

【医案医话】

基于《内外伤辨惑论》论治胃食管反流病*

钱培国 李梦阁 王宇亮 牛学恩 党中勤 李振华[△]

摘要:胃食管反流病是临床上的常见病,主要表现为烧心和反酸等症状,病位主要在食管与胃,与肝胆、脾、肺密切相关,病性有虚有实,虚主要是脾胃虚损,实主要是为气郁、食滞及痰凝。其基本病机为胃有失和降,气逆于上,多数医家对其病因病机的认识尚未完全统一,治疗效果也参差不齐。《内外伤辨惑论》为李东垣学术思想的奠基之作,其创立的内伤学说尤其适用于胃食管反流病的辨证论治。通过梳理《内外伤辨惑论》的内容,为中医药治疗胃食管反流病提供新的诊疗方法与思路。

关键词:吐酸;胃食管反流病;《内外伤辨惑论》;辨证论治

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.09.047 文章编号:1003-8914(2024)-09-1847-04

Discussion on the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease Based on the Differentiation on Endogenous and Exogenous Diseases

QIAN Peiguo LI Mengge WANG Yuliang NIU Xueen DANG Zhongqin LI Zhenhua[△]

(Department of Hepatobiliary, Splenic and Gastric Diseases, Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Zhengzhou 450002, China)

Abstract: Gastroesophageal reflux disease is a common disease in clinical practice, mainly manifested as heartburn and acid regurgitation and other symptoms, mainly in the esophagus and stomach, and closely related to the liver and gallbladder, spleen and lung, the disease has deficiency and insufficiency, deficiency is mainly the spleen and stomach deficiency, and the essence is mainly qi depression, food stagnation and spitting. Its basic pathogenesis is failure of stomach qi to descend, adverse rising of stomach qi, most doctors on the etiology and pathogenesis of its understanding has not been completely unified, and the therapeutic effect is also different. *Differentiation on Endogenous and Exogenous Diseases* is the foundation work of Li Dongyuan's academic thought. The internal injury theory founded by Li Dongyuan is especially suitable for the syndrome differentiation and treatment of gastroesophageal reflux disease. By combing the contents of *Differentiation on Endogenous and Exogenous Diseases*, it can provide new methods and new ideas for the traditional Chinese medicine in the treatment of gastroesophageal reflux disease.

Key words: acid regurgitation; gastroesophageal reflux disease; *Differentiation on Endogenous and Exogenous Diseases*; treatment based on syndrome differentiation

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)指胃内容物(包括胃酸、食物、气体、碱性物质等)反流入食管、咽喉甚至肺,能够引起相关症状及并发症的一种疾病^[1]。目前,GERD 主要分为3种类型,包括非糜烂性反流病(Non-erosive reflux disease, NERD)、反流性食管炎(Reflux esophagitis, RE)和 Barrett 食管(Barrett esophagus, BE)^[1]。有部分人认为 Barrett 食管是 GERD 的并发症。GERD 的最主要症状是烧心和反酸,另外还有少部分不典型的临床症状是上腹部不适、胸骨后疼痛、嗝气、腹胀、咽部异物感等。

此外还有一小部分疾病与 GERD 相关,如慢性咳嗽、咽喉炎、哮喘等^[2]。目前西医治疗方法为生活饮食调整,以及抑酸、促胃肠动力等药物治疗,对于难治性 GERD 还有内镜下及手术治疗,但是临床疗效参差不齐,有部分停药后多次复发的患者必须长期服用药物才能缓解症状,给患者带来了巨大的精神经济负担。近年来,中国 GERD 发病率及其复发率呈逐年升高的趋势^[3]。国内已有大量文献关于 GERD 的中医药辨证治疗,但辨证标准仍未统一,疗效也不确切。笔者通过阅读李东垣的《内外伤辨惑论》,发现其观点及治疗方法对于 GERD 的诊治具有指导作用,现报道如下。

1 对《内外伤辨惑论》的认识

《内外伤辨惑论》^[4]为李东垣的代表作之一,此书也是惟一一部由他本人定稿的著作,撰于公元 1247 年。全书共分3部分,上卷是13篇主要讨论外感与内伤的辨证;中卷5篇主要论述饮食劳倦、四时用药加

*基金项目:国家中医药管理局科技项目-张仲景传承与创新专项(No. GZY-KJS-2022-044-3);国家中医药管理局中医药循证能力建设项目(No. 2019ZZX-XH005);河南省卫生健康委国家中医临床研究基地科研专项(No. 2021JDZY107)

作者单位:河南省中医院肝胆脾胃病科(河南 郑州 450002)

[△]通信作者:E-mail:760671927@qq.com

减、暑伤胃气及肺、肾脾胃虚方,载方 24 首,以内伤为基础立论,主要采用以白术、人参、黄芪为代表的补气类药物,其次用升麻、柴胡等类药物升举阳气,再以生地等甘寒类药物泻阴火;下卷着重介绍内伤饮食及伤食后的治疗,包括枳术丸、橘皮枳术丸、曲柏枳实丸、木香枳实丸等运脾、消导作用之方 23 首。

首先,《内外伤辨惑论》认为内伤病与外感病在证候的某些方面具有相似的临床表现,但其本质却不相同。“伤外为有余”“伤内为不足”,故治疗方法为“有余者泻之”“不足者补之”。《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》^[4]中:“内伤不足之病,苟误认作外感有余之病而反泻之,则虚其虚也……惟当以甘温之剂,补其中,升其阳,甘寒以泻其火则愈”。据此,创立了补中益气汤。方用黄芪益气固表,人参补肺气,甘草泻心火,白术除胃中热,升麻、柴胡升阳,陈皮理胸中之气,当归和血。此方为李东垣的代表方,是体现其学术思想的主要方剂。在病因方面,立论“饮食伤胃,劳倦伤脾”。

其次,《内外伤辨惑论》在制方上采用“临病制方”“随时令用药”。东垣认为内伤之证,一年四季均可发生,但是根据四季时令的不同,采用不同的药物治疗。如果饮食脾胃内伤发生在长夏之时,形成暑伤胃气之病,用清暑益气汤等治疗;如果在秋燥季节发病,则归结为“肺之脾胃虚”,用升阳益胃汤等治疗;发于冬寒季节,则表现为“肾之脾胃虚”,用沉香温胃丸等治疗^[5]。可以看出同样病证不同季节发病,采用不同方药治疗。同时针对患者兼症不同则加减变化不同。在下篇,着重论述饮食内伤及伤食后的治疗。李东垣认为治疗内伤饮食,应用消导药,其基础方采用张元素的枳术丸,此方用白术之甘温来补脾胃之元气,用其苦味除胃中之热;用枳实泄心下痞闷,消化胃中所伤;并用荷叶以引胃气上升,烧饭协助白术滋养谷气。李东垣认为要辨别饮食内伤,首先应辨明“病气有余不足”,他认为“假令病气有余者,当急泻之以寒凉之剂,为邪气胜也;病气不足者,急当补之以辛甘温热之剂,此真气不足也”。据此,在枳术丸的基础上,根据病情的不同变化创立了 9 首变方。纵观全书,充分体现东垣制方的灵活,全书共有 2 首基础方:其一针对的是“劳倦伤脾”,就是东垣创制的代表方—补中益气汤,其二针对的是“饮食伤胃”,代表方为张元素的枳术丸。书中约有一半方剂是根据这 2 首方剂变化而来,并详细介绍其加减用药变化。

2 《内外伤辨惑论》认识 GERD

中医认为,GERD 应归属于“吐酸、反胃、胃心痛、嘈杂、梅核气”等范畴。《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”。GERD 大多都有反酸、烧心等典型症状,且证型多为热证。《胃食管反流病

中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]提出将“吐酸”“食管瘴”2 个病名作为 GERD 的中医病名。绝大多数医家都认为 GERD 的发病主要与个人的体质、情志、饮食等因素有关。先天体质虚弱、脾胃虚损是 GERD 发病的基础。脾胃位居中焦,脾主运化,胃主受纳,为人体气机升降的枢纽。GERD 的病位主要在食管与胃,与肝胆、脾、肺密切相关,病性有虚有实,虚主要是脾胃虚损,实主要是为气郁、食滞及痰凝。病机变化在于胃有失和降,气逆于上,脾胃功能失职,以致水谷不化、水湿不运,聚而为痰为饮,痰饮阻肺,导致肺的宣发肃降失常,同时肝胆气机疏泄失常。所以多数医家认为肝胆郁热而犯胃是 GERD 的主要病因病机^[7,8]。GERD 的中医证型虽多,但至今为止并没有统一的标准。《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》^[6]总结了 6 大证型,分别是肝胃郁热证、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,多采用经方治疗。多数医家针对肝胃不和型、肝胃郁热型、气郁痰阻证型分别采用小陷胸汤联合小柴胡汤、左金丸合旋覆代赭汤、半夏厚朴汤等治疗^[9-12],有一定的疗效。结合《内外伤辨惑论》的理论及思想,笔者从其根本的发病原因分析,GERD 多是在“脾胃内伤”“饮食内伤”的基础上形成的,所以其病机多为本虚标实之证。可以借鉴《内外伤辨惑论》的辨证分析、遣方用药。

中医对于 GERD 的认识,基本比较成熟,但治疗仍不能完全令人满意。根据《内外伤辨惑论》中的理论,辨治思路论治 GERD 具有指导意义。GERD 的发病不外乎情志内伤、饮食劳倦、寒热不适三大病因^[13]。GERD 仍属劳倦内伤、饮食内伤之证。其中《内外伤辨惑论·饮食劳倦论》^[4]认为:“苟饮食失节,寒温不适,则脾胃乃伤;喜怒忧恐,劳役过度,而损耗元气。既脾胃虚衰,元气不足,而心火独盛。心火者,阴火也,起于下焦,其系系于心,心不主令,相火代之;相火,下焦胞络之火,元气之贼也。火与元气不能两立,一胜则一负。脾胃气虚,则下流于肾,阴火得以乘其土位。故脾胃之证,始得之则气高而喘,身热而烦,其脉洪大而头痛,或渴不止,皮肤不任风寒而生寒热。盖阴火上冲,则气高而喘,身烦热,为头痛,为渴,而脉洪大;脾胃之气下流,使谷气不得升浮,是生长之令不行,则无阳以护其荣卫,不任风寒,乃生寒热,皆脾胃之气不足所致也”。据此,笔者认为“脾胃伤,则阴火上冲”为 GERD 的病因病机,补中益气汤可作为其基础方,但此方泻阴火的力量偏弱,如患者出现“气浮心乱”的症状失眠、烦闷不安等,可合用朱砂安神丸,但此为治标救急之方,不可久用。借鉴《脾胃论》中补脾胃泻阴火升阳汤,采用补中益气汤加具有泻阴火功效的黄连、黄芩、

石膏治疗 GERD。在加减用药中,若腹中刺痛,或有瘀血,可重用当归;头痛者加用藁本、细辛、川芎、蔓荆子;口干者加葛根;如食不下,加青皮、木香、陈皮;冬天加用草豆蔻;夏天加用黄芩、黄连;秋天加用砂仁、槟榔。

GERD 部分患者可出现呼吸系统症状,如咽炎、支气管炎,甚至哮喘。可以参考《内外伤辨惑论·暑伤胃气论》中的参术调中汤,原文曰:“泻热补气,止嗽定喘,和脾胃,进饮食”。此方用白术、黄芪、人参补中益气,桑白皮、地骨皮泻肺火定喘,五味子收敛耗散之气,麦冬养阴滋肺,青皮、陈皮苦辛理气,茯苓甘平利湿,甘草和中。

对于脾胃虚寒症状明显者,出现心腹胀满、时作疼痛、大便溏泻者,可参考《内外伤辨惑论·肺之脾胃虚方》中的厚朴温中汤。方中厚朴辛苦温,补胃气消胀;陈皮、木香理气、行气宽中以消气逆、消胀满;干姜、生姜、草豆蔻以温胃暖脾、散寒止痛;茯苓、炙甘草渗湿健脾和中。

对于 GERD 疾病日久,出现腰背胸膈闭塞,疼痛,上热如火、下寒如冰,头作阵痛。尤其对于难治性 GERD 的患者,可参考《内外伤辨惑论·肾之脾胃虚方》中的神圣复气汤,此方共 23 味药,方中黄芪、炙甘草补气;升麻、柴胡、羌活、防风、藁本、川芎、蔓荆子、细辛均为风药具有升阳作用,主要疏散在上焦之热;黄连、黄柏、生地黄泻阴火;半夏、陈皮、枳壳、白葵花理中焦之气下行;附子、干姜、细辛、草豆蔻温中下二焦之寒;当归、郁李仁以润燥和血,通腑气。此方药味庞杂,但此证病机也复杂,临床表现复杂,纵观全方,主次分明,井然有序。

《内外伤辨惑论》中下篇主要论述了饮食内伤所引发的一系列病症,方剂均为枳术丸系列方。枳术丸,“枳实一两,麸炒黄色为度,白术二两,只此二味,荷叶裹烧饭为丸。以白术苦甘温,其甘温补脾胃之元气,其苦味除胃中之湿热,利腰脐间血,故先补脾胃之弱,过于枳实克化之药一倍。枳实味苦寒,泄心下痞闷,消化胃中所伤”。具有治痞、消食、强胃之效。治疗脾胃系统疾病,首重饮食和情志,对于 GERD 也同样适用。目前普遍认为,治疗 GERD 首要采用生活方式的干预,如戒烟、酒,保持心情舒畅,避免进食过冷、过热及甜酸辛辣等刺激性食物。对于肥胖的患者,要控制饮食,平衡营养,尽快减轻体质量。可用枳术丸类方消食强胃。如“为人所勉劝强食之,致心腹满闷不快”,可以用曲麦枳术丸,麦芽消谷而软坚,神曲消酒食陈腐之积。如“治伤肉食湿面辛辣浓味之物,填塞闷乱不快”,可用三黄枳术丸,黄连、黄芩、大黄以分消湿热,橘皮、神曲以消积化滞。对于长期大量饮酒,引起的酒精性食管炎,可以参考《内外伤辨惑论·论酒客病》的葛花解醒汤,主要为发散、利小便、上下分消其湿。葛花辛凉发散,泽泻、白术、猪苓、茯苓为四苓散,以渗湿

利小便,白蔻仁、木香、砂仁、陈皮、青皮、神曲理气宽胸膈和胃,干姜温中,人参健脾,共奏解醒之效。

3 典型医案

患者男性。2019 年 12 月 9 日因“吐酸烧心 3 年”来诊。患者 3 年前开始出现吐酸烧心,伴晨起乏力、恶心,偶有暖气,胃脘部疼痛,腹胀,口干,怕凉内热大,易上火,纳少,大便不畅,里急后重,口淡无味,舌暗红,苔黄腻,脉数。就诊于当地医院,胃镜检查示:反流性食管炎 LA-A(贲门口松弛)。西医诊断:反流性食管炎;中医诊断:吐酸;辨证:中虚气逆证兼湿热证。处方:补脾胃泻阴火升阳汤加减:黄芪 12 g,麸炒苍术 15 g,白术 15 g,党参 10 g,炙甘草 6 g,柴胡 12 g,升麻 9 g,羌活 9 g,黄芩 15 g,黄连 9 g,石膏 30 g,枳实 15 g,炒麦芽 15 g,炒蒲黄(包煎)9 g。7 剂,水煎服。二诊:服药后症状减轻,自觉身体较前有力,大便通畅,饭后即通气,下肢亦有力,胃痛消失,仍纳少,时有咽疼,舌暗红,苔厚腻。上方加牛蒡子 10 g,姜竹茹 10 g,醋莪术 13 g。7 剂,水煎服。三诊:服药后症状减轻,自觉形体有力,吐酸烧心明显减轻,纳食增加,咽疼消失,上方继服。7 剂,水煎服。守上方继服 30 剂停药,随访 3 个月未复发。

按语:依据脉症诊断为吐酸,证型为中虚气逆证兼湿热证。选用补脾胃泻阴火升阳汤合枳术丸。本例患者晨起乏力,暖气,口中乏味,纳少,胃镜提示贲门口松弛,为脾胃虚弱之征,大便不畅,里急后重,怕凉内热大,易上火,苔白腻为湿热之象,吐酸,烧心,恶心,为胃失和降,宿食停滞,浊气上逆,为“阴火上冲”。

方用补脾胃泻阴火升阳汤合枳术丸因脾虚生湿,食阻气机,故以黄芪、党参、甘草、炒麦芽健脾和胃消食;以苍术健脾祛湿,枳实下气化滞,苍术、白术二者合用,用量倍于枳实,乃取补重于消、寓消于补之意;羌活为风药,加强升举阳气;石膏甘寒,黄芩、黄连苦寒,则泻“阴火上冲”;炒蒲黄为甘,平入血分,行血,活血,入络脉。本例患者的病机还有 2 点需要指明:①吐酸,胃脘胀痛,痛者不通,且病已 3 年,病久入络。故需用血分之药;②脾胃损伤是内伤疾病产生的先决条件,若脾胃强健,纵有饥饱失常、劳逸过度、七情内伤、外邪入侵等,亦可不致病。但若脾胃既伤,则上述病因更易损伤脾胃,且可致气滞、湿热、痰瘀、浊毒等诸邪停聚,而各病理因素又可进一步加重脾虚,或涉及多个脏腑,使病机表现更为复杂,病程迁延缠绵。

纵观李东垣的《内外伤辨惑论》,可以发现其主要以内伤立论,所有病证的治疗,均是基于“饮食伤胃、劳倦伤脾,情志内伤”确立治法。在遣方用药方面,于脏腑辨证的基础上首创升降浮沉补泻用药法、随时用

药法,并拓展了药性理论。GERD 病因复杂,属于内伤病的范畴。遵循其确立的治法,形成以补气、升阳、泻阴火为主的补中益气汤加减方,以治脾强胃消食为主的枳术丸加减方为基础方,合并“临病治方”“随时用药”,为临床治疗 GERD 提供新的诊治思路。

参考文献

- [1] KATZ PO, GERSON LB, VELA MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108(3): 308-329.
- [2] 中华医学会消化病学分会, 2020 年中国胃食管反流病专家共识[J]. 中华消化杂志, 2020, 40(10): 649-663.
- [3] 张玲, 邹多武. 胃食管反流病的流行病学及危险因素[J]. 临床荟萃, 2017, 32(1): 1-4.
- [4] 金·李东垣. 内外伤辨惑论[M]. 田翠时, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 1-58.
- [5] 夏洁楠, 张琰琨, 徐世杰. 《内外伤辨惑论》浅析[J]. 河南中医, 2016, 36(7): 1133-1136.

