

李军祥教授从太极升降论治胃食管反流病 临床经验摘要

刘佳丽^{1,2}, 张 阳^{1,2}, 谢春娥², 李晓红², 李军祥²

(¹北京中医药大学, 北京 100029;

²北京中医药大学东方医院 消化科, 北京 100078)

关键词:胃食管反流病;太极升降;李军祥;临床经验

doi:10.3969/j.issn.1671-038X.2020.03.16

中图分类号:R 273

文献标志码:A

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一种由胃内容物反流入食管、口腔或肺所致,以反酸、反流、烧心为主要临床表现,伴或不伴胸痛、上腹痛、嗝气、咳嗽、咽部不适等症状的疾病。主要包括非糜烂性反流病(non-erosive reflux diseases, NERD),反流性食管炎和 Barrett 食管等。中医认为该病属于“食管瘿”、“吐酸病”、“嘈杂”等病证范畴,辨证施治,具有较好的疗效。李军祥教授系北京中医药大学东方医院消化科主任,岐黄学者,师从董建华院士,临证数十载,在本病诊治方面积累了丰富的经验^[1]。笔者侍诊于李师左右,见其对该病具有独到的见解,每以太极升降论治,疗效显著。笔者揣思师意,兹择要探讨其论治 GERD 的临床经验,略述如下。

1 发煌古义,立太极升降之论

中医学理论体系的形成和发展深受易学影响,唐代孙思邈已有“不知易,不足以言太医”之论,到明代张介宾更是直言“医易同源”,医经中众多思想均有易学思维的折射。李军祥教授总结数十载临证经验,以易学整体观、动静观、平衡观为基础,提出从太极升降立论,把握人体气机升降运动,论治脾胃病的思路^[2],具有临床指导意义。

1.1 太极易理与医之阴阳

阴阳学说是中医学理论的核心,《黄帝内经》中的开阖枢理论、五行学说、五运六气学说、气机升降学说等无一不是以阴阳为基础发展而来。中医学汲

取了大量易学理论,故有学者提出《周易》是中医学理论的渊藪^[3]。太极作为易学的精髓,可以认为是中医阴阳学说的根基。《易·系辞上》云:“易有太极,是生两仪,两仪生四象,四象生八卦”,太极中寓含了一分为二,合二为一,动中有静,静中有动的阴阳对立统一观,这种阴阳消长变化而化生万物的辩证思维,被中医用于认识阐述复杂的人体生理病理机制。“一阴一阳谓之道”,《内经》中“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也”,“重阴必阳,重阳必阴”,“寒极生热,热极生寒”,“阴在内,阳之守也,阳在外,阴之使也”等众多观点,皆体现着太极易理的深远影响。故张景岳要言不烦的指出“易具医之理,医得易之用”,“医而明此,乃知生生化化,皆有所源”^[4]。

1.2 太极升降之核心内涵

气机升降学说是中医学重要理论之一,从整体出发,认识人体气机运动变化规律。李教授认为,脾胃在气机升降中占有重要地位,从太极阴阳的角度认识气机升降,论治脾胃病,更具整体性、衡动性、灵活性,故其提出太极升降理论,颇具巧思。

气机升降学说以脾胃为升降枢纽,认为肝左升、肺右降、脾主升清、胃主降浊、心火下行、肾水上济,揭示了脏腑气机升降的一般规律^[5]。太极升降的核心思想则是肝、脾、肾左升,心、胃、肺右降,以太极易理把握气机升降的关键在于认识到气机升降并非单一的、机械的运动,而是寓动于静、脏腑密切相关、升已而降、降已而升的过程。从太极阴阳的整体观、动静观、平衡观来理解气机升降,避免了单纯从脏腑角度理解气机升降的局限性,临床实践中更能体会到动静合一,升降相应的融合。

