

谢晶日从郁论治胃食管反流病经验采撷

陈善涛

(黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040)

指导: 谢晶日

摘要 谢晶日教授认为“郁”是胃食管反流病发病的始动因素,并将其基本病机概括为“无郁不成酸”,临证常用“解郁、通腑、降逆”三法,常以“煨四石”和左金丸作为基础用药,疗效显著。附验案1则以佐证。

关键词 胃食管反流;病因病机;中医药疗法;从郁论治;名医经验;谢晶日

中图分类号 R259.71 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2021) 04-0023-03

基金项目 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2016〕42号)

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状的一种疾病,根据是否导致食管黏膜糜烂、溃疡,分为反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)及非糜烂性反流病(nonerosive reflux disease, NERD)。GERD也可引起咽喉、气道等食管临近的组织损害,出现食管外症状^[1]。GERD是一种常见病,发病率随年龄增加而增加,据Meta分析显示,我国文献报道其发病率为12.5%^[2]。目前,西医常规治疗包括抑酸药、胃食管黏膜保护剂和促胃肠动力药等,服药时间较长,复发率较高,且部分患者耐受性差^[3]。近年来,中医治疗本病在改善症状、缩短疗程和降低复发率等方面逐渐得到了患者认可和医药研究者的青睐^[4-5]。谢晶日教授是黑龙江省名中医,行医执教40余载,专注消化内科,熟读经典,博学精研,指出本病基本病机为“无郁不成酸”^[6-8],提出从“郁”论治GERD。笔者有幸跟师学习,现将谢师从郁论治GERD的经验介绍如下。

1 治病求本,审因论治

GERD属中医学“吐酸”“吞酸”和“食管瘕”等范畴^[9],常因外感寒邪、内伤饮食、情志不遂和体虚久病等导致。《景岳全书·吞酸》曰:“凡肌表暴受风寒,则多有为吞酸者……而即刻见酸,此明系寒邪犯胃也。”张介宾认为感寒受病其因有二:一为由息而入,脏气通于鼻;二为由经而入,脏俞系于背。二者均致胃中阳和之气被郁不舒,所以滞浊随见,而即刻见酸。谢师认为现代生活背景下因感寒致酸者虽寥

寥无几,但景岳之言,其理犹明。《严氏济生方·宿食门》曰:“过食五味,鱼腥乳酪,强食生冷果菜,停蓄胃脘,遂成宿滞,轻则吞酸呕恶。”《景岳全书·吞酸》云:“人之饮食在胃,惟速化为贵,若胃中阳气不衰,而健运如常,何酸之有?使火力不到,则其化必迟,食化既迟,则停积不行而为酸为腐,此酸即败之渐也。”严氏指出了饮食不节而致吞酸,介宾则强调了胃阳的重要性,谢师认为此多胃失和降,气逆于上,消化液和食物随逆气上泛所致。秦景明《症因脉治》载:“呕吐酸水之因,恼怒忧郁,伤肝胆之气,木能生火,乘胃克脾,遂成酸水浸淫之患矣”,指出了肝木生火,乘胃克脾而致吞酸。谢师则注重情志为病,常言“肝主疏泄调情志”,情志不遂则肝气不舒,肝气郁而化火则致酸。素体脾胃虚弱或先天禀赋不足,无力腐熟水谷,纳运失司,清阳不升,浊阴不降,酸腐秽浊随逆气上泛,则病吞酸。现代研究表明,胆汁反流与GERD明显相关^[10],患者幽门螺杆菌(Hp)感染率较正常人低,推测Hp可能对GERD具有保护作用^[11],谢师认为胆汁反流和胃食管反流机理相同,至于Hp与GERD的关系,则持中立态度。

