

【理论探讨】

张仲景痰饮眩晕证治探析

刘 萍¹ 邱朝阳² 霍 青^{3△}(1. 山东省妇幼保健院 济南 250014; 2. 潍坊医学院 山东 潍坊 261053;
3. 山东中医药大学附属医院脑病科 济南 250011)

摘要: 张仲景于《伤寒杂病论》中首倡从痰饮辨治眩晕,认为眩晕的病因与肺、脾、肾、三焦气化功能失常及外邪侵袭密切相关。病机有饮停上焦、饮停中焦、饮停下焦、饮停三焦及风湿外邪的不同,阳气虚弱与阴凝饮聚常相兼存在。治疗上应辨明病变部位及寒热虚实,据其不同病机分别采用宣肺化饮、温肺化饮、健脾利水、和胃降逆、清热利湿、温肾利水、降气平冲、淡渗利水、化气利水、祛风除湿散寒等方法。张仲景重视脾胃的运化作用,其遣方用药遵循“病痰饮者,当以温药和之”的原则,温阳化饮法贯穿其中,谨慎运用汗下之法,中病即止。本文以《伤寒杂病论》原文为基础,着重从条文主治症中分析其确切病机,从方药组成中探究其组方特点,以期挖掘经典指导临床合理选方用药。

关键词: 《伤寒杂病论》; 痰饮; 眩晕; 张仲景

中图分类号: R255.3 文献标识码: A 文章编号: 1006-3250(2021)01-0028-04

Analysis of syndrome and treatment of phlegm induced vertigo by ZHANG Zhong-jing

LIU Ping¹ QIU Zhao-yang² HUO Qing^{3△}

(1. Shandong provincial maternal and child health hospital, Ji'nan 250011, China;

2. Weifang Medical College, Shandong, Weifang 261053, China; 3. The Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Neurosurgery department, Ji'nan 250011, China)

Abstract: ZHANG Zhong-jing first proposed the treatment of vertigo of phlegm in his theory on *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*. ZHANG Zhong-jing believed that the etiology of vertigo was closely related to the dysfunction of lung, spleen, kidney, Sanjiao gasification and invasion of exogenous pathogenic factors. The pathogenesis of vertigo was different from upper Jiao, middle Jiao, lower Jiao, Sanjiao and rheumatic exogenous pathogenic factors, and Yang Qi weakness and Yin coagulation and accumulation often existed together. In the treatment, the lesion location, cold heat deficiency and excess should be distinguished. According to different symptoms, the treatment methods were adopted respectively, such as dispersing lungs removing fluid, Warm lungs, invigorating spleen for diuresis, harmonizing stomach for descending adverse qi, clearing heat and promoting diuresis, warming kidney and eliminating dampness, warming Yang for diuresis, wind removing, dampness removing and cold dispersing. ZHANG Zhong-jing attached great importance to the transport of spleen and kidney, and requires the prescription to take medicine according to the principle of "patients with phlegm should be treated with warm medicine", and the method of warming Yang to drink through it, and carefully apply the method of sweat and hypoxia. Based on the original text of *Treatise on old Pathogenic and Miscellaneous Diseases*, this paper mainly analyzed the exact pathogenesis of the disease from the article, and explored the characteristics of its formula from the composition of prescriptions, so as to explore the classics and guide rational prescription selection in clinical practice.

Key words: *Treatise on Cold Pathogenic and Miscellaneous Diseases*; Phlegm retention; Vertigo; ZHANG Zhong-jing

眩晕是临床常见病,现代医学中的“高血压”“椎-基底动脉供血不足”等疾病皆可出现眩晕的症状。《伤寒杂病论》中首先提出痰饮是眩晕的重要病理因素之一,书中论述痰饮眩晕共有条文 18 则,治疗方药 11 首,散见于书中诸篇。张仲景根据《黄帝内经》中关于眩晕病因病机的认识,结合自己丰富的临床经验,并依据不同病因及临床症状对各种

