

# 百 家 园

## 论痞证可痛

关于痞证,自《伤寒论》中云:“但满而不痛者,此为痞”以降,历代医家大多遵痞证不痛之说。近来,窥见痞证亦可痛之一斑,现述之,求教于同道。

### 1 汉代时痞字含有痛义

汉·许慎《说文解字》中曰:“痞,痛也,从疒,否声”。其书早于《伤寒论》约100年,能反映汉时文字含义的真貌,因之,《伤寒论》中之痞字当具痛义。

### 2 《伤寒论》中痞证不痛,亦可微痛

《伤寒论》第151条云:“脉浮而紧,而复下之,紧反入里,则作痞,按之自濡,但气痞耳”。论述了痞证的病位、病证、病机。其病位在心下,即胃脘部,它在胸之下,腹之上,为上下之交界,是气机升降之要道。其病机在于脾胃升降失常,气机不利,壅滞于心下的“但气痞耳”,病证可见心下痞,心下痞满等。其是否疼痛呢?《伤寒论》第149条曰:“但满而不痛者,此为痞”,说明不痛反映了痞证的一般特性。如若用系统的方法去研究《伤寒论》,就会发现,《伤寒论》149条云:“心下满而硬痛者,此为结胸也,大陷胸汤主之;但满而不痛者,此为痞,半夏泻心汤主之”。如同《伤寒论》在第2、3、6条中鉴别中风、伤寒、温病一样,文字骈偶工整,着意于比较。即结胸和痞证均有“满”,然病机迥别,一虚一实。结胸因痰、水、食与邪热相搏结于胸膈胃脘,为有形之实结,痞证则由气机壅塞于心下,为无形之气结。按痞既然具有痛义,是否可以推测149条不言痞有疼痛,是为了突出结胸证疼痛之甚,痞证疼痛之微呢?联想起《伤寒论》的中风、伤寒、温病三者均属太阳病,当具“恶寒”之共性,但《伤寒论》第6条却曰:“太阳病,……不恶寒者,为温病”,这“不恶寒者”一方面是从温病的总体上揭示了温病的特性,另一方面也突出了伤寒、中风恶寒之甚,温病恶寒之微。实际上“温病初起,也有微恶寒”者,可与银翘散治疗。证明“不恶寒”之“不”字,不能绝对理解为“没有”。以此类推,第149条“不痛者,此为痞”的“不痛”不能一概而论为没有疼痛,而应该结合全文精神体会149条,即一方面使结胸证和痞证在疼痛性质上有一明显对比,一硬痛,一不痛,不痛代表了痞证的一般特性;另一方面说明结胸证与痞证在疼痛程度上有差异,一痛甚,一痛微,疼痛轻微代表了痞证的

某些个别特性。

### 3 叶案痞证大多不痛,少数可痛

《临症指南医案·卷四·痞》载痞证病案凡30例,有不痛者计23例,具疼痛者7例。如疼痛例曰:“某,六三,舌白脘痛,呕恶,腹鸣,此湿阻气分,胃痹成痛,是不通之象”,文中“胃痹成痛”是对痞证具有疼痛特征的画龙点睛。又“某,气阻脘痹,饮下作痛,当开上焦”,是痞而痛的记实。叶氏及其门生没有拘泥于《伤寒论》“不痛者,此为痞”的经句去收集医案,而是从实际出发,为总结痞证验案大多或一般不痛,亦有少数个别疼痛的特性提供了有力佐证。

陕西中医学院(712083) 曾福海

## 调阴阳和营卫治腹胀

腹胀,是指浊气不降所致的腹胀。由于脾胃居中焦,主腹,是升降运动的枢纽,又木易克土,故临床治疗本病多采用调理脾胃、疏肝理气等法。但笔者曾遇部分病例,按上述途径施治,并未能取得预期的效果。于是另求蹊径,重拾《内经》有关阴阳营卫不调致胀的理论,试用调阴阳和营卫之法,竟获良效。

《素问·阴阳应象大论》云:“浊气在上,则生腹胀”,实开后世从脾胃论治之先河。但溯本求源,阴阳不调才是其病机总体所在,升降失司,固应责之脾胃,但更要谨察阴阳。《灵枢·胀论》明确地从阴阳营卫不调立论:“卫气之在脉也,常然并脉,循分肉,行有逆顺,阴阳相随,乃得天和,五脏更始,四时循序”,而阴阳失调,营卫不和,就可导致正邪搏结,清浊逆乱生胀,“厥气在下,营卫留止,寒气逆上,真邪相攻,两相搏结乃合而为胀也”。

阴阳营卫不调,不但使升降失司、清浊逆乱、正邪混淆,而且可致津液的流布障碍,使胃肠等空腔脏器气机紊乱,亦为生胀的具体环节。《灵枢·胀论》指出:“廉泉玉英者,津液之道也”,清·倪冲之解释为:“液道不开,则空窍闭塞,而气逆于中矣,故治胀必先通其津液”。通津液舍调阴阳和营卫非其治也。

腹胀,当属非溃疡性消化不良范畴。本病经胃肠X线、内窥镜检查时,可除外溃疡、肿瘤等器质性病变。现代医学认为高级神经功能紊乱,可致植物神经功能失调。当交感神经紧张度持续升高,副交感神经抑制,

则胃肠蠕动减弱,唾液、胃肠液、胰液、胆汁等消化液分泌障碍,可致消化道产气生胀。交感与副交感神经的功能作用具有对立统一性,与阴阳学说的基本内容是一致的,而其许多临床表现,恰属阴阳不调范畴。调阴阳和营卫之法,确有调整植物神经功能的作用。

