

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第二十七讲以“如何正确认识《伤寒论》下法,提高临床疗效”为议题,于 2016 年 12 月 22 日在北京中医药大学东直门医院举行。《伤寒论》作为临床医学之经典名著,常用“下法”治疗外感内伤多种疾病,承气汤等泻下名方,至今临床广泛应用。但下法究竟有哪些适应证?应用下法有哪些注意事项?如何深刻理解与应用《伤寒论》“下法”?针对此议题,本次铿锵中医行邀请临床专家进行了热烈讨论。

· 铿锵中医行 ·

仲景“下法”,意在逐邪;因势利导,辨证为先

赵进喜 贾海忠 张立山 刘宁 肖永华 申子龙 陈宇

【摘要】《伤寒论》有关下法论述很多,理论源自《内经》,乃因势利导之法。具体内容涉及到了峻下、缓下、润下等法,包括通导泻下燥屎、宿食、痰饮、瘀血以及邪热等,意在通腑,更在逐邪。临床应用下法治疗外感病以及多种疑难杂病、危急重症,屡有佳效。学习张仲景下法,应该重视研习《伤寒论》原书,重视相关名方适应证包括腹证特点以及用药剂量、煎服法等,以全面领会张仲景下法精粹,提高临床疗效。

【关键词】张仲景; 伤寒论; 下法; 腹诊

【中图分类号】R249 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.03.012

下法是指运用具有泻下、攻逐、润下等作用的药物,以通导大便、消积祛滞、荡涤实热、攻逐水饮的治疗方法,属中医八法之一,为历代医家所推崇。张仲景传承《内经》,常用“下法”治疗外感内伤多种疾病,并收录了大量体现着下法精神的名方。如何深刻理解仲景“下法”的学术思想?如何正确认识仲景“下法”的适应证及禁忌证?如何应用“下法”解决现代临床问题?本期“铿锵中医行”北京中医药大学东直门医院中医内科教研室组织专家,就此进行了讨论。谨总结报告如下。

1 仲景“下法”,源自《内经》;因势利导,丰富多彩

申子龙博士:

下法的理论渊源,源于《内经》所谓“其下者,引而竭之”“中满者,泻之于内”,是因势利导之法。而张仲景《伤寒论》“下法”,相关内容十分丰富,包括承气汤类的泻热通腑法,以桃核承气汤、抵当汤、抵当丸为代表的泻热逐瘀法,以大陷胸汤为代表的泻热逐水法,以十枣汤为代表的通下逐水法,以大黄附子汤为代表的温里通下法,以厚朴七物汤为代表的表里双解法等,可谓丰富多彩。

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院内分泌科(赵进喜),呼吸科(张立山),针灸科(刘宁),中医内科教研室(肖永华),肾病科(陈宇);慈方中医馆(贾海忠);首都医科大学附属北京中医医院(申子龙)

作者简介:赵进喜(1965-),博士,主任医师,教授,博士生导师。研究方向:中医治疗肾病、内分泌代谢病。E-mail:zhaojinxi@126.com

刘宁副主任医师:

下法,即引导攻下之法,是指病邪在下者,当引邪下出,从下而解。下法的具体应用包括通便、逐瘀以及逐水等法,是运用方药来排出体内病邪的一种治疗方法。仲景在《伤寒论》中阐述的“下法”传承于《素问·至真要大论》,所谓“留者攻之”。《伤寒论》里面具体应用了多种下法,包括治疗热结的寒下法,分三承气汤,大小轻重缓急;寒结者以温下为主,代表方剂为三物白散;燥结者用润下法,方选麻子仁丸;水结者用攻逐法,方选大陷胸汤、大陷胸丸和十枣汤;血结者用逐血法,方选桃核承气汤、抵当汤、抵当丸。

