

## 《伤寒论》仲景用药加减探微

李荣群 黄少华

(浙江中医药大学 浙江 杭州 310053)

**摘 要:** 伤寒论中小青龙汤、小柴胡汤、真武汤、四逆散、通脉四逆汤方后有药物加减应用。结合《伤寒论》条文,分析仲景认识、分析这些药物加减深层的内涵以提高临床辨证用药水平。

**关键词:** 伤寒论; 仲景; 辨证论治

中图分类号: R222.2

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2012)10-2338-03

Exploration of the Adding and Subtracting of Prescriptions in  
Zhong - jings Treatise on Febrile Diseases

LI Rong-qun ,HUANG Shao-hua

(Zhejiang Chinese Medicine University ,Hangzhou 310053 Zhejiang ,China)

**Abstract:** There are drugs modification explanations of Xiaqinglong Decoction ,Xiaochaihu Decoction ,Zhenwu Decoction and Tongmai Sini Decoction in Treatise on Febrile Diseases. This paper analysed the adding and subtracting rules so as to improve medication based on syndrome differentiation in clinic.

**Key words:** Treatise on Febrile Diseases; Zhong - jing; treatment based on syndrome differentiation

伤寒论中小青龙汤、小柴胡汤、真武汤、四逆散、通脉四逆汤方后有药物加减应用。分析这些加减对于了解仲景的配伍思想有着重要的意义,本文拟分析这些配伍以起到窥豹一斑、探寻规律的作用。刘渡舟先生说“我们学《伤寒

论》不仅是学桂枝汤、麻黄汤这些方子,更重要的是学它认识事物的方法,这样才能够提高水平”,所以分析仲景认识分析这些药物加减深层的内涵是我们提高临床辨证用药水平的捷径。

不足、肾气不足所占比例均在90%以上,脾气不足占61.2%,也说明气虚多责之于心气、肾气和脾气。

本研究表明,气虚多合并血瘀、阴虚、痰浊,气虚血瘀是其根本的病机。《医林改错》曰“元气既虚,必不能达于血管,血管无气必停留而瘀”梁煜等<sup>[9]</sup>认为在众多的冠心病发病机理中,气虚血瘀是其病机关键;而《石室秘录》中“肥人多痰,乃气虚也。虚则不能运行故痰生”,心气不足,津液输布失常易凝聚成痰浊,痹阻心脉而成胸痹;张国伦<sup>[10]</sup>认为阴精衰少是中老年病的病理生理特点,而冠心病多气阴两虚。

临床中高脂血症、糖尿病、高血压为主的一群疾病常合并出现,我们称之为“代谢综合征”,而这些因素又是心血管疾病的常见危险因素,与冠心病的发病有着重要的联系。高脂血症可能反映冠心病中的“痰浊”<sup>[11]</sup>,痰浊的生成多由于脾气亏虚,运化失司,津液代谢失常造成的,所以痰浊多与气虚并存,高脂血症多见气虚;而糖尿病病机转变一般遵循由阴虚—气阴两虚—阴阳俱虚的规律,体现了糖尿病多阴虚、气虚特点。本研究就冠心病危险因素及合并疾病对气虚证之间的联系进行了回归分析表明,高脂血症、糖尿病对气虚的影响强度较大。

