

邱健行治疗消化性溃疡经验

戈 焰 指导:邱健行

(广东省第二中医院消化内科,广州市恒福路 60 号,510095)

[关键词] 消化性溃疡;中医药治疗;邱健行

邱健行教授是全国中医药专家学术经验继承工作指导老师,从医 40 余年,学验俱丰,尤其在消化系统疾病诊治方面造诣很深。笔者有幸跟随邱教授治疗消化性溃疡多例。现将个人体会总结如下。

1 病机主脾虚,脾健病自愈

消化性溃疡病位在胃,因脾与胃相表里,临证以脾胃虚弱证候多见,如胃脘隐痛,饥时痛,得食痛减,喜温喜按,纳差,神疲乏力,便溏,舌质淡胖,边有齿痕,且病情易反复等,我们曾先后对门诊 573 例及住院 187 例消化性溃疡病患者进行统计,结果具有脾虚证候者分别占 83.8% 及 85.22%。故从临床观察初步认为,脾胃虚弱是消化性溃疡病的主要病因。

中医学认为,“脾主运化”,为“后天之本”,“内伤脾胃,百病由生”,故各种原因损伤脾胃导致脾胃虚弱,或素体脾胃不足者,易受饮食不节、劳倦、情志失调以及气候变化等外来不良因素的影响,引起或加重脾胃功能失调,酿成溃疡病的发生或复发,且本病常反复发作,病程较长,“久病多虚”,脾胃虚弱是溃疡病发病的主要因素,故补益脾胃是治疗溃疡病的基本治法。我们在临床中观察发现,经过治疗,溃疡病症状、体征已消失,但 90% 以上的患者的舌象和脉象仍无明显的变化,说明脾胃之气尚未完全复常,这可能是溃疡复发的潜在因素。因此,我们在溃疡病治愈后,再给予一段时间补益脾胃,治疗脾虚证,使“四季脾旺不受邪”,从而降低溃疡病复发的可能。我们曾对 30 例溃疡病反复发作的患者,临床治愈后随机分为两组,治疗组 18 例,临床治愈后再予补益脾胃法,用四君子汤加黄芪等治疗 2 个月,经 5 年的随访,结果仅 2 例在 2~3 年后胃痛复发,复发率为 22.2%;对照组 12 例,未再继续补益脾胃治疗,结果有 5 例均在 1~2 年后胃痛复发,复发率为 62.5%,治疗组复发率明显低于对照组,两组比较差异有显著性意义($P < 0.01$),说明补益脾胃方药不仅对溃疡病有较好的治疗效果,而且对巩固疗效,防止复发均有重要作用。从以方测证角度也进一步说明,脾虚是消化性溃疡的主要病机。

2 迁延多瘀阻,活血病易除

消化性溃疡病情迁延难愈,病程较长,究其原因与瘀血内阻有关。因胃为多气多血之腑,胃痛初起多为气机不畅,气滞则致血瘀;此外,久病脾气虚弱,气不运血,更加重血瘀而致胃络瘀阻,气血凝滞不通,则胃痛加剧,痛处固定不移,局部压痛或拒按,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,或吐血、便血等。邱教授对 86 例病程在 10 年以上的消化性溃疡病患者进行统计,结果具有瘀血症状者占 80% 以上,符合中医“久病入络”、“久病多瘀”之说。胃镜检查亦见溃疡周围伴有充血、水肿,说明局部有血液循环障碍的存在。

溃疡病无论中医临床分型如何,都存在着瘀血内阻的病理变化,故本病的治疗应在辨证论治的基础上配以活血化瘀方药,如丹参、郁金、三七、桃仁、失笑散、丹参饮等。本病配以活血化瘀药不仅能提高溃疡的愈合率,而且在止痛时间以及溃疡愈合时间上都较不加活血化瘀治法者明显缩短。

