

基于“有故无殒”理论的消化道肿瘤术后胃瘫综合征辨治思路探析^{*}

叶 颖 郭思薇 魏 佳 王鹏飞 骆杰伟[▲]

摘 要 术后胃瘫综合征(PGS)是影响消化道肿瘤患者术后康复的常见并发症,病机虚实夹杂,现代医学治疗尚缺乏特效手段。本文基于《黄帝内经》“有故无殒”理论,剖析 PGS“金刃伤正、元气耗损”为核心之“故”,确立“大补元气为主,理气活血为辅”治则,并据此遣方用药,在峻补元气、斡旋中焦、恢复胃肠动力方面显示出显著优势,为中医药治疗消化道肿瘤 PGS 提供了新思路。

关键词 术后胃瘫综合征;有故无殒;消化道肿瘤;峻补元气

消化道肿瘤在我国的发生率与死亡率居高不下,目前外科手术仍是其主要治疗手段,而术后并发症的预防与管理直接关乎患者的康复速度、生存质量及后续治疗。其中术后胃瘫综合征(Postoperative Gastro paresis Syndrome, PGS)是临床医生经常面临的一个棘手问题。PGS 主要表现为非机械性梗阻性的胃排空延迟,其发生率在胰十二指肠切除术后可达 20%~50%,在远端胃癌切除术后约为 4%~5%^[1-3]。PGS 不仅延长患者住院时间,增加医疗成本,严重者甚至可迁延不愈,影响患者后续抗肿瘤治疗及长期预后^[4]。PGS 的病理生理机制涉及手术直接损伤、持续炎症激活、菌群失衡及激素紊乱等多方面因素^[5]。现代医学在促动力药、营养支持等常规治疗方面存在局限,而中医从“整体观念”出发辨证论治,在治疗 PGS 上展现出独特优势。

中医无 PGS 病名,根据其脘腹胀满、恶心呕吐、食少纳呆等主症,该病可归属于“痞满”“胃反”“胃缓”等范畴。传统治疗“痞满”多从“以通为用”入手,然 PGS 因存在手术“金刃损伤”,与内科之“痞”不同。其根本病机在于术中气血骤伤、元气虚损,致使中焦升降之枢机不利,实属“本虚标实”之重证。常规理气消导之法,诚如杯水车薪,难济其急。

面对这一临床困境,本文立足于理论创新与临床实用,将中医经典《黄帝内经》中“有故无殒”之旨,创造性地应用于 PGS 的辨治,旨在为这一难题的解决探索一条行之有效的思路。

1 “有故无殒”理论内涵与 PGS 之“故”

1.1 理论内涵 “有故无殒”一说,首见于《黄帝内经》。《素问·六元正纪大论》所言“有故无殒,亦无殒也”,原为阐释妊娠期用药原理而言。张景岳在《类经》中进一步阐发,谓“有是故而用是药,所谓有病则病受之,故孕妇可以无殒,而胎气亦无殒也。”其核心可归结为“有是证,用是药”,体现的正是中医“辨证论治”之精髓与“方证相应”的严谨逻辑。此说并非局限于妊娠,亦可推及诸病治疗。只要辨证准确,紧扣病机(故),即便施用峻烈之品,亦能祛病而不伤正(无殒),这为临床诊治危重症、疑难病时敢于运用峻剂提供了理论依据与安全性指导。

1.2 PGS 之“故”:金刃重伤,元气虚脱 《素问·刺法论》所言“正气存内,邪不可干”,揭示了人体正气在抵御病邪、维持健康中的核心作用。腹部外科手术在中医学中被归属于“金刃损伤”范畴。手术之伤最易耗气动血,致使气血津液骤损,元气大伤。元气既伤,脾失濡养,以致纳化失司;而元气作为人体生命活动的原动力,其充沛与否又依赖于脾胃之气的滋养。诚如李东垣在《脾胃论》中指出:“元气之充足,皆由脾胃之气无所伤,而后能滋养元气。”脾胃一伤,元气化生乏

^{*}基金项目 福建省名老中医药专家伊春锦传承工作室建设项目 (No. 闽卫中医函[2023]697 号)

