
中医痰病学术研究的历史、现状及未来

中国中医研究院基础理论研究所

潘桂娟研究员（医学博士）

目 录

一、中医痰病学术的历史源流	1
（一）秦汉时期	1
（二）晋隋唐时期	2
（三）宋金元时期	6
（四）明清时期	12
（五）近代	22
二、中医痰病学术的发展现状	23
（一）基础研究	23
（二）临床研究与应用	30
三、中医痰病学术未来发展的思考	54
（一）痰病研究的现代意义和总体目标	54
（二）痰病研究的主要内容和近期重点	57
主要参考文献	58

中医痰病学术体系，萌芽于秦汉，发端于晋唐，发展于宋元，兴盛于明清，近现代取得了长足的进步，在两千多年的发展过程中，由于历代医家和学者的研究与应用，在理论与实践两方面，不断充实与进步，到清末已具有丰富的学术内涵，成为中医药学术宝库中独具特色的组成部分。痰病学术，既不是束之高阁的理论，也不仅是口传心授的经验。其自宋元以来，以其普遍应用、疗效独特的实用价值而受到临床医家的广泛重视，而且始终是中医药学术体系的重要分支，而成为探讨研究的热点。以至当代的一些中西医结合学者，也对此开始重视与研究。中医痰病学术的内涵及其科学性、实用性，决定了其经久未衰，不断进步的历史必然。由中国中医研究院基础理论研究所主持召开的全国首届及本届中医痰病学术研讨会，就是在当代医家和学者研究工作的推动下，本着在这一领域共同研究、相互交流、彼此促进的学术目标组织召开的。下面我就中医痰病学术研究的历史、现状及未来，做概要的报告以抛砖引玉。

一、中医痰病学术的历史源流

（一）秦汉时期

从现可见文献分析，中医痰病学术萌芽于先秦及两汉时期。如：成书于秦汉之际的《神农本草经》中，已有“胸中痰结”、“留饮痰癖”之类的记载。其云：“恒山，味苦寒。主治伤寒热，热发温疟，鬼毒，胸中痰结，吐逆。一名互草。生川谷”。“巴豆，味辛温有毒。主治伤寒温疟寒热，破癥瘕结聚坚积，留饮痰癖，大腹水肿，荡涤五脏六腑，开通闭塞。利水谷道，去恶肉，除鬼毒蛊注邪物，杀虫鱼。一名巴椒。生川谷”。与此相关的记载，如：“大黄，味苦寒有毒。主下瘀血，血闭，寒热，破癥瘕积聚；留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。生山谷”。“薤花，味苦寒。主治伤寒温疟，下十二水，破积聚大坚症瘕，荡涤肠胃中留癖饮食，寒热邪气，利水道。生川谷”。除以上药明确论及于痰饮之外，至今常用的治痰（饮）药物，如：菖蒲、远志、旋覆花、白术、栝蒌、款冬花、桔梗、贝母、麻黄、泽漆、芫花、大戟、葶苈、半夏、薤花、蜀漆、恒山、商陆、大黄、射干、茯苓、厚朴、枳实、巴豆、皂荚、白僵蚕等，《神农本草经》中也已收载。

与《神农本草经》时代相近的《黄帝内经》中，虽然对人体气血的运行，津液的转输，饮食精微物质的受纳及消化、吸收、代谢过程，已有较多的论述，但全书未明确论及痰的概念。关于与痰病相类的症候则多有记载。如：《素问·评热病论》云：“劳风法在肺下，其为病也，使人强上冥视，唾出若涕，恶风而振寒，……咳出青黄涕，其状如脓，大如弹丸，从口中若鼻中出”。《素问·通评虚实论》云：“凡治消瘴，仆击，偏枯痿厥，气满发逆，肥贵人，则高粱之疾也”。此外，《灵枢·刺节真邪篇》云：“有所结，气归之，卫气留之，不得反，津液久留，合而为肠溜。久者，数岁乃成，以手按之柔。已有所结，气归之，津液留之，邪气中之，凝结日以易甚，连以聚居，为昔瘤，以手按之坚”。可见当时已认识到“瘤”的发生，与津液留结有关。而从中医学的理论与实践来分析，津液留结便是痰浊，气滞津结痰凝，可形成瘤。而这里所言津液久留所生“瘤”，有“以手按之柔”和“以手按之坚”两种病状，也是临床上的客观存在。此外，《内经》十三方中，半夏汤、半夏秫米汤、生铁落饮等，均有化痰之效。

至于一些学者提到，长沙马王堆汉墓出土的帛医书《五十二病方》中就有至今治痰常用的药物，如半夏、皂荚、牡蛎、杏仁，及服零（茯苓）、白付（白附子）、虻（贝母）等，亦可资参考。

到东汉，张仲景所著《伤寒论》与《金匱要略方论》中，已出现有关痰饮证治的明确论述。如：《金匱要略方论》中的“痰饮咳嗽病脉证并治篇”，提出“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则，并据饮邪所在不同部位而出现的各种不同主证，将其病变分为痰饮（狭义）、悬饮、溢饮、支饮四类，并提出主治方剂体现出不同的治疗方法及用药特点。但从此篇所论病变的特点看，基本属于饮邪为患、虽与痰相关，但与此后所云痰浊致病，在病机、证、治上均有着显著的區別。但同是张仲景所论的另外一些病证，虽未明言“痰”病，但确与痰浊密切相关。如：《伤寒论》中的小陷胸汤证、大陷胸汤证；苦酒汤证，甘草汤证、半夏散及汤证、三物白散证，以及《金匱要略方论》中的栝蒌薤白白酒汤证、栝蒌薤白半夏汤证等，均属于痰浊证治范畴。

（二）晋隋唐时期

中医痰病学术理论，发端于晋隋唐时期，其代表作为隋·巢元方等撰《诸病源候论》。此外，在此之前的《名医别录》《肘后备急方》《集验方》，要其后的《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要方》为代表的唐代方书中，对治痰药物与方剂的论述已显著增多。标志着痰病学术从理论、临床两方面，开始了一个新的发展阶段。

首先，从成书于魏晋之间（公元220年～420年）的《名医别录》对疾病用药的记载，已较《神农本草经》明显增多，同时在某种程度上反映了痰病理论的进步。如《名医别录》中记载了朴硝、茯苓、细辛、柴胡等20种药物，治疗“停痰痞满”、“腹中痰实结搏”、“膈痰水”、“胸中痰痹”、“心下结痰痞气”、“痰冷”、“痰热”、“痰满”等病变的功效。其云：朴硝主“停痰痞满”，芒硝主“腹中痰实结搏”，茯苓治“膈中痰水”，主“消痰水，逐皮间风水结肿”，细辛“破痰”，柴胡主除“诸痰热结实”，兰草除“胸中痰痹”，核“破心下结痰气”，黄芩“主治痰热”，前胡“主治痞满”、“去痰实”，厚朴“消痰”，淡竹叶“主治胸中痰热”，枳实“主除胁痰解”，松萝“主治痰热”，槟榔“除痰解”，生姜“去痰”，芫花“消胸中痰水”，薤花“主治痰饮咳嗽”，旋覆花“消胸上痰结唾如胶漆、心胁痰水、膀胱留饮、风气湿痹、皮间死肉”，乌头“消胸上痰冷”，半夏“主消心腹胸中隔痰热满结”，盐“吐胸中痰解干”，此《名医别录》是隋朝以前较多地论及痰病证治的代表文献。

此外，晋·葛洪所撰《肘后备急方》卷四，记载的“治胸膈上痰饮诸方”中，提到治疗痰厥头痛的若干首方剂，南北朝时齐人姚僧垣于公元六世纪所撰《集验方》中，也记载了经“搜采奇异，参校征效”的若干治痰方剂。包括：治胸膈心腹中痰水冷气方，治风虚痰痹方，治痰饮久癖方等。其中用于“风虚痰痹”的“小黄芪酒”，所治风虚痰痹，四肢偏枯，两脚弱，手不能上头，或小腹缩痛，胁下挛急，心下有伏水，胁下有积饮，夜喜梦，悲愁不乐，恍惚善忘；或久坐腰痛，耳聋卒起，眼眩头重，或举体流肿疼痛，饮食恶冷，嗇嗇恶寒，胸中痰满，心下寒疝等一系列症候，颇具痰病症候复杂之特色。

总之，魏晋时代，对痰病（症）的病位、寒热属性、临床特征等已有初步认识，并积累了一定的用药经验，但在理论上尚无明确的论述。至于隋以前的其它医药学文献中，除或多或少地引录张仲景的痰饮证治学说外，极少见到有关痰病的记载。《诸病源候论》，由隋·巢元方奉敕主持编纂，成书于公元610年（隋大业六年），是我国现存最早的论述临床各科诸病证候及其病因病机的专书。书中汇粹众说，沉研精理，形脉证治，罔不该集，较之前代，多有建树。该书不仅将当时的医学理论发展提高到一个新的水平，而且对后世医家产生了深远的影响，

至今亦不失其可资借鉴取法的科学价值。笔者考析书中“痰饮病诸候”及其它各病候中有关内容，深感此书实为中医痰病学术发展的奠基之作。其贡献主要体现在四个方面：

1. 痰饮分论 首创痰病学说

《诸病源候论》一书，以张仲景的痰饮之说为基础，吸收魏晋医家对痰病的新认识，立足于《内经》以来中医学的病因病机理论和辨证原则，对各种因痰饮而致的病变，进行了深入的分析 and 系统的总结，创造性地将痰和饮分别加以论述，为中医痰病学说的形成与发展奠定了基础。书中“痰饮病诸候”共 16 条。其中包括：痰饮合论 2 候，即痰饮候、痰饮食不消候；痰病专论 5 候，即热痰候、冷痰候、痰结实候、膈痰风厥头痛候、诸痰候；饮病专论 9 候，即流饮候、流饮宿食候、留饮候、留饮宿食候、癖饮候、诸饮候、支饮候、溢饮候、悬饮候。关于痰病，除上述热痰、冷痰等 5 候外，书中其它病候中还论及了痰癖候、饮酒人瘀癖菹痰候、虚劳痰饮候、解散痰癖候、妇人杂病痰候、妇人妊娠痰候、小儿杂病痰候等多种痰病证候。其对痰病诸候，详述病症、审辨病因、推求病机，为后世医家论治痰病奠定了理论基础。

2. 提纲挈领 论列痰病诸候

《诸病源候论》在“痰饮病诸候”中，分别论述了热痰、冷痰、痰结实、膈痰风厥等证候类型的病因病机及临床特征。这是中医学关于痰病最早的证候分类和病因病机专论。

其“热痰候”谓：“热痰者，谓饮水浆结积而生也，言阴阳否隔，上焦生热，热气与痰水相搏，聚而不散，故令身体虚热，逆害饮食，头面嗡嗡而热，故云热痰也”。其“冷痰候”，谓：“冷痰者，言胃气虚弱，不能宣行水谷，故使痰水结聚，停于胸膈之间，时令人吞酸气逆，四肢变青，不能饮食也”。其“痰结实候”谓：“此由痰水积聚在胸府，遇冷热之气相搏，结实不消，故令人心腹痞满，气息不安，头眩目暗，常欲呕逆，故言痰结实”。其“膈痰风厥头痛候”，谓：“膈痰者，谓痰水在于胸膈之上，又犯大寒，使阳气不行，令痰水结聚不散，而阴气逆上，上与风痰相结，上冲于头，即令头痛。若手足寒冷至节即死”。上述疾病的证候类型，是巢氏立足于寒热虚实的辨证原则，加之以病因、病机、病位的分析，以及临床表现的特征而划分的。虽然尚不够全面，但其提纲挈领，规范证型，实开后世医家研究痰病辨证论治规律与方法之先河。

3. 精究详审 揭示痰生诸病

中医学有“百病皆生于痰”的说法，医家多认为此说首创于元代医家王珪，实际上早在《诸病源候论》中，就已揭示了“痰生诸病，其候非一”的病变特点。书中“痰饮病诸候”云：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也。或冷，或热，或结实，或食不消，或胸腹痞满，或短气好眠，诸候非一。故云诸痰”。这就明确指出了痰积体内，可导致多种病理变化，其临床表现具有“诸候非一”的复杂性。从全书各病候中有关痰的病变来看，更可看出这一点。如：热痰结聚上焦，则身体虚热，逆害饮食，头面嗡嗡而热（热痰候）；冷痰结聚中焦，则时令人吞酸气逆，四肢变青，不能饮食（冷痰候）；痰水与冷热之气搏结于胸府，则令人心腹痞满；气息不安，头眩目暗，常欲呕逆（痰结实候）；膈间之痰与风痰互结，上冲于头，则头痛：（膈痰风厥头痛候）；痰停聚流移于胁肋之间，则胁肋时时作痛（痰癖候）；饮酒之人病痰，则呕吐宿水，色如菹汁、豆汁，其味酸苦（饮酒人瘀癖菹痰候）；服散之人病痰，则胸膈痞满，头眩痛，心胁结急，甚则目无所见而疼痛（解散痰癖候、解散目无所见目疼候）；虚热客于上焦

而胸膈痰满，则喘息不调，咽喉如有水鸡之鸣也（上气喉中如水鸡鸣候）；痰气搏击于咽喉，则喉间呀呷有声，随嗽动息（呷嗽候）；上焦停痰并脾胃虚冷，则谷不消，胀满而气逆，好噫而吞酸，气息醋臭（噫醋候）；风客皮肤，痰渍腑脏，则人面皮上，或有如乌麻，或如雀卵上之色也，风邪夹痰，乘于脏腑，上及于目，则目生肤翳，或目生内障，或目赤痛，或目茫茫，或目生珠管状物，甚则目珠脱出（目肤翳候、目青盲候，目茫茫候、目珠管候、目珠子脱出候）；胸膈生痰实，则口苦舌干（客热候）；肺病胸膈痰气搏结，逆上咽喉，则咽中如炙肉脔（咽中如炙肉脔候）；妇从妊娠痰聚，则妨害饮食、心痛、呕吐、心烦（妊娠恶阻候、妊娠心痛候、妊娠子烦候）；小儿风邪外客，痰渍腑脏，则寒热往来，腹痛，胸胁心腹烦热而满，大便难，小便涩，食不消，虽能食而不生肌肉（小儿寒热往来候，寒热往来五脏烦满候，寒热往来腹痛候，寒热结实候、寒热往来食不消候、寒热往来食不生肌肉候）；小儿喂养不当，痰聚胸膈，则饮乳不下，吐涎沫，甚者壮热不止，继发惊痫（小儿痰候）等等。以上各种因痰而致的病变，较之元代王珪《泰定养生主论》所述痰症，更为临床所常见，对后世医家的痰病诊疗更具指导意义。

4. 辨证求本 阐发痰病病源

《诸病源候论》“痰饮病诸候”及有关病候中，对痰病发生、发展、变化的机理，进行了深入的剖析，建立了中医有关最早的病因病机学说。其中又始终贯穿着因病生痰，因痰致病这一病理观，亦即今人所云痰既是一种病理产物，又是一种致病因子。

关于痰这一病理产物的形成，《诸病源候论》认为：是饮食不节、将适失宜、外邪干犯、血脉壅塞、脏腑功能失调等因素相互作用，以至人体水液运化失常，饮邪积聚不消的结果。其云：服散而饮过度，将适失宜，衣厚食温，则饮结成痰癖（解散病诸候）；“将适失宜，饮食乖度，隔内生热痰”（解散病诸候）；“小儿饮乳，因冷热不调，停积胸膈之间，结聚成痰”（小儿痰候）。如是言饮食不节，将适失宜生痰。其又云：“痰水积聚在胸府，遇冷热之气相搏，结实不消”（痰饮病诸候）；“痰水在于胸膈之上（又犯大寒，使阳气不行，令痰水结聚不散，而阴气上逆，上与风痰相结”（痰饮病诸候），是言邪干犯而生痰。其云：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也”（痰饮病诸候），是言血行淤阻而主痰。其云：“冷痰者，言胃气虚弱，不能宣行水谷，故使痰水结聚”，“停于胸膈之间”（痰饮病诸候），是言脏腑功能失调而生痰。

关于痰这一致病因子导致人体诸种病变的机理，《诸病源候论》基本是着眼于外邪内痰相夹为患，脏腑功能失调、阴阳气血失和，痰阻气机不利等方面加以论述的。其云：“风邪痰气，乘于脏腑，脏腑之气虚实不调，故气冲于目”（目病诸候）；“风邪客于皮肤，痰饮渍于腑脏”，（面体病诸候）。是言外邪内痰相夹为患。其又云：“胸膈痰饮渍于五脏，则令目眩头痛也”（妇人杂病诸候）；“脏内容热，与胸膈痰饮相搏，熏渍于肝，肝热气冲发于目，故令目赤痛也，甚则生翳”（小儿杂病诸候）。是言痰结而致脏腑功能失调。又云：“风邪外客于皮肤，内而痰饮渍于腑脏，血气不和，与阴阳交争，故寒热往来”（小儿杂病诸候）；“阴阳否隔，上焦生热，热气与痰水相搏，聚而不散”（痰饮病诸候），是言痰结而致阴阳气血失和。其再云：“胸膈痰满，气机壅滞，喘息不调”（气病诸候）；“胸膈痰结，与气相搏，逆上咽喉之间，结聚状如炙肉之脔也”（妇人杂病诸候）。是言痰阻而气机不利。

以上仅例举《诸病源候论》中痰病病因病机学说之大要，由此不难看出其已具备中医痰病理论之雏形。

综上所述，《诸病源候论》首创痰病学说，牖列痰病诸候，揭示痰生百病，阐发痰病病机，对中医痰病学术的发展，做出了创造性的贡献。其所创立的痰病学说，为后世医家研究痰病、病因病机，以及临床辨证论治，奠定了理论基础，是中医痰病学术发展史上的一部重要文献。以此书所论为开端，中医痰病学术的发展，进入了一个新的阶段。

其后，在唐代的《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》，以及日本·丹波康赖等所撰集隋唐方书之大成的《医心方》等方书中，有关痰病证治的论述显著增多，但在理论上没有新的突破。但值得提出的是，中医治痰名方温胆汤，最早见于《千金方》。

（三）宋金元时期

宋金元时期，伴随着中医学学术的活跃与繁荣，痰病学术得到了较快的发展，特别表现在理论上多所创新，及理论与实践的有机结合，在相当程度上提高了临床从痰论治杂病的水平，积累了丰富的治疗经验。论痰治痰诸家中，以朱丹溪、王珪为突出代表。其他如严用和、杨士瀛、史载之、朱佐、张子和等，则见仁见智，各有千秋。

朱丹溪，以善治杂病而为后世所瞩目（以其气、血、痰、郁之论而蜚声医林。朱丹溪于诸郁之中尤重痰郁，于治痰上独具匠心；其痰病学说及治验，主要见于《金匱钩玄》、《丹溪心法》、《格致余论》、《推求师意》等著述中。

朱丹溪在痰病学术上主要有以下建树：

1. 立论百病兼痰，从痰治疗内伤杂病。

朱丹溪认为，痰之已成，随气升降，无处不到，或贮于肺，或停于胃，或凝滞于心隔，或聚于肠间，或客于经络四肢等。其为病则为喘咳，为呕吐，为泄利，为眩晕，心中嘈杂，怔忡惊悸，为寒热痛肿，为痞隔，为壅塞，或胁间辘辘有声，或背心一片常为冰冷，或四肢麻痹不仁……诸般杂证，多与痰相关。所以他说：

“百病中多有兼痰者，世所不知也”。朱丹溪认为辨治痰病，应根据痰之成因、痰病性质，以及痰在人体的不同部位而定，强调审征求因、审因论治的辨证方法。如论热痰则多烦热、惊悸，结于咽喉为喉痹肿痛；结于胃中为呕吐，为噎气，为嘈杂；若七情郁而生痰动火，随气上厥为眩晕；痰郁其火，干咳难治。气痰随气机攻注，走刺不定，阻于咽喉，如絮如膜，甚如梅核，咽咯不去；滞于膈间，为气膈；积于胸腹，为疝瘕积聚，为心腹块痛。风痰多见奇证，上攻头目，为头痛，为眩晕，为目眶痛；流注经络，为肢节臂痛，为偏瘫。湿痰倦怠软弱，体肥之人多有之，积于心下为痞；攻于头部为重痛；在腹为腹痛，为泄泻；注于下焦，为白浊，为带下，为癰疽；流于经络为结核，或在项，在颈在臂，在身（躯干），其症不红不痛，不作脓。若妇人体胖饮食过度，经水不调者，乃是湿痰。惊痰多成心痛、癰疾，饮痰多成胁痛、臂痛，暑痰使人呕逆、眩晕，冷痰可成骨痹，食痰多见疝痢、口臭、痞块满闷；脾虚生痰，食不美，反胃呕吐等等。其论痰之详，可见一斑。

2. 首创“痰夹瘀血，遂成窠囊”之说，注重痰瘀同治。

朱丹溪论痰，重视痰瘀相关。他认为、“痰夹瘀血，遂成窠囊”。在肺则凝滞肺气，为肺胀喘咳；在胁则阻经络，为胁痛不适；若胃中有湿痰死血，则手足麻木；膈间有瘀血动痰，可为噎膈；大肠有痰积死血流注，可成肠痛。若痰与食积死血并于腹中，又能作块成聚而为疝瘕。在治疗上提出了痰瘀同治的概念，如治

痰瘀肺胀用四物汤加桃仁、诃子、青皮、竹沥、姜汁；治痰瘀身痛胁痛用控涎丹加桃仁泥丸服等，择其痰瘀多寡而治。开创了痰瘀致病之说。

3. 治痰以治脾为本，顺气为先，调理气机。

对于痰病的治疗，朱丹溪总结了诸如吐、下、燥湿、理气、消导、清热、软坚散结、温阳、补土等法。在这些治法中，他认为：“实脾土，燥脾湿，是治痰之本法也”（《丹溪心法》）。脾为生痰之源，脾气虚则湿胜，痰易生而多，脾病湿胜为痰之本源，故实脾上，燥脾湿，助中焦之转输，乃绝痰之源的治本之法。基于此，朱丹溪治痰，处方用药，多以燥湿健脾为主。他推崇二陈汤，用作基本方。曾曰：“二陈汤，一身之痰都管治。如果下行加引下药，在上加引上药”。朱丹溪实脾燥湿多用人参、黄芪、苍术、白术、茯苓之属，中气不升用升麻。他创制的补脾丸中，白术半斤，苍术、茯苓、陈皮各三两，可知其意在于健运中州以实脾。朱丹溪还强调，治痰用吐法、下法攻之者，需顾护中气，不可孟浪。此外，他还独创“倒仓法”，意在去肠胃旧积而涤濯使之洁净，推陈致新，扶虚补损，有实脾之功。另一方面，朱丹溪也强调“治痰不若顺气为先，气顺则一身津液自顺”的原则。在其所制祛痰诸方中，多配伍行气之品，如陈皮、香附、枳壳、木香、枳实等。湿痰与苍术、白术相配，热痰与青黛、黄连、黄芩为伍，风痰与天南星为伴，食积痰与神曲、山楂、麦芽同用，老痰与海浮石、半夏、栝蒌并行。除用药伍用行气之品外，亦重视调理人体气机，纠正七情之偏。

