

【理论探讨】

《伤寒论》气血辨证规律与特色^{*}

陈晓晖 杨耀忠

(上海宝山区吴淞街道社区卫生服务中心, 上海 201900)

摘要:《伤寒论》除建立六经辨证体系外,其中更贯穿了气血辨证的内容,气血有病位层次的概念亦有病理变化的概念。张仲景将水融入气血之中,丰富了气血辨证的内涵,并指出在气血传变的过程中外邪由气入血,易郁而化热,病有由气入血、由气入水以及水血之间相互转归。在治疗上以调气为先,再则气血同治;在选方用药上,每味药物有其偏性,常常根据其配伍或是不同煎煮方法让其方药归属于气水血的不同层次。通过研究张仲景的气血辨证内涵,以期临床运用提供新思路。

关键词:《伤寒论》;气血辨证;气水血

中图分类号: R222 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2020)10-1433-03

《伤寒论》是中医经典著作之一,奠定了中医辨证论治的基础。从张仲景的六经辨证到叶天士的卫气营血辨证、吴鞠通的三焦辨证均是外感病辨证施治的基础。然而人是由脏腑、经络、气血等构成的有机体,无论外感邪气还是内伤七情致病,均是通过影响人体气血运行,从而导致脏腑功能变化而发为疾病。所以,即使是被称为外感病的辨证方法——六经辨证,其中也包括正邪、气血、脏腑、经络等理论,不仅仅局限于外感病的诊治,而是一种综合性的临床辨证体系。八纲辨证是中医辨证的总纲,包括阴阳、表里、虚实、寒热,是对六经病病位病性性质的总结^[1]。气和血作为阴阳的物质基础,可体现寒热虚实的生理病理变化,故可将“气血辨证”贯穿于“六经”和“八纲”辨证之中试论如下。

1 《伤寒论》中气血内容概述

《伤寒论》第398条条文中提及气血的条文进行归类分析,其中提及“气”的条文共有86条,提及“血”的条文共有38条,现归纳如下。

《伤寒论》中的“气”可分为5类:一是表示症状,如气上冲胸、气上冲心、气上冲咽、短气、噎气、失气、腹中气等;二是作为人体的物质功能基础,在条文中与病机或治法相关,如胃气不和、阳气怫郁、卫气不和、荣气不足、血弱气尽、谷气下流、血气流溢、火气虽微、膈气虚、阳气微、阴阳气并竭、胃气强、和胃气等;三是表示内外邪,如水气、邪气、客气、火气、外气等;四是病证名组成,如奔豚气、气痞;五是方剂名组成,如大承气汤、小承气汤、调胃承气汤、桃核承气汤等。

《伤寒论》中的“血”亦可分为5类:一是表示症状,如吐血、衄血、血自下、清血、清脓血、下血、唾脓血等;二是作为人体的物质功能基础,在条文中与病机相关,如血少、血弱气尽、亡血、血气流溢、血散脉中、血必结、动其血等;三是表示病理产物或致病因素瘀血,如判断蓄水蓄血证的条文中,小便不利者为“无血”,小便反利者为“有血”,还如至六七日不大便者有“瘀血”;四是病证名组成如蓄血;五是表示部位如血室。

从症状来看,病在气,表现为自觉症状者偏多,而病在血则多表现为可见症状或体征。如病在气,可有心动悸、心下痞、气上冲等,这些症状均为患者自觉、医生无法通过临床检测加以确认;而病在血则表现出便血、清血、身发黄等,这些症状均为可见性体征。如栀子豉汤的虚烦、心中懊恼到桃核承气汤、抵当汤的如狂发狂,其症状从自觉到可见,也体现出病情由气到血的变化;再如气痞的心下痞,按之濡到蓄血证的少腹硬,从体征上也是从按之柔软无殊到按之硬满,甚至可以触及肿块,其病亦有在气在血的不同。气属阳,血属阴,阳为无形,阴为有形。临床上病在气者多属功能性疾病,病在血者则疾病可能会出现器质性变化。

从病邪来看,张仲景常以“气”表示某种致病邪气,如水气、邪气、火气、外气等。在《伤寒论》中尤为强调水气,水气出现的频次最多。病邪由表入里、由气及血,涉及血分后,张仲景最为强调瘀血与瘀热,热和瘀成为血分最主要的致病因素。这也是由于邪气均有郁滞化热的倾向,病邪由气到血,邪气在这一过程中常郁而化热,故《伤寒论》虽言伤“寒”,但在治法用药上不单单只用温药。