中医历来认为,疾病重在预防,中医防治冠心病主要是对影响冠心病发病及病情发展变化的证候因素进行干预,

收稿日期: 2012-05-11

作者简介: 李荣群(1974-),男,山东青岛人,副教授,博士研究生,研究方向: 中医药治疗免疫风湿病的科研和临床。

而积极控制血脂、血糖、血压等手段则有助于减少冠心病气虚证的发生。

## 参考文献

- [1] 张志斌,王永炎.辨证方法新体系的建立[J].北京中医药大学学报,2005,28(1):2-3.
- [2] 周景想,唐明,李洁,等.2029例冠心病心绞痛中医证候特点及组合规律分析[J].中国中西医结合杂志,2011,31(6):753-755.
- [3] 傅向华,孙家安,译.慢性稳定型心绞痛的处理指南(美国心脏病学会和心脏协会修订版)[S].临床荟萃,2004,19(3):124-127.
- [4] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[S].中华心血管病杂志,2000,28(6):409-412.
- [5] 中国中西医结合学会心血管学会.冠心病中医辨证标准[S].中西医结合杂志,1991,11(5):257.
- [6] 全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会.中医虚证辨证参考标准[S].中西医结合杂志,1986,6(10):598.
- [7] 徐小娟.冠心病心绞痛不同病期中医证候分布特点研究[D].广州:广州中医药大学,2008.
- [8] 吴旻,金刚,崔杰,等.冠心病中医证候特点的回归分析[J].中医药学报,2008,36(4):4-6.
- [9] 梁煜,林代华,王清.气虚血瘀是冠心病的病机关键释义[J].中医药学刊,2003,21(4):588-589.
- [10] 王科峰,杨海卿,张国伦.张国伦辨治冠心病经验[J].辽宁中医杂志,2006,33(7):780-781.
- [11] 宋剑南,刘远东.高脂血症与中医痰浊关系的实验研究[J].中国中医基础医学杂志,1995,1(1):49-51.

## 1 相关条文

### 1.1 第40条

《伤寒论》宋版,下同“伤寒表不解,心下有水气,干呕发热而咳,或渴,或利,或噎,或小便不利,少腹满,或喘者,小青龙汤主之。”“……若渴,去半夏,加栝楼根三两;若微利,去麻黄,加薏苡仁,如一鸡子,熬令赤色;若噎者,去麻黄,加附子一枚,炮制;若小便不利、少腹满者,去麻黄,加茯苓四两;若喘,去麻黄,加杏仁半升,去皮尖。”

### 1.2 第96条

“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸、小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”“……若胸中烦而不呕者,去半夏、人参,加枳实一枚;若渴,去半夏,加人参合前成四两、栝楼根四两;若腹中痛者,去黄芩,加芍药三两;若胁下痞硬,去大枣,加牡蛎四两;若心下悸、小便不利者,去黄芩,加茯苓四两;若不渴,外有微热者,去人参,加桂枝三两,温覆微汗愈;若咳者,去人参、大枣、生姜,加五味子半升、干姜二两。”

### 1.3 第316条

“少阴病,二三日不已,至四五日,腹痛,小便不利,四肢沉重疼痛,自下利者,此为有水气。其人或咳,或小便利,或下利,或呕者,真武汤主之。”“……若咳者,加五味子半升、细辛一两、干姜一两;若小便利者,去茯苓;若下利者,去芍药,加干姜二两;若呕者,去附子,加生姜,足前为半斤。”

### 1.4 第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,或腹痛,或干呕,或咽痛,或利止脉不出者,通脉四逆汤主之。”“……面色赤者,加葱九茎;腹中痛者,去葱,加芍药二两;呕者,加生姜二两;咽痛者,去芍药,加桔梗一两;利止脉不出者,去桔梗,加人参二两。”

### 1.5 第318条

“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。”“……咳者,加五味子、干姜各五分,并主下利;悸者,加桂枝五分;小便不利者,加茯苓五分;腹中痛者,加附子一枚,炮令坼;泄利下重者,先以水五升,煮薤白三升,煮取三升,去滓,以散三方寸匕内汤中,煮取一升半,分温再服。”

上五方是仲景伤寒论中仅有的在方后注明加减应用的方剂,在伤寒论中,其他方剂虽亦有加减应用,但皆是另立条文,别起新方,比如桂枝汤、葛根汤的加减。仲景以仅在此五方中注明加减应用,并非偶然,而是有其深刻的涵义蕴藏其中,分析这些条文的加减变化,我们可以发现,这是由仲景对于伤寒六经传变和临床经验的深刻把握所决定的。