4. 精于方药，灵活变通，树痰病用药之典范。

朱丹溪治痰以二陈汤为基本方，在具体用药上，则又针对痰的不同性质、病证的不同部位，并结合体质状况精心选择。湿痰，苍、白术类；热痰，青黛、芩、连类；寒痰，二陈类；风痰，南星、白附类；老痰，海石、栝蒌类；食积痰，神曲、麦芽类。他还根据自己的研究与实践，提出“痰在胁下，非白芥子不能达；痰在皮里膜外，非竹沥、姜汁不可达；痰在四肢非竹沥不开，痰结在咽喉中，燥不能出入，用化痰药加咸药软坚之味”（《丹溪心法》），此外，还侧重区别化痰药物作用的强弱。一般用陈皮、半夏、栝蒌、贝母；重者用南星、桔矾、竹沥；久者用海浮石、皂角子，关于一些药物的独到功效及其配伍关系，他也有些新的认识。如：天花粉大能清膈上热痰；海蛤粉热痰能降，湿痰能燥，结痰能消；竹沥滑痰，非姜汁不能行经络；五倍子能治老痰，佐他药大治顽痰等。

金元时代，人才辈出，流派纷呈。除人所熟知的刘、李、朱、张四大家外，江苏常熟王硅（1271年—1361年），论痰治痰，独树一帜，也给当代及后世留下了深远的影响。王硅在医学上的成就颇多，以痰证学说和创制“滚痰丸”而鸣于医林。其在痰病学术上的建树，主要体现在所著“痰证论”（《泰定养生主论》卷14）中的“痰证”、“滚痰丸方”、“滚痰丸服法”、“痰论”，及其对“痰形”、“痰味”的辨析，“痰证或问”、“痰忌”等的论述中，此外，书中卷15“杂治活法”、卷16“历用得效方”中所载治痰法与方药，反映出王硅在痰证治疗方面的圆机活法及独到之处，《古今图书集成·医部全录》称其“论证有旨，于诸痰诸饮夹火为患，悉究精详，制有滚痰丸最神效”。王硅对痰病学术的发展和研究特点，主要体现在以下几个方面：

在痰证的病因病机方面，明确提出“素禀痰证”、“素抱痰疾”之说，认为痰浊证与先天父母遗传有关，其云：“余自幼多病，莫识其原。或偏头风、雷头风、太阳疼。自襁褓以来，遍尝头风药，其病转增，直至出幼，诸证顿除，则为头眩目运，如坐舟车，……久服秘方降气汤、丁香五套丸之属，则其病自若。……余自思父母俱有痰疾，我禀此疾则与生俱生也”。并举“婴儿出腹，啼声初出，已

有痰涎；又有大善知识，忘形忘骸，无思无虑者，顿抱痰疾”为据，进一步论证“禀赋痰证”之说。而且提出“一切男女大小素禀痰疾，其候往往不同，其状各各奇异”。关于痰的形成和发病，王硅又云：“痰之为病，不出六经。六经所属，其非六气乎？医书以脾为中州，合胃为表里，胃为水谷之海，变化糟粕，灌溉四脏，其气熏蒸上朝肺为华盖，主司皮毛，周流内外，充润百骸，氤氲为荣卫之气，合会为津液之源，随经变化，在肝名津，在肺名液，在心为血，在肾为精，在胃为涎。天和纯粹，谷气相资，升降无穷，髓、脑、涕、唾、演、精、津、气、血液，同出一源，而随机感应，故凝之则为败痰”。其“随机感应”，包括六淫外袭、七情内生，饮食酒醪厚味，辛辣烧炙煎熔等因素的影响。王硅由此也提出“风痰”、“寒痰”、“热痰”、“气痰”、“酒痰”（味痰）等证候。

关于痰证的临床表现，王硅较之此以前医家的认识更为深刻，论述更为具体。从其所论。可以反映出王硅“内外百病皆痰所致”的病因学观点。同时他认为痰病与七情关系最为密切，其病变幻莫测，病者不能喻其状，方书未尝载其疾，医者不能别其证。因此，他将这些病证称作“怪证”。后世云“怪病多痰”，多引王硅“痰证论”。

在痰证的病候和类型方面，王硅也有自己独特的认识。他认为，痰既形成，势必阻碍气机的运行，于是痰气相击，使一身上下都能发病，所谓“元气氤氲，荣卫之间，不容间发，上焦停痰，周流不利，气阻其中，奔溃四逸，随其所寓，缓急而为病也”。他认为痰证的病理变化，主要有二，一属实热，一为虚寒。但对具体证型，虽论及“五痰”，却并不认为临床有此五种之别，而是从病因角度谈的，即“味痰者，因饮食酒醪厚味而唾痰也。气痰者，因事逆意而然也。热痰者，因饮食辛辣、烧炙煎熔、重厚褥及无时郁勃而然也。寒痰者，因冲冒风凉不节之气而然也。风痰者，因感风而发，或风热佛郁而然也。此皆素抱痰疾，因风、寒、气、热、味而喘咯咳唾，非别有此五种之痰”。对于痰证病候，观察得非常细致，并作了形象的描述。其涉及人体的精神情志、血液运行、呼吸、运化等多方面的病理变化，尤其对精神情志病候的描述更为详尽。主要病候如：癫、狂、头痛、头风、口眼乱动，脑后风声，鼻闻焦臭，喉间豆腥，咽嗑不利，精神恍惚，惊恐怵惕，心烦易怒，无端悲泣，胸闷气结，寢梦刑戮刀兵，浑身习习如虫行，胸臆间如有二气交纽；头眩、目晕，面青唇黑，怔忡心悸，中风瘫痪；不思饮食，嘈杂易饥，呕吐恶心，嗜气吞酸，泛吐冷涎或绿或黑，心气冷痛，痞满隔塞，肠中雷鸣，腹痛气攻，泄泻，便下脓血，痰毒肠痛，大便秘结，小便频数（涩）或闭；鼻塞声重，喷嚏连声，喘急咳嗽，咯吐粘痰，肺痈吐脓，劳咯血，急慢喉闭；耳暇，赤眼，齿颊痒疼，口舌糜烂，颈项结核，腮颊肿硬，皮毛枯皱，四肢游风，筋骨卒痛无定所，足膝酸软，肢体肿赤，伤寒过经坏证，月经衍期或闭经等。以上即是王硅所论痰证的主要病候。王硅云：“七情之方，原本多门，原其标本，半因痰病”。王硅所论痰证，确实以情志精神病变居多，而且颇多“怪证”。

关于痰证的诊断和鉴别诊断，王硅在“痰形”、“痰味”两节中也有独到论述。其论“痰形”曰：“一切男女大小，素禀痰疾，其候往往不同，其状各各奇异，方书有云痰清而白者为寒，黄而浊者为热，殊不知始则清白，久则黄浊稠结凝于下，清白稀薄浮于上，嗽而易出者，清而白者也。咳而不能出，则黄浊结滞者也。甫及咯吐尽为稠黄者，乃因久湿热郁沸，上下凝结，皆无清白者也。黄稠浊结，甚至带血，血败成黑痰，横于肺胃之间者，为关格异证，人所不识。及为上壅头目、齿颊、喉舌诸病，轻则鼻准赤渣，两窍生疮，颐颌结硬，风壅心烦，鼻塞声重，涕唾稠粘，重则（为肺痈、肠毒、便脓、挛跛笃废；或为夸大，自高妄诞，

渐至癫狂歌笑，逾垣上树，火势既退，痰血膜于膏肓之间，神明之府，以至终日兀兀定视，或只言语谬错；或饮食酒醒健啖自若，喜睡痴憨，数年者不可卒治，三五载者克日可安。服药一次，贝则狂势定；二次贝则知羞识愧，定势兀兀；三服后即复聪明。逐下恶物，曝干击之，则如口金石之声；得雨湿润，其状如先痰形）若清白稀薄泡沫糊腻；与气击搏，吹嘘胀大，状若鱼胞者，粘喉着肺，膝膜气息，澎湃喘急，吐咯不尽，下连败浊稠痰，因隔沸食相杂，糟粕不利，终日膨胀，不进饮食；或腹中虚气作声，上攻下往，干呕恶心，肠鸣下泄；或转输失常，滑脱搪泻，状若搗烂山药芋头，水洗不散；或色如红柿，或即焦黄；或葑沫糟粕，生熟兼并；痰喘日久者，肺气不能护卫，畏恶风寒，自汗如雨，小便频多，乃至百关不调，五神失位，所致多端；或衣食过热，时候郁发。但见伤寒诸证，始因痰疾而然者，滚痰丸逐下败物，克日清宁，寒者即和，热者自清，饮食复常，便溺有度也。其余头面四肢、胸背、腹胁、内外，为病百般，皆痰形不一所致。有如水浸阿胶，或似蜆肉，或如破絮，或如米粒，或与涎相杂，或如熟粬，或如臭脓，或带瘀血。嗽而能出，则方书载为一门；嗽而无痰则别为一类，殊不知总为一痰。其状不同，故异耳。津液既凝为痰，不复周润三焦，故口燥咽干，大便秘结，面无血色，白如枯骨，毛发焦槁。妇人因此血无赢余，经水绝断，或即衍期。方书虽各有条，必须逐去败痰，服饵方得有效”。关于“痰味”，王说：“一切痰涎，各有气味。清白者味淡，日久渐成恶味。口舌有如嚼椒，如蜆肉破絮米粒之类者，其味咸；能使人味咯咽痒，如熟糰桃胶者，其味咸、酸、麻、苦、辣、涩、腥、臊，恶气往往不一。故停滞于胸隔之间，使人心烦多怒，眩晕眼涩痒痛，齿舌或痒或疼，吃食频咬颊车；其味在于肺胃之间，随气周流百脉，渗人毛窍，面若虫行，遍身习习，淹蛰刺戳，甚至于风疹燥痒人骨，搔爬不厌。当身作楚之时，涕泪痰涎并如砒霜砌砂之味，在喉则错喉唾呛，或乘时着于喉咙曲擢之中；咯不出，顿嗽忙窘。但如米粒一点，忽然咯出，齿舌俱疼，其况甚恶。故逐下败痰之时，间有穿肠出腹，如痢积之状，荒窘可畏；其味焦苦豆腥者，使人上窒，赤眼口疮，热极喉闭，面上鼻窍生疮，口苦舌干，喉燥声嘶，鼻闻焦臭。其味相兼者，兼病；其味单行者，单病”。以上，王硅自言为“敷演大略，其余变状不常，……已具于卷中”。

关于痰证治则，王硅主张“因痰而致病者，先治其痰，后调余病；因病而致痰者，先调其病，后逐其痰”，其治虽分先后，但原则必须祛痰。盖痰可是病之标，又成为病之本，痰不去则病不拔。他祛痰主要用自制“滚痰丸”。如实热老痰，每专方直入；若兼阴虚，则兼用“生津化痰”药；阳虚之体，常佐“温中理气”之品，并指出或用“豁痰汤加减之妙”，有的则辅以外用药，如颈项结核穿溃者，外用“银粉散敷之”。

王硅“滚痰丸”组成：制大黄（酒蒸）、黄芩（酒洗）各八两、焰硝煅青礞石一两、沉香五钱。为末，水丸如桐子大，王硅以此方主治实热老痰、顽痰怪症。以“口燥咽干、大便秘结”为其依据，《张氏医通》又加“舌红、苔黄、脉滑”，更便于运用。王硅详论“滚痰丸”服法，如服时以吞服和含化为主。凡痰在脏腑间，用吞服法；若口腔疾患，用含化法。后世用于痰火神昏时，亦有用煎剂者，关于不同病候，用量也各有不同，量其大小虚实轻重，任意消息服之。如其云“久新失心丧志，或癫或狂”；“人壮气盛，能饮食狂甚”；“中风瘫痪，痰涎垂塞，大便或通或结”；“阳证风毒脚气，遍身游走疼痛”，“走刺气痛”，“无病之人，遍身筋骨等处，平白疼痛，不能名状”，“头疼非头风证，牙疼或浮或痒 6 卜风至牙证”，“因风因寒，鼻塞声重等证，身体不痛非伤寒证”，“痰盛人实”，“噎气吞酸，至

