

许鑫梅教授从毒滞虚论治胆汁反流性胃炎经验介绍

谢娟娟¹, 邝卫红², 李元君¹, 纪意纯¹, 兰小和¹ 指导: 许鑫梅²

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

[摘要] 许鑫梅教授认为湿热蕴毒、肝郁气滞、脾虚不运是胆汁反流性胃炎的主要病机, 中医诊治上以清热祛湿、疏肝解郁、健脾益气为根本大法。虽病机较复杂, 但许教授认为不外乎归纳为毒、郁、虚、清、解、健为其治疗的主要治则, 但在临床上多需辨证论治。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 毒; 郁; 脾虚; 许鑫梅

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0007-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.004

许鑫梅教授于广州中医药大学第一附属医院从医五十余年, 是广东省省中医, 第二批全国名老中医学术经验继承工作指导老师, 享受国务院特殊津贴, 从事脾胃病诊治及研究多年, 擅长治疗慢性胃炎、消化性溃疡、慢性结肠炎及老年病等, 在胆汁反流性胃炎(BRG)治疗方面积累了丰富的临床经验。目前 BRG 辨证分型有肝胃不和、湿热阻胃、气虚血瘀、脾胃虚弱等十三型之多, 且未取得一致见解。证型如此之繁多, 提示了 BRG 病因病机的复杂性。许教授认为, BRG 基本病机当以毒、郁、虚为要, 清、解、健治疗为其根本治疗大法。

1 胆汁反流性胃炎与毒邪

毒, 首见于《内经》, 有寒毒、热毒、湿毒等。而毒多由湿邪郁久化热, 湿热蕴结为毒, 故毒可由湿热演变而来。李中梓《证治汇补》提出“脾属阴, 主湿化, 胃属阳, 主火化”的观点, 提示脾胃与湿热关系密切。湿热多与饮食因素有关, 更加上现代人饮食结构发生变化, 煎炸油腻及膏粱厚味的大量摄入。李东垣《兰室秘藏·中满腹胀论》“有高粱之人, 湿热郁于内而成胀满”。随着对 BRG 炎症反应机制的研究, 当代中医学者在前人的基础上, 加深了对湿热致病病机的认识, 如潘万瑞等^[1]发现 250 例湿热型胃脘痛中 BRG 有 194 例, 而非湿热型只有 19 例, 提示湿热型胃脘痛与 BRG 有密切的相关性。

许教授认为, 湿热蕴久化生热毒, 侵于肉理, 热盛肉腐, 肉腐则为脓。《内经》提出“诸转反戾, 水液浑浊, 皆属于热”, 这与 BRG 现代内镜下胃内黏液湖黄染相切合, 且内镜下充血水肿、糜烂, 病理上见炎症反应与中医热毒相似。当代关于 BRG 的研究发现^[2], 反流的十二指肠液所含胆酸和溶血

卵磷脂是损害胃黏膜的主要成分, 胆汁酸、胆盐能去除胃黏膜表面的黏液屏障, 使氢离子反向弥散, 刺激肥大细胞释放组胺, 使血管扩张, 渗透性增加, 炎性渗出物增多, 并使胃黏膜下毛细血管瘀血、血流量减少, 胃黏膜修复能力下降; 胆盐可溶解胃黏膜上皮细胞的脂质成分, 引起细胞的严重损伤; 溶血卵磷脂则会增加胆汁酸对胃黏膜的损害作用^[2]。因此, 则出现镜下胃黏膜的充血水肿, 甚则糜烂。治疗上, 许教授常采用清热解毒利湿法, 选用白花蛇舌草、蒲公英、青天葵清热解毒、消痈散结; 救必应、火炭母清热解湿兼利湿; 热毒由湿热蕴久而成, 故在此基础上兼加清热利湿之黄芩、栀子、竹茹、金钱草; 湿与热结, 湿去则孤热易清, 选用藿香、佩兰芳香化湿, 泽泻淡渗利湿, 砂仁、白豆蔻芳香之品行气健脾以助化湿。目前, 在西医治疗 BRG 方面, 胆汁引起的炎症反应无相应药物, 大多主张予以吸附胆汁之药, 如硫酸铝、铝碳酸镁、消胆胺等, 及熊去氧胆酸减轻胆酸对胃黏膜的损害。但这只能减少反流的胆汁对胃黏膜的损害, 并不能减轻已经出现的炎症性胃黏膜。单独运用西药不仅疗程时间长, 且容易复发, 故许教授提倡中西医结合, 运用西药保护胃黏膜, 同时以中药清热解湿利湿, 提高疗效。

