劉景源教授辨治胃脘痛經驗述要

Professor *LIU Jingyuan's* experience in the syndrome differentiation and treatment of stomach pain

鄭豐杰[1] 劉寧[2]　*ZHENG Fengjie, LIU Ning*

指導：劉景源

（1北京中醫藥大學；2北京中醫藥大學東直門醫院）

* 基金項目：第五批全國老中醫藥專家學術經驗繼承工作項目；北京中醫藥大學自主選題項目

劉景源教授系第五批全國老中醫專家學術經驗繼承工作指導老師，從事中醫臨床、教學工作40餘載，學驗俱豐，在內科雜病的治療方面積累了大量臨床經驗，尤其治療胃脘痛匠心獨到，療效卓著。筆者有幸跟師侍診，獲益匪淺，茲將劉師辨治胃脘痛經驗整理如下。

胃脘痛是消化系統常見病、多發病，臨床上以上腹胃脘部近心窩處疼痛頻發為主證，常伴有脹滿不適、灼熱泛酸、惡心納差等症，見於急慢性胃炎、胃潰瘍、十二指腸球部潰瘍、膽汁反流性胃炎、胃腸功能紊亂等多種疾病。本病病程遷延日久，反復發作，不易根治。

1　治法綱要，首重建中固本

古今文獻對胃脘痛論述頗多，綜合來看，多數醫家認為胃脘痛病位在心下，即上腹胃脘；論及臟腑，則主要責之於中焦脾胃、肝膽；其發病多與暴飲暴食，恣食辛辣生冷，過食肥甘厚味，或飲食偏嗜、饑飽失常，情志不暢等原因有關[1-2]。對於其辨證分型，歷代醫家認識雖不盡一致，但多遵「六腑以通為用」、「通則不痛」之原則，遣方用藥或以疏肝和胃、或以祛痰理氣、或以活血化瘀、或以消導行滯、或以溫陽散寒等[3-4]。劉師以為，無論側重於哪個方面，或素體脾虛，或久病傷脾，或勞倦過度，或飲食寒涼等，均可損傷脾胃，導致脾胃虛寒，中氣不足，納運失司，升降失調。提出胃脘痛的治療當重點從整體上對「氣」進行調理，在臨證重時刻注意把握「氣」（尤其是「脾胃之氣」或「中氣」）這個重點。

脾升胃降是中焦氣機運動的基本形式，中氣實是維持中焦氣機調暢的基本保證。中氣一虛，則升降即因之失調，清氣不升，濁氣不降，氣機為之鬱。若復因六淫、飲食、情志、勞逸過度重傷脾胃，中氣升降更為不利，氣滯、痰濕、食積、瘀血阻滯中焦，不通則痛，導致胃脘痛發生。《馮氏錦囊秘錄》云[5]：「夫中者，上下四旁之樞機。若中脘之氣健旺有餘，則驅下脘之氣於大小腸，從前後二陰而出。惟其不足，則無力運之下行，反受下脘之濁氣，以致胃中清濁混亂，為痛為脹之所由也。」對於其治療，清·張必祿《醫方辨難大成》謂：「中氣宜溫不宜寒，中氣宜盈不宜虧。蓋中氣既溫，則妙其熔鑄之能，而飲食無停蓄不化之為患；中氣既盈，則神其贊化之盛，而津液無枯燥為殃之足慮。否則中氣致餒於平昔，外邪客乘於一旦，勢必變證卒生，痛苦立見。」基於以上認識，劉師認為胃脘痛病變核心病機為中氣不足，提出溫中益氣為首要治則，遣方多用黃芪建中湯溫中補虛、緩急止痛；選藥則生炙黃芪同用、白芍炒用；若胃中虛寒明顯，則酌加蓽撥茇、企邊桂（肉桂）等，更俱辛甘溫通、升降平調之妙。

2　平調寒熱，升陽降濁併用

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

脾胃為水谷之海，氣血生化之源，為後天之本。脾主升，胃主降；脾為陰土，喜溫燥惡寒濕，胃為陽土，喜涼潤忌燥熱；脾以陽虛濕盛為常，胃以壅滯不暢居多。病程日久，鬱而化熱，則寒熱之邪錯雜於中，中氣失卻斡旋之力，樞紐廢弛，以致脾胃升降失常，中氣為之變動，臨床症見心下痞塞不適或伴有惡心欲吐，胃脘部有灼熱感，腸鳴作泄，舌苔黃膩，脈弦數。如《傷寒論淺注補正》曰：「痞者，否也，天氣不降，地氣不升之義也。」

