颜乾麟运用“引火归元”治疗疑难病症经验撷粹

刘 珺¹ 范春香² 梁 琦¹ 王 博³ 颜琼枝¹ 韩天雄¹

(1.同济大学附属第十人民医院,上海200072;2.上海市浦东新区浦南医院,上海200125;

3.同济大学附属杨浦医院,上海200090)

摘 要 颜乾麟教授指出引火归元之“火”乃“相火”,本质为虚火。此“虚火”乃阳气不足,龙雷之火失守,火不归元所致。虚阳上浮临床表现虽繁杂,但有共同的病症特征。在治疗上应治病求本,谨守病机,遵循“从阳以引阴,从阴以引阳”的原则,对疑难病症有较好疗效。附验案3则以佐证。

关键词 相火;引火归原;治疗应用;名医经验;颜乾麟

中图分类号 R243 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)03-0017-04

基金项目 上海市卫计委海派中医流派传承工程——“海派中医”颜氏内科流派诊疗中心建设[ZY(2018-2020)-CCCX-1003];上海市卫计委2018年“中医优势病种培育建设项目”[ZY(2018-2020)-ZYBZ-23];上海市浦东新区临床中医特色学科建设(PDZY-2018-0612);海派中医流派传承研究基地——颜氏内科浦东工作室(PDZY-2018-0704);上海市浦东新区卫生系统学科带头人培养计划(PWRD2018-08)

颜乾麟教授是首届国医大师颜德馨教授之子及学术经验传承人,上海市名中医,从事临床、教学、科研工作近50年,对内科常见病、疑难病有独到见解及深刻认识。颜师认为阳气不足,龙雷之火失守,火不归元是引火归元所针对的主要病机,临床运用该理论治疗疑难病症效果显著。

“引火归元”是由著名医家张景岳提出,又称“引火归原”“导龙入海”。引火归元的“火”,又称“相火”“命门之火”“龙雷之火”“浮阳”“浮火”等。引火归元的“元”,主要指肾、命门。“引”即导引,“归元”即使其下归于肾。“引火归元”即引浮游之火下归于肾,是治肾火上浮的方法之一,亦是协调肾中阴阳的特殊方法。但后世历代医家众说纷纭,各持其说。颜师对“引火归元”理论认识深刻,应用该法治疗疑难病症疗效较好。笔者有幸获师亲授,收益良多,特整理颜师对“引火归元”之理论体会及临证心得如下,以饷同道。

1 龙雷“相火”,乃为虚火

“相火”是运气学说的一个基本术语^[1]。命门相火学说是引火归元的理论基础。其首见于《素问》:“君火以明,相火以位”,即君火在心,主发神明,以明著为要;相火在肝肾,禀命行令,潜藏守位。肾之相火藏于肾阴中,或称之龙雷之火,此火藏于水中,运

行周身上下。在正常情况下,谓之“少火”,少火生气,则能腐熟水谷,化生精微,奉养周身;若少火失调,又可转为“壮火”。颜师认为壮火乃元气之贼,可为实热,可为虚火,前者呈现一派阳热实证,较易认识,后者则表现出假象,即相火证,又称“龙雷之火”上浮证。故“相火”乃虚火。

2 本为阳虚,病在肾脾

人体阴阳相互依存、相互制约,在“阴消阳长、阳消阴长”的过程中,达到相对平衡,从而保证了人体机体内部对立统一协调的正常生理关系。一旦阴阳失调,不损其阳,便损其阴。肾为先天之本,藏真阴而寓真阳。真阳潜藏于肾中,守位而不上僭以发挥其温煦推动作用,即“龙潜海底,雷寄泽中”。若龙雷之火失守,肾之阳气不足,无力摄纳相火,火不内守浮越,而表现“虚火”之证。或久病及肾,阳虚火衰,水寒于下,久之致阴盛格阳,虚阳上冲,亦可表现“虚火”之象。当命门虚损更进一步,相火不能被制约而亢盛于上,日久煎熬阴津,可阳损及阴,最终造成阴阳两虚之象。

颜氏内科重视脾胃,颜师认同脾为后天之本,“脾统四脏”^[2-4],肾为先天之本、命门所居,二者先后天相资为用,生理病理相互影响。脾胃是相火、真水周流的中枢。脾脏阳气不足,气机升降失常,真水及