从病证来看,《伤寒论》中提到一些古代病证名称,虽现代临床不常使用,但其描述的症状却很常见,而这些病证名称往往可以反映张仲景的气血辨证思路,如痞证、结胸、蓄血,这3种病证相互独立而又有相关性,气血理论则是将其串联起来的关键。

^{*}基金项目:上海宝山区医学特色专科和社区项目(BSSQXM-2018-B01)-经方特色门诊

作者简介:陈晓晖(1984-),女,江苏人,主治医师,博士研究生,从事仲景理论与临床研究。

△通讯作者:杨耀忠(1965-),男,上海人,主任医师,从事中医全科医学研究,Tel:021-56580804,E-mail:605912032@qq.com。

所谓痞证,张仲景明确指出其为“气痞”,症状为满而不痛,体征为按之濡即按之不硬,故痞证为气病;与痞证相对者为结胸,“心下满而硬痛者,此为结胸”,张仲景未说明结胸证是在气还是在血,但除提出大小结胸、寒实热实结胸之外,还提及水结胸,若痞证为无形邪气,结胸证则为有形实结所致。后世又有诸多医家将结胸分为痰结胸、食结胸、血结胸等,可见对于结胸证其病邪可结在气,也可结在血。蓄血证在《伤寒论》里有太阳蓄血和阳明蓄血,症状均有出血、少腹硬满痛、身发黄以及神志症状等,其病在血。太阳蓄血是在外感疾病的过程中,出现外邪入里、侵入血分形成瘀热互结的证候^[2]。张仲景强调瘀和热结,阳明蓄血为“本有久瘀血”,更强调瘀。

2 《伤寒论》气血传变观

气血辨证的内涵应该包括两个层面,一方面气血是病位或病程阶段的概念,气行于脉外,血行于脉中,故气在表、血在里,气血为不同层次;另一方面气血是病理状态或致病因素的概念,如气滞、瘀血等。

2.1 外邪由气入血,易郁而化热

在以邪气为主要矛盾时,从感受邪气到邪气逐渐由表入里、由气及血,在其无内伤基础上邪气不祛,往往会郁而化热。因此在《伤寒论》中,涉及血分的病证以热证居多,如太阳病篇的蓄血证,为“太阳随经,瘀热在里故也”;阳明蓄血为邪热与“久瘀血”相结;少阳病篇的小柴胡证治疗“热入血室”,这些邪气均属邪热,既可从外感直接得来,更多是外邪在传变过程中所化之热,所以说临床易传易变之病以热证居多。

2.2 水贯穿于气血传变之中

一般气血辨证仅仅强调气与血,但在张仲景的辨证体系中,水和气血紧密相连。气水血本身就是构成人体的基本物质,而在病理状态下它们也常常成为致病因素。张仲景将水居于气血之间,既包括无形的“水气”,又包括有形之“水”,如“水结在胸胁”。气水血还有不同病位层次的概念,在气血传变的过程中,张仲景常提出邪由气到水或到血的不同传变。如《伤寒论》124条“太阳病六七日,表证仍在,脉微而沉,反不结胸,其人发狂者,以热在下焦,少腹当鞕满,小便自利者,下血乃愈。所以然者,以太阳随经,瘀热在里故也,抵当汤主之。”这一条中提到了“结胸”以及“小便自利”,太阳病六七日邪由表从气分随经入里,有可能发为结胸,也有可能出现小便不利的症状。若病为结胸,则邪气与水结于心下或胸胁;若出现小便不利,则为水气内结于膀胱,而本条“反不结胸”且“小便自利”则说明邪不在水而在血,张仲景将病在水在血进行了详细鉴别,也就是说疾病可向水血两个方向发展。另外,《伤寒论》134条“太阳病,脉浮而动数,浮则为风,数则为热,动则为痛,数则为虚。头痛发热,微盗汗出而

反恶寒者,表未解也。医反下之,动数变迟,膈内拒痛,胃中空虚,客气动膈,短气躁烦,心中懊憹,阳气内陷,心下因鞕,则为结胸,大陷胸汤主之。若不结胸,但头汗出,余处无汗,剂颈而还,小便不利,身必发黄。”太阳病,医反下之,误下之后表邪内陷,会出现两大变证,一是水热结于胸膈则为结胸,二是瘀热结于里则病黄疸^[3]。可见,张仲景认为太阳病误下,表邪由气入里,可与水与血发为不同变证。

