

刘绍能按疮疡论治消化性溃疡经验摘要

丁佳媛

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

指导: 刘绍能

摘要 刘绍能教授基于胃镜检查是中医望诊的延伸之认识, 创造性地提出按疮疡论治消化性溃疡。刘教授认为脾气亏虚是溃疡发病之本, 热毒、酸毒、瘀毒、湿毒、食毒等邪毒侵袭是发病的损害因素, 络阻血瘀贯穿始终。因此, 治疗以健脾益气为主, 结合活血化瘀、解毒去邪、制酸抗损、清热利湿、消食导滞、托疮生肌等方法, 综合调理肝、脾、胃, 促使溃疡痊愈。

关键词 消化性溃疡 疮疡 脾气亏虚 邪毒蕴结 络阻血瘀 中医药疗法 刘绍能

中图分类号 R259.731

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)09-0021-03

消化性溃疡主要指发生在胃及十二指肠的慢性溃疡, 各种原因造成深达黏膜肌层的局限性破损, 临床以上腹部慢性、周期性、节律性疼痛为主, 可伴有反酸烧心、嗝气、恶心呕吐等, 严重者可伴有呕血、黑便, 出现穿孔、出血、幽门梗阻、癌变等并发症。根据其临床症状, 中医常按“胃痛”“吐酸”“胃痞”“呕吐”“吐血”“便血”等进行辨证治疗。刘绍能教授是中国中医科学院广安门医院消化科主任, 主任医师, 从医30余年, 在诊治消化疾病方面有较丰富的临床经验, 他认为胃镜检查是中医望诊的延伸, 提出按疮疡论治消化性溃疡, 临床多获良效。笔者跟师学习, 收益匪浅, 现总结刘师之经验如下, 以飨同道。

1 基于疮疡理论类比论治消化性溃疡

1.1 消化性溃疡临床特征与疮疡类似 基于胃镜检查是中医望诊的延伸之认识, 镜下见胃黏膜溃疡深达肌层, 表面有黄白苔, 其状类似于外科的疮疡。疮疡包括所有的肿疡和溃疡, 创伤出现感染以后, 就形成了疮疡。中国古代医家有“疮者创也, 疡者伤也”的解释, 一般“伤”在皮肤, 称为“疡”; “创”在肌肉深处, 称为“疮”。刘师采取中医取象比类的方法, 延伸外科疮疡之理论, 提出“内疡”理论, 认为黏膜层属于表皮, 属于“伤”和“疡”; 平滑肌属于“创”和“疮”。

疮疡的临床表现以红、肿、热、痛为典型特征, 而消化性溃疡镜下所见溃疡深达肌层, 周围黏膜红肿、糜烂、出血, 临床可见上腹部慢性、周期性、节律性疼痛, 具有红、肿、热、痛的特点。疮疡经历初期、成痈期、溃脓期, 最后腐去肉生, 形成疤痕, 而消化性溃疡分为活动期、愈合期及疤痕期, 其愈合过程与外科疮

疡类似。可见, 两者在临床特征及病理分期上相似。

1.2 消化性溃疡发病机制与疮疡类似 《内经》云: “膏粱之变, 足生大疔。荣气不从, 逆于肉理, 乃生痈肿。”此处荣气即胃气也。李东垣提出“元气不足, 营气逆行”, 盖胃气调和, 则荣卫之气皆顺流而无逆于肉理尔。其认为“疮疡者, 火之属, 须分内外以治其本”。同时确立了托里、疏通、行营卫三种主要治疗方法, 重视疮疡与脾胃元气之间的关系。古代医家多认为疮疡的致病因素包括外感、内伤两大类, 归其发病原因, 多由脏腑失和, 元气不足, 感受外来邪毒所致。且正邪交争决定了疮疡的发展及预后, 若人体气旺血充, 元气充盛, 可拒邪于外, 使邪毒无法鸱张, 肿势局限, 脓未化而得以消散; 或疮疡溃后, 正气充足, 托毒外出, 使脓腐去而新肉生。反之, 正气亏虚, 邪气壅盛, 热盛肉腐而成脓, 渐至后期, 元气不足, 生化乏源, 无以托疮生肌, 而使疮疡难以愈合。现代医学对消化性溃疡的认识可概括为“无酸则无溃疡”, “无幽门螺旋杆菌感染则无溃疡复发”, “好的黏膜屏障则无溃疡形成”, 对应的中医认识则为“无毒则无溃疡”, “肉不腐则疡难成”, “脾胃正气充足则无溃疡的发生”。二者在疾病的发生、发展及预后方面如出一辙。