寒下法,是以苦寒、泻下的药物攻下为主,有泻热通便的作用,适用于热结便秘或者热结旁流等,症见高热、便秘、脘腹胀满疼痛,或痛而拒按,或出现神志症状,神昏谵语,舌苔黄厚而干,脉滑实。根据六腑以通为用的原理,无论有无便秘,均可取其苦寒泄降之力,清除实热,导热下行,起到釜底抽薪的效果。《伤寒论》阳明病篇中,讲到阳明腑实证,是由于外邪由外入里化热,导致患者燥热,火灼肠腑津液,出现大便燥结成实的症状,火热与肠胃中的燥屎相结,成为热结便秘,临床表现为大便不通,腹胀满,苔黄燥,脉滑沉实等。阳明腑实有缓下、轻下和峻下的不同,具体的阳明腑实证会出现身热、日晡潮热、不恶寒,反恶热、手足濇然汗出等,严重时可能出现神昏谵语,脘腹痞闷,舌苔黄燥甚至焦黑,甚则起芒刺,脉沉实有力,若出现神志症状,可能出现循衣摸床、撮空理线,甚则登高而歌、弃衣而走等热狂的症状。历代医家把这些症状简单地归纳成了四个字“痞、满、燥、实”,痞指胸、腹、脘腹部痞塞不通,满是指腹满膨大,燥是数日大便未行,燥屎内结,实是诸多实证和热症的一个表现。此类代表方剂

是大承气汤,为峻下热结的代表,组成药物是大黄、芒硝、枳实、厚朴,大黄是君药,针对实证攻下热结;芒硝能软坚散结,针对燥;厚朴是行气药,行气消胀,针对满;枳实可破气开痞,针对痞。这四个药针对性非常强,痞、满、燥、实四症均有针对,大黄、芒硝和枳实、厚朴,为攻下与行气相互为用,其力倍增,能成为峻下热结之极。小承气汤是轻下热结,较大承气汤去掉芒硝,大黄仍是君药,也是攻下热结,并用枳实和厚朴来行气、开痞、除满。小承气汤较之大承气汤,后者芒硝润燥为主,起软坚的作用,前者中并无芒硝。调胃承气汤是缓下热结,主要针对的是胃,其泻下的作用并不明显,主要是用炙甘草把芒硝和大黄留到胃部,以清热为主,可以认为是一个缓下之剂,具体的服用方法在《伤寒论》里有顿服、有缓缓服之,还有正常的服法,根据不同的服法,对它留在肠胃的时间有不同的要求,根据具体的症状来进行选择。《金匱要略》大黄牡丹汤,是针对肠痈而设,也是寒下之法,其中也用大黄和芒硝来泻热通下,用桃仁来活血、润燥、滑肠,用牡丹皮凉血活血,并能够消痈肿,此方针对的是肠痈初起、腹部疼痛这类症状。

温下法有驱寒通便的作用,适用于寒凝积滞的里实证。《医学心悟》中说:“有阴结之症,大便反硬,得温则行,如开冰解冻之势;症见大便秘结,脘腹冷痛,手足不温,口淡不渴,苔白滑或白腻,脉沉弦等。”选用温热药如附子、干姜、细辛等以散其寒,配以大黄、巴豆等以泻其积,兼气滞加以理气药物。常用的温下法方剂有大黄附子汤、温脾汤、三物备急丸。而在《伤寒论》里面,温下的代表方剂就是三物白散,用于温阳散结。该方是巴豆和桔梗组成的一个上宣下泄的方子,肺与大肠相表里,桔梗能够开宣肺气,巴豆能够温通寒实,并能逐瘀水,贝母涤痰散结,用于治疗寒痰冷饮结于胸膈,致胸膈疼痛或者心下硬满的病症,寒水内结于胸部,不能外达,津液不散,所以仲景用桔梗和巴豆相伍,也就是肺和大肠同治。

润下法具有润肠通便的作用,适用于热邪伤津、素体阴虚火旺、津液不足的患者。气滞者配伍行气药,血虚者加养血、活血的药物,肾阳不足者可配伍温补肾阳药,常用的方剂是麻子仁丸和济川煎。麻子仁丸用来治疗“脾约”证,“脾不能为胃行其津液”,大便秘结,小便数,苔黄,脉数。其病机为患者阳明有热,脾被热邪约束,脾不能为胃行津液而致。方中用麻子仁、杏仁、白芍、蜂蜜养阴通便润燥;大黄、厚朴同用,前者泄热通下,后者行气通便,再加枳实消痞去积。

逐水法具有攻逐水饮的作用,可使体内水邪从大便排出,适用于气机阻滞、水邪内停的重症。本法比较峻猛,一般从小剂量开始,若水饮没有祛除干净,可以逐渐增加剂量。若患者体虚又非攻不可,可以与健脾补益的药物交替使用,先攻后补或先补后攻,中病即止,代表方剂为十枣汤,其中甘遂、大戟、芫花都是攻逐水饮药,三者的作用部位按照中药书上说的应该分别是泄经髓、脏腑和胸胁之水的,大枣的应用主要是解三药之毒,同时补脾以制水,防治攻下伤脾,并可缓解药力,此方在临床上应慎重使用。其在《伤寒论》中的应用是治疗悬饮和水臌,悬饮相当于现在的胸水,水臌相当于

