唐博祥教授辨治胃食管反流病臨證經驗

Professor *TANG Boxiang's* clinical experience in the differential treatment of gastroesophageal reflux disease

時　霞[1]　唐博祥[2]　*SHI Xia, TANG Boxiang*

（1.日照市中醫醫院脾胃病科；2.首都醫科大學附屬北京中醫醫院）

[摘要]　胃食管反流病是一種慢性難治性消化系統疾病，唐博祥教授從事中醫脾胃專業臨床工作30餘年，有豐富臨床治療經驗。對胃食管反流病病因病機、診療思維和用藥特點均有自己的獨到見解，主張該病與脾胃、肝膽、肺等多個臟腑生理功能失常有關，治則上以恢復脾胃升降功能為主，辨證施治，兼顧主次，療效頗佳。

[關鍵詞]　胃食管反流病；病因病機；臨證經驗；辨證論治

胃食管反流病（gastroesophageal reflux disease，GERD）是指胃內容物反流入食管，引起不適症狀和（或）併發症的一種疾病[1]。典型症狀主要有燒心、反流，可伴發食管外症狀，如咳嗽、哮喘等。部分患者可無臨床症狀，但有反流性食管炎和Barrett食管，且越來越多的GRED患者出現了以焦慮為主的精神心理異常，嚴重影響生活質量。胃食管反流病是一項難治性疾病，近年來，現代醫學對胃食管反流病的研究不斷深入，西藥治療以抑酸劑、促胃腸動力劑等為主，或配合心理治療。但停藥後病情容易反復，且長期服藥副反應較多，GERD雖然不直接危及生命，但嚴重影響患者生存品質，故多尋求中醫治療。唐博祥教授從事中西醫內科臨床及教學工作30餘年，對脾胃病科各類疾病的治療有自己獨到的見解，積累大量臨床經驗。吾有幸跟隨唐博祥教授學習，親聆教誨，現將唐老師治療胃食管反流病的經驗淺略總結如下，與同道共用。

1　脾胃升降失調為發病基礎

胃食管反流病歸屬中醫「吞酸」、「吐酸」、「嘈雜」、「梅核氣」、「胸痹」等病證的範疇，病位在食管和胃，與肝膽脾肺關係密切。唐博祥教授認為食管下貫於胃，屬胃所主，胃為水穀之海，以通降為順，與脾臟互為表裏，共司受納運化和輸布功能。脾胃同居中焦，脾氣升則清陽得升，胃氣降則濁陰可降，一升一降為人體氣機升降之關鍵。葉天士云：「脾宜升則健，胃宜降則和」。脾健胃和則納運有常，升降有序。脾胃升降運行與他臟關係密切，本臟腑及他臟生理功能失常，均可導致氣機升降逆亂。吐酸之病或因痰、濕、食久滯不化，或因情志過極，導致痰、氣、瘀、熱結於食道，脾氣不升，胃氣通降受阻，而見吐酸，甚則出現吞咽困難，飲食難下或食入反吐等症；肝氣失於疏泄，木鬱乘脾，使脾升胃降功能失常；肝不隨脾升、膽不隨胃降，肝膽之氣鬱結日久，化熱化火，火熱之邪橫逆克脾擾胃，使脾氣不升，胃氣不降，而發為吐酸；肺主宣發、肅降，肝火上炎，克伐肺金，肺失肅降，咳逆不止而犯胃，肺氣與胃氣兩者皆不降反升，從而發為咳嗽與吐酸；肺氣失宣，津液運行不暢，更使肝火上炎，兩者相助，煉液灼津，痰濕乃成。總而言之，脾胃氣機升降失調為發病基礎，氣機鬱滯，痰濁上逆，胃失和降為病機之關鍵。唐博祥教授認為臨證時對於氣機升降的調和是治療反流病的關鍵所在，臨證時謹守病機，辨證施治。

2　和胃降逆為基本治法

脾胃屬土，同居於中焦，主升降，共司水穀精微之受納、轉化。肝膽屬木，主疏泄，調暢全身之氣機。肝胃之氣相通，二者生理上相因為用，病理上相互影響。經云：「土得木而達」，肝氣鬱結，則氣行不暢，胃氣不和；肝氣得疏，則脾氣得升，胃氣得降。胃失和降為本病發病基礎，葉天士云：「脾宜升則健，胃宜降則和[2]」，「六腑以通為用，以降為順」，脾胃升降相因，燥濕相濟，生化氣血津液，濡養臟腑經絡、四肢百骸。「治病必求于本」，唐博祥教授認為抓住氣機升降失常，胃氣失和降之病機關鍵，以「和胃降逆」為治療該病的主要法則，辨證時將脾胃和肝膽、肺等臟腑相聯繫，綜合辨證分析，在此基礎上隨證加減，或健脾益氣，或

