

·名老中医经验·

葛琳仪运用“清化”法治疗肺结节经验

袁晓姜宁

关键词 肺结节;清化法;葛琳仪

肺结节是指位于肺内的单发或多发直径 $\leq 3\text{cm}$ 的类圆形或不规则形病灶,不伴有肺门及纵隔淋巴结肿大、肺不张或肺炎等其他疾病^[1-2]。大部分肺结节患者,临床无明显的咳嗽、咳痰、胸闷气急等呼吸系统症状,既往研究也显示,96.4%的孤立肺结节多为肉芽肿、错构瘤等良性病变^[3]。中医文献中无“肺结节”病名及直接论述,故可将其归为“积聚”“肺积”等范畴。国医大师葛琳仪悬壶六十余载,擅长诊治肺系疾病、脾胃病和老年病,对肺结节的诊治积累了丰富的临床经验。笔者有幸师承葛老师,随师伺诊,获益良多,现将葛老师运用“清化”法诊治肺结节经验浅析如下。

1 病因病机认识

1.1 肺本清 虚则“温” 葛老师认为,肺结节之形成,病因错综复杂,与先天禀赋、后天饮食、劳逸运动、精神情志以及空气环境等诸多因素密切相关。虽有风寒暑湿燥火六淫之气或烟尘、尾气、雾霾等外邪从口鼻气道或皮毛犯肺,或五脏六腑功能失宜,他脏之邪上干于肺,但究其病机特点,必当以肺脏虚损为基础,唯有正气不足,方能邪气袭肺,积于胸中而成积,即所谓“正气存内,邪不可干”“邪之所凑,其气必虚”。

葛老师指出,既往肺系疾病患者多以咳、痰、喘、咯血等症状为主,但对于单纯的肺结节患者而言,可能并无明显的临床症状,即所谓“刻下症、征不显”,甚至“无证可辨”。因此,葛老师推崇以“肺本清,虚则温”的生理、病理特性对肺结节加以认识。如《素问·五运行大论》所言:“西方生燥,燥生金……在脏为肺,其性为凉,其德为清。”《三消论》亦云:“肺本清,

虚则温;心本热,虚则寒;肝本温,虚则清;脾本湿,虚则燥;肾本寒,虚则热。”葛老师取法于古,认为五脏皆有其性,反之则为病;肺为华盖,居于诸脏之上,主天气,轻清空灵,其德清洁,若肺本脏之气虚损,则向其本气相反的方向转化,易于生热化燥,或易受火热阳邪侵袭而津伤气耗,常见形成“温、热”之病理变化。故肺结节一证,临床虽常见“症、征不显”,但其病机当以肺热郁积为基础,甚者日久发展为热毒壅肺。

1.2 痰瘀互结 葛老师认为,肺结节乃本虚标实之证,其本虚以肺脏虚损为先,其标实除肺热郁积外,当责之于痰、瘀二端。朱丹溪在《丹溪心法》中所言“百病皆由痰作祟”“凡人上、中、下,有块者,多是痰”,即言痰邪致病广泛,易成积聚之证。《杂病源流犀烛》中亦记载:“邪积胸中,阻塞气道,气不得通,为痰……为血,皆邪正相搏,邪既胜,正不得制之,遂结成形而有块。”风寒暑湿燥火六淫之气或烟尘、尾气、雾霾等外邪从口鼻气道或皮毛犯肺,或五脏六腑功能失宜,他脏之邪上干于肺,此内外二端皆可影响肺气宣发肃降,继而累及肺朝百脉主治节、通调水道之功。肺气不利,则治节失司、水道不通、血行不畅,而致气滞、痰凝、血瘀等病理变化。同时,肺热郁积,炼液成痰,痰阻气机,血滞成瘀,终致痰瘀互结,加之肺热熏蒸,凝聚成肺中结节。

葛老师认为“痰因热成”,肺系诸多疾患中,黄痰固然有热,白痰未必有寒。葛老师指出患者临床感受外邪,以热邪居多,且因“肺本清,虚则温”之生理病理特点,即使初起风寒犯肺,其表邪不易速解,亦可郁而化热,煎熬肺中津液而致痰浊内生。