现在的腹水以及一身尽肿的水肿;大陷胸汤也是攻逐痰热的方剂,组成药物为大黄、甘遂、芒硝,大黄为君药,泄热攻下,甘遂可攻逐十二经水饮,并可攻逐痰饮,芒硝软坚散结。在用法上,小陷胸和大陷胸的区别主要是严重程度不同,若是水饮和热邪互结于胸,代表方剂是十枣汤和大陷胸汤。大陷胸还是一个峻下逐水的方剂,这里用到的芒硝、甘遂和大黄都是峻下之品,而小陷胸汤则主要是以气分无形之热为主,没有邪实。

攻逐瘀血法可通畅血脉,消散瘀结。《伤寒论》中逐血法主要是应用大黄、芒硝这类攻下的药物加上桃仁、水蛭这类破血、活血药物一起使用,可祛瘀血、攻下结实。《伤寒论》记载的有桃核承气汤、抵当汤和抵当丸。桃核承气汤的组成是桃仁、大黄、桂枝、芒硝,其中,桃仁用量最大,能够活血、破血、祛瘀,大黄则可泄瘀热,桂枝能通阳散结,芒硝可软坚泄热,炙甘草和胃安中,此方以活血药和泻下药加通阳和中的药物为主,治疗下焦蓄血证;抵当汤,是桃核承气汤的发展。桃核承气汤是逐血轻剂,抵当汤则为逐血重剂,可破血下瘀,水蛭、虻虫都属血肉有情之品,均可破血逐瘀,桃仁活血化瘀,大黄攻下热结,活血药和泻下药相结合,共同治疗下焦蓄血重证,症状以少腹硬满,甚至其人发热发狂为主。抵当丸,“汤者,荡也;丸者,缓也”,用丸剂的意义在于下焦瘀血较轻,少腹满,小便利,病势不重,没有发狂之症,所以用丸者缓之,取其缓下之意。还有一些下法是与其他治法相结合,如大柴胡汤、大黄黄连泻心汤、茵陈蒿汤等。外用的下法药物为栓剂,有蜜煎导方和猪胆汁方,可从肛门纳入,类似现在的栓剂使用。

张立山教授:

仲景的下法之理源于《内经》。《内经》中提到人体气机的升降出入非常重要,所谓“非升降则无以生长壮老已,非出入则无以生长化收藏”。所以升降出入非常重要,因此有邪气的时候一定会影响人体的气机,用下法可以恢复人体气机的正常运行。此外用下法可以祛除病邪,即通过给邪气以出路来治疗疾病。邪去正安,人体阴阳气血的平衡,则得以恢复。下法不仅是着眼于祛除有形之物,更在于祛邪,在于承顺气机。

2 临床应用下法,应重视腹诊,立足脉证,辨证选方

申子龙博士:

学习《伤寒论》的下法,应该重视腹诊。《金匱要略·腹满寒疝宿食篇脉证并治》曰“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,舌黄未下者,下之黄自去”,意思是病人腹胀,可以通过切诊、触诊观患者有无压痛,来选择是否运用下法,若腹部触时疼痛的话,则应使用“下法”,于此同时,还应观察患者舌象,舌黄的话亦应使用“下法”。《金匱要略》论大柴胡汤“按之心下满痛者,此为实也,宜大柴胡汤”;《伤寒论》论桃核承气汤“按之少腹急结”;论大陷胸汤“按之心下硬”“从心下至少腹硬满而痛不可近者,大陷胸汤主之”。除了腹诊

之外,同时还应该重视脉诊。比如在运用承气汤类时,应遵《伤寒论》中“脉数而滑者,实也,此有宿食,下之愈,宜大承气汤”;“胁下偏痛,脉沉弦者”,用大黄附子汤,体现着腹诊与脉诊并重的精神。

赵进喜教授:

