

脾虚理论及其应用

——脾胃学说传承与应用专题系列(4)

胡 玲 陈冠林* 陈蔚文

广州中医药大学脾胃研究所, 广东省广州市三元里机场路 12 号, 510405)

基金项目: 国家中医药管理局中医药行业科研专项资助项目(201007006)

* 通讯作者: cnnaus@hotmail.com, 13903074961

[摘 要] 分别从脾虚的起源、古代有关脾虚理论的论述、临床脾虚证诊断标准和本质研究、脾虚相关动物模型复制和机制探讨及脾虚理论和本质研究存在的问题等方面对脾胃学说的脾虚理论及其应用进行梳理, 并探讨了脾虚证的研究方向及思路。

[关键词] 脾虚理论; 应用探讨; 脾虚证

1 脾虚理论的内涵及其源流

受《伤寒论》“实则阳明, 虚则太阴”的影响, 中医多把与脾胃相关的虚证、寒证归属于脾。所谓脾虚是指中医脾脏虚弱, 相当于消化机能不全、营养吸收不足、能量代谢低下、抗病能力下降和各组织机能衰退的一组比较集中反映“脾主运化、升清、统血”等各种生理功能不足的综合症候群; 包括脾气(阳)虚和脾阴虚。实际上脾气虚是脾虚的基本证型, 脾阳虚、中气下陷、脾不统血往往在其基础上发展而来; 脾阴虚则有着相对独立的生理病理、临床表现与辨证治疗。

1.1 关于脾虚的起源

马王堆汉墓帛书《五十二病方》记载消化机能失常为主的疾病为“诸食病”; 同时出土的帛书《足臂十一脉灸经》足太阳脉病候有腹痛、腹胀、不嗜食、善噫等, 可谓是脾虚症状的早期文字记载; 而现存资料中最早记载“脾虚”一词尚推《灵枢·本神》: “脾气虚则四肢不用, 五脏不安。”《灵枢·天年》: “七十岁, 脾气虚, 皮肤枯。”由于当时病、症、证之间并未严格区分, 其所指脾气虚当视为“病”, 与现在所指脾虚为“证候”且包括脾气(阳)虚、中气下陷、脾不统血及脾阴虚诸证有所不同, 但其相关病机及症状的描述却为今天“脾虚”概念的提出提供了理论上的支撑。

1.2 古代有关脾虚理论的论述

《素问·至真要大论》云: “诸湿肿满, 皆属于脾”; 《素问·阴阳应象大论》云: “湿胜则濡泻”; 《素问·异法方宜论》云: “脏寒生满病”。已提出湿证、浮肿、胀满、泄泻等与脾虚运化失权或脾阳虚有关。之后华佗《中藏经》云: “脾不及则令人中满, 不食, 乏

力、手足缓弱不遂、涎引口中、四肢肿胀、溏泄不利”。《太平圣惠方》云: “心腹胀满、水谷不消、喜吞酸, ……腹痛肠鸣、时自泄利、四肢沉重, ……诊其脉沉细软弱者, 乃脾虚之候。”是对脾虚症状的具体描述。而《金匱要略》云: “四季脾旺不受邪。”明确指出机体受病的关键在于脾气之充盈与否, 是对《素问遗篇·刺法论》“正气存内, 邪不可干”和《灵枢·五癃津液别》“脾为之卫”思想的体现和发展。在此基础上, 《脾胃论·脾胃虚实传变论》提出: “元气之充足, 皆由脾胃之气无所伤, 而后能滋养元气; 若胃气之本弱, 饮食自倍, 则脾胃之气既伤, 元气亦不能充而诸病之所由生也。”则直接指出了脾胃是元气之本, 元气是健康之本, 脾胃伤则元气衰, 元气衰则疾病生, “内伤脾胃, 百病由生”的基本观点; 与此同时, 李东垣还创“阴火”论, 所倡“益气升阳”、“甘温除大热”的治法也为世人传颂并沿用至今。针对脾统血, 《难经》云: “脾主裹血, 温五脏”; 《金匱要略》云: “人体五脏六腑之血, 全赖脾气统摄。”《金匱翼》云: “脾统血, 脾虚则不能摄血; 脾化血, 脾虚则不能运化, 是皆血无所主, 因而脱陷妄行。”均明确指出了脾气能统摄全身之血液, 使其循经而不外溢; 若脾虚统血无权则可能会因血离脉道而致出血。

