

张声生应用黄连治疗脾胃病经验举要

张旭 吴兵 赵鲁卿 尚俊良

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010)

指导:张声生

摘要 张声生教授在脾胃病的临证治疗中善于应用黄连,其认为黄连苦寒性降,一药功兼多效,包括清热利湿、降逆除痞、苦寒坚阴、厚肠止泻等,在针对不同特点胃肠疾病的遣方用药中,通过不同的配伍方法,使其在多种胃肠疾病治疗中发挥良好的药用效果。附验案1则以佐证。

关键词 张声生 黄连 反流性食管炎 功能性消化不良 溃疡性结肠炎 中医药疗法

中图分类号 R256.3 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)03-0018-03

基金项目 北京市属医院科研培育计划项目(PZ2017001);北京市医院管理局“青苗计划”(QML20161002);北京中医医院许夏基金(XX-201703);北京市医院管理局重点医学专业发展计划(ZYLY201411)

张声生教授系首都医科大学附属北京中医医院首席专家、国家中医药管理局重点专科全国脾胃病协作组组长、中华中医药学会脾胃病分会主任委员,从事脾胃病临床工作三十余载,学验俱丰,建树颇多。张教授不仅对脾胃病的病因病机及遣方用药有自己独到的见解,而且善于灵活运用本草诸药。黄连始载于《神农本草经》,来源于毛茛科黄连属,以其干燥的根茎入药,味苦性寒,归心、肝、胃、大肠经,具有清热燥湿、泻火解毒之功,张教授勤求古训,善纳新知,在潜心研读古籍记载、挖掘药物独特功效的基础上,常常结合现代药理研究,并针对不同脾胃病的各自特点进行配伍组方,进而将黄连广泛应用于各类脾胃病的临床治疗中,其疗效显著,每能药到病除。现将其临证应用黄连治疗常见脾胃病的经验总结如下。

1 反流性食管炎

反流性食管炎(Reflux Esophagitis, RE)属中医“吐酸”“嘈杂”范畴,病位在脾、胃,病性多属实证、热证。《素问·至真要大论》指出:“诸逆冲上,皆属于火”,“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热”,《医学传心录》述:“吐酸者,俱是脾虚不能运化饮食,郁积已久,湿中生热,湿热相蒸,遂作酸也。”张教授认为本病多因烟酒过度、嗜食肥甘,湿聚生热、湿热互结,以致浊阴内蕴、胃气上逆;或因情志不畅,肝木拂郁,久而化热,横逆犯胃,胃失通降,胃气挟郁热

上逆所致。临床上常常表现为反酸、烧心、胸痛、暖气等症。胃失和降、湿热中阻为本病的基本病机,“邪去正自安”,张教授认为湿热不除,胃气难降,因此,在反流性食管炎的治疗中常常使用清热祛湿化浊之品。

《本草经百种录》中记载:“凡药能去湿者必增热,能除热者,必不能去湿,惟黄连能以苦燥湿,以寒除热,一举两得,莫神于此。”《本草正义》云:“黄连大苦大寒,苦燥湿,寒胜热,能泄降一切有余之湿火,而心、脾、肝、肾之热,胆、胃、大小肠之火,无不治之。”在反流性食管炎的组方用药中,张教授常常将黄连与吴茱萸配伍使用。吴茱萸性热,归于脾经,能够辛开脾气,温运脾阳;其味辛入肝经,疏解肝郁,条达肝气而防其克土。张教授常以黄连5g配伍吴茱萸3g,两者合用苦降辛通,能温脾阳而清胃火,泻肝火而除湿热,吴茱萸用量少于黄连,取其反佐之意,从类相求,引热下行而无助火之势。现代药理研究证明两者合用能抑制胃酸、胃蛋白酶活性,增加PGE2和氨基己糖的分泌,从而发挥降低胃酸浓度、保护胃黏膜的作用^[1-3]。因此能够有效地缓解反流性食管炎胃酸分泌过多对胃以及食管的灼伤而改善反酸、烧心等不适症状。若伴呃逆、暖气明显者,常常使用黄连配伍竹茹,竹茹味甘微寒,归肺、胃经,《本草蒙筌》述其:“主胃热呃逆,疗噎膈呕啰”,两者配伍则具有清胃降逆,除烦止呃之良效。对于没有典型反酸烧

