

浅析《伤寒论》六经学说

安徽省桐城县中医院(231401) 叶 旭

主题词 《伤寒论》——六经辨证

《伤寒论》之三阴三阳证治各篇,没有明确提出“六经”概念,每篇之首只有“辨××病脉证并治”。后世医家在继承和发扬的基础上,对《伤寒论》六经作了许多精辟的论述,形成了《伤寒论》六经诸说。

1 经络说

以朱肱为代表,主要著作作为《南阳活人书》。提出《伤寒论》三阴三阳为足之六经,即是太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经、足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经,并用此六条经络的循行及生理特点来解释伤寒三阴三阳病证的发生、传变与转归机理。朱氏指出:“足太阳膀胱之经,从目内眦上头连于风府,分为四道,下项并正别脉上下六道以行于背与身为经。太阳之经为诸阳主气,或中寒邪,必发热而恶寒。缘头项腰脊,是足太阳经所过处,今头项痛,身体疼,腰脊强,其脉尺寸俱浮者,故知太阳经受病也”;“足阳明之经,从鼻起夹于鼻,络于目下咽分为四道,并正别脉六道上下行腹纲维于身。盖诸阳在表,阳明主肌肉,络于鼻,故病人身热目疼鼻干不得卧,其脉尺寸俱长者,知阳明经受病也”。对其余四经也运用经络理论阐述了病证机理。朱肱经络说的实质,是力图阐明伤寒病证的定位问题。由于朱肱以足六经论三阴三阳,后世就习惯称伤寒三阴三阳为“六经病”、“六经病机”、“六经辨证”。此即《伤寒论》的“经络说”。

2 地面说

以柯琴为代表,主要著作作为《伤寒来苏集》。柯氏在论述六经地面的划分、毗邻关系及疾病之邪气的传变时提出:“腰以上为三阳地面,三阳主外而本乎里。心者三阳夹界之地也,内由心胸,外自巅顶,前至额颅,后至肩背,下及乎足,内合膀胱,足太阳地面。此经统理营卫,主一身之表证,犹近边御敌之国也。内自心胸,至胃及肠,外自头项,由面及腹,下及于足,是阳明地面。由心至咽,出口颊,上耳目,斜自巅,外至肋,内属胆,是少阳地面。此太阳差近阳明,犹京畿矣。腰以下为三阴地面,三阴主里,而不及外。腹者

三阴夹界之地也,自腹由脾及二肠魄门,为太阴地面。自腹至两肾及膀胱溺道,为少阴地面。自腹由肝上膈至心,从肋肋下及于小肠宗筋,为厥阴地面,此经通三焦主一身之里论,犹近京夹辅之国矣,太阴阳明,同居异治,犹周召分政之义……若经络之经,是六经道路,非六经地面矣。六经之正邪客邪,合病并病,属脾属肾者,犹寇盗充斥,或在本境,或及邻国,或入京师之义也。太阳地面最大,内郛少阴,外郛阳明,故病有相关,如小便不利,本膀胱病,少阴病而小便不利者,邪入太阳之界也,腰痛本肾病,太阳病而腰痛者,是邪及少阴之界也,六七日不大便,反头痛身热者,是阳明热邪,侵入太阳之界也。头项强痛,兼鼻鸣干呕者,是太阳风邪侵入阳明之界也。心胸是阳明地面,而为太阳之通衢,因太阳主营卫,心胸是营卫之本……如胸膈满者是太阳外邪入阳明地面而骚扰,故称为太阳阳明合病,若头不痛项不强,胸中痞硬,气冲咽喉,不得息者,此邪不自太阳来,乃阳明热邪结于胸中……以为六经为主,故六经皆有其烦之证。如不头项强痛则烦,不属太阳;不往来寒热则烦,不属少阳;不见三阴证者,则烦不属三阴矣。故心烦烦,心惕惕,心中懊恼,一切虚烦,皆属阳明,以心居阳明地面也。”

柯氏六经地面的划分,主要以伤寒六经病证牵涉的范围来确定,而六经包括了整个人体的六块大“地面”,即六大部位。实际上将伤寒六经病证的发生与演变落实到具体的“地形”上,即是人体形质结构上。由此可见,柯氏十分注意疾病的定位问题。

3 气化说

以张志聪为代表,著作有《伤寒论集注》。认为,研究《伤寒论》三阴三阳,当以仲景撰论之原文入手,以合其旨。故曰:“注解本论,必明仲景撰论之原,方为有本。其序有撰用《素问》、《五藏》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎产》、《药录》之说……《阴阳大论》者,《素问》中大论七篇,皆论五运六气,司天在泉,阴阳上下,寒热胜复之理。”又曰:“本论太阳、阳明、少阳,三阳也;太阴、少阴、厥阴,三阴也。三阳三阴谓

浅谈《伤寒论》心下痞证治

山东中医学院(济南 250014) 李 勇

青岛市人民医院(260031) 刘孟宇

主题词 《伤寒论》 心下痞/中医药疗法 健脾和胃

《伤寒论》所述心下痞,指病者自觉胃脘部痞塞满闷为主要特征的病证。《诸病源候论》曰:“痞者,心下满也。”《伤寒条辨》曰:“痞,言气隔不通而痞塞也。”痞作为临床常见证,反映了一种复杂的病理状态,可见于多种外感内伤疾病之中。《伤寒论》对心下痞证治作了较详细的论述,为后世辨证论治开辟了一条极有价值的途径。

1 心下痞的病因病机

心下痞的形成原因纷繁复杂。《杂病源流犀烛》曰:“痞满,脾病也,本由脾气虚及气郁不能运行,心下痞塞填满,故有中气不足,不能运化而成者,有食积而成者,有痰结而成者,有湿热太甚而成者。”《伤寒论》所述心下痞的病因病机可简要归纳为如下。

1.1 太阳病误下,邪热内陷:太阳病本应以汗解之。若误用下法,致使无形邪热内陷于胃脘、郁于心下、阻遏中焦气机,正气不能抗邪于表而被抑于里,则出现心下满闷痞塞的感觉。但是由于无形邪热郁滞而成,腹诊时触按心下无板硬之感。故《伤寒论》第 151 条曰:“脉浮而紧,而复下之,紧反入里,则作

痞,按之自濡,但气痞耳。”

1.2 汗吐下伤及脾胃,表热内陷:伤寒以汗、吐、下法治疗伤及胃气,或胃气素虚,或脾胃阳虚,致使表邪内陷、阻于心下、胃气呆滞、升降失司、湿浊聚于心下而成痞。此时由于有形实邪壅聚心下,腹诊时触按较硬,但并不象结胸证按之石硬。《伤寒论》第 149 条所曰“伤寒五六日,呕而发热者,柴胡汤证具,而以他药下之,柴胡证仍在者,复与柴胡汤……若心下满而硬痛者,此为结胸也……但满而不痛者,此为痞”,第 161 条所曰“伤寒发汗,若吐,若下,解后,心下痞硬”,对痞硬的病因病机作以阐述。

1.3 其他原因:除以上常见的病因病机外,由于中阳被伤、阴寒凝聚,或正气大虚、精微不运而停聚,或素有水饮、外感引动等,皆可导致心下痞。

总之,心下痞以脾胃功能失常为病理依据,而误下邪陷是重要诱因。误下可导致脾胃气虚、升降失常、气机不利,而脾胃气虚又使外邪易于内陷,最终形成心下痞。

2 心下痞的辨证论治

根据病因病机的不同,心下痞可分为气痞与痞硬两大类。若太阳病误下,无形邪热郁于心下,则

之六气,天有此六气,人亦有此六气,无病则六气运行,上合于天。外感风寒,则以邪伤正,始则气与气相感,继则从气而入于经,世医不明经气,言太阳便曰膀胱,言阳明便曰胃,言少阳便曰胆,迹其有形,亡乎无形,从其小者,失其大者,奚可哉。”其六气观点解释六经,正如北京中医学院刘渡舟教授指出的那样“他用六经六气特点,即太阳之气为寒、阳明之气为燥、少阳之气为火、太阴之气为湿、少阴之气为热、厥阴之气为风则叫作本,而以六经的三阴三阳则叫作标,在标、本之间所维系的表里关系则叫作中气,如太阳以少阳为中气,少阴以太阳为中气等。标、本、中气在每经中的从属和变化各有不同,用这种方法来

反映六经为病的特点则叫作“气化学说”。

4 八纲说

以许叔微为代表,著作有《伤寒百证歌》。认为,阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八者之中,尤应以阴阳为纲,阴阳不辨,便无法进一步分析表里寒热虚实。故云“发热恶寒发于阳,无热恶寒自阴出;阳盛热多内热,白虎相当并竹叶;阴盛寒湿脉沉弦,四逆理中最为捷;热邪入胃结成毒,大小承气宜疏泄”,“身热恶寒脉又浮,偏宜发汗更何求”,“不恶寒兮反恶热,胃中干燥并潮热,手心腋下汗常润,小便如常大便结,腹满而喘成谵语,脉沉而滑里证决。三阴大约可温之,积证见时方发泄,太阴腹满或时痛,少阴口燥

形成气痞；脾胃阳虚、胃气呆滞，误下后湿浊壅聚心下，则形成痞硬。由其他原因形成的寒痞、坏痞、水饮痞等，均属痞硬。仲景针对不同的痞证，创立了以泻心汤类方为主治疗心下痞的一系列治法和方药。

2.1 气痞：《伤寒论》将大泻心汤作为治疗气痞的主方。第154条曰：“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大泻心汤主之。”方中，大泻清热而降、导热下行，黄连清心胃之热，二药共同作用于心下泄热消痞，使无形邪热得去。此方以麻沸汤渍之，而非煎服，这样既可取其轻扬清泄之气，又可避免苦寒重浊而致泻下之弊，使药物发挥最理想的作用。

若兼有表阳虚并出现“恶寒汗出”者，《伤寒论》在上方基础上，加炮附子以固卫阳，黄芩以泄热消痞，共成附子泻心汤，以泄热消痞、扶阳固表。其用法为附子另煎取汁，三黄“以麻沸汤三升渍之，须臾绞去滓，内附子汁，分温再服”，寒热、生熟同行并用，而各奏其功。徐灵胎评此曰“此法更精，附子用煎，三味用炮，扶阳欲其熟而性重，开痞欲其生而性轻”，可谓妙理无穷。

2.2 治疗痞硬的代表方为半夏泻心汤，而随病因病机的差异而加减出生姜泻心汤与甘草泻心汤，号称三泻心汤。三泻心汤为仲圣治疗心下痞之精华所在，体现了《伤寒论》辨证论治之精当与理法方药之完备。

半夏泻心汤证是由于胃气素虚，下后脾胃气机呆滞、邪热内陷、壅聚于胃。方中，半夏降逆开结，干姜合黄连辛开苦降，黄连合黄芩燥湿清热，人参、大枣同炙甘草和中益气、健补脾胃，共奏辛开苦降、和胃降逆除满之效。此方取干姜之辛、黄连之苦，针对“心下痞”，“病人身热欲得衣，寒在骨髓热在肌；病人身寒衣被退，寒在皮肤热在髓；脉浮而缓表虚，有汗恶风腠理疏；浮紧而涩表实，恶寒无汗体实如。脉沉无力里虚证，四逆理中为对病；脉沉有力紧且实，柴胡承气宜相应”。这就清楚地概括了伤寒阴阳、表里、寒热、虚实错综复杂证候的辨证论治方法，创立“八纲说”，为后世八纲辨证奠定了基础。

综上所述尽管观点不一，但都以《素问》为源对《伤寒论》六经从不同的侧面进行了发挥，共同构成伤寒学派，为《伤寒论》的研究作出了贡献。

（作者简介：叶旭，1987年毕业于安徽中医学院，现任主治医师。）

病机病位共同作用于心下而取效。若肋下有水气、脾胃不和、食水不化、浊气上逆，出现如《伤寒论》第157条所言“于噫食臭，肋下有水气，腹中雷鸣，下利”等临床症状，就应在半夏泻心汤的基础上减干姜为一两，并加生姜四两为君，合成生姜泻心汤，以增其和胃散水之功。若胃虚较甚、呕利频作，如《伤寒论》第158条所云“伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕，心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也”，应“甘草泻心汤主之”。本条详细论述了胃虚气逆之痞硬的病因病机及治法方药。在半夏泻心汤的基础上，加炙甘草一两，共四两为君，以加强益胃缓急之效。

三泻心汤分治痞硬的三个证型，均具有寒温同用、辛开苦降、补脾和胃之功。其用法也相同，皆“以水一斗，煮取六升，去滓，再煎取三升。温服一升，日三服”，将苦辛、寒热、甘缓气味性能不同的药物熔于一炉，巧用“去滓再煎”法协调诸药，既能减轻药性之躁悍，又可解除药物之格拒，并增加药汁浓度，减少服用量，有利于药物吸收、缓解胃气，以提高疗效。

若心下痞由汗、吐、下后中气不健而致痰饮结聚、胃气不能下降所成者，其表现为不兼吐利而噎气不除，当用半夏泻心汤去黄芩、黄连之苦寒，加用旋复花、代赭石以降逆气、消痰开结，称为旋覆代赭汤，用法同三泻心汤。

2.3 其他痞硬：若伤寒服泻下药后引起下利不止、心下痞硬，是由中阳被伤、阴寒凝结而成的寒痞。《伤寒论》根据其中焦、下焦之不同，而分别用理中汤与赤石脂禹余粮汤，以复理中焦、固涩下焦。若因下伤脾气，使脾不散精、水气停蓄形成心下痞者，则用五苓散，以通阳化气利水而消痞。若宿有水饮、外感表邪引动，使水饮影响胃气的升降而停于肋下，则用十枣汤，以攻逐肋下水饮，饮去痞自消。若误治形成坏痞，则需“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。

医圣张仲景对心下痞的论述，体现了四诊合参、辨证论治的思想，学医者在实践中认真揣摩，必得祖国医学之精华。

（作者简介：李勇，男，25岁，1993年毕业于山东中医学院，现为山东中医学院九三级攻读硕士学位研究生；刘孟宇，女，25岁，1993年毕业于山东中医学院，现任青岛市人民医院中医科中医师。）