

## · 临床经验 ·

# 传承李士懋教授经验:应用升降散治疗循环系统疾病

魏宇澜 王强

**【摘要】** 升降散为清代杨栗山于《伤寒瘟疫条辨》中命名,为治温十五方之总方。李士懋教授擅用升降散治疗“火郁证”。“火郁证”的临床表现复杂,涉及各科疾病,然其脉象为典型的沉而躁数之“火郁脉”,只要遵从中医的思路和方法,把握病因病机,从凭脉辨证入手,巧妙应用升降散,可以治疗很多疑难疾病。本文通过应用升降散治疗循环系统疾病的验案,阐述了临床辨证论治“火郁证”的要点以及应用心得体会。

**【关键词】** 升降散; 循环系统; 火郁证; 验案

**【中图分类号】** R54 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.05.017

升降散以僵蚕为君,辛咸性平,轻浮而升,善升清散火,祛风除湿,清热解郁;蝉蜕为臣,甘咸性寒,可清热解表,宣毒透达,使郁火向上、从表透发而解;姜黄气辛味苦性寒,善能行气活血解郁,使气机畅达,热乃向外透发而解;大黄苦寒降泄,清热泻火,通腑逐瘀,使里热下趋而解。是李士懋教授常用经方之一,在诊疗中始终凭借对“脉象”的辨识进行辨证,广泛应用于温病、伤寒、内、外、妇、儿各科疾病。笔者传承李士懋教授凭脉辨证法,应用升降散治疗辨证属于“火郁证”的循环系统疾病,收到良好的临床疗效。

### 1 李教授验案一郁热心悸

患者,女,23岁,2009年2月23日初诊。主诉“心悸3个月”。3个月前感冒后出现心悸不安,动则加重,不耐劳累,就诊于某省级医院,查心电图示:窦性心律,V1-2导联T波轻度倒置。心脏超声未见异常血流和异常结构。动态心电图示偶发室性早搏。西医诊断为病毒性心肌炎,给予辅酶Q10、谷维素、维生素B1、维生素B12口服。3个月来,症状仍持续存在。目前心悸,不耐劳作,寐浅,纳可,大便干,小便调,脉弦数,舌红苔少。中医诊断为心悸,证属郁火扰心。患者感冒后,余热内复,热扰胸膈,故见心悸不安,懊恼寐浅;郁火灼伤津液,故便干。治宜清透郁火,方予栀子豉汤,处方:栀子12g、淡豆豉12g,4剂,日1剂,分两次温服。

2009年2月27日二诊:诉仍心跳甚,饭后胸憋甚,喜叹气,言多则头晕,寐差,大便仍干,脉弦数,舌红。处方:上方加僵蚕12g、蝉蜕6g、姜黄8g、大黄3g、枳实8g、连翘15g,3剂,服法同前,嘱西药全停。

2009年3月2日三诊:脉舌同上,上症稍减,大便稀,日两次,上方加干地黄15g,7剂,服如前法。

2009年3月10日四诊:脉弦略数,舌稍红,大便稀,日两次,症状大减,心电图窦性心律,正常心电图,未见早搏,予上方3剂继服。

按《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)》:“发汗吐下后,虚烦不得眠,若具者,必反复颠倒,心中懊恼,栀子豉汤主之。”一诊患者感冒后,热邪未得宣散,郁遏于胸膈,热邪扰心则心悸烦满、寐差,脉弦主气滞、主郁,数为热,“数而有力为实,数而无力为虚”,本证辨证为火热内郁胸膈而扰心,故方以栀子豉汤清热除烦。方中栀子辛开苦降,善能泄胸膈邪热而除烦,且清利小便,使心火从小便得解;辅以豆豉,轻清上行,宣透胸中邪气而除烦,二药相合,胸中之郁热可透达外出。二诊,症状未轻,未汗、未吐、未下利,邪未透初,脉仍弦数,舌仍红,为郁热仍在未得透达,故上方中加入升降散透达郁热。

