

辛开苦降法治疗脾胃病验案 3 则

顾珈裔¹ 赵鹏程² 魏 玮³

(1.常熟市第二人民医院,江苏常熟 215500; 2.北京中医药大学,北京 100029;

3.中国中医科学院望京医院,北京 100102)

关键词 辛开苦降 功能性消化不良 反流性食管炎 溃疡性结肠炎 中医药疗法 验案

中图分类号 R256.309.3

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)08-0049-03

辛开苦降法是将药性辛温和苦寒的药物配伍使用,以调和脏腑阴阳,恢复气机升降的治法,属八法中的“和法”。笔者临床上采用本法治疗多种脾胃病疗效显著。兹选验案3则简介如下,以飨同道。

1 功能性消化不良

张某,男,68岁。2016年10月12日初诊。

患者1年前无明显诱因出现上腹部胀满,得寒加重,得热缓解。近3月来上腹胀满频发,早饱明显,暖气反酸,时伴恶心呕吐,食欲不振,口干口苦不欲饮,大便稀溏,日1~2行。舌质淡红体胖大、边有齿痕,苔薄黄,脉沉弦。胃镜及腹部彩超检查未见异常。中医诊断:痞证(脾寒胃热证)。治以温脾散寒、清胃泻热,予半夏泻心汤加减。处方:

清半夏10g,黄芩10g,黄连8g,干姜10g,枳实30g(后下),厚朴30g(后下),苍白术(各)30g,鸡内金18g,郁金18g。6剂,每日1剂,水煎,早晚服。并嘱自加鲜生姜6片(1元硬币大小厚薄)、大枣3枚(去核)同煎。

10月19日二诊:腹胀、早饱及暖气稍有缓解,口干口苦减轻。效不更方,继续守方半月。

11月2日三诊:腹胀早饱等症状改善明显,唯脘腹畏寒喜暖,舌淡红边有齿痕,苔薄白,脉沉弦。予原方加九香虫15g、乌药30g,并嘱患者每日食用醋泡生姜3片。服药6剂后诸症消失停药,平素以醋泡姜片食疗调养,随访半年未复发。

按语:功能性消化不良是指胃和十二指肠功能紊乱引起的症状,如上腹痛、上腹灼热感、餐后饱胀和早饱,经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临床综合征,属中医“痞满”“胃脘痛”“积滞”范畴。西医主要根据患者症状给予抑酸(如雷尼替丁、奥美拉唑等)、促动力(如多潘立酮、莫沙必利等)、保护胃黏膜(如硫糖铝、铋剂等)甚至抗抑郁等治疗,效果不甚理想。中医本着辨证论治的核心思想,对患者进行个体化治疗,常能获得良好疗效。“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之。”此例患者“上呕中痞下利”悉具,为典型的胃热脾寒、虚实错杂之痞证,处方以半夏泻心汤为主方温脾散寒、清胃泻热。患者苦腹胀,重用枳实、厚朴以速取理气消积、降逆化痞之效,并佐以苍白术、鸡内金燥湿健脾助运。中医素有天人合一观点,三诊时已临近立冬节

穴,穴位注射该穴又可发挥其扶正培元的作用,标本兼顾。

顽固性呃逆的致病因素很多,有病在胃火亢盛者,有病在肝气郁滞者,亦有因寒邪客胃或自身脾胃虚寒而发为呃逆的,更有病在胃阴不足者,而鲜有因瘀血而病者。其治疗也都从胃来辨治。本案立足辨证,摒弃了从胃论治顽固性呃逆的常规思路,通过“补气活血”针灸方案施治,取得了不错的疗效。张

