

# 运用中医处方方法学分析马淑然教授治疗胃食管反流病的思路

石琚 王亚娟

**【摘要】** 介绍并分析马淑然教授运用中医处方方法学的思路和方法治疗胃食管反流病的临床经验。围绕“滞”、“热”、“湿”、“瘀”、“酸”、“虚”六大关键因素,以证候为中心,分析胃食管反流病复杂的病因病机;以法为纲,把握胃食管反流病的治则治法;以方为例,选定胃食管反流病的处方用药。做到上衍诊断,中握立法,下接方药,使理法方药有机的融为一体。开拓了诊疗思路,提高了疗效。为临床中医师辨治胃食管反流病提供借鉴和指导。

**【关键词】** 胃食管反流病; 马淑然; 中医处方方法学; 中医药治疗; 临床经验

**【中图分类号】** R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.02.017

中医处方方法学是研究中医选药处方规律的一门学科。该法在方剂学的基础上逐步发展形成,以处方方法为研究对象,从一定数量功用相近的方剂中总结提炼出共性规律。其特点是以证候为中心,剖析病机,据机立法,以方为例,依法遣药。处方方法学上衍诊断,中握立法,下接方药,使理法方药有机的融为一体。对于病因病机及临床表现较为复杂的疾病,运用中医处方方法学可以使临床医生遣药组方的思路更加明晰<sup>[1]</sup>。

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD),在中医中归属于“反胃”范畴。其病因、病机,临床表现十分复杂,是一种常见的由多种内外因素引起的疾病。本病多发,中国 GERD 患病率为 5.77%<sup>[2]</sup>。用中医处方方法学分析治疗 GERD 的临床经验,可以极大的发挥中医学整体观念和辨证论治体系的优势,提高临床疗效,现总结如下。

## 1 处方方法学用于治疗 GERD 的优势

### 1.1 有利于分析复杂的病因病机并配以相应的治法

GERD 的病因是多种并存的。有内因,也有外因;有本虚,也有标实;在临床上一因引起病发的案例已属少见。故在治疗上不能单纯的只着眼于一种或两种病因。多因多法才是治疗的关键。

### 1.2 有助于根据多样的临床表现确定合适的方药

GERD 临床典型症状为烧心、反流;非典型症状为嗝气、上腹痛、恶心、胸骨后痛等;食管外表现又有如慢性咳嗽、咽部异物感、声音嘶哑等。针对虚实夹杂、寒热错杂的复杂临床表现,可以不受某个方剂的约束,从中药的基本药性出发,有针对性地选药,有机组合新药方。有时所组之方看似庞杂,实际上井然有序。

### 1.3 有益于理法方药一一对应,化繁为简

掌握了 GERD 的中医处方方法学原则,就能够很快从临床病证入手,分析其医理,从理、法、方、药一贯而下,一气呵成,迅速找到对应的方药,应用于临床。执简驭繁,正是运用中医处方方法学应对复杂病证的优势所在。中医处方学包括了辨证、立法、选药和组方的四大环节,重视在辨证时清楚地分清主证和兼证,依据立法选用适当的药物,分别作为相应的主药、辅药、佐药和使药。把方与法的理论用到临床实践上,找出制方的规律性。方只有在法的指导下才能做到“守法不守方”、“以法统方”、“方从法出、法随证立”。

总结上述内容:中医处方方法学的特点即在通过理确定法之后,从一定数量功用相近的方剂中总结提炼出共性规律,确定有效、适宜的经典药物,再次组成临床实用的奇效良方。一些基础方也可以成为组方的一部分,灵活加减。

## 2 以证候为中心,正确理解 GERD 复杂的病因病机

GERD 病机一般分为:肝气犯胃、肝胃郁热、脾胃湿热、胆热犯胃、脾胃气虚、脾胃虚寒、胃阴不足<sup>[3]</sup>。但临床病证大多复杂、动态、多变,往往虚实夹杂,寒热错杂,以上通用分型实际上分辨模糊,操作起来难中肯綮。

