

# 伤寒三论

陈 明

(北京中医药大学, 北京 100029)

## 论大结胸证

1. 大结胸证病变中心在“胃脘”而非“胸膈”

有关大结胸证之病位, 历代医家多据结胸之“胸”字随文敷衍为“胸膈”。如成无己《伤寒明理论》: “结胸由邪在胸中, 处身之高分。”魏荔通《伤寒论本义》: “在胸则为结胸矣。”现在使用的《伤寒论》教材也均持此观点, 笔者对此不敢苟同。余认为, 《伤寒论》结胸之“胸”当作“胃”。大结胸证是以胃为病变中心, 旁涉胸胁, 下及大小肠的一种急性危重病变。理由如下:

其一, 《伤寒论》134 条在论述大结胸证的发病过程时, 指出太阳病误下导致“胃中空虚”, 使邪气内陷, 从而出现“膈内剧痛”, “心下因硬”之证, 形成大结胸。从“胃中”、“膈内”、“心下”之描述可知, 本证之病位在“胃脘”已昭然若揭。

其二, 135 条指出大结胸证的辨证要点为“脉沉而紧, 心下痛, 按之石硬”, 后世称为“结胸三证”。“心下”指“胃脘”, 已为大家所认可, 故大结胸证之主证当为胃脘疼痛、拒按, (胃脘部) 按之坚硬如石。正如尤怡《伤寒贯珠集》: “以愚观之, 仲景所云心下者, 正胃之谓。……胃为都会, 水谷并居, 清浊未分, 邪气入之, 夹痰杂食, 相结不解, 则成结胸。”可谓一语中的。

其三, 《伤寒论》173 条黄连汤证云“胸中有

热”, 此“胸中”明显是指胃脘, 故主用黄连以清胃热; 《伤寒论》396 条云“大病差后, 喜唾, 久不了了”之证为“胸上有寒”, “当以丸药温之, 宜理中丸。”理中丸为治中焦虚寒的主方, 故本条云“胸上”, 并非是胸膈以上, 而是指“中焦”, 说明此“胸”字也与胃有密切的关系。上述可作为释“胸”为“胃”的旁证。

其四, 或曰: 《伤寒论》136 条明确指出大结胸证“为水结在胸胁也”, 这或可说明大结胸证的病变部位是在胸胁, 故在这里有必要探讨一下。136 条云: “伤寒十余日, 热结在里, 复往来寒热者, 与大柴胡汤; 但结胸, 无大热者, 此为水结在胸胁也, 但头微汗出者, 大陷胸汤主之。”伤寒十余日不解, 表邪入里化热产生了两种不同病证, 一是热结在里, 病在阳明, 邪及少阳的大柴胡汤证; 二是热结在里, 病在胃脘, 水饮旁结于胸胁的大结胸证。但这里的“水结在胸胁”, 是在“热结于里(胃)”的主病机基础上所兼有的病机。正如钱潢在《伤寒溯源集》中所说: “此但因热结在里, 胃气不行, 水饮留结于胸胁”。胸胁素有水饮内停或胃中饮热流结胸胁, 均会使大结胸在发病过程中出现有“水结胸胁”的病症, 也正是大结胸邪结在胃而兼有水结胸胁之象, 与热结阳明又邪及少阳的大柴胡汤证有类似之处, 为避免混淆, 仲景特在这里将两

虚火自靖, 而收固护肺阴之效。清燥养荣汤方出《温疫论》, 治疫后阴虚, 方中当归、白芍、地黄均与百合固金相同。另有知母、天花粉、陈皮、甘草清热和胃, 复加佩兰、麦芽醒脾助运, 全方清滋并用, 气血同调, 脾胃兼顾, 正合病后调养。

## 参 考 文 献

1 佟丽等·葛根芩连汤解热抗菌作用的研究·中药通报

1987; 12 (6) :49

2 许俊杰等·古典清热方对家兔体温的影响·中药通报  
1986; 11 (1) :51

3 谭毓治等·九个方剂对大鼠实验性发热的影响·中国中药杂志 1989; 14 (5) :50

4 王钦茂等·紫雪口服液和紫雪散药理作用及毒性试验·安徽中医学院学报 1992; 11 (4) :50

(收稿日期 2003 年 5 月 10 日)

证相提并论,以示注意鉴别。不仅如此,《伤寒论》137条所云大结胸之重证,若热结在胃,邪结势重,必犯于肠,还可兼有“不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热”等阳明腑实的表现,是结胸证为本,阳明腑实为标,故本条特别强调“从心下至少腹硬满而痛不可近”的疼痛特点,这与阳明腑实证之见腹满痛或绕脐痛有本质的区别,故治之不用大承气汤而用大陷胸汤。仲景设136条、137条意在说明两个问题,一是反证大结胸证病变的根本在胃,二是大结胸证为病势危重之疾,邪结势重,其病变可旁及胸胁、肠腑甚至膀胱,应注意和大柴胡汤证、承气汤证等相区别。

其五,《伤寒论》138条说小结胸病的特点是“正在心下,按之则痛”。既云“结胸”病,又曰“正在心下”,此“胸”字何指?不点自明。所谓“正在心下”,即指病变不蔓不枝,正在胃脘,这是与大结胸从心下旁及四邻的特点相对而言的。小结胸证邪气结聚局限于心下,病势较轻,故称小结胸;大结胸证邪气结聚虽以心下为主,但不局限于心下,上可至颈项,下可至少腹,涉及范围较广,病势较重,故名曰大结胸。从而更确切地说明《伤寒论》所说的“结胸”病,正是邪气结聚于胃脘之证。

其六,以药测证是掌握《伤寒论》方证机理的重要手段。大结胸证主于大陷胸汤治之,因饮热结聚于胃,故用大黄泻下胃热,甘遂攻逐水饮,芒硝开散结聚。本方若与调胃承气汤、小陷胸汤相互联系分析,则病位之义更明。调胃承气汤主治燥热结聚于胃,本方或由大陷胸汤变化而来,因无水饮内停,故不用甘遂;其病势不及大结胸证,故加甘草以缓之。小陷胸汤主治痰热结聚胃脘的小结胸证,本证较之大结胸证,病势较缓,病位局限,故不用大黄泻下胃热,而用黄连清解胃热;不用甘遂攻逐水饮,而用栝楼实祛除痰邪;不用芒硝咸寒开结,而用半夏辛温散结。是诸药不只治胃而又不离于胃也。

综上所述,大结胸证为饮热互结所致,其病变中心在胃,但可涉及到胸胁、肠腑,甚至膀胱,病势较急,病情较重。临床观之,可见于急性胃炎、胃痉挛、胃溃疡穿孔、急性胰腺炎、急性渗出性腹膜炎等一类疾病中,治以攻邪为法。

## 2. 大结胸证成因为太阳温病误下

《伤寒论》131条、134条论述了结胸证的成因和发病过程。本证是由于太阳病误下,邪气入里内结而成。但误下前的太阳病究为何种类型,大多数注家却漠然置之,或随文敷衍。如成无己谓:“表邪乘虚则陷。”万全、程应旆、秦之桢、陆懋修等皆含糊其词,注而不明。唯张锡驹、陈念祖明确指出结胸证是由太阳中风证误下而成。笔者细揣原文,认为结胸证由太阳温病误下所致,对此,谈一点不成熟看法。

