經方治療胃食管返流病初探

李垚　姜莉芸　鄭玉

（昆明市中醫醫院 內一科）

【摘要】胃內容物（包括十二指腸液）反流入食管產生症狀或併發症時，稱為胃食管反流病。從目前的報道來看，辨証方面多為臟腑病機病症，中醫藥治療該病所用方劑多為時方以及自製驗方，經方使用相對較少。近年來通過對仲景之書的理、法、方、藥深入學習和體會，在臨床實踐中使用仲景經方治療該病取得良好的療效，同時可認為結合方証辨証在消化病診治中不失為一種好的思路。

【關鍵詞】胃食管反流病　經方

胃內容物(包括十二指腸液)反流入食管產生症狀或併發症時，稱為胃食管反流病(gastroesophagealrefulx disease, GERD）。為臨床常見的消化系統疾病。典型的GERD症狀有如明顯燒心、反酸、胸骨後灼痛等，可伴有上腹部症狀如脹悶、疼痛等，以及咽炎、哮喘、中耳炎等食管外伴發症狀，症狀較重時可嚴重影響患者工作及生活質量，長期不愈部分病人存在食管狹窄或癌病風險。西醫治療採用質子泵抑制劑（PPI）、H_2受體拮抗劑、黏膜保護劑及促動劑等藥物治療，但存在藥物在治療過程中敏感性下降（PPI）、療程長及易復發等諸多問題。

近年來通過臨床觀察及本着「讀經典，做臨床」的思想，對仲景之書的理、法、方、藥深入學習和體會，同時在臨床實踐中使用仲景經方治療該病取得良好的療效。筆者將其分為桂枝類、苓桂類、瀉心類、柴胡類等六類，現介紹如下並與同道作一初步交流。

一 桂枝類：桂枝湯；桂枝加桂湯；桂枝去芍藥加附子湯；桂枝加附子湯；桂枝加龍骨牡蠣湯；桂枝加芍藥湯。

桂枝湯於《傷寒論》中為太陽病風傷衛第一方，使用桂枝湯類不可拘於「桂枝本為解肌」之語，而認其為辛溫解表所設，執於風寒之劑。尤怡於《金匱心典》中引徐忠可之言：「桂枝湯，外証得之，為解肌和營衛，內証得之，為化氣和陰陽」。東垣謂：「營屬脾，衛屬胃」。古法用桂枝湯解肌尚需熱粥以鼓舞胃氣。桂枝湯類自古以來用以治療內傷疾病已不勝枚舉，非僅為散風解肌而設。辛溫之桂薑、酸苦之白芍以及甘溫之棗草，辛溫發散為陽，酸苦湧洩為陰，陰陽升降之意自在其中。該方推而廣之，其意其用已不在表証，而在於脾胃升降。胃食管返流病若其証為脾胃氣虛或有虛寒即可用桂枝湯為基礎方加減治療，若形寒肢冷，伴沖氣上逆可再加桂枝即桂枝加桂湯以溫中降逆平沖；若形寒肢冷，腹痛，反酸，或嘔吐清水，則加附子以溫脾腎；若形寒肢冷，進食生冷後反酸明顯則去芍藥加附子；若反酸嘈雜心煩者，桂枝加龍骨牡蠣湯（以肉桂易桂枝並減量）以和上下陰陽。反酸，腹痛喜溫按可用桂枝加芍藥湯亦即小建中湯。

如患者馬某，男，54歲，以「反復反酸、上腹部疼痛10餘年」為主訴。既往多次胃鏡檢查提示：反流性食管炎並食管潰瘍形成（III級）（1999年煙台會議標準，以下均同）[1]，長期服用PPI及鋁鎂鹽製劑，間斷服中藥治療，檢視既往病歷，所服中藥多為清熱養陰、清肝和胃及理氣止痛之劑，現症見反酸，上腹部隱隱疼痛，痛時煩躁，進食生冷及難消之品加劇，自汗出，納少，脈弦緩無力，舌質淡苔薄白；証屬：中虛不足，肝胃不和；治以：溫中和胃瀉肝。擬方：桂枝10g，炒杭芍18g，炒吳萸6g，炒白朮12g，雞內金12g，川芎6g，生麥芽15g，大棗5個，生薑3片，炙甘草6g，每日一劑，四劑，患者自備雷貝拉唑，囑其每次服10毫克，每日一次，開具鋁碳酸鎂片1g，每日三次嚼服。復診時訴症狀減輕，遂守方加減，每周服5-7劑，3個月後外院復查胃鏡示：反流性食管炎（I級），潰瘍消失。該患者久病，久服傷中耗氣之劑，脾胃氣虛，繼而中陽不足，致土虛木乘，故以桂枝湯治之，桂、朮、薑、棗、炙草溫中益氣升陽；重用杭芍苦洩斂肝，配吳萸苦辛瀉降肝氣，適當伍以生麥

