

# 叶天士治疗黄疸慎用下法探析

叶 放

(河南中医学院, 郑州 450003)

清代名医叶天士, 不仅是论治温病大家, 对内伤杂病的诊治亦有颇多创新与经验, 为后世众多医家所尊崇。叶氏针对黄疸, 首创分消三焦湿热法, 尤其重视顾护脾胃, 反复提出疸证宜慎用攻下法, 对临床指导价值颇大, 但少有人重视。笔者结合肝病临床试作浅析。

## 博览群贤之论, 探黄疸本质

中医对黄疸的认识, 《内经》提出“黄疸”之名。东汉张仲景对“发黄”和“黄疸”作了深入研究, 分列“五疸”, 创清利、泻热、发汗、涌吐、和解、消瘀、温中等法。但从晋、唐、宋时期, 诸医家对黄疸的分类繁多, 治法上见仁见智, 如《诸病源候论》、《外台秘要》、《太平圣惠方》和《圣济总录》等列载“二十八种病候”、“九疸”、“三十六黄”, 多强调“热毒所加”或“湿热”致黄, 治法多以苦寒清热、泻下法为主。如《外台秘要》、《太平圣惠方》虽列“阴黄方”, 治疗仍用大黄、栀子、黄芩、黄连、黄柏、土瓜根、芒硝之类; 又如朱丹溪对许多病证特别重视“甘温补益脾胃法的临证应用”<sup>[1]</sup>, 但对黄疸却笼统地认为“疸不用分其五, 同是湿热”。许多医家对仲景疸证治法的认识颇为混乱。韩祗和、罗天益始将黄疸分为阴阳两类, 创茵陈四逆汤等治阴黄方, 乃用温阳化湿法治疗虚证黄疸, 但此论未能引起宋、元时期其他诸家的重视。直至明代, 《景岳全书》对黄疸, 尤其是阴黄的认识渐为深入, 其谓“至于目黄一证, 尤宜辨其虚实, 不可谓黄者必由热也”, 提出阴黄“不可以黄为意专用清利, 但宜调补心脾肾之虚以培血气。”但其后吴又可则言“发黄证乃是腑病, 非经病, 宜茵陈蒿汤……是以大黄为专攻, 山栀次之, 茵陈又其次也”, 表明至明代众医家对黄疸本质仍认识不一, 治法用药上常偏执一端, 对仲景疸证理论在相当长的时期少有深究。

叶氏对黄疸的病理性质概括为“病以湿得之, 有阴有阳, 在脏在腑”(本文除注明外均摘自黄英

志主编《叶天士医学全书》), 重新肯定仲景所论, 纠正了既往医家对仲景关于疸证的理论及方药的偏见。叶氏认为《伤寒论》之“发黄”与《金匱要略》之“黄疸”同是一病, 又对仲景论治疸证的要点归纳为: 少阳未罢, 主以和; 阳明化燥, 当泻热; 湿在上以辛散, 湿在下以苦泄, 以淡渗; 蓄血, 宜攻; 汗后, 宜投补; 酒客蕴热, 先清中、分利, 后必顾脾阳; 女劳, 始解毒, 继滑窍, 终峻补肾阴; 表虚者实卫, 里虚者建中; 寒湿在里, 疗以辛热等。如此对仲景疸证理论全面分析, 肯定了仲景对黄疸理论所作贡献, 可谓要言不繁, 无断章取义、以偏概全之弊。

在此基础上, 叶氏又吸收了韩氏、罗氏的经验, 将黄疸分为阴阳两端, 使疸证辨证纲举目张, 并进一步提出“阳黄治在胃, 阴黄治在脾”等著名论断, 使得中医对黄疸的认识日臻全面。

黄疸常见于急、慢性肝炎、肝硬变等, 现多认为由于湿、热、毒、瘀、虚等引起肝胆疏泄失职所致。《伤寒杂病论》中“黄家所得, 从湿得之”、“瘀热在里, 身必发黄”、“见肝之病, 知肝传脾, 当先实脾”、茵陈蒿汤、小柴胡汤等许多经典理论和方剂被广泛运用于临床, 可见叶氏对仲景等医家疸证理论的整理具有重要意义。

## 但不宜下, 恐犯太阴变胀

叶氏对黄疸的论述除见于《临证指南医案》外, 尚见于《叶氏医案存真》、《叶氏医效秘传》、《景岳全书发挥》、《叶天士晚年方案》、《种福堂公选良方》等著书中, 仲景所创治法均有应用例案。在有关疸证近四十案中, 叶氏在多处特别提出对攻下法宜慎用, 如张案“溺黄便秘, 当宣腑湿热, 但不宜下, 恐犯太阴变胀”; 刘案“心下痛年余……目黄溺赤, 此络脉中凝瘀蕴热, 与水谷之气交蒸所致, 若攻之过急, 必变胀满”; 张案“黄乃脾胃之色, 失治则为肿胀”。蒋案“由黄疸变为肿胀, 湿热何疑……温下仅攻冷积, 不能驱除湿热, 仍议苦

