

## 临证体会

## 张声生教授运用寒热并用法治脾胃病的临床经验

张 旭 张声生

(首都医科大学附属北京中医医院消化中心,北京,100010)

**摘要** 寒热并用法为中医治疗大法之一,属“和法”的范畴<sup>[1]</sup>。寒热并用法是指将寒凉药与温热药配伍使用,两者性味相反而功用协同,从而达到治疗作用的方法。张声生教授认为脾胃易寒易热、多因致病,脾胃病反复发作、缠绵难愈,导致临床上脾胃病多表现为虚实夹杂、寒热错杂的证候。张声生教授临证强调治疗脾胃病应当首辨其寒热虚实、结合病变脏腑,并根据疾病的特点常采用相应寒热并用法,如温中清胃法、温中清肝法、暖肝清胃法、清上温下法、温上清下法等,往往取得良好的临床疗效。

**关键词** 寒热并用;脾胃病;寒热错杂;临床经验

### Clinical Experience of Professor Zhang Sheng-sheng in Treating Spleen-stomach Diseases with the Therapy of Cooling and Warming Combination

Zhang Xu, Zhang Shengsheng

(Digestion center of Beijing TCM Hospital Affiliated To Capital Medical University, Beijing 100010, China)

**Abstract** The therapy of Cooling and Warming combination is one of therapeutic methods in TCM, belonging to the harmonization method. This therapy refers to the combined application of cold and warm herbs. By using its opposite nature and flavor but cohesive function, diseases could be treated. Professor Zhang Shengsheng considers spleen-stomach is susceptible to the pathogenic factor of cold and heat, which can result in the recurrence and complexity of spleen-stomach diseases. Therefore, the syndromes of “intermingled deficiency and excess” and “intermingled heat and cold” are commonly seen clinically. Professor Zhang Shengsheng emphasizes that the combination of heat, deficiency or excess and visceral syndrome differentiation are critical in the treatment of spleen-stomach diseases. The adoption of this therapy includes Wenzhong Qingwei method, Wenzhong Qinggan method, Nuangan Qingwei method, Qingshang Wenxia method, and Wenshang Qingxia method. Based on the characteristics of the diseases and syndrome differentiation, these methods can achieve sound clinical curative effect.

**Key Words** Cooling and Warming combination; Spleen-stomach diseases; Intermingled cold and heat; Clinical experience

中图分类号:R249.2/.7;R256.3 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.04.036

脾胃病是临床常见病和多发病,主要包括胃食管反流病、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、功能性胃肠病等,大多虽不危及生命,但临床反复发作、缠绵难愈,给治疗带来了困难。张声生教授系首都医科大学附属北京中医医院首席专家、国家中医药管理局重点专科全国脾胃病协作组组长、中华中医药学会脾胃病分会主任委员,临证30余载,多年来一直从事脾胃病临床研究工作,对于脾胃病的治疗积累了丰富的临床经验。其认为脾胃病常常表现为虚实夹杂、寒热错杂的证候特点,而单纯的温补或者清热难以以一概全,治疗当从寒热并用、攻补兼施,通过平调脏腑寒热、斡旋气机升降、恢复脾胃运化,以达到治

疗脾胃病的目的。现将张声生教授运用寒热并用法治疗脾胃病的临证体会介绍如下。

#### 1 脾胃生理病理与寒热错杂

脾胃位于中焦,互为表里,《素问·太阴阳明论》曰:“脾与胃以膜相连”,脾主运化、主升清,胃主受纳、主降浊。张声生教授认为,脾胃相合,升降相因,相反而相成,其在生理上相互协调,在病理上亦互相影响。《素问·太阴阳明论》曰:“阳道实,阴道虚。”脾为太阴湿土,“阳气不足,阴气有余”,易为湿困而易伤阳,阳虚则寒;胃为阳明燥土,“阳常有余,阴常不足”,多气多血而易壅滞,实则易热。脾胃功能相辅相成,倘若脾胃同病则寒化、热化同时存在。

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划(编号:ZYLX201411);北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养计划项目(编号:2011-2-13)

作者简介:张旭(1992.08—),女,在读研究生,研究方向,中西医结合治疗脾胃病,E-mail:zxu0912@163.com

通信作者:张声生(1964.11—),男,医学博士,教授,主任医师,博士后导师,研究方向:中西医结合治疗脾胃病,E-mail:zhss2000@163.com

另一方面,脾胃功能也最易受到外感六淫邪气、内伤饮食情志等因素的影响,继而产生寒热之变。寒温不适,风寒邪气、暑湿之邪可由口鼻而入侵脾胃,滞留为害;饮食失调,过食生冷、嗜食辛辣亦可直损脾胃,变其寒热;情志为病,思虑过度、肝气郁滞也可损及脾土,壅滞气机。以上因素独立或者兼夹为病,常常造成脾胃升降失常、脾胃正气受损、邪气滞留为害,久而久之,脾阳受损则寒化;邪滞壅胃,郁而化热则热化,从而导致虚实夹杂、寒热错杂的证候。加之临床上脾胃病常常反复发作、缠绵难愈、多种病理产物夹杂其中,使得病情变化多端、寒热并见。

## 2 张声生教授对寒热并用法的认识

张声生教授认为对于脾胃病寒热错杂证,若单用辛温芳香之剂则有助热化燥之弊,纯用苦寒清热又有损阳伤气之嫌,故须以寒热并用为治疗原则,使其相反而相成,从而达到平调脏腑寒热、恢复脾胃运化的目的。现代中药药理研究发现,性味寒凉清下之品具有调节胃肠动力、抗菌、抗炎之功效;而性味温热升散之剂则具有保护胃黏膜、提高人体免疫力、改善局部微循环的作用<sup>[2-3]</sup>。因此寒热并用往往发挥上述双重作用,其在脾胃病治疗中显示出了良好的临床疗效<sup>[4-6]</sup>。张声生教授认为临床脾胃病常常表现为寒热错杂的证候特点,而病位有脾、胃、肝、肠之别,故临床治疗应当首辨其寒热虚实,结合病变脏腑,进而采用相应的寒热并用法,常用寒热并用法如下:1)温中清胃法。适用于脾寒胃热证,临床表现为恶食生冷、嘈杂吞酸、牙龈肿痛、手足不温、气短乏力、舌淡边有齿痕、舌苔薄白腻,脉细数。代表方为半夏泻心汤。2)温中清肝法。适用于脾胃虚寒、肝经有热证,临床表现为脘腹胀满、喜温喜按、渴喜热饮、口苦咽干、食少便溏、舌淡边有齿痕、舌苔黄腻,脉弦细或弦数。常用理中汤温中散寒,加用栀子、珍珠母、茵陈等清解肝热。3)暖肝清胃法。适用于肝寒胃热证,临床表现为倦怠疲乏、忧虑胆怯、四肢不温、口干口苦、胃中灼热、嘈杂吞酸、舌苔黄、脉沉细数。可予吴茱萸汤暖肝散寒,加以生石膏、黄连等药清泻胃热。4)清上温下法。适用于上热下寒证,临床表现为口疮频发、口中异味、小腹冷痛、肠鸣泄泻、舌质淡胖、舌苔黄腻、脉沉。代表方为乌梅丸。5)温上清下法。适用于脾胃虚寒、大肠湿热证,临床表现为胃脘冷痛、喜温喜按、渴喜热饮、大便干结难下或大便黏腻臭秽不尽、舌边有齿痕、舌苔黄厚腻。方用半夏泻心汤加减,肠热便秘者加用大黄、瓜蒌、枳实等,肠道湿热者加用黄连、黄柏、焦槟榔。

## 3 寒热并用治疗慢性脾胃病临床验案

3.1 温中清胃法治疗反流性食管炎 患者某,女,44岁,2015年9月30日首诊,主诉:反酸烧心3年余。患者3年来反复出现反酸烧心,每于受凉及过食辛辣油腻后明显,伴有胸骨后烧灼感、呃逆,偶有胃胀,恶食生冷,畏寒肢冷,乏力懒言,纳可,眠差多梦。大便日一行,质干,排出费力,小便调。舌淡边有齿痕,苔薄白。电子胃镜提示慢性(非萎缩)浅表性胃炎,反流性食管炎。西医诊断:反流性食管炎;中医诊断:吐酸病;中医辨证:寒热错杂,脾寒胃热证。治宜温中清热,制酸止逆。方用半夏泻心汤加减,处方:清半夏9g、黄连5g、蒲公英10g、小茴香10g、吴茱萸4g、紫苏梗15g、旋覆花10g(另包)、紫菀20g、焦槟榔15g、陈皮10g、莱菔子25g、瓦楞子25g、珍珠母15g。1剂/d,水煎温服,早晚各1次,200mL/次。2周后患者复诊,诉服药后诸证明显好转。去焦槟榔,加延胡索15g、远志25g。三诊时患者临床症状基本消失,继服上方巩固治疗2周,停药随访2月,未见病情复发。

按语:反流性食管炎是临床上常见的脾胃病,近年来发病率呈上升趋势<sup>[7]</sup>,因其易反复发作而难以治愈。张声生教授认为本病多因饮酒过度、嗜食肥甘厚味,聚湿生热、湿热交阻,以致浊阴不降、胃气上逆;或因肝气郁结,日久化热,横逆犯胃,胃气挟热上逆所致。然素体脾虚,亦或过食苦寒攻伐药物,导致脾阳受损,虚寒内生而皆可导致脾寒胃热之寒热错杂证。本例患者素体脾虚,嗜食辛辣油腻,而湿热内生,胃气挟湿热上逆则出现反酸烧心,伴有胸骨后烧灼感、呃逆等症;胃火下移大肠,耗损津液,大便偏干;脾虚失运而见胃胀、乏力懒言;脾虚生寒则恶食生冷,畏寒肢冷。治以温中清热,制酸止逆。方中清半夏降逆和胃;黄连、蒲公英清泻胃火除湿;小茴香、吴茱萸、紫苏梗温阳散寒,其中黄连配伍吴茱萸,取左金丸之泻火降逆制酸之效;旋覆花、紫菀、焦槟榔下气降逆;陈皮、莱菔子理气化痰;瓦楞子制酸止痛,珍珠母清心安神。

3.2 温中清肝法治疗慢性萎缩性胃炎 患者某,男,57岁,2015年6月23日首诊,主诉:胃脘胀满伴呃逆1年余。患者1年来反复出现胃脘部胀满,遇寒加重,喜揉喜按,呃逆频作,8~10次/d,于生气后明显,口干口苦,胸胁苦满,乏力,胃纳差,眠尚可,大便2次/d,不成形,夹有未消化食物,小便色黄赤。平素脾气急躁易怒。舌边尖红,苔黄腻,脉弦滑。胃镜及病理检查显示:慢性中度萎缩性胃炎,重度肠

化,中度不典型增生。西医诊断:慢性萎缩性胃炎;中医诊断:胃痞病,中医辨证:脾胃虚寒,肝经有热。治宜温中清肝,理气化痰。方用理中汤加减温中,加以茵陈、珍珠母清肝热,处方:党参 25 g、炒白术 10 g、炮姜 10 g、炒薏苡仁 25 g、珍珠母 10 g、茵陈 6 g、厚朴 10 g、木香 10 g、延胡索 15 g、柿蒂 10 g、旋覆花 10 g(另包)、煅代赭石 10 g、三七粉 6 g(冲服)、藤梨根 15 g、蜂房 5 g、白花蛇舌草 25 g。1 剂/d,水煎温服,早晚各 1 次,200 mL/次。2 周后复诊,患者诉服药后上述症状明显减轻。偶有胃脘胀满,大便偶不成形。上方去旋覆花、煅代赭石、藤梨根,加香附 10 g、葛根 10 g、肉豆蔻 10 g。此后予上方加减调治 7 月余,复查胃镜提示:慢性轻度萎缩性胃炎,多部位病理检查提示中度肠化,未见不典型增生。

按语:慢性萎缩性胃炎临床表现以上腹部饱胀不适感、上腹痛以及非特异性消化不良最为多见,可伴有嗝气、嘈杂、反酸、口苦、食欲不振、乏力、焦虑等症状<sup>[8]</sup>。慢性萎缩性胃炎往往合并肠上皮化生以及不典型增生,属于癌前病变,给临床治疗带来了极大的困难。张声生教授认为,此病病因虽较为复杂,但其发病多因脾胃虚弱,或肝气郁滞,横逆犯脾,以致脾虚湿滞,聚湿成浊,日久化热成毒,气滞血瘀,瘀毒交结,则发为湿毒、血瘀之证候。慢性萎缩性胃炎患者以本虚标实、虚实夹杂证最为多见,本虚以脾胃亏虚为主,标实有寒凝食积、肝气郁滞、湿热交阻、热毒血瘀等。本例患者素体脾虚,寒凝气滞而见脘腹胀满、呃逆频作,脾不运化则大便稀溏、乏力、纳食差;患者平素急躁易怒,肝气郁滞久而化热,而兼见胸胁苦满、口苦口干、小便色黄赤、舌边尖红等肝经有热之象。因此,治宜寒热并用、攻补兼施。张声生教授治疗本例患者以温中清肝,理气化痰立法,方中党参、炒白术、炮姜、炒薏苡仁温健脾运;珍珠母、茵陈清泻肝热;厚朴、木香、延胡索、柿蒂、旋覆花、煅代赭石理气降逆消胀,三七粉活血化瘀。张声生教授认为在对萎缩性病变进行宏观辨证的同时,根据内镜下病变表现、病理检查结果以及相关实验室指标对其进行微观辨证可大大提高临床药效<sup>[9]</sup>,本患者病理检查示肠化及不典型增生,因此组方时酌加白花蛇舌草、蜂房、藤梨根清热解毒、利湿散结。

3.3 清上温下法治疗溃疡性结肠炎 患者某,男,29 岁,2014 年 12 月 30 日首诊,主诉:黏液脓血便间作 4 年余。患者 4 年来每于过度劳累及饮食油腻后出现大便不成形,6~8 次/d,兼见黏液脓血,时有便前腹痛、里急后重。电子肠镜结果提示溃疡性结肠

炎。曾服用美沙拉嗪治疗,病情未得到明显改善。现症见腹泻,大便 7~8 次/d,夹有黏液脓血,血色鲜红,血多于脓,伴有便前腹痛、里急后重。口干口苦,心烦少寐,小腹冷痛,恶食生冷。纳可,小便调。舌红,边有齿痕,苔薄白,脉弦细。西医诊断:溃疡性结肠炎。中医诊断:久痢,中医辨证:寒热错杂,脾肾阳虚,血热内蕴。治以清上温下,健脾温肾,涩肠止血。方用乌梅丸加减,处方:乌梅 15 g、炮姜 6 g、炙黄芪 25 g、炒白术 15 g、炒薏苡仁 25 g、山药 15 g、补骨脂 10 g、黄连 5 g、儿茶 15 g、地榆炭 10 g、血余炭 20 g、紫草 10 g、红藤 25 g、阿胶珠 15 g、当归 10 g、三七粉 6 g(冲服)、延胡索 15 g、白芍 15 g。1 剂/d,水煎温服,早晚各 1 次,200 mL/次。2 周后患者复诊,诉服药后诸证证明显好转,大便 4~5 次/d,大便基本成型,无脓,血量较前减少,色鲜红,无腹痛,偶有里急后重,纳眠可。舌淡红,苔薄白,脉弦。上方去红藤、补骨脂,加木香 10 g。三诊时患者症状进一步减轻,大便 2~3 次/d,质软成形,偶有少量黏液,无明显脓血,无腹痛,无里急后重,纳眠可。以上方为基本方治疗 10 月余后临床症状消失,嘱患者注意生活起居、合理饮食、避免过度劳累。

按语:溃疡性结肠炎是临床上常见的难治性脾胃病,是一种主要累及直肠、结肠黏膜以及黏膜下层的慢性非特异性炎性反应,属于炎症性肠病(IBD)的范畴,临床以腹泻、腹痛、黏液脓血便、里急后重等症状最为多见<sup>[10]</sup>。本病初始多因感受湿热邪气、或饮食不洁、或情志失调,而致湿热交阻,然而临床上患者大多病程较长,虽然本病病位在肠,但与脾胃密切相关。病变日久则脾胃受伤,或过用苦寒之品戕伐中阳,导致中焦阳虚寒盛,进而形成寒热错杂证候。临床常可见口干口苦、口舌生疮、小腹冷痛、下利不止、肢寒喜暖等一系列上热下寒之征象。若只顾清热,则正气愈衰,若一味“温涩”,不仅有温阳化火之弊,更易闭门留寇、延误病情。张声生教授临床多用乌梅丸加减组方,寒热并用,且兼有刚柔共济、气血兼顾、扶正祛邪之功效。本例患者脾肾两虚,脾虚不能统血,肾虚不能摄血,血溢脉外而致便血;肾虚失于固摄,因而每日滑泄达 7~8 次之多;脾肾阳虚、失于温煦,故小腹冷痛、恶食生冷。湿热内蕴则可见口干口苦,热扰心神则出现心烦少寐;湿阻气机而可见便前腹痛,里急后重;邪热灼伤肠络,直入血分,则可见黏液脓血便,且以血便为主。方中乌梅涩肠止泻;炮姜、炙黄芪、炒白术、炒薏苡仁、山药、补骨

(下接第 856 页)

苔白,脉沉细。辅检:甲功示:FT<sub>3</sub>3.5 pg/mL,FT<sub>4</sub> 1.6 ng/dL,TSH 10.1 μIU/L ↑,血液分析:正常。治疗:西医:优甲乐 100 μg,1 次/d,口服。中医:守上方共 10 剂,制丸继服。此后 10 余年间门诊复诊,依据甲功调整优甲乐剂量,配合中药丸剂,经随访病程中未再出现贫血,且甲减病情控制可。

4 讨论

本病发病率近年来日益增长,甲减与贫血之间的关系需引起临床医生重视,陈教授强调本病中的贫血多因甲减引发,故无论起病之初或治疗中均应监测血液分析以排查贫血可能,若漏诊误诊,贫血不治则致甲减迁延难愈,甲减不控则致贫血程度进展,均对预后有较大影响。

中医药治疗在缓解症状及减少西药用量上具有一定优势。陈教授论治甲减合并贫血有以下五大要点:1)强调脾肾阳虚在病机上的重要地位,将温肾补脾的治疗思想和方法贯穿临证始末。2)本病病程较长,中后期多兼夹血瘀之证,需依据瘀血程度的不同恰当选用活血行瘀、破血逐瘀类中药。3)灵活使用多种剂型,因人、因时制宜,根据不同需求选择汤剂、膏方、丸剂以及中成药。4)中西医结合治疗,将辨病与辨证有机结合,在四诊合参的基础上,抓住病机确立中医治则,并适当配合西药替代治疗。5)中医药治疗的优势在于既能迅速改善症状,又能减少部分患者服用优甲乐后出现的心慌等不良反应,达到综合调理的作用,增强总体疗效。综上所述,陈教授运用西药联合中药治疗甲减合并贫血疗效可靠,患者

依从性高,值得临床推广。

参考文献

[1] Omar S, Hadj Taeib S, Kanoun F, et al. Erythrocyte abnormalities in thyroid dysfunction[J]. Tunis Med, 2010, 88(11):783-788.

