

《金匱要略》痰飲證治探要

福建医科大学附属第二医院(泉州 362000) 杨汉辉

摘 要 痰飲證治,可归纳为:解表化飲、溫肺化飲、和胃降飲、溫中化飲、溫腎化飲、分消痞散飲、攻逐水飲等八法。“病痰飲者,当以溫藥和之”之治療大法。飲为陰邪,最易傷人陽氣。反之,陽能運化,飲亦自除。

主題詞 金匱要略 痰飲

《金匱要略》首創痰飲之名,闡發甚詳,為後世醫家辨證論治的主要依據。現归纳探要于下:

1 病因病机

“夫病人飲水多,必暴喘滿。凡食少飲多,水停心下,甚者則悸,微者短氣。”痰飲之成因,有由于暴飲水不及運化者,亦有脾胃虛弱,復多飲水,以致水停成飲者。此外,尚有肺氣不利、不能通調水道、腎陽虛弱、不能化氣行水等。

2 四飲證治

2.1 痰飲

①溫中化飲法 “心下有痰飲,胸脇支滿,目眩,苓桂朮甘湯主之。”心下即胃之所在,其病理機制是脾胃陽虛運化無權,水濕聚而成飲,留于中焦,阻滯氣機。脾胃為升降之樞紐,樞紐不利,升降失調,水飲上逆,故見胸脇支滿,目視物如旋。用桂枝、甘草辛甘化陽;茯苓、白朮健脾利水,可使中陽得溫,脾氣得健,飲邪得除。

②和胃降飲法 “卒嘔吐,心下痞,膈間有水,眩悸者,小半夏加茯苓湯主之。”特點是嘔吐,病理機制為飲犯于胃,胃失和降,反挾飲上逆。小半夏湯和胃化飲降逆,用于一般停飲而致胃氣不和者。若飲邪積蓄較甚,出現頭眩、心悸者加茯苓引飲下行。

③分消水飲法 “腹滿,口舌干燥,此腸間有水氣,己椒藶黃丸主之。”此為痰飲水走腸間的證治。水走腸間,飲邪內結,所以腹滿;水氣不化,津不上承故口干、舌燥。治宜己椒藶黃丸,分清水飲,導邪下行。

④攻逐水飲法 “病者脈伏,其人欲自利,利反快,雖利,心下續堅滿,此為留飲欲去故也,甘遂半夏湯主之。”水飲停留于胃,陽氣不通,所以病人脈伏。然飲邪蓄積心下,去而復積,故心下續堅滿。飲邪既有欲去之勢,留飲亦非攻不除,當此之時,宜攻破利

導之劑,下而去之,以絕病根,故治以甘遂半夏湯,取甘遂與甘草相反相成配伍之理,裨激發飲邪,得以盡去。

⑤溫腎化飲法 “夫短氣有微飲,當从小便去之……腎氣丸亦主之。”“假令瘦人脐下有悸,吐涎沫而癱眩,此水也,五苓散主之。”此為痰飲腎虛型之證治。前條其病理機制是腎氣虛弱不能蒸化津液聚而為飲。腎為水火之源,火不足則水乘之。腎又主納氣,腎虛飲停,納氣失司則短氣。陽氣不化,必見小便不利,腎氣丸用桂附重在溫陽化飲,取“益火之源,以消陰翳”之意。後條之病理機制為腎氣虛,下焦水逆。痰飲積于下焦,膀胱氣化不利,水無去路,反逆而上行。水動于下,則脐下悸動冲逆;水泛于上,則吐涎沫而頭眩。故用二苓、白朮、澤瀉折其上逆之勢,引而下行,并用桂枝溫腎通陽。倘使後條有“小便不利”,五苓散則更為切合病情。

2.2 懸飲 攻逐水飲法 “脈沉而弦者,懸飲內停。”“病懸飲者,十棗湯主之。”其病理機制是飲邪壅盛,臟腑功能障礙。用攻逐之法決其壅遏阻塞之勢,是急則治標之法。十棗湯用法:以荒花、甘遂、大戟諸藥為末,每服 3~4.5g,日 1 次,清晨空腹棗湯調下。

2.3 溢飲 解表化飲法 “病溢飲者,當發其汗,大青龙湯主之;小青龙湯亦主之。”其病理機制是飲由里轉表有从汗孔外解之勢。治療大法,當予汗解。但溢飲有邪盛于表而兼郁熱,宜大青龙湯,發汗兼清邪熱。表寒里飲俱盛者,宜小青龙湯,發汗兼溫化里飲。

2.4 支飲

①解表化飲法 “咳逆倚息不得卧,小青龙湯主之。”咳逆倚息不得卧,是支飲的主證。由于上焦素有飲邪停留,復感寒邪,外寒引動內飲,故咳嗽氣逆症

状加重,以致不能平卧。治宜解表化饮,方用小青龙汤。

②温肺化饮法 “……冲气即低,而反更咳、胸满者,用桂苓五味甘草汤去桂加干姜、细辛,以治其咳满。”此为支饮见有冲气上逆,服桂苓五味甘草汤后,冲气即见下降,但咳嗽、胸满之证复作,此乃冲逆虽平,而支饮又作。其病理机制是饮邪阻遏胸肺,胸肺之阳受损,肺气不能宣降,故有咳喘、胸满等证。仲景用干姜、细辛以温肺化饮,使肺气恢复其正常的宣发肃降功能。

③温中化饮法 “心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”胸中者,阳气之海。今饮阻胸中,则阳气不升于头目,浊阴反而上冒,故头目昏眩。泽泻汤重用泽泻利饮以治其标,配白术健脾益气以健其本。药虽仅二味,但配伍得当,治从中而缓上迫之势,可使饮祛而不再生。

④和胃降饮法 “呕家本渴,渴者为欲解,今反不渴,心下有支饮故也,小半夏汤主之。”“先渴后呕,为水停心下,此属饮家,小半夏加茯苓汤主之。”呕家伤津液,故呕家本渴也。若吐后反不渴者,则知水饮仍停留心下。若先渴后呕,则知口渴饮水多之后,因水停心下,才发生呕吐。故前者宜小半夏汤和胃止呕,散饮降逆;后者加茯苓引饮下行。

⑤攻逐水饮法 “咳家,其脉弦,为有水,十枣汤主之。”“夫有支饮家,咳烦,胸中痛者……宜十枣汤。”此为饮邪积聚胸肺,其特征是邪盛正不衰。肺为娇脏,最喜清肃。今饮停膈上,水气射肺,故咳;饮邪搏心,故烦;上焦阳气不通,故胸中痛。水气盘结膈上不去,宜十枣汤以峻攻其水。若饮邪壅塞胸肺,“支饮不得息,葶苈大枣泻肺汤主之。”泻其肺中痰涎水饮,使肺气得以畅通,而饮邪得以宣降。如水饮积聚成腑实证,“支饮胸(腹)满者,厚朴大黄汤主之。”以疏导肠胃,荡涤实邪。

⑥消痞散饮法 “膈间支饮,其人喘满,心下痞坚,面色黧黑,其脉沉紧,得之数十日,医吐下之,不愈,木防己汤主之。虚者,即愈,实者三日复发,复与不愈者,宜木防己去石膏加茯苓芒硝汤主之。”此为饮热互结、虚实错杂之征。木防己汤中防己与桂枝相配,一苦一辛,苦以降火,辛以散痞,辛开苦降,痞坚可消。石膏清热协防己镇饮下趋,人参补虚扶正。此为寒热并用,虚实兼顾之方,服药之后,能使痞坚得软,这是水去气行,结聚已散,病即可愈。若仍痞坚结实,是水停气阻,病情仍多反复,再用此方已不能胜任,应于原方中去石膏之辛凉,加茯苓以引饮下行,

芒硝以软坚破结。

3 小结

本文所指之痰饮是广义的,即概括四饮。要而论之,痰饮饮在肠胃,溢饮饮在四肢,悬饮饮在胸胁下,支饮饮在胸膈和胃。痰饮证涉及现代医学的多系统疾病,如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、渗出性胸膜炎、胃肠功能紊乱、积液性肠梗阻等。以上疾病在某些病变阶段可参照痰饮证予以治疗。痰饮为患,每因水液停积所致,而人体水液的正常代谢,有赖于肺、脾、肾及三焦气化功能正常。因肺居上焦,通调水道;脾主中焦,运化水谷;肾居下焦,蒸化水液,分清别浊。如肺之通调滞涩,脾之转输无权,肾之蒸化失职,则水液停积为饮。由此可见,痰饮是肺脾肾等脏腑气化功能失调,致津液凝聚蓄积机体某部的病理产物。

(作者简介:杨汉辉,男,48岁,福建惠安县人。1977年毕业于福建医科大学中医系,现为福建医科大学附属第二医院副主任医师。)

(收稿日期 1997-02-29)

辽宁中医学院成人教育学院培训中心

中医函授班招生

为了弘扬祖国医学,培养实用型、复合型中医专业技术人才,提高基层和广大农村中医药人员的中医药基础理论知识和防治多发病、常见病、疑难病的水平,使之更好地为人民健康服务,面向全国招生。凡中医药基层人员、中医药爱好者、本刊的广大读者,均可报名参加学习。欲报名参加学习者,请与沈阳市崇山东路79号,辽宁中医学院成人教育学院培训中心李兴宜联系,简章来函即寄,邮编110032

《中国中西医结合外科杂志》征订启事

《中国中西医结合外科杂志》是经国家科委批准、国家中医药管理局主管、中国中西医结合学会及天津市急腹症研究所主办的全国性中西医结合外科方面的综合性学术期刊。

《中国中西医结合外科杂志》设有论著、临床报道、实验研究、综述、学术进展、专题笔谈等栏目。为双月刊,64页。定价5.40元。国内统一刊号:CN12-1249/R。1998年1月开始邮发,代号6-31,全国公开发行。欢迎读者到各地邮局订阅。

编辑部地址:天津市南开区三纬路122号。邮政编码:300100