

吴荣祖教授治疗阳虚型郁证经验撷菁

姚伟¹ 武鸿翔² 吴荣祖³

1 玉溪师范学院 2 昆明医科大学 3 昆明市中医医院

DOI:10.12238/fcmr.v6i4.11030

[摘要] 郁证多由情志抑郁,思虑过度,精神压力等致七情所伤,严重影响患者的工作效率和正常生活、学习质量,最终导致精神和心理障碍的发生,甚至出现消极自杀或攻击伤害行为,其临床具有反复发作、病程周期长的特征,其病因病机的复杂性表现,给临床诊疗工作带来了一定的挑战。吴荣祖主任是云南吴氏温阳学派的代表性传人,治疗郁证疗效显著,现选取验案2例,以说明吴氏医学在治疗郁证时阴阳辨证的方法和用药特点。

[关键词] 中医; 扶阳派; 火神派; 郁证; 吴荣祖

中图分类号: R197.4 文献标识码: A

Prof. Wu Rongzu's clinical experience in treating Yang deficiency syndrome of depression

Wei Yao¹ Hongxiang Wu² Rongzu Wu³

1 Yuxi Normal University 2 Kunming Medical University 3 Kunming Hospital of Chinese Medicine

[Abstract] Depression syndrome is mostly caused by emotional depression, excessive thinking, mental pressure, etc., which seriously affects the work efficiency of patients and the quality of normal life and learning, and eventually leads to the occurrence of mental and psychological disorders, and even passive suicide or aggressive injury behavior. The clinical characteristics of depression are repeated attacks, long duration of disease cycle, and complex manifestations of its etiology and pathogenesis. It brings some challenges to clinical diagnosis and treatment. Professor Wu Rongzu is a representative descendant of Wenyang School of Wu family in Yunnan province. He has remarkable curative effect in the treatment of depression syndrome. 4 cases are selected to illustrate the methods and characteristics of Yin and Yang syndrome differentiation in the treatment of depression syndrome.

[Key words] traditional Chinese medicine; fuyang faction; vulcan; depression syndrome; Wu Rongzu

前言

“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉,故人身诸病,多生于郁。郁者,结聚而不得发越也。当升者不得升,当降者不得降,当变化者不得变化也,此为传化失常,六郁之病见矣”。朱丹溪从病因的角度将郁证分为气郁、血郁、食郁、火郁、痰郁、湿郁;而人体之气贵在通畅调达,气机和畅是正常生理活动的前提,气机不利则产生多种病症,因此历代医家皆认为气机郁滞是郁证发病的首要因素。

郁证多由情志抑郁,思虑过度,精神压力等致七情所伤,逐渐引起机体五脏气机失调,阴阳气血紊乱为病。临床常见患者性情消沉、烦躁不安、胸闷压抑、肋胀胀疼、或烦躁易怒、或咽部异物梗塞、或失眠多梦惊惕易醒等。除上述症状外,经常还可伴有神倦乏力、腰腿酸软、头昏、易感冒、逐渐出现沉默、忧郁孤独、消极失落等的心理状态,难以适应环境变化,容易心理偏执。属现代医学之焦虑症、抑郁症、更年期综合

征、癔症等范畴。严重影响一个人的工作效率和正常的生活学习质量,最终导致精神和心理疾病的发生,甚至出现消极自杀或攻击伤害行为。因此,郁证越来越多地受到人们的普遍关注与重视。

一般而言,本证初起多实,日久病情加重,由实转虚,尤其是抑郁症,以虚症多见,目前西医治疗抑郁症尚缺乏理想的、切实有效的治疗方法和药物,多以抗焦虑、镇静、催眠为主,属拮抗性治疗。很多患者服药时,症状稍能控制,但由于长期服药一方面导致药物依赖,停药后出现反跳,使很多患者难以摆脱药物甚至剂量不断增加;另一方面药物的副作用,使患者出现纳呆饱胀、便秘、反应迟钝等一系列症状。因此,现代医学对部分患者治疗仍存在不尽人意之处,而中医对气郁证的治疗,有几千年的临床积累,大量的病例让我们能挖掘出更佳的治疗方法。

中医认为郁者,郁而不散、滞而不通。七情所伤所求不遂带来的肝气郁滞、肝气升发疏泄不足、损伤心神等诸多情形。

赵献可从五脏病机的角度主张郁病从肝论治，以木郁为切入点，“以一法代五法”，“一法可通五法”，方以逍遥散为主，辅以左金丸等治郁。《医编》提出：“百病皆生于郁也……郁而不舒，则皆肝木之病矣”。周学海所说：“凡病之气结、痰凝积聚、痞满……皆肝气不舒畅所致使也”。因此气郁从肝论治已经成为中医药众医家之共识。

吴荣祖教授是现今云南吴氏扶阳学派的代表性传人，从事临床诊治研究50余年，对治疗各型郁证有丰富的临床经验，治疗郁证手段多样化，有治疗寒性血郁的吴萸当归四逆汤、治疗痰郁的三子养亲汤、治疗湿郁的苓桂术甘汤、治疗火郁的封髓丹等，疗效显著。笔者有幸随师侍诊多年，现选取老师对气郁的治法，以说明吴氏医学阴阳辨证的方法和用药特点。

1 肝郁分阴阳

长期以来，中医界多认为：肝是风木之脏器，体阴而用阳，其性刚烈，好动主升，喜宣泄，恶压抑。所有的肝病，一个是受情绪伤害，导致肝气郁结，一个是肾阴虚，导致肝失养，肝气郁结化火。火动导致肝阳不潜，肾阴虚导致肝体虚，进而肝阳上亢。

因此，大多数医生往往少谈肝阳虚，而辨证治疗肝虚多定于阴虚、血虚，而阳虚则很少被确定，甚至有学者提出“肝无阳虚证”说。

这与医家对肝脏的生理功能认识常囿于“肝体阴用阳”的说法不无关系，此说出于《临证指南医案·卷一·肝风》华岫云的按语。原文是：“故肝为风木之脏，因有相火内寄，体阴用阳。其性刚，主动主升，全赖肾水以涵之，血液以濡之，肺金清肃下降之令以平之，中宫敦阜之土气以培之，则刚劲之质，得为柔和之体，遂其条达畅茂之性，何病之有？”《叶氏医案存真》指出“肾水内寓真火，宜温，肝木相宜凉”。“肝无可温之理”。

然而，吴氏认为万物皆分阴阳，阴阳是贯穿一切事物的两个方面。疾病作为万事万物运动变化的现象之一，自然也遵循阴阳对立统一的法则，故医生在认识人体、诊治疾病时，就必须寻求阴阳变化之本。《内经》云：“百病之生，皆有虚实”，肝自不能例外，有阴虚就有阳虚。老师继承发扬了温阳派以阴阳为纲统分万病的学术思想，在诊断郁证时，仍然“独守阴阳，无与众谋”，把握住“万病总是在阴阳之中”的原则，将郁证分为热证和寒证两类。除固守吴佩衡先生精辨寒热的十六字诀，即热证“身轻恶热，张目不眠，声音洪亮，口臭气粗”，寒证“身重恶寒，目瞤嗜卧，声低息短，少气懒言”外，还善于从舌象和脉象来进一步区分。强调“舌质是脏腑的盛衰，舌苔是病邪的进退”，总结出寒证的舌体往往虚湿胖大的同时，舌质往往会夹有气血运行不畅的青色。而脉相则往往以“有力无力辨虚实”为原则，通过沉取脉象时是否有力来判断病人机体阳气是否低下，寒证者多半脉象沉取无力，热证者则多半脉象沉取有根。

2 肝阳虚证

肝阳虚证多因人体阳虚所致，与既往肝脏机能不足，或久病失治损及肝，以至肝阳衰竭，又或肾阳不足，水不生木。常表现为肝阳虚，阴寒滞，异常便秘，肝升不足之证：腹肋冷痛，面色暗沉，

黑眼圈，头顶痛，干呕，清涎多，腹饱而不欲食，奔豚上冲，少腹寒痛或缩阳；会阴部多汗潮湿，忧郁胆怯，神倦乏力，下肢寒感明显，慢性腹泻甚至四肢逆冷，女性月经不规律，舌淡苔水滑，脉细迟滞。

肝属下焦，位于胁下，主外且主动，主疏泄，为魂之处，血之藏，筋之宗。肝阳虚，容易出现肝气疏泄失权，阴寒凝滞进而胁腹寒痛或症结；疏泄功能紊乱继而使脾胃升降受阻，故常见脘腹饱胀，纳呆。肝木阳虚，也容易使脾土生化无源，续发脾阳不足，故见虚寒久泻；肝经循经部分，如绕阴器过腹挟胃，属肝络胆，再走额上会合督脉，肝阳虚气虚，容易少腹阴器寒痛或萎缩；肝阳虚引起湿气下注，也可见阴部潮湿。肝经交于头顶，如果肝阳虚，肝精清阳不能滋养脑，也可见巅顶头痛；肝阳虚，阴寒内盛，气浊上逆也可见阴寒中阻干呕涎沫之吴茱萸汤之证；且肝肾同源，肝阳不足之久，也容易“子损及母”，久而久之，肾阳也亏虚，肝肾阳虚，寒水之气循冲脉出现奔豚上冲之象。

《内经》云：“肝为罢极之本，魂之居也”，又云肝主“谋虑”，当肝阳不足时，濡养生发无力时，就容易出现神疲乏力耐受力差之象。

肝阳气不足，疏泄功能不足，藏魂之机能也易紊乱，表现为魂失其位或胆虚空怯，表现为忧郁胆怯。女性以血为本，以肝为冲任为本，肝藏血，主疏泄，肝阳虚，易出现肝不藏血而至的女性月经不利；肝阳气虚，也无法疏布气血于四肢，易见四肢逆冷，尤其以下肢属阴，远离心肝，因此下肢冷感明显。面色青是肝寒气滞之本色；肝阴冷则舌淡杂青，苔白滑，脉弦沉，沉细为阴寒不足，弦主肝病。以上症状均为肝阳不足的表现。

例1：刘某，女，54岁。2008年4月2日初诊，2月前因情感受刺激后出现胸闷太息，胁胀痛气短，神疲乏力，面有青色，难入睡多易醒，头昏，视物昏花，食欲不振，大便不畅。之前，诸医用过柴胡疏肝汤、丹栀逍遥丸等治之，但均效不显。刻诊左右脉均沉弦细，迟不足，舌淡白夹青苔薄白舌下静脉充盈，证属肝寒气滞，治宜温肝顺气。药用：川附片100克，吴茱萸10克，干姜20克，炒花椒9克，川芎10克，佛手15克，炒香附10克，炒小茴10克，焦柏9克，砂仁10克，炙甘草10克。先后加减服药2周，诸症基本消失。

按：既往以肝郁气滞化火论治，用行气耗气清热之药伐之，久之肝阳气虚证日益突出，且累及脾胃，故病难获转机。当肝脾肾同治，升举三阴，此时方获良效。此方以川附片温肾阳，干姜温脾阳，吴茱萸温肝生木，川芎、佛手一理气中之血，一理血中之气，相须为用，调顺气血，炒香附、炒小茴温肝解郁。

例2：李某，男，33岁，农民。2010年3月18日初诊，患者自述数年前曾因服猪苦胆中毒，之后又因家庭矛盾诱发，即时常少腹有气上冲，至心窝下胀满难忍，多方求治无效。刻诊：患者胸胁满闷，善太息，面色晦暗夹青，神疲乏力，眠差多梦，默默不欲与人语，舌青暗苔白腻，脉弦沉迟，一息三至不到。诊为：郁证、奔豚气，证属水寒土湿木郁，治宜温水燥土达木，升举三阴。药用：川附片100克，吴茱萸10克，干姜20克，茯苓60

克; 桂枝40克, 炒白术15克, 川芎10克, 佛手15克, 生龙牡各20克, 甘草6克。一周后复诊, 自述症状大减, 后前后守此方服药数月, 症状基本消失。

按: 此案年久病深, 屡治无效, 其本为肾阳虚惫, 寒饮内蓄中焦, 今改以温肾治本则药到病除。”该例因服寒凉之苦胆中毒, 损伤肝阳日后, 复又多遇情绪激愤之事, 肝气横逆, 肝寒升发不利, 治当温肝之阳, 然肝肾同源, 温肝当兼温肾, 温肾阳亦是助肝阳, 故以, 以附子、吴萸等肝肾同温, 干姜温中祛寒, 桂枝、茯苓平冲降逆, 吴萸四逆汤合苓桂术甘汤升举少阴、厥阴、太阴, 佐以活血、理气之品, 药证相合, 故而收效。

3 重视五脏生克制化

《素问·五运行大论》: “气有余, 则制己所胜而侮所不胜。其不足, 则己所不胜侮而乘之, 己所胜轻而侮之”。

《金匱要略》: “夫治未病者, 见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾, 四季脾旺不受邪, 即勿补之。中工不晓相传, 见肝之病, 不解实脾, 唯治肝也。”

在治疗肝病的同时, 要注意调理脾脏, 就是治其未病, 其目的在使脾脏正气充实, 防止肝病蔓延, 如果脾脏本气旺盛, 则可不实脾。

吴荣祖教授在治疗郁证期间, 无论虚实寒热, 都极为重视脏腑间的乘侮关系。如阳证中的柴胡疏肝汤常配扁豆、淮山、谷麦芽以实脾。如有肝血不足者常配合何首乌、当归、枸杞、女贞子等滋水涵木。在理解“肝肾同源”的时候, 不仅重视精血的同源, 还重视肝阳与肾阳的同源, 阴证中的吴萸四逆汤立方之意即为例证。

4 结论

传统重视治疗肝气肝阳不足的医家往往仅立足于肝之一脏, 多用吴茱萸汤、暖肝煎、黄芪类方剂等, 而吴氏以吴萸四逆合苓桂术甘汤在注重三阴不足时, 兼顾肝肾脾相互间的密切关系, 立足于水寒土湿木郁的病机, 抓住温肾水的少阴之枢, 故常获良效。

[基金项目]

云南省教育厅科研基金项目“构建人类命运共同体视域下的中医传承实践研究”阶段性成果(2023J0981)。

[参考文献]

[1]朱丹溪. 朱丹溪医学全书[C]. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 159.

[2]赵献可. 医贯[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 62-63.

[3]何梦瑶. 医碥[M]. 邓铁涛, 刘纪莎点校. 北京: 人民卫生出版社, 1993.

[4]周学海. 读医随笔[M]. 闫志安, 周鸿艳校. 北京: 中国中医药出版社, 2007.

[5]潘华信, 朱伟常. 叶天士医案大全[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1994: 30-31.

[6]彭宪彰. 彭宪彰叶氏医案存真疏注[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.

作者简介:

姚伟(1971--), 男, 纳西族, 云南人, 博士, 研究方向: 中医人类学。