

仲景学说研究

《伤寒论》活血化瘀法初探

第一军医大学中医系(广州 510515) 杨运高

摘要 《伤寒论》首先提出瘀血一词,在其112方中,以活血化瘀为主或具有活血化瘀功用的方剂有30余首,其治法可归纳为,益气活血、温经活血、活血止痛、攻下逐瘀、活血利湿、清热活血、祛瘀导滞等,并以太阳蓄血、阳明蓄血、热入血室、阳明发黄的证治,探讨仲景活血化瘀法的临床运用。

The static blood was first proposed in Treatise on Exogenous Febrile Diseases and Internal Diseases. There are 30 formula out the 112 formula in Treatise on Exogenous Febrile Diseases and Internal Diseases has the effect of quicken the blood and tranform stasis which can be chived into boost qi and quicken the blood, warm the channel and quicken the blood, quicken the blood and relieve pain, offensive precipitation and expel stasis, disinhibit dampness and quicke, the blood, clear heat and quicken the blood, dispel stasis and abduct stagnation, ect. The Clinical application of Zhongjing's method of quickenthe blood and tranform stasis was discussed with treatment of Taiyang blood amassment, yangming blood amassment, heat enter.ing the blood chamber and yangming yellowing as the example.

主题词 《伤寒论》 活血祛瘀

中国图书资料分类法分类号 R 222.12

张仲景是最早提出瘀血一词,并广泛运用活血化瘀法的医家。探讨张仲景对活血化瘀法的运用,掌握其规律,对更好的运用和研究活血化瘀法均有重要意义。笔者现以《伤寒论》为例,探讨仲师的治瘀诸法。

1 方药概况

在《伤寒论》112方中,以活血化瘀为主要功用或具有活血化瘀作用的方剂共有30余方。如抵当汤、抵当丸、桃核承气汤、桂枝汤、桂枝加桂汤、桂枝加大黄汤、桂枝加芍药汤、桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤、桂枝加附子汤等,主要的活血化瘀药物有桂枝、芍药、大黄、桃仁、梔子、水蛭、虻虫、当归、细辛、木通、赤小豆、麻子仁、巴豆等。

2 治法分析

张仲景继承创新,丰富了血瘀证的治法。主要有以下几个方面:

2.1 益气活血法 气为血帅,气行则血行,气虚则血行无力,而致血瘀。如《伤寒论》桂枝新加汤,由于发汗以后,损伤气营,所以用人参益气和营,以桂枝、白芍通血和脉。《神农本草经》谓:芍药“主邪气腹痛,除血痹,破坚积”,《本草别录》谓:其“通顺血脉”。

《本草再新》则称桂枝“温中行血”,《药品化义》称它“除肢节间痰凝血滞”。过去对桂枝新加汤强调益气 and 营,其实从方药分析,不难看出其活血通脉的作用。

2.2 温经活血法 该法主要用于寒凝血瘀证的治疗。寒为阴邪,其性收引凝滞,能使血液凝聚。《素问·调经论》云:“血气者,喜温而恶寒,寒则泣而不能流,温则消而去之”。又云:“寒独留则血凝泣,凝则脉不通。”因此治疗当以温化为主,这类方剂以当归四逆汤为代表,当归芍药养血和血,又可行血散血;桂枝、细辛温通血脉;通草通利九窍、血脉关节,共奏养血散寒、温经活血的功用。若阴寒较重,即李阴岚所说:“久寒不但滞经络,而更滞脏腑”。可加吴茱萸、生姜以加强温化作用。

2.3 活血止痛法 前人有“痛则不通,通则不痛”之说,可见无论何种原因引起的血流不畅或瘀血阻滞皆可致痛。在《伤寒论》中,这类痛证多为风寒湿邪流注关节、经脉,气血运行涩滞所致。其代表方为桂枝附子汤,该方用于治疗气血凝滞的“风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧。”方中桂枝活血通脉,附子散寒止痛,再佐以生姜、大枣、炙甘草,共奏活血止痛之

功。

2.4 攻下逐瘀法 攻下逐瘀法为攻下法与活血散瘀法联用的一种治法。适用于瘀血结实证,代表方有抵当汤、桃核承气汤等。在攻下逐瘀法中,大黄是最常用的药物,它具有攻下和逐瘀双重作用,《神农本草经》云:其“下瘀血、破症瘕”。目前,随着活血化瘀法研究的不断深入,攻下逐瘀法在急腹症、肝病、肿瘤等容易呈现血瘀状态的病证中运用广泛,并取得明显效果。

2.5 活血利湿法 活血利湿法可谓张仲景的一大发明,适用于湿(水)不去,导致血瘀或瘀血内阻,使水湿积聚的一类病证。《金匮要略》指出:“血不利则为水”,这为活血利湿(水)法的运用提供了理论依据。在《伤寒论》中,运用最成功的典范莫过于瘀血黄疸概念的提出。由于湿热郁遏于里,不得宣发,日久络阻血瘀,瘀湿互结,薰蒸肝胆而发黄,故《伤寒论》中多处提到“此为瘀热在里,身必发黄”,“伤寒,瘀热在里,身必黄”。茵陈蒿汤和麻黄连翘赤小豆汤等方虽为治疗湿热发黄而设,但方中用了多味活血化瘀的药物。如大黄、栀子、赤小豆等,充分体现了张仲景这一瘀血发黄的思想。后人根据仲师这一启发,提出了“治黄当治血,血行黄自灭”这一观点,在清利湿热药中加入大量的活血化瘀之品,大大的提高了黄疸病的疗效,丰富了经方的临床运用。

2.6 清热活血法 《难经》把伤寒分为五类,曰:“中风、伤寒、湿温、热病、温病”,可见温热病邪亦是伤寒病的主要病因。叶天士云:“热邪不燥胃津,必耗肾液”。由于津血同源,津液耗伤,血液也相应耗伤,血受热则煎熬成瘀。《伤寒论》清热活血方的运用当推栀子豉汤及其类方。栀子苦寒,具有清热除烦和活血行血止血的双重作用,《本草纲目》称:“治吐血、衄血、血痢、下血、血淋、损伤瘀血,及伤寒劳复、热厥头痛、疝气、烫火伤。”《伤寒论》中主要用于邪热内扰、瘀血内停所致的胸腹诸证。

2.7 祛瘀导滞法 此法适用于太阴病气滞络瘀腹痛证。由于脾伤气滞络瘀,故“腹满时痛”,甚或“大实痛”,治以桂枝汤温阳和络,加“芍药以木疏土而破结”(周岩语),“加大黄以破结滞之物”(程郊倩语)。该法在《金匮要略》中则得到了进一步的阐述,仲师用旋复花汤治疗“肝着,其人常欲蹈其胸上”,胸胁痞闷胀痛,甚或刺痛等症,实乃气滞血瘀所致。旋复花汤中新绛,经考证即为茜草,有活血化瘀的作用,旋复花善通肝络而行气,葱茎温通阳气而通络,共奏行气化瘀通络的功用。张仲景开创了后世行气活血法之先河,其祛瘀导滞,以木疏土诸法给后人莫大启

发,后世医家,如张景岳的柴胡疏肝散、王清任的逐瘀诸法,均是在此基础上创立的。

3 临床运用

下面例举《伤寒论》中几个较为典型的血瘀证,以进一步说明仲师活血化瘀法的灵活运用。

3.1 太阳蓄血证 太阳在表之邪不解,化热随经深入下焦,与血相结于少腹而成太阳蓄血证。正如《伤寒论》所云:“太阳病不解,热结膀胱”。此热结膀胱当作邪热结于下焦理解。由于热血相结于下焦,腑气不通,故见“少腹急结”,此“急结”乃指疼痛、胀满、痞硬等症。邪与血结,内扰心神,故如狂或发狂;因病在血而非气,故小便自利。若蓄血较轻,随着向下的通路打开,热邪随血而泄,邪有出路,故“血自下,下者愈。”若蓄血重证则非攻下逐瘀不可,方用桃核承气汤或抵当汤诸方。

3.2 阳明蓄血证 阳明蓄血证病因是“本有久瘀血”,也即内有“宿瘀”。正如 237 条所云。“阳明证,其人喜忘者,必有蓄血。所以然者,本有久瘀血,故令喜忘,屎虽硬,大便反易,其色必黑者,宜抵当汤下之。”除了该条文提到的喜忘、燥屎虽硬但大便反易,其色必黑外,还可见少腹急结或硬满疼痛、谵语躁烦或口干鼻燥、衄血、咳血、吐血等症。

阳明蓄血与太阳蓄血成因、症状虽不尽相同,但若论其病理机制,则皆为邪热与瘀血相结,故治法则一,都用抵当汤治之。

3.3 热入血室证 本证主要是指妇女感受外邪发热后,而适逢月经来潮,血热相结于血室的病证。如 143 条指出:“妇人中风,发热恶寒,经水适来,得之七八日,热除而脉退,身凉,胸胁下满,如结胸状,谵语者,此为热入血室也,当刺期门,随其来而取之”。血室究为何物?有指冲脉者,血室者,荣血停止之所,经脉留会之处,即冲脉也,此说以成无己、方有执等人为代表;有指肝脏者,肝为藏血之脏,故称为血室,此说以柯韵伯等人为代表;有指子宫者,如张介宾指出:“医家以冲任之脉盛于此,则月事以时下,故名曰血室”。尽管有以上三种主要的不同观点,但冲脉、肝、子宫都属厥阴经范围,因此血热瘀结于厥阴,是其病理关键,故治疗可针刺期门或小柴胡汤。期门乃肝之募穴,位于二肋空隙之处。成无己注:“肝主血,刺期门者,泻血室之热。”正因为本证是血热互结,若结于下焦,则如 144 条所述:“经水适断者,此为热入血室,其血必结。”成无己注:“入于血室,与血相搏而血结不行,经水所以断也。”若结于胸胁,则可见胸胁下满闷不适,后人称之为“血结胸”。总之,泻热行血是热入血室的基本治法。

3.4 阳明发黄证 阳明发黄证是指热邪内结,或误用火行后,导致阳明邪热内盛,此时由于“但头汗出,剂颈而还”或“额上微汗出”,使阳明之热不得外越而郁滞于内。阳明本当汗出,现汗出不畅,湿无出路,邪热薰蒸。一方面,气滞血瘀而成瘀;另一方面,薰蒸肝胆,胆汁外溢而发黄。因此,对于阳明发黄,聂惠民教授在其专著《伤寒论与临床》一书中指出:“可见黄疸的病理反映,关键在于‘热、湿、瘀’三个方面。因此,治疗的关键就在于清热行瘀、利湿。茵陈蒿汤

是治疗湿热黄疸的主方,药虽三味,但集清热利湿,活血逐瘀于一体。”

综上所述,张仲景对血瘀证及活血化瘀法的运用已有了充分的认识,并积累了丰富的经验。其治法和方药至今仍有效地指导着临床实践,值得我们进一步深入研究。

【作者简介】 杨运高,男,42岁,河南南阳市人。1994年获医学博士学位,现任第一军医大学中医系副教授、副主任医师。

(收稿日期 1998-04-01)

《伤寒论》第166条“胸有寒”质疑

北京中医药大学(100029) 张保伟

主题词 《伤寒论》——注释

中国图书资料分类法分类号 R 222.12

《伤寒论》第166条原文为:“病如桂枝证,头不痛,项不强,寸脉微浮,胸中痞硬,气上冲喉咽不得息者,此为胸有寒也,当吐之,宜瓜蒂散。”统编五版教材《伤寒论讲义》认为“寒作邪解,此指痰饮。胸有寒,指胸膈停滞痰饮的病理。”以寒训邪,又推之痰饮,实觉牵强。笔者细绎仲景原义,前后互参,认为“胸有寒”作“胸有实”较妥。试论如下:

1 寒饮当温 不可妄吐

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》有“病痰饮者,当以温药和之”之论,指出了痰饮病的治疗大法。“温药和之”是治疗痰饮总的原则,治本的主要方法。《金匱要略》治痰饮,分治脾治肾。因中阳不足,水停为饮者,其治在脾,用苓桂术甘汤;下焦阳虚,不能化水,以致水泛心下者,其本在肾,治用肾气丸。即本篇原文所说:“夫短气有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之,肾气丸亦主之。”

《伤寒论》治寒饮,也分两类:肺脾虚寒,水津不能温化,凝结而为痰饮涎沫,聚于胸膈,故为“胸上有寒”,治宜理中丸温运脾肺以敛摄寒液。即原文396条曰:“大病差后,喜唾,久不了了,胸上有寒,当以丸药温之,宜理中丸”。若脾胃阳虚,不能化气布津而津液停聚所致“膈上有寒饮,干呕者,不可吐也,当温之,宜四逆汤。”(第324条)既说明了寒饮当温,也告诫不可用吐法治疗。

2 上实当吐 正用瓜蒂

《素问·阴阳应象大论》曰:“其高者,因而越之。”为实邪在上部的治疗提出了总法则。因此,《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证并治第十》有“宿食在上脘者,当吐之,宜瓜蒂散”的论述。宿食者,实邪也,病在上脘,故当吐之。《伤寒论》第324条曰:“少阴病,饮食入口即吐,心中温温欲吐,复不能吐,始得之,手足寒,脉弦迟者,此胸中实,不可下也,当吐之。”提出了痰食之邪阻滞胸膈,实邪在上,当因势利导而吐之。虽未出方,瓜蒂散也可用之。《伤寒论》第355条曰:“病人手足厥冷,脉乍紧者,邪结在胸中,心下满而烦,饥而不能食者,病在胸中,当须吐之,宜瓜蒂散。”指出了痰食壅积胸中,胸阳被遏,不能外达四肢所致“手足厥冷”的痰食厥,治当用瓜蒂散因势利导,涌吐胸中实邪,尤为166条“胸中实”之有力佐证。且瓜蒂味苦性寒,方为涌吐峻剂,非上焦大实,体质壮盛之人,断不可用。故方后云“不吐者,少少加,得快吐,乃止。”用药极其谨慎。并诫之曰:“诸亡血、虚家,不可与瓜蒂散。”因此,“胸上实”正合仲景原意。况“寒实”二字形体相似,误实为寒,也是仲景之书,历经战乱,多次传抄之故。

综上所述,笔者认为第166条瓜蒂散证之“胸有寒”当作“胸有实”。如此,则医理文理皆通,圣意方现。非敢弄斧班门,偶有心得,陈之管窥而已矣。

【作者简介】 张保伟,男,34岁,河南滑县人。1992年获医学硕士学位,1997年9月考入北京中医药大学攻读博士学位,跟随我国著名伤寒学家刘渡舟教授研读《伤寒论》。

(收稿日期 1998-06-11)