

# 浅谈《温病条辨》对下法的运用及临床体会

李 静 指导:杨志旭

(中国中医科学院西苑医院,北京市海淀区西苑操场1号,100091)

关键词 下法/《温病条辨》

下法是通过荡涤肠胃,使停留在肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、水饮等从下窍而出,以驱邪除病的治疗方法。《素问·至真要大论》中“其下者引而竭之”“中满者,泻之于内”,即是下法的理论依据。仲景《伤寒论》承气类方立下法之主方,开下法之先河,至清代温病学派流行,吴鞠通所作《温病条辨》<sup>[1]</sup>对此法作了进一步补充和完善,吴氏在继承前人经验的基础上,创立了许多行之有效的方剂。为更好的指导临床,现将《温病条辨》中下法的应用特点及其在危重病应用方面的临床体会归纳如下。

## 1 慎用下法

1.1 下不厌迟,察其可下之症方可下之 吴氏认为下法应用必有可下之症,其在《温病条辨》中焦篇阳明温病中论述颇多。吴氏指出阳明温病存在邪之表里的不同,脉象的差别为辨病之关键,唯有邪之在里者方可下之,否则病邪不除,反伤人之正气。故临证要辨病邪之深浅,“随其所在,就近而逐之”,如阳明温病见“脉浮洪躁甚者”,为邪气近表,故邪出表为顺,乃白虎汤之主证,若“脉沉数有力,甚则脉体反小而实者”,为病纯在里,乃大承气之所主。反对吴有性《温疫论》<sup>[2]</sup>中舌苔白但见微黄者,即加大黄之说,吴鞠通认为大承气“无坚不破,无微不入,非真正实热蔽痼,气血俱结者,不可用也”。故承气非可轻尝之品,唯舌苔老黄,甚则黑有芒刺,脉体沉实,系“燥”“结”“痞”“满”之症者方可用之。在《吴鞠通医案》中有关于急下存阴承气法<sup>[3]</sup>的相关医案举例,均体现了其温热病治疗中顾护阴液之心法。

1.2 下之后不可再下 因温热病最易伤津耗液,故吴氏主张“留的一分津液,便有一分生机”,其对下法运用除慎察可下之症外,还体现在下之后不可再下的谨慎态度上。而吴氏又绝非禁止复下,乃禁止妄下,不可更行峻下之品。若辨证当属可下之症,当无需置疑,当下则下,以防温病传变。而大承气等峻猛之辈要慎用,以免苦寒更伤正气,宜选缓下益阴之方,如中焦篇第三十三条“阳明温病,下后脉静,身不热,舌上回津,十数日不大便,可与益胃,增液辈,断不可再与承气也……”。

## 2 根据病位病性及兼症不同,创新发展,灵活应用

2.1 病在三焦,急症急用 温邪致病多为危急重症,吴氏根据病位及疾病危重程度不同,创“承气合小陷胸汤”。如中焦篇第十条“三焦俱急,大热大渴,舌燥,脉不浮而燥甚,舌色金黄,痰涎雍盛,不可单行承气者,承气合小陷胸汤主之”。此“三焦俱急”为痰热结于上焦胸脘,燥实结于中焦肠腑,热邪劫灼下焦肾水。因上焦余邪未清,下则有上焦余邪陷入之弊,易成结胸,则在小承气汤攻下通腑基础上加以小陷胸汤清热化痰、宽胸散结则能涤三焦之邪,一齐俱出。

2.2 辨明兼加,创新承气 针对《内经》之“不通者死”吴氏总结温病不通原因,并结合不同的兼症,创立了五承气。吴氏认为下后不通原因<sup>[4]</sup>有五:1)“应下失下,正虚不能运药”,即腑实兼气阴亏虚,治宜“扶正祛邪”,用新加黄龙汤,此方乃调胃承气汤、增液汤加当归、海参、姜汁,以养阴益气通便为主。人参补正;大黄逐邪;微点姜汁宣通胃气;麦冬、生地黄用量宜大,方成汪洋之水以行舟,当归为宣血中气分之用;海参咸能化坚,甘能补正,共奏养阴益气通便之功。2)“喘促不宁,痰涎壅滞,右寸实大,肺气不降”即腑气不通兼痰热壅肺,“肺与大肠相表里”须“脏腑兼治”用宣白承气汤,方中以杏仁、石膏宣肺气之闭,大黄逐肠胃之结。3)“左尺牢坚,小便赤痛,时烦渴甚”,即热结肠腑兼小肠热盛,须“二肠同治”用导赤承气汤,方以导赤去淡通之阳药,加黄连、黄柏苦寒泻火,大黄、芒硝承胃气而通大便。4)“邪闭心包,神昏舌短,内窍不通,饮不解渴”即阳明腑实兼热入心包,须“两少阴合治”,用牛黄承气汤,方以安宫牛黄丸开手少阴之闭,大黄急泻阳明,救足少阴之消。5)“津液不足,无水舟停”,即腑实兼津液不足,先服增液汤,如果“脏燥太甚”而仍然大便不通,则必须“腑中气血合治”,用增液承气汤。

