

李延萍论治成人功能性胃肠病经验

田锋亮 李延萍*

(重庆市中医院,重庆 400021)

摘要:李教授认为,功能性胃肠病证病因多与外感六淫、七情内伤、饮食失宜、劳逸损伤有关,病机以脾胃运化升降失常为主,常兼肝气郁结、心神不宁、肾阴阳不足、肺气失降,病位在脾、胃、肠,与心肝肾肺有关,治疗上善用经方,以调脾胃为主,和五脏为辅,除用药外,宜需适当节饮食、调情志、慎起居。

关键词:功能性胃肠病;李延萍;经验

中图分类号:R573.3 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-0571(2019)06-0007-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.003

功能性胃肠病(Functional Gastrointestinal Disorders, FGIDs),又称为肠-脑互动异常,是一组根据胃肠道症状分类的疾病,其症状产生与以下因素有关:动力紊乱、内脏高敏感、黏膜和免疫功能的改变、肠道菌群失调和中枢神经系统处理功能异常。成人功能性胃肠病在 2016 年罗马 IV 诊断标准中按照器官区域(即食管、胃十二指肠、肠道、胆道、肛门直肠)分为 6 类 22 种疾病^[1],临床上多见反酸、烧心、早饱、嗝气、呕吐、腹胀、腹痛、便秘及腹泻等症状,提出了加强治疗关系的 12 种治法和根据症状严重程度所依循治疗方法,给予促动力药、抑酸药、5-羟色胺类制剂或心理治疗,但因该病外在诱因较多,容易复发,特别是患病日久,易合并心理及精神异常,治疗更加棘手,缺乏治愈性药物和方法。中医根据本病临床表现辨病为“胃脘痛、痞满、吐酸、呃逆、泄泻、便秘、腹痛”,辨证论治取得很好的临床效果。

李延萍教授为重庆市中医院主任中医师,重庆市名中医,湖南中医药大学、重庆医科大学硕士生导师,师从已故重庆名医李松龄,从事中医内科医教研工作 30 余年,多年来治疗功能性胃肠病积累了丰富的临床诊疗经验。李教授认为,本类病证中医病因多与外感六淫、七情内伤、饮食失宜、劳逸损伤有关,病机以脾胃运化升降失常为主,常兼肝气郁结、心神不宁、肾阴阳不足、肺气失降,病位在脾、胃、肠,与心肝肾肺有关,治疗上善用经方,以调脾胃为主,和五脏为辅,祛实补虚,以平为

期,取得了良好的临床效果,现介绍如下。

1 详病史,抓主症

李教授认为,功能性胃肠病是一类病证,在明确诊断的前提下,中医辨病以患者主要症状为主,其中部分患者病程相对较短,病情相对单一,病因症状明确者,疾病诊疗相对容易,但部分病人久病不愈,症状繁多,且之间有交叉重叠,或合并出现情志不畅,心神不宁,患者讲述病情时就可能出现前后不一、重点不明、反复叙述的情况,这时就需要有充分的耐心,认真仔细地与患者沟通交流,详询起初发病的原因及复发的诱因,认真理解患者的叙述,对患者的发病过程有全面的了解,抓住其主要症状,主要矛盾,进而根据主要症状进行辨病论治。

2 辨虚实,明寒热,悉机变

李教授认为,功能性胃肠病这类病证重叠复杂,病机多见虚实夹杂,寒热错杂,需根据患者症状辨清疾病的虚实及寒热情况,如以口渴与不渴,渴而饮水与不饮水,饮食喜热与喜冷,烦躁与厥逆,溺之长短、赤白,便之溏结,脉之迟数等来辨寒热,以有汗与无汗,胸腹胀痛与否,胀之减与不减,痛之拒按与喜按,病之新久,禀之厚薄,脉之虚实等来辨虚实,一般根据寒热虚实可以明辨阴阳,但亦有热证而大便溏泻者,有寒证而大便反硬者这类情况,需要区别挟热下利和阴结,洞悉阴阳变化之理,从而明确病机结构。

