

中医教学

谈谈《伤寒论》下法

安徽中医学院研究生 张 玉 才

岳西县人民医院 王 怀 美

下法是中医八大治法之一，关于下法，《内经》仅提出“中满者，泻之于内”、“其实者，散而泻之”、“留者攻之”等理论原则。《伤寒论》不仅发挥了《内经》理论，而且把下法理论和临床实践融合一体，针对各种应下之证，立法设方备药，将理、法、方、药有机贯联，既具体又实用，故《伤寒论》下法一直被历代医家所重视和沿用，临证救治重危病人，常建殊功，也是中西医结合的重要研究课题之一。

最近，笔者再次通读了《伤寒论》，觉得其所论下法确有进一步学习和研究的价值，现谈谈肤浅的学习心得。

一、下法分类

《伤寒论》有 113 条提及下法，其中下法适应证 53 条，备 18 方。方药性质有寒下、温下之分；作用有峻下、缓下、和下、润下、导下之别；泻下目的有通腑、泻热结、逐水、攻瘀、破痰等不同。为便于临床掌握使用，现将各种下法归纳为七种类型。

(一) 攻逐瘀血法：适用于蓄血证。主症为少腹急结，硬满疼痛，如狂发狂等。病机为太阳表邪化热循经深入下焦，与血搏结。治法：轻者用桃核承气汤，如 109* 条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，当先解其外。外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。”甚者用抵当汤，如 128 条：“太阳病，六七日表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满；小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”病深而又须缓治者用抵当丸。

(二) 温下逐饮法：适用于寒痰凝结胸中之证。本法仅有一条，即 146 条云：“寒实结胸，无热证者，与三物白散。”以药测证，应见胸胁至心下硬满而痛，大便秘结，不发热，口不渴，舌苔白滑，脉沉迟等症。

(三) 泻热逐水法：适用于结胸证。主症为胸胁、心下、少腹硬满而痛，按之石硬，大便秘结，少有潮热，或项强，苔黄厚，脉沉紧或沉迟有力等。病机属水热互结心下，气机不畅。治宜逐水泻热，方用大陷胸汤、丸。如 139 条：“结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之。”135 条：“结胸者，项亦强，如柔痉状，下之则和，宜大陷胸丸。”

(四) 峻逐水饮法：适用于饮停胸胁，胸阳不宣，气机壅滞之证。如 157 条：“其人桡桡汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒”等症。治宜十枣汤攻逐水饮，体弱者应减量，药后得“快利”则用“糜粥自养。”借谷气以养正，使邪既去正亦复。

(五) 苦寒泻下法：此法在《伤寒论》阳明篇中论述最多，少阴篇中亦提及，即三承气汤的使用法。凡邪热深入阳明之腑或阴虚化燥转出阳明与肠中燥屎相结成实，致腑气不通，燥实伤津等症，皆可采用本法。然根据燥实里结性质、程度之不同，又分三种证型：

1. 峻下燥实：若为潮热，谵语，便秘或热结旁流，腹胀满硬痛或绕脐痛，拒按，甚则喘冒不得卧，目睛不和，视物不清，循衣摸床，惕而不安等阳明腑实燥结之重证，宜大承气汤攻下燥屎。如 225 条：“二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足桡桡汗出，大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤。”

在腑实而兼津伤，见有“目中不了了，睛不和”，或“发汗不解，腹满痛者”，更宜大承气汤，釜底抽薪，急下燥热而存阴。即使在少阴病阴血不足时，若见邪从热化，复传阳明，燥结成实，腑气壅塞或热结旁流之口渴咽干，腹胀不大便，或自利清水，色纯青，心下痛，口干燥者，也可大承气汤急下存阴。正如钱天来云：“其所以急下者，恐入阴之证，阳气渐

* 本文所引《伤寒论》条文序号，按湖北中医学院主编的《伤寒论选读》，1979 年版。

亡,胃气败损,必至厥躁呃逆,变证蜂起,则无及矣,故不得不急也。”

2.通腑和下:若为阳明里热,腑气失通,大便虽硬,尚未燥屎内结,而见潮热汗出,腹满硬痛,拒按,不大便,甚则神昏谵语或热结旁流等症。治宜小承气汤泻热通便,开痞除满。如219条:“阳明病,谵语,发潮热,脉滑而疾者,小承气汤主之。”及373条:“下利,谵语者,有燥屎也,宜小承气汤。”等所指之证治。

3.软坚缓下:若因胃肠燥实,热郁于胃,气滞不甚,仅见蒸蒸发热,口渴心烦,腹微满疼痛,拒按,不大便等症。只需调胃承气汤泻下燥实,调和胃气。如250条:“太阳病三日,发汗不解,蒸蒸发热者,属胃也,调胃承气汤主之。”251条:“伤寒吐后,腹胀满者,与调胃承气汤。”此方在热甚伤津又需通下时尤为适宜。故柯韵伯《伤寒附翼》指出本方:“不用气药而亦名承气者,调胃即所以承气也。……今气之不承,由胃家之热实,必用硝黄以濡胃家之糟粕,而气得以下;同甘草以生胃家之津液,而气得以上,推陈之中,便寓致新之义。一攻一补,调胃之法备矣。”

以上三承气汤,均为苦寒攻下之剂,皆治阳明腑实壅滞之证。但因药物配伍不同,作用即有峻缓之别。医家多以痞、满、燥、实的程度来作为鉴别使用三承气汤的标准:大承气汤重用枳、朴以破壅滞,复以芒硝、大黄攻热结,能使阳明腑实之痞、满、燥、实四症俱除。但在里热深伏,有化燥成实伤津之势时,则不必拘于四症悉俱,也可应急权宜用之。小承气汤为大承气减枳、朴量,不用芒硝,故适应于痞满为主而燥实不甚之证。临床遇有大、小承气汤疑似证时,除以潮热,腹满痛,手足汗出的有无和程度作鉴别外,应尽可能先用小承气汤和下之。调胃承气汤以芒硝倍于大黄,甘草取代枳、朴,故适用于燥实而痞满不甚者。

(六)缓通润下法:适用于因胃中燥热,脾之转输功能为燥热所约束,不能为胃行津液,使肠乏津液而致大便秘结,腹无所苦,或微满不痛,小便数,舌红苔黄,脉浮涩之脾约证。治宜麻子仁丸缓通润下。如249条:“趺阳脉浮而涩,浮则胃气强,涩则小便数,浮涩相搏,大便则硬,其脾为约,麻子仁丸主之。”文中“胃气强”,当指胃中燥热。因无潮热、谵语等症,故不必强攻,润下即可。此方后世用于年老、体弱、小儿、孕妇之津枯便秘,疗效很好。

(七)外导通便法:适用于燥屎已近肛门,自有便意,但因津亏而难以排出之症。可外用蜜煎导,或

土瓜根,大猪胆汁通导大便。此法今天仍有较高的实用价值。

除以上七类下法以外,论中尚有下法与其它法并用之例,如和解兼攻里实法:适用于少阳未解,兼见阳明热结或燥结之候。若少阳证又见呕不止,心下急,郁郁微烦者,则宜大柴胡汤;若为少阳证兼见阳明燥实之潮热症者,则需柴胡加芒硝汤治之。

二、下法禁忌证和误下后变证处理原则

关于下法禁忌证和误下后变证的处理,原文中论述有60多条。《伤寒论》反复强调有表证者不可下,表未解而用下法则为逆其所治。具体有下列三类证候是属下法禁忌:

(一)未成腑实,仅见心下硬满而不拒按;或属无形邪热郁于阳明经,但见面唇色赤,呕吐频繁者,都不可急攻,误下则损伤中阳。

(二)因阳虚推动无力,症见腹胀痛,不大便,脉沉无力,四肢不温者,不可苦寒攻下,只能温通寒积。胃中虚冷者更不宜强攻,否则必致胃阳伤败,浊气上逆,而呃逆不止。

(三)营血素虚或热邪伤阴而便秘者,不宜纯用承气汤强攻,以防营血更虚。如219条:“脉反微涩者,里虚也,为难治,不可更与承气汤也。”

总之,使用下法应判明有无可下之症及病人是否受攻?邪未成实,最不可无的放矢。虽有可下之症,但病人正已虚,一般攻下不宜急、不宜猛,以免重伤正气,犯“虚虚”之戒。

误下后的变证,如134条:“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。所以成结胸者,以下之太早故也。”又如:“诸外实者,不可下,下之则发微热,亡脉厥者,当齐握热。”表实证,若下之,表邪深陷,阳邪变阴,反而微热,脉伏如无,甚则肢厥。

至于变证的处理原则,应综合病症及治疗经过,具体对待。因误下而致五脏气、血、阴、阳有所偏虚时,若邪尚未净,则应攻补兼施;余邪已净,只当补救其偏;因误下而致阴、阳、气、血逆乱者,则应纠顺其乱,使之恢复平衡。

