

# 仲景临证用药特点浅析

李云辉 梁 峰

(天津中医药大学, 天津 300193)

**摘 要** 中医学的精髓辨证论治肇始于《伤寒杂病论》,其理、法、方、药完备,且理论联系实际,对当今中医理论与临床的发展仍然起着不可替代的作用。从《伤寒论》和《金匱要略》原文出发,分“擅用峻剂,中病即止”、“相反相成,共奏其功”、“重视煎服,随证取之”三方面分析张仲景临证用药特点,体现张仲景于药物加减变化、配伍组合中辨证论治之特色,冀为进一步挖掘仲景学术思想奠定基础。

**关键词** 张仲景 中药 治疗应用

中图分类号 R221.19

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)04-0017-03

中医学的精髓辨证论治肇始于《伤寒杂病论》,其理、法、方、药完备,且理论联系实际,对当今中医理论与临床的发展仍然起着不可替代的作用。本文从《伤寒论》和《金匱要略》原文出发,分析张仲景临证用药特点,为进一步挖掘仲景学术思想奠定基础,同时为临床辨证用药提供一定的指导。

## 1 擅用峻剂,中病即止

仲景在辨证治疗用药中,善于使用峻烈之剂,其于配伍、服法、剂型等多方面显示其应用峻烈之剂之巧妙。

仲景使用峻剂,常汇聚峻药于一方,以达祛邪之目的。如十枣汤为峻下逐水之剂,其汇集峻下逐水药于一方,甘遂、芫花、大戟,皆辛苦气寒,而秉性最毒,并举而任之,气同味合,相须相济,决渎而大下,一举而水患可平矣,仲景嘱之清晨空腹服之,更增其效,为防其峻下伤正,仲景又于一派峻下逐水药中加入肥大枣以顾其中气,并以“十枣汤”名之,体现其峻下而不伤正之意。

峻烈之剂,病情轻重有别,其用量、配伍不同。麻黄汤为发汗之峻剂也。对于伤寒表实证,卫阳郁闭,其以麻黄与桂枝相须为用,峻发其汗,以发散在表之寒邪,以通在表之阳郁。大青龙汤证阳气郁闭程度较麻黄汤为重,大青龙汤以麻黄汤重用麻黄,加石膏、生姜、大枣组成,其方中麻黄用量较麻黄汤多一倍,以加强外散风寒,开郁闭之表之功,而对于太阳病表郁之轻证者,麻黄汤峻汗太过不宜用之,然又需麻黄汤之发汗解表通阳之功,故仲景减其用量,以麻黄汤与桂枝汤合方而用,设桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤,微发其汗以解在表之阳郁也,

其虽为峻汗之剂然用量较轻。

调胃承气汤、小承气汤、大承气汤三者相比虽有和、缓、峻之别也,然此三方皆为峻下之剂也,皆为邪热与燥屎搏结于肠腑而设也,随其轻重缓急、疾病阶段之不同,其用法用量亦各有特点。调胃承气汤为燥热与糟粕初结,其由炙甘草、大黄、芒硝组成,而不用枳实、厚朴,大黄亦不需先煎,硝黄同用,“温顿服之”,峻下邪热软坚通便,云“以调胃气”者,妙在炙甘草,炙甘草既护脾胃中气,防其峻下伤正,又缓硝黄峻下使其留于胃而清胃热润胃燥也;燥热与糟粕互结阶段,其气滞重而燥热浅,故小承气汤以大黄、厚朴、枳实组成,而不用炙甘草与芒硝,其大黄亦不后下,其通腑之力较调胃承气为强,而枳实、厚朴、大黄之用量又较大承气汤之用量小,故谓之小承气,并指出“若更衣后,勿服之”,中病即止以防伤正;而大承气汤用之于燥热与糟粕结聚阶段,“审之大满大实,坚有燥屎,乃可投之”,大黄、枳实、厚朴、芒硝同用,且用量重,且大黄后下取其气锐而行速,峻下其热结,不用炙甘草者以防其缓而碍其急下也,急下以存阴,以下为补也。

