

学 术 探 讨

中日《伤寒论》学术讨论会*

报告内容摘要

任应秋教授：研究《伤寒论》的流派

《伤寒论》是中医学讲究辨证论治而又自成体系的经典著作。两千年来一直受到历代医学家的珍视和研究。

由晋唐迄于两宋，研究《伤寒论》具有代表性的有八大家。晋代王叔和从脉、证、方、治几个方面着手研究，一般认为卷一、二《辨脉法》等前3篇和卷七《辨不可发汗病脉证并治》以下共8篇，都为叔和所增。唐代孙思邈据汤方以分证，如太阳病分做桂枝汤证、麻黄汤证、青龙汤证，特别注重对桂枝、麻黄、青龙三法的运用。宋代韩祇和只师仲景之心法，而不泥于论中条文和方药，能守古法而立新方。朱肱治伤寒学，守经脉以辨证，认为三阳三阴病就是足六经脉的病，经络有阴阳之分，主症便有表里之别。庞安时认为伤寒的病因是具有“杀厉之气”的寒毒所致，其处方多以大量石膏为主。许叔微发挥《伤寒论》的八纲辨证，认为六经分证与八纲辨证是密不可分的。郭雍能兼朱肱、庞安时、常器之三家之长，于伤寒诸症病变机理的探索尤多独到之处。成无己以《内经》、《难经》为依据，首次注解了《伤寒论》，同时又重视症状的分析。

明代以后伤寒学渐成三大流派：一、以方有执、喻嘉言、张璐、黄元御、吴仪洛、周扬俊、程郊倩、章虚谷等为代表，认为经王叔和编次之后，《伤寒论》颠倒错乱殊甚，大倡移整考订之风，形成“重订错简”学派。他们对于风寒中伤，营卫虚实诸种病变，以及仲景的立法定方等，各有所阐发。二、以张卿子、张志聪、张锡驹、陈修园等为代表，认为旧本《伤寒论》不能随便改动，才能保持其较完整的思

想体系，成为“维护旧论”学派。三、是“辨证论治”学派，认为不必分辨孰为原论，孰为增辑？只要有利辨证论治的运用，便值得研究。这一学派又可分做三个支派：以柯韵伯、徐大椿为代表，主张以方类证；以钱潢、尤在泾为代表，主张以法类证；以陈修园、包兴言为代表，主张分经审证。

当代我国治伤寒学大体言之，南方盛行陈修园的《伤寒论浅注》、《伤寒医诀串解》，北方盛行《医宗金鉴》的《订正伤寒论注》。由于各个地区各有所尚，具有代表性的伤寒学家有郑钦安、曹颖甫、恽铁樵、陆渊雷、黄竹斋等。这几位伤寒学家，大别之有两大流派，郑钦安、曹颖甫、黄竹斋受国内重订错简、维护旧论两派较著，恽铁樵、陆渊雷则受日本伤寒学家的影响为多。目前我国兼采国内外伤寒学家之长的趋势，正在发展。

松田邦夫先生：日本研究《伤寒论》的概况

日本近代研究《伤寒论》的权威是我的老师大塚敬节，现介绍他研究的摘要内容。自日本古方派抬头以后，大约在260年以前开始盛行《伤寒论》的研究。这期间出版的研究《伤寒论》著作非常之多，1942年龙野先生在《日本医史学杂志》上列举了其研究书目，有531种。出现这高潮的原因：一是当时日本学术界伊藤仁斋等提倡复古，因此医学领域也受到影响。二是在中国医学著作中与日本人嗜好相一致的医

* 中日《伤寒论》学术讨论会消息报道，请参阅本刊1981年12期。本文根据当时录音整理而成。日方发言部分，未经本人审核，仅供参考。中方发言部分，承蒙本人审核，特致感谢！为了全文统一，《伤寒论》条文号码，均按明·赵开美本。