對於其治療，劉師常寒熱平調、升清降濁併舉，苦寒泄熱與甘溫補中兼施，調暢氣機，恢復脾胃納運升降功能，則痞滿自除。臨證常在清熱藥中佐以溫中藥，溫中散寒中反佐苦寒藥，以達到寒熱平調之功。如用清熱藥時常配合桂枝、乾薑，用溫補藥時常加黃連、黃芩之屬。方用半夏瀉心湯，以芩連寒而瀉熱燥濕，味苦降瀉；以乾薑溫中暖脾化飲，味辛而散。乾薑與芩、連相伍，辛開苦降，宣降結氣，以瀉心消痞。黨參、大棗、甘草補益脾胃而味甘，助其復脾升胃降之職。本方以氣味合論之則辛開苦降甘調，以藥性而論之則寒溫併用，以功效而論則溫脾陽散寒散飲，清胃熱化濕化痰，且又健脾胃以助其恢復功能。

3　疏肝和胃，創新治酸藥對

脾胃功能失常可影響其他臟腑，其他臟腑有病也可影響脾胃，其中脾胃與肝膽的關係最為密切，脾胃五行屬土，最易受肝木影響。肝隨脾升，膽隨胃降，生理上肝木疏土可助其運化，病理上肝氣橫逆可犯胃，而發噯氣泛酸，甚則吐酸脘痛等症。現代流行病調查也發現[6]：女性、中老年人、腦力勞動者以及受教育程度高者更容易因情志因素而引發胃脘痛；家庭關係失和、人際關係不和是胃脘痛發病主要始發因素；與胃脘痛發病有關的單一情志以怒、思、憂等負性情志為主，其中怒是最主要。劉師診治胃脘痛，不但重視中焦脾胃，又承仲景「見肝之病，當先實脾」之論，擅長從肝入手，立足於氣機失調，將疏肝和胃作為其主要治方，方用四逆散、逍遙散等加減。

泛酸、吐酸等症多為胃痛、脹的伴隨症狀，是胃食管返流、反流性食管炎、消化性潰瘍和慢性胃炎等病證的主要致病因素。《素問·至真要大論》：「諸嘔吐酸，暴注下迫，皆屬於熱。」又謂：「少陽之勝，熱客於胃，煩心心痛，目赤欲嘔，嘔酸善饑。」歷代醫學多承襲《素問》之識，從肝熱論治，如劉完素認為：「酸者，肝木之味也。由火盛制金，不能平木，則肝木自甚，故為酸也。如飲食熱則易於酸矣，……，是以肝熱則口酸」。《醫家心法·吞酸》亦云：「凡是吞酸，盡屬肝木曲直作酸也。」劉師細研諸家，結合臨床實踐，發現泛酸、吐酸不盡屬熱，寒證亦很常見。其寒者，始為寒邪或水濕之邪犯胃，積滯中焦，鬱久化熱，頃刻成酸，實乃因寒所化。若以熱攻之，濁氣不降，中滿益甚，非但鬱熱難除，妄用寒涼，又易變生他症。進而提出：泛酸總因胃氣上逆，又兼虛寒與胃熱，治當溫中益氣、以復健中焦升降之樞，佐以疏肝和胃、降逆開結。臨證擅用黨參、陳皮、白術等益氣健脾、運中除濕，以達防飲邪聚生；用吳茱萸辛溫暖脾胃而散寒邪，則中自溫、氣自下，配半夏辛燥化飲，降逆開結，使飲聚者散，木鬱者達，氣逆者平。濕鬱化熱，則取左金丸方義，配黃連、黃芩泄肝安胃、清中蠲飲。輔以烏賊骨收斂制酸止痛，浙貝母、煅瓦楞子軟堅散結、消痰化瘀。諸藥同用，取效甚捷。