类型痰饮眩晕进行辨证施治,用药精准。本文通过梳理《伤寒杂病论》中痰饮眩晕条文,对其证治、方药进行归纳分析,以期对其原文加深理解并指导临床。

1 痰饮眩晕的病因病机

1.1 饮停上焦

《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治第十一》第 1 条“肺中风者,口燥而喘,身运而重,冒而肿胀。”外感之邪首先犯肺,肺受邪气失宣降,气不行则津液停而为湿为水,邪热挟水上冲则身体肿胀、头目眩晕。此种眩晕由外感所致,病位在肺,为外寒内饮之证。同时邪伤皮毛,皮毛闭塞热不能外达,邪热上逆还可兼见口燥而喘症状。《金匮要略·肺痿

作者简介:刘 萍(1990-),女,山东枣庄人,主治医师,博士研究生,从事神经系统疾病的中西医结合临床与研究。

△通讯作者:霍 青(1963-),女,山东济南人,主任医师,博士研究生,博士研究生导师,从事神经系统疾病的中西医结合临床与研究, Tel: 13376403899, E-mail: hq3701@163.com。

肺病咳嗽上气病脉证治第七》第5条“肺痿吐涎沫而不咳者,其人不可渴,必遗尿,小便数,所以然者,以上虚不能制下故也。此为肺中冷,必眩,多涎唾,甘草干姜汤以温之。”此则条文所述眩虽亦由饮停上焦引起,病位与第1则条文相同,然病机、症状皆不同。饮停上焦,病在中焦。中焦阳虚,痰饮内生,寒饮射肺,故频吐涎沫而不渴。饮停上焦,犯于头目则头眩。中焦虚冷,肺气布散失常,水饮直驱下焦,下焦失约故可兼见遗尿或小便频数等症状。

1.2 饮停中焦

《伤寒论》第67条“伤寒,若吐,若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》第16条“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之。”第31条“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”此三则条文所描述的病机基本一致,皆为脾失健运、水饮停滞中焦,然泽泻汤证较苓桂术甘汤证脾虚不显,而水饮更为严重,故患者“苦冒眩”。脾胃之阳受损,水饮停滞中焦,阻遏气机,清阳不升,头目清窍失养则发为眩。饮停胃中,自觉心下痞满,阳虚寒盛,不镇阴寒,寒气上冲胸咽,而非水饮上冲,若水饮上冲则必呕吐清水。“脉得诸沉,当责有水”,脉沉紧亦为里有寒饮之征。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》第30条“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,小半夏加茯苓汤主之。”此则条文水饮亦在中焦,但伴有水饮上逆,故会出现呕吐的症状,这是与苓桂术甘汤证及泽泻汤证的不同之处。胃停水冲逆于膈则见呕吐,心下痞满;心受水凌则见心悸;水饮冲逆则见眩晕。

苓桂术甘汤证及泽泻汤证之眩晕为脾虚水停之证,病属虚实夹杂,小半夏加茯苓汤证以水饮为主,偏于实证,然三者皆为寒饮停滞。同时寒饮停滞中焦、碍及中气还可出现短气、身体沉重、背部寒冷等表现,如文中所述“水在脾,少气身重”及“夫心下有留饮,其人背寒冷如手大”。

《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》第2条:“风寒相搏,食谷即眩,谷气不消,胃中苦浊,浊气下流,小便不通,阴被其寒,热流膀胱,身体尽黄,名曰谷疸。”第3条“阳明病,脉迟者,食难用饱,饱则发烦头眩,小便必难,此欲作谷疸。虽下之,腹满如故,所以然者,脉迟故也。”这两则条文论述了谷疸的发病机制,风寒相搏意为脾肾俱伤,脾伤则运化失常,水湿停滞。脾胃有湿,谷气不消,食而不化,强食则化热,湿热蒸腾则出现头目眩晕。同时湿热蕴积于内还会出现心中懊恼、烦躁、恶心、腹微满、小便不利等黄疸的表现,脉迟亦主里饮。此种眩晕为湿热所致,进食后可加重,有“食即头眩”的特点,为脾胃运化不利,饮食后中焦湿热更甚,上冲之势愈盛而致。

