

引用:卢锦莹,朱莹.朱莹运用升降理论治疗脾胃病经验[J].湖南中医杂志,2021,37(1):20-22.

朱莹运用升降理论治疗脾胃病经验

卢锦莹¹,朱莹²

(1. 湖南中医药大学,湖南长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 介绍朱莹教授运用升降理论治疗脾胃病经验。朱教授治疗脾胃病多从“气机升降失常、升清降浊失职”入手,通过调节脾胃气机升降,运用健脾理气、化痰祛湿之法,顺应脾胃的生理特性,遵循辨证辨病、中西药健运、生活情志养护 3 个步骤。诊疗思路清晰,切中病机,用药精准,疗效显著。并附验案 1 则,以资佐证。

[关键词] 脾胃病;升降理论;名医经验;朱莹

[中图分类号]R259.73 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.006

升降理论始于《黄帝内经》,后世医家张仲景、李东垣、叶天士等均有所阐发,现已成为指导辨证的重要思维法门。《素问·六微旨大论》载:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危……无器不有。”气机升降是自然界的一般规律体现,人与天地相应,阴阳之气的升降出入,成为人生命活动的基础表现形式。《叶天士医案》载:“脾宜升则健,胃宜降则和,太阴湿土,得阳始运,阳明燥土,得阴始安。”脾主升,胃主降,升者升清阳,降者降浊阴,是以脾胃的升降出入是人体气机气化功能的重要体现。

朱莹教授系全国第二批优秀中医临床人才,从事中医学教学、科研及临床工作三十余年,熟读中

医经典,博采众长,学验俱丰,对脾胃病的诊治有独到的见解,临床疗效俱佳。朱教授认为脾胃气机升降关乎全身,多从调理气机升降方面遣方用药。笔者(第一作者)有幸跟随朱教授学习,受益匪浅,现将其临床运用升降理论的经验略述一二。

1 脾胃气机升降源流

张仲景之《伤寒论》以六经之法辨脉辨证,并运用升降理论治疗疾病。如辛开苦降、寒热平调之半夏泻心汤,降气化痰、益气和胃之旋覆代赭汤,又如痞证之三泻心汤治法转变的条文中,均寓理于用,旨在复脾胃升降之枢。李东垣重视脾胃升降之说,其升降浮沉理论源于《内经》《伤寒杂病论》,认为

第一作者:卢锦莹,男,2018 级硕士研究生,研究方向:中医药防治消化系统疾病

通讯作者:朱莹,女,医学博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医内科学,E-mail:zhuying089@126.com

参考文献

[1] 王辰,迟春花,陈荣昌,等.慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)[J].中华全科医师杂志,2018,17(11):856-870.

[2] 高学敏.中药学[M].北京:中国中医药出版社,2007:1-524.

[3] 许扬,张鹏俊,杨汀,等.我国基层慢性阻塞性肺疾病防治现状研究[J].中国全科医学,2016,19(34):4153-4158.

[4] 郑肇良,周文雄,林月华,等.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病特色与优势研究概述[J].新中医,2010,42(4):109-111.

[5] 吴银根.慢性阻塞性肺疾病(COPD)中医辨证治疗要点[C]//中国中西医结合呼吸病专业委员会.第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集.北京:中国中西医结合呼吸病专业委员会,2010:16.

[6] 董俊龙.关联规则和聚类分析在方剂配伍规律研究中的应用[D].沈阳:东北大学,2010:3.

[7] 柯庚申,黄锦榕,杨朝阳,等.肺胀 2 号方对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾气阴两虚型患者中医证素的影响[J].新中医,2018,50(12):79-82.

[8] 林承霞,范良,卢保强,等.傅氏清肺化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证临床研究[J].河南中医,2018,38(9):1387-1390.

[9] 康玲玉,柏正平,刘敏,等.柏正平从虚、痰、瘀论治慢性阻塞性肺疾病稳定期经验[J].湖南中医杂志,2016,32(3):11-12.

[10] 刘江彦,张建芬,王国琛.慢性阻塞性肺疾病稳定期特点分析[J].湖南中医杂志,2012,28(6):90-91,94.

[11] 刘勇,付玲,张磊,等.《重庆市中医院百年薪火传承集》——罗玲[M].重庆:重庆出版社,2016:259-261.

[12] 陈振翼,方邦江,闫绍,等.宽胸理肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰浊壅肺证)患者的临床研究[J].中国中医急症,2019,28(7):1133-1135.

[13] 王爱琳,吴红彦,马春林.苓桂三子汤治疗痰瘀互结型慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].时珍国医国药,2019,30(7):1651-1653.

(收稿日期:2020-02-10)

“治病必本于四时升降浮沉之理”。“一年之气升者升,降者降,唯有长夏土行居中升降沉浮,调控四时之气”。人与天地相应,人身之气随四时之气的升降浮沉而生长收藏,土行居中化生万物,乃五行之气流通交互的枢纽;脾居中焦,是人体气机升降运动的枢纽。叶天士认为“纳食主胃,运化主脾,脾宜升则健,胃宜降则和”。脾胃升降相因,纳运相得,人体正常运转。若清阳不升,浊阴不降,阴阳不归本位,则阴阳反作,病之从起。

朱教授从诸代医家中汲取脾胃升降理论精义,其认为,对脾胃升降要精求本意,深入了解脾胃的特性,抓住“枢纽”之意,从经典中结合临床症状选方用药。其精研脾胃升降理论,从“居中央,灌四旁”深度释义脾胃的作用。《素问·玉机真藏论》云:“脾为孤脏,中央土以灌四傍。”脾胃为水谷之海,气血生化之源,脏腑经络之根,后天之本。脾与胃同居中州,气机相因,连通上下,是气机升降出入的枢纽。脾之转动开闭为枢,枢者,关键,要冲之意,脾胃五行属土,土爰稼穡,土者生万物,居中策应,贯通上下,因此脾胃居中央为上下枢纽。“各十八日寄治”^[1],脾在季节中不单主于一时,四季更替结尾前后一十八日,为脾主之时,此时起到承接上一季余气、启起下一季节生气,起到顺接的作用,如同每个环段的衔接,枢纽并行。

2 脾胃气机升降不及

2.1 气机升降失常,痰饮邪实内生 当脾气虚弱,清阳不升,运化不健,水谷精微运化失常,则湿热食积、痰饮瘀浊等病理产物积滞中焦,导致胃失和降,气机升降失常加重,《医宗金鉴》指出:“脾土虚弱,清者难升,浊者难降,留中滞膈,凝聚为痰。”脾为生痰之源,痰饮之邪,可停聚,可流窜,若痰阻中焦,则见痞闷不舒,嘈杂不清;若痰饮泛溢肌肤,水湿为害,则肌肤水肿,流于四肢则见身体困重;若痰蒙清窍,则可见头晕、癫痫等神志疾病。张仲景之《金匮要略》对于“四饮”多有详细描述,认为痰饮形成后可影响诸多脏腑。

朱教授明确治疗痰饮的关键在于脾胃,善治痰者治气,关键在于恢复脾胃升清作用,多采用健脾利水、行气化痰、温痰化饮之法,选方如二陈汤、温胆汤、参苓白术散、苓桂术甘汤、五苓散等行气利水剂,并随症加减,常用佩兰、藿香、白扁豆药组,荷叶、佛手药组等芳香醒脾配伍。不良的饮食习惯导致肥胖患者日益增多,类似于痰湿体质,而抗生素

的滥用,使痰湿者更为多见,故在运用中药时,应配合化痰类西药及雾化、吸入支气管扩张剂等措施。

2.2 升清降浊失职,气血生化无源 饮食入胃,胃主受纳腐熟,脾主运化,转化为水谷精微,进而输送全身。水谷精微化生血液,如《灵枢·决气》所云“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血”,亦如《灵枢·营卫生会》指出“中焦亦并胃中,出上焦之后,其所受气者,泌糟粕,蒸精液,化其精微,上注于肺脉,乃化为血”。因此,脾胃为后天之本,气血化生之源,人体的动力之源。人体的一切生命活动均需要气的推动,气的生成依赖是脾胃升降功能的强健,脾气生发,胃气下降,元气才能充沛,机体才能生机蓬勃。如若饮食、劳倦、外邪或其他原因损伤脾胃,则脾胃功能受损,脾气不升,胃气不降,不能运化水谷精微,则气血化生无源,元气不能充盈,五脏六腑、四肢百骸得不到营养,不能激发其功能,日久则虚,百病皆由此生。因此当重调脾胃,时刻护之,脾胃功能正常,既能使气血生化有源,又能协调其他脏腑的气机升降。用药若需用到攻邪之品,当注意固护胃气,因攻邪之品性烈峻峻,易伤胃气。因此调理气机的升降当重在脾胃,时刻护之。如桂枝汤的啜热稀粥,十枣汤中芫花、大戟、甘遂同大枣的配伍使用,先贤的成方用药经验已给我们很好的启示。

3 论治特色

朱教授从升降理论固护脾胃中有其独到的理解,认为治病当顺应脾胃的生理特性,遵循辨证辨病、中西药健运、生活情志养护3个步骤。

3.1 辨证辨病 对待疾病当审证求因,辨证辨病论治。升降是脾胃功能的缩影,也是机体功能的反应,升降失常,在作用于脾胃的同时,也作用于全身各部。因此,治宜调升降,从健运脾胃入手。西医学是辨病论治,常会将某疾病对应某西药;中医学是辨证论治,即是证对应治,但在用药时可以进行中西医结合,辨病辨证同施,疗效更佳。如同《医学衷中参西录》的“石膏阿司匹林汤”般,运用中医中药的原则去辨明西药的药理,对阿司匹林的中药学性能与功效进行认识之后,与中药联合使用^[2]。西医的辨病同中医的辨证相结合之后,当选方用药随症加减。

3.2 中西药健运 朱教授用药以健运脾胃为主,精于配伍,善用角药、对药。选方上常以香砂六君子汤或柴芍六君子汤加减。若胃脘烧心灼痛,胃镜提示溃疡、反流性食管炎或幽门螺杆菌感染(Hp)病

史者,中药伍瓦楞子、海螵蛸药组,蒲公英、白芍药组,西药先抗Hp治疗加质子泵抑制剂(PPI)用药4~6周;大便稀溏或大便黏腻不爽加红曲、炒白术药组,西药可加蒙脱石散、双歧杆菌;恶心想呕加藿香、佩兰、白扁豆药组,西药加如伊托必利、莫沙必利等促胃肠动力药;腹胀、心烦满加紫苏梗、香附药组,佛手、郁金药组,西药可加用神经调节剂,如氟哌噻吨美利曲辛等。

3.3 生活情志养护 朱教授在辨证辨病及以健运药物治疗后,重视其后的调养。疾病的恢复期须遵“三分治疗,七分养护”原则,在接受药物治疗的同时,进行自我调护十分重要,应避免过酸、过辣的食物,以易消化吸收的食物为宜;调理情志,嘱患者舒畅情志、放宽心情,适当予以心理言语安慰,使肝气条达,疏解脾气思结。

朱教授认为,升降失调导致的病证纷繁复杂,恢复“脾胃升降协调功能”是脾胃病辨治的核心和关键,故而重视脾胃升降理论的应用,方药选择多轻灵平和,同时亦注重方药、饮食、心理、精神在脾胃病治疗中的联合运用。张锡纯的中西药合用拉开了“西病中治”的序幕,朱教授遵循这一理念,无论是单纯使用中药还是中西药合用,做到经验使然与理论根据相结合,在选方用药的当中西医结合使用,体现中医辨证选方、西医辨病用药的双重优势,在应用中阐发升降的精义,从而更好的指导临床。

4 典型病案

洪某,男,35岁,2018年10月10日初诊。主诉:胃脘部烧灼感5年。现症见:胃脘部烧灼感,反酸,无恶心呕吐,口干口苦,纳可,寐安,二便调,舌苔偏黑,脉弦。2017年3月3日于当地医院行胃镜检查示:十二指肠球部线状溃疡并出血;重度反流性食管炎;糜烂性胃炎;Hp(+). 我院复查Hp(+). 西医诊断:Hp感染。治疗:四联疗法。即:阿莫西林胶囊,1g/次,2次/d,餐后服;克拉霉素缓释片,0.5g/次,2次/d,餐后服;艾司奥美拉唑,20mg/次,2次/d,餐前服;枸橼酸铋钾颗粒,220mg/次,2次/d,餐前服。10月24日二诊:胃脘部烧灼感缓解,无反酸、恶心呕吐,口干,口苦,纳可,寐安,二便调,舌质黄,脉弦。中医辨证:肝胃郁热证;治法:疏肝理气、和胃泄热。处方:肝胃百合汤加减。方药组成:百合10g,柴胡6g,郁金10g,丹参10g,白及10g,瓦楞子30g,黄芩10g,山药20g,浙贝母10g,太子参15g,延胡索10g,紫苏梗10g,蒲公英30g。14剂,同时服用艾司奥美拉唑。11月7日三诊:胃脘部烧灼感较前缓解,偶有反酸,无恶心呕吐,口干,稍口苦,纳可,寐安,大便干结,2d/次,小便调。舌苔黄,脉弦。继上方加厚朴12g、槟榔10g、刺猬皮

15g。14剂。同时口服艾司奥美拉唑。11月28日四诊:无胃脘部烧灼感、反酸、恶心呕吐、口干口苦等不适,纳可,寐安,大便干结,排便费力,2天1次,小便调。苔黄厚,脉弦。复查Hp(-)。中医辨证:脾胃气虚证;治法:健脾和胃,化湿行气。处方:香砂六君子汤加减。方药组成:木香6g,砂仁6g,法半夏10g,陈皮6g,茯苓15g,甘草3g,白扁豆15g,佩兰10g,白术30g,槟榔10g,枳实10g,竹茹10g,白及10g,瓦楞子30g。7剂。停药半个月后,电话联系诉以上症状悉除。

按语:患者既往有十二指肠溃疡、Hp感染病史,多因饮食不当、劳累过度或是忧思伤脾所致。现以胃脘烧灼感为主症,肝胆互为表里,肝胆之火上犯咽喉,煎灼津液,故见口干、口苦,苔黄、脉弦乃肝胃郁热之征。治宜疏肝理气、和胃清热,方选肝胃百合汤加减。方中取性平之柴胡,微凉之郁金疏肝解郁、理气和胃;延胡索行气止痛;紫苏梗疏肝理气;久病入络,以丹参配合郁金,活血通络,祛瘀生新,同时丹参为清轻干补之品,益气调中,生血养阴;气郁化火,瘀久化热,予黄芩清解肝胃之热;久病多虚,重视固护脾胃,予山药、太子参、百合益气调中,健脾生血,滋养胃阴;对于溃疡患者予白及、浙贝母保护胃黏膜,瓦楞子抑酸止痛;蒲公英清热解毒,是治疗Hp的经验用药。对于溃疡患者质子泵抑制剂服用疗程建议为4~6周,可提高溃疡愈合率。三诊患者胃脘症状缓解,大便干结,加厚朴、槟榔下气宽中、通便,亦有助于下泄胃热;予刺猬皮加强化瘀止痛之效。四诊虽经药物治疗恢复,但其脾胃气机升降失常,脾胃气虚,痰湿内生,津液不布,肠道无以润行,故见大便干结费力,苔黄厚,治以健脾和胃、化湿行气,予香砂六君子汤治疗,该方由健脾和胃化痰名方六君子汤演变,方中茯苓、白术甘温益气、健脾利湿,木香、陈皮、法半夏苦温化痰燥湿,砂仁、白扁豆、佩兰芳香醒脾、健运脾胃,槟榔、枳实利水理气消满,使邪有出路,竹茹止呕,白及、瓦楞子制酸止痛(保护胃黏膜)。本病用药轻灵平和,无多名贵药材,在平凡中取胜,中西药合用,虚实兼顾,升降相依,补而不滞,顺应脾胃枢机之性,切中病机,故能收到较好的疗效。

参考文献

- [1] 王家琪,王彩霞.“脾不主时”与“脾主长夏”的内涵及发展[J]. 中医杂志,2017,58(9):724-728.
- [2] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 太原:山西科学技术出版社,2009:199,259.

(收稿日期:2020-03-13)