

· 名中医经验 ·

罗伟生从肝胃论治功能性消化不良经验

谢家诚¹, 马晓聪¹, 杨靖芸¹, 罗伟生²

(1.广西中医药大学, 广西南宁 530022; 2.广西中医药大学附属瑞康医院, 广西南宁 530000)

摘要 功能性消化不良系指一种无器质性改变的胃肠道功能性疾病, 可分为上腹疼痛综合征及餐后不适综合征, 与中医的“胃痛”“胃痞”等病证相类似。本病病位主要在脾胃, 与精神心理因素密切相关, 具有心身医学的特点, 从脏腑辨证的角度看与肝脏的关系最为密切。肝与胃在生理上相互依存、相互制约, 病理上相互影响, 土得木而达, 木得土而荣, 一脏不安, 则两脏皆病。病机为木旺犯土或土虚木乘, 肝气横逆犯胃, 肝胃不和。罗伟生教授根据肝胃的生理病理关系提出“肝胃同病, 肝胃同治”的观点, 并发展出了从肝胃论治功能性消化不良的学术思想。在治疗原则上遵叶天士“培土必先制木”之法, 主张以疏肝、柔肝、清肝与补益中气、清解胃火、滋养胃阴相结合, 创疏肝和胃方以治疗本病。

关键词 功能性消化不良; 肝胃论治; 肝胃同病; 肝胃同治; 疏肝和胃方

中图分类号: R 57 **文献标志码**: A **DOI**: 10.3969/j.issn.1000-7369.2023.06.019

功能性消化不良(Functional dyspepsia, FD)是一种无器质性改变的胃肠道功能性疾病, 主要临床症状包括餐后饱胀、早饱感、上腹部胀痛、上腹部烧灼感、食欲不振、嗝气反酸、恶心欲吐等, 根据罗马标准Ⅳ可将FD划分为上腹疼痛综合征及餐后不适综合征^[1-2]。西医常见的治疗方法包括合理膳食、药物治疗及心理干预, 其中药物治疗方面主要包括抑酸药、促胃肠动力药、胃底松弛药、止痛剂等, 虽可起到一定疗效, 但仍有大部分患者疗效不佳, 病情缠绵难愈^[3]。

罗伟生教授是广西壮族自治区名中医, 广西中西医结合汇通学派创始人, 临床工作四十余载, 对消化系统疾病的中医治疗有着独特的见解, 其学术思想认为肝之疏泄功能对功能性消化不良存在显著影响, 提出功能性消化不良的诊治要点在于“肝胃同病, 肝胃同治”。现将其治疗功能性消化不良的学术思想总结如下。

1 功能性消化不良的中医范畴

功能性消化不良在中医学中无特定的病名, 中华中医药学会脾胃病分会制定的《功能性消化不良中医诊疗共识意见(2017)》中指出, 可将上腹疼痛综合征及餐后不适综合征分别归属于中医的“胃痛”“胃痞”等范畴^[4]。胃痛病名初见于《黄帝内经》, 如《灵枢·经脉》^[5]云:“脾, 足太阴之脉……胃脘痛, 腹胀善噫, 得后与气则快然如衰”。《灵枢·邪气脏腑病形》中言:“胃病者, 腹臃胀, 胃脘当心而痛”。痞满病名亦首见于《黄帝内经》, 如《素问·至真要大论》:“太阳之腹, 厥气上行……心胃生寒, 胸膈不利, 心痛痞满”。张仲景在

《伤寒杂病论·辨太阳病脉证并治》^[6]中指出:“心下满而硬痛者为结胸, 但满而不痛者为痞”。巢元方在《诸病源候论·诸痞候》^[7]中明确了痞满的定义:“诸痞者, 营卫不和, 阴阳隔绝, 脏腑痞塞而不宣, 故谓之痞”。

2 肝胃的生理病理

肝脏的生理特性喜舒畅而恶抑郁, 肝气具有向上升动及向外发散以调达气机的生理特点。胃的主要生理功能有主受纳和腐熟水谷, 胃为阳明燥土, 胃气下降及喜燥恶湿是其生理特点。因此, 饮食物的消化和糟粕的排泄, 既需要胃气的推动和通降, 亦需胃阴的濡养。脾胃同处中州, 互为表里, 在脾胃系疾病中脾胃的运化和受纳功能以及脾胃气机的升降与肝的疏泄功能密切相关, 《素问·宝命全形论》^[8]中云:“土得木而达”。

