DOI:10.13288/j.11-2166/r.1986.11.023

病之大错也。"此外，温热学派治温病初起，根据病邪性质和体质差异，尚有疏卫清暑、芳香化湿、疏解润燥、滋阴解表等法，这些都是《伤寒论》治法中所没有的。

又如，治伤寒和温病均可用下法，均可认作阳明腑实之证。但在《伤寒论》中，必待阳明腑实，燥屎已成，乃可下之，故有"伤寒下不厌迟"之说。温病则不然，下法非专为肠中燥屎而设，而是导热下行，釜底抽薪之举，用之得当，取效甚捷。正如柳宝诒所说："胃为五脏六腑之海，位居中土，最善容纳。邪热入胃，则不复他传，故温病热经胃腑，得攻下而解者，十居六七"。又说："温病早投攻下，不为大害。"在选方用药时，《伤寒论》有大承气汤、小承气汤和调胃承气汤。温热学派鉴于温病易伤阴津的特点，使用调胃承气汤者较多，并根据病人的具体情况，随证化裁，灵活运用，发仲景之所未发也。如热结便秘，阴液素亏者，用增液承气汤增水行舟，滋阴攻下；气阴两虚者，用新加黄龙汤攻补兼施；下后阴伤，邪热复聚，大便又干者，用护胃承气汤攻邪兼顾胃阴；兼痰热壅肺，脏腑同病者，制宣白承气汤上下并调；兼热闭心包者，制牛黄承气汤开窍与通腑齐行；兼小肠火盛者，制导赤承气汤通腑泻火等。尤其对湿热郁结，食滞内停者，温热学派应用下法更是独具特色。用通下的目的是为了祛除湿热积滞，并非攻下燥屎，用之宜轻宜频，叶天士明确指出："伤寒邪热在里，劫烁津液，下之宜猛；此多湿邪内搏，下之宜轻。伤寒大便溏为邪已尽，不可再下；湿温病大便溏为邪未尽，必大便硬，慎不可再攻也，以粪燥为无湿矣。"

三、温热学派不断创新论、立新法、订新方

温病学家在长期的临床实践中，面对错综复杂的温热病临床表现，认为墨守《伤寒论》成法不能尽合今病，于是刻意求新，不断探索，终于冲破了《伤寒论》治法的桎梏，创立了许多新的治法，制订了大量行之有效的新方。如吴鞠通根据热邪易伤阴津的特点，确立了清热养阴法，具体如清络、清营、育阴等法。暑温余邪，深留于络，辛凉芳香诸药组成清络饮方，芳香轻清，以化湿浊。热入营分，营热阴伤，气机不畅，咸寒苦甘，清营养阴，轻清透泄，使已入营之热透出气分而解。胃津不足，用五汁饮甘寒生津。真阴耗损，用大小定风珠、专翕大生膏填补真阴。对热闭心包，神昏谵语之证，创立了清心豁痰、芳香开窍等法，倡用安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹"三宝"。根据上中下三焦温病的特点，提出了"治上焦如羽，非轻不举；治中焦如衡，非平不安；治下焦如权，非重不沉"的治疗原则。俞根初对温病过程中引动肝风者，主张用羚角钩藤汤凉肝熄风。又如，随着西医学在我国的普及和发展，对发热病人滥用抗菌素及冰块降温者时有发生，每易导致中阳受伤，气机闭遏，热邪内郁，形成凉遏、冰伏等证，对此，我用宣畅气机，开郁畅中，通利三焦，苦温燥湿，通阳散寒等法，灵活化裁，辄取捷效。凡此种种，补伤寒之未备，把祖国医学对急性外感病的治疗，推向了一个新阶段。

以上所述，略举一隅而已，但足以说明《伤寒论》治法不能完全包括温病治法。《伤寒论》是温病学发展的基础，温病治法补充了《伤寒论》之不足。在对急性外感热病的防治方面，温热学派观察更仔细，经验更丰富，疗效更卓著，这是历史发展的必然趋势。

业医者需博览医书

《黑龙江中医药》编辑部 李国平

为医者，不但要深研《内》《难》《伤寒》等典籍，更要博览古今名家著述和医案，以开扩视野，启迪思路，从而提高临床辨证治疗水平。笔者于此颇有体会。

1984年冬，我曾治一刘姓男青年，身劳汗出，感冒风寒，翌日即颜面红肿发硬，瘙痒尤甚，颜面及颈部呈弥漫性红肿，眼睑尤甚，难于睁开。经某医院诊为"顽固性丘疹型荨麻疹"，迭经肌注氢化考的松，静脉滴注地塞米松，口服扑尔敏等药，虽稍见小效，然消而复肿如初，痒状不减。余接诊时，查舌质淡、苔白腻，脉浮数。此证是荨麻疹但又融合成片，且仅发于颈上颜面部，因之踌躇良久，百思不解。后忆及十年前读《蒲辅周医案》，书中载有史某患"风痨"证，颇与本病相似，遂诊为"风痨"。证因腠理疏松，风寒外袭，兼有宿湿，郁久化热，外发颜面皮肤。治宜疏风清热，祛湿凉血。药用：银花20克，连翘20克，荆芥15克，防风15克，羌活15克，川芎15克，黄柏15克，葛根15克，白鲜皮15克。连服五剂，而收全功。此例获效，正读书之功。

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net