

# 胆汁返流性胃炎从肝论治

陈宝玲

(河南省中医药研究院, 河南 郑州 450004)

关键词: 胆汁返流性胃炎; 从肝论治; 中医药疗法

中图分类号: R259.733

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)09-1717-02

胆汁返流性胃炎, 又称碱性返流性胃炎, 是临床常见的消化系统疾病, 属慢性胃炎的一种, 是指幽门括约肌功能失调, 十二指肠液包括胆汁经常返流入胃, 使胃黏膜上皮遭受反复损害而形成的一种病变。胃镜检查所见以幽门收缩时有淡黄色液体返流入胃, 使胃内有黄色液体贮留, 胃黏膜屏障因此受到损害。胆汁返流性胃炎可使胃血管扩张、黏膜充血、毛细血管渗透性增加, 从而使黏膜水肿、出血, 外观呈红白相间的花斑样改变, 甚至糜烂等炎症病变。该病多发生在胃大部切除—胃空肠吻合术后及幽门括约肌松弛者。

## 1 病因病机

胆汁返流性胃炎常有明显而持久的上腹部不适或灼痛, 尤以进餐后为甚, 可伴恶心和胆汁性呕吐, 临床上相当于祖国医学的胃痛、呕吐、嘈杂等病范畴, 病位在胆胃。多年来笔者通过临床观察, 发现大多数胆汁返流性胃炎的病人还常表现有肝气郁滞、疏泄失职、郁热犯胃、肝(胆)胃(脾)不和的一系列症状、体征, 从肝(胆)治疗往往取得良好疗效。所以认为肝胆的疏泄功能失调与本病的发生有密切的关系。

祖国医学对本病的发病机理早有论述。《素问·六元正纪大论篇》:“木郁之发, 民病胃脘当心而痛。”《灵枢·四时气篇》云:“善呕、呕有苦, ……邪在胆, 逆在胃, 胆液泄则口苦, 胃气逆则呕苦, 故曰呕胆。”《沈氏尊生方·胃痛》云:“胃痛, 邪干胃脘病也……唯肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”清·黄元御云:“木生于水, 长于土, 土气冲和则肝随脾升, 胆随胃降。”认为呕吐、胃痛等与肝胆失于疏泄、横克脾胃有关。脾胃居于中焦, 为升降之枢纽, 主司受纳消化功能, 脾以升清为顺, 胃以降浊为和, 清升浊降才能维持人体正常的消化吸收与排泄功能, 而这一过程有赖于肝之正常疏泄, 使胆汁顺降以助消化。肝与胃是木土乘克的关系, 若忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝气横逆, 势必克脾犯胃, 致气机阻滞, 胃失和降而发病。或因饥饱失常、劳倦过度、久病本虚致脾胃虚弱, 此时更易诱发肝胆郁滞, 虚者更虚, 郁热更重, 使病情缠绵难愈。

如果将宏观的中医辨证与微观的病理变化相结合, 则本病属幽门开闭功能减退, 胃的排空能力低下, 此与脾胃虚弱、运化无力理论一致; 胆汁返流且多合并胆道感染, 因炎症刺激引起十二指肠内压增高, 迫使胆汁不能顺降, 并逆流入胃, 这与中医肝气郁结, 疏泄无权, 胆汁逆而入胃相吻合; 病理变化与中医气滞血瘀, 肝气横逆, 乘伐胃气, 胃失和降, 则脾不升清, 胃浊上逆相通。总之, 胆汁返流性胃炎以脾胃

虚弱, 升降运化失常为发病基础, 肝胆郁滞、乘脾犯胃为其主要病理机转。

## 2 治法探讨

现代医学对该病的治疗多采用胃复安、胆酪胺及其它助消化药物, 胃复安具有抑制胃和十二指肠逆蠕动, 加速胃的排空, 减少胆汁返流的作用; 胆酪胺可与胃内胆盐结合, 加速胆盐的排除。该类药物治疗对缓解症状虽有一定疗效, 但远期效果较差。近年来由于纤维胃镜的普及检查, 通过中医辨证与辨病相结合的方法, 对于该病的治疗取得了满意的效果。特别是从肝胆入手, 兼顾脾胃的方法, 既能缓解呕吐、胃痛等消化道症状, 又能祛除病因, 可取得标本兼顾之效。

