

干燥综合征合并胃食管反流病辨治摘要

刘瑞华 徐浩东 周新尧 唐晓颇
(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

摘要 干燥综合征合并胃食管反流病在临床上较为常见, 现无特效药物治疗。干燥综合征以阴虚津亏为主要病机, 胃食管反流病的发生多与食管失濡、胃失和降或肝气(肝火)犯胃、胃气上逆有关。根据二者病因病机, 干燥综合征合并胃食管反流病的治疗应“益气养阴、生津润燥”滋养其体, “和胃降逆、疏肝理气”恢复其用, 并配合制酸抑酸药物, 同时注重生活调摄。附验案1则以佐证。

关键词 干燥综合征; 胃食管反流病; 燥痹; 中医药疗法

基金项目 国家自然科学基金(青年科学基金)资助项目(81804069); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01510); 中国中医科学院自主选题项目(ZZ11-029)

干燥综合征(sjögren syndrome, SS)是以外分泌腺的淋巴细胞浸润为特征的慢性炎症性自身免疫性疾病, 常有泪腺及唾液腺功能受损, 病情进展亦可累及肺、肾、眼、消化道等多器官、多系统, 好发于女性^[1]。人体产生的唾液可以缓冲中和反流的酸性胃内容物, 以维持消化系统稳态^[2]。SS患者因唾液腺受损, 唾液流量减少而不能自然缓冲中和反流的酸性胃内容物, 因此常有反酸、烧心、吞咽疼痛或困难、阵发性咳嗽、声嘶以及咽部不适或异物感等胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)表现。西医治疗GERD常采用H₂受体阻滞剂、质子泵抑制剂、黏膜保护剂等缓解相关症状, 具有一定疗效, 但停药后易复发^[3]。GERD可归属于中医学“吐酸”“吞酸”“嘈杂”等范畴, 病位在食管和胃, 并与脾、肝、肺等脏腑关系密切^[4]。肝气犯胃、脾胃失和、肺失肃降均可导致胃气上逆, 此外湿热、气滞、痰郁、瘀血等邪实内阻, 亦可致浊气上逆发为本病^[5]。笔者团队结合SS的临床特点, 通过分析SS合并GERD的发病机制, 以寻求更为有效的治法, 现将辨治思路总结如下。

1 病机——食管失濡, 气机不畅

1.1 食管失濡, 胃失和降 《素问·阴阳应象大论》云:“燥胜则干”, 《素问·玄机原病式》提出“诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥”, 皆指出SS与“燥”密切相关。国医大师路志正教授将SS命名为“燥痹”, 认为其病因与阴津亏耗过多、生成不足或输布障碍有关, 其主要病机为阴虚津亏、气阴两虚, 并以水液代

谢输布失常、人体失于濡养为特征^[6]。若人体津液干涸不能濡润食管胃脘, 致使食管胃脘失于通降, 胃气上逆, 则会出现呕吐、反酸、呃逆、吞咽干涩困难等症状。

1.2 肝气犯胃, 胃气上逆 肝体阴而用阳, 主疏泄, 可调节情志。若肝体得阴津滋养, 其疏泄功能正常, 则气机条达, 情绪舒畅。SS病程较长, 反复发作, 难以治愈, 患者心理健康受到影响, 易产生焦虑、抑郁等负面情绪^[7], 从而导致肝气疏泄功能失常。SS患者往往阴津不足, 肝失于阴津濡养则疏泄失司, 气机不畅, 进一步加重焦虑抑郁等不良情绪。如此恶性循环, 终致肝气郁结不通, 日久化火化热, 横逆犯胃, 胃气上逆, 产生反酸、烧心、嗝气等症状, 正如《寿世保元·吞酸》所言:“夫酸者, 肝木之味也, 由火盛制金, 不能平木, 则肝木自甚, 故为酸也”, 《中医临证备要·吞酸》亦云:“胃中泛酸, 嘈杂有烧灼感, 多因于肝气犯胃。”

