

## 《伤寒论》“控水论”之汗法探微

郭强中

(广州中医药大学第二附属医院耳鼻喉科, 广东 广州 510120)

**摘 要:**《伤寒论》中包含的治法众多,但以汗法和下法最为详细,间接论述吐法也较多,此三法和其他诸法的基础,加上止汗、止下和止吐三种对应治法,水液的调控便贯穿了汗、吐、下三法的始终。掌握了对人体水液的调控,也就掌握了汗、吐、下三法,也就掌握了伤寒病的基本处理方法和思路。

**关键词:** 伤寒论; 控水论; 汗法

**中图分类号:** R22

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1673-7717(2012)01-0212-03

## Water Control Theory in Treatise on Febrile Diseases

GUO Qiang-zhong

(Otolaryngology Department in Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510210, Guangdong, China)

**Abstract:** Inducing perspiration, defecation, urination and emesis are basic ways to treat cold-induced febrile disease. Other therapies, such as mediating for harmony, clearing heat, warming interiorly, are developed on those four methods. Zhang Zhongjing, the author of *Treatise on Febrile Diseases*, made a lot of words to explain how to use them. Historically, Chinese doctors used to classify these methods separately but not held them together, partly influenced by the classification in light of Six Channels. In truth, inducing four different wastes out of the body have common ground in curing febrile disease by controlling water flowing among the body. Adding the water in decoctions, the whole water in body including those flowing out or away will maintain conservation, whatever in any kind of change. If we know how these changes take place, then we could control the flowing of water in the body.

**Key words:** *Treatise on Febrile Diseases*; theory of water control; perspiration

中西医现在的发展都是冰山一角,“无论是中医还是西医,尽管它们各具特色,但它们各自又具有自身难以克服的弊病”<sup>[16]</sup>,“西方医学有很大的进步,可以说日新月异,但是也不是说所有的病它都有办法。中医学恰恰很多方面可以补充,有独特优势,但也不是‘包治百病’”<sup>[17]</sup>,医学是实用的科学,中西医学还需不断互相补充,不断完善充实自身,人类医学探索之路艰辛而又漫长。民国时期延续至今的中西医两种范式下的中医发展各具特点,现阶段仍然在人类医学摸索发展的前进道路上发挥各自相应的作用。

## 参考文献

- [1] 陈邦贤. 中国医学史[M]. 北京: 团结出版社, 2006: 249.
- [2] 库恩. 科学革命的结构[M]. 北京: 北京大学出版社, 2003: 45, 133, 146.
- [3] 查尔莫斯. 科学究竟是什么[M]. 北京: 商务印书馆, 2009: 146.
- [4] 何裕民. 中西医学的自然观差异及其汇通趋势[J]. 医学与哲学, 1987(6): 18.
- [5] 张岱年. 中国哲学大纲[M]. 北京: 商务印书馆, 1958: 64.

收稿日期: 2011-07-22

作者简介: 郭强中(1980-),男,江西九江人,主治医师,博士,研究方向: 经方治疗耳鼻喉咽喉疾病的临床与基础研究。

- [6] 弗·卡普拉. 转折点[M]. 北京: 中国人民大学出版社, 1989: 90.
- [7] 恽铁樵. 群经见智录[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2006: 35.
- [8] 钱学森同志给祝世纳同志的信[J]. 山东中医学院学报, 1986, 10(1): 1-2.
- [9] 张锡纯. 医学衷中参西录: 中册[M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1985.
- [10] 邓铁涛. 怎样正确认识中医[J]. 上海中医药杂志, 2001(1): 4-8.
- [11] 陆渊雷. 伤寒论今释[M]. 北京: 学苑出版社, 2008: 46.
- [12] 张昌绍. 三十年中药之科学研究[J]. 科学, 1949(31): 99.
- [13] 常山治疟初步研究报告[D]. 中央政治学校国药研究室, 1944: 105.
- [14] 吴鸿洲, 颜新, 夏韵. 走自己的路——对中医药现代化的思索[J]. 上海中医药杂志, 1998(2): 2-5.
- [15] 丁福保. 近世内科国药处方集·中西医方会通[M]. 香港: 香港出版社.
- [16] 孙荣. 关于中西医接合概念的哲学思考[J]. 医学与哲学, 1990(5): 55.
- [17] 陈可冀. 中西医结合研究与现代科技交叉[EB/OL]. 2005. [2005-07-28] [http://www.cas.cn/ft/zxft/200507/t20050728\\_1689618.shtml#](http://www.cas.cn/ft/zxft/200507/t20050728_1689618.shtml#).

纵观《伤寒论》<sup>[1]</sup>六经病各篇,合398条,其言“汗”和“下”最为详尽,“吐”次之,后世医家将书中的方剂归纳整理出八种治法,分别为汗、吐、下、和、清、温、消、补。在八法当中以汗、吐、下三法最为直接,其作用后的产物:汗液、呕吐物和二便是可以直接被医者所眼见,而其他五法之作用结果多不被直观所见,多由患者主观描述结合医者四诊所得出。《伤寒论》中汗、吐、下三法均是借助药液(个别为非药液)来发挥作用,而作用后的产物也都借助水液为载体来表现,换句话说,水液实际上贯穿了三法作用的始终。药液加上人体内的水液,在总量上可以“守恒”,但在药物发挥作用的过程中水液的存在形式和存在部位发生了不同的变化,正是这些变化引导了疾病的转归。因此,深入研究《伤寒论》找到水液在自然界与人体之间交换与流动的规律并将之掌握和运用,就成为运用中药治疗疾病的关键。若为这一理论冠名,即为“控水论”。掌握了控水论也就掌握了汗、吐、下三法,而其他治法则可融会贯通。

发汗原理易于掌握,但其具体应用富于变化则不易掌握,医者要做到不仅能“发”还要能“收”,尤其是发汗后出现的诸多变证,应如何应对,从论中方剂组成及药量的变化之间可以找到张仲景思维的蛛丝马迹。

#### 1 发汗的适应症

脉浮病在表者(第51条);脉浮而数者(第52条);脉浮紧,身疼痛者(第50条);太阳病,八九日不解,表证仍在者(第46条);太阳病,外证未解,脉浮弱者(第42条);伤寒发汗已解,半日许复烦,脉浮数者(第57条);伤寒脉浮紧,不发汗,因致衄者(第55条);太阳病,发热汗出,荣弱卫强者(第95条);病患脏无他病,时发热、自汗出而不愈,属卫气不和者(第54条);面色缘缘正赤,阳气怫郁在表,其人躁烦,汗出不彻者(第48条);伤寒不大便六七日,其小便清者(第56条);太阳病,下之后,其气上冲者(第15条);伤寒大下后复发汗,心下痞、恶寒者(第164条);伤寒,身疼痛,清便自调者(第91条);太阳病,脉浮者(第276条);少阴病,得之二三日,无里证者(第302条);厥阴病,下利腹胀满,身体疼痛,已行温里治疗者(第372条)。

#### 2 发汗有大小

汗法之基础即论中第一方——桂枝汤(第12条)。方后注明:第一,温服;第二,服药后须啜热稀粥;第三,须温覆发汗;第四,不可令汗出如水流漓;第五,服后汗出病瘥即停药;第六,服后无汗须二服、三服,服至出汗为止;第七,病重者可峻服。言下之意,除了药物本身的作用之外,温服、啜粥、温覆都是助汗出的办法,甚至加量、加次、短时峻服都是增强药力的方法;汗出少必病不除,汗出多必伤正或病反复。桂枝加葛根汤者(第14条)虽有项背强几几,但只需温覆,不须啜粥,即说明温覆加啜粥则会汗出更多,祛寒者宜多发汗,祛风者宜少发汗。

发汗也要分大小,大者为峻汗,可让病人“如水流漓”,小者为微汗,可让病人“淅淅微似汗出”。体内有大风可大发汗,小风则应当小发汗,若小风用大发汗,必身痒不止,原因是大汗伤阳,导致小风被格拒于肌表但又不能完全散去,造成皮肤瘙痒。若用桂枝、麻黄剂量都减半的方子,则小风

方能得除,身痒方止。“脉微,面色反有热色者,未欲解也,以其不能得小汗出,身必痒,宜桂枝麻黄各半汤。”(第23条)其意义也就是说即使是发汗,也要区别对待,不能千篇一律,既要遵守原则,又要灵活权变。若大汗之后,病情有所反复,比如又重新出现恶寒或发热,虽然热度不及之前,但有寒热往来的特点,此时不必大动干戈,沿用前面的治疗思路,仅用小量的麻桂祛余风散剩寒即可,如桂枝二麻黄一汤(第25条)。如果是太阳阳明并病,虽有阳明证出现,但太阳病证还“未罢”者,仍以小发汗为原则(第48条)。如果是素体虚寒,伤寒后只要没有阳明腑实内热诸证的,也可以“微发汗”,用麻黄附子甘草汤(第302条)。

大青龙汤主治太阳中风表实证,其发热恶寒、无汗、烦躁、身痛及脉浮紧的症候均是风寒束表重症的表现,治疗应以“启闭开塞”为主要思路,麻黄汤虽是首选方,但恐其力度不足以对付“强人”,故麻黄剂量翻倍(用至六两),再合桂枝汤去掉芍药,主攻不主守,用石膏以清内热,如此则大青龙汤成。张氏在方后强调“取微似汗”即可,但因为药量峻猛,形势有时难以控制,不论服用多少次、多少剂,须注意“汗多亡阳”,由此再次强调发汗要有尺度。

#### 3 过汗有变证

如果使用汗法之后,病人反而恶寒的症状没有解除,仍然觉得怕冷,这是发汗太过导致阳气虚损所致,补救的办法是用附子温补阳气,同时用甘草、芍药滋阴补液,属于阴阳同补范畴,单纯温阳,阴液得不到补充;单纯补阴,汗液难收。合而用之,可全其功,芍药甘草附子汤主之(第68条)。如果汗出不恶寒,且反而发热的,这表示损伤了胃肠的津液,这时可以通过小力量的通腑来泻热,同时还要顾护阴液,可用调胃承气汤来和胃气(第70条)。这两个方子正好体现了“伤水”后出现不同情况的不同处理办法。

如果用药过猛,汗出过多,出现心烦和口渴,则属于过度治疗。汗多伤心阳,汗多伤胃津,因此,治疗上以补津液为主,用白虎加人参汤主之(第26条)。方名虽然叫“白虎加人参汤”,但六合粳米所煮汤液必是补脾益胃之佳品,加人参可健脾助心阳,加石膏可清胃热,此方首要并非清热,而是补液,液体得充,余可徐图之。此方与桂枝加附子汤不同就在于后者发汗后仍在出汗,故加附子紧急复阳收汗,而本方则是汗多伤津,故用米汤煮药益胃生津。

如果大发汗过后,伤胃津导致口渴欲饮水,伤心阴导致烦躁难眠睡,轻者就嘱其饮水以自救,只要自我调节功能良好,则口渴和烦躁症状就会自动消失;如果大发汗后,口渴严重,小便短而少,或伴有低热,此时的症状提示不仅伤津严重,而且仍有少量表邪未解。五苓散主之!(第71条)注意,此时张仲景用的是散剂,而不是汤剂!五苓散用的是“白饮”,即米汤来送服药物,这种做法仍然符合滋阴养液的一贯思路,对于人体内“水”的平衡张氏在用药方面可谓是细致而入微。虽然用了桂枝散寒解表,但用量轻微,虽然用了二苓与泽泻利尿,但煎服法中仍然强调服药后要多饮水,且是温水,如此则尿液有源可利,“控水”思想可见一斑。如果发汗之后,并没有出现口渴的症状,说明体内津液尚充足,如果有恶寒、微热或者小便不利的症状,此时就可以舍散剂

而用回汤剂(第73条)且解表之力可强于五苓散,茯苓甘草汤中桂枝由五苓散中的半两改为二两即是明证。

如果发汗过多过猛,除了津液丢失之外,还会损伤心阳,导致心慌心悸,“叉手自冒心,心下悸欲得按”(第64条)这也是汗法的并发症之一。发汗过多,不仅会出现心慌、心悸,而且有可能出现听力下降等并发症,一来是提醒医者汗法有很多可能的并发症,务必汗用得法,不可滥用过度,掌握尺寸尤其重要,二来也是反证耳聋与阳气及津液亏虚有密切关系(第75条)。

#### 4 汗法禁忌

“假令尺中迟者,不可发汗。”(第50条)如果病人本身血气亏虚,则不能随便使用发汗的方法,因为血汗同源,都是体内水液的组成部分,若硬要发汗,则会增加水液的匮乏,导致血虚的加重。小便的来源也是体内的水液,如果汗出过多,或发汗过频,就会导致体内津液不足,那么小便就会缺乏来源,此时不需要人为的利尿,只需要增加水液的摄入就可以逐渐满足体内的需求,“勿治之,得小便利,必自愈”(第59条)。不仅如此,咽喉干燥、淋家、疮家、衄家、亡血家、汗家均不可发汗,因为这些患者原本就有津液亏损、湿热内蕴、气虚、血热、血虚、津液不足等各种基础病,如果再调水发汗,则会加重体内的津液不足、增加内热、耗气、伤血,反而使得疾病不易痊愈(第83~87条)。

太阳伤寒用汗法发汗后,病人恶寒发热有所反复,此时宜轻微发汗,可用药量大减的桂枝二麻黄一汤(第25条),如果也是恶寒发热,但热重而寒轻,脉象微弱的,则去杏仁而改用轻量石膏以解表清热,此时忌再发汗(第27条)。

伤寒后已有“自汗出”,虽然有恶寒和脉浮,但同时伴有心烦、小便多、脚挛掣时作,这说明患者体内阴液不足,汗出多、小便多都是津液自动丢失的表现,而脚挛掣则是津液丢失后肢体产生的不自主反应,此时不宜发汗,解表是错误的思路,如果用了汗法,就会阳气大损,造成“得之便厥”,补救的方法是“四逆汤主之”(第29条)。正确的做法应该是先“收汗保液”,然后“增阴补阳”。出现咽干烦躁时,“作甘草干姜汤与之”,重用甘草(四两)以益阴,有呕吐者用干姜温阳止呕,待阳气回转后去干姜改芍药,以柔筋止痉,但甘草仍需重用,这就是张氏平衡水液的手法。如果汗之太过造成胃津不足并发谵语的,则可在阳气回转的基础上用调胃承气汤通肠腑。如此则层次分明,步骤清晰。

当患者阳气不足,体现出明显的里虚寒症候时,不宜用汗法,比如“少阴病,脉细沉数,病为在里,不可发汗”(第285条)“少阴病,脉微,不可发汗,亡阳故也”(第286条),究其原因,均是因为发汗伤阳,若本阳气虚弱,发汗则更折存阳,加重阴寒症候。同样,“下利清谷,不可攻表”,因为汗出必造成胃肠津液丢失而出现腹胀满不适(第364条)。

#### 5 止汗

发汗过多,水液丢失太多,就应当及时“补水”,但首要的并不是直接补水,而是首先锁住腠理,防止继续丢失,之后,再考虑补水补液,“太阳病,发汗,遂漏不止,其人恶风,小便难,四肢微急,难以屈伸者,桂枝加附子汤主之。”(第20条)桂枝汤加附子即能迅速温阳阖腠理以存津液。此方

中止汗的关键步骤就是“加附子”,正是因为桂枝汤中加了炮附子汗漏不止才得以解除。

太阳病,汗出而喘嗽,有发热,但非大热,可通过宣肺定喘、泻肺清热而止汗。麻杏甘石汤(第162条)即是通过麻黄宣肺、杏仁定喘、石膏清热、甘草益阴来达到目的。此时若用桂枝汤则徒增内热,耗阴伤津,汗必不除。

若有出汗,但伴恶风、气短、小便不利、浮肿、骨节疼痛等症状,此为外风夹内湿,除祛风之外,还要考虑去湿。桂枝为祛风首选,汗出则多用甘草以益阴,白术利湿消肿,加附子散寒、温阳、化湿、利水,四药合用,成甘草附子汤(第175条)。

仅仅头部出汗,颈部以下部位均无汗出,小便不利,身发黄疸,但又不似结胸证,要止此汗出,非下泻热结、利湿退黄不可,主用大陷胸汤(第134条)。之所以没选择大承气汤,就是试图用甘遂来泄水湿,而非用枳朴来攻积滞,是针对“水结在胸胁”一类病症而设。如果除上述症状之外,还有诸如“渴饮水浆”之类内热盛的症状,说明有郁热在里,可用茵陈蒿汤着重清热利湿(第236条)。如果除“但头汗出”之外,还伴有恶寒发热、胸胁满闷、烦躁不安等症状,则说明表邪未解并开始潜入少阳,治宜太阳少阳同解,故立柴胡桂枝干姜汤(第147条),再发汗则头汗止。

心下痞闷未解,复又恶寒、出汗,此时除了散结消痞之外,还应顾护之前因汗、下损伤之阳气,张氏设附子泻心汤(第155条)以应之。但其特别提到该处方应用“麻沸汤”浸泡,而不是惯常的煎煮,附子也不是与其他药物放在久煎,而是单独煮取汁液,再混入浸泡液中温服。如此繁琐的目的,一来轻用“三黄”,防泻下太过以伤正;二来尽可能的保留炮附子的温热之性不被“三黄”之寒中和,如此则下可消痞散结,上可温阳散寒并止汗。

阳明病的外证是“身热、汗自出、不恶寒反恶热”,伤寒由太阳转入阳明的标志是“其人濈然微汗出”。之所以汗出是因为阳明内热,逼迫津液外泄,而津液随汗液的不流流失,又会加重阳明的腑热,造成“大便硬”。针对这种情况,首选大承气汤(第208条),泻掉阳明的内热则汗出自止。在病情发展的过程中,如果有汗出,但仍有轻度恶寒发热的,说明外邪尚未彻底解除,可先解表;如果有汗出,但潮热的特征不明显,也不宜马上用大承气汤,因为里实尚未形成,可以先用小承气汤进行试探,但要注意顾护正气,不要泄下太过。

虚寒证出现出汗多预后不良。如第346条“伤寒六七日不利,便发热而利,其人汗出不止者,死,有阴无阳故也。”本为虚寒,无热无利,突然出现发热、汗出不止、下利,提示阳气将绝,不能制阴,出现阳气浮越,阴液随汗、利而泄。甚者上吐下泻、小便多、大汗出、泄下完谷不化,体内水液大量流失,出现真寒假热证,此时脉象必微弱不已,救之之法,必是回阳温阳无二,四逆汤是为首选(第390条),惟阳气回转方能固摄汗液。

#### 参考文献

- [1] 顾武军,刘敏,陈建.伤寒论白话解读[M].长沙:湖南科学技术出版社,2010:170-171.