

水饮证治初探

★ 廖云龙 (江西中医学院中医研究所 南昌 330006)

关键词:张仲景;水饮证治

中图分类号:R 255.8 文献标识码:A

水饮证治,最早见于《伤寒论》和《金匮要略》,仲景将其分为“水气”和“痰饮”两大门类。所谓水气者,乃指人体之内水液代谢失常,不循常道,潴留阻遏,影响气机运行而产生的种种病变。如《伤寒论》40 条云:“伤寒表不解,心下有水气,干呕,发热而咳,或渴、或利、或噎、或小便不利、少腹满,或喘者,小青龙汤主之。”162 条云:“伤寒汗出,解之后,胃中不和,心下痞硬,干噎食臭,胁下有水气,腹中雷鸣,下利者,生姜泻心汤主之。”356 条云:“伤寒厥而心下悸,宜先治水,当服茯苓甘草汤,却治其厥。不尔,水渍入胃,必作利也。”《金匮要略·水气病脉证并治第十四》更将“水气”作为杂病的一大门类,并分为风水、皮水、正水、石水、黄汗、五脏水及水分、气分、血分等不同类型进行详细论述,并提示水肿、小便不利、胸腹胀满等症状为其主要临床特点。所谓痰饮者,亦是由体内水湿停聚变化而成的病理产物,流窜人体各处引发的种种病证。《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》根据痰饮停聚或流窜的部位和临床表现不同而将其分为痰饮、溢饮、悬饮、支饮四大类型,但所论“痰饮”之“痰”,《脉经》、《千金翼》俱作“淡”,《活人书》说:“痰,胸上水病也。”可见与后世所论“痰

证”或“止咳化痰”之“痰”有区别,故篇中曰“痰饮”应是“淡饮”之谓,实则为饮邪。

后世对痰、饮、水、湿的认识有了进一步的细化。一般认为:痰饮水湿就其作为病理产物的形质而言,稠浊者为痰,清稀者为饮,更清者为水,而湿乃水之渐,是水液弥漫浸渍于人体肌肤、筋脉、脏腑中的状态,其形质不如痰饮和水明显;就其病理变化的特点而言,痰多凝聚为患,水与饮多游溢为患,湿多浸淫为患;就其临床表现而言,痰病多见咳、喘、胸胁满闷或痞硬、眩晕、神昏等症状,水饮多见浮肿、小便不利、心悸、动悸等症状,湿病多见头目昏蒙、肢体沉重、脘痞纳呆、大便溏等症状。由此观之,水气与饮邪在发病机理、症状特点等方面确有共同之处,故可合称为“水饮”。实际上,仲景在《金匮要略》痰饮病篇和水气病篇中亦未将“水”与“饮”严加区分,有的地方还相提并论,如《痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云:“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,小半夏加茯苓汤主之”,“先渴后呕,为水停心下,此属饮家,小半夏加茯苓汤主之”,“假令瘦人脐下有悸,吐涎沫而癫眩者,此水也,五苓散主之”;《水气病脉证并治第十四》云:“气分,心下坚,大如

学术探讨

《伤寒论》第 53 条、第 54 条则是讨论卫弱营和的证治,阐述了“营气和”而“卫气不和”的杂病营卫不和之自汗出,以及“时发热,自汗出”的病机。营气和是指营阴无病,徐灵胎云:“荣气和者,言荣气不病,非调和之和”^[2]。而病理关键在于卫气不和,导致营阴不能内守而营卫不和,故选桂枝汤燮理阴阳,调和营卫。

气分证治:伤寒病证当寒邪入里化热之后无论病邪或病证均已化热。六经病证中的阳明病证和少阳病证与卫气营血辨证中的气分证都是里热实证,很多的具体证候是相同的,治法也很一致,如白虎汤证、三承气汤证等。章虚谷云:“温病初起,治法与伤寒迥异,伤寒传里,变为热邪,则治法与温病人同。”但温病气分证治比《伤寒论》阳明病证与少阳病证论述更加详细并有所发展。

血分证治:如《伤寒论》第 106 条讨论了蓄血轻证证治,因太阳病不解,热邪与瘀血结于下焦,形成少腹急结、神志错乱之如狂者,用桃核承气汤活血化瘀、通下瘀热。第 124 条讨论蓄血重证证治,由于表

邪不解,外邪循经化热入里,与瘀血互结,病人表现发狂、少腹硬满、脉微而沉,治疗用抵当汤破血逐瘀。

又如《伤寒论》第 143 条、第 144 条、第 145 条均讨论了热入血室的证治。第 143 条为血室空虚,热邪内陷而居之,故刺期门以泻肝热。第 144 条为经水初来适断,热入血室,热与血结,淤滞于内,故以小柴胡汤疏解肝胆气机,以透外邪。第 145 条为热入血室而与血结,热聚不得散,值经水适来,热可随经行而不留。故无犯胃气及上二焦,必自愈。

综上所述,喻氏“三纲学说”不仅在《伤寒论》的研究方法上对后世产生了极大的影响,更重要的是首开了《伤寒论》营卫辨证的先河,启示我们在临床辨证中应将六经辨证和卫气营血辨证统一起来,对病证作出更准确的诊断。

参考文献

- [1]冯明.温病学[M].北京:科学出版社,2001.148
- [2]顾武军,张民庆.伤寒论临床学习参考.北京:人民卫生出版社,2002.159

(收稿日期:2005-11-07)

盘,边如旋杯,水饮所作,桂枝去芍药加麻辛附子汤主之”,“心下坚,大如盘,边如旋盘,水饮所作,枳术汤主之”等,可资证明。

水饮证在临床上可见于许多疾病之中,如呼吸系统、消化系统、循环系统、神经系统、内分泌系统、泌尿系统以及运动系统等方面的疾病,只要符合中医水饮证病因病机及临床特点者,均可按水饮证辨证施治而获得满意的疗效。笔者结合自己的临床体会作初步探讨,以就正于同道。

1 水饮证的发病机理

《素问·经脉别论》:“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。”可见在正常生理状态下,人体水液代谢,须由肺、脾、肾、三焦、膀胱等脏器的协调作用下共同完成。盖脾主运化,饮入于胃,脾为胃行其津液而转输全身;肺主气,为水之上源,行治节而通调水道,下输膀胱;肾为水脏,主水液之气化开合;膀胱为水府,通过气化作用储存与排泄水液;三焦司人身气化,主津液的升降敷布。《内经》云:“肾合膀胱三焦,三焦膀胱者,腠理毫毛其应。”此即指人体津液的敷布排泄除与五脏六腑的气化作用密切相关外,肌肤腠理的开合调节亦很重要。如在外感病过程中,外邪束表,影响腠理开合功能,导致津液敷布失常,出现相关症状;若失治或误治,使表邪内陷,阻碍脏腑气化功能,内外合邪,则可产生水、饮、痰、湿诸多兼变之证。

《伤寒论》主论外感,兼论杂病,水饮证外感、杂病均可见之。外感多由外邪袭表,影响脏腑气机升降、气化转输功能,导致津液敷布失常而成水饮,多为兼证;杂病多因脏腑本身功能失调,或脏气虚弱,或表证失治误治损伤正气,表邪内陷,内外合邪,导致津液敷布失常而成水饮,论中多以变证的形式出现。《金匱要略》虽以杂病为主,但所论水饮证亦有内外合邪之机。

2 水饮证的常见症状

水饮既是有形的病理产物,也是变动不居、随气而行、四处为患的病理变化。其为病或上干清阳,阻塞清窍;或下蓄膀胱,阻碍水道;或停聚体内,阻遏脏腑气机;或外溢肌肤,浸淫筋脉等。尽管临床表现不一,但据其形质与病理特点,乃有以下常见症状可资辨证。

小便不利:小便不利为水饮证的主症之一,仲景论述水饮证常有“小便即难”、“小便续通”、“不得溺”之语。如五苓散、猪苓汤、小青龙汤、真武汤等方证均可见小便不利的症状。苓桂术甘汤证虽未明言有小便不利,但在《金匱要略》方后注中有“分温三服,小便则利”的记载。

胀满:水饮滞留于内,气机运行受阻,故见胀满。水阻于上多见胸胁胀满或颈项不利;水阻于中多见脘腹胀满,如仲景云:“肝水者,其腹大,不能自转侧……肺水者,其身肿……脾水者,其腹大,四肢苦重……肾水者,其腹大,脐肿腰痛……”若水蓄于膀胱,多有少腹胀满,苦里急;若水饮内盛,则可见全身肿满,脐腹膨隆如鼓的症状。

口渴:由于水阻气机,气不化津,津不上承,故有口渴。此亦为津液敷布失常,水饮偏阻一隅,形成“第三间隙”的表

现。其特点是:患者舌体胖嫩而自觉口干舌燥,时时欲以水润之,饮而不多,或饮后不适。如五苓散证之“烦渴”、“消渴”。

水逆(包括吐、呕):水逆是水邪上逆作吐之意。其特点是渴欲饮水,水入即吐,吐后又渴,再饮再吐,故名“水逆”。此即所谓“旧水不去,新水不纳”,是人体水液代谢功能紊乱的严重症状,在渴饮呕吐的同时,必伴有小便不利、少腹胀满等,如五苓散重证。此外,小青龙汤证的“或噎”,真武汤证的“或呕”,小半夏汤与小半夏加茯苓汤证之呕吐等,则是由于水饮阻遏,胃失和降所致。

