陳偉主任醫師辨治功能性消化不良經驗

Experience of Chief Physician *CHEN Wei* in the treatment of functional dyspepsia

許寶才　陳偉　*XU Baocai, CHEN Wei*

（衢州市中醫醫院　浙江　衢州　324002）

Email: xubaocai2002@126.com

[摘要]　目前西醫治功能性消化不良尚缺乏有效方法，因此尋求中醫緩解症狀為一種理想選擇。陳偉主任醫師臨證中根據病因病機，將本病分為脾胃虛弱型、肝鬱氣滯型，在此基礎上明辨是否兼夾寒、熱、痰、濕、食、瘀等證，同時用藥注意順應脾胃特性，強調身心同治，療效較為滿意。

[關鍵詞]　功能性消化不良；陳偉；辨治經驗

功能性消化不良是指上腹部不適或疼痛，尤其餐後加重，上腹飽脹、噯氣、燒心、惡心、嘔吐、反胃等一組無器質性原因的慢性或間歇性上消化道症狀，是消化系統常見病。中醫對本病有很好的療效，屬「胃脘痛」、「痞滿」、「嘔吐」、「納呆」、「腹脹」、「反胃」等病證範疇。現就其臨床辨治思路探討如下。

1　執簡馭繁，證分二型

本病的發生與脾胃虛弱、飲食失節、情志內傷、勞倦過度等多種因素導致肝失疏泄，脾胃氣機升降失常，運化功能減退，中焦痞塞不通所致。脾虛是發病的基礎，肝鬱是致病的關鍵，二者貫穿於病變的始終。故健脾益氣，疏肝調氣為本病的基本治療原則。臨床運用此法時，總以恢復脾胃的運化消化功能為目的。

1.1　脾胃虛弱證

飲食不節，勞倦內傷，損傷脾胃，脾胃氣虛，納化不及，反滯於中，中焦氣機不利。本證當屬本虛標實，氣虛為本，氣滯為標。其症見上腹脹滿、隱痛不適，惡心欲嘔，納呆便溏，少氣懶言，面色萎黃，神疲乏力，舌淡或有齒印，脈細，按之無力。方用香砂六君子湯為主，標本兼顧，既益氣健脾助運，又行氣和胃除痞。但在臨床運用時又當根據標本之輕重靈活掌握益氣與行氣的係，不可拘泥不化。具體言之，本證雖以氣虛為本，但若見氣滯明顯，脘痞較甚，鼓之如鼓，則應以木香、陳皮、砂仁等行氣消脹治標為主。大劑量行氣藥不可久用，以免耗氣傷中，脘脹得緩，氣滯減輕，即應減量，並相應增加補氣藥劑量，但參、術、芪輩亦不可用量過大，畢竟脾胃運化力弱。

1.2　肝鬱氣滯證

情志所傷，惱怒傷肝，肝氣鬱結橫逆犯胃，或思慮太過直接損傷脾胃，以致肝胃不和或胃氣上逆。其症見胃脘脹痛，攻撐兩脅，每因煩惱鬱怒而加重，噯氣及矢氣後則舒，口苦泛酸，胸脅脹悶，納少惡心，舌苔薄白，脈弦。治以疏肝解鬱，理氣止痛。方選柴胡疏肝散或四逆散加減。

香港青年中醫學會版權所有 Copyright HKYCMP All Rights Reserved

疏肝理氣之法，即所謂「治肝可以安胃」，肝氣條達，胃不受邪，則胃安而痛止。惟理氣藥多香燥，如患者平素肝旺，或舌質轉紅，則當少用，免傷胃陰。此時可選用香橼皮、佛手、綠萼梅等理氣不傷陰之品。東垣治療肝鬱氣滯用風藥有獨到之處，出現肝逆犯胃之諸症，常以防風、羌活、獨活、柴胡、升麻、白芷、蔓荊子升發陽氣，滋肝膽之用，其理由有三：一者，風藥主升，能上引升發肝氣；二者，風藥主散，能疏通暢達肝氣；三者，風能泄木，以抑制肝氣之橫逆。除用疏肝理氣，消脹除痞外，當應考慮肝的特性，肝屬剛臟，為將軍之官，體陰而用陽，故宜加入養血柔肝之品，常用大劑白芍，一般用至20g，甚至30g，配合甘草，又可緩急止痛。若一味疏理，香燥之品易耗氣傷陰血，則肝氣非但不疏，反而更加亢旺橫逆，則脾胃氣機阻滯益甚。

2　病機複雜，明辨兼證

本病病程長，反復發作，纏綿難愈，故本病病機多屬本虛標實，虛實夾雜，以脾虛為本，氣、食、痰、濕、瘀、熱、寒等邪實為標。而脾虛為發病基礎，肝鬱為致病關鍵，同時，本病在病機上常可發生轉化，如虛實轉化、寒熱轉化，由氣及血等。故臨床上常兼夾寒、熱、痰、濕、食、瘀等證。根據具體情況，在健脾疏肝基礎上，分別予以散寒、清熱、化痰、祛濕、消食、化瘀等去。