李教授将升降散加入栀子、豆豉后称为“新加升降散”,认为可以同时从上下、内外、表里、前后二阴,开启多条通路,以求祛其壅塞、展布气机、速去郁热而病愈。三诊,症状减,但脉仍弦数,正所谓《内经》曰:“诸寒之而热者取之阴,热之而寒者取之阳。”即“寒之不寒是无水也,热之不热是无阳也”,故热不去,因热伤阴血,而阴虚内热,故加干地黄,以养阴血,清虚热。四诊,症状大减,而脉仍有数象,为余热未清,故原方再巩固3剂,勿使热复。

总之,辨证中把握脉之“弦数”、“沉取有力为实”的原则。脉弦主气滞,数为热,弦数主郁热,治宜宣达气机,散透郁热。新加升降散辛开苦降,上透下清,实为清透郁热之得效良方。凡郁热一证,发当急急宣透为妙,切不可一味寒凉、攻下使热邪郁伏,则热入营血,伤阴耗气,甚生逆犯心包之弊。

### 2 传承验案

#### 2.1 火郁心悸、痹症、乳头溢血、身生痒痂怪症

患者,女,46岁,2009年8月8日初诊。阵发性心悸伴汗

作者单位:050051 河北省石家庄市中医院医务科

作者简介:魏宇澜(1966-),女,硕士,副主任中医师。从事中西医结合临床、教学、科研工作。E-mail:weiyulan1966@126.com

建议参考文献引格式:

魏宇澜,王强.传承李士懋教授经验:应用升降散治疗循环系统疾病[J].环球中医药,2012,5(5):373-375.

出 5 年,加重月余。排除甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤、糖尿病,某省级医院诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性心动过速,口服酒石酸美托洛尔片 50 mg,3 次/日,复方丹参滴丸 10 粒,3 次/日。高血压病 5 年,血压最高达 180/100 mmHg,口服硝苯地平 10 mg,3 次/日,复方降压 0 号 1 片,2 次/日。即刻血压 150/95 mmHg。心电图示:窦性心动过速 110 次/分,无缺血改变。动态心电图示:窦性心动过速最高 140 次/分。1 月前无诱因发现肝功能异常,丙氨酸转氨酶达 220 U/L,排除肝癌、肝炎,应用 18-a 甘草酸二铵降至 69 U/L。经期正常,经色暗。此次来诊因阵发性心悸近期加重,活动后、激动则易心烦悸,无胸闷胸痛,易急躁,身烘热汗出,头疼干呕,周身肌肉酸痛,扣之痛甚,以背肩臂疼痛为著,臂伸不痛,收则疼痛加重,自行拔罐不解,畏冷,胃脘凉、四末冷,面晦,唇紫绀,舌暗红,苔干黄腻,脉沉弦数。证属:肝郁气滞化火,宗:升降散合四逆散佐理气止痛之品,僵蚕 12 g、蝉蜕 6 g、生姜 9 g、大黄 6 g、柴胡 10 g、枳实 10 g、枳壳 10 g、赤芍 10 g、白芍 10 g、炙甘草 6 g、元胡 12 g、川楝子 10 g,14 剂,水煎服,日一剂,二分服。

2009 年 8 月 23 日二诊。心悸减,无头疼干呕,易急躁、身烘热汗出未解,周身肌肉酸痛减轻,伸收均臂不痛,但腋下痛,胃脘凉减,四末凉,舌暗,脉沉弦数。静态心率 102 次/分,血压 140/90 mmHg。乳腺钼靶检查示:双侧乳腺增生。证属肝郁化火兼有血瘀,上方加红花 10 g、炒桃仁 10 g、川芎 10 g、当归 10 g,30 剂,服法同前。

2009 年 9 月 27 日三诊。无心悸,周身、肩臂、腋下疼痛明显减轻,疼痛呈阵发性,手脚稍凉,胃胀稍凉,脉濡滑数,舌暗苔腻白厚,静态心率 96 次/分,血压 140/80 mmHg,证属湿热蕴蒸,走窜经络,宗:甘露消毒丹合薛生白 4 号方,秦艽 12 g、地龙 10 g、威灵仙 15 g、滑石 12 g、苍耳子 12 g、丝瓜络 18 g、海风藤 15 g、黄连 10 g、白蔻仁 10 g、藿香 10 g、茵陈 10 g、木通 5 g、石菖蒲 10 g、炒杏仁 10 g、陈皮 10 g、云苓 15 g、栀子 12 g、豆豉 12 g,14 剂,服法同前。症状均明显减轻,自行停药。

