

论女科的“怪病治痰”和“难症治瘀”

姚 石 安

(南通市中医院, 江苏 226001)

“痰”和“瘀”不仅是脏腑功能失调的病理产物, 同时又可成为某些顽症怪疾的发病原因。二者均为阴凝之邪, 具胶痹之性。内匿脏腑, 外达肢骸, 积患经年, 动则万变, 且每易假象迭出, 似是而非, 扑朔迷离, 难得窥要, 乃至误诊失治, 诚为临证必须认真抉辨的课题。笔者在临床略具心得, 对许多女科的疑难病证, 凡与痰瘀相涉, 则责本以治, 每收效奇卓, 兹不揣浅陋, 现论述如次。

脏腑痰生多怪病, 奇经瘀阻成痼疾

女科的痰证, 以肝郁为最, 因“肝为五脏之贼”, 肝郁则气机无以条达, 丹溪云: “有怫郁, 诸病生焉……郁者, 结聚而不得发越也, 当升者不得升, 当降者不得降, 当变化者不得变化也”。且肝郁则坤土失运, 易聚湿生痰; 郁而化火, 则熬液成痰; 郁热生风, 则挟痰走窜, 无处不到, 变生诸症。痰气滞于气道则发为梅核气, 结于乳络则成乳病, 着于胞脉则生瘕聚, 壅阻胞络则为经闭不孕, 困注任带则发为带浊淋漓, 痰气上逆则病子眩, 风痰窜僭则患子痫, 贮之于肺则为嗽, 停之于胃则为呕, 蒙蔽于心则为厥, 痹于肌腠则麻木, 郁于筋脉则成癖, 其证或有痰而可征, 或无形而莫测, 变幻无穷, 冥顽不化, 故王隐君曰: “痰之为病, 随气升降”。景岳称之“痰在周身, 为病莫测”。陈士铎进而申之曰: “天下怪病多生于痰”。验之临床, 洵非虚语, 然其证纵多纷繁, 但审证求因, 仍有端倪可索。一般而言有二: 一为脾胃症状, 如恶心、口粘、痰多、嘈杂、脘闷、喜热饮; 二为神志症状, 如眩晕、烦躁、胆怯、幻视、幻觉, 而脉滑苔腻, 尤为诊断要点。

女科的瘀证, 尤较男子为多, 以女子经孕产哺, 无不以血用事。盈溢之经血, 每或留着于胞宫, 而空虚之血室, 易致揖盗以遗患; 且奇经位处幽隐, 病邪久匿, 穷必入络。所以本人体会, 妇女的瘀证成因, 除同上述原委, 更着重在于“虚”、“郁”二点。前者以经产之余, 血室开放, 寒热之邪乘虚互结; 后者因女子多郁, 气滞既久, 血难畅行, 脉络遂痹。同时前者多离经之衄血, 后者多积渐之络瘀, 同为瘀血, 略有区分。就临床见证而言, 一般有神志、疼痛、出血、闭经、癥块 5 种。如热入血室, 恶露冲心, 有狂妄之体; 血泣冲任, 瘀阻胞络, 见痛经吊阴之恙; 败瘀阻胞, 血不归经, 乃瘀血崩漏之由; 血凝胞脉, 冲任闭塞, 为血结闭经之因; 寒瘀互结, 气血久困, 是肠覃石瘕之根……且种种积久顽固的病证, 病久入络, 延及奇经, 每独处藏奸, 挟有瘀血。瘀血的见证, 以部位不同兼挟特异, 表现多种多样, 但痛处不移, 症形硬结, 血块瘀黑, 为辨证之要点, 而目黯、舌紫、脉涩尤为瘀证所通具。

瘀血有新久之别, 病情有轻重之异, 更因体质阴阳偏颇各殊, 兼挟寒热湿痰不同, 部位高低内外区分。所以临证必须深加探究, 入细分析, 不遗邪, 不失正, 刚柔剋削, 攻补缓急, 对症选方, 才能做到直探巢穴, 廓清瘀衄。

痰瘀交结为疾, 女科疑难猜集

凡人身气血津液, 化得其正则为奉生之资, 化失其正则为致病之因。津液与痰涎, 精血与瘀血, 就是明显例子。而精液与精血, 溯源以观, 总属阴精范畴。基于这一宏观的概念, 可以认为痰瘀同源, 一本二标。而历代医家的探

索, 不断实践的验证, 也确切地证实了痰瘀不仅同出一源, 且多交结为痰, 相互转化和共同消长。

《内经》所载四乌贼虀茹丸, 乌贼骨化痰软坚, 茜草活血通瘀, 可谓同治的篇矢; 甘肃汉墓医简中有当归、川芎、丹皮、漏芦、虻(即贝母)一方, 活血与化瘀相参, 足见古人早已问津于斯。元·朱丹溪提出: “痰挟瘀血, 遂成巢囊”的论见, 观《名医类案》中丹溪治验, 以桃红四物合半夏姜汁竹沥等屡起沉痾, 可知此翁立论, 源自大量的医疗实践。王节斋评称: “丹溪先生治病, 不出血、气、痰”, 极赞善治痰瘀是丹溪先生的特色, 洵属见到。清·叶天士以通络蠲痰以治“痰瘀有形之阻”; 唐容川力陈“须知痰水之壅, 由瘀血使然”使痰瘀相关从理论到实践, 都起了树帜列陈的规范。

《灵枢·痼疽》谓: “津液和调, 变化而赤为血”。《灵枢·邪客》又谓: “营气者, 泌其津液, 注之于脉, 化以为血”。其间, “变化”的过程是“气”的运动在起作用, 反之, 病理过程中痰瘀的交结互化, 亦系病气的承转: 阳气失治, 则阴精为病; 气行则血行, 气滞则血瘀, 气畅则痰消, 气结则痰生。就临证所见, 有不少病, 如症结之候, 大都有相当一段痰聚气阻的发病阶段, 迁延日久, 气失展布, 络道失畅, 则瘀血随之垢结, 积成肿块。《内经》云: “汁沫与血相搏, 则并气凝聚, 不能消散, 而积成矣”。相对地也有一些病, 如泌乳闭经, 经前后综合征, 每先因经事紊乱, 冲任失调, 继而气失疏治, 痰浊由生, 而脂溢体肥; 更有起源于气血之虚, 如暴崩难产之后, 气阴骤亏, 敷运乏能, 气血不敷周流, 痰瘀因兹留积; 亦有阴阳失于平衡, 如更年期综合征, 肾阳不足以蒸化, 则水聚为痰, 肾阴无力以濡济, 则精涩成瘀, 因虚致实, 纠缠难愈。痰瘀一旦交结为痰, 窜着于经络则痛, 如顽固痛经, 经前头痛, 经前乳胀等, 壅注于任带则为带浊, 《女科经论》称之为“带下属瘀血、败脓、湿痰之为病也。”临床上盆腔炎、输卵管积水、阴道炎病程日久,

每多见之, 胶着于胞脉则为癥, 《济阴纲目》称之为“盖痞气之中未尝无饮, 而血瘀之内未尝无痰……故消积之中, 兼行气消瘀化痰之药为是”。女科的瘤、肿、包块, 不少属诸此类。阻滞冲任, 月讯不得如期盈溢, 则先后不定, 经量无法正常调节, 则枯漏不一, 而痰瘀互结最易蒙闭心窍, 导致精神失其常态: 《女科经论》中谈到“产后不语, 败血热痰亦间有之”; 其他论说也有经行痫证, 经期发狂, 颇为常见。临证时, 辨识此症, 大凡腕闷、眩晕、口腻痰多与刺痛拒按; 舌质紫黯, 舌下络脉粗胀与苔之滑腻; 脉之弦中带涩。两两印证, 可据此作论为痰瘀交结。

痰瘀兼见之证在女科范围中为病广、变证多、病程长, 而病邪胶固、正气剥削亦同时存在, 所以诊治运筹较之单纯的痰或瘀, 显得尤费心力。

辨证须扣要领, 施治寒温分缓急

诊治痰病, 本人着重辨其属湿属燥, 从而决定治胃治肝。

大凡湿痰之证的特点: 面色浮黄, 目胞状如卧蚕, 皮肤油垢, 形肉松肥, 眩晕困重, 肿块麻木, 捶打稍舒, 胸闷喜热饮, 带下绵注, 舌胖淡而苔滑腻。证系脾运不及, 湿聚成痰, 重心在胃。方选蠲饮六神煎(旋覆花、橘红、半夏、南星、茯苓、石菖蒲)。本方以二陈汤为基础, 更佐以旋覆花咸降软坚, 南星消痰蠲饮, 石菖蒲通灵宣窍, 则奏效更胜一筹。燥痰的特点: 面有滞色, 皮肤黄中带青, 性情悒郁, 时欲太息, 痰粘难豁, 舌质有紫气, 苔干腻黄白相间; 证系肝郁失达, 气郁生痰, 重心在肝; 方选四逆散合消瘰丸, 以柴胡、牡蛎一升一降以遂肝之用, 白芍、玄参一酸一咸以育肝之体, 贝母、枳实一化一消以蠲痰之结。诸凡痰证, 临床以此二方出入, 加减得当, 每能裕如。

