

从临床看《伤寒论》用药

● 陈瑞春*

关键词 伤寒论 用药法 临床实践

《伤寒论》用药法度谨严,变化灵活,严而不死,活而不乱,是有规律可循的。兹就其若干问题,结合临床实践,谈点粗浅的体会。

1 根据主证,制定主方,是伤寒用药的原则性

从临床实践来看,《伤寒论》用药是根据主证(包括病机),而后制定主方,这一原则贯通于全论大法。主证在六经病中各有纲目,标示其主要脉证。如太阳病的脉浮头项强痛而恶寒;阳明病的身热自汗出,不恶寒反恶热……六经均以此类推,主证昭然若揭。正如柯韵伯所说,太阳篇中,先将诸病线索,逐条提清,则一隅之举,可以寻其一贯之理。的确如是,伤寒辨证用药,是在确定主证的前提下,层层伸展,有顺有逆,随证变方,示人以规矩。

抓住主证是为了制定主方。因为证是方的基础,方是证的归宿,有一证必有一方,故论中的主证,都相应地落实主方,如表寒实证的麻黄

汤,表寒虚证的桂枝汤;里热实证的白虎汤、承气汤等,其理法方药的统一性,是极其严密的。例如,有一病者,李姓,男,50岁,腹泻经年,反复进丸药汤剂,终未能效。西医确诊为慢性肠炎。症见腹痛泄泻,日5~6行或7~8行,便下稀水或软便,有时夹杂少许食物残渣,偶有里急坠胀感,食量减少。前医投附桂理中汤、理中汤加吴茱萸、四神丸等温补则稀便稍硬,数次不减;用赤石脂禹余粮丸、真人养脏汤等收涩则腹胀更甚,数次略减。上述医治,温无益,涩不止,实难为力。笔者接诊,视其有里急,便意频,初用痛泻要方,略有转机,再剂无效。改用半夏泻心汤,胀痞缓解,便次依然,再服亦无效。又改用理中汤加青陈皮,服后竟无反应。前后互参,收涩不止,温中无益,培土抑木,调和寒热,一概无功。再详审病情,询及其泄泻之前,肠鸣特甚,如水走肠间,漉漉有声,泻之则快,旋即又鸣,脉沉弦紧,苔白而滑润。对照《伤寒

论》说:“伤寒……心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”《金匱》有“水走肠间,漉漉有声,谓之痰饮”。本病实为痰饮,有形之水下趋肠间,则腹痛肠鸣而泻,泄泻是标,痰饮为本,遵《金匱》“病痰饮者,当以温药和之”遂处以苓桂术甘汤加味:茯苓20g,白术15g,桂枝、炙甘草、广木香、枳壳各10g。服5剂后大有转机,肠鸣腹泻均减。继服30余剂后(并辅以参苓白术散冲服,每日早起空腹服药15g),大便日行一次,临床痊愈。由此可见,主证与主方必须一致,不然则恐难中病。

必须指出,在临床运用中,对《伤寒论》的主证主方,应将原文精神和实际病例相印证,方能取得良效。比如,以小青龙汤的运用而论,按照原文“伤寒表不解,心下有水气,干呕,发热而咳,或渴,或利,或噎,或小便不利,少腹满,或喘者,小青龙汤主之。”从理论上说,小青龙汤证应是外有表寒,内有水饮,故用小青龙汤发散表寒,温化里饮。可是,证之临床,如素有痰饮者,症见痰涎溢甚,虽无表证,用小青龙汤亦获良效。此亦属其常。若表证突出,其中酸敛之五味、芍药,且往往用量宜轻。因为小青龙

* 作者简介 陈瑞春,男,教授,主任医师。北京中医药大学伤寒论专业博士生导师。享受国务院特殊津贴,全国第二批名老中医药专家学术经验继承指导老师。中华中药学会理事、全国中医内科学会顾问、全国仲景学说研讨会委员、全国中医内科疑难病专业委员会副主任。长期从事《伤寒论》教学、临床、科研工作,主编、参编《伤寒论教学参考》、《喻嘉言医学之书校注》等著作8部,独著《陈瑞春伤寒论》和《伤寒实践论》。

