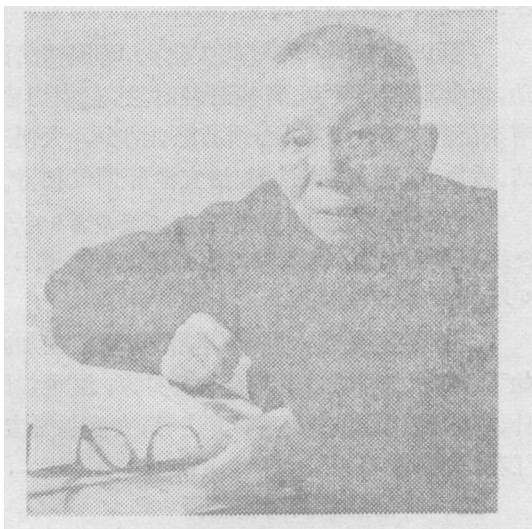


老中医经验

黄文东运用调气法治疗胃痛的经验

上海中医学院78届研究生 俞雪如

导师 黄文东 胡建华



黄文东教授近影

黄文东老师从事中医教学和临床工作已有六十余年，有丰富的临床经验和很深的学术造诣。他能博采各家之长，尤精研于李杲、叶桂之学说，在学术思想上突出人以胃气为本，重视脾胃与它脏的关系。在治法上着重调整脏腑之间的升降功能，权宜升降润燥各法治疗脾胃疾病。在用药方面以“轻灵”、“流通”见长，运用调气法治疗胃痛更有独到之处。现仅就黄师运用调气法治疗胃痛的经验，整理介绍如下：

病因病机

胃痛在发病的机理上，就临床所见，大致可归纳为肝旺、脾虚、胃实三个方面。由于肝旺则气机横逆，脾虚则中气不足，胃实则气失通降，以致气机阻滞，升降失调，不通则痛。

在胃痛与肝旺的关系方面：黄师颇为赞赏叶氏关于“肝为起病之源，胃为传病之所”、“凡

醒胃必先制肝”（《临证指南医案》）之说。因肝为刚脏，体阴而用阳，病则侮其所胜，乘土犯胃为恶心、干呕、脘痛不食、吐酸水涎沫。又可根据症状与病情之不同，分为肝郁和肝气横逆、肝阳上亢、肝火偏旺几种情况。“肝气、肝风、肝火，三者同出异名，但为病不同，治法亦异耳。”（《王旭高医书六种·西溪书屋夜话录》）肝郁由于情怀不舒，抑郁寡欢，疏泄不及，病偏于气滞，多见胁肋隐隐作痛，胸脘胀闷，噎气干呕。及至肝气横逆，胃失和降，则胁肋攻窜作痛，兼见嘈杂吞酸。一旦气火内炽则烦躁易怒，胃脘有灼热感。若引起肝风内动，呕逆吐酸，不能进食，又见眩晕肢麻等症。此外又有血不养肝而肝阳上升，多见头痛，头晕，面部轰热，脘中或有空洞感等症状。

在脾胃之间虚实传变方面，《素问·刺禁论》云：“胃为之市”，主纳谷而不能自运；“脾为之使”，主磨谷、消谷而转输。一阳一阴，一腑一脏，升降交错，润燥相济，化纳相助，以完成转输生化气血的功能。东垣云：“饮食不节则胃病。”“胃既病则脾无所禀受，……故亦从而病焉。”“形体劳役则脾病，……脾既病则胃不能独行津液，故亦从而病焉。”（《脾胃论·脾胃胜衰论》）初起感邪伤食导致胃实，可见胃脘胀痛，呕恶便秘等症。久则胃病及脾，常见三种情况：（1）脾气虚弱，多见神疲气乏；（2）中阳不振，寒湿有余，多见便溏，食减腹胀，苔白腻。甚则湿聚成饮，腹中响鸣；（3）脾虚湿热内郁，多见口苦，嘈杂泛恶，舌质淡、苔腻微黄。黄师说：“脾胃之间转化关系，虽云初病多属胃实，久则转为脾虚。实者多热，虚者多寒。但就临床所见，往往错综夹杂，变化多端，不可执一而论。”

