

·临床研究·

本文引用:赵 帅,周正华,王 威. 从“肝脾肺”视角论燥湿行气法在胃食管反流病中的应用[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(10):1601-1605.

从“肝脾肺”视角论燥湿行气法在胃食管反流病中的应用

赵 帅,周正华*,王 威

(天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心,天津 300381)

[摘要] 胃食管反流病的致病因素繁杂,肝、脾、肺功能失调导致湿阻气滞是出现反酸、烧心等症状的核心病机。临床根据不同病位分别选用平胃散苦温燥脾湿、加减小陷胸汤苦寒燥胃湿、上焦宣痹汤沉降利肺气、芳香之品醒脾运中气、以及辛散风药燥湿疏肝气,运用上述5种燥湿行气法治疗胃食管反流病收效显著,可在较短时间内恢复患者健康。

[关键词] 胃食管反流病;燥湿;行气;肝;脾;肺

[中图分类号]R256.3

[文献标志码]B

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.10.022

Discussion on the Application of the Method of Drying Dampness and Promoting Qi in Gastroesophageal Reflux Disease From the Perspective of “Liver, Spleen and Lung”

ZHAO Shuai, ZHOU Zhenghua*, WANG Wei

(First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine/National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin 300381, China)

[Abstract] The pathogenic factors of gastroesophageal reflux disease are complex. The core pathogenesis of pantothenic acid, heartburn and other symptoms is dampness stagnation and Qi stagnation caused by dysfunction of liver, spleen and lung. From different disease location, choosing Pingwei Powder bitter and warm to dry spleen dampness, modified Xiaoxian Xiong Decoction bitter and cold to dry stomach dampness, Shangjiao Xuanbi Decoction sinking and falling to benefit lung-Qi, aromatic products to awaken spleen and transport middle Qi, wind-expelling drugs pungent and emission to dry dampness and soothe liver. The five methods of drying dampness and promoting Qi had significant effect on gastroesophageal reflux disease and could restore the health of patients in a short time.

[Keywords] gastroesophageal reflux disease; drying dampness; promoting Qi; liver; spleen; lung

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是由多种因素导致胃、十二指肠内容物反流入食管,进而发生反酸、胸骨后灼烧感的一种消化系统常见疾病^[1]。西医治疗主要采用质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)、H₂受体拮抗剂、促动力剂等,复发率高,效果欠佳^[2]。中医学将其归属于“吞酸”“嘈杂”“反胃”“胃痞”等范畴。又因其病位在食管,故可将其归属于“食管瘕”的范畴^[3]。笔者认为湿阻气滞是肝、脾、肺气机升降失调引发 GERD 的

共有病机,临床灵活运用燥湿行气法治疗 GERD 收效迅速,不易反复,值得进一步研究与讨论,本文从“肝脾肺”多角度解析燥湿行气法在 GERD 中的具体应用。

1 胃、食管与肝、脾、肺三脏的生理联系

1.1 脾与胃、食管的联系

脾足太阴之脉,络胃上膈,解剖上脾与胃同膜相连,二者经络互系,脏腑相依。《经络汇编·脏腑联络

[收稿日期]2021-03-16

[基金项目]国家重点研发计划项目(2019YFC1709602)。

[作者简介]赵 帅,男,在读硕士研究生,研究方向:中医药治疗消化系统疾病。

[通信作者]*周正华,女,主任医师,硕士研究生导师,E-mail:15202248272@139.com。

分合详说》中述：“咽名咽门，其管柔空，其软若皮，下接胃本……此食管也”，脾脏与食管通过咽门经络互属；功能上脾主运化，散精润养肌肉百骸，故食管的平滑肌亦属脾脏管辖，脾气健旺则食管蠕动规整有力，通降正常，胃纳水谷继而生精输脾，形成脾胃食管的良性循环，完成水谷精微的转化与利用。

