基於「陽非有餘，陰常不足」理論應用陽和湯探討哮病的治療

Application of *Yang-He* Decoction for the treatment of asthma based on the theory of "*Yang* is not surplus while *Yin* is often insufficient"

彭波　*PENG Bo*

（香港浸會大學中醫藥學院）

國家自然科學基金項目（項目編號：81001520）

[摘要]　哮病為一種發作性疾病，屬於痰飲病的「伏飲」證。本文試從「陽非有餘，陰常不足」理論出發，闡述哮病是邪實正虛證的本質，陽非有餘是哮病發病的根本因素，其治法應以扶正祛邪，標本同治。以陽和湯為基礎方臨床應用，其有效性，對臨床的規範化有一定的啟迪。

[關鍵詞]　陽非有餘，陰常不足；陽和湯；哮病治療

哮病是一種發作性的痰鳴氣喘疾患。發時喉中有哮鳴聲，呼吸氣促困難，甚則喘息不能平臥。哮病為一種發作性疾病，屬於痰飲病的「伏飲」證，臨床上一般指西醫學的支氣管哮喘。目前哮病的流行率、發病率和死亡率不斷上升，已經被認為是最具有重大公共衛生意義的疾病。現代醫學主要從舒張氣管和抗炎為主，治療有一定的局限性。中醫藥在哮病的治療方面，有幾千年的歷史，具有獨特的優勢和特色。

目前大約有2.35億人罹患哮喘，根據世衛組織於2016年12月發佈的最新估計，2015年有38.3萬人死於哮喘。患病比率因國家而異，最高為18.4%，最低為0.7%；而發達的國家的患病比率遠高於發展中的國家[1]。據統計，香港哮喘人數超過330，000人。香港每年平均有70至90人死於哮喘病發，其中有20至30人是死於精壯之年（15至44歲）[2]。可見哮喘是一個所有國家的公共衛生問題。如何預防和治療哮喘是一個重要的前沿課題，本文試從「陽非有餘，陰常不足」理論出發，闡述哮病的病因病機及治療，以期對臨床有一定的指導作用。

1　「陽非有餘，陰常不足」理論內涵

「陽非有餘，陰常不足」理論明代傑出的醫學家張介賓提出，為以元氣論和陽陽學說為基礎，從「陰陽者，一分為二也」及陰陽互根互用角度，闡述了人以元氣為本，元氣化生出了元陰、元陽，也稱真陰真陽。元氣本無有餘，其病惟皆不足，所以提出「陽非有餘，真陰不足」。認為陽氣在生命活動中的主導作用；在形與氣、寒與熱、水與火的關係上，強調陽氣的重要性；從陽氣主導生化之權和陽氣難得易失兩方面強調陽氣之不足。陽非有餘就是指陽氣不足。疾病的發生都是陽氣不足所導致[3]。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

2　陽非有餘是哮病發病的根本因素

2.1　《內經》論述

《素問·陰陽別論》云：「陰爭於內，陽擾於外，魄汗未藏，四逆而起，起則熏肺，使人喘鳴」。《素問·太陰陽論》有：「犯賊風虛邪者，陽受之則入府，陰受之則入五臟。入六府則身熱，不時臥，上為喘呼。」由此可見，陽氣虛弱，陰陽虛損，是發病的重要因素。

2.2　哮喘「夙根」論

《素問·經脈別論篇》云：「飲入於胃，遊溢精氣，上輸於脾。脾氣散精，上歸於肺，通調水道，下輸膀胱。水精四布，五經並行，合於四時五臟陰陽，揆度以為常也。」漢·張仲景《痰飲咳嗽病脈證並治》篇中指出：「膈上病痰，滿喘咳吐，發則寒熱，背痛腰疼，目泣自出，其人振振身咽劇，必有伏飲」。此理論堪稱為後世「痰飲伏肺」為哮喘夙根的淵源。元·朱丹溪《丹溪心法》：「哮喘專主於痰。」明代·張介賓《景岳全書·喘促》記載：「喘有夙根，寒即發，或遇勞即發者，亦名哮喘」。

人體正常津液運化敷布，主要依賴肺脾腎，因肺主宣化，脾主運化，腎主氣化，此三髒陽氣充盛，互相協作，才能完成津液布化。李時珍所謂：肺為儲痰之器，脾為生痰之源，腎為生痰之根，即從病理上反應了這種關係。臟腑陽氣虛弱，可產生痰飲，因痰為陰邪，易傷陽氣，痰飲形成之後，又能致陽氣更虛，所以痰飲既是原發疾病的結果，又是繼發疾病的致病因素。若痰伏於肺則成為潛在的病理因素，就是哮喘宿根。

3　哮病是邪實正虛證的本質

一般都要認為哮病屬邪實正虛證。一般來說正虛主要是指陰陽之偏虛，主要是指陽氣虛，陽氣虛損嚴重的進而引起陰陽俱虛，分別為肺、脾、腎三臟之陽虛。嚴重者肺不能治理調節心血的運行，腎虛命門之火不能上濟於心，則心陽亦同時受累，甚至發生喘脫危候。