马淑然教授认为 GERD 的发病不是单一因素所致,在疾病的发生发展过程中往往是多种病因复杂交织在一起。其中,正气不足是本病发病的内在根据,邪气则是发病重要条件,因此,本病正虚主要涉及“气阴亏虚”,由于气阴亏虚,胃

基金项目:北京朝阳区著名中医药专家下基层暨学术经验继承工程资助项目;国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(刘燕池名医传承工作室);北京市中医管理局刘燕池名医传承工作站建设项目

作者单位:北京市朝阳区安贞社区卫生服务中心中医科(石琚),妇科(王亚娟)

作者简介:石琚(1984-),女,本科,住院医师。研究方向:中医内科。E-mail:13581583264@163.com

食道黏膜生长动力不足,黏膜厚度下降,易被各种邪气侵扰;本病邪实主要包括“滞”、“热”、“湿”、“瘀”、“酸”五个方面。当“滞”、“热”、“湿”、“瘀”等邪气侵及胃、食道,则易发胃酸分泌失常、并易对胃食道黏膜造成损伤,具体而言,主要分为以下方面:

滞症为先:GERD 初期阶段多表现为肝气犯胃,其基本病机为肝胃气滞,胃不降浊而气逆于上。《四明心法》说:“凡为吞酸,尽属肝木,曲直作酸也。胃属土,肝属木,二者相互制约。”《血证论》曰:“木之性疏泄,食气入胃,全赖木气以疏泄之……”肝气犯胃早就被广大医家认识,一则肝气疏泄失常,肝气郁结,气机不畅,影响脾胃升降功能;二则肝气过盛,疏泄太过致肝气横逆犯脾胃,引起脾胃升降失常<sup>[4]</sup>。

热症突出:肝胃气滞郁而化热,因而出现热症的临床表现。《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热。”引起热症的原因主要有肝胃郁热、脾胃湿热、胆热犯胃,临床上主要表现为胃脘胀痛,口苦呕恶,泛酸烧心,心烦易怒,脉弦或弦数,舌红苔黄腻。

湿症常见:由于肝气郁滞日久疏泄失常,影响脾运化水湿的功能,就会出现湿症的临床表现,湿阻于胃,胃失和降,气逆于上则引发 GERD。湿邪致病近年也被越来越多的医家认识:恣食肥甘,或饥饱无常,或长期嗜酒均引发湿邪泛滥,主要体现为恶心纳呆、胸闷肢懒,舌苔厚腻,脉象滑或者滑数。引发原因痰湿困脾或者气虚,阳虚或者外感湿邪,引发脾虚湿重。

瘀症明显:肝气郁滞无力推动血行,致使瘀血阻滞脉络。《灵枢·百病始生》云:“卒然外中于寒,若内伤于忧怒,则气上逆,气上逆则六输不通,温气不行,凝血蕴里而不散。”在此主要论述的是瘀为致病机制,瘀的主要表现为噎气、泛酸、胸闷不舒、伴胸膈后刺痛,舌质紫暗、可见瘀点,脉象弦涩。常见气滞血瘀、气虚血瘀、热壅血瘀、寒凝血瘀等证。

酸症为特点:GERD 的病机中以胃酸分泌过多为主要特点,由于胃酸多,常易侵蚀胃食道黏膜,出现胃痛及食道烧灼感、反酸。因此酸症成为 GERD 主要的病机特点。结合现代医学治疗经验,在临床上运用抑酸药均能起到缓解或消除症状、促进黏膜愈合及维持愈合状态的作用<sup>[2]</sup>。提示胃酸过多,是胃食管反流的重要因素。

虚症关键:由于气阴亏虚,胃食道黏膜自我保护下降,易被各种邪气侵犯。李东垣在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中云“胃虚脏腑经络皆无所受气而俱病”,“百病为标,胃虚为本”。由于气虚则胃黏膜生长动力不足,阴虚则胃黏膜生长的物质基础匮乏,所以气阴虚是各种致病因素侵袭胃食道黏膜的前提和基础。气虚的主要表现为:饮食稍多即吐,食后腹胀神疲乏力,语声低微,饮食不馨,大便溏薄,脉细弱,舌淡红。阴虚的主要表现为:时作干呕,咽干口燥,烦渴思饮,嘈杂似饥,饥不欲食,舌红无苔或津少,脉细数。

### 3 以法为纲,明确把握 GERD 治则治法

根据上述分析,导致胃食管反流的疾病全过程中涉及的

主要的病理因素是“滞”、“热”、“湿”、“瘀”、“酸”、“虚”。这些因素往往相互交织,难以截然分开,因此,在临床辨证时,就应该以这些证候要素为中心,确定相应的治法。GERD 治则主要有消滞、清热、祛湿、活血、制酸、补虚。

消滞法大致分为疏肝和胃、调和肝脾、健脾消痞等法。清热之法可为清脏腑热、清热燥湿等。祛湿之法主要有芳香化湿、利水渗湿、行气化湿、健脾化湿、温阳化湿等。活血祛瘀之法可以有凉血活血、温经活血、活血通络、养血活血等。制酸之法可以参考中药药理学,结合临床,选用可以起到抑制胃酸、保护胃黏膜的药物。补虚之法包括补气、养血、滋阴、温阳、健脾、补肾、补肺等。特别提出的是滋阴养血法和温阳法的妙用。

### 4 以方为例,准确选定 GERD 处方用药

根据处方方法学原理,在深入研究并全部掌握 GERD 临床辨证分型的普遍规律后,从中抽提出关键病理因素,根据关键病理因素之“理”确定相应之“法”,然后,从一定数量功用相近的方剂中总结提炼出共性规律,确定有效、适宜的經典药物,再根据临床病人的具体临床表现,再次组成临床实用的奇效良方。

#### 4.1 消滞基础方药

根据调和肝脾方为柴胡疏肝散、健脾消痞方为枳术丸,总结出消滞的主药:柴胡、枳壳、枳实。柴胡于《神农本草经》述:“主心腹,去肠中结气,饮食积聚、寒热邪气,推陈致新……”枳壳、枳实于《本草纲目》中记载:“大抵其功能皆能利气……气行则痞胀消……枳壳利肠胃……”现代药理研究柴胡有明显的利胆、抗肝损伤、抗脂肪肝的作用<sup>[5]57</sup>;枳壳抑制胃酸分泌,从而保护食管黏膜<sup>[5]240</sup>。

#### 4.2 祛热基础方药

根据清热代表方左金丸(肝胃火盛),龙胆泻肝汤(肝胆火盛),总结出清热的主药:黄芩(泄火解毒)、黄连(泄心胃之火,善清中焦湿热)、黄柏(清热燥湿,善治湿热腹痛),龙胆草(泄肝火燥湿)。据《神农本草经》记载黄柏“主五脏肠胃中积热”;《药品化义》记载龙胆草“专泄肝胆之火”。现代药理研究表明,黄芩具有抗炎<sup>[6]</sup>、镇静、降压、保肝、利胆、抗肿瘤的作用<sup>[5]79</sup>。黄连具有利胆、治疗菌痢、抗溃疡的作用<sup>[5]80</sup>;少量龙胆草能增强胃液分泌,促进消化<sup>[5]82</sup>。黄芩、黄连、黄柏均具有抑制幽门螺旋杆菌的作用<sup>[7]</sup>。

#### 4.3 祛湿基础方药

根据祛湿代表方平胃散、参苓术甘汤、二陈汤等方剂,总结出祛湿的主药:藿香(芳香化湿),白术(健脾祛湿),茯苓、生薏苡仁(利水渗湿),半夏(祛湿化痰)。《本草图经》记载藿香“治脾胃呕吐,为重要之药”;《神农本草经》记录茯苓“主胸胁逆气……”《本草纲目》载“薏米仁,阳明药也,能健脾益胃”;《本草汇言》记载白术“乃扶植脾胃,散湿除痞,消食除痞之要药”;《本草图经》示陈皮“疗呕反胃嘈杂”;《药性论》记载半夏“消痰,开胃健脾,止呕吐”。现代药理研究表明:茯苓抗溃疡、镇静<sup>[5]197</sup>;藿香挥发油能刺激胃粘膜,对

