

温胆汤

中医
十大
名方

主编 谭宗艾 范恒

中国中医药出版社



中医十大名方

温胆汤

主 编	谭宗艾	范 恒
副主编	李 均	方邦江
编 委	邓菱梅	周学卫
	邓江华	
参 编	袁秋萍	石 荣

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

中医十大名方/王平主编. —北京: 中国中医药出版社,
1998

ISBN 7-80089-724-9

I. 中… II. 王… III. 方书 N.R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (97) 第 21184 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路七号 电话: 64151553 邮码: 100027)

印刷者: 北京市卫顺印刷厂印刷

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 787×1092 毫米 32 开

字 数: 1126 千字 (全套)

印 张: 50.25 (全套)

版 次: 1998 年 3 月第 1 版

印 次: 1998 年 3 月第 1 次印刷

册 数: 3500

书 号: ISBN7-80089-724-9/R·723

定 价: 76.00 元 (全套)

前 言

温胆汤是临床常用难病奇方。历代医家对其理法方药进行了广泛探讨和研究,特别是近代,汲取现代医学理论成果,采用先进的研究手段,对该方的药理作用进行了深入细致的研究,对其作用机理有较清楚的认识,这不仅为其临床运用提供了科学依据,而且拓宽了该方的应用范围。有关温胆汤的资料,散在于浩如烟海的医学文献中,对其系统整理,汇集成册,实属必要。

本书分别介绍了温胆汤的方论、组成药物的药理作用、临床运用、制剂研究及系列方如二陈汤、涤痰汤、礞石滚痰丸等方的研究与运用。资料翔实、条理清晰、信息量大、实用性强是本书的主要特点。

本书是一本系统论述温胆汤的专著。特别适合广大临床工作者、中药方剂研究者、医药院校师生使用。

由于作者水平所限,书中也难免存有缺点,敬请各位批评指正,以求再版时修正。加之时间紧促,有些资料未能一一注明出处,盼请谅解。

编 者

1997年12月

《中医十大名方》编委会

主 编	王 平	
副主编	罗上武	程志清
	吴启富	谭宗艾
编 委	谭庆刚	刘玉茂
	张均倡	温平康
	焦达操	董 康
	冯 勇	袁德培
	范 恒	朱清静
	张红星	许沛虎

目 录

第一章 概述	1
第一节 出处、方名释义及组成	1
第二节 各家方论.....	3
第二章 药理研究	10
陈皮	10
半夏	15
生姜	20
甘草	25
茯苓	32
第三章 临床应用	34
痴呆综合征	34
精神性疾病	35
神经系统功能紊乱	37
心血管疾病	38
冠心病	39
血管神经性头痛	41
美尼尔氏综合征	45
急性脑血管疾病	48
癫痫	51
糖尿病	54

慢性肾功能衰竭	57
胃肠道疾病	61
其他疾病	61
第四章 系列方研究	64
黄连温胆汤	64
十味温胆汤	65
加味温胆汤	67
涤痰汤	67
礞石滚痰丸	69
二陈汤	71

第一章 概 述

第一节 出处、方名释义及组成

一、出 处

一般方书均认为温胆汤来源于《千金方》。查唐代·孙思邈《备急千金方·卷十二胆虚寒篇》：“治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也，宜服温胆汤方，半夏、竹茹、枳实各二两，橘皮三两，生姜四两，甘草一两。”又参考明代陈无择《三因方·卷九·虚烦证治》中载有温胆汤“治大病后，虚烦不得眠，此胆寒故也，此药主之，又治惊悸，原方用半夏、竹茹、枳实炒各二两，陈皮二两，炙甘草二两，茯苓一两半。上锉散，每服四大钱，水一盏半，姜五片，枣一枚，煎七分去滓食前服”。由此可见，《三因方》温胆汤实乃《千金方》温胆汤加茯苓、大枣演化而来。人们普遍认为：本方是二陈汤演化方。实际上，《局方》二陈汤出自宋代，此则出自唐代，时间先后大殊。还有王玉川先生考证温胆汤出自北宋姚僧恒所著《删繁方》，可资参考。