2 胆汁反流性胃炎与郁滞

胃以通为用, 叶天士云“脾宜升为健, 胃宜降为和”。许教授认为, 胃的病理特征重点在于郁滞, 如出现滞则不通, 不通则痛, 导致郁滞主要有肝郁气滞。许教授认为, 肝气郁滞是当代 BRG 主要的诱发因素。《灵枢·四时气》有“善呕, 呕有苦, 长太息, 心中愴愴, 恐人将捕之, 邪在胆, 逆在胃, 胆液泄则口苦, 胃气逆则呕苦, 故曰呕胆”, 提示了长期情绪郁闷,

[收稿日期] 2015-06-20

[基金项目] 全国名老中医药专家许鑫梅教授传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149号)

[作者简介] 谢娟娟(1988-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医脾胃病。

[通讯作者] 邝卫红, E-mail: 992914955@qq.com。

肝气郁滞，失于疏泄，胆胃不降，胆汁反溢于胃腑，随胃上逆，出现呕逆，呕吐苦水。又如《血证论》“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；设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之证，在所不免”，而《素问》云“土得木而达”，皆提示肝与脾胃在影响饮食消化方面的关系。

随着人们生活节奏增快，压力逐渐增大，则易出现精神心理的焦虑及抑郁。又因为 BRG 病程较长，疾病易反复，导致患者心理负担加重，更易影响病情。关于情志因素引起 BRG 的病因病机，当代有很多研究，如张莉莉等^[8]通过焦虑抑郁自评量表对 164 例 BRG 患者进行分析，发现 BRG 患者的焦虑及抑郁状态发生率很高，且在青年患者中多见。研究发现，精神心理因素与胃肠疾病关系密切，胃肠道是肌性器官，情绪活动会通过脑肠肽轴，引起胃肠道的内分泌异常，如胆囊收缩素分泌增高，抑制胃蠕动，延迟胃排空。其次，精神心理因素亦可以引起 5-羟色胺减少或缺失，其广泛参与摄食、胃肠运动等生理功能调控。5-羟色胺量降低，无法有效传递神经信息，从而导致胃肠动力学紊乱，十二指肠逆蠕动增强，而胃窦收缩功能减弱，则出现胆汁反流，引起胃黏膜损伤。目前，西医对“郁滞”患者予以抗焦虑及抑郁治疗，如黄海燕等^[9]的研究。许教授认为，对于肝郁气滞型 BRG 患者，多运用疏肝解郁、行气止痛为主，选用郁金行气疏肝解郁，兼有清热利湿退黄作用，对本病效果尤佳；木蝴蝶疏肝和胃；素馨花、佛手疏肝解郁，行气止痛；许教授认为，在疏肝的基础上需加用行气顺气之药，以消“滞满”，喜用沉香、木香及乌药，顺上冲之胃气，且有温通之功效，不易损脾胃；许教授认为，肝气郁滞之人，多因为“想的太多”，导致睡眠较差，予以合欢花、夜交藤、浮小麦等安神之药，眠足肝血旺，则疏泄有常，气郁易解。许教授在临床上，除有独特的用药方法，在诊疗中还注重与患者沟通，将患者视为自己的“朋友”，耐心听取患者的不适症状及心中的所想，得到患者的信任，让其心中的苦闷得到疏泄，然后详细地向其讲述目前病情及预后，给患者增加了信心及勇气。许教授运用疏肝解郁之药加上心理疏导治疗，临床疗效显著，并能减少复发率。

3 胆汁反流性胃炎与“脾虚”

