

## ◆文献研究◆

## 胃食管反流病中医辨治研究现状及展望

陈卓群<sup>1</sup>, 刘凤斌<sup>2</sup>

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[关键词] 胃食管反流病; 中医病因病机; 辨证治疗; 综述文献

[中图分类号] R571 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 05-0283-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.106

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃和十二指肠内容物反流入食管引起烧心、反流等症状,GERD也可引起咽喉、气管等食管邻近的组织损害,出现食管外症状<sup>[1]</sup>。烧心和反流是GERD的典型症状,2013年的指南指出借此可初步诊断为胃食管反流病,当然,还可能出现消化不良、胸骨后痛、吞咽困难、早饱、腹胀、嗝气、恶心等不典型症状,需要与心源性胸痛相鉴别;同时应行质子泵抑制剂(PPI)试验性治疗及内镜检查等检查手段<sup>[2]</sup>。中医学对GERD病名的认识,多采用依证归类的方法,认为与中医学中吐酸、吞酸、嘈杂、胸痹、胃痞、梅核气、噎膈、咳嗽、哮喘等病名相对应。1997年国家技术监督局发布的国家标准《中医临床诊疗术语·疾病病部》首次将本病称为“食管瘿”。笔者以“食管瘿”为主题词在中国知网上检索1997年1月1日—2015年1月1日发表的文献,共有14篇。可见此病名目前尚未在临床及研究中广泛应用。

## 1 病因病机

多数学者认为,GERD病位在食管,为胃所主,与肝、脾、肺密切相关。其发病多与饮食不节、情志失调、脾胃虚弱、外邪入侵有关。生理状态下,胃主受纳,脾主运化,胃腑通降,脾脏升清。若饮食不节,损伤脾胃;或情志失调,肝失疏泄,肝木克土,横逆犯胃,影响正常的脾升胃降气机;或久病伤脾、素体脾胃虚弱,气机升降失和;或寒热之邪客于脾胃中土,气机壅滞,和降失司。

对于该病病性之寒热,自古便有争论。高鼓峰在《医家心法·吞酸》中讲到“凡是吞酸,尽属肝木曲直作酸也。河间主热,东垣主寒;毕竟东垣言其因,河间言其化也”。现代医家经临床观察实践及文献分析,对于病性寒热虚实也有不同看

法。王红梅等<sup>[3]</sup>通过探讨脾虚实质与胃肠动力学减弱的关系,认为在胃食管反流病中,脾虚为本。在脾失运化基础上,中焦气机壅滞,继而痰凝,日久成瘀,导致浊气上逆、酸水泛滥、损伤食管而成病,病属本虚标实。刘菊等<sup>[4]</sup>通过临床病例观察,总结出胃食管反流病的发病基础在于脾胃虚弱,病机关键在于气机升降失调,胃气上逆。发病过程中可出现气滞、痰阻、瘀血等病理产物。贾月贞<sup>[5]</sup>认为,湿热是胃食管反流病的重要病理因素之一,外感湿热、恣纵口腹、忧思恼怒、脾胃虚弱均可使湿热郁于中焦,影响气机升降,也是导致此病反复发作、缠绵难愈的原因之一。王美春<sup>[6]</sup>论述了湿阻气机在胃食管反流病中的致病作用。由于现代人饮食起居不节,加之工作压力大,情绪不畅,易致湿邪困厄气机升降,失其温煦、运化、转输等功能,且表现为病性缠绵难愈。有学者<sup>[7]</sup>调查沧州地区胃食管反流病的证候学特点,发现该地区患者虚证居多,实证较少,因肝脾不升,胆胃不降而发病,证型与患者的体质、年龄等相关。儿童多以脾胃虚弱、肺胃失和兼挟食滞多见,青壮年多以胆胃郁热、肝寒犯胃、胃阴不足兼挟气滞多见,中老年人则多以中阳不足兼挟痰湿多见。

## 2 辨证分型

尽管2009年胃食管反流病中医诊疗共识意见中将胃食管反流病分为五个证型进行论治<sup>[8]</sup>,但由于各地区患者的年龄、体质及发病特点不同,且采用的研究方法不一,各位医家及学者对胃食管反流病的辨证分型意见不一。

孙永顺等<sup>[9]</sup>收集260例胃食管反流病患者进行辨证分型,发现单纯实证占总病例数56.9%,单纯虚证占12.7%,而虚实夹杂证占30.4%。且其中2种证候同时存在者占32.7%,3种证候同时存在者占64.2%;认为胃食管反流病病机初起为

