

学术探讨

温病治法是《伤寒论》治法的补充与发展

北京中医学院 赵绍琴

伤寒与温病学派之争,其来久矣。自金代刘完素倡“热病只能作热治,不能作寒医”之论始,便揭开了寒、温争鸣的序幕,特别是当温热学派形成以后,这种争鸣就愈加激烈,代代相传,至今未息。在《伤寒论》治法能否包括温病治法方面,两家分歧尤为明显。伤寒学派以前人有关论述为依据,直斥叶吴三焦、卫气营血辨证为标新立异。如陆久芝云:“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求于《伤寒论》中,而温热之方并不在《伤寒论》外者。”“风寒湿温热皆在论中,论中之方可治风寒,亦治风热。”温热学派则认为伤寒与温病完全不同,伤寒为感受寒邪,从皮毛而受,治当用辛温解表;温病为感受热邪,从口鼻吸受而来,治当用辛凉清解,两者不能相混。如叶天士云:“若论治法则与伤寒大异也。”吴鞠通谓:“若真能识得温病,断不至以辛温治伤寒之法治温病。”朱彬谓:“后汉张仲景著《伤寒论》……其书专为伤寒而设,未尝遍及于六淫也,奈后世之医者,以治伤寒之法,应无穷之变,势必凿枘之不相入。”也就是说《伤寒论》方不能治温病,《伤寒论》治法不能包括温病治法。

我认为,《伤寒论》方可以治温病,但远远不能满足温病治疗的需要。《伤寒论》治法不能包括温病治法,温病治法超出了《伤寒论》治法的范围,是对《伤寒论》治法的完善、创新和发展。

一、《伤寒论》方可以治温病

在温热学派的形成和发展过程中,受《伤寒论》影响颇深,举凡温病大家,均对《伤寒论》作过认真研究,且为善用经方者。在选方用药时,温病学家把大量的经方运用到临床实践中,《伤寒论》中的各个代表方剂,几乎全部被纳入了温热学派的三焦、卫气营血辨证体系中。如《温病条辨》一书即收载有桂枝汤、栀子豉汤、白虎汤、白虎加人参汤、白虎加桂枝汤、大承气汤、

小承气汤、调胃承气汤、小陷胸汤、半夏泻心汤、茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、五苓散、小柴胡汤、小青龙汤、桔梗汤、麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤、白头翁汤、黄连阿胶汤、复脉汤等大量经方。

二、温热学派扩大、发展了《伤寒论》治法的应用范围

温病学家在运用经方治病的实践中,感到机械地照搬《伤寒论》的治法,不能尽合临床需要,乃结合临床实践,不断探索,大大补充、发展了《伤寒论》治法。如伤寒是感受寒邪,在病变过程中易伤人之阳气,故治疗时当注意保护阳气;温病是感受热邪,在病变过程中易损人体阴津,故治疗时当刻刻顾护阴津,留得一分津液,便有一分生机。伤寒发汗太过,损伤阳气,漏汗不止,恶风,小便难,四肢微急,当用桂枝加附子汤扶助阳气。温病误汗,阴津更伤,每致斑疹神昏,治当育阴养营,清心开窍。伤寒后期多真阳衰微,用四逆、通脉之类;温病后期多真阴耗损,用加减复脉、大小定风珠之类。寒温之治,大相迥庭矣。

伤寒、温病,初起均喜汗解,但二者的实质是不同的。伤寒用汗法,是通过发汗以解除风寒之外侵,是治疗的手段;温病之汗法,是热解阴复,周身潮润,是邪气祛除的标志。伤寒初起,风寒邪气束于肌表,侵犯足太阳经,腠理不通,玄府闭塞,故当用辛温之品,开泄腠理,发汗解表,使风寒之邪依附于汗液而达体外。温病初起,是温邪从口鼻而入,首先犯肺,肺气失宣,卫气不和,治疗当用辛凉之品,宣通卫气,疏理气机,轻清祛热,使肺气能行治节之令,邪气外出,营卫畅达,津液充和,自然微微汗出,遍体潮润而愈,切不可用辛温之品,逐汗外出。吴鞠通谆谆告诫人们:“按温病忌汗,汗之不惟不解,反生他患。盖病在手经,徒伤足太阳无益;病自口鼻吸受而生,徒发其表亦无益也。且汗为心液,心阳受伤,必有神明内乱、谵语癫狂、内闭外脱之变。再,误汗虽曰伤阳,汗乃五液之一,未始不伤阴也……温病最善伤阴,用药又复伤阴,岂非为贼立帜乎?此古来用伤寒法治温

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，故温病热经胃肠，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，制宜白承气汤上下并调；兼热闭心包者，制牛黄承气汤开窍与通腑并行；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，劫炼津液，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的方。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“风痹”证，颇与本病相似，遂诊为“风痹”。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。