

从《四圣心源》解读黄元御的用药思路

黄斌 张银柱[#] 张宇忠

(北京中医药大学基础医学院 北京 100029)

关键词: 四圣心源; 黄元御; 用药思路

中图分类号: R249

doi: 10.3969/j.issn.1006-2157.2014.09.005

《四圣心源》是清代名医黄元御的扛鼎之作,不但立论明确,阐释透彻,而且文笔精炼,风格独特,具有广博、深邃的学术思想,颇受后世医家尊崇与青睐。黄氏发四圣(黄帝、岐伯、越人、仲景)之微旨,一脉相承,前后融贯,理必《内经》,法必仲景,药必《本经》,其尊古崇圣之情怀,跃然纸上。尤其是书中自拟方颇多,然审其源流,悉宗四圣之旨,遣药简洁,配伍精当,施之临床,效如桴鼓,集中体现了黄氏独特的用药思路,堪为后学师法之楷模。笔者不揣浅陋,拟从六气治法、顾护中气、健脾调中、注重疏肝、扶阳抑阴5个方面,结合临床案例来解读黄元御的用药思路,为弘扬黄氏学术、提高中医疗效而阐述一己之见,抛砖引玉,仅供批评与指正。

1 六经司化为主 独创六气治法

《四圣心源·卷二·六气解》曰“仲景《伤寒》,以六经立法,从六气也。六气之性情形状,明白昭揭,医必知此,而后知六经之证。六经之变化虽多,总不外乎六气。”^{[1]27}《伤寒论》虽以六经统病,但与六气相对应,气化一直是贯穿始终的。气化即指六气司化,是由气以化水,由气以行水。气化,首见于《素问·灵兰秘典论篇》:“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”^[2]气化是人体五脏六腑功能活动的体现。黄元御认为人有十二经,因司化者六经,从化者六经,而从化者不司气化,总以司化为主,所以十二经统于六气。

他在“六气偏见”指出“人之六气,不病则不见,凡一经病,则一经之气见。平人六气调和,无风、无火、无湿、无燥、无热、无寒,故一气不至独见,病则或风、或火、或湿、或燥、或寒、或热,六气不相交济,是以一气独见。”^{[1]18}为方便学者理解与记忆,黄氏创造性地提出了“六气治法”,其具体内容如下:治厥阴风木法 桂枝苓胶汤(甘草、桂枝、白芍、茯苓、

当归、阿胶、生姜、大枣);治少阴君火法 黄连丹皮汤(黄连、白芍、生地、丹皮);治少阳相火法 柴胡芍药汤(柴胡、黄芩、甘草、半夏、人参、生姜、大枣、白芍);治太阴湿土法 术甘苓泽汤(甘草、茯苓、白术、泽泻);治阳明燥金法 百合五味汤(百合、石膏、麦冬、五味);治太阳寒水法 苓甘姜附汤(甘草、茯苓、干姜、附子)

考“六气治法”,实源自《伤寒论》,也是黄氏研究仲景学说的心得体会。他的这种用药思路对后世很有启迪。笔者临证治疗一些疑难病症时,按黄氏的用药思路辨证立法组方,往往也能收到较好的治疗效果。当然,黄氏并不希望后学墨守陈规,不会灵活运用,因此他的“六气治法”也是有随症加减的,譬如治厥阴风木法“上热加黄芩,下寒加干姜、附子”;治少阴君火法“若有下寒,当用椒、附”;治太阳寒水法“若有湿热,当用栀、膏之类”;又如“见心家之热,当顾及肾家之寒。”这是黄氏独到的点睛之笔,证之临床,颇有应验。

案例:患者李某,女,28岁,2010年4月16日初诊。主诉:心烦少眠,口干喜饮,经常喝冰镇饮料,脾气急躁,月经错后,经行腹痛,量少色暗,纳少便溏,舌紫暗尖红苔薄黄,脉滑数。婚后两年未孕,多方求治不效。辨证属心火亢盛、下元虚寒,兼肝郁脾虚。治当温肾健脾,疏肝理气,引火归元。处方:附子30g(先煎30min),干姜15g,桂枝10g,柴胡10g,乌药10g,青皮10g,泽兰15g,川牛膝15g,炒白术12g,刘寄奴15g,元胡15g,炒王不留10g,红花6g,夜交藤30g,合欢花10g。水煎服,7剂。1周后复诊:心烦、口干好转,睡眠稍改善,余如前述。效不更方,守原方加灯芯草5g,继服7剂,诸症大减,喝水正常,月经量增,色转鲜红。经先后调治近2月而基本痊愈,半年后其母来看病,告知李某已怀孕数周。

