

中医扶阳思想的临床应用

郭彩红

(晋中市中医院 山西 晋中 030600)

摘要: 中医“扶阳派”是一个独具特色的学术流派,以重视人体阳气和重用温热药物为特色。基于中医阴阳本体结构理论,对临床工作有重要的指导意义和应用价值。本文通过数个以扶阳理论为指导的临床案例来说明这一法则广泛的应用价值。

关键词: 扶阳思想, 中医治疗

1. 扶阳流派学术思想及用药特色

所谓“扶阳流派”是指理论上推崇阳气,临床上强调温扶阳气,以擅用附子、干姜(生姜、炮姜)、桂枝、肉桂等温热药物为突出特点的一种学术思想和临床体系。其中,尤以擅用附子为特色^[1]。本人有幸跟随云南、广西两个扶阳流派学习,故对扶阳流派临床应用有一些体会和总结认识。扶阳学术流派认为,人体的正常生理,是以阳气为主导的阴阳二者相对平衡的结果。而人体疾病的发生和发展主要是阳气为主的阴阳对立统一协调的正常生理关系遭到破坏所致。在《素问·生气通天论》中云:“阳气者,若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。是故阳因而上,卫外者也”。可以看出,《内经》将阳气置于非常重要的地位。在此基础上,不同历史时期的医家根据自身所处的地理、人文、社会环境、社会发展程度及师承关系,形成了具有特色的医学流派。其论治以温补为主,而开后世温补一派的先河。经过历代医家,特别是郑钦安、卢铸之、卢崇汉等扶阳学家的发挥补充,进而在因证脉治方面论述,逐渐形成了温阳学派的理论体系。“人之命之根”“立极”“坎中一阳”“人生立命在于以火立极,治病立法,在于以火消阴。病在阳者,扶阳抑阴,病在阴者,用阳化阴”。源于这些治则,扶阳法广泛应用于临床。

扶阳流派用药的扶阳之品主要是附子、干姜、生姜、炮姜、肉桂、桂枝等,甘草、砂仁、茯苓等为辅助用药。其中,附子补坎中一阳为主,是温扶阳气的首选药物^[2]。云南名医吴佩衡把附子推为“中药十大主帅”之首。干姜为补脾阳主药,桂枝为补心肺阳气的首选主药;肉桂用以补下焦阳气。以上温热药物广泛应用于以“阳气不足”为主要临床表现的病患。

2. 临床验案

2.1 少阴病

患者XX,女,35岁,主因“嗜睡1月余”就诊,自诉精神差,乏力,疲倦感明显,总想睡眠,怕冷,四肢凉,口干,无口苦,欲饮温水,纳差,二便正常。舌淡白,苔薄,脉沉细。诊断:少阴病。治疗:补中益气、温肾扶阳。选方:补中益气汤合四逆汤。药用:黄芪30g、炙甘草6g、党参30g、陈皮15g、升麻10g、柴胡10g、白术15g、当归15g、附片45g、生姜10g。服5剂后患者自觉乏力较前改善、精神好转。

按:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也”这是伤寒论中少阴病的提纲。少阴之为病,以“脉微细、但欲寐”为主要脉症。由于阳气衰微,营血不足,不鼓血行,不充脉道,故脉微而细,心肾衰微,神气失养,精神极度衰惫,似睡而非睡,呈昏沉迷糊的“但欲寐”之状。少阴阳气衰微,阴寒内盛,周身失于濡养,四末失于通达,故见四肢冷。少阴病本证的治疗,伤寒论中述,“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”。方中附子大辛大热,纯阳燥烈,力量雄宏,

能上行温通心阳,下行补肾阳益命火,并能通达十二经脉,畅达阳气,驱逐寒湿^[3]。生姜辛热,温中散寒,炙甘草甘温,补中益气,配合补中益气汤补脾胃之气,兼顾中焦。

2.2 失眠病

患者XX,女,58岁,主因“入睡困难2月”就诊,自诉难以入睡,易醒,醒后无法再入睡,每晚睡眠3-4小时,梦多,平时情绪尚可,腰部易出汗,无口干口苦,纳可,二便可。舌淡,舌体胖大,苔微腻,脉沉。诊断:失眠(虚阳上浮、阳不入阴)。治疗:温肾潜阳、抑阴安神。选方:潜阳封髓丹加减。药用:白附片45g、砂仁15g、醋龟甲15g、黄柏15g、炙甘草6g、龙骨30g、牡蛎30g。服7剂后,患者睡眠改善,每晚睡眠时间达5-6小时。