在脾胃气机升降方面:元气乃人身之根本,升则上行于心肺,降则下行于肝肾,脾胃为之枢纽。肝气之疏泄亦赖脾胃之升降而畅达。脾胃有病,升降失常,脾之清气不升为飧泄,胃之浊气上逆为呕吐、噎腐,或脾不健运为中满腹胀,胃失通降而胸脘痞闷,治法各有不同。

辨证与治疗

黄师说:“胃痛可由各种原因引起,但初起以停食受寒为多。既病之后,如因饮食、劳倦、寒温不调、七情所伤而经常发作,渐成慢性疾病。一般初起属实,久则虚实夹杂,寒热交错,进一步由气滞而致血瘀,故临诊必须精细辨证,然后决定治法,不能草率从事。”治疗当以调气法为主,调气不应则可用和营,所谓“初病在气,久病入血”是也。调气法包括虚者补之,实者泻之,下陷者升之,上逆者降之,阻滞者通之的意义。具体地讲,调气法有五大作用:(1)调补气血;(2)调和升降;(3)调理脾胃;(4)调气以疏肝、泄肝;(5)调气以化瘀活血。因此调气法适用于气机不调之时,为治胃痛主法。

一、临床证候分型及常用处方

(一)寒实型:外感寒邪或饮食不节,以致气机阻滞,胃失通降。症见胃脘暴痛,痛势较剧,得温则舒,泛吐清水,缠绵不已。苔白滑,脉弦或迟。治宜调气和胃,散寒消食。

处方:紫苏梗、姜半夏、青皮、陈皮、广木香、制香附、旋复梗、炒白芍、焦神曲、生姜各9克,炙甘草6克,桂枝4.5克。寒重加肉桂(后下)4.5克,荜拨9克。

(二)气滞型:气郁伤肝,横逆犯胃,常因情绪波动而复发。症见胃脘胀满,攻痛连胁,按之较舒,噎气频繁。苔薄白,脉弦。治宜疏肝理气,和胃降逆。

处方:柴胡、炒白芍、延胡索、旋复梗、广木香、青皮、陈皮、制香附、佛手干各9克,煅瓦楞30克,炙甘草4.5克。

(三)虚寒型:又有偏寒与偏虚二种情况。

1. 偏寒:脾阳虚衰,运化无权,常因饮冷受寒而复发。症见胃中冷痛,形寒喜暖,喜热饮,泛吐清水,溲清利,或腹痛。舌质淡、苔白,脉细缓。

治宜温中调气散寒。

处方:潞党参、炒白术、广木香、制香附、炒白芍、焦神曲各9克,炮姜、炙甘草各6克,丹参12克,煅瓦楞30克,肉桂(后下)3克。

2. 偏虚:脾胃虚弱,升降失职,常因过劳而复发。症见胃脘绵绵作痛,或胀满不舒,纳少便溏,神疲乏力。舌质淡、苔薄,脉缓或濡细。治宜健脾调气和胃。

处方:潞党参、炒白术、广木香、枳壳、陈皮、炙黄芪各9克,茯苓、焦神曲各12克,春砂仁(后下)3克。

(四)郁热型:肝气郁久化火,可因情绪波动,饮食不慎而复发。胃痛时轻时重,有烧灼感,嘈杂泛酸,口干口苦,心烦易怒,纳少,大便干结。舌质红、苔黄,脉弦细。治宜泄肝调气和胃。

处方:金铃子、元胡、青皮、陈皮、瓜蒌皮各9克,蒲公英、丹参各15克,炒白芍12克,煅瓦楞30克,炙甘草6克,左金丸(分吞)3克。

上述各型胃痛,根据具体情况可随症加减如下:食积加神曲、炙鸡金、枳实等;湿重加厚朴、苍术等;湿热加黄芩、黄连等;夹瘀加丹参、红花、失笑散等。

二、辨证要点及药物选择

黄师认为:暴痛多寒,久痛多热;新病多实,久病多虚;初病在经,久痛入络。故辨寒热、辨虚实、辨气血为胃痛之辨证要点。又须权衡轻重,灵活选择用药。治实不宜峻攻,补虚切忌滋腻。时刻照顾脾胃元气,用药贵在轻灵、流通。

