

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2016. 05. 022

辛开苦降法治疗脾胃病

杨洋, 魏玮*, 史海霞

(中国中医科学院望京医院, 北京市朝阳区望京中环南路 6 号, 100102)

[摘要] 辛开苦降法是指辛味药与苦味药并用, 以达到恢复脾胃升降、寒热平调的作用, 是治疗脾胃升降失常而致寒热错杂病证的治疗法则, 广泛用于多种脾胃系统疾病的治疗。从辛开苦降法的学术源流、治疗脾胃病的立法依据及临床应用等方面阐明辛开苦降法的临床应用价值。

[关键词] 脾胃病; 辛开苦降; 病证结合; 半夏泻心汤

辛开苦降法是中医学的重要治法之一, 临床应用十分广泛。本文试从学术源流、立法依据及病证结合等方面对该法做一阐述。

1 辛开苦降法的源流

辛开苦降法作为中医治法的重要组成部分, 其理论基础在《黄帝内经》中已有阐明。《素问·至真要大论》曰“湿淫所胜, 平以苦热, 佐以酸辛, 以苦燥之, 以淡泄之。湿上甚而热, 治以苦温, 佐以甘辛”; 《素问·阴阳应象大论》曰“气味辛甘发散为阳, 酸苦涌泄为阴。”最早提出了“辛可散, 苦可泄, 辛苦可同用”的理论, 并提出治湿可辛苦相佐。张仲景在《黄帝内经》的理论基础上创立了以半夏泻心汤为代表的辛开苦降方剂, 首次将药物性味对立的辛温药和苦寒药并用, 以治疗寒热错杂型痞证。后世医家对这种寒热并治、辛苦同用的治法做出了阐释与发挥。据统计, 叶天士在《临证指南医案》中运用泻心汤及其类方医案共 22 则, 涉及痞、痛、呕、利、湿、暑、疟等疾病, 提出了“微苦以清降, 微辛以宣通”的论点, 认识到辛苦合用则“苦寒能清热除湿”“辛通能开气泄浊”, 并化裁出多个泻心汤类方。吴鞠通提出“非苦无能胜湿, 非辛无能通利邪气”“苦与辛合能降能通”的论点, 创制了辛苦寒、辛苦温、辛苦热、辛苦淡法等多个方剂^[1]。至此辛开苦降法的理、法、方、药已形成完善体系。

2 辛开苦降法治疗脾胃病的立法依据

2.1 本于人体生理

人体的生理可总结为三个方面, 即“衡”“动”“能”。“衡”即平衡, 是机体健康的表现, 一为体内阴阳的平衡, 可表现为气血的平衡、五脏的平衡, 还包括机体与自然的平衡, 体内阴阳应与天地四时的阴阳相平衡。“衡”是人体的健康状态, 亦是天、地、人和谐的最佳状态, 是一种动态的平衡。“动”是人体生命活动的表现, 包括阴阳的对立、转化, 具体可表现为气、血、精、津、液的相互转化与运动以及脏腑的动态平衡。气、血、精、津、液的运动形式无外乎升降出入。《素问·六微旨大论》曰“出入废则神机化灭, 升降息则气立孤危, 故非出入, 则无以生、长、壮、老、已; 非升降, 则无以生、长、化、收、藏, 是以升降出入, 无器不有。”脏腑的动态平衡则遵循五行的规律。“动”必是“衡”中之“动”, 无论阴阳的对立、转化都基于阴阳的平衡, 一旦不及或太过则变生疾病。《素问·六微旨大论》曰“亢则害, 承乃制, 制则生化, 外列盛衰, 害则败乱, 生化大病。”“能”为“动”之根本, 是人体内物质基础, 何为能? 阴阳即为能。王冰曰“阳施正气, 万物方生; 阴为主持, 群形乃立。”杨上善曰: “阳气以为人物生正, 阴气以为人物养主也。”故阳气、阴精是机体的物质基础, 是人体的能量来源。人体的整个生理状态是在“能”的推动下, 以“动”制“衡”的过程。“衡”“动”“能”三

基金项目: 国家自然科学基金(81273746)

* 通讯作者: sxstyy@sina.com (010) 84739719

者亦处于一种相互影响、相互制约的平衡状态。“衡”“动”“能”这三个环节任何一个出现问题均会互相影响，使“衡”的状态被打破，即由生理向病理转化。《素问·生气通天论》曰“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝。”《素问·调经论》曰“五脏之道，皆出于经隧，以行血气。血气不和，百病乃变化而生”。

