

孟河名家张泽生运用气血理论诊治脾胃病的经验

张继泽¹ 张挹芳²

(1.江苏省中医院,江苏南京 210029; 2.上海东方国际医院,上海 200120)



张泽生教授

摘要 张泽生教授是孟河医派临床大家,擅治脾胃系疾病,运用气血理论诊治脾胃病经验丰富。张老认为萎缩性胃炎以中虚气滞为多,重在温中行气;气病及血,则当兼顾。论治溃疡,当行气活血或化瘀止血。诊治食道癌、胃癌,重视疾病不同阶段的气血变化,治以行气活血、益气活血或补气摄血。

关键词 张泽生 脾胃疾病 中医药疗法 孟河医家

中图分类号 R256.3 **文献标志码** A

文章编号 1672-397X(2016)02-0001-05

张泽生(1895—1985)教授,江苏丹阳人。南京中医学院附属医院主任医师、教授,国务院首批公布的博士生导师。1956年参加筹建江苏省中医院(南京中医学院附属医院)并主持中医内科工作,从事内科疑难杂症临床工作,创建了江苏省中医院中医脾胃病全国重点学科,并先后担任江苏省政协委员、常委以及全国中医学会江苏分会常务理事。

张老宗仲景之学,融叶桂、吴塘温病治法,擅长诊治温热时病;遵循孟河医派费、马“以和为重,以平为期”的观点,精研内、妇科疑难杂症,对内伤杂病重视调理脾胃。在学术上继承孟河四大家之一马培之高徒贺季衡氏之衣钵,一生推崇张石顽、叶香岩,对《张氏医通》、《叶天士医案》有深入的研究,主张师古而不泥古,博采先贤之长,结合己见,去芜存菁,重视辨证,灵活施治,方药轻灵,内外兼顾。治疗急性温热病以存阴为第一要义,但又非纯用滋阴保津,而是采用清热保津、急下存阴和透邪又不伤阴的治则,使邪祛而不伤正,所谓“留得一分津液,便有一分生机,津液复得一分,则热邪退却一分”。对内伤诸病和疑难杂症,着眼脾胃和气血,据“五脏六腑皆禀气于胃”、“脾胃为气血生化之源”,主张外感祛邪亦需处处照顾胃气,邪势既衰则应尽早恢复胃气,调气和血,分清主次轻重缓急,妥为调治。临证时既重李东垣补中升提之长,又循叶天士甘寒濡

润之意,圆融变通。在遣方用药上,反对滥施攻伐或滞补,以免损伤胃气,既善于利用药物的协同作用,更善于运用药物之相畏、相反的拮抗作用,扬长补短,避害取利。对于内科诸疑难病症及妇科肿瘤出血带下,均有很好疗效。张泽生教授的学术经验于2011年入选国家重点图书项目《中华中医昆仑·张泽生卷》。

张老自1958年起侧重于脾胃病的诊治研究。对治疗萎缩性胃炎、食管炎、胃癌、胃及十二指肠溃疡、胰腺炎急腹症、痢疾腹泻等均有独到的经验。张老认为气血相互为用,病理上互为因果,治疗则“气主煦之,血主濡之”。气药偏燥,可用血药以济之;血药嫌润,常配气药以调之。益气助以养血,可气血相生。尤对胃脘久痛用气药效差者,可辅之以归、芍、芎或桃、红、五灵脂等入血之品,或用郁金、降香、香附、延胡索等兼调气血之药,使血气流通,往往可提高疗效。当归为血中气药,白芍和阴止痛。此二味,无论在气在血,最多运用。本文重点从萎缩性胃炎、溃疡病、胃癌、肠癌等病症的治疗中整理探讨张老运用气血理论诊治脾胃系病症的经验,以飨读者。

1 萎缩性胃炎:百病皆生于气,益气行气

萎缩性胃炎也称慢性萎缩性胃炎,是以胃黏膜腺体萎缩和肠上皮化生,胃黏膜变薄,或伴有不典型增生为特征的慢性消化系统疾病。常表现为上腹部隐痛、胀满、嗳气、食欲不振,或消瘦、贫血等。张

