

中医专业七九年度  
学习心得汇编

第一军医大学中医系

一九八一年八月

## 前 言

我校中医系79年级学员，在二年学习中，比较系统地学习了中医药基础知识，临床各科和有关经典医著，并进行了临床专业实习。在带教老师的指导下，能较熟练地运用中医药理论，对临床各科的常见病，多发病和部份疑难杂症进行辨证论治，取得了较好的疗效，并对脾胃学说等进行了专题研究，也获得了一定的进展。

在专业实习的基础上，学员同志们结合临床体会和专题研究的收获，每人都写了专业学习心得文章。这些心得体会，虽属习作，但内容比较丰富，形式比较多样，有专题探讨、临证验案、方药运用、整理老中医经验和中西医结合探讨等等，有的资料具有一定的水平。所有这些反映了学员同志们二年来刻苦学习所取得的可喜成果。

为了及时总结中医教学经验，交流学习心得，促进中医、中西医结合工作的开展。在学校党委亲切关怀下，我们对其中52篇进行了审修，并汇编成册。参加这一工作的有傅敬业、严碧玉、杨智孚、臧堃堂、朱玉祥、徐复霖等同志。

因是初次审编，缺乏经验，不周之处，敬请指正。

第一军医大学中医系

一九八一年八月于广州

## 目 录

溃疡性结肠炎诊断与治疗进展·····	高志良等 ( 1 )
试论脾阴虚·····	田维君 ( 8 )
从“生化之源”看脾胃与现代医学的关系·····	高志良 ( 14 )
试谈脾主运化与环核苷酸·····	耿清介 ( 19 )
浅谈李东垣的脾胃学说·····	赵洪科 ( 24 )
试论“痰证”·····	周长根 ( 27 )
对中医治则的探讨——试论异治与同治·····	钟志贵 ( 31 )
浅谈学习“阳微阴弦”体会·····	王巧云 ( 35 )
浅谈高脂血症·····	黄荣璋 ( 40 )
试谈“滞”·····	饶隆彦 ( 45 )
浅谈促结代脉证及其临床体会·····	饶隆彦 ( 50 )
治咳一得·····	翟国江 ( 55 )
养阴清热法临床应用的体会·····	张作才 ( 60 )
养阴法的临床运用·····	庄建基 ( 63 )
简述胃脘痛证治·····	曹元发 ( 66 )
对胃脘痛临床辨治的体会·····	解雨林 ( 73 )
浅述“六腑以通为用”·····	刘东亮 ( 76 )
中西医结合治疗肾病综合征体会·····	许锡清 ( 79 )
痹证证治浅识·····	李路草 ( 84 )
痹证治验·····	刘风潮 ( 88 )
哮喘病中医治疗初步体会·····	薛国章 ( 91 )
中医对婴幼儿泄泻治疗体会·····	郭奕玲 ( 93 )
治疗盗汗点滴体会·····	宋月华 ( 97 )
从治盗汗看舌诊的重要性·····	江开勇 ( 99 )
眩晕治疗体会·····	邢玉美 ( 101 )
浅谈黄疸证治·····	王荣春 ( 104 )
浅谈中医对传染性肝炎的论治·····	王焕来 ( 107 )
杂病治疗体会·····	方 伟 ( 112 )
浅谈外科疾病中辨别阴阳的重要性·····	苏忠民 ( 116 )
学习中医心得·····	陈风兰 ( 119 )
学习祖国医学的初步体会·····	杜成喜 ( 122 )
小柴胡汤初探·····	张祥德 ( 125 )

白虎加桂枝汤治疗热痹的体会 .....	陈 新 ( 133 )
镇肝熄风汤临床运用三则 .....	叶 平 ( 135 )
资生汤治愈原发性闭经三例 .....	王永林 ( 138 )
甘麦大枣汤加味治疗小儿盗汗体会 .....	马永建 ( 140 )
麻杏石甘汤治疗咳嗽 .....	羊国瑞 ( 142 )
浅谈血府逐瘀汤治疗血小板减少性紫癜及高血压病 .....	李振安 ( 147 )
炙甘草汤加减治疗胸痹一例分析 .....	杨宁渝整理 ( 150 )
阳黄治验 .....	陈林囿 ( 152 )
偏头痛治验 .....	刘 红 ( 153 )
痰饮一例治验 .....	李秀荣 ( 155 )
应用中药“溶石方”溶解膀胱结石一例治验 .....	郑长清 ( 156 )
医案四则 .....	陈见如 ( 158 )
麻疹诊治点滴体会 .....	陈林囿 ( 161 )
蛔厥证一例治验 .....	李风新 ( 164 )
运用中医辨证治疗口腔溃疡病的肤浅体会 .....	胡云成 ( 165 )
慢性结肠炎一例治验 .....	赵林芳 ( 167 )
治疗子宫脱垂一例体会 .....	戴绍惠 ( 168 )
医案三则 .....	陈林囿 ( 170 )
中西医结合方法浅谈 .....	吕竞竞 ( 172 )
浅谈“辨证”与“辨病”结合 .....	乔 敏 ( 178 )

# 溃疡性结肠炎诊断与治疗进展

高志良 耿清介 田维君

溃疡性结肠炎(以下简称溃结)是原因不明的直肠、结肠炎症。病变限于粘膜固有层及粘膜下层,伴有糜烂和浅表溃疡的、原发的、非特异性炎症。临床主要表现为腹泻、腹痛及粪便中含有血液和粘液,病程缓慢,病情轻重不一,有反复发作趋势。据文献报导,欧美发病率较高,国内的发病率尚缺乏精确的统计,一般印象是较国外为低,但非少见。由于病因不明,且无理想治疗方法,对健康和劳动力影响较大。现就近年来国内外文献及我们临床的粗浅体会,对本病加以综述和讨论。限于水平,不当之处,望予指正。