于暖逆膈气，及胸闭，或从腹中气块冲上，呕吐涎饮。状如翻胃”等多种情况，药量及服药方法均不同。王硅在“滚痰丸服法”中逐一皆有详细论述。一方服法，如此论述之详，实属前所未有的，此“滚痰丸”，历数百年而不衰，至今仍为有胆有识之医家所常用，效如桴鼓。王硅治痰方不仅有此“滚痰丸”，更有“豁痰汤加减之法为妙”，以及“历用得效方”中所载的“驱疟汤”、“通关散”、“寿香散”、“驱邪散”、“龙脑膏”等，皆多效验。

总之，宋金元时代，中医痰病学术的发展，由于朱丹溪、王硅的开拓和创新，而在理论与临床两方面出现了决定性的飞越。内伤杂病从痰论治，朱丹溪堪称一代宗师；王硅在痰病学术体系的建立和发展上，独树一帜，创新超越，做出了划时代的贡献。此两大名家论治痰病的学术思想和经验，皆为后世诸家借鉴取法。但因《泰定养生主论》一书，因种种原因在国内流传未广，使得学者、医家多从他书转引文字中知其部分内容及滚痰丸，而未能系统了解其痰证理论及诊治经验的全貌，实为遗憾。

宋金元时代，还有严用和、朱佐、史载之、杨士瀛、张从正、危亦林等，在痰病论治方面，也有不少真知的见，影响及于后世。

宋·严用和《严氏济生方》中强调“人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患”。在治疗上主张“不若顺气为先，分导次之”。严用和论病机未分痰与饮，但在治疗上，以“导痰汤”、“二生丸”等治痰；以“赤石脂散”、“枳术汤”等治饮。严用和“治痰先治气”的思想，对后世具有一定的影响。

宋·朱佐《类编朱氏集验方》中提出，“气滞则痰滞，气行则痰行。故三生饮佐之以木香无有不效”。又云：“疗痰之法，调气为上，和胃次之，故治痰多用半夏。盖半夏性利，以其能利痰饮”。

宋·史载之在《史载之方》的“涎论”及“治涎诸方”中，提出风涎、热涎、冷涎、病涎、虚涎、毒涎之证治。“六涎”症候，颇多怪异。正如史载之所云：“痰涎一生，千变万化”。涎，即指痰涎。史载之所论疾病各种证型的病因病机及临床特征，较之其前后医家对痰饮或痰浊的认识，又有不同，但可互参。

宋·杨士瀛《仁斋直指方论》提出：“夫痰者，津液之异名，人之所恃以润养肢体者也。血气和平，关络条畅，则痰散而无；气脉闭塞，腕窍凝滞，则痰聚而有。痰之所以发动者，岂无自而然哉。风搏寒凝，暑烦湿滞，以至诸热蒸郁，饮食生冷、煎熔、腥膻，咸藏动风发气等辈，皆能致痰也”。此与古今医家所云“痰为病理产物”的认识有别。此外，杨仁斋所云“稠浊为痰，清稀为饮”，对后世区分痰与饮多所裨益。其对小儿惊风，以惊、风、痰、热为纲，并结合运用豁痰法治疗，主张“通关之后，且与截风定搐；痰热尚作，乃下之；痰热一泄，又须急与和胃定心之剂；如搐定而痰热无多，则但用轻药消痰除热可也”。（《仁斋小儿方论》）此在当时也颇具新意。

其他，诸如金·张子和创造性地提出“痰迷心窍”之说，以及宋代诸家方书中的治痰专方，痰病证治，已不胜枚举，均从不同角度反映出宋金元时期，中医痰病学术在理论与临床两方面的进步和发展。

（四）明清时期

这一时期，随着中医药学术的进步与成熟，痰病研究与应用，进入前所未有的全面发展阶段。论痰治痰已成为诸家著述中普遍涉及的问题，乃至医书中多有专门的篇章和门类，对此进行论述。方书、本草著述中，较之前代也多有阐发，特别是治痰方剂已在多数方书中自成一门。医家们不仅在理论上提出了一些新的学说、观点，而且对以往和当代的经验、学说、观点加以研究、综合，使之从理

论上更为系统、深化并有显著提高。在临床方面，理论与实践有机结合，是一大特色。不仅临床各科疾病中，普遍注意到痰浊致病，而且在防治方面积累了极其丰富的实际经验，明清时期的不少临床医案和著作中，有大量的治痰案例，不少医案著作户将此专列一门。特别值得提出的是，在一些久治不愈的临床各科疑难杂症的治疗，及以眩晕、中风、胸痹、癫痫、哮喘等为代表的急危重症的急救，乃至一些奇异怪症的诊治方面，治痰法体现了独到的疗效。甚至出现了诸如《痰火点雪》之类的专著。这些对今天的中医和中西医结合临床，仍颇多启发和借鉴。总之，中医痰病学术在明清时期不仅受到医家们的普遍重视，而且在理论与实践两方面，取得了全面的发展和进步。限于篇幅，仅提纲挈领地介绍如下：

1. 痰浊的形成与发病

（1）痰浊的形成

所谓痰浊，多数学者医家认为，是人体脏腑气血失和，水谷津液运化失常所致。那么导致这一病理变化过程发生的内外致病因素，都可以说是痰浊的成因。即外感六淫，内伤七情，饮食不节，劳倦内伤，起居失常，各种外伤，乃至水湿瘀血，皆可直接或间接地成为致痰因素。

从上述诱因导致的脏腑气血的病理变化来看，多数医家除强调“五脏皆可生痰”外，更重视脾、肾功能失调在痰浊形成过程中的病理作用。同时对气病生痰、痰瘀同病，也高度重视。

首先，关于脾、肾在痰浊形成过程中的病理作用，明·张介宾认为，脾肾为生痰之源，但脾与肾生痰机理有别。脾家痰证属虚者，为土衰不能运水所致；属实者，为湿滞太过，或饮食太过使然。肾家之痰，属火不制水，阳不胜阴；或火盛烁金，精不守舍，津液枯涸，金水相残而成。如《景岳全书·杂证谟》云：“五脏之病，虽俱能生痰，然无不由乎脾肾。盖脾主湿，湿动则为痰；肾主水，水泛亦为痰。故痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾。所以凡是痰证，非此则彼，必与上脏有涉”。又云：“古人所云湿痰、郁痰、寒痰、热痰之类，虽其在上在下，或寒或热。各有不同，然其化生之源，又安能外此二脏？如寒痰、湿痰，本脾家之病，而寒湿之生，果无干于肾乎？木郁生风，本肝家之痰，而木强制土，能无涉于脾乎？火盛克金，其痰在肺，而火邪炎上。有不从中下二焦者乎？故凡欲治痰，而不知所源者，总惟猜摸而已耳”。可见，张介宾认为。诸脏生痰，无不与脾肾相关，脾肾实为生痰之源。关于脾肾生痰的机制，张介宾指出：“痰即人之津液，无非水谷之所化。此痰亦即化之物，而非不化之属也。但化得其正，则形体强，营卫充；而痰涎本皆血气，若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎”；“痰涎之作，必由无气之病”；“盖痰涎之化，本由水谷，使果脾强胃健如少壮者流，则随食随化，皆成血气，焉得留而为痰？惟其不能尽化，而十留一二，则一二为痰矣；十留三四，则三四为痰矣；甚至留其七八，但见气血日削，而痰涎日多矣。此其故，正以无气不能运化，愈虚则痰盛也”。此文中所云无气之病，即指脾胃，在痰浊的形成方面，张介宾十分注重脾肾病变的决定性作用。持这一学说的还有明清的李祖、梁学孟、罗国纲等一大批医家。

强调痰生于脾胃者。如明·龚廷贤云：“痰者，病名也，生于脾胃。然脾胃气盛，饮食易化，何痰之有？或食后，因之气恼劳碌，惊恐风邪，致饮食之精华，不能传化，而成痰饮矣”。（《寿世保无卷三》）。明·李中梓云：“痰为病，十常六七，而《内经》叙痰饮四条，皆因湿土为害。故先哲云：脾为生痰之源”。又说：“治痰不理脾胃，非其治也，夫饮入于胃，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，何痰之有？惟脾土虚湿，清者难升。浊者难降；留中滞隔，淤而成痰。故治痰先补脾，脾复健运之常而痰自化矣”。（《医宗必读·卷九》）

强调“肾为生痰之本”者，以明·赵献可为代表。如《医贯·卷四》云：“节斋论痰而首揭痰之本于肾，可谓发前人所未发。惜乎启其端而未竟其说”。又云：“盖痰者病名也，原非人身之所有。非水泛为痰，则水沸为痰，但当分有火无火之异耳。肾虚不能制水，则水不归水源，如水逆行，洪水泛滥而为痰，是无火也，故用八味丸以补肾火。阴虚火动，则水沸腾动于肾者，犹龙之出于海，龙兴而水附。动于肝者，犹雷火之出于地，疾风暴雨，水随波涌而为痰，是有火者也，故用六味丸以配火。此不治痰之标，而治痰之本者也”。正由于赵献可认为肾为生痰之本。故其临床治痰多用六味丸、八味丸化裁，且将 糯润之品熟地用于痰证。熟地号称“痰门禁药”，因诸家认为其“泥膈生痰”。而赵献可则用其为“水泛为痰之圣药”，堪称独具匠心。

关于气不顺而生痰，继宋·严用和明确论述、倡导之后，诸家论痰，多有涉及，视其为痰形成的重要病机。“气顺则一身之津液皆顺”，已成为诸家的共识。但实际上，气滞生痰，主要还是因为气机逆乱，影响脾胃运化功能而生痰，有关医家主要突出强调了七情怫郁导致痰浊内生这一致病环节。

关于血、瘀生痰、痰瘀同病的思想，滥觞于《黄帝内经》。至汉代《伤寒杂病论》提出，“血不利为水”的水血同病观点，并创制了桂枝茯苓丸、当归芍药散等熔利水活血于一炉的方剂，来治疗瘀水同病的诸多病证。隋朝的《诸病源候论》倡“因瘀致痰”说，无·朱丹溪提出：痰夹瘀血，遂成巢囊”的理论，对后世影响颇大。明清时代，对“痰瘀同源”，“痰瘀同病”，更是多所发展。如明·戴无礼所治病案，反映出其对杂病辨治，颇重痰瘀同病，其以二陈汤加香附、韭汁、莱菔子等治噎膈，即是其中一例。（《医学正传》）明·孙一奎云：“津液者，血之余，行乎脉外，流遍一身，如天之清露。若血浊气滞，则凝聚为痰，痰乃津液之变，遍身上下，无处不到”。（《赤水玄珠全集》）其他，诸如虞转、龚廷贤、李时珍、万全、叶桂等诸家有关著述，兹不一一列举。

（2）痰浊的发病

关于痰浊何以致病，明清医家也多有论述。明·龚廷贤云：“痰者，病名也。生于脾胃，然脾胃气盛，饮食易克，何痰之有，或食后，因之气恼、劳碌、惊恐、风邪，致饮食之精华，不能传化，而成痰饮矣。有流于经络皮肤者，有郁于脏腑支节者，游溢遍身，无所不至，痰气既盛，客必胜主；或夺于脾之大络，壅气则倏然仆地，此痰厥也，升于肺者，则“喘急咳嗽。迷于心者，则怔忡恍惚。走于肝，则眩晕不仁，胁肋胀满，关于肾，则咯而多痰唾。流于中脘，则吐泻而作寒热。注于胸，则咽服不利，眉梭骨痛，入于肠，漉漉有声。散于胸背，则揪触一点疼痛。或塞于手足，或背痹一边，散则有声，聚则不利，一身上下，变化百病”。（《寿世保无》）又云：“痰乃脾胃津液，周流运用，血气由之，如道路，然不可无者。湿盛痰多，加以外感固滞于中，斯为患耳。痰不盛者，有感亦轻。风寒客之，煽以相火，则上攻心目，而为暗风痰厥。暑湿乘之，血气相著，附于筋骨，而为肿毒厥患：怒火迷窍，则为癫狂。十病九痰，诚哉！（《寿世保无》）何梦瑶去：“有气化之津液，有饮食之津液，胃者，津液之海也，故痰聚焉。积久聚多，随脾胃之气以四讫，则流溢于肠胃之外，躯壳之中，经络为之壅塞，皮肉为之麻木，甚至结成窠囊，牢不可破，其患固不一矣”。（《医碥》）王燕昌在《王氏医存》中指出，如肥胖之人，肢体颤动者，乃“气隧既狭，痰涎复壅，而卫气滞碍，非

