

· 名医精华 ·

李思康运用针药结合法治疗胆汁反流性胃炎经验

张晨茜¹ 张正龙² 指导:李思康^{2▲}

摘 要 李思康教授认为胆胃不和、湿热内蕴、脾胃虚损是胆汁反流性胃炎的主要病机,治疗此病应从胆、胃论治,具体疗法为疏肝利胆、清热祛湿、健脾养胃。早期应以祛邪为主,久病不愈则应以活血化痰、健脾养胃为主。其临证擅于巧妙运用针、药相结合的方法,经验独到,用之临床,屡获良效。

关键词 胆汁反流性胃炎;病因病机;针灸;中药;医案;李思康

李思康教授是第二届安徽省名中医、安徽省中药领军人才,从事中医临床、科研及教学工作 30 余年,灵活地将传统中医理论与现代医学相结合运用于临床各种疾病的治疗中。

胆汁反流性胃炎(bile reflux gastritis, BRG)是指一种因胆汁反流而造成胃黏膜慢性炎症的常见消化系统疾病,其发生原因可能与胃肠运动功能障碍、幽门螺杆菌感染、胃肠激素分泌紊乱及外科手术等因素有关,在生活质量上给患者造成较大影响^[1]。临床主要表现为胃脘部疼痛、胃胀、恶心,同时伴有嗝气、烧心、反酸等症状。近年来,由于工作压力加大,人们的作息时间及饮食习惯也发生了很大的变化,导致消化系统疾病发病率升高。目前,西医主要是运用胃黏膜保护剂、质子泵抑制剂、增加胃肠动力的药物等对症治疗,临床上短时间内见效快,但病情易反复发作,且存在肝肾毒性的不良反应。而中医重视整体观念,治病求本,辨证施治,具有安全性高、可随证灵活加减等优点。笔者跟师随诊,受益颇丰,现将李师诊治胆汁反流性胃炎经验介绍如下。

1 对病因病机的认识

胆汁反流性胃炎属于中医学“胃脘痛”“嘈杂”“呕胆”等范畴,该病通常由情志失调、饮食不节、劳逸失调、胃切除术后脾胃虚弱等引起。胆胃不和、湿热内

蕴、脾胃虚损是其主要病机。李师认为,胆汁反流性胃炎发病初期大都与肝胃不和、疏泄失调密切相关。如《素问·六元正气大论》云:“木郁之发……民病胃脘当心而痛。”提出胆胃升降失和,导致胆汁反流于胃。《张氏医通·呕吐哕》载:“邪在胆经,木善上乘胃,吐则逆而胆汁上溢,所以呕苦也。”明确提出肝胆与本病息息相关。肝气郁结,气机升降失调,胆胃失和导致胆汁代谢紊乱,胆汁不入肠反逆流入胃,损伤胃黏膜屏障,临床上表现为胃脘部烧灼样疼痛、嘈杂、呕吐苦水等症。李师在长期临床积累中观察发现,该类患者多数为湿热伴气郁体质,在情志不畅或烦躁易怒时加重或反复发作。或因过食辛辣甜腻之品、膏脂肉类食物,加之缺乏体育锻炼,脾胃运化无力,胆汁疏泄不及,食物停滞于胃,滋生痰湿。痰湿中阻,日久致脾失健运,气血生化无源,气虚无力不能推动血行,致瘀血内停。胆胃郁热,热邪耗伤气阴,胃阴亏耗,胃失于濡养,故后期临床上出现胃脘部隐隐灼痛、饥不欲食、口渴、咽干等症。本病病位在胃,与脾、肝、胆关系密切。李师指出本病具有本虚标实、虚实夹杂的特点,且标与本相互影响,形成一个恶性循环,致病情缠绵难愈。

2 针药结合的诊疗特色

根据上述病因病机的特点,李师运用疏肝利胆、清热祛湿、健脾养胃疗法,识病原,选方精,临床多获良效。

2.1 早期当以疏肝利胆、清热祛湿为主 肝胆属木,脾胃属土,若肝木疏泄失常,如情志不畅、忧思恼怒等原因导致肝气过于旺盛,疏泄太过,则会形成“肝木乘脾土”的病理状态。李师对于早期病患,多以疏肝利胆、和胃降逆、清利湿热之法以达祛邪之功。临证常

▲通讯作者 李思康,男,主任中医师、硕士研究生导师。研究方向:针刺对心脑血管疾病、脾胃病、妇科疾病的临床研究。E-mail: lsk369@yahoo.com.cn

• 作者单位 1.安徽省皖南康复医院(芜湖市第五人民医院)(安徽 芜湖 241000);2.芜湖市中医院(安徽 芜湖 241100)

以柴胡疏肝散、左金丸、四君子汤组合加减化裁。左金丸出自《丹溪心法·火六》：“左金丸，治肝火。”左金丸由黄连、吴茱萸两味药组成，有清肝泻火、降逆止呕的功效，临床上主要用于治疗肝火犯胃引起的相关疾病。现代药理研究发现，黄连-吴茱萸药对对胃肠道疾病的治疗作用显著，同时，其降血压、降血脂、解热、抑菌、抗炎、抗抑郁、抗癌等活性亦明显^[2]。柴胡苦辛微寒，入肝经，擅条达肝气，疏郁结；白芍味酸甘，可养血柔肝、敛阴止痛，与柴胡配伍，一散一收，养肝之体，且防止辛香之品耗伤气血；枳壳、陈皮理气行滞而和胃；川芎、香附行气活血止痛；辅以党参、甘草、茯苓、白术健脾和胃，祛邪的同时兼扶正固本。诸药共奏疏肝解郁、和胃止痛、降逆止呕之功。若肝气条达，则脾胃升降如常而诸症自解。伴有胃脘胀者，加佛手、绿萼梅、大腹皮以行气消胀；气虚无力者，加黄芪、党参以补气健脾；大便干结者，加牛蒡子、火麻仁以润燥滑肠通便；暖气吞酸严重者，加海螵蛸、煅瓦楞子以制酸止痛；胃痛甚者，加延胡索、川楝子以行气止痛；呕吐严重者，加姜竹茹、姜半夏以降逆止呕。配合针灸治疗，取穴中脘、足三里（双侧），行针施以补法，并在针柄上加艾条做温针灸；内关（双侧）、阳陵泉（双侧）、太冲（双侧），行针施以泻法，留针 30 min，以达疏肝利胆、健脾和胃之功。

2.2 久病不愈当以活血化瘀、健脾养胃为主 脾胃为后天之本，气血生化之源，“内伤脾胃，百病乃生”是李东垣《脾胃论》的核心观点。各种原因造成的脾胃损伤或脾胃功能失调，是导致人体疾病产生的重要原因。正如《脾胃论·脾胃胜衰论》所述“百病皆由脾胃衰而生也”，《脾胃论·脾胃虚实传变论》亦云：“五脏皆得胃气，乃能通利。”对于久病体虚，脾胃明显虚损者，必须采取扶正为主，兼顾祛邪的方法，方选四君子汤、左金丸合丹参饮加减。左金丸虽只有黄连、吴茱萸，但二药一清一温，辛开苦降，共奏疏肝泻火、和胃止痛之功。久病脾胃虚弱，四君子汤具有健运脾胃、补益中气之效。相关临床研究表明^[3]，四君子汤具有调整胃肠功能紊乱、保护胃黏膜、增强胃黏膜屏障功能的作用。久病入络，宜用丹参活血养血以祛瘀，与檀香合用加强理气行血之功^[4]。患病日久，胃脘隐隐灼痛，舌红少苔、脉细数者，可加百合、麦冬、南沙参、北沙参以养阴清热；胃镜病理示萎缩性胃炎伴胆汁反流者，可加猫人参、香茶菜、半边莲、半枝莲加强清热解毒之功；食欲不佳者，可加生麦芽、生稻芽、生山楂以消食健胃。配合针灸治疗，取穴中脘、内关（双侧）、足三里

（双侧）、脾俞（双侧）、胃俞（双侧），行针施以补法，留针 30 min，以达健运中州、调理气机之功。

2.3 注重预防调护之道 对胆汁反流性胃炎的防护，应注重改变饮食不节等不良习惯。不可过食辛辣、过酸、过甜等食物，平日忌食寒凉食物；应当戒除抽烟、嗜酒等不良习惯；注意天气变化，可适当增添衣物，防止受凉；平日可适当多做运动，以增强体质，提高免疫力；平时应保持心情愉快；避免过度劳累，多休息。如发现恶心、呕吐、反酸、胃痛等情况，应及时到医院治疗。

3 典型病例

李某，女，56 岁，2020 年 6 月 21 日初诊。主诉：胃脘部胀痛 3 年余。现病史：患者于 3 年前开始出现胃脘部胀痛，2017 年 8 月曾在当地医院查胃镜示“胆汁反流性胃炎”，予口服抑制胃酸、保护胃黏膜药物（具体不详）后，症状有所好转，停药后又反复出现，情志不畅时加重。刻下症见：胃脘部烧灼感、疼痛，恶心欲呕，口干、苦，反酸，腹胀，纳呆，喜叹息，小便黄，大便成形。舌质红，苔黄腻，脉弦数。西医诊断：胆汁反流性胃炎。中医诊断：胃痛，辨为肝郁气滞、湿热内蕴、胆胃不和证。治法：疏肝利胆和胃。药用：黄连 18 g，吴茱萸 3 g，海螵蛸 15 g，煅牡蛎 15 g，枳壳 12 g，煅瓦楞子 15 g，厚朴 12 g，陈皮 12 g，延胡索 10 g，川楝子 10 g，香附 12 g，柴胡 12 g，炒白扁豆 30 g，炒薏苡仁 30 g，北秫米 30 g，甘草 6 g。7 剂，水煎服，每日 1 剂，早晚各 1 次。配合针灸治疗，取穴：中脘、足三里（双侧），行针施以补法，并在上述穴位针柄上加艾炷做温针灸，共 3 炷；内关（双侧）、阳陵泉（双侧）、太冲（双侧），行针施以泻法，留针 30 min。每周 3 次，疗程 4 w。另嘱患者忌食生冷酸辣、过甜和不易消化的食物，保持心情舒畅。

2020 年 6 月 28 日二诊：胃脘疼痛减轻，胃脘部烧灼感、口苦、反酸症状基本消失，腹胀纳呆有所缓解，舌淡红，苔黄腻较前改善，脉弦略数。原方去煅牡蛎、煅瓦楞子、海螵蛸，加党参、麦冬各 10 g。7 剂。

2020 年 7 月 5 日三诊：胃脘无明显疼痛，少许腹胀，胃纳可，舌淡红，苔白腻，脉弦。在上方基础上加山药 30 g，继续中药调服 2 w，诸症悉除。3 个月后电话随访，病情稳定，未再复发。

按 本案患者证属肝郁气滞、湿热内蕴、胆胃不和，因患者胃脘烧灼、疼痛、腹胀，故用延胡索、川楝子以行气止痛；胃痛伴有反酸症状，故用煅牡蛎、煅瓦楞

子、海螵蛸以制酸止痛;因其呕吐、口苦,故用黄连、吴茱萸以降逆止呕;又因患者喜叹息,故用柴胡、香附疏肝解郁;而舌质红,苔黄腻为湿热内蕴之象,故用枳壳、厚朴、陈皮以化湿行气和胃;炒白扁豆、炒薏苡仁、北秫米以健脾化湿、益胃补中;甘草为佐使药,调和药性。李师指出针灸在治疗胆汁反流性胃炎时也起到重要的作用。中脘是胃的募穴,是八会穴之腑会,亦属于局部取穴,具有调理中焦、升降气机的作用。足三里是足阳明胃经的合穴,也是胃的下合穴,可疏调胃腑气机、和胃止痛,同时“合治内腑”,具有降逆的作用,在一定程度上可减轻胃黏膜的损伤,临床上足三里对脾胃疾病的治疗具有不可替代的作用。内关为手厥阴心包经的络穴,也是八脉交会穴(通阴维脉),具有宽胸理气、和胃降逆的作用。阳陵泉是足少阳胆经的合穴、胆的下合穴、八会穴之筋会,具有疏肝利胆、清利湿热的作用。太冲为足厥阴肝经腧穴,具有疏肝理郁、调畅气机的作用。其中,中脘、足三里运用温针灸,即将针刺与艾灸相结合,在得气的针柄上点燃约 3 cm 艾炷,具有温经通脉、行气活血之功能^[5]。

