

## 【理论探讨】

王好古《阴证略例》之“阴证”与“阴毒”<sup>\*</sup>高雅 徐世杰<sup>△</sup>

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京 100700)

**摘要:** 王好古著《阴证略例》专述阴证指出阴证多因脾肾虚寒外有感寒内有伏阴, 内外相守而致。太阴、少阴和厥阴症状虽有不同, 王好古却以辨脉为先突出阴证本质。阴毒为阴证特殊类型, 阴独盛而阳气暴绝并分三候, 症状逐渐加深, 非单一汤药可治, 需配合外治或熏蒸脐下或汤沐四肢以接阳气。服药与天地阴阳相参, 同时可采取反佐之法, 同气相从。《阴证略例》中阴证与阴毒, 系统体现医家王好古的个人辨证思想, 理法方药具备, 希望本文对临证可提供一些参考。

**关键词:** 《阴证略例》; 阴证; 阴毒; 脾肾虚寒

**中图分类号:** R222.15 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2018)11-1507-02

王好古, 号海藏, 元代人, 取各家所长, 不囿门户之见, 结合伤寒理论与脾胃内伤学说作《阴证略例》, 提出世人均重视三阳, 皆不言三阴, 认为既有三阳可下之径, 必有可补之法。

## 1 何为阴证

王好古根据《伤寒论》理中汤加减八法并无寒药, 立阴证论。海藏对《黄帝内经》(以下简称《内经》)“天之邪气, 感则害人五脏”加以发挥, 认为霜寒雾露、久雨清湿及山岚瘴气皆为清邪; 雾露入腹即为饮冷, “脉皆阴而寸口小”<sup>[1]</sup>, 可与内伤饮冷并为浊邪, “清邪中于上焦, 浊邪中于下焦”<sup>[2]</sup>, 清邪浊邪单独或相兼致病, 有感于外者, 有感于内者, 或内外俱感, 而发阴证。

王好古强调阴证的本质是“本气虚”和“内已伏阴”, 清邪与浊邪为致病条件, 认为“重而不可治者, 以其虚人内已伏阴, 外又感寒, 内外俱病, 所以不可治也”<sup>[1]</sup>。阴证虽有“内伤三阴”表现, 实为“元阳中脱”<sup>[3]</sup>, 分为阳从内消及阳从外走, 前者身表凉、肢冷、脉沉细即为阴证; 后者身表热、肢温、头重不举, 虽有热象惟脉浮弦, 但重取无力, 此为阴证似阳, 甚者阴盛格阳。海藏查阴证独取诸脉, 以脉最为验。

## 2 三阴虽异, 其脉皆阴

## 2.1 张仲景三阴寒热辨

三阳经有阳证无阴证, 三阴经有阴证有虚证, 人多知之。三阴经阳证鲜有人知, 张仲景深恐后人惑此, 故详言从阳经先发热, 后传至三阴者, 乃是传经之热病, 名曰伤寒, 此即《内经》所谓热病之条; 若初

起不发热, 乃是直中阴经之寒病, 名曰阴证。后人因见阴证阳证同在一篇, 误认热病传入三阴亦是阴证; 又以初起虽有热病, 今日久手足皆冷, 六脉沉细已变阴病。不知初起发热为热病根源, 或不可散表而内陷, 或不可清里而内伏, 传入阴经而手足反冷, 经虽为阴, 症则阳证, 此乃是阴经热病, 非变阴证<sup>[4]</sup>。

三阴经亦有寒热, 有伤寒传入之热病, 有直中三阴之寒病。自利不渴者属太阴, 以其脏有寒故也, 当温之, 宜四逆汤; 少阴病下利脉微, 与白通汤者; 下利清谷、里寒外热、手足厥逆者, 厥阴病手足厥寒、脉细欲绝者, 下利手足厥冷无脉者, 俱用四逆汤。凡此皆三阴寒症也。张仲景未明确列出阴证之名, 但药证已有体现, 迨王好古始作书详述之。

## 2.2 海藏三阴脉为先

病在太阴、少阴、厥阴皆属阴证。太阴病见胸膈腹胀、飧泻肠癖, 少阴病见脉微细、心烦但欲寐, 或自利而渴。厥阴病见消渴, 气上冲, 心中疼热, 饥不欲食, 食则吐蛔, 下之则利不止。肝脾肾三阴脏皆居膈下, 脾为阴土主消磨, 失其职则食不化, 四肢解堕, 脾精不行, 病愈深者, 阳亢阴渴, 肾水既亏, 肝火弥炽, 蓄热不解, 则烦且满, 阴气已极, 是为厥阴者。王好古治疗阴证强调脾肾二脏, 脾肾为先后天之本, 运化水谷, 藏精固涩, 根深方可叶茂, 失其本则其叶落。

