

扶阳学派理论在杂病中的应用

余 天 泰

(福建省南平市人民医院,南平市解放路 29 号,353000)

关键词 扶阳学派

扶阳学派认为,阳气是人身立命之本,是生命活动的根本动力,在人的生命活动中起着至关重要的作用。阳气充足,则身康体健;一旦不足,便百病丛生。故在养生保健、防病治病中时时重视顾护阳气,处处不忘扶助阳气,善用附、桂、姜,风格突出,疗效奇特,优势凸显,展示出非常广阔的前景。现就近年临床所遇典型案例作一整理,以作引玉之砖。

1 老年精神分裂症

患者某,女,81岁,2008年10月9日诊。2个多月前因其夫病逝而悲伤过极,性情抑郁,闷闷不乐,继而出现间歇性狂躁不安,胡言乱语,夜不成寐,每天必发作1次,但无规律,不分昼夜。发作时必外出狂走5~6h,力大平常,家人根本无法阻止。其间见车就上,见街边摊点食物拿起来即吃,吃了就走,且口出秽言,无法自控,家人恐其发生意外,每当其发作时必须派人紧随其后,苦不堪言。曾经精神病院治疗,但没有效果,故寻求中医治疗。刻诊:表情呆滞,两目无神,口中念念有词,口干不欲多饮,并喜热饮,腰酸膝软,四末发凉,苔薄白,舌胖大边有齿痕,脉细略数。辨为元阳不足,虚阳躁动,上扰神明。治宜温阳补肾,摄纳浮阳。桂枝甘草龙骨牡蛎汤加味。处方:桂枝 20g,煅龙骨、煅牡蛎各 30g,制附子 15g,干姜 10g,磁石 30g,生刺仁、熟酸枣仁各 30g,远志 5g,淫羊藿 30g,补骨脂 15g,杜仲 15g,菟丝子 15g,续断 15g,鹿角霜 10g,炙甘草 10g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

10月12日复诊:脉证同前,但药后无不适反应。仍守原法,前方桂枝改 20g,制附子改 30g(先煎),干姜改 20g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

10月15日三诊:症状明显改善,近3日仅发作1次,且程度较以往减轻,夜能入睡3~4h,四末转温,腰酸膝软消失,精神好转,苔薄白,舌胖大边有齿痕,脉细。原方制附子改 60g(先煎),干姜改 30g,鹿角霜改 15g,炙甘草改 15g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

10月21日四诊:患者家属欣喜告诉,近1周来未曾发作,似如常人,苔薄白,舌淡红,脉细。制附子加量

至 90g,炙甘草加至 30g,加炒白术 15g,再服 7 剂而完全康复。因患者惧怕药苦,要求停药,但为巩固疗效,嘱其间断服药,即每周服上方 2 剂。至今未发。

按:从本例临床表现来看,当属癫狂之狂证。一般认为,狂证多实,为重阳之病,主于痰火、瘀血,治疗宜降其火,或下其痰,或化其瘀血,后期则应予以滋养心肝阴液,兼清虚火。《内经》曰:“君火以明,相火以位。”“天运当以日光明。”人之君火当以明于上,则相火宣行君火之令,而守位察命。君相之火动而有节,则助本脏之气生化之用,若动不和而妄起,则少火成为有害之“邪火”“壮火”。患者由于受情志扰动,心动则相火亦随之妄动,上扰心君,神明错乱而诸症迭起,显非常法所宜,治当温阳补肾,摄纳浮阳,俾君相之火各司其职,各就其位,故而疗效满意。

