

## 邓贵成谈和法治疗脾胃病经验

来要良 和媛媛 李淑兰

**【摘要】** 和法为中医八法之一,邓贵成主任临床中善用和法。“和”最早起源于哲学思想,在医学中首见于生理病理描述,后世医家不断发展,“和法”成为治疗疾病的大法,具有狭义和广义之分。脾胃的生理病理特点决定了“和法”能够广泛应用于脾胃病临床诊疗。本文从和法的主要治法如:和解少阳、调和寒热、调和肝脾(胃)、分消走泄论述了邓贵成对和法的理解和临床经验。

**【关键词】** 和法; 和解少阳; 调和寒热; 调和肝脾(胃); 分消走泄

**【中图分类号】** R256.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.02.031

邓贵成主任,幼承家学,勤学经典,理论基础扎实,曾师从中医名家刘春圃教授学习,临床工作 50 余年,学验俱丰,现为北京市“3+3”薪火传承邓贵成老中医基层工作室指导老师。和法为中医八法之一,邓老认为中医和法理论思想丰富,临床应用最为灵活,广泛应用于临床各科,其中脾胃病应用较多,笔者仅就自己的一点体会,简述如下。

### 1 中医和法与脾胃病理论渊源

#### 1.1 中医和法理论渊源

中医“和”的思想,来源于对人体生理病理的描述,最早见于《内经》如“内外调和,邪不能害”“阴平阳秘,精神乃治”,治疗的目的在于达到身体平和状态,如“微和胃气”“温药和之”“下之则和”,成无己首次将小柴胡汤称为“和解”方。戴天章在《广瘟疫论》中提出“寒热并用之谓和,补泻合剂之谓和,表里双解之谓和,平其亢厉之谓和”<sup>[1]</sup>,总结精当,对临床具有较强的指导意义。程钟龄正式将“和法”归为医门八法之一。当代医家对“和法”理解,大致可概括为广义和狭义两方面,狭义“和法”为和解半表半里少阳证,广义“和法”为调和脏腑气血,平衡阴阳水火,调其寒热虚实,和解表里,升清降浊,皆本于升降出入法<sup>[2]</sup>。“和法”具有如下特点:针对病机复杂如寒热虚实互结、脏腑气血运行失调,依据中医药性理论,选用药物多为寒热并用;五味理论依照《内经》“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”用药多以辛、甘、苦为主;归经理论多涉及肝、脾、胃、肺、心,涉及气血运行的脏腑;升降浮沉理论具有升、降特性。整体“和法”具有关注气机升降,用药相反相成以达到调和的特点。

基金项目:北京市中医药管理局中医药科技发展专项(JJ2013-36),北京市中医药“薪火传承 3+3”工程(2013-JC-09);西城可持续发展项目(SD2014-08-1)

作者单位:100050 北京市宣武中医医院脾胃科

作者简介:来要良(1981-),博士,副主任医师。研究方向:脾胃肝胆病临床及理论实验研究。E-mail:yaoliang010@163.com

#### 1.2 “和法”治疗脾胃病的基础

中医和法重在调节气机升降,而脾胃为人体气机的枢纽,与气机升降密切相关,和法应用于脾胃病取决于脾胃生理、病理特点。

1.2.1 脾胃的生理特点 脾胃通过经络构成表里关系,属土,同居中州,为人体枢纽,共同发挥受纳饮食、运化水谷津液、化生气血和气机升降的作用,脾胃生理特性如下:(1)脾属脏,藏精气而不泻,胃属腑,传化物而不藏;(2)脾主升清,水谷津液得以输布,胃主降浊,糟粕得以下行;另外脾胃升清降浊,为五脏转枢气机,肝升肺降,心火下交,肾水上济,皆有赖于脾胃的升清降浊功能健运,如《四圣心源》说“脾升则肝肾亦升,胃降则心肺亦降”;(3)脾为阴土,性喜燥而恶湿,赖阳以煦之,胃为阳土,其性喜润而恶燥,须阴以和之,故《临证指南医案》说:“太阴湿土得阳始运,阳明燥土,得阴自安。”

