

寒热并治法在消化道疾病治疗中的应用

张默, 丰胜利*, 张学智

(北京大学第一医院, 北京市西城区西什库大街 8 号, 100034)

摘要 《黄帝内经》明确提出了寒热致病的病因病机及“治寒以热, 治热以寒”的证治方法。《伤寒杂病论》将“寒热并治”思想广泛施用于临床, 创立了一系列治疗胃肠道疾病的“寒热并治”法代表性方剂如泻心汤类方, 后世医家对这一治疗方法又进行充实和完善。自 20 世纪 80 年代开始应用神经内分泌学方法阐述了寒热证发生的机制, 之后对寒热本质开展了进一步的研究, 并将“寒热并治”法有效地应用于消化道疾病的临床治疗中, 如胃食管反流病、肠道病变及相关性胃炎等。介绍了寒热并治法在消化道疾病治疗中的应用思路。

关键词 寒热并治; 消化道疾病; 脾胃病

寒热并治是中医临床上针对寒热错杂这一证候, 采用寒凉药和温热药灵活配伍共同治疗的一种方法, 此法在临床上多用于消化道疾病的治疗。消化道疾病归属于中医学“脾胃病”范畴。脾胃位于中焦, 脾为脏, 藏精气而不泻, 胃为腑, 传化物而不藏, 脏为阴, 腑为阳, 正所谓“阳道实, 阴道虚”。脾为太阴, 其气易虚, 虚则有寒; 胃和大肠为阳明, 其气易实, 实则有热, 脾胃病的生理属性决定了中焦之地易出现寒热错杂、虚实夹杂之证。《脾胃论》云“苟饮食不节, 寒温不适, 则脾胃乃伤”, 提示脾胃病病因多与外感六淫、饮食不节、情志失调、劳累过度有关。脾主升, 胃主降, 脾胃互为表里, 肝主疏泄气机, 故在临床上多相互影响, 同时为病, 导致木郁克土, 脾不升清, 胃不降浊, 引起中焦寒热错杂, 临床上多表现为脾寒胃热、肝热脾寒、胃热肠寒等证。

1 寒热并治的历史溯源

《黄帝内经》一书中深入探讨了“寒热错杂”的病因病机及“治寒以热, 治热以寒”的证治方法。对于寒热错杂的复杂疾病, 需要灵活运用热药和寒药, 掌握寒热用药的配伍, 去性存用, 共同治疗。《黄帝内经》十三方中, 治疗鼓胀的鸡矢醴, 应用寒性的鸡屎配合温热的酒醅寒热并用, 不仅可

以攻伐胃中实邪, 且又顾护脾气, 可谓攻邪而不伤正。《伤寒杂病论》将“寒热并治”思想广泛地施治于临床, 创立了一系列寒热并治的代表性方剂治疗胃肠道疾病, 如泻心汤类方(半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤), 组方均是应用升药、热药, 如半夏、干(生)姜, 搭配降药、寒药, 如黄芩、黄连, 来治疗脾胃寒热互结、升降失常引起的心下痞、呕吐、肠鸣。干姜黄芩黄连人参汤同样是利用黄芩、黄连的苦降之性配合干姜的温热升散之性治疗寒热格拒、食入则吐的脾胃症状^[1]。同一时代的《神农本草经》在“序录”中也指出, 药物有寒、热、温、凉四气, 并强调使用药物时阴阳并调、相须相使的组方配伍原则。书中所记载的寒热错杂之证有外感, 如中风寒热、风湿寒热, 也有脏腑内伤寒热, 如脾胃寒热、膀胱寒热^[2]。隋唐时期孙思邈《备急千金要方》中的温脾汤、健脾丸, 均应用辛温的附子、桂枝、干姜搭配苦降的大黄以健脾和胃、消食导滞。金元时期李东垣认为, “火与元气不两立, 一胜则一负, 惟当以辛、甘、温之剂, 补其中而升其阳, 甘寒以泻其火则愈矣”。其在《兰室秘藏》中创立的枳实消痞丸, 就是应用寒药(黄连、枳实)配伍热药(半夏、生姜), 从而达到消痞除满、健脾和胃的目的。河间寒凉派刘完素在应用寒凉药时方中总有一两味温热药用于顾护中阳。明代医家张景岳在其《景岳全书》寒热篇、虚实篇中也具体论述了寒热病机在

