

邱明义治疗胃食管反流病经验浅析

刘昊洁¹ 陶春晖¹

[摘要] 胃食管反流病是指因胃内容物逆流引起的一系列以反酸、烧心为典型症状的疾病。邱师治疗胃食管反流病以脾胃虚弱、肝郁气滞为辨证之要,再根据痰饮、气滞、热邪、瘀血等标实的不同针对性用药,将胃食管反流病分为脾胃虚弱、肝脾不和、寒热错杂 3 个证型,运用健脾和胃、疏肝行气、肝脾同治之法,疗效显著。

[关键词] 胃食管反流病;经验;中医药疗法

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.14

[中图分类号] R259 **[文献标志码]** B

Analysis of QIU Mingyi's experience in treating gastroesophageal reflux disease

LIU Haojie TAO Chunhui

(College of Chinese Medicine, Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan, 430061, China)

Corresponding author: TAO Chunhui, E-mail: ease101@163.com

Abstract Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a series of diseases caused by reflux of gastric contents into the esophagus, pharynx and mouth, resulting in a series of symptoms typified by acid reflux and burning sensation under the raphe. Master QIU Mingyi treats GERD by taking spleen and stomach weakness and liver depression and Qi stagnation as the key points of diagnosis, and then according to the different target medicines of Qi phlegm and drink, Qi stagnation, heat and silt and blood, etc., he classifies GERD into three types of symptoms, namely spleen and stomach weakness, liver and spleen disharmony, and cold and heat mismatch, and applies the methods of strengthening the spleen and stomach, dredging the liver to move Qi, and regulating the liver and spleen together, which have significant therapeutic effects.

Key words gastroesophageal reflux disease; experience; Traditional Chinese Medicine therapy

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是由于胃内容物反流至食管、咽喉及口腔,引起一系列以反酸、剑突下灼热感为典型症状的疾病,GERD 其他不典型症状包括呕吐、咽喉不适、吞咽困难、慢性咳嗽等^[1]。根据内镜和病理结果可将 GERD 分为非糜烂性胃食管反流病、反流性食管炎及 Barrett 食管。流行病学研究显示,GERD 在我国的发病率呈上升趋势^[2]。GERD 发病与现代人的不健康生活方式如肥胖、吸烟、饮酒、偏嗜浓茶、咖啡或辛辣油腻食物、缺乏体育锻炼等原因相关^[3]。现代医学认为 GERD 的发病机制较为复杂,目前尚未完全明确,主要由于食管括约肌功能障碍导致食管对胃反流物清除功能降低、食管屏障防御功能减弱、各种因素导致食管黏膜损伤等所致^[4]。质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)为治疗该病的首选药物,但目前有研究表明长期服用 PPI 可使胃肠细胞分化^[5],还有增加肠道感染及肠道菌群失调的风险^[6]。中医药从整体出发,辨证审因,因人制宜,对于降低 GERD 对 PPI 的依赖性、缓解患者症状等具有较好疗效。

邱明义为湖北省首届名老中医药专家,教授,主任医师,博士研究生导师。邱师多年耕耘于临床和教学工作中,善于运用经方治疗 GERD、萎缩性胃炎伴肠上皮化生等各类消化系统疾病。笔者有幸跟诊于邱师,在邱师的指导下学习,受益良多,现将邱师治疗 GERD 的经验浅析如下。

1 理论基础

GERD 无明确对应的中医病名,根据其症状和表现可以归于“吐酸”、“吞酸”、“呕吐”、“嘈杂”的范畴。GERD 的发病部位在食管,食管与胃相连,其发病与胃息息相关。《诸病源候论》中所言:“脾者,脏也;胃者,腑也。脾胃二气,相为表里。”脾胃同属中焦,表里相依,升降相辅,胃病可及脾病,同时脾病亦可影响胃病。脾为后天之本,气血生化之源,《脾胃论》所言:“脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也。”若脾胃受损,运化功能失职,气机失调,津液代谢障碍,痰饮、水液等病理产物内聚于脾胃,胃气上逆则发为 GERD。《素问·玄机原病式》曰:“酸者,肝木之味也。”说明吐酸还与肝存在紧密联系。《类证治裁》中提到:“凡上升之气,自肝而出。肝木性升散,不受遏郁,郁则经气逆,为噎,为胀,为呕吐。”肝主疏泄,若疏泄失调,导致肝

¹湖北中医药大学中医学院(武汉,430061)

通信作者:陶春晖,E-mail:ease101@163.com

引用本文:刘昊洁,陶春晖.邱明义治疗胃食管反流病经验浅析[J].中国中西医结合消化杂志,2024,32(1):74-77. DOI:

10.3969/j.issn.1671-038X.2024.01.14.