• 作者单位 江西中医学院(330006)

汤中虽有麻桂的表散,然其与姜细味相配合,其功用也就内向温化寒痰。故不能视小青龙汤的主证必有表寒外束,须知“痰饮”为著的里证亦属主证。曾治一患者,无恶寒发热等表证,惟痰饮特甚,每晚盈碗,喘促气粗,不能平卧,服小青龙汤 1 剂显效,继服多剂,竟未更方而愈。可见,主证与主方的一致性,是伤寒用药的一条基本规律。

2 根据主方,变通加减,是伤寒用药的灵活性

柯韵伯说:“仲景立方精而不杂,其中以六方为主,诸方从而加减焉。”伤寒全论计有 113 方,其真正属于主方者,则是为数不多的,如太阳病的麻桂二方,是表寒虚实证的主方;阳明病的白虎、承气,是里热实证的主方;少阳病的柴胡、黄芩汤,为少阳病偏表和纯里的主方;太阴病的理中汤,少阴病的四逆汤,厥阴病的乌梅丸等,可算各经的主方。然而,从全论大法深入研究,主方是定法,变通是活法,活法的运用更充分体现了伤寒用药的灵活性。从伤寒本旨来看,如桂枝汤为主治表寒虚证的主方,而以其变通的兼阳虚的桂枝加附子汤,兼项背强几几的桂枝加葛根汤,兼喘的桂枝加厚朴杏汤,兼营气不足的桂枝新加汤,以及由桂枝汤化裁的桂枝甘草汤、芍药甘草汤、当归四逆汤、炙甘草汤等,它们的主治功用虽各不相同,但都可视为用桂枝汤的定法变通加减,其灵活性就不言而喻了。

实践证明,在临床上单纯地用主方,一成不变者固属有之,而因其病机变通主方,则是更多见的。笔者根据小柴胡汤后方的启示,结合“往来寒热,胸胁苦满,不欲饮食,心烦喜呕”,半表半里的病机,以小柴胡汤为基础,加减运用于临床,病在

上,口苦咽干,头额胀痛,可以本方加桑叶、菊花、钩藤;病在胸脘,胀痞不舒,喜叹息,以本方加瓜蒌壳、枳壳;病在两胁,痛胀不已,或如针刺,可加香附、川楝,或合失笑散;病在右胁,痛引肩背,甚或发黄,以本方加瓜蒌壳、郁金、茵陈等,这已超出了《伤寒论》小柴胡汤方后的加减用法。总之,本方的运用外感可治,内伤能医。在表者可加表散药,在里者可加攻里药;兼寒者配温燥,兼热者配清凉;夹瘀者伍活血化瘀,夹食滞伍消积导滞;气虚者加益气药,血亏者加补血药等,足见其灵活性寓于加减之中。例如,用小柴胡汤加味治低热(按:临床常见低热原于失表,凡病在表而妄用寒凉,高热虽罢,低热复起),每获良效。有一女性病者,年 40 岁,低热 3 个月余,精神疲惫,食纳呆滞,每于午后手足心发热,自觉烦热不安,低热在 37.5℃ 左右,便溏不爽,口苦舌腻,胸胁胀痞,脉象弦软,处以小柴胡汤加青蒿草,服 5 剂低热渐减,又 5 剂诸症悉平。按:误表内陷,病仍在三阳,之所以用小柴胡汤甚验,实因服汤“上焦得通,津液得下,胃气因和”的缘故。临床上此种低热,状若阴虚,如误人滋阴,则病深难解,惟用小柴胡汤之和解透散,治验甚多,不予繁举。

基于上述,可以看出,凡伤寒用药,并非头痛医头,惟方惟药,而是在主方的基础上,随病机的演变,贯串了“因证择方”的法则,其灵活性就在于变通加减,无疑是伤寒用药的重要规律。

