

学术探讨

评伤寒与温病学派之争

方 药 中

中医学对于急性传染病认识很早。从历史看,金元以前历代医家基本上都是以《伤寒论》为基础来对各种急性传染病进行辨证论治。金元以后,特别是在清代温热学派兴起以后,不少温热学派学者,反对以伤寒法治疗温病,这就掀起了伤寒与温病之间的学派之争,至今尚未结束。因此,如何正确理解中医学对于急性传染病的一般认识,并在此基础上分析伤寒与温病学派之争,使伤寒与温病学派能在中医理论基础上取长补短统一起来,我认为这是在当前发掘继承整理提高中医药学中的一个重大问题。为此,作者不揣谫陋,特撰本文,试就上述问题提出个人的意见。

寒温之争源流概说

急性传染病,在临床上一般均有发热,因此现代所谓的各种急性传染病,一般说来也都可以包括在中医学所称的热病之中。对于急性热病,《素问》中的《热论》、《刺热篇》、《评热病论》等篇,《灵枢》中的《寒热病》、《热病》等篇均有讨论。《素问》运气七篇更系统地论述了急性热病的病因、病机及其诊断治疗的原则。在《素问·热论》中还明确提出:“人之伤于寒也,则为病热”,“今夫热病者,皆伤寒之类也”,同时还提出了热病的六经传变及治疗原则。汉·张仲景继承内难,据此撰写了《伤寒卒病论》,创立了六经辨证论治体系,自此以后至宋以前,中医对此基本上是以六经辨证为主,并无争论。到了金代,刘完素根据《内经》热病之说,倡“热病只能作热治,不能作寒医”之论,其弟子大阐其说,于是温病便逐渐

从《伤寒论》中分离出来。元·王履(安道)继河间之学,进一步提出伤寒、温病要严格区分,他说:“方书多言四时伤寒,故以春夏之热病与秋冬之伤寒一类视之而无所别。夫秋冬之伤寒,真伤寒也;春夏之伤寒,寒疫也,与温病热病自是两途,岂可同治。”(《医经溯洄集·伤寒温病热病说》)明·吴又可著《瘟疫论》也强调伤寒与瘟疫必须严格区分。到了清代,叶天士提出了新感温病的传入途径及传入后的变化,指出“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”,在诊断治疗上划分了卫气营血四个阶段,同时还补充了温病诊断治疗中察舌、验齿、辨疹、辨白痞等新的内容。并明确指出:“辨卫气营血虽与伤寒同,若论治法则与伤寒大异。”(《温热论》)吴塘继承叶氏,对叶氏医案加以整理并结合自己心得体会著《温病条辨》。他以三焦为纲分论温病,并把温病分为温热与湿温两大类,从而确立了温病学说的理论体系,形成了温热学派。温热学派形成以后,受到了伤寒学派的坚决反对,因而就形成了伤寒与温热学派之争。

寒温之争的争论焦点

根据伤寒学说与温病学说的有关论述,伤寒与温热学派之争的争论焦点主要是在伤寒可不可以包括温病和《伤寒论》方可不可以治疗温病等两个方面。

伤寒学派承认温病是一个独立的疾病,但是认为它完全可以包含在伤寒范围之中,也完全可以用张仲景《伤寒论》六经辨证论治体系来对温病进行治疗。《伤寒论》中的白虎汤、承气

汤、黄连阿胶汤、竹叶石膏汤、麻杏甘石汤、葛根芩连汤等，都是治疗温病的方剂。在温热学派未形成以前，这种论点即已为多数医家所主张。例如杨上善谓：“夫伤寒者，人于冬时，温室温衣，热饮热食，腠理开发，快意受寒，腠理固闭……五脏六腑受热为病，名曰热病。斯之热病，本因受寒伤多，亦为寒气所伤。得此热病，以本为名，故称此热病，伤寒类也。”

（《黄帝内经太素》）庞安时谓：“其即时成病者……名曰伤寒。其不即时成病，则寒毒藏于肌肤之间，至春夏阳气发生，则寒毒与阳气相搏于荣卫之间……名曰温病也。……其病本因冬时中寒，随时有变，病之形态耳，故大医通谓之伤寒焉。”（《伤寒总病论·叙论》）诸此等等。温热学派形成以后，伤寒学派则更是以前人有关论述为依据，直斥叶吴三焦卫气营血等为标新立异，对温热学派加以攻击。伤寒学派学者中，持此论点反对温热学派最力者，首推清·陆九芝。他说：“凡病之为风为寒为温为热为湿者，古皆谓之伤寒。乃人知风与寒为《伤寒论》中病，而于温与热谓不可用《伤寒论》中方，其意若同方既出于《伤寒论》，自是治寒方，必非治温法，岂有治温而用治寒方者，于是一遇温热病，无不力辟伤寒方，更无人知温热之病本隶于《伤寒论》中，而温热之方，并不在《伤寒论》外者。”（《世补斋医书·卷二》）“风寒湿温热皆在论中，论中之方可治风寒，亦治温热。”（同上）近人陆渊雷也持此论直斥温热学派之非。从上述可以看出，在伤寒与温病学派之争中，伤寒学派坚持伤寒可以包括温病，《伤寒论》方可以治疗温病，其理论根据就是《内经》中所提出的“人之伤于寒也则为病热”，“今夫热病者，皆伤寒之类也”，以及《难经》中所提出的“伤寒有五”。

温热学派认识则与伤寒学派完全相反，温热学派认为伤寒与温病完全不同。在病因方面，伤寒为寒邪，温病为热邪。在传入途径方面，伤寒由肌表入，为横传，所以伤寒为六经。温病由口鼻入，为竖传，所以温病分三焦。在治疗上伤寒用辛温，温病用辛凉，两者完全

不同，绝对不能混称。并且认为《伤寒论》全部内容是为伤寒而立，不能治温病。温热学派的这种认识，在温热学派未形成以前，金·刘完素在《素问病机气宜保命集·伤寒论第六》中已直接提出了寒温有别，不能用《伤寒论》方治今之热病。此外，刘氏还提出了：“病有暴热者，病在心肺。有积热者病在肝肾。”（《素问病机气宜保命集·热论第十四》）“上焦热无他证者，桔梗汤……有实热能食而热者，胃实也。……有病久憔悴发热盗汗，谓五脏齐损……宜养血益阴。”（同上）这是后世温热学派三焦辨证的起源。明以后的医家，认为寒温有别，《伤寒论》方不能治温热者更多。如李士材谓：“仲景方法为冬月即病之正伤寒设也，后世混将冬月伤寒之方，通治春温夏热之病，遗祸至今，未有能改。”（《伤寒括要·伤寒总论》）吴又可谓：“仲景虽有《伤寒论》……盖为外感风寒而设，故其传法与温疫自是迥别。”（《瘟疫论·序》）温热学派形成以后，温热学家更是据此大声疾呼。其明朗者均据河间之论直认寒温有别，伤寒法不能治温病。如叶天士谓：“论治法则与伤寒大异”，“前贤刘河间创议迥出诸家，谓温热时邪当分三焦，投药以苦辛寒为主，若拘六经分证，仍是伤寒治法，致误多矣。”（《温热论》）吴塘谓：“若真能识得温病，断不致以辛温治伤寒之法治温病。”其含蓄者，一方面虽然也承认伤寒有五，温病可以包含在伤寒之中。但另方面也认为《伤寒论》详寒略温，在治温方面，法有未备。实际上也是不同意完全以《伤寒论》方来治温病。如王孟英谓：“五气感人，古人皆谓之伤寒，故仲圣著论亦以伤寒统之，而条分中风、伤寒、温病、湿、喝五者之证治，与《内经》渊源一辙，法虽未尽，名已备焉。”（《温热经纬·自序》）从以上所述可以看出，伤寒学派认为伤寒可以包含温病在内，《伤寒论》方完全可以用以治疗温病。而温热学派认识则与伤寒学派完全相反。

伤寒与温病学派之争剖析

“伤寒”、“温病”、“六经”、“三焦”、“营

卫”、“气血”等等,均源于《内经》。张仲景明确提出其《伤寒卒病论》之作是撰用《素问九卷》“八十一难”。吴瑭在所著《温病条辨》中也首列《原病篇》,篇中列《内经》原文十九条以为立论依据。这就是说伤寒学派和温病学派的理论基础都是根据《内经》。既然两者的理论基础都是《内经》,何以寒温之争又是如此尖锐,冰炭不相容呢?我认为有必要从三方面加以认真剖析。

一、从《内经》与伤寒、温病学派对于急性传染病的一般认识来剖析

1. 关于病因学认识方面

对于急性传染病的外因,《内经》认为主要是由自然气候变化严重失常,人体感受此自然气候偏胜之气以及由此自然偏胜之气而产生的“毒气”。如《素问·热论》谓:“今夫热病者,皆伤寒之类也”;《生气通天论》谓:“因于露风,乃生寒热”;《疟论》谓:“夫疟皆生于风”。《素问》中讨论运气学说的七篇大论,则更是把一切急性病与自然气候变化密切联系起来,直认风、热、火、湿、燥、寒等气候变化因素,就是一切急性病的外因,即使是“疫疠”,其毒气的产生也认为主要是由气候变化失调或时令严重反常所致。这就是《刺法论》中所谓的“升降不前,气交有变,则成暴郁(疫)”。对于急性传染病的内因,《内经》则认为主要与人体正气强弱密切相关,认识到人体正气在发病过程中的决定作用,并作出了“正气存内,邪不可干”的精辟结论。伤寒学派完全继承了《内经》的病因学认识,强调了自然气候反常变化与疾病发生的关系。如《金匱要略》谓:“夫人禀五常,因风气而生长,风气虽能生万物,亦能害万物,如水能浮舟,亦能覆舟……客气邪风,中人多死。”同时也强调了人体正气在发病上的决定作用,如所谓:“若五脏元真通畅,人即安和,……不遗形体有衰,病则无由入其腠理。”《伤寒论》谓:“血弱气尽,腠理开,邪气因入。”和《内经》的病因学认识基本一致。

温病学派也继承了《内经》之说,认为气运偏胜是温病发生的外因,“不藏精”、“正气虚”

是温病发生的内因,并且强调了“正气存内,邪不可干”。吴鞠通在所著《温病条辨》中首列原病篇十九条,明确指出:“叙气运,原温病之始也。每岁之温,有早暮微甚不等,司天在泉,主气客气,相加临而然也。”“盖能藏精者,一切病患皆可却。”“要亦不能外正气存内,邪不可干之理。”王孟英在所著《温热经纬·自序》中亦明确指出:“夫此五气原以化生万物,而人或感之为病者,非天气有偶偏即人气有未和也。”此外,温病学派还把外因和内因密切结合起来,把气候变化和人体的生理及病理生理变化密切结合起来,把自然灾害和社会动乱密切结合起来,如所谓:“盖时和岁稔,天气以宁,民气以和,虽当盛之岁亦微,至于凶荒兵火之后,虽应微之岁亦盛,理数自然之道,无足怪者。”(《温病条辨·上焦篇》)“不藏精三字须活看,不专主房劳说,一切人事之能摇动其精者皆是,即冬日天气应寒而阳不潜藏,如春日之发泄,甚至桃李反花之类亦是。”(同上)这些认识应该说是完全正确的,而且是在前人认识的基础上发展。于此可见伤寒学派与温病学派对急性传染病的病因学认识上是一致的。

2. 关于病机学认识方面

《内经》对于急性传染病的病机学方面的论述很多,其要者主要有病邪性质与传入途径以及病邪传入人体后传变规律等两个方面。

在病邪性质与传入途径方面,《内经》认为外感邪气可以按风火湿燥寒加以分类。但总的来说可以按阴阳加以区分,即可以分为阴邪与阳邪两大类。其中属于气候季节而产生的致病因素称为阳邪,由起居起居原因而产生的致病因素称为阴邪。由于季节气候原因致病者,《内经》称为外感“六淫”,“六淫”属于“天气”。《内经》认为“天气通于肺”(《素问·阴阳应象大论》),而“肺主鼻”,“开窍于鼻”(同上)所以《内经》认为“六淫”之邪,其传入途径主要是通过人体的鼻道而传入体内,这也就是《内经》中所谓的“天牝从来”(《素问·刺法论》)又特别指出“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火。”(《素问·至真要大论》)认为急性传染病多数都

是由于外感六淫，外邪经人体呼吸道而进入人体之内。由于饮食因素而致病者，中医学称之为“内伤饮食”，“饮食”属于“地气”。《内经》认为“地气通于嗝”。（《素问·阴阳应象大论》）“谷气通于脾”，“脾主口”，“在窍为口”（同上）所以《内经》认为“饮食”之邪，其传入途径，主要是通过人体的口而传入人体。由于六淫之邪，首先作用于肺，所以发病以后，临床上主要表现肺的症状。由于饮食之邪，首先作用在脾胃，所以发病以后，临床上主要表现胃肠道症状，这也就是《内经》中所谓的“故犯贼风虚邪者，阳受之；食饮不节，起居不时者，阴受之。阳受之则入六腑，阴受之则入五脏。入六腑则身热不时卧，上为喘呼；入五脏则腹满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”（《素问·太阴阳明论》）

张仲景所著《伤寒卒病论》继承《内经》的认识，并将“邪气”作了进一步的区分，如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》所谓的“清邪”、“浊邪”、“大邪”、“小邪”、“繫任之邪”。对此，后世注家虽注释不尽相同，但是可以肯定的是张仲景已经认识到邪气有多种，分布很广泛，有的在上，有的在下（清邪、浊邪），毒力有大小（大邪、小邪），传入途径也有多种（居上、居下、从口而入）。特别从口而入方面，《金匱要略》在《禽兽鱼虫禁忌并治第二十四》《果实菜谷禁忌并治第二十五》等篇中谈得很多，并且十分具体。说明急性传染病从呼吸道传入者固多，从口而入经过消化道而传入人体者亦不少。

温病学派对病邪的性质与传入途径方面的认识和《内经》、《伤寒》、《金匱》基本一样。在病邪方面认为六淫之邪与“疠气”、“毒气”均皆存在，并且认为“疠气”的流行又与四时不正之气有关，把“疠气”与“六淫”之邪密切结合起来。在传入途径方面认为主要是从口鼻而入。如陶华谓：“时气者，乃天行暴疠之气流行人间，凡四时之气不正者，则有此气行也，若春应温而反寒，夏应热而反凉，秋应凉而反热，冬应寒而反温，此时行不正之气也。”（《全生集》）陈士铎谓：“瘟疫之证，其来无方，然而召之亦有

其故，或人事之错乱，或天时之乖违，或尸气之缠染，或毒气之变蒸，皆能成瘟疫之病也。”（《石室秘纂》）吴又可谓：“疫者，感天地之疠气，在岁运有多寡，在方隅有厚薄，在四时有盛衰，此气之来，无论老少强弱，触之者即病，邪从口鼻而入。”（《瘟疫论·原病》）叶天士谓：“温邪上受，首先犯肺。”（《温热论》）

综上所述，可见中医学对外感邪气的性质及其传入途径方面的认识是：外邪基本上可分为“四时不正之气”和“疫疠之气”两大类。这两类外邪互相影响，互为因果。其传入途径主要是从口鼻而入。吴又可虽然强调“杂气”，但他在论中也明确承认四时不正之气与“杂气”在急性传染病中的综合作用。因此可以认为对此伤寒与温病学派之间基本一致，并无根本的分歧。

在邪气侵入以后的传变及其与正气强弱之间的关系方面。《内经》谓：“邪之所凑，其气必虚。”（《素问·评热病论》）而《伤寒论》谓：“血弱气尽，腠理开，邪气因入。”（《辨太阳病脉证并治》）《瘟疫论》谓：“凡人口鼻之气，通乎天气，本气充满，邪不易入，本气适逢亏欠，呼吸之气，自亦不及，外邪因而乘之，昔有三人冒雾早行，空腹者死，饮酒者病，饱食者不病。疫邪所害，又何异耶。”凡此说明伤寒与温病学派在这方面的认识都是继承《内经》的认识，完全一致，并无分歧。至于急性传染病在人体的传变方面，《内经》从不同角度发出，提出了“循五脏、循经络”，“循阴阳”、“循上下”，“循营卫气血之序而传”等六个方面。后世各家在《内经》认识的基础上，就其中某一传变形式加以突出，于是就形成了今天所流传的各种辨证。伤寒学派突出了《内经》中循阴阳之序而传的形式，于是就形成了伤寒学派的六经辨证论治体系。温病学派突出了《内经》中对三焦、营卫气血的认识，于是就形成了温病学派的三焦、卫气营血辨证论治体系。两派在提法上虽有不同，但在急性传染病在人体的传变过程，总的来看却又都是“由表入里”，“由浅入深”，“由阳入阴”，“由上到下”。因此也就并无实质上的矛盾和原则性的分歧。

3. 关于诊断治疗方面

《内经》对于急性传染病,基本上是按风、热、火、湿、燥、寒分类。因此在论中既提出了伤寒,也提出了温病。从七篇大论中所记载的寒病和温病的临床表现来看也是有区别的。例如《素问·六元正纪大论》:“少阴所至为痲疹身热……少阳所至为嚏呕,为疮疡……太阳所至为屈伸不利……为寝汗痉。”这里的少阴、少阳主火主热,太阳主寒,说明《内经》承认寒温有别。《伤寒论》根据《内经》“今夫热病者,皆伤寒之类也”,以伤寒来统率各种热病。但是也承认温病,热病是一个独立的疾病,从论中所记述中有关临床表现来看也是有区别的。例如《伤寒论》谓:“太阳病,发热而渴,不恶寒者,为温病。”又《金匱要略》谓:“太阳中热者,渴是也,汗出恶寒,身热而渴”,说明伤寒学派也是承认寒温有别的。于此可以看出《内经》《伤寒论》都并没有把寒温混同,也都主张寒温有别。因此就急性传染病的辨病论治方面来说,伤寒学派与温病学派在认识上并无分歧。

对于急性传染病在诊断上的辨证论治,《内经》十分强调“谨守病机,各司其属”;“谨察阴阳所在而调之,以平为期,正者正治,反者反治”;“盛者泻之,虚者补之。”伤寒学派在对热病的辨证论治方面也明确提出“夫诸病在脏,欲攻之,当随其所得而攻之”;“补不足,损有余。”(《金匱要略》)温病学派在对热病的辨证论治方面也明确提出“天地运行之阴阳和平,人生之阴阳亦和平,安有所谓病也哉。天地与人之阴阳,一有所偏,即为病也。偏之浅者病浅,偏之深者病深,偏于火者病温病热,偏于水者病清病寒,此水火两大法门之辨,医者不可不知。烛其为水之病也,而温之热之;烛其为火之病也,而凉之寒之,各救其偏,以抵于平和而已。”(《温病条辨·上焦篇》)于此可以看出《内经》、《伤寒论》、《温病条辨》对于急性热病的辨证论治方面认识也是完全一致,并无根本上的分歧。

综上所述,可以看出伤寒和温病在对于急性传染病的一般认识上是基本一致的。虽然在

临床的具体辨证论治中,伤寒学派是以六经辨证,温病学派是以三焦卫气营血辨证,但这只是方法上的不同,从理论上来说,并无实质上的不同和根本上的分歧。于此可以看出伤寒与温病学派之争,并没有充足的理论依据。看来之所以出现争论的原因,只不过是一个谁统谁的问题;发展和反发展的的问题;百花齐放还是一家独鸣的问题。从学术上来说,意义不大。

二、从伤寒与温病学派在对急性传染病处理上的同异来剖析

在对急性传染病的临床具体处理方面,伤寒学派与温病学派有很多基本相同的地方,也有很多不同的地方,兹就其同异,分别作如下论述和剖析。

首先在对急性传染病的辨病方面,伤寒学派认为伤寒有五,有中风、伤寒、湿温、温病、热病。以伤寒为纲来统率风、寒、湿、温、热诸病。温病学派认为温病有九,有风温、温热、温疫、温毒、暑温、湿温、秋燥、冬温、温疟,同时还在中焦、下焦辨证中附列寒湿,以温病为纲来统率此九种温病及所附列的寒湿。就两派所述辨病的内容加以比较,其相同点是两派在辨病上都是继承了《内经》的认识,即以辨风、热、火、湿、燥、寒六淫病因为主。伤寒按风、寒、湿、温、热辨病。温病为九种温病附寒湿,除去性质相同可以合并者外,基本上也是按风、火、湿、燥、寒辨病。其不同者是伤寒学派在辨病中缺乏燥病,而温病学派则明确提出了秋燥。关于燥病,《内经》中本来早就明确提出。《内经》认为凡属外感燥邪,其主要临床表现是咳嗽、咽干、皮肤干燥,或发为寒热,其作用部位主要在肺,这也就是《天元纪大论》中所谓的“阳明所至为燥生”,“阳明所至为皴裂”,“燥胜则干”,“凡此阳明之政……民病咽塞,寒热发,暴振慄。”《五运行大论》中所谓的“在天为燥……在体为皮毛……在脏为肺……。”但是《伤寒论》中并没有谈到燥病,阳明篇虽有“脾约”之说及麻子仁丸之方,但同条明明是谈“胃家实”的阳明病,而且麻子仁丸也仍然是以泻下为主的方剂。因此可以说《伤寒论》中燥病缺

如。温热学派明确提出了秋燥,《温病条辨》中并系统地论述了秋燥的三焦证治。于此说明了在急性传染病的辨病方面,温热学派在伤寒学派的伤寒有五的基础上有所发展。

其次是在对急性传染病的证候性质,归类及处理上,伤寒学派和温病学派也有许多相同点和不同点。例如对于“厥证”,《伤寒论》和《温病条辨》中均有记述。在“厥证”的病机上,《伤寒论》认为“凡厥者,阴阳气不相顺接便为厥”,《温病条辨》认为“阴阳极造其偏”。在“厥证”的分类上,《伤寒论》分为寒厥与热厥两类,《温病条辨》也分为寒厥与热厥两类。对于“热厥”,《伤寒论》认为是“厥深者,热亦深,厥微者,热亦微”因热致厥。《温病条辨》认为是“火极似水,热极而厥”。两派说法完全相同。但是在临床表现描述、证候归类、临床处理上,两派则又有其不同之处。对于“热厥”,《伤寒论》中只描述了“发热肢厥”及“厥热胜复”,把它列入厥阴病中。而《温病条辨》则明确提出热厥可以分为三种情况,即邪入心包络而为舌蹇肢厥;邪搏阳明,神迷肢厥,甚则通体皆厥;温病后期,阴亏而厥,认为上中下三焦均可发生。对于热厥的治疗,《伤寒论》只提到了“厥应下之”。而《温病条辨》则提出邪入心包者当用芳香开窍;邪搏阳明者当用下法;温病后期阴亏而厥者又当用育阴潜阳法,种种不同。又如“热结旁流”一证,《伤寒论》《温病条辨》的证候描述及处方基本相同,均主张用承气汤攻下。但是在证候归类上,《伤寒论》把它列在少阴病中,而《温病条辨》则把它列在中焦篇阳明温病之内。六经辨证中少阴病属于虚证,虚证而用下法,这就比较难解,所以后人只能用“急下存阴”来解释。阳明温病属于胃家实,用下法就比较容易理解。以上所举已可说明伤寒学派与温病学派在对于急性传染病的许多认识和具体处理方面有相同处,也有不同处。其不同处就是温热学派在许多方面,由于时代原因,较之《伤寒论》中的论述更趋完善,有所发展。

再其次是从对急性传染病治疗方面的选方用药来看,伤寒学派和温病学派也有许多共同

点及不同点。在选方用药上,温热学派选用了大量经方,《伤寒论》中的各个代表方剂,几乎全部纳入了温热学派的三焦营卫气血辨证论治体系之中,用法上也与伤寒学派基本相同,但在选方用药上又大大有所发展。以《温病条辨》为例,在中焦阳明温病的治疗选方用药上,一方面如同伤寒学派一样,用白虎汤或白虎加人参汤、三承气汤等以清里攻下。但另一方面又在此基础上作了较大的补充,从而大大丰富了中医治疗急性传染病的内容。

三、从当前中医对于急性传染病治疗实践来剖析

伤寒与温病学派之争,始于刘河间,继于吴又可,盛于叶天士、吴塘,持续于今日。在争论中温热学派有一条主要理由,就是用伤寒方不能治疗温病,或者不能较满意的来治疗温病。这个提法有根据吗?我的看法是有的。从以往文献上看,不少医家都提出过不能以治伤寒法治温病。刘河间因为从实践中感到以伤寒法治热病不能取得较好的疗效,所以才“自制双解通圣辛凉之剂,不遵仲景法桂枝麻黄之药”。吴又可也因为温疫“时师强以伤寒法治之,未尝见其不殆”,“枉死不可胜计”,才根据“平日所用历验方法”著《瘟疫论》一书并大声疾呼。吴塘也因为当时北京温疫流行,以治温法治温,活人甚众。同时有感于温病患者“死于世俗之手者,不可胜数”,才著成《温病条辨》,诸此均说明温病学说的兴起,温病学派的形成,是中医对急性传染病在治疗中的需要,是在实践中形成的。从近代中医对急性传染病的治疗实际情况来看,在防治急性传染病的实践中,当前则更是普遍地运用温病学说。一九五四年,河北石家庄地区首次系统运用温病学的理论和方法治疗流行性乙型脑炎,取得了显著的临床疗效。此后各地也普遍地以温病学的理论和方法治疗各种急性传染病,都取得了较好的疗效。近年来我国不少单位又对温病的卫气营血进行了比较系统的研究,推动了温病研究工作的开展。所有这些,说明了温病学说的提出和温病学派的兴起,都并不是偶然的。温病学说是有很大的生命力和

实践意义的,它的出现是由于实践的需要,历史发展所必然。

正确对待伤寒与温病学说

伤寒学说和温病学说都是我国古代医学家长期与疾病作斗争的经验总结。二者的理论基础均是《内经》,它们对于急性传染病的认识基本一致,并无根本分歧。对于伤寒与温病学派之争,我的看法是伤寒与温病都是泛指现代急性传染病。硬说这两种病根本不同,是不符合实际情况的,伤寒学派与温病学派在对传染病的认识及临床诊断治疗原则,从本质上来看,并无原则上的分歧。其不同者是由于时代原因,温病学派在对急性传染病的防治方面,观察更仔细,经验更丰富,归类更合理,这是历史发

展的必然。由于照顾传统的原因,在当前对于急性传染病的中医辨证论治方面,用六经辨证,还是用三焦卫气营血辨证,可以不必强求一律。说用《伤寒论》方不能治温病是不符合实际情况的,事实上《温病条辨》中已经收集了《伤寒论》中的所有代表性方剂。因此此说可以不攻自破。但是如谓《伤寒论》就是那么完善无缺,也不符合事实。我完全同意喻嘉言“仲景书详于治伤寒,略于治温”(《尚论后篇·论春三月温证大意》)和王孟英“法虽未尽,名已备焉。”(《温热经纬·自序》)的提法。温病学说中有很多卓越的认识和防治经验,确实是有功于《内经》,有功於仲景,确可补《伤寒论》之不足。因此正确的态度是应该尽快地把伤寒与温病结合起来。伤寒与温病学派之争,可以休矣。

急性感染性多发性神经炎合并妊娠治验 1 例

浙江省瑞安县城关医院 林 晖

林××,女,29岁,住院号:93296。患者怀孕4个月,近十余日来发热继而四肢酸痛麻木,不能步履1周。神经科检查:鼻唇沟对称,伸舌居中,四肢末端呈手套及袜子样感觉缺如,克氏征(-),巴氏征(-),直腿抬高阳性,左上肢远端肌力1级,近端肌力3级;右上肢远端肌力1级,近端肌力4级;腱反射消失,四肢呈弛缓性瘫痪,肌肉明显萎缩。脑脊液检查:白细胞17/立方毫米,红细胞4/立方毫米,Pandy氏试验阳性,蛋白定量124毫克%。诊断为:格林-巴利二氏综合征。

辨证施治:怀孕四个月,阴血本虚,复感外邪,热入于里,肺叶焦燥,伤及筋脉,濡润失司,以致指不握物,足弗任地,四肢痠痛,肌肉萎缩,知觉失常,手足萎软,舌淡苔白欠润,脉象细数而滑。治疗先拟养血荣筋,佐以清余余热。全当归15克,生白芍30克,川芎6克,熟地15克,桑寄生12克,丹参15克,木通3克,黄芩12克,鸡血藤30克,紫河车6克(研末吞服),忍冬藤30克。

上方为基础,中间随症增损投服半月,痠痛大减,低热已罢。惟上下肢萎软无力,不能站立,面黄肌瘦,胃纳不振,大便溏薄,舌淡苔白润,脉象细滑而数。脾胃乃气血生化之源,宗筋赖以濡养,脾主肌肉及四

肢。治拟遵《内经》:“治痿独取阳明”之旨。药用:党参15克,白术15克,白茯苓12克,炙甘草15克,淮山药15克,炙黄芪15克,全当归15克,生白芍12克,紫河车6克(研末吞服),芡实30克,炒薏苡仁30克。续服半个月,扶之能立片刻,行走步态蹒跚,肌力较前提高,四肢肌肉增粗。适值入冬,气温骤降,病孕躯体精血本亏,岂能忍受外寒袭侵。症见:形寒肢冷,肢体痠麻,苔白脉细。姑益气通阳,填精补血为治。党参20克,全当归20克,炙黄芪30克,鹿角片9克(先煎),生白芍15克,鸡血藤30克,桂枝尖10克,桑寄生15克,紫河车6克(研末吞服),巴戟肉15克,补骨脂30克,生姜10克,大枣5枚。

调治1个月,病情稳定。经神经科复查:右上肢远端肌力3级,近端肌力4级;左上肢远端肌力2级,近端肌力4级;左、右下肢肌力3级。脑脊液检查:蛋白定量40毫克%,白细胞6/立方毫米,红细胞2/立方毫米,Pandy试验阴性。嘱带金鸡虎潜丸回家调治数月。半年后随访,上肢近端肌力5级,右下肢肌力4级,左下肢肌力4级,两下肢肌张力稍低,右腿稍比左腿细,直腿抬高阴性。

本例在治疗过程中,未曾用过肾上腺皮质激素。