

运用“气逆三脏”辨证论治胃食管反流病

周福生¹, 许仕杰¹, 陈楚玉², 黄纯美², 周颖瑜²

(1. 广州中医药大学脾胃研究所, 广东 广州 510410 2 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510410)

摘 要:“三位一体”辨证的特点是强调中医临证需证、病、症三者结合, 其核心是以证为本, 病为枢, 症为标。广义的“三位一体”辨证是指“天—地—人”的三才整体模式; 狭义的“三位一体”辨证是指“辨证、辨病、辨质”相结合的临床思维模式; 更狭义的“三位一体”辨证是指“三脏同治”、“二脏一腑”、“三腑同治”及分期调理的辨证模式。“气逆三脏”属于“三位一体”辨证的“三脏同治”模式。本文重点介绍临床运用“气逆三脏”辨证论治胃食管反流病, 分别从藏象学和经络学的角度阐述它提出的科学性。最后, 从“辨证、辨病、辨质”三位一体与胃食管反流病的关系, “肝—脾—肺”三脏分期用药这两方面来论述“气逆三脏”提出的临床意义。

关键词: 气逆三脏; 辨证论治; 胃食管反流病

中图分类号: R256.3

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)11-1982-03

胃食管反流病临床主要表现为烧心、胸骨后痛、胸痛、反酸、反食、嗝气、吞咽困难, 食管以外刺激症状如咳嗽、哮喘及咽喉炎等。某些患者咽部有异物感、棉团感或堵塞感, 临床表现很不一致。本病中医无确切的对应病名, 就临床症状而言, 与中医胃痛、反胃、噎膈、吐酸、嘈杂、胸痹、梅核气等病的症状有类似之处。临床医生对本病多根据自己的经验来辨证分型, 选方用药, 目前还没有一个统一、公认的中医辨证分型方法和标准。笔者通过大量的临床观察及实践, 认为运用“气逆三脏”辨证论治胃食管反流病能收到满意的效果。“气逆三脏”是属于“三位一体”辨证的“三脏同治”模式。笔者现将临床运用“气逆三脏”辨证论治胃食管反流病的心得介绍如下。

表证特点。这两点不但是将六淫、疫气归类为“外感邪气”的依据, 同时也是有别于情志内伤、饮食所伤、痰饮瘀血、外伤、药邪、遗传、胎传等病邪致病规律中最为显著的差异之处。

四是伤人途径的广泛性。六淫邪气中不同类别的外感之邪侵入人体的途径是不同的。如“风雨则伤上, 清湿则伤下”(《灵枢·百病始生》)。或者从皮肤毛窍侵入人体, 或者从口、鼻呼吸道侵入, 或者从“溺窍”、“廷孔”侵入, 或者从以上多途径联合侵入人体。正因为六淫邪气入侵人体的途径相当广泛, 所以六淫致病均常常是防不胜防。

五是相兼性。六淫邪气可以是单一的邪气伤人, 例如伤风、伤寒、中暑、冒湿等; 也可以是几种邪气夹杂而成为复合的致病因素, 如风寒、风热、风湿、湿热、寒湿、风寒湿等。凡是属于复合的致病因素所引起的病症均较单一致病因素所致病症的病情复杂, 治疗难度亦大。

六是转化性。所谓六淫邪气致病的转化性, 是指六淫邪气伤人致病之后, 所引起的病症常常在一定的条件下其性质可以发生转化, 如虽为寒邪致病, 但其病症可以演变为

1 “气逆三脏”提出的理论基础

1.1 藏象学基础 五脏之间存在着生克乘侮四种相互作用, 这四种作用是非线性的, 也不是在同一“通道”中双向传递, 而是多条通道构成的立体网络, 形成多级反馈回路, 在内外环境各种扰动因素作用下, 体内可产生偏离正常状态的变化。五脏中每一脏的变化, 总是受着四种反馈回路的调控, 最后使五脏功能系统的功能活动重新达到有序、协调和稳定, 恢复阴平阳秘。五脏之间存在错综复杂的内在联系, 形成一个功能整体, 一脏有病, 或脏与脏之间的关系失调均可导致疾病。张锡纯《医学衷中参西录·治女科方》“人之脏腑, 一气贯通, 若营垒连络, 互为倚角。一处受攻, 则他处可为之救应。”机体内环境的变化属于相对稳

