

从痰饮病论治探讨叶天士运用 仲景方的经验

四川省蓬溪县医药卫生学会 赖显荣

《金匱要略·痰饮咳嗽病》篇(以下简称《痰饮》篇)论述痰饮病的脉因证治,极为精当,理法方药,组合严密,丝丝入扣。后代医家论治痰饮病,莫不奉为圭臬。如孙思邈《千金要方》论痰饮,全宗《痰饮》篇;喻嘉言《医门法律》论痰饮,对仲景方论推崇备至。清代温病大师叶天士治痰饮,亦本《痰饮》篇创立的原则,辨证立法,遣方用药。《临证指南医案·痰饮》门共84案,师法仲景的有78案,占92.9%。徐灵胎在案后大加赞赏云:“深得古人治法,最为卓识!”现就该门病案探讨叶氏临床运用仲景理论与方药的经验与规律。

辨证师仲景而有发挥

叶氏医案中,对饮邪的性质,本仲景“水走肠间”、“水流胁下”、“水流四肢”、“水停心下”、“膈间有水”、“水在五脏”等立论,认为“痰饮皆属阴浊”(曹、程案)。痰饮病的形成和病因病机,叶氏认为,多系脾肾虚,水湿内聚所致。如说:“清阳未展,浊阴欲踞,久延必结痰饮”(徐案);“脾阳消乏,不司健运,水谷悍气,蒸变痰饮”(某案);“酒客谷少中虚,痰饮聚蓄”(某案);“肾虚不纳气,五液变痰上泛”(程案)。

在辨证上,叶氏亦本《痰饮》篇,以“脉弦或沉”、“咳逆”、“短气”、“背寒”、“舌白不渴”、“面色红亮”、“胃脘”、“心悸”、“昔肥今瘦”等脉证为主要鉴别点。如“眩暈恶心,胸脘不爽,脉右弦左弱,面色红亮,此乃痰饮上泛”(某案);“脉右弦,舌黄不渴,当心似阻,昔形壮,今渐瘦,咳久不已,卧着则咳,痰出稍安,此清阳少旋,支脉结饮”(叶案)等,就是比较典型

的脉证。但是,在多数医案中,这些脉证并不悉具,叶氏只抓住其中一两个特征,即可诊断为痰饮病。如“背寒咳逆,此属饮象”(某案);“舌白咳逆不渴,非饮象而何”(某案);“昔肥今瘦为饮”(程案);“形盛面亮,脉沉弦,此属痰饮内聚”(某案);“本脉带弦,平素有饮”(戴案);“脉沉为痰饮”(王案)等。

有不少病案,叶氏是直接引用仲景原文来描述证候和下诊断结论的。但也有些病案,叙述中写明仲景云,实际上并非仲景原文,而是叶氏花了一番心血,从《痰饮》篇中领悟出来的,有时并有所引申和发挥。如说:“仲景……又云,不渴者,此为饮邪未去故也”(陈案);“《金匱》云,……口干不欲饮水者,此为饮邪未去故也”(某案);“考《金匱》云,渴者,饮邪欲去也”(陈案)。查《金匱要略》,并无此语,仅《痰饮》篇28条云,“呕家本渴,渴者为欲解,今反不渴,心下有支饮故也。”叶氏从仲景对支饮的辨证中引申开来,针对广泛的痰饮病,这是对仲景关于痰饮辨证的发挥。

立法宗《金匱》并有发展

“病痰饮者,当以温药和之”,这是仲景治疗痰饮病的大法。叶氏除在案中屡屡引用外,还根据《金匱》痰饮篇的治法,总结出了另外两大法则,即:“外饮治脾,内饮治肾”和“饮家而咳,当治其饮,不当治咳”。

这两句话,均非《痰饮》篇原文,仲景并未这样明确说过。如叶氏在程案中说:“仲景谓外饮当治脾阳。”徐灵胎还评曰:“无此话。”饮分外内,治分脾肾,这个法则,是叶氏从痰饮篇17

条“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之”中省悟出来的，并从16条“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之”，予以总结后，别具匠心地明确提出来的。

“治饮不治咳”这条法则，痰饮篇亦无此语，仅34条云：“久咳数岁……其脉虚者必苦冒，其人本有支饮在胸中故也，治属饮家。”叶氏将仲景这条“支饮久咳当治饮”的特定法则，引申发挥为治疗包括支饮在内的“饮家”，并概括为“饮家而咳，当治其饮，不当治咳”这句话，是深得仲景秘奥的。

这两大法则，叶氏将其总结出来，与“温药和之”鼎足而立，成为仲景治痰饮的三大法则，并为当时和后代的临床医家普遍接受，这是对仲景学说的发展。

叶氏对痰饮病的具体治法，邹滋九在案后归纳为“理阳通阳”、“固下益肾”、“转旋运脾”、“开太阳膀胱”、“温经通络”、“清渗理湿”、“驱饮开浊，辛通阳气”等七法，沈仲圭氏总结为“温阳除湿”、“开太阳导饮浊”、“纳少阴通太阳”、“通阳逐饮”、“温肾纳气”、“补中运脾”、“苦辛理湿”等七法（见《浙江中医药副刊·叶天士学说研究专辑（一）》1979年5月）。邹氏的前四法，沈氏的前六法，均系叶氏直接从《痰饮》篇中得来。而“温经通络”之用川乌，系叶氏借鉴于仲景心痛治法。至于“驱饮开浊，辛通阳气”之用姜、附、南星、菖蒲、旋复花、川椒，“苦辛理湿”之用梔子皮、郁金、半夏、杏仁、橘红、桔梗、瓜蒌、枳实，则系叶氏在师法仲景的基础上有所创新。

此外，叶氏还用《伤寒论》治水饮的茯苓甘草汤加入人参、南枣以治悬饮流入胃络，称“太阳阳明开阖导饮法”，并论曰：“以参、苓阖阳明，用草、桂开太阳，并辛香入络，用姜、枣通营卫，生姜恐伐肝，故取煨以护元气，而微开饮气也。”（施、某案）真不愧是善于变化经方、开创新法的高手！

方药重化裁颇有特色

叶氏治痰饮，在用药上，有以下几个特

点：

一、忌见痰搜逐。痰饮病多属脾肾阳虚，故叶氏认为“不必见痰搜逐，但护中焦脾胃，使阳气健运不息，阴浊痰涎，焉有窃踞之理”（张案）；“不可以肺咳消痰”（程案）；“若以见病图病，昧于色诊候气，必致由咳变幻，腹肿胀满，渐不可挽”（沈案）。此即“治饮不治咳”之义。

二、忌辛温发散。如说：“辛散则耗阳”（张案），“辛温发散为大禁……辛散再泄其阳，不亦左乎！”（某案）

三、忌投滋润。如说“肺药治嗽，无非辛泄滋润。盖辛散则耗阳，滋清助阴浊，浊阻在阳分，气不肃，为夜不得卧”（张案）；“滋则堆砌助浊滞气”（程案）；“治咳滋阴，适为阴浊横帆矣”（某案）。

四、慎泻肺。痰饮病喘逆，多系下元虚损。叶氏告诫：“莫以喘用泻肺等药。”（潘案）因此，该门仅一案“饮邪留于肺卫”而用葶苈大枣泻肺汤，余未见用。

叶氏运用仲景方，常结合临证而有所化裁。这些化裁，基本上有规律可循，具有叶氏用药的独特风格。

对外寒引动内饮，用小青龙汤开太阳以导饮浊，常去辛温发散之麻、辛。该门用小青龙汤共11案，除潘案系哮喘伏饮仅去细辛外，其余10案，均去麻、辛。或合越婢以平冲逆（沈、某案），或加苓、杏以通阳气（周、李、计、顾、某案），或加苡仁宣通开气（徐案）。叶氏认为，“小青龙意，主乎由上以泄水寒，直从太阳之里以通膀胱，表中里药也”（张案）；“太阳司开，阳明司阖，浊阴弥漫，通腑即是通阳”（章案）。

外饮治脾，常用苓桂术甘汤、茯苓甘草汤、小半夏加茯苓汤、《金匱》附方《外台》茯苓饮等温药和之。对脾虚不运痰饮聚蓄者常用苓桂术甘汤（白、黄、某、马案），或合二陈汤以转运中阳（王案）；胸中痞塞，加淡姜渣、苡仁、泽泻以健脾运阳（张案）；背痛彻心，加厚朴、川乌、蜀漆以温经通络（童案）。对脾虚饮停咳逆者用茯苓甘草汤，常加苡、杏（三个某、李案），或合小半夏加茯苓汤加苡仁等以通阳治饮（王、

吴案); 饮邪上冲膈中。加南星、白附子、石菖蒲以逐饮开浊(张案); 悬饮流入胃络, 加人参、南枣以开阖导饮(施、某案)。对痰饮或支饮咳逆、悬饮酸痛, 用小半夏加茯苓汤加桂、朴、杏、苡、橘红、川椒等辛通阳气、降逆驱饮(两个某、程、冯案); 对胃阳虚者, 则合大半夏汤, 或加枳实以温通理阳(尤、陈案); 对胸中清阳少旋, 痰饮日多者, 仿仲景胸痹治法, 用小半夏加茯苓汤合栝蒌薤白半夏汤加桂枝, 以通阳逐饮(叶、杨案)。对脾阳不运痰饮阻气, 用《外台》茯苓饮, 常去白术之守补, 加半夏以温通。该门用《外台》茯苓饮共 13 案, 去白术加半夏者有 7 案(胡、戴、两个某、陈、马、王案)。