基金项目: 北京市中医药薪火传承“3+3”工程

* 通讯作者: 13520819848@163.com

人体中的复杂变化。李时珍的姜黄散（生姜配黄连）、姜连散（干姜配黄连），一阴一阳，一寒一热，阴阳相济，也是寒热并治的典范。

2 寒热并治在消化道疾病治疗中的应用

2.1 关于寒热证的理论研究

谢竹藩教授是我国著名的中西医结合专家，在疾病治疗方面以寒热理论为切入点，对中医传统理论及哲学方法有许多独到见解，并进行了系统的研究，成绩卓著。谢老师从临床测定生理指标入手，率先应用神经内分泌学阐述了寒证、热证的发生机制^[3-4]，通过多年的临床观察及实验室研究发现：

1) 以尿儿茶酚胺（CA）的排出量所表示的交感-肾上腺髓质系统的功能活动与病证的寒热关系密切，即热证主要表现为交感活动的增强，寒证主要表现为副交感活动的增强。例如，与脾胃气虚的患者相比，脾胃虚寒患者的尿 CA 排出量明显减少，而脾胃实热证患者的尿 CA 明显增多。2) 尿中前列腺素 E_2 （ PGE_2 ）、 $F_{2\alpha}$ （ $PG_{2\alpha}$ ）排出量与病证的寒热关系密切，即虚热证患者尿中 PGE_2 排出量增多， $PG_{2\alpha}$ 排出量无明显改变，两者的比值升高；虚寒证患者的尿中 PGE_2 排出量减少， $PG_{2\alpha}$ 排出量增加，两者的比值降低。3) 尿-环磷酸腺苷（cAMP）、尿-环磷酸鸟苷（cGMP）的排出量与病证的寒热关系密切，虚寒证 cAMP 相对降低，而 cGMP 则增高；热证患者（虚热证、实热证）的 cAMP 相对增高。

在谢老师前期研究的基础上，我们对寒热本质开展了进一步研究。通过研究十二指肠溃疡（DU）患者的寒热辨证与幽门螺杆菌（Hp）感染情况及炎症因子白细胞介素 8（IL-8）的相关性，发现热证 DU 患者的 Hp 感染及胃黏膜 IL-8 含量均高于寒证及无明显寒热证者。此外，将胃黏膜急性炎症患者的中性粒细胞浸润程度按炎症活动程度进行分级，发现寒证患者的炎症多无明显活动性，而无明显寒热证患者的炎症为轻、中度活动性，热证患者的炎症多为重度活动性。对于慢性炎症，通过研究患者的淋巴细胞与单核细胞浸润程度，发现寒证和无明显寒热证患者多为轻、中度慢性炎症，而热证患者为中、重度慢性炎症。研究证明，热证患者的炎症反应较重，寒证患者的炎症反应较轻^[5]。此外，我们还将寒热理论运用到糖尿病、皮肤病、妇科病等疾病治疗研究中，尤其在“寒热并治”治疗消化道疾病方面，进行了深入的思考与探索。

