

姚乃礼应用调和肝脾法经验

王少丽 张润顺 白宇宁 周雪忠 陈兰羽 刘 震 王映辉

(中国中医科学院广安门医院消化科,北京市宣武区北线阁5号,100053)

[关键词] 肝脾不和;调和肝脾;临床经验;姚乃礼

中国中医科学院姚乃礼教授善治肝胆脾胃及内科疑难杂症,对内科疾病多从肝脾失调辨证,善用调和肝脾法,疗效显著。现总结如下。

1 辨证经验

1.1 重舌脉,脉症合参

脉象的形成与脏腑气血关系密切,左右寸口脉各有其所主脏腑,诊查各部脉象,结合全身症状等,可知病机所在。临床上左关脉弦,右关脉弱是肝脾不调的典型脉象,但也有其它情况,如《脉诀新编》云:“虚证宜见虚脉,若两手脉弦,谓之双弦。弦乃肝脉,右关见之是肝木乘脾”。脾虚时常伴舌质淡胖,边有齿痕,肝病久可见舌红或暗等化热及入血分的征象。姚教授在临床辨证上重视舌脉,特别是对于一些仅有实验室检查指标异常的患者,舌脉则是重要的辨证依据。

诊查脉象可以了解疾病的病位、性质和邪正盛衰等,对辨识证候、指导治疗非常重要。特别是脉症反映病的总体变化,邪正虚实的情况。一般而言,临床上诊脉至少要从“位、数、形、势”四个方面,至少要把握“浮、沉、迟、数、虚、实、滑、涩、细、弦”等脉。从脉位上讲,“沉”表明患病时间长,病变在里,或有积滞;“迟数”在临床上能反映寒热属性,是否数脉要结合其平时的脉象,单纯用“数”脉并不能十分准确地表示脏腑功能状态,故又有“小数”、“偏数”等情况;从“形”上来说,正常脉象和缓均匀,有一定的脉形,提示正气充足,弦提示肝气郁滞或肝旺,细而弱提示气血不足,散乱亦提示虚;脉“势”是指脉的态势,如滑、涩、洪,一般反映邪盛,滑象提示气血流畅,或有痰,涩象提示有积滞、瘀血。查脉势一定要结合首诊情况,并根据每次脉象的变化辨别其病势的变化。脉象既能反映脏腑整体功能,又能反映具体变化,临床时一定要仔细考虑,细心体会,同时要注重舌脉合参、脉证合参。

1.2 审病因,溯本求源

现代社会中,精神专注、多坐少动可导致肝气郁

结,脾气壅滞;饮食不节、忧愁思虑可伤脾,情志不舒则伤肝,以上病因,影响的脏腑主要在肝脾,形成肝脾不调证。

1.3 析病证,明轻重主次

肝脾不调主要证候包括肝郁及脾虚两方面,兼证较多,无论是其主要证候还是兼证,均有轻重缓急之分,临证用药,必须根据证候的轻重选择用药。如患者纳呆食少,便溏,舌淡而胖,脉细弱,常提示脾胃虚弱明显;如胁腹胃脘胀满疼痛较重,精神抑郁或烦躁,脉弦明显,常提示肝气郁结较甚。

1.4 和肝脾,重调气血

一般认为,肝脾不调多以疏肝健脾的逍遥散为主进行治疗,但逍遥散理气之功较弱,姚教授认为,肝除主一身气机的调畅外,还主藏血;气为血之帅,气滞日久,必然影响血分,导致气血失和,因此,调气时亦应重视调血,因此临证时,不管有无明显血瘀,均需加入和血之品,这也是中医“治未病”思想的具体应用。对于调血之剂,可相机使用,一般多用赤芍、当归、丹参,血瘀较重者可选用莪术、延胡索、郁金、川芎、土鳖虫、桃仁、蒲黄、三棱、炒五灵脂、益母草、泽兰、红花等。

1.5 辨兼证,随证加减

从肝脾不调证兼证可见,除基本证候肝郁及脾虚外,肝脾不调证还常兼有热、痰、湿、饮、毒、瘀、食积等病理因素,或兼有阴虚、血虚、阳虚等虚象。肝郁日久,可化火、伤阴、入血分;脾虚不运,可酿生水湿、痰浊;生化无源,可导致血虚;湿浊化热可形成湿热,热盛可成毒。有的病理因素的产生也可能与病因有关,如邪毒侵袭,积聚日久,可形成瘀毒等,另外,从病位来看,肝脾两脏病变日久,可累及肾而形成肾虚,邪扰心神或正虚心神失养,常导致心神不安,出现失眠等症;有的还影响到肺、胃、大肠、小肠等其它脏腑。

2 用药经验

2.1 核心方为主,随证加减

姚教授治疗肝脾不和,其核心方为逍遥散。其核心方中除常用赤芍、当归以外,临证时常根据兼证结合病位,病性加减。湿盛者,常用苍术、厚朴、陈皮、法半夏、茯苓等;饮停者,重用茯苓、炒白术,酌加泽泻、大腹皮、车前子等;痰浊明显者常用陈皮、法半夏、厚朴、旋覆

花、炒枳实、远志、桔梗、瓜蒌、竹茹、石菖蒲、浙贝母、僵蚕、胆南星等；食积者，常加焦神曲、焦山楂、焦麦芽、焦槟榔、鸡内金、炒莱菔子等；热毒盛者，常加栀子、山豆根、白花蛇舌草、黄连、黄芩、黄柏、大黄、土茯苓、半枝莲、连翘、败酱草等；痰瘀积滞，散结常用牡蛎、莪术、鳖甲、夏枯草、玄参、浙贝母、穿山甲、僵蚕等。