另外,脾胃与肝胆关系密切,肝胆为东方甲乙木,性喜调达而恶抑郁,肝胆生理功能与脾胃相关的生理功能体现在几个方面:(1)肝主疏泄气机,疏泄气机功能正常,则气血调和,肝性升发有助于脾胃运化水谷精微以及水液的运输;(2)肝主疏泄胆汁,有助于脾胃运化水谷。

脾胃关系密切,两者升降特性具有相反的生理特点,相辅相成,两者相互协调,共同完成水谷精微的化生运化,肝胆疏泄功能正常有助于脾胃完成运化功能。

1.2.2 脾胃病的病理特点 《素问·太阴阳明论》提出“阳道实,阴道虚”,概括脾病多虚、胃病多实的特点;脾胃为人体气机升降枢纽,枢纽调节失常,可见脾不升清、胃不降浊、水火失济、肝升肺降失调;脾为阴土,依赖阳气发挥运化功能,胃为阳土,依赖阴气以发挥受纳腐熟水谷的作用,两者燥湿相济。另外,病理上也互相影响,如肝失疏泄,则气机不畅,出现脾胃运化异常,可见胃痞纳呆,食欲不振、疼痛、大便异常等症状,或影响胆汁排泄,出现胁痛、口苦、食少等不适症状;气机郁结,水湿失运,形成水湿停留可见臌胀、纳差、暖气呃逆等症状。

根据以上特点,脾病多为阳气不足,以虚证、寒证为多,易为湿困,表现为化生、运化、升清功能减退,出现乏力、眩晕、泄泻、胃痞闷、食欲不振等;胃病多见阴液不足,以实证、热证为多,表现为受纳、腐熟、降浊功能减退,出现口苦、口臭、反酸、烧心、恶心、呕吐、便秘等,正如“清气在下,则生膈泄,浊气在上,则生膈胀”。另外,在病理上,肝胆气机疏泄失常影响脾胃水谷运化,导致气、血、水、痰、湿等病理产物的产生。脾胃同居中州,两者发病常相互影响,或肝胆导致的脾胃病常表现为气机升降失调、虚实寒热夹杂。

## 2 脾胃病“和法”应用

脾胃生理特性决定脾胃病易出现寒热虚实互见,气机升降失调的特性,病变常涉及脾、胃、肝、胆、三焦,而和法具有寒热并用,兼顾虚实,调整气机的作用,所以脾胃病应用“和法”较多。邓老在临床治疗脾胃病使用“和法”的具体治法有:和解少阳、调和寒热、调和肝脾(胃)、分消走泄等。

### 2.1 和解少阳

少阳为三阳枢纽,由胆、三焦所主,少阳主表里、上下气机升降出入,也是水液运行通道,是人体气机升降出入的枢纽。脾胃为后天之本,五行属土,土性敦厚,脾胃依赖胆木升清降浊功能,胆升降调达之性能帮助脾脏疏散精微,助胃传化糟粕<sup>[3-4]</sup>。少阳病治疗以和解表里,梳理气机,以张仲景小柴胡汤为代表方。

小柴胡汤应用在脾胃病主要病机为肝木克土,临床治疗病种涉及肝胆、脾胃和神志等疾病,主要表现为胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,口苦,临床中属于少阳经气不利,皆可应用。

《伤寒论》中小柴胡类方有六个,为小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡加芒硝汤、柴胡桂枝干姜汤及柴胡加龙骨牡蛎汤。聂惠民教授以和法论治为主线,对柴胡类方衍化模式进行了论述,认为和法的主方为小柴胡汤,和而兼汗法柴胡桂枝汤,和而兼下大柴胡汤,和而轻下柴胡芒硝汤,和而兼温柴胡桂枝干姜汤,和而镇惊柴胡龙骨牡蛎汤<sup>[5]</sup>。黄煌教授认为柴胡类方方证复杂,患者主诉繁多,临床使用可以参考“柴胡证”“柴胡带”“柴胡体质”,体质类型鉴别能够执简驭繁,较快地抓住疾病的本质<sup>[6]</sup>。马明越总结名老中医应用小柴胡方经验,认为小柴胡汤临床应用思路应参考解邪热、析病机、辨方证、参经络等四种方法<sup>[7]</sup>。

