

· 论著 ·

《伤寒论》寒热夹杂证的六经辨治*

刘敏¹, 刘英锋²(¹广州中医药大学伤寒论教研室, 广州 510405; ²江西中医学院中医研究所, 南昌 330006)

摘要: 文章从六经各有表里寒热变化, 又各有不同所主的观点出发, 系统分析和归纳了《伤寒论》中所涉及的各种寒热夹杂证的辨治内容, 界定了它们的六经归属与病机特点, 进一步提升了六经理论对杂病辨治的指导意义。

关键词: 寒热夹杂; 六经辨证; 证候分类; 伤寒论

Treatment based on differentiation of cold-heat complication syndrome with six-meridian theory in Treatise on Cold Pathogenic Diseases

LIU Min¹, LIU Ying-feng²(¹Shanghai Office of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China; ²Institute of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330006, China)

Abstract: Based on the viewpoint of six meridians separately varying with the pathogenesis of exterior-interior and cold-heat, which is separately dominated by different meridians, this article systematically analyzes and generalizes the connotation of the treatment based on differentiation of various syndromes of cold-heat complication involved in Treatise on Cold Pathogenic Diseases. By delimiting which meridian the cold-heat complication syndrome belong to in six meridians and what the pathogenesis is, the article further promotes the significance of six-meridian theory guiding the treatment based on differentiation of miscellaneous diseases.

Key words: Cold-heat complication syndrome; Syndrome differentiation of six meridians; Classification based on symptom-complex differentiation and treatment; Treatise on Cold Pathogenic Diseases

寒者热之、热者寒之是八纲辨治的基本原则, 然验之于现代临证实际, 纯寒纯热之证, 已相对少见, 而面对日渐增多的杂病, 寒热夹杂者随处可遇, 反成了常规之例。因此, 学习经典, 最值得研究和运用的, 是寒热夹杂的证治内容。《伤寒论》中论及寒热夹杂之处不少, 几乎遍及六经各系。虽然六经有主表主里之分, 但此仅言其发病之常, 非发病之全, 六经不仅各有主证, 而且还各有变证, 应对现代杂病, 只有知常达变, 才能用活六经理论与经方。

太阳经寒热夹杂证治

“太阳之上, 寒气治之”。太阳之气, 以寒化为常, 热化为变; 太阳为一身之藩篱, 病位以表为主, 以里为次。故太阳为病, 以表寒为其常, 里热为其变, 外寒不解, 阳气怫郁, 郁热内生则为其常中之变者。

1. 大青龙汤证 此为太阳风寒郁热、表而兼里者。其寒闭在太阳经脉肌表, 阳郁为热于太阳所主之胸中, 故在发热恶寒、脉紧身痛而无汗之时, 伴见心胸的烦躁之象。此太阳寒水之经受邪, 其所以会兼现郁热之变证者, 乃体实阳盛之人, 小肠手经火气偏

旺故也。治疗理当于麻、桂辛温开表之中, 少佐石膏清热除烦之品。

2. 桂枝二越婢一汤证 此亦为太阳风寒郁热而表兼里者, 但因感邪较轻, 热郁也较浅。故其在发热恶寒之时, 脉紧身痛不显, 间有不彻小汗, 烦躁之症不足以形成, 郁热之机仅从热多寒少之处流露, 治疗只需守其法而小其剂, 故其用药与大青龙汤只有一味之差, 但用量则一轻一重, 区别悬殊。《珍珠囊药性赋》: 桂枝二越婢一汤仅用麻黄十八铢(四分之三), 石膏二十四铢(一两)。

阳明经寒热夹杂证治

“阳明之上, 燥气治之”。阳明以热化为常, 寒化为变; 阳明居中主土, 万物所归, 以里为主, 以表为次。故阳明为病, 以里热为其常, 表寒为其变, 外感寒邪, 也易化热入里, 然而里热化而未盛, 外寒化而未尽, 也是其常中之变。

1. 麻黄连翘赤小豆汤证 此为病起“伤寒”转属“黄疸”之例, 其因机则为外感风寒, 内动湿热, 蕴郁发黄, 病位则本于阳明, 殃及肝胆, 土壅木郁而始

*2008年江西省卫生厅中医药重点科研计划课题资助 (No. 2008Z03)

通讯作者: 刘英锋, 南昌市阳明路56号江西中医学院中医研究所, 邮编: 330006, 电话: 0791-7119997, E-mail: ncfengyingliu@163.com

