

30 g, 7 剂。服后病情好转, 头晕明显减轻, 无耳鸣、恶心、呕吐等症。

按:《伤寒论》曰:“少阳之为病, 口苦, 咽干, 目眩也。”《金匱要略·呕吐下利病脉证治》曰:“呕而发热者, 小柴胡汤主之。”痰饮篇曰:“假令瘦人, 脐下有悸, 吐涎沫而癫眩, 此水也, 五苓散主之。”内耳眩晕症因内耳迷路水肿所致, 辨为少阳证, 以小柴胡汤与五苓散合方为柴苓汤, 通利三焦, 和解少阳, 三焦气化, 气机通畅, 痰饮消除, 无痰致眩, 疾病痊愈。小柴胡汤疏利三焦, 使“上焦得通, 津液得下, 胃气因和”;五苓散温阳化气, 利水渗湿, 二方合用可减轻内耳迷路水肿。

以上仅采撷戴教授临证运用小柴胡汤验案 2 则, 戴教授对西医诊断的疾病, 重视病证结合, 常结合《伤寒论》条文, 灵活运用。辨少阳证, 抓主症及或然症, 以小柴胡汤加减, 运用于外感发热、咳嗽、腹痛、心悸、水肿、头痛等疾病中。通过病证结合, 研究方证, 中、西医优势互补, 可提高临床疗效。

#### [参考文献]

- [1] 戴恩来. 病证结合, 优势互补——构建中西医结合的临床基本模式[J]. 甘肃中医学院学报, 2013, 30(3): 91-92.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 李成光主任中医师治疗脾胃病经验

王欢

琼海市中医院国医堂, 海南 琼海 571400

[摘要] 李成光主任中医师认为肝脾(胃)不和是脾胃病的基本病机, 治疗脾胃病应立足脾胃, 注重调肝。临证重视三因制宜, 中西医结合及预防调护。

[关键词] 脾胃病; 肝脾(胃)不和; 三因制宜; 对药; 李成光

[中图分类号] R256.3 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415(2014)03-0018-03

李成光主任中医师, 从医四十余载, 为全国第四、五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 并获全国第四批老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师称号。擅长治疗中医内科、妇科、儿科疾病, 尤其是在中医治疗脾胃病方面有深入研究和独特的认识, 积累了丰富的经验。笔者有幸跟师随诊, 现将李主任治疗脾胃病经验介绍如下。

### 1 立足脾胃, 注重调肝

脾主运化, 肝主疏泄, 脾的运化有赖于肝的疏泄, 肝的疏泄功能正常, 则促进脾胃运化, 使脾胃运化功能正常, 此即“土得木则达”。《血证论·脏腑病

机论》云:“木之性主于疏泄, 食气入胃, 全赖肝木之气以疏泄之, 而水谷乃化。”肝脾生理上关系密切, 病理上相互影响。肝失疏泄, 无以助脾之升散, 胃之和降, 影响脾胃功能, 则引起“木不疏土”。叶天士云:“肝为起病之源, 胃为传病之所, 治脾胃必先制肝。”故治疗脾胃病又必须结合调肝。结合现代情况, 快节奏的生活更易导致肝郁的发生。因此, 李主任临证辨治脾胃病, 多注重对肝的调理, 强调疏肝健脾、理气和胃的重要性。

李主任认为, 现代脾胃病的临床见症虽然错综复杂, 但肝胃不和、肝脾不和、肝郁脾虚为其主要病

[收稿日期] 2013-09-02

[作者简介] 王欢(1982-), 女, 医学硕士, 主治中医师, 主要从事中西医结合内科临床工作。

机,治疗当以和为贵,以调和肝脾(胃)为法,使各系统机能恢复正常。

李主任辨证胃脘痛、腹痛常从肝胃不和入手,如患者有气虚症状或病程较长、舌质淡的则从肝郁脾虚入手。治疗上,但凡脘腹部胀痛,病程不长,舌苔不厚腻者均以加味四逆散为基本方治疗。基本方:柴胡、白芍、枳壳、生甘草、木香、佛手、黄连、蒲公英、白术,随症加减。方中四逆散是《伤寒论》方,现代医家多将其作为疏肝解郁之祖方,常以本方加减治疗肝脾(胃)不和、气机郁滞所致胁肋、脘腹疼痛诸症。李主任以枳壳易枳实,取果实老者其力偏缓之意,功在理气宽中、消胀除满,且枳壳中空,胃肠亦中空,取其比象之义;生甘草缓急止痛、调和诸药,并能清热解毒,而炙甘草性偏温,对于脾胃虚损如消化道溃疡类疾病,则可以炙甘草健胃和中。木香、佛手为理气止痛药,能宣发肝气之郁结,有利于胃气之下降。黄连、蒲公英清热解毒,西医研究发现其有抗炎、抗幽门螺杆菌、保护胃黏膜的功效。白术健脾,兼能化湿,有扶土抑木之功,使祛邪而不伤正。

