

◆文献研究◆

肝胃相关理论在功能性胃肠病中的应用

张引强, 唐旭东, 郭朋, 王凤云, 卞立群

中国中医科学院西苑医院, 北京 100091

[关键词] 功能性胃肠病; 肝胃相关理论; 胃食管反流病; 功能性消化不良

[中图分类号] R256.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 08-0279-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.125

功能性胃肠病 (functional gastrointestinal disorders, FGIDs) 是一组以胃肠功能障碍为主、缺乏严重解剖结构或代谢异常的全身性疾病的总称。以胃食管反流病 (GERD)、功能性消化不良 (FD)、肠易激综合征 (IBS) 最为常见。在胃肠门诊中, 约 42%~61% 功能性胃肠病患者存在心理障碍, 常表现为焦虑障碍 (惊恐和广泛性焦虑)、抑郁障碍 (情绪低落和心境恶劣) 和躯体形式障碍 (疑病障碍等), 严重影响患者的生活质量^[1-3]。中医学认为情绪紧张、焦虑等为肝气郁结的表现, 而胃肠道的症状多与脾胃运化受纳功能不足相关, FGIDs 的发病常与肝胃相关致病有关。

1 中医学关于肝胃相关理论的论述

1.1 肝与胃的生理特性 中医学认为, 肝的主要生理功能主疏泄和主藏血, 其生理特性主升主动, 喜条达而恶抑郁, 故称之为“刚脏”。肝主疏泄, 肝气有疏通畅达全身气机、促进精血津液的运行输布、脾胃之气的升降、胆汁的分泌排泄以及情志的舒畅等作用。在消化系统疾病中, 脾胃的功能 (运化与受纳)、脾胃升降与肝的疏泄关系尤为密切。胃位于腹腔上部, 上连食道, 下通小肠, 是机体对食物进行消化吸收的重要脏器, 主受纳腐熟水谷。胃与脾同居中焦, 足阳明胃经与足太阴脾经相互属络, 构成表里关系。胃的生理特性主通降、喜润恶燥。胃五行属土, 为阳明燥土, 属阳。

1.2 肝胃相关理论及其病理表现 肝主疏泄与脾胃的运化及胆汁的分泌排泄有着密切的关系, 肝病常影响脾胃及胆的功能, 出现肝木乘土 (脾胃) 及胆汁郁滞不畅的病变。在 FGIDs 方面, 主要表现在肝脏对脾土或胃土的影响。若肝病影响脾土为主的, 致脾失健运, 谷食不化, 可出现胸胁胀满、腹痛腹胀等症, 此为“肝脾不调 (和)”, 各型 FGIDs 均较为常见。肝失疏

泄, 脾气不升, “清气在下, 则生飧泄”, 可出现肠鸣、腹泻等, 常见于腹泻型肠易激综合征。若肝病影响胃土, 胃失受纳和降, 可出现胸胁脘腹胀满或疼痛、纳呆等症, 此为“肝气犯胃”或“肝胃不和”, 各型 FGIDs 均常见, 以功能性消化不良为多。肝失疏泄, 胃气不降, “浊气在上, 则生膈胀”, 可出现暖气、恶心、呕吐、泛酸等症, 此为肝郁化火, 横逆犯胃, 胃失和降, 易成肝胃郁热之证, 此为胃食管反流病多见。

此外, 肝为刚脏, 肝阳常有余, 而肝阴易虚, 则肝失其柔和之性, 失于疏泄。胃为阳明燥土, 胃喜润恶燥, 胃受纳腐熟, 依赖胃气的推动和蒸化, 更需胃中津液 (胃阴) 的濡润。胃阴充足, 则其受纳腐熟与通降下行的特性得以维持, 正如清·吴达《医学求是·治霍乱赘言》所说: “胃润则降。”胃喜润恶燥, 故其病易成燥热之患, 胃阴每多受损。故治疗胃病时, 要时时注意固护胃中津液。综上, 肝胃相关病机下, 常易出现肝气犯胃 (肝胃不和), 肝胃郁热与肝胃阴虚等证。

1.3 肝胃同病的治疗 肝木、胃土生理功能相互依赖, 病理方面相互影响, 故治疗之时当二者兼顾, 《内经》中早有“厥阴不治, 取之阳明”之明训, 仲景亦提出肝病传脾之“实脾”学说, 在治则上应疏肝、柔肝或清肝与补胃气、清胃火与滋胃阴相结合。人有胃气则生、无胃气则死, 胃气旺则药尽其用, 诸邪自却。补益胃土之时, 尤应注意调肝。若肝疏泄得当, 肝木疏土, 可助运化, 气机调畅, 脾升胃降得宜。叶天士在《临证指南医案》提出: “醒胃必先制肝” “培土必先制木” 及 “通补阳明, 开泄厥阴” “制肝木, 益胃土” 等肝胃同治观点, 并指导应用于临床, 效果显著。

