

《脾胃论》在中医骨伤科的临床运用

湖南中医学院附二医院(410007) 田心义

李杲(字明之·号东垣)是金元四大家之一。所著《脾胃论》对祖国医学的发展作出了不可磨灭的贡献。本文就《脾胃论》在中医骨伤病方面的指导作用进行探讨,供同道参考。

一、补脾胃之法治膝关节积液

《脾胃论》对《黄帝内经》中有关脾胃的论述诸多发展,如《素问·太阴阳明论》说:“脾病而四肢不用,何也?岐伯曰:四肢皆禀气於胃,而不得至经,必因於脾,乃得禀也。”东垣根据上述理论在临床上总结出“脾胃之虚,怠惰嗜卧,四肢不收……体重节痛,乃阳气不升故也,当升阳益胃。”(《脾胃论卷上·脾之脾胃论》)又说:“形体劳役则脾病,病脾则怠惰嗜卧,四肢不收、大便泄泻,脾既病,则其胃不能独行津液,故亦从而病焉。”(《脾胃论卷上·脾胃胜衰论》)。说明手足赖以活动的清阳之气源于胃中饮食,但必须经过脾的转输才能得以完成。津液由脾经吸收后,通过阳明经而输于三阳,脾同时运化全身水湿之气,促进水液的环流和排泄,以维持人体水液代谢的平衡,若是脾虚不能健运,以致水湿停留于四肢。在临床伤筋患者中,有不少病例出现膝关节肿、痛(但不红不热,如创伤后膝关节滑膜炎、类风湿性关节炎等)之膝关节积液,积液多时能抽出,但抽之复发,少则难抽,连绵不愈,可有创伤史,也有无明显创伤史者,如果用祛风除湿之药,则愈燥愈甚,笔者按东垣之说,从脾胃而治,用加减升阳益胃汤:黄芪15g 法夏10g 条参10g 甘草8g 白芍12g 防风10g 羌活10g 独活10g 陈皮10g 白术10g 茯苓10g 牛膝10g 熟地炭15g 苡仁12g 屡验屡效,如一郭姓类风湿性膝关节积液患者,先用祛风除湿之剂,愈服愈甚,后服上方10余剂,肿便完全消退,尔后继续调理脾胃,现已数月,未见复发。根据临床实践,东垣所说“历观诸篇而参考之,则元气之充足,皆脾胃之气无所伤,而后能滋养元气,若脾胃之本弱,饮食自倍,则脾胃之气既伤,而元气亦不能充,而诸病之所由生也”(《卷上·脾胃虚实传变论》)的结论是非常确切的。

二、温补脾胃是促进骨痂生长的最佳途径

肾藏精,主骨生髓,其所藏之精,有父母遗传的先天之精和水谷精微所供给的后天之精,这两者之

间,从时间的延续性讲,水谷之精比先天之精更具重要性,《素问·上古天真论》曰:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之,故五脏盛,乃能泻。”这说明先天之气必须依靠后天之精(气)来滋养,才能发挥和继续它的功能。五脏六腑接受水谷精气之后,再供给肾气,而水谷精微的吸收、输布运化,主要靠脾胃二脏的功能,如果脾胃功能不健全,消化,吸收功能低下。“大抵脾胃虚弱,阳气不能生长……则骨乏无力,是为骨痿,令人骨髓空虚,足不能履地。”(《卷上·脾胃胜衰论》)。在临床上,如果骨折患者食欲欠佳,消化系统功能差,不能增强营养,也就不可能使骨痂生长加快,反之若给予健脾之参、术、苓、草、芪、陈之类,强健脾胃,增强消化吸收功能,骨痂则生长快,如一湘阴壮汉,食欲极佳,其前臂双骨折后仅两周就连接稳定。所以李东垣曾明确说过:“补肾不若补脾。”

三、“补中益气汤”骨伤科二用

1. 术后热用补中益气汤:在骨伤科临床上,不论开放复位或手法复位后,均可出现发热(38℃左右),口渴,脉数等征象,临床上称为“术后热”,是患者在手术(手法)过程中,机体损伤后体内离经之血再吸收的反应,即“吸收热”,属表实里虚,属气虚发热,因气为血帅,血随气行,血离经外溢,气亦随之受损,症如东垣所说“气高而喘,身热而烦,其脉洪大而头痛或口渴不止”(《脾胃论·饮食劳倦始为热中论》)等颇似外感症状,决不可“苟认作外感有余之病而反泻之”,急投东垣补中益气汤,治其本而益其气,增强患者抵抗力,中气足而虚热退,从而使患者在术后早日康复。

2. 胸肋内伤后期用补中益气汤

胸肋内伤在临床上较常见,如肋骨骨折,胸壁挫伤等,胸肋疼痛是其主症。是由于瘀血阻滞,经络不通所致。尤以呼吸、咳嗽、喷嚏、上肢用力后疼痛加重。早期用理气活血止痛之方药,使瘀血祛而气滞消,经络通而血脉和,从而解除患者的痛苦。但如果上法用之不当或用之过久,也可使患者苦痛长延难却。如一沈氏男性患者,右胸挫伤后2月有余,仍隐痛不愈,以两手护胸则适,且有短气之感,舌质