邪實主要是指伏痰，是由於陽氣不足，水液代謝失常，聚而成痰伏於所致，注意是否兼有表證。哮病是邪實正虛證的本質就是陽氣不足，伏痰內生。清代·李用粹《證治匯補·哮病》：「因內有壅塞之氣，外有非時之感，膈有膠固之痰，三者相合，閉拒氣道，搏擊有聲，發為哮病。」也因應了這一觀點。哮喘反復發作，寒痰傷及肺、脾、腎陽氣，臟腑虧虛，宿邪未消，痰飲內伏，呈現虛實相因，本虛標實的病理特徵，這是造成哮喘反復發作、難以治癒的根本原因。

4　哮病治法：扶正祛邪，標本同治

當宗丹溪「未發以扶正氣為主，既發以攻邪氣為急」之說，以「發時治標，平時治本」為基本原則。文中「為主」二字不可失識，既云為主，必有為次，實則蘊含標本同治，惟有主從輕重不同而已。驗之臨床，欲收得效，務必標本相兼而治為佳。

陰陽辨證可以做到執簡馭繁。宗《素問·至真要大論》「謹察陰陽所在而調之，以平為期。」為治病基點。明代醫家張景岳《景岳全書》：「凡診病施治，必須先審陰陽，乃為醫道之綱領。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

醫道雖繁，而可以一言蔽之者，曰陰陽而已。」清末醫家鄭欽安《醫理真傳》「醫學一途，不難於用藥，而難於識症。亦不難於識症，而難於識陰陽。」張仲景《金匱要略·痰飲咳嗽病脈證並治》言：「病痰飲者，當以溫藥和之」為綱領。根據哮喘的病機核心是陽非有餘，伏痰致哮，我們提出哮喘的治療大法為「通陽調氣」，在治療哮喘疾病時，以陰陽為綱，以表裏寒熱為目進行辨證論治。

5　以陽和湯為基礎方，辨寒熱加減治之

陽和湯出自清代醫家王洪緒《外科證治全生集》卷4，方由熟地黃、鹿角膠、肉桂、薑炭、麻黃、白芥子等組成，原用於治療「鶴膝風、貼骨疽及一切陰疽」，自清代以來，一直用於外科陰疽類疾病，有「陰疽活命丹」之稱，是治療陰疽方劑的鼻祖，是外科著名方劑。本方具有溫陽補血、通滯化痰之功。哮病的病機是陽氣不足，伏痰內生。伏痰也陰疽同一病理，皆為陰邪凝聚而成。所以陽和湯方恰合病機。臨床用之效果容出，多有報導[4]。

陽和湯由熟地黃、肉桂、麻黃、鹿角膠、白芥子、薑炭、生甘草組成。其功用溫陽補血，化痰通絡，原方雖用於治療陰疽，但從其組方配伍觀之，有補虛瀉實、上下同療之功。補血與溫陽並用，化痰與通絡相伍，益精氣，扶陽氣，化寒凝，通經絡，溫陽補血以治本，化痰通絡以治標。用本方治療哮病，猶如離照當空，陰霾自散。20世紀50年代，已故北京名醫秦伯未在《謙齋醫學講稿》中提出：「陽和湯治療頑固性咳、痰、喘，效果遠勝於小青龍湯，陽和湯與咳痰喘的發病原因和病理相吻合[5]。

對於寒性哮喘，以陽和湯合三拗湯加減治之。三拗湯原名「還魂湯」，出自《金匱要略·雜療方第二十三》，由麻黃、苦杏仁、甘草三味藥物組成，麻黃為君，杏仁為臣，甘草為佐使，系由《傷寒論》麻黃湯去桂枝而成。採用連節麻黃、連皮杏仁、連梢甘草，與常規炮製加工方法相拗，故名三拗湯。宣肺平喘是三拗湯的主要功效[6]。對於熱性哮喘則以陽和湯合麻杏石甘湯加減治之。麻杏石甘湯來源於《傷寒論》，麻黃、杏仁、炙甘草、石膏四味藥組成。本方實為麻黃湯去桂枝，加石膏而成，但方義與麻黃湯已大為不同，開闢了治肺熱之大法，變辛溫發汗解表為辛涼泄熱、宣肺平喘之劑。臨床應用，效驗甚多[7]。

綜上所述，對於哮病的病因病機、治法方藥的認識及選擇，雖所述眾多，然而張氏的「陽非有餘，陰常不足」理論的應用研究，似乎更加的執簡馭繁，便於臨床應用。陽和湯為基礎方臨床應用的有效性，也給臨床的規範化有一定的啟迪。

參考文獻：

[1] https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/asthma.

[2] http://www.census2011.gov.hk/tc/main-table/A103.html.

[3] 傅沛藩. 張介賓關於陰陽虛損學術思想初探. 吉林中醫藥，1997，10（3）：1.

[4] 李德順，胡作為，袁艇，等. 陽和湯在哮喘治療中的應用述評. 山西中醫學院學報，2012，13（3）：132-33.

[5] 秦伯未. 謙齋醫學講稿[M]. 北京：人民衛生出版社，1958：57.

[6] 彭波，等. 彭波博士治療哮喘的臨床經驗及案例舉隅. 香港中醫雜誌，2019，14(2)：7-10.

[7] 彭波. 麻杏石甘湯臨床應用體會. 香港中醫雜誌，2018，13(4)：25-26.

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

（編委：張群湘審校2019.07.04）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved