

## · 学术论坛 ·

## 从六经病机览视水饮辨治规律

吴斌 刘英锋

**【摘要】** 本文从水饮病变的来去关系上,系统分析和列举了六经病变与水饮病变的标本联系,突显了六经气化与水液代谢之间的丰富联系,发现各经病变与水饮病变的联系,主次疏密各有不同,如少阳病因三焦之腑的独特而与水饮关系甚密,阳明病则因气主燥化而与水饮关系较为疏远;另外本文通过系统联系、分析与归纳仲景六经病中的辨治水饮方证内容,可全面认识因六经气化异常而产生的不同水饮病证,发现彼此不同的发病机理、证候特点及治疗方法,如太阳感寒汗滞肌肤之溢饮或风水,方选大青龙汤、越婢汤等发汗散饮,少阳饮停膈膜而病悬饮,方选十枣汤因势利导泻利逐饮。

**【关键词】** 水饮; 六经; 证候分类

**【中图分类号】** R241.5 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.12.007

《伤寒论》和《金匱要略》记载了诸多仲景辨治水饮的条文,如小青龙汤、五苓散、真武汤、木防己汤、十枣汤等约有 40 多个方证。笔者曾总结姚荷生先生从三焦论水饮的学术思想,提出了“水饮病变应着眼于三焦及其与它脏的特殊联系,才能执简驭繁、知常达变”的辨证分类思路,即水饮内停之处不离三焦膈膜地带,但随其起病之源不同,则有始于三焦自身气化受阻、水停始于本腑,继而可溢及它脏者(如四饮之痰饮、溢饮、支饮、悬饮),还有本于它脏气化动力失常,因而津停为水、水聚为饮,进而回流三焦不同地带者(如五水之肺水、心水、脾水、肝水、肾水)。再结合病因病机的寒热虚实的差异加以分别,即可使纷繁复杂的水饮证治内容得到一个比较系统而清晰的认识与归纳<sup>[1]</sup>。

通过对经典的学习与临床实践,笔者认为仅从脏腑辨证来认识水饮病证,虽然抓住了水饮辨证的核心,但还不足以掌握水饮辨证的全貌,因为导致阳气布化水液不利这一共性病机的病因与病位,绝不限于纯粹内伤气血津液的脏腑病变,其因兼夹外感而扰动六经气化,继而续发脏腑机能、水液代谢异常。因此,要全面认识水饮病的发生、发展、转变,有

必要从六经与水饮的病机联系上分析仲景辨治水饮的方证内容,才能比较系统全面地掌握水饮病证的演变特点及其辨治规律。

## 1 太阳病与水饮病的关系

“太阳之上,寒气主之”,而水为寒之质,膀胱为“州都之官,津液藏焉,气化则能出矣”,又为太阳水腑,因此,太阳病变,尤其是外感风寒,与水饮病变关系十分密切。具体来说,有以下两种联系:

### 1.1 风寒束表,水滞肌肤

即太阳感寒,外束皮毛肌腠,使太阳经气郁滞,正常汗液不得从体表排出,因而停聚为水,滞于肌肤之下,引发溢饮或风水。

如:风水挟热郁太阳之表之越婢汤证,症见浮肿、怕风、微汗出、脉浮(《金匱要略》第十四篇第 23 条);风寒外束太阳之表兼内有郁热之大青龙汤证,症见腰以上肿,恶寒发热,不汗出烦躁甚(《金匱要略》第十二篇第 23 条、《伤寒论》第 38 条)。

### 1.2 寒湿内传,内动水饮

即太阳感寒或受湿,未得及时外解,而循经内传,因受寒性之凝敛或湿性之粘滞的作用,津液停滞为水,或聚留为饮。

若病势在上则成风寒外束,水饮射肺的小青龙汤证,症见恶寒发热无汗、咳喘或吐涎沫,若饮中郁热,可再加石膏兼治(小青龙加石膏汤),(《伤寒论》第 40 条、第 41 条、《金匱要略》第七篇第 14 条);若病势流中,则成风寒不解,水饮中阻的桂枝去桂(应为“去芍”)加苓术汤证,症见恶寒发热无汗、心下满微痛,小便不利(《伤寒论》第 28 条);若病势注下,则成表寒未罢,水蓄膀胱的五苓散证,症见小便不利而渴,小腹硬满或胀急,发热微恶寒,脉仍浮(《伤寒论》第 71 条)。

