

## 学术探讨

## 试论乌梅丸证与慢性萎缩性胃炎

张喜奎<sup>1</sup> 指导:陈亦人<sup>2</sup>

**摘要** 研究表明,乌梅丸为厥阴病主方,且乌梅丸证与慢性萎缩性胃炎(CAG)存在诸多一致之处,主要体现在主症相似,病机雷同,病势一致,治法吻合,疗效确切。并通过临床和实验研究,初步探讨了乌梅丸治疗 CAG 的疗效机理,为进一步研究《伤寒论》厥阴病实质,推广乌梅丸的临床应用,探求中药治疗 CAG 提供了思路。

**主题词** 胃炎,萎缩性/中医药疗法 乌梅丸/治疗应用

慢性萎缩性胃炎(CAG)系临床常见病,被 WHO 列为胃癌癌前状态之一,目前尚少满意疗法。我们通过研究发现,CAG 与乌梅丸证有相吻合的方面,本文就此问题探讨于次。

### 1 乌梅丸为厥阴病主方,非治蛔专方

乌梅丸出自东汉张仲景的《伤寒论》,用于治寒热错杂之蛔厥证,另在《金匱要略》一见,列蛔厥条下,主治相同。正是由于此,加之乌梅丸对蛔虫性疾病有确切疗效,古今医家多从治蛔解释,将其列为治蛔专方,高等中医药院校《方剂学》教材,亦将其列在“驱蛔剂”下,仔细分析《伤寒论》原文及后世的应用,不难发现,乌梅丸绝非治蛔专方,而当属厥阴病提纲之主方。

首先,从方剂的药物组成看,乌梅丸的 10 味药物,只有花椒有杀虫驱蛔作用,且不是主药。君药乌梅,只有安蛔之力,且因其味酸性涩,尚有敛肝柔肝,生津止渴,涩肠止利,敛肺止咳等诸多功效。辛温之花椒、细辛、附子、干姜、桂枝,苦寒之黄连、黄柏,甘平之人参、当归相合,共奏疏调肝脏,补益脾土,温阳补虚,祛寒清热,和调阴阳,制虫安蛔之功,而决非驱蛔之一途。其二,从乌梅丸的出处看,《伤寒论》326 条为厥阴病提纲,反映了厥阴病寒热错杂的病机特性,其中“下利”与“吐蛔”非必备之证,系或然证,分别为误下和强食所致。而 338 条“蛔厥者,乌梅丸主之,又主久利”,此二证均系厥阴病之变证,此为纠偏之举。此吐蛔与下利虽属厥阴病变证,然其实质还是在厥阴病基本病机上派生而来的,仍属寒热错杂,只不过是出现了几个特别症状

而已。因此,乌梅丸当属厥阴病之主方,其主证乃是厥阴病提纲所述之主证,仲景不言者,乃为其常也,知变达常之法,是《伤寒论》的又一特色<sup>[1]</sup>。其三,从乌梅丸的配伍看,全方反映出酸苦辛甘复法的特征,酸以柔肝,辛以舒肝升脾,散寒调中,苦以清热,降胃泻浊,甘则和缓,调补气血,正符合厥阴之主机。其四,从目前临床看,现代对乌梅丸的应用已远远超出了蛔厥、蛔虫性疾病。据有关资料报道,以本方治疗内外妇儿诸科 30 余种疾病皆有较好疗效。分析这些疾病,病证虽复杂,但基本证候所反映的病机如寒热错杂、肝脾(胃)不和、厥阴经气不充所致阴阳气不相顺接等,均属厥阴病提纲证所列之病机范畴。

如上所述,乌梅丸非仅为治蛔而设,其功效全面,其常证为厥阴病之主证,对此,古代医家亦间有所述。如清代医家柯琴即云“仲景此方,本为厥阴诸证之法,叔和编于吐蛔条下,令人不知有厥阴主方。观其用药,与诸证相符,岂只吐蛔一证耶?”陈灵石亦云:“此为厥阴病之总方,注家第谓蛔得酸则静,得辛则伏,得苦则下,犹浅之乎则乌梅丸也。”此说甚为透彻,颇合情理。

### 2 乌梅丸证与 CAG 特征相符

2.1 主症一致:乌梅丸证为厥阴病提纲证,而 CAG 在病变的过程中亦多围绕肝脾(胃)可出现与之相似的证候。如心中疼热(胃脘痛、胃中嘈杂),气上撞心(撑胀饱闷、胃脘痞闷不舒、暖气),消渴(口干欲饮),饥而不欲食(胃中嘈杂似饥、纳差食少,食后不舒),食则吐蛔(恶心欲吐)等。

2.2 病机吻合:二者在主要病机上存在着吻合之处,主要体现在以下几个方面。

2.2.1 在病性上,二者均表现出寒热错杂、虚实互见之特征。

寒热互化及并存:乌梅丸证的主要特征即为寒热错杂,而 CAG 属于慢性疾病,寒热每每互相转化。或由寒而热,寒热并存,或由热而寒,寒热错杂。

虚实演变及多歧:乌梅丸证的另一个病性特征即为虚实互见,其中有阴阳、气血之互损,对照 CAG 之病机,亦同样存在着上述病机。一般而言,CAG 初期多为实证,久病不愈,反复发作,脾胃受损,可由实转虚。

1 福建中医学院中医系,福州市五四路 282 号(350003)

2 南京中医药大学

收稿日期:2000-10-12;修回日期:2001-06-29

脾胃虚寒者,易受寒邪,或运化无权,又可致饮食停滞,故临床表现为虚实夹杂之证。就CAG病理变化而言,亦符合虚实并见这一特征,首先是固有腺体的萎缩,胃粘膜色淡,以灰色或灰白色为主调,粘膜变薄,粘膜下血管显露,胃壁蠕动较弱等,符合脾胃虚弱的征象;同时又有胃粘膜充血、水肿,呈花斑状,甚至可伴有糜烂、出血、溃疡,常见肠化生及不典型增生等,属中医之瘀、痰、热之范畴等。

CAG不仅存在着虚实互见,且在阴阳、气血方面,亦存在着多歧化。

其一是气血俱病:病初因寒热虚实互见,致气机升降失序,胃气壅滞,脾气虚弱,病在气分。病久则由气入血,气滞血滞,形成瘀血疼痛,从CAG病理变化而言,初起腺体萎缩、粘膜变薄、色调不匀等,继之出现不典型增生,粘膜表面粗糙不平、呈颗粒或结节突起,粘膜下赤丝血缕等。再如病理活检,既可见固有腺体的萎缩甚至消失,又可见肠上皮的化生、异型增生等。细胞超微结构观察,既可见胞浆细胞器减少,线粒体嵴减少、断裂,基质疏松化,粗面内质网呈囊泡化或脱颗粒,又可见线粒体肿胀及排列紊乱,粗面内质网水肿、扩张,细胞核明显增大,密度增高,核异型、扭曲,核仁明显,可见多个核仁,胞浆内游离核糖体增多;从分子生物学角度来看,其发展演变的过程中,既有胃粘膜上皮DNA的损伤,又有在此基础上的DNA自发合成加快、细胞呈过度增殖状态等,同样符合中医关于由气入血(瘀),由轻转重的变化。同时,就虚证而言,胃为多气多血之腑,病初邪多伤气,出现脾胃气虚之证,多见乏力、纳呆等,久则化源匮乏,血不自生,出现血虚之征。临床可见CAG患者多伴有贫血,从现代医学而论,一则由于患者食欲较差,摄入量不足,再则由于胃腺体萎缩,盐酸分泌减低或缺乏,加之吸收不良,结果造成缺铁性贫血或恶性贫血,与上述理论一致。

其二是阴阳互损:阴阳互根为用,任何一方虚损久不复,必然导致另一方受累,从而出现阴阳俱损之机。CAG由于病程较长,这一病机尤为突出。或初为寒证,损伤阳气,脾胃气虚,阳不化阴,久致阴津不足;或初为热证,损伤阴津,阳失化源,久致阳虚,从而出现阴阳气血俱损之证。就临床而论,CAG每有胃酸分泌不足,甚或缺如,符合胃阴不足之机,又因其消化不良,脾胃运化不力,同时,CAG患者每见形体消瘦,面色灰垢少华,或面色萎黄,面容憔悴,目睛少神,精神萎靡不振,少气乏力,眼球活动呆滞等阴阳气血俱亏之象,且此现象与病情密切相关,一般而言,病程长、病情转重之时,这一征象尤为明显。

