

# 中医药治疗胃食管反流病的研究现状

陈雪晴

广西中医药大学第一附属医院脾胃一区, 广西 南宁

收稿日期: 2023年9月13日; 录用日期: 2023年10月11日; 发布日期: 2023年10月23日

## 摘要

胃食管反流病是临床上常见的一种以烧心、反酸为主要特点的消化系统疾病。本文从中医对胃食管反流病的认识、病因病机、辩证分析、临床诊治方面对该病的研究现状进行了综述。

## 关键词

胃食管反流病, 中医药, 研究现状

# Research Status of Gastroesophageal Reflux Disease Treated by Traditional Chinese Medicine

Xueqing Chen

Gastroenterology Area 1, The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: Sep. 13<sup>th</sup>, 2023; accepted: Oct. 11<sup>th</sup>, 2023; published: Oct. 23<sup>rd</sup>, 2023

## Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a common digestive system disease characterized by heartburn and acid reflux. This paper summarizes the research status of gastroesophageal reflux disease from the aspects of TCM understanding, etiology and pathogenesis, dialectical analysis and clinical diagnosis and treatment.

## Keywords

Gastroesophageal Reflux Disease, Traditional Chinese Medicine, Research Status



## 1. 引言

胃食管反流病(Gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃、十二指肠内容物反流入食管引起的不适症状或并发症的一种慢性的消化道疾病,包括反流性食管炎(reflux esophagitis, RE)、非糜烂性反流病和 Barrett 食管。我国 GERD 患病率高达 1.9%~7.0% [1] [2]。如果不能有效控制症状,胃食管反流可以进一步影响食管、咽喉、肺等器官,发展成糜烂性食管炎、哮喘、Barrett 食管,甚至食管腺癌等病症[3] [4],其中反流引起哮喘的发生率达 16.3% [5],巴雷特食管(Barrett, BE)被认为是 EAC 的重要危险因素之一,约 2/3 的 EAC 有 BE 病史[6]。其服药周期较长,治疗费用较高,且病情易复发,严重影响患者的生活及睡眠质量。近年来,现代医学虽在 GERD 的治疗方面取得不少进展,但仍存在很多不足和局限,如停药后易复发、药物的不良反应多、患者的生活质量差等。而中医通过辨证论治,病证结合,同病异治,标本兼治的优势补充不足,中西医结合,优势互补,使 GERD 的治疗更加广泛。

## 2. 概述

### 2.1. 病名

中医学对 GERD 病名的认识,多采用依证归类的方法,根据其主要临床表现烧心、反酸、胸骨后灼痛、咽喉不适、口苦、暖气、反胃等症状,《胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017)》[7]根据胃食管反流病主要症状及病位、病因病机,将本病称为“食管瘿”。GERD 病位在食管,病性以热证居多,大约有 40%左右的患者没有“吐酸”症状,大多非糜烂性胃食管反流病患者仅表现为烧心、咽喉不适、胸前区不适等症状;难治性胃食管反流病患者的发病更是与多种因素有关,不仅仅与酸反流相关,因此以“食管瘿”作为胃食管反流病的中医病名基本上可反映本病的病位、病因病机与主症[8]。