[2] 邓家栋, 杨崇礼. 临床血液学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2001:698-699.

[3] 陈如泉. 陈如泉教授医论与临床经验选粹[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2007:201-202.

[4] 张淳, 湛疆. 甲状腺功能减退症患者的血细胞计数及红细胞变化的临床意义[J]. 医学研究杂志, 2015, 44(2):117-119.

[5] 沈群, 李永琴. 甲减、亚临床甲减和高脂血症的关系[J]. 南昌大学学报:医学版, 2005, 45(4):132-133.

[6] 田利民, 杨斌. 亚临床甲状腺功能减退症患者 TSH 与动脉粥样硬化相关因子关系的研究[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2015, 31(2):133-135.

[7] 杨瑞霞. 温肾方对亚临床甲状腺功能减退大鼠模型心脏损害的防治作用机理研究[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2012.

[8] 赵勇. 陈如泉教授诊治桥本甲状腺炎学术思想及临床应用研究[D]. 武汉:湖北中医药大学, 2015.

[9] 周时高. 膏方调制慢性虚损性疾病体会[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(12):75.

[10] 陈如泉, 吴东, 陈如泉运用膏方调治甲状腺功能减退经验[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(3):109-111.

[11] 左新河, 牧亚峰, 赵勇. 健脾生血片治疗甲状腺功能亢进症合并贫血临床观察[C]. 2016 年湖北省中医药学会内分泌专业委员会学术年会论文汇编. 湖北武汉. 2016, 11:206-209.

[12] 冯建华. 右归丸加味治疗老年甲状腺功能减退症[J]. 山东中医药大学学报, 2006, 30(1):42.

[13] 赵敏, 周安方, 徐安莉, 等. 右归胶囊对肾虚大鼠免疫功能影响的实验研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(1):18-22.

(2017-02-20 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 852 页)

脂温补脾肾、固涩止泻;黄连、儿茶清热燥湿止利,地榆炭与血余炭、紫草、红藤清热解毒、凉血止血;阿胶珠、当归、三七养血和血,配以延胡索、白芍行气缓急止痛。

参考文献

[1] 张立平. 中医“和法”的概念与范畴研究[D]. 北京:中国中医科学院, 2012.

[2] 李瑞奇, 白明, 苗明三. 清热药的特点及现代研究[J]. 中医学报, 2013, 28(7):1003-1005.

[3] 邓凉友. 补中益气汤及其配伍的药效学研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2012.

[4] Zhang L, Zhang S, Wang Z, et al. Efficacy of Modified Ban xia xie xin decoction on functional dyspepsia of cold and heat in complexity syndrome: a randomized controlled trial[J]. Evid Based Complement Al-

ternat Med, 2013(1):812143.

[5] 苦辛养中汤治疗寒热错杂型慢性胃炎的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学, 2013.

[6] 加味左金丸治疗寒热错杂型慢性结肠炎的临床疗效观察[D]. 长沙:湖南中医药大学, 2014.

[7] 李鹏, 张澍田. 胃食管反流病的流行病学研究和危险因素分析[J]. 北京中医药, 2008, 27(3):169-170.

[8] 张声生, 李乾构, 唐旭东, 等. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(8):749-753.

[9] 陈剑明, 崔超, 张声生. 张声生诊治慢性萎缩性胃炎经验[J]. 北京中医药, 2010, 29(3):180-181.

[10] 张声生, 李乾构, 沈洪, 等. 溃疡性结肠炎中医诊疗共识意见[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(6):891-895.

(2016-04-20 收稿 责任编辑:白桦)