

田旭东从“痰气相关”分期论治 胃食管反流病经验[※]

● 陈振东¹ 田旭东^{2▲}

摘要 总结田旭东从“痰气相关”分期论治胃食管反流病的经验。认为胃食管反流病早期为邪实气逆,中期属痰气互结,后期为气虚而逆。采用疏肝和胃、痰气并治、健脾益胃等方法,同时应将西医辅助检查与中医辨证相结合,灵活运用“痰气相关”理论进行分期论治。并举验案二则佐证。

关键词 胃食管反流病;痰;气;分期论治;名医经验;田旭东

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)是以烧心和反流为常见典型症状,胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等为不典型症状,并可伴随包括咳嗽、咽喉症状、哮喘和牙蚀症等食管外症状的消化内科常见疾病^[1]。本病属中医“吐酸”“呕苦”“吞酸”“嘈杂”“食管瘕”等范畴,病机总属胃失和降,胃气上逆。导师田旭东主任医师运用“痰气相关”理论,在本病的诊治上有独到见解和较好的临床疗效,分享如下。

1 痰气相关理论及其发病机制

中医理论认为,脾为生痰之源,痰的生成与脾胃气虚有密切关系,《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精。”脾胃气虚,若脾失健运,

土不制水,则水湿内停,聚而成痰^[2]。同时,气机失调导致津液的输布失常、排泄障碍,以致津液在体内停留,从而内生痰浊^[3]。痰饮停滞,阻滞经脉腠理,使经气不利,而致气机上逆。故古代医家认为痰气之间关系密切,相互影响。导师通过多年临证,并结合胃食管反流病病因、症状、治疗等,将“痰气相关”理论运用于本病的治疗,认为本病初期多为外邪侵犯胃腑,致胃气上逆;或饮食失常,郁而化热,邪热挟酸随胃气上逆^[4];或情志不遂,肝气郁结,化火生酸,肝胆邪热犯胃,病在气分,病机属邪实气逆,病性以标实为主。如《素问·宣明五气》云:“胃为气逆为哕。”《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”《灵枢·四时气》言:“善呕,呕有苦……邪在胆,逆在胃,胆液泄则

口苦,胃气逆则呕苦。”故初期临床症状多以烧心、反酸、口苦咽干、胸骨及胃脘灼痛、烦躁易怒为主,舌红苔黄腻,脉数弦滑。病至中期,脾失健运,痰饮形成,痰气互结于胸膈、咽喉,发为“梅核气”“嘈杂”“胸痹”等,病在表里之间,病机属痰气互结,病性以本虚标实为主。中期患者临床症状以咽喉不适、嗝气、嘈杂为主,可伴有不明显的反酸、烧心,舌红苔白滑,脉弦滑。后期则脾胃两虚,与初期邪实气逆不同,后期多为胃阴亏虚致虚火上逆,脾虚不运致阴火上逆,病机属气虚而逆,病性以本虚为主。故临床症状多见呃逆声低、嗝气频繁,少见反酸烧心症状,舌淡苔白,脉沉细。因此其发病及发展,痰与气的关系始终贯穿其中,即气病而痰生,痰阻而气逆。痰饮生成及痰气互阻均和脾胃之气有密切关联,同时脾胃气机乃一身之枢机,脾胃虚弱则正不胜邪故而发为本病^[5],故脾胃之气由盛转衰是本病病机变化的实质。

※基金项目 国家青年基金项目(No. 81302966)

▲通讯作者 田旭东,男,主任医师。主要从事中西医结合消化系统疾病防治研究。
E-mail: yxlwtzz@163.com

• 作者单位 1. 甘肃中医药大学(甘肃 兰州 730030); 2. 甘肃省中医院脾胃病一科(甘肃 兰州 730050)

2 病证结合,明确诊断; 证选方,分期论治

导师认为,临床诊断要以中医诊断和辨证为主,但亦不能不重视西医的诊断与辅助检查。通过多年临证,其认为现代研究对胃食管反流病反流物性质的监测可以作为中医辨证分型分期的参考依据之一^[6],如反流物性质为酸性者,多为胃液、胃蛋白酶,与初期湿热邪实相吻合;反流物性质为中性或碱性者,与中期痰气交阻相对应;反流物为气体时,辨证多为后期脾胃虚弱。现有研究将质子泵抑制剂服用 8 周后仍未改善者称为难治性 GERD,患者往往辗转求医不效,病程较长。难治性 GERD 是逐渐多见的疑难病证,其反流物常为碱性、气体等^[7],导师认为久病则正气已虚,辨证多为痰气互结、脾胃虚弱之证。故临床诊断及辨证须参考病程、反流物性质等,将辨病辨证统一起来,中西医参合,以达到辨证与分期有机结合,更好地选方用药的目的。导师认为,初期谨遵“实则泻之,热则寒之,寒则热之”的治疗原则,治法多为清肝胆湿热,降胃气上逆,选方多以柴胡疏肝散^[8]、丹栀逍遥散为主。中期遵循“病痰饮者,当以温药和之,治痰先治气,气顺痰自消”,痰气并治,理气化痰,方选半夏厚朴汤、厚朴温中汤。后期遵循“虚则补之”之原则,当健脾理气,滋养胃阴,和胃降逆,方选六君子汤、叶氏养胃汤。临床辨证有出入者,用药须随证加减,不能拘泥于各分期选方。

3 典型病案

病案一 王某,男,58 岁,

2018 年 1 月 18 日初诊。主诉:间断性烧心、暖气 2 年余,伴咽部异物感 1 个月。患者于 2 年前无明显诱因出现烧心、暖气,伴右上腹部隐痛,平素怕冷,喜进温食,曾予规范抑酸治疗,症状改善不明显。1 个月前出现咽部异物感,夜间暖气,食纳尚可,夜寐差,二便调,舌胖大苔白腻,脉弦滑。高分辨率食管测压示:食管下括约肌压力偏低;24 小时 PH 阻抗检测示:反流性事件总计 48 次,非酸反流 28 次,弱酸反流 20 次,酸反流 0 次。西医诊断:胃食管反流病;中医诊断:食管瘕。辨证分期:中期痰气交阻证。治法:温中燥湿,开郁化痰,降逆和胃。方药:半夏厚朴汤合厚朴温中汤加减。药用:厚朴 15g,茯苓 15g,陈皮 10g,干姜 20g,清半夏 10g,紫苏叶 10g,党参 20g,麸炒白术 10g,麸炒枳壳 15g,甘草 5g。共 7 剂。2018 年 1 月 26 日复诊:烧心症状消失,咽部异物感、暖气明显减轻,胃脘部偶有隐痛,夜寐好转,舌淡苔白,脉沉。中药守上方,调整厚朴至 10g,紫苏叶至 5g,干姜至 30g,加桂枝 10g。服药 7 剂后诸症基本消失,原方隔日 1 剂,再予 7 剂以巩固疗效,后随访半年病情再无复发。

按 本例患者反流以非酸性及弱酸性为主,病程较长,反酸不明显,以咽喉部不适为主,属中期痰气交阻证。半夏厚朴汤为治疗梅核气的经方,有行气散结,降逆化痰之功。患者胃脘冷痛绵绵,是久病脾胃之气虚弱,阳虚不能温煦的征象,故合用厚朴温中汤以温中补虚,行气化湿,同时以党参、白术顾护脾胃之气。《丹溪心法》云:“治痰先治气,气顺痰自消。”故以紫苏叶开郁散结而治气

逆,以枳壳行气增降逆之功。复诊时仍有胃脘冷痛,则增加干姜剂量,并加入桂枝,以达温中止痛,健运脾阳之效。“病痰饮者,当以温药和之”,最后以温中补虚之法巩固疗效以达治病求本之目的。

