

抑肝、柔肝、疏肝、扶脾、醒脾、燥脾的作用。白芍既入肝、脾经血分,又为脾虚的引经药。方中的防风有风能胜湿,而且可升举阳气而醒脾、疏肝。白术与陈皮,补脾能行气,补而不滞。白术燥湿补脾,但偏于呆滞,易生中焦满闷之弊,加陈皮行气调中,疏肝气之抑,可醒脾气之滞,一动一静,一补一行相得益彰。

例 2:赵某某,男,62 岁,患者近 2 年经常大便溏泻,每日 2~3 次,食海鲜后泻泄次数多达每日 3~6 次。患者急躁易怒,生气时泻泄多达每日 4~8 次。腹痛喜暖,秋、夏季节大便干燥,舌苔薄白,脉左弦,右沉滑。经多医诊治,未发现器质性病变,服药无效。辨证为肝脾不和,风木克土,肝脾失和,肾气虚弱。治法:抑木扶土,温肾化湿。方药:白芍 25g,白术 20g,防风、香附各 20g,羌活、青皮、陈皮各 10g,茯苓 30g,补骨脂、肉豆蔻、车前子(包)各

20g,吴茱萸 6g,肉桂 3g,煅龙骨 30g(先煎),水煎服 5 剂。3 月 8 日二诊,其大便次数减少,腹痛渐止,脉弦缓和,上方去青皮,加茯苓、灶心土 100g,煎汤加水,续服 25 剂。30 天后,再诊,疾病痊愈。此方以痛泻要方为主,外加羌活、协助防风,能加强“风能燥湿”并有升阳作用。另加香附、青皮,协助白芍加强调肝抑木之作用,又加茯苓、车前子和白术,以加强利湿健脾。加豆蔻辛苦而温,助陈皮行气,燥大肠之湿而止泻。温肾药用补骨脂与肉桂,温补命门之火,助脾运化,而且还能平肝。吴茱萸能温肝肾止腹痛。龙骨能潜肝阳,涩下元而止泻。诸药相合,调肝和脾,温肾化湿,升阳化风,故 3 年固疾痊愈。

* 安徽省合肥市太湖西路韦医生中医诊所(230022)

四逆散合六君子汤治疗慢性萎缩性胃炎 38 例

曾 勇* 吴锦波*

慢性萎缩性胃炎(CAG)是一种常见的消化道疾患,属中医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴。其主要病理特征为胃黏膜变薄,固有腺体萎缩或伴有不同程度的肠上皮化生、异型增生等。现代医学公认为癌前状态,因此,阻断、逆转其癌变在目前临床上研究中具有重要的意义。西医仅能针对一般消化不良症状,采用抗酸剂、解痉剂、黏膜保护剂等治疗,而中医在本病的治疗上积累了大量的经验,且取得了良好的效果。我们采用四逆散合六君子汤化裁治疗 CAG,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 病例纳入标准

诊断标准符合《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[1]标准,全部经电子胃镜及病理确诊为慢性萎缩性胃炎,并排除合并有消化性溃疡及有心、肝、肾、造血系统严重疾病及妊娠、恶性肿瘤者。

1.2 一般资料

全部 71 个病例均为本院门诊和住院患者,年龄 27~65 岁,将 71 例随机分为 2 组,治疗组 38 例,男性 22 例,女性 16 例;年龄 27~64 岁,平均(42.9±11.3)岁;病程 1~18 年,长期饮酒者 13 例,有吸烟史 15 例。对照组 33 例,男性 19 例,女性 14 例;年龄 27~65 岁,平均(44.6±11.6)岁,病程 1~20 年;长期饮酒者 11 例,有吸烟史 11 例。两组患者性别、年龄、危险因素和病程均衡性比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组采用四逆散合六君子汤治疗。基本方:党参 20g,白术 15g,茯苓 15g,炙甘草 5g,陈皮 5g,法半夏 12g,柴胡 12g,枳壳 10g,白芍 15g。胃脘痛较甚者加延胡索、郁金、木香(后下)各 10g;胃纳差者加谷芽、麦芽各 30g、焦山楂 15g;口干咽燥、舌红少津者,加石斛 15g、玉竹 15g;舌质暗红或有瘀点、瘀斑者,加三七、丹参、白及各

