

中医教学

《伤寒论》脉学初探

江西中医学院 陈瑞春

《伤寒论》*关于脉诊的原文共有146条,约占全文的三分之一强。原本《伤寒论》中尚有“辨脉法”(34条)和“平脉法”(42条)两篇脉法的专论。再检阅《伤寒论》每篇的命题来看,又均以“辨××病脉证并治”为篇名,说明其诊疾论病乃是以脉、证、治三者相结合的。综观全论的脉诊原文,约可概括为辨别证候、阐发病机、指导治疗、判断预后等四个方面的临床意义,兹分述于后:

一、辨别证候

论中以脉诊来辨别证候的,有辨六经主证,有辨病名,有辨病性,有辨病位等。虽然其所辨不同,但都是以脉诊来规定其特定意义则是一致的。

(一)辨主证:《伤寒论》说:“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒。”(1)“伤寒三日,阳明脉大。”(191)“伤寒脉浮而缓,手足自温者,系在太阴……。”(278)“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”(281)“伤寒脉微而厥,至七八日肤冷,其人躁无暂安时者,此为藏厥……。”(338)

凡上述六经主证的脉法,是辨别主证的关键所在。比如,太阳病具有头项强痛而恶寒的表证,则必须有“脉浮”的表脉。相反,如具上述表证而没有脉浮的表脉,那就不能成为太阳表证。再如,少阴病的“脉微细”,一般地说,微为气虚,细乃血少,微细之脉并见,反映少阴病是气血虚弱,全身性功能低下的病证,故病者精神不支而欲寐。可见,有是证必有是脉,都是一定的病机所决定的。六经脉法皆然,余者以此类推。

(二)辨病名:《伤寒论》说:“太阳病,发热,汗出,恶风,脉缓者,名为中风。”(2)“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒。”(3)“……风温为病,脉阴阳俱浮,自汗出……。”(6)所述“缓”,“紧”,“浮”三种脉象怎样在辨别病名上起着作用?例如太阳中风表虚证,具有发热汗出恶风的主证,若其脉不缓而数,那疾病的性

质就变成了风热表实证。又如伤寒脉浮,因为风寒束表,卫阳郁遏,正气抗邪有力,脉象应当是浮紧有力。假如具有伤寒表实之证,其脉不紧而缓或弱,无疑就是表兼里虚证,这显然又不能诊断为伤寒表实证。所以,脉象对病名是有定性的作用的。至于风温脉阴阳俱浮,而在临床上应当是脉浮数,即吴鞠通所说的“不缓不紧而动数”的意思。再结合原文116条“形作伤寒,其脉不弦紧而弱,弱者必渴……弱者发热脉浮,解之当汗出愈”的精神,前后印证,风温脉阴阳俱浮的浮数脉就一目了然了。

(三)辨病性:《伤寒论》说:“脉浮者,病在表……”(51)“伤寒四五日,脉沉而喘满,沉为在里……。”(223)“伤寒脉迟……脉迟为寒……。”(333)“病人脉数,数为热……。”(126)“尺中脉微,此里虚……。”(49)“阳明病,谵语,发潮热,脉滑而疾者,小承气汤主之……。”(219)所述浮脉主表,沉脉主里,迟脉主寒,数脉主热;微细属虚,滑疾属实,这是论中以脉诊辨病性的基本规律。若再从全论的脉法和临床实际来推论,虽然以浮沉分表里,迟数辨寒热,但又当视其脉象相兼而定,例如浮紧为表寒,浮数属表热;沉数属里热,沉紧属里寒等,这样把两种脉象结合起来,才更切合临床实际。

(四)辨病位:《伤寒论·辨脉法》说:“寸口脉,浮为在表,沉为在里,数为在府,迟为在藏……。”

此即以浮沉迟数来测定病变的部位。程知说:“躯壳之外,荣卫为表,躯壳之内,藏府为里,故以浮沉别之。”《难经·九难》说:“何以别知藏府之病?然数者府也,迟者藏也,数则为热,迟则为寒,诸阳为热,诸阴为寒,故以别知藏府之病也。”以上所论,就一般而言,以脉之浮沉迟数,配表里藏府,是言其常而不是言其变。不过,浮沉定表里似无可非议,而迟数定藏府则多有异议,如程知说:“伤寒中之传变,亦有数而入藏,迟而入府。”程氏之见似乎是常中之

* 本文所引原文号码是据成都中医学院主编《伤寒论讲义》,上海科技出版社出版,1964年。

变,表面看来是相矛盾,而实质上是一致的。因为不管藏府表里,都可以出现浮沉迟数的脉象,这应当是属于变法的范畴,那就不能从文字表面上拘执。所以,读仲景书,要知常达变,方可了然于胸中,运用于临床。

