

脾阳虚与胃阳虚刍议

赵旦娅¹ 马丙旭² 陆为民¹

(1.南京中医药大学附属医院,江苏南京210023;2.河南中医药大学,河南郑州450000)

摘要 五脏皆有阳虚,脾胃也不例外,但脾阳虚与胃阳虚在生理、病理及用药上不尽相同。生理上脾主升胃主降,脾为阴土喜润恶燥,胃为阳土喜燥恶湿;病理上脾阳伤易气机下陷,胃阳伤则气机上逆;治疗脾阳虚应“温、运、补”,治疗胃阳虚应“温、宣、通”,而不重补益;脾胃皆阳虚导致湿停中焦时可脾胃合治,以苦温芳香燥湿为主。

关键词 脾阳虚;胃阳虚;中医病机;中医药疗法

中图分类号 R228 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)06-0015-03

基金项目 国家中医药管理局全国名老中医传承工作室建设项目(国中医药人教发[2010]59号);江苏高校优势学科建设工程项目(PADA)

脾胃在人体的作用十分重要,从《内经》开始理论探讨,到金元时期李东垣详论脾胃治法,直至后世叶天士书中专列“脾胃”一节,更详细记载了脾阳虚、胃阳虚、胃阴虚等施治方法,故其门人云“今观叶氏之书,始知脾胃当分析而论”。如今临床上常见脾胃阳虚的症状,治疗上也多温补脾胃,但有时效果并不尽如人意。因此笔者认为治疗此类疾病时还需辨清脾阳虚与胃阳虚两种病证类型及其兼证的不同,掌握两者用药的差异,遣药组方才能丝丝入扣,最大限度地提高临证疗效。

1 脾阳虚、胃阳虚症状辨析

脾阳虚与胃阳虚两种病证,阳虚症状大同小异,但脾气不升与胃气不降是两者的主要区别,正如《素问·太阴阳明论》云:“阴阳异位,更虚更实……入六腑……上为喘呼……入五脏,则膜满闭塞,下为飧泄,久为肠澼。”至汉代《伤寒论》才将脾阳虚与胃阳虚更加细分,列为阳明病篇与太阴病篇。后世吴塘总结两者症状特点:“胃阳不伤不吐,脾阳不伤不泻”。下面就两者症状差异分述之:

1.1 脾主升,脾阳虚则下陷腹泻 脾属脏,“五脏者,藏精气而不泻”。脾气主升,若升发功能受损,脾气反而下陷,不能运化水谷精微,气虚日久累及阳气,温运失职,水反成湿,谷反为滞,腹泻乃生。正如太阴病提纲所说:“太阴之为病,腹满而吐,食不下,自利益甚,时腹自痛。”可见脾阳虚以腹泻为主症;若病程日久,累及肾阳,又可出现完谷不化之证。

董建华教授认为脾升异常时可出现脾气不升和不升反降两种情况,不升则水谷精微难以上达巅顶,出现食后思睡、精神倦怠等症;脾气不升反降则有中气下陷之证,如腹胀、腹泻^[1]。

1.2 胃善降,胃阳虚则上逆呕吐 胃属腑,“六腑者,传化物而不藏。”《灵枢·胀论》云:“胃胀者,腹满,胃脘痛”,故胃腑生理上以降为顺,病理上因滞而病^[1];到汉代张仲景《伤寒论》中细化了胃阳虚的症状与治法。阳明病篇中阳明虚寒证亦时见^[2],如226条“若胃中虚冷,不能食者,饮水则哕”。243条“食谷欲呕,属阳明也”,从上述条文可以看出,阳明确寒,胃气上逆所致的呕吐为常见症状。《金匱要略·呕吐下利病脉证治第十七》云:“胃中虚冷故也……朝食暮吐”,此时更加细化胃阳虚呕吐的特点为朝食暮吐、暮食朝吐;又或阳虚无以腐熟水谷,可呕吐不消化食物。董建华教授认为胃通降异常时表现为胃气不降和不降反升两种情况,胃气不降则见噎膈、腹胀、便秘等;胃气不降反升则为呕吐、暖气、呃逆等^[1]。

2 脾阳虚、胃阳虚用药之异

叶天士曾云:“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃宜降则和。”这概括了两者治法用药的差异,脾喜燥药升发,胃喜通药和降。

2.1 脾阳虚宜温运补益 理中汤为《伤寒论》中治疗脾阳虚的代表方剂。理中汤方证的病机通常认为是脾胃虚寒,土气湿寒,中气大虚,不能运化,胃土上逆而作吐,脾土下陷而作泻^[3]。而黄元御认为脾升重

