

出现代偿性藏泻,脏腑经络失去濡养,神魂不充,气机不展,患者出现情绪低落、悲伤乏力;在月经刚结束,五脏阴血亏虚最为明显,阴虚不能含阳,虚火上炎,扰动心肝,表现出短暂的“有余”之象,则出现喜笑不休,发为躁狂或轻躁狂。“水库”职能受损,“水”泻不利,瘀血内阻,则伴见月经量少、舌暗、有血块、舌下脉络曲张。针对上述病机特征,临床治疗应以“滋阴养血安神”为主。值得注意的是,患者病程虽已近一年之久,且症状规律、反复发作,但是考虑到患者年龄尚幼,肾气偏弱,遣方用药时仍要考虑顾护稚嫩之体,一方面选药上要谨慎使用血肉有情之品,防止其味厚、腻滞,伤及脾胃;另一方面用药剂量有别于成人,当更加轻灵为要。选药以熟地黄、山药、当归、白芍、墨旱莲、山萸肉补血养阴;桃仁、红花、怀牛膝活血化瘀;炒栀子、淡豆豉、黄芩来清心泻热;炒酸枣仁安神养血;以神曲助脾健运,防药物滋腻碍胃。二诊时,抑郁发作虽已减轻,但脉仍沉细,其他症状改善不明显,考虑阴血恢复缓慢,继服原方,另加竹茹以清热除烦;郁金活血通络;莲子心清心除烦;三诊时患者已无躁狂发作,脉有滑象提示

血液有渐复之象,再加女贞子补肾养血,远志安神解郁。患者服此方未有不效,继服半年而收功。

小结

柴老从医60余年,善于以简单朴素的言语描述疾病病机。柴老借水库比喻冲任血海,在解释月经周期性精神病中,认为其病因病机与“阴血亏虚,藏神不安”有关,提出“滋阴养血安神”的重要治则,取得一定的临床疗效,丰富了月经周期性精神病的中医理论,笔者随诊数年深受启发,仅以此文略谈体会,希望能为月经周期性精神病的中医辨治提供新的思路。

参考文献

- [1] 郭泉清,黄祝玲.妇产科手册.2版.上海:上海科学技术出版社,1988:79
- [2] 刘萍萍.周期性精神病.中国医药指南,2011,9(21):55-57
- [3] 据以恕,吴桂昌,黄恩,等.活血化瘀法治疗周期性发作精神病.浙江中西医结合杂志,2000(6):51
- [4] 滕秀香,濮凌云.柴松岩“二阳致病”学术思想及临床经验解析.中医药信息,2015,32(1):65-66
- [5] 黄玉华,柴松岩.柴松岩的妇科“三论”.中国中医药信息杂志,2010,17(12):95,109

(收稿日期:2021年6月4日)

· 临证经验 ·

国医大师吕仁和辨治“八郁”经验

洪晓哲, 穆岩, 刘江腾, 张楷童, 赵予, 赵进喜

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

摘要:《黄帝内经》曾论及“五郁”,《丹溪心法》又提出“六郁”,内涵不同。国医大师吕仁和教授提出在“六郁”之外,仍当补充“水郁”“饮郁”,共为“八郁”。指出“八郁”的临床表现虽各不相同,但各种郁证可互相影响,互相转化。提出临证应在辨明所属何郁的基础上,同时治疗多种郁证,重视理气、活血、利水治法,标本同治,邪正两顾,方能取得较好疗效。

关键词: 郁; 八郁; 吕仁和; 经验; 国医大师

基金资助: 国家重点研发计划(No.2018YFC1704100), 名老中医经验挖掘与传承的方法学体系和范式研究(No.2018YFC1704101)

Experience of TCM master LYU Ren-he in discriminating and treating ‘eight stagnation’ syndrome

FU Xiao-zhe, MU Yan, LIU Jiang-teng, ZHANG Kai-tong, ZHAO Yu, ZHAO Jin-xi

(Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

通信作者: 赵进喜, 北京市东城区海运仓5号北京中医药大学东直门医院肾病内分泌二科, 邮编: 100700, 电话: 010-84422726

E-mail: zhaojinxim@126.com

Abstract: The concept of stagnation in traditional Chinese medicine originated from the ‘five stagnation’ theory in *Huangdi Neijing*, and the ‘six stagnation’ theory was put forward in *Danxi Xinfu*. TCM master LYU Ren-he put forward that ‘water stagnation’ and ‘fluid stagnation’ should be added to the concept of ‘six stagnation’ of ZHU Dan-xi, which are the ‘eight stagnation’ syndrome. Although the clinical manifestations of ‘eight stagnation’ are different, various stagnation syndromes can influence and transform each other. It is also pointed out that the clinical effects should be based on the identification of which stagnation they belong to, attaching importance to the treatment of both the healthy qi and the pathogenic qi, symptom and the root at the same time

