

中 医 教 学

浅谈“虚痞”的证治及体会

南京中医学院研究生班 江杨清

虚痞，是指由脾胃中焦亏虚所致的一种痞证。张景岳概括说：“有邪有滞而痞者，实痞也；无物无滞而痞者，虚痞也。”本证临床极为常见，胃、肠、肝、胆、胰诸疾均可见到此证，而以慢性胃炎为最多。据我们胃病专科门诊初步统计，慢性胃病，包括经各种检查确诊的慢性胃炎、消化性溃疡、胃下垂等200例中，有103例呈现虚痞，其中仅慢性胃炎就占71例。又统计本院张泽生教授诊治的197例萎缩性胃炎中，仅中虚气滞证就占55.1%，其中大多数患者以“虚痞”为主证。实践证明，随着虚痞的改善或消除，实验室病理复查报告亦往往有不同程度的好转。故有必要对“虚痞”的证治专门提出讨论，并谈谈自己的肤浅体会。

虚痞形成的机理

忧思或劳倦过度，饥饱失时，脾胃受伤；或病后中气未醒；或脾胃素禀薄弱；或过用克伐消耗之品，损伤脾胃之气，致中气先馁，渐至亏损，影响脾胃纳谷磨食、运化精微的正常生理功能。中焦脾胃又为气机升降之枢，中虚则斡旋无力，气失运转，清气不升，浊气不降，或水谷之精不能上输下达，升降之路受阻，心肺之阳不能下降，肝肾之阴不能上升，上下不得交泰，气机壅滞而成痞。

若素体脾胃虚寒，或火不生土，或过食生冷，或“病发于阴而反下之”，邪陷太阴；或过用寒凉之剂，或久患慢性脾胃疾病，致中焦阳气不足，煦化失职，浊阴填塞心下，气机壅滞，升降失常，亦可酿成虚痞。

体瘦质燥之秉；或嗜食辛辣炙燥，郁热伤阴；或患燥热温症，病后脾胃之阴未复；或久用辛散温燥之剂，暗耗胃阴，胃腑失其润降，气机壅滞，亦可致成虚痞。

伤寒误下，虚其肠胃，客气上逆；或表邪乘虚入里，结于心下，亦可为虚痞致病之机。

虚痞的病机关键在脾胃气虚。中气不足，不仅可致中焦阴阳失调，而且关乎脾胃的升降润燥。黄坤载

曾说：“脾喜刚燥，胃喜柔润，而燥湿调停，在乎中气，中气旺则阴阳和平，燥湿相得”。若脾胃气虚，可以及阳，而致中焦阳虚；或气虚及阴，而致脾胃阴虚或气阴两虚。中虚运化不力，水谷之精可聚湿生痰，随脾胃之偏衰，变生寒湿(痰)或湿(痰)热，故虚痞每夹实邪。寒湿或湿热可进一步伤阳、耗阴，损伤中气而形成虚中夹实，虚实兼见之痞。可见虚痞形成与否，关键在于中气是否充足。张景岳在论及虚痞病机时说：“是皆脾虚不运而痞塞不开也”。

虚痞的分型及证治

一、脾阳虚：症见心下饱闷，或宽或急，喜进热物；或伴隐痛绵绵无定时，受凉或进生冷即发；食少神倦，大便或溏，或有腹胀，舌质偏淡，脉沉细，治宜温运中焦。方用附子理中汤或小建中汤加加减。常用熟附片、肉桂、党参、白术、当归、干姜、厚朴、豆蔻、公丁香等；若兼浊阴犯胃，呕吐清水痰涎的，加川椒、吴茱萸、生姜、半夏等，辛热开浊。本法温补脾阳，稍佐辛温理气，使脾阳舒展，大气得行，则痞滞自开。

例一：任××，男，40岁。1981年6月11日初诊。

胃病史20年，加重1年。胃镜检查(胃镜号：4788)为浅表性胃炎。胃脘痞胀明显，嗳气量多，隐痛而冷，食后减轻，胸膈窒闷，舌暗红、苔薄白，脉细。中阳失煦，气机停滞为患，法拟温通。熟附片6克，桂枝6克，潞党参15克，当归10克，降香6克，香附10克，陈皮6克，半夏10克，瓜蒌10克，薤白头10克。五剂。

