

# 俞尚德自拟补中生肌汤治疗特殊类型溃疡病经验

王永钧<sup>1</sup> 陈洪宇<sup>1</sup> 朱彩凤<sup>1</sup> 俞文武<sup>2</sup> 胡剑鸣<sup>2</sup> 李 涛<sup>1</sup>

(基金项目:“十五”国家科技攻关计划“名老中医学术思想、经验传承研究课题”No. 2004BA721A01755;

1 杭州市中医院,浙江省杭州市体育场路453号,310007; 2 杭州市第四医院)

关键词 溃疡病/中医药疗法; @ 俞尚德

俞尚德主任医师从事中医诊疗消化系病证60余年,倡导“审病-辨证-治病”的诊疗思维,临证疗效卓著。自40年前创制补中生肌汤以来,俞老诊治的溃疡病患者数以千计,有关论述散见于相关刊物及其专著,本文兹就其应用自拟补中生肌汤治疗各种类型的消化性溃疡的临证思辨特点及诊疗经验介绍如下。

## 1 补中生肌汤药物组成及方义

俞老认为溃疡病总体是属中气虚馁,导致脾胃阳(气)虚、运化不健、滋生痰饮,久而局部络脉瘀痹。针对溃疡病此病机,俞老自拟补中生肌汤,治以补益中气、温运脾胃阳气,兼以运化痰饮、通络行瘀。补中生肌汤组成:黄芪15~30g,党参10~15g,炙甘草12~15g,赤芍10~12g,生白及10g,制乳香5g,当归8~10g,茯苓15~30g,海螵蛸15g,淡吴茱萸3~5g。用法:水煎2次,上下午分服。亦可采用散剂(白及、海螵蛸、制乳香研末为散)与流浸膏(余药共研制成膏)2种剂型,1日3次,饭前1h服。疗程6~8周,溃疡初愈后,仍宜继续服药4~6周,以资巩固。随症用药:气滞,加广木香、甘松;瘀痹明显加参三七粉、云南白药;寒甚加炙桂枝、干姜;郁热加酒制大黄、败酱草。方义:本方治消化性溃疡的优异疗效,从方义上分析,至少有5方面的含义。1)黄芪、党参、当归补益中气和营血,从整体上对患者进行调理,且针对“久溃不愈”的溃疡,给予补中、生血、长肉。并与“主痈肿、恶疮、败疽、死肌”和“定痈、长肉”的白及、乳香配伍,提高疗效;2)芍药甘草汤是仲景方,但从《医学入门》“凡痛多属血涩,通用芍药甘草汤”和《医学心悟》“芍药甘草汤治腹痛如神”的记载,可知此“通用”和“如神”,正反映了汉以后历代医家应用此方的宝贵经验总结。而且甘草的抗溃疡作用,以及芍药对甘草的增效作用,已被现代药理研究所证实;3)淡吴茱萸、海螵蛸能温中、化饮、涩疮,抑制胃酸分泌,减轻其对胃肠黏膜的侵袭与自我消化,与党参、黄芪、当归、赤芍、甘草、白及、乳香等相伍,能共同发挥多靶点、多环节、多层次的抗溃疡作用;4)

当归、赤芍、乳香和血通络,祛瘀生新,对本病“初病气结在经,久病血伤入络”的病机演变,具有阻抑和逆转的作用,且有利于改善微循环,加速溃疡愈合;5)茯苓益脾和胃,渗湿利水,与党参、黄芪、甘草合用,补而不守,符合补药“通补为宜,守补则谬”的制方要领。茯苓不仅利尿,且含钾量高,对甘草可能导致的低钾、水肿等副反应,有一定程度的制约作用,《本草备要》亦谓:“甘草资满,得茯苓则不资满而泄满”。总之,本方补中生肌,和营缓痛,化饮制酸,祛瘀生新,增效减毒,促使溃疡愈合,并快速消除其各种症状。