腹诊在《伤寒论》论述非常多,不同的方证有不同的腹证。但因中国封建几千年,腹诊传承非常不够。而日本汉方医家,反而对腹诊研究较为深入。《腹诊奇览》等书,都对腹诊的传承有非常大的贡献。早年曾与陈宝明教授合著《古方妙用》一书,提出辨方证、识腹证之古方今用临床思维,刘渡舟教授序曰“类列方证,伤寒有功;溯源腹证,不下东瀛;千年大海,今归其宗”,给予高度评价。腹诊较之“心中了了,指下难明”的脉诊,相对更容易掌握,所以值得重视。《伤寒论》论诸方腹证,明确指出大承气汤证表现为腹胀痛,或绕脐腹痛,严重的甚至可有“燥屎五六枚也”。因此大承气汤主要治疗的是有腹胀痛一类临床表现的疾病;而小承气汤证没有腹痛的临床表现,基本都是腹胀的临床表现。在腹诊的表现中,如果摸到燥屎五六枚,那肯定是大承气汤证,如果医者没有摸到,但是有一些临床表现能提示燥屎已经形成,如腹胀痛、绕脐腹痛、大便数日未行等,均可认为患者燥屎内结。若有时这些症状也不典型,可以通过一些外症来进行判断,如神昏谵语、潮热、手足濇然汗出等,同时要结合脉象,如脉沉迟、脉滑数有力等,即可判定其燥屎已成。因此,在临床运用下法时,不但要重视腹诊,还应结合舌诊、脉诊等其他中医诊法,切中病机才可辨证施治。在下法逐瘀法部分,桃核承气汤的典型表现是少腹急结,抵当汤则是少腹硬满,一个是少腹急结,一个是少腹硬满,临床表现和腹诊表现有轻重缓急区别。

张立山教授:

关于下法的诊断,腹诊确实是一种判断有形之积的好方法。腹诊,肇始于华夏,但兴盛于东瀛。现在我们学到的腹诊基本都是源于外来著作,而日本的汉方学者,从古方派的吉益南涯到后世的大塚敬节,矢数道明,讲仲景的腹诊法,身体力行,并将腹诊发展并进一步细化,甚至跟一些方证对应。国内的腹诊主要有难经派腹诊和伤寒派腹诊。所以在腹诊里,阳明燥结证张仲景不止一次提到腹胀满、按之痛等腹证表现,瘀血症也是一样,包括桃核承气汤的“少腹急结”及抵当汤的“少腹硬满”等。在应用不同方药时,腹诊的感觉肯定也是不一样的。

3 仲景下法,适应证广泛,用之得宜,疗效确切

赵进喜教授:

下法不仅适用于有形燥屎、宿食、痰饮等,无形邪热等也可用下法逐之。只是有形之邪,用大承气汤就不用迟疑。《金匮要略》治宿食,用大承气汤,毫不客气。而《伤寒论》用大承气汤治外感病就很谨慎,应用大承气汤,一定要有

燥屎而且还需要脉沉实,若见脉滑而疾者,即使有大承气汤证的表现,如发热、潮热、手足濇然汗出、腹满等,提示可能有虚象,就只能用小承气汤。教材总强调大承气汤治疗痞满燥实坚具备,小承气汤治疗痞满,调胃承气汤治疗燥实。这种说法是以药测证,往往是不可靠的,我们一定要重视读原书。其实,三承气汤都是泻下的方剂,就是轻重不一样。大承气汤,药力峻猛,小承气汤,药力稍弱,调胃承气汤,泻下作用最缓。所以《伤寒论》调胃承气汤相关条文并未强调大便通与不通,小承气汤方后注“得下后,止后服”,大承气汤条文则更明确地提到“中病即止”,实际上这三个方子就是泻下作用强弱不同而已。假如具备大承气汤证的表现,而脉滑而疾有虚象,即可用小承气汤。小承气汤主要治疗的是大便硬的患者,《伤寒论》原文中提到大便硬的患者可以运用小承气汤进行治疗。大便硬有时候没有明显的临床表现,但是可有外证来提示患者大便硬,这个时候也可以用小承气汤进行治疗。讲到调胃承气汤,该方的指征为患者蒸蒸发热、不吐不下心烦,没有强调大便通与不通,实际上调胃承气汤更多的作用是清胃热,比如牙龈肿痛等,都可以用调胃承气汤来进行治疗。此外,很多医家认为抵当丸药力弱于抵当汤,实际上是错误的,因为抵当丸是散剂,或曰煮散剂,实际上是将药物煮完后连药面一起喝下去的。煮散剂从临床经验角度来说,3 g 的散剂比 10 g 的汤药力量还强。抵当汤方后注,提示药物能通大便,而抵当丸的用药反应则是“晬时下血”。