2 临证辨象,握机于动静之中

GERD 以反酸、反流、烧心为主要症象,主要病机为胃失和降、气机上逆,李教授认为,从太极升降理论认识本病,临证要通过外象分析内在病因病机,

收稿日期:2019-10-25

基金项目:国家自然科学基金委青年基金项目:基于 TRPV1/TRPM8/TRPA1 寒热敏感通道研究和胃降逆方通过寒热并调治疗食管内脏高敏感性 NERD 的作用机制(No: 81803907);北京市科技计划项目:十病十药——和降胶囊治疗非糜烂性胃食管反流病的成药性研究(No: Z171100001717021)

通讯作者:李军祥, E-mail: lijunxiang1226@163.com

并以太极阴阳的整体运动思维把握病机发展趋势。

2.1 “八字”别病因,脏腑定病位

杂病论治,朱丹溪创“气、血、痰、火”四字要诀^[6],李教授认为,本病仍有“虚、瘀、湿、食”四字需重视,八种病因,既可独见,也可互见,临床所见,则以多种因素相互夹杂居多。“百病皆由脾胃衰而生也”,素体脾胃虚弱之人,若饮食调护失宜,或外感湿邪,或情志不畅,肝气郁滞,克犯脾土,脾胃纳运失职,易生此病,且多反复发作。或素嗜酒甘厚味之人,脾失健运,食滞脘腹,湿热内生,酿痰化火,耗血成瘀。病程日久,尤气虚渐致阳虚,而见寒热虚实错杂之象。病程初起,多以气滞、湿阻、食滞为主,浊邪壅聚中焦,郁而化热,炼津成痰,耗血成瘀。病程日久,则以虚为主。“八字”随病情进展,各有侧重。

李教授认为,本病病位虽在食管,却与其他脏腑关系密切,以太极思维审视脏腑病位,即可明了心、肺、肝、胆、肾等均可通过气机升降运动影响此病发生。心主神明,“五脏六腑,心为之主”,心火下降,脾土得暖才能更好运化,若邪扰心神,其他脏腑功能易受影响,诚所谓“主不明则十二官危”。肺之经脉,与胃相连,与大肠相表里,“谷入于胃,乃传之肺,流溢于中”(《灵枢·营气》),肺气宣肃施布正常,则肠腑通利,脾胃升降有助。胆为中精之府,以疏泄通降为常,“凡十一脏,取决于胆”,胆气不利,不仅影响脾胃运化,也会波及他脏。故心、肺、胆、大肠以降为顺,若和降不能,则脾胃受碍。肝肾同源,气机运行以左升为主。肝性条达,升发正常则气血条畅,脾胃得助而运化有常,正如李杲之言:“春气升则万化安”,脾胃得肝之疏泄,如草木得春日之和风。肾乃元阴元阳之脏,肾水上济,助心火下降,肾阳上腾,助脾土腐熟水谷,升举清阳,肾为胃之关,肾中阴阳不能升腾,则胃关开阖不利,升降失常。故肝、脾、肾以升为主。总之,任一脏腑功能失常,均可影响气机运行,病程不同阶段,病位不同,需动态把握,以“八字”定病因,脏腑定病位。

2.2 外观病象,内测病机

李教授将本病外在病象归纳为酸、逆、痛,其轻重程度有别,故以外在病象窥测病机所属阶段,从太极阴阳运动的角度出发,利于掌握其发展趋势,握机于病象之先,未病先防。

2.2.1 酸为浊邪塞郁 李教授认为,本病产生反酸的原因重点在于“郁”,凡外感湿热、饮食不节、情志不畅等可引起气机升降失常,致使清浊不分,浊邪壅塞,郁滞中焦。古人云:“无郁不作酸”,气机郁滞是本病初起病机的关键,气、血、痰、火、食、湿等诸邪皆可致郁。以太极升降而论,是肝、脾不能左升,胃气

不能右降,肝气疏泄失常,欲升不升,则横逆犯胃,胃失和降,浊邪塞郁中焦,久则化热,酿浊成酸,正如《内经》云:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,故酸之产生,总以郁热居多。

2.2.2 逆为中权失衡 反流、嗝气是本病另一症状,其病机为气机上逆所致。脾胃属土,位居中央,作为一身气机升降枢纽,惟其衡能使气机运行畅通。“脾宜升则健,胃宜降则和”,脾为阴土,喜燥恶湿,胃为阳土,性喜柔润,脾胃这一对立统一、相反相成的生理特性,决定了其病理特点。外邪乘脾犯胃,使阴阳失衡,则脾不能升清,胃不能降浊,遂应升者降,应降者逆。故吴鞠通提出“治中焦如衡”的思想,是脾胃生理病理特点的体现。

2.2.3 痛为气血不畅 本病病程日久,部分患者见胸骨后灼痛、胃痛等表现,主因胃酸积聚、腐伤黏膜所致,李教授认为,痛之本乃气血不畅,所谓“不通则痛”、“不荣则痛”。酸浊郁塞积聚,随气上逆,日久化热,必然阻滞气机,炼津成痰,耗血生瘀,病及筋络血脉,故胃镜下常可见食管黏膜糜烂溃疡等。气血运行不畅,经脉失于濡养故见痛症。重视此期治疗,是防止并发症的重要环节。

3 衷中参西,法阴阳中和之治

现代医学治疗本病以缓解症状、防止并发症、提高生活质量为原则,李教授认为,中西医结合治疗本病能够取得更好疗效。

3.1 抑酸、通降、守衡为总纲

3.1.1 抑酸为治标之法 西医认为,本病主因胃酸分泌过多,故每以抑酸药治疗为主,李教授提出,中医对酸的来源认识虽与西医不同,抑酸实为治标之法,能够快速缓解患者症状。故在治疗本病以反酸烧心为主诉患者时,李师每于辨证方中加入左金丸、乌贼骨、煅瓦楞等制酸止痛之品。同时处以质子泵抑制剂,以抑制胃酸分泌。正是“急则治其标”之意。

3.1.2 腑病以通降为顺 食管属性中医无明确规定,多认为其为胃气所主。腑以通为顺,以降为和,故治疗本病,尤宜重视通降法的运用。胃气不和者,和胃降胃;肝胆气机不利,通腑利胆;肠失传导,通肠导滞。总之,立法之中,要始终注意胆腑、肠腑的通降。

3.1.3 守衡是至上之道 太极升降关键在于把握整体,于动静之中调节阴阳平衡,故守衡是确立治法的终极依归。脾胃之病,常寒热夹杂,虚实互见,又与其他脏腑密切相关,治疗时多法并用才能契合病机,或补或泻、或升或降、或清或温、或刚或柔,选方用药如排兵布阵,孰轻孰重,惟以守衡为标尺,才能更好拨动气机枢纽,斡旋阴阳。

3.2 方药经验

李教授以太极升降的整体思维,动态把握本病的发展变化,以胃失和降、气机上逆为总体病机,以调节阴阳平衡、气机升降,标本同治为原则,创和胃降逆方,作为治疗本病基础方。是方由黄芩、黄连、干姜、清半夏、浙贝母、蒲公英、龙胆草、枳实、全瓜蒌、炙甘草等组成,取法于半夏泻心汤,具辛开苦降、寒热平调之意,以恢复气机升降、阴阳平衡为旨。临证运用,根据病因侧重、脏腑定位不同,灵活化裁。如反酸明显,肝气犯胃,加左金丸、乌贼骨、煅瓦楞等抑肝制酸之品;若情志不遂、肝郁气滞,症见胸胁满闷、口苦咽干者,于四逆散、小柴胡汤、越鞠丸、逍遥散中取法,摘入数味,以条畅肝之疏泄;暖气、反流为主者,视气逆与痰饮轻重,合入二陈汤、旋覆代赭汤、苓桂术甘汤等,降气化痰;若肝胆不利,胆郁痰盛,热扰心神,取意黄连温胆汤、蒿芩清胆汤,以泄胆安神和胃;食积气滞,合木香槟榔丸、枳实导滞丸、升降散等;若胸痛、胃痛明显,证属气滞血瘀者,处血府逐瘀汤、失笑散、丹参饮等行气活血止痛之品;气虚者,选香砂六君丸、补中益气汤、参苓白术散等,助益脾胃;阳气虚弱,视脾肾不同,佐以黄芪建中汤、良附丸、肾气丸等,益脾温肾;情志不畅,神明不安,焦虑躁扰者,选甘麦大枣汤、柴胡加龙骨牡蛎汤等。

