

有关脾胃学说的理论探讨及临床诊治经验

危北海

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京中医研究所, 北京 100010)

摘 要:脾胃学说是中医理论的一个重要组成部分。它对阐明机体的生理机能、病理机制和临床辨证论治规律提供了重要的理论和实践依据。本文主要从以下几个方面进行了阐述。(1)认真钻研中医理论,探求脾胃学说的渊源。在系统的整理和发掘中医文献中,笔者对历代浩瀚的中医经典著作中有关脾胃救急说的理论阐述和经验诊治等进行了比较全面而系统的整理归纳,共分为 4 点:^①《内经》为脾胃学说奠定了理论基础;^②《伤寒杂病论》奠定了脾胃学说的临床证治基础;^③唐宋金元时期,脾胃学说得以全面的发展;^④明清时期,脾胃学说进一步充实完善。(2)脾胃学说的理论贡献。脾胃学说的理论内涵精辟丰富,对整个中医药学理论的发展起到了极大的推动作用,创立了独树一帜的学术流派。脾胃是人体气血生化之源,元气之根;是人体气机升降运化之枢纽;是内伤病发生的根本内因。(3)系统整理脾胃疾病证治规律。依据脾胃学说的理论,对脾胃疾病的证治进行系统整理和归纳分析,脾胃病的辨证主要应抓住以下几个方面:辨虚实,辨别邪正盛衰的偏胜;辨寒热,分析脾胃寒热之盛衰;辨气血津液;辨脏腑兼证。(4)探索证治规律,提高临床疗效。根据异病同治的原则,很多疾病在病程的不同阶段可以出现脾胃证候,或为主症,或为兼症。而且只要一旦出现脾胃证候,就可以应用相应调理脾胃的方法治疗而取得明显的疗效。说明在多数疾病,特别是消化系统疾病,调理脾胃确是临床治疗的极其重要法则,有广泛的实用价值。常见的证治如下:脾胃升降之证治;健脾固卫之证治;肝木克土之证治;培土生金之证治。中医对胃肠功能障碍疾病的认识,主要是根据脾胃、大、小肠功能失常而导致疾病发生发展的一系列变化,主要包括脾胃、大、小肠和肝肾等脏器的本身功能或其相互关系的失调。其病机有:^①气机阻滞;^②脾虚胃弱;^③湿热蕴结;^④气滞血瘀。中医对胃肠动力障碍性疾病治疗主要是依据辨证论治的原则,随证型的不同,而遣方用药,本文列举了笔者常用治法与代表方剂,与读者共飨。

关键词:脾胃学说;理论探讨;临床经验

中图分类号: R223.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)07-1189-06

危北海,男,1931 年 6 月 15 日出生。毕业于第三军医大学,主任医师、研究员。自 1959 年参加北京市第一届西医离职学习中医为期 3 年多,是我国首批西学中人员之一,从事中西医结合的医疗和科研工作已 40 多年。曾担任国家科委的“六五”“七五”和“八五”的攻关课题和北京市科委重点课题,1979 年至 2002 年共获得卫生部、国家中医药管理局和北京市科委等各级科技进步成果奖 24 项,先后在国际学术会议、国内期刊共发表学术论文 120 多篇,担任与部学术专著的主编或副主编,1992 年被授予国家有突出贡献的专家称号,享受政府特殊津贴,为全国第 2、3 批国家级名老中医,担任中医继承师带徒工作,主要擅长诊治肝胆病、脾胃病和慢性胃肠病,为中西医结合消化学科的学术带头人,担任中国中西医结合学会副会长、北京中西医结合学会会长、中国中西医结合学会消化疾病专业委员会名誉主任委员、中国中西医结合消化杂志主编、中国中西医结合杂志编委、2003 年担任世界中医药学会联合会常务理事。

脾胃学说是中医理论的一个重要组成部分。它对阐明机体的生理功能、病理机制和临床辨证论治规律提供了重要的理论和实践依据,脾胃学说一向为历代医家所重视,在临床各科中得到广泛地运用。笔者自 1959 年西医学习中

医以来,先后从事中医学习、临床实践和课题研究已 40 多年,现将有关脾胃学说的理论知识和诊治经验总结如下。

1 认真钻研中医理论 探求脾胃学说的渊源

在系统的整理和发掘中医文献中,笔者对历代浩瀚的中医经典著作中有关脾胃学说的理论阐述和经验诊治等进行了比较全面而系统的整理归纳和核勘释注,从《内经》、《伤寒论》一直到金元明清各代的主要医学著作,都作了摘录分析,应用电子计算机进行资料输入、输出,编成专题理论知识库,脾胃疾病诊治咨询库和脾胃方药资料库等。

笔者在整个脾胃学说的文献研究中,对脾胃学说的形成发展过程得出了一个较为系统而深入的认识,包括以下几点:^①《内经》为脾胃学说奠定了理论基础,不论从脾胃的解剖、生理、病理,还是诊断、治疗和预防,《内经》中都做了颇具规模的论述。后世脾胃学说的发展,都是以此为出发点。^②《伤寒杂病论》奠定了脾胃学说的临床证治基础。这部不朽的著作是我国第一部理论和实践相结合,理法方药俱全的中医经典之作,张仲景不仅提出了“四季脾旺不受邪”理论,而且在六经论治中,还制定了一系列脾胃病的辨证纲要和治法方药,为脾胃理论的临床应用开辟了广阔的前景。^③唐宋金元时期,脾胃学说得以全面的发展,李东垣独树一帜,开脾胃论之先河,法《内经》“土者生万物”的理论,认为脾胃之病多由于虚损造成,临床惯用补中、升阳、益气、益胃之法,成为补土学派的鼻祖。^④明清时期,脾胃