大柴胡汤作为表里双解剂的一个代表,治疗很多病证的疗效都是非常好的。曾治一老年女性患者,83 岁,诊断为胆道感染,收住入院时血压很低,建议用大柴胡汤当下则下,并嘱其把生脉散备好,服药后转危为安,至今身体健康。曾在门诊治一急性胰腺炎病人,住院两周,仍述腹痛,血淀粉酶仍然 2000 U/L,以其具备典型的“心下满而痛”的大柴胡汤证腹证,此外患者还患有胆囊炎、胆石症,投用大柴胡汤的同时加木香、槟榔、虎杖、金钱草。一周后复诊,血淀粉酶恢复正常,症状明显改善。另外,还有桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤,争议很大。实际上,桂枝加芍药汤证是太阳病下之后腹满时痛,其腹痛的特点是阵发性疼痛,不但有满,而且还痛。日本的汉方医家在腹诊时描述其为肚脐两边可触到类似两块竹板的感觉,实际上就是腹直肌痉挛。而桂枝加大黄汤证,特点是“大实痛”。“大”是指疼痛剧烈,“实痛”指的是拒按,那么“大实痛”是否指的是西医的肠梗阻、急腹症呢?实际与真正的肠梗阻胃肠结热腑实证还是有区别的。李克绍教授认为桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤,芍药、大黄都有通泄的作用,唯桂枝加芍药汤的程度轻,桂枝加大黄汤通泄作用强。《伤寒论》所谓“其人续自便利,设当行大黄芍药者,宜减之。以其人胃气弱,易动故也”就是这个意思。曾治一例 50 岁妇女,长期腹痛阵发,曾在农田劳动时发生剧烈腹痛,曾误诊为肠梗阻,开腹手术,投用桂枝加芍药汤而安。颇有助于我们加深对桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤的理解。

张立山教授:

肺与大肠相表里,肺系疾病临床上常见阳明燥结证。当下则下很重要,不应太过关注患者的年龄。曾治一 80 岁老年男性患者,输液治疗半个月,最后炎症虽然控制住了,血象恢复正常,但病人身体状况很差,不思饮食,仍咳嗽,痰也很多,形体消瘦,就诊时用轮椅推来。其实就是少阳阳明合病证,口苦、咽干、大便干结、咯吐黄痰等症状都具备,投用大柴胡汤合宣白承气汤。复诊时,病人可自行来诊,饮食、精神改善。若仅仅看到虚弱表象,不能及时运用下法,就会影响疗效。

另外,在下法的运用上,也不应拘泥于治疗急腹症患者。曾治老年男性湿疹病人,激素软膏外敷治疗,停药以后多次复发。见其汗出较少,舌质黯红,苔腻,脉弦滑,大便干结,而且湿疹呈暗红色。其为阳明腑实证伴有太阳表证,病机为阳明腑实,邪气在里,血瘀湿热较重,又太阳病汗出不彻,邪气郁积而发,处方为桂枝麻黄各半汤和桃核承气汤,并加用白蒺藜。结果大便一通,自觉全身轻松。再服药一周以后,全身皮疹消失。另外,急危重症、疑难杂症治疗用下法,如治疗急性阑尾炎用大黄牡丹皮汤,如针对阳明蓄血证其人如狂,用逐瘀通下法,常有卓效。经方是传承了千百年的古方,疗效是被历代医家所验证的。而下法是在经方运用中的一个非常重要的方法,恰当运用下法可治疗很多疑难病,甚至急危重症。

肖永华副教授:

谈谈大承气汤方中大黄、芒硝、枳实、厚朴四味药的临床体会。对肾脏病患者,吕仁和教授经常使用大黄,作用不只是通腑泻下。肾脏患者本虚标实,其虚象相对于其他内科系统病证患者要严重,但即便是此类患者,吕老仍使用大黄进行治疗,其临床疗效较好。吕老运用大黄的经验是无论生大黄、酒大黄、熟大黄,其常用剂量区间为 6~30 g,具体用法还需结合临床辨证,因此可认为大黄不仅仅有泻下通便的作用,还有其他功用。关于芒硝,吕老个人习惯用元明粉,咸寒泻下的作用较为缓和,有泻下而不伤正之效。关于枳实,《伤寒论》中承气汤类中使用的均为枳实,但现代某些医家用枳壳 30 g 通腑泻下,临床效果也非常不错。关于厚朴,董建华教授使用剂量常为 6 g,治疗胀满的疾病,认为厚朴是非常燥烈的药物,很容易伤阴,提示临床上应该适当注意。

贾海忠教授:

首先,下法可概括为两方面作用,一是调整脏腑功能,二是祛除病邪。一则通腑,一则祛邪。一方面,通腑可以使患者体内积攒的废物排出,让患者有一个相对清洁的内环境,从而使各系统的生理功能得到恢复;另一方面,积聚在肠腑的病邪也可通过通腑泻下祛除,最后也可达到邪去正安的目的。就第一方面而言,下法指征不仅是“痞满燥实坚”,结合张仲景《伤寒杂病论》所论,三焦的所有疾病均可运用下法。

如上焦病变,以肺与大肠相表里,《伤寒论》中提示承气汤类可以用来治疗“胸满”,因此,治疗某些气胸兼有大便不通的患者时,可予大承气汤。又如《金匮要略》治疗“胸满,口噤,卧不着席,脚挛急”,实际上是用大承气汤治疗脑炎感染证,可见大承气汤病位并不单在肠腑。再观桃核承气汤证、抵当汤证,治疗如狂、发狂等疾病。《伤寒论》对下焦蓄血证的指征里讲了“少腹急结”,其实有精神改变的患者,“少腹急结”表现在左下腹,实际上是脑病。因此,我们不能仅认为下法只适用于中、下焦的问题。如果患者表现为从心下至少腹硬满痛不可触近,即为急腹症、胃肠道穿孔,即“大结胸病”,可用大陷胸汤。此外,所谓“腑实”证,可表现为腹满大便干结,并不能说明邪在胃肠,因为邪气在他处也可出现大便干结、腹满的症状,比如肺部感染、脑部感染、泌尿系感染等,而真正的胃肠道感染时的症状应为腹泻。所以说“腑实”证的热邪其实并不在胃肠,是由其他部位的病变导致了胃肠功能改变,通过通腑泻下、泄热祛浊,使之恢复正常。“胃家实”也并不一定是胃家有邪。那么就第二方面祛邪而言,仲景在治疗腹泻的患者时用的是泻下法,治疗热结旁流的患者,亦用的是大承气汤,治疗顽固性腹泻,可用巴豆霜、甘遂等药物,让患者泻下比之前还剧烈,泻完之后,患者的病症就基本可以得到治愈。其治疗机理类似于用除颤的方法治疗心律失常,胃肠道功能不好其实就是胃肠道功能紊乱,用泻下的方法治疗,相当于给胃肠道除颤,这是中西医结合治疗的思路。曾治一脑梗的女性患者,腹部胀大,并且有腹泻的症状,泻出的粪便十分臭秽,腹诊时发现,患者腹部无论左侧、右侧都可摸到结节样的东西,当时史载祥教授查房的时候予该患者小剂量的大承气汤治疗。患者服药之后,腹部仍胀满,硬块也并未消失,之后史老师将汤药的剂量加大,结果患者排出一盆十分坚硬且粗大的粪块,之后患者腹部症状就随之消失了,这就是一个典型的热结旁流的医案。之所以腹泻的患者仍然可以用泻下的大黄,是因为大黄本身就能够祛邪。因此,我们不能把大黄只当作泻下药去理解,也不能把枳实、厚朴仅仅是当成是胃肠动力药去理解,因为很多泻下药本身就有祛邪作用。所以说,掌握下法临床运用的目的,掌握祛邪祛浊、恢复脏腑功能这两个方面,在辨证运用下法时就可取得较好疗效。其次,泻下药功效的强弱,不应该取决于品种,而应该取决于剂量。仲景所用的泻下药里,其实泻下作用并不是大黄、芒硝最强,甘遂、大戟、芫花、巴豆更峻猛。十枣汤作为仲景攻逐水饮的代表方剂,甘遂、大戟、芫花均是峻下药。而大陷胸汤,如单用大黄、芒硝,不用甘遂,就没有泄热逐水的效果。另外,下法的运用时机也很重要。急性病是泻下则止,中病即止;慢性病则要用的时间久一些。至于怎么对胃肠减压的患者运用下法?临床上,可以采用直肠点滴、灌肠、鼻饲等方法。其中,直肠点滴的具体方法为,将煎好的汤剂进行直肠点滴,速度宜慢,每分钟 30 滴左右。所以说,无论是直肠点滴法,还是灌肠法、鼻饲法,都属于下法中重剂缓投的范畴,运用重剂缓投的理念运用下法,可以保证患者的生命安全,也不会影响胃肠减压。

