

南京中医药大学附属医院
江苏省中医院 建院50周年

论文汇编



2004.10

南京中医药大学附属医院
江苏省中医院 建院 50 周年

论文汇编

2004 年 10 月

大医精诚

中医学，源远流长，博大精深，福泽四方。唐代著名医家孙思邈四字训言告诫后学：医乃仁术，治病救人。为医者应存仁爱之心，刻求医理，急人所难。此所谓：杏林春暖，古道热肠；至诚至信，日月可鉴。

刘沈林

2004年10月

目 录

消化道疾病治法八字要领	徐景藩(1)
关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨	张继泽(5)
透法在脾胃病中的应用	单兆伟(7)
温胆汤治疗杂病举隅	朱广华(9)
脾胃体用论	沈 洪(11)
胃脘痛从瘀论治的体会	周晓虹(14)
连脂清肠汤和灌肠液治疗慢性结肠炎的临床和实验研究	叶 柏(16)
叶酸对胃癌癌前状态细胞凋亡和基因表达的影响	赵建学(19)
中医药治疗充血性心力衰竭的临床体会	唐蜀华(21)
化痰祛瘀治疗疑难病证九法——周仲瑛学术思想临证经验摘粹	李七一(24)
慢性肺源性心脏病中医辨证分型的多因素分析研究	朱 佳(27)
平哮合剂治疗支气管哮喘发作期的临床研究	史锁芳(32)
曹世宏教授治疗慢性咳嗽的经验	潘正连(35)
通阳宣痹法治疗慢性阻塞性肺病急性发作期的临床和实验研究	奚肇庆(37)
中药呼灵雾化剂治疗慢性呼吸衰竭加重期 30 例临床研究	韦宏庆(42)
血复康对 K562 细胞抑制增殖和诱导凋亡的研究	李晓惠(44)
再生障碍性贫血的辨证施治	甘锦欣(46)
克糖灵颗粒对 IGT 干预治疗的研究探讨的再认识	戴芳芳(47)
高脂血症中医辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究	陈江宁(49)
老年心脑血管疾患从瘀论治浅谈	郭宏敏(51)
珍枣胶囊治疗老年人失眠的临床观察及实验研究	刘海燕(53)
类风湿性关节炎的中医病因病机探讨与临床观察(附:温散宣通法治疗 71 例类风湿性关节炎的临床观察)	董新民(55)
补肺清瘀颗粒提高小鼠免疫功能、清除免疫复合物的实验研究	钱 先(59)
泄浊清热法治疗反复发作的急性痛风性关节炎的临床与实验研究	纪 伟(61)
治肾琐谈	龚丽娟(67)
对中草药肾毒性的理性探讨	孙 伟(69)
凤芍汤治疗慢性肾衰的体会	陶杏芬(73)
偏头痛证治初探	顾锡镇(75)
周仲瑛教授治疗乙型肝炎验案两则	陈四清(78)
论恶性肿瘤的基本病机	张成铭(80)
临证贵在知常达变	周晓虹(84)
小儿病毒性肺炎痰热闭肺证治疗方法的临床研究	汪受传(86)
推拿对小儿哮喘(缓解期)甲襞微循环的影响	殷 明(89)
双解止泻颗粒治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎 65 例临床观察	朱先康(91)
哮喘必当活血通腑	韩新民(93)
中药穴位敷贴防治小儿哮喘 60 例	陆力生(95)

中医男科及其四大主症	徐福松(97)
中药汽疗治疗良性前列腺增生的临床观察	宁克勤(100)
试述性焦虑的中医观	何 映(101)
开音颗粒治疗慢性喉炎、声带小结 65 例的临床疗效和计算机嗓音分析研究	严道南(103)
论喉源性咳嗽辨治	陈国丰(105)
老年性声门闭合不全喉空气动力学与中医学意义	王东方(107)
耳前瘻管感染运用中医的“腐、刮、生肌”三步骤外治体会	蒋中秋(109)
渗出性中耳炎的辨证论治	王晚平(110)
中西医结合话嗓音疾病防治	徐 静(112)
浅说硬化注射治疗内痔	朱秉宜(114)
保留括约肌挂线术治疗肛周脓肿的临床研究	谷云飞(117)
药物依赖性便秘的辨证及治疗	史仁杰(120)
硬化注射疗法结合 Parks 肛后修补术治疗直肠脱垂伴肛门失禁	邵万金(122)
按摩法辅助治疗颞下颌关节紊乱病的效果初探	口腔科(125)
口腔病与男子不育症相关性的临床研究	杨淑琴(127)
无髓前牙的变色与漂白治疗	缪 莉(130)
健脾化湿颗粒治疗儿童遗传过敏性皮炎 64 例	魏跃钢(132)
痤疮的中医药辨治概况	陈 力(133)
中药润肤洗剂治疗慢性手足部湿疹临床观察	李红兵(137)
藿黄浸剂治疗角化型手足癣、甲癣的临床观察	单敏洁(140)
中药汽疗治疗寻常型银屑病的临床疗效观察及实验研究	阎仲生(142)
正反五行学说的概念及在妇科学中的应用	夏桂成(146)
清法在月经病中的应用	汤昆华(150)
功能失调性子宫出血子宫局部微循环障碍与“肾虚—血瘀”	卢 苏(152)
滋阴抑抗方治疗女性免疫性不育症的临床研究	赵可宁(154)
抗心磷脂抗体阳性致流产相关因素调查分析	陆启滨(157)
夏桂成教授辨治盆腔炎的经验与特色	钱 菁(160)
针灸医案医话	盛灿若(162)
药物穴位注射治疗慢性萎缩性胃炎的疗效观察及实验研究	施 震(166)
CR 图像的质量控制	邓新达(168)
推拿配合口服西比灵治疗颈性脑缺血	薛明新(169)
推拿配合针刺阳陵泉治疗落枕 180 例疗效分析	张仕年(171)
误诊为腰椎间盘突出症的骨转移瘤 7 例临床报告	丁育中(172)
全面继承华佗医术发展中西医结合外科	刘再朋(174)
克乳痛胶囊治疗乳腺增生病的临床总结	许芝银(176)
抑胰合剂治疗急性出血坏死性胰腺炎的临床研究	朱永康(178)
浆细胞性乳腺炎的中医诊治	卞卫和(183)
部分胰腺切除术对肝脏再生的影响	唐天勤(186)
微创手术中西结合治疗脑出血	高觉民(189)
中西医结合治疗老年人慢性硬膜下血肿 36 例	汤忠华(191)
肺癌组织 p53V 和 p16 基因的表达特征及其临床意义	邹浩生(193)

白塞氏病并血管病变的中西医治疗·····	杨能华(196)
肢端动脉硬化闭塞症的辨证施治·····	方铁生(198)
抑胰合剂治疗急性出血坏死性胰腺炎实验研究·····	魏友松(199)
如何抓好新药临床试验过程质量管理·····	符为民(202)
临床试验源文件与源数据的管理·····	刘芳(204)
非双盲设计的中药临床试验中的疗效评价方法·····	蒋萌(206)
多中心临床试验的随机化方案及 SAS 程序·····	邹建东(209)
中药临床试验的适应证候设计与疗效评价·····	熊宁宁(211)
临床医生的个案研究设计·····	罗玫(213)
临床试验的风险评估与安全监察·····	汪秀琴(214)
鸦胆子油脂乳注射液的人体药动学研究·····	居文政(218)
大黄蛰虫丸对阿霉素肾病伴高血脂症大鼠的实验研究·····	朱莹莹(221)
中医院标准护理计划的制定及其临床应用·····	戴新娟(224)
脑卒中偏瘫康复护理中应重视的问题·····	吴荣华(227)
早期介入康复护理对中风患者肢体功能的影响·····	吴纯慧(229)
股骨粗隆间骨折的中医护理与健康教育·····	方克勤(231)
脊柱侧凸矫形术的护理·····	陈美兰(233)
冠状动脉旁路移植术早期监测与护理·····	陈行秀(235)
全息外治法应用于肛门病术后止痛的效果观察·····	宋建萍(237)
加强急诊风险管理 防止护患纠纷发生·····	陈丽芳(239)
糖尿病足患者的社会支持分析及护理对策·····	徐中芹(240)
1 例室颤复苏及置入埋藏式心律转复除颤器患者的护理·····	朱玉先(242)
烫伤药水配合艾灸治疗压疮·····	龚秀琴(245)
小儿推拿治疗腹泻的临床疗效观察及辨证护理·····	刘一玲(247)