10g。

对照组采用西医治疗,参考《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[1],根据患者症状,选用奥美拉唑、抗 HP 治疗、胃黏膜保护剂、促动力剂、助消化药等单独或联合使用。

2 组均以 3 个月为 1 个疗程,疗程结束后 1 周内复查胃镜,2 组在治疗期间忌食辣椒、咖啡、浓茶等刺激性食物,以免影响药物研究结果。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。临床痊愈:临床症状、体征消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转达轻度,病理组织学检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和异型增生恢复正常或消失。显效:临床症状消失或基本消失,胃镜复查黏膜慢性炎症明显好转或减轻 2 度,活体组织病理检查证实腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生恢复正常或消失。有效:临床症状减轻,胃镜复查黏膜病变范围缩小 1/2 以上,活体组织病理检查证实慢性炎症减轻,腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生减轻。无效:临床症状稍有好转或无改善,胃镜复查黏膜炎症无明显改变,活体组织病理检查仍是腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生。

3.2 2 组临床疗效比较

治疗组 38 例,临床痊愈 8 例,显效 13 例,有效 12 例,无效 5 例,总有效率为 86.8%;对照组 35 例,分别为 5 例、7 例、11 例、12 例、65.7%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

关于 CAG 病机的认识,多数学者认为,其关键是虚实夹杂,而虚主要是指气虚与阴虚^{〔3〕}。邓铁涛教授认为,萎缩性胃炎为本虚标实的虚损病。本病之虚,主要为脾

胃亏虚,脾亏虚于阳气,胃亏虚于阴液,此为发病的前提和本质。本病之实,多为虚损之后所继发,脾气亏虚,血失鼓动,血滞成瘀阻络;脾失健运,湿浊不化,痰湿停聚;阴液亏损,则易引起虚火妄动。其中脾胃亏损是本病较为突出的病理表现。脾胃亏损,胃失于滋润濡养,是导致胃腺体萎缩的重要病机^[4]。我们亦认为,本病的病因主要为先天禀赋不足或后天脾胃受损,脾失健运、胃失升降,运化失司,痰浊内生,乃成标实,治疗以健脾益气为先,佐以疏肝理气,燥湿化痰。本方中党参、白术、茯苓、炙甘草组成四君子汤,为补脾益气的基础方药,主治脾气虚,众多补脾益气方剂均从此方衍化而来;法半夏、陈皮、茯苓、炙甘草又组成二陈汤,功能燥湿化痰、理气和中。清初名医张路玉曰“气虚者,补之以甘,参、术、苓、草甘温益胃,有健运之功,具冲和之德,故名君子。若合之二陈,则补中微有消导之意,盖人之一身,以胃气为本,胃气胜则五脏受荫,胃气伤则故百病从生。故凡病久不愈,诸药不效者,惟有益胃、补肾两途。故用四君子随证加减,无论寒热补泻,先培中土,使药气四达,则周身之机运流通,水谷之精微敷布,何患其药之不效哉!是知四君六君,为司命之本也。”但仅以六君子汤之功效,泻实之力

稍嫌不足,加用四逆散疏肝理脾,调和肝脾,方中用柴胡,和解少阳,使枢机运转而郁热透达;芍药、甘草,以调理肝脾,则土木得和,气机流畅。同时柴胡与枳实同用,可以升清降浊;芍药与甘草同用,可以缓急舒挛。六君子汤合四逆散,能健脾益气、疏肝理脾,使亏虚的脾胃得到健旺、郁滞的气机得到疏泄、停滞的水湿得到运化,共奏补虚泻实之功。

参考文献

- [1]张万岱,陈治水,危北海.慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J].中国中西医结合杂志,2005,25:172-175.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原[M].北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [3]林晓成.慢性萎缩性胃炎中医药研究概况[J].河北中医,2009,31(5):778-781.
- [4]邓中光.邓铁涛教授临证中脾胃学说的应用(二)[J].新中医,2000,32(3):11-12.

