

## 李廷荃教授从“肝”论治胃食管反流病\*

侯文慧<sup>1</sup>, 张晓园<sup>2</sup>, 范鑫冰<sup>1</sup> 指导: 李廷荃

1 山西中医药大学, 山西 太原 030024; 2 山西省中医院, 山西 太原 030012

**[摘要]** 探寻从肝论治脾胃病的古籍来源和现代药理研究, 阐述李廷荃教授从“肝”论治胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)的临床经验, 李廷荃教授提出“治肝可以安胃”的诊疗思想, 从肝主疏泄论治GERD的同时要紧抓肝与脾胃的关系, 以健脾和胃为基础, 可为临床消化系统疾病, 尤其为GERD提供了从“肝”论治的新思路。

**[关键词]** 胃食管反流; 肝主疏泄; 肝胃相合; 李廷荃

**[中图分类号]** R256.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2025)09-0030-04

### Professor Li Tingquan's Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease from "Liver"

HOU Wenhui<sup>1</sup>, ZHANG Xiaoyuan<sup>2</sup>, FAN Xinbing<sup>1</sup> Director: LI Tingquan

1 Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Taiyuan 030024, China;

2 Shanxi Traditional Chinese Medical Hospital, Taiyuan 030012, China

**Abstract** The article explores the sources of ancient texts on the treatment of spleen-stomach disease from liver and modern pharmacological researches, and illustrates professor Li Tingquan's experience in treating gastroesophageal reflux disease (GERD) from "liver", he raises his diagnostic and therapeutic thinking of "treatment for liver could calm the stomach", he treats GERD based on liver controlling dispersion, meanwhile, and closely grasps the relationship between liver and spleen-stomach, taking invigorating spleen and harmonizing stomach as the foundation, which could provide new thinking for treatment of digestive system disease, especially GERD from liver in clinic.

**Keywords** gastroesophageal reflux disease; liver controlling dispersion; the relationship between liver and stomach; Li Tingquan

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是胃十二指肠内容物反流入食管内和食管外,产生相应的临床症状和并发症,以烧心、反酸为主要临床表现。其主要发病机制是抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜攻击的结果<sup>[1]</sup>,属中医“烧心”“吐酸”“嘈杂”等范畴。西医采用质子泵抑制剂短期效果明显,但病情反复者疗效欠佳,且停药后易反复。目前多数医家认为GERD的病位主要在食管,为胃所主,且与肝关系密切,正如刘完素所言“酸者,肝之味也,由火盛制金,不能平木,则肝木自盛,故为酸也”<sup>[2]</sup>。

GERD的基本病机属胃失和降,胃气上逆;而肝气郁结是造成胃失和降的主要因素,且贯穿于疾病的始终;肝气郁结,横逆犯胃,胃失和降,胃气上逆则反酸、噯气。正如《临证指南医案》载“肝木肆横,胃土必伤;胃土久伤,肝木愈横。”

李廷荃教授为山西名医,岐黄学者,享受国务院政府特殊津贴专家,“三晋英才”拔尖骨干人才,山西省学术技术带头人,全国第四批老中医药专家学术经验继承人,山西省首批中青年中医临床

领军人才。李廷荃教授从事临床工作多年,在消化系统疾病的诊治方面有独特见解,他认为随着现代快节奏的生活方式和多样化饮食结构的改变,气机不通是引起各种消化系统疾病的主要原因,故在临床治疗中擅长从“肝”入手,以调肝为原则,从根本上恢复肝与脾胃的关系,疏肝在于一定程度上恢复“血气不和,百病变化由生”的病理状态,肝恢复疏泄之职,气机通达,则脾胃气机运行正常,最终全身气机调畅。

李廷荃教授认为,GERD作为一种身心疾病,以胃失和降,胃气上逆为主要病机,而情志不畅、肝气犯胃是关键。他认为,疾病初期,在脾胃虚弱的基础上肝气犯胃,由于患者平素工作生活的压力,导致精神情志等方面出现异常,进而致肝郁气结,横逆犯胃,故出现反酸、胁肋胀满不适等症状,治疗宜疏肝理气,和胃降逆。疾病后期,肝气郁结日久,一则气机不通,气血瘀滞,出现胃脘痛,舌质紫暗有瘀斑及不通则痛表现,治宜疏肝理气,佐以桃仁、红花等活血化瘀之品。二则肝郁日久化热,表现出口干口苦,舌苔黄厚腻等热证表现。在疏

肝和胃的基础上佐以茵陈、黄芩清利湿热。在宣畅气机的同时适当加入合欢皮、木香解郁理气,调畅情志;加入麦冬、生地黄防止疏散太过,过燥伤阴。同时肝气犯胃的病理基础在于脾胃虚弱,脾气不升,胃气不降,进而胃酸逆流入食管,应在立足于健脾和胃基础上注重恢复肝的功能,调畅全身气机,使得脾胃升降相应,治病求本。

## 1 从“肝”论治GERD理论渊源

**1.1 脏腑运行,气机为要** 气是激发和推动生命活动的根本动力,《庄子知北游》载:“人之生,气之聚也。聚则为生,散则为死。”<sup>[3]</sup>《素问·阴阳应象大论篇》将“风”与“肝”列为一个系统,提出了“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝”理论。由此可见肝对全身的气机发挥着至关重要的作用,由于气机是一切生命活动的基础,故肝主疏泄理论可应用于一切生理病理变化。

肝的疏泄主要包括以下三点:1)调畅全身气机。肝气主升,肝的疏泄功能正常可以直接影响全身气机的通畅与否,进而直接影响各个脏腑、经络、形体、官窍功能的发挥;2)推动胆汁分泌。肝主疏泄功能的发挥影响胆汁的生成和分泌,进而影响饮食物的消化和吸收;3)调畅情志活动。气血是情志活动的物质基础,肝疏泄气血功能正常,则五脏和调,情志舒畅。反之疏泄功能失职,气血运行不畅,进而影响情志活动功能的发挥。现代研究证明:GERD患者大多存在不同程度的焦虑、抑郁、烦躁等症状。反之,这些不良情绪的存在又会加重胃食管反流。

**1.2 肝胃配合,相辅相成** 肝属木,肝气主升,主疏泄、藏血,胃属土,胃气主降,主收纳、腐熟。两者一升一降,同为气机枢纽,肝之疏泄正常则气机调畅,脾升胃降,从而使得脾胃气机畅达,健运不息。所谓“土得木而达之”“木赖土以培之”。正如《血证论脏腑病机论》中载:“木之性主疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”<sup>[4]</sup>

从经络属看,足厥阴肝经“挟胃两旁,属肝,络胆”,肝胃通过经脉相连。肝脉通利,胃气则和,反之肝脉不通则易引发恶心呕吐、嗝气、反酸等胃失和降的病理表现。正如唐容川《血证论》中载“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。设肝之清阳不升,则不能渗泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”<sup>[5]</sup>由此可见,肝胃两脏相互影响,协调配合,其中肝脏更为重要。

**1.3 肝胃病理,相互影响** 肝喜条达,其气主升,胃以降为和。肝胃不和则表现在两方面:一方面,肝失疏泄,脾胃气机生发不足,络脉不通,不通则

痛,进而出现腹痛、腹胀。正如《素问·阴阳应象大论篇》中载:“清气在下,则生飧泄;浊气在上,则生腹胀。”<sup>[6]</sup>另一方面肝失疏泄致气机不畅,肝气不及则抑郁不乐,悲忧欲哭,肝气上逆则急躁易怒,烦躁焦虑。