2.1 兼寒：脾胃素虛，或勞倦內傷，或久病不愈，損及中陽，寒自內生，納運失常。症見胃脘隱隱作痛，喜暖喜按，食後腹脹加重，時吐清涎，面色不華，畏寒肢冷，大便溏薄，舌質淡嫩，苔薄白，脈沉細弱。治以健脾益氣，溫中散寒。方選黃芪建中湯或理中湯加減。若中焦虛寒，胃濁不降，氣機不通，鬱而化熱，寒熱錯雜。症見胃脘痞滿疼痛，遇寒則甚，溫按較舒，略進飲食則痛減，稍多進食則脹甚，脘中灼熱，苔薄黃，脈虛弦。治宜辛開苦降，寒溫併用，方用半夏瀉心湯加減。偏寒者，重乾薑、吳茱；偏熱者，重黃芩、黃連；便溏者，加炒白術、山藥；便秘者加川軍；大便不爽者，加薤白、木香；泛吐清水較多者，可加陳皮、茯苓以化飲降逆；當痛發之時，可合良附丸溫中理氣止痛。臨床上，喜熱惡涼者，並非盡屬寒症，因濁熱內阻，陽氣內鬱而出現一派寒象，若投散寒溫中之藥，是棄本之標，臨證時應注意，仔細辨證。

2.2 兼熱：由肝鬱化火，橫逆犯胃，胃失和降，或飲食肥甘炙厚，胃腑蘊熱，每見脘腹脹悶而痛，伴心煩易怒，泛酸嘈雜，口乾口苦，舌紅苔黃，脈弦數。治以疏肝泄熱，方選丹梔逍遙散合左金丸加減。泛酸重者可加烏賊骨、煅瓦楞子，膽熱口苦者加黃芩、郁金；熱盛加黃芩、蒲公英。若肝鬱化火，耗傷胃陰，口乾口苦，苔薄，大便乾結者，可加連翹，生地，火麻仁；腹痛便秘者加生大黃、全瓜蔞、或久病傷陰，虛火內擾，胃陰不足，生化無源。症見胃脘隱隱灼痛，空腹痛重，喜食酸甘，口乾舌燥，口渴不欲多飲，手足心熱，舌質偏紅，苔少而乾，脈象細數。治以養陰益胃，生津清熱。方用益胃湯合一貫煎加減。陰傷重者，大便乾結，口舌起糜，加大麥冬、石斛、生地用量。此外，在臨床上脾氣虛往往與脾陰虛併見，而脾陰不足的患者只要補其脾氣，使脾氣旺盛而脾陰得復。

2.3 兼痰：素喜肥甘，偏嗜煙酒，損傷卑胃，脾失健運，水濕不化，釀生痰濁，阻滯中焦，氣機不利，升降失司。其症見胃脘痞滿脹悶隱痛，食後加重，不思飲食，倦怠乏力，泛吐清水痰涎，舌淡胖嫩，苔白膩，脈滑。治宜化痰，醒脾和胃，用二陳湯加味。排便不暢者，加瓜蔞仁，杏仁；痰阻氣滯較甚者加大陳皮劑量；痰濁日久，尚可鬱而化熱，痰熱中阻，患者臨床常伴胃脘

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

部灼熱、口苦口乾、渴不欲飲、大便不暢、舌紅苔膩等特點，可用黃連溫膽湯清熱化痰，和中消痞。

2.4 兼濕：飲食不節，喜啖肥甘、茶水，過食生冷，損傷脾胃，脾失健運，釀生濕濁，濕阻中焦，氣機不暢。其症見中脘痞滿，連及胸膈，納谷不香，泛惡欲吐，苔白膩，脈緩。治以燥濕醒脾，方選平胃散加減。濕濁重加防風6g，取「風能勝濕」之意。胸悶者，加薤仁、薤白；舌苔白膩日久，加乾薑、草果；便溏，加白朮、澤瀉；若濕蘊日久，濕熱內生，中焦氣機受阻，伴有胃內灼熱，口苦，苔黃膩，為濕熱中阻，治以清熱利濕，宣化暢中，方選三仁湯或連樸飲加減。

2.5 兼食積：飲食偏嗜，恣食肥甘，損傷脾胃，脾失健運，食滯中脘，壅阻氣機。症見胃脘脹痛拒按，厭食，噯腐吞酸，吐後痛緩，大便不暢，矢氣酸臭，舌苔厚膩，脈象弦滑。治以消食導滯，和胃止痛。方選保和丸加減。若食積較重，痞滿脹甚者可加枳實、厚樸、麥芽以行氣消積；若食積化熱、煩躁口渴者可加黃連以清熱除煩；若便秘者，加瓜蔞仁，杏仁；腹脹明顯者，加大腹板，萊菔子。

