

理论探讨

论东垣阴火证治之名实

上海中医学院 潘华信

有关李杲阴火证治的讨论,是近数十年中医学研究领域里的一个重要课题。学者们围绕着阴火机理、内伤热中证表现以及甘温除大热的临床应用等进行了深入的阐述,然迄犹聚讼纷纭,莫衷一是,鉴于这些议题与临床实践密切相关,乃不揣鄙陋,探析如下。

一、阴火病证的命名与性质

什么是阴火病证?为什么要称之为阴火?在这个最基本的认识问题上,自六十年代起至今已三十年,学者们仍见仁见智,而厥旨未畅。虽然,李杲本人并没有直接了当地把这个概念交代明白,但通过对其著作的沉潜涵泳,反复绎,其所指还是可以理解的。李氏在《脾胃论》中援引了《素问·调经论》之说:“夫邪之生也,或生于阴,或生于阳。其生于阳者,得之风雨寒暑;其生于阴者,得之饮食居处,阴阳喜怒。”它清晰地告诉人们:外感六淫致病,属阳;饮食劳倦内伤为病,属阴。东垣生当鼎革离乱,民病内伤居多,故他所阐发的劳倦伤中、饮食失节、七情所伤三大病因与《调经论》所称生于阴者之说如出一辙,显然全据经义而发,其为病属阴病无疑。由于“火与元气不两立”,水热病证便由内而生(机理繁复,兹不赘述),于是就出现了阴火症状,亦即“内伤热中证”,正如李氏所谓“饮食劳倦,喜怒不节,始病热中”(《脾胃论》)。”可见,阴火是由于劳倦、饮食、七情等因素损伤脾胃元气后所形成的内伤发热病证,与外感发热病证(阳火)有着本质上的区别。

值得讨论的一个大问题是许多医家常把阴火病证视作“真寒假热证”,其实早在明代张介宾已开其端,他在《景岳全书·脾胃》中说:“元

气既损,多见生阳日缩,神气日消,何以反助心火?脾胃属土,得火则生,何谓火胜则乘其土位?……第热证显而寒证隐,故热证易见而寒证不之觉也。真热证犹易辨,而假热证尤不可辨也。”甚至,还把李杲名言“火与元气不两立”更易为“寒与元气不两立”,从而逐渐引导人们从“真寒假热”来认识阴火病证,作为一个引申是可以的,然与李杲原意则相抵牾。东垣在其著作中切切实实地谈了大量火热病证,从表到里,从全身到五官,这是当时社会中多火热病证的一个客观历史事实,根据李氏的观点,这些火热病证由脾胃气虚所造成,其热属气虚发热,而与假热属寒是性质根本不同的两码事,所以东垣在病机上谆言“饮食劳倦,喜怒不节,始病热中。”耐人寻味的是“热中”证在受寒冷过度的条件下亦可转化为寒中证,即李氏所谓的“未传寒中。”如果我们把热中证认作“真寒假热”的话,那么是否也该把寒中证视为“真热假寒”呢?我们的思维模式常常被阴虚内热、阳虚外寒所束缚,事实上临床病证要复杂得多,阳虚内热、阴虚外寒的现象并非不能存在,如常见的胶原组织疾病、慢性肝病、变应性亚败等,患者每罹贫血、低蛋白血症,此时可见到面色无华、舌淡、气短等气虚症状,同时由于机体免疫机能的降低,常易合并病毒、细菌等的继发感染,如发热、咳嗽、咽喉红肿、口腔溃疡、舌炎等等,这就是气虚发热证,属地地道道之火热甚至热毒的表现,怎可认作是“真寒外热”而用热药来以火益火呢?按东垣的逻辑则这类病属内伤热中证,气虚是本,火热是标,然乃真火而非假火,故治疗大法是“甘温之药为之主,以苦寒之药为之使”(《脾胃胜衰

论》)”。以甘药补中,苦寒泻热毒,芩、连、膏等是他常用之药。至于真寒假热、引火归原等说似与东垣论治阴火有间,乃系后世张介宾所阐发的主题所在。

二、所谓“大热”到底指哪些病? 哪些证?

多年以来,不少学者联系临床,对大热证各抒己见,如有认为各种急性传染病表现的稽留热,结核病、败血症等引起的弛张热,以及流感、亚急性细菌性心内膜炎等的发热,俱非甘温法的指征,这是很有见地的,因为这些现代医学所诊断的疾病,在发病过程中很少呈内伤发热的表现,这是事实,然而,却不能简单地认为所有这些疾病始终不能用甘温法来治疗的结论,发热是致病因子与机体抗病能力作用结果的一种表现,在疾病进程中,当机体御病功能低下而出现内伤热中证表现后,则完全可用甘温之法来治疗。笔者曾较长期在病房工作,遇到过不少发热患者,当其病理属“阴火”时,不管其发热现代医学属什么病,均治以补中益气、补脾胃泻阴火升阳汤,常常收到相当的疗效。

至于内伤热中证到底表现为什么症状?由于阴火机理复杂,且又与各脏腑间生克变化错综在一起,故见症繁错驳杂,颇难尽述。就发热而言,既可见高热、中等热,也可呈低热或“时显热躁”,这些都可东垣书中找到依据,不一一赘述了。管见认为,内伤热中证的机理是据“火与元气不两立”的矛盾而开展,所以具体病证当表现为脾胃气虚和火热亢盛两大证候群,脾胃气虚可见到肢体沉重、四肢不收、怠惰嗜卧、气短精神少等;火热亢盛则可表现为各种热型的发热,以及如火热上行,独燎其面,身热而烦,气高而喘,脉洪大而渴,三焦九窍积热等证,这两种证候群中的某些症状集中出现在同一患者身上,结合有劳倦、饮食、七情损伤之病史者,内伤热中证的诊断就可成立,亦即甘温除热的指征所在。反之,如果离开了两个证候群中的某一个,就根本谈不上内伤热中证或用甘温法了。这是一个执简驭繁诊断内伤热中证及选用甘温法的要领,有利于保

持中医学术的自身特点,有利于中医临床治疗的扬长避短。

三、什么是“甘温”法?为何能除“大热”?

据经旨“劳者温之”,东垣提出甘温除热法。对“温”字的含义前贤阐述已多,大抵指温存之意,而非热药竞进之谓。哪些方药属甘温法?历来有不同理解,不少医家认为凡方剂中含有参、芪、术、甘等甘味者,皆属甘温范围,如小建中、黄芪建中、香砂六君、人参养荣、归脾、十全大补等等,这是广义的认识,很有见地。然而,东垣藉以除大热的甘温法是有特定含义的,非一般甘补药,否则会被曲解为凡补药皆能除大热的,东垣甘温法的组方原则是甘补药加升发药,或再加清热药,其代表方为补中益气汤,其规范方则为补脾胃泻阴火升阳汤(柴、甘、芪、术、羌、升、芩、连、膏)。管见认为只有东垣这些组方才能除大热,盖具特殊机理与作用,非单纯甘药所能替代。就补中益气汤言,其组成是参、芪、归、术、陈、草合升、柴,显然是甘药加上升阳药,这是一种特殊结构的组方,乃东垣所自倡,倘凡甘补皆能除热,那么建中诸法、四君、十全之类金前医家早已习用,东垣又何必更弦易辙,另立新法呢?值得研究的是东垣之法在甘药中加入了升、柴,它是否真如前人所谓具有升提阳气的作用呢?在我们今天看来是深信不疑的,自张洁古创药物归经说,认定升麻有升阳作用后,其高弟东垣沿承师说并加以发挥,进一步提出:“人参、黄芪非此(升麻)引之,不能上行”。明清不少医家视东垣为亚圣,其方法为王道,升阳之说遂为定论,习俗相沿,以至今日,升、柴升阳几为金科玉律,未遑稍疑焉。然在金元前就根本不是这么回事,《本经》认为:“升麻味甘、平,主解百毒……辟温疫、瘴气、邪气、蛊毒”。《别录》更指出它主治“时气毒疔,头痛寒热,风肿诸痛,喉痛口疮”。是一味明确的清热解毒、辟温退热药物,故宋时犹有“无犀角以升麻代之”之说,遍检唐宋医方都是用作解毒消肿、辟温除热,从未涉及升阳之说,《圣济总录》常列之为解毒之首药,如“治伤寒口舌疮,