2.2 寒热并治消化道疾病经验探索

2.2.1 疾病发展的不同阶段寒热侧重的运用 在人体疾病发生发展的不同阶段，寒热是持续变化的，随着病程进展正邪交争的程度、寒热的消长在人体内始终进行着动态的变化。掌握疾病进展过程中寒热的发展变化规律，对于疾病的诊治至关重要^[6]。如慢性萎缩性胃炎（CAG），早期胃镜下以炎性细胞浸润为主，我们认为，胃为阳土，气机郁滞、饮食不节，多从热化^[7]。慢性萎缩性胃炎多与饱食太过、进食辛辣燥烈之品关系密切，故本病早期多见实证、热证，根据以往证型分布的研究也可看出，湿热中阻、肝胃不和为 CAG 初发的多见证型。CAG 中期，镜下可见胃黏膜上皮腺体萎缩，此时脾气不升，胃气不降，气机升降失常，阻碍脾胃通降功能，导致寒热错杂，虚实兼见。CAG 晚期，胃镜及病理多见肠上皮化生和异型增生，此期由于病情迁延日久，中焦正气损伤，脾阳不振，胃气衰败，瘀血阻滞，故多以虚证、寒证为本，痰瘀中阻为标。可见 CAG 的病机是一个由气及血、从实变虚、因虚致实的过程^[8]。在治疗方面，应根据临床辨证及胃镜表现选择方药。早期当以清热化湿、疏肝和胃为主，中期当以调和寒热为主，晚期当以补虚泻实为主。临证时要抓住病症的本质，辨清寒热虚实，四诊中要重视舌诊，因为舌象可以最直接准确地表现患者寒热的多少和虚实的状态。舌质的颜色多可表现出寒热的偏向，而舌苔的厚薄、润燥、色泽以及舌面的前、中、后位置可以分辨出痰、湿、瘀等实邪的多少及寒热偏向，以及位于上、中、下三焦的位置。如舌体瘦小舌质偏红多属阴津不足，若苔腻采用清热化湿的治疗方法时忌过用温燥，阴津严重不足时也可酌情佐以滋阴之药；再如，舌体胖大、舌质略红、舌苔黄腻的患者，在使用清热化湿药物的过程中忌过用寒凉再折脾胃，可适当佐以健脾益气温散之品。

2.2.2 寒热药物的分层次应用 认识疾病的寒热本质是治疗疾病的关键，同样重要的是对药物的应用，善用药者当熟悉药物的四气，即寒、热、温、凉。李东垣《汤液本草》“药类法象”曰“温凉寒热，四气是也。温热者，天之阳也；寒凉者，天之阴也。”药性的寒与凉、热与温分别具有共同的作用和性质，寒与凉、热与温，其根本是“阴和阳”这两个方面在程度上有所不同。对于药性作用相对平和、无明显寒热偏向的药物，我们称其为平性药，其实此类药物也是存在寒热偏性的，只是

程度与寒热偏性明显的药物相比相对轻缓一些而已,因此,所谓的四气其实可以归为寒(凉)、热(温)二气。对于药物的寒热应用,我们临证用药时将寒凉药具体细分为大寒、中寒、小寒三类,将温热药具体细分为大热、热性、温热三类。小寒、温热类药即为寒热偏性较小、较为平和的药,多用于代茶饮或食疗。小寒药物如沙参、麦冬、芦根等,温热药物如紫苏叶等。大寒、大热药物是指寒热偏性明显,此类药物多用于治疗寒证明显或热证明显的实证,用此类药须格外谨慎,要考虑患者正气的储备。大寒药物如石膏、牛黄、大黄,大热药物如附子、肉桂。中寒、热性药物的药性则介于上述两者的寒热程度之间,多用于寒热错杂且寒热任何一方并无明显偏盛时,临床上多用于消化道疾病的治疗。中寒药物如栀子、黄芩、黄连、连翘,热性药物如干姜、吴茱萸。此外,根据药物寒热之性的大分层,可以用药物的“味”进一步将药物进行分类,以便临床上准确使用。寒性药物主要可细分为:1) 清热解毒药,如蒲公英、败酱草、连翘、马齿苋等;2) 清热燥湿药,如黄芩、黄柏、黄连等;3) 清热养阴药,如玄参、麦冬、石斛等。热性药物也可再分为:1) 苦温药,如厚朴、木香;2) 辛温药,如姜、椒目等。3) 甘温药,如山药、饴糖、红参等。4) 香温药,如薏仁、白术、苍术等。

2.3 寒热并治在不同消化道疾病中的应用

2.3.1 胃食管反流病 胃食管反流病属胃肠道动力性病变,表现出因胃、十二指肠内容物反流入食管而引起的一系列不适症状,如反酸、烧心、胸骨后灼热等。根据胃镜下黏膜是否破损分为非糜烂性胃食管反流病、反流性食管炎及 Barrett's 食管 3 种,此病属中医“反酸”“胸痛”“噎膈”“梅核气”范畴。本病病机多为胃气上逆,但根本原因多为中焦寒热错杂,升降无序,胃气本应降但不降,即上逆致病。临证时采用寒热并治法透膈利气,以寒药、热药共用恢复脾胃升降功能,若患者见中阳受损、水湿内生、肢冷头痛,可酌用吴茱萸汤加减;若患者见少阳郁火、心烦不寐,可选用柴胡干姜龙骨牡蛎汤加减;若患者见肝气郁滞、痞闷不舒,可选用半夏厚朴加栀子豉汤加减。