## 一、关于病因

一般认为本病病因发病学与遗传和免疫因素有关,肠道微生物感染,精神因素等可能为诱发因素。M.E.E氏等发现肠道细菌的免疫复合体刺激兔子后可发生类似人的溃疡性结肠炎的组织学病理变化。某些患者血清中可检测到结肠抗体的存在,“溃结”患者淋巴细胞在体外组织培养中对人体结肠淋巴细胞有毒性作用,亦说明细胞免疫与本病发生有关。有人基于患者肠壁肥大细胞有增生现象。而认为肠壁充血,水肿、溃疡等病理变化与肥大细胞释放含有组织胺及肝素物质的刺激有关。某些患者的家族性发病学特点,提示了遗传因素在发病学中的影响。但我们临床所见,此类病例为数甚少,尚需进一步观察总结。

## 二、关于病理

病变主要位于直肠和结肠内,波及迴肠末端是比较罕见的。一般限于粘膜固有层及粘膜下层,除严重患者外,甚少扩张到肌层。其病理具有“浅表性”、“连续性”、“非特异性”的特点。活动期的病理学特点是肠粘膜充血,水肿,可见密集、浅表、椭圆形浅小的散在溃疡,继则融合为广泛的不规则的大片溃疡,沿着结肠的纵轴发展,表面附有粘液和脓血,粘膜失去光泽,可有假息肉形成。组织学检查可见隐窝脓肿及其腺管的异常排列,有助于诊断。缓解期粘膜表面呈颗粒状,炎症消失,粘膜再生,溃疡愈合。此外,病变如侵及粘膜下层,则在此存留轻度纤维化。因溃疡愈合,瘢痕形成,粘膜萎缩,又可导致结肠短缩,肠腔狭窄。

从祖国医学理论来看,“溃结”与“泄泻”、“肠风下血”、“休息痢”、“脏毒”等病证有相似之处。其病机主要与脾胃相关。胃主受纳,脾主运化,运化失司,则升降失常,反致津液以聚,湿浊内停,清浊不分,并走大肠,产生腹泻。故张景岳云:“泄泻之本,无不由于脾胃,盖胃为水谷之海,而脾主运化,……若饮食不节,起居不时,

以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降，而泻利作矣”。这就说明腹泻应以脾胃为主，以湿邪或寒湿、湿热之邪为主因。湿邪（寒湿或湿热）结于脾胃，导致气机阻滞，气滞于中则腹胀满；气滞不通，不通则痛；腑气不降，发生便秘。寒湿之邪，郁久化热，或湿热内蕴，气血凝滞，营卫不从，伤及阴络，肉腐为脓，化为脓血，并走大肠；或脾不统血，血无所归，湿热与离经之血搏结，下注大肠，则见粘液便血。所以《内经》说：“湿胜则濡泄”。“胃中寒则腹胀，肠中寒则肠鸣飧泄”，“诸湿肿满，皆属于脾。”

祖国医学还指出，防卫免疫是脾的重要功能之一。《内经》云：“脾为之卫”。《金匱要略》云：“四季脾王不受邪”等等，则是经典医籍中的一些著名论述。李杲从脾胃为生化之源，后天之本，脏腑经络之根，人体抗邪之正气源于脾胃这一角度出发，提出“内因脾胃为主论”的观点，强调“百病皆由脾胃衰而生”。后世不少医家也强调脾与人体防卫免疫的密切关系。如张石顽说：“太阴居中，邪不能入”；李用粹说：“脾为中州，升腾心肺之阳，提防肝肾之阴”；黄坤说：“中气一败，提防崩溃”，亦说明“溃结”发生与脾有关。在中西医结合“脾”实质的研究中，发现脾胃与人的免疫功能相关。有人对“脾虚泄泻”病人的直肠粘膜进行观察，发现有肥大细胞、淋巴细胞和浆细胞数目增加的病例较多；进一步检查自然花瓣形成率，结果大部患者形成率偏低，经健脾益气的药物治疗后则有增加倾向。提示脾——机体免疫——“溃结”的内在联系。从脾为生化之源，机体内环境稳定的阴阳物质之本这一理论看，脾虚导致机体免疫功能的基础——阴阳物质生发紊乱，阴不内守，阳不外护，“阴平阳秘”的内环境失去平衡，则“阴盛则阳病，阳盛则阴病”；在无外界致病因素（化学、生物、精神）作用机体时，这种失衡状态尚处于潜隐阶段，当外界致病因素作用于机体后，则加剧了这一失衡状态，于是疾病发生。经健脾治疗后，脾气得充，气血自生，阴阳不平衡的状态得以调节，使这一失调的免疫功能得以恢复正常而达到治疗的。

此外，从脾胃与它脏的密切关系这一角度出发，“溃结”发病还与中医肝肾理论相关。盖肝主疏泄，性喜条达；脾主运化，需肝气相助。《内经》云：“土得木而达之”。若“木郁不舒，下克脾土，则变为热痢下重”。（吴坤安《伤寒指掌》）“脾，……不得命门之火以生土，则土寒而不化”，（唐容川《血证论》）腹痛泄泻之症发生。故《冯氏锦囊》有“泻属脾胃，人固知之，然门户束要者，肝之气也。守司于下者，肾之气也。若肝肾气实，则能约束而不泻，虚则失职，而无禁固之权矣”之说。临床上某些患者因情志的变化，或感寒即发，即与中医的肝肾理论相关。临床观察中，我们体会以粘液、血便为主的活动期病人，湿热之邪应为其主要的病因，以粘液烂便、稀便、溏便为主的反复发作的慢性持续型患者多以湿邪或寒湿为主要病因。就正邪力量对比来看，急性期正盛邪实，邪正交争明显。在慢性期多见余邪残留，正气虚衰，甚而脾肾阳虚，此期又易招致土虚木乘而加重病情。中医的这些认识，对我们进一步研究“溃结”，提高临床疗效是具有一定意义的。