[收稿日期] 2015-12-25

[基金项目] 国家中医药管理局项目(国中医药法监法标便函[2014]31)

[作者简介] 陈卓群(1990-),女,硕士研究生,研究方向:中医药治疗脾胃系疾病。

[通讯作者] 刘凤斌, E-mail: liufb163@163.com。

实证居多,随着病情的发展逐渐转变为虚实夹杂以及虚证表现。虚证以气虚为主,实证以气滞、痰阻、郁热、湿阻多见。李志等<sup>[10]</sup>在四川南部、中部及北部进行多中心研究,对236例经胃镜检查排除消化道溃疡、肿瘤及梗阻并经24h食管PH检测为异常酸反流阳性的患者辨证分型,筛选出肝胃郁热、肝胃不和、中虚气逆、胃热气逆、痰气郁阻5个证型,总结出该病涉及肝、脾、肺、胃多脏,病性以实、热证为主,治疗应注意疏肝、清热、和胃。朱莎莎<sup>[11]</sup>采用回顾性研究收集的193例胃食管反流病的患者资料,结果显示,肝胃郁热临床最多见,且中青年患者多发肝胃郁热证及肝胃不和证,老年患者多发脾胃虚寒证。喻争兵<sup>[12]</sup>对100例胃食管反流病患者进行证候分析及问卷调查,分为肝胃不和证、肝胃郁热证、气郁痰阻证、气郁痰热证、气滞血瘀证、脾虚湿阻证、脾胃虚寒证、寒热错杂证、胃阴亏虚证,其中气郁痰热证和寒热错杂证最多,脾胃虚寒证和胃阴亏虚证最少。

亦有学者通过文献研究提炼证型。赵慧等<sup>[13]</sup>在中国期刊网上查找2000-2009年公开发表的关于胃食管反流辨证论治的文献,排除同证异名证型及重复证型,得到证型14个,即肝胃郁热、肝胃不和、痰气郁阻、脾胃虚弱、胃热气逆、脾胃湿热、胃阴不足、胆热犯胃、肝郁脾虚、中虚气滞、瘀血内阻、寒热错杂、痰热内蕴及气血两虚。其中肝胃郁热、肝胃不和、脾胃虚弱及痰气郁阻四大证型各占病例总数的32.9%、26.7%、13.5%、7.4%,认为这四大证型在临床上较为常见。值得一提的是,数理统计方法可在临床观察和文献检索的基础上进行,使结果更有信服力。如朱生樑等<sup>[14]</sup>对300例GERD患者的临床资料进行聚类分析,归纳为5个证候群:①肝胃郁热;②气郁痰阻;③肝胃不和;④脾胃气虚;⑤胆(肝)热犯胃。陈欣然<sup>[15]</sup>通过在中国期刊全文数据库、维普中文科技期刊全文数据库、万方数据库、北京中医药大学图书馆全面检索1998-2012年的与反流性食管炎、食管反流、食管返流相关的文献资料,结合中医证素学理论,利用频数分析、关联分析以及聚类分析的方法,提取了证候要素14个(内热、气逆、气虚、痰、气郁、气滞、内湿、内寒、内燥、血疾、阴虚、阳虚、食积、水)、证候靶点5个(脾、胃、肝、经络、胆),归纳了7个主要证型:肝胃不和证、肝胃郁热证、脾胃湿热证、气郁痰阻证、脾虚气滞证、痰热互结证、气滞血瘀证。

### 3 治疗

西医治疗以PPI为首选,但面临着服药时间长、患者依从性差,停药后复发,药物不良反应等问题,且有研究证实GERD为多因素作用结果,中医中药具有西药所不具备的多靶点调节的作用,越来越多中医家在实践中与研究中发现中医中药治疗GERD有良好疗效。

