

王彦刚基于核心病机“郁滞不通”辨治怕冷症经验撷英

申鹏鹏 马立亚 赵悦佳 杨煜晗

(河北中医学院研究生学院,河北石家庄050091)

指导:王彦刚

摘要 王彦刚教授认为怕冷症患者辨证为实寒证或者虚寒证者极为少见,而最多见的是由于“郁滞不通”所导致的怕冷,故将怕冷症的核心病机定为“郁滞不通”,并根据这一核心病机将怕冷症归纳为肝气郁结证、痰湿阻滞证、饮食停积证、瘀血阻滞证、郁火内结证5个证型。在治疗用药上始终谨记中医学之精髓,四诊合参,注重整体观念,结合舌脉辨证论治,善于合用对药、角药以及运用经典小方,获得了较好疗效。附验案1则以佐证。

关键词 畏寒;郁滞;中医病机;辨证;中医药疗法;名医经验;王彦刚

中图分类号 R255.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)04-0017-04

基金项目 河北省临床医学优秀人才培养和基础课题研究项目计划(361025)

怕冷症是指患者自觉严重畏寒怕冷,伴有自汗、畏风、疲劳乏力、表情淡漠、性欲低下的一组症候群^[1]。现代医学对于怕冷症并没有明确定义,且对其发病机制亦不明了。西医学通常认为怕冷症属于躯体形式障碍的一种表现,并不能证实具有器质性损害或明确的病理生理机制存在。在治疗上一般采用心理疏导和(或)联合抗精神病药物、运动治疗^[2]。中医古籍中亦无此病名,医家根据症状常将怕冷症辨证为肾阳虚,治疗上施以温肾补阳法。

王彦刚教授从事中医内科临床工作30载,享受

国务院政府特殊津贴,对于中医疑难杂症的辨证论治有独到见解。王教授在临证时不拘泥于怕冷症辨证为肾阳虚的观念,结合患者实际,始终谨记中医学“整体观念、辨证论治”之精髓,倡导“核心病机观”理论,认为怕冷症的核心病机为“郁滞不通”,并根据这一核心病机将怕冷症归纳为肝气郁结证、痰湿阻滞证、饮食停积证、瘀血阻滞证、郁火内结证,在治疗上具体施以疏肝理气、化痰祛湿、消食和胃、活血化瘀、清热泻火之法,疗效显著。笔者有幸随诊左右,获益良多,现将其辨治经验总结如下,以飨同道。

胃上脘,而且与肝、肺密切相关。一胃分上中下三脘,上脘气多,气滞多见于胃上脘。此外众人皆知胃不和则寝难安,长期寐差势必影响情绪,情绪欠畅,肝气失疏,加重气机不畅,从而波及于肺。上脘气滞宜以宣通,并且胃得降则和,不降则病,胃脘之病,当不忘降逆之法。故治以开泄之法,选用“杏蔻橘桔”,配用微苦之竹茹、石见穿,微辛之佛手、法半夏、石菖蒲。全方既能清宣肺胃,又能通降肝胃,故获良效。

参考文献

- [1] 尹涛,孙睿睿,何昭璇,等.略论“大肠小肠皆属于胃”[J].湖南中医杂志,2016,32(11):138.
- [2] 穆伯英.“胃之五窍”探解[J].天津中医学院学报,1992(1):6.
- [3] 王明军.人体诸窍探微[J].辽宁中医药大学学报,2010,12

(2):62.

- [4] 王阅军,刘红霞,张昱.浅析温病学中的“九窍不和,皆属胃病”理论[J].北京中医药,2013,32(3):224.
- [5] 徐景藩.徐景藩脾胃病临证经验集粹[M].2版.北京:科学出版社,2015.
- [6] 陈聪,王朝霞.从“九窍不和,皆属胃病”论治中风后吞咽困难[J].山东中医杂志,2017,36(10):843.