邓老在临床中对小柴胡汤加减如下:脾虚乏力,加香砂四君子汤;脘痞痰多者,加平胃散以行气除胀;胃脘水饮明显者,加五苓散、苓桂术甘汤;失眠多梦易惊者,加龙骨、牡蛎、珍珠母以重镇安神;伴头晕恶心者,加天麻、白术等以祛风化痰;伴气郁者常用香附、紫苏、郁金、合欢皮等。小柴胡汤临床应用不要局限于口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满等症,凡是有气机郁滞者,均可应用。

### 2.2 调和寒热

脾为阴土,胃为阳土,脾主升清,胃主降浊,脾之为病多虚,胃之为病易实,脾胃病常有虚实夹杂、寒热错杂、气机升

降失常,调理脾胃气机升降,常以辛热配苦寒,取“辛以散之”“苦以泄之”“治寒以热”“治热以寒”之意,达到“辛开苦降”的目的。代表药物为三泻心方、旋覆代赭汤、黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤、乌梅丸等。

半夏泻心汤证为小柴胡汤证误下导致脾胃气虚,或湿热留滞,寒热错杂,升降失常,气机痞结所致心下痞伴有呕吐;生姜泻心汤证为汗出后胃中虚弱,谷气未复,余邪未尽,复内陷心下,饮食不化,余邪与水食并结,而致心下痞伴有腹中雷鸣、下利;甘草泻心汤证为反复误下导致脾胃损伤,外邪内陷,以致寒热错杂于中,升降失常,出现干呕心烦不得安。三泻心汤药味相同,药物剂量不同,所主疾病也有所不同,半夏泻心汤治疗痰浊气痞,气机壅塞而导致心下痞兼呕吐之证;生姜泻心汤治疗湿浊滞胃,枢机不利而导致心下痞兼水、气相搏之证;甘草泻心汤治疗胃虚气逆而导致心下痞兼完谷不化之证<sup>[8-9]</sup>。赵松森<sup>[10]</sup>认为泻心汤能治天气不降、地气不升,即心、肺之气不降,肝、脾之气不升的所有病症,除脘腹痞满、呕吐、下利等病症外,尚可治疗如阳不入阴所致的不寐证,心火不降所致的脱发证,肺气不降所致的咳喘证,阳不潜藏所致的自汗、盗汗证,胃气不降所致便秘证,概括泻心汤能够降阳升阴,转否成泰。

旋覆代赭汤为发汗、泻下之后,胃虚而发生痞证,出现痰气上逆,暖气不除;黄连汤为半夏泻心汤去掉黄芩加桂枝而成,此为胸中有热,胃中有寒,呕吐腹痛并见,而不见心下痞。干姜黄芩黄连人参汤证为伤寒误下误吐,导致脾胃虚寒,上焦有热,导致寒热格局,食入即吐,本方清上温下,和中降逆治疗寒热相结成痞。乌梅丸出自《伤寒论》,本为治疗胃热肠寒蛔厥证,现代医家认为,乌梅丸具备调和法的特性。乌梅丸辛苦酸甘并用,辛开苦降,共奏开宣气机之功,酸如乌梅,能敛阴柔肝制木;甘如人参、当归,能补气养血益土,刚柔相合,有利于调整脏腑气血和整体阴阳的平衡。

邓老在应用泻心方常用加减:肝郁化热,可加入四逆散;肝脾不和,见腹泻肠鸣较甚者,可加入痛泻药方;肝气郁滞两肋疼痛,加金铃子散;肝气犯胃,痰浊上逆,见呕逆剧甚,可加入旋覆代赭汤、香附、苏子梗、旋覆花;胃热反酸明显加左金丸;脾胃失和,痰湿壅滞,肺失肃降者,可加入桔梗、贝母、百部等;湿浊内蕴可加入藿香、佩兰、厚朴;痰热郁结合小陷胸汤;腹痛明显加乌药、延胡索、川楝子、佛手;老年患者心气不足出现心慌、失眠者,加生脉饮、酸枣仁汤或酸枣仁、柏子仁、石菖蒲、远志等。