### 三、临床表现

“溃结”的临床表现，典型病例固然可见，但不典型者并非少见。兹归类如下：

#### (一) 主要症状

1. 腹泻：多反复发作，缠绵不愈。由于个体的差异、病程、病期、诱发因素的不同，泄泻内容的质、量、次数也不尽同。湿热甚者，多呈粘液血便，或粘液脓血便；虚寒者多呈稀溏便或挟有粘液的糊状便；湿热未尽者多呈稀烂状便或挟有粘液脓血便。

2. 腹痛：常为隐痛或绞痛，多局限于左下腹或下腹部，多有痛则欲便，便后痛减的规律。无腹痛者亦可见到。

3. 里急后重。

4. 纳呆、饱胀、上腹部不适，或有恶心、呕吐。

5. 消瘦、神疲乏力。

6. 发热、但少见于38度以上。

#### (二) 体征

腹部可见压痛，多位于左腹部，常可触及硬管状的肠型。病变范围广泛的急性活动期患者，可见腹肌紧张。急性结肠扩张者，上腹部横结肠部位特别膨隆。肝大较为多见。轻型病例或缓解期可没有阳性体征。活动期可见舌质红，苔白腻或黄腻。脉弦或数；缓解期舌质可正常或淡而胖。苔薄白或白腻，脉细。弦细或濡弱。

### 四、实验室、X线及内窥镜检查

#### (一) 实验室检查

1. 贫血：约半数病人有轻、中度不等的贫血。

2. 高凝状态：常见于“溃结”活动期。此外，尚有血小板数目明显升高。

3. 血清蛋白电泳：严重发作时，血清白蛋白降低， $\alpha_1$ 和 $\alpha_2$ 球蛋白升高。

4. 免疫学检查：

有人认为PHA皮试是一种测定机体细胞免疫功能比较有价值的体内试验方法。“溃结”患者半数以上呈阴性反应，它与LCT的结果大体一致，与IgG，IgA的结果也成正比。基于“溃结”病机与机体免疫有关，从免疫工作的进展得知，细胞免疫与体液免疫之间存在着相反相成的关系，特别是从T淋巴细胞亚型的分离中知道，T细胞有效能细胞，促进细胞，抑制细胞等5类，T细胞功能高低与促进细胞抑制细胞两类细胞比例有关，而这两类细胞不但作用于T淋巴细胞，又可作用于B淋巴细胞，因此我们认为，进一步进行T细胞亚型的研究对了解本病的机理可能更有重要意义。

#### (二) X线检查

典型病例X线表现如下：1. 结肠袋变浅或消失；2. 结肠壁呈锯齿状改变；3. 双重轮廓阴影；4. 肠壁僵硬，扩张不良；5. 假息肉形成，肠腔变窄；6. 可见病变肠段蠕动加快，充盈不良，痉挛，激惹等功能不良变化。我们检查了根据临床症状拟诊为“溃结”的22例患者。其中10例结肠较明显变异，可归纳为三个方面：1. 肠粘膜粗乱、模糊、变平；2. 结肠袋变浅或消失；3. 肠管强直、扩张、或缩短、变窄，或假息肉形成，基本与国内文献报导相一致。亦有人报导，临床表现与X线所见无平行正比关系，应予以注意。

### （三）内窥镜检查（乙状结肠镜，纤维肠镜）

急性期可见粘膜仅有点状出血；粘膜充血，水肿，表面呈颗粒状弥漫炎症，以及不规则的大小深浅不等的溃疡；甚者充血，水肿显著，轻刺激即出血，或粘膜糜烂出血，表面附有粘液脓性渗出或假膜覆盖。

慢性期正常粘膜结构消失，肠腔狭窄呈管状，肠壁变硬，有假息肉形成。复发时，可见充血、水肿，炎性息肉或溃疡。

细胞学检查可见病变粘膜中有中性粒细胞增高，伴有浆细胞、网状细胞，多核细胞及异型上皮细胞，以及癌前期病变。

### 五、诊断与疗效标准

诊断与疗效标准，目前均应按1978年全国消化会议“溃结”诊断及疗效标准（草稿），详细内容（略）。

### 六、并发症与预后

据现有资料，“溃结”的并发症可归纳为下列三类：（一）局部并发症（急性结肠扩张症与溃疡穿孔，假息肉形成，肠腔狭窄，下消化道出血、癌变等）；（二）营养缺乏症（贫血、维生素缺乏等）；（三）肠道外并发症（关节炎、虹膜炎、脂肪肝、肝硬化、结节性红斑等）。Bargen统计693例中并发症占40.1%，其中急性结肠扩张症占8.2%，假息肉形成10~32.5%，结肠穿孔3.3%，严重出血1%，癌变4%。谢氏等报告50例中并发症约占一半。

肝脏损害颇为多见，有人报导15%的患者有肝功能异常，2/3的病人肝组织活检有组织学改变。说明肝脏损害与“溃结”密切相关。

本病癌变的可能较正常人高于5~30倍，随着病史的延长，其癌变发生率似有增高趋势，应引起医务工作者高度重视。此外，关节症状也不鲜见。其它如溶血性贫血，虹膜炎，皮肤病变等亦有报导。

“溃结”的预后取决于并发症的性质和程度。中毒性结肠扩张症是极严重的并发症，并在此基础上易于引起结肠穿孔和大出血。预后较差，病死率可达30%。

### 七、关于治疗

目前尚无有效药物治疗，一般多采用综合治疗，全身治疗和局部治疗相结合以及中西医结合的治疗方法。

#### （一）一般治疗

1. 休息：适当的休息是必要的。中医强调“劳则耗气”，气是人体正常功能活动，抗御邪邪的物质基础。劳累过度，则“耗气伤津”，对疾病的恢复是不利的，我们观察到相当部分患者的复发就与劳累明显有关。

2. 饮食：脾虚是本病发生的基础，脾虚意味着脾胃的消化、吸收功能障碍，某些膏粱厚味之物虽然营养极高，但脾胃难以“受纳腐熟”。相反更加重了脾胃的运化障碍，致使疾病迁延不愈。“饮食自倍，肠胃乃伤”，“食饮者，热无灼灼，寒无沧沧”等这些中医论述都是我们指导饮食的原则。我们观察到不少“溃结”患者病情反复发作或加