第13条进一步提出了证治方药“谷疸之为病,寒热不食,食即头眩,心胸不安,久久发黄,为谷疸,茵陈蒿汤主之。”

1.3 饮停下焦

《伤寒论》第82条“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身润动,振振欲擗地者,真武汤主之。”里有停饮,发汗而不利水为误治。发汗后伤及阳气,肾阳虚弱、水气内动为阴寒之证。发热并不是真武汤主症,临床有无发热并不影响真武汤的使用^[1]。水气凌心则致心悸,胃阳虚水犯于胃,便会胃中悸动,水饮内停,上犯清窍则头眩。发汗误治后水邪乘虚犯于经脉,经脉动悸则会“身润动”“振振欲擗地”。真武汤证和苓桂术甘汤证皆可由发汗误治而来,而苓桂术甘汤仅出现“身为振振摇”,阴寒症状不显,真武汤阴寒症状较重,还可出现振寒的表现^[2]。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》第36条“青龙汤下已,多唾口燥,寸脉沉,尺脉微,手足厥逆,气从小腹上冲胸咽,手足痹,其面翕热如醉状,因复下流阴股,小便难,时复冒者,与茯苓桂枝五味子甘草汤,治其气冲。”此则条文为服青龙汤之后的反应。服青龙汤之后,胃中水饮已去,胃中热,故口干、面翕热如醉状。然下焦水饮仍在,时而随气从小腹上冲胸咽,时而下流阴股,故见多唾、小便难、时复冒等表现,寸脉沉亦为里有停饮之意。第38条:“服之当遂渴,而渴反止者,为支饮也。支饮者,法当冒,冒者必呕,呕者复内半夏,以去其水。”此为支饮服苓甘五味姜辛汤后之变证,服药后冲气已不显,口不渴为支饮仍在,支饮上犯则呕吐、眩晕,故以苓甘五味姜辛夏汤治之。

《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》第8条“妊娠有水气,身重,小便不利,洒淅恶寒,起则头眩,葵子茯苓散主之。”妊娠时胎体渐长阻塞气机,气机不畅影响胎位附近膀胱的气化功能,气滞水停,蓄积于内,故身体浮肿、小便不利且动则眩晕。

1.4 饮停三焦

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》第31条“假令瘦人,脐下有悸,吐涎沫而癫眩,此水也,五苓散主之。”此则条文明确指出水为癫眩之因。病痰饮者,水流胃肠,不充形体,“素盛今瘦”,故曰瘦人。脐下悸为水走肠间,停滞下焦;吐涎沫为水渍胃肠,水饮上逆;癫眩为水饮上犯清窍,故五苓散证眩晕之病机为三焦气化失常、水液留蓄^[3]。“怪病当问水”,水饮停滞体内随三焦上下走窜,停滞部位不同则出现的症状不同,故上、中、下三焦均可涉及,症状复杂多变。

1.5 风湿外邪

《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》第8条“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之。”风湿侵袭,湿邪

中阻,水饮上冲,清窍被蒙则头晕、头沉。风湿病邪流注关节则见周身关节疼痛;病深日久,肝肾精血亏虚则见身体羸瘦、关节肿大;湿邪下注则见膝踝肿大疼痛。外湿侵袭,胃有停水,挟气上冲则出现头眩短气、温温欲吐的表现。本病病机为风湿外邪侵袭,以邪实为主,表湿为重,同时也蕴含着体虚气弱之根本病机^[4]。

2 痰饮致眩的治法

2.1 宣肺化饮-小青龙汤

张仲景未明确提出肺中风之眩晕的治疗,然小青龙汤主治“伤寒表不解,心下有水气”,病机为外有寒邪闭表,胃脘水饮内留,与肺中风之眩晕的病机正中相合,故推测可用小青龙汤治疗。小青龙汤以温热药为主,佐以少量甘寒益阴之品,功在温散寒饮而无伤阴之弊。方中麻黄、桂枝、炙甘草在表辛以发汗散风寒,在里温以助阳化水饮;干姜、细辛、半夏温化内停之寒饮,降逆祛水;白芍可利小便,使水从小便而去;五味子祛水镇咳,收敛逆气。此方虽解表化饮兼顾,但以温化药物为主,且配伍酸甘药物制约发汗,谨慎运用汗法以防变证迭生。

