

消化性溃疡中医诊治经验

陶 国 水

(安徽省六安市中医院,安徽省六安市人民路76号,237006)

关键词 消化性溃疡/中医药疗法

消化性溃疡是内科临床常见病、多发病,临床表现以胃痛、暖气、泛酸等为主,易出现出血、穿孔、梗阻等并发症,病位主要在胃及十二指肠。本病属中医脾胃病诊治范畴。张师根据消化性溃疡的临床特点,认为本病可归属于中医学的“胃痛”“胃脘痛”“心痛”“吞酸”“嘈杂”“便血”“呕吐”等范畴辨治,提出诊治本病首先应明了中焦各脏腑之间生理、病理关系,进而达到“分消有度、摄纳有权、通降有司、取和有衡”。

1 明脏腑、巧调和

1.1 明脏腑 所谓明脏腑,即在于理清消化性溃疡病位主要在胃,并与脾肝胆肠等其他脏腑存在“亢害承制”“协同制约”关系。胃为六腑之一,主受纳和腐熟水谷。《灵枢》称:“胃者,太仓也。”中医认为腑的生理特点是以通为用,以降为顺,即《素问》所言“六腑者传化物而不藏,故实而不能满”。一旦胃腑通降失常,饮食停滞,出入无序,使胃腑“实”而“满”,则胃气不和,气机阻滞中焦,出现胀满、疼痛等症;气机上逆,则出现呕吐、暖气诸候。

脾和胃同居中焦,脾为脏,胃为腑,互为表里。脾主运化,主升,升清阳之气,喜燥恶湿;胃主受纳,主降,降浊阴之物,喜润恶燥。这种气机升降相因,阴阳燥湿相济的联系,在生理上相互依赖,相互促进,相互制约,一阴一阳,一升一降,一燥一湿,共同完成中焦气机的升降功能,保证六腑的通降作用,为升降之枢。正如《诸病源候论·脾胃诸侯论》说:“脾胃二气相为表里,胃受谷而脾磨之,二气平调,则谷化而能食。”在病理情况下也是互为作用,脾失健运,可致胃纳不振;胃气失和可致脾运失常,导致脘胀、痞满诸症。脾胃与肝胆的关系也非常密切。肝的功能主要是疏泄,主调畅气机,故《素问·宝命全形论》有“土得木而达”之说。说明脾胃虽为中焦升降之枢,但必须得到肝气条达的作用。如果肝气失于疏泄,气机郁滞,易致脾失健运,肝脾不调诸症。气郁不疏,则郁而为热,热则生酸,易出现暖腐吞酸、嘈杂,干扰胃气的通降。胆附于肝,为奇

恒之腑,亦为六腑之首。胆汁生成后进入胆府,由胆府浓缩并贮存,在肝气疏泄作用下注入肠中,以促进饮食水谷的消化吸收。相对于肝气升发,胆气以下降为顺。胆气不降,气机上逆,胆郁痰扰,胆火偏胜亦可犯胃,胃气失降,则可出现食入不化、胃痛、暖气、吞酸等症。理顺中焦脏腑之间在辨证论治中的“亢害承制”“协同制约”关系,关键就是处理“条达”“疏泄”“稼穡”“受纳”之间的关系。

1.2 巧调和 巧调和,即在于调和脏腑间的气血、阴阳关系,使之达到和谐共存。中医认为,消化性溃疡的成因不外乎感受外邪、饮食不节及情志失调,继而脏腑失和。概言之,主要有脾阳不足与胃阴亏虚两大类。寒邪伤阳,脾阳不足,继而脾胃虚寒;热邪伤阴,气津耗伤,继而胃阴不足。张师认为,诊治要略乃据病机叙要,分别予散寒、清热、行气、化痰、导滞、滋阴、温阳等法,燮理阴阳之所胜与不足,达到邪去正安,阴平阳秘,即如《素问·至真要大论》所言“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。1) 揆度升降调寒热:“实则阳明,虚则太阴”即指脾病多虚多寒,胃病多实多热。《临证指南医案》说:“太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴自安。”消化性溃疡病位多在中医学的“胃腑”,六腑以通为用,故通降是治疗胃病的要点。脾胃同居中焦,为气机上下升降之枢纽,有降则有升,叶天士有“脾宜升则健,胃宜降则和”之论。因此,揆度升降、平调寒热,是治疗本病的关键。揆度升降方面,张师常选旋覆花、代赭石降胃气,大黄、厚朴、枳实通腑气;选黄芪、党参、白术、薏苡仁、甘草补脾气;升麻、柴胡升清阳。同时,喜用升降散。升降散中蝉蜕、白僵蚕升阳中之清阳,姜黄、大黄泄阴中之浊阴;实为协调升降之妙品。平调寒热方面,张师常用半夏泻心汤平调脾胃肠腑之寒热。半夏辛温,散结消痞降逆,干姜辛热,温中散寒;黄芩、黄连苦寒清热消痞;四味合用,辛开苦降,寒热平调,中正平和。此外,张师在平调寒热方面,喜用左金丸,左金丸辛开苦降,肝胃同治,黄连一药而肝胃两清,吴茱萸辛热疏肝降逆兼制黄连之寒,辨证因寒热之轻重,调连、萸之比例,知此者溃疡脏腑寒热错杂证迎刃而解。

