

蒋健以芍药甘草汤为主古方新用治疗脾胃病

崔晨 耿琦 蒋健

(上海中医药大学附属曙光医院, 上海, 201203)

摘要 从以芍药甘草汤为主治疗食管裂孔疝、胃黏膜脱垂症、肠鸣、反胃、帕金森病流涎案等脾胃病的临床验案出发,探讨基于现代医学疾病发病机制、基于现代药理研究成果的辨病论治思维模式和方法的临床可行性。指出辨病论治是对辨证论治的补充;辨病论治与辨证论治相结合有助于提高疗效。

关键词 芍药甘草汤;脾胃病;临床验案;古方今用;辨病论治;辨病与辨证相结合

Analysis on Professor Jiang Jian's Experience of the Modern Application of Classic Prescription

Shaoyao Gancao Decoction in the Treatment of Spleen and Stomach Diseases

Cui Chen, Geng Qi, Jiang Jian

(Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

Abstract By listing proven cases, in which Shaoyao Gancao Decoction was applied to treat spleen and stomach diseases such as esophageal hiatus hernia, stomach mucous membrane prolapse, borborygmus, regurgitation and salivating of Parkinson's disease, this paper discussed the clinical feasibility of treatment based on disease differentiation based on modern medicine pathological mechanism and modern pharmacological results. And this paper also pointed out that treatment on disease differentiation was a supplement to syndrome differentiation, and the combination could improve the clinical efficacy.

Key Words Shaoyao Gancao Decoction; Spleen and stomach diseases; Proved clinical cases; Modern application of ancient formula; Syndrome differentiation treatment; Combination of disease differentiation treatment and syndrome differentiation treatment

中图分类号:R289.5;R259 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.041

芍药甘草汤出自张仲景《伤寒杂病论》,原治伤寒脚挛急:“伤寒,脉浮,自汗出,小便数,微恶寒,脚挛急……若厥愈,足温者,更作芍药甘草汤与之,其脚即伸”。

蒋健教授认为,本方除具有明确的缓急止痛作用外^[1],尚有一定的通腑^[2]甚至和胃降逆、息噫止暖^[3]的作用。鉴于现代药理研究提示芍药甘草汤对机体各处平滑肌、横纹肌具有调节作用^[4],故可将此方推而广之应用于平滑肌、横纹肌肌张力异常有关的多种疾病。现介绍蒋健教授以芍药甘草汤为主古方新用治疗脾胃病的临床案例,分析其辨病治疗或辨病与辨证治疗相结合的学术思想,以期对中医药学的创新发展提供某种借鉴。

1 验案举隅

案1:食管裂孔疝案。

某,女,59岁,2014年2月7日就诊。主诉:胸骨后疼痛数年,西医诊断为食管裂孔疝,未予以相应

治疗,今求治中医。顷诊胸骨后疼痛较甚,伴有咽堵,食后胃痞、泛酸,胸闷,心慌,乏力,腰酸,大便3~4次/d,质稀不成形,便前腹痛。舌淡红,苔薄腻,脉细。患者素有左心房增大、心肌缺血,冠状动脉管腔轻度狭窄等病史。中医诊断:胸痛,胃痞;治以活血止痛,制酸和胃;处以芍药甘草汤、丹参饮、左金丸加减:白芍30g、甘草9g、丹参30g、檀香3g、砂仁(后下)3g、吴茱萸2g、黄连12g、川芎12g、白芷12g、红花12g、川续断9g、忍冬藤15g、煅瓦楞30g、茯苓15g、延胡索15g,7剂。

二诊(2月14日):胸骨后疼痛稍有减轻,大便较上周成形。在芍药甘草汤、丹参饮基础上加小陷胸汤加味:白芍40g、炙甘草12g、丹参30g、檀香3g、砂仁(后下)3g、生黄芪30g、党参30g、薤白12g、黄连9g、半夏12g、瓜蒌皮12g、茯苓15g、煅瓦楞30g,7剂。

三诊(2月21日):胸骨后疼痛减三成,胸闷心

基金项目:“十二五”重大新药创制《创新药物研究开发技术平台建设》(2012ZX09303009-001);上海市教委重点学科中药临床药理学(J50303)

作者简介:崔晨(1988.02—),女,医学博士,研究方向:中医药防治消化系统疾病,E-mail:cuichen19882006@sina.com

通信作者:蒋健(1956.04—),男,医学博士,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:中医内科临床以及疗效评价研究,E-mail:jiangjiansg@126.com

慌、咽堵、胃痞等症减五成,偶有泛酸。大便质偏稀。原方瓜蒌皮减为 9 g,茯苓、党参分别增至 20 g、40 g,再加山药 30 g,7 剂。

四诊(2 月 28 日):胸骨后疼痛约减半,咽堵、胃痞几止,胸闷心慌明显减轻,大便基本成形,舌脉同上。重用芍药甘草汤加参、芪及小陷胸汤:白芍 60 g、炙甘草 12 g、生黄芪 30 g、党参 50 g、黄连 9 g、半夏 12 g、瓜蒌皮 9 g、檀香 3 g、丹参 30 g、檀香 3 g、砂仁(后下)3 g、煅瓦楞 30 g、茯苓 20 g,7 剂。

五诊(3 月 7 日):胸骨后疼痛续减九成,咽堵、胃痞、泛酸、胸闷心慌均止。大便 3 次/d,成形。处方:白芍 30 g、炙甘草 12 g、党参 30 g、茯苓 15 g、丹参 30 g、枳壳 12 g,7 剂。

胸骨后疼痛几止,续予 7 剂以资巩固。

按:食管裂孔疝其发病机制主要与食管裂孔周围组织和膈肌食管膜弹力组织萎缩,食管裂孔增宽,食管周围肌肉、韧带松弛,对食管下端及贲门的固定作用逐渐减弱有关,从而导致腹腔内脏器(主要是胃)通过膈食管裂孔进入胸腔,从而产生一系列胃食管症状^[5],临床主要表现为胸骨后疼痛、上腹饱胀、嗝气、泛酸等。本案始终以芍药甘草汤为主进行治疗并逐渐增量(白芍、甘草分别在初诊为 30 g、9 g;在二诊为 40 g、12 g;在四诊为 60 g、12 g),治疗过程中胸骨后疼痛症状减轻程度与芍药甘草汤存在一定的量效关系。分析其减痛机制,提示不仅与芍药甘草汤缓急止痛本身作用有关,还可能与芍药甘草汤通过调节食管周围肌肉、韧带弹力,从而抑制腹腔内脏器(主要是胃)通过膈食管裂孔进入胸腔有关。

案 2:胃黏膜脱垂案。

某,男,26 岁,2007 年 8 月 14 日就诊。主诉:胃痛频发月余。西医诊断为:慢性浅表性胃炎,胃黏膜脱垂。经西药治疗未见明显效果,遂求治于中医。顷诊胃痛频仍,以夜间为甚,饮食时胃痛亦易作,另伴有嗝气。舌质偏红,苔薄,脉细弦。中医诊断:胃痛;治以缓急止痛、益气健脾之法;处以四君子汤、芍药甘草汤、白芷甘草汤加减,处方如下:白芍 30 g、甘草 12 g、党参 30 g、白术 15 g、茯苓 15 g、白芷 50 g、大枣 10 枚(自备)、柴胡 10 g、蒲公英 15 g,14 剂。

二诊(9 月 18 日):服上药 4~5 剂,胃痛即止,但饮冷时易不适。效不更方,再予上方 10 剂。嘱患者每剂药煎煮 2 次共取汁 600 mL,每次服用 200 mL,2 次/d,即 10 剂药服用 14 d。

按:胃黏膜脱垂症是由于异常松弛的胃黏膜经幽门管脱入十二指肠球部所致。临床表现为上腹部

饱胀、反酸、嗝气、上腹痛等症状,多属中医“胃痛”“胃痞”范畴,治疗多从“脾气(阳)亏虚”着手^[6]。蒋健教授曾提出“以组方七原则治疗胃痛”的学术观点^[7],以芍药甘草汤缓急止痛为代表的“缓法”作为治疗胃痛的基本独立法则,另加四君子汤、验方“白芷甘草汤”等收效较佳。现代研究证实,芍药甘草汤可调节胃平滑肌蠕动节律^[4],针对胃蠕动过强时胃黏膜移动度加大则更易造成脱垂的病理机制,以缓解胃黏膜脱垂的相应症状。患者持续月余之胃痛止于数剂。

案 3:肠鸣案。

某,男,66 岁,2014 年 5 月 13 日就诊。主诉:肠鸣近 2 月,肠鸣甚,就诊时可闻及其腹中叽叽咕咕声不断,大便一日 2 次,无腹痛等其他特殊不适,舌淡红,苔薄,脉缓。中医诊断:痰饮(狭义);治以温阳化饮;以己椒藜黄丸、苓桂术甘汤为主方处方:防己 12 g、椒目 12 g、葶苈子 12 g、茯苓 12 g、白术 12 g、桂枝 12 g、白芍 15 g、甘草 3 g,7 剂。

二诊(6 月 3 日):肠鸣减少不明显。肠鸣多出现于脐右侧,大便 1~2 次/d,舌暗红,苔薄,脉缓。改以芍药甘草汤处方:白芍 40 g、炙甘草 12 g,7 剂。

三诊(6 月 10 日):肠鸣减八九成,大便量未见明显增多,舌脉同上。患者苦于肠鸣多时,现见效显著,服药后十分舒坦,坚持要求继续服用原方,故再予以 7 剂以巩固。

四诊(6 月 17 日):患者肠鸣几止,舌脉同上。仍以芍药甘草汤巩固治疗,芍药减量:白芍 30 g、炙甘草 12 g,7 剂。

12 月 16 日,患者因饮食不适导致肠鸣复发前来就诊。经随访,患者 6 个月后肠鸣未有反复,近日肠鸣又起,但声响较前大为好转,再予芍药甘草汤调治,肠鸣又得止。

按:肠鸣主要由肠道菌群失调等原因引起肠功能紊乱,肠蠕动亢进,多见于肠易激综合征以及功能性消化不良等。蒋健教授认为,肠鸣非独痰饮水气,凡胃肠气滞、饮食积滞等诸多因素亦可引起肠鸣,临证常可以苓桂术甘汤、己椒藜黄丸、木香槟榔丸等进行治疗。事实上本案初诊以己椒藜黄丸、苓桂术甘汤治疗收效欠佳,二诊单独以大剂量芍药甘草汤以针对肠道运动亢进的现代医学机理进行治疗,反见肠鸣减少至基本消失,疗效显著。

案 4:反胃案。

某,女,75 岁,2014 年 5 月 20 日就诊。主诉:胸骨后灼热不适、反胃 15 年余。患者每于下午 3 点后

即出现胸骨后灼热感,反胃,伴烧心,泛酸,暖气。灼热、反胃时有胃内容物反流至咽,呈间断性发作,每天发作 4~5 次,多因饮食不慎(如食用红薯、米面类后)而作。西医诊断:胃食管反流症,曾服雷尼替丁、奥美拉唑,药后诸症转轻,停药则复发,未见根本性好转。舌淡红,苔中黄,脉细弦。中医诊断:反胃,泛酸;治以清热和胃;处方:黄连 12 g、吴茱萸 2 g、浙贝母 6 g、石膏 20 g、忍冬藤 30 g、蒲公英 30 g、丹参 30 g、降香 10 g、白芍 40 g、黄芩 12 g、金银花 12 g、茯苓 12 g、山药 15 g、半夏 15 g,7 剂。

二诊(5 月 27 日):服上药至第 4 剂,反胃、胸骨后灼热感、烧心、泛酸均止(未服用奥美拉唑)。顷诊口热而干,牙龈溃疡,舌脉同上。原方 7 剂续以调理。

此后以首诊方稍作加减,共治疗 4 周至五诊。

五诊(6 月 24 日):患者胸骨后灼热感、烧心、暖气均止,唯仍有反胃,自觉反流至咽喉,平均一周发作 5~6 次(原每天 4~5 次),舌脉同上。处方:白芍 60 g、炙甘草 12 g,7 剂。

六诊(7 月 1 日):上周服药期间反胃几止。处方:白芍 30 g、炙甘草 12 g,7 剂。

服上药期间亦无反胃发生,遂嘱其停药。12 月电话随访:患者停药近半年反胃几止,仅偶于饮食不当时有烧心、泛酸等症,自行服用 7 月 1 日方药 1~2 剂后,烧心等症均可消失。

按:本案初诊表现胸骨后灼热感且伴反胃、烧心等症,属胃食管反流症。经治疗后,诸症均失,惟反胃虽较初诊改善,仍时有反复。6 月 24 日仅以大剂量芍药甘草汤,以期针对胃食管平滑肌蠕动节律反常的现代医学机制进行治疗,收效甚佳,减量甚至停药后亦未见明显反复,偶有反复再服再效。

案 5:帕金森病流涎案。

某,男,75 岁。2013 年 12 月 17 日就诊。主诉:患帕金森病 4 年余,日间流涎 1 年余,逐渐加重。兼有呃逆 4 个多月,隔天发作 1 次,发作时呃声连连,每次持续 1 h 左右。伴有咽痛,平素手抖。服用美多巴治疗中。舌暗红,苔薄黄,脉细弦。诊断:流涎,治疗以健脾补中,益气缩泉;以四君子汤、芍药甘草汤、缩泉丸、水陆二仙丹加味处方:党参 30 g、炒白术 12 g、茯苓 12 g、白芍 40 g、炙甘草 12 g、益智仁 15 g、乌药 9 g、金樱子 12 g、芡实 30 g、艾叶 10 g、菖蒲 12 g、射干 12 g,7 剂。

二诊(12 月 24 日):流涎减半,呃逆同前,咽痛减轻。原方去射干,加怀牛膝 30 g,14 剂。

三诊(2014 年 1 月 21 日):患者自行续服上方 2 周。流涎仍维持减半左右,呃逆依旧隔日 1 次,但每次呃逆持续时间减少至半小时。初诊方加生黄芪 30 g,去射干;白芍减至 30 g、益智仁增至 30 g,7 剂。

四诊(2 月 11 日):患者自行续服上方 2 周。顷诊流涎减轻 2/3(原先居家所处地上可见较大一滩涎水,现仅稍有湿地),呃逆几止,偶有几声而已。原方去缩泉丸、水陆二仙丹,仅用四君子汤、芍药甘草汤加味:党参 30 g、炒白术 9 g、茯苓 9 g、白芍 30 g、甘草 12 g、生黄芪 30 g、艾叶 10 g,7 剂。

五诊(2 月 18 日)家属代诊:流涎未增未减。上方党参、白芍、生黄芪各增至 50 g,加附子 6 g,7 剂。

六诊(2 月 25 日)家属代诊:流涎进一步减少剩三分之一,呃逆止。改以缩泉丸、水陆二仙丹加味处方:益智仁 30 g、乌药 9 g、金樱子 15 g、芡实 30 g、菖蒲 12 g,7 剂。

