

经方治疗脾胃病的临床运用

宋巧梅

(天津医科大学总医院, 天津 300052)

摘要:借助现代医学对脾胃病进行诊断,在西医诊断的基础上进行中医的辨证治疗,采用《伤寒论》的理、法、方、药来治疗脾胃常见病疗效显著。中西医结合拓宽了经方的应用范围。

关键词:伤寒论;脾胃病;慢性萎缩性胃炎;消化性溃疡;胆汁反流性胃炎;经方;张仲景

中图分类号:R222;R256.3 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-1719(2006)03-0263-02

近年来笔者借助现代医学的检查手段,运用经方辨证施治,治疗现代医学诊断的脾胃病百余例取得了较好疗效,现报道如下。

1 经方治疗脾胃病的病因病机

《伤寒论》是一部辨证论治专著,不但系统论述外感热病的辨证论治规律,且将许多杂病囊括于内。历代医家研究《伤寒论》不仅从外感热病方面着手,并重视《伤寒论》对治疗杂病的探讨。《伤寒论》中虽见不到《内经》所涉及的脾胃生理、病理、诊治、预防等内容,但这些理论已被张仲景融会贯通在全书中,如在《金匮要略》首篇,张仲景提出“四季脾旺不受邪”的观点。在后世对脾胃病的治疗中,深受张仲景治疗脾胃思想的影响,采用《伤寒论》的理、法、方、药来治疗脾胃疾病,大大发展了《伤寒论》中脾胃学说的内容。

脾胃居中属土,万物所归,无所复传,所以无论脾胃不和,脾胃虚弱或其它疾病失治误治损伤脾胃,均可引起脾胃功能失常而发病。《伤寒论》、《金匮要略》上的方剂具有较高的重复使用价值,被后世医家尊为“众法之宗,群方之祖”。随着中医药与现代医学和现代科技相结合的逐步深入,经方的治疗范围正在大幅度的扩展,对经方的科学实验和研究正在不断深化,中西医结合拓宽了经方的应用范围,在西医诊断的基础上进行中医的辨证治疗,促进了中西医结合。

脾胃病一般以脾胃虚弱为发病的主要机理之一,是因为脾胃为后天之本、气血生化之源。若脾胃健运,则气血充盛,俾脏腑得养,抗邪有力,百疾不生。反之,若因外感失治误治,乃致邪气内陷,搏结中焦;或因禀赋不足,脾胃不健,加之久病迁延,累及脾胃,或用药不当,中气受损;或恣食暴饮,五味偏嗜,饥饱失常,寒温失常,均可损伤脾胃。其中中气耗伤者,正气亏虚,形成脾胃气虚之候,损伤中阳者,致阳气虚馁,寒自内生,产生脾胃阳虚之证;耗竭阴津者,则有胃阴不足之变。故脾胃虚弱者,多见脾胃气虚、脾胃阳虚、胃阴不足 3 种证型,而脾胃虚弱乃是脾胃病发生的关键。临床虽以脾胃虚弱者最多见,但因虚怯之地,易为邪侵,故临床每每表现为虚实错杂之证,其中尤易兼夹气滞、血瘀、食积、湿阻、热壅等实邪。若缘脾胃虚弱,土虚木横,则易形成脾虚肝郁之候,临床表现除见脾虚症状外,又见胸胁胀满、嗝气频繁、太息连声、口苦脉弦等症;若因脾胃虚弱,运化失司,宿食停滞,则形成脾虚食滞之候,又添脘腹饱闷胀痛、噎腐吞酸、泻利不爽、舌苔厚腻等症;又缘“气为血帅”,若脾胃虚弱,鼓动无力,气不行血,瘀血停滞,乃见脾虚血瘀之证,复见胃脘刺痛,痛处不移,舌有瘀斑等症;如若脾胃虚弱,运化不及,或水湿停留,或湿郁化热,则形成脾虚湿阻或脾虚湿热证候,又增胃脘满闷、呕恶食少、身重倦怠、舌苔厚腻或脘痞呕恶、口干尿赤、舌质红苔黄腻等症。由此可见,脾胃病脾胃虚弱型患者每易兼夹气滞、血瘀、食积、湿阻、热壅等实邪,形成本虚标实、虚实互见证候。