二、组成及用法

半夏 竹茹 枳实面炒各二两 陈皮三两 甘草一两炙
茯苓一两半

上挫散，每服四大钱，水一盞半，姜五片，枣一枚，煎七分，去滓，食前服。（现代用法：生姜五片，枣一枚，水煎服）

三、功能主治

功能理气化痰、清胆和胃。主治胆胃不和，痰热内扰，胆虚痰热不眠，虚烦惊悸，口苦，呕涎，癫痫。

四、病机分析

本方主治证为痰热。胆居六腑之首，又属奇恒之腑，隶属肝木，为中正之官，清净之腑，喜温和而主升发。《灵枢·本输》称“胆者，中精之腑”。内藏清净之液即胆汁，由肝之精气所化生，汇集于胆，泄于小肠，以助饮食消化。也是脾胃运动功能得以正常进行的重要条件。《素问·宝命全形论》“土得木而达”，概括了肝胆与脾胃之间克中有用，制则生化的关系。当各种致病因素失其常，致木郁不达，胃气亦常因之失和，进而化热生痰，痰热内扰，胃气上逆，胆汁疏泄失常，口苦干呕；痰热上扰，心神不宁，神无所倚，则惊悸不宁，虚烦不眠；痰热循经上扰，蒙蔽清窍，又可发为癫痫、痴呆。病在胆胃平衡失调，其标则是痰热内扰。

五、方解

痰湿本为同源，多因脾胃功能失常引起，二陈汤是治湿证基础方，加上竹茹、枳实则祛痰湿之力更强。方中半夏为君，降逆和胃、燥湿化痰。以竹茹为臣，清热化痰，止呕除烦。枳实行气消痰，使痰随气下，佐以陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，湿去痰消。佐以姜、枣、甘草益脾和胃而协调诸

药。综合全方，较二陈汤多理气、清热、除烦的药物，加大了祛痰作用。

六、临床运用

（一）证治要点

1. 眩晕、呕吐、不眠，心悸、嘈杂、癫痫等病具有胸痞痰多、口苦微渴、苔黄而腻、脉象滑数或弦数者。

2. 湿热证。邪留三焦气分，气化失司，症见寒热起伏、胸痞腹胀、小便黄赤短数、苔黄而腻者。

（二）加减法

眩晕加白芍、赭石、黄芩清热平肝、降逆；呕吐加黄连、苏叶、赭石清热降逆止呕；不眠加琥珀、枣仁、牡蛎祛痰清热、重镇安神；心悸加牡蛎、泽泻以祛痰利水；嘈杂似饥加姜汁、炒黄连以祛痰浊、清邪热；癫痫加竹沥、皂角、白矾、郁金、菖蒲涤痰开窍。

临床运用篇，专有介绍。

第二节 各家方论

一、各家方论

吴昆：胆，甲木也，为阳中之阳，其性以温为常候，故名曰温胆。竹茹之清，所以去热；半夏之辛，所以散逆；枳实所以破实；陈皮所以消滞；生姜所以平呕；甘草所以缓逆。伤寒解后，多有此证。是方恒用之。（《医方考》）

张璐：胆之不温，由于胃之不清，停蓄痰涎，沃于清净之府，所以阳气不能条畅而失温和之性。故用二陈之辛温以

温胆涤涎，涎聚则脾郁，故加枳实、竹茹以化胃热也。《张氏医通》

罗美：胆为中正之官，清净之腑，喜宁谧，恶烦扰，喜柔和，不喜壅郁，盖东方之木德，少阳温和之气也。若大病之后，或久病，或寒热甫退，胸膈之余热未尽，必致伤少阳之和气，以故虚烦；惊悸者，中正之官，以煊蒸而不宁也；热呕吐苦者，清净之腑，以郁炙而不谧也；痰气上逆者，土家湿热反乘，而木不得升也。如是者，首当清热及解利三焦。方中以竹茹清胃脘之阳；而臣以甘草、生姜调胃以安其正；佐以二陈，下以枳实，除三焦之痰壅；以茯苓平渗，致中焦之清气。且以驱邪，且以养正，三焦平而少阳平，三焦正而少阳正，胆家有不清宁而和者乎？和即温也，温之者实凉之也。若胆家有真畏寒而怯，属命门火衰，当与乙癸同源而治矣。（《古今名医方论》）

王子接：温胆汤，隔腑求治之方也。热入足少阳之本，胆气横逆，移于胃而为呕，苦不眠，乃治手少阳三焦，欲其旁通胆气，退热为温，而成不寒不燥之体，非以胆寒而温之也。用二陈专和中焦胃气，复以竹茹清上焦之热，枳实泄下焦之热，治三焦而不及于胆者，以胆为生气所从出，不得以苦寒直伤之也。命之曰温，无过泄之戒辞。（《绛雪园古方选注》）

徐大椿：气郁生涎，涎痰内沃，而心胆不宁，故怔忡惊悸不已焉。半夏化涎涤饮，橘红利气除涎，茯神安神渗湿，竹茹清热解郁，枳实破泄气以降下，生草缓中洲以和胃，生姜散郁豁涎也。水煎温服，使郁解气行，则涎饮自化，心胆得宁，惊悸怔忡无不平也。此解郁化涎之剂，为气郁涎饮，惊悸怔忡之良方。（《医略六书·杂病证治》）

秦伯未：本方以和胃、化痰、清热为目的，亦非肝病方。

因胆附于肝，其性温而主升发之气。肝气郁滞，则胆气不舒，从而不能疏土，出现胸闷、呕恶等症状。胃气愈逆则胆气愈郁，用和降胃气治标，间接使胆气舒展，肝气亦得缓和。所以本方称为温胆，是根据胆的性质，以期达到升发之目的，与温脾、温肾等的温字意义完全不同。（《谦斋医学讲稿》）

陈念祖：二陈汤为安胃祛痰之剂，加竹茹以清膈上之虚热，枳实以除三焦之痰壅，热除痰清而胆自宁和，即温也。温之者，实凉之也。若胆家真寒而怯，宜用龙牡桂枝汤加附子之类。（《时方歌括》）

二、痰证概说

（一）痰证沿革

用现代自然科学技术，在血流变学、微循环、自由基、血液生化等层次上对“痰瘀同源”理论的阐释追溯到《内经》时的饮论，这一过程会给我们以启迪。

《内经》中有饮无痰。水津代谢生理：“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。”病理情况下有水、肿、湿三者，但不外内伤外感。“湿淫所盛，民病积饮。”“大阴之胜独胜则湿气内郁，饮发于中。”治疗：“平治于权衡，去菀陈莖，微动四极，温衣，缪刺其处，以复其形，开鬼门，洁净府，精以时服”。《内经》阐述了饮证的生理、病理、治疗，虽过于简单，但对今世仍有指导意义。

《金匱要略》首次论述了痰饮病名，予以专篇论述，《痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云：“问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。问曰：四饮何以为异？师曰：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰

饮。饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮。咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”治疗上除继承了《内经》发汗、攻下、利小便大法（如小青龙汤、十枣汤、五苓散等现代仍一直应用的方剂）外，有“病痰饮者，当以温药和之，……苓桂术甘汤主之”。可见张仲景论述了广义和狭义的痰饮，并为之立法、处方，几乎奠定了整个痰饮证的基础，后世都是在此基础上予以阐释。