2.2 据轻重主次，相机用药

肝脾不调证，临证用药，必须根据证候的轻重选择用药，如肝气郁滞较甚者，可酌情加入陈皮、炒枳壳、延胡索、制香附、紫苏梗、九香虫、高良姜、厚朴花、薤白、娑罗子、甘松、香橼、佛手、玫瑰花等。脾虚明显者，可加入太子参、山药、薏苡仁、黄精、大枣等，水湿盛者，可加水红花子、佩兰、薏苡仁、茯苓皮、车前子等，在药物用量上可根据证情调整，茯苓、白术等可由一般用量^{10~15g}加至^{30~60g}。

2.3 据病位病势，遴选药物

中焦是气机升降出入的枢纽，脾胃肝胆疾病，常导致气机的疏泄失度，升降失司，病理因素不同，影响的病位各异，所选药物亦应有别，如对于痰浊、气逆之证，针对其病位在上焦、中焦、下焦，或上逆、中阻之势选择药物。肺胃之气上逆，常用旋覆花、赭石、瓜蒌皮等，旋覆花善降肺胃之气，兼能化痰，尤以降肺气为主；赭石性质沉降，量小时偏于降中焦之气，量大则入下焦；瓜蒌皮长于宽胸理气，全瓜蒌则既能理气，又能通便，大便偏干时多用，如有热象，痰浊偏盛，则宜用全瓜蒌。

3 辨证与辨病相结合

姚教授认为，辨证论治应同时结合现代医学对疾病局部微观改变、检查指标异常等的认识，它们可看作是中医四诊的延伸。现代医学疗效判定标准，也可作为中医临床治疗的重要依据，但不能完全依靠现代医学的病进行辨证，脱离中医整体观，要“证病”结合。同为肝脾不调证，在治疗慢性胃炎时常用柴胡、茯苓、法半夏、炒白术、陈皮、厚朴、苍术、赤芍、白芍、丹参、炒枳壳、党参、木香、延胡索、甘草等；治疗脂肪肝则常用当归、柴胡、赤芍、白芍、丹参、茯苓、白术、陈皮、半夏、苍术、厚朴、泽泻、党参、莪术、甘草等；肝硬化则多用当归、白芍、赤芍、丹参、柴胡、党参、茯苓、炒白术、莪术、蜜炙黄芪、鳖甲、厚朴、焦槟榔、车前子、甘草等；对于伴有泄泻等表现的肠病患者，结肠镜检查见不同程度的器质性改变，或胃镜下有萎缩、肠化或异型增生，属中医“血瘀”证的范围，常加莪术等药物。

4 病有缓急，治有先后

肝脾不调，多见于慢性久病，治疗应当根据病情缓

急，视其标本先后施治。对于一般的患者，可以根据其证候治本为主，但对于一些病情复杂的病例，治疗时需根据病情确定某一时期的目标，一般先解决患者目前最痛苦的症状，然后再针对其根本病变所在治本。

5 以药为主，多法并用

中医治疗以药物为主，但由于病因病机及临床表现各异，在治疗时除针对目前的病机及证候进行调治外，还需结合其它治疗，如调畅情志、节制饮食、气功导引、体育锻炼等。

6 典型病案

杨某某，女，66岁。2006年12月13日初诊。患者主因发现肝硬化1年来诊。1年前因呕血4次，检查发现肝硬化，经住院治疗缓解。近来腹部胀大，满闷不适，食后加重，双下肢凹陷性浮肿，纳差，睡眠可，间断腹泻，小便正常，唇暗，舌质紫暗、舌体胖大、中有裂纹、舌苔薄黄，脉象弦缓。中医诊断：臌胀（肝脾失和，湿浊阻滞）。西医诊断：肝硬化。治以健脾调肝，化湿祛瘀为法，处方：党参15g，白术15g，黄芪20g，茯苓30g，当归15g，赤芍、白芍、法半夏、厚朴各12g，焦槟榔6g，鸡内金、泽泻各10g，车前子30g（包煎），丹参15g，莪术、水红花子各10g，甘草6g。7剂，水煎服，每日1剂，分2次服。12月20日二诊：腹部胀满减轻，双下肢浮肿消失，偶有反酸、腹泻，纳眠可，小便正常，唇暗，舌质紫暗、舌体胖大、中有裂纹、舌苔薄黄，脉弦缓、右弱。治疗仍以前法为主，因水湿势减，恐分利太过，故酌减利水之剂，处方：党参15g，黄芪20g，丹参15g，莪术10g，当归15g，赤芍、白芍各12g，茯苓30g，厚朴12g，法半夏12g，车前子（包煎）、白术各15g，鸡内金10g，甘草6g，紫苏梗10g，苍术12g。2007年1月10日三诊：服上方7剂后，腹胀满缓解，但纳食稍差，偶有胫前轻度凹陷性浮肿，睡眠可，大便调。唇暗，舌质暗、舌体胖大、中有裂纹、舌苔薄黄，脉左弱右弦。治法以健脾利水，活血柔肝，通络散结为主，处方：党参15g，黄芪20g，茯苓30g，白术15g，泽泻12g，车前子12g（包煎），赤芍、白芍、厚朴各12g，莪术10g，炙鳖甲45g（先煎），鸡内金10g，甘草6g，丹参15g，黄连6g。患者以上法治疗用药半年，病情稳定。

按：姚师在治疗本患者时，辨证以肝脾不调为中心，治疗旨在调和肝脾，在不同时期，根据标本缓急，分别针对水湿、血瘀及气滞等兼夹证候之轻重适当加减，使肝脾两脏功能得以调和，诸症缓解。