

百

家

园

略论《伤寒论》证候的确立原则

《伤寒论》自诞生以来,即受到历代医家的重视,誉其为“方书之祖”,强调“医者之学问,全在明伤寒之理”。笔者谨就《伤寒论》证候的确立原则谈一点粗浅看法。

证就是证候,与症不同,症多指单个症状,证则代表着一系列的、症状、体征,实质上是一个包含了病因、病位、病性、病势等内容的综合性概念。辨证论治的目的不是解除某个症状,其手段不是完全针对特异性病因进行治疗,而主要是通过调节机体反应性达到治疗目的。那么,《伤寒论》是根据什么原则把看起来杂乱无章的症状、体征联系起来,形成不同的证候呢?实际上仲景用以确定证候的是包括表里、寒热、虚实、经络、脏腑、营卫气血、邪正消长等,并用阴阳进行了高度概括。这种阴阳融合了《内经》全部阴阳概念。《内经》云:“阴平阳秘,精神乃治”;“阴阳离决,精气乃绝”。治疗目的也就在于“谨察阴阳所在而调之,以平为期”。仲景遵循这一观点,从而确定出各种证候。具体确立原则大致如下。

1 阴阳定量

仲景用阴阳概念分析疾病,不外两种方法,即定性分析和定量分析。《内经》云:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”凡在外的、向上的、明显的、兴奋的、亢进的、热的、进行性的、色泽鲜明的、声音宏亮的症状和体征属阳;反之,在內的、向下的、隐晦的、抑制的、减退的、寒的、退行性的、色泽晦暗的、声音低微的症状和体征属阴。把病情区分出性质截然不同的阴证和阳证两大类,就明确了疾病变化发展及其治疗的方向性,这是定性分析。阴阳作为分析疾病的矛盾性的概念,各种证候的性质,自然取决于阴阳在量上谁占优势,谁居支配地位。因此,对各种证候的定性分析的结论,实际上是定量分析的结果。例如“寒热”,少阳的“往来寒热”,太阳的“恶寒发热”,阳明的“不恶寒反恶热”、“壮热”、“潮热”,反映不同程度(量)的阳盛;厥阴的厥热互见,太阴的“脏有寒”,少阴的“无热恶寒”,反映不同程度(量)的阴盛;三阴三阳,就是根据不同程度的阴阳量划分的。可见,阴阳量的差别性和因此而引起的阴阳失调,是形成各种证候的根本原因,也是确定各种证候的主要依据。

由于人体正气有盛衰,机体的反应也就有强弱。正气充实的人,反应力强,其总的阴阳量是在增强的基础上出现差异性,所以可以称为增强性失调,各种实证,如邪盛正盛的大青龙汤证、白虎汤证等便是。正气虚弱的人,反应力弱,其总的阴阳量是在减弱的基础上出现差异性,所以可以称为减弱性失调,各种虚证,阴阳两虚,气血两虚,如炙甘草汤证、小建中汤证等便是。正气一般,反应中等,其总的阴阳量基本在正常范围内出现差异,所以可以称为不虚性失调,如桂枝麻黄各半汤证,桂枝二麻黄一汤证等。可见,对各种症状、体征进行阴阳定量分析时,还要注意到这种差异性的增强、减弱或不虚的性质,才能更确

切地说明阴阳失调的情况。

2 阴阳层次

证候是多种疾病过程中的一个横的共同表现。但这种表现必然从特定的部位表现出来,而其部位有深有浅,有表有里,有经(经证)有腑(腑证),有在胸中、在心下、在气、在血等不同,形成不同的病理层次。由于这些层次本身也有阴阳之分,如在表为阳,在里为阴;在腑为阳,在脏为阴;在气为阳,在血为阴等,故可称为阴阳层次。一个证候就是一个病理层次的阴阳失调的反应。三阴三阳就是六大病理层次的反应。这六个大的病理层次里面,又可分为若干较小的病理层次,将这种较小的病理层次的反应和针对其治疗的方药联系起来,则是人们所称的汤证。在此之下,有的又兼有某些局部层次的阴阳失调,而形成若干更细小的汤证。如桂枝汤证中,有桂枝加厚朴杏子汤证、桂枝加附子汤证等,代表着更细小的病理层次。如同时出现两个或两个以上病理层次的阴阳失调称为“合病”;如先后出现则称为“并病”。