王好古强调饮冷内伤, 虽先损脾胃, 还需以色脉辨三阴所在。伤在厥阴肝经, 则面色青黑; 伤在少阴心经, 则面色红赤; 伤在太阴脾经, 则面色黄洁。王好古对阴证脉象的论述, 较张仲景仅以脉迟为寒者又有补充和发展<sup>[5]</sup>。海藏依张仲景之法, 脉“大、浮、数、动、滑, 此名阳也; 沉、涩、弱、弦、微, 此名阴也”。其中脉弦而弱者伤在厥阴, 细而微者伤在少阴, 缓而迟者伤在太阴。三阴病均为阴脉, 故仅脉一项, 即可反映阴证, 故谓之“大抵前后证变之不同, 以脉别之, 最为有准, 不必求诸外证也”<sup>[1]</sup>。其中若脉沉细而微, 六至以至八至、九至、十至而不可数, 加之身表冷如石, 四肢厥逆, 体如被杖, 可辨为阴毒候。

<sup>\*</sup>基金项目: 中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金资助项目(YZ-4726); 中国中医科学院创新团队项目中医基础理论创新团队(Y-4401)

作者简介: 高雅(1992-), 安徽人, 在读博士研究生, 从事中医基础理论研究。

<sup>△</sup>通讯作者: 徐世杰, 男, 研究员, 医学博士, 博士研究生导师, 从事中医各家学说及病证规律研究, Tel: 010-64089010, E-mail: xushijie6666@sohu.com。

王好古以脉辨证之法,突出阴证脾肾阴寒本质,鉴别阴证阳证,立法开方,对后世医家亦有借鉴。

### 3 何为阴毒

“阴毒”一词首见于《金匱要略》:“阴毒之为病,面目青,身痛如被杖,咽喉痛”,并与阳毒相鉴别:“阳毒之为病,面赤斑斑如锦纹,咽喉痛,唾脓血<sup>[6]</sup>”。二者症状迥异,提出具体治疗方剂,阳毒用升麻鳖甲汤,阴毒则用升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒。《诸病源候论》提出“阴阳二气偏虚则受于毒”。《伤寒类证活人书》与《伤寒全生集》更是阐明阴阳毒多先有肾气虚寒或脾有所伤,内外合邪而成<sup>[7]</sup>。王好古认为阴证以阴气虚寒为本,感受寒邪或冷物伤脾为标,太阴脾经、少阴肾经和厥阴肝经为其所伤,若阴气独盛,阳气暴绝<sup>[1]</sup>则为阴毒。

#### 3.1 阴毒有三候

王好古强调阴毒为阴证的特殊情况,主要责之脾肾,因肾气虚寒或冷物伤脾,内外皆寒。“外伤风寒,内既伏阴,外又感寒,或先外寒而内伏阴,内外皆阴,则阳气不守”<sup>[1]</sup>。

一候为始得阴毒候,本因肾气虚寒,内已伏阴加外寒,内外皆阴,阳气难守,表现为头痛腰重、目痛、体倦肢冷,额上及手背冷汗不止或多烦渴,精神恍惚如有所失,三二日间或可起行,不甚觉重。其六脉俱沉细而疾,尺部短小,寸口或大,以脉疾为主。此时阴毒较轻,可急服补虚和气之药,如正元散、退阴散、五胜散。王好古强调使用汗法应注意脉证,若身热脉大可少许发汗,其他情况忌发汗,阴毒忌汗。

二候为阴毒渐深候,积阴感于下,微阳消于上,阴下阳上,其候加重,表现为四肢逆冷、腹痛转甚,或咽喉不利,或心下胀满、结硬躁渴、虚汗不止,或时狂言,指甲面色青黑,六脉皆沉细,而一息七至以来。此证速宜灸气海或关元,灸三二百壮以手足和暖为效,仍应服金液丹、来苏丹、玉女散、还阳散、退阴散。

三候为阴毒沉困候,症状与阴毒渐深候相似,其候更重。六脉附骨,取之方有,按之即无,一息八至以上,或不可数也。此时药饵难为功矣,可试治,于脐中灼艾,如半枣大至少三百壮。若阴气散阳气来则减热药,可愈;若手足不和暖,不可治。

#### 3.2 阴毒外治

病以汤药救其内,灸熨营其外。《万安方》提及“伤寒十劝”,即伤寒病证中有10种情况不能用热药,也包括忌灸法,明确言“此外唯阴证可灸”<sup>[8]</sup>。《济世良方》言“阴证、伤寒、小腹痛、十指青、六脉俱无,此必死症。灸法,离脐之上、下、左、右各一寸,各灸五壮……犹能回生。”

