序

中医中药学所研究的痰病、痰症以及某些夹痰之症，是一种常见多发病，涉及临床各科，因此历代中医文献中关于痰病学说的论述颇多，如“百病兼痰”、“百病多由痰作祟”、“五脏六腑具能生痰”，以及“痰饮为患，十人居其八九”、“痰生百病食生灾”等等即是。实践证明，古代医家的这些宝贵的学术见解，确系经验之谈。

痰病、痰症以及某些夹痰之症，除一般咳喘、咳咯而出的痰涎病症（即狭义的痰症）外，广义的痰病、痰症，其临床表现往往错综复杂，甚至离奇古怪，致使初学者无法辨别，难以正确立法遣药，故又有“顽痰怪症”之称。然而如能谙熟中医痰病学说，对中医痰病学说的源流及其内涵外延有所了解，则不仅可对各种不同的痰病、痰症进行正确的诊断治疗，而且还能运用自如，起到一般常法难以起到的效果。明代

楼英在《医学纲目》一书中说："凡病百药无效……痰也"，"凡有痰者，眼皮及眼下必有烟灰黑色，举目便知，不待切脉"。诚然，眼皮、眼下色黑如灰，并不是望诊痰病、痰症的唯一可靠的症状和体征，但说明中医对痰病、痰症确有一套比较完整的理论体系和丰富的诊断治疗经验，是中医宝库中的一个重要组成部分。

对于某些疑难杂症，或一时无法明确诊断的病症，中医往往着眼于"痰"；而一旦分析、诊治得法，则收效甚捷，于是就有"怪病多痰"之说，如龚廷贤在《寿世保元》中说："一切怪病，此该痰实盛也。"明·李梴在《医学入门》中亦云："痰火所以生异症"。这些把"怪病"责之于痰的论述，虽然隐隐约约感到痰可以产生很多奇怪的病症，但又未能将痰的发病规律和它独特的理论体系系统地阐述清楚。《内经》中虽然有《大奇论》、《奇病论》，讲了一些疑难怪病和危笃重症，但并没有讲痰病和痰症，因此，"怪病多痰"之说，仅是自觉和不自觉地被医者所引用，而且直到现在还流传着"怪病多痰"的说法，这就给中医提出了一个必须深入探讨和研究中

医痰病学说（派）的迫切任务；发掘中医痰病学说这个宝库，同时也有助于在医学领域中促进中西医的有机结合。

由于历史条件的种种原因，中医最早的医籍中虽然没有痰字，但对发生痰饮疾病的病因病理却有明确的记载，如《素问·至真要大论》中记载："湿气内郁，饮发于中"、"积饮心痛"等等即是。自《内经》提出"饮发于中"等论述之后，从秦汉以迄明清，古代医家在各自的实践中，从不同的角度，不断地补充、完善、丰富了中医痰病学说。何廉臣在校勘《重订通俗伤寒论》中列举的"痰晕、痰厥……"等十种痰病，即是其例（当然，痰病、痰症远不止何氏所指之十种）。但遗憾的是，内容丰富的中医痰病学说，历来缺乏专著，大都散载在各种医药书籍之中，这样势必影响初学者对中医痰病学说深入系统地学习，影响中西医在中医痰病学说领域中的中西医结合（而中医痰病学说又涉及到临床各科），也影响中医痰病学说本身的进一步发展和提高。有鉴于此，谨就个人对中医痰病学说的肤浅了解，结合个人治疗各类痰病、痰症的点

滴经验，仓促中撰写了这本《论中医痰病学说》。

涉浅水者见鱼虾，其尤深者知蛟龙。由于笔者学识水平有限，加之日常工作任务繁重，书名《论中医痰病学说》，尚未能将中医痰病学说中丰富的内涵和外延完全反映出来，甚至存在不少缺点和错误，祈望广大读者，不吝指正。

湖北中医学院　朱曾柏

一九八一年三月

目　录

一、导　言 …… 1
二、痰的概念和发病 …… 2
三、痰病学说的形成和发展 …… 3
四、痰与脏腑的关系 ……10
五、痰病的体征、症状特点 ……18
（一）体征特点 ……18
（二）症状特点 ……21
六、关于痰病的立法选药 ……29
七、痰病验案举例 ……32
（一）热痰犯脑症 ……32
（二）痰热滞阻经络症 ……35
（三）痰阻胞宫流产症 ……37
（四）痰热蕴结成疡症 ……38
（五）痰热壅阻肝经症 ……41
（六）痰迷心窍症 ……43
（七）痰饮上犯眩晕症 ……45
（八）痰滞经络发热症 ……47
（九）肝热痰毒症 ……49
（十）痰厥重症 ……52
（十一）热痰聚结生疖症 ……54
（十二）顽痰留伏三焦症 ……56
（十三）肝郁脾陷、痰湿遏阻症 ……58

一、导　　言

中医各种学术流派虽渊源于中医基本理论，但各种学术流派形成之后，又反过来为整理和提高中医药学，提供了丰富的内容和广阔的途径，对提高医疗、教学、科研都具有重要意义。中医痰病学说也正是这样。

中医的痰病学说，以及关于诊断、治疗痰病的一整套理法方药，是我国古代医家长期与痰病作斗争的宝贵经验结晶。从先秦时期提出了痰饮病的理论之后，自秦汉以至晚清，不论在理论体系上，抑或在治疗痰病的方剂、药物以及识别痰证特有的症状、体征等各方面都代有发展，不断充实提高，是中医宝库中的重要组成部分，也是中医学术领域中的一个重要学派。

痰病学说的内容十分广泛，涉及到临床各科，因此，认真地研究和探讨痰病学说，使之不断地完善、提高和系统化，将对防治各种疾病、中西医结合，为发展具有我国特点的新医药学都有重要意义。

二、痰的概念和发病

中医认为痰有两种涵义，可分为两大类型：即狭义的痰和广义的痰。狭义的痰一般是指肺部渗出物和呼吸道的分泌物，或咳咯而出，或呕恶而出，容易被人们察觉和理解，故有人将狭义的痰称之为外痰。广义的痰，是由于机体气机郁滞或阳气衰微，不能正常的运化津液，使体液停留积聚，逐步蕴结而成。由于广义的痰不容易为人们所察觉，病变和临床症状由内向外(即先有痰气或痰淤内结而后发病)，故有人称广义的痰为内痰。也正因为内痰不易为人们察觉，且"变幻百端"，因此中医痰病学说尤其重视内痰(即广义之痰)，其内容也特别丰富。当然这两种痰在病理变化方而是有密切联系的，狭义的痰病是广义痰病在某些脏腑或局部的具体表现。

痰的发病，先要提到"气"。中医"气"的涵义甚广，有卫气、宗气、元气以及脏腑、经络之气……等等。也就是说，活的机体内到处都有气的存在。而"痰随气行，无处不到"，痰可以停蓄凝聚在各个组织器官之中。因此，由痰而导致的疾病也就势必是多种多样的，有慢性病，也有急性或急性发作性疾病，可见于临床各科。

痰留滞在体内，阻碍脏腑功能的正常活动（包括消化系统、呼吸系统、神经系统以及神经——体液失调等各方面的功能紊乱和失调），从而产生各种各样病变。如：急性或慢性气管炎、喘咳、某些神经性呕吐或呕恶、咽喉炎、食道炎、某种耳源性眩晕、神经官能症、心律不齐、心动过缓、心血管疾病以及某些类型的高血压、癫痫、脑血管疾患后遗症、颈淋巴结核、甲状腺肿大、某些原因不明之寒热、慢性骨髓炎、某些肿胀、麻木疾患、皮下结节、某些皮肤疾病、慢性溃疡性疾患、某些妇女不孕症，以及某些功能性低烧、眩晕、头痛、腹泻和某些肿块、肿瘤……等等，都可参照痰证辨证施治。中医以痰而命名的疾病，如痰火、痰包、痰秘（即大便不爽，而不干结）、痰厥、痰迷心窍……等不下数十种之多。沈金鳌在《杂病源流犀烛》中记载："痰之为物，流动不测，故其为害，上至巅顶，下至涌泉，随气升降，周身内外皆到，五脏六腑俱有"。中医有"百病兼痰"之说，看来并不为过。

三、痰病学说的形成和发展

《内经》中虽然没有痰字，只记载了"饮发于中"和"积饮心痛"等痰饮病的病机病证，但这并不等于古代没有痰病和痰症（按：痰和饮仅有粘稠、清稀之分），

《诗经·鄘风》中就有"陟彼阿丘，言采其蝱"句，蝱就是医家常用的化痰药贝母。甘肃武威出土的汉墓医简中，也有用虻（贝母）和漏芦等治疗痰瘀病症的方药。可见古代劳动人民和医家采集、运用化痰药物已是一件常事了。张仲景在《伤寒杂病论》中比较详细地记载了寒痰结胸、热痰结胸、痰阻胸阳等痰病和痰症（西医讲的冠心病，其中不少就是痰浊痹阻胸阳重症）。张仲景在《伤寒杂病论》中，还撰列了有名的"痰饮"、"水气"、"咳嗽"诸篇，对后世治疗狭义的痰饮、咳嗽疾病，开拓了先河。隋代巢元方在《诸病源候论》中不仅专门提到痰厥头痛，而且专列"诸痰病候"，为后世创"百病多由痰作祟"之先声。

中医这些最早的医籍中虽然详于饮而略于痰，但对于痰饮形成的生理、病理已有明确的记载。如《素问·经脉别论》说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。"这一段叙述，文字上虽未提到痰，但从正面指出了人体津液的正常运行，要经过脾胃肺肾肝以及"三焦"等脏腑的共同作用，才能水精四布，五经并行。因为肺主气而司治节，脾主运化水谷精微，肝主疏泻，协助脾胃运化（而且必须有肝的疏泻，脾胃运化才正常），肾主水而司开阖，"三焦"主气化而司决渎，为水谷精微运行之道路。在正常情况下，水谷精

微通过脾肺肝肾以及“三焦”的共同作用，或化为津液，或化为气血而荣养全身；无用之物则变为汗，变为涕，变为泪，变为气，变为溺等排出体外，而不致产生各种痰症。如果上述脏腑功能失调或障碍（如为外邪所侵，或因情志内伤，或饮食劳倦、生活失宜等等），津液就要停留于体内，逐步酿成病理产物，“聚而为痰”。有关这方面的内容，清代李用粹在《证治汇补》中作了详细的记载，他说：“人之气道贵乎清顺，则津液流通，何痰之有，若外为风寒燥湿之侵，内为惊怒忧思之扰，饮食劳倦，酒色无节，营卫不清，气血浊败，薰蒸津液，痰乃生焉。”张介宾说：“痰即人之津液，无非水谷之所化，此痰即所化之物，而非不化之属也。但化得其正，则体形强，营卫充。而痰涎皆本血气，若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。”（《景岳全书·痰饮》）。李用粹、张介宾等人的这些论述，讲得比较清楚透彻，比《内经》粗略地论述津液聚而为痰、“饮发于中”，以及张仲景的“痰饮”、“水气”、“咳嗽”篇有了很大的发展，大大丰富了痰病学说的内容，使人们对中医痰的概念和产生痰的病因病理更加清楚了。

痰病学说的发展也引起了国外学者的重视，明万历年间，许浚等在《东医宝鉴》痰饮门中除了论证饮症之外，并记载了风痰、寒痰、湿痰、热痰、郁痰、气痰、食痰、酒痰、惊风等多种痰症，从病因病理、方

药以及症候特点等方面，作了详细的阐述，并辑录治痰方药五十余首。

历代医家在继承和总结前人经验的基础上，通过长期医疗实践，逐步形成了一套论痰和治痰的理论。张仲景在实践中作了细致的观察，他从痰和饮的病理变化出发，认为咳、喘、肿、满、悸、眩、痛以及小便不利、大便溏等，是很多痰饮病的特征（《金匮要略·痰饮》）。张仲景当时所记载的痰饮病特征，尽管还不全面，但从现代医学观点看，已广泛地涉及到呼吸、消化、循环、神经、泌尿等各种系统的多种疾病。远在一千八百年前，对痰饮病就有如此深刻的认识，是令人叹服的。

王隐君在创制滚痰丸时指出：痰症古今未详，方书虽有五饮、诸饮之异，而究未知其为病之源。王氏认为，痰之为患，其病多端，有目眩耳鸣、四肢游风肿硬，似疼非疼，或痛或吗，或咽喉不利，咯之不去，咽之不下，或心下如停冰铁，心气冷痛，或梦寐奇怪之状，或浑身习习，如卧芒刺，或绕颈结核，或心下怔仲，如畏人捕，或大便秘塞，毛发焦槁，妇人则月水不通，……痰之为病百端，其状不同，难以尽述。（以上引文节录自蔡陆仙《中国医药汇海》方剂部（三））王氏不仅细致地描述了大量痰病、痰症的临床症状和体征，也是后世医家论述“痰之为病，变幻百端”、“怪病多痰”之先声。

张子和不仅将痰分为风痰、热痰、湿痰、涎痰(即食痰)，而且创造性地提出了“痰迷心窍”之说，为用痰病学说的理论治疗精神神经性疾病，作了有益的启示。明代龚信父子在《古今医鉴》痰饮门中将痰病的病理变化和症候作了进一步的阐述，指出：“痰乃津液所化，或因风寒湿热之感，或七情饮食所伤，以致气逆液浊，变为痰饮，或吐咯上出，或凝滞胸膈，或留聚肠胃，或流注经络四肢，随气升降，遍身无处不到，其为病也，为喘为咳，为恶心呕吐，为痞膈壅塞关格异病，为泻利，为眩晕，为嘈杂，为怔忡惊悸，为癫狂，为寒热，为痛，为胸膈辘辘有声，或脊背一点常如冰冷，或四肢麻痹不仁，皆痰所致，百病中多有兼痰者……”。林佩琴在《类症治裁》中亦有类似的记载：“在肺则咳，在胃则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹，变幻百端。”古代医家的这些论述和实践，不仅强调了“百病兼痰”、“百病多由痰作祟”等痰病学术观点，而且对痰病、痰症初步提出了定量、定性、定位理论，实属难能可贵！这种定量、定性、定位理论，不仅对临床诊治各类痰病、痰症具有十分重要的参考价值，而且对进一步探讨、发掘、整理中医痰病学说也是一个非常重要的内容。

清代名医叶桂不仅在温病学发展史上作出了突出

的贡献，也是治疗痰饮病的高手，他对于痰饮病的辨证施治，虽宗法于仲景，渊源于《内经》和《诸病源候论》等古典医籍，但化裁尽妙，富于独创，运用温阳除饮、通阳逐饮、补中运脾、苦辛散饮……诸法，治疗痰饮之类疾患取得了卓越的效果，从而丰富了痰病治疗学的内容（见《临证指南医案·痰饮》）。

清代名医魏之琇（玉璜）在《续名医类案》中特将“咳嗽”与“痰证”、“饮证”分别论述，使中医论痰治痰的理论更加突出和专门化。魏氏不仅论述了痰病的复杂症状和体征，而且辑录了朱丹溪、李士材、张路玉、黄履素、薛立斋、傅青主等诸名家治疗痰证病案30余例，理法方药俱备，对治疗和研究痰病颇有参考价值。近人何廉臣在校勘《重订通俗伤寒论》中记载了痰晕、痰厥、痰胀、痰结、痰喘、痰哮、痰躁、痰串、痰注、痰膈等十种痰病（当然，痰证远不止此十种），并详细地阐明其病因病机以及症状和治方。唐宗海在《血证论》中指出：“血积既久，亦能化为痰水”，进一步明确地提出瘀血、痰水相互胶结为害的病理机制（按：《金匮要略·水气篇》虽有先病血、先病水等粗略记载，但远不如唐氏之说明确干脆），为临床治疗“痰夹瘀血，遂成窠囊”（见《丹溪心法》）等疑难杂症，采取分化痰、瘀大法，提出了可贵的学术见解。如外伤疾患中，常以桃仁、红花、乳香、没药、姜黄等配伍白芥子、

南星等即是其例。

从《内经》提出"饮发于中"、"积饮心痛"和有关产生痰的病理生理理论之后，张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中又比较详细地记载了寒痰结胸、痰阻胸阳等痰病和痰症，《金匮要略·痰饮》论述痰饮病的内容更为具体。《诸病源候论》列"痰饮"、"痰癖"等病候，《圣济总录》专列痰证一门，内容均极为丰富。嗣后宋、元、明、清，论痰之说和治痰之方就更加丰富多采，可见中医痰病学说是在漫长的实践中逐步发展完善而形成的。

古代医家关于痰病的精辟论述，虽渊源于《内经》、《金匮要略》、《诸病源候论》等古典医籍，但都从不同的角度充实、发展了中医痰病学说，为我们论痰、治痰留下了极其宝贵的经验。我国二千多年的大量临床实践证明，已经形成了一套以痰为中心的辨证论治体系。中医痰病学说的形成和发展，不仅对中医学术理论方面是一次重大突破，而且在指导临床治疗方面发挥了很大的作用，特别是某些疑难病症，按痰论治，往往可收到满意的效果，故"痰注全身"、"变幻多端"、"怪病多痰"之说脍炙人口。

此外，中医痰病学说，还广泛地涉及到目前国内外中西医正在研究和探讨的"老年医学"。老年人阳气阴精渐衰，气机虚滞，易发生肝郁、脾陷、肾亏……，气血亏损而不流畅，精微物质不能按正常途

径奉养周身；精微既化失其正，则必聚而为痰，故老年人痰病和夹痰之症较多。从中医“百病兼痰”、“百病多由痰作祟”以及“痰生百病食生灾”等等学术观点看，疏肝、健脾、养肾、疏通“三焦”气化……，采取各种相应的治则，杜绝生痰之因，捷足先登，使气血津液流畅，“流水不腐”，不仅对临床各科具有指导意义，对“老年医学”领域中所要求之却病延年，也是一个十分重要的内容。由于本书主要是论述中医痰病学说，故痰病涉及老年医学的内容仅在某些章节和老年病例中略有论及，未作专门阐述。

四、痰与脏腑的关系

痰、饮、水同源，都是体内水谷精微“化失其正”的病理产物，形态上有粘稠和清稀之分，病症和发病部位各有偏颇：水肿多发于四肢和肌肤，饮邪偏留恋于胸腔、腹腔和胃肠之中，而痰随气行，则无处不到，遍涉周身，机体内外上下、各个组织器官均可发生痰病，这是痰病发病的特点。按照中医一般的认识，认为痰的发病与肺、脾、肾有关，这种认识是不全面的。痰的产生，除了肺、脾、肾三脏功能失调之外，还与肝、心和“三焦”有密切关系。

脾与痰的关系：“脾气散精”，主运化，如脾气虚

衰，或脾胃升降功能失常，运化功能减弱，水谷精微不能正常运化，则聚而为痰。明代李中梓在《医宗必读》中引述了《素问·经脉别论》原文之后说："……水精四布，五经并行，何痰之有？"又说："脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈、凝聚为痰。"《诸病源候论·虚劳痰饮候》记载："痰者，涎液结聚"，而涎液结聚成痰，则由于"劳伤之人，脾胃虚弱，不能克消水浆，故为痰饮也。"《诸病源候论》是一部论述中医病因病理学专著，隋、唐以降，对我国医学的发展影响很大，该书中绝大部分内容至今仍有很高的科学价值，自它提出了脾胃虚弱生痰之后，便成为后世创"脾为生痰之源"的主要理论依据。元代朱丹溪说："脾气者，人身健运之阳气，如天之有日也，阴凝四塞者，日失其所，理脾则如烈日当空，痰浊阴凝自散。"张介宾说："夫人之多痰，皆由中虚使然。"张氏讲的"中虚"，主要指中焦脾胃虚弱，升降失常，故他又说："果使脾强胃健，如少壮者流，则水谷随食随化，皆成气血，焉得留而为痰。惟其不能尽化，十留一、二，则一、二为痰，十留三、四，则三、四为痰。"汪昂也说："痰之生由于脾气不足，不能致精于肺，而痰易成者也。"又说："治痰宜先补脾，脾复健运之常，而痰自化也。"林佩琴说："痰生于脾"。这些论述中着重指出了中阳受损，脾失健运是造成痰病痰症的重要原因，后世常常用"脾为生痰

之源”来形容痰的产生和变化，仅仅指这一部分病理而言。痰成之后，还可根据内在环境即机体本身的阴阳盛衰而演变成寒痰或热痰，赵献可在《医贯》中指出：“盖痰者……原非人身所有，非水泛为痰，则水沸为痰。”赵氏根据中医体质学说的观点，认为痰可由于患者内在的体质因素不同而演变成寒痰或热痰。赵氏用古代辩证法思想来解释中医痰病、痰症的偏颇和变化，又为长期临床实践所证实，委实难能可贵。

肺与痰的关系：肺主一身之气，通调水道，正常情况下清肃下降，将脾胃消化吸收后的水谷精微，通过肺脏本身的输布和“三焦”的气化作用，使津液遍布全身，濡养机体，并将其中一部分无用之水液排出体外(包括泪、涕、小便等等)，如肺失肃降，治节无权，津液亦可聚而为痰，故中医说“肺为贮痰之器”。“肺为贮痰之器”除了指狭义的痰病、痰症（如呼吸系统的疾病、咳喘多痰等症)外，还指肺气不得宣降，通调输布不利，造成体内津液聚而为痰（即包括广义的痰)。此外，如肺阴不足，阴虚火旺，虚火灼津成痰，或外感六淫化火，煎熬津液成痰。还有因肾气虚弱、“水泛为痰”，也可上渍于肺。故“肺为贮痰之器”，既指肺脏本身之痰，又指肺不能输布津液和阴虚火旺灼液为痰，还涉及脾肾之痰上壅于肺。这与西医单纯认为痰是肺部渗出物和呼吸道的分泌物则不尽一致，有同有

异。但从病理机制和临床常见的痰病痰症看，中医这种认识更为客观和科学，有利于启发人们重新认识和防治痰病和痰症。

肾与痰的关系：肾寄元阳元阴，主调节水液而司开阖；脾阳、肺气源于肾阳，脾阴、肺阴源于肾阴。因此肾阳不足或肾的开阖失调，都可引起脾、肺二脏的功能失调而产生痰病或痰症，或加重痰病的症情；特别是痰病经久不愈，与肾阳虚弱及肾的阴阳失调尤为密切，故中医认为肾为痰之本。在具体的病理变化上则表现为：肾的开阖不利，水湿停聚，聚而为痰；如命门火衰，不能温运脾阳，即所谓"火不生土"，致使水谷精微"化失其正"，"聚而为痰"。"肾生痰，多虚痰，久病多痰，切不可作脾湿生痰论。盖病久不愈，未有不肾水亏损者。非肾水上泛为痰，即肾火沸腾为痰（按：指下焦虚火灼津成痰），此久病之痰也"（《古今图书集成医部全录》二三九卷）。而肾虚生痰之后，既可凌心犯肺，又可壅滞于脾，使脾阳虚衰，痰病久延不愈。张介宾说："盖痰即水也，其本在肾，其标在脾。在肾者，以水下归源，水泛为痰也。在脾者，以饮食不化，土不制水也。"还说：凡"实痰无足虑"，而"最可畏者惟虚痰"。这是因为实痰"其来也骤，其去也速"，病本不深；而虚痰"其来也渐，其去也迟"，故病难治。所谓虚痰就是指肾阳（气）虚衰，水湿津液难于气化，壅而为痰。

因此他认为治疗虚痰切忌攻伐，原因是痰为水谷津液所化，可以随去随生，用攻伐能伤害元气，如用“滚痰丸”一类药物治虚痰，就是“但知目前，不知日后”，当为下策。张氏认为治痰病主要在于“使之不生”，也就是说对于某些顽痰久病，要温补肾阳(气)，“补火生土”以化散痰结。故他又说：“五脏之病，俱能生痰……，故痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾。”可见肾阳(气)虚衰是生痰和痰病难愈的关键，尤其是“火不生土”、水泛为痰与肾的关系最密切。类似的论述，明、清各类医籍中记载颇多，如林佩琴、陈修园等人讲的痰源于肾、动于脾、贮于肺等等，都说明痰的产生与肾阳(气)虚衰或肾的阴阳失调有着密切关系。

肝与痰的关系：五脏之中，肝的生理功能和病理变化最复杂，体阴用阳，藏泻并主，具刚柔曲直之性，可引起精神情志、水谷精微运化代谢以及激素分泌等多方面的疾病，故中医有“肝为万病之贼”的比喻(清·魏之琇《续名医类案》)，肝生痰是其病变之一。肝主疏泻，肝的疏泻功能，除维持本脏的阴阳气血平衡、不亢不郁之外，对脾胃影响极大。如肝的疏泻功能失调，就直接影响脾胃的消化吸收。因此脾运失常而生痰与肝失疏泻有着密切关系，对于这一机理，古代医家是很有体会的。因而在提出脾为生痰之源的同时，又提出了气郁生痰的理论。朱丹溪说：“善治痰者，不治

痰而先治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”又说：“痰之为物(患)，随气升降，无处不到。”朱丹溪讲的痰随气行，气顺痰消，主要是指肝气（这与他讲的六郁相因，气郁为先，创制“越鞠丸”的学术观点是一致的)。故肝气的舒畅条达与否也是津液凝滞为痰的重要原因。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中记载了七情扰乱，郁而生痰之论。进一步指出了痰涎的产生与肝气的条达与否有极大的关系。宋代严用和在《济生方》中也有类似的记载。李时珍说：“风木太过，来制脾土，气不运化，积滞生痰。”这种肝气疏泻失常，使脾运不及以致积滞生痰，实际上是指痰缘于肝，是肝生痰之谓。此外，赵献可讲的“七情内伤，郁而生痰”，李用粹《证治汇补》中记载的“惊怒忧思，痰乃生焉”，李梴《医学入门》中讲的“为痰为积本七情”等等，都是指肝失疏泻，郁而生痰。古医籍中凡论及气痰、风痰、惊痰、痰厥等等，都无不与肝失疏泻有关。此外，由于心主神志，惊痰又与心有关，可谓心亦生痰。因此肝失疏泻，脾运失常，心气郁结，皆能成痰。而疏肝治痰，对于指导临床治疗（特别是内痰)，又具有特殊的意义。

