

钦丹萍运用“通滞”法治疗痞证之经验

张雨森¹ 郑思慧¹ 谢二帅¹ 杨新艳²

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江杭州 310051; 2. 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江杭州 310009)

摘要 钦丹萍教授认为痞证以中焦气滞、脾胃失运为主要病机, 临证治疗以“通滞”为核心, 以健脾运胃、恢复升降为关键, 临床多采用以下4种治法: 升清降浊、以升促通, 调和寒热、辛开在通, 善辨神志、畅情通滞, 宣肺降浊、消痞通滞。“通滞”法贯穿病程始终。临床用药擅长升降合用、通补并举、寒热同调、收散兼行, 获得较好的临床疗效。附验案2则以佐证。

关键词 痞证; 心下痞; 病因病机; 通滞; 名医经验; 钦丹萍

基金项目 浙江省名老中医专家传承工作室建设项目 (GZS2020020)

痞证, 又称痞满, 以自觉心下痞塞、触之无形、按之柔软、压之无痛为主要症状。临床上多表现为胃脘部胀满难舒, 时作时止, 时轻时重, 难以名状, 迁延难愈。因本病发于胃脘部, 故亦称为胃痞或心下痞。痞证之症状可见于现代医学中的慢性胃炎、胃肠功能紊乱、功能性消化不良等疾病, 在我国消化科门诊中类似症状患者约占总量的20%~40%, 为临床常见病、多发病^[1]。

钦丹萍教授是浙江省名中医, 从事消化科临床工作多年, 他提出痞证以中焦气滞、脾胃失运为基本病机, 治疗以“通滞”为核心, 以恢复脾胃升降为关键, 根据痞证发生的不同病机, 分别采用相应的通滞之法。笔者有幸侍诊于钦师, 受益匪浅, 现将其运用“通滞”法治疗痞证之经验介绍如下。

1 中焦气滞, 病机之要

痞证主要病位在中焦, 而中焦为脾胃之居处, 承

参考文献

- [1] TSAI C H, LEE J J, LIU C L, et al. Atypical subacute thyroiditis[J]. Surgery, 2010, 147 (3): 461.
- [2] EFFRAIMIDIS G, FELDT-RASMUSSEN U. Encyclopedia of endocrine diseases[M]. Amsterdam: Elsevier, 2017: 737.
- [3] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺炎: 亚急性甲状腺炎[J]. 中华内科杂志, 2008, 47 (9): 784.
- [4] 刘艳骄, 魏军平, 杨洪军. 甲状腺疾病中西医结合治疗学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2012: 223.
- [5] 周慧敏, 胡旭. 运用“伏邪学说”论治亚急性甲状腺炎[J]. 环球中医药, 2019, 12 (4): 539.
- [6] 李品, 臧凝子, 李小娟, 等. 亚急性甲状腺炎中西医研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22 (5): 126.
- [7] 吕蕾. 亚急性甲状腺炎中医治疗进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10 (5): 593.
- [8] 吴有性. 温疫论[M]. 海陵, 李顺保, 校注. 北京: 学苑出版社, 2003: 8.
- [9] 赵明芬, 安冬青, 汪建萍. 试论伏邪理论的源流及发展[J]. 中医杂志, 2016, 57 (3): 189.
- [10] 全小林, 刘文科, 姬航宇. 从“伏气温病”论治慢性炎症疾病的急性发作[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17 (3): 290.
- [11] 狄舒男, 于森, 周妍妍, 等. 伏邪概念实质探析[J]. 中医药学报, 2017, 45 (1): 1.
- [12] 刘朝钦, 王洛. 加味小柴胡汤治疗亚急性甲状腺炎临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15 (5): 51.
- [13] 柳宝诒. 温热逢源[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1959: 2.
- [14] 周建龙, 岳仁宋, 刘慧玲, 等. 从少阳温病论治亚急性甲状腺炎[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (9): 3940.
- [15] 范尧夫, 张会峰, 胡咏新, 等. 糖皮质激素与非甾体类抗炎药治疗亚急性甲状腺炎有效性和安全性的Meta分析[J]. 中国临床研究, 2016, 29 (4): 501.
- [16] 李慧, 冯皓月, 常丹阳, 等. 从小柴胡汤与糖皮质激素相关性论述治疗中期亚甲炎[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (43): 60.