赤烂。升麻汤方：升麻、麦冬、丹皮、甘草”等等，其例在在可见，数以百计，今书俱在，足可证信。又以柴胡言，《本经》指出：“味苦、平，主……寒热邪气，推陈致新。”仲景小柴胡汤主治伤寒，邪在少阳。《千金翼方》还认为它能治“心下烦热，诸痰热结实，胸中邪逆。”总之，历来是把它作为一味祛邪退热、清火消结药对待的，自洁古始作俑后，柴胡升阳说被后人奉为主臬。到了叶桂甚而提出“柴胡劫肝阴”（《临证指南·幼科要略》）之说，洵妄生曲说，讹传无穷。当然，不管人们臆测如何，柴胡的清热、退热作用在临床上得到了公认，张介宾在《景岳全书·新方八阵》中以柴胡为散邪退热的主药，略不顾及所谓升阳之论。刻下高热急诊，医院辄持柴胡针退热，即使是肝阴不足的体质也在所不计。如上所述，可证升、柴在补

中益气汤中所发挥的作用是清热解毒，去邪退热，决非所谓升提阳气的作用，此说非笔者杜撰，故作诤论，乃金前医学之正统，乃数千年医学实践经验之积累和总结，唐宗海说：“唐宋以后，医学多伪（《中西汇通医经精义·例言》）。”盖亦深意存焉。由此可知，补中益气汤实是甘补药与清热祛邪药的组合，总体上属扶正祛邪，义与参苏饮同，所异者更突出了甘补与清热解毒的作用，而这两者正合东垣内伤热中证之需，遂引以为阴火病证的主治法则了，循名责实，当作如是观。至于东垣另一甘温除热的名方补脾胃泻阴火升阳汤，在补中益气的组方原则中又直接加入芩、连、膏，其清热解毒、祛邪退热的作用更不言而喻，此即甘温除大热之机理所在，也是其它单纯甘补方所不能替代的原因所在。

中药治疗舌咽神经痛1例

河北省中医院耳鼻喉科 贾春芒

舌咽神经痛极少见，西医除手术外，尚无特效疗法。笔者以单纯中药治疗1例，效果良好，现介绍如下。

郭××，男性，38岁，石家庄木材公司业务员。右侧扁桃体、舌根部反复发作剧痛20天，吞咽、咳嗽、大声说话均可诱发，疼痛向右侧颈部及耳部放射，如针刺样难以忍受，严重影响进食和睡眠。每次疼痛发作数秒至十数秒，间隔时间数分至几十分钟不等，自发病之日起一直在石市某省级西医院请专家诊治共七次，确诊为“舌咽神经痛（右）”，治疗历经口服苯妥英钠、卡马西平、去痛片，颈动脉鞘0.5%普鲁卡因封闭、肌注维生素B₁、B₁₂等多种方法，未见明显效果，因而劝其住院行“舌咽神经切断术”，患者恐惧手术，便求诊中医而赴我院。检查：急性痛苦面容，喜以手托扶右下颌部，触诊右侧扁桃体下有扳机点。茎突拍片，双侧茎突长2厘米，舌质淡红、苔薄白，脉弦。中医辨证：风邪侵袭，脉络瘀阻，治以疏风散邪、化痰定痛。处方：防风6克，荆芥6克，羌活10克，白芷10克，柴胡6克，三七粉3克（冲），元胡10克，白芍10克，甘草10克。水煎服，每日一剂。

7剂后疼痛明显减轻，守原方又进7剂。三诊时疼痛减轻大半，脉由弦转平，舌同前，饮食睡眠基本正常，原方去疏风之品，重在活血化痰定痛，当归15克，元胡10克，三七粉3克（冲），白芍12克，甘草10克，柴胡6克，薄荷12克（后下），云苓10克，白术10克。取药20剂。一月后再诊：进食睡眠完全正常，偶因大口吞咽食物或大声喊叫时咽壁、舌根有微痛，余无不适，上方加入丹参30克，三棱10克，莪术10克，服7剂，症状完全消失，一切如常，一年来随访无复发。

体会：从本病疼痛部位而言，痛在一侧扁桃体及舌根部，乃少阳经是也。从病机性质而讲，刺痛、痛有定处为脉络瘀阻，发病急骤必挟风邪无疑。方中以防风、荆芥、羌活、白芷疏风散邪；三七散瘀止痛；三棱、莪术破血祛瘀，行气止痛；元胡为血中之气药，为临床常用活血行气定痛之佳品，据药理研究，元胡内服能产生类似吗啡及可待因的效果，可显著提高痛阈，而起镇痛作用；芍药配甘草即张仲景之“芍药甘草汤”，有酸甘化阴、缓急止痛之功；柴胡走少阳，引药归经者也。