

中医教学

雷氏芳香化浊法的临床辨证鉴别运用

江西省新建县人民医院 杜勉之

雷氏芳香化浊法(以下简称本法),为清代名医雷少逸所创,是治湿浊的著名方法。笔者运用本法治疗夏季多种急、慢性疾病而兼湿浊者,每获良效。现就本法的临床辨证鉴别运用,谈点个人体会,供初搞临床的青年同道参考。

药物组成及辨证鉴别要点

本法所用方药,由藿香、佩兰、陈皮、半夏、大腹皮、厚朴、荷叶组成。方中藿香、佩兰芳香辟秽,荷叶升清降浊以轻开上焦肺气,陈皮、半夏利气化湿,腹皮、厚朴燥湿除满以运中焦脾气。上中二焦气机得以宽畅,湿浊之邪不克凝留,则诸症自愈。故本法方药实为治湿浊郁阻上中二焦的主方。

雷氏常用本法治疗霉湿、秽浊、痧气等证。他说:“秽浊者……初起头痛而胀,胸脘痞闷,肤热有汗,频欲恶心,右脉滞钝者是也。……如偏于暑者,舌苔黄色,口渴心烦,为暑秽也;偏于湿者,苔白而腻,口不作渴,为湿秽也,均宜芳香化浊法治之。”又说:“腹痛闷乱名之曰痧……总宜芳香化浊法治之。”综观上述,当以头痛而胀、胸脘痞闷、肤热有汗(一般热不太甚,汗亦不多)、频欲恶心、腹痛闷乱、右脉迟钝、舌苔白腻等为本法的辨证着眼处。它与暑湿困中焦,壮热、烦渴、汗多的苍术白虎汤证显然不同。前者为暑湿秽浊交阻于中,困阻气机,多见湿重热轻之证;后者乃阳明胃热亢盛,而兼太阴脾湿内蕴,证多热重湿轻之候。故前者肤热有汗、口多不渴(或渴不欲饮)、右脉迟钝;后者壮热烦渴、汗多尿短、脉洪大等证,应细加鉴别。又与湿温初起,湿遏卫气的身热不扬、午后热甚、小便不利的三仁汤证(或藿朴夏苓汤证)亦有区别。前者的病机是湿浊郁阻上中二焦;后者乃湿热弥漫三焦。故前者用药辛开苦燥,而无淡渗;后者开上、宣中、渗下并举,这是同中之异。运用本法时,须当鉴别。

临床运用举例

一、湿浊头痛

例1:刘××,男,54岁,干部,于1979年6月30日初诊。患者素体肥胖,有高血压病史,经常反复头痛。

近一月来,头痛且胀,逐渐加剧,呻吟不已,伴微恶寒发热、口不作渴、胸闷脘痞、食欲不振、尿清便溏等症。初投川芎茶调散祛风散寒无效。乃从辨病着眼,改用建瓴汤加減。詎知服后头痛反见加剧,迁延月余,屡治罔效。尔后,细察患者面色淡黄而垢,神倦嗜睡,苔白腻,脉弦缓。证属湿浊头痛,予本法加減。处方:藿香、佩兰、大腹皮、羌活、川芎、厚朴各6克,陈皮、半夏、茯苓、白芷、蔓荆子各10克。服三剂后,头痛大减,精神清爽。继服五剂,头痛若失,诸恙悉平。半年后随访,头痛未再复发。

按:本例颇似风寒头痛,但时值霉雨季节,且又有湿浊见证,实非风寒头痛,故投祛风散寒之剂无效。高血压头痛,大多从肝论治,用建瓴汤平肝潜阳,每收良效,但患者为湿浊上蒙清阳所致,投以滋阴潜镇之剂,阻碍湿浊宣化,故投药后头痛反剧。前后两次误治的教训,说明了不注意辨证鉴别而滥用套方的危害性。

二、吐利腹痛

例2:王××,男,32岁,农民,于1980年6月28日初诊。突然吐利腹痛2天,呕出食物残渣及下稀粪,泻下黄色水样便。当地医院诊断为“急性肠胃炎”。经用抗菌素及补液后,脱水已基本纠正,但吐利腹痛如故,并伴恶寒发热(体温38℃)、头痛而晕、汗出不畅、渴不欲饮,胸闷纳呆等症,遂来就诊。证见面色淡黄,精神困倦,表情痛苦,呈急性病容,苔白腻,脉濡缓。证属湿滞中焦,升降失司,拟用本法加減。处方:藿香、滑石、苏叶、陈皮、半夏、大腹皮、厚朴各10克,佩兰、木香、苍术各6克。服药一剂,吐利腹痛均减,原方再进三剂,诸恙悉平。

按:夏季吐利腹痛,多因暑湿秽浊壅滞中焦,脾阳受遏,运化无权,水易为湿,谷易成滞,不能化水谷、生津液以输布全身。清气不升,浊气不降,以致清浊不分而吐利交作。用本法理气化湿,升清降浊,中焦气机调畅,则吐利腹痛自止。

