

基于胃主通降理论探讨胃食管反流病症状的产生

尹晓岚 王凤云 陈婷 马祥雪 田亚欣 段园志

【摘要】 胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)与中医学“吐酸”“食管瘕”等病相类似,基于中医古籍研究及胃腑本身生理病理特点,多数医家认为 GERD 的主要病机为胃失和降,其与 GERD 的典型症状、不典型症状及食管外症状的产生密切相关。临床上以“通降法”为原则治疗 GERD 往往能够收效,相关的基础研究也已阐明通降胃气类中药可能参与调控 GERD 症状产生机制。全文着眼于从胃主通降的角度阐释 GERD 症状产生机制,以期进一步为中医药治疗和改善 GERD 临床症状提供理论支持。

【关键词】 胃食管反流病; 胃主通降; 吐酸; 通降法

【中图分类号】 R573 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.009

Discussion of gastroesophageal reflux disease based on the theory of stomach unobstruction and descending YIN Xiaolan, WANG Fengyun, CHEN Ting, et al. Graduate school of China academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100700, China

Corresponding author: WANG Fengyun, E-mail: wfy811@163.com

【Abstract】 The clinical symptoms of gastroesophageal reflux disease(GERD) correspond to “acid regurgitation” “pyretic abundance of esophageal” in Chinese medicine. Through the investigation of Chinese medicine ancient books and pathophysiology of gastric, most clinicians of Chineses medicine think that stomach *qi* rising can induce the typical symptoms, a typical symptoms and extraesophageal symptoms of GERD. Treatment based on the principle of “dredging and descending method” can take effects, related research has also been elucidated that dredging and descending stomach *qi* medicine may be involved in the regulation mechanism of GERD symptoms. This paper is from the view of stomach dredging and descending to provide the theory support for the treatment and improvement of the symptoms of GERD in clinical treating.

【Key words】 Gastroesophageal reflux disease; Stomach advocates dredging and descending; Acid regurgitation; Dredging and descending method

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是一类胃或十二指肠内容物反流入食管,甚至咽喉、口腔或肺部中,引发不适和/或并发症的疾病。本病的典型症状为烧心和反流,不典型症状表

现为胸痛、上腹痛、上腹烧灼感及嗝气,同时可伴随诸如咳嗽、咽喉痛、哮喘、牙蚀症等食管外症状^[1]。临床上可分为非糜烂性反流病、糜烂性食管炎和 Barrett 食管三种亚型。本病全球发病率逐年上升,并且具有 57%~90% 的复发率^[2]。根据 2013 年美国 GERD 诊断与治疗指南^[3],目前 GERD 的治疗主要分为三大类:一是不良生活习惯的干预,如肥胖人群($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)进行减重、夜间 GERD 发作患者适当提高床头和避免睡前 2~3 小时进食、戒烟、戒酒及停止进食可引发胃食管反流类食物;二是药物治疗,如抑酸剂、促动力剂、食管下括约肌松弛剂等;三是手术治疗,如胃底折叠术等。上述方法的疗效评价均提示不良反应明显,症状缓解有限,近年来,大量

基金项目:北京市科委科研基金资助项目(Z141100002214012)

作者单位:100700 北京,中国中医科学院研究生院[尹晓岚(博士研究生)、陈婷(博士研究生)、田亚欣、段园志(硕士研究生)];北京中医药大学研究生院[马祥雪(博士研究生)];中国中医科学院西苑医院脾胃病科(王凤云)

作者简介:尹晓岚(1988-),女,2015 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: cristinayxl@163.com

通信作者:王凤云(1973-),女,博士,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

临床试验表明中药联合西药对 GERD 的治疗效果确切,因此,从中医理论探讨 GERD 发病机制对于中药的进一步有效治疗具有重要意义。

中医学认为,胃主受纳和腐熟水谷,同时具备喜润恶燥,以降为顺,以通为用的特性。胃气健旺,气机运行有节,受纳腐熟水谷功能正常,则水谷精微可由胃下行入小肠,反之,胃失和降,受纳腐熟功能障碍,饮食物不得下行则积滞中焦,甚则胃气上逆,上犯食管出现 GERD 的临床表现。本文将从胃主通降的角度阐释 GERD 症状产生的机制。

