

祖国医学中的胰腺及其临床初探

上海市普陀区中心医院中医科 顾逸文

对胰腺在祖国医学中属脏还是属腑，它的形态位置、生理功能、病理变化、治疗原则及用药等问题，根据本人的认识及临床体会作一初步探讨。

一、祖国医学中的“胰”

关于“胰”字的记载，日本文献把“脾”写作“胰”，就是现代医学的胰腺。我国“胰”的古字，《类篇》写作“脰”，在古代中医文献中“脾”、“脰”、“胰”常通用，不过在《内经》、《难经》无此类字眼。最早记“胰”字的医书是晋·葛洪《肘后备急方》。在《肘后方》中提到猪胰治病有五处；唐·《千金方》、《外台秘要》，明·《本草纲目》均有用猪胰、羊胰等动物胰腺治病的记载。但专论人体胰腺方面篇章，较难查见，从而引起对人体胰腺归属于中医何脏的不同见解。

有人主张把胰腺归属于命门⁽¹⁾。据李时珍“脰音夷，亦作胰，一名肾脂，生二肾中间，似脂非脂，似肉非肉，乃人物之命门，三焦发原处也，肥则多，瘦则少，盖颐养赖之，故谓之颐。”⁽²⁾认为胰腺解剖位置是在二肾中间，其质地是质实柔软，色泽呈粉红色，“似脂非脂，似肉非肉。”所以说胰腺就是命门。然李时珍又说“肾脂”并受肥瘦的影响，这与胰腺不符。同时，命门本身的归属尚有争论；其次，胰腺是人体的消化腺，直接参与机体的三大物质代谢，而命门不能直接参与机体的水谷运化，必须通过温养脾阳，才能起熟腐水谷的作用；再者，胰腺疾病特别是急性胰腺炎不能用命门学说来辨证立法用药。因此胰腺归属命门，未必尽善。

有人主张胰腺归属于“脾”的范畴⁽³⁾。《难

经·四十二难》：“脾重二斤三两，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤。”这里长、广比例5:3，与现代医学的脾比例基本相同，重二斤三两减去散膏半斤，为一斤十一两。周代一斤相当现代228克，隋、唐大致相等⁽⁴⁾。脾重一斤十一两，合385~432克，比现代解剖学脾110~260克（平均男性174.08克，女性149.62克）⁽⁵⁾重一倍以上，而李东垣指出“古云三两，即今之一两。”⁽⁶⁾相互合参则脾重144克左右，与现代解剖学的脾重基本相符。胰腺的重量为65~98克⁽⁵⁾，脾比胰腺重2~3倍，散膏半斤，恰好是比脾重量小2~3倍。所以从比例及重量推考，散膏相当于现代的胰腺。不过《内经》没有提到散膏，《难经》才提到，而《难经》成书在《内经》之后，《难经》把散膏列为脾的组成部分，是对《内经》的补充和发展。遗憾的是以后文献未对散膏进一步论述，这可能与《难经》把散膏包括在脾范畴中有关。如唐·杨玄操《难经集注》（4卷64页）把散膏包括在脾范畴之中。金·李东垣《脾胃论》“脾长一尺，掩太仓”，元·滑寿《十四经发挥》“脾……掩乎太仓，附著于脊之第十一椎”，亦把脾和散膏混在一起。据范文澜《中国通史简编》“古代一尺相当于现制五寸”，这里“脾”的长度与现代胰腺长约15厘米相一致。清代王清任虽已发现人体的胰腺，但尚未脱离《难经》的影响，仍把胰腺说成是脾，“脾中有一管，体象玲珑，易于出水，故名珑管。脾之长短与胃相等，脾中间一管，即是珑管，另画珑管者，谓有出水道，令人易辨也。”⁽⁷⁾记载更为确切的要算《医纲总枢》，“脾形如狗舌，状如鸡冠……生于胃下，横贴胃底与第一腰骨相齐，头大向右，至小肠头，尾尖向左，连脾肉边，中有一管，斜入小肠，名曰

珑管。”文中第一个“脾”字似指胰腺，后一个“脾”字似指现代医学的脾，显然这里的胰腺又包括在脾的范畴中。因根据胰腺从侧面看似狗舌，从胃面看似粉红色的鸡冠，胰腺是头大而尾尖；胰头向人的右侧，上与胃幽门相接触，“生于胃下”，下与空肠相邻“至小肠头”；胰尾是向人的左侧，在脾的下方与脾门相接触，“连脾肉边”。《正字通》注解“胰”字称“脾之息肉”。由上述文献记载可见，把胰腺归属于祖国医学脾的范畴是较为确切的。