抵当汤与抵当丸、大陷胸汤与大陷胸丸、大黄廑虫丸皆为峻下之剂,然其病势、病位不同,其虽皆为峻剂,然剂型不同也。抵当汤与抵当丸皆为蓄血而设,针对瘀热互结于下焦,其病势不同,抵当丸证其病势较缓,取“丸者,缓也”,以抵当丸峻药缓图;病势相对较急者,取“汤者,荡也”,抵当汤荡涤互结之瘀热;大陷胸汤与大陷胸丸皆为水热互结而设,然其病位不同,大陷胸丸证其病位偏上,故以大黄、甘遂、芒硝泻热逐水,又加葶苈子、杏仁以通利邪结之偏上,

基金项目:天津市高等学校创新团队(TD12-5036)

然又加白蜜之甘缓,制成丸剂其性更缓,温顿服之,取峻药缓图,以缓下其郁结;而病位相对偏下者,则以大陷胸汤之大黄、甘遂、芒硝,大黄后下,不使其气锐而下行也,而作用于胸腹也,泻热破结,攻逐水饮。大黄廑虫丸亦为峻下之剂也,其为虚劳干血而设,其不用汤而用丸者,取其缓中补虚,祛邪而不伤正也。

峻烈之剂,易伤正气,仲景在使用峻剂之同时不忘通过配伍、服法、禁忌等固其正气。如在麻黄汤中指出不需啜粥以助药力,以防过汗而伤正;在使用大青龙汤峻汗之同时,不忘加重炙甘草之用量,并加生姜、大枣之味以和中,既防过汗伤及脾胃之中气,又以此以滋汗源,使其虽峻而峻中有缓,并于其服法指出,“取微似汗”,“汗出多者,温粉粉之”;又如仲景明确指出,对“疮家”“淋家”“亡血家”“衄家”以及表虚自汗者等麻黄汤均皆禁用。

《伤寒杂病论》在使用峻剂治疗郁证的过程中,非常注重中病即止,扶助正气。如大承气汤方后有云“得下,余勿服”,小承气汤方云“勿令至大泄下”,又如桂枝汤方后云“遍身𦞙𦞙微似有汗者益佳,不可令如水流离,病必不除”,大陷胸汤方后云“得快利,止后服”。如此之言在多方中均有论述,中病即止以防伤其正气。

## 2 相反相成,共奏其功

相反相成法是一种中药方剂配伍的原则与方法<sup>[1]</sup>。其目的是在一定的药味品种、制备工艺和剂量关系条件下,将寒热、补泻、散敛、润燥、升降、刚柔、动静、表里、上下、苦辛、气血、阴阳及相杀、相畏、相恶等性味和作用特点及配伍关系相对立的药味配伍在同一方剂中,以期提高或调整方剂的整体功能,减少不良反应。仲景在治疗辨证用药中,常采用此配伍方法,以提高药物的整体疗效,减少不良反应的出现,其相反相成主要体现为寒热并用,升降并用,峻缓结合、补泻兼施等多方面的内容。

寒热并用可见于多种情况之下,有去性而取用者,如麻黄连翘赤小豆汤用辛温之麻黄、生姜与寒凉之连翘、赤小豆、生梓白皮等药合用,相反相成,去麻黄之辛温之性而取其宣散之用,宣散在表之郁阳,清利在里之湿热郁结;大黄附子汤以辛热之附子、细辛与苦寒之大黄相伍,大黄苦寒,走而不守,得附子、细辛之大热,则寒性去而走泄之性存也,可共奏温下之功也;有少佐而增效防变者,如桃核承气汤于大量苦寒、咸寒的清热活血药中加辛热通阳之桂枝,使通阳理气与活血化瘀相辅相成,既增泻热化瘀之功,又防大量苦寒、咸寒之品寒性凝滞而有碍祛邪;木防己汤以木防己、石膏治疗饮热结聚之时,又少佐辛温之桂枝,则可通阳行气助化水饮,又防其寒凝而不通也;亦有寒热并用,各行其道者,如附子泻心汤以大辛大热之附子与大苦大寒之大黄、黄连同用,附子辛热以助在表之阳虚,大黄、黄

