

古中医脾胃学说论治疑难杂病

一、引言

很高兴能站在这里以“古中医脾胃学说论治疑难杂病”为专题做演讲。深圳是我的第二故乡，因为我1999年毕业就来到松岗人民医院，一待就是18年。2014年，中医科原来的老主任谭主任调去了深圳市中医院，但给我们留下了宝贵的财富。中医科的门诊量持续每年上十万人次，中医馆、康复科以及社康的中医门诊量到目前为止已经连续5年都超过12万人次。在这么大门诊量的基础上，中医该怎么发展下去？这是面临一个很重大的抉择——松岗一共20多名中医，我们的路子该怎么走？面临这么大门诊量，以及2014年新开设的中医科病房，怎样才能更好地处理各种问题？在充分地征求了老专家、老前辈的建议之后，并结合我们自身的环境和条件，我们选择了方向：学经典，重临床。到目前为止，我们在这条路上已经走了3周年多一点。当时的考虑是，在汉唐以前的中医是纯中医，中医思想也是架构于《易经》、《黄帝内经》的，但是汉唐以后的各家学说非常多，成千上万种，我们该怎么选？很困难！所以，当时我们就选择了这条最古老的路子：回归四大经典。3年里，我们坚持学习四大经典，并且每天在门诊和病房的病人身上运用，总结出诊疗经验，大多数病人的治疗都有满意的效果。因此，今天我站在这里，可以很自豪地跟大家讲，我们的年轻中医一天的门诊量可以达到80-100人次甚至更多。这一点非常不容易！因为在我们现有的中医体系里面，病人多的一般都是老中医。

中医博大精深，一辈子都学不完，所以今天我仅结合自己20多年的从医经历，和大家分享我的团队在这3年的古中医学习和临床中的一些经验。

二、古中医脾胃病学说

01、气一元论

我们知道四大经典是《黄帝内经》、《难经》、《神农本草经》、《伤寒杂病论》。很多大学课程已经把《难经》去掉了，把《伤寒杂病论》拆成了《伤寒论》和《金匱要略》，这一做法我个人是不赞同的。关于四大经典，首先我们回顾一下气一元论。大家知道，我们团队是回归到汉唐以前的古典中医学习之路，所以我们是在四大经典的理法方药指导之下来诊治疾病的。在临证实践中不分病种、年龄，都按照仲景《伤寒杂病论》六经辨证进行论治。气一元论理论认为，六气为一气的变现，先天肾气与后天胃气互为根本。

02、元气

关于元气，我们知道“元气是生命的本源”。在《易经·彖》里面就讲到：“大哉乾元，万物资始，乃统天；至哉坤元，万物资生，乃顺承天。”在《素问·宝命全形论》里面讲到：“天覆地载，万物悉备，莫贵于人。”元气包括人与生俱有的精、气、神三宝，所以我们说“坎中一点真阳，乃人身立命之本”。生命之奥秘全在于此。有些老中医，尤其扶阳派的，可以用一首四逆汤通治百病，立论点就在于先天肾气。

03、中气

“中气乃元气所生”。在《圆运动的古中医学》里，彭子益先生讲到：“中气如轴，四维如轮。在不同时空对应不同的名称及其相应功能。”不同的名称如中气、中轴、中央戊己土、脾胃。以土为中心论，中气为轴，十二经（五脏、六腑）经气为轮。轴运轮转，轴停轮止，生命终结。此论后天胃气。

04、先后天两本——“火生土，土伏火”

我们知道先天肾气与后天胃气实际上就是乾坤两卦化合之混元一气。火生土是说先天一点真阳乃原动力，此火一动，四维升降各循其道，生命欣欣向荣。此火一熄，阳根被拔，生命终结。土伏火是说后天胃气（中气）乃先天肾气之根，生命之延续全赖中气之滋养、灌溉，土能生万物，无土不成世界。所以人身之中土即脾胃一中气，中气左升右降，斡旋运转不停，五脏得养，生生不息，此即运中土，溉四旁，这就是一个保肾气的方法。

