学术论坛

治脾胃病应以调气机为本(上)

□宋桂华

在治疗脾胃病方面，赵时雨教授继承并发展了李东垣的脾胃学说，重视脾胃升降论，认为治疗脾胃病应以畅达气机为先，强调疏肝、健脾、和胃的重要性。对于胃脘痛的治疗，赵时雨教授积累了丰富的经验，提出了散寒、消食、理气、泄热等多种治法。

此外，赵时雨教授还对慢性萎缩性胃炎癌前病变的预防性治疗进行了深入研究，以健脾益气、清胃化瘀为治疗方法，善用清热祛瘀、理气活血药物，并巧用走守、升清、滋润药物，取得了显著的临床疗效。

赵时雨教授1965年从河南中医学院(现为河南中医药大学)毕业后，一直在临床一线从事临床、教学、科研工作。他是河南中医药大学的兼职教授、硕士研究生导师，第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中医师承制博士生导师，河南省名中医。笔者作为中医师承博士，有幸跟随赵时雨教授学习，现将其治疗脾胃病的临床经验归纳如下。

赵时雨教授有50余载的临床实践经验，涉及内科、儿科、外科、妇科等，尤其在治疗内科、儿科杂病方面颇有心得，积累了丰富的临床经验，形成了“治疗必求于本、重视体质辨证”的独特思路，提出“治疗脾胃病以畅达气机为先，治疗疑难杂症注重标本结合、病证结合”等原则。

赵时雨教授认为，学习名家临证医案是提高中医临床技能的捷径。因此，在学习时，要勤思考、多参悟；在临证时，要重视患者的整体体质，强调天、地、人合一；在用药时，要灵活用药，强调“动静结合、寒温并用”。

重视脾胃升降论

《黄帝内经》云：“脾胃者，仓廪之官，五味出焉。”金元时期的医学家李东垣提出：“内伤脾胃，百病由生，善治病者唯在调脾胃。”《景岳全书·脾胃》云：“凡欲察病者，必须先察胃气；凡欲治病者，必须常顾胃气。胃气无损，诸可无虑。”

赵时雨教授认为，脾胃同居中焦，互为表里，脾为阴土，主运化升清，喜燥宜升则健；胃为阳土，主受纳降浊，喜润宜降则和，两者一升一降，共同担负人体消化、吸收与输布水谷精微的重任；肝为刚脏，性喜条达，主疏泄，为气机升降之枢纽。若肝脏疏泄功能正常，则脾胃升降有序，化源通达，故在调理脾胃过程中，应以调气为先，注意调理脾胃肝脏气机，疏肝、健脾、和胃，畅达中焦气机，以恢复胃气机。中医学称脾胃为“水谷之海”，有益气化生气血之功。人体元气是“健康之本”，脾胃则是“元气之本”。

李东垣提出了“脾胃伤则元气衰，元气衰则人折寿”的观点。《脾胃论》云：“真气又名元气，乃先身生之精气也，非胃气不能滋之。”李东垣指出：“内伤脾胃，百病丛生。”说明脾胃虚弱是滋生百病的主要原因，故而在各种疾病的治疗中，不忘顾护脾胃，始终以调畅气机为本。

赵时雨教授在临证中重视脾胃学说，并认为“肾为先天之本，脾为后天之本”“胃为水谷之海”，是气血生化之源，是脏腑经络气机运动的枢纽，“善治脾者能调五脏，即所以治脾胃也”。脾属脏，胃属腑；脾主运化，胃主受纳；脾主升清，胃主降浊；脾喜燥，胃喜润，脾胃这对相表里的脏腑通过升降功能维持人体气机正常的运行。脾升胃降则清阳得升，五脏六腑、四肢百骸得养；浊阴得降，则废物得以排出体外。若脾胃的功能失常，脾不升、胃不降，谷之精气不能输布全身，代谢废物不能排出体外，五脏六腑均因之受累。

