

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2020. 15. 004

学术探讨

痰证理论源流及演变略论

李霄^{1 2}, 李霖^{1 2}, 金鑫瑶², 吕玲^{1 2}, 于亚君^{1 2}, 咎树杰², 江丰², 张晗^{1 2*}, 张伯礼²

1. 天津中医药大学方剂学教育部重点实验室, 天津市静海区团泊新城西区鄱阳湖路 10 号, 301617; 2. 天津中医药大学

[摘要] 痰证理论是中医学的原创思维, 是中医认识与分析疾病的重要理论模型, 也是解决当前慢性复杂性疾病行之有效的指导原则。痰证理论历经两千余年的发展, 在概念内涵与外延上经历了病证的独立、泛化与病证思维形成的过程; 在辨治方面, 痰证理论与明辨标本缓急、谨守病机、治病求本等理念的结合, 使其得到更广泛、深入地普及。针对当前慢性复杂性疾病特征, 应重新思考、审视、定位符合当前疾病谱系特点的痰证理论, 以期发挥中医学原创的理论优势, 更有效地指导临床实践, 发挥独特的治疗作用。

[关键词] 痰证; 慢性复杂性疾病; 祛痰法

随着自然与社会环境的深刻变化, 慢性复杂性疾病成为当前乃至未来相当长时期里威胁人类健康的主要原因。诸多慢性病显示出以湿、痰、浊、饮、瘀、毒等津液异常代谢蓄积为特征的病理机制。“痰”是中医学特有的概念, 是津、液因气化功能失常在人体内逐渐积聚形成的产物^[1]。痰证相关理论历来是中医学重要的组成内容之一, 富含着中医学原创性思维, 从痰证概念的发轫、演变、成熟, 最终成为现今涵义之痰证, 其学术发展已历经两千余年, 可谓源远流长, 代有阐发, 对于当今的疾病背景具有指导意义。本文试从理论发展及演变的角度勾勒痰证理论的脉络, 以期对当今痰证理论的发展与创新有所启迪。

1 痰证概念的发展与演变

1.1 痰饮合论至痰证概念的独立

“痰”字通“淡”“澹”, 《说文解字》言: “澹, 水摇也”, 指水液摇动之状。先秦两汉时期尚未有“痰”字, 但医家对“痰”的现象已有一定的认识, 如《五十二病方》中已有治痰药物半夏、茯苓、牡蛎等的记载。《黄帝内经》已出现与痰相关病症, 如“唾”“涎”“涕”“沫”“汁”等, 是对于有形之痰较早的症状描述^[2]。此外,

“结者散之, 留者攻之”“寒者热之, 热者寒之”“燥者润之, 急者缓之, 坚者软之”等治则治法的提出均为后世医家治痰提供了初始认识及理念。

东汉张仲景《金匮要略》中著有“痰饮病”篇, 但内容注重于论饮, 且据考证, 汉代尚未出现“痰”字, 《金匮要略》之“痰”可为传抄之误或通假所致^[3]。但通览《伤寒杂病论》, 外感、内伤寒杂病从痰论治的证治观已可见端倪, 如瓜蒂散方证、痰热结胸、寒实结胸、胸痹心痛病、半夏厚朴汤方证等, 均为后世论痰治痰提供了重要参考依据^[4]。随后的魏晋时期方书繁富, 虽然“痰”字已开始使用, 但对其认识较为模糊, 有时指饮病, 有时介于饮病与痰证之间, 病性多属寒, 治疗以温药为主^[5]。

隋唐时期痰证逐渐脱离“痰饮病”, 成为独立病证, 实现了痰证概念的第一次系统阐述。隋代巢元方《诸病源候论》列有“痰饮候”“痰结实候”“诸痰候”等诸篇, 首先将痰饮分论, 并从病因、病机、病症、证候、证候特点等多角度赋予了痰证内涵。此外, 《诸病源候论》对痰证病性已具有多重性认识, 不独限于“温药和之”的寒痰、冷涎, 此番归纳实为慧举, 可谓是对痰证概念与理论的拓展迈出了关键一步。

两宋之后, 医家已普遍将痰证与饮病区别对待, 并认识到痰与津液、气机等在发病上的关系。如杨士瀛明确指出浊稠者为痰, 清稀者为饮, 陈无

基金项目: “十三五”期间天津市高等学校“创新团队培养计划”(TD13-5053)

* 通讯作者: zhanghan0023@126.com

择首以三因系统归纳痰证病因,史堪论述六涎病证、治药,严用和指出津液与气机不畅是为成痰的病机。此外,亦有官修方书将痰专列一门,归纳出了风痰、热痰、寒痰、燥痰、气痰等不同病性痰证的证治方药,总结了一些常见的病证规律,收录了如二陈汤、四七汤、苏子降气汤、青州白丸子等治痰名方。自此痰证概念与理论已完全脱离于痰饮,具有了独立的病证内涵和证治方药。

1.2 痰证概念的泛化与病证思维的形成

宋代以前的医家对痰证的认识首先是咳吐的痰液,如“涕”“沫”“唾”“涎”之类;其次是聚集于体内的有形涎液,多停留于胸膈或腹中部位,从而导致一系列病证,如《诸病源候论》曰“痰癖者,由饮水未散,在于胸膈之间,因遇寒热之气相搏,沉滞而成痰也。痰又停聚流移于胁肋之间,有时而痛,即谓之痰癖”。集唐以前医学大成的《外台秘要》也指出“气脉闭塞,津液不通,水饮停在胸膈,结而成痰”,可见此期医家对痰证的认识多半是有形之痰实,故其治疗重视吐、下等攻通祛邪之法。

至宋、金、元医家对痰证的概念认识得以泛化,由有形之痰实向痰邪致病的因果二重性转化,强调以痰论治诸病证。宋代严用和曰“其为病也,症状非一,为喘,为咳,为呕,为泄,为眩暈,心嘈怔忡,为肿满挛癖,为癰闭痞隔,未有不由痰饮之所致也。”张子和提出“痰蒙心窍”导致情志异常疾病,为从痰论治各类精神异常疾病奠定了基础。至朱震亨首次明确百病兼痰理论,从宏观、整体角度认识到了痰的致病性,提出“百病兼痰”“气积成痰”“半身不遂,大率多痰”“无痰不作眩”“痢……专主在痰,……大率行痰为主”等观点,以“痰”作为其论治杂病的四纲之一,并扩展了临床从痰论治内、外、妇、儿、外多种疾病的范围。元代王珪指出,内外百病均生于痰,对“怪病责之于痰”亦多有阐发。

明清之后,诸多医家拓宽了痰证的界域,所论之痰,既有有形之痰涎、痰核、瘰癧等,又有无形之喘病、胸痹、中风、眩暈、头痛、癰病、狂证、痴呆、痞证、呕恶、郁证、积聚、痹证、淋证、带下、白浊、月经不调等,极大地丰富了痰证的内涵与外延。明代医家楼英在其著作《医学纲目》中列举了 30 多处痰之变症,清代医家何梦瑶《医碥》曰“怪诞百般,不可殫述”,更是列举多达 120 多种病症^[6],充分体现了古人所谓“百病皆有

痰作祟”“怪病多痰”之说,并已形成了针对复杂病症的临床思维。

2 痰证辨治观的发展与演变

2.1 吐、下祛痰法的守与变

吐、下治痰法理论源于《素问·阴阳应象大论篇》,曰“其高者因而越之,其下者引而竭之”。随后张仲景开创了痰证证治之先河,尤其是瓜蒂散、三物白散等吐、下方剂体现了其因势利导、标本兼施的原则。魏、晋、隋、唐医家认为,痰为致病之标实,是实邪留滞体内,多取法张仲景,用药直接且不乏猛剂,对后世攻邪派启发较大。葛洪《肘后备急方》中自创治痰饮方、胸中痰癖方、痰厥头痛方涌吐治痰三方。孙思邈不仅提倡在治病进补之前即用攻逐吐下之法扫除痰实,更搜集创制了众多方药,如吐剂之撩膈散、断膈汤、葱白汤、芫花散等,下剂之紫丸、四物紫丸、真珠丸、紫葛丸等。魏、晋、隋、唐时期吐、下攻通祛痰是医家治疗痰证的主要治法。

宋至明清医家对吐下祛痰法的适用范围、施用方法、禁忌等逐渐明晰,并对具体方法进行了发挥与创新。治疗原则上,注重根据病情轻重缓急权衡而治,较之魏、晋、隋、唐医家无论是在适应症、用药还是在吐下后调护之法方面都更为谨慎。杨士瀛认为不可吐下太过,曰“津液不守,所以痰多,吐甚痰脱,则精竭而毙矣”。张子和虽以攻邪著称,自创“撩痰法”,但也指出吐法为攻邪治标之法,吐有禁忌,宜中病即止,吐后注重调摄。朱震亨创“倒仓法”,以黄牛肉荡涤肠胃之糟粕、停痰、瘀血,使中宫得清,又可补虚益损。王珪对于久病之老痰、顽痰创滚痰丸逐去痰积,既可使肠中痰积恶物穿凿而下,又无须洞泄刮肠大泻。张介宾主张治痰先察元气虚实,虽认为祛痰法以吐法最快,但反对滥用攻伐,并创提气吐痰法取代药物,将祛病与养生相结合,以绝伤气之忧。喻昌制定了吐法十二条禁忌,临证时应严格掌握吐、下禁忌。陈士铎认为,吐法伤胃气,吐后旧痰去而新痰又生,常于吐法中兼施和胃平肝化痰之法。

2.2 “温药和之”藩篱的突破

张仲景针对痰饮病提出“温药和之”的法则,对随后的魏、晋、隋、唐及两宋医家产生了深远的影响。魏、晋、隋、唐时期方书药书众多,为后世辨治痰证之肇始,对于痰证多从冷痰、寒痰、风虚冷涎等立论。如《备急千金要方》中小黄芪酒、

附子酒、姜椒酒、姜附汤等温化痰涎之方，少见专治痰热之方。而《外台秘要》汇总了两汉、魏晋、隋唐时期诸家的治痰方药，收集治痰方剂达 75 首，总体而言温药居多，如冷痰以半夏汤方。《千金要方》中茯苓汤温胃化痰；对风痰积聚，脾胃虚寒选延年白术丸、茯苓汤等，以温脾胃与祛风化痰相合。

至宋、金、元医家对痰证概念的认识已由寒痰、冷涎等扩大至热痰、湿痰、燥痰、气痰、郁痰、老痰、食积痰、酒痰等多重认识，还有包括病症相关论述，如痰郁、痰核、痰眩等，可谓对痰证的认识提升至新层次。杨士瀛明确提出，痰证治疗“温、清、燥、润、散，五治不同”。众多宋元方书中也体现出依据痰性而分治之，痰热方如金沸草散、金化散、真珠丸，寒痰有丁香丸、温中化痰丸，风痰有青州白丸子、星姜汤、香芎散、辰砂化痰丸，气痰有四七汤、苏子降气汤，湿痰有二陈汤等。至朱震亨已将痰证作为内伤杂病中重要的一部分，更是主张综合病因、病性、病症、病位、新久等治痰，形成了痰证基本诊治思路。

随后之明清医家治痰辨性推因已成定势，如《保命歌括》曰“若风，若寒，若湿，若热之类，当各寻其所受之因，风则散之，寒则温之，湿则渗之，热则清之，气则顺之，食则消之，酒则解之，各有其方，不可一例求也”。王纶主张根据痰之成因、部位、虚实而治，曰“热痰则清之，湿痰则燥之，风痰则散之，郁痰则开之，顽痰则软之，食积则消之”。明清医家中龚廷贤《寿世保元》、吴正伦《脉症治方》、秦遇昌《症因脉治》、皇甫中《明医指掌》等均在朱震亨的基础上，系统地归纳总结了痰证的证治方药，无不注重审兼夹之邪，辨病性病位施治。