书,除《伤寒论》之外,再也没有别的书了。三是《伤寒论》的药方比较简便,都为常用的药物,这是主要的原因。

日本研究《伤寒论》的历史,概括起来有四个时期。江户时代初期(1604~1715年),这是古医方复活时期。在提倡复古之前,名古屋玄医排斥了刘张李朱医学,提倡张仲景医学,以《内经》、《伤寒论》作为师祖,大大地振兴了古医方。于是有后藤艮山提出“一气留滞学说”,有香川修德的“儒医一本论”,有吉益东洞的“万病一毒论”等。其中吉益东洞最痛斥后世医学,提出治法只有攻法,没有补法,到了极端的认识。江户时代中期(1716~1788年),“一毒论”的反对者认为吉益东洞学说过于极端,在治疗中容易出现不良情况,因此纷纷批评其学说,如后藤慕庵、望月鹿门等人。这时的古方派,中神琴溪遵古复义,又创造了新的局面,著有《生生堂医谈》、《生生堂伤寒约言》等。其后宇津本昆台以其博学大力推广了古医方。此外还有中西惟忠的《伤寒论辨正》、山田正珍的《伤寒论集成》,都有一定影响。在这一时期,日本产生了折衷派,又名考正派,即把后世派和古方派两者取长补短的一派。望月鹿门是第一个提倡者,其继承人有山田图南、福井枫亭等。自多纪元孝取得医官后,其子元德,其孙元简、元坚、元胤等人,成为当时折衷派的英才。尤其元简的《伤寒论辑义》、《金匱要略辑义》收集了不少中国医著,可惜没有自己的见解。江户时代后期(1789~1866年),出现了汉兰折衷派,这时古方派和后世派更讲实用,西洋医学(日本称荷兰医学)开始影响我国,因此走向汉兰折衷。创始人是山胁东洋,其子山胁东门、门人永富独啸庵都兼用汉方和兰方。近代时期(1867~1981年),这时古方派主要有浅田宗伯、和田启十郎、汤本求真、森田幸门、大塚敬节等人。

在日本多数学者对《伤寒论》给予很大高度的赞扬和尊重。不管主流派或非主流派,都主张要结合临床研究《伤寒论》,主张把病人与《伤寒论》结合起来。如果为研究而研究,这是

无价值的。

藤平健先生:关于并病的重要性

疾病的进展过程,由太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴,最后不治而死。在临床实际中,并不一定依此过程而传变,有时太阳可直接传入少阴,此外还有并病、合病。

对并病的解释,在中日都有多种,看来还没有明确的定论。我老师说,并病限于三阳证中,二阳同时出现病态时,就称为并病。其实并病存在于三阳中,也存在于阳证与阴证之间,即使在一经病中也还有并病。例如,少阳病有正中的少阳、有靠表的少阳、有靠里的少阳。正中少阳,治用小柴胡汤。靠表的少阳,治于小柴胡汤中加发汗药,如柴胡桂枝汤。靠里的少阳,治于小柴胡汤中加治里药,泻心汤也属于治里的少阳病方。由于《伤寒论》的写法比较简要,把常见的太阳阳明并病提出,其他就省略了。

治疗合病,用单方就够了。但治疗并病,需要复方治疗。如不用复方治疗,则要掌握两个原则:一是先表后里,一是先急后缓。例如《伤寒论》48条:“二阳并病,太阳初得病时,发其汗,汗先出不彻,因转属阳明……若太阳病证不罢者,不可下,下之为逆,如此可小发汗”,这是先表后里的治法。又如《伤寒论》100条:“伤寒,阳脉涩,阴脉弦,法当腹中急痛,先与小建中汤;不差者,小柴胡汤主之”。对此条文有很多解释,我认为都较勉强。如从并病去看,这是小建中汤证与小柴胡汤证的并病,所以出现阳脉涩、阴脉弦的情况。根据先表后里,应先予小柴胡,后予小建中。可是本条有“腹中急痛”,其腹痛比较剧烈、急迫,所以这时就用先急后缓的原则治疗,先予小建中汤治太阴,后予小柴胡汤治少阳。

因此我们经常把并病放在脑中去分析《伤寒论》,可以解决过去难解的条文,对临床治疗也有重要的意义。

刘渡舟教授:使用经方的关键在于抓住主证

《伤寒论》是一部实用价值很高的古典医

籍,理法方药比较严密,所以运用得当就效如桴鼓。仲景除总结了六经辨证的规律外,于每一方证中又分有主证、兼证、变证、夹杂证四种证候,使辨证有了层次,提高了辨证效率,我们不得忽视。