至于脾阴虚, 《素问·太阴阳明论》云: “脾病不能为胃行其津液, 四肢不得禀水谷气, 气日以衰, 脉道不利, 筋骨肌肉皆无气以生, 故不用焉。”首次提出了脾阴虚的病机; 《伤寒论》“胃强脾弱”之说及脾约丸的创治基本区分了脾(气)阳虚和脾阴虚的不同; 《丹溪心法》云: “脾土之阴受伤, 转输之官失职。”明确指出了脾阴于脾脏转输运化功能之重要性; 《血证

论》曰:“脾之一阴一阳,不可偏废”;“脾阳不足水谷固不化,脾阴不足水谷仍不化也,譬如釜中煮饭,釜底无火固不熟,釜中无水亦不熟也。”《先醒斋医学广笔记》云:“若脾虚,渐成腹胀;夜剧昼静,病属于阴,当补脾阴”;“胃气弱则不能纳,脾阴亏则不能消,世人徒知香燥温补为治脾虚之法,而不知甘凉滋润益阴之有益于脾也。”则进一步从病机、症状及治疗上阐述了脾阴虚证阴虚内热、运化失司之气阴俱虚以及治宜甘凉滋润益阴的特点。

2 脾虚理论的临床研究

2.1 脾虚证诊断标准的研究

基于“内伤脾胃,百病由生”和“四季脾旺不受邪”等发病学理论及脾虚是集中反映脾各种生理功能不足症候群的观点,20世纪70年代提出的第一个脾虚证诊断标准包括舌淡或胖嫩、有齿印、苔白润,脉细弱,纳差,肢体怠倦,食后饱胀,大便稀溏或时溏时硬6个主症和一些次症,并以3个主症或2个主症加2个以上次症进行诊断;1982年制定虚证辨证诊断标准时,明确脾气虚由脾虚和气虚证组成;1986年修订该标准时增加了木糖排泄率和唾液淀粉酶负荷试验作为辅助诊断参考指标;1993年中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》和2002年国家食品药品监督管理局《中药新药临床研究指导原则》则分别制定了脾虚和脾气虚证的诊断与程度分级,并同时制定了相应的疗效判断标准。而有关舌红少津、苔少或无,口干唇燥,不思饮食或食后腹胀,大便不调(便秘、便溏或先坚后溏)4项主症和形体消瘦,面色无华,手足心热,脉细无力4项次症中的4项主症或3项主症加2项次症且舌象必备即可诊断脾阴虚证,在20世纪80年代末已有人初步提出^[1]。通过分析不难发现,该辨证标准不仅对脾阴虚运化失司、濡养无权之病理进行了概括,也体现了脾虚的共性及与脾气(阳)虚、胃阴虚的不同,具有一定的临床应用价值。

针对脾虚证的诊断标准,国内有学者提出相关诊断依据多样性和同一诊断依据多态性的看法^[2],提示其间可能存在操作性不强、随意性大和难以统一等问题。对于此,通过临床流行病学、数理统计多元分析开展脾虚证分度量化诊断^[3]和采用特征提取分类集成计算机辅助诊断的模型^[4]均一定程度为脾虚证辨证诊断的规范、量化研究提供了新的方向。本着融中西医理论于一体,有学者更进一步提出“脾虚综合征”观点^[5],把脾虚看作是包括代谢、形态和

功能变化的,既能体现证型,又类似综合症的辨病与辨证结合的新概念。并认为这样不仅容易为现代医学所接受,也有利于临床疗效的提高。其诊断的基本思路是:凡具备面色无华、易于疲乏、四肢酸软、纳呆食少、脘腹胀满和大便溏薄或失调6项中的4项,加上舌淡体胖、脉沉缓即可诊断,其中舌象必备。