2.3 治本求源与不治之治思维的贯通

两宋以后，医家对痰的认识逐渐转向以脾、肾为主的脏腑虚损生痰观，多认为痰非病之本，而为病之标，较之隋唐医家在病因病机认识上更进一层。基于此，在治疗时注重健脾和中，燥湿化痰。宋代《圣济总录》曰“脾土也，土能制水，则水不溢，虚损之人脾胃气弱，故于水谷不能克消，土气不能胜水，津液停积，结聚上隔，是为痰也。”李杲认为，脾胃气虚，元气受损为生痰之因，治疗注重健运脾胃，消痰和中，创制半夏白术天麻汤治疗脾胃气虚所致痰厥头痛。朱震亨推崇脾虚生痰，反对金元以前治痰不求本，专事吐、下、温之法，以致利药过多，导致脾虚更易生痰；提出“顺气

为先，分导次之”“实脾土，燥脾湿”等治痰之法，并善以二陈汤为基础方治一身之痰，有变有守，临证加减独具特色。

明代理学思想的盛行以及时医囿于寒凉之法造成的寒凉时弊，导致了脾肾为先后天之本的脏腑理论及温补学派的崛起，对痰证的辨治也颇具影响。明代王纶首先提出“痰之本水也，源于肾；痰之动湿也，主于脾”；孙一奎尤为推崇朱震亨论痰治痰经验，认为治痰“当察其所来之源”，擅长以二陈汤、温胆汤、半夏白术天麻汤等古方化裁；张介宾认为实痰者少、虚痰众多，尤其重视治痰之本，“温脾强肾以治本”，使根本渐充，则痰自去；陈士铎认为，“痰在上宜吐，在中宜消，在下宜降”，注重从脏腑论治，总体围绕脾、胃、肾为核心。清代在延续明代健脾补肾为主的论治风格基础上，以叶桂、吴鞠通、王孟英、薛雪等为代表的医家重视从温病角度辨治痰证，亦独具特色。首先温病学派不拘泥于脏腑虚损与生痰的关系，认为温病之痰大多非以痰为主，痰常与气、火、风、瘀血、燥、湿热等相互胶结郁遏、兼夹致病，注重辨痰与火、与风、与湿、与瘀血及虚之间的关系。因此，清代中后期医家更提倡清热化痰、燥湿化浊、上下分消、豁痰开窍、润燥涤痰、养阴化痰等法以杜生痰之源，完善了明代注重脏腑虚损、调补为要的治法。不少医家注重治痰必溯本求源，“见痰休治痰”，不治而治之，且遣方立法灵活精妙，别寓巧意，对现代痰证的辨治极具启发^[7]。

由此可见，明清以后医家重视治痰之本的观念逐渐深入，与魏、晋、隋、唐医家攻逐痰实的治疗观形成了鲜明的对比，是中医痰证理论认识观的升华，是中医学术的巨大进步。

3 基于痰证理论发展及演变的思考

纵观痰证理论的发展、演变过程，可谓内容丰富，源远流长。在不同历史发展时期，既可见沿袭之同，又不乏演进之异。东汉时期确立痰饮病，至隋唐时期痰证分化脱离成为独立病证。金元时期新学的肇兴，朱震亨、王珪等诸家从不同角度完善了痰证病因病机、证候规律等理论框架，治疗实践丰富多彩。而后明代对理学思想的吸纳及对寒凉时弊的批判，促进了脏腑理论和温补学派的崛起，进一步拓宽了痰证理论内涵。清代温病学说的发展和临证各科专题研究的深化，以及清末西医学的输入，为痰证的证治增加了新的观点与见解，使得中医痰

证理论框架日臻完备。通过对痰证理论发展源流的总结不难发现,痰证理论牢牢根植于临床实践,其一次次完善与升华均是基于时代背景下的临床实践经验与该时期主流学术思想的融合与提升。当旧的概念与理论框架不能满足临床需要,必然会分离或意蕴新的概念与理论,使原有的学术体系也因此得到固化与升华^[8]。临床治疗实践是推动中医理论发展的主导,学术理论必经临床的验证与修正,才能得以融合、精确与强化^[9]。