具体选方,当首推柴胡桂枝汤。《伤寒论》用本方治“伤寒六七日,发热微恶寒,支节烦疼,微呕,心下支结,外证未去者”,《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》附载《外台》用法,则治“心腹卒中痛”。本方即小柴胡汤与桂枝汤合方,其中小柴胡汤为和解少阳之剂,能调阴阳、利枢机、扶正祛邪而解其分争搏结。又张仲景自注本方能“上焦得通,津液得下,胃气因和”,故能通津液。桂枝汤为治太阳中风之剂,外证得之解肌和营卫,内证得之化气调阴阳。二方合用,相得益彰,使阴阳调燮,营卫和顺,枢机畅利,津液施布,则清浊逆乱自趋于平调,不治胀而胀自消。

作者自1988年至1993年用本方治疗顽固难愈的腹胀7例,诊断均为非溃疡性消化不良。7例均女性,年龄27~49岁,病程1~9个月。主证均为腹部胀大,时轻时重,发病及加重因素多为情绪波动(焦虑、紧张、恼怒等)及受寒等。其他症状为短气、口干粘苦、恶心厌食、畏寒肢冷等。体征:全腹叩呈鼓音,无移动性浊音,压痛(+),反跳痛(-)。脉多沉弦细数,舌干苔白薄或白腻或舌中有黄腻苔。7例均经B超、胃肠X线及内窥镜等检查,未检出溃疡、肿瘤、腹水等器质性病变,但腹部X线检查均见肠腔内大量积气。方药:柴胡15~30g,黄芩15g,半夏15g,人参5g或党参15g,桂枝15~25g,白芍15~30g,甘草5g,生姜5g,大枣5枚。7例均服药1剂即显效,其中3例药后有腹痛反应,约10~30分钟后自行缓解。平均6剂治愈,其中5例于1年后随访未复发,2例分别于愈后5个月、9个月时因怒复发,但病情较前为轻,再投本方仍获效。

黑龙江省鸡西市中医院(158100) 衣正安

## 补气健脾治疗痹证

痹证之辨治,历代医家多宗《内经》“风寒湿三气杂至合而成痹”之说,并有进一步阐发。主要以祛风、利湿、散寒、通络为大法。风多则引注,重在祛风;寒多则掣痛,重在温经散寒;湿多则重着,治当利湿。风寒湿邪客于人体,内传经络,气血运行受阻,故治需通络。如外邪直中或风寒湿邪郁久化热成热痹者,宜凉血活血治之。后世医家治痹之发展,如《景岳全书·风痹》重在峻补真阴;《医宗必读·痹》倡风痹治风先治血,痛痹参以补火之剂,着痹参以补脾补气之剂;而《类证治裁·痹证》“治法总以补助真元,宣通脉络,使气血流畅,则痹

自己”。近年又有久痹当补之论。

外邪侵袭、正气内虚和居处卑湿是造成痹证的三大原因。又根据李东垣的脾胃为后天,主肌肉四肢。如脾胃之气受损,可致元气不足,阴火上升,则肌表不固,腠理稀疏,易受风寒湿邪之侵。循此之论,笔者用调理脾胃、补中益气之法论治痹证,不仅仅限于久痹当补者,而风寒湿邪所致新痹,也从脾胃论治,用自拟补中除痹汤治疗痹证,收到较好的疗效。

处方:黄芪50g,党参30g,白术20g,茯苓25g,桂枝25g,陈皮25g,焦三仙各25g,炙甘草30g。黄芪补中益气,白术、党参、茯苓补脾利湿,陈皮行气以助黄芪补气止痛,桂枝温经散寒,焦三仙理气醒脾,甘草缓急和中。每10剂为一疗程,一般治疗1~3疗程获效。1980年至1993年共收治84例,均属西医诊断为慢性风湿性关节炎的病例。以症状全部消失、关节功能活动恢复正常、主要化验指标(抗“O”、血沉、类风湿因子测定)在正常范围者为临床治愈;主要症状消除、关节功能基本恢复、化验指标大致正常者为显效;症状、化验指标有所改善,有劳动自理能力者为好转;症状、体征、化验检查均无明显进步者为无效。84例中显效率86%,治愈42例,显效31例,好转10例,无效1例。

病案举例:王××,女,30岁,鞋厂工人,1989年12月10日初诊,主诉1年来双膝沉重酸痛,阴雨天加重,下肢无力,气短,失眠,胃纳不佳,畏寒喜热,脉沉无力,舌质淡白体胖,舌边有齿痕,苔腻而滑。血沉42mm/1h,抗“O”1250U。辨证:脾胃虚弱,元气不充,邪气乘之发为痹证。投补中除痹汤3剂煎服。二诊患者自诉双下肢膝关节沉重疼痛症状有所减轻,食欲,睡眠转佳。仍用原方治疗2个疗程后,症状全部消失,化验检查:血沉8mm/1h,抗“O”400U,又治疗1疗程后停药,随访未见复发。

按李东垣火与元气不两立之论,元气充则阴火降,不能为病,以其肌表卫固,腠理充实以具御邪之力。通过补中益气,调理脾胃之法,使元气逐渐滋生和充盈,虽未用祛风、散寒、除湿之品也得以收功,自有“有形生于无形”之妙用。清代医家叶天士对李东垣用益气甘药调理脾胃补元气之论推崇倍至,叹言“内伤火取法东垣”,诚哉斯言!

黑龙江省齐齐哈尔市第二医院(161006) 张雅琳

## 验证偶遇

贵刊“百家园”倍受读者欢迎,尤其对一些名方如四神煎、太山老李炙肝散的推荐,由于作者的升华实践,使后学了然,由堂入室,具悉本原,确实起到了明珠拂尘,广泛地服务于临床的作用。古今方药数以万计,