张仲景将水融于气血之中,大大丰富了原本气血辨证的内涵,在《金匮要略》中也多有体现,并提出“血不利则为水”。疾病可由气及水、由气及血,水血之间也有相互变化转归,现代临床将气水血辨证用于肝脏、肾脏以及心血管疾病的辨证治疗,效果尤著。

3 《伤寒论》气血治法用药

3.1 调气为先,再则气血同治

百病皆生于气,根据气血的传变规律,张仲景在疾病的治疗上强调以调气为先,再则气血同治。

无论是外感还是内伤疾病,调气之法均有祛热散邪之效。张仲景用桂枝汤、麻黄汤治疗太阳中风、太阳伤寒,亦是取桂枝走脾胃以解肌祛风,麻黄宣肺气以开腠发汗之功,均是通过调气来散邪。病邪在气,治疗的关键在于保持气机宣畅,以使邪热外达,宣郁不可徒用寒凉,以使气机闭塞,热不能祛;清气亦不可一味寒凉,也不可配伍滋腻,恐其阻滞气机,保持气机通畅方可使热邪外达。病邪在血,不可一味治血,当气血同治,病邪由气入血,多在传变中化热,故以瘀热为主,此瘀多由热邪焦灼血液所致,使血行不畅,故不使气机通畅,邪热不散,瘀亦不能去。治疗当辨清瘀热孰轻孰重,用以凉血散血之品,所谓散血即有宣通血分气机之意。

3.2 选方用药贯穿气水血三层次

张仲景将水贯穿于气血传变中,因此用药也因气水血而不同。然而每味药物并不是专属于某个层次,药物无专属而有其偏性,常常根据其配伍,甚至是根据药物不同的煎煮方法而让方药归属于气水血的不同层次。

张仲景治疗气痞的主方为大黄黄连泻心汤,其治在气;治疗腹满便不通的承气汤,其治在气在水,亦可在饮食之积;治疗水结胸的大陷胸汤,其治在水;治疗蓄血证的抵当汤,其治在血。从气到水再到血的过程,实为无形之邪渐聚,逐渐形成有形实邪甚至癥瘕积聚的过程。而在这数张方中,均用到大黄,《神农本草经》云:“大黄,味苦寒,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。”^[4]“大黄涤荡肠胃,即可涤荡肠胃之气、肠胃之水谷、肠胃之宿食等,故大黄的作用贯穿于气水血不同层次。从配伍来看,大黄和黄连相配治疗心下痞;与枳实、厚朴相配治疗腹满大便不通;与甘遂

相配治疗水结胸胁;与桃仁、水蛭、虻虫相配治疗蓄血证。通过不同的配伍,将大黄的运用贯穿于不同层次。另外从煎煮方法来看,大黄黄连泻心汤是以麻沸汤渍之,大黄泡服取其轻扬之性以入气分。根据《伤寒论》方后煎煮方法,三承气汤中,大承气汤大黄煎煮时间最长,调胃承气汤大黄煎煮时间最短^[5];而抵当汤以及入血的大黄牡丹汤,大黄煎煮时间亦逐渐延长。可见,随着煎煮时间的延长,大黄的作用沿着气水血层次不断递进。

3.3 用药举隅

以桂枝配茯苓、桂枝配桃仁为例。《神农本草经》曰“牡桂,味辛温。主上气咳逆,结气喉痹,吐吸,利关节,补中益气。久服通神,轻身不老。”^[4]可见桂枝作用多在气。《伤寒论》中凡是“气上冲”者,多用桂枝,甚则有气从少腹上冲心者,用桂枝加桂汤。桂枝可平冲降逆,治疗冲气上逆,其治在气。茯苓,《神农本草经》曰其“主胸胁逆气,利小便”^[4],其作用在气在水。《伤寒论》中多用茯苓治疗小便不利症状,茯苓和桂枝配伍组成经方中特色药对苓桂剂,《伤寒论》中有苓桂甘草汤、苓桂术甘汤、五苓散、茯苓甘草汤,为茯苓桂枝同用,分别用于治疗脐下悸、心下逆满、水逆证、水厥证,其病机均为水湿停留,或水气上逆,或饮停中焦,或水蓄膀胱,治疗用桂枝茯苓通阳化气利水,此时若只用桂枝而无茯苓,则

不能利水渗湿以助气化;若只有茯苓而无桂枝,则难以通阳化气以行津液^[6]。桃仁,《神农本草经》曰其“主瘀血血闭癥邪气”^[4],其作用在血。《伤寒论》中以桂枝桃仁配伍组成桃核承气汤,用于瘀热互结的蓄血证,桃仁破血化瘀,配伍桂枝以宣通阳气、温通经脉,使活血化瘀的效力更强。桂枝主治多在气,茯苓主治多在水,桃仁主治多在血,桂枝可贯穿于不同层次的治疗中,亦可通过不同配伍治水治血,这也体现了调气为先,再则气血同治的治法特色。

总之,张仲景《伤寒论》不拘于六经辨证,更丰富了气血辨证的内涵,本研究以期为临床提供新的辨证思路以及为选方用药确立新角度。

参考文献:

- [1] 柴瑞震. 气血辨证是《伤寒论》的辨证核心[J]. 中国医药学报, 2001, 16(3): 11-17.
- [2] 柯雪帆. 伤寒论临证发微[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2008: 197.
- [3] 卞高京. 伤寒如是读[M]. 上海: 上海古籍出版社, 2014: 248.
- [4] 刘民叔. 刘民叔医书合集[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2011: 651.
- [5] 孔祥亮, 何新慧, 王育龙. 质疑“大黄后下”[J]. 中医杂志, 2007, 48(1): 91-92.
- [6] 叶进. 经方中桂枝的配伍规律[J]. 中医杂志, 2007, 48(1): 1043-1044.

收稿日期: 2020-03-15

(上接第1423页)

诸湿肿满,皆属于脾。”医家们把疾病某些类同的证候,归属于某一病因或某一脏作为辨证求因依据。如临床遇见眩晕的病人,无明显证候偏向,此时可运用“诸风掉眩,皆属于肝”的原则,从肝论治眩晕,给予平肝息风药如钩藤、天麻、羚羊角等。此外,借助先进技术手段实现对伏而未发疾病的微观辨识,利用积分形式对各症状客观量化,并设定其证候要素的贡献度,也是针对“无证可辨”的可行方案。辨机论治作为中医诊断和治疗疾病的基本原则,对复杂或者无证可辨的疾病起到执简驭繁的作用,但临证时仍必须从整体观念出发,联系具体病情进行全面分析,才能切合实际。

5 结语

“因发知受”的本质是司外揣内、审证求因,其立足于整体、恒动观念,高度概括了机体因感受外邪而发病,依据发病的症状体征推测病因,从而求得病机进行论治的思维过程,这种由果析因的认识方法正是中医病因学的独特之处。病因作用于人体后,机体产生病理变化,临床随之出现对应的证候表现,其中证候表现是果,由机体病变所产生,而病因是病机变化的缘由,这三者之间密切联系。病因不同,所致疾病的证候表现亦不同,故可根据证候表现推求疾病的本质和原因,即“审证求因”,再根据其病因

病机进行治疗,即“据因论治”。此外,运用“因发知受”思维辨析症状探求病因时,应结合时令地域、情志变化、体质因素等进行全面综合分析,辨明邪正盛衰、虚实真假及某些疾病的基本病机,才可获得疾病内在的病变机制,从而寻求导致疾病发生的真正原因。

参考文献:

- [1] 钱潢. 伤寒溯源集[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1957.
- [2] 李灿东. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 4-5.
- [3] 黄兰英. 审证求因的理论研究概述[J]. 广西中医学院学报, 2009, 12(1): 63-65.
- [4] 严金海, 郭春丽, 刘婉. 关于中医特点的再认识[J]. 医学与哲学, 2018, 39(3A): 10-19.
- [5] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997.
- [6] 何裕民. 中医学导论[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1987: 156.
- [7] 刘凌云. 由中医“从化”理论谈体质辨证的重要性[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(1): 117-119.
- [8] 石涛棠. 医原[M]. 徐州: 江苏科学技术出版社, 1983.
- [9] 李四维, 刘洋, 徐浩. 中医证候演变规律研究方法的现状与展望[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(6): 854-857.
- [10] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 227-229.
- [11] 宋美芳, 陈家旭, 卞庆来, 等. 对“因发知受”发病学原理的探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2018, 9(9): 709-712.

收稿日期: 2020-02-09