在 FGIDs 方面, 肝气犯胃, 治宜疏肝和胃之法, 常可用柴胡疏肝散或逍遥散之辈; 肝胃郁热, 则清肝和胃通腑, 可用

[收稿日期] 2016-03-20

[基金项目] “十二五” 国家科技支撑计划 (2013BAI02B05); 国家自然科学基金面上项目 (81373580, 81173209); 中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金 (ZZ070801); 北京中医药科技发展资金项目 (JJ2014-52)

[作者简介] 张引强 (1981-), 男, 医学博士, 副主任医师, 主要从事中医药防治消化系统疾病的临床及基础研究。

[通讯作者] 唐旭东, E-mail: txdl@sina.com

丹栀逍遥散或化肝煎之辈；肝胃阴虚，当滋补肝胃之阴，可予一贯煎合沙参麦冬汤或麦门冬汤类滋阴以柔肝和胃。

2 肝胃相关理论在功能性胃肠病中的应用

中医学认为，FGIDs病位在脾胃或胃肠，涉及肝脾，主要病机是脾失健运，胃失和降，中焦气机不利，胃土壅滞，气机升降失调，反克其所不胜，则易影响肝木的疏泄功能。肝木疏泄功能失调，克犯脾土，则导致脾胃功能的失常；脾胃虚弱，肝木乘虚克伐，使虚者更虚，如《临证指南医案》所述“肝木肆横，胃土必伤；胃土久伤，肝木愈横”；肝与脾胃在病理上相互影响，肝病可以传脾犯胃，脾胃病亦可累及肝，故《金匱要略》曰：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”

2.1 胃食管反流病 (GERD) 胃食管反流病是临床常见病、多发病，以胃、十二指肠内容物反流入食管引起不适症状为特征。中医学无此病名，据其主要症状烧心、反酸、呃逆、胸骨后疼痛、吞咽困难、咽部异物感等，可以将本病归属于中医学“吐酸”“呃逆”“嘈杂”“呕吐”“噎膈”等范畴。当前，结合辨病与辨证，临床医家多认为本病病位在食管及胃脘，与肝胃脾关系密切，发病多由情志失和、饮食失调导致肝胃不和或脾气亏虚，胃气上逆，从而出现反酸、烧心、嗝气、恶心、腹满等症状。蔡淦^[4]认为，本病为本虚标实之证，主要因脾虚肝失疏泄、肝火挟浊邪上泛引起，以健脾和胃、疏肝清热为基本治法。田德祿^[5]认为，本病病在食管，属胃所主，与肝、胆、脾密切相关，肝胃不和，郁而化热，肝移热于胆，胆气不降，胆热挟持胃气上逆是本病的主要病机。

辨证分型，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》中指出本病的辨证可分为肝胃郁热、胆热犯胃、中虚气逆、气郁痰阻、瘀血阻络等五型治疗^[6]。临床辨证中常以肝胃不和、肝胃郁热、胃热气逆、肝郁脾虚、中虚气滞、脾胃虚寒、气滞血瘀为主要证型。章光鑫^[7]检索期刊，总结2002年至2013年11年间的GERD中医辨证论治文献，得出14篇有辨证分型具体病例数记载文献，总病例数共计1832例，总结分析得出，证型分布以肝胃郁热型(39.35%)、肝胃不和型(21.89%)及脾胃虚弱型(8.79%)为多，临床用药中常以柴胡疏肝散、四七汤、化肝煎、旋覆代赭汤等为基础加味，突出疏肝理气、和胃降逆为其主要治则。在辨证论治的同时，常酌加旋覆花、代赭石、沉香、瓦楞子、乌贼骨等降逆制酸之品。

2.2 功能性消化不良 (FD) 功能性消化不良是指具有上腹痛、上腹胀、早饱、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等不适症状，经检查排除引起这些症状的器质疾病的一组临床综合征，症状可持续或反复发作，FD是临床上最常见的一种功能性胃肠病。本病临床常归于胃脘痛、嗝气、反胃、腹胀等范畴，病因常由气候寒冷、饮食失调、饥饱劳碌或贪食生冷、辛辣或嗜酒无度，或由情志不调所诱发，而恼怒、忧郁等情场失调引发者最为常见。临床医家多认为本病在脾胃，与肝胃脾关系密