1.3 肝失疏泄 肺结节属中医“积聚”范畴,情志因素在积聚病因中占有重要地位。《儒门事亲》云:“积之成也,或因暴怒、喜、悲、思、恐之气。”尤在泾《金匱翼·积聚统论》言:“凡忧思郁怒,久不得解者,多成此疾。”葛老师指出,临床见肝气郁结体质者,常易发生或合并积聚类疾病,如肺结节、乳腺结节、甲状腺结

基金项目:第六批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(No.国中医药人教发[2017]29号);国家中医药管理局第三届国医大师传承工作室建设项目(NO.国中医药办人教函[2018]119号)

作者单位:浙江中医药大学附属第一医院内分泌科(袁晓)、消化科(姜宁)(杭州 310006)

通信作者:姜宁, Tel: 13857137078; E-mail: jiangning0306@163.com

节、子宫肌瘤等；而诊治过程中，因肺结节求诊中医者，往往以恐惧肺癌而感焦虑忧愁、不安于单纯随访观察者为多，此类患者又易导致肝气郁结，更使肺结节聚而难化。故肺结节的形成，关键在肺，但与肝之疏泄密切相关。肝主升而肺主降，两者升降相宜是全身气机调畅的重要保证。肝失疏泄，气机郁滞，可影响肺气宣发肃降，肺气壅滞，郁而化热，易成邪热积肺；肺气宣降失宜，治节失司、水道不通，津液不布，凝聚成痰；或是气滞不运，血行不畅，瘀血内生。正如《灵枢·百病始生》云：“若内伤于忧怒，则气上逆，……凝血蕴里而不散，……而积皆成矣。”

2 施治原则

葛老师指出，针对“肺本清”之清虚娇嫩的生理特性，及“虚则温”之“肺热叶焦”的病理特点，临床肺系病证当立以“清法”为治。“清”，取自“温者清之”（《素问·至真要大论》）之意，传统“清法”，有泻肺中热邪、条达肺气之意，即投以“凉”药，以顺肺之性，使肺行宣降之令。葛老师所言之“清法”，除传统“清法”寒凉清热之意外，尚包括开郁散结、降逆润燥等诸法，故言“清”以祛邪、“清”能养肺；临证之时，常灵活施以清化、清降、清润、清补等诸法。

针对肺结节“痰热瘀结”之基本病机，葛老师取“清化”为法，清即清泄肺热之意，“化”乃化痰、化瘀而散郁结之意，即以“清肺泄热、化痰祛瘀”为基本大法。葛老师认为，痰热瘀结而致结节者，若肺热不清，则炼液成痰，痰瘀热三者胶固难解；若痰瘀不化，易郁而化热，则肺热难清，故临床常取“清化”之法，以清泄肺热与化痰祛瘀并进。

清泄肺热之法，葛老师临床常以清金化痰汤、泻白散等加减。药选银花、连翘、蒲公英、黄芩、鱼腥草、野荞麦根、浙贝母、川朴花、三叶青、蛇舌草等。葛老师尊崇“治上焦如羽，非轻不举”原则，同时因“上焦如雾”，肺以其宣发之性使水精四布，五脏得养，故在清法运用中，葛老师常用轻清升浮之花、茎之品，如银花、连翘、黄芩、桑叶、桔梗、薄荷等，以顺应“肺本清”之性。如遇肺热之象显著者，则以黄芩、鱼腥草、野荞麦根、三叶青、蛇舌草等加强清热泄肺解毒之力，其中，黄芩、鱼腥草、野荞麦根是葛老师继承杨继荪内科用药经验以清肺泄热的代表药物。

祛瘀化痰之法，葛老师认为，肺结节积于胸中，祛瘀当选血府逐瘀汤加减，药选当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、丹参之类，如见血瘀之象明显者，酌加莪术、三棱等破血逐瘀之品。化痰则以二陈汤为基础，

