

李天望教授辨治肝郁脾虚型胃食管反流病经验 采撷

王 俊¹, 李天望^{1,2}

¹湖北中医药大学, 湖北 武汉

²湖北省中医院, 湖北 武汉

收稿日期: 2022年9月9日; 录用日期: 2022年10月27日; 发布日期: 2022年11月4日

摘 要

该文主要介绍李天望教授辨治肝郁脾虚型胃食管反流病的临床经验。李天望教授认为胃食管反流病的主要病机为肝失疏泄、脾虚失运、胃气上逆, 故以疏肝健脾、和胃降逆为大法, 自拟疏肝健脾和胃方治疗肝郁脾虚型GERD, 并重视情志因素对此病的影响作用, 治疗时不忘帮助患者调畅情绪。

关键词

李天望, 胃食管反流病, 肝郁脾虚, 疏肝健脾, 名医经验

Professor Li Tianwang's Experience in Treating Gastroesophageal Reflux Disease Caused by Liver Depression and Spleen Deficiency

Jun Wang¹, Tianwang Li^{1,2}

¹Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei

²Hubei Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuhan Hubei

Received: Sep. 9th, 2022; accepted: Oct. 27th, 2022; published: Nov. 4th, 2022

Abstract

This article introduces the clinical experience of Professor Li Tianwang in the treatment of GERD

caused by liver depression and spleen deficiency. Professor Li believes that the main pathogenesis of GERD is the loss of drainage of the liver, deficiency of the spleen and loss of transportation, and upward rebellion of the stomach qi, so the main method is to dredge the liver and strengthen the spleen, harmonize the stomach and lower the rebellion; self-prepare liver and spleen strengthening and gastric remedies for the treatment of liver depression and spleen deficiency GERD, and pay attention to the influence of emotional factors on this disease, and do not forget to help patients adjust their emotions during treatment.

Keywords

Tianwang Li, Gastroesophageal Reflux Disease, Liver Depression and Spleen Deficiency, Soothing Liver and Strengthening Spleen, Experience of Famous Doctor

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物或(和)十二指肠内容物反流到食管或者以上部位,引起的烧心、反酸、上腹部灼热感等一系列不适症状和(或)并发症[1]。目前西医常规治疗包括抑酸剂 PPI (质子泵抑制剂)或 P-CAB (钾离子竞争性酸阻滞剂)、促胃动力药、抗酸剂,调整生活方式、内镜下治疗、抗反流手术亦或是其他治疗手段,但是长时间应用质子泵抑制剂具有一定的副作用,并且部分患者停药后病情易反复,对药物的耐受性差[2]。

李天望教授有着 30 余年的丰富临床工作经验,是全国名老中医学术继承人优秀学员、湖北中医名师、湖北中医药大学二级教授、中医博士、主任医师,学术上推崇疏肝健脾,擅长中医脾胃病、肝病、中西医结合治疗消化系统疾病。李天望教授认为胃食管反流病的病位在食管和胃,但与肝、胆、脾关系密切,主要病机为肝失疏泄、脾虚失运、胃气上逆,治疗时应以疏肝为本,从肝论治,佐以健脾扶正之品以增强脾主运化之功,肝脾同治,故李师在治疗本病时以疏肝健脾、和胃降逆为大法。该文主要介绍李天望教授治疗肝郁脾虚型胃食管反流病的临床经验。

2. 病因病机

“胃食管反流病”在祖国医学之中没有直接对应的病名,在 2017 年的《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》中,根据主要的临床表现如反酸、烧心、咽喉不适、口苦、胸骨后灼痛、嗝气及反胃等,将其归属为“吐酸”、“吞酸”、“呕苦”、“嘈杂”、“食管瘁”等范畴[3]。古代诸家对胃食管反流病的描述颇多,如南宋·陈言首将此病论为独立的病证,《三因》云:有饮在中脘则嘈,有宿食则吞酸。明代的唐守元在《医林绳墨》中提出“吞酸”是酸水从胃内上激于口腔、咽喉之间,不及吐出又随即咽下,临床表现为咽喉泛酸、烧心感。

对于该病的病因病机,古代医学文献中也有诸多论述。《黄帝内经》认为火、热之邪为此病的主因,病机十九条中指出:“诸呕吐酸,皆属于热”,呕吐、泛酸者,皆属实热证,邪热和积食互结,壅积于胃,胃气逆升,遂发为呕吐、吐酸;《至真要大论篇第七十四》提出足少阳胆属木,“木曰曲直”、“曲直作酸”,故少阳热邪乘胃,可见泛吐酸水。到金元时期,朱丹溪《丹溪心法·吞酸》论道,吞酸病机是由于湿热长期郁积于肝,不能自涌而出,湿热伏于肺胃。在《素问玄机原病式》中,刘河间提出观点

认为吐酸为肝木之味, 火能克金, 却无法平缓木气, 肝木邪气旺盛, 故而泛酸。清代医家李用粹所著《证治汇补·吞酸》认为吐酸的病因不仅有热亦有寒, 属热者, 多因木郁化火犯胃而成, 属寒者则多由脾胃虚弱, 肝木乘土犯胃而致。

当代医者对于胃食管反流的病因病机的看法更是百家争鸣,《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见》(2017) [3]认为 GERD 的主要病因为外邪侵袭、情志失调、饮食无节、胆邪犯胃及先天不足等; 基础病机为胃失和降, 胃气上逆。朱莹教授[4]认为本病多由情志抑郁、忧思过度而伤肝, 致使肝气失于疏泄, 气滞肝郁, 日久气郁化火, 导致郁火乘胃, 胃气失和。孔文霞教授[5]认为此病的病因根本在于脾胃虚弱、胃气上逆, 痰、火、瘀为之标, 脾胃虚弱则为本。李聚林教授[6]在诊治胃食管反流病时多从“治中焦如衡”这一观点论治, 认为该病病机与情志因素、肝胆疏泄功能失常、脾胃升降不利有关。谢晶日教授[7]认为“无郁不成酸”, “郁”是 GERD 病机演变的基础, 吐酸的发病和气、血、湿、痰、火、食六郁都有所关联, 其中气郁为先, 肝郁气结不畅, 肝脏疏泄功能失调, 气机升降失常, 且肝木乘脾, 脾气不足, 脾胃枢机不利, 则脾不升清, 胃不降浊, 导致胃气上逆, 发为此病。

李师认为, 脾胃与肝关系密切,《素问·宝命全形论》提出“土得木而达”, 肝性喜调达而主疏泄, 肝气调达, 疏泄之职正常, 才能使脾胃升降适宜, 纳运健旺。情绪易怒伤肝, 导致肝郁气滞, 气机升降失常, 肝气横逆犯胃; 或肝气郁结, 日久化热, 肝火犯胃; 或素体脾虚者, 因劳倦多度、药食无节、久病伤脾, 众多因素均可致土虚木乘, 胃气上逆。《医学求是》记载: “肝木不升则克脾土, 胆木不降则克胃土”。胃失和降、胃气上逆是胃食管反流病的基本病机, 而情志不畅、肝失疏泄、肝气犯胃是其发病关键。临床可见脾胃虚弱、肝郁脾虚、肝胃郁热、气滞痰阻、瘀血阻络、中虚气逆、脾胃湿热等证型。该病病证复杂, 临床常以多证兼夹同时出现, 而以肝郁脾虚型较为多见, 故李师认为, 紧守“肝失疏泄, 脾虚失运, 胃气上逆”的基本病机, 便可将此病化繁为简。