且看《伤寒论》134条所云:“太阳病,脉浮而动数,浮则为风,数则为热,动则为痛,数则为虚。头痛发热,微盗汗出,而反恶寒者,表未解也。医反下之,……阳气内陷,心下因硬,则为结胸。”这里明确指出,太阳病所表现的证型为风热在表,与风寒在表的伤寒或中风有本质的区别,实际上这就是太阳温病证。肌表有风热之邪,表现为“脉浮而动数”,“动”脉,反映了风热壅滞之甚,风热壅滞于表,身体必有所痛,故云“动则为痛”。值得提出的是,此表邪以无形邪热为主,未与内在的有形实邪相结,故仲景言“数则为虚”以示之。风热壅滞,夜晚随卫气入于阴分,鼓动阴津外泄,而见“微盗汗出”,这说明在表之风热有入里之趋势。或曰:《伤寒论》第6条云太阳温病的特征为“发热而渴,不恶寒”,而本条所云有“恶寒”,两者似不相符。答曰:恶寒,是太阳表证的特征之一,这在《伤寒论》第1条已明示之。所以,第6条既云“太阳病”,则当有恶寒,所谓“不恶寒”,并非恶寒一点没有,只是较之太阳伤寒、中风证程度较轻罢了。试想,即使邪热炽盛的阳明病,在初起阶段也会表现有短暂的恶寒,何况是太阳温病的表证?当然,邪热在表,自然应以发热为主,恶寒之症,可不出现。也正因如此,134条在谈到“恶寒”时前面加一“反”字,以示太阳温病出现了较明显恶寒的特殊情况,与太阳温病的特征不尽相符,这也恰恰说明了本条所讲正为太阳温病证。

仲景在论述方证时,善于阴阳对举,表现出一分为二的辩证观点。试看《伤寒论》131条,其云:“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。”这里,用阴阳对举来说明结胸、痞证两证的成因,示人从对比中来了

解这两种同是病在心下的病证，其发病的途径有所不同。“病发于阳”，即指原病有太阳温病；“病发于阴”是指原患有太阳伤寒证。太阳温病，治当以辛凉解表为宜（《伤寒论》略于此，后世崛起的温病学派弥补了《伤寒论》之不足），若误用下法，必使在表之“热入”里，与有形之实邪相结于心下，形成结胸证，上下联系分析，可知 134 条正是对“病发于阳，而反下之，热入因作结胸”的进一步解释。那么，“病发于阴”为何断定为是发于太阳伤寒呢，这只要看一下 151 条就明白了。该条在进一步讲述痞证的形成时说：“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞。”“脉浮而紧”是太阳伤寒证的特征之一，不难看出，痞证是由太阳伤寒证误下，邪气入里结聚于心下所致。所以，仲景在这里采用太阳温病与太阳伤寒的鲜明对举，来揭示结胸为表热内陷，痞证为表寒内陷，从而说明结胸证的热实特点和痞证的寒热错杂的本质，这对临床掌握复杂疾病的传变规律，具有重要的指导意义。

同是表证误下，证情不尽相同。阴阳、寒热、虚实之理，不究不明。综上所述，笔者认为结胸证正是由太阳温病误下所致。《伤寒论》虽是以论述风寒疾病为主，但对温热之邪的发病过程、证候特点和传变规律也同样具有针对性的讨论，这对后世温病学说的形成和发展奠定了坚实的理论和实践基础。

### 论“寒热错杂”之心下痞证

《伤寒论》中“寒热错杂”心下痞证，是指 149 条半夏泻心汤证、157 条生姜泻心汤证和 158 条甘草泻心汤证，对此，伤寒学者多无疑义。然若进一步探究“寒热错杂”的内涵及所涉及的脏腑，认识确不尽相同，目前主要认为本证与脾胃相关，“寒热错杂”即“脾寒胃热相错杂”，余在《伤寒论》课程教学中也曾沿用此观点。然而持此观点分析半夏泻心汤时，又觉得存在一些问题，着实不能自圆其说。如半夏泻心汤证既云“脾寒胃热”，以干姜温脾、黄连清胃可也，何又用半夏、生姜之温胃之品，且半夏立为主药？何又用黄连的同时伍用黄芩？张仲景不是善于用黄芩清肝胆之热吗？带着这些问题，余细揣上述三方证，发现“寒热错杂”实为“肝胆有热，脾胃有寒，杂错于中焦”。对此，谈一点学习体会。