李东垣《脾胃论》曰：“内伤脾胃，百病乃生”，高度概括了脾胃功能失常在疾病中不可忽视的病机。许教授认为，脾虚是 BRG 的基本病机。《素问·痿论》述“脾主身之肌肉”“脾主运化水谷之精，以生养肌肉”。许教授认为，BRG 根本在于脾，脾虚则化生无权，气血不足不能濡养于胃，推动无力，导致胃收缩功能下降，则出现胃脘胀满等症状。现代研究发现，BRG 发病与胃窦的收缩压低，动力指数明显下降有关。如曾锦章等^[10]通过双核素标记来检测胃排空，发现 BRG 患者空腹及餐后均有严重的胃动力功能障碍，且比非 BRG 程度严重。胃窦收缩功能降低，幽门相对关闭不全，则易出现胆汁反

流，导致胃黏膜损伤。故现代医学根据胃动力不足，予以促进胃动力药物，如莫沙必利等，孙勇^[11]将 94 例 BRG 患者分为对照组铝碳酸镁及治疗组铝碳酸镁加马来酸曲美布汀，临床观察 4 周，发现治疗组的发作频率、胃镜和组织学评分比对照组降低。许鑫梅教授认为，从西医胃窦收缩功能下降引起胆汁反流，给予促进胃动力药，只能解决当时之胃动力不足，不能改变其根本原因，停药后易复发。故许教授认为，应当从脾胃虚弱论治，脾健则气足，推动有力。

许教授常用四君子汤为基础方加减治疗，方中以人参为君，健脾益气；白术、茯苓既助君药健脾益气，又能渗湿、燥湿，防湿困于脾；甘草益气和中。此方为健脾益气之精方，补而不峻。根据岭南之气候，需要补而不燥之药五指毛桃，又称南黄芪，来代替黄芪以大补中气。许教授在补气同时不忘降气，即所谓脾以升为健，胃以降为和，使其补而不滞，疏而不泄^[12]。常选用枳实(枳壳)降气除满，与白术配伍，一补一降，共奏除痞满之效。若胀气明显者，可选用厚朴、大腹皮行气宽中，降胃肠之气。暖气较多者加柿蒂、赭石。伴见纳差者加用鸡内金，既能消食化积，又能消胆结石。

4 病案举例

陈某，男，33 岁，2014 年 3 月 5 日初诊。自诉胃脘胀痛 6 月余，近 1 月情绪紧张及饮酒后加重，呈阵发性，饥饱均发，反酸烧心，暖气后觉舒，口苦明显，时胸骨后堵闷不适，咽部有异物感，纳呆，眠差，大便每天 1 次，成形，粘滞不爽，肛门坠胀。舌质淡红、苔腻微黄，脉弦细略数。既往体健，胃镜示：胆汁反流性胃炎。中医诊断：胃脘痛(脾虚湿热兼肝郁气滞)。予党参、白术、茯苓、紫苏梗、枳壳、浙贝母、郁金、救必应、火炭母各 15 g，法半夏、木蝴蝶各 10 g，瓦楞子 30 g，甘草 6 g。方中党参为君药，健脾益气；白术、茯苓为臣，助君药健脾益气，兼燥湿利湿，使脾无湿困而健；法半夏燥湿；救必应、火炭母清热解暑兼利湿；郁金、木蝴蝶清热利湿兼疏肝解郁；紫苏梗、枳壳行气降气以消痞满；浙贝母、瓦楞子制酸止痛；甘草调和诸药。诸药合用，共奏健脾、疏肝、清热解毒之效。每天 1 剂，共 7 剂。饮食方面避免过辣、过酸食物，忌酒，保持心情舒畅。

2014 年 3 月 12 日复诊：胃脘痛较前减轻，口苦、反酸烧心症状消失，胃口好转，仍胃脘胀满不适，胸骨后堵闷及咽部异物感，遇生气则诱发，眠差。继续守上方加素馨花、合欢花各 15 g，去浙贝母、瓦楞子，共 14 剂。1 月后随访，患者胀痛基本消失，睡眠明显好转，嘱患者平素畅情志及饮食调护，以防复发。

5 结语

许教授认为，BRG 病机复杂，不外乎毒、郁、脾虚三个病理因素，清、解、健当成为治疗 BRG 的主要治则，但在临床上病症较复杂，根据辨证论治理论需三法同用，但要根据病人的具体情况在清、解、健上着重选取以清为主，佐以解、