3 活动期多郁热,热清病易却

溃疡病活动期,胃痛性质往往发生改变,由原来的胃脘隐痛,变为胀痛、灼热痛、刺痛,或痛连胸胁等,胃痛程度加剧,往往伴嗝气、反酸、口干苦、口气臭、心烦易怒、大便干结或不畅、舌质红、苔黄等,中医辨证多属肝胃郁热证或脾胃湿热证。胃镜检查则见溃疡周围黏膜明显充血、肿胀,上覆黄厚苔,边缘有伪足,溃疡处于活动期,或伴胆汁反流,且多数伴有胃或十二指肠活动性炎症。我们临床观察到,当患者肝郁化热及胃热证候经治疗后减轻或消失时,胃镜检查则可看到溃疡及炎症随之改善,两者几乎成平行关系。邱教授认为溃疡病活动期,往往多属中医肝胃郁热或脾胃湿热辨证,故治疗时加强清肝泻胃,选用蒲公英、黄芩、黄连、白花蛇舌草、五味消毒饮等,疗效明显优于单纯的健脾、疏肝或活血治法。

近年来,随着对胃幽门螺杆菌研究的深入,有人观察了幽门螺杆菌与中医证型的关系。结果,脾胃湿热型阳性率最高,适用黄连、黄芩、蒲公英等清热泻火治疗。药理研究证实,上述中药均有较强程度的抑杀幽门螺杆菌作用,说明用清肝泻胃中药治疗消化性溃疡活动期有科学实验依据。

通讯作者:戈焰,geyandoctor@126.com,13609649328

4 溃疡需制酸,反流疏降通

反酸是溃疡病常见症状之一,溃疡病是胃酸自身消化所致。故在治疗溃疡病方中均加入具有制酸作用的乌贼骨,其他具有制酸的碱性药物如煅瓦楞、珍珠层粉、煅牡蛎等均可选用。从而减轻胃酸对溃疡病灶的侵蚀,这对缓解疼痛及促进溃疡的愈合均有良好的作用。

胆汁反流到胃腔,破坏胃黏膜屏障,是导致胃黏膜炎症、糜烂及溃疡的原因之一。故防治胆汁反流对本病的治疗十分重要。邱教授对 87 例在胃镜下见黏液黄染,有胆汁反流的患者进行临床观察,多数有胃脘灼热痛,伴胸胁胀痛不适,口苦或呃逆苦水,舌边偏红,苔黄厚腻等湿热证候表现。《素问·痿论》云:“肝气热,则胆泄口苦”,“善呕,呕有苦……邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦”。根据患者的临床表现及中医理论,认为胆汁反流的发生,主要与肝郁胆热、胃失和降有关。据“六腑以通为用”、“以降为顺”、“以降为和”的胃肠生理特点,对有胆汁反流者,在辨证论治的基础上配以疏肝利胆、降逆通腑之品,使胆汁循常道,其中疏肝利胆药,选用柴胡、佛手、郁金、素馨花、茵陈、夏枯草、枳壳、栀子、川楝子;降逆药,选用旋覆花、赭石、竹茹、法半夏、紫苏梗、沉香;通腑药,选用枳实、厚朴、大腹皮、大黄等。

总之,脾胃虚弱是溃疡病的主要病机,本病的活动期与肝郁化热化火及脾胃湿热有关;迁延不愈则与胃络瘀阻密切相关,胃酸增高为本病的普遍现象。故本病的一般治疗应予补益脾胃,佐以疏肝、清热、制酸、通降、活血之法。方药如以四君子汤为基础方,加蒲公英、郁金、乌贼骨、厚朴、丹参等随证加减治疗。对肝郁化热及胃热证明显者,先采用清热泻火为主,后予健脾之法治疗;对胆汁反流者,则应配以疏肝利胆、降逆通腑之

品。临床实践证明,能明显提高溃疡病的治疗效果,值得后学借鉴。

5 典型病例

陈某某,男,57 岁。2006 年 12 月 25 日初诊。反复上腹痛 8 年余,加重 20 天。8 年前因嗜食辛辣后,出现上腹部剑突下胀痛,饥饿时及夜间发作,每次疼痛持续约 1 小时左右,进食后可缓解,伴嗝气,反酸。胃镜检查示十二指肠球部溃疡,间断服制酸药(具体不详),病情时好时坏。20 天前,因工作紧张,上腹部胀痛加重,嗝气,无反酸,伴乏力,口干口苦,纳少眠差,大便干结。舌淡暗、苔黄厚,脉弦细略数。查体上腹轻压痛。经胃镜检查,诊断:(1)十二指肠球部溃疡;(2)慢性浅表性胃炎,幽门螺杆菌阳性(++)。中医辨证为脾气阴两虚,胃湿热挟瘀,兼肝郁气滞。本患者久病,脾气阴受伤,湿热中蕴,加之工作紧张,肝郁血瘀化热,证属本虚标实,拟先祛邪,后扶正。先清胃化湿,疏肝通络。处方:蒲公英 15g,夏枯草 12g,白花蛇舌草 15g,茵陈 15g,柴胡 10g,枳壳 15g,白芍 15g,川楝子 15g,延胡索 15g,郁金 15g,鸡内金 12g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂。7 天后复诊,上腹痛止,但仍感腹胀、矢气多,嗝气,乏力,纳眠稍改善,大便正常。舌暗淡、苔薄黄,脉弦细。湿热已去大半,脾气阴正虚明显,此时拟健脾益气,养胃生肌,疏肝活血,兼清余热,药用:黄芪 15g,太子参 15g,白术 15g,石斛 15g,白及 12g,乌贼骨 15g,浙贝母 10g,郁金 15g,佛手 10g,枳实 15g,三七粉 3g(冲服),蒲公英 15g,白花蛇舌草 15g,甘草 6g。服 7 剂后复诊,未诉腹痛发作,平躺或夜间偶有腹胀不适,口干苦减轻,精神好转,大便调,舌稍暗淡红、苔薄白,脉弦细。后用此方加减,续服 1 个月而愈。随访 1 年未见复发。

(收稿日期:2007-03-30;修回日期:2007-11-16)

(上接第 1066 页)

思维方法等方面的差异,但在人类文明层面是同一的。无论是昨天、今天还是明天,中医学都一如既往地为人健康作贡献,这是确信无疑的。

参考文献

- [1]茅晓.论中医传统研究方法.中医杂志,2005,46(6):409~411.
- [2]任应秋.中医各家学说.上海:上海科学技术出版社,1980:15~38.
- [3]裘沛然.壶天散墨.上海:上海科学技术出版社,1990:15~22.
- [4]郭立中,王志英,周仲瑛辨治疑难杂证学术思想介绍.中医杂志,2006,54(4):261~262.
- [5]朱步先,何绍奇,朱胜华等整理.朱良春用药经验集.长沙:

湖南科学技术出版社,2003:4~5.

- [6]周凤梧,张奇文,丛林主编.名老中医之路.济南:山东科学技术出版社,1982:194~207.
- [7]陈丽云.上海伤科八大家传承兴衰剖判.上海中医药大学学报,2003,17(1):20~22.
- [8]张志斌,袁越.试论北京的中医学术特点.中医杂志,2005,46(4):308~310.
- [9]陈凯先.创新与传统学科.上海中医药大学学报,2006,20(4):5~7.
- [10]匡萃璋.中医学:聚焦与自省.浙江中医药大学学报,2006,30(2):116~124.
- [11]刘时觉.西医运用中医的临床思路与方法论.北京:人民卫生出版社,2006:275~305.
- [12]徐敏.中医药加速走向世界.解放日报,2006-06-23(6).

(收稿日期:2007-03-06;修回日期:2007-04-20)