

辛开苦降法综合治疗功能性消化不良经验

李依洁¹ 魏玮² 杨俭勤²

【摘要】 功能性消化不良为临床常见的功能性胃肠病 ,以上腹痛胀满、上腹烧灼感、早饱感、嗳气为主要表现。该病病程较长、症状明显、诊断困难、治疗成本和复发率高 ,同时与精神障碍存在比较高的共病率 ,对患者生活质量影响巨大。该病辨证主要分为寒热错杂证、肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾胃湿热证和饮食积滞证五型。魏玮教授临证三十余载 ,运用经方辨证施治内科诸症 ,积累了治疗功能性消化不良的丰富经验 ,认为该病以寒热错杂证为各型之最 ,重视运用辛开苦降的半夏泻心汤或痞满泻心汤调寒热。临床治疗以“治未病”的理念 ,开拓思路 ,细化病机 ,注重加减用药 ,改善病人体质 ,提高本病治愈率 ,减少复发率。

【关键词】 功能性消化不良; 辛开苦降; 学术经验; 治未病

【中图分类号】R259; R57 **【文献标识码】**A

Experience in the Treatment of Functional Dyspepsia with Xinkai Kujiang Method

LI Yi - jie¹ ,WEI Wei² ,YANG Jian - qin²

(1. Beijing University of Traditional Chinese Medicine ,Beijing 100029; 2. Wangjing Hospital ,China Academy of Chinese Medical Sciences ,Beijing 100102)

【Abstract】 Functional dyspepsia is the common functional gastrointestinal disease in clinic ,manifested as upper gastric pain and distention ,burning sensation in the upper gastric region ,gastric fullness in the morning and belching. This disease has a long duration of sickness ,apparent symptoms ,difficulty in diagnosis and high treatment cost and recurrence rate ,and has a high comorbidity of mental disorder as well. All of these induce tremendous influence on the life quality of patient. This disease is mainly differentiated as five patterns ,named mixture cold and heat ,liver qi stagnation ,liver stagnation and spleen deficiency ,damp heat in spleen and stomach and food accumulation. Prof. Wei Wei has been engaged in clinical practice for over 30 years in the treatment of various internal diseases with classical formulas on the basis of syndrome differentiation and has accumulated rich experiences in the treatment of functional dyspepsia. Prof. Wei believes that functional dyspepsia is chiefly differentiated as mixture of cold and heat ,and treated with banxia xiexin tang or xiaopi tongjiang tang to regulate cold and heat. Based on the idea of “preventive treatment of disease” ,the therapeutic thinking is innovated ,the pathogenesis is refined and the modified medication is greatly considered so as to improve patient’s body constitution and the curative rate of the disease and reduce recurrence rate.

【Key words】 Functional Dyspepsia; Xinkai Kujiang; Academic Experience; Preventive Treatment of Disease

功能性消化不良(functional dyspepsia ,FD) ,为临床尤为常见的功能性胃肠病 ,在消化病专科门诊病中可占 19. 8% [1] ,以上腹痛胀满、上腹烧灼感、早饱感、嗳气为主要表现和主要诊断分类 ,可伴纳差、反酸烧心、恶心呕吐等非特异性症状 ,经严格检查排除可能引起症状的器质性病变方可诊断。本病虽不影响患者生命 ,但病程较长、症状明显、诊断困难、治疗成本和复发率高 ,多数病人既可因饮食、情致等诱发 ,又同时与精神障碍存在高达 42% ~

61% [2] 的共病率 ,对患者生活质量影响巨大。西医治疗主要措施为对症处理 ,应用促胃肠动力、调节菌群、抑酸等药物 ,但病情反复迁延 ,长期用药副作用多 ,缺乏疗效满意、针对性高的治疗方案。中医治疗有整体观明确、个体化突出 ,疗效改善确定 ,并发病相对少的特色。