重，与饮食不调是有密切相关的。

3. 戒酒忌辛：过辛则耗气，酒能生湿热，湿热内蕴，损伤脾胃，对脾胃的恢复是不利的。所以张志聪说：“饮酒伤脾”。“脾既病，则其胃不能独行津液，故亦从而病焉”。（李东垣《脾胃论》）

4. 乐观的情绪：在精神因素中，古人列喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情。其中与脾胃比较关系密切的思和忧。忧思过度，每每影响机体正常功能，导致疾病发生。《内经》云：“思伤脾”，脾气郁结，胸脘痞塞不畅；脾气受阻，运化无能，则不思饮食或食后腹胀，便溏泄泻等。前人有“苦思难释则伤脾”之言也是这个意思。另外，一旦脾胃见虚，往往易导致肝木乘尅，或脾虚而伤肺等，而加重病情。因此，情志的异常，对本病的复发，恶化是不可忽视的因素之一。在实际临床工作中，追述病史，患者往往有这方面的主诉。因此，陶冶情志，使之条达乐观是不可少的治疗方法。

5. 支持疗法：对病情严重，脱水、电解质紊乱患者，可给液体输注。

#### （二）抗感染治疗

对合并感染的患者，切断诱发因素可能是有益的。但疗效尚难肯定，有待进一步总结证实。常用药物有磺胺脒，磺胺嘧啶，磺胺异恶唑，以及SASP等。

#### （三）免疫制剂

激素主要用于重型患者，静滴或灌肠。据认为可促进病情缓解，降低手术和死亡率。但其副作用大，复发率也较高。免疫抑制剂亦尚难肯定疗效，其对胃肠道的副作用因脾虚引起的本病是否恰当，尚需商榷。但亦有报导对45例的治疗，其症状改变，疗效巩固，疗程也缩短。

#### （四）局部治疗

药物保留灌肠，有人认为有一定疗效，目的在于药力直捣病所，更好发挥疗效。但只能在有条件的住院病人中进行。常用药物有琥珀氢化考地松或泼尼松与0.25~0.5%奴佛卡因配伍，保留灌肠。中药煎剂保留灌肠，各地报导不一，大致为清热解毒，固涩收敛，活血化瘀，祛腐生新之品。如五倍子灌肠液，三黄汤，单味苦参等。一般认为疗效较好的是用中药煎剂与激素，奴佛卡因等配伍。

#### （五）手术治疗

适用于并发癌变、肠梗阻、肠功能紊乱或内科不能控制的结肠大出血，以及急性结肠扩张症。

#### （六）中医辨证治疗

中医理论认为，脾虚是本病发生的基础，湿邪是本病的主因，故治疗本病的总则是恢复脾胃生机，清除滞于体内湿浊之邪。由于个体差异，病期病程的不同，又应注意寒、热、虚、实。我们认为，在辨证论治中，紧扣病机，抓住邪正交争的盛衰趋势这两个环节是极为重要的。根据我们自己的临床体会，可将本病大致分为如下三型：

湿热蕴结型：临床表现以粘液脓血便为主的腹痛腹泻，舌苔黄腻，脉弦滑或弦数。正盛邪实，以湿热为主，治当祛邪为主，兼顾脾胃生机。方药以白头翁汤加减（白头

翁、黄连、黄柏、秦皮、防风、元胡、白芍、白术、双花炭、甘草），清肠泄热，解毒凉血，调脾治利。有报导用赤黄汤，倍翁合剂亦有较好疗效，对本型患者应予高度重视。

**脾胃虚弱型：**本型较为常见。以腹痛即泻，泻后痛减，便或溏或烂，或粘液并杂；伴纳差、乏力、体倦，舌淡苔白、脉细弱为见症。每因劳累、饮食不慎，情志不畅诱发。脾虚是矛盾的主要方面，故治当扶助正气为主，辅以祛邪。方药以黄芪建中汤、补中益气汤为主进行加减。我们综合痛泻要方，真人养脏汤，黄芪建中汤、荔香散、泻痢丹、香砂六君子汤等方药的特点，自拟补中理泻丹（党参、黄芪、炒白芍、炒当归、厚桂皮、炮姜炭、砂仁、广木香、炙甘草、高粮饴糖），本方具有补益脾胃，扶正固本，增强体质，提高人体防卫抗邪力的作用。药理研究证实，党参能促进免疫球蛋白的形成，使淋巴细胞数增加，并促进淋巴母细胞的转化，增强网状内皮系统的免疫功能；黄芪对体液免疫反应有明显的促进作用，并能刺激健康人淋巴母细胞转化；白术能增强网状内皮系统作用及增强垂体——肾上腺皮质功能的作用。若腹痛、泄泻甚者，间服自拟痛泻要丹（防风、罂粟壳、赤石脂）。

**脾肾阳虚型：**脾胃虚弱，久必及肾。临床表现以腹痛，肠鸣即泻，多为稀烂便挟粘液，或完谷不化，遇寒则发，可伴四肢欠温，腰膝酸软，舌淡苔白，脉沉细或弱。本型特点是久病伤正，脾病及肾，气病及阳。治疗当以扶正固本，温补肾阳为主。方药以附子理中汤，四神丸，真武汤加减。

有人报导用破叶莲（学名赣皖乌头）生药一味，干粉装胶囊内服治疗31例“溃结”，进步与显效29例。这对本病的临床治疗，筛选有效药物有一定意义。

“溃结”病人临床表现是错综复杂的，临床分型虽有利于学习和交流，但它必竟是医者的分型归类，再者各型之间也并无截然的界线，而更多的表现是它们之间的相互连续性。我们体会，根据患者实际情况，紧紧抓住病机，区分矛盾主次，是辩证论治是否有效的关键。《内经》指出：“谨守病机，各司其属”，“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其气血，各守其乡”。中医这些治疗原则指导临床至今仍有它的现实意义。如湿热蕴结型的治疗，清热解毒等苦寒之品固不可少，但也必须注意到它伤正的一面，由于“溃结”病位于脾胃，而脾阳又是运化升发之动力，苦寒之品伤阳这是我们在治疗过程中应该注意的，切不可以现代医学的炎症概念片面强调消炎作用，而不恰当地、过多过久地使用苦寒药物，而导致变证的发生。

