

• 名医经验 •

全国名中医单兆伟教授运用张仲景思想诊治内科疾病举隅

Cases of Professor SHAN Zhaowei applied academic thinking of

ZHANG Zhongjing on internal diseases

濮文渊¹ 周春祥¹ 唐存祥² 师众³ 单兆伟⁴

[关键词] 中医内科;六经辨证;半夏泻心汤;赤石脂禹余粮汤;真武汤

Key words internal diseases of Traditional Chinese Medicine; differentiation of Six Meridians; Banxia Xiexin Decoction; Chishizhi Yuyuliang Decoction; Zhenwu Decoction

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.07.14

[中图分类号] R573 [文献标志码] A

单兆伟教授是全国名中医,享受国务院特殊津贴,全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,孟河医派传人^[1]。擅长慢性萎缩性胃炎、胃癌前期病变、Hp 相关性胃病、功能性消化不良、炎症性肠病、消化道肿瘤等疾病的诊治^[2-4]。笔者有幸跟随单教授临诊学习,收获颇丰。单教授处方用药中不仅体现着孟河医派“轻灵醇正”的特点,还善于将张仲景六经辨治思想精髓融会贯通,笔者整理其经验集^[5]中病案即发现处方用药在六经病篇方证均有涉及,归纳如下。

1 太阳病篇

太阳为六经之藩篱,外邪侵袭多见头项强痛、项背强几几之状。单教授结合“项背强几几”与临床患者肩颈不适之症,常在辨证论治基础上加葛根双解太阳阳明,升津舒筋,还可兼顾止泻。此外,太阳病变证部分“心阳虚证”“蓄水证”“蓄血证”“痞证”也多有体现,如单教授运用炙甘草汤加减治疗产后心悸、苓桂术甘汤加减治疗慢性浅表性胃炎伴水肿^[4]、桃核承气汤加减治疗“肠伤寒”伴黑便^[6-7]等等。囿于篇幅,现举一例解析。

患者,男,38岁。1999年6月10日来诊。“胃炎、十二指肠溃疡”病史10年,其疾常发,因经常出差,服药不规范。平素形瘦体弱,畏寒怕冷,1周前因食肥甘厚味,加之过饮啤酒,致使胃疾复发,且呕吐较甚,为胃内容物及痰涎,自服“洛赛克”,腹痛稍缓,然呕吐不止。区医院予输液、抗酸及支持治疗,病情仍未改善。刻诊患者形体消瘦,面黄乏华,神疲倦,腹部阵阵隐痛,呕吐较甚,食入即时不吐,3~4h后必将所食之物悉数吐尽,吐后脘部则舒,口干不欲饮,时暖气,肠鸣辘辘,空腹为甚,苔薄稍黄,舌

质偏淡,边有紫斑,脉细弦。查胃镜示:慢性浅表性胃炎;幽门不完全性梗阻。B超、肝肾功能正常。诊断为“反胃”,辨为寒热错杂,水饮不化停于胃脘。治宜辛开苦降、顺气化饮。方遵半夏泻心汤加减:姜半夏20g,黄芩10g,淡干姜6g,太子参10g,黄连3g,橘皮10g,菝葜5g,公丁香5g,仙鹤草12g,炒白芍20g,丹参20g,莪术10g,麦芽30g,谷芽30g,茯苓15g,生甘草5g。服药前先予少量生姜汁合黄连煎取之汁,频频饮呷,上方每剂浓煎300mL,频频少量饮服,另嘱饮食宜清淡流汁并控制进食量。3d后,患者病症大减,嘱其半流质饮食已不吐,但不能多食,据症加减。后以香砂六君汤加减善后,病症乃愈,1年后随诊恙情未作。

本案因寒热错杂、水饮内停等导致胃气不降,而胃本以“通降”为顺,治则须和降胃气,故用仲景辛开苦降之法,以启胃关降胃气;同施顺气化饮之法运化内停水饮;久病多瘀,佐以活血化瘀。全方寒热并用、辛开苦降补泻并施,刚柔相济,共奏调和寒热,顺气散饮补虚化瘀,以达胃气和降之功效。