三、暑秽神昏

例3:陈××,女,16岁,学生,于1975年8月15

(下转第26页)

4.5克,炙甘草3克,小茴香3克,全当归9克,杭白芍12克,延胡索9克,制半夏9克,大黄9克(后下),元明粉9克(和服)。一剂。头煎服后,腹痛反增,未几即转矢气,嘱速服二煎。服后一时许,解出如栗状大便多块,痛势锐减,呕吐亦止。复诊时,去元明粉,加广木香4.5克,续服一剂而瘥。

讨论:本案劳倦伤中,冷食伤阳,脾阳不振,寒湿用事,气滞食阻,不通则痛,于是腹痛势剧,且见面白、肢冷等阳气式微险证。治法当以回阳为第一要务,然而欲回其阳,须去其寒湿,通其闭阻,方克有成。乃以千金温脾汤为主方,果然获得温阳夺下之功。

胸痹窒痛 通阳为上

陈××,男,57岁,1950年3月9日初诊。宿有胸次窒闷之疾,不耐登高,劳则胸闷益甚而气促。今夜卒然胸痛如刺,时似电击。询得其痛彻背,连及胁肋,痛起则窒闷欲绝,痰白,心悸,面色晄白,额上汗出,眩晕,形寒怯冷,四肢不温。脉沉细,三五不调,舌淡而胖,边尖有紫斑苔白滑。此胸痹证也。处方:桂枝木、琥珀各3克,二味研极细末,分为3包,嘱先服1包,以后痛时再服1包。另瓜蒌皮9克,鲜薤白12克(水洗,拍),桂枝木6克,枳实6克,紫丹参9克,琥珀1.5克(研末吞服),延胡索9克,淡附片6克,台参须9克(另煎冲),降香屑3克。一剂。次日复诊,胸痛已止,窒闷未除,系血瘀渐化而气痰阻于清旷。前方去瓜蒌皮、延胡索,加黄郁金、制半夏各9克,淡附片减为4.5克。二剂。

(上接第53页)

日初诊。突然头痛且胀,胸闷不舒,自服十滴水后,反增烦躁闷乱,时或神昏,前来就诊。证见神呆嗜睡,时清时昧,面色淡黄,偶见四肢抽搐,体温38.7℃,汗出不畅,渴不欲饮,泛漾欲恶,纳呆便溏,舌苔白腻中心淡黄,脉象濡滑而数。证属暑秽神昏,选用本法合菖蒲郁金汤加減。

处方:藿香、佩兰、陈皮、石菖蒲、大腹皮各6克,山栀、半夏、滑石、竹叶、郁金、厚朴各10克。服二剂后,诸症递减,原方继服五剂,诸恙痊愈。

此后胸痛未作,继续调治近旬而诸恙消失。

讨论:《医宗金鉴》说:“胸痹,胸中急痛,胸痹之重者也。”本例一夜而三发,其痛欲绝,症势非浅。夫痹者闭也,常由气滞、血瘀、痰凝、饮聚等阻滞,脉络壅塞,形成清阳不展,浊阴僭逆的局面。这里既有病情凶险,需要有抢先急救的措施,又要有通盘考虑的治疗,因而先用通阳和营的桂枝与活血宁心的琥珀为末,以应其急,继用枳实薤白桂枝汤加減,以作通阳宣痹散结之计,果然“通则不痛。”本案患者,其痛虽属实证,然年近花甲,平素体质不强,除具实痛见证外,又有一派虚寒症状,若继续发展,则阳气有厥脱之可能。《删补名医方论》云:“补后天之气,无如人参;补先天之气,无如附子,此参附汤之所由立也……二药相须,用之得当,则能瞬息化气于乌有之乡,顷刻生阳于命门之内,方之最神速也。”患者服药后迅速转机,与方中参用参附汤温阳益气有关。

* * *

从现有资料看来,中医治疗急症,至少自汉代张仲景始。《伤寒论》、《金匱要略》虽时至今日,仍有指导意义。汉以后,历代医家均有发明。明清时代,对于时病的治疗,更有长足的进步。解放后,用清热、化湿、开窍、豁痰、镇痉等法治“乙脑”,以活血化瘀、调气、攻下诸法治急腹症,以及近年来改变中药的给药途径治急症等方面,均取得了可喜的成就。我们应该继承和发扬中医治疗急症的传统,作出更大的努力。(续完)

按:暑秽一证,多发于夏秋之间,由于感受暑湿兼夹秽浊之气而成。本证神昏乃秽浊上蒙清窍所致,与热入心包神昏者显然不同,其辨证鉴别要点是:此者神昏而有清醒之时,多伴有苔腻、脉濡滑等症;彼者神昏谵语,或昏愤不语,必伴有舌绛无苔,脉细数等证。若此者误用凉开,反有阻遏湿浊之弊。用本法治疗,必须具有如下体征:其一,神呆嗜睡或神识昏蒙;其二,舌苔润或厚腻。本案患者的临床表现,符合上述体征,故单用本法治疗一周,即告痊愈。