气郁结,气机失常发为 GERD,体现为嗝气、腹满和呕吐等症状。同时,脾与肝的运化调节功能也相互影响,生理上,二者为相克关系,人体阴平阳秘之时,气机条畅;病理上,肝失疏泄,脾虚失运则土虚木乘,正如《张氏医通》所言:“吞酸,多属脾虚木旺。”

2 辨证思路

GERD 的病理机制错综复杂,邱师通过学习前人经验、结合临床实践,形成了自己的辨证施治体系。邱师认为本病病位在胃与食管,与肝、脾、胃的功能失调相关。根据 GERD 的病因和临床表现,邱师认为病机以脾胃虚弱为主,离不开肝气郁滞的影响,其辨治特色在于肝脾同调、标本兼治、寒热并用、中西结合。

2.1 脾虚为要,肝脾同调

《素问·通评虚实论》曰:“邪气盛则实,精气夺则虚。”对于 GERD 而言,探清病证的虚实是明确病机本质的重要步骤^[7]。GERD 发病的主要原因是脾胃功能虚弱,常由于先天禀赋不足和饮食不节引起。脾胃虚弱,一是脾胃升降失因,气机失调,主要表现为吐酸时作、腹痛胀满、呕吐呃逆等症;二为脾胃运化功能失调,气血生化不足,表现为不思饮食、少气懒言、疲惫乏力。故治疗上以顾护脾胃为主,多用理气健脾之品。

脾胃运化功能依赖于肝疏泄功能的正常与否,正如《血证论》所言:“食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”邱师认为 GERD 的发病与情志也息息相关,现代人因生活、社会压力易出现抑郁、焦虑等心理问题。忧思伤脾、恼怒伤肝,使肝失疏泄、脾失健运、胃失和降,主要表现为呕吐酸腐、痞满胁胀、泛恶嗝气、情志不畅等症。故治疗上宜健脾疏肝,降逆和胃,强调“肝脾同调”。治疗的同时,邱师还强调条畅情志,以防止病情的发展或反复^[8]。

2.2 寒热并用,标本兼治

《素问·至真要大论》曰:“诸逆冲上,皆属于火……诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”内经论述吐酸多与火热之邪相关。火热性质炎上,熏蒸胃中酸液,表现为吐酸嘈杂、口苦口臭、大便秘结,多由于火热之邪侵犯中焦,或肝郁日久化热。《证治汇补》曰:“大凡积滞中焦,久郁成熟,则本从火化,因而作酸者,酸之热也。若客寒犯胃,顷刻成酸,本无郁热,因寒所化者,酸之寒也。”论述了除了寒热之邪皆可致病。寒邪客胃、胃失和降,或脾阳不足、温煦无力,均可导致水谷运化腐熟无力,清阳不升,浊阴不降,表现为吞酸吐涎、四肢欠温、完谷不化。《灵枢·五邪第二十》中云“邪在脾胃,则病肌肉痛……阴阳俱有余,若俱不足,则有寒有热,皆调于三里。”《内经》论述当人体正气不足,则阴阳失

衡,出现寒热错杂之证,在 GERD 中多因脾胃阴阳失和、气机升降失常所致。邱师认为 GERD 在实际临证中病机错综复杂,常为寒热并存,根据寒热偏盛多少,寒热并用,温清兼施,临证加减。GERD 多有脾胃虚弱,临证常用黄芪、炒白术、党参或太子参等补气健脾,兼用枳实、陈皮、砂仁等理气温燥之品。邱师多用黄芩、黄连两药佐制温药,同时行苦降之功调理气机。

《素问·至真要大论》曰:“知标与本,用之不一。”强调了辨病过程中抓住疾病标本的重要性。根据病情发展的缓急,正气病邪的轻重应采取“急则治其标,缓则治其本”及“标本兼治”的原则治疗。邱师认为脾胃虚弱、肝木郁滞为 GERD 之本,痰饮、气滞、热邪、瘀血为标。脾胃虚弱,中焦运化失常,水液代谢失调,长时间积聚为痰饮,阻碍气机升降,发为吐酸。情志失调导致肝气郁滞,枢机不利,胆汁外溢,出现反酸、口苦、烧心的症状。久病则气郁化火,出现易怒急躁,大便秘结。在疾病后期,痰饮停聚,气滞日久,血行不畅,瘀血内生,出现腹痛如针刺、舌质紫暗、脉细涩等症。正如《临证指南医案》中言:“久病在络,气血皆窒。”邱师在选方用药时会注意病情标本缓急,掌握病程变化,标本兼顾。