2.1 调和肝胃 疏肝理气为主 临床发现本病尽管以胃脘部胀闷不适或疼痛、嗝气频作、纳差等症状为主, 但询问病史, 发病多与情志波动有关, 舌苔大多薄腻或黄腻, 脉象弦或弦细。单从调理脾胃入手效果多不理想, 所以治疗应疏理肝气、调和肝脾, 且以疏肝为主, 常选四逆散或柴胡疏肝散合二陈汤加味: 药用柴胡、枳实、白芍、炙甘草、半夏、陈皮、郁金、连翘、茯苓等。四逆散中柴胡、枳实一升一降, 可升清降浊。该方充分体现疏肝理脾之大法, 具有透解肝郁、升清降浊及理气止痛之功效, 故有专家认为四逆散运用范围非常广泛, 许多疾病皆可用之加减治疗, 因此只要具有肝胃(脾)不和气滞的病机即可用之。经实验证明, 本方具有显著利胆、保肝作用; 同时现代药理研究, 四逆散还具有清除超氧化物和羟自由基活性的作用。其抗氧化作用是它防治胃黏膜损害的重要机制之一。柴胡疏肝散为四逆散之变化方, 临床对肝胆脾胃等肝郁气滞引起的多种病证, 有较好的疗效。

2.2 疏利气机 通和并施 胆汁返流性胃炎病人临床多出现胆胃不和症状: 胃脘胀满、疼痛或牵引两胁、口苦、泛酸或呕吐苦水、心烦失眠。临证通常依据大便的通畅与否, 治疗应重点掌握“通”法与“和”法。若大便秘结或大便不畅者, 宜清利肝胆、和胃通腑为法, 方选大柴胡汤加减, 药用: 柴胡、黄芩、白芍、半夏、枳实、大黄、连翘、川楝子等, 或合麻子仁丸; 若胃脘灼痛、嘈杂泛酸者, 可酌情配用左金丸; 若大便溏泻或大便不调者, 宜疏泄肝胆、调和脾胃为法, 药用小柴胡汤加味: 方选柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、郁金、延胡索、山楂、神曲、麦芽等或合四君子汤。大柴胡汤是和解为主与泻下并用的方剂。本方系小柴胡汤合小承气汤加减而来, 其中小柴胡汤是体现和法的基本方, 用于本病属于整体调节, 是针对整体贯穿一个“和”字, 而用大黄、枳实等有承气汤之义, 属局部治疗, 是针对局部贯穿一个“通”字。只有把“和”与“通”结合起来, 才能有效地治疗上述病证。而大柴胡汤正是把“和”与“通”结合得恰到好处的首选方剂。

收稿日期: 2006-03-04

作者简介: 陈宝玲(1961-), 女, 河南荥阳人, 副主任医师, 学士, 从事消化系统疾病尤其是肝胆病的治疗与研究。

# 出血性脑中风新论

姚廷周

(茂名市中医院, 广东 茂名 525000)

**摘要:**根据脑为元神之腑的理论,本文提出出血性脑中风的中医学病名,明确本病的病位在脑,并在病机上提出阳亢血菀、痰热阻脑、瘀血阻滞、气不摄血等,致血溢脉外,压迫脑髓,元神不利,失于支配而发诸症,并在辨证上分清病情之轻重,分为阳亢血菀、痰瘀阻络、气虚血瘀、肝肾阴虚、气血两虚、气虚阳脱等六个基本证型进行施治。

**关键词:**出血性脑中风;病因病机;辨证论治

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)09-1718-02

## 1 前言

出血性脑中风属传统“中风”范畴,部分属“头痛、眩晕”等范畴。其实在《内经》里面已认识到重症出血性脑中风病位在头,如“大怒则形气绝,血菀于上,使人薄厥。”这个“上”指的就是头部,菀者,盛而上冲也,“薄厥”可能就是“出血性脑中风”。《杂病论》“或左或右,……歪僻不遂……邪入于腑,即不识人。邪入于脏,舌即难言,口吐涎……半身不遂,或但臂不遂者,中风使然。”这是典型的脑中风症状。但遗憾的是后世没有很好地继承和发扬《内经》“血菀于上”学说,在脑中风的认识上逐渐形成了中经络、中脏腑之说,并沿用至今。由中经络的症状描述来看,病位在肢体上,似乎与脑没有什么关系。明代李时珍提出“脑为元神之腑”学说,对脑的作用有了较深刻的认识,“元神”即人的真神、主神,元神主宰人的一切活动,为今天的脑中风奠定了坚实的理论基础。清代王清任在《医林改错》中进一步认识到脑的作用,脑为生命之中枢,脑主神明,统管思维、运动、语言、功能协调等一切活动。但近代对这些的认识却没有进一步发扬,一直沿用古代之说,传统理论阻碍了出血性脑中风研究的进一步发展,虽然现代医学诊断“脑出血”已十分明确,且能准确测算出部位及出血量,但中医学界至今尚未有形成“出血性脑中风”的统一诊断。