肝的疏泄作用还体现肝之余气分泌胆汁,戴起宗《脉诀刊误》中载“胆之精气,则因肝之余气,溢入于胆”;肝之疏泄失常则难以正常分泌排泄胆汁,胆汁淤积,进而影响饮食物的正常消化吸收,可见饮食不化、口苦反酸、消化欠佳。正如《医家心法吞酸》载:“凡是吞酸,尽属肝木曲直作酸也。”<sup>[7]</sup>

故在治疗脾胃疾病中李廷荃教授常从肝入手,选方常用逍遥散、加味逍遥散、柴胡疏肝散、四逆散加减治疗,在其基础上常用枳实、八月扎、莪术、木香。以上药物均归于肝、脾胃经,肝之气机调畅,则疏泄功能正常,全身气机调畅,百病则解。而李廷荃认为,肝失疏泄又包括“太过”和“不及”,治疗为“疏肝”和“舒肝”。肝气太过则上逆,横逆犯胃,甚至肝阳上亢,引发头晕、呕吐等症,治疗时在“疏肝降气”的基础上多用枳壳、柴胡、牛膝等以恢复气机升降。肝气不及则肝郁,甚则郁而化热,治疗以“舒肝”为主,多用旋覆花、香附、合欢皮等升散疏肝之品,佐白芍、麦冬收敛滋阴之物,防治过散而伤阴。

李廷荃教授认为从肝主疏泄论治的同时要紧抓肝与脾胃的关系,注重健脾和胃。脾主升清,“脾宜升则健”“脾喜燥而恶湿”,故治疗时李廷荃多用人参、白术、黄芪等辛温之品以恢复脾升输精微和运化水湿的作用。胃主通降,“胃宜降则和”,故临床多用陈皮、厚朴、半夏等降气除满药以恢复胃通降腐熟功能,进而恢复中焦气机。即通过药物干预脾胃与肝的关系,使得肝胃气机相辅相成,进而升降相因,共同发挥对人体的协同作用。体现了李廷荃注重气机理论,从“肝”论治脾胃病的临床诊疗思路。也体现了其通过“和”法来恢复自和功能,进而达到“因而和之,是谓圣度”的机体理想状态,具有临床指导意义。

## 2 肝主疏泄在GERD中的运用

肖汉玺把忧思恼怒,气郁伤肝,肝木乘土,横逆犯胃,胃失和降,胃气上逆作为其基本病机;情志不畅、肝气犯胃为其发病关键<sup>[8]</sup>。张珍玉重视气机调节,他认为五脏六腑,肝最为要,内伤杂病,肝病首当其冲<sup>[9]</sup>。

现代研究表明,随着肝病病情及组织病理学变化的加重,胃黏膜的病变范围扩大、食管静

脉曲张程度也逐渐增加,因此可以认为胃黏膜和食道静脉的改变是“肝病传脾”理论的病理学基础之一<sup>[10]</sup>。魏盛等<sup>[11]</sup>通过对胃肠激素与功能性消化不良患者胃肠动力障碍的关系的研究认为,肝主疏泄调节消化的生物学机制研究主要集中在脑肠肽、胃肠激素、幽门螺杆菌方面。李洪海等<sup>[12]</sup>通过“万物出乎震”谈肝气对肠道菌群的始动疏调作用的研究,从肝主疏泄能通过调畅情志和调节气机来保证女性生理及生殖功能的正常角度证实了肝气功能对肠道菌群具有始动疏调作用。陶金等<sup>[13]</sup>在采用Bilitec 2000进行24 h食管胆汁检测后,通过胆汁在引起食管黏膜损伤和临床症状中的表现,佐证了在抑酸治疗效果欠佳的难治性食管胃反流患者中,胆汁可能成为主要致病因素的结论。进一步证实了胆汁在GERD发生发展中发挥的作用。