2 治则——益气生津, 标本兼顾

2.1 治根本——益气养阴, 生津润燥 治病理应求其本, 阴亏津少为SS发生之根本, “燥”贯穿疾病始终。燥邪本易耗气伤阴, 日久必致气阴亏损, 而阴虚津亏不能濡润食管胃脘, 加之气虚影响胃肠通降之功, 胃内食物不能正常下行而上返, 更易导致GERD的发生。因此, 益气养阴、生津润燥为本病治疗大法。

2.1.1 益气养阴, 补津液之不足 阴津亏损乃SS发病之本, 且燥邪耗伤气阴, 治痹通络之药更损气阴,

治疗时当损则补之、未损则先护,以防阴津愈亏、正气更伤。若全身肌肤孔窍干燥愈甚,食管胃脘濡润失常,功能失职,则反流愈重。因此,临证时应注重益气养阴、培补根本,以濡养全身脏腑器官,方选生脉散等益气养阴生津,可配伍黄芪、西洋参、天冬、沙参等。

2.1.2 健脾补肾,助津液之生化 脾主运化水谷精微,乃后天之本,气血生化之源,是津液生成的关键。若脾失健运,水谷不化,精微不布,气血生化乏源,则四肢百骸脏腑器官失于濡养。因此,临证时应注重健运脾胃,促进津液的化生、水谷精微的输布,在达到荣养全身皮毛肌肉、经脉筋骨目的的同时,养护食管胃腑,恢复其正常功能,减少反流症状,方选四君子汤等健运脾胃。

肾主水,藏精,为先天之本。若先天禀赋不足,肾阴阳失于平衡,肾精血不足则津液亦亏,肾气化失司则津液不布。因此,临证时应注重补肾,调整阴阳平衡,促进津液生成与输布,直达全身各处,方选左归饮、大补元煎等补肾滋阴。

2.1.3 调补肝肺,促津液之输布 肺主宣发肃降,通调水道,开窍于鼻。通过养阴润燥、宣降肺气,使其宣发肃降功能恢复,水道通畅,津液四布,进而濡润皮毛鼻咽以及食道。临证可选用麦冬、百合等滋润肺阴,桔梗、紫苏叶、枇杷叶等宣发肺气,苦杏仁、紫苏子等肃降肺气。

肝主疏泄,调节水液的输布。通过滋补肝阴、疏理肝气,使其疏泄功能正常,助胃通降,同时促进水液的输布,濡养双目。临证可选用当归、白芍等滋补肝阴,陈皮、佛手、香橼、枳壳等疏理肝气。

2.2 降胃气——和胃降逆 食管失于津液的濡润,胃失于和降,气逆于上,是SS患者发生胃食管反流的一个重要原因。因此治疗时,在滋阴润燥的基础上应予以和胃降逆。首先,降胃气。胃为水谷之腑,以通为用,以降为顺,食管与胃相连,其理亦然。所谓通,就是调其气机、畅其壅塞,顺胃腑下降之趋势,导上返之食浊下行,使邪从下而出,治疗可选用旋覆花、赭石、半夏等和胃降逆之品。其次,通肠腑。《素问·五藏别论》指出:“水谷入口则胃实而肠虚,食下则肠实而胃虚。”大肠的传导变化作用,是胃之降浊功能的延伸,若肠腑之气不通,则必然影响胃之和降,治疗可选用莱菔子、大腹皮、枳实、虎杖等通腑降胃之品。再次,降肺气。《灵枢·经脉》曰:“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺。”肺之肃降有助于胃之降浊,可保障胃腑通畅,同时肺

与大肠相表里,肺气肃降,可助大肠传导之功,亦可达到通降胃腑之目的,治疗可选用苦杏仁、紫苏子、瓜蒌等肃降肺气药物。

2.3 提脾气——升清降浊 脾主升而胃主降,二者同居中焦,共为后天之本。清气之升、浊阴之降,两者相辅相成,共为中焦气机升降之枢纽,清升浊降,则气机调畅,《临证指南医案·脾胃》曰:“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃宜降则和。”胃降以脾升为基础,恢复和重建“脾升胃降”之功能是治疗本病的重要环节,因此治疗时需在降胃气同时,配伍升脾气的药物,升补宜轻,临证可选用柴胡、升麻、黄芪、桔梗等以补气升提,用量一般较轻。

2.4 怡情志——疏肝理气 肝木条达可助脾升发清阳之气,亦可助胃之受纳腐熟而降浊阴之物,即“土得木而达”。而SS患者多伴有焦虑抑郁情绪,且阴亏津少的身体状态不利于肝体的濡养,导致肝疏泄失职,气机郁结,或郁而化火,横逆犯胃,胃气上逆而出现反酸、暖气等症状。因此治疗应采用疏肝理气之法,以此来达到平和胃气的目的。临证可选用柴胡、枳壳、香附等疏肝理气药物。根据肝体阴而用阳的特点,疏肝理气的同时应配伍养肝柔肝之品,如当归、白芍等以助肝之功能恢复。

2.5 抗损伤——制酸抑酸 反酸、食管灼热感较重甚至疼痛的患者应注重制酸抑酸,以减轻胃酸对食管的损伤。一方面可采用中和胃酸之法。《中医临证备要·吞酸》云:“胃中泛酸,嘈杂有烧灼感……亦可用乌贼骨、煅瓦楞制止”,可选用海螵蛸、煅牡蛎、煅瓦楞子等制酸和胃,这些药物同时具有重镇降逆之效,可助胃气和降,减少胃酸的反流,进而缓解食管的损伤。另一方面可应用清热燥湿之法。酸性的胃内容物其本质为湿浊,但具有热之性,而湿郁易趋化热。若患者胃酸较多伴有烧心、口苦等表现,多为湿热较重,在滋阴润燥治疗SS的基础上可适量加用清热燥湿之药,以标本同治,润燥相依,临床可选用泻心汤、连朴饮、左金丸等。

2.6 顾日常——生活调摄 合理的日常生活习惯不仅有利于疾病的恢复,且能有效减少疾病复发。临证时,应嘱咐患者保持良好的心态、稳定的情绪,避免剧烈的精神刺激。饮食上,少食辛辣刺激及干燥坚硬之物,不宜过饱,食后适当站立;睡前不宜进食,睡时抬高床头;戒烟戒酒。

3 验案举隅(唐晓颇主诊)

张某某,女,50岁。2021年10月10日初诊。

主诉:口干2年,反酸暖气3个月。患者2年前

无明显诱因出现口干,饮水后有所缓解,未予重视。半年后口干加重,饮水未能缓解,就诊于当地医院,检查示:抗SSA抗体(+),抗SSB抗体(+),免疫球蛋白(Ig)A、IgM增高,类风湿因子33 IU/mL,红细胞沉降率28 mm/h,唾液流率0.33 mL/15 min。诊断为干燥综合征,治疗予口服硫酸羟氯喹200 mg/d及白芍总苷胶囊0.6 g/次、3次/d,服药后症状减轻。因患者服药不规律,症状反复,常持续口干不缓解,伴舌颊不舒、疲倦乏力,影响日常生活,易产生焦虑急躁情绪。患者3个月前因暖气频繁,反酸烧心,偶伴胃胀,自行服用艾司奥美拉唑后未见明显缓解,遂来我院就诊。胃镜示:反流性食管炎,浅表性胃炎。刻诊:口干,偶有眼干,暖气频,反酸烧心,偶有胃脘胀满不适,伴舌颊不舒,疲倦乏力,纳眠尚可,易急躁,排便欠畅,质可,2日一行,舌暗红、苔白,脉细弦。唾液腺超声示:腺体轻度增大,回声欠均匀,边界尚清,散在纤维间隔。西医诊断:干燥综合征,胃食管反流病。中医诊断:燥痹,吐酸病(气阴两虚、肝气犯胃证)。治以益气养阴,疏肝和胃。方选路氏润燥汤合旋覆代赈汤加减。处方:

太子参15 g,南沙参10 g,石斛10 g,山药15 g,赤芍15 g,大血藤15 g,乌梅15 g,葛根15 g,佛手10 g,旋覆花10 g,煅赈石30 g,清半夏9 g,生姜10 g,炙甘草10 g,大枣10 g,柴胡12 g,枳壳10 g,海螵蛸10 g。7剂。每日1剂,水煎,早晚分服。嘱患者避免情绪过激、辛辣刺激或食后即躺。

2021年10月17日二诊:患者口干稍有减轻,眼干不显,暖气减少,反酸烧心稍减,无胃胀,疲倦乏力,食欲欠佳,眠可,情绪尚可,排便仍欠畅,质可,2日一行,舌暗红、苔白,脉细弦。予初诊方去枳壳,加炒白术15 g,炒神曲15 g、枳实15 g,14剂。

2021年10月31日三诊:患者口干明显减轻,无眼干,暖气基本缓解,偶反酸烧心,纳好转眠可,乏力稍减,排便通畅,2日一行,舌淡红、苔薄白,脉细。效不更方,予二诊方继服14剂。

2021年11月15日电话回访,患者口干不显,暖气反酸基本缓解,于当地自行服药巩固。

按:本案患者口干,偶有眼干、疲倦乏力,乃津液不足、气阴亏虚的表现;病程日久,服药不规律,导致病情加重,出现唾液腺轻度损伤,再结合舌暗红,乃局部血瘀络阻之象;病情反复发作不缓解,影响患者情志,导致肝气不舒,横逆犯胃,胃失和降,故见暖气频、反酸烧心、胃胀;胃气不降,腑气亦失于通降,故见大便欠畅。综合舌脉,辨为气阴两虚、肝气犯胃证,

治以益气养阴、疏肝和胃,予路氏润燥汤合旋覆代赈汤加减。路氏润燥汤为国医大师路志正教授治疗SS的经验方,以益气养阴、活血通络为主,合益气 and 胃降逆之旋覆代赈汤以标本兼治。方中太子参、南沙参、石斛、山药、乌梅、葛根益气生津,健脾益肾;佛手、柴胡、枳壳疏理肝气;清半夏、生姜、旋覆花、煅赈石和胃降气;海螵蛸制酸抑酸;赤芍、大血藤活血化瘀通络;炙甘草、大枣健脾调中。二诊时,患者症状有所减轻,因食欲欠佳,故加炒白术、炒神曲健脾和胃,因大便仍不通畅,故枳实易枳壳以增强降气通便之功。三诊时,患者诸症好转,效不更方继续调治。

4 结语

SS患者合并GERD,有其自身的发病规律和病变倾向。SS以阴虚津亏为本,燥热为标,在此基础上GERD的发生多与食管失濡、胃失和降或肝气(肝火)犯胃而致胃气上逆有关。因此治疗本病时,应“益气养阴、生津润燥”贯穿始终以滋养其体,“和胃降逆、疏肝理气”以恢复其用。因酸性胃内容物会对食管造成损害,处方中应适量佐以制酸抑酸药物。而良好的生活习惯乃疾病康复的重要保障,故临证用药的同时要嘱患者注意生活调摄,促进疾病向愈,防止复发。

参考文献

- [1] 中国医师协会风湿免疫科医师分会干燥综合征学组.原发性干燥综合征诊疗规范[J].中华内科杂志,2020,59(4):269.
- [2] BOYCE H W, BAKHEET M R. Sialorrhea: a review of a vexing, often unrecognized sign of oropharyngeal and esophageal disease[J]. J Clin gastroenterol, 2005, 39(2): 89.
- [3] MARET-OUDA J, MARKAR S R, LAGERGREN J. Gastroesophageal reflux disease[J]. JAMA, 2020, 324(24): 2565.
- [4] 中华中医药学会脾胃病分会.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.
- [5] 张靖源,李吉彦,沈会,等.胃食管反流病中医研究进展[J].中医药学报,2021,49(3):115.
- [6] 李满意,姜玉铃.燥痹的源流及临床意义[J].风湿病与关节炎,2014,3(5):57.
- [7] 刘兆祥,郝伟欣.309例pSS患者生活质量及焦虑抑郁情况调查研究[J].医学研究杂志,2016,45(4):101.

第一作者:刘瑞华(1995—),女,博士研究生在读,研究方向:中医药治疗风湿免疫疾病。

通讯作者:唐晓颇,医学博士,主任医师,博士研究生导师。tangxiaopo@163.com

收稿日期:2022-02-28

编辑:傅如海 蔡强