胃脘痛的用药特点

胃脘痛是脾胃病中的一个重要代表性病证，赵时雨教授临证数十年，勤求古训，博采众长，对胃脘痛的治疗积累了丰富的经验，疗效颇佳。

胃脘痛，又称胃痛、脘痛，以腹部近心窝处疼痛为主要症状，是一种常见多发的内科病证。现代医学中的急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、黏膜脱垂症等病都属于中医胃脘痛的范畴。胃脘痛的致病因素较多，并且临床症状多变，易反复发作，给人们的生活、工作带来诸多不便，甚者久治不愈。不同性别、年龄阶段均可以患病，以20岁~60岁的人群为主，儿童、老年人也可发生，男性患者明显多于女性。

胃脘痛发病有一定的季节性，慢性胃脘痛在冬春季节发病率和复发率较高，急性胃脘痛在夏秋季节多见。赵时雨教授擅长运用中医药调畅气机治疗本病，并且有较好的疗效。

胃脘痛的辨证特点

《黄帝内经》中与胃脘痛相关的病名主要有“厥心痛”“胃心痛”等。汉代医学家张仲景在《伤寒杂病论》中提出以“心下”代指胃脘。宋代的许多医学家已经从病因、病机、治疗等方面进一步将心痛与胃脘痛区分。

中医学认为，胃脘痛的产生与多种因素有关。胃脘痛的病因以六淫致病、情志失调、饮食不节、素体虚弱及其他因素(如误治、失治等)，皆可导致胃脘痛。外感六淫之邪(风、寒、暑、湿、燥、火)，皆为胃脘痛的重要诱因，可单独或相兼致病，而以风、寒、湿较为常见。情志失调，气郁伤肝，肝木失于疏泄，横逆犯胃，导致气机阻滞而发生胃脘痛。赵时雨教授认为，对胃脘痛的治疗，辨证全面、方药丰富首推张仲景。在《伤寒杂病论》中记载体现出的胃脘痛治疗方法有：热证者，治宜大黄黄连泻心汤清胃泻火、小陷胸汤清热化痰；寒证者，以理中汤温中健脾、大建中汤温阳散寒；寒热错杂证者，治宜半夏泻心汤辛开苦降；气滞血瘀者，治宜大承气汤通腑、大陷胸汤逐水散结、大黄䗪虫丸活血化瘀、乌梅丸温脏安蛔。张仲景治疗胃脘痛，分别以外感、虚劳、宿食、寒疝、水饮等论治，开辟了胃脘痛之辨证施治的先河，奠定了中医药治疗胃脘痛的基础。

赵时雨教授继承和发展传统中医药理论，学习和掌握现代医学知识，并结合长期的临床实践，总结出胃脘痛既要有中医辨证原则，也要根据现代医学对消化系统疾病的发生和发展过程机理全面掌握。如消化性溃疡、胃炎(如急性胃炎、慢性胃炎等)、上消化道出血、反流性食管炎、食管-贲门失弛缓症、胃癌、胃痉挛、胃黏膜脱垂、胰腺炎、胃肠道息肉、十二指肠肠炎、胃切除术后并发症、胆石症、胆囊炎、腹膜炎、胃潴留及急性胃扩张等，虽然均有胃脘痛症状，但是要结合病理类型，用中西医结合方法治疗。

赵时雨教授认为，胃脘痛的发生、复发和加重，与饮食起居的关系极为密切，长期饮食不规律，过量摄入寒凉、辛辣、油腻、粗硬等食物，嗜好烟酒等不良习惯，均易导致胃脘痛的发生(复发和加重)。患者发病与季节、天气、地理等环境因素有密切的关系，情志因素是导致胃脘痛的重要因素之一。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

诊疗感悟

精于辨证施治 贵在以证为凭

乔振纲为全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师，河南省首批优质中医学术流派乔氏中医学流派第五代代表性传承人。

如果说整体观念是中医学的基本理念，辨证施治则是中医学的灵魂。

辨证施治，包括辨证和施治两个过程。所谓证，是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括。它反映疾病发展过程中某一阶段的病理变化的本质，因而它比症状更全面、更深刻、更正确地揭示了疾病的本质。辨证就是把四诊(望、闻、问、切)所收集的症状和体征，通过分析、综合，辨清疾病的病因、性质、部位，以及邪正之间的关系，概括为某种性质的证；论治，又称为“施治”，即根据辨证的结果，确定相应的治疗方法。辨证是确定治疗方案的前提和依据，论治是治疗疾病的手段和方法。辨证论治的过程，就是认识疾病和治疗疾病的过程。辨证和论治，是诊治疾病过程中相互联系的两个方面，是理论和实践相结合的体现，是理法方药在临床上的具体运用，是指导中医临床的基本原则。

