

百 家 园

论承气

承,最早见于《内经·六微旨大论》“亢则害,承乃制”。承气,始见于《伤寒论·辨阳明病脉证并治法》诸承气汤名中,后者乃承气法则的典型运用。后世凡论承气汤,总与肠胃道病理生理有关,亦与大黄有关。

1 承气的意义

气之于人体,纵横全身各系统,维持一切生理机能。承气,仅限用于肠胃道,并未及其他系统,所谓“承气者,承胃气也”。“阳明多气多血。……下之,以承领其一线之阴。……因而得生者多矣,既有下多亡阴之大戒,复有急下存阴之活法。……通可去滞,泄可去闭,使滞者利而闭者通,正气得舒,故曰承气”。“夫诸病皆因于气,秽物之不去,由于气之不顺,故攻积之剂必用行气之药以主之,亢则害,承乃制,此承气之所由。又病去而元气不伤,此承气之义也”。肠胃道的血液供应丰富,功能活跃,代谢旺盛。当机体因创伤等疾病而处于应激状态时,出现痉挛、梗阻、出血、溃疡等症状。承气法则通下之后,解除梗阻,排除一切积滞有害之物,承接而使受阻的胃气得以舒顺,贯通下行,恢复良性生理循环。承气法则,不论急下、缓下,旨求下而存阴。下之能否存阴,全在于下的时机(梗阻而阴气未亡)和力度(下之中病即止、下而不伤阴),即适应证和方法的选择,此乃诸承气汤处方的基本理由。“阴液不竭,其人不死,存得一分津液,便有一分生机。”如一女8岁,患蛔虫性肠梗阻,重度营养不良,骨瘦如柴,腹大如鼓,衰弱奄奄,急诊手术自小肠中取出豆芽状蛔虫1000多条,梗阻解除,肠蠕动缓慢恢复,久不思饮食,萎靡乏力,速予增液承气汤加减支持治疗,疏通肠胃道,承领胃气下行,日渐复原。诊疗中,顾盼全局,既着手于解除梗阻,又着眼于防治其严重的继发性病理危害,除绞窄性和肿瘤性肠梗阻外,只要生命体征尚存,争取以承气汤类“承接未亡之阴气于一线”,尤对其中无法接受手术的病例,或可由此化险为夷。1976年,一位81岁孤妇,17日未解大便,发热38.5℃,忧烦气急,腹胀恶心,不思饮食,后重不安,几欲急解而屢不下,展转反侧,坐卧不能,脉细弱,舌红苔黄焦燥,腹稍满,左腹内结块,指诊肛门洞开,干结便块之隙并有粘液浸出,属燥屎热

结旁流,用大承气汤加味1剂,忍痛排出硬粪块和血性稀便,乏力、汗出、肢冷、呼吸浅表,急以增液汤加人参、黄芪、桂枝、五味子等,2剂后幸愈。

2 承气的方法

承气法则主要适用于非绞窄性、非肿瘤性和麻痹性肠梗阻。诸承气汤中,张仲景的大、小、调胃和桃核等承气汤,刘完素的当归、三一等承气汤,吴有性的承气养营汤,承气加生姜或人参汤,吴塘的增液、桃仁、宣白、导赤、牛黄、护胃等承气汤和承气合小陷胸汤,汪昂的桃仁承气饮子等,名目各异,其中皆用大黄,承气之意竟相一致。其他如龚廷贤的行湿补气养血汤,张从正的木香槟榔丸,李杲的枳实导滞丸等等,众多具有通下之效方,虽未尽书承气之名,亦未尽用大黄,实有承气之功,临床已多应验。作者等有悟,凡老、幼、衰弱者,不论肠胃久蓄积滞或梗阻不通,若贸然以大承气汤类峻攻猛下,不但有加速肠绞窄坏死和穿孔可能,而且往往因戕伐生气而妨碍通下后的康复,无求存阴之效,纵然再用参芪也难救其急。如一男2岁,患柿石性肠胃梗阻3日,体质稚弱,无耐峻下之力,经用行湿补气养血汤1剂即通,同时补液,迅速复常,其缓下有力而不伤正。所以,承气不惟承气汤和大黄。经验指出,治疗中若腹痛由阵发性转为持续性,甚至腹壁紧张,反跳痛阳性,白细胞计数升高,应及时中转手术治疗。

综上,承气是一种治疗法则,旨在保持肠胃道以通畅为首的正常生理功能。凡具此疗效之法,均可为承气所用,而不惟诸承气汤和大黄。承气立法,符合“亢则害,承乃制”命题意义。

陕西省人民医院(710068) 宋国璋

碱性反流性胃炎治以清胆和胃

碱性反流性胃炎包括胆液、胰液、肠液返流引起的胃炎,但主要是胆汁反流性胃炎。多见于胃切除术后或无手术史,而有幽门功能不全的病人。碱性反流性胃炎病人常觉上部烧灼痛,无定时,但饭后加重,呕吐后稍好、也有不见减轻,有时呕吐物含黄色胆汁及食物。医生注意检查是不难诊断的,胃镜检查常可看到胆汁反流入胃。目前,西医无更好的方法治疗,往往还依赖于再次手术,甚而作胃壁细胞迷走神经切断术。根据我的

