

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.24.017

临证心得

健脾化湿、清热和胃治疗脾虚湿热型胃食管反流病

车慧¹, 卞立群¹, 王凤云¹, 唐旭东^{2*}

(1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100053; 2. 中国中医科学院)

[摘要] 总结胃食管反流病脾虚湿热证形成的直接因素为湿热中阻、胃失和降, 根本因素为脾气不降、运化失常。临证治疗运用清热、化湿、健脾之法, 并遵循清热不过于苦寒、化湿不过于香燥、健脾不过于呆滞的原则, 以半夏泻心汤、生姜泻心汤、三仁汤、黄芩滑石汤、连苏饮等为常用方, 进行合理配伍加减。

[关键词] 胃食管反流病; 脾虚湿热; 清热; 化湿; 健脾

胃食管反流病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 是胃内容物反流入食管引起不适症状和 (或) 并发症的一种疾病^[1]。临床上以烧心和反流为典型症状, 可伴有胸痛、上腹痛、上腹部烧灼感、嗝气等不典型症状或咳嗽、咽喉不适、哮喘等食管外症状^[2]。其发病机制复杂, 而单靶点抑酸难以完全满足临床需求^[3]。中医在治疗方面具有一定的优势^[4], 但目前临床辨证分型尚未完全统一^[5-6]。GERD 发病与脾、胃、肝等脏腑密切相关, 肝胃不和、肝胃郁热以实证为主, 一直以来得到普遍重视, 然而对于以脾虚湿热证为代表的虚实夹杂证也同样值得关注与探讨。准确把握脾虚湿热证的临床特征, 对 GERD 进行精准治疗, 具有重要的临床意义。

1 GERD 脾虚湿热证的证候特征与临床辨识要点

脾虚湿热证是 GERD 较为常见的中医证候^[7], 一般以中老年人居多, 症状多出现在餐后 1~2 小时, 可表现为餐后胃脘闷堵、饱胀、嗝气、反酸、胃脘灼热、胸闷等, 伴有倦怠乏力、口苦口黏、大便溏或黏滞不爽, 舌质淡红或红、舌体胖大有齿痕、舌苔白腻或黄腻, 脉细滑数等。

在临床中辨识脾虚湿热型 GERD 应当注重发病时间和脏腑定位两个方面。餐前出现 GERD 症状多与肝胃不和相关, 或为肝胃郁滞, 或为肝胃郁热; 餐后 1~2 小时出现 GERD 症状或症状加重则

多属于脾虚湿热。另外, 需要脏腑定位, 把握虚实两个层面。脾胃互为表里, 脾为脏, “满而不能实”, 脾虚证在 GERD 发病中极为常见, 有文献将 GERD 临床出现频率较高的症状进行分类, 其中纳少、乏力、腹胀、胃胀、腹痛、便秘均与脾虚相关^[8]。虚证多责之于脾气虚弱, 如痞满、嗝气、腹胀、便秘、倦怠乏力等症状多为“脾不 (健) 运”的表现。胃为腑, “实而不能满”, 实证多责之于胃腑湿热, 典型症状为胃脘部灼热、反酸、胃胀、胸痛、口苦口黏、口腔异味, 口疮等。此证型的 GERD 患者在临床问诊时症状陈述常发生矛盾, 如胃脘部出现灼烧感、口苦等热象的表现但又不喜冷饮、饥不欲食、口渴不欲饮, 多由脾虚兼胃腑湿热所致, 若治疗不当易缠绵难愈。

2 湿热中阻、胃失和降是发病的直接原因

胃属六腑, 生理上以降为顺, 病理上因滞而病^[9]。《灵枢·平人绝谷》曰 “胃满则肠虚, 肠满则胃虚, 更虚更满, 故气得上下, 五脏安定”, 若恣食辛辣厚味, 或饮酒无度, 伤中碍脾, 湿热之邪蕴结中焦日久, 通降功能受损, 积生湿浊, 郁久化热, 则湿热浊气上逆, 上犯食管。如《张氏医通》所云 “若胃中湿气郁而成积, 则湿中生热, 从木化而吐酸。”或是情志失调, 肝失疏泄, 木郁克土, 横逆犯胃, 饮食停积胃中, 酿生湿热。如秦景明《症因脉治》所云 “呕吐酸水之因, 恼怒忧郁, 伤肝胆之气, 木能生火, 乘胃克脾, 则饮食不能消化, 停积于胃, 遂成酸水浸淫之患矣。”因