2 阳明病篇

阳明多气多血,病则多热多燥。若阳明热邪不解,与太阴脾湿相合,湿热郁于中焦,热不得外泄,湿不得下行,湿热熏蒸肝胆,而致身黄、发热、小便不利者,为阳明发黄证。治宜清热利湿,用茵陈蒿汤之类。单教授辨治黄疸,亦多参《伤寒论》“阳明发黄证”内容,病案中不仅可见湿热发黄之茵陈蒿汤加减,亦有寒湿发黄之用干姜附子汤合茵陈术附汤加减者,收效显著。

患者,男,36岁。1992年10月23日来诊。8年前春季曾因“黄疸、纳差”在区医院拟诊为“乙型肝炎”并予降酶、利胆、支持等治疗,1个月后出院。此次中午下班淋雨后致恶寒发热,恶心欲吐,不思纳谷,周身痛楚,大便稀溏,日行1~2次,以“上感”予对症处理,患者身热尽退然恶心加重,食欲不振,

¹南京中医药大学(南京,210023)²长兴县中医院消化内科³清涧县中医医院消化科⁴江苏省中医院名医堂

通信作者:师众,E-mail:1102489120@qq.com

倦怠无力,面黄如烟熏晦滞无泽,大便稀溏。查肝功能:总胆红素 68 $\mu\text{mol/L}$ 、直接胆红素 43 $\mu\text{mol/L}$ 、ALT 582 U/L、AST 560 U/L、白蛋白 40 g/L、球蛋白 41 g/L。以茵栀黄等清热解毒之剂不效,进而出现黄疸加重,溲黄如红茶,四肢厥冷不温,浙浙畏寒,昏昏欲寐,苔薄而水滑,舌质淡而有紫气,脉沉细。再查肝功能:总胆红素 134 $\mu\text{mol/L}$ 、ALT 48 U/L、AST 320 U/L。辨为脾肾阳虚,寒湿凝滞,胆失疏泄。治拟温阳化湿、利胆退黄。方以干姜附子汤合茵陈术附汤化裁:熟附子(先煎) 5 g,淡干姜 2 g,茵陈 15 g,炒薏苡仁 15 g,猪苓 12 g,鸡骨草 20 g,石菖蒲 5 g,土茯苓 12 g,炒谷芽 15 g,生甘草 5 g,荷叶 10 g,炒白术 10 g,炒苍术 10 g,4剂。加用护肝片、甘草甜素片。药后肢厥转温,畏寒作罢,便泻转,精神稍有改善,黄疸同前,病情稳定原法继进,加党参 10 g,虎杖 10 g,更进1周渐收良效,面无晦滞,黄疸亦有所退。前后以上方增删治疗2个月,病恙向愈。

此案反复发病,迁延八载,遂成脾虚肝郁之证。是次发病乃淋雨感凉,初以风湿相搏为患,经以“上感”为治,表解不尽,邪气入里,乘于虚之脾位,脾不能运化水湿,湿从寒化,以致寒湿阻滞中焦,土虚木贼,肝胆失疏,胆液排泄受阻,渍于肌肤而发阴黄。《伤寒论·辨阳明病脉证并治》:“伤寒发汗已,身目为黄,所以然者,以寒湿在里不解故也。以为不可下也,于寒湿中求之”。单教授辨治此案乃以此为准则,遣用温阳化湿之法。温阳以复脾肾,脾健则能运湿,肾充则能化气;化湿以消阴翳则使阳复。利胆退黄乃治标之则,嗣后则以益气健脾,养肝和血为基本法则,调理而愈。

3 少阳病篇

《素问·阴阳离合篇》云:“少阳为枢”。少阳居半表半里之位,为人体阴阳气机升降出入开阖的枢纽,其“枢”与经脉、营卫气血、元气、脏腑等之间有着密切关系^[8]。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》中“默默”“郁郁”等症状为少阳病篇诸多方证运用于情志相关疾病提供了依据。而消化系统疾病多于情志不畅关系密切^[9],患者或伴有性急烦躁易怒,或伴有情绪压抑低落,故单教授常用疏肝理气、和解少阳、同调脾胃之法诊治胃肠道疾病,如柴胡疏肝散加减治疗胃痛、小柴胡汤加减治疗习惯性便秘^[10]、大柴胡汤加减治疗肝胆湿热型腹痛等。