风也”；肥胖之人失足跌倒而中风者，“乃痰涎灌引隧道，闭塞关节，初觉四肢无力，转侧不便；久则全身僵重，伸屈亦难，一旦勉强动作，偶然失足，则周身气血奔驰于狭隧之中，壅淤于痰涎之内，遂致五官歪斜，四体动摇。其脾困于湿者，肉栗舌强，身不能动，因系湿痰，非火，非风，故不疼不麻也”。；关于肥人痰病的脏腑病机，王燕昌指出，肥人之病，皆因脾湿致胃生痰。湿淫于内，溢及四肢，痰逆于胸，串遍腠理。湿伤乎实，痰害乎虚，当其胃无痰时，气常下降，下脘温和而能消，及至脾受湿伤，不能消食，宿食惟在胃资湿主痰；脾受湿则气下陷而不能温升，胃生痰则气上逆而不能清降。盖肺中之痰，由咯而出，胃中之痰，必由呕泻乃出。若不呕，不泻，则全无出路，惟有随胃上逆之气，胶延胸隔，乘卫气之隧隙，浇灌腠理而已。是知痰虽在胃，而生痰固由脾湿也。沈金鳌批出：“以故人自被子生，以至临死，皆有痰，皆生于脾，聚于胃，以人身非痰不能滋润也。而其为物则流动不测，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。试罕譬之，正如云雾之在天壤，无根底，无归宿，来去无端，聚散靡定，火动则生，气滞则盛，风鼓则涌，变症百端，故痰为诸病之源，怪病皆由痰成也。然天之云雾，阳光一出，即消散无踪；人身之痰，若无阳壮旺，亦阴湿不凝，而变灭无迹，其理故相同也”。

综上所述，痰浊致病，有以下特点：

（1）痰浊随气升降，运动周身，无处不到，外而皮肉筋骨，内而经络脏腑，广泛伤害机体内外，致病多端。

（2）痰浊流注血脉、经络、脏腑，易使气机升降失常，气血运行受阻，而致气滞血瘀痰结，气机逆乱，脏腑受损并功能失常。

（3）痰浊上扰，易蒙闭神明。

（4）痰浊致病，症状复杂，变幻多端。

总之，痰之为物，无处不到，且随人体禀赋及兼夹邪气之不同而见症多端，病理上能阻气机之周流，碍清阳之运转，堵塞清灵之所；既可痞塞中焦，复能流窜隧络。若妄补尚可能将病邪禁锢于肠胃曲折之间而不得出，阻枢机而碍升降，为邪热之山险，使病邪得以盘踞，大气仅能趋而旋转，血亦衍其行度，且伤津耗液，使五脏咸失其养，其见证既顽且幻，性尤善变。

2. 痰病的四诊与辨证

关于痰浊致病的临床诊察与辨证，明清时期已有许多论述。其中，多数是将四诊所见，与症候分类（从病位、病变所及脏腑等分类）、辨证分型结合起来，综合分析。也有的医家，侧重于某一方面的研究。

（1）综合分析（症状、体征、病位、证型）

明朝医学家指出：“人知气血为病，而不知痰病尤多”。（《医学入门》）他详细分析了有关痰的各类病候。如：生于脾，多四肢倦怠，或腹痛肿胀，泄泻，名曰湿痰。若夹食积瘀血，遂成窠囊痞块，又名食痰。留于胃院，多呕吐吞酸嘈杂，上冲头面烘热，名曰火痰。若因饮酒，干呕噎，臂胁痛，又名酒痰。升于肺，多毛焦，面白如枯骨，咽干口燥，咳嗽，喘促，名曰燥痰，久为老痰、郁痰。七情痰滞咽隔，多胸胁痞满，名曰气痰。迷于心，多怔忡、癫狂，梦寐奇怪，名曰热痰。动于肝，多眩晕头风，眼昏涩，耳轮搔痒，胁肋胀痛，左瘫右痪，麻木蹉跎奇症，名曰风痰。聚于肾，多足膝酸软，腰背强痛，肢节冷痹骨痛，名曰寒痰，又名虚痰。凡浑身习习如虫行，或身中结核不红不肿；或颈项结核似疡非疡；或走马喉痹，或胸腹间如有二气交纽，噎塞烦闷；或背中常有一点如冰冷痛，或心下冰冷时痛，或四肢肿硬似痛非痛，或骨节刺痛无常处，或吐冷涎绿水墨汁；或

大小便脓，或关格不通，以至癆瘵荏苒，妇人经闭，小儿惊搐，皆须先去败痰，然后调理。

明·皇甫中撰“痰证歌”，扼要描述了痰证的诊断要点。其云：“水谷消磨气血成，滋荣脉络壮无精。七情四气时冲逆，脾胃旋伤懒运行。胃口从此留宿饮，致令津液作痰凝。因而隧道皆壅塞，却是痰涎滞经络。或痒或麻或痹痛，或留肌膜结瘤瘰。皮间肿痛潘如火，心下寒疼冷似冰。流入胁梢成癖积，行来髀？酸疼。或如绵絮如梅核，或若桃胶觥肉形。吐不出而咽不下，分明郁积在于胸。或为喘嗽心嘈杂，呕吐痰涎碧靛青。攻上头时眩晕倒，眼？口噤耳中鸣。咽喉闭塞牙关紧，噫气吞酸呕逆频。夜卧不安奇怪梦，游风肿痛并无名。怔忡健忘时惊怖、癫走痴呆不识人。久泻形枯肠积垢，中风瘫痪失声音，女人白带男人浊，经血衍期赤白淋。荏苒做成劳？病，风痼瘰癧手挛筋。遍身习习如芒刺，一线寒牵背脊心，如斯怪异延缠病，都是痰涎里面生”。（《明医指掌·卷三》）以上李挺、皇甫中，均综合性地概括总结了痰病的症状和体征及不同证候的特点。

其他，还有侧重从病位研究者，如：清·何梦瑶在《医偏》中总结了痰在周身各部位的症状，即：痰在身，习习如卧芒刺，如虫行，或走注疼痛，或燥痒，搔之则源疹随生。痰在皮毛，烘热，色如锦斑。痰在头，则偏头风，雷头风，头眩。痰在额，则额闷痛，眉棱痒痛。痰在目，则眩晕、眼蠕动，如姜蛰胶粘痒涩，目中时出火星，眼前如见白气，或见两日交辉，或见金光数道，或眼前黑暗，或眼皮下烟灰黑色。痰在耳轮，则痒痛，蝉鸣水响。痰在鼻，则鼻塞，或闻焦臭。痰在口，则齿颊痒痛，牙床浮、口糜舌烂，口燥唾稠，呕冷涎绿水黑汁，胡言乱语。痰在面，则形枯发焦，颌腮肿硬，似疼非疼。痰在颈项，则无故肿，绕项结核，喉痹，痰如破絮、桃胶、觥肉，咯不成，咽不下，或噎塞烦闷，如烟火上冲，头面烘热，或喉间豆腥。痰在四肢，则肩背酸疼肿硬，似疼非疼，或筋骨疼无常处，难以名状；或手麻臂疼，状若风湿，或倏然仆地，四肢厥冷；或麻木不仁，或重滞，或牵引，或不举，非竹沥、姜汁不开。痰在心胸，则噫气吞酸，嘈杂，或痛或吵，或心下如停冰铁；或惊悸怔忡，如畏人捕；或胸膈迷闷，如癫呆状；或痞满，健忘，恶心。痰在脊，则背脊上冰冷一条如线，或冰冷一点疼痛，或如热汤沃背。痰在两胁，则胁胀痛如汤沸，非白芥子不能达，痰在腰肾，则腰间骨节卒痛，呼吸难任。痰在二便，则癃闭秘结，遗同米泔，粪后鱼冻，妇人脉不通。痰在足，则足腕酸软，步履如蹈灰土。除上述由头至足及周身症状、体征外，何梦瑶还论及“痰在梦寐”诸般怪诞症状，不一一详述。

关于痰病的证型，论述很多，大体有两种分型方式。一是从痰浊与致病因素及所夹邪气的致病特征而分，如风、寒、热、湿、燥、气、食、瘀等合而致病的风痰、寒痰、热痰、火痰、燥痰、气痰、食痰、痰瘀等。还有从五脏所属而分者，如痰在肝、心、脾、肺、肾、胃脘的不同分型。也有综合考虑相关病因、脏腑及临床特点而分者，如何梦瑶论风痰属肝、热痰属心，湿痰属脾，气痰属肺，寒痰属肾，及因惊生痰，食积生痰，饮酒生痰，痰核等。清·沈金鳌在《杂病源流犀烛》中将痰病分为“痰生于五脏”及“痰生于外因”两类。前者包括心中火痰、肺中燥痰、脾中湿痰、肝中风痰、肾中寒痰五种证候。后者包括风痰、寒痰、湿痰、热痰、郁痰、气痰、食痰、酒痰、惊痰九种证候。此外，还论述了相火痰、胃痰、郁气痰、脾不运生痰、结核痰、潮痰、痰毒、白痰、被惊痰、注痛痰、上膈痰、顽痰、痰癖、痰血、阴虚痰、中院痰等 16 种证候。

（2）对痰形、色、气、味、痰证脉象的辨析

关于痰病的四诊，在此前已有不少记载。但到明清两代，医家们从实践中又总结出不少新的规律和诊法，出现了许多新的学说。在此，侧重介绍有关痰形色气味及舌苔、脉象方面的一些代表学说。

关于痰浊之形、色、气、味及相关体征，如明·李时珍云：“风寒青黑湿色白，热黄甚则带红紫，火郁稠粘气如絮，食痞酒痹胁痛加”。（《医学入门》）清·汪宏辑著的《望诊遵经》中的“诊痰望法提纲”云：“间尝考之于书，认为痰形稠而浊，饮色稀而清。寒痰青，湿痰白，火痰黑，热痰黄，老痰胶。其滑而易出者，湿痰，属脾；燥而难出者，燥痰，属肺；清而多泡者，风痰，属肝；坚而块者，热痰，属心；有黑点而多稀者，寒痰，属肾。病新而轻者，清白稀薄；病久而重者，黄浊稠粘：多唾者胃寒，流涎者脾冷。舌难言，口吐沫者，邪入于脏。腹时痛，吐涎者，蛔乱于中，咳唾涎沫，口张气短者，肺痿之证。咳唾脓血口干胸痛者，肺痈之征。其吐如米粥，吐而腥臭者；皆肺痈之候。形如败絮，色如烟抬者，悉老痰之容。此诸书因痰涎之形色，诊病之浅深也。或谓痰声相应为轻，不相应为重；由稀而稠者，病日进；由稠而稀者，病日退：因痰嗽而吐血者，多起于外感；因吐血而痰嗽者，多属乎内伤，亦可因证以相参也。合而观之，析而论之，则稀者为饮，稠者为痰；清者形气不足，浊者病气有余；青白者少热气，黄赤者多热气，而凡痰形之变，痰色之殊，肴于是乎推，亦于是乎断矣”。