于表也。故其现症始有发热、恶寒、无汗等表寒之象,又有发黄、身痒、小便不利等“瘀热”——湿热内蕴之征。治疗贵在解表以透热于外、利尿以渗湿于下,使其湿热不得相合,则发黄失其原由矣。

2. 栀子生姜豉汤证 此为阳明寒滞郁热,上扰胸膈之证。因伤寒解后,余热流连阳明所主之胸膈,特现心中懊憹、虚烦不眠之状,可以栀子豉汤香苦宣泄胸膈郁热,而若胃中热为寒郁,不得外达,则嘈杂兼呕,又宜再加生姜兼与散寒和胃。

少阳经寒热夹杂证治

少阳为人身内外出入之枢,故少阳为病,既不主里,也不主表,而以半表半里为其常。“少阳之上,火气治之”。少阳本以热化为常,寒化为变,外感寒邪,也易化热,但因少阳为枢,病在表里之间,故有外寒传而未尽,里热化而未盛之际,半寒半热也其常中之例也。

1. 小柴胡汤证 此为少阳外感之风寒与内郁之相火进退相争于表里之间者。小柴胡汤本为少阳伤寒、中风而立,病因之始发不离风寒,然少阳之上火气主之,风寒外束,则相火怫郁,内蕴为热,即成寒热夹杂之势。少阳三焦乃一腔之大腑,居躯壳之内,脏器之外,其膜外连腠理,内裹诸脏,离表未远,入里未深,正当表里出入之分野,适具内外转枢之契机,因此,少阳受邪,枢机不利,正邪分争于腠膜——表里之间,邪胜则风寒内逼于里,阳气伏抑而恶寒,正胜则气机暂宣,相火发越于外而发热,邪正交争,互有胜负,即呈寒来热往,先后交替,休作有时之状。

三焦为通调行水之道,又为游行相火之腑,同具寒热两性,风寒一旦外犯少阳,使其气机转枢不利,一方面令其游行之相火失于宣达而怫郁在内,则会蓄积于胆腑而犯胃、扰心、薰目、贯耳,病现口苦、咽干、目眩、心烦等症。另一方面令其通行之水道失于通调而阻滞不行,则会导致水饮停留,或滞于上焦而为咳嗽,或停于中焦而为心下悸,或蓄于下焦而为小便不利等,病症。故此,柴胡类证实为水火、寒热混杂于表里之间、上下三焦的复杂病证^[1]。

2. 大柴胡(无大黄)汤证 此虽也有少阳寒热表里夹杂之机,但与小柴胡汤证比较,辨证彼以手经三焦为主,寒多热少,侧重半表之郁,此则以足经胆腑为主,热多寒少,重在半里之结,论治彼则重在疏通膜腠,必使胸胁满而无汗得解,此则重在通降腑气,力求心下满而便难得除^[1]。

太阴经寒热夹杂证治

《经》曰:“阳明之上,燥气治之,中见太阴……太阴之上,湿气治之,中见阳明,所谓本也”。可知,

太阴阳明作为阴阳表里关系,在生理上湿燥互制为用:阳明,两阳合明,旺盛的阳气需得太阴之湿制其燥亢,方能气和无病,燥得湿济而无亢烈之害;而太阴本湿标阴,从本气之湿,必得阳明中气之燥化,才不致湿泛无度。太阴为足经司令、手经从化,伤寒内传太阴,若从脾土转化,则得湿气有余,更从寒湿转化,即现其主证(如理中汤证),但若从肺金转化,则得中见之燥气,则也可寒从热化而现变证(即麻杏甘石汤证)。麻杏甘石汤证为太阳病汗不得法,太阳表邪不解,化热入里,内壅于肺,导致肺气上逆而发喘汗之症,属太阴为病之手经变证。

本证与大青龙汤证虽然同属外寒里热之类,但大青龙汤证病在太阳寒水之经,表寒重而里热轻,症必有恶寒无汗而身痛,脉必紧中见数。麻杏甘石汤证,病在太阴清金之脏,里热重而表寒轻,症必有恶寒不显、汗出时作而喘喝气粗,脉多大中见滑。

少阴寒热夹杂证治

“少阴之上,热气治之”,而其热气乃心火肾水互济蒸化而成。少阴为病,水火失济则通常为热化太过与热化不足两端,而寒热夹杂者相对较少。严格来说,《伤寒论》中并无突出的寒热夹杂之证,但在里有虚寒的同时,兼见外有发热者则时有见之,因其疑似于表热里寒证,在此也略加分析,以利鉴别。