三、《伤寒论》下法对后世的影响

《伤寒论》下法随证而立,所备方药,疗效可靠,能经得起实践的检验,对后世影响很大。在温病学说形成的过程中,下法得到了广泛的重视和应用,并有

新的发展。吴又可《温疫论》强调治温疫以逐邪为第一要义，主张急症急攻，重视下法，认为“邪为本，热为标，结粪又其标也。能早去其邪，安患燥结也。”清代叶天士、薛生白都具体列出了温病用下的证候表现。王孟英指出：温病使用下法“移其邪由腑出，正是病之去路。”吴鞠通受“急下存阴”之启发，根据温病的不同情况，制定了攻下兼护胃、增液、开窍、泻火、宣肺、化痰的六个承气汤，（护胃承气汤、增液承气汤、牛黄承气汤、导赤承气汤、宣白承气汤及桃仁承气汤）为后世所习用。近年来，用小承气、调胃承气汤加减，配合清热解毒、平肝熄风药，治“乙脑”见里实证者，也获满意疗效⁽¹⁾。有人发现，治疗麻疹肺炎，重用大黄组比单用清热解毒组症状及体征消失快，疗效显著为优⁽²⁾。运用西药抗菌素及对症处理的基础上，加用复方大黄汤⁽³⁾，治疗麻疹肺炎，也多获治愈。以“新订桃仁承气汤”治疗暴发型痢疾，收效亦满意⁽⁴⁾。

在处理内科危重杂证方面，有人在西药治疗“尿毒症”的同时，施以涤浊回阳的大黄附子汤煎液灌肠，而挽回了部分患者的生命⁽⁵⁾。有人对肝昏迷患者采用栀子金花汤加五味消毒饮重用大黄，以通腑泻火，或效法牛黄承气汤泄热开闭，使患者得下后神志转清，从而降低了死亡率⁽⁶⁾。在妇科病方面，以往胎前产后禁用下法，现临床用泻下药治疗产褥便秘，不仅取效速，而且促进了子宫复旧⁽⁷⁾。

总之，随着临床对下法的广泛运用，“下法”的概念已超出了通大便、攻热结等逐邪下行的局限意义，现已成为加速机体排出有毒物质，调节阴阳平衡，促

进机体修复的一种积极、有效的手段。

但是，由于受历史条件限制，《伤寒论》强调慎用下法，而往往把某些疾病、某阶段所必然出现的症状，归咎为误下之过。如34条：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。”本条症状，个人推测似与急性“菌痢”颇相似，起病恶寒发热，不利，或见汗出；病程第二阶段，由于局部炎症反应，肠粘膜大量坏死脱落，大便初呈水样，继之可见下痢脓血不止，中毒症状重或休克早期，常出现“脉促，喘而汗出”等，非误下所致。再如211条：“阳明病，面合色赤，不可攻之，必发热；色黄者，小便不利也。”本条症状似与“急性黄疸型肝炎”很相似。当然发热、汗出、面赤是属阳明经邪热怫郁，是应禁下。但身黄、小便不利也并非皆因误下而致，可能是疾病发展的必然表现。以上这些局限性，使后世主补一派医家视下法为畏途，并抓住某些禁下、慎下、误下条文，攻击下法，对下法的发展起了一定的桎梏作用。但这与《伤寒论》的伟大历史功绩相比，只是美玉之瑕。我们决不可攻其一点，不及其余，或生搬硬套，死于句下，临床遇有可下之症，尽管大胆使用。

本文承王乐弼副教授审阅，特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 东莞县中医院：新中医（2）：20，1973。
- (2) 江苏省中西医结合学术活动文选，江苏人民出版社，1976。
- (3) 解放军266医院：新医学（10）：471，1976。
- (4) 裴正学：新中医（4）：46，1973。
- (5) 方云旗：安徽中医论文选第二集，待发表资料。
- (6) 解放军185医院：新医药学杂志（2）：15，1974。
- (7) 高鸿箴：中医杂志5：32，1966。

骨 质 增 生 验 方

安徽省庐江矾矿职工医院 丁少坡

颈和腰椎骨质增生目前尚无特效疗法。我用《科学实验》杂志1972年第8期刊登的中国人民解放军第一五四七部队卫生队介绍的“风湿威灵”方治疗本病，确有一定效果。得悉贵刊是全国性中医杂志，正在广泛征集各地行之有效的单验方，特为推荐，以供同道临床再验证。

处方及用法：白花蛇（学名银环蛇）四条，威灵仙72克，当归、土鳖虫、血竭、透骨草、防风各36克，共碾细末，过筛。每服3克，日服2次，开水送服。以上为1个月药量，服完即症状消失。

典型病例：宛××，女，52岁，本矿家属（从事家属小厂井下劳动）。

患者因腰痛，坐不能立起，行不能弯腰，于1977年11月28日在我院摄X线片示：第3腰椎右下、第4腰椎右上呈雀嘴样骨质增生，第1、4腰椎椎体轻度唇状增生。经对症治疗无效。于1978年3月开始服用本药。连服1个月后，疼痛消失，恢复井下劳动，随访至1981年2月，腰痛未再发作。几次嘱她摄片复查，她因无痛苦不来复查，所以未能对照观察增生的骨组织变化情况。