

对引火归原中阴阳舛错之认识

陈雪功*

主题词 引火归原 阳虚/中医药疗法 ② 阴阳舛错

引火归原是明清以来温补派医家根据《素问》王冰注中“病之大甚者，犹龙火也，得湿而焰，遇水而燔……以火逐之，则燔灼自消，焰光扑灭”^[1]的理论，总结出来的一种用温热药治疗虚阳亢奋证候的方法。但由于离原之火理论上的不确定，造成了诸多认识上的混乱。其中火为何火，证有何象，引用何法，不少医家陷于相互矛盾之中。本文就此作一分析并提出自己的看法，以就正于同道。

1 阴虚之火阳虚之火说

离原之火不仅名称不一，而且或曰阴虚或曰阳虚也莫衷一是。有称为龙雷之火者。丹溪谓肝肾相火为龙雷之火，“其爆悍酷烈有甚于君火”，“煎熬真阴，阴虚则病”^[2]。冯兆张曰：“肾者水脏，水衰则龙雷之火无畏而亢上”^[3]。唐宗海谓：“肾水充足则火藏水中，韬光匿形龙雷不升”，“若水虚则火不归原”^[4]。倾向于龙雷之火为阴虚之火者不在少数。但张景岳则指出，阴虚发热，真阴亏损，水不制火也，阳虚发热，元阳败竭，火不归原也^[5]，“命门阴盛，则元阳畏避而龙火无藏身之地，故致游散不归”^[5]。李用粹亦曰：“肾虚水冷，火不归经，游散于外……导龙入海……即益火之原”^[6]。认为龙雷之火为阳虚之火者亦不在少数。赵养葵则在阴阳两可之间，既曰：“阴虚火动，则水沸腾，动于肾者，尤龙火出于海”^[7]，又曰：“命门火衰，肾中阴盛，龙火无藏身之位”^[7]。

离原之火有称为无根之火、虚阳上浮者。王海藏认为：“阴气内充，阳气外游于皮肤间，是无根之火也”^[8]。张景岳云：“火虚于下，格阳于上，此无根之火即肾中之真寒证也”^[5]。但

喻嘉言则看法不同，认为“肾水受伤，真阴失守，无根之火为阴虚之病”^[9]。而俞根初则既云：“无根之阴火，乃阴盛于内，逼阳于外”，又称：“无根之阴火，乃阴竭于下，阳越于上”^[10]。有鉴于此，《医宗金鉴》提出两种离原之火，曰：“不独阴盛阳衰，阳畏其阴而不敢附，既阴衰阳盛，阴难藏阳亦无可依，虽同为火不归原，而其为病则异也”^[11]。张锡纯又进一步罗列外感、内伤病中“浑名火不归原者”有八种之多^[12]。目前所说“虚阳上浮”者，也既指阴盛格阳，又指精血亏损阳失所附，而具有性质完全相反的意义^[13]。离原之火认识上的分歧，关键在于阴阳属性问题。

2 用于何证 引用何法

张景岳认为引火归原是一种从阴引阳的方法，既用于阴盛格阳假热证，也效法薛立斋治韩州同“肾阴虚，阳无所附”病证的经验^[14]，用于“阴虚假热伤寒及劳热烦渴等证”^[5]。但张锡纯指出，引火归原法只能用于气海元阳大虚，其下焦又积沉寒铜冷之证^[12]。现代人也有不同的看法，如万友生认为，阴盛格阳与既有阳虚又有阴虚的肾虚阴火证的治疗，均可称引火归原^[15]。王端文则完全相反，其谓：格阳，戴阳，上热下寒的治疗均与引火归原无关，唯“肾水涸竭真阴亏损”的虚火上炎，才属于引火归原之证^[16]。适应证见仁见智，引火归原用药法则也众说不一。丹溪谓制伏龙火“唯黄柏之属可以降之”^[5]。景岳则云重在应用桂、附。其曰：附子“大能引火归原，制伏虚热，善助参芪成功”^[5]。肉桂“与参附地黄同用，最降虚火”，“引火归原者，则此为要药”^[5]。假热之证，“当以四逆，八味，理阴煎，回阳饮之类，倍加附子填补真阳以引火归原”^[5]。王端文则认为：引火归原只能于“大队滋阴壮水药中少佐肉桂几分”，只是反佐“用多则失去引火归原之本意”^[16]。

* 安徽中医学院，合肥市梅山路(230038)

收稿日期：1991-07-22，修回日期：1992-06-04

喻嘉言一方面谓：“龙雷之火全以收藏为主”，“用收藏药不效，略用燥烈为响导，以示同气相求之义则可”^[17]，另一方面又谓：“假热者温其真阳，中温则虚火归元”^[9]。陈修园也既谓：“惟桂附辛热之药可以引之归原”^[17]，又谓龙骨“合之牡蛎之咸寒，便能引火归原”^[17]。诸位医家或谓唯用桂附辛热，或谓必赖滋阴壮水，或谓倍加附子则虚火归原，或谓几分肉桂只是反佐。其分歧的关键仍在于阴阳舛错。

3 重新评价与运用

阴阳舛错之一，在于“阴字不真”，病理表述不清。赵养葵曾指出丹溪有“阴字认不真”，“以血为阴”之误^[7]。张景岳又有“阴中之水虚者，阴虚也，阴中之火虚者，亦阴虚也”^[5]，“无水无火皆在命门，总曰阴虚”之说^[18]。其“阴虚于下格阳于上……火不归原”^[5]，及后世冯兆张“阴虚火动者，乃肾中寒冷，龙宫无可安之穴宅”^[3]等病机表述，都由于“阴虚”涵义宽泛而成为含糊之辞，使离原之火性质难以捉摸。

阴阳舛错之二，在于部分医家又偏执一端，忽视阴阳互根。或曰阴虚，或曰阳虚，而把离原之火分为两种完全相反的病理现象。

笔者认为，离原之火是一种特殊的病理状态，其本质是阴虚不能敛阳和阳虚不得入阴两者同时存在。单纯阴虚者，颧红潮热，只是水亏火旺，“寒之不寒”，忌用温药。单纯阳虚者，面白肢冷，只是阳虚外寒，“热之不热”，不会产生戴阳。伤寒太阴病绝无离原之火，唯病及少阴而真阴暗损时才出现格阳、戴阳之证。金寿山曾指出：少阴白通加猪胆汁汤证假热之所以出现，一方面阴邪内盛，逼阳上浮，另一方面，阴已不足，阴不敛阳，人尿、猪胆汁不仅是反佐，“重要的是咸苦滋润，从阴引阳”^[19]。内伤病阴虚火旺必见五心烦热，头热足冷已是阴损及阳，七味地黄丸肉桂八分之一于地黄，不是反佐，“而在微微生火”。姜春华等亦认为：久病阴虚内热者，真阳往往不足^[20]。只有在阳虚偏甚而真阴暗损，或阴虚偏甚而真阳暗伤两者共存条件下，才能出现火不归原这种真阴

真阳不能维系而虚阳亢奋的特殊类型。

引火归原法的运用必须注意两点。一要把握证候特征，辨清阳虚偏甚或阴虚偏甚。其证候特征具有两面性。一方面有头热面赤，身热烦躁，咽喉疼痛，口疮不绝，吐衄不止，阴斑劳损之类虚火之象。另一方面又有手足不温，大便泄利，口渴不欲饮冷，喘促痰多如涌，舌淡胖或嫩红，苔润滑或少苔，六脉细脱沉微，或无根无伦，或细数无力之类真阳亏虚之征。其阴虚偏甚者，轻则似阴虚而有虚寒舌脉，重则似亡阴而足寒肢冷。其阳虚偏甚者，轻则似阳虚又见虚火上炎，重则似亡阳而面赤烦躁。