热性病症。究其转化的可能条件有五: 其一, 病人的体质。这是引起病症性质转化的最主要条件或因素, 例如同为风邪致病, “其人肥”就可能引起“热中”病, “其人瘦”则可能导致“寒中”病(《素问·风论》)。此处的“肥”、“瘦”是指病人的体质, 后世将其称之为“邪随人化”。由于人的体质有偏阳质、偏阴质, 以及体质有壮实和虚弱, 体态有胖、瘦之异, 而胖人多痰湿, 瘦人多火热等等复杂多样的特征, 所以在“邪随人化”之中, 病症的性质又有“寒化”、“热化”、“实化”、“虚化”、“湿化”、“燥化”不同类型。其二, 用药不当。例如用寒凉药物治疗热证的方法虽然不错, 如果对病势的轻重缺乏准确地判断和把握, 治疗用药过程中出现了病轻而药重的情况时, 就可能发生热证向寒证方向转化, 此即所谓的“证随药化”。其三, 气候的影响。如果在疾病过程中, 环境气候突然剧烈变化, 也可能引起原来所患病症受气候的影响而产生相应变化。其四, 饮食因素。由于患病的人在疾病过程中机体的各项机能均受影响, 如果食物的寒热温凉之性与病性相悖, 也可能成为引起病情变化的条件。这也是中医常要求病人服药的“忌口”的原因所在。其五, 精神因素。“人有五脏化五气, 以生喜怒悲忧恐”(《素问·阴阳应象大论》)。如果患病过程中出现情绪的剧烈波动, 尤其是不良的精神因素, 常常可以使内脏气机活动受到影响, 引发疾病的加重或恶化的不良反应。(待续)

收稿日期: 2006-05-19

作者简介: 周福生(1950-), 男, 广东揭阳人, 教授, 主任医师, 博士后合作导师, 博士研究生导师, 研究方向: 脾胃系统疾病。

定的动态平衡状态,内环境是在不断变化但仍维持一定点上的平衡。五脏系统之间何以才能保持“不得相失”,即保持其稳态呢?明·张介宾《类经图翼·五行统论》“盖造化之机,不可无生,亦不可无制,无生则发育无由,无制则亢而有害。生克循环,运行不息,而天地之道,斯无穷矣。”清·陈士铎《石室秘录》“生中有克,克中有生,生不全生,克不全克,生畏克而不敢,克畏生而不敢克……”。笔者认为,人体内脏之间有一种调节的本能,表现为相依相存,相反相成,以保持其活动均势,是为正常。反之,当生不生,当克不克,或相生不及,相制太过,以及其他紊乱现象都为病征,这就是“三位一体”辨证的藏象学基础。“气逆三脏”是指藏象学中“肝—脾—肺”三脏的关系,它属于“二克一生”模式,即木克土、土生金、金克木。

“气逆三脏”通过相生的关系使过衰之脏得“母”之助恢复其常态,某脏过亢则可受“我不胜”之脏的制约和克伐,不致于亢而有害。生理状态下生克关系是宏观上保持三者稳态的主要调控方式,“气逆三脏”之间的气血通达,经脉的络属沟通,是它们物质与信息交流的基础,也是它们之间生克制化实现调控达到稳态的内在依据。因为临床上治疗气机不畅(特别以气逆为主)引起的疾病,多从“肝—脾—肺”三脏论治,故我们称之为“气逆三脏”。

1) “气逆三脏”的生理关系:

肝脾关系:肝主藏血 → 血的生成、贮藏及运行 ← 脾主统血

(脾为气血生化之源,脾运健旺,生血有源,统摄血液在经脉之中运行,而不逸于脉外,则肝有所藏)

脾主运化 → 脾的运化和肝的疏泄相互依赖 ← 肝主疏泄

(脾的运化有赖于肝的疏泄,肝的疏泄功能正常,则脾的功能健旺;脾的功能健旺,不但血液化源充足,肝血充盈,也有助于肝的疏泄)

脾肺关系:脾主运化水湿 → 津液的输布代谢 ← 肺主宣发肃降、通调水道

(肺主宣发肃降、通调水道,有助于脾的运化水液,从而防止内湿的产生;而脾的传输津液,散精于肺,不仅是肺通调水道的前提,而且,实际上也为肺的生理活动提供了必要的营养)

肺主气、司呼吸 → 气的生成 ← 脾主运化水谷精微
(机体气的生成,主要依赖于肺的呼吸功能和脾的运化功能,肺所吸入的清气和脾胃所运化的水谷精气,是组成气的物质基础)

肝肺关系:肺主肃降 → 气机的调节 ← 肝主升发
(肺位居于上,其气降肃,肝位居于下,肝的经脉由下而上行,贯注于肺,肝与肺协调,则人体气机能够正常地升降运行)

2) “气逆三脏”的病理关系:

肝脾关系:肝气郁结、疏泄失职 → 脾胃功能紊乱
肝脾(胃)不和

脾失健运 → 水湿内停、日久蕴热 → 郁蒸肝胆、胆汁

外溢

脾气不足 → 血的化源不足或不能统血、失血过多 → 肝血不足

脾肺关系:脾气虚弱 → 运化无力、不能输精于肺 → 肺气虚弱

肺气虚弱 → 影响气的生成 → 脾气虚弱

肺气虚弱 → 宣降失职、水湿滞留 → 脾阳受困

脾失健运、水液不行 → 湿聚而成痰饮 → 肺失宣降

肝肺关系:肝火犯肺 ← 上灼肺阴(木火刑金) ← 肝气郁结而化火

肺失肃清、燥热内生 → 影响及肝 → 肝失条达疏泄

1.2 经络学基础 《内经》“经脉者,所以决生死,处百病,调虚实,不可不通”。清·喻昌《医门法律·明络脉之法》指出疾病的发生、发展和变化,必然影响人的脏腑经络的正常活动。如果医者对于脏腑经络的分布、功能及相互之间的联系没有详细的了解,就难以对疾病的病位、发展趋势等病理情况作出正确的判断,治疗当然也难见效。例如,肝位于右胁,主疏泄。肝的功能失常,可见胁肋胀痛,善太息,易怒等气郁之症。足厥阴肝经挟胃,注肺中,故肝病又可以犯胃、犯肺。若对脏腑经络的认识不清,就很难对病理现象有正确的解释,治疗必然南辕北辙,谬以千里,甚至雪上加霜,送人性命。

胃食管反流病是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状,可引起反流性食管炎,以及咽喉、气道等食管以外的组织损害。其病在食管,属胃所主。胃失和降、胃气上逆,“肝—脾—肺”三脏失调是其基本病机。“气逆三脏”在经络上有密切的联系。而且,它们的循行部位与胃食管反流病的临床表现如烧心、胸膈后痛、胸痛、反酸、反食、嗳气、吞咽困难,食管以外刺激症状如咳嗽、哮喘及咽喉炎等有密切关系。

手太阴肺之脉,起于中焦(在胃中脘),下行络大肠,折回,过胃之下口幽门、上口贲门,穿过膈肌,隶属于肺,再从气管喉部横出,至胸部外上方,出腋下。

足阳明胃之经脉……有一分支,从大迎前下走人迎,沿喉咙下行,后行至大椎,折向前行,入缺盆,进入体腔,下行膈肌,属胃,络脾……又一支脉,从胃下口幽门处分出,从腹腔内下行至气街……《素问·平人氣象论》谓:“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也”。