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

疏肝泄熱，或宣肺降逆等等，從而達到健運中焦氣機之升降，恢復胃腑之通降的功能。臨證時胃虛氣逆，痰濁內阻，以反酸嘔吐，心下痞滿，噯氣頻作為主者，可用旋覆代赭湯、半夏厚樸湯加減，常用藥物有旋覆花、代赭石、蘇梗、半夏、黨參、乾薑、百合、烏藥、茯苓、桔梗、厚樸、甘草等；肝氣犯胃、肝胃不和，以反酸，噯氣頻頻，口苦，舌質紅，苔薄黃，脈弦等為主者，可用柴胡疏肝散、四逆散加減，常用藥物有柴胡、郁金、白芍、枳殼、黃芩、梔子、厚樸、黃連、吳茱萸、陳皮、紫蘇梗等；以脾虛氣逆，脘腹脹滿，泛酸、嘔吐，大便稀，舌質淡紅，苔薄黃，脈沉為主者，可予半夏瀉心湯、左金丸加減，常用藥物半夏、黃連、黃芩、乾薑、黨參、吳茱萸、海螵蛸、瓦楞子、茯苓、砂仁、大棗、甘草等；膽熱犯胃、濕熱中阻，以胃腑灼熱，胸骨後燒灼不適，心煩、失眠，舌紅，苔薄黃，脈弦為主者，可用溫膽湯、小陷胸湯加減，常用藥物有黃連、姜半夏、蒲公英、紫花地丁、瓜蔞、竹茹、陳皮、枳殼、厚樸龍骨、牡蠣等。現代醫學研究表明胃食管反流病常與酸反流、堿反流有關，提示胃腸動力不足，故臨床治療胃食管反流病時，常用香橼、蘇梗、枳殼、陳皮、厚樸、代赭石、佛手、檳榔、木香等具有促胃腸動力的中藥；抗酸藥物的應用是胃食管反流的治療的重要手段，而臨床常用的具有制酸功能的中藥有海螵蛸、瓦楞子、煅牡蠣等；考慮鹼反流的存在時，常用柴胡、黃芩、郁金、薄荷、金錢草、茵陳等疏肝利膽的中藥。唐博祥教授臨證時重視病程之日久，辨病之虛實，分寒熱之偏重。吐酸病有虛實之分，發病初期常以實證多見，病久可因實致虛，逐漸發展為氣滯血瘀或氣虛血瘀，痰濁、氣滯、血瘀、寒熱等相互膠着，導致虛實夾雜或本虛為主。故臨證時要側重寒熱之偏重，寒象明顯者，以溫運脾陽，和胃降逆為主，常佐用烏藥、丁香、吳茱萸、草豆蔻、乾薑等溫熱性藥物；熱象明顯者，以清熱化痰，和胃降逆為主，常佐用浙貝母、知母、黃連、蒲公英、紫花地丁等具有清熱之效的藥物。

3　臨證體會

唐博祥教授認為，脾胃之功在於納運有常，脾升胃降是消化功能正常運行的動力機制。治療胃食管反流病時注重寒熱、升降並用，主次兼顧，胃氣通降才能使氣滯、濕阻、痰濁、食滯、胃火等順勢而下，脾胃功能才能得以恢復正常。

3.1 升降並用，重在調和脾胃

脾胃同居於中焦，共同主宰全身氣機之升降，司飲食水穀之受納腐熟，轉化分佈。其正常運行與其他臟腑緊密相關，因而本臟及他臟生理功能失常，均可影響脾胃升降功能。本病雖然病機複雜，症狀多樣，但臨證時謹守病機，審證求因，辨別虛實熱，與兼夾邪氣，分證論治。常用旋覆代赭湯，該方出自《傷寒論》：「傷寒發汗，若吐若下，解後心下痞硬，噫氣不除者，旋覆代赭湯主之。」旋覆花味苦、辛、鹹，性微溫，苦降辛散，鹹以軟堅化痰，溫以宣通壅滯，具有下氣消痰，降逆止嘔之功效；代赭石味苦能燥濕，性寒而清熱，具有重鎮降逆之功效。旋覆花配代赭石，相須為用，一宣一降，共奏重鎮降逆、降氣止嘔、下氣消痞之效，臨床治療胃食管反流病效果頗佳。故臨證治療多從脾胃入手，在脾是調其升運，在胃是促其和降，脾氣健則清氣得升，運化有力，膈中氣逆可消；胃氣和則濁陰可降，膈咽之氣可利。