1.2 肺与胃、食管的联系

《灵枢·经脉》曰：“肺手太阴之脉，起于中焦……还循胃口，上膈属肺”“胃足阳明之脉……走人迎，循喉咙，入缺盆”，证明肺胃在经络层面联系紧密；在津液代谢方面，肺将水谷精微布散周身的必要条件是胃腑的供给与辅佐，肺气肃降与胃气和降二者协调配合导阴下行^[4]；《人身通考·内体部》中述：“咽通胃，故以之咽物。喉通五脏以系肺，故以之喉气。”咽指食管，喉指气管，二者分属肺胃并行胸中，共同参与宗气的生成。

1.3 肝与胃、食管的联系

《灵枢·经脉》载：“肝足厥阴之脉……抵小腹，夹胃，属肝”，肝与胃通过经络直系。中医学认为木可疏土，故胃蒸腐水谷及精微的化生以肝的疏泄畅达为前提。肝升则胃降，肝逆则胃壅，肝胃脏腑协同调节周身气机。肝主调畅情志，精神因素影响胃的受纳与传化，现代研究发现，人体的情绪变化及心理应激显著影响胃肠动力及食管下括约肌 (low esophageal sphincter, LES) 的压力^[5]。

2 湿阻气滞是肝、脾、肺功能失调引起 GERD 的中间环节

2.1 脾虚湿困气滞，酸随胃逆

脾胃同居中焦，为仓廪之官，化生五味，胃主受纳，脾主运化。《脾胃论·脾胃胜衰论》中云：“饮食不节，则胃先病……劳倦则脾先病。”在临床中，GERD 的发病人群趋于年轻化，患者工作节奏快导致进食时间不定，打乱胃的正常泌酸节律，同时脑力劳作过甚，暗耗元神之府，脑肠轴的双向反馈失衡，“思欲而伤脾”，日久脾胃受损，运化乏源，中气衰则脾胃湿盛而不运。《寿世保元·脾胃论》载：“脾形若掌……附胃磨动，所以谷气消而转输也”，此时脾气不升，转输无力，致胃内津液停蓄，水谷运化失常，出现水聚生湿，谷凝为滞。湿为阴邪壅塞胃络，阻滞气机，湿阻

气滞，腐蚀内生，有碍通降^[6]，令胃气滞涩转而夹邪上逆。脾虚气血生化乏源，水谷精微的输出不足，难以润养上焦心肺，食管跨心邻肺，亦受波及，“脾精结则食道干涩”（《伤寒杂病论义疏·平脉法第二》），局部食管脉络筋肉失养逐邪之力锐减，酸浊郁而上逆，初发伤损气分，感觉神经及黏膜高敏发为非糜烂性反流病，久则入血腐络，内镜下食管黏膜充血、破损形成反流性食管炎。

2.2 肝郁气滞湿停，胃降受阻

肝者，将军之官，主行气调疏泄，叶天士曰：“人身气机，合乎天地自然，肺气从右而降，肝气从左而升”，肝气畅达，则周身气机轮转自如，肝气滞涩，则诸郁皆因而起，尤以湿郁为先^[7]，《外经微言·三卷·肝木篇》载：“木郁甚而克土愈力，脾胃受伤气难转输”，GERD 患者多性情急躁，肝气郁结，疏泄失度，乘其所胜，横逆克土，脾胃气机阻滞，水谷难消，散精受遏，津液停聚酿生湿浊，湿阻进一步加重气滞，胃失和降，食气挟酸泛溢，症见反酸。此外，GERD 患者常在亥时至丑时反酸加重，出现“酸突破现象”，笔者认为肝郁气滞湿停之责，结合子午流注^[8]，此时段涉及肝、胆、三焦经，肝郁气滞，湿浊羁留不化，影响三焦通调水道之职，中焦腐熟水谷受阻，积郁为酸；因三焦经气不升、肝郁木气难发，故少阳胆经不降，胆火袭胃，其势迅猛，酸随火逆上犯食管，加重反酸。