05、三阴三阳及辨阳明病、太阴病脉证并治

三阳统于阳明，三阴统于太阴。所以阳明之燥热，永不敌太阴之寒湿。阳明之降乃人身最大降机。回顾《伤寒杂病论》里面《辨阳明病脉证并治篇》179-262 条。其中第 179 条讲到：“病有太阳阳明，有正阳阳明，有少阳阳明，何谓也？答曰：太阳阳明者，脾约是也，正阳阳明者，胃家实是也；少阳阳明者，发汗利小便已，胃中燥烦实，大便难是也。”180 条里面讲：“阳明之为病，胃家实是也。”接下来还有 181 条、184 条、185 条、193 条。193 条里面讲：“阳明病，欲解时，从申至戌上。”这是一个病者欲解的时辰。而《辨太阴病脉证并治》这一章共 8 条条文，从 273 条到 280 条。273 条里面讲：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。”第 274 条讲到了：“太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈。”275 条讲“太阴病欲解时，从亥至丑上”。

06、阳明病与太阴病的鉴别要点

接下来讲讲阳明病与太阴病的鉴别要点。《素问·天元纪大论》讲道：“丑未之岁，上见太阴；卯酉之岁，上见阳明；太阴之上，湿气主之；阳明之上，燥气主之。”综合地讲，实则阳明，虚则太阴。脾胃实证，胃证以燥证偏多，脾证以湿证偏多。不降多责之胃，不升多

责之脾。时病之中，胃病多阳证，脾病多阴证。

07、陈其昌先生的学术贡献

下面讲一下各家流派里面的清末民初河南名医陈其昌先生。为什么我们要引进他的学术？首先，陈其昌先生的著作《寒温穷源》和《湿证发微》成书的时间是比彭子益先生的《圆运动的古中医学》早个几年，因此我认为，在那个年代的医家，他还是比较遵循古中医学说来学习理论知识及治病的。第二点呢，陈其昌先生在寒温一统方面做了很深刻的研究。我摘抄了其中的一部分内容。比如，《寒温穷源》的《五行阴阳各具说》里面就讲到：“今之论五行者，莫不曰水阴也，火阳也，木阳也，金阴也，土则阴阳两平也。夫谓土为阴阳两平信矣，而以阴阳分属木火金水则不察之言也。”他还讲到：“左旋为阳，而春为厥阴风木用事，夏为少阴君火管局，仍是阳中有阴也。右旋为阴，而秋为阳明燥金用事，冬为太阳寒水管局，仍是阴中有阳也。推之木火位于东南阳也，其对待则为阴。金水位于西北阴也，其对待则为阳，或为正化阴阳，或为对化阴阳，或为从化阴阳，不能参透此中消息，而漫欲胶柱鼓瑟，其不至杀人如草菅也，几希矣。”可以说，他已经把金木水火土的关系阐述得非常清楚。

另外一本书叫做《湿证发微》，里面对河图和洛书的研究也是非常地精辟。他讲到：“河图一书，天开地辟之书也。图于外者天，天有风暑湿燥寒；方于内者地，地有木火土金水。厕乎其间者为人，人有肝心脾肺肾。图之左旋为五行相生，即为脏腑相生之意，图之对待为五行相克即为脏腑相克之形。其为先天当中也，明甚然，五十居中主持大地，木火金水列在四旁，是即土苴万物贯四时之精义。”也就是说金木水火土里面，土是居中的。所以五行相克相生即是脏腑相克相生之意。“湿之为邪，散无友纪。湿之时固有湿，即春温秋燥其湿为更险。湿之证固为湿，即痰饮水气其湿为更深。”他认为春温秋燥时候的湿更加危险一些，痰饮水气的湿会更深入人体一点。“如用药

驱之，罔有不愈者矣。且图五十居中，譬如车轮之轴，木火金水皆其轮上之辐也。”如果“其人金水素盛，轴自从右而旋，金水证必多。其人木火素盛，轴自左而旋，风火证必多。”也就是说金水比较盛的人，轴是右降的，那么这个时候他的金和水的这种症状会比较多的。如果这个人木火比较旺的，那么这个病是从左升的，他的风火症状是比较多的。所以说“寒湿宜温其寒，温之不愈者则宜攻，热湿宜清，其热清之不解则宜下”。他在《太阴不离少阳之精粹说》和《太阴不离少阴之精粹说》讲到比较多的内容，在这里我就不一一阐述了。

