

南京中医药大学附属医院 建院50周年
江苏省中医院

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)
化痰祛痰治疗疑难病证九法——周仲瑛学术思想临证经验撷粹	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)
中药呼衰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	王晓平(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	闵仲生(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	唐天勋(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嗝气频多、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、公丁香等。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,常可提高治效。

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。

吴瑭重视润胃,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恢复正常;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。一般轻则胃中潴留液较多,排空功能较差,见于胃位置低(下垂)、胃张力低者较多。重者胃窦炎症严重,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,脘痞胀痛,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、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,不同程度影响胃腐热水谷之功能。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、薏仁。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,气机窒滞,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,气滞于中所致的中虚兼气滞证,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、胃体不弯示浅表性慢性炎症。证实原萎缩病变已消失,体重亦增加 5 斤。

中药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变,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,每起沉疴,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: 0107110)。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,嗝气,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,入脾、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;暑湿夹湿,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);并见脾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》再加入人参、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、炙远志、琥珀、红枣、炙甘草。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、炙远志、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、炙远志,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,养心化痰安神之剂。药用法夏、茯神、陈皮、炒枳壳、炒枣仁、党参、熟地、五味子、炙远志、青龙齿、小麦、炙甘草、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,再予原方继服十二剂后,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。药用川连、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,清净胆腑而复其常用,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、嗳气、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。一