2.3 肺气壅滞不降，生湿碍胃

肺凭宣发与肃降之能使水谷精微周流百脉，兼可调控全身之气的上下流通。《种福堂公选良方·卷一·续刻临证指南医案》云：“肺主一身之气化，邪壅则升降不得自如”，外感六淫、情绪忧愁或久病痰瘀上阻肺络，致气机闭阻，肺气壅滞，肺失肃降，布津难续，食管缺乏精微津液的濡养^[9]，黏膜防御能力减弱，同时肺胃皆以顺降为常，肺气上逆影响胃气和降，水湿痰饮停聚于胃中，湿阻气滞，升降失司，胃土逆升，浊气填塞致反酸频作。现代研究亦表明，GERD 患者常并发慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化、支气管哮喘等疾病^[10]，且临床中发现此类患者多呈焦虑、抑郁状态，笔者认为精神情志与肺气壅滞关系密切，肺藏魄在志，主悲，《金匱要略浅注补正·卷二·百合狐惑阴阳毒病脉证治第三》中载：“肺藏魄，肺金不清则魄不静”，肺气壅滞不得肃致肺魄受损，出现

感觉过敏、悲观厌世、记忆减退、失眠难寐等症状^[1]，故临床治疗 GERD 应肺胃兼顾。

3 燥湿行气法治疗 GERD 的优势及具体应用

笔者在临床中发现以“反酸烧心”为主诉就诊的 GERD 患者，多为服用各型 PPI 无效或停药后病情反复者，亦有服用中药良久症状未见好转者，查阅既往处方以健脾化湿、淡渗利湿之药居多，辨证无误，用药欠妥。笔者认为，对于湿阻气滞型 GERD 患者，临证需对其病位、病性、病势三者综合考量，做到用药精准，灵活把握。因湿邪黏腻质似胶漆，药性平和者难以动其根基，唯燥湿行气法力宏效捷，除湿最速。燥湿法借药物燥烈之性，将停聚脏腑的水湿蒸腾薙除，湿去阳复，邪去正安，辅以行气之药周转气机，通滞导湿，气行则湿化。燥湿兼行气去除致病之标进而恢复肝、脾、肺的生理功能，水液循行，食管润畅，胃气肃降，诸症皆平。

3.1 苦温燥脾湿

《诸病源候论·留饮宿食候》述：“脾得湿气则不能消食，令人噎气酸臭，胀满吞酸”，脾虚湿阻气滞的 GERD 患者临床症见反酸频发，上脘胀满，纳呆便溏，肢倦乏力，头身困重，舌质淡胖，齿痕满布，苔白厚腻，脉浮取弦滑有力，重按空软。治以燥湿行气法燥脾湿，运中气，此法遵循“湿淫所胜，以苦燥之”的用药原则，结合“脾苦湿，急食苦以燥之”的治法纲要^[2]，以苦温之药温以健脾，苦以燥湿。叶天士云：“低湿处，必得烈日晒之”，湿去脾运，转津输精；《医原·湿气论》述：“温阳则离照当空，阴霾自退”。方选平胃散加减，旨在燥湿运脾，消除阴翳，“治中以培升降之用，燥土而拨转运之机”，方中苍术苦温而燥，《药笼小品》载苍术：“苦温辛烈，燥湿强脾，发汗逐痰”，喜生于阴坡疏林边及灌木丛林中，天然具备抵御湿邪的能力，黄元御在《玉楸药解·卷一》中云：“苍术之除酸而去腐者，土燥而木荣也”，明确指出苍术通过燥脾除湿，纠正胃内紊乱的水谷转运环境来治疗反酸噎腐等症；厚朴性温味苦，主产于气候湿润，相对湿度大的四川、湖北等地，具有燥湿行气、止酸温中的特性。《药鉴》载厚朴：“止呕逆吐酸”，苦以燥湿逐邪，温以健脾扶正，脾旺湿除，反酸可止。苍术与厚朴配伍作临床常用药对，功善燥湿行气，理酸消满，除湿

