可改善临床症状,提高生活质量及远期疗效。

4 胃虚有热型——橘皮竹茹汤

胃虚有热型胃食管反流病,临床表现除反酸、呃逆外,可伴见虚烦不安、胸骨后隐痛、口干、手足心热、舌红少苔、脉虚数等症。橘皮竹茹汤出自《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》,组方为橘皮二升、竹茹二升、大枣三十个、生姜半斤、甘草五两、人参一两。方中橘皮理气健胃,和中止呕,生姜降逆开胃,竹茹清热安中止呕逆,人参、甘草、大枣补虚和中,益气生津,甘草多为生甘草用以和中养阴。诸药合用,共奏补虚清热、和胃降逆之功。以方测证,当归属于胃虚有热,气逆上冲之证型。

杨晋芳^[15]认为本病多由于胃气虚弱,气虚上逆,痰气交杂所致,故用橘皮竹茹汤加减以和胃降逆,清热化痰。将48例患者随机分为2组,其中对照组口服泮托拉唑肠溶片与多潘立酮联合治疗,治疗组予以橘皮竹茹汤加减方,2组均治疗12周,停药2周后进行疗效评估。结果治疗组总有效率为95.80%,对照组总有效率为79.17%,治疗组胃镜下总有效率为72.92%,对照组总有效率为60.41%,可见橘皮竹茹汤加减治疗反流性食管炎疗效明显优于西药组。曾有药理研究表明,橘皮挥发油对消化道有缓和刺激的作用,有利于胃肠积气的排出,能促进胃液的分泌,有助于消化;竹茹对白色念珠菌、大肠杆菌有明显的抑制,从而达到消炎作用;生姜含有姜辣素能促进胃液分泌,从而使得胃肠正向蠕动;人参、大枣、甘草含有蛋白质、糖类、多种维生素,有良好的补益胃气的作用^[16]。姚春等^[17]在对胆汁反流胃炎大鼠模型的防治实验中发现橘皮竹茹汤可提高大鼠血清中胃泌素的含量,该激素对胃的运动有中等程度的兴奋作用,从而能够促进胃的排空,改善胃分泌和运动功能。

5 脾胃虚弱型——黄芪建中汤

黄芪建中汤出自《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》:“虚劳里急,诸不足,黄芪建中汤主之。”该方是由小建中汤加黄芪而得,黄芪健脾补中,升阳举陷,故本方的补虚作用较小建中汤更强。《灵枢·终始》曰:“阴阳俱不足,补阳则阴竭,泻阴则阳脱,

如是者可将以甘药,不可饮以至剂”,明确指出当阴阳俱虚时不可用极寒或极热之剂,而当用甘温之剂健脾益气,恢复中焦之运化功能。该方补虚为主多用于老年脾胃虚寒型胃食管反流,临床常见泛吐酸水清稀,胸脘隐痛不适,喜温喜按,四肢不温,纳谷欠佳,大便或溏,舌苔薄白,脉虚而缓等脾胃虚弱之证。

陆永妮^[18]认为老年人阳气衰退,脾胃虚寒,虚寒型反流性食管炎更易发,故将88例被确诊为脾胃虚寒型反流性食管炎患者随机分成治疗组(黄芪建中汤)和对照组(法莫替丁与吗丁啉联合),治疗1个月,对照组有效率63.3%,治疗组有效率86.4%。周强等^[19]根据全小林运用黄芪建中汤的经验认为该方能健脾胃、温分肉、散寒而厚肠胃,柔肝而平冲逆之功,并在脾胃虚寒的消化道疾病中常用。张涛^[20]采用该方治疗65例胃食管反流病人,总有效率达90%。游绍伟等^[21]将58例反流性食管炎患者随机分为中药组和西药组,治疗28天后,结果表明不论是疗效比较还是内镜检查结果比较,两组均有显著性差异,且中药组明显优于西药组。

6 胃阴不足型——麦门冬汤

麦门冬汤首见于《金匮要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治》:“大逆上气,咽喉不利,止逆下气者,麦门冬汤主之。”此方多用于因肺胃阴虚,阴虚火旺,虚火上炎灼伤咽喉而出现咽喉干燥,咳嗽痰少,痰质黏稠难咯等咽部症状,该症状多类似于胃食管反流病中食管外症状。方中麦冬养肺胃之阴,清虚热,半夏下气化痰,两药配伍温而不燥,人参、甘草、粳米、大枣养胃益气,气能生津,津液生成则推动脾气散精,机体运化得以通畅,虚火自敛,则灼热之感自除。该方以麦门冬为君,以方测证可知阴虚部位多在于肺胃,故可用于胃阴不足型胃食管反流病并伴有咳嗽、咽痛等食管外症状者为佳。临证可见:反酸,烧心,胸骨后隐痛等,兼有胃脘嘈杂,口燥咽干,咯痰少而黏稠,纳差,舌红苔少,脉细数等胃阴虚之证。

张晋云等^[22]将140例患者随机分为2组:治疗组予以麦门冬汤加味,对照组予以奥美拉唑肠溶片,治疗8周后统计疗效。结果发现治疗组临床疗效优于对照组($P<0.05$)。李仲全^[23]将120例确诊为胃食管反流病的患者随机分为中药组(左金丸合麦门冬汤加减)和对照组(奥美拉唑肠溶片联合莫沙比利),治疗4周后进行疗效观察,显示左金丸合麦门冬汤加减治疗胃食管反流病有较好的疗效。

7 结语与展望

胃食管反流病主要可分为肝胃不和型、痰气郁阻型、寒热错杂型、胃虚有热型、脾胃虚弱型以及胃阴不足型,分别运用柴胡类方(小柴胡汤和大柴胡汤)、半夏类方(半夏厚朴汤、小半夏汤和大半夏汤)、泻心汤类(半夏泻心汤和甘草泻心汤)和乌梅丸、橘皮竹茹汤、黄芪建中汤以及麦门冬汤为主方,并进行加减治疗。

除以上方剂外,《金匱要略》中还有许多方剂也被运用于治疗胃食管反流病,如白术散、橘皮汤等理气剂;人参汤(理中汤)、茱萸汤、肾气丸等温补剂;河黎勒酸、小半夏加茯苓汤等祛痰剂^[24];以及栀子豉汤、黄芩汤等清热剂^[25-26]。当然临证不可固守经方,当随症加减。若反酸明显者加煅海螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎等抑酸和胃;若偏于肝气不舒者则加广郁金、广木香、香附、春柴胡等疏肝解郁;若火热偏重而出现胸骨后灼痛明显者加黄连、黄芩等清热泻火。中医的三因制宜中最为强调的就是因人制宜,临床上应根据患者的体质,病情演变及转归变换用药,从而达到更好的临床疗效。

经方的应用研究也存在着诸多问题,临床研究方面:缺乏加减方与经方的疗效对照,对照组设立不合理,研究方法大多采用随机对照方法而盲法难以实施,设计多以回顾性研究或经验总结为主而缺乏前瞻性研究,疗效评价多以西医检查为主,缺乏中医特有的评价标准;动物实验研究方面:研究者严格按照经方的剂量和药物组成而临床应用并未严格遵循,两者间的差异对于经方疗效的评价也产生相应的影响,这些问题都对经方研究及其临床应用拓展造成了阻碍。因此,制定中医独特的辨证分型或从微观辨证着手制定临床研究方案尤为重要,有利于扩展经方在临床的应用,灵活加减,辨证施治。

参考文献

- [1] 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.中国消化杂志,2014,34(10):649
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会.胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳).中医杂志,2010,51(9):844
- [3] 吴丽辉.小柴胡汤加减治疗反流性食管炎疗效观察.陕西中医,2014,35(4):418
- [4] 陈云斌.小柴胡汤加减治疗胃食管反流病60例疗效观察.中外医学研究,2013,14(11):127
- [5] 张明.中西医结合治疗胃食管反流病的疗效观察.临床合理用药,2012,5(8C):80
- [6] 冀秀萍,马骋宇.大柴胡汤加减治疗胃食管反流病45例临床观察.江苏中医药,2013,45(1):36
- [7] 付全芳,许琦.半夏厚朴汤加减治疗痰气交阻型胃食管反流病43例.内蒙古中医药,2013(12):35
- [8] 高玉杰.半夏厚朴汤加味治疗反流性食管炎68例.山西中医,2013,29(1):23
- [9] 杨万期.小半夏加茯苓汤合香砂六君子汤加减治疗反流性食管炎46例.河北中医,2011,33(4):548
- [10] 单明义.大半夏汤治疗胆囊术后胃食管反流症.山西中医,2003,19(3):5
- [11] 陈延欣.半夏泻心汤治疗58例胃食管反流病临床疗效评价.中医临床研究,2014,6(12):20
- [12] 杨勤,李军祥,李晓红.半夏泻心汤加减对非糜烂性反流病症状和生活质量的影响.北京中医药大学学报,2013,36(4):280
- [13] 刘晓霓,高艳青,司银楚,等.半夏泻心汤及其类方对反流性食管炎大鼠神经降压素的影响.放射免疫学杂志,2003,16(4):215
- [14] 李海强,贝光明,张冬琼,等.乌梅汤加减治疗老年中重度反流性食管炎临床疗效观察.黑龙江中医药,2009(6):24
- [15] 杨晋芳.橘皮竹茹汤加减治疗反流性食管炎48例疗效观察.云南中医中药杂志,2011,32(7):43
- [16] 李少华,吴桂清,韩雅琳等.橘皮竹茹汤治疗返流性食管炎.中医药信息,1988(5):19
- [17] 姚春,姚凡,赵晓芳,等.橘皮竹茹汤对胆汁反流性胃炎大鼠模型的防治作用及对胃泌素、PGE2含量的影响.时珍国医国药,2014,25(1):44
- [18] 陆永妮.黄芪建中汤治疗44例老年脾胃虚寒型反流性食管炎患者的疗效分析.中医临床研究,2013,5(2):71
- [19] 周强,逢冰,彭智平,等.全小林运用黄芪建中汤验案举隅.中国中医基础医学杂志,2013,19(3):337
- [20] 张涛.黄芪建中汤治疗反流性食管炎65例.中国中医药现代远程教育,2009,7(6):16
- [21] 游绍伟,何鲜平.黄芪建中汤治疗老年脾胃虚寒型反流性食管炎39例临床观察.四川中医,2006,24(1):60
- [22] 张晋云,陈建芬.麦门冬汤加味治疗胃食管反流性咳嗽80例疗效观察.河北中医,2008,30(6):612
- [23] 李仲全.左金丸合麦门冬汤加减治疗胃食管反流病60例.江西中医药.2009,318(40):24
- [24] 宫玮瓌.胃食管反流病之反酸的中医古籍文献研究.北京:北京中医药大学,2013
- [25] 陈芳瑜.栀子豉汤治疗反流性食管炎184例临床观察.海峡药学,2004,16(5):132
- [26] 刘小河,马艳红,傅延龄.黄芩汤对反流性食管炎模型大鼠氧化应激和胃肠激素的影响.时珍国医国药,2011,22(7):1778

第一作者:徐婷婷(1991—),女,硕士研究生,中医内科学专业。xutingting0818@163.com

收稿日期:2015-03-10

编辑:傅如海