切。中华中医药学会脾胃病分会《消化不良中医诊疗共识意见》认为本病的病位在胃，涉及肝、脾两脏，情志不畅和饮食积滞存在于消化不良的整个病理过程，脾虚气滞是中心病机环节。将本病主要证型分为：脾虚气滞、肝胃不和、脾胃湿热、脾胃虚寒和寒热错杂5种^[8-9]。

刘松林等^[10]从62篇FD相关文献中总结患者5157例，统计出各种证型中按其百分比先后排名，证型依次为肝胃不和、脾胃虚弱、肝胃郁热、肝郁脾虚、胃阴不足、脾胃湿热、寒热错杂、瘀血阻络等八型，认为FD主要证型为排在前二位的肝胃不和及脾胃虚弱型。中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会《功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见》(2010版)根据文献总结，将本病的证型归纳为：肝气郁结、肝气犯胃、脾胃气虚、湿热滞胃和寒热错杂5个基本证型^[11]。

临证中肝胃不和证在本病凸现出重要位置，在于肝胃在消化过程中的协同作用，唐容川《血证论·脏腑病机论》言：“木之性，主于疏泄，食气入胃，全赖肝木之气以疏泄，而水谷乃化。”此外，异常情绪活动可致肝失条达之性，肝失疏泄，肝气郁结，进而横逆侮脾；又或忧愁思虑致使脾气郁结，“思虑伤脾”均致脾失健运，加重气机失调与脏腑损伤，形成恶性循环导致FD病情进一步恶化，疏肝解郁，调畅情志与和胃健脾对于FD的治疗尤为重要。赵鲁卿等^[12]采用多中心随机双盲安慰剂对照的方法研究分健脾疏肝法治疗功能性消化不良的疗效，结果表明，中药疏肝健脾法治疗功能性消化不良确有疗效，且安全性较好，对于消化道总体症状积分及单项症状积分改善均有改善，佐证了疏肝和胃治疗的价值。各型消化不良中，均可加入疏肝和胃之品，如佛手、香橼、白梅花等疏肝和胃之品，同时应该注意酌加芦根、北沙参等固护胃液之品，防止肝胃阴伤的发生。

2.3 肠易激综合征 (IBS) 肠易激综合征是一种常见的、多发的功能性肠病，以腹痛或腹部不适为主要症状，排便后可改善，常伴有排便习惯改变，缺乏可解释症状的形态学和生化学异常，临床分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型及未定型，而以腹泻型(IBS-D)尤为多见^[13]。属中医学“泄泻”“腹痛”“便秘”等范畴，发病多与情志相关，其病位在肠，与肝关系密切，与脾胃的升降失常有重要联系。一般多因忧思恼怒、焦虑紧张引起肝气郁结，肝失疏泄，横逆克脾，脾胃升降失常，大肠传导失司，故致腹泻或便秘、腹痛发生。

IBS-D古籍并无病名，临床以痛、泻等症状相兼出现为主要特征，契合了古代医家对“泄泻”“腹痛”等病证的论述，其中“大肠泄”“痛泄”“肠郁”等疾病的记载更贴合了现代医学对IBS-D的认识。清代医家吴达在《医学求是》则对IBS-D典型的“腹痛”病机加以阐释，原文中指出：“木郁不达，风郁不达，风木冲击而贼脾土，则痛于脐下”。陈婷等^[14]分析本病病机认识源流，认为古代医家对IBS-D“痛”“泻”等相关病证的表述主要从以下5个方面立论：肝气郁

结、脾胃虚弱、脾肾阳虚、气机逆乱和痰浊瘀血五个方面,其中肝气郁结和气机逆乱明确与肝(脾)胃两脏密切相关。目前,多数学者认为IBS的主要病因为与饮食不节、外感时邪、情志不畅、禀赋不足等因素相关。病机上认为IBS的发病机制与肝脾相关,因肝脾两脏同属中焦,脾属土,主运化、主升清;肝属木,主疏泄、畅气机,宜条达舒畅。肝郁脾虚的病理机制可解释一半以上的临床证候。《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[15]综合专家共识认为,本病病位在肠,涉及肝、脾、肾三脏,脾胃虚弱和肝气疏泄障碍存在于肠易激综合征发病的整个过程,肝郁脾虚是导致肠易激综合征发生的重要因素。