水痞:由于水饮内阻,壅滞气机,故可出现胸脘痞闷不舒的症状。如五苓散证之“心下痞”,苓桂术甘汤证之“心下逆满”,十枣汤证之“心下痞硬满”,桂枝去芍药加麻辛附子汤证之“心下坚,大如盘,边如旋杯”,枳术汤证之“心下坚,大如盘,边如旋盘”等,治疗必以利水为主,水去则气行,气行则痞满自除,故称“水痞”。

悸动:水气上凌于心可致心悸;水阻于胃,胃阳被遏,可见“心下悸”;若水阻下焦,肾阳被遏,则为“脐下悸,欲作奔豚”。如茯苓甘草汤证、苓桂术甘汤证、真武汤证、小半夏加茯苓汤证等,均可见悸动不安之症。此外,若人体脏气虚弱而饮水过多,亦可致悸。如《金匱要略》所云:“食少饮多,水停心下,甚者则悸。”因此,对水液代谢失常的病人,特别是水液滞留、小便不利者,应限制摄入量,以减轻内脏的负担。

眩晕:此为水饮内停,阻遏蒙蔽清阳,清阳不升所致。其特点是:头目昏眩,沉重如裹,甚则天旋地转,如坐舟车,两目难开,卧床不起,时时呕吐痰涎,痛苦欲死。如苓桂术甘汤证的“起则头眩”,真武汤证的“头眩”,五苓散证的“吐涎沫而颠眩”,泽泻汤证的“苦冒眩”,小半夏加茯苓汤证的“悸眩”等,均与水饮内阻,清阳不升,浊阴上逆有密切关系。

肢体震颤:水饮内阻,浸淫筋脉,气血不利,筋脉失养,则可见肢体震颤摇动,不能自主。轻则“身瞤动”,重则“身为振振摇”,甚至于“振振欲擗地”。此多见于阳虚水停之证,应与肝风内动之抽搐鉴别。

咳嗽:水饮迫肺,肺气失于宣降,则可出现咳、喘、短气等症状。实证则以咳嗽胸满为主,如小青龙汤证;虚证则以短气心悸为主,如苓桂术甘汤证、真武汤证;水饮内盛则见“咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿”,如葶苈大枣泻肺汤证。大凡寒饮所致之咳嗽,其痰量多而清稀,或初起白色泡沫,落地成水,澄澈清冷,此为辨证要点。

水肿:此为水饮外溢肌肤的症状。如风水、溢饮等,均有四肢或全身浮肿,按之局部凹陷不起。

泻泄:若水饮浸渍胃肠,可致泻泄。其特点是大便清稀如水,小便反少。

疼痛:水饮内阻气机,可见头痛、胸痛、胁痛、腹痛等症状;外阻筋脉关节,可见四肢或身体疼痛。

厥冷:水饮内停,阳气被遏,不能外温四肢,可致手足发冷,水去厥自回,谓之“水厥”。如茯苓甘草汤证之“厥而心下悸”。

3 水饮证望诊、切诊的特点

水色:因水饮阻遏营卫气血,清阳不升,浊阴不降,其人面色常青暗或黧黑,或两目眶呈现一黑圈,乃水寒郁遏之象,故谓之“水色”。黑为肾之色,水色多见于水饮证的慢性迁延期或危重症候。

水险:指面部或眼睑浮肿,或下眼睑肿胀如卧蚕状。眼睑属脾,脾虚水盛,多先肿于目窠下,亦为水气病的常见症状,故称“水险”。

水斑:水饮内阻日久,气血瘀滞,面部可出现青黑斑点,谓之“水斑”。

水舌:水饮内蓄,饮聚寒凝,其人多舌体胖大,边有齿印,舌苔白而水滑。若水饮化热,则可见黄腻苔。

水脉:仲景云:“脉得诸沉,当责有水,身体肿重。水病脉出者,死。”“少阴脉紧而沉,紧则为痛,沉则为水,小便即难。”水饮为阴邪,易致寒凝,阻遏阳气,壅滞气血,故脉多沉弦或沉紧。但并非所有的水饮证均是沉脉,如兼表邪之小青龙汤证,以及风水、皮水等,亦可见浮紧之脉。故紧脉与弦脉,乃水饮证之主脉。