## 2 加减方产生的原因

仲景以或然证的形式,扩大了五方的临床适用范围,如柯韵伯所言“小青龙与小柴胡,俱为枢机之剂,故皆设或然证,因各立加减法”<sup>[1]</sup>,“小青龙设或然五症,加减法内即备五方;小柴胡设或然七症,即具加减七方。要知仲景有主治之方,如麻桂等方是也;有方外之方,如桂枝汤加附子加大黄辈是也;有方内之方,如青龙真武之有加减法是也。此仲景书法中有法,方外有方,何得以三百九十七,一百一十三方拘之耶”<sup>[2]</sup>。分析五方主证与或然证之间的联系,不难

发现,虽然每一方中的或然证变化多端,似乎无规律可循,但是究其病机,全都统一于太阳、少阳、少阴的六经辨证体系当中,且除通脉四逆汤证外,其余各方或然证的产生,莫不与水饮这一病理因素息息相关。

### 2.1 或然多因水饮停

小柴胡汤、小青龙汤、真武汤、四逆散证中众多或然,究其原因皆与水饮息息相关,水邪虽云变动不居,然六经既辨,水邪致病的特点亦可与六经生理特点相联系,是以仲景虽云“或”,亦有其偶然中之必然存在。

2.1.1 太阳伤寒兼水饮 水邪趋外<sup>[3]</sup> 小青龙汤证中,由于外有表邪,内有水饮,而主证是太阳伤寒在表,所以水邪作祟,大多趋于向外,向上,故见干呕而咳,或渴,或噎,或喘等中上焦症状,而小便不利,少腹满是水邪中阻,气机不畅,影响太阳膀胱气化所造成的,虽属下焦症状,但膀胱为太阳之腑,为表,且或利证亦然,因肺与大肠相表里,饮邪犯肺则亦常浸渍肠腑,见于下利之证。可见水邪所涉病位,皆以表以上为主,并非仅如某些注家笼统所注“水邪变动不居”,无规律可循,因此水邪,乃叶天士所言“外寒引动内饮”之水邪,必是素无症状,仅于天气转冷时而发的发作性疾病,如慢性支气管炎急性发作,过敏性哮喘等,与水饮内停的茯苓甘草汤证,五苓散证大不相同。因此,本证中或然证虽缘起于水邪变动不居的特性,但却统一于太阳表证在表在上的病机特点之中,不可与太阳病分离开来而论。

2.1.2 少阴少阳 开阖之枢 枢机不利 水饮内生<sup>[4]</sup> 少阴少阳病位皆处于中间地带,少阳为太阳阳明之间,少阴为太阴厥阴之间,所以病势不定,变化多端,小柴胡汤与四逆散证主证虽各有不同,但分析其或然证,却有众多相似之处。这是因为枢机不利则三焦决渎失职,致使水饮内生,故无论小柴胡汤还是四逆散,其或然证皆有或咳、或悸、或小便不利、或腹中痛等水饮为患证候,又因少阳属表,表证未罢,入少阳多从阳化热,所以可见或身有微热之表邪未尽,或胸中烦的热扰心神症候;邪入少阴则多从阴化寒,而见中寒气滞之泄利下重。

2.1.3 少阴阳虚 水邪循经泛滥 少阴病四五日间,邪气从阴化寒,导致肾阳衰败,不能治水而出现水邪泛滥之证。水邪泛滥,主要侵及手少阴心经和足少阴肾经,足少阴肾经属肾,络膀胱,肾阳稍虚,水邪稍有则有小便不利,水邪泛滥则可见小便清长,此一证而可出现小便利与不利两种情况,所以仲景将“或小便利”列于条文之后,提醒读者此处症状不同,但病机相同。肾司二便,肾阳虚而不能固摄,所以下利加重;手少阴心经起于心中,出属心系,水饮循经泛滥,则可见或咳或呕上焦症状,本证中或然症候,皆是少阴经脉循行之处,水邪浸渍而成,不可纯视为偶然而不加分析。

