

从枳实导滞汤论导滞化湿法*

盖沂超^{1,2}, 张妙兴³, 李 宁^{1,2}, 王 寅^{1,2△}

(1. 云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021; 2. 云南中医药大学, 云南 昆明 650500;
3. 云南中医药大学第二附属医院, 云南 昆明 650041)

摘要: 湿邪所致疾病是临床常见病种, 具有病位广泛、病情复杂、容易反复、辨治困难等特点。王寅教授将中医经典中的相关理论综合归纳用于指导湿热蕴结肠腑证的辨治, 运用枳实导滞汤为基础治方取得了较佳疗效。

关键词: 中医经典; 枳实导滞汤; 导滞化湿法; 湿热蕴结; 肠腑证

中图分类号: R242; R249 文献标志码: A 文章编号: 1000-2723(2022)06-0015-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.06.004

王寅教授是云南省名中医, 擅长用中医经典理论指导临床辨证论治。中医经典属于中医之核心, 博大精深, 若能谙熟于心, 成为有源之活水, 诊治时自然可以信手拈来, 得心应手。王寅教授以医圣张仲景所著《金匱要略》为核心, 融《内经》《伤寒论》《温热论》《湿热病篇》《温病条辨》等相关内容, 将之整理归纳, 使知识体系更具连续性、系统性, 以便指导临床应用。王寅教授强调, 如同中国文化从未有过断层一样, 中医经典亦蕴含着延续性的特点, 虽研究领域各有所偏重, 但其知识系统必然存在内在联系, 寻找其中关联并将之融合贯穿是学习中医的重要环节。

湿病是临床常见病种, 因其具有“广泛性”“复杂性”“反复性”等特点, 诊治不易^[1-2]。该病在《中医内科学》中的相关论述略显单薄, 反观中医经典中相关论述颇丰, 深入学习可有助于提高诊治水平。

1 经典对湿的基本论述

1.1 《内经》^[3]中的论述丰富且全面 湿在《内经》于天文、地理、医学等方面中均有所提及, 涵盖了六气及六淫之范畴。与太阴、阳明、润、地泥、中央、土、甘、肉、肺、濡、化、黄色、盈、倮虫、濇、云雨、注、溃、思、镇蒸、丰备等相关。多因气候异常、环境潮湿、饮食失调、脏腑功能失调引发湿邪, 肌肉、筋脉、腧穴、脾胃等为侵

犯人体途径。湿与脾关系尤为密切, 常从下焦侵袭人体, 并可影响全身。导致“泄泻”“着痹”“痰饮”“腹满”“痞”“肉溃皮拆而水血交流”“耳聋”“喉痹”“小便不利”“赤白带下”等病症。治疗上提出“风可以胜湿”“急食苦以燥之”“平以苦热, 佐以酸辛, 以苦燥之, 以淡泄之……治以苦温, 佐以甘辛, 以汗为故而止”“治以苦冷, 佐以咸甘, 以苦平之”“治以苦寒, 佐以苦酸”等。相关方药包括兰草汤、鸡矢醴、泽泻饮等。针灸提出“湿气及体……故取俞以写阴邪”“湿行于上……当刺足太阴之所入”等。并有“禁温食饱食、湿地濡衣”的调护禁忌。《内经》对其认识较为丰富且全面, 相较而言, 详述其特性、病机、引发病症, 提出了治则亦涉及到调护, 略述治疗方药。

1.2 《伤寒杂病论》^[4]的论述集中在诊治方面 《伤寒论》中有关湿的论述贯穿六经病各篇。原文中明确提到“湿”的有: 桂枝附子汤证、去桂加白术汤证、甘草附子汤证, 且提出寒湿邪可导致发黄, 但未给出治方。《金匱要略》中与湿邪有关的杂病不胜枚举, 如湿病、狐惑病、疟病、中风病、历节病、咳嗽上气病、奔豚气病、胸痹病、腹满病、肾着病、痰饮病、水气病、小便不利病、淋病、黄疸病、呕吐病、下利病、浸淫疮病、手指臂肿、癰疽、妊娠腹痛、子淋、子肿、产后腹痛、梅核气、