“溃结”一病，虽多责于脾胃，然脾胃与它脏的关系密切。脾胃既可以由本脏自病，又可由它脏传来，同时又可影响传入它脏，形成它脏同病，或多脏同病的复杂性。因此，我们在“溃结”的临床研究中，首先明确现代医学的诊断，然后围绕其病因病机，明辨主次，详晰标本，抓住主要矛盾，从而立法选方，或清其湿热，或调其脾胃，或补其脾肾等等。总而言之，从提高疗效入手，“溃结”病的理论及临床必将达到一个新的水平。

## 参考文献

1. 黄帝内经素问白话解，人民卫生出版社，1959。
2. 实用内科学，人民卫生出版社。1973。
3. 中山医学院附属二院，内部资料。1977。
4. 中华医学会全国消化系疾病学术会议，内部资料，1978。
5. 免疫学基础，福建科技出版社，1979。
6. 过晋源等，天津医药(8)372，1978。
7. 邓铁涛，新医药学杂志3:7，1980。
8. 谢嘉文等，内部资料，1980。
9. 叶松荣，内部资料，1980。
10. Howard Fconn Currenttnerapy406，1976。
11. 江西赣州地区破叶莲防治肠道病研究协作组，江西中医药1:23，1981。

# 试论脾阴虚

田维君

脾阴虚（含胃阴虚、下同），是脾胃学说的一个重要组成部分，其形成早在《内经》就有初步论述，随着脾胃学说的形成与发展，到明、清以后，不少医家对脾阴虚的论述逐渐增多，并在临床中应用调理脾阴来治疗一些复杂的证候，收到了较好的效果。因此，脾阴虚学说越来越受到医界的重视。有见于此，故本文就脾阴虚作一初步探讨。由于学识浅薄，实践又少，错误之处，势所难免，务请指正。

## 一、脾阴虚学说的发展

脾和其它脏腑一样，有阴阳之分。有关脾阴的论述，初见于《内经》，如（《素问·六节脏象论》）说：“脾胃……者，仓禀之本，营之居也。”“营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血。”（《灵枢·邪客篇》）说明营血的化生源于脾胃，脾阴属津液、营血之类，是内滋五脏六腑，外养四肢百骸的重要物质，对人体的生长发育，健康长寿至关重要，所谓“以奉身生，莫贵于此”就是这个意思。但《内经》对于脾阴虚的诊断治疗论述不多。至汉·张仲景创制“竹叶石膏汤”清虚热以养胃阴；“麻子仁丸”治脾阴不足而大便难；“麦门冬汤”治肺胃津伤；“薯蓣丸”养血祛风，才始创治脾阴虚的先河。到明代，脾胃之论，东垣最详，他集脾胃学说之大成，著《脾胃论》，对祖国医学有很大贡献，但他详于脾阳而略于脾阴，详于温补而略于清滋，忽视了脾阴虚的一面，这就对脾胃学说的发展产生了一定的局限性。但亦有不少医家在临床实践中觉察到这种局限性，认识到脾阴虚的重要性。如朱彦修在《丹溪心法》中说：“脾土之阴受伤，……遂成膨胀。”秦皇士在《症因脉治》中亦指出：“脾虚有阴阳之分，脾阴虚者，脾血消耗，脾火上炎，脾虽虚而仍热，若服温补，则火愈甚而阴愈消，必得滋补脾阴，则阳退而无偏胜矣。”到清代吴澄更明确提出“理脾阴”一法，认为“古方理脾健脾，多补胃中之阳，而不及脾中之阴”是片面的。叶天士深得《内经》之旨，承袭仲景急下存阴治在胃的思想，在总结前人经验的基础上，立论“太阴湿土，得阳始运，阳明燥土，得阴自安”的养胃阴学说，在治疗上以甘寒滋润养胃阴立法，对后世影响颇大。所以华岫云赞他论超千古，林佩琴赞他效验如神。余如吴鞠通、王孟英等设立“益胃汤”、“沙参麦门冬汤”、“增液承气汤”，近人张锡纯的“资生汤”等，使脾阴虚的论治更加完善，填补了李氏以来脾阴虚这个领域的空白，丰富了脾胃学说的内容。

## 二、脾阴的生理功能

（一）在运化功能中的作用：一般认为“脾主运化”多指脾气（阳）而言，实则有关脾阴参与其整个过程。万密斋说：“受水谷之入而变化者，脾胃之阳也；散水谷之气以成营卫者，脾胃之阴也。”周慎斋亦认为：“胃不得脾土之阴，则无以运转，而不能输

精于五脏。”唐容川更直截了当地说：“脾阳不足，水谷固不化，脾阴不足，水谷乃不化也。”由此认为，水谷入胃，将其腐熟蒸化，输布五脏六腑，除脾阳为主外，还必须赖脾阴的资助；脾之运化，一阴一阳，相辅相成，缺一不可，才能共同完成运化功能。脾阳虚，固可运化失常，而见纳减消瘦，然脾阴虚，亦可影响运化，出现难食肌削。所以林佩琴在《类证治裁》中说“脾胃阴虚，则不饥不食。”

（二）脾阴的濡养作用：《内经》说：“五谷入于胃也，其糟粕、津液、宗气分为三隧，……营气者，泌其津液，注之于脉，化而为血，以营四末内注五脏六腑；卫气者，出其悍气之慄疾，而行于四末分肉皮肤之间，而不休者也。”可见水谷入胃，化为营卫，营属阴，卫属阳，营者脾胃之阴，卫者脾胃之阳，脾阴包括营血、津液之类，是濡养脏腑四肢百骸的重要物质；脾阳是指中气、卫气之类，是主升发、运化和卫外的重要功能，正是由于脾阴是全身各脏腑津血的源泉，因此对整个机体极为重要，其重要性不亚于脾阳，而脾阴不足之证，亦再所常见，所以朱丹溪《金匱钩玄》说：“营者水谷之精也，……灌溉一身，……脏得之而能液，腑得之而能气”，脾阴不足，则“诸经恃此而长养”。若脾阴不足，上不能滋生肺金，肺阴亏虚，则口干咽燥，干咳痰少；下不能充养肾精，肾精不足，则头目眩晕，腰膝痿软；子病及母，营血不足，心失所养，则心悸怔忡，失眠健忘；生化力弱，木失滋荣，肝血不充，则眼干目涩肢麻震颤；脾主四肢、肌肉，营养不足，则肌肉痿软，四肢无力。可见脾阴一亏，五乱互作，诸病生焉。

（三）脾阴与血液的关系：《内经》说：“中焦受气取汁，变化面赤，是谓血。”张景岳亦指出：“血者水谷之精也，源源而来，生化于脾。”说明血液生成的物质源于脾阴。若脾阴不足，则营血生成衰少，血虚之证作矣。故唐容川有“脾为阴虚则不能滋生血脉”之说。

（四）脾阴与防卫功能的关系：《灵枢·五癯津液篇》说：“脾之卫”，卫者，防卫御邪之意。人体抗御病邪，卫气首当其冲，卫气是人体阳气的一部分，故又有“卫阳”之称，它具有外能抗御病邪，内能温照脏腑，是保人体健康，防卫抗邪的重要屏障。卫气虽出于下焦，与肺肾相关，但与脾胃之阴关系密切。这是因为脾胃为后天之本，气血生化之源，卫气防御抗邪的物质基础必赖脾阴的资助，所以张志聪在《侣山堂类辨》中说：“胃者卫之源，脾者营之本。”脾阴不足，防卫抗邪力就弱，则内不足以维持身心健康，外不足以抗御病邪侵袭，内伤外感，疾病发生。

### 三、脾阴与它脏的关系

（一）与五脏的关系 脾阴为五脏六腑之源泉，五脏之阴皆赖脾阴滋养，脾阴与五脏之阴关系密切。如以脾肾而言，肾水能滋生脾阴，若“水不得土借，何处以发生”，土不得水，燥稿何能生物，故土以成水柔询之德，水以成土化育之功，……补水者、滋土也，太阴湿土，全赖以水为用。”（冯楚瞻《冯氏锦囊秘录》）此即“水济土”之论，正如陈修园说：“赵养葵谓补水以生土，语虽离奇，却有妙旨。”这就是补肾水以滋脾阴之意。脾阴又能充养肾阴，尚若脾阴不足，肾水失充，势必孤立无援，逐致衰微，肾阴亏虚发生。又如脾与肺，它们是相生关系，然土不生金有两个含义，即有脾阳

不足者，脾阴不足者。就内伤咳嗽而论，脾阳不足，气化不行，则为气虚咳嗽；脾阴不足，肺失滋润，则为阴虚咳嗽，故唐容川说：“土之生金，在津液以滋之。”脾阴对肺肾之阴，诚至重要，而对心、肝等脏腑之阴，其重要性则自不待言了。正因如此，不少医家都十分注意调补脾胃之阴，尤其是叶天士的理虚大法，以上损中损下损为经，以伤阴伤阳为纬，指出：“上下交损，当治其中。”伤阴以复脉为主方，伤阳以建中为主方，提纲挈领，有条不紊，对后世启发很大。诚如吴鞠通说：“盖十二经皆禀气于胃，胃阴复而气降得食，则十二经之阴皆可复矣。”

（二）与胃阴的关系：这里要特别探讨分析一下脾阴与胃阴的关系。对于脾阴、胃阴，历来各家说法不一，合而言之，有将两者混称，统称脾胃之阴；分而言之，亦有曰脾阴、胃阴的。个人认为，脾胃虽同居中焦，以膜相连，互为表里，脾阴胃阴关系密切，息息相关，临床表现亦常可互见，难于区分，但严格来说还是有所区别的。从功能上看，脾阴主升，胃阴主降，脾阴主营血，胃阴主津液；从病因看，脾阴虚多为内伤气血所致，胃阴虚又多阳热之病所伤；从症状上看，脾阴虚则不化而便难，胃阴虚则纳呆而口渴，所以脾阴与胃阴还是有区别的。

#### 四、脾阴虚的病因病机

导致脾阴虚的原因颇多，其病机也较复杂，简言之，可分为外感六淫、饮食劳倦、医药误治所致。

（一）外感六淫 六淫之邪，尤以暑邪、湿热、燥火最易伤害脾胃之阴。盖暑为阳邪，其性炎热，“炅则腠理开，荣卫通，汗大泄。”（《素问·举痛论》）汗出过多，却夺阴液，则见口渴喜饮，溺少短赤。脾虽阴土而喜燥，但燥邪太过，则草木枯槁不荣。燥之伤人，肺津受损，波及脾阴，痿证发生。所以朱彦修说：“肺金体燥而居上，脾土性湿而居下，肺热（燥）则不能管摄一身，脾（阴）伤则四肢不能为用，而诸痿作矣。”《局方发挥》胃属阳土，其性恶燥，外感燥邪，同气相求，“胃受燥气，结胸便秘之症见矣。”（王文绮《杂症会心录》）外感湿热，湿从火化，火热同类，最易伤阴，脾胃阴伤，则见口舌生疮，舌红少津，便结溲黄；若伤及脉络，迫血妄行，则吐衄便血。故吴鞠通说：“寒湿多伤脾胃之阳，湿热多伤脾胃之阴。”（《温病条辨》）脾胃阴伤，则邪热难透，胃阴得复，则诸症愈，所以温病学派都十分注重以救护胃阴为急务，这确有重要临床意义。