二诊时患者诸症有所改善,故去煅牡蛎、煅瓦楞子、海螵蛸,加党参、麦冬以益气养阴。三诊时患者纳可,故加山药以补脾养胃,巩固疗效。此诊疗之法体现了早期应以祛邪为主,恢复阶段应顾护脾胃的治疗原则。李师理论与临床相结合,灵活应用,多获良效。

参考文献

- [1]李医芳,朱叶珊.黄竹欣胃汤辨证治疗肝胃郁热型胆汁反流性胃炎的临床疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2021,29(10):731-735.
- [2]王宁.中西医结合治疗肝阳上亢型高血压的疗效观察[J].中医临床研究,2013,5(14):59-60.
- [3]清钧,王淑玲.临床实用中药学[M].南昌:江西科学技术出版社,2002:71-73.
- [4]吴华阳,王建云,姜良铎.调畅三焦法治疗胆汁反流性胃炎[J].中医杂志,2017,58(20):1787-1789.
- [5]朱丽艳.温针灸联合疏肝健脾方治疗胆汁反流性胃炎的临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(41):192-195.

(收稿日期:2021-12-25)

(本文编辑:黄明愉)

(上接第 15 页)

本共识主要起草人:张声生、侯晓华、刘凤斌、蓝宇、孙晓红、任顺平、赵鲁卿、汪正芳、李丹艳。

本共识专家组组长:张声生、侯晓华。

本共识秘书:李丹艳、汪正芳、赵鲁卿、周强。

本共识专家组(包括中西医临床专家、药学专家及方法学专家):丁士刚、王垂杰、刘力、刘凤斌、孙晓红、任顺平、张声生、张北平、季光、沈洪、李景南、李延萍、杜时雨、迟莉丽、汪正芳、宋军、时昭红、陈胜良、杨胜兰、杨倩、侯晓华、钦丹萍、赵红霞、赵鲁卿、胡晶、柯晓、徐有青、唐艳萍、唐旭东、曹俊岭、黄绍刚、黄穗平、蓝宇、舒劲、魏玮。

参考文献

- [1]中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组,中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J].中华消化杂志,2020,40(12):803-818.
- [2]中华中医药学会脾胃病分会.肠易激综合征中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(18):1614-1620.
- [3]李军祥,陈喆,唐旭东,等.肠易激综合征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):227-232.
- [4]张声生,王垂杰,李玉峰,等.泄泻中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(14):1256-1260.
- [5]苗彦霞.王肯堂泄泻病诊治思路探讨[J].陕西中医药大学学报,2020,

43(5):36-39.

[6]陈昕雨.王肯堂固肠丸加味治疗 IBS-D(脾肾阳虚证)的临床研究[D].长春:长春中医药大学,2019.

[7]庄义昭.参倍固肠胶囊治疗脾肾阳虚型肠易激综合征临床观察[J].中医临床研究,2015,7(13):76-78.

[8]廖静,熊炬.参倍固肠胶囊治疗脾肾阳虚型肠易激综合征临床观察[J].成都中医药大学学报,2014,37(1):75-77.

[9]徐海霞,俞菁.参倍固肠胶囊治疗腹泻型肠易激综合征的疗效及对 PKA/TRPV1 通路的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(12):1005-1008.

[10]邱春华,李良平,张初民,等.参倍固肠胶囊治疗腹泻型肠易激综合征开放、多中心、IV 期临床试验[J].中国中药杂志,2016,41(10):1947-1951.

[11]赵桂年,张泽锦,王秦.参倍固肠胶囊辅助匹维溴铵对腹泻型肠易激综合征患者疗效及实验室指标的影响[J].中国临床医生杂志,2019,47(9):1059-1061.

[12]左云领,周西华,袁东辉,等.参倍固肠胶囊联合奥替溴铵治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].现代药物与临床,2021,36(6):1165-1170.

[13]王菁,毕宁,方亮.参倍固肠胶囊联合马来酸曲美布汀治疗腹泻型肠易激综合征的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(7):770-774.

(收稿日期:2022-02-02)

(本文编辑:金冠羽)