魏玮教授临证三十余载 ,运用经方辨证施治内科诸症 ,积累了治疗 FD 的丰富经验。笔者有幸师从魏师 ,现就其论治 FD 的特色经验进行介绍。

1 病因病机

中医根据临床表现 ,一般认为本病属于“胃脘痛”“痞满”“心下痞”等范畴 ,其发病多诉诸于外感

DOI: 10. 13935/j. cnki. sjzx. 150837

作者单位: 1. 北京中医药大学 ,北京 100029; 2. 中国中医科学院望京医院 ,北京 100102

通讯作者: 魏玮 ,Email: sxxy@sina. com

诸邪、饮食不节、劳逸过度、情志不畅、素体脾虚等。

然胃为阳土,主受纳,气以和降为顺,《脾胃论》言“浊气在阳,乱于胸中,则生满闭塞”。魏师认为:生活压力大,患者不知缓解、不懂调节,情志难舒,长期气郁,则肝气郁结横逆乘脾;饮食不规律、衣着不注意,寒温不适,中伤脾胃,脾阳难升,胃气难降,气机停滞,水饮气血难运则病理产物丛生,郁结中焦。故本病病机重点在寒热不调、升降失司。

《临证指南医案》讲“太阳湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴自安。以脾喜刚燥,胃喜柔润也。”脾胃虽同属中焦,互为表里阴阳,却需截然相反的治则。国医大师路志正教授也认为,脾与胃的关系是多层次、多方面的,但在阴阳、表里、纳化、升降、湿燥等方面都需差别对待^[3]。魏玮教授师承路老,认同病理状态下胃生燥、脾生湿,胃气难降、脾气难升,并以此指导FD用药,以分治脾胃,同调寒热升降为主要指导原则。

在此基础上,魏师认为应多方面重视情志因素的影响。情志致病,主要责之心肝二脏。情志不遂,涉及心神失养、肝气郁结,气血运行阻滞,《血症论》言“设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泄中满之症,在所不免。”予药物或疏肝理气,或柔肝养血均是从外向内而治;魏师强调加强患者心身素质的培养,将“心平气和”拓展为常规医嘱,改变患者既往“治病是医生单方面责任”的想法,呼吁患者自身治疗疾病的意识,将医疗模式改为医患双方互通,甚至更强调患者的力量。既加强了医患沟通,有效增强患者信任度,又提高了依从性,充分调动患者治疗的积极性,明显提高了疗效。

2 论治经验

2001年中华中医药学会内科脾胃病专业委员会第13次会议通过的“FD中医诊治规范草案”,认为该病辨证主要分为寒热错杂证、肝郁气滞证、肝郁脾虚证、脾胃湿热证和饮食积滞证五型。

魏师总结临床所见,认同本病可见以上五种证型,然尤以寒热错杂证为各型之最^[4],占FD的68.6%。患者以腹中寒凉、气滞腹胀,然舌红苔黄腻,脉弦滑或数为辨证要点,伴有心慌胸闷、心烦不解、乏力气短,或便溏滑利,或便秘黏腻,或口干口苦,或呃逆暖气。查体常无明显腹部压痛,却腹胀鼓鼓,甚者胃部下垂。总之,以气机顺逆失司为疾病本质,引起阳闭于外、阴结于内的症状寒热矛盾。临床重视运用辛开苦降的半夏泻心汤或消痞通降汤平调寒热。选用药物频率较多者为半夏、黄芩、枳实、厚朴、白芍、醋延胡、郁金、炙甘草等^[5]。

除寒热错杂证外,其他证型常相兼出现。兼以肝郁气滞明显者,治宜疏肝理气解郁为主,方以柴平汤肝胃同治为宜,多可选柴胡、姜半夏、厚朴、苍术等,加川楝子、元胡、木香、枳壳、郁金等增强理气解郁之功^[6]。然需考虑有些患者气郁化火,灼伤肝阴多伴阴血不足之症,多见于年老体衰、女性病久、重劳力者,症如目赤眼干、多饮耳鸣,应慎用柴胡,其余理气药药量也不宜过大,以防破气,再劫肝阴。酌情予滋阴养血、涵溉阴津之品,魏师喜用黄精入肾滋养,以水生木,徐徐调之。