水腹:为水饮停聚不去所致。病势轻者则脘腹按之濡,有如囊裹水之感;病深日久者,可见腹部膨隆如鼓,胀满拒按。阳虚者多中央凹陷,如“蛙状腹”;阴虚者多中央隆起,四肢枯瘦。

4 水饮证的主要治法

仲景对水饮的治法有一个总的原则,就是“病痰饮者,当以温药和之”。所谓“温药”,乃针对水饮多属阴、属寒而言,但若水饮夹热、化热则当别论;所谓“和之”,乃针对水饮停聚,多有阳虚、气化不利一面,治疗应标本兼顾,宜温阳利水化饮,若峻猛攻逐,反欲速不达。但对水饮内盛而正气不虚者,亦有急则治其标之例。

纵观仲景对水饮证的主要治法与方药,大致可分为以下几个方面:

4.1 温肺化饮 适用于寒饮犯肺(寒水射肺)之证。本证既可表里同病(表寒里饮),既见表寒实证之恶寒发热、头痛、舌苔白滑、脉浮紧,又有寒水射肺之咳逆倚息不得卧;亦可无明显表证而见咳嗽突然加剧,痰多而清稀,背上寒冷如巴掌大,或见喘促、心悸、短气、胸满、小便不利、眼睑浮肿等。

此法以小青龙汤为代表方,夹里热者可加石膏;兼气滞而有胸腹满闷、大便秘结者,可合厚朴大黄汤疏导肠胃、荡涤实邪;若肺有沉寒痼冷,引动伏饮,症见咳、呕而眩冒,外无表证者,则用苓甘五味姜辛半夏汤温肺散寒,化饮降逆。此二方均有五味子、干姜、半夏、细辛,而小青龙汤有麻黄、桂枝可解风寒束表之实;苓甘五味姜辛半夏汤无麻桂有茯苓,则利水化饮之功更著。两方化裁应用,不仅对急、慢性支气管炎、肺气肿、喘息型肺炎、支气管哮喘等证属寒饮阻肺者疗效显著,而且对渗出性胸膜炎有大量胸水而体温不升者,以及急性肾炎水肿属寒证者,用之亦可促进利尿消肿。若水饮阻滞、病势急迫,证见胸闷喘咳、呼吸困难者,可合葶苈大枣泻肺汤泻肺开闭,以逐水饮。

清代著名温病学家吴鞠通认为:“饮属阴邪,非温不化”,“饮病当温者十有八九,然当清者亦有一二”。故其治水饮证

悉遵仲景“病痰饮者,当以温药和之”的明训,组方遣药亦多以经方为基础随症加减。如吴氏常用小青龙汤去麻黄、细辛加杏仁、苡仁治风水喘咳,其人自汗者;或去麻黄、细辛加枳实、陈皮治表寒里饮,饮阻中焦,自汗恶风者。若咳呕甚者,加杏仁、生姜;腰胁痛者,加旋覆花;喘急者加厚朴、杏仁,重用半夏;眩冒者,加白术;大汗出者,倍桂枝,减干姜加麻黄根,“恐成漏汗,则阳愈虚,饮更难愈”。可见吴氏对小青龙汤的运用,比仲景更加细致入微。

4.2 温脾化饮 适用于脾阳虚,水停中焦之证,以咳嗽痰多色白,胸胁支满,头目眩晕而沉,四肢乏力或肢体震颤,纳呆脘痞,大便溏薄,小便不利,或兼浮肿、喘促、心悸等,舌质淡、舌体胖大、边有齿印,脉沉紧或弦。

此法以苓桂术甘汤为代表方。咳喘甚者,可合二陈汤;气虚甚者,可加参、芪;血虚者,可加归、芍、丹参等;眩晕、悸动者,可加龙骨、牡蛎等。此方被历代医家奉为“治饮祖方”,盖脾居 中焦,主运化水湿,若脾不健运,则聚湿成饮,四处为患,故仲景特立温运脾阳、利水化饮之法而为治水饮之大法,特制此方为治水饮之本方。临床上无论是神经系统疾病,抑或椎-基底动脉供血不全、内耳积水、眼病、胃弛缓症、胃下垂、低血压、低血糖等所致的眩晕,只要病机相符,便可用此方化裁运用而收效。