基金项目:江西省自然科学基金资助项目(20122BAB205078);江西省卫生厅中医药科研计划重点项目(2008Z03)

作者单位:江西中医药大学临床医学院[吴斌(硕士研究生)];江西中医药大学附属医院杂病科(刘英锋)

作者简介:吴斌(1989-),2011 级在读硕士研究生。研究方向:中医临床基础学、经典方证的分类研究。E-mail:13732963676@163.com

通讯作者:刘英锋(1960-),博士,教授。主任中医师,博士生导师。研究方向:中医临床基础学、经典辨证纲领的统一性研究。E-mail:nfengyingliu@163.com

可见,太阳病常为引发水饮病变的主要来路与源头。因此在辨治水饮时,要特别注意是否兼夹太阳表证。

## 2 少阳病与水饮病关系

“少阳之上,火气主之”,水火势不两立,少阳主气为病,本当火盛水衰,为病多热,而少有水饮病变产生。但少阳在人为手足两经合化,其中手经司令,足经从化,而手经三焦,为“决渎之官,水道出焉”,亦为水腑,故也有病水,若于外感病中,寒湿阴邪犯及少阳,滞郁三焦,令其气化失职、水道不畅,则多病水湿痰饮之患。详审仲景书中,涉及少阳三焦的水饮痰湿的病证不在少数,只是以往对三焦实质与功能的界定模糊,对水饮与火热夹杂为病的辨证也疑惑颇多,因而对三焦病水认识不够充分。先师姚荷生曾对三焦腑病的常见证型进行过系统的整理分类,其中,水饮病证就是其中主要部分<sup>[1]</sup>。

### 2.1 气机不利,则病水滞

即外感风寒,三焦气滞,枢机不利,水道不畅,兼病水饮。如:外感风寒,火郁水滞,可成小柴胡汤加减证,症见胸胁满痛,头眩喜呕,或咳或悸,或心下满,或小便不利。宜用小柴胡汤加干姜、陈皮、茯苓之类<sup>[2]</sup>。

### 2.2 饮停膈膜,则病四饮

如饮停膈间,则病支饮,症见咳逆倚息不得卧,短气,其形如肿者,可与葶苈大枣泻肺汤之类(《金匮要略》第七篇第 11 条);饮流胸胁,则病悬饮,症见心下痞硬满,引胁下痛,干呕短气者,可与十枣汤之属(《伤寒论》第 152 条、《金匮要略》第十二篇第 22 条);饮溢四肢,则病溢饮,症见身体痛重,不得汗出者,可与小青龙汤(《金匮要略》第十二篇第 23 条);饮停心下,或走肠间,则病痰饮,症见心下痞满,或呕或利,吐利反快者,可与小半夏加茯苓汤或半夏甘遂汤(《金匮要略》第十二篇第 30 条、第 18 条)。

### 2.3 水火交结,则病结胸

如结于胸中,则成大陷胸丸证,症见发热,膈内拒痛,连及颈项,如柔痉状,但头汗出(《伤寒论》第 131 条);结于心下,则成大陷胸汤证,症见发热,心下硬痛拒按,连及少腹,大便难,短气烦躁(《伤寒论》第 134 条、第 135 条、第 137 条);结于小腹,则成大黄甘遂汤证,症见妇人产后月事不行,发热,小腹满如敦状,小便微难(《金匮要略》第二十二篇第 13 条)。

可见,少阳病常为引发水饮病变的主要来路与源头。在辨治水饮时,还要特别注意有无始发于太阳的表证兼夹存在。

## 3 阳明病与水饮病的关系

“阳明之上,燥气主之”,而胃为燥土、肠为燥金,善长消水,故阳明为病,就其燥热主证而言,多令津液相对不足,较少直接引发水饮病变。但或有燥化不及而病虚寒者,则可反受水饮侵犯,渍入胃肠而病呕利。具体来说,有以下几种类型:

### 3.1 三焦病水连及胃肠

即因为少阳三焦为水道,三焦膜裹连胃肠,因而三焦病水,则可因比邻关系,水渍入胃而病呕吐、或水渗入肠而病下利。

若水饮中阻,逆犯于胃之小半夏汤证,症见心下痞胀,呕逆不渴(《金匮要略》第十二篇第 28 条);水饮中阻,渗走肠间之半夏甘遂汤证,症见心下坚满,下利乃快(《金匮要略》第十二篇第 18 条)。若水饮下阻,与热相搏,渗积肠间,则病腹满胀大,口干舌燥,但二便不利者,则成己椒苈黄丸证(《金匮要略》第十二篇第 29 条)。