李教授认为中医对慢性疾病的辨证,除了辨

目前病机的同时,也要注意循证,即明确目前处于疾病发生发展过程的哪个阶段,洞悉患者发病的病机演变过程,在治疗现证的同时,亦注意预防转变,必要时先安未受邪之地。

3 善经方、证方合、症药宜

李教授在诊治功能性胃肠病过程中,善用经方,如痞满病^[2],多以泻心汤、柴胡桂枝干姜汤、厚朴生姜半夏甘草人参汤加减;如呕吐病^[3],多以旋覆代赭汤、吴茱萸汤加减;如胃脘痛病^[4],以四逆散、当归芍药散加减;如便秘病^[5],以承气汤和麻子仁丸加减;如泄泻病^[6-7],以五苓散、黄芩汤、四逆汤、理中汤、乌梅丸等加减;如腹痛病^[8],以四逆散、柴胡汤、桂枝加芍药汤、小建中汤、黄连汤加减;合并神志心理异常者,以柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、百合地黄汤、甘麦大枣汤、酸枣仁汤等方加减。

李教授认为,功能性胃肠病是一类病证,分别以各种症状为主要临床特征,在辨病的同时,应根据病史、症状、舌脉、年龄、性别、体质来综合辨证,确定主证后确定主方,即“有是证用是方,证方相合”;同时根据患者其他兼见症状,给予药物随症加减,即“有是症用是药,症药相宜”,从而达到主次兼顾,标本兼治。

4 调和脾胃为主,和五脏为辅

功能性胃肠病除胆囊、Oddi括约肌和药物引起疾病外,大部分疾病病程均在6个月以上,其病机多虚实夹杂,寒热错杂,但因其多为功能性疾病,未出现器质性改变,故多考虑为脏腑气血阴阳功能失调为主,痰湿、瘀血、毒邪等内生继发因素较少,如以便秘、腹泻为例,均与魄门启闭有关^[9],而魄门为五脏使,要依赖于心神的主宰、肝气的条达、脾胃的升降、肺气的宣肃、肾气的固摄,而治疗上医家亦多从五脏来论治^[10-11]。故李教授认为和五脏为治疗功能性胃肠病的基本治法,而和法广泛运用于功能性胃肠病^[12-13],如寒热并用,补泻同施,表里双解,升降并用,阴阳并调等法,其中调节脾胃寒热升降为其关键,故形成了调脾胃为主,和五脏为辅的诊治思想。

4.1 调脾胃寒热升降 李东垣《脾胃论》曰:“胃肠为市,无物不受,无物不入,若风、寒、暑、湿、燥一气偏胜,亦能伤脾损胃。”《明医杂著》曰:“人惟饮食不节,起居不时,损伤脾胃。胃损则不能纳,脾损则不能化,脾胃俱损,纳化皆难,元气斯弱,百邪易侵,而饱闷、痞积、关格、吐逆、腹痛、泄痢等症

作矣。”脾主运化升清,胃主收纳降浊,脾升胃降,中气一转,则脾之清气上升,胃之浊气下降。如外邪入里,饮食不节偏嗜,均可导致脾胃升降失常,清气不升反降则为泄泻;浊气不降上逆,则为胀,为呕,为哕;升降不及,气机阻滞,阻于咽膈,则见胸膈满闷,气结两胁,则见胁腹胀痛,气滞腑气不通,则见便秘。国内医家亦多认可脾胃升降在功能性胃肠病的作用^[14-15],李教授认为,治疗本病应调脾胃升降,方以泻心汤加减为主,方中姜夏与芩连苦辛寒温共用以辛开苦降,寒热并调,参草枣甘温益气补脾,如兼胃虚水饮食滞者减干姜加生姜为生姜泻心汤,兼见中虚而利者加重甘草用量为甘草泻心汤。泻心汤中寒热互用以和其阴阳,苦辛并进以调其升降,补泻兼施以顾其虚实,寒重者可加干姜、萆薢、肉豆蔻等;兼湿浊者加苍术、厚朴、砂仁等;兼湿热者加蒲公英、薏苡仁等;兼食积者加鸡内金、麦芽、神曲;兼痰湿者,加浙贝母、竹茹;兼瘀血者加丹参、赤芍、三七等。