第一作者: 王晶 (1992—), 女, 医学硕士, 从事中西医结合治疗内分泌及代谢疾病的临床与研究。

通讯作者: 岳仁宋, 医学博士, 主任医师, 教授, 博士研究生导师. 1580229694@qq.com

收稿日期: 2022-09-20

编辑: 吴 宁 张硕秋

担着人体升清降浊、运化水谷精微、升降气机的重要生理职能,其中脾胃升降气机功能的正常发挥是其他生理功能正常发挥的重要前提。脾胃总以“气运”的形式参与生理功能,脾宜升则健,胃宜降则和。钦师认为痞证之病因为食积、湿阻、寒凝、热结、情郁等非止一端,但均可导致气运不调,而气留、气结、气阻、气郁皆可生“滞”,结合痞证患者多表现为胃脘作胀,有时为空腹饱胀,时或早饱,时或胸闷不适等,故“滞”为本病的病理关键,中焦“气滞”为本病的核心病机。中焦“气滞”又影响肺气宣降、肝气疏泄、心肾相交,而肺、肝、心肾之气的运行失常又反过来影响中焦脾胃气机,最终导致不利因素交织于中焦枢纽,痞证日久不愈,影响患者的生活质量。

2 治痞之要,通滞为诀

基于上述病因及病机特点,钦师提出通滞为痞证之治疗大法。《素问·阴阳应象大论》^{[2]27}云:“浊气在上,则生膜胀。”脏腑之气的升降出入以中焦脾胃为枢纽,并各司其职,若脾胃升降失调,其气凝结盘踞于中焦胃脘,当升不升、当降不降,化而为“痞浊之气”。痞气滞而不行,影响清气布散四肢百骸、上荣头面五官,因此痞证患者常见表面气虚乏力之象明显,脉象、舌苔却无虚象,实为真实假虚。因此钦师临证遵《素问·阴阳应象大论》^{[2]30}所言:“中满者泻之于内……其实者,散而泻之”,在治疗痞证时重视通滞大法的应用,并指出胃肠属六腑,在生理上以通为用、以降为顺,脾升胃降,只有胃肠气机和降顺畅方能使肺气宣发肃降相合,肝气疏泄得当,心肾水火既济相交,终使“气得上下,五脏安定,血脉和利,精神乃居”。故钦师治痞证以通滞为先,遣方用药上主要以健脾运胃之六君子汤为基础方,其中生白术、木香、槟榔、大腹皮、枳壳、厚朴、炒莱菔子为通滞核心方药。钦师提出,只要患者无泄下之症,可酌情运用20~30 g生白术以通降胃气。现代药理研究表明生白术可以促进结肠组织c-kitmRNA表达,进而修复结肠cajal间质细胞(ICC)恢复胃肠慢波节律的起搏,从而改善胃肠动力^[3]。方中木香、槟榔、大腹皮行气导滞、宽中消胀,枳壳、厚朴、炒莱菔子降气除满。若食积加焦三仙消食导滞,若食积较重,可加用三棱、莪术以行气消导化积。

3 审因辨机,诸法寓通

钦师认为,痞证病因纷繁多变,证候表现不尽相同,但基于痞证的基本病机为“气滞”,而清浊升降不分、寒热错杂交阻、情志调节失司、肺气失于宣肃皆可发生“气滞”,故临证多采用升清降浊、调和寒热、

畅情通滞、宣肺降浊消痞等治法以期加强通滞之功。

3.1 升清降浊,以升促通 痞证发作有时因湿浊、宿便等有形之邪阻滞胃肠之腑,浊阴非但不降且阻遏清阳上升,加重痞满不适,致其迁延难愈。《素问·六微旨大论》^{[2]369}曰:“非升降,则无以生长化收藏。是以升降出入,无器不有。”脾主升清,脾将水谷精微等营养物质吸收和上输于心肺、散布于四傍、充盈于全身,清阳不升,则人体气机无力推动浊阴通降,正如《医学正传·痞满》^[4]云:“故心下痞,宜升胃气。”钦师重视在通降浊阴的基础上,以升促通,其中包括既健升脾气又健升清阳,健升脾气则推动胃气通降,健升清阳则推动全身气机流转。

若患者症见胃脘痞满,肠腑尚通,但排便黏滞不尽,舌苔白腻,脉象或虚或实,此乃湿浊不降而阻滞中焦胃脘,脾气升清被阻,可在主方基础上加用较大剂量苍术通导胃肠以化湿行滞。苍术性温,味甘辛,气薄味浓,升脾之清气,降胃肠浊腻,钦师临证常用至15 g。若患者症见胃脘痞满不适伴宿便难解,此乃下焦肠腑受阻不通,影响中焦脾胃运化,此时钦师在降浊主方的基础上常应用大剂量(50~60 g)生白术联合小剂量升清药如升麻,二药配伍,健升脾之清阳之气到达全身,取塞因塞用之意,推动浊阴从下而走,从而恢复脾胃升降,以升促通。

3.2 调和寒热,辛开在通 《素问玄机原病式》^[5]言:“燥热太甚而肠胃郁结,饮冷过多而痞膈不通。”钦师认为,若患者症见胃脘痞满,发无定时,痞满发作缓解与进餐、排便无关,大便多软或溏烂,时有肠鸣,舌红苔白或舌淡苔黄等,此时病机多为寒热错杂交阻,气机痞滞于中焦胃脘,应采用调和寒热法,辛温宣散寒凝、苦寒通降热结,使胃脘寒热互结之气调和而化之,脾升胃降之功复苏,寓意在于通滞。临证常合用半夏泻心汤,其中干姜味辛,性热,归脾、胃、心、肺经,辛者能发能散,故醒脾理气以散结;黄连味苦,性寒,苦者能降能燥,故助胃气通降^[6]。

钦师指出,临床具体辨证施治时,需依据患者寒热、虚实及涉及脏腑的不同明辨寒热孰轻孰重,通过调整黄连与干姜的剂量配比以达辛开苦降之效。若在痞满病症基础上兼有便烂肠鸣,寒热错杂且以寒为主之象,可加重干姜剂量;若痞满之象中见舌红苔黄腻、脉滑数,可加重黄连剂量。其余诸药如半夏、黄芩、生姜可根据患者痞证表现之兼证随证加减,调整寒热而不拘泥于具体症状。另外如患者因痞实甚而浊阴难降,表现为寒热互结痞甚且大便难,此时仍需加大通滞之品的用量以引痞结之气下行。

3.3 善辨神志,畅情通滞 情志由五脏功能化生而来,可与脏腑功能相互影响,情志是神的重要表现形式,故常称其为“神志”。《素问·举痛论》^[22]指出:“怒则气上……思则气结。”当代人常出现焦虑、忧郁、愠怒,情志不调则引起气之运化失常,对于因此而出现中焦胃脘胀满不适的痞证患者,钦师认为可从情志识别—心理疏导—辨证论治三个步骤着手。首先注重情志致痞的识别,并强调先辨抑郁,后察焦虑,常关注患者是否早醒、食欲如何、有无乏力等表现。对这类患者,钦师认为开展心理疏导应先于药物治疗,使其怡情释怀从而改善脾升胃降,达到通滞的良好效果。

为巩固痞证心理疏导效果,钦师亦注重心肾同调、心肝同治。心火藏神,肾水舍志,心肾之用相合则神志生,水火既济,神怡志爽则脾健胃运。因此对于痞证伴夜寐不安的患者,钦师多采用交通心肾法,如夜寐不深、头晕沉重、舌淡苔腻者,以菖蒲、远志交通心肾;如心烦噩梦、心绪不宁、大便偏烂者,则用黄连、肉桂交通心肾。又肝主疏泄,如兼肝气失于疏泄导致胃脘痞满而又易惊难寐者,钦师强调治宜疏肝解郁^[7],调整肝气疏泄,即“通滞”之法,此时须以疏肝为主兼养心神,心肝同治以助畅情通滞之力,酌以柴胡加龙骨牡蛎汤为主方并配合酸枣仁汤化裁以安神消痞。

3.4 宣肺降浊,消痞通滞 肺为华盖,其宣发肃降是肺脏气机升降功能的统一,《灵枢·动输》^[8]曰:“胃为五脏六腑之海,其清气上注于肺,肺气从太阴而行之……故动而不止。”因此中焦脾胃气滞与肺气之宣发肃降失司互为因果、相互影响。钦师认为,基于“肺与大肠相表里”理论,通滞以治疗痞证主要与肺气宣发肃降的两个方面有关:一是肺气宣肃将中焦阻滞之浊气向上向下排泄而出,使得脾升胃降;二是肺气宣肃,向下向内布散津液及水谷精微,滑润肠道,使其能够顺利传导燥屎糟粕,而胃气以通为用,以降为顺,肠腑通畅则胃腑亦通。

钦师治疗因肺气宣肃失常引起的痞证多喜用白芷,白芷性温,归肺、脾、胃、大肠经,正如《本草纲目·草部卷十四》^[9]言:“白芷,治大肠风秘”,其宣肃之性正合肺脏正常生理功能,从而发挥通滞之功。桔梗、杏仁,辛宣气结,苦降气秘,一升一降,则肺宣肃复常。钦师善于运用白芷、杏仁、桔梗等宣降肺气之品,通过上下行气之力宣肃肺气,达到“提壶揭盖”之目的,从而带动脾胃之气升降。如此中焦胃脘自然舒畅,痞滞之气如“行舟”之势通行而消。