二、阐述病机

论中以脉法来提示病机的精神,贯穿于全部脉法之中,启示医者通过脉象来揣测病机,而不是孤立地就脉论脉。

《伤寒论》说:“太阳中风,阳浮而阴弱,阳浮者热自发,阴弱者汗自出……。”(12)“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。”(249)这两条前者以脉表明太阳表虚之理,后者以脉解释脾约之机。前者以阳浮阴弱之脉说明卫强营弱而自发热、自汗出的病机;后者以浮涩之脉说明胃热津伤、脾不能转输而约束的大便难证。又如症象阳旦的“寸口脉浮而大,浮为风,大为虚,风则生微热,虚则两胫挛……”(30)等,都是只提脉象以概病机。

三、指导治疗

论中以脉法来指导治疗的,诸如可汗不可汗,可下不可下,可清不可清以及可温、可补、可吐、可灸不可灸等多方面的涵义。

(一)可汗不可汗,《伤寒论》说:“太阳病,脉浮紧,无汗,发热,身疼痛,八九日不解,表证仍在,此当发其汗……麻黄汤主之。”(46)“脉浮而数者,可发汗,宜麻黄汤。”(52)“太阳病,外证未解,脉浮弱者,当以汗解,宜桂枝汤。”(42)“桂枝本为解肌,若其人脉浮紧,发热汗不出者,不可与之也。”(17)“脉浮紧者,法当身疼痛,宜以汗解之。假令尺中迟者,不可发汗,何以知然,以荣气不足,血少故也。”(50)“太阳病,发热恶寒,热多寒少,脉微弱者,此无阳也,不可发汗……。”(27)“伤寒,脉弦细,头痛发热者,属少阳。少阳不可发汗……。”(266)“少阴病,脉细沉数,病为在里,不可发汗。”(285)“少阴病,脉微,不可发汗,亡阳故也……。”(286)论中表实证可发汗者有浮紧、浮数之脉,亦有表虚可发汗的浮弱脉,前者风寒束表,正气抗邪有力,故脉浮紧(或浮数)有力,以麻黄汤峻汗攻邪;后者风寒在表,卫外不固,营阴外泄,故脉应浮缓而弱,以桂枝汤调和营卫。此二者表证与表脉具备,治疗当可发汗。至于不可发汗的,有表实不可用桂枝汤,表虚不可用麻黄汤

之禁,以及阳气虚脉微弱,阴血虚尺中迟,乃至少阳、少阴之禁汗例,均可从脉象中获得诊断的依据。

(二)可下不可下:《伤寒论》说:“病人烦热,汗出则解,又如疟状,日晡所发热者,属阳明也。脉实者,宜下之……。”(242)“结胸症,其脉浮大者,不可下……。”(136)“太阴为病,脉弱,其人续自便利,设当行大黄、芍药者,宜减之……。”(280)“少阴病……尺脉弱涩者,复不可下之。”(286)可下之证,因其热聚胃府,脉必数实有力,故以攻下逐实法治。若虽热实,如结胸脉浮大,胃肠并无可攻之实,故不可下。少阴尺脉弱涩,为病在里,属气血亏损之症,无疑是在禁下之列。

(三)可清不可清:《伤寒论》说:“伤寒,脉滑而厥者,里有热,白虎汤主之。”(350)“服桂枝汤,大汗出后,大烦渴不解,脉洪大者,白虎加人参汤主之。”(26)“伤寒,脉浮,发热无汗,其表不解,不可与白虎汤……。”(175)可清之证,脉皆洪大滑疾,这是热邪亢进,正气盛,邪亦猖獗。凡阳明热盛于外,脉洪大必与大热大汗大烦渴之症并存,但亦有热伏于里,所谓“里有热”的热厥证,此时脉可见沉伏或沉而滑疾。其治皆用白虎汤达热出表。若发热无汗表不解,脉虽浮亦不可以白虎之强悍,此为论中先表后里的定法。

(四)可温与可补:《伤寒论》说:“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤。”(323)“少阴病,始得之,反发热,脉沉者,麻黄细辛附子汤主之。”(301)“病发热头痛,脉反沉,若不差,身体疼痛,当救其里,宜四逆汤。”(94)“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之。”(182)“伤寒,阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤……。”(102)伤寒以寒立论,论中有表寒有里寒,有经寒有藏寒。表证病在阳经而脉沉,应发表温经以散寒,里证病在藏而脉沉,应温藏(多指脾胃)的虚寒,但不论其属表属里,脉沉者是为阳虚可温之证。脉结代是脉搏间歇,属阴阳气血不足,故心悸不安,用炙甘草汤阴阳并补,气血两调。阳脉涩,阴脉弦,为土虚木旺,故以小建中扶土抑木,建中补虚。

在《伤寒论》中还有可灸不可灸之证,亦可从脉法中探索。如“少阴病,吐利……脉不至者,灸少阴七壮。”(292)“伤寒脉促,手足厥逆,可灸之。”(349)“微数之脉,慎不可灸……。”(119)凡此可灸者为阴寒之证,多属阳虚,脉不至是气血无力鼓动脉脉,常见微细模糊之脉;脉促应为虚细数,亦是阳虚之虞,故灸少阴经穴,温经以复脉。不可灸而脉微数,为阴血不足,亦或内热郁伏而脉数,均应禁止温灸。由此推论,微数之脉,亦不可辛温助阳,免于火灼筋伤而成火逆之

