

略谈“湿药和之”及其临床运用

上海市虹口区中心医院中医科 龚文德

“湿药和之”是《金匱·痰饮咳嗽病脉证并治》篇中针对狭义痰饮之治则。以其对后世临床甚有广泛的指导意义，故有必要予以探讨。仲师创立此法，有其一定的理论和实践依据。兹就个人陋见，结合临床运用，陈述于后。

一、痰饮的基本病理及属性

痰饮虽有痰饮、支饮、溢饮、悬饮之分，然究其属性则一。原文曰：“水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮。饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。饮水流行，归于四肢，当汗出不汗出，身体疼重，谓之溢饮……”。可见，四饮皆从乎水性。《素问·经别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散气，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水经四布，五经并行”。倘肺脾肾气化功能失职，必水道不利而水饮内停。其中，脾之运化尤为基本关键。《素问·至真要大论》曾谓：“太阴之复，湿变乃举……饮发于中……”。这对仲师所述“其人素盛今瘦，水走肠间……谓之痰饮”，拟苓桂术甘汤温脾利饮确有一定影响。从而可见，四饮从乎水性，故病之本源，皆当责于脾阳失运。

《金匱》以后的医家，对痰饮的属性及基本病理更有阐发。如《脉经》、《千金方》俱将痰饮作痰饮之解。所谓痰者，即水性清稀之谓。《活人书》曰：“痰，膈上之水病也”。张景岳又指出：“痰之与饮，虽曰同类，而实有不同也……饮清彻而痰稠浊”。进一步明

确了痰与饮在本质上的区别。严用和的《济生方》又从津液的生理病理方面揭示了痰饮的实质。谓：“人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患。调摄失宜，气道闭塞，水饮停于胸膈，结而成痰”。充分表明，痰饮实乃机体水液代谢功能失调的病理产物。肺气之宣肃，脾气之升运，肾气之蒸腾，无不赖于阳气气化之能。因此阳衰阴盛、气不化饮，实为痰饮的基本病理。

二、痰饮的病理特点及临床特征

痰饮的基本病理是阳衰阴盛、气不化饮。因此，在临床上具有如下的特点：

(1) 水饮流动的澹荡性 饮邪积于某体腔之内，随人体的活动或叩按局部，即产生水饮流动澹荡的特点。从而可闻及水鸣声，或局部疼痛加剧。如原文曰：“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声”；“饮后水流在胁下，咳唾引痛”；“留饮者，胁下痛引缺盆，咳嗽则转甚”。

(2) 水饮居留的重着性 饮邪居留于机体某体腔或组织之间，必产生沉重或胀满的特征。《素问·至真要大论》曰：“太阴之胜，……则湿气内郁，寒迫下焦，痛留顶，互引肩间，胃满，……少腹满，腰膝重强……头重，足胫肿，饮发于中……”。原文又曰：“饮水流行，归于四肢，……身体疼重”；“心下有痰饮，胸胁支满”；“膈下支饮，其人喘满，心下痞坚”

(接上页)

就诊。患者产后四十余天，恶露量虽不多，但淋漓不止，色黯红有血块少许，少腹时痛，按之更痛。自诉产时即服人参一支，产后续服人参、三七、阿胶等，更服大量鸡蛋桂圆之类营养食品，反见头昏，不思饮食，脘腹胀满等。前医曾用十全大补汤加止血药不效。吾诊其脉虽虚，似有涩象，舌质偏紫，断为误补留瘀，恶露未得畅下。瘀血不去，新血不得归经，故恶露日久不止。用五灵脂、生蒲黄、当归尾、川芎各10克。水煎，日服2次。3剂而见效，6剂痊愈。

例二：邹××，29岁，农民。1981年2月诊。产后十天，头昏头汗多，腹痛阵作，大便秘结，小便

短赤，恶露不多。某实习医生看到患者舌苔浊腻，食欲不振，又了解到有产后过食油腻以致不消化等情况，便用山楂、麦芽、神曲、莱菔子等，治之不效。病人复诊云，更不思食，且腹痛痞满拒按，欲呕不得，欲利不行，干噎食臭，面色潮红，日晡似有低烧，夜寐烦躁不安，脉滑实有力。吾云此已属阳明胃家实证，徒用消导，耗伤胃气，更会病变百出，惟有遵仲景大承气汤攻下法，以荡涤实邪，方可邪去正安。乃疏：大黄6克(后下)，芒硝6克(冲)，枳实10克，厚朴10克，槟榔10克，广皮5克。水煎，顿服。药后泻下秽浊臭便甚多，腹痛渐止，头昏头汗俱失，知饥欲食矣。

等,皆提示了水饮居留,重着不行的特性。

(3) 水饮入胃的格逆性 饮邪入胃,阻遏胃阳,必致和降失司而呕吐,迫肺凌心而喘满、心悸。原文曰:“夫病人饮水多,必暴喘满。凡食少饮多,水停心下,甚者则悸……”。《金匱·消渴小便不利淋病脉证并治》篇,曾在论述蓄水证,水气停胃时指出:“……水入则吐者,名曰水逆,五苓散主之”。水饮在胃,具有水人格逆的特性。

(4) 水饮停聚,阻遏阳气 水饮停聚,必阻遏阳气。如阻遏肺气则短气;气津不布则口渴、口舌干燥;阻遏卫阳则背部畏寒;阻遏心阳、血脉闭滞则脉伏;中阳被遏、浊阴上逆、清阳不升则头晕。原文曾曰:“病者脉伏,其人欲自利……”;“腹满,口舌干燥,此肠间有水气……”;“心下有留饮,其人背寒冷如掌大……”;“胸中有留饮,其人短气而渴……”。

(5) 水饮的清稀性 《素问·至真要大论》曰:“诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒”。如呕吐清水、涎沫,咳唾泡沫痰,皆为痰饮之属。原文曰:“假令瘦人脐下有悸,吐涎沫而巅眩,此水也……”。可见,凡分泌清稀液体,积于体腔者,便谓饮,亦可统称为痰饮,但不能与痰混淆。

以上几种特点,在临床辨证时,必须相互合参。张景岳曾概括谓:“盖饮者水液之属,凡呕吐清水,及胸腹膨满,吞酸噎腐,呃逆有声等症,此皆水谷之余,停积不行,是所谓饮也”。

另外,痰饮的脉舌,在临床辨证中,也有一定的特征。由于气不化饮,水饮内盛,故脉见弦、滑之象;舌见白腻苔,或呈水滑苔,且舌面多涎液。

三、以温阳振奋脾肾阳气

仲景治饮创立“温药和之”法则,主要基于“离照当空,阴霾自消”之原理。即用温阳之法,如苓桂术甘汤、肾气丸以解除阳衰阴盛、气不化饮这一基本病理矛盾。《金匱衍义》曰:“痰饮由水停也,得寒则聚,得温则行;况水性从乎气,温药能发越阳气,开腠理,通水道也”。《金匱要略心典》曰:“饮,水类也,治水必自小便去之,苓桂术甘益土气以行水,肾气丸养阳气以化阴……”。“温药和之”的治疗重点是振奋脾肾阳气。用温药者,温而不在补,而致力于化饮邪。因此,“温”是治饮法则,“和”乃用药原则。

四、“温药和之”的临床运用

仲师立“温药和之”,主要是治狭义痰饮。故凡心下有痰饮,症见心悸、眩晕、心下痞满、呕吐等症,首以苓桂术甘汤温脾利饮为主。但若偏重治眩晕、呕吐者,又拟泽泻汤、小半夏汤、小半夏加茯苓汤等,

分别偏于健脾渗利,或辛散降逆。在临床上,如遇这些病症互见者,往往又可复合配用。

病例 1:眩晕(痰饮)

杨××,女,52岁,本院职工。1981年8月15日就诊。近半年来经常眩晕发作,一月数发。发则头晕如旋,甚则昏倒,呕吐清水。近一周来又发2次,现在仍感头晕胀重,不能行动,时时心悸,胃脘痞满,纳呆,面浮肢肿,脉弦,舌淡,苔薄白而润。证属痰饮中阻,浊阴上逆,清阳不升。治拟温通利饮,和胃降逆。处方:茯苓30克,桂枝10克,生白术16克,泽泻30克,半夏10克,生姜2片,清炙草3克,煅石决明30克。服上方三剂后,眩晕、呕吐皆明显改善,面目四肢浮肿消退。续服十剂,病情趋于稳定,开始上班。1982年3月随访,未见反复。

分析:原文曰:“心下有痰饮,胸胁支满,目眩,苓桂术甘汤主之”;“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,小半夏加茯苓汤主之”;“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”。以上三条经文皆以水停心下,浊阴上逆,清阳不升为主要病机。与本例患者眩晕发作,兼心悸、胃脘痞满、呕吐清水、面目四肢浮肿诸症,在病理上甚符。故取三方,共济温脾化饮,辛散降逆之功。并予石决明重镇之性,以降清空逆气。

饮邪为患,有新久深浅之分。若饮邪深伏者,则为留饮;日久者,则为伏饮。四饮皆有留饮、伏饮之证。惟悬饮深伏顽固,非峻剂难除。故仲师立十枣汤攻破逐饮,直达深处。狭义痰饮,虽主以温通利饮,但饮邪深伏者,亦当以逐饮为先,不可一概主温。如甘遂半夏汤主以攻破利导,辅以辛散温化、和胃降逆、酸甘缓中之法。对饮邪深伏心下,确有捷效。

病例 2:幽门梗阻(痰饮、留饮)

程××,女,23岁。1980年2月10日就诊。近一月来胃脘胀痛,呕吐清水,得食及饮水则甚,自觉腹部有水鸣声,心悸,脉沉弦、苔白腻而润,腹部叩之有振水声。摄片提示:十二指肠球部溃疡,幽门管水肿,器质性梗阻。证系饮邪留伏心下,胃失通降。治拟逐水调饮、和胃降逆。处方:甘遂5克,半夏10克,生白术10克,茯苓12克,清炙草3克,生姜2片,饴糖30克(分冲)。服上方三剂后,胃脘胀痛消失,呕吐亦止。

分析:本例患者患幽门管水肿,器质性梗阻,与原文所述“心下有留饮”、“膈间有水”近似,并结合其胃脘胀痛、呕吐清水、腹中有振水声等痰饮病特征,诊断为留饮。故仿甘遂半夏汤、小半夏加茯苓汤,共取辛散逐饮、和胃降逆之效。按甘遂半夏汤中当有白

蜜，而本例易以饴糖，亦符仲师甘缓安中之旨。

“温药和之”虽为狭义痰饮所设，但由于饮发于中，乃属脾阳不振、气不化饮之机，故饮邪若由脾胃而起，泛滥于体表，或上射于肺，发为支饮、溢饮而无外邪者，亦可取苓桂术甘汤，从温脾化饮论治。《金匮要略方论本义》曰：“脾湿饮留，胃燥则饮祛也。可以得此方之大义用之诸饮，亦无不行矣”。

病例 3：慢性支气管炎(支饮、溢饮)

经××，女，53岁。1981年1月20日就诊。患慢性支气管炎多载，近二月来咳嗽缠绵不已，咳唾泡沫痰。近一周来病情增剧，咳喘并作，面目及四肢皆浮肿，小便色量尚可，胸胁及背部牵掣胀痛，脉弦滑，舌淡苔白腻。证属脾阳不振，水饮射肺，泛滥于体表。治拟温运脾阳、泻肺蠲饮。处方：茯苓15克，桂枝10克，生白术15克，清炙草3克，炙细辛3克，炙五味子3克，炙葶苈5克，半夏10克，白芥子3克，防己6克。服上方三剂后，咳喘、面目四肢浮肿皆减，泡沫痰亦少。续服十剂，诸恙皆除。

分析：本例患者，咳喘兼作，吐泡沫痰，当属支饮。又面目四肢皆肿而无外邪，且兼有溢饮。治从温脾入手，兼以泻肺蠲饮。脾阳振奋，则生饮之源乃绝；泻肺蠲饮，洁净脏器，则饮邪无以留之。