收稿日期:2005-09-23

作者简介:宋巧梅(1965-),女,河南扶沟人,副主任医师、副教授,学士,从事消化系统疾病及老年病的研究。

2 经方治疗现代医学诊断的胃病

2.1 慢性萎缩性胃炎 以胃黏膜上皮和腺体萎缩、黏膜变薄及黏膜颜色改变为特征的慢性疾病。临床表现为胃脘疼痛、痞塞胀满为主,归属中医胃痛、痞满、胃脘痛等病范畴。此病因胃黏膜上皮和腺体萎缩、黏膜变薄使消化吸收功能显著减低,是本病发生的关键,即机能减退成为慢性萎缩性胃炎发生的主要机理之一;中医属脾胃虚弱型,临床随证分为脾胃气虚、脾胃阳虚、胃阴不足之证,约占病例总数的 70% 以上,至于慢性萎缩性胃炎属于实证者,可分为肝胃不和、脾胃湿热、痰阻胃络、食积脾胃等证型,但以肝胃不和型最多见,约占病例总数的 20% 以上。

对于脾胃气虚患者,笔者常选用《伤寒论》厚朴生姜半夏甘草人参汤、《金匮要略》枳术汤加减治疗。《伤寒论》云:“发汗后,腹胀满者,厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”。厚朴生姜半夏甘草人参汤本为治疗脾虚气滞所致腹满而设,方中厚朴宽中除满,半夏、生姜降逆和胃,人参、甘草补脾益气。诸药相合,补气而不壅滞,行气而不伤正,为消补兼施之剂。枳术汤由枳实、白术二药组成,主治脾虚气滞,失于转输,水气痞结胃脘所致心下痞塞,身倦乏力等症,具有行气散结,补脾益气之效。故二方合用,治脾胃气虚,失于运化,气机壅滞所致胃脘痞满胀痛,食少纳呆,身疲乏力等症颇宜。唯厚朴、枳实药力峻猛,故临证用量不宜过大,且以枳壳易枳实,酌加砂仁、陈皮则更怡病情。证属脾胃虚寒者,宜选《金匮要略》人参汤(即理中汤)、附子粳米汤、黄芪建中汤化裁。均具有温中益气、散寒止痛之效,故可用治脾胃虚寒所致胃脘冷痛,喜温喜按,四肢不温,气短乏力等症。胃阴不足者,宜选用《温病条辨》沙参麦冬汤或益胃汤化裁,在此不做讨论。证属肝胃不和者,症见胃脘胀痛,牵及两胁,嗝气吞酸,口苦咽干,急躁易怒,脉弦细者,宜用《伤寒论》四逆散合《金匮要略》当归芍药散加减治疗。二方合用,疏肝行气,健脾除湿之功,临证酌加青皮、香附、延胡索等药则疗效宜彰。

2.2 消化性溃疡 是胃液的消化能力超过胃和十二指肠黏膜防御能力的结果,主要是指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡,也可以发生在食管下段,胃和肠吻合术后的吻合口周围及米克憩室。因溃疡的形成和发展与胃液中的胃酸和胃蛋白酶的消化有关,近年来逐渐认识到本病发病与幽门螺杆菌感染密切相关。消化性溃疡的发生是胃黏膜保护作用减弱,是本病发生之本,加之胃酸分泌过多,幽门螺杆菌感染,是本病发生之标。临床以上腹部疼痛为主要症状,兼有嗝气、反酸、嘈杂、呕吐、上腹闷胀、食少、乏力等症,属祖国医学胃脘痛、心腹痛、吐酸、嘈杂的范畴。根据病史体征,临床表现及有关诊断依据,进行分型:肝胃不和、脾胃虚寒、胃阴不足、寒热夹杂,痰饮壅盛、瘀血阻络。临床以脾胃虚寒型和肝胃不和型多见,对脾胃虚寒型,证见胃脘部隐隐疼痛,喜暖,喜按或吐酸水,神疲乏力,四肢不温,舌质淡白,脉虚弱。方用黄芪建中汤和理中丸效果最佳,二方合用健脾益气、温中止痛,寒甚者加附子;对肝胃不和治以疏肝健脾调气止痛之法,用芍药甘草汤和旋覆代赭汤,临证酌加香附、枳壳、白术、沉香,吐酸可加煨瓦楞子。寒热错杂型,以甘草泻心汤为基本方,可化裁使用。胃阴不足,以竹叶石膏汤合左金丸加减变通,痰饮壅盛以苓桂术甘汤为基本方化裁治疗。

· 经验撷菁 ·

叶景华治疗慢性肾功能衰竭经验

叶玉妹

(上海市第七人民医院中医科, 上海 200137)

摘要:叶景华主任医师擅长运用中医药治疗慢性肾功能衰竭,认为治疗时宜掌握标本缓急;注重攻补兼施;内治结合外治;强调整体治疗,临床取得了良好疗效。

关键词:慢性肾功能衰竭;临床经验;叶景华;经验;中医药治疗

中图分类号:R249;R692.5 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-1719(2006)03-0264-02

叶景华主任医师是著名的中医肾病专家,行医 50 余载,精于医理,勤于临床,擅长治疗肾病及疑难杂病,造诣颇深,积累了丰富的临床经验。现将叶老治疗慢性肾功能衰竭(下称“慢肾衰”)的经验简介如下。

1 掌握标本缓急

慢肾衰是各种肾脏疾病不断进展,导致肾功能严重损害的病变。临床上以原发性肾小球肾炎的慢肾衰比较多见。《素问·藏气法时论篇》有“肾病者,腹大胫肿,喘咳身重”的论述。《景岳全书·癃闭》论述了本病的症状:“小水不通是为癃闭,此最危最急证也,水道不通,上侵脾胃而为胀,外侵肌肉则为肿,泛及中焦则为呕,再及上焦则为喘,数日不通则奔迫难堪,必致危殆。”《证治汇补》有:“关格者,……既关且格,必小便不通,旦夕之间,陡增呕恶,因浊邪壅塞,三焦正气不得升降,所以关应下而小便闭,格应上而生呕吐,……最为危候。”的论述,这些论述与本病的症状、体征、预后较为相似。属中医学“虚劳”、“癃闭”、“溺毒”、“逆”、“水肿”、“关格”等范畴。

慢肾衰由于病人正气亏损,湿浊瘀毒郁阻。早期病变轻,正虚不甚,湿浊瘀毒滞留不多,治疗易见效,预后相对较好。晚期病变深重,正气亏虚甚,湿浊瘀毒郁阻亦盛,已影响体内各脏腑功能,治疗不易见效,预后较差,喻嘉言概之为“不死何待耶”。叶老认为慢肾衰病变过程中,变化多端,但本虚与邪实的矛盾始终贯穿在病变过程中,有时以邪实为主,有时以正虚为主,辨证须掌握病情标本,权衡轻重缓急,根据“急则治其标,缓则治其本”的原则进行治疗。

“急则治其标”的标就是在病变进展中表现为邪实为主各种表现,临床上称之为“增恶因素”。表现类型大多有以外邪引起发热、咳嗽、咽痛呼吸道病变为主症状;也有大便秘积、食差

纳呆、腹胀闷满消化道为主的症状;也有表现恶心呕吐、小便量少、上不能进食、下不能排便的关格症状;也有血压恶性增高,控制不善而表现头晕目眩而致虚火痰浊挟瘀毒上扰清窍等一系列邪实表现,如不及时处理和治均可使慢性肾衰患者病情加重,使肾功能急剧下降,甚则死亡。

在治疗上,叶老按照《素问·阴阳应象大论篇》中:“故因其轻而扬之,因其重而减之,……其下者,引而竭之;中满者,泻之于内;其有邪者,渍形以为汗;其在皮者,汗而发之;其实者,散而泻之。”根据不同情况,采用不同方法,急以治标,以保其本。

