

《伤寒论》太阳病辨误救误探析

刘 薇, 指导: 朱红梅

(厦门大学医学院, 福建 厦门 361005)

摘 要: 结合《伤寒论》中有关误诊误治的具体条文, 从辨证失误、治法失误、体质因素等方面分析了太阳病篇中误治变证的产生原因、变局转归, 总结出《伤寒论》中以脉测证、以症求证、以治定证、溯史断证、无中辨证等救误辨证方法。原文条文以明·赵开美复刻的宋本《伤寒论》为蓝本。

关键词: 伤寒论太阳病; 误治原因; 变证; 救误辨证

中图分类号: R222.2

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)04-0850-03

Syndrome Differentiation and Correction of Resulting from Erroneous Treatment of Taiyang Diseases on Exogenous Febrile Diseases Investigation and Analysis

LIU Wei, advisor ZHU Hongmei

(Medical College of Xiamen University, Xiamen 361005, Fujian, China)

Abstract This thesis based on original item which interrelated with both erroneous diagnosis and erroneous treatment of taiyang diseases on Exogenous Febrile Diseases. This paper analyzed the etiology and transfer of deteriorated syndrome from erroneous syndrome differentiation, erroneous treatment and constitutional factor. And this paper summarized the method of correction syndrome differentiation. For example, diagnose syndrome from pulse condition, symptoms, treatment, medical history and hiding symptoms. The original text of paper takes the Zhao kaimei's song era's Exogenous Febrile Diseases edition as a model.

Keywords Shanghanlun taiyang diseases on Exogenous Febrile Diseases; etiology of erroneous treatment; deteriorated syndrome; method of correction; syndrome differentiation

《伤寒论》398条原文中有120余条谈到误治, 误治条文约占全文的三分之一。清代医家徐大椿曰“观《伤寒论》所述, 乃为庸医而设, 所以正治之法, 一经不过三四条, 余皆救误之法。”此说虽有些夸张, 但可以看出辨误是《伤寒论》的重要组成部分, 不可小视。在六经病证中对辨误的内容讨论的最多、最为详尽的应属太阳病篇, 因太阳为六经之首, 疾病的传变多由此经而来。因而探讨太阳病辨误救误的内容, 可窥见仲景辨误救误的精神实质。

1 误治原因分析

1.1 汗不如法 汗不如法, 即发汗不当, 包括发汗太过和汗出不彻。汗出太过, 不仅“病必不除”, 甚则耗津伤阳。“发汗后, 身疼痛, 脉沉迟者, 桂枝加芍药生姜各一两, 人参三两, 新加汤主之”。身疼痛即为过汗气血俱虚, 筋脉失养所致, 故仲景用桂枝汤调和营卫, 温养肌表, 加芍药缓身痛, 生姜强胃气, 人参益气生血。发汗不彻, 指汗出不透, 邪不得尽出, 加之辛温药助邪化热入里, 易致里热炽盛之变。“发汗后, 不可更行桂枝汤, 汗出而喘, 无大热者, 可予麻黄杏仁甘草石膏汤”。发汗不彻, 外邪入里化热, 热壅于肺,

肺失宣降而喘, 热郁于里则身无大热, 证不在太阳之表, 故不可再用桂枝汤。汗法虽为太阳病之证治法, 但若汗不如法, 亦可误治致变。

1.2 表里先后治疗失序 “太阳病, 外证未解, 不可下也, 下之为逆”。先表后里是外感病的治疗原则, 若表里先后治疗失序, 则易产生变证。如痞证、结胸的形成, 多是由于伤寒早期表邪未解, 过早使用下法, 而使表邪内陷所致。如原文“脉浮而紧, 而复下之, 紧反入里, 则作痞”。脉浮病在表而用治里之下法, 因误而成痞证。

1.3 辨证失误 表里不别: “太阳病, 桂枝证, 医反下之, 利遂不止, 脉促者, 表未解也; 喘而汗出者, 葛根黄芩黄连汤主之”。太阳病桂枝证, 本当汗解, 医却以为邪已入里误用下法, 是“本发汗, 而复下之, 此为逆也”。脉促, 表未解, 乃桂枝证未罢之征, 仍以表证为主, 故仍当解表; 喘而汗出, 则说明外邪入里化热, 邪迫大肠, 上蒸肺气。此时表证虽在, 但里证居于主要地位, 故用葛根黄芩黄连汤清热止利, 兼以解表。

