

吴门医派噎膈辨治思想探微

彭君伟¹ 周帆² 李红琳¹ 陈江³

(1.上海中医药大学研究生院,上海201203; 2.上海中医药大学附属普陀医院,上海200062;
3.南京中医药大学苏州附属医院,江苏苏州215009)

摘要 吴门医派是元末明初起源于苏州地区的一大医学流派,名医辈出,著述丰富,在我国医学史上占有重要地位。通过梳理和总结吴门医家现存古籍医案中有关噎膈的内容,认为吴门医派以气、痰、瘀交阻,津气耗伤,胃失通降为噎膈的基本病机,论治以通畅食道、胃脘和调整胃阴胃阳为要,善用降肺化痰、逐瘀通络、滋补胃阴、通补胃阳等治法,同时注重饮食和情志在噎膈调养中的作用,形成了独具特色的噎膈辨治体系。

关键词 吴门医派 噎膈 中医病机 中医药疗法

中图分类号 R256.32 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)08-0064-03

基金项目 苏州市吴门医派研究专项科研基金(SYSD2015169)

噎膈是指吞咽食物哽噎不顺,饮食难下,或食而复出的疾病。噎即噎塞,指吞咽哽噎不顺;膈即格拒,指饮食不下。临床上两者常相伴出现,故并称噎膈,相当于西医学的食管癌、食管憩室、食管-贲门失迟缓症等疾病^[1]。噎之名,首见于《内经》,并指出其病位在胃,与情志有关。后世医家在此基础上虽多有发挥,但总体效果不佳。明清时期,以叶天士等人为代表的吴门医家认识到“脘管窄隘”为噎膈的基本病理改变^{[2]109},使噎膈的治法理论更接近事实。笔者不揣浅陋,现就明清时期吴门医派噎膈辨治思想阐述如下。

1 对噎膈病因病机的认识

明清吴门医家多数已能做到明确区分“噎膈”“反胃”为二病,克服了前世医家将噎膈反胃统论,详于反胃而略于噎膈的弊端。吴门各家虽然对噎膈病因病机的认识各有侧重,但基本形成了气、痰、瘀交阻,津气耗伤,胃失通降而发为噎膈的共识。

1.1 胃脘枯槁 胃阴不足,胃脘干槁,食道梗涩,致使饮食难下。徐灵胎^[3]在《医学源流论·臆膈论》也认为:“胃脘枯槁不复用事,惟留一线细窍,又为痰涎瘀血闭塞,饮食不能下达,即勉强纳食,仍复吐出。”

1.2 气逆不降 张璐^{[4]138}在《张氏医通·噎膈》中写道:“古人指噎膈为津液干枯,故水液可行,干物梗塞,为槁在上焦。愚窃疑之,若果津枯,何以食才下咽,涎随上涌乎?”他认为:“膈咽之间,交通之气不得降者,皆因冲脉上行,逆气所。”水液随逆气上升,不能下润胃脘而为槁在上焦之根本原因。

1.3 情志郁结 郁怒、忧思等常损伤心脾,日久则阳气内结,阴血暗耗,导致食道、胃脘枯槁而发为噎膈,正如叶天士^{[2]111}所言:“夫噎膈一症,多因喜、怒、悲、忧、恐五志过极,或纵情嗜欲……以致使阳气内结,阴血内枯而成。治宜调养心脾,以舒结气。”

1.4 痰瘀互阻 尤在涇^{[5]217}在《金匱翼·膈噎》中云:“噎膈之病……或痰或血,附着胃脘,与气相搏,翳膜外裹,或复吐出,膈气暂宽,旋复如初。”脾胃虚弱,运化失常,变生痰、瘀之有形实邪,与气相搏,附于胃脘,日久形成噎膈。

2 噎膈辨治经验

2.1 降肺化痰 徐灵胎在评注《临证指南医案·噎膈反胃》时提到:“噎膈之证,必有瘀血、顽痰、逆气阻胃气,其已成者,百无一治。其未成者,用消痰去痰降气之药,或可望其通利。^[6]”肺气不降,胃气上逆,逆气与顽痰、瘀血交结,更加阻隔胃脘,发为噎膈。尤在涇^{[5]375}也认为:“气郁痰凝,阻隔胃脘,食入则噎。”仍尊崇先贤之旋覆代赭汤为噎膈此证之正方,但同时强调食入则噎,肺气先郁,故以郁金、川贝、枇杷叶等降肺化痰,可望肺降痰开而噎自开。叶天士^{[2]111}亦认为降肺降胃为噎膈的重要治法,用药以“轻剂清降,以及苦辛寒开肺为主”。例如其在《临证指南医案·噎膈反胃》^{[2]109}中记述一程姓患者“舌黄微渴,痰多咳逆,食下欲噎,病在肺胃。高年姑以轻剂清降”为肺胃气不降之证,以枇杷叶、杏仁、瓜蒌皮为主降肺化痰;又因患者年高,不耐攻伐,虑苦寒伤及胃气,故用清轻之

梔子、淡豆豉、郁金清热和胃。此案用药之妙，正如叶氏门人姚亦陶评述道：“于上焦不舒者，既有枳、桔、杏、萎开降，而又用梔、豉除热化腐，舒畅清阳之气，是又从古人有形至无形论内化出妙用。”^[2108]

2.2 逐瘀通络 吴门医家所用逐瘀通络治法，在继承前人的基础上又有所创新。叶氏认为邪气伤人后“初为气结在经，久则血伤入络”^[2105]，病情迁延的结果是“经几年宿病，病必在络”^[2145]，揭示了内伤杂病由气至血、由经入络、由功能性损害到器质性病变的病理全过程。上述理论同样适用于噎膈的辨治，气、痰、瘀交结，日久必形成“瘀浊”之毒^[7]，深入胃脘络脉，损伤血络，成为噎膈发生、发展的重要病理因素。吴门医家善用辛香通络之桂枝、生姜、当归、延胡索等和通络之麝虫、蛭螂虫、穿山甲等虫药以求瘀去络通，延缓病情进展。如薛雪在《扫叶庄医案·卷二》中治一病人：“凝瘀既久，三焦通路为壅，延成反胃噎膈。议论缓逐一法。人参研桃仁去皮尖烘脆麝香研大黄麝虫酒浸新瓦上烘焙脆当归梢烘。炼蜜为丸。”^{[8]56}本案即用走窜之麝虫疏通痹阻之络脉，并引辛香通络之麝香、当归直达病所，配合大黄、桃仁增强祛瘀之力。由于虫药走窜峻猛，用之不当恐致胃气衰败，且病人凝瘀已久，正气受损，不耐峻逐攻伐，故以人参顾护胃气，诸药炼蜜为丸以图缓攻。正如叶氏所言：“攻治必用丸以缓之，非此骤攻暴邪之治，当用稳法。”

2.3 滋补胃阴 叶氏开创胃阴学说^[9]，认为“胃喜柔润”^[2122]，“胃属阳土，宜凉宜润”^[2109]，“阳明阳土，得阴始安”^[2122]。胃为水谷之海，津液之源，胃阴虚则胃燥，致胃络不通，胃失通降。而噎膈病位在食道，属胃所主，若胃之津亏血伤，失于濡养，则致食道干涩，饮食难下。对于“胃有燥火”，或病后伤及肺胃津液等胃阴不足的证候，叶氏倡导甘平和甘凉滋润为主的濡养胃阴之法。具体用药上，叶氏善本仲景麦门冬汤化裁，多用玉竹、麦冬、石斛、芦根、山药、粳米、甘草之类以补养胃阴。滋补胃阴法在噎膈治疗中得到广泛运用，如叶氏在《临证指南医案·噎膈反胃》^[2109]中记述一噎膈病案：“某，阳明汁干成膈。梨汁、柿霜、玉竹、天冬、麦冬、甜杏仁、川贝、生白芍、三角胡麻。”本案即用大队增液润燥之品，以求阳明胃汁得复，胃降得和。吴门其余医家也常用滋补胃阴之噎膈治法，如张璐在“胃阴不足，胃火上逆”之噎膈证中，治以“梨汁、藕汁等分熬膏蜜收，不时噙热咽下”^{[4]138}；胃血枯槁者，治以“地黄、麦冬煎膏，入藕汁、人乳、童便、芦根汁、桃仁泥和匀细细呷之。”^{[4]138}

2.4 通补胃阳 叶氏虽倡胃阴亦不忽视胃阳，他认为：“胃为水谷之海，多气多血之乡，脏病腑病，无不

兼之，宜补宜和，应寒应热，难以拘执而言。若努力损伤者，通补为主。”^{[2]213}胃阳虚则易感寒而酿生痰湿，血亦凝泣难行，痰浊瘀血结于食道胃脘，便可形成噎膈。叶氏对于“胃阳虚而为噎膈者”，以“通补胃腑，辛热开浊”为主要治法^{[2]111}，常用《金匱要略》之大半夏汤化裁。病案举例：“朱五二，未老形衰，纳谷最少，久有心下忽痛，略进汤饮不安。近来常吐清水，是胃阳日薄，噎膈须防。议用大半夏汤补腑为宜。人参、半夏、茯苓、粳米、姜汁。”^{[2]110}胃阳日薄，浊阴渐阻，日久延为噎膈。汤饮难进，心下忽痛为噎膈渐成之佐证。辛温之半夏、姜汁既可温补胃阳，又可降逆化痰止呕；人参、茯苓、粳米是为补养胃气而设。此外，沈金鳌认为噎膈的治法虽以润燥为本，但有一种胃阳火衰，不能运化者，可暂以辛温开其结滞，先用辛甘温气味之升阳诸药，如人参、黄芪、柴胡、当归、益智仁、草豆蔻等安胃回阳，再图润燥养阴^[10]。

3 噎膈调养经验

叶氏认为：“久病以寝食为要，不必汲汲论病。”^{[2]59}对于噎膈患者，除了正确、及时的治疗外，还要注意饮食和情志的调养。饮食不当常是引起噎膈的重要诱因之一。“味进辛辣，助热之用”^{[2]58}，“烟辛泄肺，酒热戕胃”^{[2]69}，“噎膈一证……或肆意酒食，以致阳气内结，阴血内枯而成。”^{[2]111}进食辛辣炙烤之品极易损脾胃，动伤血络，产热生痰，加重病情。薛雪指出噎膈患者应“薄味节劳”^{[8]58}，薄味之品如新鲜的淡豆腐浆、琵琶膏、蔬菜水果汁、牛乳之类，甘平滋养胃阴，对噎膈初起患者大有裨益。此外，情志在噎膈调养中也十分重要。叶氏指出“忧思郁结，凝痰阻碍”之噎膈者，“当怡情善调”^{[2]109}；“老年难以恢复”、“药不能愈是病”之噎膈者，当“潜心安养”，可“望其悠久而已”^{[2]111}。噎膈后期应做好患者心理疏导工作，帮助病人克服悲观、紧张、恐惧等不良情绪，或可延长生存期。

4 结语

综上所述，吴门医家在批判性地总结和吸收前人经验的基础上，对于噎膈的病因病机有了较为统一的认识，即胃阴、胃阳不足为致病之本，气滞、血瘀、痰凝为致病之标；论治总以通畅食道、胃脘和调整阴阳为要，通畅之法注重降气、化痰、通络；调整阴阳之法注重恢复胃阴、胃阳。需要指出的是，逐瘀通络和滋补胃阴是在吴门医派创新医学理论“络病理论”和“胃阴学说”直接指导下的应用于噎膈临床的治法^[11]，有别于前世医家单纯活血化痰和苦寒下夺之治。通络法基于噎膈有形实邪阻滞和“久病入络”的病理特点，以辛味通络药和虫药为核心用药；滋补胃阴法基于噎膈胃脘枯槁和胃腑喜润恶燥的特性，以甘平和甘

麻黄附子甘草汤之“无证”辨

闫朝光 孙瑞华

(潍坊市中医院肿瘤二科, 山东潍坊 261041)

摘要 《伤寒论》原文麻黄附子甘草汤条文中“无证”二字, 历代医家多认为是无里证之意。结合全篇以及临证经验, 认为麻黄附子甘草汤证所描述的是一个少阴寒化状态, 无典型表证(发热、恶寒、头身疼痛、咳嗽、鼻塞等), 无典型里证(吐利、便秘等), 唯脉微、手足冰凉, 同时表现为精神不振、昏昏欲睡。

关键词 麻黄附子甘草汤 伤寒论 经方证候

中图分类号 R222.29

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)08-0066-02

麻黄附子甘草汤为《伤寒论》少阴病篇的一首常用方剂, 条文为:“少阴病, 得之二三日, 麻黄附子甘草微发汗, 以二三日无证, 故微发汗也。”此处仲景用了“无证”二字, 暗含深意。历代医家多认为无证为无里证^[1-3], 但仔细对比全篇, 这种理解似有未赅。此处无证实为既无明显里证, 也无明显表证, 试分析如下。

1 “无证”之无明显里证认识

伤寒六经之在三阴以论述里证为主, 多分为寒化热化论治。少阴里证亦然, 寒化每以呕吐下利为主要表现^[4], 仲景常以四逆汤为主要治疗方剂, 四逆汤组成: 炙甘草二两, 干姜一两半, 附子一枚。与

麻黄附子甘草汤证比较, 四逆汤证因为有明显里证吐利, 故易麻黄之走表, 加干姜之温里。少阴里证亦有表现为大便干结者, 呕吐下利为阴寒内盛, 水谷不化所致, 大便干结则为阳虚推动无力, 宿便日久, 水分过度吸收引起, 常用方剂为大黄附子汤, 其组成为大黄三两, 附子三枚, 细辛二两。与麻黄附子细辛汤证比较, 大黄附子汤证因为有明显里证便秘, 易麻黄之走表, 加大黄之通腑。至于麻黄附子甘草汤与麻黄附子细辛汤, 均为太少两感而设, 以有无发热为鉴别点。故由此可见, 麻黄附子甘草汤是应对里证不明显之方剂, 如表现为明显里证, 可以化裁应用。

凉濡润药为主组方。总之, 吴门医派调脏腑、治内邪、标本兼顾的噎膈辨治思想和饮食情志等调养经验对现今食管癌、贲门癌及良性食管病的治疗和护理具有一定的参考价值, 值得我辈仔细体会。

参考文献

[1] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 208.

[2] 叶天士, 著. 黄英志, 主编. 明清名医全书大成·叶天士医学全书·临证指南医案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.

[3] 徐灵胎, 著. 刘洋, 主编. 明清名医全书大成·徐灵胎医学全书·医学源流论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 124.

[4] 张璐, 著. 张民庆, 王兴华, 刘华东, 主编. 明清名医全书大成·张璐医学全书·张氏医通[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.

[5] 尤在泾, 著. 孙中堂, 主编. 明清名医全书大成·尤在泾医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999.

[6] 郭虹秀, 张梅, 李平, 等. 明清医家对噎膈的认识[J]. 中医药临床杂志, 2010, 22(5): 378.

[7] 燕东, 王少丽, 白宇宁, 等. 基于络病理论探析慢性萎缩性胃炎的中医病机[J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1283.

[8] 薛雪, 著. 鲁兆麟, 点评. 薛雪医案·扫叶庄医案[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2014.

[9] 严世芸. 中医医家学说及学术思想史[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 440.

[10] 鲍健欣, 袁久林, 叶进. 浅析清代医家对噎膈的认识[J]. 上海中医药大学学报, 2017, 31(1): 5.

[11] 葛惠男, 欧阳八四. 吴门医派概要[J]. 江苏中医药, 2016, 48(10): 66.

第一作者: 彭君伟(1990—), 男, 硕士研究生, 研究方向为中医药为主治疗胃肠道疾病的研究。

通讯作者: 陈江, 医学博士, 主任中医师, 硕士研究生导师。cj09203@163.com

修回日期: 2018-02-15

编辑: 吕慰秋