4 胆大心细,重视体质,严格把握下法宜忌

赵进喜教授:

下法攻邪,临床应用下法,应严格掌握适应证、禁忌证,注意中病即止、峻剂缓投、缓中有补。仲景非常重视体质,三阴三阳,实际上就有体质的内涵。少阴病实际上就是少阴阴虚体质的人得的疾病。患者本身为少阴阴虚体质,若患有肠梗阻之类的肠腑疾病后,只要微不注意,就可能伤及真阴,导致阴阳俱脱。所以,在少阴病的治疗过程中,下法的应用应当更为积极,正如少阴病三急下证中所说的一样。但是某些少阴阴虚证在应用下法时也应慎重,可以运用类似增液承气汤、新加黄龙汤等滋阴益气通下的方剂治疗,或运用承气汤类合生脉饮合方治疗。

刘宁副主任医师:

下法虽然可以迅速地祛除病邪,但是仅用下法则易伤阴耗气,如何做到不伤正而能祛邪,值得重视。《伤寒论》论下法禁忌相关内容不少,首先是表里的关系,表邪不解不可妄下,一般有表邪者应先解表后攻里。其次,少阳小柴胡汤证不能用下法。第三,太阴脾胃虚寒不能用下法。其他如少阴病阴虚,虽有三急下证,一般也应该注意攻补兼施。后世温病学的许多名方,值得重视。

5 结语

《伤寒论》下法的内涵十分丰富,不仅能够泻下有形之邪,更可给邪以出路,承顺气机,有利于脏腑气机升降出入功能的恢复,所以临床上运用下法治疗多种外感内伤疾病,包括危急重症、疑难杂症等,都有非常好的疗效。但要深刻理解张仲景《伤寒论》下法的科学内涵,还需要认真读原书,临床上严格把握其适应证、禁忌证,胆大心细,才能取得良好疗效。

赵进喜教授简介:

博士研究生导师,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,国家第三批名老中医药专家吕仁和教授学术继承人。

贾海忠教授简介:

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的学术继承人。

张立山教授简介:

北京中医药大学东直门医院呼吸科主任医师、教授、硕士研究生导师,临床医学博士,国家中医药管理局第四批老中医药专家学术继承人,北京中医药学会仲景学说专业委员会副主任委员,北京中医药学会肺系病专业委员会副主任委员,中华中医药学会肺系病分会委员,世界中医药联合会肺系病专业委员会理事。

肖永华副教授简介:

北京中医药大学东直门医院肾病内分泌科副主任医师、副教授、硕士生导师,医学博士,师从首都国医名师吕仁和教授。

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。

申子龙博士简介:

首都医科大学附属北京中医医院住院医师,医学博士。

(收稿日期:2016-12-22)

(本文编辑:董历华)

· 启事 ·

本刊声明

本刊唯一投稿方式是在《环球中医药》杂志官网 www.hqzyy.com 的在线采编系统投稿,本刊不接受邮箱投稿,未开设 QQ 咨询,未开展电话征稿。希望作者投稿时注意甄别,谨防受骗。联系电话:010-65133322 转 5203, 010-65269860。编辑部邮箱:hqzyy@163.com, hqzyy@126.com。微信公众号:hqzyy2008。我刊社郑重声明:我社从未委托他人或组稿代理单位为《环球中医药》杂志征稿,我社将保留依法起诉的权利。

本刊已加入《中国学术期刊网络出版总库》(中国知网)、《中国核心期刊(遴选)数据库》(万方数据)、《中文科技期刊数据库(全文版)》(维普网)等多家全文数据库。本刊已许可包括但不限于中国学术期刊(光盘版)电子杂志社、北京万方数据股份有限公司、重庆维普资讯有限公司等多家单位在其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。合作单位著作权使用费与本刊稿酬已经一并从版面费中抵扣。同时《环球中医药》杂志社有权以纸版期刊、电子期刊、光盘版、网络出版等方式出版该论文。未经本刊同意,该论文的任何部分不得转载他处。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我社上述声明。