仲景云:“观其脉证,知犯何逆,随证治之。”这也为今后临床中治疗顽固性呃逆提供了一种切实可行的思路。

第一作者:胡晓倩(1991—),女,硕士研究生,针灸学专业。873001539@qq.com

修回日期:2018-03-31

编辑:吕慰秋

气,患者主诉畏寒明显,故以九香虫、乌药温中散寒、行气止痛,辅以国医大师路志正先生推崇的醋泡生姜食疗之法和胃散寒,使患者临床症状缓解,脾胃纳运复常,脏腑阴阳秘。

2 反流性食管炎

金某,女,59岁。2015年6月8日初诊。

患者半年前家中遭遇变故后出现反酸烧心,胃痛喜按,餐后及夜间尤甚,曾自服“气滞胃痛颗粒、斯达舒”等药物治疗,半年来症状时有反复,兼见情绪急躁,手足不温,大便偏溏。舌质红、苔白稍腻,脉弦。胃镜检查提示:反流性食管炎(LA-A级),慢性胃炎伴糜烂。中医诊断:吐酸(肝热脾寒证)。治以苦辛开泄、缓急止痛,予半夏泻心汤合芍药甘草汤加减。处方:

清半夏10g,黄芩10g,黄连8g,干姜10g,炒白芍45g,炙甘草45g,白及30g,郁金18g,太子参30g。6剂,每日1剂,水煎,早晚服。并嘱患者节饮食,畅情志。

6月15日二诊:胃痛好转,反酸烧心仍作,伴夜眠欠安,予上方加旋覆花15g(包)、代赭石15g(先)、夜交藤30g、炒枣仁30g(捣)。服药12剂后,反酸烧心缓解,夜眠亦安,守法不变,继服半月后好转停药。

按语:反流性食管炎是指胃十二指肠内容物反流入食管引起烧心等症状并导致食管黏膜损伤,甚至咽喉、气管等食管临近组织损害的一种疾病。根据胃镜下的黏膜破损情况由轻到重,按洛杉矶分级法(Los Angeles, LA分级法),可将反流性食管炎分为A、B、C、D四级^[1]。在中医古代文献中没有反流性食管炎的对应该病名,但在“吐酸”“嘈杂”“噎膈”等范畴中均可见其相关描述。本例患者手足不温、大便偏溏为素体脾胃虚寒之象,情志不遂肝郁化热横逆犯胃,胃气上逆则生反酸、烧心、胃痛等症,证属肝热脾寒。处方以半夏泻心汤合芍药甘草汤为基础方辛开苦降、缓急止痛,辅以郁金苦辛行气解郁,太子参清补脾气,白及敛创生肌。本方中芍药、甘草剂量看似超常,实则遵循着经方原药量。根据当代学者对《汉书·律历志》的考证,东汉时代的1两等于15.625g,而非《本草纲目》提出的“古之一两,今用一钱可也”,即1两约等于3g。《伤寒论》原文中半夏泻心汤用半夏半升、黄芩3两、干姜3两、黄连1两,单次煎煮,“日三服”,可折算出1个治疗量的半夏泻心汤为原方的1/3量,即半夏15g、黄芩15g、干姜15g、黄连5g,与现代常用剂量相符。同理,芍药甘草汤原方为芍药、甘草各4两,单次煎煮,“分温再服”,可折算出1个治疗量的芍药甘草汤中芍药、甘草

各30g,倍于现代常用剂量。临床中大剂量的炒白芍与炙甘草配伍,酸以泻之,甘以缓之,平肝抑木,缓急止痛,疗效显著。复诊时患者胃痛减轻,反酸烧心仍作,故原方中加入《伤寒论》中经典药对旋覆花、代赭石加强平肝降逆止呕之力,佐以夜交藤、炒枣仁益肝安神助眠,全方寒热并用,升降同调,使气机得以恢复,则诸症得除。此外,肝郁患者平素可予适量玫瑰花、绿萼梅代茶饮,解郁醒神,条达肝气而不伤阴。正所谓“药以治病,医以疗心”,药物治疗的同时,医者亦需要教育患者改变生活习惯,避免烟酒浓茶、饱餐、睡前进食等增加胃食管反流的行为,必要时对患者的不良情绪进行疏导,助患者调畅情志,方能获得良效。

