



“脾主运化”与“脾统血”刍议

“脾主运化”，即指脾主管消化饮食和输布精微及水液。《内经》“脾与胃以膜相连耳，而能为之行其津液”“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺”的论述，揭示饮食入胃，经初步腐熟，由脾（包括胰）进一步消化，所产生的精微物质经肠粘膜吸收入“脾”，由脾气上输心肺，通过心肺而滋养周身。结合现代医学理论看，上述与胃（肠）共同参与消化的“脾”，应包括胰液等消化液的功能，而上输营养物质的“脾”则可能为一管状结构，即静脉和淋巴系统。生理研究业已证实，吸收主要在小肠，糖的吸收途径主要是血液，氨基酸的吸收路径也几乎完全是血液，脂肪吸收以淋巴为主。D-木糖试验亦证实，脾虚证小肠吸收功能不良。“脾统血”指脾有统摄周身血液，使之正常运行而不溢于血管之外。《灵枢·本神》“脾藏营”，即言脾有藏纳营血的功能。《难经》亦指出，“脾……主裹血”，“裹”有裹藏、裹护之意。已揭示“脾”包括了容纳血液的静脉系统。现代生理、病理证实，循环血液大约有 70% 左右容纳在静脉系统，病理状态下，静脉性充血（淤血）比动脉性充血远为多见。淋巴系属静脉系统的补充装置，静脉、淋巴的运行特点以上升为主，乃与脾运特点一致。其升运的主要是精微物质，与肠静脉、淋巴吸收升运营养物质相同。静脉、淋巴管具有瓣膜，可防其阴液（属脾阴范畴）倒流；其周围肌肉节律性收缩，对其升运起推动作用（属脾阳范畴）；尤其右心房中心静脉压最低所形成“抽水机”样泵作用，乃是其能保持不断升运的重要形态结构，故心力衰竭，可影响木糖吸收率。苍术是运脾祛湿良药。以其为主药用于静脉、淋巴回流障碍诸疾，如膝关节腔积液、下肢静脉曲张并血栓性静脉炎、慢性丹毒等肿胀病症。若属脾肾阳虚凹陷性水肿，与附子等药为伍；若属湿热下注红肿或为足癣湿肿渗液，与黄柏等药相配，疗效显著。若去掉苍术，则疗效降低。肝硬变导致胃肠淤血、水肿、腹泻，甚至腹水等肝病传脾证候，以软坚疏肝运脾法恒取佳效。慢性出血疾患，多与脾不统血有关，治忌单纯止涩，宜运脾化淤摄血。皆可证明“脾气升运”与静脉、淋巴回流密切相关。

人体淋巴系中的脾、淋巴结、其他淋巴组织为外周

免疫器官，是由骨髓产生经胸腺衍化来的 T 细胞和 B 细胞等定居和增殖的场所，也是这些细胞在抗原刺激下产生抗体或为致敏淋巴细胞的重要部位，具有过滤、吞噬、免疫及造血和调节等功能。如脾切除将导致感染。危北海氏指出“健脾益气方药对免疫功能有明显的促进作用，包括细胞免疫、体液免疫和免疫调节等”。自身免疫病如重症肌无力等，或慢性腹泻属脾气虚证者，用健脾益气方药治疗皆可取效。大凡药物是通过影响机体细胞所固有的生理功能而发挥作用的。健脾益气方药作用于“脾”所产生的上述效应，亦揭示了中医的“脾”，既司消化吸收和运化水湿，又与免疫功能密切相关。实践证明，只有脾气不断升运才能脾旺，不运、少运则消化吸收障碍、水湿停聚，使生理的脾阴变成病理的脾湿或血瘀。健脾不如运脾，理在于此。

运脾，虽有升阳运脾、疏肝运脾、温中运脾、温肾运脾等法，但运动能够运脾鲜有报道。长期静止不动，尤其久坐、久立，不利于脾运。运动时，肌肉节律性收缩能促进淋巴、静脉回流而起到运脾作用，甚至有药物所不能替代的功效。由于人体各器官、系统的功能都是直接在神经系统的调节控制下完成的，因此，适当运动，对脾运将大有裨益。

青岛铸造机械厂职工医院（山东 266021） 王继文

气虚与阳虚之乱，莫过于肝

读杨宗仰同志《气虚与阳虚之探讨》一文（见《中医杂志》1988 年第 8 期），文中涉及气虚与阳虚的紊乱，乱于脾与肾。笔者受其启发，在便览有关肝虚证的古今文献中，发现亦存在肝气虚与肝阳虚紊乱的情况，兹从以下诸方面加以阐述。

1 肝气虚与肝阳虚紊乱溯源

早在《内经》就有肝气虚的记载，《素问·上古天真论》：“丈夫七八肝气虚，筋不能动”。《素问·方盛衰论》：“丈夫七八肝气虚，筋不能动”。《素问·方盛衰论》：“肝气虚则梦茵香生草，得其时则梦伏其下不敢起”。《素问·脏气法时论》：“肝病者……虚则目眩无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之”，此“虚”按张景岳注解为肝气虚。《灵枢·本神》：“肝气虚则恐”。以上经文，明确指出肝气虚证表现在情志改变、肝经所过部

位的病变。《内经》虽未对肝阳虚证予以记载,但由于其理论尚处于初期,常把“阳”与“气”并称为“阳气”,正如《素问》:“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰”,故在治疗上,并没有针对肝气虚证而设,而是笼统曰:“肝所生病者……虚则补之”(《灵枢·经脉》)。

这导致以后历代医家对肝气虚、肝阳虚证认识上,一直含混不清,而将其统称为肝中寒或肝虚寒。如《太平圣惠方》对肝气虚证的记载云:“夫肝脏虚损,气血不荣,内伤寒冷,致以两胁胀满,筋脉拘急,四肢厥冷,心腹疼痛,眼目昏暗,手足常青,胸中不利,不能太息者,是肝气不足之候也”,文中虽对肝虚寒证详尽叙述,但均一派寒象,此乃阳虚生寒,应为肝阳虚,何以为肝气不足之肝气虚证?