基金项目: 北京市科技计划 (Z161100000116046)

* 通讯作者: txdlly@sina.com

此, 湿浊阻滞, 胃失和降, 胃气上逆为导致 GERD 发病的直接原因, 表现为烧心、胸骨后疼痛、反酸、口苦、口腔异味等症状。

3 脾气不健, 运化失常是发病的根本原因

脾为“后天之本”“气血生化之源”, 主运化水谷和运化水湿。GERD 餐后不适症状, 与脾虚关系密切。一方面由于禀赋不足, 脾胃素虚, 饮食失节所导致饮食积滞, 酿生湿热, 形成脾虚湿滞; 另一方面是由于本病常被误判为实热证, 治疗时多投以苦寒之药, 日久则易损脾伤胃, 湿邪稽留中焦, 运化升清功能受影响。脾虚主要体现在“脾不运”和“脾不化”两个方面, “脾不运”表现为餐后饱胀、腹胀、纳食减少、大便时溏或黏滞不爽等; “脾不化”表现为渴而饮水不多、口黏、痰多、易疲乏、四肢困重、餐后昏昏欲睡等。

4 治则精要

4.1 清热化湿

湿热是 GERD 的关键病机, 清热化湿是缓解症状的关键。以张仲景辛开苦降法为治疗基本大法, 以泻心汤类方为代表, 如半夏泻心汤、生姜泻心汤等。此法是应用“辛热”和“苦寒”药性相反的两组药物, 苦寒药既能燥湿又能降火; 辛热药可以佐治苦寒药物防止寒凉伤胃。两类药合用可以起到燮理阴阳、调和寒热、调畅气机的作用。此外, 可根据湿热程度加减用药, 湿重于热者重点在脾, 可见反酸、烧心, 胸闷, 暖气, 四肢倦怠, 身重头蒙, 渴不多饮或喜热饮, 大便溏泄, 脉象濡缓, 舌苔白腻等症, 当芳香宣化, 可配合三仁汤、藿朴夏苓汤加减; 热重于湿者重点在胃, 如烧心、嘈杂, 胸骨后疼痛, 心烦, 口渴不多饮, 舌苔黄腻甚或干燥, 当清热燥湿, 选用黄芩滑石汤、连苏饮加减。除此之外, 对症制酸也很重要。

4.2 健脾助运

脾虚是湿热形成的病理基础, 需针对 GERD 脾虚现象从“脾不运”和“脾不化”两方面进行治疗。“脾不运”当健脾助运, 和胃通降, 可选用枳术丸、香砂六君子汤等方加减配合消食助运药物。“脾不化”当健脾益气, 脾为生痰之源, 脾虚水液代谢不畅则酿生痰湿, 当选用苍术、茯苓、薏苡仁等健脾化湿。注意避免选择滋腻碍胃之品, 如红参、大枣、饴糖等, 防止助湿生热。

4.3 药物配伍规律

治疗 GERD 脾虚湿热证应遵循清热不过于苦寒、化湿不过于香燥、健脾不过于呆滞的原则, 把

握药物的剂量及药性的佐治关系, 保持组方的阴阳平衡。常用半夏泻心汤、生姜泻心汤、黄芩滑石汤、连苏饮等方加减。可选用黄连、黄芩清热燥湿, 如口干口苦, 则以龙胆易黄芩, 常配以干姜温中, 防止苦寒伤胃。若大便稀溏, 则以炮姜易干姜, 守而不走, 温中止泻。若长期大便稀溏伴排便次数增多, 伴有小腹喜温喜按, 可用炮姜与姜炭同用, 加强温脾之效。化湿药多与理气药配伍, 因胃不喜燥热, 使用中避免过用香燥的草果、木香等, 可以佩兰、滑石、通草、荷叶、陈皮为主, 化湿而不助热。健脾药物则需兼顾湿热程度避免呆补, 可党参、茯苓、苍术、薏苡仁益气健脾利湿, 配以枳壳、砂仁健脾理气, 炒神曲、炒谷芽、炒麦芽、鸡内金健脾消食。此外, 反酸明显可加海螵蛸、浙贝母、煅瓦楞子; 伴脾虚睡眠不佳可加珍珠母、茯神等; 乏力倦怠明显加黄芪、升麻; 胃脘疼痛加延胡索、白芍等; 胸骨后灼热加丹参、薤白; 脾虚咳嗽痰多加炒苦杏仁、化橘红等。