后世医家对苓桂术甘汤的临床运用多有发挥,如吴鞠通以生姜之辛散,易甘草之甘壅,治疗脾胃阳虚、饮阻中焦之证,既增化饮之力,又无壅中之弊,可谓“青出于蓝而胜于蓝”。吴氏又创制蠲饮丸,由桂枝、干姜、枳实、苍术、茯苓、生姜、益智仁、陈皮、炙甘草、神曲组成。药虽十味,却熔《金匮要略》干姜半夏散、桔枳生姜汤、苓桂术甘汤(以苍术易白术),以及《局方发挥》二陈汤于一炉,加益智仁温肾阳而暖中土。方以桂枝为君,温通阳气而利水;以苍术易白术,取其性走而不守,善祛痰湿留饮,故本方温阳化饮、健脾燥湿之功较苓桂术甘汤更胜一筹。日本学者间枣轩以苓桂术甘汤合四物汤,名连珠饮,主治脾虚兼血虚之眩晕悸动症,屡试屡验。

苓桂术甘汤对脾虚水饮上逆之眩晕确有良效。笔者曾治 1 例发作性眩晕症:女性,45 岁,体质素虚,眩晕发作时卧床不起,头昏而沉,呕吐痰涎,四肢震颤,脘痞纳呆,舌淡胖嫩、边有齿印、苔白滑,脉弦缓。西医按耳源性眩晕治疗无效,中医投补中益气汤、十全大补丸之类亦无效。此为脾阳虚弱,水湿不化,聚而成饮,上干清阳之证,治当温脾化饮,以苓桂术甘汤加龙骨、牡蛎(名镇眩汤),服 4 剂眩晕即止。后以补中益气汤调理,多年宿疾竟愈。

4.3 温胃化饮 适用于胃阳虚弱,水停胃脘之证。其临床特点是胃脘胀满有动悸感,叩之有振水音,触之如囊裹水,口不渴,四肢不温,舌质淡、苔白滑。若胃中水饮上逆,亦可出现呃逆涎沫、头痛眩晕等症。

此法以茯苓甘草汤为代表方。胃中虚寒较甚而浊阴上逆者,可用吴茱萸汤。二方均重用生姜温胃化饮,但茯苓甘草汤偏于温通利水,吴茱萸汤偏于温补降逆。呕甚者,可合小半夏加茯苓汤。小半夏加茯苓汤亦为温胃化饮之方,但此方重用半夏、生姜,长于温散、温降,主治饮邪上逆之突然呕

吐、头目昏眩及心下痞、心下悸等症；而茯苓甘草汤有桂枝、炙甘草，长于温补、温通，故胃虚水停诸证，两方合用奏效更捷。若水饮久留胃脘，致阳虚阴凝、气机痞塞，出现“心下坚，大如盘，边如旋杯”的症状，乃属“气分”病，当与桂枝去芍药加麻辛附子汤或茯苓甘草汤合枳术汤化裁，增强温阳祛寒、行气导滞之力，则水饮自去。

茯苓甘草汤与苓桂术甘汤两方组成仅一味之差，但治法与主证则同中有异。前者主治有形水饮停留胃脘，胃阳被遏，病变部位相对局限，故仅以动悸、四肢不温为主证，而治当温化水饮以通中阳；后者主治无形水气壅滞中焦，阻碍运化，脾不升清，四肢失养之证，病变范围较广，故可有眩晕、心下逆满、咳喘、身体震颤、小便不利等证候，而治当健脾利水以平冲逆。

4.4 温肾利水 适用于肾阳虚弱、制水无权、寒水泛滥之证。其临床特点是全身浮肿，小便不利，四肢厥冷，头目眩晕，心悸，身胸动甚至振振欲擗地，舌质淡、舌体胖嫩、苔白滑，脉沉弱或沉微，或兼喘、咳、下利等。

此法以真武汤为代表方。临床用于慢性肾炎、肾病综合征、肾功能衰竭等重症时，以四肢厥冷、腰部酸冷、身体沉重疼痛、浮肿、小便短少为投药指征。兼见阴虚者，可合六味地黄丸或二至丸。用于尿毒症有恶心、呕吐、头晕、腹痛等症时，可合黄连解毒汤或加银花、蒲公英、土茯苓、大黄等解毒化浊。本方亦可用于慢性充血性心力衰竭，以四肢厥冷、心悸气促、全身浮肿、尿少、恶寒、冷汗、脉沉微为投药指征。如兼心气虚或气阴两虚，可加人参、黄芪，或合生脉散。吴鞠通对于肾阳虚弱、寒饮上泛之痰饮证，用真武汤加干姜、陈皮、细辛，以增温散寒饮之力，可谓师其法而不泥其方。对于久病体虚、肾阳衰弱者，治当温补肾阳，用肾气丸或济生肾气丸以固其本。

此外，本方对于神经系统疾病，如面肌痉挛症、肌束颤动症、摆头运动症、老年性震颤症以及耳源性眩晕、眼源性眩晕、血管性眩晕、胃源性眩晕等，只要符合本方证病机，便可利用之化裁而收到满意的效果。

4.5 通阳化气利水 适用于水寒互结膀胱、气化不利之蓄水证。其临床特点是小便不利，少腹胀满，口渴而饮水不多，或烦渴而水入即吐，吐后又渴，舌苔白滑，脉浮数。如兼有表证，可见恶寒发热、头痛等；如水寒上逆，可见胸脘痞闷、呕吐涎沫、眩晕等；如水饮偏渗肠间，可见下利等。

此法以五苓散为代表方。五苓散是治疗急性肾炎的常用方剂，以小便不利、浮肿、口干或渴而不多饮、舌质淡、苔白滑为投药指征。对于肾炎和肾病综合征所引起的腹水，如属实证，可合十枣汤或舟车神佑丸之类；如久病转虚，则当细辨属阳虚还是阴虚，若病人口渴、少尿、呈蛙状腹、舌质淡者，属阳虚，可用五苓散合真武汤；若病人羸瘦而腹部膨隆、舌质红者，属阴虚，当用猪苓汤合济生肾气丸之类。

对于急、慢性肾盂肾炎，急性膀胱炎，尿路感染等病出现往来寒热、口渴、尿频尿痛等症时，可用五苓散合小柴胡汤、四物汤化裁治疗。因小柴胡汤可和解表里、宣畅三焦，四物汤促进血液循环，三方协力，扶正祛邪，通调水道，可收到满

意的效果。笔者曾治 1 例左肾重度积水，在当地医院穿刺抽水后合并感染（肾盂肾炎）的患者，男性，45 岁，诊时形体消瘦，面色黧黑，寒热往来，穿刺部位肿痛并有黄色液体渗出，少腹胀满，尿频尿痛，尿如米泔，化验检查有脓球，肾功能检查左肾功能丧失，舌苔白腻，脉弦细而数。证属内外合邪，气化失司，水道不利，湿热阻滞，投“小四五汤”合八正散化裁调治，服药四十余剂，诸症悉解，能参加体力劳动，随访未复发。

此外，本方对于急性胃肠炎之呕吐、腹胀、口渴、小便不利，证属阳虚气化不利，水饮阻滞胃肠者，用之往往奏效。偏头痛、三叉神经痛、耳源性眩晕等，若伴有口渴而饮水不多、恶心呕吐、心下悸动、小便不利、浮肿、耳鸣、舌淡苔白等症者，均可选用本方加减施治。呕吐甚可加生姜、吴茱萸温胃化浊、降逆止呕；腹胀便秘可合小承气汤泄浊通滞。

4.6 通阳宁心利水 适用于心阳虚，不能下温肾水，水寒欲动之证。以脐下悸，欲作奔豚为主证。此法以苓桂枣甘汤为代表方。本方治疗阳虚水气上冲之“欲作奔豚”，多见于瘰病和妇女更年期综合征。用于瘰病时，以阵发性心悸、发作性的自觉有气从少腹或会阴部向上冲窜、痉挛性腹痛或呕吐为投药指征。用于妇女更年期综合征时，以心动悸或脐下悸、眩晕、头痛等为投药指征。

以上诸法，皆属于仲景“当以温药和之”的范畴。所谓“温药和之”，个人体会，一是温散（或温化），如小青龙汤；二是温补（或温运），如苓桂术甘汤、真武汤；三是温通（或温利），如五苓散。

4.7 清热育阴利水 适用于阴虚有热，水热互结于下焦之证。以发热、口渴、小便短赤或尿急尿频、尿道涩痛或尿血、少腹灼热疼痛、心烦不眠、舌质偏红苔黄、脉浮数或细数为主要临床表现。此法以猪苓汤为代表方。古代医著有本方治疗阴虚热结的血淋、癃闭等病证。现代常用于治疗泌尿系统疾病，如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、泌尿系结石、尿路感染等。治疗慢性肾炎属气阴两虚，蛋白尿反复出现者，可加黄芪、淮山、山楂、玉米须等。治疗肾盂肾炎可合当归芍药散、导赤散等。治疗泌尿系结石急性发作期，有血尿、腰痛、少腹痛者，可合芍药甘草汤以增强解痉止痛之力；缓解期加金钱草、海金沙、鸡内金、石韦、滑石（三金二石汤）等破结化石通淋。治疗老年性前列腺炎，可与济生肾气丸交替服用；若有前列腺增生肥大，则加王不留行、山甲片、皂角刺等活血祛瘀。对于泌尿系结核所致的血尿或血淋，可用本方合二至丸，清热养阴利窍，加大小蓟、夏枯草、胡黄连、白茅根、地榆等凉血止血。