## 2 病案举例

案例1:胃小弯巨型溃疡伴出血,胃下垂。患者某,男,20岁,1958年5月20日初诊。主诉:胃脘隐痛,泛酸14个月,大便色黑3天。胃脘隐痛每以餐后2~3h为甚,少量进食可以暂时缓解,目前疼痛加重,且范围由胃脘波及腰腹,伴泛酸、吐清水、饥嘈,3天前发现大便色黑,面色不华,形体消瘦,大便隐血试验阳性。胃肠钡餐造影示胃位置低,下缘级在髂嵴连线下11~12cm,胃张力低,蠕动微弱,运动缓慢,贲门下小弯缘有巨大龛影,约3cm大小,幽门部痉挛。诊断:胃小弯巨型溃疡伴出血,胃下垂。俞老认为该患者病延年余,胃脘隐痛,以餐后2~3h为甚,得食可暂缓,此谓虚痛。脾胃虚弱,健运无权,水谷不化精微而生痰饮,故泛酸、吐清水、饥嘈,而形体羸瘦。停痰聚饮,气结不畅,日久则血伤入络,脘腹痛加重,且大便黑黏如漆。痰挟瘀血,留于胃中,酿成内痛。脉细带数,苔薄滑,舌淡红,细察病机,中气虚最为关键,予补中生肌汤加味治之:炙黄芪30g,炒党参15g,炙甘草12g,赤芍10g,当归10g,白及10g,制乳香4g,茯苓15g,淡吴茱萸4g,海螵蛸15g,煨益智仁10g,参三七粉3g(分吞),3剂。1958年5月23日二诊:药后脘腹痛、泛酸、嘈杂等症症状缓解,大便由黑转黄,隐血试验阴性。唯中气虚馁、痰饮、瘀痹以及由此酿成之内痛,则非旦夕所能奏效,脉细,舌淡红,苔薄白。为方便工作与坚持治疗两不误,对剂型稍事改动:炙黄芪30g,炒党参10g,炙甘草12g,赤芍10g,当归10g,茯苓15g,淡吴茱萸4g,煨益智仁10g,制乳香2g,海螵蛸5g,白及5g,参三七粉3g

(分吞),前 8 味制成流浸膏,为 1 日量,分 3 次于饭前 1h 服;后 4 味,研细粉,分 4 次于饭前 1h 及临睡前以偏凉之温水调成糊状,口服,15 剂。6 月 11 日三诊:诸症安和,已恢复工作,但在劳累后仍偶感嘈杂,胃脘部轻微隐痛,二便均和,面色亦趋红润,血红蛋白 11.2g/dl,脉转滑,苔薄净,舌淡红,效不更方,继用原方 20 剂,以巩固疗效。7 月 1 日四诊时诸症均和,食量增加,面色红润,大便色黄,日行 1 次,未再发生嘈杂、泛酸及胃脘部隐痛,就诊前 3 日复查胃肠钡餐造影:胃有少量潴留液,小弯垂直部有 2.0cm×0.6cm 的龛影,胃排空机能良好,示溃疡面缩小,脉滑,舌淡红,苔薄白,宗原方,26 剂,以促内痈愈合。7 月 30 日五诊时已参加重体力劳动,无不适感,胃肠钡餐再次复查:胃小弯局部龛影已不著,胃位置中等,再予原方 7 剂,以巩固疗效,以后停药观察一直安和,随访至今 48 年,无复发。