连苦寒以泻在内之热痞,寒温并用,各行其道,各奏其功;大青龙汤以辛温之麻黄、桂枝与石膏同用,麻黄桂枝辛温以开在表之郁闭,石膏辛寒以清在里之郁热,寒温并用,解表清里,相反相成也。

升降并用,多用于恢复脏腑之气机升降失调,如四逆散以柴胡之升配伍枳实之降,相反相成,以调肝之疏泄;半夏泻心汤以辛开散结之半夏、生姜与苦降之黄芩、黄连并用,以复脾胃升降之机;麻黄汤以麻黄之升散配伍杏仁之苦降,升降并用,以复肺气之宣降;小柴胡汤以柴胡与黄芩配伍,升降并用,以调理少阳之枢机,使其升降有常。

峻缓结合,多取其峻缓并用以防伤正之作用,如十枣汤以峻下逐水之甘遂、芫花、大戟与甘缓之大枣同用,相反相成,既达峻下逐水之功,又能减其峻烈之性,固护正气。葶苈大枣泻肺汤以峻烈之葶苈子泻肺下气,破水逐饮,伍以甘缓之大枣,可缓葶苈之峻猛,使泻肺逐饮而不伤正;又如大黄廑虫丸以峻烈之大黄、水蛭、虻虫等与甘缓之甘草、芍药、地黄同用,并炼蜜为丸,峻药缓用,相反相成,扶助其正气而又能通其瘀,去其闭也。

补泻兼施,多用于虚实夹杂之证也,如风湿于表而兼有表虚者,防己黄芪汤以防己祛郁表之风湿,黄芪、白术、甘草益气固表,相反相成,补泻兼施,虚者补而郁者散也;脾阳虚水停者,水停为标,脾虚为本,茯苓桂枝白术甘草汤健脾与利水共用,补泻兼施,水郁可解而脾气以复。

## 3 重视煎服,随证取之

仲景用药非常重视药物之煎服方法,所列之方均详细记载其煎药服药的方法以及服药的注意事项等,以使药物发挥最好的效果,以达到治疗的目的。

在煎药方法上,仲景根据药物之性味功效之不同,采用灵活的煎药方法,以适应临床病证之需要。

首先,煎药有先下后下之别,其取效有不同也。如麻黄汤、大青龙汤等煎药时多以先煎,因麻黄之发汗之力较强,先煎以去峻烈之性也,已达到“覆取微似汗”,防止其过汗伤正之目的;梔子豉汤先煮梔子,以去其清下之性,与淡豆豉同用以使其作用于胸膈,发挥清宣作用;栝楼薤白桂枝汤先煮枳实厚朴以防止其气锐而走下,而使其作用于胸中以解心中之痞气也;大承气汤大黄以后下,取其气锐而下行之性,以其肠中痞满燥实俱重需要峻下以除其燥实也。

其次,有不煎而入药,取其气而薄其味也。如十枣汤之芫花、甘遂、大戟,捣筛为末而不煎,而以肥大枣煮之冲服,瓜蒂散之赤小豆、瓜蒂,杵为散而不煎,而以香豉煮汁以和散,此二者皆为取药之峻烈之气,而使其作用于上而不走于下也;大黄黄连泻心汤之大黄、黄连不煎而以“麻沸汤二升渍之,须臾,绞去滓”,亦取大黄、黄连之气而薄其味,使之有

# 急性痛风性关节炎从足太阴足阳明经论治新探

潘立文 王晓明 杨先振 王艳萍 陈珊珊  
(楚雄医药高等专科学校, 云南楚雄 675000)