生姜与干姜同为中焦治疗常用药,然二者有异:生姜主入胃经,故胃气不和者,当以生姜辛温发散;干姜为脾经用药,腹寒肠鸣者当以干姜温脾散寒;魏师临证用药,以治脏为首要,故常用干姜,亦有二者同施之时。针对邪气阻滞、胃气不和兼证的患者,魏师多嘱病人自加鲜姜6片(一元银币大小厚薄),大枣去核3枚,同入煎剂,以助升胃气,平调营卫。

“见肝之病,知肝传脾”。肝郁气滞证常与肝郁脾虚、脾虚湿盛并见,然而后二者脾病更甚,但应肝脾同调,气顺则水饮得运,脾阳升则寒痰得温。

饮食积滞证临床出现较少,约占本病患者9.2%^[7],常伴随出现于他证之中。多见小儿脏腑机能未全、年老运化不济或壮年饮食不节。魏师常大剂量用炒苍白术各30g,加强健脾利水化湿之功以增强正气,性温以助运化痰,甚者加炒谷麦芽各24~30g以健脾消食、敛肝条气逐积化滞。还需针对不同人群用药:小儿需酌情减量,强调日常饮食,宜新鲜易消,不得偏颇;年老者强调中气强弱,气弱者当以运脾之时兼气血双补;壮年者嘱其规律生活作息,饮食定量,禁辛辣饮食及自助餐。

3 治疗特点

3.1 以辛开苦降法指导用药

《伤寒论》将本病的病机属于脾胃不和、寒热不调的一类证,以寒热并用、辛开苦降为原则处方用药^[8]。辛味芳香走窜,开窍升阳,常用药物半夏和胃降逆、燥湿化痰。然魏师用半夏,以“寒热虚实”为纲,例予半夏泻心汤,却同方而异药:胃寒者用姜半夏温胃散寒止呕,以复脾阳;胃火重用清半夏清热消痞;食积者予半夏曲,加强健脾消食之功。苦味泻火降气收敛,但黄芩善清上焦火热,黄连重导中下焦湿热,予邪出路有异,使用时当辨患者病位偏向:位在上腹胸膈者,偏予黄芩;位在下腹大肠者,加予黄连。“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”,半夏泻心汤为临证常用,辛苦并用,兼芍药、甘草等味,阴阳共奏,寒热同调,健脾暖胃,升清降浊,平复气机。

同时,魏师针对肝郁不甚者,不宜予柴胡类,考虑到本病病机特点,酌情加用芳香醒神的玫瑰花、绿萼梅等,以花类质轻而性散疏肝解郁,“肝喜条达而恶抑郁”轻拨气结。

3.2 化痰宽中法用药特色

脾胃升降失常,运化失常,则水湿停滞,聚而成饮,炼而成痰。《素问·至真要大论》说“诸湿肿满,皆属于脾。”脾病易生水湿、痰饮等病理产物,故胃气上逆,脾气难升。魏师喜以厚朴七物汤加减,以大黄、厚朴、枳实涤荡经络、通腑泻浊;疼痛甚者,重用芍药、甘草既柔肝止痛缓筋,又益营养阴扶正,且甘草炙用以助温化寒痰;痰重者,喉间喘鸣,胸满,肢节疼痛,脑鸣不休,苔黄厚腻,重用菖蒲、远志同时,仍强调健脾理气,否则痰得化而不得运,久而复聚。

3.3 安神益智助安康

“胃不和则卧不安”,中焦气机不畅者,常伴失眠;脾虚气血生化无源,血不养神,故见多梦,甚则焦虑不安、抑郁悲痛、哭号狂躁。魏师见此,建议用养血安神加解郁益智之品,如夜交藤、合欢花、炒枣仁、远志类,避免用重镇安神金石类,阻遏升提清阳^[9]。此外,兼见此类症者,尤应判断腑气通否,腑气不通则清阳不升浊气难降,故而清窍蒙蔽,当以通腑为要;而用药不宜苦寒通降,建议以火麻仁、郁李仁润肠通便,并强调药物捣用,使其中油脂充分渗透,达到通利之效。

