

从心胆相通论治功能性消化不良伴抑郁状态

解坤¹ 刘维明^{2△}

[关键词] 功能性消化不良;抑郁;心胆气虚;养心安神;疏利肝胆

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.01.17

[中图分类号] R573 [文献标志码] A

Treatment of functional dyspepsia with depression from the perspective of heart-gallbladder communication

Summary This paper mainly discusses the theoretical basis and clinical application of treating functional dyspepsia with depression from the perspective of heart-gallbladder communication. Functional dyspepsia with depression is based on deficiency of heart and gallbladder qi, marked by disharmony between spleen and stomach, and mainly induced by bad emotional stimulation. Nourishing the heart, calming the nerves, invigorating the spleen, harmonizing the stomach, and soothing the liver and gallbladder are the major treatment methods. Clinically, deficiency of heart and gallbladder qi is often combined with disharmony between gallbladder and stomach, deficiency of both heart and spleen, and it can also be combined with excessive stomach heat and phlegm-dampness. Therefore, Anshen Dingzhi Pill, Xiangsha Liujunzi and Xiaoyao Powder are used as the basic prescriptions for syndrome differentiation and treatment.

Key words functional dyspepsia; depression; heart and gallbladder qi deficiency; nourishing the heart and calming the nerves; relieve the liver and gallbladder

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是以慢性或反复发作性的上消化道症状为主要表现,但经检查排除引起该症状的器质性疾病的一组临床综合征,是由生理和心理因素相互作用并通过肠脑神经系统调控的消化系统疾病,发病率达11%~29.2%^[1]。FD临床表现为上腹痛或上腹烧灼感,食欲不振、早饱、反酸、腹胀、暖气、恶心、呕吐、呃逆等。FD患者病情多不危及生命,但易反复发作,迁延难愈,严重影响患者的生活、工作质量,给个人和社会造成沉重负担。中医学对FD的相关症状记载较早,但未有统一病名,可归属于中医“胃脘痛”“胃痞”“反酸”“嘈杂”等范畴。临床观察发现,FD患者平素常多伴有心情紧张、情绪低落甚则胆怯易惊等情感表现,这些表现与心胆气虚之人性格特质不谋而合,提示FD伴抑郁状态的发生与心、胆关系密切,兹以“心胆相通”理论为基础,心、胆、脾、胃脏腑同调,临床上采用健脾和胃、养心安神、疏利肝胆的治疗大法,往往效如桴鼓。

1 心胆相通与FD伴抑郁状态理论溯源

1.1 中医理论依据

1.1.1 心胆神合,生理相关,病理相因 《灵枢·经别》谓:“足少阳之正,绕髀入毛际,合于厥阴;别者,入季肋之间,循胸里属阳,散之上肝贯心。”可见

心与胆经络相互关联,心之气血可输布于胆,使胆腑得养,胆气充足,则胆的生理功能得以发挥;胆气亦能循经上行至心,使心气充足,心神得安^[2]。清·李梴《医学入门》提出“心胆相通”理论,认为胆主决断要在心主神明的统领下才能进行,而心主神明的功能又需要胆的决断才能正常行使^[3]。若心之气血不足,无以输布于胆,导致胆虚气弱,无力生成、排泄胆汁,影响脾胃纳运功能,导致FD伴抑郁状态的产生。若素体胆气虚弱,胆气不能上资心气,心气不足,心神失养,导致心胆气虚体质的形成。《辨证录·怔忡门》云:“心与胆为子母,补胆而兼补心者,子强而母自不弱也。”由于心胆神合,胆虚者实为心气虚而胆怯,故胆虚之治,必从心胆同治,益心气而壮胆气。

1.1.2 胆主决断,具有对事物进行判断、作出决定的功能 《素问·灵兰秘典论》曰:“胆者,中正之官,决断出焉。”这一功能的正常发挥会减少不良情绪的产生,同时也能加快不良情绪的消失。胆的决断能力取决于胆气强弱,胆气强者勇敢果断,胆气弱者,数谋虑而不决。肝胆脏腑相连,互为表里。肝主谋虑,胆主决断,两者相济相成,若胆气弱,胆主决断功能失权,势必会影响肝主谋虑的功能,导致肝气郁结,疏泄失职,加剧消极情绪的产生,同时也会影响水谷精微与输布,进而导致胆气更弱,最终形成心胆气虚体质,临床多见善惊易恐、胆怯、情绪低落等精神情志改变。同时胆虚气弱的加剧,致使胆汁分泌排泄功能障碍,影响脾胃的运化功能,