心,而以胸骨后堵闷不适为主要临床表现的患者,则多以黄连配伍苏梗,苏梗味辛性温,归肺脾经,《本草崇原》中云:“主宽中行气,消饮食,化痰涎。治噎膈反胃,止心腹痛”,黄连清利湿热、苏梗温胃降逆,两者温清并用,利气机而降湿浊。

2 功能性消化不良

功能性消化不良(Functional Dyspepsia, FD)属中医的“胃脘痛”“痞满”等病症范畴。陈无择《三因方》述:“饮食劳逸,触忤非类,使脏气不平,痞隔于中。”朱震亨在《丹溪心法》指出:“脾气不和,中央痞塞,皆土邪之所为也”。脾胃同居中焦,为气机运化之枢纽。脾主升清,胃主降浊,清升浊降则气机调畅。FD的发病常因脾胃受损,导致运化无力,郁而不行,最终中焦气机紊乱,脾胃升降失常,气机阻滞,受纳不畅,而出现脘腹胀满、饱胀不适、恶心呕吐等一系列胃肠道运动功能紊乱的症状。《临证指南医案·胃脘痛》:“脾胃之病,虚实寒热,宜燥宜润,固当详辨,其于升降两字,尤为紧要。”张教授审察病机、追本溯源,认为中焦气机失畅为其主要病机,其中脾阳不足,虚寒内生,寒性趋下,则脾不升清、气机下陷,胃失濡润,胃燥生热,火性炎上,则胃不降浊、气机上逆,而脾寒胃热是脾胃升降失常的主要病理因素,因此张教授认为恢复脾胃升降尤以辛开苦降为要。

《珍珠囊》谓黄连:“泻心火,心下痞”,《本草新编》述其:“止吐利吞酸,解口渴,除痞满。”张教授治疗功能性消化不良常常将黄连与辛味药配伍使用,以达辛开苦降、条畅气机之功效。临证常将黄连与干姜相伍使用,干姜性热辛温,归脾、胃、心、肺经,《别录》云:“治寒冷腹痛,中恶、霍乱、胀满”,《长沙药解》述其:“燥湿温中,行郁降浊,下冲逆”。两者配伍使用,一者辛散升浮,轻清向上;一者苦泄通降,重浊向下,升中寓降,降中有升,使清热而不伤阳,温散而不助热,二者相反相成,通过平调寒热而条畅中焦气机。此外,性温味辛之厚朴、木香也常常与黄连合用以行气调中,厚朴性温辛苦,归脾、胃、肺、大肠经,《名医别录》记载:“温中益气,消痰下气。疗霍乱及腹痛胀满,胃中逆冷,胸中呕不止”,木香性温辛苦,归脾、胃、大肠、胆经,《本草纲目》言:“木香乃三焦气分之药,能升降诸气”,张教授认为二者“气味苦劣,通气甚捷”,为通利腑气要药,可增强黄连清热燥湿、行气降泄的功效。现代药理研究也证实木香、厚朴等行气药通过促进胃排空或者肠道传输对功能性消化不良胃肠动力异常具有很好的改善作用^[4]。

3 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎(Ulcerative Colitis, UC)属中医“痢疾”“滞下”“肠癖”等范畴。李用粹《证治汇补·下窍门》记载:“滞下者,谓气食滞于下焦,肠癖者,谓湿热积于肠中,即今之痢疾也。故曰无积不成痢,痢乃湿热食积三者”,林佩琴《类证治裁·痢症》云:“症由胃腑湿蒸热壅,致气血凝结,夹糟粕积滞,并入大小肠,倾刮脂液,化脓血下注”,指出本病多存在湿热内阻的主要病理特点。张教授认为,本病多因六淫侵入、饮食不节、起居失常,或情志不畅,而致大肠湿热食积交阻,继而气机壅滞不畅、血瘀停滞不行;气血邪毒凝滞于肠腑脂膜,加之湿热之毒熏灼,最终肠络损伤、肉腐成脓,而见下痢赤白脓血。纵观疾病的演变过程,其认为湿热邪毒为致病关键,而气血不调贯穿疾病始终,因此临证治疗常常在清利肠腑湿热的基础上佐以调气行血之品。

