

- 糖尿病足 33 例临床观察[J]. 新中医, 2008, 40(1): 38-39.
- [6] 蔡少雄, 向海燕, 兰国斌, 等. 舒血宁注射液与甲钴胺联合治疗糖尿病周围神经病变的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(1): 77-78.
- [7] 王铮, 王丽云, 谢伯欣. 盐酸丁咯地尔治疗糖尿病足疗效观察[J]. 江苏医药, 2008, 34(10): 1046.
- [8] 张高峰, 罗爱华, 韩庆龙. 足疗一号联合化瘀汤治疗糖尿病足临床研究[J]. 新中医, 2012, 44(2): 45.
- [9] 吴航. 康复新液联合丹红注射液治疗糖尿病足溃疡 35 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(6): 2640.
- [10] Moher D, Cook DJ, Eastwood S, et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM statement [J]. The Lancet, 1999, 354 (27): 1896-1900.
- [11] 刘建平. 循证中医药临床研究方法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 158.
- [12] 李树法. 循证医学对中医药治疗糖尿病足的临床疗效系统评价研究[D]. 重庆: 第三军医大学, 2011.
- [13] 楚同彬, 贾树华, 姜潮. 糖尿病足坏疽截肢患者的社会心理及生活质量的研究现状[J]. 中国临床康复, 2004, 8(17): 3342-3344.
- [14] 卞丽香, 孙秋英, 陶迎, 等. 多学科团队管理对糖尿病足病人心理健康及生活质量的影响[J]. 护理研究, 2012, 26(8): 2118-2120.
- [15] 李君. 古代中医疗效评价的文献研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2009.

(收稿日期: 2014-03-10)

(本文编辑: 秦楠)

## 消化性溃疡中医辨证分型研究

孙静晶 赵晓丹 王伟珍 周斌

**【摘要】** 消化性溃疡(peptic ulcer, PU)主要发病病机以虚为主为本, 实为兼为标; 虚证主要为脾胃气虚和脾胃阳虚。标实证为血瘀、湿热、气滞等, 医家尤为重视胃络瘀血。溃疡辨证分型按由简执繁原则可分为两大类: 虚证和实证, 其中虚证包括脾胃虚寒、胃阴不足; 实证主要包括肝胃不和、肝胃郁热、胃络瘀血。采取上述中医辨证方法治疗消化性溃疡具有疗效确切、副作用小等特点, 但也存在较多不足, 需要并值得进一步进行深入研究。

**【关键词】** 消化性溃疡; 病因病机; 辨证分型; 辨证论治

**【中图分类号】** R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.03.034

**Study on syndrome differentiation type of traditional Chinese medicine of peptic ulcer** SUN Jing-jing, ZHAO Xiao-dan, WANG Wei-zhen, et al. Department of gastroenterology, Guang'anmen Hospital Affiliated to China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, Chinese  
Corresponding author: ZHOU Bin, E-mail: zbp518@163.com

**【Abstract】** The main pathogenesis of peptic ulcer by empty primarily for this, and as the standard for. Spleen qi and stomach including yang. Evidence-labeled blood stasis, heat, qi stagnation, etc, physicians network congestion particular attention to the stomach. Ulcer syndrome type from simple to perform complicated by the principles of the ulcer can be divided into two categories: Deficiency and empirical, deficiency of spleen and stomach, which includes deficiency of stomach yin; empirical include incoordination between the liver and stomach, stagnated heat of liver and stomach, stomach collateral stasis. The traditional Chinese medicine in treatment of peptic ulcer has exact curative effect, low side effect, but there are also some shortcomings, need and deserve further study.

**【Key words】** Peptic ulcer; Etiology and pathogenesis; Syndrome differentiation; Treatment based on syndrome differentiation

基金项目: 国家自然科学基金(30973841)

作者单位: 100053 北京, 中国中医科学院广安门医院脾胃科[孙静晶(硕士研究生)、赵晓丹(硕士研究生)、王伟珍(硕士研究生)、周斌]; 北京中医药大学针灸推拿学院[赵晓丹(硕士研究生)、王伟珍(硕士研究生)]

作者简介: 孙静晶(1987-), 女, 2012 级在读硕士研究生。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: fairsun1987@163.com

通讯作者: 周斌(1967-), 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: zbp518@163.com