“三焦”与痰的关系：“三焦”生痰，也是中医痰病学说的独特内容。“三焦”的功能，是通过肾中阳气的转化而主通调水道，故有“三焦者，决渎之官，水道出焉”的说法（《素问·灵兰秘典论》)。如果“三焦”气化

失常，或气脉闭塞，水液则无法正常运化，聚而为痰。隋代巢元方在《诸病源候论·痰病候》中特别论述了这一机理，指出：痰的产生是气脉闭塞，津液不通。巢氏讲的气脉闭塞，津液不通，主要是指“三焦”之气化闭塞，不能行使“决渎”的功能，因而津液不通，停聚而为痰。《诸病源候论》是一部论述病因病理的专著，对后世论证病因病理的影响很大，因而《圣济总录》、《济生方》等医籍中都有“若三焦气塞，脉道壅闭，则水饮停聚不能宣通，聚而成痰饮，为病多端”的记载。王肯堂说：“痰积既久，如沟渠壅遏淹久，则倒流逆上，瘀浊臭秽无所不有，若不疏决沟渠而欲澄治已壅之水而使之清，是无理也”。王氏所言疏决沟渠而使之清，正是指使“三焦”气化正常行水而消痰。

讲“三焦”的气化作用，通利水道，与肾阳虚衰不能蒸化水气，“火不生土”、“水泛为痰”是有区别的（尽管“三焦”气化作用源于肾阳）：肾虚水泛，乃元阳虚衰，病症较重；“三焦”气机闭塞，津液不通，聚而为痰，其病较轻浅，这是二者在导致生痰方面的不同之处。

“三焦”为六腑之一。《素问·金匮真言论》说：“胆、胃、大肠、小肠、三焦六腑皆为阳”，也是十二官之一。《素问·十二藏相使论》说：“三焦者，决渎之官，水道出焉”，并有单独的经脉循行分野和循行路线。《灵枢·

经脉》说："三焦手少阳之脉，起于小指次指之端，……下膈循属三焦，其支者，……至目锐眦。"尽管古医籍中对于"三焦"有如此明确的记载，但"三焦"在中医学术领域中一直存在着有形和无形等不同的看法，本文不涉及这方面的内容。但"三焦者，决渎之官，水道出焉"。"三焦"通过命门火的作用能化气行水这一功能（《难经·八难》说："肾间气动……三焦之原"），则历来是无争论的。张介宾说："气为水母，知气化能出之者，则治水之道，思过半矣。""气能化水布津"，就是指"三焦"气化对痰饮水湿的通调决渎功能，故临床上以温通"三焦"治疗痰湿、水湿停留疾病，均可收到满意的效果。

综上所述，从痰与脏腑的关系看，中医痰病学说的形成与发展，也是建立在中医脏象学说理论基础之上的，而中医的脏象学说，历来都认为包括脏腑功能和脏器实质二个部分。笔者认为，研究和整理祖国医学，如其勉强将这二者凑合在一起，貌似客观、全面，实则阉割了中医脏象学说的精华，有鉴于此，倒不如将脏腑作为全面代表它本身的功能为好（如"肝"生痰，"三焦"生痰等等即是其例，即使是肺生痰，也与简单地讲痰是肺部和支气管分泌物不一样）。只有这样理解中医脏腑学说，才能有助于按照中医学理论本身的特点，发掘整理和提高祖国医学和各种不同的学术流派。对于中医痰病学说的发掘整理当然也应该如此。

五、痰病的体征、症状特点

广义的痰，由于在发病方面广泛地涉及到肺、脾、肾、肝、“三焦”诸脏腑，因而可凝聚、盘踞在各个组织器官之中，留伏不去，“变幻百端”，产生各式各样的病症。明代张三锡在《医学准绳六要》中说：“痰饮变生诸症，形似种种杂病，不当为诸杂病牵制作名，且以治痰为先，痰饮消则诸症愈。”指出痰病症状复杂，临床各科都可发生。中医文献有“顽痰怪症”之称，一是言其治疗某些痰病难以速效，同时也言其痰病临床症状怪异，如不仔细审查分析，很难识别。诚然，痰病以及某些夹痰之症的临床表现是很复杂的，但只要掌握了痰的概念、产生以及发病脏腑和辨痰要领，不仅可准确地识别痰病和某些夹痰之症，而且还可正确地进行治疗，从而提高治疗效果。现仅就广义痰病的主要体征特点、症状特点分述如下：

（一）体征特点

1．久病不衰，病症自发自愈，年龄多在中年以上：

所谓久病不衰，主要指罹病日久，形体不衰，食欲不减，精神、语气、声音等等似无病态，有的患

者虽体形瘦削，但语言、精神仍如常人。痰气壅滞时，虽然暂时地表现出精神困顿(此时最易误诊为虚症)，但痰气稍一疏散，精神即如常人。这是因为痰病和其他虚损性病症不一样，矛盾的主要方面是痰气壅滞，一般是邪实正不虚，机体的气血精气尚未受损，故久病不衰。由于痰气壅滞，有的人外形还显得较病前壮实。又由于痰气时聚时散，故病症常时发时愈。中年以上之人，体内阳气渐衰，情志易变，运化精微，水湿之功能亦衰，痰浊易于内停。当然也有脾肾阳虚、喘息多痰、形寒畏冷、形体虚衰以及伴有一些阳虚体征，或肺虚久咳少痰，这属于脾肾阳虚，肺阴耗损为患，不能专作内痰之症。

2．眼神滞涩不流利，面色晦暗，或眼眶周围略显晦暗，其形如肿：

这是痰浊壅塞，阳气受阻，肾精不能上注于目，以及痰气停于皮里肉间，影响营卫运行的病理反映。

3．皮肤油垢明显，手心、足心以及前阴、腋下等处，常泌液渗津，秽气甚大，或面色光亮如涂油：

这是痰热内蕴的反应。热属阳邪而主动，具有膨胀外透特点，痰热蕴结而又欲外透，故有上述诸症。痰病患者面色晦暗，为痰浊或痰湿遏阻阳气；痰病患者面色光亮如涂油，多属热痰内蕴之候，两者应加以区别。

4．形体日趋肥胖，或肌肉松软如绵，掌厚指短，

手足作胀：

痰浊阻塞，充斥肢体，因痰生病，从而导致气机壅滞，脾不运化，故形体壅肿而显似肥胖。手足作胀，掌厚指短，属于痰浊壅塞者，当伴有相应痰病见症。如病久气虚阳微，痰湿停滞，则肌肉又松软如绵。

5．厌油腻厚味，喜素食、热食、淡食或焦香干燥食物：

油腻厚味，滋生痰涎，故痰浊内蕴患者厌油腻厚味，有的痰病患者一闻到油腻腥荤之气即感恶心、头晕。此乃油腻厚味生痰，同气相求为患，并非气、血虚弱之候，当予鉴别。热为阳，痰为阴，热可化阴，热食热饮入胃，临时起"离照当空"之效。故喜进热食热饮。淡味为阳，有淡渗痰饮水气之功，故喜素食淡食。焦香干燥食物，有香散燥湿及化痰作用，故痰湿内蕴患者，喜食焦香干燥食物。

6．神志恍惚，或抑郁，或亢奋：

广义的痰，随气而行，无处不到，因此痰可迷蒙"心窍"（即"痰迷心窍"）。中医认为心主身之血脉，亦主神明，为"思之官"，二者综合起来对心的实体和功能作了全面、客观的描述。前者指以心气（阳）为动力推动血液循环；后者指大脑的思维活动。"痰气犯心"、"痰迷心窍"，即指痰浊可影响大脑皮层功能失调而呈现出抑郁或亢奋体征，但又与精神病人不同，此

则表现极其轻微，须细心察问方可发觉，彼则亢奋妄言妄动之症不能控制，或抑郁之情溢于颜表，成为重要的临床症状。

7．舌体较正常人弛纵胖大，舌上时而津津滑润，脉象可表现为滑、沉之象，也可表现为濡缓之候：

舌体弛纵，古称“纵舌”或称“拖舌”，为气虚痰浊壅滞之重症。而痰病患者所言舌纵，并非痰浊内闭中风之舌纵难收、流涎不止。痰浊之邪重浊停聚，壅塞阻滞，故可见舌纵不收，但表现极其轻微，如不仔细诊视，常不易察觉。只是在痰浊壅塞过盛时舌体弛纵现象才比较明显，临床当细心体察之。致于舌苔，由于痰浊的性质（如寒、热、虚、实、燥、郁以及痰、瘀兼夹之不同等等）和留伏、凝结的部位以及病情深痼、表浅之不同，舌苔也不一样；特别是某些“顽痰怪症”，舌而反而少有苔垢，临床时，应舍舌从证。

（二）症状特点

1．头眩、头痛、头重：

中医认为，头为清虚之府，元神所居，须气血精髓濡养，不容浊邪干扰。如痰湿上犯，干扰清空，则头眩、头痛而闷重。

头痛、头眩、头部闷痛属实者，常见于高血压。西医认为，高血压乃脑血管痉挛，或血管硬化失于弹

性，因而血液运行受阻，压力升高。从中医来讲，痰湿之邪，重浊有形，加之"痰之为患，随气升降，无处不到"的发病特点，因此痰湿上犯，遏阻清阳，充斥、痹阻于血管内外，亦可导致血管痉挛，失去弹性而使血压升高。故高血压患者，凡具有痰湿上蒙头部清阳见症者，按清化痰湿论治，收效极为显著。痰湿上犯而形成的头眩、头痛、头重，或迁延不愈，或时好时发，但与气血虚损之症有本质的不同，用补益剂不独无效，反可加重，此因犯实实之诫故耳。如顽痰死血聚结不散，并可凝结成为肿瘤盘踞于颅脑或机体其他局部，非化散搜剔顽痰死血，肿瘤之患不能消除。

2. 呕恶或呕吐痰涎，或胃肠中有水声漉漉，或口粘、口腻、口干不欲饮水：

痰湿之邪留伏于胃肠，造成胃失和降，腑气受阻，故常作呕恶或呕吐痰涎，或胃肠中水声漉漉。痰饮上逆，故常有口中粘腻。痰浊本乃津液所化，但津液"化失其正"，变成病理产物之后，又可反过来遏阻津液的运行，故又时而口干。如饮水过多，徒增饮邪，则水入而呕恶。以上症状，临床上常诊断为胃、肠神经官能症，因而服药往往无效，如按温化痰饮为治，或兼主疏肝运脾，收效甚捷。

3. 咽喉中似有物梗塞，吞吐不利，时消时现：

本症的发生，一般是始于肝气郁结，情志失和，

进而肝郁脾陷。肝脾不和，脾气亦为之抑郁，运化失司，津液聚而为痰，随气上壅，阻于咽喉，故咽喉似有物梗塞，吞吐不利。痰之为患，时聚时散是其特点，又因本症始于肝气郁结，继而脾运失健而痰聚。故本症咽喉如物梗塞之症，亦随情志之抑郁和愉快与否而表现为时现时消。此类症状，多见于女性患者。如病情经久不愈，因病致虚，可形成阴虚夹痰之症。如专事化痰消散，则阴津更加耗损，咽喉阻塞干燥之症必更为严重。必须同时配伍足够的滋养阴液之品，以滋养为主，寓养于消，痰气阻塞之症，方可愈而不发。

4．噎膈、呕吐痰涎：

噎膈之症与痰有关，一般多起于情志不畅，气机不利，继而津液枯燥涸结而为痰涎，或与瘀血胶结阻塞食道和胃之上、下端，因而造成食物噎膈或呕唾痰涎。笔者治疗本症时，以化痰散结，兼佐养阴解毒，常可收到启膈通塞之效。

5．平时胸部痞塞憋气，或突发压榨样心绞痛，遇阴雨、寒冷季节上症加重：

这是痰浊痹阻心阳，阳气遏阻不畅，故胸中常憋闷痞塞。如胸阳遏阻严重，痰浊太盛，不通则痛，则可突发压榨样心绞痛。也有心阳先自虚衰，阴霾上蒙，导致痰浊痹阻而憋气心痛。痰浊痹阻心阳常见于冠心

病心绞痛，但此类心绞痛，属痰浊痹阻为患，活血化瘀则无济于事，而采取温阳化痰，则疗效甚佳。冠心病是老年病，也是常见多发病，而从痰论治，为治疗本病另辟一途，当不可忽视。

6．易惊悸，失眠难寐，或昏厥、抽搐，或神志失常，但神经科检查无异常，亦无阴虚阳亢诸症可凭；

“痰气犯心”、“痰迷心窍”，即指此类病症而言。从中医五神脏的理论讲，中医讲“心”，亦指脑的功能，如“心主神明”、“脑为元神之府”等等即是。故痰气犯心，痰迷心窍，常常以大脑皮层功能失调的病变表现出来。此类病症，治以涤痰开窍，常可收到满意效果。