**3.1 中医辨证治疗与中西医结合治疗** 徐伟茹等<sup>[16]</sup>从藏象学基础、经络学基础及中医生理病理关系论述了肝-脾-肺三

脏失调是致病关键,提出治疗上应结合患者体质特点,从肝入手,以“肝-脾-肺”三脏同治为基本治法,通畅郁闭为最终目的,并按不同病程特点辨证论治<sup>[17]</sup>。承伯钢<sup>[18]</sup>按病程发展将GERD分为“滞”“虚”两端,认为疾病初发时以肝失疏泄、气机郁滞为关键,挟湿、痰、食,郁久化热,则为酸。治疗以疏肝和胃、通降芳化法,代表方药为旋覆梗、代赭石与左金丸合用。病久则见中气不足,脾不升清,浊气上逆,治疗以益气健脾,和胃降逆法,方以四君子汤加减。唐旭东教授<sup>[19]</sup>治疗GERD以“通降论”立论,以香苏饮为基本方,且单纯追求抑酸。在临床上为避免PPI的长期、大剂量应用,往往嘱患者夜间配合H<sub>2</sub>受体应用,减少夜间酸突破。刘胜贤<sup>[20]</sup>比较单纯用莫沙比利治疗GERD及半夏泻心汤联合莫沙比利治疗GERD,连续服药3月后有效率及症状积分变化,发现半夏泻心汤联合莫沙比利效果显著。

**3.2 配合中医传统疗法** 中医针灸、火罐等传统疗法配合治疗GERD显示出一定疗效。叶萍等<sup>[21]</sup>将予以枳实陷胸汤联合针刺的治疗组对比给予奥美拉唑及多潘立酮的对照组,评价治疗前后的症状积分及复发率,发现2组反酸烧心、胸骨后疼痛等症状积分在治疗后,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。肖钙等<sup>[22]</sup>予以实验组半夏泻心汤加减配合拔罐治疗胃食管反流性咳嗽,对比西药奥美拉唑、多潘立酮治疗,发现实验组总有效率为92.50%,后者总有效率为62.50%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。谢胜等<sup>[23]</sup>观察背俞针疗法对GERD患者任督二脉穴位皮温与胃电节律的影响,对比枸橼酸莫沙必利分散片与兰索拉唑肠溶片,发现治疗后2组主频率、节律紊乱系数组间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),治疗组治疗第7天、第14天任督二脉穴位皮温均较前上升,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),而对照组则较治疗前下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**3.3 注重饮食调护与情志疏导** GERD是一种慢性疾病,由于其病程较长、需要长期服药、停止治疗后易复发、患者耐受性及依从性较差,一直是治疗的难点。因此预防保健在治疗该病中具有重大意义。有研究表明,在反流性食管炎的发病中大量吸烟、大量饮酒、脑病、消化性溃疡、腹部手术是发病的高危因素,肥胖为中危因素,少量吸烟、过饱饮食、甜食、咖啡为低危因素。减少危险因素的发生,可以减少疾病的发生及复发<sup>[24]</sup>。此外,GERD的发病被认为与心理状况有关。有学者进行焦虑和抑郁与胃食管反流病症状发生的相关研究<sup>[25]</sup>,发现受试者中有40%的患者存在焦虑、抑郁,且在NERD患者组中心理量表的各参数均高于其他亚组,提出胃食管反流症状与内脏高敏感性、心理应激有关。程亚平<sup>[26]</sup>发现,GERD患者中存在营养不良,而心理调护能改善营养不良状况。刘凤斌教授<sup>[27]</sup>辨证治疗GERD多主张益气健脾、和胃降逆的大法,佐以疏肝、利湿、宣肺等药对之外,尚注重饮食起居调和心理调护,收得良效。

#### 4 讨论

目前西医认识到 GERD 的发病机制可能与基线食管的阻抗水平、细胞结构变化、炎性介质相关,其发病有多种因素参与,而现有西医治疗主要为抑酸、增强下食管括约肌功能、促进食管及胃排空、保护黏膜等思路<sup>[28]</sup>,经常面临着食管外表现多端、服药疗程长、症状反复等缺陷。

近年来,随着中医药辨证治疗 GERD 经验的积累,中医药具有的整体调节、疗效确切、复发率低、副作用少等优势逐渐显现,受到越来越多医家的重视。对 GERD 病因病机的认识也逐步深化并趋于一致,多数认为发病与饮食、情志、脾虚相关,胃失和降、胃气上逆为其病机特点。但中医药对 GERD 辨证论治研究中仍存在以下问题:①中医证型不统一,分型标准缺乏规范化和标准化。尽管近年来中华中医药学会、中西医结合学会分别制定了《胃食管反流病中医诊疗共识意见(2009,深圳)》<sup>[29]</sup>和《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)》<sup>[30]</sup>,综合了全国专家的意见,对 GERD 辨证分型提供了参照标准,但目前仍缺乏严格设计的横断面研究及多中心、大样本的临床数据收集和处理分析结果,为中医证型的分型判定提供证据支持。②现有研究大多仅限于小样本、低水平的疗效观察,且报道的重复性较多,严格设计的中医药临床试验报道较少,尚缺乏多中心、大样本、严格随机、高质量的临床研究为证实中医药治疗 GERD 疗效提供循证医学证据。③目前临床研究及病例报道运用中医药治疗 GERD 的疗程长短不一,疗效评定标准亦不统一,症状及体征的观察、内镜分级、反流性疾病问卷(RDQ)评分等结局指标均有采用,相互缺乏可比性。④在预防和治疗疾病中“治未病”的意识淡薄,往往只注重药物的疗效而忽略日常生活的调理、心理调节和情志疏导、养生保健的作用。

