

- [24] Buyse M, Squifflet P, Lange BJ, et al. Individual patient data meta-analysis of randomized trials evaluating il-2 monotherapy as remission maintenance therapy in acute myeloid leukemia [J]. Blood, 2011, 117(26):7007-7013.
- [25] Ioannidis JPA. Commentary: Meta-analysis of individual participants' data in genetic epidemiology [J]. American Journal of Epidemiology, 2002, 156(3):204-210.
- [26] Higgins JP, Green S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0 [updated march 2011]. 2011.
- [27] 詹思延, 胡晶. 提高中药系统综述/meta 分析质量的建议 [J]. 中国中药杂志, 2012, 37(18):2702-2704.
- (收稿日期:2014-07-28)
(本文编辑:秦楠)

· 争鸣 ·

“阳道实, 阴道虚”理论与消化性溃疡

孙静晶 赵晓丹 廉艳红 王伟珍 赵兵 周斌

【摘要】“阳道实, 阴道虚”出自《内经》, 历代医家对其有不同的见解, 对其的理解延伸到阳明与太阴, 阳腑之病与阴腑之病, 胃病与脾病; 并认为: 阳明多实, 太阴多虚; 阳腑多为实证, 阴腑多为虚证; 胃病多实, 脾病多虚。作者结合这一理论将对消化性溃疡的认识进行了临床发挥和延伸。消化性溃疡主要分为十二指肠溃疡和胃溃疡, 本文根据溃疡部位(上下)、溃疡症状(疼痛部位、疼痛规律、舌诊规律)、医家经验评析及作者自身经验分析两者的不同, 总结出溃疡的实虚之别: 胃溃疡多为实证, 十二指肠溃疡多为虚证; 胃溃疡证型多为肝胃不和, 十二指肠溃疡多为肝郁脾虚和脾肾阳虚; 符合“阳道实, 阴道虚”理论。这一理论临床上可以为消化性溃疡的辨证施治提供理论基础, 诊断依据。

【关键词】 阳道实, 阴道虚; 消化性溃疡; 虚实证型

【中图分类号】 R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.02.019

《内经》理论不仅奠定了中医学的理论体系, 是中医学理论发展的核心, 而且始终指导着中医临床实践, 至今仍具有重要的研究和实用价值。消化性溃疡主要分为胃溃疡及十二指肠溃疡, 诸医家认为“胃溃疡属实, 十二指肠溃疡属虚”与《内经》中的“阳道实, 阴道虚”相符, 本文就此理论, 结合诸医家的观念, 分析其与消化性溃疡的关系。

1 “阳道实, 阴道虚”理论的出处及内涵

“阳道实, 阴道虚”, 出自《素问·太阴阳明论》:“黄帝问曰: 太阴阳明为表里, 脾胃脉也, 生病而异者, 何也? 岐伯对曰: 阴阳异位, 更虚更实, 更逆更从, 或从内或从外, 所从不同, 故病异名也。帝曰: 愿闻其异状也。岐伯曰: 阳者, 天气

也, 主外; 阴者, 地气也, 主内。故阳道实, 阴道虚。”

古代医家分别从天地阴阳、外感内伤、阴阳经脉、阴阳属性论述。曹青山等^[1]总结, 元代医家朱震亨的“阳有余, 阴不足”论、明代医家张介宾“阳非有余, 真阴不足”论和黄元御的“扶阳抑阴”思想及火神派皆是“实则阳明, 虚则太阴”理论的发挥。

吕衡等^[2]认为“阳道实, 阴道虚”是脾胃生理及病理特点的概括: 正常生理条件下, 胃实脾虚; 病理条件下, 胃病多实, 脾病多虚。并从生理、经脉、病机、病症的方面分别论述了其观点。

陈铭泰等^[3]的观点为: 胃属腑, 传化水谷、泻而不藏, 多表现为有余之状, 故“阳道实”; 脾属脏, 贮藏精气, 藏而不泻, 但却易于耗伤, 因此多表现为不足, 故“阴道虚”。并将腹胀满分为阳明病的里实热证与太阴病的里虚证。

冯五金认为脾胃一脏一腑, 互为表里, 经络相互络属, 生理功能相反相成。病理上中焦脾胃病虚寒之证归于脾, 实热之证归于胃。在治疗上升降并制、寒热共进(温脾清胃)、燥(脾)润(胃)并用等一系列相反相成的治疗用药方法^[4]。

王洪图^[5]认为阳的规律多充实, 阴的特性就是虚弱。阳的规律特征: 阳盛、充实、兴奋。阴的规律特性: 柔弱、不足、安静。“阳道实, 阴道虚”是作为阴阳的基本特点提出来的, 不但是解释太阴阳明, 还可以解释脾胃。解释脾胃的问

基金项目: 国家自然科学基金(30973841)

作者单位: 100053 北京, 中国中医科学院广安门医院脾胃科[孙静晶(硕士研究生)、赵晓丹(硕士研究生)、王伟珍(硕士研究生)、廉艳红(硕士研究生)、赵兵(硕士研究生)、周斌]; 北京中医药大学针灸推拿学院[赵晓丹(硕士研究生)、王伟珍(硕士研究生)], 研究生院[廉艳红(硕士研究生)、赵兵(硕士研究生)]

作者简介: 孙静晶(1987-), 女, 2012 在读硕士研究生。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: fairsun1987@163.com

通讯作者: 周斌(1967-), 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医内科消化病学。E-mail: zbp518@163.com

题,可以理解为胃多实,脾多虚。诊治中焦疾病时实证可泻阳明胃腑,虚证则用补脾之药。

凌耀星^[6]讲:“‘阳道实,阴道虚’是脏腑病理特点的规律性总结,腑病多为实,脏病为虚。”

王庆其^[7]认为张介宾所注较为恰当,且具有很大的临床指导价值,阳主外,所以外感病邪先伤人阳分,再由表入里,传导于阳腑所经阳经,阳腑之病多热多实;而内伤劳倦饮食起居,则先伤人阴分,病发于内,导致脏气受损,所以阴经阴脏之病多虚多寒。从脾胃而言,脾脏属阴,太阴脾经之病,阳气易伤,病多从湿化、寒化,故以寒证、虚证多见。胃腑属阳,阳明胃经之病,津液易伤,病多从燥化、热化,故以热证、实证多见。

诸医家对“阳道实,阴道虚”理论内涵的理解延伸到阳明与太阴,阳腑之病与阴腑之病,胃病与脾病之间的不同;并且从脾胃的生理、病理,经络及其他方面阐述:阳明多实,太阴多虚;阳腑多为阳证,阴腑多为虚证;胃病多实,脾病多虚。并且诊治中焦疾病时实证可泻阳明胃腑,虚证则用补脾之药。如《伤寒论》病邪入里化热,侵犯阳明经,以白虎清热为先,若侵及阳明胃腑,则用承气类。病邪侵入太阴脾经,易化寒化湿,治疗宜温养健脾,以理中类温补建中为主。

2 溃疡部位与“阳道实,阴道虚”关系

从证候特点来看,溃疡病变部位不同,其临床表现也有差异,随着溃疡位置从十二指肠球部、幽门部、胃窦部、胃体部、胃底部、贲门等处上升,其表现的热证、湿热证、实证越多,而寒证、虚证也相对减少。《灵枢·终始》曰:“病在上者,阳也;病在下者,阴也。上下不通而终亦。”清代石苇南^[8]《医原》:“以定位言,则阳在上,阴在下……人之阳降,肺之阴气,下降与肾,如……水由于气化,故曰阳降。”

胃溃疡多发于胃窦小弯,范围在胃小弯靠近幽门 5 ~ 10 cm;十二指肠溃疡发多为十二指肠球部,最常见在距幽门 3 cm 以内。胃溃疡较十二指肠溃疡部位偏上,因此,胃溃疡与十二指肠溃疡相比,胃溃疡多为阳证、实证,十二指肠溃疡多为阴证、虚证,符合“阳道实,阴道虚”理论。

3 溃疡症状与“阳道实,阴道虚”关系

3.1 溃疡疼痛部位与疼痛规律

溃疡疼痛部位:胃溃疡疼痛多在胸骨剑突下正中或偏左,十二指肠溃疡疼痛多在剑突下偏右或剑突与脐连线中点稍偏右^[9]。

溃疡疼痛规律:胃溃疡疼痛多发于餐后 0.5 ~ 2 小时,持续约 1 ~ 2 小时自行缓解,疼痛规律为进食后疼痛加重、1 ~ 2 小时后(食物消化)缓解、再次进食疼痛加重。十二指肠溃疡疼痛多发于餐后 2 ~ 4 小时,持续至下次进食后缓解;其规律为空腹疼痛加重、进食缓解、再次空腹时疼痛加重,患者常有夜间痛。

《素问·阴阳应象大论》:“天地者,万物之上下也;阴阳者,血气之男女也;左右者,阴阳之道路也;水火者,阴阳之征

兆也……”左右分阴阳,则左为阳、右为阴。《景岳全书·心腹痛》:“痛有虚实……辨之之法,但当察其可按者为虚,拒按者为实。久痛者多虚,暴痛者多实。得食稍可者为虚,胀满畏食者为实。痛徐而缓莫得其处者多虚,痛剧而坚实固定不移者为实。痛在肠脏中有物有滞者多实,痛在腔胁经络为实,不干中脏而牵连腰背,无胀无滞者多虚。脉与证参,虚实自辨。”实证多在进食后疼痛加重,多因寒、热、气滞、瘀血和食积所致;虚证多在进食后疼痛缓解,多为胃阴虚或者为阳不足,胃失所养引起。

胃溃疡多为剑突右侧疼痛、餐后疼痛,十二指肠溃疡多为剑突左侧疼痛、饥饿时疼痛,根据中医左为阳、右为阴及实证进食后疼痛加重、虚证多在进食后疼痛缓解,可以得出结论:胃溃疡多为实,十二指肠溃疡多为虚。符合“阳道实,阴道虚”理论。

3.2 溃疡舌诊规律

“舌为脾胃之外候”、“苔乃胃气之所蒸熏”,舌象与脾胃的关系极为密切。王长洪等^[10]经 10216 例消化性溃疡患者胃镜观察结合舌诊证与胃镜规律发现:胃溃疡多见黄苔(72.98%);十二指肠溃疡以白苔多(94.61%);中医认为“苔之黄也,胃热也”,“浅黄厚腻,胃热尚微,深黄而腻,胃热大甚”黄苔是胃热辨证的客观指标。王教授认为胃溃疡出现较多黄苔,是由于活动性胃溃疡的基底部及边缘往往有充血、水肿、糜烂。就溃疡患者的胃镜表现,王长洪发现,胃溃疡多见溃疡周围黏膜有隆起,充血水肿,有红肿热痛的炎性表现,参考舌象可将其辨为热毒内蕴;十二指肠溃疡多为溃疡周边黏膜平坦,无明显充血水肿,表面覆白苔,或呈霜样、雪片样溃疡表现,参考舌象可辨之为中焦虚寒。脾胃虚寒证患者的黏膜色泽较淡,充血水肿不明显。

曹志群等^[11]通过中医辨证及结合胃镜检查发现肝胃不和证患者黏膜色泽改变不明显,蠕动波增多;胃阴不足证患者黏膜呈菲薄感,往往可见黏膜下血管网;寒热错杂证患者以黏膜色泽淡、蠕动增多为主,同时往往可见局部黏膜充血、水肿、糜烂点;胃络瘀血证患者黏膜可见出血点,色泽暗红或紫暗。这同王洪图教授的临床经验相似。

胃溃疡舌苔黄腻,内镜下有红肿热痛的炎症表现;十二指肠溃疡舌苔多白,内镜下无明显充血水肿。就胃溃疡及十二指肠溃疡舌诊及内镜下表现的规律,可以得出:胃溃疡多为阳证、实证,十二指肠溃疡多为阴证、虚证。符合“阳道实,阴道虚”理论。

4 “阳道实,阴道虚”指导消化性溃疡的临床应用

上世纪六十年代,秦伯未先生指出:“我对溃疡病总的看法是:大多数病例属于胃痛中的虚寒证,主要病机为脾胃虚寒,治疗原则以温养中焦为主,适当地照顾兼证。”

马贵同^[12]认为十二指肠溃疡以脾胃虚弱为主伴气滞者多见,方选黄芪建中汤加减治疗可取得较好疗效;胃溃疡的发生不少与患者情绪紧张,忧郁恼怒有明显关系,证属中医学“肝气犯胃”范畴,采用“治肝可以和胃”之说,柴胡疏肝散

或者丹桅逍遥散加减可奏效。

姜春华^[13]认为益气温中法本法适用于十二指肠球部溃疡,症见腹痛喜按,得食则减,受寒则发,舌质偏淡、苔多薄白,辨证属虚寒者。方用黄芪建中汤为主治疗可收到较好效果;疏肝和胃法本法适用于胃溃疡,胃痛连胁,常吐酸水,暖气,脉弦,证属肝气犯胃。治以左金丸合旋复代赭汤加减。

邓玉霞等^[14]认为胃溃疡之胃脘痛多表现为肝胃湿热,乃恣食烟酒,积湿生热或肝火犯胃,胃中郁热,气机阻滞,不通则痛;予化肝煎加减疗效显著。十二指肠球部溃疡多表现为脾胃虚寒,乃久病脾胃虚弱,或饥饱不一损伤脾胃,致中阳不足,中虚气滞;予黄芪建中汤加味可取得较好效果。

就医家治疗消化性溃疡的经验可见:胃溃疡证型多为肝胃不和及肝胃湿热,治以疏肝和胃及清肝泄胃法。十二指肠溃疡多为肝郁脾虚及脾胃虚寒,治以健脾疏肝及温养脾胃为法。可见胃溃疡多实,十二指肠溃疡多虚,符合“阳道实,阴道虚。”理论。

通过分析十二指肠溃疡与胃溃疡在病变部位、疼痛部位及规律、舌诊规律及临床医家经验评析,可以得出胃溃疡多为实证、十二指肠溃疡多虚证。符合“阳道实,阴道虚”理论。

5 作者对“实则阳明,虚则太阴”理论和消化性溃疡关系的理解

作者认为:胃溃疡多为实证,证型多为肝胃不和;十二指肠溃疡多为虚证,证型多为肝郁脾虚及脾肾阳虚。两者符合“实则阳明,虚则太阴”理论。

肝为将军之官,为刚脏,喜条达而恶抑郁,肝主疏泄;胃者汇也,仓廪之官,五味所聚,水谷之海,主受纳、腐熟,以通降为和;脾主运化水谷、水液,输布精微,为气血生化之源;肾藏精,为先天之本。肝气疏泄,调畅气机,有助于脾胃之气的升降。脾胃腐熟水谷、化生气血津液的功能依赖肾中元阳的温煦。脾与胃相比较,则脾主升清,升动水谷精微及水液上输与心与肺,《临证指南医案·脾胃门》:“脾宜升则健,胃宜降则和。”

临床上胃溃疡患者多性情急躁,胃脘及两胁胀痛,暖气,吞酸症状较明显。情志不佳,肝失疏泄,肝郁气滞导致肝胃不和,影响到胃之和降。清代李冠仙^[15]在《知医必辨·论肝气》中曰:“肝气一动,即乘脾土,作痛作胀,甚则作泻;又或上犯胃土,气逆作呕,两胁痛胀”。故肝失疏泄功能正常,气自顺通,胃自安和,即所谓“治肝可以和胃”,故治疗上以治肝为主,肝胃同治为主要原则,基本方为四逆散加减,疏肝理气药有柴胡、枳实、枳壳、香附、香橼、苏叶、苏梗等。

临床上十二指肠溃疡患者多情志抑郁,食少,大便溏结不调或者腹痛欲便、泻后痛减等,病程长者畏寒喜暖,面色淡白,尿频,五更泻等。《金匱要略》:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。叶天士强调“补脾必宜疏肝,疏肝即所以补脾也”,故治法上要立足于脾虚,但又不能单独补脾,还要兼顾肝郁、肝血,补脾的同时养肝血疏肝郁,肝脾同治,气血同治;基本方为柴芍六君子汤加减。基本用药为柴胡、

苏梗、香附等疏肝理气,茯苓、白术、甘松等醒脾健脾益气,白芍、当归养肝血,涵养肝气,协助理气药疏肝郁。临床肾阳虚明显者加附子、肉豆蔻、补骨脂、吴茱萸、肉桂等温补肾阳。

6 小结

综上所述,得出结论:胃溃疡多为实,十二指肠溃疡多为虚,符合“阳道实,阴道虚”理论。该理论可以解释胃溃疡与十二指肠溃疡的实虚之分,而胃溃疡和十二指肠溃疡的实虚之分是阳道实,阴道虚理论的延伸和拓展。临床上,结合阳道虚,阴道实理论治疗消化性溃疡可以大致明确治疗方向,对症施治,合理用药。同时也说明《内经》理论没有过时,始终指导着中医学的发展,具有重要的研究实用价值,值得临床医师学习和深入研究。

参 考 文 献

- [1] 曹青山,杜丽荣.论“阳道实,阴道虚”[J].中国中医基础医学杂志,2010,16(9):754-757.
- [2] 吕衡,郑阳,沈晓萍.“阳道实,阴道虚”辨析[J].中医药信息,2004,21(5):4.
- [3] 陈铭泰,门凌.“阳道实,阴道虚”于《伤寒论》“腹胀满”辨证之探析[J].光明中医,2014,29(3):439-440.
- [4] 李聚林.冯五金教授六位一体理念治胃病学术思想和临床经验总结及六位一体理念治疗FD经验的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2012:10.
- [5] 王洪图.王洪图内经讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008:136.
- [6] 凌耀星.凌耀星内经讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2008:64.
- [7] 王庆其.王庆其内经讲稿[M].北京:人民卫生出版社,2010:125.
- [8] 清·石寿棠.医原[M].苗彦霞,张淑珍,注释.江苏:江苏科学技术出版社,1983:4.
- [9] 危北海,张万岱,陈志水.中西医结合消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:582.
- [10] 王长洪,陆宇平,陈山泉,等.10216例胃病患者消化内镜与舌诊观察[J].中国中西医结合消化杂志,2002,10(4):233-234.
- [11] 曹志群,宋贵发,陈雯雯,等.消化性溃疡中医微观辨证规律研究[J].山东中医药大学学报,2014,1(38):27-28.
- [12] 沈晓艳,陈光钧.马贵同治疗消化性溃疡经验述要[J].辽宁中医学院院报,2000,6(2):113-114.
- [13] 戴克敏.姜春华治疗消化性溃疡的经验[J].山西中医,2005,21(1):6-8.
- [14] 邓玉霞,吴昊夏,良佳,等.中西医结合治疗消化性溃疡38例临床体会[J].中国现代药物应用,2012,6(4):94-95.
- [15] 清·马培之,李文荣,邵同珍.中医珍本文库影印点校:马氏医论 知医必辨 医易一理 和缓遗风 合集[M].山西:山西科技出版社,2013:114-115.

(收稿日期:2014-10-05)

(本文编辑:黄凡)