7．嗜睡或困顿：

不论痰湿过盛或脾虚生痰，均可困遏脾阳(气)而出现嗜睡或困顿。属于痰盛困脾者，嗜睡重而困顿轻；属于脾虚生痰者，困乏重而嗜睡轻，虚痰实痰之别在于此。痰多嗜睡之症，古代医家早有体察，如《诸病源候论》中记载：“气短好眠，为诸痰之候”即是。嗜睡、困顿之症，临床上可以单独构成患者就诊的主症，也可兼夹在其他症状中同时出现。

8．大便粘裹痰涎，或大便秘结不畅：

痰浊留伏胃肠，随便而下，则大便粘裹痰涎，治以健脾化痰，当有收效。如痰浊留伏肠中，遏阻腑气，则大便反而秘结不通(但粪便并不干结)。此症愈润下

愈秘结，如投以行气化痰宣肺之剂，则大便迅速通畅。

9．低热身困，或自觉身热不扬，体温并不明显升高：

痰为阴邪，其性粘滞而易于内伏。痰浊内伏，遏阻阳气，阳气不能伸展，形成阴不配阳，阴遏阳郁而发热。痰浊遏阻阳气发热，既不同于外感六淫之气化火，又不同于血虚、阴虚、气虚之症，其特点是身困重而热不扬。临床上不少不明原因的低热，如不见阴虚、气虚之类体征者，当属此类。如妄投滋阴补气方药，则更加助痰恋邪，造成低热身困，绵绵不已。如能详察舌脉，审症真谛，以化散痰湿为主，则可收到满意效果。

10．肢体某一局部发热，或发凉（或背部凉冷如掌大），或麻木不知疼痒，或肢体某些局部粗细、感觉不一样，但神经科、骨外科、皮肤科等检查均未发现病变：

“痰随气行，无处不到”，“所（兼）感不同，病变百端”，痰浊留伏遏阻，局部营卫气血运行受阻，故有上述诸症之变。如痰浊聚结不散，患处还可出现肿胀或结节。

11．溃疡、糜烂，滋水渗津或渗流粘稠痰液，久不收口，也有局部皮肤增厚起屑而不流水渗津：

痰湿留伏，或热痰凝聚，影响局部气血运行，有形之痰浊外泻，故滋水渗津不止，甚至溃烂流痰。本

症长期不愈，正气虚衰，加之患处腠理洞开，常受外来风寒邪热之气的侵袭，营卫气血难以恢复正常，故患处久不收口。此乃始于痰浊凝聚，继而导致气阴亏损，兼夹顽痰不化。如患处皮肤增厚起屑．为气阴亏损、营卫失和，兼有顽痰凝聚。

12．胸闷憋气，背部作胀，喜叹气、捶打。阴雨闷天或天气寒暖交替时，上症尤为明显：

痰饮停伏胸中，胸中阳气被遏阻（包括肺气失于肃降）而运行不畅，故常感胸闷憋气。如痰湿停伏于背部，背部阳气运行不畅，则背部作胀或发凉。叹气和捶打，气机暂得舒展，故患者常大声叹气或捶打而后快。

13．肿块、结节，或结于皮下，或凝聚于腹内，也可发生在其他组织器官之中，皮肤表面无变化，或微有冷凉感，或肤色晦暗：

痰浊一旦凝聚，气机便更受阻滞，故可结为肿块、结节。初起与体内阳气虚衰或情志抑郁，脾运失健，不能运化精微以致痰浊凝聚有关。痰浊既凝聚，复又阻碍气血的运行，情志更加抑郁，彼此互为影响，层层相因，故使肿块愈结愈大，愈结愈牢。中医外科学中称本症为“岩”，谓“至牢至坚”，难以攻破。如皮肤、面色晦暗明显，为顽痰死血相互凝结所致，须化顽痰破死血并举。如病程过久，还须同时助阳益阴，寓攻

于补，兼用虫类、麝香等香窜搜透之品，充分发挥某些中草药化散痰淤的作用，以治疗肿瘤。

14．脉象：

痰病脉象，有滑，有弦，此其常也，如顽痰痼疾凝结于里，则脉现沉、迟之候。李时珍在《濒湖脉学》中记载："迟司脏病或多痰，沉痼癥瘕仔细看"。李氏之言，诚属经验之谈，证之临床，顽痰痼疾之症出现沉、迟之脉较多，但由于广义痰病、痰症临床表现复杂，脉症不符者殊多，处方用药时，要以症状为主，舍脉从症。

上述体征、症状等方面的特点，是痰病、痰症以及某些"夹痰"之症经常出现的一些主要病态。但也并不是说每个痰病患者都要全部或大部具备这些特点，恰好相反，由于患者所处的地区方域不同（如气候寒、暖、潮湿、干燥不同等等）、工作性质（如脑力劳动和体力劳动之不同等等）以及年龄、性别，禀赋、嗜好等等不同，上述见症则各有不同。如脑力劳动患者平时静多动少，或荤食过多，则形体日趋肥胖，头晕、心悸等特点势必表现明显；如中年以上妇女，肝失疏泄，脾胃健运失常，痰气易于阻遏于胸背脘胁以及咽喉等处，因面上述各处之病态明显，且常喜叹气以散痰结，或捶打以散痰气。因此，务必把体征和症状方面的特点以及患者的具体情况和个体差异等情况结合起来辨

证，不要胶柱鼓瑟，机械地看待这些特点。但是又应该看到，中医痰病学说中的体征、症状特点（结合“痰的概念和发病”、“痰与脏腑的关系”等有关内容）等各种论述，具有鲜明的定量、定性、定位等学术特色，决不能将“痰随气行，无所不到”以及“百病兼痰”……等等论述视为抽象的词句。这种定量、定性、定位学术见解，是中医在长期临床实践中积累起来的宝贵经验，也是中医痰病学说（派）的重要特色。

以上仅仅扼要地阐述了一些中医关于痰的概念，痰病学说的形成和发展，痰病与脏腑的关系，以及痰病患者特有的体征、症状等主要内容，抛砖引玉，以期引起海内高明重视中医痰病学说这一独特的学术成就。除此之外，中医治痰大法和对于痰病卓有疗效的方剂和药物以及外治法等等也是丰富多采的。如：“热痰则清之，湿痰则燥之，风痰则散之，顽痰则软之，食积痰则消之。在上者吐之，在中者下之，中气虚者，宜固中气以运痰。”“痰随气而升者，宜顺气为先，分导次之。”（《古今医鉴·痰饮》）以及化顽痰老痰，分化顽痰、死血，涤痰搜络，涤痰开窍……等各种治痰大法和方药，也是中医学术宝库中的独到之处。

六、关于痰病的立法选药

治疗痰(饮)病，古有“温药和之”以及“痰为阴邪，非温不化”等治疗大法。但这些大法的中心思想是“温”，只适宜于阳气虚衰、痰湿留伏等痰病，不能作为治疗广义痰病的普遍原则。应根据痰之寒、热、虚、实、郁、燥、火之不同，以及病程的长短和痰浊凝聚之部位而立法用药。因此，临床上应重视行气化痰、解郁化痰、软坚化痰、通络化痰(如兼用虫类药物等)、温阳化痰、清热化痰、泻火化痰、化深部之痰、化浅表之痰，以及泻饮除痰、去脂杜痰、润肺化痰(即化燥痰)等等大法的正确运用。对于顽痰死血胶着而形成的结肿积聚，又要化痰逐淤和搜透血脉并举(如兼用麝香、土鳖虫、水蛭粉(吞服)、莪术、鳖甲、王不留等)。除注意分辨上述病情外，还应根据患者的年龄、性别、体质条件和工作环境等而恰当地立法遣药。如年轻体力劳动患者，体质壮实，则可采取吐下之法攻逐其痰浊，并可配合外敷之剂，外消内逐，毕其功于一役，使痰病尽快全愈。但对年老体弱或常年从事脑力劳动的痰病患者，则又要兼从健脾、舒肝、养肾而立法，不可妄用化痰、逐痰峻剂。对此，李杲、张景岳、赵献可、陈士铎等人在他们的著作中均有记载。

“至于久病之痰，切不可作脾湿生痰论，盖久病不愈，未有不肾水亏损者，非肾水上泛为痰，即肾火沸腾为痰（按：所谓肾火沸腾为痰，即虚火炼液为痰），此久病之痰当补肾。”“肥人多痰乃气虚也，虚则气不能运，故痰生，则治痰必须补气，兼消其痰耳。然补气又不可纯补脾胃之土，当补其命门之火，盖火能生土，而土自生气，气足而痰自消，不治痰正所以治痰也。”“气虚多痰之症，痰多本是湿也，而治痰之法，又不可徒去其湿，必须补气为先，而佐以消痰之品，方用人参、半夏、茯苓……”（《古今图书集成医部全录》二三九卷）。魏荔彤也说：“盖痰饮之邪，因虚而成，而痰亦实物，必少有开导。”这是治疗气虚生痰应该引起重视的。气实气滞，津液聚而为痰，而阳气虚衰，运化不及，津液亦可聚而为痰，证之临床，确实如此。因此，对于不同的痰病和痰症，必须辨明虚实微甚，要具体分析，又不可一律囿于化痰行气之说。而对于某些顽痰癌疾之痰病，医者又要有胆有识，不可徘徊犹虑，贻误病机。在用药上，有的可以径用攻逐之剂，直捣痰浊之窠穴；有的只宜先理气疏肝通络以折其势，待其顽痰胶固之势松解，然后再歼其巨魁。以上所述，是就痰病整体的辨证施治而言。而日常所用之方药也并不复杂，兹录治痰常用药物数种如次：

旋覆花、远志、海藻、昆布、玄参、威灵仙、半

夏、桔梗、杏仁、六曲、生姜汁、槟榔、枳实、橘红、郁金、茯苓、炒山楂、莱菔子、生山甲、苍术、连翘、厚朴、姜竹茹、贝母、苡仁、麦芽、瓜蒌、薤白、木瓜、泽泻、苏子、白芥子、车前子、海蛤粉、胆南星、冬瓜子、夏枯草、猫爪草、枇杷叶、生牡蛎，痰涎癥结之症，也可随药吞服枯矾或白矾 1～2 克。

上述所列举的药物，基本上具备了行气化痰、软坚化痰、通络化痰以及泻饮除痰、去脂杜痰和化顽痰破死血等特点和功用。可配伍使用或单独使用。这些药物除猫爪草外，一般都是比较平和的。对子实不能补、虚不耐攻的痰病和痰症，都可适当加以选用。其中特别是旋覆花、海蛤粉、枳实、橘红、瓜蒌、夏枯草等轻扬之品，“轻可去实”，具有化重浊之痰的特点。如寒痰凝结，诸药不效，大便秘结之症突出（但粪便并不干结）者，可用巴豆霜（少）、牵牛子（多）研末，以姜汁面糊为丸，每天空腹服 1 克，导下痰浊，诸症自愈。在药物配伍中有海藻反甘草之说，此说不足置信，如痰症须以海藻和甘草配伍，仍可配伍组方，李杲在治瘰疬马刀时，便是以二药为伍，即是其例。李氏海藻、甘草同用，是仿仲景甘遂配甘草之义。类似的配伍方剂甚多，兹不一一列举。据笔者体会，用海藻化痰软坚，配伍甘草不仅不会相反，反可借二药之药力相激，以增强其海藻化散痰结之功，提高疗效。

治疗痰病立法组方(药)注意不能滋腻、滞腻、酸收、寒凝(痰火互结、阴虚火旺灼液成痰者例外)，一般不要补气补阴，以免闭气留邪，滋腻而助痰。这些制方原则，在《丹溪心法》、《证治汇补》、《本草经疏》、《赤水玄珠》中早有提示。实践证明，这些立法原则，对治疗痰病、痰症，确有临床指导意义，应注意灵活掌握。

七、痰病验案举例

(一) 热痰犯脑症

常××，男，58岁，干部。

主症：头脑重坠，头面时肿时消，心悸不宁五个月。

现病史：五个月前始觉头脑内常有不适之感，时而心烦，睡眠不稳。不久则感到头脑内重坠，惊悸烦渴，自觉腹中有气上冲心胸，直至头脑，并发现头面部时而肿胀膨大，时而自行消失。上述症状一月数发，严重时甚至彻夜不寐，患者极为紧张。住院期间，曾经各医院多次会诊，诊断不明，采取一般对症治疗无效。三次拍片检查，均发现大脑颞叶部有一蚕豆大阴影，疑似某种赘生物压迫脑神经而引起的病变。患者认为脑内有阴影和赘生物，因而情绪更加紧张恐惧。由于症状日益加重，发作频繁，对症治疗无效。患者形体魁梧壮实，语言、思维清晰，除表情紧张苦楚外，饮食、二便均可。脉滑数，舌质

