

《金匱要略》阴阳毒病证探析

★ 匡萃璋 (南昌大学第一附属医院 南昌 330006)

关键词:金匱要略;阴阳毒;升麻鳖甲汤

中图分类号:R 222.3 文献标识码:A

《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病脉证治第三》关于“阴阳毒”病证的描述仅两条:“十四条:阳毒之为病,面赤斑斑如锦纹,咽喉痛,唾脓血,五日可治,七日不可治,升麻鳖甲汤主之”(后世称此方为“阳毒汤”)。“十五条:阴毒之为病,面目青,身痛如被杖,咽喉痛,五日可治,七日不可治,升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒主之”(后世称此方为“阴毒汤”)。40多年前学习《金匱》时不知“阴阳毒”为何病,经过40多年的临证,今天笔者仍难确指其为何病,亦未见中医界哪位能实指“阴阳毒”为何病。然而,重要的是此病仲景出有方治:升麻鳖甲汤(升麻二两,当归一两,蜀椒炒去汗一两,甘草二两,鳖甲手指大一片炙,雄黄半两研)可供研习者“以方测证”。上世纪60年代为我们讲授《金匱要略》的是杨志一先生,杨先生毕业于上海中医专科学校,并在上海业医10年,抗日战争前夕回故乡吉安行医,建国后调江西中医研究所任临床研究室主任,是一位笃学践行的中医专家。杨先生对仲景学术造诣尤精,临证恒以六经辨证的眼光审察证情,甚至对急慢性血吸虫病的复杂见证也纳入六经辨证的范畴来认识,并著有专论。杨先生讲授《金匱》也常以六经辨证的方法概括之,这种思维方法对我们影响很大。从六经来看升麻鳖甲汤,显然应属于厥阴的范畴,方中升麻味甘辛微苦,性凉,入肺脾胃肝经,功能解毒、透疹、升提、散风热;鳖甲味咸性平、入肝脾肾经,功能滋阴潜阳、软坚散结;当归味甘辛、性温,入心肝脾经,功能养血活血;蜀椒味辛、性温,入脾胃肾经,功能温中散寒、止痛、燥湿、杀虫;雄黄味辛性温,入心肝经,功能燥湿、解毒、杀虫;甘草味甘性平,入脾肺经,功能和中解毒。可见方中多药均能入肝经,而且面赤斑斑、唾脓血显属血分。全方能从肝经血分中升散热毒、破结凉血、行血解

毒,可为厥阴血分热毒内伏证的治疗提供由里达表的治法与方药之范例。

毕业以后笔者来到赣南一个边远山区县工作,临证中看到许多患眼疾的病人,病程较长,寻常清肝疏风方药治之少效,且易于复发。因思目为肝窍,病程长而易反复说明邪伏较深,病机与阴阳毒证颇为相似,因试以升麻鳖甲汤治之,竟收意外之效。如:一男性患者,年50余,患双眼胞红肿4年,诊时见双眼胞肿如深红色之李子,下眼睑外翻,睑结膜、球结膜均充血,双眼发痒,时时以手拭之,目眵多,食纳二便无大碍,舌胖赤,苔薄黄,脉弦不任按。热毒深伏于厥阴,试以升麻鳖甲汤清透之,处方:升麻30g,鳖甲30g,当归15g,甘草10g,雄黄3g(布包煎),川椒2.5g,水煎服3剂。3日后复诊,双眼胞红肿竟明显减轻,结膜充血明显变淡,自诉初服1剂时双眼自感灼热,2剂灼热已轻,服第3剂时已无灼热反应,舌脉同前,仍以前方3剂,病去其九。此病就眼科而言不知何病,或许就是一种严重的沙眼?但各种眼药膏、眼药水患者都曾用过,效果并不明显。笔者坚持中医辨证,紧扣厥阴热毒之病机治之,竟获得意想不到的效果。尤其令笔者鼓舞的是,此病之“赤肿深红”明属“阳毒”,投以雄黄、川椒二味燥热之药不但无化热助火之弊反而效如桴鼓,其初一、二服时眼部的灼热感正是伏热外透的征兆,所以续服即无此反应。由此又涉及前贤关于“阴阳毒”的一段争论,因为《金匱》原文阳毒用升麻鳖甲汤全方,阴毒反而去雄黄、蜀椒,颇令人不解。有的注家认为原文是正确的,如尤在泾即谓:“其蜀椒、雄黄二物,阳毒用之者,以阳从阳,欲其速散也;阴毒去之者,恐阴邪不可劫,而阴气反受损也”;有的注家则认为原文有错简,应该是阴毒用全方,阳毒则去雄黄、川椒。有了