隋代巢元方《诸病源候论》、唐代孙思邈《千金要方》等虽然有所论述，但都没有超出上面的内容。到宋代陈言《三因方》为止，痰饮主要作为病，但都未作为因。几乎和他同时代的陈师文，这时已将二陈汤辑入《局方》治疗痰饮证药方中，加入陈皮一味理气药，而当时并没有相应理论。

元代朱丹溪指出：“痰之为物，随气升降，无所不致。”认为其源来去无定，聚散无常，五脏六腑莫不为患，或贮存于肺，或贮于胃，或凝滞于心膈，或聚于肠间，或阻于经络四肢等等，与气的运行有密切关系。对此丹溪发前人之未发，认为治疗痰饮“顺气为先，分导次之”。所谓“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣”。“治痰法，实脾土，燥脾湿，是治其本也。”所以主张用二陈汤为准绳，统治一身之痰证。并在《丹溪心法》中说“百病之中多有兼痰”，诚是经验之谈。

朱氏的徒弟戴思恭则进一步指出痰由津液所化生，并有“痰”与“饮”的区别，他认为，在生理情况下，“经脉之津液与血者，皆四布水精之所化，……滋育百体者矣”（《推求师意》）。而在病理情况下，“苟不善于化，则水积不行，亦如湿漂之为害。故其水盛与血杂混，而不滋荣气不运，或不化

液而不从卫气之用。聚于经脉以为病，冷则清如其饮，热则浊如痰”。在痰证的治法上，虽没有超出他的老师，但却提出了“必先从其邪所趋，而于及于病之所止”。

明清时期，温病学派兴起，痰证的证治处于总结和丰富的时期。《景岳全书》云：“痰之与饮，虽为同类，而实有不同也。盖饮为水液之属，凡呕吐清水及胸腹胀满，吞酸噎腐，渥渥有声等证，此皆水谷之余停积不行，是即所谓饮也。若痰有不同于饮者，饮清澈而痰稠浊；饮惟停积肠胃而痰则无处不到。水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃；无处不到而化为痰者，凡五脏之伤者皆能致之。故治此者，当知所辨，而不可不察其本也。”《类证治裁》云：“若夫肾阳虚，火不能制水，水冷为痰，为饮逆上次，故清而澈，治宜通阳泄湿，忌用膩品助阳。肾阴虚，火必炼金，火结为痰，为痰火上升，故稠而浊，治宜滋阴滑润，忌用温品助燥。”至此有了痰、饮、水、湿的区分。

丹溪对痰瘀关系较前人更注重。首先提出：“自气成积，自积成痰，痰挟瘀血，遂成窠囊”的论点，主张痰瘀同治，“以四物汤加桃仁、红花、竹沥、姜汁”治之。这一认识对后代医家治疗中风影响很大，尤其是在现代，人们生活水平的提高，“痰瘀相关”理论更显重要。

痰证病人突出表现为血液浓稠性、粘滞性、聚集性和凝固性增高，而脑血流量减少。痰证病人血液流变学的这些变化，与中医学认为痰是由于水湿津液凝聚而成、痰性粘滞的理论是相一致的。《圣济总录》认为“脉道闭塞，津液不通”是形成痰饮的主要原因。巢元方更明确指出：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水积聚而不消散，故成痰也”，可见痰证与血液循环关系密切。

通过实验研究表明：痰证的血液循环基础是血液流变学的改变，痰证的本质之一，是脑血流量降低及动脉硬化，由于血管硬化，管腔狭窄，加上血液流变性异常，血流缓慢，造成组织器官（特别是大脑）供血不足而缺血，代谢产物堆积，从而产生一系列的临床表现。这可能就是痰证的病理机制。