3 溃疡性结肠炎

张某,女,57岁。2015年6月25日初诊。

患者有溃疡性结肠炎病史2年,经西药治疗已由活动期转为缓解期,目前口服美沙拉嗪肠溶片0.5g,每日3次维持治疗,大便正常,减量则便黏液。近1年来患者脐周冷痛,伴肛门下坠感,大便每日1~2行,无黏液脓血,兼见身体困重,倦怠乏力,口干口苦不欲饮,双目干涩。舌尖红、苔薄黄,双寸脉沉。就诊2周前行结肠镜示:乙状结肠及直肠黏膜粗糙充血伴糜烂,可见散在颗粒样隆起;病理示:肠黏膜组织急慢性炎。中医诊断:久痢(中焦虚寒、下焦湿热证)。治以温中散寒、清肠燥湿,予半夏泻心汤加减。处方:

清半夏10g,黄芩10g,黄连8g,干姜10g,半枝莲30g,白花蛇舌草30g,枳实30g(后下),厚朴30g(后下),炒白芍45g,炙甘草45g,石斛30g,生地30g。6剂,每日1剂,水煎,早晚服。

7月2日二诊:腹痛缓解,仍感倦怠乏力、肛门下坠、口眼干燥,原方加炙黄芪30g、升麻30g、北沙参30g。12剂。

此后患者以原方出入调理半年余,在服药期间配合中药汤剂保留灌肠。灌肠处方:生大黄10g,当归15g,炙黄芪30g,升麻30g。用法:每剂浓煎100mL,每日1剂,睡前保留灌肠,4周为1个疗程。中药治疗期间,患者逐步将美沙拉嗪肠溶片减量至0.5g,每日1次,大便成形,无黏液脓血。2016年3月8日复查肠镜示:全结肠及直肠未见明显异常。病理示:肠黏膜组织慢性炎。

按语:溃疡性结肠炎是肠道的非特异性炎症性疾病,其发病机制尚未完全明确,目前多采用氨基水杨酸制剂治疗。国外研究显示,即使服用柳氮磺吡

啖或美沙拉嗪,溃疡性结肠炎的1年复发率仍高达50%,因此维持缓解和预防复发是本病的治疗难点。本病属中医学“久痢”“休息痢”“肠癖”范畴,以湿热蕴肠、气滞络瘀为基本病机,脾虚失健为主要发病基础^[2]。本例患者亦存在湿热蕴肠的病机,故见口干口苦、舌红苔黄、肠镜下见黏膜充血糜烂;久痢迁延,损伤脾阳,脾虚湿胜则见脐周冷痛、身困乏力、肛门下坠感。因此中医辨证仍为寒热错杂证。寒热错杂之久痢常以乌梅丸治之,而患者前来就诊时大便正常,故未予乌梅涩肠止泻,仍选用半夏泻心汤为主方平调寒热,方中重用半枝莲、白花蛇舌草清热解毒,佐以枳实、厚朴调气除后重,芍药、甘草缓急止痛,益以生地、石斛养阴清热。二诊时患者腹痛已明显好转,仍见乏力、后重及口干眼干燥,予原方加入炙黄芪补中益气,大剂量升麻引清阳直达上焦,北沙参清胃生津。中药灌肠能使药物直接作用于病变肠道,对溃疡性结肠炎有确切疗效。患者肠镜下黏膜充血糜烂为湿热瘀滞之象,故灌肠方中选用生大黄既可清热导滞又能活血祛瘀,当归活血止痛,炙黄芪、升麻与内服汤药呼应,加强益气升阳之力。本例采用中西药配合,内外治合用的方法治疗溃疡性结肠炎,患者临床症状有效缓解,美沙拉嗪肠溶片逐步减量,肠道黏膜的内镜及病理改变亦恢复正常,可见中医药治疗溃疡性结肠炎的远期疗效具有一定优势。

4 结语

脾胃位居中焦,为后天之本,气机升降之枢,脾胃病是内科常见疾病。脾病不能升清,则气血生化乏源,四肢百骸失养,脾本身亦失充,故脾病多虚,易从寒化;胃病无以通降,则胃气壅塞上逆,故胃病多实,易从热化。因此脾胃病的病机不离升降失调、虚实夹杂、寒热并见。辛开苦降法是将辛味药如半夏、干姜、枳实、厚朴等,苦味药如黄芩、黄连等配伍使用,一方面寒热并行,直接纠正脾胃寒热失调,一方面苦辛配伍,辛以宣通升散,苦以通泄降浊,恢复脾胃升降。

辛开苦降法的理论雏形源于《黄帝内经》,《素问·至真要大论》云:“阳明之复,治以辛温,佐以苦甘,以苦泄之,以苦下之。”张仲景在《内经》理论指导下创立了半夏泻心汤治疗柴胡证误下后之痞证(《伤寒论》)及寒热错杂之呕吐痞证(《金匮要略》),首次将辛开苦降法应用于临床。成无己阐释痞证的病机为“胃气空虚,客气上逆”,用药主张“泻心者必以苦为主”。李东垣由半夏泻心汤易半夏为半夏曲,去黄芩、大枣,加白术、茯苓、枳实、厚朴、麦芽曲,化裁出枳实消痞丸治疗脾虚气滞寒热互结之痞证(《兰

室秘藏》)。朱丹溪拟左金丸(黄连、吴茱萸)治疗肝火犯胃胁痛吞酸(《丹溪心法》)。李时珍评价苦辛药物配伍“阴阳相济,最得制方之妙”。叶天士指出辛苦合用则“苦寒能清热除湿”、“辛通能开气泄浊”,将辛开苦降法的应用范围扩大到湿热中阻之温病。吴鞠通认为“非苦不能渗湿,非辛不能通利邪气”,“苦与辛合能降能通”,故以半夏泻心汤加减治疗阳明温温呕甚而痞者(《温病条辨》),先贤已从理论与临床实践阐释了辛开苦降法的内涵。

临证过程中我们发现求诊于中医的脾胃病患者,年老久病之人居多,证型复杂多变,常以脾气、脾阳虚弱为本,湿、热、痰、瘀等邪实为标,寒热错杂证居多,其寒主要体现在胃肠道功能的低下,其热常体现在局部的炎性表现,“但见一证便是,不必悉具”,当以辛开苦降法治之。而辛开苦降法的治疗范围并不仅仅局限于此,脾胃升降失调者均可在此法基础上化裁。脾胃久病,土壅木郁,肝失疏泄,又横逆犯脾,脾胃不和益甚,一般用药剂量常难奏效,此时则需“重剂起沉疴”,使用大剂量芍药、甘草、醋元胡等药缓急止痛,枳实、厚朴等药消胀除满,可迅速缓解痛、胀等症状,为患者建立起治疗信心。然而药物入胃,全赖脾胃运化,用药量大,疗程过长,必然耗伤脾胃,故治疗中需时时注意“存胃气”。临证用药当遵《素问·五常政大论》“大毒去病,十去其六;常毒治病,十去其七;小毒治病,十去其八;无毒治病,十去其九”之说,在临床治疗时均嘱患者每周服药6天,停药1天,用药6到8周,停药4周,在停药期间以“谷肉果菜,食养尽之”,正所谓久病缓治,使脾胃之气得以逐渐恢复。

综上所述,只要辨证准确,切中病机,并讲究用药剂量和疗程,采用辛开苦降法治疗脾胃病就能取得理想疗效。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:372.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会.溃疡性结肠炎中医诊疗共识(2009)[J].中国中西医结合杂志,2009,30(5):537.

第一作者:顾珈裔(1987—),女,医学硕士,主治中医师,从事消化内科疾病及消化系统肿瘤的中西医结合诊治工作。

通讯作者:魏玮,医学博士,主任中医师,教授。sxxy@sina.com

收稿日期:2018-03-11

编辑:吕慰秋