《神农本草经》述黄连“主热气目痛,眦伤泣出,明目,肠癖腹痛下痢,妇人阴中肿痛”,《别录记载》:“主五脏冷热,久下泄痢脓血。”张教授认为黄连功兼清热燥湿、厚肠止泻,且能苦寒坚阴,而常用于溃疡性结肠炎的临证治疗中,并配伍以调气行血之品,如槟榔、大腹皮以及三七、地榆炭、血余炭。“调气则后重自除,行血则便脓自愈”,槟榔、大腹皮能通肠中滞气,畅达气机。“病初气结在经,久病则血伤入络”,现代医学也表明溃疡性结肠炎存在高凝状态,因此活血化瘀必不可少,张教授化瘀尤喜用三七,认为其活血而不破血,止血而不留瘀,又兼有补益之性,尤其在瘀血与出血同时存在时具有其独特的优势,《本草纲目》谓其功兼“止血、散血、定痛”,现代药理提示三七不仅有良好的止血效果,且有显著的抗凝作用,能够抑制血小板聚集,有效促进纤维溶解,从而使全血黏度下降^[5]。加以地榆炭与血余炭清热解毒、凉血止血,如此气滞得行、瘀血得通,则湿热易除、便脓得愈。若病变日久,出现滑脱不禁,小腹冷痛等损及肾阳的表现时,常常加以补骨脂、诃子、肉豆蔻等性温收涩之品,与黄连配伍则止泻固肠之效更显,且能寒热并举,性温收涩之品能防止黄连苦寒伤中,而黄连寒凉之性能防止温敛之品助火生燥。为防止清热燥湿易化燥伤阴,张教授时时不忘顾护阴津,墨旱莲性寒酸甘,功兼滋阴生津、凉血止血,《新修本草》称其“主血痢”,张教授强调其“敛阴而不留邪”,且为滋阴药中唯一兼有止泻作用的中药,常常将黄连与其配伍使用治疗溃疡性结肠炎,两者相配,燥湿而无伤阴之虞,滋阴而无敛邪之弊。

4 病案举隅

案1.胡某,女,40岁。2016年4月5日初诊。

主诉:反酸烧心间作1年余。患者1年来反复出现反酸烧心,每于进食油腻后明显,伴有胸骨后疼痛不适感,时有呃逆、暖气,偶有干呕,自觉乏力,纳可,眠差易醒。大便1~2日一行,肠鸣频,夹有未消化食物,小便调。舌淡红、苔薄白,脉弦滑。行电子胃镜检查显示:慢性(非萎缩)浅表性胃炎,反流性食管炎。西医诊断:反流性食管炎。中医诊断:吐酸病;中医辨证:湿热中阻,胃气上逆。治宜清利湿热,制酸止逆。处方:

黄连5g,吴茱萸3g,瓦楞子15g,海螵蛸15g,紫苏梗15g,石菖蒲10g,枇杷叶10g,竹茹10g,大腹皮10g,焦神曲25g,党参20g,炒白术15g,茯苓10g,珍珠母15g。14剂,日1剂,水煎温服,早晚各1次,每次200mL。

2周后患者复诊:诉服药后诸症明显好转。去海螵蛸、竹茹,加延胡索15g、佛手15g。

三诊时患者临床症状基本消失,继服上方巩固治疗1月,停药随访2月,未见病情复发。

按:反流性食管炎是由胃、十二指肠内容物反流入食管引起的食管炎性病变,近年发病率呈上升趋势^[6-7],因其反复发作、迁延不愈,严重影响了患者的生活质量。张教授认为患者平素嗜食油腻之品,久而湿热内生,湿阻气机,胃气不降反升,挟湿热上逆则出现反酸烧心、胸骨后不适感、暖气呃逆等症;湿热中阻、湿气困脾,日久则脾虚失运,而见乏力、大便夹有未消化食物。治以清利湿热,制酸止逆。方中黄连配伍吴茱萸清热利湿、清胃疏肝、降逆制酸;加用瓦楞子、海螵蛸增强制酸止痛之效;紫苏梗、石菖蒲、大腹皮宽中行气利湿;枇杷叶、竹茹降胃气,止呃逆;焦神曲和胃消食;党参、炒白术、茯苓健运脾气;珍珠母清心安神。

案2.闫某,男,30岁。2016年7月11日初诊。

患者8年来反复出现黏液脓血便,每于饮食不当后出现,间断口服美沙拉嗪治疗,病情时轻时重。大便5~6次/d,血多脓少,大便不成形,便前腹痛,便后痛减,里急后重。小腹冷,纳食欠佳,眠尚可,小便调。舌红、苔黄腻,脉弦细。电子结肠镜检查显示:溃疡性结肠炎。西医诊断:溃疡性结肠炎。中医诊断:痢疾。中医辨证:寒热错杂,气血凝滞。治宜寒热并用,调气行血。处方:

黄连5g,炮姜10g,生黄芪25g,炒白术15g,炒薏米30g,三七6g(冲服),仙鹤草15g,红藤20g,血余

炭20g,焦槟榔10g,木香10g,当归10g,旱莲草10g,连翘10g。14剂,每日1剂,浓煎,早晚饭后服用,每次100mL。

复诊:大便3~4次/d,大便基本成型,未见明显脓液,血量较前减少,里急后重较前减轻,仍诉腹痛,自觉口干欲饮,纳眠可。上方去红藤、血余炭、焦槟榔,加延胡索10g、诃子15g、炙甘草6g。14剂,每日1剂,浓煎,早晚饭后服用,每次100mL。

三诊:患者大便1~2次/d,无明显黏液脓血,未诉腹痛及里急后重,纳眠可。复查电子结肠镜检查示:左半结肠慢性轻度炎症性改变,未见溃疡。

按:张教授认为本案患者平素饮食不节而致大肠湿热食积交阻,气血凝滞于肠腑脂膜,最终肠络损伤、肉腐成脓,而见下痢赤白。病变日久,出现小腹痛、纳食欠佳等损及脾阳的表现,最终导致寒热错杂、气血凝滞之证。治以寒热并用、调气行血。方中黄连功清热燥湿、厚肠止泻,佐以炮姜温中散寒,固肠止泻,两者寒热并举;加用红藤、血余炭、旱莲草凉血止血,三七化瘀止血,当归补血和血,焦槟榔、木香行气导滞,共奏调气行血之功;仙鹤草涩肠止泻;生黄芪升阳健脾;炒白术健脾益气;炒薏米渗湿健脾;连翘导滞化积。全方药证合拍,故获良效。

参考文献

- [1] 杜冬生,杨士友.左金丸及其组分黄连和吴茱萸治疗胃肠道疾病研究进展[J].安徽医药,2007,11(8):673.
- [2] 张颖,张兆旺.左金丸方药现代药理研究进展[J].食品与药品,2007,9(10):54.
- [3] AU YEUNG K K, KO J K. Coptis Chinensis Inhibits Hepatocellular Carcinoma Cell Growth through Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug-Activated Gene Activation[J].Int J Mol Med, 2009, 24(4):571.
- [4] 朱金照,冷恩仁,陈东风,等.15味中药促胃肠动力作用的筛选研究[J].第三军医大学学报,2000,22(5):436.
- [5] 古丽丽,王慧敏.三七总皂苷对血液及造血系统的药理作用研究进展[J].首都医药,2012,19(10):37.
- [6] 李鹏,张澍田.胃食管反流病的流行病学研究和危险因素分析[J].北京中医药,2008,27(3):169.
- [7] 王庆治,张帮杰,王素娟.反流性食管炎临床流行病学分析[J].中国社区医师(医学专业),2011,13(30):125.

第一作者:张旭(1992—),女,硕士研究生,研究方向为中西医结合治疗脾胃病。

通讯作者:吴兵。wbfanchang@sina.com

修回日期:2017-11-22

编辑:傅如海