- [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] 徐洪远, 朱晨柳, 梁雪. 中医药治疗胃食管反流病研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(10): 186-189.
- [8] 凡婉琼. 中医药治疗胃食管反流病的现状[J]. 光明中医, 2023, 38(1): 197-200.
- [9] 徐景新, 陈宏慈. 中医药治疗肝胃不和型胃食管反流病的用药规律研究[J]. 中国医药导报, 2021, 18(26): 152-156.
- [10] 张辉凯, 罗宏伟, 张亚静. 半夏厚朴汤加减联合奥美拉唑对痰气郁结型胃食管反流患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(11): 3019-3023.
- [11] 刘浪. 胃食管反流病分型论治的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(10): 1151-1152, 1155.
- [12] 王丽媛, 朱伟宁, 杜山鹏. 清肝和胃汤治疗肝胃郁热证胃食管反流病临床观察[J]. 光明中医, 2023, 38(4): 602-604.
- [13] 刘慧娟. 周毅教授治疗胃食管反流病经验[J]. 光明中医, 2021, 36(6): 900-902.

(编辑: 谭雯 收稿日期: 2023-07-27)

从伏邪论治慢性肾脏病基础上急性肾损伤*

林雪菲 刘永芳 李亚宁 车卫平 陈帮明*

摘要:慢性肾脏病基础上急性肾损伤属中医“水肿、关格、肾衰、溺毒、癃闭、腰痛”范畴。此文从伏邪理论的角度探讨慢性肾脏病基础上急性肾损伤的病因病机及临床治疗,为该病临床治疗提供新思路。此文从伏邪理论探讨慢性肾脏病基础上急性肾损伤的分期治疗,急性加重期予以补虚祛伏邪,慢性缓解期予以温阳补脾肾,临床运用伏邪理论治疗该病取得较好的疗效。

关键词:水肿;慢性肾脏病;急性肾损伤;伏邪理论;中医药疗法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.09.048 文章编号:1003-8914(2024)-09-1850-04

Treatment of Acute Kidney Injury-on-chronic Kidney Disease from the Theory of Hidden Pathogen

LIN Xuefei LIU Yongfang LI Yaning CHE Weiping CHEN Bangming*

(Department of Nephrology, Jiujiang Hospital of Traditional Chinese Medicine/Jiangxi Kidney Research Institute of Chinese Medicine, Jiangxi Province, Jiujiang 332000, China)

Abstract: Acute kidney injury-on-chronic kidney disease belongs to the category of “edema, closure, renal failure, drowning poison, occlusion and lumbago” in traditional Chinese medicine. This article discussed the etiology, pathogenesis and clinical treatment of acute-on-chronic kidney disease from the point of view of hidden pathogen theory, and provided a new idea for clinical treatment of this disease. This paper discussed the stage treatment of acute-on-chronic kidney disease by the theory of hidden pathogen. In the acute exacerbation stage, it should be used to tonify the deficiency and remove the hidden pathogen, and in the chronic remission stage, it should be used to warm the yang and tonify the spleen and kidney.

Key words: edema; chronic kidney disease; acute kidney injury; hidden pathogen; therapy of TCM

慢性肾脏病基础上的急性肾损伤 (Acute-on-

chronic kidney disease, A on C, A/C, ACKD) 的定义目前尚无统一的标准,是指患者在原有慢性肾脏病的基础上由于各种原因所导致的短期内肾小球滤过率迅速下降的一组临床综合征^[1]。国内一项研究表明 ACKD 事件约占急性肾衰竭的 35.5%, 71.4% 误诊为慢性肾衰, 46% 的患者肌酐可恢复到正常水平, 而多因

* 基金项目: 江西省卫生健康委员会科技计划项目 (No. 20204302); 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目

作者单位: 九江市中医医院肾病科/江西省中医肾病临床医学研究中心肾 6 科 (江西 九江 332000)

通信方式: E-mail: 1182922201@qq.com

※ 指导老师