**摘要** 急性痛风性关节炎病因病机当为饮食不节、劳逸失度以致脾胃损伤,水液运化失司,湿浊内生,下注足太阴脾经,经气壅遏,郁久化热,导致足太阴脾经荣穴处出现红、肿、热、痛以及关节活动障碍的表现。本病病位在足太阴脾经,与足阳明胃经关系密切,当代高频使用的方剂多是清除脾胃湿热,使脾胃恢复其升清降浊之功的经典方剂组合。而高频使用的中药也多入脾胃二经,具有清热除湿之功,因此急性痛风性关节炎无论从其病因病机还是治验方药的角度分析,都应当从足太阴、足阳明经论治。

**关键词** 急性痛风性关节炎 太阴阳明经 中医药疗法

**中图分类号** R259.897 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)04-0019-03

痛风是一种由于遗传因素和(或)后天环境因素的共同作用而出现的以嘌呤代谢紊乱,血尿酸增高超过正常范围为基本生化特征的代谢性疾病。由于血尿酸过高,超过人体的生理代谢水平的上限,便会引起尿酸盐因超出人体体液饱和度以结晶的形式析出。这种尿酸盐结晶在小关节尤其是第一跖趾关节的析出,则又会因其具有的刺激作用而引起关节周围的肌肉肌腱、关节囊、滑膜囊等组织出现以红肿热痛及活动功能障碍为主要表现的急性痛

风性关节炎<sup>[1]</sup>。

急性痛风性关节炎会给患者带来十分明显的痛苦不适以及生活上的不便。在治疗方面,现代医学通常给予特效镇痛剂秋水仙碱或加上非甾体类抗炎解热镇痛药进行止痛、消炎等对症治疗,有时或还酌情加碳酸氢钠(小苏打)以碱化尿液,促进尿酸的分解、排泄,并嘱患者多饮水,增加排尿量,以促进体内的尿酸清除、排泄。然而,这种治疗方法有时并不能很快消除炎症所带来的不适症状。现在学

利于清上部之无形邪热之痞塞,而不泻下里实也。

在服药的方法上,仲景亦根据病证、病势之不同采用不同的服药方法。

首先,欲直达病所者,多以先食而服或空腹服。如桃核承气汤,其病位偏下,热结膀胱,为直达病所,先食温服;鳖甲煎丸,疟病迁延日久而结为疟母,偏于胁下,将成负固不解之势,须以急治,以鳖甲煎丸直达病所,故空心而服;十枣汤,其病位在胸胁,欲直达病所以峻逐水饮故于平旦温服之。

其次,服药次数依证而定,以知为度。服药次数有“日三服”、“日二服”等的不同,对于实证及病情较急者,则采取顿服的方法,如抵当汤、抵当丸、大陷胸汤等,且以下为度,不下者,可更服。对于麻黄汤则采取一日多次进服的方法,以覆取微似汗为度。

第三,服药剂量以体质不同而变。如十枣汤,强人服一钱匕,羸人服半钱;白散方,强人半钱匕,羸者减之;小青龙加石膏汤,强人服一升,羸者减之,小儿服四合;大黄附子汤通常为“以水五升,煮取二

升”,若强人则“煮取两升半”。

第四,服药溶剂各有不同。如五苓散和白散方以白饮和服,皂荚丸以枣膏和汤,大黄廋虫丸以酒服之,然其溶剂虽各有不同,皆以提高药物的疗效,减少其不良反应为目的。

仲景在用药过程中,用药精当而灵活,切合临床实践,且临床疗效确切,遵“观其脉证,随证治之”之宗旨,于药物加减变化、配伍组合中体现其辨证论治之特色,其诸多用药方式与特色对现代临床辨治用药有重要的指导作用,值得进一步深入挖掘与探讨。

## 参考文献

[1] 张西俭.相反相成配伍的概念、适用条件及理论地位[J].实用中医药杂志,2005,21(8):504.

**第一作者:**李云辉(1985—),女,博士研究生,研究方向为中医内科呼吸病学、中医辨证论治体系与思维。1125108619@qq.com

收稿日期:2016-01-14

编辑:吕慰秋