2 慢性萎缩性胃炎

患者某,男,57岁,工人,已婚。2007年3月17日诊。反复胃脘疼痛6年余,经胃镜检查,诊断为慢性萎缩性胃炎,前后服过多种中西药均无效。近半个多月来,胃脘疼痛较剧,遇寒尤甚,口淡乏味,泛恶纳呆,神疲乏力,大便溏薄,畏寒肢冷,腰膝酸软,苔白滑而厚,舌体胖大,边有齿痕,脉沉细无力,两尺不足。证系脾肾阳虚,中焦失和,升降反常。治当温补脾肾,和中健胃,桂附理中汤加味。处方:肉桂粉 10g(另包冲),制附子 30g(先煎),炮姜 20g,炒白术 15g,苍术 15g,高良姜 15g,砂仁 15g,姜半夏 20g,吴茱萸 10g,茯苓 15g,炙甘草 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊(3月24日):胃脘疼痛显著缓解,泛恶已瘳,食欲改善,大便转实,但仍神疲,乏力畏寒,舌苔已退,且无滑象,然舌尚胖大而边有齿痕,脉息如前。原方肉桂粉改 15g,制附子改 100g(先煎),炮姜改 30g,吴茱萸改 15g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊(4月6日):药后脘痛等症本已消失,食欲复原,大便正常。因笔者出差,患者便持处方到药店购药,药店以附子等量过大而不敢售给,后在患者一再要求下,遂将附子、肉桂等按一般用量配了 3 剂,但服之无效。近日又感胃脘部闷闷疼痛,口淡纳少,并伴神疲乏力,形体畏寒,腰肢肢冷。苔薄白舌淡红,边有齿痕,

脉细,两尺不足。上方制附子改 120g,炮姜改 30g,加杜仲 20g,淫羊藿 30g,炙黄芪 30g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

四诊(4 月 14 日):脘痛已止,食欲正常,形体畏寒及神疲乏力明显改善,手足温暖,舌淡红苔薄白,脉细但有力。复上方制附子改 140g,再进 7 剂,诸症完全消失。尔后间断服用此方月余,以资巩固。3 个多月后复查胃镜,证实已恢复正常。随访 1 年多无复发。

按:慢性萎缩性胃炎的中医辨证,近年大多从脾胃虚弱、肝胃阴虚、肝胃不和、肝脾湿热、痰浊中阻、瘀血阻滞或胃阴不足等分型论治。然郑钦安指出:“病有万端,亦非数十条可尽,学者即在这点元气上探求盈虚出入消息,虽千万病情,亦不能出其范围”(《医法圆通·卷三》)。笔者崇尚此语,故临证突出阴阳辨证,广用扶阳大法,常收到前所未有的效果。本例在治疗过程中,曾因附子因故减量而病情反复,亦足见中药用量与疗效之间有着十分密切的关系。

3 痛风性关节炎

患者某,男,58 岁,干部,已婚。2008 年 10 月 21 日诊。罹患痛风性关节炎 6 年余,近 2 年多来症状加重,左踝关节及双侧第一跖趾关节几乎常年肿痛,以至无法穿着皮鞋之类鞋子,平时走路稍长即感疼痛,遍服抗痛风中西药及消炎止痛药,未能根治,停药 2~3 日又发,苦不堪言。伴见形寒畏冷,肢凉腰酸,口不渴,苔白厚微腻舌淡红而胖大,边有齿痕,脉沉细。尿酸 642mmol/L。脉症合参,考虑为元阳不足,寒湿阻滞经脉,经气不利所致。治当扶阳散寒,除湿通痹,四逆汤加味:制附子 30g(先煎),干姜 20g,桂枝 30g,当归 15g,细辛 5g,淫羊藿 30g,补骨脂 15g,菟丝子 15g,续断 15g,土茯苓 30g,威灵仙 15g,白芷 10g,炒白术 15g,苍术 15g,炙甘草 15g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊(10 月 28 日):关节肿痛明显减轻,但服药后出现周身骨节麻木感,约 1~2h 后消退,并感神疲乏力,不欲动作,苔薄白微腻,舌淡红而胖大,边有齿痕,脉细。上方制附子改 60g(先煎),干姜改 30g,细辛改 10g,当归改 20g,加鹿角霜 15g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊(11 月 4 日):关节肿痛等症若失,而且感觉周身骨节通泰舒适,精神体力显著改善,试走约 1h 路程,尚无不适现象,并为已可穿着两年多来未曾穿过的皮鞋而高兴万分。舌淡红苔薄白,脉细有力。续上方制附子改 100g(先煎),鹿角霜改 20g,连服 7 剂,肿痛未作,身轻神爽,若无病然,尿酸亦转正常。应患者之意,停药观察半个月,其间试少许饮酒及进食海鲜等,