上述病例的经验之后,笔者则深信《金匱》原文并无错简。自此以后笔者凡遇迁延较久之目疾,即坚持外眼红赤用阳毒汤,不红赤用阴毒汤的原则,竟屡试屡验。或者初诊外眼红赤用阳毒汤,待其不红赤之后改用阴毒汤。如:一农妇,年 40 余,缘在上世纪六七十年代,农村中尚有“走方郎中”卖药行医,时逢“文化大革命”,此种走方卖药行为亦被视为资本主义予以取缔。一日有走方卖药者至其村,主事者即将其药箱缴去,将其中之药物四散抛弃。有识药者告知该农妇曰,弃于路旁之物为鹿茸,服之可以补益身体,她即将此长约二寸之鹿茸捡拾回家并分数次服食。孰知该农妇不耐鹿茸之温补,此后即出现烦热燥渴、目赤鼻衄、便结尿赤、心烦不寐等种种热象。多方求医服药,症状虽有减轻但遗留目疾未愈,曾在县人民医院诊断为“虹膜睫状体炎”,至此次就诊时已有 3 年。诊见患者双眼结膜明显充血,尤以木轮外线一圈充血为甚,中医眼科称之为“抱轮红”,即西医所称之“睫状充血”。自感视物模糊,目中干涩、痒刺,入夜尤甚,心烦寐少,便结尿赤,月经量少色黯,舌黯赤,苔薄黄,脉弦细。综观其病史,显系不当用药致燥热深入厥阴血分,治拟清肝透热、解毒行瘀。投升麻鳖甲汤原方:升麻 30 g,鳖甲 30 g,当归 15 g,甘草 10 g,雄黄 3 g(布包),川椒 2.5 g。水煎服 3 剂。3 日后复诊,见睫状充血明显减轻,余症也改善。询其服药反应,也谓初服眼中灼热,2 剂灼热轻,3 剂已无灼热感。续服前方 3 剂,睫状充血已淡,前方去雄黄、川椒,加夜明砂 30 g(布包)、生首乌 30 g、红花 10 g。服 3 剂,目干、心烦、便结诸症皆减,视物较清,除抱轮一圈略红外结膜已无充血,因经济不支遂停药。此案情目赤则用雄黄、川椒,目不赤则去此二味而加养肝行瘀之品,3 年之痼疾数天内能见明显疗效,也令笔者深信此方透达厥阴、清肝解毒立法之正确有效。惜仲景之后,升麻鳖甲汤已很少被后世医家用及,实有沧海遗珠之憾。

70 年代后期,笔者调入江西医学院工作,曾在一附院传染科待过一段时间,其时流行性出血热病人很多,看到流行性出血热那种典型的“酒醉面容”又使我想起“面赤斑斑如锦纹”的阳毒证,只是出血热也没有“咽喉痛、唾脓血”的表现,由于笔者只是“客居”的身份,已没有试用阳毒汤的机会。