按:失眠是临床常见病种。阳入于阴则寐,阳出于阴则寤。失眠者,多由阳不能归于阴多见。入夜不寐,多乃相火不能潜于肾水之中,浮起而扰神,神无以守舍,寐之安有哉?^[4]失眠因阴阳失调,心肾不交为主要病机,治法重在引火归源,使其水火既济,自然神安寐安。本例因肾虚,相火浮,扰动心神,而见不寐。用附子补坎中真阳,壮君火,砂仁宣中宫一切阴邪,纳气归肾,龟板通阳助阴,甘草伏火互根,《本草心经》中说:龙骨可以“引逆上之火,泛滥之水”,牡蛎起潜阳作用,而取龙骨、牡蛎有情之物,龙乘阳之灵,牡乘阴之灵,二物合而为一,取阴阳互根之意,加附子者,取其助真火以壮君火。

2.3 痹病

患者XX,男,38岁,主因“四肢局部皮肤变硬3年”就诊。患者3年前出现四肢局部皮肤变硬,使用泼尼松(现已停),现仍感四肢皮肤硬,累计腹部皮肤,发凉,偶有胸闷,心慌,小便量多,大便正常。舌质暗,苔薄白,脉沉。既往:体健。中医诊断:痹病(阳气不足,瘀血内阻)。西医诊断:局灶性硬皮病。治疗:益气温阳、活血通络。选方:当归四逆汤加减。药用:当归20g、桂枝20g、白芍30g、细辛6g、甘草10g、通草5g、大枣30g、黄芪30g、干姜10g、桃仁15g、红花10g、地龙10g、川芎15g、炙麻黄10g、姜黄12g、陈皮12g、茯苓30g。服用此方,患者病情一直比较稳定,无需激素治疗。

按:西医认为,局灶性硬皮病是与感染、免疫等因素相关的皮肤病。西医治疗以免疫抑制剂为主,急性期使用激素治疗。中医方面,该患者治疗以温阳为主。当归四逆汤出自《伤寒论》,功能温经散寒、养血通脉,治疗营血虚弱,寒凝经脉,血行不利导致的手足冷痛等的血虚寒厥证。该方与四逆汤的四肢厥逆有所区别,四肢凉的程度较轻,本方就是桂枝汤去生姜,倍大枣,加当归、通草、细辛而成。方中当归甘温,养血和血,桂枝辛温,温经散寒,温通血脉,白芍养血和营,通草通经脉,大枣、甘草补营血。该方中还包含了黄芪桂枝五物汤,意在益气温经、和血通痹。因久病多瘀,

故也包含了补阳还五汤。另外，加入了姜黄，姜黄性温，内行气血而通经止痛，外散风寒湿而疗痹止痛，又能破血行气，治疗寒凝脉络。

2.4 中风病

患者XX，男，63岁，主因“双下肢僵硬、行走不利2年”就诊，自诉双下肢乏力，行走不利，开步困难，四肢不温，纳可，眠差，小便频，大便干。口服美多芭、普拉克索等药物，开始有效，后效果逐渐下降，故求治于中医院。查体：双下肢肌力V级，肌张力高，双巴氏征(+)，舌淡，苔白腻，脉沉。既往史：脑梗塞、高血压、糖尿病。辅助检查：头颅MR：1、多发缺血灶、梗塞灶。2、脑积水。3、脑白质疏松。4、老年性脑改变。中医诊断：中风(肝肾不足、瘀血内阻)。治疗：温阳益阴，补益肝肾。选方：地黄引子加减。药用：熟地20g、山茱萸20g、麦冬20g、五味子15g、石菖蒲15g、茯苓15g、肉苁蓉12g、肉桂15g、附子15g、巴戟天20g、薄荷8g、黄芪20g、党参20g、生姜10g、大枣10g、石斛10g。口服15剂后行走较前好转。

按：方中附子、肉桂辛热，温养下元，摄纳浮阳，引火归元，肉苁蓉、巴戟天温壮肾阳，熟地、山茱萸滋补肾精，石斛、麦冬、五味子滋养肺肾，金水相生，壮水以济火，石菖蒲、茯苓开窍化痰，交通心肾，枣姜和中调药。共成平补肾阳肾阴之方^[5]。

2.5 虚劳病

患者XX，女，54岁，肝癌术后，自诉乏力，气短，畏寒，口中有甘甜味，纳差，眠差，二便可。舌暗淡，苔薄白，脉沉细。诊断：虚劳(阳气不足)。药用：白附片60g、生姜50g、炙甘草5g、肉桂15g、黄芪40g、朱茯神15g、青皮15g、砂仁15g、丹参15g、天麻15g、淫羊藿20g、郁金15g、小茴香15g。

按：这是一个肿瘤术后的患者，其治疗仍然是依据卢氏扶阳理论，以扶正补虚为主。而不是使用一些有抗癌作用的中药，如白花蛇舌草、山慈菇、七叶一枝花、半边莲、莪术等。患者术后一直就诊于扶阳流派门诊，病情稳定，肿瘤无复发，患者精神尚可，生活可自理，可进行日常家务劳动。

3. 体会

以上是我总结的五个病例，通过这些病例，可以看到扶阳法广泛的临床应用。扶阳法的临床应用不仅限于风湿科、脑病科、肿瘤科，在月经病、脾胃病、情志病、外感病等诸多领域都有其良好的疗效，值得我们不断的深入学习。

如今的中医师，大多喜欢使用偏凉性的药物，可能与现代人们的饮食结构、生活习惯有关，还有一部分医师认为偏凉性的药物安全、副作用小，而温热类药物，如桂、附、姜之流则使用不安全。故扶阳理论未得到普遍应用。关于扶阳学术形成流派的则只有云南扶阳流派和广西扶阳流派。

扶阳理论是基于中医阴阳学说而提出的，其根本还是“重阳”思想。阴阳学说是中医的基本理论，中医理论是这样定义阴阳的，阴阳是对自然界相关事物或现象相对属性或同一事物内部对立双方属性的概况，它既可以代表两个相互对立的事物，也可以代表同一事物内部所存在的相互对立的两个方面，故有“阴阳者，一分为二也”。阴与阳存在对立统一，消长平衡等关系，但阴与阳决定不是一分为二的，它们在人体中所起的作用也不是对等的，从来都是

阳主阴从。也就是说，阳起主导的作用，阴呢，居于从属的地位。不是说阴不重要，而是说阳更重要，不是说，不会出现阴虚，而是说阴虚是疾病过程中的一个阶段，而阳虚，是疾病的根本所在。结合人体的生理病理来看，阳气的旺盛可以促进机体吸收，从而才能够生化充足，化源充足，阴精也才能逐渐旺盛，这样才能够体魄健壮。一旦我们的阳气衰减了，吸收就肯定有问题了，那么阴精本身也就必然衰减，会出现体力衰竭。正如《景岳全书》中所述“天之大宝，只此一丸红日，人之大宝，只此一息真阳”。基于以上理论，扶阳法有着广泛的应用价值。扶阳是一种中医理论思想，能够指导临床实践，如果单纯的把它理解为使用姜附桂等温热药物，就太局限了。在临床用药中，我们不可过用寒凉，造成医源性损伤。

对于使用温热类药物，尤其是附子，可能很多医家存在很多顾虑，因为书载，附子气味辛温，大热，有大毒。近代药理研究，附子内含有多种生物碱，我国药用附子中所含生物碱类主要为乌头碱。乌头碱加热后易水解为乌头原碱，乌头原碱较乌头碱毒性大为减弱。故附子经过煎煮后，其毒性会大为降低。经过许多研究，对乌头碱类的药理毒性已有一定了解，但是中药附子除因煎煮服法不当发生中毒反应外，其临床疗效与乌头碱始终不能吻合起来，我们在临床实践中，深刻的体会到，附子用于疾病的治疗，绝非取其毒性作用，只要辨证准确，注意配方，煎透去毒，服法适宜，它的应用范围较广，疗效也是很大的。附子的临床用量，目前尚无统一见解，主要视患者病情需要而定，处方用药与医师的经验有很大关系。只要辨证准确，方药对证，煎服得当，并不存在用量越大，毒性越大的问题。发生事故的原因一是煎煮不透导致乌头碱中毒，二是辨证不准确，方药不对证，错投药物而造成治疗上的错误，与剂量问题不相关。当然，我们也反对使用附子多多益善的偏向，而是要按照病情需要，用最小剂量的药物，达到最大限度的治疗效果，要反对无目的的滥用成风。以杜绝药材的浪费现象。个人认为，在临床中，使用附子可从小剂量开始，个人一般从15g开始使用，病人无不适后再逐渐加量，这样比较安全可靠。至于煎煮方法，可将所有的附片放入高压锅，用开水煎煮2小时后口尝后不麻口为度，然后将其余附片冰箱冷藏，本次所需的附片中放入其余中药，一起煎煮，第二道煎煮时则用开水煎煮30分钟即可，不再需先煎。这样的煎煮方法能使附子充分煮透，避免中毒反应。而且，目前大部分医院有中药颗粒剂，颗粒剂经过高温干燥提取，安全性大大增加，每次煎煮时，加入开水后，倒入附子颗粒剂，一起煎煮，也非常安全。以上是本人老师及本人使用附子的一些经验。

总之，扶阳理论是中医临床治疗大法之一，有着广阔的应用前景，值得我们不断的学习，最终应用于临床，服务于患者。

参考文献：

- [1]张存悌.中医火神探讨[M].2版.北京.人民卫生出版社,2010:2.
- [2]郑钦安.医理真传[M].北京:中国中医药出版社,1993:11-15.
- [3]吴佩衡.吴佩衡医案[M].昆明:云南人民出版社,2010:112-125.
- [4]段富津,等.方剂学[M].上海.上海科学技术出版社,2002:107-109.
- [5]张伯礼.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2017:107.