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)是指在各种致病因子的作用下,黏膜发生的炎症与坏死性病变,病变深达黏膜肌层,常发生于与胃酸分泌有关的消化道黏膜<sup>[1]</sup>。主要发生在胃和十二指肠,为消化系统的常见病,其易反复发作,并发症较重。中医学根据其临床表现,将其归属于“胃脘痛”病症范畴。临床诸家对消化性溃疡发病机理从不同角度研究,辨证论治亦有一定疗效。

## 1 病因病机

通常认为胃脘痛病机多属胃气阻滞,胃失和降进而导致腹部疼痛、恶心呕吐、嗳气呃逆、胸腹胀满、食欲不振等症状。

部分医家<sup>[2-4]</sup>通过临床观察认为脾胃虚弱是消化性溃疡的根本因素,同时兼有血瘀的标实证存在。葛惠男注重健脾益气的同时兼以活血化瘀,以扶正祛邪,标本兼治,气血双调<sup>[2]</sup>;骆常义等<sup>[3]</sup>认为消化性溃疡其虚在脾为本,其实为胃肠瘀血,与仲景“虚则太阴,实则阳明”之论相符;黄绍刚等<sup>[4]</sup>提出脾胃虚弱不仅是消化性溃疡发病的根本因素,还是消化性溃疡复发的根本因素,而胃热血瘀是其标,脾虚胃瘀热是其发病的重要病理环节。

康承君<sup>[5]</sup>总结李家邦经验认为溃疡起病多缓,每因烦劳抑郁劳累而作,因此在病机上重视肝脾不和,在病因上重视毒,在形态学上重视瘀,在治疗学上重视调和肝胃,解毒愈瘀。李家邦治疗消化性溃疡主要分为三法:理肝和胃是调整胃疡病机的基本大法,从肝论治,治肝可以和胃;解毒是祛除胃疡病因的基本大法;愈瘀是治疗胃疡的基本目的。

刘全让提出瘀、热是消化性溃疡的病因:初期病机要点主要表现为热、郁、瘀共存,中期病机要点主要表现为瘀热互结,恢复期病机要点为正气已伤,但热瘀退而未尽病<sup>[6]</sup>。

姜树民治疗消化性溃疡从“痛”论治,病机为气血凝滞壅遏,经络阻塞,营气不从,六腑不和,阴阳不调,蕴积生热,积聚成痼。将溃疡分为寒热两型,采用“消、托、补”法,郁热证治疗以消为主、虚寒证治疗以托补为主<sup>[7]</sup>。

顾庆华<sup>[8]</sup>总结邵荣世主任医师经验指出在消化性溃疡的发病过程中,有两个突出的病理特点,一是“虚”,即脾胃阳气亏虚,因虚而生内寒;一是“滞”,是指脾胃气滞,肝胃气滞,以及痰滞、湿滞、食滞、瘀血停滞等病理产物。前者是消化性溃疡的病

理本质,后者是消化性溃疡的病理表现。

周福生在消化性溃疡病机特点的观点为:脾虚为本,瘀热为标。周福生认为溃疡病后期多为阴虚血瘀,阴虚不荣则痛,同时强调治疗消化性溃疡必须注重气机,使脾升胃降,气机调和<sup>[9]</sup>。

周学文认为消化性溃疡的病机根本在于脾胃虚弱,胃络瘀阻是发病的关键;强调情志因素,认为溃疡病是身心疾患,情志失调会引起或加重溃疡病<sup>[10]</sup>。

吴滇则认为消化性溃疡的病因病机为脾胃虚弱,湿热郁滞,气机不畅。脾胃虚弱,为本;湿热郁于中焦,为标。并根据 40 余年临床经验将消化性溃疡的治疗分成两个阶段:第一阶段清化湿热、调畅气机(消化性溃疡的早期),第二阶段健脾益气、活血化瘀(消化性溃疡后期)<sup>[11]</sup>。

综上所述,消化性溃疡主要发病病机以虚为主为本,实为兼为标;虚证主要包括脾胃气虚和脾胃阳虚。标实证为血瘀、湿热、气滞等,医家尤为重视胃络瘀血。王清任云“久病入络即瘀血”,叶天士亦云:“大凡经主气,络主血,久病血瘀。”瘀血停滞是其病变过程中的病理产物,脾胃中虚是本病发展的必然趋势。因此,在溃疡诊治过程中注重温养脾胃,活血化瘀,兼顾理气、清热。溃疡早期病机标实为主,虚证为辅;后期虚证为主,标实为辅。早期强调治疗理气化湿清热,后期强调健脾益气,活血化瘀。