辛渗利”；某案“面目悉黄，微见黑滞，烦渴腹满……若误下之，则脏气空虚，风从内生矣”；徐案“左脉数，舌白目黄，遍身发黄，左腹胁间痹痛……正邪势方张之候，故攻病药饵，往往难投，轻药为稳”；荡口案“面黄……曾用攻下，下必伤阴，而胀满不减”等等。

从以上所举医案可以看出，叶氏治疸对攻下法颇为慎重。首先，叶氏所遇疸证病人大多为他医久治不效患者，或经大剂寒凉药物以致败胃，或经“当汗不汗，当下不下，当利小便不利小便所致”者，湿邪或挟热或兼寒日久，脾胃必败，湿热为标，其病在脾，属本虚标实证，非有形之邪结于腹中，自当慎用下法。其次，与叶氏学术思想有关。在内伤杂病方面，叶氏深受东垣脾胃学说的影响，十分强调脾胃在人体中的作用，重视脾胃病证的辨证与治疗，提出脾胃分治理论，创甘润养胃之法，主张对“上下交损”者“当治其中”等观点，足见叶氏对脾胃理论研究颇为精深。针对疸证，叶氏则谓“诸证莫离脾胃，而疸更为脾胃之病，不可轻息也”，又指出：“凡湿伤必在太阴脾，热必在阳明胃。”脾胃既虚，复受苦寒攻下，则脾胃阳气复伤，湿浊邪气益甚，故“必生胀满”，变证丛生。

关于仲景在茵陈蒿汤中所用大黄是否专为“攻下”所设，裴氏研究认为<sup>[3]</sup>，“根据仲景用大黄特点，以及大黄在本方中的用量，配伍及方后注文等均表明大黄在该方中的功用不在攻下，而是活血散瘀。叶天士对邪结深锢，诸药不得治者每纳用少许大黄以通络化瘀，可谓是深得仲景用大黄之妙”。此论确有一定道理，既阐明了活血法治黄疸源于仲景，仲景用大黄非为攻下所设，又佐证了叶氏对仲景疸证理论领悟之透彻。

### 重视脾胃，创分消湿热法

叶氏反复论述了黄疸形成的机制，已认识到湿、热、痰、瘀、虚是黄疸的主要病理因素。如“湿浊内蒸，瘀热发黄”，“湿甚热郁，三焦隧道气血不通，遂变黄色”，“络脉中凝瘀蕴热，与水谷之气交蒸所致”，“太阴脾土，湿热相蒸，色见于外，必发身黄”，“痰滞得秽浊胶结，湿从热起，蒸变发黄”。其中“不慎食物”、“饮酒”、“感温湿之气”、“内伤”、“失治误治”等是常见病因。

关于疸证治法，分消湿热法是首选治法。叶氏认为：“阳黄治在胃，阴黄治在脾”，“发黄，宜宣

利小便，分导其气，流行其湿可也”，“湿热气蒸而成，治法必用气分宣通自效”。本法的优势在于湿热二邪各得出路，单祛湿或单清热均难令邪尽，“热从湿中而起，湿不去则热不除也”。之所以不首选攻下法，叶氏认为“浊气弥漫，又非有形质滞，此辛香逐秽，宣通是一定法”、“夫湿邪无形质，攻滞乃有形治法，其不效宜也”。

关于疸证预后，叶氏谓“恐浊闭神昏”、“黄乃脾胃之色，失治则为肿胀”、“若误下之，则脏气空虚，风从内生矣，若误汗之，则阳气外解，湿愈不能行”、“兹若形体烟熏，环口黧黑，柔汗发黄，为脾绝不可治也”。这些论述与黄疸肝炎发展为肝硬化、重症肝炎相似。

关于疸证用药，强调“轻药为稳”。叶氏阐述道：“开上郁，佐中运，利肠间，亦是宣通三焦也。”叶氏常选用杏仁、香豉、豆卷、桔梗、防己宣开上焦，用苡仁、半夏、厚朴燥化中焦，选滑石、赤小豆、茯苓皮、通草清利下焦，又从连翘、山栀、银花、黄柏等中选几味清热解毒之品，共奏湿热分消之功。其后医家据此组成三仁汤、黄芩滑石汤、甘露消毒饮等疸证良方，已为临床所常用。分消三焦湿热法是叶氏对仲景治疸诸法的重要补充，使湿热之邪分消，而无伤脾气之弊，晚清名医余听鸿、现代肝病名医关幼波均十分推崇应用此法。

综上所述可以看出，疸证之所以要重视脾胃，是因为无论是外感湿邪还是湿邪内生所致黄疸，每多有脾胃虚弱为病理基础，湿热或寒湿内蕴又是脾胃气虚甚至脾胃阳虚的加重因素；随着疸证迁延，或由阳黄转为阴黄的过程中，脾胃虚弱是关键，是进一步形成瘀热、痰浊、脾肾两虚及气血衰败的前提。叶氏治疗疸证：湿热者宜分消，寒湿者应温化，皆以健运脾胃为目的，常用方是戊己汤；为避免寒凉、攻下伤及脾胃，治法选药要以“轻药为稳”，所创分消三焦湿热法为常用之法；黄疸将愈，更重视调理脾胃，以归脾汤等方善后；对黄疸变证，如肿胀、阴黄等，则以温中泄浊为主，以复脾胃健运，理中加味。这些经验对指导临床具有实际意义。

