

谢晶日从肝脾论治消化系统疾病验案 2 则

高 越

(黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150000)

关键词 名医经验 谢晶日 腹胀 泄泻 中医药疗法 验案

中图分类号 R259.7 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2017)09-0047-03

谢晶日教授为国家级名老中医, 黑龙江中医药大学附属第一医院肝脾胃病科主任, 博士研究生导师, 出身中医世家, 临证诊疗, 深求古训, 承古扬今, 以临床实践为法, 审病求因, 胸怀日月, 悬壶济世四十余载, 以术业之能, 医人之风, 逐渐形成了自己独特的临证思维。谢师主张肝脾论, 重视肝脾之平衡, 细心探察日常疾患、疑难瘤疾, 每遇难病, 必济世人于春回浩浩。笔者有幸临于师侧, 聆听教诲, 受益良多, 现将谢师从肝脾论治消化系统疾病验案 2 则介绍如下。

1 肝脾合病、气血两虚之腹胀案

姜某某, 男, 57 岁。2015 年 10 月 10 日初诊。

主诉: 肝区不适、乏力 11 年, 腹部胀满 4 年余。

患者就诊时面色萎黄, 精神萎靡, 头晕乏力, 呈现慢性病容, 眼结膜及指甲淡白, 腹部胀满呈蛙腹状, 腹壁青筋暴露, 纳呆, 小便短少, 查体示颈静脉怒张, 肝上界第五肋间, 下界肋下 3cm, 剑突下 3.5cm, 无压痛且表面光滑, 质地中等偏硬, 双下肢无浮肿。舌质淡、苔薄白, 脉弦细。期间自行口服保肝利尿药, 病情时好时坏。2015 年 9 月 30 日查血常规示: 血小板数 $50 \times 10^9/L$, 血红蛋白 83g/L。凝血功能示: 出凝血时间各 59s。腹部彩超示: 肝硬化, 腹水(中量), 脾大。辨证为肝脾合病, 气血两虚, 湿阻水聚。予益气调脾, 养血柔肝法。处方:

党参 15g, 炒白术 12g, 茯苓 12g, 陈皮 6g, 半夏 6g, 炒白芍 15g, 当归 10g, 北沙参 9g, 麦冬 9g, 枸杞子

痛。如第一阶段的第四诊时, 患者出现病情反复, 周老及时转方, 常法基础上加用辛热燥烈之川草乌、细辛, 咸温之鹿角片和苦寒之大黄寒温并用, 头痛逐渐缓解; 第三阶段诊疗初诊治疗后头痛不减, 二诊加用辛甘大寒之石膏, 与苦寒之大黄, 温热之制川草乌、细辛等药物温清并用, 寒热同调, 头痛方平。同时, 通过调节脏腑气机之升降, 调气活血, 也可增强疗效, 如大黄苦寒趋下, 川牛膝引血下行, 川芎辛温升散、上行头目, 升降并用, 则气血调和, 止痛效佳。

2.3 权衡标本, 分清治病与治证的主次 “急则治标, 缓则治本” 是中医的基本治则。但如何把握标本缓急主次, 则全在医者之临床体悟。周老擅长以病理因素为纲辨治急难疑重症, 常言“治标重于治本” “祛邪即寓扶正之意”, 从另一个角度阐释了标与本的关系。本案虽为慢性久病, 其本在肝肾, 但病变在脑窍, 每次就诊均以标实之头痛为急, 故当以治标为主, 兼顾其本。

本案西医诊断为颅内炎性肉芽肿, 其病变性质为良性, 但因其占位效应明显, 而引起颅内压增高, 以头痛为主症。在西医治病无效的情况下, 中医重点从证治之, 审证求机, 其头痛症状能获缓解, 体现了治证与治病的辨证关系, 也体现了中医临证辨治思路的灵活性。

参考文献

- [1] 梁冰, 孙静云, 叶放. 周仲瑛教授病机辨证颅内肿瘤的临证经验[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(2): 195.
- [2] 霍介格, 顾勤. 周仲瑛治疗脑瘤经验[J]. 中医杂志, 2007, 48(5): 397.
- [3] 武忠弼. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 109.