2.2 脾虚证本质的研究

早在20世纪70年代,广州中医学院脾胃研究组以甘温除大热治疗慢性低热和北京中医医院对D-木糖排泄试验的探讨已经拉开了临床脾虚证本质研究的序幕^[6-7]。王建华、劳绍贤等基于“脾开窍于口”、“涎为脾之液”的经典中医理论,从消化性溃疡和慢性胃炎着手进行脾虚证唾液淀粉酶的研究,提示其活性比值在酸负荷刺激前后的变化可部分反映脾虚患者的病理生理改变^[8];危北海等从“脾主运化”切入,发现脾虚患者存在胃肠道分泌、吸收和运动功能的障碍^[7];至1986年修订脾虚证诊断标准时,唾液淀粉酶负荷试验和D-木糖排泄率均成为脾气虚证的辅助诊断参考指标。之后研究者^[9-10]根据“脾为后天之本”、“气血生化之源”及“内伤脾胃,百病由生”理论,从临床分别对脾虚证与线粒体、神经内分泌免疫网络等的改变进行探讨,发现多数脾虚患者表现有胃黏膜细胞线粒体结构和功能失调、植物神经功能和胃肠激素分泌紊乱及免疫功能的低下;基于端粒和脾虚均与衰老相关,李德新^[11]提出脾虚与端粒之间可能存在某种联系;陈蔚文等^[12]也提出脾气虚证消化吸收功能障碍亚型可能存在特定相关基因背景的观点。上述研究为阐明脾虚证本质相关的经典理论和提示临床脾虚证的客观存在提供了一定的科学依据。

3 脾虚理论的基础研究

陈小野^[13]认为,由于脾虚证具有模糊、全身性、慢性、虚性以及正常体质呈渐变关系的病理特点为现代医学对病变的认识所欠缺,故脾虚模型复制的意义不仅在于其现代形式的“取类比象”,更重要的是使生物科学成为了脾虚等证候研究发展的基础。有关脾虚证动物模型研究始于1977年,多年来模型复制的基本思路是使其尽量相似于临床。最早以“谷不入,半日则气衰,一日则气少”、“饥不得食,胃气已损,脾气已伤,中气必大不足矣”为依据采用的限制营养法反映了对脾虚与营养不良关系的最直观理解。然后根据“饮食自倍,肠胃乃伤”,“饥则损气”和“饮食劳倦则伤脾”逐渐发展为改变饲料的饮

食失节、改变饮食规律的饥饱失常和劳倦加饮食失节或饥饱失常的多因素复制方法。继之在“大忌苦寒之药伤其脾胃”，“泄泻致虚”，“久泄伤脾”理论指导下以大黄为代表的苦寒泻下法着眼点在于改变模型动物机体的内在功能，较前者有了一定程度的进步。进一步根据“脾虚，忌下、降泄、破气”衍生的耗气破气法目的在于避免苦寒泻下伤阴亡阳之不足。而利血平法则主要模拟脾虚植物神经功能紊乱之病理状态。之后还相继出现生活方式改变、偏食以及病证结合等诸多造模要素，体现了脾虚模型复制从简单到复杂的逐渐演变过程。

尽管脾虚模型已步入机制探讨和药效研究阶段，但其自身的完善仍是研究者要面临的艰巨任务，不断创立复制方法的外延式发展应该转为在已有方法框架内完善的内涵式探讨。由于相关模型均一定程度存在强调慢性造模因素而对稳定性有所忽视及造模因素撤除后自然恢复快的不足，与临床脾虚证形成缓慢、病程绵延、由实到虚、难以自愈的发病内涵和病理特点不能完全吻合；加之造模结果也可能与强制性营养不良因素难以分开呈外因性强而内因性弱的状态^[13]。因此，强调损伤模型动物机体内在正气“精气夺则虚”之理论特点以建立复合因素复制脾虚相关模型及其体系，并进行其规范化的研究^[14]，及与临床脾虚证比较的探讨已经势在必行。

研究提示，四君子汤有促进脾虚大鼠肠上皮细胞更新、胃排空，调整其胃和十二指肠肌电活动，修复脾虚大鼠细胞线粒体损伤以提高细胞氧化酶活性和增强脾虚小鼠抗应激能力的作用^[15-18]；补中益气汤能一定程度恢复和逆转脾虚大鼠胃黏膜损伤和壁细胞内 Ca^{2+} 的异常变化^[19-20]；脾虚小鼠肠道厌氧菌异常低下且部分需氧菌显著增加，参苓白术散能扶植厌氧菌并抑制需氧菌从而一定程度调整其菌群失调^[21]；基于胃泌素受体参与脾虚大鼠病理过程的探讨，发现黄芪健脾益气的作用类似于酶别构效应机制Ⅱ型受体激动剂^[22]；健脾益气升阳法较单纯健脾益气法能更好地调节脾虚大鼠神经内分泌免疫网络的整体机能^[23]；脾阴虚衰老模型大鼠存在细胞线粒体DNA缺失增多、呼吸链酶复合体活力下降改变^[24]等，均是通过脾虚动物实验开展相关药效和机制探讨的具体体现。

4 存在的问题与展望

迄今为止，证候研究既要符合中医理论特点，又要运用现代科技方法予以阐释已不仅是脾虚探索所

遇到的困惑，也是整个中医药现代化进程需要解决的难题；证候概念的模糊和内涵宽泛一定程度影响了其同质性，增加了研究的难度。就目前来说，脾虚本质研究难度虽大却也取得了显著成绩，但针对不同脾虚概念内涵和外延及其间的联系与区别仍是亟待明确和解决的问题。有人认为，证候作为宏观概念在机体系统的不同层次有其相应本质，开展相关研究和指标间关系的探讨可望从更多尤其是微观层次延伸认识，并最终通过综合不同层次的本质而得到对证候研究恰当的结论^[25]。因此，若能在充分认识和深刻把握脾虚证相关理论自身科学内涵的前提下，细化脾气(阳)虚、中气下陷、脾不统血和脾阴虚概念的内涵，使其保持相对独立，并根据中医学学术自身的要求从临床辨证思维和过程出发，构建相应的证候标准而不只是片面追求指标量化，则可能会使相关研究结论更加趋于合理和有价值。针对于此，已有学者考虑通过文献和临床流行病学切入进行脾虚相关理论的发掘和整理，且基于脾虚动物模型尚难尽如人意的现状而提出临床前瞻性探讨与动物实验并举为脾虚证研究的上策，及针对不同疾病进行药物筛选、形成专病专方的探索是加强脾虚治疗研究深度、广度明智之举的观点^[26]。同时根据五脏相关理论进一步探讨脾虚与他脏的关系也势在必行。总之，通过共同努力，脾虚的研究将会取得更有实用价值的科学结论，并可望成为具有时代特色脾胃学说理论体系的重要组成部分。

参考文献

- [1]管学忠,魏睦新,贝叔英.脾阴虚证治的临床探讨[J].广西中医药,1989,12(1):18-20.
- [2]陈小野,邹世洁.脾气虚证多态性的初步探讨[J].中医杂志,1996,37(2):113-116.
- [3]孙弼纲,刘健.脾虚证分度诊断及病理生理学动态变化研究[J].安徽中医学院学报,1999,18(5):4-6.
- [4]邹永杰,周继鹏,王桂香,等.基于特征提取的分类集成在脾虚证诊断中的应用[J].计算机应用与软件,2010,27(3):22-25.
- [5]危北海,金敬善,赵子厚,等.“脾虚综合征”一种新的病证诊断学概念[J].中国中医基础医学杂志,1997,3(1):6-9.
- [6]广州中医学院脾胃研究组,广州绢麻纺织厂卫生所.运用脾胃学说治疗慢性低热70例初步报告[J].新中医,1977,(2):19-23.
- [7]危北海,金敬善,张维祖.对“脾主运化”的初探[J].中医