4　遵循生理，佐以消導行氣

香港中醫醫學會 版權所有 Copyright HKIOM All Rights Reserved

胃脘痛的病人臨床多有胃脹、腹脹、飲食不消化等症，劉師根據「六腑以通為用」的基本生理特點，臨證亦善於應用消導之法。劉師常說相比於西藥的促進胃腸動力藥，中藥也有自己促進胃腸動力之佳品，而且副作用更小。如入脾經的陳皮、沉香等，入胃經能理氣和胃的木香、蘇梗等，入肝膽經能疏肝理氣的香附、青皮、郁金等，入腸經能理氣寬胸通腑的生白術、枳實、枳殼、大腹皮、厚朴等，針對肉食積滯、面食積滯則以山楂、建曲、麥芽、萊菔子等對症酌加之。胃脘痛病變，隨着疾病本身的發展，病程日久胃腸功能逐漸衰弱在所難免，不難辨證；但亦有患者因過用消食藥、通腑藥、破氣藥，致使胃腸功能衰敗，改變了胃腸的沖和之氣，亦是虛脹的常見病因。劉師告誡我們，實證脹滿可辨證選用消導行氣之品，但對於虛脹則慎用消食寬脹藥，以免犯「虛虛之戒」，治療時常變通厚朴生薑半夏甘草人參湯「三補七消」之制，變為重用溫運之品，佐以消導行氣。這是因為消食寬脹藥，只有在胃腸消化功能還不算太虛弱的情況下，才能發揮消化飲食的作用；如果胃腸虛弱的程度已很重，那只能先健補脾胃，不能設想撇開胃腸的作用，只靠一包神曲、麥芽就能把所進的食物消化道。相反，在胃腸功能即為衰弱的情況下，這些藥非但不能消食，而且還能消耗胃氣[7]。

5　謹守病機，隨證靈活加減

劉師在臨證過程中用藥靈活，隨證加減。處方遣藥過程中，劉師常說：「加……藥後，這樣……方就有了」，其意即為在藥味加減時，並非只針對孤立症狀、按單味藥作用進行取捨；更多的站在複方的角度考慮，加減後是否形成了幾個方劑的合方。或問：方劑是由藥組成的，方之作用不外是藥之作用相加，按單味藥作用加減，乃揚藥之專長，有何不可？劉師告訴我們：「藥物組成方劑之後的功效，絕非其各自作用的機械相加，不同的配伍組合，將產生不同的效應，只有從複方考慮，才能真正揚藥之長，這樣既能克服加減的隨意性，又藥方有合群之妙。」用這種認識指導辨證，以着眼於病機，指導用藥，可執簡馭繁。

如黃芪建中湯證，兼痰濕腹脹者，則合用厚朴生薑半夏甘草人參湯；若胃虛痰阻，噫氣不除時，則酌加旋覆花、代赭石降氣止呃，即合入了旋復代赭湯。如半夏瀉心湯證，兼見口苦、脅肋脹滿、心煩、失眠，則加柴胡、白芍、阿膠、雞子黃，即合入了小柴胡湯、黃連阿膠湯；兼見胸悶痞塞不通，大便黏滯不爽者，則加黃連、全瓜蔞、枳實，即合入了小陷胸加枳實湯。可謂讀仲景書，善從無字處探求，深諳「病皆與方相應者，乃服之方」之真諦，正所謂圓機活法，仍未離乎規矩之中者也。

6　驗案舉隅

李某，女，52歲，2012年10月18日初診。症見：反復中上腹脹痛3年，加重兩周。患者自3年前始胃脘隱痛，胃鏡顯示淺表性胃炎伴糜爛。間斷服中西藥3年，病情時好時壞。近半個月來因老父親在協和醫院住院，陪牀操勞，飲食不規律，情緒不佳病情加重。刻診：胃脘疼痛，泛酸，燒心，畏冷、酸、辣、甜食物，納谷不馨；伴口乾、口苦，神疲乏力，大便先乾後溏、排除無力。脈弦滑數，舌淡胖，苔薄黃膩。證屬中焦虛寒，肝胃不和。治當溫中散寒、疏肝和胃。方用黃芪建中湯合小陷胸加枳實湯加減：生炙黃芪各20g，桂枝10g，炒白芍20g，生薑3片，焦三仙各10g，烏梢20g，炙甘草10g，黃連6g，全瓜蔞30g，清半夏10g，炒枳實10g，吳茱萸3g，雞內金10g，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKIOM All Rights Reserved