2)理气活血贯始终:《临证指南医案·胃脘痛》言“初病在经,久痛入络,以经主气,络主血,则可知其治气治血之当然也。”张师认为,治疗消化性溃疡,在明脏腑的前提下,重在巧调和,调和气血为主要内容之一。气为血帅,气行则血行,调和气血,对溃疡病而言,无论新病旧恙,理气活血,理应贯穿始终,且在用药中应做到,“巧用双向,两擅其用”。张师理气常用砂仁、白蔻仁、谷芽、麦芽、陈皮、苏梗、木香等,理气而兼顾健脾燥湿;用郁金、柴胡、香附、青皮、川楝子、佛手等,理气兼顾疏肝。活血常用三七、白及、牡丹皮、山楂、失笑散、丹参饮等,活血而兼顾消肿生肌。

2 审病机、有攻补

溃疡之为病,新病多实,久病多虚。新病多取攻法;久病多取补法,常理也。然而如新病伴发大出血,可骤而致虚;久病伴发幽门梗阻,可骤而致实,不可不察。故而明病因、审病机尤为关键。究溃疡病之病因,详论之有湿阻、热郁、气滞、寒凝、血瘀、食积等方面,继而有胃气不和,脾运失常,不通则痛等病机变化。前以论及张师提出治疗脾胃疾病总的原则为“和”字,即理顺肝与脾,脾与胃,胆与胃,肝与胃,肝与胆之间的生理、病理关系;理顺中焦脏腑之间在辨证论治中的“亢害承制”“协同制约”关系。具体到溃疡病诊治大法,张师以“和”中焦为基,拟定“和胃十法”。

2.1 化湿和胃 适证湿邪犯胃,常见四肢困重,脘腹胀闷,纳呆。兼见头重如裹,口中黏腻,大便稀溏,舌淡红,苔白腻或黄腻,脉濡滑或缓。方药以平胃散为基础方,偏寒湿可选藿香正气散,偏湿热可选三仁汤。常配砂仁、白蔻仁、紫苏梗,既可化湿又可醒脾。

2.2 清热和胃 适证胃热壅滞,常见胃脘疼痛,痛势急迫,拒按。兼见脘闷灼热,口舌糜烂,齿衄口臭,口干口苦,大便干结,尿少而黄。舌质红,苔黄,脉数。可选清胃散加减。酌情加蒲公英、黄芩清胃泄热,蒲公英常加至 30g;大便秘结不通者,可加大黄(后下)通下导滞,但此法苦寒,不宜久用,中病即止。

2.3 疏肝和胃 适证肝气犯胃,常见胃脘胀痛,痛连两胁,遇烦恼则痛作或痛甚。兼见嗳气、矢气则痛舒,胸闷嗳气,喜长叹息,大便不畅;舌苔薄白,脉弦。可选柴胡疏肝散加减。据饮食情况可加麦芽 20g,既可疏肝,又可消食健胃。

2.4 清肝和胃 适证肝火犯胃,常见胃脘灼痛连胁,病势急迫,烦躁易怒,吐酸嘈杂。兼见口干口苦,大便秘结,小便色黄。舌红苔黄少津,脉弦数。可选丹栀逍遥散、左金丸。常据患者体质及病程调黄连、吴茱萸之量,虽为小法,不可小觑,间或以金铃子散配用。

2.5 消积和胃 适证食积伤胃,常见胃脘疼痛,胀满拒按。兼见噎腐吞酸,或呕吐不消化食物,其味腐臭,吐后痛减,不思饮食,大便不爽,得矢气及便后稍舒。舌苔厚腻,脉滑。方选保和丸加减。治此证同时,饮食调节尤为重要,短程禁食,流质饮食是要点,焦三仙选用是必须的。