内饮治肾, 多用肾气丸早服以摄纳下焦阴中之阳; 如兼脾胃阳虚, 或配《外台》茯苓饮去白术, 午或晚服, 以转旋中焦(某、张案); 或配大半夏汤加茯苓、姜汁晚服, 健补中阳以资纳谷(陈案); 对背寒喘咳饮浊上泛者, 配真武丸晚服, 以增强其通阳治饮之力(王案)。对肾阳虚饮、逆喘咳呕者, 用熟附都气丸(即肾气

丸去桂枝加五味) 加车前或胡桃以固纳肾气, 兼脾虚者合桂苓甘味汤(程、吴案)。对肾虚寒饮冲逆, 常用真武汤去守中而不通阳之白术, 加人参温通补阳以撤饮(陈、董、戴案); 或用真武丸, 以人参汤送服(徐案)。

该门 84 案, 共处 94 方, 使用次数最多的药有: 茯苓 83 次, 桂枝 52 次, 半夏 38 次, 甘草 32 次, 姜 65 次(生姜 21 次, 姜汁 22 次, 干姜 22 次)。几乎方方有茯苓。这几味药组合起来, 恰好是茯苓甘草汤合小半夏加茯苓汤, 是一张典型的温药和之、通阳治饮方。由此可见叶氏运用仲景方匠心之一斑。

由于叶氏对仲景学说研究有素, 融会贯通, 体会深刻, 临证时得心应手, 运用自如, 师古法而不泥古方, 具有他自己临床上的特点, 为祖国医学宝库增添了财富, 不愧为灵活运用仲景方法的楷模。这是我们今天在学习仲景学说时应该很好地借鉴的。

本文承中医研究院广安门医院主任医师沈仲圭老师审阅, 特此致谢。

治疗颞颌关节功能紊乱综合征 29 例

河北省抚宁县人民医院理疗科 李文科

一、一般资料: 本组 29 例患者, 男 19 例, 女 10 例; 年龄 21~63 岁; 病程最短 3 天, 最长 3 年余; 左侧发病 18 例, 右侧发病 10 例, 双侧同时发病 1 例; 本组患者均有颞颌关节紧张, 张口受限, 关节活动时疼痛, 咀嚼时关节弹响等症状及体征。

二、治疗方法: 1. 针灸: 取下关(直刺 1 寸~1.5 寸)、嚼中(位于下关与颊车穴连线中点, 咀嚼肌中心处, 直刺 6 分~8 分)、颊车(直刺 6 分~8 分)三穴, 均采用平补平泻手法, 留针 30~60 分钟(中间加强刺激 1~2 次), 每日一次。2. 去针后按摩: 用食指按压上述三穴各 1 分钟, 然后沿颞弓下与颞弓平行按摩 3 分钟, 再沿咀嚼肌的走行上下轻推 12 次。

三、治疗结果: 痊愈: 关节弹响、疼痛消失, 张口自如, 共 28 例, 占 96.6% (其中经 3 次治疗者 16 例, 占 55.2%; 4~9 次者 10 例, 占 34.5%; 10 次以上者 2 例, 占 6.9%); 显效: 关节弹响、疼痛基本消失, 张口度达 2.5 厘米以上者, 共 1 例, 占 3.4%(治

疗 5 次后因故中断治疗)。

四、典型病例: 孙××, 男, 63 岁, 1978 年 9 月初诊, 患双侧颞颌关节习惯性脱臼 10 余年, 近日来左侧颞颌关节弹响, 局部肿痛, 张口受限。诊断: 颞颌关节功能紊乱综合征。治疗: 取下关、颊车、听宫三穴毫针直刺, 平补平泻, 效果不佳, 经检查发现咀嚼肌中心点有一硬结, 在此处加刺一针, 去针后按摩, 患者自觉颞颌关节疼痛减轻, 予上法治疗 6 次, 症状消失。经随访 5 年患者颞颌关节习惯性脱臼及颞颌关节功能紊乱综合征均未复发。

五、小结: 颞颌关节功能紊乱综合征, 俗称“弹响颌”, 是颞颌关节区的神经及软组织功能失调所造成的。中医以为该病发病部位为足阳明胃经所过之处, 其因有二: 一为胃热上蒸, 一为局部劳损所致。我们所取的下关、嚼中、颊车三穴均属胃经, 并用可通调理气, 开关启闭, 配合按摩更有舒筋活络, 通利关节, 镇痛止痉之功, 故用治本病疗效尚佳。