2.2.2 在病位上,二者皆属于胃、肝、脾的病变。乌梅丸证的主要病机存在着肝木横克脾胃之机,对照CAG同样也存在着这一特征。

基本病变在胃:CAG的病变基础是局限性或广泛性的胃固有腺体萎缩、数量减少,伴有不同程度的胃分泌功能低下。而其临床表现,亦多围绕着胃脘部的疼痛、痞闷不适、餐后不舒等出现,属中医“胃脘痛”、“痞证”等病之范畴。

肝体用失调:肝胃之间,土木克乘,故肝体不足,肝用失常,常易横克胃土,出现胃脘疼痛,对此,诸多医家已有充分认识。以往的研究提示,情绪低落,或情志不畅的人群,患CAG的较多,在治疗过程中,又常因情绪波动而加重等,说明肝脏功能是否正常,对CAG的发病及预后至关重要。肝体用失调,不仅是导致CAG发病的重要因素,也是导致CAG病情加重、病程延长的因素之一。

脾虚运化不力:脾与胃互为表里,经脉互相络属,生理上的紧密联系,必然导致病理上的相互影响。就CAG而言,病初或饮食不节,恣食生冷,感受寒邪,或久病脾虚,运化失司,症见胃脘不适,食少纳差等。继之以脾虚不复,后天失调,疾病由气及血,导致血亏、寒生,进而影响肾阳,致全身气血不足,阴阳俱亏。临床每见面色由白转为青黑,纳呆腹胀,头晕乏力,甚则消瘦肢冷,身体抵抗力下降,腰痛膝软等等全身性多系统病变。由此可见,脾虚(生寒)既是疾病初起的始动原因之一,又是本病加重、恶化的重要环节,不可等闲视之。

2.3 病势一致:乌梅丸证为寒热错杂、虚实互见之证,治当寒热并用,阴阳气血双调,理肝、调脾、益胃,不可误下,若误用攻下,则下寒更重,故云“若下之,则利不止。”而CAG因病程较长,正虚明显,苦寒攻下,当属禁忌,已是人所共知,此不赘述。

2.4 治法贴切:乌梅丸所体现的治法为酸苦辛甘复法,其寒热并用,阴阳气血同调,理肝、调脾、益胃,此对CAG之治,确为贴切。

2.4.1 CAG病机复杂,治难单一,法当复合:如上所述,CAG由于病程较长,不等同于一般的胃脘痛,临床多表现为寒热交错、虚实兼见,肝脾胃俱病,阴阳气血失调的病理变化。因此在治法上,就要求针对这一特殊病机,采取相应的综合措施。否则清热有增寒之弊,散寒存助火之忧,攻邪虑其伤正,扶正恐其资邪,补气常常动血,养血每每损气,补阳有恐耗阴,而滋阴又怕伤阳,种种弊端不一而足。我们在临床研究发现,CAG患者大部分在接诊前均已经过中西医多方治疗,而疗效欠佳,使用综合复法后,起效迅速,且无明显不良反

应,究其机理,寒热并用,清热而不助寒,散寒而不升火;攻补兼施,祛邪而不伤正,扶正而不助邪;阴阳双调,壮阳不伤阴,滋阴不损阳;气血齐补,则补气行气而不动血,养血活血而不伤气,且热祛有助于寒解,阳升而阴复,阴复而阳旺,邪祛正复,正复有助于祛邪,气行则血行,气足则血生,血活则气通,血复而气有所依,更切合 CAG 复杂病机。

#### 2.4.2 酸苦辛甘,扶正达邪,切中肯綮

辛苦同用,辛开苦降,斡旋中州;CAG 的主要表现为胃脘疼痛、心下胀闷不舒,其病机关键在于中焦气机停滞,痞阻不通,故治疗之旨在促进中焦升降、气机宣通,从而恢复中焦枢纽功能。故在用药上,当择促其升降者用之。辛味之药,具有辛散温通之效,能升能散,可开结滞,燥痰湿,畅利心胸之机,促脾升清;苦味之药,具有趋下、沉降、清热、解毒之功,多入于胃,而降胃之浊气。辛苦配伍,辛开苦降,升清降浊,脾胃升降有序,自无壅郁之弊,不但解决了“不通则痛”的问题,且亦使机体纳化功能恢复有望,饮食一入,水精四布,化气生血,正胜邪却。