七诊(3 月 4 日):流涎反增加,且伴膝软乏力。患者诉六诊方效果不如四诊方。遂再用四君子汤、芍药甘草汤加味处方:党参 30 g、炒白术 15 g、茯苓 15 g、白芍 30 g、炙甘草 12 g、生黄芪 30 g、艾叶 10 g、怀牛膝 30 g、川牛膝 12 g、杜仲 15 g,7 剂。

2014 年 5 月随访:流涎总体减少约七成,呃逆未再发。

按:帕金森病所致流涎为老年人流涎最常见的原因之一^[8]。本案用药虽杂,但从诊疗过程不难看出芍药甘草汤对抑制流涎所起的作用。初诊处方含芍药甘草汤,流涎减半;五诊加大芍药用量,流涎进一步减少;六诊去芍药甘草汤后,流涎反增;七诊再起用芍药甘草汤后,流涎又见减少。现代研究表明,帕金森流涎多与神经肌肉功能障碍(吞咽困难)和唾液分泌过多有关^[8]。芍药甘草汤合四君子汤对乙酰胆碱所致胃肠痉挛性收缩有明显拮抗作用^[9],提示它们可能是通过抑制乙酰胆碱作用,调节平滑肌收缩,从而改善帕金森患者的流涎症状。因此,抑制流涎也不能排除四君子可能所起的作用。

2 讨论

芍药甘草汤原治“脚挛急”,此后其缓急止痛之功被拓展应用于各种痛证的治疗中^[10],这是芍药甘草汤的传统的目标适应证。我们所举蒋健教授以芍药甘草汤为主所治案例,其“方-证-效”已难以完全从传统中医理论寻找支持,需要借鉴现代医学疾病发病原理及芍药甘草汤药理研究结果,以寻找临证运用本方功效之所在——芍药甘草汤对全身不同部位的平滑肌、横纹肌的痉挛、松弛抑或蠕动节律紊乱

均有一定调节作用,以上所举食管裂孔疝、胃黏膜脱垂、肠鸣、反胃、帕金森病流涎案,尽管疾病不同、临床表现各异,但胃肠等部位平滑肌功能紊乱则为其共性病机,故均可用芍药甘草汤“异病同治”。

运用芍药甘草汤治疗上述病案,乃是出于“辨病论治”思维而非传统“辨证论治”思维。所谓辨病论治思维的含义包括2个方面:一是根据现代医学疾病的病理机制或发病机制,二是根据现代药理学研究结果,二者应该结合起来考虑,缺一不可。此种辨病论治方法不失为是对辨证论治的一种补充,尤其当一般辨证论治难以取效时。如本文所举蒋健教授诸案,有单独以芍药甘草汤治疗的(案3、案4后期),也有在以芍药甘草汤治疗的同时,配合运用了辨证论治,如芍配合活血化瘀、清热化痰、宽胸散结(案1),或配合益气健脾(案2、案5),或配合清热降逆(案4)。因此严格意义上说,我们所举案例既有属于辨病又有属于辨病与辨证相结合的治疗方法。事实证明,“传统常规辨证论治”若结合现代“辨病论治”并加以活用,有助于进一步提高疗效。故临证可在辨证的基础上,酌加芍药甘草汤调整胃肠平滑肌功能紊乱以辨病治疗,灵活应用。

纵观现代临床报道,有许多同道在有意或无意地使用芍药甘草汤辨病论治的思维方法,其运用亦已突破脾胃病范畴。如运用芍药甘草汤治疗支气管平滑肌挛缩导致喘息^[11],治疗膀胱、尿道平滑肌舒缩功能障碍导致小便失常^[12]等等。

现代药理研究证实,芍药甘草汤具有解除肠道平滑肌痉挛^[13]、双向调节胃肠蠕动节律^[4]、保护胃黏膜^[14]、通便^[15]等多种药理作用,为芍药甘草汤古

方新用提供了现代科学依据。

参考文献

- [1] 崔晨,耿琦,李敬伟,等. 蒋健以芍药甘草汤治疗痛证验案举隅[J]. 河南中医,2016,36(5):783-785.
- [2] 朱蕾蕾,郑鑫. 蒋健对芍药甘草汤通腑作用的研究与临床应用一附验案3则[J]. 江苏中医药,2013,45(2):60-62.
- [3] 崔晨,耿琦,李敬伟,等. 蒋健以芍药甘草汤为主治疗呃气经验探析[J]. 上海中医药杂志,2015,49(4):23-25.
- [4] 李海燕. 芍药甘草汤证的研究及应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2009,7(9):10.
- [5] 马欣. 上食管括约肌压力与食管动力障碍疾病关系的研究[D]. 北京:中国人民解放军医学院,2016.
- [6] 吕美娟,姜树民. 姜树民教授治疗胃黏膜脱垂症经验[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(4):143-144.
- [7] 蒋健. 以组方“七原则”辨治胃病的思路及体会[J]. 中华中医药杂志,2009,24(11):1454-1457.
- [8] 程志清,黄建平,朱文宗,等. 帕金森病相关性流涎研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(10):1104-1107.
- [9] 王均宁. 芍药甘草汤及其制剂止痛作用的药理与临床研究[J]. 中成药,1999,21(9):483-485.
- [10] 宁云红,郭承伟. 以21篇临床文献综述芍药甘草汤应用概况[J]. 中医药导报,2017,23(3):83-84,88.
- [11] 赵丽莹. 芍药甘草汤在儿科应用举隅[J]. 中国中西医结合儿科学,2016,8(5):486-488.
- [12] 何永明. 陈亦人教授运用芍药甘草汤的经验[J]. 上海中医药杂志,2004,38(1):14-15.
- [13] 韩坚,钟志勇,景丽,等. 芍药甘草汤对肠道运动的作用观察[J]. 广州中医药大学学报,2007,24(1):55-58.
- [14] 李静. 加味芍药甘草汤对胃粘膜保护作用及机理的实验研究[D]. 武汉:湖北中医学院,2006.
- [15] 朱飞叶,谢冠群,徐珊. 芍药甘草汤对慢传输型便秘大鼠 ICC 及肠神经递质的影响[J]. 中华中医药杂志,2016,31(1):248-251.

(2017-01-12 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第2726页)

升降平衡,收得全功。纵观此案,以赵老学术思想为指导,表里双解并注重清宣透热,章法有度,规圆矩方,准绳嘉量。

4 小结

赵绍琴教授的温病学术思想及其治疗发热性疾病的方法和思路经得起实践和重复,以上4个发热病例均运用了赵老温病学术思想,病虽有不同,但指导原则基本一致,即注意宣透,给邪气以出路。

参考文献

- [1] 叶天士. 叶天士医学全书[M]. 太原:山西科学技术出版社,2012:303.
- [2] 赵绍琴. 勤奋读书 不断实践——兼忆瞿文楼、韩一斋、汪逢春先生[J]. 山东中医药大学学报,1982,6(4):4-11.

- [3] 赵绍琴. 赵绍琴医学全集[M]. 北京:北京科学技术出版社,2012:338.
- [4] 赵绍琴. 谈谈我对“在卫汗之”的认识[J]. 中医杂志,1981,25(8):57-59.
- [5] 赵绍琴. 第十二讲 治疗温病的几点体会[J]. 中国临床医生,1986,15(1):32.
- [6] 赵绍琴. 赵绍琴临证400法[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:46.
- [7] 田利红. 新加黄龙汤临床应用研究进展[J]. 临床医学研究与实践,2016,1(9):64.
- [8] 吴瑭. 温病条辨[M]. 北京:中国书店,1994:82.
- [9] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 北京:人民卫生出版社,1963:284.
- [10] 何廉臣. 增订通俗伤寒论[M]. 福州:福建科学技术出版社,2004:316.

(2016-12-06 收稿 责任编辑:杨觉雄)