两月余后又来复诊。2009 年 12 月 8 日一诊。家遇变故悲伤,心悸又作,后背前胸、肋肋窜痛难忍,持续不解,周身痒,搔抓成痂,双乳痛可触及散在硬结,左乳头溢血,寐欠安,无手足凉,面青晦,唇紫暗,舌紫,苔白腻,脉沉弦滑数。乳腺钼靶检查示:乳腺增生,乳腺病理无异常。证属肝郁血滞痰火郁闭,宗:升降散合血府逐瘀汤、小陷胸汤,柴胡 9 g、当归尾 12 g、赤芍 10 g、白芍 30 g、炙甘草 6 g、枳实 10 g、川芎 10 g、生地黄 10 g、炒桃仁 10 g、红花 10 g、桔梗 10 g、怀牛膝 15 g、僵蚕 12 g、生姜黄 12 g、蝉蜕 7 g、大黄 7 g、瓜蒌 12 g、半夏 10 g、黄连 9 g、元胡 12 g、川楝子 9 g,21 剂。

2009 年 12 月 30 日二诊。无心悸,后背前胸、肋肋窜痛稍减,身痒搔抓减轻,左乳溢血兼脓,面青紫减轻,唇仍稍暗红,脉同前。上方加黄芩 9 g、皂刺 7 g,14 剂。

2010 年 1 月 15 日三诊,后背仍痛,右乳痛,左腋下痛,左乳溢血色转淡、量减少,仍身痒搔抓起痂,面青紫,口臭,舌暗苔腻,脉同前,加莱菔子 10 g、防风 6 g,21 剂。后症状均好

转,自行停药。

按 本案症状古怪而多,来诊之时有无从下手之感,然抓住脉沉弦数这一特性,百症顿然可以轻松解释。脉沉主气滞,弦亦主气滞,亦主肝郁,数而有力为热,故知此为郁热在内。火郁于内,火热灼心则心悸阵发而烦悸,热迫则身烘热汗出。《素问·举痛论》“诸病跗肿,疼酸惊骇,皆属于火”,火热灼伤、气滞不通则周身肌肉酸痛,扣之痛甚,以背肩臂疼痛为著;火热灼筋不得润而失柔,故伸臂不痛回收时疼痛加重。胃脘凉、四末冷为火郁于内,卫阳不得外达之真寒假寒症,舌红、苔干黄腻,正是火郁证舌象“苍老坚敛”的典型表现。面晦、唇紫绀、舌暗红为兼有血瘀之象,故辨证为肝郁气滞化火,应用升降散、四逆散佐理气止痛之品,以透热解郁、理气止痛,考虑气滞得解,则血瘀自除,暂未加大剂活血之品。二诊大部分症状减轻未除,脉沉弦数,乳腺钼靶检查示:双乳腺增生。脉未变,故证未变,仍属肝郁气滞化火,肝经走于双乳,肝气滞故乳痹而痛,舌暗为兼血瘀,故上方加红花、炒桃仁、川芎、当归后继续应用。三诊症状明显减轻,脉已不沉,郁热外透,濡滑数者,湿热蕴阻之象,蕴于脾胃则胃脘凉,蕴阻经络故周身、肩臂、腋下仍疼痛,李教授善用甘露消毒丹清化脾胃湿热,善用“薛生白 4 号方”祛除经络湿热,故两方合用终得效症减。

