

脾虚瘀热病机在消化性溃疡中的意义

黄绍刚¹ 周福生² 黄穗平¹ 张学斌¹

摘要 在系统整理消化性溃疡的病因病机论述和辨证论治文献,总结本病中西医治疗进展的基础上,结合临证经验,提出脾胃虚弱是消化性溃疡发病与复发的根本因素,在消化性溃疡的发病中脾胃虚弱是其根本,而胃热血瘀是其标,脾虚胃瘀热是其发病的重要病理环节。故健脾清热化瘀法是一种行之有效的抗溃疡及复发的方法。

主题词 消化性溃疡/病因学 消化性溃疡/中医病机 @ 脾虚瘀热

消化性溃疡属中医“胃脘痛”、“噎气”、“吞酸”等范畴。胃痛的发生,不仅与胃有直接关系,而且与脾、肝、肾亦有关,尤其与肝脾关系密切。脾与胃相表里,同属后天之本,又是气机升降之枢纽,在生理功能和病理变化上密不可分。肝木与胃土是相克关系,木旺乘土,可使肝胃失和。肝郁化火,肝火犯胃,也与肝有关。若肝肾阴亏,虚火上炎,则可灼伤胃阴而致胃痛。其临床分型虽多,但不外寒、热、虚、实四端。在系统整理历代有关胃脘痛的病因病机和辨证论治文献、全面总结本病中医药治疗进展的基础上,结合临证经验,我们认为,脾胃虚弱是消化性溃疡发病与复发的根本因素,在消化性溃疡的发病中脾胃虚弱是其根本,而胃热血瘀是其标,脾虚胃瘀热是其发病的重要病理环节。

1 脾胃虚弱是根本

脾虚,不仅是溃疡发病与转归的关键,也是溃疡愈合与复发的关键,这一点已成为大多数学者的共识。

1.1 从中医理论渊源上看:《素问·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干。”《素问·评热病论》曰:“邪之所凑,其气必虚。”所谓邪者,指导致机体发生疾病的内外致病因素,外邪多指六淫之邪,内因则为脏腑(阴阳气血)功能失调;正气者,指机体抗病能力,张仲景提出:“四季脾旺不受邪”,李东垣《脾胃论·脾胃虚实传变论》又提出:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气,……病从脾胃所生,养生当实元气”。由此可见,脾具有维持脏腑正常机能与激发和增强元气以抗御病邪的能力。其正气与现代医学中的免疫系统功能类似。脾胃功能健旺,正气充沛,免疫力强,机体健康,不易发生溃疡或溃疡不易复发;脾胃功能不足,免疫力低下,人

就体弱多病,就易发生溃疡或溃疡易复发。所以李东垣说:“胃虚则脏腑经络皆无以受气而俱病”。故健脾益气实际上就是提高机体免疫功能,保护胃黏膜屏障,以抵御各种损伤因素的侵袭。

1.2 从中医临床辨治上看:脾虚证候较为多见,如表现为胃脘隐痛绵绵,得食后缓解,食后腹胀,便溏,舌质淡或胖,边有齿印,脉细。治疗上无论患者表现为单纯的脾气虚证,还是脾虚兼夹湿阻、寒热、气滞、血瘀等证候,采用健脾补虚或补脾与化湿、清热、散寒、行气、活血等诸法并用,都是行之有效的。张万岱认为^[1],在消化性溃疡中,脾虚血瘀是各型共同的病理基础,治疗上,在各型方剂中加入健脾活血药物,方能提高疗效。黄一梅^[2]用调补脾胃法治疗老年性溃疡,治愈率为70.1%,总有效率为94.3%。

1.3 从现代医学角度上看:健脾益气药物可调理消化道功能,使胃黏膜屏障功能恢复正常,减少氢离子反渗,从而促进溃疡的愈合。现代医学药理研究证明^[3],健脾益气之品具有抗胃黏膜损伤,增加胃黏膜血流和前列腺素E₂,促进溃疡愈合等,对实验性溃疡的造模具有预防和保护作用。罗树星等^[4]发现,中药健脾益气方通过抑制或阻断脂质过氧化反应,诱导或提高NO合成水平以达到促进胃黏膜的修复、治愈溃疡的目的。方尔笠等^[5]发现,益气化瘀煎剂能显著抑制大鼠胃黏膜损伤并且具剂量依赖关系,加速溃疡愈合,其机制可能是增强黏膜血细胞保护作用。

