

寒象主热证的辨治规律浅析

严石林, 徐惠成, 林辰青
(成都中医药大学, 四川 成都 610075)

关键词: 寒象; 病机; 辨证论治

中图分类号: R228 文献标识码: A

寒象是疾病反应于外的单个症状和体征。如恶寒喜暖、口淡不渴、口中气冷、面色淡白、四肢逆冷、鼻塞清涕、痰白清稀、小便清长、大便溏稀、舌淡胖嫩、脉迟、或紧、或微细等, 每一个症状都可称为寒象。寒象是疾病表面现象, 可反映疾病本质, 但也可能出现假象, 掩盖疾病本质。寒象是组成和诊断寒证的主要依据。但是, 在许多复杂疑难的病证中, 或有阴阳严重失调之时, 寒象可能以假象出现, 掩盖疾病本质, 出现寒象主热, 或真热假寒的证候。

1 恶寒怕冷

多为阳气虚衰, 阴寒内盛, 阳气不能温煦肌表所致, 故多属寒象。但临床上也有因邪热内盛, 阳气内困, 格阴于外, 阳气不能外达, 肌表失温, 而引起全身怕冷的表现。此时本质属热, 在外则见寒象。恶寒是因邪热亢盛于里, 阳气闭遏于内, 阴气格拒于外, 阳气不能外达, 肌表失于温煦, 故外见恶寒战栗之象。病的本质属热积于内, 故用大承气汤苦寒清热泻火, 恶寒战栗之症反而得解。如《证治准绳·杂病·恶寒》:“丹溪治一妇人, 年近六十, 六月内常觉恶寒战栗, 喜炎火御绵, 多汗如雨, 其形肥肌厚, 已服附子十余帖, 浑身痒甚, 两手脉沉涩, 重取稍大, 知其热甚而血虚也, 以四物去川芎, 倍地黄, 加白术、黄芪、炒黄柏、生甘草、人参, 每服一两重。方与一帖, 腹大泄, 目无视, 口无言, 知其病势深, 而药无反佐之过也。仍用前药, 热炒与之。盖借药力为向导, 一帖利止, 四帖精神回, 十帖全安。”此案年高形胖, 暑热炎蒸之时而恶寒战栗, 用温阳散寒, 当属正治之法。服之无效, 方悟得是阴血亏损。阴虚则阳气无源化生, 阳气不足, 对外失于温煦, 故出现恶寒战栗之症。此病本质为阴虚, 阴不涵阳, 从而外见恶寒之象。“又治蒋氏年三十余, 形瘦面黑, 六月喜热恶寒, 两手脉沉而涩, 重取似数, 以三黄丸下之, 以姜汤每服三十粒, 二十帖, 微汗而安。”此案为真热假寒之证。热积于里, 阴气被拒格于外, 因而外见恶寒脉沉之假热; 重按脉数, 表示邪热内盛, 故用三黄丸苦寒泻火, 热去而恶寒得解。

2 四肢逆冷

手足逆冷, 多为阴寒内盛、阳失温煦、阳气不达四肢的表现。但温邪传里, 邪热内炽, 阳气被遏, 格阴于外, 四肢失温, 可表现为手足逆冷。此时, 病人胸腹灼热, 口渴、

口臭、小便黄赤、大便干结, 属真热假寒证。当清泻里热, 选白虎汤、清瘟败毒饮等清热泻火之剂。里热得除, 阴阳之气互相接续, 阳气外达四肢, 则手足逆冷好转。

3 口中气冷

口中时出冷气, 多为阴寒内盛, 随呼吸而出所致。亦有邪热炽盛于内, 逼阴于上, 阴气上浮, 口中时出冷气的现象。如余师愚《疫病篇》有热极之证, 阳亢逼阴, 火极似水而引起口中出冷气的证候。主用清瘟败毒饮加减。方中, 水牛角、生地黄、牡丹皮、黄连之寒凉, 再加龙胆草, 大清热毒, 泄肝火而口冷得除的论述。是因诸阳受气于胸中, 胸为阴阳升降之道路, 肝气与痰热交阻胸中, 胸中阳气敷布失常, 阴阳二气不相顺接, 胸中阳和之气化为厥冷之气。肝主动主升, 疏泄不利, 胃气上逆, 夹胸中之冷气循咽喉入于口中, 故口中冷气自出。

戴某, 女, 40 岁。1993 年 5 月 31 日初诊。胸中常有冷气随呼吸出于口中, 咽喉如有异物阻塞, 胸脘痞闷, 得噫气或转矢气则觉舒适, 口干欲饮, 脉弦滑, 舌红, 苔薄黄腻。证属肝气郁结, 痰热内蕴, 疏泄失司, 厥气上逆。治宜清热化痰, 疏肝理气。药用: 代赭石(先煎)、淡竹叶、炒瓜蒌皮各 15g, 旋覆花(包)、浙贝母、橘红、杏仁、薄荷、焦栀子各 10g, 芦根 30g, 白蔻仁 4g, 茯苓 2g。4 剂后, 口中冷气消失, 且未再发。本例患者并无火极之候, 而见胸脘痞闷, 舌苔黄腻等肝气郁结, 痰热内蕴之证。脉弦为肝旺, 滑为痰征, 舌红、苔黄腻为痰热之象。其病机与余氏所述不同, 故其治疗亦异。治予疏肝化痰, 清热理气之剂, 使痰化热清, 气机畅通, 肝之疏泄有权, 胸中阳气敷布和畅, 冷气自消而病愈。

4 渴喜热饮

口干口渴, 不思饮, 或饮水不多, 或渴喜热饮, 为典型的寒象。但也有口渴思热饮, 甚至喜沸汤, 为里热闭郁, 阳气不能上达所致。如《杏轩医案·汪氏妇热病喜饮沸汤》:“汪氏妇患热病, 壮热不退, 目赤唇干, 舌黑起刺, 便闭溲赤, 诊脉弦数有力, 应用清剂无疑。试问:‘渴乎?’曰:‘不甚渴, 惟喜饮沸汤, 数口稍凉, 即不思饮。’如此热证, 当渴饮水, 何反嗜饮沸汤? 若此一端而从阴治, 似乎不可。偶忆律云, 二罪俱犯, 以重者论。今脉证均属阳热, 乌可以喜饮沸汤一事为疑。先与小白汤, 病状仿佛。知其药不胜病, 乃进大剂白虎汤, 石膏重用四两。因其胃

收稿日期: 2004-10-19

基金项目: 国家自然科学基金项目(90209015)

作者简介: 严石林(1943-), 男, 教授, 博士研究生导师。

文章编号: 1009-5276(2005)05-0774-02

对《伤寒论》体验式教学的实践与思考

李赛美

(广州中医药大学伤寒论教研室, 广东 广州 510405)

摘要: 对《伤寒论》体验式教学的含义、具体方法、教学效果、注意事项进行了客观陈述与评价。提出将经典教学融入临床氛围之中, 有利于对中医基础学、中医诊断学、方剂学、中药学等多学科知识融会贯通, 提高学习积极性, 巩固专业思想, 增强学习效果。作为案例式教学特殊表现形式, 是对临床见习的补充和延伸。

关键词: 《伤寒论》; 体验式教学; 案例式教学; 实践教学; 教学方法

中图分类号: R252 **文献标识码:** A

体验式教学, 是指学生将自身经历或体验溶入学习过程的完全个性化的教学方法, 笔者变讲台为诊台, 寓教于医, 寓医于教, 教学互动, 医教并举, 进一步强化了《伤寒论》理法方药掌握及辨证论治思维方法训练, 有力地提高了教学效果。现摘心得一二, 祈正于同道。

1 方 法

1.1 即刻型 选用课间临时同学提出的不适, 或父母亲属病痛等案例。由同学上讲台报告, 同学集体讨论发言, 包括归纳主诉、是否需要进一步了解病史以补充信息、确立病位病性、病机概括、提出治法、处方、煎服法及注意事项。如感冒、发热、皮肤瘙痒、呕吐、腹泻、头痛、便秘、失眠、胃痛等常见病证的辨治。

案例举例 王某, 男, 22岁。2004年5月10日课后诉: 牙龈肿痛3天, 口渴喜冷饮, 精神疲倦, 舌红苔薄黄, 辨证为胃热气津损伤。用白虎加入参汤, 一剂痛减, 再剂病失。启示: 用白虎加入参汤之前, 同学反诘: 无大热、大汗、大渴、脉洪大, 何以予白虎? 答言: 重在抓病机, 审证求因, 审因论治。

1.2 动态型 由同学连续报告上次病例讨论方案的实施效果、煎煮过程、口感、药后反应及目前情况, 进一步处理, 包括辨证、治法、用方、注意事项等。或将部分同学跟

热上冲, 呕恶不食, 更加竹茹、芦根为引。另取元明粉蜜拌舌舌, 以润其燥。如此寒凉叠进, 阅四十朝, 始得热退神清, 便通舌润。使拘古法, 以喜热从阴而投温药, 不几抱薪救火乎。”因口渴喜沸汤是一典型寒象, 若不四诊合参, 抓住一点, 不及其余, 极易引起诊断思维上的误导。其实病人热象十分显著, 口渴喜热饮, 是因热积于内, 阴气被逼迫于上而出现的假象。

5 痰多色白

白为寒色, 咳嗽气喘, 吐痰色白清稀量多, 呈泡沫状, 多系寒痰, 为阳虚气化不行, 痰饮内停所致。若痰白量多, 但白而稠黏, 或为白色涎痰, 涎丝很长, 不易咯出, 则为热邪煎熬, 痰饮化热所致。治宜清热化痰, 如用清气化痰汤、苓连温胆汤等。黄痰是诊断为热痰的典型症状, 痰

踪治疗的某一阶段病情变化情况进行报道。

案例举例 沈某, 男, 27岁。平时易患感冒, 有高血脂症、脂肪肝病史。常有胁肋胀痛, 口干口苦, 头重, 睡眠欠佳, 纳少疲倦, 尿黄, 舌淡红, 苔黄腻, 脉细滑。辨证为肝郁脾虚兼湿热。自2002年上学期始, 以四逆散加化痰除湿清热之品调理数月, 2002年暑假回台湾复查血脂恢复正常, 脂肪肝由中度转为轻度。然四时感冒, 更方颇多。

场景1: 头侧痛, 伴耳鸣、目赤, 胁肋胀甚, 以小柴胡汤。

场景2: 恶风汗出, 头项痛, 鼻塞喷嚏, 用桂枝加葛根汤。

场景3: 感冒10余日, 微恶寒、头痛、鼻塞, 咽喉微赤者, 予桂枝二越婢一汤。

场景4: 头重痛, 微恶寒, 汗出, 颈项不适, 腹泻日3~4行, 欲呕, 口不渴, 用桂枝加葛根汤加半夏。仿葛根汤治太阳阳明合病下利之意, 因其汗出, 故以桂枝加葛根汤, 有呕故加半夏。

场景5: 感冒日久, 仍觉微恶寒, 鼻塞无汗, 以桂枝麻黄各半汤。

场景6: 头身疼痛, 无汗, 鼻塞、口和, 尿清, 以麻黄

师。

稠也是诊断热痰的重要佐症, 临床上必须引起足够的重视。

6 鼻塞清涕

外感风寒, 肺卫失宣, 常见鼻塞清涕之症, 故此症多为寒象。日常生活中, 吃辛辣性食物, 也可因热的刺激而引起清涕长流, 性质为热, 并非寒证。临床上患鼻渊之人, 病程日久, 可见鼻塞不通, 不闻香臭, 常流青绿色清涕的症状。此为胆移热于脑, 性质为热, 不属寒证。《明医杂著·鼻塞》云: “鼻塞不闻香臭, 或但遇寒月多寒, 或略感风寒便塞, 不时举发者, 世俗皆以为肺寒, 而用解表通利辛温之药不效, 殊不知此为肺经素有火邪, 火郁甚则喜热而恶寒。故遇寒便塞, 遇感便发。治法: 清肺降火为主, 而佐以通气之剂。”提示临床上鼻塞清涕一症, 亦当有寒热之辨。

7 皮肤紫斑

肌衄, 皮色紫黯, 多为阳气虚衰, 气不摄血的表现, 易当为寒象。但临床上也可因血热迫血妄行而致。

汤。一剂后鼻衄,随之表解。

启示:同一患者,患同一种病证,由于感邪季节、诱因、机能状态之差异,病证的形式可多样化。因而,因人因地因时治宜的个性化治疗十分必要,也是中医辨证论治思想的具体体现;广东地区虽气候炎热,风热表证居多,但人们习惯饮凉茶,吹冷气,若贪凉饮冷太过,也不乏风寒表证,如桂枝汤、麻黄汤证类,或外寒内热之大青龙、桂枝二越婢一汤证皆当有之,或麻黄汤与银翘散合方亦是常用之法。

黄某,女,26岁。2002年6月23日就诊。诉临近考试,精神压力增大,注意力不集中,记忆力下降,纳少失眠,疲倦乏力。考虑为肝郁脾虚,服用四逆散加味2剂,出现呕吐、腹泻。不解其因。详问之,诉平日脾胃虚弱。其呕泻者,疏泄太过,加之芍药阴柔酸敛,反伤脾胃。仲景有谓少阳合太阴者,先与小建中,后与小柴胡,先补后和之法。7月1日更用小建中汤2剂,继服四逆散加味2剂,未再呕泻,诸症改善。

1.3 交叉型 如月经不调、白带多、乳腺增生、甲亢、肝病、肾炎等病种,涉及到同学个人隐私或不便,则放在其他班中报告,以丰富例案资源。

案例举例 吴某,男,26岁。有慢性肾小球肾炎病史,尿蛋白维持在(+~++)。2002年12月4日就诊。诉近日眼睛干涩,失眠,腰酸、口干。查舌红苔薄白,脉沉细,颜面潮红。平日恶热,冬天一般穿2~3件衣,傍者能感知其热能外透。考虑阴虚火旺,予知柏地黄汤作基础方,加黄芪、丹参、生大黄(同煎)。意在益气活血,改善肾功能。2剂后,同学诉腹痛腹泻。嘱其减用大黄至3g,仍腹泻。随后同学告知,平日不能进寒凉之品。为何?抑或该同学体质偏寒,其热有假,实为阴盛格阳。一周后,同学又诉咽喉不适,余证同前。与之探讨,试用通脉四逆加猪胆汁汤。其猪胆汁以熊胆胶囊替代。2剂后,同学欣喜告余,感觉出奇好!其面红、舌红转淡,身热也收。临床病证错综复杂,其寒热虚实真假有时较难鉴别。应注重患者药后反应追踪,有助于及时纠正辨证之偏颇,指导治疗。

黄某,女,56岁。患血小板减少10余年,全身散见大小不等、形状不一的皮下紫色斑点,形体肥胖,全身怕冷,炎暑夏天,身裹厚衣,不喜冷食,经常腹泻,舌质淡胖,苔白滑,脉沉微。平素已服大量温热药物,附子、干姜大剂常服,皮下出血均无好转。后用养阴清热、凉血止血方药,生地、茜草、玄参、麦冬、丹皮、炒栀子、仙鹤草、黄芪。病人见大量苦寒药,畏惧怕服,勉强服3剂后,虽然引起脘痞腹泻等不适症状,但皮下紫斑却明显消退,病人信心倍增,连服10多剂后,血小板恢复正常。

8 小便清长

阴寒内盛,津液未伤,大量水液下输膀胱,则小便色白清长而量多,此系典型寒象。临床上消渴病人,口渴多饮,小便清长而量多,则非阳虚寒盛,而是阴虚燥热所致。此时的小便清长,是因肾阴虚,肾阳偏亢,膀胱开而不合,饮水直入膀胱而成,性质属虚热。

9 大便溏稀

2 效果

《伤寒论》成为最受同学欢迎的课程之一,考试一次通过率平均为98%以上。学生调查问卷对老师教学方法给予充分肯定,综合评分为99.5分。不少同学在感谢信中写道:“由于老师的教学而使我热爱《伤寒论》,重新归于中医学习之途”,很多人都是因为老师的原因对某个项目或事物感兴趣,继而在那一领域有所作为。我们班如有很多同学以后研究伤寒这一领域,相信就是老师带动的结果。

3 讨论

《伤寒论》大量条文为临床实例记录,其原文讲解本身就是案例学习过程。而将现实的、发生在身边病例引入,使古朴、深奥的经典条文变成真实、生动的临床案例,易理解、易掌握,从而消除了对经典学习的距离感、陌生感、苍白感与畏惧感。体验式教学,让同学参与、亲自体验临床诊治过程,同时识药、了解煎煮程序、品尝中药口味,全过程真实、完整,最后深刻地印在脑海里,是对中医基础学、中医诊断学、方剂学、中药学等多学科知识的融会贯通过程;经典学习过程始终融入临床氛围之中,使同学尝到了学习经典的甜头,提高了学习积极性,有利于中医专业思想的巩固;同时看到了自身知识的不足,进一步增强了学习中医信念。

体验式教学重在参与,重在感受,应注意处处维护其自尊心、自信心。(1)尊重同学个人隐私,任何案例报告,必须征得学生同意。女生忌讳月经不调、白带过多,男生则忌讳体质不强或肾虚等词。(2)一般安排在授课开始或结束之前,时间约10分钟。报告时间不宜过长,注意抓住主题,讨论忌散、滥,按照教学大纲及课程进度,适时转移到课堂学习环节。(3)强调四诊资料收集,病因病位病机讨论,重点是辨证思路与治疗原则的训练。注意结合教材教学大纲,前后鉴别比较,增强学习效果。注意保护同学学习积极性,治法用方相近者予以积极点评。(4)注意追踪结果,呈现案例纵向动态发展变化过程;经验与教训并举,在总结有效经验同时,注意药后反应、无效原因的分析。

多为脾肾阳虚,运化失职,水液下渗大肠而致,为诊断寒证的主要依据。临床上阳明腑实,热结旁流时,可见大便清稀,不过便色青黑,秽臭难闻,兼腹满胀痛,口苦口臭,舌红苔黄燥或灰黑,脉迟而有力。此时治宜大承气汤,苦寒泻火,通因通用,大便溏稀可止。

10 脉象

脉迟为寒,迟而有力为实寒,迟而无力为虚寒,故迟脉多为寒象。但阳明腑实,邪热与燥屎互结,阻碍气血运行,脉象也可迟而有力。此时,迟脉则主热证,不可误认为寒。此外,微脉多为阳气虚衰易见的脉象。但当阳热亢盛,热邪耗气伤津,气失升举,津液滋润充盈之际,脉可微细如丝。此时的微脉,不可视为寒象,而是因热所成。

综上所述,临床见到性质偏寒的症状,虽然大多为诊断寒证的主要依据,但也有不少寒象包含复杂的病机,甚至本质为热。因此不可一见寒象,就诊断为寒证。必须四诊合参,特别应结合已经治疗所反馈的信息,全面分析,才能作出正确的诊断和治疗。