因此,中医辨证治疗 GERD 的标准化亟需科学严谨的实验设计和多中心、大样本的临床研究为其提供循证医学证据。而针对目前疗效评价指标中患者接受度差、易受医者主观判断影响等缺点,引入具有中医特色的脾胃系疾病 PRO 量表评价临床疗效,更符合慢性病评价特点,并能真实反映患者感受,体现中医药治疗的优势。此外,在“治未病”思想指导下探索 GERD 的防治模式,具有时代感和现实意义。“治未病”概念虽萌芽于先秦之初,在《黄帝内经》中就有“上工治未病,不治已病”的一系列论述,时至今日与医学从“治疗疾病”到“预防疾病”的战略重点前移不谋而合。现代学者继承并发扬先贤学说,提出“治未病”包括四阶段:未病养生,防病于先;欲病救萌,防微杜渐;已病早治,防其传变;瘥后调复,防其复发。具有“预防为主,防重于治”的特点。在 GERD 未病和欲病之时,可通过健康宣教,指导大众建立健康生活方式,按时作息、三餐规律、清淡饮食,适量锻炼,以减少疾病发生;结合现代疾病诊疗技术,及早发现疾病并及早治疗。发病后通过教育 GERD 患者减肥、减少高热量饮食,忌食咖啡、

巧克力等降低食道下括约肌张力食物及烟、酒,避免进食生冷、刺激食物,睡前不进食,抬高床头,以避免疾病的加重和复发,并采用倾听、安抚、鼓励等方法,建立和谐的医患关系,减少患者对疾病的顾虑,提高患者生活质量。

#### [参考文献]

- [1] 葛均波,徐永健.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2013:35.
- [2] 李真,李延青.2013国际胃食管反流病诊断和管理指南解读[J].中国医学前沿杂志(电子版),2013,5(5):57-63.
- [3] 王红梅,张立平,陈丽如,等.基于胃食管反流病的胃肠动力与脾虚实质探究[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(3):196-198.
- [4] 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.
- [5] 贾月贞.胃食管反流病从湿热论治的理论和实践研究[D].南京:南京中医药大学,2012.
- [6] 王美春.胃食管反流病湿阻气滞病机分析及临床疗效观察[D].北京:北京中医药大学,2010.
- [7] 陈宝财,张丽丽,高潘祥,等.沧州地区胃食管反流病中医证候学特点[J].天津中医药,2014,31(12):735-736.
- [8] 张声生,李乾构,朱生,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.
- [9] 孙永顺,朱生梁,马淑颖,等.260例胃食管反流病中医证候特点剖析[J].江苏中医药,2004,25(12):11-12.
- [10] 李志,段国勋,陈拥军,等.反流阳性胃食管反流病的中医证候研究[J].中国中医基础医学杂志,2010,16(3):223-225.
- [11] 朱莎莎.胃食管反流病的中医证型分布规律及其相关因素的研究[D].南京:南京中医药大学,2012.
- [12] 喻争兵.胃食管反流病精神心理状态及中医证候规律研究[D].北京:北京中医药大学,2011.
- [13] 赵慧,叶柏.胃食管反流病的中医证型研究概况[J].贵阳中医学院学报,2011,33(1):75-78.
- [14] 朱生樑,孙永顺,马淑颖,等.胃食管反流病中医证候的多元分析[J].上海中医药杂志,2006,40(10):28-29.
- [15] 陈欣然.基于数据挖掘技术的近15年反流性食管炎中医临床期刊文献研究[D].北京:北京中医药大学,2014.
- [16] 徐伟茹,白光.胃食管反流病从肝-脾-肺三脏论治,以通为用[J].四川中医,2015,33(1):39-41.
- [17] 刘彬彬,叶蔚,王小奇.俞尚德巧用药对治疗消化系统