辛开苦降法是本于脾升胃降的调“衡”之法。辛温与苦寒并用，可调阴阳之“衡”；辛以散结，苦以降逆，可调气机之“衡”；辛可促脾升以悦脾，苦可降逆以和胃，可调脾胃之“衡”。脾胃为气机升降之枢纽，脾胃和则气机达，气机达则“动”。辛可散、辛温可助阳，苦能坚阴，辛苦相合助阳坚阴可固“能”也。由此可见，辛开苦降法“衡”“动”“能”同调，立法于机体生理之本，治法具有极高的理论先进性。

2.2 针对疾病演变过程

疾病发生、发展的全过程可以概括为正邪交争的过程。“正气存内，邪不可干”；“邪之所凑，其气必虚”。邪气侵犯机体会停留在所侵犯的部位，此时邪正处于相持阶段，也是进行干预的必要阶段，治疗应当扶正与祛邪并重。而辛开苦降升清降浊，以复脾升胃降，脾胃和则化生有源，正气可充；辛苦并用，调达气机，气道通，邪有径可出。辛开苦降法针对疾病发展正邪间相持之势，攻补兼施，能够截断或扭转疾病的发展。

2.3 紧扣脾胃功能特点

2.3.1 恢复脾升胃降^[2] 《素问·经脉别论》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”；《素问·奇病论》曰“夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气”。饮食入胃后，在脾的运化作用下经过胃的“腐熟”和小肠的“化物”而分解成水谷精微和糟粕。水谷精微在脾的升清作用下，输精于肺，经肺之宣降布散到全身。《医学入门》曰“凡胃中腐熟水谷，其滓秽自胃下口传入小肠上口。自小肠泌别清浊，水入于膀胱上口，滓秽入于大肠上口。”可见脾胃在饮食的吸收、精微的输布、糟粕的转运中起着重要的作用，而脾升胃降是对脾胃乃至包括肺、小肠、大肠在内的消化吸收功能的高度概括。若各种原因致使脾胃升降失常，则气机壅滞，水谷难化，变生湿、痰等邪，出现痞满、呃逆、下利等症，正如《素问·

阴阳应象大论》所云“清气在下，则生飧泄。浊气在上，则生胀。”故“脾宜升则健”“胃宜降则和”。

2.3.2 平调寒热 《素问·太阴阳明论》曰：“阳道实，阴道虚。”脾胃受损，脾属阴脏，脾气易虚，气虚则温煦无力，阳生不足，脾阳不足，寒从中生。寒性趋下，则其升清障碍。胃属阳腑，胃病多实证，郁而化热易致热证，热性炎上，则其降浊功能失常，表现为浊阴不降。脾寒胃热亦是脾升胃降功能失调的主要病理因素之一。辛温之药可温脾散寒，苦寒之药可清热和胃，常佐甘味药顾护中焦，正所谓攻补兼施，寒热平调。《素问·阴阳应象大论》曰“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本。”辛开苦降法即遵循了“治病求本”的基本原则。

2.3.3 辛苦相佐，宣浊除湿 脾喜燥而恶湿，胃喜润而恶燥，只有脾胃燥湿相济，才能保证饮食的正常消化和吸收、精微的输布、糟粕的传输。若脾气不运则不能代胃行其津液，则水谷不化，易变生湿浊，痰湿壅滞中焦则进一步影响脾胃升降功能。辛开苦降之法，辛温可化湿，苦寒可燥湿，祛湿同时调达气机，恢复脾之健运，可谓标本兼治之法。

3 辛开苦降法与病证结合

病证结合即辨病与辨证结合。早在《伤寒论》中即体现了病证结合，方剂谨守“因病立法，以法制方，随证用药”的原则，辛开苦降法正是在此原则下创立的治疗法则。现阶段临床上中西医结合的诊疗模式正在确立，病证结合又被赋予了新的含义，主要内容为西医辨病和中医辨证相结合，既进行现代医学的诊断，又依据机体对疾病的邪正反应状态进行中医辨证分析，发扬了中医学的整体观念，吸取现代医学和中医学之长，相互补充、融汇渗透^[3]。半夏泻心汤等辛开苦降方剂在中西医结合的病证结合思想指导下又进一步扩大了使用范围，广泛应用于功能性胃肠疾病、慢性胃炎、反流性食管炎、胆道疾病等多种消化道疾病。

4 半夏泻心汤与慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎是指胃黏膜上皮反复损害导致固有腺体的减少，伴或不伴纤维替代、肠腺化生和/或假幽门化生的一种慢性疾病^[4]。部分慢性萎

(下转第450页)

的其他疾病。

清代医家徐大椿《医学源流论》曰“病之始生，浅则易治，久而深入则难治。故凡人稍有不适，必当即时调治，断不可忽为小病，以致渐深。”从古至今就有见微知著的说法，但传统的望诊，其精准性主要由医生的经验而决定，缺少数据的支持。我们应努力将中医望诊客观化，使望诊对中医“治未病”思想的指导更加精准客观。

参考文献

[1]林德云,熊玉芳. 未病、欲病及亚健康探析[J]. 河北中医 2012,34(9):1407-1408,1414.

[2]国华,张雪亮. 试论《金匱要略》对《内经》“治未病”思想的发展[J]. 中国中医基础医学杂志,2008,14(3):166-167.

[3]刘宏岩. 关于中医治未病思想的若干思考[J]. 吉林中医药,2008,30(11):781-782.

[4]靳琦,王琦. 中医“治未病”说略[J]. 北京中医药大学学报,2007,49(11):725-728.

[5]李东,王琦. 王琦教授基于“辨体论治”的三辨诊疗模式临床应用探析[J]. 中华中医药杂志,2012,27(9):2332-2334.

[6]杨玲玲,倪诚,李英帅,等. 王琦治疗肥胖经验[J]. 中

医杂志 2013,54(21):1811-1813.

[7]王晓敏,李俊,刘勇,等. 牙齿缺失与骨密度关系的研究[J]. 中国骨质疏松杂志,2005,11(1):25-26,81.

[8]孟焕新. 牙周炎与糖尿病的关系[J]. 北京大学学报(医学版),2007,49(1):18-20.

[9]李春英. 糖尿病和干燥综合征对口腔的严重危害及其治疗和预防[J]. 中国药物与临床,2011,10(1):59.

[10]俞创奇,邱蔚六,胡北平,等. 干燥综合征临床诊断和中医辨证的探讨[J]. 上海口腔医学,1999,8(1):24-26.

[11]张新民,沈自尹,王文健,等. 补肾中药对老年神经-内分泌和免疫系统作用机理的研究[J]. 中国中西医结合杂志,1994,14(11):686-688.

[12]郭红卫,冯正直,钟白玉,等. 应激生活事件和斑秃发生风险的相关性调查[J]. 第三军医大学学报,2010,32(1):85-88.

[13]吴喜庆,陆小左,张伟. 不寐望诊与病机关系探讨[J]. 现代中西医结合杂志,2011,20(27):3446-3447.

[14]范书平. 舒眠胶囊联合佐匹克隆治疗肝郁伤神型失眠症疗效观察[J]. 医学理论与实践,2015,28(1):44-45.

(收稿日期:2015-07-30;修回日期:2015-08-28)

[编辑:黄健]

(上接第 447 页)

缩性胃炎患者可无症状，有症状者仅表现为上腹部不适、上腹胀满或胀痛、早饱、嗝气、恶心等非特异性症状，还可有乏力、消瘦等全身症状。1989 年全国第五届脾胃病学术交流会议把慢性萎缩性胃炎的中医病名定为“胃痞”^[6]。慢性萎缩性胃炎涉及的病因主要有外感六淫、饮食不节、情志失调、脾胃虚弱等，其病位在胃脘，与肝、脾、胃的关系密切。临床证明，半夏泻心汤是治疗痞证的有效方剂。我们认为，寒热错杂、气虚血瘀为慢性萎缩性胃炎的基本病机，病机关键在于中焦气机不利、升降失常，治疗应以辛开苦降、益气活血法组方，临床应用半夏泻心汤加减。根据疾病的基本病机选方，根据具体证候遣药加减，即做到“因机制法，以病守方，随证配伍”，是我们多年治疗慢性萎缩性胃炎的指导思想。对于慢性萎缩性胃炎这种症状缺乏特异性、病程较长的慢性病，根据根本病机

“守方”治疗，是保证临床疗效的前提。

参考文献

[1]吴鞠通. 温病条辨[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:35.

[2]魏玮,郝建军,周晓莉. 辛开苦降法与脾升胃降[J]. 中医杂志,2004,45(9):715-716.

[3]佚名. 陈可冀、姚新生、李恩、危北海、陈士奎等著名专家学者论中西医结合[J]. 中医学刊,2002,20(5):551-552,570.

[4]RUGGE M, CORREA P, DIXON MF, et al. Gastric mucosal atrophy: interobserver consistency using new criteria for classification and grading [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2002,16(7):1249-1259.

[5]梁方信. 胃痞与慢性萎缩性胃炎:全国第五届脾胃病学术会侧析[J]. 山东中医杂志,1990,9(4):58-60.

(收稿日期:2015-04-01;修回日期:2015-07-08)

[编辑:黄健]