在病理方面, 肝的疏泄调畅与否会影响脾胃的运化和受纳、中焦气机的升降以及胆汁的分泌排泄。倘若肝气郁结或肝气亢逆, 木气过盛而乘土, 肝气横逆犯胃, 肝胃不和, 导致脾失运化, 胃失受纳, 胆汁排泄不畅, 进而影响脾胃的消化吸收功能, 故FD患者在临床上常出现纳呆的症状; 与此同时, 肝气疏泄不畅郁于胸胁或乘脾犯胃, 胃气失于和降, 而出现“浊气在上而生臃胀”, 故FD患者临床上常出现胸胁胀满、上腹部或胀或痛、恶心、嗝气等症状。故《临证指南医案·木乘土》^[9]中指出:“肝为起病之源, 胃为传病之所”。

3 功能性消化不良的证机

3.1 功能性消化不良具有心身医学的特点 罗伟生教授认为功能性消化不良与精神心理因素息息相关,

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(82160834); 全国名老中医药专家传承工作室建设项目[国中医药人教函(2022)75号]; 广西壮族自治区名中医传承工作室建设项目[桂中医药科教发(2021)6号]; 广西壮族自治区研究生教育创新计划项目(YCBZ2022124)

通讯作者: 罗伟生, E-mail: 1874049564@qq.com

具有心身医学的特点。心身医学是研究躯体疾病与精神心理间关系的一门科学,其研究心理因素、社会环境和躯体疾病的相互作用,倡导心身同治,在对躯体疾病干预的同时强调心理治疗^[10-11]。功能性消化不良是一种无器质性改变的胃肠道功能性疾病,往往以躯体症状表现为主^[12]。已有研究显示,在FD患者中有3/5自觉症状与情绪相关^[13-16]。而情志活动与脏腑气机息息相关,当情志异常时会扰乱人体气机的升降出入,导致气机运行不畅从而产生心身疾病。

3.2 肝胃同病,肝胃同治 罗伟生教授认为,虽然功能性消化不良的直接病位在脾胃,其与人体的五脏六腑都具有密切生理病理关系,但其中对脾胃纳运功能影响最大的脏腑当属肝脏,故罗伟生教授提出“肝胃同病,肝胃同治”的学术思想。脾胃同居中州,脾主运化,胃主受纳腐熟水谷。脾主升清,胃主降浊,胃以通为用,以降为顺,清升浊降则气机调畅。肝主疏泄,疏土助运,肝气调达,则中焦气机升降如常。故《血证论·脏腑病机论》^[17]中曰:“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝之气以疏泄之,而水谷乃化,设肝之清阳不升则不能疏泄水谷”。

3.3 肝胃不和与肝郁脾虚之别 罗伟生教授认为肝郁脾虚证其治多侧重于虚。肝气郁结,木气乘脾日久,导致中气不足或肝气虚弱,疏泄不及,升发无力,故见忧郁胆怯、神疲乏力、时常太息之症;木气伐土,而致脾失健运,谷食不化,胃气壅滞,故出现脘腹或胀或痛之症;肝气郁结失于调畅而致脾气不升,导致“清气在下则生飧泄”,故见大便稀溏,甚则腹泻之症。肝郁脾虚型的FD患者其情志在于“郁而不欢”,故临床上多见患者表现出闷闷不乐、悲忧欲哭等情志表现,在舌脉象上多见舌淡,苔薄白,脉沉弦。在治疗上宜用柴芍六君子汤疏肝解郁,益气健脾。

罗伟生教授认为肝胃不和证其治应兼顾解热泄实。肝为“刚脏”,其性刚强躁急,胃其性喜润而恶燥,故其病易成燥热之患,胃阴多易受损。肝气亢逆,疏泄太过,或气郁日久化火,肝火横逆犯胃,煎灼胃阴,胃气失于和降而致肝胃不和,故临床多见急躁易怒、失眠头痛、口干口苦、嗝气反酸、上腹部灼热感等症。肝气犯胃日久,郁而化热,煎灼胃肠津液,同时木盛乘土日久克伐中气,胃气失于通降,故临床多见大便溏结不调,热甚则大便秘结。其舌脉象多见舌淡红,苔薄黄,脉弦。在治疗上宜用自拟疏肝和胃方疏肝理气和胃,兼顾养阴清热。

张仲景提出“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”^[6]。罗伟生教授认为肝胃在生理功能上相互依赖,在病理上相互影响,在治疗原则上,疏肝、柔肝、清肝与补益中

气、清解胃火、滋养胃阴相结合。正如叶天士所言“培土必先制木”,临床上功能性消化不良的辨治,应着眼于肝胃同病,肝胃同治。

4 疏肝和胃方的组方思路

本方由柴芍六君子汤(《医宗金鉴》)、金铃子散(《素问·病机气宜保命集》)及左金丸(《丹溪心法》)化裁而成,组成有:柴胡20g,白芍15g,姜半夏9g,吴茱萸3g,党参、茯苓、白术、陈皮、川楝子、延胡索、生姜、大枣各10g,黄连、炙甘草各6g。方中党参、白术、茯苓、甘草,此乃“四君子”,是补中气的基本方。肝胃不和型的FD患者之所以要补益中气乃缘于肝气郁结或肝气亢逆,克伐脾土,日久中气渐虚,故以配伍平和的四君子汤甘温益气,但温而不燥,温而不热,方中使用的分量小,补而不壅,且有茯苓淡渗下行,运化水湿,补气防壅。加之肝为“刚脏”,其性刚强躁急,肝气亢逆太过则易生火,或气郁日久而易化火,进而伤及肝胃阴液,故在治疗肝胃不和型FD时,补气宜少少予之,实脾即可,正如《内经》所言^[5]:“少气者……补阳则阴竭,泻阴则阳脱,如是者,可将以甘药,不可饮以至剂”。因此,在治疗肝胃不和型FD时,不宜补气太过,否则易致中焦壅滞甚至化燥化火。加上姜半夏、陈皮即成“六君子”之意,陈皮用以理中气之壅滞,半夏以姜而制,用以降逆胃气而治嗝气呃逆^[18]。重用柴胡、白芍,一疏一柔,合肝体阴而用阳之性,柴胡疏肝理气解郁兼清解肝之郁热,白芍养阴柔肝以缓肝急,配甘草、大枣,酸甘化阴,滋养肝胃阴液,以防疏肝太过或肝火克伐所致的阴液耗伤。川楝子、延胡索相配乃金铃子散,能泄气分之热,行血分之滞,为疏肝、清热、止痛之常用药对,所谓疏肝即是泄肝,因这二味药物既能行气,又能清肝热、止痛^[19]。黄连、吴茱萸构成左金丸,专治肝火犯胃引起的热性胃痛、呕吐,“肝升于左,肺降于右”,黄连主泻心火,兼清胃热,寓“实则泄其子”之义,心火得泻,则肺金得清,肺气得清便能制约肝火;吴茱萸乃阳明经主药,亦入厥阴肝经,其性热,故配之以反佐黄连之苦寒,与黄连比例为2:1^[20],能更好地疏肝、清肝火、下气降逆止呕。故诸药合用,共奏疏肝理气、清热和胃之功。

5 典型病例

患者张某,男,57岁,2021年9月30日初诊。主诉:胃脘部胀满不适2年,加重1周。现病史:胃脘部胀满不适,食欲不佳,近1周以来因工作压力大,致性情急躁,情绪起伏不定,遂出现胃脘部胀满不适明显,纳呆,进食后胃脘部胀满感加重,牵及两胁,口干口苦,时有恶心,平素性情易急,无嗝气反酸,无腹痛腹泻,大便2~3日一行,便质偏干,小便可。舌红,苔薄黄,脉弦。辅助检查:2021年10月3日彩色多普勒腹部超

声显示肝胆脾胰未见异常。西医诊断:功能性消化不良;中医诊断:胃痞(肝胃不和)。治以疏肝理气、清热和胃。处方:柴胡 20 g,姜半夏 9 g,吴茱萸 3 g,党参、茯苓、白术、陈皮、川楝子、延胡索、生姜、大枣各 10 g,莱菔子、白芍、鸡内金各 15 g,黄连、炙甘草各 6 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚分服。嘱患者释放工作压力,放松心情,忌食生冷辛辣油腻之品。

2021 年 10 月 12 日二诊:上述诸症明显缓解,守上方 7 剂巩固疗效。

按:本案患者胃脘部胀满不适,属于中医学“胃痞病”范畴。患者平素性情易急,长期处于肝失条达的“木郁”状态,加之近期工作压力大,情志不畅,使得肝失疏泄,乘脾犯胃,肝胃不和,导致胃失受纳,脾失健运,升降失司而出现“土壅”诸证,故可见胃脘部胀满不适,窜及两胁,恶心纳呆等症状;“木郁”日久,肝胃郁热,胃肠津液受灼,故可见口干口苦、大便秘质偏干等症。舌红,苔薄黄,脉弦均为肝胃不和之象。治以疏肝理气,清热和胃。方用柴胡、白芍,一疏一柔,以合肝体阴而用阳之性,柴胡疏肝理气解郁兼清解肝之郁热,白芍养阴柔肝以缓肝急,配炙甘草、大枣,酸甘化阴,滋养肝胃阴液,以防疏肝太过或肝火克伐而伤及阴液;用党参、白术、茯苓、鸡内金、莱菔子以健运脾胃,消积导滞;姜半夏、陈皮用以理气疏壅,降逆止恶;黄连、吴茱萸用以泄肝胃之郁热;川楝子、延胡索用以泄气分之热,行血分之滞,疏肝清热;诸药合用使中焦气机得以恢复,肝气调畅,脾胃纳运如常。罗伟生教授认为本病病位在脾胃,主要病机是肝失疏泄,乘脾犯胃,中焦气机不利,脾胃升降失常,胃气壅滞不通。究其根源,长期情志不畅所致的“木郁土壅”才是致病的关键。

6 小结

功能性消化不良,病根于胃,其因却起于肝,肝郁乃发病的始动因素,脾胃虚弱乃发病的根本原因。情志不畅,肝气不疏,失于条达,气机郁滞,横逆犯胃,肝胃不和,脾胃气机升降失常乃本病的关键病机,故治疗在于“治肝安胃”。肝失疏泄有不及和太过之分,所谓“治肝”,在于恢复肝之正常疏泄功能,补不足,损有余。所谓“安胃”,顺遂其性谓之安,胃以通降为顺,脾主升清,故安胃之法在于恢复脾胃升降之气机。罗伟生教授提出“肝胃同病,肝胃同治”的思想是治疗本病的关键所在,主张治疗以疏肝、柔肝、清肝与补益中气、清解胃火、滋养胃阴相结合。并嘱耐心对患者进行精神情志疏导,细心指导患者日常饮食起居调摄,才能在临床的疾病诊疗中获得佳效。

参考文献

[1] Futagami S, Yamawaki H, Agawa S, *et al.* New classifica-

- tion Rome IV functional dyspepsia and subtypes [J]. *Transl Gastroenterol Hepatol*, 2018, 19(3):70.
- [2] 展立芬,邢博文,覃思敏,等.心胃相关理论在功能性消化不良中的运用及机制探析[J].*陕西中医*, 2021, 42(8):1103-1107.
- [3] Camilleri M, Stanghellini V. Current management strategies and emerging treatments for functional dyspepsia [J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2013, 10(3):187-194.
- [4] 张声声,赵鲁卿.功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J].*中华中医药杂志*, 2017, 32(6):2595-2598.
- [5] 郭霁春.黄帝内经灵枢白话解[M].北京:中国中医药出版社, 2012:44, 78, 99, 533.
- [6] 冯学功.伤寒杂病论[M].北京:中国中医药出版社, 2012:33, 71.
- [7] 隋·巢元方.诸病源候论[M].太原:山西科学技术出版社, 2015:147.
- [8] 万方.中国古代医学典籍——《黄帝内经·素问》[J].*书屋*, 2022, 7(1):1.
- [9] 清·叶天士.临证指南医案[M].上海:上海科学技术出版社, 1959:136.
- [10] Strain JJ. Globalization of psychosomatic medicine [J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2017, 48:62-64.
- [11] 张帆,刘睿华,孙维,等.草酸艾司西酞普兰联合曲唑酮治疗抑郁症 126 例疗效观察[J].*陕西医学杂志*, 2020, 49(10):1332-1335.
- [12] 李冉,靳建华,赵连兴,等.藿香正气散合胃苓汤化裁对功能性消化不良患者胃排空率及血清 5-HT、GAS、NO 水平的影响[J].*陕西中医*, 2018, 39(1):68-70.
- [13] Carbone F, Vandenberghe A, Holvoet L, *et al.* Validation of the leuven postprandial distress scale, a questionnaire for symptom assessment in the functional dyspepsia/postprandial distress syndrome [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 2016, 44(9):989-1001.
- [14] 刘阳,姜巍,李玉锋.功能性消化不良的中西医研究进展[J].*实用中医内科杂志*, 2020, 34(9):93-96.
- [15] 高宏.综合干预结合药物治疗功能性消化不良 540 例 [J].*陕西医学杂志*, 2016, 45(11):1566.
- [16] 马梁红,唐柳云,骆桂秀,等.十五种心身疾病的心理社会因素调查分析[J].*中国临床心理学杂志*, 2002, 25(4):266-269.
- [17] 清·唐宗海.血证论[M].北京:人民卫生出版社, 2005:11.
- [18] 赵文革,车红侠.六君子汤加减治疗功能性消化不良 100 例[J].*陕西中医*, 2009, 30(9):1178-1179.
- [19] 刘喜平,李沛清.金铃子散的传统功用与现代研究关联分析[J].*中成药*, 2011, 33(9):1578-1581.
- [20] 杨威,金香兰,于友华,等.黄连与吴茱萸配伍比例与功能关系的相关性分析[J].*中国中医基础医学杂志*, 2003, 13(11):49-50, 83.

(收稿:2022-11-14)