1985 年我科收治一位患者,自感头昏而胀,周身酸痛,胸闷一年余,因其面红目赤、舌绛,脉弦实有力,曾在门诊服犀角地黄汤一类方药无效。收入病

房后见其面、颈至前胸皆红赤如醉酒、目赤、睑结膜深红、舌绛、脉弦实,亦令笔者想起“阳毒证”的描述。翌日,血常规报告:红细胞 $5.8 \times 10^{12}/L$ 、血色素 190 g/L,提示是一个“真性红细胞增多症”。经血液科会诊确认即转入该科接受化疗。使人感到在现代医学强势文化的蔽遮下中医的无奈。1986 年我科一位年轻医师袁景珊轮科学习到血液科,也遇到一例真性红细胞增多症,鉴于化疗效果也未必理想,经管医师及患者均有使用中药治疗的意愿,袁医师询于笔者,笔者即将《金匱》阴阳毒证以及我的前述经验体会告之,建议其试用升麻鳖甲汤,袁医师即将此方施之于该患者,服后临床症状有明显改善,但因服药时间短而且雄黄一味居然购遍南昌市而难觅,患者的红细胞并未明显减少。此后袁医师将此案例整理发表在《江西中医药》。雄黄功能解毒、辟秽、杀虫,久为中医习用,或外用如狐惑病之用雄黄熏法,或内服如武侯行军散、雷击散等,并不视为大毒之品。但因其含二硫化二砷及其它重金属盐,今人皆虎狼视之,南昌市买不到雄黄或因为此?《金匱》原文载雄黄用量为半两,为升麻、甘草之 1/4,当归、蜀椒之 1/2,折合现代一般用量应在 5~7.5 g,笔者仅用 3 g 布包煎,实践证明是安全的。近年,上海血液病研究所将砷制剂用于血液病的治疗取得良好疗效,更可反证阳毒汤治真性红细胞增多症用雄黄的合理。

如果说仲景为医方之祖,那么升麻鳖甲汤就是治毒方之祖,毒的概念在中医学中是非常宽泛的,凡六淫性质难以概括的某种或剧烈的、或深伏的、或传染的、或缠绵难已的致病因素均可名之曰毒。治毒之方药虽有多种,而升麻鳖甲汤所启示后学的乃在升散透达使邪有出路,而不是清泻郁遏企图毕其功于一役。遵循这一思路,此方更有泛应曲当之效。例如笔者曾治一慢性荨麻疹病例,男性,60 余岁,因食穿山甲等野味后发荨麻疹至今 3 年未愈,或当风、或被褥过热、或饮酒、或食鱼虾、或无明显诱因皆可引发,发则疹团续起,瘙痒难耐,夜间尤甚,面色暗红,目眦赤,食纳可,口略干,二便尚调,舌赤暗少苔,脉沉弦细。邪毒深潜于厥阴血分,故化风扰络,实为欲透之机。阴毒汤加味:升麻 15 g,鳖甲 15 g,当归 10 g,甘草 10 g,葛根 25 g,赤芍 25 g,生地 15 g,玄参 15 g,连翘 10 g,赤小豆 30 g,桑皮 10 g,丹皮 10 g。7 剂,水煎服。此方出入治疗 3 周病愈。后凡遇血分瘀热之皮肤病均以上方化裁治之,疗效俱佳。

清代杨栗山的伏气温病专著《伤寒瘟疫条辨》载

治伏氣專方“升降散”(蟬蛻,僵蚕,姜黃,大黃),可謂伏氣溫病治療的一大創新,而其思路實即師法于升麻鳖甲湯。二者的區別是,陽毒湯偏重血分,升降散偏重氣分,或可以厥陰、少陽分屬之。而伏氣溫病新感與伏氣相夾,新病與宿疾相引,邪盛與正虛相兼,氣分與血分相淆的複雜情況,楊栗山稱之為“主客交病”,以三甲散治之(蟬蛻,僵蚕,鳖甲,龟板,牡蛎,甲珠,土鳖虫,當歸,白芍,甘草)。三甲散的思路又與升麻鳖甲湯相同,意在從厥陰透出少陽。當前,慢性乙型肝炎是中醫臨床面對的常見病種,如何以傳統理論為依托,開拓中醫治療慢性肝炎的新思路,是一個具有理論意義和臨床需要的大問題。筆者試圖從伏氣學說的角度概括多年來治療慢性肝炎的經驗,10年前曾撰寫“慢性肝炎辨證治療中的伏氣問題”一文在《中國醫藥學報》發表。文中論及“慢肝火毒厥陰伏匿証”以楊栗山三甲散合血府逐瘀湯加減治之,這也是出于臨証的體會。曾治一例慢性乙肝患者,女性,50多歲,患乙肝4年,乙肝五項示“大三陽”,ALT反復升高在120 U左右,B超提示:早期肝硬化。無黃疸,面赤唇紅,口苦而干,心煩寐少,納可,右肋隱痛,便溏,尿略黃,四末清冷,寐中難溫,虽夏季亦畏近冷水,舌赤而瘦,苔薄白,脈細弦而弱。此証內熱而四逆,正合四逆散証“凡厥者,陰陽氣不相順接便為厥”之理,治以四逆散加味:柴胡6 g,枳實10 g,白芍10 g,甘草5 g,丹皮10 g,梔子10 g,女貞子15 g,早蓮草15 g,茵陳15 g,龍胆草5 g。7劑,水煎服。此方出入連服一月後,復查肝功ALT降至50 U,煩熱減而四末畏寒症已除,仍唇紅舌赤少津,寐中口干,脈弦細弱。改以陰毒湯加味:升麻10 g,鳖甲15 g,當歸10 g,甘草5 g,女貞子15 g,早蓮草15 g,枸杞10 g,生首烏25 g,牡蛎30 g,丹參15 g,土鳖虫10 g,丹皮10 g,梔子10 g,茵陳30 g,赤小豆30 g,龍胆草5 g。此方出入連服3月,ALT降至正常,內熱諸象明顯減輕,飲食、睡眠、二便均無不適,精神轉佳,遂停藥,隨訪3年偶有不適,ALT略高但均在50 U以下,隨症調節即可穩定。治療此病始終堅持少陽與厥陰相表里的思路,初用四逆散,後師陰毒湯、三甲散意,使厥陰火毒瘀熱得透,肝陰漸復,病情趨于穩定。

再回到《金匱》原文,陰陽毒究屬何病?仍無法指實,或謂是猩紅熱,但條文中並無發熱証,而且稽諸上世紀二、三十年代上海名醫如丁甘仁等的醫案,

其所描述的“喉痧”即猩紅熱,均無“面赤斑斑如錦紋”的表現,治療也多用銀翹散一類方藥。或謂其“咽喉痛、唾膿血”類似化膿性扁桃體炎,但此病亦多高热而無“面赤斑斑”証。或謂“面赤斑斑”類似紅斑狼瘡証之“蝶形紅斑”,或謂皮膚炎患者也“面赤斑斑”,但以筆者所見此二病亦無“咽喉痛、唾膿血”,只是血分瘀熱的病機却頗切于狼瘡証與皮膚炎。或謂陰陽毒是曾存在于東漢時期而目前已消失的一種病証?筆者願意持此種觀點,因為仲景書中有相似范例,即《傷寒論》厥陰篇的“厥熱勝負”証。我們學習《傷寒論》至“傷寒厥四日,熱反三日,復厥五日,其病為進,寒多熱少陽氣退,故病進也。”的條文未免心存疑惑,而歷代注家亦多從正邪勝負的角度泛泛注之,臨証多年之後亦未見過厥熱勝負証,但《傷寒論》這樣臨床實錄的著作豈有虛語?70年代,筆者讀到廖幼民先生所著《傷寒論新詮》(廖先生于上世紀30年代曾任教于江西中醫專科學校)一書,于上引條文下注曰:“此為螺旋菌感染之回歸熱”,但因未見過回歸熱,仍難確信。調回南昌後查閱有關文獻謂:回歸熱“絕大多數起病急驟……體溫于1~2天內迅速升高,達40℃左右,大多呈持續性……發病3~6天後,體溫驟降,可在24小時內降至常溫或常溫以下,伴以大汗,甚至休克。在無熱間隙期中,患者常感虛弱無力……經7~9天的平均無熱期,多數病人有復發……蟬傳回歸熱的復發一般為2~4次。”由此可以確信廖幼民先生的指認是確鑿的。由此事例也使筆者堅信,陰陽毒病必為仲景所親歷親治,只是由于時代及環境條件的改變此病或消滅或隱伏而已。一些舊的疾病消隱了,一些新的疾病又出現(如非典、艾滋病、禽流感等),這原本是歷史發展中生態變化的必然。中醫的奧妙在于,我們雖不能確指其病却能深入辨析其証,据此辨証規律不但能治“陰陽毒”其病,還能推而廣之施于其它的病証,纵使像非典型肺炎這種以往未見的病,也可以納入中醫的辨証體系“觀其脈証,知犯何逆,隨証治之”。這正是中醫生命力之所在,也是學習和研究經典的意義與樂趣所在。朱熹詩云:“問渠哪得清如許?為有源头活水來。”臨床實踐與經典研習永遠是中醫的源头活水。回憶四十餘年前,楊志一先生為我班授課的情景,歷歷在目,楊先生的篤學踐行一直是我們的榜樣,但愿這種精神能在中醫後學中代代傳承。

(收稿日期:2006-07-30)