

[4] 战国·佚名. 黄帝内经·素问[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2011: 123-327.

[5] 李雪琳. 中西医结合治疗经行风疹临床报道[J]. 四川中医, 2007, 25(9): 79-80.

[6] 明·武之望. 济阴纲目[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 120.

[7] 宋·陈自明. 妇人大全良方[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 89.

[8] 清·许克昌. 外科证治全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1961: 78-83.

[9] 齐爱珍, 沙惠云. 桂枝汤加减治疗经行风疹块 30 例[J]. 陕西中医, 2007, 28(11): 1525-1526.

[10] 阳碧发, 熊永祥. 四物汤加味治疗经行风疹块 100 例[J]. 医学文选, 2000, 19(8): 104.

[11] 李淑萍. 桂枝汤加减在妇科的应用[J]. 四川中医, 2008, 26(11): 93.

[12] Martin Black, Christina Ambros-Rudolph, Libby Edwards, et al. Obstetric and Gynecologic Dermatology (妇产科皮肤病学)[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2012: 13.

[13] 袁晓玲. 月经疹 39 例临床分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2003, 19(5): 507.

[14] 王黎, 安文清, 王爱英. He-Ne 激光治疗月经疹临床观察[J]. 中国激光医学杂志, 1998, 7(2): 72.

[15] 姜向坤, 张丽, 伍雪梅. 从肝失疏泄谈经前期综合征[J]. 贵阳中医学院学报, 2007, 29(6): 7.

[16] 谢秀超, 彭卫东, 刘晓玲. 肝体阴而用阳理论在妇科临床运用中的探讨[J]. 四川中医, 2014, 32(4): 52-53.

[17] 刘金淑. 辨证治疗月经前后诸症[J]. 光明中医, 2007, 22(4): 15-16.

(收稿日期:2014-04-28)

(本文编辑:黄凡)

· 名医心鉴 ·

唐旭东教授香苏饮辅用 H₂ 受体拮抗剂治疗胃食管反流病经验

陈婷 王凤云 卞立群 康楠 王晓鸽 朱恩林

【摘要】 唐旭东教授行医二十余载,对胃食管反流病的治疗有独特的经验。以“通降论”立论,认为本病的发病与胃通降功能异常密切相关。遣方用药紧扣病机,法证相依,必要时辅以 H₂ 受体拮抗剂酌情抑酸,同时将具有中医诊疗特色的基于患者报告的临床结局评价量表用于临床疗效评价。笔者跟随唐旭东教授学习二载,现将唐旭东教授治疗经验整理如下,以飨读者。

【关键词】 胃食管反流病; 经验; 唐旭东

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.04.026

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease,GERD)作为临床常见病与多发病,目前已受到越来越多的关注。2013 年 2 月 Am J Gastroenterol 公布了最新的胃食管反流病指南^[1],将反流性食管炎(reflux esophagitis,RE)列为 GERD 并发症之一。基于遗传易感性、胃肠道动力障碍、内脏高敏感性等共同的发病基础,GERD 可同时伴见其他功能性胃肠病

基金项目:北京市科委科研基金(Z141100002214012);中国中医科学院科技创新团队建设项目(PY1304)

作者单位:100070 北京,中国中医科学院研究生院[陈婷(博士研究生)、王凤云、卞立群、康楠(博士研究生)、王晓鸽(硕士研究生)、朱恩林(硕士研究生)]

作者简介:陈婷(1988-),女,2013 级在读博士研究生。研究方向:中医药防治消化系统疾病研究。E-mail: xinglinchenting@163.com

通讯作者:王凤云(1973-),女,博士,副主任医师。研究方向:中西医结合防治消化系统疾病研究。E-mail: wfy811@163.com

重叠症状^[2]。

现代医学药物靶向治疗对本病症状改善并不明朗,质子泵抑制剂(proton pump inhibitor,PPI)过度使用也已成为近些年亟待解决的问题。中医药治疗强调整体观念与辨证论治的特质在与现代医学的碰撞与交融中显现无遗,为本病的个体化治疗提供了良好的契机。

GERD 的相关症状,可在古医籍“嘈杂”、“吐酸”、“反胃”等病证中找到表述,但不能等同论之,“食管瘁”这一病名则可反映本病的病因病机。本病病位在食管与胃,与肝胆脾肺关系密切^[3]。本病虽病因复杂,但病机不外乎气机升降失调,胃失和降,胃气上逆。唐旭东教授秉承董建华院士“通降论”学术精髓,结合二十余年临床经验,遵循脾胃分治、理气通降的原则,将香苏饮与 H₂ 受体拮抗剂(H₂RA)应用于 GERD 的临床治疗,疗效颇佳。