### 2.2. 病因病机

2017 年版《胃食管反流病中医诊疗共识意见》[9]认为致病因素有外邪和内伤之分,如外邪客胃,饮食不节、嗜好烟酒,情志失调、思虑恼怒过度,素患胆疾、胆胃不和,素体脾虚等,该病主要与肝、脾、胃关系密切,胃失和降、胃气上逆为其基本病机,上逆的胃气挟酸水、胆汁上犯食管及咽部而出现反酸。《素问·阴阳应象大论篇》中记载:“心志为喜,肝志为怒,脾志为思,肺志为忧,肾志为恐”。患者情志不畅、恼怒过度导致肝郁气滞,肝五行属木,脾五行属土,胃与脾相表里,按照五行相乘学说,木亢乘土,使得肝胃不和,胃气不降反上逆而发生此病[10] [11]。《素问·至真要大论篇》曰“诸呕吐酸,皆属于热。少阳之胜,呕酸善饥”。肝主疏泄,胃主和降,肝气疏泄条达,脾胃升降方可调和,若肝失疏泄,肝郁日久化热,横逆犯胃致呃逆、反酸、嘈杂,形成肝胃郁热证。如《四明心法·吞酸》云:“凡为吞酸尽属肝木,曲直作酸也” [12]。元,朱丹溪《丹溪心法·六郁》[13]说:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。”六郁之中,气郁为始,气机一旦郁滞不畅,则易生痰、火,湿气与饮食不易化,则诸郁遂生。《素问》[14]中认为,“酸为肝木之味。肝失条达,疏泄失常,致使气机不畅”,故而出现反酸。《血证论,卷一,脏腑病机论》[15]中论述肝脏之病时说:“肝为风木之脏,胆寄其间……与少阳相表里”,故肝病及胆,亦能吐酸呕苦。本病的发生多因情志失和,忧思恼怒,

使气郁伤肝，肝气横逆犯胃，胃失和降，从而浊气不降，上逆泛酸而发病。GERD 的诊断：① 有与反流相关的症状，包括典型症状：烧心和反流；不典型症状：胸痛、上腹烧灼感、上腹痛、上腹胀、嗝气等；还有食管外症状。② 内镜检查诊断 RE 或 BE，同时排除其他胃食管疾病。③ 采用标准剂量 PPI 连续治疗 1~2 周，患者临床症状得到改善可作为诊断性治疗。④ 食管 24 小时 PH 监测提示异常酸反流。凡是符合以上诊断标准中的第①项，或符合第②项且符合第③、④项任何一项者，即可成立诊断。

### 3. 辨证分型

《胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见(2017)》[16]将 GERD 分为肝胃不和、肝胃郁热、中虚气逆、气郁痰阻、气滞血瘀、寒热错杂证。治则上分别予以疏肝和胃、清肝解郁、化痰祛湿、活血导滞、辛开苦降、健脾益气，同时配合和胃降逆。代表方分别为：① 柴胡疏肝散加减；② 左金丸合大柴胡汤加减；③ 温胆汤合半夏厚朴汤加减；④ 血府逐瘀汤加减；⑤ 半夏泻心汤加减；⑥ 六君子汤合旋覆代赭汤加减。胃食管反流病的辨证尚未完全统一，但脏腑辨证多围绕肝、脾、胃三脏，治疗多着眼于湿、热、痰、虚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。李志等[17]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 24 h 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。李志等对 236 例 GERD 患者进行临床调查和中医辨证分型。结果如下：肝胃郁热 120 例、肝胃不和 55 例、胃热气逆 36 例、中虚气逆 16 例、痰气郁阻 9 例等型。朱莎莎[18]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[19] 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[20]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[21]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[22]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。

### 4. 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。

## 4.1. 中医药治疗

徐伟茹等[23]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[24]。承伯钢[25]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、通降芳化为法,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,和胃降逆为法,方以四君子汤加减。唐旭东教授[26]治疗 GERD 以“通降论”立论,以香苏饮为基本方,且不单纯追求抑酸。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[27]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。

## 4.2. 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[28]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( $P < 0.05$ )。肖锸等[29]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[30]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( $P < 0.05$ )。

## 4.3. 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[31]。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[32],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[33]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[34]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和心理调护,收得良效。

