

蒲辅周临证运用五行辨治经验简析

戴永生 王 伟

(贵阳中医学院, 550002, 贵州贵阳 // 第一作者男, 1943 年生, 教授)

关 键 词: 蒲辅周; 五行辨治; 研究



戴永生教授

蒲辅周号启宇(1888~1975), 四川梓潼人, 当代著名的中医学家。祖父国祯公和父亲显聪公均医术蜚声全蜀, 他生活在这样一个世医之家, 受到了长期的医学濡染和陶冶。15 岁那年, 祖父正式授他中医理论知识, 由浅及深, 先读《医学三字经》和《医学五则》等, 作为入门之阶; 继而学习《内经》《难经》《伤寒论》《金匮要略》等经典医籍, 打下坚实的理论基础。同时, 跟随父辈应诊,

体察临床辨证论治的应用和实践。18 岁时, 按传统习惯, 进行了出师仪式, 祖父殷切告诫说: “医乃仁术, 不仅要有精湛的技能, 而且要有高尚的医德”。他毕生身体力行, 始终不敢稍违庭训。特别值得敬佩的是在梓潼成名之后, 发现自己一次偶然的医疗失误, 他不是文饰过失, 而是从失误中痛感自己基本功尚不扎实, 毅然决定停诊, 闭门读书三年。三年之中, 砺志钻研经典, 虚心请教名家, 废寝忘食, 坚持不懈, 力争达到博学精通和娴熟的境地, 这既体现了他严于律己、虚怀若谷的精神, 又体现了一种科学的治学态度。新中国成立后, 他对中医事业的发展满怀信心, 在年近古稀时, 应我国第一所最高科研学府之请, 于 1955 年离开天府之国, 来到中医研究院, 开展科研、教学和医疗工作。在周恩来总理的关怀下, 给他配备了学生和助手, 他非常振奋, 毫无保留地传授其临床经验和学术思想, 门人都能认真继承, 整理出版了《蒲辅周医案》《蒲辅周医疗经验》和《中医对几种急性传染病的辨证论治》等论著。

蒲辅周先生, 医术超群, 以效称著, 擅治时病杂病, 善疗内妇儿科难疾。究其源在于蒲老辨证时, 既遵循岐黄之术, 又将其融于自己的医疗经验之中, 并记载于《蒲辅周医疗经验》《蒲辅周医案》书中。强调外感时病“必先岁气”而倡五运六气辨证, 对内伤杂病在重视脏腑辨证下, 据《素问·玉机真脏论》中脏腑病机的五行传变规律, 提出脏腑“一有失和就会发生相侮相贼不自然的病态”, 这时可从五行辨证论治。今采掘探究如下:

1 五运六气辨治时病

时病: 泛指一切外感疾病, 也称六气为病。在《蒲辅周医疗经验》《蒲辅周医案》中记载 226 例病案, 时病有 73 例占 32.3%。蒲老对时令运气为病研究有素, 积累了相当多经验, 主张辨证当“必先岁气”, 遵循天候地气规律, 力倡五运六气辨治时病, 其要点有三:

知运气为病规律性 运气学说认为: 一年十二月, 主分 24 节气, 每 4 个节气共 60 天, 各有主气而有风、火、暑、湿、燥、寒六气的盛衰消长。一般来说¹, 从大寒到惊蛰, 是冬尽

春回的初之气, 主行厥阴风木, 多见风温、春温疾病; 治宜辛凉解肌佐辛温透邪。④从春分到立夏, 天气转热为二之气, 主行少阴君火, 多见温热疾病; 在宣透法中稍佐苦寒清热或甘寒生津之品论治。④从小满到小暑, 气候炎热为三之气, 主行少阳相火, 多见暑病; 治宜清解加用益气养阴药物。④从大暑到白露, 是湿热交蒸季节, 为四之气, 主行太阴湿土, 多见湿温病; 在清热利湿治法中当分清比例。④从秋分到立冬, 交肃杀之令而万物干枯, 为五之气, 主行阳明燥金, 多见燥病; 临床在清宣滋润中区分凉燥与温燥论治。④从小雪到小寒, 天气寒冷, 为终之气, 主行太阳寒水, 病多伤寒; 治以辛温透达。