寒热不辨: “发汗, 若下之, 病仍不解, 烦躁者, 茯苓四逆汤主之”。发汗后阳气受损, 心神浮越而致烦躁, 此乃烦躁, 医者误诊为阳热烦躁, 而复以攻下之法治之, 不仅伤阳而且损阴, 阴阳两虚, 水火不济, 则病不解, 故用茯苓四逆汤扶阳兼救阴。

收稿日期: 2007-11-01

作者简介: 刘薇(1984-), 女, 甘肃酒泉人, 2003级本科学士。

虚实不辨:“伤寒脉浮,自汗出,小便数,心烦,微恶寒,脚挛急,反予桂枝欲攻其表,此误也”。病脉浮,自汗出,属于太阳中风证;小便数为阳虚不能摄津;心烦、脚挛急是阴液不足,失于濡润的征象。综观之,此属阴阳两虚之人感受外寒之证,治当扶阳解表为主。医者不察其虚,误以为太阳中风证而以桂枝汤发汗解表,而犯了虚虚之戒,必导致阴阳更虚,变证多端。

1.4 治法失误 火法是汉代盛行的一种物理疗法,但主要适用于阳虚阴盛的阴寒性疾患,阳证、热证则不宜使用。太阳表证以汤药发汗为宜,如误用火攻,火邪内迫,心阳受损,心神浮越,则致烦躁、惊狂;火邪内迫,伤及营阴,以致伤筋动血而见吐血、便血、血痹等。

吐、下法亦是当时盛行的祛除病邪的方法,但只适用于实邪在里的病证,不可用于表证的治疗。表证误用下法,最易引邪入里而发生变证。邪热内陷,出现胸满、微喘、结胸、痞、发黄;挟热下利、呕吐不止、烦惊谵语;重伤津液而出现小便不利、直视失溲;徒伤脾胃肠腑,正虚邪实而出现下利后重完谷不化、小便不利、啰逆不除;甚至导致亡阴亡阳,出现额上生汗、手足厥冷等阴竭而阳无所依的危证、死证。误用吐法,易损伤胃之气阴致内热烦躁、不欲近衣;损伤脾胃阳气致胃中虚冷出现腹中饥、口不能食、入食即吐、朝食暮吐,津伤化燥使燥实内结出现腹胀满等变证。

若吐、下、火诸法混施,则病机更为复杂,变证也更为繁多。

2 误治变证分析

误治后所产生的病证称为变证。变证的性质与患者体质、治疗手段以及有无宿疾等因素有关。其中尤以患者体质为决定性因素。

在误治传变中,由于体质因素的影响,抗损伤力大小的不同,虽然误治同是“损阳化寒,伤津化热”,但误治方法和所产生变证可同可异。同样误治,有病变与不变、变热与变寒、变虚与变实的差异。如仲景所论误汗伤阳、误下伤阴,由于体质不同,汗下失误皆可致麻杏石甘汤证,而同一发汗之法,又可致虚实之不同。即误治方法不同,可致同一变证;同一误治方法,又可致不同变证。如伤寒在太阳,误用发汗,若素体阳盛,津液本亏,或兼有宿食、瘀血之类留邪,再发汗伤及阴津,病则向阳明传化而成阳明燥湿内结或成阳明蓄血发黄;但若体质素虚,心肾之阳不足,发汗后或变成心阳不足的心下悸,或变成肾阳衰竭的纯虚寒证,此则为邪传少阴。同是发汗,一虚一实,一入阳明,一入少阴,实体质决定其传变的趋向。故仲景曾有“病发于阳而反下之,热入因作结胸;病发于阴而反下之,因作痞也”的论断。同一误下,或成结胸,或成痞证,是体内阴阳偏差方向不同,或兼有无留邪以区别之。

体质因素与有无宿疾和治疗手段的运用是互相影响的。宿疾的产生,是因于体质而形成,而宿疾产生之后,又对体质有极大的影响。体质不同,体内有无宿疾,会使临床证候具有不同的特点,医者所运用的治疗手段亦会不同。

