

● 文献综述 ●

胃食管反流病的中医诊疗研究进展

黄龙记¹, 班莹¹, 林浩¹, 黄文辉¹, 黄贵华²

(1. 广西中医药大学, 广西南宁, 530001;

2. 广西中医药大学第一附属医院, 广西南宁, 530023)

[关键词] 胃食管反流病; 中医药治疗; 综述, 学术性

[中图分类号] R259.733⁺.9 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.12.048

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流至食管引起反酸、烧心、咽下困难等一系列症状和/或并发症的一种疾病^[1],我国有以上症状表现的患者约占3.8%^[2]。目前,西医主要采取抑酸剂、促胃肠动力剂及黏膜保护剂等对症药物治疗^[3-4],其疗程长、易复发、医疗费用高。中医药治疗GERD具有独特的优势,临床上效果颇佳。本文对GERD的中医诊疗研究进展进行如下综述。

1 病因病机

2009年《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)》^[5]中首次将“吐酸”“食管瘕”作为该病的中医病名。中医学认为,GERD虽然病位在食管,却与脾胃、肝胆等密切相关。《症因脉治》言:“诸有吐酸之症,内伤七情,肝胆气机瘀滞,久郁化火,侵扰脾胃,则饮食不化,伤于胃,遂成反酸之病矣”,认为该病是由情志所伤,肝失条达,失于疏泄,郁而化火生瘀,客胃犯脾,致胃失收纳,脾失运化,饮食积滞,最终导致胃气上逆所致。故饮食不节、情志所伤、六淫客胃、脾胃虚弱是该病的主要病因,而气虚、气郁、食滞、胃热、痰湿、血瘀皆是致病因素。《灵枢》载:“诸邪在胆,上客于胃,胆液不畅则口苦,客于胃则反苦;善呕,呕有苦……邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦”,指出肝胆不舒、胃气上逆为该病基本病机。现代医家在传承经典理论的基础上,对GERD的病因病机也展开深入研究,提出诸多观点。段园志等^[6]提出气机升降失调是GERD的基本病机,百病皆生于气,气郁、逆、虚、滞等气机的失调皆可导致胃气上逆,而发为本病。司阳等^[7]以圆运动理论解析胃食管反流病的病因病机,认为病位在食管,但与脾胃、肝胆、肺肠、心肾相关,以上脏腑的气机圆运动失调,可致胃气上逆,同时加之胆气上逆、肺失肃降、腑气不通、心肾不交等,从而出

现反酸、胸痛等症。

2 辨证分型

《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]将GERD分为肝胃郁热证、胆热犯胃证、气郁痰阻证、瘀血阻络证、中虚气逆证、脾虚湿热证,相比2009年版加入了脾虚湿热证。甄晓敏^[9]对303例GERD患者进行证候统计,发现肝胃不和证及肝胃郁热证占比最多,分别占27.4%和25.1%。目前,中医对此病的中医分型虽有共识,但各个医家又有不同的见解,临床上多根据自己的经验辨证分型。国医大师徐景藩依据长期的临床经验将本病分肝胃郁热证、气郁证、气滞血瘀证、痰气交阻证4个证型论治^[10]。刘绍能临床上将其分为肝胃不和、脾虚胃热、脾虚胃弱、痰热互结、瘀热互结证辨证治疗^[11]。刘菊等^[12]通过临床研究观察得出,胃虚贯穿整个疾病的发生,而发病初期以肝胃不和及寒热错杂证型多见,随着病情延伸发展,后期以痰瘀交阻、胃阴不足证型多见。综观大量文献,本病总体还是以肝胃郁热证及肝胃不和证占比较多。值得一提的是临床上仍有不少医师辨有痰热互结证。

3 临床治疗

3.1 辨证论治 《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[8]中对上述的6个证型分别予柴胡疏肝散、小柴胡汤合温胆汤、半夏厚朴汤、血府逐瘀汤、旋覆代赭汤、黄连汤治疗。张晶晶等^[13]从六经之厥阴病探讨GERD病机,对于肝胃不和、胃气上逆型,治以柴胡疏肝散、逍遥散等;肝热脾寒、寒热错杂型,选用半夏泻心汤、乌梅丸等;肝郁痰凝、热扰胃逆型,选用旋覆代赭汤、半夏厚朴汤等;肝胃血瘀、胃失和降型,选用丹参饮、失笑散等。刘绍能认为该病是胃失和降导致,与脾、肝相关,在疾病发展过程中可合并气虚、痰湿、瘀血等,分为肝胃不和、痰热互结、瘀热互结、脾虚胃热、

