

湿病源流

李连成 刘秉昭¹ (指导 路志正)

(中国中医研究院广安门医院, 北京 100053; ¹ 河南郑州市中医院, 河南 450007)

中医对湿病的认识, 来源于《五十二病方》、《内经》、《难经》、《伤寒论》、《金匱要略》, 发展于金元, 完善于明清、民国, 成熟于现代。为此, 做一简要地整理, 以溯本求源, 洞悉其脉络, 对湿病今后研究, 有着重要的承启和促进作用。

湿病理论源于《五十二病方》、《内经》、《难经》

湿邪致病, 最早见于《五十二病方·婴儿索痉》: “索痉者, 如产时居湿地久” 所致, 认为是妇女在分娩时居处潮湿太久, 婴儿受到湿邪的侵袭, 而引起口噤、项强、筋脉挛急、搐搦的痉病。在《内经》则以人与自然、阴阳五行、藏象学说、五运六气等理论, 对湿气、湿邪的产生、湿病的病因病机、症状表现、治则等已有较详的论述, 从而为湿病的发展奠定了理论基础。

湿在正常情况下, 为自然界六气之一, 称为湿气, 为滋润万物生长繁茂不可缺少的重要物质。《素问·五常政大论》指出: “备化之纪, 其令湿”, 王冰注云: “此乃德化之常也”。《素

问·五运行大论》: “……燥以干之, 暑以蒸之, 风以动之, 湿以润之, 寒以坚之, 火以温之。故风寒在下, 燥热在上, 湿气在中, 火游行其间, 寒暑六入, 故令虚而生化也。中央生湿, 湿生土, 土生甘, 甘生脾, 脾生肉, 肉生肺。其在天为湿, 在地为土, 在体为肉, 在气为充, 在藏为脾。其性静兼, 其德为濡, 其用为化, 其色为黄, 其化为盈, 其志为思, 思伤脾, 怒胜思; 湿伤肉, 风胜湿; 甘伤脾, 酸胜甘”。明确指出了自然的湿与人体脏腑、神情志等紧密相关性和辨证性。正常的湿气对万物有益而无害, 但如湿气太过或非其时而有其气, 则为湿邪。由湿邪所引起的疾病则称之为湿病。

《内经》对湿邪的特征和致病特点有系统论述, 认识到既有外湿内湿之分, 又有清浊之殊, 上受下起之异, 即“清邪中上, 浊邪中下”是也。所谓清邪, 系指地下上升之轻清雾露、霜、冰雹和雨雪, 自上而下; 感其气者, 上先受之, 则见头脑昏蒙, 蔽聪塞明, 沉重痠楚。经所谓: “因于湿, 首如裹”是也。浊邪

其实是对中医药学缺乏深入的了解。

目前, 中医临床十分重视专方专药的研究。专方专药是临床经验的结晶, 有较强的可重复性。但同时许多研究也显示: 单纯用专方专药, 疗效不及专方专药配合辨证施治。如有些老中医的经验效方做成固定制剂后, 有时疗效却不如其本人临诊的自拟方。在用重复性标准衡量中医药研究时, 这种情况不可不引起深思。

对于中药药理实验、复方研究、新药开发而言, 必须具备严格的、甚至每个具体环节的

可重复性, 这已成为共识。但是这方面研究不能涵盖中医药系统的整体研究。除了方和药, 目前临床更需要可以被重复的新理论、新经验, 以助中医药学术水平的整体提高。所以对中医药进行全方位研究时, 应该充分考虑其本身的发展规律, 从广义上来理解重复性的意义, 而不能仅用固定方药的实验、临床观察的重复性标准来框定, 否则会忽视和遗忘中医药学的本质特征, 产生不应有的误解。

(收稿日期 2001 年 2 月 10 日)

是指地下泥水污秽之气,暑月淫雨,离照当空,天热下逼,湿浊之气蒸腾,触其气者,下先受之,多见足跗重着、肿胀、关节痠痛。《素问·太阴阳明论》曰:“伤于湿者,下先受之,必从足始者,地湿之气中之也”。湿邪中人,多因其人正气不足,湿邪才能乘虚而入,故《灵枢·百病始生》指出:“清湿袭虚,则病起于下”,清楚说明“邪之所凑,其气必虚”,是湿邪中人的内在条件。

