

基于“相火理论”的潜阳封髓丹合引火汤 临床应用经验

刘峰谷¹ 梁艳霞² 王雯雯² 樊茂蓉²

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 中国中医科学院西苑医院肺病科, 北京 100091)

【摘要】相火源自肾之命门, 为两肾所主, 以潜藏守伏为佳, 若因劳倦七情, 六淫外邪等因素, 久病及肾, 引起肾失摄纳, 虚阳浮越, 相火妄动, 上下不通, 阴阳格拒之象, 则诸病丛生。潜阳封髓丹、引火汤作为引火归元的常用方剂, 均有导龙入海之功, 专为肾不封藏、阴不敛阳一证而设。二方合用, 潜藏相火之力更甚, 可治疗多种常法难效之病症。

【关键词】相火理论; 潜阳封髓丹; 引火汤; 内伤杂病; 异病同治

DOI: 10. 16025/j. 1674-1307. 2024. 08. 016

相火是能够温润内脏, 推动脏腑功能活动之少火, 相火的特点为“守位禀命”, 作为脏腑阳气之根本, 潜藏于肾而不露^[1]。若相火失于封藏, 妄动于上, 则会扰动五脏六腑, 引起多种疾病。虽疾病所累及脏腑不同, 临床表现各异, 但均可基于封藏相火论治。引火汤、潜阳封髓丹均为临床中常用于引火归元的方剂, 临床实践发现, 二方互有联系、互为补充, 若相须为用, 可增强收纳相火之力。本文基于“相火妄动”的共同病机与“封藏相火”的中医治法, 将应用潜阳封髓丹合引火汤异病同治的经验报告如下, 以期临床内伤杂病的诊治提供新的思路。

1 相火理论

“相火”之名, 首见于《素问·天元纪大论篇》, 文曰:“君火以明, 相火以位。”唐·王冰注解《素问》, 以五行之中火分君相, 始有“相火”之谓^[2]。人之始生, 全赖相火与阴精的施化; 人之既成, 尤需相火与阴精的平衡。相火归位则为少火, 少火生气; 相火失位则为贼火, 贼火盗气。金元时期, 刘完素提出命门相火说, 《素问病机气宜保命集》曰:“右肾属火, 游行三焦, 兴衰之道由乎此, 故七节之旁中有小心, 是言命门相火也。”为从肾论治相火诸病提供了理论依据^[3]。张从正援

物比类, 以龙火喻相火, 《儒门事亲》曰:“相火犹龙火也。”并强调相火为病急猛, 治疗时虽用凉药, 但不可冷服, 应“使药常极热”, 可防扞格。李东垣在“壮火食气, 气食少火”理论基础上, 提出“火与元气不两立”, 认为元气与阴火(相火)具有互相制约的关系, 二者平衡失调多表现于内伤热中证, 以脾胃受邪、枢机不利为先。朱丹溪提出“相火论”, 称“相火”为“天火”, 因其源于先天之本肾, 故为先天之火^[4], 并提出“相火易起, 五性厥阳之火相扇, 则妄动矣”。“相火易动”观点为后世相火理论的发展奠定了理论基础。

明清时期, 相火理论逐渐丰富完善。张景岳“参以太极之理”^[5], 认为“命门之火, 谓之元气; 命门之水, 谓之元精”, 其提出水火兼具、阴阳同气的“水火真阴命门说”, 临床治疗主张阴阳抱守互补法, 引火归元。黄元御基于“一气周流”理论, 从脾胃中气立论, 以相火学说阐释人体生理病理, 《四圣心源》云:“木火之升, 机在己土, 金水之降, 机在戊土, 己土左旋, 则和煦而化阳神, 戊土右转, 则凝肃而产阴精……脾升胃降则在中气。中气者, 脾胃旋转之枢纽, 水火长降之关键。”即生理状态下, 相火在金水的收敛下, 随太阳而下行, 归于命门, 根在癸水。水升火降,

基金项目:中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01105);中国中医科学院中央级公益性科研院所基本科研业务费项目(ZZ15-WT-07-02);第五批全国中医临床优秀人才项目(020600009)

作者简介:刘峰谷,男,25岁,硕士研究生。研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病。

通信作者:樊茂蓉, E-mail: fanmr1974@qq.com

引用格式:刘峰谷,梁艳霞,王雯雯,等. 基于“相火理论”的潜阳封髓丹合引火汤临床应用经验[J]. 北京中医药, 2024, 43(8): 917-921.