1 以“通降论”为立足点,着重脾胃分治

脾胃“通降论”是著名国医大师董建华院士在传承传统中医学对脾胃生理病理认知的基础上,结合现代医学对胃肠疾病的认识深化、发展而来^[4]。该理论以胃为中心,由胃及脾,可归纳为两大特点:(1)脾胃认识上的三要素:即生理上以降为顺,病理上因滞而病,治疗上以通祛疾;(2)脾胃病治则上的两点论,即“脾胃合治”与“脾胃分治”^[5]。

1.1 脾胃病认识上的三要素

脾胃病认识上的三要素主要从脾胃的生理、病理、治疗着手进行探讨。脾胃同居中焦,以膜相连,两者 Z 功能可概括为“水谷纳运相得,气机升降相因,阴阳燥湿相济”。脾胃共主中州,脾主升,胃主降,是气机升降的枢纽,但胃的通降是脾主升清的前提和基础。只有保持其舒畅通降之性,方能奏其纳食传道之功。脾胃的通降主要表现为脾胃气机通畅,胃腑传化物及脾主升清功能正常。若其功能失调,则表现在以下几个方面:胃气不降所致噎膈、脘腹胀满、便秘等;胃气上逆所致反酸、呃逆、嗝气等;脾失升清所致腹泻、疲乏、精神倦怠等。治疗时则以“通”字立论,以调理气血为轴线,综合把握病机审症求因,因势利导,可谓“通降不伤正,补益需寓通”^[5]。病情属实,则以通降为主,专祛其邪,不可误补;虚实夹杂,则通补并用,补虚行滞,标本兼顾。

1.2 脾胃病治则上的两点论

脾主运化升清,胃主受纳腐熟,共同调节饮食物的消化与吸收。两者在生理上紧密联系,病理上息息相关。因一脏一腑同中有异,故治疗时,既要重视其“同”以合治,即常在补脾之品中佐以健胃之品,或在理气通降之品中辅以升清之品;又要根据其不同之处以脾胃分治。脾属脏,藏精气而不泻,胃属腑,传化物而不藏,因此临床治疗时多有侧重,虚证方面多侧重于脾,实证方面多侧重于胃。

唐旭东教授以“通降论”为立足点,认为 GERD 发病与胃通降功能异常密切相关。胃为水谷之海,“传化物而不藏”,以降为顺,以通为用,通是降的结果和表现,通降是胃的生理特点的集中体现^[4]。若通降功能异常,则表现为胃气阻滞,不降反升。治疗时,强调以通祛疾,但这并不意味着单纯采用攻伐之品,而是审症求因,因势利导。本病病位在食道和胃,着重治胃,以通降为主,以祛病邪,这正是“脾胃分治”这一思想要旨的体现。但若迁延及脾,出现虚实夹杂之症,则通补并用,补虚行滞,降胃理脾。临床遣方用药时,唐旭东教授多“脾胃合治”,常在理气降气之品中少佐健脾之品,以条畅气机,气机升降调达,则诸症可除。

2 以“香苏饮”为基础方,遣方用药量少而精准

“香苏饮”由宋代《太平惠民和剂局方》中经典名方“香苏散”化裁而来。原方主治“四时瘟疫,伤寒”,后世医家多

用其治疗气机壅滞所致的疾病。唐旭东教授运用本方化裁治疗 GERD,疗效颇佳。方中紫苏梗辛甘微温,归肺、脾、胃经,理气宽中,切中病机,是为君药。香附辛苦甘平,行气开郁,为臣药。君臣相合,紫苏梗得香附之助,则条畅气机之功益著;香附借紫苏梗之升散,则能上行外达以祛邪。佐用理气燥湿之陈皮,一则协君臣行气滞以畅气机,二则化湿浊以行津液。甘草健脾和中,与香附、陈皮相配,使行气而不耗气,并调和药性,是佐药兼使药之用。诸药相配,则气机畅而壅滞消。故唐旭东教授多以此方化裁治疗 GERD 以调达气机,交通上下。

唐旭东教授临证时,每方不过十余味药,用量亦轻,皆疗效颇佳。唐教授指出,中药治疗本病优势明显,但不应一味抑酸,应切合因机,辨证施治。若烧心、反酸多因情志因素诱发,常伴胸闷脘胀,连及两胁,嗝气频频,多辨为肝胃不和证,治疗多在和胃通降的基础上,合用四逆散以疏肝解郁;若在上述表现基础上出现心烦易怒,口干口苦等肝胃郁热之症,常酌加左金丸、龙胆草等品以清泻肝火,和胃降逆,且左金丸的用量严格配以 6:1;若伴见餐后脘胀,纳谷不馨,神疲乏力,气短懒言等症,则多以脾虚气滞证论治,遣方时多在香苏饮基础上,合用黄芪、党参、炒白术、木香、砂仁等健脾益气、行气之品,这亦体现了通降论“脾胃合治”的思想要旨。若症见烧心反酸明显,胃痛隐隐,喜温喜按,空腹时胃脘饥嘈不适,进食后症状缓解,口苦咽干,脘腹满闷等寒热错杂、中焦气机升降失调之象,则合用半夏泻心汤以辛开苦降,降逆和胃。如患者烧心反酸症状多在空腹或夜间明显,可在行气同时酌加血分药,调血以和胃,如赤芍、丹参、生蒲黄、五灵脂等活血之品,使得行气而又不伤阴。

GERD 患者往往伴见胃痛、脘痞等其他重叠症状。若见脘腹胀满甚者,常加用枳壳、枳实、大腹皮、大腹子等品以行气滞;若见舌苔白腻者,常酌加佩兰、白豆蔻、荷梗等芳香化湿之品以醒脾,苍白术等品以健脾;若见舌苔黄腻者,常配以黄芩滑石汤;大便秘结者,未曾用大黄、番泻叶、决明子等峻下之品,常加生白术、桃仁、杏仁、瓜蒌等品以润肠通便;大便稀溏者,酌加炮姜炭以温中暖脾止泻,但应注意其用量,因本品虽有温中止泻之功,但因其温燥之性可加重 GERD 患者咽部不适,防止一病虽调而他病由生。

3 以 H₂ 受体拮抗剂为辅助,酌情抑酸效果明显

自 1988 年第一代 PPI—奥美拉唑问世以来,因其高效而持久的抑酸,一直以来被认为是治疗酸相关疾病最有效的药物,并逐步取代 H₂ 受体拮抗剂(H₂ receptor antagonist, H₂RA)的治疗地位。然而近些年来,关于 PPI 过度使用的报道越来越多,已然成为临床医师亟待解决的问题。一项研究对 PPI 过度使用后可能引起的不良反应和风险进行评估,结果显示,PPI 可能与氯吡格雷有相互作用,长期使用会适度

增加骨质疏松、骨折及肺部感染的风险,也可在一定程度上增加患食管腺癌的风险^[6-7]。PPI 抑酸作用强大而持久,一次抑酸后大部分胃酸分泌被抑制 24 小时以上^[8],致使胃酸分泌量骤减,而胃酸作为胃内消化吸收过程中的重要因子被长期抑制,会使 GERD 患者产生食欲不振、饥不欲食等消化道症状。因此,选择合理而又有效的抑酸药物则变得尤为关键。 H_2 RA 可选择性阻断外源性或内源性组胺对壁细胞上 H_2 受体的作用,抑酸强度较 PPI 弱,从而在一定程度上降低胃酸分泌的刺激作用^[9]。同时,有研究显示,对于长期使用 PPI 的患者,睡前加服 H_2 RA 可显著减少夜间酸突破 (nocturnal acid breakthrough, NAB),但加服 PPI, NAB 减少并不明显^[10]。

唐教授每逢门诊都会谈及现阶段 PPI 过度使用的现象,跟诊两年,从未见唐旭东教授应用大剂量 PPI 治疗 GERD。对于长期服用 PPI 治疗 GERD 的患者,唐旭东教授多嘱其停药埃索美拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑等高效抑酸药,改用小剂量 H_2 RA-法莫替丁睡前服用。法莫替丁作为第三代 H_2 RA,抑酸作用适中,抑酸时间可维持 6~8 小时,且不良反应较少,唐旭东教授常用此作为抑酸的首选辅助药物。唐教授明确指出,GERD 患者泌酸节律紊乱,对于白昼分泌的较多胃酸,一方面可通过进餐得以利用,另一方面中药香苏饮化裁方可改善酸反流所致的不适症状;而夜间分泌的胃酸则需要抑酸药加以控制。唐教授多嘱 GERD 患者三餐后 0.5~1 小时服用中药;睡前加服 1 片法莫替丁 (20 mg)。