（二）饮食劳倦 过饥则摄食不足，化源缺乏，久则脾阴亏虚，营血衰少，内不足以濡养脏腑，脏腑失养，则五乱互作，疾病发生，外不足以充养肌肤，防卫力弱，则易招致外邪侵袭，继发它病。过饱则损伤脾胃，运化力弱，元气下流，脾阴不足，气血渐衰，诸病丛生。过食辛辣、炙博，肥甘厚味或饮酒过多，助湿生热，燥湿不济，阴阳失调，胃火炽盛，灼伤胃阴，损及脾阴，则胃脘痛、纳呆、吐衄、便结、消渴。故《素问·奇病论》有“肥者令人内热，……转为消渴。”之说。

劳役则耗损元气，房劳则损伤脾胃精气，神劳则暗耗心脾之营血，阴血消耗，虚火内动，又灼脾肾之阴。顾松园说的“劳倦伤脾，仍脾之阴分受伤者多”，是符合临床实

际的，

(三)七情内伤 张景岳说：“思生于心，而脾必应之，忧思不已，则劳伤在脾。”思虑过度，暗耗脾阴，脾阴亏虚，则心血不足，心血不足，则心火炽盛，火盛又耗脾阴，互为因果，可致心悸、怔忡、失眠、健忘等发生。若因郁怒伤肝，肝火上炎，横逆乘土，耗灼脾阴，亦可导致饮食不化，烦躁不寐，胁肋灼痛，腹痛肠鸣等症。

脾阴可以灌溉它脏，它脏津液亦通于脾阴，脏气虚损，阴液不足，亦可导致脾阴亏虚，诸如肾阴不足，肝血亏虚，心营血少，肺燥伤津，皆可导致脾阴匮乏，其中尤以肝肾之阴亏影响最甚，五脏阴亏，实为脾阴虚的一个重要原因。同样，脾阴不足，又可导致五脏阴津不足，而见各脏阴虚之候。

(四)医药误治 药用温燥，滥用辛热，或妄吐、大汗、大泻，误治亡阴，皆可招致脾阴受伤。故程芝田说：“误下亡阴，必先亡胃家之阳，在亡脾中之阴，阳之亡而阴不独存也。”《医法心传》说明医药误治，导致脾阴虚的不良后果，实为古人临床经验之得。

## 五、脾胃阴虚的主要症候

前面已提及，脾阴与胃阴互相渗透，息息相关，症候常可互见。故临床表现颇为复杂，既有本证，往往又兼它脏之症。临床中主要有中渴、噎膈、便秘、胃脘痛、痿证、血证，以及不思饮食、口燥咽干、心烦口渴、口舌生疮、干呕呃逆、胃中嘈杂、灼热而痛、肌肉消削、皮肤干燥、四肢不用、舌红而干、苔黄少津、或苔少花剥、或舌绛无苔、脉细带数，或弦细而数，下面略举几证，以视一斑。

(一)中消 中消之证，消谷善饥，形体消瘦，大便秘结，苔黄而燥，脉滑有力。究其成因，多由肥甘厚味，胃中积热，灼炼津液，精微耗散，日久干涸所致。喻嘉言说：“手阳明大肠热结而津不润，足阳明胃热结而血不荣，证成消渴。”《医门法律》

(二)噎膈 噎则咽下困难，梗噎不顺，膈则中焦受阻，饮食不下。其症口干咽燥，大便秘结，饮食难下，体渐消瘦，舌红少津，脉弦细涩。多因精神因素，忧思过度，郁气生痰，志火伤阴，或饮食不节，纵酒偏嗜，积热伤阴，精血枯槁所致。李士材说：“悲思忧恚，则脾胃受伤，血液渐耗，郁气生痰，痰则塞而不通，气则上而不下，妨碍道路，饮食难进，噎膈由所成也。”（《医宗必读》）

(三)胃脘痛 胃脘痛有气滞、虚寒、胃热、阴虚者，往往虚实夹杂，寒热互见。胃阴不足，则虚火而灼胃脘而痛，脾阴血少，则脉络涩滞不通而痛，脾胃阴亏，肝木乘之，则胃中灼痛，干呕嘈杂，不食便难，舌红脉弦，其痛多与情绪有关。

(四)便秘 此证前人有阴结、阳结、气秘、热秘、寒秘、脾约之分。脾约便秘，原其所由，其人津血素亏，或热病久病，或因汗下，以致阴血枯槁，内火燔灼，损伤脾阴而成。宜滋阴润肠通便，故仲景用麻子仁丸泻胃中之阳而扶脾家之阴。还有一种本属脾阴不足，燥极似现显湿假象，而反出，大便稀溏之燥湿疑似证，此即周学海所谓“燥湿同形”矣，临证当脉症合参，才能不致有误。

(五)不思饮食 胃主纳，脾主化，胃阴虚则不能纳，脾阴虚则不能化。对于不思

饮食，临证务必详辨，不可滥用香燥之品，必须分清阴虚阳虚，才能不致药罔对症。

（六）肺癆 肺癆一病，母病及子，临证往往其病在肺，其源在脾。肺为水上之源，脾阴虚不能散精上归于肺，则水源枯竭，津枯肺燥，肺失濡润，虚火内炽，灼津为痰，则干咳少痰，痰中带血，咽干口燥，五心烦热，盗汗肌削，脉细而数。所以唐容川说：“脾阴虚则不能滋生血液，血虚津少此肺不得润，是为土不生金。”（《血证论》）

（七）血证 血生化于中焦，又统摄于脾，脾阴虚则化源不足，营血衰少，则血中伏火内灼脉络，血证作矣。若只知“宣补脾阳，而不滋养脾阴”（《血证论》）误用香燥之品，则如焚之祸接踵而至。同时，气与血关系密切，脾阴不足，气无以生，中气亦虚，失其统摄之职，血溢脉外，吐衄便血，崩漏紫癜发生。