仲景示人临床辨证,先一定要抓好主证。主证是指决定全局而占主导地位的证候。如太阳病中风的桂枝汤主证,以发热、汗出、恶风为主;伤寒的麻黄汤主证,以恶寒、无汗、身痛、气喘为主。六经方证的主证,是辨证的关键,反映了疾病的基本规律,是最可靠的临床依据。如治一例产后腹泻,初作厥阴下利,投白头翁汤并不见效。后验其小便不利、大便下利、肢肿而少寐,与猪苓汤主证合拍,投猪苓汤五剂,诸证悉调。

兼证,在主证的前提下才出现,它附于主证而存在,又补充了主证的不足。例如桂枝汤的主证为发热、汗出、恶风,兼见的气喘或项背强几几等,便是其兼证。主证反映病之常,兼证则反映病之变。我们抓主证,也要注意兼证,做到知常达变,方足以尽辨证之能事。

变证,指太阳病或少阳病由于医生误治,使原有的主证已罢而变生为它证。主证和兼证都随六经方证而出现,它们在病机上比较一致。至于变证则不受六经为病范围所约束,以灵活多变的姿态出现。张仲景假借误治条件,以达到在伤寒中论杂病的目的。如论中 63 条至 70 条的内容,明显是围绕五脏的虚实寒热以论述杂病的证治。

夹杂证:一、由于人的体质不同,感邪虽一,发病则殊。二、在伤寒发病中,有伤寒夹虚的小建中汤证,有夹宿食的大承气汤证,有夹寒饮的小青龙汤证,有夹瘀血的抵挡汤证等。夹杂证比较复杂,在治疗上有特殊的规定,不同于一般的治法。

因此,抓住主证就能扩大经方使用,把辨证推向新的飞跃。

小仓重成先生:关于三阴三阳

如果以疾病比作地球仪,把病人初期放在北极的位置,病人死亡则放在南极的位置。这

样从北极到赤道,为阳证;从赤道到南极,为阴证。每一半球分为三个区,于是从北极到南极,成为太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六个证。汉方医学不管何病,都从证去认识。阳证是病人亢进性的反应,阴证是病人消耗性反应。学习《伤寒论》感到困难的,就是药方的位置。这样把《伤寒论》所有药方分为两个类型排列,阳证的药方是从虚证到实证,阴证的药方是从实证到虚证。例如少阳病的排列法中,把小陷胸汤排在小柴胡汤证,把泻心汤排在大柴胡汤证。这样以阴阳虚实,用《伤寒论》药方来表示的话,就容易掌握。遇到复杂证候,也可用汤证来表示,并可指导针灸补泻。

例如,一例剧烈的头痛患者,用止痛剂和安眠药无效,主治医师认为不能治疗,介绍到我处就诊。经察为柴胡加龙骨牡蛎汤证,属于实证,就在背部膀胱经第一行和第二行穴位治疗,针治二次后头痛即愈。通过临床实验,证明此法是有效的。

对于络病、经病、脏腑病的治法,以《内经》与《伤寒论》所载对照可见:《伤寒论》对这三种病都用汤药治疗,而《内经》对络病采用络穴的放血和经穴的补泻,对经病则用经穴的补泻,对脏腑病主要取背部俞穴的补泻。慢性病多属脏腑病,所以针药并用,疗效较好。但是对疼痛性疾病,单用针灸则疗效相当不错;然而属于乌头汤治疗的疼痛性疾病就不用针灸,吃汤药十余分钟后,疼痛就开始减轻。可见针灸与汤药各有其适应证,可以根据具体病证,或分别使用,或合并使用。

金寿山教授:《伤寒论》辨证论治纲领

全部《伤寒论》,概括来说,其辨证论治的精神,就是辨阴阳、表里、寒热、虚实。

首先是辨阴阳。第 7 条:“病有发热恶寒者发于阳也,无热恶寒者发于阴也”,实是《伤寒论》辨阴阳的大纲。它的精神是着眼于正气,所以立法论治的要旨,一是扶阳气,二是存津液。但是《伤寒论》并不对于邪气置之不顾,许多处方中扶正与祛邪很难截然分开,但要有重点。邪气盛,正气未衰时,以祛邪为主,邪去正

