

试论《伤寒杂病论》中无形水饮的证治

董艳, 姚魁武, 高嘉良, 姜文睿, 王阶

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

摘要: 中医水饮大多认为与水肿, 或水液停聚于身体局部所致的胸腔积液、尿潴留等相关, 其常被视为可见、可闻或可触的有形之邪。但是, 临床上笔者发现许多无明显水肿或积液表形的患者, 仍然有水饮内停的其他指征, 且运用化饮利水方药后疗效显著。故重温经典, 反思张仲景水饮之治, 发现水饮确有有形与无形之分。而无形水饮致病既可以显现出痰饮、支饮之动象, 又可以表现为留饮、伏饮的静象。其病机关键在于水气交结, 而临床论治可遵张仲景温阳化气利水之法, 从肺脾肾三焦辨治。

关键词: 水饮; 无形; 水肿; 积液; 理论探究

Syndrome and treatment of invisible water-fluid disorder in *Shanghan Zabing Lun*

DONG Yan, YAO Kui-wu, GAO Jia-liang, JIANG Wen-rui, WANG Jie

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract: Water-fluid disorder was usually considered to be related to edema or hydrothorax and urinary retention caused by water retention in the body. It's therefore often seen as visible, audible or touchable pathogenic factor. However, many patients without obvious signs of edema or water retention still had other indicators of water-fluid disorder in clinical practice. In addition, when Chinese materia medica with the diuretic function was used, water-fluid disorder would be relieved. Hence, we reread and thought over the classics of ZHANG Zhong-jing, and found that both visible and invisible water-fluid disorder did exist in the meantime. The manifestations caused by invisible water-fluid disorder could show not only the dynamic of phlegm-fluid retention and thoracic fluid retention but also the static situation of prolonged fluid retention and latent fluid retention. Its critical pathogenesis was the interaction of liquid and qi. The therapy could comply with Zhong-jing's methods of warming yang and qi for diuresis from the perspective of regulating the function of lung, spleen, and kidney.

Key words: Water-fluid disorder; Invisible; Edema; Water retention; Theoretical discussion

中医水饮形成与体内津液代谢失常相关, 其中水最清稀, 流动性最大, 多积于低下或松弛部位^[1]; 饮则次之, 是水停留于人体局部所致^[2]。因此, 目前无论是内科教材还是临床运用, 大多将水饮与有形水肿, 或饮停于局部的胸腔积液、心包积液及尿潴留等联系, 而忽视无形水饮的存在。然而, 临床上不少患者未现水肿、胸水等有形水邪, 但仍可用化饮利水之剂, 且获效颇佳。因此, 本文从经典出发, 探究张仲景《伤寒杂病论》对水饮的病机认识及证治特点, 发现水肿或积液并非是水饮致病的必然症状, 而这种外无水液形质的水饮病邪, 笔者暂将其称为无形之水饮。

水饮分有形与无形

水之为病, 首见于《素问·阴阳别论》云: “三阴结, 谓之水”, 至张仲景《伤寒杂病论》, 又对水饮致病作出更系统而详尽的记载。其提出的风水、皮水、正水、石水、黄汗五水, 及痰

饮、悬饮、溢饮、支饮四饮, 对后世水饮的论治有重要的指导作用。而水、饮之邪关系密切, “饮, 水类也”^{[3]93}, 二者常同时出现, 以水肿为主要表征, 如《素问·水热穴论》载: “水病, 下为浮肿大腹”。故许多医家就将水饮归为有形实邪, 将其等同于水肿或局部水液潴留。然而, 考水之性, 水本无形, 因流于不同部位而有不同形状, 故水之为病可以外无可见之形。纵观《伤寒杂病论》, 张仲景载水、饮为病, 并非均有身肿、浮肿等症状描述, 然亦言之谓水饮所致。由此可知, 水肿并非水饮致病的必然体征, 尚有无形之水饮为病。且对比临床实践所见, 许多病属痰饮者并非确有胃肠水液潴留, 反而常见于单纯慢性胃炎患者; 而支饮也当然并非胸肺中有水, 而是多表现为久咳的慢性支气管炎、支气管哮喘等。由此可见, 中医水饮致病并非必然出现身肿的有形表现, 更不能与西医局部水液潴留导致的胸腔积液、尿潴留等划等号。

通讯作者: 王阶, 北京市西城区北线阁5号中国中医科学院广安门医院, 邮编: 100053, 电话: 010-88001238

E-mail: wangjie0103@126.com

无形水饮当属广义水饮的范畴,它超越了狭义水饮以身体浮肿、沉重为主证^[4]的限制。其隐于内而无外现之形,可以表现出痰饮、黄疸及小便不利等病症^[5]。这种无形水饮虽无可见、可闻、可触之物象,却有符合自然之理的意象^[6]。而“意象”通常是从人体的生命现象中获得,它能整体把握具有相似性质、功能、作用的万物^[7],将其进行归类,并运用已知事物来认识和处理未知事物。《尚书·洪范》云:“水曰润下”,自然界中水具有滋润、下行、寒凉和流动的特性。采用取象比类的方法,临床上无形水饮致病可见小便不利、心悸、眩晕及苔白滑等表象,即是包含了“医者意也”的意象以及病象、舌象^[6]。其中,小便不利为水液下行,阻碍肾之蒸腾气化所致,此为医者根据藏象理论思考所得之意象^[8]。而心悸、眩晕乃因水中阳气逆动,上袭心火之藏及诸阳之汇,是为病象。苔白为寒,苔滑有水,是内有水饮之舌象。因此,这种无形水饮当为象思维路径中的“得意而忘象”^[6],已不再拘泥于水之具体物象,而是更注重事物的本质。由此可见,中医水饮当有有形与无形之分,水饮更多的是描述一种病邪的性质和特点,它可以不以水肿或积液的形质外现。

无形水饮的病机在于水气交结

水饮为病,与肺、脾及肾三脏功能失调有关,多由阳气亏虚,温化不及,水液输布失常所致,正如刘渡舟教授^[9]曾言“因水与寒,水与饮往往协同发病。水指其形,寒指其气,饮则指其邪。二者相因,故不能加以分割”。无形之水饮内有病邪,而外无水肿、积液之表形。因水“中有微阳之气也”(《说文解字·水》),生理上“水气同源不必分”^[10],而病理上“气滞水亦滞,气行水亦行”^[10],故无形之水饮多与气结,随气升降,变动不居,可停蓄三焦内外,走窜经脉,常表现出肺、脾、肾三脏有关的外候,而不拘于水肿一症。若为上焦水饮或水犯上焦,则多咳嗽、咳痰清稀量多、胸满、眩晕等;中焦水饮,则多呕吐、心悸、痞满、头眩等;下焦水饮,水气上逆,则常心悸、头眩、身瞤动、口渴、小便不利等。由此可见,水饮流于三焦,症各有异,水气相结,每多上逆。故临证凡辨之有水饮病邪者,可用化饮利水方,而不必见水之形,正如《金匮要略论注》云:“脏中非真能蓄有形之水,不过饮气侵之,不可泥”。

《伤寒杂病论》中无形之水饮

无形水饮致病不以水肿为体征,亦无体腔积液存在,而是常表现出眩晕、肌肉跳动、呕吐、心悸及咳嗽等神经、消化、循环、呼吸及运动等多个系统的不同表现^[11]。《伤寒杂病论》对痰饮及水气病的致病特征有较为系统的论述,其中也包括无形水饮。

1. 痰饮、支饮可为无形水饮之动象 《金匮要略》痰饮咳嗽病篇将饮分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮,然而后世对其痰与饮进行了区分,《景岳全书·痰饮》云:“痰之与饮,虽曰同类,而实有不同也”^[12],更将饮与水归属同类,“饮非痰,实乃有形之水也”(《金匮要略论注》)。因此,此处所论“痰饮”重点在

“饮”^[13],即指“水饮”之意^[14]。张仲景载四饮为病,或为可见、可闻之有形水液,或为无水肿体征之无形水饮。原文将“水走肠间,沥沥有声”命为痰饮,其外现之征为水饮声;溢饮则为“饮水流行,归于四肢”,支饮表现出“其形如肿”,二者皆可视其肿形。唯悬饮只言“饮后水流在胁下,咳唾引痛”,但现代临床发现悬饮与胸腔积液^[15]或渗出性胸膜炎^[16-17]有一定相关性。由此,张仲景所述四饮似乎皆为有形之水所致,或肉眼可见,或检查发现。然而,临床上水饮致病,未必尽然,许多胃肠并无实质水液可见,也无水声可闻的患者,但见眩晕,心悸,食欲不振,腹泻,呕吐^[11],舌淡胖,苔白滑等,亦属痰饮为病。而许多病属支饮者也未见肿形,且无胸腔积液存在,而仅表现出久咳、咳喘及痰液清稀之表征^[18],正如《素问·逆调论》云:“不得卧,卧则喘者,是水气之客也”。因此,痰饮、支饮亦可由无形之水饮所致,而表现出水肿以外的其他症状体征。