1 中医古籍对 GERD 的认识

中医古籍中没有 GERD 的病名,目前多根据 GERD 的主要症状给予相似的中医病名^[4],如该病的典型症状涉及的中医病名有吞酸、吐酸、反酸、食管瘕、反胃、呕吐、呕胆等;非典型症状涉及的中医病名有胃痞、胃痛、胃痹、胆胀、结胸、胸痹、胸痛、噎气等;食管外症状涉及的中医病名有梅核气、哮喘、咳嗽、咽痛等。中医学“吞酸”“吐酸”“反酸”常常并见,均形象指出了胃中酸水上犯,不咽下而吐出的病症,类似于西医“反酸”症状。最早见于《黄帝内经》,如《素问·至真要大论》中“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,《灵枢·四时气篇》中“邪在胆,逆在胃”等都是这方面的论述。

刘完素秉承《黄帝内经》要旨,认为“酸者,肝木之味也……如饮食热则易于酸也”,认为吐酸是由于肝胆火热犯胃,终致胃气上逆所致。然而,“补土学派”李杲却提出“呕吐酸水者,甚则酸水浸其心,其次则吐出酸水,令上下牙酸涩不能相对,以大辛热药疗之必减也。酸味者,收气也……”,《病机》作热攻之,误矣。盖杂病醋心,浊气不降,欲为中满,寒药岂能治之乎?二者一热一寒,看似相悖,但均体现了吐酸的不同成因,诚如《丹溪心法·吞酸》中指出的“《素问》言热,言其本也;东垣言寒,言其末也”。此外,在《局方发挥》中,朱丹溪也提出吐酸和吞酸是两个不同的病症,吐酸是“吐出酸水如醋”,是胃中津液郁积生热,热从木化作酸,随气机上行,故吐酸源于热证。吞酸是“伏于肺胃之间,咯不得上,咽不得下”,肌表外受风邪,内热郁积生酸上逆,若肌表腠理开发,外邪已去,或用热药,使津液得行,则吞酸可解,故吞酸源于寒证^[5]。《景岳全书·吞酸》中“腹满少,吐涎呕恶,吞酸噎气,谵语多思者,病在脾胃”,指出吞酸与脾胃相关。因此,中医学上的“吞

酸”“吐酸”“反酸”与 GERD 典型症状相对应,其病位在脾胃,与肝胆密切相关,且疾病特性上有寒热之别,属热者,多肝热犯胃,胃气上逆,因寒者,多脾胃虚弱,土虚木乘,胃气上逆。其中,胃气上逆是导致出现 GERD 典型症状的最终因素。

2 胃的生理病理特点

胃,又名胃脘,位于上腹部,上连食管,下接小肠,可分为上、中、下三部,上部称为上脘,包括贲门和胃底;中部称为中脘,即为胃体部分;下部称为下脘,包括胃窦和幽门部分。胃为水谷之海,主受纳和腐熟水谷,即接受容纳饮食水谷,经过初步消化,形成食糜下传小肠进行进一步的消化。要保证胃收纳腐熟功能正常运行,除了需要胃阴的滋润,还必须依赖胃阳和胃气的温煦和推动作用。

2.1 生理上以通为用,以降为顺

胃主通降主要是指胃具有将受纳的饮食水谷经过腐熟后通畅无阻地下降至小肠的生理特性,胃主降,以通为用,以降为顺,只有保持胃气的通降,才能使得饮食食物受纳有权,腐化有力,才能保证饮食食物的正常消化吸收以滋养四肢百骸。一方面,胃中应有充足的津液参与水谷的受纳腐熟过程;另一方面,胃气的运动特点主要是“降”,这也是保证饮食食物能够由胃下降至小肠的关键因素,但使得胃气下降的前提是保证消化道腔内通畅无阻,即要保持“通”的状态。二者之间缺一不可,胃中津液充足可保证胃通降下行的特性和受纳腐熟的功能正常发挥,而胃气通降下行可促进饮食水谷在胃中的受纳腐熟,保证饮食食物的正常消化吸收,维持胃中具备充足津液的正常状态。正如《素问·五脏别论》中的“水谷入口,则胃实而肠虚;食下,则肠实而胃虚”及《灵枢·平人绝谷》中提出的“胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满”都体现了胃生理上“通降”的特性,只有保持通畅下行,才能“气得上下,五脏安定,血脉和利,精神乃居”。

