

《伤寒论》临床辨治思路探略*

李赛美

(广州中医药大学 广东 510405)

关键词: 伤寒论; 辨证论治; 临床运用; 思路探讨

中图分类号: R222

经过望闻问切之后,临床落脚点关键在识证、立法、选方、用药,即理法方药,辨证论治,简称为“辨治”,其运用过程是一项系统工程。笔者立足于《伤寒论》,并结合临床与教学所得,将辨治过程归纳为辨证、论治、预测、调护4个阶段;提出从宏观“博与约、远与近”把握临证思路,现分述如下。

1 辨证由博而约

从收集资料、寻找特征、逐一鉴别,到确立病位、病机、病性,是一个由博而约、由宽泛逐步收窄的思路过程。

1.1 归纳特征

归纳,即指对纷繁复杂的事物进行理性抽提概括的过程。此为四诊后,辨证过程启动的第一步。验之于当今临床,复杂病证比比皆是,甚至有患者从头到足,从里至外无一安好之处。唯恐遗漏,就诊时还带上几页文字材料来补充。可谓错综复杂,不知所云。如何抓住头绪,这就是对临证者归纳能力的考验。或是从主诉入手,或是从病证特征切入,每能抓到要领。

《伤寒论》大量运用了此方法。如六经辨证提纲证,为六经病诊断标准,仲景通过反复临床观察,自觉或不自觉地运用了循证医学模式,是对病证核心与要领进行反复提炼与概括的结果。如太阳病“脉浮,头项强痛而恶寒”,阳明病“胃家实是也”,少阳病“口苦,咽干,目眩也”等等,或从主要临床症状,或从病机特点,或从病证特征入手进行归纳与表述。在《伤寒论》中,方证运用表述有“主之”“宜”“可与”,语气由肯定到斟酌,也是一种方、证、效关系的归纳。

《伤寒论》除了方证,还有一些纲领性条文,如辨阴阳以寒热为要,原文第7条“病有发热恶寒

者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也。”论厥之病机,第337条言“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。”无一不是从大量临床实践中归纳出来的要点、关键,具有重要的临床指导价值。

1.2 鉴别类症

同病异治,异病同治是辨证论治的具体体现,其关键在于透过现象,捕捉“蛛丝马迹”,进而抓住疾病病机本质与核心。此为辨证第二步。

《伤寒论》中有大量鉴别示范。如原文第14条“太阳病,项背强几几,反汗出恶风者,桂枝加葛根汤主之。”原文第31条“太阳病,项背强几几,无汗恶风者,葛根汤主之。”两证同有项背强几几,均为营卫不和,经脉失养所致;但一为汗出,一为无汗,腠理开闭有别,病机虚实之异彰然。

其论“胸满”,原文第21条:“……脉促胸满者,桂枝去芍药汤主之。”第22条“若微寒者,桂枝去芍药加附子汤主之。”第36条“太阳与阳明合病,喘而胸满者,宜麻黄汤。”还有小柴胡汤证之“胸胁苦满”,柴胡桂枝干姜汤证之“胸胁满微结”,柴胡加龙骨牡蛎汤证之“胸满烦惊”,热入血室之“胸胁下满”。同是“胸满”,病位有心、肺、少阳胆经之别,病机有心阳不足,太阳邪气内陷,或肺气不利,或少阳经气受阻之异。贵在佐症不同,必有可鉴别之所。

关于麻杏甘石汤证,原文第63条“发汗后,不可更行桂枝汤,汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”其病证特点是“汗出而喘”。究其病机,有太阳病桂枝加厚朴杏子汤证,阳明病白虎汤证、承气汤证、葛根芩连汤证,但原文否定句前置,已排除了太阳病桂枝汤证系列;无大热,排除了阳明病系列;由于是“汗出而喘”,排除了伤寒表实之麻黄汤证与小青龙汤证之喘;故定位为邪热壅肺证。所

李赛美,女,博士,教授,博士生导师

* 中华医学会医学教育分会、中国高等教育学会教育专业委员会课题项目(No. 2010-15-43)

谓同中求异,善用排除法,非对临床辨证有素,对病位病机把握分寸入微者难以至此。

原文第25条“服桂枝汤,大汗出,脉洪大者,与桂枝汤如前法。”第26条“服桂枝汤,大汗出后,大烦渴不解,脉洪大者,白虎加入参汤主之。”尽管脉症相似,但一用桂枝汤解表,一用白虎加入参汤清热益气生津,关键点是“大烦渴不解”,为热盛津伤,此为阳明病辨证眼目。