红，苔微黄而薄腻。一九七三年十月五日就诊。

辨证施治：患者病前工作繁重，思虑操劳太过，肝脾郁陷，疏泻运化功能减弱。加之进食甘肥之品较多，静多动少，中焦阳气虚衰，体内精微及油腻食物“化失其正”，精微没有化为机体正常需要的气血津液，反聚而为痰。而“痰之为物（患），随气上升，无处不到”，既可凌心、犯脑，也可凝聚停留于机体各个组织器官之中。痰气凌心，则心悸、恐惧、失眠；痰气犯脑，则头脑中重坠不适、疑虑恐惧（思维活动系脑之功能。李时珍云：“脑为元神之府”，故中医常将心脑功能和病态并论）。如痰浊盘踞，结而成形，拍片时也可出现所谓阴影。罹病之后，久治不愈，焦急恐惧，“气郁化火”，火邪进一步灼液成痰，形成热痰留伏难去，故有心中烦急，舌黄质红，脉象滑数等见症。头面部时肿时消，一是痰气时聚时散之病变特点，二是兼夹风邪使然（古医籍中所言之“风痰”，其中有一部分即指此类病症）。风邪善行数变，痰气时聚时散，风动痰升，夹痰上壅，故头面部肿胀；风静痰伏，则头面部肿胀消失。按照痰病机理，则属热痰壅滞之症。病症虽怪，然见怪不怪。患者情绪愈是紧张恐惧，则气机愈抑郁不畅，痰气也愈加留伏难去。本症久治不愈，屡屡更医更药而终不奏效者，无非痰气留伏之为患耳！

治法：化散痰热，舒展气机。

方药：①茯苓 24 克，全瓜蒌、生龙骨、生牡蛎各 30 克，杏仁、天花粉、紫苏梗各 9 克，旋覆花、合欢皮各 15 克，大贝母 6 克，全蝎 7 个，蜈蚣 1 条。②炒枣仁、柏子仁各 60克，朱砂 9 克，共研为极细末，每次 6 克，用①方药液或其他可口

饮料吞服，一日四次。③橘红、薄荷、苍术各150克，共研为末，加适量面粉，装于布袋内用作枕头。方中茯苓养心健脾以化痰；紫苏梗、合欢皮舒肝解郁以化痰；全瓜蒌、天花粉开胸散结消化热痰；龙、牡镇惊安神以化痰，不使痰气上冲；杏仁、大贝母、旋覆花利肺气，散痰结。本方集中多种化痰药物于一方，使化痰之剂药专力宏。方中用全蝎、蜈蚣，一则祛风镇静，同时也取其搜透经络中之痰浊，即使痰浊有一部分盘踞聚结于脑，亦可消散；以枣仁等为末吞服，取其养心安神，消除心悸、恐惧和情绪不安之症。心神内守，情绪安定，从而可使痰气消匿、避免或减少发生并发症。用橘红、苍术等做枕头，乃仿古方外治法之义，取芳香行气之品，收"行气痰消"之功，同时又借鉴中医外科学中"以消为贵"的经验，故采取以橘红、苍术等芳香之品做枕头，内外兼治，使之能较快地消除头脑重坠之症，使脑内凝聚之痰浊得以消散。

服上方五剂后，诸症大为减轻。药既对症，应予守方，嘱其再服五剂。三诊时，头脑重坠、面部时肿时消诸症已基本消除。由于临床症状消退较快，心情舒畅，疑虑恐惧（唯恐是脑内肿瘤）之症已基本解除。四诊时，减去全蝎、蜈蚣。惟睡眠欠佳，再加夜交藤24克、枣仁9克、柏子仁9克于煎剂中，以养血安神。此后大法不变，药味稍事增减，连续诊治八次，临床症状已消失。三年后经某医学院附属医院复查，告知头脑重坠、面部时肿时消诸症从未再犯。我询问脑中阴影情况，答曰：痰病全愈后，又拍片二次，均未见任何阴影。

（二） 痰热淤阻经络症

齐××，女，50岁，农民。

主症：左腿发烧如火燎，腹部胀满八年。

现病史：一九五八年春，自觉左下肢发热，其时热势尚轻微，未加注意，嗣后不久，左下肢发热日甚，约半年后即表现为夜间发烧，每晚10时至次日凌晨5时许，左腿发烧如火燎，即使在严寒季节，发烧亦丝毫不减，每夜必将左腿伸出被外，靠贴于墙壁以散热，如此者八年，无一日间歇，极为痛苦，因而情绪苦恼而抑郁。腹部常胀满，小便常短少而黄。口干，饮水不多，舌苔薄黄，舌质紫黯，脉象沉滑有力，虽罹病多年，但形体不衰，语言有力，除大便时有不爽而外，一般情况尚好。多年来医治无效。一九七〇年八月二日就诊。

辨证施治：本症为痰热淤阻经络而发热。痰，中医有二个概念：一指呼吸道或消化道之分泌物，或咳吐而出，或呕吐而出，易为人们察觉和治疗；一指体内津液精血"化失其正"，随气机抑滞，聚而为痰，这种痰可以停留在机体各个部分而引起发热、结节等多种病症，故有"痰随气行，无处不到"和"顽痰怪症"之说。本症属于后者，乃痰热淤阻经络之症，即痰气郁滞于局部而发烧。气郁则津液聚而为痰，而成痰之后复又因痰而遏阻气机，彼此牵涉，层层相因，故发热长达八年不愈。隆冬严寒之气，本可退热抑火，但不能化痰散淤，正因为寒气外迫，痰淤更难消散，故发烧之症仍不解。痰为阴邪，粘腻难去，夜间属阴，午夜阴气隆盛，阳气相对地更为衰匿，故发热以夜间为盛，午夜更剧；寅卯时分，阳气复升，阴气退避，痰气暂得消匿，

故白昼热气消散，此乃祖国医学运气学说与中医病因病理学说之重要所在，当实践之，验证之。对于某些疑难杂症，尤应重视。血液与津液同为一体，合而一，分而二，本症发烧长达数载，不仅痰气郁滞，而"血因热结"，血液亦粘稠内结，痰、淤胶着，这是本症发热经久不愈之又一病机。口干不欲饮水，是饮津遏阻；舌质紫黯，是淤血之候。患者常有腹部胀满，一是气滞痰郁，一是淤血内结，正如《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满淤血病脉证治》所指出的那样，"其人言我满……，此为阴伏，为有淤血也"。痰淤胶着，时聚时散，虽邪实而正未虚，故尽管罹病多年，但形体不衰。

治法：清化顽痰，兼以活血通络。

方药：苡米 30 克，海蛤粉 30 克，旋覆花 15 克，天花粉 18 克，赤芍 15 克，牛膝 18 克，茯苓 18 克，木瓜 15 克，甘草 6 克。三剂温服。

二诊：服上方三剂，夜间发烧之症大减，但每晚仍感左腿余热未尽，且停药后热势又有增高趋势，上方加姜竹茹 30 克，海藻 30 克，红柴胡 9 克，贝母 9 克，并随药送服礞石滚痰丸 9 克，一天三次。

服上方六剂后，八年发烧之腿，已豁然告愈。观察数月，亦未复发。

方中苡米、茯苓，性味平和，健脾淡渗以资运化，治年老久病痰积发热之症者颇相宜。苡米与姜竹茹配伍，通经络化热痰作用较好。旋覆花、海蛤粉、天花粉，行气散结，化积热之痰。海藻软坚化痰，特与甘草为伍，使二药药力相激，增强其清化痰热之功效。牛膝、赤芍，活血破血凉血，使痰、淤分消。

用木瓜通络除湿走下，促使其药归病所。本症痰郁过久，痰气结瘤太深，故用贝母、礞石滚痰丸径化热痰、顽痰。由于立法组方严谨，药无虚设，服药六剂后，八年发热之腿，一旦豁然告愈。一九七二年深秋追访，仍安然无恙。

（三）痰阻胞宫流产症

方××，女，27岁，医师。

主症：婚后三年之中连续流产三胎。

现病史：婚后三年，连续流产，经西医妇产科检查，未发现有任何流产原因。平时常有轻微腰际酸痛，偶有头晕。白带较多。经期、经量、经色均可。精神好，食欲佳，但厌油腻，大便时溏，形体丰满而矮胖，面色略黯晦，目光滞涩而不流利，指短掌厚，脉沉滑，舌根腻苔不化。自第一次流产后即服保胎药，均未见效，因其本身习医，惟恐有恶性病变，因而内心颇忧虑。一九七二年春就诊。

辨证施治：流产的原因，一般多为肾气不足，气血亏损，难以任胎，常由劳累、负重或房事不节而引起；亦有因肝肾不足，虚火内动而犯胎；还有因情绪紧张或郁抑不畅，体内阴阳气血逆乱而导致流产。本例患者上述诸因素均不复存在。观其面色黯晦，目光滞涩而不流利，非青年女性正常现象，系痰湿阻遏阳气，痰气交阻，妨碍肾精上注于目之征。形体肥胖，指短掌厚，厌油腻，白带多，腰酸痛，脉象沉滑，舌根部腻苔不化，诸症合参，痰阻胞宫之证谛也。

陈自明《妇科大全》在论述妇女闭经时提到"躯脂痞塞，痰涎壅滞而经不行"，此段文字虽然是讲痰湿闭经，然与痰阻胞

宫不孕其理一也，故古代医家常有"妇人夹痰无子"之论。综观患者体征和症状，借鉴古代医家论痰治痰的经验，本症当属痰湿留注胞宫，有碍正常孕育，故诊为痰阻胞宫流产。

治法：化痰以安胎，兼予温养肾气。

方药：茯苓、麦芽各 20 克，苡米 18 克，杜仲 15 克，白术、贝母、橘红、当归、菟丝子各 9 克，制首乌 15 克，黄芩、甘草各 3 克。每隔三、五天服一剂。

方中茯苓、麦芽、苡仁，不仅能健脾化湿，杜痰之源，而且可养胃气和散经络中停滞之痰湿，因其药性平和，久服亦无妨。古医籍偶有记载，言其苡仁犯胎，可能是由于苡仁有除湿通络排脓功用，故言过其实，不足置信。贝母、橘红，既能化痰，又能行气解郁，气行则痰消，此乃"善治痰者，不治痰而先治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣"。方中用二药之意如此。麦芽具升发之性，兼有舒肝之功，既能开胃健脾，而又不致舒散太过，肝舒脾健，津液正常运行，当无痰湿留注之弊。流产过多，势必损伤肾气，故酌加制首乌、菟丝子、当归、炙甘草，以温养肾气。杜仲补肾强筋并可安胎，少加黄芩为伍，治胎动不安更为全面。全方以化痰为主，养肾为辅，佐行气舒肝，服药约三月，即怀孕。怀孕期间巡回医疗在外，亦无不适，足月后顺产一男孩。一九八〇年五月，夫妻来访致谢，细察之，睛光流利，面色荣华，十指纤细，示痰湿化散无遗也。

（四）痰热蕴结成疡症

蔡××，女，32 岁，工人。

主症：阴道内生硬结，瘙痒、流黄水一年余。

现病史： 一年前始觉阴道内有二处生有约五分硬币大硬结物，时而瘙痒，抓后流黄水，经治疗无效，病情不断发展，常渗出粘稠黄水，瘙痒不止，难以控制，抓后黄水渗透更多，毒水浸淫之处，则继发感染，由于注意不够，阴部周围，大腿内侧、脚趾、手指、颜面、眼睑等处都受到波及。瘙痒、糜烂、流水、结痂，互为恶果。患者心中烦急，遇热更甚，口不甚渴，小便黄。瘙痒虽遇热更甚，但糜烂、结痂处并不灼热，抓后亦无明显疼痛，脉滑，苔黄腻。一年多来经多处医治无效，根据有关医院检查，除有脓球、上皮细胞外，余无发现。家属及本人以往均健康，因医治无效，患者表情焦急痛苦。一九七三年九月十五日就诊。

辨证施治： 根据中医文献记载，本病可称为"湿毒疡"，或称"湿毒下注"，本症所发生的一系列病候，皆属痰浊湿热之毒蕴结之病理表现。中医外科学和皮肤科学在论证疮疡疔毒等方面有一个概括而宝贵的经验：瘙痒突出者偏于风；红肿热痛突出者偏于热；滋水淋漓，抓后灼热不甚者偏于湿（当然也有湿毒蕴结不流水，仅皮肤增厚、或脱屑、或糜烂者）；糜烂牵延，扩散浸淫突出者为毒盛（常因兼夹邪气不同而有湿毒、痰毒、热毒以及风热等等不同）；硬结漫肿，病程迁延，疼痛不甚，滋水淋漓者为痰毒留伏。本症患者瘙痒不止，遇热痒甚，为风热之毒外泻；滋水粘腻，抓后局部灼热不甚，为湿毒内蕴；糜烂扩散，阴道内赘生硬结物，迁延日久不愈，为痰浊之毒凝结留伏，这是痰症的特点。本症既有风热之毒，也有痰湿之邪，在病变过程中，风热痰湿互相牵涉，造成病机错综复杂；特别是痰湿与风热之毒互相胶着，婉如污泥入油，更难速去，故尽