## 2 辨证分型

不同医家对消化性溃疡辨证分型的认识不同。

范月友<sup>[12]</sup>注重消化性溃疡从瘀论治,将消化性溃疡分为气滞型、胃热型、脾胃虚寒性、气虚型。在各阶段治疗时注重兼以活血化瘀,例如气滞型佐以失笑散加减,胃热型佐以膈下逐瘀汤加减,脾胃虚寒性佐以丹参饮加减,气虚型佐以金铃子散加减。

姜树民将消化性溃疡视为“胃脘痛”,结合临床症状表现及胃镜所见将消化性溃疡主要分为两型:虚寒性、郁热性。虚证用以扶助正气,托毒外达;郁热证多为肝胃郁热,治疗以理气清热为主<sup>[7]</sup>。

姜谷乔根据患者主症及舌诊、脉象、综合辨证,分型辨治如下:中虚气滞型、肝胃不和型、胃阴不足型、胃络瘀阻型<sup>[13]</sup>。

何镔<sup>[14]</sup>总结单兆伟教授经验认为消化性溃疡可以分为以下 5 型:肝胃不和证、湿热壅滞证、脾胃

虚寒证、胃阴不足证及瘀血停滞证。单兆伟根据其经验,认为肝胃不和证和湿热壅滞证多见于溃疡活动期,属实证;脾胃虚寒证和胃阴不足证多见于愈合期,属虚证。

葛惠男以现代医学理论辨病为主,以传统医学理论辨证分析,归纳出本病的主要证型为:肝胃不和证、脾胃湿热证、脾胃虚弱证、胃阴不足证、胃络瘀血证等<sup>[2]</sup>。

李振华认为消化性溃疡的成因主要与饮食不节,情志不遂有关;饮食不节可致脾胃亏损,情志不遂可致气滞,日久化火、致瘀。因此李振华以病因病机为指导,将本病分为脾胃虚寒、气滞血瘀、肝胃郁热三证论治<sup>[15]</sup>。

迟伟等<sup>[16]</sup>提出消化性溃疡从“痛”论治。消化性溃疡的病位和症状表现与胃脘痛很相似,在分型和治疗上可参考治疗。胃脘痛常见有肝胃气郁、脾胃虚滞、脾胃虚寒三大证型。

刘珍福<sup>[17]</sup>将 PU 患者分为脾胃虚寒、肝胃不和和胃阴不足三型,分别采用温中散寒、疏肝和胃理气、养阴益胃的方法治疗,方剂分别用黄芪建中汤加减、柴胡疏肝散加减、一贯煎和芍药甘草汤加减,总疗效较好。

韦晓梅等<sup>[18]</sup>认为情志因素在胃肠病中有重要作用,产生各种消化性溃疡特征性症状及内镜下溃疡表现的重要病机之一是肝失疏泄,肝气郁结,邪犯脾胃。临床上从肝郁论治消化性溃疡可分为肝郁气滞、肝胃郁热、肝郁脾虚 3 种证型。

闻新丽<sup>[19]</sup>总结张振中主任医师经验认为在治疗消化性溃疡时按照病情发展的不同阶段,常将其分为六型:肝胃不和型(内镜下常表现为 PU 活动期,溃疡较浅,或伴有胆汁反流),脾胃湿热型(为 PU 活动期伴周围黏膜明显充血水肿或伴糜烂,或伴有胆汁反流者),脾胃虚弱型(PU 活动期伴慢性胃炎者),胃阴亏虚型(为 PU 伴慢性萎缩性胃炎者),瘀血阻络型(PU 或伴出血、瘢痕形成者),寒热错杂型(PU 或伴充血水肿、糜烂、胆汁反流并存者)。

消化性溃疡主要有两种辨证分型方法:一种是通过辨证将溃疡分为三种证型:肝郁气滞(肝胃气郁、气滞)、肝胃郁热、脾胃虚寒(气虚);一种是将溃疡分为五型:肝胃不和型(气滞型)、脾胃湿热型、脾胃虚弱型、胃阴不足型,胃络瘀血型。按由简执繁原则溃疡可分为两大类:虚证和实证。虚证包括脾

胃虚寒、胃阴不足;实证主要包括肝胃不和、肝胃郁热、胃络瘀血。肝胃不和型和脾胃湿热型多见于溃疡活动期,脾胃虚弱型和胃阴不足型多见于溃疡愈合期,胃络瘀血型见于溃疡病程长者。