如腹胀痛较明显,木香加量;如腹胀胜于腹痛,则以加用砂仁或以砂仁易木香;如疼痛位于下腹部,则去佛手;如患者为儿童,考虑黄连太苦,李主任常以黄芩易黄连以减轻中药苦味;如为下腹痛,大便稀或次数较多,蒲公英易苦参清热燥湿止泻,或加山药健脾止泻,或加陈皮燥湿止泻;如为反复腹痛、腹泻,可以加味四逆散合痛泻要方治疗,取“痛责之肝,泻责之脾”之义,久病多瘀,可加赤芍活血化瘀止痛;如久泄,加石榴皮收敛止泻,但如患者同时存在腹痛,则表明其气机不畅,不可收敛,避免留邪;伴暖气或恶心欲吐者,加半夏降逆止呕;如患者有饥饿时痛或灼热感、空虚感或泛酸,加海螵蛸制酸止痛,但如患者不欲饮食,则不用海螵蛸,恐其收涩制酸使食欲减退;伴胁肋部疼痛或疼痛较明显,去木香,加川楝子、延胡索加强理气止痛之力;伴胸部不适,加瓜蒌皮理气宽胸;伴口渴,加芦根生津止渴;伴口苦,加竹茹清热化痰;伴食欲不佳,加神曲或麦芽健脾消食;伴睡眠不佳,加合欢皮、夜交藤安神;伴小便黄,加薏苡仁利湿;伴大便干结难解,加大黄泻热通便;伴肠鸣加防风祛风;如为左下腹或右下腹疼痛,或大便伴有黏液,加白花蛇舌草,如用白花蛇舌草后大便仍有黏液,加白头翁清热燥湿。脾胃病病

程较长者或兼有乏力者,或饭后欲大便者,考虑存在脾虚,辨证属肝郁脾虚,加党参、茯苓健脾益气,如患者伴有口渴,则以太子参易人参益气生津。

## 2 三因制宜,从湿论治

脾为湿土,喜燥而恶湿,结合海南本土气候特点及南方人体质因素,脾胃病易夹湿,李主任辨腹胀为主要症状而腹痛不明显的脾胃病常从湿热辨,脾胃湿热、脾胃湿阻、脾虚夹湿证型较多。但凡患者腹胀明显,口苦,恶心,口中异味,不欲饮食,大便干结或溏,或兼乏力,舌苔厚或腻者,均从湿辨证,予以治湿为法,或清热祛湿,或芳香祛湿,或健脾利湿,方用藿香正气散、甘露消毒丹或参苓白术散随症加减。方中均加用黄连、蒲公英;如湿热明显,加佩兰;大便干结,加大黄;口苦明显,加竹茹。

## 3 中西结合,病证相应

李主任临证多采用西医辨病与中医辨证为一体的诊疗思维模式。李主任认为通过西医现代检查手段可明确西医诊断,为病情严重程度及预后提供参考。治疗以中医辨证为基础,结合现代医学对脾胃病的生理、病理研究及对中药的现代研究而增减药物。从辨病分析角度来看,胃镜下多见胃黏膜充血、水肿、糜烂等炎症特征,提示为慢性浅表性胃炎、十二指肠炎或伴糜烂,结合现代医学炎症概念,考虑炎症与邪热蕴结有关,故中医临床表现虽无明显热证,李主任认为“炉烟虽熄,恐灰中有火”,亦需清胃治疗。现代医学研究显示,黄连可以减少胃酸分泌而保护胃黏膜,同时具有解热镇痛抗炎的作用;蒲公英具有良好的消炎杀菌作用,对幽门螺杆菌也具有很好的杀灭作用,对胃黏膜和肠上皮均有保护作用。故但凡脾胃病,只要没有寒证,李主任都要用上黄连和蒲公英。李主任喜用白术,现代药理研究表明,白术可以调整胃肠道运动,促进小肠排空。如患者有反酸,李主任喜用海螵蛸,因海螵蛸含碳酸钙可中和胃酸,故能有效抑制胃酸过多导致的反酸。如果患者胃镜检查存在溃疡,则慎用消食药,李主任认为消食药可促进胃酸分泌,对溃疡不利。如考虑存在肠炎,则以白花蛇舌草清热解毒、消炎,现代医学研究显示,白花蛇舌草治疗结肠炎效果较好。如西医检查有包块或是肠系膜淋巴结肿大,李主任则认为其系气机失和,湿聚成痰,予以川贝母、夏枯草化痰散结。