2 胃络瘀阻是关键

胃络瘀阻既是病理产物,又是病因,在胃黏膜糜烂、溃疡形成上起着关键作用。

2.1 从中医理论渊源上看:胃痛之始,虽系气分受病,然气病日久,未有不伤及血者。叶天士所谓“初病在经,久痛在络。”故胃痛当分新久,治疗须有法度。胃痛初病实证居多,以病在气分为主,理气理所当然,但病程日久,血络亦痹,治当兼顾通络之剂。正如清代林佩琴《类证治裁·胃脘痛》所说:“治疗须分新久,初病在经,久痛入络;经主气,络主血也。初痛,宜温散以行气,久痛,则血络亦痹,必辛通以和营,未概以香燥治也……”。

2.2 从中医临床辨治上看:溃疡反复发作作者常见胃脘部刺痛,痛处固定,以夜间为甚,且多在出血之后疼痛即缓解,舌质紫暗等均为瘀血之佐证。著名中医学家董建华教授在其通降论学术思想中^[6],非常重视气血调

1 广东省中医院消化内科广州市大德路111号(510120)

2 广州中医药大学脾胃研究所

收稿日期:2004-11-26;修回日期:2005-02-08

畅及胃主通降之性与胃病的关系,他主张治疗胃病必调气血,这个观点在抗溃疡复发研究上很有指导意义。刘绍能治疗消化性溃疡时,在辨证的基础上分别选用清热化瘀、行气活血、化瘀与补气血兼施等可取得较好效果^[7]。

2.3 从现代医学研究上看:活血化瘀药有扩张血管,改善血液循环,增加组织的氧供,维持胃黏膜充足的血供,促进溃疡的愈合;并通过解除局部的血管痉挛,缓解疼痛。现代医学研究表明,溃疡底部及周围血管痉挛和非血管性平滑肌收缩,导致血流不畅,局部血液循环障碍供血不足而导致组织细胞代谢障碍和病理损伤。目前溃疡病发病机理也提示^[8],胃黏膜对缺血的耐受性很差,由黏膜局部缺血引起的能量代谢障碍是关键性病理机制。

3 郁热困阻是标象

诚然,消化性溃疡病多为脾胃虚弱之证,虽未见明显实证热证,但本病经常发作,常导致寒热虚实错杂之证候,既有脾虚的一面,又有胃热的一面。

3.1 从中医理论渊源上看:胃为六腑之一,属阳,五行中居土位,素有阳土、燥土之称,这说明在生理上是主火热的。清代李中梓在《证治汇补》中关于“脾属阴,主湿化;胃属阳,主火化”的阐述,也证明了这一点。早在《灵枢·营卫生会》中就说过:“中焦如沔。”“沔”是在胃中进行的,它需要胃阳发挥其生理功能,才能使“水谷之海”完成“沔”的全过程。可见胃处于火热状态下,才是生理性的。但是任何生理活动都是有度的,亢则为害。“少火”才能“生气”,“壮火”反而“散气”。胃主火热,但火热过亢则反受其灾,于是“少火”一变而为“壮火”,因而它在病理方面也多为热的反映。根据“热者寒之”的治则,叶天士在《临证指南医案·胃脘痛》中指出:“胃为阳土,宜凉宜润”,“阳明阳土,得阴自安”。叶氏在这里明确提出了胃家从热论治的例证。也正因为病理上多表现为热,所以其他病邪犯胃也易化热,如湿在胃则从阳化而成湿热;又如太阳之邪传入胃家则成实热证,所谓:“实则阳明”。另外,也有人认为^[9],郁热困阻于胃,热盛肉腐而成溃疡,乃由于患处毒邪未尽,经络壅滞,气血不行,故溃疡难愈易复发。

3.2 从中医临床辨治上看:临床表现为脾胃湿热和肝胃郁热者亦不少见,前者表现为胃脘痞闷,纳呆嗳气,口黏或有口臭,大便不爽,舌苔黄厚腻,脉滑数或濡;后者表现为胃脘灼痛,痛势急迫,烦躁易怒,泛酸嘈杂,口干口苦,舌红苔黄脉弦或数。治疗方面脾胃湿热者可用藿朴夏苓汤加减,而肝胃郁热者可用化肝煎加减,而对于寒热错杂者多用半夏泻心汤加减治疗。田德禄^[10]把

活动期溃疡归属于“疮疡”之类,是湿热瘀毒引起,加之消化性溃疡多为本虚标实,从而提出益气活血解毒的治疗方法。此外,还有外用类中药内服(锡类散、珍珠层粉等)治疗消化性溃疡的报道^[11]。

