

痰饮病因分类之商榷

★ 付春梅 (江西中医学院基础医学部 南昌 330006)

摘要:传统的分类方法,将痰饮分为有形和无形两类。实际上,痰饮是有形有质之病邪,如果人为地划分为有形和无形,则极易模糊痰饮的本质,使本来清晰的病因病机内容变得晦涩难懂。痰与饮性质不同,成因各异,致病途径与致病部位也不一样,因此,痰与饮应该分而论之。

关键词:痰饮;病因病机;分类

中图分类号:R 228 **文献标识码:**A

关于痰饮,在《内经》中即有所论及,自《伤寒杂病论》仲景首先提出痰饮之名后,历代医家也多有论述。本文拟在病因范畴内讨论痰饮的分类。

1 现行痰饮分类

对于痰饮病因的分类,历代医家均比较推崇将痰饮分为有形之痰饮和无形之痰饮。现行的《中医基础理论》本科规划教材及许多相关文籍亦如此分类。认为:有形之痰饮,即停蓄于肺系之水液,其可咳吐而出为痰涎,其量、其色、其状等视之可见,触之可及,闻之有声,故称之为有形痰饮。无形之痰饮,指停滞、蓄积于脏腑经络组织器官之水液,其视之不见、触之不及、闻之无声,但可通过辨证而推求其为痰饮,故称之为无形痰饮。

如普通高等教育“十五”国家级规划教材之《中医基础理论》(孙广仁主编):“有形之痰,是指视之可见,闻之有声的痰液,如咳嗽吐痰、喉中痰鸣等,或指触之有形的痰核。无形之痰,是指只见其征象,不见其形质的痰病,如眩晕、癫狂等。”

也有在有形、无形之上再加“广义”、“狭义”之词的,如全国高等医药教材建设研究会规划教材之《中医基础理论》(李德新主编):“狭义之痰饮,指肺部渗出物和呼吸道的分泌物,由咯吐而出。因其有形可见,易被察觉,故称有形。广义之痰饮,指由水液代谢障碍所形成的病理产物及其病理变化和临床表现,由机体功能失调,津液停蓄蕴结而成,无形质可察,主要通过清理反应来确定,称为无形。”总之,痰饮病因的分类,现行教材一般都分为有形之痰饮和无形之痰饮。

2 痰饮病邪均为有形有质

痰饮是中医病因学中重要的致病因素,是指机体运化失常,水液代谢发生障碍,停滞积聚而成的病理产物,其一旦形成可阻滞经络,阻碍气血,影响脏腑气机,成为新一轮病证的致病因素。

《中医基础理论》本科教材说:“津液是机体一切正常水液的总称,包括各脏腑组织的内在体液及其正常的分泌物,如胃液、肠液、涕、泪等。”可见津液作为人体的基本物质,其本身是有形可见、有质可触的物质。津液代谢发生障碍后,停蓄结聚于体内所成的病理产物(包括痰、饮、水、湿等),无疑也应有形有质的产物。《金匱要略心典》言“痰饮,阴邪也,为有形,以形碍虚则满,以阴冒阳则眩。”清·魏荔彤也说:“饮之所停,必裹痰涎浊沫,结为窠囊,为有形之邪。”

从痰饮邪气的致病特点来看,痰饮致病最重要的特点是阻滞气机、阻碍气血运行。即无论痰饮流行留滞于机体的哪个部位,都会阻碍这些部位气血的正常通行,影响气的升降出入运动,从而产生咳、喘、肿、满、悸、眩、呕、痛等变幻莫测之证候。《金匱要略心典》有“支饮上为喘满,而下为痞坚,则不特碍其肺,抑且滞其胃矣。面色黧黑者,胃中成聚,营卫不行也”的论述。《金匱要略方论本义》在解释“先渴后呕”时说:“水停心下,阻隔正气,不化生津液,上于胸咽,故渴也,渴必饮水,水得水而愈逆其冲逆,所以先渴而后必呕也,此属饮家。”这种“碍”、“滞”、“阻隔”的发生,可以碍肺、滞胃,使“营卫不行”、“胃中成聚”,必当是其邪为有形有质者。若其如气之无形,是不可能导致上述变幻莫测之病证的。

人体是一个“黑箱”体系,正因为如此,“司外揣

内”在中医基础理论体系的形成和发展过程中,是一种重要的思维方法或认识方法,具有它自身的科学性,我们不能因为痰饮这种邪气留滞于体内,不能在体外看见、摸着就称之为无形。若如此,瘀血岂不是也要划分为有形瘀血和无形瘀血了?因为瘀血病因,同样属于病理产物类病因,其概念包括离经之血积存于体内和血运不畅阻滞于经脉及脏腑内的血液两层含义,后者该同样是不见其形、不闻其声、难触其质,但历来并没有有形之瘀血和无形之瘀血的分类。