2.3 微宏辨证,衷中参西

邱师在临床中除了全面收集患者的四诊资料外,还重视患者的检验结果,尤其是胃镜检查结果。将现代医学微观技术与中医宏观整体观相结合,能更加全面、客观地辨证疾病^[9]。若胃镜下黏膜以白色为主,透见血管,伴有萎缩性胃炎者属脾胃虚弱,在辨证的基础上多用黄芪、党参、炒白术等健脾之品;黏膜以红色为主,表现为糜烂、充血及水肿多属痰湿热结,可酌情加入黄芩、黄连等清热燥湿之品;胆汁反流性胃炎镜下黏膜可粘有胆泥或黄染,多为肝胃不和,可用郁金、菖蒲解郁化痰;胃络瘀阻可见重度萎缩性胃炎,内镜下黏膜增厚,颗粒感明显,可加用丹参、川芎等理气化瘀之品。

在用药方面邱师不仅擅长运用经方,同时衷中参西,还重视中药的现代药理作用。在治疗 GERD 上,邱师尤爱用蒲公英与仙鹤草。蒲公英入肝、胃二经,补脾和胃,亦胃泻火。现代研究表明,蒲公英提取物有一定的抗 Hp 作用,同时还有抗炎、保护胃黏膜的功效^[10],尤适合于合并 Hp 感染的糜烂性食管炎。仙鹤草味苦能泄,味涩能敛,兼能补虚,与诸药合用取其健脾益气、收敛生肌之意^[11]。现代研究表明,仙鹤草也同样有抗炎和抗 Hp 功效^[12]。邱师在传统中医辨证基础上结合胃镜结果作为参考,同时注重将中医思维和西医理论相结合,丰富了辨证体系。

3 治法方药

邱师以脾虚肝郁为辨证要点,根据虚实寒热及

病理产物的兼夹,将 GERD 分为以下证型进行论治。

3.1 脾胃虚弱

邱师认为本证病机在于脾失健运。脾升清及胃通降功能失常,同时气血乏源,表现为吞酸暖气、面色萎黄、痞满不舒、腹痛隐隐、纳呆便溏、四肢乏力、舌淡脉弱。针对此病证邱师采用健脾益胃,理气降逆之法,常用香砂六君子汤合旋覆代赭汤化裁,其基础药物为太子参、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、法半夏、砂仁、旋覆花、代赭石、乌贼骨、仙鹤草、黄芩、黄连。原方中以人参为君药,对于久病虚弱者,太子参性平柔润,作用较缓和,健脾补气之余无伤阴之弊,故邱师常用太子参替代人参。白术、茯苓加强健脾祛湿之功,陈皮、半夏、砂仁理气燥湿,旋覆花、代赭石降逆消痰,乌贼骨制酸护胃,仙鹤草补虚扶正并收敛止血。邱师常用黄芩、黄连组合治疗各类病证,此处取其苦降之性,助脾土燥湿、胃气降逆,同时佐制理气健脾之品过于温燥^[13]。若气虚重者,可加黄芪、党参增强补气健脾之力;脾阳虚衰、畏寒肢冷者,可加干姜、补骨脂温中祛寒;腹部胀满、食积难消者,可配伍鸡内金、莱菔子、焦三仙消食除满;腹满吐涎,舌苔厚腻者,可配伍厚朴、半夏燥湿除满。

3.2 肝脾不和

肝主疏泄,可分泌胆汁助脾胃消化,调畅情志。当患者精神压力过大时易加重或复发,主要表现为口吐酸腐、腹胁胀痛、情志抑郁或易怒、舌红脉弦。针对此病证邱师采用疏肝健脾,降逆止呕之法,常用四逆散加味,其基础药物为柴胡、白芍、枳实、砂仁、炒白术、炙甘草。四逆散出自《伤寒论》,为肝脾同调的代表方,现代研究表明四逆散通过多个炎症途径和靶点发挥抗炎作用,进而保护食管和胃黏膜^[14]。方中枳实和柴胡,一升一降,共奏健脾和胃,升清降浊之效。白芍养阴柔肝,防行气太过有伤阴之弊,与枳实相伍有理气养血之意;砂仁、白术助脾行气,炙甘草和中并调和诸药。气郁胸闷者,可加紫苏梗、桔梗行气宽胸;肝郁化火,吐酸气秽,火热扰心烦躁者可加栀子、牡丹皮清肝泻火,乌贼骨、瓦楞子、浙贝制酸收敛,合欢皮、合欢花、酸枣仁安神除烦;胸胁胀满不适者,可加佛手、香橼、木香等疏肝理气。