2 谨守病机,无郁不酸

GERD的基本病机为“胃失和降,气逆于上”,谢师认为其病机演变的基础为“郁”,胃液本为酸性,“无郁不成酸”,强调正常的胃液在内、外因的影响下郁而生热化火,火曰炎上,则使正常的胃酸变成病理的热酸而上泛;或素体脾胃阳虚而渐生寒变,加之饮食寒温失宜则郁于胃脘,寒变的胃酸和未被腐熟的

食物阻碍胃气通降,则随逆气而上;抑或脾胃气机不畅,脾不升清,胃不降浊,中焦气机枢转不利,当升不升,当降不降,则使正常的胃酸随逆乱之气上流。对于“郁”历代医家有不同的理解,王冰将其注解为“奔迫也”,朱丹溪则把“郁”作为“燥淫为病”的别称,刘完素从气机言,认为“郁,怫郁也,结滞壅塞而气不通畅”^[12]。谢师认为郁为停止不行的一种状态,如生理的气、血、津、液当行不行,停于局部;又或病理的痰、湿、水、饮、瘀血、虫石等停滞不化,郁于局部;又或是饮、食留于胃肠,当降不降。丹溪首倡“六郁”,并将郁作为诸病发生、发展的根源,诚如其言:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁。”谢师认为诸多因素均可致郁,但以气郁为先^[13]。中医学认为“气”有两个含义^[14],一指构成和维持人体生命活动的精微物质,二指脏腑组织的生理功能。《素问·宝命全形论》言:“天地合气,命之曰人”,“人以天地之气生,四时之法成”,《难经·八难》曰:“气者,人之根本也”,此言明了气的重要性,故后世学者有“气聚则生,气散则死”之言。《素问·六微旨大论》载:“言人者求之气交……气交之分,人气从之,万物由之”,又言“气之升降,天地之更用也”,“出入废则神机化灭,升降息则气立孤微。故非出入,则无以生长壮老已;非升降,则无以生长化收藏”。可见气的升降运动是万物运动变化的根本原因,气的升降出入是生命活动的基本形式,所以气贵运动,气郁为诸郁之先。GERD总属胃气上逆,酸腐秽浊随逆气上泛,故病吞酸或吐酸。胃气本降,《素问·五脏别论》言:“胃……其气象天,故泻而不藏……名曰传化之府……实而不能满”,胃气不循常道通降而郁于胃脘,正如王冰所注“郁,奔迫也”,胃内郁气奔迫欲行,见贲门则夹酸腐上冲口咽,则病吞酸或吐酸,其本在气郁,故谢师从“郁”论治,以候其机要。

3 土郁夺之,六腑以通为用

《素问·太阴阳明论》载:“脾者,土也”,“脾脏者,常著胃土之精也”,《临证指南医案·脾胃》言:“太阴湿土,得阳始运;阳明阳土,得阴自安”,故曰“胃为阳明燥土”,《素问·六元正纪大论》曰“土郁夺之”,何为夺之?陈士铎《石室秘录·夺治法》云:“夺治者,乃土气壅滞而不行,不夺则愈加阻滞,故必夺门而出。”谢师亦遵其经而明其意,重用“通法”以夺其实,次以“疏法”以解其郁,木能疏土,土得木而达,肝属木,主疏泄,谢师常以调肝之法疏泄胃土郁滞之气。六腑以通为用,胃宜降则和,食管、胃、小肠、大

肠顺次相接,水谷入口,胃实而肠虚,食下,肠实而胃虚,故六腑传化物而不藏,实而不能满^[15]。谢师强调论治本病要顺应六腑之性,并提出“通法三部曲”(消食和胃法、疏肝健脾法、开郁散结法)^[16]，“通”“疏”结合,使壅滞的酸腐秽浊下行、郁滞的逆气散解,则吞酸或吐酸自消。