Key words: Stagnation; Eight stagnation; LYU Ren-he; Experience; TCM master

Funding: National Key R&D Program of China (No.2018YFC1704100), Research on the Methodology System and Paradigm of the Experience Mining and Inheritance of Famous Traditional Chinese Medicine (No.2018YFC1704101)

“郁”之为病,最早可见于《素问·六元正纪大论》,曾提出“五郁”的临床表现及其治法,其后历代医家多有发挥。国医大师吕仁和教授在继承《黄帝内经》(以下简称《内经》)“五郁”、朱丹溪“六郁”的基础上,结合临床经验,补充了“水郁”“饮郁”,合称为“八郁”。同时,明确了“八郁”证的临床表现及治法方药,很有临床价值。笔者总结吕仁和教授经验,现报道如下。

“郁”与“八郁”的内涵

“郁”之为病,最早可见于《内经》^[1-2]。《素问·六元正纪大论》提出了“五郁”的观点,即“木郁”“火郁”“土郁”“金郁”“水郁”,认为“郁”为运气异常,五行失衡所致,并提出了“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”的治疗大法。元代朱丹溪在《丹溪心法·六郁》中提出了气、血、湿、痰、食、火“六郁”,指出其临床表现为“气郁者,胸胁痛,脉沉涩;湿郁者,周身走痛,或关节痛,遇寒则发,脉沉细;痰郁者,动则喘,寸口脉沉滑;热郁者,瞀闷,小便赤,脉沉数;血郁者,四肢无力,能食便红,脉沉;食郁者,噎酸,腹饱不能食,人迎脉平和,气口脉繁盛”,并立方越鞠丸以治疗“六郁”。当代中医学之“郁”多为“郁证”的简称,为七情不畅所致的气机郁滞之证,以情志抑郁不舒为主要表现,为狭义的“郁”;而广义的“郁”,则是由于外感、内伤、七情等多种因素导致的邪气郁滞的证候表现^[3]。《丹溪心法》曰:“郁者,结聚而不得发越也”,与狭义的“郁”有关;《医贯》曰:“《内经》五郁,为运气之气所乘而致郁。不必作忧郁之郁”,指出《内经》“五郁”当属广义的“郁”。

吕仁和教授传承《内经》,认为广义的“郁”可导致多种疾病;王安道《医经溯洄集·五郁论》也指出:“凡病之起也,多由乎郁”。但传统的“五郁”“六郁”之说,尚不足以解决目前复杂的临床问题。临床观察发现,除气、血、湿、痰、食、火等邪可停留体内,留滞不化外,水邪、饮邪也常停于体内,阻滞

气、血、津液的运行,形成“郁”。因此,吕仁和教授在《内经》“五郁”、朱丹溪“六郁”的基础上,提出了“八郁”^[4],即于“六郁”之外,又补充了“水郁”“饮郁”,合称“八郁”。“水郁”出自《内经》,本为运气之说,为水运不及或土运太过所致,治当“水郁折之”^[5]。近代刘渡舟教授总结《伤寒论》“水郁”的证治^[6],认为“水郁”以小便不利为主要表现,治疗当用桂枝去桂加茯苓白术汤加减。吕仁和教授认为,“水郁”的临床表现可见眼睑头面浮肿,或见下肢浮肿,若病情较重,也可见腹部乃至全身浮肿等,具有“水走全身”的特点。现代医学急性慢性肾炎、肾病综合征、慢性肾功能不全等具有水肿表现者,常属于“水郁”范畴。“饮郁”起于《金匮要略》,为肺脾肾功能失调,水液输布失常,停于局部所致,水饮可留于胃肠、胸胁、四肢、胸肺等处,而成痰饮、悬饮、溢饮、支饮。现代医学胃肠功能紊乱、梅尼埃病、渗出性胸膜炎、慢性心功能不全等具有水饮停聚于局部的症状者,常属于“饮郁”范畴。

“八郁”的辨治

1. “八郁”治法,各有特色

1.1 气郁 肝主疏泄,脾胃为气机升降之枢,调气多从肝与脾胃着手。若为肝气郁滞,症见胸胁少腹胀痛、善太息等症,常用四逆散加减治疗;若为脾胃气滞,症见腹胀痞闷、纳呆食少等,可加香椽、佛手、香附、紫苏梗等药;若为胃肠气滞,症见大便不畅、腹胀等症,可加炒莱菔子、大黄等药;若为少腹气滞,症见少腹胀满疼痛等症,可加香附、乌药等药。

1.2 血郁 血郁证候常表现为面色晦暗,病位刺痛,舌质暗,有瘀点等症,常用当归、川芎、丹参、桃仁、红花等药活血舒郁。若血郁头窍,症见头痛、失眠、耳鸣等,可用通窍活血汤加减;若血郁胸中,症见胸闷胸痛、心悸失眠者,可用血府逐瘀汤加减;若血郁四肢,症见肢体刺痛者,可用身痛逐瘀汤加减;若下焦血郁,症见失眠健忘、神志异常、颜面瘀斑、左侧少腹压痛、大便偏干者,可用桃核承气汤加减。而

对于病程较久,久病入络,存在“微型癥瘕”形成病机^[7],症见面色黧黑、肌肤甲错者,可用鬼箭羽、水红花子等药活血消癥,或以地龙、土鳖虫、水蛭等虫类药活血通络。

1.3 火郁 火郁于上者,治疗当遵《内经》“火郁发之”法,应用发散郁火之药,使火邪从上而解,药如柴胡、薄荷、连翘等;火郁于中焦或下焦,治当清泻火邪,常用苦寒之药清泻郁火,药如黄芩、黄连、栀子等;或以清利之药,使火邪从小便而出,药如竹叶、通草等。若少阳火郁,症见口苦、咽干、目眩者,可用小柴胡汤加减;若肝胃郁热,症见胁肋胀痛、胃脘灼痛、反酸烧心者,可用化肝煎加减。

1.4 食郁 食郁者,治当消食导滞。若为食郁胃脘,症见脘腹胀满、噎腐吞酸、恶心呕吐者,可用保和丸加减;若食郁肠腑,症见噎腐吞酸、脘腹胀满、腹痛泄泻、大便臭秽黏滞,或大便不畅乃至秘结者,可用枳实导滞丸加减,若食郁较甚,可合用承气汤类方。

1.5 痰郁 痰郁于肺,症见咽中有痰、咳嗽等,治疗常用前胡、浙贝母、桔梗等药;若痰郁于头目,症见头晕、失眠等症者,治疗常用陈皮、半夏、天麻等药。

1.6 湿郁 若湿郁于上,症见身体沉重疼痛、头晕、恶寒等,可用藿朴夏苓汤加减;若湿郁中焦,症见纳差恶心、口中黏腻、腹胀便溏等,可用平胃散加减;若湿郁下焦,症见腰腿沉重酸痛、大便黏滞或溏稀、小便涩痛者,可用四妙丸加减。

1.7 水郁 若水郁于上,症见头面浮肿者,可治以发散,药可用荆芥、防风、羌活、白芷、连翘、银花、黄芩等;若水郁于下,症见下肢浮肿者,可治以通利,药可用猪苓、茯苓、车前子、薏苡仁、玉米须等药;若内生浊毒,症见恶心呕吐、口中异味、皮肤瘙痒、或神志不清者,可用土茯苓、白花蛇舌草等清热泄浊解毒。

1.8 饮郁 饮郁治疗可根据饮停部位,针对性地选用发汗、分利、攻逐等法。具体而言,若饮郁胃脘,症见腹胀、纳差、肠鸣沥沥有声者,属痰饮,可用苓桂术甘汤加减,或加用泽兰、厚朴、陈皮、法半夏等药;若饮郁胸胁,症见胸闷、咳嗽、气短、胁肋部疼痛者,属悬饮,可用椒目瓜蒌汤加减,或加用葶苈子、桑白皮、柴胡、枳壳等药;若饮郁胸肺,症见胸闷心悸、气喘不能平卧、心下痞坚、面色黧黑者,属支饮,可用木防己汤加减,若运动后气喘加重者,可加黄芪、知母、升麻、柴胡等药益气升陷;若郁于四肢,症见肢体沉重疼痛、恶寒无汗者,属溢饮,可用大青龙汤、小青龙汤加减。同时,饮为阴邪,治疗当重视温阳

