

慢性胃炎痞证论治

王凤云 唐旭东* 李振华 李保双 张引强 刘果林 媚 卞立群 张丽颖

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

* 通讯作者: txdlly@sina.com, (010) 62835001

[摘要] 从历代医家对痞证的认识、痞证的病因病机、治疗用药规律及常用方剂等几个方面进行了总结。认为痞证发生机制主要为脾虚气滞, 中焦气机升降失常, 用药主要以调理气机为主, 从脏腑论治, 需注意升降; 从虚实论治, 需注意“灵通”; 从寒热论治, 要注意反佐; 从湿论治, 需注重风药的应用。

[关键词] 慢性胃炎; 痞证; 辨证施治

慢性胃炎为临床常见病和多发病, 常见症状包括痞和胀。痞即痞满, 是由于中焦气机阻滞, 升降失常, 出现以胸腹痞闷胀满不舒为主症的病证, 一般触之无形, 按之柔软, 压之不痛。按部位分为胸痞、心下痞, 又称为胃痞。胀, 又称胀满、腹胀, 是指腹中有胀满或胀急之感而外多有胀急之形, 病变部位在胃脘以下的大腹部。痞与胀病虽不同, 但在病因病机上有许多相通之处, 且临床表现也多兼而出现, 故多统称痞胀或痞证。痞证多见于现代医学的慢性胃炎、功能性消化不良、胃下垂、胆囊炎等疾病, 临床上以慢性胃炎和功能性消化不良最为多见。

1 历代医家对痞证的认识

本病首见于《黄帝内经》, 称为否、痞、痞满、痞塞。认为痞满的发生与饮食不当, 脏腑气机不利有关; 《伤寒论·辨太阳病脉证并治》提出了痞的基本概念, “但满而不痛者, 此为痞”, 并指出该病病机是正虚邪陷, 升降失调, 并创立了寒热并用、辛开苦降的治疗大法, 其创诸泻心汤乃治痞满之祖方, 为后世医家所常用; 李东垣《兰室秘藏》提出“脾湿有余, 腹满食不化”, 所载枳实消痞丸为治疗痞满的名方。隋代巢元方《诸病源候论·诸痞候》提出“八痞”、“诸痞”之名, 说明引起痞的原因非只一端, 概括其病机, 却不外乎营卫不和, 阴阳隔绝, 气血壅塞, 不得宣通; 朱丹溪《丹溪心法·痞》说“痞者与否同, 不通泰也”、“脾气不和, 中央痞塞, 皆土邪之所为也”。在治疗上, 朱丹溪颇能汇集前贤之长, 他反对一见痞满便滥用利药攻下, 不知中气重伤, 脾失健运, 痞满更甚; 《景岳全书·痞满》云: “痞者, 痞塞不开之谓; 满者, 胀满不行之谓。盖满则近胀, 而痞则不必胀也, ……有胀有痛而满者, 实满也; 无胀无痛而满者, 虚满也。实痞、实满者可散可消; 虚痞、虚满者, 非大加温补不可。”对痞满的辨证提出了纲领。

2 痞证的病因病机与病位

2.1 病因以内伤为主

痞满的病因可归纳为饮食阻滞, 误下伤中, 痰气壅塞, 七情失和, 脾胃虚弱等; 实责之于标, 以痰、湿、食、滞壅塞不通为主要表现, 诚如《兰室秘藏》指出: “脾湿有余, 腹满食不化。”虚责之于本, 多由脾胃素虚, 内外之邪乘而袭之, 使脾之清阳不升, 胃之浊阴不降所致, 阻碍中焦气机, 而发为痞证。正如《证治汇补》曰: “大抵心下痞闷, 必是脾胃受亏”, 说明脾虚是痞证产生的内在因素。此即《医方考》所言: “痞, 虚中之实也。从痞证的症状、治法和用药来看, 多属外感之邪已经内侵, 以内伤(脾胃虚弱)为主。”

2.2 病机以气滞为主

“痞”指胃痞, 是由于胃主受纳, 胃主通降的功能失职而引起的。“满”是指腹满, 是由于脾主运化, 脾气宜升的功能障碍所致, 《素问·至真要大论》中曰: “诸湿肿满, 皆属于脾”。脾与胃以膜相连, 互为表里, 密切相关。饮食不节、嗜酒肥甘、情志内伤、起居不时, 均可导致脾胃功能受损, 升降失司, 中焦升降失常, 不得流通, 故作痞证。气机疏泄失职, 壅塞中焦, 郁久化热, 从而导致虚实夹杂, 寒热互结心下而成痞证。归纳痞证病机主要是气滞, 气滞又常与郁热、痰浊、湿阻、食积等病理因素相联系。因此, 痞证的病机特点为虚实夹杂, 寒热互结。

2.3 病位在胃与脾, 涉及肺和肝

痞证又称“心下痞”, 心下是指中焦, 《黄帝内经》云: “六腑者, 传化物而不藏, 故实而不能满也。”今中焦满而不实, 胀塞不通, 故当指脾胃为主。再从“按之濡”一症看, 说明病位在中焦脾胃, 并无实物可据, 是无形之邪, 且无疼痛症状。由于胃气失于和降, 可影响肺气之宣肃, 而肺失宣肃, 又可影响胃的和降功能, 加重胃气的郁滞。胃与肝相邻, 胃气不和与肝气

郁滞又常密切相关。故指出“辛润下气,以治肺痹”,“因嗔怒动肝,邪气入于厥阴”,“邪遂入肝”。说明痞证的病位又常涉及肺肝。

3 “痞证”与“结胸证”之异同

痞证为无形之邪,由气机痞塞而成,按之柔软而不硬不痛。结胸证是有形之邪气凝结于胸膈,以胸脘部疼痛为主症的一种病证,《伤寒论》云:“伤寒六七日,结胸热实,脉沉而紧,心下痞,按之石硬者,大陷胸汤主之”。说明了结胸证的3个典型症状:脉沉而紧,心下痛,按之石硬。“心下满而硬痛者,此为结胸也;但满而不痛者,此为痞”。这是区别“痞证”与“结胸证”的要点。

4 痞证治疗用药规律总结

4.1 从脏腑论治,需注意升降

李东垣将升降理论引入到脏腑辨证中,把脾胃作为出发点,通过气的升降出入,将脾胃与五脏、脾胃与元气联系起来,对《素问》“土者生万物”作了深入阐发。提出了“脾胃为元气之本”,在论治上非常重视气机的升降出入。胃之受纳,也就是既要重视“纳”,又不可忽视“运”。脾胃同居中焦,脾以升为健,胃以降为用,中焦为气机升降之枢纽,脏腑精气的升降敷布无不赖于中焦气机的畅达。脾胃病皆因气机失于调理,升降失职则现“滞”,纳化失常则不运,不论寒热虚实皆然。脾胃病中实证如脾胃气滞、湿热中阻导致中焦气机不畅,易于理解,而虚证何以调中焦气机?盖中气虚弱,无力发挥其调理气机升降出入之枢纽作用,也即影响气机的顺达,临床中因脾气虚弱导致气滞的病例并不鲜见。因此,治疗中焦脾胃之病,辨证上宜细审脉证详察病机,辨别寒热虚实,但均旨在恢复脾升胃降的生理功能,其根本是在于调理中焦气机。

慢性胃炎主要病因有二:一是饮食不节,生活无规律,易损伤脾胃致运化失常;二是忧思恼怒为七情所伤,思虑忧患易伤脾,抑郁恼怒则伤肝。因此,调畅气机应为治疗脾胃病的大法。调理脾胃气机,主要是恢复脾胃升降功能,临床应用中加利气畅中之品如枳壳、(炒)莱菔子等行中焦已滞之气;加厚朴、半夏燥湿以清气滞,除满和中以调复脾胃运化之气;豆蔻、砂仁则可行气醒脾振奋中焦郁滞之阳气,兼调脏腑气机。

4.2 从虚实论治,须注意“灵通”

痞证本身有虚实之分。《金匱要略》对里实证或表里兼证的腹满论述较多,厚朴三物汤、大柴胡汤、厚朴七物汤等是详于治实而略于治虚。

在慢性胃炎的患者中,虚痞常可见到,但用“塞因塞用”之法要谨慎,该类患者大多虚中夹实,故宜疏中带补,补中宜加流动之品,如张景岳的柴芍六君汤,张仲景的旋覆代赭汤;或消补兼施,李东垣《脾胃论》中的枳术丸。白术健脾助运,枳实(或枳壳)理气宽中,应用之时,可权宜达变,若脾虚明显,则白术量宜大于枳实,若气滞明显,则枳实量宜大于白术。属胃阴虚者,可选用叶天士的养胃汤或吴鞠通的沙参麦冬汤,只有津液充足,胃体柔和,胃腑才能恪守纳谷之职,用药以轻清养胃为主,如沙参、麦冬、石斛、玉竹等,亦可用麦冬汤化裁进行治疗。

胃为阳土,主受纳,喜润而恶燥,以通为顺,以降为和。胃与脾互为表里,胃主纳,脾主运,胃宜降脾宜升,胃喜润,脾喜燥,其纳、运、升、降、润、燥六字,既概括了脾胃的生理特性和喜恶,又体现了治法。其中升、运、润三字,虽寓有补法之意,但也示人不宜呆补、漫补、壅补。治胃宜通降,即使有可补之征,也应补中有通,静中有动,使补而不滞、润而不膩、能升能运,以顺其脾胃升降或通降之性。可见胃病之治法,着重于“通”,补法亦需寓通,补之得当,补之得法,要补中兼通,所用药物多为轻苦微辛、轻灵流动。

4.3 从寒热论治,需注意反佐

寒热错杂痞的原因是脾胃的升降之机不利所致。所谓“寒热错杂于中”,是指机体感受外邪或内伤造成脏腑功能紊乱,引起阴阳失调,升降失常,出现寒热交织的证候。而针对寒热错杂之证候,以寒凉药与温热药灵活、巧妙配伍的治疗方法,称为寒热或寒温并用法。反佐是中医处方用药的一种独特的方法,是为了避免病性对药性在寒热方面的格拒,以致病不纳药而设。“治热以寒,温而行之,治寒以热,凉而行之”(《素问·五常政大论》)。反佐是用药之法度,真正发挥治疗作用的主药还是“治寒以热,治热以寒”,属于逆治(正治)作用。

将寒温并用运用于临床的首推张仲景,其以病因病机为依据,将药性相反之品融于一方,取其相成之用,疗效卓著。如干姜配黄连辛开苦降,温清并用。麻黄配石膏,辛温、甘寒并用治外寒内热,栀子配干姜,苦寒、辛温并用治上热下寒。另有张仲景之白通加猪胆汁汤治真寒假热等。

4.4 从湿论治,需注重风药的应用

湿邪致痞往往与脾胃功能失调及脾胃虚弱相伴见。由于湿盛则伤脾,脾伤又易生内湿,湿困脾胃,脾胃纳化、转输功能失常,又易致饮食停滞,而饮食停滞又往往助湿,因此,湿邪致痞常兼食积。湿阻气滞,

气滞则水湿停聚,湿邪致痞多伴有气机郁滞。湿聚可成痰,湿邪致痞亦可出现痰湿合邪为患。就临床所见,辨证属湿邪中阻者比较多见,因此,临床应重视从湿辨治痞证。

从五行的属性上,风属木,湿属土,在五行相克中,木能克土,称木能胜土,即为风能胜湿。从风药的功效来看,多有祛风胜湿的作用,能解表散邪而发汗,使湿邪随汗而解,并通过宣肺化湿,调畅气机,利于气机的升降出入,阳气上升,浊阴下降,湿邪化为汗尿而解;风药多入肺肝两经,具宣肺疏肝的功效,肝气的疏泄功能,能调畅气机,利于脾胃气机升降和纳运功能的协调,风能胜湿,即肝木的疏泄调达可以抑制脾土的壅郁,防止脾胃气机失调和湿困脾胃。

所谓“风能胜湿”,即用风药之辛香温燥、升阳举陷之性以健运脾气,使清阳上升,浊阴下降,则湿邪自除。“风为木气,故胜土湿”。《黄帝内经》云:“湿淫所胜,平以苦热,佐以酸辛,以苦燥之,以淡泄之。”应在苦味燥湿、淡渗利湿的基础上,佐以辛味风药。风类药走窜力强,能行气发散,宣散湿浊,故“风胜则干”。风药不仅能祛除湿邪,又能防止湿邪凝聚。脾主升清,喜燥恶湿。若脾气虚,清阳不升,浊阴不降,则湿邪内停,湿邪最易困阻脾阳。防风味甘、微温,入膀胱、脾胃及肝经,不比他药之燥性可畏,“具有辛润和风之能”^[2]。朱丹溪用防风为引经药,内入脾胃,以除湿与升阳,恢复脾胃升清降浊的功能。防风辛甘性温,古人云其“主大风”,为“风病之主药”^[3]。痛泻要方用防风味辛以散肝,使肝气出入恢复正常,痛泻可愈。选用防风,意在风药发郁。

4.5 常用方剂分析

4.5.1 半夏泻心汤及其类方 半夏泻心汤出自《伤寒杂病论》,根据《黄帝内经》“辛以散之,苦以泻之”理论所创寒热互结痞的治法,是辛开苦降法的代表方剂,为少阳误下成痞所设,功能和胃降逆开结除痞;张仲景在《伤寒论》中说“但满而不痛者,此为痞,……宜半夏泻心汤”;《金匱要略》中:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之”。方中黄芩、黄连为苦寒之品,苦能泻满,寒能清热,故能泻热消痞;黄芩擅于泻肺胃实火,并清大肠热;黄连长于清心胃之火,且厚胃肠;佐以人参、(炙)甘草、大枣以益气,干姜配半夏以加强降逆止呕,和胃消痞之功。几药合用,相得益彰,邪热祛,痞塞除。

治疗邪实正虚的痞证,除半夏泻心汤外,还有生姜泻心汤及甘草泻心汤。半夏泻心汤用于邪热内陷,胃中气虚而偏于胃虚呕逆之痞,若胁下有水气、脾胃

不和、食水不化、浊气上逆,出现“干噫食臭,胁下有水气,腹中雷鸣,下利”等临床症状,就应在半夏泻心汤的基础上减干姜,并加生姜为君,合成生姜泻心汤,以增其和胃散水之功。若胃虚较甚、呕利频作,如“其人下利,日数十行,谷不化,腹中雷鸣,心下痞硬而满,干呕,心烦不得安”,应“甘草泻心汤主之”。因胃气重伤,虚气上逆,脾阳受损,中气下陷,因而痞利俱甚,加炙甘草为君,取其缓逆气,补中虚之意,以加强益胃缓急之效。

大黄黄连泻心汤泄热消痞,和胃降逆,主治热实痞证,症见胃脘痞塞不舒,按之濡软,关脉浮大,心烦,口渴,舌红苔黄等。《伤寒论》“心下痞,按之濡,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之”。关主中焦,浮为阳邪,这里关脉浮乃无形邪热独盛于中焦,与一般浮脉多主表证者不同。本证从舌红苔黄等热象可知,病程较短,正气不虚。方中大黄清热而降、导热下行,黄连清心胃之热,二药共同作用于心下泄热消痞,使无形邪热得去。黄连、黄芩清热消痞,大黄泻热下气开结,三药合用有泻热、开结、消痞之功。附子泻心汤温阳和胃,消痞除满,主治热痞兼阳虚证,症见心下痞满,而复恶寒汗出,脉沉者。《伤寒论》言泻心,实是除中满。张仲景巧用“气味学说”变味厚之品为气薄之用,实为点睛之处。大黄黄连泻心汤、附子泻心汤,用法以麻沸汤浸泡,是取其气之轻扬,薄其味之重浊,清泻上中焦之热,使邪去正自安。徐灵胎赞之“不取煎而取泡,欲其轻扬清淡以涤上焦之邪”。黄芩“气厚味薄”,属“阳中之阴”,黄连“味厚气薄”,属“阴中之阳”,二者相须为用,相互制约,相辅相成。

总结五泻心汤,突出了“和”字与“降”字,这也正符合“胃以降为顺,以降为和”,“和”与“降”又都致力于消痞为目的。

4.5.2 枳术丸及其变方 该方源于《金匱要略》枳术汤,原治“心下坚,大如盘,边如旋盘”,因“水饮所作”的证候,张元素秉承《黄帝内经》“饮食自倍,脾胃乃伤”的观点,用药注重顾护脾胃,慎用“峻利”之药,当“先补脾胃之弱,而后化其所伤”,创制了枳术丸,由白术二两、枳实一两组成,用治脾虚气滞之食积。脾虚当补,食滞宜消,若只健脾而不消滞,则已滞之积不得去;若只消滞而不健脾,即使积滞暂去,犹有再积之虞,积滞一久,必有胃气不通而生痞证。故以白术健脾,枳实消滞,双管齐下,药味虽简,却能显示消补并行,寓消于补之法。

张元素和李东垣均非常注重保护脾胃之气,张元素将此方枳实、白术用量比例变为1:2,并改汤剂

为丸剂,用于饮食所伤而致之痞证。李东垣在《内外伤辨惑论·辨内伤饮食用药所宜所禁》中对组方原理进行了详尽地说明:“白术者,本意不取其食速化,但令人胃气强实,不复伤也”,“以白术苦甘温,其甘温补脾胃之元气,其苦味除胃中之湿热,……枳实味苦寒,泻心下痞闷,消化胃中所伤”。他还主张治疗“心下痞”,“若全用气药导之,则其痞益甚”,所以把补脾之白术用至行气之枳实量的二倍,既可健脾行气除痞,又无伤中之弊。