并未发作,再查尿酸仍无异常,多年痼疾从此告愈。为从长计议,嘱其以制附子 30g,生姜 20g,水煎服,隔日 1 剂,迄今仍良好。

按:痛风性关节炎乃临床顽症,病程长,疗效差,易复发,根据其症状表现,当属痹证之列。由于其发作时多表现为关节红肿热痛,以下肢足踝及跖趾关节为主,似乎湿热为患。然该病中年以上为多见,《内经》云:“年过四十,阴气自半”,且加之其病程冗长,日久耗气伤阳,故多呈本虚标实证,其本在元阳在肾,其标在寒在湿在瘀。因此笔者大多从扶阳入手,在此基础上或散寒,或祛湿,或化瘀,或通络,每每收到较好疗效。不过,使用通络之法时,蜈蚣及蛇等虫类药当慎用,是否与其嘌呤含量有关,有待研究。

4 胰腺囊肿

患者某,男,63 岁,退休工人,已婚。2008 年 9 月 4 日诊。反复腹痛 2 个多月,加剧近半个月。在本市某院及省级某医院诊治,发现胰腺有一 3.4cm×4.2cm 大小之囊性肿物,诊断为胰腺囊肿,外科意见立即手术治疗,否则有不测之虞。由于患者近 3 年来先后做过胆囊切除及胃大部切除手术,对手术治疗极度恐惧,因此坚决不予接受,主张采用中医保守治疗。刻诊:面容憔悴,两眼无神,息低声微,少气懒言,由其子女挽扶来诊。但见脐上剧痛,按之尤甚,口淡乏味,不思饮食,大便溏泄,日 3~4 次,畏寒神疲,腰痛肢冷,苔白微腻,两边有白涎,舌淡红而胖大,边有齿痕,脉虚弦重按无力。辨证为真阳虚衰,中阳失运,寒凝气壅。治当扶阳抑阴,温中散寒,理气止痛,以桂附理中汤加味。处方:肉桂粉 15g(另包冲),制附子 30g(先煎),干姜 20g,吴茱萸 15g,砂仁 15g,高良姜 15g,木香 10g,枳实 15g,炒白术 15g,党参 15g,山楂 30g,炙甘草 15g。4 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊(9 月 9 日):四剂服后,腹痛略微减轻,稍有食欲,精神好转,大便日 1~2 次,但仍较溏,舌脉如前。复上方肉桂粉改 20g(另包冲),制附子改 90g,干姜改 30g,吴茱萸改 20g,炙甘草改 20g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊(9 月 17 日):腹痛已愈,其他症状亦随之消失,神思爽慧,身体轻快。近日已可骑摩托车上街闲逛。将前方制附子改为 120g(先煎),干姜改 60g,炙甘草改 30g,再予 7 剂。服罢 7 剂,仍轻松自如,患者意欲止服。然余以为囊肿乃实质性病变,非短时所能痊也,坚持其再服一段,以尽全功。患者觉言之有理,遂按上方继续服了 2 个多月,自以为当愈无疑,便自行到原诊断医院复查彩超及 MRI 等,囊肿已不见踪影。当

初经治之外科医生疑惑不信,断言检查报告有误,建议到他院再查 1 次,结果亦然。

按:胰腺囊肿,临床罕见。患者以腹痛为主症,抓住这一主症,结合舌脉,分析判断乃阳虚阴盛作祟,以桂附理中加味,扶阳抑阴,重用附、桂等,破阴散结,俾阳复寒散结消而囊肿除。因此,中医诊疗疾病必须以中医的临床思维为指导,“功夫全在阴阳上打算”(郑钦安语),若只见囊肿而治囊肿,可能事与愿违。故郑钦安深情地说:“吾愿天下医生,切切不可见头治头,见肿治肿,凡遇一症,务将阴阳虚实辨清,用药方不错误”(《医理真传·卷四》)。

5 冠心病心绞痛

患者某,女,58 岁,退休工人,已婚。2008 年 10 月 21 日诊。既往有冠心病心绞痛史 4 年多。近半个多月来因心前区疼痛频繁而于 10 月 13 日住入心内科治疗。入院后经用硝酸酯类和活血化淤类中药制剂等口服及静滴,未能奏效。西医生建议作心脏介入治疗,但因费用较高而拒绝,故邀余会诊。