胃肠有解痉的作用<sup>[5]187</sup>;白术强壮脾胃,调节胃肠运动<sup>[5]419</sup>;陈皮有抗溃疡的作用<sup>[5]238</sup>;半夏有镇吐、显著增强肠道输送能力之功效<sup>[8]</sup>。

#### 4.4 祛瘀基础方药

根据活血化瘀代表方血府逐瘀汤(胸中瘀血)、少腹逐瘀汤(少腹瘀血)、丹参饮(心腹诸痛)总结得出主要用药:桃仁(活血化瘀、润肠通便)、丹参(活血止痛)。据《神农本草经》记载丹参“主心腹邪气,肠鸣幽幽如走水,寒热积聚,破症除瘕,止烦满”。现代药理研究表明,丹参有扩张胃黏膜血管,降低胃酸度,抑制胃蛋白酶活性,促进溃疡愈合<sup>[9]</sup>的作用。活血化瘀的常用单品三七可增加胃、食管黏膜血流量,改善微循环,加速炎症吸收<sup>[10]</sup>。

#### 4.5 制酸基础方药

根据抑制胃酸的代表方剂为乌贝散<sup>[11]</sup>,主药为海螵蛸、浙贝母,常用药为瓦楞子。《本经逢原》中描述瓦楞子“其壳煅灰,治积年胃脘瘀血疼痛”。《现代实用中药》描述海螵蛸“为制酸药,对胃酸过多,胃溃疡有效”。药理研究:瓦楞子所含的碳酸钙能中和胃酸,促进溃疡面愈合,改变胃内容物的 pH 值,降低胃蛋白酶活性<sup>[5]352</sup>。浙贝母提取物可抑制小鼠胃溃疡形成<sup>[5]343</sup>。

#### 4.6 补虚基础方药

根据益气健脾代表方四君子汤,养血代表方四物汤,滋阴代表方增液汤,六味地黄丸,滋肾丸,温补阳气的代表方四逆汤、金匱肾气丸等方剂,总结得出补虚的主药:白芍、当归(血虚);黄芪、大枣、党参、白术(气虚);沙参、麦冬(阴虚);干姜、桑寄生、川续断(阳虚)。白芍在《本草备要》记载有“补血,泻肝,益脾,敛肝阴”之功;《日华子本草》记载当归“破恶血、养新血……肠胃冷”;《本草纲目》记载“黄芪甘温纯阳,其用有五:补诸虚不足,一也;益元气;二也;壮脾胃……”;《神农本草经》记载大枣“主心腹邪气,安中养脾”;《本草汇言》中记载沙参“治一切阴虚火炎……为满、不食”;《本草正义》记载麦冬“其味大甘,膏脂浓郁,故专补胃阴,滋津液……”;《本草求真》记载“干姜,大热无毒,守而不走,凡胃中虚冷……同归芍则能入气而生血”;《本草从新》记载党参“主补中益气,和脾胃”;《本草正义》也记录为“力能补脾养胃……健脾运而不燥”。现代药理研究:麦冬促进胃肠推进<sup>[5]458</sup>;干姜浸剂具有显著止呕吐的作用,对胃黏膜有保护的作用,并能抑制胃液酸度和胃液分泌<sup>[5]228</sup>;党参具有调节胃肠运动,抗溃疡,抗辐射之功效<sup>[5]416</sup>。

#### 4.7 根据中医处方方法学确定方药

根据上述处方方法学所确立的证候要素、治法以及适宜的代表药物,在组方时,注重君臣佐使之药的选择及用量。在确立君药时,要遵循强效、广效、数量少三原则。此外,君药还具有动态可变性的特性。同一首方剂根据不同的主治方向,君药可以发生变化<sup>[12]</sup>。同一病人随着病程主证的演变,根据治法的动态变化,君臣佐使药也在发生着动态变化。可以在针对“滞”、“热”、“湿”、“瘀”、“酸”、“虚”病症的主次,结合药物的独特作用特点,在每个环节下的共性药物中,