相隔两个月,患者症状又作,肝气郁滞为诱因,脉仍弦数,证仍属肝郁火甚,灼伤乳络则乳头溢血,郁滞气机则身痛,脉滑主热,亦主痰热,故辨证为肝郁血滞痰火郁闭,应用升降散透热、血府逐瘀汤活血理气化痰、小陷胸汤涤除痰热;二诊时症状减轻,脉未变,仍郁热未透,加黄芩清热,皂刺解毒并加强透热之力;三诊症状又减,脉未变,虽症状好转,血瘀火郁痰热之邪未除,又口臭,舌暗苔腻,考虑痰热偏重,故加莱菔子理气消痰、加防风取风能胜湿之意,依方加减,终再次得效症减。

## 2.2 肺栓塞之火郁证

患者,女,70 岁,2008 年 12 月 8 日初诊。肺栓塞 2 个月,服华法林 2.5 mg,一天 1 次,INR:2.5,仍活动耐力下降,登一楼气短喘息、汗出、面白,休息后缓解,现心烦,纳呆食少,食之无味,口苦口臭,大便干,面色萎黄,唇紫,舌红,苔黄腻,脉沉细数无力。证属:中气不足,痰瘀结胸,宗:补阳还五汤方,炒桃仁 10 g、当归 30 g、川芎 10 g、生地 12 g、生麦芽 12 g、黄芪 30 g、黄连 10 g、牡丹皮 10 g、藿香 10 g、升麻 6 g、红花 10 g、地龙 10 g、焦麦芽 30 g、焦神曲 30 g、焦山楂 30 g、栀子 10 g、赤芍 10 g,5 剂水煎服。

2008 年 12 月 13 日二诊。仍活动后气短,走平路无异常,登一楼仍气短,无汗出,纳可,仍口苦,大便干。面色萎黄,唇紫,舌红干,苔黄薄腻,脉沉弦细稍滑,以脉弦为气滞,细为血虚,稍滑为阳气复之象,口苦为气滞血虚而郁热上干,宗:补阳还五汤合清胃散,黄芪 40 g、当归 30 g、赤芍 10 g、白芍 10 g、生地 15 g、川芎 10 g、炒桃仁 10 g、红花 10 g、地龙 6 g、生石膏<sup>先煎</sup>20 g、栀子 10 g、藿香 6 g、黄连 9 g、知母 10 g、党参 10 g、柴胡 7 g,14 剂。

2008 年 12 月 27 日三诊。上方服到 12 月 25 日,效果不理想,停药。近日来劳则心悸,纳可便可,口干苦欲饮,口唇紫绀,舌红苔厚干,脉沉弦滑有力,乃幡然醒悟,脉沉弦滑有力,舌红苔厚干为火郁,证属痰热化火兼瘀,宗:升降散合小陷胸汤,僵蚕 12 g、蝉蜕 7 g、生姜黄 9 g、瓜蒌 12 g、半夏 12 g、黄连 9 g、栀子 9 g、豆豉 9 g、丹参 15 g,14 剂。

2009 年 1 月 11 日四诊。口干苦减,无口臭,仍夜鼻干,寐较前实而长,左脉中取即得,弦滑减,稍有动数之象,右脉沉弦滑。脉已见起,痰火郁闭得发,脉动数,伤阴阳亢之象。上方加生地 12 g、竹叶 9 g、滑石 6 g,14 剂。

2009 年 1 月 26 日五诊。上三楼无气短,口干苦减轻,舌苔较前变薄、且润,脉弦细已不沉。前方继服 7 剂而愈。

按 本案肺栓塞,应用西药治疗 2 个月,INR 数据指标已经达标,仍有系列不适症状求诊中医。一诊、二诊时喘息气短汗出、唇紫,舌红,脉沉细数无力,看似一派气血不足兼瘀血虚之象,以为喘息气短、口干苦为气血两虚不荣所致,但忽略了其脉沉细数之中有一种奔冲激荡、不可宁静之感,未认识到火郁气机不畅,亦可导致喘息气短、口干口苦,亦未察舌红而干、苔黄腻为火郁之证,错误地应用补阳还五汤使火郁更炽。此证初诊时即为火郁郁闭于内成细涩之脉型,然其中有一种奔冲激荡之感,实为类似阴脉的火郁重症。至三诊时幡然醒悟,改用升降散合小陷胸汤透达郁热、宽胸化痰而症状减轻。四诊时脉稍起,为郁热渐透,然脉有动数之象,动数者阴不制阳,阳亢上越也,故加生地、竹叶、滑石,养阴清热,使痰湿之热在升降散向上、向外透达郁热的基础上,增加邪气从小便透解的渠道;五诊时脉弦细已不沉,无动数之象,