- 杂志,1981,22(3):61-63.
- [8]广州中医学院脾胃研究组.脾虚患者唾液淀粉酶活性初步观察[J].中华医学杂志,1980,60(5):290.
- [9]刘友章,宋雅芳,劳绍贤,等.胃脘痛患者胃黏膜超微结构研究及中医/脾—线粒体相关理论探讨[J].中华中医药学刊,2007,25(12):2439-2442.
- [10]卓勤,金敬善,邓新荣.中医脾与神经内分泌免疫网络调节的关系[J].中国中医基础医学杂志,2002,8(9):80-82.
- [11]陈雷,李德新,王彩霞,等.端粒与脾虚关系理论研究[J].辽宁中医杂志,2003,30(8):626-627.
- [12]陈蔚文,王颖芳,劳绍贤,等.脾气虚证患者基因差异表达研究[J].中国病理生理杂志,2008,24(1):148-152.
- [13]陈小野.脾虚证动物模型的造模思路[J].中医杂志,1995,36(4):239-241.
- [14]陈小野,周永生,樊雅丽,等.脾气虚证动物模型规范化的初步研究[J].中国医药学报,2001,16(4):52-58.
- [15]彭成,曹小玉,周智科,等.四君子颗粒对脾虚动物胃肠细胞保护作用的机理研究[J].成都中医药大学学报,2001,24(1):32-34.
- [16]任平,黄熙,张莉,等.四君子汤对实验性脾虚大鼠胃排空率的影响[J].中国中西医结合杂志,2000,20(8):596-598.
- [17]刘友章,王昌俊,周俊亮,等.四君子汤修复脾虚大鼠线粒体细胞色素氧化酶的作用及机制[J].中国临床康复,2006,10(35):118-122.
- [18]张海英,薛洁,史玉柱,等.补虚药对脾虚模型小鼠抗应激功能的影响[J].新疆中医药,2009,27(2):53-55.
- [19]王汝俊,傅定中,邵庭荫,等.补中益气汤对“脾虚”大鼠胃黏膜易损伤性的复健作用研究[J].广州中医学院学报,1995,12(3):31-33.
- [20]隋峰,王汝俊,王建华.补中益气汤、党参、白术含药血清对离体脾虚大鼠壁细胞胞内 $[Ca^{2+}]_i$ 的影响[J].中药药理与临床,2005,21(3):3-5.
- [21]丁维俊,周邦靖,翟慕东,等.参苓白术散对小鼠脾虚模型肠道菌群的影响[J].北京中医药大学学报,2006,29(8):530-533.
- [22]赵军宁,王建华,黄衡,等.胃泌素受体在脾虚大鼠的异常表达与中药调控作用研究[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(5):36-40.
- [23]胡娜.升阳法对脾虚大鼠神经内分泌免疫网络影响的实验研究[J].贵阳中医学院学报,2008,30(1):28-30.
- [24]尹德辉,王彩霞,李德新.脾阴虚证衰老模型大鼠心肌和脑组织线粒体DNA缺失情况[J].中国临床康复,2006,10(35):100-102.
- [25]杨小波,吴焕林.脾气虚证本质研究的关键问题分析与解决策略[J].北京中医药大学学报,2007,30(12):812-823.
- [26]陈家旭.中医脾虚证的研究进展与展望[J].湖南中医药导报,1984,4(8):14-15.

(收稿日期:2012-03-31;修回日期:2012-04-06)

[编辑:黄健]

全国第七届“中西医结合治疗肝病高级专修班”通知

由中华中医药学会继续教育部、中医杂志社、北京东方中医药培训中心主办,河北中医肝病医院协办的“全国第七届中西医结合治疗肝病高级专修班”定于2012年9月14-17日在河北中医肝病医院举办。本期高级专修班的办学宗旨是:浓缩中西医结合治疗肝病理论与实践精华,突出临床实用经验,使学员开阔视野,在短期内获得该领域内名老中医诊治经验以及最新的肝病研究治疗动态。本期专修班将邀请国内知名肝病专家教授重点传授自己在临床工作中的治疗经验及行之有效的中医传统方、验方,并将介绍治疗肝病中药研究进展方向等。凡参加本期专修班学习者可获得国家级教育学分(I类学分12分)。现将有关事项通告如下:

一、日期安排:9月14日(星期五)全天报到;9月15-16日专家讲座及交流;9月17日返程。

二、培训地点:河北省石家庄市河北中医肝病医院。

三、交通路线:1.石家庄火车站售票厅外停车场有河北中医肝病医院班车(每天10趟)免费接送,接站电话:0311-88786114。2.石家庄火车站乘31路公共汽车至正定汽车站换4路公交车到河北中医肝病医院下车;或石家庄博物馆乘130路公共汽车到河北中医肝病医院站下车。3.石家庄京石高速公路正定出口处下车至河北中医肝病医院。4.乘机者从石家庄机场乘民航班车或出租汽车到河北中医肝病医院(该院位于机场与石家庄市中心之间的京石高速公路正定出口处)。

四、收费标准:980元(包括学费、资料费、国家级医学继续教育学分证书费、工作餐费等),旅游费及住宿费自理。金星假日大酒店(四星级)140元/人。

五、咨询电话:0311-88788272,88787701,13091000293,E-mail:zygbby@126.com

六、联系人:刘素敏、张涵