1. 麻黄细辛附子汤证 此乃阳虚客寒,直中少阴之表,纯属寒证。少阴寒化证主里虚寒证,本不应有发热之症,此见发热者,乃客寒在表,在表之卫阳与风寒抗争,故见发热。但是,少阴阳虚之人何以有卫阳与邪气抗争呢?是阳虚未甚,尚有一定的力量能够隅邪于外,其病位重心尚且在表,与真正阳衰表里俱寒而当与四逆汤先温其里、后与桂枝汤再救其表者,表里轻重大有不同。从方药比较来看,麻黄附子细辛汤中用炮附子,而四逆汤则附子生用,使回阳救逆之功更胜一筹。由此可知,麻黄附子细辛汤证的阳虚程度较之四逆汤证也自然轻浅一层,两者应以阳虚表寒与阳虚表里俱寒来比较对待适为恰当。

2. 白通加猪胆汁汤证 此乃阳虚中寒,格阳于上,属本寒标热之证。少阴寒化证主里虚寒证,本以神倦为主,不应有心烦之症,此见心烦者,乃客寒于下,格阳于上,以致浮阳虚热暂扰心神,则令心烦。其鉴别特点,则以下利不止,肢厥无脉为先行之征。

厥阴寒热夹杂证治

少阳为枢,由阳入阴,病易寒热相兼,厥阴由阴出阳,交接阴阳,病则更易寒热夹杂,且其不仅病在里者可以寒热夹杂,病在表者也可以寒热夹杂。寒热

错杂不仅是厥阴之主证,更是厥阴之一大特点。

1. 乌梅丸证 乌梅丸虽出自蛔厥条文,但其辛甘助阳、酸苦坚阴之配伍,正与厥阴提纲之阴阳错杂息息相应,实为厥阴之主方。“厥阴之上,风气治之”。厥阴足经司令,肝禀风木而寄相火,故乌梅丸证的发病机理,不仅是上热下寒并见,还特有肝风动摇其间。在上则引动相火,风火相煽,中消津液,则胃海干燥,必欲引水自救,而口渴多饮,风气相火循冲脉上冲心包,则气上撞心而自觉心慌,胃络通心而为隐痛烦热;在下则引动寒水,风寒下迫,乘脾及肾,而现下利不止,甚者肢厥。是此上热实为心肝风火,用药必以乌梅合黄连之类,酸收苦泄,敛肝熄风,降清亢火;此下寒乃脾肾虚寒,用药必以乌梅配干姜附子之类,酸收止泻,辛热温中。

2. 麻黄升麻汤证 此乃风寒郁热于上,中阳塌陷于下,厥阴表证兼里。六经各有表里,厥阴寒热错杂,里为主者,乌梅丸证是也,而表为主者,麻黄升麻汤证是也。

麻黄升麻汤证,起因于伤寒外在寒邪不解,膈上郁热复生,热为寒闭,病势在上,发为喉痹。粗工但见其热,误用攻下,脾胃受伤,中气下陷,则咽痛不利之时并现下利、肢厥、脉沉而迟,即呈寒热虚实错杂之机。遵循“其在上者,因而越之”、“火郁发之”、“陷者举之”的原则,治疗应宣清并用,升降兼施。麻黄升麻汤方中,重用麻黄,配以桂枝,以宣外束之风寒,稍佐以黄芩、石膏,兼清上郁之火热;重用升麻、当归配以干姜、白术、茯苓,升发肝脾,急救下陷之阳气,稍佐知母、葳蕤、天冬,滋润肺胃,兼顾受伤之阴津。全方虽表里寒热虚实并治,但以治表寒为主、治里热为辅,助阳重于益阴,其特以麻黄升麻为君,旨在升阳透表,务求寒闭郁火之邪得有外达透出之机。否则,郁热上攻不止必继发唾脓血,虚寒下陷益甚必泄利而下部脉不至,构成上闭下脱之定局,势必更加难治。

诸阴经寒热夹杂证

太阳主表寒,阳明主里热,少阳主半表寒半里热。太阳兼阳明,以表寒里热为常例,太阳兼少阳,以寒多热少为常;阳明兼少阳,则以热多寒少为其常。

1. 桂枝加大黄汤证 此乃太阳风寒引动阳明积热之证。即原有发热、恶寒、头身痛,后又继发腹满实痛,表里分明。治疗虽应表里双解,但当前风寒外感是其卒病,积热内生乃其触发,根据先病为本而续疾为标的关系,治疗应以解表为主,攻里为辅,故配方守桂枝汤治外寒为主,仅加大黄一味,辅清下热积,则无攻里碍表之误。

2. 柴胡桂枝汤证 此乃少阳膜腠之半外涉太阳肌表为病,寒多热少者。太阳主表而外应皮毛,少阳居间则外连腠理。太阳风寒表证不解,即可由皮毛而至腠理,渐入少阳地带。传入少阳,本当以小柴胡治之,但若传变之中,症现发热之中仍微恶寒,或伴肢节烦疼,而口苦、咽干、目眩之类尚未显著,微呕、心下支结(微小的梗阻感)也仅仅初见端倪,是太阳之表未罢而初及少阳未深,寒风外束尚在而火热内郁未甚,病位之重心仍在经脉、肌腠以及焦膜的躯壳之端,治法适以小和少阳兼以发表,故取柴胡、桂枝两方各半之法可以恰到好处^[1]。

3. 柴胡加芒硝汤证 此乃少阳膜腠内涉阳明胃肠,风寒郁火、实热偏胜者。少阳三焦,其膜包连五脏六腑,其道通行水火两气,且少阳经期,又正当由阳入阴之际,故少阳病变内传脏腑,既可兼涉太阴而从阴化寒,也可兼涉阳明而从阳化热。因此,少阳兼涉阳明,以致火热内实偏胜者,也是少阳病变的常见转归之一。

前文所论的大柴胡汤证,虽也牵涉里热病机,不过彼则侧重少阳之半里,以胆腑为主,而此之柴胡加芒硝汤证,则是侧重少阳之半表,以三焦为主者。试观其症仍以往来寒热(而不得汗),或“胸胁(苦)满而(喜)呕”等为主症,此与大柴胡汤证的汗出不解、心下痞硬或急痛者有浅深之不同。而从其伴见日晡所发潮热,可知其又兼涉阳明燥热,至于何以出现“反下利者”,除了原文提及的误治因素外,实与少阳三焦水道不利、逆行肠间,以致分清别浊失职也有一定关系。由于该证病机重心不仅仍在少阳,而又不似大柴胡证之少阳偏里,故只需以小柴胡汤加芒硝,于和解少阳之中,对阳明燥热略加兼顾即可^[1]。

诸阴经寒热夹杂证

阳经阳气盛,阴经阳气弱,故阳经化热者易,阴经化热者难。三阴之经,唯厥阴为病,以寒热错杂为长,故诸阴经病寒热错杂者,多有厥阴病机夹杂其间。

1. 干姜黄芩黄连人参汤证 干姜黄芩黄连人参汤证为厥阴兼太阴之病。乃因先有胃热脾寒,粗工但见其热、未察其寒,误与吐下攻之,以致病邪再陷,深入厥阴,继发阴阳上下交通不畅,寒热上下格拒益甚,则继发“食入即吐”,而下泄更剧。胃热得肝火而上逆甚急,故倍用黄连而合黄芩,肝胃两清;脾寒得肝乘而下陷益虚,故干姜与人参温补并重。药虽四味,效力专强。

2. 通脉四逆汤证 原文中曾明白地指出属“里寒外热”,只不过,此处的“里寒外热”与前文麻附细辛汤证的里寒外热又有本质的区别。前者乃里虚

寒而兼有外感表证而出现发热,此证则为真正而单一的里虚寒证,只是因为肾阳虚衰已极,阴寒极盛,阴盛格阳,虚阳浮越于外于上,而见貌似表有热证的“面色赤”和“不恶寒”罢了。

阴阳经寒热夹杂证

1. 柴胡桂枝干姜汤证 此乃寒邪外束,郁阻少阳,三焦气化因之不利,以至水饮困脾,寒多热少之证。少阳三焦为行水之腑,太阴脾肺为运水之脏,三焦升降之枢在于中,而中焦枢机根于脾,故少阳寒热夹杂偏于寒化,则易内涉太阴。试观该证,“胸胁满……,往来寒热(寒多热少)”是少阳膜腠受病之象,而其“胸胁(按之已)微结(硬)……小便不利,(而)渴”,则显露其饮停中焦欲成蓄结之势,致使水液不得上蒸苗窍、下达膀胱,故辨其渴必饮热、小便不利而腹不满,知其既非转属阳明,也非太阳蓄水,乃是饮结于中;其所以不呕,正是中焦水饮所涉之脏器已由腑入脏——不在胃,而在脾。然在一派的静象之中,尚有“但头汗出……心烦”等动机,可知寒饮内盛之中,仍有郁火存在,故用柴胡桂枝干姜汤,疏利少阳同时,兼以温脾化饮^[1]。