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:GJJ14021);广西壮族自治区中医药民族医药传承创新专项研究课题(编号:GZLC14-03/GZLC14-22);广西壮族自治区名老中医黄贵华工作室建设项目;广西壮族自治区高校科学研究重点项目(编号:ZD2014072)

第一作者:黄龙记,男,2016级硕士研究生,研究方向:中医药防治脾胃病

通讯作者:黄贵华,男,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医、壮医学的临床、教学与科研

脾虚胃弱 5 型,分别予柴胡疏肝散、小陷胸汤、血府逐瘀汤、半夏泻心汤及自拟方(生黄芪、党参、炒白术、茯苓、甘草、陈皮、姜半夏、砂仁、制吴茱萸、佛手)治疗^[11]。欧阳锴认为本病多由痰气交阻、郁而化热所致,与肝胃密切相关,故分为肝胃痰热证、肝胃湿热证、肝胃郁热证,分别运用小陷胸汤加味、清湿和中汤加味、四逆金铃汤加味治疗^[14]。

3.2 经验方 医家们在长期临床积累的经验中,对疾病的认识及治疗各有见解。甘爱萍认为气虚不足或气机不畅导致胃、食管动力障碍是本病的基本病机,其治以调气是本,拟定调气三法:用白术、茯苓、砂仁等调和胃(脾)气;用桔梗、杏仁、瓜蒌皮等宣发肺气;用佛手、郁金、合欢皮等药疏理肝气^[15]。朱生樑认为中焦气机不利产生的痰湿、瘀血又会进一步加重气机升降失常,故治法除了疏肝降逆,还应注意化痰祛瘀,故以疏肝和胃方为基础方,肝胃郁热者加用川楝子、赤芍、牡丹皮等,胆热犯胃者加用金钱草、郁金、龙胆草等,气郁痰阻者加用制半夏、厚朴等,中虚气逆者加用桂枝、白术、茯苓,对于瘀血阻络者,加用川芎、没药、桃仁^[16]。谢胜认为 GERD 的基本病机在于肾枢机不利,其标是脾胃枢机失和、气机升降失衡,治疗上当调肾枢机以和脾胃枢机,自制补坎益离汤[白附片(先煎)15g、桂枝 20g、生姜 15g、蛤蚧(雌雄各一)1 对、葫芦巴 20g、熟地黄 20g、芡实 30g、山药 20g、砂仁 10g、炙甘草 15g]治疗^[17]。唐旭东根据“胃主降,以通为用,以降为顺”为理论,治以通降为法,拟定通降 1、2、3 号方分别治疗肝胃不和证、寒热错杂证、脾虚气滞证,临床上疗效显著。通降 1 号方:香附、紫苏叶、紫苏梗、枳实、清半夏、厚朴、柴胡、黄连、吴茱萸、海螵蛸等;通降 2 号方:法半夏、黄连、黄芩、干姜(炮)、党参、海螵蛸、滑石、枳壳、豆蔻等;通降 3 号方加味:黄芪、党参、白术、茯苓、法半夏、木香、砂仁(后下)、海螵蛸、黄连、干姜、甘草等^[18]。

3.3 中医外治法 中医外治法治疗 GERD 是中医特色疗法,包括针灸、推拿、埋线、耳穴压豆等,在临床上能显著改善患者的症状。周晓玲等^[19]认为三焦相火虚衰是该病的基本病机,其将 120 例患者随机分为治疗组和对照组,治疗组针对肝、胆、脾、胃等背俞穴施以指针疗法,对照组口服枸橼酸莫沙必利分散片,观察 2 组治疗 2 周后的主要临床症状的改善状况,结果显示,各项指标的改善程度治疗组均明显优于对照组。高加巍^[20]运用督脉埋线疗法观察 25 例 GERD 患者,在百会、大椎以及督脉上的阳性反应点予埋线治疗,总有效率达 88.0%,结果表明,该法不仅能改善反酸、烧心等症状,并且能改善患者精神焦虑、抑郁状态,提高患者生活质量。《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍,其别气走于耳而为听。”刘锡坚^[21]通过在神门、脾、胃、交感、肝、内分泌等穴位进行耳穴压豆治疗有焦虑抑郁状态的 GERD 患者,通过对耳部穴位的局部刺激,来调节十二经脉及其相对应脏腑的功能,结果总有效率达 91.49%。李永红等^[22]以“木郁”为 GERD 的基本病机,根据“木郁达之,火郁发之”的治疗原

则,借助火针具有“引气”和“发散”的特性,在期门、章门、日月、京门等穴位上施传统针刺联合火针疗法,并传统针法进行比较,结果表明,传统针法联合火针疗法的临床总有效率为 93.1%,优于传统针法的 81.48%。

3.4 中西医结合疗法 鄢小华等^[23]采用中药联合奥美拉唑及吗丁啉治疗 94 例 GERD 患者,疗程为 4 周,结果显示,观察组总有效率、症状缓解率、胃食管愈合率及 pH 缓解率均高于对照组,治疗后 2 组胃动素、胃泌素均升高,且观察组高于对照组。结果表明中药联合西药治疗 GERD 比单纯使用西药疗效更佳。孙怡^[24]将 25 例 GERD 患者分为 2 组,对照组服用马来酸曲美布汀治疗,观察组在对照组治疗的基础上同时配合温中降逆汤治疗。结果:有效率对照组为 72.0%,治疗组高达 96.0%。张丽进等^[25]将 180 例 GERD 胆热胃证患者随机分为观察组和对照组,2 组均予奥美拉唑治疗,观察组同时给予柴胡温胆汤治疗。结果发现,临床总有效率观察组为 96.67%,高于对照组的 88.89%,表明柴胡温胆汤联合奥美拉唑治疗 GERD 相比单服用奥美拉唑的疗效更佳,并且可更显著地改善患者呕吐、反酸、口苦、吞咽困难等症状。

4 结 语

GERD 为消化系统中高发病率的疾病之一,其引起的一系列不适症状对患者的日常生活造成较大影响。中医药治疗疗效确切,标本同治,毒副作用小,在临床上治疗 GERD 地位不容小觑。综上可以得出以下几点结论:1) 中医各医家对 GERD 已经有一定程度上的共识,辨证分型逐渐规范化,治疗逐渐统一化,但仍有独到的见解,存在一定的差异性;2) 中西医结合治疗 GERD 已疗效明显优于单纯的中药治疗或西药治疗。

参考文献

- [1] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastrointestinal reflux disease [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 308-328.
- [2] Tan VP, Wong BC, Wong WM, et al. Gastroesophageal reflux disease: cross-sectional study demonstrating rising prevalence in a Chinese population [J]. J Clin Gastroenterol, 2016, 50(1): 1-7.
- [3] 彭卓崙,覃露. 胃食管反流病中西医治疗现状与进展[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(23): 45-47.
- [4] 赵洪川. 胃食管反流病的治疗进展[J]. 临床药物治疗杂志, 2010, 8(1): 37-41.
- [5] 张声生,李乾乾,朱生颺,等. 胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [6] 段园志,王凤云,唐旭东,等. 基于气机升降理论探讨胃食管反流病的病机及治疗[J]. 中医杂志, 2017, 58(6): 470-474.
- [7] 司阳,商洪涛. 运用圆运动理论论治胃食管反流病刍议[J]. 江苏中医药, 2017, 49(1): 13-14.
- [8] 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.
- [9] 甄晓敏. 难治性胃食管反流病中医证候分布研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2017.

脾胃虚寒型慢性非萎缩性胃炎 中医药研究进展

阳磊¹, 文黛薇², 郭群¹, 李燕辉², 朱展田¹

(1. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西 南宁, 530011;

2. 广西壮族自治区梧州市中医院, 广西 梧州, 543000)

【关键词】慢性非萎缩性胃炎;脾胃虚寒型;中医药治疗;综述;学术性

【中图分类号】R259.733+.2 【文献标识码】A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.12.049

慢性非萎缩性胃炎(chronic non-atrophic gastritis, CNAG),是我国常见的消化系统疾病之一,其发病与胃黏膜防御力降低有关^[1],目前公认病因主要有幽门螺旋杆菌感染、自身免疫因素、十二指肠胃反流以及各种理化损伤因子等^[2]。青少年多因暴饮暴食、不洁饮食而患病^[3],若不接受治疗或治疗不当,病情会逐步加重,甚至转化为癌症^[4],老年患病者发生恶变尤甚^[5]。目前,西医治疗多以质子泵抑制剂抑酸护胃或保护胃黏膜,重者加以止痛治疗对症处理,在一定时间段内能改善临床症状,应用时间过长则治疗效果欠佳。现将中医药对脾胃虚寒型CNAG的研究进展综述如下。

1 病因病机

根据本病表现如胃部隐隐作痛、餐后胀满不适、暖气反酸等临床症状,可将其归属于“胃脘痛”“痞满”等范畴。《脾胃论》载:“元气之充足,皆有脾胃之气之无伤,而后能滋养元气”,指出脾胃虚弱是该病主要内因,而脾胃虚寒是本病病证之一,多因喜嗜生冷、脾胃阳虚致临床表现如胃寒冷

痛、恶心腹泻、疲劳乏力、喜温按等。蔡晓蕾等^[6]认为本病大多因患者自身脾胃虚弱,再加上饮食不节、外邪犯胃导致其气机阻滞、不通则痛,同时具有易复发、迁延不愈的特点。刘凤斌提出“五脏相关”学说,认为脾胃为气机升降枢纽,五脏之中轴,强调慢性胃炎患者多以脾胃虚弱为主要内因^[7]。

2 治疗方法

2.1 专方加减治疗 张存福^[8]认为本病主要因感受寒邪或患者自身脾胃虚弱引起,采用温经通络、温阳散寒之法治本病,其运用当归四逆汤加减与奥美拉唑、多潘立酮联用分别治疗100例本病患者,通过对胃脘胀痛、恶心呕吐等临床症状的比较,显示当归四逆汤加减运用总有效率明显高于对照组,结果提示当归四逆散可有效改善本病患者的临床症状。王小彪^[9]认为本病对患者自身生活质量造成严重的影响,而目前诸多研究提示单用西药治疗本病疗效欠佳,其运用黄芪建中汤加减治疗43例,主要药物组成有黄芪、炒白芍、茯苓、干姜、党参、砂仁、当归等,并与采用奥美拉唑治

第一作者:阳磊,男,2016级研究生,研究方向:中医药防治脾胃病

通讯作者:文黛薇,女,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治脾胃病, E-mail:317783673@qq.com

- [10] 陆为民,徐丹华,周晓波. 国医大师徐景藩教授诊治胃食管反流病的经验[J]. 中华中医药杂志,2013,28(3):703-704.
- [11] 王靖思,刘绍能. 刘绍能教授辨治胃食管反流病经验[J]. 中华中医药杂志,2012,27(10):2581-2583.
- [12] 刘菊,叶秋荣,于盼盼,等. 胃食管反流病中医证型演变规律研究[J]. 山西中医,2014,30(5):45-47.
- [13] 张晶晶,彭卓蔚,陈婧. 从六经之厥阴探讨胃食管反流病辨治思路[J]. 吉林中医药,2016,36(5):441-444.
- [14] 苏联军,周慎. 欧阳琦从郁痰化热论治反流性食管炎经验[J]. 内蒙古中医药,2017,35(9):51.
- [15] 郭晓晴,杨明. 甘爱萍教授治疗胃食管反流病的经验浅析[J]. 中医临床研究,2015,7(4):72,74.
- [16] 王高峰,程艳梅,曹慧杰,等. 朱生樑治疗难治性胃食管反流病经验[J]. 上海中医药杂志,2013,47(12):19-21.
- [17] 刘祖露,谢胜,廉永红,等. 基于谢胜“以枢调枢”理论从心肾论治胃食管反流病[J]. 广州中医药大学学报,2018,35(1):188-191.
- [18] 李敬华,胡建华,张丽颖,等. 唐旭东通降法治疗胃食管反流

病经验[J]. 中医杂志,2012,53(20):1779-1780.

- [19] 周晓玲,谢胜,侯秋科,等. 背俞指食针疗法对GERD伴心理、睡眠障碍的治疗探讨[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(8):106-108.
- [20] 高加巍. 督脉经线治疗胃食管反流病的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学,2017.
- [21] 刘锡坚. 耳穴压豆对胃食管反流病伴焦虑患者疗效及胃动素影响[J]. 光明中医,2017,32(23):3451-3553.
- [22] 李永红,张万龙,曹国强,等. 火针联合针刺治疗肝胃郁热型胃食管反流病疗效观察[J]. 北京中医药,2017,36(5):387-390.
- [23] 鄢小华,林常誉,林文英. 奥美拉唑联合中药治疗胃食管反流病的临床疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(1A):97-98.
- [24] 孙怡. 温中降逆汤联合马来酸曲美布汀治疗胃食管反流病25例[J]. 河南中医,2017,37(3):467-469.
- [25] 张丽进,赵淑芳. 柴胡温胆汤联合奥美拉唑治疗胃食管反流病胆热犯胃证的疗效分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2015,23(5):345-347. (收稿日期:2018-12-26)