胃与脾以膜相连,二者同居中焦,生理上脾主升清、运化水谷;胃主受纳、腐熟水谷;气机运行方面,脾主升,胃主降,二者构成气机升降之枢纽。胃之受纳腐熟水谷的功能决定了胃主通降的生理特点,而胃主通降是脾主升清的基础,脾主升清是胃主通降的结果,二者相互协调为用,共同参与饮食食物的消化吸收。现代胃肠动力学研究认为,消化系统内消化和吸收的过程体现出消化系统分泌的节

律性及消化道管腔由上而下、系统一致的移行性复合运动的特点,其中这种有节律性的向下移行性运动,即胃通降功能的体现是食物消化、营养物质吸收的前提条件,而脾胃气机运动相互协调的关系则在整个消化系统中表现了高度的协同一致性^[6]。

2.2 病理上因滞成病,因积致逆

胃失和降,饮食物积聚中焦,胃气不降反逆,影响其上部毗邻器官食管,在病理上表现为因滞成病,因积成逆,究其缘由不外乎虚实。一方面,人体平素中焦困顿,脾失健运,正气不足,最终导致脾气当升不升,胃气当降不降,胃气失和,停滞不下,甚则气机上逆。另一方面,胃失通降,胃中食积停滞日久可内生五邪,一旦湿热酿生,胶着难解,缠绵难愈,反复发作,这就与 GERD 高复发率特点一致。

3 “胃主通降”理论与 GERD 症状产生的相关性

3.1 胃失和降与 GERD 症状

GERD 典型症状为烧心和反酸,主要病机为胃失通降,挟湿热浊气上逆至胸。平素脾胃虚弱,正气不足,气血阴阳的亏虚,常常导致胃脘失于濡润、温养,最终使得胃肠动力下降,而出现上脘隐痛,餐后胃脘烧灼、饱胀不适等症状。由于饮食劳倦、情志失调等病因导致脾胃失健,受纳失常,饮食物积聚中焦,酿生湿邪,乃致中焦阻隔,胃失和降。胃中积滞之湿邪或从寒化,或从热化,但多从热化而见胃中嘈杂不适,吞酸嗳腐,同时可伴随产生胃痛、上脘痛、餐前嘈杂不适等 GERD 不典型症状。湿热日久不解,甚则产生气滞血瘀,进一步加重中焦积滞,胃气不降反逆,浊气上犯,累及食管甚或咽喉、口腔可出现诸如胸闷、咳嗽、咽痛等 GERD 食管外症状。初期,湿邪伴随气逆上犯食管非似热毒、血瘀等有形实邪容易导致食管黏膜出现器质性改变,发为本病。此外,胃气不和常累及周遭脏腑气机,致使肝升肺降,脾升胃降等体内正常气机调解紊乱,如导致肺气不降可出现以咳嗽为主要症状的胃食管反流性咳嗽。余绍源认为 GERD“热多寒少”“气逆”是其基本病机,常以降气为先,清热为要,擅用乌贝散制酸治疗^[7]。步玉如认为肺居高原主一身之气,为诸气之总司,若肺气失于宣降则脾胃枢机不利,升降不能调顺,胃痞壅塞,气郁日久化火,故常以百合乌药脾胃同调^[8]。

肝主疏泄,调畅气机,参与调节脾升胃降气机的运行,进而促进脾胃的运化功能。此外,食物的消化吸收也需要通过胆汁的分泌和排泄,胆汁乃肝

之余气所化,亦被肝疏泄功能所调节。肝气疏泄失常,多横逆犯胃,致肝胃不和、胃失通降。性情急躁易怒者,往往存在情志失调,肝胆火旺,失于疏泄,横逆犯胃,肝胃不和,胃失和降,可见吞酸、吐酸等类似烧心、反流的 GERD 典型表现。有的医家认为肝气失和是胃失通降的前提,当从肝论治调节脾胃气机。如吴文尧认为 GERD 病机在肝,其在王绪高治肝三法的基础上进一步提出肝的基本病机包括肝气、肝风、肝火、肝虚四方面,从肝论治,以安五脏^[9]。曾升海认为食管下贯于胃,应属胃之范畴,胃降则和,不降则滞,在脾胃调节气机升降的过程中,气机拂郁往往以肝气郁滞为首要病因,临证自创疏肝和胃降逆汤治疗,使肝气得以疏泄,木气调达,自不横逆犯胃,胃气通降复常,则诸症消失^[10]。