化饮，因其药简力专，在 GERD 的治疗中占有关键地位。

3.2 苦寒燥胃湿

胃湿的概念首由叶天士提及：“在阳旺之躯，胃湿恒多；在阴盛之体，脾湿亦不少”，主张以脾胃寒热分论湿邪，点明个人体质在湿邪衍变进程中的影响，阳虚之体湿趋寒化，脾湿困遏，宜用苦温之药运脾燥湿，而阳胜之人湿邪久羁易从热化，湿热蕴蒸，当以苦寒之药清热燥湿，故胃湿与脾湿的临床表现及治法亦存显著差异。湿阻气滞导致胃湿弥漫，热盛湿结，症见：反酸烧心，胃脘胀灼，烘热心烦，动辄汗出，身重口渴，口味秽重，舌红，苔黄腻，脉弦滑。湿热胶结难解，燥胃湿法谨守《临证指南医案·卷五·湿》所载治湿总则：“总以苦寒治湿热”，方选加减小陷胸汤散湿热痞结^[3]，苦燥与清热并举，方中黄连苦寒，性专除热祛湿，茵陈、栀子清少阳经热导湿下行，枳实行气通滞。若临床遇湿热难化者，亦可酌用少量苦参。苦参性寒，清热燥湿之功虽与黄芩、黄连相似，但苦参之苦味较前者更浓^[4]，燥性强烈，除湿迅速，可在短时间内恢复胃的生理通降，达到治疗反酸的效果。

3.3 芳香运中气

湿邪久困脾土，邪盛正虚，秽浊蒙蔽令脾气呆钝，气机闭塞运化不及，若过早应用白术、人参等健脾之药则加重脾气壅滞，宜先予苦燥之药将围困脾脏的水湿去除，再用醒脾之品将处于呆钝郁闭状态的脾脏唤醒，脾健则中气复运。李时珍在《本草纲目·草部》中言：“土爰暖而喜芳香”，芳香之品投脾所好，其味多辛香，辛可行气，香能通气，故改善脾胃气滞，运转中州，临床在苦温燥湿的基础上加广藿香、佩兰醒脾脏振胃腑，二者合用可迅速恢复脾胃正常生理机能，纳谷运湿，降酸和胃，不足之处在于广藿香、佩兰醒脾之力强，行气散结之效不显，重在治病求本；陈皮、木香与前者功效互补^[5]，理气燥湿通滞之功强，醒脾之力较弱，着眼于中焦气滞，反酸伴腹胀、噎气的 GERD 患者；若遇舌质淡黯，苔白厚腻，寒湿显著者，酌加豆蔻、草果燥湿醒脾，散寒温胃行气，因草果性猛力雄，紧抓湿盛病机的同时应尽量缩短用药时间，防其燥烈之性伤阴损津，祛邪而不伤正，时刻顾护脾胃津液。

3.4 沉降利肺气

肺为华盖,外主皮毛,内主治节,肺降则治节有司,使诸窍通调,五脏受益,因肺朝百脉,外感六淫及内生五邪均可不同程度伤损肺络,壅阻肺气,令肺金不得敛降^[6],《伤寒杂病论义疏·平脉法第二》言:“凡上焦不利,多令胃逆”,胃降不得,诱发反酸,临床中GERD患者常出现咳嗽、哮喘、咽喉炎等食管外表现,故治疗胃逆的同时加用降肺气之品,使肺胃同降,下行协调,方选上焦宣痹汤加杏仁、豆蔻。方中射干散肺内结气,郁金其性轻扬,顺逆气、开肺窍,杏仁降肺气、宣畅上焦气机,豆蔻芳香燥湿和胃,诸药合用对于肺气壅滞不降,生湿碍胃作酸的GERD患者疗效显著。临床在此基础上随证化裁,若肺胃气逆偏热者,患者反酸嘈杂,咳痰黄稠,咽喉肿痛,配枇杷叶以降逆清肺和胃。枇杷叶性寒凉,归肺胃经,医家汪昂言枇杷叶“清肺和胃而降气”;若肺胃气逆夹寒者,患者秋冬季节反酸加重,喘咳短气,自汗恶风,加紫苏子以下气止逆、温化寒痰,《名医别录》云紫苏子:“主下气,除寒中”。若肺胃气逆伴瘀血阻络者,患者反酸,入夜尤甚,胸骨后刺痛,胸闷心悸,舌质淡暗,用旋覆花降气活血消痰。《长沙药解》云旋覆花:“涤瘀浊而下气逆,通血脉而行瘀涩”,临床治疗GERD兼顾肺胃,标本通调,恢复肺的肃降之性,胃逆随之自平。

