

理论探讨

六郁学说在治疗胃脘痛中的应用

马 玉 兰*

主题词 胃脘痛/中医药疗法 ④ 六郁学说

胃脘痛是临床常见病症,先贤今哲对其辨治皆有精辟论述及宝贵经验。笔者尝试运用朱震亨六郁学说及朱氏疏解六郁的思路与方法,治疗胃脘痛,每获佳效。兹不揣浅陋,就正于同道。

1 朱氏六郁说与解郁法

元代著名医家朱震亨,将气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁、食郁合称六郁,对六郁的病机及其对人体的影响有独到见解,对诸郁的治法也很有特色。

朱氏论六郁,责在中焦。肝主疏泄,郁证从肝论治,为医家常道。而朱氏《丹溪心法·卷三·六郁》则云:“凡郁皆在中焦”。他的学生戴元礼进一步解释说:“郁者,结聚而不得发越也,当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也,此为传化失常,六郁之病见矣”。可见朱氏师徒的基本观点是:中焦升降失司,变化无由,传化失常,是导致六郁的病因,这一认识是很独特的。

关于六郁对人体的影响,朱氏认为:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。故人生诸病,多生于郁”。戴氏进而列举了六郁所造成的全身症状:“气郁者,胸胁痛,脉沉涩;湿郁者,周身走痛,或关节痛,遇阴寒则发,脉沉细;痰郁者,动则喘,寸口脉沉滑;热郁者,瞋闷,小便赤,脉沉数;血郁者,四肢无力,能食便红,脉沉;食郁者,噎酸,腹饱不能食,人迎脉平和,气口脉繁盛者是也。”这说明六郁既成,则可阻遏全身气血而生诸病,既然如此,六郁阻遏中焦气血,不

通则痛,进而导致胃脘痛,则在情理之中。故而笔者认为,六郁也是导致胃脘痛的最常见因素。从疏解六郁入手来治疗胃脘痛的理论依据,则本于朱氏论六郁,责在中焦,人生诸病,多生于郁的见解。

朱氏解诸郁,重在升提。朱氏治疗六郁,气郁主用香附、苍术、川芎;湿郁主用白芷、苍术、川芎、茯苓;痰郁主用海浮石、香附、南星、瓜蒌;热郁主用山栀、青黛、香附、苍术、川芎;血郁主用桃仁、红花、青黛、川芎、香附;食郁主用苍术、香附、山楂、神曲。可见疏解六郁,苍术、香附、川芎为最常用,再加神曲与栀子,便是朱氏所创通治六郁的名方越鞠丸。因此分析此三味药的功效特点,大体可窥朱氏疏解六郁的基本思路。

苍术辛苦而温,归脾胃经,有燥湿健脾、发散祛风湿的功效;香附味辛微苦微甘性平,《雷公炮制药性解》言其入肺肝脾胃四经,有疏肝理气、调经止痛功效;川芎辛香而苦气温,《药品化义》言其入肝胆脾与三焦经,有活血行气,祛风止痛功效,三药皆辛苦且多芳香,辛香升散开泄便为其主导功能,虽味苦可降可燥,但毕竟以辛香升提为主。三药皆入脾,两药又入胃与肝,合而用之,功在开提中焦无疑。这正是朱氏用“开提中焦”法总解诸郁思路的用药体现。

治胃脘痛,医家常用理气通降法,这是顺应胃气以通为用、以降为顺的生理之常。而朱氏治诸郁用开提中焦法,则为治疗六郁所致胃脘痛另辟蹊径。笔者据此思路和用药规律,拟胃脘痛论治七法,验于临证,颇有效验。

2 六郁所致胃脘痛论治七法

2.1 疏气理脾和胃法:方用越鞠丸、四逆散合方化裁,药选香附、苍术、川芎、柴胡、枳实、白芍、炙甘草、神曲。其中香附、苍术、川芎、柴胡开

* 北京市和平里医院,北京市和平里北街(100013)

收稿日期:1995-11-20;修回日期:1996-02-09

提中焦气机,疏肝理脾;枳实、神曲降导中焦浊郁、和胃导滞,升降相辅相成,以复中焦生理之常。而芍药、甘草缓急止痛,且川芍为血中气药,善于行散开郁止痛,共成疏气理脾和胃之剂。适用于气郁型胃脘痛,症见胃脘胀痛或串痛,时轻时重,时发时止,暖气后稍舒缓,伴胸满胁痛,脉弦或沉或沉弦,舌苔薄白等。

2.2 解郁化湿安胃法:方用越鞠丸、《和剂局方》不换金正气散合方化裁,药选苍术、白芷、茯苓、川芎、陈皮、厚朴、藿香、半夏、甘草等。实即在朱氏治湿郁用白芷、苍术、川芎、茯苓等芳化、苦燥、淡渗并用,又不离开提中焦的基础上,增藿香之芳化开提,增陈皮、半夏、厚朴之苦燥降浊,共成解郁化湿安胃之剂。适用于湿郁型胃脘痛,症见胃脘隐隐作痛,而且缠绵不愈,口淡无味,或一渴而不欲饮,还可兼见倦怠身重、肢节重痛、大便溏薄、头重如裹、眼目昏蒙、舌淡苔腻、脉沉而濡等。

2.3 导痰降浊止痛法:方选二陈汤与金铃子散合方化裁,药用半夏、陈皮、茯苓、生姜、川楝子、元胡。朱氏治痰郁用海浮石、南星、瓜蒌等,其治在肺,但导痰降浊之法可师。今治痰郁胃脘而成胃痛,故用二陈汤加生姜导痰降浊、化饮安胃,又合金铃子散行气止痛,且半夏、生姜味辛,尚有辛开散结除郁之功,共成导痰降浊止痛之法。适用于痰郁型胃脘痛,症见胃脘闷痛,伴胸闷、恶心呕吐,夜卧不安,舌苔厚腻,脉沉滑等。

2.4 开郁泄热止痛法:方用化肝煎合左金丸化裁,药选青皮、陈皮、丹皮、栀子、白芍、黄连、吴茱萸、甘草。朱氏治热郁,主用山栀、青黛、香附、苍术、川芎,在开提中焦之中,寓苦降泄热之法。今治热郁胃脘而致胃脘痛,故选青皮、陈皮行气,以舒中焦郁结;黄连、丹、栀并用,以增苦降泄热、凉血安胃之功;稍佐吴茱萸,取其辛散开郁之效,堪合辛开苦降并用之法。用白芍、甘草则取酸甘化阴、缓急止痛之意,既防郁火伤胃阴,也增止痛之功。诸药共成开郁泄热止痛之剂。适用于热郁型胃脘痛,症见胃脘灼痛,喜冰饮冷,咽燥口苦,口臭龈肿,大便干燥,小便黄赤,舌红苔黄,脉沉数等。

2.5 调气化瘀止痛法:方用丹参饮与失笑散合方,药用丹参、檀香、砂仁、五灵脂、炒蒲黄。朱氏治血郁用桃仁、红花、川芎、香附,不外化瘀行气。今师其法而不泥其方,取檀香调气、砂仁温胃畅中,丹参、灵脂、蒲黄行瘀破血止痛,合成调气化瘀止痛之剂,止痛效果尤著。适用于血郁型胃脘痛。症见胃脘疼痛,痛处不移,昼轻夜重,经久不愈,脉沉涩,舌紫暗或有瘀斑等。

2.6 消积导滞和胃法:方选朱氏保和丸,药用山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连翘、莱菔子。方中山楂、神曲、莱菔子合用,消肉、酒、麦、面诸积;半夏、陈皮既有辛散开结之效,又有降浊行气之功;茯苓健脾行湿;连翘辛凉开结解郁热。共成消积导滞、开结和胃之剂,积去则胃痛自止。验之临证,较朱氏用苍术、香附、山楂、神曲等治食郁效优。适用于食郁型胃脘痛,症见疼痛拒按,食后痛甚,暖腐吞酸,口泛食臭,大便酸臭,舌暗苔厚腻,脉沉弦等。

2.7 开发六郁安胃止痛法:以上六法分治六郁所致胃脘痛,但临证每有六郁夹杂相兼而证情较重者,用越鞠丸力犹不及,故笔者选木香槟榔丸与保和丸合方。药用木香、香附、陈皮、青皮、辛香升散又兼苦泄,合朱氏治六郁“开提中焦”之旨;用黄连、黄柏苦寒清热燥湿,配连翘升浮宣泄,以解热郁与湿郁;用槟榔、牵牛导滞行水,更利湿邪下泄;大黄、莪术行血破瘀,以治血郁;山楂、神曲、莱菔子消积导滞,以除食郁;陈皮、半夏、茯苓实即二陈汤,可解痰郁。用药思路全同朱氏越鞠丸,但力大效宏,共成开发六郁安胃止痛之重剂,用于六郁夹杂相兼所致胃脘痛之重证效果甚好。

3 验案举则

例1:谢某某,男,25岁,工人。胃脘痛史3年,近1周因劳累及情怀不畅而诱发,胃脘痛并串至两胁痛,时轻时重。伴纳差,口淡无味,乏力,眠差,二便尚正常。舌淡红,苔白腻,脉沉弦。辨证属气郁型胃脘痛。胃镜检查诊为十二指肠球部溃疡。治从疏气理脾和胃法。方用:柴胡12g,白芍15g,枳实6g,川楝子10g,香附10g,川芎6g,炒莱菔子6g,焦六曲12g。水煎服,日1

剂。服药6剂,胃脘痛大减,食欲亦增。继用越鞠保和丸,每次服6g,日服3次。服药20日,诸症消失。

例2:索某某,男,49岁,干部。胃痛史7年余。近2周来无明显诱因胃痛又作,疼痛在剑突下偏右侧,痛处固定不移,而且痛如刀割拒按,夜间疼痛尤甚,舌质暗,苔薄白,脉沉涩。胃镜检查为“反流性食管炎、慢性浅表性胃炎、十二指

肠球部溃疡”。证属血郁型胃脘痛。治以调气化瘀止痛法。处方:丹参30g,檀香6g,砂仁6g,生蒲黄10g,炒五灵脂10g,元胡10g,玫瑰花6g,香附6g,白芍12g,炙甘草6g。水煎服,日1剂。服药5剂疼痛大减,二诊仍从原法前方加减,继服10剂胃痛缓解。

本文承北京中医药大学郝万山教授指导,谨致谢意

刺络放血验案2则

马元

1 三叉神经痛

王某,女,65岁,1995年3月11日就诊。左侧面部阵发性疼痛5天。患者5天前因家务事生气时突感左侧面部剧痛,以额部为著,持续数秒钟后缓解,当天反复发作10余次。给予止痛片和维生素B类药物,效不显。其后几天内频繁发作,每次持续时间由开始的几秒钟延长至十几秒钟,且由于惧怕诱发而不敢洗脸刷牙、说话饮食。发作时感左额部及太阳穴处剧痛,呈刀割样,左颞部亦痛,伴心慌、汗出,发作间歇时头目昏沉隐痛。查体见:在眉弓中部及眶下孔处有触发点,舌淡红、苔白厚腻,脉濡缓。中医诊断为面痛,辨证属肝风内动,风痰阻络;西医诊断为三叉神经痛(Ⅰ、Ⅱ支)。依据“急则治其标”的原则,首先给予三棱针点刺放血以通络活血,使通则不痛。处方:太阳、攒竹、阳白,均左取,并配以针刺三间穴。其中前三穴点刺后分别挤出3~9滴血,针刺三间时予紧提慢按之泻法。治疗后,患者立刻即感头目清爽许多。当日下午复诊时,患者述自治疗后仅发作1次,且持续只有几秒钟,按上方再治疗1次,并给予中药半夏白术天麻汤加细辛、川芎、胆南星,水煎服以治其本。3日后来门诊面痛偶尔发作,仍感头目不爽,查:触发点仍有,按上方继续放血1次,中药加菊花、当归。又3日后来诊,述无任何不适感,查:触发点不明显。随访半年未发。

按:三叉神经痛具有突发性、反复性、顽固性等特点。中医认为各种因素致使气血运行障碍、经络不通是

疼痛发生的病机,因此治痛当以通为先,即通经络、通气血、消瘀滞。选太阳、攒竹、阳白点刺可直接放出局部的瘀血、恶血,使经脉通、气血畅,故而迅速止痛;针刺三间乃循经远取法,可助通经活血之力。痛缓后加服中药从祛痰化湿、熄风通窍来消除病因。针药并施,标本兼治,则疗效显著。

2 血管抑制性晕厥

王某,女,62岁。1993年7月14日中午,患者因其夫在工作时猝死而过度悲伤,在恸哭时出现呼吸渐急,恶心想吐,双腿发软,继而突然意识丧失。症见患者面色苍白、呼吸急促,呼之不应。查:双瞳孔等大等圆,压眶反射存在,颈软无抵抗感,遂给予指掐人中穴,约10余秒钟后患者渐渐缓解,呼吸变慢,面色转红。但患者在清醒数秒钟后因再次恸哭又猝然晕厥,不少人事,遂取三棱针迅速点刺双中冲穴,各放出5滴血液。患者神志渐清,只是精神恍惚,呼吸深大,时有恶心,继给予针刺内关、太冲,行平补平泻手法,约5分钟后情绪渐平稳,呼吸均匀,脉搏也较前有力。自治疗后,患者未再发晕厥。

按:由于某种外因刺激所致血管抑制性晕厥,在临床上较常见。本例晕厥属中医的“气厥”,是因过度悲哀导致阴阳失调、气血逆乱、上扰清窍而致,治当以开窍苏厥为主,辅以太冲降逆。中冲乃心包经之井穴,点刺放血可开窍醒神清脑;内关可理气宽中、和胃降逆;太冲疏肝解郁,并引上冲之气血下行。经上治疗使气血平、清窍开,则阴阳得以调和,晕厥得以恢复。三棱针放血疗法的作用虽多,但泻热、祛瘀、开窍为3个主要作用,若能在临床上充分发挥它的这3大优势来治疗某些热(火)证、瘀证、急证,往往会收到奇效。

* 山东中医学院附属医院,济南市文化路42号
(250011)

收稿日期:1996-02-05