

## 《伤寒论》误下初探

江苏省沛县大屯乡卫生院 张仁安

“方”与“法”是辨证统一的。不易之谓“方”，可准之谓“法”。方以法立，法以方传。下法为中医治疗“八法”之一。《素问·阴阳应象大论》云：“其下者，引而竭之；中满者泻之于内”，“其实者，散而泻之”。提出了下法的理论根据。《伤寒论》发挥了这一理论，并把它和临床实践融为一体。针对各种应下之证，立法设方。将理、法、方、药，有机地联系起来，为后世医家所捧喝。

临床各科用下法治疗多种疾病。《伤寒论》论误下条文计有47条，约占全部条文的百分之十二以上。可见关于误下论述，在《伤寒论》中占有重要位置。

《伤寒论》以六经病辨证为主，设方遣药，故探讨误下病机、辨证治疗，应从六经病着手，始得要领。

〈太阳误下〉太阳主表，为六经之藩篱，统人一身之营卫。外感初起，病邪从表侵入。故出现“脉浮，头项强疼而恶寒”（宋本原文第1条，下同）之表证，本应以汗法，驱邪外出，从表而解，方为合拍。若下之遂协热下利，或结胸、或痞、或下利清谷不止，或变为坏病……。由于机体有强弱不同，误下又有下之，数下之分，因而误下以后，大致可以归纳为：

一、误下转实证：多为阳盛体实患者，误下后其热邪内陷，或与有形之痰水，实邪互结而成结胸，或邪从阳明热化。

1. 结胸——“病发于阳，而反下之，热入因作结胸”（13条）。此由热邪因误下而内陷，与有形之痰水互结而成。以其证势有轻重寒热之不同，所以名称也有大小寒实之各异。症见“心下痛，按之石硬，甚则从心下至少腹皆硬满而痛，手不可近。”（大结胸）或“正在心下，按之则痛，不按不痛。”（小结胸）治宜大、小陷胸汤荡涤逐水，或消痰开结。寒实结胸因其无热象，治宜三物白散化其水寒，破其结实。

2. 邪从阳明热化：误下后，邪从阳明热化，里热偏胜，症见利遂不止……喘而汗出，此本太阳病，阳邪入里则肺与大肠俱热，故邪热下利，喘而汗出，宜葛根芩连汤解表清里，表里兼治。下后余热未清，热扰胸膈，证见“反覆颠倒，心中懊恼”（76条下）“微烦、胸中窒”（77条）或“心中结痛”（78条）应以栀子豉汤清热除烦，宣散调中。

二、误下转虚证：“病发于阴而反下之，因作痞”（131条），此为误下无形之热邪，内陷于里，痞结不通。自觉心下痞满闭塞，“按之自濡”（151条），当以大黄黄连泻心汤清热泻痞。误下卫阳不固，“恶寒、汗出”（155条）应以附子泻心汤扶阳泻痞。“胃中不和”，“干噫饮臭……”（157条），应以生姜泻心汤和胃泻痞散水饮。两经误下“其痞益甚……”当以甘草泻心汤补脾除痞。汗、吐、下后，胃弱气逆“噫气不除”（161条），宜用旋复代赭汤益气和胃降逆。几经误下，下焦阳虚，温煦无权，固摄失职“利不止”（159条），宜赤石脂禹余粮汤收敛固涩，温暖下元。如邪从太阴寒化，里虚寒胜，症见“遂协热而利，利下不止，心下痞硬，表里不解”（161条），治宜桂枝人参汤，行阳于外以解表，助阳于内以止利。如损伤脾阳，脾失健运，症见“心下逆满，气上冲胸，起则头眩……”（67条），宜苓桂术甘汤补脾祛湿化气利水。太阳和少阴相表里，实则太阳，虚则少阴。邪陷少阴，症见续得下利清谷不止……（91条），急当回阳救逆，宜四逆汤。误下后胸阳受损，阴寒之气乘之症见“脉促，胸满、或微恶寒”（21、22条），用桂枝去芍药汤，或桂枝去芍药加附子汤，调和营卫，温经扶阳。

三、表里俱虚：下后复汗，气损津伤，表里俱虚，症见“必振寒，脉微细，或昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕不渴……”（60、61条），治宜四逆汤，或干姜附子

汤，或茯苓四逆汤温阳补虚，兼化气生津。

四、伤阴亡阳：一误再误病情恶化，津竭阳亡，症见“已发汗，若吐、若下……此为坏病”（16条上），或“因复下之，心下痞，表里俱虚，阴阳气并竭……因胸烦，面色青黄，肤甲者，难治”（153条）。