将痰饮病因人为地分为有形之痰饮和无形之痰饮,极易模糊痰饮本质的概念,使本来清晰的痰饮病因病机等内容变得晦涩,使初学者难以理解痰饮并真正掌握对痰饮病因的认识。笔者认为,应彻底摒弃将痰饮分为有形与无形的说法。可考虑用下面两种方法说明该内容:其一,仅用广义和狭义的概念,广义之痰饮涵盖了狭义之痰饮(但许多书仍将《金匱》中四饮之一,停留于胃肠之饮证称为狭义痰饮,而痰与饮之总者称为广义痰饮)。其二,只用一个概念,即痰饮是指机体津液代谢障碍而停滞积聚体内的病理产物。包括可咯吐而出来源于肺系之痰饮、体表可触可见之痰饮(如成癭瘤、痰核者)及体内难以直观及触及之痰饮。如此应更简明扼要,好说易懂。

3 痰饮病因当痰与饮分论

痰与饮同出一源,都是津液代谢障碍的病理产物,它们的病理性质、致病特点等也多有相同之处,所以历来痰与饮常并称、并论甚至并治。但痰与饮有着确实的区别。杨仁斋《直指方》就明确将痰和饮加以区分,指出:“稠浊者为痰,清稀者为饮”。《景岳全书·卷三十一》更有一段精辟的论述:“痰之与饮,虽曰同类而实不同也。盖饮为水液之属……此皆水谷之余,停积不行,是即所谓饮也。若痰有不同于饮者,饮清澈而痰稠浊;饮惟停积肠胃而痰则无处不到。水谷不化而停为饮者,其病全由脾胃;无处不到而化为痰者,凡五脏之伤皆能致之。”均说明了痰与饮之不同应加以区分归类。

从痰饮成因上说,饮是阳不化气,阴气凝聚,积水成饮;痰是阳热有余,煎熬蒸化,灼液成痰。因而痰饮之基本性状为:痰稠浊,饮清稀。

从痰饮停留部位说,饮多停积如肠胃等有较大空腔或间隙之处及肌肤等处而为病;痰则可随气而流行,人身内外上下无处不到,如宋朝王隐君说:“痰之为物,随气升降,无处不到,为喘为嗽,为呕为泻,为眩晕心嘈,为怔忡惊悸,为寒热肿痛,为痞满隔塞”,形成的病证繁多,症状复杂。

就痰与饮的性质而言,饮之为病,其性偏寒,较为单纯;痰之为病,可寒可热,易与其它邪气相兼成为风痰、寒痰、热痰、燥痰、湿痰、食痰、痰瘀等。尤与火、气、瘀关系更为密切,常互为因果。李中梓说:“痰即有形之火,火即无形之痰,痰得火而沸腾,火得痰而煽炽。”又说:“痰随气升者,导痰先顺气;积痰阻气者,顺气须先逐痰。”《诸病源候论》中指出:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也。”《继志堂医案》论述胸痹时认为:“此病不惟痰浊,且有瘀血交阻膈间。”故临证时,对痰邪和饮邪所致的病证也不可混为一谈,宜分而治之,方能取得效验。饮之为病,《金匱要略》明示“当以温药和之”;痰之为病,则如《证治汇补》说:“热痰宜清,湿痰宜燥,风痰宜散,郁痰宜开,顽痰宜软,食痰宜消,法当灵活多样”。

再从痰饮理论的发展状况来看,痰与饮的理论发展存在显著的不平衡情况。自张仲景论述痰饮理论之后,有关痰的病因病证理论得到空前的发展,如朱丹溪“怪病皆属痰”、“痰火生异证”,张子和的“痰蒙心窍”论,张景岳“百病多兼有痰”说等,形成了痰的独特概念、理论体系及治疗原则。而有关饮的理论,基本还是祖述《金匱要略》的论述,如饮之成因、分类、脉证乃至治法等。即令痰饮的现代研究,大量的也只是痰证的试验研究、流行病学研究、诊断标准研究等。可见痰与饮本当分而论之。

所以,关于痰饮的分类,笔者认为,应当直接分为痰与饮两类,而不应作有形痰饮与无形痰饮之分。

(收稿日期:2004-06-15)

专题征稿

《江西中医药》为中医药核心期刊,新设重点栏目《专题谈荟》,以专病列专题,论述该病的病因病机、诊疗方案及临床经验,要求观点、方法新,经验独到。专题有:小儿麻痹后遗症、红斑狼疮、类风湿性关节炎、慢性肾炎、哮喘、糖尿病、老年痴呆、高血压、中风、盆腔炎、萎缩性胃炎、癌症疼痛。欢迎广大中西医临床工作者不吝赐稿。