

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第三十三期以“寒温同用,应对复杂疾病;辛开苦降,提高临床疗效”为议题,于 2017 年 7 月 22 日在北京中医药大学东直门医院举行。寒温同用是一种重要的用药思路,主要用于各类复杂疾病的治疗,学习《伤寒杂病论》寒温并用的医学思想和实践方法,合理利用寒温并用的治则治法,有利于提高临床疗效。本次邀请临床各专家就如何学习《伤寒杂病论》中寒温同用的学术思想,掌握其临床应用技巧进行了热烈的分析和讨论。

· 铿锵中医行 ·

寒温同用,应对复杂疾病;辛开苦降,提高临床疗效

赵进喜 贾海忠 刘宁 李志红 刘鑫源

【摘要】寒温同用是一种重要的用药思路,这种用药思想基于临床实践,主要适用于复杂的疾病,在张仲景《伤寒论》和《金匮要略》中已经有非常普遍的应用,对后世产生了深远的影响,确实可以提高临床疗效,开拓用药思路。学习《伤寒杂病论》寒温并用的医学思想应当做到夯实临床基本功、把握药物的特性,精确把握用药剂量,处理好局部治疗与整体治疗的关系,顺应脏腑自身生理趋势等,同时应强调独立思考,密切结合临床实践,学以致用。

【关键词】寒温同用; 伤寒杂病论; 张仲景; 配伍; 治则

【中图分类号】R249 **【文献标识码】**A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.09.012

寒温同用的用药思想,在《伤寒杂病论》中有广泛的应用。随着时代更迭,疾病谱改变,面对新的临床问题,寒温同用依然是一种重要的用药思路。如何认识《伤寒杂病论》中寒温同用的思想,如何理解寒温同用的临床价值,如何学习《伤寒杂病论》中寒温同用的学术思想,掌握其临床应用的技巧,以解决复杂的临床问题,非常值得探讨。“铿锵中医行”第三十三期围绕如何学习和应用《伤寒论》寒温并用思想以提高中医临床疗效,组织专家展开了热烈讨论,今总结报告如下。

1 寒温同用源于《伤寒杂病论》,对临床实践确有重要价值

赵进喜教授:

我们都学过“寒者热之,热者寒之”,即针对热证应用寒凉药物,针对寒证用于温热药物。这是针对单纯的寒证和单纯的热证,但是随着临床实践增加,我们就会发现临床疾病往往错综复杂,单纯的热证或寒证很少见,寒证、热证共存于同一病人的情况是非常常见的,所以经常会用到寒温同用的办法,经验丰富的大夫往往善于寒温同用,以适应复杂的临床病情。所以掌握寒温同用的理念和具体操作,是非常有意义的。天津的心血管病专家伊永禄教授平素喜欢用川草乌、炮附子、盐知柏、青蒿等药物,当时有一位风湿性心脏病的小孩,在西医院治疗四十多天发热不退,请伊永禄教授会诊,伊

教授书以川草乌、炮附子、盐知柏、青蒿,加秦艽、板蓝根、水牛角、板蓝根等药物,几副药之后患者热退身静,心律失常也恢复,这说明寒温并用疑在疑难重症疾病的治疗中也是非常值得思考的一个方法。

刘宁副主任医师:

寒温并用指的是针对寒热错杂疾病,将寒性药物和温性药物组合在一个方剂里进行施治的方法。《内经》云“寒者热之,热者寒之”“治热以寒,治寒以热”。医者取其性味之偏胜用以消、补、温、清,是为常法。寒温并用,则是将寒凉与温热之性的药物同处一方,取其相反之性而达相成之妙,可以说是变法。《伤寒论》当中许多方子都融合了寒药和热药,以实现调升降、去性存用、反佐等目的,寒温同用的思路贯穿于六经辨证的始终。

李志红主任医师:

消化科平常接触很多寒热错杂证,寒热并用的方剂用的比较多,如半夏泻心汤、甘草泻心汤、乌梅丸等。半夏泻心汤适用于中焦寒热错杂引起的痞满、下利、呕吐,临床常应用于胃食管反流病、慢性胃炎、溃疡性结肠炎、肠易激综合征等,只要确实出现痞满,并且辨证为寒热错杂的,半夏泻心汤效果很好。甘草泻心汤临床常应用于贝赫切特综合征、消化道黏膜溃疡、免疫系统病、顽固性的口腔溃疡、溃疡性结肠炎等。乌梅丸常用于治疗溃疡性结肠炎,临床应用不仅可以很快缓解症状,而且做肠镜复查也表现良好。所以说善于运用寒温并用的治疗思想,对于临床疗效的提高有很大帮助。

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院中医内科教研室[赵进喜、刘鑫源(硕士研究生)],消化科(李志红),针灸科(刘宁);北京慈方中医馆董事长(贾海忠)

作者简介:赵进喜(1965-),博士,主任医师。研究方向:中医药防治糖尿病及其并发症。E-mail:zhaojinximd@126.com

贾海忠教授:

大学时期曾总结过张仲景所使用药物的应用规律,结果发现寒温并用是一个非常普遍的现象。为什么寒温并用如此普遍?首先是因为阴阳互根互用,在用药的时候,寒热并用可以相反相成;其次是因为临床上,无论在外感类疾病中还是内伤杂病中,寒热错杂证都很普遍。就外感病而言,人的体质寒热属性不同,外界邪气的寒热属性各不相同,不同的体质可以遭遇各种邪气,容易形成寒热错杂的状态。就内伤杂病而言,同样存在个体体质、饮食习惯、生活方式不同,随着机体的老化以及多种不良因素的慢性影响,病理产物如痰饮、水湿就会形成,逐渐发展为气滞、血瘀,气滞和血瘀就可以导致阳气布散不均,表现为寒热错杂,所以说内伤杂病的寒热错杂,气滞血瘀是个关键原因,当然脏腑经络功能异常也是导致寒热错杂的重要原因。

2 寒温同用内涵丰富,可以解决复杂多样的临床问题

刘宁副主任医师:

寒温并用的作用丰富,可以从如下几方面来认识。第一,寒温同用以调升降,如泻心汤类方,泻心汤类方之辛开苦降法多用于寒热错杂的痞证,消化科应用比较多,一般是脾胃虚弱之人,在误下、误汗之后出现的以心下痞为主症。如大黄连泻心汤治疗邪热聚于心下所致的热痞,附子泻心汤治疗阳虚外寒内热,气机痞塞所致的外寒内热痞,生姜泻心汤治疗脾虚寒热错杂之气痞、水饮食滞内停所致的食饮气痞,甘草泻心汤主治脾虚寒热错杂、气机痞塞所致的虚痞。第二,寒温并用、清上温下,用于上热下寒证。如干姜黄连黄芩人参汤、乌梅丸等,乌梅丸是一个典型的寒温同用的方剂,组方寒温并用、补泻兼施,适应症特别广泛,原书用于治疗寒热虚实错杂、气机逆乱所致的蛔厥、久利,现代常用于治疗胆道蛔虫症、胆道感染、胆囊炎、慢性结肠炎、消化道肿瘤等疾病。第三,寒温并用、表里双解,如大青龙汤、桂枝二越婢一汤等。以辛温的麻黄来开表,以辛凉的石膏来清透内热。第四,寒温并用、和解少阳,如小柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤、柴胡加龙骨牡蛎汤等。第五,寒温同用清宣郁热,如栀子豉汤、栀子干姜汤、栀子生姜豉汤等。第六,寒温并用防止格拒,如通脉四逆加猪胆汁汤。

赵进喜教授:

古人在治疗单纯的寒证或热证时,也会有寒温并用的思想。譬如说大黄的适应证就不是真正的寒热错杂,《金匱要略》原文指出:“胁下偏痛,发热,其脉紧弦,此寒也,当以温药下之,宜大黄附子汤。”方中重用附子温里散寒破结,配以大黄泻下通便,细辛温经散寒,适用于寒实内结之证,用大黄是“制性存用”之意,原方在临床广泛用于胆囊炎、胆道结石、急性细菌性痢疾等疾病。桃核承气汤也是寒热并用的方剂,适用于下焦瘀热,《伤寒论》:“太阳病不解,热结膀胱,其人如狂,血自下,下者愈……外解矣,但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤。”既然是热结膀胱,少腹急结,为何还要用桂枝?以血得热则行,遇寒则凝,活血不远

温,故用桂枝。清代邹澍总结桂枝“盖其用之之道有六,曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行瘀,曰补中”,所以桂枝本身就有活血的功效。还有黄土汤,《金匱要略》:“下血,先血后便,此远血也,黄土汤主之。”黄土汤主要用于中焦虚寒,脾不摄血所致便血、吐血等上消化道出血症。虚寒为何用黄芩?实际上也是制性存用,黄芩本身就可凉血止血,但此处是虚寒所致出血,故用附子来制约其寒性,保留其止血的功效。此外,还有柏叶汤,常用治上消化道出血,包括胃溃疡、十二指肠溃疡、肝硬化食管静脉曲张出血等,《金匱要略》“吐血不止者,柏叶汤主之”,柏叶汤中干姜与侧柏叶同用、马通汁与艾叶同用,也都有制性存用的意思。

此外,寒温同用的组方思路也常用于治疗湿热类疾病,湿热一词现代非常常用,深入人心,王琦教授的九类体质中就包括了湿热体质,也说明湿热一词在当代受到了充分的认识。然而在古代,尤其是仲景时代,湿热是很少提及的,但是不重视不意味着不存在。比如说猪苓汤,原书用治“脉浮,发热,渴欲饮水,小便不利者”或“少阴病六七日,咳而呕渴,心烦不得眠者”,即水热互结阴虚证,这些证候表现其实就是湿热。现代临床常将猪苓汤用治泌尿系感染、慢性肾炎、肾盂肾炎等表现为湿热阴虚者。还有治疗“妊娠,小便难,饮食如故”的当归贝母苦参丸,现在常用于妇女泌尿系感染,包括膀胱炎、尿道炎等疾病,实际上这些疾病的临床表现就是下焦湿热。还有当归赤小豆汤,原文用于治疗湿热血瘀之狐惑病,赤小豆本身即可清热利湿解毒。在仲景治疗湿热思想基础上,后世产生了芳香化湿、苦温燥湿的方剂,如三仁汤。此外,仲景也用辛开苦降的方法来治疗湿热,以辛温药跟苦寒药一起配伍,辛开苦降,譬如泻心汤类方。像狐惑病,现在认为是贝赫切特综合征,如果一味应用清热解毒类药物,常常会损伤脾胃,加重病情。贝赫切特综合征常表现为甘草泻心汤证,也有民间医生把甘草泻心汤当做是治疗黏膜病的绝招。有一个病人在西医院确诊为贝赫切特综合征,病变已经累及肾脏,表现为反复发作的口腔溃疡、腹部剧痛、蛋白尿,胃镜表现为从食管到胃全段溃疡,麻醉药都不能止痛,当时以甘草泻心汤为基础加玉屏风散、穿山龙、白花蛇舌草、赤芍、白芍、甘草等药物,一个月后复查,食管到胃的溃疡全部恢复正常,仅剩口腔溃疡。到现在已经五年了,该病人病情始终稳定,尿蛋白一个加号,肌酐在正常范围,除偶有口腔溃疡发作外,消化道症状再也没有出现。

3 把握寒温同用治法及用药技巧,解决临床实际问题

贾海忠教授:

在医疗实践中,经常见到的寒热错杂证可以分为几大类,一类是风寒外束,内有蕴热;一类是上热下寒。而人身上下之间的枢纽就是脾胃,所以脾胃病中更易见到寒热错杂证,泻心汤类方的使用也尤为广泛。