3. 用药经验

李教授认为对于肝郁脾虚型胃食管反流病, 多因肝郁脾虚、肝胃不和、胃气失和所致, 治疗上应以疏肝健脾、和胃降逆, 故自拟疏肝健脾降逆方, 药物组成: 柴胡 10 g, 枳壳 10 g, 赤白芍各 10 g, 香附 10 g, 当归 10 g, 合欢皮 20 g, 合欢花 10 g, 玫瑰花 10 g, 党参 10 g, 茯苓 10 g, 炒白术 15 g, 川楝子 10 g, 竹茹 10 g, 旋覆花 10 g, 海螵蛸 30 g, 煅瓦楞子 30 g, 炙甘草 6 g。此方以柴胡疏肝散为主方, 配以四君子汤, 兼顾临证加减变化。柴胡性味辛苦、微寒, 归厥阴经, 其主要作用为疏肝解郁, 和解退热, 升举阳气, 其主要成分柴胡皂苷现代药理学研究示在调节神经系统方面能发挥抗抑郁的作用[8]。枳壳性味苦辛酸微寒, 归脾胃经, 理气宽中、行滞消胀,《日华子本草》言: “健脾开胃, 调五脏, 下气, 止呕逆, 消痰”。白芍、赤芍性味均苦微寒, 归肝经,《本草纲目》有云“白芍益脾, 能于土中泻木, 赤芍散邪, 能行血中之滞”。竹茹甘、微寒, 归肺胃胆经, 具有清化热痰、除烦止呕之效。旋覆花性味苦咸微温, 归经肺胃,《本草汇言》云“旋复花, 消痰逐水, 利气下行之药也”。香附性味辛苦甘, 归肝、三焦经, 可助疏肝理气。川楝子苦寒, 归经肝、胃、小肠、膀胱, 能行气止痛。当归性味甘辛温, 归肝心脾经, 善于补血活血。合欢皮、合欢花性味甘平, 归心肝经, 功擅解郁安神。玫瑰花性味甘苦温, 归肝脾经, 擅长行气解郁。党参性味甘平, 主归脾肺经, 能补脾气以治本虚。茯苓功擅利水消肿, 渗湿健脾,《用药心法》有云: “茯苓, 淡能利窍, 甘以助阳, 除湿之圣药也。味甘平补阳, 益脾逐水, 生津导气”。白术性味甘温, 归脾胃经, 能补气健脾, 燥湿利水,《本草汇言》有云“白术, 乃扶植脾胃, 散湿除痹, 消食除痞之要药也。脾虚不健, 术能补之; 胃虚不纳, 术能助之”。海螵蛸性味咸涩微温, 瓦楞子性味咸平, 煅用后与乌贼骨合用可制酸止痛。甘草性味甘平, 归心肺脾胃经, 功擅补脾益气, 缓急止痛, 调和诸药。

根据李师多年临床经验,反酸多者,加代赭石 30 g、蒲公英 15 g、浙贝母 15 g;烧心重者,加珍珠母 30 g、玉竹 10 g、黄连 6 g、吴茱萸 6 g;口干者,加生地 10 g、麦冬 10 g、天冬 10 g、玄参 15 g、沙参 15 g、黄精 10 g、石斛 15 g;口苦者,加龙胆草 15 g、茵陈 10 g、焦栀子 10 g;咽喉不适明显者,加射干 10 g、马勃 10 g、桔梗 10 g、牛蒡子 10 g、山豆根 6 g;呃逆者,加丁香 10 g、柿蒂 10 g、降香 10 g;头痛者,加川芎 10 g、白芷 10 g;胸痛者,加薤白 10 g、全瓜蒌 10 g;胃脘痛者,加白及 10 g、延胡索 10 g、郁金 10 g、五灵脂 10 g、蒲黄 10 g;腹部胀满不适者,加陈皮 10 g、木香 10 g、青皮 10 g、大腹皮 10 g、佛手 10 g;胃恶冷者,加小茴香 10 g、高良姜 10 g、花椒 10 g;食积者,加焦山楂 15 g、鸡内金 10 g、炒二芽各 10 g;大便干结者,加熟军 10~20 g、郁李仁 10~20 g、火麻仁 10~20 g、桃仁 10 g、杏仁 10 g,枳壳改为枳实;便溏者,加乌梅肉 15 g、诃子 10 g、石榴皮 15 g、白豆蔻 10 g、扁豆 10 g、山药 15 g、芡实 10 g;失眠者,加酸枣仁 20 g、远志 20 g、柏子仁 15 g、茯神 15 g、夜交藤 15 g、琥珀 10 g,诸如种种。

4. 预防调摄

随着现代社会生活节奏的加快和生活经济水平的提高,急剧变化的饮食谱及快节奏、高压力的社会环境,使得胃食管反流病的发病率逐年升高[9]。改善生活方式则成为 GERD 的基础治疗,虽然普通却不容小觑。对于吐酸一病,李教授经常告诫患者在饮食习惯、生活习惯和情绪调控上要多加注意,要慎饮食、畅情志、规律作息,权衡整体,调护结合。

饮食作为吐酸病的发病及诱发因素,已经受到古今临床医者的普遍关注。李师经常告诫门诊患者,吐酸一病的治疗,培养良好的健康饮食习惯是重中之重,要戒烟酒,少喝咖啡、浓茶、饮料,忌食生冷辛辣刺激及油腻的食品,减少高盐、高糖分以及高油脂食物的摄入,吃饭切忌过饱,睡前 3 小时不进食,规律、清淡饮食,饮食有节。吐酸患者,尤应忌餐后喝汤,就个人而言,对于自身食后会引起反酸烧心的食物也应忌食。

由于本病病程迁延日久,加之现代社会的生活压力大,临床上一些久治不愈,症状反复发作的患者易出现焦虑,甚至抑郁情绪,且此焦虑抑郁情绪的不良程度与胃食管反流的严重程度成正相关。《素问·上古天真论》中强调“精神内守,病安何来”,指出精神安宁内守在人体的健康中起着重要作用。现代医学上为生物-心理-社会医学模式,心理问题也受到当代医者的高度重视。李师强调脾胃病从肝论治,疏肝解郁,调畅情志,门诊时常耐心倾听患者诉说病情,不厌其烦地反复解释病情,关心患者日常生活,开导患者,帮助其保持良好的心理状态。

规律作息亦是预防调理此病的重要一环,要做到早睡早起,保证充足的睡眠时间,劳逸结合,适度的运动,增强体质,从而提高疾病诊治的临床疗效。

5. 验案举隅

李某,女,51岁,2021年11月16日首诊。

主诉:间断反酸烧心1年余。患者诉1年前无明显诱因出现反酸、烧心,呈间断发作,时有上腹胀满不适,伴口中酸味感、咽喉部异物感,情绪急躁,心烦易怒,无恶心、呕吐,无胸骨后梗阻感,无吞咽困难,无心慌、胸闷,大便日1~2次,质溏,无鲜血粘液脓子,小便可,食欲一般,睡眠欠佳。舌质淡红,边有齿痕,苔白,脉弦细。查体:神清,精神可,腹平软,无包块,腹部无压痛,无反跳痛,肝肋下未及,脾肋下未及,Murphy阴性,肠鸣音正常。辅助检查:胃镜示:1)反流性食管炎(A级);2)慢性非萎缩性胃炎。中医诊断:吐酸病(肝郁脾虚证);西医诊断:反流性食管炎(A级);慢性非萎缩性胃炎。治法:疏肝健脾,和胃降逆。组方如下:

柴胡 10 g, 枳壳 10 g, 赤芍 10 g, 白芍 10 g, 香附 10 g, 当归 10 g, 合欢皮 20 g, 玫瑰花 10 g, 合欢花 10 g, 川楝子 10 g, 射干 10 g, 马勃 10 g, 党参 15 g, 茯苓 10 g, 炒白术 15 g, 延胡索 10 g, 郁金 10 g, 竹茹 10 g, 旋覆花 10 g, 乌贼骨 30 g, 煅瓦楞子 30 g, 珍珠母 30 g, 香橼皮 10 g, 陈皮 10 g, 木香 10 g, 蒲公英 15 g, 浙贝母 15 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 日 1 剂, 水煎 300 ml, 分 2 次温服, 早上 9 点、下午 3 点各 150 ml。

二诊: 2021 年 11 月 23 日

患者诉仍有腹部胀满, 进食后明显, 时有咽喉异物感, 偶有反酸、烧心, 夜间明显, 无吞咽困难, 无心慌、胸闷, 纳食不佳, 夜寐欠安, 大便可, 小便可。舌质淡红, 苔白, 脉弦。选方用药: 中药继上方加牛蒡子 10 g, 鸡内金 10 g、焦山楂 15 g, 酸枣仁 20 g、远志 20 g, 7 剂, 水煎服, 日 1 剂。同时嘱患者睡觉时适当抬高床头。

三诊: 2021 年 11 月 30 日

患者诉反酸、烧心较前明显缓解, 无明显腹胀, 无咽喉部不适感, 睡眠较前好转, 纳食欠佳, 小便可, 大便 1 次/日, 质软, 色常。舌质淡红, 苔薄白, 脉弦。选方用药: 中药守上方 14 剂, 固本善后, 防其复发。嘱患者调畅情志, 保持心情愉悦, 注意饮食清淡, 合理安排作息时间。