湿邪对人体脏腑有特殊的亲和性,其症状表现具有一定的规律。《素问·阴阳应象大论》“湿盛则濡泻”,“地之湿气,感则害皮肉筋脉”。《素问·生气通天论》“秋伤于湿,冬生咳嗽”;《素问·至真要大论》“诸湿肿满,皆属于脾”,“诸痉项强,皆属于湿”。《素问·痹论》“湿气盛者,为着痹也”。肺主气,司呼吸,雾露清湿之邪则易通过口鼻而袭肺;脾属土,司运化,恶湿,故湿邪极易停滞,影响气机升降。故湿邪损伤脾肺,多见鼻塞不利,咳嗽上气,胸膈憋闷,胃脘痞满,四肢不举,体重痠楚,饮食不化,呕而密然,唾吐清涎、咳喘、濡泻、跗肿、黄疸、痉病、痹病、痿厥等诸多疾患。《素问·气交变大论》指出:“岁土太过,雨湿流行,肾水受邪,民病腹痛,清厥,意不乐,体重烦冤……甚则肌肉萎,足痿不收,行善痠,脚下痛,饮发中满,食减,四肢不举”;“岁土不及……民病飧泄,霍乱,体重腹痛,筋骨繇复,肌肉痠酸”。此外,湿邪与运气的胜复,在引起湿病的发生方面,亦紧密相关。如《素问·至真要大论》:“湿淫所胜……民病积饮,心痛,耳聋,浑浑漉漉,嗌肿喉痹……”,“太阴之复,湿变乃举,体重中满,食饮不化……饮发于中,咳喘有声”等疾病。

《内经》对湿邪中人,与地域、工作及居住环境潮湿等因素有所认识。《素问·异法方宜论》:“南方者,天地之所长养,阳之所盛之处也。其地下,水土弱,雾露之所聚也”。“中央者,其地平以湿,天地所生万物也众”。《素问·痿论》:“有渐于湿,以水为事,若有所留,居处相湿,肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿。

故《内经》曰:‘肉痿者,得之湿地也’”。即是对所处地域、工作种类、环境潮湿可致肉痿的阐述。在《素问·奇病论》中,对过食肥甘,脾蕴湿热而成“脾瘴”、“消渴病”,亦进行了讨论。原文曰:“有病口甘者……此五气之溢也,名曰脾瘴。夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气,津液在脾,故令人口甘也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”。同时,湿邪又多与它邪相兼为病。如《素问·六气正纪大论》云:“风湿相搏……民病血溢,筋络拘强,关节不利,身重筋痿”。“……寒湿之气,于气交,民病寒湿,发于肉痿,足痿不收,濡泄血溢”,“溽暑湿热相搏……民病黄疸而为跗肿”。《素问·生气通天论》:“湿热不攘,大筋繇短,小筋弛长,繇短为拘,弛长为痿”。《素问·调经论》亦云:“寒湿之中人也,皮肤不收,肌肉坚紧”。明确指出了外湿多侵害皮、肉、筋、脉、关节而致痹病,由湿热蕴结日久,易成痿病的发生。其症状表现为:皮肤不收,肌肉坚紧,皮痒肉苛,脾痹,脘膈股膝痹痛,筋脉、关节不利等各种急慢性风湿性疾病和痿证。

关于湿病的治疗,《内经》提出了较完整的治疗原则,成为后世治疗湿病的圭臬。概括起来有苦温燥湿、淡渗利湿、疏风胜湿、清热祛湿等。如《素问·至真要大论》云:“湿淫于内,治以苦热,佐以酸淡,以苦燥之,以淡泄之”;“湿上甚而热,治以苦温,佐以甘辛,以汗为故而止”;“湿司于地,热反胜之,治以苦冷,佐以咸甘,以苦平之”;“湿化于天,热反胜之,治以苦寒,佐以苦酸”等大法,对指导临床辨治湿病,起到了重要作用。即“开鬼门,洁净府”治则的先河,奠定了良好的理论基础。所创制的十三方中,其中泽泻饮、兰草汤、半夏秫米汤,亦可用于治疗湿病。《难经·49 难》:经言“……久坐湿地,强力入水则伤肾”,“……有中湿”。58 难:“伤寒有五……有湿温……湿温之脉,阳濡而弱,阴小而急”。提出湿温的病名。

