

胡镜清研究员运用下法治疗痰瘀互结病证的理论与临床经验*

汪锦城¹, 周聪慧², 杨燕³, 胡镜清^{1,3**}

(1. 中国中医科学院中医基础理论研究所 北京 100700; 2. 南京中医药大学第三临床医学院 南京 210000;
3. 中国中医药科技发展中心 北京 100700)

摘要:总结胡镜清研究员基于痰瘀互结病机证候的下法运用经验。痰瘀互结是当代临床各科许多疑难疾病的重要病机与证候,下法在理论层面可逐顽痰湿饮,行血通瘀,还可散中下部难解之癥结,故而适用于痰瘀互结证相关疾病之治疗。在临床下法应用过程中,胡镜清研究员强调诊断时将痰瘀互结病机具体分析,根据“湿热”“虚寒”不同分型运用下法,处方中灵活选择各类下法药物,同时注意下法宜与它法合用。

关键词:痰瘀互结 病机 经验总结 下法

doi: 10.11842/wst.20221107004 中图分类号: R249.2/7 文献标识码: A

痰瘀互结是内、外、妇、儿等临床各科中包括胸痹、积聚、肺胀等多个疑难疾病的重要病机^[1-5]。痰瘀可结于脏腑,可结于经络,可结于血脉,可结于胸中,症状繁杂,部位不定,病程较长,治疗起来颇为不易。当代医家多采用消法,以活血化瘀、理气祛痰类方药如半夏、丹参等加以论治^[6-8],或佐以补法、清法、温法等法,益气养阴、清热、温阳,以求其效^[9-10],但在实际临床过程中,有时疗效却并不尽如人意。

胡镜清研究员,医学博士,博士生导师,长期进行痰瘀互结相关疾病诊疗规律研究,积累了丰富的相关临证工作经验,遣方用药灵活权变,敢于创新,对痰瘀互结病机辨治,尤其是下法运用有其独到见解,疗效明显。

1 下法论治痰瘀互结病证的理论基础

下法理论源出《黄帝内经》^[11],有“留者攻之”“血实宜决之”的相关论述。张仲景则针对临床创制了以大、小承气汤等为代表的下法方剂,用以荡涤肠胃、攻

逐里积。而后世诸多医家如孙思邈、张从正等皆是下法运用的临床大家,对于下法的应用也不再局限于单纯的里积、便秘等病证,张从正更是认为“凡下行者,皆下法也……凡在下者皆可下”^[12],下法理论不断被完善。至清代时包括余无言、吴楚、吴鞠通等著名医家均善用下法治疗各类临床疑难杂症^[13-15],温病学说的提出更是进一步扩展了下法的临床使用范围,下法作为祛邪之法被广为重视,如温病大家吴又可便有“勿拘于下不厌迟”之论^[16],以下法治疗外感温病,提倡逐邪治本。对于痰瘀互结这一病机而言,下法同样极为适用。

1.1 下法可逐顽痰湿饮

痰瘀互结之痰多属无形之痰,其由来主要与脾、肺、肾、肝及三焦功能失常密切相关,而究其本则定是在于脾失健运,致使津液代谢不利,水液不归正化,停而为饮,聚而成痰,日久而成顽痰,难以祛除。痰湿多停于中焦,困于脾土,影响枢纽气机之运转,致津液运行不利更甚,令新痰又生,而呈恶性循环之势。对于其治疗,清医家李用粹便曾在其著作《证治汇补》中引

收稿日期:2022-11-07

修回日期:2023-03-06

* 国家科学技术部国家重点研发计划中医药现代化研究重点专项(2019YFC1708501):冠心病痰瘀互结病因病机与诊治方案创新研究,负责人:胡镜清;广东省科学技术厅岭南中医药现代化专项(2020B1111120004):中医健康状态辨识与干预装备研究,负责人:杨志敏。

** 通讯作者:胡镜清,本刊执行主编,研究员,博士研究生导师,主要研究方向:中医病机证理论及其应用研究。

《素问·六元正纪大论》原文“土郁夺之”提出：“痰凝脾藏，热壅肠胃，皆土郁也。治宜夺之，夺者，攻下也。”^[17]即此时以下法荡涤肠胃，推陈出新，将“郁土”之顽痰从下焦逐之。同时下法尚有行气理气之效，肺与大肠相表里，下法亦能宣肺气，助其宣发肃降、治节水道，《类编朱氏集验医方·痰饮门》云：“气滞则痰滞，气行则痰行……疗痰之法，调气为上，和胃次之。”^[18]下法强推人身右降之气机，气利而痰自下^[19]。实际临床中，在魏、晋、隋、唐等多个时期下法攻通祛痰曾是医家治疗痰证的主要治法，临床大家孙思邈、朱丹溪、张从正等人也均常采用下法扫除痰实^[20]。清代温病名家陈光淞将痰湿邪气归为浊邪，云其“粘腻，搏结不坚，到处可以留着”，并认为“痰浊重者……三五次后大下浊沫，其邪始尽”^[21]，更是倡导以轻法频下之法祛胶结之顽痰、湿浊。

1.2 下法可行血通瘀

血液运行郁滞不畅，瘀积于局部即成瘀血，《灵枢·逆顺肥瘦》云：“血浊气涩，疾泻之，则经可通也。”^[22]《素问·阴阳应象大论》云：“血实宜决之。”^[23]可看出自《黄帝内经》时起，下法即为活血化瘀方法之一。在《伤寒杂病论》中，更是有多个下法方剂运用于血瘀证之治疗，如桃核承气汤、下瘀血汤等。下法治瘀之医理一方面在于下法可通畅气机，推动血行，另一方面仍是借其推陈致新之功，强逐瘀血有形实邪于外，《伤寒论·治伤法论》云：“瘀血停滞或积于脏腑者，宜攻利之，先逐其瘀。”^[24]瘀血逐，新血方生，就这一层面意义而言，下法亦是治瘀求本之法，即张从正所论：“《内经》之所谓下者，乃所谓补也……不补之中，有真补者存焉。”^[12]《陆氏三世医验·积痛数下得痊三八》记一医案，五旬老者患病疾，医家断为血瘀，采取下法逐瘀，排出泥色血瘀块后，十年痼疾之胁痛并同痼疾竟一并痊愈^[25]，下法治瘀之效可见一斑。

1.3 下法可散中下部难解之癥结

《伤寒论考证》曰：“凡云结者，谓邪气与物相结聚也。物者何？水血是也。”即“结”是邪气与水血等物结聚相互结聚的病理变化^[26]。瘀血、水饮仅是“结”发生的基础条件，这也从根本上导致痰瘀互结的治疗势必与单纯痰湿证加血瘀证的治疗有所区别。《诸病源候论·痰癖候》云：“痰癖者，由饮水未散，在于胸膈之间，因遇寒热之气相搏，沉滞而成痰也。痰又停聚流移于胁肋之间，有时而痛，即谓之痰癖。”^[27]脾胃运化失

职，痰饮生成日久无以代谢，因寒热而聚集沉滞，方凝为结，血瘀、痰瘀成结亦是如此。痰瘀之结形成后常聚于有形之邪易留存之处，如六腑、奇恒之府中，以人体中下部居多。《素问·阴阳应象大论》曾言治疗大法：“其下者，引而竭之；中满者，泻之于内。”^[23]痰瘀之结的治疗同样可借鉴此法，尤其是中下部日久难解之癥结，在传统散结、消导药物用后不效时，则应考虑使用下法，从整体上将结从下而引、从内而泻出于外，另一方面如前文所述，结无非是由寒热邪气催化，痰瘀相聚而成，下法对于痰湿、瘀血任一病理产物均有作用，寒下及温下药物也可正治寒热邪气，故而下法能帮助结的消散，防止结的进一步产生。

