

基于“治肝安胃”论治胃痞病

胡好颖¹ 刘绍能²

(1.北京中医药大学研究生院,北京 100029; 2.中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

摘要 肝与胃关系密切,早在《黄帝内经》时期即有土需木疏的认识。肝病犯胃可以导致胃痞病,治疗胃痞病应将“治肝”与“安胃”结合,顺应胃主通主降、喜凉喜润的特性,并灵活运用辛散、苦降、寒凉、甘润之品,以达到消痞除胀之目的。附验案1则以佐证。

关键词 胃痞病;治肝安胃;中医药疗法

胃痞病常表现为患者自觉胃脘部痞塞不通、胸膈满闷不舒,外无胀急之形,触之柔软,按之不痛,主要涉及功能性消化不良、慢性胃炎、胃下垂等病^[1]。西医多采用抑酸护胃、促胃肠动力等药物治疗,效果不明显且容易复发,给患者心理及经济带来了很大的负担。有关胃痞病发病率虽没有确切统计数据,但本病在临床上极为常见,且病程较长,病情转化较复杂。我们认为胃痞病病位在胃,与肝相关,从“治肝安胃”角度辨证施治,疗效颇显,现总结如下。

1 “治肝安胃”理论渊源

肝与胃的关系最早可以追溯至《黄帝内经》(以下简称为《内经》)。如《素问·宝命全形论》^{[2]57}首次提出:“土得木而达。”说明肝木对脾胃之土有疏畅、通达的作用,后世朱丹溪、戴思恭等人在此基础上将肝的作用阐述为“肝主疏泄”^[3],唐容川在《血证论·脏腑病机论》^{[4]1}中进一步解释:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泻中满之证,在所难免。”生理上肝主疏泄维持着胃主纳、脾主运功能的正常运行;病理上肝疏泄失常是导致胃病发生的重要原因,如《素问·六元正纪大论》^{[2]187}言:“木郁之发……故民病胃脘当心而痛,上支两胁,膈咽不通,饮食不下,甚则耳鸣旋转,目不识人,善暴僵仆。”东汉张仲景吸纳《内经》中肝与胃病相关的思想,创立诸多肝胃同治的经方,如透邪解郁之四逆散、泻热散结之大柴胡汤、和解少阳之小柴胡汤、降逆化痰之旋覆代赭汤等,于疏肝行气之中再现调和胃气的理念,皆为治肝安胃的良方。金元时期,李东垣继承《内经》及《伤寒杂病论》等学说,认为脾胃运化无力与肝失疏泄密切相关,在《脾胃论·脾胃盛衰论》^{[5]6}中云:“大抵脾胃虚弱,阳气不能生长,是春

夏之令不行,五脏之气不生。”因此,东垣在治疗上尤其注重调畅生发肝木之气治疗脾胃病,多用柴胡、防风等风药以滋肝胆之用。清代医家叶天士则在前人的基础上于《临证指南医案·木乘土》中明确提出“盖肝为起病之源,胃为传病之所”^{[6]144}、“凡醒胃必先治肝”^{[6]147}、“盖肝木肆横,胃土必伤”^{[6]149}等理论,指出肝气郁结、肝气逆行、肝厥攻胃、肝阳化风会产生胃痛、呕吐、痞满、吞酸、便溏、便秘等诸多疾病,并总结出泄肝安胃、制肝和胃、柔肝养胃等治法,其“治肝可以安胃”的名句便出自于此。王旭高在《西溪书屋夜话录·肝病证治》中认为肝病“侮脾乘胃,冲心犯肺,挟寒挟痰”^[7],并提出以肝气、肝风、肝火为纲领的治肝三十法,其中疏肝法、缓肝法、泄肝法等诸多治法不乏治肝安胃之理,被后世医家沿用至今。

2 “治肝安胃”理论在胃痞病中的运用

胃痞之患,病根于胃,而起于肝。《张山雷医集(上)·脏腑药式补正·肝部》^[8]云:“肝气乃病理之一大门,善调其肝,以治百病,胥有事半功倍之效。”治疗胃痞病应将“治肝”之法与“安胃”之法相结合。所谓“治肝”,肝疏泄失司有不及和太过之分,所引起的病机又有气、血、阴、阳之变,治肝之法不外乎针对不同的病机,恢复肝之正常疏泄的功能。所谓“安胃”,“安”有安定、顺和之意,顺遂其性谓之安。“安胃”蕴含多种治法在内,皆当依从胃以通降为顺,胃喜凉润的特性而治。现以肝胃气滞、肝胃气逆、肝胃郁热、肝胃阴虚四种证型为例具体阐明。

2.1 辛散行肝胃气滞 肝属木,《内经博议·足厥阴肝脏病论》^[9]曰:“以木为德,故其体本柔和而升,以象春,以条达为性。”木曰曲直,其生长之态以舒展、顺畅为主要特征,正应肝喜条达而恶抑郁之性。若肝失条达,形成肝郁气滞之候,《医碥·郁》^[10]言:“郁而不

舒则皆肝木之病矣。”随着现代社会的进步,生活压力的增加,忧思恼怒逐渐成为一种常见的情绪状态,临床多见情绪不佳而致肝气郁结,中焦气机斡旋失司,胃气壅塞不通而生胃痞。论及治法,刘渡舟在《肝胆源流论·肝气证治》^[11]中提道:“肝处中焦,为三焦、一身内外气机升降出入之枢纽,其气上通、下达、旁调中州,舒畅内外,无处不至,无所不调。”由此可见,从肝入手调理中焦气滞乃重要治法。因辛味药能发散,能走能行,合于木性,正如《素问·脏气法时论》^[25]言:“肝欲散,急食辛以散之。”笔者临证之时常用一些辛散疏通、主入肝经的药物治胃痞,如柴胡、香附、香橼、佛手等。柴胡、香附皆辛味甚烈,功专开郁散气,然其性刚燥,过用有耗气伤阴之嫌,用量宜轻且中病即止。香橼、佛手药性平和,同用疏肝行气,又可消痰宽中。《临证指南医案·木乘土》^{[6]153}载:“胃腑以通为补”,《素问·脏气法时论》^[25]又言辛可“通气也”,辛味药能于顽土中疏理胃中滞涩之气,以达通补胃气之目的,临床上常予枳实、大腹皮、莱菔子等。枳实味辛,入脾、胃经,《本草便读·灌木类》^[12]谓其为“治痞坚之峻剂,攻气分之神丹”。大腹皮、莱菔子长于散无形之滞气,皆能消胀除满,为畅达胃腑之良药。

胃痞病在发展过程中存在“因滞致瘀”和“因瘀致滞”,滞者更瘀,瘀者愈滞,缠绵难愈。《血证论·脏腑病机论》^{[4]1}载:“则以肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅。”肝气的推动可以保证血液的正常循行,若肝胃气滞日久,血运无力,留滞成瘀,且胃络分支细小,分布较广,更易出现瘀阻胃络。血瘀还可导致血不循经而出血,离经之血便是瘀,血瘀也可导致或加重气滞。因此,治疗胃痞也常用到“通络”之法,而辛味药有助于通络之治疗,因辛味药行气通血络,能使络中结者开,瘀者行;再者,辛味药走窜,能引诸药直达络中隐曲之地,还能透诸邪外出^[13],故治疗兼瘀证胃痞病患者较之肝胃气滞证更应注重辛味药的运用。对于气郁而结,略有瘀阻之证,常用柴胡、陈皮、生姜、半夏等,参以少量当归、红花,取散滞气汤之意。散滞气汤出自《脾胃论·脾胃损在调饮食适寒温》^{[5]83},全方由大量辛味药组成,能“治因忧气结,中脘腹皮底微痛,心下痞满,不思饮食,虽食不散,常常有痞气”。其中柴胡、陈皮辛散疏通气滞;生姜、半夏一升一降,以消中脘痞气;当归、红花辛温善散,共用行血活血,助畅气机。若瘀血凝聚,络脉痼结,乃至形成有形之积等重证或顽证,则选用川芎、牡丹皮、郁金等辛味药力主攻逐。川芎其性散动而无阴凝黏滞之态,又走肝经,能通血脉破瘀蓄。牡丹皮、郁金气香味微辛,香可调气而行血,辛可推陈血而生新血,尤善除血分之邪气。

2.2 苦降降肝胃气逆 肝司疏泄,主乎胃气顺降,如《血证论·呕血》^{[4]42}提道:“盖肝木之气,主于疏泄脾土,而少阳春生之气,又寄在胃中,以升清降浊,为荣卫之转枢。”肝疏泄太过,胃气受肝气冲逆不降反升,胃失和降,致胃痞,即《医学衷中参西录·论胃气不降治法》^[14]曰:“乃有时胃气不下行而转上逆,推其致病之由,或因性急多怒,肝胆气逆上干……于斯饮食入胃不能传送下行,上则为胀满,下则为便秘,此必然之势也。”苦味药作用趋势以沉降为主,有抑制上升的功效,且苦味药以入肝、胃经者居多^[15],笔者临床多以苦味药治疗肝胃气逆,常选用旋覆花、赭石、厚朴、吴茱萸等。旋覆花,世人皆谓“诸花皆升,旋覆独降”,善于降胃气而止噫消痞;赭石质地重坠能引胃气下行,金石之性可制肝木横恣;厚朴、吴茱萸味苦气厚主降,为温中下气之要药,专主肝胃气逆。肝为风脏,肝气亢逆则易化风上扰,其临床表现如《类证治裁·肝气肝火肝风论治》^[16]云:“为眩,为晕,为舌麻,为耳鸣,为痉,为痹,为类中,皆肝风震动也。”笔者常加天麻、钩藤这一经典药对以平肝息风,标本兼顾,相得益彰。

2.3 寒凉清肝胃郁热 《临证指南医案·肝风》^{[6]24}曰:“故肝为风木之脏,因为相火内寄,体阴而用阳,其性刚,主动主升。”肝“用阳”包含两层含义:生理上肝主疏泄,主动主升;病理上肝气常有余,而气有余便为火,故肝气易化火生热,亦属阳^[17]。胃为阳腑,其病多热,《徐批叶天士晚年方案真本·案二九七》^{[18]124}就有“热必在阳明胃”之说。肝与胃同居中焦,肝气有余,郁而化热,肝与胃同气相求,引动胃热,形成肝胃俱热之候。此时宜用寒凉之品以清解郁热,如黄连、栀子、夏枯草等。黄连其性寒凉清肃,专主阳明蒸热,泻心汤四方均用黄连皆因其有清热开痞之效。栀子性寒,入肝、胃、心经,《本草思辨录·卷四》^[19]谓:“凡肝郁则火生,胆火外扬,肝火内伏,栀子解郁火,故不治胆而治肝。”夏枯草微寒而凉,善于宣泄肝胆木火之郁滞。另外,因风药质轻味薄,具有升、散、透、宣、动之特性,亦可于诸寒凉清热药中适当加入风药以宣发火郁,如龙之章在《蠹子医·治病须要兼风药》^[20]中有明确的解释:“再看一切实火症,加上风药便引却。一则能发散,二则能开拓。”笔者也常用薄荷、桑叶以宣厥阴之火,升麻、葛根以宣阳明之火^[21]。若郁热之邪和湿滞、食积、酸渍等邪气交结于内,则易化生热毒,热盛肉腐成痈疡,内镜下可见黏膜红肿、溃烂,临床表现除胃脘痞满以外,可见腹痛、胃中嘈杂、反酸烧心等^[22],常予连翘、蒲公英、生石膏清热解毒,血热明显者加虎杖、玄参,湿邪较重者加白花蛇舌草、藤梨根,食积

甚者加麦芽、神曲、鸡内金，反酸剧者加海螵蛸、浙贝母。

2.4 甘润养肝胃阴虚 《徐批叶天士晚年方案真本·案四五四》^{[18][84]}曰：“盖胃阴制约肝阳内风之动，正合《内经》和阳益阴，肝胃忌刚之旨。”胃中阴液充裕，滋溉肝木以制肝阳，勿令过亢，而肝阳之亢盛不仅损伤肝阴，还会耗损胃阴，即《临证指南医案·头痛》^{[6][435]}言：“大凡肝风阳扰，胃络必虚。”胃阴耗伤，受纳迟滞，故见胃痞。肝为刚脏，胃为燥土，非阴柔不可调和，宜用甘药以润养肝胃之阴，较之肝阴虚和胃阴虚的不同而又有所侧重。《注解伤寒论·辨太阳病脉证并治法第五》^[23]曰：“酸以收之，甘以缓之，故酸甘相合，用补阴血。”酸入肝，酸肝化阴尤补肝阴，若肝阴虚为主，常用白芍、五味子、乌梅之酸伍生地、墨旱莲、枸杞子之甘以酸甘合化，敛阴生津，且生地、墨旱莲、枸杞子入肾经，能补肾养阴，更有滋水涵木之功。《临证指南医案·咳嗽》^{[6][61]}言：“先议甘凉益胃阴以制龙相，胃阴自立。”若胃阴虚为主，阴虚则化燥，燥多兼虚热，多选用北沙参、知母、天花粉等甘凉濡润之品以养胃阴。胃气根于胃阴，由胃阳熏蒸胃阴而生^[24]，若胃阴久伤，津不化气，胃阴虚与胃气虚常兼见，则加用党参、白术、黄芪等甘味药健胃益气，取阳生则阴长之意，使补气与化津相结合，疗效甚佳。

3 验案举隅

曾某，女，47岁。2021年3月2日初诊。

主诉：胃胀3年。患者诉3年来常胃胀，既往曾口服气滞胃痛颗粒，症状缓解，饭后及情绪不佳时易反复。2020年8月查胃镜示：慢性浅表性胃炎，幽门螺杆菌（-）。刻下：胃胀，暖气后舒，时有胃凉感，无反酸、烧心，乏力，口干，口中异味，晨起明显，纳差，半年内体重下降约4 kg，眠一般，大便量少，1~2日一行，排便无力，小便调。舌淡暗，苔薄白，脉弦细。西医诊断：慢性胃炎；中医诊断：胃痞病（肝胃气滞、气虚血瘀）。治以疏肝和胃、益气活血。予散滞气汤化裁。处方：

柴胡10 g，醋香附10 g，炒莱菔子10 g，麸炒白术15 g，党参15 g，姜半夏9 g，陈皮10 g，当归10 g，红花10 g，黄连3 g，醋鸡内金10 g，麸炒神曲10 g，炙甘草6 g。14剂。水煎，每日1剂，早晚温服。

2021年3月30日二诊：胃胀较前缓解，胃凉感及乏力减轻，口干，口中异味，纳、眠好转，大便偏干，排便欠畅，小便调，舌淡稍暗，脉细稍弦。予初诊方去麸炒白术，加白芍15 g、火麻仁30 g、生白术30 g，14剂。

2021年5月1日三诊：胃胀明显好转，余症悉减。二诊方稍作加减以巩固疗效。后随访，患者胃胀症状完全消失，近1年未复发。

按：胃痞病乃临床常见脾胃病之一。对于胃痞

病，诸多医家多责之于“气郁”“气结”，如《临证指南医案·痞》^{[6][180]}云：“古称痞闷都属气分之郁也。”《诸病源候论·八痞候》^[25]云：“其病腹内气结胀满，时时壮热也。”本案患者以胃胀为主要表现，且与情绪相关，因忧思恼怒而肝气郁结，横逆克胃，胃气不畅，则成胃痞；胃阳被郁，不得伸达，无以温养胃腑，则胃凉；患者病程已有3年之久，久病耗气，故出现乏力、排便无力、舌淡等胃气不足之象；胃气虚无以受纳腐熟水谷，饮食积滞难化，从而表现为纳差、口中异味、大便量少；气虚不能行津，津液难以上承，故口干；气滞与气虚兼有，无力推动血液运行，血行滞涩，则见舌暗。四诊合参，辨证为肝胃气滞、气虚血瘀，治以疏肝和胃、益气活血。方中柴胡、醋香附疏肝行气，使阳气通畅；炒莱菔子通行胃气，开郁消胀；炒白术、党参补养胃气，配合醋鸡内金、炒神曲消食调中，补而不助邪，消而不伤正；陈皮、姜半夏味辛，辛以散结气，开痞气；当归、红花活血化瘀，又可制约诸辛散之品刚烈之性；再配伍黄连，防止诸温燥之药化热之嫌；延胡索行血中之气滞，防气中之血滞；炙甘草甘缓调和诸药。纵观全方，肝胃共治以消痞满，气血同调以通血络，辛苦并用以畅气机，消补兼施以平虚实。二诊患者胃胀减轻，诸症缓解，乃肝气得疏、胃气得畅、瘀血得行之佳象，提示方药对证，药中病所。又因阴津不足，肠道失濡，出现大便偏干难行之证，不宜推荡，亦不容久秘。现代药理学研究证明生白术较之炒白术挥发油含量明显增高，有助于润肠通便，生白术大剂量使用时可促进胃肠道蠕动，效果更加显著且和缓^[26]，故将麸炒白术改为生白术，并加量至30 g，与火麻仁同用，共奏滑利濡润之功。阴津愈耗则愈燥，肝愈横，而有凌胃之危，故再加白芍，一同甘草酸甘相合以生津敛阴，二以养肝阴而防肝木桀骜悍气。如此施治1月余，患者诉胃胀已无，与常人无异，收效良好。

参考文献

- [1] 唐旭东,王风云,李慧臻,等.痞满中医临床实践指南(2018)[J].中医杂志,2019,60(17):1520.
- [2] 佚名.黄帝内经素问[M].太原:山西科学技术出版社,2019.
- [3] 霍磊,张欢润,詹向红,等.“肝主疏泄”内涵演变[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(10):1533.
- [4] 唐容川.血证论[M].金香兰,校注.北京:中国中医药出版社,1996.
- [5] 李杲.脾胃论[M].北京:中国中医药出版社,2019.
- [6] 叶天士.临证指南医案[M].北京:华夏出版社,1995.
- [7] 王旭高.西溪书屋夜话录[M].李紫慕,李鸿涛,李哲,校注.北京:人民军医出版社,2012:1.
- [8] 张寿颐.张山雷医集:上[M].北京:人民卫生出版社,1995:864.

基于玄府理论探讨柴胡疏肝散在非酒精性脂肪性肝病治疗中的应用

许晓男¹ 刘朝霞²

(1.黑龙江中医药大学第一临床医学院,黑龙江哈尔滨 150040 ;

2.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江哈尔滨 150040)

摘要 非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 属中医学“胁痛”“肝癖”等范畴。玄府理论为中医理论的基础,玄府以通为用,贵开忌合,玄府闭合是致气血津液运行障碍、疾病发生发展的关键。NAFLD致病之根本为“肝玄府”郁闭,而柴胡舒肝散具有“疏、柔、健”之功效,即行气疏肝以开玄府、养血柔肝以补玄府、益气健脾以舒玄府,符合玄府以通为用的治疗特点,故临床收效良好。附验案1则以佐证。

关键词 玄府理论;非酒精性脂肪性肝病;柴胡疏肝散

基金项目 国家中医药管理局全国名老中医谢晶日专家传承工作室 (国中医药人教函〔2016〕42号);国家中医药管理局全国中医药创新骨干人才培养项目 (国中医药人教函〔2019〕91号)

非酒精性脂肪性肝病 (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) 是指排除饮酒、病毒及其他明确致肝损害等病因,以脂肪弥漫性堆积在肝细胞为主要特征的临床病理综合征,包括单纯性脂肪肝及其演变的脂肪性肝炎、肝硬化、肝纤维化、肝癌^[1]。NAFLD的病

变主体在肝小叶,临床表现不突出,发作时主要以肝区不适、腹胀、乏力、食欲不振、恶心等症状为主。目前,NAFLD已经成为世界上最普遍的肝脏疾病之一,且其患病率呈逐年上升的趋势^[2]。西医对于NAFLD患者的具体治疗方案尚未明确,只是在减轻体重、改善

- [9] 罗美.内经博议[M].北京:中国中医药出版社,2015:49.
- [10] 何梦瑶.医编[M].北京:中国中医药出版社,2009:130.
- [11] 刘渡舟,杨波.肝胆源流论[M].北京:人民卫生出版社,2016:112.
- [12] 张秉成.本草便读[M].上海:上海卫生出版社,1957:60.
- [13] 刘绍能,刘为民.络脉病证治探讨[J].中医药研究,2002,18(4):2.
- [14] 张锡纯.医学衷中参西录[M].北京:中医古籍出版社,2016:648.
- [15] 赖昌生,张蕙纓.苦味中药性能及功效特点分析[J].河南中医,2015,35(1):166.
- [16] 林珮琴.类证治裁[M].太原:山西科学技术出版社,2010:176.
- [17] 赵柯心,刘芳.小议“肝体阴而用阳”[J].中医临床研究,2014,6(7):83.
- [18] 徐灵胎.徐批叶天士晚年方案真本[M].北京:中国中医药出版社,2018.
- [19] 周岩.本草思辨录[M].北京:人民军医出版社,2015:107.
- [20] 龙之章.蠱子医[M].禄保平,孙巧玲,整理.郑州:中原农民出版社,2019:145.

- [21] 刘绍能.祛风药在脾胃病中的应用探讨[J].中国中医药信息杂志,2012,19(1):94.
- [22] 丁佳媛.刘绍能按疮疡论治消化性溃疡经验撷要[J].江苏中医药,2018,50(9):21.
- [23] 成无己.注解伤寒论[M].田思胜,马梅青,校注.北京:中国医药科技出版社,2019:54.
- [24] 沈金根,朱曙东.中医胃阴理论探微[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(1):45.
- [25] 巢元方.诸病源候论[M].太原:山西科学技术出版社,2015:147.
- [26] 余颜,邓艳玲,赵先平,等.生白术治疗便秘探析[J].湖南中医杂志,2016,32(1):133.

第一作者:胡好颖 (1997—),女,硕士研究生在读,中医脾胃病学专业。

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

收稿日期:2022-05-13

编辑:傅如海