关于痰病脉象特征的论述。明·刘默在《证治百问》“痰饮门”，专论“痰症之脉”时指出：浮大而滑者为风痰，濡软而滑者为湿痰，浮紧而滑者为寒痰，洪数而滑者为火痰，沉实而滑者为食积痰，浮弦而细滑者为痰饮，微弱而无力者力气虚痰，虚数而无力者为血虚痰，空大而无力者为水泛为痰。清·周学霆在其所著脉学专书《三指禅》的“老痰脉不变论”中指出，大凡病人呈奇奇怪怪之症，但诊其脉象，依然圆静和平者，多属老痰之证。其云：“夫痰名不一，其源亦不一，皆足以变脉，惟老痰隐伏于肠胃遇薄之处，不关五脏，不伤六腑，故脉不变”。周学霆还以其亲身经历，描写了痰年积日久所致幻听、幻视、幻觉、情志失常等怪症。他在“老痰脉不变论”中所论“老痰脉不变”、“老痰怪症百出”、“治老痰用王氏滚痰丸”的观点和体会，实属真知灼见。清·林珮琴在《类证治裁》中说：“痰得涩脉，必费调理。。以痰胶固，脉道阻塞也。左右关脉实大而浮，膈上有稠痰也，宜吐之，病人百药不效，关上脉伏而滑者痰也。……《入门》曰：痰厥者，因内虚受寒，痰气阻塞，手足厥冷，麻痹晕倒，脉沉细也”。此亦经验之谈。

3. 痰病的治法与方药

明清两代关于痰病治疗，真可谓见仁见智，各有千秋。尽管如此，实属异中有同，基本治则、治法大体一致，而临证之圆机活法，则各有特色。现以清·林珮琴所著《类证治裁》“痰论”中有关内容作一综合性介绍。

（1）痰病证治纲要

辨病性而施治

风痰，治以散法，方用防风丸加南星、生姜。风兼寒者，方用青州白丸子。寒痰治以温法，方用理中化痰丸。

暑痰，治以豁法，方用消暑丸。

湿痰，治以燥法，方用二术二陈汤、白术丸。

燥痰。治用润法，方用润肺饮加杏仁、白蜜。

火痰，治用清法，方用清气化痰丸。

食痰，治用消法，方用保和丸、括篓丸。

酒痰，治用化法，方用瑞竹堂化痰丸。

郁痰，治用解法。方用《三因》七气汤加郁金、菴稀、香附。

气痰，治用利法，症见咯不出咽不下，如败絮，如梅核者，方用七气汤、三仙丸。

惊痰，治用泄法，方用控涎丹加辰砂、蝎尾。

老痰，治用软坚法，药用海浮石、海蛤粉、芒硝、瓦楞子之类；或用青礞石丸。

顽痰，治用吐法，方用三圣散、青绿丸；虚者，参芦散加竹沥。

辨病位而施治

痰在上，治以涌吐法，方用桔梗芦散或稀涎散。

痰在下，治以导法，方用导痰汤，甚者滚痰丸。

痰在脾，色黄，滑而易出者，方用二陈汤加枳实、白术。

痰在肺，色白如米粒，涩而难出者，方用利金汤去姜、枳，加玉竹，蜜水冲。

痰在肝，色青而多泡者，方用川芎丸加星、枳；甚者千缙汤。

痰在心，色赤而结如胶粘者，方用牛黄丸。

痰在肾，色黑而多咸者，方用桂苓丸加泽泻、车前。

痰留胁下，天阴隐涌者，方用二陈汤加白芥子。

痰滞经络，筋骨牵痛者，药用荆沥、竹沥、姜汁行之；或旋覆花汤加桂枝。

痰入四肢，手足疲软者，方用导痰汤加桂枝、姜黄、竹沥。

痰隐皮里膜外，二陈汤加白芥子、姜汁、竹沥。

痰成块流走不定，导痰汤加姜汁、竹沥。

痰成核结聚项间，方用痰核丸、痰核酒。

膈上停痰痞闷，方用小陷胸汤力，茯苓、枳实、姜汁、竹沥。

腕中伏痰臂痛，方用指迷茯苓丸。

辨病候而施治

痰滞气逆多嗽，方用六安煎。

寒涎沃胆不眠，方用温胆汤；多惊者，加蝎尾。

痰夹死血攻注，方用控涎丹加韭汁、桃仁、木香、胡椒、酸鲤甲。

痰结窠囊呕吐，药用姜汁、竹沥、韭汁饮。

中风痰迷心窍，属寒者，涤痰汤下牛黄丸；属热者，涤痰汤下二丹丸。癫痫痰闷抽掣，方用牛黄丸。

辨病本而施治

脾虚湿痰，健脾以运之，方用四君汤、参术健脾丸。

肺热火痰，清肺以润之，方用清肺饮、四饮煎。

脾肺气虚不运生痰，方用六君子汤加木香。

脾胃气虚不化生痰，方用六君子汤加桔梗。

脾气滞而生痰，方用异功散加砂仁。

中气弱而生痰，方用补中益气汤。

脾胃虚夹湿，脉濡缓，痰清稀者，方用六君子汤，加炮姜；补中汤加茯苓、半夏。

肝肾虚痰中见血，方用六味汤加乌贼鱼骨、参三七。

肾阴亏火动痰升，方用五味天冬丸、百花膏。

相火烁痰津涸。方用滋阴清化丸。

肾阳衰水泛为痰，方用薛氏八味丸；如不应，真武汤。劳损咳白痰，痰如鸡蛋清，俗名白血者，方用补肺汤。

（2）痰病用药规矩

辨病性而用药

湿痰，主半夏，佐茯苓、苍术。

风痰，主南星，佐前胡、白附子。

燥痰，主贝母，佐栝蒌、杏仁。

火痰，主竹沥，佐花粉、黄芩。

寒痰，主姜汁，佐半夏、苏子。

食痰，用神曲、山楂、麦芽。

酒痰，用花粉、白术、神曲，或四苓散。

惊痰，用天竺黄、牛黄、胆星。

老痰用海浮石、栝蒌、川贝。

气痰，用广皮、枳壳、郁金汁。

胶痰，用橘红、杏仁、竹沥。

痰核，用半夏、连翘、贝母、桔梗、枳壳、胆星、夏枯草。

痰结，用朴硝、枳实、海藻、姜汁。

辨病位而用药

痰在四肢，非竹沥不能达。

痰在胁下，非白芥子不除。

痰在皮里膜外，非姜汁、竹沥、白芥子不到。

痰在经络，非姜汁、竹沥不行。

辨病候而用药

痰中带血，宜韭汁、阿胶。

痰迷癫痫，宜控涎丹。

气实痰盛，宜三子养亲汤。

实热老痰，宜礞石滚痰丸。

风寒痰涌及小儿惊风，宜青州白丸子。

痰血塞心窍癫狂，宜白金丸。

实痰积饮，宜小胃丹。

治痰特效药

石膏，热痰能清，湿痰能燥，坚痰能软，顽痰能消。

黄芩、青黛，堕痰火极效。

枳实，治热痰，可惜其下行之力。

五倍子，治痰有推墙倒壁之功。

元明粉，治老痰。

硝石、礞石，治热痰，其能降火软坚。

苍术，大能降火消痰结，研细和白糖舌舔服，效。

（3）治痰病方

防风丸，治风痰；
青州白丸子，治寒痰；
理中化痰丸，治寒痰；
消暑丸，治暑痰；
二术二陈汤，治湿痰；
白术丸，治湿痰；
润肺饮，治燥痰；
清气化痰丸，治火痰；
保和丸，治食痰；
栝蒌丸，治食痰；
瑞竹堂化痰丸，治酒痰；
七气汤，治郁痰；
三仙丸，治气痰；
控涎丹，治惊痰；
青礞石丸，治老痰；
三圣散，治顽痰；
青绿丸，治顽痰；
参芦散，吐痰；
桔梗芦散，治膈痰；
稀涎散，涌吐；
导痰汤，降下；
滚痰丸，降下；
利金汤，治肺痰；
川芎丸，治肝痰；
千缙汤，治喘痰；
半黄丸，治热痰；
桂苓丸，治肾痰；
旋覆花汤，治络痰；
痰核丸，治痰核；
痰核酒，治痰核；
小陷胸汤，治痰痞；
指迷茯苓丸，治伏痰；
六安煎，治痰嗽；
温胆汤，治胆虚有疾；
涤痰汤，治痰迷；
牛黄丸，治痰痫；
二丹丸，治热痰；
四君子汤，健脾治痰；
六君子汤，健脾治痰；
参术健脾丸，健脾治痰；
清肺饮，润燥治痰；
四阴煎，清肺治痰；
补中益气汤，补中治痰；
六味丸，治痰血；

八味丸，治痰血；
百花膏，治痰嗽；
五味天冬丸，治火升；
滋阴清化丸，治相火；
真武汤，治阳衰；
补肺汤，治劳嗽；
三子养亲汤，治痰逆；
白金丸，治痰血；
苏子降气汤，降痰；
润下丸，治热痰。

明清关于痰病治疗的思想、法则及圆机活法，遣方用药之法度，以及诸家治痰之特色，远不止以上所述。如：

龚廷贤等一些医家善用二陈汤为基本方加减化裁，治疗诸多由痰所致病变。

赵献可虽以肾虚为生痰之本，但不拘于从肾论治，主张脾肾双补。他认为，善治痰者，先以六味丸、八味丸、壮水之主，益火之源，复以四君子汤、六君子汤补脾以制水。

张介宾论痰病标本之治，主张治痰求本，健脾补肾。其云：“治痰之法无他，但能使无气日强，则痰必日少，即有微痰，亦自不能为害，而且亦充助胃气。若无气衰，则水谷津液，无非痰耳，随去随生，有能攻之使尽，而且保无气无恙者，吾不信也。故善治痰者，惟能使之不生，方是补天之手”。《景岳全书·杂证谟》在此基础上，张介宾又指出，诸家治痰之法，多有治其标者，虽不可执，亦不可废也。但强调分清标本缓急。

明·李中梓推重“脾为生痰之源”的观点，主张“治痰先补脾”；“脾复健运之常而痰自化”；并告诫脾肺二经之痰不可混治。因“脾为湿土，喜温燥而恶寒润，故二术、星、夏为要药；肺为燥金，喜凉润而恶温燥，故二母、二冬、地黄、桔梗为要药”。（《医宗必读·卷九》）。

李挺的治痰大法是：“常法顺气与分导，坠下温中润肺家”，而通用二陈汤，能使大便润而小便长，尤为分导要药。“凡一切行痰、消克痰积之药，皆自此方而变化之也”。他对前人“痰无补法”之说持有异议，特别是对老痰凝滞胶固之症，认为非暂用温中药引导，必有格拒之患。对于风寒痰气的内郁之症，认为不用温散，则无以开结滞。

明·梁学孟著《痰火颞门》一书，乃作者研究痰人二十余年临证之心得，反复申明“淡味养阴”之理，详为列举调理脾胃诸法，强调痰火病治应以理脾为其关键所在。

清·赵学敏所著《串雅内编》、《串雅外编》中，记载其预、串、截法治痰，可谓独具特色，取效峻捷。

何梦瑶治痰强调虚不畏攻，注重去胃中之痰。

沈金鳌认为，脾胃健运自无痰，故曰治痰先理脾胃；气道顺，津液流通亦无痰，故曰治痰必理气。并论痰火导引、运动之法。

清·尤在泾在《金匱翼》中统论“治痰七法”，即攻逐法、消导法、和法、补法、温法、清法、润法。此七法从病机处着眼，大法分明，纲举目张；法中有法，入细入微。清·陈士铎对痰生于脏腑诸证候，及饮食不节，气机不利生痰证候，详论病机、治法及方药，可谓理、法、方、药，一线贯穿，论之有据，切于实用。

此外，其辨痰病病症之阴阳、病位之上下、病情之真假，并立法处方。对初起之痰、已病之痰、久病之痰、老痰、顽痰的治疗，均各有法度，此皆可谓前所未有。

清·王燕昌著《王氏医存》谈到，肥人多痰，源于湿与积；肥人之病，皆因脾湿致胃主痰；治肥人之痰，重在健脾；肥人饮食起居当有所忌。

清·程钟龄著《医学心悟》，对理脾化痰、宣肺治痰、补肾治痰、开窍通络治痰均有论述。其中开窍通络治痰是其特点。他以安神定志丸治癫，主铁落饮治狂，定痫丸治痫，搐鼻散取嚏。定痫丸、搐鼻散皆为程钟龄创制。