(下转46页)

最后肢体短缩没有超过10mm且所有感染病例未做过二次手术伤口都已愈合。没有出现神经方面的并发症，患者对治疗结果都很满意。九例中有七个病人恢复了原工作。

并发症：只有一例患者发生再次骨折(例3)由于在五个月时未预先松开螺拴就拆除整个固定装置。

整个装置又重新安装了4个月，最后骨折愈合且无并发症出现。

使用Ilizarov技术时，腓骨骨折不存在什么问题，仅有一个病例7，腓骨多节骨折，中间骨折畸形愈合，刺激肌肉及皮肤而疼痛，施行了截骨术并将不稳定的腓骨远段用两枚螺丝钉固定在胫骨上，解决这个问题。

只有两例患者由于关节挛缩需要进一步手术，其余七例膝及踝关节活动良好。病例4严重软组织挫伤，做了跟腱延长术，另外病例1，因骨折太高在膝关节以上也做了固定，后来需做膝的伸、屈的松解术，只有此患者在关节上方加一个环。

少数穿钉眼的感染，需局部处理，及增加针的张力，均不须用抗菌素。

讨论

Ilizarov装置的应用已经被广泛的报导，用于先天及后天的足、手畸形、关节挛缩，下肢长短不一，感染及无感染性骨折不愈合。我们在大量的这类病例中应用Ilizarov技术获得了成功，鼓励我们将

这种方法应用于更复杂的创伤病例。

我们发现Ilizarov技术治疗复杂的带有骨缺损的复合骨折是有效的，它可以同时进行骨缺损、感染、骨折不愈合及畸形的治疗。骨缺损可通过在干骺端的牵引分离而获得愈合。但分离速度以每日1mm为宜。决不可超过这个数值。在我们所有的病例中均不需要骨移植。

其中4例慢性感染的患者治疗中均未用抗菌素，在以后的病例中，由于我们已取得了经验，切除了坏死骨。这与Ilizarov所主张的原理有些不符，但为了控制感染，我们认为这样做可以促进愈合。在这些情况下可能是由于皮质截骨术的刺激增强了骨髓腔的血流，从而使感染得以控制。我们建议皮质截骨术应在骨膜下进行，并小心操作避免直接损伤骨髓腔。

由于经验的生长我们将Ilizarov技术应用于更早期的治疗。只有一例患者在受伤初期即进行这种治疗，有13.5cm的骨缺损在6个月中骨质完全愈合。

McCoy氏等(1983)对此研究了几个外固定器，指出Ilizarov装置刚度最低，而其抗弯曲功能最强。它的设计允许在骨折部位可轴向加压。由于这一点它提供了一个允许早期活动、并逐渐负重使骨折断端间连接的动力学系统，它能够刺激骨质再生。

畸形能够通过外固定器的使用亦可以通过逐渐调正穿线杆来纠正。这是一个非常细致的工作，应该在定期的X片控制下来进行。

(上接42页)

淡、苔薄白，脉缓。此乃久服理气之药后，耗气伤液，且余邪未尽，此时若再投疏肝理气之药，气虚则更虚，故投以补中益气汤加味，5剂疼大减，10余剂后病除，后以六君子汤加减调理善后，完全康复。《名医方论》中柯韵伯对东垣补中益气汤作了较详细的分析，“补中之剂，得发表之品(升麻·柴胡)而中自安；益气之剂，赖清气之品而气益倍。此用药有相须之妙也。”“是方也，用以补脾使地道卑而上行，亦可以补心脾，损其肺者益其气，损其心者调其营卫也，亦可以补肝，木郁则达之也。”

四、伤卧滞气，生湿热——黄芪人参汤加减

李东垣说，“发明脾胃之病，不可一例而推之，不可一途而取之，欲人知百病皆由脾胃衰而生也，毫厘之失，则灾害立生。”(《卷上·脾胃胜衰论》)骨伤患者，尤其是骨折后长时间卧床而不能运动，体

内有瘀血停留，气机不通，且患者心情不佳，思虑伤脾，脾气伤则水湿难以及时运化，水湿停聚，则生湿热，但并非大湿大热，患者苔薄微黄或微腻，出现的症状的确是“脾气虚弱，必上焦之气不足，怠惰嗜卧，四肢不收，精神不足或口不知味，食不下，或食入即饱，全不思食……黄芪人参汤主之(黄芪、升麻、橘皮、麦冬、苍术、白术、黄柏、炒曲、当归、炙甘草、五味子)或气滞太甚，或补药太过，病人心下有忧滞郁结之事，更加木香、缩砂仁以上各二分或三分，白豆蔻仁二分与正药同煎、胃脘当心痛，减大寒药(指黄柏)”。(《卷中·脾胃虚弱随时为病随病制方》)。指出由于脾胃虚弱可产生各种病证，应随时随病制方，即强调辨证论治，如果此时仍用活血祛瘀或强筋壮骨之药，显然不妥，因此，切不可只按骨折早、中、后三期之法按图索骥，不知应变而贻误病情，故笔者常用东垣之方随证加减而得立杆见影之效。