



金匱要略

病证与方剂研究

Jinguiyaolue Bingzheng yu Fangji Yanjiu

· 张再良 叶进 主编 ·



科学出版社

金匱要略病証与方剂研究

张再良 叶 进 主编

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书提供关于《金匱要略》病证与方剂研究的概况,内容分为“病证篇”和“方剂篇”两部分。病证涉及40种,概括了原文论述的主要精神,并联系后世的相关内容,适当结合现代的认识,从整体上对原文进行理解和把握。方剂列举90首,在原文叙述的基础上,偏重于反映当今临床的实际应用,同时也适当提示现代研究的结果,尽量为读者的学习和临证提供思路。本书适合于临床医生、中医院校的师生以及广大的中医爱好者阅读。

图书在版编目(CIP)数据

金匱要略病证与方剂研究/张再良,叶进主编. —
北京:科学出版社,2014.6
ISBN 978-7-03-040591-3

I. ①金… II. ①张… ②叶… III. ①《金匱要略病证
与方剂研究》—研究 IV. ①R222.3

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第095174号

责任编辑:潘志坚 黄金花
责任印制:刘学 / 封面设计:殷靓

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

南京展望文化发展有限公司排版

江苏省句容市排印厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2014年6月第一版 开本:B5(720×1000)

2014年6月第一次印刷 印张:27

字数:516 000

定价:98.00元

《金匱要略病証与方剂研究》
编委名单

主编 张再良 叶 进

编委 曲丽芳 汪泳涛 刘 俊

宋红普 杨文喆 姚佳音

编写说明

《金匱要略》和《伤寒论》同是中医临床的经典之作，是古代医家对疾病临床辨治的经验和智慧的结晶，千百年来对中医的传承发展起着举足轻重的作用。《金匱要略》偏重于杂病的证治，所以在《伤寒论》的基础上又有其独到之处，即更加注重对病证的认识和对方药独特疗效的追求。本书取名《金匱要略病证与方剂研究》，正是从这一点出发的。

《金匱要略》的教学与研究，在中华人民共和国成立之后已经走过了半个多世纪，如果追溯得更远一点，则古代医家中也不乏其人。古今各家对《金匱要略》所倾注的心血，促进了中医人才的培养，促进了临床疗效的提高。目前，在中医传承的过程中，大家倍感临床经典学习的重要，《金匱要略》的学习和研究再次受到重视。

近年，各种形式的《金匱要略》教材已经编写很多，一般的通俗读物编写也较多，而比较深入的学术专著相对较少。我们在长期的教学和研究的過程中，积累了一定的资料和心得。希望通过本书的编写，在提供我们的认识和研究成果的同时，可以促进《金匱要略》的学习与研究，使《金匱要略》的学习更上一层楼，使《金匱要略》的研究能够更加深入一步，从而为传统中医的继承和发扬贡献一份应有的力量。

本书在编写过程中尤其重视：① 以病证和方剂作为主线，融合古今的资料，归纳、分析和提炼出相应的观点；② 言必有据，注意文献的引用，但要避免

资料的罗列和堆砌,尽量以自己的叙述展开;③既要注意到学术性,又要注意到临床的实用性,尽量避免脱离实际的空论;④在叙述中无论是病证还是方剂,都充分注意把握中医的辨证思维,从历史的角度表达临床具体证治的进展。

本书的主要内容分为“病证篇”和“方剂篇”两部分。

“病证篇”选《金匱要略》各篇中出现的病名40个为主,以【经典概论】、【发展源流】和【研究探讨】三个栏目展开。【经典概论】以原文所述为依据,简要勾勒每一病证证治的主要内容;【发展源流】以古代文献为主,首先叙述病名沿革,然后阐述后世该病证在主症、病因病机、治法方药等方面的变化和补充;【研究探讨】以现代文献为主,主要围绕今人对该病证的具体研究展开,如目前临床的证治经验与现代医学知识的关联等。

“方剂篇”选常用的《金匱要略》方剂90首(《伤寒论》中的有些方剂省略),以【经典概述】、【临床应用】和【现代研究】三个栏目展开。【经典概述】讲述该方在《金匱要略》中的应用,包括药物配伍、方证辨析以及该方在后世的加减变化等;【临床应用】归纳该方在目前临床上具体运用的情况及适应范围;【现代研究】主要归纳药理研究等方面的新进展。