现代自然与社会环境较之古代发生了巨大的变化,环境污染与气候异常问题日益严重,科技发展改变了人们的生活方式,物质水平的提高伴随着膏粱厚味之害,同时今人之情志不遂亦多见,这些都赋予了当前慢性复杂性疾病的时代特征,使津液处于“浓缩”“暗耗”“凝结”“黏稠”状态,导致了多种病理产物如湿、痰、浊、饮、瘀、毒等在体内的异常蓄积,成为当前重要的致病因素与疾病发生发展过程的关键环节。其中痰证在现代疾病发病过程中的地位日益凸显,不仅表现在其致病的广泛性、复杂性、长期性、难愈性、多变性,而且痰还常与湿、饮、浊、瘀、毒等他邪互生、转化、相兼等,共同交织构成了当前慢性病病机理论的复杂性。由此可见,尽管现今疾病特点与古迥殊,但历经两千年发展而来的痰证理论对于解决当前慢性复杂性疾病仍具有重要的指导意义。中医学历来是与时偕行的医学,如《史记》云“圣人不凝滞于物,而能与世推移”。立足于当下,我们应认识到

目前疾病背景与古代的差异,在追溯经典、继承先贤的基础上,面对多学科交叉的发展环境,顺势而为,以开放包容的姿态,积极吸纳现代科学技术,重新思考、审视、定位符合当前疾病背景的痰证理论,更好地展现中医学原创思维的优势,有效指导临床实践。

参考文献

- [1] 吴焕林,吕渭辉,潘桂娟,等. 中医痰证诊断标准[J]. 中国中西医结合杂志 2016 36(7): 776-780.
- [2] 王东坡,王琦. “痰”道源流论[J]. 中华中医药杂志, 2007 22(4): 195-197.
- [3] 吴新明. 痰的考证与研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2003.
- [4] 房明明. 仲景治痰方药规律研究[D]. 北京: 北京中医药大学 2016.
- [5] 柳亚平. 中医学“痰”的理论研究[D]. 北京: 中国中医科学院 2008.
- [6] 刘海莉,杨湖. 痰的广泛性与重浊性浅探[J]. 湖北中医杂志 2005 27(6): 15-16.
- [7] 吴文军,郭尹玲,党思捷,等. 治痰法在温病中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志 2017 23(2): 170-172.
- [8] 司鹏飞,李成卫,王庆国. 基于知识考古学的中医郁证理论演变分析[J]. 中华中医药杂志 2014 29(4): 982-985.
- [9] 马杰,徐燕,严骅,等. 中医“补偏救弊”与“致中和”哲学思想及“圆道”运动观[J]. 中医杂志 2013 54(12): 994-997.

Discussion on the Origin and Evolution of the Phlegm Syndrome Theory

LI Xiao^{1,2}, LI Lin^{1,2}, JIN Xinyao², LYU Ling^{1,2}, YU Yajun^{1,2}, ZAN Shujie², JIANG Feng², ZHANG Han^{1,2}, ZHANG Boli²

1. Key Laboratory of Pharmacology of Traditional Chinese Medicine Formulae, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 301617; 2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT The phlegm syndrome theory is original thinking of traditional Chinese medicine (TCM), which is an important theoretical model of understanding and analyzing diseases of TCM, and also an effective theoretical tool to solve the current chronic complex diseases. After more than 2000 years of development, its concept and connotation have gone through the process of the independence, generalization and formation of disease and syndrome thinking. In terms of differentiation and treatment, the combination of the theory of phlegm syndrome and ideas such as identification of root and tip, discrimination of urgency, observance of pathogenesis, seeking the root of the disease has made it more widely and deeply popularized. In view of the characteristics of current chronic complex diseases, the theory of phlegm syndrome that meets the characteristics of the current disease spectrum should be rethought, reviewed, and re-located and the original theoretical advantages of TCM should be used to guide clinical practice more effectively and play a unique therapeutic role.

Keywords phlegm syndrom; chronic complex diseases; the method of dispelling phlegm

(收稿日期: 2020-02-07; 修回日期: 2020-03-01)

[编辑: 黄健]