李主任经过多年临床实践中医辨证与西医辨病相

结合,总结出胃镜提示慢性浅表性胃炎的患者中医辨证多属肝胃不和,而胃溃疡或是十二指肠溃疡的患者中医辨证多属脾虚肝郁。

#### 4 善用药对,加强疗效

李主任临证用药,喜用药对,如柴胡、枳壳、木香、佛手、黄连、蒲公英,黄连、苦参、白术、枳壳、合欢皮、夜交藤,川楝子、延胡索。柴胡疏肝解郁,透达少阳之邪以升清;枳壳开胃下气以降浊,两药配用,升清降浊,疏肝导滞并行。木香辛温通散,善于行气止痛,为行散胸腹气滞常用要药,有消胀除痛之卓功;佛手疏肝理气,兼理肺、脾、肝三经气滞,平和而不燥烈。两药相配,能疏理气机之郁结,既利于胃气之下降,又能助消化,止胀痛,无耗气伤液之弊。黄连、蒲公英及黄连、苦参配伍则是取其能加强清热燥湿之力。白术与枳壳相配,取枳术丸之义,以健脾消食、行气化湿。合欢皮、夜交藤合用能疏肝解郁,宁心安神。川楝子、延胡索两药相配,为金铃子散,疏肝理气止痛效果更佳。

#### 5 注重调护,谨防复发

李主任临证特别注意询问患者的饮食、二便及睡眠,认为此等均与病变发展及治疗效果密切相关。因脾胃病与饮食密切相关,很多患者停药后病情反复,李主任必嘱咐每位患者须少食过辛过辣、过酸过甜、烧烤腌制及生冷刺激之品,饮食有节,进餐定时。此外,其还认为,脾胃与心神相互作用、相互影响,常用于方中加用合欢皮、夜交藤养心安神助眠。

#### 6 病案举例

例1:患儿,男,9岁。2013年5月21日初诊。反复脐周疼痛2年余,为隐隐闷痛,程度不重,持续几小时到十几小时不等,疼痛与进食无关,不欲饮食,小便正常,大便尚正常,睡眠正常。舌边红、微黄苔。脐周有按压痛,腹部彩超示肠系膜淋巴结肿大,约12.9 mm×4.6 mm。李主任以肝脾不和辨证,从疏肝健脾治疗,处方以四逆散加味:柴胡、枳壳、白术、神曲、川贝母各8g,生甘草、木香各5g,白芍、黄芩、薏苡仁、夏枯草、白花蛇舌草、麦芽各10g。5月27日复诊已无腹痛。继服上方5剂。6月1日复诊:患者偶有脐周疼痛,疼痛时间

短,不超过0.5h,舌边红、苔微黄。继服上方5剂。6月6日,6月11日复诊均无腹痛,均继进5剂。2013年6月16日患者复查腹腔彩超未见异常。后随访未再复发。

例2:患者,女,43岁。2013年5月22日初诊。反复腹泻10年,少则每天4~5次,多则10余次,饮食不节后更明显,量多少不定,色黄,无腥臭味,无黏液脓血,腹痛不明显,无明显口干及口苦,无呕吐。舌淡暗红、有齿印、有杨梅点、苔黄,脉略弦。肠镜检查未见异常。李主任从肝脾不和辨证,从疏肝健脾止泻之法,拟四逆散合痛泻要方加减治疗,处方:柴胡、枳壳、生甘草、苦参、木香、佛手、白术、陈皮、防风各10g,黄连5g,白芍、薏苡仁、赤芍各15g,5剂。5月27日复诊:服用5剂后症状明显减轻,大便成形,每天2次。继服上方5剂,后大便均成形。后随访,患者诉平日大便基本成形,饮食不节则易复发。

例3:患者,女,24岁。2013年6月3日初诊。上腹部饱胀1年余,无明显疼痛,嗝气,无泛酸,口苦,纳差,小便黄,大便干结难解。舌红、白苔微黄,脉弦。胃镜示慢性浅表性胃炎。李主任从脾胃湿热辨证,以健脾利湿为法,处方以藿香正气散加味:藿香、紫苏梗、陈皮、白术、神曲各10g,茯苓、薏苡仁、蒲公英、麦芽各15g,厚朴、黄连、竹茹各5g,大黄(后下)3g。6月6日复诊:服用3剂后上腹部无饱胀感,胃纳改善,口稍苦,大便仍干,继服上方,改大黄为5g并后下。6月11日复诊:服药后上腹部均无饱胀感,无口苦,大便易解。

例4:患者,女,25岁。2013年7月18日初诊。上腹部隐痛10年余,脐周胀,嗝气,无泛酸,口渴喜饮,口苦,纳差,小便黄,大便一般。舌边尖红、苔中间微黄,脉弦。胃镜示慢性浅表性胃炎。李主任从肝胃不和辨证,从疏肝和胃治疗,拟方四逆散加味,处方:柴胡、枳壳、生甘草、蒲公英、佛手、白术、佩兰、神曲各10g,白芍、芦根各15g,黄连、木香、竹茹、砂仁(后下)各5g。7月23日复诊:服用5剂后症状基本消失。

(责任编辑:刘淑婷)