本論文版權歸中醫學會所有 版權所有 Copyright © All Rights Reserved

芽理肝氣，使不至於瀉肝太過；久痛久病入絡，稍佐川芎和血。該病例雖有肝胃不和，但中虛已甚，柴胡舒肝湯之類已屬不宜，故療效理想。

二 苓桂類：茯苓桂枝白朮甘草湯；茯苓桂枝生薑甘草湯；乾薑茯苓白朮湯。

在臨床觀察中發現，胃食管返流病在病程遷延過程中較多病人（尤其是中老年病人）在治療中不可避免的長期服用西藥及清熱之劑，而致中陽受損，水濕內生，留滯中焦，中焦氣機失常，水飲隨胃氣上逆，擾亂清空為眩冒；食管，居於胸中，《難經》謂之：「胃之系」，胃氣不降攜水飲上沖也可看做是胃食管返流病的一種表現形式，這種証候的出現多在該病的後期，多為失治誤治所致。《傷寒論．平脈法第二》：「上焦不歸者，噫而酢吞；中焦不歸者，不能消谷引食」。若胃食管返流病有反食，泛吐清水，伴見腸鳴，胸悶，頭暈，或有頭身困重，或形體肥胖者，可選用苓桂類方劑。《傷寒論．辨太陽病脈証並治法第六》：「心下逆滿，氣上沖胸，起則頭眩，……，茯苓桂枝白朮甘草湯主之」。臨床上完全不必拘於「起則頭眩」一語。三方於臨床使用大多合用，如中陽較虛時則加乾薑溫中化飲。如見中氣不足，可合用旋覆代赭湯以補中降逆。如中焦陽氣虛極，燒心、嘈雜不重，反酸、反食明顯，肢冷，進食生冷加重，則合用理中湯。如在此基礎上症見頭痛，再重之以吳茱萸湯降逆散寒，吳茱萸湯為陽明、少陰、厥陰寒化証，病機特點為虛寒氣逆，吳茱萸，性熱，味苦辛，氣味俱厚，溫降上逆之寒氣，生薑溫胃散飲，參、棗甘溫固中，如有呃逆，則加丁香、沉香。

如患者王某，女，61歲。以「胸脘部疼痛、反酸27年，加重一年餘」為主訴，以往胸脘部灼痛，反酸，口乾苦，大便乾，曾行胃鏡檢查，具體不詳，長期服用牛黃解毒片、清火梔麥片等藥，不規律服雷尼替丁膠囊及奧美拉唑膠囊。近一年來胸脘部隱痛，反酸加重，有時感腹中有氣上攻，並出現心悸、頭暈，多次住院檢查，診斷：反流性食管炎，並排外心胸器質性病變。服用蘭索拉唑、磷酸鋁凝膠、多潘立酮等藥，症狀減輕不理想。通過解釋，患者再次接受胃鏡檢查提示：反流性食管炎（II級）。症見：反酸，反食，肢冷乏力，心悸頭暈，胸脘隱痛，口渴喜熱飲，面色淡白，便溏，舌淡嫩邊有齒痕苔白滑，脈沉弱。証屬：脾腎陽虛，水飲內停；治予溫陽益氣，降逆化飲，方用苓桂朮甘湯合附子理中湯加減：黑附片60g（另包，開水先煎4小時），乾薑12g，吳茱萸6g，茯苓30g，桂枝10g，炒白朮12g，潞党參24g，生牡蠣15g，沉香末6g（另包，分次兌服），炙甘草9g。每日一劑，四劑，囑其忌生冷豆類。同時開具蘭索拉唑腸溶片30mg，Qd；鋁碳酸鎂片1g，Tid。復診時述症狀均顯著減輕，續守上方，28天後症狀消失，患者嫌煎藥麻煩，囑其自購附子理中丸每日三丸服用。一月後復診，訴平時無特殊不適，偶爾飲食生冷刺激時感胃脘有不適感，已在外院復查胃鏡提示：反流性食管炎(I級)。《素問．舉痛論》：「寒氣客於腸胃，厥逆上出」。患者長期服藥苦寒，敗損中陽，日久後天虛及先天，脾腎陽虛，氣化及旁布失司，寒飲內生而上逆，即見上述症狀。陽虛多為氣虛之漸，故參、朮、炙草大補中氣；該病機為上逆之候，恐諸藥辛溫之性升散，故以牡蠣、沉香鎮之降之；吳茱萸味苦、辛，性熱，《本草別錄》謂其：「主心腹痛，逆氣」。苓桂類對於反流性食管炎遷延失治或誤治所致中陽受損，水濕內生，上逆反流者，有時可獲良效。

三 瀉心類：半夏瀉心湯；生薑瀉心湯；甘草瀉心湯；黃連湯；黃芩加半夏生薑湯；乾薑黃芩黃連人參湯；大黃黃連瀉心湯；附子瀉心湯。

胃食管返流病在治療過程中由於失治、誤治以及長期服用多種西藥，部分病人在証候上會出現中焦寒熱混雜、虛實並見、升降乖逆情況，治療採用和解陰陽、通條上下、補瀉同施，用藥方面寒溫並用、甘溫補中、辛開苦降使中焦之氣升降有序，以致沖和。以上諸方均為苦辛同用，寒溫並投，補瀉並舉之劑，臨床上視其証候的側重點選方，痰濕重，胸脘痞悶則用半夏瀉心湯；兼腹脹腸鳴或洩瀉，可用生薑瀉心湯；中虛明顯者以甘草瀉心湯加味；胸膈上有熱，而並見中焦虛寒，以黃連湯溫中清上，交通上下，有很好的療效，有報道使用該方加減治療反流性食管炎，在臨床上獲得顯著療效[2]，或用乾薑黃芩黃連人參湯加味亦可；有胆汁反流，或症見口苦口乾不思飲或飲水不多，或便溏，以黃芩加半夏生薑湯加味，清少陽而安胃降逆；長期服用苦寒瀉熱之品，

Copyright 版權所有 All Rights Reserved

不注重氣味歸經，熱未除而命火已衰，有上熱下寒之象，則用附子瀉心湯清上溫下，引火歸原；如誤服熱藥、或長期嗜酒、嗜食辛燥食物，致使上中焦實熱內閉，可以大黃黃連瀉心湯直折火氣，導熱下行，但應中病即止，勿令太過，該方不宜煎煮，宜搗碎用滾開水沖泡溫服。胃食管返流病遷延日久寒熱混雜，氣血虧虛，証見脘胃嘈雜，氣上撞心，心中痛熱，少氣，便溏等症狀，即可用烏梅丸（湯）加味，筆者曾治一該病（II級）的男性中年患者症見反酸，脘胃嘈雜，氣從胃脘上撞心，心中灼痛，以半夏瀉心湯合梔子豉湯化裁，不效，反加重，便溏，乏力神疲，面白，舌淡，脈細弱，以該方14劑而反流、燒心、便溏悉解，後囑其以成藥烏梅丸丸緩圖，三月後復查胃鏡示：食管黏膜未見異常，病理學檢查：上皮層內炎性細胞浸潤。

四 梔豉類：梔子豉湯；梔子厚樸湯

燒心、胸骨後灼痛為胃食管返流病典型而常見症狀，初期多為痰（濕）熱結，或氣機郁閉，胸膈脘腹氣機不利而上逆。《內經》云：「其在高者，引而越之」。梔子體輕上行，清中有宣，豆豉氣輕味薄，既可宣表氣，亦可降胃氣，宣中有降，兩者相須為用，善開火氣之郁閉，即「宣可去壅」之意。厚樸、枳實善開上中焦郁閉之氣，為氣機逆滿諸証之要藥。兩方也常合用，並視氣郁程度調整枳、樸用量。

五 柴胡類：小柴胡湯；柴胡桂枝乾薑湯

少陽溫升太過，則病喜嘔逆，實為少陽火挾氣機逆上，即《素問．逆調論》：「邪在胆，逆在胃」，這與胃食管返流病病機本質上相似，故該病如伴見小柴胡湯諸証，均可以小柴胡湯加減，筆者體會使用該方時，柴胡醋炒，不宜循古法用量過大，以不超過炒黃芩兩倍量為宜。半夏薑製，善降少陽陽明之逆，即使有口乾也不宜去，但可減量，加天花粉。與旋復代赭湯或橘皮竹茹湯合用效果更佳。有的時候，僅有反流症狀或症狀不典型，四診難以確定証型，呈無証可辨時，使用小柴胡湯可收意想不到的良，即《經方臨証指南》論小柴胡湯：「具有升達少陽生氣，……，能開郁調氣而利升降出入之樞。樞轉氣活，……，從而氣機調暢，臟腑安和」。即和其上下之不和之意。若服用小柴胡湯症狀無好轉，口乾飲水不多，腹痛便溏，則以柴胡桂枝乾薑湯兼扶中陽。

如吳某，男，48歲。以「胸中不適感三年餘」為主訴，多次住院診斷：反流性食管炎（I級），均排外心血管及肺胸器質性疾病。患者從醫生處及其他途徑了解到該病長期不愈有可能出現食管狹窄或癌變，異常緊張，多方求治，長期規律服PPI、消化道促動劑、黏膜保護劑，中醫藥也不間斷，湯藥及成藥多不勝數。來診時訴胸中有不適感，但難以名狀，且多在餐後，約一小時後即緩解，餘無特殊不適，飲食、二便、睡眠均正常，舌質淡紅苔薄白，脈弦緩。姑且以和解之法，方選小柴胡湯加味：炒柴胡18g，枯芩9g，醋半夏12g，太子參10g，藕節30g，百合18g，大棗5枚，生薑5片，炙甘草9g。每日一劑，四劑，西藥開予蘭索拉唑片30mg，Qd，磷酸鋁凝膠20g，Tid。服藥完畢，復診訴症狀似有減輕，無特殊不適，再診舌脈無變化，遂仍書前方，未作加減改變，此後多次復診均改善，方仍同前。40天後症狀已不明顯，行胃鏡檢查提示：食管黏膜未見異常，病理學檢查：上皮層內炎性細胞浸潤。本病例僅有胸中不適感唯一症狀，舌象正常，脈象也為平脈，詳細問診只有餐後發作明顯這一因素，從以往病歷中得知，消食、降氣、和胃、益氣及健脾等多種治法均已使用，毫無療效，臟腑辨証已無從着手，只有嘗試傷寒論中的方（湯）証辨証。胸中不適，餐後發作，《傷寒論》小柴胡湯條文：「胸脅苦滿」（少陽經下胸中），「休作有時」（餐後發作，約一小時後緩解），「有柴胡証，但見一証便是，不必悉具」，無証可辨時，思及經方方（湯）証，用之獲意外之功。

六 半夏厚樸湯；瓜蔞薤白半夏湯；小陷胸湯

半夏厚樸湯、瓜蔞薤白半夏湯均散結氣，降逆氣，前者對於反流性咽炎有一定的療效，後者通陽寬胸，筆者體會到該方對合併有食管裂孔疝的患者也有效。若胸膈灼痛，痞悶不舒，小陷胸湯加味治療，筆者在臨床診療中發現反流性哮喘、咳嗽使用小陷胸湯治療也可有滿意的療效。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

討論

胃食管返流病無相應的中醫診斷，而只能通過燒心、反流或上腹部的相關症狀來明確，屬於「胸痹」、「吐酸」、「嘈雜」、「胃痛」、「噎膈」、「痞証」和「呃逆」等範疇，及現在《中醫病症治法術語》：「食管痹」這一相對應的中醫診斷。

証候方面的研究有報道認為其分型主要為肝胃郁熱型(42.3%)、肝胃不和型(11.3%)、脾胃虛弱型(20.6%)、胃熱氣逆型（18.6%）、痰氣郁阻型（7.2%）及一個綜合1716例GERD病例進行証候研究提示：肝胃郁熱（27.2%）、肝胃不和（23.2%）、痰氣郁阻（18.9%）、脾胃虛弱（14.2%）、脾胃濕熱（8.7%）、胃陰不足（4.0%）[3~4]。

祖國醫學對該病類似表現記述較早，相關病因病機的闡述也較多。《素問．至真要大論》說：「諸嘔吐酸，暴注下迫，皆屬於熱」。食管自咽至胃，《難經集注》稱之為「胃之系」。《丹溪心法．嘈雜》曰：「嘈雜，是痰因火動，治痰為先」。高鼓峰《醫宗己任篇．四明心法．吞酸》云：「蓋寒則陽氣不舒，氣不舒則郁而化熱，熱則酸矣，然亦有不因寒而酸者，盡是水氣郁甚，熏蒸濕土而成也，或吞酸或吐酸也。又有飲食太過，胃脘窒塞，脾氣不運而酸者，是怫郁之極，濕熱蒸變，如酒缸太熱則酸也，然總是木氣所致」。「凡是吞酸，盡屬肝木曲直作酸也」。秦昌遇有論：「嘔吐酸水之因，惱怒憂郁，傷肝胆之氣，木能生火，乘胃克脾，則飲食不能消化，停積於胃，遂成酸淫之患矣」。明代醫家龔廷賢《壽世保元．吞酸》：「酸水刺心也；……，是飲食入胃，氣虛不能運化，郁積已久，濕中生熱，濕熱相蒸，故作酸也」。以及《壽世保元．嘈雜》：「嘈雜者，有胃中痰因火動而嘈者」。綜合而言，既往醫家及醫籍所論該病病因病機不外乎食、痰、濕、火（熱）、寒、氣，臟腑責之於肝、脾、胃，交織虛實。明代醫家吳昆在《醫方考》曾明確指出了該病之變証，即翻胃嗝噎（食管癌或重度食管狹窄），其曰：「吞酸，小疾也。然可暫而不可久。或以疾小而忽之，此不知其翻胃之潮也」。清代王清任《醫林改錯》中稱食管為「胃管」，有「血府有瘀血，……，胃管彎而細，有礙飲食也，痊愈難」。的論述，這說明古代的醫家已經認識到該病後期可出現食管狹窄以及癌變等惡性病變。

該病病機和証候紛繁蕪雜，臟腑、寒熱、虛實、氣血、濕痰等諸因素，互為交織，兼証較多；很多病人在治療過程中或因他病不可避免的服用多種西藥，以及延治，從而使部份病人出現証候的傳變，產生變証，治療時易顧此失彼，而使治療難度加大。從報道上看，辨証方面多為臟腑病機病症，中醫藥治療該病所用方劑多為時方以及自製驗方，經方使用相對較少。

筆者在臨床中對胃食管返流病的觀察與理解，馭簡就繁，該病辨証診治可立足於「反流」二字，六經之病均可涉及，尤其是六經病的變証，究其病機本質則為各種原因所致中焦氣機失於常道，犯逆於上，升降反作，甚則三焦受累，並兼虛實。痰、濕、水、飲以及氣相互為因為病；或為寒，或為熱，或為寒熱混雜，或寒熱上下格拒。故遣方用藥應注意：（1）仲景經方，醫方之祖，至為古樸，方簡理深，並仔細體會其方（湯）証辨証的含義，中藥學與方劑學深入結合，師古而不泥，不囿於原著框條，舉一反三，演繹化裁並無不可，用之得當，對於減輕症狀，臨床療效是顯著的。（2）明該病之常變微著，不偏不倚，立足於中焦氣機，謹守陰陽升降，即繆希雍：「升降者，治法之大機也」。之意。陰陽升降非只為單純的氣機升降，而是指清陽升，中陽固，濁陰降，上熱瀉，各歸其位，以調和陰陽為期，中氣沖和，上下通條，乃致「陰陽相得，其氣乃行」。

Copyright ©2011 by Hong Kong Academy of Traditional Chinese Medicine. All Rights Reserved.

參考文獻

[1] 中華醫學會消化內鏡學會.反流性食管病/反流性食管炎診斷及治療方案（試行）[J].胃腸病學.2000, 5 (4): 251-252.

[2] 李垚，鄭玉.加減黃連湯治療反流性食管炎38例臨床觀察[J].中國實驗方劑學雜誌.2010, 16 (6): 262-263.

[3] 龐龍、段國勛，熊天琴等.胃食管反流病中醫辨証分型的研究[J].中國中西醫結合脾胃雜誌.2000, 8 (3): 179, 181.

[4] 張萍芳.病証結合確立胃食管反流病中醫辨証分型標準的思考[J].中國中西醫結合消化雜誌.2006, 14 (3): 185-187.

（編委：朱洪民審校2011.01.01）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved