

· 名医精华 ·

# 陶晓华教授辨治痞证经验述要

● 王俊霏<sup>1</sup> 指导:陶晓华<sup>2</sup>

**摘要** 痞证作为常见的脾胃系疾病,发病率处于较高的水平,其主要病机以虚损为主,兼夹病机多且复杂,病程一般较长,容易反复,严重影响了患者的正常生活。本文总结了陶晓华教授治疗痞证的临床思路与经验。

**关键词** 痞证;经验总结;辨证论治;陶晓华

痞证,是指中焦气机阻滞,脾胃升降失司引起的以脘腹痞塞、满闷不舒为主症的病证,是临床常见的脾胃系病证。

陶晓华教授长期从事《伤寒论》教研工作,临证擅长消化、呼吸、泌尿系统疾病及高血压、糖尿病、皮肤病、痛风、慢性疲劳综合征、小儿发育不良及相关杂病的论治。通过多年的临床实践及《伤寒论》研究工作,陶师在脾胃病的论治上形成了独到的辨证论治思路。笔者有幸师从陶师,特将其治疗痞证的临床思路与经验总结如下。

## 1 释名

《伤寒论》谓:“但满而不痛者,此为痞。”<sup>[1]</sup>《说文解字》谓:“痞,痛也。”<sup>[2]</sup>《广韵》谓:“腹内结痛。”<sup>[3]</sup>陶师认为,以脘腹痞闷、满闷不舒为主要临床表现的痞证固在多数,但不通则痛,气机阻滞程度较重时,也可引起疼痛。

## 2 病因病机

《素问·五常政大论》谓:“太阴司天……大寒且至,蛰虫早附,心下痞痛。”<sup>[4]</sup>为太阴司天,湿气阻、寒气结而心下痞硬。《素问·至真要大论》谓:“阳明之复……病生胁肋,气归于左,善太息,甚则心痛痞满。”<sup>[5]</sup>即金气伐木,肝气不舒所致胃气壅滞而痞满。《伤寒论》以“脉浮而紧,而复下之,病反入里,则作痞,按之自濡,但气痞耳”<sup>[6]</sup>为代表,为表证误吐、下之后导致胃气损伤,以致升降失和,气机痞结。其以胃气虚为本,或兼痰饮水湿,或兼邪热客气,或寒热并兼。

陶师在继承经典关于痞证论述的基础上,结合临床经验,认为痞证的病因以先天脾胃虚弱、饮食不规律、素食生冷辛辣油腻、喜静久坐少动和情志不遂最为常见。禀赋不足,脾胃固虚;饮食不节,纳运无时,久则为虚;寒则伤阳,素食冷、饮,脾阳为伤;辛能散气,壮火

食气,久食辛辣,脾气为损。此为虚,脾主运化,虚则水湿不运,停聚于中;脾主升清,胃主和降,升降相宜则气机调畅,升降失和则气机阻滞,因而为痞。久食膏粱厚味则脾胃难运,积结于中而不通;动则生阳,静则生阴,喜静久坐而少动,阳衰阴结而不运,气行于中而不通;情志不遂,肝气为郁,亦致不通,肝气久郁,亦可乘脾而致虚。此为标实,亦可由寒、热、湿、痰、饮、瘀血所致,不可忽视。

## 3 治法及方药

**3.1 善用香砂六君子汤加减以护其虚** 陶师临床接诊的脾胃病患者中,95%以上的痞证患者都以脾胃气虚证为主证或兼证。“邪之所凑,其气必虚”<sup>[7]</sup>,心下痞者,常以脾胃虚损为始,邪气因虚而入。陶师认为,汉代平民食少而粗,概由无源以化而致虚,故仲景用人参益气,更用滋腻之品大枣充养气血,现代儿童因挑食亦可造成此情况。但成人的虚损,非无源而为无力化源,且厚味久积,气滞不行,表现为初起食少纳差,食则饱胀,久则面

• 作者单位 1.北京中医药大学2016级岐黄国医班(北京 100029);2.北京中医药大学(北京 100029)

黄无华,形体羸瘦,大便不实或溏泄。其治不可徒补益其虚,不可轻用滋补之品,当顺脾性,健脾益气、行气化湿而治其本。故陶师以香砂六君子汤化裁为基本方,药用:木香 8g,砂仁 8g(后下),太子参 15g,炒白术 15g,茯苓 15g,炙甘草 6g。痰饮甚者,加法半夏 9g、陈皮 10g,常以苏叶、苏梗各 10g 行气芳化以代之;若患者水湿不运,新水无源而见舌红少苔之津亏之象,乃以太子参兼行益气、生津之功,减去陈皮、半夏之燥,且用苏叶、梗代之;必至痰饮甚时,方入陈皮、半夏;气滞甚者,加厚朴 10g、枳壳 10g 以行气导滞;运纳不佳者,加莱菔子 10g、鸡内金 10g、焦三仙各 10g 以助运消食。

**3.2 化裁古方以祛其实** 陶师从事《伤寒论》教学工作多年,临床常施仲景法而不泥其方。伤寒之痞,所论为吐下伤脾而邪气因入。有热邪盘踞,其脉关上浮者,大黄黄连泻心汤主之,然当今以外邪陷入者鲜。有少阳邪热干犯其虚者,从外来者少,以素食辛辣与情志不遂所致多见,患者以胃脘不舒为主诉,或兼疼痛,或兼胸胁闷胀,其口苦而渴,心烦而躁,常兼口臭,舌红少苔,脉弦或兼数,于前方合小柴胡汤,常加柴胡 10g、黄芩 10g、法半夏 9g、生地 15~20g。有水湿不运,蕴久化热,或素食辛辣,热邪与合,表现为胃脘痞塞、满闷不舒,按之柔软,大便不实或溏,或呕,面色无华,舌红少苔而中、根微腻,脉数或滑或兼濡,于前方合半夏泻心汤法,加法半夏 10g、黄连 6~8g、黄芩 10g、干姜 10g;有肠鸣甚及泻利重者,为水湿盛也,加生姜 10g(3~5片)、泽泻 10g、车前子 15g(包煎)以

化饮逐水。有寒饮中踞,痰浊中阻者,或素食生冷,或误下伤阳,致气逆于上,呃逆频作,脉弦或滑,于前方合旋覆代赭汤法,加旋覆花 10g、生赭石 15g、法半夏 9g。伤寒方以旋覆花多于代赭石,恐寒凉更伤于胃,陶师认为,此有香砂六君子汤行气之功,可代散寒之职,兼以生姜之温,可制其寒,当取赭石重坠之性以降其逆,故多用赭石。有肝气不舒、肝血不养者,有肝郁气滞,气郁化火而伤肝血者,其或干犯脾胃之虚,表现为胸胁胀满,脾胃痞塞、满闷不舒,睡眠不佳,多梦尤甚,或兼疼痛,或面带愁容,此当详询病史,知结所在,舌红少苔,脉弦细或弦数,于前方合四逆散、柴胡疏肝散法,加柴胡 10g、白芍 15~20g、郁金 10g、玫瑰花 8~10g、当归 15g、川芎 10~15g、生地 15~20g、延胡索 10~20g;郁火甚者,加川楝子 9~10g;若郁火致泛酸、烧心,更加煅瓦楞子 20~30g、乌贼骨 15~20g、煅龙牡 20~30g 以制酸止痛;若热伤阴津甚者,即见舌红无苔,脉细数,重用生地至 30g,加天、麦冬各 10g 佐之。

#### 4 验案举隅

吴某,男,42岁,国企员工。2017年9月16日初诊。主诉:胃脘痞塞、胀满不舒,兼有疼痛1年。有慢性萎缩性胃炎史,服摩罗丹效果不显。刻下:食后胀痛,无呃逆、泛酸,食欲不佳,大便不成形,痔疮,偶便血,自汗,以手心汗居多,舌边齿痕,舌紫暗、苔白,脉弦数。证为肝郁气滞,脾虚湿滞,法用疏肝理气,健脾化湿。方以柴胡 10g,郁金 10g,白芍 15g,当归 10g,枳实 10g,木香 8g,砂仁 8g(后下),太子参 15g,炒白术 10g,茯苓 10g,焦三

仙各 10g,泽泻 10g,车前子 10g,炙甘草 6g,因其痔疮便血,加槐花 15g,地榆 15g。7剂。此仿逍遥散法,加枳实助行气,合三仙助消导,入泽泻、车前以逐水利湿。

2017年9月23日二诊:胃脘症状缓解、便血减轻。因患者诉夜间阴茎勃起不下,去地榆、槐花,加知母 10g、黄柏 10g、生地黄 15g 以清降相火。7剂。

2017年9月30日三诊:饮酒应酬后胃脘痞胀疼痛,饿时加重,夜勃已减,舌脉同前。为湿热蕴中,气滞血瘀证,法当清热祛湿,理气健脾,活血止痛。其相火已降,余热未清,故去知母、黄柏,加白茅根 15g 清利湿热缓去其邪;加延胡索 15g、川芎 10g、乌药 15g 以活血化瘀,理气止痛。14剂。

2017年10月15日四诊:胃脘疼痛已消,仍满闷不舒,食后仍饱胀,时见肠鸣,大便不成形,诉平素容易出汗,舌脉同前。此为脾虚湿甚,气虚不固证,法当健脾化湿,益气固表。方用生姜泻心汤加减,药用:生黄芪 30g,麻黄根 10g,浮小麦 30g,生龙牡各 30g,法半夏 9g,黄连 8g,黄芩 10g,干姜 10g,生姜 10g,生地 15g,木香 8g,砂仁 8g(后下),太子参 15g,炒白术 15g,茯苓 15g,莱菔子 10g,焦三仙各 10g,炙甘草 6g。14剂。此方治汗宗牡蛎散法,以益气固表为本,但其本在脾胃,生姜泻心汤法为治本之要,因患者药用代煎,代煎处无生姜可用,不得不去之。

此后多次来诊,以前方调治,胃脘痞胀疼痛渐减,汗证渐消。至2017年12月9日来诊,患者诉胃脘症状已全部消失,仍余汗证,陶师嘱以香砂养胃丸以巩固疗效。该

(下转第24页)