《温病条辨》下焦篇对下法的论述主要在湿温证中,如湿温证第五十五条“湿温久羁,三焦弥漫,神昏窍阻,少腹硬满,大便不下,宣清导浊汤主之”,此乃湿温后期,湿邪无出路,以致影响全身而出现神昏,大便不通的下焦湿温危急重症,吴氏治以宣清导浊汤,方中无大黄、芒硝、枳实等通下有形实邪之品,而是结合湿温特点,用茯苓、猪苓、寒水石,化无形之气,蚕砂、皂角

子逐有形之湿。气机通畅,则浊阴下,清阳升,神志自明。又如本篇第五十六条“湿凝气阻,三焦俱闭,二便不通,半硫丸主之”。此为《温病条辨》中温下之法。湿邪凝滞三焦,气机不通而致大便秘结、小便不通,发病关键是肾之气化失职,因“肾司二便,肾中真阳为湿所困,久而弥虚,失其本然之职”。所以吴氏用半硫丸,补肾燥湿,攻避邪气,调畅气机,恢复气化功能,二便乃通。在上焦篇“补秋燥胜气论”中,如“阳明燥证,里实而坚,未从热化,下之以苦温;已从热化,下之以苦寒”,其中阳明燥结未从热化者,方以天台乌药散加巴豆霜以苦温下阳明燥结。

### 3 病案举例

例1:患者某,男,82岁,2010年5月19日因“咳嗽发热2周,神志不清1天”入院,患者2周前无明显诱因出现发热,无恶寒,无汗,口渴,口鼻干燥,体温在38℃左右,咳嗽,痰少而黏可自行咯出,色黄,无腹痛腹胀、恶心呕吐等症,小便可,大便3~5日一行,在社区医院予抗感染等对症治疗1周后咳嗽等症状缓解,仍时有低热,体温在37.3℃左右,口干,腹胀,无呕吐,大便未行,小便量可,1天前患者再次出现高热,体温最高38.5℃,痰较前增多不能自行咯出,神疲乏力,偶有胡言乱语,为系统治疗转入我科,入院症见:嗜睡,发热,口唇干燥,喉间痰鸣,稍有喘促,汗出较多,偶有腹痛,小便量少,大便10日未行,舌红苔黄燥,脉细弱。查:T 38℃,P 110次/min,R 23次/min,BP 120/85mm Hg,桶状胸,双肺可闻及散在痰鸣音,叩诊腹部鼓音,肠鸣音弱,2~3次/min,腹部触痛,墨菲氏征阴性,麦氏点无压痛,查WBC $15 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞85%;胸片提示肺纹理增粗,腹部B超未见异常。诊断:肺部感染。西医予抗生素、化痰平喘等对症治疗,并予中药宣肺通便泄热,以宣白承气汤加减:生石膏30g,杏仁12g,全瓜蒌9g,生大黄(后下)9g。浓煎,1剂/天,早晚分服。2剂后患者咳喘明显缓解,泻下大量黑色球样硬便后腹胀腹痛减轻,神志转清,体温有所下降,37.5℃左右,停药2天后患者仍神疲乏力,汗出较多,大便干燥,患者自感无力排便,舌红无苔,偶有咳嗽,活动后偶有喘促,考虑患者热病伤阴,加之老年体弱,气阴两虚表现明显,予新加黄龙汤加减,益气养阴通便,黄芪25g,党参12g,生地黄30g,麦冬30g,当归9g,生大黄6g,芒硝6g,沙参12g,玉竹9g,甘草9g,生姜3片,5剂,患者服用3剂后腹胀腹痛消失,体力较前增加,喘促缓解,体温降至正常,血象正常,停抗生素,5剂后面色红润,排便正常,但仍有汗出较多,口干干燥,食纳欠佳,考虑为下后胃阴亏虚所致,予益胃汤加减复

万方数据

其胃阴,组方如下:黄芪20g,沙参10g,麦冬30g,生地黄15g,玉竹10g,火麻仁10g。水煎服,加冰糖适量,日1剂,早晚分服。5剂后饮食如常,舌淡红苔薄白,脉细,诸证消失。患者出院后曾以便秘于门诊就诊,予益气养阴通便为原则治疗后症状缓解。

按:此患者年老体弱,正气不足,肺气失于固密,外感温热之邪,邪郁化热,热壅于肺,炼液成痰而发本病,中焦运化失常,出现恶心、腹胀、食纳欠佳的表现;热邪耗津,使大肠津液更亏,而致无水舟停;腑气不通,气机运行不畅,进一步郁而化热;肺和大肠相表里,腑气不通则肺的宣发肃降功能失调,出现咳喘等症状;燥屎阻滞肠腑,腑热扰心而致神志异常,出现嗜睡表现。故先予宣白承气汤宣肺通便,通过“宣肺”舒展肺气,疏通腠理,从而顺应了正气抗邪之势,使气机疏利,郁热外达,喘咳自平。此方应用泻下通便不仅专为结粪而设,最终目的为祛除邪热,给结热以出路。大肠传导不仅排泄糟粕,使脏腑之浊自魄门出,更重要的是疏调五脏六腑气机。正如“下之后,里气一通,表气亦顺……”,但患者年老体弱,加之温热之邪伤津耗气,热退之后气阴两虚的表现较为明显,如神疲乏力,排便无力,口唇干燥等,因患者素有腑实内结,此时更应保持大便通畅,使宿食、积滞等无所依附,余热可退,以益气养阴通便之新加黄龙汤,以滋阴润燥之品以承胃气,使上炎之火得以消除,以苦寒攻下之剂下腹中积滞,使有形之邪得除,以使中焦恢复如“衡”如“平”的常态。老年患者,温热之邪侵袭人体,泻下剂应用后,常出现胃阴的耗伤的表现,故后期以益胃汤滋阴养胃。

例2:患者某,男,50岁,因“上腹痛伴呕吐1天”入院,患者1天前,饱食后出现上腹部胀满疼痛,逐渐加重,呈持续性,向腰背部放射,仰卧、咳嗽及活动后加重,伴低热,恶心、频繁呕吐,吐后腹痛无减轻,多次使用解痉止痛药无效。腹胀,小便正常,大便2日未行。既往有胆石症多年。查:T 38.3℃,P 103次/min,R 21次/min,BP 120/75mm Hg,急性病容,侧卧蜷曲位,皮肤干燥,无出血点,浅表淋巴结未及,皮肤及巩膜无黄染,心肺检查无异常,腹平坦,上腹部轻度肌紧张,压痛及反跳痛明显,未触及肿块,墨菲氏征阴性,麦氏点无压痛,移动性浊音阴性,舌质红,苔干黄燥,脉滑数。检查结果示:血常规WBC $20 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞89%,血淀粉酶600U,腹平片未见膈下游离气体及液平,肠管稍扩张,腹部B超提示胆总管结石,胰管扩张。诊断为急性胰腺炎,西医予禁食水,定时胃肠减压,减少胰液分泌,抗感染,解痉止痛抑酸及维持水电解质平衡等保守治疗为主,中医予增液承气汤以行滞通腑,养阴

增液,扶正祛邪,组方如下:玄参 15g,生地黄 30g,麦冬 30g,生大黄(后下)9g,芒硝 6g。3剂,日1剂,早晚分服,服2剂后患者大便得下,腹痛明显缓解,体温逐渐恢复正常,1周后胰酶降至正常。

按:中医考虑患者发病与其饮食不节,暴食后损伤脾胃,使湿热内生,积于中焦有关,中焦气机受阻,脾胃升降失常,加之热邪伤津耗液,在脾胃运化失常的基础上,使大肠传导失司,从而加重了气机运行的不畅,不通则痛,腑气不畅导致湿热之邪瘀滞,发热愈重。故在西医治疗的基础上,予中药通腑泄热,腑气通,气机畅,通则不痛,热得以泄。但考虑患者频繁呕吐,禁食水,且高热易伤人体阴液,故患者存在津液不足,故在祛邪的同时要注意保护阴津、扶正祛邪,亦有临床报道<sup>[6]</sup>应用本方有缩短病程,加快康复的效果。