《伤寒论》为痞证定性为“但气痞耳”，其特点是“但满不痛”、“按之自濡”。可见，痞证是由气机痞塞而成。而气机的痞塞，无外气机的升降出入受阻。气机的运动，其基本形式是升降出入，人体各个脏器均有气机升降出入的运动，而与气机运动最为密切的是肝胆和脾胃两对相表里的脏腑。这是因为肝主厥阴风木之气，其功能特点是疏泄条达。胆主少阳春生之气，其功能特点是升发敷布。二者经络相互络属，功能相互配合，共同维持着人体气机的疏通条畅，为人体气机出入的枢纽；而脾胃同居中焦，以膜相连，脾主升，胃主降，二者升降相因，燥湿相济，纳运相协，为人体气机升降之枢纽。因此，肝胆脾胃之气升降出入，则一身之气机得以条畅。故气机痞塞之证，与肝胆脾胃四脏最为密切相关。

综观 149 条半夏泻心汤证之形成，由小柴胡汤证误下而致。小柴胡汤证基本病机为少阳枢机不利，胆火上炎（并及于肝）。柴胡证误下，不仅使胆热不除，徒增脾胃虚寒，若肝胆脾胃寒热杂错，致使气机升降出入痞塞，而见心下痞。此时，病证表现较前复杂，单纯使用小柴胡汤已不可能解决问题，故云：“柴胡不中与之”。这说明：原病证出现了新的病机“脾胃虚寒”，已不能再使用小柴胡汤。但同时也说明，新的病证中仍有胆热的存在，故点明“柴胡不中与之”，而不若柴胡证误下后形成大结胸证之直云：“若心下满而硬痛者，此结胸也，大陷胸汤主之。”其实，半夏泻心汤正是小柴胡汤去柴胡、生姜加黄连、干姜而成，正如柯琴在《伤寒附翼》中所说：“泻心汤方，即小柴胡加黄连干姜汤也。不往来寒热，是无半表证，故不用柴胡。痞因寒热之气互结而成，用黄连干姜之大寒大热者，为之两解。”因此，半夏泻心汤证是由小柴胡汤证转化而来，蕴有胆热脾寒共存之病机。

以药测证，是判断《伤寒论》方证机理的重要手段。半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤三方皆以干姜、半夏、黄芩、黄连为主药，寒热并投，辛开苦降。其配伍意义在于干姜温脾，半夏暖胃，黄芩清胆，黄连泻肝，正合“肝胆有热，脾胃有寒”之病机。若以脾寒胃热解，必以清胃温脾之药，则半夏、生姜温胃之品，似不可用。而黄芩入肺、胆，清胃热之功必不如清肺热、胆火之力。与

此使用则不具针对性。或曰：黄连入心、胃经，其在方中配伍意义应为清胃热用，岂云泻肝乎？且看生姜泻心汤证“方后注”云：“生姜泻心汤，本云理中人参黄芩汤，去桂枝、白术，加黄连并泻肝法。”明确指出，本方用黄连实为泻肝，以其黄连清心火，而心乃肝之子，肝经火热以黄连清之，为“实则泻其子”也。

半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤三方的煎煮方法皆为“去滓再煎”。“去滓再煎”是将煮好的药液再浓缩的过程，意在使药性和合，不偏不烈，利于和解。在《伤寒论》中，需“去滓再煎”的方剂共有七首，除上三方外，还有旋覆代赭汤、小柴胡汤、大柴胡汤和柴胡桂枝干姜汤。可以看出，这种煎煮药物的方法多使用于肝胆脾胃不和而又需寒热杂投之证，故后世将这些方剂列为和解之剂。和解者，依脏腑无外乎和解肝胆、调和脾胃，依药性无外乎和合寒热、整合补泻。故从其煎煮方法似可推断三泻心汤证为肝胆脾胃不和、寒热纠缠杂错之候。

### 论麻黄升麻汤证的寒热错杂

《伤寒论》第 357 条云：“伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泻利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。”本证伤寒学者大多认为是厥阴病的寒热错杂证，然寒热错杂于何处？所涉及到的脏腑为何？又无一定之论。对此，笔者谈一点不成熟的认识。