选择具有个性、针对性的主药、辅药以及次要药物,组成新的有效的经验方剂。如此则方证对应,既照顾了各个病证要素,又有主次之分,环环相扣,无偏倚之弊。

#### 5 病案举隅

患者,男,62。初诊:2012 年 12 月 10 日,胃胀 1 年,于各大医院反复医治收效甚微,上级医院诊断为“胃十二指肠球部溃疡伴糜烂,反流性食管炎”,患者诉进食后或者生气后胃胀加重,泛酸恶心,偶有针扎样疼痛,胃中灼热但喜温食,口苦咽干,进食时必多喝汤汁饭菜方可下咽,大便干,小便可。舌淡暗苔薄白腻,右脉沉弦滑、左脉沉弦缓。西医诊断:胃十二指肠球部溃疡伴糜烂,反流性食管炎。中医诊断:反胃。中医辨证:寒热错杂。治疗方法:寒热平调,消痞散结,抑酸止痛。处方:半夏 10 g、黄芩 15 g、黄连 10 g、干姜 5 g、大枣 10 g、党参 15 g、石斛 10 g、沙参 15 g、麦冬 15 g、柴胡 10 g、香附 10 g、枳实 10 g、当归 10 g、三七粉<sup>冲服</sup> 3 g、丹参 15 g、生黄芪 15 g、陈皮 10 g、生白术 10 g、海螵蛸 15 g、浙贝母 15 g、煅瓦楞子<sup>先煎</sup> 30 g、炙甘草 15 g。7 剂,每天 1 剂,温服。

二诊:2012 年 12 月 17 日,病人自诉胃反酸明显好转,灼热感大减,针扎样疼痛愈,便干减。依旧有口苦咽干症状,喜温食,进食时无需必靠汤汁辅助,因家中偶遇难事,心情稍有压抑,舌质淡红苔薄白,右脉弦,左脉沉。原方去石斛、沙参、白术,加郁金 10 g、白梅花 10 g。7 剂,每天 1 剂,温服。

按 此医案属于反胃病(胃食管反流病)。从病因病机来看,初诊时,病人兼具“湿”、“滞”、“热”、“瘀”、“酸”、“虚”六种病理因素。湿邪侵犯脾胃,故出现恶心、反酸,湿浊之气上蒸于舌,故出现白腻苔,湿盛则见滑脉;气滞主要表现在生气后加重,气逆不降则出现弦脉;湿阻气郁化热,故患者胃中灼热,口苦咽干;瘀血内阻于胃,故见刺痛,舌质暗;患者进食时必多喝汤汁饭菜方可下咽属阴虚之象,气虚则表现为舌淡。故辨证为本虚标实,寒热错杂之证。气阴两虚为本,热、瘀、湿、滞、酸为标。从治则治法来看,整个病程要谨守消滞、清热、祛湿、活血、制酸、补虚六大治疗法则,重在驱邪,兼以扶正。从选方用药来看,重用祛湿化痰之半夏(为君)、辅以清热之黄芩、黄连,温阳之干姜(为臣)、助以大枣、党参补脾虚,柴胡、香附、枳实疏肝理气,当归补血活血,丹参、三七粉活血化瘀,石斛、沙参、麦冬滋胃阴,生黄芪补气虚,生白术健脾利湿,体现了治疗寒热错杂,调和肠胃之半夏泄心汤,行气疏肝、和血理气之柴胡疏肝散,制胃酸止胃痛常用方乌贝散之意。二诊(服药七日后)根据症状,脉象,考虑患者阴虚、湿浊明显好转。因有外界刺激,患者肝郁不减,故目前在治法上应加大疏肝的力度。处方方法仍以治疗寒热错杂为主,加疏肝和血药为臣,佐以滋阴、补气、活血、祛湿、制酸。即君药不变,臣药为疏肝和血药物,将原臣药调整为佐药。继服 7 剂后,患者自诉诸症均已消失,心情舒畅,纳眠均可。