病案二 王某,女,72 岁,2017 年 11 月 9 日初诊。主诉:反酸、烧心 1 年余,伴口干、腹胀 2 个月。1 年前出现反酸、烧心,予奥美拉唑肠溶胶囊、多潘立酮片等口服治疗,服药时缓解,停药后复发,反复治疗多次。2 个月前出现口干、口苦,腹部胀满不适,矢气后腹胀得舒,不欲饮食,夜寐不佳,二便调。舌淡红,苔薄黄,脉细数。西医诊断:胃食管反流病;中医诊断:食管瘕。辨证分期:后期胃阴亏虚证。治法:养阴和胃,理气降逆。处方予叶氏养胃汤合半夏厚朴汤加减。药用:南沙参 20g,麦冬 15g,玉竹 15g,白扁豆 10g,陈皮 10g,桑叶 15g,炮姜 5g,佛手 10g,甘草 5g,清半夏 15g,厚朴 10g,紫苏叶 5g,茯苓 10g。共 7 剂。2017 年 11 月 17 日复诊:不适症状已基本消失,但仍有腹胀,中药守上方,调整厚朴至 15g,紫苏叶至 10g,茯苓至 15g,予 14 剂后腹胀亦基本消除。随访半年,病情无反复。

按 患者年老体衰,反酸、烧心症状反复发作,病程较长,本次就诊又有口干、口苦、腹部胀满等不适,为久病胃阴亏虚之象,结合舌脉,辨证分期为后期胃阴亏虚证。叶氏养胃汤为叶天士治疗胃阴虚证的一则验方,叶氏认为“阳明燥土得阴自安”,“胃宜降则和者,或甘凉濡润,以养胃阴,则津液来复,使之通降而已矣”^[9]。复

(下转第 47 页)

它的未来。

参考文献

[1] 张水寒. 中药标准煎液科学问题的探讨[J]. 中国中药杂志, 2017, 42(17): 3275 - 3276.

[2] 庄俊嵘, 徐德生, 刘力, 等. 中药配方颗粒的优势与劣势分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(7): 8 - 10.

[3] 全智慧. NIR 分析技术在制川乌配方颗粒制备过程中的应用研究[D]. 广州中医药大学, 2013.

[4] 易贤兵, 喻亮, 袁丽. 影响含糖类中药配方颗粒干法制粒的因素[J]. 中华现代中医学杂志, 2006, 2(8): 696 - 697.

[5] 丘晨波. 中药浸提制剂技术和质量监控丘层波编著[J]. 西北药学杂志, 1996(6): 271.

[6] 吕朝耕, 康传志, 周良云. 中药配方颗粒标准化研究现状与思路探讨[J]. 中国现代中药, 2017, 19(6): 748.

[7] 张志伟. 汤剂剂型改革探讨[J]. 上海中医药杂志, 1984(8): 30 - 31.

[8] 林环玉. 中药配方颗粒发展现状及产业升级对策分析[J]. 中国医药工业杂志, 2018, 49(8): 1162.

[9] 张蓉蓉, 马燕芹, 房吉祥, 等. 浅议中药配方颗粒的发展与革新[J]. 中国现代中药,

2013, 15(3): 230.

[10] 朱广伟. 中药配方颗粒产业路线研究策略[A]. 中国商品学会. 中国商品学会第五届全国中药商品学术大会论文集[C]. 2016: 612 - 613, 634.

[11] 徐莉, 钟丽红. 中药配方颗粒的发展现状及存在问题分析[J]. 抗感染药学, 2018, 15(7): 1116 - 1118.

[12] 沈光辉, 邓丽娇, 王静宜, 等. 基层医院中药饮片与配方颗粒的使用情况对比分析[J]. 成都中医药大学报, 2018, 41(2): 68 - 72.

[13] 谢素治, 王燕美, 周燕燕, 等. 2014 年 8 月 - 2017 年 7 月厦门大学附属中山医院中药配方颗粒和传统中药饮片应用分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, 18(2): 231 - 233.