消化道疾病治法八字要领

徐景藩 (消化科)

消化道始自口腔,经食管、胃、小肠(包括十二指肠)、大肠(包括直肠),最终为肛门。整个管道按《难经·四十四难》所载,有飞门、户门、吸门、贲门、幽门、阑门、魄门等“七冲门”。杨玄操注谓“冲者,通也,出也。”个人认为,消化道的生理要求是:上下通畅,粘膜濡润,消运得宜,传动正常。

食管古称“胃之系”(《难经·42难》杨注)、“咽管”(《医编》),属于胃的联带部分。十二指肠球部也属于胃。小肠的吸收属脾。整个消化道的功能,在广义上说均与脾有关。总之,消化道的脏腑包括脾、胃、小肠、大肠,与肝胆之疏泄功能息息相关,与上焦心、肺联系,还受肾的正常功能的影响。因脾胃在生理上的重要性而历来被称作“后天之本”,为全身升降调节的“枢纽”。

消化道常见的内伤杂病有噎膈、胃脘痛、呕吐、嘈杂、痞胀、泄泻等等。消化道疾病的治法甚多,但归纳起来,治法要领为升、降、润、燥、消、补、清、化等八字。其间各有特异,也互有联系。具体运用得宜与否,直接影响防治效果。现就个人的体会,简述于下,以供参考。

1 升降,相辅相成

升清、降浊,升脾、降胃。升降是脾胃治疗学的重要理论与大法。关于升与降之间的关系,一般来说,以降为基础,是前提,没有降就无所谓升。

1.1 降

降是下行,通降之意。水谷——外界营养物质自口经食管至胃、肠,都属于降的过程。降也是胃肠正常蠕动(动力)的功能。如若降的功能有所异常,则可能引起水谷在胃肠中滞留,甚至阻塞。导致“不通”的病理因素较广,包括食积、湿阻、气滞、血瘀、虫积等,而其中以气滞因素最为普遍、常见。胃气郁滞不解,可以导致胃气上逆。“不通”的症状表现,主要如胃脘、腹部胀痛、痞满、或大便秘结。胃气上逆者,轻则噎嗝、呃逆、恶心,重者引起呕吐、翻胃。

降法的内涵:降法主要有降气为通腑二类,而以降气为基础。

降胃气,亦即和胃降气,针对胃中气滞,或气滞而兼上逆。由于肝主疏泄,胃中气机调畅与否,常与

肝气之疏泄密切相关,治气降气,常兼疏肝理气。凡因气郁经久而化火,气火上亢者,降气应兼降火。

降气、理气的药物,一般能增强食管、胃、肠的蠕动功能,使消化道平滑肌兴奋性提高,并通过植物神经的调节作用,改善消化道的分泌和吸收功能。对于胆汁返流性胃炎或返流性食管炎等疾患,也能通过“降”的过程,使返流得到纠正或改善。此外,和胃降逆的药物具有止吐、改善食物返流,促进胃肠道气体的吸收而使暖气频多、痞胀不适等症状得以缓解。降气、理气之药使胃“以降则和”,从而增进食欲,增强体质。因而,在治疗消化道疾病时常以理气、降气列为常用之法。

降法的具体运用:消化道的降气药,一般属于理气药的范畴。按个人经验,枳壳(或枳实)、陈皮、檀香(或降香)、佛手片等较为常用。降胃气之上逆者,常配以煅赭石、旋覆花、法半夏、刀豆壳、柿蒂、丁香等。如兼胃中气虚者,配以益气、养阴而防滞气、滋腻之品。降肝气之亢逆失疏者,常用炙柴胡、香附、郁金、八月札、青皮等。临床上肝胃气滞常同时存在,故上述药物往往据证而配合选用。

腑气不畅,大便秘结,固然有虚有实,但肠腑气滞也常是重要的病理因素。降气、理气药物也常在辨证选方中参用投之。急性腹痛有宜峻下者。但一般以缓下通便为常用。实证有寒、有热、有气滞、食积,虚证有气虚、阴虚,兹不一一列举。

1.2 升

升主要是指吸收、运化,使水谷之精微行及全身,通过血脉以供生理活动之需。

升法的内涵:改善吸收功能,制止过多的分泌。使肠管过快的蠕动得以减缓。改善肛门括约肌的功能,使其兴奋性有所增强,包括提肛肌兴奋性的增强。

升法的具体运用,包括补气升阳、敛液、举陷。若清阳少升或不升则脾气虚弱,脾虚生湿(内湿),所以,祛风胜湿一法基本上也属于升法范畴。临床上凡是大便溏薄而次多,腹部鸣响,食少神倦,甚至泻利滑泄,肛门脱出,凡此种种,均属脾气不升或清阳不升,当用升法。

升与降法虽不同,但均能纠正消化道疾患的病理因素,两者又有相辅相成之功。如胃降而脾得以升,阳升而胃体得充,胃用有源,胃始得以营正常的通降功能。升降还具有调节动态平衡,流通三焦气化的功用。因此,有时必须将升降两法恰当地并用,升中寓降,降中有升,两者相伍,增强功效。

例如脾胃气虚又兼气滞之证,用药以参、芪主升而补气,配以枳壳、木香主降而理气。中虚气陷而兼气滞者,加入升麻、沉香以调升降,或配荷叶、茯苓,亦是一升一降。又如消化道气滞血瘀证常用的血府逐瘀汤,方中桔梗、牛膝即是一升一降,使行气活血药物更好地发挥治疗作用。又如胃阴不足之证,也常兼有气滞,于滋养胃阴方中加入调升降之品,则奏效尤良。如木蝴蝶配佛手片,杏仁配青皮,竹茹配瓜蒌,代代花配刀豆壳等,均为理气调升降而不致辛燥耗阴之品。临床上不少消化道疑难病证,能在升降治法中认真推敲,相互配用,常可提高疗效。

2 东垣详于治脾,药以甘温居多,叶桂重视养胃,补前人之不足,各有所长

人体禀赋有阴阳偏胜,饮食起居与情志劳逸亦有不同,致病之因不一,证候表现有异,故不能片面地以“脾喜温燥,胃喜柔润”(叶桂《临证指南医案·脾胃按》)为常法,应根据病情,施润投燥,各得其宜。

2.1 润

润是滋涵濡养之意,润泽消化道的药物,一般多数能滋养脾胃之阴。脾胃阴液得充则胃纳脾运健旺。润剂能改善并纠正脾胃阴液耗伤而呈现燥热的病理。

润法的内涵:保护食管、胃、肠道粘膜,促进消化道腺体分泌功能,修复炎症、溃疡等病理变化,并使排便畅通。

润法的具体运用:润法适用于消化道疾患的干燥证候。如吞咽食物有干涩感、胸骨后灼痛不适、胃脘灼热嘈杂、胀痛、口干口疮、便秘、舌质干红等症,均适用本法。润养胃经之品有沙参、麦冬、石斛、玉竹、芦根等。润养脾经药物如怀山药、扁豆、建莲肉、火麻仁等。白芍、蜂蜜则胃脾均润。食管失濡,可加藕汁、藕粉、梨汁、蔗汁。阴血不足者可加地黄、杞子,夹瘀者配以桃仁、归须,胃阴不足而兼郁热者,可酌配知母、天花粉、玄参等。乌梅与白芍相伍,酸以敛阴,又生胃津。