乃安。正气虚,虽邪未尽,一般以扶正为主,正足邪自去。总的目的要使阴阳和,达到病愈。《伤寒论》的辨阴阳,以阴阳消长、阴阳胜复和阴阳互根理论为指导,同时注意标本真假的辨别。外邪及其产生的破坏力也有阴阳之分,阴邪伤阳、亡阳,阳邪伤阴、亡阴。脉证即是邪气的破坏力与正气的抗病力的综合反映,《伤寒论》把它分为三种阳证与三种阴证。阳证重在祛邪,阴证重在扶正。疾病的转归取决于邪正势力的消长,阴证固能转阳,而阳证亦能转阴。所以阴阳消长即是邪正消长,在施用救阴救阳之法时,必须懂得阴阳互根的道理。

其次是辨表里。一般先表后里是其常法,但亦非绝对。表里兼见之证可表里双解,如桂枝加大黄汤证、桂枝人参汤证。也有先里后表,如91条救里宜四逆汤,救表宜桂枝汤。

第三是辨寒热。例如四肢厥逆首先要辨寒热,350条白虎汤治热厥,354条四逆汤治寒厥。

最后是辨虚实。如70条“发汗后恶寒者,虚故也;不恶寒但热者,实也,当和胃气,与调胃承气汤”,就是辨虚实的一个例子。

《伤寒论》还很注意鉴别诊断。136条:“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”,这就是大柴胡证与大陷胸证的鉴别诊断。

《伤寒论》反复辨明病起何因;前见何证,后变何证;恶寒恶热,寒热轻重;有汗无汗,汗多汗少,汗起何处,汗止何处;口淡口苦,渴与不渴,思饮不思饮,饮多饮少,喜热喜凉;思食不思食,能食不能食,食多食少;胸胁腹有无胀痛;二便通涩,小便为清为浊,色黄色淡;曾服何药,药后变化如何……脉证合参,或舍证从脉,或舍脉从证,经过思考分析,才能深入了解到病证的本质,即阴阳、表里、寒热、虚实,作出正确的判断。

何任教授:《伤寒论》的“博涉知病、多诊识脉、屡用达药”

博涉知病。《伤寒论》昭示我们要辨识病

证,辨识病因病机和病位,辨识病情的传变。辨识病证的大要,在于知六经病,知合病、并病,知伤寒、中风、湿病和风温病,这都是通过辨证以定病的。许叔微所摘出的“七十二证”,即是张仲景辨识病证之有名有实者。辨识病因病机,《伤寒论》中有“病常自汗出者”之因于“卫气不和”,甘草附子汤证之因于“风湿相搏”,麻黄连翘赤小豆汤证之因于“瘀热在里”,结胸之因于“下之太早”等,这些审证求因的条文值得珍视。对病位的辨识,仲景以六经、脏腑、气血、营卫,一以贯之。更有胸中、心中、心下、胸胁下、胃中、腹中、小腹、少腹等受病部位提出,包括上中下三焦。辨识病的传变,仲景存用《素问·热论》“一日太阳,二日阳明……”之意,但不拘泥其说,阳明传三阴是少数,而三阴反借阳明为出路则有之。可见伤寒传经是活法,不是定例。伤寒传与不传,仲景主要以正气之强弱、病邪之重轻以及是否药误有关。

多诊识脉。《伤寒论》从篇目到条文,对“脉”的重视仅次于病,且其位置在证与治之上。在条文中脉证并列的,占全书三分之一。《内经》言脉以三部九候,《伤寒论》则仅言三部,不提九候。所谓三部,即人迎、寸口、趺阳,较《内经》直截了当。仲景脉法主旨,在于平脉、辨脉。仲景论脉,重在浮、沉、迟、数,而浮、大、动、数、滑、沉、涩、弱、弦、微,则以类相从。在平脉辨证论治方面,如仲景于三阴病之阴证用姜、附,以其脉之沉细;于三阴病之阳证仍用膏、黄,以其脉之浮滑。此中病同脉异治异与病异脉同治同之分,辨证是关键,识脉更是关键中的关键。

屡用达药。“达药”是通晓药的性味功效。《伤寒论》方配伍谨严而灵活,一味药不止在这一类方使用它,在另一类方通过配伍也可入选,甚至补药可用于泻剂,寒药可用于温剂;加减应用,特别六经病大方的加药、减药尤见微妙。例如人参,第一在于补:补脾如理中丸,补胃如大半夏汤、甘草泻心汤,补肺胃如竹叶石膏汤,补肝如乌梅丸、吴茱萸汤等。其次在于和,

小柴胡汤中柴芩专解邪，用参乃以和解调停。此外，一般痞满忌参，但以参佐旋复姜夏，则参可用于散痞；腹胀忌参，但以参佐厚朴姜夏，则参可用于除胀；参能实表止汗，有表证者忌之，若汗出后烦渴不解，于甘寒剂中则赏用它；参能羁邪留饮，咳嗽证忌之，若肺虚而津已伤，于散邪蠲饮剂中也赏用它。这种用药如此指挥如意，只有在仲景书中才能看到学到。

山田光胤先生：腹诊的产生与继承

中国古籍中有很多腹诊的记载，所以腹诊是起源于中国。但听说后来在中国早就不搞腹诊了，日本汉方学说把中国古籍所载的腹诊复原起来，这可以说是日本的发明。大塚敬节先生认为，早期的腹诊为针灸服务，称为《内经》系统的腹诊；现在的腹诊为汤液服务，可称为《伤寒论》系统的腹诊。首先提倡《伤寒论》系统腹诊者，是后藤艮山。其后大力发展的，是吉益东洞。江户时代(1603~1867年)，出现了许多有关腹诊的著作，其中被广泛运用的有二：一是《腹诊奇览》(1801年出版)，一是《腹诊奇览翼》(1809年出版)。此后经过漫长岁月，近代大塚敬节、矢数道明集腹诊之大成，写成《汉方诊疗医典》。

汉方医的腹诊与现代医学的腹诊不一样。后者嘱病人仰卧屈膝位检查，以协助探明内脏病变；而汉方医嘱病人仰卧伸膝位检查，主要通过腹壁的情况以探明虚实寒热，从而决定治疗方针和推测预后。一般来说，对急性病以脉证为重点，腹诊作为参考；对慢性病则以腹诊为主，脉诊作为参考。腹诊时，在腹部从上到

下依次触诊。如胖人腹壁厚，而且有抵抗力者，为实证。如体瘦腹壁薄，紧张力不大者，为虚证。根据腹部的温度，又可判断寒证或热证。

介绍几种腹诊：一、《伤寒论》96条“胸胁苦满”：腹诊时用拇指按压心下，手指有抵抗的感觉，病人在胸胁部感到难受，这是使用小柴胡汤的指标。二、《伤寒论》103条“心下急”：它包括胸胁苦满，比小柴胡汤证的“胸胁苦满”，程度重，范围大，故用大柴胡汤。三、《伤寒论》147条“胸胁满微结”：胸胁部满，脐上、心下有轻度膨满感，用柴胡桂枝干姜汤。四、《伤寒论》146条“心下支结”：胸胁苦满和心下的腹直肌紧张同时存在，这是用柴胡桂枝汤的指标。五、《伤寒论》106条“少腹急结”：在脐旁天枢穴部位，用三个指头按压，手上有紧张的感觉，且疼痛较甚，向上牵引，这是桃核承气汤的腹诊。六、《金匱要略》中风篇的“少腹不仁”和虚劳篇的“少腹拘急”：二者都是八味丸的腹诊。少腹不仁，指下腹部按之软弱无力。少腹拘急，指下腹部腹直肌紧张，有牵拉的感觉。七、《伤寒论》157条“心下痞硬”：心下部胀满，按之有抵抗感，这是使用半夏泻心、生姜泻心、甘草泻心汤的指标。八、正中芯：这不是中国古籍记载，是大塚敬节在《汉方诊疗医典》上首次发表的。在腹壁皮下，沿着正中线，可摸到有铅笔芯一样的索状抵抗感觉，称为“正中芯”。出现此腹诊，多属虚证。在脐上出现，可作为用人参汤的指标；在脐下出现，可作为用八味丸的指标。

(陈克正整理)

欢迎订阅《上海针灸杂志》

本刊由上海市针灸经络研究所和上海市中医学会针灸科学会联合主办，于1982年第一季度创刊，向国内外公开发刊。其主要内容为介绍针灸疗法临床经验，报道有关科研成果。贯彻“双百”方针，开展学术争鸣，举办专题讲座。理论联系实际，提高兼顾普

及。适于各级临床、科研及教学人员阅读。本刊由新华书店上海发行所发行，全国各地新华书店经售。读者可向当地新华书店订购。每季出版一期，每期定价0.30元。编辑部地址：上海市宛平南路650号。邮政编码：200030