为郁火得透的表现。

### 3 小结

李士懋教授认为火郁证的诊断,有典型的脉证:(1)典型的火郁脉,即沉而躁数,乃火热被遏伏、奔冲激荡、挣扎不宁之象。又称之为“火郁脉”、“躁脉”;(2)舌象:当红,重者红绛而少津,甚至绛紫、干敛;(3)面色:当红而滞,总有一种热邪怫郁不达的红而暗滞之感;(4)神志:轻者心烦少寐,重则谵语、狂躁,甚至昏厥;(5)可呈一派内热之象,如渴喜冷饮、气粗口哆、心烦灼热、溲赤便结或下利臭秽等;在上者可眩晕头疮、在中者可满闷呕啰,在下者可淋漓经乱;郁火深伏者,可其外可呈一派寒象,如恶寒肢厥,甚至通体皆厥,或脘腹冷、背冷等。由于郁火走窜行经不同,可兼有不同脏腑见证。如心经郁热,见烦躁不寐、谵狂昏厥、斑疹疮疡、口舌生疮等;肺经郁热,见咽痛咳嗽、胸闷胸痛等;肝经郁热,见头晕目眩、胁肋胀痛、烦躁易怒、抽搐瘈瘲等;脾经郁热,见身热倦怠、呕吐下利、脘腹胀痛、牙痛龈肿等。

升降散组成首载于明代医家龚廷贤《万病回春》,后为清代杨栗山于《伤寒瘟疫条辨》中命名为升降散,列为治温十五方之总方。李士懋教授认为其为治疗火郁病首选方剂,该方的应用标准为:具有上述(1)的典型脉象,但见(2)(3)(4)(5)中一症者便可加减化裁应用。总之,在辨证施治中要始终注重对脉象的把握,根据脉象的辨识结果确定证候,进行辨证治疗。

(收稿日期:2012-03-14)

(本文编辑:秦楠)

## 中医分期辨证治疗急性黄疸型甲型病毒性肝炎疗效分析

黎彦君 玉艳红 苏芮 徐静 吴继周 黄李平 凌江红

**【摘要】 目的** 比较中医分期辨证治疗与西医治疗急性黄疸型甲型病毒性肝炎(简称甲肝)的疗效。**方法** 将 36 例患者分成治疗组 and 对照组,治疗组经辨证按证型分期先后分为肝胆湿热证和湿邪困脾证,分别予清热祛湿方药和温中祛湿方药治疗 18 天,对照组以单纯西药降酶退黄等治疗 18 天。**结果** (1)治疗组的治愈率为 95%,对照组的治愈率为 93.75%,差异无统计学意义( $P>0.05$ );(2)两组治疗前后肝功能指标治疗组较对照组明显改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ );(3)两组中医症候积分比较,治疗组治疗前后积分比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗组与对照组同期积分比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 中医分期辨证治疗甲肝改善肝功能的疗效与西医治疗相当,但中医治疗能显著改善患者症状、体征。

基金项目:财政部、国家中医药管理局 2009 年中医药行业科研专项(200907001-1);中医药行业科研专项(200907001-9)

作者单位:530021 南宁,广西医科大学第一附属医院传染科[黎彦君(硕士研究生)、玉艳红、吴继周],中医科(黄李平、凌江红),肝胆血管外科(徐静);中国中医科学院(苏芮)

作者简介:黎彦君(1985-),女,硕士,医师。研究方向:病毒性肝炎的诊疗。E-mail:124961407@qq.com

通讯作者:玉艳红(1970-),女,硕士,副教授。研究方向:病毒性肝炎的诊疗。E-mail:yuyanhong666@163.com