5 典型病例

患者, 男, 44 岁, 2017 年 2 月 23 日初诊。主诉: 反酸、烧心 2 年余。期间患者间断服用奥美拉唑等抑酸药物, 服药后烧心、反酸有所缓解, 仍脘腹胀闷, 停药易复发。2016 年行胃镜检查诊断为: 反流性食管炎 (LA-A)、慢性浅表性胃炎。刻诊: 餐后反酸、剑突下灼烧感, 夜间时有烧心, 影响睡眠, 胃脘痞闷, 知饥, 纳可, 大便偏稀, 舌质红、舌苔薄腻, 脉沉细。西医诊断: 反流性食管炎、慢性浅表性胃炎; 中医诊断: 吞酸 (脾虚湿热证); 治法: 健脾化湿, 清热和胃。处方: 党参 20 g, 麸炒苍术 15 g, 茯苓 30 g, 法半夏 9 g, 陈皮 12 g, 佩兰 15 g, 紫苏叶 10 g, 紫苏子 10 g, 枳实 15 g, 黄芩 10 g, 黄连 6 g, 干姜 6 g, 滑石 10 g (先煎), 海螵蛸 30 g, 炒神曲 15 g, 炙甘草 6 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。

2017 年 3 月 2 日复诊: 反酸、烧心明显减轻, 夜间已不烧心, 餐后胃仍微堵闷, 舌质红、舌苔薄腻, 脉沉细。守法守方, 加入消导之品, 上方加入炒谷芽 30 g、炒麦芽 30 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次口服。药后告知胃脘闷堵感减轻, 未再复诊。

按语: 本病案中患者反酸、剑突下灼烧感, 体表定位为胃脘部, 而知饥、纳可表明胃之受纳功能尚可。餐后症状明显, 伴有胃脘痞闷, 大便偏稀, 提示脾虚运化失司, 水谷及水湿积滞胃腑, 郁久内

生湿热，下注大肠，大便稀溏。再根据舌脉辨为脾虚湿热证。治疗当遵循清热不过于苦寒、化湿不过于香燥、健脾不过于呆滞的原则。以半夏泻心汤为基本方进行加减，选用党参健脾补中、茯苓健脾渗湿、炙甘草益气调和诸药，三药合用，相得益彰，加强健脾之功；苍术健脾燥湿、陈皮燥湿化痰、佩兰芳香化湿、滑石清热渗湿，四药合用醒脾以化湿，又防补药呆滞；黄芩、黄连清中上二焦之湿热、干姜温中散寒，三药合用，辛开苦降，既防止清热药物过于寒凉，又可调畅气机；柴苏子下气消痰、柴苏叶行气宽中、枳实化痰消痞，三药合用，加强理气之功以助湿祛，海螵蛸收敛制酸，神曲消食和胃。以上诸药，共奏健脾化湿、清热和胃之功，使脾得健，湿自除，热得清，胃自和。二诊时反酸、烧心减轻，餐后胃脘部仍有闷堵，提示运化功能尚未完全恢复，继续加用炒谷芽、炒麦芽消除胀，以助运化促进脾气恢复，巩固疗效。

参考文献

- [1] VAKIL N , VAN ZANTEN SV , KAHILAS P , et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus [J]. Am

J Gastroenterology ,2006 ,101(8) :1900-1920.