按语: 四诊合参, 患者中老年女性, 间断发作反酸、烧心, 伴上腹部胀满不适, 伴口中酸味感、咽喉部异物感, 心烦易怒, 情绪急躁, 结合舌苔及脉象, 当属“吐酸”病范畴, 证属肝郁脾虚证。《血证论》云: “木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖木之气以疏泄之, 而水谷乃化。”说明中焦脾胃能够纳化水谷、运布精微, 依赖于肝气为之疏泄, 若肝郁则可致脾胃运化不能, 气机升降失调。李教授认为, 对于肝失疏泄、脾胃气机升降失常类型的患者, 临证时以疏肝健脾, 和胃降逆为治疗大法, 方予柴胡疏肝散合四君子汤加减, 肝脾胃同治, 使肝气疏泄, 胃气得降, 则病自愈。方中柴胡为肝胆经用药, 具有升阳透邪、疏肝解郁之功效, 长于疏散少阳半表半里之邪, 升举脾胃清阳之气; 配以枳壳增强疏肝行气之效。赤、白芍配用, 起清热凉血、养血活血、柔肝止痛之效。香附属肝经气分, 与郁金、玫瑰花共奏理气疏肝而解郁功效。当归补血止痛润肠。合欢皮、合欢花安神解郁。四君子汤中以党参易人参, 取其平补脾胃之效。白术健脾益气燥湿; 茯苓利水渗湿、健脾安神, 与白术相配伍以加强健脾祛湿之功。炙甘草益气和中, 调和诸药。延胡索、川楝子均可行气止痛。香橼皮助疏肝理气和中。竹茹、旋覆花功擅降气止呕。乌贼骨与浙贝母相配伍, 即为乌贝散, 具有制酸止痛、收敛止血的作用, 配之煅瓦楞子以增强制酸止痛之功。珍珠母平肝潜阳、安神魂。射干与马勃合用, 清热解毒利咽。蒲公英、浙贝母清热制酸。陈皮理气健脾, 木香行气调中。诸药共奏“疏肝健脾、和胃降逆”之功效。二诊患者因情志不畅, 而致食积停滞, 气机受阻, 故生腹胀、纳差, 李师以原方中加入鸡内金、焦山楂两药配伍, 运脾健胃, 消食化积; 牛蒡子宣肺利咽; 酸枣仁、远志宁心安神。三诊时患者症状明显改善, 无其他特殊不适, 继用上方巩固治疗。

6. 结语

近些年来, 胃食管反流病的发病率呈现逐年上升的趋势, 患者的生活质量被反酸、烧心、咽喉部不适感等临床症状严重影响着, 且患者的症状容易复发, 病程迁延难愈, 也极大程度影响着患者的身心健康。中医认为人的情志活动与内脏功能有着密不可分的联系, 正如《素问·阴阳离合大论》中所云: “怒伤肝, 喜伤心, 思伤脾, 忧伤肺, 恐伤肾”, 情志因素在本病的发生、发展及预后过程中占据了极其重要的位置。李师在治疗肝郁脾虚型胃食管反流病时, 多从肝论治, 疏肝解郁, 健脾和胃, 针对不同的兼症, 灵活化裁; 同时兼顾患者情绪因素的影响, 除方剂运用疏肝解郁的中药外, 常另外配用舒肝解郁胶囊、红花逍遥片以疏肝气、畅情志, 对于焦虑明显且伴有失眠者, 加用氟哌噻吨美利曲辛片, 用法为早

上空腹 1 片, 焦虑抑郁症状无明显改善者, 可于午餐前加服 1 片。在用药的同时, 对患者进行心理疏导, 强调改善生活方式的重要性, 医患配合, 常获得不错的临床疗效。

参考文献

- [1] Hunt, R., Armstrong, D., Katelaris, P., *et al.* (2017) World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, **51**, 467-478.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000854>
- [2] 中华医学会消化病学分会. 2020 年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649-663.
- [3] 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): 321-326.
- [4] 吴珊, 朱莹. 朱莹治疗肝胃郁热型反流性食管炎经验介绍[J]. 山西中医, 2021, 37(10): 8-9.
- [5] 徐颖, 孔文霞. 孔文霞教授治疗难治性胃食管反流病经验总结[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(2): 81-82.
- [6] 赵雅文, 李聚林. 李聚林从“治中焦如衡”论治难治性胃食管反流病经验[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(14): 28-29.
- [7] 陈善涛. 谢晶日从郁论治胃食管反流病经验采撷[J]. 江苏中医药, 2021, 53(4): 23-25.
- [8] 赵慧源, 田诗琪, 翟春影, 等. 柴胡皂苷 a 对抑郁模型大鼠脑内神经递质及行为学的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(34): 28-32.
- [9] 张雪彪, 牛伟亚. 胃食管反流病的相关临床研究[J]. 特别健康, 2021(11): 123-125.