[▲]通信作者 骆杰伟,男,医学博士,主任医师。研究方向:中西医结合内科学。E-mail: docluo@126.com

• 作者单位 福州大学附属省立医院中医科(福建 福州 350001)

源,未复之元气愈失所养。

消化道肿瘤患者本身因癌毒内耗而正气不足,再经腹部手术“金刃损伤”,无异于雪上加霜。手术不仅耗伤气血,术后又常需禁食,致使气血生化之源几近断绝,恰如《灵枢·五味》所云“谷不入,半日则气衰,一日则气少矣”,可迅速导致中气下陷,元气大亏。脾胃为气机升降之枢,当元气亏损,脾之清阳不升,四肢失于温养,则神疲乏力、肢体困倦;胃之浊阴不降,则脘腹痞满、纳呆呕恶。此即“因虚致痞”,其本在于元气之骤夺。痞既因虚而成,非峻补元气不足以复升降之机,然峻补之品多甘温滋腻,与痞满纳呆之标似有相妨,尚需权衡。“有故无殒”之旨在此处尤具指导价值——既有元气大伤之“故”,则峻补之法药力有归,虚者受其补,虽有甘温滋腻之偏,亦不致因补而增其痞,诚如张景岳《类经》所言:“有病则病受之。”

PGS虽以元气虚损为根本病机,但在其病理演变的过程中,气滞与血瘀作为关键的标实之证,与正气虚损相互胶结,使病势缠绵难愈。中医理论认为“气为血之帅,血为气之母”,气与血在生理上相互依存,在病理上亦相互影响。清代王清任在《医林改错》中直言“治病之要诀,在明白气血”,并进一步阐述了气虚与血瘀的关系:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”此言深刻揭示了“气虚致瘀”的内在机制。具体到PGS,其气滞血瘀的形成,主要有三条途径:其一为手术“金刃”直接损伤脉络,致“离经之血”成瘀,阻塞气机;其二为手术重伤元气,气为血之动力,气虚则无力推动血行,血行涩滞成瘀;其三为术后情志不遂,肝气郁结,气滞则血亦不行。此三者之中,尤以气虚致瘀为本病之常途。气滞与血瘀既成,则进一步壅塞中焦。气滞则脾胃升降之枢机彻底失灵;瘀血内阻胃络,则气血不得濡养胃体,其“以通为降”之能尽失。更重要的是,此病往往陷入“元气虚→气机滞/脉络瘀→脾胃功能衰→元气更虚”的恶性循环。如此虚虚实实,因果往复,正是本病胶着难解、常规理气消导之法难以取效的困局所在。

因此,直接、有力地峻补元气,是打破这一恶性循环、逆转病势的核心关键。

2 辨治策略:立足“有故无殒”,以补为通

2.1 治疗原则:塞因塞用,补中寓通 基于PGS“元气大伤为本,气滞血瘀为标”的核心病机,治法当以

“大补元气,急固其本”为第一要义,辅以“理气活血,以消其标”。临床须突破“痞满忌补”之常规束缚,在明辨“元气大伤”这一根本前提下,敢于重用、善用峻补元气之品。其目的,在于凭借甘温厚味之力,重振中焦衰惫之阳,使气化复其常度。正如《金匱要略》所启示:“大气一转,其气乃散。”人身大气充盈、斡旋有力,则因虚而滞、因虚而瘀之局,方可从根源得以扭转。然其常兼有气滞血瘀之标,徒补恐有壅滞之虞,故需佐以理气活血之药。此类佐药非为攻伐,实为疏通已形成之郁结与瘀阻,为元气得复、气血得行扫清道路,使补而能达,通而不伤。如此,补正即是祛邪,通滞亦是扶正,二者相济,方能达成“以补为通,以通助补”之妙用。这一治法,正是“塞因塞用”反治法在临证中的具体体现,亦是对“有故无殒”理论精髓的进一步实践,体现了中医“治病必求于本”与“标本兼顾”的核心要义。

