

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2021. 09. 001

学术探讨

脾胃病治疗中的“调中复衡”理论

张北华¹, 张泰¹, 王凤云¹, 王萍¹, 马祥雪¹, 尹晓岚¹, 唐旭东²✉

1. 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091; 2. 中国中医科学院

[摘要] 脾胃学说、脾虚理论、补土理论、通降论被广泛应用于脾胃病临床, 在继承传统脾胃理论及通降论学术思想基础上, 结合长期临床经验, 提出了治疗脾胃病的“调中复衡”理论, 倡导脾胃升降相因, 降在先; 纳化相协, 调为要; 脾胃辨治, 论分合; 五脏调理, 土为枢。在临床应用方面提出了“治脾八法”“八纲通胃法”“两平衡”策略。治脾八法即健脾理气、健脾化湿、健脾温阳、健脾渗湿、温脾止泻、健脾柔肝、健脾宣肺、温补脾肾法。八纲通胃法即从脏腑、虚实、气血、寒热八纲论治胃病。两平衡即恢复气机升降平衡、恢复脏腑功能平衡。

[关键词] 脾胃病; 调中复衡; 补土; 通降; 脾虚

脾胃病是临床常见病、多发病, 不仅包含脾胃本脏腑疾病, 也包含大肠、小肠、肝、胆等疾病, 受到了历代医家的重视。脾胃学说是指导脾胃病诊治的基石, 其奠基于《黄帝内经》《难经》等经典著作中的基础理论, 发展于汉末至两宋的不断完善, 形成于金元时期李杲关于独重脾胃理论的系统论述, 充实于明清时期脾阴、胃阴等理论对其的进一步丰富^[1]。脾虚理论源于脾胃学说, 论述了脾虚的病理特点, 并得到后世的广泛应用与研究^[2]。补土理论萌芽于古代哲学, 肇始于《黄帝内经》, 发展于张仲景, 鼎盛于李杲, 又经后世补土学派发展, 被广泛用于指导各科临床^[3-4]。董建华院士潜心研究传统脾胃理论, 结合长期临床实践和对脾胃病的认识, 提出了“通降论”学术思想^[5], 强调胃气通降在维持脾胃生理功能的重要性。我们在继承“通降论”学术思想的基础上, 结合长期脾胃病临证经验, 创建了脾胃病辨证新八纲^[6], 是脾胃病临床中医辨证的具体抓手和操作技术路线。在脾胃病辨证新八纲的基础上, 我们精研传统脾虚理论、补土理论及“通降论”学术思想, 进一步提出了治疗脾胃病的“调中复衡”理论。现将其内

容详述如下。

1 “调中复衡”要义解析

“调”为斡旋、变理之义, 正如《说文解字·言部》所载“调, 和也”^[7], 即通过药物治疗斡旋气机升降功能, 变理五脏功能。

“中”从定位来讲为中州脾胃, 如《素问·太阴阳明论篇》云“脾者, 土也, 治中央, 常以四时长四肢”^{[8]49}。《素问·玉机真藏论篇》云“脾脉者土也, 孤脏以灌四傍者也。”^{[8]31}通过“调中”以治其他四脏, 后世有“调中州, 安五脏”理论的临床应用^[9]。脾胃居中焦, 是升降之枢, 如《临证指南医案》云“纳食主胃, 运化主脾, 脾宜升则健, 胃宜降则和”^[10], 《四圣心源》指出:“脾升肝肾亦升, 故乙木不郁; 胃降则心肺亦降, 故金火不滞”^[11]。从病性来讲, “中”又可理解为核心病机。

“复”为恢复之义, 如《灵枢·九针十二原》云“睹其色, 察其目, 知其散复”^{[12]6}, 复指气血的恢复。

“衡”为平衡之义, 正如《康熙字典》所载“《前汉·律历志》衡, 平也”^[13]。“衡”泛指虚实、寒热之性的平和, 气机升降的平衡, 脏腑功能的平衡, 阴阳的平衡。

“中”是“调”的对象, “复”是“调”的作

基金项目: 科技部国家重点研发计划(2019YFC1709600); 中医药传承与创新“百千万”人才工程(岐黄工程) 岐黄学者专项; 第六批全国老中医药专家学术经验继承项目(国中医药人教发[2017]29号)

✉ 通讯作者: txdlly@sina.com

用,“衡”是调的目标,“调中复衡”强调了中州脾胃功能的核心作用,正所谓“脾胃为后天之本”,同时强调了中焦气机升降功能正常和五脏功能协调的重要性。

“调中复衡”理论示意图见图 1。

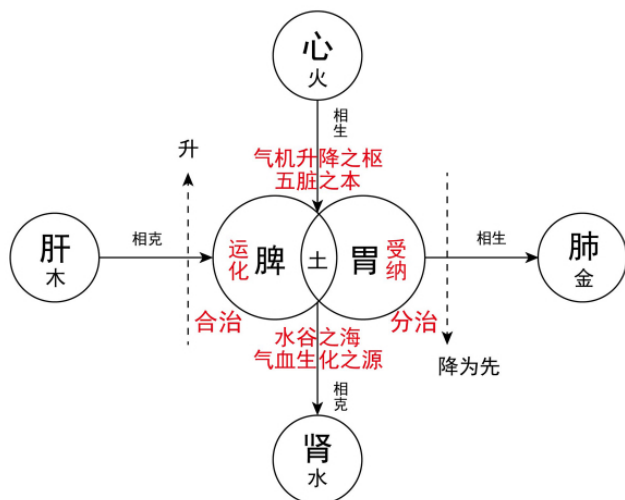


图 1 “调中复衡”理论示意图

2 “调中复衡”的中心思想

2.1 升降相因,降在先,通降即为补

气的升和降是对立统一的矛盾运动,气的上升太过或下降不及称作“气逆”,气的上升不及或下降太过称作“气陷”,清气上升有赖于浊气下降,正所谓升降相因。一般说来,五脏贮藏精气,宜升;六腑传导化物,宜降。就五脏而言,心肺在上,在上者宜降;肝肾在下,在下者宜升;脾胃居中,通连上下,为升降之枢纽。脾胃升降理论最早可见于《黄帝内经》,《素问·经脉别论篇》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,……水精四布,五经并行,合于四时五藏阴阳,揆度以为常也”^{[8]37}。《素问·逆调论篇》云“胃者六府之海,其气亦下行”^{[8]55}。金元时期李杲详细论述了“脾升胃降”理论,如《脾胃论》云“盖胃为水谷之海,饮食入胃,而精气先输脾归肺,上行春夏之令,以滋养周身,乃清气为天者也;升已而下属膀胱,行秋冬之令,为传化糟粕,转味而出,乃浊阴为地者也”^{[14]66}。清代医家则明确提出脾胃在气机升降中的特点及中轴地位,如《临证医案指南》云“脾宜升则健,胃宜降则和”^[10],《医碕》云“脾脏居中,为上下升降之枢纽”^[15],《医门棒喝》云“升降之机者在乎脾胃之健运”^[16]。

以脾胃升降理论指导临床,叶天士认为脾与胃

一阴一阳,脾宜升为健,胃宜降为和,脾胃升降相因,根据胃宜降为和及胃喜润恶燥的特性,提出“胃为阳土,宜凉宜润”“阳明阳土,得阴则安”等学术观点。《灵枢·平人绝谷》云“胃满则肠虚,肠满则胃虚,更虚更满,故气得上下,五脏安定,血脉和利,精神乃居。”^{[12]139}董建华院士在前人基础上,根据胃腑更虚更实特点,强调胃气和降是脾胃升降功能正常的基础,认为通降乃治脾胃病之大法,提出胃病认识的三要素,即以降为顺,因滞而病,以通祛疾^[5]。我们继承董建华院士“通降论”学术思想,认为脾胃“升降相因,降在先,通降即为补”,强调胃的通降功能正常是脾气升清功能正常、脾胃升降功能恢复正常的前提,治疗主张通降胃腑为先,降中寓升,以斡旋气机升降功能。通降之法,并非单纯地通降攻泄,而是审因对症,因势利导。病位单纯在胃,则重点治胃,通降胃腑;若胃病及脾,升降反作,则降胃理脾,二者兼顾。病情属实,则通降为主,专祛其邪,不可误补;虚实夹杂,则通补并用,补虚行滞,标本兼顾。诚如《医学真传》云“通之之法,各有不同。调气以和血,调血以和气,通也;上逆者使之下行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。若必以下泄为通,则妄矣”^[17]。

2.2 纳化相协,调为要,上中下兼顾

胃主受纳,属阳,脾主运化,属阴,纳化相协,无纳则无所以化,无阳则无所谓阴,缺一不可。胃是受纳腐熟水谷之仓,故称胃为“太仓”“水谷之海”,如《灵枢·玉版》云“人之所受气者,谷也;谷之所注者,胃也;胃者,水谷气血之海也”^{[12]212}。胃为腑,传化物而不藏,以通降为用,通降为受纳的前提。脾主运化,即转运输送、消化吸收功能,容纳于胃中的水谷,经过胃的腐熟后,全赖于脾的转输和散精功能,如《素问·经脉别论篇》云“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉。脉气流经,经气归于肺,肺朝百脉”。《素问·厥论篇》云:“脾主为胃行其津液者也。”^{[8]72}《注解伤寒论》云:“脾助胃气消磨水谷,脾气不转,则胃中水谷不得消磨。”^[18]因此,脾与胃在生理上存在协同作用,胃主受纳、腐熟水谷,脾主运化水谷精微,纳化相协,共同完成食物的消化与吸收,是气、血、津、液生化之源。从全身分析,食物经胃的腐熟、水谷精微经脾的升清作用,上输于上焦心肺,在此与清

五脏相关,生理上相生相克,相互促进,相互制约;病理上相乘相侮,出现脏腑功能的克制失衡。脾虚母病及子,则出现肺脾两虚,导致气的生成不足,气机升降失常,津液输布和水液代谢异常;肺气失宣则影响脾之升清;肺失治节,水道失调,水湿滞留困脾。心火生脾土,心阳不足则脾阳虚;脾虚气血生化不足则心神失养。肝失疏泄,气机郁滞,肝气乘脾致脾失健运;脾虚生湿,湿邪郁结则影响肝之疏泄,脾虚气血生化不足则肝血不足,肝失濡养。脾虚运化无力,不能化生精微以充肾;肾阳虚则脾失温煦,或肾不主水,肾水泛滥,损伤脾土。五脏相关,脾为本,脾脏功能正常在五脏六腑功能协调中发挥关键作用。我们认为脾胃病在病位上有三个层次,一为胃本腑自病、胃病及脾,二为胃(脾)病及他脏,三为他脏及胃(脾)。治疗主张从脾论治以恢复脾胃功能为基础,兼顾其他脏腑,从而恢复气机升降平衡、五脏功能平衡。

3 “调中复衡”临证技法

3.1 本脏虚损,脾失健运,补土当谨守核心病机

脾主运化是脾藏象理论的核心内容,脾虚则脾失运化。脾虚是脾胃病最主要的证候,治疗当从脾论治,临证当明辨脾不运、脾不化和脾虚及他脏的不同。

1) 脾虚以脾不运为主:以胃痞(功能性消化不良)为例,临床表现为上腹部痞满不适,餐后加重或餐后饱胀,早饱,嗳气,腹胀,大便正常,舌淡红、苔薄白,辨为脾虚气滞证,治疗当健脾理气,常用香砂六君汤加减;若同时伴有食欲不振,大便黏滞不爽,舌苔白腻,辨为脾虚湿滞证,治疗当健脾化湿(芳香化湿),常用香砂六君汤合平胃散加减;若同时伴有脘腹怕凉,喜温喜按,四肢不温,辨为脾阳虚证,治疗当健脾温阳,常用理中汤、黄芪建中汤加减。

2) 脾虚以脾不化为主:以泄泻(功能性腹泻)为例,临床表现为进食不当则腹泻,或大便长期不成形,无腹痛,无便血,辨为脾虚湿阻证,治疗当健脾渗湿,常用参苓白术散加减,若同时伴有腹部怕凉,四肢不温,辨为脾阳虚证,治疗当温阳止泻,常用附子理中丸加减。

3) 脾虚及他脏:以泄泻(腹泻型肠易激综合征)为例,临床表现为便前腹痛,腹泻,泻后痛减,每因情志因素诱发,辨为脾虚肝郁证,治疗当

健脾柔肝,常用逍遥散合痛泻要方加减;以便秘(功能性便秘)为例,临床表现为大便质不干,虽有便意,但排便困难,便后乏力,神疲懒言,辨为肺脾气虚证,治疗当健脾宣肺,常用黄芪汤加减;以泄泻(功能性腹泻)为例,临床表现为长期大便不成形,鸡鸣泻,受凉则加重,脘腹怕凉,四肢不温,脉沉细,辨为脾肾阳虚证,治疗当温补脾肾,常用四神丸加减。

3.2 胃气不降,或滞或逆,通降须明察气机乖忤

胃在生理上以降为顺,病理上因滞而病,胃病治疗在于通“滞”,以通祛疾,以恢复胃的和降功能。胃的通降异常可分为胃气不降、胃气阻滞和不降反升三个层次。临证当以脏腑、虚实、气血、寒热为纲辨治胃病,以恢复其通降之性。

1) 胃气不降:胃气不降则水谷糟粕不得往下传递,其在上者则为噎膈,其中者则见脘腹胀满,其在下者则致便秘。以噎膈(功能性吞咽困难)为例,胃气不降多因阴伤,由气结、痰阻、血瘀互结所致,属本虚标实,治疗当养阴益胃常用益胃汤加减,疏肝理气常用柴胡疏肝散加减,健脾化痰常用导痰汤加减,活血通络常用血府逐瘀汤加减。以脘腹胀满(功能性消化不良)为例,胃气不降虚证多因脾胃气虚、胃阴不足,实证多因食积、痰湿、湿热、气滞等实邪内阻,治疗健脾益气常用补中益气汤加减,养阴益胃常用益胃汤加减,消食导滞常用保和丸加减,化痰除湿常用二陈平胃散加减,清热化湿常用连朴饮加减,疏肝理气常用四逆散合越鞠丸加减。以便秘(功能性便秘)为例,胃气不降多因胃热津伤、肝脾气滞、阴寒内盛、肺脾气虚、血虚、阴虚、阳虚,治疗泻热导滞常用麻子仁丸加减,顺气导滞常用六磨汤加减,散寒导滞常用温脾汤加减,益气润肠常用黄芪汤加减,养血润燥常用润肠丸加减,滋阴通便常用增液汤加减,温阳通便常用济川煎加减。

2) 胃气阻滞:胃气阻滞,气机不畅,不通则痛,可见胃痛、腹痛。以胃痛(慢性胃炎)为例,胃气阻滞可因寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃、湿热中阻、瘀血阻络而致,治疗温胃散寒常用良附丸加减,消食导滞常用保和丸加减,疏肝理气常用柴胡疏肝散加减,清热化湿常用连朴饮加减,化痰通络常用失笑散合丹参饮加减。以腹痛(功能性腹痛)为例,胃气阻滞可因寒邪内阻、湿热壅滞、饮食积滞、肝郁气滞而致,治疗散寒温里常用良附丸加减,清热化湿通腑常用大承气汤加减,消食导

滞常用枳实导滞丸加减,疏肝理气常用柴胡疏肝散加减。

3) 不降反升:胃气不降反升,胃气上逆则出现暖气、反酸、恶心呕吐。以暖气(功能性暖气)为例,胃气上逆多因食积、痰火、气滞、脾胃虚弱致气机升降失常,治疗消食导滞常用保和丸加减,清热化痰常用温胆汤加减,疏肝理气常用逍遥散加减,健脾益气常用六君子汤合旋覆代赭汤加减。以反酸(胃食管反流)为例,胃气上逆多因肝胃郁热、脾虚湿热、中虚气逆,治疗疏肝泄热常用丹栀逍遥散合左金丸加减,健脾清热化湿常用半夏泻心汤加减,健脾疏肝常用六君子汤合旋覆代赭汤加减。以恶心呕吐(急性胃肠炎)为例,胃气上逆多因外邪犯胃、食滞内停、痰饮内阻、肝气犯胃所致,治疗解表和中常用藿香正气散加减,消食化滞常用保和丸加减,温化痰饮常用苓桂术甘汤加减,疏肝和胃常用柴胡疏肝散加减。

综上所述,胃的气机升降异常与多种因素有关,我们主张以脏腑、虚实、气血、寒热为纲论治,以恢复胃的和降。以脏腑为纲的常用治法有健脾和胃法、从肝治胃法、从心治胃法、从肺治胃法、从肾治胃法;以虚实为纲,虚证有养阴益胃法、甘平养胃法、温中和胃法,实证有理气和胃法、化湿和胃法、清热和胃法、消食化滞法、活血通络法;以气血为纲,调气法有理气和胃法、益气和胃法,调血法有清热化瘀法、温中化瘀法、理气化瘀法、破瘀化痰法、养血和胃法;以寒热为纲,寒证有温胃散寒法、温阳和胃法,热证有清热和胃法、滋阴和胃法。

3.3 脾胃不和,五脏失调,调中须平衡脏腑关系

脾胃同病,则脾胃不和,当脾胃合治,调和脾胃功能,以恢复脾之运化、升清,胃之受纳、通降之性。脾多虚,胃多实,治疗当补脾而不碍胃,清胃而不伤脾,用药升中寓降,降中寓升。若脾胃失调,病及其他脏腑,当基于五脏相关理论治疗,从脾胃论治,兼顾其他脏腑,常用疏肝和胃、疏肝健脾、温补脾肾、补益心脾、健脾宣肺、清肺通腑、肺脾肾同治、肝脾肾同治法等。治疗目的在于恢复气机升降和五脏生克制化平衡。治疗方药多遵循古方,方小力专,善于灵活变化。

4 小结

总之,我们在传承脾胃理论及董建华院士“通降论”学术思想的基础上,结合长期临床经

验,提出了治疗脾胃病的“调中复衡”理论,倡导脾胃升降相因,降在先;纳化相协,调为要;脾胃辨治,论分合;五脏调理,土为枢。在临床应用方面创立了“治脾八法”“八纲通胃法”“两平衡”策略。“治脾八法”即健脾理气、健脾化湿、健脾温阳、健脾渗湿、温脾止泻、健脾柔肝、健脾宣肺、温补脾肾法。“八纲通胃法”即从脏腑、虚实、气血、寒热八纲论治胃病,包括二十余种治法。“两平衡”即恢复气机升降平衡、恢复脏腑功能平衡。“调中复衡”理论的提出是对脾胃学说、董建华院士“通降论”学术思想的继承和发展,对于脾胃病治疗具有重要的临床指导意义。

参考文献

- [1]郑齐,潘桂娟.脾胃学说的概念与源流述要[J].中医杂志,2012,53(13):1082-1085.
- [2]胡玲,陈冠林,陈蔚文.脾虚理论及其应用[J].中医杂志,2012,53(14):1174-1177.
- [3]刘奇,陈延,李秋萍,等.补土派学术传承发展刍议[J].时珍国医国药,2015,26(4):953-955.
- [4]李秋萍,刘奇,龙顺钦.中医补土理论内涵浅议[J].新中医,2017,49(4):157-158.
- [5]唐旭东,董建华.“通降论”学术思想整理[J].北京中医药大学学报,1995,18(2):45-48.
- [6]唐旭东,马祥雪.传承董建华“通降论”学术思想,创建脾胃病辨证新八纲[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(11):893-896.
- [7]许慎.说文解字[M].上海:上海古籍出版社,2007:110.
- [8]黄帝内经素问[M].傅景华,陈心智,点校.北京:中医古籍出版社,1997.
- [9]周来兴,周艺,陈仰东.“调中州,安五脏”理论源流与临床应用[J].福建中医药,2012,43(5):5-7.
- [10]叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2008:138.
- [11]黄元御.四圣心源[M].北京:中国中医药出版社,2009:52.
- [12]灵枢经[M].史崧,编校.太原:山西科学技术出版社,1992.
- [13]张玉书,陈廷敬.康熙字典[M].天津:天津古籍出版社,1995:809.
- [14]李东垣.脾胃论[M].北京:中国中医药出版社,2007.
- [15]何梦瑶.医碥[M].北京:中国中医药出版社,2009:5.
- [16]章楠.医门棒喝[M].北京:中医古籍出版社,1999:57.
- [17]高士栻.医学真传[M].天津:天津科学技术出版社,2000:43.
- [18]成无己.注解伤寒论[M].北京:学苑出版社,2009:14.
- [19]于建春,曹晓君,刘云鹤,等.近十年三焦理论研究概

