

从“火郁发之”谈陈绍宏治疗肺心病的经验

于白莉 张晓云*

成都中医药大学附属医院急诊科, 四川省成都市十二桥街 39 号, 610072)

* 通讯作者: yubaili2005@126.com

[摘要] 总结历代医家对“火郁发之”的经典论述及陈绍宏教授治疗肺心病急性期的经验, 阐发“火郁发之”在肺心病治疗中的指导意义。指出肺心病的基本病机为痰浊蕴肺, 肺气闭郁。急性发作期病理关键在“痰”、“气”, 治疗上应以开宣肺气, 化痰止咳为基本治法, 方药选三拗汤、瓜蒌薤白半夏汤、桔梗汤合方。同时指出肺心病急性期治疗的“三宜”、“三忌”。

[关键词] 火郁发之; 肺心病; 陈绍功

火郁与木郁、金郁、土郁、水郁合称五郁, 五郁理论是《黄帝内经》运气学说的重要组成部分。“火郁发之”为五郁治法之一, 最早出自《素问·六元正纪大论》, 曰“郁之甚者, 治之杂何? 岐伯曰: 木郁达之, 火郁发之, 土郁夺之, 金郁泄之, 水郁折之”。本文就《黄帝内经》本义及后世的运用结合跟师学习肺心病急性发作期的治疗体会对“火郁发之”作一讨论。

1 《黄帝内经》本义

《素问·六元正纪大论》曰: “凡此太阳司天之政, ……寒政大举, 泽无阳焰, 则火发待时, ……二之气, 大凉反至, 民乃惨, 草乃遇寒, 火气遂抑……”。又曰: “凡此少阳司天之政, 二之气, 火反郁……”及“太阴之胜, 火气反郁……”。说明寒邪闭阻, 湿邪凝滞, 腠理闭塞, 气机升降出入阻遏, 火热不得泄越而成火郁, 寒、湿之邪为火郁之因。其治“发之”多以汗解, 如王冰曰: “发谓汗之, 令其疏散也”^[1]。如《仁斋直指方论》指出: “火郁发之, 谓发汗令其疏散也”。《医门法律》也云: “《内经》火郁发之, 发谓发汗”^[2]。

2 引申义

后世认为, 《黄帝内经》所说火郁, 既包括五运之郁, 也包括内伤所致, 如七情内伤、痰饮、瘀血、饮食停积等, 凡是引起郁滞的因素均可导致火郁病证发生, 从而出现气机闭塞不通, 或通而不畅, 气血运行受阻, 郁而化火之证, 正如《赤水玄珠·郁证门》所说: “夫郁者, 结滞而不通畅之谓, 当升而不得升, 当降而不得降, 当变化而不得变化, 所以为郁”^[3]。《证治汇补》云: “有平素有热, 外感风寒, 腠理闭塞而为郁热; 有愤怒不发, 谋虑不遂, 肝风屈曲而为郁火者; 有胃虚食冷, 抑遏阳气于脾土之中, 四肢发热扪之烙手为火郁症者。”《医编》进行了全面概括, 将直接形成郁热的因素统称为“气郁”, 根据产生“气郁”的原

始病理环节的不同, 将“郁火”分为 7 种, 即“风寒郁热”、“饮食郁热”、“痰饮郁热”、“瘀血郁热”、“水湿郁热”、“肝气郁热”、“脾气郁热”^[4]。

历代医家对“火郁发之”的含义和途径作出了不同的阐发, 进行了充分的发挥, 认为以升散、透达、疏导、宣通等法, 可使郁开气达, 火热自散。如张景岳认为, “火郁之病, ……当因其势而解之, 散之, 升之, 扬之, 如同开其窗, 如揭其被, 皆谓之发, 非独止于汗也”^[5]。如温病名家赵绍琴所言: “因于血瘀者, 散其瘀滞, 则火郁自解。因于痰湿者, 化其痰浊, 则气机条畅而郁火有泄越之路。因于食滞者, 消导化滞, 则火郁不存……”^[6]。可见火郁之证以升散透达、疏导宣通之法治之者, 均属“火郁发之”理论范畴, 这是后世在《黄帝内经》五郁理论基础之上对该理论的发挥。