2.2 用药策略与配伍 临床组方时,必须紧扣“大力扶正,补中寓通”这一核心。用药如用兵,贵在配伍得法,务求君臣有序,佐使合宜,方证严密对应。君药当以重剂峻补元气为首,意在力挽狂澜,直指元气大伤之根本。首选人参类药材,且剂量须足,常用至30 g以上。临证选用亦有讲究:若患者术后出现气阴两伤或虚热内生之象,如口干、心烦、舌红少津,则宜用西洋参,取其性凉,功专益气养阴、清热生津;若证以脾胃气虚为主,见倦怠乏力、食少便溏,则以党参或人参为佳,其性平和,专补中州之气。临床上亦可西洋参与党参(或人参)相须为用,益气养阴之力更彰。煎服法上,建议文火另煎,取浓汁兑入他药同服,以保药力醇厚,直达病所。此实为全方立足之根基,为中焦枢机运转、胃肠动力恢复奠定基础。臣药以理气活血为法,旨在疏通壅滞,为治标之策。理气之品,常选枳实(或枳壳)、厚朴、木香、乌药、紫苏梗等,其性多走窜,能破气消痞、行气除满,既可解当下胀满之苦,又可防君药滋补之壅滞,使补而不滞。活血之品,多取丹参、莪术、三七、桃仁、红花之类,专为消散手术“金刃”所致之离经瘀血,改善胃络之气血灌注,促进受损组织之修复,从而有助于胃体本身功能的恢复。理气药与活血药相配,气血同治,共破中焦之滞塞,消散局部之郁结,为君药补益之力布散全身扫清障碍、开通道路。佐使药,贵在随机应变,以应兼夹之证。若兼阴伤津亏,症见口干、便结,可佐麦冬、石斛,以养阴和胃,增水行舟;若兼脾虚湿困,症见苔腻、便溏、纳呆,则加白

术、茯苓、炒白扁豆,或佐苍术,以健运脾土、化湿和中;若胃气上逆显著,呕恶暖气频作,则用姜半夏、旋覆花,辅以陈皮,以和胃降逆;若痰湿胶结,苔厚脘闷如裹,可增厚朴、藿香、石菖蒲,以化痰燥湿、芳香醒脾;若阴虚内热,症见口干灼热、舌红少苔,宜入北沙参、玉竹,稍佐蒲公英以清胃热;若为阳虚寒凝,症见脘腹冷痛、得温则舒,则可投干姜、桂枝,甚或肉桂、吴茱萸;寒重者,可酌加制附片,以温中散寒、通阳止痛。如此组方,主次分明,标本兼顾,补泻得宜,方能契合复杂病机,扭转危局。

2.3 动态调整:中病即止,善后缓图 《黄帝内经》在提出“有故无殒”之时,紧接着便点明了“衰其大半而止,过者死”这一临证关键。此语不仅提示辨证用药须精准,更强调攻邪补虚当把握分寸,切忌过剂。这一原则在PGS的调治过程中尤显重要。当峻补元气、理气活血之法奏效,胃气得以渐复,临床见脘腹胀满显著减轻、呕恶渐平、知饥思食、胃管引流液量显著减少(如<200 ml/日)等关键指征时,提示病势已衰大半。此时,治疗当遵“中病即止”之旨,随证变法:其一,削减人参等峻补之品用量,或改为太子参等平补之品,以防过补反碍中焦初复之气机;其二,元气渐复,瘀滞既去,活血之属不宜久投,故重心由峻补元气转向健运脾胃,转投六君子汤之类,以资善后。此法之精髓,在于依据病情转机,动态调整方药,以期达到补虚不碍邪、扶正不壅滞的动态平衡。

3 病案举隅

张某,女,80岁,2025年3月18日以“上腹部胀满伴呕吐2周”为主诉入院。现病史:患者于3周前行右半结肠癌根治术,2周前开始出现上腹部胀闷不适,伴恶心、呕吐胃内容物,全身乏力,食少纳呆。消化道造影检查提示“胃瘫”。虽经西医规范处理,包括持续胃肠减压、使用甲氧氯普胺、莫沙必利及红霉素等促动力药,并行DSA引导下鼻空肠营养管置入术,但效果不佳,胃管内仍持续引流出反流液,遂寻求中西医结合治疗。入院时症见:精神焦虑,上腹部胀闷,时有恶心,乏力明显,纳差,偶有右侧腹痛、胸闷,轻微咳嗽、咳痰。舌质淡红,苔白,脉象细弦。西医诊断:术后胃瘫综合征;升结肠癌术后(pT3N0M0 II A期)。中医诊断:胃痞,辨为脾虚气滞证。治法:益气健脾,和胃理气,佐以温中安神。处方:党参45 g,太子参45 g,山茱萸30 g,枳壳20 g,紫苏叶20 g,肉桂10 g,吴茱萸