4.2 条达肝气 唐容川《血证论·脏腑病机论》曰:“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,在所不免。”肝主疏泄,主升主动,可调畅气机,促进脾胃运化功能,调畅情志。肝的疏泄功能调节着人体的气机升降出入的平衡协调,肝失疏泄,气机郁结,可见两胁少腹疼痛;肝气犯胃,引起胃降浊异常,在上则为呕逆暖气,在中则为脘腹胀满疼痛,在下则为便秘;肝木克脾土,脾升清不及,在下则为飧泄,国内医家亦多重视肝对脾或胃的影响在功能性胃肠病发病中的作用^[16],李教授认为,在治疗本病时,凡有气滞表现的,均需治以疏肝行气,方用四逆散、柴胡汤、半夏厚朴汤加减,柴胡升发阳气,疏肝解郁,白芍敛阴养血柔肝,与柴胡合用,以补养肝血,条达肝气,枳实理气解郁,泄热破结,与白芍相配,又能理气和血,甘草调和诸药,益脾和中。兼腹中冷痛者,加炮附子以散里寒;兼泄利下重者,加薤白以通阳散结;气郁甚者,加香附、郁金以理气解郁;兼热者,加栀子以清内热。

4.3 养心安神 张介宾《类经》中指出:“心为脏腑之主,而总统魂魄,并赅意志,故忧动于心则肺应,思动于心则脾应,怒动于心则肝应,恐动于心则肾应,此所以五志唯心所使也。”《景岳全书》中载:“脾胃之伤于内者,惟思忧忿怒最为伤心,心伤则母子相关,而化源隔绝者为甚,此脾胃之伤于劳

倦情志者,较之饮食寒暑为更多也。”心主神志,心神太过及不及,使人喜悲不止,可出现神志不宁、失眠多梦、精神萎靡、健忘等,心病母病及子,亦可引起脾胃功能失常^[17],出现纳差、腹胀、痞满等症,而上述症状常见于部分功能性胃肠病患者,该类患者发病与情绪心理异常有关,且部分久病患者并发精神心理疾病,需服用抗焦虑、抑郁药物,针对这类疾病,李教授认为不仅与肝主疏泄,调畅情志有关,亦与心主神志有关,需要给予宁心安神之法,方用柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、百合地黄汤、甘麦大枣汤、酸枣仁汤等方加减,常用养心安神药酸枣仁、柏子仁、夜交藤、远志、合欢皮等,重镇安神药朱砂、龙骨、牡蛎、琥珀、珍珠母。

4.4 温阳益肾 肾藏精,为“先天之精”,称为“先天之本”,“先天之精”靠“后天之精”的充养,而“后天之精”又依赖于“先天之精”的资助,脾为“后天之本”,脾肾先后天相互滋养,肾气亏虚,亦导致脾气虚弱,出现脾运化失常,肾阳虚,脾失去肾阳的温煦,亦可导致脾阳虚,出现泄泻,下利清谷;肾开窍于二阴,肾的气化与大肠传导糟粕功能有关,肾阴阳失衡可影响魄门的排粪功能,肾阴不足,导致肠液枯涸而便秘,肾阳虚损时,亦可导致阳虚便秘或泄泻,不少国内医家特别强调肾在功能性胃肠病的运用,特别是老年人补肾更为重要^[18]。李教授认为,在部分老年人或久病的功能性胃肠病患者中,常伴随肾阴肾阳的不足,治疗时需补益肾中阴阳,方用金匱肾气丸、四逆汤、吴茱萸汤、真武汤等方加减。温补肾阳常用淫羊藿、仙茅、巴戟天、补骨脂、肉苁蓉、益智仁等,滋益肾阴常用枸杞、女贞子、旱莲草、山茱萸等。

4.5 宣降肺气 肺主气,主宣发肃降,大肠者乃传导之官,主津,排泄糟粕。《灵枢·本输》曰:“肺合大肠,大肠者,传导之府也。”唐容川《医经精义·脏腑之官》云:“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑。肺气下达,故能传导。”《证因脉治·卷三》曰:“肺气不清,下遗大肠,则腹乃胀。”肺与大肠相表里,肺气失于宣降,能导致大肠传化失常,腑气不通,出现大便干结、腹胀、纳差、泄泻等症^[19]。李教授在治疗功能性肠病时,如有腑气不通之证,在承气汤的基础上多加用降肺气之药,如杏仁、紫菀、瓜蒌等药,在泄泻证治中,常加桔梗升提肺气止泻。

5 节饮食,调情志,常起居

李教授在治疗功能性胃肠病时,除了使用中

药治疗外,要详细告知患者病情、诊治目的及病情预后,减轻其心理压力,舒缓其情绪,使其肝气调达,心神安宁,从而能够更好地改善症状,预防复发。同时嘱其控制饮食,进食富含维生素食物或水果,勿进食较多的辛辣、油腻、腌熏泡制及过冷过热食物,定时定量进食,保持大便通畅。另外嘱其适时起居,适当运动锻炼,避免经常熬夜等。