症。

此外,尚有不可吐之证,如“病如桂枝证,头不痛,项不强,寸脉微浮,胸中痞硬,气上冲咽喉不得息者,此为胸有寒也,当吐之,宜瓜蒂散。”(171)“少阴病,饮食入口则吐……脉弦迟者,此胸中实……当吐之。”(324)“病人手足厥冷,脉乍紧者,邪结在胸中……当须吐之,宜瓜蒂散。”(354)这里的可吐之症,其脉寸微浮,只是指病在胸膈的部位而言,而脉弦迟,及脉乍紧,均为胸膈间有痰水、宿食之故,因为有形之痰食,阻滞壅塞气机,使之脉流不畅。

四、判断预后

论中推断预后的脉法,包括辨传变,辨病愈,辨生死等,验之临床,颇有实用价值。

(一)辨传变:《伤寒论》说:“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传;颇欲吐,若躁烦,脉数急者,为传也。”(4)外感热病,脉数急为病进欲内传;脉静是平和之意,为病不化燥入里之征,故不传。从脉候来推论疾病传变与否,是临床的重要标志之一。

(二)辨病欲愈:《伤寒论》说:“伤寒三日,少阳脉小者,欲已也。”(271)“太阴中风,四肢烦疼,脉阳微阴涩而长者,为欲愈。”(274)“少阴病,脉紧,至七八日,自下利,脉暴微,手足反温,脉紧反去者,为欲解也……。”(287)“少阴中风,脉阳微阴浮者,为欲

愈。”(290)伤寒三阳病不传而欲愈,脉象多由浮紧急数而转脉小,是病不传里欲已之象;三阴病欲愈,由阴转阳,脉紧去而暴微或脉长,是正气来复,脉象因之和缓充盈。

(三)辨生与死:《伤寒论》说:“发汗多,若重发汗者,亡其阳……脉短者死,脉自和者不死。”(216)“伤寒,若吐若下后,不解,不大便五六日,上至十余日,日晡所发潮热,不恶寒,独语如见鬼状。若剧者,发则不识人,循衣摸床,惕而不安,微喘直视,脉弦者生,涩者死……。”(217)“少阴病,下利、脉微者,与白通汤;利不止,厥逆无脉,干呕烦者,白通加猪胆汁汤主之。服汤,脉暴出者死,微续者生。”(315)

论中以脉决生死者,一为治不如法以至津伤脉短者多难治或死,脉自和为津液未伤可生;一为阳热之极,脉弦为正可胜邪者生,涩为热灼津竭者多难治或死;一为阴寒之极,脉暴出是正气骤脱,脉微续是正气尚存。总之,脉证相符可生,脉证不符多是病进。原则是脉证相符,有是证即有是脉,预后多良好,脉证不符,且证与脉相反,预后多不良。

前已述及,仲景脉诊的涵义是多方面的,其内容极为广泛而深刻,要领悟它的精神实质,应重在“脉证合参”,切不可胶柱鼓瑟。尤其是初学者更应在临床上悉心体会,不能离开证来谈脉,那就失去脉诊的精意。

手法或针拨法治疗桡骨颈骨折移位型7例

中医研究院广安门医院骨科 王金柱 张 涛

过去认为桡骨颈骨折成角超过 45° 以上者需手术治疗。几年来,我们运用手法或针拨法,对桡骨颈骨折移位型成角在 60° 以上者7例,进行闭合整复均告成功。简介于下,以供参考。

一、病例分析:本组男4例,女3例。年龄除5岁和31岁各1例外,其余5例均为10~14岁。就诊时间在伤后1天者6例,9天者1例。X线所见,属骨折滑脱(歪戴帽) 60° 1例, 90° 4例,嵌插移位 70° 和 90° 各1例。

二、治疗方法:

1. 手法闭合整复:患者仰卧位,在臂丛麻醉下,肘关节伸直,一助手握上臂,另一助手握前臂,对抗牵引,并前后旋转前臂。术者面对牵引前臂者,用一

大拇指在患者后外侧扪到成角之桡骨小头边缘,向尺侧并向上方按压,其余四指扶于肘关节尺侧,向桡侧用力拉,使肘关节被动加大内翻角,增宽桡腕关节间隙,另一手加压同时屈曲肘关节即可复位。复位后骨折端一般较稳定,可用三角巾悬吊或前臂夹板固定即可。

2. 针拨法:如手法复位不成功,说明桡骨颈骨折移位型嵌插过紧,可在同样体位,臂丛麻醉后,于无菌操作下,用一克氏针自前臂中上 $1/3$ 桡侧斜向上刺入,透视下拨动桡骨小头使其复位。

三、治疗效果:本组骨折滑脱5例用手法闭合整复,嵌插移位2例行针拨法复位,小夹板固定2~3周后,功能均恢复正常。治疗后10个月~5年进行随访,7例患肘关节外观无畸形,功能均正常。