《神农本草经》中,记载了治疗风湿、寒

湿、温热等药物 43 种,其中薏苡仁、车前子、泽泻、萆薢、防风、防己、滑石、茵陈、茯苓、猪苓、秦艽等,至今仍为常用的祛湿药物,有较好的疗效。

汉·张仲景开湿病辨证论治之先河

汉·张机所著的《伤寒杂病论》,是中医学史上第一部理、法、方、药完善的临床专著。其中对湿病的突出贡献如下。

1. 首先将湿邪所致的疾病,作为独立病种进行了讨论。诸如湿痹、历节、肾着、胃痞、下利、黄疸、黄汗、狐惑病、浸淫疮等多种内、外、妇科湿病,做了较为系统的论述,开创了湿病的辨证论治之先河。

2. 在病因方面描述得十分具体,如风湿“此病伤于汗出当风或久坐取冷所致也”(《金匮要略·痉湿喝病脉证治》);“肾着之病……身劳汗出,衣里冷湿,久久得之”(《金匮要略·五脏风寒积聚病脉并治》);“黄汗之为病……以汗出入水中浴,水从汗孔入得之”(《金匮要略·水气病脉证并治》)等。

3. 在辨证论治方面,注意辨别表里、上下、寒热、虚实。如湿家表实证:风湿在表予麻杏苡甘汤,寒湿在表予麻黄加术汤;风湿表虚证予防己黄芪汤,风湿表阳虚证予桂枝附子汤,而表里阳气皆虚者予甘草附子汤。治黄疸病,阳明湿热瘀里发黄予茵陈蒿汤;外有表邪,里有湿热予麻黄连翘赤小豆汤;湿热郁于三焦,热势较重予栀子柏皮汤;黄疸湿重于热予茵陈五苓散。《伤寒论》第 259 条,还讨论了寒湿发黄等内容,充分体现了辨证论治之详明,层次清晰。

4. 在治疗上,根据湿证上下、表里、寒热、虚实提出:

①湿在上焦,治宜宣泄——嚏鼻外治法,如“病在头中寒湿故鼻塞,内药鼻中则愈”。

②风湿在表宜用汗法,“但欲微微似欲出汗者”为度。

③“湿邪在里,但当利其小便”,从而使《内经》“淡渗”从“开鬼门”的治法具体化。

④《内经》在病因上虽然提出了风湿、寒

湿、湿热的病因病机,但在湿邪从化方面却欠明确,至仲景始有湿从热化宜清热燥湿或清热利湿,阳虚湿从寒化宜温阳除湿。

⑤强调湿家忌大汗及攻下。

⑥创制了一系列治疗湿病的方剂,如麻黄加术汤、麻杏苡甘汤等。

⑦在用法上,有内服、外洗、外敷及嚏鼻等丰富内容,至今仍为后世医家广泛应用,有很高的临床使用价值。

更为可贵的是,仲景在《金匮》中,率先将雾作为致病的五邪之一,明确指出:“五邪中人,各有法度……湿伤于下,雾伤于上……雾伤皮肤”,联系到仲景在《伤寒论》原序中所说的“余宗族素多,向余二百,建安纪年以来,犹未十稔,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七”。说明当时急性热性传染病流行猖獗。据张国权、王华同志发表的《现代雾气致病与东汉雾伤于上》文章,所引成都武侯祠展示的资料可知,从公元 121—183 年,共发生灾荒 22 次,其种类有瘟疫、地震、地裂、洪水、涝灾等,给人畜造成的伤亡巨大,腐败的尸体臭味,源源不断地散发于空气中,成了雾气重要的、甚至主要的污染源(1995.10.25《中国中医药报》4 版)。所以雾同样是传播疾病的重要媒介。

《神农本草经》中,提出“瘴气”病名,而《后汉书·马援列传》即有“瘴气”及“瘴疫”流行的记载。所谓瘴气,是指感受山岚雾露湿热蕴蒸之毒的一种急性外感疾病,临床特点是寒热交作或有神识昏蒙,痞哑等症状。隋·巢元方、唐·王焘认为是外感恶毒之气所致。明·《圣济总录·瘴气》“江山雾气多瘴,山岚烟雾蛇虺郁毒之气尤甚,但呼吸斯气皆成斯疾”,进而派生出哑瘴、冷瘴、热瘴、中瘴、疟瘴等疾病。明确提出瘴气致病,是由呼吸道感染而成。《景岳全书·李侍制瘴疟论》:“岭南炎方土薄,阳燠之气常泄,濒海地卑,故阴湿之气常盛,二气相搏,此寒热所由作也”,充分表明古人已认识到山岚雾露中含有恶毒之气,与大气和水源、环境污染密切相关,并具

有地域性疾病特征。这与现代雾气致病不谋而合。

隋唐至金元时期医家对湿病的发展

隋唐以后,特别是金元时期,医学流派蜂起,各家学说争鸣,使湿病理论和临床出现了蓬勃发展、欣欣向荣的局面。

隋·巢元方所著的《诸病源候论》,记载了各科病证源候 1699 候,其中对湿病相关的如湿疸、湿癣、湿疥、脚气病等进行了阐述,对其病因病机有的发挥较为简明,显示出中医学术的不断发展。

唐·孙思邈在《备急千金要方·卷七》中,进一步具体描述了风毒脚气的病因,认为可由久坐久立湿冷之地、或汗出当风取冷所致。若暑月久坐久立湿地,则热湿之气上入经络。强调预防和早治思想,指出:“凡四时之中,皆不得久坐久立湿冷之地……世有勤功力学之士,一心注意于事,久坐久立于湿地,不时动转,冷风来袭,入于经络,不觉成病也,人非金石,况犯寒热雾露,既不调理,必生疾病”。在治疗用药和分量上,主张“顺天时,合地理”,“凡用药皆随土地所宜,江南岭表,其地暑湿,其人肌肤薄脆,腠理开疏,用药轻省;关中河北,土地刚燥,其人皮肤坚硬,腠理闭塞,用药重复”,尤其提出“不欲露卧星月,不欲眠中用扇,大寒、大热、大风、大雾,皆不欲冒之”;治脚气推尚“惟得食粳梁粟米,常作谷白皮粥防之”的预防和早治思想,以及用谷糠(含有大量维生素 B₂)防治脚气的方法,具有较高科学价值。

宋·朱肱《类证活人书》在继承《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》理论上,对湿病的论述,极为详尽。“其人常伤于湿,因而中暑,湿热相搏,则为湿温。病若两胫逆冷,腹满,又胸多汗,头目痛苦,妄言。其脉阳濡而弱,阴小而急,治在太阴,不可发汗,汗出必不能言,耳聋,不知痛所在,身青面色变,名曰重喝。如此死者,医杀之耳。白虎加苍术汤主之”。其所言湿病不可发汗,汗出必不能言、耳聋等治禁,提出了新颖而独到的见解,从而

为湿温病的治疗理论奠定了基础,对后世温病学说的形成有较大影响。其所创之白虎加苍术汤一直为后世所习用。

宋·杨士瀛的《仁斋直指方》对湿邪致病的隐袭性及广泛性更有深刻的认识。他说:“风之撼动,人知其为风;寒之严凝,人知其为寒;暑之炎热,人知其为暑;惟湿之人人,行住坐卧,实熏染于冥冥之中,人居戴履,受湿最多,况夫湿能伤脾,脾土一方,百病根源,发轫于此矣。滞而为喘嗽,渍而为呕吐,渗而为泄泻,溢而为浮肿,湿瘀热则发黄,湿遍体则重着,湿入关节则一身尽痛,湿聚痰涎则昏不知之,至于为身热,为鼻塞,为直视,为郑声,为虚汗,为脚气,为腹中胀,脐下坚,为小便难,大便自利,皆其证也。”

金·刘完素根据当时的气候环境及其对湿病的认识,提出了湿自热生的论点。如《河间六书》中说:“湿本土气,火热能生土湿,故夏热则万物湿润,秋凉则湿复燥干也。湿病本不自生,因于火热怫郁,水液不能宣行,即停滞而生水湿。故风病湿者多自热生”。在治疗上也多有发挥,强调“风胜湿,湿自土生,风为木化,土余治之以风,脾盛治之以燥。”

《儒门事亲》卷十一《湿门》中云:“经曰:诸湿肿满,皆属于脾,可用独圣散吐之,如时月凉寒,宜于煖室不透风处,用火一盆,藉火力出汗,次以导水禹功,量病人虚实,泻十余行,湿去肿减则愈矣。是汗下吐之法俱行。三法行毕脏腑空虚,先宜淡浆粥,养肠胃三两日,次日服五苓益气同煎,或灯心汤调下亦可。如大势未尽,更服神功散,可以流湿润燥,分阴阳、利水道”。张氏以汗吐下三法治湿病,虽然别具一格,但后世者用之甚少。