4 验案举隅

案1.宋某,女,34岁。2021年12月24日初诊。

主诉:上腹阻塞感4月余。刻诊:上腹阻塞感,餐后明显,伴反酸,肠鸣音频,大便偏软,舌淡、苔薄腻,脉细。近期胃镜示:慢性非萎缩性胃炎伴胆汁反流。西医诊断:慢性胃炎;中医诊断:痞证(脾胃气虚、饮食内停证)。治以通滞消痞。予香砂六君子汤化裁。处方:

太子参15g,茯苓10g,炒白术10g,陈皮10g,姜半夏9g,炒莱菔子10g,槟榔10g,麸炒枳壳10g,姜厚朴10g,姜竹茹10g,焦六神曲12g,鸡内金12g,木香6g,砂仁6g(后下),白芷10g,浙贝母10g,海螵蛸10g,炙甘草6g。14剂。每日1剂,水煎分早晚2次口服。

2022年1月6日二诊:服药后,上腹阻塞感较前缓解,自诉进食甜食后痞满、反酸反复,大便正常,舌淡、苔薄白,脉细。继服初诊方14剂。

2022年1月19日三诊:进食油腻稍感上腹作胀,舌淡苔薄,脉细。以初诊方加山楂10g,继服14剂。因患者就诊不便,嘱其可自行于当地续方服用。

2022年3月4日四诊:上腹阻塞感缓解,偶有反酸,饱餐后明显,大便难解,舌淡苔薄,脉细。治以健脾和胃、消痞通滞,佐以通便润肠。将三诊方炒白术更换为生白术50g,麸炒枳壳更换为枳实10g,加火麻仁10g、升麻6g,继服14剂。

2022年4月1日五诊:患者病情稳定,无上腹阻塞感、反酸等不适,舌淡苔薄,脉细。继予四诊方,14剂。

按:本案患者上腹痞满不适,主要以餐后为主,饮食水谷入胃而不降,甚伴反酸之症,且舌淡苔薄腻,说明中焦浊气不降反逆上熏舌面,脾运胃化之通降功能减退。肠鸣音频,为胃肠通降之力尚存的表现,脉虽细但虚况未深。四诊合参,钦师认为本案患者属于饮食、湿浊等有形之邪留阻脾胃中焦但气虚不甚,故治疗当重视升清降浊、以升促降。辨证属脾胃气虚、饮食内停,治以通滞消痞,予香砂六君子汤为主方化裁。方中太子参、茯苓、炒白术健升脾胃之气,陈皮、姜半夏、姜竹茹和胃降逆配合通滞,木香、阳春砂行气化湿,麸炒枳壳、姜厚朴、炒莱菔子、花槟榔通导滞涩、下气消痞,焦六神曲、鸡内金取保和丸之意,消导食积,佐以海螵蛸、浙贝母制酸,白芷宣降肺气、降大肠之气以降胃逆,同时辅助燥脾湿。诸药合用,实脾之气,通胃之滞。二诊时患者上腹阻塞感较前缓解,但进食甜食后症状反复,舌象由薄腻转为薄白。脾在五味为甘,脾气运化不足,会致甜味食物久留于胃脘而化酸,加重反酸症状,但结合舌象脉症,初诊方切合病证,故继续服用以巩固疗效。三诊

时患者诉进食油腻后上腹胀满,酌加山楂以化浊降脂,辅助脾胃运化油腻。四诊时患者症状缓解,唯大便难解,故在三诊方基础上将炒白术更换为大剂量生白术,且合用小剂量升麻以升清降浊、以升促降,并予枳实破肠道气结、火麻仁生津润肠。五诊时患者病情明显改善,无特殊不适。

案2.柴某,女,61岁。2020年12月30日初诊。

主诉:反复上腹部胀满半年余。于2020年7月29日查胃镜示:慢性胃炎。既往史:有甲亢病史,目前规律服药治疗。刻诊:上腹部胀满,按之濡软,胀满无时间规律,大便干,夜寐差,入睡难,舌淡苔薄,脉弦。西医诊断:慢性胃炎;中医诊断:痞证(寒热错杂、肝郁气滞证)。治以寒热平调、疏肝解郁、消痞通滞。予半夏泻心汤合柴胡加龙骨牡蛎汤化裁。处方:

黄连3g,干姜6g,生姜6g,姜半夏9g,柴胡10g,黄芩9g,生龙骨15g,生牡蛎15g,炒酸枣仁15g,天花粉15g,当归10g,桃仁10g,大枣10g,炙甘草6g。14剂。每日1剂,水煎分早晚2次口服。

2021年1月6日二诊:患者服药后症状稍缓解,仍有餐后上腹胀满,服用奥美拉唑等抑酸药后自觉症状缓解,舌淡苔薄,脉细。在初诊方基础上,加用陈皮10g、麸炒枳壳10g、姜厚朴10g、六神曲10g,继服14剂。

2021年1月20日三诊:患者症状明显缓解,偶有餐后上腹胀满,伴反酸,舌淡苔薄,脉沉细。续予二诊方14剂。

按:本案患者以反复上腹部胀满半年、发作无明显时间规律为主症,既往有甲亢病史,查体上腹部按之濡软,大便干,表明本病为痞证,其气机痞结与饮食、排便无关。且甲亢患者多代谢亢进伴随大便溏烂,辨证以湿热证为主,而本案患者却大便偏干,表明患者因甲亢用药多年致使机体寒热不调,又表现为入睡困难、脉弦,说明肝气久郁化热,滞于中焦。钦师认为本案患者素体寒热气机错杂紊乱,又表现为全上腹胀满,与单纯胃脘部作胀相比尚有区别,其范围既包括胃脘又包括右胁下,提示患者因胁下肝气郁结化热累及中焦脾胃与寒凝之气互结,影响中焦气运,气机升降不行。故辨证为寒热错杂、肝郁气滞证,治以寒热平调、疏肝解郁、消痞通滞。结合《伤寒论》^[10]论述:“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”因此组方灵活运用半夏泻心汤合柴胡加龙骨牡蛎汤化裁。方中以黄连泻痞郁热结,干姜气薄味浓,辛温发

散。黄连、干姜寒热同调、辛开苦降,可将无形之痞气从上宣之,从下降之。患者上腹胀满按之濡软、舌淡,可知患者素体本虚,故将生姜、干姜同用,共奏鼓动胃阳、升举脾阳之功。以柴胡、黄芩和解少阳,取木郁达之,土气自舒之理。生龙骨、生牡蛎、炒酸枣仁同用,既养心安神,又重镇安神,心肝同调保养神志、安神消痞。再因患者大便偏干,排泄不畅,以桃仁、当归养阴血润肠通便,天花粉性微寒、归肺胃经,起生津润燥之功,使全方不致太过温燥。大枣、炙甘草味甘、性平,起补益气血、调和诸药之功。二诊时患者以餐后上腹胀满为主,故加陈皮、麸炒枳壳、姜厚朴、六神曲以泻餐后食积,加强消痞通滞之功。三诊时患者症状明显改善,守二诊方续进以巩固。

5 结语

钦师临床辨治痞证,先辨主要病因病机,抓住临证核心“通滞”,又随证采取多种治法,使脾气复升,胃气复降,脾胃之气运化复常。在用药上独具特色,灵活运用通滞药物,力简效专。并善于疏导痞证患者的情绪,指导患者保持乐观开朗的生活态度,对临证诊治痞证相关疾病有重要的参考价值。

参考文献

- [1] 张群肖,陈君康.乌梅丸治疗寒热错杂型功能性消化不良的临床观察[J].浙江临床医学,2018,20(6):1099.
- [2] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996.
- [3] 王文革,次苗苗,张俊红,等.生白术对慢传输型便秘大鼠c-kit mRNA表达的影响[J].世界中西医结合杂志,2016,11(8):1094.
- [4] 虞抟.医学正传[M].北京:人民卫生出版社,1981:137.
- [5] 刘完素.素问玄机原病式[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:17.
- [6] 余婉丽,刘同亭.吴门医派叶桂辨治痞满探析[J].江苏中医药,2019,51(9):78.
- [7] 李珊,钦丹萍.腹泻型肠易激综合征临证辨治[J].中医杂志,2016,57(9):789.
- [8] 佚名.黄帝内经灵枢[M].成都:四川科学技术出版社,2008:399.
- [9] 李时珍.本草纲目[M].南昌:二十一世纪出版社,2014:74.
- [10] 张仲景.伤寒论[M].上海:上海科学技术出版社,2018:171.

第一作者:张雨森(1997—),男,硕士研究生在读,研究方向为中西医结合治疗消化系统疾病。

通讯作者:杨新艳,医学硕士,主治中医师。244341342@qq.com

收稿日期:2022-08-29

编辑:傅如海