收稿日期: 2006-02-27

作者简介:危北海(1931-),男,江西南昌人,主任医师、研究员,研究方向:消化系统疾病。

学说进一步充实完善,尤以叶天士对阐发脾胃之阴的论治有卓越的贡献,使脾胃学说逐步发展成为一个完整的理论体系。

从分析研究其整个发展过程中可以看出,有重要贡献的人物要推三家:一是张仲景着重阐述了脾胃病的临床证治,二是李东垣着重阐述了脾胃阳气虚证治,三是叶天士着重阐述了脾胃阴虚证治。

同时笔者发现历代医家都十分重视脾胃在临床诊治中的作用,都有不少的理论阐述和临床经验。脾胃学说是一个涉及面广,包含内容繁多,既有系统理论又有丰富实践经验的重大课题。虽然大家一向把李东垣作为脾胃学说的大师,但他只着重阐发了脾胃之阳(气)的理论和证治,对脾胃之阴学说的阐发则要推崇叶天士。

2 脾胃学说的理论贡献

脾胃学说的理论内涵精辟丰富,对整个中医药学理论的发展起到了极大的推动作用,创立了独树一帜的学术流派。从生理功能和病理变化来看,可将其核心理论归纳如下。

2.1 脾胃是人体气血生化之源 元气之根 《内经》云:人之所受气者谷也,谷之所注者胃也,胃者,水谷气血之海也,中焦之所出,亦并胃中,出上焦之后,此所受气者,泌糟粕,蒸津液,化生精微,上注于肺脉,乃化而为血,以奉生身,莫贵于此。李东垣复申其义认为:脾胃是维持生命、元气的根本,因为人体一切生命活动和脏腑功能均依靠气血的供应,而脾胃乃“气血阴阳之根蒂”,产生气血之源泉,李东垣脾胃论中云:“真气又名元气,乃先身生之精气也,非营气不能滋之。天气、谷气、荣气、清气、卫气,生发诸阳上升之气,此六者,皆饮食入胃。谷气上升,胃气之异名。其实一也。”其意谓谷气是产生人体诸气之根本,脾胃之气无所伤方能滋养元气,脾胃之气既伤,而元气亦不能充,故诸病之所由生。因此可以称脾胃为元气之根,元气为健康之本,如果脾胃内伤,就会百病由生。这即是脾胃学说的基本观点。

李东垣在重视脾胃升降作用的同时,更强调脾气升发的一面。认为食物的精华为上升的“清气”,糟粕为下降之“浊气”,只有脾胃之气上升,水谷清气才能上行,元气才会充沛,身体气机运化才能旺盛。“脾胃既和,谷气上升,春夏之令行,故其人寿”,“脾胃不和,谷气下流,秋冬之令行,故其人夭。”在临床治疗方面,他独树一帜地着重补脾升阳,善用升麻、柴胡等提升之品,黄芪、党参等健脾之药,补中益气汤、升阳益胃汤和调中益气汤等是其代表方剂,这些方剂迄今仍在临床上常用以治疗脾胃虚弱之病。李东垣由于重视脾胃功能,用药强调温补中焦,故后世称他为补土派的鼻祖。

2.2 脾胃是人体气机升降运化之枢纽 李东垣认为“胃为水谷之海,饮食入胃,而先输脾归肺,土行春夏之令,以养周身,乃清气为天者也”;升已而下输膀胱,行秋冬之令,为传化糟粕,转味而出,乃浊阴为地者也。因此脾胃被认为是成为人体气机之枢纽,盖因脾主升清,胃主和降,脾主运化,胃主受纳,肺主肃降,肝主疏泄,肾主关约,而脾胃之升降为气机运化之关键,只有脾胃之升降有序,才能促使肝之疏泄畅通,肺之肃降下行,肾之关约自利。《内经》中云“五谷入

于胃也,其糟粕、津液、宗气分为三隧,故宗气积于胃中,出于喉咙,以贯心肺而行呼吸焉。荣气者,泌其津液,注之于脉,化而为血,以荣四末,内注五脏六腑,以应刻数焉。卫者出其悍气之悍疾,而行出于四末皮肤之间而休者也”,这就是人体气机运化的生理之常。

李东垣认为如果脾胃升降功能失常,就会出现气机运化的病理之变,并因此就会发生各种疾病,一般气机紊乱可表现为脾气不升,胃气不降,中气下陷,升降失调等。脾胃损伤是内伤病发生之根本内因,营卫失守,诸病生焉。

2.3 脾胃内伤是内伤病发生的根本内因 在《内经》中提出了人体水谷为本,而脾胃为水谷之海,若人的脾胃损伤则中气不足,中气不足则六腑皆绝于外,故经言“五脏之气已绝于外者,是六脏之元气病也,气伤脏乃病,脏病则形乃离,是五脏六腑真气皆不足也。惟阴火独旺,上乘阳分,故荣卫失守,诸病生焉。”基于这个观点,故李东垣提出“脾胃内伤,百病乃生”的发病学理论,同时他明确强调内伤病要区别于外感病,虽然两者均可以出现发热等类似症状,而往往容易误诊为同一类疾病,混为一谈,把内伤病也误作外感病治疗,使病人轻者重者亡。有鉴于此,李东垣专门撰写了《内外伤辨惑论》,他认为:“内伤脾胃乃伤其气,外感风寒乃伤其形,伤其外为有余,行余者泻之;伤其内为不足,不足者补之。内伤不足病,苟误认作外感有余之病而反泻者,则虚其虚也,实实虚虚,如此死者,医杀之耳。”在此理论基础及丰富的临床实践上,他对内伤病和外感病的病因、病机、临床症状、治疗方法等各个方面,从不同角度进行了详细的辨析,产生了内伤、外感的一系列鉴别方法,创立了内伤病辨证论治体系,形成了中医一套内外伤论治系统,这不仅可以纠正当时医家用外感之法治疗内伤的一些弊端,而且也后世医家治疗内科杂病奠定了基础。