以上仅举例说明之，不足以概全貌。

（五）近代

近代中医论痰治痰，也有不少真知灼见。如：

何廉臣氏治痰善识变症。他认为痰涎随气升降，无处不到，变症最多。他在《通俗伤寒论》校勘中举出十例，曰痰晕、痰厥、痰胀、痰结、痰喘、痰哮、痰躁、痰串、痰注、痰隔，每症都详述病因、病机、病状及治法。兹举临床常见的痰晕、痰喘及证治较难的痰隔各一例。痰晕：抬头屋转，眼常黑花，甚则见物飞动，猝然晕倒者，此风痰上冲头脑，其以麻菊二陈汤治外风；因于内风者，香茸六味九加减。痰喘：咳逆气粗，咯痰稠粘，甚则目突如脱，喉间漉漉有声，此寒痰壅遏气管。治以豁痰下气，白果定喘汤主之。重则小青龙加石膏汤或定喘五虎汤主之；久则口噤王氏痰喘丸。痰隔：食入膈塞不通，口吐粘涎，大便秘结，粪如羊矢，此气郁夹痰阻塞胃院。治以辛润涤痰，五汁饮加狗宝为主方，或用程氏启膈饮加味；剧则云歧人参散，勉力图治。

此外，何廉臣氏治哮病分肺、胃、督脉三证。对于起于风寒之肺证，用麻黄二陈汤散外邪以豁痰，送下加味紫金丹，通内闭以除哮；审其客寒包火者，用白果定喘汤、调下猴庸二室散。胃证起于痰积者，审其湿痰上泛窒滞中气者，初用者香苏二陈汤，继用三子导痰汤加炙皂角，豁痰利气以燥湿；审其痰火随火升上堕胸膈者，初用竹沥涤痰汤送下节斋化痰丸，以调降痰火；继用费氏鹅梨汤，缓通肺窍，除其积痰。督脉证与肺证常相因，初起用小青龙汤加减，辛散太阳似温肺；继用金匱肾气丸加减，温通肾阳以煦督脉。

张锡纯氏在《医学衷中参西录》中，对痰证治疗，记载了丰富的经验，辨证明晰，立法严谨，组方新颖，用药灵巧，特点如下：1. 辨治痰证，调补脾肾为本。他认为，世医治痰，习用二陈汤，谓之治痰之总剂，不知二陈汤能治痰之标，不能治痰之本。他说：“痰之标在脾，痰之本原在于肾”。故自制理痰汤，药用半夏、白芍、茯苓、陈皮、芡实、柏子仁等，俾“肾之气化治，膀胱与冲之气化，自无不治，痰之本原清矣”。并在此方基础上化裁为龙蛎理痰汤，适于虚而兼实之痰。他认为龙骨与牡蛎同用为“治痰之神品”。治脾虚生痰者，创健脾化痰丸，仅用白术、鸡内金，补益与宣通并用，使中焦气化，壮旺流通，精液四布，清升浊降，痰之根抵胡除矣。自云此方，“治痰甚效”。他还针对老年人特点，用药两味，即鸡内金、芡实，创制“期颐饼”，治下焦虚惫，气化不摄，痰涎随气上泛之证。并云：“凡气虚痰盛之人，服之皆效”。此外，他对痰厥急证，治以吐法为主；对顽痰痼疾，痰瘀同治为重，创制了若干临床实用，独具特色的治痰方剂，而且以用精当、平和见长。

丁甘仁氏曾著《丁甘仁医案》，凡八卷，载病四百例，对中风论述极为深刻。其治中风时，涤痰浊畅通经隧为大法之一。他认为，中风之发生与痰浊阻塞经络和清窍有关。他在该书所载中风六案中，案案均治痰浊。他指出，中风之发病的重要因素为风性上升，痰湿随之阻于廉泉，堵塞神明。肾脉络舌本，脾脉络舌旁，

痰阻心脾之络，痰湿稽留，宗气不得分布。痰湿蒙蔽清窍，阻于廉泉，横窜经脑，堵塞灵机，气血宗气不通，神明失养，中风遂作。主张运中涤痰，通络道，畅气血。常用药物有姜半夏、淡竹沥、竹茹、茯苓、枳实、全栝蒌、陈胆星、炙远志、川贝、天竺黄、九节菖蒲、指迷茯苓丸。然涤痰须明生痰之源。治痰不求其本，则痰不易清除。

二、中医痰病学术的发展现状

（一）基础研究

1. 痰病学术的发掘整理研究

建国以来，不少学者医家从多方面开展了有关痰病学术的发掘、整理研究工作，并有相应的论文、资料等发表。主要有以下几个方面：

（1）各家学说研究

痰病的各家学说研究，从已发表的专题文章看，据不完全统计，有关于《伤寒杂病论》、《诸病源候论》，及宋金时期的朱丹溪、王珪；明清时期的梁学孟、王纶、李时珍、张景岳、吴鞠通、万密斋、戴无礼、李中梓、龚居中、王孟英、喻昌、叶天士、何梦瑶、傅青主、李用粹、尤在泾、俞根初等；近代的张锡纯、丁甘仁等；现代的秦伯未、陈若昆、关幼波、干祖望、陆芷青、邵长荣、杨百？、曹鸣高、蒲辅周、李巨谋、朱良春、石仰山（上海石氏伤科）、张发荣、胡桂揖、王少华、周子芳、曹旭、周仲瑛、孔令诩、朱可贞、杨季衡、余慎初、章亮厚、朱曾柏、喻昌辉等医家论治痰病学术思想及经验的整理。此外，朱曾柏氏等撰文综合论述“中医痰病学说的形成及发展”，介绍了历代 20 余位医家的论治痰病的学术思想。自 90 年代初期以来，中国中医研究院基础理论研究所病因病机研究室及有关专家，开展了有关中医痰病学术的全面发掘、整理研究工作。这项工作从基本理论各家学说及源流临床诊疗规律与方法，古今医案分析、方剂与药物分析、及发展思路的软科学研究等方面展开，已有部分论文发表。

（2）理论整理与综合

有关痰浊的形成、痰与五脏的关系、痰病的病因病机、痰病的诊断与辨证、痰病治则与治法。治痰方剂与药物、治痰与养生、痰浊与衰老、痰浊与体质、痰浊与瘀血、痰与饮、湿、水的关系等。现代有大量的整理性文章发表，对中医痰病学术理论的系统化和深化，及有关临床与科研起到了一定的促进作用。但由于缺乏对前人理论与实践的系统深入的研究，因而表现出该领域的学术内涵尚缺乏全面的理解和把握，因而难以在深度和广度上进行高层次的分析概括与综合。对一些与痰浊关系密切的疑难疾病、常见病基本尚未开展深入的研究，尚限于经验的积累和表述，或一般的临床观察报告，有待深入。由于对中医痰病学术内涵本身缺乏理论临床两方面的深刻把握，所以理论上的概括与综合受到一定的局限。因此必须深入研究中医历代各家论治痰病的学说与实践，结合当代研究进展，开展痰病学术理论的研究工作，才能不断发现新规律，提出新概念，为临床和现代实验研究，提出新的思路与假说。

（3）中医痰病学术发展思路探讨

目前关于这方面的讨论较少。李以义、方永奇、潘桂娟等曾发表有关论文。

2. 关于痰浊本质的现代思考

痰浊，是中医学的特有概念，那么若从现代科学、特别是包括现代医学在内的生命科学的角度分析，痰浊的本质是什么？亦即产生痰浊、发生痰病的现代机制如何？确实是十分有意义的，值得进行深入地探讨。如能在上述领域取得进展，将对临床上多种相关疾病的预防和治疗，产生难以预测的促进作用；对揭示人体

多种疾病的发生机制,提高健康水平和生命质量,也具有重要意义。现代学者中,较早在这方面思考的,是原新疆维吾尔自治区中医药研究所副所长李以义主任医师。其代表著作为于1990年出版的《百病皆生于痰一怪病从痰论治》一书。此外,还有部分学者,如林绍基[1]、吴昌国。邹世洁等撰文发表了自己的假说。兹综合分析如下:

(1) 免疫与痰浊的关系

李以义氏认为,人体的免疫机能反应异常,都可在体内形成为害人体的痰浊,故免疫和“痰”密切相关,“痰”在免疫中占有重要的地位。其一,在人体免疫活性细胞及其活动过程中,任何一个环节的故障,都可从免疫细胞的结构、机能、相互关系的协调,以及杀灭靶细胞等具体活动中,形成痰浊,而进一步引发其他相关性疾病。故必须在免疫系统的生理活动中,看到痰浊形成的因素,从而协调发挥其正常的机能活动,防止酿成痰浊的条件形成。其二,在人体非特异性免疫和特异性免疫应答活动异常中可能形成痰浊。前者,最典型的表现是在细胞吞噬方面,后者,在特异性细胞免疫中,最能说明痰浊生成的是肿瘤免疫;在特异性的体液免疫中,最能说明与痰浊有关的是IgE球蛋白。还有学者指出,免疫复合物,因其大小、性质、浓度的改变;或因机体的清除功能不佳,沉着于某些器官组织,则引起新的病变,如肾小球肾炎、类风湿性关节炎、红斑狼疮等。

(2) 细胞与痰浊的关系

李以义氏认为,细胞的形态和结构是遵循一定的规律而形成的。细胞的生命活动,也同样是通过固定的生化反应实现的。活细胞中含有水、蛋白、脂质、糖和盐,还有能催化反应的酶。细胞任何结构和功能发生异常,则其本身就会成为痰浊。任何生命活动中不正常主化反应的代谢产物、合成的物质都可能与中医的痰浊有关。细胞表面的结构和功能,几乎在所有的细胞中都起着非常重要的作用。在一定程度上可以说细胞表面的各种受体、酶的活性及通透性正常与否,是区别该细胞是生理性的,还是病理性的,甚至是否完全变成痰浊的重要标志。细胞表面结构,特别是质膜,在痰浊形成中起主要作用,质膜的重要功能,主要体现在物质运输、代谢调控、细胞识别及细胞膜受体方面。此外,细胞液的状态与功能如何,以及线粒体的作用、内膜系统及溶酶体的功能、细胞核的功能等,均关系到痰浊的发生。另外,细胞的自然衰老,也可使细胞功能减退,而逐步形成痰浊。总之,痰作为一种病理产物,又可视为一种致病因素,可无孔不入地渗透到机体的各个脏腑,经络。细胞是构成机体的基本单位,它既与外界保持着协调一致的联系,又在内部“自成一统”,以其独特的结构、形态机能等,来完成生命所必须的物体代谢、发育、繁殖分裂、运动、联络、遗传和进化等基本生命活动。这些生命活动都是有规律的,任何内外因素的影响,违背了这个规律都可能在细胞内的生命活动中形成痰浊。

(3) 血液流变学异常与痰浊的关系

李以义氏认为,血液在流动过程中,其特性的不稳定、成分的变化,影响其速度、流向、方式、程度和性质的改变,可能与“津液不循常道便成痰浊”有关。血小板的聚集性、粘附性和释放功能呈病理性改变时,就必然影响血液的正常流态;红细胞压积过高,聚集性增强,变形能力低下,造成血粘度增加,使血液运行失常。由于血粘度增加,微循环亦发生障碍,甚至出现微血栓,这是痰浊在血液流变中形成的结果。另外,当代的医疗实践,使许多医家注意到痰浊与脂代谢异常的关系。实际上无论是高脂血症中的哪一型,一则直接增加血浆粘度,使脂