3 掌握方规,精究主药,是伤寒用药的关键性

前贤吴鞠通说:“大匠悔人,必以规矩,学者亦必以规矩……神明变化,出乎规矩之外,而仍不离规矩之中,所谓从心所欲不逾矩。”仲景

制方,悉心探究,一是有明确的方规,一是注重主药的应用和配伍。

所谓“方规”,即是组方的规律。它的前提是以病机为基础,具有两个特定的规律:一是药物的性能,一是药物的主治功用。这两者必然是一致的,尔后在病机的统一下,构成主方的基本规律。比如,半夏泻心汤的组合,其方规是:一为辛开苦降,一为调和寒热。因它可治寒热并存的脾胃同病。验之临床,凡是消化系统的常见病,如胃和十二指肠溃疡、慢性肠炎、慢性肝炎等疾病,出现寒热并存、脾胃同病的病机,用之能取良效。李某,男,32 岁,腹泻腹痛已一年多,痛在左侧少腹,每日大便 1~2 次,初硬有黏液,继之为不成形的软便,如嗜冷遇寒便次增多,面色苍白,舌苔薄黄而润,舌质偏红而胖大,脉缓而弱。直肠镜检查,为慢性肠炎。用半夏泻心汤原方加广木香、枳壳,5 剂后黏液消失,继服 20 余剂,临床痊愈。

再如理中汤与真武汤的方规,前者是脾阳虚寒湿内胜,故以参、术、姜、草成方,取其甘温守中,温脾祛寒,主治脾阳虚寒,腹痛泄泻。后者是肾(包括脾)阳虚水湿内停,故以附、术、苓、芍、姜成方,取其辛温而散,温肾利水,主治肾阳虚,水气泛滥,咳喘,肿胀。从二方的组方配伍和病机主治来看,理法方药条理井然,其中二方所用的姜,虽只是干鲜之别,也不可轻易更换,假如理中用生姜,真武用干姜,就不符合主方的规律。他如桂枝汤取酸甘与辛甘合用,栀子豉汤的一清一宣,吴茱萸汤之温肝,白头翁汤之清肝等等,其组方规律,无一不是极其严密的。

所谓主药,一是指药物在方中起主导作用,一是针对病机起主治

作用。论中共计 98 味药,其中可称主药者,按六经病证的主方来分,如太阳病的麻黄、桂枝,阳明病的石膏、知母、大黄、芒硝,少阳病的柴胡、黄芩,太阴病的人参、白术,少阴病的附子、干姜,厥阴病的吴茱萸、当归(按:厥阴病的主药是从肝寒的病机而论)等,即是各经的主药,主药统领诸药,直达病所。论中的成方主药不拘多寡,有一味,有两味不等,如麻黄在麻黄汤、大青龙汤、麻杏甘石汤、麻黄连翘赤小豆汤中就是居主药的地位。这就是根据麻黄的发汗、平喘、利水三大功用而斡旋配伍。论中主药两味以上者如桂枝汤、小柴胡汤、小建中汤、黄连阿胶汤等,虽方中有两味以上的主药,取其协同而发挥主药的作用,但两者缺一不可,都应视为主药。如桂枝汤去桂则为芍药甘草汤,去芍则为桂枝甘草汤。由此可见,放眼于全部方药,深入研究主药及其与主方的配伍关系,使之触类旁通,是有益于临床的。

必须指出,论中用药的关键除方规和主药而外,尚须注意分量的权宜,亦是一大关键。论中之方,药物用量的比例是十分严格的,如桂枝附子汤与桂枝去芍药加附子汤,药味完全一致,但因桂枝、附子用量不同,而主治功用亦有所异。前者,为风寒湿邪留着肌肉,痛不可屈伸,故须加重桂枝通阳化气而祛风,重用附子两枚,温经逐寒而止痛,后者为表虚证兼胸满,脉微,恶寒,故用桂枝汤去芍药,治表虚而兼胸满,加熟附子一枚以温经复阳而治脉微,恶寒。由此可知,论中用量的大小,是随着病机变化而调整其比例。结合临床来看,药物用量确实是关键。梁某,男性,32 岁,因 1 个月前感冒高热,经用吗啡、板蓝根、青霉素等治疗,高热