### 2.3 调和肝脾(胃)

脾胃为气机升降枢纽,受制于肝气的调节,若肝失条达,疏泄失常则脾土壅滞。现代社会,人们工作压力较大,长期反复、持久的情志刺激,如忧、思、悲、恐、惊等情志因素作用下,亦会使肝气郁结,气机不畅,或饮食失调,脾胃乃伤,土虚木乘,均可导致肝失疏泄,横逆乘脾犯胃。肝脾或肝胃失和,以调肝理脾、调肝和胃为法,以四逆散、逍遥散为代表。

四逆散首见于《伤寒论》,刘渡舟认为“结合临床观察,四逆散证的原因不外两个方面:一是过服寒凉药物致使阳气

冰伏、闭郁而不达于四肢。如外感热病过早或过量使用寒凉药后,出现手足厥逆即是。二是由于精神刺激,使肝气郁结不舒,少阴阳气被郁而不达于四末,以致出现四肢厥逆。凡此厥逆,使用四逆散调达气血、舒畅阳郁,则多能获得较好疗效”。张路玉谓“此证虽属少阴,而实脾胃不和,故而清阳之气不能通于四末”,在病机上又涉及到脾胃。临床中凡是出现肝脾不调或少阳被郁均可以此方为基础进行加味。逍遥散首先见于宋代《太平惠民和剂局方》,其组方来源于四逆散和当归芍药散,具有疏肝健脾和养血,临床治疗病种涉及肝胆、脾胃、情志、疫病等,在脾胃病表现为反酸、烧心、口干、口苦、胁痛、郁病等,临床中凡是出现肝脾失调者皆可以此方化裁。

邓老在运用四逆散或逍遥散时,临证时常根据病邪、兼证及病位加减。在病邪方面,湿盛者,常合用平胃散;饮停者,合用五苓散;痰浊明显者常合用二陈汤、温胆汤等;食积或食欲不振者,常加焦四仙。在兼证方面,反酸烧心明显者,加用左金丸或乌贝散;暖气呃逆者,加用旋覆代赭汤;郁证明显者,加用石菖蒲、远志、郁金;便秘者,酌情加用增液汤、五仁丸、麻子仁丸等。在病位方面,使用行气药,上焦选用旋复花、郁金、白梅花等药物;中焦选用陈皮、枳壳、木香、香附等;下焦常用焦槟榔、枳实、荔枝核、橘核等药物。

#### 2.4 分消走泄

脾胃相因为脏腑的生理特点,加之目前饮食习惯,患者湿热阻滞之证较多。清代叶天士论治三焦湿热谈及分消走泄法。《叶香岩外感温热篇》:“再论气病有不传血分,而邪留三焦,亦如伤寒中少阳病也。彼则和解表里之半,此则分消上下之势,随证变法,如近时杏、朴、苓等类,或如温胆汤之走泄。因其仍在气分,犹可望其战汗之门户,转疟之机括。”本条文指出温病的三焦气分湿热证,与伤寒病中少阳病的病机有相同之处,而何秀山在《通俗伤寒论》蒿芩清胆汤按语:“足少阳胆与手少阳三焦合为一经”。刘景源教授<sup>[11]</sup>指出:足少阳胆经从横向主半表半里,为气机表里出入之枢,它的气化功能是疏泄胆汁,参与水谷的消化;手少阳三焦经从纵向贯通上、中、下三焦,为气机上下升降之枢,参与人体阳气和水液运行;两经相辅相成,主管人体气机升降出入,相互为用;如果气机出入障碍,则升降必然阻滞;反之,气机升降阻滞,则出入也必然发生障碍;和解法的大范围内,和解表里法适用于足少阳胆的病变,分消走泄法适用于手少阳三焦的病变。分消走泄法的代表方为温胆汤、蒿芩清胆汤、三仁汤、杏仁滑石汤、黄芩滑石汤等。

温胆汤出自《备急千金要方》,清代罗东逸认为本方针对的病机为胆热内扰,加之脾胃湿热内蕴,临床治疗病种涉及脾胃病、情志病,脾胃病临床表现为口苦、恶心、烦躁、易惊等。蒿芩清胆汤应用为三焦湿热,胆经湿热内蕴,临床治疗病种涉及肝胆、脾胃、疫病、心肾、情志等疾病,在脾胃病主要表现为口苦、吐酸、恶心或呃逆,胁肋胀痛,心烦自汗,大便黏滞,舌红苔白或厚腻。三仁汤主治湿热病初起,湿重于热,临

床病种涉及脾胃病、肝胆病、疫病等,脾胃病临床表现为胃痞、食欲不振、腹泻或便秘、胸闷、头痛身重等。杏仁滑石汤和黄芩滑石汤均治疗中焦湿热,湿热并重之证,其中湿热弥漫三焦者选用杏仁滑石汤,湿热胶着者选用黄芩滑石汤。杏仁滑石汤开上、畅中、渗下并重,以分消三焦弥漫之湿热;黄芩滑石汤中则多用利湿行气之品,“共成宣气利小便之功”,使湿热从小便而驱,以解中焦胶结之邪<sup>[12]</sup>。

邓老在治疗脾胃湿热疾病常遵循温病法,开上、畅中、渗下三焦同治。开上常用药物为藿香、佩兰、杏仁、紫苏叶、青蒿等;畅中常用药物法半夏、砂仁、苍术、白蔻仁、草果、厚朴、大腹皮、陈皮、薏苡仁,黄连、黄芩、栀子等;渗下药物常用茯苓、泽泻、冬瓜皮、滑石、车前子、通草、竹叶。湿热之证兼有脾虚者,常用山药、白术、茯苓、冬瓜皮等健脾而不用参芪,脾被湿困而有化滞者用砂仁、白蔻仁、焦四仙、炒薏苡仁,兼有气滞者,常用大腹皮、厚朴、陈皮、郁金等。

和法在脾胃病临床应用较广,临床应用应注意联系相关脏腑,如肝胆脾胃肠,注重脾胃的本身生理特点及功能失调产生的病理产物。总之,治疗脾胃病,应联系肝胆、脾胃相互参治,兼顾调理病理产物。

#### 参 考 文 献

- [1] 清·戴天章. 广瘟疫论[M]. 刘祖贻,唐承安,点校. 北京:人民卫生出版社,1992: 57.
- [2] 方和谦. 方和谦(中国现代百名中医临床家丛书)[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:219.
- [3] 诗哲. 论“少阳枢”、“少阴枢”的理论及临床运用[J]. 浙江中医杂志,2006,41(3):125.
- [4] 张志军. “少阳枢机”的原理及其临床意义初探[J]. 光明中医,2009,24(6):998-1000.
- [5] 聂惠民. 经方防治疑难病临床经验——从柴胡剂与和法论治阐述[J]. 中医药通报,2005,4(1):21-25.
- [6] 黄煌. 中医十大类方[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1995:52-54.
- [7] 马明越,申晓伟,梁峰. 当代名老中医应用小柴胡方经验述评[C]. //全国第二十二次仲景学说学术年会论文集,2014:97-100.
- [8] 陈金亮,黄涛. 五泻心汤方证探析[C]. //中华中医药学会第二十二届全国脾胃病学术交流会论文集,2010:842-845.
- [9] 聂惠民. 泻心辈方证演化与疑难杂病论治[C]. //中华中医药学会第十七届仲景学说学术研讨会论文集,2009:38-44.
- [10] 赵松森. 半夏泻心汤方义新解[J]. 新疆中医药,2009,27(4):63-64.
- [11] 刘景源. “分消走泄”法在湿热病治疗中的应用(一)[J]. 中国中医药现代远程教育,2006,4(8):32-35.
- [12] 刘景源. “分消走泄”法在湿热病治疗中的应用(二)[J]. 中国中医药现代远程教育,2006,4(9):2-3.

(收稿日期:2015-08-02)

(本文编辑:蒲晓田)