2.6 化瘀和胃 适证瘀血停胃,常见胃脘疼痛,如针刺、似刀割。兼症痛有定处,按之痛甚,痛时持久,食后加剧,入夜尤甚,或见吐血黑便,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩。方选失笑散合丹参饮加减。除三棱、莪术、乳香、没药,酌情选用外,张师常选三七、白及、延胡索,认为后者配用有化瘀生肌止血行气之效。

2.7 散寒和胃 适证寒邪客胃,常见胃痛暴作,恶寒喜暖,得温痛减,遇寒加重。兼见口淡不渴,或喜热饮;舌淡苔薄白,脉弦紧。可选良附丸合正气天香散加减。配合局部温熨。张师认为寒凝易气滞,故散寒为主,同时重视行气,常选木香、藿香、枳壳、紫苏梗配用。

2.8 健脾和胃 适证脾胃虚弱,常见胃脘痞满隐痛、食欲不振、食后腹胀、倦怠乏力。兼见大便不调,面色萎黄,或苍淡,或虚浮,少气懒言,活动多汗,舌质淡苔白,脉沉弱。中气下陷者,伴头晕,脘腹坠胀,便意频。甚则因脾不统血见呕血、黑便、月经过多,甚至崩漏。可选香砂六君子汤、胃爱丸、归脾汤加减。病轻者用党参,重者用人参,其余如黄芪、白术、茯苓、炒酸枣仁是必不可少的。此证型的治疗要注重益气以及升提之法的配合联用。

2.9 温中和胃 适证脾胃虚寒,常见上腹部隐痛,喜按,喜热怕冷,畏寒肢冷。兼见呕吐清涎,大便溏薄,劳累易发,面色萎黄,倦怠无力,舌淡嫩,或见胖大,边有齿痕,脉沉迟、细缓、虚弱无力。可选黄芪建中汤或附子理中汤加减。喜用干姜、桂枝,因虚寒久可及肾,故有时加温肾之品以助温中和胃之效。

2.10 养阴和胃 适证胃阴亏虚,常见胃脘隐隐灼痛。兼见似饥而不欲食,口燥咽干,五心烦热,消瘦乏力,口渴思饮,大便干结,舌红少津,脉细数。可选一贯煎合芍药甘草汤加减。其中生地黄用量达 20g 以上。《伤寒论》猪肤汤是张师常教患者的一个配合食疗方。

3 晓进退、握整体

张师认为在辨治溃疡病时,把握整体十分重要。如何把握整体,莫过于辨体、辨证、辨病三结合。

3.1 内镜望诊助辨证 张师常告诫吾辈,中医之四诊望闻问切,不可拘泥于古法,现代内窥镜及 X 线、病理活组织检查等技术,可成为我们四诊法中尤其是望诊法有效的延伸。张师曾提出“脏腑望诊”观点。所谓

“脏腑望诊”，即借助现代检查手段，将中医望诊直接延伸至脏腑病灶。就溃疡病而言，借助现代内镜技术对溃疡病灶的直接望诊，更具客观指导性。如见溃疡表面充血、水肿、糜烂、渗出明显必有湿热；如见溃疡黏膜苍白、贫血相必有气血虚弱；如有黏膜增生、粗糙、陈旧血痂幽门或球腔变形、桥状黏膜形成必有瘀滞，如兼见胃潴留及食糜附着必有食滞；如见较多胆汁附着必有肝胆气逆犯胃。

3.2 内镜望诊辨预后 张师认为，消化性溃疡之为病，目前由于内窥镜技术的发展，其诊断变得越来越容易，然而病因不同其发展转归却有较大不同，作为中医借鉴内镜技术直接望诊，对判断预后具有指导意义。如柿石症引起的消化性溃疡，柿石不去，长期磨损，溃疡难消，且可伴发出血、梗阻；消散柿石，溃疡自愈。又如胃溃疡有1%~2%的癌变率，后者属中医癌病范畴，属难治性疾病，其预后一般较差，手术及西医化疗常为其主要治疗手段，中医治疗目的以提高生存质量，延长生命为主。参照有无并发症及合并病，进一步估计预后，此为辨病之要点，不可不察。