黄斌,男,硕士,教授,主任医师,硕士生导师

[#]通信作者:张银柱,男,博士,副教授,硕士生导师

按:此类上热下寒、本虚标实的病症在临床上比较常见,辨证的关键应抓住肾阳不足、下元虚寒,而不是心火独亢或肝郁化火的那一面,故敢力排众议,大胆投用附子、干姜、桂枝以温肾扶阳,使上炎之心火得以下潜,则肾水不寒而上承于心,以奏心肾相交、水火既济之效。

2 治疗内伤杂病,首在顾护中气

任何疾病的发生不外乎外感与内伤,而内伤杂证是临床最常见的病证,由李杲《内外伤辨惑论》可见一斑,因此他提出“脾胃内伤,百病由生”这一具有划时代意义的论断。秉承东垣学说之衣钵,历代不少医家在临床上都取得了很大的成就,而黄元御堪称其中之佼佼者。他阐发东垣学说之微旨,既精辟又中肯,发前人所未发。如“四维之病,悉因于中气。中气者,合济水火之机,升降金木之轴。”“中气衰则升降窒,肾水下寒而精病,心火上热而神病,肝木左郁而血病,肺金右滞而气病。”^{[1]52}中气是指中焦脾胃之气,它是人体气机升降的枢纽,黄氏称之为“轴”。中气如轴经气轮,旋转升降是平人。只有人体的“轴”不出问题,气机升降才能正常。一旦这个“轴”出了毛病,那么人体气机升降就会失常,而诸证蜂起。在东垣脾胃学说基础上,黄氏进一步提出“百病之作,率由土湿”。胃主降浊,脾主升清,若脾土有湿,中焦运化失职,则升降失常,致清阳下陷,浊阴上逆,“人之衰老病死,莫不由此”,所以“医家之药,首在中气”。黄氏的立法旗帜鲜明:泻水补火,扶阳抑阴。观其用药不外乎人参、干姜、甘草、茯苓、附子、川椒、桂枝之类,这对于今天的临床治疗仍有指导与借鉴意义。

案例:患者徐某,女,77岁,2008年6月19日初诊,因心脏病术后卧床不起半年,多方医治不效求治。刻诊:面色无华,神情淡漠,恶心纳呆,咯吐痰涎,尿少肢肿,大便艰涩,舌淡苔白,脉虚数。辨为久病体虚,元气大伤,胃气衰微,脾胃升降失常,治当以调理脾胃中气为主,处方:生山楂60g,姜半夏15g,莱菔子30g,苏梗10g,旋覆花10g,代赭石6g(先煎),佛手20g,竹茹10g,高良姜10g,大枣10g,生姜10g。水煎服2剂后,诸症大减,痰少思食,改服第二方:葶苈子60g,西洋参20g(另煎),高丽参10g(另煎),莱菔子30g,藿香10g(后下),乌梅15g,麦冬20g,水煎服3剂。6月24日,其子来电欣喜告知,服药后老人精神明显好转,能坐起,欲荤食,大便调,尿量增。复诊时,察其面色转润,舌淡红苔薄,脉象较前有力,于是守原法调方如下:生山楂30g,莱菔子20g,西洋参20g(另煎),太子参30g,高丽

参10g(另煎),南沙参15g,麦冬15g,姜半夏10g,葶苈子30g,藿香10g(后下),竹茹10g,干姜15g,水煎服7剂。后又经过2次调治,患者渐趋康复,至今仍健在。按:该患者的治疗关键就在于分两步进行,而不是眉毛胡子一把抓。虽然她是久病大虚之体,但有明显的呕恶、咯痰、尿少便秘、腹胀等实证,故此时切不可贸然进补。所以第一步先以旋覆代赭汤为主,和胃降逆,化痰醒脾。待胃气稍复,痰少思食,立即实施第二步固护中气的治法,重用西洋参、高丽参,辅以消导和中之品,服药次日即可坐起,精神渐复,再调治而愈。

3 力倡健脾调中,用药贵在简洁

正是由于认识到脾胃的重要性,所以黄氏在治疗上力倡健脾调中,无论何病都要注意顾护中焦脾胃,俨然已成不易之定法。与李东垣最大的不同在于,黄氏用药相对比较简洁,尽量不叠加、重复,能使后学心中易了,运用自如。如《四圣心源·卷五·杂病解上·痰饮根原》指出“百病之生,悉由土湿,是以多有痰证,而鼓胀、噎膈、虚劳、吐衄、嗽喘、惊悸之家更甚。原因土湿阳虚,气滞津凝。法宜燥土泻湿,利气行郁,小半夏加茯苓、橘皮,是定法也。”^{[1]86}黄氏“姜苓半夏汤”(茯苓三钱,泽泻三钱,甘草二钱,半夏三钱,橘皮三钱,生姜三钱),药虽仅六味,但切中病机,易学好用。该方以二陈汤为主,用茯苓健脾渗湿、泽泻利水渗湿、甘草补中益气、半夏燥湿降逆、橘皮行气燥湿、生姜温中和胃,六药合用,共奏调理中焦脾胃之功,看似不直接治痰饮,实则治生痰之源。可见健脾调中是黄元御临证用药不变之定法。再如《四圣心源·卷四·劳伤解·气滞》:“肺胃不降,君相升炎,火不根水,必生下寒。气滞之证,其上宜凉,其下宜暖,凉则金收,暖则水藏。清肺热而降胃逆,固是定法,但不可以寒凉之剂泻阳根而败胃气。”^{[1]63}黄氏“下气汤”(甘草二钱,半夏三钱,五味子一钱,茯苓三钱,杏仁三钱,贝母二钱,芍药二钱,橘皮二钱),即为清降肺胃所设,而用他自己的话说是“治滞在胸膈右肋者”。黄氏第五代传人麻瑞亭深谙黄氏此理,在黄氏“下气汤”的基础上加减化裁,亦即去敛肺止咳的五味子、清肺化痰的贝母及理气燥湿的橘皮,加活血疏肝的制首乌、牡丹皮,理气化痰的橘红,从而将功专清降肺胃之原方,一举而变为既能右降肺胃,又能左升肝脾的升清降浊之剂。麻瑞亭以之为主方,随证灵活加减,用治绝大部分内伤杂病及疑难重症,屡收出乎意料之神效,享誉大西北。^[3]

案例:患者赵某,男,43岁,2012年11月4日初诊。因患胰腺囊肿,压迫周围神经血管,协和医院要

留其立即切除,患者惧怕手术而求治。刻诊:面色萎黄,神情倦怠,左上腹胀疼,饭后饱胀,纳差饮少,大便溏薄,舌淡胖水滑,边有齿痕,苔白腻,脉沉细。因生意应酬多,经常饮酒过量,加上情志不遂而引发此病。辨为肝郁脾湿,中阳不运,升降失常。治以疏肝健脾,温中行气为法。处方:法半夏10g,姜厚朴10g,莪术10g,桂枝15g,白芍20g,附子30g(先煎30min),炮姜20g,炒白术15g,薤白10g,元胡15g,青皮10g,藿香梗10g,焦槟榔10g。水煎服7剂。12月11日复诊:药后不仅胀疼大减,而且知饥欲食,大便稍调,后来又经过两次调治,仍以原方为主,加减变化不大。4周后再去协和医院做B超复查,结果:胰腺囊肿已明显缩小,压迫神经血管现象也显著改善,部分区域的压迫甚至已消除,令接诊大夫惊奇不已。该患者通过2月余的中药调理,除了囊肿尚未全消之外,其他均已恢复正常。面色红润,舌质淡红,苔薄不腻,均已表明中阳已复,气机升降有序,已基本达到了肝脾左升、肺胃右降之目的。按:此患者有明显的手术指征,西医认为只有手术才是治疗胰腺囊肿的最佳方案,但患者仅服中药1周即见效,1月后复查B超囊肿缩小、压迫减轻。说明胰腺囊肿的形成与体内肝郁脾湿、中阳不运的病理环境有密切关系,只切除囊肿而不改变内环境,乃治标不治本的权宜之计。纵观数次处方,均以健脾调中为主,思路清晰,用药简洁。由于患者有阳虚之候,因此本案中附子的应用也至关重要。若无附子温运脾阳,升降之枢亦难以恢复,水湿瘀浊无法排出,囊肿压迫也就不能消除。

4 重视疏肝理气,治病善调情志

黄元御认为“妇人之病,多在肝脾两经。土湿木郁,生气不达,奇邪淫溢,百病丛生。而阳虚积冷者多,阴虚结热者少,以其燥热在肝胆,湿寒在脾肾,土湿木郁而生表热者十之八九,土燥水亏而生里热者百无一二也。”^{[1]168}在《四圣心源·卷十·妇人解·经脉根原》中,共有桂枝丹皮桃仁汤、桂枝姜苓汤、桂枝姜苓牡蛎汤、姜苓阿胶汤、苓桂丹参汤、归地芍药汤、柴胡地黄汤等7首方。除柴胡地黄汤外,其余6方均用了桂枝,其用意不在解表,而是通经脉、疏肝气。中医素有女子以血为本,以肝为先天之说,肝藏血而主疏泄,对五脏六腑均有一定的调节作用,女子尤其如此。黄氏用桂枝的目的不仅是温通经脉,更是为疏解木气的郁遏,亦即疏肝理气。在黄氏看来温通经脉与疏肝理气之间是有密切关联的,经脉不通,血液不行,是由于肝失疏泄所致。柴胡疏肝理气,人所共知。然观黄氏自拟方每用桂枝替代柴胡,说明桂枝也有类似柴胡的疏肝理气之功,否则黄

氏不会如此组方。证之临床,效果非凡。此乃教科书不传之秘,故治病不必囿于古旧陈说,而要以临床应用为准,也就是必须用临床疗效说话才算数。基于黄氏的论药理念,笔者在临床上也常用桂枝治疗肝郁气滞病症,屡获奇效。

案例:患者东某,女,56岁,2012年4月19日初诊。胃脘胀疼,牵及两胁,暖气泛酸,纳少便调,舌紫暗边有瘀斑,脉弦滑。平素爱生气,一点小事就起急,这次患病亦缘于家庭琐事纠纷,故辨证属肝郁气滞、胃失和降,治以疏肝理气、降逆和胃为法。处方:柴胡10g,桂枝15g,干姜10g,白芍15g,香附10g,紫苏梗10g,瓦楞子15g,甘松10g,青皮10g,莪术10g,生麦芽30g,炙甘草6g。水煎服7剂。4月26日复诊:诸症均明显好转,泛酸已止,胁胀亦舒,仅饭后稍感饱胀,舌脉同前。效不更方,守原方去瓦楞子、甘松,加枳壳10g、莱菔子15g,续进7剂。其后以香砂六君子加减又调理了2周,身体基本康复而停药。按:此类肝气犯胃、肝胃不和的病症亦极为常见,诊断并不难,治以疏肝和胃为法。疏肝解郁一般多倚重柴胡、香附,但黄元御认为桂枝也有疏肝之功,笔者体会阳虚血瘀者尤为适宜。通过这一案例的诊治,不仅验证了黄元御的组方思路,而且加深了对桂枝一药的理解。

5 强调扶阳抑阴,痛斥时俗流弊

“阳主阴从”是《内经》的学术思想,也是当今“扶阳派”(火神派)之渊藪。从人体生理上来讲,各种致病因素均易耗伤阳气,病理上的表现更是以阴盛阳衰为多见。黄氏反复强调“阴易盛而阳易衰”,此乃常理也,在治疗上他也常以“泻水补火,扶阳抑阴”立法。此与丹溪“阳常有余,阴常不足”形成鲜明的反差。丹溪学说的产生自有其特殊的时代背景,因为当时受《和剂局方》的影响,用药多偏于温燥,伤阴耗液的现象比较普遍,所以朱丹溪倡言此说以力挽狂澜,补偏救弊,确有实效。然而,随着时代的发展,生活习惯与饮食结构的改变,疾病谱也在不断发生变化,丹溪之说已很难完全适应临床实际的需要,于是自明代起质疑之声不绝于耳。其中尤以黄氏最为一针见血“阴易盛而阳易衰,故湿气恒长而燥气恒消。阴盛则病,阳绝则死,理之至浅,未尝难知。后世庸愚,补阴助湿,泻火伐阳,病家无不夭枉于滋润,此古今之大祸也!”^{[1]25}虽然言辞激烈,似有冲撞、冒犯之嫌,但验之临床,实乃逆耳忠言,不无道理。笔者曾多次遇到感冒咳嗽的患者,因寒热不辨、虚实不清,服寒凉药而贻误病情,经笔者易手而治,终获痊愈。

案例:患者某,男,64岁,2012年11月6日初

诊。半月前感冒引发,咳嗽痰多,气短喘促,夜寐难安,饮食无味,大便稀软,舌淡水滑苔厚腻,脉细滑。前医按肺热或阴虚先后用枇杷止咳糖浆、养阴清肺口服液等无效,经人介绍求治于余。患者素体阳虚,感冒后所用中西药复伤阳气,致使脾胃运化无力,痰饮内生,壅阻于肺而咳嗽不休。见痰休治痰,不是说不去治痰,而是应该从整体上辨证,痰由脾生,实关乎肾,非脾湿肾寒不成此病。因患者咳痰色黄,常当成肺热误治,但细察之下,质稀易咯,夹杂大量白沫,若非脾虚肺寒断无如此痰涎。立法:温肺健脾,降气化痰。处方:炙麻黄6g,炒苍术12g,法半夏10g,厚朴10g,枳壳10g,杏仁10g,橘红10g,炒薏苡仁20g,莱菔子15g,白芥子6g,紫苏子10g,干姜6g,细辛3g。水煎服7剂。2012年11月13日复诊:药后咳减痰少,呼吸顺畅,纳增便调,但舌苔厚腻未化,守原方加草豆蔻10g、石菖蒲10g再进7剂。三诊:病情继续好转,基本无痰,仅偶咳几声,饮食二便正常,厚苔已褪。遂后仍以健运脾胃、调理气机为主,善后收功。按:咳嗽一病,看似小恙,然失治误治,每转成久咳顽疾,迁延难愈。辨治此病的关键在于明辨寒热虚实,不可一味清肺化痰止咳。只要辨证属阳虚痰湿内盛,即可遵从扶阳抑阴以立法,有痰

则温肺化痰,脾虚则燥湿健脾,并酌加麻、桂、夏、姜,使脾健湿化,痰消咳止而病愈。

综上所述,《四圣心源》是一部蕴含深刻医理的不朽名作,也是黄元御留给后人的宝贵遗产,值得我们认真学习、反复揣摩、细细领悟。半部《论语》治天下,一部《伤寒》得中医。不宗仲景,则岐黄之法不立;不宗黄氏,则仲景之法不明。黄氏以昌明医学为己任,将其渊博的学识融入其医著之中,援经据典,理明义精,疗效甚高诸端,堪资后学师法,则长沙而后,一火薪传,非虚言也!笔者结合临床案例分析,从5个方面解读了黄元御的组方思路,不仅对弘扬黄氏学术有一定的促进作用,而且对提高中医疗效不无启迪与借鉴。

参考文献:

- [1] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙洽熙,校注. 北京:中国中医药出版社,2009.
- [2] 王庆其. 内经选读(新世纪全国高等中医院校规划教材)[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:57.
- [3] 孙洽熙. 麻瑞亭治验集[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:20.

(收稿日期:2013-12-01)

(上接第588页)

- [5] PONTI D, COSTA A, ZAFFARONI N, et al. Isolation and in vitro propagation of tumorigenic breast cancer cells with stem/progenitor cell properties[J]. Cancer Res, 2005, 65(13):5506-5511.
- [6] MANI SA, GUO W, LIAO MJ, et al. The epithelial - mesenchymal transition generates cells with properties of stem cells[J]. Cell, 2008, 133(4):704-715.
- [7] CHAD J C, DON L G, JONATHAN M K. The role of epithelial - mesenchymal transition programming in invasion and metastasis: a clinical perspective[J]. Cancer Management and Research, 2013, 5(7):187-195.
- [8] AKALAY I, JANJI B, HASMIM M, et al. Epithelial - to - mesenchymal transition and autophagy induction in breast carcinoma promote escape from T - cell - mediated lysis[J]. Cancer Res, 2013, 73(8):2418-2427.
- [9] GAL A, SJOBLÖM T, FEDOROVA L, et al. Sustained TGF beta exposure suppresses Smad and non - Smad sig-

nalling in mammary epithelial cells, leading to EMT and inhibition of growth arrest and apoptosis[J]. Oncogene, 2008, 27(9):1218-1230.

- [10] BIN HUANG, YIJUN HUANG, ZHIJUN YAO, et al. Cancer stem cell - like side population cells in clear cell renal cell carcinoma cell line 769P[J]. Plos one, 2013, 8(7):68293.
- [11] MARCO A V, VLADIMIR M P, MICHAEL P L, et al. The role of breast cancer stem cells in metastasis and therapeutic implications[J]. The American Journal of Pathology, 2011, 179(1):2-11.
- [12] CAMPOS M P, HASSAN B J, RIECHELMANN R, et al. Cancer - related fatigue: a practical review[J]. Annals of Oncology, 2011, 22(6):1273-1279.
- [13] KATSENO S, NIKOLOPOULOU M. Gemcitabine - induced severe peripheral edema in a patient with lung cancer[J]. Pharm Pract, 2012, 25(3):393-395.

(收稿日期:2014-03-09)