4 制酸煅四石,降火左金丸

烧心指胸骨后烧灼感,反流定义为胃内容物向咽部或口腔方向流动的感觉,烧心和反流是GERD最常见的典型症状^[17]。谢师在“通法”和“疏法”的基础上常加“煅四石”以制酸,解烧心、反酸于顷刻。“煅四石”是煅海螵蛸、煅瓦楞子、煅海蛤壳和浙贝母的合称,这四味药谢师谓之“石”,一是药材质地坚硬似石;二是功效上具有沉降之性;三是言其疗效显著,有投石必落,用之必效之意。海螵蛸、瓦楞子和海蛤壳均有煅制之载,而浙贝母尚无煅制之言,有研究报道浙贝母传统加工法又称为贝壳粉吸法(按《浙江省中药炮制规范》1990年版):直径3 cm以上者,掰开鳞片,去芯芽,洗净沥干,擦皮同时加石灰粉(或蛎壳灰、贝壳粉等),每100 kg贝母加4 kg,放置一夜,次日摊晒,连晒3~4 d,堆2~3 d,再晒至干,即得传统的灰贝;直径3 cm以下者,不去芯芽,后续制作过程相同,加工成珠贝^[18]。可见浙贝母无煅制之法,且黑龙江中医药大学附属第一医院药房也无煅浙贝母,谢师为何也将其列为煅四石之一?推求师意,应属个人称谓习惯。海螵蛸、瓦楞子和海蛤壳均含碳酸钙能中和胃酸,海螵蛸还含有黏液质能保护胃食管黏膜,谢师常用此四味改善患者刻下症状。

左金丸出自《丹溪心法·火六》,原方黄连六两,吴茱萸一两,治肝火,一名回令丸^[19]。《素问·至真要大论》云:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,谢师认为胃酸本平,有寒热之变,因气机郁滞使正常胃酸不能随胃气通降,郁而化热,热与酸合,随逆气上泛,灼伤食管黏膜则病烧心、反酸,故谢师常用此方清肝泻火,降逆制酸。方中黄连善清胃热、泄心火还可清肝火,然气郁化火之证,纯用苦寒,恐郁结不散,又虑折伤中阳,故少佐辛热之吴茱萸,主入肝经,辛开肝郁,苦降胃逆,既助黄连和胃降逆,又制其寒,并引黄连入肝经。

5 验案举隅

樊某,女,52岁。2018年7月18日初诊。

主诉:反酸、烧心半年余,进行性加重1周。刻下:反酸、烧心,口干口苦,脘腹胀满疼痛,呃逆,纳差,气短乏力,排便不畅,日1次,自行口服四消丸维

持,舌紫黯、有裂纹、苔黄腻,脉弦滑。西医诊断:胃食管反流病。中医诊断:吐酸(肝胃郁热证)。治法:疏肝泄热,和胃降逆。处方:

煅海螵蛸10 g,煅瓦楞子10 g,煅海蛤壳10 g,浙贝母10 g,炒神曲10 g,黄连15 g,吴茱萸5 g,柴胡10 g,火麻仁10 g,郁李仁10 g,槟榔10 g,生大黄10 g(单包,代茶饮),生白术15 g,陈皮10 g,鸡内金10 g,沙参10 g,石斛10 g,白豆蔻15 g,草豆蔻15 g,香附10 g。15剂。日1剂,水煎300 mL,早晚温服。

8月2日二诊:反酸、烧心大减,口苦消失,口微干,脘腹胀满疼痛缓解,呃逆消失,食欲渐佳,体力恢复,大便可。遂于上方减生大黄,余药不变,续服10剂。

8月13日三诊:患者诸症消,遂调方为四君子汤合平胃散,予以10剂固本善后,防其复发。

按语:谢师治疗胃食管反流病谨守病机,从郁出发,常用柴胡解郁以畅气机;对于反酸、烧心明显者常煅四石齐用以制酸止痛;该患者肝气郁、胃火盛、胆热上犯,热象明显且口干口苦,即用左金丸以制肝火、平胃热、泄胆气,谢师根据自己临床用药心得,将左金丸黄连与吴茱萸的比例由6:1调整为3:1;为防四石伤胃、黄连苦寒败胃,故用炒神曲制之;脘腹胀满、大便不畅为胃气不降,腑气不通之象,谢师治疗本病重用通法,以火麻仁、郁李仁、槟榔,再配生大黄代茶饮以奏通腑降气之功,谢师使用生大黄颇有心得,常以生大黄代茶饮,一是发挥其泻下之性,二是便于控制用量,根据患者大便情况随时加减用量;纳差、食欲不振为脾虚之象,故用生白术、陈皮、鸡内金以健脾和胃;口干、舌质有裂纹,为热邪已有伤阴之象,故用沙参、石斛养胃阴、复津液;再加白豆蔻、草豆蔻、香附以和胃理气止痛。二诊时患者大便可,故减生大黄,效不更方,续服之。三诊时患者诸症消,为防其复发以四君子汤合平胃散平调之。谢师常教导弟子们“道无定体,学贵实用”,临证时不可拘泥古板,要以人为本,辨证施治。胃食管反流病患者常苦于症状,故要标本同治,一方面缓解症状,给予患者信心,另一方面谨候病机,治病求本。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:357.
- [2] 屈坤鹏,成晓舟.我国部分地区胃食管反流病患病率的Meta分析[J].中华胃食管反流病电子杂志,2015,2(1):34.
- [3] 吴晓丹.胃食管反流症的中医与西医治疗效果比较[J].海峡药学,2013,25(4):237.
- [4] 刘薇.胃食管反流病的中医治疗概况[J].现代中西医结合杂志,2013,22(9):1022.
- [5] 刘赓,申堃,张声生.胃食管反流病中医诊疗现状与展望[J].北京中医药,2013,32(6):424.
- [6] 王静滨.无郁不成酸[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(10):1218.
- [7] 李昊天,谢晶日,孙志文.谢晶日以开郁通腑法治疗胃食管反流病经验[J].浙江中医药大学学报,2020,44(8):719.
- [8] 谭雪,张杨,孙志文,等.谢晶日教授基于“无郁不成酸”治疗胃食管反流病的经验[J].中国中医急症,2018,27(12):2225.
- [9] 张声生,朱生樑,王宏伟,等.胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(5):321.
- [10] 朱炳良,沙杰,杨爱萍,等.胃胆汁反流与胃食管反流病关系的探讨[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(7):537.
- [11] 孔洋洋,刘立新.胃食管反流病患者幽门螺杆菌感染率的Meta分析[J].中华消化病与影像杂志(电子版),2017,7(5):205.
- [12] 杨盛名.中医郁证的发展浅议[J].中医杂志,2007,48(9):857.
- [13] 王媛,谢晶日.谢晶日从“郁”辨治功能性胃肠病经验[J].世界中西医结合杂志,2018,13(4):475.
- [14] 曹洪欣.中医基础理论[M].北京:中国中医药出版社,2004:88.
- [15] 陈一鸣,陶双友.基于“六腑以通为用”理论治疗消化病探讨[J].中国中医药信息杂志,2020,27(5):118.
- [16] 郭雅婧,谢晶日.谢晶日重用通法治疗胃食管反流病[J].长春中医药大学学报,2020,36(4):653.
- [17] 中华医学会消化病学分会.2020年中国胃食管反流病专家共识[J].中华消化杂志,2020,40(10):649.
- [18] 朱晓丹,安超,李泉旺,等.中药浙贝母药用源流及发展概况[J].世界中医药,2017,12(1):211.
- [19] 田思胜.朱丹溪医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2006:98.

第一作者:陈善涛(1993—),男,硕士研究生在读,研究方向:中医药治疗胃食管反流病。

通讯作者:谢晶日,医学硕士,主任医师,二级教授,博士研究生导师,博士后指导教师。15765523573@139.com

收稿日期:2020-11-05

编辑:傅如海