3 g,佛手15 g,厚朴10 g,青皮10 g,磁石30 g。共5剂,每日1剂。每剂浓煎至100 ml,分两次口服。另嘱患者自备西洋参粉,每日20 g,分多次以少量温水调服。

2025年3月23日二诊:上腹部胀满感明显减轻,无明显恶心,乏力改善;然小便量较前减少,舌脉同前。治疗守前方,加车前子30 g。共3剂,每日1剂。每剂浓煎至100 ml,分两次口服。

2025年3月28日三诊:已可顺利进食米汤,无腹胀、呕吐等不适,精神及睡眠状况显著改善,大便二三日一行。舌淡红,苔白,脉细稍弦。此时脾胃之气渐复,治疗重心稍作调整,减少行气温散之力,增强疏肝安神之效。处方调整为:党参30 g,太子参30 g,山茱萸30 g,枳壳15 g,肉桂10 g,吴茱萸3 g,佛手15 g,紫苏叶10 g,磁石30 g,青皮10 g,合欢皮15 g,葛根15 g,珍珠母30 g。共7剂,每日1剂。每剂浓煎至100 ml,分两次口服。

2025年4月3日四诊:进半流质饮食后无任何不适,精神、睡眠、大小便均正常。腹部查体无阳性体征。复查上消化道造影提示“胃瘫综合征治疗后,胃炎”,胃瘫征象消失。患者顺利拔除胃管,带方出院,并遵医嘱继续口服莫沙必利巩固疗效。

按 本案患者年届耄耋,正气本虚,又经癌肿切除手术,气血大伤,致脾胃之气衰惫,中阳不振,运化与受纳之职严重失司,升降逆乱,故而发病。其核心病机为:脾胃气虚,中阳不振,气机壅滞。气虚推动无力,则见乏力、纳差;气滞中焦,则见脘腹胀闷;胃失和降,则见恶心、呕吐;久病及情志,土虚木乘,故见精神焦虑、脉弦。初诊以重剂党参、太子参,并嘱自服西洋参粉,大补脾胃之气,意在力挽狂澜,重振中州。此正合《黄帝内经》“有故无殒”之古训,紧扣“元气大伤”之“故”,大胆用药,而非见痞攻痞。山茱萸补益肝肾,敛阴固气,与参类相合,固护先后天之本,防气血津液进一步耗散。此数味共为君药,奠定扶正之基。枳壳、青皮、厚朴、佛手为臣,行气消胀、宽中除满。其中枳壳、厚朴善降胃肠之气,青皮、佛手长于疏肝理气,肝胃同调,共奏理气通降之效。佐以紫苏叶、吴茱萸、肉桂温中散寒、下气止呕,其中紫苏叶兼可行气和胃,吴茱萸既可温肝暖胃,又能开郁降逆;磁石功擅重镇安神、平肝潜阳,以解其焦虑之症。全方补益与行气并重,温中与降逆同施,契合脾虚气滞、寒郁中焦之病机。

二诊前方已效,然小便量较前减少,故守方加车前子 30 g,取其甘寒滑利之性,清热利尿,通利水道,且不伤阴液。

三诊之际,患者已可进食,胀呕悉除,此乃脾胃之气渐复之兆。治疗上应遵循《黄帝内经》“衰其大半而止”之训,重心随之调整,防止过补壅滞,并防行气温散太过。故于初诊方中减党参、太子参、枳壳、紫苏叶之量,并去厚朴、西洋参;保留小量吴茱萸、肉桂,意在温通中阳,防余寒凝滞;加合欢皮解郁和血、宁心安神,珍珠母增强平肝潜阳、镇惊安神之力,二者相合,更助原方磁石沉降之力,三药并用,针对其焦虑状态,效果更彰;葛根升发清阳,助脾胃清气得以上行,与方中理气降浊之品相合,升降同调,共奏斡旋中焦之效。