1.3 探究本源

探究力,即透过现象看本质,善于寻找疾病的病位、病性、病机,也是洞察力表现,此为辨证第三步。

《伤寒论》原文第11条“病人身大热,反欲得衣者,热在皮肤,寒在骨髓也;身大寒,反不欲近衣者,寒在皮肤,热在骨髓也。”此以患者喜恶来判断寒热之真假。

原文第75条“未持脉时,病人手叉自冒心,师因教试令咳,而不咳者,此必两耳聋无闻也。所以然者,以重发汗,虚故如此。”“手叉自冒心”的表现反映出由于发汗太过,损伤心阳,心寄窍于耳,心虚故耳无闻。此为从证候推其病位、病机所在。

少阴病篇第282条“少阴病,欲吐不吐,心烦,但欲寐。五六日自利而渴者,属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者,少阴病形悉具。小便色白者,以下焦虚有寒,不能制水,故令色白也。”又“自利不渴者,属太阴”。故本条所述病证病位在少阴,证属虚证,而少阴虚衰有寒化、热化之别。进一步探究,根据小便色白,辨为虚寒证,至此辨证确立。

又324条“少阴病,饮食入口则吐,心中温温欲吐,复不能吐。始得之,手足寒,脉弦迟者,此胸中实,不可下也,当吐之。若膈上有寒饮,干呕者,不可吐也,当温之,宜四逆汤。”前者之吐烦,脉必弦迟有力,无但欲寐,为胸中痰湿阻滞所致;后者之吐烦,定有但欲寐,且脉微细,为少阴病阳虚寒饮内生所致,一实一虚,一攻一补。尤其少阴病寒饮之吐,病证表现在上,而病位病根在下,故宜四逆汤温肾阳,治其下。这是从整体观探究病机的结果。

还有阴盛格阳证、阴盛戴阳证、以及“除中”,均是在病情较危重时出现的一种真寒假热、真虚假实,临床尤当辨识清楚,否则“一逆尚引日,再逆促命期”。第281条“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”临床要善于见微知著,把握时机,方能立于不败之地。原文第323条“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤。”非一定洞察力,莫能至此境地。

2 论治由约而博

由于古今时空差异,人的体质、疾病谱、自然与社会环境均有改变,临床典型方证再现不在多数。对于复杂病证,要善用中医复方之组合并变通。从《伤寒论》之“活”,到临床经典之“和”,再到中西医之“合”,拓展思路,古为今用,体现了由约而博的思路进程,也是当今中医立法处方思考的真实写照。

2.1 活用伤寒

随着时空的移行,任何学问均显露出一定局限性。不变是相对的,变是永恒的。善于变通运用仲景学说,与时俱进,从病机或从治法切入,经方可运用于现代西医多种疑难疾病的治疗。此乃论治之第一步。

《伤寒论》的精髓在于“辨”“变”“活”三字。我们学《伤寒论》,若将其方证作为案例来研读,视其为仲景临证模式与思路的示范,并循其思路轨迹进行演绎与拓展,将是临床有效的学习方法。

从《伤寒论》看到了临床论治的4种模式:一是方证对应,如“某某方主之”,证、治、效高度吻合;二是主方加减,如小青龙汤、小柴胡汤、四逆散、通脉四逆汤、理中丸、真武汤、枳实栀子豉汤,均体现了主症不变,随症加减之思路;三是合方运用,如桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤、柴胡桂枝汤等;四是“方元”衍化,如由桂枝甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤到桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤,均在温补心阳之桂枝甘草汤基础上,随着心悸、烦躁、惊狂之症演变,方药随之调整,以更加贴近病机,方证对应,临床也显示出一定规律性。

在治法方面,对于阴阳两虚证,仲景有3种处理思路:一是扶阳以固阴,如桂枝加附子汤治疗阳虚漏汗证;二是先扶阳,后养阴,如“先予甘草干姜汤”治肢厥,“后予芍药甘草汤”治脚挛急;三是阴阳双补,如芍药甘草附子汤、炙甘草汤等。

表里同病,有4种处理原则:一是表证急,先表后里,如桃核承气汤证兼表者;二是里证急,先里后表,如抵当汤证兼表者;三是病势较缓,表里之证相当,则表里双解,如太少两感之麻黄细辛附子汤证、麻黄附子甘草汤证,太阴兼表之桂枝人参汤证,少阳兼太阳之柴胡桂枝汤证;四是扶正以祛邪,所谓“虚人外感建其中”,用小建中汤治疗“伤寒二、三日,心中悸而烦者”。具体变通方法则取决于临证者之中医理论根底与经验积累,也取决于对治疗技巧的把握。

2.2 融会经典

临床典型方证似可见到,但大多为复杂病证,故不可拘泥一方一法、一种学说,而多学科、多方法交融,尤其临床经典互参,伤寒、金匱、温病方合用,为当今临床治疗重要趋势,此乃论治第二步。

仲景之学秉岐黄之道,其方书又承伊尹《汤液》之法。学贯古今,博采众长,故成就了《伤寒论》作为汉之前临床医学巅峰之作。如《内经》之阴阳学说,在《伤寒论》中运用较多,或概括病机,如第337条“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥。”或病证分类,如第7条“病有发热恶寒者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也。”或为治法大要,如第58条“凡病,若发汗,若吐,若下,若亡血、亡津液,阴阳自和者,必自愈。”或表病机与脉象,如第12条“太阳中风,阳浮而阴弱,阳浮者,热自发,阴弱者,汗自出。”第274条“太阴中风,四肢烦疼,脉阳微阴涩而长者,为欲愈。”

《伤寒论》与《金匱要略》,均出自于《伤寒杂病论》一体之作,也是仲景之本意,外感与内伤不分家。由于历史的原因,后为宋代分别刊行而为两部经典。然而,从临床实际出发,外感病与内伤杂病常共生共存;且方证相互通用,所论详略有别,临证当互为补充。六经辨证离不开脏腑经络辨证,为所有辨证体系之基础,且具有脏腑经络辨证之雏型,反映了疾病由表而里、由寒化热,再由热转寒,由实转虚、由轻转重的纵向发展过程,因而具有普遍的指导价值。而《金匱要略》强调了杂病辨治方法,以类相论,尤重鉴别诊断。

《内经》作为中医“大基础”概念,是中医理论之根和源。从预防、保健到治疗、康复,提出了大法和准则。学《伤寒论》,更须问仲景治学之道。四大经典课程,也是中医学发展史上的里程碑。《内经》问世,代表着中医理论体系的完成;《伤寒论》《金匱要略》问世,代表着中医学由“理”到“治”的飞跃;温病学形成,标志着中医外感病辨证体系的完成;还有金元四大家、以及各家学说等,学术传承,不断超越,代有新人,是仲景之道,也是中医学术发展之道。

2.3 把握禁例

熟悉方药适应证、禁忌症为临证之必需,此又为论治第三步。

医学是最复杂的科学。上工治未病,不用药的医生才是最好的医生。是药三分毒,药可以治病,也可以致病。故任何方药有其适应证,必有其禁忌症。

《伤寒论》中方药禁例值得重视。如桂枝汤为

《伤寒论》第一方,在外调营卫、解肌发汗,在里补气血、调阴阳。用以治疗太阳中风表虚证及杂病中营卫不和自汗证。但有4个禁忌症:“其气上冲者,可与桂枝汤,方用前法。若不上冲者,不可与之”;“若酒客病,不可与桂枝汤”;“凡服桂枝汤吐者,其后必吐脓血也”;“若其人脉浮紧,发热汗不出者,不可与之也”。

麻黄汤为辛温发汗、宣肺平喘之方,主治伤寒表实证,但有9个禁忌症:咽喉干燥者、淋家、疮家、汗家、衄家、亡血家、胃中冷者、尺中脉微者、尺中脉迟者。小柴胡汤对于脾虚寒饮者不宜服之。栀子豉汤对于“病人旧微溏者,不可与服之”。

仲景没有回避中药的毒副作用,在《伤寒论》中有大量原文描述,如麻黄汤之“衄血”,桂枝汤服后“反烦不解”,小柴胡汤服后出现“战汗”等。关键是方证对应,紧扣病机,因势利导,化害为利,避害趋利,时时刻刻以维护患者健康为己任。

2.4 汇通中西

特指当今医院之现实——中西医结合,从诊断标准到治疗方案,中医与西医比肩。尽管《伤寒论》本身无此概念,但临床不可回避,如何有效配合值得关注,此为论治第四步。

从临床言,为节约资源,防止过度治疗,减少副作用,宜对西药进行中医药性归类探讨,以避免重复用药。如激素类西药类似于中医温阳剂,抗生素类类似于中医清热剂,维生素及支持疗法类似于中医补法,手术、放疗、化疗类似于中医攻法。在中、西药合用过程中,尽量减少同类药相加,并在中医理论指导下进行整体设计。如肿瘤患者,已上了放疗、化疗与手术疗法,则中医治疗重心不应在清热解毒,而应放在扶正固本、减少西药相关治疗对人体的毒副作用上。