〈阳明误下〉阳明为三阳之里，病至阳明则邪热亢盛。论中“阳明之为病，胃家实是也。”它明确的指出阳明病的性质为里、热、实证。下法原为正确治疗。但阳明病有经、腑之分，经证宜清，腑证宜下，如应清反下，或下不如法，可归纳为：

一、经证误下（或下之过早）：本阳明经证，散漫无形邪热，肠中还没有燥屎结聚，余热留在胸膈。症见“其外有热，手足温，不结胸，心中懊恼，饥不能食，但头汗出”（228条），治宜栀子豉汤清热除烦。若误下后，热邪深入下焦，影响气化不行，症见“脉浮发热，渴欲饮水”（233条），治宜猪苓汤滋烁利水。

二、禁例误下：1. 邪未入里：“伤寒呕多”（204条），则气已上逆，邪气偏侵上脘或滞少阳，病邪尚未完全进入肠胃，所以不可攻下。误下则胃气更虚，上逆更甚。“心下硬满者，不可攻之，攻之利遂不止者死”（205条），此属邪气尚浅，未全入腑，如误用攻下，因脾胃阳气不能恢复，必然导致胃气败绝，成为死候。2. 兼有表邪：“面合赤色”（206条），“脉浮紧，恶寒”（189条），“下之过早，语言必乱”（217条），热邪郁于表，下之则虚其胃气，耗其津液，纵为阳明腑实，但必须表证解除，否则表邪陷里，变生逆证。3. 腑证未实：表证虽解，如肠中燥结不甚，症见“不转矢气”（209条），“初头硬，后必溏”（238条），是胃无燥屎，但大便少硬，攻之则虚其胃气，至腹胀满不能食。4. 胃中虚寒：症见“不能食”（194条），胃中虚寒，中阳不振，不能消化水谷，若苦寒下夺，必致胃阳衰败，虚寒更甚。“攻其热必哕”（194条）。5. 虚证：“脉反微涩，里虚故也”（214条）。又说：“津液内竭，虽硬不可攻之”

（223条），症见脉反微涩，则邪气未去，而正气先衰，补虚则碍邪，攻邪则伤正，故提出难治。津液内竭而硬，非热结所致，治宜蜜煎导而通之。

〈少阳误下〉少阳为枢，主半表半里。少阳经脉属三焦与胆，少阳病是邪气未除，正气已虚，病邪内侵结于胆腑，邪正分争于表里之间，而见枢机不利的病变。治疗应以和解表里，宣泄郁热为则，下法本为禁用，误之：

一、转实：误下后，少阳未解，但肠中燥屎已成。症见“呕不止，心下急，郁郁微烦”（103条），治宜大柴胡汤外解少阳，内泄结热。若“日晡所发潮热，已而微利，”（104条），此为误下热邪徒伤胃气，而阳明燥结更甚，宜用柴胡加芒硝汤和解软坚，扶正攻实。若热邪与水饮互结，症见“胸胁满，微结，小便不利”（147条），宜柴胡桂枝干姜汤和解化饮。此外误下形成结胸或痞，和太阳误下大致相同，故不赘述。

二、转坏证：误下，其邪乘虚内陷，正气转虚，心神扰乱，且浊邪留膈，表里不和，以致“胸满烦惊，小便不利，谵语一身尽重，不可转侧，”（107条）治宜柴胡加龙骨牡蛎汤，和解，征固，攻补兼施，若“额上生汗，手足逆冷”（219条），此为误下重伤阳气，有气伤阳亡之势，危症至矣。

〈太阴误下〉太阴属脾，职司运化，其病为里虚寒证，治宜温宜补。故论中指出，“若下之，必胸下结硬”（273条），“实则阳明，虚则太阴。”太阴病不论从阳经传变而来，或者寒邪直中太阴，皆为肠胃虚寒，寒湿在里。若不察寒热虚实，但见腹满而吐……妄用苦寒下夺，此必将再度损伤中阳，犯“虚虚”之弊，而致胸下结硬，或有严重的下痢。治当健脾祛湿，温阳散寒，理中汤、四逆汤分别主之。

〈少阴误下〉少阴属心肾，居厥、太二阴之间，兼水火二气为人身之根本。“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”（281条）。其性质为心肾阳气不足，阴寒内盛，从阴化寒的全身虚寒证。扶阳抑阴为其正治，下法实不可为之。少阴既兼水、火二气。能从阴