乔振纲不仅对辨证施治的理论体系(八纲辨证、三焦辨证、卫气营血辨证、脏腑辨证、标本辨证)有全面、系统的研究，而且在临床实践中加以运用。

乔振纲在诊治疾病时，既辨病又辨证，但主要不是着眼于“病”的异同，而是将重点放在“证”的区别上，通过辨证而进一步认识疾病。

例如，感冒是一种疾病，临床可见恶寒、发热、头身疼痛等症状，但由于引发疾病的原因和机体反应有所不同又分为风寒感冒、风热感冒、暑湿感冒等不同的证型。只有辨清感冒属于何种证型，才能选择正确的治疗原则，例如采用辛温解表、辛凉解表或清暑祛湿解表等治疗方法。

乔振纲认为，同一疾病在不同的发展阶段，可以出现不同的证型；而不同的疾病在其发展过程中又可能出现同样的证型。因此，在治疗疾病时就可以分别采取“同病异治”或“异病同治”的原则。

“同病异治”即对同一疾病不同阶段出现的不同证型，采用不同的治法。例如，在麻疹初期，疹未出透时，应当用发表透疹的治疗方法；麻疹中期通常肺热明显，治疗则须清解肺热；而至麻疹后期，多有余热未尽，伤及肺阴、胃阴，此时治疗则应以养阴清热为主。

“异病同治”是指不同的疾病在发展过程中出现性质相同的证型，因而可以采用同样的治疗方法。比如，心律失常与闭经是两种完全不同的疾病，但是均可出现血瘀的证型，都可用血府逐瘀汤进行治疗。这就是辨证论治实质的体现。

在辨证施治过程中，“证”是辨证的依据，即以“证”为凭。只有坚持“以证为凭”，摒弃主观、臆断，才能为辨证施治提供客观的根据，只有坚持“有斯证便用斯药”才能保证辨证施治的正确方向。能否正确地辨证施治，首要的关键环节，决定于对“证”的了解是否全面、周详，是否客观真实，欲达此目的，必须四诊合参，而四诊之中尤以问诊最为重要。

通过仔细详尽的问诊，了解发病的原因，发病时的症状及其复发、加重的各种诱因，求诊的经过(包括曾经做过哪些检查，做过何种诊断，用过哪些药物等)，了解患者就诊时的各种自觉症状及体征，然后结合舌诊、脉诊、望诊及必要的触诊，经过去伪存真的认真分析和思索，正确地认证、识证。在此基础上，运用辨证施治的有关理论进行缜密分析，进而判定病的寒热、虚实及阴阳属性。

判定病位在表、在里？在脏、在腑？在上焦、中焦，还是下焦？探究病情过程中涉及何脏、何腑？这些有关联的脏腑之间，又是如何从病理上互相影响的？分析其症状中哪些是主证(主要矛盾)，哪些是辅证(次要矛盾)，哪些为“标”，哪些为“本”……如此，以“证”为凭，胸有成竹，剥茧抽丝，环环相扣，既有高深的中医理论做指导，又有丰富的临床经验作支撑，辨证施治的水平自然高人一筹，其临床效果必卓然不凡。

(本文由乔振纲传承弟子乔俭、耿高璞整理)

传统中药方剂的现代应用解析之五

荆防败毒散

□周慧超

数千年来，瘟疫始终伴随着人类社会的发展。在长期的防疫抗疫斗争中，中医药以其独特的理论体系和治疗方法，发挥了举足轻重的作用。在历朝历代多次瘟疫中，中医药为人类的健康事业做出了巨大贡献，并积累了丰富的实践经验。

方剂溯源

荆防败毒散最早见于明代张时彻所著的《摄生众妙方》，是由宋代官方医书《太平惠民和剂局方》所载，并被后世医家誉为“时方治疫之祖”的人参败毒散演变而来。

人参败毒散主治气虚外感证，强调的是气虚、正气不足之人外感。事实上，正气不足者更易得气虚外感证，只有补足正气才能把邪气祛除。人参败毒散配伍的核心是人参，人参为君药，先扶正气，在此基础上，加用祛风散邪、调畅气血之品来治疗瘟疫。此方在瘟疫治疗中应用广泛，且四时瘟疫通用。