6月15日二诊：胸膈窒闷已除，胃脘痞闷有冷感，疼痛不显，舌暗红。仍当温胃理气。熟附片6克，桂枝6克，太子参15克，白芍10克，香附10克，白芨10克，陈皮6克，佛手6克，干姜6克，甘草3克。五剂。

6月18日三诊:胸膈胃脘痞胀已除,背微寒,口干饮水不多,舌红苔少,脉细。上方去干姜加麦冬12克。

二、中气虚:症见脘痞有堵塞感,食后自觉停滞不化,多食则甚;或有坠感,按之濡软不痛,嗳气或矢气少作,或兼隐痛虚嘈,身倦神委,纳谷不思,面色少华,苔白,脉细软。治宜塞因塞用,益气健脾,少佐行气。方用香砂六君子汤加減。常用党参、黄芪、白术、当归、茯苓、木香、砂壳、法半夏、陈皮、鸡内金、粳米等。本型临床最常见。运用本法必须扶中为主,行气为辅,切不可见其痞塞而妄用辛通。张石顽在论述虚痞治法时指出:“愈疏而痞愈作,宜于收补中微兼疏通之意,不可过用香剂”。《本草经疏》亦曰:“痞气属脾气虚及气郁所致,忌破气、下、湿润、苦寒,宜健脾,兼散结滞,甘温,辛香”。

笔者曾同时收住4例胆汁返流性胃炎,均以脘字痞闷为主证,试服理气通降剂,有效而不显。为求速效,日进两剂,5天后,患者普遍感觉脘痞加重,有的并有下坠感,嘈杂,纳谷减少,后改健脾益气为主,微作辛通,症状很快获得改善。

例二:崔××,男,50岁。

患者因有3年上腹痛史,于1966年行胃次全切除术,术后呕吐苦水,进食明显减少,消瘦,有时自觉有苦水上泛至咽,伴腹胀、食后脘痞。胃镜检查为残胃萎缩性胃炎伴明显胆汁返流,病理报告有肠化生现象。入院时主要表现为上腹隐痛,脘痞腹胀,嗳气或矢气则舒,偶泛苦水,纳少,形瘦。舌质偏淡,苔薄白,脉细。治以健脾理气、和胃降逆剂。药用党参15克,白术10克,当归10克,木香10克,陈皮6克,刀豆壳10克,公丁香2克,佛手6克。7天后,脘仍痞,纳谷不旺。原方加枳壳10克,日服两剂。服药4天,脘痛及痞满反较前加重,有下坠感,即去陈皮、佛手、枳壳辛散,加茯苓15克,半夏10克,白芍10克,干姜5克,炙甘草3克和中益脾,日一剂。3天后脘痞消除,纳谷增多,不泛苦水。此后坚持以健脾益气为主,少佐理气降胃之品,连续治疗47天出院。出院时自觉症状均除,胃镜复查(镜号:81-2437):残胃浅表性胃炎,中等量胆汁返流。入院时唾液淀粉酶-171单位/毫升,出院时-34单位/毫升,显著好转出院。

三、胃阴虚:症见脘痞不适,不饥不食,烦渴少寐,胸脘嘈杂,多有灼热感,大便多秘,或肌肤灼热,咽干口燥,舌红,苔多薄净,脉细。治宜甘凉濡润,以养胃阴。方用沙参麦冬汤、一贯煎加減。常用药如

沙参、麦冬、石斛、白芍、当归、枸杞子、太子参、川楝子、佛手花、绿梅花等。此型多见于少数萎缩性胃炎患者。养阴润降宜甘平、甘凉而忌滋腻,防止伤脾碍胃,反滋痞满。理气药以性平不燥之花类药为宜,防止辛燥耗伤胃阴。