6 病案举例

患者陈 XX,男,74 岁。因“反复便秘 5 年,加重 1 月”于 2017 年 6 月 7 日门诊求治。病史摘要:5 年前患者出现大便排便困难,便质干,2~3 日 1 次,色黄,轻微腹胀,无腹痛,自行服用“蜂蜜、麻仁丸、三黄片”后大便可排出,后患者仍大便排便困难,便质时干,间断自服“麻仁丸”或“三黄片”,1 月前患者开始出现脐腹胀,时痛不适,大便 3~5 日,不服药不排,服药后排出大便质软,肛门坠胀,无热痛,近 1 周来患者未排大便,自服麻仁丸后仍未排便,且出现腹部胀痛,不欲食,口干,遂至我科门诊求治。现症见:便秘,大便 1 周末排,全腹胀痛,左下腹及中下腹明显,不欲食,食后上腹胀明显,口干苦,欲饮温水,夜尿多,5 次/夜,睡眠差,肛门坠胀,无热痛感,无发热,无呕吐,自觉疲倦乏力,腰酸。舌黯红,舌边齿痕,苔黄白略厚,脉沉偏弦。辅助检查:2 年前在当地医院行肠镜检查未见异常,急查腹部平扫 CT:未见肠梗阻征象。中医诊断:便秘(肝胃郁热,腑气不通,脾肾亏虚)。治法:泻下通腑,行气止痛,健脾益气。方药用大承气汤、大柴胡汤合香砂六君子汤加减:柴胡 12g,黄芩 12g,白芍 15g,法半夏 15g,枳实 10g,太子参 30g,生白术 30g,茯苓 15g,木香 10g,砂仁 10g,厚朴 15g,甘草 6g,生大黄 15g(后下),玄明粉 6g(冲服)。3 剂,日 1 剂,水煎服。

3 天后二诊:患者服药后大便排出,每日 1 次,腹胀痛减轻,进食略有增加,口干苦减轻,睡眠有所好转,夜尿仍多,仍感肛门坠胀,疲倦乏力,腰酸,舌黯红,舌边齿痕,苔白,脉沉弱。方药用麻子仁丸、归芍四君子汤合济川煎加减:麻仁 30g,白芍 15g,枳壳 10g,厚朴 15g,熟大黄 15g,太子参 30g,生白术 30g,茯苓 15g,甘草 6g,当归 10g,黄芩 10g,肉苁蓉 15g,陈皮 15g,香附 15g,柴胡 12g,升麻 6g。7 剂,日 1 剂,水煎服。

1 周后三诊:患者目前大便日 1 次,大便排便不畅,腹胀痛好转,进食好转,口干苦好转,肛门坠胀好转,疲倦乏力有所好转,仍感腰酸,夜尿多,舌

脉同前。换用归芍六君子汤、黄芪汤合济川煎加减:当归 10g,白芍 15g,太子参 30g,生白术 30g,茯苓 15g,炙甘草 6g,黄芪 30g,麻仁 15g,陈皮 15g,肉苁蓉 15g,怀牛膝 15g,巴戟天 15g,枳壳 10g,厚朴 15g。14 剂,1~2 日 1 剂,水煎服,嘱其多走路,适当运动,定期排便,多喝水、蔬菜水果,顺时针按摩腹部。

3 周后四诊:患者目前大便日 1 次,排便正常,无肛门不适,进食可,夜尿多,舌黯红,舌边齿痕,苔白,脉沉。嘱其自服人参健脾丸、肾气丸和缩泉胶囊,嘱其适当运动,定期排便,多喝水,多吃蔬菜水果。随访 6 月后患者大便正常。

