

内 科 学

无 形 痰 饮 之 我 见

330006 江西中医学院 黄炳根

主题词 痰证/ 分类 痰证/ 中医病机

痰饮,既是病因,又是病证。全国高等医药院校试用教材及函授教材《中医学基础》、《中医内科学》,均根据“视之可见,触之能及或听之有声”和“看不到有排出来的或其他实质性的痰或饮”,而将其分为有形、无形两大类,笔者认为如此分类似乎欠妥。

一、从历代医家的分类方法看

历代医家对痰饮分类甚多,但并未见此种分类。仲景根据痰饮所在部位不同和症状,谓:其人素盛今瘦,水在肠间沥沥有声谓之痰饮;饮后水流胁下,咳唾引痛谓之悬饮;饮水流行归于四肢当汗出而不汗出,身体疼痛谓之溢饮;咳逆倚息气短不得卧,其形如肿谓之支饮;胸中有留饮,其人短气而渴四肢历节痛肢痛者有留饮;膈上病痰喘满咳吐痰涎则寒热背痛腰疼目泣自出,其人振振身颤剧必有伏饮。”张景岳从治疗角度分类云:“以元气为言,凡可攻者便是实痰;不可攻者便是虚痰。”张子和则根据不同病因产生的痰谓之“一曰风痰,二曰热痰,三曰湿痰,四曰酒痰,五曰食痰。”教材则既不是根据症状,也不是根据病因分类。

二、从痰饮的形成看

痰饮是由肺、脾、肾三脏功能失调和三焦通调失司所致,是水液代谢局部障碍的病理产物。张景岳所说“痰即人之津液,无非水谷之所化,此痰亦即化之物而非不化之属也,但化得其正,则形体强营卫充。而痰涎本皆血气,若化失其正则脏腑病,津液败,而血气即成痰涎”,精辟地指出痰饮形成的基本物

质是水谷,血气亦可转化为痰饮。按此推论,由于脏腑功能活动异常使营养物质或需排出体外的物质所转变为病理产物——痰饮,应该是有形无疑。无论看见与否、触之有否,均不能说是无形,否则又如何称为病理产物呢?

三、从现代科学检验方法看

“无形痰饮”是指肉眼所不能见,而在科学发达的今天可用科学方法观察到其实质。上海第二医学院附属第九人民医院,曾对82例痰浊型冠心病(属中医的心悸、胸闷、怔忡范畴)与血脂水平关系作过探讨。其结果表明,具有痰浊的冠心病患者的血清TC、TG、LDL—C含量,均明显高于无痰浊型冠心病与正常组($P < 0.001$)。在各项指标中,以甘油三酯水平与痰湿、痰热两亚型关系较为密切,呈正相关;致动脉粥样硬化指数(AI)与痰湿亚型呈显著正相关(r 分别为0.291及0.487, $P < 0.05$)。在阐述痰饮的产生机制时指出,过食膏粱厚味或嗜酒无度,最易酿痰生湿、蕴热蒸痰。现代医学认为,脂肪和糖类是人体热量的主要能源物质,若总热量摄入超过生理需要,尤其中年之后基础代谢低下,过剩的能源转变成内源性脂肪储存于脂库中,并使TG增高。痰浊型患者血清脂类较对照组均有显著差异,提示冠心病痰浊的生化物质基础与血清脂类含量增多有关。等级相关分析揭示,痰湿与痰热二组亚型的痰浊程度与TG呈正相关,证实血甘油三酯含量增高是形成冠心病痰浊的主要生化物质基础。

从该院实验说明,痰饮存在于血液循环系统之中,随血行而无处不到,且部位深在;由于痰浊具有粘滞凝涩之性,致脉络壅滞而痹阻心阳,而产生心悸、胸闷、怔忡等症。从而证实,肉眼所不能见的物质,用现代医学检验方法仍可以发现。

四、从痰饮停留的部位看

“无形痰饮”并非无形,只是其所在部位深在而已。痰饮所在部位不同,其临床表现也各异。如痰滞于肺,可见咳嗽咯痰;痰迷于心窍,可见胸闷心悸、神昏癫狂;痰停于胃,可见恶心呕吐、痞满不舒;痰在经络筋骨,可致痰核瘰癧、肢体麻木或半身不遂,或阴疽流注;痰饮上犯于头,可见眩晕昏冒;痰气凝结咽喉,可致咽喉梗阻,有异物。就上述病证而言,难以区分何病证是有形痰饮而致,何病证是无形痰饮所致。

所谓“视之可见,触之能及或听之有声”,是经肺排出或停留在肌表的病理产物,都是由小到大积聚而成,在未排出或未形成块状物之前肉眼并不能见到或手不能触及到。由于肺具有吐故纳新的功能,能将痰饮排出体外,故可见有形痰饮;痰饮经过或停留喉间,随呼吸之气流动并发出声音,故可闻及痰声漉漉;胃经食管、口腔亦与外界相通,一旦痰饮停于胃府,影响气机通降而上逆则呕吐,故可见其痰涎;经络谓人之蕃篱,若痰饮侵犯经络并停聚在肌表时,可见块状物。

综上所述,此类痰饮有直接的出路与明显的部位,可以说是停留部位表浅。与此相反,痰饮随气、血、津液运行而无处不到,引起心悸胸闷、神昏癫狂、眩晕昏冒等,因其不与外界直接相通,故看不到排出来的或其他实质性的痰饮,可见其部位深在。

综上所述,将痰饮分为有形、

内 科 学

胃溃疡及慢性胃炎是内科常见病。由于纤维胃镜的应用,对胃溃疡及慢性胃炎的诊断准确率提高很多。因其病程长,症状缠绵,疗效不高,根治不易,故临床须加以研究。兹从辨证施治要点作探讨。

一、辨证分型

1. 脾胃虚寒型:胃脘隐痛,痞闷不舒,进食痛减,泛吐清水,畏寒肢冷,胃纳欠佳,便溏神疲,喜温喜按,舌质淡有齿痕,苔薄白,脉沉细无力。治宜温中健脾、益气养胃。方用黄芪建中汤加减。气虚,加党参、白术;血虚,加当归、阿胶;湿重,加砂仁、苍术;寒重,加良姜。

2. 肝郁脾虚型:胃脘胀痛,喜按食减,神疲便溏,气短,舌胖质淡,苔薄白,脉濡无力。治宜健脾益气、疏肝和胃。方用逍遥散加减。气虚,加党参、陈皮;食后胀甚,加麦芽、神曲、山楂。

3. 肝气犯胃型:胃脘胀痛,痛连胸胁,食后更痛,频作嗳气,舌红苔白,脉弦。治宜疏肝理气、和胃止痛。方用柴胡疏肝散加减。痛甚,加延胡索、广木香;胀甚,加大腹皮、厚朴;泛酸,加瓦楞子、乌贼骨(海螵蛸)。

4. 脾虚食滞型:胃脘胀痛,痞闷不适,食欲不振,食则腹胀,面色不华,舌淡苔白厚,脉虚无力。治宜健脾益气、消食和胃。方用健

无形似不妥当,它不能指导我们探求其病理机制和临床实践,对学好祖国医学无益。笔者对此提出异议,旨在如何更好地继承和发掘祖国医学,在科学技术日新月异的现今如何用科学的方法去剖析祖国医学的发病原理。

(作者简介:黄炳根,男,43岁。1987年毕业于江西中医学院函授大学中医专业,现任江西中医学院成人教育部助教。)

胃溃疡及慢性胃炎的辨证要点

350003 福建中医学院 叶锦先

主题词 胃溃疡/中医药疗法 胃炎/中医药疗法

健脾 补气(中医) 疏肝

脾丸加减。

5. 胃阴不足型:胃脘隐痛,常有烧灼感,嘈杂,咽燥口干,食纳减,舌质红,苔薄少津,脉细数。治宜养阴益胃、调肝止痛。方用一贯煎合芍药甘草汤加减。呕恶,加竹茹;便秘,加郁李仁、瓜蒌仁;肝郁化火,加左金丸。

6. 气滞血淤型:胃脘痛有定处,呈刺痛,按之痛甚,脘胀食减,或有吐血、便血、舌质暗有淤点,脉细涩。治宜活血化淤、通络止痛。方用膈下逐淤汤加减。出血不止,去桃仁、红花、川芎,加炒蒲黄、三七;气虚,加党参、黄芪、白术。

7. 胃热蕴蓄型:湿热困阻,脘痛持续灼痛,嘈杂,食入即吐,口渴思饮,喜冷饮,口臭,舌红,苔黄腻浊,脉滑数。治宜清热和胃。方用左金丸合三黄汤加减。

二、辨证讨论

1. 胃溃疡急性活动期,以安热症为主,治宜清热和解,用药宜凉降、疏导。也可以扶土植木、清泄郁热、通欲降逆、凉血止血、养阴益胃为治则。此时若胃镜检查,可见溃疡面深陷、苔厚,其周围明显充血、水肿,伴渗血。若是胃炎,不但充血、水肿,粘膜花斑样改变,且有糜烂性改变。

2. 胃溃疡、慢性胃炎的主证为“胃脘痛”,要认真辨证。得温而减为寒,加重为热;拒按为实,喜按为虚;暴痛多实、多寒,久痛多虚、多热;初病多在气,久病多在血;剧痛多实,隐痛多虚;刺痛有定处为血淤,无定处为气滞。

3. 辨胀满和噯气。胃脘胀满系因肝胃不和、胃气不降、脾气不升、中焦气机不畅所致,用理气疏散法治之。若见空腹时胃胀,进食则症减,是为偏虚,宜用甘润养胃之品;噯气病机为中焦气滞、噯后舒适,多为本虚标实之症,在治疗中应注意。

4. 临证需辨食欲。当食欲不振喜进流食或清凉饮食者,多为胃阴不足;若食纳欠佳,空腹时痛加重,食后易胀者,多为气虚;若腹满不食,多属肝郁犯胃;知饥不思食,为气阴两虚,病在胃而不在脾;不知饥而食难化,为脾失健运,病在脾而不在胃。

5. 溃疡病、慢性胃炎常有兼证,需当辨证。若兼痰饮者,证见胃中振水声、胀满、恶水不欲饮、朝食暮吐、暮食朝吐、吐出食物残渣、舌苔白滑、脉弦滑。此阶段为合并幽门梗阻者。若兼湿,证见脘闷腹胀、口淡、不思食、饮不多、肢怠身倦、便溏、苔白腻厚、脉濡滑。此时胃镜下可见粘膜红斑状充血,病理分泌物增多,常见于慢性浅表性胃炎。治疗应根据兼证加以选方用药。

6. 在辨证之中,宜升降同用、寒温并用。由于胃溃疡、慢性胃炎病属复杂,证见噯气泛恶、吐酸吐苦水等胃气上逆症状,又见消瘦腹胀、便溏乏力等脾气不振症状。此时应升降药物同用,如柴胡与旋覆花、代赭石同用。当口苦、胁痛、吐苦水、胆汁反流,系肝郁不达、少阳清气失展、胆热液泄,以柴胡