案例 2:幽门管溃疡。患者某,男,59 岁,1957 年 9 月 4 日初诊。主诉:胃脘部烧灼样疼痛反复发作 30 年余,以疲劳及空腹为甚,少量进食可以缓解,伴嗝气、泛酸,月前曾有呕血,乃至纳谷衰减,面色少华,时感心悸,大便日行,色黄。查体:脉细滑、舌淡红、苔薄白,形体消瘦,颈部及锁骨上未及淋巴结肿大,腹软,剑突下轻压痛,未扪及包块。胃肠钡餐造影示幽门管溃疡,辨证属中气不足、胃络瘀痹,法当补中、生肌、行瘀、治痹,拟补中生肌汤加减:炙黄芪 20g,炒党参 10g,炙甘草 12g,赤芍 10g,制乳香 3g,当归 10g,茯苓 15g,海螵蛸 15g,淡吴茱萸 3g,白及 10g,参三七粉 3g(分吞),3 剂。1957 年 9 月 7 日~12 月 5 日二至七诊诉初诊服药后,胃脘痛缓解,心悸减轻,食欲增加,大便正常,舌脉同前,治疗有效,先后守方继服 90 剂。1957 年 12 月 6 日~1958 年 2 月 7 日八至九诊期间胃脘痛未作,饮食正常,可以进食普通干饭,余无不适,舌脉同前,12 月 6 日胃肠钡餐造影复查,示幽门管溃疡未完全愈合,仍原方继服,并调整黄芪用量至 30g,间日服药,共 30 剂,促使溃疡愈合。2 月 8 日十诊:近 5 个月来一直无胃脘疼痛不适,且面色渐华,形体亦趋丰满,精神显著好转,舌脉同前,再次胃肠钡餐复查,示幽门管溃疡已趋愈合,故停药观察,并嘱继续注意饮食起居及情志的调摄。

案例 3:胃巨大多发溃疡,胃十二指肠复合性溃疡。患者某,男,45 岁,1997 年 12 月 16 日初诊。胃脘隐痛半年,空腹为甚,进食则缓,喜温喜按。伴嘈杂,泛酸,纳谷不香,口淡无味,大便偏溏,每日一行,色黄。舌淡、苔薄白,脉细弦,剑突下局部有轻压痛。日前胃镜检查显示:胃巨型多发性溃疡,胃、十二指肠复合性溃疡及重度慢性浅表性胃炎,辨证属脾胃阳虚,中焦失

运,络脉瘀痹,拟补中、温中、活血通络。自拟补中生肌汤加减:炙黄芪 45g,炒党参 20g,炙甘草 12g,赤芍 10g,白及 10g,制乳香 3g,当归 10g,淡吴茱萸 3g,煨益智仁 15g,海螵蛸 15g,甘松 6g,参三七粉(分吞)3g,7 剂,嘱忌食生冷、腌腊之品及粗糙食物。12 月 23 日二诊:胃脘痛及泛酸缓解,仍有嘈杂,大便每日一行,舌淡,苔薄白,脉细弦。按嘈杂一症,有因火、因痰、因酸水浸渍而嘈等区别,亦有因脾胃虚寒转致者。本例嘈杂似饥,而欲得谷求安,可见中气虚乏是其主因,拟前方加减:炙黄芪 60g,炒党参 20g,炙甘草 12g,赤芍 10g,生白及 10g,制乳香 3g,当归 10g,淡吴茱萸 3g,煨益智仁 15g,海螵蛸 15g,甘松 6g,参三七粉 3g(分吞),7 剂。12 月 30 日三诊:胃脘隐痛,嘈杂,泛酸诸症悉除,微有嗝气及饱胀感,胃镜复查多处溃疡面均有缩小,脉细弦,舌淡红,苔薄白,拟予前方增药以疏理气机:炙黄芪 60g,炒党参 20g,炙甘草 6g,赤芍 10g,生白及 10g,制乳香 3g,当归 10g,淡吴茱萸 3g,煨益智仁 15g,海螵蛸 15g,苏木 10g,枳壳 6g,参三七粉 3g(分吞),14 剂(以后患者又在当地医院宗方续服 28 剂,共 42 剂)。2 月 12 日四诊:胃和,纳食增加,大便软,日行 1 次,于前日再次胃镜复查:胃角溃疡愈合期,浅表性胃炎,病理示胃角黏膜中度浅表性胃炎。舌脉如前,继用前方减炙黄芪量至 30g 继服,以巩固疗效,14 剂后停药。