#### 4 小结

《温病条辨》丰富和完善了传统的攻下法,因温热之邪最易伤津耗液,所以贯穿温病治疗过程中无不以救阴为关键,所谓“留的一分津液,便有一分生机”,体现了祛邪扶正的思想,充实了急危重病对下法的临床应用,再者,吴氏运用下法充分体现了疾病发展的动态观,其通过应用下法使燥屎、瘀血、痰浊、湿热等有形或无形之邪得下,从而条畅了五脏六腑的气机,气机通畅,则脏腑功能才能发挥正常的作用。临床危重病患者发病较为复杂,由于患者素有痰湿、瘀血或寒积等均存在气机不通的一方面,加之正气虚弱,故往往“邪气暴盛而突发”,调理气机是治病的关键,但考虑患者正虚之根本,临床应用下法不可一味的苦寒攻下,应注意

攻补兼施。《温病条辨》给我们提供了很好的治疗思路。临床治疗过程中发现,危重病患者应用下法,其作用不仅止于使腑气通畅,更重要的是疏调五脏六腑之气机。大肠腑气通畅,则胃可降浊、脾能升清。脾胃升降枢纽正常,又有助于大肠的排浊功能;腑气畅,则肺能主宣降,从而恢复肺主一身之气之功;腑气畅,则肝能主疏泄。可有“一通百通”之妙,因此下法可以顺应胃、肠、胆、肺之气的下行趋势,借以调整全身气机升降流通,消除郁滞,进而影响人体的气化活动,对人体气血津液之间的相互转化,以及人体对饮食营养的吸收等,都会产生积极的影响。正如《灵枢·天年》中说:“六腑化谷,津液布扬,各如其常,故以长久”。但临床在应用下法时要注意危重病患者“正气虚于一时,邪气暴盛而突发”的特点,注意其虚实夹杂,本虚标实的发病特点,下法应用要缓,要时时注意患者气血阴阳虚弱的本质,观察疾病的发展变化,灵活应用《温病条辨》中关于下法的具体原则,补虚泻实,标本兼治,方能效如桴鼓,救患者于危急中。

#### 参考文献

- [1]清·吴瑭.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [2]明·吴有性.温疫论[M].北京:人民卫生出版社,2007.
- [3]清·吴瑭.吴鞠通医案[M].北京:人民卫生出版社,1960:21.
- [4]宋乃光.《温病条辨》阳明温病下之不通五方之论.中华中医药学刊,2008,26(4):679-680.
- [5]赵绍琴.温病浅谈[M].北京:人民卫生出版社,2010.
- [6]张朝进.中西医结合治疗急性胰腺炎68例.中国中医急症,2007,16(10):1249.

(2011-03-09 收稿)◎

## 投稿须知:关于参考文献

参考文献是学术论文的重要组成部分,本刊所载论文参考文献著录格式执行GB/T7714-2005。常见的参考文献类型有著作、期刊论文、电子文献、会议论文、专利文献等,国家标准对每种文献的格式都做了明确的规定,作者在写作论文时应严格按照所规定的项目逐项著录。

1 期刊文献的著录格式:主要责任者.题名[文献类型标志/文献载体标志].刊名,年,卷(期):起页-止页[引用日期].获取和访问路径。(注:期刊的文献类型标志为“J”)

举例:[1]任玉兰,赵凌,陈勤,等.数据挖掘技术在经穴选用及其特异性研究中的应用[J].中医杂志,2010,51(1):47-51.

2 著作文献的著录格式:主要责任者.题名:其他题名信息[文献类型标志/文献载体标志].其他责任者(例如翻译者).版本项(第1版不著录).出版地:出版者,出版年:引文起页-止页[引用日期].获取和访问路径。(注:著作的文献类型标志为“M”)

举例:[2]中国科学技术信息研究所.2007年度中国科技论文统计与分析[M].6版.北京:科学技术文献出版社,2009:144.

3 析出文献的著录格式:析出文献主要责任者.析出文献题名[文献类型标志/文献载体标志]/专著主要责任者.专著题名:其他题名信息.版本项(第1版不著录).出版地:出版者,出版年:析出文献起页-止页[引用日期].获取和访问路径。

举例:[3]邓小平.科学技术是第一生产力[M]/邓小平.邓小平文选:第3卷.北京:人民出版社,1993:274-276.

4 电子文献的著录格式:主要责任者.题名:其他题名信息[文献类型标志/文献载体标志].出版地:出版者,出版年(更新或修改日期)[引用日期].获取和访问途径。(注:主要的电子文献类型有电子公告(EB)和数据库(DB),常见的电子文献载体类型有联机文献(OL)和数据光盘(CD))

举例:[4]中华人民共和国卫生部.甲型H1N1流感诊疗方案(2009试行版第一版)[EB/OL].2009(2009-05-09)[2009-05-11].http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/s3585/200905/40478.htm.