

百 家 园

通腑汤纵贯上下以通为补

六腑“传化物而不藏”，主要完成饮食的消化、吸收、转输和排泄。如胃的受纳、消化；胆的疏泄；小肠的承受、吸收、分别清浊；大肠的传送糟粕。当然，也应包括膀胱的贮存和排泄尿液；三焦的蒸发气化、升降排泄，但其主要还在消化器道。故“六腑以通为用”，主要指消化器官功能协调和消化管道的通畅无阻。

结合现代医学知识推而广之，口腔、食道亦宜包括在六腑之内。食物在口腔内通过咀嚼，被磨碎，与唾液混合成滑润的食团，经吞咽，穿食道而入胃。由胃酸和胃液中消化酶的作用，搅拌成粥样食糜进入十二指肠。食糜进一步受到胰液、胆汁和小肠液的化学作用，各种营养成分被分解为小分子物质而被吸收。未经消化的食物残渣，下输大肠。大肠吸收其水分，变糟粕为粪便，经肛门排出。如果这条通路上的任何一个器官或几个器官；任何一段通道或几段通道发生气机郁滞，则在相应部位就会出现胀满、疼痛、气闭。如肝胃气滞、肠胃气滞、肝胆气滞、胆胰气滞等等。这种情况虽常见于情志所伤，但在胃肠及肝胆手术后的病人亦屡见不鲜。病人转辗难忍、呻吟不已，苦于无药可解。更有甚者，医者不予重视，敷衍搪塞，草率疗之，更叫病人有苦难言。

古有厚朴三物汤治气滞便秘（气闭），虽能下气通便，减轻胀痛，但该方主治部位偏下，未及食道，胃脘方涉，特别对食道手术，胃部手术，十二指肠球部手术及肝胆手术后病人，用之，深感药效不足。我在细析得失之余，组“通腑汤”，专治消化道气滞诸症。方药组成：太子参、山药、陈皮、木香、枳实、火麻仁6味，药量可视具体病情加减。药主上、中、下三部，药后通便下气，诸症可解。若效不著，也可再加莱菔子1味。我院某教授，年已88岁，常为习惯性便秘苦恼，又因肠疾，多次手术，术后必腹部胀满，虽服西药西沙比林以增强肠道蠕动，但收效甚微。而服本方，即服即效，如汤沃雪。

先后治腑道气滞者50余例，药后可感到有气缓缓下行，咕咕作声，大便解，矢气出，则满腹轻松。继而食纳开，精神舒。由此可见，腑道气机升降出入之畅通有序是何等的重要。细思本方用药，由上而下、丝丝入扣，如接力赛跑，步步疏通；又似后浪推前浪，直至入海口。药虽简而效确实，这实在是中药神妙之处，化学药物是

望尘莫及的。

南京铁道医学院(210009) 窦国祥

胃下垂之治不必率由升举

胃下垂是临床较常见的消化系统疾病之一，属中医“胃下”、“胃缓”范畴。对于该病，历代医家多认为系“中气下陷”所致，宗《内经》“下者举之”之训，以“补中益气”、“升阳举陷”法治之。然笔者经临床观察发现，若遵“六腑以通为用”和“腑病以通为补”之说，酌情予以“调气通腑、导滞醒胃”之品，则可明显提高疗效、缩短疗程、减少复发。

如治许某，女，45岁。1990年5月18日初诊。自诉胃脘胀坠时痛，纳差不饥，食则胀甚，常呕酸腐，吐后胃脘宽松，胀坠稍缓，形体日渐消瘦；时觉水走胃脘，漉漉有声；大便干结、涩滞难下；舌淡红、苔微黄，脉弦滑。钡餐造影：(1)胃内容物潴留；(2)胃蠕动无力；(3)胃角切迹于髂嵴连线下4.5cm。诊为胃下垂。证属胃失传化，食饮蓄积。治以调气通腑，导滞醒胃。厚朴三物汤加味。处方：厚朴、枳实各20g，大黄6g，半夏、砂仁、木香各10g，神曲、炒莱菔子各30g。水煎日服1剂。药进5剂，大便通畅、日1次，知饥思食；继进10剂，胃脘胀坠等症明显改善；原方加黄芪20g，人参、陈皮各10g。水煎日服1剂。药用6周，病若失。钡餐造影复查：(1)胃内潴留物消失；(2)胃蠕动功能恢复正常；(3)胃角切迹于髂嵴连线下0.5cm。随访2年未复发。

不同食饮，在胃中停留的时间不等。然而不论何种食饮，均应在一定时间内从胃中排空，出现正常的饥饿感（胃空运动）。这是胃的正常生理现象。若长时间的饱而不饥，当饥不饥，则说明胃中食饮没有及时排空，胃体“呆滞”。久之，则会导致胃体下垂。胃下垂日久，其气进一步衰减，化物益加乏力，更易使食饮停蓄其中；胃虚累及大肠，传导排泄失司，尤易导致气虚便秘。长此以往，则胃肠同病，进一步促使胃体“呆滞”、下垂加重，形成一种僵持的恶性循环。是故，必须“调气通腑、导滞醒胃”，居中调停、斡旋气机，方能化其僵持之势，复其传化之功。如此，则“呆滞”可醒，下垂可愈。倘一味升举，反会促其僵持之势更加壅滞难解，则下垂益甚。为医者不可不深究焉！