虽罢,低热复起,每日体温 37.5 ~ 37.8℃,持续 1 个多月。检查:“抗 O”、血沉、肥达反应正常,疟原虫阴性,骨髓象亦正常。病因不明,遂转中医治疗。症见低热 37.5℃,无汗,肢倦乏力,食纳差,舌苔薄白,脉缓略浮弦,拟从和解少阳入手,于小柴胡汤原方加葛根,其中柴胡 10g,葛根 15g,服两剂后低热退,第三剂服后夜间出汗,每晚汗出甚多,必至更衣方可。二诊改为小柴胡汤加龙骨、牡蛎、浮小麦,柴胡减为 5g,去葛根,服 1 剂汗止大半,2 剂寝汗止,遂改补中益气汤竣功。这就是药过病所而汗出的例证。本案柴胡、葛根虽不算大量,但亦可导致耗气泄卫而汗出,故改易方药后取得速效,可见药物用量是临床实践中的重要关键之一。

再从实践中看,伤寒方必须与后世方有机地结合起来,如用麻黄汤峻汗攻邪,其着眼点在于风寒之邪侵犯太阳之表而表实。如果只是风寒袭肺,其证以咳嗽为主,不发热恶寒,那么,麻黄汤显然就不如三拗汤适宜。有一病者,咳嗽声嘶,语声重浊已 1 月余,用止咳糖浆、胖大海,以及青霉素注射,终未能效。就诊时,相对而坐,语不出声,咳声不爽,喉痒特甚,胸闷鼻塞,舌白而润,脉浮有力,用麻黄 6g,杏仁、前胡、桔梗各 10g,甘草 6g,服 2 剂咳减声扬,又 2 剂病除。由此可以看出,固守经方,排斥时方是不对的。只有把伤寒方与后世方结合运用,才能更好地提高临床疗效。例如,桂枝汤治表虚自汗,如果加益气固表的玉屏风散,较之单用桂枝汤为优。用于素体卫外不固,经常感冒的病者,确有良效。再如小建中汤治疗虚寒胃痛,取其建中补虚,加入黄芪、当归(即当归补血汤)增强益气

养血之功。若再用金铃子散冲服,使之补虚定痛各建其功。如此将伤寒方与后世方结合运用,实在是相得益彰。特别应当提出,伤寒方和温病方更应该密切结合。伤寒方为温病方奠定了理论基础,温病方发展和弥补了伤寒方之不足,二者融为一体,对提高临床疗效大有裨益。此外,伤寒用药对于煎服法也极为重视。比如,桂枝汤方后载:以水七升,微火煮取三升,去渣,适寒温,服一升。服已须臾,啜热稀粥一升余,以助药力,温覆令一时许,遍身絜絜微似有汗者益佳,不可令如水流漓,病必不除。若一服汗出病瘥,停后服,不必尽剂。若不汗,更服依前法,又不汗,后服小促其间,半日许令三服尽。若病重者,一日一夜服,周时观之。服一剂尽,病证犹在者,更作服。若不汗出,乃服至二三剂。禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。于此可见,仲景对于用药的煎药法、服药法、护理法、饮食调理法,都是非常考究的。如果能效仿其煎服法,再加上必要的剂型改革,付诸临床实践,必然会取得预期的效果。

综上所述,伤寒用药的基本规律,在实践中根据主证病机,确定主方;以主方为基础,灵活加减变通;掌握方规,深究主药;揣测用量,注重煎服法和护理。这实际是一个完整的辨证施治的全过程。同时,这种过程也包含了逻辑思维推理过程,充满了辩证法思想。诚然,仲景书中用药的规律是客观存在的,并早已为历代医家所揭示,有效地指导临床实践。笔者是在临床实践中加深理解,力求通过临床来验证仲景用药的重要规律,但限于个人的阅历浅薄,经验贫乏,很难使临床的点滴体会,上升到理论,达到升华的地步。