二要灵活用药。所谓“从者反治，从多从少观其事也”。秦伯未等云：肾阴亏而虚火上炎，头热足冷，咽干目赤者，用七味地黄丸引火归原，阳虚而无根之火上扰，咽痛肢冷，脉象微弱者，用八味地黄丸引火归原^[21]。万友生谓：少阴阴盛格阳者，宜通脉四逆汤“温肾回阳以引火归原”，肾中阴阳两虚者，宜八味地黄丸“温滋并用以引火归原”^[15]便体现出根据阴虚偏甚与阳虚偏甚而掌握温热药“从多从少”的原则。姜春华以引火归原法治高血压面浮头胀，尿频苔白，“用附子温下”与龟板、女贞子、磁石、石决明等咸寒育阴潜阳之药相伍，是滋阴重于温阳^[22]。汤承祖治口疮6年不绝，面热足冷，舌淡，以四逆汤加肉桂、肉苁蓉、菟丝子等与磁石咸寒潜阳相伍引火归原，则是辛热重于咸寒^[23]。二者均获良效，也是“从多从少”的灵活运用。引火归原法不限于七味丸、八味丸，而在于善用桂、附、姜。谨察阴阳偏甚，量其分量轻重，药味多寡，配伍恰当的咸寒、酸寒、甘寒及下行之品，或热药冷服，名为从治，实皆正治之药。如此，才可称得善用引火归原。

4 参考文献

- 1 王冰，黄帝内经素问。北京：人民卫生出版社，1982：541。
- 2 朱丹溪，格致余论·相火论。北京：人民卫生出版社，1955。
- 3 冯楚瞻，冯氏锦囊秘决·卷11 杂证。千顷堂书局。
- 4 裴正学主编，《血证论》评释。北京：人民卫生出版社，1983：33。
- 5 张介宾，景岳全书。上海科学技术出版社，1986。
- 6 李用粹，证治汇补·发热。上海卫生出版社，1958：11。

- 7 赵献可. 医贯. 北京: 人民卫生出版社, 1959.
- 8 王海藏. 阴证略例. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984: 58.
- 9 喻嘉言. 医门法律. 上海科学技术出版社, 1983.
- 10 徐荣斋. 重订通俗伤寒论. 科技卫生出版社, 1959.
- 11 吴谦等. 医宗金鉴. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 754.
- 12 张锡纯. 医学衷中参西录. 石家庄: 河北人民出版社, 1977: 579.
- 13 简明中医辞典. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 780.
- 14 薛立斋. 内科摘要. 南京: 江苏科技出版社, 1985: 19.
- 15 中医专题讲座选. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 186.
- 16 王端文. 试析引火归原、戴阳、阴盛格阳之区分. 中医杂志 1983; (6): 56.
- 17 陈修园. 医学从众录·喻嘉言龙雷之火论. 上海科学技术出版社, 1984.
- 18 张介宾. 类经附翼·卷3 真阴论. 北京: 人民卫生出版社, 1965.
- 19 金寿山. 金寿山论医集. 北京: 人民卫生出版社, 1983: 21.
- 20 姜春华, 等. 中医治则研究. 上海科学技术出版社, 1983: 58.
- 21 秦伯未, 等. 中医临证备要. 北京: 人民卫生出版社, 1979.
- 22 戴克敏. 姜春华运用附子的经验. 中医杂志 1987; (6): 24.
- 23 汤承祖. 复发性口腔炎证治. 中医杂志 1989; (3): 6.

小柴胡汤加减治疗原发性血小板减少性紫癜

段 威* 赵秀勤* 徐秀琴* 杨景霞* 李贞祥*

原发性血小板减少性紫癜是自身免疫反应使血小板破坏加速而引起的常见出血性疾病。笔者以小柴胡汤为主治疗10例, 均收到较好效果, 现报告如下:

1 一般资料

10例中6例住院, 4例门诊治疗。全部为初发病人, 诊断符合下列条件: (1) 多次检查血小板少于 $100 \times 10^9/L$; (2) 临床有皮肤粘膜或/和内脏出血, 脾不大; (3) 骨髓增生活跃或明显活跃, 巨核细胞增多或正常; (4) 能除外红斑狼疮等血小板减少的疾病。本组中男5例, 女5例。年龄5~14岁4例, 15~52岁6例。病程4~72天, 平均30.4天。10例中均有皮肤粘膜紫癜, 其中有鼻衄者7例, 口齿衄者4例, 崩漏者2例, 肌衄2例。血象检查: 2例轻度贫血(1例 $80 g/L$, 另1例 $85 g/L$), 余均正常。血小板 $8 \sim 40 \times 10^9/L$, 平均 $18.9 \times 10^9/L$ 。骨髓象检查: 增生活跃3例, 明显活跃7例, 粒:红=1~4.4:1, 平均2.14:1。

2 治疗方法

小柴胡汤去半夏、生姜, 加木贼15g、石韦15g、马鞭草15g、生地15g。每日1剂, 水煎服。出血较多者, 如有明显鼻衄、口齿衄血及崩漏、肌衄者, 给予静点止血合剂, 日1次。止血合剂组成: 5%葡萄糖250~300 ml, 止血定2.0 g, 安络血20 mg, 维生素K₁ 8~12 mg, 维生素C 0.5 g, 止血芳酸0.3 g。如崩漏者加入垂体后叶素5~10 U。待出血倾向好转时停用, 因失血而贫血者加用铁剂。

3 治疗结果

治疗时间为14~44天, 平均28天。6例加用过止血合剂2~6天, 平均3.2天。皮肤粘膜出血均停止, 血小板明显上升 $85 \sim 200 \times 10^9/L$, 平均为 $121 \times 10^9/L$ 。血象其他各项均正常。按1984年洛阳会议制定的原发性血小板减少性紫癜治疗效果的标准判断, 10例中6例显效, 1例良效, 3例因其他原因未追踪观察。

4 典型病例

郭××, 男, 30岁。因肌衄、舌衄、口腔血疱1天, 全身出血点1个月, 于1986年11月26日来院就诊。病前10天因发热曾服复方新诺明2片。血红蛋白 $110 g/L$, 白细胞 $9.8 \times 10^9/L$, 血小板 $22 \times 10^9/L$ 。骨髓象: 骨髓增生明显活跃, 粒:红=2.3:1, 粒、红系列大致正常, 巨核细胞293只(幼巨3%, 颗粒巨86%, 裸核巨11%), 血小板极少见。诊断为原发性血小板减少性紫癜。给予小柴胡汤加减治疗。处方: 柴胡10g, 黄芩10g, 半夏10g, 党参15g, 木贼15g, 石韦15g, 马鞭草15g, 生地15g, 紫草15g, 三七粉3g(分冲)。日1剂, 分两次煎服。服药3剂后肌衄及舌衄消失, 全身出血点减少, 查血小板 $46 \times 10^9/L$, 继服上药。于1987年1月12日血小板升至 $145 \times 10^9/L$, 1月6日查血小板 $205 \times 10^9/L$, 1月10日停止治疗。

5 体会

本病西医惯用皮质激素及各种免疫抑制剂治疗, 或采取脾切除。文献表明约80%患者可痊愈, 其余患者病情迁延, 反复不愈。小柴胡汤清解半表半里之热, 热除则血自安, 故笔者选用小柴胡汤加减给予治疗。方中柴胡之清透邪热, 黄芩清气分之热, 党参、大枣、甘草扶正, 木贼、石韦、马鞭草清利湿热, 生地凉血清热止血, 并有滋阴之功。

* 河北省廊坊市人民医院中医科(102800)

收稿日期: 1990-04-14