(一)辨寒热:由于体质、病邪、病程之不同,而有偏寒、偏热之区分。

偏寒者:证见胃痛剧烈,泛吐清水,形寒喜温,喜热饮。苔白腻,脉弦或紧。或伴腹痛、腹泻。治宜温中调气散寒。止痛可选肉桂、荜拨、荜澄茄、干姜。止呕可选吴茱萸、生姜。止泻可选炮姜、焦查曲。外感风寒可加紫苏、六曲。

偏热者:证见胃痛而有烧灼感,嘈杂,呕吐黄水,烦躁,口苦或口干不欲饮,大便干结或不爽。舌质红、苔黄腻,脉弦或数。黄师曾诊治除上述症状外又兼见鼻闻臭气的病例,诊断为肝郁化火,上犯肺窍所致。治宜清泄肝火。选用左金丸、黄芩、黑山栀等取得良效。若兼见便秘、呕

吐可加少量大黄,并无泻下之弊。

寒热夹杂者,苔白中带黄,用药宜辛开苦降,但用量应有所侧重。近人常用蒲公英以治胃炎,也能起辅助作用。

(二) 辨虚实:初起多为气滞,每因受寒、夹食、夹湿引起胃痛,此乃属实方面。久病多虚,又因体质差异而有阴阳气血亏虚之不同。

气机失调,水湿不运,以致消化功能紊乱。证见纳呆,口淡,体倦,胃中胀甚于痛,苔腻。又有寒湿与湿热二种情况。治寒湿宜苦温以燥湿,用平胃散加木香、紫苏之类。治湿热则宜辛苦降,用生姜、半夏、芩、连之类。均可佐茯苓、苡仁等淡渗利湿之品。

脾胃虚弱,津液不足,可见纳少,口干少津,舌红,脉细,一般称为胃阴伤。用养胃阴法。取白芍、甘草酸甘化阴,进一步再加沙参、麦冬,甚则酌加乌梅、木瓜以制肝醒胃。若形瘦神疲,便溏者,属于脾胃虚弱,阴液难复的病例,再加石斛、人参之类,并与陈皮、佛手芳香理气开胃之品同用,以助药力。

久病之后,阴阳俱虚。还有脾胃阴虚而兼阳虚之症,既有不思纳食,舌红少津之热象,又有形寒喜温,兼喜热饮之寒象。黄师认为:此时用药要以温和为主,剂量不宜过重。

(三) 辨气血:凡久痛不愈,病从气分兼传营血。如舌质青紫,就是夹有瘀血之征。凡见痛如针刺而有定处,或痛无休止,胃脘似有物顶住等症,即是气滞瘀阻的指征,当用活血化瘀之品。可根据症状轻重选择下列药物。

调气药之选择:木香入胃,香附入肝,合用于胃痛偏寒者。若有化热之象,则用金铃子散。寒热夹杂者可并用之。肝气郁结,嗳气频作,宜用佛手干、绿萼梅、玫瑰花等。肝气横逆,胃痛连胁,可加柴胡、郁金之类。

活血化瘀药之运用:当归为养血活血之主药,常与丹参、赤芍同用,在化瘀药中最为平和。红花、桃仁同用,兼有润肠活血之功,在胃脘刺痛时均可使用。若属顽固、陈旧性胃痛,可用失笑散及少量制川军,有化瘀止痛通络的作用。

三、辨兼证

胃痛兼症较多,在明辨寒热、虚实、气血之后,亦当分别兼顾。

(一) 胀与痛:肝病善痛,脾病善胀。痛与胀又互相关联,但有虚实之分。气虚作胀,时胀时减,得食稍安,大便溏薄,胀而不痛,治宜健脾理气。气滞作胀,得食更甚,大便不畅,或胀而且痛,治宜行气破气。因胀满部位不同,用药又有区别。胸脘痞闷,当行气宽中,可用白蔻仁、砂仁之类。腹中胀满,当行气泄满,可用川朴、槟榔之类。至于少腹作胀,则宜疏泄厥阴之气,可用柴胡、乌药之类。

