

单兆伟教授论治脾胃病集萃

● 唐昭荣¹ 单兆伟²▲

摘要 著名中医脾胃病专家单兆伟教授在长期的临床实践中,总结出了一系列治疗脾胃病的有效方法。为传承其经验,现将其临床常用治疗大法及处方用药进行归纳总结。

关键词 脾胃病 治疗大法 辨证论治

单兆伟教授为南京中医药大学博士生导师、江苏省名中医、全国老中医药专家学术经验继承指导老师,曾师从于全国著名脾胃病专家孟河医派传人张泽生教授 20 余年,尽得薪传,1991 年至 1994 年又拜国医大师徐景藩教授为师苦学三载,兼收并蓄。

单教授从事中医临床、教学和科研近 50 年,其间尤对脾胃病有较深的研究,师古而不泥古,不断创新,临床注重辨证与辨病相结合,中医理论和现代医学理论相结合,总结出一系列实用有效的脾胃病中医药治疗大法。本人有幸师从单教授,现就其最常用的治疗脾胃病六法列举如下,以飨同道。

1 辛开苦降止呕吐

呕吐皆是胃失和降,气逆于上,迫使胃中之物从口吐出。治疗呕吐当以和胃降逆为总的原则。但临证中一味纯用重镇降逆之品,疗效并不明显,甚则更伤胃

气,使病情缠绵难愈。单教授认为呕吐一证虽属胃气上逆,但要使胃气恢复和降,不能过用重镇降逆之品,需调和中焦升降之气,寓降于升,治当辛开苦降,调其升降。人体气机的升降,涉及脾胃、肝胆、肺,因为肝随脾升,胆随胃降,胃气降则和,肺主一身之气。单教授临证最喜用加味连苏饮。连苏饮最早是由温病学家薛生白所创立,是治疗呕吐的验方,薛生白用此方治疗湿热证、肺胃不和证。《湿热病篇》:“湿热证,呕恶不止,昼夜不差,欲死者,肺胃不和,胃热移肺,肺不受邪也,宜用川连三四分,苏叶二三分,两味煎汤,呷下即止。”近代金陵医派名医张简斋,在此基础上加入吴茱萸、白蔻仁成为“加味连苏饮”,使之由治疗温病湿热证扩展,广泛用于治疗内科杂症,尤其适用于消化系统疾病,如若运用得当,效果十分明显。本方取苏叶辛温,气芳香,宣肺疏肝,和胃宽中,芳香化湿;黄连苦寒泄降胃热,以降

上冲之胃火,为治疗呕吐之要药;吴茱萸辛热疏肝,温胃降气;白蔻仁辛温,芳香化湿,和中止呕。四药相伍,共奏苦辛通降之效。单教授认为治疗呕吐用药不宜过多,剂量不宜过大,否则患者难以下咽,甚者药病格拒。本方药味少,用量宜轻(黄连 1~2g,苏叶 5g,吴茱萸 1~2g,蔻仁 2g),临床运用时当根据寒热偏重而适当调整剂量。服用方法也有讲究,最好是放入茶杯内沸水浸泡,代茶饮,不定时频频饮用,谈笑间呕吐之疾欣然而愈。

2 益气活血疗胃痞

中医学会脾胃组将慢性萎缩性胃炎(CAG)定名为“胃痞”。单教授通过多年的研究提出,本病的主要病机以脾胃气虚为本,湿热瘀阻为标,幽门螺杆菌感染为致病因素。据此提出以益气健脾、活血化湿为旨治疗此疾。“久病必虚”,CAG 病程迁延,久则脾胃损伤;脾虚失运,湿邪难化,郁而成热;气虚推动无力,气血运行不畅,则血行瘀滞。故脾胃气虚、血瘀湿热乃是 CAG 的主要病理

▲通讯作者 单兆伟,男,主任医师,教授,博士研究生导师,主要研究方向:脾胃病的中医诊疗。

●作者单位 1. 南京中医药大学(210029);2. 江苏省中医院(210029)

表现。而辨血瘀不应拘于疼痛固定、刺痛及舌质有瘀斑等,临床上还当重视舌下络脉的望诊。《灵枢·经脉》曰:“足太阴之脉,连舌本散舌下。”CAG患者普遍存在着舌下静脉瘀紫增粗或曲张,这就是脾胃血瘀的重要标志。结合胃镜检查多发现胃粘膜色泽苍白、粗糙不平、颗粒样增生、透见血管影等征象。单教授认为,这些都提示气虚血瘀的存在。用药常选用黄芪、太子参、白术三药相配伍,扶正固本,达到气充血行,血行则瘀去,意在“助之使通”,亦合“脾胃不足,皆属血病”之意。气虚日久,必致血亏,加当归、白芍养血活络。叶天士提出“初病在经,久病入络”,久病入血络,血行瘀滞,可选丹参或莪术。丹参破宿瘀而利生新血,“一味丹参,功同四物汤”;莪术消瘀止痛,尚能开胃消食,与益气健脾之参、术相伍,可谓消补兼施,另据现代研究证实莪术具有抗炎、抗肿瘤的作用。仙鹤草、薏苡仁清化湿热,健脾养胃。仙鹤草不仅能清化湿热,尚能健脾补虚,行瘀止痛,《百草镜》谓其能“活血,理百病,散痞满”。单教授用薏苡仁、仙鹤草助芪术健脾,还能化湿,可谓一举两得。CAG伴肠化或异型增生是癌前病变,需在其癌变之前及时干预,“未病先防,既病防变”。单教授喜用白花蛇舌草、半枝莲等,配合薏苡仁、仙鹤草健中化湿,以祛阴毒,则可达防癌抗癌之效。单教授以益气活血化湿为治疗大法,组方治疗CAG,取得了很好的疗效。如临床常用方剂二参三草汤(太子参、白术、薏苡仁、黄芪、丹参、仙鹤草、白花蛇舌草、甘草等),以及单教授多年治疗慢性萎缩性胃炎及癌前期病变的经验方

