

黄福斌运用开泄法治疗情志病经验探析

翟艳丽 曹治山

(南京中医药大学, 江苏南京 210029)

指导: 黄福斌

摘要 情志病是一大类疾病,涉及多个脏腑。黄福斌教授善用开泄法治疗情志病,认为开泄法有别于辛开、苦泄法,用药轻苦微辛、轻灵流动,善解情志病之“邪郁未伸”;开泄法重视药物归经、脏腑病位,更针对性地解除某脏之痹阻;开泄法偏于轻剂,遇气结较重、痰核者,要适当配伍重剂。

关键词 情志病 疏肝理气 开泄 名医经验

中图分类号 R277.794

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)04-0012-03

黄福斌教授为江苏省名中医,南京中医药大学硕士生导师,临证善于运用开泄法治疗情志病。黄师针对情志病发病机制错综复杂及影响人体气机的特性,在传统疏肝理气基础上施以开泄法,取得较好的疗效。笔者随师侍诊,受益匪浅,现对其运用开泄法治疗情志病的经验介绍如下。

1 开泄法的起源

开泄法源于清代叶桂在《温热论》中治疗痰湿

痞闷或湿邪偏盛的温病证候之法。晚清温病大家王孟英氏曾云:“凡视温证,必察胸脘,如拒按者,必先开泄。若苔白不渴,多挟痰湿,轻者橘、蔻、菖、薤;重者枳实、连、夏,皆可用之。”^[1]此法常用药物如郁金、蔻仁、橘皮、桔梗、菖蒲、薤白等。黄师认为,叶氏治疗温病胸脘满闷拒按者,善于根据舌苔、口渴程度,判断病邪在表在里或半表半里及湿与热之轻重。用药亦注重质轻质重及辛散苦泄。经

5 结语

通过研读诸多古医籍及临床跟师实践,笔者深入领会了中医脾之生理功能及其在女性经、带、胎、产中所起的重要作用。《医宗必读》记载“善为医者,必责其本,而本有先天后天之辨。……后天之本在脾,脾应中宫之土,土为万物之母”^[15]。故健脾法为常用的妇科疾病治疗方法,医者治疗妇科疾病时时刻顾护后天之本,这样才能达到最佳疗效。

参考文献

- [1] 明·龚廷贤,著.鲁兆麟,主校.寿世保元.2版.北京:人民卫生出版社,2004
- [2] 金·张元素,著.任应秋,点校.医学启源.北京:人民卫生出版社,1978:16
- [3] 元·朱丹溪,著.阎平,校注.脉因证治.北京:中国中医药出版社,2008:128
- [4] 傅景华,陈心智,点校.黄帝内经素问.北京:中医古籍出版社,1997:37
- [5] 隋·巢元方,著.高文柱,沈澍农,校注.中医必读百部名著·诸病源候论.北京:华夏出版社,2008:210
- [6] 明·丁凤,著.医方集宜.上海:上海科学技术出版社,1988
- [7] 罗元恺.妊娠水肿与羊水过多的调治.新中医,1993(1):18

- [8] 元·朱丹溪,著.田思胜,校注.丹溪心法.北京:中国中医药出版社,2008
 - [9] 清·江涵暕,著.梁慧凤,整理.笔花医镜.北京:人民卫生出版社,2007
 - [10] 朱甜甜,杨继兵.脾主统血机理探讨.河南中医,2011,31(2):131
 - [11] 明·周之干,著.武国忠,点校.周慎斋医学全书·周慎斋遗书.海口:海南出版社,2010
 - [12] 清·朱时进,著.陈熠,郑雪君,点校.中医古籍珍稀抄本精选(清)·一见能医.上海:上海科学技术出版社,2004:260
 - [13] 元·朱丹溪,著.中医古籍珍本集成·金匱钩玄.长沙:湖南科学技术出版社,2013:161
 - [14] 明·徐春甫,編集.崔仲平,王耀廷,主校.古今医统大全(下).北京:人民卫生出版社,1991:677
 - [15] 明·李中梓.医宗必读.北京:人民卫生出版社,2006:7
- 第一作者:任春芝(1990-),女,硕士研究生,中医学专业。937716527@qq.com

收稿日期:2014-11-15

编辑:傅如海

云：“有外邪未解，里先结者，或邪郁未伸，或素属中冷者，虽有脘中痞闷，宜从开泄，宣通气滞。”开泄法用药轻苦微辛，轻灵流动，不同于苦泄法，其强调“邪郁未伸”，病邪未传变化热之象，郁结不深，病在气分。而苦泄法多偏于苦寒之品，病邪多郁结在里，或痰热、水热互结，或痞满燥实，如小陷胸汤证、大柴胡汤证、大承气汤证等。黄师指出，舌苔或白不燥，或黄白相兼，或灰白不渴，慎不可乱投苦泄。其次，本法也有别于辛开法，辛开法常用于温热初起，邪在肺卫，如桑菊饮、银翘散等有很好的辛凉解表、开通玄府作用；而开泄法更强调取其辛温或升散之势，以辛散化其痰湿，条畅气机，因而常用橘皮、瓜蒌皮、菖蒲等。

2 开泄法与情志病

中医学将某些情志病归入郁证范畴。古代医家治疗情志疾病的验法、验方早有记载，如《金匱要略》梅核气之半夏厚朴汤、奔豚气之奔豚汤，《医学统旨》柴胡疏肝散等等^[2]。仲景将情志病的病因归为两个方面，即脏腑虚衰，心身失养，或七情过激，气机紊乱，从而奠定了中医情志病学的病因学基础。开泄法用于情志病其理由主要有三：首先，从“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先，开提为次，至于降火、化痰、消积，犹当分多少治之”，可示郁病初期，病势轻，病及气分，适当引导理气即可，开泄法强调用药轻苦微辛，轻灵流动，善解情志病之“邪郁未伸”；其二，从《三因极一病证方论》说“七情，人之常性，动则先自脏腑郁发，外形于肢体”，可见情志病的发病，必然以某一脏腑为主^[3]。叶氏用开泄法治疗湿温，重视病位，用药多选桔梗、杏仁、瓜蒌、郁金等多归肺经。若肺气郁痹，愤懑、咽中炙脔，可直接选用开泄方，或配合半夏厚朴汤；若肝气郁结，则一般取开泄法之意，或多选用归肝经之品，如郁金、香附、白芍、合欢皮等；其三，郁证一般病程较长，用药时切忌伤正。从《临证指南医案·郁》“不重在攻补，而在乎用苦泄热而不损胃，用辛理气而不破气，用滑润燥湿而不滋腻气机，用宣通而不握苗助长”可示，情志病的关键在于条畅气机，疏通气血，而并非攻邪。开泄法用药轻灵柔和，辟湿化浊，畅导气机，避免苦寒或耗气破血等伤正之品。

当然运用此法也当明确几方面的问题。一方面因叶桂创立开泄法时是针对上焦温病而立，若遇中焦气结痞满、下焦气结便秘等又当有所变化。黄师十分重视药物归经，功效相似的药物归经却有差异，选择上也大有不同。如理气药陈皮归脾、肺经，青皮却归肝、胆、胃经，枳实则归胃、大肠经，三药均可用于行气解郁，但临证应该依据气机郁结之所而

选择，肺脾者多用陈皮，肝胆者多用青皮，大肠者则多用枳实。第二方面，此法偏于行气化湿气，宣畅气机，而扶脾固土之力较弱，临证遇到久病伤及心脾，心脾气血亏虚，面少华，心烦不寐者，则一般需配伍扶脾、养心神之品，如《景岳全书·郁证》：“初病而气结为滞者，宜顺宜开；久病而损及中气者，宜修宜补。”第三方面，此法行气之力柔和，偏于轻剂，当遇到实证、气结较重，甚则痰气、气血互结，或见癭瘤、痰核、乳房结块、闭经等证候时，唯恐隔靴搔痒，必要时需配伍一定的化痰散结祛瘀之品。

总而言之，在排除器质性疾病之后，治疗情志病，要善于辨证施治，选方用药，由轻剂到重剂，注重中焦脾气，最终恢复气之升降出入^[4]。同时要善于开导病人，告知患者凡事应该顺应自然，放宽心态，减少欲望，戒骄戒躁。如《素问·至真要大论》说：“清静则生化治，动则苛疾起。”只有这样才能取得事半功倍的效果。

3 病案举隅

例1.何某，女，40岁，家庭主妇。2014年5月19日初诊。

主诉胸闷不适1月余。1月前在家中突发胸闷、呼吸困难，否认有冠心病、肺气肿、哮喘等病史。外院急诊，全胸片、心电图、血常规、生化等均未见异常，仅予吸氧后病情慢慢平复。服用疏肝理气之中药数剂罔效。平素体健，刻诊胸闷时作，遇烦心事则加重，无胸痛，无咳嗽，无咯痰，无气喘。口干多饮，怕冷，胃胀不适，嘈杂，夜寐欠安，多梦，大便稀溏，小便尚可。舌苔薄，舌质淡红，脉细弦。中医诊断：郁证。证属肝郁气滞，肺气痹结。治以疏肝行气，开泄除满。以开泄方、四逆散、半夏厚朴汤加减。处方：

射干 10g，杏仁 10g，郁金 10g，瓜蒌皮 10g，薤白 10g，春柴胡 6g，枳壳 10g，合欢皮 10g，佛手 10g，茯苓 10g，桂枝 10g，石菖蒲 10g，法半夏 10g，紫苏叶 10g。7剂，水煎服，1日1剂。

2014年5月27日二诊：服药5剂，憋闷不显，呼吸顺畅，胃中仍感嘈杂不适，左侧胁肋隐痛不适，大便偏干，夜寐欠佳。舌苔薄腻，舌质红，脉象细弦。病症减轻，郁结见解，唯肝脾失和，转与疏肝扶脾，行气止痛。处方：

春柴胡 10g，赤白芍（各）12g，枳壳 10g，炙甘草 5g，煨木香 10g，砂仁 3g（后下），制香附 10g，旋覆花 6g（包煎），炒白术 10g，山药 30g，焦山栀 10g，当归 10g，川芎 10g。14剂，水煎服，1日1剂。

并嘱咐患者放宽心态，戒骄戒躁。续服半月后，竟收全功。

按：情志之病，涉及五脏，《素问·阴阳应象大论》说：“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐。”黄师

认为,本例患者憋闷、呼吸困难、胃中嘈杂、夜寐欠安,而相关实验室检查未见异常,结合舌脉,显系肝郁气滞、肺气痹结之征。治以疏肝行气,开泄除满。用开泄方、四逆散、半夏厚朴汤加减取效。二诊时,患者胁肋隐痛、胃中嘈杂、大便不行,着眼肝逆犯脾腑滞,治以疏肝扶脾,行气止痛,亦是《金匱要略》“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”之意。

例2.李某,女,35岁,职员。2014年7月21日初诊。

主诉胸闷伴咽中不适1年余。曾在多家医院就诊,服中、西药罔效。1年来经常感胸闷乏力,尤其久坐办公室明显。伴有咽中异物感,梗噎不适,既往体健,否认冠心病、呼吸疾病等病史。胸部CT、心电图、喉镜、血常规、肝肾功能等检查均未见异常。刻诊胸闷不畅,下午为甚,因胸闷、咽中不适而反复作咳,胃纳一般,大便秘结,小便正常,平素沉默少语不善沟通,舌苔薄,舌质暗红,脉细弦。中医诊断:郁证。证属肝郁气滞,痰气互结咽喉。治以开泄宣痹,化痰散结。以开泄方、半夏厚朴汤、升降散化裁。处方:

法半夏10g,厚朴10g,茯苓10g,紫苏叶10g,陈皮6g,炙甘草5g,蝉衣6g,制僵蚕10g,片姜黄10g,生大黄6g(后下),杏仁10g,枳壳10g。7剂,水煎服,1日1剂。

2014年7月28日二诊:药后人感舒适,胸闷、咽喉不适较前有所减轻,大便解,但久坐时仍易出现上述不适。复查心电图(-),胸部CT未见明显异常。舌质暗苔薄,脉细。虑其病史较久,为人性格内向,恐气机痹阻难以顿除,遂在原方基础上加强开泄之力,原方加射干10g、郁金10g、瓜蒌皮10g、枇杷叶10g、小通草3g、豆豉10g、肿节风15g。7剂,水煎服,1日

1剂。并嘱咐患者多走动,勿久坐,放松心情。

2014年8月6日三诊:药尽服,胸闷大减,精神好,唯咽中仍有异物感,咯之不出,舌质红苔薄,脉细。上方有效,无须更张,于上方中加生牡蛎25g(先煎)、大贝母10g,14剂,水煎服,1日1剂。

续服半月后,诸症皆除,疗效满意。

按:情志之病,久郁则易聚湿生痰,痰气互结,形成梅核气。宋代《仁斋直指方》指出:“梅核气者,窒碍于咽喉之间,咯之不出,回之不下,如梅核状者是也。始因恚怒太过,积热蕴隆,乃成历痰郁结,致有斯疾耳。”可见梅核气的“历痰郁结”非一日之过,黄师认为本例患者长期情志内郁,影响气机流通,聚湿生痰,咽中炙脔,梗噎不适促成了典型的梅核气之征。治以开泄宣痹,化痰散结。用开泄方、半夏厚朴汤、升降散加减取效。诸方合用,令上膈气宽,湿浊下降,咽中出纳无阻矣。本例患者来诊之前曾经服用疏肝解郁之汤药,可疗效差强人意。分析其原因,黄师认为此中不仅要认识到其有肝郁的一面,更辨证其肺气痹结、痰气互结咽喉之病机,并针对郁结之所,运用开泄法才能取得较好的疗效。

参考文献

- [1] 王孟英.温热经纬.北京:人民卫生出版社,1996:63
- [2] 鲁娜.《伤寒杂病论》情志病浅析.贵阳中医学院学报,2009,31(3):1
- [3] 周德生.试论情志病的特点.河南中医,2011,31(3):214
- [4] 张丽萍,张伯礼.情志病的中医药研究现状分析与思考.辽宁中医杂志,2008,35(3):349

第一作者:翟艳丽(1987-),女,硕士研究生,研究方向:中医内科脾胃病。493353875@qq.com

收稿日期:2014-10-11

编辑:王沁凯

“聚焦两会”——中医药界代表、委员建议选登

全国政协委员、中国中医科学院望京医院主任温建民:当前,中成药使用广泛,但由于部分西医医师缺乏较为系统的中医药基础知识,对中成药了解不足,为患者所开中成药处方存在多方面问题。经调查,综合医院中成药在总药品中所占比例达到25%,且70%左右的中成药为西医医师所开。绝大部分综合医院西医医师都有开中成药的处方权,而无须强制性培训、考试、认证或其他类似的准入制度。温建民建议:通过加强系统培训、建立处方检查制度等方法,提高西医医师中成药处方质量。

纵观西医医师在职业发展过程中,很少有机会接受中医药方面知识的学习。同时,综合医院对西医医师的中成药处方质量监管也不严密。此外,很多中成药药品自身存在着说明书不规范、同类产品过多、药品名称不合理等问题。为此,温建民建议,应加强西医院校中医药理论教学质量,将中医学课程设置为必修课、考试课,使学生确切认识到中医药学的历史价值和医学价值;对西医医师进行全面、有针对性的继续教育培训,在院内针对西医医师所在科室进行有针对性的培训,即按科室分类培训中成药使用;建立中成药处方权和处方检查制度,可参照抗生素处方权类似的制度,采用结合继续教育、内部培训和考试等手段,颁发中成药处方权证;针对目前中成药说明书不规范的问题,建议在审批环节要求对药品的说明书作改进,对药物组成、配伍禁忌、辨证、药理作用、不良反应等方面制定出强制规范。

(摘自《中国中医药报》)