2 基于疮疡理论认识消化性溃疡的病因病机

2.1 脾气虚是发病之本 脾居于中焦而主运化, 为整个饮食代谢过程的中心环节, 是维持人体正常生命活动的重要生理机能, 脾为“后天之本”。脾气充盛, 精、气、血、津液得以正常运化, 正气充足, 则足以抵抗外邪侵袭, 即“正气存内, 邪不可干”。反之, “邪之所凑, 其气必虚”, 脾气不健, 气血虚弱, 正气亏虚,

无以抗邪,则容易生病。结合疮疡理论,如《类证治裁》曰:“溃疡主治,脓将成而根盘散漫者,气虚不能束血紧附也……口不敛,肌不生者,脾气虚也。”亦可以认识到,脾气虚乃发病之本。涉及临床时,可以发现消化性溃疡症状多有上腹部疼痛隐隐,多由饮食劳倦诱发及加重,可伴有纳食减少、疲倦乏力、舌淡脉细等症,病程迁延难愈,符合虚证之象。且即使胃镜下观察发现溃疡已经愈合,胃痛等临床症状消失,但反应脾虚的舌苔脉象仍然存在,这成为溃疡容易反复发作的潜在原因。此外,刘师在多年门诊临床工作中发现,溃疡病患者多有机体免疫功能低下,通过使用健脾益气药物治疗后,其脾虚症状有所改善,同时免疫功能也有相应提高,溃疡复发减少。

2.2 邪毒蕴结是发病的损害因素 西医认为消化性溃疡的发生与损害因素过强有关,如胃酸过多就会发生溃疡。从中医角度出发,消化性溃疡的发生也存在损害因素,如热毒、湿毒、食毒、酸毒、瘀毒等。机体常在脾气亏虚的基础上,感受邪毒损伤而成溃疡。由于饮食起居无节,导致食积、湿滞、酸渍,结聚于内,日久蕴而化热,产生热毒,形成“热盛肉腐,肉腐成脓”的病理改变。诸多损害因素相互夹杂,阻滞于经络,气血凝滞,不通则痛;瘀血不去,新血不生,气血亏虚,无以托毒外出,新肌不生,疮口难敛,则溃疡难以愈合。

2.3 络阻血瘀贯穿始终 《类证治裁》言疮疡“总因气血凝滞,经络阻滞而成”,说明疮疡乃局部气血凝滞而成。刘师认为消化性溃疡亦具有疮疡之特性,其病程与瘀血密切相关。消化性溃疡迁延难愈,容易复发,其结果是“久痛入络”,正如叶天士所言:“胃痛久而屡发,必有凝聚瘀。”且溃疡病易于合并出血,溃疡病久,反复出血,亦可导致气血亏虚,气虚不摄则血溢致瘀;气虚运血无力则血脉瘀滞;血虚不充脉道,血脉滞涩亦可导致瘀血。此外,溃疡病可因郁致病,病成之后复而影响肝之疏泄功能,导致气机不畅而形成瘀血。因此,络阻血瘀是贯穿始终的病理因素。瘀血的存在,常引起诸多病理变化,如瘀阻血溢,则导致出血;“瘀血在此,伤荣气则恶寒”则出现因瘀致寒,患者出现胃寒的症状;瘀蕴发热,则出现发热及胃热烧心的症状。这些病理变化使得病情更为复杂,治疗更为棘手。

2.4 波及肝、胃为病理之变 虽脾气虚为消化性溃疡的发病之本,但其亦与肝、胃密切相关。“脾与胃以膜相连”,互为表里,脾失健运,可导致胃纳不健,纳运失职,则水谷精微输布失常,阻滞于内,日久郁而化热;脾喜燥而恶湿,脾虚水湿不化,加之胃阳不振,则易导致湿困于脾,脾湿胃热,湿热互结。脾气亏虚,气血生化乏源,肝体、肝气无以濡养,则疏泄

失司,即为“土壅木郁”;肝失疏泄,气机郁滞,导致脾失健运,久则正气亏虚,难以抗邪。由此观之,消化性溃疡发病之本因于脾气亏虚,或由肝、脾相互影响,使脾气更虚;加之邪毒蕴结,生湿化热,损伤于胃,气滞血瘀,热盛肉腐而成溃疡。其病位在胃,与肝脾密切相关,病性多为虚实夹杂,本虚而标实,久病难愈,易于复发。

