

· 学术争鸣 ·

心 肾 相 交 探 微

——兼与李成文、葛燕萍同志商榷

张 卫 国

(河北省行唐县中医院, 行唐县衡阳大街1号, 050600)

[关键词] 心肾相交; 水火相济; 争鸣

本人有幸拜读了李成文、葛燕萍同志的文章——《心肾相交理论质疑》(《中医杂志》2005年第7期(以下简称“李文”)及王振华同志《用中医的思维方式理解中医》(《中医杂志》2006年第2期), 获益良多。由衷地感谢《中医杂志》为中医工作者提供了一个学术争鸣的平台, 我也愿借助《中医杂志》, 对“李文”的一些观点尽抒己见, 诚恳地与李、葛二位同志商榷。

平心而论, “李文”观点可谓一针见血, 也切中肯綮, 代表了相当一部分人的观点。针对“李文”的质疑, 笔者认为有义务进行必要的释惑。

1 心肾相交的理论渊源探微

心肾相交理论源于水火相济论, 而水火相济萌芽于《周易》八卦既济卦。脱离八卦用于指导中医临床者首推唐代医家孙思邈。其在《备急千金要方·卷第十三·心脏·心脏脉论第一》中提出: “夫心者火也, 肾者水也, 水火相济”。将心肾之间的生理关系形容为“水火相济”。笔者以为, 中医理论推崇“天人合一”, 认为人与自然界息息相关。天有日月, 人有阴阳; 天有春夏长夏秋冬更替, 地有木火土金水五行制化, 人有肝心脾肺肾五脏生克。因此, 才有肝木、心火、脾土、肺金、肾水等称谓。后世中医学家以水代肾, 以火言心者比比皆是。所谓“济”有救济、资助之意, 引申有滋生、长养之意。自然界水火相济, 亦即水能生火, 火能生水。而人与自然相适应, 则生理上心和肾相互资助, 相互长养。笔者认为, 孙思邈在“水火相济”后面省略了关键的“心肾相生(交)”。故笔者将其原文补充为“夫心者火也, 肾者水也, 水火相济, 心肾相生(交)”, 则其意更加完善。明代著名医家张景岳更是深悟其理, 名言“善补阳者, 必于阴中求阳, 则阳得阴助生化无穷; 善补阴者, 必于阳中求阴, 则阴得阳生泉源不竭。”昭彰后世, 千古传诵。

明代周子干在其《慎斋遗书》中首次提出“心肾相交”理论。其云: “心肾相交, 全凭升降, ……夫肾属水, 水性润下, 如何而升? 盖因水中有真阳, 故水亦随阳而

升, 至于心则生心中之火。心属火, 火性炎上, 如何而降? 盖因火中有真阴, 故火亦随阴而降, 至于肾则生肾中之水。”并且以此理论指导临床制方用药。其云: “六味丸丹皮, 茯苓所以宁心也; 地黄, 山药, 所以实肾也。乃交通心肾之法也。”指出了具体方药作规范。而“李文”引胡依平观点“心肾相交之机理, 经周子干阐释后, 愈加明了。至此, 心肾相交理论基本固定, 周氏以后的医家均无新解”。笔者不揣冒昧, 对周氏理论加以发挥完善如下。

1.1 心肾相交的始动因素

辩证法认为, 内因是事物发生、发展、变化的基础。肾五行属水, 水性润下, 何以能升? 盖肾虽为水脏, 但肾与膀胱相表里。膀胱乃水腑, 其经络乃人身之藩篱, 通行阳气, 宣发卫气。肾水正是借助膀胱经将其所藏元气(包括真阴、真阳)运行至周身, 至心则形成心阴、心阳; 至肺则形成肺气、肺阴, 至其他脏腑以此类推, 从而发挥作用。所以说, 肾之阴阳水火虽有属性的差别, 但是在人体运行, 发挥作用时, 始终并行不悖, 而非各行其道。同理, 心五行属火, 火性炎上, 何能下降? 盖心虽属火, 但心与小肠相表里。小肠乃火腑, 有泌别津液之职。心火借小肠经将津液(当然亦包括心阴)下输至肾, 形成肾阴、肾阳。多余的精华在肾中贮藏, 形成元(真)阴、元(真)阳, 进一步合成元气, 藏贮在命门, 以备机体五脏六腑之阴阳、四肢百骸之气血供需。如此循环往复, 如环无端。由此可见, 肾虽为水脏, 位低, 但其水腑膀胱却统领一身阳气的运行, 使其上达; 心虽为火脏, 位高, 但其火腑小肠却主管人体津液的泌别下行。此乃心肾相交之内因、始动因素。而阴阳相生, 水火转化之机, 至张景岳已论述周详。周子干悟及至此, 实乃中医之大幸。惜其真阴真阳之说, 过于突兀。后世曲解其意者, 不在少数。致使至精至微之论, 不得发扬光大。

