

# 从“毒、瘀、虚”论治消化性溃疡

孙改萍<sup>1</sup> 梅慧<sup>2\*</sup> 指导:惠建萍<sup>1</sup>

(1. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046; 2. 襄阳市中心医院, 湖北 襄阳 441021)

**摘要:**消化性溃疡的发病与“毒、瘀、虚”三者交互作用密不可分,基本病机为毒瘀交阻,虚实错杂。治疗上基于固护脾胃为关键、解毒祛邪为基础、活血化瘀贯始终、疏肝健脾为辅助四大理论,将消化性溃疡从“毒、瘀、虚”辨证分为脾胃阳虚型、胃阴不足型、湿热蕴结型、毒瘀交阻型、脾虚气滞型五大证型。并将西医微观表现、抗HP治疗及中医分体质论治与中医分型论治相结合,临床疗效良好。

**关键词:**消化性溃疡;“毒、瘀、虚”;论治;胃肠道黏膜;病机

**中图分类号:**R573.1 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-0571(2020)05-0045-03

**DOI:**10.13424/j.cnki.mtcm.2020.05.011

消化性溃疡(peptic ulcer, PU),是多发于胃和十二指肠的慢性消化系统疾病,是指胃肠道粘膜不断暴露于有害毒素、活性氧、微生物等导致炎症的发展,最终出现溃疡性损伤<sup>[1]</sup>。欧美文献报道患病率为6%~15%,十二指肠溃疡较胃溃疡多发,两者比例为:1.5~5.6:1<sup>[2]</sup>。近年来,消化性溃疡在我国的发病率逐年增高。笔者临证跟师,导师对PU的中西医诊疗有丰富的临床经验。在诊疗过程中强调诊病-辨证-治疗三位一体。善在中医整体观念的指导下从“毒、瘀、虚”辨证论治消化性溃疡并结合胃镜下表现、是否感染幽门螺旋杆菌及患者体质因素,为PU的临床诊疗提供新的思路与方法。现将其独特的诊疗的经验分享如下。

## 1 发病主因“毒、瘀、虚”

本病在中医学中没有明确的病名,据其胃脘疼痛、泛酸、嘈杂、纳差等表现,将其归属于“胃脘痛病”“嘈杂”“吞酸”等范畴<sup>[3]</sup>。《杂病源流犀烛·胃痛》云:“胃痛,邪干胃脘病也……壮者邪不能干,虚则着而为病。”关于本病的病因病机,多为“毒、瘀、虚”三者交互形成。“毒”即久留于患者胃或者十二指肠中的酸毒、食积、湿邪等蕴久形成湿热邪毒;“虚”乃脾胃受病,气血生化乏源所致;

“瘀”可分为因毒致瘀和因虚致瘀、久病致瘀和肝郁血瘀。因毒致瘀即由湿热疫毒滋存日久,阻碍气血循行,瘀从中生,形成毒瘀交争之势,即清代叶天士所谓“久病入络”;因虚致瘀则是胃脘功能受损,气血乏源,气机升降反常,血运流行不畅;或久病入络致瘀;或由情志不畅,木郁克土,气郁血瘀。“瘀”也反加重“毒”与“虚”。三者相合,实中夹虚,因实致虚,因虚致实,共为致病之主因<sup>[4]</sup>。

## 2 辨证分型论治

**2.1 内伤于脾胃,固护脾胃为关键** “内伤脾胃,百病由生”,本病病机复杂,但发病或由饮食不慎、或有由情志不畅、或由劳逸不当,致脾胃虚弱,病邪乘机侵袭,使脾不升清,胃不降浊,邪毒蕴于胃腑,损伤胃络。《素问·刺法论》中有“正气存内,邪不可干”的记载,故在治疗过程中不忘固护脾胃之正气。此病病程冗长,易反复发作,因此在预防调护时也重视固护脾胃之气。在其临床实践中,常见脾胃阳虚型及胃阴不足型。

**2.1.1 脾胃阳虚型** 脾胃阳虚症见:懒倦,胸中胃上觉冷,不喜食冷物,食不下,舌淡苔白,脉沉缓。用理中汤加减。药用党参、白术、炙甘草补益脾气;白芍、饴糖缓急止痛;桂枝、干姜温熨中焦。吞酸者可加乌瓦散(乌贼骨、煅瓦楞)温胃制酸,去