常用药如姜半夏、陈皮、苍术、白芥子、前胡、桔梗、浙贝等，若见痰浊胶固难化或是痰热势盛者，加用胆南星、石菖蒲等以清热豁痰。

“清化”之法外，葛老师常佐以疏肝理气之品，方取柴胡疏肝散之意，药选柴胡、香附、郁金、佛手、玫瑰花等，使肝气得以条达舒畅，进而助肺气宣发肃降有序，且理气柔顺而不伤阴。同时，葛老师注重在治疗过程中心身同调，耐心开导患者，使其放下包袱，坦然面对。

3 验案举隅

肖某，女，59岁，退休职员。患者就诊1个月前体检时胸部CT显示两肺小结节，其中右肺磨玻璃样结节。平素晨起常有咳嗽痰黄，鼻塞不畅，时有胃脘部胀满不适，暖气得舒，二便尚调，舌淡，舌根苔薄黄腻，脉细。既往有“慢性萎缩性胃炎伴糜烂”及“慢性鼻炎”病史。诊断：肺结节，中医辨证痰热瘀结证，治以“清化”为主。拟方：银花9g，连翘15g，黄芩9g，蒲公英15g，前胡、桔梗、杏仁、浙贝、辛夷、鹅不食草各9g，当归、丹参各12g，柴胡、郁金、香附各9g，娑罗子、苏梗各12g，炒米仁30g，陈皮9g，14剂，每天1剂，水煎服。二诊：患者药后咳嗽咳痰明显好转，鼻塞较前通畅，胃脘作胀仍有，舌淡，舌根苔薄黄腻，脉细。拟原方出入，前方去前胡、桔梗、鹅不食草、炒米仁，加鱼腥草15g，莪术9g，乌药15g，豆蔻6g，姜半夏9g，再予14剂，煎服法同前。药后患者诉已无明显咳嗽咳痰，鼻塞及胃脘胀满不适较前明显改善，唯饮食过饱时有胀满感。此后原方出入，再服药4个月余后复诊，诸症已十去八九，复查肺部CT示：左肺上叶小结节，建议年度随访；右肺下叶少许纤维灶。

按：患者因肺部磨玻璃样结节就诊，初诊症见晨起咳嗽痰黄，伴有鼻塞及胃脘胀满不适。葛老师以银花、连翘、黄芩、蒲公英等清泄肺热，前胡、桔梗、杏仁、浙贝等宣降肺气、化痰散结；辛夷、鹅不食草宣通鼻窍；当归、丹参活血化瘀；柴胡、郁金、香附取柴胡疏肝散之意，疏肝理气，以助肺气宣发肃降有序；娑罗子、苏梗行气宽中；炒米仁、陈皮健脾祛湿化痰。二诊时，患者咳嗽咳痰及鼻塞改善，故去前胡、桔梗、鹅不食草，加鱼腥草、莪术、姜半夏三味，加强清泄肺热、破血逐瘀、燥湿化痰之力。胃脘作胀仍有，故加乌药、豆蔻以行气和胃、化湿消痞。肺结节乃慢性病变，难以速效，故此以后以原意出入调理，始终以“清化”为法，终得右肺结节消散。

参 考 文 献

- [1] Ost DE, Gould MK. Decision making in patients with pulmonary nodules[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2012, 185(4): 363-372.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会肺癌学组, 中国肺癌防治联盟

专家组. 肺部结节诊治中国专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2015, 38(4): 249-254.

- [3] 周清华, 范亚光, 王颖, 等. 中国肺部结节分类、诊断与治疗指南(2016 年版)[J]. 中国肺癌杂志, 2016, 19(12): 793-798.