1.2 心肾相交的调节因素

中医认为, 五脏是一个有机的整体, 生克有常, 制化有度, 协调统一。因此, 心肾相交也必须依靠他脏的调节。肝主疏泄, 调畅一身气机, 与胆相表里。胆之少阳和煦稚气赖肝气得升, 则膀胱经之阳气才能升腾宣

发;肺金司肃降,掌治节之权,与大肠相表里。大肠的传导得肺气通降,则小肠经的津液才能泌别下行。因此,肝胆肺大肠功能正常,是心肾相交的调节因素

1.3 心肾相交的管理枢纽

元气、水火的运行须借三焦作通道,脾胃为斡旋。脾胃居中焦,脾主升清,宣水谷精微于上焦肺;肺朝百脉,化宗气以灌心脉而行呼吸;肺气肃降,至中焦胃得通降之职,则大肠、小肠才能有下降之机。故三焦道路畅通无阻,脾胃升清降浊(胃降浊之浊气非仅指糟粕、秽浊,乃与清气相对而言,也包括厚重黏稠之水谷精微)有序,心肾才得相交。反之,三焦道路阻隔,脾胃升降紊乱,则心肾不交。故宋代医家严用和在《重订严氏济生方》中云:“若脏腑有邪,则有间隔,阳不得升,阴不得降,故心肾不交……”。同理,明代周子干也把六味丸中之牡丹皮、茯苓作为宁心看待,实乃牡丹皮清肝胆血分之热;茯苓降脾、小肠气分之湿,使中下二焦道路通畅,则上焦心火得以有下达之机转,实得其中之三昧。

2 商榷“李文”中“心肾相交难以成立”论点

“李文”在对心火、心阳、肾水、肾阳生理概念作解释后,得出结论:心火与肾阴(水)两者之间没有互相依附关系。对此,笔者不敢苟同。中医认为,元气乃人体原动力,一部分来自父母先天遗传,一部分来自后天脾胃水谷精微化生。元气依肾脏为都城,居命门为宅基,借水火为依托,靠三焦为道路,运行周身,有质而无形。待气以生精,则方有形,而化元阴(真阴)元阳(真阳)。在下焦肝肾则化生肝阴、肝阳,肾阴、肾阳;在中焦脾胃则化生脾阴、脾阳,胃阴、胃阳;在上焦心肺则化生心阴、心阳,肺气、肺阴。实乃一元而多歧,但又各有分工。而“李文”中提到“肾水,即肾阴,又称元阴、真阴、真水,与肾阳相对而言……肾阳,又称元阳、真阳、真火、命门之火,先天之火,与肾阴相对而言……”。混淆了它们之间的名称。“李文”论据既然毫厘之谬,那结论差之千里在所难免。

“李文”认为,阴阳与五行不相通,指出运用阴阳理论将五行中的水火作为一对阴阳范畴进行讨论,因此,难以说明心肾之间的关系。笔者不以为然。先哲老子有云:“道生一,一生二,二生三,三生万物”。中医从日月悟阴阳,好比二维平面。而五行的出现,使中医视觉从二维平面转向三维立体空间,更加全面、发展、辩证的看待疾病以及人与自然的关系。阴阳统领五行,而五行更立体,全面地揭示了自然界乃至人体阴阳的一般规律和复杂变化关系。例如自然界五行的水火既济,其实质揭示了自然界阴阳和谐共处,平衡共存的一般规律。而作为与自然相适应的人类,五脏六腑也必须生化有序,制节有常,方能使人体的健康,抵御疾病的发生。因此

中医在总结五脏之间关系时,提出了“心肾相交”、“金水相生”、“乙癸同源”等生理理论,以及“木火刑金”、“水饮凌心”、“水寒射肺”、“火不暖土”、“肝木乘脾”、“心肾不交”等病理名称。这些理论和术语已经被广大中医学者认同,并被载入中医院校教材。

“李文”将六版教材藏象学说中关于“心肾相交”解释转载如下:“心肾相交表示心火下降于肾而不使肾水过寒,肾水上济于心而不使心阳过亢,即心肾相互制约。”从而得出“将心阳与肾水作为一对阴阳范畴进行论述,为心肾不交病证提供理论依据,错用了阴阳属性与概念,因此,心肾相交理论难以成立。”殊不知,这正是“李文”的失误所在,导致混淆阴阳属性,错用阴阳概念。理由如下。笔者首先将《中医基础理论》六版教材藏象学说中关于“心肾相交”解释补充如下:“心肾相交表示心火下降于肾(而肾阳有生化之根)而不使肾水(肾水乃复文,因肾为水脏故称。广义肾水内蕴肾阴、肾阳)过寒(肾为水脏,位低,主向上蒸化水液,敷布全身,只有阳气旺盛,此功能方得以实现。而蒸化水液,须消耗大量阳气,因此肾阳易耗,肾水易寒),肾水上济于心(而心阴获滋生之源)而不使心阳(应改为火,此心火也乃复文,因心五行属火故称。广义心火内蕴心阴、心阳)过亢(因心属火,主血脉,心火将带有自然界清气和水谷精微之气的心阴变化而赤方成营血,营养全身,变化而赤的过程需要消耗大量的营阴,故心阳相对过剩,心火易处于亢奋状态)”,至于后面心肾相互制约之语则笔者认为不妥,易授人以柄。既然心肾相交,水火既济,又怎么变成相互制约,前后矛盾,徒添蛇足。

“李文”认为,交泰丸作为临床治疗心肾不交的代表方剂,其理不通,难以指导临床。笔者更不能同意。笔者认为,心肾相交理论的提出,其最主要的贡献是给出了指导临床处方用药法则。心肾不交病理现象出现后,临床上应找出其原因,使心肾恢复其相交状态。而交泰丸仅仅是心肾不交病理类型中的一个方剂,难以概括心肾不交全貌。况且,“李文”对交泰丸治疗机理论述颇显粗浅,王振华同志在其《用中医的方式理解中医》一文中对此论之甚详,深得中医理论精髓,笔者深有同感。既然心肾相交需要心肾始动因素、肝肺调节因素、三焦脾胃管理枢纽共同参与,那么以上任何环节障碍,如心、肾阴阳的不足、偏盛;脾胃升清降浊职责失调;肝疏泄、肺肃降功能失常;机体病理产物如瘀血、痰湿、阴火等阻隔三焦等均可导致心肾不交。因此,临床上治疗心肾不交的方剂也非常广泛。现将常用几个代表方剂介绍如下:(1)磁朱丸:治疗由心肾不交导致的精神、神志障碍如失眠、多梦、烦躁、甚至癫狂等症,至今临床广泛应用,中西医均认同。此乃从五色配属五行以“水火

相济”来治疗心肾不交的典范。(2)交泰丸:笔者认为,此方绝妙就妙在肉桂一味,如点睛之笔。中医阴阳理论认为,阴阳无限可分,无处不在。阴中有阳,阳中有阴。阴为质,阳为用;阴为形,阳为功。凡每一脏器,形质为阴,功用为阳。凡安于本位,并能够和其它脏器和谐共处的功用均为正阳,冲和之阳;反之,则为亢阳,邪阳,乃内生邪火之源。对外来之六淫火热,仅用黄连之苦寒直折,清泻于外可也。而对付内生之邪火,借助黄连清泻达外之时,必用肉桂将正阳导入龙门。一方面使黄连不致损伤自身阳气,一方面可使正阳有回归之径,投奔之门。(3)黄连阿胶汤:出自医圣张仲景《伤寒论》之少

阴病篇,由黄连、黄芩、阿胶、白芍、鸡子黄组成。治疗少阴肾病变,水火失济导致肾阴亏于下,心火亢于上,临床上出现心烦、失眠、口舌生疮、腰膝酸软、眩晕耳鸣、舌红少苔等症。乃从五方配属五行“泻南补北”、“刚柔并济”治疗心肾不交的代表方剂。(4)六味地黄丸:周子干认为,“丹皮、茯苓宁心;地黄、山药实肾”。笔者见仁见智认为,地黄填肾,山药实脾,山茱萸补肝,牡丹皮泻肝经血分伏热,茯苓导脾胃、小肠之水湿下行,泽泻通利肺与膀胱之水道,一方面使三阴得补,一方面使三焦道路通畅,则心肾交通无碍。

(收稿日期: 2006- 10- 11)

麻醉推拿治疗肩周炎 72例

雷仲民 尹新成 张 祥 黄明华

(首都医科大学附属北京中医医院骨科,北京市东城区美术馆后街23号,100010)

肩周炎的治疗多采用手法推拿按摩,病程较长,患者较为痛苦。我们自2000年以来采用麻醉推拿治疗肩周炎患者取得了很好的疗效,现总结如下。

1 临床资料

本组患者72例,其中男性30例,女性42例;年龄45~63岁,病程3个月~1年。诊断标准:根据《中医病证诊断疗效标准》制定。(1)肩周疼痛,以夜间为甚,肩关节活动功能障碍。(2)肩部肌肉萎缩,肩前、后、外侧均有压痛,外展功能受限明显,出现典型的“扛肩”现象。(3)X线检查多为阴性,病程久者可见骨质疏松。

纳入标准:年龄在65岁以下的肩周炎患者;在肩周炎冻结期,符合诊断标准的患者。排除标准:有严重心脑血管疾病的患者;有严重骨质疏松的患者。

2 治疗方法

患者仰卧位,用1%利多卡因行肌沟麻醉,辅以静脉麻醉(静安1mg/kg静脉注射)。待麻醉成功后将患者患侧肘关节屈曲90°,术者手握患侧肘关节及上臂环转摇晃肩关节数圈,先顺时针后逆时针,幅度由小到大缓慢进行。术者手握患者患侧上臂缓慢上举至180°。将患肩内收45°,肘部紧贴胸壁,手搭对侧肩部。将患肩外展90°然后上举180°。患者健侧卧位,术者将患肩后伸30°,然后内旋90°屈肘以手够着对侧肩胛骨为宜。最后再环转摇晃患肩数圈。

以上操作均应缓慢进行,切忌粗暴用力,推拿时听到啞啞的声音,是韧带、关节囊、肌腱松解时发出的声音。术后将患肩置于上举180°内旋90°位(即将患手及前臂置于脑后)。麻醉过后即行功能锻炼,休息时仍将患肢手臂置于脑后,反复进行。

3 治疗结果

3.1 症状体征评分及疗效评定标准

对肩部疼痛症状,体征变化,按程度分为正常、轻度、中度、重度四级,分别计0、1、2、3分。以肩部疼痛症状及体征变化相结

合为依据,按临床痊愈、显效、有效、无效四级评定。临床痊愈:症状及体征积分 ≤ 1 分;显效:治疗后症状基本消失,仅有轻度局部酸胀感,症状及体征积分下降 $\geq 2/3$ 且 > 1 分;有效:治疗后症状减轻,局部仍有酸痛及轻压痛,症状及体征积分下降 $\geq 1/3$ 且 $< 2/3$;无效:症状及体征无变化,积分下降 $< 1/3$ 。

3.2 治疗结果

临床痊愈8例;显效48例;有效16例;无效0例。总有效率100%,愈显率77.78%。72例患者治疗前后VAS疼痛指数统计学分析对比,治疗前患者的平均指数为 7.2403 ± 0.7754 ,治疗后平均指数为 2.2514 ± 1.0836 ,经t检验, $P < 0.05$,差异有统计学意义。所有72例经麻醉推拿治疗及1周的功能锻炼后,肩关节疼痛均缓解,关节功能明显恢复。

4 讨论

肩关节周围炎是骨科常见病,多发病,病因主要是肩关节周围关节囊及肌腱粘连、腱袖钙化,症状以肩关节疼痛及关节活动受限为主,通常治疗以普通推拿按摩及患者自行功能锻炼为主,被动或主动活动肩关节来达到松解粘连的目的,但由于肩关节周围的粘连,活动肩关节时必然引起局部疼痛,疼痛使局部肌肉保护性痉挛,肌肉痉挛又使局部缺血导致疼痛加剧,同时肌肉痉挛又使肩关节活动范围减小,活动范围越大疼痛越剧烈,因此普通的推拿按摩要在充分放松肩关节周围软组织的情况下小范围的活动肩关节,治疗时间少则数月多则一年。麻醉推拿则解决了这个问题,麻醉后患者肩部疼痛消失,肩关节周围肌肉及软组织充分放松,这样就可以大范围活动肩关节,充分松解肩关节周围的粘连,麻醉推拿仅需要进行一次治疗,术后经过两周功能锻炼即可痊愈,缩短了治疗时间,减少了患者治疗时的痛苦,还可以防止治疗时疼痛所引起的并发症。麻醉以肌沟加静脉麻醉效果最好,单纯肌沟麻醉肌肉松弛较好但镇痛不全,推拿时患者仍有痛感。单纯静脉麻醉镇痛效果好但肌肉张力大,推拿治疗时容易造成损伤。故两种麻醉同时使用效果最好。