因此,不论从脾肺论治还是从肝论治 GERD,其最终都是以影响胃气升降为首要目的。李秀娟等^[11]对国内相关文献就 GERD 中药复方用药规律进行数据挖掘,通过聚类分析发现降气药类使用频次最高,其次是补气健脾药。唐旭东继承董建华“通降论”学术思想,提出基于胃失和降对 GERD 治疗应以“通降法”为核心才可切中病机,即以行气降胃为根本,根据临证特点辅以他法,因情志不遂,日久化热者,加以疏肝清热;因阴虚肝旺者,加以养阴柔肝;因病久脾胃虚寒者,加以补土温中;终使脏腑相互协调,升降有序,达到通降目的^[12]。

3.2 现代医学对 GERD 症状产生机制的研究

临床上基于“胃主通降”理论对 GERD 症状产生机制的研究主要通过运用不同的通降胃气类中药复方证明胃失和降与 GERD 症状产生密切相关。LI 等^[13]将 120 名明确诊断为肝胃不和型 GERD 病人随机分为实验组和对照组,实验组病人给予通降颗粒 10 g 及莫沙必利仿制品 5 mg,对照组病人给予莫沙必利 5 mg 及通降颗粒仿制品 10 g,两组均一天用药 3 次,结果显示实验组病人症状积分显著高于对照组,且通降颗粒的使用未出现不良反应。史成和等^[14]临床研究发现运用益气健脾,和胃降逆方药治疗 GERD 患者,较奥美拉唑和吗丁啉可明显改善各单项症状的积分及 RDQ 整体积分。马淑颖等^[15]运用丁香降气汤治疗 GERD,发现中药组临床总有效率显著优于奥美拉唑组,但两组间胃镜复查总有效率无显著性差异。由此可见,运用通降胃气类中药复方可明显改善 GERD 的症状。

现代医学认为 GERD 的发病机制虽然复杂,但主要还是食管防御因素(抗反流屏障、酸清除能力

和黏膜屏障)与侵袭因素(胃和十二指肠内容物)之间失去平衡,最终导致异常反流事件的发生^[16]。此外,感觉异常也是 GERD 发病的重要因素,过去认为非糜烂性反流病患者存在异常反流事件,但胃黏膜却不发生糜烂,较糜烂性食管炎与感觉异常关系更为密切,因此在罗马Ⅲ中与功能性食管疾病存在部分症状重叠,但罗马Ⅳ在食管类疾病的分类中新增“反流高敏”这一病名,反流高敏是一类存在明显胃食管反流症状如烧心和胸痛,但不存在异常酸暴露和反流事件的食管疾病,此类疾病与内脏高敏感、脑肠互动异常密切相关,这样的分类也很好地将一部分反流高敏从非糜烂性反流病患者中区分出来^[17]。唐艳萍等^[18]观察辛开苦降法对反流性食管炎大鼠食管黏膜细胞间隙的影响,发现反流性食管炎大鼠给予半夏泻心汤 7 天后食管下段 pH 值较模型组降低,第 14 天中药组食管黏膜肉眼积分和上皮细胞间隙较西药组降低,认为辛开苦降法改善 GERD 可能通过修复食管损伤黏膜、增加下食管括约肌压力及抑制胃酸实现。孙永顺等^[19]发现 RE 大鼠灌胃给予丁香降气方可以通过增加胃体、胃窦平滑肌层间 ICC 数量,进而促进胃排空,改善胃动力。曹会杰等^[20]发现反流性食管炎大鼠灌胃给予旋覆代赭汤加减,中药组较奥美拉唑组可明显降低背根神经节中 TRPV1 受体的过度表达,认为疏肝和胃方可能通过抑制 TRPV1 高表达,减少痛觉的传导,降低食管高敏感性,进而改善食管黏膜炎症。因此,进一步探寻通降胃气类中药对 GERD 症状产生的调控机制,可为此类中药对 GERD 的靶向治疗提供一条新的途径。