第一作者: 方樑(1984—), 女, 博士, 讲师, 从事周仲瑛教授学术思想传承研究工作。

通讯作者: 叶放, 博士, 教授, 博士研究生导师。yefang973@163.com

收稿日期: 2017-01-12

编辑: 傅如海

9g, 枳壳 10g, 焦槟榔 6g。14 剂。水煎服, 每日 2 次温服。

2015 年 10 月 24 日二诊: 服药后腹胀渐软, 小便量增多, 腹部膨大仍未减, 食欲好转, 大便稍干量少, 舌脉同前。效方继服, 原方加泽泻 12g, 连续服药 14 剂。服法同前, 另加舟车丸(蜜丸) 每次 9g, 每日 2 次。

2015 年 11 月 8 日三诊: 小便量明显增多, 纳可, 腹胀好转, 腹部膨大基本消退, 精神亦佳, 遂效方配制蜜丸继续服用, 停舟车丸。20 天后复诊, 血小板正常。后随访 1 年余, 腹水未起, 体质状况良好。

按: 肝硬化腹水的发生多与酒食不节、虫毒感染、情志刺激、病后续发有关, 初起气滞血瘀, 日久肝脾两伤, 水湿内停, 如党中勤认为本病基本病机以脾肾阳虚为本, 气滞、血瘀为标^[1]。此患者既有头晕乏力、指甲不荣、面色萎黄的虚证, 又有腹胀大如鼓、脉络暴露、小便短少的实证, 系肝损及脾, 脾虚生湿, 水湿内停, 气化不利所造成。在治疗过程中, 首用先补后攻的益气调脾、养血柔肝法, 或攻补兼施的补益气血、淡渗利湿法, 次以先攻后补的攻泻逐水法, 使腹水全消, 体力恢复。根据《金匱要略》“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”的理论, 谢师将柔肝养肝、补脾调脾之法贯穿始终, 脾为后天之本, 益气必补脾, 摄血必调脾, 化湿行水亦理脾, 郭淑云认为肝与脾在生理和病理上都有密不可分的关系, 提出了“木赖土以培之”的学术思想^[2], 故见此法之必要。谢师首重柔肝、养肝、补脾、调脾、理脾, 标本兼顾, 更注重肝脾之阴阳协调。此例患者病程较长, 累及肝脾, 气血两虚, 水湿内停, 因此治以益气调脾、养血柔肝, 同时予淡渗利湿之品, 二者标本兼顾, 阴阳调和。方中党参、炒白术、茯苓共为君药, 奏益气调脾之效, 正如卢秉久所说气血不和是水湿内停的根本原因, 要益气行气以助利水^[3], 其中白术被前人誉为“补脾胃之药, 更无出其右者”, 茯苓又可健脾利水治其标, 三药同用标本兼顾, 陈皮、半夏理气健脾, 使君药补而不滞, 滋而不腻, 臣以炒白芍、当归养血柔肝, 佐以一贯煎中北沙参、麦冬、枸杞子助其肝阴, 养其肝血, 枳壳、焦槟榔降气通腑, 使中焦之湿阻复运。二诊时患者体力渐增, 佐以泽泻淡渗利湿治其标, 更加舟车丸攻逐水积、行气消滞, 全方得以攻补兼施, 三诊效方配制蜜丸以巩固疗效。

2 肝气郁滞、脾虚湿盛之泄泻案

彭某某, 女, 43 岁。2015 年 6 月 17 日初诊。

主诉: 泄泻 3 月余。患者从事教育工作, 常情

绪激动, 思虑过度, 近 3 个月大便稀溏不爽, 日行 3~6 次, 便前腹痛, 便后痛减, 矢气频作, 伴胸胁胀闷、窜痛, 腹胀, 善太息, 舌质淡红、苔白腻, 脉弦滑。2015 年 6 月 10 日查电子结肠镜示: 慢性结肠炎。谢师诊断为泄泻病, 辨证属肝气郁滞、脾虚湿盛。予补脾柔肝、祛湿止泻法。处方:

茯苓 15g, 炒白术 20g, 山药 15g, 炒薏苡仁 25g, 苍术 10g, 白扁豆 6g, 柴胡 15g, 炒白芍 20g, 陈皮 6g, 防风 9g。14 剂, 水煎服, 每日 2 次温服。嘱患者调情志, 勿过劳, 节饮食, 少思虑。

2015 年 7 月 1 日二诊: 大便次数减少至每日 3 次, 腹痛得以改善, 然仍胁痛, 予原方加香附 9g、川芎 9g, 继服 14 剂。大便较前明显好转, 每日 2 次, 大便成形, 无便前腹痛, 精神尚可, 胁痛缓解, 原方减炒白芍、防风, 加炙黄芪 15g, 再服 20 剂, 诸症自平。效方配制水丸继服 2 个月以巩固疗效。后随访 1 年余, 诸症皆未复发。

按: 此例患者忧思恼怒, 肝气郁结, 横逆犯脾, 脾气受限, 运化失常, 湿阻中焦, 清气不升, 反而下降, 而致腹痛泄泻。陈宝贵认为慢性腹泻的治疗应以重建脾胃的生理功能为目的^[4], 故予以补脾柔肝、祛湿止泻法, 方用痛泻要方加减。方中炒白术、茯苓、山药补益脾气以治土虚, 配以炒白芍柔肝缓急止痛, 取其土中泻木之意, 柴胡疏肝理气以助抑肝, 陈皮、白扁豆、苍术、炒薏苡仁醒脾燥湿以助脾气复运, 防风升清止泻, 又为脾经引经要药。诸药合用, 补脾胜湿而止泻, 柔肝理气而止痛, 使脾健肝柔, 痛泻自止。二诊患者腹痛缓解, 胁痛仍在, 予原方加香附疏肝理气以止痛, 川芎活血行气以通络, 二者配伍, 肝气得疏, 气血并行, 则胁痛自止。谢师认为肝气郁滞、脾虚湿盛所致泄泻的机理是木郁乘脾, 脾失健运, 水谷合污而下, 小肠不能分清泌浊, 遂成泄泻。王邦才认为久泄患者往往寒热错杂, 虚实互见, 脏腑同病, 病机较为复杂, 病位在肠, 涉及肝、脾^[5]。在治疗泄泻时, 谢师亦以柔肝、养肝、补脾、调脾、理脾为要, 注重肝脾之阴阳调和。《医方考》曰: “泻责之脾, 痛责之肝; 肝责之实, 脾责之虚, 脾虚肝实, 故令痛泻”, 其中描述了肝脾两脏的错综复杂, 更加印证了谢师从肝脾论治本病的重要性。

3 讨论

谢师从医四十余载, 在医疗、教学及科研工作中, 逐渐形成了自己独特的学术思想, 并最终提出“肝脾论”学说, 概括“肝脾论”学说的内容主要包括以下三个方面: 第一, 肝脾同为后天之本, 气血是人生命的物质基础, 而肝脾为气血生化之源; 第二, 肝脾是人体后天调理的枢纽, 虽五脏在生命

维护中各自起重要作用,但无论在生理还是病理情况下,肝脾都在后天维护人体功能方面起最关键作用;第三,强调肝脾之间功能相互关联、平衡的重要性。

首先,气血生化在脾,而调畅在肝。气血是构成人体的基本物质,也是维持人生命活动的物质基础。二者密切相关,又有所不同,对于生命都是至关重要的,正如《难经·八难》强调“气者,人之根本也”,《灵枢·营卫生会》则强调“血者,神气也”。因此,气血的调和与化生,则更加重要,《金匱钩玄·卷一·六郁》说“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉”,而《素问》也说“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危”。谢师认为,生命体,气血本是一元二歧,气本无形,而无所不在,但其根本在血,血本有形,而必循常道,但其所行在气。气血的调节与充沛需受五脏的调节,而因五脏各不相同,在气血调节中的作用也是有差异的,“脾为后天之本,肝为气机枢纽”,因而强调“气血者,生化在脾,畅达在肝”,突出了肝脾的重要性。生理方面体现着气血是人生命的基础,气血的条畅则是健康的基础,而气血的产生与条畅则与肝脾关系最为密切,如果肝脾功能出现异常,则是疾病发生的根源。谢师对于传统中医学“气血津液”理论和“脏象”理论有着深刻的认识,并在此基础上不断发挥,强调了气血、脏腑及后天因素对生命的影响,从而明确指出了肝脾在后天生理及病理状态下的重要性。

其次,在疾病治疗方面,谢师发现“实证之治必从肝,虚证之治必从脾”。人有五脏,而功能各异,谢师认为,有的脏腑功能的强弱秉于先天,而受后天因素影响较小,或者在生理或病理状态下对于其他脏腑功能的影响较小;而有的脏腑功能的强弱则受后天因素影响较大,或者说在后天的生理及病理过程中起着关键的作用,或对其他脏腑的功能影响较大,因此各脏在后天的生理、病理情况下对于生命的影响也不尽相同。据此,谢师认为五脏可以分为先天之脏和后天之脏。心肺肾的功能多秉承于先天因素,并且在后天这三脏功能的维系更多受制于肝脾,而当疾病状态时,三脏的虚实也需要依靠肝脾的疏泄、补益来调节,故属于先天之脏;而肝脾则为后天之脏,人生命的维系依靠“脾主运化”来产生水谷精微,人生理功能的维持需要“肝主疏泄”来保持气机的调畅,病邪的入侵需要其产生的卫气来防御,肝脾是人后天维持生命和机能的关键,也是后天对生命进行调节的切入点和关键之所在。多数内科疾病可以分为虚实两类,虚证者,无论是何脏器的亏虚,也无论是气血、阴阳的何种亏虚都伴有脾虚,或者其治

疗必从补脾开始;而实证者,无论是何脏器的实证,都伴有气机的郁滞,或者其治疗必从疏肝开始,由此发现了肝脾在后天的重要性,为肝脾论的提出积累了经验。

最后,时代在变迁,社会和自然环境在改变,疾病谱也在发生变化,曾经因为贫穷和预防医学落后等导致的疾病,取而代之的则是因为营养过剩、精神情志以及社会环境变化导致的疾病,诸如脂肪肝、糖尿病、肿瘤的高发,这些新高发疾病的发生,中医认为多与痰、郁有关,当责之于肝脾,其治疗更须从肝脾入手。

腹胀、泄泻二案虽临床表现不同,病因病机各异,然究其病因皆为肝脾之调节枢纽失衡,故治疗时均当以调肝理脾为根本大法,此为中医异病同治、治病求本之法。如刘华宝^[6]运用“肝脾法”治疗慢性脂肪肝,李雅萍^[7]以调和肝脾法治疗结肠炎,人多因肝脾失衡而得病,正如《薛氏医案·平治荟萃》所提及“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉”。谢师认为肝脾调畅,气血充足,脏腑平衡,从而达到机体之阴阳平和为中医治病之根本,临床上“肝脾法”的应用对医生有很好的启发作用^[8],故谢师主张肝脾论,重视疏肝、柔肝、养肝、补脾、调脾、理脾。治法得当,配伍适宜,刚柔并济,阴阳平衡,则诸病自愈。

参考文献

- [1] 李波,余金钟,党中勤.党中勤教授治疗肝硬化腹水临证经验[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(2):68.
- [2] 王宇亮,秦善文.郭淑云教授“病发于肝,治重在脾”学术思想治疗肝硬化经验[J].中医研究,2015,28(12):39.
- [3] 高宏如.卢秉久治疗肝硬化腹水的经验[J].江苏中医药,2015,47(8):35.
- [4] 韩金凤.陈宝贵名老中医治疗慢性腹泻经验[J].吉林中医药,2013,33(6):567.
- [5] 向丽慧,王邦才.王邦才教授巧用反激逆从法辨治慢性腹泻临证经验[J].浙江中医药大学学报,2016,40(2):125.
- [6] 刘华宝.调理肝脾法治疗慢性脂肪肝120例临床观察[J].江苏中医药,2007,39(4):29.
- [7] 李雅萍.运用调和肝脾法治疗慢性结肠炎点滴[J].包头医学,2007,31(4):226.
- [8] 王联庆,王金娥,徐克利,等.调和肝脾法在临床上的应用价值探析[J].当代医药论丛,2014,12(15):23.

第一作者:高越(1991—),女,硕士研究生,中医内科学消化病方向。1362669816@qq.com

收稿日期:2017-03-15

编辑:傅如海