

# 治胆七法

江苏省高邮县中医院内科 李鸿翔

胆附于肝，肝胆相合，互为表里。胆既属六腑，又属奇恒之府，具有双重的生理功能。属六腑者，以其不能壅塞，所谓“传化物而不藏，故实而不能满也”。属奇恒之腑者，以其“为中正之官，藏清净之液，故曰中精之府”。祖国医学特别重视胆的生理功能，《素问·六节藏象论》在论述了脏腑的各自生理功能之后，特别指出：“凡十一脏，皆取决于胆也。”李东垣云：“胆者，少阳春生之气，春气升则万化安，故胆气春升，则余脏从之。”可见胆的功能正常与否，关系到人体整个的脏腑功能。

胆系疾病为常见、多发病。本文仅就个人体验，将治胆概为清、泄、温、和、消、补、利七法，略述管窥之见，以就正于同道。

**一、热郁于胆宜平清** 证见：右上腹疼痛急迫，或初缓而后剧，引及同侧肩背，或伴发热，或有呕恶，口苦，苔黄，舌红，脉弦或数。西医诊断为“急性胆囊炎”。

治法：清胆法。方用：清胆汤（自拟方）。黄芩12克，山梔10克，黄花地丁30克，茵陈15克，川楝子15克，玄胡索15克，赤芍15克，木香10克，枳壳10克。方中黄芩、山梔苦寒，直清胆热为主药；配黄花地丁助黄芩之力，且可疏肝；合茵陈助山梔之力，且可利胆；伍以川楝子、玄胡索可入肝胆；木香、枳壳可理气机，共奏止痛之功，更以赤芍入肝，凉血而清胆。

〔按〕胆病多苦热，热郁当清胆，胆属六腑，六腑为阳，病邪犯之，易从热化，故胆病属热证者多，属寒证者少。湿热之邪蕴结于肝胆，胆腑受邪为主，或七情气郁于肝，郁而化热，由肝及胆。此类证候，在治疗上若见痛治痛，投香燥疏利之剂，非但

不能止痛，相反地助热化火，其痛益剧。故以清胆除热为宜，胆热清而痛自除。

**二、热结于胆宜平泄** 证见：右上腹疼痛，反复发作，或轻或重，或累及脘腹胀满，呕恶，口苦，苔黄或燥或中心剥脱，舌红，大便干结，或秘而不通，或数日一行，脉弦滑数。西医诊断常为“急性胆囊炎”或“慢性胆囊炎急性发作。”

治法：泄胆法。方用：泄胆汤（自拟方）。大黄（后下）10克，玄明粉10克（冲化），青皮10克，郁金10克，黄芩10克，木香10克。方中以大黄苦寒攻下，通其腑气为主药；玄明粉咸寒软坚，助大黄之力，以泄腑结；青皮、郁金引药性入肝胆，且可破结行气；黄芩清热；木香止痛。

〔按〕泄者，攻下通腑之意，似不治胆而实为治胆，胆腑内藏精汁，功同其它五腑，宜平通畅，宜平疏泄，不宜郁滞。郁滞轻者，病在本腑，郁滞甚者病及阳明，以致腑气结滞不通。郁者，结之渐；结者，郁之甚也。故临床细心辨证可见热郁于胆者，唯有疼痛，发热为主，可清而解之；热结于胆者，除疼痛，发热而外，更兼腑实便结，非取苦寒泄下不可。此所谓“釜底抽薪”之法。此类证候常经反复疏利肝胆而立效，一经攻下，即应手而解，大便畅行，则其痛顿除。

**三、痰饮作祟取温胆** 证见：右上腹部引及脘腹胀满而痛，呕恶频频，或呕痰涎，或呕酸苦，脘间或痞或嘈，纳谷欠佳，心悸，苔滑或白腻，脉细弦而滑。西医诊断多为“慢性胆囊炎合并慢性肥厚性胃炎。”

治法：温胆化饮。方用：加味温胆汤。法半夏10克，茯苓15克，陈皮10克，枳实10克，姜竹茹10克，柴胡10克，吴茱萸3克，甘草6克，草果仁10克，生姜三片。方中以半夏配茯苓燥湿健脾化痰饮；枳实配柴胡行气疏肝利胆；吴茱萸合草果暖肝而温中；橘皮合竹茹降逆以和胃；甘草生姜辛甘和中通阳；

（下转第286页）

克,经验证明,这个量是安全可行的,但与62.5克用量比较,无大的差异,并非量越大效果越显著。因此,我们认为无用原方剂量之必要。再如:用槟榔为主驱除绦虫时,其用量要在120克~240克之间,凉水浸泡一昼夜,净水煎服,分两次服,无副作用。量小反而无效或致虫出不爽。

#### 4. 药物新产品、新剂型的验证。

为方便患者及适应急重病人抢救时的应用,中药新产品、新剂型多有问世,临床医生应予支持,验证,以利推广。我们用“醒脑静”治疗肺性脑病,脑出血等昏迷病人时,感觉效果不如口服安宫牛黄丸效果好。但因其有效,仍不失为一种新的给药途径,仍属一种剂型的创新。又如:丹参注射液静脉点滴治疗血管疾病时,其活血化瘀的效果与口服煎剂基本一致。

上述对中药的临床研究,都为从现代化药理学的角度研究中药提供了基础。

### 四、中西医结合、中医现代化

中西医结合的目标,是将中西医二者扬长弃短,使之成为亦中亦西,非中非西的中国新医药学。这不仅需要有细胞水平、分子水平的实验室研究,也离不开临床研究。

1. 疾病的中西医结合分型 这是辨证与辨病相结合的主要形式。是用辨证论治的方法,研究西医的疾病。所谓中西医结合分型,即将西医诊断的疾病,按其病程、病期、临床表现、病理形态等特点与中医的辨证相结合,找出其规律,即所谓有机的结合。

我们在中西医结合防治肺心病的临床研究中,探索出中医本虚标实两大类,痰浊阻肺、肺肾气虚、水气凌心、阴阳欲绝、痰迷心窍、血淤阻络六个证型,分别与西医的合并感染、肺功不全、感染性休克、肺性脑病、弥漫性血管内凝血等相对应,再用来指导临床实践,提高了治愈率,降低了死亡率。其中“血淤阻络”(DIC)的分型在国内较早提出,被华北地区分型(修正草案)所采用。

目前中西医结合分型,正朝着有病理学基础的方向进展。研究溃疡病的中西医结合分型,发现中医的证型与西医的病变、病期均有一定关系。即寒热错杂型与急性活动期,胃阴不足型与慢性退行期,脾胃虚寒型与愈合过程期,肝胃不和型与疤痕期之间有一定的联系,等等。这无疑把中西医结合分型提高了一步。但它却首先是依据中医基本理论进行临床辨证的基础上分型的,特别是在分型治疗取得较高疗效的基础上进行的。显然,离开临床研究,是不可想象的。诚然,完全脱离临床的纯实验室研究是有的,如从研究环核苷酸的比值来印证阴阳学说。但这只是涉及某些基础理论的特殊情况,而中西医结合及中医现代化的大量工作,包括多数实验室研究,大多在临床研究的基础上进行的。

2. 研究新情况、新问题 临床实践中遇到中医书籍上少有记载的新情况、新问题,可将其纳入辨证论治的范畴进行临床研究。我们曾对吸烟、饮酒等生活习惯;高寒、震荡放射等特殊工作环境;西医的一些实验室检查及西医的一些治疗手段、方法等新情况、新问题进行临床研究,并有所发现,这些新情况、新问题会随着时代前进的步伐,中西医结合与中医现代化的进展而越来越多见。对这类问题的临床研究将从病因、病机治疗诸方面丰富中医学的内容。(未完)

(上接282页)

诸药合成使痰饮化而脾阳得伸,肝得疏达而胆汁得泌。

〔按〕部份患者经西医物理检查,诊断为胆囊炎,同时合并慢性肥厚性胃炎,临床症状表现为“痰饮”者,不乏其例。其人或形体丰肥,或喜啖肥甘,或嗜饮茶、酒。致使痰浊蕴于中,水饮聚于中,中阳困乏不振,运化失职,脾土虚壅,侮反肝木,肝失者水谷精气之养,胆失疏利分泌之常。故此类患宜温胆化饮为主。若用苦寒之剂则败损脾阳,若用补益之剂则滞其气机。