

刍议“通阳不在温,而在利小便”

丁井永¹ 冯红礼^{2*}

(1. 空军军医大学唐都医院, 陕西 西安 710038; 2. 西安工程大学校医院, 陕西 西安 710048)

摘要:小议通阳法之源,《内经》提出“解郁”思想、《伤寒杂病论》之“通阳”思想,开“通阳法”之先河,叶天士在继承的基础上,认为温病通阳以“甘淡祛湿”为总纲,以“甘淡祛湿”而达“祛湿通阳”,其法当应宣通三焦、恢复气机、恢复脏腑功能。

关键词:叶天士;通阳;刍议

中图分类号:R242 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-0571(2020)01-0030-03

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2020.01.008

“通阳不在温,而在利小便”是湿温邪气郁滞致病的治疗法则,出自于叶天士的《外感温热篇》。原文有“热病救阴犹易,通阳最难,救阴不在血,而在津与汗,通阳不在温而在利小便”,认为湿热病“救阴犹易,通阳最难”,由于湿性重浊黏腻,阻滞气机,阳气郁厄不通,故宜使用祛湿通阳之法,湿去则阳气自通,是故以利小便而通阳。临床上对于湿困阳郁的病症,常常在“通阳”的基础上加以淡渗利湿之品,往往能取得较好疗效^[1-2]。

1 通阳法之源

叶天士在《临证指南医案》中指出:“邪不解散,即谓之郁。”^[3]由于“通阳不在温,而在利小便”理论的提出是基于湿热郁滞阳气的病机,故针对于“郁”,则可追溯至《黄帝内经》《伤寒杂病论》时期,以更好的理解叶天士“利小便”之意。

1.1 内经解“郁”法与“通阳” 《素问·六元正纪大论》指出:“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之,然调其气,过者折之,以其畏也,所谓泻之。”所言即是以达、发、夺、泄、折等方法,以解决五行五脏之郁滞^[4]。正如《素问·阴阳应象大论》中所指:“其在上者,因而越之;其在下者,引而竭之;中滞者,泻之于内”。其强调的内容就是治疗的因势利导。再言深意,对火郁而言,发其郁滞,使其顺利透达外出,就是因其势,以利导之。

达、发、夺、泄、折这五种治法,是各自结合其自身脏腑特点,以达到宣通畅达的目的。

故从此得出,“解郁”的原则就是要“返其自然之常”,其根本之法在于因势利导,而非独止于汗法。甚至于广而言之,八法皆可为解郁之法,只是角度不同,针对的郁滞的病机不同而已。

由此我们可以认识到,解“郁”的思想与方法,在《黄帝内经》时期就已经提出,间接地为叶天士通阳之意埋下了伏笔,但其确未明确提出“通阳”的概念。

1.2 《伤寒杂病论》与“通阳” 在《伤寒杂病论》中,“通阳”思想开始得到了重视。例如“凡阴阳之气不相顺接便为厥,厥者,手足逆冷是也”。此条文所谓厥证之类别,非独阳虚所致,而是阴阳气交接不通畅所产生之厥证。《伤寒杂病论》中对于不同的厥证,往往采用不同的治法以“通阳”回厥,随证治之。如:寒厥用四逆汤类方温阳而回阳,温阳自有通阳之意,通脉四逆汤更加用葱茎破阴通阳,开通阳法之先;血虚寒厥用当归四逆汤温通阳气,桂枝、木通、细辛,行通阳通络之功;蛔厥用乌梅丸寒热并用,除蛔痛之阳郁;痰阻之厥用瓜蒂散,吐胸中之痰涎,通被郁之阳;水停之厥用茯苓甘草汤,温胃化饮,通阳行水;气滞之厥用四逆散,治疏肝和胃,调理气机,透达郁阳;热结之厥用白虎汤,

* 通讯作者:冯红礼,副主任医师, E-mail:2322092350@qq.com

治无形热伏于里,热深厥深。

此外,在《伤寒杂病论》的太阳病篇里,针对风寒表郁的麻黄类方,以及治疗胸痹之瓜蒌薤白等诸方的应用,“通阳”思想亦是十分明确。而五苓散证、茵陈蒿汤证等虽未明确提出“利小便以通阳”的概念,但其“利小便通阳法”亦是跃然于纸上。