识运气为病复杂性 蒲老指出: 从春分以后至秋分以前共 180 天, 是君火、相火、湿土三气错杂为用时期, 形成热、湿、火三合一的特点, 因而夏秋之间发病重而见症不一, 临证应抓住夏至为界区分两类情况辨治。一是先夏至为病温, 则按温热病辨治。二是后夏至为病暑, 出现热盛于上, 湿迫于下又上蒸的湿热交蒸, 风其中的局面, 人感之患暑病居多。这时应结合时令特点从三方面考虑辨证: 第一夏至后至立秋前多属热盛湿轻的暑温病。第二夏至后三伏天多雨, 易患湿热并重的暑病。第三立秋至秋分前气候干燥少雨而秋阳亢盛, 多燥病为患。

达运气为病特殊性 运气为病也有其特殊性, 在蒲老医著中指出, 1958 年冬天, 本终之气太阳寒水, 却应寒而反温, 儿科患者出现舌红苔黄的冬温病, 治当辛凉透表。1961 年春天为初之气主厥阴风木, 却应温反寒, 儿科患者出现舌淡苔白的寒疫病, 治当芳香辛温解表。在湿热转化上, 一般是湿从热化, 但从运气辨证看也存在热从湿化, 如 1945 年暑天, 成都大雨连绵, 街巷积水, 时近立秋, 小孩多患麻疹发烧而疹点隐伏皮下, 诸医用宣透法无功。蒲老默思二三夜, 恍然有悟, 此乃暑季多雨, 热从湿化, 按湿温治则通阳利湿, 俾湿开热减, 疹毒豁然而出, 热退神清而愈, 此法同道用之皆称满意。其它如 1954 年河北省石家庄出现乙脑辨为暑温, 1955 年北京出现乙脑为湿温, 无不与五运六气辨证施治相关而收效。

2 母子相及辨治

母病及子辨治 《蒲辅周医案》载史某, 证见麻疹出而不顺, 出迟没速, 疹后持续低热不退, 咳嗽伴喘, 颧红下利。辨为疹后损伤胃阳, 致肺中虚冷, 属土不生金。先投甘草干姜汤急复胃阳, 次用四君子汤加干姜温中益气, 终用理中加半夏人参厚朴甘草生姜汤共健脾胃之阳, 以复肺气而治愈。此外, 《名老中医之路》载有蒲老治疗患腺病毒肺炎 3 岁女孩, 用寒凉大伤肺之阳气, 出现喘咳不已, 进而呼吸气弱息微, 体温反高, 冷汗肢凉, 大便泻下清水,

(下转第 849 页)

滋腻壅滞碍脾,亦应防甘温补气助热,特别要慎用温补肾阳之剂,以免促使湿热再度复燃。

3 遣方用药,需全局了然,分类配伍,有条不紊

由于慢性乙型肝炎的基本病理是湿热瘀毒,肝脾不调,因此,治疗当以清化瘀毒,调养肝脾为主要大法,清肝与健脾结合。针对邪正虚实不同及其演变发展,分别施治。

对慢肝初期阶段,湿热瘀毒证,病情活动,病毒复制指标持续阳性,正虚不著者,以清化瘀毒为主,组方选药,重在祛邪,辅以扶正,清热化湿解毒为主,辨证选药;注意辨病与辨证结合,筛选具有抗乙型肝炎病毒,并符合辨证需要,在临床实践有一定疗效的中药进行配方。药用虎杖、平地木、半枝莲、土茯苓各 15~20g,垂盆草 30g,田基黄 15g,败酱草 15g,片姜黄 10g,贯众 10g。虎杖、平地木为主,入血解毒,清热利湿;辅以垂盆草、田基黄、土茯苓清热利湿;佐入败酱草、贯众清热解毒活血;取姜黄活血行气,入肝为使。加減:湿热中阻,加炒黄芩、厚朴;肠腑湿热,加凤尾草、败酱草;湿热在下,加炒苍术、黄柏;湿热发黄加茵陈、黑山栀;热毒偏重,加龙胆草、大青叶;丙氨酸氨基转移酶(ALT)增高加蒲公英;湿浊偏重加煨草果、晚蚕砂;血分瘀热,加白花蛇舌草、制大黄;营血热盛酌加水牛角片、丹皮、紫草;肝郁血瘀加地鳖虫、马鞭草;胁痛配延胡索、广郁金;食欲不振加鸡金、炒谷芽;恶心欲吐加白蔻仁、橘皮;衄血配茜草、白茅根。