而现代研究证明,GERD中有相当比例的患者合并有心理精神异常伴随抑郁症状,有相关文献报道各种应激精神心理异常等因素均与灼热症密切相关,长期的心理应激状态可引起胃肠功能紊乱和黏膜损害,从而诱发或加重胃食管反流<sup>[14]</sup>。郝悦等<sup>[15]</sup>通过心理性应激对大鼠胃排空的影响及胃黏膜的损伤相关实验研究表明:GERD患者大部分都存在不同程度的精神心理异常,在心理应激时,胃动力明显降低,胃排空时间延迟,进一步证实了肝主疏泄功能失常在GERD中发挥的重要作用。

李廷荃教授将反流性食管炎主要分为以下几种证型<sup>[16]</sup>。1)肝胃郁热。以口干口苦,反酸烧心,呃逆暖气,胃脘灼热为主症;治宜疏肝清热,降逆和胃,即治肝安胃;主方用自拟方胃逆康:四逆散+左金丸+二陈汤。2)寒热错杂,肝气犯胃。胃脘怕冷,恶食生冷之物,虚实寒热错杂;治宜疏肝理气、温中和胃;方用小柴胡汤+良附丸+桂枝汤。3)寒热错杂,肝脾不调。口气明显,胃脘喜温,口中黏腻不和,舌淡胖苔白稍黄腻;治以清利湿热,健脾温阳;方选自拟顺胃降逆方,药物组成:半夏泻心汤+毕拔、厚朴、藿香。

### 3 典型病例

案 段某,女,70岁,2021年4月27日初诊。主诉:胸骨后灼热不适伴反酸烧心3年余。患者3年来饭后觉胸骨及胃脘灼热不适,纳欠佳,反酸烧心,甚则反流致咳嗽,口服“奥美拉唑”稍缓解,伴暖气矢气,晨起口干口苦,平素焦虑易怒,情绪不佳,眠欠佳,入睡困难,眠浅易醒,二便调。平素脚踝部及小腿易水肿。舌质红苔黄津少脉细。2020年3月胃镜示:1)反流性食管炎;2)食管裂孔

疝(重度);3)浅表性胃炎。病理诊断示:(贲门)胃黏膜重度慢性活动性炎伴糜烂,小灶细胞挤压变形,炎症重。西医诊断为GERD,中医诊断为胃痞证(肝胃郁热,和降失常)。治疗疏肝泻热,和胃降逆,和解少阳,方选柴胡桂枝汤加减。药物组成:柴胡10 g,清半夏10 g,太子参10 g,黄芩10 g,桂枝10 g,白芍10 g,枳实30 g,八月扎30 g,莪术10 g,麦冬10 g,沙参10 g,蒲公英10 g,焦麦芽、焦山楂、焦神曲各18 g,甘草6 g。共7剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。

2021年5月6日二诊:诉一诊后反酸烧心症减,下肢水肿亦减,仍稍有饭后反酸烧心,口干,眠浅,入睡困难,易疲乏,双下肢无力,舌红少苔薄黄,舌中有裂纹,脉虚大。治宜益气养阴,疏肝和胃。原方去桂枝,黄芩易为黄连,枳实易为15 g,加白术10 g、茯苓30 g、陈皮10 g,继服7剂。

2021年5月25日三诊:患者诉服药后诸症转佳,现仍稍有眠浅入睡困难,精神欠佳,疲乏,双下肢乏力,面色不荣,舌淡红苔薄白,脉虚浮。治宜健脾和胃,补气养血,予六君子汤+当归10 g,白芍10 g,黄芪15 g,枳实18 g,沙参15 g,麦冬10 g,八月扎30 g,蒲公英18 g,焦麦芽、焦山楂、焦神曲各10 g,后再诊,症状基本消失,后又守上方巩固调理14剂后,诸症兼除,停药1年未见复发。