3 救误辨证方法

太阳病误治后可产生更为复杂,六经难以概括的病证,在对这些复杂变证的辨证中,仲景除强调重视对“脉”

“症”的分析外,在临床诊断依据不足的情况下,还运用了以治定证、溯史断证、无中辨证等辨证思维方法。

3.1 以脉测证 仲景在救误辨证中特别重视对脉的分析。如“太阳病下之,其脉促,不结胸者,此为欲解也;脉浮者,必结胸;脉紧者,必咽痛;脉弦者,必两胁拘急;脉细数者,头痛未止;脉沉紧者,必欲呕;脉沉滑者,协热利;脉浮滑者,必下血”。皆从脉象辨别太阳病误下后结胸与否以及判断表证传变入少阴少阳后所出现的各种变证;再如,“太阳病,下之后,脉促,胸满者,桂枝去芍药汤主之;若微恶寒者,桂枝去芍药加附子汤主之”。两者均系表证误下,表邪不解,邪陷胸中,而前者脉促示未致大虚,邪仍有向外之势,后者脉微示表邪已陷,阳损较甚,阳虚程度较重。此外,通过以脉测证还能了解疾病的发展趋势和预后,以及作为制定治疗大法的依据。如“结胸证,其脉浮大者,不可下,下之则死”。脉浮大无力,示正气已虚,病情危重,若误用下法,则犯虚虚之戒,必然使正气不支而预后不良。

3.2 以症求证 这是仲景的阐述误治辨证时最基本的辨证方法。症是病变的直接表现,在外感病中多是身体对致病因素的第一反应。症随着疾病的发展而变化,也是探求证的重要依据。“发汗后,身疼痛,脉沉迟者,桂枝加芍药生姜各 1 两,人参 3 两新加汤主之”;“发汗过多,其人叉手自冒心,心下悸,欲得按者,桂枝甘草汤主之”。二者同属发汗太过,前者身疼痛,后者心下悸,欲得按;前者为伤营血之见症,后者为伤心气之主症。可见,症不同,证亦不同。

此外,通过对症的分析,还可用于对“证”的鉴别诊断。如汗下之后出现烦躁,若昼重夜轻者为阳虚,昼夜皆烦躁者为阴阳俱损。再如通过辨渴与不渴而辨五苓散与茯苓甘草证等。

3.3 以治定证 太阳病误治之后,已不属太阳表证范畴,往往具有双重性或多义性,很难辨明属何方证。这时仲景就采用以治求证的方法。先投石问路,作诊断性治疗,以求“辨证论治”。如伤寒误下致患者下利不止、心下痞硬,医误以为病在中焦,然投以诸泻心汤又以理中予之后,下利仍不止,便知其利在下焦,则当分利水湿而不偏渗大肠,投以赤石脂禹余粮汤涩肠固脱止利。

有目的的以药试病,也是辨证方法之一,过去不得当的治疗,同样能起到帮助诊断的作用,也可以看作是以治定证。“服桂枝汤或下之,仍头项强痛,翕翕发热无汗,心下满,微痛,小便不利者,桂枝汤去桂加茯苓白术汤主之”“服桂枝汤或下之”,虽是假设之词,但也可以看作是曾经以药试病。服桂枝汤汗下之后,仍翕翕发热,排除了表证。或下下之后,仍心下满微痛,又排除了胃的实满证,再结合小便不利,才更容易作出水饮结于心下的诊断。以治虽能定证,但如辨证不当,屡试不中,则极易导致一误再误,故临床应慎用之。

3.4 溯史断证 即从治疗经过找问题,详细询问病史(包括治疗经过),从而分析、判断、辨证,有时还起着决定诊断的作用。“伤寒脉浮,医以火迫劫之,亡阳必惊狂,卧起不安者,桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。本证患者来就诊时是惊狂、卧起不安,并无其它兼症,仲景通过询问得知,患者发病之前患伤寒外感,后经某医用火法强迫发

神经病学导入教学法及其实践

郑国庆

(温州医学院附属第二医院神经内科, 浙江 温州 325027)