在脾胃内伤的发病学中,李东垣还提出了一个“阴火论”的病机概念。他认为“元气与阴火不两立”,脾胃内伤,则元气衰微,元气不足,则阴火内升,出现内伤发热的一派虚热之象,并针对此病机制定了治疗方法,即“补中升阳散火”的用药制剂,此乃临床上有名的“甘温除大热”的论治大法,相应地制定了“补中益气汤”,“升阳散火汤”等一系列方剂为后世治疗内伤发热提供了范例。

3 系统整理脾胃疾病证治规律

依据脾胃学说的理论,对脾胃疾病的证治进行系统整理和归纳分析,制定一个初步的纲领籍以指导临床实践,提高诊治水平,是中医理论研究的一个重要任务。脾胃病的辨证主要应抓住以下几个方面。

3.1 辨虚实 辨别邪止盛衰的偏胜 脾胃病常见虚证主要有脾气虚,脾阳虚,脾阴虚,胃阴虚等。

脾胃病常见实证主要有寒湿困脾,寒邪犯胃,胃热炽盛,湿热蕴脾,胃停食积,胃肠燥热,瘀血凝滞,虫积内扰等。

3.2 辨寒热 分析脾胃寒热之盛衰 脾胃病常见的寒证有寒实证、虚寒证。脾胃病常见的热证有实热证、虚热证。

在脾胃病中,常有寒热夹杂的复杂病变,较常见的有上热下寒及上寒下热两种证候。如既有腹痛、便溏、四肢欠温而又有反复作性口腔溃疡的黄连理中汤证,此是上热下寒的主要证型。又如,既有胃脘冷痛、呕吐清涎的上寒表

现,同时又兼见尿频、尿痛、大便深黄滞而不爽的下焦湿热表现,便属上寒下热证。

脾胃病还经常发生寒热转化的现象,尤其是兼有湿邪者,常可随体质而生转化。如湿邪所伤,若其人为阳虚阴盛之体,常常从阴化寒而成寒湿困脾证;若其人素体阳热偏盛,常常从阳化热而成湿热中阻证。

3.3 辨气血津液 脾胃之气病,常见的有气郁证、气陷证,病变多在脾;有气滞证、气逆证,病变多在胃。

脾胃之血病,常见的有血瘀证、血热证,以实证居多。

气血同病,气和血相互依存,相互为用。在脾胃病中气血同病者不少见,常见的有气滞血瘀、气虚血瘀、气不摄血证。

气滞血瘀:是气机郁滞而致血行瘀阻所出现的证候。临床以脘腹胀痛或刺痛连肋、刺痛拒按、肋下痞块、舌质紫黯或有紫斑、脉细涩为主症。

气虚血瘀:是气虚运血无力,血行瘀滞而表现的证候。可见于胃痛、积聚等病症中。临床以身倦乏力、少气懒言、疼痛如刺、痛处不移、拒按、舌质淡黯或有紫斑、脉沉涩等为主要表现。

气不摄血:是气虚不摄,血虚不统而致出血的证候。临床以吐血、便血、气短倦怠、舌淡、脉弱为辨证要点。

脾胃之津液病,常见的津液异常有津液不足和津液停聚等。

津液不足:胃阳津液不足,胃失润降,大肠津亏所表现的病症,即为胃津不足症。可因脾虚失运,津液不生;或因热盛大汗,吐泻伤津耗液;或因摄食减少,化生乏源所致。临床症见口燥咽干、唇燥而裂、大便干结、小便短少、舌红少津、脉细数。

水湿内停:凡水湿浸淫,脾土受困,或脏腑功能失调,水液代谢障碍而表现的病症,为水湿内停。临床以饮留胃脘最为多见,症见脘痞腹胀、水声漉漉、泛吐清水等。

3.4 辨脏腑兼证 脾胃与其他脏腑关系密切,脾胃病可以影响他脏,他脏有病也可影响到脾胃,所以脾胃病变,常需辨有无其他脏腑兼证。在脏腑兼证中,常见的有脾肺气虚、心脾两虚、脾肾阳虚、肝脾不调、肝胃不和等证型。

4 探索证治规律 提高临床疗效

脾胃学说不仅是阐明机体生理活动与病理机制的中心环节,而且也是临床辨证论治的重要理论基础,并在临床各科得到广泛应用。近年来,文献报道应用脾胃理论和相应方药在临床上治疗各种疾病达 120 余种。根据异病同治的原则,很多疾病在病程的不同阶段可以出现脾胃证候,或为主症,或为兼症。而且只要一旦出现脾胃证候,就可以应用相应调理脾胃的方法治疗而取得明显的疗效。以脾虚证为例,在消化系统疾病,能量代谢低下或免疫功能低下性疾病中,根据文献统计 60% ~ 70% 的病例可出现脾虚证,应用温补脾胃法则治疗,不仅可使临床症状得到缓解或基本消失,而且反映脾虚证的相应客观指标也能得到改善,疗效在 80% 以上。说明在多种疾病,特别是消化系统疾病,调理脾胃确是临床治疗的极其重要法则,有广泛的实用价值。常见的证治如下。