## 2 病名新论

“中风”是传统中医病名,随着医学的发展,传统中医引用了现代医学的特殊检查,上世纪末将中风分成“出血性中风”和“缺血性中风”两种,但还没有明确指出病位在脑。本文命名的“出血性脑中风”则吸取了古今病名的长

处,更进一步准确地反映了本病的部位在脑,是中医病名的进一步发展,虽然只是在传统病名前增加了一个“脑”字,但却是现代中医在该病认识上的重大突破,是时至今日中医学最为合适的病名,最终完善了该病的诊断命名。如基层无影像学支持,只有典型的临床症状和体征,难以明确是否出血,则只能统称为“脑中风”。即使临床症状不典型如只有头晕头痛,没有肢体不利、语言不利等症,只要影像学支持,又能排除其它脑病,亦可作出“出血性脑中风”的诊断,只有如此,中医学才能与时俱进。

### 3 病因病机探讨

**3.1 阳亢血菀** 年事渐高,脏腑渐亏,肝肾阴亏,肝阳上亢,或平素阳盛之人,或房事不节,或体劳过度,暗耗肝肾阴精,或者七情内伤,肝失条达,气郁化火,致阴阳失调,肝阳上亢,或先天无遗传,禀赋不足,潜藏阴虚阳亢之体,加之后天养护失慎(包括饮食、情志、劳倦、环境等),引发肝阳上亢。进而引起肝风内动,风阳上扰,血随风逆,血菀于脑,脑脉压力增高致脑络破裂,血溢脉外。

**3.2 痰热阻脑** 养护失慎,经常饱餐,肉食过多,或嗜酒成性,痰湿内生,血浊血稠,渐成瘀血,或痰浊内生,痰郁化热,痰热蕴结,痰火上扰,血液瘀滞,凝于血管内壁,阻碍气血运行,血行不利,血溢脑络之外。

**3.3 气不摄血** 劳倦伤脾,或年高体弱,饮食失调,气血生化乏源,宗气不足,摄血无力,血溢脑脉之外。

**3.4 瘀血阻滞** 血为阴分,若肝肾阴虚,则血液黏稠,久则血行不畅,形成瘀血,或素有瘀血,气滞难行,瘀血粘附于脑脉,致脑脉管腔变窄,血溢脑络之外。

所以有专家称大柴胡汤被广泛应用于治疗肝胆胃肠胰等几乎所有消化器官的疾病,都能取得较好疗效。现代药理研究证实,大柴胡汤具有明显的利胆和降低括约肌张力的作用,而且并不抑制括约肌的运动功能,这对解除胆汁的滞留是具有积极意义的;小柴胡汤为和解少阳之代表方剂,“胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之”。现代药理研究,小柴胡汤能提高胆汁中胆酸及胆红素的含量,增大胆固醇-胆盐系数;并可促进胆汁分泌,增加其排泄量,可抑制血管通透性,具有抗炎利胆作用,并可治疗肝细胞的急慢性损伤。左金丸能清肝和胃,降逆止呕,保护胃黏膜,阻止胆汁返流损害。

**2.3 疏补并用 寓疏于补** 本病脾胃气虚,升降失常为发病基础,而病久缠绵不愈,则使虚者愈虚,临床更容易出现不同程度的脾胃虚弱之证:精神不振、纳差、乏力、气短懒言、胃脘隐痛、便溏等,症状时轻时重。此时治疗不可一味进补,必须在补脾益胃同时加以疏利肝胆之剂,以调补为主,抑木扶土,益气健胃,可用升阳益胃汤加减:药用黄芪、半夏、人参、柴胡、陈皮、茯苓、白术、防风、羌活、白芍、黄连等。若临床出现胃脘隐痛或胀痛、口干舌燥、呃逆暖气、舌红少苔,脉弦细数等胃阴亏虚证候者,又当在滋养胃阴之剂中佐以疏肝柔肝之品,使养中有疏,补而不腻,方选一贯煎、芍药甘草汤加减:药用沙参、麦冬、生地、枸杞、当归、白芍、炙甘草、枳实、川楝子、郁金等。现代药理证实:枳实可促进胃肠蠕动及增强胃排空能力,与白芍、甘草合用可降低迷走神经的兴奋,提高幽门括约肌的张力,从而可控制胆汁返流。

收稿日期: 2006-03-21

作者简介: 姚廷周(1963-),男,广西凤山人,副主任中医师,主要从事脑中风诊治等工作。