¹ 山东中医药大学(济南,250014)

² 山东中医药大学附属济南市中医医院脾胃肝胆科

△ 审校者

通信作者:刘维明, E-mail: mmu2006@163.com

出现食欲不振、痞满等症状。胆气以下降为顺,若胆气不利,气机上逆,则可出现反酸、恶心、呕吐等症状,可见胆主决断失权与 FD 伴抑郁状态息息相关。

1.1.3 五行生克制化 脾胃皆属土,共为人体气机升降的枢纽,脾气主升,胃气主降。同时脾主运化,胃主受纳,共同参与饮食水谷的消化、吸收。胆腑属木,内藏精汁,性喜疏泄条达而恶抑郁。在生理上,脾土得胆木升发,则脾气健运,得以将饮食水谷转化为水谷精微,并将其吸收、转输到全身脏腑;胃土得胆木疏泄,则胃气下降,得以将食物初步消化形成食糜,并进一步传输至小肠。《素问·宝命全形论》曰“土得木而达”,即是以五行学说的理论概括胆与脾胃之间存在着生克制化的关系。胆气充足,则胆汁疏泄功能正常,脾胃运化功能强健。在病理状态下,胆气虚弱或胆气郁结太过,克害脾胃,致使脾胃功能失常。正如《灵枢·四时气第十九》所云“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦。”说明胆、胃共为六腑,以降为顺,胆气充足,疏泄功能正常,排泄胆汁,胆汁疏泄到肠道,助脾胃腐熟消化水谷。若胆气虚弱,胆腑功能失常,胆汁的分泌与排泄出现障碍,即会影响脾胃的消化功能,并出现食欲不振、痞满、反酸等消化不良的症状。同时胆与脾胃之间有着相互制约的关系。若脾胃运化功能减弱,则会出现脾气不升,胃气不降的情况,气机失畅,壅塞中焦,进而侮其胆木,胆气不宁,进而出现胆怯易惊、犹豫不决、情绪低落等症状,故脾胃生病亦能及胆,此即“土壅木郁”。

1.2 西医理论依据

心与胆相通不仅有中医学理论依据,现代医学也得到了证实,解剖发现胆道与心的传入神经纤维在第 5~8 胸椎处重合,二者同受自主神经支配^[4],临床上,胆心综合征越来越多见,胆道疾病可以通过神经反射影响心血管系统从而发为心律不齐、心梗,心血管疾病也会反过来影响胆系而发病。

近年来随着对 FD 伴抑郁状态发病机制的深入研究,认为脑-肠轴功能紊乱、胃内原动力、胃内菌群在 FD 伴抑郁状态的发病中占有重要地位。脑肠轴主要通过脑肠互动的作用调控相关脑肠肽水平,来控制胃肠道的运动与内分泌机制,进而导致 FD 伴抑郁状态的发生。机体通过脑肠轴的双向环路进行胃肠功能的调节称为脑肠互动^[5],它是指胃肠道与中枢神经系统之间相互作用、相互联系的通道,当情志刺激、紧张、焦虑和思维等内感性信息或外源性信息刺激大脑中枢神经系统时,通过其传出神经,胃肠的感觉、运动和内分泌功能就会受到影响;而内脏感觉通过肠神经系统也会影响中枢神经系统^[6]。在正常情况下,脑肠互动对胃功能调节、胃原动力、胃内菌群以及情绪均有调控作用,当

脑肠互动紊乱时,会导致胃内分泌活动改变,胃内环境发生变化,胃蠕动减慢或者加快,原有胃内菌群减少甚至出现新的菌群,进而导致脑肠互动紊乱,加剧不良情绪产生,影响胃肠道功能的正常发挥,从而导致 FD 伴抑郁状态的发生。中西医在认识疾病方面有共通之处,对于认识该病可以相互借鉴,相互结合,从而提高疗效。