病案1：患者袁某，男，58歲，間斷胸骨後燒灼不適半年餘，近2週加重，伴反酸、燒心，胃脘部隱痛，腹飽噁心。胃鏡檢查診斷：慢性非萎縮性胃炎。舌質淡紅，苔白膩，脈弦。證屬脾虛氣逆，痰濁內生，胃失和降。擬診：胃食管反流病。

處方：旋覆花10g，代赭石15g，姜半夏10g，黨參10g，香橼10g，佛手10g，瓜蔞10g，乾薑10g，砂仁5g，海螵蛸15g，瓦楞子15g，甘草5g。7劑，水煎至200ml，早晚分次服，每日一劑。

二診：服藥7劑後，胸骨後燒灼感、反酸、燒心、胃痛等症狀均有所減輕，仍覺腹飽脹，排便不暢，舌質淡紅，苔薄白，脈弦。予原方加枳實10g，厚樸10g，酒大黃5g。7劑，水煎至200ml，早晚分次服，每日一劑。

三診，再服7劑後，反酸、燒心等明顯改善，腹飽緩解，大便正常。舌質淡紅，苔薄白，脈弦。

處方：旋覆花10g，代赭石15g，姜半夏10g，黨參10g，香橼10g，佛手10g，白術10g，乾薑10g，海螵蛸15g，瓦楞子15g，枳實10g，厚樸10g，甘草5g。續服14劑，諸症皆除。隨訪2個月病情未復發。

3.2 寒熱平調，不忘「清」

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

《素問·太陰陽明論》云：「陽道實，陰道虛」。太陰之病多虛，寒濕不化，故以虛證、寒證多見；陽明之病，易傷津液，多從燥化、熱化，故以熱證、實證居多。GERD發生是多種致病因素導致，病性多為本虛標實或虛實夾雜。脾病多虛寒，導致胃中寒冷，中焦運化失職，水濕停聚中焦，胃失和降，而見嘔惡、吐酸，胃中疼痛等；胃病多實熱，或胃陰不足，虛火內生，可致嘈雜、燒心、胃中灼熱等；而痰濕中阻，氣機不暢，少陽失其生髮，膽熱犯胃，胃失和降，可見口苦、呃逆、噯氣等；痰濕鬱久化熱，濕熱蘊於中焦，亦可見燒心、反酸、嘔吐酸腐等症。《內經》有「諸嘔吐酸，……皆屬於熱」，「少陽之勝，熱客於胃，……嘔酸善饑」，故吐酸者，熱存之。故寒溫並用時，不忘「清」。臨證時常用溫膽湯、半夏瀉心湯等加減運用。溫膽湯方出自《三因極一病證方論》主治：「大病後虛煩不得眠，此膽寒故也，此藥主之。又治驚悸。」「治心膽虛怯，觸事易驚，或夢寐不祥，或異象惑，遂致心驚膽懾，氣鬱生涎，涎與氣搏，變生諸證，或短氣悸乏，或複自汗，四肢浮腫，飲食無味，心虛煩悶，坐臥不安。」唐博祥教授認為溫膽湯具有溫涼並用，清熱而不寒，化痰而不燥，使膽熱得清，痰濁得化，胃氣和降，是治療胃食管反流病的有效方劑。臨證時辨別寒熱之偏盛，屬寒者，可因寒邪客胃，或素體脾胃虛寒而成；屬熱者，多由痰濁、氣鬱化熱而致，故唐老師臨證時常寒熱升降並用，溫脾陽，降胃氣。脾虛怕涼者，可加乾薑、高良薑、肉桂等；水濕內蘊，咽部如有梗阻者，予以半夏、厚樸；氣滯重者加佛手、香橼、厚樸、枳殼；陰虛者加沙參、麥冬；心悸胸悶者加瓜蔞、薤白；急躁易怒者加梔子、柴胡、牡丹皮。

病案2：患者張某，女，48歲，胸骨後疼痛不適，夜間明顯，咽中異物感，噯氣，心煩，睡眠欠佳，大便稀，舌質紅，苔白，脈弦滑。證屬痰熱內蘊，胃失和降。擬診：胃食管反流病。