08、太阳病转归

我们知道，外感是万病之源，所以我们在临床当中治疗的很多疑难杂症，后来都要涉及太阳病的转归。为什么？六经辨证的顺序为太阳-阳明-少阳-太阴-少阴-厥阴，我们在治疗很多厥阴病的过程中，会发现病人突然出现了一个太阳病症状，这个时候我们怎么去解决它？事实上，在《伤寒论》398 条条文里面，太阳病就占到 178 条。而方子数量更多，《伤寒论》有 113 条方，其中太阳病篇就占 73 方。张仲景为什么把“太阳病篇”写得这么多？他是浪费墨水吗？不是！他是精细入微，用心良苦。仲景论“太阳病篇”着墨甚多，是因为“太阳”并非单单指人身皮毛或者外感的疾病，除了在表者桂枝汤，在里者四逆汤；29 条的芍药甘草汤、甘草干姜汤、调胃承气汤、四逆汤皆为太阳界面，气机失常的对治方药，还有真武汤、苓桂剂、五苓散等等。在《黄帝内经》里面讲到：“三焦、膀胱者，腠理毫毛其应也。”，临床当中三焦、膀胱相应功能的失调，部分也是属于《伤寒杂病论》的太阳病。

我们讲治病有哪四个规律啊？天地规律、生命规律、疾病规律还有人体自身禀赋规律。那么在四个规律的把握当中，天地规律是明理的关键，天地一气周流的规律是主气的规律。主气之中，终之气，我们叫做太阳寒水之气。所以临床上，凡是太阳寒水之气异常而出现的

病证，同样属于《伤寒杂病论》里面的太阳病。

我们又讲到邪正是一家，所以在临证时应尽量将邪气转化归位。邪有出路，才可以减少病人痛苦，或者达到让患者机体自愈的目的。“邪之入路即邪之出路”。如果我们精准分析到主要矛盾和相应的病机线路，就可达到转化病邪的同时截断病源，体现中医治未病的高明之处。

以上是我们在四大经典及陈其昌先生的《寒温穷源》、《湿证发微》里面挖掘出的一点点的脾胃病学说的原理。原理很难听、很晦涩，但在临床的应用当中，理论是可以密切地体现出来的。下面我讲 3 个案例。

三、临床案例

01、内伤发热（布鲁斯菌感染）

第一个案例，内伤发热（布鲁斯菌感染），这个老人家 76 岁，男性，是一个住院的病人。他既往无就诊经历。3 个月前与妻子同游动物园，游玩之后回家，没有异常。3 周前，他的妻子出现发热、白细胞低下的表现，经过住院对症的治疗后出院了。但是出院之后，住院期间的血培养才出结果，显示是布鲁斯菌感染阳性。布鲁斯菌感染，这是一个什么病啊？大家回去查一查，这是一个动物传染性疾病，非常不好搞。她当时出院之后继续接受多西环素治疗，病情还算比较好。那么这个老人家，男性，76 岁，反复发热，伴腰、背、颈、臀及大腿等多处疼痛，右侧为甚，伴局部皮肤感觉过敏，无皮疹、出血点，关节活动可，无神经病理征。他发病的第一周在广州南沙医院住院，当时是腰背痛伴发热，可行走，脊髓 MRI 未见明显异常，药物治疗效果不佳，具体用了什么药物他也记不清，我们也没有看到出院的记录。

第二周，老人转到宝安中医院，5月31日入住，当时是因为是颈背臀部大腿的疼痛，收治在骨科病房。腰背痛加重，反复发热，卧床，不愿坐起。查血常规没有多大问题。但是血沉是升高的，C反应蛋白是增高的。腹部彩超显示右下腹有少量积液。所以，骨科在治疗上，给予了灯盏细辛，维生素B1、B12等药物营养神经。止痛、抗炎的药物用到了塞来昔布、卡马西平和甲泼尼龙。然而，这样抗炎止痛营养神经的治疗并没有让患者的症状得到明显的缓解。当时还是以右侧腰背部及臀部疼痛为主，伴有皮肤灼热感，无皮疹，期间反复发热，体温38~38.6℃之间。