坎离既济；火秘水温，阴阳平衡。病理状态下，戊土不降，辛金逆行，收失决敛，则相火妄动，五脏之阴并耗。郑钦安称君火为凡火即心，相火为真火即肾中之阳。凡火居上以统乎阳，阳重而阴轻，故居上而为用；真火居下而统乎阴，阴重而阳轻，故居下而为体。就如离卦应在上之心肺，其象为火，其性属阳，二阳爻处外，阴爻藏乎其中；坎卦应在下之肝脾肾，其相为水，其性属阴，二阴爻居外，阳爻处于其内。《医理真传》曰：“阳中有阴，阴中有阳，阳极于上而复可取下者，因有一阴居中，阴陷于下而能趋上者，为有一阳藏内。”生理状态下君相二火互根互用，实为一气，共为一身阴阳之主宰。一旦相火不在其位，妄动于上，君相二火交互不能，则全身脏腑气机受阻，诸病丛生。后世医家面对病位波及多个脏腑的内伤杂病，溯其本源，均可基于封藏相火论治，进一步扩大了相火理论的应用范围。

2 潜阳封髓丹与引火汤

2.1 散水之寒，收敛浮阳

潜阳封髓丹由潜阳丹和封髓丹两部分组成。潜阳丹出自郑钦安《医理真传》，原方由“西砂仁一两（姜汁炒）、附子八钱、龟板二钱、甘草五钱”组成，书中释云：“夫西砂辛温，能宣中宫一切阴邪，又能纳气归肾。附子辛热，能补坎中真阳，真阳为君火之种，补真火即是壮君火也。况龟板一物，坚硬，得水之精气而生，有通阴助阳之力，世人以利水滋阴目之，悖其功也。佐以甘草补中，有伏火互根之妙，故曰潜阳。”封髓丹始见于许国祯《御药院方》^[6]，方用黄柏一两，砂仁七钱，炙甘草三钱，功专降心火、益肾水。郑钦安言其“至平至常，至神至妙”，《医理真传》中释曰：“夫黄柏味苦入心，禀天冬寒水之气而入肾，色黄而入脾，脾者，调和水火之枢也，独此一味，三才之义已具。况西砂辛温，能纳五脏之气而归肾，甘草调和上下，又能伏火，真火伏藏，则人身之根蒂永固，故曰封髓。其中更有至妙者，黄柏之苦，合甘草之甘，苦甘能化阴。西砂之辛，合甘草之甘，辛甘能化阳。阴阳合化，交会中宫，则水火既济，而三才之道，其在斯矣。”二方常相须为用，共奏纳气归肾、封藏相火之功。潜阳封髓丹有别于通脉四逆汤少阴寒极、阴盛格阳之危象，又不同于右归丸重于缓缓培补，稍逊破坎中之寒结、运中焦之输机之力，动力充盈而不失制约，清、疏、补并施，化裁多样，临床应用极为广泛。