按 患者平素焦虑易怒,性急则肝气郁结,气机不畅,进而郁而化热,亢逆犯胃,发为本病。肝气犯胃,胃失和降,盖“诸上升之气,皆出于肝”<sup>[17]</sup>,忧思恼怒,扰动肝气,肝气上逆。于是胆汁、胃酸随胃气而上逆,继而出现烧心、反酸。病起肝胃失和,诱发脏腑功能紊乱,病初在气分,久则郁而化热。一方面出现反酸、口苦、眠差等热象,另一方面热耗伤津气,影响脾胃气机的正常运行,致脾胃功能受损,温运失职,出现小腿及脚踝水肿,正如《素问·经脉别论篇》载:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行……”<sup>[18]</sup>。方用柴胡桂枝汤以疏肝理气,清解少阳郁热,运化中焦,调和肝脾胃,方中加枳实、八月札以助行气导滞之力;加蒲公英以增清热之功,佐莪术活血化瘀,沙参、麦冬滋阴生津,防止进一步过燥蕴热,焦三仙促进脾胃运化,提高胃肠蠕动力,改善纳食欠佳的症状。

本方以柴胡桂枝汤为基础,柴胡、黄芩清解少阳郁热;半夏、太子参益气健脾,和胃降逆;桂枝、芍药调和营卫,燮理阴阳。方中枳实、八月札、莪术是李廷荃教授的经验配伍,三者疏肝理气,活血止痛,善于治疗肝郁气滞所引起的胃痛、胃胀等

症:蒲公英清热解毒,保肝利胆;沙参、麦冬益胃生津,防止燥热伤阴,灼伤胃络;焦三仙消食助运,促进胃肠动力,能够改善GERD患者纳差、食欲不振的症状,配伍甘草缓急止痛,调和诸药;全方共奏疏肝健脾和胃制酸之效。

二诊反酸烧心及下肢水肿症减,仍有口干、疲乏无力、眠差等症,表明中焦郁热渐散,故以郁热耗伤气阴为主,“阳入于阴谓之寐”,阴不足则虚热扰神,出现入睡难,眠浅。气不足则难以化血,故面色不荣,血不养心,进一步加重了眠浅不寐,继续予原方调肝理脾,畅通气机、清泄郁热。因二诊主症为乏力、眠差,故黄芩易为黄连。一者黄连尤善清泻心经实火,二者制约白术温性,三者和胃降逆。因面色不荣,气血俱虚,根本在于脾胃虚弱,难以运化气血,佐以四君子汤健脾和胃,补气养血。茯苓、白术相配,既能健脾祛湿,茯苓还可宁心安神,改善失眠症状。三诊诸症转佳,以六君子汤进一步加强脾胃虚弱功能,仍选枳实、八月扎调畅气机。

纵观该案为肝胃郁热兼气阴俱虚,单纯散热并不能愈疾,故整体从“肝”论治,主抓调畅气机,气机得通则诸脏腑功能恢复,上焦得通,津液得下,胃气因和。一诊之方使热邪得清,但仍有耗伤气阴表现;二诊主要解郁化热、调和肝胃,但不忘安神定志;三诊进一步健脾和胃,调和气血,最终热清神安,肝胃平和病自愈矣。

#### 4 小结

肝胃不和、肝胃郁热多为GERD的主要证型,由于GERD患者多脾胃虚弱,故在疾病发展的初期稍有情志不畅,便横逆犯胃,气机不畅,后期气机郁滞,郁久化热。甚至气郁痰阻或气滞血瘀导致痰浊、瘀血等病理产物的产生,痰瘀互结,耗气伤阴、灼伤胃络,增加消化道出血的风险,久病损伤元阴元阳,这也是GERD反复发作,缠绵难愈的重要原因之一。故李廷荃教授从“肝”论治胃食管反流病,不仅紧抓“治肝可以安胃”的诊疗思想,而且也抓住了肝调畅全身气机的重要作用。另外从肝论治胃食管反流的思路也是其“和”法的核心之一,和即“中和”;和法是中国传统哲学的主要内容,对后世各项学科的发展具有重要指导意义。履中蹈和出自汉焦贛《易林蛊之兑》:“含和履中,国无灾殃。”汉刘向《说苑修文》:“彼舜以匹夫,积正合仁,履中行善,而卒以兴。”<sup>[19]</sup>“中”:无过无不及,恰如其分;“和”:和谐,做任何事都要把握住度,以其“致中和”,从追求适度中实现和谐。总而言之,“和”是一种平衡、和谐的状态,和则万物生,