于胃降,所谓“肝脾左升,则阳生,故温暖而化气,水不化气者,肝脾之不升也。”又细究方中用药,笔者认为理中汤病机更偏重于脾阳虚,同时又有寒湿聚于中焦,故用药时偏重于温补脾气兼燥湿升阳。用人参“主补五脏”,强脾胃之本;白术健脾胃之气,又燥湿利水;干姜辛热,辛能行气升阳,热能温中散寒;甘草补脾益气,调和诸药。诸药合用,中焦温运,脾气升,腹泻止。若日久累及肾阳时,在理中汤的基础上,加用炮附子为君,其虽为温肾之药,但亦入太阴脾经,取温补脾肾之功。从上述用药看出,治疗脾阳虚为主时以补药居多,也多是温补微燥之品,恰适脾的生理特性。

国医大师徐景藩教授细察叶天士医案,深刻理解“脾乃柔脏,非刚不能苏阳”之意,总结出治疗脾病需用运化之法。用炮姜、丁香、荜茇、益智仁等温中运化;兼有湿邪者,配以砂仁、白术、大腹皮等运脾化湿^{[4]112}。综上所述,脾阳虚治法着重于温运与补益。

2.2 胃阳虚宜温降宣通 吴茱萸汤为《伤寒论》中治疗胃阳虚的代表方剂,其病机为胃阳虚弱,水谷难以腐熟,胃气不得通降,浊阴反而上逆。故以辛苦大热之吴茱萸为君,辛开胃结,苦降胃气,热散胃寒;亦重用生姜温胃止呕;人参、大枣补益中焦之气,四药合用,温中补虚,降逆止呕,方中参枣药量并不大,只是稍作补益以强胃气。此外大、小半夏汤及半夏干姜散方证均有胃阳虚的基本病机,上述诸方主药半夏,《长沙药解》云:“半夏……下冲逆而除咳嗽,降浊阴而止呕吐……善调反胃。”后世叶天士在治疗胃阳虚时,半夏的用量往往为全方之冠^[5]。吴茱萸汤中参、枣药量并不大,其余方剂中又无补药,可见当时治胃阳虚以“降”为主,少佐温补之药或者不温补。

继观叶天士医案“胃阳虚”一章中,云苓、广陈皮、法半夏、盐益智仁等使用率均较高,甚至有方中俱为通药,鲜用炮姜、於术、炮附子等温补壅滞之品。故徐景藩教授总结出叶氏治疗此证时以宣通为法,宣胃阳,通胃气;以广藿香、川朴、白蔻仁、云苓等苦、辛、淡宣通胃阳;借广陈皮、法半夏、姜汁等祛痰温化以宣通胃气;又指出《临证指南医案》治胃疾数十方中,均用宣通之剂为多^{[4]122};同时胃阳虚可从胃气虚转变而来,叶氏医案中凡属脾胃气虚者,常用人参,不用黄芪,且用人参时必须配以宣通运化之剂^{[4]122}。

故笔者认为从单纯的脾阳虚和胃阳虚来说,脾阳虚治疗重在“温、运、补”;胃阳虚治疗应“温、宣、

通”,而不重补益。正如叶天士所说“从来治腑以通为补,与脏补法迥异”。王旭高“治肝三十法”中也运用这一思想,如重在温补脾阳的培土泄木法,主方以四君子汤温补并加二陈汤、木香、吴茱萸温通;重在温通胃阳的泄肝和胃法,主方以二陈汤合吴茱萸或白蔻仁温通,丝毫不用温补之品^[6]。

3 脾胃阳虚水停,苦温芳香燥湿

中焦脾胃阳虚,水谷运化不及,易成寒湿之邪盘踞中焦,治疗应当补益脾胃,温运中焦,化浊利湿。徐景藩教授对于此种病症,治疗时以“燥”为主,并总结出燥法的具体应用:燥脾湿要甘温健脾益气,或佐用祛风燥湿之药,或配伍温中化湿之品,如党参、二术、防风、煨木香、高良姜、广陈皮、半夏等药;燥胃湿用平胃散或不换金正气散,若服药后,舌苔仍见白厚腻者,可酌情加干姜、草果等温药^{[4]112}。可看出由于中焦阳虚导致的湿浊停滞,燥脾湿时仍佐补益,燥胃湿时则未提及补益,但化湿药的选择上无明显差异,总以苦温芳香燥湿为主。

4 典型病例

孙某,男,41岁。1989年12月6日初诊。

主诉:上腹冷痛1年,加重1月。1年前因上腹受凉致胃脘部隐痛不适,未予治疗。现空腹餐前疼痛,得食稍缓解,食后移时又觉脘痛,喜温喜按,上腹辘辘有声。近1月疼痛持续加重,痛位固定,喜热饮食,背恶寒,上腹觉冷,着厚衣,无暖气、泛酸、嘈杂,大便正常,无黑便史。舌质偏淡,舌苔薄白,脉弦细。胃镜检查为慢性浅表性胃炎,有息肉1枚,已摘除。中西医多方治疗不愈,病历中记载曾服黄芪建中汤、良附丸之类,效果不理想。证属中虚胃寒,饮停中脘,寒凝气滞,久痛入络。治以温中化饮,行气活血。拟苓桂术甘汤加减。处方:

桂枝5g,白术10g,茯苓15g,炙甘草5g,高良姜10g,制香附10g,制五灵脂10g,延胡索10g,木香10g,荜澄茄10g,白芍15g,炒谷芽30g。

另外用丁桂散敷中脘穴。服药5剂,胃脘冷痛基本控制,守法调理20余剂。停药观察,随访半年,未有复发^{[4]263}。

按:本案为已故国医大师、江苏省中医院徐景藩主任医师诊治。患者症见上腹隐痛、喜温喜按、喜热饮食,结合舌脉,确属中焦虚寒无疑,但无大便稀溏,可见病位在胃,重在胃阳虚;腹中辘辘有声,为痰饮之征;病位固定,有血瘀之象;故病机为中虚胃寒,饮停中脘,气滞血瘀。前医所用方药与徐老所用相差并不大,只是前医多重用黄芪补益中焦,但病机重在

《肘后备急方》水肿诊治探析

李先法 朱彩凤 朱 斌 孙 玥 包自阳

(杭州市中医院,浙江杭州 310007)

摘要 葛洪是我国医药发展史上一位具有广泛影响的医药学家,其代表作《肘后备急方》记载丰富的水肿治疗方药,不仅包括“发汗、利小便、攻下逐饮”的经典治疗方法,还记载了丰富食疗方法和外用方法方药,并提出了水肿忌盐、放腹水等当时较新颖的方法。这些丰富的方药、食疗、外用等方法,可为我们治疗水肿疾病提供宝贵的借鉴。

关键词 《肘后备急方》;水肿;中医病因;中医药疗法

中图分类号 R256.51 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)06-0017-03

基金项目 杭州市科技发展计划项目(20160533B59);浙江省朱彩凤名老中医传承工作室研究项目(GZS2017013)

《肘后备急方》是我国晋代著名医家葛洪所著,后又有梁·陶弘景及金·杨用道增补部分方剂,其记载了丰富的水肿治疗方药,包括内服、外用以及食疗及食物禁忌等,对现代临床治疗水肿病仍有所裨益。现对《肘后备急方》中有关水肿病的论述及相关方药进行整理分析如下。

1 症候表现及病因分析

水肿病是个比较宽泛的定义,可见于多种疾病中,如肾炎性水肿、肝硬化水肿、心衰性水肿、营养不良性水肿等疾病。中医药典籍中,多以水气病、水病、水肿、浮肿、腹水等分散记载。葛洪《肘后备急方》中治疗水肿疾病,主要记载于《肘后备急方·治卒身面肿满方第二十四》(简称《治卒身

面肿满方》和《肘后备急方·治卒大腹水病方第二十五》(简称《治卒大腹水病方》)两个章节中,其述的水肿病与大腹水虽有所不同,但可表现在疾病轻重的不同阶段。如水肿病的症候表现,《治卒身面肿满方》描述其“卒肿满,身面皆洪大”,“肿入腹苦满急”,“肿从脚起,稍上进者,入腹则煞人”,“身体暴肿满”,“通体遍身肿,小便不利”等^[1];《治卒大腹水病方》描述:“止皮肤水”,“唯腹大”,“肿满喘促,不得卧”,“胀满浮肿,小便涩少”,“身体肿满,水气急,卧不得”,“水肿坐卧不得,头面身体悉肿”,“水肿小便涩”,“小便不利,膀胱水气流滞”,“水肿从脚起,入腹则杀人”等。《治卒大腹水病方》中还进一步描述“水病之初,先目上肿起如老蚕,色侠头脉

胃阳虚而痰饮内生,治疗时应不重补益。故徐老用苓桂术甘汤加减温胃阳化痰饮,配用良附丸增加温阳之力,合用五灵脂、延胡索、木香行气活血止痛;萆澄茄和降胃气,配白芍刚柔相济;加谷芽消食和胃。外用丁桂散温中祛寒,行气活血。笔者认为方中用桂枝、茯苓、良姜温通胃阳;香附、延胡索、木香、萆澄茄宣通胃气;白术、甘草虽补益中焦,但配伍上述通药时则变为通补之药,而无壅滞之弊。

参考文献

- [1] 朱世增.董建华论脾胃病[M].上海:上海中医药大学出版社,2008:221.
- [2] 陈亦人,顾武军.《伤寒论》求是[M].北京:中国中医药出版社,2016:53.
- [3] 彭子益,周鸿飞.圆运动的古中医学[M].北京:中国中医药

出版社,2007:72.

- [4] 徐景藩.徐景藩脾胃病临证经验集粹[M].北京:科学出版社,2010.
- [5] 孙华敏,吕翠霞.浅谈胃阳虚辨证论治[J].山东中医药大学学报,2012,36(3):193.
- [6] 刘保和.刘保和《西溪书屋夜话录》讲用与发挥[M].北京:中国中医药出版社,2013:137.

第一作者:赵旦娅(1995—),女,硕士研究生,研究方向为中医内科脾胃病的诊治。

通讯作者:陆为民,医学博士,教授,博士生导师。wmlu@163.com

修回日期:2019-01-31

编辑:吕慰秋