

【编者按】“铿锵中医行”学术沙龙第三十五讲以“寒温论争,各领一枝独秀;寒温融合,继承实践创新”为议题,于2017年8月16日在北京中医药大学东直门医院举行。在中医发展史上,自温病学问世即有所谓“寒温论争”,中医医家或以为伤寒可统治百病;或以为伤寒、温病病因不同,治法大异;也有主张“寒温融合”以致“寒温统一”者。本次沙龙邀请临床各医家从如何“融合寒温”,针对具体疾病进行分期辨证治疗,以提高临床疗效,展开了热烈的分析和讨论。

· 铿锵中医行 ·

寒温论争,各领一枝独秀;寒温融合,继承实践创新

赵进喜 贾玫 冯建春 马晓北 余秋平 贾海忠 王世东 刘宁 黄晓强

【摘要】 自温病学说问世,即有所谓“寒温论争”,而今更有主张“寒温融合”甚至“寒温统一”者。其实,伤寒学说与温病学说二者并无本质区别,伤寒学说首开外感病辨证论治法门,而温病学说继承伤寒学说理法,结合临床实际,更多在病因病机、辨病辨证、选方用药等方面,更多创新。可以说两种学说各具特色,各有优势。融合伤寒和温病的思想对当今临床具有重要意义。伤寒与温病学说不仅对外感热病有治疗意义,对多种内伤杂病的临床治疗也具有普遍指导意义。我们不能囿于成见,割裂伤寒和温病学说的联系,应该融合寒温,针对具体疾病,进行分期辨证治疗,“继承、学习、实践、创新”,以提高临床疗效。

【关键词】 寒温论争; 寒温融合; 伤寒论; 温病学

【中图分类号】 R249 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.11.013

《伤寒论》被历代中医奉为圭臬,清代叶薛吴王出,则标志着温病学说立。自此始有所谓寒温论争,或以为伤寒可统治百病,或以为伤寒、温病病因不同,一纵一横,治法大异,但也有主张“寒温融合”以至“寒温统一”者。究竟应该如何理

解伤寒与温病的关系?两种学说是否可以融合,怎样融合?如何全面继承伤寒和温病学的思想,以指导临床,提高临床疗效?“铿锵中医行”第三十五期围绕寒温思想论争和融合以及如何如何全面继承和学习伤寒与温病思想,组织专家展开了热烈讨论,今总结报告如下。

1 伤寒学的传承与温病学的形成,源远流长

刘宁副主任医师:

中医对外感病的认识是一个不断进步的过程。《难经·五十八难》提出:“伤寒有五,有中风,有伤寒,有湿温,有热病,有温病。”提示古所谓“伤寒”,即广义伤寒包括了温病。张仲景著《伤寒论》,确立外感病辨证论治之纲领,但一般认为“详于寒而略于温”,虽提到“太阳病,发热而渴,不恶

作者单位:100029 北京中医药大学东直门医院内分泌科[赵进喜、黄晓强(硕士研究生)],血液肿瘤科(贾玫),内分泌科(王世东),针灸科(刘宁);中国中医科学院研究生院(马晓北);北京炎黄中医医院(余秋平);慈方中医馆(贾海忠);崔月犁传统医学研究中心(冯建春)

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:zhaojinx@126.com

寒者,为温病。若发汗已,身灼热者,名风温”,但治法语焉未明,为后世温病学派的发展留下空间。魏晋南北朝时期,《肘后备急方》《小品方》等虽提出温病概念,治疗未详。至隋朝巢元方才明确把伤寒、温病作为相对独立的外感病来论述。唐代孙思邈《备急千金要方》,仍将“伤寒”视为外感热病的统称。金元时期刘完素认为六气皆从火化,郁热化火,弃辛温而用寒凉,即有辛凉方剂问世。明末吴又可著《瘟疫论》,提出杂气致病说,可谓外感热病史的里程碑。清代叶薛吴王温病四大家出,则标志温病学体系成熟。叶天士《外感温热篇》明确提出了卫气营血辨证纲领。吴鞠通《温病条辨》提出三焦辨证方法,针对风温、温热、湿温、瘟疫、秋燥等病,辨证选方,其三焦辨证实际上包括了一个浅深层次和传变的次序,上焦不治则传中焦,脾胃中焦不治则传下焦,自称与仲景的六经辨证有一横一纵之妙。