## 5. 小结

单纯西医治疗应用抗酸、促动力和抑制反流等药物虽对临床症候可以缓解,但一旦停药又可复发,易于迁延。尤其在临床治疗实践中,很多病人是从西医院久治无效后转而求治于中医的,曾经应用 PPI 如耐信和洛赛克等治疗半年至一年,烧心和反酸等症状持续不减,有的则依靠 PPI 而不能撤掉,有的则出现长期应用 PPI 的其它副作用,病人百般无奈才寄希望于中医治疗。这些病人经应用疏肝和胃、清肝解郁、化痰祛湿、活血导滞、辛开苦降、健脾益气等治疗均能不同程度地缓解症状,逐步撤掉药物。同时配合和胃降逆。代表方分别为:① 柴胡疏肝散加减;② 左金丸合大柴胡汤加减;③ 温胆汤合半夏厚

朴汤加减;④ 血府逐瘀汤加减;⑤ 半夏泻心汤加减;⑥ 六君子汤合旋覆代赭汤加减。若兼有肝气郁结、肝木克土之证,则可配伍平肝安神、滋养心脾等治法,采用天麻钩藤饮、柏子养心丸或酸枣仁汤加减常可取得更好的效果。总的来看,按中医辨证论治的治疗原则,应用中医药治疗该病,确可取得显著的效果,很值得我们进一步深入的探索和总结。

## 参考文献

- [1] 潘国宗,许国铭,郭慧平. 北京上海胃食管反流症状的流行病学调查[J]. 中华消化杂志, 1999, 19(4): 223-226.
- [2] 熊理守,陈旻湖,陈惠新,等. 广东省社区人群胃食管反流病流行病学研究[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(4): 239-242.
- [3] 危北海. 胃食管反流病中西医结合治疗的现状和展望[J]. 北京中医药, 2008, 27(3): 163-164.
- [4] 马克,庄稼英. 胃食管反流病知多少[J]. 糖尿病天地·临床(下旬), 2011, 5(2): 88-95.
- [5] 曹小丽,徐彦龙. 近十年中西医治疗胃食管反流性哮喘临床研究进展[J]. 亚太传统医药, 2023, 19(8): 207-210.
- [6] 周墨莹,单葳葳,房子铭,等. 谢晶日教授运用药对治疗巴雷特食管经验[J]. 世界中医药, 2023, 18(12): 1715-1718.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326
- [8] 应海峰,朱生樑. 胃食管反流病中医病名的探讨[C]//中华中医药学会脾胃病分会. 中华中医药学会第二十一届全国脾胃病学术交流会暨 2009 年脾胃病诊疗新进展学习班论文汇编. 2009: 63-68.
- [9] 张声生,朱生樑,王宏伟,等. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(5): 321-326.
- [10] Shi, Y.C., Cai, S.T., Tian, Y.P., et al. (2019) Effects of Proton Pump Inhibitors on the Gastrointestinal Microbiota in Gastroesophageal Reflux Disease. *Genomics, Proteomics & Bioinformatics*, **17**, 52-63. <https://doi.org/10.1016/j.gpb.2018.12.004>
- [11] Li, X., Zhang, X.B., Hu, H.Q., et al. (2017) Effect and Safety of Peroral Endoscopic Cardial Constriction for Gastroesophageal Reflux Disease. *Chinese Medical Journal*, **130**, 1749-1750. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.209898>
- [12] 孙志文,谢晶日. 谢晶日教授治疗肝胃郁热型胃食管反流病经验浅析[J]. 中医药导报, 2016, 22(21): 90-91.
- [13] 朱丹溪. 丹溪心法. 中华医典[CD]. 长沙: 湖南电子音像出版社, 2006.
- [14] 素问. 中华医典[CD]. 长沙: 湖南电子音像出版社, 2006.
- [15] 唐宗海. 血证论. 中华医典[CD]. 长沙: 湖南电子音像出版社, 2006.
- [16] 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(2017 年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(3): 221-226, 232.
- [17] 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.
- [18] 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]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [19] 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]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [20] 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.
- [21] 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.
- [22] 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]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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.

- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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): 345-348..
- [32] 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): 3210-3215.
- [33] 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.
- [34] 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.