（八）四肢痿弱 四肢为太阴之表，为脾所主，脾又为胃行津液，脾胃津亏，四肢失养，则四肢痿弱不用。所以《素问·亦从容论》说：“四肢懈惰，是脾津之不行也。”

## 六、常用治法

脾为后天之本，治脾是补益五脏的中心环节，“精不足者，补之以味”，临床上不应拘于脾喜燥而恶湿”之说，尤其是病情复杂而又顽固的一些病证，温补又恐助火劫阴，育阴又怕助湿碍脾，唯有“理脾阴”一法，补而不燥，滋而不膩，既碍脾，反助运化，至为合适。并结合症情及兼挟，或佐以辛开苦降，酸甘化阴，或配合养血和血，清热祛湿，等等，则治法更加完备，试举几种以说明之。

（一）滋养脾阴法 本法是治脾胃阴虚的常法。适于脾胃阴虚，不思饮食，阴虚便秘等证。常用药物如麦冬、玉竹、生地、花粉、石斛、白芍、冰糖等等。常用方剂有益胃汤、沙参麦冬汤。益胃汤为叶氏所创，本为温热病而设，但我在临床实践中，对内伤杂病符合上证者，投之疗效颇佳。

（二）酸甘化阴法 本法适用较为广泛，诸为胃阴虚，脾阴虚，肝阴虚时皆可用之，脾阴不足，除脾阴虚症外，尚有腹痛、肠鸣、喜怒，胁痛或吐衄时。常用药物如白芍、五味子、乌梅、山楂、枣仁、甘草等。常用方有芍甘汤。

（三）益气养阴法 适用于气阴两虚，发热或潮热，温热病后期及内伤杂证属气阴两虚者。症见神疲形怠，少气懒言，口干咽燥，低热或潮热，或五心烦热，舌红少苔，脉虚大或虚数。此时若用温燥则伤津，纯用滋补又碍脾，唯一平补。药如太子参、黄芪、淮山、麦冬、五味、白芍、知母、莲子、当归等。方如麦冬养营汤、或慎柔养真汤（四君子汤加黄芪、淮山、麦冬、五味、白芍、莲子），煎去头煎，服二、三煎，此妙在去头煎，以除燥气，甘淡补脾。此即唐容川所谓“滋补脾阴之秘法”也。

（四）甘寒清热法 适用于脾阴不足，兼有热象者。常用药物如竹叶、石膏、太子参、细生地、知母、麦冬、石斛、青蒿、别甲、甘草等。方如竹叶石膏汤，青蒿别甲汤。

（五）滋阴润下法 适用于邪热伤津，肠燥便秘以及消渴等证。常用药如麦冬、生地、玄参、当归、火麻仁、柏子仁、瓜蒌仁、郁李仁、肉苁蓉、芒硝、大黄等。若大便秘结，腹无所苦，宜增液汤；务存津液，回护其虚，则增液承气汤；应下失下，气津两



亏，则新加黄龙汤；胃肠燥热，大便秘结，则麻子仁丸；津枯肠燥，大便艰难，则五仁丸；多食善肌，形体消瘦，尿多色黄之中消，则调胃承气汤或合玉女煎加减。

（六）滋土润肺法 适用于燥伤肺胃，津液亏损，阴虚咳嗽之证，常用药物如沙参、麦冬、玉竹、花粉、扁豆、桑叶、甘草等，常用方如沙参麦冬汤。

## 七、病案举例

### （一）脾阴不足案

李某、男性、42岁、干部、四川南川县人。

77年4月16日初诊：述平素嗜好辛辣，胃脘疼痛五年余。经县医院诊断为“慢性胃炎”，投以解痉、止痛、镇静之品，时轻时重，求中医诊治。现症：胃脘隐痛，时有烧灼感，但不吐酸、纳差、口干欲饮冷，大便干，三五日一解不等，心烦易怒，舌红，苔薄黄，脉弦细数。处方：（换算为克计）杭芍15克、细生地12克、麦冬15克、北沙参18克、玉竹15克、钗石斛15克、玄胡3克（冲服）、冰糖30克（溶服）、生甘草6克、台乌6克。六剂。水煎服。4月22日二诊：胃痛止，纳食增，口干及胃脘烧灼痛减，但大便仍干。症有机转，原方去玄胡，台乌。七剂。5月2日三诊：便不干，日一解，脉不数，舌淡红，苔薄白。处方：杭芍9克、北沙参12克、玉竹9克、细生地9克，钗石斛9克、生甘草6克、冰糖30克（溶服）。七剂。5月12日四诊：投药20剂，诸症俱除。为巩固疗效，仍按三诊再进10剂。随访半年，未见复发。

按：胃脘隐痛有烧灼感，纳差、便干，不吐酸，阴不足矣。盖胃为燥土，脾为胃行津液，素食辛辣，燥热相合，脾胃阴伤，阴伤则热炽，热炽阴更伤，如此恶性循环，故病久不愈。宗叶氏之法，甘寒清热养阴，始终以益胃汤加减而获效。

### 例二：脾阴虚脏燥案

孙某，女性，50岁、农民，四川南川县人。

77年7月16日初诊：患者平素忧郁，情志不畅，近半年来烦躁胸闷，悲伤欲哭，头脑昏乱，多梦，饮食无味，胃纳渐减，口干欲饮，大便干结，舌红少苔，脉弦细数。处方：甘草6克、浮小麦30克、大枣10枚、北沙参15克、麦冬15克、杭芍15克、柏子仁24克、合欢皮9克。三剂，水煎服。7月20日二诊：燥躁胸闷减轻，性情舒畅不哭，食纳增加，大便不干，日一解。守方，再进四剂。7月25日三诊：诸症悉除，嘱再进三剂，不必复诊。

按：“脏躁”一证与现代医学的癔病及妇女更年期综合症近似。经曰：忧思伤脾，郁则伤肝，忧郁不解，暗耗阴血，脾阴耗，肝血亏，则心失所养，上症作矣。余以养阴，解郁，宁心，安神为法，投以甘麦大枣汤加味而愈。