总之,以太极升降论治本病,当重视整体气机的升降运动,以和胃降逆为主,结合调肝、宣肺、摄心、温肾、清胆、通肠等法,遵循太极升降的中和之道,以平衡阴阳、条达气机升降、调畅气血,能取得较好的疗效。

4 验案举隅

患者,男,48岁,2018年10月15日初诊。主诉:反酸、烧心,胃脘胀满疼痛1个月余,胃脘怕冷,喜温喜按;无暖气,无口苦、口黏,纳食尚可,大便黏滞,小便调,舌红苔薄黄腻,脉细弦。胃镜提示:反流性食管炎(B级),幽门螺旋杆菌检测阴性。四诊合参,辨为湿滞胃脘,肝胃郁热,胃失和降。予以和胃降逆方加减:黄芩15g,黄连6g,干姜10g,法半夏9g,海螵蛸30g,浙贝母30g,蒲公英30g,龙胆草10g,旋覆花10g,代赭石9g,威灵仙15g,枳实10g,全瓜蒌10g,川楝子9g,延胡索10g,炙甘草6g。共7剂,水煎服,日1剂。兼服雷贝拉唑20mg,一日1次。

2018年10月29日二诊:服药后已无反酸烧心,现时有暖气,胃脘疼痛及暖气偶作,纳食尚可,大

便日1次,较前通畅,小便调,守上方去全瓜蒌,加檀香5g,14剂,水煎服,每日1剂。

2018年11月8日三诊:服药后诸症明显缓解,胃脘疼痛已不明显,纳食尚可,二便调,守上方去延胡索,加焦山楂15g,后以此方斟酌化裁,继服2个月,诸症消失。

按语:此案湿滞胃脘,阻滞气机,导致肝、脾不能左升,肝气横逆犯胃,兼湿浊郁阻中焦化热,胃气不能右降,故见反酸、烧心,胃脘胀满疼痛,胃脘怕冷,喜温喜按,故兼有脾胃虚寒;综观病情,酸、逆、痛三象俱备,故当以抑酸、降逆为主,兼调气血。初诊处以和胃降逆方合旋覆代赭汤、金铃子散化裁,辛开苦降、寒热并调以复中焦气机升降,抑酸和胃,以降逆为重,平调阴阳,和畅气血;兼服雷贝拉唑,增强抑酸疗效,中西结合,相得益彰。二诊,大便通畅,暖气偶作,故去滑肠之瓜蒌,加理气之檀香;三诊,疼痛已不明显,遂去延胡索,加山楂以增和胃消滞之功,巩固疗效。

5 小结

李军祥教授依据易学整体观、动静观、平衡观,提出太极升降理论,以肝、脾、肾左升,心、胃、肺右降,整体动态把握人体气机运动规律,以此论治GERD的主要病机为胃失和降、气机上逆。临证中,司外揣内,并主张以太极阴阳的整体运动把握病机的变化。诊治中,以平衡阴阳的太极思维为本,自拟和胃降逆方为主方,结合调肝、宣肺、摄心、温肾、清胆、通肠等法随证治之,中西结合治疗,优势互补,临床疗效颇为显著。

参考文献

- [1] 李军祥,陈諝,李岩.胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(3):221-226,232.
- [2] 李军祥,谭祥,毛堂友.运用太极升降论治脾胃病[J].中医杂志,2017,58(19):1691-1694.
- [3] 杨力.周易与中医学[M].北京:北京科学技术出版社,1997.
- [4] 张介宾.类经附翼//郭洪耀,吴少桢校注.类经[M].北京:中国中医药出版社,1997.
- [5] 李红.从圆运动气机升降理论探讨桂枝汤类方的证治规律[D].广州:广州中医药大学,2017.
- [6] 庄爱文,王英,江凌圳,等.《丹溪心法》气血痰郁四伤学说在杂病治疗中的运用特色[J].浙江中医药大学学报,2015,39(4):274-275.