2.2 温肺化饮-甘草干姜汤

甘草干姜汤用于治疗中焦阳虚、寒饮射肺之眩晕。本病寒饮为重,虚象不显,故方中用炮干姜温化寒饮,炙甘草温中补气,二者配伍还可温养脾土以防水饮内生。甘草干姜汤虽“取理中之半,主理中之意”,寒饮停肺源于中焦阳虚,中焦得运,寒饮得化,肺气渐复,则眩晕自除。

2.3 健脾利水-苓桂术甘汤、泽泻汤

苓桂术甘汤所治之眩晕为脾虚水停之证,不伴恶心呕吐。方中茯苓淡渗利湿;桂枝温阳化水,降气平冲;白术燥湿健脾,与茯苓、甘草合用补益脾气,培土以制水。陈修园《金匱要略浅注》^[5]谓“温能化气,甘能健脾,燥能胜湿,淡能利水”,故全方标本兼治,具有健脾利水之效。此证痰饮眩晕伴有气上冲胸的症状,水饮与气机上冲较甚,故桂枝用量加至三两以增强平冲降逆之功。

泽泻汤证治与苓桂术甘汤略有不同,其人眩晕较重,病机以水饮实邪为主,而脾虚不甚明显。泽泻祛水力量最强,故以泽泻利水祛饮,引浊阴下行;白术一味健脾助运,防止水饮再生。《医方考》^[6]：“泽泻咸而淡……咸者直能润下而兼渗利。”泽泻利小便而饮水下行,正合《医学正传》^[7]“利水不从小便,非其立也”之意。

2.4 和胃降逆-小半夏加茯苓汤

小半夏汤降逆散水、和胃止呕,用于治疗支饮呕吐,用药后呕吐、心下水停等证未愈,又出现眩晕、心悸的症状,为病重药轻、水饮结聚较甚,且已呈上冲之势引起,故加茯苓三两,一则配半夏、生姜健脾和胃,二则淡渗利水助散饮邪,三则宁心安神以平心悸,可见张仲景用药之考究。

2.5 清热利湿-茵陈蒿汤

谷疸病痰饮眩暈病机为湿热中阻,茵陈蒿汤主治。湿热胶灼难分,故此眩暈病症缠绵难愈,治疗颇为困难。方用茵陈发汗利水、清泄湿热;栀子除烦祛黄,导湿热从小便而出,方中大黄苦寒通降,重在泄热利便,将湿热分隔,疏逐湿热从大便而去,又可助气机肃降,清利上焦清窍,应用最妙。三药合用,治疗湿热之痰饮眩暈颇为对证。然“病痰饮者,当以温药和之”,寒药应谨慎应用,张仲景用此方下之,大黄仅用二两,且应见腹微满等里实症状时方可应用,若大便稀则应停药,中病即止,不可过用。

2.6 温肾利水-真武汤

肾虚水泛之眩晕用真武汤治疗。附子可起少阴之沉寒,复气机之畅行,蒸化水饮,张锡纯称之为“果有真寒,无所不治”的强势之药^[8]。《黄帝内经》曰“诸湿肿满皆属于脾”,故以白术苦温健脾、温补中焦以治水;茯苓健脾淡渗利湿,二药配合附子化气利水。水饮上逆,配伍生姜发散肺胃水气,并能温经散寒;芍药通经利水,同时可制约附子、生姜辛燥伤阴之性。此方虽以温振肾阳为主,但仍不忘健运脾胃,脾胃健则水有所制,可增强化气行水之功^[9]。

2.7 降气平冲-苓桂五味甘草汤、苓甘五味姜辛夏汤

苓桂五味甘草汤与苓甘五味姜辛夏汤两方皆用于治疗体虚支饮患者服小青龙汤之后的变证。苓桂五味甘草汤证属水饮停聚下焦、随气上冲之证,以茯苓、桂枝、甘草降水平冲使之下行,重用五味子收敛气机以归于元阳,甘草补中,土厚则制水。苓桂五味甘草去桂加姜辛夏汤在病机上较之气机已平,而水饮上逆之证仍在,可见眩晕、呕吐的症状,故去桂枝,加细辛、干姜、半夏以温中散饮、降逆止呕。

2.8 淡渗利水-葵子茯苓散

若妇人妊娠出现膀胱气化不利之眩晕,在用药的选择上应有不同。妊娠期间最重固护津液,冬葵子利尿兼有补虚作用。《本草述钩元》^[10]中记载:“冬葵子甘寒淡滑,气味俱薄,阳也。主治脏腑寒热,羸瘦五癰,消水气,通大便,利疗妇人乳闭肿痛。”配合茯苓利水而不伤津液,最适合妊娠水肿用药。妊娠用药须时时注意顾护胎儿,用药宜甚,严格掌握剂量,因此张仲景在用葵子一药时虽用一斤煎煮,但“饮服方寸匙”,不敢多饮,且嘱“小便利则愈”,衰其大半而止。

2.9 化气利水-五苓散

三焦气化不利之痰饮眩暈用五苓散化气利水,导水饮从汗及小便而解。泽泻、猪苓、茯苓均为淡渗利水之药,白术健脾制水。《景岳全书》^[11]云:“治水者,必先治气。若气不能化,则水必不利。”故大量利水药中用少量桂枝,一则降逆平冲,宣展气机,蒸化三焦以行水,二则发汗以解太阳之表。《金镜内台方议》^[12]云:“桂枝为使,外能散不尽之表,内

能解有余之结,温肾而利小便也。”张仲景嘱以“白饮送服”,并“多饮暖水,汗出愈”,意在发汗可助通阳化气以利水,然过汗易伤津液,故桂枝仅用二两,可见其治疗痰饮疾病运用汗法之谨慎。

2.10 祛风除湿散寒-桂枝芍药知母汤

风湿历节之眩暈用桂枝芍药知母汤治疗。方中桂枝、麻黄、防风辛温通表,外散寒湿。桂枝用量较重,意在平冲降逆;附子温阳通经而止痹痛,配伍白术加强温肾益脾、温化寒湿之功;生姜用量为全方之冠,不为散寒,意在祛饮、降逆、止呕。《神农本草经》中载芍药可“除血痹,利小便”,知母主“肢体浮肿,下水”,二者配伍既可润养精血、清热除烦、缓急止痛,又可加强利水消肿之功;甘草和胃调中。全方祛风除湿而不伤正气,祛邪扶正,表里兼顾,寒热平调,但从用量来看,全方药性仍偏于温通,遵张仲景“病痰饮者,当以温药和之”的原则。

3 结语

通过分析《伤寒杂病论》,可见痰饮所致眩暈多与肺脾肾与三焦气化功能失调及外邪侵袭有关,阳气虚弱与阴凝饮聚常相兼存在,故温阳化饮法贯穿其中,并在治疗中遵循“病痰饮者,当以温药和之”

的原则,谨慎运用汗、下之法,中病即止。治疗中应辨明病变部位、寒热虚实,据其病机选用发汗、利小便、分利等方法,合理选方用药。

参考文献:

- [1] 陈明.伤寒论讲堂实录(上册)[M].北京:人民卫生出版社,2014:313.
- [2] 胡希恕.胡希恕伤寒论讲座[M].北京:学苑出版社,2017:173.
- [3] 赵国平,陈佳.《伤寒杂病论》五苓散方证辨析[J].北京中医药大学学报,2008,12(31):808-810.
- [4] 曲道炜,朱辉,艾华.桂枝芍药知母汤方证辨析[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(8):90-92.
- [5] 陈修园.金匱要略浅注[M].北京:中国中医药出版社,1998:238.
- [6] 吴崑.医方考[M].北京:中国中医药出版社,1998:34.
- [7] 虞抟.医学正传[M].北京:中国医药科技出版社,2011:294.
- [8] 张锡纯.中药亲试记[M].刘观涛,点校.北京:学苑出版社,2007:113.
- [9] 黄丽芳,陈明.《伤寒论》真武汤证理论探讨[J].中华中医药学刊,2016,1(34):30-32.
- [10] 杨时泰.本草述钩元[M].太原:山西科学技术出版社,2009:335.
- [11] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2017:98.
- [12] 许宏.金匱内台方义[M].北京:人民卫生出版社,1986:153.