酸辛相配,柔肝疏肝,调木扶土;肝体虚用亢,郁而横犯,克脾犯胃在 CAG 中占有重要位置。肝体阴而用阳,故治当酸辛并举,体用双调。以酸之收,合于甘味,酸甘化阴,以实肝体、柔肝用,阴长而阳潜,体实而用调。以辛之散升,助肝气条达,疏泄正常,则自无克脾犯胃之忧。酸、辛二味,一为顺乎肝性,促其气机条达,肝气舒展;一为收敛肝气,柔润肝体,防其过亢。一实肝体,一助肝用,二者相合,柔肝体,滋肝阴,缓肝急,平肝气(过亢之气),而无郁滞肝气之弊;畅肝气,解肝郁,助肝用,而无太过之忧,使肝气柔和,疏泄有度,岂能克脾犯胃?

酸苦泻热,辛温散寒,祛除邪气;CAG 中湿热与寒邪交错,不仅是疾病发生的始动原因,而且亦是导致病情恶化的重要因素,因此铲除病邪,是正气恢复的前提。由于寒热二邪属性相反,故当寒热并用。酸苦之味,多有清热燥湿之功,又有降泻胃浊之效,即“酸苦涌泄为阴”之意也,二者相合,育阴清热,对 CAG 患者因热邪久羁、灼伤胃阴之机,颇为贴切,既可补胃津之不足,又能消弥散之邪热,使热祛阴生,有利于胃体之修复。辛温之品,辛可走散,畅肝理脾,温能散寒,对寒邪留恋、脾阳不足之 CAG 最为适宜。是二组相合,清热之酸苦得辛温之助,凉而不寒,无助寒之忧;散寒之辛温得酸苦之协,温而不热,无助热之虑,更得酸以入肝,平木柔体,使热去寒散,病自向愈。

辛甘化阳,酸甘化阴,扶助正气;如上所述,CAG

的过程中,普遍存在着阴阳气血俱虚之机,对此,辛、酸、甘味相互配合,具有良好效果。辛味多温,走窜不定,流动不居,既能温补阳气,又可助肝脾升发,开中焦结气,以推动中焦气机。惟其性走窜,多具刚烈,用之恐耗伤阴津,故与甘味和之,则辛温助阳,通达阳气之性不变,而庶免刚燥窜烈之性。并且,甘入脾胃,与辛味相合,使其甘缓留中,作用更具针对性,一则可补中土阳虚,再则可散中焦寒邪。酸入肝,与甘味相伍,酸可生津,甘可缓急,调肝护土,酸甘化阴,以复阴亏,护胃柔肝缓急止痛。与辛相合,无臌脾碍胃,阻滞气机之弊。辛甘化阳,得酸甘则补阳、助阳无伤阴之忧,可达阴阳双修之效。

甘缓和中,调补脾胃,顾护气血;CAG 病程较长,治疗亦需长期服药,故当时时顾正。甘味之品“能补、能和、能缓”,辛之太过,易助火伤阴,苦寒过极,伤阳败胃,以甘味调配,使其功能不改而性情缓和,对慢性疾患,尤显重要。再者,甘味入脾,多有益气助血之功,因脾气恢复,化源充足之故也。故甘味之品,对 CAG 久病体虚,脾胃不足,确具殊功,脾胃气复,化源充足,阴阳气血速复,正胜邪却,邪去正自安,况甘又能缓急止痛,对消除症状,改善患者生存状态,良有益也。