2 心胆气虚为 FD 伴抑郁状态发病内因

体质是人体生命过程中在先天禀赋与后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质。因此其形态、功能、心理之间具有内在的相关性,不同的脏腑功能活动总是表现为某种特定的情感、情绪反应与认知活动,如《素问·阴阳应象大论》曰:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。”体质学说认为,体质决定着是否发病,并决定发病的倾向性,同时影响疾病的转归^[7]。心胆气虚体质的形成与先天禀赋有关,并受后天的生活环境、家庭教育、饮食等因素的影响,此种体质之人平素多有心悸胆怯、善惊易恐、情绪低落、坐卧不安、少寐多梦、多愁善虑或急躁易怒等症状。根据临床观察发现,FD 伴抑郁状态的患者大多具备此种特质,其中以情绪低落、易惊善恐、多愁伤感和烦躁易怒这 4 个症状最为常见。

不良的情志刺激是导致 FD 伴抑郁状态的主要诱因,也是变生相关病理因素的始动因素。《素问·举痛论》曰:“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,惊则气乱,思则气结。”由此可见,七情过极会影响脏腑气机,导致脏腑功能紊乱。肝为刚脏,喜条达,而恶抑郁,肝具有刚强躁急的生理特性,抑郁最易伤肝,肝气郁结过甚,疏泄失职,不能畅达全身气机,条畅情志功能减弱,同时又加剧了不良情绪的产生,令肝气郁结更甚。肝气郁结,疏泄失职作为 FD 伴抑郁状态的诱发因素,郁结日久可进一步发展为多种病理现象,如肝气郁结,气不行津,津液停聚,留而为痰,阻滞中焦气机,引起痞满、呃逆之症;郁久化热,则会引起肝火或胆火犯胃,引起呕吐、反酸等症;火盛津伤,炼津成痰,痰热中阻,引起食欲不振,上腹烧灼感等症;气滞痰阻日久阻碍血液运行,化生瘀血,气滞血瘀,引起胃痛、噎隔等症。脾在志为思,脾主运化,忧愁思虑等不良情绪最易伤脾,影响脾主运化的功能,导致水谷精微生成与运行障碍,反生痰湿,壅滞脾胃,变生腹胀、食欲不振、早饱之症。《医学正传》言:“惊气入胆,母能令子虚,……则心君亦为之不宁,故神明不安。”惊吓最易伤心胆之气,使心虚胆怯,神魂不安,出现易惊善恐,恶闻声响,食欲不振,精神紧张等症状。《类证治裁·惊症》“惊则气乱,郁而生火生痰”,气机逆乱,脏腑功能失调,痰火互结于胃肠,导致反酸、胃痞之症。可见,不良情绪既是 FD 伴抑

郁状态发病的直接诱发因素,也是变生痰饮、痰热、瘀血等病理产物的始动因素。

3 西医治疗

临床上现代医学对FD伴抑郁状态的治疗主要是针对消化道症状治疗配合低剂量的抗抑郁药,一般常用的药物有3类:一是质子泵抑制剂,通过抑制胃酸分泌,以达到保护胃黏膜、止痛的作用;二是促进胃肠蠕动的胃动力药,加快胃排空,减少饱胀、早饱的症状;三是杀灭Hp的抗生素,此类药物一般结合传统三联、四联疗法,用于Hp引起的FD。此外,适当的心理暗示疗法也有一定的功效,但总体治疗效果欠佳,服用中药治疗该病疗效满意,笔者总结临床经验,从心胆相通角度治疗FD伴抑郁状态。

4 从心胆相通论治FD伴抑郁状态

FD伴抑郁状态以心胆气虚为本,以脾胃失和为标,不良情志刺激为主要诱发因素,故应以健脾和胃、养心安神、疏利肝胆为治疗大法,标本兼治。临床以安神定志丸为基础方,结合整体审查和辨证论治,常配合香砂六君子、逍遥散等方剂。安神定志丸方中重用补五脏元气、安精神、定魂魄、止惊悸以为君药。茯苓、茯神入心脾,补脾益气,宁心安神。《神农本草经》认为其可实心脾,以止惊邪、恐悸,久服安魂养神。石菖蒲、远志涤痰开窍,安神定志。《本草经集注》谓远志“定心气,止惊悸”。龙齿镇心神,安魂魄。诸药合用益心气、壮胆气以治本。若心阳失养,母病及子,多用姜黄、丹参、郁金、甘松等温阳行气活血化痰之品;若心阴不足,当用合欢皮、合欢花、麦冬、酸枣仁、石斛等阴降火、益气安神之品;疏肝之品多属辛温,临床可选用郁金、香附、香橼、佛手、生麦芽、九里香等疏肝理气药,佐以少量清热之品,如蒲公英、薄荷等,苦寒降胃而不伤胃,又可反佐理气药之温燥之性;肝体阴而用阳,性刚而喜柔,柔肝之品当选白芍、乌梅、绿萼梅等。若与痰热兼夹,当配伍半夏、竹茹、代赭石之品;若肝胆枢机不利而致反酸加海螵蛸、煅瓦楞、吴茱萸、黄芩、黄连等,若胃痞不适当加厚朴、枳实等行气之品或者半夏泻心汤加减。笔者建议待患者FD伴抑郁状态的症状消失后,继服安神定志丸3周以巩固疗效。