處方：姜半夏10g，竹茹10g，陳皮10g，茯苓10g，黃連6g，黃芩10g，厚樸10g，紫蘇梗10g，茯苓10g，乾薑10g，黨參10g，炙甘草6g。7劑，水煎200ml，分早晚2次溫服，每日1劑。

二診：服藥7劑後，胸骨後疼痛、噯氣、心煩減輕，睡眠稍好，大便黏，舌質紅，苔白，脈弦。予原方加香附10g，砂仁6g，蒼術10g，遠志6g。7劑，水煎至200ml，早晚分次服，每日一劑。

三診：上述諸症明顯緩解，排便正常，舌質淡紅，苔薄白，脈弦。原方加減續服2週。

3.3 重視情志，不忘調肝。

相關研究證明，該病的發生及高復發率與不良的精神心理因素密切相關[3]。肝與胃，木土相克，脾之與胃，表裡相關，久鬱而傷肝，肝木失於疏泄，橫逆克脾犯胃，導致脾胃升降失司。唐博祥教授在臨證時發現情志不暢，憂思惱怒、睡眠不佳常為誘發本病的重要因素，肝為剛髒，喜條達而惡抑鬱，主疏泄，調暢全身氣機。肝氣鬱結，肝之疏泄失司，木鬱乘脾土，使脾升胃降失常；肝膽之氣久鬱化火，火熱之邪橫逆犯胃，使脾氣不升，胃氣不降反逆，而出現反酸、燒心、胸脅脘悶不舒等症狀。朱丹溪在《丹溪心法》指出：「氣血沖和，百病不生；一經怫郁，諸病生焉。故人身諸病，多生於鬱」。因而疏肝氣、調脾胃對胃食管反流病的治療尤為重要。臨證可選用柴胡疏肝散、四逆散加減等。其中柴胡性微寒，入肝經，疏肝解鬱，兼能升舉陽氣；枳殼性微寒，入脾胃經，行氣消脹，理氣寬中，與柴胡相配，可調節胃腸運動，恢復中焦氣機之升降；陳皮理氣健脾，川芎辛散，開鬱行氣，活血止痛，芍藥、甘草斂陰平肝、緩急止痛，能解胸骨後灼痛。胃氣上逆，嘔水吐酸者，每每夜間症狀加重，影響睡眠品質，肝火上炎，熱擾心神，入夜難寐，故調節脾胃氣機升降同時，佐以少量養心安神之藥；神疲乏力、少氣懶言者，可佐以四君子湯；反酸明顯者，可酌加制酸、生肌斂瘡藥物，如瓦楞子、海螵蛸、煅牡蠣、浙貝母等。

病案3：高某，女，60歲，反酸、燒心反復發作2年，伴胸骨後燒灼感、疼痛，噯氣，脘腹痞滿不舒，口苦咽幹，納呆食少，夜眠差，二便可。舌質紅，苔黃膩，脈弦。胃鏡檢查示：反流性食管炎，食管下段黏膜斑片狀充血，散在糜爛。證屬肝胃鬱熱，胃失和降。

處方：柴胡10g，白芍10g，郁金10g，黃芩10g，預知子6g，川楝子6g，黨參10g，薏苡仁10g，石菖蒲10g，陳皮10g，茯苓10g，酸棗仁15g，遠志6g，炙甘草5g。7劑，水煎200ml，分早晚2次溫服，每日1劑。

二診：服藥7劑後，藥後諸症皆減，飲食漸增，時有反酸，餐後加重，舌質紅，苔薄白，脈弦。原方去薏苡仁、石菖蒲，加海螵蛸15g，浙貝母15g，續服7劑。

台灣中醫藥會 版權所有 Copyright TCMA All Rights Reserved

三診：反酸及胸骨後灼熱感皆大減，略感餐後脘腹脹滿，二便調，舌淡紅，苔薄白，脈弦。上方加枳殼10g，厚樸10g。加減續服4周後諸症消失，隨訪2個月病情未復發，複查胃鏡食管下段糜爛消失。