临床经验,可以用中药调治。

《灵枢·四时气篇》曰:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦。”胆热犯胃,胃气上逆,故吐酸苦水,或呕黄涎而粘,干呕呃逆,舌苔间现杂色,脉兼弦滑。中医治以清胆利湿,和胃化痰。《重订通俗伤寒论》以蒿芩清胆汤治之。何秀山说:“足少阳胆与手少阳三焦合为一经。其气化一寄于胆中以化水谷,一发于三焦以行腠理。若受湿遏热郁,则三焦之气机不畅,胆中之相火仍炽,故以蒿、芩、竹茹为君,以清泄胆火;胆火炽,必犯胃而液郁为痰,故臣以枳壳、二陈,和胃化痰,然必下焦之气机通畅,斯胆中之相火清和,故又佐以碧玉,引相火下泄;使以赤苓、俾湿热下出,均从膀胱而出,此为解胆经之良方,凡胸痞作呕,寒热如疟者,投无不效”。何氏之说很有道理,治碱性反流性胃炎的确有效。胆、胰、十二指肠均在胃后,通下为顺、上返为逆,关键在于肠道、胆管、胰管是否畅通,此中是否洁净无垢,而三者之间,尤以胆为先,故治疗以清胆为主;胃受胆汁骚扰,胃气不和,宜以安抚。我将蒿芩清胆汤略作调整,提高了疗效。具体用药:陈皮、仙半夏、茵陈蒿、青蒿、黄芩、黄连、枳壳、枳实、生甘草。陈、夏和胃降逆;芩、蒿清胆;川连可减轻胃粘膜之充血、糜烂;二枳行气消积,增强胃肠道的运动节律,减少胆汁逆流;甘草和中,并能增加胃的粘液合成,保护胃粘膜,减轻胆汁的损害,促进炎症、溃疡的愈合。本方服之,未见副作用。

南京铁道医学院(210009) 窦国祥

重症肌无力从肝论治

重症肌无力的病机一般认为以脾虚气陷为主,主张用补中益气汤加减以升阳举陷。欧阳琦研究员积50余年的临床经验,认为本病病机除脾虚气陷这一方面外,肝不主筋也是重要的方面,因此主张既重视升阳举陷,又重视柔肝润筋。

1 肝不主筋是重症肌无力的重要病机。肝主藏血,“主身之筋膜”(《素问·痿论》),而筋膜附着于骨而聚于关节,直接联结关节、肌肉,影响着肌肉的收缩弛张、关节的屈伸转侧,故《素问·五脏生成篇》称之为“诸筋者,皆属于节”。因此肝之血液充盈,筋得其养,则筋强而能主其用,肌健而运动有力;如果肝之气血衰少,筋膜失于濡养,则筋失用而肌痿无力矣。正因为肝与肢体的动关系密切,因此《素问·六节藏象论》称肝为“罢极之本”,而《素问·上古天真论》也谓之“肝气衰,筋不能动”,因之认为肝不主筋是重症肌无力的重要病机。同时,肝主疏泄,具有主升、主动的生理特点,直接调节气机的升降出入,对脾胃之升降清浊也起着协调平衡

作用,如果肝之疏泄功能正常,则脾气得以升举,而肌肉亦有所主;若肝之疏泄功能异常,则可使脾之升清功能受到影响,从而出现胞睑下垂等现象。

2 重症肌无力症出两途。观察重症肌无力的临床表现,可知本病患者确实存在脾虚气陷与肝不主筋两类不同证候,前者表现为气虚,略偏于寒;后者表现为阴虚,则偏于热。因此凡见口中中和、大便溏、舌质淡者,从脾论治;见口干、便秘、舌质红者,则宜求治于肝。

3 柔肝润筋则疲软之肌可恢复。欧阳老治疗重症肌无力而因于肝不主筋者,喜用柔肝润筋之法,常用白芍柔肝缓急,蝉衣熄风,葛根升津润燥,丝瓜络疏肝通络。若阴亏明显者加制首乌、桑椹、阳亢明显者加石决明、天麻、钩藤,目疾加菊花、谷精草,盗汗加煅牡蛎,便秘加草决明,关节僵硬疼痛加木瓜、苡仁。如治陈某,女,4岁。双睑下垂半个月,伴白眼时翻,磨牙,夜寐不安,盗汗,口干,舌质红。诊断为重症肌无力眼肌型。患者虽有双睑下垂,但伴口干、舌红,乃肝阳上亢化热所致;夜寐不安、盗汗,乃因肝经虚热,热迫阴液外出;磨牙、白眼时翻,为阳亢而欲动内风之象。治宜平肝以熄其风,清热以通其络,升津以润其燥,药用白芍9g,蝉衣3个,葛根7g,丝瓜络1.5g,煅石决明6g,煅牡蛎6g,菊花3g,谷精草3g,天麻0.5g,桔梗3g。服14剂后眼睑下垂已不明显,诸症亦明显减轻,守上法,加甘草0.3g以善后。

湖南省中医药研究院(410006) 周 慎

口苦说异

口苦首载于《内经》。如“口苦者,病名如何?何以得之……,病名为胆瘿,……此人者数谋虑不决,故胆虚气上溢而口为之苦”。“肝气热则胆泄口苦”。这些记载不仅首次提出以口苦为主症命名为“胆瘿”,而且指出了胆热、肝热是形成口苦的主要病因,胆泄上溢是口苦形成的主要病机,为口苦病证的诊治奠定了基础。后世医家遵《内经》之旨,无论时邪热病还是内伤杂症,在论及口苦时咸从热治。时至今日之中医教材对口苦的论述亦皆从热治。然口苦一症并非尽皆主热。

据余临证所见,在时邪热病中口苦主热无可非议,且口苦不作主症,热清则苦味自除,但在内伤杂症中,口苦有主寒者,两者之别须从口苦本症及舌苔与全身症状来辨之。口苦主热者,口苦且干,渴欲饮水,饮之为快;或口苦,舌上有麻辣感;或口苦,口中伴有臭秽。其苔多见深黄或老黄或黄而干燥或黄腻,舌质偏红或红绛。口苦主寒者,口苦而淡,口渴而不思饮,饮亦不多;或口苦而咸涩多涎;或口多清水。其苔多见白滑或白腻