在较小的病理层次中,也可同时出现两个或两个以上层次的阴阳失调,如桂枝麻黄各半汤证、桂枝二麻黄一汤证、桂枝二越婢一汤证等。在两个或两个以上较小病理层次的阴阳失调中,由于阴阳量的差异性,有的层次阳大于阴,阳占支配地位;有的层次阳小于阴,阴占支配地位,这种情况同时出现,便形成所谓寒热交错,阴阳混杂的证候,如大青龙汤证等。不仅如此,即使同一病理层次,在不同的人身上,或不同时间,也可因阴阳量的不同,阴阳谁占优势,而出现性质不同的证候。如病皆在表但有麻黄汤证、桂枝汤证之别;病皆在心下为痞,却有诸泻心汤证之异。可见,阴阳层次和阴阳定量一样,是形成和确定证候的依据。

3 阴阳升降

如果说阴阳失调是由于阴阳量的差异引起的,而此种差异性则具体表现为阴阳升降失调。当阴阳量出现差异时,如阳大于阴,则阳的升散性、动性大于阴的沉凝性、静性,临床上表现为发热、汗出、烦躁、脉浮洪滑数等症状,属于阳证;如阳小于阴,则阳的升散性、动性小于阴的沉凝性、静性,临床上表现为恶寒、无汗、肢冷、脉沉细迟涩等症状,属于阴证。由此可见,通过对阴阳升降失调所表现出来的各种脉证进行分析,是确定证候的又一依据。

张仲景认为,疾病是作为一个矛盾运动过程而存在的,每日每时在不断变化发展着,并依一定条件向其反方向转化。这种变化发展和转化,在《伤寒论》叫做“传”、“转属”、“转入”。如“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传。”“太阳病,若发汗,若下,若利小便,此亡津液,胃中干燥,因转属阳明。”前者说明阴阳向恢复的方向转化;后者属于恶化。又如“本太阳病,医反下之,因而腹满时痛者,属太阴也。”这是由阳证转化为阴证,即是向反面的转化,究其转化的根本原因,就在于阴阳升降的矛盾

性。“重阴必阳，重阳必阴。”本来是阳大于阴，但当阳的升散性、动性发展到极点时，就可因其过分升散而减弱，变成阳小于阴。例如《伤寒论》29 条本为太阳病，“若重发汗，复加烧针，”从而大力增强阳的升散性、动性，导致大汗亡阳的四逆汤证，就是阳证转化为阴证。究其转化的条件，仲景多归咎于误治，如误汗、误下、误吐、误利等，实际上有的是疾病本身自然发展的结果，不一定是误治引起的，仲景可能存在观察上的错误。不过从这里可以看出，仲景已模糊地认识到矛盾转化必须的条件性。证候的转化由阴阳升降关系的变化引起，在阴阳升降的情形中，还可以预测证候是否要转化。“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传，颇欲吐，若躁烦，脉数者，为传也。”太阳病本为阳的升散性、动性占主导，脉若静者，说明阴的沉降性、静性在增长，阴阳升降有可能达到平衡，故“不传”。不过，何者为主导，这完全取决于阴阳量的差异性，取决于证候这个矛盾统一体中阴阳谁占优势，谁居支配地位。

由此可见，张仲景是把疾病视为一个阴阳失调的矛盾运动过程，是用分析阴阳之间的关系来确定各种证候及其转化规律的。

河南中医学院(450003) 张五洲 杨英豪

慢性溃疡性结肠炎辨治体会

慢性溃疡性结肠炎(溃疡性结肠炎)是临床多发病，常迁延不愈或愈后再复发。笔者在临床治疗该病多年，取得一定疗效，现总结如下。

1 病因强调外感内伤两端

溃疡性结肠炎病变主要在大肠粘膜和粘膜下层，形成糜烂、溃疡，出血点以及原因不明的非特异性炎症。外因主要与风、寒、暑、热之邪侵袭有关。因脾胃等脏腑先虚，外感之邪乘虚而入，使脾胃功能失调，脾失健运而水浊内生，湿热下注大肠，出现腹泻、腹痛及粘液血便。内因主要与七情郁结，劳倦过度或先天禀赋不足等使脾失运化，肝失疏泄，肾失固涩，气机升降失常，气血津液代谢障碍，湿邪留注大肠有关。本病为正气先虚，外邪侵袭而发病，主要病位在脾、胃、大肠，与肾、肝亦密切相关。

2 脾虚湿困是基本病机

临床经验表明，脾虚湿困是本病的基本病机。急性期多以湿邪为主，湿性粘滞下趋胃肠，延治或治之不力，易于因湿致虚。而素体脾虚，又易使湿热之邪乘虚而入发为本病。缓解期常脾气虚弱，湿邪困阻，或脾虚肝气乘之。病程迁延日久，伤及肾阳，发为脾肾阳虚。由实致虚，由轻致重。此外，病久入络，或郁久生热，又可兼夹湿热、血瘀、气滞，表现为本虚标实，寒热错杂之证。脾胃虚弱为本，湿热蕴结为标，气滞血瘀贯穿本病整个过程中。