全方不仅在于健运中焦,更重在调畅情志,融心身同治于一方,与现代医学关于本病常兼夹精神心理因素的认识相契合。治疗全程以脾虚气滞为病机核心,立法于益气健脾、扶助中州,攻补兼施,分期而治。用药既恪守“有故无殒”之则,亦遵循“衰其大半而止”之度,始终紧扣病机演变,体现了中医辨证论治的临证精髓,也验证了本方案的科学性与有效性。

4 讨论与展望

本治疗方案宗《黄帝内经》“有故无殒”之旨,其临证思路的创新性,在于直指术后“元气大伤”之病本,突破“痞满忌补”之常法,敢于重用参类峻补其元气,此正合“塞因塞用”之反治妙谛。方中参类为君,药力专宏,现代研究亦佐证其科学性:参类药物(如人参、西洋参、党参)所含的皂苷、多糖等成分,能多靶点、多通路调节胃肠动力,保护与修复受损的肠道神经元及Cajal间质细胞网络,抑制过度炎症反应并调节免疫状态,以及促进黏膜修复与微循环重建^[6-11]。这与中医“大补元气、扶正固本”而令气化自复的理念高度契合。治疗方案中更辅以理气活血之品,使全方补而不滞,通不伤正,共成“以补为通、以通助补”之治疗合力。

本法主要适用于辨证属元气亏虚、中焦气滞的消

化道肿瘤术后胃瘫患者;若见湿热炽盛等实证,当慎用。本文乃理论探讨与初步经验总结,未来仍需开展设计严谨的大样本临床研究,进一步运用现代科技深入阐释“峻补元气”调节机体稳态的系统机制,从而为术后中医药康复方案的优化提供更有力的证据。

参考文献

- [1] VARGHESE C, BHAT S, WANG TH, et al. Impact of gastric resection and enteric anastomotic configuration on delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy: a network meta-analysis of randomized trials [J]. BJS Open, 2021, 5(3): zrab035.
- [2] MUKOYAMA T, KANAJI S, SAWADA R, et al. Assessment of risk factors for delayed gastric emptying after distal gastrectomy for gastric cancer [J]. Sci Rep, 2022, 12(1): 15903.
- [3] DEGisors S, CAIAZZO R, DOKMAK S, et al. Delayed gastric emptying following distal pancreatectomy: incidence and predisposing factors [J]. HPB (Oxford), 2022, 24(5): 772-781.
- [4] OSHIMA T, MIWA H. Gastroparesis: current challenges and future prospects [J]. Clin Exp Gastroenterol, 2021, 14: 165-174.
- [5] GROVER M, FARRE R, STANGHELLINI V. Risk factors for gastroparesis in patients with diabetes [J]. Diabetes Care, 2021, 44(6): 1364-1371.
- [6] 郭军鹏, 李予煊, 张兆鹏, 等. 人参水提物对脾虚小鼠胃肠动力和血清 Ghrelin 的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(5): 845-847.
- [7] 徐彦琦, 李雅静, 张立奇, 等. 人参治疗胃肠疾病的药理作用和研究现状 [J]. 人参研究, 2025, 37(1): 74-76.
- [8] LI Y, ZHANG M, ZHANG K Y, et al. Ginsenosides modulate immunity via TLR4/MyD88/NF- κ B pathway and gut microbiota [J]. Phytomedicine, 2025, 142: 156763.
- [9] BAI X, DUAN Z, DENG J, et al. Ginsenoside Rh4 inhibits colorectal cancer via the modulation of gut microbiota-mediated bile acid metabolism [J]. J Adv Res, 2025, 72: 37-52.
- [10] 史奇, 陈正君, 刘雪枫, 等. 党参治疗胃溃疡的作用机制研究进展 [J]. 中草药, 2023, 54(7): 2338-2348.
- [11] RONG X Q, SHU Q L. Modulating butyric acid-producing bacterial community abundance and structure in the intestine of immunocompromised mice with neutral polysaccharides extracted from Codonopsis pilosula [J]. Int J Biol Macromol, 2024, 278(Pt 3): 134959.

(收稿日期: 2026-02-22)

(本文编辑: 金冠羽)