

湿温“三禁”辨析

瞿 岳 云

(湖南中医学院, 长沙 410007)

摘要: 湿温病历有禁汗、禁下、禁润“三禁”之说, 前人所论固然有一定道理, 但它绝不是一成不变之法, 临证之际又必须灵活处理。当具体情况具体分析, “知犯何逆”而“随证治之”, 才是符合临床实际的辨证论治精神。

关键词: 湿温病; 禁汗; 禁下; 禁润; 辨析

湿温是感受湿热病邪所致的一类温病, 多发于长夏秋初之季, 与现代医学的伤寒、副伤寒颇为相似。薛生白说: “太阴内伤, 湿饮停聚, 客邪再至, 内外相引, 故病湿热”。又说: “湿土之气, 同类相召, 故湿热之邪, 始虽外受, 终归脾胃”。可见本病病变中心在脾胃。关于湿温病的治疗, 历有“禁汗、禁下、禁润”的“三禁”之说, 其源出于吴鞠通的《温病条辨·上焦篇》。吴氏强调指出, 湿温“汗之, 则神昏耳聋, 甚则目瞑不欲言; 下之, 则洞泄; 润之, 则病深不解”。笔者认为, 前人所论固然有一定道理, 但它绝不是一成不变之法, 临证之际又必须灵活处理。

禁汗与发汗辨析

湿温初起, 湿郁卫气, 在临床上可表现为头痛、恶寒、身重痛疼等症。这类证候, 颇似太阳病的表实证、温热病的卫分证, 所以在治疗时绝不可乱投麻、桂之类辛温峻汗; 亦不可用银翘之属辛凉散表。因为湿性黏滞, 并非寒邪之用辛温一汗即解, 温邪之用辛凉一表而退。在湿郁卫表之时, 又可同时出现湿热蕴阻脾胃的气分证候, 而致表里合邪, 卫气同病。这时如果执以先表后里的治则, 妄投麻桂或错用银翘, 则可导致湿热上蒙, 清窍被阻, 出现神识昏迷, 耳聋, 目瞑不欲言等变症。此即湿温“三禁”中的所谓禁汗。

但湿温禁汗, 这只是言其常, 若湿温初起, 邪郁肌表, 发热而无汗者, 又当芳香透表以微汗之。如薛生白在《湿热病篇》中说: “湿热证, 恶寒发热, 身重, 头痛, 湿在表分, 宜藿香、香薷、羌活、苍术皮、薄荷、牛蒡子等味, 头不痛者, 去羌

活”。他还指出, “湿热证, 胸痞, 发热, 肌肉微疼, 始终无汗者, 腠理暑邪内闭, 宜六一散一两, 薄荷叶三四分, 泡汤调下, 即汗解”。此便是可汗之例。薛氏对此并自注云: “湿病发汗, 昔贤有禁。此不微汗之, 病必不除。盖既有不可汗之大戒, 复有得汗始解之治法, 临证者知所变通矣”。章虚谷亦说: “湿温固非一概禁汗……寒湿在表, 法当汗解”。

禁下与攻下辨析

脾为湿土之脏, 胃为水谷之海, 湿土之气同类相召, 故湿温病总以脾胃为病变中心。由于湿热蕴阻脾胃, 而致气机不畅, 传导功能失调, 出现脘痞腹胀, 大便秘结等症。此时不可误认腑实, 妄用苦寒攻下, 否则必致脾胃阳气受损, 脾虚下陷, 造成洞泄不止, 甚至发生厥逆等坏证。此即湿温病“三禁”中所谓禁下。

但是, 本病后期湿从热化, 可以出现湿热夹滞, 交阻胃肠, 此时又宜攻下, 当下不下, 亦必贻误病机。如叶天士在《外感温热篇》中就指出: “再论三焦不得从外解, 必致成里结。里结于何, 在阳明胃与肠也, 亦须用下法, 不可以气血之分, 就不可下也。但伤寒邪热在里, 劫烁津液, 下之宜猛; 此多湿邪内搏, 下之宜轻。伤寒大便溏为邪已尽, 不可再下; 湿温病大便溏为邪未尽, 必大便秘, 慎不可再攻也, 以粪燥为无湿也”。此外, 如果湿从燥化, 出现阳明腑实燥结, 亦可使用苦寒攻下。如薛生白《湿热病篇》说: “湿热证, 发痉撮空, 神错笑妄, 舌苔干黄起刺, 或转黑色, 大便不

作者地址: 长沙市韶山中路 113号

通者,热邪胃腑,宜用承气汤下之”。并自注云:“今舌苔黄刺干涩,大便闭而不通,其为热邪内结阳明,腑实显然矣……承气用硝、黄,所以逐阳明之燥火实热,原非湿邪内滞者所宜用,然胃中津液为热所耗,甚至撮空撩乱,舌苔干黄起刺,此时胃热极盛,胃津告竭,湿火转成燥火,故用承气以攻下,承气者,所以承接未亡之阴气于一线也”。湿热蕴结脾胃,必然影响其运化传导功能,故每多夹滞,而食滞胶结肠中与湿热相搏为犯,粪垢不去,湿热何以能清,故此邪热非导滞通下而不能去。若是热重于湿或湿化存热,邪归胃府,熏灼脏腑就更宜急下存阴以防变。正如王孟英所说:“湿未化燥,腑实未结者,不可下耳,下之则利不止,如已燥结,亟宜下夺,否则垢浊熏蒸,神明蔽塞,腐肠烁液,莫可挽回”。湿热胶结,徒事清热,犹如隔靴抓痒,当用下法通腑攻下,使药直达病所,以驱邪泄热。湿温病用下法,一则可直接解毒搜邪,二则可使曲肠深处之粪垢辗转而下,使邪随粪去而热撤,可使退热时间缩短,实为防止肠出血肠穿孔(即中医所谓之“腐肠烁液”)等变证的一项积极措施。考《张聿青医案》湿温门用通下法而取效的就有7例,另有专家运用中西医方法治疗伤寒、副伤寒,从中体会到对本病阳明热盛,邪结胃腑者,采用凉膈散、承气汤等通腑泻热,认为有利于邪热外泄,可使病程缩短,而应下失下往往贻误病情,易变危证。故张山雷言“湿温宜通其地道”也。

湿温之所以禁下,另外一个原因是顾及苦寒攻下易伤胃损液,使邪陷正伤而生出血穿孔之变。然邪不去则正不安,祛邪之所以安正也,只有邪毒去而肠胃洁,邪热不致继续腐肠伤血,则出血穿孔从何而来。相反温病失下而引起便血的倒是屡见不鲜,如《温疫论》云:“大小便蓄血便血,不论伤寒时疫尽因失下,邪热久羁,无由泄热,血为热搏,留于经络,败为紫血,溢于肠胃,腐为黑血,便色如漆”。近代已故名医聂云台根据其数十年的临床经验,认为“其不用下药而肠出血者,方书多有之,用下药而致出血者,则书中无所述,予耳目所及复如是”。再者,药为驱邪而非增邪,即使

苦寒伤胃引起胃肠功能紊乱,也总比邪热毒素留滞体内腐肠生热为好,更何况攻下药物尚能通过配伍加减,扬长避短。苏州市中医院曾收治48例属于中医湿温范畴的正副伤寒,治用下法的占44例,共计用下法达160次之多,无一例并发肠出血。可见湿温之治,无须禁下,临床有下证即可用下法,能截断扭转病势,提高疗效。

湿温下法,应掌握早下、缓下的特点。湿温之病,由于湿热胶结,多缠绵难愈,然客邪贵乎早逐,勿使其深入胶固,临床湿温汗出热不解,就可知非一般感冒也,可以预测病势还要发展,此时应寻可下之机,当机立断,用下法顿挫病邪,防止变证,故仍应循戴天章“温病下不嫌早”之训,于病初见可下之证,不管表证罢与未罢,但见里证即下,特别是对于热重于湿等暴发型湿温伤寒,热高势凶,病情危笃,更应急证急下。然其病因病机又毕竟不同于温热,故攻下又不宜猛剂,缓下为宜,常用的有枳实导滞丸或小陷胸汤加大黄等,临床可视不同病情,于芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿中加入大黄、瓜蒌等药,以取其缓下频下之意。

禁润与滋润辨析

湿热内蕴,郁阻气机,则往往津液不能敷布于上而见口渴;气化失常,水道不利,在下则见小便短少;湿为阴邪,旺于阴分,故见午后热甚,状若阴虚等。此时,切不可因为出现口渴,小便短少等,而谓热邪伤津,率投甘寒生津之品;亦不可因午后热甚,误为阴虚之证,而妄投滋阴之剂。因为这时,湿热正盛,湿性黏腻,若乱投养阴柔润滋腻之品,以阴助阴,必造成病深锢结不解的局面。此即吴鞠通“湿为胶滞阴邪,再加柔润阴药,二阴相合,同气相求,遂有锢结而不可解之势”,即所谓湿温“三禁”之禁润。

湿温病未曾化燥之前,柔润养阴之法自当必禁,而化燥之后,消烁阴液,津液耗损而见舌红少苔,脉细数等阴津亏虚之证者,又不可胶执“禁润”之说,应润则润,当滋则滋。

综上所述,笔者认为湿温治法不可囿于“三禁”,当具体情况具体分析,“知犯何逆”而“随证治之”,才是符合临床实际的辨证论治精神。

(收稿日期 2005年3月9日)