赵进喜教授:

古人论外感病统称伤寒,《难经》所谓“伤寒有五:有中风、与伤寒、有湿温、有热病、有温病”,即以伤寒作为一切外感病的总称。而寒温论争,当出于温病学说形成之后。那寒温论争是不是温病学家与伤寒注家的争鸣呢?不是的。争论的一方是以叶薛吴王为代表的温病学家,他们普遍认为“伤寒详于寒略于温”,用《伤寒论》理法治温病,不能救人,反可害人,对温病应该用卫气营血辨证、三焦辨证。另一方主要是陆九芝、俞根初、何廉臣等所谓“通俗伤寒派”,还有所谓“绍派伤寒”,认为完全可以用《伤寒论》的理论体系解决温病。比如强调《伤寒论》“阳明为成温之藪”。至于具体用药,则并不限于麻黄汤、桂枝汤、大青龙汤等,导赤散、导赤承气汤、黄连解毒汤甚至达原饮等方也常被采用。其实,伤寒、温病学说并无本质区别,温病学是在继承《伤寒论》思想基础上,针对温病临床特点所做的更加切合实际的创新。许多温病名方皆为伤寒方化裁而来。而较之伤寒,温病学许多理论以及治法、方药,除了卫气营血辨证与三焦辨证方法,伏邪病因学说,望舌与察斑技术,以及清营凉血、息风止痉、清心开窍治法,确实也都有更大的发展。伤寒与温病是源流关系,中医外感病学,从伤寒到温病,源远流长。

贾海忠教授:

通过临床观察发现,不管是伤寒也好,温病也好,大多数一开始确实起于受凉。这是为什么呢?这是由于最适合人体的温度是 26℃。这个气温的时候是最舒服的,不容易生病。如果是低于这个温度,抵抗力开始下降,外来的致病邪气就容易兴风作浪,然后会生病,所以说伤寒先出现,是存在自然规律的,是被我们的祖先发现,张仲景总结出来了。那个时代还是学术未分化阶段,是原始的学术统一,后来发现不足以后,又出来了各种流派,比如脾胃派、寒凉派,在一千多年以后温病学说才产生,说明张仲景总结的伤寒还不足以解决临床的所有问题,实际上这就进入了中医学术的一个分化阶段。学科分化是符合科学不断发展的规律。

2 伤寒温病学说,各具独特临床价值

刘宁博士:

寒温之争王安道曾经提及,到清代温病学派形成以后,寒温之争持续至今。柯韵伯《伤寒来苏集》指出“仲景六经之为百病立法,不专为伤寒”,强调广义伤寒。对伤寒温病的区别,只是停留在辨别寒证和热证的层次,不认为存在根本不同。而从历史的发展历程来看,不同的学术派别常常是不同历史发展阶段的学术体现。有人因为张仲景有麻黄、桂枝系列方,批判不能滥用麻桂;有人因为温病学派常有寒凉滋阴药物,批判不能滥用寒凉药物。这些都有补偏救弊的意思,但不能矫枉过正。阴阳两方面,应该取乎中和。

赵进喜教授:

现代中医很多人认为温病是伤于温热,容易伤津液,动血,动风,按照卫气营血的方式传变,按照三焦的路径传变。伤寒是伤于寒邪,容易伤阳气,进一步就按照六经次序的思路来传变。伤寒和温病是两套体系,不能融合,伤寒主要用于伤于风寒之邪;温病主要用于伤于温热之邪、湿热之邪。其实这是非常错误的。伤寒、温病学说是源流关系,不是兄弟关系,二者体现着中医外感病学在不同历史时期的特色,都具有独特的临床价值,完全没有必要将二者对立起来。二者合之则全,分之则偏。融合伤寒与温病思想,才能全面理解外感病发生发展规律,提高临床疗效。

余秋平主任:

疾病谱是变化的,五运六气的六气是序轮变化的,根据年支情况的不同,六气致病也会改变。六十年一甲子,气温在变化,疾病流行特点也在变化。其实,张仲景看到病分伤寒、中风、温病、中喝以及湿邪,但唯独没有湿温。明清之后因为气温变化,温病多发,江南温病学大发展,完全符合临床实际。我们临床看病,见伤寒或中风,病人常有相应的体质基础。看温病,本身常有内热,阴伤内热为伏气。《内经》和《难经》就讲,温病是个伏气,或者新感引动伏气。温病为什么传变这么快呢?因为有伏邪在里面化热,内热很重,外寒一引动,立马入里化热,因此我们治疗的时候,一定要遵从温病的思想。外寒引动,比如肺炎,鼻流清涕,身痛,紧接着就出现高热、咯血。外寒郁闭了,加重化热这个过程,基本治疗思路还是应该按照温病的走。如果误治伤了阳气,病情出现了传变,根据病情变化,就不一定还遵从温病的思路了。临床上应有的态度是:该用温病的思想用温病的思想,该用伤寒的思想用伤寒的思想。

王世东教授:

寒温之争和寒温统一的问题还是跟中医的研究方法有关系。我们更希望用简单的理论来驾驭复杂的事物,讨论同一个问题的不同办法希望能够统一起来。但是实际上,由于所研究的对象是不同的,研究对象所处的环境是不同的,那么这些研究者的思路是不同的,所以他所做出的理论也是不

一样的。这些不一样的理论,各自有各自的特色,指导临床各有其独特的效果。所以就造成现在要将其合起来,一方面理论上衔接上有不能衔接的地方,另一方面,在治疗上前后不能序贯起来,造成了很多老师会说“随证治之”。

3 融合伤寒温病学说,全面提高临床疗效

刘宁副主任医师:

明清温病学说盛行以来,叶天士的思想经吴鞠通、王孟英等医家等推广,影响很广。伤寒学派和温病学派,两个派别既有融合又有论争。民国时期,恽铁樵《温病明理》宣扬仲景之学,但也不完全否定温病学派,影响很大。祝味菊《伤寒质难》,不仅“质难”伤寒,而且融合了现代病因病理学说,对伤寒温病都有综合性的认识。现代医家邓铁涛先生《温病学说的发生与成长》明确提出,从进步的眼光看,温病学说是伤寒的发展,温病学派是伤寒学派的发展,但因此一举抹杀掉伤寒的宝贵经验、取消掉伤寒派的做法无疑是错误的。同样,认为温病属于后学,微不足道,杀人多于救人而一并抹杀温病数百年来的治疗经验也是错误的。他提出了寒温统一的观点和观点,这说明现代医家已经有寒温一统的观点。

贾玫教授:

就癌性发热的辨证治疗,谈谈寒温问题。董建华先生通畅气机法,对治疗癌性发热很有启发。总的说,癌性发热可分为“痰郁毒虚”几个方面。首先,“痰”常是脾胃的问题,脾胃为湿热所困,而后发热是比较常见的。这个湿热内蕴发热常见于消化道肿瘤,比如说胃癌,尤其是肝胆系统的癌性发热是比较多的,表现为午后发热、心烦、胸闷痞满、尤其是大便黏腻,我们在临床上就会考虑它是湿阻气郁,初期可以用淡渗利湿的办法,如果热不去,加一些辛燥的药物效果会好一点。其次气郁发热常见于情志疾病,尤其是一些女性的情绪的波动很大,所以这种心里特别焦躁还有情绪波动往往伴有一些低热,还有一些气滞的表现,这个在临床上,用和法、用柴胡剂比较多。再次瘀血发热在肿瘤晚期的患者比较多,尤其是骨转移、肝转移的比较多,伴有腹痛、肝区疼痛、包块,这种瘀血闭阻的情况,以活血、化瘀、解毒,用血府逐瘀汤加犀角地黄汤之类的方剂治疗。这时候不能见热就觉得是虚热,滥用补气药,结果越补越热,这个时候应该是补气活血化瘀。最后就是虚性发热,常见于放疗后阴虚发热,不管是乳腺的还是肺的,尤其是口腔、鼻咽喉、食道的,放疗以后大部分都会出现这个阴虚的症状,病人往往就是说口干,舌质往往会出现阴虚的红、干、没有舌苔等表现,这时候以清骨散、鳖甲汤之类的滋阴透热的方剂治疗。阳虚发热,尤其是恶病质的病人,发热忽高忽低,时有恶寒,四肢不温,便溏,这时候最好的方法就是甘温除热,用补中益气汤为主,但如果四肢冷凉,阳虚的情况比较重,加一些四逆类方剂,就是把这个温阳和甘温除热结合到一块,有很好的疗效。还有就是常见气虚发热,这种发热的特点是遇劳则发、神疲汗出,这时候我们就用健脾益气、调和营卫的方法治疗,如补中益气汤之类。一般在临床上,黄芪是必须贯穿始终的使用,再加上防风、白

术,取玉屏风散的法义,取得了一些很好的效果。除了恶性肿瘤,一些血液病的发热,尤其是血小板减少性紫癜的患者出现发热时,如果用大剂量的寒凉剂,可能会加重出血,而如果加一些引经药以及稍微温阳的一些药,比如桂枝、肉桂等,有时候会在临床上起到一些意想不到的效果。这就是我在临床实际中运用寒温融合思路治疗的一些心得体会。

冯建春主任:

在临床上并不认为用温病方就要反对伤寒方,用伤寒方就要反对温病方。我跟刘渡舟先生学习时间比较长一点,刘老是伤寒大家,但是他在临床上不会排挤温病的方子,是有什么病就用什么方。例如桑菊饮,不是单纯用桑菊饮治急性期的感冒,有时有发热的时候,常在桑菊饮里加一点荆芥,就可以即刻退烧。可是当有咳嗽时,咳嗽发展到一定阶段,有口苦证,有上热证,先生就会把桑菊饮和小柴胡汤合在一起,把党参、生姜去掉,加上桔梗和枳壳,有伤阴还会加玄参,这就是把伤寒方和温病方相结合起来治疗外感、内伤杂病的长期的咳嗽,或者长期应用苦寒药的咳嗽。就是说临床上我们见到什么病就用什么方,到临床上既不要反对温病,也不要反对伤寒,有什么病就用什么药。刘老常教育我们不要把伤寒的方和温病的方割裂开来看。温病是发展了伤寒,补充了伤寒,绝对不能把二者分开来看。临床上伤寒、温病没有分得那么细,我们把理论掌握了,方证掌握了,伤寒、温病学说,就可以融合到一块儿。临床需要什么我们就用什么,这是我们当前应当做的事。

马晓北研究员:

对寒温一统的认识,实际上我个人认为张仲景伟大,吴鞠通也很伟大,为什么呢?张仲景是开创了辨证论治的先河,吴鞠通能够在大约公元 1600 年之后能够旗帜鲜明地开宗立派,把温病学说提出来,吴鞠通曾说“若真能识得伤寒,不致疑麻桂之法不可用;若真能识得温病,不致以辛温治伤寒之法治温病”,我觉得他这个时候已经是旗帜鲜明地说明了,实际上温病从诞生之日起就必须是寒温融合。我认为所谓的寒温之争,真正的大家都不把这个当成问题,很多时候争执可能是站在山峰的一个侧面看到的,而没有站在高处去纵览全局从而产生的争执。寒温一统是基于临床的,刘渡老、印会河先生实际上在外感疾病中也是把伤寒和温病统一在一起了。能够真正对中医从根本上从学术上认识得清楚的,是不存在寒温之争了,我们如何在临床上,针对临床疾病,观其脉证,知犯何逆,随证治之,不拘于一派,所以我觉得今天我们已经是寒温一统,寒温之争没有必要。

贾海忠教授:

三阴三阳辨证,卫气营血辨证和三焦辨证,前人为了我们临床的方便,创立了这么多的体系,从某个角度看的时候这样最清晰,怎样去处理,下一步可能是什么,这样有一个前瞻性,而不是说单纯一个对症施治,必须有一个预见性,那么这几个学说,实际上都是从不同角度讲某一类病的未来的发

展趋势,应该怎么去防范。其实,每一个都是从不同的角度告诉我们,这会儿你应该这样去看是最好,所以我认为这三个是可统一的,因为它本身就是统一的,那么只是在应用的时候哪个方便不方便的问题,在临床实践上实际就是择优,目前你遇到的病人从哪个理论的角度上切入最合适,那么我们择优应用就可以了,所以在实践上是统一的,在人体上是必然统一的。还有一个就是我不主张学说上的彻底对立,因为如果我们作为学者、医生,不要把它对立起来,经方派说时方都不行,伤寒派说温病都不行,如果一个人这么旗帜鲜明地讲自己,那他是个狭隘的人,这是我对寒温统一的看法。

赵进喜教授:

董建华教授的学术成就主要包括热病与脾胃病,其对热病主张寒温融合,提出外感病三期二十一候,把外感病分为表证期、里证期、表里证期,在分期的基础上,进一步辨证分候,选方用药,实际上就融合了伤寒与温病的学术精华。针对风温肺热病,表证期用银翘散、桑菊饮,里证期用麻杏石甘汤、白虎汤,变证有清宫汤、清开灵、四逆汤、生脉散证,恢复期有青蒿鳖甲汤、竹叶石膏汤证等。融伤寒、温病学说为一炉,非常符合外感病临床实际,有利于临床疗效的提高。

4 结语

伤寒和温病都是不同时代的医家基于临床实践问题创立的学术体系,从《内经》《伤寒论》到《温病条辨》,历代中医名家在不断补充和丰富中医理论内容,其中也形成了一些独具特色的理论体系,但是无论伤寒还是温病,都具有极高的临床价值,寒温思想不仅在外感病方面指导我们治疗,也在内伤杂病领域为我们提供诊疗思路,伤寒和温病的思想均是中医领域的瑰宝,将伤寒学说和温病学说融合好、用好,该用伤寒学说指导临床的时候用伤寒学说,该用温病学说的时候用温病学说,就会有“会当凌绝顶,一览众山小”的通达。临床上辨证论治,因证施法,圆机活法,是达到效如桴鼓的必经之路,也是中医学追求的境界。

赵进喜教授简介

医学博士,主任医师,教授,博士生导师。历任北京中医药大学东直门医院肾病内分泌科主任、大内科副主任,中医内科教研室主任,国家中医药管理局内分泌重点学科带头人,糖尿病肾病“微型瘢痕”重点实验室主任,吕仁和全国名老中医工作室与北京市薪火传承“3+3”工作站负责人。兼任世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会会长、中华中医药学会糖尿病分会常务委员、中国中药协会药物临床评价研究专业委员会副主委、北京中医药学会糖尿病专业委员会副主委、中国医师协会内分泌医师分会委员、北京医学会内分泌专业委员会委员,《世界中医药杂志》常务编委,《北京中医药大学学报》编委等职务。

贾玫教授简介

硕士生导师,北京中医药大学东直门医院血液肿瘤科主

任医师,全国第五批名老中医传承学术继承人。现任中华中医药学会肿瘤分会委员,北京乳腺病防治学会内科专业委员,世界疼痛医师协会中国分会癌痛专业委员会委员,中国老年学学会老年肿瘤专业委员中西医结合分会委员,中华中医药学会血液病分会委员。《中国医刊》《世界中西医结合杂志》编委。

冯建春主任医师简介

主任医师,医学博士,名老中医刘渡舟入室弟子,北京市中医药薪火传承第四批即“双百工程”老中医药专家学术经验继承工作指导老师,京廊中医药协同发展“8·10”工程名老中医学术经验传承指导老师。

马晓北研究员简介

医学博士,研究员,现在中国中医科学院从事临床、教学、科研工作。兼任世界中医药联合会老年医学专业委员会理事,中国妇女发展基金会“关爱女性健康专项基金”专家委员会委员,中华中医药学会感染病分会委员,中华中医药学会亚健康分会常务委员,中国药膳学会理事。

余秋平主任简介

主任医师,教授,糖尿病专业博士后,心内科博士,潜心研究中医经典三十年,为国内著名伤寒专家,对脉诊及望诊具有丰富的经验,擅长运用经方治疗疑难大病及急危重症,对心血管疾病、糖尿病、肿瘤等都有丰富的临床经验。

贾海忠教授简介

北京慈方中医馆馆长,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。

王世东教授简介

医学博士,博士后,主任医师,硕士生导师。北京中医药大学东直门医院内分泌科主任。世界中医药学会联合会糖尿病专业委员会常务理事、秘书长。世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会副会长。中华中医药学会糖尿病专业委员会委员。北京中医药学会糖尿病专业委员会常务委员。北京中西医结合学会糖尿病专业委员会委员。北京健康科普专家。

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。

(收稿日期:2017-09-21)

(本文编辑:王馨瑶)