### 2.2 格阳重症 证势危笃 复杂多变

通脉四逆汤证属于真阳衰微之危候,病情处于生死之间,病情发展迅速多变,阴寒凝结于脾胃之间故见或腹痛或干呕,虚阳上浮故见或咽痛,利止脉不出与前述“下利清谷”“脉微欲绝”虽然症状不同,但病机皆是真阳衰微,阴盛格阳,只是前者程度重于后者,下利至无物可下故利止,脉微甚至于不出,此一证而数症,足见仲景辨证细微之处。

## 3 加减方中凭症状辨证用药

仲景立方有是证而用是药,所谓“观其脉证,知犯何

逆“随证治之”这五条方证所涉及或然症状26个,对于每一或然症状仲景都有其独到的用药经验,分析仲景这些用药的规律和习惯,对于我们更好的理解仲景对于这些或然症状的辨证原则有很好的帮助,也有着很现实的临床意义,笔者就五方中部分或然症状浅析一番,庶有益于临床,抛砖引玉之用。

### 3.1 水饮内停可见小便不利、少腹满、心悸 茯苓主之

原文40条中“若小便不利、少腹满者,去麻黄,加茯苓四两”96条中“若心下悸、小便不利者,去黄芩,加茯苓四两”316条“若小便利者,去茯苓”可见小便不利、少腹满、心悸是水饮内停的三大主证,但仅见心悸尚不足为水饮之明证,318条中“悸者,加桂枝五分,小便不利者,加茯苓五分”说明心悸亦有心阳不足的证型,仲景以桂枝温补心阳治之;另一方面水饮内停慎用苦寒之药,故仲景去黄芩而不用,可为后世垂法也。

### 3.2 邪热伤津可见口渴 人参、栝蒌根主之

伤寒论中的口渴可在很多条文中见到,但口渴并不作为辨证的一个特异性指标存在,而需要与其他症状结合观之,作为一个辅助性指标供参考,所以临床上遇见口渴症状需要仔细辨证。在小青龙汤和小柴胡汤中,口渴皆是作为邪热伤津的症状,用药以清热生津为主,仲景习惯以人参、栝蒌根治疗此类口渴,如小青龙汤“若渴,去半夏,加栝蒌根三两”小柴胡汤“若胸中烦而不呕者,去半夏、人参,加栝蒌实一枚;若渴,去半夏,加人参合前成四两、栝蒌根四两……若不渴,外有微热者,去人参,加桂枝三两”。栝蒌根即天花粉,具有清热生津的功效,人参可以益气生津,是热证后期的常用药物,后世温病学派继承了仲景的这一用药习惯,如后世的玉液汤、生脉饮等方。另一方面,此类口渴津液不足,故应慎用温燥类药物,以免助热伤阴,使津液更虚,所以去半夏之辛温不用。此外,在伤寒论中,口渴还可以在多种证型中看到,如湿热郁蒸之口渴可见于白头翁汤证和茵陈蒿汤证,水热互结之口渴可见于大陷胸汤证和猪苓汤证,阳虚不能化津液之口渴<sup>[5]</sup>,如282条“少阴病……五六日自利而渴者,属少阴也,虚故饮水自救”,临床应该仔细辨别。

### 3.3 下利分证 水饮重者用芫花 阳虚不固者用干姜 五味子

下利在伤寒论中多有论述,其主证亦多有不同,临证应该仔细辨别,在此五条方论中,下利分别主水饮和阳虚,其治疗大法分别为泄水止利和温阳收涩止利。原文40条中“若微利,去麻黄,加芫花,如一鸡子,熬令赤色”这是通因通用之法,宋版《伤寒论》林亿在小青龙汤后注“又按《本草》,芫花下十二水,若水去,利则止也”。十枣汤又以芫花甘遂大戟峻下逐水之品治疗此类下利“太阳中风,下利呕逆……十枣汤主之”。可见仲景治利,逐水消饮为一治疗大法。又316条“若下利者,去芍药,加干姜二两”318条“咳者,加五味子、干姜各五分,并主下利”说明五味子干姜配伍不仅能温肺止咳,亦能温收大肠而止利,此因肺与大肠相表里,温肺正所以温大肠也,阳虚下利重者,也可用附子、吴茱萸温阳固脱,如四逆汤、吴茱萸汤之下利。另外伤寒论中尚有表实邪而致里气不和下利,主药为葛根如葛根汤、葛根芩连汤等;里有热邪之热利,治之以白头翁、芩、