第一作者:孙月婷(1997—),女,硕士研究生在读,研究方向:中医药治疗脾胃病。

通讯作者:陆为民,医学博士,教授,主任中医师,博士研究生导师。wmlu@163.com

收稿日期:2020-10-09

编辑:傅如海

1 核心病机,郁滞不通

核心病机早在《内经》中即有所提及,如《素问·至真要大论》曰:“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之。盛者责之,虚者责之。”意思是在临床上要以病机为导向,辨证分析核心证素,然后再针对相应的证型辨证论治^[3]。王教授认为核心病机是疾病发生、发展、变化、预后过程的关键因素,只有抓住了核心病机才能抓住疾病的核心矛盾。辨清核心病机,确定临床证型,才能够明确具体治法,从而精准选方用药,即法随证立,方从法出。

中医学认为“阴盛则寒”,即阴气偏盛,功能障碍或者减退,产生热量不足,以及代谢产物积聚的病理状态,这些都表现为实寒症状;“阳虚则外寒”,即功能减退,反应性低下,阳热不足的病理状态,常表现为虚寒症状。因此,从中医理论上讲,无论是阴气偏盛还是阳气虚弱都可见到怕冷的症状。但是,王教授根据临床实际以及多年来的经验发现,临床上由于阴气盛或者阳气虚所导致的怕冷症患者极为少见,最多见的是由于“郁滞不通”所导致的怕冷,故将怕冷症的核心病机定为“郁滞不通”。“郁滞不通”一说起源于《内经》,书中提出了“五气之郁”,并确立了治疗法则。《素问·六元正纪大论》有“五常之气,太过不及,其发异也”以及“郁极乃发,待时而作”之说。其后,朱丹溪又提出了“六郁”学说,《丹溪心法·六郁》^[4]云:“气血冲和,万病不生,一有怫郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。”“六郁”即气、血、痰、火、湿、食之郁,丹溪认为以气郁为先,并由此提出了治疗“六郁”的经典方剂——越鞠丸。我们这里所说的“郁滞不通”具体指气、痰湿、饮食、瘀血、郁火的阻滞不通。王教授根据此核心病机以及《金匱要略》中“阳气不通则身冷”,将患者的怕冷形象地比喻为“暖气管道被堵”,即暖水管被水垢等所堵,阻挡了热水流通,即使水烧得再热,暖气管道亦是冰凉,从而不能温暖房间。这里的暖气管道即喻指人体脏腑经络,水垢即喻指痰湿、瘀血等病邪。人体脏腑经络为病邪所郁滞,则气血津液运行不畅,气的温煦作用失常,脏腑机能减弱,从而表现出怕冷的症状。

2 审症求因,辨证分型

2.1 肝气郁结证 此类患者常表现为怕冷兼有情志抑郁或急躁易怒,胸胁、两乳或少腹等部位走窜胀痛不舒,经常性失眠,脉弦等症。气是人体内活力很强、运行不息的极精微物质,是构成人体和维持人体生命活动的基础物质之一。气有温煦作用,

可促进机体产热,消除寒冷,使人体温暖从而维持相对恒定的体温。王教授认为现代社会生活节奏较快,工作、学习以及家庭生活的压力普遍较大,故容易出现情志不畅,导致肝郁气滞。肝主疏泄,肝气具有疏通、畅达全身气机的作用。肝气郁结,疏泄失职。首先,气不能畅达全身而发挥温煦作用;其次,人体血液的运行和津液的输布代谢有赖于肝气的疏泄作用,气机阻滞,血液、津液无法畅达全身,故脏腑运化低下;最后,中焦脾胃的运化亦有赖肝气的协调,脾胃为后天之本,气血生化之源,气机不畅,脾胃不调,气血生化乏源,脏腑经络失于濡养。综上,肝气不舒,郁结于内,阳气滞而不通,无法温煦全身,脏腑经络运化低下且失于气血濡养,故出现怕冷症状。

2.2 痰湿阻滞证 此类患者除有怕冷症状外,兼症亦变化多端,正如“百病皆由痰作祟”。痰湿为有形实邪,随气流行,停滞于经络则出现肢体麻木、屈伸不利、半身不遂等。停滞于局部,可形成痰核瘰癧、阴疽流注等。停滞于脏腑,可致脏腑气机失常:如肺失宣降而胸闷气喘、咳嗽吐痰等;胃失和降而恶心呕吐等;痹阻心脉而胸闷心痛等;痰结咽喉形成“梅核气”等。舌脉表现为舌暗红、苔白厚腻或黄厚腻,脉滑。痰湿的形成多因外感六淫,或七情内伤,或饮食不节,以致脏腑功能失调,气化不利,水液代谢障碍,津液停聚则成痰湿。痰湿形成后可阻于经络,阻滞气血运行,则气血温煦濡养功能失常;又可阻于脏腑,脏腑运化不利,功能低下,故出现怕冷症状。