(收稿: 2020-09-18 修回: 2020-09-24)

周亨德辨治腹泻型肠易激综合征经验

贺博武 张婷婷 潘洁菁 陈芝芸

关键词 肠易激综合征; 泄泻; 中医药疗法; 周亨德

肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种无器质性病变的功能性肠病, 主要表现为反复腹痛并伴排便异常或排便习惯的改变, 我国以腹泻型 IBS(IBS-D) 为主^[1]。IBS-D 发病有多方面原因, 研究表明其与肠道高敏感性关系密切, 且与神经系统的感知、调节及精神心理因素有关^[2]。IBS-D 患者往往存在焦虑或抑郁等精神心理障碍, 严重影响日常生活和工作。周亨德教授为浙江省名中医, 从医 50 余年, 对内科各系统病种均有较深见解, 尤以诊治消化系统疾病见长。本文就其辨治 IBS-D 经验总结如下。

1 肝郁脾虚为发病之本 治宜“抑木扶土”

IBS-D 属于中医“泄泻”“腹痛”“痛泻”等范畴。周教授认为, IBS-D 患者常伴思虑太过、情志不遂等神经、心理因素, 其基本病机可概述为肝郁和脾虚两方面, 诚如《医方考》所言: “泻责之脾, 痛责之肝, 肝责之实, 脾责之虚, 脾虚肝实, 故令痛泻。”可见, 脾虚肝实可致 IBS-D 发生, 两者各有其责, 脾胃本虚或肝气郁结, 郁而传脾才是根本。肝主疏泄, 情志之调畅、气机之升降及饮食物之消化吸收, 有赖于肝的疏泄条达, 所谓“土得木而达”。脾为湿土, 运化水液及水谷精微须受条达之肝木来制约。肝若不能疏泄则气机郁结, 可引起肝脾之不和, 而脾失于健运则脾主升清功能失常, “清气在下, 则生飧泄”(《素问·阴阳应象大论》)。故周教授强调该病中肝与脾不可分而论之。《景岳全书·泄泻》云: “凡遇怒气便作泄泻者, 必先以怒时挟食, 致伤脾胃, 故但有所犯, 即随触而发, 此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土, 脾气受伤而然。”

以上论述皆言明, 肝郁脾虚为 IBS-D 发病之本。

周教授强调治疗上应从肝郁和脾虚两方面入手, “抑木扶土”, 肝脾同治, 同时需要进一步区分二者的先后及主次。一者先有情志、思虑等病因导致肝郁, 再传脾胃致肝脾不调, 再者也有脾胃本虚, 而后“反侮”肝木者。如肝实为主, 则应侧重“抑木”, 佐以“扶土”; 如以脾虚为主的, 则与之相反。总之在健运脾胃同时行疏肝柔肝之法, 两者也应辨治而有所侧重。在临床上, 周教授常用痛泻要方为基础抑肝扶脾。其辨治要点为“腹痛欲泻, 泻后痛减”, 即“肝实”致“痛”和“脾虚”致“泻”。组方中白术健脾益气, 即“扶土”, 又能燥湿醒脾以止泻, 周教授喜用炒白术, 增强健脾之功; 白芍养血柔肝, 即“抑木”, 又能缓中止痛。脾虚甚者, 加炒黄芪、炒党参、茯苓、温山药等, 炒用增加补益效果; 如肝郁甚者, 伴胸胁胀闷, 加柴胡配以白芍, 一散一敛而不伤正, 其他如木香、玫瑰花、佛手、郁金等也可加减, 兼可理肠胃、肝胆之气; 如腹痛甚者, 加延胡索、香附、乳香、没药等, 以延胡索单味为先; 如口苦、口气秽浊, 加龙胆草、升麻等; 伴暖气频频者, 加旋覆代赭汤之旋复花、代赭石、姜半夏等; 伴中脘嘈杂者, 加左金之黄连、吴茱萸、煅瓦楞、海螵蛸等; 如心烦失眠者, 加夜交藤、合欢皮、紫贝齿等, IBS-D 患者往往合并有睡眠障碍等, 常需解郁、镇惊安神齐下。

2 久泻则脾肾俱虚 治宜“益火补土”

肾为先天之本, 脾为后天之本, 气血生化之源, 两者相互滋养, 相互为用。一方面肾中所藏的精气有赖于脾胃化生的水谷精微不断充养, 另一方面脾胃接纳饮食物及运化水谷精微及水液的功能, 需赖于

作者单位: 浙江中医药大学第一临床医学院(杭州 310053)
通信作者: 陈芝芸, Tel: 13735438178; E-mail: zhiych123@163.com