管屡屡更换医药，终未获效。询其曾经治疗之中西方药，或为消炎抑菌，或主清热解毒，而对于痰湿之治，却未能引起重视。

治法：清化痰热，利湿解毒。

方药：蒲公英 60 克，金银花 15 克，黄柏 12 克，白花蛇舌草 30 克，白鲜皮 15 克，地肤子 12 克，苦参片 12 克，苍术 15 克，苡仁 30 克，天花粉 15 克，全瓜蒌 30 克，木通 12 克，甘草 6 克。

方中蒲公英、金银花、甘草，清热解毒；黄柏、木通，清解下焦湿热；白花蛇舌草，既有清解热毒作用，又有活血散结功效，用于湿热之毒内蕴，日久难愈者颇佳；白鲜皮、地肤子、苦参片，既用于清热解毒，又取其祛风燥湿止痒，再加苍术、苡米增强其祛湿化痰（痰、湿仅有粘稠与清稀之分，祛湿即有助于化痰）之力。苍术"消痰水，逐皮间风水结肿"，"治痰湿留饮"之力颇专，苡米健脾化湿，又有通络排脓解毒作用。全瓜蒌、天花粉化热痰消痰结。李时珍说：瓜蒌降火除痰结，消痈肿疮毒，认为本品是化痰热之佳品。天花粉不仅有清热生津作用，而且有消肿毒，化热痰，排脓生肌作用。粗略看来，似乎本方也是一般清热解毒、驱风除湿方剂，但细加分析，则不难看出本方清化热痰和祛湿之力是大于清热解毒的，问题还在于内蕴痰湿之毒既去，风热之势（风热与痰湿胶着之势）必孤，其立法之意既突出清化痰热，又着眼于分化痰湿风热诸毒，其功效自比一般清热解毒、疏风止痒有本质上的区别。服药期间禁食辛辣厚味和刺激性物质，并嘱其采集鲜蒲公英绞汁，兑水作洗剂或内服。服药三剂，瘙痒、流水糜烂之势

大有好转，续服十二剂(其中大法不变，药物少有出入)，诸症全愈，此后亦未复发。

（五）痰热壅阻肝经症

史××，男，54岁，干部。

主症：肝区闷痛难忍，肢体困重，心烦、口苦六个月。

现病史：半年前始觉精神困倦，食欲减退，并有厌食之感，肝区隐痛，经门诊治疗无效。此后症状逐渐加重，肝区闷痛难忍，肢体困重，懒于行动，并有心烦、口苦、口臭，时而恶心。经某医院检查，谷丙转氨酶90单位，麝香草酚浊度试验20单位。超声波检查：密集中小波，肝大6厘米，中等硬，经多次检查，排除肝癌和血吸虫病肝硬化。住院期间采取护肝和对症治疗，症状不见改善，肝区闷痛日益加剧，面色黯晦，肝掌明显，恶心频作。舌苔厚腻难化，脉沉滑有力。一九七四年十月二十二日就诊。

辨证施治：患者肝区持续闷痛，肝脏肿大，肝功能受损，西医诊断为慢性肝炎。肝大不减，闷痛不止，怀疑为肝癌，亦不为无因。但采取一般对症治疗，症状反日益加重，可见本症并不能按西医所认识的慢性肝炎和肝硬化论治。患者公务繁忙，素性沉闷，用脑过度，此次罹病经久不愈，情志更为紧张忧虑，因而本症的病理机制，首先是气机郁结，气郁化火，继而火热化毒；火热之气灼液炼津成痰，壅阻、留伏肝经，因而造成肝大闷痛。

引起肝脏肿大的原因固然很多，但对干痰、瘀凝结而成者，中医最早的医籍——《内经》中已早有论述，名之曰“肥

气”。不过现在很少有人注意这一病症，一见肝大、肝痛持续不减，便一概以慢性肝炎或肝硬化名之。本症肝大、肝痛，以闷痛为特点，兼有恶心、腻苔不化，显然是热痰壅阻肝经之症。本病始于肝气郁结、继而化火炼液成痰，所谓“水沸为痰”。痰热壅阻，留伏肝经，故肝痛、肝大之症久治无效。本人及家属均感忧虑（恐有癌变之虑），气机郁结更甚，故痰热壅阻、留伏之势就更加严重，以致肝大和肝区闷痛之症有增无已。但中医痰病学说中的这些独特理论似未能引起临床工作者的应有重视，故始终未能采取“清化痰热”为治。患者面色黯晦，肢体困重，恶心频作，舌苔厚腻难化，脉象沉滑有力，均是痰热壅阻，留伏肝经引起肝脾失和、肝胃失和之明征。其口苦、心烦亦属肝经痰热犯胃之候（心烦，实质上是胃中痰热之症，古代医家称胃为心下，如心下满、心下痞满等）。

治法：清化肝经痰热，兼以活血解毒。

方药：茵陈 30 克、败酱草 24 克，杏仁、栀子、玄胡、鸡内金、炒川楝子、木贼草、大贝母各 9 克，茯苓、生牡蛎各 18 克，木瓜 15 克、橘红 12 克。玄胡、鸡内金研极细末用药液吞服。另用大黄 15 克，开水泡，兑于药中服，以大便通畅为度。

方中茯苓健脾化痰（因肝郁则脾陷），脾气健运又可使“肝气舒启”（语出《素问·六元正纪大论》），再用炒川楝和橘红舒肝行气化痰，气行痰自消。杏仁利肺化痰，金清木自柔；大贝母不仅有清化痰热作用，且有解散郁结之功；生牡蛎、鸡内金、宣木瓜、木贼草均为化痰软坚而设，使化痰软坚药物占主导地位。鸡内金研极细末吞服，取其易于吸收，更好地发挥消肿散

结作用。用大黄清泻，与茵陈、败酱草、栀子配伍，一则清利肝胆湿热之毒，湿热消退即可减轻邪热炼液成痰之势，又可减轻口苦、心烦之证，值得重视的是，保持大便清泻通畅，又为痰热外泻另辟一途。吞服玄胡粉，为止痛活血治标而设，并非方中主药。服药五剂，肝区闷痛、心烦、恶心、口苦等症已明显好转。再进五剂，肝区闷痛等症已近全愈，面色由黯晦转为正常，舌苔开始退化。痰热既化，气机运行正常，肢体已不觉困重，每天清晨能坚持慢跑二、三公里（患者谓自身锻炼），已无肝痛之感。此后清化痰热大法不变，随症稍事增减，共服药四十余剂，临床症状和体征均告消失，肝功能亦恢复正常。超声波检查为密集微波。肝缩小为1厘米。精力充沛，食欲良好，全日工作。追访四年，无不适感。…九七八年十一月二十九日又作肝功全面检查，一切正常。

（六）痰迷心窍症

熊××，男，45岁，干部。

主症： 躁扰不宁，捶胸顿足，日夜不休四个月（爱人代诉）。

现病史： 四个月前因工作不顺，心怀抑郁，虽经同事劝慰，但耿耿于怀，曲意难伸，五天后即发生语言过多，且声音高亢洪亮，继则狂躁不止，捶胸顿足。经某精神病院住院治疗近四个月，用一般镇静药物均不能控制症状。患者时而狂躁不宁，时而怒目横视，时而垂首叹气，时面捶胸顿足，近四个月来日夜发作不休（除用大剂量镇静药或采取电休克外），偶尔神志正常时，即言及工作不顺利云云。情志抑郁是此次痰病的主要原

因。患者四个月来虽日夜发病不止，但食欲旺盛、形体未衰。罹病后大便一直干结。六脉洪大鼓指，舌苔黄腻。除素性执拗、工作责任心强之外，余无有关记载。一九七五年一月五日就诊。

辨证施治：患者因工作不顺利，心情过分抑郁，气郁化火，火热之气过甚，熏灼津液成为胶固老痰，凝聚于体内不解，故病症经久不愈。痰热扰心，充斥于机体之上下内外，故狂躁不安，日夜不休；痰热充斥体内，欲外泄而不能，故患者捶胸顿足；脉洪大，苔黄腻，大便干结，乃痰热留伏血分，充斥胃肠之候。

治法：破痰泻热，兼以凉血养心。

方药：生莱菔子 60 克，胆南星 15 克，丹参 30 克，生铁落 60 克，炒川楝子 15 克，赤芍 15 克，柏子仁 24 克，每次随药送服大黄粉 10 克、明矾 1 克。

本症气郁痰结过甚，一般行气化痰药无济于事。欲使气结老痰速去，必以莱菔为主，且用量要大。莱菔辛入肺，甘走脾，历代医家都推崇本品"长于下气"、"化老痰"（汪昂《本草备要》），黄宫绣、杨时泰等人将本品破气化痰之功用，喻为"推墙倒壁"，故特重用莱菔下气以化胶固之痰（我常用大剂量莱菔治痰结实症，尚无不适反应，但要注意病退药减，不可大剂久用，以防伤害正气）。丹参、赤芍凉血入心除烦，祛血分中之痰热，再以胆南星清化热痰，生铁落重镇安神，川楝子苦寒以清肝热，配柏子仁养心舒肝而柔润，使燥气得平。吞服大黄粉和明矾，使化散之痰浊从大便去，泻去胃肠痰浊，保持大便清泻，改变痰热结聚之内在环境，使病邪有去路。张子和在《儒门事亲·凡病皆可下式》中说："腑脏洁而营卫昌"，张氏之说对治疗顽痰痼疾很有参考价值。余用大黄粉和明矾吞服，

其义仿此。服上方二剂，两天泻出带痰涎稀便八、九次（据患者爱人说：初两次，每次泻出带痰涎之稀便一痰盂），躁扰、捶胸、叹气之症大减，神志已基本正常，仅偶尔有躁扰之势。二诊时，莱菔子减为30克，大黄粉只晨服一次（6克），再加麦冬20克、远志15克化痰养心，润燥安神。并嘱其爱人多劝慰，以畅心怀，不使气郁而痰热复聚。三诊时，神志清醒如常人，带药五剂回家，隔日服药一剂。服完药后，病症未再发。追访年余，一直正常工作。

（七）痰饮上犯眩晕症

刘××，男，45岁，社员（渔业队工作）。

主症：眩晕、心悸一年余。

现病史：一年前开始眩晕、心悸，逐渐加重，气候凉冷时，病状尤其明显。近半年来动辄如坐舟车，心悸不宁，不能上船工作，经多次医治无效。面色黯淡，形体不衰，精神好，语言、饮食和二便正常，血压不高，脉滑，舌苔根部白腻。一九七五年二月十日就诊。

辨证施治：眩晕一症有血虚、阴虚、肝阳上亢、痰饮上犯等不同型症。历来论述颇多，有“无虚不作眩”（张景岳）；有“风火相搏而为眩转”（刘完素）；有“有风动于上而眩”（喻嘉言）；有“头眩乃痰饮夹虚并火”（徐春甫）等等多种论述。这些论述虽然各有千秋，但由于各自的局限性，因而都不可避免的有其片面性。本症无阴虚、血虚以及肝阳上亢等见症，患者虽罹病日久，但形体不衰，精神好，饮食、声音、二便如常，血压不高，可见不是各种虚性眩晕，显然与痰湿上犯有关，应按

痰湿上犯论治。导致痰湿为患者，有脾阳不健，精微"化火其正"，聚而为痰，也可由水湿之气浸淫，湿从外袭，困遏阳气（主要是脾阳），在体内阳气虚弱的情况下，逐步聚积成为病理产物，发为痰湿之患。本症以外湿浸淫为主，外湿聚为内痰，这与患者长期在水上作业，餐风宿露有一定关系。"痰随气行，时聚时散"，动时痰湿随气而动荡，上犯于头则眩晕；凌于心则心悸心慌。面色黯淡，并非气血虚少之候，是痰湿停滞、遏阻阳气的表现。脉滑示痰湿停于内，舌苔根部白腻为痰饮聚于下。患者以往治疗中，愈服滋补剂，则眩晕、心悸更甚，是滋补剂不仅不利于痰饮之消散，反而助痰恋邪。

治法：温肾健脾化痰湿。

方药：枸杞 9 克，沙蒺藜 15 克，制附片 9 克，茯苓 30 克，焦白术 15 克，法半夏 9 克，神曲 15 克，陈皮 9 克，远志 9 克。三剂。

治疗痰饮疾病，自从《金匮要略》提出了"病痰饮者，当以温药和之"的治则之后，中医历来主张温肾健脾，特别是病程日久不愈者，尤应如此。张景岳说："夫人之多痰，悉由中虚使然。盖痰即水也，其本在肾，其标在脾。在肾者，以水不归源，水泛为痰也；在脾者，以饮食不化，土不制水也。"张氏这一段话，除了缺乏"气行则水消"、"气行则痰消"的观点外，可谓继承发展了中医关于痰饮病的论述，也有他自己的经验，可资借鉴。故用制附片、沙蒺藜、枸杞子温肾化痰饮于下，不使上泛；茯苓、远志健脾除痰宁心，茯苓甘淡惟重用效果方好；焦白术、法半夏健脾和胃，燥湿化痰；陈皮行气，俾气行痰消；神曲不仅化食积，也消痰积，故用之以佐。本方集"真武

