

石寿棠“燥湿”论及其临床应用探讨

茅 晓*

摘要 石寿棠以“燥湿”为提纲论析外感及内伤百病的病因病机、证治用药的学术经验。是其从临床实践中感悟所得,并对当今临床具有实际指导意义。在诸多辨证主型属湿、属燥的病症中,石氏的辨证方法和分类用药为临床施治提供了新的视角。但燥湿辨证方法和燥、润药物的具体运用亦当灵活变化,慎之又慎。

主题词 燥湿/中医药疗法 @ 石寿棠

石寿棠,名芾南,字湛棠,清·道光、咸丰年间安东(江苏涟水)人。其家七世事医,石氏少时习儒子业,曾举孝廉,又尊父训,兼研医学,于是朝习儒,晚习医,历数十寒暑如一日,终于成为一代名医。石氏才识既高,学术并茂,每能将儒家经典理论与诸子百家之说融会贯通,运用自如。石寿棠临证尤重“轻重之准,刚柔之质,先后之宜”,尤其深究一个“原”字,其所谓“原”,实即天人相应理论。认为医者如“能达其原,而歧伯之奥旨,仲景之秘思,中法西法之妙用,一以贯之矣”。石寿棠所著《医原》一书,系统地阐述了他的医学见解,尊古不泥,且多创见。书中《百病提纲论》一篇,条析燥、湿二气,极其精审。其论不仅提纲挈领系统深入地阐明燥湿二气在病因病机上的重要意义,并在辨证立法、处方用药上提供了重要思路。

1 学说本义

石氏治学推崇穷究本源,深感古今医籍“分门别类,名色愈多,治法愈歧,……令后学无所指归,总由未能探本穷原”^[1]。故在《百病提纲论》中开宗明义:“外感百病,不外燥湿二气,内伤千变万化,而推致病之由,亦只此燥湿两端,大道原不外一阴一阳也”^[1]。从而将外感六淫及内伤杂病皆以燥湿二气赅之。认为六淫中风居乎始,寒暑湿燥居乎中,火居乎终。其原由以风固燥湿二气所由动,寒暑固燥湿二气所由变,火又燥湿二气所由化。而内伤者,阳气虚则蒸运无力而成内湿,阴血虚则营润无资而成内燥。又思虑过度而气结,或气结致枢运不灵成内湿;气结致血与津结,则营润不遂为内燥。燥湿所病脏腑,轻重各有偏颇:内燥起于肺、胃、肾,而以胃为重,肾更重。因肺为敷布津液之器,胃为生化津液之本,肾为生化敷布之根基。内湿起于肺、脾、肾,

以脾为重,肾更重。因肺为水之上源,通调水道,脾为水运中枢、布散水液之本,肾为水之下源,为通调布散之根。深刻地揭示了临床上最为多见的燥、湿二大征候群的脏腑病机,醒示临床在病机辨析时予以特别关注。

在具体临床辨证方面,石氏认为:“燥胜则干,干则必缩,干则必硬,干则必动,干则必痿”^[1],指明燥邪具有“缩、硬、动、痿”的特点。而“湿胜则滥,滥则必重,滥则必软,滥则必混浊而不清”^[1],湿邪具有“重、软、混浊不清”^[1]等特点。以望诊言,患者面色绷急而光洁为风燥、寒燥;色红润而浮为燥夹痰;红润而晦为燥夹湿;湿多干红、苗窍干涩为燥化热;色滞暗为寒湿内生;色松缓而垢晦为暑湿;色晦且干为湿化燥。“燥病则目光炯炯,湿病则目多昏蒙”,“燥病鼻多干涩,湿病鼻多润泽”^[1]。以闻诊言,咳声不扬,或咳而牵痛,或干咳连声,或太息气短,此为燥;如从瓮中作声者然,或默默懒言,或昏昏倦怠,或多嗽多痰,或在喉中漉漉有声,或水停心下汨汨有声,或多噫气,此皆湿邪为病。若以切诊言,“病有燥湿,脉有刚柔”“刚脉者,即古所谓弦、紧、动、涩、牢、革诸脉是也,按之有尖滞弹指之象,主阴虚之燥病”;“柔脉者,即古所谓濡、缓、滑、微、细诸脉是也,按之有如丝线,湿泥柔软之象,主阳虚之湿病。”^[1]这些经验无一不凝聚着石氏对疾病征象的深入把握。

若论外感燥湿之治,不论在表在里,“外解”为其原则,在表者汗以开之,在里者利以开之。而内伤燥湿之邪,“化湿犹自外来,化燥则从内涸”,若因燥化湿者,仍当治燥为本,而治湿兼之;由湿化燥者,即当以治湿为本,而治燥兼之。总之,病有燥湿,治有燥润,病有纯杂,方有变通,治法自有标本先后之分。而用药首先当辨其体质之刚柔,刚者当柔,柔者当润,润有辛润、温润、平润、凉润、寒润之殊,燥有辛燥、温燥、热燥、平燥、凉燥、寒燥之异。石氏从理论与临床结合的角度,对药物体质燥润及药性升降开阖等理论予以深入浅出的阐发,其得益于切身临证实践的真知灼见,为后人论治燥湿大证开启新知。

2 临床应用

2.1 消化系统病症:此系内伤病中最为常见的与湿相关的病症。因湿为阴邪,脾为湿土,湿邪入里,脾土先

* 上海中医药大学各系教研室,上海市浦东新区蔡伦路

1200 号(201203)

收稿日期:2005-04-01

伤,脾运失司,水湿停聚,故《内经》言:“诸湿肿满,皆属于脾。”诸如慢性胃炎、溃疡病、消化不良、胃神经官能症、肝炎、胆囊炎、肠炎等病症,其病因病机与湿关系尤为密切。如慢性胃炎和溃疡病的不少病例,其在胃镜下分别表现为:胃黏膜轻度炎症、分泌物增多,黏膜糜烂,灶性隆起,皱襞粗乱,胆汁反流,腺体萎缩,炎性细胞浸润及至肠腺化生或不典型增生等。加之中医临床中脘胀满、隐痛、嘈杂、嗳气和各种不同的腻苔表现,完全符合石氏所谓“湿胜则滥,滥则必重”和“混浊不清”润泽黏滞等湿病特点。就中医病机而言,胃炎等消化道病,初起多见脾胃气虚,日久或病症反复迁延必致脾胃“运化无力成内湿”。当今消化科临床,慢性胃炎、溃疡病患者的幽门螺旋杆菌的检出率很高,然而经正规抗Hp三联、四联疗法后,一些患者嘈杂、泛酸、嗳气、胀满、隐痛等症状又会再度出现,即使Hp检测已转阴的患者过不久又会出现阳性指标,从而使病情反复难愈。在中医临床诊察中,笔者特别留意了患者的舌象,仅以苔论,很多表现为腻苔,且据证型的不同有微腻、薄白腻、厚白腻、薄黄腻、厚黄腻及垢腻等差异。毫无疑问,腻苔实质是升降失司,湿浊上泛。现代研究认为,腻苔为丝状乳头增大,角质丝融合,杂有细胞碎片及渗出的白细胞而形成,并见细菌夹杂其间^[2]。国内也有人发现,Hp阳性检出率在辨证分型中以脾胃湿热类型最高^[3]。还有学者基于临床上慢性胃炎湿证居多的情况,用智能脉象仪对相关患者进行观测,发现慢性胃炎湿证在脉图参数上也有其特异表现^[4]。从而使临床醒悟,辨证除湿确为根治疾病之重要环节。石氏根据药物体质刚柔,细分燥药为辛燥(如藿香、佩兰、紫苏叶、桂枝、香附、木香等)、温燥(如苍术、厚朴、半夏、砂仁、白豆蔻、槟榔、青皮、陈皮、山楂等)、燥热(如附子、肉桂、干姜、炮姜、吴茱萸、椒目等)、平燥(如白扁豆、山药、薏苡仁、通草、茯苓、炒谷芽、神曲、甘草等)、凉燥(如栀子、连翘、柴胡、升麻、枳壳、枳实、牡丹皮、槐米等)、寒燥(如黄芩、黄连、黄柏、木通、苦参、川楝子、龙胆草、大黄等)六大类。在Hp阳性胃炎、溃疡病及其他众多消化道病症中,只要申明脏腑寒热、虚实、阴阳、表里,再结合石氏上述各类燥药予以辨证组方,大多能取得良好疗效。

2.2 内分泌、呼吸系统病症:最具典型意义的是糖尿病和秋季咳嗽。即中医临床所称消渴和秋燥。消渴是以多饮、多食、多尿、形体消瘦为特征的病症,其病理本质是阴虚燥热。石氏所谓“内燥则起于肺、胃、肾。胃为甚、肾为尤甚”^[1]。贴切地揭示了消渴病发生关系最为密切的脏腑。在此之前有金代刘河间倡导三消燥热学说,将消渴本证与兼证的种种症状,归咎于“燥热太

甚”。提出补肾水、泻心火、除肠燥、济津液为重要治则,经稍后朱丹溪等名家实践探索,形成了养阴为主的治疗体系。如今《实用中医内科学》将肺胃燥热、肠燥津枯、肝肾阴虚主要证型的病因归于燥热和燥热伤阴^[5]。虽有白虎加人参汤、增液承气汤、六味地黄汤等古方可选,但石氏对治燥润药的细腻分类为临床的辨体辨证论治提供了极大的便利。如平润药有南沙参、北沙参、熟地黄、何首乌、芍药、玉竹、百合、柏子仁、酸枣仁、甜杏仁、冬瓜子、麻仁、乌梅等;凉润药有干地黄、玄参、天冬、麦冬、鲜石斛、竹沥、竹茹、竹叶、芦根、白茅根、怀牛膝、川贝母、枇杷叶、瓜蒌、天花粉、紫草、白薇、梨汁、蔗汁、荸荠汁和龟甲、鳖甲、牡蛎、文蛤、石决明等;温润药有党参、高丽参、黄芪、白术、肉苁蓉、枸杞子、山茱萸、菟丝子、桑椹子、五味子、大枣、紫河车、金樱子等;辛润有杏仁、牛蒡子、桔梗、前胡、紫菀、百部、当归、川芎、桃仁、红花、菟蔚子、紫苏子、莱菔子、白芥子、薤白、生姜、豆豉、葱白等;寒润则有石膏、鲜地黄、犀角、羚羊角、猪胆汁等。上述药物对各类不同的燥证均可适时酌情选入。内伤、外感皆无例外。再如秋燥一证,明末清初虽有喻嘉言“清燥救肺汤”之名方创制,但其配方组合主要适合于秋燥中之温燥。以后清代医家沈明宗主用香苏散加味治凉燥^[6],可补喻氏之未逮。其实,就临床病症而言,秋令燥气既可从热而化为燥热之邪,又可从寒而化为凉燥之邪,燥而偏热的为温燥,燥而偏凉的为凉燥。凉燥初起,鼻干、鼻塞、口唇干燥、咳嗽少痰,宜用前胡、杏仁、桔梗等辛润(方如杏苏散);温燥袭肺,发热、头痛、干咳无痰,咽干鼻燥,宜用桑叶、甜杏仁、贝母、梨皮、南沙参、北沙参等凉润、平润之剂(方如桑杏汤);燥气化火而见身热、心烦口渴、干咳无痰、甚或咯血,则以寒润之石膏配伍桑叶、鲜地黄、玄参、天冬、麦冬、沙参、芦根、知母、天花粉等寒润,凉润并用(方如清燥救肺汤)。而无论外感热病或内伤病证的种种阴虚证,熟地黄、何首乌、芍药、西洋参、沙参、天冬、麦冬、石斛、牛膝、龟甲、鳖甲等平润、凉润之品应用则更为广泛。

3 讨论

纵览《中医学术史》^[7],起于先秦,迄于清末。却未给石寿棠《医原》与“燥湿”论容一席之地。石氏医学积七世临证经验倡言“燥湿”论,是起源于临床又指导临床的重要学说。尽管临床的辨证千变万化,但从燥湿两端阐析病机,对许多病症的论治不失为高屋建瓴的重要方法。在湿土之地的江南等地域,或对慢性病患者或亚健康人群中的气虚、阳虚的特异病理体质,湿邪的辨证施治如何强调都不会为过,清末名医雷少逸有谓“土寄于四季之末,四季皆有湿气”^[8],可谓对湿邪致病早

有深切领悟。鉴于当今临床上常见的中风、眩晕、胸痹、胃脘痛、肠癖等,大多类似于现代医学所谓的心脑血管及消化道等疾病,日趋高发,各种祛湿方法、方药的妥恰使用与拓展应用,对于提高疗效尤为必要。而对阴虚津伤多见的热病、消渴、秋燥、百合病等,则当重视燥邪辨证和不同润药的配合运用,方可使药以对证,其病向愈。

诚然,燥湿大证确有单独出现的情况,但严格地说,燥湿之邪又常可兼杂诸邪为犯,甚至出现燥湿同病或燥湿相兼之证。诚如石氏所言,有病虽纯而夹以他病则立方要有变通,燥病需防其夹湿,湿病需防其夹燥,故表里寒热虚实,固当分明;标本先后轻重,尤宜权变。就临床实际而言,阳虚里湿之体,复感外燥,则可见里湿外燥之证;阴虚内燥之体复感外湿,则见内燥外湿之证。肺主燥而脾主湿,肺脾同病,每见肺燥脾湿;脾恶湿而肾恶燥,脾肾同病,也可见脾湿肾燥之证。如秋燥之邪侵袭肺卫,肺气失宣,津液受损,脾运失畅而致水湿内停,形成上燥下湿之证,出现干咳少痰、咽干唇燥、腹胀便溏的临床症状;又如肺肾阴虚之体患湿痰咳喘之证,遣用当归、熟地黄润养阴血,二陈汤燥湿化痰的金水六君煎汤证,都是燥湿相兼、燥湿同病之明证。再以

消渴而言,病初虽多见阴虚燥象,病至后期(糖尿病肾病期)往往演变为阴虚夹湿、夹瘀之“本虚标实”证,有人用肾糖宁(黄芪、生地黄、山茱萸、水蛭、泽泻、大黄等)润燥兼用之方,对尿蛋白等多项指标取得较明显的效果^[9]。石氏还深刻地阐述了这种燥湿病邪的转化机制,即其所谓:“燥郁则不能行水而又化湿;湿郁则不能布津而又化燥”^[1]。加之湿病而过用温燥、苦寒,则湿从燥化;燥病而过用滋润和腻补,则燥可化湿。从而醒示临床,辨证用药必当慎之又慎。

参考文献

1 石寿棠·医原·南京:江苏科学技术出版社,1983;39,54,55,43,44,77.
2 匡调元·中医病理研究·上海:上海科学技术出版社,1980;152.
3 李果刚,李斌芳,庄燕鸿,等·慢性胃炎湿证型左右寸口脉图参数比较·上海中医药杂志,2003,37(12):39~41.
4 施杞·现代中医药应用与研究大系·上海:上海中医药大学出版社,1997;209.
5 黄文东·实用中医内科学·上海:上海科学技术出版社,1985;475.
6 何廉臣·重印全国名医验案类编·福州:福建科技出版社,2003;234.
7 严世芸·中医学术史·上海:上海中医学院出版社,1989;405.
8 雷丰·时病论·北京:人民卫生出版社,1964;104.
9 高彦彬,吕仁和,王秀琴,等·肾糖宁治疗糖尿病肾病的临床研究,中医杂志,1997,38(2):96~99.

《中医杂志》第四届编辑委员会名单

主任委员兼主编:胡熙明

名誉主编:费开扬

副主任委员:王永炎 王文中 任德权 吕玉波 张大宁 李俊德 李大鹏 费开扬 陈啸宏 杨明会 房书亭
郑守曾 施 杞 徐镜人 曹洪欣 谢阳谷 赵新先

委员(以姓名笔画为序)

于生龙	于淑芳	马有度	马尔楷 (法国)	王永炎	王文中	王炳岐	王东生	王 琦	王乃平	王之虹	王 玲	
王国庆	王忠和	王喜军	王书臣	王承德	王鱼门	王振邦	邓大学	包文辉	龙致贤	龙济瀛	任德权	刘保延
刘红星	向方远	吕玉波	吕志平	孙万珍	孙耀志	孙树椿	阮诗玮	闫希军	吴以岭	吴坤平	张大宁	张之君
张世臣	张孝娟	张承烈	张炳厚	李连达	李大鹏	李俊德	李沈明	李天太	李怀荣	李乾构	肖小河	肖燕军
陈可冀	陈克正	陈贵廷	陈 桦	陈抗生	陈金甫	陈保华	陈啸宏	苏荣彪	杨殿兴	杨世兴	杨卓欣	杨明会
邹节明	林日初	林天东	林立军	拉蒙(西班牙)	房书亭	周岱翰	周宜强	周 然	周超凡	周绍明	周铭心	
郑守曾	姚乃礼	施 杞	胡熙明	费开扬	胡晓军	晁恩祥	赵 松	赵步长	赵树森	赵新先	徐志伟	徐镜人
索天仁	梁菊生	袁长津	高思华	高文柱	曹洪欣	曹正逵	梅国强	傅世垣	彭 炜	程兆盛	谢阳谷	詹文涛
翟胜利	戴锡孟											

顾问(以姓名笔画为序)

刁跃池	万有生	王绪鳌	王荣和	王绵之	王雪苔	王其飞	王玉川	王一章	韦贵康	邓铁涛	田景福	冯天有
任继学	刘志明	许锦柏	李任先	李炳文	李惠治	李顺成	李振华	何 任	张学文	张奇文	张 琪	吴炳新
吴咸中	沈自尹	陈佑邦	陈彤云	金树滋	庞春生	周仲瑛	赵藕善	胡志祥	姜正谦	贺志光	施奠邦	高 德
殷顺海	秦双发	唐由之	黄春源	蔡剑前	费淳路	程莘农	焦树德	路志正	魏福凯			