吴塘重视润胃,尝谓:“胃阴复则气降得食,则十二经之阴皆可复矣,欲复其阴,非甘凉不可。”(《温病条辨·中焦篇》),对内伤消化道杂病之阴伤证候,有

一定指导实践的意义。

2.2 燥

补脾胃之气,温中焦之阳,化脾胃湿浊(包括痰饮)之品,均属消化道的燥剂。燥剂可改善脾胃气虚、阳虚、运化无权,水反为湿、湿浊(或痰饮)内留的病理变化。

燥法的内涵:使过快的胃肠蠕动得以减慢而复正常;减少胃肠液的过多分泌,纠正有余的液体病理;促进胃肠道对水分及消化液的吸收。

燥法的具体运用:

2.2.1 燥脾湿:脾病多湿。如泄泻不论久暴,一般都有不同程度的湿,故治泻每多酌用燥药。根据暴泻病因,分别用祛风、散寒、消滞、分利等法与化湿燥剂配合。久泻脾必虚,脾虚必有湿,尽管有兼肝气侮中,肾火不足等证,然终以脾虚为基础,常需应用燥剂:一是补气健脾甘温之品,如党参、白术、苍术之属;二是运用祛风燥剂,风以胜湿,如羌活、防风等药;三是一般温中化湿如厚朴、陈皮、半夏、炮姜、木香等品。

2.2.1 燥胃湿:胃病有湿,湿阻气滞,脘痞不饥,苔腻口粘,有适用平胃散(或不换金正气散)之证者,临床并不少见。经过燥剂祛湿,苔腻渐化,诸症随减。一般以慢性浅表性胃炎较多见,也有少数胃窦部萎缩性炎症或浅表兼萎缩性胃炎,部分腺体萎缩,亦可表现上述证候,总以辨证为要,切勿拘于“萎缩”而一概投以润剂。

又如胃中有痰饮,症状表现可为脘腹痞胀,漉漉有声,泛涎或多酸,或呕吐大量未消化食物及痰涎,头眩神倦,舌苔薄白,舌质偏淡或淡红。一般轻则胃中滞留液较多,排空功能较差,见于胃位置低(下垂)、胃张力低者较多。重者胃炎炎症严重,或溃疡,炎症引起幽门不完全梗阻,经常呕吐,甚至类似反胃之朝食暮吐。温中化饮,和胃降逆,苓桂术甘与姜夏之类,均为常用的燥剂温药。

胃酸过多,分泌有余,即是湿。湿在胃,为危广,故临床上欲求制酸,有时需以化湿药中考虑,希其燥以胜湿。

上述用润用燥,各有适应,但有时对同一患者需要润燥并顾。如较常见的脾胃阴虚夹湿证候,滋养之品与化湿药相配,润中有燥。既要润其阴,又要燥其湿,却又不可过燥伤阴。或取权宜之计,先化其湿,湿去而专护其阴。又如脾胃气虚而兼阴虚之证,补气偏温,滋阴属凉属润,应据证而兼顾并用。常用的怀山药,微温而不燥,轻补而不滋,甘以养阴,一药

而兼补气阴。黄连、半夏消痞和胃,燥湿泄热,配以瓜蒌之润,常用以治疗胃炎,仿小陷胸之意而去胃中痰热,亦属润燥兼顾之例。

3 消补,常需兼施

胃主纳,胃既有病而仍需纳谷,易成食滞,理宜消滞。脾胃虚弱,运化无权,当据证而被补气或补阴,由于补药易滞气,故投补以治脾胃病,必须佐以行气之品。消滞必兼行气,气行则滞得消,故消补兼施又是脾胃病之治法特点。

3.1 消

消指消除食滞,增强脾胃磨谷的功能,亦即去其胃肠中宿食,助其消化。

消法的内涵:消滞之品多数能直接作用于胃粘膜腺体,增加胃液分泌。有的药物能通过胃泌素的增加而间接促进胃液分泌。其次,消滞之品可以增强胃肠蠕动,使胃中食糜排入小肠,配用导滞药物,促进排便以使食滞下泄。此外,从广义而言,行气活血之品,亦属消法。

消法的具体运用:此法用药已为医家熟知,毋庸详述。如乳制品所伤,引起脾胃病发作,脘痞胀满,便溏或泄,宜用山楂、藿香,舌苔白腻加炒苍术。瓜果冷饮所伤,常用丁香、肉桂。豆制品所伤,宜用莱菔子或莱菔汁(《本草会编》:“治豆腐积”)。根据所伤饮食内容而选用药物,这是中医药治疗的特色之一。

3.2 补

虚则补之。消化道疾病中脾胃气虚、阳虚或阴虚者,需相应地给予补气、补阳、滋阴之法。上述润法升法中也含有一些补的内容。

补的内涵:对胃肠道粘膜病变有修复作用。提高免疫机制,改善消化道内分泌、运动等功能。有时常表现双向调节作用,如蠕动过缓者可使之适当增快,蠕动过快者可以使之适当减慢。

补法的具体运用:胃、十二指肠溃疡,表现为中虚证候者,黄芪内服可助溃疡愈合。胃部尤以胃窦部慢性萎缩性炎症者,补气、补阴药均有改善病灶,使之逆转为浅表性炎症或正常胃粘膜的可能。与此同时,使肠上皮化生,不典型细胞增生等病理改变得以改善。气虚者常用炙黄芪、炒党参、炒山药、炒白术、茯苓、炙甘草,亦即《医方集解》所述的“六君子汤”。白术用量宜适中,一般每日 6—10 克,一般可以多用地黄,少用党参。胃阴虚者,据证选用地黄、玉竹、石斛、麦冬、白芍等药,佐以适量白芨以和络护膜,增强其效。怀山药气阴俱补,故胃阴虚者也可配

用。

消化道疾患伴有肾阳不足,心肝血虚,肺失肃降等证,或脾胃本病由肾、肝所及或病及肾、肝,互为影响者,分别配以温肾、养肝或补肺、养心等法,兹不一列述。

4 清化,相机而投

水谷不归正化,即是湿,消化道病易见湿证、(内湿)。尚有外湿如湿热之邪,经口而入,“阳明为必由之路”(《温病条辨·中焦篇》)。湿浊亦可化热。食积、气滞、素体阴虚、嗜食酒辛等等因素,均可生热。上述湿、热病理因素可见于食管、胃、肠等病。胰腺属脾脏,系脾所包含的“散膏半斤”(《难经》)。胰腺疾患的主要病理因素同样也不外乎湿、热。

湿、热的症状表现是比较明确的,但两者往往错杂并见,故清(热)与化(湿)既有区别,又有联系,应随证而相机用药。

4.1 清

清热包括清胃、肠和肝经之热。

清热法的作用:一是调整胃肠的异常蠕动,二是抑制植物神经功能的亢进,三是作用于消化道的病原体(细菌、霉菌和病毒等),四是有利于消炎并促进溃疡、糜烂的修复、愈合,促进消化道的凝血机制。

清法的具体运用:清胃热一般如黄芩、蒲公英、石见穿、生甘草等。兼行气止痛者如青木香、白残花。兼养胃阴者如知母、芦根。清热解毒者如黄连、白花蛇舌草、菝葜、银花等。清肝经郁热如丹皮、黑山栀、贝母(《本草正》“入足阳明、厥阴”)黄芩。肝阴不足者,可用石斛、赤芍、杞子、生地、料豆衣等。上述肝、胃之热常兼而有之,用药当互相参合。