收稿日期:2020-04-15

(上接第21页)

灸厥阴经穴,以温通阳气,阳复闭通,则厥逆自愈。

若胃气实、肝气郁极化热,郁热与胃气互结而成阳明之证,或郁热下迫肠道成厥热下利之证。阳明热厥之证虽四肢厥冷,因其胃家实仍当“厥应下之”。厥热下利之证为厥阴经邪热下入于大肠,故治宜清热燥湿、凉肝解毒,白头翁汤主之。

4 厥阴病的类似证

张仲景在《伤寒论》的写作之中,设置类似证是其重要的写作方法及特点,提示后人同中辨异,细心揣摩其辨证方法。在厥阴病篇中,由于厥阴病证候复杂多变,因此其类似证更多,混杂其间给人以混沌不清的感觉。其实如果认真梳理会发现,厥阴病篇诸多类似证都是围绕着上热下寒、厥在展开。

干姜黄芩黄连人参汤证为其人患胃热脾寒之呕吐,医者误用吐下之法更伤阳气,下寒更甚,从而邪热内陷形成上热下寒、寒热格拒之证。本证虽有上热下寒之象,但无肝气逆乱、阴阳气不相顺接等病机,因此只是厥阴病的类似证,以资与厥阴病提纲证相鉴别。

麻黄升麻汤证亦为医者贸然大下后,致正气损伤,邪气内陷。中阳下陷,伏郁于里,不能达于四末,故手足厥逆;脾阳亏虚,运化无权,故泄利不止;大下后,阴阳皆伤,阳气内郁,故寸脉沉而迟,下部脉不至;邪热内陷,痹阻咽喉,灼伤血络,故咽喉不利,唾脓血。本证虽有厥逆、泄利,伴见咽喉不利、唾脓血,其病机亦属上热下寒、寒热错杂,但其热为邪热内陷,肺气郁闭,非阳复太过所致。因此,本方中以麻

黄发越郁阳,升麻解毒、利咽喉,当归和血,助升麻同治咽喉之证,又能抑制麻黄升散太过。张仲景将本证置于厥阴病篇中,正是考虑其证情复杂,病机为邪气内陷,阳气伏郁,肺热脾寒,而将其与厥阴病阳复太过相鉴别。

至于血虚寒厥证、痰厥证、水饮厥证虽然都有手足厥逆的症状,也以阴阳气不相顺接为发病之机转,但均非肝气逆乱所致,其或因寒邪凝滞经脉,气血运行不畅,或因痰阻胸中,阳气郁遏,不能通达四肢,或因胃虚水停胃脘,中阳被阻不能外达,因此均不属于厥阴病。张仲景此中深意当细细揣摩。

综上所述,厥阴病并非无迹可寻,如果我们结合其生理功能、病理机制仔细分析原文所蕴含的深刻内涵,会发现厥阴病实质是肝失疏泄,阳气郁闭,犯胃侮脾,其主证当属上热下寒、寒热错杂之证,证候表现为厥、利、呕、哕、厥热胜复、痉、神志昏厥等,其中痉、神志昏厥由后世温病学派医家补充完整,这是厥阴病篇的主线索,循此主线对于我们理解厥阴病篇有着很好的指导意义。

参考文献:

- [1] 陆渊雷.伤寒论今释[M].北京:人民卫生出版社,1957:418.
- [2] 李培生.伤寒论讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1985:189.
- [3] 舒驰远.舒驰远伤寒论集注[M].北京:人民军医出版社,2009:163.
- [4] 俞长荣.对厥阴病篇条文的再研讨[J].湖北中医杂志,1984,6(4):5-6.
- [5] 严世芸.对“伤寒论六经提纲”的商榷[J].上海中医药杂志,1982,16(9):2-5.

收稿日期:2020-04-24