2 下法论治痰瘀互结病证的要点

2.1 痰瘀互结病机具体分析，灵活运用下法

下法可荡涤肠胃、攻逐实邪，整体而言其作用不似和法、补法一般柔缓，诸多古籍医书中对其讳莫如深，使用禁忌繁多，如张仲景在《伤寒论》中便列有一专篇《辨不可下病脉证并治》，用以论述不可用下法之情形。但胡镜清研究员认为，在痰瘀互结病机诊治之时，无需拘泥于此，并通过多年临床经验总结，化繁为简，在运用下法之时将痰瘀互结患者整体再细分为两类：一类为以湿、热病象为主型痰瘀互结患者，除痰瘀互结固有症状体征外，常伴有面色黧黑、红赤，肌肉紧实，说话声音洪亮，平素性情急躁易怒，病情波动较大，大便秘结，舌质红，脉滑数有力等症状及体征，此类患者在组方时可无需考虑下法禁忌，果断运用下法，并根据患者肠胃耐受情况、二便情况灵活调整下法药物剂量，必要时可重用下法药物，常用方剂有小承气汤、防风通圣散等；另一类为以虚、寒病象为主型痰瘀互结患者，除痰瘀互结固有症状体征外，常伴有面色萎黄、皤白，肌肉松软，语声低微，神疲懒言，乏力气短，大便稀溏，舌质淡，脉沉弱无力等症状及体征，此类患者多脾胃亏虚、阳气不足，但只要患者没有明显的严重腹泻指征，胡镜清研究员仍会在治疗时使用下法，常用方剂有济川煎、温脾汤等，但会严格控制药物剂量，并采取攻补兼施、寒温并用的策略，佐以桂枝、黄芪、干姜、大枣、乌梅等药物，同时密切观察患者大便情况，中病即止。而在实际临床中，虚寒型痰瘀互结患者服用带有下法药物包括虎杖、大黄等的方剂后，绝大多数也并未出现严重腹泻的副作用，且起到

了调理气机,“下亦为补”的预想效果。极少数患者服用后出现泄泻下利症状,及时调整下法药物剂量或减去该药物,再辅以参苓白术散、理中汤、乌梅丸等方稍加调理便可恢复。除此之外尚有部分混合型痰瘀互结患者,即上述两型症状体征兼见,可根据寒热偏向再行组方,组方原则、下法药物使用方法同前。

2.2 灵活选择各类下法药物

单论治法层面的下法,在《金匱要略》中便有苦寒泻下、温下、润下、峻下去积、攻下逐瘀、攻下逐饮、行气通里等多个类别^[28],具体至下法药物,每种药物除通下作用外,亦会兼具别的功效,《伤寒论》中便有多种下法角药配伍,利用药物不同特性^[29],陈可冀等^[30]曾将常用活血化瘀中药分为和血药、活血药和破血药,破血药中的大黄、桃仁皆为下法要药,和血药的代表药物当归、生地黄、芍药同样兼具润肠通便之功,在临床应用时胡镜清研究员亦会考虑此点,根据药物特点结合患者所患疾病及患者自身情况灵活运用。以冠心病为例,胡镜清研究员通过大规模流调发现,冠心病痰瘀互结在病机演变过程中,存在早期湿化、活动期

热化、后期虚化,“痰瘀虚”贯穿始终的规律倾向^[31],故而在临证之时,多参考该病机规律特点酌加各类下法药物,如于冠心病早期、活动期适当使用大黄、虎杖等清热利湿之品,于后期使用地黄、肉苁蓉、火麻仁等养血益气填精之品,治疗全程使用桃仁、当归、虎杖等活血利湿药物,同时根据患者自身情况,若是实热型冠心病痰瘀互结患者,则可使用攻下之力相对较强的药物,如大黄、虎杖、厚朴、枳壳等,若是虚寒型冠心病痰瘀互结患者,则多选择补虚润下类药物,如肉苁蓉、玄参、当归、桃仁等。值得一提的是,各类下法药物中,胡镜清研究员尤喜用虎杖,在多年临床中发现该药作用虽与大黄相仿,通下理气之力并不亚于大黄的同时,其性却远不似大黄一般峻猛,虚寒型痰瘀互结患者亦可承受,同时该药兼备清热解毒、散瘀化痰之效,实为痰瘀互结下法要药。现将常用痰瘀互结下法应用药物总结于下(见表1)。