3 基于疮疡理论提出消化性溃疡的治疗方法

3.1 健脾益气 脾胃正气与溃疡的发生、愈合及复发有关,健脾益气为治疗溃疡病的基本原则。《医学入门》中言:“疮口不敛,由于肌肉不生,肌肉不生由于腐肉不去,腐肉不去由于脾胃不壮,气血不旺,必以补托为主。”刘师健脾益气常用黄芪、白术、甘草等药。其中黄芪既可补气健脾,升举阳气,又可以托疮生肌,是治疗溃疡病的主要药物。如《本经》曰其“主痈疽、久败疮,排脓止痛”;《医学启源》:“善治脾胃虚弱,疮疡血脉不行,内托阴证疮疡”;《本草备要》:“生血,生肌,排脓内托,疮痈圣药”。在方剂的选择上,可采用补中益气汤、四君子汤等加减,健脾益气,升举阳气,以达到恢复脾胃纳运、升降的功能。

刘师应用健脾益气治疗消化性溃疡的经验有:(1)健脾益气治疗贯穿于整个治疗过程中,消化性溃疡的本质是脾虚,即使在邪毒较明显的活动期,亦要使用健脾益气药,但用量宜小,同时配合解毒祛邪之药。(2)用药以脾胃能运化为原则,不宜碍于已虚之脾胃功能,慎用滋腻药物。(3)注意顾护脾胃功能,可与理脾胃之气药合用,如枳壳、陈皮、木香,酌加助消化药如神曲、鸡内金、麦芽等。(4)在健脾的基础上又应兼顾调肝,实证可用柴胡、香附疏肝理气,虚证可用香橼、佛手柔肝疏肝,或用白芍、当归养血柔肝。

3.2 解毒祛邪 刘师认为邪毒蕴结是消化性溃疡的重要损伤因素,导致溃疡形成的邪毒主要有热、湿、食、瘀、酸毒,治疗上强调去除损害因素,同时要调理相关脏腑的功能,尤其是要兼顾调理胃、肝功能,有利于对损害因素的治疗。胃热用蒲公英、连翘祛除热毒;湿阻中焦用苍术、白术、薏苡仁、茯苓、白豆蔻去除湿毒;湿热蕴结中焦可用蒲公英、黄连、黄芩、白花蛇舌草等清热燥湿;消化不良者可用焦三仙、鸡内金消食和胃。

3.3 活血化瘀 由于络阻血瘀贯穿溃疡病始终,临床采用活血化瘀药物,不仅可以通过改善血液循环,使气血畅达,促进溃疡的收口愈合;又可直接作用于病灶,化瘀散结,祛除瘀毒,从而减轻瘀血的病理影响,防治合并出血等并发症,降低溃疡的复发。

刘师在治疗中应用活血化瘀药的经验有:(1)活血化瘀应贯穿于溃疡治疗的全过程,并依辨证

选药。凉血活血用生蒲黄、虎杖；温阳活血用当归、川芎、炮姜、三七；益气活血用四君子汤加活血化瘀药；养血活血用当归、丹参；瘀血发于出血之后者，宜选用既能荡涤胃肠瘀血，又能止血的药物，如三七、茜草、五灵脂等。（2）适当配伍行气药，以加强活血化瘀效果，如唐容川言：“凡治血者，必调气。”（3）处理好活血与出血的关系，活血药行散力强，易耗血动血，正如李时珍言：“少则活血，多用则破血。”在临床应用上宜谨慎考量，用量不宜过大，以防耗血动血之弊。

3.4 制酸抗损 胃液在分泌失调的情况下被视为一种损害因素导致胃的损伤，因此，在治疗消化性溃疡时应制酸抗损。刘师提出四种方法以达到制酸抗损的目的：（1）中和法。许多中药如海螵蛸、螺蛳壳、瓦楞子、龙骨、牡蛎等，这些药物含有较多量的碳酸钙，呈弱碱性，对胃酸有一定的中和作用，在一定程度上可缓解高胃酸引起的损伤。若患者兼有眠差症状时，可着重应用龙骨、牡蛎重镇安神。（2）疏肝和胃法。《寿世保元·吞酸》曰：“夫酸者肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也。”肝的疏泄功能直接影响脾胃的升降、纳运功能，若肝病影响胃土，即为“肝气犯胃”“肝胃不和”，导致胃受纳失常，使胃酸异常分泌。临床上主要应用左金丸疏肝和胃，从肝论治抑制胃酸分泌。（3）燥湿健脾法。胃酸量适中而下走为常，量多而不下行则为变，乃胃液过多或胃液性质有变也，其与脾之运化失司，水湿不化相关，故可用燥湿健脾法治疗。常用方为香砂六君子汤，亦可酌加吴茱萸、苍术、神曲等药。（4）清热燥湿法。《素问·至真要大论》言：“诸呕吐酸，皆属于热。”高鼓峰在《四明心法·吞酸》中也说：“寒则阳气不舒，气不舒则郁而为热，热则酸矣。”脾易湿，胃易热，日久而成湿热并见之证。临床可用半夏泻心汤加减进行治疗，热重者可加蒲公英，湿重者可加厚朴，寒热并调才能使热清湿除。