例三:杨××,男,50岁。1981年6月11日初诊。

胃脘痞胀嘈杂,嗳气隐痛,口干思饮,嗜食辛辣,苔净,脉细弦。1981年6月2日在某医院胃镜(镜号:81544)检查为慢性浅表性胃炎伴广泛肠化生。拟从阴虚气滞论治。南沙参10克,麦冬12克,白芍10克,黄精10克,青皮6克,青、广木香各6克,白芨6克,佛手6克,鹿衔草10克,甘草3克,红枣5个。五剂。

6月18日二诊:胃脘痞胀已减,纳少,口干思饮,苔少,脉细弦。原方五剂。

7月2日三诊:饮食稍增,胃脘痞胀又减,苔根薄腻,脉小弦。以往嗜酒。胃阴不足防成膈,拟养胃阴。太子参12克,淮山药10克,白芍10克,麦冬12克,黄精12克,炙甘草3克,白芨6克,鹿衔草10克,蒲公英12克,红枣5个,谷芽12克。五剂。

药后痞除,口渴好转。

四、胃虚、客气上逆:症多见于“伤寒发汗,若吐若下,解后,心下痞硬,噎气不除者”,或杂病见痞满而噎噎不休,呕吐噎食等胃虚气逆症,治当养胃补中,镇逆和胃。常以旋复代赭汤为主方。用旋复之咸软痞,代赭重镇虚逆,半夏、生姜辛散虚痞、降逆和胃,参、草、枣扶中益胃。本型适于虚痞兼胃气上逆症。临床若噎噎呕吐明显,尚可加丁香、柿蒂、沉香等降逆药。

例四:宁××,男,60岁。1981年5月4日初诊。

上脘痞胀,嗳气频作,在某医院胃镜检查,胃窦部局部以苍白及白相为主,窦型粘膜萎缩性炎,其中一块有广泛肠化生,胆汁返流少许,诊断为慢性萎缩一浅表性胃炎。辨证属胃虚气逆,胃气不降。治用扶中散痞降逆法。代赭石30克(先煎),太子参15克,法半夏10克,炒白芍12克,桂枝6克,木香10克,石斛10克,陈皮6克,公丁香2克,刀豆壳10克,甘草3克,生姜2片,红枣5个。

5月7日二诊:一般情况均明显好转。原方加乌梅炭5克,续服。

5月21日三诊:无自觉症状,舌质偏红,苔白,脉细。气阴两虚,胃气不降,更方如下:代赭石30

克(先煎),太子参15克,法半夏10克,生白术10克,白芍12克,青木香10克,乌梅炭6克,麦冬12克,公丁香2克,刀豆壳10克,甘草3克。

本方续服至同年9月29日,病情一直稳定。胃镜复查为胃窦粘膜红白相间,红相为主,窦大弯浅表性胃炎伴肠化生,诊为慢性浅表萎缩性胃炎,浅表为主,未见胆汁返流。

五、夹邪:

1. 夹湿:佐微辛芳化,而非苦辛通降。虚痞夹湿,多由脾虚水谷之精不运,或暑湿伤中,或肥腴之体,中阳素弱,痰湿偏重所致。此型中虚是其本,湿邪是其标,中虚为主,兼夹湿邪。症见脘痞、胸闷、身倦、饮食不香、大便或溏、苔白腻等,治当健脾醒胃为主,少佐微辛芳化,常用苍白术、苡仁、茯苓、佩兰、川朴、白蔻、法夏、建曲等。偏于湿热的,少佐芩、连;偏于寒湿的,加草蔻、熟附片、干姜。因中虚夹湿,而非湿热、痰热及肝胃气结所致实痞,故不用苦辛通降之法。

2. 夹滞:佐化积消痞,而非苦寒下夺。虚痞夹有食滞,多与脾胃虚弱、纳运无力有关。饮食稍有不妥,即感脘痞,自觉食物停而不化,甚则饱胀、噎腐,或食后作泻,大便解而不畅,苔腻或浊,治当健脾开胃,佐化积消痞。常用枳术丸、枳实消痞丸加减,消补兼施。因部位在胃,虚中夹实,非苦寒下夺治肠胃热结法所宜。