阴证外治为其治疗特色,海藏以少阴、厥阴、阴毒三证属阴,提倡灸法或葱熨,用热醋炒蒜注入布袋中,于脐下熏蒸熨即可。待温来复,病可治。或以葱白煎浆作汤,沐浴四肢,接四肢阳气。阴毒盛而阳气

暴绝,则为阴毒,药饵难为攻,速灸脐中三五百壮,手足温,阳气可复来。

此外,脐下六穴神阙、阴交、气海、石门、关元和中极均位于任脉。任脉者阴脉之海。王好古以为此六穴最宜施灸可速达阴脉之源,温经暖血,回阳固脱。

#### 3.3 择时反佐服药

“夫百病者,多以旦慧昼安,夕加夜甚”<sup>[9]</sup>。人之阴阳寒热,以从天地四时阴阳、寒热之化亦随之,若病阳证昼则增剧,夜则少宁;若病阴证昼则少宁,夜则增剧,故治疗阴证可用阳药续于夜半之后,阳气生发之时,“类化之阴而接于子时之阳”<sup>[1]</sup>。除此之外,王好古还提倡服药反佐法,强调投热性药需冷服,因病人腹中阴气盛,冷饮与阴气相逢同气相从,可药下不吐,药虽冷久则必热,方可成效。

海藏还对阴证服药后的反应进行了讨论,提醒人们勿被表面现象所迷惑。《阴证略例·论阴证躁不躁死生二脉》言“阴证似阳从内消,服温热药,烦躁极甚,发渴欲饮,是将汗也。人不识,反以为热误矣。”阴证本属阳气虚惫,服热药后阳气初复,与邪交争,表现为烦躁口渴的现象,这是阳气升达将要汗出的表现,而非热药所误。需密切观察药后反应,方可正确治疗。“阳从内消”及阴证药后烦渴等观点,前人未有提及。

张仲景书中阴毒不过面目青、身痛如被杖、咽喉痛而已,并不言阴寒极甚之症;况其所治之方,亦不过升麻、甘草、鳖甲、当归而已,并未不用大温大热之药。是知张仲景所谓阴毒者非阴寒之病,乃为感天地恶毒异气入于阴经。王好古所叙阴毒或为内伤冷物或为暴寒所中,或过服寒凉药所变,或内外俱伤于寒而成耳,而非张仲景所言中天地之恶毒异气也。

海藏强调鉴别阴证当以脉为要,太阴、少阴、厥阴无论症状表现如何,其脉均为阴脉。而于《阴证略例》中着重突出阴毒一病,指出阴毒为阴证即为特殊类型,病机以阴独盛而阳气暴绝为阴毒,阳独盛而阴气暴绝为阳毒。具体以症状辨之,阳毒则阳盛腠理闭,身热无汗,喘粗俯仰;阴毒则身寒汗出而燥。阴毒而有三候,三候症状逐渐加深,非单一汤药可治,需配合外治或熏蒸脐下或汤沐四肢以接阳气。人与天地相参,服药亦与天地阴阳相合,同时可采取反佐之法,同气相从。《阴证略例》从阴证到阴毒,系统体现了医家王好古的个人辨证思想,理法方药具备,现今学者尚未系统具体讨论,希望本文可提供一些参考。

#### 参考文献:

- [1] 盛增秀. 王好古医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.
- [2] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 3.

(下转第1516页)

其中,平肝息风药最多为 52 次频率为 17.99%,说明近代对肝阳上亢诱发中风的重视度上升。其次是化痰药,出现 37 次频率为 12.8%,补气药出现 35 次频率为 12.11%,活血化瘀药出现 30 次频率为 10.38%,故近代中脏腑病机是以气虚为本,痰瘀作为致病的主要因素。

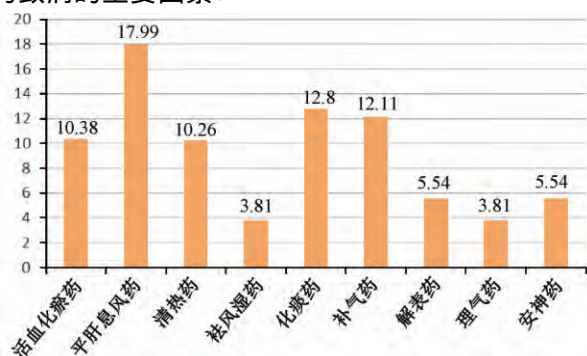


图 4 近现代中脏腑医案中各类药物出现频率 (%)

#### 4 讨论

脑部脉络阻塞不通是缺血性中风的关键环节,本研究结合对古今医案的数据挖掘,发现气虚、痰湿、瘀血在古今医案中出现的频率较高,故认为缺血性中风的脑部脉络阻塞不通是由于气虚生痰、瘀阻脑络所致。其中痰瘀是导致脑脉闭阻不通的主要病理因素。“痰”“瘀”在中医病因学说中,不仅是病理产物也是致病因素。痰乃津液停聚而生,瘀为血液停滞而成,痰瘀停于经脉则经气运行不畅,脉络空虚,筋脉失养,导致肢体痿痹功能障碍;痰瘀滞于脏腑,则脏腑气运行紊乱,脏腑功能异常,如蒙闭清窍则头痛、头晕,痰瘀日久必将影响气血化生、脑神失养,导致意识障碍、痴呆、昏迷等<sup>[5-7]</sup>。同时由于津血同源,痰瘀二者又相互影响,阻塞脉络,脑络不通,这与西医的缺血性脑卒中发病时脑部微血管阻塞不谋而合。正如《丹溪心法》中所说“中风大率主血虚有痰,治痰为先……半身不遂,大率多痰,在左属死血瘀血,在右属痰有热,并气虚”<sup>[8]</sup>,近现代学者的研究成果表明,化痰活血药具有抗凝、降低血脂、改善血液流变学等作用,痰瘀共治具有抑制血小板聚集、保护缺血性中风脑细胞、改善神经功能损伤等作用<sup>[9]</sup>。

同时通过临床观察不难发现,在缺血性中风发生发展的过程中,正气不足的主要因素是气虚,气虚则运化无力,不能行津化液,聚生痰饮;气虚则推动

无力,血液运行缓慢导致瘀血。正如《灵枢·刺节真邪》就指出,中风偏枯的重要机制是气虚,如“虚邪偏客于身半,其入深,内居荣卫,荣卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”。《素问·玉机真藏论》说“气虚身中卒至,五脏绝闭,脉道不通”,说明缺血性中风气虚血瘀的机制。王清任明确提出“半身不遂,亏损元气,是其本源……若元气一亏,经络自然空虚……气亏得半身不遂,以致跌仆。”痰瘀等实邪均是在正气虚的基础之上产生的。正气虚衰是缺血性中风病发生的根本病理基础及关键<sup>[10-11]</sup>。气虚与痰湿、瘀血的形成密切相关,三者均是中风的重要致病因素,正如《杂病源流犀烛·中风源流》所言“曰痰曰火,总由于虚,故虚为中风之根也。”<sup>[12]</sup>

综上所述,根据中风古今医案、方药的数据挖掘,以及“气为血之帅”“治风先治血,血行风自灭”“半身不遂,大率多痰”等理论基础,结合缺血性中风的临床表现与发病特点,本研究认为缺血性中风是本虚标实之证,气虚为本,痰瘀为标,形成“气虚生痰、瘀阻脑络”是脑中风的根本病机的重要观点,为临床的治疗与康复提供了理论依据。

#### 参考文献:

- [1] 王雅茹,胡建鹏,王键,等. 中风病因病机理论的形成与发展[J]. 中医临床杂志, 2017, 29(3): 303-305.
- [2] 赵乾龙. 浅谈外风说在中风病治疗中的意义[J]. 中医学报, 2015, 29(11): 1627-1629.
- [3] 王耀坝,曹健. 李可治疗中风经验[J]. 湖北中医杂志, 2015, 37(1): 30-31.
- [4] 王孝理,李焕芹,曹克刚,等. 中风病因病机理论探讨[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(3): 165-168.
- [5] 杨喆,刘琴,黎亚,等. 朱丹溪“左瘀右痰”论治中风浅析[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(9): 33-35.
- [6] 张君博,吴建林. 略论中风治痰[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(15): 10-11.
- [7] 柳永敏. 谈痰阻血瘀与中风[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(17): 123-126.
- [8] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 田思胜 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 14.
- [9] 董洪坦,李令康,贺立娟,等. 缺血性中风病气虚血瘀证研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(1): 131-135.
- [10] 孟繁丽,侯思怡,袁东超,等. 缺血性中风病辨证分型的现代文献研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(2): 207-210.
- [11] 李岩,孙景波. 144 例缺血性中风病证候分布情况与演变规律调查研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(12): 208-209.
- [12] 沈金鳌. 杂病源流犀烛[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 199.

收稿日期: 2018-03-42

(上接第 1508 页)

- [3] 傅文录. 王好古辨治“三阴证”学术思想探析[J]. 河南中医, 2012, 32(24): 426-428.
- [4] 秦之桢. 伤寒大白[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 23.
- [5] 李文华. 议王好古论治阴证之特点[J]. 中国医药导报, 2012, 9(26): 108.
- [6] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 12.

- [7] 曲丽芳. 阴阳毒病证治源流探讨[J]. 中国医药学报, 1999, 14(6): 12.
- [8] 李隽. 《覆载万安方》中的灸法文献研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2016: 72.
- [9] 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012: 23.

收稿日期: 2018-03-25