临床对感受风热之邪多采用疏解清利的方法治疗,“因其轻而扬之;其有邪者,渍形以为汗;其在皮者,汗而发之”;常用药:荆芥、西河柳、浮萍草、板蓝根、牛蒡子、金银花、连翘、半枝莲。按“浊气不降,清气不升”,“浊气在上,则生膜胀”之理,对食滞胃脘,大便不通的症状,治以“六腑以通为用”,采用通腑泄浊消食之法,用生大黄、枳实、大腹皮等药。对“关格”之症,采用泄浊、利湿、解毒之法,药用:土茯苓、徐长卿、车前子、赤猪苓、桂枝、半夏、陈皮。对血压恶性增高,在临床上控制血压很重要,治拟平肝熄风、活血化痰,药用:钩藤、白蒺藜、羚羊角粉、丹参等。缓则治其本就是病情稳定情况下,以补其本。辨证属脾胃气虚血虚者用参、芪、术以补气健脾,有阳虚者用熟附块、淫羊藿,肝肾阴亏用生地、枸杞子等。临床观察表明,健脾、补肾、养肝结合化痰泄湿浊解毒之剂对慢性肾衰患者确有延长生命,提高生活质量效果。

2 注重攻补兼施

治疗慢肾衰一般从虚劳辨治,以补肾为主。根据慢肾衰是正气虚损,脏腑功能衰败,湿浊瘀毒阻滞的病机,属于本虚标实,虚实夹杂。其中虚是主要病机,且以肾为中心,而兼及肝脾

床均取得满意疗效。

3 讨论

慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胆汁反流性胃炎的诊断主要是通过胃镜或胃 B 超、上消化道钡餐造影等手段确定,属中医胃脘痛范畴,病名确定后,在对证分析时,不必拘泥于书中所述论的候候,只要结合四诊合参材料,弄清证的本质,其病机、治则、处方相吻合,使用经方均可取得较好疗效。慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胆汁反流性胃炎均以脾胃虚弱为发病的关键。张仲景注重脾胃,以固护脾胃之气为第一要旨,但脾胃病多亦虚实相兼,治疗方药虚证和实证的方剂参合运用;再如半夏泻心汤治寒热错杂心下痞,实际上是脾寒与胃热两方面的错杂,脾寒则清阳不升而腹泻下利,胃热不降,胃气上逆则呕。脾胃升降之机失司则气机痞塞于中,心下痞乃成,用苦寒以泄热,佐辛甘以补其虚,不必攻痞而痞自散。现代药理研究表明,半夏泻心汤具有良好的改善胃动力紊乱的作用。临床所见病证复杂多变更者居多,或几种病证,几种病机同时出现,涉及多个脏腑经络,或有兼证、变证,其辨证用药相当困难,此时用一方恐难胜任,需二方或三方合而攻之。此外,临床报道,许多单味中药对幽门螺旋杆菌有明显抑杀作用,如黄连、黄芩、连翘、枳实、厚朴、山楂、白芍、麦冬、甘草等,但通过临床实践表明复方抑杀幽门螺旋杆菌的作用远胜于单味药物。

2.3 胆汁反流性胃炎 因胆汁样十二指肠液反流入胃,引起胃黏膜炎症,现代医学认为胆汁反流是由于幽门的内在缺陷,或肝、胆、胰疾患导致幽门括约肌和 oddi 括约肌的张力下降,幽门关闭不全,则胰液和胆汁等十二指肠内容物可通过幽门逆行入胃,从而破坏了胃黏膜的屏障作用。幽门张力下降是引发胆汁反流的直接的病理基础,凡功能减退属于虚的范畴,因此,幽门张力下降应是胃虚,这是胆汁反流性胃炎本的方面,由于十二指肠的逆蠕动,幽门的张力又下降,因此胆汁、胰液能够入胃,从而破坏了胃气以降为顺的功能,胃黏膜受到损伤,这是本病标的方面,主要表现为上腹部不适或疼痛,尤以进餐后为甚,痞满、嘈杂、嗝气、口苦或呕逆苦水为主症,临床常见分型为肝胃不和、脾胃虚弱、湿热中阻、气滞血瘀。但以肝胃不和及脾胃虚弱型多见,对肝胃不和型《金匱要略》云:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之”。临床以半夏泻心汤合四逆散治疗,若胃脘部有灼热感,吐苦水,肝胃郁热合左金丸加减。脾胃虚弱型,以旋覆代赈汤合枳术汤加减治疗,湿热中阻可用半夏泻心汤合平胃散化裁治疗,气滞血瘀可用旋覆代赈汤合失笑散治疗,临

收稿日期:2005-09-27

作者简介:叶玉妹(1962-),女,上海人,主任医师,学士,从事中医内科、妇科临床研究。