

胃食管反流病的中医治疗

陈 諝 刘 汶

近年来,我国的胃食管反流病(GERD)的发病率有逐渐增高趋势。由于胃食管反流病具有反复发作、缠绵难愈、部分患者对西药不敏感等特点,中医对胃食管反流病的研究成为热点。中医一般将胃食管反流病归属于吐酸、吞酸、嘈杂、反胃、胃痞、噎膈、胸痹、胸痞、梅核气、食管瘕等范畴。下面谈谈该病的病因病机和辨证施治。

一、胃食管反流病的病因病机

中医认为,GERD是由肝胆脾胃气机升降功能失调所致,主要病邪为湿、痰、气、瘀,与胃失和降、浊邪上逆密切相关^[1]。李乾构认为该病是以肝气郁结、横逆犯胃、脾胃虚损为本,胃火浊邪上逆为标^[2]。高祥华认为,木不疏土,肝胃不和是其因。诸因素致痰、气、瘀互结于食道,胃失通降,发生该病。在病机过程中,肝气犯胃、肝胃不和只是其发病过程中的表象,其本在于脾虚失运,脾虚肝郁,胃失和降,气逆于上^[3]。段国勋等介绍本病病因一为饮食伤胃,二为肝气犯胃,三为脾胃本虚,病机是胃失和降、浊气上逆和痰气瘀阻胸膈^[4]。叶庆琏等认为,其病因源于饮食不节,中焦郁热,湿浊中阻,胃失和降;疾病迁延日久,脾胃虚弱,肝气乘伐,以致脾胃运化升降失司,气机郁滞,肝气夹胃浊上逆,诸症丛生。病机为脾虚肝乘,中焦气机郁滞,胃气上逆^[5]。肖汉玺把忧思恼怒,气郁伤肝,肝木乘土,横逆犯胃,胃失和降,胃气上逆作为其基本病机;情志不畅、肝气犯胃为其发病关键^[6]。车宇光认为,其多因忧思郁怒、嗜酒、食肥甘辛辣之品所致。其病位在食管,属胃气所主,又与肝、脾密切相关。病机为痰热、气滞、湿阻^[7]。涂福音报道本病病位在食管,属“胃”范畴。病机以为脾胃虚损为本,胃气不降、肝失疏泄、湿热阴伤为标^[8]。李坤认为病机是胃失和降,浊气上逆^[9]。郝娅宁认为该病多因情志不畅,饮食失调,劳累过度而致痰、气瘀结于食道,使胃之通降受阻,而浊气上逆^[10]。刘小北认为本病与情志不调、饮食不节、起居失常密切相关,病机为胃气上逆、气郁化火^[11]。蒋红玉等认为痰热互

结、胃气上逆动膈为其基本病机^[12]。江作霖认为根据《伤寒论》理论,该病病机不外乎湿热结于胸膈^[13]。黄福斌认为气湿痰热中阻、胃失冲和为其发病之根本^[14]。秦周顺等认为本病乃因胃失和降、气挟湿邪逆冲于上、搏结胸中所致^[15]。俞彩珍报道脾胃虚损、或湿热、或痰浊内阻中土导致胃失和降而发生本病^[16]。综上所述可见,本病多因情志内伤,饮食失调,劳累过度而发病。若情志不畅,肝失疏泄,气机升降失调,饮食失节,烟酒过度,损伤脾胃,湿热壅结于中焦,或久病伤脾,脾气虚弱,木不疏土,致使脾胃不和等诸多因素,均可导致气、瘀互结于食道,胃之通降受阻,而见恶心、呕吐、反酸、嗝气、胸骨后痛伴灼热感等症,甚则食入反出。