2.3 饮食停积证 此类患者多有饮食过量、暴饮暴食的病史或者脾胃素虚而强食,以致脾胃难以运化而出现饮食积滞不化。常表现为怕冷,伴见脘腹胀满、嗳腐吞酸、厌食、恶心呕吐、泄泻等。舌脉表现为舌暗红、苔薄腻或腻,脉滑。食滞脾胃则可聚湿生痰,痰湿内盛即出现上述痰湿阻滞证的表现,此处不再赘述。

2.4 瘀血阻滞证 朱丹溪说“久病必瘀”,叶天士说“久病血瘀”,又《普济方》云:“人之一身不离乎气血,凡病经多日治不愈,须为之调血。”瘀血阻滞证患者多由上述3种证型迁延不愈发展而来,病程较长,病情复杂难治。表现为怕冷且病证繁多,病位固定,如局部刺痛、固定不移或肿块形成等。舌脉表现为舌质紫黯,或有瘀斑、瘀点,脉弦涩。瘀血形成,一则阻滞气机,气无法顺利运行周身发挥温煦作用;二则影响血脉运行,瘀血无论阻于脉内还是脉外,均可导

致局部或者全身的血行异常,从而血液无法发挥其滋养作用;三则影响新血形成,正所谓“瘀血不去,新血不生”,瘀血久不散去,则脏腑机能失调,新血生成受阻,生血乏源,自然濡养低下,故出现怕冷症状。

2.5 郁火内结证 郁火指的是人体受到各种致病因素的侵袭,包括外感病邪以及自身内在因素所致脏腑、阴阳、气血功能失调,气机阻滞、郁而化火的一种病理现象。这里的郁火内结证指上述痰饮、瘀血和食积等作为病程中的病理产物,进一步成为致病因素,日久郁而化火^[5]。此类患者表现为怕冷且口干口苦,胃脘胀痛灼热,心情烦躁,纳呆,寐差,小便黄,大便秘结不通,舌暗红或紫红、苔黄或黄腻或黄厚腻,脉滑或滑数或弦滑数。此类患者虽有怕冷但是从临床表现以及舌脉辨证属于郁火征象,故宜用清热类药物,切忌不可使用温阳类药物,否则无异于火上浇油。

3 谨守病机,精准用药

3.1 疏肝理气 王教授临证治疗怕冷症属肝气郁结证时常以“柴胡-香附”“香橼-佛手”“青皮-紫苏梗”三组对药合用以疏肝理气、调节气机运行。柴胡味苦辛,性微寒,入肝经,具有和解少阳、疏肝和胃之功,善于疏泄肝气而解郁结,为疏肝解郁之要药。香附味辛、微苦、微甘,性平,归肝、脾、三焦经,可疏肝解郁、理气宽中、调经止痛。李时珍称之为:“气病之总司,女科之主帅。”又《本草正义》中云:“香附,辛味甚烈,香气颇浓,皆以气用事,故专治气结为病。”香橼性温,味辛、苦、酸,归肝、脾、肺经,具有疏肝理气、宽中化痰之功效。《医林纂要》云:“治胃脘痛,宽中顺气,开郁。”佛手性温,味辛、苦、酸,归肝、脾、胃、肺经,具有疏肝理气、和胃止痛、燥湿化痰之功效。青皮味苦、辛,性温,归肝、胆、胃经,功善疏肝破气、消积化滞。《本草备要》云:“除痰消痞,治肝气郁结,胁痛多怒,久疟结癖,疝痛,乳肿。”紫苏梗味辛,性温,归脾、肺经,功能理气宽中、止痛安胎。紫苏梗虽入脾肺经,不入肝胆经,但是其理气行郁之力优,正如明·贾九如《药品化义》^[6]言其“能使郁滞上下宣行,凡顺气诸品惟此纯良”。若遇心情抑郁、夜寐难安者又加合欢皮、首乌藤。诸药合用,相使相助,气机畅通,心情舒畅,阳气得以温养全身,故怕冷自除。

3.2 化痰祛湿 王教授在治疗怕冷症辨证属痰湿阻滞证时善用对药“石菖蒲-郁金”以及角药“陈皮-半夏-茯苓”以化痰祛湿,清利脏腑经络中所郁滞之痰湿。石菖蒲味辛、苦,性温,归心、胃经,可化

湿开胃、开窍豁痰、醒神益智,《本草备要》谓之“补肝益心,去湿逐风,除痰消积,开胃宽中。疗噤口毒痢,风痺惊痫”。郁金性寒,味辛、苦,归肝、心、肺经,具有活血止痛、行气解郁、清心凉血、利胆退黄之功效。二药合用,一温一寒,石菖蒲化湿豁痰,从根本上消除痰湿,郁金行气解郁,助石菖蒲以更好地发挥作用,二药相得益彰。陈皮味辛、苦,性温,归脾、肺经,功能理气健脾、燥湿化痰。《本草备要》^[7]云:“陈皮,能燥能宣,调中快膈,导滞消痰……利水破癥,宣通五脏,统治百病,皆取其理气燥湿之功。”半夏味辛,性温,有毒,归脾、胃、肺经,功善燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结,为燥湿化痰、温化寒痰之要药,尤善治疗脏腑之湿痰。茯苓味甘、淡,性平,归心、肺、脾、肾经,主利水渗湿、健脾宁心。三药合用,取二陈汤之义,陈皮配半夏,相辅相成,增强了燥湿化痰之力,亦体现了治痰先治气,气顺则痰消。茯苓既可利水渗湿以助二陈化痰祛湿,又健脾从源头以杜生痰之源。诸药合用,气顺痰消,阳气正常运行,怕冷自愈。

3.3 消食和胃 王教授常用“焦槟榔-炒莱菔子-鸡内金”此组角药以消食化积和胃。槟榔可杀虫消积、行气、利水,如《名医别录》云:“主消谷逐水,除痰癖。”焦槟榔又功专消食导滞。《医学衷中参西录》谓莱菔子:“生用味微辛,性平;炒用性温。”此处用炒莱菔子温通以消食除胀,降气化痰。鸡内金为雉科动物家鸡的干燥沙囊内壁,功能健胃消食、涩精止遗、通淋化石,《本草再新》云其“化痰,理气,利湿”。三药合用,消食导滞、行气化痰、健脾和胃。食积祛,脏腑通,患者食欲有很大改善,对于怕冷症的治疗亦有极大帮助。

3.4 活血化瘀 在散瘀血方面,王教授善用经典小方失笑散与丹参饮。失笑散出自《太平惠民和剂局方》,包含蒲黄、五灵脂两味药物。五灵脂苦咸甘温,功能活血化瘀、通脉止痛。《本草新编》云:“或问五灵脂长于治血,不识诸血症可统治之乎?夫五灵脂长于行血,而短于补血,故瘀血可通。”蒲黄甘平,可化瘀止血、通淋,炒用又能加强活血化瘀之功。现代药理研究表明,蒲黄可改善局部血流。两者相使为用以达“活血而不伤血,祛瘀而不伤正”之功,使瘀血祛新血生^[8]。丹参饮出自《时方歌括》,包含丹参、檀香、砂仁三味药物。正所谓“一味丹参饮,功同四物汤”,方中重用丹参以活血祛瘀,又配伍檀香、砂仁以行气活血止痛,三药合用使气行血畅,阳气自通。

3.5 清热泻火 “火郁发之”，在宣发郁火时王教授主张使用清宣透泄之法，临证多选用经典小方栀子豉汤以及对药“蒲公英-生石膏”，药简而功专。栀子豉汤出自《伤寒论》，方中栀子味苦性寒，泄热除烦，降中有宣；豆豉体轻气寒，升散调中，宣中有降。二药相合，共奏清热除烦之功。蒲公英，苦、甘，寒，入肝、胃经，功能清热解毒、利尿散结。朱丹溪《本草衍义补遗》指出：蒲公英能“散滞气”。盖蒲公英开花较早，得春初少阳之气，所以具有生发之性。故凡肝热而郁者，宜用蒲公英调治。生石膏辛、甘，大寒，入肺、胃经，功专清热泻火。《用药心法》云其“胃经大寒药，润肺除热，发散阴邪，缓脾益气”。蒲公英、生石膏对药合用，一清肝胃郁热，一清肺胃郁热，兼顾多脏，使郁热无处可藏，故热尽去。

4 验案举隅

路某，女，48岁。2019年8月1日初诊。

主诉：畏寒怕冷3年余，加重伴胃胀痛1周。刻下：畏寒怕冷，间断胃胀，胃痛，情志不畅，月经量少、色暗、有血块、经期延后，纳可，寐差，体温正常，大便黏腻，1次/d，小便调。舌暗红、苔黄腻、有瘀斑，脉弦滑。电子胃镜示：慢性非萎缩性胃炎伴糜烂。西医诊断：(1)慢性非萎缩性胃炎伴糜烂；(2)怕冷症。中医诊断：胃痞病。辨证属湿热血瘀。治法：清热利湿，活血化瘀。以化浊解毒方化裁。处方：

茵陈20 g，黄芩12 g，黄连12 g，陈皮9 g，竹茹10 g，清半夏9 g，茯苓30 g，柴胡15 g，香附15 g，香橼15 g，佛手15 g，紫苏梗12 g，青皮10 g，栀子10 g，夏枯草30 g，石菖蒲15 g，郁金12 g，金钱草30 g，车前子15 g，丹参15 g，檀香9 g，鸡内金30 g，砂仁6 g，炒莱菔子10 g，焦槟榔10 g。7剂，每日1剂，水煎，分早晚2次温服。

8月8日二诊：患者服药1周后，胃胀痛有所好转，仍有怕冷，寐差，舌暗红、有瘀斑、苔黄腻，脉滑。在原方基础上加生龙骨、生牡蛎各20 g。14剂，每日1剂，水煎，分早晚2次温服。

8月21日三诊：患者服药2周后，胃脘不适明显好转，怕冷症状亦有好转，患者欣喜，困扰多年的怕冷症终出现转机，但又添心烦难寐，舌暗红、有瘀斑、苔薄黄腻，脉弦。于二诊方基础上改茵陈为15 g，茯苓为20 g，去夏枯草，加淡豆豉9 g。7剂，每日1剂，水煎，分早晚2次温服。

此后随症加减，患者规律服药2个月后，症状皆好转，停药。

按：本案患者为中年女性，根据其临床表现以及

舌脉，辨证为气滞血瘀、湿热中阻。初诊方中茵陈、黄芩、黄连、陈皮、竹茹、清半夏清热利湿为君，且初诊复诊茵陈均重用加强清热利湿之效；栀子、夏枯草清热泻火，助君药增强清除郁热之功；金钱草、车前子清热通淋使湿邪从小便而去以缓解大便黏腻，又助君药清热祛湿；柴胡、香附、香橼、佛手、青皮、紫苏梗疏肝理气消胀；丹参、檀香、砂仁取丹参饮之义以活血化瘀除舌上瘀斑；石菖蒲、郁金合用以行气除痰；茯苓健脾利湿；焦槟榔、鸡内金、炒莱菔子合用以消食和胃。二诊时患者寐差较严重，故加生龙骨、生牡蛎以重镇安神。三诊时患者又有烦热难寐症状，故加淡豆豉与原方栀子配对取栀子豉汤之义以除烦热。诸药合用，清热利湿、活血化瘀、疏肝理气，标本兼治，效如桴鼓。

参考文献

- [1] 张惠敏,王琦,杨玲玲,等.第十八讲 关于怕冷症的中医诊治思路[J].中医药通报,2014,13(6):4.
- [2] 董伟,倪诚,英孝,等.基于HRQOL怕冷症辨体用方传承研究[J].中国中医基础医学杂志,2014,20(6):780.
- [3] 李俊英,陶文强.中医核心病机辨治思想临床应用探析[J].中国中医急症,2016,25(10):1902.
- [4] 朱震亨.丹溪心法[M].北京:人民卫生出版社,2005:192.
- [5] 李玄,赵立群.从郁火论治老年高血压病[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(30):251.
- [6] 贾所学.药品化义[M].北京:中医古籍出版社,2012:34.
- [7] 汪昂.本草备要[M].北京:中国医药科技出版社,2012:160.
- [8] 袁宗洋,王晓梅,杨天笑,等.王彦刚运用“小方”治疗胃肠病临证经验探析[J].江苏中医药,2019,51(9):25.

第一作者：申鹏鹏(1996—)，男，硕士研究生在读，中医内科脾胃病方向。

通讯作者：王彦刚，医学博士，主任医师，教授，博士研究生导师。piwei001@163.com

收稿日期：2020-10-22

编辑：傅如海