4 以移情易性为着眼点,PRO 量表作为疗效评价指标

有研究表明^[11],胃食管反流病发病与精神因素密切相关。焦虑抑郁等精神因素会明显加重病情,影响患者生活质量,一些精神科药物亦被用于 GERD 的辅助治疗中。对于该类患者,唐教授多嘱其遵医嘱服药的同时,克服对疾病的恐惧心理,尽量参加群体活动 (如集体跳舞、跳操等),以助舒缓情绪,缓解病情。与此同时,唐教授结合二十余年的科研工作,主张将患者对本病的主观感受纳入疗效评价指标当中,制定了具有中医特色的适用于慢性胃肠疾病的基于患者报告的临床结局 (patient reported outcomes, PRO) 评价量表,为中医中药治疗 GERD 提供了新的思路。该量表以患者为着眼点,以全身症状、反流、消化不良、心理、排便、社会功能 6 个维度评价慢性胃肠疾病的干预效果^[12]。该量表已经在“十一五”国家科技支撑计划“胃癌前病变早期诊断早期治疗的关键技术研究”课题中显示了较好的信度、效度及反应度,故在“十二五”国家科技支撑计划“病证结合治疗腹泻型肠易激综合征的临床示范性研究”课题中,再次将该量表作为肠易激综合征的疗效评价标准之一。因胃肠疾病往往存在症状重叠现象,故可尝试将 PRO 量表作为 GERD 临床研究的疗效评价工具之一。

5 结语

笔者跟随唐旭东教授学习二载,受益良多。唐教授治疗 GERD,以“通降”为要旨,以条畅脾胃气机为大法,以“香苏饮”为基础方进行辨证施治。虽然 PPI 制剂已经作为治疗 GERD 的主流药物,但是唐旭东教授甚少用之。近些年来,唐旭东教授亦致力于建立通用性广、特异性强、能反映中医诊疗特色的中医药疗效评价体系。笔者认为,中医药诊治消化系疾病优势明显,但由于其辨证分型标准与疗效评价标准不统一,部分专家的诊治经验只能作为个案报道,其循证医学等级较低。因此,在总结唐旭东教授经验的基础上,希望能遵循唐旭东教授的思辨思维,建立具有中医特色的中医药治疗 GERD 的疗效评价体系,将更加实用的诊疗标准应用于 GERD 的临床诊疗中,以期提供中医药治疗本病的循证医学等级。

参 考 文 献

- [1] Philip O, Lauren B, Marcelo F. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. Am J Gastroenterol, 2013, 108: 308-328.
- [2] 唐旭东,卞立群,王风云,等. 功能性胃肠病症状重叠现象与中医药治疗思路[J]. 中医杂志, 2010, 51(3): 271-273.
- [3] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-846.
- [4] 唐旭东,卞立群. 脾胃“通降理论”及其应用-脾胃学说传承与应用专题系列[J]. 中医杂志, 2012, 53(14): 1171-1181.
- [5] 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.
- [6] 王国建,陈建. 质子泵抑制剂过度使用常见不良反应的循证评价[J]. 中国医院药学杂志, 2013, 33(11): 919-922.
- [7] Rosch PJ. Letter: proton pump inhibitors, GERD and Oesophageal adenocarcinoma [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2014, (40): 319.
- [8] 杨忠兰. 质子泵抑制剂的合理使用[J]. 中国民族民间医药, 2011, 20(24): 52, 55.
- [9] 王世鑫. 抑酸剂的现状与展望[J]. 中国消化内镜, 2008, 2(4): 41-46.
- [10] 潘涛,王一平,刘英成. 睡前加服 H_2 受体拮抗剂抑制夜间酸突破的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2006, 6(5): 416-420.
- [11] 倪东升. 关于胃食管反流病与精神因素的相关性研究[J]. 中外医学研究, 2014, 12(5): 152-153.
- [12] 唐旭东,王萍,刘保延,等. 基于慢性胃炎疾病患者报告临床结局测量表的编制及信度、效度分析[J]. 中医杂志, 2009, 50(1): 27-29.

(收稿日期: 2014-10-28)

(本文编辑: 董历华)