3.5 托疮生肌 《医宗金鉴·外科心法》云：“腐肉不去则新肉不生，盖以腐肉能浸淫好肉也，当速去之。”由此可见，祛腐生肌是治疗一切疮疡的总则，可类比应用来治疗溃疡病。基于托疮生肌法治疗消化性溃疡，刘师常用有三：（1）应用生黄芪，既可健脾益气，又可托疮生肌。（2）在辨证用药的基础上适当配伍具有祛腐敛疮生肌作用的药物，可促进消化道黏膜的修复及愈合，以加快溃疡病的治疗进程，减轻患者痛苦。常用药物有蒲黄、三七、血竭、白及、珍珠粉、象皮粉等。（3）应用中成药，如康复新液、锡类散、生肌散、云南白药等有祛腐敛疮生肌作用者，配合使用也可达到相应的治疗效果。在应用这些中成

药时，应少量频服，或与面糊、牛奶、米汤等和成糊状服下，延长药物与损伤部位的接触时间，以增其效。

4 病案举隅

张某，女，47岁。2013年8月15日初诊。

患者因胃痛2年而就诊。自诉2年来每于生气之后或饮食不慎即有胃痛，胃中有灼热感，时有胃胀，反酸暖气，纳少，乏力，大便偏干一日一行。舌质淡暗、苔薄黄，脉弦细。血压150/80mmHg。心肺正常，全腹平软，肝脾未触及肿大，胃脘部轻度压痛，无反跳痛。2013年8月12日胃镜示：胃溃疡（A1期），慢性浅表性胃炎。中医诊断：胃痛。辨证：气虚血瘀，肝胃郁热。治法：健脾益气，活血化瘀，疏肝清胃，托疮生肌。处方：

生黄芪20g，麸炒白术15g，蒲公英15g，黄连6g，制吴茱萸1g，醋香附10g，甘草10g，白芍15g，柴胡10g，乌贼骨15g，浙贝母10g，生蒲黄（包煎）10g，五灵脂10g，三七粉（冲服）6g。每日1剂，连服14剂。

二诊：胃痛已减，仍有反酸暖气，大便偏干2日一行。故原方加旋覆花（包煎）10g，煅赭石（先煎）20g，麸炒枳实10g，虎杖15g，以加强和胃降逆、理气通腑之力。

三诊：已无胃痛，反酸暖气减轻，大便已正常。原方略作加减，调治2月。于2013年10月24日行胃镜检查，溃疡已愈。

按：患者因胃痛前来就诊，胃镜下可见溃疡深达肌层，表面有黄白苔，周围黏膜红肿、糜烂、出血，类似于疮疡，结合临床症状及舌脉，辨为气虚血瘀、肝胃郁热证。按疮疡理论认识溃疡，脾气虚是发病之本，热毒、酸毒、瘀毒等邪毒是发病的损害因素，络阻血瘀贯穿始终，因此治疗宜健脾益气固根本，解毒祛邪制胃酸，活血化瘀并止痛，托疮生肌愈溃疡。方中生黄芪、白术、甘草健脾益气；蒲公英、黄连清热解毒；蒲黄、五灵脂组成失笑散，活血祛瘀；三七粉活血化瘀，托疮生肌。针对胃酸过多为害，以乌贼骨、浙贝母制酸和胃，并用疏肝之法治之，故黄连与吴茱萸组成左金丸，更用柴胡、香附、白芍等药，疏肝和胃。二诊时患者暖气反酸明显，故方中加用旋覆花、煅赭石以和胃降逆，枳实、虎杖行气通腑以助胃之和降。调治2月余，溃疡得愈。

第一作者：丁佳媛（1993—），女，硕士研究生，从事消化性疾病的中医治疗。

通讯作者：刘绍能，博士，主任医师，博士研究生导师。liushaoneng@126.com

收稿日期：2018-03-06

编辑：傅如海