收稿日期: 2022-08-16

* 基金项目: 云南省第五批中医师带徒项目(云卫中发展法[2020]2号)

第一作者简介: 盖沂超(1978-), 男, 硕士, 副教授, 主要研究方向: 外感热病的发生发展与证治规律研究。

△通信作者: 王寅, E-mail: 304754252@qq.com

水血互结等病证。在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》中,提出了“湿伤于下”“湿留关节”。《金匱要略·痙湿喝病脉证治第二》中对外湿病进行了专门论述,以身体、关节疼痛为突出症状,可伴见发热、身黄,治法为微发汗和利小便。除与《伤寒论》相重合之方证,还载有麻黄加术汤证、麻杏苡甘汤证、防己黄芪汤证,忌大汗、忌火、禁下,体现出用温阳之品助阳除湿的治疗思想。《伤寒杂病论》突出辨证论治之精髓,弥补了前人在证治方药上之不足。

1.3 温病学派^[1]论述较为丰富 在继承之前经典中理法方药的基础上,从自身学术特色出发,以叶天士、薛生白、吴鞠通、王孟英为代表的温病学派所论之湿邪实以湿热互结为主。病因、病位上提出“内外相引,故病湿热”“湿热之邪从表伤者十之一二,由口鼻入者十之八九”,即邪多为内外合邪,由口鼻而入,易伤及脾胃。治疗上提出“分消上下之势……如近时杏、朴、苓等类,或如温胆汤之走泄”“湿邪内搏,下之宜轻”“湿盛则阳微也……通阳不在温,而在利小便”,并以三焦分治:上焦用药宜草果、槟榔、鲜菖蒲、芫荽、六一散、皂角、地浆水、枳壳、桔梗、淡豆豉、生山栀、葛根等;中焦用药宜柴胡、厚朴、槟榔、草果、藿香、苍术、半夏、干菖蒲、六一散、藿梗、薏仁、杏仁、枳壳、桔梗、郁金、佩兰叶、大豆黄卷、连翘、绿豆衣、白虎加苍术汤等;下焦用药宜滑石、猪苓、茯苓、泽泻、萆薢、通草、酒炒川连、生地、芪皮、桔梗、杏仁、大豆黄卷等。且提出了“湿温三禁”“气化则湿亦化”的治法及三仁汤、三石汤、加减正气散、黄芩滑石汤等治方。温病学派对湿邪伤人的途径和治疗均另有建树,提出湿热之邪多为内外相引,主要从口鼻而入,热盛者易伤阳明,湿盛者易伤太阴。总以清热化湿为治,根据具体情况三焦分治:上焦主治以辛通、涌泄之品;中焦,按湿热偏重区分,湿盛者仿达原饮疏利透达,重用辛开,伍以芳化;湿热参半者,燥湿之中佐以清热;热多湿少者以清热为重,治用白虎汤化裁;下焦治疗上注重渗利湿邪,配伍以开泄中上之品。温病学派各医家为后世提供了诸多治疗湿热之经典方药,并提出治疗时应注意患者体质及治禁。