健,或以解为主,佐以清、健,这充分体现了根据主证选取主要治法,再根据兼证选取辅助治法,体现了“随证易君并加减”的思路,若以脾虚为主,则以健脾为主兼清热解毒利湿、疏肝解郁;若以实邪毒郁为主,则重清热解毒、疏肝解郁,兼健脾。许鑫梅教授以此治则处方用药,取得良好效果。

[参考文献]

- [1] 潘万瑞,李榕萍,吴和木,等.湿热型胃脘痛与胆汁反流性胃炎的相关性[J].中医学杂志,2007,48(1):69-71.
- [2] 何慧,王伟,彭卓崙,等.加味柴芍六君颗粒治疗原发性胆汁反流性胃炎的临床观察[J].时珍国医国药,2013,24(11):2689-2690.
- [3] 张莉莉,沈俊松,周惠玲,等.精神心理因素在原发性胆汁反流性胃炎中的作用初步探讨[J].实用临床医药杂志,2011,15(21):159-160.
- [4] 黄海燕,吴祥,周跃峰,等.度洛西汀联合认知行为干预治疗胆汁反流性胃炎并抑郁症患者疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(1):19-21.
- [5] 曾锦章,张万岱,彭武和,等.胆汁反流性胃炎胃排空和胃窦平滑肌电改变的研究[J].中华消化杂志,1997,17(3):152-154.
- [6] 孙勇.马来酸曲美布汀联合铝碳酸镁治疗胆汁反流性胃炎的疗效研究[J].临床消化病杂志,2013,25(3):143-146.
- [7] 张铮铮,邝卫红,樊冬梅,等.许鑫梅治疗胃病经验[J].广州中医药大学学报,2014,31(6):1005-1007.

(责任编辑:刘淑婷)

齐玉茹运用升太阴、降阳明法治疗反复发热经验介绍

罗士针¹,邹志才²,颜芳¹,张锦祥¹,温姗¹,黄臻¹

1. 广东省中医院芳村医院,广东 广州 510370; 2. 广东祈福医院,广东 广州 511495

[关键词] 发热; 太阴; 阳明; 承气汤; 齐玉茹

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0009-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.005

齐玉茹老师是广东省中医院(中医经典临床应用研究基地)的学术指导老师,全国名老中医学术经验继承人,师从山西名医李可,擅长运用中医经典理论治疗各种急危重症及各种疑难杂病,辨证精准,用药丝丝入扣。现将齐老师运用升太阴、降阳明法治疗反复发热的验案介绍如下,同时也分析了齐老师对承气汤证的理解。

1 病案举例

罗某,女,87岁,因反复发热10天于2014年6月14日入院。10天前外出就餐后(患者生日,进食偏多)出现发热,最高达38.5℃,无明显汗出,无鼻塞流涕、头痛,无咳嗽咳痰,伴四肢震颤,纳差,服退烧药后,体温反复,波动在37.2~38℃之间,次日出现双下肢浮肿,双腿不能行走,言语

不清。于2014年6月9日至本院急诊科就诊,完善血常规、二便常规、头颅及胸部CT等未见异常,经抗感染治疗后患者仍有发热,遂收入院。诊断:中医:发热(水寒土虚,太阴不升,阳明不降,燥热内结)。西医:发热(感染性发热可能性大);高血压3级;特发性震颤。

诊治过程:6月14日首诊:神清,疲倦,发热,体温38℃,呼之能应,反应迟钝,构音不清,无恶寒,以下午15:00~19:00为甚,伴口干口苦,肢体活动不利,双下肢肿胀,以左下肢为主,按之凹陷,四肢不自主震颤,纳差,大便偏硬。舌淡胖、苔黄白腻、中部黑苔,脉略数,左关脉浮弦,寸脉细,右脉浮弦滑,双尺弱。

分析处理:考虑水寒土虚,己土不升,浊邪内生,阳明不

[收稿日期] 2015-07-20

[作者简介] 罗士针(1982-),男,医学硕士,医师,主要从事中医经典临床应用研究。

[通讯作者] 颜芳, E-mail: yanfangar@163.com。