3.4 医患结合的特色教育

教育患者改变不良生活方式,并进行心理疏导,嘱咐病人避免烟酒茶的过度摄入,避免劳累紧张,适当锻炼。医生尤应与家属建立良好沟通,将治疗延续到家庭中,鼓励家属对患者治疗信心的建

立;同时,根据患者消化道症状或心理症状明显程度的不同,建议其填写相关表格,对比自身症状,激励自身思考,比较治疗前后效果。

4 结 语

魏师认为,医生诊断 FD 需慎重,在详细询问患者病史,配合现代辅助医疗器械检查,明确排除器质性病变后方可诊断,不宜仓促判断或想当然。临证应明确中医辨证分型,注重调理脾胃气机,恢复升降,以平寒热。以“治未病”的理念,开拓思路,细化病机,注重加减用药,改善病人体质,提高本病治愈率,减少复发率。

参 考 文 献

- [1]平丽,李瑜元,聂玉强,等.体检人群中功能性胃肠病的患病情况调查[J].中华消化杂志,2002(3):58-59.
- [2]李勇,贺丹军,魏睦新.功能性消化不良与精神心理因素的相关性及中药的干预作用[J].世界华人消化杂志,2012(32):3081-3086.
- [3]刘喜明,路洁,苏凤哲,等.路志正教授调理脾胃法治疗疑难病证的学术思想研究之二[J].世界中西医结合杂志,2009(4):233-237.
- [4]魏玮,郝建军,杜武成.胃康宁胶囊治疗功能性消化不良临床观察[J].山西职工医学院学报,2004(1):36-39.
- [5]来要良,魏玮,刘永,等.消痞通降汤治疗功能性消化不良的临床观察[J].辽宁中医杂志,2012(5):851-852.
- [6]魏玮,史海霞,樊丽娜.功能性消化不良罗马Ⅲ诊断标准与中医辨证分型的关系[J].环球中医药,2009(4):253-258.
- [7]杨蓓,叶枫.功能性消化不良的中医证候研究[J].北京中医药,2008(1):12-14.
- [8]李怀生.《伤寒论》寒热并用、辛开苦降法初探[J].光明中医,1998(4):4-5.
- [9]苏晓兰,魏玮,林琳.魏玮教授论治腹泻型肠易激综合征经验[J].吉林中医药,2012(2):142-143,146.

(收稿日期:2015-05-11)

(上接第 1151 页)

5 小 结

恶性肿瘤患者自杀倾向性高,是自杀的高危人群,身为肿瘤医院的一线工作者致力于不断提高医疗技术和护理技能,从根本上缓解患者的痛苦是我们全体医护人员永远追求的目标,当然,其中患者的心理健康需要我们关于更多的支持、理解和帮助,也希望通过这一事件,健全相关的法律、法规,让我们社会的每一个人能够有责任的、自尊、自爱的为和谐社会努力奋斗。

参 考 文 献

- [1]Uncapher H ,Cahhagher - Thompson D ,Osgood NJ ,et al. Hopeless -

ness and suicidal ideation in older adults[J]. Gerontologist ,1998 ,38 (1):62-70.

- [2]Harwood D ,jacody R. Suicidal behavior among the elderly[M]. Chichester: John wiley and sons 2000:275-291.

- [3]龚幼龙,严非.社会医学[M].上海:复旦大学出版社,2005:225.

- [4]洪明晃.从姑息治疗想到临床决策[J].中华护理杂志,2000,35(2):157.

- [5]郭丽芬.疼痛分级第五生命体征的评估[J].国外医学·护理学分册,2001,20(3):132.

- [6]曹秀华,陈军,牛卫东.自杀患者的心态分析[J].临床荟萃,2002,17(24):1440-1441.

- [7]陈月新,叶敏捷,季显琼,等.护士用风险评估量表在住院精神分裂症患者中应用的信效度研究[J].中国民康医学,2011,23(2):271-273.

(收稿日期:2015-04-27)