#### 3 乌梅丸对 CAG 颇为切合

其一,乌梅丸系酸苦辛甘复法的典范,配伍严谨,切合 CAG 之病机。方中药物均为治疗胃脘痛的常用之品,此不赘述。其二,乌梅丸中药物均对 CAG 病理变化有针对性,主要体现在如下几个方面:(1)抗菌作用:现代研究证实,CAG 与 HP 感染有关,HP 在 CAG 中普遍存在,且于 CAG 病变程度密切相关,提示是一种致病菌。乌梅丸中诸多药物均有不同程度的抗菌作用,尤其是黄连,单味已用于治疗 CAG,疗效显著,从而有望通过抑制和杀灭 HP 达到愈病的目的。(2)抗炎作用:CAG 的基本病变之一,即固有膜的炎性反应,一般而言,凡病属活动期者,均有炎症细胞浸润。乌梅丸中的全部药物,均有不同程度的抗炎作用,通过这些药物的作用,有望达到预期的治疗目的。(3)免疫调节作用:现代研究证实,CAG 与免疫功能失调有关,乌梅丸中许多药物如桂枝、附子、干姜、当归、黄连等均有不同程度的免疫调节作用,有利于炎症的消散和增生的逆转。如上所述,乌梅丸的组成药物,对 CAG 病理改变有其针对性,从而为临床应用奠定了基础。

#### 4 乌梅丸对 CAG 疗效确实

笔者以胃苏冲剂为对照,先后进行了临床和实验研究,在临床部分<sup>[2]</sup>观察了主要临床症状、病理变化、

(下转第 280 页)

表1 两组治疗前后癫痫发作情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数  | 发作次数            |                               | 发作持续时间(分钟)      |                              |
|-----|-----|-----------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------|
|     |     | 治疗前             | 治疗后                           | 治疗前             | 治疗后                          |
| 治疗组 | 930 | 8.32 $\pm$ 2.12 | 2.67 $\pm$ 1.52 <sup>*△</sup> | 4.64 $\pm$ 5.18 | 2.97 $\pm$ 4.14 <sup>*</sup> |
| 对照组 | 160 | 7.94 $\pm$ 2.01 | 3.86 $\pm$ 3.57 <sup>*</sup>  | 4.61 $\pm$ 4.96 | 3.01 $\pm$ 4.19 <sup>*</sup> |

与本组治疗前比较, \*  $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较,  $\Delta P < 0.01$

表2 治疗组癫痫发作类型与疗效比较

| 发作类型     | 例数  | 显效<br>(例) | 有效<br>(例) | 效差<br>(例) | 无效<br>(例) | 加重<br>(例) | 总有效率<br>(%) |
|----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 强直一阵挛性发作 | 684 | 408       | 163       | 72        | 34        | 7         | 83.48       |
| 肌阵挛性发作   | 10  | 7         | 0         | 0         | 1         | 2         | 70.00       |
| 失神小发作    | 58  | 29        | 19        | 10        | 0         | 0         | 82.76       |
| 精神运动性发作  | 26  | 12        | 9         | 3         | 1         | 1         | 80.77       |
| 强直性发作    | 1   | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0           |
| 婴儿痉挛症    | 2   | 1         | 1         | 0         | 0         | 0         | 100         |
| 局限性运动型   | 57  | 28        | 19        | 4         | 5         | 1         | 82.47       |
| 复杂部分性发作  | 34  | 18        | 11        | 3         | 2         | 0         | 85.29       |
| 植物神经性发作  | 37  | 23        | 11        | 3         | 0         | 0         | 91.89       |
| 分类不明     | 21  | 8         | 8         | 1         | 2         | 2         | 76.19       |

表3 治疗组辨证分型与疗效比较

| 分型  | 例数  | 显效<br>(例) | 有效<br>(例) | 效差<br>(例) | 无效<br>(例) | 加重<br>(例) | 总有效率<br>(%) |
|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 风痫  | 652 | 397       | 178       | 56        | 16        | 3         | 88.19       |
| 痰痫  | 66  | 43        | 13        | 6         | 4         | 0         | 86.36       |
| 惊痫  | 175 | 87        | 43        | 21        | 21        | 3         | 74.29       |
| 瘀血痫 | 37  | 7         | 7         | 13        | 3         | 7         | 37.84       |

中138例脑电图异常者,治疗后恢复正常53例(38.4%),两者比较差异有显著性( $P < 0.01$ ),说明抗痫胶囊改善癫痫患儿脑电图的作用明显优于鲁米那。

