

学术探讨

中日《伤寒论》学术讨论会

问答内容摘要*

中方问: 传闻日本有多种古本《伤寒论》, 其根据如何? 评价如何?

松田邦夫先生答: 1936 年大塚敬节先生发掘了《康平伤寒论》, 分上下二册, 又名《和气氏古本伤寒论》。“康平”这名称是我国平安时代的年号, 相当于公元 1058~1064 年。丹波雅忠(被称为日本的扁鹊)在康平三年, 把流传到日本的一种古本取名为《康平伤寒论》。另外, 和气在 1319 年也考证了它, 后来也有人称为《和气氏古本伤寒论》。这本书保持了宋代高保衡、孙奇、林亿等校勘之前的面目。全书分三个形式, 有的文章是每行 15 个字, 有的是每行 14 个字, 有的是每行 13 个字。每行 15 个字的, 是《伤寒论》的旧文。每行 11 个字和 13 个字的, 是后来加入的注解, 与旧文的文体有区别。总而言之, 康平本与宋本、成本、玉函本一样, 对于研究《伤寒论》是不可缺少的, 我们应该重视它。

日方问: 对于《伤寒论》中六经病, 又分别按八纲辨证, 中国一般是怎样认识的?

河渡舟教授答: 八纲辨证是后世医家在《伤寒论》六经辨证的基础上发展起来的。《伤寒论》的六经辨证, 本身就有八纲辨证的内容在内。因此, 八纲与六经辨证的关系是紧密相联、密切结合, 是不可分割的关系。就辨证而言, 六经辨证是体, 八纲辨证是用。为什么说六经辨证是体呢? 这个“体”, 我认为六经是有物质的, 它是人体脏腑、经络、营卫、气血的高度概括。所以无论何种辨证方法, 都不能离开人体的脏腑、经络、营卫、气血的生理病理变化。因此六经是体, 六经是辨证的根本。然而六经证候的表现又的确离不开八纲分证的规范。一个是病之体, 一个是病之用, 体用必须

结合起来才能指导辨证论治。八纲辨证, 以阴阳两纲为主。六经辨证, 分为太阳、阳明、少阳的阳, 太阴、少阴、厥阴的阴, 也是以阴阳为主。所以六经与八纲的辨证关系, 又是同源而异流, 这点我们必须承认。根据《伤寒论》来看, 三阳病代表六腑的病, 代表热证、实证, 所以它是阳证。三阴病代表寒证、虚证, 所以叫它阴证。由此可见, 六经辨证与八纲辨证是相得益彰的。

中方问: 《伤寒论》、《金匱要略》所载的古方中许多药品要经过炮制, 如桂枝要去皮、甘草要炙用、麻黄要去节、附子(在附子汤中)要炮去皮、杏仁要汤浸去皮尖, 煎煮法也有先入、后下的不同。听说日本用药不管遵古炮制, 疗效究竟怎样? 是否在这方面有观察呢?

山田光胤先生答: 日本把炮制叫修制。我们用炮制的药很少, 要求尽量地限制炮制。但是我们也有用炮制的, 譬如刚才说的桂枝去皮, 我们也是桂枝去皮的。刚才说的甘草要炙, 日本有时也用炙甘草, 有时则用生甘草, 区别对待。例如炙甘草汤或甘草泻心汤, 在方中甘草药量较大时, 一般就用炙甘草。因为有时用甘草后容易出现浮肿, 我们为了避免出现浮肿就用炙甘草。但如甘草汤或桔梗汤, 为利咽喉, 这时就不用炙甘草, 而用生甘草。附子的炮制方法比较简单, 大塚敬节先生的门人介绍, 把附子放在石灰里使之混和, 然后再炒一

* 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, 经本人审核, 特致感谢! 为了全文统一, 《伤寒论》条文号码, 均按明·赵开美本。

次,这样可更减少附子的毒性。麻黄不论过去如何,现在则不去其节。在日本为什么尽量避免炮制方法呢?日本是个岛国,药材资源缺乏,把中药的成分扔掉就会造成浪费,因此日本尽量保护这些珍贵的药材资源,尽量用少量的药物进行炮制,这已成了习惯。

再补充一点,煎服法、先入、后下的问题,日本对此有自己的想法。例如猪苓汤,除阿胶以外应先煎,去滓后再加阿胶烱消。药剂师煎药时,都按这个规则去做。从日本目前来看,大多由病人自己煎药,病人就不太知道这些详细的情况。不管是药剂师煎药或病人煎药,看来疗效的差别不是很大。

日方问:听说中国方面对十二经脉和奇经八脉讲究气。在实际临床给药时,中国一般怎样把十二经脉的气的流通常考虑进去,而进行方剂处方呢?

程士德副教授答:汉代大医学家张仲景认为,人体正常生命活动,是“五脏元真通畅,人即安和”。预防疾病的关键,是“不令邪风干忤经络”。治疗疾病的重要方法之一,就是使人体经络、营卫之气运行通畅。因此,张仲景的六经处方是考虑了十二经脉之气的运行流通的。如何体会《伤寒论》处方中十二经脉之气的运行流通呢?个人体会,中药和方剂的构成,既有药物的功能归经,又有处方中的引经报使。所谓药物的功能归经,是指药物对机体某部分有选择性的作用,也就是主要对某一个经(包括脏腑及其经络在内),或者对某几个经发生明显的作用,而对其他经的作用就比较小,或则没有。例如桔梗、杏仁能治喘咳,都归肺经;全蝎能定抽搐,所以它归肝经;朱砂能安神,所以归心经等。所谓“引经报使”,一般称为引经药,在方剂中配以某种引经药物,于是全方的作用就投入该经。例如桔梗能引药入肺经,羌活能引药入太阳经,柴胡能引药入少阳经等。由于人体的十二经脉分属于五脏六腑,每一个脏腑各有一条经脉,脏腑的功能活动与经脉气血流通是密切相关的。因而在病变上,经脉与脏腑也相互影响,所以归经用药同样也

达到该经所属脏腑而发生作用。例如归肺经的药,既能在肺经发生作用,同样也能对肺脏发生作用。可见药物的归经和引经药,不仅适用于《伤寒论》六经辨证,也同样适用于脏腑辨证等其他辨证法。在临床上不管是外感病或内伤杂病所应用的处方中,中药的本身就分别具有流通十二经脉的功能。

日方又问:刚才听了程老师解释后,明白了中药的归经问题和中药对经络脏腑的关系。另外希望谈谈就十二经脉的募穴,中药归经对这些募穴起什么作用?不知想过这个问题吗?

程士德副教授答:关于中药对募穴的作用,由于中药对整个经脉体系,或者对经脉所属脏腑发生作用,它应当包括所有的穴位在内。

中方问:金元的大医学家张元素、朱丹溪都提倡古方不能治今病,日本的汉方医对金元医学家也很膺服,对此说法有何看法?

山田光胤先生答:从日本汉方医学的历史来看,金元医学传到日本大约在距今450年时,当时很相信金元学说。可是距今350年以前,日本就开始有古方派提倡古方。此后,对《伤寒论》这些古老的方剂,通过自己的实际临床以后,发现虽然是古籍所载,但现在仍有作用,能够治愈疾病。从此以后,日本对金元医学家所说的古方不能治今病这个观点,就开始否定了。现在日本汉方医,主要依靠《伤寒论》、《金匱要略》、《千金方》、《外台秘要》、《和剂局方》、《万病回春》。用这些古代方剂治疗现代的疾病,如白塞氏病、高山病等,有一定效果。所以目前日本汉方医不重视金元医学家的古方不能治今病的说法。

日方问:《伤寒论》有方剂的加减记载,但在日本尽可能原方不动地使用,而中国在使用上似有相当药量的加减,其加减似乎可自由掌握。那样做如可以的话,做到什么程度是允许的呢?

王绵之教授答:日本朋友提出的问题,在研究《伤寒论》方剂临床应用方面,很有意义。《伤寒论》方剂之所以可贵,首先在于它的辨证非常精确、立法非常严谨、选药非常精炼、组

方非常周密,同时对煎法、服法都非常具体细致。这些不简单地是一个方剂的问题,而是示人以法,所以后人都称《伤寒论》为方书之祖。然而这些方剂用于临床并非固定不能变,而应是活泼泼地如珠走盘。从《伤寒论》的原书来看,或者原方就有加减,或者通过服法来加减,或者通过剂型的改变来加减,这里还不包括方剂中的药味加减。所以后人在学习《伤寒论》时强调“师其法而不泥其方”,其意即在深入领会原方的精髓时,因证、因时、因人、因地以适当加减。但是有一个前提,用其方必须与其证相符。例如四逆汤,药有甘草、干姜、附子,原来的分量规定:干姜一两半,附子一枚。但又说,强人可干姜三两,附子大者一枚。再如治疗蓄血证的抵当汤、抵当丸,重证用汤,轻证用丸。丸剂与汤剂的药味是相同的,但按每一服的实际量来看,丸剂中水蛭、蛇虫是汤剂的二分之一,桃仁基本相同(相差不足半个),大黄则丸剂是汤剂的四分之三。再如大承气汤、小承气汤,都治疗阳明腑实证的,原书说一剂药分二次服,如果服一次(即一剂的二分之一)大便畅行者就不再服。桂枝汤也是一剂分三次服,如果一服汗出病瘥就不再服了。如服桂枝汤后病仍不解,则还要再服。从临床实践中看,例如麻杏石甘汤原治有汗而喘的,麻黄用量是石膏的一半。假如遇到这类汤证而无汗时,麻黄用量可以稍增加一些。或者石膏用量减少一些,还可用其他相类似的药加入。又如用小柴胡汤治疗少阳病,临床上遇到寒热往来,可以根据寒重或热重以变化。如寒重则柴胡、生姜等药可适当加重,或减少黄芩用量;如热重,黄芩用量可适当加大;如病人身体壮实,就可不用或少用人参。另外还由于我国地域之间的气候差异较大,有些药如麻黄、细辛、附子等的用量各地原来就有不同。又由于人的体质有强弱,用大黄、芒硝这类药就要根据人的体质不同而分别使用大量或小量。这些都是现在用《伤寒论》方剂在药量上进行加减的原因和必须掌握的原则。

日方又问:刚才听到关于处方的加减问题。

现在从另一角度提问。一个处方有一个处方的性格,如果处方按其情况可随时加减,有时就易变样,这样是否会产生乱的情况?

王绵之教授答:处方的灵活有一前提,即用古人成方必须与证相符。在与证相符的基础上,根据一些次要因素来辨证地用药,不是没有原则的灵活无边。这涉及许多方面,例如药物配合以后作用的变化,首先要注意。还有刚才说的证、人、时、地等因素。那么如何掌握得更好一些呢?昨天日本朋友有一句话我认为讲得很好,“研究《伤寒论》必须把书本与病人结合起来”,也即是理论与实践要结合起来。这样逐步地掌握使用,就会灵活而不乱。当然要加减应用《伤寒论》方剂,对其原方的精髓必须深入理解。这一点抓得越准,在变化应用中就越好。

中方问:刚才听说日本朋友有关并病的报告,小仓重成先生用地球仪作为模拟,说明三阴三阳的传变发展。《伤寒论》厥阴篇中明确说厥阴病的条文只有四条,其他都是谈厥、热、呕、啰四个证,它与厥阴病的关系如何?不知日本汉方医家有何看法?

小仓重成先生答:按照我的排列法,从实证到虚证排列,厥阴病有茯苓四逆汤证、通脉四逆汤证、通脉四逆加猪胆汁汤证三个证。条文中又有厥、热、呕、啰四个证,有时又无此四证。另外慢性病有时伴有一些便秘,我把便秘也包括在内,于上述茯苓四逆汤、通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汁汤中加些大黄。如用针灸治疗的话,取八髎、会阴、长强等穴位,留针30分钟,同时用温补法,这样治疗效果较好。所以从这一点认为,这些证是属于厥阴病的。

日方问:现在中医学及其临床是怎样利用《伤寒论》的?

董建华教授答:仲景《伤寒论》,在中国被认为是方书之祖。因为在汉代以前虽然有《内经》、《难经》等书,但是还没有《伤寒论》那样理、法、方、药具备的经典著作,所以本书是第一部临床巨著。其主要精华有三:第一是六经分证,从张

仲景以六经作为辨证施治的纲领后,直到现在仍被广泛应用。六经分证,就是将外感热病发展过程中所出现的症状,依据人体抵抗能力的强弱、生理与病理机制的情况,以及病史进退缓急等多方面分析综合,找出它的一定规律,归纳成为六种证候,即太阳证、阳明证、少阳证、太阴证、少阴证、厥阴证。这些证候的归纳,对我们临床上的辨证和用药都有了明确的准则。证候的产生与脏腑经络都有一定的内在联系,有关这内容许多先生发言已提到,我不再重复。第二是八纲分析,八纲就是阴阳表里寒热虚实。张仲景在《伤寒论》中认为,中医治病首先要辨明阴阳,所以列为八纲之首。三阳与三阴之分,正是说明了首别阴阳的重要意义。大凡实证、热证、抵抗力强的,属于三阳;虚证、寒证、抵抗力弱的,属于三阴。上午金老的发言已提到这些,所以关于表里寒热虚实等,我也从简。所以八纲分析从古到今,一直作为中医临床辨证的基础。第三是八法的运用。《伤寒论》中法与方的制定和运用,都与上述六经分证和八纲分析相紧密联系的。八法,就是指汗吐下和温清补消,它贯穿在整个《伤寒论》一书之中。仲景在临床中,通过望闻问切所得综合分析,其立法非常谨严,处方药少力专,为后世各家所推崇。我国现在中医临床上,以《伤寒论》辨证论治学说作为治疗疾病的依据,并不断有所发展。如有人治眼病也用六经辨证,妇科治疗也用这种辨证方法。我国在研究《伤寒论》过程中的不同见解,不但不影响《伤寒论》的发展,而且更加丰富了中医的学术内容。

中方问:日本多纪元简用中国清代汉学家的治学方法,著成《伤寒论辑义》。他这书的成就很大,也博得了中国医家的赞赏,但不知还有他的临床记录,象医案这类东西否?

藤平健先生答:在我所知道的范围内,印象中没有他的临床记录。

日方问:中国处方中的药量比较大,药量较小的也比日本大3~5倍,大的则比日本大10~15倍。考虑到药物资源的限制,希望以尽可能少的药量而获好的效果。就两国方剂药量之差别,请问一下,如何考虑这个问题?

颜正华教授答:两国用药量不一致,主要原因与地区有关。中国用药量一般南方比北方小,特别是温热药和发汗药。这是由于北方气候寒冷,不易出汗;南方气候较热,容易出汗。以麻黄为例:南方很少用麻黄发汗,常用荆芥、防风、苏叶之类,即用麻黄,用量仅约5克。而北方麻黄用量就较大,如近代北方名医张锡纯在《衷中参西录》中记载:用麻黄“恒用七八钱(21~24克)始能汗者”。可见南方与北方就有很大差别。又如细辛,南方有“细辛不过五(分)”,北方有“细辛不过钱”之说,用量相差一倍。即就一般药物来说,常用药为5~10克左右。也还要根据病情、体质、年龄,以及药物性质的轻重等因素适当增减,可见药物常用量的差距也较大。至于中药中有少数有毒药或烈性药用量更应严格掌握。对这些药大多先从小量开始,根据病情逐步增加。如《本经》:“若用毒药疗病,先起如黍粟,病去即止,不去倍之,不去十之,取去为度”。张仲景用乌头桂枝汤治腹中冷痛,肢体发凉,麻木疼痛,以蜜煎乌头,取五合,再加桂枝汤五合,共一升。“初服二合,不知即服三合,又不知复加至五合”,可见古人对有毒药的应用是很慎重的。日本东京的气候与我国上海相近,用药量较小而有效,这是根据地理、气候、人的体质等因素长期积累起来的经验,我认为是合适的,也符合节约药材的要求。

由于中药在防治疾病方面发挥的作用越来越大,中药材的供应有不能满足需要的趋势。解决这一问题,一方面扩大药源,如人工栽培和饲养等;另一方面就要考虑节约,药量过大当然要注意避免浪费。关于节约药材的设想和措施有三:一、用药精炼,避免浪费,这是一个医生应该做到的。二、剂型改革,提倡多用中成药,如桑菊感冒片、银翘解毒丸、藿香正气水等。但这些成药作用比汤剂缓慢,不适宜于重病、急病,也不能加减运用。三、有人呼吁提倡宋代“煮散”的方法,如《局方》五积散每服三钱(10克),水煎去渣热服,可以散寒温中去积。散剂量小而有效,又可加减运用,尚待研究推广。总之节约药材,是值得重视的问

题。

中方问：我们知道日本汉方医有古方派和后世派的区别，不知古方派中还有否不同的分支流派？他们存在哪些不同的学术观点？

松田邦夫先生：从历史来说，古方派有一派如吉益东洞那样，只崇拜《伤寒论》、《金匱要略》；另一派如山胁东洋那样，重视实用，搞解剖，又接近荷兰医学。可是现在看来古方派和后世派的区别不存在了，小小岛国的日本，由于相互交流和學習，我们现在能用古方派和后世派二种处方。但是虽然这么说，还是有区别的。虽然两派都搞，有的重点放在古方派，有的重点放在后世派，也有的着重于西洋医学，有的则对中医学很感兴趣。这次来参加《伤寒论》讨论会的，重点放在研究《伤寒论》这方面的人员。

日方问：腹诊在中国是怎样掌握的？在临床上运用吗？

杨维益副教授答：由于时间关系，主要讲两个方面。第一方面，中国一直把腹诊当作诊断的手段之一。如《素问·调经论》、《难经》八难、十六难都有关于腹诊的记载。隋代巢元方的《诸病源候论》、金元时代张子和的《儒门事亲》、明代张景岳的《景岳全书》等书中也都有腹诊的内容。到了清代，有关这方面的记载更多，象俞根初在《通俗伤寒论》里就有专论腹诊的“按胸腹”一节。此外象魏玉横、王孟英等名医也有关于按虚里以诊断虚实的提法。中华人民共和国建国以后，在中医高等学校教材《中医诊断学》中，有专门一节提到按诊内容，有按肌表、按手足、按胸腹、按腧穴等，包括了日本“腹诊”的一些内容。我们现在正是用这样的教材教育和培养年轻的中医，因此腹诊一直是中医用来作为诊断的手段，在临床运用时并未忽略。第二方面，中日两国在腹诊方面的认识不同，是由于学术方面有其认识上的分歧。刚才山田光胤先生介绍了自从古方派出现以后，腹诊在日本很发达。据我们了解，在我国明代万历年间，即1573~1614年间，竹田定加

已经提出腹诊。在我国康熙年间，即1704~1710年间，竹田定快写了《诊腹精要》。以后古方派后藤艮山、吉益东洞等人大力提倡腹诊，致使腹诊成为古方派的主要诊断手段。东洞氏更提出腹诊在一切诊断方法中最为重要的见解。中国方面对腹诊有着不尽相同的看法。(1)中国过去在切诊方面的范围比较广，在《素问·三部九候论》里就提到：上部要按头，中部要按手，下部要按足；以后有诊人迎、寸口、趺阳等，何任教授曾经提到在《伤寒论》中主要是诊寸口、人迎、趺阳，已经缩小了切诊的范围；以后我们一直把切诊重点放在诊寸口上。这是因为中国认为，诊寸口可以判断人体内部气血的盛衰、脏腑的虚实。与日本方面认为腹诊可以判断寒热虚实的观点是不一样的。(2)中国主张望闻问切四诊并用。在《难经·六十一难》中说：“望而知之谓之神，闻而知之谓之圣，问而知之谓之工，切而知之谓之巧”，必须四诊合参才能作出判断。《伤寒论》的六经病提纲，也是脉与症状并重，不是单纯的依靠切诊。以山田光胤先生刚才提到的《伤寒论》96条小柴胡汤证为例：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕……”，这里主要的是一些自觉症状，当然也包括“胸胁苦满”这一按诊内容，说明张仲景对各方面的诊断都很重视。中国医学在辨证论治方面的特点是，既重视医生客观的检查，也注意病人主观的叙述。中医是重视整体的，我们不但注意局部的切诊（包括腹诊）与望诊、闻诊，也注意病人的一些自觉症状。重视病人的全部情况（其中包括的自觉症状），是中国医学的特点，这在欧美、在日本一些医家里也有这样的看法。例如去年我与大塚恭男先生交换意见时，他也同意这种说法。因此中医对腹诊不象日本那样重视，是由于在学术观点上与日本不尽相同的缘故。我相信通过今后中日医家相互之间的交流，能使我们对腹诊有更加确切的认识，使腹诊对世界医学作出贡献。

(陈克正 整理)