现代医学研究认为,本病为食管动力性疾病。其发病机制与食管动力异常、食管廓清能力下降,食管下段括约肌压力异常、一过性下食管括约肌松弛以及胃排空异常、胃内压力过大,引起胃液与胆汁、胰酶等过多反流,同时也与食管黏膜防御能力下降有关。近来研究发现,不良生活习惯,如暴饮暴食,嗜好烟酒甜食及高脂肪、高热量饮食是胃食管反流病发病的诱发因素。精神心理因素、内脏神经高敏、遗传因素等也是其发病机制之一。这与中医对病因病机的认识是非常接近的,只是研究的角度不同、认识的层面不同而已。

我们认为,胃食管反流病发病原因多与情志失调、烟酒所伤、饮食不调、劳累过度、禀赋虚弱等有关。诸种因素导致了胃失和降,胃气上逆,食管内气机不畅,痰气郁阻,气滞血瘀,则发为本病。若长期七情失和,郁怒伤肝,则木失条达,横逆犯胃,肝胃不和,导致胃失和降,胃气上逆。可出现嗝气吞酸,胸胁胀痛等。忧思伤脾,脾不化湿,痰浊内聚,气机失调,导致痰气郁阻,胃气上逆而反酸,胸脘痞闷不适。烟酒过度或嗜食肥甘厚腻,可致湿热内生,中焦气机不畅,导致胃失和降,胃气上犯于食道而反酸、嘈杂,口干不欲饮。先天禀赋不足,脾胃虚弱,或内伤劳倦,脾胃受损,脾失健运,水湿不化,中焦气机不畅,胃失和降,胃气上逆而反酸、嘈杂,纳差便溏。本病的基

本病机是“胃失和降,胃气上逆”。由于该病发病缓,病程长,常由于饮食、情志等不良因素的影响而反复发作,故临床上病性多表现为虚实夹杂,寒热交错。

二、中医辨证论治

对于辨证分型,还未达成统一认识。临床医生多根据自己的经验来辨证分型。李乾构等综合了1993年以前文献报道中关于GERD之反流性食管炎的中医辨证分型,概括为脾胃虚弱、脾胃虚寒、肝胃不和、肝气犯胃、胃阴不足、胃火上冲、胃寒浊逆、正虚夹实等。并提出了自己的辨证分型:肝胃不和、脾虚气滞、脾虚胃热、肝郁化热、气虚血瘀^[2]。徐景藩根据气、热、痰、瘀,分为气郁、肝胃郁热、痰气交阻和气滞血瘀等四型^[7]。陈云芝分脾胃虚寒、脾胃湿热、肝胃不和、胃阴不足等四型^[8]。王立等按肝胃不和、脾虚气滞、阴虚胃热、脾胃湿热来分型^[9]。郝娅宁分脾胃虚寒、肝胃不和、肝郁化热、阴虚内热等四型^[10]。涂福音将本病分为胃失和降、肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足、脾胃虚寒等五型^[3]。王诗雅分为脾胃虚寒、肝胃不和、脾胃虚寒兼肝胃不和型,并试图与病理及放射性核素检查的结果作相关处理,未发现其有规律性的内在联系^[20]。林宗广辨证分为胃腑湿热、痰浊阻胃、脾胃虚寒等三型^[21]。俞彩珍等按肝胃不和、肝胃郁热、脾胃虚寒和痰气交阻辨证分型,发现肝胃不和型、肝胃郁热型占大多数(90.5%)^[16]。李茹柳等对42例胃食管反流患者进行中医辨证分型,肝胃不和型(实证)占71.4%;肝郁脾虚型(虚实夹杂证)占28.6%;未见单纯脾虚型(虚证)者^[22]。王琦辨证分型为脾胃失调、胃失和降、肝火犯胃、肝胃失调、胃气上逆、肺胃失和等三个证型^[23]。王天龙按肝胃不和、脾胃湿热、痰气郁结、脾胃虚寒等四种证候类型进行论治^[24]。朱生梁等经过对120例本病的辨证分型结果分析,本病可以分为胆热犯胃型,肝胃郁热型,中虚气逆型,气郁痰阻型,肝胃不和型,胃阴亏虚型等,并认为分型过于复杂不利于临床辨证用药的选择,故按临床指征进行辨证并加以筛选后,分为胆热犯胃型、肝胃郁热型、中虚气逆型、气郁痰阻型^[25]。孙永顺等认为本病初起多见肝胃郁热、胆热犯胃证,后期病情日久可见中虚气逆及气郁痰阻证,说明本病初起为实证、热证居多,随着病情的发展逐渐转变为虚实夹杂以及虚证表现^[26]。刘国风辨治39例RE,据临床症状分为4型:脾胃湿热型,藿香正气散合平胃散加减;阴虚胃热型,甘露饮合丹栀逍遥散加减;脾虚气滞型,香砂六君汤合丁香柿蒂散加减;肝胃不和型,柴胡疏肝散加减,总有效率为84.62%^[27]。杨雨

蓉治疗48例RE,依据患者体质禀赋、病程长短、病理侧重等不同辨证分6型进行论治:肝胃不和型,柴胡疏肝散加减;肝胃郁热型,丹栀逍遥散加减;脾虚痰阻型,旋覆代赭汤加减;脾虚胃热型,半夏泻心汤加减;气虚血瘀型,启膈散加减;胃阴亏损型,益胃汤加减,总有效率为91.7%^[28]。陈洪利辨证治疗100例RE,分为8型进行论治:脾胃湿热型、肝郁化火型、肝胃阴虚型、气滞血瘀型、痰气交阻型、痰瘀互结型、脾虚痰湿型和脾胃虚寒型,各型均选自拟方辨治,总有效率为89%^[29]。

我们认为,胃食管反流病根本病机是“胃失和降,胃气上逆”。治疗大法和胃降逆、调畅气机。胃食管反流病的主要表现是反酸、烧心、反食、胸骨后痛等,发病多与肝气郁结、肝胃郁热、痰湿内阻、寒湿困脾、气滞血瘀等有关。病性多为虚实夹杂,寒热交错。辨证施治时首先应辨清寒热虚实。肝气郁结者予疏肝和胃,和胃降逆;肝胃郁热者予清肝和胃,和胃降逆;痰湿内阻者予化痰祛湿,和胃降逆;脾胃虚寒者予温中散寒,和胃降逆;气滞血瘀者予理气活血,和胃降逆。在病情复杂多变时,则根据标本缓急,虚实寒热的不同而灵活用药。

1. 肝胃郁热证

①表现:反酸嘈杂,胸骨后灼痛,两胁胀闷,心烦易怒,口干口苦,大便秘结,舌质红,苔黄腻,脉弦滑;②辨证:肝胃郁热,胃失和降;③治法:清肝泄火,和胃降逆;④方药:左金丸加减(黄连6g、吴茱萸5g、栀子10g、黄芩10g、乌贼骨20g、煅瓦楞30g)。

2. 肝胃不和证

①表现:反酸暖气,两胁胀痛或窜痛,胃脘胀满,纳差,情绪不畅则加重。舌淡红,苔薄白,脉弦;②辨证:肝气郁结,胃失和降;③治法:疏肝理气,和胃降逆;④方药:柴胡疏肝散加减(柴胡10g、白芍10g、陈皮10g、枳壳10g、香附10g、川芎10g、炙甘草5g)。

3. 脾胃湿热证

①表现:胃脘嘈杂隐痛,胸骨后灼热灼痛,口苦粘腻,暖腐吞酸,恶心纳呆,大便不调,舌红苔黄腻,脉弦滑;②辨证:脾胃湿热,胃失和降;③治法:清热通降,芳香化湿;④方药:黄连温胆汤加减(黄连10g、陈皮10g、半夏10g、茯苓20g、甘草3g、生姜10g、竹茹10g、枳实10g)。

4. 痰湿内阻证

①表现:反酸或泛吐清水,胃脘胀满,恶心,呕吐,纳差,大便稀溏,舌质淡,苔薄白,脉弦滑;②辨

证:痰湿内阻,胃失和降;③治法:化痰祛湿,和胃降逆;④方药:温胆汤加减(陈皮 10 g、半夏 10 g、茯苓 20 g、甘草 3 g、生姜 10 g、竹茹 10 g、枳实 10 g)。