对慢性肝炎中后期,病毒复制减轻,而以一系列免疫反应性损害为主,表现为正虚邪恋,虚实夹杂,正气虚弱,邪毒内伏,病势迁延者,一方面扶正解毒,匡正以祛邪;一方面清化湿热瘀毒,祛邪以复正。将扶正与解毒两法复合应用,相反以相成。基本方药用:太子参 12g,焦白术 10g,茯苓 10g,枸杞子 10g,黄精 10g,虎杖 15g,土茯苓 20g,半枝莲 15g,丹参 10g。药用太子参、白术、茯苓补气健脾渗湿;辅以杞子、黄精平补肝肾;佐以虎杖、土茯苓、半枝莲凉血解毒利湿;取丹参为使,入血凉血活血。若肝血虚加当归、白芍;肝肾阴虚酌加桑椹子、炙女贞子、制首乌;丙氨酸氨基转移酶(ALT)高者加五味子(杵);阴虚有热加大生地、石斛;脾虚酌加党参、黄芪;肾虚加仙灵脾、菟丝子。肝郁气滞加柴胡、香附;化火加山栀、丹皮;血瘀加桃仁、穿山甲;湿困加苍术、厚朴;热蕴加茵陈、蒲公英。

4 药到病挫,需知常达变,不断总结,善于创新

对中医治疗慢性肝炎时出现转氨酶复跳的现象,金老师早有认识。在临床中发现,在治疗慢性乙型肝炎过程中,有少数患者存在转氨酶升高反跳现象,金老师不苟同“细胞免疫功能得到激发”的观点,因为在黄疸明显,转氨酶升高时处方得

当者会出现明显的降酶效应,认为不应排除一种或多种中药的毒副反应的可能。中药的毒副反应近年已为临床医家重视,尤其在肝病的治疗过程中,由于用药配伍盲目或杂乱,一些病例在服用中药后症状加重,甚至重新出现黄疸,此时出现转氨酶大幅度升高,与中药的毒副反应有关。特别是大方药味过多,超过患者的耐受程度时,更会加重了肝药酶系统的负担,甚至使肝细胞受损。而出现上述情况。文献报道^[1],转氨酶升高时,AST/ALT 的比值可供借鉴。如 AST/ALT 的比值 <1,而且 PT/PA 并没有明显恶化,这种情况应考虑是免疫激发;假使 AST/ALT 比值 >1,γ-GT 也同时升高,并伴有急性或亚急性的神经精神症状和较重的消化道症状等,就应考虑中毒和合并重型肝炎的可能。金老师根据临床观察验证,同意上述观点,认为对临床病情复杂患者,其虚实兼夹,而又不耐峻攻,用药如兼顾则处方中药味过多,非但扶正不足,更会加重肝损。故金老师以扶正为先,以调整其免疫功能,待正气徐复,再渐加强攻邪。从而可避免转氨酶的反跳。

对残留黄疸的治疗金老师亦深有体会,由于慢性肝炎,肝硬化患者的肝细胞功能严重受损,非结合胆红素转化为结合胆红素的能力不足,加上随着慢性肝炎及肝硬化病情发展,纤维组织增生,正常的肝小叶结构破坏,假小叶形成,使肝细胞内毛细胆管、小胆管的结构破坏,胆汁在肝内郁积,高胆红素血症持续不退。金老师总结经验,在临床上多次试用茵陈蒿汤加蟾酥为基本方应用,其中由于茵陈蒿汤为阳黄而设,应用时宜活用,重用茵陈,少用栀子,因残留黄疸者病程长,皮肤多萎黄,少泽或晦暗,伴明显乏力,腹胀纳差等临床表现,当属阴黄,“阴主晦,治在脾”(《临证指南医案·疸》)。现代药理证实,茵陈蒿汤有利胆及促进肝细胞再生作用。

对早期肝纤维化肝硬化的治疗,金老师认为首先要确定病期,才能心中了解,此期需借助于现代医学的影像学及生化诊断,当然论治离不开辨证,为了解决肝细胞的功能减退,可选择经临床和实验研究证实具有良好的抗肝纤维化、保护和修复肝细胞、改善肝细胞功能作用的中药组成,如柴胡、赤芍、丹参、穿山甲、鳖甲、黄芪、白术、枳壳、甘草等辨证加減,可以健脾益气、软坚化瘀。此方需耐心久服,冀其软化肝脏,逆转纤维化进程。治疗效果与病之深浅成正比。因此,早期发现,早期治疗最为重要。应该注意的是,精神负担对患者的影响较大,调整病人的心理状态,配合治疗很有必要。其它饮食营养及节制房事也是十分重要的。