2. 附子泻心汤证 三黄泻心汤证,系无形邪热壅聚心下,导致中焦气机痞塞之证,所谓热壅火痞。而附子泻心汤证则同时兼复恶寒而汗出,是兼少阴阳虚不能助卫固表,乃少阳火热与少阴虚寒杂见之证。

3. 栀子干姜汤证 栀子干姜汤为寒温并用之方,其证也应俱寒热并见之症。原文(80)条结合(81)条,似应悟出:本方证乃上热下寒之证,即郁热在阳阴之胃,虚寒在太阴脾,症以身热微烦,大便反溏为其表现的基本特征。

4. 黄连汤证 黄连汤证之寒热夹杂,乃热在胃主之胸脘,寒在脾主之腹中,病位为阳明兼太阴。多发于胸膈素有积热,腹中也有内寒者,复因再伤于寒,直中于下焦而引发腹中痛,胸膈积热受寒格拒不得下达而冲逆于上则欲呕吐,寒与热两气分踞上下,不得沟通。方中重取辛温甘热,温散内外寒邪,仅配一味苦寒之黄连清热降火,用量不及温热药之半,可见,本证虽然寒热并发,但下寒重而上热轻之势显然。

黄连汤证与干姜黄芩黄连汤证同属寒邪格热于上,治疗皆以辛开苦降,寒热并调为法,然黄连汤证纯在脾胃,重在下寒而上热较轻,故现症以腹中痛为主,呕吐仅欲作而已;而干姜黄芩黄连汤证则以上热为急,下寒较轻,故现症以“食入即吐”突出,虽下利而腹不痛。因此,于治法用药,前者以干姜、人参配

桂枝,则温通散寒之力较大,而清热则单用黄连一味,不及后者芩、连并用而苦寒清降突出。

5. 半夏泻心汤证 半夏泻心汤类方的病证共性也是上热下寒,涉及脾胃,但病位属于少阳兼太阴,其病因病机则还有水火交结于中焦(少阳三焦的中停地带),故病以心下痞硬为主症。中焦升降之枢不利,火合胃热逆于上则伴呕吐,水合脾寒注于下则伴下利。故立方药以黄芩、黄连与半夏、干姜配对,辛开苦降以消中痞,寒温并用以平寒热。

半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤证三者病机相似但病因各有侧重,具体差别是:半夏泻心汤证乃水火交阻、上热下寒、脾胃兼虚之基本证型;生姜泻心汤证则水饮偏甚、兼有食滞,症以干噎食臭突出,故于前者中加生姜四两为君减干姜为一两,宣散水气,和胃降逆;甘草泻心汤则以脾胃气虚较为突出,故增炙甘草为四两为君,加强补虚和中。

半夏泻心汤类证与单纯的寒热错杂不同,实为水火夹杂,或湿热交结其中,造成气机之痞塞。因此,泻心汤与黄连汤用黄连、干姜清上温下虽同,但合用半夏、黄芩辛开苦降,开通中焦痞结,则功力有较大差异。

6. 柴胡加龙骨牡蛎汤证 柴胡加龙骨牡蛎汤证,乃伤寒失治误治,少阳病邪内涉厥阴,以致寒风郁热,表里虚实互见之中,更添水火上下失调之机,病位属少阳并厥阴,手经为主。现症则除有少阳主证之外,复见烦惊、谵语,此其火逆内扰之象,复见胸满、小便不利是其水逆内阻之征,复见一身尽重、不可转侧者乃气阻三焦、膜腠不通所致。治法:和解少阳,佐以清镇通利,方中小柴胡汤和解表里寒热,加龙骨、牡蛎以镇其烦惊,加大黄以除其谵语,加茯苓以利小便,加桂枝通其外达之阳气以除其胸满、身重,总以因势利导,调平其水火寒热^[1]。

以上就《伤寒论》中有明确寒热夹杂证治的方剂进行了系统梳理,另外,尚有一些有证无方的内容,未列入讨论范围。如果再联系它的姊妹篇《金匱要略》的有关论述,还会有更多样、更复杂的寒热夹杂的证治内容,值得我们进一步去挖掘、整理。

参 考 文 献

- [1] 刘英锋,刘敏.试从三焦理论认识柴胡类证的证治规律.中国医药学报,2002,17(12):713
- LIU Ying-feng,LIU Min.Learning the rule of syndrome-differentiation and indications of Caihu-syndrome from Triple Energizer doctrine. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 2002,17(12):713

(收稿日期:2008年2月12日)