3. 夹热:佐辛苦泄痞,而忌寒凉直折。多与情志久郁化热、偏嗜辛辣和素体木旺等因素有关,也可以与胃阴不足相兼。此型与胃阴不足之虚痞的鉴别在于:心下痞闷嘈杂有烧灼感是其主要表现,苔多薄黄,单用柔养少效。治当在甘凉养胃的同时,少佐辛苦泄痞。酌予少量黄连,与蒲公英同用。黄连味苦能降,寒而不凝,为泄痞要药。蒲公英味甘性寒,入阳明太阴经,善泄胃火而无碍胃伤脾之嫌,朱丹溪认为尚可“散滞气”,用之效果满意。因非邪火犯胃或胃热内郁所致实痞,故不用寒凉直折。过则虚虚伤中,反增痞满。

4. 夹瘀:宜佐开痹通络。虚痞夹瘀多由久虚络痹或病久由气入络,或平日嗜饮,中气早伤,脉络不宜所致。症见脘痞不开,或兼隐隐刺痛,舌多紫暗或有瘀斑,屡用扶中理气药乏效。治当在扶中益气的同时,佐当归、郁金、降香、橘络、桃红等辛润通络以开痹,而不用峻逐,以防伐伐中气。

如前所述,中气虚是虚痞致病之本,也是虚痞最常见的证型。中气虚可发展为中阳虚,胃阴虚有时则

与中气虚相兼而成气阴两虚。在此基础上,并可产生痰、湿、气、食、瘀、热等标邪,故临床往往标本夹杂,或标邪重叠。辨证时需根据实际情况而互参之,不能截然划分,刻板用药。如中阳虚与寒湿、痰湿,胃阴虚与郁热、湿热,中气虚与气滞、食阻,痰湿与气滞等等,每多兼见。治疗上无论中虚,还是阴虚阳虚,常需以党参、黄芪、白术等益气健脾药作为基础,再根据阴阳偏损和病证的兼夹,结合温脾阳、益胃阴、辛开苦降或行气通络、清热化湿等法,方能切中病情。

讨论和体会

虚痞除痞证所共有的心下室闷、痞塞不开、似胀非胀等自觉症状外,多伴神疲、纳少,得食痞甚,按之濡软不痛,苔薄脉细等中虚见症。痞证不同于外观有形、部位偏于腹部的胀满,也不同于“正在心下,按之则痛”的小结胸证。从这个意义上讲“痞”的本质就属虚。然尚有少数得之寒热错杂、湿热互结、邪气壅滞或痰湿不化、胃火内郁之实痞,但一般以中虚引起的虚痞为多见,其中又以中气虚,无力旋运气机所致者为最常见。明、清诸医家如张景岳、张石顽、叶天士等将虚痞从痞证中辟出,治法上强调不可见痞而滥用辛散通利,也不可因虚致痞而守补壅填,而只能扶中为主,微佐辛通。通过向本院张泽生、徐景藩二位老师学习和临证体验,也深感此点乃是古代医家积累的宝贵经验。虚痞用药,剂量宜轻,包括补中之品,使中气逐渐振兴,才能气转痞消。若急于求成,过补则脾胃不受,甘壅气机,过疏则“暂时快通,药过滋甚”(汪切庵《医方集解》)。

现代研究提示“中气”与胃肠张力及蠕动功能有关。虚痞表现的症状,可能系由平滑肌张力低下和植物神经功能紊乱所致,并可能伴有实质脏器的萎缩。而扶中益气之中药,大多具有强壮兴奋作用,最终可能通过改善脏器的病理性萎缩,增强平滑肌张力和调整植物神经功能紊乱、促进代谢、助胃消食、抑制胃肠异常发酵等而发挥作用。而理气药“扶正固本力量差,消耗能量物质,用后加重紊乱,腹胀纳呆更为恶化”(孙孝拱“理气开郁方药的研究近况”,《辽宁中医药》,1981,3~4期)。现代研究也证实了先贤的经验是可靠的。

治疗重点,仍要抓住扶中,兼调阴阳,使归于平衡。虚痞夹有痰湿、食滞或夹热夹瘀,多由脾胃本虚所致,仍当治本为主,兼祛实邪,不可本末倒置,或虚实并调。