5. 脾胃虚寒证

①表现:泛吐酸水,呕吐清涎,胃脘隐痛,胀闷不舒,喜暖喜按,纳差,喜热饮,大便稀溏。舌质淡,苔白腻,脉沉迟;②辨证:脾胃虚寒,肝气犯胃;③治法:健脾温中,疏肝理气;④方药:理中汤加减(党参 20 g、茯苓 20 g、炒白术 20 g、干姜 10 g、炙甘草 5 g)。

6. 脾虚气滞证

①表现:反酸,暖气,纳差,食后胀闷,上脘隐痛,或朝食暮吐,或暮食朝吐,吐出宿食不化,吐后即觉舒适,喜温喜按,乏力,大便溏,舌淡,苔薄白,脉细弦;②辨证:脾虚气滞,胃失和降;③治法:健脾补中,理气化滞;④方药:香砂六君子汤加减(党参 20 g、茯苓 10 g、白术 15 g、木香 6 g、砂仁 3 g、甘草 6 g)。

7. 脾虚痰阻证

①表现:剑突下或胸骨后隐隐烧灼感,胃脘胀满,食欲减退,反酸或泛吐清水,苔腻,脉弦滑等;②辨证:脾虚失运,痰湿内阻;③治法:健脾理气,化痰降逆;④方药:旋覆代赭汤加减(旋复花 15 g、代赭石 15 g、党参 20 g、半夏 9 g、生姜 10 g、大枣 3、炙甘草 6 g)。

8. 胃阴不足证

①表现:反酸,反胃,暖气,时作干呕,口燥咽干,上脘时有刺痛,似饥而不欲食,便少溲黄,舌红苔少,脉细数;②辨证:胃阴不足,胃气上逆;③治法:滋阴养胃,理气降逆;④方药:麦门冬汤、益胃汤或一贯煎加减(麦门冬 30 g、半夏 10 g、北沙参 10 g、甘草 6 g、粳米 6 g、大枣 3、当归 10 g、生地 30 g)。

9. 气虚血瘀证

①表现:反酸日久,胸骨后疼痛难忍,吞咽困难,饮食不下,咽中可有异物感,面色不华,倦怠乏力,形体消瘦,口干咽燥。舌质暗,有瘀点,脉弦涩;②辨证:气阴两虚,血脉瘀阻;③治法:益气养阴,化瘀散结;④方药:启膈散加减(沙参 10 g、茯苓 15 g、郁金 10 g、砂仁壳 5 g、川贝 10 g、丹参 15 g、荷叶蒂 10 g、杵头糠 10 g)。

10. 气滞血瘀证

①表现:反酸烧心,暖气频作,吞咽困难并呈持续性胸骨后疼痛,胃脘胀痛,胁闷不舒,或有刺痛,口干不欲饮,舌黯苔白,或有瘀斑,脉弦涩;②辨证:气滞血瘀;③治法:活血祛瘀,疏肝理气;④方药:血府逐瘀汤加减(桃仁 12 g、红花 10 g、当归 10 g、生地

10 g、川芎 6 g、牛膝 10 g、赤芍 10 g、桔梗 5 g、枳壳 6 g。加减:消化不良、饮食不化者加焦三仙、鸡内金;便秘者加生大黄,芒硝;大便溏稀者加炒白术,肉豆蔻;失眠者加合欢花、夜交藤;情绪焦躁不安者加淮小麦、大枣)。

三、其他中医药治疗方法

1. 临床常用的中成药有

①胃逆康胶囊,每次 4 粒,每日 3 次,饭前 30 分钟服用,适用于肝胃不和,肝胃郁热证。②舒肝和胃丸,每次 2 丸,每日 2 次,适用于肝胃不和证。③越鞠丸,每次 6~9 g,每日 2 次,适用于肝胃不和、气滞痰阻证。④乌贝散,每次 3 g,每日 3 次,适用于反酸烧心较重者。⑤胃力康,每次 10 g,每日 3 次,适用于肝胃不和,肝胃郁热证。

2. 中药外治疗法

例如公英白及膏(蒲公英、白及、三七参、鸡子清、蜂蜜等配制成膏)噙咽,三七贝连蜜糊(三七参、黄连、贝母等),鬼笔(菌类药物,鬼笔科植物,为细皱鬼笔的子实体)乙醇液胸骨外局部涂搽,气虚明显者黄芪泡水为引;气阴两虚明显者,党参、麦冬泡水为引;咽喉疼痛者硼砂溶水为引。临床有效率均达到 90%以上。

3. 针灸治疗

①体针疗法:取脾俞、胃俞、天突、内关、上脘、膈俞、足三里,气府等穴,每次取穴 3~5 个,体寒者加灸,属热者不留针。亦可取天鼎穴、膈俞穴。每日 1 次,留针 30 min。针天鼎时,直刺 1.0~2.0 寸,中等量刺激,有向胸膈部放射感为佳。针膈俞时,直刺,按常规深度进针,中等刺激,以局部酸胀重而放射至胸背为佳。②耳针疗法:主穴取食道、交感、皮质下、贲门;配穴取胃、肝、神门、枕。每次取 2~3 穴,强刺激,留针 20~30 分钟,每日或隔日一次。③电针疗法:取天突、膻中、鸠尾、中脘、内关、足三里、三阴交、丰隆、公孙、太冲穴,天突、膻中、鸠尾平刺,余穴直刺,得气后,天突行平补平泻不留针,余穴接通电针治疗仪,电流量以患者有较强针感但不感觉疼痛为度,每 5 min 行针 1 次,治疗 30 min 起针,每日 1 次。

4. 摄生调养

①保持心情舒畅,愉快乐观,调适寒温,劳逸结合,起居有时。②加强体育锻炼。③饮食有节,避免暴饮暴食,慎用对食管有刺激的药物,如茶碱类、抗胆碱类药物等。肥胖者应积极减轻体重,减少脂肪餐特别是睡前少进热茶或饮料。戒烟,限酒和少食酸

性刺激性食物以及糖、巧克力、咖啡等食品。④餐后尽量保持直立位。⑤减轻腹压,避免剧烈活动,不要穿紧身衣和束腰带。

我们认为,本病的发生与饮食、情志以及不良的生活习惯密切相关。治疗该病时首先应改善生活方式。应保持良好心态,乐观的情绪;戒烟戒酒,忌食生冷辛辣肥甘,尽量不要吃红薯、韭菜、玉米、巧克力、甜食等高脂肪、高热量的食物;睡觉前3小时不吃东西;饭后轻微活动半小时;腰带不要系过紧;夜间床头抬高20 cm等均有助于该病的缓解。本病病程较长,易反复发作。需向患者解释,要有长期保持良好生活习惯的决心以及持久维持治疗(至少2个月以上)的心理准备。