3 预测由近而远

从时空分析,疾病发生、发展和变化是有规律可循并可预测的。了解疾病发展转化进程,并对其施行早期干预,阻止发展,以获取最大的社会效益,此为辨治过程的延伸,也是中医整体观之体现。有关理念,在《伤寒论》中运用得淋漓尽致。如太阳病辨证纲要中,原文第4、第5、第8条,特别提出“辨太阳病传变与否”,并指出“太阳病,头痛至七日以上自愈者,以行其经尽故也。若作再经者,针足阳明,使经不传则愈。”第10条“风家,表解而不了了者,十二日愈。”第37条“太阳病,十日以去,脉浮细而嗜卧者,外已解也。”尤其对疾病提前干预,是其预测

力最好的体现。如太阴病之治疗,提出“以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈”,而非理中汤。由于肾和脾,为先、后天之本,肾阳虚必然导致脾阳不足,而脾阳虚将进一步发展为肾阳虚。四逆汤用干姜配附子,脾肾双补,补火生土,是从源头上解决脾阳虚问题。

小柴胡汤为少阳病代表方,方中人参、甘草、大枣同用,寓意深刻。一是扶正以祛邪,解决“往来寒热,休作有时”,正气不足,难以与邪一战到底之困境;二是阻止病传太阴,“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”。

“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”,在少阴病尚未出现典型危候“手足厥逆,下利清谷,脉微欲绝”之前,见微知著,提前干预,运用扶阳法阻止病情进一步恶化。

关于厥阴病之预后,通过观察患者四肢厥逆程度与发热时间长短之比较来判断;服小承气汤转矢气,以对大承气汤证进行判断;服黄芩汤对“除中”进行判断,均为后人提供了宝贵的临床经验。

其预测方法,还包括六经病欲解时,仲景或从脏腑相关、经络相贯,或从五行生克,或运用运气理论,从天、地、人“大宇宙”中进行探索,对疾病进行预测和预防,也是仲景治病一大特色。正如其所言“夫天布五行,以运万类,人禀五常,以有五臟,经络府俞,阴阳会通,玄冥幽微,变化难极,自非才高识妙,

岂能探其理致哉!”

4 调护由远及近

善后调护是不可忽略的问题,也是辨治过程最后环节。《伤寒论》各方证后有调护内容,如原文第12条在桂枝汤调护法中,强调中病即止,药后戒口:“禁生冷、黏滑、肉面、奶酪、臭恶等物”,以防止脾胃受伤,影响药物吸收和疾病康复。

而《阴阳易差后劳复篇》,更是直击疾病的康复问题,是临床治疗过程中不可或缺的重要组成部分。余热未清者用枳实栀子豉汤;复发热者,或汗、或下、或和解;下焦湿热者用牡蛎泽泻散;中寒饮停理中丸;余热未清,气阴损伤者用竹叶石膏汤;日暮微烦兼食滞者,“损谷则愈”。并非一味用补,仍强调辨证施治,重在调理,通补、清补结合。结合“阴阳易”病,及第398条“脾胃气尚弱,不能消谷”,可以看出,仲景调护之法因病证、方药、体质、体型不同而异,但其重心仍是围绕顾护先天之本的肾与后天之本的脾展开,值得借鉴。

《伤寒论》既是一本“活人书”,也是一部最经典的临床“教科书”,辨证论治的原则与方法贯穿其中,辨治过程与思路无一不揽,既传术,又载道。正如《张仲景原序》所言“虽未能尽愈诸病,庶可以见病知源。若能寻余所集,思过半矣。”

(收稿日期:2011-04-06)

关于正确使用统计学符号的通知

根据国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意:①样本的算术平均数用英文斜体小写 \bar{x} 表示,不用正体 \bar{X} ,也不用 M 或 Mean(中位数仍用 M);②标准差用英文斜体小写 s ,不用 SD;③标准误用英文斜体小写 s_x ,不用 SE,也不用 SEM;④ t 检验用英文斜体小写 t ;⑤ F 检验用英文斜体大写 F ;⑥卡方检验用希腊文斜体小写 χ^2 ;⑦相关系数用英文斜体小写 r ;⑧自由度用希腊文斜体小写 γ ;⑨样本用英文斜体小写 n ;⑩概率用英文斜体大写 P 。