IBS-D尚无统一的分类标准。由国家中医药管理局脾胃病重点专科协作组制定的《腹泻型肠易激综合征中医临床实践指南》将IBS-D分为肝郁脾虚证、脾虚湿盛证、脾肾阳虚证;而2010年由中华中医药学会制定的《肠易激综合征中医诊疗共识意见》^[15]则依据循证医学的原理,在以上3种中医辨证的基础上,将脾胃湿热证列入IBS-D范畴;2010年由中西结合学会制定的《肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见》^[16]则把IBS-D分为肝气乘脾证、脾胃虚弱证。

临床辨证分型中,常见肝郁脾虚,脾胃虚弱,肝脾不和,肝郁气滞,肠腑燥热,脾肾阳虚,脾胃虚热,寒热错杂,脾胃阴虚,而其中肝脾不和(包括肝郁脾虚)最为常见。临床常用柴胡疏肝散、痛泻要方、六磨汤、参苓白术散、麻子仁丸、增液汤等方加味治疗。汪正芳等^[17]通过随机对照临床研究,发现肝理脾法治疗腹泻型肠易激综合征有着较好的临床疗效,优于西药匹维溴铵,可改善总症状积分和降低IBS症状积分。临证腹痛明显者,可加醋元胡、炒白芍,柔肝止痛;纳食减少者,可加鸡内金、神曲和胃消食;腹胀明显者加槟榔、枳实、大腹皮行气通腑;忧郁寡欢者加合欢花、玫瑰花疏肝解郁。

3 小结

肝胃相关理论体现了中医学的整体观与恒动观,突出了脏腑的相关性,其核心在于肝主疏泄与胃主降浊两大功能。从五行相克理论而言是木克土的关系,其中脾胃气机升降失常是关键。气机升降运动与各脏腑皆有关联,但脾胃为脏腑气机升降的枢纽,即所谓“斡旋于中焦”,而气机调畅与否主要取决于肝脏的疏泄得度与否。而功能性胃肠病的典型症状,如反酸、烧心、腹胀、腹痛、嗝气、食欲不振、腹泻、便秘等,无不与脾胃气机升降失常有关,临床中总以疏肝、清肝、滋肝阴与和胃、清胃、补胃阴为主要治疗原则,气郁宜疏,实火宜清,阴虚宜补,总要顾护气机升降,其中尤以脾胃的通降功能为主。同时,功能性胃肠病多与情志失调相关,疏肝解郁亦是重要一环,药物治疗外还应重视心理疏导,提升患者依从性以提高疗效。

[参考文献]

[1] Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a

public health problem [J]. Neurogastroenterol Motil, 2008, 20(Supplement s1): 121-129.

- [2] Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders [J]. Gastroenterology, 2006, 130(5): 1447-1458.
- [3] Cho, HS, Park, et al. Anxiety, Depression and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome [J]. Gut Liver, 2011, 5(1): 29-36.
- [4] 刘群. 蔡淦治疗胃食管反流性疾病经验[J]. 上海中医药杂志, 2005, 39(8): 27-28.
- [5] 李晓林. 田德禄教授治疗胃食管反流病经验[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2011, 18(6): 30-31.
- [6] 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.
- [7] 章光鑫, 周晓虹. 胃食管反流病中医常见证型研究[J]. 河南中医, 2015, 35(2): 442-444.
- [8] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化不良中医诊疗共识意见(2009)[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(5): 533-537.
- [9] 李乾构, 周学文, 单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 19-32.
- [10] 刘松林, 梅国强, 赵映前, 等. 功能性消化不良的中医临床辨证规律研究[J]. 中国医药学报, 2004, 19(8): 499-501.
- [11] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性消化不良的中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(11): 1545-1549.
- [12] 赵鲁卿, 张声生, 沈洪, 等. 健脾疏肝法治疗功能性消化不良脾虚气滞证: 基于患者评价的随机、对照试验[J]. 世界中医药, 2015, 10(5): 690-694.
- [13] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 427-428.
- [14] 陈婷, 唐旭东, 王凤云, 等. 腹泻型肠易激综合征中医辨证的源流及发展趋势[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(8): 2671-2674.
- [15] 中华中医药学会脾胃病分会. 肠易激综合征中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1062-1065.
- [16] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肠易激综合征中西医结合诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(5): 587-590.
- [17] 汪正芳, 张声生. 调肝理脾法治疗腹泻型肠易激综合征症状疗效观察[J]. 世界中医药, 2015, 10(5): 699-702.

(责任编辑: 刘淑婷)