由于胃下垂的病机为脾胃气机升降失常，故临床

可见纳差不饥、脘腹坠胀、隐痛、食后益甚、局部痞满或疼痛拒按、大便涩滞或秘结；舌红、苔腻或黄腻，脉弦滑或弦紧等症。此属积滞气阻之候，可予厚朴三物汤加味，以“调气通腑，导滞醒胃”；若既见以上诸症，又兼见面色萎黄、气短乏力，则属虚实夹杂之候，可予厚朴三物汤酌加益气补中之品，通补并施，标本兼顾，以去菟陈莖，复其传化。方选厚朴三物汤者，以厚朴行气导滞、除蓄积、消宿食、排除胀满，而止痉、镇静；枳实散消积痞、逐停水、破结实、祛除湿浊，而兴奋胃肠功能；大黄攻积导滞、破留饮宿食、荡涤胃肠、推陈致新，而增强胃肠推进蠕动之力。三药相伍，可除蓄积之食，醒呆滞之胃，调逆乱之气，复中焦之衡。如此，则下垂之胃自举。

总之，胃下垂用药，一要着眼于“灵通”，二要着眼于“升降”。如此，才能起到“醒胃”的作用，达到祛除胃体“呆滞”的目的；再者，在辨证用药的同时，亦须注意结合辨病用药。本病重在脾胃，然多与肝郁气滞有关。是以临床常见食后饱胀、暖气、泛恶、吞酸、胃痛脘胀等症。如用药不注意“灵通”、“升降”，则可使诸症加剧。即使脾胃气虚症状明显，而以参、芪、术、草之品益气健脾，亦须佐以陈、夏、香、砂之属理气和胃，以斡旋气机、燮理调停。故余于斯证，独宗吴鞠通“中焦如衡，非平不安”之说。如此，则中焦衡平可复，下垂之胃自升。故胃下垂之治，不必率由升举。

河北省涞水县医院(074100) 刘兴武

水血同治眼科疾病

水血同治，就是指血病可以治水，水病可以治血。它是根据中医学认为生理上水血同源、相互倚伏、互相维系和病理上水血互累的观点而提出来的。笔者近年来在眼科临床上运用水血同治的方法治疗眼科疾病，常取得良好的疗效。现简要介绍于下。

1 眼外伤

中医学认为外伤是产生瘀血的重要原因，眼部的任何外伤，均可出现不同程度的瘀血表现。笔者根据水血同治的原则，在临床上常采用活血利水法，方用桃红四物汤合四苓散加减治疗。用桃红四物汤活血祛瘀以治其本，四苓散利水消肿以治其标，无论眼睑肿胀、眼底水肿渗出、视乳头水肿及外伤后房水瘀积、眼压升高等，均可收到较好的效果。且利水药不仅可消除水肿，降低眼压，而且与活血药相辅，可加速血液循环及房水的流出畅通，加快外伤后眼内外瘀血的吸收。然眼睑挫伤出血、外伤性前房积血和外伤性玻璃体体积血的初期(3~5天以内)，不可用过活血祛瘀药，而应以凉血止血为主，佐以活血利水。

2 各种陈旧性玻璃体体积血及视网膜出血

玻璃体体积血是眼科的疑难病症，可由多种疾病引起。根据笔者的临床经验，玻璃体体积血的早期宜辨病论治，由视网膜静脉周围炎和糖尿病性视网膜病变引起者，治宜滋阴降火或养阴清热、凉血止血；由高血压性视网膜病变引起者，治宜平肝潜阳、凉血止血；由视网膜静脉阻塞及眼外伤引起者，治宜凉血活血止血等。而本病的中、后期，尤其是采用其它疗法治疗1个月以上仍不见效者，均可采用水血同治的方法，常用生蒲黄汤合猪苓散加减(生地、生蒲黄、旱莲、玄参、益母草、茯苓、猪苓、泽泻、地龙、牛膝、赤芍、当归等)，以养阴增液，活血利水。此法对于其他原因所致的玻璃体混浊病变也有较好的疗效，临床常用《审视瑶函》猪苓散(猪苓、木通、扁蓄、苍术、狗脊、大黄、滑石、山栀、车前子)加养阴活血药治疗。

对于不伴有玻璃体体积血的各种原因引起的视网膜出血，病程较长、血色暗红而不吸收者，同样可以采用养阴增液、活血利水法进行治疗，方用桃红四物汤合四苓散加旱莲、女贞等养阴药物，临症时，也可根据病种的不同，灵活运用活血利水法。如由高血压视网膜病变引起者，可用天麻钩藤饮加丹参、地龙、茯苓等药；由糖尿病性视网膜病变引起者，可用知柏地黄汤加益母草、地龙、泽兰等药；由肾炎性视网膜病变引起者，方用真武汤加地龙、红花、泽兰等药。

3 青光眼、视网膜脱离、眼内异物等内眼疾患手术后

青光眼属中医“绿风内障”、“青风内障”等病范畴。中医学认为其病因病机为各种原因导致气血失和，经脉不利，目中玄府闭塞，神水瘀积。根据青光眼及其手术后的临床表现，我们认为其病理机制为手术后气虚血瘀，脉络阻滞，目系失养，玄府闭塞，神水瘀积。治疗宜采用益气活血利水的方法，方用补阳还五汤加减。我们曾采用此法治疗青光眼手术后患者114例187只眼，与31例19只眼对照，疗效十分明显。

视网膜脱离属中医“暴盲”范畴。视网膜脱离患者必须手术复位，但手术后患者如果不服用适当的中药治疗，其视功能亦难以恢复。笔者认为视网膜脱离手术作为一种人为的眼外伤，术后多有瘀血病理存在，且有时术中还可导致视网膜出血，加重其瘀血病理。故以益气养阴、活血利水为原则，用补阳还五汤为主益气活血，加茯苓、车前仁、泽泻益气利水消肿，生地、女贞、旱莲草补养阴血。经临床37例37只眼的观察，如能以此为基础方坚持服药1个月以上，对提高视网膜脱离手术后患者的视功能有明显的临床疗效。此法对于陈旧性视网膜脱离及一些因找不到裂孔而无法进行手术治