而荆防败毒散在人参败毒散的基础上，去掉了人参，增加荆芥、防风，疏风散寒，透发体表的寒气，增加透散之力，以轻清灵动之性拨动周身气机而透邪外出。后来，有人误认为用人参不利于祛邪外出，其实这个说法有点儿偏颇。我们学习中医要坚持辨证论治，对于年老体虚者、气虚者需要加用人参，只有补足正气才能鼓动其他药物各走其经、透邪外出。

在众多中医药方剂中，荆防败毒散是历代医学家广泛使用且备受推崇的名方之一。现代临床实践证明，荆防败毒散具有卓越的疗效和安全性。

荆防败毒散以其独特的药物组成和配伍，能够有效地抵御瘟疫的侵袭，为人们的健康保驾护航。荆防败毒散及其中成药制剂(荆防颗粒)曾纳入部分省市防治方案，为流感及新冠病毒感染的群体性预防性用药，从而保护了人们的健康。

成分功效

荆防败毒散在人参败毒散基础上加用荆芥、防风，去人参而成，那么剩下其他药物是什么呢？

羌活、独活芳香祛湿，祛风散邪，是一对药，其中羌活主入太阳膀胱经，祛除上半身邪气，独活主入少阴肾经，祛风散邪祛湿；柴胡外散邪气，清散少阳经的邪气，桔梗的药性也是往上走的，走太阴肺经，两药均是往上走，使邪气外出；枳壳理气宽中，前胡宣散风热，二者相配调理肺气，消痰降气，有升有降；川芎调畅气血，茯苓祛湿气，甘草调和诸药。全方兼顾三阳经(太阳、少阳、阳明)与三阴经(太阴、少阴、厥阴)，辛平透散，有升有降，有行气血，有祛湿，整方药物组成完备，表里相应、疏通气机、透邪外出。

此方适合在“疾病早期，单纯的外寒阶段，尚未传变入里”时使用，透邪外出，疏畅气机，被广泛用于疫病防治。对于各类疫毒邪气所致的疾病初起阶段均有良好效果。

外感病 只要是受寒早期，头痛项强，脖子发紧，发热怕冷，身体烦疼，寒咳早期，鼻塞声重，发冷发热等，皆可治之。体内湿气重、舌苔厚者，都可以用荆防败毒散。在新冠病毒感染早期，临床观察显示，荆防败毒散对患者的症状改善有一定疗效。如今，临床常用荆防败毒散预防和治疗普通感冒、流感等疾病。

消化系统疾病 荆防败毒散具有升清阳、散邪气、止下利的作用，可用于治疗肠风下血之证。现代研究发现，荆防败毒散对小儿泄泻、痢疾等具有显著疗效。

皮肤疾病 由于荆防败毒散性升发透利，擅于透邪外出，对于邪在浅表，毒蕴肌表导致的各类皮肤疮疡类疾病疗效显著。

服用方法

除传统的饮片煎煮外，荆防败毒散已被各大药企制成相应的中成药——荆防颗粒，方便了携带和服用，也推进了其在临床上的广泛应用。若是平素体虚者，可用人参败毒散的思路，可购买中成药荆防颗粒，再单独购买人参(参考用量6克)煮水，用人参水送服荆防颗粒，就相当于人参败毒散的配伍加上了荆芥、防风。

常规用法用量：每味药每次6克~10克，煮水喝，成人每日1剂，分2次服用。荆防败毒散需要在中医医师辨证指导下使用，不建议患者自行组方用药。

禁忌证及注意事项

禁忌证 阴虚内热者，其体内阴液亏虚、虚热内生，服用荆防败毒散会进一步耗伤阴液，从而加重病情；素体实热者，通常热邪内蕴，荆防败毒散会加重其热象，不利于患者康复。

注意事项 服药期间，患者应禁食生冷等刺激性食物，同时不要服用滋补性药物。

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

征 稿

您可以谈谈自己的看法，说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见，写一写关于中医药现状与问题的文字……《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》《关注中医药改革》等栏目，真诚期待您参与！

联系人：徐琳琳

联系电话：15036010089

投稿邮箱：xulin.lin@qq.com

铍针的起源、发展与作用机制

□刘 斌

铍针治疗技术属于《中医医疗技术手册》中的中医微创技术，是在中医“脏腑”“经络”“五体”“皮部”等理论的指导下，结合现代对疼痛、皮神经卡压综合征的研究成果，运用铍针治疗疾病的新兴医学技术。其治疗目的是以最小的解剖生理干扰获取令人满意的疗效，以最低的社会负担获得健康保障。

铍针的起源与发展

铍针，亦称铍刀、剑针。《黄帝内经·灵枢·九针论》曰：“五曰铍针，取法于剑锋，广二分半，长四寸，主大痈脓，两热争者也。”其针形如宝剑，针尖如剑锋，两面有刃，主治痈疽脓肿，可以切开排脓放血。

20世纪90年代中期，原中国中医研究院博士生导师董福慧教授带领专家组经过长期临床和科研，提出了皮神经卡压综合征的诊断，并根据皮神经卡压综合征的发病机制，提出以古代铍针疗法治疗皮神经卡压综合征，在针对末梢张力性疼痛治疗方面取得了突破性进展。

在临床上，常见“无明显诱因出现疼痛和不适，且反复发作，被诊断为慢性软组织损伤、肌筋膜炎或风湿性疾病”的患者，大多属于皮神经在行走过程中“卡压”导致的神经功能障碍。铍针就是根据皮神经卡压综合征的特点而设计。

术中，铍针通过对皮下组织、筋膜的切割，使筋膜腔内压力减低，筋膜表面张力降低，松解粘连，从而消除感觉神经末梢所受的张力性刺激和压迫，缓解疼痛。它具有创口小、痛苦小、无须麻醉、定位准确、松解较为充分等优点。

另外，由于铍针术中对神经周围组织的损伤较小，因此术后神经周围形成的瘢痕少，不易再次形成卡压，从而使患者的症状得到明显改善。现代铍针源于古代九针，综合过去各种疗法的优点，中西医结合，采取非入路手术，选择新的材料钛合金研制而成。

治疗原理

皮神经广泛分布于人体周身的皮肤及筋膜中。铍针疗法是基于软组织张力学说而设计的，分布于周身的感觉神经由浅部进入深部必须穿过筋膜，如果炎性渗出等导致筋膜腔内压力增高时，筋膜的表面张力必然随之增高，通过其间的感觉神经末梢也要承受相应的张力。

当肌肉紧张或痉挛时，不但要牵动筋膜，而且筋膜间还要发生相对位移；另外，筋膜和皮下组织之间也要发生相对的位移。

如果筋膜和肌肉、筋膜和皮下组织之间，因损伤或炎症而存在着粘连和瘢痕化，或筋膜本身和感觉神经粘连，则这种相对的位移就可以刺激或压迫感觉神经，从而引起疼痛。除了上皮神经股外侧皮神经等较大的皮神经发生卡压时，可以手术切开进行神经松解术外，大量细小的皮神经是难以进行手术暴露松解的。

因此，一般只能采取局部封闭或者在压痛最明显处进行“盲目”切除或切断术，或进行广泛的软组织切开松解，但是封闭疗法往往不能充分松解粘连、解除压迫，且容易复发，手术切除造成的创伤又相对较大。铍针疗法，与其说是松解，不如说是减压、减张。

铍针疗法是一种创伤较小的神经外松解术。笔者在实验研究中已经证实，单纯的神经外松解术可以使受压皮神经的组织学和电生理学特征得到较好的改善，从而为铍针治疗皮神经卡压综合征提供依据。

临床研究结果显示，铍针对上皮神经卡压综合征有很好的治疗效果，总有效率达94.4%。经过铍针治疗后，患处的软组织张力指数明显降低。

研究结果表明，铍针能够充分松解粘连，解除压迫，是一种安全、简便、疗效肯定、易于推广的新疗法。铍针的应用，为临床常见的疼痛性疾病的治疗开辟了新思路。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院/河南省骨科医院)