仲师治支饮，主以小青龙汤，温肺蠲饮乃以干姜、细辛、五味子为基本药物。《伤寒论》真武汤加减法载：“若咳者，加五味子半升、细辛、干姜各一两”。窥其所拟射干麻黄汤、厚朴麻黄汤、苓甘五味姜辛诸方，亦不离这三味药。《金匮要略方论本义》曾阐明道：“加干姜、细辛之辛而开散，则胸膈之阳大振，而饮邪自不能存……”。配五味以温肾敛肺，生津止咳，三者相得，尤显开合并济之功。此仲景用药之妙，亦可为温药和之的又一形式。笔者在临床上以上述三味为温肺蠲饮主药，用治支饮咳喘，灵活配伍，常能取得满意疗效。如属外感风寒，引动伏饮者，宜小青龙汤宣散温化。属阳虚兼寒饮恋肺者，当去麻黄、加附子，则为温阳化饮之方。倘寒饮射肺，但无外寒者，予射干麻黄汤温散化饮。寒饮恋肺，兼郁热上迫者，用厚朴麻黄汤或合泻白散，以温化伏饮，兼以清宣肺热；如复因郁热伤阴者，并可加石斛、麦冬、芦根等养阴生津之品。由饮邪恋肺日久，损伤心肾阳气，致水饮泛滥者，则宜真武汤加桂枝、细辛、五味子、干姜，主以温肾利水，辅以温肺蠲饮。若咳喘兼脉结代，证系饮邪射肺凌心，致心阳不足、阴血亏损者，方用炙甘草汤加姜、辛、味温心阳、滋阴血，兼以温肺蠲饮。痰饮日久，肺脾肾俱虚者，常用党参、黄芪、熟

地、黄肉、附子、肉桂、巴戟肉、补骨脂、胡桃肉、蛤蚧等，配姜、辛、味，以益肺补脾、温肾纳气为主，温肺蠲饮为辅，力图标本兼施。

病例 4：哮喘(支饮)

王×，女，46岁。1980年7月9日就诊。据述患哮喘30余载，经常发作，秋冬为甚，每年欲住急诊观察室多次。近因夜卧受寒，哮喘又起，咯痰清稀不爽，呈哮喘状态，面色青晦，形体瘦弱，脉沉细滑，舌淡质胖，边有齿痕，苔薄白。证属寒饮久伏，肺脾肾三脏俱虚，近又复感新寒，引动伏饮。治拟温宣化饮为先，佐以益肺补气兼顾其本。处方：炙麻黄3克，桂枝5克，炒白芍10克，炙细辛3克，炙五味子3克，干姜3克，半夏10克，炙苏子10克，炒潞党参10克，炙黄芪10克。服上方七剂后，咳喘平息。续与姜、辛、味、半夏加党参、黄芪、白术、茯苓、黄肉、菟丝子、补骨脂、仙灵脾、苁蓉、肉桂、蛤蚧等，以益肺补脾、温肾纳气。经坚持服药一年，自秋以来，咳喘一直未发，登楼无气促感，体重增加10余斤，面色华润，精神颇佳。

分析：本例患者，哮喘之作，每以咯清稀痰为特征，病延多载。饮为阴邪，得阳则化。治疗始终取干姜、细辛、五味子三味为温肺蠲饮基本药物，同时配以益肺补脾、温肾纳气之剂，能更好地发挥温阳蠲饮之效。

五、结语

《金匮》所述四饮，可见于现代医学多种疾病。如狭义痰饮，以眩晕为主症，可见于耳源性、或蛛网膜下腔出血及脑震荡后遗症所引起的眩晕；以心悸为主症，可见于心房纤维颤动，心律失常，心动过速等疾患；以呕吐、心下痞满、肠间水流沥沥有声为主症，可见于胃潴留、胃肠炎等病。支饮以咳喘、吐泡沫痰为主症，可见于慢性支气管炎、肺气肿、肺原性心脏病等疾病。悬饮以胸胁支满、咳唾引痛、痛引缺盆为主症，可见于因渗出性胸膜炎、结核性胸膜炎、肺癌等疾病所引起的胸水症。支饮与溢饮兼见，以咳喘、心悸、面目四肢浮肿为主症，可见于因肺原性心脏病、心力衰竭引起的水肿。然而，临床联系这些疾病时，必须以痰饮病的特征为辨证前提，决不可将两者机械地等观起来。在使用“温药和之”这一法则时，亦须根据这些特征，分清标本缓急。如饮邪深伏者，当主以攻逐利导；兼有外邪者，当先以发汗宣散。也可按标本兼治原则，主以温、下结合，或温、汗并施。总之，温有治本作用。因此，仲师提出：“病痰饮者，当以温药和之”。