参考文献

- 1 陈昭定. 主编. 中医脾胃学说应用研究. 北京: 北京出版社 1993: 175.
- 2 李乾构, 王自立. 主编. 中医胃肠病学. 北京: 中国医药科技出版社 1993:376-384.
- 3 高祥华, 李春婷. 反流性食管炎的中医病机及辨治探讨. 吉林中医药 2004;24(3):15-16.
- 4 段国勋, 庞龙, 熊天琴, 等. 97例酸反流型胃食管反流病中医辨证特点分析. 中医杂志 2000;41:554.
- 5 叶庆琰, 蒙木荣, 臧知明. 扶脾抑肝法治疗慢性反流性食管炎 32例. 中医杂志 2004;45:137.
- 6 王晞星, 李延荃. 肖汉玺从肝论治反流性食管炎经验. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:38.
- 7 车宇光, 孙敏嫔. 自拟方治疗反流性食管炎 45例. 中国中医急症杂志 2006;15:1403-1404.
- 8 张琼英, 林娜, 涂志红. 涂福音教授治疗反流性食管炎经验. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:36-37.
- 9 李坤. 降逆汤治疗胃食管反流病 45例. 中国中西医结合脾胃杂志 2000;8:115.
- 10 郝娅宁. 胃食管反流病辨治体会. 陕西中医 1997;18:95.
- 11 刘小北. 清降汤加减治疗胃食管反流病. 中国医药学报 1999;14(6):53-55.
- 12 蒋玉红, 刘安国. 常见消化系统疾病的中医治疗. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社 1997:2.
- 13 江作霖. 返流性食管炎证治经验. 中国中西医结合脾胃杂志 1998;6:47.
- 14 黄福斌. 消炎护膜治疗反流性食管炎 30例. 上海中医药杂志 1990;(1):34.
- 15 秦周顺, 王俊芳. 五香汤治疗反流性食管炎 32例. 中国中西医结合脾胃杂志 1998;6:195.
- 16 俞彩珍. 反流性食管炎中医辨证分型. 湖北中医杂志 1997;(3):20.
- 17 单兆伟. 徐景藩论治食管病经验. 中国中西医结合脾胃杂志 1994;2:41-42.
- 18 陈云芝. 胃食管反流病的辨证论治体会. 中国中西医结合脾胃杂志 1997;5:112.
- 19 王立, 赵荣莱, 任艺波. 中医治疗胃食管反流性疾病的体会. 全国中医内科学第9届脾胃病学术会议论文汇编 1997:95.
- 20 王诗雅. 反流性食管炎 39例胃镜、放射性核素等检查与中医辨证分型. 中西医结合杂志 1990;10:461.
- 21 林宗广. 怎样辨证反流性食管炎. 中医杂志 1996;37:183.
- 22 李茹柳, 陈蔚文, 徐颂芬, 等. 42例胃食管返流中医证型分析. 广州中医药大学学报 1996;13(2):4-6.
- 23 王琦. 辨证治疗胃食管反流病的初步观察. 浙江中医杂志 1997;32:440.
- 24 王天龙. 胃食管反流病辨治初探. 江苏中医 2001;22(8):17-18.
- 25 朱生梁, 李勇, 朱晓燕, 等. 胃食管反流病证型研究. 上海中医药杂志 2002;(12):12-13.
- 26 孙永顺, 朱生梁, 马淑颖, 等. 260例胃食管反流病中医证候特点剖析. 江苏中医药 2004;25(12):11-12.
- 27 刘国风. 辨证治疗反流性食管炎 39例. 中国中医急症杂志 2004;13:144.
- 28 杨丽蓉. 辨证论治反流性食管炎 48例. 江西中医药 2005;36(9):33-34.
- 29 陈洪利. 辨证分型治疗反流性食管炎 100例观察. 实用中医内科杂志 2006;20:259-260.

(收稿日期:2008-01-13)

(本文审编:钟 洪)

2008年国外主要消化病学术会议简表

会议名称	时间	地点	网址
第18届亚太肝脏研究学会年会(APASL)	3月23-26日	韩国首尔	http://www.apaslseoul2008.org/
第43届欧洲肝脏研究学会年会(EASL)	4月23-27日	意大利米兰	http://www.easl.ch/
2008年美国消化疾病周(DDW2008)	5月17-22日	美国圣迭戈	http://www.ddw.org/
第11届国际食管疾病学会世界大会	9月10-13日	匈牙利布达佩斯	http://www.isdecongress2008.com/
2008年亚太消化疾病周(APDW)	9月13-16日	印度新德里	http://www.apdw2008.org/
第73届美国胃肠病学会学术年会(ACG2008)	10月3日-8日	美国奥兰多	http://www.acg.gi.org/physicians/education.asp
2008年欧洲消化疾病周(UEGW)	10月18-22日	奥地利维也纳	http://uegw08.uegf.org/
第59届美国肝病研究学会年会(AASLD)	10月31-11月4日	美国旧金山	http://www.aasld.org/