3.3 从现代医学研究上看:清热解毒药有较好的抗炎作用,可以治疗伴随溃疡病出现的胃黏膜的炎性病变。杨春波等对 400 例脾胃湿热证研究时发现,湿热证与 Hp 感染关系密切^[12]。并且现代药理研究已证明,黄连、大黄、黄芩、蒲公英等清热类中药均有明显杀灭 Hp 作用。而 Hp 感染与消化性溃疡复发之密切关系早已为人们所认识。陈芝芸等发现黄连等清热解毒药能明显抑制 Hp,抑制胃酸分泌,减弱攻击因子^[13]。

4 脾虚瘀热的形成机理

消化性溃疡的主要病因病机为脾胃虚弱,瘀热内阻。瘀血既是病理产物,又是致病因素。瘀血的形成主要是由于气虚气滞、阳虚寒凝、痰湿阻滞、热与血结等原因,使血行不畅,阻滞经脉;或因内热炽盛,火热逼迫血液妄行,血液溢出脉络之外而成离经之血成为瘀血。从上可知本病脾胃虚弱为因为本,瘀热为果为标,乃本虚标实之证,虚实夹杂,因虚致实。临床上多见虚实夹杂和寒热错杂等证型。脾虚瘀热形成机理主要有以下几个方面。

4.1 脾与胃的关系密切:脾之与胃,皆属土脏,同居中焦,以膜相连。然脾为阴土,喜燥恶湿;胃为阳土,喜润而恶燥。脾主升清,胃主降浊。二者一阴一阳,一脏一腑,一升一降,一燥一润,共同完成水谷之受纳、腐熟、运化、输布的过程,同为人体后天之本,气血生化之源。生化之源充足,则脉道充盈,如《内经》所述:“谷入于胃,脉道以通,血气乃行。”反之,“血气虚,脉不通”。对此张景岳在《景岳全书》中形象描述为:“人之气血犹源泉,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞”。亦即说明脾胃虚弱,气血化源匮乏,脉道空虚,血络阻滞为病。另有脾统血,脾虚摄血无权,血溢脉外,离经之血便成瘀。

4.2 气与血的关系密切:气能行血,气能摄血,血能载气。即所谓“气为血之帅”,“血为气之母”。瘀血的形成与气的生理病理最为密切。气属阳,血属阴,阴血与阳气关系密切,阴阳互根,气能生血化血,血能化气载气。阴血是阳气的物质基础。因此,气虚则运血无力,血行不畅便成瘀。另有气虚摄血无权,血溢脉外,离经之血便成瘀。

4.3 脾(胃)与肝的关系密切:肝病可以伤及脾胃,称为“木克土”,或称为“侮脾”、“乘胃”。但也有因脾胃先

(下转第 740 页)

迫,肢冷倦怠,舌淡苔白,脉濡缓,治宜益气健脾、升阳除湿,方用升阳益胃汤化裁治之。药用:黄芪 15g,党参 12g,白术 10g,茯苓 12g,泽泻 10g,防风 10g,白芍 12g,甘草 4g,陈皮 6g,姜半夏 10g,柴胡 10g,羌活 6g,独活 6g,炒黄连 3g 等。

2.6 嗜好烟酒嗜食辛辣肥甘,胃肠积热,痰热中困,脾运失常,通降失司:症见腹胀腹痛,大便干结、排便费力,或便溏不畅、有解不净感,肛门灼热,舌偏红、苔黄厚,脉滑数。治宜清热化痰、行气导滞,方用黄连温胆汤加味治之。药用:黄连 3g,陈皮 6g,姜半夏 10g,茯苓 12g,枳壳 10g,炒竹茹 6g,甘草 4g,浙贝母 6g,大腹皮 10g,莱菔英 12g。大便干结难解,可加杏仁 10g,制厚朴 6g,瓜蒌 12g。

2.7 劳倦耗伤,热伤津液:症见病后阴虚血少,肠燥失润,腹胀腹痛、大便艰涩,宜养阴清热、润肠通便,增液汤加味主治。药用:生地黄 12g,麦冬 12g,玄参 10g,沙参 12g,玉竹 12g,白芍 12g,甘草 4g,陈皮 6g,茯苓 12g,枳实 10g,瓜蒌 12g,火麻仁 12g。

3 验案举例

患者,男,58岁,2005年3月26日初诊。反复腹痛腹泻4年,腹部隐痛不适,大便稀糊状,日3~4次。发作频繁,少有缓解期。2002年、2004年两次结肠镜检查均未发现明显异常,曾服西药治疗无效。初诊时,腹痛即泻,泻后痛缓,肠鸣气窜,便溏夹有黏液,舌苔淡黄稍腻。西医诊断:肠易激综合征。中医辨证为湿热夹滞,

肠腑失调。治拟香连丸合芍药汤加味。药用:木香 6g,炒黄连 3g,青皮、陈皮各 6g,藿香梗 6g,黄芩 6g,白芍 12g,甘草 4g,炮姜 4g,砂仁 2g(后下),炒薏苡仁 12g,扁豆衣 12g,莱菔英 12g,地榆炭 12g,7剂,每日1剂,水煎取汁300ml,饭前或饭后2小时后内服,每日煎服2次。

4月2日复诊,大便次数减少,日1~2次,黏液亦少,腹隐痛不适,便后不能完全缓解,肠鸣气窜,舌苔薄黄。治拟前方加痛泻要方化裁。药用:木香 6g,炒黄连 3g,藿香梗 6g,青皮、陈皮各 6g,黄芩 6g,白芍 12g,甘草 4g,防风 10g,白术 10g,地榆炭 12g,扁豆衣 12g,炒薏苡仁 12g,莱菔英 12g,炮姜 4g,30剂。

5月6日三诊:大便已成形,日1次,无腹痛或不适。10天来仅发作1次,进食油腻食物后腹部不适,肠鸣气窜,矢气多,便溏2次,夹有黏液。舌中根部苔淡黄。中医辨证为久病脾运失健、气湿内郁,方用参苓白术散加减。药用:太子参 12g,茯苓 12g,白术 10g,扁豆衣 12g,陈皮 6g,炒薏苡仁 12g,砂仁 2g,炮姜 4g,黄芩 6g,白芍 12g,神曲 12g,藿香梗 6g,14剂。

6月14日四诊:停药已20多天,其间仅发作2次,症状较轻,均与进食有关。辨证为久泻肝脾失调,运化力薄,方用不换金正气散和痛泻要方加减化裁。药用:藿香梗 6g,青皮、陈皮各 6g,姜半夏 10g,茯苓 12g,甘草 4g,炒薏苡仁 12g,黄芩 6g,白芍 12g,防风 10g,白术 10g,炮姜 4g,莱菔英 12g,扁豆衣 12g,14剂。

(上接第729页)

病,土先虚而木乘之,称为“土虚木乘”。总之,木(肝)土(脾胃)是一对天生矛盾,不能分离。肝主藏血,又主疏泄,其性刚强,喜条达而恶抑郁,即“体阴用阳”。一遇情志不遂则肝气郁结,肝郁不舒,横逆犯脾胃,或肝胃不和,或肝脾不调。肝胃气滞可化热生火;也可致瘀络阻滞。

据此我们认为,运用健脾清热化痰法是一种行之有效抗溃疡及复发的方法,它符合中医基本理论和辨证论治规律。尤其在抗复发方面,中药不仅能正确解决消除溃疡病的损害因素和增强胃黏膜保护因素这一矛盾,而且在治愈溃疡病的同时,还能对其紊乱的消化功能进行调整,提高愈合质量,从而降低其复发率,这方面充分体现了中医药治疗从整体出发,发挥复方多环节、多途径的作用机理和副作用小的优势。

参考文献

- 张万岱. 消化性溃疡的辨证治疗. 湖北中医杂志, 1995, 17(2): 7.
- 黄一梅. 健脾治疡汤治疗老年性消化性溃疡 87 例观察. 中国中西医

结合杂志, 1995, 15(11): 692~693.

- 董国明. 抗溃疡方药实验研究进展. 中国医药学报, 1993, 8(2): 49~52.
- 罗树星, 李国成, 熊伍军, 等. 健脾益气对大鼠乙酸慢性胃溃疡的影响及其机制探讨. 同济医科大学学报, 1998, 27(2): 152~155.
- 方尔笠, 许宏刚, 薛德彬. 益气化痰剂抗大鼠胃溃疡作用及其机制的探讨. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9(4): 208~210.
- 唐旭东. 董建华“通降论”学术思想整理. 北京中医药大学学报, 1995, 18(2): 45~48.
- 刘绍能. 消化性溃疡瘀血与活血化痰治疗的探讨. 北京中医药大学学报, 1996, 19(3): 53~54.
- 张澍田. 消化性溃疡发病机理的某些进展. 中级医刊 1993, (9): 36~38.
- 马赛. 从痛痞论治消化性溃疡 63 例临床体会. 湖南中医杂志, 1996, 12(2): 7.
- 田德禄. 消化性溃疡临床研究述评. 北京中医学院学报, 1991, 14(6): 1~5.
- 唐旭东. 外用中药内服治疗消化性溃疡概述. 山东中医学院学报, 1989, (6): 47~50.
- 杨春波. 脾胃湿热证的临床研究. 中医杂志 1994, 35(7): 425~427.
- 陈之云, 项相康, 宋林喜, 等. 100 味中药对幽门螺杆菌抑制作用的实验研究. 时珍国药研究 1996, 7(1): 25~26.