# 《伤寒论》辅导资料

李文山 赵景元

## 〔结语〕

《素问·热论篇》云：“太阳为开。”太阳主一身之表，凡外感六淫之邪，无不先犯太阳。“太阳之为病，脉浮项强痛而恶寒”是太阳经病证的提纲。每经提纲，首冠以“之为病”是指某经的主要脉证。如太阳之为病，意即太阳经所具有的主要脉证是“脉浮项强痛而恶寒。”

太阳病，多冠于条文首句，其含义多指外感风寒，如一条：“脉浮项强痛而恶寒”的脉证。也有个别条文的“太阳病”是指外感热病如6条：“发热而渴，不恶寒者，为温病。”太阳病的共有症状是：“脉浮项强痛而恶寒”。即有经病，又有府病。经病是邪在肌表的病证。由于感受邪气不同，如2、3条“风寒二邪，常相合侵入人体，但却有孰少孰多。太阳中风，虽为外感风寒而少病，但以外感风邪为主，伤寒则以感受寒邪为主。风寒二邪，在外感病中，不能截然分开，虽然有的条文，只提恶风不提恶寒，或只提恶寒不提恶风，这不能拘泥于条文，恶风与恶寒，仅表示轻重的不同程度而已。

太阳病标阳本寒，中见少阴。足太阳膀胱，足少阴肾互为表里，故谓膀胱为太阳之府。太阳病表邪不解，化热入里，不能单纯的认为只能内传太阳之府膀胱，不能涉及其他脏腑。如太阳病表邪不解，化热入

里，影响三焦气化不行，而使肺气不肃，脾气不运，肾失开合，膀胱气化不利，水气停留，而成小便不利等蓄水证。太阳病表邪不解，化热入里，影响血行不利，则心失所主（血热犯心，则如狂）血热瘀结下焦，故少腹拘急而硬的蓄血证。蓄水证是邪热入里，三焦受害，以致三焦气化失常，不这下输膀胱。伤及下焦血分（不一定是膀胱）。

未经误治而伴有他证，或宿疾的叫兼证。如太阳伤寒，邪客经俞，而出现项背强几几，太阳病兼有停饮的小青龙汤证；太阳中风，素有宿疾的桂枝加厚朴杏子汤等。

由于汗、下失宜，所造成的错杂病变，叫变证。但人体有强弱，病邪有深浅，而有从阴从阳之变。1. 从阴：由于误治阳虚，从阴所化，转入少阴。如20条：“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。”82条：

“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身重动，振振欲僻地者，真武汤主之。”仍发热，非表热不解，乃虚火上炎，真寒假热之象。2. 从阳：由于误治阳亢，从阳所化，转入阳明。如26条：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”137条：“太阳病，重发汗，而复下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹硬满而痛，不可近者，大陷胸汤主之。”若经误治或失治，产生错综复杂，证候变乱，气血损伤，阴阳败愈，难以医治的叫坏病。如116条：“微数之脉，慎不可灸，因火为邪，则为烦逆，追虚逐实，血散脉中，火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。”

化寒，也能从阳化热，但毕竟寒化居多，热化较少。至于少阴三急下，则当属别论。

**亡阳伤阳：**少阴病的性质为全身虚寒证，病邪到了少阴，阴阳气血皆虚。它的死候最多，预后当以阳气的存亡为主要依据。阳存则生，阳亡则死。故论中告诫“少阴病……尺脉弱涩者，复不可下之”（286条），尺脉弱涩，表现真阳更加不振，弱是气不足，涩是血不足，气血阴阳皆虚，攻之则伤阴亡阳，危在旦夕。

〈厥阴误下〉厥阴病是热性病的重危阶段，也是正气和邪气作最后相争阶段。所表现证候复杂。其性质为寒热错杂，病理机制

为“上热下寒”，“厥热胜复”，治宜寒热并用。下法也似欠妥。论中指出“下之利不止”（326条），“诸四逆者，不可下之，虚家亦然”（330条），等等。上热误下，则上热未必即去，而下寒更甚，故利不止。虚寒性厥逆以阳气的回复为生机之所在，下之正气更虚。中阳下陷，岂能使肢温厥回？至于“热深厥深”或“胃实”而致厥的“厥应下之”，则又不属此论。“脉虚复厥者，不可下，此亡血，下之死”（347条）。此为气血两虚，不能荣于四肢，法当温补气血，下之乃攻伐无过，故死。

## 仲景古方今用一得

《伤寒论》与《金匮要略》本为一书，名为《伤寒杂病论》。为东汉末年医圣张仲景所著，全书所载之方，配伍严谨，古方今用，屡屡获效。

笔者将运用仲景几首经方的体会介绍如下：

## 一、桂枝汤及其衍化方的应用

桂枝汤为仲景群方之冠，有解肌祛风，调和营卫之功，主治太阳中风证。笔者认为本方尚能强健脾胃，因方中五味药无一不对脾胃起作用。方中桂枝解肌通阳，辅以芍药敛阴和营，二药同用，一散一收，能调节胃液的分泌；生姜健胃止呕，大枣补中，甘草益气补中，缓急解痉，调和诸药。所以一切因脾胃虚弱所致的疾患如虚人感冒，少食便溏者均可用本方治疗。根据异病同治之理，还可治疗营卫不和的自汗、盗汗、失眠等；同时对阴阳失调，气血失和所致的痛经用本方疗效亦佳。

黄芪建中汤是桂枝汤倍芍药加饴糖、黄芪衍化而成，为益气健脾，补诸虚之剂，主治虚劳诸症。目前临床用于胃溃疡、十二指肠溃疡、慢性肝炎、再生障碍性贫血、功能性发热等，病机属阴阳气血失调、脾胃虚寒者用本方均有效。此外还可治疗白塞氏综合征、产后气虚发热、更年期综合征、痛经、慢性腹泻等。

## 二、小柴胡汤的应用

小柴胡汤为和解少阳之方剂，主治少阳病，在《伤寒论》的太阳、阳明、少阳、少

阴四篇及《金匮要略》的妇人篇均有应用，凡肝胆肾疾患，如肝炎、胃炎、胆囊炎而见口苦咽干、发热、胸胁胀痛等，均可用本方加减治之。特别是急性肾盂肾炎、泌尿系感染用本方合六味地黄汤重用柴胡或加车前子、茅根等疗效尤佳。对原因不明的低热可用本方加丹皮、地骨皮。

大柴胡汤具有和解少阳，内泻热结之功，主治少阳阳明合病。临床上治疗胆囊炎、胆石症、胆系感染、胆道术后残余结石、肝炎、胃炎兼有心下痞满、大便秘结者均可用大柴胡汤加减治之。现在临床治疗单纯性肠梗阻、急性胰腺炎等急腹症所用的方剂如清胰汤、复方大柴胡汤、胆道排石汤均系大柴胡汤加减而成。

## 三、甘草泻心汤的应用

甘草泻心汤主治反复误下，脾胃重虚，痞利具甚，完谷不化、干呕心烦不得安，用辛开苦降、寒温并用、阴阳并调之法达到恢复中焦升降、调整肠胃功能的目的。凡属中虚寒热错杂所致的心下痞硬、满闷不舒、少食便溏之证皆可用之。

## 四、真武汤的应用

本方具有温阳化气利水功能，主治肾阳衰微、水气内停，症见小便不利、浮肿、脉沉等。

对治疗寒水凝聚的腹水、寒泻。对慢性肾炎、慢性肾功能不全等肾性水肿、由各种心脏病所致的右心衰或全心衰的心性水肿属阳

下转 208 页

## 结 语

下法为阳明病（腑证）的正治方法。运用得当，效如桴鼓。每当热邪传入阳明，与有形燥屎结聚，往往一下则愈。故论中指出，“阳明居中主土，万物所归，无所复传。”然而下法药物峻猛，大伤气血，不宜太过，不可久服，中病即止。凡年老、体弱、孕妇等尤为慎用。下不如法，变证迭起，或伤阴、或亡阴、或气血阴阳俱伤。故仲师在论中反复辨可下、不可下、误下证治。示人运用下法必须慎重。订出了“急下之，宜大承汤。”（252、253、254条）（峻下），“主之”（213条），“和之”

（250条），宜小承气汤。（和下）调胃承气汤为缓下。在服用三承气时，谓胃承气温顿服之以调胃气。小承气分温二服，初服汤当更衣，不尔者，尽饮之。若更衣者，勿服之。大承气分温再服，得下，余勿服。即使在运用麻子仁丸治脾约症时，饮服十丸，日三服，渐加以知为度。在太阴篇又云：“设当行大黄芍药者，宜减之”（280条），“过经乃可下之”（217条），“勿令至大泄下”（208条），可见仲景运用下法是何等严谨，足为我们临床所遵循。笔者体会肤浅，不当之处，敬请前辈指正。