这个时候，请到了脑病科会诊，脑病科考虑“腹壁外侧皮神经炎”，遂转入脑病科进一步诊治。第三周，6月6日转入脑病科后，疼痛无缓解，仍发热。这时候查血常规也没什么特异。查肝功，总胆、GGT增高，CRP增高，ESR增高；心肌酶、肾功能、电解质、凝血、尿常规、风湿免疫等没有明显异常；当时还做了一个结核杆菌抗体的试验，显示抗体也是阴性的；头颅CT显示是右侧内囊后肢腔隙性脑梗塞；胸部CT：右肺上叶、双肺下叶少许炎症；双侧少量胸腔积液；上腹部CT等都没有什么异常。这个时候脑病科还加用左氧氟沙星、头孢曲松抗感染，并予甲泼尼龙抗炎，加巴喷丁、维生素B1、维生素B12营养神经，雷贝拉唑护胃，葡萄糖酸钙、鲑降钙素补钙等治疗，患者症状也没有明显缓解。考虑到他的妻子有布鲁氏菌感染，遂于6月12日加用多西环素。为进一步治疗，他又从脑病科转到了肺病科。

到第四周，6月13日转入肺病科的病房，仍然是卧床的，间断发热、腰背痛加重。这个时候复查脊髓MRI，发现颈后部和L4-5周围软组织肿胀，提示有可能是感染。继续予多西环素治疗，左氧氟沙星注射液联合抗感染，加巴喷丁、维生素B1片、甲钴胺注射液营养神经，双氯芬酸钠片、曲马多片、酮洛芬凝胶止痛，雷贝拉唑护胃。6月15日做了一个虎红平板凝集试验，强阳性，考虑存在布鲁氏菌感染，所以加用利福平，加强抗感染治疗。就是这么一个转转折折的过程，一

共搞了 4 周。病人的症状，没有明显的好转，他的发热还是仍然存在。

在 6 月 16 日那天晚上，刚好我在肺病科开一个学术讲座，讲完已经 9 点钟了。他的儿子拉住我，请我给他做一个会诊。这个时候，我们该出手时，还得出手。这个病人一共搞了 4 周，用了多少种药？你们数一数，抗炎的激素、抗生素，营养神经的、护胃的都有了。我们看看他的体温表，到了 6 月 16 日那一天体温达到了 38.7℃。那么这个时候，既然请到了我们中医，是不是要想想办法？你看他的 C 反应蛋白、红细胞沉降率有不同的这么一个图形，降钙素原是在升高的。

所以我们思考一下，这个病例有什么特点？首先他是老年男性，有动物接触史，同伴血培养结果阳性。他有很典型的症状，发热、多汗、多发肌肉疼痛、乏力，但无游走性大关节疼痛。他说睾丸有时有点痛，但是没有睾丸炎的症状。辅助检查里面，布鲁氏菌虎红平板凝集试验强阳性，血沉、CRP 增快，PCT 轻度升高。脊髓 MRI 提示颈椎、腰椎旁组织肿胀。大家有空可以看一下 2012 年颁布的布鲁氏菌的诊治指南，包括急性期和慢性期，一线二线难治病例的用药特点等等，里面讲得很清楚。住院期间，在骨科、脑病科也用过方子。就这么一个病折磨了他 4 周，高烧反复不退，全身肌肉酸痛，怎么办？

6 月 16 日晚上 9 点钟，我们会诊的时候，看到这个病人，反复发热，最高 38.6℃，可自行减退，午后 3-5 时加重，出汗多而粘，恶风，下半身膝盖以下汗出不彻，全身肌肉酸痛；腹部肌肉紧张、拒按；肢倦乏力，不想起床，口干不欲饮；大便 2 天一行，质硬；舌质淡黯，苔黄白根腻；脉浮滑数，右寸疾。我们诊断其为太阴风湿表证。我们选的处方是麻杏苡甘汤为主方。因为他出汗多，腹部拒按，我们加上桂枝加大黄汤。中医院晚上都没有急煎，这是非常遗憾的，幸亏有颗粒剂，所以当时开了 2 剂的颗粒剂，麻杏苡甘汤以及桂枝加大黄汤（麻黄 10，苦杏仁 10，薏苡仁 30，炙甘草 6，桂枝 12，赤芍 20，生大黄 10，大枣 10，生姜 6，炒白术 20，生石膏 30）。让病人在 9