老通过长期临床观察,指出萎缩性胃炎以“中虚气滞”居多,应以建中理气为主。

张老认为,胃脘痛、呃逆、呕吐、泄泻、痞胀等的共同病机为胃气不和,失于和降,故用炒白术、炒枳壳、法半夏、陈皮、广木香、佛手、炒白芍、甘草组方。炒白术、炒枳壳,组成枳术丸,健脾消痞,消补兼施;合木香、佛手畅胸脘之气;合芍药、甘草缓急止痛;合二陈降逆。这些治法和药物,都是用于病位在气分的病证。《素问·举痛论》曰:“百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消……思则气结。”指出不同类型的情绪变化过激,都可导致脏腑之气的运行紊乱,引发各种病症。张老认为胃为情绪器官之一,情绪扰气,尤易导致诸多脾胃病的产生。脾胃之用亦在于气,其气推动饮食的消化和精微物质的吸收,脾气宜升,胃气当降,相互协调配合,共同完成食物的全部代谢过程。如思虑纷纭,用脑过度,或饥饱无度,五味偏嗜,均可引起肝胃不和、肝气犯脾、脾气不运、胃气上逆、中气下陷等病理变化。张老最常用的三个药对白术、枳壳,木香、佛手和陈皮、半夏就体现了这一思想。然引起脾胃气机失和、气行逆乱的原因有多途,如病程日久,年老体弱,神疲乏力,脉虚无力,以潞党参、太子参为君;如情志诱发,症情随情绪波动,脘胀痛及胁,脉弦,则以醋柴胡、白芍为主;如泛吐清水、脘腹冷痛属气虚胃寒者,重用干姜、桂枝或熟附片;如口苦苔黄、胃痛灼热属胃热扰气者,则以黄芩、山栀为首;如口黏苔腻、大便不爽、湿阻气滞者,则加用全瓜蒌、薤白;气虚水停,苔腻浮肿,合用炒茅术、川厚朴;如向日好饮,唇舌泛紫,兼瘀血者,应加用炒蒲黄、炙五灵脂;如暖腐吞酸,食欲尽失,食阻气滞者,需加用炒谷麦芽、炒建曲等。

张老认为《黄帝内经》在对平人脉象的描述中,强调诊察脉的“胃,神,根”,即强调胃气(中气)在生命活动中的作用,这与重视人身三宝“精气神”异曲同工,均主张健康之本在于阴阳平衡,包括生理与心理的健康和谐、物质与功能的协调互助。这里“气”在人体生理(精)和心理精神(神)中的桥梁和双相作用尤其重要。即张景岳《景岳全书·调气论》所云:“气之为用,无所不至,一有不调,则无所不病。”张老认为,脾胃为全身气机升降之枢纽,脾气以升为健,胃气以降为顺。如脾胃之气功能不足,或运行速度、方向、顺序紊乱,都会导致各种病理变化的产生。

胃为阳土,喜润恶燥,性宜通降;脾为阴土,喜燥恶湿,当宜升发。张老根据脾胃这一特性,注意调整升降、润燥之偏。如胃气上逆,以二陈汤为主方,

结合丁香柿蒂、旋覆代赭等。肠胃失其润降的,用润肠丸、麻仁丸等。亦可配合肺经之紫菀、桔梗、杏仁以开上提下。脾气不升,清阳下陷,则用补中益气汤加干荷叶、葛根等益气升清。胃燥太过,影响胃降,取柔剂养胃,沙参麦冬汤出入。湿邪太盛,阻碍脾气升清,则区别寒湿、湿热分别治之,前者多取平胃二陈、三仁汤助升降,后者常用二妙或温胆汤等清热化湿健运。

2 胃溃疡:气不行则血滞,行气活血

溃疡病或消化性溃疡是一种常见的消化道疾病,可发生于食管、胃或十二指肠,上腹部疼痛是本病的主要症状,也可出现在左上腹部或胸骨、剑突后。常呈隐痛、钝痛、胀痛、烧灼样痛。胃溃疡的疼痛多在餐后1h内出现,经1~2h后逐渐缓解,或空腹疼痛,得食则减,直至下餐进食前,后再复现上述节律。部分患者可无症状,或以出血、穿孔等并发症作为首发症状。一般所谓的消化性溃疡是指胃溃疡及十二指肠溃疡。由于胃溃疡和十二指肠溃疡的病因和临床症状有许多相似之处,应及时做胃镜检查,明确诊断。

