



对太阴病桂枝加大黄汤证的理解

《伤寒论》279条曰：“本太阳病，医反下，因而腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。”

部分医家因为本证中有“大实痛”，在治疗上又用大黄一药，遂将“大实痛”看作是太阴病转出阳明腑实证。这种认识于理法方药均不相符，其一，条文云“本太阳病”，属表无里，经医误下之治是不能出现阳明腑实的大实痛的，条文直言“属太阴”。其二，仲景用大黄泻下通便时，量为四至六两，且配枳实、厚朴等药佐之；本方中大黄量仅为二两，伍于一群酸敛阴柔、温补守中的芍药、桂枝之中，其意断无泄下和除大实痛的可能。至此，本病之“大实痛”与阳明无涉，属足太阴腹痛已明。

有人或问，太阴腹痛何以出现“大实痛”？又为何用大黄治之？本证之“腹满时痛”和“大实痛”，是因为太阳表证经医生误下，寒邪内陷太阴脾，邪客于太阴脾之经脉，造成太阴经脉气血不和所致。轻者经脉气血不畅而现腹满时痛，重者经脉气血瘀滞不通而现“大实痛”。所谓“大实痛”，即《素问》所言“痛甚不可按者”、“痛而闭不通者”之意。在治疗上亦有轻重之别：经脉气血不畅之轻者，治以桂枝加芍药汤，取桂枝汤兼顾误下所伤并温通经脉，重用芍药以破太阴经脉之结而通脾络。《神农本草经》言芍药，“主邪气腹痛，除血痹，破坚积寒热疝瘕，止痛……”可证。经脉气血瘀滞的大实痛者，治以桂枝加大黄汤。《神农本草经》言大黄“主下瘀血，血闭寒热，破症坚积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏”，可见，大黄之功用概括有三：活血化瘀，逐饮邪，泄腑实。仲景遵《本经》之旨而用之，泄腑实用承气汤类，大黄配枳、朴而行，逐饮邪用大陷胸汤，大黄伍甘遂而用，活血化瘀用下瘀血汤、抵当汤、桃核承气汤等，大黄合活血化瘀的血分药而用。本证“大实痛”，用桂枝加大黄汤治之，正是取大黄活血化瘀以除太阴经脉气血之瘀滞，故在配伍上，不取枳朴下气消满的气分药，而合血分之药并具除血痹之

功的芍药六两，待经脉气血一通，大实痛随之即解。

值得注意的是，太阴经脉气血不和腹痛与太阴阳虚腹痛，因其病机不同，故不仅在治疗上有逐瘀通络和温补之别，在证候上也有差别。太阴阳虚腹痛证，腹痛喜温喜按，伴见吐利，即原文中所云“腹满而吐”，“自利益甚”；太阴经脉气血不和之腹痛证，腹痛拒按，又因病在经脉，故不见吐利之情，故原文仅言“腹满时痛”和“大实痛”。两种太阴腹痛的辨别要点在于痛之拒按与喜按、有无吐利之情。

桂枝加大黄汤证在临床不属少见，希望读者重视对太阴经脉气血不和腹痛用桂枝加大黄汤的认识，并在临床实践中充分运用和验证。

北京中医学院 裴永清

肝病舌裂小议

急性肝炎失治或误治，湿热毒邪深伏，正虚邪恋，每每转化为慢性。慢性肝炎的病机极其复杂，症状表现不一，笔者在临床中发现慢性肝病引起舌裂者，病情多缠绵难复。

湿热毒邪是导致肝炎的主要因素，因此，清利解毒是治疗肝炎的重要一环。但清利之品，性味苦寒，既可败胃，又可化燥伤阴，一俟湿热之邪清退，必须及时逐步地撤减，如果不考虑机体的耐受能力，过用苦寒，则易导致正虚邪留，迁延不愈。如患者曹××，男，56岁，1986年7月20日诊。十年前曾罹肝炎，某传染病院疏以“协定方”（茵陈、山栀、大黄、龙胆草、银花、蒲公英、板蓝根、大枣），俗呼“大锅汤”，病情日渐加重，后转某院改用调补肝脾之属，药如黄芪、党参、黄精、当归、白芍、虎杖、川楝子、焦楂、麦芽等，逐渐好转。厥后肝病复发，传染病院仍投以“大锅汤”，病情复又加重，肝功能提示早期肝硬化倾向，改温补始得控制，肝功能一度恢复正常。5年前舌面出现裂纹，纵横交错，有的深达2毫米，辗转治疗终未见去。肝病时有复发，患者长期服用六味地黄丸未能根治。

急性肝炎经过治疗，病邪得减，但在临床症状消失时，肝功能往往尚不能恢复正常，也即余毒未尽，此时如果骤然停用清利之品，容易“死灰复燃”，所以

必须逐步撤减。如果急于滋补脾胃,导致脾运不及,食郁化热,与残留之余毒交结,必致病情缠绵反复。如张××,男,12岁,1986年8月8日初诊。罹患急性肝炎治未彻底,病情渐趋慢性。肝功能虽正常,但表面抗原一直未阴转,家长治病心切,每遇能降低表面抗原之药,皆为购买服用,未获寸效,迁延已历七载。近日出现舌衄,齿衄,口干欲饮,脘腹胀满等症。察见舌面有裂纹,以舌中为多,脉象弦细。肝病日久,肝肾阴虚,虚火灼伤血络,胃气受戕,先予滋养肝阴。药用丹参12克,黄精15克,当归12克,白芍15克,女贞子12克,旱莲草12克,麦芽15克,苏叶6克。三剂,腹满得减,口渴亦轻。二诊加用菟丝子、寄生等温润之品,未再出现舌衄,舌中出现薄苔。自觉症状好转停药,后舌面裂纹如故。

有关舌裂的辨证,《辨舌指南》指出:“平人之舌无纹也,有纹者,血衰也……舌生横裂者,素体阴亏也;舌生裂纹如冰片纹者,老年阴虚常见之象也;淡白色有纹满布者,乃脾虚湿侵也……全舌绛色无苔或有横直裂纹而短小者,阴虚液涸也。”说明舌裂的病因为多热盛伤阴,阴虚血枯。据笔者观察,肝病舌裂者,以舌中为多,舌中属脾胃。肝病日久,湿热稽留,不特肝阴受损,抑且耗伤脾胃之阴,而过用苦寒又加重了其伤阴的程度。按照阴阳互根的观点,阴损及阳,最后导致阴阳两虚,此时寒热皆须慎用,盖“肝为罢极之本”,寒则冰伏气机,热则恐其动血。宜用黄精、枸杞等平和之属以平补阴阳,“虚则补其母”,补肾药宜选用菟丝子、寄生、仙灵脾、巴戟肉等温润之品,对改善临床症状确有裨益。但在临床症状消失甚或肝功能恢复正常后,舌裂依然如故,对此应加以重视。

江苏省铜山县利国地区医院 魏千里

四逆散方证辨惑

现今通行的赵开美本《伤寒论》少阴病篇第318条记载:“少阴病,四逆,其人或咳,或悸,或小便不利,或腹中痛,或泄利下重者,四逆散主之。”并载四逆散由炙甘草、枳实、柴胡、芍药组成。历代医家对本条方证的真伪争论不休,由于上方在临床中运用甚广,澄清事实就大有必要了。

按《伤寒论》六经辨证,少阴病正证的主要病机是阳气衰弱,正治之法必然是温补阳气。本条“少阴病,四逆”正合于斯,但赵本却推出柴甘枳芍四药,与温阳之法毫不相关,令人不解。历代医家对此展开了争论,认为主证有误的,如柯韵伯主张将“泄利下重”移至“四逆”之后;认为病机当是肝气郁结,阳郁于里,不

能达四末,李士材提出“虽云四逆,必不甚冷,或指头微温,或脉不沉数”,以改主证协调方与证之间的矛盾。

上述论点均值到商榷。柯氏之说未能说明柴甘枳芍为何能治“四逆”,李氏改证亦显牵强;后一种病机之说似乎很有道理,但既为肝气郁结,为何还要冠以“少阴病”之名?且赵本不将其列入少阳篇或厥阴篇,而列于本篇呢?若是为了鉴别,为何不将更似少阴病四逆的当归四逆列于此?且果属阳郁不舒,何以在或然证之腹中痛时加附子一枚?种种疑问说明用以方测证,变通主证、病机的方法来研讨本条,是难以立论的。

与上述观点不同,桂林本《伤寒杂病论》提出四逆散由炙甘草,附子,干姜,人参组成,改四逆加入参汤为散,这一观点很有见地,符合《伤寒论》的立方宗旨。

1.《伤寒论》中,同一方名而剂型不同者,不乏其例。抵当汤改为抵当丸,药无增减,只削减其量,以治太阳蓄血证病深而势缓,不可不攻,又不可峻攻之证;大陷胸汤改为大陷胸丸,增其利肺之杏仁,葶苈,以蜜为丸,每服如弹丸一枚,药量减轻,峻药缓攻,以治在胸之痰热互结。仲景治病,凡病机相同而病势较缓者,当以丸药缓图。少阴病之正证也有急缓之分,急者如四逆汤,四逆加入参汤,白通汤,通脉四逆汤等证,缓者如本条所示。本条所列之证,除具有少阴病脉微细,但欲寐外,只兼四逆一证,故改四逆加入参汤为散剂,白饮和服,缓缓图之,因其主治少阴病之四逆,故定名为四逆散。如此该条文之病机,病势,方药及服法丝丝入扣,使人诸疑顿释。究其每服剂量之小,乃是方中之附子生用有大毒,不可不小也。

2.四逆散既由炙甘草,附子,干姜,人参所组成,那么柴甘枳芍四药又当何用呢?桂林本《伤寒杂病论》中直称此四药为柴胡芍药枳实甘草汤,列于“少阳病篇”和“伤寒脉证并治篇”中。所主之证在前一篇中为“少阳病,气上逆,心下痛,甚则呕逆,此为胆气不降也”。在后一篇中为“风病……若流于腑,则口苦,呕逆,腹胀,善太息。”这两篇所列之证与临床广泛使用柴甘枳芍治疗肝(胆)胃不和之证十分吻合,因此,具有普遍的指导意义。

综上所述,赵本《伤寒论》第318条所载四逆散之方证,其证为真,其方为伪,四逆散应是四逆加入参汤改为散,柴甘枳芍不能称为四逆散,只能列入少阳病篇以治胆气不降之证。

另外,桂林本《伤寒杂病论》是合《伤寒论》与《金