2.2 壮水之主，引火归元

引火汤出自陈世铎《辨证录》，用熟地黄三两，巴戟天、麦冬各一两，五味子二钱，茯苓五钱为方，所治疗疾病为“阴蛾”，症见“咽喉肿痛，日轻夜重，亦成蛾如阳证，但不甚痛，自觉咽喉燥极，水咽少快，入腹又不安”。阴蛾之症为真阴大亏、阴损及阳、命门阴阳俱虚、虚阳上越之象^[7]。方中重用熟地黄峻补真阴，《类经附翼》云：“味厚而气薄，阴中有阳，能补五脏之真阴……收神散、降虚火、镇躁动、制水邪、导真气、厚肠胃，且为发汗化源之资。”以麦冬、五味子滋肺阴、敛肺气，使金水相生，子母共享滂沱之乐，水旺足以制火矣；以甘辛微温、中正平和之巴戟引火归肾，水性趋下，而火已有不得不随之势，则水火既济；以茯苓从小便利导潜降之余热，故全方可行阴中求阳、收敛浮火之功。引火汤所候之证提示真阴大亏、阴阳俱损，法当阴中求阳、敦厚和平，故虽虚阳浮越，却须慎用苦寒清热，以免折伐虚阳；又因真阴确竭，非大剂量熟地黄不能充填肾精，左归作用之力缓和，若沉痾，稍显捉襟见肘。故引火汤有别于地黄丸类方，峻补真阴力量强悍，又因势利导，专在“引火”，使潜降之浮阳有去处、有归所。

2.3 应用辨析

引火汤之病机倾向于真阴大亏，真阳无以依附，阳不得阴助，日久阴损及阳，相火失其所而浮越于上，化为贼邪，流窜五脏六腑，扰动气机，组方旨在峻补真阴、引火归元；潜阳封髓丹更倾向于真阳式微、君火衰弱不能镇纳群阴，群阴渐生，阴踞阳位，真阳被群阴阻塞不能归根，组方旨在荡涤占据阳位的阴气，振复乾刚、收纳浮阳^[8]。张景岳阴阳互根思想强调，“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”。肾中阴阳互根互生、相互转化，久病总会阳损及阴、阴损及阳，故临床“水浅不养龙”与“水寒不藏龙”多成交错共生之态。从用药上看，潜阳封髓丹与引火汤合用，潜阳封髓丹中附子砂仁可进一步促进熟地黄、麦冬蒸腾运化，化为真阴为机体所用，而非运化不能，化为痰湿壅滞气机，以加强巴戟天引真阴真阳封藏于肾之意；引火汤中熟地黄、麦冬又可防砂仁、附子、黄柏之属过量损及真阴，亦使真阳有可留恋之所。二方相互牵制、协同增效，合用则更加中正平和、相辅相成。

3 病案举例

3.1 阴虚腹水

患者，女，89 岁，2023 年 4 月 29 日初诊，主诉：反复腹胀 4 个月，进行性加重 10 d。患者 4 个月前逐渐出现腹胀、食欲下降、尿量减少，于当地医院就诊考虑“肝硬化腹水”，予保肝降酶、利尿、补充白蛋白等对症治疗及腹腔穿刺抽取积液后好转。出院后规律服用利尿剂，病情仍多次反复，逐渐依赖腹腔穿刺抽取积液改善症状。既往发现乙型肝炎病毒携带 30 年，曾规律服用抗病毒药物（具体不详）2 年后自行停药，未再行诊治与复查。2 型糖尿病史 20 年，平素规律予门冬胰岛素及二甲双胍联合治疗，血糖控制尚可。入院检查示，腹部超声可见大量腹水（>3 000 mL），24 h 尿量 300 mL，丙氨酸转氨酶（ALT）120 U/L、天冬氨酸转氨酶（AST）140 U/L、白蛋白（ALB）26 g/L，尿素氮 10.5 mmol/L，肌酐 65 μ mol/L。西医诊断：肝硬化失代偿期，大量腹腔积液；中医诊断：臌胀，气虚血瘀、阳虚水停。治以益气活血、温阳化气利水法，予茵陈五苓散加减，方药组成：茵陈 30 g，桂枝 12 g，炒白术 24 g，茯苓 30 g，猪苓 20 g，泽泻 20 g，泽兰 20 g，生黄芪 30 g，鳖甲 20 g，赤芍 20 g，炒鸡内金 15 g，糯稻根 15 g。患者及家属拒绝腹腔穿刺，西医治疗予静脉滴注托拉塞米 20 mg/次，2 次/d；布美他尼 1 mg/次，1 次/d；人血白蛋白 10 g/次，1 次/d。治疗 3 d 后患者腹胀、腹部膨隆仍无明显缓解，24 h 尿量 600~800 mL。刻下症见：腹胀、腹部膨隆，微有喘息，口干明显，夜间干醒，双颧发红，神疲乏力，纳差，尿少、小便淋漓而出，大便量少稀溏，足底怕冷。舌红瘦，无苔、少津、裂纹满布；双侧脉寸关浮、右尺脉沉、左尺似有似无。更正中医辨证为肾失封藏、相火浮越、水液停聚；调整治法为峻补真阴、收纳相火、温肾利水，予潜阳封髓丹合引火汤，方药组成：熟地黄 90 g，龟板 30 g（先煎），麦冬 20 g，山茱萸 15 g，赤芍 30 g，山药 30 g，麸炒白术 24 g，黄柏 30 g，砂仁 24 g（后下），生甘草 10 g，附子 20 g（先煎），巴戟天 15 g，肉桂 6 g，茯苓 30 g，怀牛膝 30 g，水红花子 30 g，车前子 30 g，大腹皮 30 g。7 剂，水煎，1 剂/d，分 5~6 次温服。西医治疗同前。服药后患者尿量逐日增多，4 d 后 24 h 尿量增至 2 000 mL，患者自觉腹胀、口干较前明显减轻。舌红，少津

