

脾阴理论在消化系统疾病中的应用

武文玉¹, 张雪萍¹, 韩广卉¹, 白 薇^{1,2}, RYUGABO(柳佳宝)¹,
李 浩^{1,3}, 孙巍琪¹, 许爱丽^{1*}, 魏 玮^{1*}

(1. 中国中医科学院望京医院, 北京 100102;

2. 北京中医药大学, 北京 100102; 3. 广州中医药大学, 广东 广州 510006)

【摘要】 消化系统疾病往往多由于情志饮食劳倦、医药误施等损及脾胃, 多虚实夹杂, 标实见郁、滞、瘀, 三邪日久耗伤脾阴, 治疗上应重视“理脾阴”。文章通过阐释“脾阴”理论的渊源并探讨其对消化系统疾病的广泛应用, 旨在为中医药治疗消化系统疾病提供更丰富的临床策略。

【关键词】 脾阴; 理论渊源; 消化系统疾病

DOI:10.70976/j.1008-0805.SZGYGY-2025-0916

CSTR:32392.14.j.1008-0805.SZGYGY-2025-0916

【中图分类号】R259 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2025)09-1695-05

“人生有形, 不离阴阳”, 五脏六腑皆应有阴阳, 而后世提及脾病, 多从脾阳论治, 或脾胃一同论治, 鲜有提及脾阴之名。“阳气根于阴, 阴气根于阳, 无阴则阳无以生, 无阳则阴无以化”, 脾阴功能上与脾阳互为根本, 同时脾阴(血液、津液、水谷精微)作为脾阳的物质基础, 使脾阳生化有源。任何一方的偏胜偏衰, 均会引起病变, “脾阴虚”是脾虚的主要病症, 其重要性不亚于“脾气虚”“脾阳虚”。现有文献及临床报道阐述“脾气虚”或“脾阳虚”的证治丰硕, 而涉及“脾阴虚”者较少, 现对脾阴理论渊源及临证特色应用进行讨论, 以期为中医治疗消化系统疾病提供临床思路。

1 “脾阴”的理论渊源

“脾阴”之说源于“脾藏营”^[1], 是指水谷精微所化生的营阴。《素问·厥论》云“酒入于胃, 则络脉满而经脉虚, 脾主为胃行其津液者也, 阴气虚则阳气入, 阳气入则胃不和, 胃不和则精气竭, 精气竭则不营其四支也”^[1], 简要描述了脾阴虚所致人体虚衰的病理过程, 对脾阴有了初步的认识。东汉医圣张仲景《伤寒论》: “麻子仁丸, 宽肠润燥, 以软其坚, 欲使脾阴从内转耳”^[2], 首次提出脾阴并指出脾阴在津液生成的重要地位及其在枢机升降中的重要性。南宋齐仲甫在《女

科百问》云: “有因冷气痞结于脾阴, 湿郁而为黄”^[3], 论述湿郁发黄病机, 正式提出“脾阴”的概念。明以前多数医家多以脾阳虚立论, 以温燥助火消阴之剂扶补脾阳, 遂致胃火益旺, 脾阴愈伤。《丹溪心法》中朱丹溪持“脾土之阴受伤, 转运之官失职, 胃虽受谷不能运化, 故阳自升, 阴自降, 而成天地不交之否”之言^[4], 阐明脾以阴为本体, 脾土之阴受损, 胃行之运化无权, 阳不能正常转化为阴, 阴也不能正常转化为阳, 阴阳失衡, 而致脏腑不和, 气血不通。又言“阳常有余, 阴常不足”进一步明确人体虚衰系由脾阴受损, 而致水谷精气转运失常, 创立滋阴学派。后人拘守成法, 不能分辨虚实, 妄用寒凉攻伐。张景岳欲敦其偏, 承丹溪医理, 践“阴平阳秘, 精神乃治”的思想, 认为“阳非有余”及“真阴不足”, 脾阴不足, 阴不制阳, 必然导致其阴液亏损, 脾失濡养, 则不能生化水谷精微。言“善补阳者, 必于阴中求阳, 则阳得阴助而生化无穷; 善补阴者, 必于阳中求阴, 则阴得阳生而泉源不竭”^[5]。物生于阳而成于阴, 阴无阳附, 无气便不能生形; 阳无阴充, 无形便不能载气。脾胃失健运, 阴阳失调, 机体的气血精微不能正常化生与输布, 津血停滞, 机体失养, 久之出现痰饮瘀血等, 阴为阳之基, 阳为阴之导, 阴阳二气不得偏, 平则气和而生, 偏则气乘而死。大大发展了脾阴学说的

收稿日期: 2024-07-26; 修订日期: 2025-01-20

基金项目: 中国中医科学院望京医院高水平中医医院建设项目(WJYY-XZKT-2023-17); 国家自然科学基金青年基金(82104851)

作者简介: 武文玉(1995-), 女(汉族), 山西临汾人, 中国中医科学院望京医院博士研究生, 硕士学位, 主要从事脾胃病研究工作。

*通讯作者简介: 许爱丽(1987-), 女(汉族), 北京人, 中国中医科学院望京医院副主任医师、副教授, 博士学位, 主要从事中医药防治脾胃病的研究工作。

*通讯作者简介: 魏 玮(1963-), 男(汉族), 山西阳城人, 中国中医科学院望京医院主任医师、教授, 博士学位, 主要从事中医脾胃病临床与基础研究。

内涵。缪希雍大力提倡脾阴之说,《神农本草经疏》载:“胃主纳,脾主消,脾阴亏则不能消,胃气弱则不能纳”^[6],描述胃气和脾阴主司运化的功能,指出“脾阴不足之候”,清阳不升,阴伤气短,周身常有乏力燥热、失眠健忘,上见口唇干燥、口干口渴;中见纳谷不化、倦怠少食;下见大便或干或溏,手足烦热。舌体瘦薄,苔少苔或薄苔,脉常为细滑之象。上述认识标志着脾胃学说的成熟。

新安医家吴澄认为:“古人理脾健胃,多偏胃中之阳,而不及脾中之阴”^[7],创造性提出“脾虚有阴阳之分”。对于难治性慢性疾病正如《不居集》中所云“虚损之人,阴火所灼,津液不足,筋脉皮骨无所养,精神亦渐羸弱,百症丛生”,临证应当细加辨析而治,点明脾阴虚的主要症状和治法,“脾阴虚则营阴不足,濡养无权,失其融化升清功能,证见口干,唇燥或裂,面色少华,皮肤干燥,肌肉消瘦,食后腹胀,手足心热,大便或干或溏,舌淡红少津苔薄,脉细数或细涩”^[7]。近代医家张锡纯《医学衷中参西录》云:“脾为三阴之长,脾阴足,自能灌溉诸脏腑也”^[8],脾属土,乃阴中之至阴,若气滞、火郁、瘀热病邪伤及脾阴,脾土之转输、布散、运化、滋养功能受阻,扰其灌四脏之功,脾阴不足,他脏失于濡养,而致五脏气阴不足。现代医家国医大师路志正言“近人多重胃阴而略脾阴,或以治胃阴之法统治脾阴”,《素问·平人氣象论》中“脏真濡于脾”^[1],路老认为脾,太阴也,三阴之长,主灌溉五脏六腑,别于胃阴,与胃同居中州,以膜相连,两者相互渗灌,互为相连。倘若胃之阴津虚少,则可使脾阴乏源;而脾之阴精不足,又可致胃液枯涸。若见唇干口渴,脘闷腹胀,食后更甚,大便或溏或结,舌红少,脉来细数皆可知为脾阴匮乏之征^[9]。“人之一身,阴不足而阳有余”,国医大师徐经世认为“虚证治疗,以滋阴为本”,脾居中宫,执中央以运四旁,水谷所化生之津液、营血、阴液、脂膏等精微物质皆属脾阴,情志内伤,劳心思虑过度、内伤杂病,可使营阴暗耗伤及脾阴。徐老认为脾阴不足证非脾本身所产生,而是受肝肾阴虚和阳明及肺之燥热所致。其认为乙癸同源,肾阴不足可累及肝阴,水不涵木,肝肾阴伤,阴不制阳,阳动扰阴,津液枯涸,血燥气滞不能濡养脾阴变生诸证^[10]。以上对脾阴学说进行了进一步完善。

2 脾阴为要,理法关键

2.1 脾阴一伤,诸脏受之

《素问·五运行大论篇》中提到“中央生湿,湿生土……其性静兼,其德为濡”^[1],脾具有阴之静、柔、润、秘的特性,盖因脾阴内涵营阴,具有濡润泽物之能。脾阴损伤之因,可寻《寿世保元·心胃痛》见“纵恣口腹,喜好辛酸,恣饮热酒煎炒,复食寒凉生冷,朝伤暮

损,日积月深,自郁成积,自积成痰,痰火煎熬,血亦妄行,痰血相杂,妨碍升降”^[11]。又有《医经原旨》云:“劳倦不慎而形气衰少,伤脾阴也”^[11]。《血证论》曰:“脾主思虑,故每因思虑而伤脾阴”^[12]。故而可见消化系统疾病多因饮食不节、劳倦失宜、情志不畅和脾胃素虚等因素所致滞、郁、瘀气血不和,碍其升降伤及脾阴。脾阴不足,他脏失于濡养,而致五脏气阴不足,伤及胃阴则见嘈杂呃逆、食不知饥;损其肺阴则见干咳少痰,咽干,虚热咳嗽;弱其心阴,阴血不足,则感心悸怔忡,焦躁失眠;折其肝阴,肝木失养之咽干目涩,烦躁,脘腹胀满。耗其肾阴,则五心烦热,夜寐不宁。五脏一体,牵一发而动全身,若四脏气阴亏虚,肺热壅盛,心火亢盛,肝木乘脾,肾精不足,脾阴亦独木难支,均可导致脾阴亏虚。

2.2 理脾阴法则

2.2.1 甘淡平补脾阴

《素问·刺法论篇》云:“欲令脾实,气无滞,饱无久坐,食无太酸,无食一切生物,宜甘宜淡”^[1],为后世以甘淡、甘平为补养脾阴的根本大法提供理论基础。临证治疗脾阴虚类注重甘淡平补,施治遵循和合阴阳,用药恪守温而不燥,活而不散,补而不膩,渗而不利,清而不伤阴之法。脾阴不足,以甘补之,以淡渗之,甘淡相合,柔养脾阴,既无助湿碍脾之忧,又无助火劫津之弊。吴澄注重脾胃,注意到虚劳之人的“虚不受补”,将脾阴虚引入虚损证治,主张虚损必以“理脾阴”之说,治疗上阳虚宜温补,阴虚宜清补^[7]。用药谨守小剂缓授、有情迅补之品,以药性平和、气味芳香甘淡之属,培中土以生肺金,泻肝木以充脾土等法,创制理脾阴九方以清补脾阴,体现其对阴阳、五行生克原理的灵活权变。“理脾阴”在疾病预后转归中具有重要意义,治疗脾阴虚应运用甘缓和平之剂,以清补为主同时配合药食两用。吴澄以理脾阴虚中心,拟理脾阴九方,发古人未尽之蕴。在缪希雍、吴澄、路志正等前贤影响下,徐经世在临证治疗上提出“理脾阴”要谨守“补不峻补,润燥适宜;益脾重理气,养胃用甘平”之四要,临证重于保存阴液,或养阴生津,或养阴益气,或补阴止血,或坚阴泻火,或养阴清热,或滋阴补肾,或育阴潜阳,随证立法遣方用药。于阴血不足及火郁者,慎用辛窜温燥之丁香、沉香等品,常用花粉、葛根、山药、石斛、麦冬、沙参、玉竹等补而不燥、滋而不膩、行而不滞的平补之品^[13],甘淡合用滋脾不膩脾。

2.2.2 淡润清补脾阴

张景岳小变东垣之补中益气汤^[15],化裁补阴益气煎去黄芪之益卫,除白术之燥脾;易味甘之地黄,同山药补养脾阴,藉当归之力,以达于营阴,清补治以劳倦伤阴,营虚气陷之脾阴虚,以奏“专清补脾阴”之效^[14]。《不居集·脾经虚分阴阳》曰:“脾胃之元气

者,多因思虑伤脾,或因劳倦伤脾,脾胃虚弱,中宫营气不和……六脉数而不清,滑而无力,大便闭结,杂,中消多食易饥。此脾阴虚,以清补为主”^[17]。路志正遵循中医的整体观念和辨证论治原则,博采先贤之长,高度概括其对脾胃病治疗的核心思想,创造性提出“持中央,运四旁,怡情志,调升降,顾润燥,纳化常”十六字诀。路老认为脾乃水运之枢,湿邪为患常易伤及脾阴,提出“理脾阴”是解决临床中燥湿错杂的重要手段。燥甚于湿,滋脾治燥为本,治湿兼之;湿甚于燥者,治湿为本。强调补脾阴不离淡、润的观点,淡补脾,润养阴,淡润合用益阴不碍湿。

2.2.3 甘凉滋补脾阴

缪希雍在《先醒斋医学广笔记》中提出“胃气弱者则不能纳,脾阴亏则不能消,世人徒知香燥温补为治脾虚之法,而不知甘凉滋润益阴之有益于脾也”^[15],提示医家除传统香燥温补方法外,重视甘凉滋润类药物的使用,采用凉润益阴法改善脾阴亏虚之证,认为脾阴虚病机本质有脾气不足,血能载气,气能行血,脾阴不足则脾气无血以附,久之气血皆不足,脾气散精之功失司,水津难以四布。提出了“甘寒滋润益阴”的治疗大法,采用车前子、生地黄、甘枸杞、知母、旱莲草等,这些药物既能补脾又能渗湿浊,体现了他对脾阴虚治疗的独特见解和方法^[15]。王孟英重视保津养阴,常投以西洋参、犀角、玄参、石菖蒲、鳖甲大剂甘凉濡润之品治疗阴分素亏或津枯阴涸者,以期涤热保精起不治之证^[16]。在其著作《随息居饮食谱》中,强调了食物在治疗中的作用,如梨、西瓜、甘蔗等,均可作为甘凉滋润之品,用于清热润燥、滋养阴液^[17]。甘凉合用补益不温燥,益阴退虚热。

2.2.4 理脾以健胃,补阴以扶阳

《素问》云:“五脏者,皆禀气于胃,胃者五脏之本也,藏气者,不能自致于手太阴,必因于胃气……五味入口,藏于胃,脾为之行其精气”^[18],胃受纳水谷精微上盛荣养五脏,脏腑之气受胃气输布达肺,而胃气借助脾的运化与布散,才能充养全身。汪绮石认为阳虚成劳有三:夺精、夺气、夺火。其在《理虚元鉴》言:“凡阳虚为本者,其治之有统,统于脾”,认为阳虚诸证治疗关键在脾,又言“专补命火者不如补脾以建其中”,医家不辨病机,以燥补土,过补肾阳,却不知病家有无虚火、郁火、郁热,提出“治法当健脾益胃、回阳返本为主”,体现了汪绮石阳虚统于脾,寓补肾于补脾之中^[18]。吴澄受知于古,在《不居集》提到:“虚劳日久,诸药不效,而所赖以无恐者,胃气也……以致充血生精而复其真阴之不足”,说明脾胃无损是药物发挥疗效的前提。“中土安和,天地位育”吴澄认为胃气为五脏气之本,主张培补中土,胃气强则行药力于周身,然脾助胃散其津液。脾充则胃安和,虽名为健胃,其实理脾,法在补

阴,同为扶阳,阴阳互生,养后天亦能安先天。创以中和理阴汤,方用人参、燕窝大补五脏之阴阳,莲肉、老米充养胃气,山药、扁豆健脾而不燥,并以芳香轻清之荷叶、荷鼻、藕节升发脾阳,消养阴药滋腻之性,虽曰理脾阴,实则阴阳并补^[19]。

3 运用“脾阴”理论的临证施治

3.1 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎归属于中医学“胃痛”“胃痞”“痞满”“嘈杂”等病范畴^[19]。《慎斋遗书·亢害承制》云:“胃不得脾气之阴,则无以转运而不能输于五脏”^[20],说明胃之转运及津液输布虽受于脾阳而动,但无脾阴之助二者亦不能动。《素问·阴阳应象大论篇》云:“年四十,而阴气自半”^[21]。临床上慢性萎缩性胃炎患者以中老年患者居多,故脾胃阴虚是其常见证型。《不居集》载“脾乃胃之刚,胃乃脾之柔。东垣脾胃论,谓脾为死阴,受胃之阳气,方能上升水谷之气于肺,若脾无所禀,则不能行气于脏腑,故专重以胃气为主。”^[12]慢性萎缩性胃炎多为虚证或者虚实夹杂证,气滞郁热,痰湿困脾,发展为气虚,机体失于温煦,渐至阳虚,阳气不足,阴液不得化生,导致阴虚的传变而致胃络肌肉无以充养。阴虚失养是疾病发展的关键因素。临床可见形体消瘦、周身乏力、面色无华、口渴欲饮、皮肤口唇干燥,甚则皲裂、舌质红,舌体瘦薄或见裂纹、脉细数等脾阴虚的表现。治以滋养脾阴,养营生津,可选吴澄的理脾益营汤,中和理阴汤,胡慎柔的养真汤等。张声生教授认为慢性萎缩性胃炎属本虚标实,脾阴易虚的病机特点,指出补虚补养脾阴不得忘,治标须顾护脾阴,常用性微寒,清热养阴而无滋腻之玉竹以达补不碍邪之效,运用酸甘化阴之白芍、乌梅、木瓜、五味子、酸枣仁、甘草以实脾阴^[22]。魏玮教授认为慢性萎缩性胃炎多以寒热错杂、脾胃虚弱,气虚血瘀为关键病机,胃功能下降是脾胃气虚的表现,微观表现在胃黏膜萎缩,气虚运行不畅而致气滞,无力推动血行以致血瘀;肝失疏泄,乘脾犯胃,郁而化热,气滞、血瘀、郁热夹杂日久耗伤阴液,伤及脾阴^[23]。临床常采用辛开苦降,调和阴阳,益气活血,加以麦冬入脾阴以助脾之散精于肺,行其津液,缓饥不欲食之症,《本草求真》谓石斛“能入脾,除虚热”^[24],加以石斛得地中正之土味,常用于舌有裂纹,为口唇干裂,口咽干燥之苦者。

3.2 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎属于中医“久痢”“大瘕泻”“泄泻”等范畴,病位在肠,脾虚为其发病基础,临床表现为腹痛、腹泻、便下黏液脓血、里急后重^[24]。《红炉点雪》有云:“泄泻一症,为亡阴脱液之肇端”^[25],责之泄泻脱津液伤及脾阴提供理论依据。唐容川中《血证论》云:“水阴不滋,则水邪亦不能去……水

邪不去,则水阴亦不能生”^[16],脾阴不足多与湿邪缠绵相互兼杂,脾虚生湿,湿郁化热,酿生毒邪,蕴结于脾,耗伤脾脏真阴。脾阴不足,肠腑失濡,湿热毒邪胶着,肠络肌肉溃烂枯槁,湿邪易夹杂热邪,湿热之邪长久蕴结不解伤阴,阴虚邪恋,扰其病所,疮疡不复,病情缠绵,提出“甘淡实脾阴”一说。常以太子参、炒白术、茯苓、甘草四君子汤基础方,注重甘寒养阴、甘凉清补,加用白芍、山药之属。吴鞠通言:“湿久生热,热必伤阴”,现今之人常食肥甘厚腻,湿阻于中焦,日久伤及脾胃,化热伤阴,可见口干舌燥,唇裂痛痒,糜烂渗出,脘腹胀满,手足烦热,大便黏腻不爽,舌红苔黄厚腻,察脉细弱,却往来流利。清热利湿之时需兼顾阴液,阴本不足,苦燥之药更易伤及阴液,故应佐以甘淡滋阴之品。《重订广温病论》言其专“清补脾阴”^[16]。方中熟地黄能直补阴血,助营阴生血,减脾阴所耗;当归润之,使阴能升、阳能化。张锡纯单用山药创制一味薯蓣饮,扬其润泽收涩,滋阴利湿不碍邪,是以能补肺肾兼补脾胃^[13]。魏玮教授认为溃疡性结肠炎本由脾(肾)亏虚产生湿、痰、热、瘀等病理产物,滞溜肠间经络,日久损伤五脏,形成虚实夹杂之征,“虚、滞、郁、瘀”互为因果,交相为病^[27]。发作期脏腑失和,脾胃清浊不分,升降失常,而致湿热内蕴肠腑,蕴而化热,伤及血络肌肉,血络受损,谷气下流则见腹痛、里急后重、下痢赤白脓血;缓解期多虚实并见,寒热错杂,气血同病,湿、热等病理因素在肠腑内集聚久居,搏结相争伤阴,难以流转复原。溃疡性结肠炎脾阴虚常见面色无华而萎黄,形体消瘦,口唇干燥,渴不多饮,手足心热,虚烦不得眠,腹中隐隐灼痛,大便稀溏,日数行而量不多,夹杂黏液、脓血,舌红少津或舌质淡,舌苔少或无苔,脉则见细数或细弱。魏教授秉承国医大师路志正乌梅败酱散化裁以清热化湿调枢方为基础加减。乌梅为君,既可收敛涩肠止泻,又可生津,酸甘化阴;败酱草、黄连为臣,两者相配清热化湿、解毒排脓,功长湿热痢疾;太子参甘滋清灵,清补脾胃,补益中土,素有益气不升提,生津不助湿之功;佐以茯苓、炒白术即可益气健脾、运化水湿,又可制以黄连之苦寒,甘草调和诸药。配伍白芍养血敛阴、柔肝止痛,石斛保胃气,存津液,使脾肾互资^[28]。

3.3 胃食管反流病

胃食管反流病可归属“吐酸”“嘈杂”等范畴,其关键病机为胃气上逆。《素问·保命全形论》中云:“人生有形,不离阴阳”^[12]。明代秦景明在《症因脉治》提到:“脾虚有阴阳之分,脾阴虚者,脾血消耗,虚火上炎”^[28],说明脾虚有阴阳之分,脾阴虚多是由于脾之阴血耗损而致虚火上炎。魏玮教授认为五脏皆分阴阳。

脾体属阴,胃体属阳,二者阴阳升降相因,共成脾胃枢机之纽,升布精微、潜降胃阳,共奏五脏升降之序。脾阴不足与逆、郁、热病机密切相关。初期胃气上逆,中焦气机升降失调,气郁化热生火或过服温燥之品,伤及阴液;病程中期,痰热互结,阴液受损,后期阴损及阳,阴虚阳微,阴阳俱伤,正虚邪实,病情反复,迁延不愈,可见滞、郁、瘀之证。魏教授善用辛开苦降法治疗胃食管反流病,言气机调顺,反酸自除,常以半夏、黄芩、黄连、干姜等诸药相合,辛开苦降,寒热共济,顺其阴阳之性而调和阴阳^[30]。郁之甚者,必伤阴耗血,扰其心神,对失眠焦虑患者可选用夜交藤、灵芝、乌梅、酸枣仁等滋阴养血安神之品;心神不定者加用龙骨、牡蛎促其重镇安神之功;若阴虚甚者,可用石斛与黄芪以补五脏虚劳^[31]。《医学传心录·咽酸尽为平食停》言:“咽酸者,俱是脾虚不能运化饮食……湿热相蒸,遂作酸也”^[32],脾虚失运,气机阻滞,湿邪内生,郁久化热,湿滞郁热胶结,水谷不化,积滞成腐,日久化酸。姜德友教授认为脾阴兼具调控枢机之职、濡润诸脏之性、运转胃腑之功,脾阴受伤,脾胃升降枢机失常,脾阴不升,胃阳不降,精微不布,浊阴不化,胃中邪火与浊阴涎汁生酸,随胃阳上逆而现反酸之症,故可从脾阴论治。姜教授据《本草备要》“行营气,安脾阴”之要义,常配伍姜枣以调营卫而行津液,共培脾阴^[33]。脾阴虚证,症见反酸烧心兼形体消瘦,不思饮食,食少腹胀,大便干结,脉虚细数等。治疗可采取补脾滋阴法,方用慎柔养真汤^[34]。危北海教授认为虚火为“阴火”,临床出现口干、烧心、胃脘嘈杂,常用黄连、瓦楞子、乌贼骨以降之^[34]。

3.4 功能性便秘

功能性便秘归属于中医学“脾约”“大便秘”等范畴,随着生活节奏加快,久坐、少动、饮食失衡、有意抑制便意生活方式及压力导致的心理障碍等因素,加重了便秘症状^[35]。《素问·五脏别论篇》言:“魄门亦为五脏使”^[12],病位虽在肠,然与五脏密切相关,又有《本草经解》云:“五脏之阴,脾为之原……甘平益阴”^[36],五脏之中尤以脾阴虚为其病机关键。《伤寒论》言:“趺阳脉浮而涩……其脾为约,麻子仁丸主之”^[13],胃中燥热伤及脾阴,制约脾之升清散津,脾之布散失常,津液下行膀胱而见大便难、小便数。唐容川借《伤寒论》“存津液”三字为据立脾阴论,认为“脾阳不足,水谷固不化;脾阴不足,水谷仍不化也。譬如釜中煮饭,釜底无火固不熟,釜中无,水亦不熟也”,指出“谷食之化在于汁液”,即脾阴是可濡润脾脏并能激发脾生理功能的阴液物质。朱丹溪在《格致余论》有云:“脾土之阴受伤,转输之官失职”^[12]。脾阴亏虚,失于运化,气血生化乏源,气虚则推动无力,不能为胃行其津液,胃阴匮乏,气机失调,中焦升降无序,腑气不通,血虚则肠

腑失濡,而致大肠传导失职,魄门不得开,糟粕不得下,大便秘涩难行或硬结难解,排便不畅,艰涩难出,或排便周期延长。魏玮教授方用三仁润肠丸火麻仁、郁李仁为君,重在润肠,兼以调气,火麻仁于《饮片新参》载“养脾液,润大肠,通便闭”之效,佐以调气,麦冬、玄参、生地甘以补脾,润而育阴,有清热滋补阴液之意,柴胡、郁金疏肝解郁,畅达气机,厚朴下气宽中,消胀除满,顺中焦升降之枢,甘草、白芍酸甘化柔补脾阴,正如缪希雍言“酸甘柔润滋润脾阴,有益于脾脏也”^[36]。枳实消积导滞、破气除痞,杏仁、牛蒡子入肺与大肠,辛行苦降,诸药合用清郁热,行气滞,养脾阴,共奏润肠行气,养阴通腑之效^[38]。

4 结语

在消化系统疾病发生发展的过程中,素体亏虚,气滞、火郁、瘀热三邪胶结蕴热合而伤阴,脾阴亏虚是至为关键的发展因素,施以滋养脾阴,伍以甘淡,养营生津,和缓实脾。对于泄泻中的脾阴虚施以酸甘之品以化阴、甘寒之品以滋阴、甘淡之品健脾利湿以养阴;脾阴虚所致吐酸可采用辛开苦降,滋阴降逆,调和阴阳;脾阴虚所致便秘可滋阴健脾、酸甘化柔,行气通便,促使气机升降相合。重视脾阴学说应当在临床的应用中正确认识脾阴,临证辨别脏腑气血阴阳,厘清疾病寒热虚实,四诊合参,辨证论治,药证相合,阴阳相顺,做到治病求本,则可使脾胃运化无虞。

参考文献:

- [1] 张灿岬,徐国仟,总全和.黄帝内经素问校释[M].北京:中国医药科技出版社,2016:102.
- [2] 张仲景.伤寒论[M].北京:人民卫生出版社,2005:31.
- [3] 齐仲甫.女科百问[M].北京:中国医药科技出版社,2012:17.
- [4] 朱震亨.丹溪心法[M].鲁兆麟,主校.彭建中,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:25.
- [5] 张景岳.景岳全书[M].太原:山西科学技术出版社,2017:95.
- [6] 缪希雍.神农本草经疏[M].北京:中国古籍出版社,2002:26.
- [7] 吴澄.不居集[M].北京:中国古籍出版社,2017:18.
- [8] 张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2010:195.
- [9] 洪广槐,郭璇球,陈志正,等.胃阴虚与脾阴虚的区别与联系[J].中医杂志,1990(7):4.
- [10] 汪元,徐经世,李永攀.国医大师徐经世“三十二字”调肝法浅析[J].中华中医药杂志,2018,33(6):2395.
- [11] 薛雪.医经原旨[M].上海:上海中医学院出版社,1992:9.
- [12] 唐容川.血证论[M].北京:中国医药科技出版社,2011:12.
- [13] 王化鑑,陶永,张国梁,等.徐经世治学思想及学术思想探微[J].安徽中医学院学报,2008,27(6):27.
- [14] (清)戴天章.重订广温病论[M].俞鼎芬,王致,校注.福州:福建科技出版社,2010:21.
- [15] 缪希雍.先醒斋医学广笔记[M].北京:人民卫生出版社,2007:23.
- [16] 王孟英.王孟英医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2015:11.
- [17] 王孟英.随息居饮食谱[M].天津:天津科学技术出版社,2022:8.
- [18] 汪琦石.理虚元整[M].北京:中国医药科技出版社,2018:34.
- [19] 李军祥,陈谔,吕宾,等.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121.
- [20] 周之干.慎斋遗书[M].北京:中国中医药出版社,2016:11.
- [21] 王鄂宜,李丹艳,王瑞昕,等.补脾阴法治疗慢性萎缩性胃炎探讨[J].北京中医药,2022,41(6):618.
- [22] 许爱丽,苏晓兰,刘涛,等.半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎循证证据研究与临证发微[J].世界中西医结合杂志,2017,12(8):1053.
- [23] 黄官秀.本草求真[M].北京:中国中医药出版社,2017:13.
- [24] 中国中西医结合学会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2023,43(1):5.
- [25] 龚居中.红炉点雪[M].上海:上海科学技术出版社,1959:47.
- [26] 戴天章.重订广温病论[M].福州:福建科技出版社,2005:219.
- [27] 魏玮,卿香丽,张涛,等.中医药治疗溃疡性结肠炎的思路和临证用药经验[J].北京中医药,2022,41(9):951.
- [28] 王琳,卿香丽,张涛,等.魏玮教授基于“湿热致病”论治溃疡性结肠炎[J].世界中西医结合杂志,2023,18(9):1737.
- [29] 秦景明.症因脉治[M].上海:上海科学技术出版社,1990:189.
- [30] 崔玉容,国嵩,刘倩,等.基于“郁、郁、瘀、虚”疾病观论治胃食管反流病[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(3):236.
- [31] 方霜霜,潘雨辰,狄恩群,等.基于“郁、虚、滞、瘀”四因致病论治难治性胃食管反流病[J].长春中医药大学学报,2021,37(5):996.
- [32] 周劲草,高丽娜,整理.医学专心录[M].太原:山西科学技术出版社,2015:63.
- [33] 张诗嘉,解颖,张迪,等.姜德友基于“脾阴不足”辨治胃食管反流病之经验[J].江苏中医药,2024,56(3):30.
- [34] 周滔,陈瑞琳,牛柯敏,等.危北海教授从“虚、气、火、瘀”病因辨治胃食管反流病的临床经验[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(9):788.
- [35] AZIAL, WHITEHEAD W E, PALSSON O S, et al. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation[J]. Expert Rev Gastroenterol Hepatol,2020,14(1):39.
- [36] 叶天士.本草经解[M].北京:学苑出版社,2011:10.
- [37] 朱丹溪.格致余论[M].北京:中国中医药出版社,2020:2.
- [38] 刘涛,晁先侯,尹璐,等.三仁润肠方治疗功能性便秘60例[J].辽宁中医杂志,2019,46(3):559.

(责任编辑:吴慧康)