### 3.2 肝脾病水乘溢胃肠

即因为胃脾互为表里、肝胃木土相克的关系,肝脾病水,也会及肠乘胃,形成太阴、厥阴病兼阳明的夹杂证候。

总之,阳明病多不是水饮病变的来路与源头,但却可成为水饮病变的影响地带与传变之处,在辨治水饮时,要特别注意有无阳明继发病变兼夹存在。

如寒饮中阻之半夏干姜散证,症见恶寒干呕、吐逆、吐涎沫等,即为脾寒动饮而旁及胃腑;故方与半夏治标、干姜治本(《金匮要略》第十七篇第 20 条);有寒饮上逆之吴茱萸汤证,症见巅眩、吐涎、干呕、胃痛等(《伤寒论》第 378 条),即为肝寒动饮上逆犯胃,故方与吴茱萸温肝散寒治本,生姜温胃化饮治标,而所以用人参、大枣安抚中土,乃病必有胃气先虚,否则阳明燥热之经,不足以受寒病饮。

由上可知,阳明病一般不会成为引发水饮病变的源头,但却可成为水饮病变的影响地带与传变去处,因此,在辨治水饮时,也要注意有无病及胃肠的继发病证存在。

## 4 太阴病与水饮病关系

肺为水之上源,脾为水之中州,“太阴之上,湿气主之”,水湿相类,异流同源,太阴之经与水液代谢有着密切关系。外感寒湿与内伤饮食,皆能引起脾肺两脏气化功能异常,导致水饮内生。

### 4.1 风邪上受,风水外溢

即太阴伤风,手经先受,肺气不宣,水溢于上,则病风水,症见一身浮肿,汗出恶风,甘草麻黄汤主之(《金匮要略》第十四篇第 25 条);若兼郁热,则成越婢汤证,症见咳而上气,其人喘,目肿如脱,脉浮大(《金匮要略》第十六篇第 13 条)。

### 4.2 寒邪犯上,寒饮内停

即客寒伤肺,内动水饮,则病喘咳,症见咳喘、胸满,喉中鸣响如水鸡声,射干麻黄汤主之(《金匮要略》第七篇第 6 条),表解后,喘减,咳嗽、胸满不除者,以苓甘五味姜辛汤续治之(《金匮要略》第十二篇第 37 条)。

### 4.3 脾阳不振,水中停饮

即误治伤阳,气化不利,水停中州,则病痰饮。症见心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧者,即成茯苓桂枝白术甘草汤证(《伤寒论》第 67 条、《金匮要略》第十二篇第 16 条),此为温阳化饮之代表方证。

#### 4.4 寒伤脾阳,水饮逆胃

寒中太阴,阳不化气,水停中州,寒饮上逆,则病寒疝。症见心胸中大寒痛,呕不能食,腹中寒,上冲皮起,出见有头足,上下痛不可触近者,大建中汤主之(《金匮要略》第十篇第 14 条)。

由上可见,太阴病既是水饮病的好发之源头,也是水饮病的并发之地,两者关系之密切自不言而喻。

### 5 少阴病与水饮病的关系

“少阴之上,热气主之”,本主热化,但心火肾水,各主南北,势均力敌,因此,少阴为病之常,则有热化太过与热化不及两途。热化太过,则阴液不足,固无水患,但若热化不及,阳气不足,则难免火不制水而水气泛滥。

#### 5.1 心火不足,肾水上凌

即误治伤阳,心火不能下制肾水,则反为水克。如伤寒,发汗后,其人脐下悸,欲作奔豚者,茯苓桂枝甘草大枣汤证是也(《伤寒论》第 65 条)。

#### 5.2 寒伤心肾,阳虚水泛

即寒中少阴,阳气不振,气不化水,寒水内泛。如症见身寒,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利,其人或咳,或呕,甚至心下悸、头眩,站立不稳欲扑地者,真武汤主之(《伤寒论》第 82 条、第 316 条)。