烏賊骨15g，煅瓦楞子30g（先煎），浙貝母15g，生白術60g，川朴10g。水煎服，分溫2服。

服上方7付，胃脘痛、燒心、泛酸已基本痊愈。因父親做手術，未能及時復診，現已停藥1周。刻診：胃脘痛已除，但見左脅下疼痛，B超顯示無異常。右側耳鳴、胸悶、下午自覺面頰紅熱感、咳嗽、白痰黏稠少量。脈弦滑數、舌黯苔薄白。證屬：肝胃不和、痰濕阻肺。治當：疏肝和胃、健脾祛濕、化痰止咳。方用黃芪建中湯合小陷胸加枳實湯、小柴胡湯、旋覆花湯加減：柴胡12g，黃芩9g，黃連6g，姜半夏12g，全瓜蔞15g，黨參30g，枳殼10g，桔梗10g，牛膝10g，旋覆花15g（包），炒白芍15g，炙甘草10g，橘皮10g，炙黃芪20g，生山藥30g，元胡10g，乾薑10g。去滓再煎，分溫三服。上方服14付，諸症痊愈。1月後隨訪，未見復發。

【按】：本案患者胃脘痛，病程日久，食冷、酸、辣、甜食物或勞累後加重，便先乾後溏，舌質淡胖，苔白厚，證屬中焦虛寒；兼見吞酸、燒心、口苦、口乾，脈弦，證屬肝熱犯胃，故首診辨證為本虛標實，寒熱錯雜。劉師以黃芪建中湯以健脾益氣，溫中散寒；輔以小陷胸加枳實湯清熱化痰、消痞散結；針對胃脘痛兼有泛酸、燒心者，善用左金丸加減，但不拘原方6:1的用量比例，而多為2:1或3:1或靈活配比，其中吳茱萸用量多為1-3g，黃連用量多為3-6g，隨寒熱變化靈活增減黃連、吳茱萸的用量，熱較甚者，多用黃連，少用吳茱萸；寒多熱少者，多用吳茱萸，少用黃連；寒熱相當者，則二者等量，如此每奏奇效。

劉師臨證頗為重視患者兼症的治療。本案中，針對患者便秘之症，用大量生白術健脾運腸、全瓜蔞潤腸通便、川朴行氣導滯；針對患者納差之症，選炒神曲、麥芽、谷芽、炒雞內金以消食增納，使患者全身得以綜合調理，而助疾病痊愈。本案二診時，劉師考慮患者胃痛已大減、燒心泛酸已愈，但左脅下疼痛，伴見耳鳴，面頰烘熱，證屬肝氣不舒，鬱而化火，橫犯脾胃，故仍以黃芪建中湯合小陷胸加枳實湯為基本方，合以小柴胡湯、旋覆花湯加元胡、枳殼、桔梗、牛膝以和解樞機、理氣止痛。並針對患者痰濕阻肺之兼症，加用乾薑、生山藥、橘皮，以溫中健脾、燥濕行氣；如此繼服14劑後，效甚顯著。

參考文獻

[1] 中華全國中醫學會內科學會. 胃脘痛診斷、療效評定標準[J]. 中醫函授通訊，1986, 6: 400-410.

[2] 姜德友、王德力. 胃脘痛源流考[J]. 山東中醫藥大學學報，2012, 36(5): 226-228.

[3] 唐偉，張炳秀，張文東，馬燕，王歡歡. 胃脘痛證候的聚類分析及因子分析研究[J]. 安徽中醫學院學報，2012,31(6): 35-37.

[4] 李秀娟，張天嵩，張素，潘寶峰，楊克敏，張偉偉. 福建中醫藥，2012, 43(3): 1-3.

[5] 田思勝輯. 馮兆張醫學全書·馮氏錦囊秘錄[M]. 北京：中國中醫藥出版社，1999:180.

[6] 孫英霞，喬明琦. 胃脘痛相關的情志病因調查與分析[J]. 中國中醫基礎醫學雜誌，2011, 17(1): 37-39.

[7] 李克紹著，李樹沛，姜建國輯. 李克紹醫學文集·胃腸病漫話[M]. 濟南：山東科學技術出版社，2006: 842-843.

（編委：朱恩審校 2014.12.13）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved