

《素问·阴阳应象大论》谓“其下者，引而竭之；中满者，泻之于内”，为(泻)下法提出了理论原则。

《伤寒论》以阐发运用，疗效卓著。

然其论误下亦有82条，约占《伤寒论》全部条文的21%，故当探求，依六经辨证原则，将误下病因、病机、证治作一略论。

(太阳误下)

太阳主表，当汗禁下。若“下之”(宋本原文第49条，简称49，下同。69、77、28、140)、“更下”(23)、“复下之”(45、137、151、153)、“反下之”(131、139、158)、“医下之”(34、91、158)、“医以丸药大下之”(80)等，则“为逆”(102)。可致下列七种情况：

1. 痞证：表邪未解，误下入里，邪热阻隔气分，心下痞满闭塞，“按之自濡”(151)，宜大黄黄连泻心汤清热泻痞；“恶寒”、“汗出”(155)，卫阳不固，以附子泻心汤温经泻痞；“胃中不和”(157)，心下痞硬，“干噫食臭，胁下有水气……”(157)，以生姜泻心汤泻痞散水饮；胃弱“其病益甚……客气上逆”(158)，以甘草泻心汤补胃除痞；汗、吐、下后，胃弱气逆，“噫气不除”(161)，宜旋覆代赭汤降逆益胃；几经误下，下焦阳虚，固摄无权，“利不止”(159)，以赤石脂禹余粮汤固涩温下；水饮内

四逆汤亦无人参，四逆加人参汤另是一方之误。

其表不解者，不可与白虎汤：说明上二条时时恶风、背微恶寒不是表证，此是上下互文见意法。

脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重：“汗出”上用一“虽”字，“其身必重”用一必字说明脉迟外未全解，故下文云“有潮热者，此外欲解，可攻里也”。二个者字，是两层意思。此是《伤寒论》用者字的章法。

脉反沉，反发热：太阳病，脉伤寒论

略论《伤寒论》误下

222100 江苏省赣榆县中医院 单会府

主题词 《伤寒论》痞满/中医药疗法

大黄黄连泻心汤/治疗应用

蓄，津液不行，“渴而口燥烦，小便不利”(156)，以五苓散化气利水。

2. 结胸：热与水结，“心下痛，按之石硬”(135)，或“从心下至少腹硬满而痛不可近”(137)，宜大陷胸汤泄热逐水开结；病势偏上，病情缓，“项有强，如柔痉状”(131)，宜大陷胸丸开肺豁痰利水；热与痰结，“正在心下，按之则痛”(138)，宜小陷胸汤清热化痰开结；邪陷与膈间寒凝痰饮相结，宜三物白散温散破结除痰。

3. 协热利：表邪未解，“利遂不止……喘而汗出”(34)，宜葛根黄芩黄连汤清解止利；“脉沉滑”(140)为热在里，宜白头翁汤清里止利；“利下不止，心下痞硬”(163)，肠胃虚寒，宜桂枝人参汤行阳止利；阳气下脱，“清谷不止”，宜四逆汤回阳固脱。

4. 误下伤阳：胸阳损，邪气入，“脉促，胸满”(21)，宜桂枝去芍药汤和营卫助胸阳；表阳不

不应沉而沉，少阴病，证不发热而热，故曰反，是互文见意法。故一用四逆汤攻里，一用麻黄附子细辛汤解表。而后人于反发热解为少阴兼太阳之表邪，好象《素问·热论》太阳与少阴俱病的两感证，与反字欠切。

少阴病，下利便脓血者，可刺：上文云：少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之。此云可刺，上是虚证，此是实证，故上以补塞，此以刺泄，此即《素问·病能论》同病异治方法。

(吴承玉 吴承现 整理)

固，“微寒”(22)，宜桂枝去芍药加附子汤护固表阳；心气虚，“身重心悸”(49)，宜炙甘草汤养心复脉；汗下两误，阳虚阴盛，“昼日烦躁不得眠……身无大热”(61)，宜干姜附子汤回阳散寒；阳虚液脱，“烦躁”(69)，脉微或厥逆下利等，宜茯苓四逆汤温化生津；重伤胃阳，水运不化，“心下逆满……身为振振摇”(67)，宜茯苓桂枝白术甘草汤温胃化饮；脾阳伤，水停心下，“头项强痛……小便不利”(28)，宜桂枝去桂(当去芍药)加茯苓白术汤解表逐饮。

5. 热扰胸中：热陷留胸，“反覆颠倒，心中懊恼”(76)，“微烦，胸中窒(闭闷感)”(77)，“心中结痛”(78)，宜栀子豉汤清散除烦，“少气”(76)加甘草益气，“呕”(76)加生姜止呕；邪壅胸腹，“心烦腹满，卧起不安”(79)，宜栀子厚朴汤清热宽中；寒邪留中，见“微烦”(80)之寒热错杂证，宜栀子干姜汤寒热并投。

6. 喘证：表未解，气上逆，“微喘”(43)，宜桂枝加厚朴杏子汤解表降逆；邪热迫肺，“汗出而喘，无大热”(162)，宜麻黄杏仁甘草石膏汤宣肺清热平喘。

7. 转入阳明：“亡津液，胃中干燥”(181)乃热炽阳明，肠胃失润，“大便难者”(181)，宜小承气汤和胃通便。

(阳明误下)

清下为阳明病正治方法，若“大下”(241、380)、“下之若早”

伤 寒 论

(217)或下不如法,可见下列三种情况:

1. 客气动膈: 阳明病,无燥屎,误下余热留胸,“客气动膈,心中懊侬”(221)或“心中懊侬,饥不能食”(228),宜栀子豉汤轻宣胸膈余热。

2. 转入太阴: 阳明与太阴表里,“实则阳明,虚则太阴”,误下病邪可陷太阴。若脾胃素虚,则虚寒益甚,胃气上逆易“作哕”(194)证。小便短少,水走肠间,大便“未定成硬”(251),误下可成大便“溏”(251)证。肠腑不实,未成燥屎,虽“不转矢气”(209),但“初头硬,后必溏”(209),误下胃气虚、脾阳伤,见“胀满不能食”(209),宜四逆、理中等温运脾阳。

3. 禁例误下证:“发热恶寒,脉浮而紧”(189)为太阳寒邪束表证,误下则邪陷津伤,可见“腹满,小便难”(189)。“呕多”(204)为少阳病证,误下胃伤气逆,致呃逆下利而成坏病。脉“微涩”(214)为正虚血少,有应下证,宜补泻(下)兼施。“津液内竭”(233),

“大便硬”(233),用蜜煎润肠。邪结胃脘,“心下硬满”(205),误下阳气内陷,见“利遂不止”(205)危笃证候,用四逆、理中等温中止利。邪郁在表,“面合赤色”(206),误下热入伤脾,转输无权,小便不利,湿热郁蒸,溢于肌肤,身发“黄色”(206),宜茵陈蒿汤清利退黄。

(少阳误下)

少阳病,法当和解,禁用下法,误下有下列四种情况:

1. 惊悸: 妄投吐下,津伤神怯,可见“悸而惊”(264)之心神失养证。表不解邪未尽,误下正虚神越,“胸满烦惊……不可转侧”(107)之少阳坏证,宜柴胡加龙骨牡蛎汤和解少阳、益气镇惊。

2. 下利: 下不如法,“医以丸药下之”(104)(备急丸等),徒伤胃气,“利者”(104),若少阳证不解,宜小柴胡汤和解,有燥结,宜柴胡加芒硝汤和解攻实。

3. 停饮: “小便不利,渴而不呕……心烦”(147),宜柴胡桂枝干姜汤和解化饮。

4. 结胸、痞证: 邪陷与水饮互结,“胸下满而硬痛”(149),宜大陷胸汤散结逐饮;胸中无痰水食积,“满而不痛”(149),宜半夏泻心汤和解泻痞。此处痞满在胃脘,小柴胡证苦满在两胁,故“不中与之”(149)。

(太阴误下)

太阴病,宜温补,不可攻下。误下再伤脾阳,寒湿结而不散,“胸下结硬”(273),宜四逆辈健脾温阳。有大便硬,“当行大黄芍药”(280),也“宜减之”(280),不可草率。

(少阴误下)

少阴病当扶阳抑阴,“尺脉弱涩”(286),误下更竭真精阳气,宜附子汤温经补阳。

至于真实假虚的少阴三急下证

(320、321、322)又当别论,非为误下范畴。

(厥阴误下)

厥阴病,用药宜寒热并投,以期“阴平阳秘”,误下可见下列三种情况:

1. 下利: “厥阴病……泄利不止”(357),宜麻黄升麻汤调和营卫、清上温下。

2. 寒格: 几经吐下、胃阳被格上逆、脾阴被抑下注、蕴成“食入口即吐”(359)的寒格证,宜干姜黄芩黄连人参汤通寒格、复正气。

3. 死候: 厥阴病,脉微浮(轻缓柔和)为向愈。脉不满盈而虚微,误下可致“死”(34)(病情重笃之谓),当用建中汤加人参益气养血、阴阳两补。

综上所述,下法源于《内经》,展于仲景《伤寒论》,用于里实证。它如桃核承气汤下瘀血、十枣汤攻水饮,亦为下法范畴,运用得当,效如桴鼓。

误下病机,总不外正伤与邪陷,正伤可致邪陷,邪陷可加重正伤。一般来说,正伤在先,邪陷在后,终可致正伤邪陷同时出现。治疗应把握病机,抓住主证主脉,或是扶正,或是祛邪,或是扶正祛邪并用。误下方药还可用于不因误下所见的相同脉证,如葛根黄芩黄连汤用于误下所致协热利,但临床见湿热泄泻者,用之亦佳。故对《伤寒论》学习研讨,要结合临床才有裨益。

下法药物峻猛,大伤气血,中病即止。凡体弱、年老、孕妇尤当慎用,虽有应下之证,亦需酌取“宜减之”(280)、“过经乃可下之”(217)、“勿令至大泄下”(208)、“宜蜜煎导而通之”(233)等,方不致误。

(作者简介: 单会府,男,48岁,江苏省赣榆县人。1963年毕业于徐州中医专科学校,现任江苏省赣榆县中医院副主任医师。)

伤 寒 论

“专题笔谈”专栏征稿启事

应广大读者建议,为活跃学术空气,本刊将开辟“专题笔谈”专栏,拟选某些专题,并结合实际开展讨论。

“专题笔谈”专栏近期讨论题目如下:①疾病的辨证论治;②哮喘病的“平喘”方药探讨;③肝郁的辨证论治;④痰与痹的区别及辨证论治;⑤如何临证运用“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”;⑥虚喘与实喘的区别及辨证论治。

上述稿件,要求突出重点,简明扼要,层次清楚,内容翔实,理论与临床密切结合,尽量少引用文献。请用20×15=300原稿纸书写,字迹工整,每篇限在1500字左右。拒收油印稿、复印稿及铅印稿。望在文末附作者简介(加盖单位公章)及邮政编码,以便于联系。

——本刊编辑部