[14] 卢汉体, 李聪华, 张颖, 等. 中药配方颗粒在浙江省内的使用现状与对策研究[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(17): 14 - 17.

[15] 庞飞, 徐美凤. 中药配方颗粒与传统饮片治疗胃脘痛的对比研究及临床推广评价[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(5): 155 - 156.

[16] 李鸿录. 中药饮片与中药颗粒治疗原发性高血压效果比较[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34(3): 303.

[17] 寿虹. 免煎剂替代汤剂浅析[J]. 中药材, 2002, 25(6): 439 - 441.

[18] 马良珠. 中药配方颗粒的研究进展[J]. 中国医药指南, 2013, 11(18): 82.

[19] 李越峰, 张泽国, 徐福菊, 等. 当归配方颗粒与当归饮片质量比较研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(4): 70 - 72.

[20] 胡麟, 胡昌江, 吴文辉, 等. 微波消解 - ICP - MS 法测定 3 种中药饮片及配方颗粒中的重金属及其转移率[J]. 中成药, 2015, 37(10): 2238 - 2242.

[21] 王向丽. 红外光谱法 X 射线衍射技术在中药配方颗粒定性鉴别方面的应用[D]. 河北师范大学, 2015.

[22] 陈培胜. 中药配方颗粒行业标准研究思路[J]. 中医杂志, 2012, 53(6): 470.

[23] 郝敏, 陆兔林, 毛春琴, 等. 基于中药质量标志物的饮片质量控制研究[J]. 中草药, 2017, 48(9): 1699 - 1708.

[24] 张鹏. 中药质量控制相关创新技术研究[D]. 北京中医药大学, 2017.

[25] 陈巧, 马爱霞. 建立中药提取生产质量管理规范, 促进我国植物提取物质量标准化[J]. 中国药房, 2005(12): 889 - 891.

[26] 孙源源, 施萍. 借助于中药配方颗粒推进中药国际化的对策[J]. 中草药, 2013, 44(8): 929 - 934.

(收稿日期: 2018 - 11 - 18)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 21 页)

诊时胃阴来复, 通降如常, 故反酸、烧心、口干、口苦等症状消失。腹部仍有胀满, 故增加厚朴、紫苏剂量以行气除满, 茯苓健脾化痰以防痰饮凝聚而复发。

参考文献

[1] 陈昱湖, 侯晓华, 肖英莲, 等. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 胃肠病学, 2015, 20(3): 155 - 168.

[2] 邓鹏, 胡丹, 唐娜娜, 等. 刘中勇痰浊

治验[J]. 中医药通报, 2017, 16(3): 13 - 15 + 27.

[3] 程英锐. 论痰气相关[J]. 光明中医, 2010, 25(4): 691.

[4] 姜劫琳, 胡珂, 洪婷. 基于数据挖掘分析名中医胡珂治疗胃食管反流病辨证用药规律[J]. 中医研究, 2018, 31(9): 55 - 58.

[5] 倪小燕, 安祯祥. 从脾论治非糜烂性胃食管反流病[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(16): 86 - 87.

[6] 朱晓燕, 朱生梁, 王晓素, 等. 胃食管反流

病辨证分型与食管 24 小时 pH 值及胆汁监测的相关性分析[J]. 中医杂志, 2006(2): 128 - 130.

[7] 梁雄, 苏秉忠. 多通道腔内阻抗在胃食管反流病中的诊断价值[J]. 胃肠病学, 2014, 19(8): 504 - 506.

[8] 李新年, 闫芳. 柴胡疏肝散加味治疗反流性食管炎肝胃不和证 38 例[J]. 中医研究, 2017, 30(11): 25 - 27.

[9] 叶天士. 临症指南医案[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 122 - 123.

(收稿日期: 2018 - 12 - 02)

(本文编辑: 金冠羽)