气属阳,无形而善动,主司温煦、推动等作用;血属阴,有形而多静,具有营养、滋润等功效。两者都源于脾胃化生的水谷精微和肾中精气,相互为用,相互资生,共同维系着人体的生命活动。气与血的关系,通常概括为“气为血之帅,血为气之母”。由于气是推动血液在脉管中循行的动力,故气能行血。《医林绳墨·血论》说:“血者,依附气之所行也,气行则血行,气止则血止。”

张老认为,过量饮酒和精神情志变化,与溃疡病形成有密切关系。“向日嗜酒辛,必有蓄瘀”,症见局部刺痛,或疼痛夜甚,舌有紫气。如兼以胃脘胀痛,暖气呕吐,多为气滞血瘀,气病及血,治当行气活血。以桃红四物汤、失笑散为主,加瓦楞子、九香虫、降香、延胡索等。如兼远血,加阿胶珠、侧柏炭、地榆炭、炮姜炭等。或在上述治疗胃失和降基本方的基础上,加全当归、桃仁、红花、炙五灵脂活血通络,以化瘀滞。而制香附、川郁金既能行气,又能活血,亦常选用。治溃疡验方常用白及粉、三七粉,和藕粉用冷开水调匀,加温成糊状于临睡前服下,连服半月,有非常好的临床效果。

3 食道癌、胃癌:气血关系复杂,调气和血

食道癌和胃癌是消化系统恶性肿瘤,属于中医学噎膈病的范畴。其临床症状主要表现为吞咽困难,呕吐痰涎,或食欲下降,食入即吐,胃脘疼痛,乏力,形体逐渐消瘦等,肿瘤破坏血管后可有呕血、黑便等消化道出血症状。本病的病机及证候属性,既

表现了痰气交阻、气滞血瘀的实证,又表现了中气不足的虚证。一般来说,早期多为肝气郁结,或痰凝气滞;中期多气滞血瘀,或气虚血瘀,虚实夹杂;晚期则正气衰败,或为气血两虚,或为脾肾阳虚,或为肝肾阴虚。其发展规律往往从实证到虚实错杂,再到纯虚证。对于不同时期的食道癌、胃癌,辅以中医治疗,都能改善患者的生存质量,减轻化、放疗的毒副作用,提高远期存活率。

张老强调气能生血,血能载气,气参与并促进了血液的生成。《医论三十篇·气血不可偏胜》说:“气阳而血阴,血不独生,赖气以生之。”如膳食结构合理,营气来源充足,脏腑之气旺盛,气化作用强健,则血液化生源源不断;反之,营气生成不足,再加脏腑之气亏虚,气化作用减弱,则血液化源不足而引起血虚。故气血的兴盛或衰败常如影随形,气旺则血足,气虚则血弱。气虚的某些阶段还可引起出血,尤其是脾主统血,食道癌和胃癌病人如脾气虚而固摄作用减弱,即可出现黑便等症。

早期主要病理变化在于气,往往由于情志不遂,抑郁伤肝,肝失条达,气结不行,食道梗阻。治以疏肝理气解郁之法,常用药如醋炒柴胡、郁金、苏梗、青陈皮、川楝子、佛手花、枳壳、金果榄、绿萼梅、合欢皮、白芍、木香等。但有些病人亦可兼有痰凝,或气郁化火,在治疗上应当灵活机动。

中期主要是由肝气抑郁不达,久则气郁化火,灼津炼液成痰,以致痰气搏结,或气机郁结不解,血行不畅。以气滞痰瘀证为最多见。治以理气化痰祛瘀,常用药物如桃仁、红花、当归、郁金、五灵脂、没药、三棱、莪术、穿山甲、瓦楞子、莱菔子、枳实等。气虚血瘀则在补气基础上略加活血,气虚失血则补气摄血。

在治疗痰气瘀结证时,首先应考虑正气的盛衰,若攻之太过,则瘀血未去而正气随之戕伤,故宜采用攻补兼施之法。气虚者加党参;大便干结难解者加韭菜汁、杏仁、瓜蒌仁等;如见有出血,加参三七或失笑散行瘀止血,或黄土汤、补中益气汤益气摄血;气血两虚则补气养血,八珍汤或十全大补丸出入。

本病进入晚期阶段,往往正气衰败,形体消瘦,由于矛盾的激化,一为阴液大伤而转化为阴虚阳结,一为命门火衰,火不暖土,转化为脾肾阳衰证。阴虚阳结证,治法宜甘寒濡润,常用药物如沙参、麦冬、石斛、生地、白芍、橘皮、竹茹、天花粉、炙甘草等。口干甚者加梨汁、藕汁、人乳、芦根汁、甘蔗汁等;大便燥结者加桃仁、杏仁、火麻仁、首乌。脾肾阳衰证,治以益气温阳为主,常用药如附子、干姜、党

参、白术、肉桂、炙甘草、益智仁、诃子肉等。如有呃逆,加丁香、柿蒂;大便泄泻用荷叶包赤石脂入煎;若阴伤及阳者,可用桂附八味丸出入。

4 验案举例

验案 1.董某,男,47 岁。1977 年 6 月 4 日初诊。

重度萎缩性胃炎,1975 年 1 月在某医院行胃次全切除,术后年余病情未见发作。今年 3 月大便出血如柏油样,又住该治疗。复查胃液分析,游离酸度“0”,总酸度“4”。胃刺痛拒按,胃脘有烧灼感,舌质偏紫,脉沉细而涩。痰瘀未尽,胃气已伤,法当和胃化瘀。处方:

全当归 9g,炙五灵脂 9g,川桂枝 5g,杭白芍 9g,广木香 5g,全瓜蒌 15g,炒枳壳 9g,法半夏 9g,广陈皮 6g。

复诊:服药 15 剂,胃痛未止,仍拒按,胃脘仍有烧灼感,口干发涩,苔白带灰,脉沉涩。瘀血阻胃,胃失通降。处方:

炒当归 9g,炒白芍 9g,单桃仁 9g,杜红花 9g,炙五灵脂 9g,煅瓦楞 15g,决明子 15g,紫降香 3g,全瓜蒌 15g。

三诊:上药连服 20 剂,胃脘刺痛及烧灼感已大减,食欲正常,再拟和胃化瘀巩固。原方加炙甘草 3g。

按:患者术前其痛如刺,痛甚拒按,属血瘀阻胃,胃气不和。行胃次全切除术后年余胃痛未发,但突然大便色黑如柏油,胃刺痛拒按,舌质偏紫,脉沉涩。从症状看属瘀血未去,胃气已伤,用小建中、二陈汤加行气和胃化瘀之木香、枳壳、当归及五灵脂。药后胃痛仍作,烧灼感不减,增以桃仁、红花以和血化瘀,决明子、紫降香以凉润通降。六腑以通为用,胃宜降则和,连服 20 剂,胃脘痛大减,食欲亦恢复正常,再以前法加炙甘草调治。

本例说明,气滞血瘀互阻之萎缩性胃炎,采用手术治疗,进一步损伤胃气,加重瘀血之变,易致消化道出血。综合文献报道,萎缩性胃炎手术后病例,残留胃的黏膜发生萎缩性炎症颇为多见,应引起重视。

验案 2.王某,男,成年人。1978 年 1 月 14 日初诊。

胃脘痛十余年,经胃镜检查,诊断为胃窦部溃疡、慢性浅表性胃炎、十二指肠球部炎症。胃痛较有规律,得食则缓,脉沉弦,舌偏紫苔黄腻。向日嗜酒辛。气滞血瘀,胃气不和。处方:

炒当归 9g,杭白芍 9g,川桂枝 3g,广木香 5g,炙五灵脂 9g,广陈皮 6g,炙甘草 3g,杜红花 9g。5 剂。

1 月 18 日复诊:药后胃脘痛已止,大便每日 1 次,质软不成形,食欲颇佳,脉沉弦,舌苔黄腻渐退,

边有紫气,仍当理气化瘀。处方:

炒当归 9g,炒白术 9g,杭白芍 9g,川桂枝 3g,杜红花 9g,炙五灵脂 9g,广陈皮 6g,广木香 5g,炙甘草 3g,香橼皮 6g。15 剂。

2 月 14 日三诊:上药连续服 15 剂,胃脘痛一直未作,大便已转为正常,舌苔黄腻进一步消退。原方续服 10 剂,以资巩固。随访 3 个月,病未复发。

按:本例患者胃痛久病,屡治未效。张老认为,久痛入络,舌质偏紫,是属血瘀之征。且平素饮酒,嗜辛辣,所谓“昔日好饮,必有蓄瘀”,酒辛助热伤胃,胃气戕伤,更易加重气滞而使胃络瘀阻,故治法以理气化瘀为主。如临床见面部赤脉如缕,质紫,痛有定处、如锥如刺,压痛拒按,脉涩等均为瘀血之征。方用芍药甘草,甘酸以和里缓急止痛。白芍量重于桂枝,旨在温中缓急,特别适合胃脘痛喜按和得食则缓的患者。木香、陈皮理气化湿,当归、红花、五灵脂等活血通络,以化瘀滞。佐用白术以健脾,亦寓标本兼顾之意。辨证用药,贵在抓住主要矛盾。

验案 3.林某,男,45 岁。住院号:37905。1975 年 8 月 9 日初诊。

患者于 1973 年 10 月起上腹疼痛,嗳气吞酸,经常发作,近因疼痛呕吐,食物不能通过而来院治疗。1975 年 6 月 16 日拟诊为十二指肠球部溃疡伴幽门不完全性梗阻(胃癌不能排除)。由外科收住院。于 6 月 27 日在中药麻醉下行剖腹探查术,术中发现幽门环上下有一肿块约 6cm×5cm×3cm,面积大,质硬,与周围组织粘连,无法切除。故在肿块上取活检,施行胃、空肠吻合术。病理报告:胃窦部黏液癌,内有散在恶性细胞(病理号 2192)。

就诊当日由外科转来,经手术证实为胃窦部癌症。面色萎黄,食欲不振,脉沉细,苔薄黄。术后气血两伤,中虚气滞,痰瘀交阻为患。处方:

太子参 15g,炒白术 9g,炒当归 9g,杭白芍 9g,法半夏 9g,广木香 5g,炙甘草 3g,石打穿 30g。

另:神农丸 1 瓶,每服 1 片,1 日 2 次。

9 月 6 日三诊:胃癌手术后,经服中药治疗,食欲增加,舌苔黄厚,口干舌尖发麻,大便尚正常。原方去木香、半夏,加天花粉 12g。

10 月 1 日四诊:自觉症状好转,病情稳定,体重增加 10 斤。舌苔黄腻,脉细弦。痰瘀中阻,郁而化热。处方:

炒当归 9g,杭白芍 9g,炒白术 9g,云茯苓 9g,天花粉 12g,川石斛 12g,上川连 3g,炙甘草 3g,半枝莲 30g,石打穿 30g。

11 月 14 日五诊:食欲增加,但食后胃脘作胀,辘辘有声,约 1h 始安,口干仍甚。“三阳结,谓之隔”,津液受伤,不能上承。处方:

潞党参 15g,炒当归 9g,杭白芍 9g,大麦冬 9g,云茯苓 9g,北沙参 12g,川石斛 12g,广陈皮 6g,炙甘草 3g,石打穿 30g,半枝莲 30g。

1976 年 1 月 10 日七诊:自觉食后作胀作梗,脘痞不适,口干欲饮,舌红苔少。中气受伤,胃阴不足,养阴散结兼顾之。处方:

潞党参 15g,威灵仙 15g,川石斛 12g,天花粉 12g,生半夏 9g(先煎 1h),急性子 9g,杭白芍 9g,广陈皮 6g,佛手片 5g,石打穿 30g。

5 月 4 日十三诊:住院 9 月余,病情稳定,每餐能食二三两,形体不瘦,活动如常,唯食后脘次稍有饱胀感,自觉口干,再以调中和胃。处方:

潞党参 15g,威灵仙 15g,生苡仁 15g,炒当归 9g,炒白术 9g,法半夏 9g,炒枳壳 9g,天花粉 12g,半枝莲 30g,石打穿 30g。

上方又服 1 月,病情明显好转,要求外科会诊。外科同意手术根治。于 6 月 9 日在硬脊膜外麻醉下行剖腹探查术,术中发现原肿块明显缩小,为 3cm×3.5cm,但与胰腺及腹壁均有粘连,尚能分离。给予胃次全切除,空肠部分切除,大网膜切除,麝香埋藏,结肠前胃空肠吻合,空肠侧吻合。6 月 12 日病理报告:胃窦部腺癌 I—II 级,胃系膜及网膜淋巴结反应性增生,未见转移性癌(病理号 2809)。

按:此例胃癌属于中医噎膈病范畴。《素问·阴阳别论》云“三阳结,谓之隔”,三阳者,即手阳明大肠、手太阳小肠、足太阳膀胱;结者,热结也。小肠主液,大肠主津,小肠热结则血脉燥,大肠热结则后不圉,膀胱热结则津液涩,前后秘涩,下元既闭,势必上涌,故食入呕恶梗阻。虽经手术,气血受伤,用中药调补气血,扶正祛邪,往往可以改善症状,延长生命。本例胃癌,由外科第一次姑息手术转入内科病房,经过内科治疗十月,病情明显改善,为手术根治创造了条件。术中及术后病理报告,均证实病情明显好转。张老前后共用药 30 余味,基本方为归芍六君子汤,即当归、白芍、党参、白术、陈皮、半夏、炙甘草等,此方多用于气血不足,脾胃不健,不思饮食,神倦,脉细,或伴有胸膈不利、脘痞腹胀等症。张老在运用本方时,曾加用石打穿、威灵仙、半枝莲、天花粉等药抗癌解毒;当出现胃胀痛时加木香、延胡索、佛手、枳壳等;阴伤明显加北沙参、麦冬、石斛等。自始至终加用神农丸(由马钱子、甘草、糯米组成,每片含马钱子 25mg,每次服 1 片,每日 2 次。切

不可多服,多则中毒)。张老在治疗噎膈时也常用生半夏,因噎膈多为痰气交阻,如有进食时黏涎上泛、中焦堵塞梗痛等症即可运用。服后堵塞及呕痰现象可获不同程度的缓解。但必须先煎 1h,不可短少,否则服后有舌麻、不语等反应出现,宜加注意。张老在治疗癌症时,非常重视病员体质强弱,气血阴阳的偏衰,以及病邪属寒属热、属痰属瘀等各方面的情况,从整体考虑辨证施治。

验案 4. 张某,男,成年人。1972 年 3 月 22 日初诊。

患者于 1971 年 12 月发现腹部有包块,经钡剂检查,诊断为结肠肝曲部肿瘤。在某医院于硬膜外麻醉下行剖腹探查,肉眼观察符合结肠癌,周围有淋巴结转移,作根治术。病理切片诊断为横结肠腺癌Ⅱ级,伴有周围淋巴结转移(病理号 715367,X 片号 30210)。术后伤口愈合尚好,半月后出院。当时估计预后极差,患者家属已准备后事。出院后用化疗 5-Fu、725 及 1213 等注射液治疗,病情未见好转,形体日渐消瘦。

现诊:结肠癌手术已 3 个月,腹痛,右肋下痛,创口刺痛,咳嗽阵作,大便溏泄,日行六七次,两手肿胀,右锁骨上可摸到淋巴结。脉细弦,舌苔薄黄。术后气血两亏,癌毒已经扩散,治疗不易。拟先益气养阴,活血定痛。处方:

太子参 15g,炒当归 9g,大白芍 9g,参三七粉 3g(分吞),延胡索 9g,杜红花 9g,煅瓦楞 15g,半枝莲 30g,白花蛇舌草 30g。

3 月 27 日二诊:咳嗽减轻,手术疤痕部位仍感刺痛,胃纳尚可,大便仍溏,且夹有黏液。脉小弦,苔薄黄。肠腑积浊未尽,脾土受伤,血络不和,原方出入再进。处方:

太子参 15g,炒白术 9g,炒当归 9g,延胡索 9g,大白芍 9g,参三七 9g,炙鸡金 9g,参三七粉 3g(分吞),凤尾草 15g。

4 月 7 日三诊:药后手术疤痕部刺痛大减,大便仍溏,但黏液已少,日行三四次,脉弦苔薄,前法再治。处方:

太子参 15g,炒白术 9g,炒当归 9g,大白芍 9g,参三七粉 3g(分吞),凤尾草 15g,地榆炭 9g,煨肉果 5g,半枝莲 30g。

另:神农丸 1 瓶,每服 1 片,1 日 2 次。

4 月 25 日四诊:右肋下仍痛,痛连脊背,口干,纳谷尚可,便溏每日 2 次,脉细弦,舌苔黄腻。脾气已伤,湿滞未尽。处方:

太子参 15g,炒当归 9g,大白芍 9g,炒枳壳 9g,法半夏 9g,马齿苋 15g,杜红花 9g,鸡血藤 15g,制豨莶 12g。

5 月 9 日五诊:上方连服 10 剂,两手肿胀减轻,右肋痛已止,大便溏薄亦好转,便前腹痛,肠鸣纳少。苔白而干,脉弦。肝脾不调,湿热蕴于肠胃,阴液不足。处方:

炒白术 9g,炒枳壳 9g,天花粉 12g,大白芍 9g,淡黄芩 9g,乌梅炭 5g,炙甘草 3g。

此方可连服 20 剂。

6 月 2 日六诊:结肠癌手术切除已半年,大便日行二三次,便前腹胀而痛,便后痛缓,精神尚好,苔薄质红,脉弦。脾虚肠腑积蕴未清,脉络不和之候。处方:

北沙参 12g,炒当归 9g,炒白术 9g,大白芍 9g,煅瓦楞 12g,马齿苋 15g,生甘草 3g。

此方可连服 15 剂。

6 月 16 日七诊:药后大便日行二三次。便前腹部仍有轻微胀痛,早饭后有时恶心,舌红苔黄腻。肝逆犯胃,肠腑积蕴未尽。处方:

南沙参 12g,炒当归 9g,京赤芍 9g,广郁金 9g,马齿苋 15g,薤白头 12g,淡黄芩 9g,姜竹茹 5g。

上方续服一段时间,病情日趋稳定,精神亦渐振,未再来复诊。

于 1977 年初,登门随访,患者情况良好,饮食亦恢复正常,每餐能进主食半斤,并能适当参加体力劳动(一次可挑煤基 60 个),体重明显增加,已达 60kg。询知经张老治疗后,症情明显好转,大便溏泄亦有显著改善。

按:本例晚期结肠癌,已广泛转移,先经手术切除,又复行化疗,再以中药辨证施治。由于采用中西医结合,中医辨证与单方草药相结合的综合疗法,故取得较好疗效。张老重视术后气血不足、肝脾不调,故用太子参、白术、当归、白芍,益气和血,健脾和胃;参三七、桃仁、红花兼清肠腑浊瘀;延胡及郁金,既可利气又能化瘀;鸡血藤、赤芍等活血行瘀之品均可随症加减使用,使症情早日改善。

第一作者:张继泽(1927—),男,本科学历,教授,主任中医师,全国名老中医药专家传承工作室导师,全国名老中医。专攻中医内科,尤擅脾胃病诊治,擅长中西医结合诊治慢性萎缩性胃炎、胃及十二指肠溃疡、慢性结肠炎、肠易激综合征、食管及胃肠癌等,创制“胃炎灵”、“温阳健胃汤”和“疏肝和胃汤”等协定方。

通讯作者:张艳芳,医学硕士,副教授,副主任医师。yftcmsh@163.com

收稿日期:2015-12-02

编辑:王沁凯