点半的时候吃了1剂，在凌晨的时候吃1剂。到了6月17日，上午发热一次 37.9°C ，可自行退热，汗出大减，仍有恶风；解大便1次，成形、量多；神疲好转，全身肌肉酸痛缓解不是很明显。17日早上烧退了一点，下午可以在病房走廊缓慢行走。看舌脉，舌质淡黯，苔白，脉浮数。这个时候怎么办？我们继续在原来麻杏苁甘汤的基础上，再加一个麻黄加术汤，也是2剂。白天可以熬中药了。我一直认为，如果是煎服方法得当的话，中药的饮片比颗粒剂要稍微好一点。但是如果煎煮方法不得当，或者是病人取药、煎药不是很方便，或者是他根本就不会煎中药时，那我们会选用颗粒剂。这是我们选用颗粒剂或者饮片的一个方法。

开了2剂的饮片后，我交代2剂饮片是一起煮成4小碗，每3小时服1次。这个服药方法在《伤寒杂病论》里面讲得是非常清楚的，急病要有急救的方法，每3小时服1碗。那么到了6月18日，病人体温已经控制在 37°C 以下，并逐步下降；汗出减少；精神好转，可在病房走廊独立行走；舌质淡红，苔薄白；脉浮稍数。脉浮稍数就是提示这个病人还有可能再次发热，如果是脉浮缓下来了，那就不会再次发热了。

但是后来发现这个病人是赤脚医生！他的烧退下来之后才跟我说，“其实我是赤脚医生，我经常开中药”。那时候我感觉我有点上当受骗了，为什么？他自己已经搞了很久，一直在偷偷喝中药，不单单喝医院的中药，他自己也在开中药。那时候他的脉浮且还有点数，所以我提醒他，我说你如果要自己开中药，那么你发汗不要太厉害。因为他说他已经好啦，不用吃中药了，剩下的他可以自己开药来调理。后来呢，他21日出院，出院1个星期之后体温有过一次 37.4°C ，低热，他便自己开了荆防败毒散，我觉得如果是不过量的话也可以。一直到前天，我打电话给他儿子的时候，确认病情没有再复发了。

就是这么一个典型的病例。他的体温表从6月16日、17日，到

18日，这个烧就退下来了，一直稳定。这是一个非常典型的病例，所以拿出来跟大家分享一下。他转转折折到了好多地方，自己吃了好多药，以及在我们医院也待过几个科室。总结一下，在《金匱要略》里面有讲到：“病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿。此病伤于汗出当风，或久坐取冷所致也，可与麻杏苡甘汤。”这个时候我在思考，他是不是与妻子一起到动物园的时候汗出当风呢？并且汗出当风之后体质下降，刚好动物又有布鲁氏菌，就这么一个偶然的因素，让他两个同时感染了。所以我们要反过头来思考，他有没有这么一种可能。既然他得了这个病，这个猜测应该是属实的。“风湿相搏，一身尽疼痛者，法当汗出而解，值天阴雨不止，医云此可发汗。汗之病不愈者，何也？盖发其汗，汗大出者，但风气去，湿气在，是故不愈也。若治风湿者，发其汗，但微微似欲出汗者，风湿俱去也”；“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细，此名湿痹，湿痹之候，小便不利，大便反快，但当利其小便”；太阳病篇原文讲到，“医反下之，因而腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之。大实痛者，桂枝加大黄汤主之”。因此我们选了三条方，麻杏苡甘汤，麻黄加术汤，桂枝加大黄汤，一共四剂药，吃了三天，这个烧就退下来了。

02、痛证

第二个病例，是一个痛证。这个女性患者53岁，因为“反复双上肢麻木疼痛两年，加重3天”来治疗。我们知道只要是50岁左右的反复颈肩腰腿痛的病人，他们的日子是非常难过的。这个女性病人就是上肢麻木疼痛反复发作了两年，加重3日，伴有肩背疼痛，循手太阴肺经的走向。因疼痛难以入睡，易醒，醒后不易入睡，她的双侧小腿酸痛，而且每逢下雨天前发作，饮食正常，大小便正常，舌质黯，舌苔黄白相兼，边有齿痕，中有裂纹，脉细。我们诊断为是一个痹病，湿热痹阻证，开了王肯堂《证治准绳》的茯苓丸和麻杏苡甘汤。茯苓丸里面有芒硝，芒硝是个非常好用的东西，我们知道在大承气汤中，芒硝起荡涤大便的作用，然后大黄把大便推出来，但是大黄芒硝把大

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/028104125060006134>