4.8 泻热利湿逐水 适用于水饮阻遏下焦，久而化热，羁留不去之实证，仲景谓之“腰以下有水气”。其临床表现为腰以下水肿、小便不利、口渴、短气喘促、有下水上迫之势、舌苔黄、脉沉弦有力。此法以牡蛎泽泻散为代表方。方中牡蛎咸寒入肾、软坚散结，与利水渗湿药同用则下行水道；泽泻利水走肾，泻肾与膀胱之水；栝楼根除烦解渴，行津液以导水气；蜀漆破癖祛痰，为逐水要药；葶苈子宣泄肺气，泻肺气与诸般水气；商陆苦寒，专于行水以利小便；海藻咸可润下，使水邪从小便而出。诸药合用，泻热散结、逐水化饮之功甚著。此

方用于水热互结之实证,与大陷胸汤证(大结胸)比较,彼则病势更加急迫,以“从心下至小腹硬满而痛不可近”为主症,故须峻下猛攻、泻热逐水;而此则病深势缓,故用药稍微平和;与大陷胸丸证亦属势缓相比,又有水势上下之别。

临床上凡遇肝性腹水、肾性腹水等,若肿势以下为重且体质尚可者,可用本方诸药研末冲服,每次3g,每日3次,利尿效果显著。但本方毕竟药力较猛,易伤正气,不可久服,水肿始消则须培补脾胃,以固其本。

4.9 活血祛瘀逐水 适用于血水互结之证。如《金匱要略·水气病脉证并治第十四》云:“经为血,血不利则为水,名曰血分”,“病有血分水分,何也?师曰:经水前断,后病水,名曰血分,此病难治;先病水,后经血断,名曰水分,此病易治。何以故?去水,其经自下。”这就是血水互结之证,重者为“血分”,轻者为“水分”。仲景虽未言及治疗方药,但结合《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》中云:“妇人少腹满如敦状,小便微难而不渴,生后者,此为水与血俱结在血室也,大黄甘遂汤主之。大黄四两,甘遂二两,阿胶二两,右三味,以水三升,煮取一升,顿服之,其血当下。”由此可知,血分证可用大黄甘遂汤活血祛瘀逐水,方中阿胶养血扶正,使邪去而不伤正。

若血水互结,病势较轻者,可用当归芍药散。本方多用于妇科病血水互结之证,常见症状有腹痛隐隐或拘急,小便不利,少腹胀满,四肢头面微肿,或月经不调、痛经、眩晕、动悸、耳鸣等。对于妇女妊娠水肿,小便不利,腹中隐隐作痛或胎动不安者,可用本方加桑寄生、杜仲活血利水,安胎止痛。

妇女妊娠中毒症,若见全身浮肿,下肢肿甚,按之凹陷不起,面色晦暗,神倦畏寒,少腹冷痛,腰痛酸重,阴部湿冷,四肢清冷,舌质淡而胖嫩、苔白,脉沉而细弱者,属脾肾阳虚,血水凝滞之证,可用当归芍药散合真武汤,加巴戟、仙茅、仙灵脾等温肾健脾,活血利水。

此外,妇女子宫内异位症、慢性盆腔炎、输卵管积水、卵巢囊肿等病变,症见面色晄白、神疲乏力、头晕目眩、白带清稀、腰酸腹胀、小便不利或余沥不尽、肛门重坠、经来腹痛喜按喜温,或按之有包块移动,舌质淡而胖嫩、边有齿印,脉濡缓者,中医辨证属气虚血瘀、血水互结之证,可用当归芍药散合黄芪建中汤益气活血、祛瘀行水。

通下破积逐水适用于水饮停聚、留伏不去、迁延日久而正气尚未甚虚之证。如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云:“病悬饮者,十枣汤主之。”“咳家其脉弦,为有水,十枣汤主之。”“夫有支饮家,咳烦胸中痛者,不卒死,至一百日或一岁,宜十枣汤。”此三条即论述水饮癖积、病重日久、正虚未甚的证治。《伤寒论》152条叙述更详:“太阳中风,下利呕逆,表解者,乃可攻之。其人𦵿𦵿汗出,发作有时,头痛,心下痞硬满,引胁下痛,干呕短气,汗出不恶寒者,此表解里未和也,十枣汤主之。”可见悬饮或支饮久留不去,水饮聚结胸胁,致肝络不和、阴阳升降受阻,非峻下攻积逐水不足以祛除病根,故用十枣汤治疗。如外兼表证,必待表证已解,方可攻下,否则表邪内陷与水相搏,反更生它变。

十枣汤虽有大枣顾护胃气,但毕竟药力峻猛,且为平旦

空腹服药,故须中病即止,不可过剂。仲景于方后注曰:“强人服一钱七,羸人服半钱……若下少,病不除者,明日更服,加半钱。得快下利后,糜粥自养。”即寓祛邪而不伤正之意。本方现已扩大治疗范围,凡水饮积聚、壅滞不通之实证,如渗出性胸膜炎、自发性气胸、肺源性心脏病、心包炎、肝硬化、腹膜炎、癌症、肿瘤等出现胸水或腹水,水饮积聚部位胀满硬痛拒按,大便秘结不通者,均可用之。病势稍轻者,亦可用甘遂半夏汤、己椒藜黄丸(汤),或单味甘遂醋炙研末(每次0.5~1g),水饮一去,即须扶正固本,调理肺、脾、肾,以治水饮之源。如以枣汤冲服(或装胶囊吞服)

发汗散水蠲饮适用于水饮溢于肌表的溢饮证。此证为寒邪与水饮相搏于肌表,闭塞腠理,阻遏阳气,外有寒饮,内有郁热,故见恶寒发热、当汗出而不汗出、身体疼痛而沉重(或身不疼但重)、烦躁、喘咳、脉浮紧等症状。本法以大青龙汤为代表方。方中重用麻、桂发汗,疏通腠理,使水饮从表而去;石膏清热除烦,与麻、杏相伍,又可平喘止咳而利肺之肃降,表里双解,亦寓“开鬼门,洁净府”之意。若表里俱寒而无郁热,脉不浮反沉者,可用麻黄附子汤或麻黄附子细辛汤温经发汗散水;若表寒证较轻,而以面目及四肢浮肿为主,咽干口渴、微汗恶风、脉浮者,此为风邪与水相搏于表、内有郁热之“风水”,治宜发越阳气、散水清热,用越婢汤;脾虚湿胜者,用越婢加术汤,或加茯苓、苡仁;若表虚不固而汗多身重者,可合防己黄芪汤、玉屏风散益气固表,利水除湿。

现代临床运用,大青龙汤可用于肺源性、心源性、肝源性、肾源性水肿有表寒实证(或表寒里热)而正气未虚者,可合五苓散加减;治疗血管神经性水肿、白色荨麻疹、风湿性肌痛等属寒水蕴结于表,营卫不通者,亦可用本方发汗散水蠲饮,但须中病即止,不可多服。调和营卫祛水适用于水湿滞留肌肤,营卫阻遏,湿热交蒸的黄疸证。此证与风水相似,有发热(或自觉身热)、汗出、口渴,但不恶风,汗色黄如柏汁而沾衣(或皮肤湿疹、瘙痒溃烂流水)。风水以肌肤浮肿为主症,黄疸以汗出色黄、皮肤瘙痒或溃烂(久必生恶疮)为主症,此为二者鉴别要点。

本法以芪芍桂酒汤为代表方。方中重用生黄芪为君,既可固表实卫,又可益气祛湿,托邪外出;桂枝、芍药调和营卫,配苦酒泄营中郁热。若表虚不甚者,则用桂枝加黄芪汤,以桂枝汤调和营卫为主,加黄芪托表去湿。临床实际运用中,若湿热郁表日久不去,致营血瘀滞而生恶疮或湿疹溃烂者,可选加清热利湿,解毒化瘀之品,如苦参、苡仁、蒲公英、野菊花、连翘、地丁、地肤子、茵陈、黄柏、白鲜皮、梔子、土茯苓、萆薢、苍术等,或合麻黄连翘赤小豆汤化裁运用,则疗效更佳。著名中医学家赵锡武先生认为,皮肤病的病因与营卫失常有密切关系。所以,他治疗皮肤病多从调和营卫入手,如用桂枝加葛根汤合越婢汤、麻杏薏甘汤、二妙散化裁,酌加归尾、大黄活血解毒,治疗泛发性湿疹(下肢浮肿加鸡鸣散);神经性皮炎(牛皮癣)去二妙散、鸡鸣散加白蒺藜、苦参、皂角刺、蝉蜕、海桐皮、白鲜皮等祛风燥湿之品,屡建奇功。

(收稿日期:2004-11-17)