按语:患者为一老年男性,已近古稀之年,肾气自半,加之便秘多年,长期服用泻下药物,耗气伤津,气虚日久,导致脾肾阳虚,均可导致腑气不通,引起燥屎结于肠内,数日不下,故见腹胀痛;脾虚失运,升降失司,中焦气机阻滞,故食后上腹胀;气虚中气下陷,故见疲倦乏力,肛门坠胀;气滞日久,郁热内生,耗伤津液,故见口干苦;脾虚运化失司,湿热内蕴,故见苔黄厚;肾虚故见要腰酸,尿频;本病辨为便秘,肝胃郁热,腑气不通,脾肾亏虚,治以泻下通腑,行气止痛,健脾益气,方选大承气汤、大柴胡汤合香砂六君子汤加减,仅用 3 剂,以攻补兼施,以攻为主,通腑行气以解患者腹胀痛,二诊仍改用麻仁丸、济川煎以润肠温肾通便,配合归芍六君子健脾益气补血,攻补平衡,通补并行,三四诊则以健脾温肾益气为主,加少许润肠通便以巩固,取得很好的近期及远期疗效。

7 小结

李教授认为,功能性胃肠病是一类病证,多数患者症状繁多且之间有交叉重叠,或合并情志异常,需抓住其主要症状进行辨病论治,病机则多以脾胃运化升降失常为主,常兼肝气郁结、心神不宁、肾阴阳不足、肺失宣降等一证或多证,病位在脾、胃、肠,与心、肝、肾、肺有关,辨证上采用八纲辨证和六经辨证,除了辨目前病症病机,也要注意循证,即明确目前处于疾病发生发展过程的哪个阶段,洞悉患者发病的既往病机演变过程,在治疗现证的同时,亦注意辨清以后可能出现的证型,预防传变。治以调理脾胃寒热升降,辅以条达肝气、养心安神、益肾阴阳、宣降肺气,和五脏,善用经方,取“有是证用是方,证方相合”“有是症用是

药,症药相宜”,达到主次兼顾,标本兼治,除用药外,宜需适当节饮食、调情志、常起居。

参考文献

- [1]柯美云.罗马 IV:功能性胃肠病 肠-脑互动异常 中文翻译版[M].北京:科学出版社,2016.
- [2]张璐帆,崔艳兰,刘纳文.《伤寒论》痞证探析[J].天津中医药,2015,32(7):417-419.
- [3]温桂荣.经方治疗呕吐的临床运用简析[J].中医药学刊,2004,22(7):1303-1305.
- [4]周赛男,杨赛.经方在胃脘痛治疗中的应用[J].中医药导报,2011,17(6):113-114.
- [5]刘启鸿,黄铭涵,赵培琳等.《伤寒论》便秘治疗用药规律分析[J].中医杂志,2018,59(11):983-985.
- [6]史阳博,窦志芳.《伤寒论》治下利用药规律探讨[J].上海中医药杂志,2018,52(3):32-35.
- [7]马永琦.《伤寒论》下利治法探讨[J].现代中医药,2006,26(3):42-43.
- [8]章浩军,刘启华.《伤寒论》腹痛证治规律研究与临床应用[J].新中医,2018,50(3):186-189.
- [9]李青霞,白中山.“魄门亦为五脏使”临床意义[J].河北中医,2013,35(12):1809-1810.
- [10]祝颂.浅谈便秘治疗的辨证思路与方法[J].陕西中医药大学学报,2008,31(3):7-8.
- [11]黄雅慧,邓钰杰.泄泻五脏论治文献再评价[J].陕西中医药大学学报,2011,34(4):13.
- [12]刘建材,郑涵尹.和法在功能性胃肠病症状重叠中的运用[J].世界中西医结合杂志,2018,13(4):574-577.
- [13]王江,周永学,谢永波.广义和法析议[J].河北中医,2013,35(2):211-212.
- [14]胡学军,龙亚秋.从脾胃升降理论探讨功能性胃肠病[J].中医学报,2018,33(6):1031-1032.
- [15]赵荣莱.脾胃升降与功能性胃肠病[J].北京中医,2007,26(2):90-92.
- [16]张引强,唐旭东,郭朋,等.肝胃相关理论在功能性胃肠病中的应用[J].新中医,2016,48(8):279-280.
- [17]谭文婧,李勇.心胃同治功能性消化不良伴焦虑抑郁状态经验[J].河北中医,2012,34(3):373-374.
- [18]赵钰蓉,董正华.老年性便秘的治疗体会[J].现代中医药,2010,30(5):12-13.
- [19]莫芳芳,高思华.基于中医古籍研究的“肺与大肠相表里”理论应用情况分析[J].中医杂志,2012,53(20):1711-1713.

(收稿日期:2019-03-26 编辑:方亚利)