### 临床意义

疸证见于临床许多疾病，各型急、慢性肝炎尤为多见，随着临床经验和研究的不断深入，从脾胃

# 《伤寒论》温法的用药特点

黄 海

(福建中医学院, 福州 350003)

温法在《伤寒论》中占有很重的分量, 后世医家普遍认为“伤寒法在救阳”。《伤寒论》善于运用温法, 从表证到里证, 在所有六经病中, 都有不同的温法, 而不同阶段的温法, 又各有其用药规律与特点。

## 温散表寒, 善用麻桂

《伤寒论》中所涉及的表证, 都是风寒之邪所致的表寒实证, 辛温解表是《伤寒论》中治疗表证的基本法则。《伤寒论》所有解表的方剂, 都是以麻黄或桂枝为君。无论是解表正治法的麻黄汤、桂枝汤, 还是解表权变法的大青龙汤、小青龙汤、葛根汤、桂枝人参汤、麻黄连翘赤小豆汤、麻黄细辛附子汤等, 无不突出以麻黄、桂枝挂帅, 温散表寒。表寒实证重者, 还需麻黄与桂枝合用, 温散作用更强。

## 温肺化饮, 姜辛五味

干姜、细辛、五味子配伍出自《伤寒论》小青龙汤, 在真武汤方后加减中亦有体现。干姜、细辛辛温, 温肺散寒化饮, 五味子酸涩, 收敛肺气。干姜、细辛配伍五味子, 散中有敛, 开中有阖, 相互制约, 相互促进, 化饮止咳平喘甚妙。

陈修园《医学三字经》言: “姜细味, 一齐烹”, 并自注“《金匱》治痰饮咳嗽, 不外小青龙汤加减。方中诸味, 皆可去取, 唯细辛、干姜、五味不肯轻去。即面热如醉, 加大黄以清胃热, 及加石膏、杏仁之类, 总不去此三味, 学者不可不深思其故也。”<sup>[1]</sup>

## 温通心阳, 桂甘相配

《伤寒论》中治疗心阳不足证, 或涉及心阳不足证的病证, 均以桂枝配甘草来温通心阳。例如治疗心阳受损“心下悸, 欲得按”的桂枝甘草汤; 治疗表邪未尽, 胸阳不振, 见“脉促胸满”的桂枝去

论治各型肝炎的观点渐为不少学者所重视。如金氏<sup>[3]</sup>认为慢性肝病脾运失健不仅是湿热致病后所现, 而且是湿热致病的病理基础, 肝炎的发生多是“因虚致病”。本病预后与病情迁延、失治误治、正气损伤有关。若肝病伴有黄疸, 固然邪盛, 正气更加虚损已是共识。临床发现, 在急、慢性肝炎黄疸早期, 可见有大便色淡而干、身痒、舌红苔黄腻、脉弦滑证, 但大多未用下法即转为便溏、舌暗红、苔白黄腻、脉弦濡, 而腹胀满往往不减, 是虚证显露之征, 这与仲景承气汤之腑实证、非下之邪不去有本质的区别, 适当下之, 尚可益于祛邪, 以防邪盛产生变证, 若久用苦寒攻下, 则正气大伤, 邪反易于深陷。

应当指出, 叶氏对黄疸慎用下法并非禁用下法, 下法在《临证指南医案》中并非少见。对于如重症肝炎出现热毒瘀结、湿热痰浊上扰神明, 淤胆型肝炎或胆道砂石里结、腑气不通等非下之邪不去, 自当大胆应用下法, 但下后宜顾及正气强弱。我们在临床中注意到, 中度以上的急、慢性肝病患

者在久用下法、甚至静脉滴注茵栀黄或苦黄注射液之后, 消化功能恢复较慢、气色晦暗者居多, 更容易残留黄疸久久不尽, 这与脾胃阳气受损有关, 改用大建中汤加减每多获效。

综上所述, 叶氏论治疸证理论与用药经验, 辨证论治宜宗仲景诸法, 创立分消湿热法用于疸证, 强调疸证本属太阴, 无论是祛邪还是扶正, 均应顾护脾胃阳气为要, 苦寒攻下法尤宜慎用, “轻药为稳”的思想正在于此。这些理论和经验对指导临床确有意义。

## 参 考 文 献

- 1 茅晓·朱丹溪甘温助脾学术经验及其后续影响·中国医药学报 2002; 17 ( 8 ) : 461
- 2 裴永清·《伤寒论》临床应用五十论·北京: 中国中医药出版社, 1997: 136
- 3 杜琳等·金妙文辨治慢性乙型病毒性肝炎经验·中国医药学报 2001; 16 ( 3 ) : 44

( 收稿日期 2002 年 5 月 8 日 )