汤”、“二陈汤”、“苓桂术甘汤”于一方而加以变通，均为化痰除饮而设。方中药物可分为两组：一是温肾养肾镇化痰饮于下，一是扶助脾气增强健运之力，上下配合，有镇摄，有温化，有健运，化痰除饮之效自宏。

复诊时，自称服药六剂，眩晕、心悸已基本痊愈，能上船工作。原方略有加减，再服三剂，嘱其注意保暖以防外来水湿侵袭，痰饮复聚。

（八）痰滞经络发热症

张××，男，73岁，教师。

主症：两脚心发热六个月。

现病史：一九七五年八月二十二日，自觉两脚心发烧，三、四天后，脚心发热加剧，且日盛一日，上午稍好，下午较重，入夜尤甚，子夜更为剧烈，两脚心灼热如焚，不能入睡，只得坐以待旦。口干，时而汗出，不能食肉和凉冷食物，自称鸡肉、橘柑等物一接触牙齿，脚心即发热如火燎。虽年高病久，但精神、神色均好，语言爽朗有力，无病容。触诊两脚，温度正常，两下肢及全身肌肤无异常发现，亦无灼热感，体温正常。身体一贯健康，无既往病史可记载。

在外地治疗中，怀疑过多种疾病，但始终未明确诊断，服中药养阴清热剂，足心发烧更甚。一九七六年三月十二日就诊。

辨证施治：引起发热的原因很多，中医一般是从阴虚、血虚、气虚、气机郁滞和淤血内结等方面进行辨证施治。阴虚、血虚、气虚发热，热势均不会如火焚，且必伴有相应见症。外感发热，气郁发热，势必体温偏高，全身发热，或皮肤灼热等

一系列症状。淤血内结导致发热，虽常表现于下午或夜间热甚，但多伴有舌质紫暗，面色黯晦等血液淤滞症状，热势很少局限于两脚心。本症为痰气阻滞经络，经气遏阻运行不畅而发热，故不出现上述各型发热症状。痰浊之邪为阴邪，子夜阴气隆盛，阳气相对运行迟缓，“同气相求”，故子夜后痰结较甚，发热如火燎。吃肉食和凉冷食物发烧，且由牙齿传导于足心，这与肾经经脉循行有密切关系，是肾经蕴有虚火蓄热。王隐君创制礞石滚痰丸时，申言“怪病多痰”，赵养葵、杨时太等人提出“痰随气行，无处不到”，“气随痰聚”，“气之为病不一，故痰之为病亦不一”之说。古代医家这些直观感觉，虽然用西医观点尚难作完满的解释，但从中医学理分析，是十分精辟的，证之临床，数百年来尚不失为经验之谈。当然，人们对事物的认识，是一个由感性到理性不断重复、提高的过程。既然“怪病多痰”、“气随痰聚”、“气之为病不一，故痰之为病亦不一”等等，已为长期的实践所证实，就必然会被人们在进一步的实践过程中加以科学的说明。

治法：化痰通络滋肾。

方药：苡仁 30 克，忍冬藤 30 克，天花粉 9 克，全瓜蒌 15 克，炒黄柏 9 克，北沙参 15 克，通草 9 克，牛膝 9 克，丹参 15 克，大贝母 9 克，远志 6 克，甘草 3 克，茯苓 15 克，知母 6 克。三剂。

方中苡仁、忍冬藤、通草、全瓜蒌、天花粉清热通络化痰；沙参、黄柏、知母滋肾泻火；牛膝通经络，引药下行。年过七旬之人，尽管身体素质较好，但气血虚衰是新陈代谢的正常现象，故本病兼有气血虚滞，运行迟缓亦势所必然。血行缓

慢淤滞，夹痰而壅滞经气，使之发烧，故以丹参、牛膝配伍，一则养血活血通经，同时也分化痰淤胶着之势，使热势分消；贝母、远志、茯苓化痰宁心，与知、柏相配，交通心肾，水火既济，不使痰浊妄动。

三月二十日复诊：自称服药三剂，两脚心发烧之症，逐日减轻，服药五剂，仅右脚心尚有微热，服药八剂，发烧之症全愈，并能少吃肉食和橘柑食物。病退药减，原方稍事增减，嘱其隔二、三天服药一剂(五剂)，以防痰浊之气再度遏阻经络，三年来一直未发。

（九）肝热痰毒症

朱××，男，63岁，干部。

主症：肝区闷痛，肝大，脘腹满闷，恶心，心烦近二个月。

现病史：两个月前始觉精神困倦，脘腹和肝区胀闷不适，继而食欲不香，不想吸烟(患者平时烟瘾较大)。近十天来脘腹满闷，肝区疼痛日益严重，心中烦急（神志清楚），口干、口苦、口中粘腻而不欲多饮水，口中臭气严重，精神疲惫，饮食极差，厌油腻厚味，且常恶心，大便多干结或溏臭，小便黄赤而短，舌上满布黄厚腻苔。谷丙转氨酶430单位，黄疸指数20单位。肝掌明显，手背、颈项等处有散在蜘蛛痣，巩膜约见黄染。超声波检查：肝大4公分，密集中小波(排除血吸虫)。经某医院诊断为黄疸型肝炎（亦有人诊断为重症肝炎）。一九七五年八月六日改用中医治疗。

辨证施治：本症始于肝失疏泄，致使脾胃升降失常，津液

不能正常运行，聚而为痰。肝气郁结而化火，痰火相因，煎熬津液形成热痰壅遏，而罹病经久不愈，痰热化毒，因而使本病成为肝热痰毒之症。胸腹满闷，兼见呕恶，乃热痰遏阻、肝脾（胃）功能失和之候。口干、口腻、口臭、心中烦急、舌苔厚而腻，乃痰热化毒，波及心、胃所致。便臭、尿赤，乃痰热之毒流注于下。吸烟过度（每天多则二包，少则一包），烟毒火热之气首先灼伤肺阴，而肺朝百脉，继而传导灼伤肝阴、脾阴、胃阴，加之肝郁化火，火邪炼液而成痰，因而吸烟过多亦可加重肝热酿成痰毒的病情。肝藏血，痰热壅滞于肝，痰热动血，故可出现蜘蛛痣、肝大、肝掌、血液中转氨酶升高等症状。本症名之曰"肝炎"，但病损所及远不止肝，体内痰热之毒广泛涉及到肝、脾、胃、心以及大小肠等各个脏腑，故纯用护肝、保肝疗法无效。

治法：清化痰热，疏肝运脾。

方药：茵陈 30 克（后入药煎），郁金、全瓜蒌、栀子各 9 克，板蓝根 20 克，藿香、厚朴、半夏、橘红各 6 克，茯苓、赤芍、车前子各 15 克。三剂。

方中茵陈、郁金清湿热、利肝胆；栀子、板蓝根、赤芍清热解毒活血，肝胆郁热得清，不仅阻断了热邪化毒灼津成痰的病理过程，而肝胆功能由亢致平，疏泄正常，亦有助于脾胃之升降，从而增强其化湿杜痰之功。凡湿热蕴结成痰之症，湿是生痰的重要因素，故用藿、朴、夏、苓以及橘红等化湿运脾，湿去热孤。俾中焦肝胆脾胃之疏泄、升降功能正常。精微运行正常，痰热分消，则肝痛、腹满、心烦、口苦、口腻等症自除。用全瓜蒌以化热痰，惟恐清热化痰之药力不及。用车前子

利尿，湿从下渗，亦寓化痰之意。本症肝功能受损，从中医理论讲，乃痰热化毒，阻遏血分，从而导致肝胆脾胃功能失常。如能使蕴遏于肝胆脾胃之痰热得以清化，疏泄、升降功能自如，气血津液正常运行，机体防御机能恢复，肝功能自可恢复正常。如忽视"脏腑相关"的整体观念，囿于治肝，无异是舍本求末，收效自不会满意。

服药三剂，腹满、恶心、厌油、肝区闷痛等症均见好转，舌苔开始退化，滑数之脉已见缓和，但大便仍溏臭，小便仍黄赤，此乃湿邪开始退化之兆。但痰热仍存，方中藿香、厚朴、茯苓减其制，去半夏，恐燥湿太过而增热，另加大黄15克，开水泡兑服，使痰热之毒从大便排泄。本方虽小有改变，但化湿之义仍保留于方中，以利于湿浊与热痰分消，决不能一见痰湿退化而纯用苦寒，这样欲速则不达，想快反慢。痰热化毒之症，若见腹满、恶心、口苦、口腻者，乃湿浊痰热遏阻之候，湿热与痰热蕴遏，宛如污泥入油，非兼有化湿、利湿之剂，湿浊痰热之症不能速效。尝观某些"肝炎"患者和某些泌尿系统患者，纯用清热解毒或抗菌消炎而鲜有效应者，都在于忽视了化湿(痰)的重要性。再服药三剂后，诸症进一步好转，大小便亦趋正常。大黄减量，继服三剂。五诊时，临床症状基本消失，精神、食欲均好。肝功能检查：谷丙转氨酶降至40单位，黄疸指数4单位，肝缩小为2公分，其他项目亦属正常范围。手背、颈项等处蜘蛛痣消失大半。其后大黄减量，茵陈药量不变，保持清泻痰热，其他药物均小其制，或随证略予增减，二天服药一剂，共诊治八次，病症基本痊愈，两月后上班工作。一九七九年"五一"节前追访，据称一切正常。

（十）痰厥重症

鲁××，女，23岁，未婚，营业员。

主症(家兄代诉)：昏厥不醒二天三夜。

现病史：五天前与其兄因事争执，心情不快，继而少言懒语，并称胸中痞塞不舒，第三天突然昏厥不省人事，推动和大声叫唤，有时略有反应，有时仍昏厥不醒。双瞳孔等大，对光反应稍迟钝。神经科进行了有关检查，均为阴性。体温正常，亦无烦躁不安症状。患者体质一向壮实，很少得病。昏厥后即送某医院救治，因原因不明，仅留作急诊观察，进行输液等支持疗法无效。约十二小时后，又转另一医院救治，仍因原因不明而作急诊观察。因昏厥时间太长，饮食未进，家属及所在单位十分焦急，于一九七七年四月九日晚七时许用救护车送来就诊。体检情况如上述，心、肺阴性。据其兄叙述，患者素性狭隘固执，常生闷气，此次因争执而发病，其他无任何原因。诊其脉虽迟缓无力，但脉象有根，并不细微散乱，虽二天三夜昏厥不醒，但四肢尚不厥逆，双瞳孔等大，光反应正常。

辨证施治：对于昏厥一症，中医有两种认识，一是突然扑倒昏厥后，伴有气血逆乱或元气虚脱等症，此种厥逆名为煎厥、大厥、薄厥，多见于西医所称脑血管意外之类疾病；二是昏厥之后，除昏厥不省人事外，不伴有其他症状，此种厥症称之为气厥、食厥、痰厥，本症属于第二种之痰厥症。患者素性狭隘执拗，此次因心思不遂而发病，情志不畅，隐曲难伸，气机郁结过甚，气郁而津液积聚为痰，留于胸膈，蒙蔽心神而昏厥。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中记载：七情扰乱，郁而生

痰。后世医家常称之为气厥、痰厥病变，都在于说明气机郁结可导致痰气凝聚；痰气蒙蔽心窍，即可使神志不清而昏厥，本症即是其例。患者虽二天三夜昏迷不醒，饮食不进，但由于素体壮实，气血旺盛，因而生机尚存。治疗痰厥之症，开始如能及时采取豁痰开窍理气，拨其机，通其道，则痰随气行，当可痰消神清。而痰浊凝聚、阳气郁闭之体，肝郁脾陷，脾胃升降功能几乎处于停滞状态。因此，从中医理论看，输液不仅不能为脾胃正常吸收输布，反可造成阴液遏阳，滋生阴霾痰浊，因而痰浊愈结愈深；气机愈是遏阻难伸，痰气愈是凝结难化，以致昏厥之症久久不得苏醒。

治法：豁痰开窍，兼以温运阳气。

方药：石菖蒲、橘红、大贝母、旋覆花（布包）、远志、杏仁、党参、淫羊藿、桂枝各 10 克，附片 15 克，茯苓 20 克，炙甘草 6 克。二剂，急煎，乘热少少灌服。

方中石菖蒲、远志入心开窍，且能祛痰。杏仁利肺气以化痰，橘红行气以化痰，茯苓健脾以化痰，再以大贝母、旋覆花径开痰结，集化痰开窍行气于一方，俾豁痰开窍之力专宏。肾中阳气为周身阳气之根，振奋肾阳是通达周身阳气的重要环节，故重用附片温暖肾阳（古称附子能温十二经之阳），再加桂枝温通心阳以相配，振奋气机之力更强，又取淫羊藿壮肾阳以助桂附温阳之力，命门火旺，阳气振奋，胸中痰浊阴霾自散，只要体内阳气得以振奋，郁滞之气机就得以运行。诚所谓“见痰休治痰”，气行痰自消，昏厥之症自可苏醒。由于患者昏厥时间太长，气血势必受到影响，故佐以党参和炙甘草，与桂、附等辛温之药为伍，辛甘化阳，阳气得生，痰浊化散，使本病