### 3 特殊类型的辨证分型

祝德军将消化性溃疡分为三期:气滞期、湿阻期、血瘀期,湿阻期又分为脾胃虚弱、寒湿中阻,脾胃郁热、湿热中阻。调理气机贯彻始终,认为气滞可以导致血瘀、湿阻、食积,病久则伤阳损阴,由胃及脾,由实转虚,故无论在哪个阶段,均兼顾理气<sup>[20]</sup>。

满春艳<sup>[21]</sup>认为足阳明胃腑多气、多血,多种因素易致其气机不畅,瘀血阻滞胃络,进而溃烂化腐形成溃疡;寒与热是其主要因素。结合内镜表现以“疮疡”立论进行辨证论治,将溃疡分为阳证溃疡和阴证溃疡。不同类型分别采用不同的方药治疗,总有效率 96.3%。

内镜检查将消化性溃疡一般分为活动期、愈合期和瘢痕期三期。陈晓奇<sup>[22]</sup>根据临床表现及内镜所见把溃疡活动期(A<sub>1</sub> ~ A<sub>2</sub> 期)分为火郁湿热、肝胃不和、脾胃虚寒、瘀血停滞四型,溃疡愈合期(H<sub>1</sub> ~ H<sub>2</sub> 期)辨为寒湿困脾、正虚邪恋型,溃疡瘢痕期(S<sub>1</sub> ~ S<sub>2</sub> 期)辨为脾胃虚弱型,并根据不同证型施以不同的治法,疗效显著。

马赛<sup>[23]</sup>从疮疡论治消化性溃疡,将溃疡分为郁热型、阳虚型、脾虚型,针对不同的类型分别采用清热消痈、去腐生肌法,温阳散寒、消痈生肌法,健脾益气、托里敛疮法,临床疗效显著。

姜树民认为在消化性溃疡的发展过程中可以出现气滞、郁热、虚寒、阴虚、瘀血等诸多病症,但是就诊的临床患者多处于溃疡活动期,证型集中,重点强调郁热型和虚寒型<sup>[7]</sup>。

一些医家<sup>[7,21,23]</sup>以“痈疡”、“内痈”立论,辨证较简单,分为阳证和阴证,阳证主要为郁热证,阴证主要为虚寒证。“痈疡”的治则和消化性溃疡不尽相同,消化性溃疡需兼顾脾胃,调理气血。治疗药物中除了应用消痈、排脓、去腐生肌的药物,还会应用具有醒脾化湿、理气化瘀等作用的药物。虽然特殊类型的辨证分型较常规辨证分型简单,但是临床药剂中中草药的使用分类大致相同。例如,一般均会应用白芨、三七、儿茶等去腐生肌药物,也会应用白术、茯苓、黄芪等健脾、益气的药物。

#### 4 讨论

近年来中医医家在消化性溃疡的病因病机、辨证分型方面进行了大量的临床研究,积累了一定的经验,在临床上取得较好的疗效。中医药不仅改善了患者的临床症状,促使患者病变的胃黏膜得到修复,而且可以提高胃黏膜修复质量、改善局部胃黏膜血流,降低溃疡复发率<sup>[24-26]</sup>。但是从根本上看目前的研究多停留在临床疗效观察阶段及临床经验总结方面,临床疗效观察中报道样本量偏少,缺乏远期临床观察的可行性、可重复性,不利于大规模推广应用;临床经验的总结,则缺乏系统的理论研究及实验研究基础。其次,临床研究多为自身前后对照,无多中心、随机、双盲方面的临床研究。另外,对于本病病因病机的认识,诸多医家的认识不统一,临床药物涉及范围比较广。临床研究中消化性溃疡的辨证分型和疗效评估的参照标准不统一,缺乏统一规范的量化指标,不同研究报道的疗效之间缺乏可比性。因此应该开展更多科学、严谨的临床和实验研究,找到规范、可重复的病因病机、辨证分型认知体系和客观的疗效评价标准,这对指导未来中医药治疗消化性溃疡具有推动意义。