2.3 下法宜与它法合用

结合前文,对于痰瘀互结的临床论治,若无明显禁忌症状体征,皆应使用下法,但在立方时胡镜清研

表1 常用痰瘀互结下法应用药物总结

类型	常用药物	性味	功效
攻下理气类	大黄	苦、寒	泻下攻积,逐瘀通经,破痰实,清热泻火,凉血解毒,利湿退黄
	厚朴	苦、辛、温	下气除满,燥湿消痰
	枳实	苦、辛、酸、微寒	破气消积,化痰散痞
	枳壳	苦、辛、酸、温	行滞消胀,理气宽中
	虎杖	微苦、微寒	泻热通便,散瘀止痛,止咳化痰,清热解毒,利湿退黄
	芦荟	苦、寒	泻下通便,清肝泻火,杀虫疗疳
	薤白	辛、苦、温	行气导滞,通阳散结
	三棱	辛、苦、平	消积止痛,破血行气
	莪术	辛、苦、温	消积止痛,破血行气
	皂荚	辛、咸、温	通便,祛痰开窍,散结消肿
补虚润下类	火麻仁	甘、平	润肠通便,滋养补虚
	生地黄	苦、寒	养阴生津,润燥通便,清热凉血
	熟地黄	甘、微温	滋阴补血,益精填髓
	当归	甘、辛、温	润肠通便,补血活血,调经止痛
	桃仁	苦、甘、平	润肠通便,活血祛瘀,止咳平喘
	生何首乌	苦、甘、涩、微温	润肠通便,解毒,消痈,截疟
	瓜蒌	甘、微苦、寒	润燥滑肠,清热涤痰,宽胸散结
	玄参	甘、苦、咸、微寒	滋阴降火,润燥通便,解毒散结,清热凉血
	苦杏仁	苦、微温	润肠通便,降气止咳平喘
	紫苏子	辛、温	润肠通便,降气化痰,止咳平喘
	黑芝麻	甘、平	润肠燥,补肝肾,益精血
	肉苁蓉	甘、咸、温	润肠通便,补肾阳,益精血
	锁阳	甘、温	润肠通便,补肾阳,益精血
核桃仁	甘、温	润肠,补肾,温肺	
峻下类	甘遂	苦、寒	泻水逐饮,消肿散结
	千金子	辛、温	泻下逐水,破血消癥
	巴豆霜	辛、热	峻下冷积,逐水退肿,豁痰利咽

究员亦不会全用下法,常与它法合用。采用下法主要是借其行气推陈之效,并非以此为主法治疗里积,故而在活血化瘀、散结益气、清热、温阳等药物中酌加适量下法药物或合以下法方剂即可,发挥下法原有作用的同时尚能与它法取长补短,如令补法补而不滞、助消法消散结块等。

3 验案举隅

患者曹某,男,83岁,2021年6月15日初诊。患者记忆力下降2年余,近3个月记忆力下降症状加重,1年前于西医院确诊阿尔兹海默病并服用美金刚至今,症状无明显改善。刻下神情淡漠,沉默少言,不能自行表述病情,面色萎黄,四肢乏力,胸口憋闷,大便干结,平均3日1行,需借助开塞露,小便自调,嗜睡,纳可。舌质淡,苔薄白腻,有瘀斑瘀点,脉沉弦细。西医诊断:阿尔兹海默病;中医诊断:老年性痴呆,辨证属痰瘀互结、脾肾亏虚。治拟祛瘀化痰散结、健脾益肾。予以济川煎、定志丸、五苓散合方加减,处方:酒苻蓉15g,全当归15g,怀牛膝12g,炒枳壳12g,泽泻10g,升麻10g,党参15g,茯苓12g,制远志12g,石菖蒲15g,熟地黄15g,桃仁15g,火麻仁12g,桂枝12g,生白术12g。14剂水煎服,每日1剂,分早晚2次温服。

2021年6月29日二诊:患者服药后记忆力无明显变化,乏力症状较前减轻,仍大便干结,需借助开塞露,胸口偶有憋闷感,嗜睡,舌脉如前。予前方加虎杖12g,全瓜蒌30g,生白术加至30g,续服14剂。

2021年7月13日三诊:患者服药后乏力症状好转,嗜睡现象较前明显改善,大便可自行解出,干结程度较前减轻,胸口憋闷感消失。记忆力较前好转,言

语增多,可与家人进行简单对话。效不更方,嘱继服前方30剂。

按:该患者为老年男性,以记忆力下降为主诉,辨病属老年性痴呆。痰瘀互结是痴呆病的关键病机之一,该患者神情淡漠,沉默少言,面色萎黄,四肢乏力,嗜睡,苔薄白腻,有瘀斑瘀点,当辨为虚寒型痰瘀互结患者,辨证角度应为痰瘀互结、脾肾亏虚。故以祛瘀化痰散结,健脾益肾为治疗大法,以肉苻蓉为君,润肠通便,温补肾阳,怀牛膝为臣,滋补肝肾兼逐瘀血,合以泽泻性降而润,配合牛膝引药下行,枳壳宽肠下气,升麻轻宣升阳,升清降浊通大便燥结,党参、茯苓、白术健补脾胃,石菖蒲开窍祛痰散结,熟地黄滋补肾阴,火麻仁润肠通便,桂枝温经通阳。二诊患者仍大便干结、嗜睡,故加虎杖、瓜蒌增通下、祛痰之力,增加生白术用量补益脾气。本案治疗紧扣痰瘀互结这一基本病机,明晰该患者为虚寒型痰瘀互结后,以下法代表方济川煎作为主方,合以胡镜清研究员治疗痴呆经验方定志丸、五苓散进行治疗,在加减药物上也多选择熟地黄、桃仁、火麻仁、虎杖、全瓜蒌等既有通下之效又兼具祛瘀化痰益肾等功效的药物,方药选用通下扶正兼顾,切中病机,故获良效。

4 小结

下法为临床常用八法之一,运用范围广泛,但对于痰瘀互结之论治,其应用却常为医家所忽视。下法相对它法而言,确有其独到的优势,是各类治法中少有的对痰瘀互结病机3个关键病因痰湿、血瘀以及互结均有疗效的治法,若能掌握相关使用规律及禁忌,不拘泥于惯常下法应用之思路,在痰瘀互结病机临证之中灵活运用,则可提高临床疗效,起常法束手之沉疴。

参考文献

- 1 卢红蓉,杜松,胡镜清.痰瘀互结证治理论源流考.中医杂志,2015,56(10):811-815.
- 2 王传池,许伟明,江丽杰,等.11383例健康人群及冠心病不同阶段患者痰瘀互结证分布规律的多中心横断面研究.中医杂志,2021,62(6):494-504.
- 3 崔英海,胡镜清,李丁蕾,等.基于“痰瘀互结”理论论治慢性阻塞性肺疾病.世界中医药,2021,16(21):3111-3115.
- 4 刘益铭,李秋华,梁丽喆,等.乳腺癌痰瘀互结的病理、病机及治疗.世界中医药,2021,16(21):3127-3130.
- 5 吴珊,王传池,张佳乐,等.近40年痰瘀互结相关研究热点演变与趋势探析.中国中医药信息杂志,2022,29(1):11-18.
- 6 于贤泊昊.基于中医传承辅助系统痰瘀互结证的用药研究.沈阳:辽宁中医药大学硕士学位论文,2020.
- 7 傅梦薇,李洪峰,王阶.痰瘀互结证之理论与研究.时珍国医国药,2021,32(12):2977-2980.
- 8 李彬,毛静远,江丰,等.张伯礼治疗冠心病痰瘀互结证对药应用举隅.中医杂志,2013,54(11):910-912.
- 9 吴珊,王传池,林明欣,等.近30年中医药治疗冠心病痰瘀互结证用药概况分析.中医杂志,2022,63(17):1685-1690.
- 10 闫蕾,郎睿,王殿文,等.从痰瘀论治慢性肾脏病理论源流述略.中