2.3.2 肠道病变 肠道疾病临床上常见的有便秘、肠易激综合征、结肠炎、慢性泄泻等,所谓“大肠者,传道之官,变化出焉”,大肠司传送糟粕以排出的功能,故大肠的病理主要反映在大便的异常

变化方面。大肠属于脾胃系统,故大肠受邪,患者在临床上多出现腹痛、腹胀、泄泻、便秘等相关症状。临证时以寒热并用为基础平调脾胃,再佐以调气养血、健脾益气、清热化痰之品,可收到釜底抽薪之效。对于肠道疾病的患者,临床上下焦湿热证较多见,此类患者湿热日久,多会引起脾阳不振、脾气虚寒,治疗时在采用清热化湿药的同时可选用健脾温中之品,可用葛根芩连汤合理中汤加减;若患者病机见脾肾阳虚,日久则多引起湿热不化,积滞存内,用药时在温肾健脾的同时当佐以清热化湿之品,可用乌梅丸加减。

2.3.3 Hp 相关性胃炎 Hp 近几年来已成为全球性公共健康问题, Hp 的治疗与其耐药性已成为国内临床科研工作者的研究热点。在抗 Hp 的中医治疗方面,我们经过长期的动物实验及临床观察,发现 Hp 的感染者以脾胃湿热证多见,脾胃湿热证患者 Hp 阳性检出率也较高^[8]。而脾胃湿热的根本原因则多是中焦寒热错杂,升降无序,湿无阳可化,热无阴可和,日久折伤脾胃正气,虚实夹杂。我们认为,对于 Hp 感染的患者当以调理中焦枢机为主,寒热并调,攻补兼施^[9]。湿热明显者多采用泻心汤、黄连温胆汤加减;气滞明显者可采用柴平汤加减。此外,我们学术团队多年来致力于对荆花胃康胶丸抗 Hp 治疗的研究,此药中的主要成分为土荆芥、水团花,土荆芥辛温,水团花苦凉,两药寒热并治,清热化湿、散寒化瘀。通过开展临床观察及实验研究,我们发现,荆花胃康胶丸+质子泵抑制剂(PPI)+2 种抗生素的三联疗法,效应等同于铋剂四联方案;荆花胃康胶丸能够缓解 Hp 感染和功能性消化不良引起的胃脘不适等相关症状^[10]。

总之,寒热并治消化道疾病用药宜轻,中病即止。应用寒药时须顾护中阳,用热药时应兼顾阴津。虽寒热并用,但还须辨明病证的寒热主次,选用合适的寒热药物灵活配伍,去性存用,得以药到病除^[11]。

3 小结

源于《黄帝内经》,弘扬于《伤寒论》,寒热并治的治疗思想深刻地影响着后世医家,指导着临床治疗,近年来也有很多学者不断通过药理学研究及临床观察来发现寒热并用法对胃肠疾病动力学的影响和作用机制^[11]。临床疗效无疑是寒热并治思想方法延续并传承至今的最好证明。近年来,我们

从寒热并治角度论治消化道疾病并积累了一定的经验,为这一中医核心辨证治疗思想理论的研究提供了新思路、新方法。

参考文献

- [1] 李赛美.《伤寒论》寒热并用法临床应用[J].北京中医药大学学报,2008,31(12):797-799.
- [2] 官宗华,宋捷民,廖广辉,等.浅析《神农本草经》之寒热并用[J].浙江中医杂志,2012,47(7):498-499.
- [3] 王学美,李宁.谢竹藩名老中医的学术思想及学术成果[J]//中华中医药学会.中华中医药学会名医学术思想研究分会年会论文集.西宁:2013.
- [4] 李梦伊,李宁,叶晖,等.谢竹藩教授中医寒热辨证研究及学术思想的继承与展望[J].中国中西医结合杂志,2015,35(1):5-8.
- [5] 张学智,纪保安.幽门螺杆菌、炎症、白细胞介素-8与十二指肠溃疡的寒热辨证[J].中医杂志,1998,39(10):616-618.
- [6] 郭敦礼.慢性萎缩性胃炎治从寒热初探[J].新疆中医

药,1991,9(1):16-18.