5 验案举隅

患者,女,45岁,2019年3月4日就诊。素有抑郁病史6年,呃逆时发,心慌不安,气短乏力,精神萎靡不振,情绪低落,时有头晕,胸闷,自述曾服中药后好转,近3d症状加剧。刻下症见:呃逆时作,胸闷,心慌不安,乏力,纳差,心情紧张,情绪低落,恶闻声响,疲劳乏力,舌淡红,苔薄白,脉弦细。

心电图检查示大致正常心电图,血生化、胃镜检查无明显异常。辨证分析,患者平素思虑过度,每因情绪激动出现胸闷,心慌不安,脉象细,表明心气耗伤,以致心神不安;患者平时喜静,恶闻声响,易惊善恐,每因情绪不安而呃逆频作,表明患者胆气虚弱,决断失权;素有抑郁状态,情绪低落,脉弦,表明患者气机郁结,胆气疏泄失职,故证属心胆气虚。用安神定志丸加减:人参12g,茯神10g,石菖蒲10g,远志10g,生龙骨15g,柏子仁15g,厚朴9g,陈皮9g,豆蔻9g,砂仁9g,炒白术10g,生麦芽15g,郁金10g。共7剂,水煎服,早晚分服。

2019年3月11日二诊,患者服药1周后呃逆基本消失,无心慌胸闷,纳眠可,情绪低落明显减轻,舌象如前,脉象有力。原方去厚朴,再服7剂以巩固疗效。

按:患者虽呃逆为主诉,但常在受到惊吓或情绪激动后呃逆阵发,兼见胸闷、心慌不安,乏力,情绪低落,恶闻声响,易惊善恐。综上所述,考虑其为胆气虚弱,失于决断,气机疏泄不畅,胆气不随胃降,而成胆郁胃逆之势,故见主症呃逆;气机不畅,则心气不足,“气为血之帅”,气虚运血无力,可见胸闷、心慌。前人曾有“胆虚则神自怯”一说,故患者恶闻声响、易惊善恐。故本案例从心胆气虚论治,以安神定志丸为主方,益气镇惊、安神定志,一诊加入厚朴、陈皮、郁金加强理气之功,以求标本兼治。二诊时,患者呃逆基本消失,无心慌胸闷,情绪低落明显减轻,正如清代程杏轩《医述》云:“气以壮胆,邪不可干。”胆气充盛,三焦气机调畅,自然无呃逆之症。

参考文献

- [1] Ghoshal UC, Singh R, Chang FY, et al. Epidemiology of uninvestigated and functional dyspepsia in Asia: facts and fiction[J]. Neuro Gastroenterol Motil, 2011(17):234-244.
- [2] 徐前,柯娟,过伟峰,等.从心胆气虚论治神经症[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(5):923-927.
- [3] 孙天福. 浅析心胆神合论[J]. 河南中医, 2004, 24(10):8-10.
- [4] 申屏秋. 296例胆道系统疾病的心电图分析[J]. 江西医药, 1994(2):118.
- [5] 冷金成,张微,李思宇,等. 针刺治疗功能性肠病双向调节作用和脑肠互动[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(5):1142-1144.
- [6] 马祥雪,王凤云,符竣杰,等. 从脑肠互动角度探讨脾主运化的物质基础与科学内涵[J]. 中医杂志, 2016, 57(12):996-999.
- [7] 赵晓杰. 论体质的影响因素[J]. 吉林中医药, 2011, 31(4):293-294.

(收稿日期:2020-07-09)