#### 4 讨论

小儿癫痫的病机关键为脾虚痰伏、气逆风动,治疗方法为健脾顺气,豁痰息风。抗痫胶囊即依此法组方,方中除石菖蒲、胆南星豁痰祛痰外,更以太子参、茯苓、陈皮、半夏等仿六君子汤之意,以绝生痰之源,正如《幼

幼集成》所论:“惟起健脾补中为主,久服痰自不生,痫自不作矣”。癫痫的抽搐多以须臾自解,搐后如常为特点,故其抽搐不仅是肝风内动,还与痰气的易聚易散,善动多变有关。气逆痰扰则痫作,气顺痰静则痫止,因而在益气健脾、祛痰息风的基础上,佐以顺气之味。方中除以天麻镇肝息风止搐外,又酌加枳壳、沉香之品,取其行气降气之功,从而达到治痰先理气,气顺痰自消,痰消风自灭的目的。

抗痫胶囊经临床930例患儿治疗观察,总有效率为83.33%,明显优于鲁米那对照组( $P < 0.01$ );两组治疗后癫痫发作次数及发作持续时间,均较疗前明显减少( $P < 0.01$ ),在减少发作次数方面治疗组明显优于对照组( $P < 0.01$ )。从中医辨证分型来看,抗痫胶囊对风痫、痰痫、惊痫的疗效较好,对瘀血痫的疗效较差,其原因可能与此型多为继发性癫痫,方中缺乏活血化瘀药物有关。从不同癫痫发作类型的疗效分析,抗痫胶囊具有广谱的抗痫作用,对各型发作均有疗效,尤其对植物神经性发作效果尤佳,但肌阵挛性发作效果较差。此外,治疗后两组患儿脑电图的痫性放电均得到改善,其中治疗组脑电图恢复正常者占54.3%,明显高于对照组( $P < 0.01$ )。从而说明,抗痫胶囊不单纯是抑制过强的电传导,而且对大脑皮质的过度放电也有一定的治疗作用。

#### 参考文献

- 孙若鹏. 儿童癫痫. 天津:天津科学技术出版社,1996:9.
- 吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 实用儿科学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1996,1809—1814.
- 汪受传. 中医儿科学. 北京:人民卫生出版社,1998:874—875.
- 瞿治平. 癫痫发作分类及药物疗效评定的建议(草案). 中华神经精神病杂志,1980,(4):248.

(上接第247页)

胃泌素水平、HP感染情况等,随后,以大鼠CAG模型<sup>[3]</sup>观察了 $\beta$ 葡萄糖醛酸酶、胃粘膜血流量、胃粘膜屏障功能、前列腺素、cAMP、cGMP、生长抑素、胃泌素、胃粘膜病理改变及不典型增生细胞DNA含量等,初步得出如下结论:(1)乌梅丸对CAG有肯定疗效,主要体现在改善临床症状,减轻和逆转局部病理变化。(2)其作用机理似与下列因素有关:杀灭致病菌(HP),祛除病因,减轻了对胃粘膜的有害刺激。刺激胃粘膜,产生内源性粘膜细胞保护物质,从而保持了胃粘膜的完整,减轻了炎症反应。加强胃粘膜屏障功能,提高胃粘膜血流量,从而有利于胃粘膜的完整和修复,减轻或

逆转病理改变。调整胃肠激素,抑制了胃粘膜的过度增生,且可调整免疫系统,减轻腺体破坏,上皮增生和肠化生,从而有利于病变的修复和逆转。

**志谢** 本文承蒙南京中医药大学单兆伟、顾武军、符为民、张民庆、王兴华教授,山东中医药大学张桂珍教授,陕西中医学院张振忠主任医师等审阅,谨致谢忱。

#### 参考文献

- 赵体浩,张喜奎,王旭丽. 试论《伤寒论》举变达常法. 国医论坛,1998,13(6):4—6.
- 张喜奎. 胃萎灵治疗慢性萎缩性胃炎临床研究. 中医杂志,2000,41(9):536—537.
- 张喜奎. 胃萎灵治疗慢性萎缩性胃炎的实验研究. 中国中医药科技,2000,7(2):81—82.