2 王寅教授临证经验

通过以上对经典中部分知识的梳理,秉承《内经》,继承于《伤寒杂病论》,发扬于温病学派的三焦分

治理论阐明,湿病诊治须明辨其病位病势,后世论治亦多凭此发挥。湿若与热相结则可蒙上流下,证候繁多,难以一一详述,现仅就湿热积滞搏结肠腑证加以讨论。

《素问·太阴阳明论》:“伤于湿者,下先受之”,《灵枢·邪气脏腑病形》:“身半以下者,湿中之也”,《灵枢·百病始生》:“风雨则伤上,清湿则伤下”,《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》:“湿伤于下”等论述均体现湿邪有下趋易伤人下焦的特性。但若湿热相搏,因火(热)性炎上,热蒸湿动则邪气可呈弥漫之势而蒙上流下,此时须辨明其病位及病势才能因势利导、顺势而行,为治疗提供核心依据。其临床症状虽然复杂多变,但正如仲景所言“但见一证便是,不必悉具”,在诸多症候群中牢牢抓住核心症候是进行精确辨证并实施论治的重要前提。湿热积滞搏结肠腑证乃因湿热搏结停滞于肠腑所致,《素问·灵兰秘典论》:“大肠者,传道之官,变化出焉”,《素问·五脏别论》:“魄门亦为五脏使”即指出观测大便性状是分析大肠病变的重要指征。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治第十一》:“大肠有寒者,多鹜溇;有热者,便肠垢”,表明大便黏滞、垢腻不爽是湿热下注肠腑证的核心症状之一。基于以上理论,王寅教授在繁杂的症状中,紧扣大便是否黏滞及排出是否顺畅为湿热下注肠腑证的辨证眼目。但是在临床问诊过程中发现,因生活习惯改变,如今很多患者并不关注自己排便的情况。这方面需要医生和患者多做沟通,加强其重视程度,认真观察并反馈才能提升诊断水平。

中医经典里对水湿类疾病治法的论述颇多。《素问·汤液醪醴论》:“开鬼门”“洁净腑”“去苑陈莖”。《金匱要略》:“微发汗”“利小便”“诸有水者,腰以下肿,当利小便;腰以上肿,当发汗乃愈”“病水腹大,小便不利,其脉沉绝者,有水,可下之”等。温病学派则以三焦分治为其特色,同时强调须细分湿、热的偏重,如《湿热病篇》:“湿多热少则蒙上流下,当三焦分治,湿热俱多则下闭上壅而三焦俱困矣”,《温病条辨》:“治中焦如衡,非平不安”。湿热下注肠腑证者,因六腑以通为用,除了利小便外,亦须注重使用下法。《素问·阴阳应象大论》:“其下者,引而竭之”“其实者,散而泻之”,为下法提出了理论根据。湿热下注肠腑证之攻下,与阳明腑实证之攻下不同,叶天士提出“此多湿邪内搏,下之宜轻”,即所谓的轻法频下。可惜,叶氏虽然

指出了治法,但并未提供具体方药。将之践行的是“绍派伤寒”创始人俞根初,俞氏结合六淫致病理论,以六经统摄三焦、气血辨证,既不同于伤寒学派,又异于温病学派,自成一派,他创制的枳实导滞汤为轻法频下的代表方。《重订通俗伤寒论》将其用治伏暑伤寒:“传二肠则伏邪依附糟粕,即用枳实导滞汤,苦辛通降,从大便而解”;及治夹食伤寒停于肠中宜下者:“小枳实二钱,生锦纹钱半酒洗,净楂肉三钱,尖槟榔钱半,薄川朴钱半,小川连六分,六合曲三钱,青连翘钱半,老紫草三钱,细木通八分,生甘草五分”。王寅教授认为:方中大黄钱半,枳实二钱,厚朴钱半,正因剂量较少,攻下之力不强而可反复使用,体现轻以去实的治疗思想,故温病学派将其作为轻法频下之代表剂。槟榔功能消谷逐水,宣脏利腑,攻坚行滞,破痰癖^①,与小承气汤相配伍可导滞下行。让邪气有出路是重要的中医治疗思想。湿邪之性本就趋下,且其邪在肠腑,故以本方因势利导,行气导滞通便,导邪从大便而出。张仲景“病痰饮者当以温药和之”,吴鞠通“气化则湿亦化”之论,均表明宣畅气机对治疗湿邪的重要性,与本方行气化湿之思路相类,故俞根初之枳实导滞汤以枳实通肠腑之气。肺与大肠相表里,常可于枳实导滞汤中合用杏仁、桔梗。方中的木通,如今部分医者因关木通含有对肾损害的成分而弃之不用。王寅教授认为“无毒不成药”,不言剂量只谈毒性不符合药理,且临床上如今主要运用川木通,若弃之则渗利不足会影响祛湿之力。方中之紫草、大黄均为血分药。湿邪蕴结日久可由气分深入血分,故治疗时须配伍血分药。在治疗水液代谢异常疾病中需要加入血分药的思路源于《素问·汤液醪醴论》之“去菀陈莖”。发展于仲景《伤寒杂病论》,其中治疗小便不利病和水气病中运用蒲黄等品已有佐证。枳实导滞汤组方亦有此思想,气血分药合用,体现对湿热类疾病气血同调的治疗特色。黄连苦寒清热坚阴,神曲、山楂消导积滞。综上,枳实导滞汤能体现攻下、渗利、行气、活血、破积、消导、清热的治疗思路,王寅教授以此为基础方治疗湿热蕴结者疗效较佳。随症加减方面,若需开宣肺气者可合用杏仁、桔梗等;若需助肝疏泄者可合用茵陈、白芍等;若需助脾化湿者可合用茯苓、白术等;若需通络者可合用蜈蚣等。

