

难治性胃食管反流病证治探讨

王东方^{1,2} 刘绍能²

(1.北京中医药大学,北京100029;2.中国中医科学院广安门医院,北京100053)

摘要 难治性胃食管反流病是指胃食管反流病经西药常用方法治疗后其反酸、烧心等症状不能有效缓解的疾病。难治性胃食管反流病的病机特点是胃酸多而胃气不降、瘀血内结成痼疾、脾升胃降功能难复,因此,治疗要除胃酸过多之害,活血化瘀以截病深成痼之势,健脾和胃以复脾升胃降之功。

关键词 胃食管反流病;中医病机;中医药疗法

中图分类号 R259.71 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)06-0050-03

胃食管反流病是指胃内容物反流入食管引起烧心、反酸等症状的一类消化系统疾病,目前西医常用抑酸、促胃肠动力药等方法治疗,但仍有10%~40%的患者症状未能得到明显的缓解,因此,提出了“难治性胃食管反流病”这一概念。其诊断标准目前尚无统一认识,一般是指采用双倍剂量质子泵抑制剂(PPI)治疗8~12周后,烧心和(或)反流等症状无明显改善的疾病。中医学中没有胃食管反流病这一病名,根据其临床表现属“吐酸”“嘈杂”“胃痛”等范畴。如《素问·至真要大论》云:“少阳之胜,热客于胃……呕酸善饥……”;又云:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”对于难治性胃食管反流病的认识,中医尚在探索之中。笔者仅就其病因病机特点及治疗思路与方法作一初步探讨。

1 胃酸不降,治以除酸制害

胃气不降致胃酸反流是胃食管反流病的主要原因,持续地胃酸增多及胃气不降是形成难治性胃食管反流病的重要原因。脾居于中焦而主运化,为整个饮食代谢过程的中心环节,维持人体正常生命活动的重要生理机能,脾为“后天之本”。胃酸为参与人体消化食物的重要物质,中医将其视为水液。脾胃功能正常时,水液代谢功能正常,胃酸发挥正常消化食物的作用,其生成与消耗有度,不会因其生成过多或消耗不及而随胃气上逆。但随病程日久,“脾为生痰之源”,脾胃虚弱,水液运化失常,无法正常运化胃酸,此时无法运化之水液则被视为痰湿,寒化则为水湿,郁久化热则为湿热,正如高鼓峰《四明心法·吞酸》云:“饮食太过,胃脘痞塞,脾气不运而酸

者,是怫郁之极,湿热蒸变,如酒缸太甚则酸也。”指出脾失健运则生湿浊,湿浊郁久则化热,终见湿热内生;由此而脾损难复,痰湿泛生,其随上逆之胃气浸淫食管,故形成难治性胃食管反流病。

胃酸属中医“水湿”“痰浊”范畴,即可从痰湿认识胃酸。从痰湿论治胃酸,寒化则为水湿,热化则为湿热。胃酸过多的中医治法主要有以下几种,根据具体情况,针对不同患者可使用其中一种或多种方法治疗。

1.1 中和法 许多中药如海螵蛸、煅瓦楞子、珍珠粉、螺蛳壳、龙骨、牡蛎等,这些中药含较多的碳酸钙,呈弱碱性,对胃酸有一定的中和作用,在一定程度上可减少高胃酸引起的黏膜损伤。如现代研究发现,瓦楞子含有碳酸钙,具有较好的中和胃酸、保护胃黏膜的作用,且矿石类药物多具有收湿敛疮的功效,可用于修复受损的胃黏膜,既能重镇降逆又能中和胃酸、抑酸止痛,同时可以保护胃黏膜,修复受损黏膜。正如《临证备要·吞酸》云:“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感,多因肝气犯胃,一般用左金丸,亦可用乌贼骨、煅瓦楞制止……”

1.2 疏肝和胃法 脾胃位于中焦,为升降之枢纽,脾胃升降与纳化有赖于肝之疏泄,而胃酸的生成也与肝之疏泄有关,正如《四明心法·吞酸》曰:“凡为吞酸尽属肝木,曲直作酸也。”故治疗胃酸过多常用疏肝和胃之法。若肝失疏泄,气机郁滞,则脾失健运,胃失和降,正如《病因脉治·外感吐酸水·内伤吐酸水》言:“呕吐酸水之因,恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,则饮食不能消化,停积于

胃,遂成酸水浸浮之患矣。”治疗应疏肝理气和胃,予柴胡疏肝散加减治疗;若肝失疏泄,木不疏土,脾土不运,则湿浊内生,治以疏肝理气化湿,可用柴胡疏肝散合平胃散加减治疗;若土虚木乘或木郁土壅,肝木乘克脾土,治疗应疏肝扶脾,临床可用逍遥散加减;若饮食不节,伤胃致虚,则肝木易横逆犯胃,可见肝胃不和,治疗以疏肝和胃为主,方用二陈汤合左金丸加减,并可加神曲、鸡内金等健脾和胃药物以顾护脾胃功能;肝胆互为表里,若肝失疏泄,可影响胆机能异常,胆失于疏泄,通降不利,胆热犯胃,胃失和降,胆胃不和,治以泄胆和胃,理气通降,方用柴芩温胆汤合旋覆代赭汤加减,可加茵陈以加强清肝胆湿热之功。

1.3 健脾化湿法 若脾气虚而饮食不能输布运化,浊气不能下降者,须用六君子汤补养脾胃为主,健脾根据轻重不同,可选用黄芪、白术、人参、茯苓、山药、白扁豆等,少佐柴胡、升麻等升举阳气;若痰浊阻滞,脾失健运,治应除湿化痰、理气和中,以二陈平胃散加减,化湿药物可选用芳香化湿的药物,如藿香、佩兰、砂仁、白豆蔻、草豆蔻等,或苦温燥湿药物如厚朴、半夏、苍术等。

1.4 清热燥湿法 胃酸的质为湿浊,但具有热之性,湿郁易化热,正如《素问·至真要大论》云“诸呕吐酸,暴注下迫者,皆属于热”,高鼓峰《四明心法·吞酸》中也提到“寒则阳气不舒,气不舒则郁而为热,热则酸矣”,脾胃功能失调,气机壅滞,水反为湿,谷反为滞,积湿成浊,积滞化热,郁热内生,而成湿热并见之证,治疗应寒热并调,辛开苦降,可用诸泻心汤、连朴饮、左金丸等加减治疗,热象明显者可加蒲公英、黄芩等;湿邪明显者加厚朴、石菖蒲等。

2 瘀血内结,疗以活血截瘤

胃食管反流病初期,脾、胃、肺、肝气机升降功能失调,胃气上逆而发病,病位较浅,病在气分;疾病后期,由于气机升降失调日久,久而血运不畅;或痰湿运化不利,阻滞气机;或湿郁化热,湿热之邪煎熬津液,使血液黏稠;或胃酸长期浸淫食道,导致食道糜烂、出血,这些原因均可导致瘀血内结,此时疾病由气分深入血分,故而难治。故临床上,许多难治性胃食管反流病的患者均存在不同程度的胸骨后疼痛、痛处固定不移、昼轻夜重、口干咽燥、吞咽困难,舌质暗红,舌边有瘀点,脉细涩等表现,符合中医“久病多瘀”的观点。

胃食管反流病出现血瘀病机时,说明病位加深,病情加重,瘀愈重则病愈难治,因此,对难治性胃食

管反流病患者,要使用活血化瘀药物,以截病深成瘤之势。常用方有血府逐瘀汤、失笑散、丹参饮等。笔者体会,以胸痛为主要表现者可用血府逐瘀汤为主方加减治疗以除胸中血瘀,伴有胃痛者则以失笑散、丹参饮加减,以活血祛瘀,行气散结止痛。在药物使用上要注意层次,瘀血轻者常用川芎、丹参、延胡索等;瘀血加重者,可用失笑散以活血祛瘀,散结止痛,其中五灵脂苦咸甘温,入肝经血分,功擅通利血脉,活血止痛,散瘀止血;蒲黄甘平,活血消瘀,与五灵脂相须为用,为化瘀散结止痛的常用组合;瘀血重者可用三七、莪术、红花等,以化瘀活血定痛;其中三七有化瘀不伤正的特点,还可有效缓解胸骨后疼痛及胃痛;而莪术药性峻猛,久用恐有耗气伤血之弊,故不宜久用。

3 升降失常,法当通降升提

脾与胃同位于人体中焦,是人体气机升降的枢纽。脾主升清,胃主通降,正如《临证指南医案·脾胃》云:“脾宜升则健,胃宜降则和。”食管下承于胃,其理亦然。脾气主升与胃气主降的功能相反相成,脾胃升降有序,纳运相宜,才能共同完成饮食物的消化吸收。病程日久,痰湿、瘀血等邪气内生,损伤脾胃,脾失健运,不能运化布散水谷精微;胃失通降,不能向下传导食糜,脾胃升降功能失常;胃酸、食物、痰湿等随逆乱而上乘,浸淫食管而发为本病。且肝失疏泄导致肝气犯胃、肺失肃降,同样会影响中焦脾胃的升降功能,加重气机失调,诸因相合,脾虚胃弱,功能难复,故难治。

胃气上逆,胃液随上逆之胃气损伤食道是该病发生的原因,故降胃气为首要治疗方法,常用半夏、旋覆花、代赭石等以降逆。通降在于脾胃肠同降,肺胃两经经脉相连,相互影响,故肺的肃降也会影响胃气的通降,降肺气则常用瓜蒌、杏仁降气,枇杷叶、苏子等肺胃同降;而肺与大肠相表里,大肠通降功能正常有利于肺之肃降功能的恢复,故临床常用枳实、莱菔子理气,虎杖、大黄、火麻仁等通腑。胃降是以脾升为基础的,脾气虚甚而下陷,则胃气亦不得降,胃气不降进一步发展则出现胃气不降反升的病机,导致该病的发生。在治疗上就是要恢复和重建“脾升胃降”之和谐。久治无效,愈降愈反酸者,应考虑升降相宜。故对有脾虚表现的患者,要注重恢复其脾气的升提作用,在反酸症状得以控制后,方中可加入生黄芪,不仅取其补脾之功,更取其升阳之效,或加入少量的柴胡、升麻,与原方中诸降药相配合,以达升降统一之效。

4 典型病案

高某,男,44岁。2018年7月17日初诊。

主诉“反复烧心反酸3年”来诊。患者烧心甚,反酸水较少,暖气较多,胸骨后有烧灼感,时胃胀,无胃痛,咽干,胃中怕凉,大便不成形,日1~4次,纳可,眠浅易醒,舌暗红、苔微黄,脉滑。2017年12月胃镜示:反流性食管炎(LA-B),食管裂孔功能障碍。患者曾于2018年4月服用2个月雷贝拉唑钠肠溶胶囊,效果不佳。西医诊断:难治性胃食管反流病。中医诊断:吐酸。辨证:肝胃郁热,脾虚血瘀证。治疗:清热泄肝,健脾化瘀。处方:

柴胡10g,旋覆花(包煎)30g,煅赭石(先煎)10g,姜半夏9g,黄连3g,海螵蛸15g,浙贝母10g,炒白术15g,醋香附10g,炒神曲10g,甘草6g,生黄芪15g,炒白芍15g,三七粉(冲服)6g,生蒲黄(包煎)10g,五灵脂10g。水煎服,日1剂。

7月31日二诊:反酸水烧心较前好转,仍有暖气频,咽部烧灼感,时胃胀,无胃痛,纳可,大便较前稍成形,日2~3次,舌暗红、苔薄黄,脉滑。药已取效,原方加减继服:

柴胡10g,旋覆花(包煎)30g,煅赭石(先煎)10g,姜半夏9g,黄芩10g,海螵蛸15g,浙贝母10g,炒白术15g,香橼10g,红花10g,甘草6g,黄芪15g,炒白芍15g,三七粉(冲服)6g,玄参15g,延胡索10g。水煎服,日1剂。

8月20日三诊:患者反酸消失,偶有暖气,时胃胀,无胃痛,无咽部不适,纳可,大便溏,日1次,舌暗红、苔微黄,脉滑。效不更方,因患者仍有暖气频,故原方加

陈皮、莱菔子以理气降气,继服14剂以善其后。

按语:患者因反复烧心反酸3年,曾服用PPI2个月,症状仍未缓解,故可诊断为难治性胃食管反流病。患者烧心较甚,偶有反酸,有胸骨后烧灼感,咽干,暖气频,胃胀,胃中怕凉,大便频且不成形,眠浅易醒,结合舌脉,舌暗红,苔黄,脉滑,可辨为肝胃郁热,脾虚血瘀证。治以清热疏肝,健脾化瘀。方中旋覆花降气止呕、煅赭石平肝降逆;半夏辛温,入脾胃燥湿化痰以除湿邪,防止湿邪困脾而影响脾胃纳运功能;少佐黄连加强清热燥湿的功效;海螵蛸、浙贝母组成乌贝散以制酸止痛;因患者胃部怕凉,大便不成形,次数多,以炒白术健脾止泻,其性苦甘而温,主入脾经;柴胡与白芍相须为用,调达肝气疏肝解郁,配以香附增强其行气解郁之功;同时柴胡又可升举阳气,黄芪补中益气,同能升举阳气以调和中焦之气机;炒神曲、甘草顾护脾胃;三七化瘀止血,活血定痛,生蒲黄、五灵脂组成失笑散以活血祛瘀、散结止痛。二诊时用红花加强活血散瘀的功效,因患者诉有咽部不适,故予玄参以利咽。三诊时患者大部分症状基本消失,加强理气作用稍做调整。诸药合用,肝气舒,邪热除,瘀血去,胃酸平,脾升胃降功能恢复,则吐酸烧心自止。

第一作者:王东方(1993—),女,硕士研究生,专业为中医脾胃病学。

通讯作者:刘绍能,医学博士,主任医师,博士研究生导师。liushaoneng@126.com

收稿日期:2018-11-10

编辑:吕慰秋

文末参考文献著录规则之文献类型和标识代码

根据国家标准GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》中的文末参考文献著录格式,应在题名后注明“文献类型标识”,各类文献类型对应的标识代码如下:

普通图书:M;会议录:C;汇编:G;报纸:N;期刊:J;学位论文:D;报告:R;标准:S;专利:P;数据库:DB;计算机程序:CP;电子公告:EB;档案:A;舆图:CM;数据集:DS;其他:Z。

举例:

(普通图书) 黄亚博.新世纪江苏省中医药学科发展报告[M].南京:江苏科学技术出版社,2012:前言。

(标准) 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:201。

(期刊) 谈勇,胡荣魁.夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜[J].江苏中医药,2015,47(9):1。

(报纸) 周蔓仪.109项中医药团体标准发布[N].中国中医药报,2015-11-27(1)。

(学位论文) 毕承明.肺癌证治规律文献研究[D].南京:南京中医药大学,2015。

更多参考文献著录规则及举例见本刊网站(www.jstcm.cn)首页下载专区。