- [7] 刘彬,张学智.名中医张学智教授治疗慢性胃炎临床经验浅析[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(7):393-394.
- [8] 陈瑶.张学智教授治疗慢性萎缩性胃炎经验[J].时珍国医国药,2015,26(6):1502-1503.
- [9] 叶晖,张学智.幽门螺杆菌阳性慢性胃炎脾胃湿热证中西医结合研究进展[J].中国中医药信息杂志,2014,21(9):134-136.
- [10] 李佩芳,张学智,赵换.张学智教授治疗幽门螺杆菌感染临床经验浅谈[J].云南中医中药杂志,2016,37(5):3-6.
- [11] 叶晖,张学智.荆花胃康胶丸治疗幽门螺杆菌相关上消化道疾病临床研究进展[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(11):694-698.
- [12] 王庆国,李宇航,李丽娜,等.半夏泻心汤对胃电节律失常大鼠胃壁 c-kit 基因表达水平的影响[J].中华中医药杂志,2004,19(3):143-145.

Application of “Concurrent Treatment of Both Cold and Heat” in Gastrointestinal Diseases

ZHANG Mo, FENG Shengli, ZHANG Xuezh

(Peking University First Hospital, Beijing, 100034)

ABSTRACT It is clearly put forward in *Yellow Emperor's Inner Cannon* (《黄帝内经》) that the pathogenesis of pathogenic cold and heat as well as the therapeutic method of “treating cold syndrome with drugs of hot nature, and treating heat syndrome with drugs of cold nature”. In *Treatise on Cold Damage and Miscellaneous Diseases*, the thought of “concurrent treatment of both cold and heat” was widely used in clinic, and a series of prescriptions with this thought such as analogous prescriptions of *Xiexin Tang* (泻心汤) was created in the treatment of gastrointestinal disease. Later physicians enriched and perfected this therapeutic method. Since the 1980s, the neuroendocrine method was applied to elaborate the mechanism of “cold and heat” syndrome. After that, the nature of “cold and heat”, and effective use of applied this method in the treatment of gastrointestinal diseases, such as gastroesophageal reflux disease, intestinal disease and related gastritis were further studied. This article introduced the method for application of “concurrent treatment of Both Cold and heat” in treatment of gastrointestinal diseases.

Keywords concurrent treatment of both cold and heat; gastrointestinal disease; spleen and stomach disease

(收稿日期: 2017-06-13; 修回日期: 2017-07-25)

编辑: 黄 健

赵绍琴教授百年诞辰征文

已故赵绍琴教授是中国当代著名中医学家、中医教育家,其学术成就和临床水平享誉国内外,是北京中医药大学和当代中医界的一面旗帜。为迎接和纪念赵绍琴教授百年诞辰(2018-12-04),北京中医药大学特向海内外中医同仁征集学术论文及纪念文章,内容包括:1) 赵绍琴教授学术思想和临床经验的整理和应用研究;2) 临床运用赵绍琴教授学术经验和方药的治验报告;3) 赵绍琴教授百年诞辰纪念文章。

征文无体例、字数限制,曾经公开发表与否不限,篇数不限。已发表过的文章请注明出处,并征得原出版机构的同意。入选征文将汇编成《赵绍琴学术经验整理研究与临床应用》,并于2018年12月前正式出版。征文请附100字以内的作者简介。入选作者将均被邀请参加赵绍琴百年诞辰纪念暨学术研讨会。征文征集截止时间:2018年5月30日。请用WORD文档发送至邮箱:995091676@qq.com 或 sxg6428@163.com。联系人:赵艳;联系电话:010-64286832。