* 广东省东莞市虎门中医院(523938)

通讯作者:曾勇, dgdoctorzeng@163.com, 13712726522

浅述《金匱要略》胸痹的特点

潘 秀 玲*

“胸痹”的名称,始见于《灵枢·本藏》:“脉大则多症。饮,善病胸痹。”临床上以胸膈部满闷憋塞甚则疼痛为主。

《金匱要略》胸痹篇第一条,师曰:“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚在上焦,所以胸痹、心痛者,以其阴弦故也。”从脉象上推证病机,不管是太过还是不及,都是非正常脉,太过就是盛于正常,不及是不足于正常,太过邪气盛,不足正气虚。阳得阴脉,上焦阳虚;阴得阴脉,为阴寒内盛;上焦阳虚,胸阳不振,阴寒内盛,特别是寒邪主收引,主凝滞,主疼痛。当阴寒之邪痹阻胸阳,痹阻者,不通也,不通则痛。因此,二者相互搏结,形成胸痹。病机概括为“上焦阳虚,阴寒内盛,阴乘阳位,痹阻胸阳。”临床上常见胸膈部满闷窒塞甚则疼痛为主的一类疾病。胸痹轻者是一种胸满、胸闷或者是一种痞塞的感觉,重则是疼痛剧烈或者是心痛彻背发作的时候,严重的患者也可以出现濒死感、压榨性疼痛等等临床表现。

第二条:“平人无寒热,短气不足以息者,实也。”本条是承上条进一步阐明胸痹的病机。此“平人”指脉无“太过不及”之人,与“阳微阴弦”对举而言。平人患胸痹而见“短气不足以息”,是胸中气阻;“实也”,又与上条“责其极虚也”相对。属本虚标实,是张仲景“急则治标,缓者治本”的思想体现。

第三条:“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气,寸口脉沉而迟,关上小紧数,栝蒌薤白白酒汤主之。”本条论胸痹病的主症、主脉、主方。胸为气海,为阳气所居之处,背部

是五脏六腑俞穴,阳气出入之所,当胸阳不振,阴寒之邪上乘,胸中痹阻,上下之气不相顺接,前后不能贯通,就出现了胸背痛之主症,如影响肺失宣发肃降,至气机不利,轻则短气,重则喘咳唾等症状。“寸口脉沉而迟,关上小紧数”,主脉与首条“阳微阴弦”的脉象病机相同。寸口关上并举的时候,“寸”脉指上焦,“关”脉指中焦,“关上”不拘于在中焦,而是阴寒内盛之意。沉脉主里,迟脉主寒,脉象仍然意味着胸阳不足、不振,上焦阳虚。“小”为稍稍的意思,“紧”为阴寒痰邪、饮邪、寒邪内盛的意思,对于“数脉”,有的注家说的是衍文,有的专家认为是代表“至数”是一种脉象动态。小紧是阴寒内盛,用“数脉”来表示太过是阴寒内盛之意。因此主脉符合“阳微阴弦”的病因病机。当上焦阳虚,阴寒内盛乘阳位时,就出现了胸背痛、喘息、咳唾等症状。张仲景提出:宣痹通阳、豁痰下气。以栝蒌薤白白酒汤为胸痹病的基础方。方中用主药栝蒌清热化痰,涤痰,开胸散结,润肠通便,其药性偏寒凉是“去性取用”;薤白辅助药,疏滞散结,辛温之性,加上“白酒七升”通阳宣痹,行其药势。阴寒之邪偏盛,“寒者热之”。三药同用,相辅相成,使痹阻通,胸阳宣,胸背痛,诸症可解。

第四条:“胸痹不得卧,心痛彻背者,栝蒌薤白半夏汤主之。”本条承上条进一步论述胸痹病情有增重现象,突出两个症,一个是“不得卧”,一个是“心痛彻背”。今由“喘息咳唾”而至“不得卧”,肺中水饮停留较多,肺失宣降,肺气上而不得下也,胸阳痹闭,不通更甚,症状加重;