4.1 脾胃升降之证治 中医理论认为脾胃为后天之本,气血生化之源,从生理功能上看,“脾为之使,胃为之市”,

脾主运化,胃主受纳,二者一运一纳,互相配合,协调统一,共同完成食物的消化、吸收、运输等功能。脾气主升,为胃行其水谷精微及津液水湿之化,胃气主降,为脾行其受纳腐熟之功,胃气降则水谷下行而无停滞积聚之患。脾升胃降,共同完成腐熟水谷,升清降浊和化生气血。在病理变化上,倘若脾胃虚弱,失其健运之力,则脾胃不能升清降浊,则饮食不化,中焦阻滞,可以产生脘腹胀满、纳食不佳、呃逆反胃、暖气早饱、大便失调等症。在治疗上,应用升脾降胃之法治之,药用:党参、枳实、茯苓、半夏、木香、焦三仙、厚朴、郁金、内金、大腹皮。方中党参健脾胃之气为君药;厚朴行脾胃之气;半夏消痞除胀;焦三仙、内金健脾消食,食积得消,积滞自除。常用上方治疗功能性消化不良,取得良好疗效。

4.2 健脾固卫之证治 中医理论认为“脾为之卫”,是指脾有卫外的功能,正如李东垣所云:“脾胃内伤,百病由生”,“百病皆由脾胃衰而生也”。脾胃内在损伤是机体发病的一个主要因素,尤其对脾胃病而言,脾胃虚损,是发病机制的基本内因,脾失健运,胃失和降,则水谷不化,气血不足,外邪入侵。

在脾胃疾病中,我们若把中医的脾胃内伤、正虚邪实的发病机制与胃黏膜的防护因子和攻击因子两者失衡而发病的学说观点结合起来分析,可以阐明幽门螺杆菌(HP)相关胃病的病因病机,HP 作为外来的实邪具有攻击胃黏膜作用,而脾胃虚弱则相当胃黏膜防护因子的减弱。正是由于正虚邪实,即胃黏膜保护作用的降低和攻击因子的增强,才导致 HP 感染和胃病的发生。因此治疗上述脾胃病,采用四味调黄汤,方中选用黄芪、党参、白术、黄连、黄芩、黄柏、槟榔、厚朴、丹参、白及、三七粉、甘草。黄芪、党参健脾益气,取其扶正之意;白术健脾燥湿,助脾胃之气健运;黄芩、黄连、黄柏清热祛湿,以降阴火,此三味药经药理实验证实具有明显的杀灭 HP 之效,祛邪之力较强;槟榔、厚朴行气导滞,使脾胃之气不致呆滞,即所谓通则不痛之意;白及制酸止痛。丹参、三七粉活血化瘀,缓急止痛。共具健脾清热除湿止痛之功。若兼有肝郁气滞,可以加郁金、白芍疏肝解郁,缓急止痛;兼腹胀纳食不佳,可选用大腹皮、焦三仙健脾消食,行气导滞;若胃脘部反酸喜暖怕凉,可加吴茱萸、木香。

4.3 肝木克土之证治 中医理论认为,肝主疏泄,若肝气郁滞,疏泄失常,就会影响脾的运化,若出现呃逆反酸,两胁胀痛,食欲不振,腹胀等症候,即中医所谓木郁克土。反之,如果脾失健运,也会引起肝之疏泄异常,引起腹胀腹痛、大便失调等症候,导致“土壅木郁”。中医的肝不仅包括解剖学的肝,也包括精神情志的失调,肝气郁结可以克伐脾土。以现代医学的观点来看,植物神经功能失调和幽门括约肌舒缩功能障碍可引起胆汁反流和胃肠功能障碍,并可导致胃黏膜屏障功能损伤和炎症反应。由此认为肝郁脾虚与植物神经功能失调所致胆汁反流和胃肠功能障碍表现相似。基于上述观点,用健脾疏肝和胃之品治疗属于肝木克土之反流性胃炎,疗效颇佳,常用苍术、茯苓、黄芩、黄连、干姜、木香、吴茱萸、枳实、柴胡。方中苍术、茯苓健脾和胃鼓舞脾胃之气;柴胡、枳实、木香疏肝理气,调畅肝之疏泄;黄连、吴茱萸则取左金丸之意。诸药相合,组成疏肝健脾之方。

4.4 培土生金之证治 中医理论认为脾主运化,肺司呼吸,脾传输的饮食水谷之精气,上输于肺,与肺吸入之气结合,变化而成宗气,两者相辅相成,彼此影响,这就是脾助肺益气的作用。另一方面脾运化水湿的功能,又需借助肺气的肃降,如果脾气虚弱,运化失常,就会导致肺气不足,而引起气短、喘息、咳嗽,甚至水肿等症候,此即所谓土不生金,因此在学习上就应当采取培土生金的方法。结合现代医学慢性阻塞性肺部疾患,如慢性支气管炎及慢性阻塞性肺气肿,在急性发作或病情加重时,常会伴有消化道继发性损害,如食管反流而出现纳差、腹胀的症候,也容易发生消化性溃疡,其发病率高达24%,是非慢性支气管炎的3倍,可见消化系统疾病和肺部疾患非常有密切关系。健壮胃肠道的功能或治愈消化道疾病为治疗肺部疾患提供了一个有效的途径。这就是中医培土生金本意。

在治疗属于脾虚证之慢性阻塞性肺部疾患时常常用健脾益气宣化汤治疗,方中有生黄芪、党参、白术、金银藤、前胡、生赭石、沙参、桑白皮、陈皮、半夏。其中生黄芪、党参、白术健脾益气扶正祛邪,即取其培土之意,余药则功在宣肺化痰,降逆止咳,使金得生,咳喘自除。若腹胀甚者,加入枳实、厚朴;食滞不化,选用焦三仙、内金;大便干者,加焦槟榔。

在脾胃证候的诊治中,脾胃虚证确是相当常见,但临床上对脾胃虚证之不同证型应慎加辨析,否则,便有误诊之可能。分述如下:^[1]脾阴虚与胃阴虚有别:脾胃同居中焦,互为表里,一阴一阳,一升一降,二者有别,其阴虚之证,亦当详辨。

一般可将脾阴不足分为二类,一为脾阴虚证,一为脾约证。脾阴虚证多由饮食不足,劳倦过度,久病虚损,或邪热内陷,消灼津液,或过用吐泻及利尿之品所致。病机主要是水谷不化,津液不充,营气不足,不能敷布营润周身。临床症状见:形体消瘦,倦怠乏力,不思饮食,食少腹胀,食后胃脘痞满不舒而喜按,体无膏泽,毛发憔悴,大便稀溏或干结,唇红或绛,脉虚细数。治疗可采取补脾滋阴法,用药如人参、怀山药、白扁豆、薏苡仁、莲子肉等,或慎柔养真汤(四君子汤加山药、莲子、白芍、五味子、麦冬、黄芪)和六神散(四君子汤加山药、扁豆)等,取甘平,甘凉,质地濡润之品,意在补而不燥,滋而不膩。

脾约一词源于《伤寒杂病论》麻仁丸证之“其为脾约”一语。其病机是由于胃强脾弱,胃气强则胃热伤津,制约于脾,水谷精微不能输布,脾亦失常而造成脾阴内亏,其临床症状可见大便干涩,不思饮食,纳少肌瘦,口干消渴,皮肤干燥。脾约与脾阴虚均有大便干燥难解之症及津液不足表现,但脾约证以便硬为主,其津液不足为胃热的主要表现,并非属于单纯之脾阴虚证;脾阴虚之便干乃是兼症,其津液不足是病之本因,两者不尽相同。从治疗上看,常用麻仁丸治之,选用麻仁、杏仁、白芍、白蜜、郁李仁等具有润燥通便作用的药,与一般滋润脾阴之治则迥异。

胃阴虚证的主要表现为口舌干燥,口渴喜饮,胃脘灼热疼痛,或嘈杂易饥,大便秘结,舌苔少,或干裂无苔,舌质红,脉细。治宜养阴润胃,生津止渴。常用益胃汤之类加减,药如沙参、玉竹、石斛、麦冬、花粉之类。

一般认为脾阴虚与胃阴虚的区别主要表现在升降、运

纳方面。胃阴主濡润食物,腐熟水谷,故胃阴虚则胃纳不佳,或纳而不化,又有阴虚之象者多表现为饥不欲食,食不知味,或消谷善饥,口渴欲饮,干呕呃逆,胃脘灼热,便干溲少,多见于外感热病后期及内伤消渴等症。脾阴虚则脾失运化或脾气不升,又有阴虚之象者,多表现为腹胀纳呆,皮肤干燥,肌肉消瘦,唇红燥裂。脾阴虚多见于内伤杂病,久泻久吐之后。

④胃气虚与脾气虚不同:胃气虚与脾气虚不同,胃主受纳,脾主运化,胃气虚弱则受纳障碍,脾气虚弱则运化不健。胃气虚弱的临床表现主要为胃脘痞闷,嗳气呃逆,不思饮食,或食不消化而致大便不实,舌淡苔少,脉弱,治之以小半夏汤。胃气虚弱进一步发展,可形成胃气虚寒。用丁香吴茱萸汤作为治疗胃气虚寒之主方,用药如干姜、黄柏、丁香、炙甘草、柴胡、橘皮、吴茱萸、升麻、半夏、黄芪、人参、当归、苍术等。

《脾胃论》云:“食入则困倦,昏冒而欲睡者,脾亏弱也”。脾气虚亏则运化失司,清者不升,浊者不降,以致出现饮食不化,脘腹胀满,大便溏薄,四肢乏力,倦怠嗜卧,面色萎黄,下肢浮肿,便血崩漏,舌苔薄,舌质淡,脉虚缓等症状,治则以健脾益气为主,用四君子汤为基本方治之。

④脾病宜细分:脾气虚弱与脾阳不足俱是脾病,但两者亦有程度上的差别。脾气虚弱可以发展为脾阳不足,脾阳不足除其有脾气虚弱的临床表现外,主要为有寒象,症见腹痛绵绵,泄泻清冷,或腹胀有冷感,食纳不佳,食后不能消化,四肢不温,小便不利,身觉困重,甚则周身浮肿,舌质胖嫩且淡,脉沉迟。宜用理中汤温中健脾,若兼肾阳不足,当用附子理中汤。在临证时亦应对脾阳不足与脾阴不足作鉴别,脾阳不足多表现为下利,甚至完谷不化,可有停痰积饮,治宜温补脾阳。脾阴不足主要体现在大便干结难通,皮肤干燥而粗糙,或有消渴,治宜滋养脾阴。