患者,女,45岁,2000年6月11日初诊。右上腹部疼痛6~7年,1998年9月8日因疼痛剧烈,查B超确认为“胆囊炎,胆结石”,行胆囊切除术后近1年,1999年7月底因天热,睡家中水泥地上,翌日出现恶寒,头痛,周身痠楚疼痛,且觉上腹部不适,不思纳谷,恶心欲吐,在家自服生姜茶后,恶寒身楚作罢,然右上腹部隐隐作痛,口干苦,渴不多饮。查

B超:总胆管中度扩张。血常规:白细胞 $21.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞 84%,淋巴细胞 16%。肝功能:总胆红素 38 $\mu\text{mol/L}$ 、直接胆红素 13 $\mu\text{mol/L}$ 、谷丙转氨酶 164 U/L、谷草转氨酶 152 U/L、碱性磷酸酶 265 U/L、谷酰转酞酶 89 U/L。初步诊断为“急性胆管炎”。患者拒绝住院,予输液抗炎等治疗4d,症情稳定。此次又作,病发已越旬日拟“急性胆管感染”予输液抗感染治疗,恶寒发热罢,然上腹部疼痛依然,虽不剧烈,但持续不休,拒按,且牵涉后背,白细胞总数偏高不降,在 $(11.0 \sim 15.0) \times 10^9/L$ 。询得不思纳谷,夜寐不实,脐腹偏下作胀,大便干结,3日不行,溲黄赤如浓茶色,舌质偏红,苔黄白相间而腻,脉细弦数。辨为:肝胆湿热内蕴,疏泄不利,阳明腑气不通。治拟清泄肝胆、通腑下气。方宗大柴胡汤加味:柴胡 10 g,法半夏 10 g,川楝子 10 g,郁金 10 g,枳实 10 g,玄参 20 g,黄芩 10 g,醋玄胡 20 g,莪术 10 g,丹参 12 g,炒白芍 15 g,生甘草 5 g,炒谷芽 15 g,炒麦芽 15 g,生大黄(后下) 20 g。嘱其住医院附近,日服1剂,煎3次,取1000 mL,分5次服用。1剂药后,得便甚多,初硬后溏,臭秽难闻,腹胀顿解,继服3剂。二诊:大便日行3~4次,质稀溏,右上腹疼痛明显减轻,已无拒按。后以参苓白术散加减善后,随访2年未作。

“急则治其标,缓则治其本”。本案肝胆湿热之毒内蕴,肝胆失疏,络气不和,腑气不通为其“急”也。《伤寒论》:“呕不止,心下急,郁郁微烦者,为未解也,与大柴胡汤,下之则愈。”《金匱要略》:“按之心下满痛者,此为实也,当下之,宜大柴胡汤”。本案病证看似复杂,单教授条分缕析,辨证深入而周详,得出“本虚——脾虚胆弱,标实——肝胆湿热兼阳明腑实”病机,选用大柴胡汤加减以通腑。后又中病即止,邪去则正安,调和肝脾以善后,完美收官。

4 三阴病篇

由于现代人生活节奏快,熬夜易耗伤阴血、贪凉食冰易伤中阳,日久则正虚难以抵御外邪,或外邪直中或传变三阴,以寒证、虚证多见,多表现为泄泻、四肢厥冷、小便不利等症,单教授常结合临证表现,从脾、肾论治^[11],以理中汤、真武汤、四逆汤^[3]等仲景方化裁治之此外,对于虚实夹杂的慢性顽固性便秘,单教授认为其基本病机多为脾肾两虚、湿阻络瘀,在临床诊治时主张以通为要、随证治之^[12],并重视舌诊、详辨虚实,颐养后天、顾护正气,亦体现了《伤寒论》厥阴病篇对虚实夹杂疾病的指导意义。

例1,患者,男,36岁,1994年10月2日初诊。因在外地打工,调护不慎以致腹泻4个月余,初自服氟哌酸、黄连素等治疗,病未痊愈,时轻时重,轻

则每日 2~3 次,重达 7~8 次,肠鸣,排泄物不臭秽、无脓血,松散不聚,如鹜溏之状,便时不痛,无肛坠之感,形体消瘦,困倦乏力,面黄少华。辨为久泻脾虚,运化不健,治用健脾止泻之法。处方:党参 10 g,炒白术 10 g,炒山药 15 g,茯苓 12 g,干姜 2 g,泽泻 15 g,诃子肉 10 g,炒薏苡仁 15 g,炙甘草 5 g,4 剂。药后,症状如前。考其病延数月,大肠失固,而成滑泄之症,治宜温中固脱,以仲景赤石脂禹余粮汤加味:赤石脂 10 g,禹余粮 15 g,诃子肉 10 g,煨葛根 10 g,炒白术 10 g,炙升麻 5 g,炒白芍 15 g,石榴皮 10 g,金樱子 10 g,炒扁豆 15 g,荷叶 10 g,炮姜 2 g,生甘草 5 g,3 剂。药后便次骤减,每日只行 2~3 次,便质亦稍稠。再予 3 剂,便行每天只 1 次,精神转佳,胃纳转香,连服 2 周病痊愈。

此案乃肠气不固之滑泄症,乃由脾虚泄泻转变而来。肠气不固之下利,既不同于脾阳不足运化不健之泄泻,亦非全为肾气虚损所致。故涩肠固脱止泻为首要之治,肠固则滑泄之势方能控制。然究其病由,温中健脾、益肾固元方从本图。当务之急应标本同治,侧重于治标,肠气固摄,则脾气健、肾元复而病愈。故《伤寒论》赤石脂禹余粮汤甚合机宜,收效甚佳。

例 2,患者,男,65 岁,2001 年 10 月 28 日初诊。腰痛时作时休 5~6 年,曾作 B 超、CT 等检查诊断为“左输尿管中段结石,左肾积水,左输尿管上段扩张,左肾囊肿”,发时腰腹疼痛剧烈,呈钻顶样,常以输液、抗感染、解痉等治疗,亦服用过中药清热利尿通淋等及排石冲剂治疗,均未治愈。因肾囊肿,患者拒绝体外碎石或手术治疗。体检:肾功能正常。尿常规:红细胞(+++)、白细胞(+)、蛋白(±)。B 超诊断同前,并见前列腺轻度肥大。刻诊:左侧腰部酸楚作胀,右侧肾区叩击痛,十余天来精神萎靡不振,面色黄而乏华,纳谷不香,形寒肢冷小短少,大便,日行 2~3 次,爪甲淡白,苔薄白腻,舌质偏淡边有齿印,脉细。辨为腰痛日久,肾阳不足,脉络不利。治拟温阳利水,和血通络,强肾固冲。方宗真武汤合贻育丹化裁:熟附子(先煎)5 g,炒白术 10 g,炒白芍 15 g,熟地 10 g,杜仲 10 g,仙茅 10 g,山萸肉 10 g,桂枝 5 g,王不留行 10 g,白茅根 15 g,川牛膝 10 g,怀牛膝 10 g,仙灵脾 10 g,川续断 10 g,鹿角片(先煎)6 g,生甘草 5 g,7 剂。药后小便量增多,腰部酸痛坠胀明显减轻,大便收干。二诊予原方加金钱草 15 g、虎杖 10 g,再服 7 剂。三诊腰痛已除,然仍有轻微坠胀感,调整方药如下:黄芪 10 g,炒白术 10 g,猪苓 12 g,茯苓 12 g,炒白芍 15 g,金樱子 10 g,川牛膝 10 g,川续断 10 g,熟附子(先)6 g,金钱草 15 g,鸡内金 10 g,生甘草 5 g。并嘱患者多饮水,适当进行跳绳锻炼。前

药服至第 6 剂,小便中发现 1 枚绿豆大小、椭圆形结石,继用原方 5 剂。查 B 超示左肾囊肿,无积水,输尿管亦不扩张,输尿管结石亦无。病症痊愈。

此案西医诊断为“左输尿管结石、肾积水”,中医诊断则以其主要症候表现“腰痛”而定。初为沙石阻滞肾络,气滞血瘀,水液停聚,肾脉不通,久则伤肾,正如《医林绳墨·腰痛》中云“痛之不已,乏力而腰酸者,肾虚也”。沙石阻络、水气停聚是标,肾阳亏虚是其本,如肾阳不复,则水气更加不化,停聚日久,又可化热煎熬成石,再阻肾络,加重病症。真武汤是《伤寒论》中辨治阳虚水气证的重要用方之一,其于临床既可辨治心悸,又可辨治腹痛;既可辨治身晌动振振欲擗地,又可辨治四肢沉重疼痛;既可辨治小便不利,又可辨治小便利;既可辨治头眩,又可辨治下利。单教授以温肾壮阳、强肾固冲为主导法则,选真武汤合贻育丹化裁。肾阳复元则可偏重于排石、利水、通络。

5 药后调护

脾胃的盛衰为疾病进退的关键,脾胃为后天之本,气血生化之源,脾胃功能的正常与否直接关系到疾病的预后。《伤寒论》第一方桂枝汤方后注即详细记载到^[13]:“服已须臾,啜热稀粥一升余,以助药力。……禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。”可见张仲景对药后调护极为重视。清代著名经方家陈修园认为整部《伤寒论》可以概括为 6 个字——保胃气,存津液。单教授除了处方用药之外,每每于方后叮嘱患者日常调护事项,并附上健康宣教信息。此外,单教授针对食管黏膜损伤患者,还参看胃镜报告,嘱其服药时采用左侧卧位或右侧卧位缓缓下咽汤药,亦是对仲景“少少含咽之”服药方法的发挥。

患者,女,72 岁,2004 年 2 月 12 日初诊。患者于 2002 年 10 月 28 日行胃癌根治术,切除约 4 cm×3 cm×2 cm 大小肿块。术后病理诊断:食管下端及贲门部溃疡型神经内分泌瘤,小区为管状腺癌,中分化,累及深肌层,上下切缘(-),癌旁(0/0)淋巴结未见转移。术后口服化疗药 1 年,要求中医调治。刻诊:患者自觉胃中不适,嘈杂感,神疲乏力,精神欠佳,暖气,舌暗红而紫,苔薄而剥,脉细。证属脾胃气虚,胃气不和,兼有血瘀。治拟健脾益气,和胃理血。处方:太子参 10 g,炒白术 10 g,法半夏 6 g,麦冬 15 g,薏苡仁 15 g,百合 15 g,桃仁 10 g,瓦楞子 10 g,合欢皮 10 g,煨乌贼骨 15 g,白花蛇舌草 15 g。同时嘱患者调节生活规律,睡卧时垫高上半身,并嘱睡前饮用 1 杯牛奶,以保护食管及胃黏膜。上方连服 2 个月余,2004 年 4 月 15 日患者症状好转,后据症在原方基础上略事出入,巩固治疗,随访 2 年,体重增加,精神尚可,纳谷转馨。

· 经验与教训 ·

基于异病同证探讨功能性消化不良与胃食管反流病 症状重叠的辨治思路*

Objective to explore the treatment of functional dyspepsia and gastroesophageal reflux disease symptoms overlap based on the same syndrome of different diseases

梁旭¹ 王风云² 唐旭东³ 吕林² 温永天¹

[关键词] 症状重叠;功能性消化不良;胃食管反流病;异病同证;辨证论治

Key words overlap of symptoms; functional dyspepsia; gastroesophageal reflux disease; different diseases with the same syndrome; syndrome differentiation and treatment