愈出自然。服药二剂后，即神志清醒，病退药减，复诊时，各药均减其制，嘱其用药液送服沉香顺气丸（中成药）3克，一日三次，顺气化痰，不使痰浊复聚。性情狭隘、执拗之人，气机易于郁结，痰留体内，易为情怀不畅所诱发，因此除痰务尽，同时嘱其兄和蔼相待，多加劝慰，使之怡情畅怀。复诊后二天，一切正常，即上班工作。追访三年，并未复发。

按：痰厥之症，医治不当，贻误病机，可一厥不复，导致死亡，而医治得法，移时即可苏醒。本症昏厥长达二天三夜者甚少，故称"痰厥重症"，但由于患者年轻体壮，气血旺盛，素无宿疾，故其来者骤，而去者亦速。

（十一）热痰聚结生疖症

肖×，男，62岁，干部。

主症：鼻孔内生硬结约三个月。

现病史：五个月前始觉双侧鼻孔内时有不适，因工作繁忙，未加注意。数日后经检查发现鼻孔中间及前部有约绿豆大之硬节三、五粒。硬节色呈淡红，不渗水，不化脓，时常感到鼻孔内有轻微的灼热、干涩和窒息，有时影响工作和睡眠。经有关医院检查，否认为恶性病变，经用抗菌素等药物对症治疗，以及服中药清热解毒治疗，均无效。用药后有时右侧鼻孔内硬节暂时消失，但左侧鼻孔内则重生；左侧鼻孔内硬节消失，右侧又生。鼻内分泌物正常，不干燥，口不渴，不咳嗽，无吸烟、饮酒嗜好，除情绪有所紧张外，饮食、二便尚可。脉弦滑有力，舌质淡红，舌尖部有少许淤点，舌右部有黄腻薄苔直覆根部。一九七七年九月五日就诊。

辨证施治：本病为痰热聚结而成，其病机有二：一是由于工作繁忙，思虑过度，气郁化火，火邪炼液成痰；二是年老精亏，肾中虚火上炎。两种邪火合而为患，上下结合，炼液成痰，发为硬节。诊断本症系痰热聚结之症，除上述病理机制外，其主要佐证有三：一是用高效能抗菌消炎药物和清热解毒药物无效以及本症无剧痛、瘙痒、化脓等现象，说明非一般的疮疡肿毒；二是舌苔黄腻，且由右侧直覆根部，根据中医舌诊学说推断，无疑是肺肾之郁热虚火，炼液成痰，病发于肺之所合处而成，脉象弦滑，亦是气机郁滞、虚火生痰之候；三是本症符合"痰之为物(患)，无处不到"(元·朱丹溪语) 以及"百病兼痰"(明·李梴语)之论等痰病学说特点。本症虽仅小节数粒于鼻，然热痰之征谛也。

治法：清化痰热，兼以滋肾益阴。

方药：黄芩 15 克，连翘 15 克，杏仁 9 克，大贝母 9 克，天花粉 9 克，蒲公英 24 克，玄参 15 克，知母 9 克，生甘草 6 克。三剂。

方中黄芩、连翘清肺散结；再配杏仁、贝母利肺化痰开郁；生花粉、蒲公英生津液，化热痰；玄参、知母养阴降火以化热痰；配以生甘草清热解毒以协和诸药。全方药物功主二途：一是径直化散痰结，不使热痰聚结，可谓治标；二是养阴生津抑火，不使虚火妄动灼液成痰，相对之下可谓治本。更深一层看，方中黄芩、连翘、蒲公英、大贝母、杏仁苦寒清上焦之热，不使下汲肾阴，以免肾中虚火妄动；玄参、知母、连翘清心肾二经之火；心肾之火收敛，则不上灼肺津，以李时珍为代表的不少医家极力推崇玄参滋肾降火之功，他说："虚火上

炎必用玄参"。玄参在本方中具有抑肾经虚火和苦降散结等多种功用。综观本方药物，既有清化热痰、开郁散结之功，又有滋阴抑火、生津润肺之效。选药组方，立足于清化痰热，而上下内外兼顾，对年老痰热之症，则比较适宜。服药三剂，鼻孔中硬节开始消失。服药九剂，诸症全愈。追访二年，亦未复发。

（十二）顽痰留伏三焦症

王××，女，48岁，工人。

主症：口腔周围、舌上舌下以及上下牙龈等多处溃烂，灼热疼痛七年。

现病史：患者七年前始有口腔内个别地方溃烂，但病情尚轻，仅微有灼热和轻微疼痛，经对症治疗，尚可缓解，但愈而复发，从不间断（或一、二个月一发，或一个月二、三发）。近三年来病情逐渐恶化，口腔内上下左右多处溃烂，甚至溃烂面连接成片，蔓延至舌的上下前后和上下牙龈，且愈发愈频，自称一个月之中恒三、五天不发病，就算是一大幸事！口腔内溃烂时，口中烘热，心烦、尿赤，脚心手心热如火灼。口干，但不欲多饮水。由于口腔内溃烂连年不断，影响进食，因而体重大减（自称三年来体重减轻二十余斤），身体由胖变瘦。面色尚红润，语声高亢，精神较好，脉沉滑有力，舌质红，覆薄黄苔。患者除历来喜食淡菜、淡食外（食物稍咸，口腔内溃烂即发作），无特殊嗜好，亦无特殊病史可供记载。近几年来多方医治无效，极其痛苦。一九七七年十月六日就诊。

辨证施治：本症乃热痰久伏体内，波及心、肺、肝、胆、脾、胃、肾等脏腑而发病，病变部位甚广，故名之曰顽痰留伏

"三焦"证。按中医脏象学说理论，口腔内之上下左右，上下齿龈以及舌上舌下舌尖舌根等处，归于心、肺……所司，因此口腔内各处溃烂，灼热疼痛，且伴有心烦、尿赤，手足心灼热等症状，再结合脉象和舌苔，本证属热痰留伏"三焦"无疑。体内津液聚而成痰之后，可以停留在机体各个组织器官，所谓"痰随气聚，无处不到"是也。热痰留伏导致发病，必有其诱发因素，对于本病来讲，主要是肝肾之火亢动。肝肾之火蛰藏不亢动时，火蛰痰伏，病得暂安；肝肾邪火亢动，诸经之火亦随之而亢动，痰随气升而发作。患者口腔中烘热，心烦是下焦火气上炎之候，而口干又不欲饮水，乃痰浊与津液遏阻之特征。患者素喜淡食、淡味，是淡味淡渗，有利于渗泄痰湿，此点对于识别痰病患者是一个有力的证据，不可作等闲看。本症之所以经久不愈，其病理机制是：初起由于因病致郁，而气郁化火又复炼液成痰，即如赵献可所言的"水沸为痰"，如此恶性循环，痰热胶着，故一般对症治疗，是无济于事的。

治法：清"三焦"诸脏腑之火热，化体内留伏之顽痰。

方药：玄参 30 克，瓜蒌 30 克，大贝母 9 克，杏仁 15 克，生龙骨、生牡蛎、生石膏各 30 克，黄芩 15 克，黄连 6 克，青黛 9 克，丹皮 15 克，海蛤粉 30 克，泽泻 24 克。五剂。

玄参、贝母、瓜蒌、杏仁等集中于一方，清化痰热，再配以生牡蛎、青黛、海蛤粉，以加强其化散痰热胶着之势。生石膏、生龙骨同用，不仅能清肺胃之火热，而且有潜镇下焦火热上犯之功，只有下焦肝肾之火蛰藏，本证诱发因素方可阻断，从而减少其发病机会。芩、连同用，可清心、肺、肝、胆、脾、胃各经之热，诸脏热势既减，痰热胶着之患必除。患者虽

罹病多年，但精神、体质尚旺盛(这也是痰病的重要特征)，痰热标实之症急，故用苦寒之剂无妨。方中丹皮凉血泻热，重用泽泻取其渗利，实为分解痰浊另解一途，并非虚设。

服上方五剂，口腔内溃烂之证已十去八九，自觉服药后心中舒展，此乃郁火清，痰热化散之必然现象。二诊时，加旋覆花 15 克，进一步加强化散顽痰之力，服药十剂后，口腔内溃烂诸症已基本痊愈。追访二年，并未复发。

(十三) 肝郁脾陷、痰湿遏阻症

周××，女，38 岁，干部。

主症：腹泻、腹胀、腹痛、呕恶七年。

现病史：七年前时而食欲不香，时而腹泻、腹胀、腹痛，膳食中油腻腥荤过多，则腹泻稀溏粘液大便，并伴有腹胀、腹痛、呕恶。七年来中西医治疗从未间断，止泻、止呕偏方、单方亦服用甚多。查阅历年之处方、药物，初期多为合霉素、土霉素、维生素 B_6 等对症药物治疗；继而以中医治疗为主，其立法用药有主健脾化湿者，有径直止泻、止呕者，也有主温肾化痰者。单方、偏方中，中肯而不愠事者有之，偏奇无益者亦有之，虽经治数年，而终无寸效。近二年来上述诸症更为严重，不仅菜食中油脂类物质稍多腹泻、呕恶等症即发，即使是鼻闻油腻之气，腹泻、呕恶之症亦立即发作。病久胆怯，外出时为避免闻到油腻腥荤之气，因而凡遇煎膊店铺和肉食菜场，必绕道而过，如须径直通过，须掩鼻屏气而行。由于长期腹泻呕恶，影响进食，因而精神困倦，面色无华，常头重头晕。此外，尚伴有口渴、口粘，但不欲饮水，白带多(多次检查、排

除阴道滴虫和霉菌），舌质红，舌根部常年覆少许白腻苔不化，脉弦而见弱。多次粪检，排除血吸虫病。一九七九年十月三日就诊。

辨证施治： 油腻腥荤之气，资生痰湿，患者鼻闻油腻腥荤之气，病即发作。此乃痰湿遏阻太盛，内外合邪，故一触即发。患者腹泻稀溏粘液粪便，腹胀、呕恶，并伴有口渴、白带多……等症，断为脾虚运化失司，治以健脾化湿，并不为错；久泻不止，穷必及肾，温肾化痰和径直收敛止泻亦不为过。其所以屡屡更医更药而不效者，关键在于没有适时采取舒肝启脾，忽视了"肝能生痰"这一痰病学说特有的发病机理。痰湿之生虽多缘于脾阳（气）不运，但脾阳（气）运化功能之正常与否，又必须有肝气之疏泄为之相助耳。张仲景"见肝之病，必先实脾"之论，从反面讲清楚了这一机理。久病不已，心情抑郁，肝气也更加郁结，因而脾胃升降功能便进一步受到遏制，故腹泻、腹胀、呕恶之症迁延不愈。若以脏腑病变而言，本病其本在"肝"，其标在脾胃。是肝郁导致脾（胃）陷、肾气虚而内生痰湿。清代魏之琇在《续名医类案》中讲"肝为万病之贼"，虽过甚其辞，但却颇有道理，故立舒肝升陷，兼化痰湿之法为治。

方药： 防风 10 克，柴胡 6 克，羌活 10 克，白芷 6 克，生麦芽 15 克，炒吴萸 6 克，川花椒 6 克，党参 15 克，黄芪 10 克，当归 15 克，炙甘草 6 克，制附片 6 克，陈皮 10 克，生姜 3 片，麦冬 15 克。三剂。

本方仿东垣"升阳益胃"法义组成，前五味，取其舒肝升陷，是方中主药，其中尤其是麦芽，系升发、舒肝之佳品，肝郁得解，脾陷自升，运化痰湿之功即可恢复正常，腹泻、呕恶……

诸症亦随之而解。然本病毕竟迁延日久，病久多虚，形成虚实夹杂之症（按：虚，指脾气、胃气、肾气、津液亏虚；实，指肝气郁结、痰湿遏阻诸症。），故用参、芪、归、草等扶气虚气陷之机，用炒吴萸、川花椒、制附片散肝寒，暖肾阳；陈皮、生姜，辛香健脾以止呕恶，其所以用麦冬一味，乃为久泻、带下耗损津液而设；因不能置患者口渴、舌红等津液耗损于不顾。明代王纶在《名医杂著》中说，东垣用药，“如韩信将兵，多多益善”，对东垣药味多、分量轻、综合性强的立法遣药原则，倍加赞尝，这是颇有见地的。医者用药，应力求药少力专，但也不能死板硬套古方，当多者多而有益，当少者应少而功宏，这才是辩证的观点，也符合中医辨证施治的精神。服上方三剂，诸症均有好转，嗣后大法不变，药物略有增减，复诊五次，腹泻、呕恶之症痊愈。食欲增加，精力旺盛，从此再未病休。一九八〇年三月八日与另一女患者同来，言今年春节已和常人一样，进食油腻腥荤而无恙。

[General Information]
书名=论中医痰病学说
作者=朱曾柏
页数=60
SS号=10227982
出版日期=1981年06月第1版