李杲从脾胃内伤的角度详细阐述了脾胃损伤,中气下陷,内伤酒湿等病证,创造性地提出了“升阳除湿”的治疗大法。例如脾虚湿盛的泄泻,东垣认为此乃中气不足,脾湿下陷,“阴盛乘阳”之变,治之不能用淡渗分利之剂,因脾气已经下陷,又分利之,是“降之又降,复益其阴而重竭其阳也”,应用升阳之药,如

《伤寒论》变证意义探析

张喜奎

(福建中医学院, 福建 350003)

《伤寒论》中内容言变多而言常少, 对于常规的方证, 常常略而不谈, 诸多条文探讨了非典型的、证情疑似的、病势不定的复杂证候, 对此, 自明代方有执提出错简以降, 效之者蜂起, 错简之声不绝于耳, 篡改、重编之风烈烈, 新编之作洋洋大观, 动辄错简、篡改, 借此以售私见, 形成了声势浩大的错简派, 此无疑推动了伤寒学术的发展, 使《伤寒论》无论从结构上或意义的阐释上都有显著变化, 使人耳目一新。然仔细研究原文不难发现, 被后世争议较多的条文, 并未有错, 正是仲景言变之法, 现就此问题探讨于后。

言变条文释略

张仲景在《伤寒论》中, 每举极端变证,

略于常规方证, 示人疑难病辨治之法, 现举例如下:

63条: (宋本, 下同)曰“发汗后, 不可更行桂枝汤, 汗出而喘, 无大热者, 可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”167条: “下后, 不可更行桂枝汤, 若汗出而喘, 无大热者, 可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”由于本方用石膏半斤, 直清里热, 就临床而言, 麻杏石甘汤证, 也往往主治高热、汗出、咳喘者, 因此, 在该证的证候上医家提出了疑义, 如清代大家柯琴认为“二条‘无’字, 旧本讹在大热上, 前辈因循不改, 随文衍义, 为后学之迷途。”指认“无大热”之“无”字系后人所加, 应为“大热”始对。诚然, 此说就证候而言, 若为大热、汗出

羌活、独活、升麻、柴胡、防风、炙甘草等, 或升阳除湿防风汤。对风湿相搏, 身体疼痛之病, 有由于脾胃虚弱, 阳气不能上行, 不能充皮毛, 散布百脉, 以致风湿乘虚侵袭所致者。治当风药升阳, 使阳气升腾于经脉, 同时风药又能胜湿, 则湿邪除而经气疏通, 方用除风湿羌活汤、羌活胜湿汤等。对于四肢无力, 困倦懒语, 周身走注疼痛, 燥热汗出, 在阴室中则疼痛更剧者, 东垣认为此乃风湿而兼阴火, 治之当用麻黄复煎散或苍术复煎散投之等。如长期鼻塞不通、不闻香臭、头额昏沉、涕泪眵多, 东垣认为此乃脾肺气虚, 湿蒙清窍, 即《内经》所说“九窍不利, 肠胃之所生也”, 治之亦当用“升阳除湿法”, 方如丽泽通气汤等系列方剂, 为湿病治疗开辟了新的途径。

朱丹溪在继承刘河间等人学术思想基础上, 进而认为湿病以“湿热相火为病甚多”(《格致余论·序》), “六气之中, 湿热为病, 十

居八九”。并认识到湿病在发病学上不仅具有地域气候特点, 且与饮食习惯紧密相关。如在《丹溪心法·中湿》中, 戴云“东南地下, 多阴雨地湿, 凡受必从外入, 多自下起, 以重腿脚气者疏多, 治当汗散, 久者宜疏通渗泄。西北地高, 人多食生冷, 湿面潼酪, 或饮酒后寒气怫郁, 湿不能越, 以致腹皮胀痛, 甚者水鼓胀满, 或通身浮肿, 按之如泥不起, 此皆自内而出也”。在治疗上主张分上下、内外或上中下三焦分部用药, 如《丹溪心法·中湿》曰: “上部湿, 苍术功烈; 下部湿, 宜升麻提之。外湿宜表散, 内湿宜淡渗”。“去上焦湿及热须用黄芩, 泻肺火故也。……若中焦湿热久而痛, 乃热势甚盛, 宜黄连用姜汁炒。去下焦湿肿及痛, 并膀胱有火邪者, 必须酒洗防己、黄柏、知母、龙胆草”。这种三焦分治湿热的思想, 对后世温病学家吴鞠通的三焦辨证产生了深远影响。(未完待续)