无形水饮所致的痰饮、支饮有其特征性的外在表象。究张仲景所论痰饮的临证表现,“甚者则悸,微者短气”、“胸胁支满,目眩”可知痰饮之为病,通常具有心悸、气短、胸满及视物昏花等特点。其病机在于水气交结,气逆水升,不仅表现出本脏饮停的症状,更上犯清阳,故痰饮可视为无形水饮表现于外的动象。同样,临床上病支饮者,其人“咳逆倚息,短气不得卧”、“喘而不能卧,加短气”及“久咳数岁”等,亦为无形水饮显露于外的动象,故以咳、喘、气短及不能平卧等为主症。

2. 留饮、伏饮常为无形水饮之静象 张仲景尚载留饮、伏饮之病,前者乃水饮留于体内而不行,后者为水饮潜伏而不出^[19]^[29]。此饮留于心下则“其人背寒冷如手大”,留于胁则“胁下痛引缺盆”,留于胸中则“其人短气而渴”,留于四肢则“四肢历节痛”。而饮伏于膈上则“膈上病痰,满喘咳吐……目泣自出,其人振振身瞤剧”,后世因此将伏饮作为哮病的病机,提出“哮病之因,痰饮留伏”(《症因脉治·哮病》)。而究张仲景原文所述,思其所留、伏之饮,当为无形之水饮,而非有形实邪。亦如《金匮要略》中五脏水饮之病,“水在心”“水在肺”“水在脾”“水在肝”“水在肾”,并非五脏本身有水,而是受水饮的影响而出现与各脏有关的外候^[19]^[30]。且临床上哮病与支气管哮喘相类,其病理为气道慢性炎性反应及气道高反应,肺中并无实质可见之水液积留,故知此留伏之饮当为无形。

留伏之饮常久留深伏而不出,不易攻除,但因其不流于外而潜伏于内,故未发时通常症状较轻微而不易察觉。其病程缠绵,每因气候转变或感受寒邪而发,因此临证表现常以时发时止,时轻时重,表里俱病为特征。《医宗金鉴》谓之“发作有时者也;即今之或值秋寒,或感春风,发则必喘满咳吐痰盛”^[20]^[56]。由此可见,留饮、伏饮之未发时正如无形水饮之静默,其外无明显特征性症状显现,故二者可视为无形水饮的静象。

从三焦辨治无形水饮

无形水饮致病,虽无水肿、积液之表形可见,但病之本仍在于水饮,故亦可化饮利水而治。究张仲景《伤寒杂病论》水饮之治,多以“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈”为治则,指导有形水饮的治疗,载于《金匮要略》水气病篇。而对于无形水饮的证治则宗“病痰饮者,当以温药和之”,以温阳化气利水为法,乃“气无形,以辛甘散之;水有形,以苦泄之也”^{[3]127},诸方散在于《金匮要略》和《伤寒论》的痰饮咳嗽病篇、消渴小便不利淋病篇、太阳病及其变证等。其用药多为辛温与淡渗同用,共奏化气利水之功,但根据三焦饮停的不同,治法方药也有别。

1. 温肺化饮,散上焦之水 上焦水饮多病位在肺,乃无形之水饮内停,或中焦水邪犯肺,故以咳痰、气喘、眩晕等为主症,治以小青龙汤、苓甘五味姜辛汤(桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤)。其中小青龙汤治水饮“咳逆倚息不得卧”,及“心下有水气,干呕,发热而咳”,其人素有饮停于上焦或中焦,又感寒而引发伏饮,或致气逆水升,犯肺而咳。而苓甘五味姜辛汤(桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤)则疗咳而胸满、眩晕、呕吐者。此亦为肺中素有无形之水饮,而非脏腑中真有蓄水,故“加干姜、细辛之辛而入肺者,合茯苓、五味、甘草消饮驱寒,以泄满止咳也”^{[3]103}。此外,尚有病位在心,心火不足,不能温煦下焦,肾中寒水上逆而致“其人脐下悸者,欲作奔豚”,治以茯苓桂枝甘草大枣汤,“一以扶阳,一以补土,使水邪不致上干”^{[20]72}。以上诸方乃辛温与甘淡相配,药用桂枝、干姜、细辛、五味子、茯苓、芍药等,功在温阳化气,消散水饮。

2. 健脾利水,泄中焦之饮 中焦脾胃为气机升降的枢纽,故中焦之水饮,最易随气上逆,症状繁多,因此张仲景所治之方也最多。其中由脾胃阳虚,运化不及所致者,用苓桂术甘汤、桂枝去桂加茯苓白术汤及茯苓甘草汤等。既有助于水气上逆所致头眩者,如“心下逆满,气上冲胸,起则头眩”;又有疗伤寒表证未解,兼“无汗,心下满微痛,小便不利”,或不渴,心悸及四肢厥逆等^{[2]115}。若水饮偏盛,停于心下,见呕而不渴、心悸、眩晕者,则以小半夏汤、小半夏加茯苓汤,或泽泻汤分而用之。此为中焦无形之水内停,上犯清阳,故以“半夏、生姜,止呕去逆,燥湿下饮”(《金匮要略论注》),“泽泻泻水气,白术补土气以胜水也”^{[3]97}。此外,尚有水气痞结于胃,症见“心下坚,大如盘,边如旋盘”者。而观张仲景中焦水饮之治,药用桂枝、白术、茯苓、半夏及生姜等为主,以健运脾胃,补气、化气利水为法。因而,临床上一些由无形水饮所致的慢性胃炎、支气管炎及眩晕等病^{[1][11][21]14}亦能选用以上方药治疗。

3. 温阳化气,渗下焦之水 水饮因于下焦者,病位常在肾及膀胱,且多表现出水肿、尿潴留等有形水邪。然而,张仲景

载真武汤、肾气丸、五苓散及栝楼瞿麦丸等方,不仅利有形之水,也能化无形水饮。真武汤治少阴阳虚,水饮上犯,其见“其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者”,或“腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者”,诸症或为无形之水饮所致,故张仲景原文并未提及身肿之类。且水饮之变,为心下悸,身瞤动,振振欲擗地,或觉麻痹不仁,手足引痛,或水肿,小便不利^{[2]1322}等。由此可见,水肿只为其中一症,真武汤亦治无肿之水饮。而肾气丸则“补阴之虚,可以生气,助阳之弱可以化水”^{[3]52},故亦用于肾虚,水饮不化者,症见“少腹拘急,小便不利”,或水逆上犯,而见短气。五苓散之治乃下焦蓄水证,药用苓、泽、术健脾利水,桂枝通阳化气。其疗“脐下有悸,吐涎沫而头眩”、“小便不利,微热消渴”及水饮内停之“水逆”(《伤寒论》74条)、“水痞”(《伤寒论》156条)等,症以眩、悸、渴、小便不利及心下痞等为特点。故临床不仅能治尿潴留^[22]和肾性水肿^[23],也常用于高血压病^[24]、前列腺炎^[25]及小儿腹泻^[26]等。而栝楼瞿麦丸亦功在化气利水,又兼润燥之效,其以“附子益阳气,茯苓、瞿麦行水气”^{[3]109},治“小便不利者,有水气,其人若渴”。由此可见,温化下焦水饮之药,常取附子、桂枝、白术及茯苓等。

无形之水饮易动,而有形之水饮多静,前者常无明显的水液形质表现,而后者以水肿或积液为典型特征。故水饮致病并不局限于有形之表征,水肿或积液更不能视为中医水饮的必然条件。有形之水易识,而无形之水难辨,临床上许多慢性心力衰竭、慢性支气管炎、支气管哮喘、单纯性慢性胃炎及耳源性眩晕等病,表现出咳嗽、心悸、呕吐、痞满、眩晕、小便不利及感寒加重等症状时,皆可考虑无形水饮。这种无形之水,在辨治时虽然没有水液实质的表现,但根据饮邪停聚的不同部位,及水气犯逆的脏腑差异,仍然可以遵《伤寒杂病论》之法,采用温阳化气利水的思路。

参 考 文 献

- [1] 唐瑜.析痰饮水湿异同及其临床意义.光明中医,2006,21(5):9-11
- [2] 印会河.中医基础理论.上海:上海科技出版社,1984:101
- [3] 尤怡.金匮要略心典.李占永,岳雪莲,点校.北京:中国中医药出版社,1992
- [4] 陈华.基于气化论浅述水气病辨治.山西中医,2017,33(11):1-3
- [5] 杨景月,郭静.广义“水气病”范畴之我见.疾病监测与控制,2015,9(3):191-193
- [6] 王永炎,于智敏.象思维的路径.天津中医药,2011,28(1):1-4
- [7] 姚春鹏.象思维的基本特点.中医杂志,2014,55(18):1531-1534
- [8] 袁秀敏,刘思佳,刘石,等.象思维在中医药领域应用的模式研究.辽宁中医杂志,2014,41(8):1639-1640