刻诊:心前区疼痛,一日发作 6~7 次,无明显规律,伴气短乏力,神疲肢冷,二便自调,苔薄白舌淡红而胖润,边有齿痕及瘀斑,脉细涩,重按无力,两尺不足。心电图:大部分导联 ST-T 改变。证属元阳虚弱,胸阳不振,寒凝血瘀,心脉痹阻。治宜温阳散寒,化瘀通络,宣痹止痛。四逆汤加味:制附子 30g(先煎),桂枝 30g,干姜 20g,细辛 5g,吴茱萸 10g,石菖蒲 15g,薤白 20g,枳实 15g,降香 15g,炙甘草 10g。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊(10 月 24 日):心前区疼痛缓解,气短乏力减轻,精神改善,但仍肢冷,脉象转细而有力。上方附子改 60g(先煎),细辛改 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

三诊(11 月 2 日):近 1 周来心绞痛未曾发作,诸症向愈,心电图亦明显好转,要求出院。予带前方 14 剂以善后。

按:冠心病心绞痛,仲景在《金匱要略》中称之为胸痹,且将其病因病机归纳为“阳微阴弦”。郑钦安

说:“真气不足,无论在何部,便生疾病”(《医法圆通·卷一》)。笔者体会,元阳不足乃此病之关键,故治疗当以扶阳为首务,再兼以祛痰、化瘀等法,标本兼顾,常可提高疗效。

6 腹痛

患者某,女,24 岁,公司职员,未婚。2008 年 11 月 3 日诊。反复右上腹疼痛 2 天多,伴恶心欲呕。T:36.4℃,巩膜无黄染,右上腹压痛(+),墨斐氏征(-),血常规:WBC $6.3 \times 10^9/L$,N52%,B 超检查肝、胆、脾、胰、泌尿系及子宫附件无异常。西医外科考虑急性胆囊炎可能,拟收住院观察治疗,但患者及家属以诊断不明确为由拒绝入院而转中医治疗。

刻诊:痛苦病容,面色苍白,右上腹疼痛而腰背不能伸直,畏寒肢冷,纳呆,大便三日未解,苔白厚微腻,舌面罩黄,脉弦紧。证系寒邪内阻,阳气被遏,气机壅滞,当以温里散寒,理气止痛,佐以通腑为治。用理中汤合大黄附子汤加味。炮姜 15g,党参 10g,制附子 30g(先煎),桂枝 30g,吴茱萸 15g,姜半夏 20g,白芍 30g,山楂 30g,生大黄 10g,炙甘草 10g,生姜 20g,大枣 5 枚。3 剂,每日 1 剂,水煎服。

二诊(11 月 6 日):患者诉,当日服 1 剂即痛定便通,现 3 剂服完,诸症全消,已无所苦,宛如平人。为慎重起见,乃疏桂附理中加山楂、麦芽、谷芽及苍术、白术 3 剂以善其后。

按:本例腹痛,西医诊断不甚明确,诊断不明则治之茫然,故患者弃西选中。寒为阴邪,既易伤耗阳气,亦易壅遏阳气,气机壅滞不通,不通则痛。根据症状舌脉辨析,确认系寒邪内阻阳气被遏,气机壅滞。其苔见罩黄,罩者,罩在表层面上也,此非热象,乃寒极似热,腑气不通之故。临证紧扣寒邪之主要矛盾,重用温里散寒,使阳气伸展振奋,气机顺畅,通则不痛矣。可见在急症方面,中医仍然有其自身的长处可显身手,并大有可为的。

(2009-09-02 收稿)□

投稿须知:关于作者署名和单位

作者署名和单位,置于题目下方。作者姓名要全部依次列出。作者单位需写全称(包括具体科室、部门),并注明省份、城市、路名、门牌号和邮政编码。在每篇文章的作者中,视第一作者为通讯作者,在论文首面脚注第一作者姓名以及联系电话、E-mail 地址或传真号。

各类文稿均须附英文题目和全部作者姓名汉语拼音,以便编制目次。汉语拼音姓在前,名在后。姓字母均大写;名的第 1 个汉字汉语拼音的首字母大写,其余均小写。

文稿若有英文摘要,需将全部作者姓名的汉语拼音、单位的英文名、单位的英文地址,置于英文题目的下方。