④胃病当详审:在临床上对胃气虚弱与胃气虚寒的辨别亦应重视,二者俱是胃病,但存在程度上的差异,应区别对待。胃气虚寒是胃气虚弱的进一步发展,胃气虚弱是胃气虚寒的初级阶段。胃气虚弱主要指胃之受纳功能虚弱,以致出现胃脘痞闷,嗳气,不思饮食,或食不消化而致大便不实。胃气虚寒则不仅胃之受纳功能失调,而且会出现功能失调所导致的精微亏乏,治疗时可用小半夏汤,橘枳姜汤,黄芪健中汤或丁香吴茱萸汤。胃气亦称胃阳,胃气虚寒即胃阳不足,轻则气虚,重则阳虚,虽属同一范畴,但有轻重之别,气虚者未必寒象,而阳虚者必有气虚之象。

胃阴不足与胃阳不足亦有不同,胃阳不足主要表现为口淡,不思饮食,或虽食而不能化,胃脘满闷而痛,或朝食暮吐,治以温补胃气。胃阴不足主要表现在口干、食难下咽,或饥而不欲食,胸中嘈杂,或胃脘灼热而痛,大便燥结难通,治以滋养胃阴。

5 有关胃肠功能性疾病的诊治经验

胃肠功能性疾病是指一大组有消化道症状,但缺乏器质性疾病的证据或不能揭示症状的病症。包括贲门失迟缓症、食管反流病、功能性消化不良、肠易激综合症和功能性便秘等。

5.1 生理病理的认识 中医理论认为,脾胃、小肠、大肠是人体消化食物水谷精微的主要脏器,在生理情况下,当食

物入口,主要依赖胃的受纳和腐熟、脾的运化和输布,小肠的受盛化物和分清泌浊,大肠的传化糟粕。

所有上述的脾胃、小肠和大肠的功能,同时又受其他脏腑的调控,如肝的疏泄和转输、肾的温煦和滋养,才能完成食物的消化、吸收、化生为人体所需的水谷精微和气血津液,以充养五脏六腑,四肢百骸,故称“脾胃为气血生化之源”,“后天之本”。

从各个脏腑的功能特点来看,主要表现为:胃主和降,脾主升清,小肠主顺达,大肠主传导,肝主疏泄,肾主关约等。由此可见,与消化系统有关的各个脏腑在生理功能上存在着相互依存和彼此制约的关系,并以经络气血为媒介相互联系和传递信息,形成一个协调统一的整体,以上这是言其生理之常,若是出现病理之变,则可以产生一系列临床症状。

胃失和降则胃不受纳、浊气上逆,引起食欲减退、胃脘疼痛、脘腹胀闷、嗝气呃逆、恶心呕吐;脾失健运则脾气不升,水谷不化,引起神疲乏力,腹胀泄泻,水湿留滞、久泻脱肛;小肠欠顺达,则清气不上、浊气不下,引起腹部胀痛、恶心呕吐、便秘泄泻;大肠不传导,则糟粕不利,引起肠鸣腹痛、大便溏泄或里急后重、大便便秘;肝失疏泄则肝胆不和、土壅木郁,引起胸胁胀满、腹痛不适、呃逆反酸、抑郁不舒;肾失关约,则火不生土,水湿泛滥,引起腹中冷痛,下利清谷、四肢水肿。

5.2 病机及辨证的认识 中医对与胃肠功能障碍疾病的病机认识,主要是根据脾胃、大、小肠功能失常而导致疾病发生发展的一系列变化,主要包括脾胃、大、小肠和肝肾等脏器的本身功能或其相互关系的失调。

①气机阻滞:六腑以通为用,胃及大小肠皆属于腑,故均以通为顺,各种内外致病因子作用于脾胃,大小肠皆可导致气机阻滞,引起传化失常,出现胃失和降、脾失健运、小肠欠顺达、大肠不传化、肝失疏泄、肾失关约等一系列变化,并且可以相互影响。例如胃失和降则受纳失职,影响小肠的降浊功能;脾失健运,可导致肝气郁结,山现土壅木郁之证,所以古人云:胃脘胀痛之症,有因情志所伤,饮食失调或外感风寒等,总之无不关于气。

因此治痛治胀之要,无论虚实,皆可以理气为先。当然,在气滞的基础上进一步形成湿阻、食积、火郁、痰结、血瘀诸证,则在利气的同时,结合祛湿、消食、清火、化痰和通瘀等其它治法。气机阻滞,升降失司为其主要关键,脾运胃纳、脾升胃降,两者相互为用,胃纳为脾运的基础,脾运为胃纳行其津液,若是脾气不升、胃气下降,则传化无由,津液不生,壅滞成病,不仅所进之食糜不能顺利下行,移送给小肠及大肠,而且消化之水谷精微亦不能转输全身,导致整个消化运动功能紊乱,而产生一系列疾病。

④脾虚胃弱:脾胃为病,多见虚弱,其原因有二:一是先天禀赋不足,脾胃素体亏损,每当受到内外邪之侵袭,则易于发生脾虚胃弱。二是后天护理失调,如外受寒湿所伤,饮食不节,劳累过度等致使脾胃内伤。

李东垣曾云,脾胃内伤,百病由之而生。所以临床上所见之胃肠运动功能障碍性疾病,多见脾胃虚弱之证。病之初期,可以表现为肝郁气滞证或湿热内蕴证。但病程日久,久治不愈,则发生脾气受损,由实转虚,虚实并见,或由虚转

衰,气损及阳乃至脾胃虚寒。

脾胃属土,土因木而达,脾与肝为木土相克之关系,脾胃虚弱则必导致肝木克伐,临床上形成肝郁脾虚之证,根据文献统计,此在胃肠功能障碍性疾病中乃最常证型之一,如患者思虑过度,精神抑郁,证见肝失疏泄,肝气郁结之证,若在肝郁的基础上,又见胸胁胀满、腹胀腹痛、嗝气呃逆、纳呆早饱,便溏无力等症,则形成肝郁脾虚。

④④湿热蕴结:脾主运化水湿,若运化失健,则水湿停滞,故脾喜燥恶湿,外湿困阻必致脾失健运,湿从中生,多因脾气虚弱,湿邪易生难去,每多蕴结,阻滞脾胃功能,并可寒化或热化。若湿从寒化后则表现寒湿证象,引起腹胀便溏,纳呆食少,身体困重,头蒙如裹,舌苔白腻等症。若湿从热化,则表现湿热证象,引起脘腹痞满,呕恶厌食、嗝气呃逆、舌苔黄腻等症。若湿邪留滞于大小肠,湿热或寒湿下注大肠,可致泄泻不爽,腹中满痛,肠鸣腹痛,便结难解,舌苔黄腻。脾胃湿热蕴郁日久,每可伤阴,导致阴虚湿热之复合病机。中焦寒湿困阻,易于伤阴,致使脾阳衰惫。而成阳虚寒盛之证。

④④气滞血瘀:脾胃气机阻滞,上下不能相通,不通则痛,不通则胀,不通则呕恶呃逆,不通则反酸、反胃。气滞日久可由气及血,由经入络,由外而里,若影响及于血分则形成气血俱病,经络不利,形成瘀血之证。

瘀血是由于血行失其常度或血脉运化不畅而形成的一种病证,瘀血一旦形成,又可作为一种致病因子,引起种种病证。胃肠功能性疾病之瘀血多由于气机阻塞,进而波及血分所致,即所谓“初病在气,久必入血”,“气结则血凝”。

脾胃病之瘀血形成常与脾胃功能受损有关,如脾胃气虚,无力推动血液运行,血必因之而发生郁阻,脾虚不摄,则血不循经而溢于经外,虽经止血仍可不得消散,蓄而为瘀;脾胃阳虚,阳虚生寒,寒凝脉络,脉络内急,血流不畅,涩而为瘀;脾胃阴虚或肠道津亏,阴虚生内热,热煎熬津液,血流稠黏,难以流通而成瘀;脾胃内伤,运化失常,气机失宣,阻于血络,血滞成瘀等。凡此种种瘀血,多因脾胃功能失调,气机阻滞而致,一般多见气滞与血瘀并存。单纯瘀血较少。以上就胃肠动力障碍性疾病的主要病机作了阐述,当然这类疾病包括从食道、胃、肠到肛门等一系列病种,由于病位和病性不同,其病机也不可能一致,但若了解了这些要点,也就基本掌握其精神了。

④④有关辨证的掌握:有关胃肠动力障碍性疾病的辨证,若抓住了病机的要领,就不难对辨证分型有比较深入的认识,由于中医理论本身的灵活性和个体性,很难对辨证做到完全规范化和标准化,关键在于掌握其实质,兹依据多数文献报道,大致可归纳为肝郁气滞型、脾虚胃弱型、湿热蕴结型、气滞血瘀型等证型。

其中以肝郁气滞型为疾病初发时期的基本证型。随着病情发展,则可以衍生出其他证型。或为兼证,或为并病,一般多为本虚标实、寒热错杂,其病位在脾胃大小肠,涉及肝肾,由气及血,由实而虚。

总的来看,本病在内外病因的影响下,由于社会生活节奏加快,精神较为紧张,加上饮食失节,寒热不调等因素的综合作用,引起肝气郁结、情志不舒、肝木克土、脾虚木乘,继而出现脾胃升降失司,胃纳脾运不利,大小肠传导失职,

最终产生整个胃肠道气机传导阻滞,导致胃肠运动功能紊乱,或表现为胃食管反流,或引起胃功能消化不良,或产生肠易激综合症等。

5.3 中医诊治的临床经验 中医对胃肠动力障碍性疾病的治疗主要是依据辨证论治的原则,随证型的不同,而遣方用药,主要以下几种法则和代表方剂。

①理气解郁法:理气解郁法具有疏通气滞、消除郁结的功能,主治气滞郁结的病证,中医认为气运行于全身,气化在生理情况下代表全身和各脏腑的功能正常,气滞在病理情况下代表功能性疾病的动力障碍,其临床症候因部位不同而表现各异。但以疼痛、胀满为主。气滞的治疗原则是理气解郁,其代表方剂有枳实导滞丸、木香顺气丸、气滞胃痛冲剂等。

根据近年来的药理学实验研究证实,理气药对胃肠道的运动功能有调节作用。兴奋胃肠道的药物有:枳实、木香、乌药、大腹皮、槟榔等,加强胃肠道收缩,提高其紧张性,此药理作用符合中医常用理气药治疗脘腹胀痛、纳呆早饱、恶心呕吐、便秘燥结等消化功能低下和胃肠运动减弱等症。抑制胃肠道运动的药物有陈皮、香附、吴茱萸等,降低肠道紧张性,收缩幅度减弱和解除胃肠痉挛等。其药理作用可缓解迷走神经兴奋现象,可治疗呃逆、溏泄、绞痛等症。促进胃液分泌的药物有陈皮、枳实、橘皮、佛手、沉香等。此类药物皆具有挥发油类物质,有缓和的局部刺激作用,也有排气通便作用。有的药物如枳实、厚朴、木香等,则既有兴奋胃肠道运动功能作用,又有抑制的双向作用,此为中药作用的特色之一。