- [9] 刘渡舟.伤寒论十四讲.天津:天津科学技术出版社,1982:69
- [10] 陈修园.陈修园医书七十二种·医学实在易.上海:上海书店出版,1988:746
- [11] 黄煌.中医十大类方.南京:江苏凤凰科学技术出版社,2010:33,233
- [12] 张介宾.景岳全书.孙玉信,朱平生,点校.上海:第二军医大学出版社,2006:642
- [13] 赵鼎,吕翠霞.浅议“病痰饮者,当以温药和之”.中华中医药杂志,2017,32(5):2229-2232
- [14] 田东昌,廖嘉明,黄明.浅谈“病痰饮者,当以温药和之”.河南中医,2014,34(3):381-382
- [15] 施展,陈仁波,白卫国.悬饮中医证候研究的现状分析.中国中医基础医学杂志,2015,21(10):1320-1322
- [16] 悬饮的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94).辽宁中医药大学学报,2014,16(9):211
- [17] 李学铭.结核性渗出性胸膜炎中医药如何治疗?.中医杂志,1993,8:500
- [18] 吴云华,闫霞.谈《金匱》支饮.辽宁中医学院学报,2004,6(5):361
- [19] 李克光.金匱要略讲义.上海:上海科学技术出版社,1985
- [20] 吴谦.医宗金鉴·订正仲景全书.北京:人民卫生出版社,1973
- [21] 梅国强.伤寒论讲义.北京:人民卫生出版社,2003
- [22] 静馨,郑艺文.五苓散治疗中风后急性尿潴留32例.福建中医药,2001,32(5):34-35
- [23] 雷震云,扈维勇,黄汉红.五苓散合常规西药治疗肾病综合征21例临床观察.中医药导报,2012,18(4):39-40
- [24] 吕会民.五苓散加减治疗高血压病50例临床观察.现代中西医结合杂志,2000,9(1):51
- [25] 高新建.五苓散治老年性前列腺炎30例.中国医药科学,2012,2(10):100-102
- [26] 陈楚雷,郑玉娟.五苓散加减治疗小儿秋季腹泻80例临床观察.中国中西医结合儿科学,2010,2(3):270-271

(收稿日期:2017年11月28日)

· 论著 ·

基于多维项目反应理论的常见功能性胃肠病 中医证候量化模型研究

黄仲羽¹, 侯政昆², 刘宪华³, 刘凤斌²(¹广州中医药大学第一临床医学院, 广州 510000; ²广州中医药大学第一附属医院, 广州 510000;
³深圳市宝安区中医院, 深圳 518101)

摘要: 目的: 以常见功能性胃肠病为例, 运用多维项目反应理论进行中医证候模型的层次化构建和分析, 探索中医证候现代化研究与应用的新模式。方法: 在前瞻性临床调查的基础上, 结合文献回顾法、专家小组评议及统计分析法, 提取核心辨证元素, 建立证候理论模型。运用Logistic回归分析进行变量筛选, 并运用多维项目反应理论对各变量的多维度测量属性进行分析及评估。最后, 通过绘制ROC曲线完成模型的科学属性评价。结果: 本研究共采集临床病例1 155例, 结合病例特征共提取出脾胃气虚、肝气郁滞、阳虚、痰湿和热5个核心辨证要素。经条目筛选和质量评价, 最终形成的辨证模型覆盖临床表征77项。经临床验证和科学属性评价, 多个辨证要素模型的ROC曲线下面积达到0.9以上, 模型具有良好的科学性和实用性。结论: 本研究以多维项目反应理论为主要方法进行中医证候量化辨识尝试, 为中医证候的层次化构建和多维度量化分析提供了可行的技术方案。

关键词: 功能性胃肠病; 多维项目反应理论; 辨证; 功能性消化不良; 腹泻型肠易激综合征

基金资助: 国家自然科学基金项目 (No.81774264, No.81373786)

Research on quantitative model of traditional Chinese medicine syndromes for functional gastrointestinal disorders in multidimensional item response theory

HUANG Zhong-yu¹, HOU Zheng-kun², LIU Xian-hua³, LIU Feng-bin²(¹First School of Clinic Medicine of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510000, China;²The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510000, China;³Shenzhen Baoan Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518101, China)

通讯作者: 刘凤斌, 广州市机场路14号广州中医药大学第一附属医院新内科大楼19楼脾胃病科, 邮编: 510000, 电话: 020-36591363
E-mail: liufb163@163.com