4 小结

目前 GERD 的临床分类主要依赖内镜下食管黏膜的改变,这与中医学以症状命名疾病的特点相去甚远。对于 GERD 所致症状,虽然看似纷繁杂乱,但从病因病机上认识 GERD,其根本在于胃失和降、胃腑不通,终致胃气上逆。目前,无论是临床研究还是基础研究均证明通降胃气类中药对 GERD 症状的改善有所帮助,但具体作用机制需进一步研究。总而言之,从胃主通降的角度能够解释 GERD 产生的症状,在今后的中医药临床治疗中,可为以“通降法”为原则改善 GERD 临床症状提供理论支持,同时也可为中西医病证结合脾胃病学说提供一些认识。

参 考 文 献

- [1] 陈旻湖,侯晓华,肖英莲,等. 2014 年中国胃食管反流病专家共识意见[J]. 胃肠病学,2015,(3):155-68.
- [2] 史燕妹,赵公芳,黄华. 胃食管反流病的发病机制及其诊治的进展[J]. 世界华人消化杂志,2012,(36):3713-8.
- [3] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease [J]. American Journal of Gastroenterology, 2012, 108(3):308-28.
- [4] 赵迎盼,唐旭东,李振华,等. 胃食管反流病的中医药研究进展[J]. 环球中医药,2009,2(6):470-476.
- [5] 宫玮. 胃食管反流病之反酸的中医古籍文献研究[D]. 北京:北京中医药大学,2013.
- [6] 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(3)[J]. 中医杂志,2012,53(14):1171-1173.
- [7] 葛玉红,黄穗平,吕冰清,等. 中药辨证治疗反流性食管炎疗效的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2016,24(5):355-358.
- [8] 刘少云. 步玉如教授治疗脾胃病经验[J]. 中国中西医结合消化杂志,2001,9(4):232.
- [9] 王宗明,王敏,吴文尧. 吴文尧教授诊治胃食管反流病经验拾要[J]. 亚太传统医药,2016,12(6):104-105.
- [10] 庞鹏宇. 曾升海教授从肝论治胃食管反流病经验[J]. 陕西中医,2016,(3):344-345.
- [11] 李秀娟,聂永红,张素,等. 基于数据挖掘探讨胃食管反流病中药复方用药规律[J]. 中国中医药信息杂志,2011,18(8):21-23.
- [12] 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.
- [13] Li Bao-shuang, Li Zhen-hua, Tang Xu-dong, et al. A randomized, controlled, double-blinded and double-dummy trial of the effect of Tongjiang Granule on the nonerosive reflux disease of and Gan-Wei incoordination syndrome[J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2011, 17(5):339-345.
- [14] 史成和,王秀娟,王春勇. 健脾和胃法治疗胃食管反流病 56 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(6):257-260.
- [15] 马淑颖,朱生樑. 丁香降气汤治疗胃食管反流病 60 例临床观察[J]. 世界中医药,2008,(6):332-333.
- [16] 张澍田. 胃食管反流病的发病机制[J]. 北京中医药,2008,27(3):165-166.
- [17] Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Esophageal Disorders[J]. Gastroenterology, 2016, 150(6):1368-1379.
- [18] 唐艳萍,刘思邈,魏玮,等. 辛开苦降法对反流性食管炎模型大鼠食管黏膜细胞间隙的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2014,34(11):1335-1341.
- [19] 孙永顺,尚盈盈,朱生樑. 丁香降气方对反流性食管炎大鼠胃排空及 Cajal 间质细胞影响的实验研究[J]. 新中医,2012,(10):130-133.
- [20] 曹会杰,刘春芳,程艳梅,等. 疏肝和胃方对胃食管反流大鼠模型背根神经节中 TRPV1 表达的影响[J]. 中国中医急症,2016,25(4):623-626.

(收稿日期:2016-06-17)

(本文编辑:禹佳)