#### 参 考 文 献

- [1] 中华消化杂志编委会. 消化性溃疡病诊断与治疗规范建议(2008, 黄山)[J]. 中华消化杂志, 2008, 28(7): 447-450.
- [2] 张川, 葛惠男. 葛惠男教授治疗消化性溃疡经验[J]. 吉林中医药, 2013, 33(2): 129-130.
- [3] 骆常义, 盛文健. 参柴益胃汤治疗消化性溃疡 120 例[J]. 四川中医, 2002, 20(7): 30-31.
- [4] 黄绍刚, 周福生, 张学斌. 脾虚瘀热病机在消化性溃疡中的意义[J]. 中医杂志, 2006, 47(10): 728-729.
- [5] 康承君. 李家邦教授治疗消化性溃疡经验[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(4): 39-40.
- [6] 陈晓强, 李海风. 刘全让主任医师治疗消化性溃疡的热病观[J]. 光明中医, 2011, 26(3): 461-463.
- [7] 蔡红荣, 姜树民. 姜树民教授从痢论治消化性溃疡经验[J]. 中医药学刊, 2006, 24(4): 605-606.
- [8] 顾庆华. 邵荣世主任医师应用温中行滞法治疗脾胃病经验介绍[J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19(5): 410-412.
- [9] 程宏辉, 周福生. 周福生教授治疗消化性溃疡的临床经验[J]. 湖南中医药导报, 2003, 9(8): 8-15.
- [10] 肖景东, 周学文. 创新“毒热”理论以痢论治消化性溃疡[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(6): 1166-1168.
- [11] 詹程膈. 吴滇治疗消化性溃疡经验[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(7): 1332-1333.
- [12] 范月友. 消化性溃疡从血瘀论治[J]. 内蒙古中医药, 2008, (8): 26-27.
- [13] 姜加. 姜谷乔辨证治疗消化性溃疡[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(3): 25.
- [14] 何镜. 单兆伟治疗复发性消化性溃疡的经验[J]. 北京中医杂志, 2003, 22(2): 16-17.
- [15] 李郑生, 黄清. 李振华教授治疗消化性溃疡经验[J]. 中医研究, 2007, 20(5): 51-53.
- [16] 迟伟, 林榕, 蒋魁瑛. 李寿山主任医师治疗消化性溃疡经验[J]. 光明中医, 2013, 28(3): 460-461.
- [17] 刘珍福. 辨证分型治疗消化性溃疡临床观察[J]. 山西中医, 2012, 28(6): 9-10.
- [18] 韦晓梅, 王光铭. 消化性溃疡从肝郁论治探讨[J]. 河北中医, 2012, 34(6): 847-848.
- [19] 闻新丽. 师从名老中医张振中治疗消化性溃疡之体会[J]. 陕西中医, 2011, 32(5): 583-585.
- [20] 王伟明. 祝德军三期辨治消化性溃疡经验[J]. 山东中医杂志, 1997, 6(7): 323-324.
- [21] 满春艳. 结合胃镜表现以“疮疡”立论两型论治胃溃疡[J]. 内蒙古中医药, 2012, (2): 5-6.
- [22] 陈晓奇. 辨证镜检一体化治疗消化性溃疡[J]. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13(1): 41-42.
- [23] 马赛. 从痢疮论治消化性溃疡 63 例临床体会[J]. 湖南中医杂志, 1996, 12(2): 7-8.
- [24] 李丽萍, 刘环清, 王俊, 等. 香连丸抗消化性溃疡作用的实验研究中[J]. 医药学报, 2012, (2): 43-46.
- [25] 梅武轩, 曾常春. 乳香提取物对大鼠乙酸胃溃疡愈合质量的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(5): 478-479.
- [26] 黄国栋, 黄媛华, 黄道富, 等. 砂仁挥发油抗胃溃疡的机制探讨[J]. 中成药, 2009, 31(10): 1617-1618.

(收稿日期: 2014-04-02)

(本文编辑: 黄凡)

#### · 启事 ·

#### 本刊“综述”栏目征稿

《环球中医药》杂志一贯重视综述文章,辟有“综述”栏目。综述是作者通过广泛的查阅文献吸收经验、教训,为自己的课题研究进行充分的准备的过程。可以帮助读者较短时间内了解掌握相关研究课题的研究现状,寻找科研课题的研究线索。对于观点新颖、写作优秀的综述,本刊会先于其他栏目文章,优先安排刊期。

本刊“综述”栏目文章格式要求:(1)须有中、英文摘要;(2)正文不少于 4000 汉字;(3)近 5 年文献不少于 65%;(4)须综中有述,有作者的见解和评议;(5)可以有西医内容,但主体必须是中医药相关研究。