足太阴脾之脉,主要分布于胸腹和下肢内侧前缘……沿小腿内侧正中上行,循胫骨后,在内踝上八寸处,交足厥阴肝经之前,上行沿大腿内侧前缘,进入腹部,属脾络胃,穿过膈肌,挟行食管两旁,连舌根,散布舌下。有一支脉,从胃分出,穿过膈肌,流注心中……《阴阳十一脉灸经》谓:“太阴脉,是胃脉也,被胃……被,在这里有覆盖之意。《素问·热论》亦谓:“太阴脉布胃中”。认为足太阴脉与胃的关系,应该比“络”更密切。足太阴经别……同足阳明经别相并而行,向上结于咽喉,贯通到舌下。

足厥阴肝之脉,主要分布于下肢内侧中线及侧胸腹

……在内踝上八寸处交出足太阴脾经之后……沿腹外侧达十一肋前,夹胃两旁,属肝络胆。向上穿过膈肌,分布于肋肋部,沿气管之后,向上进入鼻咽部……另一分支,从肝分出,穿过膈肌,向上注入肺中,与手太阴肺经相连接。

2 “气逆三脏”提出的临床意义

2.1 “辨证 辨病 辨质”三位一体与胃食管反流病 “三位一体”辨证的特点是强调中医临证需病、证、症三者结合,其核心是以证为本,病为枢,症为标。胃食管反流病临床主要表现为烧心、胸骨后痛、胸痛、反酸、反食、嗝气、吞咽困难,食管以外刺激症状如咳嗽、哮喘及咽喉炎等,某些患者咽部有异物感、棉团感或堵塞感,临床表现很不一致,很多症状没有特异性。临床上我们可以通过内镜检查、24h食管 pH 监测、食管吞钡 X 线检查、食管滴酸试验、食管测压等辅助性诊断方法进行诊断与鉴别诊断,要做到诊断明确,以免贻误病情。明确为胃食管反流病后要根据患者的症状,结合中医胃痛、反胃、噎膈、吐酸、嘈杂、胸痹、梅核气等病进行鉴别诊断。归纳为“气逆三脏”的不同分期,以便更好的提高临床疗效。我们通过辨证与辨病相结合,认为湿、痰、热、气、瘀为主要病邪,其病在食管,属胃所主。胃失和降,胃气上逆,“肝—脾—肺”三脏失调是其基本病机。治疗上应注重病人不同的体质特点,“肝—脾—肺”三脏同治,根据不同的临床表现分期用药。胃食管反流病的临床表现有个体性差异,一些患者咽部有异物感、棉团感或堵塞感,但无真正的吞咽困难,是诊断为阴虚喉痹还是梅核气,这就决定我们除了辨证、辨病外还需辨质(即辨体质)。

体质是人在先天禀赋和后天调养基础上表现出来的功能(包括心理气质)和形态结构上相对稳定的固有特性,就个体讲,体质具有明显的差异性;就人群来讲,体质具有肯定的普遍性。体质的形成关系到先天和后天两个方面,此外还与性别、年龄、方土(地理)等因素有关。通过大量的临床观察,胃食管反流病患者的体质,主要是通过脏腑机能状态来划分体质。常见有如下的体质类型。

脾弱质的人:脾(胃)运化受纳功能偏低下,可表现为饮食不多,或对食物的品种有选择性,大便易溏,脘腹易胀,体质清瘦,肌肉少力,易疲倦、不耐劳。易患胃肠病。

肝旺质的人:皮肤颜色苍赤,形瘦而肌肉坚实,易激动,性情暴躁,饮食时多时少,大便或调或不调。易致肝阳上亢、肝火偏旺。

肺虚质的人:不耐风寒风热,对气候变化敏感,腠理常疏,容易出汗,声音不洪亮,语多则疲乏。

质实际上也可以看作是证,只不过它是证的潜在状态(或称“未病”状态):证也可以看作是质,只不过它是质的显现状态(或称“已病”状态)。《内经》提出“治未病”的思想,一般往往容易把“未病”理解为“无病”,这是不确切的。所以,临证必须“辨证、辨病、辨质”三位一体。我们把胃食管反流病患者的体质分为脾弱质、肝旺质、肺虚质,这对疾病的转归及预后有重要的意义。例如老人的反流性食管炎属本虚标实证,治疗应以健脾疏肝、和胃降逆为主,标本兼顾。所用方药:柴胡、芍药疏肝柔肝;厚朴、枳壳下气消积;砂仁、白术、茯苓、甘草健脾和胃、行气调中;陈皮、半夏降逆止呕;鱼古、瓦楞子制酸止痛。诸药合用,才能显著改善临

床症状。

2.2 “肝—脾—肺”三脏分期用药 运用“三位一体”辨证最大的特色就是临床分期用药,现将“肝—脾—肺”的其中一种分型介绍如下。

肝脾关系:肝气郁结、疏泄失职 → 脾胃功能紊乱
肝脾(胃)不和

肝肺关系:肝火犯肺 ← 上灼肺阴(木火刑金) ← 肝气郁结而化火

脾肺关系:脾失健运、水液不行 → 湿聚而成痰饮
肺失宣降

这种病人多属于肝旺质,其病在食管,属胃所主。胃失和降,胃气上逆是其基本病机,情志不畅,肝气犯胃是其发病关键,气机郁滞,郁久化热是其转变特点,痰阻血瘀是其最终结局。笔者认为,“气逆三脏”是一个有机的整体。脏与脏、脏与腑相互影响,相互制约。肝属木,胃属土。在生理情况下,肝木克胃土是制约关系,肝气疏泄条达可助脾运化而升发清阳之气,助胃受纳腐熟而降浊阴之气,即“土得木而达”。如忧思恼怒,气郁伤肝,肝木乘土,横逆犯胃,必然导致胃的升降功能失常,而出现反食、反酸、嗝气不止。古人认为“气有余便是火”,故无论肝郁或肝气犯胃皆易出现热象。常见烧心或胸骨后灼热疼痛,肝木乘土,脾失健运,水湿内停,则痰湿内生,气滞血瘀,痰、气、瘀互结于食管则见吞咽胸痛或吞咽不利。脾失健运、水液不行,湿聚而成痰饮也可导致肺失宣降,肺失肃清、燥热内生又可加重肝失条达疏泄。临床我们常分期给药,主张从肝入手,体现了“治肝可以安胃”的原则。但根据反流性食管炎的发生和演变主张分3期治疗。

早期以疏肝理气、健脾益气和胃降逆、制酸止痛论治。药用醋柴胡、炒白芍、枳实、半夏、太子参、白术、陈皮、乌贼骨、苏梗、柿蒂、甘草。胃镜下贲门关闭不良,胃内容物反流可加旋覆花、代赭石。

中期以疏肝泄热、消炎止痛、制酸降逆、滋阴润肺论治。药用醋柴胡、生白芍、枳实、半夏、陈皮、黄连、吴茱萸、瓦楞子、苏梗、元胡、甘草、龙利叶、瓜蒌皮、杏仁、枇杷叶。胃镜下食管黏膜充血、水肿、糜烂加蒲公英、白花蛇舌草,溃疡形成加白及、田七末。

后期以健脾疏肝、和胃降逆、活血化痰论治。药用醋柴胡、生白芍、枳实、半夏、陈皮、瓜蒌、浙贝母、瓦楞子、丹参、甘草。瘢痕形成加三棱、莪术,Barrett食管加白花蛇舌草、山慈菇、鸡内金。

参考文献:

- [1] 邓铁涛. 邓铁涛医文集 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000 342
- [2] 王新华. 中医基础理论 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002 32
- [3] 程爵棠, 程攻文. 实用中医脏腑辨证治疗学 [M]. 北京: 学苑出版社, 2002 110
- [4] 王希星, 李廷荃. 肖汉玺从肝论治反流性食管炎经验 [J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 2000 (8) 1: 38
- [5] 叶任高, 陆再英. 内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005 369-371