在具体使用寒热药物时,要有使用原则,首先要明确病位,到底是哪一个脏腑的寒热。其次,要根据归经来选择药物,现在临床上药物归经有被忽视的倾向,其实离开了归经用药就很盲目。在用药技巧上,一定要注意脏腑经络气血运

行的趋势,譬如说胃就是主降的,那就要在顺应它的功能趋势中解决问题,避免造成新的破坏。解决内伤杂病中出现的寒热错杂,理气活血就是技巧。此外,还有一个大规律,叫“万物负阴而抱阳”,即万物都是外壳为阴,核心是热,人体的脏腑也是在这个规律之下,在用药的时候,一定要考虑这个特点,你要想让药力深入,就要用辛热药破阴。寒药热药并用的目的是为了相反相成,如果仅仅要和缓偏性的话,那都少用一点不就可以了吗?这就涉及到我们用药的作用点的问题,如果寒热属性的药物归经不同,这时候就可以做到相反相成,相反相成的前提是两个药的归经作用点不一样,所以说寒热并用特别考验医生处方时候的用药技巧。

赵进喜教授:

学习寒热并用时候要注意理解药物的作用部位,此前我经常思考附子泻心汤,有人说它是治疗上热下寒,还有人说是治疗里热表寒,到底是上热下寒还是内热表寒?后来练习内养功,意守丹田,始觉小腹发热,停后则周身汗出,《内经》中有“卫出上焦”“卫出中焦”“卫出下焦”的不同说法,通过练功可以体会到“卫出下焦”的合理性,实际上肾阳虚跟表阳虚没有本质区别。所以,附子泻心汤既可以治中间有热,下边又有肾阳虚,也可以治疗里边是热痞,但同时又有表阳虚,肾阳虚跟表阳虚本身不矛盾。

除了要重视药物作用部位,也要重视局部治疗,即内治与外治相结合的治疗思路。以前有位大学教授得了溃疡性结肠炎,处以印会河的清利肠道方,加木香、槟榔、地榆、槐花等常用于结肠炎的药。但病人用药以后效果也不好,后来患者去肛肠科就诊,肛肠科反给予灌肠液,结果用完以后,效若浮鼓,至今未再复发。这说明局部治疗还是挺重要的。

贾海忠教授:

其实归经的目的就是让药物到那个病灶去,若能直接将药物置于病灶,疗效就会更好。

赵进喜教授:

局部治疗与全身治疗,实际上都很重要。薛生白的《湿热病篇》里第三十条:“湿热证,发痉神昏,足冷阴缩。下体外受客寒,仍宜从湿热治,只用辛温之品煎汤洗。”该病本身属于湿温病的范畴,但是局部出现了阴囊冷缩等症状,薛生白用辛温药物外洗治疗局部寒的症状,内服药仍然从湿温病治法,实际上也就发展了张仲景寒热并用的思路,《金匱要略·百合狐惑阴阳毒》:“狐惑之为病,状如伤寒……蚀于上部则声喝,甘草泻心汤主之,蚀于下部则咽干,苦参汤洗之,蚀于肛者,雄黄熏之。”说明寒温并用也不一定非限于内服药,外用药也是有意义的。例如糖尿病足,没有溃烂的时候都是表现为足趾部的怕冷、疼痛、麻木,局部溃烂以后,则表现为红肿热痛,实际上是一种热毒的表现。这个时候怎么解决局部辨证与整体用药的问题?怎么处理好中医和西医的关系、内科和外科的关系、内治和外治的关系、治本清热补虚和治标活血解毒的关系、清热解毒和温通经脉的关系?此时

是要使用四妙勇安汤还是阳和汤,确实需要拿捏。

除了用药部位,外用药剂量也很关键。既然有寒药有热药,量的拿捏那是非常重要的,比单纯的寒证和热证在药量上的把握要求就更高。拙作《古方妙用》上载一案,49岁,中年女性,因婆媳吵架生气后患腹痛证,心胸烦热,胃脘胀闷不舒,恶心时欲呕吐,食少纳呆,大便数日一行,每次大便时心腹痛加重,努责方出,为稀软便,查其上腹部稍有抵抗,脐腹以下按之不实,舌略红苔黄白相间,脉弦滑。投以黄连汤,开始考虑黄连价格较贵,仅给6g,服药后出现口舌生疮,考虑黄连量不足,改为12g后,继服3剂后腹痛、烦热、恶心、大便不畅等症消失。汉方不传之秘在于药量,包括药量比例,如果剂量不把握好则很难取得最佳疗效。施今墨先生治外感病时在解表同时尤重清里,在“解”与“清”二字上权衡轻重,自创了七解三清、六解四清、半解半清、四解六清、三解七清等法,务使用药时表里比重恰当。故剂量的把握非常重要,用药应当精细入微。

李志红主任医师:

在课堂教学时候,寒热仿佛是很好判断的,但在实际临床上寒热难辨,需要有病例和经验积累。曾用乌梅丸分别治疗湿热型和虚寒型溃疡性结肠炎,发现疗效差距很大,这表明同样一个病的寒证和热证的代谢差异很大。

贾海忠教授:

很多辨证标准是凭专家的经验来确定的,缺乏足够的事实依据,严谨性和逻辑性也是缺乏的,而用八纲辨证,基本不会犯方向性的错误,但是要做到精确,八纲是远远不够的。寒热实际上是八纲辨证里面的一维,就相当于一个数轴,一边是寒一边是热。两点确定一条直线,要辨寒证你至少要具备两个不同内涵的症状,热证也需要至少两个不同内涵的症状。

4 结语

寒热并用的学术思想和实践方法在《伤寒杂病论》有充分的体现,对临床实践具有普遍的指导意义。学习寒温同用的学术思想首先应当明确临床上寒热错杂证形成的原理何在,既有先天体质因素,又有环境因素和致病因素的不同,其次掌握不同疾病的病机特点,精熟药物的性味归经,掌握常用方剂的使用指征,灵活运用各种辨证方法,最终落实到实际临床中,要善于顺应脏腑功能趋势用药,要重视脾胃对于协调阴阳的重要作用,合理利用寒温同用的治则治法,提高临床疗效。

赵进喜教授简介:

北京中医药大学东直门医院内科主任医师、教授、博士生导师,博士后工作站指导老师。师从中医内科学家王永炎院士、肾病糖尿病专家吕仁和教授和肾脏病理专家魏民教授。北京中医药大学东直门医院内科教研室主任。国家中医药管理局中医内科内分泌重点学科带头人。国医大师吕仁和教授学术继承人。

贾海忠教授简介:

慈方中医馆馆长,原中日友好医院中西医结合心内科主任医师、教授、硕士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,全国第三批名老中医史载祥教授学术继承人。

刘宁副主任医师简介:

中医内科学博士,针灸推拿学硕士,北京中医药大学东直门医院针灸科副主任医师,第五批国家级名老中医刘景源教授学术传承人,刘景源名医工作室负责人,世界中医药学会联合会经方专业委员会理事,北京中医药学会养生学会理事。

李志红主任医师简介:

李志红,男,医学博士,主任医师,硕士生导师。师从田德禄教授,为第四批全国老中医药专家继承工作继承人,北京中医药“薪火传承 3+3 工程”田德禄名医传承工作站、全国名老中医传承工作室田德禄名医传承工作室负责人。北京中医药学会中医肝病专业委员会委员,北京中西医结合学会第一届消化内镜学专业委员会常务委员,中国医促会结直肠病学分会常务委员。北京中医药大学学报临床版编委,北京中医药大学学报审稿人。

(收稿日期: 2017-08-09)

(本文编辑:董历华)