1.3 宋代“通阳”思想的影响 宋代著名医家陈无择在总结前人以寒热为辨证要点治疗外感致郁的基础上,创造性的将其拓展为湿热外邪亦可致郁。如其在《三因极一病证方论》中所言:“厥阴风木加临太阳湿土,风湿交争,民病大热少气”。从病因病机的角度,为叶天士发现“通阳不在温,而在利小便”的治法提供了理论参考。到了明代,医家董宿秉承仲景“审证论治”的原则,认为治病应当随时变通,对有郁滞者,使用温补之药会在体内形成郁毒。基于此理论,为叶天士“通阳不在温”思想的形成,具有深深的启发作用^[5]。

1.4 叶氏通阳法的基本内涵 人体内水湿的运行,依靠肺气之通调,脾气之转输,肾气之开阖,而三焦司决渎之权,能使膀胱气化畅行,小便因而通利。故肺脾肾三脏功能障碍,则水湿运行受阻,叶氏论治湿邪,提出湿热病“救阴犹易,通阳最难”,湿性黏着,易阻滞气机,气机不畅,湿犹停聚,气机不畅更为阻遏阳气,如此湿不去则阳气不通,阳气不通则湿愈不去,故祛湿通阳就成了治疗本病的抓手。三焦者,决渎之官,水道出焉,三焦为水液运行之道路,三焦气机不利,则水湿更易内停,祛湿通阳即宣通三焦。

湿热为患,苦寒清热则伤阳耗气而留湿,辛温发散则助阳化热,唯有“通阳”之法可参;叶氏所谓“甘淡祛湿”为总纲也,不宜执一端而废全局,“甘淡祛湿”固有“祛湿通阳”之意,然毕竟应用于人体应为宣通三焦、恢复气机、恢复脏腑功能为目的,故而叶氏认为“湿也,热也,皆气也,蒙蔽周身之气……总以气分流利为主,通则湿解矣”。

2 关于叶天士通阳法的思考

叶氏继承古人“治湿不利小便非其治也”的经验,结合挟湿温病的病因病机,创立“通阳不在温而在利小便”的治则。挟湿温病是湿热氤氲,祛湿一法为必须之法,而通阳之法,为根本之法。其

一,在于恢复脏腑之功能;其二,“阳气者,若天与日”,湿邪弥漫三焦,若雨雾之侵扰,留恋不除,必待日光晃耀始可尽消阴霾。

通阳不在温,其意是不重用温阳之品,而非不用温阳之品,此有常有变之论。如《指南·卷五·湿》有一案载湿热停留,久而不去,“阳气已败”者,叶氏认为“清热则阳亡即死,术苓运中祛湿,佐附迅走气分,亦治湿一法”,集温补辛热淡渗一方。又如王案,脉迟缓,饮酒便溏,遗精数年不止,近日腰足膝坠痛麻木,此湿凝伤脾肾之阳,滋填固涩,决不应病,先议苓姜术桂汤,驱湿暖土,再商后法。可以说,叶氏通阳不在温。并非绝对禁用辛温温补之品,总在临证“审谛熟思”,如此常中之变,亦不可不知。

“挟湿温病”之症在临床应与实热、邪热之症相鉴别,实热宜清之、泻之,而治疗上应用中亦不可一味寒凉,正如朱丹溪所言:“凡火盛者,不可骤用寒凉,必兼温散。”如中医学认为“眼为火炉”,眼科多火热之疾,汤念翥^[6]指出眼科清热泻火方剂中常配以辛温发散药,以推动邪热外出。如此泻中有宣,则邪火不致内闭;散中有凉,则辛温不致火盛,达到火除郁解、邪去正安的日的。此亦为叶氏“通阳”变法。

3 病案举例

谢某,男,40岁。便秘3年余,大都三至四日一行,便来稀溏、粘滞不畅。平素自觉脘腹发凉,食后腹胀,时有口气,四肢沉重,小便少。舌质暗,舌面水滑,边有齿痕,苔白腻,脉沉。给予处方:桂枝6g,泽泻12g,猪苓10g,茯苓30g,生白术30g,佩兰10g。水煎服,5剂。服药5天后,患者明显感到便秘次数减少,大便稍较之前成形,且粘滞不畅感减少,腹胀减轻。效不更方,继续以前方,服药10剂后,诸证皆消。

按语:《素问·生气通天论》曰:“阳气者,精则养神,柔则养筋。”提出阳气有气化温养功能,人体之神赖阳气以温养,才能保持正常的精神、意识、思维活动;人体之筋得到阳气的濡养才能屈伸自如。本例患者,寒湿内蕴,阳被湿困,郁而不达,阳气失去了温养功能,即“湿盛阳微”。该患者所得便秘,非为热秘,其人大便不通,便质稀溏粘滞,乃阳虚水化不利所致。湿邪困久伤脾,则四肢沉重,

难以化物,口气秽浊。故以五苓散为主,温阳化气,利水通阳。可见,在临床实际运用叶天士“通阳不在温,而在利小便”法时,可不拘泥于疾病的病名,只要正中病机,即可大胆使用,而“不在温”,也不是绝对的不使用温热药。

4 讨论

《内经》对五郁之证提出了以“返其自然之常”的因势利导法为其根本治法,《伤寒杂病论》萌发了通阳思想,陈士铎将外感湿热之邪与郁证进行了联系,董宿则站在郁证的角度,提出了不可滥用温热药解郁,这些观点在历史的长河里,为叶天士在温病中提出“通阳”之法奠定了理论基础。但叶天士提出“通阳”,示人以规矩,亦非独温病可用,只要机理相同,大可使用。正如医家杨琼^[7]认为,湿热病通阳法蕴含了中医治疗八法中除吐法以外的汗、下、和、温、清、消、补七法,是通过化湿、行气、温振、柔润以及调和阴阳等方法达到祛湿通阳

退热的目的。故学习“通阳不在温,而在利小便”重在在学习其治病思想,审证求因、灵活运用,如此方可大大提高临床疗效。

参考文献

- [1] 魏小明,孙毅. 浅谈“通阳不在温,而在利小便”临床应用[J]. 中国老年保健医学,2019,7(2):125-126.
- [2] 朱开然,余德惠,雷根平. 辨析“通阳不在温,而在利小便”[J]. 四川中医,2017,35(4):29-31.
- [3] 叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:25.
- [4] 黄帝内经[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:46.
- [5] 叶峥嵘. 中医郁证理论的历史发展源流探析[J]. 现代中医药,2013,33(2):72-75.
- [6] 汤念翥.“火郁发之”在眼科清热方剂中的应用[J]. 中国中医眼科杂志,1997,7(4):45-46.
- [7] 杨琼,吕文亮,刘林. 浅述湿热病通阳法及其临床应用[J]. 湖北中医药大学学报,2018,20(4):61-63.

(收稿日期:2019-05-24 编辑:杨芳艳)

(上接第26页) 治疗胃肠病研究,创立的解毒化瘀方是在中医学方证相应、专病专方的思路,借鉴当代著名脾胃病专家李培教授治疗溃疡性结肠炎的学术思想和用药的基础上创立,此方紧扣溃疡性结肠热毒炽盛、毒瘀络损的病理特点,方药中融合了清热解毒、凉血化瘀、酸涩收敛等中医治痢疾的特色^[10]。通过本实验表明,解毒化瘀方具有降低炎症细胞表达,修复肠粘黏组织的作用,其机制与抑制TLR4的表达以及进而抑制NF-κB的活化有关,但是由于TLR4/NF-κB通路的活化机制以及上下游的关系作用十分复杂,具体机制尚需进一步研究。

参考文献

- [1] 屈杰,谭万初,徐春霞,等. 从湿热夹瘀论治溃疡性结肠炎急性发作期治疗[J]. 四川中医,2014,5(32):32-33.
- [2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学,2007,12(8):488-495.

- [3] 屈杰,赵天才. 中医药治疗溃疡性结肠炎研究概况[J]. 中国民族民间医药,2018,27(8):48-51.
- [4] 于振海,陈立东,王志强,等. Toll样受体4、NF-κB在溃疡性结肠炎中的表达[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2010,26(7):650-652.
- [5] 戴路明,朱磊,沈洪. 基于β₂AR/β-arrestin2/NF-κB信号通路的清肠化湿颗粒防治溃疡性结肠炎的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(9):86-94.
- [6] 朱磊,沈洪,顾培青,等. 黄芩苷对溃疡性结肠炎模型大鼠炎症反应、凋亡的影响及与PI3K/AKT通路的关系[J]. 中华中医药杂志,2017,32(9):4001-4004.
- [7] 彭艳红. 溃疡性结肠炎中医病名源流探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(3):138-139.
- [8] 李春雷,陈治水. 陈治水教授治疗溃疡性结肠炎临床经验[J]. 中国中西医结合杂志,2008,16(2):112-114.
- [9] 徐艺. 单兆伟论治缓解期溃疡性结肠炎的经验总结[J]. 辽宁中医杂志,2015,42(12):2311-2312.
- [10] 屈杰,孔文霞,李培. 李培治疗溃疡性结肠炎学术经验总结[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(9):1821-1824.

(收稿日期:2019-09-11 编辑:方亚利)