（二）关于广义痰病诊断标准

凡具有一条以上的病位症状和体征，兼有一条以上的基本症状和体征可诊断为痰病。

1. 痰病基本症状和体征 面色晦暗或面色光亮如油；眼神滯涩不流畅，或眼眶周围略显晦暗；皮肤油垢明显，前阴、腋窝或手足必常泌液渗津，秽气甚大；形体日趋肥胖，或肌肉松软如梯，指短掌厚，项背或手足作胀；口粘，口腻，口干不欲饮；厌油腻厚味，喜素食、淡食、热食或焦香干燥食物；呕恶或呕吐痰涎，或喉中痰鸣、嗜睡或困顿，或易惊悸、失眠、难寐；头重如裹，神疲困乏，平素胸闷憋气，背部作胀，喜捶打，叹气，阴雨闷热天或寒暖交替时，以上症状尤为明显；低热身困，或自觉身热不扬，测试体温并不明显升高；舌体胖大，舌面津津滑润，甚口中时有痰涎漾漾，难以自控，苔腻；脉滑或弦，或濡缓。广义痰病临床表现复杂，脉症不符者殊多，故诊断时，每以症状为主，可以舍脉从症。

2. 病位症状或体征

痰犯于头：头晕目眩，偏正头痛，或口眼喎斜，语言蹇涩，甚至失语。

痰迷于心：胸闷憋气，或突发压榨样心绞痛，遇阴雨寒凉季节加重；或神志恍惚，或抑郁或亢奋或昏厥，抽搐或神志异常，但神经科检查无异常，亦无阴虚阳亢诸症可凭。

痰停脾胃：恶心呕吐，或时唾痰涎，特别是在安静环境

和心情抑郁时难以自控；胃脘痞满不舒，疼痛，口甜，食纳差。

痰滞于肝：胁肋微闷痛，胁下可扪及包块。

痰阻于肺：咳喘、咯痰等。

痰遏于肠：大便秘结不爽，便质并不干燥，或大便粘裹痰浊等。

痰阻胞宫：闭经、不孕等。

痰阻咽喉：咽中似有物梗塞，吞吐不利，时消时现。

痰阻经络：肢体麻木，半身不遂；或肢体某一部位粗细，感觉不一，而神经科、皮肤科检查均未发现病变。

痰凝肌肤：肿块、结节聚于皮下，皮肤表面无变化，或微有冷感，或肌肤晦暗。

痰留皮肤：溃疡、糜烂，津水渗流，或渗流粘稠，久不收口，也有局部皮肤增厚，起屑而不流水渗津。

第二章 药理研究

陈 皮

一、对消化系统的作用

1. 对胃肠道平滑肌的作用 陈皮煎剂不仅对小鼠、兔离体小肠有抑制作用，而且静脉注射可以抑制麻醉犬胃肠、麻醉兔小肠及不麻醉兔的胃肠运动。它的作用虽比肾上腺素弱但较持久，原因可能是其有效成分较为稳定。离体兔肠试验证明陈皮等多种理气药均有对抗乙酰胆碱作用，反之陈皮抑制离体兔肠的作用又被乙酰胆碱所对抗，比如陈皮能使先用阿托品而紧张性已降低的肠管进一步舒张。陈皮还对毛果芸香碱或氯化钡引起的肠管痉挛性收缩有拮抗作用。以上结果提示陈皮直接抑制肠管平滑肌是它的主要解痉方式。

橙皮甙对离体肠肌的双相作用表现为先有一短暂的兴奋作用，然后抑制之。不含橙皮甙氧化物的纯品则无效。

甲基橙皮甙 $0.5 \sim 1.0 \text{mg/mL}$ 可完全抑制离体回肠运动，而对乙酰胆碱、组织胺或氯化钡所致的肠肌痉挛则仅有微弱的解痉效果；对兔离体小肠还有抑制作用。

2. 抗胃溃疡作用 结扎幽门形成实验性大鼠胃溃疡模型，在实验前和实验中给药治疗，每日皮下注射甲基橙皮甙 100mg 或 500mg/kg ，连续 6 天，不仅有明显的抑制溃疡发生效果，而且能抑制胃液分泌。在合用维生素 C 及维生素 K₁