较前改善，裂纹变浅；双尺脉较前有力。复查：ALT 104 U/L、AST 90 U/L、ALB 34 g/L。西医治疗停用人血白蛋白；中药汤剂守方继服 3 剂，煎服法同前。3 d 后患者腹部膨隆可见明显改善，复查腹部超声示腹水较前明显减少，患者诉已无明显口干舌燥，食欲改善、大便量较前增多，小便量多通畅，舌面裂纹已基本消失，舌淡红少苔，脉弦力可、脉道较前充盈。上方熟地黄减为 60 g，附子减为 15 g，去大腹皮，继服 4 剂，嘱根据患者耐受情况，可逐渐减少服用次数，分 2~3 次温服。西医治疗停用静脉利尿剂，改为口服布美他尼片 1 mg/次，1 次/d。4 d 后，患者出院。西医治疗布美他尼改为 1 mg/次，隔日 1 次；中药汤剂仍以上法维护命门之中阴阳平衡，并减少剂量、缓缓图之。方药组成：熟地黄 30 g，龟板 15 g（先煎），鳖甲 15 g（先煎），麦冬 15 g，山茱萸 12 g，赤芍 15 g，炒白术 20 g，黄柏 15 g，砂仁 12 g（后下），生甘草 10 g，附子 10 g（先煎），巴戟天 15 g，肉桂 3 g，茯苓 20 g，水红花子 20 g，怀牛膝 20 g，车前子 20 g。14 剂，水煎，1 剂/d，分 2~3 次温服。连续门诊随访 3 个月，患者未出现腹水复发迹象。

按：患者年近 90 岁，肾中阴阳本亏，因长期服用利尿剂进一步损耗肾阴而致真阴大亏，相火无以封藏而妄动，不在下蒸腾水液、助膀胱气化，而在上焦灼烧津液，进而形成下焦水液停聚，上焦津液枯竭之势，此时再以西药利尿剂及茵陈五苓散利湿行水，易造成消肿不成而反利水伤阴之弊，进一步加重上下阴阳格拒之势。大量水液停聚腹间，却症见口干难耐、舌红无苔裂纹满布，为真阴大亏之象。故利水消肿之法可用，但需先以引火汤填补干涸的命门真阴，水深方可涵养龙雷之火，并以潜阳封髓丹荡涤肾中余寒，疏通相火归位之道路，增强命门之火蒸腾气化功能。二者合用，方可使相火归位，行使肾主水液的生理功能。肾中阴阳归于平衡，方可化生肾气，运化、输布停聚之水，此时再辅以牛膝、车前子、茯苓、大腹皮等利水消肿制品，可使尿液“投之即出”，以达行水消胀之功。

3.2 反复口疮

患者，女，24 岁，2023 年 5 月 6 日初诊，主诉：反复口腔溃疡 10 年。患者曾于当地医院就诊考虑为白塞综合征，然多年仅见口腔溃疡，生殖器、眼部未见损害，多次查超声示外周大中静脉未见损害，相关自身免疫抗体均为阴性，C 反应

蛋白、红细胞沉降率轻度升高,白塞综合征诊断证据不充分^[9]。曾规律服用沙利度胺后口腔溃疡好转,2年前自行停药,后辗转多地行中西医结合治疗,治疗效果不明显,停药后反复。患者自述溃疡发作最重时寝食俱废,曾服用甘草泻心汤、导赤散、泻黄散、凉膈散、丹栀逍遥散等汤药效果均不理想。刻下症见:舌边尖可见多处米粒大小红白相间溃疡面、灼痛,牙龈可见多处凹面溃疡、色白有渗液,溃疡面连及咽喉,吞咽、咀嚼均有疼痛,现多进食流食,纳差、头面微微泛红、低热,纳差、眠差,口干不欲饮,小便偏多色清,夜间多次起夜,双膝怕冷。舌尖红伴溃疡,苔薄白腻微黄;脉弦滑沉取无根,寸脉浮。西医诊断:复发性阿弗他溃疡;中医诊断:口疮,肾失封藏、虚火上炎、湿热内蕴。治法:潜阳封髓、引火归元、兼清湿热;方以潜阳封髓丹、引火汤合甘露饮加减,方药组成:生地黄 30 g,熟地黄 40 g,龟板 30 g,麦冬 20 g,天门冬 20 g,黄柏 30 g,砂仁 24 g(后下),生甘草 10 g,附子 20 g(先煎),巴戟天 15 g,肉桂 4 g,五味子 10 g,茯苓 24 g,炒白术 24 g,茵陈 24 g,麸炒枳壳 15 g,木蝴蝶 20 g。7剂,水煎,1剂/d,三餐后 1 h 服用。联合青黛冰硼散加减含漱,组成:青黛 10 g,冰片 3 g,硼砂 3 g,黄芩 15 g,蒲公英 15 g,地骨皮 30 g,茜草 20 g,生蒲黄 15 g,五倍子 10 g,血竭 5 g,儿茶 5 g,忍冬藤 15 g,白芷 6 g,肉桂 3 g。1~2 d 用药 1 剂,浓煎冷却,三餐后含漱。

2023年5月16日二诊:治疗1d,溃疡面触痛即明显缓解;治疗7d,溃疡个数较前略有减少、溃疡面疼痛已基本缓解,咽部疼痛消失,头面潮红、低热消失,可逐渐进食固体食物,食欲仍一般,膝冷夜尿较前明显好转,大便微溏。当下为行经期间,月经量少色深有血块。舌淡红,苔薄白腻;脉弦滑,沉取力尚可。方药组成:熟地黄 40 g,龟板 30 g,麦冬 20 g,天门冬 15 g,黄柏 20 g,砂仁 15 g(后下),生甘草 10 g,赤芍 15 g,丹参 15 g,附子 15 g(先煎),菟丝子 20 g(包煎),炒白术 20 g,茯苓 20 g,五味子 9 g,肉桂 4 g,木蝴蝶 15 g。10剂,煎服法同前;外用含漱方不变。2个月后随访,患者溃疡逐渐消失,后续未见复发。

按:患者反复口疮多年,诊治经历复杂,久治不愈。《圣济总录》云:“口疮者,由心脾有热,气冲上焦,重发口舌,故作疮也。”诚然口疮初病

多在心脾,然患者服用泻黄散、丹栀逍遥散、导赤散、凉膈散、甘草泻心汤等诸方难愈,故口疮久病不愈或久治不愈,需考虑及肾。回溯病史,患者自二七之年发病,至今迁延不断,藉天癸将至之年,本应任脉充盈、太冲脉盛,或因先天禀赋所致,肾中真阴真阳不足,而致相火妄动,若此时及时培补肾气、收敛浮阳,可能有机会避免之后多年迁延反复。而今为避免重蹈覆辙,需考虑从封藏相火论治。患者因久服苦寒之品,伤及脾胃故内生湿热,欲扶助虚阳归于本位,当先清肃阳气运行之道路,即清宣中、上焦之阻碍气机运行的气滞、痰饮、湿浊等有形实邪,保证气机能够运行通畅,坎离相交,当先安中宫,是为标本兼治^[8]。故治疗还参考甘露饮养阴除湿之法梳理中焦,方可使阴阳升降自如。

3.3 顽固性高血压

患者,女,70岁,2023年4月14日初诊,主诉:间断发热 20 d,加重 4 d。患者1年前急性脑梗死后长期卧床、胃管留置,既往重度抑郁症病史 10 年。入院诊断为细菌性肺炎、褥疮感染,体温最高 39.5℃,经抗感染治疗后高热消退,腋下体温维持在 37.2~37.8℃。予盐酸贝尼地平片 8 mg/次,1次/d;奥美沙坦酯片 20 mg/次,1次/d;酒石酸美托洛尔片 25 mg/次,3次/d联合降压,心电监护示 24 h 血压最高 220/110 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),最低 160/90 mmHg,血压居高不下。予滋阴潜阳中药,方药组成:白芍 20 g,天门冬 20 g,玄参 20 g,龟板 20 g,怀牛膝 20 g,杜仲 30 g,代赭石 10 g,生龙骨 30 g,煅牡蛎 30 g,生麦芽 30 g,茵陈 15 g,川楝子 6 g,生甘草 10 g,山药 20 g,莲子 20 g,炒白术 20 g。用药 3 剂,血压变化不明显。刻下症见:神清、牙关紧闭、呼之可应不作答,形体肥胖,头面潮红,腰部以上触之体温较高、多汗,腰部之下体温正常、无明显汗出,胃管注入营养液 1 000 mL 后无呃逆反酸,腹泻、3~4次/d,每次排出少量黑便,尿管留置,小便可。舌不可见;脉滑数,左寸偏浮,双尺沉取无根。西医诊断:顽固性高血压;中医诊断:风眩病,阴阳俱虚、虚阳上浮。治法:引火归元、收敛浮阳;予潜阳封髓丹合引火汤,方药组成:熟地黄 60 g,龟板 30 g(先煎),黄柏 30 g,砂仁 20 g(后下),党参 20 g,生甘草 10 g,附子 12 g(先煎),杜仲 30 g,菟丝子 20 g(包煎),丹参

20 g, 赤芍 30 g, 生龙骨 30 g, 生牡蛎 30 g, 川牛膝 15 g, 茯苓 15 g, 五味子 6 g。3 剂, 水煎, 1 剂/d, 分 3 次胃管注入。服药 1 剂后, 患者即汗出减少、小便可黄偏多, 腹泻好转。服药 3 剂后, 心电监护示 24 h 血压最高 160/95 mmHg, 最低 120/76 mmHg, 收缩压稳定在 130~150 mmHg、舒张压稳定在 80~90 mmHg。患者头面潮红、腰以上汗出较前明显好转, 体温基本回归正常, 最高 37.1℃。继服上方 4 剂后出院, 期间血压一直稳定在正常范围。

按:“阳气者, 精则养神”, 患者素来抑郁, 情志淡漠, 是为阳气虚弱无以振奋情志、无以驱散阴霾, 后急性脑梗死后长期卧床, 久卧伤气, 命门之火更加受损, 期间反复肺部感染、褥疮形成, 进一步耗损阴液。先因素体本虚, 感染外邪而症见高热, 经治疗, 热毒实邪渐去, 命门阴阳俱虚而阳浮于上, 单纯以滋阴潜阳无法兼顾其阳虚本质, 导致敛降的阳气无根以附, 便会再次浮越于上, 故疗效欠佳。且大量养阴填精之药, 无法化为真阴而为人所用, 只能作为冗余随肠间滑走, 甚则进一步损耗阳气。此时以潜阳封髓丹合引火汤引火归元、收敛浮阳, 方可使真阴不亏, 真阳得藏, 此时再加龙骨、牡蛎敛汗潜阳方可见效。此案患者低热, 腰部以上热而腰部之下正常, 为坎中真阴真阳俱衰, 真阴无以收敛相火, 真阳无以温化下焦阴寒, 故而阴气踞阳位, 阳气不得归于本位, 阳气浮越, 故仍需附子散坎中阴气, 以防阳不得潜。