尽管我们作了一定的努力,但作为本书的编写,仍然会有很多未尽之处,如资料的收集,难免挂一漏万,或者观点的把握,未必十分恰当等,欢迎各位同仁批评指正。

《金匱要略病证与方剂研究》编委会

2013年6月26日

目录

编写说明

病证篇 / 1

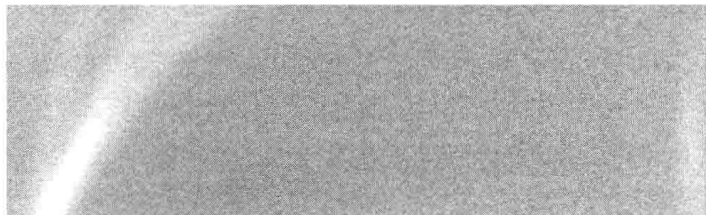
1. 痉病 / 3
2. 湿病 / 7
3. 喝病 / 11
4. 百合病 / 14
5. 狐惑病 / 20
6. 阴阳毒 / 25
7. 疟病 / 31
8. 中风 / 34
9. 历节 / 38
10. 血痹 / 42
11. 虚劳 / 44
12. 肺痿 / 48
13. 肺痈 / 51
14. 肺胀 / 53
15. 奔豚气 / 56
16. 胸痹 / 61
17. 心痛 / 68
18. 腹满 / 71
19. 寒疝 / 75
20. 宿食 / 77
21. 痰饮 / 80
22. 消渴 / 84
23. 小便不利 / 89
24. 淋病 / 92
25. 水气 / 96
26. 黄汗 / 100
27. 黄疸 / 103
28. 惊悸 / 106
29. 瘀血 / 109
30. 血证 / 112
31. 呕吐 / 117
32. 哕 / 121
33. 下利 / 123
34. 肠痈 / 127
35. 浸淫疮 / 130
36. 阴狐疝 / 131
37. 蛔虫病 / 133
38. 脏躁 / 135
39. 转胞 / 138
40. 阴吹 / 141

方剂篇 / 145

1. 栝蒌桂枝汤 / 147
2. 葛根汤 / 148
3. 麻黄加术汤 / 153
4. 麻杏薏甘汤 / 154
5. 防己黄芪汤 / 155
6. 桂枝附子汤(白术附子汤、
甘草附子汤) / 162
7. 白虎加人参汤 / 165
8. 百合地黄汤(百合知母汤) / 167
9. 甘草泻心汤 / 171
10. 赤小豆当归散 / 175
11. 升麻鳖甲汤 / 176
12. 白虎加桂枝汤 / 179
13. 鳖甲煎丸 / 180
14. 桂枝芍药知母汤 / 183
15. 乌头汤 / 186
16. 黄芪桂枝五物汤 / 188
17. 桂枝加龙骨牡蛎汤 / 194
18. 小建中汤 / 198
19. 黄芪建中汤 / 199
20. 八味肾气丸 / 204
21. 薯蓣丸 / 216
22. 酸枣仁汤 / 219
23. 大黄廑虫丸 / 227
24. 甘草干姜汤 / 229
25. 麦门冬汤 / 235
26. 葶苈大枣泻肺汤 / 238
27. 射干麻黄汤 / 242
28. 皂荚丸 / 246
29. 厚朴麻黄汤 / 248
30. 泽漆汤 / 250
31. 越婢汤(越婢加术汤、
越婢加半夏汤) / 251
32. 奔豚汤 / 252
33. 苓桂草枣汤 / 254
34. 栝蒌薤白白酒汤
(栝蒌薤白半夏汤) / 255
35. 枳实薤白桂枝汤 / 261
36. 茯苓杏仁甘草汤 / 264
37. 橘枳姜汤 / 265
38. 薏苡附子散 / 266
39. 乌头赤石脂丸 / 269
40. 厚朴七物汤 / 271
41. 厚朴三物汤(厚朴大黄汤) / 272
42. 大黄附子汤 / 275
43. 附子粳米汤 / 280
44. 大建中汤 / 282
45. 大乌头煎 / 286
46. 乌头桂枝汤 / 287
47. 当归生姜羊肉汤 / 289
48. 旋覆花汤 / 291
49. 麻子仁丸 / 293