3.3 辨病用药有针对 张师认为，作为现代中医应充分运用现代药理研究成果，做到辨证与辨病相结合以提高临床疗效。鉴于抑酸及抗幽门螺杆菌在溃疡治疗中的重要作用，基于现代研究在辨证论治的框架下有针对性的选用相关中药治疗，不可或缺。在制酸方面常选用海螵蛸、瓦楞子、白及、螺丝壳等。抗幽门螺杆菌常选蒲公英。蒲公英一药，张师甚推崇，因其临床具备具有清热、消痈肿、制酸特点且有抗幽门螺杆菌效果，民间单方有用米酒泡蒲公英鲜品治疗慢性胃炎，疗效确切。其他如黄芩、大黄、黄柏、黄连、牡丹皮、桂枝、玫瑰花、土茯苓、高良姜、乌梅、山楂等抑菌作用明显的中药，根据证型选用，亦获良效。止痛常用金铃子散、乌贝散、芍药甘草汤、木香顺气丸、丹参饮、失笑散等。

4 崇古方、有变通

4.1 病机相谋参内痈 张师总结多年临床经验，根据消化性溃疡的病机特点，提出消化性溃疡病可按照中医“内痈”论治。“痈”繁体字是癰。《释名》说：“癰，壅也。氣壅否結，裹而潰也。”是指气血为毒邪壅塞而不通之意，其生于脏腑者为内痈。《诸病源候论·卷三十三内痈候》说：“内痈者，由饮食不节，冷热不调，寒气客于内，或在胸膈，或在肠胃，寒折于血，血气留止，与寒相搏，壅结不散，热气乘之，则化为脓，故曰内痈也”。《医书》曰：“癰者，六腑不和之所生……陽滯於陰則生癰。”《黄帝内经·灵枢》的最后一篇专门论

述痈疽。岐伯分析其病因病机时说：“寒邪客经络之中，则血泣，血泣则不通，不通则卫气归之，不得复反，故痈肿寒气化为热，热胜则腐肉，肉腐则为脓。”在回答痈疽的区别时，岐伯说：“大热不止，热胜，则肉腐，肉腐则为脓，然不能陷骨髓，不为枯，五藏不为伤，故命曰痈。”消化性溃疡多由脾胃正虚、外邪侵袭，酿生湿热，久之，热盛肉腐，而成痈疡，与中医内痈病机相谋，故辨治大法有相同之处。

4.2 明辨虚实巧补泻 张师提出，在理清病机基础上，可据病程以虚实为纲，选用古方化裁，删繁就简，简而可据，约而不漏。泻实：内痈急性发作者，相当于消化性溃疡病活动期，可并发出血、穿孔，多见舌红、苔黄、脉滑数，以清热祛湿、解毒消痈为主。以《脾胃论》清胃散加蒲公英30g、栀子10g、黄芩10g。《医宗金鉴·删补名医方论》：“若醇饮肥厚炙煇过用，以致湿热壅于胃腑，逆于经络，而为是病，此伤血分，治宜清胃。方中以生地黄益阴凉血为君，佐以牡丹皮，去蒸而疏其滞，以黄连清热燥湿为臣。佐以当归，入血而循其经。仍用升麻之辛凉，为本经捷使，引诸药直达血所。”补虚：内痈病久者，相当于消化性溃疡慢性期，病程迁延，脾胃虚弱，常伴随纳食不馨、体倦乏力，诸症。以《医宗金鉴》胃爱丸为汤剂。胃爱汤是为“开胃扶脾”而设，其立方要旨是重视脾胃为后天之本。临证应用时感悟此方以异功散加山药、紫苏梗、紫苏叶、建莲子肉、白豆蔻，是以益气健脾和胃为主，兼有理气祛湿之效。山药、建莲子肉性甘、平两者平补脾胃，淡渗祛湿；白豆蔻、紫苏梗辛温芳香醒脾化湿，陈皮苦温燥湿健脾。全方体现了健脾胃祛湿邪，平和轻疏灵动的特色。本方与消化性溃疡慢性期病机相合，用之可谓药证合拍，收效亦著。

张师认为，对消化性溃疡，我们中医药不仅要想办法治疗它，更要有效地防止它复发，“治未病”正是我们的优势所在。中医治疗消化性溃疡不仅着眼于局部的病变，更重要的是要注重整体调节。中医药的应用已有数千年的历史，历代医家对该病的防疗方法层出不穷，古代医家不可能知道幽门螺杆菌和抑酸剂，但疗效显著的医案比比皆是，其结果，与今天的现代医学不谋而合。这提示我们，中医学有广阔的前景。张师治疗该病以“和”为原则，中焦得以调和脾升胃降，后天健运有方，尚可补先天之不足；诸气调和，正气存内，邪不可干。以此为据，先以汤药治其急，后以丸药缓调理，不但着重治疗，更要虑其防治，值得我们在临床消化性溃疡的诊治中进一步运用探索。

(2009-09-14 收稿)