3.5 辛散疏肝气

《医述·卷七·吞酸》云:“凡吞酸尽属肝木,曲直作酸也。”酸者,肝木之味,肝气畅达,饮食入胃得以速化,反酸者少,若因情绪愤郁焦虑,长期熬夜损耗,应酬嗜酒无度等导致肝失疏泄,则气郁湿停,肝气失和是起病之因,胃腑受邪成为发病之所,胃气上逆夹酸侵蚀食管,症见反酸时作,入夜尤甚,胃脘灼热,两胁胀满,舌质淡暗,舌体瘦小,苔白腻,脉弦细兼数,此类患者多合并心身疾病,情绪焦虑^[7],检查却无器质性病变。治疗若单纯疏肝则湿浊未化,专于除湿则气滞难行,临床中善用风药,燥湿与行气兼备。“风能胜湿”理论起源于《素问》,李杲在《脾胃论》中将其系统应用,主张以风药除湿,《素问经注节解·卷之四》中述:“风为木气,固所以制土,然风性最燥,故又能燥土之湿也”。风药燥湿行气包含两层含义,首先风药多味薄,具轻扬发散之性,属木畅达肝气,柳

红良等^[8]认为风药禀“春生之气”,令人体气机“敷和舒启”应作疏肝之主药,风药可散肝疏脾,气行则湿化,即“地上淖泽,风之即干”(《医宗必读·泄泻》);再者,风药性多辛燥,可燥湿健脾、化浊和胃、蒸腾湿邪、解困助运^[19-21]。临证常用防风、羌活、桂枝等风药行肝气、燥湿浊以治疗GERD。防风辛温,归肝、脾、膀胱经,可祛风胜湿,《本经逢源》称“防风乃治风去湿之仙药,以风能胜湿也”指出防风胜湿之性,功用燥湿行气。羌活,气微温,味苦甘,具祛风燥湿、止痛散寒之效,《本经逢源》录:“风能胜湿,故羌活能治水湿。”其气雄烈,外感内湿用之皆效^[22],兼能疏肝升阳,鼓舞脾胃气机,中焦升降平衡,反酸得愈。

4 验案举隅

患者男,刘某,40岁,反酸、烧心2月余。初诊患者因多食肥甘厚腻后出现反酸、烧心,伴胃脘部灼痛,夜间咽部烧灼感明显,自服抑酸药(具体不详)后症状未见明显缓解,寐差,大便1日1次,质黏,小便调,口干,舌淡暗,苔白腻,脉弦细。胃镜报告示:食管炎(LA-A)、慢性胃炎、食管裂孔疝,中医诊断:吞酸病,中医辨证:湿阻气滞证。治法:燥湿行气,健脾化痰。方药:陈皮10g,姜厚朴10g,炒苍术10g,炙甘草10g,海螵蛸30g,浙贝母6g,丹参15g,莪术10g,茯苓30g,薏苡仁30g,白芍10g,当归10g,麦芽30g,白芷10g,黄连3g,肉桂6g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。嘱患者调畅情志,忌食咖啡、甜点,睡时高枕侧卧。

二诊:患者诉反酸、烧心明显缓解,胃脘部灼痛减轻,睡眠好转,舌苔前部渐薄,舌苔中后部仍厚腻,脉弦细。原方去炒苍术,加生白术20g。7剂,水煎服,日1剂,分2次服。

三诊:反酸、烧心明显缓解,前方加太子参15g。14剂,水煎服,日1剂,分2次服。1月后复诊,诸症明显好转。

按:患者反酸、烧心明显,胃脘灼痛,舌淡暗,苔白腻,脉弦细,结合症状及体征,辨病为吞酸病,辨证为湿阻气滞证,治以燥湿行气,健脾化痰,予平胃散合乌贝散加减。方中苍术、厚朴苦温燥湿,白芷芳香燥湿止痛,茯苓、薏苡仁健脾扶正,陈皮行气通滞,湿去则中气复运,湿性黏滞,燥湿行气法可直达病所,

药简力宏;海螵蛸、浙贝母抑酸护膜;久病入血分,予丹参、莪术、白芍、当归活血养阴,恢复食管黏膜屏障;黄连、肉桂交通心肾,引火归元以助眠,缓解夜间酸反流症状。二诊病减,故去炒苍术,防其燥烈伤阴,加生白术健脾消滞;三诊诸症缓解,湿邪久羁易化热伤损气阴,故予太子参益气养阴,扶正而不助热。临床应用燥湿行气法治疗胃食管反流病可缩短病程,不易复发,疗效显著。