案例 4:残胃溃疡伴糜烂,肠腺化生。患者某,男,84 岁,2005 年 10 月 4 日初诊。主诉:食欲锐减半年余。40 年前曾因十二指肠溃疡伴大出血,行胃大部切除术。近日胃镜检查:齿状线上 1cm 可见食管黏膜剥脱。胃底见 2 处糜烂,后壁及小弯侧可见 2 处不规则溃疡,活检质脆,覆白苔,伴陈旧性出血,吻合口小弯侧见糜烂,吻合口通畅,残胃黏膜红肿,可见多处糜烂,表面附大量胆汁。诊断:1)残胃溃疡(恶性可能);2)食管炎;3)吻合口炎;4)残胃炎伴胆汁返流。俞老认为,该患者年老,半年来更见饮食锐减,虽无自觉其他不适,但内窥镜揭示:有食管炎,残胃溃疡、糜烂、伴胆汁返流及陈旧性出血等,可知中气虚馁是其病机要点之一,此外更有气滞、血瘀、痰饮,且因久郁化火,形成内痈,显示虚中夹实,是治疗难点。脉细滑,舌偏紫,苔薄腻,宜先以甘药建立中气,伍以调气血、化痰饮、清郁热,以治内痈。处方:炙黄芪 15g,炒党参 10g,茯苓 15g,炙甘草 10g,赤芍 10g,生白及 10g,制乳香 3g,枳壳 6g,姜半夏 10g,苏木 6g,败酱草 20g,白花蛇舌草 20g,参三七粉 3g(分吞),7 剂。10 月 11 日二诊:前诊药后,胃纳有所增加,舌紫亦有改善,此为病情转机,但中气虚馁,以及痰、瘀、郁热均须待久治取效,始能生

肌、疔痛,使气血渐充,本元自复,故仍宜宗原方,增量再进。炙黄芪 30g,炒党参 15g,茯苓 15g,炙甘草 12g,赤芍 10g,淡吴茱萸 3g,姜半夏 10g,炒枳壳 6g,苏木 6g,白及 10g,制乳香 3g,半枝莲 20g,败酱草 20g,参三七粉 3g(分吞),7 剂。11 月 4 日三诊:胃气渐复,纳谷转馨,舌淡红,苔薄,脉细滑,仍宗原方出入:炙黄芪 50g,炒党参 15g,炒白术 6g,炙甘草 12g,茯苓 20g,白及 10g,制乳香 3g,姜半夏 10g,淡吴茱萸 4g,炒枳壳 6g,苏木 6g,赤芍 10g,蒲公英 15g,败酱草 20g,白茅根 15g,参三七粉 3g(分吞),14 剂。11 月 13 日~18 日四~五诊:精神好,胃和,纳可,大便偶有微溏,脉细滑,舌淡红,苔薄,仍予前方继服 14 剂。患者又自增 12 剂,共服 26 剂。五诊时去败酱草、蒲公英、苏木、枳壳,增入柴胡 10g,七叶一枝花 15g,再服 12 剂。后停药,并于 2005 年 12 月 30 日胃镜复查,示残胃溃疡愈合,糜烂及肠腺化生消失。

### 3 案例分析研究

3.1 中气虚馁-痰饮-瘀痹是各类溃疡病的主要病机和证候特征:溃疡病的临床症状,常见的有胃脘痛、泛酸、嘈杂等,其中尤以胃脘痛最具特征。胃脘痛的虚实辨证要点有:喜按为虚,拒按为实;久痛多虚,暴痛多实;得食稍可为虚,胀满畏食为实;痛徐而缓莫得其处为虚,痛剧而坚定着不移为实。本文案例,虽仅 4 则,但均属特殊类型的消化性溃疡,其溃疡发生的位置、类型、并发症或伴发疾病均较复杂,所以治疗难度相对较大,但俞老辨证均认定中气虚馁为其共同的病机和中心证候,辨证依据主要是久病(6 个月~30 年)和胃痛性质(痛徐而缓,呈烧灼样,但空腹为甚,得食痛减,痛处喜按),唯案例 4 无胃脘痛。此外,舌诊有 3 例呈现舌淡或淡红,苔薄、薄白或薄滑;1 例(例 4)舌偏紫,苔薄腻。中气虚馁,为补中药的使用、重用和较持久的应用提供了理论支撑。泛酸、嘈杂是胃脘痛最常见的伴随症状,俞老称之为溃疡病的临床三联征,其发生都与中气虚馁有关,这是因为中气虚馁、健运无权、水谷精微不行,反致浊气凝聚,为痰为饮,从木气而化酸,或酸水浸心而致嘈。溃疡病的发生、发展,往往还循着一般慢性病证候演变的规律:“初病气结在经,久病血伤入络”“凡气久阻,血亦应病,循行之脉络自痹”“痛久不愈,必入血络”“胃痛久而屡发,必有凝痰聚瘀”。所以俞老认为:溃疡病的病机演变在中气虚馁,痰饮阻滞气机的基础上,再加上“久”这个时间条件,便致“胃络瘀痹”,使胃由严重的功能损伤演变为器质破坏,最终形成了溃疡。所以,建中气、化痰饮、行瘀痹都是中医对溃疡病的重要治则,而建中气则几乎贯穿于治疗的