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2021.07.15

[中图分类号] R573 [文献标志码] B

功能性消化不良(functional dyspepsia,FD)和胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease,GERD)是临床诊疗中最常见的2种上消化道疾

病。研究表明,FD和GERD均对患者的生活质量产生了不同程度的负面影响,同时给社会带来了巨大的经济负担^[1-3]。虽然FD和GERD分属于2种不同的上消化道疾病,但这2种疾病的症状重叠现象在临床上却十分常见。目前FD和GERD各自的发病机制尚不完全明确,两者症状重叠的病因机制亦十分复杂,由于临床表现多样,精确诊断和精准治疗存在一定难度。中医药治疗相对于一般对症治疗具有显著优势,本文将对异病同证的辨治思

*基金项目:国家重点研发计划项目(No:2019YFC1709600);国家自然科学基金资助项目(No:81873297);中国中医科学院优秀青年科技人才培养专项(No:ZZ13-YQ-006)

¹北京中医药大学研究生院(北京,100029)

²中国中医科学院西苑医院脾胃病科

³中国中医科学院

通信作者:唐旭东,E-mail:txdly@sina.com

单教授用药注重平衡协调,时时顾护中焦脾胃之气,承仲圣“固护脾胃”之精髓,将六经辨证思想与孟河医派“轻灵醇正”融会贯通,不愧为国内泰斗级脾胃病专家。笔者在跟诊学习过程中,不仅被单教授“四两拨千斤”的行药布阵风格所折服,更钦佩其待患者如亲人故友般从容细致的风度。此外,单教授虽已至耄耋之年,每逢参加学术会议仍然虚心接受现代科学前沿进展并认真笔记的治学精神,每次门诊不论多忙必让学生从“袖珍药房”中取出2~4味中药供跟诊者传阅学习的教学精神都让笔者深觉受教,亦感到非常有必要利用现代数据挖掘技术、多元分析技术等方法传承单教授及其代表的“孟河医派”学术精粹^[14]。

参考文献

- [1] 陆雯艳,余超.孟河医派名医单兆伟教授辨治肝胆病验案二则[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(7):540-542.
- [2] 徐艺,刘丽,王锦.单兆伟基于“脾胃虚则九窍不通”理论临证经验探析[J].辽宁中医杂志,2020,47(1):43-45.
- [3] 王静坤,单兆伟.单兆伟汤膏调治慢性萎缩性胃炎验案两则[J].中医肿瘤学杂志,2020,2(2):75-79.
- [4] 陆雯艳,余超.单兆伟治疗功能性便秘经验[J].中医

学报,2021,36(5):1010-1012.

- [5] 沈洪,周春祥,李大卓.孟河医派传人:单兆伟医疗经验集[M].南京:东南大学出版社,2011.
- [6] 时乐,汤定伟,李雪峰,等.单兆伟治疗肠伤寒“蓄血证”验案一则[J].中国民间疗法,2015,23(11):7-8.
- [7] 张婷.单兆伟运用经方治疗脾胃病经验[J].河南中医,2014,34(8):1463-1464.
- [8] 孙秀娟,周春祥.“少阳为枢”内涵探讨[J].南京中医药大学学报,2008(3):153-155.
- [9] 周春祥,单兆伟.单兆伟教授论胆汁反流性胃炎与“邪在胆,逆在胃”[J].江苏中医药,2005(11):9-10.
- [10] 许玉晶,单兆伟.单兆伟治疗慢性顽固性便秘经验[J].湖南中医杂志,2021,37(5):45-47.
- [11] 赵宇栋,师众,单兆伟,等.单兆伟从肾辨治脾胃病经验浅析[J].湖北中医杂志,2019,41(2):19-22.
- [12] 刘万里.单兆伟教授运用经方治疗胃肠病病案浅析[J].甘肃中医,2001(3):6-7.
- [13] 周春祥,李赛美.伤寒论讲义[M].3版.上海:上海科学技术出版社,2018.
- [14] 周春祥.名老中医经验总结与传承过程中的问题与思考[J].江苏中医药,2004(12):1-4.

(收稿日期:2020-11-17)