相火周流不畅,郁滞生热,阴火上冲,可加重“虚火”。临床脾肾虚损常同时出现,故“相火”产生,病位在肾,但与脾关系密切。

3 表现繁杂,有症可循

《景岳全书·虚火论》:“阳虚之火有三,曰上、中、下者是也。一曰阳戴于上,而见于头面咽喉之间者,此其上虽热而下则寒,所谓无根之火也;二曰阳浮于外,而发于皮肤肌肉之间者,此其外虽热而内则寒,所谓格阳之火也;三曰阳陷于下,而见于便溺二阴之间者,此其下虽热而中则寒,所谓失位之火也。”^[5]临床上此类虚火又表现为三种,即戴阳、格阳、失位。戴阳是指虚阳上浮,虚火上冲,症状偏于头面五官局部诸疾,以口舌生疮、牙痛齿浮、喉痹喉痛、头痛眩晕、口渴咽燥等症为主;格阳指虚阳外越,症状偏于全身,以发热、发斑、面赤、肿块、汗出等症状多见;失位指阳虚火浮还陷于下者,见小便热、痛或拘急,大便窘迫不畅等。虚阳上浮可表现为内真寒外假热,或上热下寒等一系列错杂病症。颜师指出,虚阳上浮虽症状百变,但有以下共同病症特点:(1)均有头面部症状,如口干、眩晕、口疮、齿浮、汗出等;(2)必伴有阳虚之象,如下肢畏寒乏力,小便清长,大便溏薄,脉虚无力等;(3)慢性疾病居多,病程缠绵日久;(4)使用寒凉药往往无效或加重病情。临床应仔细辨别。

4 治病求本,热因热用

《素问·阴阳应象大论》言:“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也。治病必求于本。”何为本?颜师指出治病求本是抓住疾病的主要矛盾、关键病机。《素问·至真要大论》云:“谨察阴阳所在而调之,以平为期,正者正治,反者反治。”颜师认为只要谨守病机,应用反治法,热因热用,以补虚助阳,引火归元,治疗阳虚浮火,临床每获良效。此外,颜师遵“脾可安五脏”^[6-7]观点。若病由后天起、由脾及肾者,补肾不如补脾,可通过养后天以养先天,补土益火。气虚用四君子汤、补中益气汤;阳虚重用黄芪以益气温阳,或以理中汤。而补脾不应,当取之肾。若肾虚采用金匱肾气丸治之;命门水寒,应采用益火法、引火法,即所谓“益火之源以消阴翳”,以温补肾阳,可用通脉四逆汤、参附汤等加减,以益气温阳,引火归元。

正如《景岳全书·阴阳》^[8]:“阴阳原同一气,火为水之主,水即火之源,水火原不相离矣。”又言:“阴根于阳,阳根于阴,凡病有不可正治者,当从阳以引阴,从阴以引阳,各求其属而衰之……引火归

源,纳气归肾。”颜师认为应用“引火归元”法时应谨守病机,辨证施治,阳虚浮火在温阳的同时配伍滋阴的药物,才能使温阳之药安居于下,使浮越之火归于元阳。

5 验案举隅

5.1 顽固性老年性高血压

黄某,女,75岁。2018年6月6日初诊。

主诉:反复头晕30余年加重半年。患者有高血压病史30余年,平时服用硝苯地平30 mg,2次/d,厄贝沙坦150 mg,2次/d。目前血压(BP)波动在140~170/80~110 mmHg左右,近半年反复头晕不适。刻下:BP 170/100 mmHg,头晕目眩,头部烘热汗出,口干,频频暖气为快,易于晕车呕吐,神疲,小便时有失禁、色淡量多,大便四五日一解,不干燥,双下肢乏力,胃纳一般,脉右尺沉迟,舌胖、苔薄黄且干。中医诊断:眩晕,辨证属虚阳上亢。治以温潜之法,以金匱肾气丸加减,处方:

熟附子5 g,桂枝5 g,熟地9 g,山萸肉9 g,山药9 g,菟丝子9 g,金樱子9 g,茯苓9 g,牡丹皮9 g,泽泻9 g,益智仁9 g,乌药6 g,苍白术(各)9 g,枳实9 g,车前草15 g,炙甘草5 g,羚羊角粉0.6 g(吞服)。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

6月20日二诊:BP 150/90 mmHg,头晕目眩减而未愈,烘热汗出好转,小便失禁好转,仍有神疲乏力,下肢酸软乏力,大便2日一解,粪便不干,夜间安睡,脉两寸弱,舌胖、苔薄白。乃肾阳不足。上方加生黄芪30 g、厚朴9 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

7月4日三诊:BP 130/80 mmHg,头晕好转,小便失禁也平,下肢酸软改善,胃纳一般,大便隔日而解,干结,夜间安睡,脉细缓,舌红苔薄、边有齿痕。乃肾阳肾阴不足之证,仍拟金匱肾气丸加减:熟附子5 g,桂枝5 g,生熟地(各)9 g,山萸肉9 g,山药9 g,丹皮6 g,泽泻9 g,茯苓9 g,桑寄生15 g,玄参30 g,黄柏6 g,知母6 g,怀牛膝30 g,苍白术(各)9 g,炙甘草5 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

7月18日随访:患者血压控制平稳,维持在120~140/70~90 mmHg,头晕、下肢乏力、神疲改善,小便失禁明显减轻,大便每日一行。

按语:《景岳全书》指出“无虚不作眩”。该患者年过古稀,眩晕多年,正气不足,阳虚于下。肾阳虚于下,无力摄纳,相火浮越,虚阳上亢,故见头晕目眩,头部烘热汗出,口干;胃气失于和降故见频频暖

气为快,易于晕车呕吐;肾主二便,肾阳不足,故二便异常。首诊以熟附子、桂枝、熟地、山萸肉、山药、菟丝子温补肾阳;泽泻、牡丹皮、车前草泻热;益智仁、乌药、金樱子补肾清热缩尿;枳术丸联合茯苓醒脾运脾。方中妙以附子配伍羚羊角,颜师谓小剂量附子除温阳作用外还有潜阳作用,可引火归元;羚羊角性凉为镇肝息风之要药,能助附子收敛浮阳。二药一动一静,一温一寒,一阳一阴,药性迥异,相反相成,寒温并用:一则发挥附子温肾助阳之功,又能减轻其燥热伤阴之弊;二则可保留羚羊角平肝潜阳之功,又能避免其寒凉伤阳之过。全方温潜并用,血压得降^[9-11];肾阳得补,二便则常。二诊头晕、小便失禁好转,肾虚之象仍显,加用补益之品,采用大剂量黄芪少火生气,温阳兼以降气;厚朴理气通便。《医方集解》言:“火从肾出,是水中之火,火可以水折,水中之火,不可以水折。”故三诊以金匱肾气丸为主,加用大剂量怀牛膝有引火归元之意,也可补肾降压^[12],同时用玄参、黄柏、知母以阴中求阳。

5.2 顽固性口腔溃疡

张某某,女,57岁。2019年8月28日初诊。

主诉:反复口腔溃疡5年加重1周。患者5年来口腔溃疡频发,近1周无明显诱因下加重,或在舌面,或在黏膜,疼痛明显,咽部如有棉絮感,清晨痰黄,口黏,口角流涎,胃胀,胃纳一般,大便易稀,脉左寸弱,舌红、苔薄黄。西医诊断:口腔溃疡。中医诊断:口疮(虚火上浮型)。治以健脾抑火,拟理中汤合三才封髓丹加减,处方:

党参9 g,茯苓9 g,苍白术(各)9 g,炮姜3 g,黄柏6 g,砂仁(后下)6 g,薏苡仁15 g,怀牛膝15 g,法半夏9 g,厚朴9 g,紫苏叶3 g,柴胡9 g,枳壳9 g,白芍9 g,炙甘草5 g,陈皮6 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

9月11日二诊:口腔溃疡减轻,但偶有作痛,咽部棉絮感消失,但神疲乏力,头胀,目胀,易于紧张,血压正常,足冷,胃胀,暖气或叹气为快,易于感冒,大便不成形,一日一解,易于不畅,夜寐安,脉右寸弱,左关部细弦,舌红、苔薄黄。乃脾虚阴火之证。上方去法半夏、厚朴、柴胡、紫苏叶、炮姜,加干姜3 g、桂枝3 g、白芍9 g、黄芩6 g、川芎9 g、泽泻15 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

9月25日三诊:服上方口腔溃疡好转,入夜口苦口干、头胀目胀好转,前额作痛,血压正常,胃纳一般,食甜则反酸,大便畅,日1~2次,手麻,入夜早醒,脉右寸弱,左脉细弦,舌红、苔薄黄,乃气虚肝郁之

证。以四君子汤、柴胡疏肝散、三才封髓丹加减。处方:党参9 g,茯苓9 g,苍白术(各)9 g,桂枝3 g,白芍9 g,柴胡9 g,枳实9 g,白芷3 g,黄连3 g,吴茱萸2 g,广木香6 g,黄柏6 g,砂仁6 g(后下),淮小麦30 g,大枣7枚,炙甘草5 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

10月9日随访:口腔溃疡已愈,口干口苦及头目胀痛好转,无明显不适。

按语:张景岳指出“口疮连年不愈者,属虚火也”。患者反复发作口疮,病程长,其口角流涎、胃胀、大便稀薄、脉左寸弱,乃脾阳不足之象;而黄痰、咽部黏腻、舌苔薄黄,及后期的头胀目胀乃虚火上炎并夹湿热之征。颜师运用理中汤温补脾阳,乃治病求本、反治之法。首诊以党参、茯苓、炮姜温补脾阳;颜师认为砂仁温脾肾,具有潜阳之效果,合黄柏,取三才封髓丹之意,从阴引阳,阴中求阳;加入半夏厚朴汤、四妙散及理气之品,理气化湿。二诊足冷,仍提示有阳气不足之象,炮姜守而不走,干姜走而不守,故停炮姜,改用干姜兼温补下肢;咽部异物感好转,去半夏厚朴汤;加桂枝、白芍调和营卫;黄芩、川芎辛开苦降调理气机,改善头部症状;泽泻引火下行。脾统四脏,后期脾虚气滞以四君子汤、柴胡疏肝散、三才封髓丹加减收功。

5.3 2型糖尿病口干尿频

李某,女,78岁。2019年10月23日初诊。

主诉:口干多尿30年,加重1年。患者有2型糖尿病病史30年,长期口干多饮多尿,血糖控制不良,平时服用二甲双胍、阿卡波糖降糖,空腹血糖8~15 mmol/L,餐后2 h血糖11~18 mmol/L。近1年口干多尿症状明显加重。刻下:口干口渴,口秽,频频暖气为快,头部汗出,目眩,神疲,形体肥胖,尿频,时有失禁,小溲黄赤而气秽,大便隔日而解,不干燥,双下肢乏力浮肿,胃纳一般,脉右尺沉迟,舌胖苔薄黄腻且干。西医诊断:2型糖尿病。中医诊断:消渴(辨证属湿热日久,伤及肾阳)。治以补肾温阳,拟金匱肾气丸加减,处方:

熟附子5 g,桂枝5 g,熟地9 g,山萸肉9 g,山药9 g,茯苓9 g,牡丹皮9 g,泽泻9 g,菟丝子9 g,金樱子9 g,益智仁9 g,乌药6 g,苍白术(各)9 g,枳实9 g,天花粉15 g,地锦草30 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

11月6日二诊:口干口渴口秽略减,大便二日一解,粪便不干,头部汗出,神疲,小便失禁、下肢浮肿均减轻,入夜平安,脉两寸弱,舌胖苔薄白,肾阳不

足,效不更方,守原方14剂续服。

11月20日三诊:二便正常,下肢浮肿消退,但神疲乏力明显,胃纳一般,入夜平安,汗出不多,脉弦,舌胖、苔薄黄腻,乃中气不足、湿热内阻之证,以补中益气汤加减。处方:生黄芪30 g,党参9 g,苍白术(各)9 g,升麻6 g,柴胡6 g,当归9 g,陈皮6 g,黄连3 g,益智仁9 g,乌药9 g,黄柏6 g,黄芩9 g,知母9 g,肉桂2 g,鸡内金6 g,地锦草30 g。14剂,每日1剂,水煎分早晚2次口服。

12月4日随访:患者口干口苦未发,二便正常。空腹血糖7~10 mmol/L,餐后2 h血糖控制在10~14 mmol/L。

按语:《灵枢·本脏》云:“脾脆,则善消瘵易伤。”颜师指出,现代人多饮食不节,缺乏运动,因此,“脾虚湿热”是现代糖尿病的基本病机^[13-14]。该患者久病消渴,湿热日久伤阳,肾阳虚衰。明·赵献可^[15]指出:“盖因命门火衰,不能蒸腐水谷,水谷之气,不能熏蒸,上润于肺,如釜底无薪,锅盖干燥致渴。”命门火衰,不能蒸腾津液上承,湿热内阻,阳虚于下,阻于上,故见口干口渴、口秽、目眩、小便黄气秽;形体肥胖、小便失禁、大便隔日而解、双下肢乏力浮肿,为命门水寒之象。故首诊以金匱肾气丸温补肾阳;缩泉丸、金樱子、菟丝子补肾缩尿;枳术丸一则运脾可化湿,二则促进药物吸收;天花粉、地锦草清热降糖。二诊疲乏、下肢乏力,两寸脉弱,乃阳气皆虚,仍守原方。该病乃脾病及肾,三诊肾虚之象已寥,脾虚为主,夹有湿热,故以补中益气汤补气,缩泉丸温肾缩尿,三黄清热化湿降糖,用肉桂导引诸药以补之,引虚火归元,故效佳也。

参考文献

- [1] 罗桂青,李磊.“相火”考[J].国医论坛,2013,28(6):11.
- [2] 颜德馨.脾统四脏之我见[J].铁道医学,1983,11(3):170.
- [3] 李颖,李桃桃,颜新.颜德馨教授脾胃学说思想探析[J].浙江中医药大学学报,2015,39(8):598.
- [4] 黄文强,颜新.颜新脾胃病论治学术思想探究[J].实用中医药杂志,2013,29(5):380.
- [5] 张景岳.景岳全书系列之四:杂证谟[M].北京:中国医药科技出版社,2017:147.
- [6] 马天驰,王彩霞.“治脾以安五脏”学术思想探析[J].中华中医药杂志,2018,33(1):39.
- [7] 黄均毅,尉中民,王彤.尉中民“治脾以安五脏”思想临床应用[J].中国当代医药,2020,27(18):155.
- [8] 张介宾.景岳全书[M].北京:中国中医药出版社,1994:3.
- [9] 刘珺,颜琼枝,韩天雄,等.颜乾麟治疗原发性高血压经验[J].中医杂志,2015,56(13):1099.
- [10] 吕秀清,李东万,颜乾麟.颜乾麟教授治疗中老年人高血压病经验[J].中国中医急症,2013,22(8):1330.
- [11] 吴伟,卿立金,吴辉,等.附子治疗高血压病的思考[J].中医杂志,2012,53(7):622.
- [12] 孙水平,李新华,孙曙光.怀牛膝药理研究续报[J].河南中医,1985,5(1):39.
- [13] 刘珺,王博,颜琼枝,等.颜乾麟分期辨治2型糖尿病经验撷英[J].江苏中医药,2017,49(7):12.
- [14] 刘珺,王博,颜琼枝,等.颜乾麟教授论治2型糖尿病经验[J].浙江中医药大学学报,2017,41(7):582.
- [15] 赵献可.医贯[M].北京:人民卫生出版社,1959:65.

第一作者:刘珺(1982—),女,医学博士,副主任医师,从事中医心血管疾病的临床诊治工作。

通讯作者:范春香,医学博士,副主任医师。
fanxiang1258@163.com

收稿日期:2020-09-10

编辑:傅如海

《江苏中医药》论文层次标题及编号的编写要求

(1) 层次标题是对本段、本条主题内容的高度概括。各层次的标题应简短明确,同一级别层次标题词组结构应尽可能相同,语气一致。

(2) 层次标题的分级编号,推荐执行新闻出版行业标准CY/T 35—2001《科技文献的章节编号方法》,采用阿拉伯数字。

(3) 层次标题不宜使用非公知公认的缩略语。

(4) 层次标题的层次不宜过多,一般不超过4级,即“1”“1.1”“1.1.1”“1.1.1.1”。

(5) 语段中出现多层次接排序号时,可依次用圆括号数码“(1)”“①”。