4 小结

命门之中, 肾精为下焦元气之能始, 相火则为元气之动变。“万物负阴而抱阳, 冲气以为和”, 相火作为肾精气化之能量, 秉承生发之气, 承接后天中焦运化之水谷, 化为元气, 进而化为宗气、营卫之气, 熏蒸散布于机体脏腑、经络、肢节, 构成人之生命。生理状态下, 相火是人之新陈代谢、生长发育之原动力。然而病理状态下, 相火不再潜藏于下焦命门, 肾中阴阳相离、相火蒸腾上扰, 化为流窜之贼邪。浮越之火扰动之处, 均可见气机紊乱, 气血津液运行生化失调, 日久所生诸病林林总总、所生诸症纷至沓来, 朱丹溪谓

之“变化莫测, 无时不有”。此时临证犹如雾里看花, 更需明察秋毫, 谨守病机, 方可于错综复杂的病症中洞见共同的枢机。

《临证指南医案》云:“久病不已, 穷必及肾。”病程日久, 其中波折均是对于肾中真阴真阳的不断消耗, 最终形成了肾失封藏、相火妄动之象。《景岳全书》云:“肾为元气之根, 为水火之宅, 五脏之阴气, 非此不能滋; 五脏之阳气, 非此不能发。”肾为先天之本, 内藏真阴真阳。疾病初起, 可能病在他脏, 稍损肾气, 尚易培补, 亦少致元气受损。若疾病进展、迁延不愈, 损及真阴真阳, 甚则肾失封藏, 虚阳上浮、阴阳格拒之时, 无论是否伴有邪气的稽留, 法当急先纳气归肾、引火归元, 恢复肾的生理功能, 方可守住五脏六腑之能始, 生命气机之动力, 以求命门之中, 阴平阳秘。此后可再根据情况, 辨明邪气性质, 或水饮、或湿热、或痰瘀, 临证加减, 疏通阴阳气机升降之道路, 可事半功倍, 起常法不能起之沉痾。

参考文献

- [1] 谢平金, 温俊茂, 廖璐. 君相二火之探析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(3): 238-240.
- [2] 张国松, 易法银. 论相火[J]. 中医杂志, 2020, 61(11): 1007-1009.
- [3] 杨玉涵, 王思成, 吴宏辉, 等. 基于相火妄动理论探讨消渴病证治[J]. 北京中医药, 2022, 41(7): 758-761.
- [4] 赵予, 赵进喜. 朱丹溪“相火论”学术内涵与临床应用浅析[J]. 北京中医药, 2022, 41(4): 411-413.
- [5] 王慈, 马天亮, 董禹彤, 等. 从理学视角探讨朱丹溪相火论到张景岳命门学说之嬗变[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(11): 1703-1705, 1753.
- [6] 商竞宇, 姜莉云. 浅议加味封髓汤治疗顽固性口腔溃疡[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(9): 4483-4485.
- [7] 韩佳桐, 张青. 引火归元的治疗层次及代表方药[J]. 中医杂志, 2018, 59(7): 628-630.
- [8] 郑盼, 唐农, 莫秋兰, 等. 潜阳封髓丹加减治疗阳虚型口腔溃疡[J]. 中医杂志, 2018, 59(4): 345-347.
- [9] GULEN H, ROBIN C, DONGSIK B, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome[J]. Ann Rheum Dis, 2018, 77(6): 814.

Clinical application experience of Qianyang Fengsui Dan combined with Yinhuo Decoction based on “minister fire theory”

LIU Fenggu, LIANG Yanxia, WANG Wenwen, FAN Maorong

(收稿日期: 2024-01-26)