和则阴平阳秘,精神乃至,也是中医治病追求的最高法度和理想状态。

#### 参考文献

- [1] 苏慧芬. 半夏泻心汤加味煎剂治疗胃食管反流病脾虚胃热证的临床研究[D]. 咸阳:陕西中医学院,2006.
- [2] 王婷婷,朱生樑. 中医药治疗胃食管反流病的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(28):108-109.
- [3] 李素云,赵京生. 传统补泻刺法蕴含的思想观念探讨[J]. 中国针灸,2017,37(11):1141-1145.
- [4] 陈越,陈兰玲. 从肝主疏泄论治慢性胃病[J]. 中医研究,2020,33(8):11-13.
- [5] 毛佩,张宇忠. 论五更泻不可忽视从肝论治的时间医学基础[J]. 北京中医药大学学报,2017,40(11):902-905.
- [6] 张艳虹,朱浩宁,黄焯,等. 基于“久卧伤气”探讨从气机防治急重症患者胃肠功能障碍[J]. 中国中医急症,2020,29(4):672-674.
- [7] 李海燕. 疏肝益胃汤治疗反流性食管炎(肝胃不和型)的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
- [8] 田耀洲,宗亮. 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集汇编[C]. 广州:中华中医药学会脾胃病分会,2009.
- [9] 张硕,张庆祥. 张珍玉从肝论治脾胃病经验探析[J]. 辽宁中医杂志,2022,49(7):41-44.
- [10] 饶红梅. 慢性束缚应激大鼠行为学及NPY、CCK变化与肝主疏泄的关系[D]. 北京:北京中医药大学,2007.
- [11] 魏盛,乔明琦. 肝主疏泄机制研究的进展、主要问题及其展望[J]. 陕西中医学院学报,2014,37(3):4-8.
- [12] 李洪海,李晓,马月香. 从“万物出乎震”谈肝气对肠道菌群的始动疏调作用[J]. 时珍国医国药,2021,32(5):1176-1178.
- [13] 陶金,胡品津. 胆汁在胃食管反流病中的作用[J]. 国际内科学杂志,2007,34(4):194-197.
- [14] 金建琴,张志芳,吴相焕,等. 抗焦虑结合健康教育在治疗胃食管反流患者中的临床意义[J]. 西部医学,2010,22(12):2357-2358.
- [15] 郝悦,黄裕新,王景杰. 心理性应激对大鼠胃排空的影响及胃粘膜的损伤[J]. 第四军医大学学报,2002,23(7):603-605.
- [16] 韩杰,李廷荃,霍凯,等. 李廷荃教授诊治Barrett's食管经验[J]. 云南中医中药杂志,2021,42(8):3-6.
- [17] 桂茜茹,章程,李芳. 张小萍辨证分型治疗反流性食管炎的思路探析[J]. 江西中医药大学学报,2017,29(4):27-28.
- [18] 李晓娟,骆仙芳,楼招欢,等. 《黄帝内经》肝藏象理论探析[J]. 中华中医药杂志,2017,32(3):956-959.
- [19] 刘华荣. 儒家教化思想研究[D]. 兰州:兰州大学,2014.

收稿日期:2023-03-28

\* 基金项目:山西省自然科学基金(201901D111426, 202203021221287);山西省中医药管理局科研项目(2019ZY029);萧氏脾胃学术流派传承工作室(2020PY-LP-08);山西中医药大学研究生创新创业教育项目资助(2022CX001)。

作者简介:侯文慧(1996-),女,在读硕士研究生。研究方向:消化系统疾病的中医药防治。Email:949033341@qq.com。