现代医学认为, 肺心病是由肺组织、肺血管或胸廓的慢性病变引起肺组织结构和(或)功能异常产生, 肺血管阻力增加, 肺动脉压力增高, 使右心室扩张或(和)肥厚, 伴或不伴右心功能衰竭的心脏病, 我国肺心病绝大多数患者是经过 10~20 年的时间逐渐发展而来, 基础病变多是慢性支气管炎并发肺气肿。本病在临床上主要表现为咳嗽、咳痰、动则喘息、憋闷等, 一遇外邪引动、饮食不洁、情绪刺激, 则会使上述症状加重, 同时进一步出现心悸、水肿或神昏谵语等危重症。本病与中医学中的“肺胀”类似, 如《灵枢·经脉》即有“肺胀者, 虚满而喘咳。”的记载。《金匱要略》更明确指出: “咳而上气, 此为肺胀, 其人喘, 目如脱状。”后世医家也进行了论述, 多见于咳嗽、痰饮、喘促等, 亦或见于肺痛、肺痿等病的论述之后。关于心悸、水肿等心系症状, 《黄帝内经》提出了“水”、“风水”、“水胀”、“石水”等名称, 后世医家对“水肿”、“心悸”、“怔忡”进行专篇论述。如成无己

《伤寒明理论》云：“其气虚者，……内动而为悸也；其停饮者，……心不自安，则为悸也。”指出心悸的原因是多因素的，肺主气，气虚所致心悸自然可从肺入手。张景岳云：“凡水肿等症，乃肺、脾、肾相干之病，……水化于气，故其标在肺。”肺虽为水肿之标，但由肺及心的水肿单治心则难免失于偏颇。

肺心病的发作与外感六淫疫毒、劳倦内伤、脾肺不足、气虚下陷、肾不纳气，内有夙饮等有关。外邪侵袭，气机郁闭，肺失宣降；痰饮化热，血瘀肺络，壅闭肺窍；正虚邪陷，肾不纳气为其病机演变规律。隋代《诸病源候论·咳逆短气候》记载“肺虚为微寒所伤则咳嗽，嗽则气还于肺间则肺胀，肺胀则气逆，而肺本虚，气为不足，复为邪所乘，壅否不能宣畅，故咳逆，短乏气也”。《丹溪心法·咳嗽》说：“肺胀而嗽，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病”。

3 陈绍宏教授关于肺心病的认识

陈绍宏教授认为，本病之初，外邪从口鼻，皮毛入侵，首先犯肺，致肺失宣降而为咳，肺失清肃则为喘。若失治或误治，迁延不愈，损耗肺气，肺气虚，卫外不固，易于复感外邪，因此，反复发作，缠绵不愈。久则肺虚，肺主气功能失常，肺气壅塞则表现胸闷如塞；若肺病及脾，子耗母气，或是苦寒之物直伤中阳，脾阳受损，脾失健运，则水湿内停，湿聚痰生，上干于肺，痰、咳、喘等症成矣，脾为生痰之源，肺为贮痰之器，二者相互作用，故加重咳嗽、咳痰。脾为后天之本，主运化水谷精微，肺为气之主，肾为气之根，肺脾久病不愈，生化乏源，肃降无力，则肾中无物可收藏，日久则先天之本亦受损，肺伤及肾，肾气衰惫，摄纳无权，则气短不续，动则益甚。且肾主水，肾虚不能制水，可使水湿停聚而成痰饮，痰饮上犯则使肺气壅遏而加重咳、喘、咯痰。肾阳衰微，气不化水，水邪泛溢则肿，水气凌心则心悸。肺与心脉相通，为相辅之官，助心行血，肺气虚则血行不畅，血脉瘀阻。肺、脾、肾虚损，尤其是肾阳虚损可导致心阳不足。心气虚，则血行不畅，血不利则为水，水肿成矣，临床上可见心悸、气短、胸闷、水肿、紫绀等症状。由此可见本病病变首先在肺，继之则损伤脾、肾，后期则波及心。

陈绍宏教授强调，肺心病急性发作期病理关键在“痰”和“气”，“痰”即痰浊蕴肺，表现为咳嗽、咯痰；“气”有气闭、气逆和气虚之分，气闭即肺气为痰浊所闭不得宣，表现为“闷”；气逆为痰浊阻隔，肺气不得降，表现为喘；气虚为久病咳喘，肺脾气虚，正气亏损则易为外邪所侵而反复发作。至于“悸”、“肿”则是

由肺病日久累及脾、肾、心，变生水饮、瘀血而致^[7]。

4 治法方药

治疗上按肺心病的分期不同而采用不同的治疗方法，急性期以祛邪宣肺为要，佐以化痰，治法以宣肺平喘，化痰止咳为基本治法，方药选三拗汤、瓜蒌薤白半夏汤、桔梗汤合方。药用：麻黄 15g，杏仁 12g，瓜蒌 30g，薤白、法半夏各 15g，桔梗 30g，甘草 10g。方中以桔梗汤治“痰”，以三拗汤、瓜蒌薤白半夏汤治“气”，组方以麻黄宣肺平喘，发散风寒，为君药；杏仁味苦泄降，性温发散，既有下气定喘止咳之功，又有疏散肺经风邪、宣滞化痰之能，为臣药；麻杏配伍，一宣一降，使肺经气机调畅；甘草调和麻杏宣降，且生用“补中有散”。如此痰浊驱除，肺之气机可升降如常。本病临床最易兼见肺脾气虚及阳虚水泛两种证型，肺脾气虚者，症见气短乏力，语声低微，面色萎黄，不思饮食，便溏或虚坐努责，舌质淡、苔薄白或白腻，脉细弱，故当健脾化痰，培土生金，以香砂六君子汤为基本方。药用：木香、砂仁、陈皮各 15g，党参 30g，茯苓 15g，（炒）白术 30g。疾病后期多伤及肾、心而兼见心慌、心悸，咳而上气，动则喘甚，不能平卧，身肿以下肢为甚，小便短少，颜面晦暗、形寒肢冷，舌淡胖或紫暗，苔白滑，脉沉细或结代等为阳虚水泛，治以宣肺平喘，化痰止咳，温阳利水。在上述基本方基础上加五苓散。药用：茯苓 30g，桂枝 15g，炒白术、泽泻各 30g。如此痰浊已除，肺气宣降正常，通调水道、朝会百脉之职复原，则所生之变证随之而解^[7]。

5 治疗肺心病的“三宜”“三忌”

肺心病急性发作期病情危重，因此，治疗上必须在复杂多端的现象中抓住主要矛盾，若主次不分，用药不准，则祸不旋踵。故在治疗上，陈绍宏教授提出治疗肺心病上应注意宜宣肺，忌敛肺；宜温化，忌寒伐；宜补气，忌逐瘀^[7]，分析其治疗特点无不蕴含“火郁发之”的理论。

5.1 宜宣肺，忌敛肺

在肺心病急性发作期，往往有外感诱因，肺气失宣，肺失清肃，肺气闭郁，当此之时，急以祛邪宣肺为要，导师选用三拗汤为基础方开宣肺气，此时切不可见咳止咳，见喘止喘，猛用敛肺之品，从而使肺气闭郁加重，邪无出路。肺心病患者常有口渴喜饮，舌面少津等症，临床易误认为阴虚肺燥之证而使用滋阴敛肺之品，但不知此时是痰饮、瘀血等郁闭于肺，肺失宣降，治节不出，同时通调水道之职亦失，津液不

能正常输布,而现“阴虚”之象。故治疗上当开宣肺气,泄化痰浊。不可因口渴等症而早用滋腻之品,助肺敛邪。

5.2 宜温化,忌寒伐

肺心病急性发作期可见发热,痰黄,血常规提示白细胞升高,易误认为肺热壅盛,治疗上使用苦寒清热之品,结果中阳受损,不但热象不退,反而变证随生,医者反以为病重难医。此时的热象因外有风寒阻遏营卫,内有痰浊阻遏气血,郁而化热。须知治病求本,“火郁发之”,外邪一散,则营卫自然通畅,痰浊化去,气流畅通,阳气周流不止,自无郁热可生,亦无热象可言。《黄帝内经》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺。通调水道,下输膀胱,水津四布,五经并行。”肺心病后期,肺、脾、肾三脏阳气亏损,水湿运化无力,水湿停留而成痰饮,痰饮犯于相应脏腑则现心悸、咳逆、水肿、恶心不食等症,进而诱发种种危象。“治痰饮者,当以温药和之”,此时切不可妄加寒凉。

5.3 宜补气,忌逐瘀

肺心病不断发展,影响到心时,可见舌质紫暗,甚或舌下脉络增粗等症,临床常易认为此为瘀血之证。须知此时肺脾之气受损,气为血帅,气虚推动乏力,则留而为瘀,进一步阻碍阳气运行,阳郁化热。同时早有痰浊蕴于肺,痰瘀互结,气机更加郁滞,郁热更显。当此之时,若见瘀化瘀,轻则凉血化瘀,甚则破血逐瘀。用药虽久,疗效甚微,甚至出现吐血、便血等危症。正治之法,应健脾益肺,补气行血开郁。健脾则生痰无源,益肺则血行有序,如此肺气不郁,心脉自通,痰瘀自化,“火郁”亦消,此补而消之。

6 小结

《庄子·知北游》曰:“人之生,气之聚也”。只有气的不断运动,气机宣通,才能灌渗气血,化生津液,滋养脏腑四肢百骸,维系各种生理功能。故《素问·六微旨大论》曰:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危。”刘完素《素问玄机原病式》曰:“玄府者,无物不有,人之脏腑、皮毛、肌肉、筋膜、骨髓、爪牙,至于世之万物,尽皆有之,乃气出入升降之道路门户也。”各种原因导致气机郁(瘀)滞或因虚而滞,阳热怫郁,变生百病。肺心病的各个环节都可出现气机的郁滞,出现“火郁之象”,火郁发之的目的是使气机宣通,肺气闭郁得解,痰浊得化,津液流通,郁结得散,生生不息之气发挥正常的生理功能。在治疗肺心病急性发作的过程中,“火郁发之”既是因势利导驱邪外出的一种方法,又含有培补正气,驱邪外出而使正气发挥生命功能的治法,值得深入研究。

参考文献

- [1]王冰注. 黄帝内经素问[M]. 北京:人民卫生出版社, 1983;8.
- [2]喻嘉言. 医门法律[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2006;37.
- [3]刘完素. 素问玄机原病式[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005;13.
- [4]何梦瑶. 医碕[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1982;62.
- [5]张介宾. 景岳全书[M]. 北京:人民卫生出版社, 1991; 621.
- [6]邱建策. “火郁发之”浅识[J]. 浙江中医学院学报, 1991, 15(5):10-11.
- [7]许学功. 陈绍宏教授痰肺心病急性发作期的中西医结合治疗[J]. 辽宁中医杂志, 2005, (11):1127-1128.

(收稿日期:2012-03-15;修回日期:2012-04-23)

[编辑:黄 健]

(上接第 1407 页)

- [9]吴林生,陈亚男,周维顺教授论肺癌证治拾萃[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(2):213-214.
- [10]陈涛,陈茂华. 原发性支气管肺癌临床证型的文献统计分析[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(5):854-855.
- [11]李丛煌,花宝金. 283 例中晚期非小细胞肺癌患者证候分布及证候要素组合特点分析[J]. 北京中医药大学学报, 2009, 32(10):712-715.
- [12]黎敬波,张征,林丽珠,等. 非小细胞肺癌 417 例证候分布的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(1): 73-77.
- [13]孙建立,刘嘉湘,徐蔚杰. 原发性支气管肺癌中医证的特征研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(7):536-

537.

- [14]马科,马玲,施志明. 原发性支气管肺癌中医证型规范化研究[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(4):421-422.
- [15]骆文斌,吴承玉. 肺癌证素研究[J]. 南京中医药大学报, 2009, 25(2):95-98.
- [16]张月,张培彤,赵冰. 基于聚类分析的肺癌中医证候分类及诊断的研究[J]. 北京中医药大学学报, 2009, 32(2): 132-135.
- [17]侯丽,姜苗,陈信义,等. 晚期非小细胞肺癌中医证候特征回顾性临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 14 (4):19-21.

(收稿日期:2011-12-29;修回日期:2012-04-16)

[编辑:叶 晨]