#### 5.3 久病及肾,气不主水

即病久伤肾,阴阳两伤,气化不足,水气内停。如症见虚劳腰痛,下肢水肿,小便不利或短气有微饮者,肾气丸主之(《金匮要略》第二十二篇第 19 条)。

#### 5.4 湿热伤肾,阴虚水逆

即热邪合湿,病及少阴,热伤其阴,湿阻其气,湿热相合,则病阴虚水逆。如症见发热、口渴欲饮,小便不利,脉浮,猪苓汤主之(《金匮要略》第十三篇第 13 条、《伤寒论》第 223 条)。

### 6 厥阴病与水饮病的关系

“厥阴之上,风气主之”,风本胜湿,也主消耗,故厥阴风盛,多病津液不足而少有水饮之患,但若厥阴郁滞,风气不及,则津液不行,续发水饮。

#### 6.1 肝气郁滞,津随气停

即肝主疏泄,调畅全身气机,疏导水液运行,若病及厥阴,阳郁气滞,水道失畅,水津停滞。如四逆散证,即在气郁四逆、腹痛、下重的基础上,继发或咳,或悸,或小便不利等水饮病症,故可在柴胡、枳实调理气机的同时,加干姜、桂枝、茯苓之类,兼以化饮、利水(《伤寒论》第 318 条)。

#### 6.2 肝血瘀滞,津随血停

即肝主藏血,血能载津,若病及厥阴,血少或血瘀,则“血不利则为水”,常致血水同病。如桂枝茯苓丸证,妇人经断三月,而得漏下不止,脐上“胎动”者,即血郁水停,发为癥瘕假胎(《金匮要略》第二十篇第 2 条)。此方现还常用于妇

科经行水肿、慢性盆腔积液等。

### 7 小结

通过上述从六经分类的角度对水饮证治内容进行的系统梳理,可以得到如下认识:(1)六经辨证与水饮病的关系,是病位六经与病因水饮的交叉关系。即不仅伤寒可以病及六经,水饮也可病及六经,伤寒有六经之分,水饮也有六经之异。以此眼光去审视水饮病证治分类,将会对水饮病的辨证论治更加深入和精准。将水饮病分类为四饮,并未明确具体病位,而由六经追究,则需明确水饮侵犯之病位为何经,影响的是该经之体表还是该经之内脏,弥补脏腑辨证失于辨水饮表证的不足。(2)六经辨证与水饮病的联系,是阴阳气化与脏腑气机在水液代谢上的反映。即与六经病机与水饮病变存在着多种气化联系,各经病变与水饮病变的联系,主次疏密各有不同。其中,太阴病、少阴病主要是通过肺脾肾三脏的功能联系;而少阳病因三焦之腑的独特关系,成为与水饮病变关系最密的阳经;太阳病则是水饮病变的主要源头;厥阴病是水饮病变发于内伤气郁的重要环节;阳明病则是与水饮病变关系较为疏远的一经。(3)从六经六气病机辨治水饮病,可以从发病之源头认识水饮病变的机理,弥补脏腑辨证只论功能、忽略气化的局限,进而掌握水饮辨证论治的全程与全貌。中医学的理论特点是首重气化,再论功能。各经气化正常气血阴阳才能正常运行,若外邪(六淫等)入侵或者内伤影响六经气化(六经各有气化主气),导致脏腑机能动静偏颇,续发水液代谢异常,再因六经气化各异,形成各种不同的水饮病证特点。本文通过系统联系、分析与归纳仲景六经病中的辨治水饮方证内容,可以全面认识因六经气化异常而产生的不同水饮病证,发现彼此不同的发病机理、证候特点及治疗方法,特别是把水饮病证的治疗与寒热六气的调节有机地结合起来,可使临床对其辨治思路更广、认证更确、疗效更好。

总之,人身作为一个有机的整体,水饮病变的发生、发展、转变,不仅与各脏腑机能,而且与各经气化,都会发生直接或间接的复杂联系,若要比较全面地认识、掌握水饮病变的辨证论治规律,势必要从标本源流的关系上,认识六经气化与脏腑水液代谢之间的丰富联系。本文从仲景方证的对比分类入手,已能初步显示六经气化异常与水饮病变的在辨证论治上的一般规律,这对于运用六经理论指导临床辨治杂病不失为一个有效的范例。

### 参 考 文 献

- [1] 刘英锋,邓必隆. 姚荷生从三焦论水饮[J]. 江西中医药, 2000,31(5):1-3.
- [2] 刘英锋,刘敏. 试从三焦理论认识柴胡类证的证治规律[J]. 中国医药学报,2002,17(12):715-718.

(收稿日期:2013-09-10)

(本文编辑:董历华)