- 华中医药杂志, 2022, 37(9):5155-5158.
- 11 焦东方, 刘爱华. 基于下法探讨痛风的治疗. 南京中医药大学学报, 2017, 33(3):226-227.
 - 12 金·张子和. 儒门事亲. 北京: 人民卫生出版社, 2005:51, 59.
 - 13 孙彬霄, 马晓北. 吴鞠通对《温疫论》下法的继承发展与补正. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(3):307-308.
 - 14 王瑞, 胡建鹏, 王键. 新安医家吴楚善用下法特色探析. 中医杂志, 2019, 60(22):1972-1974.
 - 15 周源, 赵建磊, 王莉媛. 余无言运用下法治疗疑难重病经验总结. 中华中医药杂志, 2017, 32(12):5424-5426.
 - 16 明·吴有性. 温疫论. 天津: 天津科学技术出版社, 2003:11.
 - 17 清·李用粹. 证治汇补. 北京: 中国中医药出版社, 1999:86.
 - 18 宋·朱佐. 类编朱氏集验医方. 上海: 上海科学技术出版社, 2003:101.
 - 19 佟旭, 孟庆刚. “下法”在现代中医临床中的应用. 中华中医药学刊, 2015, 33(4):820-822.
 - 20 李霄, 李霖, 金鑫瑶, 等. 痰证理论源流及演变略论. 中医杂志, 2020, 61(15):1303-1306.
 - 21 清·陈光淞. 温热论笺正. 北京: 中国中医药出版社, 2015:17-18.
 - 22 宋·史崧. 灵枢经. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016:73.
 - 23 唐·王冰. 黄帝内经素问. 南宁: 广西科学技术出版社, 2016:11.
 - 24 清·钱文彦. 伤科补要. 北京: 中国中医药出版社, 2003:36.
 - 25 明·陆养愚, 明·陆肖愚, 明·陆祖愚. 陆氏三世医验. 北京: 中国中医药出版社, 2011:54.
 - 26 张逸雯. 中医学“结”的理论与应用研究. 北京: 中国中医科学院博士学位论文, 2020.
 - 27 段逸山. 诸病源候论通检. 上海: 上海辞书出版社, 2008:114.
 - 28 田丽楠. 基于《金匱要略》下法的理论研究. 北京: 北京中医药大学硕士学位论文, 2015.
 - 29 邝梓君, 汤顺莉, 陈国铭, 等. 论《伤寒论》下法中角药的运用. 中华中医药杂志, 2018, 33(6):2279-2281.
 - 30 陈可冀, 李连达, 翁维良. 血瘀证与活血化瘀研究. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(1):1-2.
 - 31 王传池. 冠心病不同发展阶段中医证演变规律研究. 武汉: 湖北中医药大学博士学位论文, 2020.

Experience of Professor Hu Jingqing in Treating Pathogenesis of Intermingled Phlegm and Blood Stasis by using Purgative Method

Wang Jincheng¹, Zhou Conghui², Yang yan³, Hu Jingqing^{1,3}

(1. Institute of Basic Theory for Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medicine Science, Beijing 100700, China ;

2. The Third School of Clinical Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210000, China ;

3. China Science and Technology Development Center for Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract: Summarize the professor Hu Jingqing's experience in treating pathogenesis of intermingled phlegm and blood stasis by using purgative method. Intermingled phlegm and blood stasis is one of the most important pathogenesis of many difficult diseases in the contemporary era. From the perspective of TCM theory, the purgative method can dissipate phlegm, eliminate blood stasis and resolve masses, which is a suitable method for the treatment in pathogenesis of intermingled phlegm and blood stasis. In clinical practice, the professor Hu Jingqing emphasizes the specific classification of pathogenesis of phlegm and blood stasis in diagnosis, using the purgative methods according to different classifications of "excess heat" and "deficiency cold". And make flexible selections of various purgative drugs in prescription. Last but not least, it is suggested that the purgative method also should not be used as the only treating method.

Keywords: Syndrome of intermingled phlegm and blood stasis, Pathogenesis, Summarization of experience, Purgative method

(责任编辑: 李青)