质沉于血管壁上而生成痰浊；二则可直接作用于血管中的轴流成分，导致微小血栓的形成，而致痰瘀互结。

（4）微量元素与痰浊的关系

李以义氏认为，微量元素是人体酶的活性中心，并形成载体，将体内的常量元素运送至全身各个器官组织和细胞，参与维生素、激素的合成，以及核酸的代谢。微量元素不足和过多，均容易使机体产生痰浊。因许多微量元素是酶的激活剂或直接参与其代谢，这些元素的不足，常常促使酶的活性下降、功能失常及一些载体的功能障碍，而致阴阳平衡失调。阳虚则气血运行无力，阴虚则煎熬津液，而致津液失去常道成痰。如：与缺碘有关的地方性甲状腺肿、缺铁性贫血，以及被认为与钡过多有关的大骨节病等，都属此类。总之，必需微量元素的缺乏或过多，有害微量元素的不断积累，都与痰浊的发生相关。

（5）淀粉样蛋白与痰浊

吴昌国氏指出{2}，淀粉样蛋白的来源是降解后的免疫球蛋白(Ig)，当这种代谢产物在组织中沉着时，病理学上会出现一些嗜伊红性的玻璃样无定形的细胞外物质，称为淀粉样变性。从其形成原因、存在状态和临床表现看，淀粉样变性颇似中医“痰”或“痰湿”证。淀粉样变性，既可原发，也可继发于许多疾病的病理过程。原发性多见于中年或中年以上的病人，它是随着年龄的老化而代谢产物堆积的结果，从这一意义上说，是继发于衰老。继发者，多见于慢性感染、慢性溃疡性病变、慢性骨髓炎、慢性脓肿、慢性肾盂肾炎。在长期而连续的慢性抗原刺激下，机体细胞免疫低下而体液免疫亢进。过多的免疫球蛋白的产生，必然导致多量的Ig的代谢产物，这是形成淀粉样蛋白的物质来源。淀粉样蛋白在于细胞外组织间隙中，多见于心肌、舌、胃肠和小血管壁的中层。这种物质一旦形成，即脱离生命状态，而成为“异物”，干扰正常的细胞功能，阻滞细胞间的信息传导。这和中医所说的痰阻经络之中，妨碍气血运行的理论不谋而合：淀粉样变性存在于心肌、胃肠道和舌等组织时，可见心律不齐、传导阻滞、充血性心力衰竭、呼吸不良、巨舌症等，临床常表现出“脾气虚”的症状。一些慢性脓疡、慢性炎症，常常以“温阳化痰”法（诸如阳和汤等）取效，即是一例。

（6）异常糖类、糖复合物与痰浊的关系

有些学者认为中医所谓痰，即是较稠浊粘腻乃至胶凝的，多余地产生、累赘地存在的有害物质。其本质主要有五部分：①异常的糖类物质：包括异常的单糖及其衍生物、寡糖、多糖）和糖复合物；②过多、异常沉积的脂蛋白等脂类物质——但血浆脂蛋白也含有糖而实质上是糖脂蛋白，其实亦属糖复合物；③结核病之干酪样变物质——可能部分亦属脂蛋白类；④一些异常增殖的细胞、组织——也是具较多的异常糖类、糖复合物或与之有关的物质；⑤其他。这几个部分中，当以异常的糖类和糖复合物为首要。在不少疾病过程中产生和起作用的痰，不同程度地亦为异常糖蛋白，如慢性支气管炎、甲状腺机能亢进、动脉粥样硬化、卵巢囊肿及其他各种囊肿，某些肿瘤（特别是粘液瘤）、粘液性水肿、带下症、肾小球肾炎、系膜增生性肾炎等。另外推测癫痫，特别是神经分裂症（如吐或泻下之痰浊、顽痰）等病，似乎是因异常糖复合物产生后，直接或间接地影响了大脑的代谢及功能。

与此学说有关，邹世洁氏[3]在脾虚证本质研究的基础上，提出关于“脾虚——痰湿——粘液”，关系的假说。认为吸收、消化、生殖道的粘液腺（包括混合液）、粘液细胞粘液分泌功能的异常，是脾虚有形痰湿证的病理实质之一；粘液分泌功能的异常，导致粘液功能（如保护粘膜）的异常，成为脾气虚证的重要

发生机理。上述关系的假说，从粘液的物理特性看，符合湿为阴邪，其性重浊、粘滞的性质。粘液的主要成分是糖蛋白，有粘液细胞型、细胞外衣型、细胞外间质型三种类型。不同类型的粘液分布有一定的规律，而其病理性改变不仅导致其作用异常，更反映了其相关组织器官的病理改变及其它指标如酶、血型物质的变化。这一假说可概括机体不同部位病变的共同病理变化，符合这些病变的脾气虚异病同证的诊断。

（7）脂代谢与痰浊的关系

血脂（即血浆脂质）本是人体正常生命物质之一，当血脂浓度超过高限时便称为高脂血症。高脂血症实际可视为痰证，而血浆脂质即是“微观之痰”。高脂血症主要是血浆中胆固醇和甘油三酯等含量增高，这些物质的来源主要是动物油脂和卵黄。所以多进荤食、卵黄之类，是造成此症的重要原因之一，而中医则认为，过食肥甘厚味、易生痰浊。此外，随着年龄的增高，血浆胆固醇及甘油三酯也将增高，而中医学则认为年老气衰，气血津液运行迟缓，津液凝聚为痰。亦即“痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾”。（《景岳全书》）高脂血症早期可无症状，有些人只表现为形体肥胖，但实际上已发生内在病变，如血液粘度增大，血行迟缓，动脉壁因脂质沉着而变性，到后期则影响心、脑等出现一系列病变。

综上所述，痰浊的本质，总体说来是指那些在人体生理过程或病理变化过程中，应当排出体外，而未排出，从而在体内堆积起来的代谢产物或病理产物；以及虽属正常范畴、但过量蓄积的物质，痰属有形的客观存在，当勿容置疑，但之所以有“有形之痰”与“无形之痰”的说法，主要是基于感官认知能力的限制。但在目前的条件下，探讨并揭示某些“微观之痰”的本质，并不是不可能的。

3. 痰病辨证标准和诊断研究

（1）痰证宏观辨证的计量化研究

建立痰证的辨证标准，是深入研究痰证的必要前提，也是保证以后痰证研究结果具备科学性、实用性的必要条件，广州中医药大学第一附属医院实验中心方永奇氏[4]等，曾对痰证作过大量的临床流行病学调查研究，并对痰证的血液循环特征，及其与人体衰老的关系，与血瘀的关系，作过观察和研究。在此基础上，依据中医痰证理论及其致病特点，对多个系统疾病痰证进行了多指标同步观察，并应用现代数理统计方法，探讨痰证的计量化和规范化。研究过程中，将566例患者分为痰证组，和非痰证组。经卡方检验，将有意义的症状体征进行逐步判别分析，建立了痰证宏观辨证的方程式。其所运用的具体研究方法与结果如下：

I. 资料与方法：566例患者为该院内科住院病人及心血管专家门诊病人。其中，冠心病154例，中风48例，糖尿病68例，慢性肾病47例，类风湿12例，慢性肺气肿49例，肺心病9例，慢性胃炎69例，心律失常39例，有高血压者247例，有动脉硬化症者295例，有高脂血症者379例，全部病例均经临床确诊。男性306例，女性260例，年龄10~84岁，平均53.5岁，标准差11.2岁。痰病初步辨证标准，参考“冠心病中医分型试行标准”及《中医诊断学》（1984年版高等医药院校教材）中对痰证的传统辨证方法，将上述病例分为痰证组和非痰证组。即凡具备咯痰、胸闷、恶心、舌苔腻或脉滑者，辨为痰证，其余病例为非痰证。研究方法依中医辨证理论及其致病特点，设计了包含有58项症状体征的观察表，经研究确定调查方法和项目，由专人负责观察病人和填写登记表。脉象中滑脉的判断参考脉图仪的检查结果。其判断标准为：脉图呈双峰波，主波高陡而狭，升支和降支斜率较大；重搏前波不显现；降中峡低；重搏波较明显。将所有病例资料输入486微机进行卡方检验，再将有意义的指标进行逐步判别分析。

II 结果:

a. 566 例中, 痰证 298 例, 非痰证 268 例, 痰证病人略多于非痰证病人; 痰证组中男性 181 例, 女性 117 例; 非痰证组中男性 125 例, 女性 143 例。两组性别比例有显著性差异, $P < 0.001$ 。可见痰证多见于男性。痰证组年龄 (55.3(10.5 岁) 大于非痰证组年龄 (51.4(11.6 岁), $p < 0.01$,

b. 将痰证组病人的症状、体征频数与非痰证组比较, 观察到胸闷等 38 项指标在两组间有显著差别。提示这些指标的出现与否, 可能对痰证和非痰证具有鉴别诊断意义, 除去舌淡、舌淡红、苔白、脉细弱 (因这 4 项在非痰证组中出现的频率高于痰证组), 其余 34 项指标可能是痰证区别于非痰证的一组较有意义的症状和体征。

c. 痰证宏观辨证的判别函数: 应用逐步判别分析法对上述有意义的 34 项指标进行逐步判别分析, 筛选出 10 个指标, 得出判别函数式。经检验, 此判别函数, 敏感度为 0.923, 特异度为 0.929, 准确度为 0.926。可见, 此判别函数具有满意的判别效果。依据痰证宏观辨证的判别方程式, 方永奇氏等拟定了如下痰证宏观辨证标准: 主要条件: ①咯痰, ②喉中痰鸣, ③舌苔腻, ④脉滑; 次要条件: ①嗜睡, ②胸腹痞闷, ③肥胖, ④口干不饮, ⑤恶心呕吐, ③口眼歪斜。辨证标准: 符合下列任何 1 项时, 即可辨为痰证 (从宏观辨证判别式计算得出): ①具备主要条件 2 项; ②舌苔腻加次要条件 1 项; ③咯痰加次要条件 2 项; ④喉中痰鸣或脉滑加次要条件 3 项; ⑤具备次要条件 4 项。方永奇氏等认为, 证候是机体对内外致病因素作用的综合反应, 表现为特定的症状、体征等的有机组合, 因此, 研究“证”的本质及其诊断等, 必须采用多指标同步观察, 并进行多无分析, 才能揭示其内在联系, 探索各指标对证候的量的关系, 促进中医辨证的标准化和规范化。此项研究, 应用逐步判别分析, 从有意义的指标中进一步筛选出的上述指标, 是痰证最精确和相关性最大的指标。由于逐步判别法具有使信息的平均损失最少的特点。因而这些指标也最具有代表性。本标准主要适应于内科病, 而其他各科疾病的辨证适应性如何, 有待进一步观察。

(2) 广义痰病临床诊断标准研究 在临床实践观察基础上, 不少医家提出了有关痰证的宏观辨证标准。其中最具代表性的是朱曾柏教授 [5], 他经多年临床研究提出的“中医广义痰病诊断标准”。其中包括体症特点和症状特点两方面。

I. 体症特点

- 1) 久病不衰, 病证自发自丸年龄多在中年以上。
- 2) 眼神滞涩不流利, 面色晦暗, 或眼眶周围晦暗, 其形如肿。
- 3) 皮肤油垢明显, 手心、足心以及前阴、腋下等处, 常泌液渗津, 或面色光亮如涂油。
- 4) 形体日趋肥胖, 或肌肉松软, 掌厚指短, 手足作胀。
- 5) 厌油腻厚味, 喜素食、热食、淡食, 或焦香干燥食物, 也有时觉焦香异气扑鼻。
- 6) 单食腥荤肥腻食物后, “即感额凉冷、便秘、或有恶寒、胃中泛恶之感。
- 7) 时时惊悸, 神志恍惚; 或时而抑郁不快, 言苦恼事殊多, 言出泪下; 或时而亢奋多动, 言多而显“雀跃”。
- 8) 舌体较正常人略显弛纵、胖大。
- 9) 舌苔白腻或黄腻, 或黄白相兼, 牢覆于舌根部, 常年不化, 或时消时显。
- 10) 舌面津津滑润, 时时唾吐痰涎、水液, 而难以自控 (排除蛔虫症), 特别 (在安静环境 (没有其他事情分散注意力) 和心情抑郁不乐时尤其难以控制。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/915323300022012003>