始终。

3.2 探索和创新胃脘痛的中医药诊治:关于胃脘痛记载始自《内经》,《素问·病能篇》“热聚胃口而不行,故胃脘为痛也”,以后历代中医文献各有记述。俞老在 50 年前就认为溃疡病在影像学中显示的形态学特征以及病理检查所见,与中医古籍文献记载的“胃脘痛”十分类同,尤其是痛的发病因素、病位,以及病机都是十分明显的。只是由于当时历史条件和科技发展的限制,无法检出内在之胃脘痛以及它与外显之临床表现进行更深层次的描述、表达和联系而已。俞老基于上述认识和假设,当时就大胆创新了补中生肌汤,即用传统的辨证论治方法,建中气,化痰饮,行瘀滞,又参考影像学检查。从“胃脘生痛”着手,从而开拓了诊治的新思路。这对中医诊治溃疡病至少有三方面的提示:1)从治病入手,选用祛腐生肌药以提高疗效,如选用、重用“生血、生肌、排脓、内托疮痈圣药”的黄芪,以补中益气,生肌疗痛,如本文几个案例都是在关键时刻重用黄芪至 45~60g,或将黄芪从 15g 增大至 50g,生肌疗痛才促使溃疡愈合的。此外,选用“止痛长肉”“痈疽疮疡,心腹痛要药”的乳香和“生肌止痛”“治金疮不瘥,痈疽方中多用之”的白及,加用善于“祛腐生新”“痈肿疼痛”的三七等,都与此思路相关。2)中医诊治溃疡病,除辨证使用建中气、化痰饮、行瘀滞中药外,尚可从“胃脘生痛”这一角度出发,结合影像学所见,如溃疡边缘的糜烂、充血、水肿,以及附着的炎症渗出物,包括 HP 感染等,从而悟出凝痰聚瘀,可以郁久化热、化火、化毒的可能病机演变,进而思考是否需用败酱草、白花舌蛇草、半枝莲、七叶一枝花、香茶菜等中药以清郁火、解热毒,本文案例 4 的用药,即系受此启迪,并取得优良疗效。3)疗程及疗效评估,既重视临床证候,又观察溃疡(胃脘痛)的愈合状况,使决策更趋于合理:首先,补中生肌汤治疗消化性溃疡,在用法上已明确规定疗程为 6~8 周,在溃疡初愈后,宜继续服药 4~6 周,以资巩固,这是俞老经过反复的临床实践后提出的疗程概念。有了疗程的概念,就可能防止一旦临床症状缓解后的过早停药,以及由此导致的病情反复。经本文案例分析,可见临床症状的缓解与溃疡愈合,在时间上存在显著的差异,症状缓解不等于溃疡愈合,故坚持治疗,定期复查是至关重要的。在溃疡愈合时间上,亦因溃疡部位不同而存在差异,如例 2 的溃疡愈合长达 125 天,这与幽门管溃疡常伴有胃酸的高分泌,以及幽门管痉挛和形成溃疡瘢痕致使溃疡愈合难度增加有关,值得重视。

(2007-06-26 收稿)