

从阴虚痰浊论治胃食管反流病相关性咽异感症思路探析

苏凌云^{1,2} 王静^{1,2} 王威^{1,2}

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300381; 2. 国家中医针灸临床医学研究中心, 天津 300381)

摘要 咽异感症是胃食管反流病常见的食管外表现之一,主要表现为咽部黏着感、灼热感、紧迫感、瘙痒感、异物感等,症状反复,迁延难愈。胃食管反流病相关性咽异感症病位在食管、咽喉,主要与肺胃阴虚气机难降、痰气交阻上冲咽喉有关,属虚实夹杂之证,故治疗应标本同治、虚实兼顾。临证可从滋阴益胃扶正、理气化痰祛邪的角度入手,调节气机升降,恢复水液代谢秩序。附验案1则以佐证。

关键词 阴虚;痰浊;胃食管反流病;咽异感症;半夏厚朴汤;麦门冬汤

基金项目 国家重点研发计划项目(2019YFC1709604)

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃或十二指肠内容物反流入食管、咽喉等部位引起不适感和/或并发症的一种消化系统常见疾病,除了典型的烧心、反流等食管症状外,还可出现咽部黏着感、灼热感、紧迫感、瘙痒感、异物感等食管外症状,统称为咽异感症^[1]。目前我国GERD相关性咽异感症的发病率尚无明确统计,步光奎等^[2]对232例老年GERD患者调查发现,食管外症状的发生率约为52.59%,以咽喉异物感最为多见,占比高达31.97%。本病的发病机制尚不明确,多认为与反流物中胃蛋白酶的刺激以及咽部黏膜损伤有关,治疗以质子泵抑制剂为主要手段,但约三分之一的患者并未从中获益^[3]。

中医学对于GERD相关性咽异感症并无统一的认识,由于GERD患者症状各异,当以反酸、反流为主症时可归属于“吞酸”“吐酸”范畴,当以烧心、胃脘不适为主症时可归属于“嘈杂”范畴,当以咽部异物感、黏着感等为主症时,便可归属于“梅核气”范畴。胃气上逆是本病的基本病机,而充足的胃阴是实现“胃主和降”功能的物质基础。若胃阴不足,则腐熟水谷失能,停滞中焦,化湿成浊,随胃气上犯食管、咽喉,凝聚为痰,故痰浊为本病的病理产物。本病虚实夹杂,治疗上应兼顾甘凉濡润以扶正,理气化痰以祛邪,标本同治,诸症方安。现将临证体会介绍如下。

1 病机责之胃阴不足、痰浊上泛

1.1 阴虚气逆,咽喉失养 脾胃为人体气机升降之枢纽,就二者的生理作用可概括为两个方面:一方面是脾以升清为健,胃以和降为宜,脾胃阴阳相合,升

降相因;另一方面是胃本身也有阴阳之别,胃的功能既依赖阳气的温煦来受纳、腐熟,又依赖阴液的濡润来通降、传导。

胃的润泽依赖胃阴,譬犹流水之于土壤,胃阴在腐熟水谷的同时,也可润泽口腔、咽喉、食管及肠道,实现饮食物的通降下行。若因嗜食辛辣燥热之品,胃肠热结,津枯液燥;或因情志不遂,肝气郁结,日久生热,煎灼阴液;或因作息失调,耗伤肾阴,肾水亏虚,胃失濡润,胃火亢动而上逆^[4],皆可能导致胃阴亏耗、胃失和降,出现嘈杂、吞酸、呕逆等症。若胃中燥火持续上攻肺脏,熏灼肺阴,则咽喉失于濡润,出现声音嘶哑、咽干咽痒等不适。

研究表明,不良的饮食习惯会通过降低食管括约肌的张力、延迟胃排空、刺激食管内的感受器、增加胃液分泌等多种机制引起或加重胃内容物的反流^[5],从而刺激咽喉部黏膜而产生不适,喜好甜食、腌制食品、烤制、辛辣食物、咖啡、酸性饮料、冷饮、肉类食物为主的人群GERD患病率明显高于其他人群^[6]。作息不调、饮食不节、情志不遂等已成为GERD发作的常见诱因,临床中患者虽多表现为肝郁气滞、脾虚湿热等证型,但胃阴不足已成为整个疾病发生发展过程中不容忽视的关键病机。

1.2 痰气交阻,咽喉不利 “咽系柔空,下接胃本,为饮食之路。”^[7]咽喉及食管作为“饮食之道”,应以降为顺,以空为用,降与空是保证食道畅通而完成吞咽和传送食物的生理基础。痰滞中焦,阻碍气机运行,影响“饮食之道”向下排空,出现吞咽不利、咽中如有物梗阻。

《万病回春》^[8]指出：“梅核为病，大抵因七情之气郁结而成。或因饮食之时，触犯恼怒，遂成此症。”由于思虑过度、饮食不节等原因损伤脾胃，或因情志不遂导致肝气郁结而横逆犯脾，中焦气机壅滞，脾胃升降失调，水谷精微难以输布而停聚成痰。痰浊存于体内，困遏脾胃，脾气不升，胃气不降，痰气搏结，阻碍咽喉，使咽喉气机不利，而产生黏着、梗阻等不适感。同时，脾胃虚弱，运化失职，阴津难以抵达咽喉，咽喉失于濡养亦可发为本病。

现代医学认为，中医所述之“痰”与呼吸道、消化道中黏液类物质分泌的异常增多有关，正常情况下黏液上皮细胞、黏液腺分泌以黏蛋白为主要成分的黏液具有润滑、保护上皮组织的作用。但在各种理化因素的刺激下，咽后壁黏膜充血、肥厚，黏膜下结缔组织淋巴滤泡肥大、增生，黏液腺分泌黏液增多、增稠，甚至出现咽喉部肌肉高度紧张，自觉咽喉部逼仄或有压迫、异物感等症状^[9]。另有研究发现，痰邪致病与细胞间黏附分子-1、血管细胞间黏附分子-1等黏附分子的高表达有关，这类细胞因子介导细胞与细胞间、细胞与基质间的黏附，继而引起气道黏液的旺盛分泌，并参与炎症细胞的黏附及跨内膜迁移，与“痰性黏滞”的特点极为相似^[10]。

1.3 阴虚痰浊相兼致病 一般认为，阴虚意味着全身津液亏少，故不应见痰饮水湿；而痰饮水湿泛滥者，多阴邪内盛，易伤阳气，故不应兼见阴虚。实则不然，明代龚居中在《红炉点雪》^[11]中提道：“火为痰之本，痰为火之标，而其阴虚。则又为致火致痰之本矣。”阴虚痰浊是虚实相兼的证型，二者互为因果，相互影响。阴虚与痰湿同属水液代谢障碍，一身上下之阴血津液，运行失常而聚则成痰浊，既有痰浊形成，则影响阴血津液运行而致阴虚。此类患者既会因胃阴亏虚、失于和降、胃气上逆而出现反酸烧心、咽干口渴、食欲下降、食后饱胀、大便干燥等症状，也会因痰浊阻于食管、咽喉而出现咽中梗阻、吐之不出咽之不下、胸闷等症状，并常因劳累、饮食不慎而加重。

2 治疗当以甘凉濡润、理气化痰

2.1 甘凉濡润以扶正 胃与肺的关系密切，《灵枢·经脉》载：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口……上膈属肺。”两者在经络上相通，故在生理、病理上也相互影响，治疗上注重肺胃同治，兼顾肺胃气阴。

张仲景在《金匮要略》中提出：“火逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之”，用于治疗胃中阴津枯燥、虚火上炎之证。叶天士在此基础上提倡“宜

用甘药以养胃之阴”，以沙参代替人参，扁豆代替半夏，酌加玉竹、天花粉、蔗汁等甘寒之品，大养胃阴以清肺热。《临证指南医案》^[12]云：“所谓胃宜降则和者，非用辛开苦降，亦非苦寒下夺，以损胃气，不过甘平，或甘凉濡润，以养胃阴，则津液来复，使之通降而已矣。”相较于辛开苦降法多用香燥理气之品，叶天士倡导的甘凉濡润法从胃腑喜润恶燥的本性论治，更注重顾护正气，但不宜用苦寒之品清泻肺胃虚火，恐过用化燥伤阴。

叶天士甘润养阴治法虽与当时温病肆虐的时代背景有关，但仍对现代中医治疗脾胃病有着深远影响。王彦刚教授治疗胃食管反流病伴咽部不适的患者多从“浊毒”理论出发，认为浊毒黏滞，性热伤阴，最易侵袭胃腑，郁热上犯，煎灼咽窍，出现咽部异物感等症状。同时，胃阴亏虚，虚易招邪，则症状反复，迁延难愈^[13]，宜在治疗中将清宣肺胃郁热、养护肺胃阴津作为核心治法，多用麦冬、石斛、天花粉等甘寒淡渗之品，益胃生津又防滋腻碍胃，若虚火内热之咽喉肿痛者还可加用玄参^[14]。

2.2 理气化痰以祛邪 GERD导致咽喉部症状的发生机制尚不明确，临床上大多按慢性咽炎或咽神经官能症诊治。而中医学认为，梅核气与胃食管反流病的症状、病因以及治疗具有一致性，故治疗本病可参考梅核气之理气化痰等治法。

《景岳全书》^[15]曰：“痰即人之津液，无非水谷之所化，此痰既化之物，而非不化之属也……若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。”说明痰的本质不过是郁滞、停积的津液，治疗痰证，关键在于恢复人体水液代谢的秩序，因此治疗该病主要从理气、化痰两个方面入手。《金匱要略》中所提到的半夏厚朴汤为治疗梅核气的常用方剂，现代药理学认为，半夏厚朴汤具有改善抑郁症状、抑制胃肠道平滑肌痉挛、促进胃排空等多重作用，在治疗情绪相关的消化系统疾病方面效果可观。同时，《太平惠民和剂局方》所记载的四七汤、《古今医鉴》所记载的行气散等皆可导痰开郁、清热顺气以治疗咽部异物感。

临床上仍多以《金匱要略》中辛开苦降、化痰散结之半夏厚朴汤为主方加减治疗，但有医家发现临床乏效者常有。刘志雄认为本病除痰气郁结证外，还有以咽部干燥灼热、痰少而黏为主证的肺胃阴虚证以及伴见五心烦热、腰膝酸软等症状的肾阴虚证，前者以麦门冬汤合桔梗汤取效，后者以六味地黄汤合桔梗汤取效^[16]。王邦才教授则认为，咽部哽咽感可由肝阴不足或气阴不足后痰气郁结所致，治疗上标本兼顾，并以滋阴清热为主，佐以理气化痰之剂^[17]。陈仁

寿教授认为,情志不畅、嗜食肥甘、烟酒无度是梅核气的常见诱因,七情郁滞则痰气交阻,饮食燔炙则虚火灼阴,故在此病因病机的指导下自拟厚朴紫苏汤以行气化痰、养阴利咽,疗效显著^[8]。

3 验案举隅(王静主诊)

顾某某,男,43岁。2022年11月18日初诊。

主诉:反酸烧心间作2年余,伴声音嘶哑1月余。患者2年余前因工作压力大、作息不规律出现反酸烧心间作,时有腹胀暖气,大便1~2日一行,排便欠畅,有吸烟史10余年,于当地医院查胃镜提示B级食管炎,后遵医嘱服用雷贝拉唑钠肠溶胶囊联合瑞巴派特片2个月后症状缓解,继而减量至停药。近期患者上述症状再次发作,1月余前出现声音嘶哑,故至天津中医药大学第一附属医院就诊。刻下:反酸烧心间作,食后尤甚,伴声音嘶哑,自觉咽部堵闷,频繁清嗓,偶咯吐白色黏痰,喜暖气,晨起口苦口黏,食欲不振,心烦多梦,大便1~2日一行,排便欠畅。舌红少津、苔微腻,脉细滑。西医诊断:胃食管反流病,咽异感症;中医诊断:吐酸(胃阴不足、痰浊上泛证)。治以滋阴和胃、化痰降逆。方选半夏厚朴汤合麦门冬汤加减。处方:

清半夏12g,厚朴10g,茯苓12g,生姜6g,紫苏叶10g,麦冬12g,浙贝母12g,海螵蛸12g,陈皮6g,佛手10g,石菖蒲6g,郁金6g。7剂。每日1剂,水煎150mL,早晚温服。

2022年11月25日二诊:患者反酸烧心症状减轻,便秘好转,质干,咽喉堵闷感缓解,自觉较前轻松,但每于沾染烟酒及进食辛辣肥甘后症状加重,频繁清嗓,患者夜间觉心中烦热,予初诊方加栀子10g、知母6g,继服7剂。嘱患者清淡饮食,忌烟酒。

2022年12月2日三诊:患者诸症均较前明显好转,咽喉舒畅,但觉咽干口干,饮水不得缓解,予二诊方去厚朴、浙贝母、海螵蛸,加柴胡10g、玉竹10g、天花粉12g、生地黄12g、桔梗10g、木蝴蝶12g,继服14剂。

2022年12月16日四诊:患者诉咽喉不适感消失,声音洪亮,食欲渐佳,睡眠安稳,继予三诊方对症加减以巩固疗效,并嘱患者调畅情志,规律饮食。

停药半年后随访,患者诸症皆安。

按:本案患者为中年男性,平素饮食不节,过食肥甘,酿生湿热,阻滞中焦,胃失和降,则见反酸烧心;情绪紧张焦虑,肝气郁结,日久化火,则见口苦口黏;肝火横逆犯胃,煎灼胃阴,则食欲不振,大便干结;长期吸烟,燥热耗伤肺阴,肺失滋润,清肃失司,气逆于上,痰气交阻,则见咽部堵闷,咯吐黏痰。结合患者舌脉,可诊断为吐酸,证属胃阴不足、痰浊上

泛,治以滋阴和胃、化痰降逆,方选半夏厚朴汤合麦门冬汤加减。方中清半夏、生姜合用,化痰散结,降逆和胃;厚朴、陈皮燥湿消痰、下气除满,茯苓利饮化痰,肠腑通则肺气降;紫苏叶芳香行气解郁,助厚朴宣通肺胃郁结之气;麦冬滋养肺胃之阴,并防清半夏过燥伤津;佛手疏肝和胃,兼可化痰;海螵蛸、浙贝母制酸止痛;痰浊扰乱心神,对症予石菖蒲、郁金解郁安神。二诊时,痰热渐去,阴虚症状显露,虚火上扰胸膈,故加栀子、知母清心除烦,滋阴润肺。三诊时,反酸烧心、便秘等症状均较前明显好转,故去浙贝母、海螵蛸、厚朴。此时中焦痰热之实邪已去,加玉竹、天花粉、生地黄润肺燥以利咽,加木蝴蝶、桔梗清肺热以利咽,佐以柴胡疏肝解郁,避免因情志不畅气郁化火再伤咽喉。纵观整个治疗过程,兼顾滋养肺胃与理气祛痰,标本同治,使化痰而不伤阴,补阴而不壅滞。同时嘱患者清淡饮食、适度锻炼、调畅情志,从而达到预防调护之目的。

4 结语

GERD相关性咽异感症在临床中易反复发作,迁延难愈,对患者的工作和生活造成极大困扰。在辨治本病时,需恢复脾胃气机升降,除疏肝、补脾、祛邪等治法外,也要注重顾护胃阴,滋阴中阴液,化胃中痰浊,咽部无火热、痰气、阴伤等困扰,病自得愈。GERD病情错综复杂,有时诸多症状同时出现,临证应辨证论治,不可拘泥一法。

参考文献

- [1] 刘怡,周晓虹.胃食管反流病相关性咽异感症辨治探讨[J].山东中医药大学学报,2018,42(1):19.
- [2] 步光奎,廖江涛.以食管外症状为表现的老年胃食管反流病患者的临床特征及危险因素分析[J].河北医学,2021,27(1):136.
- [3] XU T T, YANG Y, ZHAN W Z, et al. Predictive value of clinical features for anti-reflux therapy response in suspected gastroesophageal reflux-induced chronic cough[J]. J Thorac Dis, 2023, 15(4): 2333.
- [4] 赫连晓彤,王伟明.王文正从脾肾论治胃食管反流病经验[J].山东中医杂志,2022,41(6):660.
- [5] 吴欢,柯美云.改变不良生活方式和饮食习惯在胃食管反流病治疗中的作用[J].胃肠病学,2009,14(8):449.
- [6] 卡哈尔·吐尔逊,阿地力江·阿力甫,艾山江·阿帕尔,等.喀什地区胃食管反流病流行病学调查及其危险因素分析[J].临床消化病杂志,2022,34(6):409.
- [7] 赵献可,著.医贯[M].郭君双,整理.北京:人民卫生出版社,2005:3.
- [8] 龚廷贤,撰.万病回春[M].张效霞,整理.北京:人民卫生出版社,2007:290.

基于“久病入络”辨治肥胖相关性高血压思路探析

王新约 徐啟文 蒋卫民

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院, 江苏南京 210029)

摘要 高血压是多种心脑血管疾病的重要危险因素,而肥胖不仅是高血压的主要危险因素,更增加了高血压患者血压的控制难度和靶器官损害的风险。“久病入络”是多种慢性病发展的基础,基于该理论,根据病情进展将肥胖相关性高血压分为三期辨治:初期脾运失调、卫气不和,气、膏、脂转化、分布失调,治疗当以运脾为核心,健脾助运、调和营卫;中期膏脂堆积、络道受损,治以降脂通络、运脾利湿;后期痰瘀阻络、络损及脏,治以祛瘀通络、补脾益气。附验案1则以佐证。

关键词 肥胖相关性高血压;久病入络;卫气理论;膏脂;痰瘀

肥胖是高血压的主要危险因素,二者具有高度关联性^[1],合并有肥胖的高血压即为肥胖相关性高血压^[2]。随着生活水平的提高,我国肥胖的发病率显著增加^[3],在肥胖的诸多并发症中,高血压是最常见和最主要的。据统计,至少75%的高血压发病与肥胖直接相关^[4-5],在导致肥胖相关性高血压的因素中,内脏脂肪分布异常占重要地位^[6],因此许多身体质量指数(BMI)、腹围正常的患者也会罹患肥胖相关性高血压。西医对于肥胖相关性高血压的治疗主要包括生活方式干预及药物干预,主要治疗药物为降压药联合减肥药,亦可选取减轻体重的降糖药物,如二甲双胍、肠促胰素类药物等。但长期依靠西药治疗会导致电解质紊乱、足踝水肿、肝肾功能损伤等较多副作用,且无法改善患者的伴随症状,依从性较差^[7]。中医药治疗能够降低血压,改善患者症状,配合西药使用亦可减轻不良反应。

肥胖相关性高血压可归属于中医学“眩晕”“肥胖”等范畴,主要病机为痰瘀互结、阴阳失调。眩晕的病理性质有虚有实,虚者在于气血精不足、髓海失养,实者为风火痰瘀上扰、清窍失宁,治法以补虚泻实、调整阴阳为主;肥胖的发病多因胃强脾弱,痰湿偏盛,导致气郁、血瘀壅塞,治疗上常补虚与泻实并举^[8]。肥胖与眩晕的发病有很强的相关性^[9],而一项对1508例高血压患者的中医证候分布调查发现:中医证型分布痰瘀互结占59.68%;中医证素分布血瘀占76.13%,痰占71.09%^[10]。肥胖相关性高血压是全身血管疾病,其发病经历卫气不和、邪气损络、络损及脏的过程,与络病发病存在共同机制,符合“久病入络”的过程。本文基于“久病入络”理论,探析肥胖相关性高血压的病情进展和分期辨治,为该病的中医诊治提供思路。

- [9] 王新莉.微波治疗慢性肥厚性咽喉炎80例临床疗效观察[J].中国医刊,2019,54(8):909.
- [10] 许湘,王平,汤琪,等.黏附分子与痰邪致病相关性的探讨[J].辽宁中医杂志,2013,40(1):57.
- [11] 龚居中,辑著.红炉点雪[M].上海:上海科学技术出版社,1962:2.
- [12] 叶天士,撰.临证指南医案[M].苏礼,整理.北京:人民卫生出版社,2006:123.
- [13] 集川原,王彦刚,吕静静.王彦刚运用浊毒理论从胃论治咽异感症的经验[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(3):406.
- [14] 赵悦佳,王彦刚,周平平,等.王彦刚基于核心病机观论治胃食管反流病经验撷英[J].中国医药导报,2022,19(2):152.
- [15] 张介宾,著.景岳全书[M].李继明,整理.北京:人民卫生出版社,2007:692.

- [16] 刘志雄.中医辨证治疗阴虚型梅核气40例[J].甘肃中医学院学报,2013,30(3):53.
- [17] 魏冬梅,王邦才.王邦才运用滋阴法治疗梅核气验案二则[J].中国乡村医药,2021,28(9):22.
- [18] 陆跃,陈仁寿.陈仁寿清燥合用辨治慢性咽炎经验[J].中医药临床杂志,2023,35(6):1110.

第一作者:苏凌云(1998—),女,硕士研究生在读,中医内科学专业。

通讯作者:王静,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。wangjing66126@126.com

收稿日期:2023-11-10

编辑:张硕秋