笔者认为，本证虽在厥阴篇，却由太阳伤寒误治而来，为太阳病变证之一。其基本病机为“肺热脾寒错杂，虚实互见”。理由是：本证为伤寒误下而致，误下后不仅使在表邪气内陷于肺，郁勃成热，而且会戕伐脾阳，造成脾气虚寒。从而表现为咽喉不利，唾脓血，下利不止，甚至手足厥逆。喉主于肺，咽主于胃，肺胃有热，上攻咽喉，轻则壅阻气机，咽喉不利；甚则灼伤络脉，唾出脓血。而若脾气虚寒，甚至累及肾阳，水谷不化，杂并于肠，必见泻利不止，甚则四肢厥冷之候。可见，本证临床表现切实反映出其肺热脾寒的病机特点。

本证的脉象特征是“寸脉沉而迟”、“下部脉不至”。寸脉候肺，沉为邪气内陷，迟为阳气郁阻。下后阳气内陷，郁遏于肺，故见寸脉沉迟；所谓

“下部脉”，是指寸口脉的关脉、尺脉，因在寸脉之下，故统称“下部脉”。关以候脾，尺以候肾，因本证脾阳虚寒之甚，累及肾阳，故从关至尺，其脉不至。

本证寒热错杂，虚实互见。若单治热而碍其寒，单治寒而遗其热，补虚而助实，泻实而加虚，故云“难治”。但难治并非不治，当以清散肺热，温补脾寒为法。方用石膏、知母、黄芩、天冬、葳蕤，清肺家之燥热；以麻黄、桂枝、升麻，发越郁阻之阳气；以干姜、白术、当归、茯苓、甘草，温补脾家之虚寒。恐麻、桂发散太过，加芍药以敛之，共成调营卫而兼升阳之剂。方后云“汗出愈”，非谓本方以发汗，而是说通过清肺温脾，而使阴阳和、营卫调，汗微出而病愈。上述可见，麻黄升麻汤的药物配伍是针对肺热脾寒、虚实互见的病机而立，药味虽多，但重点突出；补、泻、清、温，主次分明。因此，临床运用本方，当抓住“肺热脾寒”之病机。兹举验案一例说明之。

罗女，26 岁。素来脾虚便溏（慢性肠炎病史），不敢食凉或吃饱，否则腹泻。一日，外感风寒，发热恶寒，鼻塞流涕，自服家存感冒药，越两日其病不愈。见但热不寒，鼻塞流浊涕，咽喉疼痛，口干但饮水不多，咳嗽吐黄痰，胸闷，汗出。就诊于某医，服清肺化痰之剂 3 天，病人出现腹泻，每日 5~6 次，并感胃中凉甚，有振水音，饮食不下，患者因“难以忍受”而停服。察其面部痤疮满布，口腔有溃疡点 2 个，但舌不红，舌苔根部浮黄，脉寸大尺弱。此脾素虚寒，叠加外感后邪气入里化热，炼液成痰，壅塞于肺。辨为“肺热脾寒”证。试用麻黄升麻汤，因虑肺有痰热，恐葳蕤恋邪，去之，加芦根以清肺生津排痰。处方：

麻黄 6 克，升麻 5 克，桂枝 6 克，生石膏 15 克，知母 9 克，天冬 9 克，黄芩 9 克，当归 10 克，白芍 10 克，干姜 9 克，茯苓 15 克，炒白术 10 克，芦根 30 克，炙甘草 3 克。水煎服。

上方服 3 剂，发热、咽痛、咳嗽吐痰即愈，病人自述服药后“非常舒服”，大便转为每日 2 次，稍不成形，胃纳大增。继服 7 剂，面部痤疮消去大半，口腔溃疡亦愈，大便已基本正常。后以四君子汤加黄芩、枇杷叶调理善后。

（收稿日期 2003 年 1 月 21 日）