

《伤寒论》寒热并见证用药规律

赵良斌 侯中华

(成都中医药大学 2007 级硕士研究生,四川 成都 610075)

【关键词】《伤寒论》;寒热兼施

【中图分类号】R 222.2;R 242 【文献标识码】A 【文章编号】1002-2619(2009)02-0287-02

东汉张仲景勤求古训,博采众方,创立了六经辨证论治体系,开创了中医辨证论治之先河。《伤寒论》辨证寓八纲,论治创八法,确立随证立法、依法组方的原则,其组方严谨,配伍精当,主次分明,用法巧妙,被后世称为“方书之祖”^[1]。《素问·至真要大论》曰:“寒者热之,热者寒之。”^[2]这是临证立法处方用药的基本原则。《伤寒论》针对外感病复杂的病因病机而采用不同的治法,除了热证用清法,寒证用温法,还有寒热并用,其运用自如,见解独到。现对《伤寒论》中有寒热并用的汤证条文做以分析归纳。

1 表寒里热证

《伤寒论》原文 38 条:“太阳伤寒,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之。”此为感受风寒之邪发为太阳病,风寒外束,卫气闭遏,营阴郁滞,证见:脉浮紧,恶寒发热,身疼痛,无汗。又因不汗出而热无从外达,致使热郁于里,故见烦躁,此属表寒里热,表里俱实的太阳伤寒兼里热烦躁证,故用大青龙汤。麻黄、桂枝外解肌表之寒,一味石膏大剂清热除烦。全方配伍精当,必使药到病除。又如《伤寒论》155 条:“心下痞而复恶寒汗出者,附子泻心汤主之。”本条紧承 154 条,当属热痞,但患者出现恶寒汗出,此非邪在表之证,而属表阳亏虚。表阳虚则肌表失于温煦而见恶寒,阳虚腠理不固而见汗出,方用附子泻心汤。大黄、黄芩、黄连泻热消痞力强,附子扶阳固表。全方辛开苦降,寒热并用,虚实兼顾。

2 上热下寒证

《伤寒论》80 条:“伤寒,医以丸药大下之,身热不去,微烦者,栀子干姜汤主之。”伤寒在表本当从汗而解,而误用丸药大下,又损伤中阳,使患者“身热不去,微烦”,此是表邪内陷化热,热郁胸膈之证,中焦虚寒,这就形成了热在上寒在下的证候。此证非栀子干姜汤莫能治,栀子专清上焦胸膈之热,干姜温散中焦之虚寒,一清一温,一上一中,寒热并用,共祛病邪,张仲景遣方用药之妙可见一斑。

作者简介:赵良斌(1981—),男,硕士研究生在读。研究方向:中西医结合肾病。

《伤寒论》173 条:“伤寒,胸中有热,胃中有邪气,腹中痛,欲呕吐者,黄连汤主之。”胸中有热,气逆不降则见呕吐;脾肠虚寒,寒凝气滞则见腹中痛。综合全条可知,此证亦属上热下寒证,治用黄连汤。黄连清胸膈胃脘热邪力专,干姜温散脾肠蓄积之寒。

《伤寒论》357 条:“伤寒六七日,大下后,寸脉沉而迟,手足厥逆,下部脉不至,咽喉不利,唾脓血,泻利不止者,为难治,麻黄升麻汤主之。”此证为攻下太猛后邪气下陷,正气亦损伤,寒热错杂,表里同病。手足厥逆乃阳气内部不能通达四末之象;咽喉不利、唾脓血为热盛肉腐于上;泻利不止为下焦虚寒不能固摄,开阖失度。治用麻黄升麻汤。方中重用麻黄以宣内郁之邪,配升麻则宣透之功更著,且升麻又能升举下陷之阳气;知母、石膏、黄芩苦寒以清在上肺胃之热;天门冬、葶藶养阴生津;当归、芍药养血和阴;桂枝、干姜温中通阳;白术、茯苓、甘草健脾补中,交通上下之阴阳。诸药合补、泻、寒、温、宣、散于一体,补而不敛邪,散而不伤阴,药效互补,充分发挥清上温下、滋阴和阳、发越郁阳之功。

《伤寒论》338 条:“伤寒脉微而厥,至七、八日,肤冷,其人躁无暂安时者,此为脏厥,非蛔厥也。蛔厥者,其人当吐蛔,今病者静,而复时烦者,此为脏寒,蛔入上膈,故烦,须臾复止,得食而呕,又烦者,蛔闻食臭出,其人当自吐蛔,蛔厥者,乌梅丸主之,又主久利。”本方重用乌梅、苦酒之酸,为安蛔止痛之要药;配伍蜀椒、桂枝、干姜、附子、细辛之味辛性温以祛下寒;黄连、黄柏之味苦性寒以清上热;人参、当归益气养血。前人云:蛔得甘则动,得酸则静,得苦则下,得辛则伏。本方酸苦辛甘并投,寒热并用,清上温下,和胃安蛔,治疗蛔厥确有良效,因而后世奉为治蛔祖方。本方酸涩偏重,而且温清并用,故又可治寒热错杂之久利。