连之类如白头翁汤、黄芩汤等;里有实邪,热结旁流者治之以大承气汤,下利滑脱不禁<sup>[6]</sup>者以收敛固涩之赤石脂、乌梅为主药,如桃花汤、赤石脂禹余粮汤、乌梅丸等。

### 3.4 咳嗽以温为法 五味子、干姜、细辛主之

在伤寒论中仲景几乎每见咳嗽则必用五味子、干姜和细辛,如原文316条“若咳者,加五味子半升、细辛一两、干姜一两”318条“咳者,加五味子、干姜各五分,并主下利”。《内经》云“肺欲收,急食酸以收之,用酸补之,辛泻之”,故加五味子之酸,以收逆气,与细辛相伍一收一散,配合干姜之辛温,以祛肺寒,逆气收,肺寒解,则咳嗽自愈。譬如有制之师,整整有法,去实邪以细辛,收肺气以五味子,干姜培土生金之用也。若实邪不重者,可去细辛而不用。如原文96条中“若咳者,去人参、大枣、生姜,加五味子半升、干姜二两”。仅用五味子干姜,温收为法。要注意的是,咳嗽若兼有外邪的,应慎用参枣之补品,以免闭门留寇,剑阁苦拒,而成都已失矣。

### 3.5 腹痛应温阳缓急止痛 附子、芍药主之

寒凝脾络乃是腹痛的一个重要病机,在这五条方论中,仲景以缓急止痛之芍药来治疗此类腹痛,如原文96条“若腹中痛者,去黄芩,加芍药三两”317条“腹中痛者,去葱,加芍药二两”若寒气重者,可以以附子大补元阳,温通经络。如原文318条“腹中痛者,加附子一枚,炮令坼”。此类腹痛应该慎用苦寒,所以仲景“去黄芩”,以黄芩苦寒,不利温阳故也。

### 3.6 呕吐——生姜为止呕圣药

历代医家都以生姜为止呕要药,无论胃寒胃热都可以适量加用,又因其性温,尤其适合于阴寒内盛之呕吐,如原文316条“若呕者,去附子,加生姜,足前为半斤。”317条“呕者,加生姜二两”两条条文皆是少阴病,所不同者,以316条为肾阳虚水邪泛滥,所以可以大量使用生姜不仅止呕,而且发散水气,用量“足前为半斤”,317条阴盛格阳,应该以通脉四逆汤破阴回阳,通达内外,呕吐仅为或见证,所以只“加生姜二两”。主证不同,则同一药物剂量不同,可见仲景方不仅在用药选择上有独到之处,药物剂量的斟酌应用也是经方能取到良好疗效的重要原因。

临床脉象和症状是中医辨证的根本,我们在临床上要做到见症知证,就必须仔细学习伤寒论的辨证精神,从理论到实践,把仲景书中的经验总结切实应用于临床。同样,在用方遣药上,如果能够抓住每一证的治疗主药与用药禁忌,临床上对于经方的加减运用,自能熟谙于心,运用自如,这也是我们今天仍然要学习与研究伤寒论的现实意义之所在。

### 参考文献

- [1] 清·柯琴. 伤寒来苏集·伤寒论注[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 52.
- [2] 清·柯琴. 伤寒来苏集·伤寒论翼[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 55.
- [3] 章浩军, 杨福龙, 陈力. 《伤寒论》或然证的证治规律探析[J]. 福建中医学院学报, 2005, 15(1): 41.
- [4] 龙治平. 《伤寒论》五个或然方辨证论治规律探讨[J]. 1985, 11(6): 25.
- [5] 魏仲德. 浅析《伤寒论》中之口渴[J]. 中医药学报, 1989, 6(1): 6.
- [6] 吴炳岳. 《伤寒论》下利论治七法[J]. 天津中医, 1993, 4(1): 37.