秦伯未先生虽在《论肝病》中,明确地把肝虚证分为肝阴虚、肝血虚、肝气虚、肝阳虚,然在其《谦斋医学讲稿》说:“病则气逆阳亢,即一般所谓肝气、肝阳,或表现为懈怠、忧郁、胆怯、头痛、麻木、四肢不温等,便是肝气虚和肝阳虚证候。”前者在论述肝虚证的分型上,提到肝气虚、肝阳虚,这是可取的;后者在论具体证候时,却未将两者区分,肝气虚与肝阳虚紊乱,这是不足的。

2 肝气虚与肝阳虚紊乱之现状

肝气虚、肝阳虚未在全国统编教材中出现,学者们纷纷提出应予补充,以完善肝脏虚证辨证体系,这是很好的建议。但从所出版的书籍及期刊文献中,无论从理论探讨或临床报道上,又多将两者相提并论,未加区分。如有的冠以“肝气虚与肝阳虚”,虽标题醒目,似两者有别,实两者同论;或以“肝阳(气)”一并论述。因而是形成了这一观点:肝气虚、肝阳虚是同一证型,两者只是症状上的轻重不同,并无本质区别,在治疗上亦无过细分开之必要。如此不明确它们间的差异,将肝气虚与肝阳虚概念混在一起,是不利于中医理论的发展。

3 肝气虚与肝阳虚证治概要

鉴于存在肝气虚、肝阳虚紊乱的状况,故有必要区别其证治。诚然,中医理论认为,气属阳,气虚为阳虚之渐,阳虚为气虚之极,但是,在作为特定辨证纲目之“肝气虚”与“肝阳虚”,是肝虚寒证之两个阶段,各具个性,不能混为一谈。笔者认为:肝气虚相对肝血虚而言,主要是因为肝脏“用”不足,即肝气不足,失于对神志的调节、气血的疏泄等,表现诸如情志不畅、肝经所过部位不适的症状;肝气虚,治以补益肝气,如重以黄芪补之。肝阳虚相对肝阴虚而言,阳虚则生寒,肝阳失于对本经的温煦,表现肝经所过部位出现寒象,如畏冷、阴湿等;肝阳虚,治以温补肝阳,如吴萸、肉桂之品。至于两者的联系,肝气虚“极”到何种程度成为肝阳虚,这是中医理

论现代化过程中亟待解决的量化问题;对于肝气虚、肝阳虚的具体辨证施治,需待进一步整理。

北京中医学院中医诊断教研室(北京 100029) 陈家旭

甘温除热法应用指征探析

甘温除热法是李东垣针对过用寒凉的时弊而创立的,现已被广泛地用于临床实践,成为治疗某些发热性疾患的一种行之有效的办法。但对甘温除热法的应用指征目前尚有争议,有必要对此作进一步的探讨。

为研究甘温除热法的应用指征,我们统计了近30年各级中医杂志上报道的162例用甘温除热法获效的发热病例,其中男78例,女84例。经分析发现,用甘温除热法获效的患者以50岁以下者居多,约占87%。其中尤以10岁以下的儿童及20~50岁的中、青年为多。50岁以上的中、老年患病人数较少,仅占10%左右。可见,气虚或气虚血亏发热的病因与人体气血的自然虚衰关系不大,而主要与情志、饮食、劳累等因素有关。

所统计的162例病案中有151例有明确的体温记载,用甘温除热法获效者以37~38℃的低热患者较为多见,约占40.4%,38~39℃的中等度热患者占29.1%,39~40.5℃的高热患者约占25.8%,40.5℃以上的超高热患者比较少见,占2.7%。还有个别患者体温在正常范围内,仅自觉躁热,用甘温除热法亦可获效。从以上分析看出,甘温除热之“热”,可为低热,亦可为高热,其中以低热较为多见。甘温除大热之“大热”可指高热,亦可作病程长、程度深解。

我们所搜集的病例中,有158例明确载有病程。这些患者的病程有长有短,短则几天,长则可达9年。其中病程不足1个月者有55例,占34.8%;3个月以内者占56.3%,超过半数;1年以内者占77.2%,病程超1年者仅占22.8%。与外感风寒、风热的感冒发热或阳盛实热证相比,病程长,但一般都在数月之内。我们还对162例气虚或气虚血亏发热患者所表现的症状进行了统计,其中出现次数较多的症状依次为:神疲乏力、纳差、腹泻或便溏、自汗、气短懒言、头晕、面色苍白、形体消瘦、口干欲饮、畏寒、烦躁、心悸、面黄无华、口干不欲饮、语声低微、腹胀、失眠、四肢欠温等,舌苔、脉象以舌体胖大、舌质淡、苔白、脉细数为多见;也有部分患者可见舌红、苔黄、脉数,为气虚或气虚血亏而生热之故。至于气虚及气虚血亏生热的热象特点,其表现因人而异。有些患者表现为不规则热;有的发热呈周期性;有的发热以午后或夜间为甚;有的以上午为著。有些患者遇劳或感冒后热度上升;有的则心情不畅或饮食不适时加剧,其中以饮食失节、过度疲劳时加剧者为多。