参考文献

[1] 陈立华. 乙型肝炎治疗中的重点及其对策[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(1): 4

(上接第 841 页)

脉象细微,舌淡苔薄白。辨为胃阳大伤肺冷寒生,属土不生金,投甘草干姜汤急复胃阳以救肺阳,患儿转危为安。

子病犯母辨治 肝火下劫肾阴眩晕案在《蒲辅周医案》中。刘某,因情志过急,肝胆火旺致肾水不足,复感风邪致风火相煽,证见头痛、目眩、心烦、尿黄,脉弦细无力,辨为肝火旺致肾水不足,先以汤折肝火,后用滋阴养肾的丸药缓平。反复发作的口疮,蒲老辨为土虚火浮。例如《蒲辅周医案》中记载周某,证见口腔粘膜、舌、牙龈多处出现溃疡,时发时止,

平素喜热饮,大便稀溏,脉象两寸弱,关弦大,尺沉细,舌质红苔黄腻,此乃关弦大、大便稀为脾土虚,口疮,寸尺沉弱为虚火上浮,证属土虚火浮口疮,投补土伏火的封髓丹(炙甘草 6g,黄柏 3g,砂仁 3g,炒白术 3g,党参 3g,大枣 4 个)服用数剂而愈。

3 五行乘侮辨治

相乘辨治 《蒲辅周医疗经验》书中指出:一般小儿麻疹出现咳嗽,多为风邪郁肺;若“疹已出透而咳嗽甚者,是肺金为火灼”的不及相乘为病。

(下转第 854 页)

5 气逆宜于顺气降逆法

治法立论：猝中之病，火升痰升，喘促不止，皆气逆之为患也。根据《素问·调经论》所谓“气血并走于上，则为大厥”之理，故治此者，必以降其逆气为务急，若不顺其气，则血无降之理，痰无平定之时，肝阳无潜藏之法。（《中风辨论·散论·论气逆宜于顺降》）。

上述潜阳镇逆，摄纳肝肾和化痰开泄等法中，均已包含顺气法。

遣方用药：古方中二陈、温胆之属，是消痰降逆辅助之品；又有乌药顺气散，八味顺气散、匀气散等。

6 心液肝阴宜于育阴养血法

治法立论：猝中之患，其标皆肝阳之暴动，其本即血液之不充。因肝之秉性刚而易动，必赖阴血以涵濡……。所以治肝之法，急则定其标，固以镇摄潜阳为先务，而缓则培其本，必以育阴养血为良图。惟真阴之盛衰系于肾，而血液之枯菀系于心。且肝肾同源，在滋养肝阴时，必生心之血^[8]。

遣方用药：养心之正药不过枣仁、淮麦、柏子仁、茯神之类，其余则清热化痰，去除病邪，即安其正气，宁神益智，无助痰之患，有养正之功，可与潜镇抑降法并进。肝阳恣扰之时多挟痰浊，必不能早投补肾厚腻之药，“凡气火升浮，化风上激扰乱神经，经常肝肾阴虚，浮阳陡动，必以滋养肝肾真阴，为善后必需之要”^[9]，滋养肝阴可选用滋水清肝饮、一贯煎等方。

7 肾阳渐宜于滋填肾水法

治法立论：肝阳之病，肝为标而肾为本，苟非肾水不允，则肝气亦必不横逆。正如河间所说“肾水虚衰，不能制火者”，故养水滋肾一法，是治肝阳必不可少，惟肾阴之虚，积之有素驯至木失水养而为暴动^[10]，治疗须分清缓急次序，惟在潜降摄纳之后，气火既平，痰浊不塞乃可徐图滋养以为因护根茎。

遣方用药：方选一贯煎，滋营养液膏、心脾双补丸。

张氏告诫：当痰塞咽喉，气填中州之时，应慎用滋肾粘腻之品。

8 通经宣络法

治法立论：猝暴昏仆，多兼手足不仁，半身不遂或刺痛痿痹，其平居无病而忽然不用者，皆是气血上菀，脑神经被其扰乱而失功用……惟在数日之后，其势少息，其气少和，而肢体之瘫痪如故，经络隧道之中，已为痰浊壅塞，气机已滞，血脉不灵，可用此法^[11]，张氏又云：“内风暴仆而忽然肢体不遂，经络掣痛，皆气血上菀，脑神经忽然不用之病，此非通经宣络，活血疏风之药所可妄治者……惟在旬月之后，大势已平，而肢节之不用如故……大率皆为此设法，则通络行经”^[12]。

遣方用药：在运用活血通络法时仅可施之于尚旬月之间隧道窒塞，犹未太甚或尚有疏通之望。可选用古方独活寄生

汤、白敛薏苡汤、桑枝煎、张文仲疗一切风方、三痹汤、虎骨四斤丸、续骨丹、大活络丹以及药酒，如菊花酒、史国公酒、天麻酒等。

禁忌：暴病之初，治其肢节则走窜行经，反扰动其气火，激之上升，有大害无小效，故禁用此法。

结语：张寿颐《中风辨论》所列内风治疗八法，有其独到见解，反映了近代中风证治研究的较高水平。自寿颐八法问世之后，医家各有偏重和发挥，创立三法、四法、七法、八法、十法、十二法、十三法等。其中以活血化痰法、益气活血法、平肝潜阳法、化痰通腑法、扶正固脱法、醒神开窍法等最为常用。近年总的趋势是从祛风化痰法，平肝息风法向活血化痰法发展^[13]。

然《中风辨论》亦有欠妥之处，如张氏指责王清任之补阳还五汤为“抱薪救火”，实际上王清任很具求实精神，补阳还五汤治疗气虚血瘀所致中风后遗症疗效颇佳。张氏还将肢体与手足不仁，半身不遂混为一谈，似有混淆痹证与中风之嫌。中风病与痹证虽均可出现手足麻木、肌肤不仁，或肢体强痉、屈伸不利导致功能障碍症状。但二者在病因病机、临床表现上有所不同。痹证一般起病缓慢，进行性加重。其病因病机乃风、寒、湿、热之邪，乘虚袭人体，可引起气血运行不畅，经络阻滞；或痰浊瘀血，阻于经隧，深入关节筋脉，阻滞不通所致。临床表现以肢体、关节的疼痛、酸楚、麻木、重着以及活动障碍等症状为主，无半身不遂，口眼斜及神志的改变^[14]。

中风病起病急剧，变化迅速，多伴有神志改变，半身不遂等症状，临床上二者并不难鉴别。

参考文献

[1]张寿颐. 中风辨论[M]. 第一版, 上海: 科技卫生出版社, 1958: 93(以下引文皆为此书).

[2]同上. 卷三·天关之方: 113

[3]同上. 卷二·论闭证宜开: 94

[4]同上. 卷二·论脱证宜固: 99

[5]同上. 卷三·潜阳摄纳方: 125

[6]同上. 卷二·论肝阳宜于潜镇: 102

[7]同上. 卷二·论痰涎宜于开泄: 105

[8]同上. 卷二·论心液肝阴宜于培养: 107

[9]同上. 卷三·滋养之方: 165

[10]同上. 卷二·论肾阴渐宜滋填: 108

[11]同上. 卷二·论通经宣络: 109

[12]同上. 卷三·通络之方: 170

[13]杨金生. 中风病防治研究[M]. 第1版, 北京: 中医古籍出版社, 1999: 240

[14]张红星, 等. 中风病的中医治疗与康复指南[M]. 第1版, 北京: 中国中医药出版社, 1998: 18

(上接第849页)

治以清润的清金宁嗽汤:(瓜蒌仁、浙贝母、橘红、前胡、杏仁、甘草、桑皮、黄连、桔梗、生姜、红枣)此外, 肺病是痰壅血瘀, 金实而受火克的太过相乘为病, 脓未成用涤痰法, 脓已成用千金苇茎汤治疗。

相侮辨治 《蒲辅周医案》记载某患儿病腺病毒肺炎日

久, 肺气已虚而津液被劫, 右寸脉数急有力, 左关脉反弦数有力, 辨为金虚木侮, 肝风欲动, 投生脉剂益气生津, 以达养肺金平肝木。

此外, 《蒲辅周研究》一书中论及传染性肝炎治疗要土温则肝木发荣的五行治则, 实寓倒生克之理。为后世研究蒲辅周学术思想提供了充分的理论与实践依据。