50. 甘姜苓术汤 / 296
51. 苓桂术甘汤 / 297
52. 甘遂半夏汤 / 300
53. 十枣汤 / 301
54. 泽泻汤 / 305
55. 己椒苈黄丸 / 308
56. 五苓散(茵陈五苓散) / 310
57. 猪苓散 / 317
58. 大青龙汤 / 318
59. 小青龙汤 / 321
60. 木防己汤 / 324
61. 桂苓五味甘草汤(苓甘五味姜辛汤) / 328
62. 栝蒌瞿麦丸 / 329
63. 猪苓汤 / 336
64. 防己茯苓汤 / 341
65. 芪芍桂酒汤 / 346
66. 桂枝加黄芪汤 / 347
67. 桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤 / 349
68. 枳术汤 / 351
69. 茵陈蒿汤 / 354
70. 栀子大黄汤 / 356
71. 硝石矾石散 / 356
72. 半夏麻黄丸 / 357
73. 柏叶汤 / 359
74. 黄土汤 / 360
75. 大半夏汤 / 362
76. 茯苓泽泻汤 / 363
77. 橘皮竹茹汤 / 364
78. 桃花汤 / 366
79. 白头翁汤 / 368
80. 诃梨勒散 / 371
81. 大黄牡丹汤 / 372
82. 桂枝茯苓丸 / 376
83. 胶艾汤 / 386
84. 当归芍药散 / 389
85. 下瘀血汤 / 398
86. 竹叶汤 / 401
87. 半夏厚朴汤 / 403
88. 甘麦大枣汤 / 408
89. 温经汤 / 415
90. 大黄甘遂汤 / 421

金 匱 要 略 病 证 与 方 剂 研 究



病 证 篇

1. 痉病

【经典概论】

《金匱要略》将痉作为一个病证，与湿病、喝病合篇论述，相关原文共 13 条，出方 3 首，对痉病的发病原因、临床表现、治疗原则以及遣方用药等均有涉及，是有关痉病最早的专篇论述。《金匱要略》所指痉病，其主证为颈项强急，口噤不开，甚者角弓反张。其病机主要为素体津亏，复感风寒，津亏则筋脉失养，感邪则经脉受阻，于是筋脉拘挛紧急而为病。治疗主要为汗下二法，祛邪之际亦注意顾护津液。

最能体现《金匱要略》对痉病病因认识的是所谓误治成痉的 3 条原文，即“太阳病，发汗太多，因致痉”；“风病下之则痉，复发汗，必拘急”；“疮家虽身疼痛，不可发汗，汗出则痉”。其主要意思为：外感病初期发汗太过；或感邪后已有汗出，再用汗下之法；或阴血已有亏损之疮疡患者，复感外邪而过用汗法。皆足以导致阴津的耗伤而成痉病。此处虽主要强调误治伤津，筋脉失养而成痉，其实，太阳病、风病、疮家等也反映了有外在因素或外邪的存在，这清楚地显示了仲景对痉病成因的认识。

《金匱要略》的治痉 3 方，也间接地反映了痉病的病因病机。葛根汤用于刚痉，栝蒌桂枝汤用于柔痉，大承气汤用于里热成痉。刚痉为“太阳病，发热无汗，反恶寒”；柔痉为“太阳病，发汗汗出，而不恶寒”。虽一为太阳伤寒兼痉，一为太阳中风兼痉，然风寒外袭，邪阻经脉则同。大承气汤所治为“胸满口噤，卧不着席，脚挛急，必齧齿”。此由表邪失于开泄，化热内传阳明，里热亢盛而劫烁津液，筋脉失养而致。葛根汤与栝蒌桂枝汤，皆用汗法祛邪，同时顾及津液，大承气汤攻下阳明实热里结，寓急下存阴之意。

误治的三条原文，明言汗下可以致痉，不可不慎。然治痉的三方，又恰用汗下之法。如此，岂不前后抵牾，互相矛盾？其实，汗下致痉强调了津伤，汗下治痉着重于祛邪。津伤的原因之一为过用汗下，故汗下治痉亦当注意不可太过，于是发汗中有护津之品，攻下亦只为一时而设。邪阻与津亏，此为事物的两个方面，合而观之，则较全面地体现了《金匱要略》论痉的要旨。

【发展源流】

关于痉病,《内经》中已有论述。张仲景以后,历代医家亦有所心得,特别是明清之际,湿病学家更有深入阐发,于具体证治有诸多裨益。因此,无论是从历史的沿革过程,或是从临床的具体证治来看,《金匱要略》所述之痉病,皆有其局限之处,尤其体现在具体方用上。对此,后世不少医家有所议论,如唐容川认为:《金匱要略》治痉3方中,栝蒌桂枝汤与葛根汤“是治太阳伤寒之主方,非正治痉也”,大承气汤所治“亦是阳明里热之证,非痉之专证也”。陆渊雷指出:“本篇治痉者三方,惟大承气汤施于脑脊髓膜炎之里实者,或能一下而效。余二方则非此二病之适剂,自来注家,循文敷衍,莫肯质言,误人多矣。”

1. 《内经》对痉病病因病机的论述及其理解 《内经》对痉病成因的论述,似不限于一说,主要有:①由热而燥致痉,如《素问·气厥论》有“肺移热于肾,传为柔痉”之说,姚止庵注:“痉者,筋脉抽掣,木之病也,木养于水,今肾受肺热,水枯不能养筋,故令搐搦不已,但比刚痉少缓,故曰柔也。”很明显,此由热而燥致痉,《灵枢·热病》中也有“热而痉者死”之说。②与感受风寒湿诸邪有关,《灵枢·经筋》谓:“经筋之病,寒则反折筋急。”《灵枢·热病》谓:“风痉,身反折。”身反折,即角弓反张之谓。《素问·至真要大论》又指出:“诸痉项强,皆属于湿”,“诸暴强直,皆属于风。”③强调外邪所犯的经脉,如《素问·缪刺论》所说:“邪客于足太阳之络,令人拘挛,背急。”外邪入主太阳之脉络,项背又为督脉所过,故《素问·骨空论》又有“督脉为病,脊强反折”之说。《内经》从病因方面强调了风、寒、湿、热均可影响经脉而致痉,临床见证为项强、强直、反折、背急等。其中病机十九条有关痉与湿的论述,似对后人影响较大,然仅凭此句,实难概括痉病病机的全貌。故尽管后世医家中不乏为之说者,但还是有对其大胆质疑者。如柯韵伯说:“一若诸痉项强,皆属于湿,愚尝疑其为属燥。今本论有痉湿之分”,又曰“太阳病,发汗太多因致痉,则痉之属燥无疑也。”柯氏联系《金匱要略》,以示痉当属燥。吴鞠通也说:“痉病之因,《素问》曰:诸痉项强,皆属于湿,此湿字大有可疑,盖风字误传为湿字也。”“单一湿字,似难包得诸痉。”笔者认为暂不说柯氏与吴氏的推断合理与否,仅就《内经》所论而言,充其量湿亦仅为痉病病因之一。从《金匱要略》与《内经》的联系来看,《内经》中邪客经脉的观点,在《金匱要略》中有充分的体现,如痉病之初,以风寒入中太阳经脉,继以化热入里内结,但因湿致痉在《金匱要略》中似无体现。可见《金匱要略》对《内经》有继承,有发展,也有扬弃。

2. 唐宋时期对痉病的认识及其治疗 ①唐宋时期,对痉病基本上一仍前说,治疗也以散邪为主。如《诸病源候论》有风痉候、角弓反张候、金疮中风痉候、腕折中风痉候等,并指出:“风邪伤于太阳经,复遇寒湿则发痉也”,“邪入诸阳经故也”《备急千金要方》、《外台秘要》所持之论亦大体类同。②陈无择似对痉之内因有所

注意,他在《三因极一病证方论》中说:“夫人之筋,各随经络结束于身,血气内虚,外为风寒湿热之所中则痉……原其所因,多由亡血,筋无所营,故邪得以袭之。”③《类证活人书》将小续命汤用于刚柔二痉,又如附术散、桂心散、白术汤、附子防风散、八物白术汤、桂枝煮散等也在选用之列。

3. 明清医家对痉病的新见解 ①明代汪机在《医学原理》中说:“方书皆谓感受风湿而致,多用风药,予细详之,恐仍未备,当作气血内虚,外物干之所致。”汪氏对病因的强调有所偏重,同时略举数端:“有以气血不能引导,津液无以养筋脉而致者;有因痰火塞窒经隧,以致津液不荣者;有因真元本虚,六淫之乘袭,致血不能荣养者。”最后重申:“虽有数因不同,其于津血有亏,无以滋荣经脉则一”。②方有执有《痉书》之作,阐发张仲景原旨。③张景岳(张介宾)更加明确地指出痉病之因“在血液。血液枯燥,所以筋挛”。“凡此之类,总属阴虚之证,盖精血不亏,则虽有邪干亦断无筋脉拘急之病,而病至坚强,其枯可知,故治此者,当先以气血为主。”具体方药如三阴煎、五福饮、大营煎、大补元煎、十全大补汤之类。

4. 清代温病学家完备了对痉病的证治 通过叶天士(叶桂)、薛生白(薛雪)与吴鞠通(吴瑭)较为集中地体现出来。①叶天士从肝风角度阐发,认为痉病因肝风内动而发,肝过则诸气皆逆,风火挟痰上旋则为痉。湿病热盛之期,热极而生风,肝风“挟少阳之威而乘巛摇络”。温病后期,阴虚而风动,由精血内损,肝肾阴虚,水不涵木,所谓“母脏而扰及子脏位者。”两者病机不同,治疗亦迥然有别。②薛生白《湿热病篇》中有湿热致痉的证治,他强调“伤寒之痉自外来,证属太阳,治以外散为主,湿热之痉自内出,波及太阳,治以熄内风为主。”归纳所述致痉之由,大致有:湿热化火,火动风生,外窜经脉;湿热化燥,邪热闭结胃腑,引动肝风;营热炽盛,气血两燔,心包被灼;湿热伤营,肝风上逆,血不荣筋等。薛氏分别立有息风通络、急下存阴、清营凉血、滋阴息风等法,极大地丰富了痉病的临床治法。③吴鞠通在《温病条辨》中对痉有专门论述,主张以寒热虚实来纲领痉病之因:“六淫致痉,实痉也;产后亡血,病久致痉,风家误下、温病误汗、疮家发汗者,虚痉也;风寒、风湿致痉者,寒痉也;风温、风热、风暑、燥火致痉者,热痉也。”其次又细分出寒痉、风湿痉、温热痉、暑痉、湿痉、燥痉、内伤饮食痉、客忤痉等项目,其意重在审因论治:“只治致痉之因,而痉自止,不必沾沾但于痉中求之。若执痉以求痉,吾不知痉为何物。”除了寒痉参考《金匱要略》刚痉柔痉之外,其他方面进行了大量的补充,如辛凉之剂、开窍醒神之剂、化湿泄浊之剂、辛凉甘润之剂、育阴柔肝之剂等的具体运用,使痉病的临床治疗有章法可依。

【研究探讨】

《实用中医内科学》认为痉病包括范围较广,如流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎,各种不同病因引起的脑膜炎、脑血管意外、脑肿瘤、脑寄生虫病等引起的抽

搐,以及各种原因引起的高热惊厥等。项背强急与西医所说的“脑膜刺激征”相似,四肢抽搐、角弓反张,都是中枢神经系统受损的临床表现。显然,《金匱要略》所说的痉病所涉范围似乎没有这么广,后世多有与流行性脑膜炎相联系者。

1. 痉病治法在流行性脑膜炎上的应用 《金匱要略》所立的解表通下兼顾津液的治疗原则对流行性脑膜炎的治疗有一定的指导意义。① 有以葛根汤为主治疗流行性脑膜炎,认为最有效的是针对初起的证候,用于冬令发病的脑膜炎,若病发于春夏或秋,则不能单纯地用辛温之剂了。② 也有类似报道,开始欲以平肝息风、清热开窍法取效,但临床诊断时发现病属风寒袭表,卫阳被遏,兼之季节虽在三春,但阴雨连绵、寒湿似冬,辨证与刚痉相符,结果以葛根汤加减,所治 13 例患者全部痊愈。③ 有以下法为主治疗流行性乙型脑炎 83 例^[1],适当配合西医疗法,并有单用西药者 64 例对照。治疗组治愈率 83.1%,死亡率 3.6%,而对照组分别为 68.9%和 9%。两者有明显差别。进而提出清热解毒药能阻截病势,不致邪热进一步内陷,下法中生大黄除通腑泄毒外,另有解热、改善周围循环、降低颅内压、预防脑水肿等多方面的作用。

2. 痉病与破伤风的关系 《金匱要略》痉病的主证与破伤风也有类似之处,但用痉病的方药治疗破伤风显然不贴切。临床上有用下法配合西药治疗破伤风的报道^[2],如有治疗 351 例破伤风患者(其中轻中型 249 例,重型 102 例),用大承气汤加蝉蜕、灭滴灵灌肠,使大便通畅,保持每日排便 1~2 次;西医用抗感染、中和外毒素、止痉,积极治疗各种并发症、支持疗法等。结果轻中型全部治愈,重型死亡 33 例(占重型患者的 32.35%)。从而体会到通腑法与抗生素合用是治疗厌氧菌感染的重要措施(厌氧菌感染多内源性),大黄可清除肠内积滞的细菌、毒素、代谢产物及其他有害物质,另外还有解热降温、增强防御、抗内毒素、改善微循环、抑制血小板聚集等功能。

3. 刚痉、柔痉与流行性肌张力障碍综合征的关系 对《金匱要略》痉病从现代医学方面的探讨,近年有刚痉、柔痉即流行性肌张力障碍综合征之说^[3]。该病又称感染性多发性肌痉挛综合征,是以颈、面、口、舌等肌张力障碍为主要表现的一种病证。国内有学者认为,可能系病毒感染后,其代谢产物引起变态反应,导致基底神经节中多巴胺和胆碱能神经的平衡失调而发病。从大量病例观察,此病多发于流感之后,病前多有恶寒、发热、头痛、流涕等上呼吸道感染症状,此与刚痉柔痉的外感风寒,郁滞筋脉相似。肌痉挛发作时出现颈项歪斜,角弓反张、构音障碍等与原文所述独头动摇、背反张、卒口噤等亦基本吻合。此病虽不若流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等病情凶险、预后严重,但亦应引起足够重视。

以上对《金匱要略》痉病作一推源溯流的粗略回顾,不难看出,《金匱要略》晰论的邪阻津亏为通贯于痉病证治中的大纲,尽管历代医家认识各有所偏,但大体不出此范围。然就临床具体证治而言,《金匱要略》所出方药则力有不逮,似难对应临证

之全,而后世特别是温病学家对痉病治疗的发展,尤其是凉血养阴,平肝息风方药的施用,可补《金匱要略》之未备。
(张再良)

【参考文献】

- [1] 朱恒兴. 1994. 下法为主治疗流行性乙型脑炎 83 例. 江苏中医, (7): 11
- [2] 徐凤飘. 1995. 大承气汤配合西药治疗破伤风 351 例. 中国中医急症, (3): 110
- [3] 王光辉. 1993. 试论金匱刚痉柔痉即流行性肌张力障碍综合征. 四川中医, (8): 13

2. 湿病

【经典概论】

《金匱要略·痉湿喝病脉证治第二》中所述的湿病以发热身重,骨节疼痛为主症,多因感受外湿(或兼风、寒)所致。湿痹以小便不利,大便反快为主症者,乃由运化失常,水湿内停而成。前者湿邪在表宜从汗解,后者湿邪在里则利小便,此两法为治湿之正法。原文对治法的论述为:“风湿相搏,一身尽疼痛,法当汗出而解。值天阴雨不止,医云:此可发汗,汗之病不愈者,何也?盖发其汗,汗大出者,但风气去,湿气在,是故不愈也。若治风湿者,发其汗,但微微似欲出汗者,风湿俱去也。”湿邪在表宜从汗解,原文特别指出应是微微发其汗。风湿俱为六淫之邪,但风邪四时常在终岁皆有,故为百病之长,每与它邪相伙为患。风湿相互搏结,侵入肌表,而采用发汗之法治。但这种发汗只能用微汗法,而不能用大发汗。否则非但湿邪不去,反徒伤正气。究其原因,正如徐忠可指出的“盖风性急,可骤除,湿性滞,当渐解”。尤在泾(尤怡)亦指出“风无形而湿有形,风气迅而湿气滞……自有风易却而湿难治”。又指出“故欲湿之去者,但使阳气内蒸,而不骤泄,肌肉关节之间,充满流行而湿邪自无地可容矣”。章虚谷亦认为:“治风湿者,必通其阳气,调其营卫,和其经络,使阴阳表里之气周流……表湿随营卫流行,化微汗而解。”诸家从病邪性质、特点及机体的病理生理方面,具体论述了治疗风湿采用微汗法的道理。

《金匱要略》提出了汗散为治湿原则,但须进一步辨虚实,辨兼夹,重温经散寒,祛风除湿止痛。根据湿病具体的证候表现,临证论治各有不同。治方以麻黄加术汤和三附子汤等为代表。如寒湿犯表以麻黄加术汤辛温发散,并行表里之湿,原文曰:“湿家身烦疼,可与麻黄加术汤发其汗为宜,慎不可以火攻之。”风湿袭表予麻杏

薏甘汤轻清宣化,解表祛湿,原文曰:“病者一身尽疼,发热,日晡所剧者,名风湿。此病伤于汗出当风,或久伤取冷所致也,可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。”风湿兼表气虚用防己黄芪汤益气除湿,原文曰:“风湿,脉浮,身重,汗出恶风者,防己黄芪汤主之。”风湿兼表阳虚投以桂枝附子汤或白术附子汤温经散寒,祛风除湿,如原文所述:“伤寒八九日,风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕不渴,脉浮虚而涩者,桂枝附子汤主之;若大便坚,小便自利者,去桂加白术汤主之。”风湿兼表里阳气俱虚施甘草附子汤温助阳气而祛散风湿,如原文曰:“风湿相搏,骨节疼烦掣痛,不得屈伸,近之则痛剧,汗出短气,小便不利,恶风不欲去衣,或身微肿者,甘草附子汤主之。”至于头中寒湿,病情轻浅,则不需服药,但纳药鼻中,宣泄寒湿即愈。其他清热、补虚、寒温并用等诸法可联系中风病中的附方如防己地黄汤、疟病的白虎加桂枝汤、血痹病的黄芪桂枝五物汤、寒疝的乌头桂枝汤以及痰饮病的木防己汤相关内容。

【发展源流】

1. 《内经》对湿邪致病的具体表现的描述 ① 湿邪致痹,如“地之湿气,感则害人皮肉筋脉”,湿邪从皮肤侵袭人体,其部位多在皮肉筋脉,可出现以肢体酸重疼痛麻木为主的着痹证,《素问·痹论》云:“湿气胜者为着痹”;② 湿邪侵犯皮肤,还可致皮肤病证,如《素问·生气通天论》所云:“汗出见湿乃生疮痍”;③ 湿邪侵犯人体,上蒙清阳,会表现出头重如裹的症状,《素问·生气通天论》“因于湿,首如裹”;④ 还会表现出颈项肩背沉重不舒,甚则酸痛而转侧不利的症状,“诸痉项强,皆属于湿”;⑤ 湿邪客于下焦,可出现濡泻及阴部肿等症状,“湿客下焦,发而濡泻,及为肿隐曲之疾”;⑥ 湿邪积久还可损及内脏,《内经》认为:湿伤内脏,影响最大的是脾。《素问·阴阳应象大论》曰:“在天为湿,在地为土,在脏为脾”,而《素问·六元正纪大论》所云:“湿胜则濡泻,甚则水闭胛肿”,则是湿伤脾的具体病证。湿伤内脏,还可以伤肺与肾。《素问·生气通天论》云:“秋伤于湿,冬生咳嗽”,即为秋伤于湿,伏而不去,至冬同气相求,湿聚不散,上逆于肺而咳。《素问·至真要大论》云:“太阴司天,湿淫所胜……胛肿骨痛阴痹,阴痹者按之不得,腰脊头项痛,时眩,大便难,阴气不用,饥不欲食,咳唾则有血,心如悬,病本于肾”、“湿气大来,土之胜也,寒水受邪,肾病生焉……”均属湿邪伤肾的例证。

2. 《内经》对于湿邪所致的病证提出了较完整的治疗原则 概括起来有苦温燥湿、淡渗利湿、疏风胜湿、清热祛湿等。如《素问·至真要大论》云:“湿淫于内,治以苦热,佐以酸淡,以苦燥之、以淡泄之”;“湿上甚而热,治以苦温,佐以甘辛,以汗为故而止”;“湿司于地,热反胜之,治以苦冷,佐以咸甘,以苦平之”;“湿化于天,热反胜之,治以苦寒,佐以苦酸”等大法,对于指导临床辨证治疗,起到了重要的作用。所创制的 13 首方剂中,其中泽泻饮、兰草汤等与湿邪的治疗有关。

3. 隋唐时期对湿病证治进行补充 《诸病源候论》、《备急千金要方》、《外台秘