- [2] 中华医学会消化病学分会. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见 [J]. 胃肠病学 2015 20(3) :155-156.
- [3] XIAO YL , NIE YQ , HOU XH , et al. The efficacy , safety and cost-effectiveness of hydrotalcite versus esomeprazole in on-demand therapy of NERD: A multicenter , randomized , open-label study in China [J]. J Dig Dis 2013 ,14(9) :463-468.
- [4] 张北华 , 唐旭东 , 王凤云 , 等. 中医药治疗胃食管反流病的优势探讨 [J]. 中医杂志 2012 53(8) :658-660.
- [5] 李军祥 , 陈喆 , 李岩. 胃食管反流病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) :221-226.
- [6] 张声生 , 朱生樑 , 王宏伟 , 等. 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.
- [7] 张娇 , 王凤云 , 唐旭东 , 等. 胃食管反流病的常用方剂及药对规律 [J]. 中医杂志 2015 56(10) :881-883.
- [8] 石啸双 , 王凤云 , 唐旭东 , 等. 从脾虚角度探讨胃食管反流病的诊治 [J]. 新中医 2018 50(6) :215-217.
- [9] 唐旭东 , 董建华 “通降论”学术思想整理 [J]. 北京中医药大学学报 ,1995 ,18(2) :45-48.

(收稿日期:2019-03-12; 修回日期:2019-09-21)

[编辑:侯建春]

• 信 息 窗 •

中医药行业再添 3 名院士

仝小林当选中国科学院院士，刘良、王琦当选中国工程院院士

日前，2019 年中国科学院和中国工程院院士增选当选院士名单公布。中医药领域 3 人当选。其中仝小林当选中国科学院院士，刘良、王琦当选中国工程院院士。这是继 1999 年陈凯先当选中国科学院院士 20 年后，中医药领域再次产生 1 位新的中国科学院院士，是继 2015 年黄璐琦当选中国工程院院士 4 年后，中医药领域再次产生 2 位新的中国工程院院士。

10 月 26 日发布的《中共中央 国务院关于促进中医药传承创新发展的意见》提出 “国家重大人才工程、院士评选等加大对中医药人才的支持力度，研究在中国工程院医药卫生学部单设中医药组”，足见国家对健全中医药人才评价激励机制的重视。

仝小林，中医内科学家，中国中医科学院首席研究员，长期致力于中医药传承与创新研究，在现代中医诊疗体系和药量效学科的构建等方面做出了扎实而卓越的贡献。他重新构建现代疾病的中医诊疗体系，将传统中医与现代医学进行有效对接。针对糖尿病，重新对其进行中医分类分期分证，建立了完整的中医理论体系，并确证了中药降糖、降脂、减重、调节肠道菌群作用，改变了中医药长期以来的辅助治疗地位；针对复杂性疾病代谢综合征，创建了中医膏浊理论辨治体系，填补了中医对该疾病认识及治疗空白，实现了对肥胖、血糖、血脂、血压异常等多代谢紊乱的整体治疗。

刘良，澳门科技大学校长，中药质量研究国家重点实验室主任，兼任世界卫生组织传统医学项目顾问、国际标准组织 ISO/TC249 技术委员会中药标准化工作组召集人、国家自然科学基金特邀研究项目评审专家等职务。刘良是中药抗炎免疫药理、中药新药研发、风湿与关节炎研究领域的知名专家，在国内外学术刊物及会议发表研究报告逾 300 篇，包括世界顶尖科学期刊 Nature，担任多种英文学术期刊编辑。

王琦，国医大师，北京中医药大学终身教授、主任医师、研究员、博士生导师，北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院院长，第四届中央保健委员会会诊专家，国家中医药管理局中医体质辨识重点研究室主任。全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中医药传承博士后合作导师，国家重点基础研究发展计划（“973”计划）首席科学家。享受国务院特殊津贴的有突出贡献专家。擅长治疗内科消化、呼吸、内分泌、免疫、循环等系统以及男科常见病和疑难杂症，疗效显著。从事科研工作 40 多年来，先后主持国家级科研项目 14 项，获得国家科技进步二等奖 1 项、何梁何利基金科技进步奖 1 项、部级一等奖 9 项、二等奖 6 项；发明专利 15 项。

(摘自 2019 年 11 月 25 日《中国中医药报》第 1 版)