化饮之法,常于方中加用辛温药物,如附子、桂枝、椒目等。

2. “八郁”治法,理气为先 “八郁”证的临床表现各有特点,临床诊治需要辨明所属何郁,针对其证候遣方用药。但对于病程较长、病机较为复杂的疾病,常可多种郁证同时出现。《丹溪心法·六郁》曰:

“气血冲和,万病不生。一有拂郁,诸病生焉”,指出“气郁”是诸“郁”产生的重要病因。“气有余便是火”,气郁化热,则可变生火郁;脾胃气机不畅,胃肠通降失司,水谷不能下行,也可出现食郁;气郁不能推动血行,则可出现血郁;气机不畅,则水液停聚,痰、饮、水、湿不化,则可见痰郁、饮郁、水郁、湿郁,正如《金匱悬解》所言:“以气为水母,气行则水行,气郁则水郁也”。此外,诸郁停聚日久,影响血分,则可见血郁;痰、饮、水、湿、血、食等病理产物停聚,阻滞气机,则可形成气郁;郁而化热,又可出现火郁之候。诸“郁”具有易相互夹杂、相互转化的特点,临床应重视同时治疗多种郁证,尤其当重视理气解郁治法。《丹溪心法》名方越鞠丸,即为6种郁证同治之方,以香附为君理气解郁,兼以他药清热消食,化痰活血,对于以气郁为主的多种郁证,可取得较好的疗效。食郁兼见气滞者,可用保和丸,除消食化积之外,又以莱菔子、陈皮行气消食,连翘清解郁热,茯苓、法半夏化痰除湿;血郁兼气滞者,可用血府逐瘀汤,应用柴胡、枳壳、桔梗等药物理气以助血行;水郁兼气滞者,可用导水茯苓汤,在利水的同时仍配以苏叶行上焦之气,砂仁、木香行中焦之气,大腹皮、槟榔行下焦之气,以求通利三焦气机,而水郁亦除之效;痰郁兼气滞者,可用半夏厚朴汤,以半夏、茯苓、生姜化痰,而又以厚朴、紫苏叶等药理气;湿郁兼气滞者,可用三仁汤,以杏仁、厚朴等药理三焦气机以化湿。在气郁之外,血郁、水郁也常可与诸郁兼夹出现。患病日久,气郁不能行血,痰、饮、水、湿、食等邪阻滞,均可影响及血分,而成血郁,因而常于诸药之中,加用赤芍、牡丹皮等药。若水郁影响及血分,而兼血郁者,治当活血利水,常用泽兰、水红花子等药,或以当归芍药散加减。

3. “八郁”治法,扶正为本 “八郁”为邪气停留体内,留滞不化所致,其病性多为实证。但若患者素体正气不足,或久病伤正,“虚气留滞”,气虚无力推动气血津液的运行,从而导致气滞、血瘀、食积、湿阻、水停等证候,形成“八郁”。若阴液不足,脉络失于充盈,气血不畅,亦可导致“血郁”。若阳虚失于温煦,不能温化津液,也可导致痰、湿、水、饮停聚,变

生多证。因此,治疗仍需重视兼顾标本虚实,当于祛邪之中寓扶正之法,不可妄行攻下,否则更伤正气,难以取效。若患者气血两虚,吕仁和教授常用当归补血汤加味治疗,以黄芪补益脾胃元气,当归补血而又兼活血之功,从而补虚而不留滞,气足则邪去。或用吕仁和教授经验方“红太灵丹”^[8],即红景天、太子参、灵芝、丹参,以红景天、灵芝、太子参益气养血、养心安神,丹参活血补血,从而起到补虚泻实、标本兼顾之效。

验案举隅

患者某,男,61岁。2015年3月28日初诊,主诉:血糖升高29年,肌酐升高3年。现病史:患者2012年体检时发现血肌酐 $130\text{ }\mu\text{mol/L}$,未予治疗。2015年1月23日查血肌酐 $270.50\text{ }\mu\text{mol/L}$,后发现双腿乏力及水肿,于当地服用“金匮肾气丸”“金水宝”“肾毒清”及中药汤剂(具体不详)后症状好转,但血肌酐增至 $325.10\text{ }\mu\text{mol/L}$ 。现血糖控制在空腹血糖 $6\sim 7\text{ mmol/L}$,餐后血糖 $8\sim 10\text{ mmol/L}$,糖化血红蛋白 6% 左右。2天前因进食不慎,出现呕吐腹泻,诊断为急性胃肠炎,输液治疗后现已痊愈。刻下:双下肢水肿,腰膝酸软,乏力气短,下肢怕凉,口苦咽干,偶有腿脚抽筋,无腹胀,无恶心,无手足麻木,纳可,眠差,小便泡沫多,夜尿2次,大便每日1次,不干。舌淡,苔薄白,脉弦滑结代。西医诊断:糖尿病肾病IV期,高血压III级(极高危组),糖尿病视网膜病变,室性早搏(频发);中医诊断:消渴病肾病(气滞血瘀水停,兼见气虚)。治法:理气,活血,利水,益气。方药:太子参30g,丹参30g,赤芍30g,牡丹皮30g,猪苓30g,茯苓30g,泽兰15g,枳实15g,鸡内金10g,川牛膝30g。14剂,水煎服,每日1剂,分两次口服。