3 气滞血瘀是久病不愈的又一点

溃疡性结肠炎常呈反复发作的特点，因多年不愈而表现为间断性大便带血或粘液，左下腹疼痛，触诊时可摸到增厚变硬的乙状结肠肠管，伴有压痛，这些症状与中医不通则痛，气血瘀滞形成症瘕病机相同。本病初期为脾虚湿困，进一步发展则气虚气滞，气滞则血不行，故气血瘀滞大肠，表现呈局部疼痛，可触及增粗变硬的肠管、或肠腔中形成众多的假息肉。此时属虚中夹实之证，亦给治疗带来新的难点。

4 辨证论治

溃疡性结肠炎是一种本虚标实、寒热错杂之证，因此治疗时应寒热并用，消补同施，熔众法于一炉。根据临床经验，将本病分为 5 型。

湿热蕴滞：主要表现为发病初期，以腹泻、腹痛，粘液血便伴里急后重，肛门灼热，舌质红、苔黄腻，脉滑数或濡数。治以清热燥湿、凉血导滞。方用白头翁汤或葛根芩连汤加减。

气滞血瘀：主要表现为腹痛，痛有定处，腹部触诊可扪及坚硬肠管，压痛明显，便中夹脓带血。舌暗或有瘀斑，苔少，脉弦涩或弦滑。此型多见病程较长，反复发作的患者，治以益气活血祛瘀，方用少腹逐瘀汤加味。

肝气犯脾：临床表现为每因情绪波动或精神紧张发生腹泻、腹痛、常伴胸胁痞满，嗳气少食，舌淡苔白，脉弦。此型多见慢性结肠炎缓解期，治以扶脾抑肝，方用痛泻要方加减。

脾虚湿困：临床以腹泻为主，泻而不爽，肛门下坠，便中有粘液，腹中隐痛，伴有面色萎黄，身倦乏力，胸闷纳呆。舌质淡、苔薄白根腻，脉濡滑。治以健脾化湿、佐以理气止泻。方用参苓白术散加味。

脾肾阳虚：多见病久体弱者，表现为五更泄泻，肠鸣则泻，遇寒加重，便质稀，伴有粘液，泻后则安，形寒肢冷；腰膝酸软，舌质淡，苔白，脉沉细无力。治以温补脾肾，固阳止泻。方用四神丸加味。

本病在临床上常几型并见，有时可互相转化，故治疗时需随机应变，灵活应用，不可拘泥一方。并且在治疗过程中强调以调畅气机为先，同时照顾脾胃。切忌妄施苦寒克伐之品，用药应升降结合，补虚不宜滋腻，止泻慎用固涩。若脾虚不运，气滞湿阻，饮食不化导致湿浊停聚，而见苔腻，应在补虚基础上加用芳香化湿之品，如藿、佩、砂、蔻等。久病伤及阳气，阳虚致寒，温阳的桂、附勿大量，对脾肾阳虚者常用少量附子、肉桂，虽大辛大热，但少用则助阳而不伤阴，用之能温阳暖中，逐寒除湿。尤其对病史较长者，非桂、附不能温其阳，逐其寒、驱其湿。久病入络，气血瘀滞肠络，在活血祛瘀时，应强调升降气机为主，此时一味妄用活血破瘀峻药，常使病情加重。

补脾勿忘行滞，健脾利湿方中配以厚朴、枳壳、鸡内金等理气行滞之品，寓消于补，补不碍滞，消不伤正，使滞去肠和泻止。温肾勿忘固肠，久泻则清气下陷，肾阳渐衰，下关不固，补剂中加五味子、诃子、乌梅等，止泻涩肠，同时用赤芍、丝瓜络通络理肠能达到温肾、理气、通络、固涩之功效。

吉林省长春市中医院(130022) 董丽春 张智勇
广州市荔湾区中医院 刘云杉

治暗勿忘痰作祟

“暗”多属现代医学单纯性喉炎范畴，分急慢性两种。急性发作为暴暗。日久不愈或时愈时发为久暗。经用清热解表，辛凉利咽类中药、成药及抗生素类药物，多能治愈或缓解，但仍有一些患者无效。笔者以痰论治，疗效肯定，附 3 则案例，以期对临床有所裨益。

1 清热理气化痰：患者杜某某，男，12 岁。外感风热，服辛凉解表药表已解。继出现干咳，咽喉痛异物感，声音嘶哑 2 周。服桑菊饮、牛蒡汤无效于 1980 年 10 月 12 日来诊：咽喉疼痛，胸闷不畅，食欲差，干咳咯痰不爽。口渴索水而不欲下咽。检查：喉粘