3.3 寒热错杂

此证多为脾胃虚弱日久转化而来。久病正气不足,寒热错杂,中焦气机痞塞,痰饮内生。在《伤寒杂病论》中论述了寒热错杂之痞证,其症表现为呕吐时作、心下痞满、大便稀溏、舌红脉弦等。《金匮要略方论》曰:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”方用半夏泻心汤加味,其基础药物为党参、干姜、半夏、黄芩、黄连、炙甘草。其中干姜、半夏辛

温行气,黄芩、黄连苦寒通泄,此四味药共效寒热并用、辛开苦降之功,党参和炙甘草健中和胃。以此方临证加味,久病致瘀、舌暗脉艰涩者,加用川芎、丹参、三棱、莪术行气活血;咽喉不适、有堵塞感者,加木蝴蝶、青果、射干、牛蒡子局部利咽消痰解毒,直达病所。此证病机复杂,邱师以半夏泻心汤之和解法,根据寒热盛衰及兼症灵活加味。

4 经典案例

患者,女,47岁,于2022年7月27日初诊。主诉为反酸烧心数年。患者既往有反流性食管炎病史多年,现时噯腐吞酸,胸骨后灼热感,胸闷气短,胃脘胀气不适,进食后加重,厌油腻;平素情绪易怒,易腹泻,大便偏稀溏,小便正常。舌红苔薄黄,脉细。处方:柴胡10g,枳壳10g,白芍10g,佛手10g,砂仁10g,郁金10g,川芎10g,苏梗10g,黄芩10g,黄连6g,陈皮10g,葛根30g,丹参30g,玫瑰花10g,乌贼骨30g,瓜蒌皮10g。共14剂,1剂/d,分早中晚温服。

2022年8月24日二诊。患者胸闷气短、胃脘胀气较前好转。仍有反酸、烧心,咽喉不适,有梗阻感。大便偏干。舌红苔白,脉细。调整处方为:柴胡10g,枳壳10g,陈皮10g,佛手10g,砂仁10g,黄芩10g,黄连6g,蒲公英30g,乌贼骨30g,仙鹤草30g,旋覆花10g,代赭石15g,地榆30g,炒莱菔子15g,白及10g,炙甘草6g,太子参15g,炒白术10g。共7剂,1剂/d,分早中晚温服。

2022年9月21日三诊。患者反酸烧心较前好转,2d前因饮食过多后腹痛,胃脘不适,腹泻。舌红苔薄白,脉细。继上方去地榆,加鸡内金10g,炒山楂10g,炒麦芽10g,六神曲10g。共7剂,1剂/d,分早中晚温服。后随诊症状较前明显缓解。

按:该患者多年来反酸烧心,伴胃脘不适、情志易怒、厌油、腹泻不适。患者脾胃病多年,脾胃虚弱,平素情绪急躁,肝气郁滞,横犯脾土,胃气上逆则反酸烧心。西医诊断:反流性食管炎,中医诊断:吐酸,证为肝胃不和,郁而化热。方选用四逆散加味奏疏肝健脾,降逆制酸之效。在基础方上加用郁金、玫瑰、川芎加强解郁行气之功;丹参、葛根为邱师爱用药对之一,功在活血化瘀,通脉生津,防气滞病入血络;乌贼骨制酸止痛,瓜蒌皮化痰宽胸。二诊时患者气滞症状较前好转,故去郁金、玫瑰、川芎等行气化滞之品,患者仍有反酸烧心,甚至影响咽喉,邱师认为肝郁较前好转,却仍有脾虚胃逆之状,故加用旋覆花、代赭石降逆止呕;太子参、炒白术健脾和胃。患者反酸烧心加重、大便干结,考虑因病程较长而郁热加重,故加用地榆清热专走下焦。同时,邱师认为“糜烂”、“溃疡”、“炎症”均为局部热毒之象,故加入地榆、蒲公英清热解毒、收敛生肌^[11],

白及增强收敛之功。现代药理研究表明地榆、白及和蒲公英均有消炎、抗感染及黏膜修复的作用^[10,15-16]。三诊患者反酸烧心症状已较前好转,因食滞而泄泻,故去地榆,防寒凉伤脾,同时加入鸡内金、焦三仙增强健脾消食之功。