(二) 吞酸与嘈杂:吞酸总由肝木偏旺,曲直作酸也,治宜和胃制酸,可用煅瓦楞、白螺蛳壳之类。嘈杂大多偏热,治宜辛开苦泄,可用左金丸、陈香橼皮之类。吞酸与嘈杂往往同时可见,以上治法亦可同用。此外又有饥嘈之症,得食则减,食后又嘈,用前法无效时,可用补气和胃中法,如香砂六君子汤及黄芪建中汤加减。

(三) 呕吐与嗳气:二症均由胃气上逆所致。嗳气频频,多因肝气犯胃,可用绿萼梅、佛手以解郁,合旋复花以降逆,甚则用煅赭石以平上逆之气。呕吐乃食伤脾胃,肝气上逆,胃失和降所致,治宜泄肝和胃,以黄连、半夏为主药,有寒加紫苏、生姜,有热加竹茹,阴伤加沙参、麦冬,重则加石斛、玉竹。如不效可用四磨饮(人参、沉香、槟榔、乌药等分)磨汁,频频呷服,或暂用玉枢丹0.5~1克吞服。

(四) 便溏与便秘:便溏属脾虚者,用理中汤加焦查曲每能见效。便秘属肠中燥热者,用瓜蒌、枳壳、大腹皮,甚则加大黄以助疏导。另有大便干结而热象并不明显者,乃阴虚肠燥之故,宜用润肠养阴之品,如当归、首乌、瓜蒌,也可参用麻子仁丸之类。临床常见大便转为正常时,胃胀、胃痛亦随之消失。

(五) 能食而不饥与脘中空洞感:胃主纳,脾主运,能食为胃强,不饥为脾弱,此为胃强脾弱之证。胃强并非胃热、胃实之意,乃与脾弱相对而言。治宜健脾消导,枳术丸加味治之。

脘中空洞感,乃病人一种自觉症状,并非饥嘈,但觉脘中空洞无物,为肝阳上扰所致。治宜

平肝潜阳、柔肝缓中,如珍珠母、煅瓦楞、白芍、甘草之类。

四、典型病例介绍

例一:黄××,女,45岁。1980年5月24日初诊。

胃痛二年余,近半年来加剧。终日疼痛持续不休,而且时有抽掣刺痛。痛时厌食拒按,但欲热饮。近二月来,恶心呕吐,除热开水外,无论何种食物,食后十分钟完全吐出。形寒肢冷,胁痛口淡,头晕头胀,失眠心跳。面色黯黑,声音低微。曾有呕血、黑粪史。胃镜所见:“胃窦部粘膜乳黄色,轻微高低不平,有红斑,血管影显见。胃角小弯部有1厘米溃疡。印象:胃角小弯部溃疡,慢性中度萎缩性胃炎伴糜烂,组织学检查有轻度不典型增生”。舌质青紫、苔黄腻,脉弦细。肝胃同病,胃气上逆,湿热交阻,宿瘀停留。先宜泄肝清热,调气化瘀。

处方:代赭石、蒲公英、紫丹参、失笑散(包)各15克,旋复梗12克,元胡、金铃子、白蒺藜、姜竹茹、姜半夏各9克,小川连3克,淡吴萸1.5克。7剂。

一周后,呕吐已止,守方再服。又一周后,偶有泛恶。胃中烧灼,痛有定处,终日消息。胃气已得下降,湿热宿瘀未化。症情复杂,先以前法加重化瘀之品。

处方:煅瓦楞30克,紫丹参、蒲公英、瓜蒌皮、失笑散(包)各15克,制香附、广木香、桃仁泥各9克,炒白芍12克,左金丸(分吞)4.5克。7剂。

服上方一周后,剧痛已除。守方二周后,胃中刺痛及烧灼感基本消失,仅终日隐痛。初诊时每餐吃粥二匙,现已增至一碗。舌质青紫也渐转红。再用调气化瘀之法。

处方:煅瓦楞、八月札各30克,蒲公英、炒白芍、紫丹参、瓜蒌皮、南沙参、生苡仁、熟苡仁各15克,元胡、金铃子、炙鸡金各9克,炙甘草6克。(因有不典型上皮增生,方内加入苡仁、八月札之类)

以上方为基本方,稍事加减,治疗二月,胃痛消失,大便正常,每日一次。每餐已能吃饭一碗。面色转华,体重增加,语声响亮,自觉体力增强。同年10月胃镜复查:“胃窦部粘膜红白相间,以白相为主,粘膜光滑平整,近幽门口小弯侧粘膜局部呈红斑,未透见血管纹,未见糜烂。胃角形态正常,未见溃疡。印象:轻度慢性萎缩性伴浅表性胃炎。”

例二:李××,男,23岁。1980年6月21日初诊。

胃脘终日作胀,空闷不舒,食后尤甚,进面食更剧。常觉胃内胀满,有难以名状之苦。嗳气时作,而无泛酸,夜眠欠安。6月11日胃镜所见:“幽门周围水肿充血明显,小弯前壁处局部见一隆起肿块,约为0.5×

0.2厘米左右。胃窦部前壁粘膜呈花斑状,白相为主。印象:慢性浅表性胃炎,炎性肿块可能。”化验结果:总蛋白6.6克,白蛋白3.3克,球蛋白3.3克,白/球比例1/1。血色素12.4克,白细胞6000,红细胞410万,血小板6.8万。舌苔薄腻,舌质暗红,脉弦。如属气胀,则胀有休止,今胀闷终日,其病已由气入血。治宜调气和胃,散结消瘀。

处方:煅瓦楞30克,炒白芍、紫丹参、莪术各12克,广木香、制香附、广郁金、炙鸡金各9克,制川军4.5克,炙甘草3克。

以上方为基础,稍有加减,治疗三月。苔腻夹湿加藿香、佩兰,腹胀加枳壳,嗳气加旋复梗。

服药后症状逐渐减轻,但因饮食不慎,曾反复一次。9月下旬起症状消失,以上方用量20倍量,研细末,水泛为丸,每日二次,每次6克。9月26日胃镜复查:“幽门水肿不明显,充血已消失,小弯前壁处隆起肿块消失。胃窦部前壁粘膜隐约呈花斑纹,其余粘膜色泽正常。印象:慢性浅表性胃炎趋向好转,炎性肿块消失。”化验结果:总蛋白7.6克,白蛋白4.45克,球蛋白3.15克,白/球比例1.4/1。血色素13.3克,白细胞8400,红细胞440万,血小板7.4万。病员10月赴京学习,虽气候、食物变化,但未感胃中胀闷。1981年2月返沪,因旅途劳累,胃中稍有不舒,原方加减调理一周,症状消失。

“调气”二字,出于《素问·至真要大论》:“调气之方,必别阴阳,……内者内治,外者外治,微者调之,其次平之……。”黄师认为:运用调气法能调整脏腑之间的升降清浊功能——即调整机体自身的调节功能,而使人体保持“阴平阳秘,精神乃治”的正常状态。

更正与补充说明

本刊1981年第4期第21页左栏最末一行第2字应为“阳”,右栏倒数第5行第11字应为“月”;同期第59页右栏第14行下应补充“初诊应选用麻黄连翘赤小豆汤,再诊应选用茵陈蒿汤”。1981年第3期目录“秃头治验介绍”的作者应为张中立;同期第13页右栏第22行倒数第3字应为“弈”;同期第19页左栏倒数第5行处方中有“生谷芽15克,生稻芽15克”,读者询问是否系一物?作者说明如下:“生谷芽系指粟芽,即粟(北方称小米)的发芽颖果,味苦性温,有消食开胃之功效。北方地区习惯将粟芽称为谷芽”。有兴趣者可参阅《全国中草药汇编》下册(人民卫生出版社,1978年版)第339页。