

# 岳良明运用乌梅丸治疗寒热错杂型慢性萎缩性胃炎经验总结\*

杨晓鹤<sup>1,2</sup> 陈宇<sup>3</sup> 岳良明<sup>1,3▲</sup>

**摘要** 岳良明教授认为脾胃病多由肝传变所致,厥阴肝所致上寒下热证是慢性萎缩性胃炎的基本病机,而乌梅丸融酸、苦、甘、辛于一炉,从而发挥辛开苦降,寒热并用,疏木补土的作用,全方标本兼治,阴阳相得,肝脾并调,契合慢性萎缩性胃炎病机,方证相合,故疗效显著。

**关键词** 慢性萎缩性胃炎;寒热错杂;从肝脾论治;乌梅丸

慢性胃炎是由多种病理因素所引起的胃黏膜慢性炎症病变。多数慢性胃炎患者无任何不适症状,部分患者可表现为不规则上腹痛以及消化不良。临床上,慢性胃炎可分为两类:慢性非萎缩性胃炎和慢性萎缩性胃炎。我国慢性萎缩性胃炎患病率较高,但其具体病因及发病机制至今仍未完全阐明,多数认为与Hp感染关系密切,伴肠上皮化生、上皮内瘤变者发生胃癌的危险度增加。本病起病隐匿,常反复发作<sup>[1-4]</sup>。西医常规治疗手段为对症治疗,尚缺乏特效药物:Hp阳性患者应根除Hp;有症状者根据其症状可采用抑酸、促消化、促胃肠动力等治疗方法;有明显精神因素的患者可联用抗抑郁或抗焦虑药物<sup>[5]</sup>。中医学并无此病病名的记载,可依据其症状而将其隶属于“胃痛”“痞满”“呕吐”等范畴。本病主要与饮食不调、情志失和、外邪犯胃(包括Hp感染)及先天禀赋不足等多种因素有关<sup>[6]</sup>。其病位在胃,与肝、脾关系密切。

岳良明教授(以下简称“岳师”)是四川省名中医、广元市首届十大名中医、四川省第五批中医药学术和技术带头人、第五批四川省老中医药专家学术经验继承工作指导老师。岳师从事临床、教学、科研工作30余年,经验丰富,善用经方化裁治疗各种疑难杂病。岳师运用乌梅丸治疗慢性胃炎有着独特见解,笔者有幸跟随岳师学习,深受教诲,现将其经验介绍如下。

※基金项目 广元市科技计划项目(No.20ZDYF0043)

▲通信作者 岳良明,男,主任医师,教授,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治心脑血管病的临床研究。Email:zggylm@163.com

•作者单位 1.成都中医药大学(四川成都610075);2.成都中医药大学附属医院(四川成都610000);3.成都中医药大学附属广元市中医医院(四川广元628000)

## 1 脾胃病多由肝传变所致

岳师认为,脾胃与肝在生理上关系密切,在病理上相互影响,脾胃病多由肝传变所致。《灵枢·经脉》曰:“肝足厥阴之脉……抵小腹,挟胃,属肝络胆。”由此可见,肝胃两者在经络上关系密切。此外,两者在解剖位置上相邻。在生理上,肝具有调节脾胃之气升降的作用,使脾胃升降相因,纳运相得。在病理上,肝之病可传变至脾胃,而发生疾病。肝为风木之脏,喜条达而恶抑郁;脾为至阴之脏,性善静,其运化功能必赖于肝之疏泄。《血证论》言:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷,渗泻中满之证,在所难免。”故肝木正常疏泄,能助脾气升清,输布精微上归于肺,并使胃气下降,使腐熟后的饮食水谷下降小肠。若肝失疏泄,则脾不能输布水谷津液,湿邪内生,可出现呕吐胁痛、腹满飧泻等病变。《金匱要略》曰:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾。”一为疏泄不及,木郁土壅,则出现脾气不升,胃气不降,气滞为病。二为疏泄太过,横逆而犯,脾胃受戕,升降无度,气乱为病。三为素体脾胃虚弱,土虚木乘,制约过度而发病,故《素问·阳明脉解》云:“土恶木也。”情志异常,亦可影响肝气运行。《景岳全书·五脏内伤》云:“过于怒者,伤肝而气逆。”长期抑郁恼怒、情志不遂而致气机不利,肝失疏泄,可导致肝气横逆犯胃,从而发为此病。