- 疾病经验[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(1): 19-20.
- [18] 邓聪, 任敏之, 承伯钢. 承伯钢辨治胃食管反流病的经验[J]. 四川中医, 2006, 24(6): 6-7.
- [19] 陈婷, 王凤云, 卞立群, 等. 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[J]. 环球中医药, 2015, 8(4): 469-471.
- [20] 刘胜贤. 半夏泻心汤联合莫沙比利治疗胃食管反流病 49 例[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2411-2412.
- [21] 叶萍, 魏明. 电针联合枳实陷胸方治疗胃食管反流病 30 例[J]. 河南中医, 2015, 35(5): 1073-1075.
- [22] 肖锴, 罗珍华. 半夏泻心汤加减配合拔罐法治疗胃食管反流性咳嗽 40 例临床疗效观察[J]. 中国民族民间医药, 2014(22): 64.
- [23] 谢胜, 张越, 周晓玲, 等. 背俞指针疗法对胃食管反流病患者任督二脉穴位皮温与胃电节律的影响及其相关性探讨[J]. 环球中医药, 2014, 7(3): 197-200.
- [24] 王进海, 罗金燕, 龚均, 等. 反流性食管炎的流行病学及临床研究[J]. 中华消化内镜杂志, 2000, 17(6): 25-28.
- [25] 徐志洁, 段丽萍, 王琨, 等. 焦虑和抑郁与胃食管反流病症状发生的相关研究[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(45): 47-52.
- [26] 程亚平. 胃食管反流病患者营养状况调查及护理体会[J]. 临床消化病杂志, 2014, 26(5): 305-306.
- [27] 李京伟, 刘凤斌. 刘凤斌中医药治疗胃食管反流病的临床经验[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(9): 1695-1696.
- [28] 陈晨, 许军英. 胃食管反流病的研究进展[J]. 临床消化病志, 2014, 26(6): 321-323.
- [29] 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(2009, 深圳)[J]. 中医杂志, 2010, 51(9): 844-847.
- [30] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2010)[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1550-1553.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 针灸治疗进食障碍机制研究

左川弋<sup>1</sup>, 诸毅晖<sup>2</sup>, 雷茹雪<sup>1</sup>, 周薇<sup>1</sup>, 余曙光<sup>2</sup>

1. 成都中医药大学, 四川 成都 610075; 2. 成都中医药大学针灸推拿学院, 四川 成都 610075

[关键词] 进食障碍; 针灸; 情志; 脾胃

[中图分类号] R442.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 05-0286-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.107

进食障碍(Eating Disorder, ED)是一种以进食行为异常为显著特征的慢性心身疾病, 主要包括神经性厌食(Anorexia Nervosa, AN)和神经性贪食(Bulimia Nervosa, BN)。AN以故意限制饮食, 使体重降至明显低于正常标准为特征。BN以反复发作性暴食及强烈的控制体重的优势观念为特征, 被认为是AN的延续<sup>[1]</sup>。ED患者以年轻女性多见, 首发年龄平均为15~19岁不等。国内尚无大样本的流行病学研究数据。国外研究显示, ED的年发病率为5/10万~10/10万<sup>[2]</sup>。ED亚临床状态青年女性比例高达10%<sup>[3]</sup>。目前针灸治疗ED的临床报道尚不多见, 针灸具有调畅情志、调理脾胃、调节各脏腑组织功能的作用, 有望成为治疗ED的新途径。

### 1 情志因素是进食障碍的重要诱因

现代医学已有多项证据证明进食障碍与心理行为观念密切相关, ED患者在发病前后均存在一定的情绪问题。据报道, 有40%~96%的ED患者会经历抑郁和焦虑障碍<sup>[4]</sup>。怕胖心理及体象障碍是ED患者的一大特点, 完美主义是ED患者的核心特征, 即对自身体型和体重不切实际的控制<sup>[5]</sup>。Ohtahara等<sup>[6]</sup>研究发现在255名女中学生中, 80%高估其实际体重, 100%将理想体重认定过低。马斯洛需求层次理论指出, “吃”是人类最基本的需求, 不单指在生理“咀嚼吞咽”的满足, 更是一种心理上的满足。因此, 节食不仅会造成个体生理上的营养缺失, 更是对其心理需求的严重剥夺。刘洋<sup>[7]</sup>进而指

[收稿日期] 2015-11-28

[作者简介] 左川弋 (1992-), 女, 七年制硕士研究生, 研究方向: 针灸调整神经-内分泌-免疫机制研究。

[通讯作者] 余曙光, E-mail: ysg28588@126.com。