5 结束语

中医药对于治疗 GERD 有独特优势。邱师治疗 GERD 从整体出发,多从脾、胃、肝入手,以脾胃虚弱,肝郁气滞为辨证之要,根据痰饮、气滞、热邪、瘀血等标实的不同针对性遣方用药,化裁灵活,临证加减,做到标本兼治,常在临床取得良效。邱师治疗 GERD 的特色思路值得继续学习和发扬。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J].中华胃食管反流病电子杂志,2020,7(1):1-28.
 - [2] 梁东飞,贾子亮,刘红国,等.胃食管反流病患者的流行病学分析[J].河北医药,2023,45(12):1889-1891,1897.
 - [3] Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet[J]. Rocz Panstw Zakl Hig,2021,72(1):21-28.
 - [4] 谢佳涛,唐梅文,陈文隆,等.胃食管反流病病因病机及治疗研究进展[J].陕西中医,2023,44(6):822-825.
 - [5] 杨奇,蔡宇.长期使用质子泵抑制剂对胃食管反流病患者胃泌素的影响[J].中国药物滥用防治杂志,2023,29(10):1823-1825.
 - [6] Iwakiri K, Fujiwara Y, Manabe N, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021[J]. J Gastroenterol,2022,57(4):267-285.
 - [7] 唐旭东,刘佳丽,张北华.非糜烂性反流病中医药临床诊治思路与策略[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(7):504-508.
 - [8] 徐健,李青梅.对胃食管反流病患者实施心理干预护理的价值评价[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2023,38(4):158-160.
 - [9] 张庆伟,孙深琥,姜喜梅.中医胃病辨证分型与胃镜象及组织病理、Hp感染相关性研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(17):131-133.
 - [10] 刘亦菲,刘兆薇,任一冉,等.蒲公英化学成分、药理作用研究进展及质量标志物预测分析[J/OL].中华中医药学刊,1-19[2023-12-10].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20231027.1355.004.html>.
 - [11] 赵玉玲,邱明义.邱明义运用仙鹤草治疗脾胃病经验[J].湖南中医杂志,2018,34(6):26-27.
 - [12] 陈文鹏,卢健棋,庞延,等.仙鹤草化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(6):118-122.
 - [13] 王博文,裴紫娟,谭平,等.邱明义苓连七用[J].湖北中医药大学学报,2023,25(1):113-116.
 - [14] 丁娜娜,张楠,许二平,等.四逆散的抗炎作用与临床应用研究进展[J].中医学报,2022,37(6):1179-1184.
 - [15] 王英英,朱洁,鲁兰,等.中药地榆的成分以及其药理作用研究进展[J].四川中医,2022,40(8):216-223.
 - [16] 王瑶,范宝军,葛冬,等.中药白芨治疗消化性溃疡研究进展[J].临床军医杂志,2021,49(7):830-832.
- (收稿日期:2023-10-29)
-
- (上接第73页)
- [26] 李琳琳,朱方石.半夏厚朴汤治疗反流性食管炎的理论机制探讨[J].中国医药导报,2021,18(2):128-131.
 - [27] 黄龙记.加味小陷胸汤治疗痰热互结型胃食管反流病的临床观察[D].南宁:广西中医药大学,2019.
 - [28] 马唯,尹晓岚,姜艾利,等.从“脾虚”与“胃强”论治胃食管反流病[J].北京中医药,2019,38(5):466-469.
 - [29] 李星赤,姜树民.养阴润燥法论治胃食管返流病[J].临床合理用药杂志,2018,11(6):92-94.
 - [30] 徐晓.反流性食管炎阴虚证探讨[D].南京:南京中医药大学,2019.
 - [31] 武正权,刘清君,田旭东.田旭东主任医师辨治胃食管反流病经验探析[J].内蒙古中医药,2017,36(6):49-50.
 - [32] 史奇,陈正君,刘雪枫,等.党参治疗胃溃疡的作用机制研究进展[J].中草药,2023,54(7):2338-2348.
 - [33] 张世雄,王彦刚,许妙婵,等.王彦刚教授治疗胃食管反流病临证用药四旨探析[J].河北中医,2019,41(12):1768-1771.
 - [34] 何聪,周秉舵,朱生樑,等.朱生樑从“结、郁、虚”论治难治性胃食管反流病胸痛经验[J].时珍国医国药,2023,34(1):195-197.
 - [35] 李亚东,周铖,赵晨露,等.运用加味旋覆代赭汤治疗反流性食管炎经验[J].中国中西医结合消化杂志,2023,31(4):308-311.
 - [36] 李英宵,张开波,张璐鹏,等.李鲜从阴火论治胃食管反流病经验[J].辽宁中医杂志,2023,50(3):40-42.
 - [37] 杨鹏飞,田旭东,李彦龙,等.田旭东诊疗胃食管反流病经验举隅[J].中医药信息,2022,39(7):70-72.
- (收稿日期:2023-07-15)