

【理论探讨】

伤寒之“胃强脾弱”探骊*

洪靖, 王鹏, 姜瀚, 刘永尚, 李董男[△]
(安徽中医药大学, 合肥 230038)

摘要:“胃强脾弱”概念自提出以来历代医家争论不断,目前学术界主要持有两种观点,一是“胃强脾弱”为肠热脾约说,二是“胃强脾弱”为胃热脾虚说。笔者通过阅读和分析相关文献,对“胃强脾弱”相关概念进行梳理,结合《伤寒论》《金匮要略》原文互参,系统探究其病因病机与治法方药,并举叶天士验案一则认为“胃强脾弱”应为胃热脾虚,治以甘草泻心汤,但临证不必墨守成规。若胃强脾弱伴有胁下有水气、腹中雷鸣等症状,可从生姜泻心汤加减;若呕逆比较严重并伴心下痞等情形可从半夏泻心汤加减。

关键词:《伤寒论》;胃强脾弱;肠热脾约说;胃热脾虚说;甘草泻心汤

中图分类号: R222 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2018)05-0575-03

“胃强脾弱”一词始见于《伤寒明理论·诸药方论》,用于解释《伤寒论》脾约证。“十二五”规划教材《伤寒论选读》认为“浮涩相搏,即胃热盛与脾阴亏并见,胃强而脾弱,脾输布津液的功能被胃热所约束,使津液不能还入肠道,肠道失润而导致大便硬,这就叫脾约。”^[1]“十二五”规划教材《中医诊断学》认为“多食善饥,兼见大便溏泄者,为胃强脾弱。因胃的腐熟水谷功能亢进,故多食易饥,而脾的运化功能低下,故大便溏泄。”^[2]可见对于“胃强脾弱”的真正概念,国内学术界尚存争议。多数医家偏向于成无己所解释的肠热脾约,但也有其他医家提出不同观点。笔者认为“胃强脾弱”理解成肠热脾约非张仲景原意,故通过对其相关概念、病机、方药及《伤寒论》《金匮要略》系统分析,结合医案一则以期获得“胃强脾弱”为胃热脾虚,治以甘草泻心汤的认识。

1 历代医家对“胃强脾弱”的认识

1.1 肠热脾约说

《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》第247条:“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,大便则硬,其脾为约。”“胃强脾弱”正是成无己解释本条提出的概念。

《伤寒明理论》论述脾约丸载“约者结约之约,又约束之约也,《内经》曰‘饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行。’是脾主为胃行其津液者也。今胃强脾弱,约束津液,不得四布,但输膀胱,致小便

数而大便硬,故曰其脾为约。”^[3]

由于小肠大肠在位置上紧接胃腑,在功能上与胃共同完成受纳、消化、吸收食物的功能,因此古代胃肠常概称作胃^[4]。国家“十一五”重点图书《中医基础理论》认为,“《伤寒论》有时亦将大肠、小肠统称胃,如‘胃中有燥屎’,此胃即是指肠而言。”^[5]且后世医家多将麻子仁丸称为润肠丸,治疗大肠津液不足、大便结燥之症,故笔者认为此处之胃当解释为肠。

从上可以看出,成无己对于“胃强脾弱”的理解是,脾之为胃行津液的功能被肠热所约束,胃中津液不能上承只能偏渗膀胱,导致肠道失于濡润,小便偏数而大便反干。后世多数医家赞同此看法,并给出进一步的解释。

徐春甫在《古今医统大全》中载“若大便难,小便数,是为脾约。约者,俭也。脾主为胃行其津液,今胃强脾弱,约束不行,致小便数而大便难也。”^[6]

李用粹在《证治汇补》中支持徐氏的观点“有平素津液燥结之人,因患伤寒热病,邪热未至于胃,津液现已消烁,故胃强脾弱,水饮不能四布,但输膀胱,致小便数而大便难者,用脾约丸以开结。”^[7]平素身体津液燥结的人,外感之后邪热虽未至肠腑,津液已经枯涸,导致胃强脾弱,胃被脾约,水液不能正常代谢,只渗入膀胱,导致小便数而大便难的情况。

李梴在《医学入门》中谓“脾约证,胃强脾弱,约束津液,不能四布,但输膀胱,故小便数,而大便难,此脾约丸之由制也。”^[8]

李中梓在《伤寒括要》中对李梴的观点进一步阐发为“胃强脾弱约束津液,不得四布,但输于膀胱,致令小便数。水液只就州都,大腑愈加燥竭,大便乃秘。与麻仁丸,通幽润燥。”^[9]胃强脾弱约束津液,偏渗膀胱,使得小便数,由于津液只入膀胱,导致肠腑无津液以濡润,大便秘结。

丹波元简在《伤寒论辑义》曰“以胃强脾弱,为

*基金项目: 2016年国家级大学生创新创业训练计划项目(201610369053)。“胃强脾弱”病机探讨及使用“辛开苦降”辨证论治
作者简介: 洪靖(1997-),男,在读本科,从事中医基础理论与新安医学研究。

△通讯作者: 李董男(1979-),男(回族),副教授,理学博士,硕士研究生导师,从事中医健康理论、中医疾病史与新安医学研究, Tel: 13956026154, E-mail: 33418159@qq.com。

脾约作解。推其意,以胃中之邪热盛为阳强,故见脉浮,脾家之津液少为阴弱,故见脉涩。^[10]”

1.2 胃强脾虚说

钱潢在《伤寒溯源集》中解释脾约证提出“愚谓胃强脾弱之说,固属误谬,而约束津液,不得四布之论,尤背经旨,何也?脾气既弱,岂反能约束胃中之津液邪?况津液既不得四布,岂能但输膀胱?《素问·太阴阳明论》云‘四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾,乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰。’以此推之,则胃中之津液必待脾气散精而后津液通行。若云脾弱而不能为胃行其津液则可,若云胃强脾弱而约束津液则不可。曾不知津液本在胃中,脾气既弱,岂胃强而反自为约束乎?”^{[11]223}

可见钱潢认为,脾约证并不属于胃强脾弱的范畴,饮食入于胃,腐熟之后津液藏于胃中,但必须通过脾气散精的作用才能将津液布散到四肢百骸。脾弱则不能为胃行其津液,津液无法输布到全身。但是如果说胃强脾弱,导致全身津液被脾约束,偏渗膀胱则有违经旨。脾气偏弱,胃气偏强,脾气又如何约束胃中津液?

钱潢在甘草泻心汤证中解释了脾弱的证候:“下利日数十日者,误下伤胃,中气失守,随药势而下奔也。完谷不化,胃寒不杀谷也。腹中雷鸣,误下则胃阳已伤,中焦虚寒,气滞不得流行,脾弱不能转运,欲通而不得,故但留滞于腹中作响而已。”^{[11]114}泄泻、完谷不化、腹胀俱是脾虚症状,因而钱潢在此处脾、胃俱当作脾来解释。但其在此处并未言明胃强,认为方中黄芩、黄连起反佐作用。笔者认为此看法有失偏颇。甘草泻心汤中用三两黄芩、一两黄连剂量颇大,所起作用应为清胃中之邪热。

张志聪在《黄帝内经素问集注》中进一步解释:“夫胃为阳土而气强,脾为阴土而气弱。脾弱而不得禀水谷之气,则胃气益强,故曰重强。盖言脾气虚而不能为胃行其津液者。胃强脾弱,脏腑之刚柔不和也。”^[12]脾胃俱为土脏,戊胃为阳,己脾为阴。脾气虚不能为胃行津液,四肢不能禀水谷之气,胃中津液停聚。郁而化火,导致胃气更加盛实,此为胃强脾弱、脏腑不和所致。

吴谦在《医宗金鉴》中云“脾胃病中,有胃强脾弱一证,胃强所以能食,脾弱不能消化。”^[13]胃气强盛,阳有余便是火,胃火炽盛,消谷善饥;脾气虚弱,运化失司,饮食不能消化。

笔者认为“胃强脾弱”当为甘草泻心汤证的主要病机,其具体表现为胃热脾虚。胃腑为阳,是多气多血之经,胃病多实,其病多从阳化热,此为胃强,常见消谷善饥、呕逆、恶心、泛酸等症状;脾脏为阴,脾病易虚,脾病则运化不及,痰湿内生,此为脾弱,常见纳差、腹胀、便溏等症状。历代医家支持“胃强脾

弱”以胃热脾虚解并不多,但此解释却更加符合张仲景原文本义,符合临床实际,故与《伤寒论》和《金匮要略》原文互参,并结合方药分析与叶天士验案作进一步探讨如下。

2 “胃强脾弱”解析

2.1 与《伤寒论》原文互参

《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》第245条:“脉阳微而汗出少者,为自和,一作如也,汗出多者,为太过。阳脉实,因发其汗,出多者亦为太过。太过者,为阳绝于里,亡津液,大便因鞣也。”《伤寒论·辨阳明病脉证并治第八》第246条“脉浮而芤,浮为阳,芤为阴,浮芤相搏,胃气生热,其阳则绝。”

这两段原文是247条原文的前两段,是张仲景用于引出麻子仁丸而作,在“十二五”教材《伤寒论》中都被归结于麻子仁丸证范畴。与前文互参笔者认为,麻子仁丸证所表现出大便秘结的症状是由于失治误治之后津液枯竭、阳热盛于里更伤津液,致肠中津亏化燥。由此可以看出,麻子仁丸证的的病机为肠热津枯而非胃中有热。

《伤寒论·辨脉法第一》原文“趺阳脉浮而涩,少阴脉如经者,其病在脾,法当下利。何以知之?若脉浮大者,气实血虚也。今趺阳脉浮而涩,故知脾气不足,胃气虚也。以少阴脉弦而浮(一云沉)。才见此为调脉,故称如经也。”

现分析《辨脉法第一》该条文,该条文的脉象与《辨阳明病脉证并治第八》247条原文脉象相同,张仲景在此解释为脾病脉象,认为会有下利的症状,究其原因脾虚不足。而247条原文却出现与下利症状截然相反的大便鞣症状,因而将247条原文也冠以“脾弱”的概念是不合适的。以此也可以看出,趺阳脉浮而涩并非单纯的对应某一证候,临证应根据症状以及舌象等整体把握,综合判断。

2.2 与《金匮要略》原文互参

《金匮要略·水气病脉证并治第十四》:“趺阳脉当伏,今反数,本自有热,消谷,小便数。”《金匮要略·呕吐下利病脉证治第十七》:“趺阳脉浮而涩,浮则为虚,涩则伤脾,脾伤则不磨,朝食暮吐,暮食朝吐,宿谷不化,名曰胃反。”

分析上两段原文,《金匮要略·水气病脉证并治第十四》表明,趺阳脉反数当为胃热亢盛、腐熟水谷功能亢进,而见消谷善饥、小便频数等为表现的胃强证。《金匮要略·呕吐下利病脉证治第十七》论述趺阳脉浮而涩的脉象,脾气宜升则健,脉象当伏而不是浮而涩,出现此脉象当为脾失健运不能运化,势必上逆而吐,形成朝食暮吐、宿谷不化等为特征的脾弱证。

因此,综合“胃强”和“脾弱”两者的症状,胃强脾弱既有呃逆、泛恶、消谷等胃热症状,也有腹胀、便溏、完谷不化等脾虚症状。

2.3 方药对比

麻子仁丸方中用麻子仁、芍药、枳实、大黄、厚朴、杏仁 6 味药。以麻子仁为君,杏仁为臣,质润多脂,润肠通便;破结者必以苦,故以大黄、芍药苦泄之药以破结;枳实、厚朴顺气之药以行滞^[14]。纵览全方,泻下药远多于温中药,行气药远多于敛气药。喻昌提出这样的疑问:“脾弱即当补矣,何为麻仁丸中反用大黄、枳实、厚朴乎?”^[15]张仲景创制此方,本为补偏救弊。阳明表证当解表发汗,邪从汗出而解,然汗出太过,邪热内传入里,留于肠腑,耗伤肠中津液,肠道失于濡润使大便秘结。麻子仁丸从小承气汤化裁而来,张仲景在此用小剂量小承气汤,即考虑到清肠腑之热的问题,肠腑津液亏耗,再以麻子仁、杏仁润肠通便。麻子仁丸润肠泄热,行气通便,本证病机当为肠热秘结而非脾弱。

甘草泻心汤方中用半夏、干姜、黄芩、黄连、人参、大枣、炙甘草 7 味药。重用炙甘草补脾和中;佐人参、大枣甘温益气以补脾虚;半夏、干姜温中散寒,散结除痞;黄芩、黄连泄热开痞,四药合用辛开苦降、寒热同调,全方攻补兼施,清热而不遏脾气,温中而不留邪。明·虞抟所著《医学正传》中就已认识到“古方九种心痛……详其所由,皆在胃脘,而实不在于心。”张仲景在《金匮要略》中创泻心汤方,仅大黄、黄连、黄芩 3 味药治疗胃热动血。此处甘草泻心汤中亦有泻心汤三字,并有黄连、黄芩 2 味药,可知张仲景创本方亦考虑到清胃热的问题。以泻心汤 2 味药加上温中补虚药物共同组成了甘草泻心汤,可知甘草泻心汤清胃热、补脾虚,与胃强脾弱的基本病机相吻合。

表 1 甘草泻心汤与麻子仁丸组方分析

		甘 草 泻 心 汤		麻 子 仁 丸	
清	热	药	黄 连 、 黄 芩		
泻	下	药		大 黄 、 麻 子 仁	
化	湿	药		厚 朴	
温	里	药	干 姜		
理	气	药		枳 实	
化	痰	平喘药	半 夏	杏 仁	
补	虚	药	人 参 、 甘 草 、 大 枣	芍 药	

注:归类标准参照全国高等中医院校教材《中药学》(第 2 版)^[18]

表 2 甘草泻心汤与麻子仁丸性味分析

		甘 草 泻 心 汤		麻 子 仁 丸	
苦	寒	药	黄 芩 、 黄 连	大 黄	黄 芩
甘	平	甘 草		麻 子 仁	
辛	热 (辛 温)	干 姜 、 半 夏			
苦	辛 酸 微 寒		枳 实		
苦	辛 温 (苦 微 温)		厚 朴 、 杏 仁		
甘	微 苦 微 温 (甘 温)	人 参 、 大 枣			
甘	酸 微 寒	芍 药			

注:归类标准参照全国高等中医院校教材《中药学》(第 2 版)^[16]

表 1、2 显示,麻子仁丸中清热泻下理气药剂量

大于补虚药,攻下之余未有补虚之实,以此方治麻子仁更伤脾气,耗散脾精。甘草泻心汤寒热并用,清热药与温中药及补虚药的剂量相当,既可清胃中邪热,又可补脾中不足,而无闭门留寇之嫌。

2.4 典型病案

叶天士医案:席,脉右歇,舌白渴饮,脘中痞热,多呕逆稠痰,曾吐蛔虫,此伏暑湿,皆伤气分,邪自里发,神欲昏冒,湿邪不运,自利黏痰,议进泻心法,半夏泻心汤^[17]。本案患者由于伏暑内发而致,暑湿之邪最易侵犯人体中焦。脾阳不足,不能运化,可见舌白渴饮;脾气不健,而见自利,脉右歇。邪热扰胃,灼津为痰,其痰黏稠;火热上逆,多呕逆;脾气不升,胃气不降,故胃脘痞胀。本病病机为伏暑内发,胃强脾弱,但考虑到痞满较盛、脾虚较轻,故以半夏泻心汤辛开苦降,开痞散结。

3 结语

“胃强脾弱”的概念虽最早由成无己提出,用来解释《伤寒论》中脾约证,因此后世多数医家以肠热脾约来解释“胃强脾弱”的病机。笔者通过结合《伤寒论》《金匮要略》原文互参,并系统研究其病因病机与治法方药,举叶天士验案一则,认为“胃强”是胃火炽盛的表现,而“脾弱”是脾土不健的表现,因而“胃强脾弱”的具体临床表现是胃热脾虚。从方药上看,麻子仁丸中泻下药和理气药的剂量过大,若脾虚症状的人服用反而更加戕害脾气,使脾不能健运。张仲景创泻心汤方本是为泻胃中邪热,其治疗虚痞时通过化裁创制三泻心汤方如甘草泻心汤、生姜泻心汤、半夏泻心汤,更符合“胃强脾弱”的病机,其中甘草泻心汤最符合本证,其方中重用炙甘草补中益气,使得脾气得以健运,再配伍他药共奏清热补虚之功。但临床不必泥古不化,要圆机活法,若胃强脾弱伴有胁下有水气、腹中雷鸣等症状,可从生姜泻心汤出入;若呕逆较甚并有心下痞症状,可从半夏泻心汤出入。本文详细对“胃强脾弱”概念的研读,希望丰富《伤寒论》的内涵,发扬光大张仲景学术,对中医临床有进一步的启示作用。

参考文献:

- [1] 王庆国. 伤寒论选读[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 128.
- [2] 李灿东, 吴承玉. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 93.
- [3] 成无己. 伤寒明理论[M]. 北京: 学苑出版社, 2009: 97.
- [4] 徐建新. “胃不和则卧不安”论治初探[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(3): 308-309.
- [5] 李德新, 刘燕池. 中医基础理论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 270.
- [6] 徐春甫. 古今医统大全(上)[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1995: 810.
- [7] 李用粹. 证治汇补[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 397.
- [8] 李挺. 医学入门[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 753.

(下转第 695 页)

凉血、祛邪扶正并顾。纵观三期虽治法偏重不同,然祛风、清热、化湿贯穿始终。此外因湿疹的病理因素尚且有痰,故方中还常配伍法半夏、浙贝母,一温一凉使痰化而气畅。

3.2 因人施治,灵活用药

临证病情复杂,若分期不典型则基于三大辨证思路,方随证化裁,不必拘泥。若瘙痒难忍,当“急则治其标”,以防风、白鲜皮、草薢藜、乌梢蛇等大队祛风药为主,辛温散邪,走窜息风,祛风止痒;若热重可从脏腑而辨,如胃火旺者加生石膏、黄连;心火旺者加野百合、栀子;肝火旺者加川楝子、夏枯草等。热毒重者可加紫草凉血透疹,紫花地丁清消火毒,风湿阻络加地龙、六月雪。湿疹显于体表,肺主皮毛,大肠与肺相表里,吴承艳十分重视湿疹患者的大便通畅,见津亏便秘常加栝楼仁、火麻仁;瘀重、血燥便秘加桃仁;便稀溏者加木香。湿疹患者长期焦虑、瘙痒难眠,可加茯神、夜交藤、酸枣仁以养心安神。总之,临证随四诊所参,因人施治,灵活用药。

3.3 内外合治,调摄起居

内服方整体调理体质,外洗方则能让药物直达病所,是迅速发挥疗效的关键。吴承艳治疗湿疹常是内服外用合治,外洗方嘱咐患者每日煎汤、温水浸洗,方由黄柏20g、苦参20g、野菊花15g、明矾6g、薄荷6g、马齿苋15g组成,全方药性平和,共奏清热燥湿、祛风止痒、解毒杀虫之功。

湿疹患者多为过敏性体质且病情缠绵,稍受刺激便极易复发,故平素的起居调护尤为重要。《外科启玄·明疮疡宜熏论》曾明言:“多年疮并血风疮顽癣疥疮,百治不痊者,盖因日久心颓,不慎房室,不能戒口,不谨调护,故令疮顽多治不痊。”^[13]可见调护的重要性甚至高于药治。吴承艳将调摄要点总结为四大要:第一避开过敏源,如吸入性过敏源屋尘、花粉、螨虫、猫狗皮毛、油烟;食物性过敏源鱼虾海鲜、牛奶、大豆、鸡蛋、牛羊肉、鸡鹅、韭菜等,并忌辛辣刺激、烟酒;第二防寒保暖,不可贪凉,以免贼风邪侵入诱发;第三早睡早起,顺应天地而作息,提高机体免疫力;第四保持精神愉快,情志畅达。《素问·至真要大论》曰:“诸痛痒疮,皆属于心”^[9],强调重视颐养心神。

4 典型病案

董某,男,64岁,南京人,于2015年8月2日初诊:全身泛发湿疹10年余,时轻时重,反复发作,发

时奇痒无比甚则破溃。症见部分皮损呈暗褐色,表面粗糙,可见干痂皱皮,新发红色丘疹处瘙痒、糜烂渗水,左脚跟底湿疹肥厚增生伴瘙痒。口干、纳可、寐差,夜间痒时抓醒。大便每日一行偏黏,舌红苔中黄厚腻,脉沉滑。诊断顽固性湿疹,证属素体湿热、交蒸于肌肤而发为湿疹,久则入血,血燥生风,治以清热利湿、凉血疏风、养血安神。处方:四妙汤加减:生薏苡仁20g,黄柏6g,炒苍术6g,怀牛膝10g,丹皮10g,白鲜皮25g,法半夏6g,浙贝母10g,炒枳壳10g,炙甘草4g,乌梢蛇15g,生地20g,首乌藤30g,野百合20g,酸枣仁15g,14剂水煎服。另给予外洗方:黄柏20g,苦参20g,野菊花15g,明矾6g,薄荷6g(后下),马齿苋15g,14剂每日浸洗皮损处。2015年8月16日二诊:用药后新发丘疹处渗液减少,基本消退,夜寐有所改善。效不更方,前方加生石膏15g,水煎服14剂,外洗方同前。2016年5月18日三诊:患者因外感咳嗽就诊,问其湿疹预后情况,诉上次治疗后瘙痒基本消失,湿疹至今未发。查皮损增生处明显软化,色素沉着消退,临床疗效显著。遂仅予解表宣肺、止咳化痰之品治之。

参考文献:

- [1] 周垒,沈毅. 皮肤病名家验案精选[M]. 北京:人民军医出版社,2011:24.
- [2] 刘巧. 中医皮肤病诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:125.
- [3] 刘胜,陈达灿. 中医外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:235.
- [4] 祁坤. 外科大成[M]. 上海:上海卫生出版社,1957:310.
- [5] 陈言. 三因极一病证方论[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:29.
- [6] 丁光迪. 诸病源候论校注(下)[M]. 北京:人民卫生出版社,1992:992.
- [7] 何廉臣. 增订通俗伤寒论[M]. 福州:福建科学出版社,2004:132.
- [8] 灵枢经[M]. 田代华,刘更生,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:132.
- [9] 黄帝内经素问[M]. 田代华,整理. 北京:人民卫生出版社,2005:84.
- [10] 陈实功. 外科正宗[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:281.
- [11] 陈自明. 妇人大全良方[M]. 北京:人民卫生出版社,1985:101.
- [12] 叶天士. 温热论[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:17.
- [13] 申斗垣. 外科启玄[M]. 北京:人民卫生出版社,1955:21-22.

收稿日期:2017-07-13

(上接第577页)

- [9] 李中梓. 李中梓医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:352.
- [10] 丹波元简. 伤寒论辑义[M]. 北京:学苑出版社,2011:393.
- [11] 钱潢. 伤寒溯源集[M]. 北京:中国中医药出版社,2015.
- [12] 张志聪. 黄帝内经素问集解[M]. 北京:学苑出版社,2011:180.
- [13] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京:中国医药科技出版社,2015:465.

- [14] 陈修园. 陈修园医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:367.
- [15] 喻嘉言. 喻嘉言医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:67.
- [16] 陈蔚文. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2015.
- [17] 叶天士. 叶天士医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:118.

收稿日期:2017-09-27