3 案例举隅

周某,女,23岁。因失眠半个月前来就诊。患者自述睡眠较差,入睡难,多梦,凌晨5时易醒。自述平时学习不紧张,但就业压力较大。半年前曾出现月经异常,自服“黄体酮”后,恢复正常。纳差,伴腰酸。大便2~3次/d,量时多时少,黏滞。舌尖红,苔薄白。脉细弦。诊断为不寐,辨证为湿热积滞,浊邪扰心。治以枳实导滞汤加减:炒枳实8g,厚朴8g,槟榔12g,茵陈15g,杏仁10g,桔梗10g,薏苡仁30g,茯苓20g,白术12g,竹茹8g,法半夏10g,夏枯草10g,远志10g,大黄(另包)6g。7剂,水煎服,每日3次。随访后患者表示服药4剂后已能安睡如常。

按语:本案患者纳差、大便黏滞等为湿热蕴结之象,此为辨证之眼目,因湿邪蕴结,郁而化热,浊热扰心出现失眠。故治用清利湿热之法,导滞外出。选用枳实导滞汤为基础方,轻法频下以导浊邪从下而出。配伍竹茹以除扰心之浊邪;半夏、夏枯草以交通阴阳;杏仁、桔梗开宣肺气则源清流自洁;茯苓、白术可健脾除湿。全方并未使用安神之品而可治疗不寐,体现辨证论治之思路。

4 小结

湿病证治复杂,难以枚举,本文仅针对性的从经典整理及枳实导滞汤的运用方面总结王寅教授使用导滞化湿法的诊治要点。王寅教授紧扣大便是否黏滞及排出是否顺畅为湿滞肠腑的辨证眼目,灵活使用气血同调之枳实导滞汤化裁治疗,为我们梳理了该类疾病的诊治思路,提供了辨证论治的临床范例。

参考文献:

- [1] 唐雪春. 试述《金匮要略》论湿病的特点与不足[J]. 云南中医学院学报,2002(3):38-39.
- [2] 支英豪. 浅谈温病固护阳气[J]. 云南中医学院学报,2002(2):23-24.
- [3] 佚名. 黄帝内经[M]. 人民卫生出版社影印本. 北京:人民卫生出版社,2013.
- [4] 成无己. 注解伤寒论:金匱玉函经[M]. 人民卫生出版社影印本. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [5] 宋乃光,李瑞,赵自强. 温病八大名著[M]. 北京:中国中医药出版社,1995.
- [6] 李中梓. 雷公炮制药性解[M]. 北京:人民军医出版社,2013.