5 结语

GERD的发病机制涉及肝、脾、肺三脏,湿阻气滞是基础病机,法随证立,燥湿行气包含苦温燥脾湿、苦寒燥胃湿、芳香运中气、和胃降肺气及风药疏肝气,虽为不同治疗路径,实则殊途同归,亦可两两联合。临床发现燥湿行气法可快速缓解GERD患者的临床症状,且不易复发,值得进一步研究和推广。

参考文献

- [1] 2020年中国胃食管反流病专家共识[J].中华消化杂志,2020,40(10):649-663.
- [2] 李 垚,姜莉芸,郑 玉.经方治疗胃食管返流病探析[J].中医临床研究,2011,3(19):24-26.
- [3] 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.
- [3] 戴文杰,谢 胜,陈明冰,等.基于木郁作酸于四时调肝论治难治性胃食管反流病[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(2):92-94.
- [4] 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.
- [5] 宁海恩,凌江红,张 智,等.基于精神心理角度的疏肝理气法治疗胃肠动力障碍性疾病的探讨[J].时珍国医国药,2016,27(8):1937-1940.
- [6] 王仕奇,韦姗姗,黄睿珏,等.从祛湿诸法谈湿邪的治疗[J].环球中医药,2020,13(7):1225-1229.
- [7] 钱舒乐,王小娟,徐 寅,等.王小娟教授运用苓桂芥甘汤治疗胃食管反流病经验[J].湖南中医药大学学报,2019,39(5):611-614.
- [8] 王 利,韩水军,曹继刚.夜间酸突破现象的中医病机与治疗[J].新中医,2016,48(9):1-2.
- [9] 苏坤涵,刘万里,黄玉珍.从“内生五邪”论治胃食管反流病[J].吉林中医药,2020,40(7):900-903.
- [10] 陈志红,贾文魁,杨丽芳.从“土金”视角探析胃食管反流合并特发性肺纤维化的机制和治疗思路[J].时珍国医国药,2020,31(9):2193-2195.
- [11] 李自艳,曹 龔,贾竑晓.中医“肺藏魄”的神经心理学内涵[J].中华中医药杂志,2020,35(2):677-680.
- [12] 于 漫,蒋世伟,吕 凌,等.“脾喜燥恶湿”之考辨[J].中华中医药杂志,2019,34(3):981-983.
- [13] 姚鹏宇,刘亚娟,张思超.浅析“胃湿”[J].安徽中医药大学学报,2017,36(4):5-7.
- [14] 白雅黎,朱向东,樊俐慧,等.苦参量效关系及其临床应用[J].吉林中医药,2019,39(5):594-597.
- [15] 李 丹,唐志鹏.再议芳香醒脾药[J].上海中医药杂志,2019,53(2):40-43.
- [16] 范兴良,李殿滨,黄屏娟,等.从“肺”论治胃食管反流病探析[J].辽宁中医杂志,2016,43(2):269-270.
- [17] 陈冬雪,夏聪媛,徐 愿,等.从脑肠轴探讨胃食管反流病伴抑郁症发病机制的研究进展[J].临床医学工程,2020,27(3):383-384.
- [18] 柳红良,董 斐.“风药”为疏肝正药辨[J].中医杂志,2020,61(14):1283-1285.
- [19] 张安玲.风药在脾胃病证治中的应用[J].河南中医,2003,23(2):47-49.
- [20] 廖晓红,张 勇.“风能胜湿”理论探究[J].内蒙古中医药,2014,33(29):94-95.
- [21] 吴 娇,李中玉,吴 煜.运用风药治疗癌性疼痛经验[J].环球中医药,2020,13(12):2121-2123.
- [22] 杨曼岑,谢雪姣,范伏元.国医大师熊继柏化裁运用李东垣方验案三则[J].湖南中医药大学学报,2021,41(8):1150-1153.

(本文编辑 匡静之 周 旦)