④健脾和胃法:健脾和胃法具有健脾助运,和胃降逆的功能,主治脾胃虚弱的病证,适用于脾失健运、胃失和降而产生的腹泻便溏、脘腹胀满、纳呆食少、全身无力、四肢疲惫的症状。其代表方剂有四君子汤、补中益气汤、黄芪建中汤、吴茱萸汤、旋复代赭汤、丁香柿蒂汤、香砂养胃汤和建中汤等,其药理作用能兴奋消化功能,排除胃肠积气,反射性地促进胃机能,增强蠕动,止呕镇吐。

健脾药中人参、党参、白术能补中益气,三药均能增强平滑肌的张力。白术作用平和,有缓和胃肠运动的作用,可治疗慢性泄泻,但在较大浓度时,又能增强胃肠推送能力而帮助消化。干姜、吴茱萸、肉桂、丁香、荜拔、小茴香等性味均较辛辣,大多具有祛风和胃的降逆作用。对于脾虚湿困证患者,可在健脾助运的基础上加上芳香化湿药物,湿邪易侵犯脾胃,脾阳为湿所困,则出现食欲不振、消化不良、脘腹胀闷、舌苔厚腻等症状,常用方剂有藿香正气散、平胃散等。

芳香化湿药如藿香、厚朴、佩兰、豆蔻、草果等,含有芳香挥发油,有驱风排气作用,可刺激胃肠运动,加强其推进性蠕动,有助于胃肠内容物的排空,此即中医所谓的“醒脾”功能,而厚朴、苍术的苦味健胃作用,对促进食欲也有作用。

对于脾虚食滞证患者,可以在健脾助运的基础上,加上消积导滞、降逆和胃的药物。主要用于宿食不消而引起的脘腹胀满、消化不良、食欲不振等症,如鸡内金、山楂、谷芽、麦芽和神曲等。根据近代药理研究这类药物含有脂肪酶,

淀粉酶及多种维生素,确有促进消化、增强食欲的作用。

对于脾胃虚寒患者,脾阳不足,水谷不化,可以出现腹泻便溏、脘腹胀满、全身无力、四肢厥冷、遇寒则发的症候,可以应用温中散寒的方药,其代表方剂有附子理中汤和吴茱萸汤。其中主要药物为附子、肉桂、高良姜、荜拔等,其性味均甚辛辣,能兴奋消化功能,排除胃肠积气,肉桂能刺激嗅觉,反射性促进胃机能,增强蠕动,其中桂皮油能促进肠道运动,使肠管兴奋,为古人“肉桂暖脾胃,除积冷”之说,提供了科学依据。吴茱萸有镇吐作用,与生姜同服能增强止吐的协同效能,说明古方吴茱萸汤组方的合理性,发挥了全方的增效作用。

④燥湿清化法:燥湿清化法具有燥湿清热的功能,主治湿热蕴结型,但这种湿热不是急性发作,炽盛暴注的湿热,而多是由于脾虚湿困、湿蕴化热,形成湿热蕴结,病程日久,湿热交织,湿邪留恋难去,往往迁延不愈。

其代表方剂为香连平胃散、葛根芩连丸、加味香连丸、左金丸等。方剂中多用黄连、黄柏、苦参、苍术、黄芩、秦皮等。胃肠湿热证中若是热性呕恶可用左金丸,热性泄泻可用香连丸,黄连、黄柏、黄芩除都有抑菌作用外,黄连能缓解胃肠紧张性收缩,黄柏则能增强家兔离体肠管的收缩,使收缩幅度增高和促进胰液分泌。

黄芩对大肠管有明显抑制作用和抗乙酰胆碱作用,亦抗毛果芸香碱引起的肠运动增强,切断迷走神经,不影响其作用,说明对平滑肌本身可能也有直接松弛作用,有明显的解痉作用。

燥湿温化法,具有燥湿温化的功能,主治寒湿蕴结型,由于湿从寒化,寒湿互结,而形成此证。其代表方剂有胃苓汤、金不换正气散等。在健脾温中的基础上,加苍术、藿香、蔻仁、砂仁等药,既能温化寒湿,又能健脾和胃,促进脾升胃降,痛泻自止。

④活血祛瘀法:活血祛瘀法具有疏通血液瘀滞,增强血循环的作用,主治各种病因引起的瘀血症,临床上单纯瘀血症比较少见,多和其他证型并存,故活血祛瘀法也可分为益气祛瘀、行气祛瘀、利湿祛瘀、清热祛瘀等法,代表方剂有血府逐瘀汤、化瘀汤、桃核承气汤、调胃承气汤等。

方药中桃仁、红花、三棱、莪术、延胡索、郁金等能比较规律性的引起肠管兴奋,加强收缩,提高张力。桃仁、红花合用的作用比单用为好,三棱、莪术合用既能提高肠管张力,又能保持一定的收缩幅度,具有两者的优点。另一方面,理气药与活血药同用,如枳实与三棱、桃仁结合,既有活血药的提高张力的作用,又保持有效收缩的作用,川芎、丹参、赤芍和五灵脂等能对抗乙酰胆碱作用,解除肠肌痉挛性疼痛,乳香、没药、延胡索有较强的镇痛作用。

总的来看,活血药大多具有提高肠管张力的作用,而理气药大多具有双向调节作用,因此对于胃肠运动机能亢进的气滞作痛,多用理气药为宜。对于胃肠运动功能降低的瘀血作痛,宜用行气化瘀药为宜。

以上就胃肠运动功能障碍性疾病的中医病机、辨证和治疗做了一个概要的阐述,由于这类疾病概括的病种较多,发病机制复杂,个体差异较大,治疗灵活多变,很难全面一一细述,宜掌握要领,抓住关键,结合临床,灵活运用。