肠中热、宜清肠,芩、连、秦皮、白头翁、黄柏、马齿苋等为常用之品。菖蒲(石菖蒲或水菖蒲)根善清肠胃中湿热。大黄酒制亦清肠热,兼能导瘀。

如胃肠热损血络,吐、衄、下血,则宜及时运用清热宁络之剂,芩连泻心之类,清胃止血。地榆、侧柏、仙鹤草等亦善止血,不论吐血、便血均可参用。

黄连、黄芩为消化道较广泛适用的清热药,不论食管、胃、肠的热证,均可在辨证方中酌量参用,惟其性味苦寒,贵在用量与配伍恰当,适时而投。

4.2 化

化指化湿,适用于消化道湿浊内盛之证。由于脾恶湿,脾病多湿。胃的下部(胃窦部)湿易停聚,诚如喻氏《寓意草》论吴叔宝例所述,“下脘浊阴居多”。故化湿是脾胃病颇为常用而较重要之治法。又因消化道与肝胆密切相关,脾胃之湿为肝胆之湿互为影

响。外邪湿浊为患,伤脾胃之阳者占多,湿邪在肝胆每易为热相合,成为湿热互结。湿为阴邪,胃中有湿,不同程度影响胃腐熟水谷之功能。为此,消化道湿浊具有病理上的特殊意义。

化湿法的内涵:一是消除有余的胃液、潴留液,抑制胃、肠道的异常分泌。二是减缓胃肠道的蠕动。三是促进胃肠吸收功能。四是消除消化道的多种病原体(细菌和病毒及其毒素)。化湿法的具体运用:常用者如苦温化湿,以祛脾胃之湿浊,苍术、厚朴与陈、夏相伍。湿盛及表,胃中不和,藿朴夏苓汤,不换金正气散亦常选用。偏于胃湿,湿碍胃阳,胃气呆滞,脘痞胸闷不畅者,配用佩兰、砂、蔻仁。湿遏中阳者,参以温通之桂枝、制附片。湿蕴经久,机窍不运

者,菖蒲、薤白亦不失为良药。

治湿浊宜取下泄之机,故茯苓、泽泻、车前子、薏仁等分利之品,亦常参用之。

清热勿过滋,以防生湿。化湿勿过温,以防伤阴、助热。胃中湿热常与食滞互为影响,宜在清化法中参以消滞。湿热在胃,久而不去,气机壅滞,易致血瘀,故如湿热而兼血瘀者,京三棱、莪术、丹参、三七,均可参用。阴虚而兼湿热者,宜兼顾用药,有时须先投润剂如沙参、麦冬、石斛、芦根之品,先润其液,然后化湿,或润燥参合用之。若阴虚湿热久恋不去,舌质干红而苔腻逐渐加厚,投药效果不佳,选方遗药顾此失彼者,其预后不良,据临证体会,有些病例可能趋向恶性病变,在诊病时宜详观舌象。

关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨

——附 207 例资料分析

张继泽 (消化科)

随着纤维内窥镜,尤其胃镜的广泛应用,有关慢性萎缩性胃炎的临床报导已日见增多,本病已成为临床常见病、多发病之一。如不积极治疗,病灶损害可进一步加重,其癌转率远较其他类型的胃炎和溃疡为高。而现代医学目前尚缺乏比较有效的治疗措施,因此,探索中医中药治疗慢性萎缩性胃炎显得十分必要。

笔者三年多来,对 207 例慢性萎缩性胃炎(均经检查确诊)进行了中医中药治疗的临床观察,现就其中有关的几个问题进行初步探讨。

1 关于萎缩性胃炎的病因、病机问题

对慢性萎缩性胃炎的病因,过去多数报道认为胃阴不足是造成本病的主要原因,因而在治疗上主张大剂甘寒养胃滋阴。但是,通过临床观察,我们认为由于阴虚而形成本病者虽然存在,但据我们统计,只占总病例的 16.9%,而由于中虚气滞(包括胃阳不足)的约占病例总数的 55.1%。因此中虚气滞是萎缩性胃炎的主要病机和证型。

所谓中虚气滞,即由脾胃气虚,中气不运,气滞于中所致之中虚兼气滞证,这和萎缩性胃炎大多表现上腹部隐痛、饱闷堵塞、嗳气、纳少等消化不良症相一致。而萎缩性胃炎见口干便结、舌红无苔等典型胃阴不足证的,据我们观察,只有在胃粘膜广泛萎缩的情况下才可能出现。部分胃阴不足和肝胃不和证,也往往兼有中虚气滞的见证。因此,中虚气滞不仅是萎缩性胃炎的基本病理和主要证型,而且是导致本病的主要原因。

脾胃之气亦即是胃气、中气、胃的生生之气。胃为五脏六腑之大源,是气血生化之本,中气旺盛,则化生气血,充养五脏六腑,脾胃亦得自养。若中气不足,脾胃功能衰减,则纳运失常,生化乏源,气机不得舒展畅运,久则胃之脉络自痹,气血运行受阻,胃壁粘膜不得营养,渐而萎缩。气血不畅,胃失温煦或寒邪内积,不通则痛而成虚痛。中焦元气不充,正气不得运达,则邪着为病,气滞痰湿困中而为痞满。中虚脾胃不和,或土虚木克而为嘈杂。痰湿久蕴化热,或阴虚郁热内留,或肝郁化火犯胃,而见胃脘灼热。中虚失健运之职,则纳少便溏,形瘦神疲。其中气之所以虚者,或为饮食劳倦,或因寒湿生冷所伤,或思虑

过度,或药、食过偏,或久病中焦困乏,或年高脾胃之气渐衰,尤其是胃病日久,由气入血,中气爱伤,更是常见原因。朱丹溪在《格致余论》中指出:“夫胃气者清纯冲和之气,人之所赖以生者也。若谋虑神劳,动作形苦,嗜欲无节,思想不遂,饮食失宜,药饵违法,皆能致伤。”治疗则应掌握“脾胃属土,惟火能生”的原则,取甘温调中为主。根据现代科学研究,凡属于脾胃虚弱的患者,普遍存在代谢低下,表现各脏器机构衰退,神经一体液调节紊乱,组织耗氧量下降,基础体温偏低,糖原储备减少以及糖利用不足等,说明胃气盛衰对人体机能状态有着广泛而深刻的影响。事实上,从营养角度来说,脾胃是提供水谷精微的原始器官,脾胃损伤就会造成不同程度的全身营养不良,其中包括胃的本身营养不足,以致胃体组织的生殖、再生和修复都受到损害而发病。

2 关于慢性萎缩性胃炎中医中药治疗能否逆转问题

中医中药治疗慢性萎缩性胃炎能否使已萎缩的胃粘膜逆转,能否使减少的腺体增加,一直是大家共同探讨的问题。在专科门诊,我们对部分萎缩性胃炎在治疗较长时间后,进行了胃镜复查,发现有 22 例原属萎缩性胃炎,有的伴肠上皮化生,复查后萎缩已消失,肠上皮化生亦有部分消除。这批病人占治疗总人数的 11% 左右,说明慢性萎缩性胃炎采用中医中药治疗,一部分病人是可以逆转的。

例如佟某,女,22 岁,某大学学生。1979 年 2 月 3 日在省工人医院胃镜检查(编号:79-4139)报告:胆汁返流性胃炎、慢性萎缩性胃炎。病理报告(790433 号):胃窦前壁,萎缩性胃炎;胃窦后壁,少量浅表胃窦粘膜慢性炎;胃体小弯,浅表胃窦粘膜慢性炎。从 1979 年 5 月 24 日来我院胃病门诊治疗。主诉胃脘胀痛,食物乏味,嗳气,空腹脘痛,得食痛缓,脉细苔白,辨证为中虚胃弱。采用温中和胃法,方用小建中汤加减。持续服中药 150 余剂。于 1980 年 2 月 12 日在本院复查胃镜(胃镜号:1631,病理号:7151)报告为慢性浅表性胃炎,病理报告为胃窦前后壁慢性浅表性炎,胃窦小弯、胃体不弯示浅表慢性炎症。证实原萎缩病变已消失,体重亦增加 5 斤。

中药不但可使一般慢性萎缩性胃炎逆转,

对重度萎缩性胃炎往往也可恢复正常。

例如姜某,女,45岁,本院职工家属。1978年6月27日在本院胃镜检查(镜号:932)、病理检查(病理号:5558)报告为慢性浅表萎缩性胃炎,胃窦后壁慢性浅表炎,胃窦大弯及小弯慢性浅表性炎,有灶性肠上皮化生,大弯粘膜之1/2粘膜较薄,即住院治疗。1979年2月13日在鼓楼医院胃镜复查(胃镜号:5333)报告为慢性萎缩性胃炎,病理检查(病理号:790703):十二指肠球部粘膜组织,胃窦大弯轻度萎缩性胃炎伴肠上皮化生。病人十分焦急,出院转胃病门诊治疗。主诉胃脘隐痛,发胀,频频嗳气,食纳减少,胃脘怕冷,喜暖喜按,脉细,苔薄白。辨证为中虚气滞,胃阳不足,方用黄芪建中汤加减,坚持服药达半年之久。于1979年9月28日又去鼓楼医院复查胃镜(镜号:6541),报告为慢性萎缩性胃炎,病理检查(病理号:765638)为窦后壁粘膜组织及胃体小弯、体大弯)轻度萎缩性胃炎伴肠上皮化生。病情明显好转,重度萎缩已转为轻度。患者继续坚持服中药9个月,1980年6月11日再次去鼓楼医院胃镜复查(胃镜号:8554号),报告为胃窦部慢性浅表性炎,病理检查(病理号:804460)为体部、体小弯、食道38厘米粘膜组织,(窦小弯)浅表性胃炎。临床症状胃脘痛已控制,胃纳正常,萎缩腺体,肠上皮化生均已消失。该患者前后共服中药400余付,乃告近期治愈。

我们认为中医中药治疗慢性萎缩性胃炎,并不是单纯着眼于所谓对症治疗上,而是针对不同的病机加以辨证论治。例如对中虚气滞证的萎缩性胃炎,主要是通过小建中汤和黄芪建中汤,温运和建复中气,恢复胃的正常生理功能,以达到治疗目的的。根据现代药理研究,认为党参、黄芪、白术等均有增强免疫能力,促进细胞及机体的生长和肌力增强等功能。桂枝、干姜含有挥发油成分,能兴奋肠管,促进消化,并使胃肠有温暖感,抑制胃肠道异常发酵,排出积气,增加血液循环,是否有促使萎缩腺体复生的机理,还有待进一步研究。

3 关于中医中药治疗慢性萎缩性胃炎的剂型问题

萎缩性胃炎是慢性疾病,中医中药治疗需要较长时间的坚持服药,尤其是胃腺体组织已萎缩改变,更不是短期内可以逆转的。因此,研制中药的有效剂型是十分必要的。

三年来,我们在治疗慢性萎缩性胃炎的过程中,曾采用以中医辨证为主的煎剂和以协定处方为主的中成药两种剂型。实践证明,这两种剂型各有长处,也各有不足之处。中药煎剂的优点是可以根据中医辨证施治的原则,针对不同症状,灵活掌握,加减用药,一般来说,它对改善一般状况,控制自觉症状,效果较好,但是由于煎剂需要患者煎熬,坚持长期服用

诸多不便,也不利于研究观察记录。协定处方加工制成的中成药,优点是服用方便,节省药费,有利于科研观察和总结。

为了寻求比较理想的剂型,我们曾作一些探索,初步按照中医辨证分型,每剂定出一张主方,加工制成冲剂或片剂,在临证时根据不同证型用药,并准备一些单味粉剂,以便临时加减,例如胃脘胀明显可加服木香或沉香粉,疼痛较著时加服元胡粉、郁金粉等。当患者症状明显,病情较重时,也可以先服中药煎剂,待病情稳定后,再以分型中成药继续治疗。总之,中药剂型改革,首先要体现中医辨证施治的原则,有利于坚持治疗,始可获得较好的疗效。

4 关于 207 例慢性萎缩性胃炎的实际分型和疗效分析

患者男性 154 例,女性 53 例;年龄最小为 21 岁,最大为 79 岁,以 40~55 岁为最多。

按其症状一般分为以下四个证型:

中虚气滞证:主症为胃脘隐痛,痞胀不舒,喜热喜按,得食则缓,舌苔薄白或白腻,舌质偏淡,脉细。属于此型的占 55.1%。

肝胃不和证:主症为胃脘胀痛,连及两胁,常因情志不畅而症情加重,呕吐泛酸,频频嗳气,舌苔薄黄,脉小弦。属于此型的占 27.2%。

胃阴不足证:主症为胃痛绵绵,或如火灼,食欲不振,口干口渴,嘈杂似饥,五心烦热,大便干结,舌红少苔,脉细数。属于此型的占 16.9%。

气滞血瘀证:主症为胃脘疼痛,经久不止,状如针刺,痛处固定,或有黑便,舌质偏紫或有瘀点,苔薄黄,脉细涩。属于此型的占 9.5%。

在 207 例中,有 8.6% 的病人属兼挟证,即同时具有两个以上证型。

治疗主要根据证型辨治。中虚气滞以小建中汤或黄芪建中汤加减;肝胃不和以柴胡疏肝饮加减;胃阴不足以沙参麦冬汤或一贯煎加减;血瘀气滞以血府逐瘀汤加减。1980 年我们根据上述主方制成了胃炎灵冲剂(1~4 号),可单独辨证使用,也可配合汤剂内服。

207 例萎缩性胃炎通过中医中药较长期的治疗,绝大多数患者胃脘隐痛、痞满、嘈杂、烧心感及纳少便溏等自觉症状获得较明显的改善,食欲、精神较旺,统计其症状改善率为 89%。其中有 22 例为萎缩性胃炎,经胃镜复查证实,粘膜组织萎缩性炎症已逆转为浅表或浅表一萎缩性胃炎,部分患者肠上皮化生亦消失。

大量的实践资料表明,本病以中虚气滞型为最多见,经过较长期的中药治疗,大多可以获得显效,相当部分病例的胃粘膜组织萎缩性炎症,可以获得逆转。这是值得临床进一步深入探讨和研究的问题。

透法在脾胃病中的应用

单兆伟 (消化科)

透法轻清宣泄,引邪外出,用药醇正,不伤正气,是孟河医学学术思想特色之一。孟河学派传人张泽生教授在治疗温热病中尤善用透法,每起沉痾,吾随师多年,目睹其验,受益颇深。笔者从事中医脾胃病治疗四十余年,潜心研究孟河医学,深受启发,现将本人治疗脾胃病中常用的几种透法介绍如下。

1 宣透

宣透适用于气机郁滞,胃失和降,痰湿阻遏胸膈之症。临床可见胸膈满闷,或胸骨后隐痛不适,食咽受阻,恶心、呕吐,舌淡、苔薄腻、脉弦滑。常见于食管炎、食管裂孔疝、急性胃炎、胃肠型感冒等病症。气机郁滞,痰气交阻胸膈,伏痰非透不达,气郁非宣不解。故治当宣达透邪。常用药物有苏叶、薄荷、豆豉、豆卷、荷叶、杏仁等轻清宣泄透发之品,导邪外出,无伤正气。

例 1: 徐某,男,88 岁。饮食不节,后因夏日室内空调温度调节偏低受凉,致生胸满腹胀,杳不思食,心烦,微咳,无汗,舌淡,苔薄白,脉细。外感暑湿,饮食内伤。痰湿恋滞胸膈,治当宣达透邪。

南沙参 10g 杏仁 10g 苏叶 5g 薄荷 5g
豆豉 12g 豆卷 12g 炒建曲 12g

二剂,药后微得汗出,胸腹舒和,知饥纳食,症状悉平。

按:暑湿之邪,易伤脾胃,年过古稀,阴常不足,清则碍脾、燥则助热、甚难着手,故药当轻清透邪,不使伤正。方中南沙参养阴扶正,为主药。《药性论》曰:“疗胃痹心腹痛,结热邪气……安五脏、补中”。苏叶、薄荷轻宣疏达,透邪外出;豆豉、豆卷合用,除烦化湿;建曲消导和中。诸药合用,共奏祛暑化湿,透邪达表之功。

2 渗透

渗透适用于湿困脾胃证。湿为阴邪,粘滞重浊,困阻脾胃,导致气机升降失常。症见脘腹痞满,食欲不振,泛恶欲吐,口淡不渴,腹痛泄泻,头身困重,舌苔白腻,脉象濡缓,多见于慢性胃炎、消化性溃疡、慢性肠炎、功能性消化不良等病症。常用药物有茯苓、猪苓、泽泻、苡仁、车前子、白术等。

例 2: 黄某,女,7 岁。平时喜食冷饮,不思饮

食,形体消瘦,面色不华,脘腹时痛,便溏,苔白腻起毛刺,脉濡。寒湿中阻,不能鼓舞胃阳。治当渗湿透邪,通阳化浊。

茯苓 10g 苡仁 15g 苍术 5g 炒楂曲 10g 七剂。

二诊:纳谷渐增,腻苔已化,形体瘦弱。脾主肌肉,当补益脾胃,以资化源。

太子参 10g 白术 10g 茯苓 10g 苡仁 15g 陈皮 5g 谷芽 10g

调理月余,面色红润,体重增加 3 公斤。

按:患儿平素喜食冷饮,饮停湿阻,困遏脾胃阳气,是以纳少食减;气血生化无源,故形体消瘦,面无华色。稚阴稚阳之体,用药忌用大温大燥,故用茯苓、苡仁甘平淡渗,透邪于下,苍术通阳化浊,楂曲消导助运,药少而精,切合病机,故收效显著,继以参苓白术散调理脾胃,巩固后天之本,使气血充裕,虚体恢复。

3 通透

通透适合于胃络瘀阻证。瘀血凝滞,痹阻胃络。症见脘腹疼痛,或刺痛,固定不移,食后痛甚,舌质紫黯,脉涩。多见于慢性萎缩性胃炎伴肠化、异型增生,胃或十二指肠溃疡,胃肠肿瘤等。胃痛日久,久痛必瘀,叶天氏曰:“初痛在经,久痛入络”。治当辛润透邪通络。常用药物有当归、桃仁、郁金、延胡索、莪术、泽兰、红花等。

例 3 郝某,女,52 岁。胃脘疼痛 10 余年。胃镜检查诊断慢性萎缩性胃炎,伴肠化、中度异型增生,幽门螺杆菌检查(Hp)阳性。近半年来,胃痛加著,刺痛,固定不移,食后痛甚,舌质紫黯,脉细涩。证属胃络血痹。治宜通透胃络,活血行瘀。

党参 10g 白术 10g 苡仁 30g 莪术 10g 泽兰 10g 黄芩 10g 半枝莲 15g 仙鹤草 15g 白花蛇舌草 15g

随证出入,服药 3 月,胃镜复查为慢性萎缩性胃炎,肠化及异型增生消失(内镜号 25539)。

按:患者胃痛多年,久痛必瘀,久痛必虚,故治疗以党参、白术益气生胃,莪术、泽兰辛温活血通络,透邪散结。《未刻本叶天氏医案发微》曰:“辛味可宣通

气液,开发郁结,推陈致新”。用辛温之莪术、泽兰可以直达病所,使肠化、异型增生之病灶消散之于内。叶氏又云“而久痛非寒,则辛热刚愎又非所宜”,故辅以半枝莲、白花蛇舌草清热利湿,防癌抗变,全方虚实兼顾,配伍精当,故收显效。

4 润透

润透适用于脾胃气阴两虚证、胃阴不足证。症状表现为胃脘痞胀,隐痛不适,纳谷不馨、口干,舌红少苔,或苔剥,脉细弦。临床可见于慢性萎缩性胃炎、消化道肿瘤手术或化疗后等病症。治法宜养阴润透。常用药物有南北沙参、麦冬、白芍、百合等。

例 4: 周某,女,51 岁。中度慢性萎缩性胃炎, Hp(+)(病理号:01071110)。胃脘隐痛,食欲不振,口干咽燥,夜寐多梦,大便日行 2 次。舌红,少苔,脉细。脾胃气阴两虚,治宜益气健脾,养阴润透。

太子参 10g 白术 10g 麦冬 15g 百合 30g
白芍 15g 茯神 10g 佛手 5g 木蝴蝶 3g 谷芽 12g

经治 3 月症状明显好转,半年后当地医院胃镜复查为慢性浅表性胃炎。

例 5: 汤某,男,66 岁。慢性萎缩性胃炎,食道癌手术后,胃脘痞满作胀,日轻夜重,纳呆,嗳气,大便干结,3—4 日一行,夜寐不佳,舌质紫,苔剥,脉细

数。胃阴不足,气机郁滞。治宜养阴透邪。

南北沙参[®] 12g 麦冬 15g 法夏 6g 黄芩 10g 仙鹤草 15g 合欢皮 10g 绿萼梅 5g 丹参 10g 莱菔子 15g 决明子 30g 半枝莲 15g

上方加减治疗四个月,症状明显减轻。上海某医院胃镜复查为:慢性浅表性胃炎。患者心有疑虑,又至本地市级医院连续复查二次胃镜,仍诊断为慢性浅表性胃炎。

按:例 4 胃痛日久,气阴两虚,胃气郁滞。方用太子参、白术甘温益气;白芍、百合润透胃膜;佛手、木蝴蝶行气开郁;神躁则伤阴,故用茯神、百合安神即所以养阴。方用“甘濡润,胃气下行,则有效验”。《未刻本叶天氏医案发微》。

例 6:食道癌手术后,气血损伤,胃阴不足,治当养阴润透。方中用南北沙参、麦冬养阴透邪为主;佐以合欢皮、绿萼梅、丹参等活血行气,解郁安神;莱菔子、决明子通畅腑气;仙鹤草消痞散满。方药对症,故收显效。

孟河医学家马培之氏治疗脾胃病注重调营畅中,费伯雄氏治胃力主甘平养阴,吾师张泽生教授治百病均为胃药收功,用药轻清醇正。脾胃论治,诸贤虽未言透,然无不贯穿于透。经云:得其要者,一言而终。

温胆汤治疗杂病举隅

朱广华 (内分泌科)

温胆汤始见于唐代孙思邈所撰《备急千金要方》中(一说源于北周·姚僧恒《集验方》),是辛开苦降名方之一,为清胆和胃化痰的基础方,在内伤杂病和温热病中被广泛运用,每获良效。后世医家在此方基础上,创立了许多种温胆汤,使之适应范围不断地扩展。目前最常见的就有:《千金要方》温胆汤,《三因极一病证方论》温胆汤,《六科准绳》十味温胆汤,《沈氏尊生》温胆汤,《沈氏尊生》加味温胆汤,《沈氏尊生》清心温胆汤,《六因条辨》黄连温胆汤,《张氏医通》参胡温胆汤,《经验秘方》温胆汤以及习惯上所用的温胆汤等十种。

《内经·灵兰秘典论》:“胆者,中正之官,决断出焉。”胆附于肝,内藏清汁,为清静之府,禀春木之气,其性刚直,既属六腑,又属奇恒之腑。归纳胆的生理功能主要有二:与肝同主谋虑、决断,调节精神思维活动;又为中清之腑,内藏由肝之精气化生的精汁,液灌胃肠,同主消化水谷。前贤罗谦甫云:“胆为中正之官,清静之府,其性善宁谧,恶烦扰;喜柔和,恶壅郁。”若病后或七情所伤,胆气本虚,以致脏腑功能失调,少阳不能行生发之令,气机不畅,疏泄失常,脾胃失运,水湿停聚,痰饮内蕴,涎饮聚而郁热生,沃于清静之府,或素有痰饮未消,胸膈之余热未尽者都可使少阳之气受戕,以致痰热内扰,胆胃不和,而诸症丛生矣。总之本证内因为“心胆虚怯”,诱因为“气郁生痰,涎与气搏”以致变生诸证。临床上常见的病症为:眩晕、头痛、心悸、呕吐、胃痛、脏躁、不寐、中风、癫狂、恶阻等以及热病的某一阶段之见症。其症状为头昏而痛,甚至眩晕,口苦欲呕,泛吐痰涎,脘胁痞闷胀痛,食欲不振,心悸胆怯,善惊健忘,失眠多梦,大便燥结,舌质淡红或红,苔薄白或腻或黄腻,脉象弦滑或细滑。法当清胆涤痰,和胃运中,皆可以温胆汤为主方加减施治。

考《千金要方》温胆汤组成为半夏、陈皮、枳实、竹茹、甘草、生姜。宋·陈言所撰《三因极一病证方论》在上方基础上加茯苓、大枣。而目前习惯上使用的温胆汤,则为《千金要方》温胆汤方中去生姜、加茯苓。本方用苦寒药物以泄降,辛温药物以温通,苦辛相合乃可清热和胃。方中半夏辛温而燥,入脾、胃

经,可燥湿化痰,降逆止呕,开发涎饮。茯苓甘淡平,入肺、脾、胃经,可健脾和胃,利湿化痰。陈皮辛苦温,入脾、肺经,可理气化痰和中。枳实苦辛微寒,入脾、胃、肺经,可破气消积,涤痰除痞,破三焦痰壅,以通痞塞。竹茹甘微寒,入肺、胃、胆经,可清化痰热,和胃止呕。甘草甘平,入十二经,和中缓急,调和诸药。本方以枳实、竹茹清凉药与半夏、陈皮温性药相配,清热而不寒,化痰而不燥,偏于微寒而制于辛温,达到相辅相成的作用。诸药相伍则可健脾和中,蠲饮豁痰,治疗胆胃不和,痰热内扰之证。本方虽名为温胆汤,非以胆寒而温之,实则此温为“和”义,不是真正温胆,而是“和胆”、“清胆和胃”。《医宗金鑑》曰:“命名温者,乃谓温和之温,非谓温凉之温也,若谓胆家真畏寒而却温之,不但方中无温胆之品,且更有凉胃之药也。”《中国医学大辞典》亦云:“……虽不治胆而胆自和,盖所谓之痰热去故也。”

临床运用本方时可随证化裁,亦可与它方合用,以提高疗效。如痰热中阻,胸闷呕恶,或昏睡不清者加藿香、菖蒲;暑温夹湿,身热胸闷,汗多而粘者加青蒿、黄芩等;气虚者去竹茹,加黄芪或党参或太子参;胃热口臭,生疳疮者加生地、黄连、大黄;触事男惊、心悸不寐者加枣仁、柏子仁、青龙齿、琥珀等;脾虚不运,大便自利者,去枳实、加白术;并见心肾不交,严重不寐者可合交泰丸;并见肝肾阴虚,虚阳上扰,头晕耳鸣,腰酸肢麻,舌红少津者可合杞菊地黄丸;若肝阳化风,挟痰热上逆,蒙蔽清窍之中风证,加石决明、钩藤、玉金、竹沥、全瓜蒌、浙贝母等;伴见偏头痛者,可合钩蝎散(钩藤、全蝎、人参、天麻);并见肺胃阴虚者可合沙参麦冬饮;并见脏躁,哭笑无常者,可合甘麦大枣汤等等。

在温胆汤适应证的基础上,还可根据各个温胆汤的特点,随病情变化而选用:若见气阴不足、气血亏虚之心虚胆怯,短气乏力,心悸不眠者去竹茹,加枣仁、党参、远志、五味子、熟地,名为《六科准绳》十味温胆汤;若见胆虚,心包络动(心动悸)者,可用《沈氏尊生》温胆汤,药为党参、茯苓、远志、硃砂、石斛、生地、麦冬、枣仁、五味子、柏子仁、甘草;若见肝胆气郁,气阴不足者,原方加香附、党参、柴胡、麦冬、桔

梗,名为《沈氏尊生》加味温胆汤;若见心经虚热者,于本方加黄连、白术、菖蒲、香附、当归、芍药、麦冬、川芎、远志、党参,名为《沈氏尊生》清心温胆汤;若见痰热较甚或伤暑汗出,身不大热,烦闷欲呕,舌苔黄腻者,本方加黄连,名为《六因条辨》黄连温胆汤;若见热病兼少阳证,伤寒过经不解,虚烦不得眠者,本方去竹茹,加党参、柴胡,名为《张氏医通》参胡温胆汤(清·沈金鳌《三因方》再加人参、桔梗);若伴体虚而见心悸较甚者,本方去竹茹,加远志、枣仁,名为《经验秘方》温胆汤。

1 病案举例

例 1:不寐

田某 女 23 岁

暴受惊骇,入夜难寐已经月余,伴有睡后易惊,乱梦纷纭,神情不安,时见烦躁,头晕心悸,口苦而粘,纳谷不馨,脉象弦,舌质偏红苔白腻,良由骤然触惊,肝胆郁热挟痰浊扰及心神,神不守舍,法宜清胆和胃,镇惊安神。药用法夏、茯神、陈皮、炒枳实、干竹茹、青龙齿、京菖蒲、灸远志、琥珀、红枣、灸甘草。上方服四剂后,入夜能寐 3、4 小时,神情稍安,头晕轻缓,原方去菖蒲,加生牡蛎,续服五剂后夜寐渐安,眩晕、心悸消失,再予上方三剂以善其后。

例 2:眩晕

吴某 男 64 岁

头昏目眩,视物旋转,如坐舟中一天,伴见耳鸣,胸脘痞闷,口苦泛恶,食欲不振,夜寐多梦,脉象弦滑,舌淡红苔淡黄腻,测 BP140/80mmHg,证属肝阳挟痰上犯清窍,治拟平肝潜阳,涤涎化痰。药用法夏、茯神、陈皮、炒枳实、干竹茹、夏枯草、代赭石、车前子、白术、灸远志、甘草、生姜、红枣。药服三剂后,眩晕大减,泛恶已止,上方去远志,加炒枣仁续服三剂,眩晕已除,余情亦平。

例 3:舌边痛

李某 男 72 岁

左侧舌边及颊粘膜阵发性刺痛已四年,自今年夏季发作频繁,并日益加重,每在吃饭时触发,以致只能整口吞服,曾至某医院求治,诊断为“左侧三叉神经第三枝痛”经治症情未见缓解。顷诊口苦而粘,心烦欲呕,神倦乏力,脉象弦细,舌偏红黯苔淡黄腻,此乃心肝火旺,痰热内蕴耳,拟方清泄心肝之热,化痰和络定痛。药用川连、法夏、茯苓、陈皮、炒枳壳、干竹茹、红花、京菖蒲、延胡、夏枯草、陈胆星、生甘草,另以钩蝎散分次吞服。连服 20 天后,舌边及颊粘膜刺痛大为减轻,进食无碍,纳谷尚可,脉弦见退,

舌质淡红苔薄根淡黄腻,于上方去红花、菖蒲、陈胆星,加苍术、川朴、灸远志,配合钩蝎散续服 10 天,以资调理,巩固疗效。

例 4:脏躁

马某 女 45 岁

喜悲伤欲哭,数欠伸,甚至抽搐不能自主已月余,经某神经精神病院诊断为“癔病”。四天来病情加剧,每日发作数次,伴有头昏且晕,胸闷烦躁,心悸失眠,肢麻乏力,大便干结,脉象细弦,舌偏红苔白滑边见齿痕,病属情志抑郁,伤及心脾,气阴不足,痰浊上逆之候,投以补益气阴,养心化痰安神剂。药用法夏、茯神、陈皮、炒枳壳、炒枣仁、党参、熟地、五味子、灸远志、青龙齿、小麦、灸甘草、生姜、红枣。药服五剂,悲伤欲哭、抽搐等症未见发作,余情亦缓,惟仍入夜难寐,再予原方续服十二剂后,诸症悉平。

例 5:恶阻

陈某 女 28 岁

怀孕 70 天,泛恶呕吐酸苦痰涎旬余,伴见头昏神疲,胸脘痞闷,口苦烦热,不能进食,大便秘结,脉象弦滑,舌质红苔淡黄腻,此属肝胃不和,痰热内蕴,胎气上逆,中焦失运,治以抑肝和胃,清热化痰止呕。药用法夏、茯神、陈皮、炒枳壳、干竹茹、苏梗、瓦楞子、白术、甘草、生姜、红枣。服药三剂后呕吐大减,稍进饮食,大便已畅,原方法夏减量,加谷芽,续服五剂,诸恙悉除。

2 体会

综上所述,温胆汤为寒温并用,虚实并治之方。临床应用时,如见寒热、虚实并存的温胆汤适应证就可运用本方。经过历代医家的临床实践,其治疗范围不断扩大,主要适用于现代医学之精神神经系统、心脑血管、消化系统等证见痰气郁阻,胆失决断者,若药证相符,收效甚捷。

本文所举病案五则,虽然病症各不相同,但究其病因、病理则同属胆气本虚,中焦失运,少阳不能行生发之令,痰热内扰,胆胃不和,因此治疗方法总以清化痰热,行气解郁为主,均投以温胆汤加减施治,可达到调和三焦,清静胆腑而复其常用,从而获得了较好的效果,这就充分体现了祖国医学“异病同治”法则的正确性。

温胆汤证的发病与七情密切相关,每在忧思、恼怒、悲伤、惊恐等情志变化时发作,故在药物治疗的同时,对患者尚需作必要的劝导,使其解除顾虑,怡情自遣,宽怀调节,以能尽早痊愈,否则徒恃药石,其效不著。

脾胃体用论

沈 洪 (消化科)

主题词 脾(中医)/生理学;胃(中医)/生理学;脾胃病/中医病机

体用是中国传统哲学中的一个重要范畴,一般“体”指客观存在的实体,“用”指体的作用和机能。因此中医理论也多引用这一概念来阐述脏腑的本体和功能。如“肝体阴而用阳”学说。同肝一样,脾胃的体用在古代医著中也有较多的论述,如《张氏医通》就明确提出:“胃之土,体阳而用阴;脾之土,体阴而用阳”^[1],但现代临床上对此则有所忽视,故参合己意论述之,以冀引起重视。

1 脾胃生理功能的体用特征

脏腑的不同定位决定其“体”之不同的阴阳属性,即脏体属阴,腑体属阳,根据阴阳偶合、对称、平衡的原理,其用之阴阳属性必然是体的反面,以达到和谐和统一。同样,脾胃同居中焦,其体用之阴阳正好是相反相成,以互相配合,互相为用,共同完成对饮食水谷的受纳、消化和吸收。分而言之,胃属阳明燥土,为六腑之一,生理功能是受纳腐熟水谷,其用的特征一是胃“为水谷之海”;二是胃的“磨谷”功能有赖于阴液的濡润;三是胃以通为用,以降为和,这一点最为主要,决定了胃“用”属阴的特性。脾为太阴湿土,为五脏之一,生理功能是运化水谷精微,主统血和四肢肌肉,其用的特征一是脾对水谷精微的运化、吸收及“散精”依赖于阳气的温煦和升清;二是四肢肌肉的强健与否取决于脾气是否旺盛,血液的正常运行有赖于脾气的统摄,这些功能都具有阳气的特征;三是脾以升为健,以运为和,故脾“用”为阳。华岫云在《临证指南医案》中对此有过精辟的分析:“胃属戊土,脾属己土,戊阳己阴,阴阳之性有别也。脏宜藏,腑宜通,脏腑之体用各殊也。”^[2]不过,脾胃体用虽然有别,但在生理上却是紧密相联的,如在经脉互络构成的表里关系中,胃体为阳,故为脾之表;脾体为阴,故属胃之里。在功能方面,阴赖阳生,胃的受纳腐熟水谷需要脾阳的温化和推动;阳靠阴济,脾的运化升清需要胃阴的滋润和补充。胃用宜降,脾用宜升,然胃降,脾气方能升清不息,水谷精微得以营养全身;脾升,胃气方能和降通畅,糟粕得以下行。正是脾胃体用的阴阳相合,升降相因,燥湿相

济,保证了其生理功能,同时也成为人体气机升降出入的重要枢纽。

值得强调的是,脾胃的体用并不是孤立的,作为五行之土必然受到金、木、水、火四行的制约和资助,特别是用的发挥,没有相关脏腑的协助是无法完成的,如土赖木疏,火能生土,后天依赖先天,肾阴滋润胃阴,肾阳温煦脾阳等,甚至可以把这种协调作用看作是本脏腑的体用,如《肯堂医论》就认为:“何为脾之用?肝也,……脾土无肝木为之用,则气血便不调畅,运化迟钝而脾转困矣。”^[3]这也是中医脏腑整体观的一种体现。

2 脾胃病理特点与体用的关系

从先后天观点来考虑,脏腑“体”之强弱,主要取决于先天的禀赋,而受后天的影响,故临床的病理变化多与“用”的失调有关。“用”的失常可因“体”的强弱和他脏的影响而致太过、不及,或受七情、饮食、六淫等致病因素的作用,出现寒热虚实的变化,而其病机的根本则在于阴阳五行的稳态结构被打破。从文献角度我们可以发现,《内经》对脾胃生理功能的论述多是合而为一,对其病理证候则常分而论之,并常贯以“脾病”、“胃病”之名,这一分类保持至《千金要方》、《圣济总录》等著作,其所界定的疾病范围及临床证候与脾胃的体用特点有密切的联系。

首先,从临床表现来看,脾胃病的病态、病势常与其用的升降特性相反。对于这一病机特点,《素问·阴阳应象大论》有精辟的概括:“清气在下,则生飧泄,浊气在上,则生腹胀”。又如,胃气不降,除腑气不通而见便秘外,还多见不降反升的证候:胃气上逆则见呕吐、呃逆、噯气、泛酸;胃热上攻则见齿痛、龈肿、口糜、口疮;胃热伤络,迫血上溢则见吐血等。脾气不升,除中气郁滞而见脘腹胀满外,还可见不升反降的证候:脾气下陷则见内脏下垂、脱肛、内伤发热和少气懒言等;脾虚湿盛,则见泄泻;脾虚失于统摄,血内溢则见便血等。这些均可说是脾胃“用”的阴阳反作,升降失常所致。

其次,脾胃病的虚实寒热亦与其体用有关。