3.4 注重主次，兼顧宣肺

胃食管反流病的臨床表現因患者具體情況而有所差異，反酸、燒心雖為常見症狀，臨床上往往有些患者反流症狀並不明顯，而以慢性咳嗽、哮喘、咽部異物感、慢性咽炎，胸骨後疼痛等為主症，常被誤認為心、肺部疾患，而以常規活血通絡、止咳平喘治療往往收效甚微。臨證時需詳加辨認，不忘兼顧次證。肺氣的肅降與胃氣的和降關係密切，《素問五臟生成論篇》：「諸氣者，皆屬於肺」，脾胃的升降運化受肺氣宣發肅降的影響，脾為生痰之源，肺為儲痰之器，肺失肅降，可致痰氣交阻於胸膈，胃氣上逆於咽喉，可見咳嗽、胸脅喘滿、反酸、咽中異物感等。臨證時要兼顧肺氣之調暢，肺氣宣發肅降失常，則全身氣機逆亂，脾胃之氣亦失於調控；肺氣宣，則脾升胃降，胃氣通降，吐酸之症亦隨之而解。臨床可用小陷胸湯寬胸散結。臨證時常用旋覆花、紫蘇梗、桔梗等開宣肺氣，降逆化痰；口苦者，可加郁金、黃芩、金錢草、茵陳等利膽疏肝；久病疼痛，入夜尤甚者，可加丹參、川芎、莪術活血逐瘀，通絡止痛。

病案4：患者李某，男，65歲。因胸骨後灼痛伴咽部不適2月來診，症見：胸骨後灼痛，咽部痰多，咳痰粘稠，進食辛辣食物明顯，呃逆，脘腹脹滿，口苦，大便偏幹，舌質紅，苔薄黃，脈滑。胃鏡檢查報告示：非萎縮性胃炎伴膽汁反流。證屬痰熱結胸，胃失和降。

處方：法半夏10g，瓜蔞10g，黃連6g，紫蘇梗10g，金錢草10g，郁金10g，厚樸10g，木香6g，旋覆花10g，桔梗10g，柴胡6g，枳實10g，炙甘草6g。

二診：胸骨後灼痛較前好轉，呃逆減輕，咯痰不爽，夜間睡眠差，舌質稍紅，苔黃減輕，脈沉。上方加白術，莪術，浙貝母，續服7劑。

三診：患者症狀基本消失，舌質淡紅，苔白，脈沉。原方加減續服1月後，諸症悉除。

4 結語

胃食管反流病實質上是一種動力性疾病，臨床多見，特別是內鏡陰性的胃食管反流病尤為普遍。臨床症狀除反酸、燒心以外，胃脘痞滿不適亦是共性，六腑以通為用，以降為順，胃失和降、胃氣上逆為胃食管反流病的基本病理變化，脾胃升降失調為其基本病機，臨床上不論虛實寒熱，和胃降逆為治療該病的主要治療法則，貫穿始終。唐教授臨證治療時善抓主線，識病機，辨病與辨證相結合，從肝、脾、胃、肺入手，運脾氣、降胃氣、疏肝氣、宣肺氣並行，使脾氣升、胃氣降、肝氣調、肺氣宣，陰平陽密，中焦脾胃功能恢復，臨床治療效果滿意。

參考文獻

[1] 中華中醫藥學會脾胃病分會.胃食管反流病中醫診療專家共識意見（2017）[J].中國中西醫結合消化雜誌,2017,25（5）:321-326.

[2] 葉天士,蘇禮.中醫臨床必讀叢書·臨證指南醫案[M].北京: 人民衛生出版社，2006: 122

[3] 尹毅,朱存成.柴胡溫膽湯聯合西藥對非糜爛性胃食管反流病合併焦慮抑鬱的療效及對自主神經功能影響[J].遼寧中醫雜誌.2020,47（8）:97-99

Abstract: Gastroesophageal reflux disease is a chronic refractory digestive system disease, Professor Tang Boxiang has been engaged in the clinical work of spleen and stomach specialty of traditional Chinese medicine for more than 30 years, andhe has rich clinical treatment experience. He has his own unique views on the etiology and pathogenesis, diagnosis and treatment thinking and medication characteristics of gastroesophageal reflux disease. It is claimed that the disease is related to the physiological dysfunction of multiple viscera such as spleen and stomach, liver and gallbladder, lung and so on. The principle of treatment is to restore the ascending and descending function of spleen and stomach, treataccording to syndrome differentiation, give consideration to primary and secondary, and the curative effect is quite good.

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

Key words: gastroesophageal reflux disease; Etiology and pathogenesis; Clinical experience; Syndrome differentiation andtreatment

（編委：張學斌審校2025.01.15）

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