香砂枳术丸健脾开胃,行气消胀,治脾胃虚弱饮食减少,胸膈痞闷,大便不畅。半夏枳术丸,治因冷食内伤脾胃、胃中有痰;木香人参干姜枳术丸健食开胃,主治因寒而致心腹满闷不适;三黄枳术丸,清痰利胸膈,治肉面食停滞肠胃;橘半枳术丸健胃消食,利湿化痰,用于脾虚食滞,心下痞满,呕吐痰饮;曲麦枳术丸健脾消食,用于脾虚停滞,脘腹痞满,不思饮食。以上诸方既未对枳术丸原方作改变,只是针对不同的患者及病情,辅以适当的药物。元气虚弱,脾胃之气不足者,轻者用橘皮以助健脾,重者更加人参以增补脾胃元气之力;饮食积滞重者,轻者用神曲、大麦芽以消食积,重者以大黄荡涤积滞;寒食积滞者,轻者用半夏以辛散寒邪,重者以生姜或干姜来温化寒气;另外,对于气滞重者,多用木香行气破滞,开胃醒脾,以增枳实破气之力。

4.5.3 升阳除湿汤 该方出自李东垣的《兰室秘藏》,该方是以羌活胜湿汤加味而成,方中升麻、柴胡助清阳上行,羌活、防风、苍术祛风以胜湿,猪苓、泽泻利尿以渗湿,陈皮、半夏行气以化湿,神曲、麦芽导

滞以和中,益智仁温中止泻,甘草保护津液,生姜、大枣和营卫,以风药胜湿,兼以健脾升阳,祛邪与升清并用,阳气升则浊阴自降,共奏升阳除湿之功。《脾胃论》曰:“下者举之,得阳气升腾而愈矣”。人体之阳气,司温煦并调畅全身脏器之气机,扶阳盖使阳气上升,挽中气下陷之势。

纵观李东垣用方,方中多用风药如防风、升麻、羌活等,我们熟悉的补中益气汤、升阳散火汤、清胃散、普济消毒饮等方剂中均配有具有升散特性的药物,如升麻、柴胡、羌活、防风、藁本、葛根、川芎、独活等。李东垣称这些药物为风药,配伍在诸方剂中以助生长、升发之用。“柴胡引清气行少阳之气上升;升麻引胃气上腾,而复其本位”。“诸风药升发阳气,以滋肝胆之用,是令阳气生,上出于阴分”。以风药天然具有的升发、向上、向外之特性,经配伍组方达到升阳、胜湿、散火、疏肝、引经等作用,而实现祛除病邪、消除病因、纠正机体阴阳偏胜偏衰,恢复脏腑功能协调的目的。使用风药是李东垣方剂配伍中的一个重要特点。由此也可以看出李东垣重视脾胃,重视升发阳气,为《脾胃论》的甘温除大热的方法奠定了基础。

参考文献

- [1]纪鹏,张新.祛风药在脾胃病中的应用[J].中医杂志,2004,45(6):475.
- [2]张俐敏,陈文莉.李东垣善用升散药探讨[J].中医文献杂志,2003,(3):28-29.
- [3]马红.防风近年研究概述[J].中草药,1994,25(8):438.

(收稿日期:2010-06-12;修回日期:2010-09-13)

[编辑:黄健]

(上接第196页)

背景的适用性。鼓励企业针对横断面调查计划与药监管理部门讨论。

4 讨论

选择最佳设计方法来研究药物特殊安全性问题,须根据不同药物、不同指征、不同治疗人群等情况而决定。还应判断安全性问题是否为已确认的风险、还是潜在的风险、抑或信息缺乏,同时,应确定进一步研究的主要目标是信号检测、还是信号评价或是安全性验证。

当作出方法的选择后,就应当探讨其最适宜的科研设计,应制订研究方案,并咨询相关领域专家(如医药学专家、药物警戒专家、药物流行病学专家和生物统计学家),并在计划实施过程中与药监管理部门沟通。研究结束后应按药物警戒计划所拟定的

步骤,向管理部门提交研究报告,如需要的话提交中间报告。

在观察性研究中,应遵循药物流行病学研究规范及国际公认的指导原则,如国际公认的药物流行病学指南。在某些人用药物注册技术要求国际协调会议(ICH)地区,观察性研究设计与实施还应遵循当地适用的法律法规。应遵循科学研究最高准则,即保持职业操守与科研机密,遵守资料保密的相关法律。

参考文献

- [1]E²E Pharmacovigilance Planning. 2005-04[2009-08].
<http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/ucm073107.pdf>

(收稿日期:2009-12-29;修回日期:2010-03-12)

[编辑:黄健]