3 真寒假热证、寒热格拒证

《伤寒论》317 条:“少阴病,下利清谷,里寒外热,手足厥逆,脉微欲绝,身反不恶寒,其人面色赤……通脉四逆汤主之。”少阴病,阳气衰微,阴寒内盛,内盛之阴寒格拒虚阳浮越于外,属阳衰阴盛,虚阳外浮之真寒假热证,用通脉四逆汤破阴回阳,通达内外治之,重用附子,倍用于

姜破阴散寒,破除阴阳格拒之势。

4 真寒真热证

《伤寒论》359 条:“伤寒,本自寒下,医复吐下之,寒格,更逆吐下,若食入即吐,干姜黄芩黄连人参汤主之。”伤寒本应汗解,却误用下法,损伤脾胃,而且使表邪化热内陷,证属上热下寒,寒热格拒,黄芩、黄连清上热,干姜温下寒,寒热并用,辛开苦降,清上、温下、补中。

5 寒热往来少阳证

《伤寒论》96 条:“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,小柴胡汤主之。”伤寒中风五六日,太阳表邪传入少阳,少阳居半表半里,枢机不利,正邪分争,正胜则热,邪胜则寒,故发热与恶寒交替出现,为寒热往来,用小柴胡汤和解少阳。方用柴胡解少阳之表邪,黄芩清少阳之里热,二药配合,解除寒热往来、口苦咽干,为本方中要药。生姜、半夏和胃降逆,主治心烦呕逆,并助柴胡疏解胸胁郁结苦满。人参、甘草补正和中,使邪散不得复转入里。大枣配生姜不但能助半夏和胃止呕,更有调和营卫、协助柴胡解表的作用。从各药的功用看来,可知本方除具有清解少阳之表的作用外,还具有和里(主要和胃)、补虚、疏解胸胁郁结的作用。全方寒热并用,升降协调,攻补兼施,起到疏利三焦,通达上下,通里达外,和畅气机,和解表里的作用。

6 寒热互结中焦证

《伤寒论》149、157 和 158 条,分别为半夏泻心汤证、生姜泻心汤证和甘草泻心汤证,三证皆因外感病失治、误治,损伤脾胃,无形寒热邪气内陷,蕴结于中焦,致使脾胃失和,升降紊乱,气机壅滞,临床可见心下痞满、呕吐、肠鸣下利、心烦口苦等症。治宜寒热并用,辛开苦降,消补兼施,和中消痞。半夏、干姜辛温和胃降逆止呕,散寒结消痞满;黄连、黄芩苦寒清热和胃以消痞满;人参、大枣、甘草甘温益气,补脾胃,助消化。若呕吐或呃逆明显者用半夏泻心汤;如有宿食水气偏盛,小便不利,下肢水肿、干噎食臭者用生姜泻心汤;如痞利俱甚伴有干呕,心烦不得安者用甘草泻心汤。

小结 尽管寒热错杂证错综复杂,变化多端,但只要谨守病机,通过分析寒热侵犯的部位,辨别寒热的虚实,分清寒热的主次,详查寒热的真假,治以温热为主兼以寒凉,或寒凉为主兼以温热,或温热与寒凉并重。正如张仲景所说“观其脉证,知其所犯,随证治之”,方可获得满意的临床疗效。

参考文献

- [1] 曾福海. 伤寒论讲义[M]. 西安:陕西科学技术出版社, 2003:2.
- [2] 王洪图. 内经讲义[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:255.

(收稿日期:2008-10-31)

·针灸按摩·

针刺促进腹部手术后胃肠功能恢复的临床观察

宋建乔

(江苏省海门市中医院针灸科,江苏 海门 226100)

【关键词】腹部;外科学;消化系统;针灸疗法

【中图分类号】R 224.2;R 245.81;R 656 【文献标识码】A 【文章编号】1002-2619(2009)02-0288-02

2005-01-2007-12,笔者采用针刺用于腹部手术后胃肠功能紊乱 90 例,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部 180 例均为本院针灸科行腹部手术的住院患者(排除心、肺功能不全患者),随机分为 2 组。治疗组 90 例,男 48 例,女 42 例;年龄最大 78 岁,最小 17 岁,平均(53.8±7.7)岁;病程最长 3 个月,最短 2 h;其中阑尾切除术 18 例,胆道手术 14 例,腹腔探查引流术 12 例,肠梗阻手术 10 例,胃癌根治术 14 例,胃十二指肠溃疡

切除术 7 例,剖宫产术 13 例,胃穿孔修补术 2 例。对照组 90 例,男 50 例,女 40 例;年龄最大 79 岁,最小 15 岁,平均(54.5±8.2)岁;病程最长 4 个月,最短 1 h;其中阑尾切除术 17 例,胆道手术 15 例,腹腔探查引流术 10 例,肠梗阻手术 11 例,胃癌根治术 14 例,胃十二指肠溃疡切除术 6 例,剖宫产术 16 例,胃穿孔修补术 1 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 术后常规禁食、补液及胃肠减压,指导患者主动活动四肢、翻身下床活动等,等待自然通气排便后进食。

1.2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用针刺治疗,在手术后 12 h 进行。取穴:支沟、足三里、阴陵(下转 292 页)

作者简介:宋建乔(1965—),男,副主任中医师,学士。从事针灸临床工作。