二、急性胰腺炎的中医证治

关于胰腺的现代生理、病理方面，与祖国医学“脾”的生理、病理有着许多相似之处。胰腺是人体重要的消化腺，它直接参与三大代谢和体液的调节。而祖国医学的脾脏同样是人体运化水谷、输布精华和津液的重要器官。

胰腺的常见疾病是急性胰腺炎，发病率占急腹症第3~5位，占我院内科住院病例的2.1%⁽⁸⁾。主要临床表现为持续性上腹部剧烈疼痛，呈阵发性加剧，便秘，上腹部压痛明显，肠鸣音减弱，近乎百分之百均有；其次是腹胀(68%)、呕吐(64%)、恶心(34%)、发热(26%)、黄疸(5%)、吐衄(3%)，脉多弦实而数，苔多白腻或微黄腻。诱发因素常与饮食不节有关(84%)⁽⁸⁾。

《素问·太阴阳明论》：“饮食不节，起居不时者，阴受之。……阴受之，则入五脏，”即“影响五脏之脾。”⁽⁹⁾出现“膈满闭塞”、“脾痹”。《素问·痹论》篇：“脾痹者……上为大塞。”脾的功能受到损害，出现气机阻滞，血行不畅而上腹部剧烈疼痛、腹胀、恶心、呕吐等症。《灵枢·经脉》篇：“脾足太阴之脉，……是动则病……食则呕，胃脘痛，腹胀。”马王堆汉墓《帛书·经脉篇》亦载有“足太阴脾病候：腹痛、腹胀、食欲呕。”《小儿药证直诀》：“脾实则困睡，身热饮水。”《血证论》：“脾积……心下如盘。”脉象弦实而数亦属脾病，《素问·平人氣象论》有脉“实而盈数，如鸡举足，曰脾病”之语。故本病属脾病。

本病的主要诱因为暴饮暴食(饮食不节，起居不时)，引起胰腺产生大量分泌(阴受之，则入五脏)，使十二指肠乳头水肿，胆管下端括约肌痉挛(膈满)，胰液排泄受阻，胆管内压力增高，腺泡破裂，胰腺水肿(闭塞、脾痹)。故其发病机制为脾痹。

本病的辨证，张景岳指出：“气并于脾则为脾实。”又说：“凡痛而胀闷……拒按……饱而甚，……脉实气粗者多实。”因此按祖国医学辨证原则为脾实证。当然本病在发展过程中常与其局部病变相平行的出现全身性病理变化，如循环机能不全，肝、肾、心、肺及消化机能障碍，肠道毒素吸收，加重其局部病变的进一步发展，形成复杂的恶性循环，可按脾与其它脏腑关系来认识，根据疾病发展的不同阶段所出现不同症状进行辨证，这里不再阐发。

关于治则和用药问题，近代报道均以“六腑以通为用”为治疗本病的治疗原则。近代文献提到“中医的脾包括了现代医学的胰腺。”而本病又属中医的“心痛、胃脘痛、厥逆、膈不通。”“结胸、膈痛及肝胃不和等门类中。”认为对本病的治疗要“根据中医学‘六腑以通为用’的原则⁽¹⁰⁾”。既是为脏，又从腑治，这种前后矛盾的论说，可能是受到《内经·五脏别论》“所谓五脏者，藏精气而不能泻也，”李东垣《脾胃论》提出脾病不可下，“下之则死”，以及凡用承气方类悉认为阳明腑证的影响。其实不然，《内经》所载是泛指五脏生理功能而言，东垣理论亦在发展，方药更不能确定病变之脏腑。从文献和实践证明，五脏疾病非全是虚证，亦有实证，立法非全用补，亦有攻泻，如泻心、泻肺、泻肝、泻脾等等。胰腺既包括在祖国医学的脾范畴，急性胰腺炎又为脾病，病机为脾痹，辨证为脾实，立法当以泻脾，方用泻脾汤(《千金翼方》：“泻脾汤治脾气实，其人口中淡，……呕吐反胃，并立之方。生大黄六两。”)。宋·张洁古《脏腑标本寒热虚实用药式》脾实用泻下，以大黄、芒硝、礞石、大戟、续随子、芫花、甘遂等⁽¹¹⁾；张子和《儒门事亲》说：“腹中满痛不止者，此为内实也。”又说：

“黄疸、伤食皆属脾土，可下之，……用导水丸(大黄、黄芩、滑石、黑丑、朴硝)。”钱乙《小儿药证直诀》指出：“脾实者……可下之。”文献证实有脾实证，泻脾法，泻脾方和泻脾药。当然本病的临床症状有的与腑病见症相同，故有通腑之说，但充其量是一种治标之法，是一种变法。本病在发展过程中亦可见到其它脏腑之症，甚则出现亡阳，采用回阳救逆法，但决不能说回阳救逆是本病的治则，这些均属变证变法。我院采用上述理论，用生大黄粉9~15克、元明粉15~30克冲服，治疗本病100例均获成功，特别在发病早期，采用本法治疗，可不禁食，不补液，不用腺体抑制剂，药后只待病人泻下恶臭大便，症状随即缓

解⁽⁹⁾。从而缩短了疗程，提高了疗效。

参 考 文 献

- (1) 毛良：上海中医药杂志(1):43, 1979。
- (2) 李时珍：本草纲目，1714页，人民卫生出版社，1957。
- (3) 侯灿：上海中医药杂志(1):42, 1979。
- (4) 吴承洛：中国度量衡史，修订版，十四表，上海商务印书馆，1957。
- (5) 河北新医大学编：人体解剖学，1121页，人民卫生出版社，1977。
- (6) 李时珍：本草纲目，序例，53页，人民卫生出版社，1975。
- (7) 王清任：医林改错，34页，人民卫生出版社，1976。
- (8) 顾选文：上海中医药杂志(2):15, 1980。
- (9) 北京中医学院主编：内经选读，60页，上海科学技术出版社，1978。
- (10) 天津南开医院等主编：新急腹症学，321~331页，人民卫生出版社，1978。
- (11) 北京中医学院：中医各家学说，84页，上海科学技术出版社，1964。

灸膻中、拨天宗治疗急性乳腺炎47例

中国人民解放军三九二四三部队 熊新安

急性乳腺炎是妇女在哺乳期中最常见的一种急性化脓性疾病。笔者采用灸膻中、拨天宗治疗本病47例，取得了较好的疗效。现报道如下：

一、临床资料

本组47例均是青壮年产后授乳期妇女，都经门诊选择为早期未化脓者。其中发病在右侧35例，左侧12例。伴有畏寒发热者39例，体温在37.5~38.5℃的23例，38.6~39.5℃的16例。病程2~3天者9例，4~5天者33例，6天以上者5例。发病后未经其它治疗者28例，经抗菌素和中药治疗无好转者19例。初产妇34例，经产妇13例。其中患病在2次以上者7例。

二、治疗方法

先取仰卧位，在膻中穴作隔蒜灸，取生大蒜一瓣(最好用独头蒜)，将蒜切成约0.8~1毫米厚的薄片，放在穴位上，然后取艾绒少许置其上，按常规灸疗操作5~7壮，以局部潮红即可。再行坐位，医者在患者背后，取患侧天宗穴，以左手固定肩部，用右手拇指指尖作分筋样的推压拨动，手法稍重，使局部酸痛，连续左右来回拨动6~7下为1次，反复拨动3~5次。此时大多可见患侧乳头有乳汁流出，随即疼痛明显减轻。每天灸、拨各2次。一般经过2~3次可以治愈。

三、疗效标准及效果

痊愈：全身和局部症状消失，随访观察1个月以上无复发。本组有43例，占91.6%。

显效：全身和局部症状消失，但乳房内尚残留未完全消散的硬核。本组有3例，占6.3%。

好转：初诊有化脓征兆，治疗后全身症状消失，局部红、肿、热、痛明显减轻，中断治疗后又化脓。本组有1例，占2.1%。

四、典型病例

曹×，29岁，教师。主诉：畏寒发热，体温39.3℃，右侧乳房疼痛，乳汁分泌困难，已有3天。检查：乳房下方红肿，局部触诊有硬块如拳头大，皮肤灼热，皮色正常。临床诊断：右侧急性乳腺炎。

按上述方法治疗1次后，疼痛减轻，肿块缩小，体温正常，乳汁分泌增多。治疗2次后，肿块已缩小如鸡蛋大，触痛不明显，硬块变软，乳汁分泌正常。治疗3次后，硬核全部消失而愈。

五、体会

乳腺炎，中医称为“乳痛”。多因乳络阻塞不通，气血瘀滞，郁而化热所致。早期未化脓患者，取膻中和天宗两穴，有散结、消肿、定痛的作用，故能在较短时间内获愈。