## 2 寒热错杂为慢性萎缩性胃炎的基本病机

岳师根据多年临床观察发现,慢性萎缩性胃炎临

床上常表现为寒热错杂,虚实相兼。岳师认为,该病是在脾胃虚弱的基础上,感受外邪、饮食不节或忧思恼怒、精神抑郁、过度劳累而引起肝气疏泄失常,枢机开阖不利,肝强脾弱,土虚木乘,水谷运化功能失常而发病。《伤寒论》第326条曰:“厥阴之为病,消渴,气上撞心。心中疼热,饥而不欲食,食则吐蛔,下之利不止。”厥阴肝秉风木之性,主疏泄而内寄相火,邪入厥阴郁闭于内,其相火郁极乃发,与阴寒相争,从阳化热,郁火上冲犯胃,烧灼津液,而为上热;厥阴肝气横逆,克伐脾土,而易导致脾脏发生病变,脾土运化功能失调,脾气虚寒发为太阴脾虚,脾为后天之本,肾为先天之本,脾阳虚,可累及肾阳,脾肾虚寒,阳不制阴,水湿泛滥,水不涵木,从阴寒化而发为少阴肾寒。上热是指厥阴肝木郁火上扰胃;下寒则是厥阴肝木犯脾及肾<sup>[7]</sup>。综上,慢性萎缩性胃炎的发病特点为寒热、虚实错杂。这类病症的治疗,应当遵叶天士“凡醒胃必先制肝”之法<sup>[8]</sup>,以达到标本同治的目的。

### 3 乌梅丸的方义分析

蒲辅周老先生曾说:“肝藏血,内寄相火,体阴而用阳,乃春生之脏,用药既不可纯寒,苦寒太过则伤中阳,克伐生发之气;亦不可用纯热之药,乙癸同源,温热太过则灼血耗阴。”厥阴病在半表半里、阴阳交接地,不可运用汗、吐之法,当以“补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之”为治法,因此厥阴病治疗用药常寒热刚柔并用<sup>[9]</sup>。乌梅丸为厥阴病之代表方。方中重用乌梅为君,并用醋渍增强其酸性,具酸敛、生津之效,使药力集中作用于厥阴经,以敛泄肝木,助厥阴春生之气,而风消火灼之虑消于无形<sup>[10]</sup>;配辛温之细辛、炮附子、蜀椒、干姜、桂枝,以温经散寒,通阳破阴;黄连、黄柏苦寒,可清泄厥阴郁热;人参、当归甘药补土,木疏土运,中焦斡旋正常,阴升化阳。因此,吴鞠通称该方是“酸甘辛苦复法”,方中酸甘化阴,辛苦通降,辛甘为阳,酸苦为阴,融酸、苦、甘、辛于一炉,辛开苦降,寒热并用,疏木补土,标本兼治,阴阳相得,肝脾并调。该方升降脾胃之气,调和中焦,扶土抑木,源流并治,泻风木之有余,补脾土之不足,则风木得静,脾土得安,胃气得和。现代药理研究<sup>[11]</sup>证明,乌梅丸可修复胃肠黏膜损害、调节脾胃功能、控制炎症等。方中乌梅具有驱虫、抗菌、抗肿瘤、抗过敏、保肝等作用<sup>[12-13]</sup>。黄柏具有杀菌、抗溃疡、抗炎作用<sup>[14]</sup>。当归具有舒张胃肠平滑肌,降低肌张力等作用<sup>[15]</sup>。细辛具有抗炎镇

痛、抑菌及抗病毒等作用<sup>[16]</sup>。黄连具有抗菌、免疫调节、抗病毒等作用<sup>[17]</sup>。桂枝具有抗菌、抗炎、镇痛、抗病毒、解热、抗过敏等作用<sup>[18]</sup>。附子具有抗炎、镇痛、强心、利尿等作用<sup>[19]</sup>。干姜具有保护胃黏膜、抗溃疡以及保肝利胆等作用<sup>[20]</sup>。人参具有保肝、增强免疫、抑制肿瘤细胞生长等作用<sup>[21]</sup>。蜀椒具有抗消化道溃疡、抗腹泻、保肝利胆等作用<sup>[22]</sup>。

### 4 师而不泥, 随证加减

岳师运用乌梅丸,取其组方立法之意,在临床上随证加减。若患者平时易焦虑,长期情志不舒,导致胃脘部胀痛、时有痛连胁肋、纳差、胃脘部有灼热感等症明显,岳师常加疏肝药物,如香附、陈皮、紫苏梗等;若兼有肾阳不足而出现四肢冰凉、畏寒等症,可酌加附子、干姜、补骨脂等;若咽痛、反酸症状明显,可加牛蒡子、瓦楞子等;若兼有肩背疼痛、四肢屈伸不利等症,可酌加粉葛、羌活、鸡血藤等;若疼痛较剧,可加用延胡索、川楝子等。简而言之,观其脉证,随证治之。

### 5 典型病案

胡某,男,66岁,2020年9月6日初诊。患者胃脘部反复疼痛3年余,曾行胃镜检查,确诊为“慢性萎缩性胃炎”,给予兰索拉唑肠溶胶囊、胶体果胶铋胶囊、阿莫西林、克拉霉素等治疗后症状虽可基本缓解,但胃痛仍反复发作,近期发作频率增加,遂来就诊。辰下症:胃脘部胀痛,有烧灼感,痛连胁肋,暖气则稍舒,胸闷,喜太息,纳差,喜热食,四肢发凉,神疲乏力,肩颈僵硬,大便稀溏,大便次数不规律,小便调,舌质淡,苔白腻,脉弦细。西医诊断:慢性萎缩性胃炎。中医诊断:胃痛,辨为肝气犯胃,寒热错杂证。治宜疏肝和胃,平调寒热。处方予乌梅丸合柴胡疏肝散加减,药用:乌梅15 g,干姜10 g,黄连10 g,当归15 g,桂枝12 g,人参10 g,黄柏8 g,细辛6 g,柴胡12 g,白芍20 g,制附片12 g,酒川芎18 g,枳壳12 g,陈皮15 g,醋香附10 g,紫苏梗18 g,醋延胡索20 g,粉葛30 g,羌活18 g,炙甘草10 g。7剂,水煎服,每日1剂。