余者视病位和性质加减: 痰滞于肺, 子嗽背冷, 酌参温肺饮; 痰迷于心, 经前神糊, 佐取白金丸; 痰扰肝胆, 胁痛恶阻, 合以温胆汤;

痰阻清阳,眩旋子晕,以半夏白术天麻汤出入;痰阻胞络,肿结不痛,寒取阳和汤法化裁,热用四逆消瘰饮加减;痰结于咽,如吞炙脔,以四七汤增删;痰结于乳,发为痈、癖,合逍遥散损益,痰注任带,带下不孕,选佐束胎丸、苍附芎星丸;而掉眩走窜为风痰,宜加天麻、白附、僵蚕;畏寒涎清为寒痰,加附子、生姜、吴萸;烦热口渴为热痰,加黄芩、黄连、青黛、海蛤、花粉;积久不化为老痰,加海浮石、瓦楞子、控涎丹;坚硬难消为顽疾,加青磁石、风化硝,而痰在皮里膜外,筋隧之际,非白芥子、竹沥、姜汁不足以导而蠲之。且治痰必治气,气顺痰自消,则理气之陈皮、桑皮、腹皮、乌药、香附当随宜而加,降气之苏子、沉香、降香、檀香,亦相机可用,至于补气、提气亦为法外之法,不可不知。

化痰之法,本人着重辨证分新久,论治定急缓。

大凡新瘀病程短,起势急,形质未大变,脉舌亦有神,可取刚剂攻荡,如热与血蓄,瘀结胞宫,上扰心神,取桃仁承气、抵挡法;寒凝胞脉,骤发痛经,温经六合汤;死胎不下,下死胎方;恶露滞胞,生化汤;时日虽长,症积不坚且形质未亏的痛经、不孕、积聚之证,少腹逐瘀、血府逐瘀、膈下逐瘀诸方,可对症选用;宿瘀病程久远,伏匿颇深,肌肤甲错,形质消削,舌脉欠神,只可半补半消,缓剂柔克,如奇经宿瘀,用化瘀回生丹;胞宫瘕聚,取桂枝茯苓丸;营滞血枯,选大黄廑虫丸,而温通并济如温经汤,通因通用如失笑四物汤,总宜选方得体,用量合度,才能瘀化正复、功致十全。

化瘀药品,可分轻中重三等。活血属轻,如归尾、川芎、红花、丹参、郁金、乳香、没药等;化瘀居中,如蒲黄、五灵脂、三棱、莪术、桃仁、刘寄奴等;破瘀为重,如大黄、芒硝、水蛭、虻虫、廑虫等。而疏肝调气,如柴胡、青皮、香附、川楝;软坚散结如海藻、昆布、鸡内金、天葵子;搜络剔邪如炙鳖甲、炮山甲、露

蜂房、地龙;引达奇经如龟板、鹿角霜、蛇床子等都可随宜选加,以期药证熨贴,疗效更为可靠。

痰瘀合治之法,本人根据治痰与化瘀结合,治标与崇本兼顾的原则,自拟痰瘀雪消饮;生黄芪、莪术片、川芎、炮山甲、全瓜蒌、海藻、生山楂、云茯苓、泽泻,药计9味。方经久验,其中莪术、川芎活血中之气,瓜蒌、海藻消瘀中之痰,炮山甲、山楂倍行血之效,茯苓、泽泻绝生痰之源,尤重用黄芪补气以增血运之力,固城廓以杜复陷之灾,共奏气血并调、痰瘀同治之功。

责本总由脏虚,毋忘调补竟全功

既然痰瘀本自津血之异化,而津血源于水谷而赖以气化,气化的关键,先天在肾,后天在脾,脾肾功能失调,则精血化生障碍,而痰瘀由渐兹生,临床上表现虽属实证,但从本质上看,概属标象,其本乃由脏气虚衰故也。因此,在治疗时既要注意治标求本,在消痰化瘀之际,权衡侧重,选佐补虚扶正之品,以防绸缪不周,玉石俱焚;尤要注意的是,俟病去七八,当宗经旨“毒药治病”之诫,转手改剿为抗,切忌一味耗削。

景岳云:“夫人之多痰,悉中虚而然,盖痰即水也,其本在肾,其标在脾,在肾者,以水不归原,水原为痰也;在脾者,以饮食不化,土不制水也……,故治痰者,必当温脾、强肾,以治痰之本,使根本渐充,则痰将不治而自去矣。”本人遵前哲之训,每于痰症收功,多辨证投以六君、六味等方出入,或宗薛氏成法,朝服补中益气丸以崇土德,暮服六味八味丸以培根本,如是调养,至少3月,虽王道不见近功,然远期颇见效力。

罗美云:“治血之要,其取效在调气而补血,其收功在安神而固精。”调气补血可使气血安于脉道,安神固精能令五脏精神内守。本人用化瘀之方,俟病情“衰其大半”,辄以圣愈、八珍辈伍其间,继则以当归补血,黄芪建中,桂枝

自拟“调胃止痛汤”治疗胃脘痛

章 树 林

(安徽中医学院, 安徽 230038)

20 多年来, 笔者临床上遇有胃脘痛患者, 辄以自拟之“调胃止痛汤”为主方, 随证稍事加减来治疗, 常获良效。即使是一些久治乏效的顽证, 也往往能收意外之效。现不揣浅陋, 公诸同道, 以广其用。

方剂组成及剂量变化

1. 基本方 蒲公英 15—30g, 干姜 2—6g, 炒川黄连 2—6g, 甘松 6g, 瓜蒌壳 10g, 炒建曲 10g, 乌贼骨 15g。方中蒲公英、干姜、川黄连 3 味药的剂量可据证情的寒热而确定。胃寒者重用干姜, 少用川黄连、蒲公英, 胃热者反之。

2. 加减法 为保持处方的稳定性, 对兼证不明显者, 经投本方, 不予加减; 对兼证突出者, 加减药味只控制在 4 味以内, 以免喧宾夺主。常用加减法为: 寒甚者, 酌加丁香、吴萸; 热甚者, 酌加山栀、连翘; 气滞者, 酌加香附、佛手; 血瘀者, 酌加丹参、蒲黄; 痰盛者, 酌加陈皮、半夏; 气虚者, 酌加太子参、黄芪; 阴伤者, 酌加生地、玄参; 嗜酸者, 酌加白芍、乌梅, 去乌贼骨; 有溃疡者, 酌加大贝母、煅龙骨、煅牡蛎, 去建曲。若患者舌光无苔、纯虚

无邪者, 则不用本方, 另拟他方。

病案举例

例 1 章某某, 男, 46 岁。1986 年 5 月 21 日初诊。患者胃脘痛已 10 余年, 每因受凉或饮食不慎引发, 发则痛连后背, 多次服用中西药而效果均不明显。1 年前曾作胃镜检查, 诊断为浅表性胃炎、胃窦炎。此次发作已 6 天。刻诊舌脉与全身情况无明显异常, 与调胃止痛汤, 按胃寒用量, 并加丹参 15g, 蒲黄 10g, 5 剂。1 周后急诊, 诉药后暖气频作, 胃痛迅速缓解, 3 剂后痛止。效不更方, 原方继服。上方加当归 10g, 再予 5 剂。此后偶有小发时, 即用上方 3、5 剂则痛立止, 近几年已不复再发。

例 2 许某某, 男, 51 岁。1991 年 2 月 28 日初诊。患者胃痛 20 多年, 常由饮酒引起, 发作时轻时重, 轻时不药可止, 重时则必打针吃药。本次发作, 亦由饮酒而起, 已 10 多天。胃脘灼痛, 口干口苦, 尿黄便秘; 舌红苔黄, 中心剥脱; 脉形细弦而数。诊断为胃热伤阴, 予调胃止痛汤, 按胃热用量, 加生地、玄参、枳椇子各 15g, 并将瓜蒌壳改为全瓜蒌 30g, 5 剂。

加龙牡汤等佐顺气疏络之品以毕全功。个人体会: 任何血症作调理之谋, 不予大补气血, 则大气不足以周流, 营血必至于蹇涩; 而心旌不定, 肾关乏固, 则神明失宰, 营卫无统, 瘀血难免复聚。

对痰瘀交结之症, 本人常用妙香饮子及人参养荣汤以充末治, 两方均具气血双补之力, 而养肝悦脾, 交流心肾, 疏濬灵动, 独擅胜场, 服之大有神充气足之益。

经云: “不能治其虚, 安问其余”。因为虚

为百病之由, 治虚为治病之要。“精神内守, 病安从来,”所以景岳对妇科疾病, 强调以补收功。谓曰: “延久之病……未有根本既伤, 而舍补可以复元者,”痰瘀之症, 古人向以喻为“盗贼之兴, 必由国运之病”, 所以攻邪治标与扶正固本必须密切配合, “惟能使之不生, 方是补天之手”, 不然, “随去随生, 有能攻之使尽, 而且保元气无恙者, 吾不信也。”先哲之论, 历验妇科临床, 堪称笃论!

(收稿日期 1996 年 1 月 1 日)