摘要: 神经病学的课程特点及中医学生西医基础相对薄弱的事实决定了神经病学导入教学法应用的必要性, 介绍神经病学导入教学法的作用及其设计原则, 并举神经病学教学实例说明以教师或学生为中心的导入教学过程, 提出基于多媒体的神经病学导入教学法。

关键词: 神经病学; 导入教学法; 中医学生

中图分类号: G424.1

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)04-0852-03

Introduction Teaching Method and Its Practice in Neurology

ZHENG Guo-qing

(Neurology center the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical College, Wenzhou 325027, Zhejiang China)

Abstract The curriculum character of neurology and the relative weakness of foundation of western medicine in students of traditional Chinese medicine decide the necessity of application of introduction teaching method. The function and design principle of introduction teaching method for neurology are introduced. The teaching practice are exemplified to explain the introduction teaching method in neurology with either teachers or students as the center. Introduction teaching method in neurology based on multimedia is put forward.

汗致心阳虚,才造成惊狂,卧起不安的。据此推测此乃过汗亡心阳之故。再如“伤寒,医以丸药大下之,身热不去,微烦者,栀子干姜汤主之”。该患者以下利伴微发热、微发烦来就诊,通过询问知此前患者是伤寒发热、恶寒,后经“医以丸药大下之”,才引发下利、微烦等现症。由此推知,本证系伤寒表不解,医以丸药大下,一方面,大下伤脾而致下利不止;另一方面,表邪内陷,火郁胸膈、胃脘。正由于这样,《伤寒论》的条文中“发汗后”、“下之后复发汗”、“若吐若下后”、“已发汗而复下之”等,都不是可有可无的赘词,而是探讨病理,分析症状的依据。因此,详细询问治疗经过,对于辨证来说,也是非常重要的。

3.5 无中辨证 即排除可能出现这些症状的其他疾病。排除其他疾病,筛选出反映疾病本质的证。“下之后,复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕,不渴,无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之”。下后复汗,治疗失序,继而出现烦躁、发热,难以断定究属何证。但察患者不呕(非少阳)、不渴(非阳明)、无表证(非太阳),即排除了阳证实证之三阳病之可能。再据其烦躁特点及伴证仔细分析,便知此烦躁乃汗下失序,阳气暴伤,阴寒内盛,病入少阴所为。综观诸证,虚阳外亡之证已现,提示病情发展迅速且危重,故决定用干姜附子汤急救回阳,防患叵测。值得注意的是,无中辨证之筛选是有目的的,而不是盲目的。无中辨

证,只是排除也可能引起这些症状或与之相似,容易造成诊断困难的另一疾病,而非无端排除。

4 总 结

太阳病,病变多在表,当以汗法解之。太阳病变证,除自然传变而来外,便是由太阳表证失治、误治后发生脏腑虚实寒热的种种特殊病理生理变化。误治的原因有辨证错误,如不辨虚实、寒热、表里;有治法错误如汗不如法、误下、误吐、误火等。错误的辨证直接导致治疗方法的失误,而误治后又使疾病变化复杂,又使辨证困难,由此陷入恶性循环。在太阳病误治传变的过程中,由于病人体质不同,病邪性质不同,传变的部位不同,而导致不同的变证。所以,救误的关键环节在于“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。在具体的辨证中,以现有的脉证为主要依据,但在临床缺少典型脉证的情况下,又可通过询问病史或通过药物试探或应用排除法等思维方法进行灵活辨证。仲师的辨误救误思想为我们临床诊治复杂多变的病证指明方向。

参考文献

- [1] 熊曼琪. 伤寒学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004
- [2] 熊曼琪. 伤寒论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000
- [3] 陈瑞春. 陈瑞春论伤寒 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2002
- [4] 纪立金. 伤寒析变 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006
- [5] 梁华龙. 伤寒论研究 [M]. 北京: 科学出版社, 2005
- [6] 李国鼎. 中医误诊误治原因及对策 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003
- [7] 聂惠民. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 学苑出版社, 1998

收稿日期: 2007-11-26

作者简介: 郑国庆 (1975-), 男, 浙江温岭人, 副教授, 硕士研究生导师, 博士, 主要从事中西医结合神经病学研究。