所研制的仁术健胃颗粒。

3 疏和降逆抗反流

胃食管反流性疾病(GERD)是指因胃内容物异常反流至食管而引起食管的损伤,最常见的症状是烧心和反酸。胆汁反流性胃炎(BRG)是指由于胆汁返流入胃损伤胃黏膜所引起的胃炎,常见上腹痛,烧心,恶心,呕吐,口干口苦,甚至呕吐胆汁。这两类疾病都属于消化液的反流所引起的病变。中医虽无此类疾病的专有病名,但早有对此类疾病的精彩论述。《内经》云:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃液泄则呕苦”,提示此属上逆之病;《伤寒论》曰:“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”、“胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕……小柴胡汤主之”,提出了病位、表现与治疗方剂;黄元御《四圣心源》云:“土之所以升降失职者,木刑之也……肝随脾升,胆随胃降,木荣而不郁……脾不能升而胃不能降”,提出了肝胆脾胃之间的升降关系。单教授在临证中发现此类反流性疾病的患者大多情志不调,或郁郁不乐,思虑过度,或恼怒易激,久则出现肝郁气滞,横犯中焦脾胃,胃气失和,不降反逆。单教授通过广泛阅览古典医籍,结合自己的临证体会及现代医学内镜检查所见,提出了肝郁脾虚,胃失和降的基本病机。在此理论的指导下,创立了疏肝健脾、和胃降逆、抑酸护膜治疗大法,自拟柴芍护膜汤(柴胡,黄芩,半夏,太子参,甘草,白芍,炒枳壳,煅乌贼骨,白及,木蝴蝶)、芪苓乌贝汤(黄芪,黄芩,半夏,乌贼骨,大贝母,白及,木蝴蝶)等经验方剂,用之于临床,取得了很好的疗效。柴芍

护膜汤常用于反流性食管炎患者,取小柴胡汤合四逆散之意,四逆散柔肝疏肝,小柴胡汤调和少阳枢机,有使“上焦得通,津液得下,胃气因和”之功,乌贼骨、白及、木蝴蝶共奏抑酸护膜之效,修复损伤之黏膜,此所谓辨病用药。单教授和胃降逆最喜用半夏,因胆随胃降,降胃即是降胆,胃气和降,则胃液不反,胆汁不逆。若见肝胃郁热,胃阴灼伤,则可配入麦冬,取麦门冬汤之意,润燥相得益彰,去半夏之燥,存其和降之用。

4 化痰散结通噎膈

噎膈是指吞咽食物哽噎不顺,或饮食难下,或纳而复出。噎即噎塞,哽噎不顺;膈为格拒,饮食不下。噎膈之病,首见于内经,《素问》曰:“三阳结,谓之膈。”此病的发生与情志不遂、饮食不节有很大的关系。关于此病的病机,单教授赞同古人“胃脘枯槁”、“脘管窄隘”的观点,关于治法取“噎膈之证,必有瘀血、顽痰、逆气阻胃气……用消瘀去痰降气之药”之法。因此单教授以化痰散结、养阴通降为治疗大法,方选启膈散、通幽汤为主。噎膈之病常见于现代医学之食管癌、贲门癌患者。西医长于辨病,单教授取其所长,并结合现代药理学研究,拓展中药的使用。在辨证用药的基础上加入白花蛇舌草、半枝莲等清热解毒,现代药理学研究证实,此类药具有抗肿瘤的功效。根据咽中梗阻的轻重适当选择通降之品。若自觉咽中作阻,而饮食尚能进,则予苏梗、半夏,取“半夏厚朴汤”之意;若梗阻感明显,干饭不能下,只能入流质、半流质饮食,则予急性子、威灵仙或石见穿。威灵仙性猛善走,通行十二

经,能软坚而消骨鲠,现代药理研究亦证实其有松弛食管平滑肌,尤其是食管下段括约肌,增强食管运动。《药镜·拾遗赋》云:“滚噎膈之痰,平胃翻之啜,石打穿(石见穿)识得者谁?穿肠穿胃能攻坚……噎膈饮之痰立化,津咽平复功最先。”且石见穿配伍冬瓜子可增进噎膈后期患者的饮食。若是晚期肿瘤压迫阻塞食管,格拒不通,水米难进,可与硃砂粉去除恶肉。硃砂主要含氯化铵(NH_4Cl),能消积软坚,破瘀散结,《本草纲目》:“治噎膈,症瘕,除痞瘕疣赘。”因硃砂有大毒,应用时必须谨慎,用量很小,以 0.3~0.5g 为宜,不可多用,此药腐蚀力极强,易致食管穿孔。噎膈患者多见阴血亏虚之象,可酌加玉竹、麦冬、天花粉等甘凉濡润之品。

5 内服灌肠愈久利

久利,乃湿热不清,余邪未尽,脾胃亏虚而成,总属脾虚湿盛。经云:“清气在下,则生飧泄”、“湿多以成五泄”。单教授认为,治疗久利当综合应用升、补、涩、清之法。脾胃气虚,清气下陷,若单用黄芪、党参、白术等守补中土、甘温壅气,可致中土气滞,所以兼用升补之法,补中有升,清气得升,脾运复来,则浊阴自降。常于补中的黄芪、党参、白术之外,加入升麻、葛根或荷叶等,引清阳之气上行阳道。处方常选参苓白术散、补中益气汤之类,若湿热偏重可选芍药汤、香连丸加减。久泻及肾,或见五更泄泻,腰酸膝软,则应补肾,可加用四神丸。久利患者,由于病情累月连年,久久不止,有滑脱不禁之

势者,当考虑“固涩”之法。可选诃子肉、罂粟壳等。但用量不宜过大,时间不能太长,尤其是罂粟壳,用量以 3~5g 为宜,且中病即止,以防成瘾。《本草纲目》称罂粟壳为“涩肠止泻之圣药”,“罂子粟壳,酸主收涩,故初病不可用之。泄泻下痢既久,则气败不固而肠滑肛脱……故俱宜此涩之、固之、收之、敛之。”而久利既有正虚的一面,也有邪滞的一面,在升补的同时,注意“清化”。“清”为清余邪,常用地榆、石榴皮。《本草求真》载“地榆既能清降,又能收敛,则清不虑其过泄,涩不虑其滞……”实为久痢之良品。石榴皮涩肠止痢清邪,现代研究表明其对痢疾杆菌、金葡菌有良好的抑制作用。“化”即化积消滞,常用炒楂曲、白芍、木香,所谓“行血则便脓自愈,调气则后重自除”。对于一些病位在左半结肠,病情缠绵难愈的患者,单教授还主张内服中药配合局部保留灌肠的方法。药液灌肠可直达病所,发挥疗效,对于溃疡性结肠炎、结肠型克罗恩病有很好的疗效。具体的方法是:患者取左侧卧位,臀部垫高 15~20cm,药液温度以 40℃ 为宜,药液 150ml 左右。常用药:黄柏、地榆、石菖蒲、白及等浓煎,若有脓血者可酌加三七粉、锡类散、青黛、白头翁等。

6 护膜生肌愈溃疡

消化性溃疡是由于消化道黏膜的保护因素和侵袭因素平衡失调,导致黏膜被自身消化液损伤的疾病。单教授将西医的发病机制与中医的辨证用药相结合,在辨证基础上,辨病与辨证互参。在辨证方面,单教授通过大量的

临床病例观察发现,消化性溃疡病以中焦虚寒证为多见。典型症状如:空腹疼痛明显,饭后缓解,喜温喜按,厌食生冷,舌淡,苔白,脉细等,处方以黄芪建中汤为主。结合现代医学内镜下溃疡表现,以及“无酸不溃疡,无幽门螺杆菌不溃疡”的观点,突出体现了护膜制酸、生肌敛疮、止血止痛,抑杀 HP 等之治法。护膜就是加强黏膜的保护作用屏障作用,直接护膜的中药有凤凰衣、木蝴蝶、白及等;再就是通过抑酸减弱黏膜的损害因素而起间接保护食管、胃、十二指肠黏膜的作用,药物如煅乌贼骨、煅瓦楞子、大贝母等;还有通过抑杀 HP 保护胃、十二指肠黏膜,如黄芩、仙鹤草等,仙鹤草尚能凉血止血,黄芩炒炭亦能止血;并以三七粉、白及粉、藕粉调服,直达溃疡面以生肌敛疮、活血化瘀、止血止痛以促进溃疡的愈合。若胃中虚寒明显,且见黑便者,可酌加炮姜炭温中止血;如出现大出血,需中西医结合治疗。单教授巧妙地糅合中西医的理论指导临床用药,极大地提高了消化性溃疡的愈合率,同时也减少了溃疡的复发和西药的不良反应。

7 小结

单教授治疗脾胃病,用药如用兵,调度得法,处方清轻简约,方药醇正,每方不过 8~9 味,一般不超过 12 味,每味药用量亦较轻,以平淡而轻灵简约达神奇之效。主张治疗脾胃病当尊吴鞠通“治中焦如衡,非平不安”的学术思想,治法用药须崇孟河医家费伯雄“天下无神奇之法,只有平淡之法,平淡之极,方能神奇”。