2020年9月13日二诊:诸症明显好转,胁肋胀痛缓解,胃脘部仍有胀痛,偶有烧灼感,大便成形,每日一行,舌质淡,苔薄腻,脉弦细。在上方基础上将黄连用量减至6 g,7剂。

2020年9月20日三诊:胃脘部胀痛、胁痛、烧灼感等症消失,食欲大增,精神转佳,二便调,舌淡红,苔薄

白,脉微弦。效不更方,再服5剂以巩固疗效。随访3个月,胃脘胀痛等症未再发作。

**按** 肝属木而胃属土,木易克土也。患者为老年男性,起病缓,病程长,平素易生气,肝气郁滞,失于疏泄,肝气横逆犯胃,中焦气机不利,胃失和降,不通则痛,而发胃痛。病程日久,相火郁极乃发,郁火上冲,发为上热;脾土运化无力,脾气虚寒发为下寒。初诊辨为肝气犯胃,寒热错杂证,治当疏肝和胃,平调寒热,方选乌梅丸合柴胡疏肝散加减。乌梅丸具有平调寒热、补虚之功;柴胡疏肝散可疏肝理气和胃,气机调和,通则不痛;患者有肋肋部胀痛,故加用紫苏梗增强疏肝行气之功;加延胡索以止痛;加粉葛、羌活以升津舒筋,散寒止痛。二诊时患者诸症明显缓解,烧灼感较前不甚,因此减少黄连用量,以免苦寒伤脾胃阳气。三诊时诸症消失,因患者体质较差,又因病久,故再服5剂以巩固疗效。

#### 参考文献

- [1]唐旭东,李振华,李保双,等.慢性胃炎诊疗指南[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(10):123-125.
- [2]中华医学会消化病学分会.全国慢性胃炎研讨会共识意见[J].中华消化杂志,2000,20(3):51-53.
- [3]房静远,刘文忠,李兆申,等.中国慢性胃炎共识意见[J].胃肠病学,2013,18(1):24-36.
- [4]张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [5]魏玮,杨洋.慢性萎缩性胃炎诊治现状及中医药治疗优势[J].中医杂志,2016,57(1):36-40.
- [6]张声生,李乾构,唐旭东,等.慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J].中医杂志,2010,51(8):749-753.
- [7]郝万山.伤寒论讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008:179-180.
- [8]阎勤.从肝论治痛证体会[J].实用中医药杂志,2019,35(10):1279-1280.
- [9]公方雪,刘喜明.刘喜明老师乌梅丸临床应用心法[J].世界中医药,2016,11(9):1814-1816,1821.
- [10]张小欢,胡建平,李瑛.乌梅丸治疗糖尿病的拆方研究[J].中国实验方剂学杂志,2006,12(9):41-44.
- [11]杨梅,柳华,代二庆.乌梅丸治疗消化系统疾病应用概述[J].天津中医药大学学报,2015,34(2):125-128.
- [12]王智云,孙玉刚,王麟,等.乌梅的药理活性研究进展[J].实用临床医药杂志,2015,19(19):200-202.
- [13]张飞,李劲松.乌梅的研究进展[J].海峡药学,2006,18(4):21-24.
- [14]周正华,冀建斌.中医药整体与局部相结合辨治溃疡性结肠炎[J].北京中医药,2020,39(3):196-199.
- [15]李曦,张丽宏,王晓晓,等.当归化学成分及药理作用研究进展[J].中药材,2013,36(6):1023-1028.
- [16]梁学清,李丹丹.细辛药理作用研究进展[J].河南科技大学学报(医学版),2011,29(4):318-320.
- [17]余园媛,王伯初,彭亮,等.黄连的药理研究进展[J].重庆大学学报(自然科学版),2006,29(2):107-111.
- [18]赵建一.桂枝的药理研究及临床新用[J].光明中医,2010,25(8):1546.
- [19]洪洋,王琦,张勇.附子入药方剂的现代研究进展[J].世界中医药,2020,15(23):3574-3579.
- [20]亓雪,张颖颖.干姜的化学、药理研究进展[J].山东化工,2018,47(14):41-42.
- [21]黎阳,张铁军,刘素香,等.人参化学成分和药理研究进展[J].中草药,2009,40(1):164-166.
- [22]梁辉,赵镭,杨静,等.花椒化学成分及药理作用的研究进展[J].华西药学杂志,2014,29(1):91-94.

(收稿日期:2022-07-20)

(本文编辑:黄明愉)

悦读《中医药通报》

感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)