2.6 兼瘀：久病入絡，瘀血內停，阻滯胃絡，症見脘痛遷延日久不愈，痛如針刺，偏於一處，舌質紫或見瘀斑瘀點，脈澀。治以化瘀通絡，方選丹參飲加減。如果是氣滯血瘀，藥用降香、砂仁、丹參、延胡索、川楝子、川芎、路路通、郁金、蒲黃、五靈脂行氣活血；氣虛血瘀，藥用黃芪、黨參、桂枝、當歸、三七通陽補氣活血、血瘀重者，則用九香蟲、刺猬皮搜剔絡邪，以提高療效。祛邪不可急功，當在緩圖，況破氣逐瘀之品用之日久，徒傷正氣，脾胃益損，於病無補。

3 臨證要點

3.1 用藥順應脾胃特性

在治療上，要順應脾胃的特性，剛柔適度，燥濕相宜，升降相合，消補兼施。胃為陽土，喜潤惡燥；脾為陰土，喜燥惡濕，順應其喜與惡，滋養胃陰而不礙脾喜燥之性；燥脾濕不傷胃陰。脾胃燥濕相宜，相輔相成，才能健運不息。否則，顧此失彼，相互為害，必然是適得其反，難於獲效。葉天士認為「脾宜升為健，胃宜降則和」。若脾不升清，影響助胃消化，吸收轉輸水谷精微和水液的功能亦發生障礙，脾之統攝和升提臟器等功能失職，導致脾胃運化功能紊亂；胃失降濁，則傳化無由，不但胃之受納，腐熟功能失職，不能把經胃初步消化的水谷精微物質下移小腸，而且不能把在消化過程中產生的糟粕下送大腸而排出體外。出現清濁相淆，壅滯氣機。《素問·寶命全形論》說：「土得木而達。」脾胃的升降離不開肝的調節，只有肝的疏泄功能正常，脾氣能升，胃氣能降，才能完成正常的受納輸佈功能。同時，治療功能性消化不良用藥輕靈流暢，當升者升，當降者降，最忌壅補。隨着現代生活水平的，臨床實踐中單純虛證病人較少見，而以實證和虛實夾雜證較多見，臨床治療宜消補兼施。如功能性消化不良患者雖有脾虛，但常兼有明顯氣滯，若一味補之，則氣滯更甚，常用香附、蘇梗、陳皮、枳殼等行氣通降，收到以通為補之效。

3.2 身心同治

本病無明顯器質性損害，臨床常反復發作，經久不愈或時發時止，病久出現虛實轉化，因誤治引起的變證亦不少，故用藥處方，中病即止，還需調暢情志，改變不良的生活方式。功能性消化不良的發病多與情失調有關，患者經常有焦慮、抑鬱、失眠、緊張、頭暈等神經功能失調症狀，其是情急躁、焦慮多疑、高度緊張、精神刺激、恐病心態、不良嗜好、營養失調等都是導致肝臟

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

疏泄、氣機升降失調的重要誘因。根據本病病人存在的許多精神心理異常表現，在給予相應的辨證治療的基礎上，治療應進行精神分析，幫助患者分析可能的發病因素，向病人說明疾病性質，解除不必要的恐懼及顧慮，使之能正確對待本病，樹立起治愈疾病的信心，倡導改變生活方式，告誡患者應避免油膩及辛辣刺激性食物，戒煙限酒，勞逸結合，養成良好的生活習慣；避免暴飲暴食及睡前進食過量，可採取少食多餐的方法；同時加強體育鍛煉。

4　病例舉隅

邵某，男，37歲，衢州人。

2012年10月10日就診。以「反復上腹部脹痛2年餘，加重2月」為主訴。患者上腹部脹痛，情不暢時加重，噯氣，時有泛酸，食納可，大便2日一行，不甚乾，口乾不喜飲，舌淡紅中有裂紋邊齒痕，苔薄，脈細。實驗室檢查三大常規、肝腎功能、B超等均正常，胃鏡檢查及活檢病理結果顯示：中度慢性淺表性胃炎。門診西醫診斷為功能性消化不良，中醫診斷為胃脘痛，辨證為肝鬱夾熱，治以疏肝清熱和胃，方藥如下：

柴胡5g，炒枳殼10g，炒白朮、白芍各10g，炙甘草3g，延胡索10g，炒萊菔子15g，決明子15g，木香5g，蒲公英15g，炒黃芩10g，仙鶴草15g，霍蘇梗各15g，丹參10g，百合10g。

10月17日二診：服上藥症情稍有減輕，但仍有脹痛，噯氣不多，無泛酸，大便日行，舌淡紅中有裂紋齒痕，苔薄，脈弦滑小數。上方去決明子、枳殼，加炒枳實10g。

10月31日三診：上腹部脹痛明顯減輕，嘈雜時作，無噯氣，納食可，二便調，舌淡紅，苔薄白膩，脈細。方藥如下：

太子參12g，炒白朮10g，茯苓10g，炙甘草3g，木香5g，砂仁3g後下，法半夏10g，陳皮5g，黃芩10g，仙鶴草15g，藿、佩蘭各10g，炒六曲10g。

繼予上方出入，調理2月後停藥，諸症皆緩，胃鏡復查示：輕度慢性淺表性胃炎。囑其注意調暢情志，注意攝生起居。隨訪至今未復發。

（編委：王冠明審校 2017.07.06）

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