二诊(2015年4月11日):患者诉乏力较前有所缓解,无眼睑及双下肢水肿,手足不凉,无口干口苦,无腿脚抽筋,睡眠改善,无胸闷气短,无恶心呕吐,纳可,大便调,小便色淡,有泡沫,夜尿0~1次,舌淡暗,苔薄白,脉弦。辅助检查:空腹血糖: 6.58 mmol/L ,餐后血糖 8 mmol/L ,血压: $120\sim 140/80\sim 90\text{ mmHg}$ ($1\text{ mmHg}\approx 0.133\text{ kPa}$),2015年4月6日查生化:血肌酐 $322.6\text{ }\mu\text{mol/L}$,尿素氮 12.73 mmol/L 。上方加紫苏梗10g、香橼10g、佛手10g、川芎10g、熟大黄10g,丹参增至60g。14剂,煎服法同前。

其后守方加减治疗,2016年1月30日复诊,血糖控制可,血肌酐降至 $283.20\text{ }\mu\text{mol/L}$ 。

按:患者糖尿病肾病IV期,双下肢水肿,中医诊断为“消渴病肾病”,属“八郁”中的“水郁”范畴,治当通利,故以猪苓、茯苓、泽兰利水消肿。而水液内停常能阻滞气机,兼见“气郁”,且考虑患者曾出现腹泻、呕吐,故以枳实行气和胃利水,鸡内金和胃消食。病程较长,久病入络,瘀血结于肾之络脉,形成“微型癥瘕”,则可见舌暗等“血郁”征象,故以丹参、牡丹皮、赤芍等药以除“血郁”。此外,患者乏力气短,腰膝酸软,又为气虚之象,故以太子参益气,川牛膝强腰膝而引血下行,有助于推动气血运行,而“气郁”“血郁”“水郁”亦去。取效之后,守方治疗,二诊再加苏梗、香橼、佛手理气和胃,川芎、丹参活血舒郁,熟大黄通腑泄浊。诸郁同治,取得较好疗效。

小结

吕仁和教授在朱丹溪气、血、湿、痰、食、火“六郁”的基础上,补充了“水郁”“饮郁”,提出了“八郁”。认为“八郁”可互相影响、互相转化,在复杂疾病中常可同时出现,强调在辨明所属何郁的基础上,当多郁同治。并提出了独具特色的治法方药,有助于提高临床疗效。

参考文献

- [1] 董娴,段逸山,高驰.释“郁”.中华中医药杂志,2018,33(2):462-465
- [2] 王婧斐,高嘉骏.中医“郁”概念探析.中华中医药杂志,2020,35(11):5421-5423
- [3] 王文凯,张贺,刘景亮,等.郁证病名的古代文献考辨.江苏中医药,2019,51(10):76-79
- [4] 郭永红,李晓翠,周静鑫,等.吕仁和治疗慢性肾脏病“八郁证”的用药经验.北京中医药,2012,31(2):93-95
- [5] 许生,黄笛,夏娟娟,等.基于“水郁折之”探析《伤寒论》水郁治法.中医学报,2020,35(7):1408-1411
- [6] 刘渡舟.试论《伤寒论》的水火痰郁证治——兼驳吴谦对28条去桂改为去芍之非.国医论坛,1986(1):3-5
- [7] 丁英钧,肖永华,傅强,等.糖尿病肾病“微型癥瘕”病理假说解析.中华中医药杂志,2009,24(1):27-30
- [8] 石晓琪,王辰光,王世东,等.从“六对论治”谈国医大师吕仁和运用灵芝经验.环球中医药,2020,13(3):450-452

(收稿日期:2021年7月7日)