

厥阴病论

★ 万兰清 (广东省深圳市人民医院 深圳 518020)

关键词:伤寒论;厥阴病;万友生;破格救心汤

中图分类号:R 222.2 文献标识码:

自张仲景提出六经病名,确立六经辨证论治体系,成为“医方之祖”,立下中医世代基业以来,厥阴病就一直是古今医家探索的焦点。不少名家认为《伤寒论》厥阴病是“疑案”,面目不清;也有一些人认为论中厥阴病篇很是明白晓畅,无疑可言。似乎都有理,又似乎都不够合理。就此,我有些不成熟的看法,提出来请方家正之。

张仲景著《伤寒杂病论》一书,究其本旨,当在于“感往昔之沦丧,伤横夭之莫救”。正是为了应对当时肆虐流行,造成人口大量死亡的伤寒疫病而作。这一点,从《伤寒论·自序》和《伤寒论·伤寒例》提到的“一岁之中,长幼之病多相似者,此则时行之气也”“天气暴寒者,皆为时行寒疫也”中可以清楚地看出来。因此,毫无疑问,《伤寒论》是一部治疗病死率极高的寒疫病的专著。当然,王叔和把书中外感伤寒与内伤寒病一分为二,是否符合仲景原意则又当别论。

当时我国处于小冰河时期,天气暴寒,造成寒疫流行,也造就了张仲景这位医圣。

从伤寒六经三阴三阳病的发生与发展规律来看,揭示了一个病后邪正斗争由表入里、由阳入阴、由浅入深、逐渐沉重以致死亡的过程。厥阴病篇位于六经之末,死证条文最多(全篇55条中有25条是论死证的),而一个“厥”字更是把人体正气(阴阳)已达“极造其偏”的危险地步显露无遗。

从伤寒六经病的实质来看,同样体现了人体阴阳气的多少的动态变化过程。《素问·至真要大论》:“阴阳之三也,何谓?曰:气有多少,异用也。”《素问·阴阳类论》:“一阴厥阴也,厥犹尽也。”六经阴阳气多少的排序为,一阳少阳,二阳阳明,三阳太阳,一阴厥阴,二阴少阴,三阴太阴。具体来说,阳在外,阴在内,病在阳则阴气未动表现为阳证,故三阳病主要是一个阳气受损渐减的过程。病在太阳,为疾病之初,正气在表抗邪,相对来说,阳气最多,是为“三阳”;发展到阳明,病进入里,正邪斗争最为剧烈,阳气动用较多,有所消耗,是为“二阳”;再发展到少阳,则为阴阳之枢,邪进正退,阳气相对前二阳来说最为不足(仲景少阳篇有“血弱气尽腠理开”的明文),是为“一阳”。病情继续发展,邪气进一步伤阳进入三阴,此时阳气受伤重,抗邪力弱,表现为阴证,在里的阴气失去阳气的固护,耗损显著增加,故三阴阶段显示阴气受伤的多少。病在太阴,阳伤相对厥、少二阴为少,尚能固护阴气,

虽见吐利,阴气尚充(“自利不渴”),是为“三阴”;发展到少阴,阳气衰微,阴气耗损,阴邪大盛,兵临城下,心与命门这两大生命的根本系统岌岌可危,阴气不足(“自利而渴”,“虚故引水自救”),有随衰微之阳向上向外亡脱(格阳、戴阳)而泄(汗出)之虞,是为“二阴”;厥阴阶段,阳竭阴涸,为疾病的最后阶段,是为“一阴”。如果说,三阴三阳“在内经时代已经形成并开始应用于医学理论的构建。”^[1]则仲景秉承内经之旨,并创造性地用以对伤寒这一急性外感病进行了有效的辨证论治,从实质上赋予了六经全新的概念,使医学的发展进入了一个历史新阶段。

以上内容当属无疑。可疑的是,《素问·热论》说:“厥阴脉循阴器而络于肝,故烦满而囊缩……两感于寒者……三日则少阴与厥阴俱病,则耳聋囊缩而厥,水浆不入,不知人,六日死。”《素问·诊要经终论》也有“厥阴终者……甚则舌卷卵上缩而终矣”的论述;《难经·第二十四难》谓:“厥阴者,肝脉也,肝者筋之合也,筋者聚于阴器而络于舌本,故脉不营则筋缩急,筋缩急则引卵与舌,故舌卷卵缩。”表明厥阴病特征性临床表现是不知人、舌卷、卵上缩、厥。仲景自言“撰用素问”,可论中关于厥阴病症状,除肢厥外,余却未见提及,与其他五经病证均未脱离内经迥然不同,此疑点之一也;其二,厥阴病篇的寒厥与少阴寒厥鉴别点不明,更未提出治法,该篇提出的仍然是治少阴病寒厥的四逆类方;其三,厥阴热厥与阳明热厥的鉴别点不明,治法适用治阳明病本证的主方白虎汤和承气类方;其四,厥热胜复(厥与热数日交替而作)症候,后世无人得见,多从预后机理去理解,不无疑议;其五,本篇中寒热错杂诸证与呕、哕、下利诸证,均非外感热病最后阶段的厥阴病,虽多少可与厥阴肝和少阳胆的生理病理联系起来,但并非为抢救疫病最后阶段的危急重症而设,多属杂病范围,而这些内容却几乎是现存厥阴病篇的全部方证,与上述六经病的实质不符;其六,厥阴病篇55条原文中只有4条明文提到厥阴,且未出方,所述脉证又很简略,令人无可研索。其余51条大都是泛论厥、热、呕、利等文,很难从中找出厥阴病的特征性临床表现;最后,也是最主要的疑点是,按照一般大多注家的说法,厥阴病主方是乌梅丸,但是临床上遇到痉、厥、神昏的厥阴病阴阳两竭寒热错杂证,即使是以乌梅丸作汤,以应急需,也毫无效验,这是致命的疑点。仲景正是

为挽救伤寒疫病流行造成的“横夭莫救”而著《伤寒杂病论》，怎会到了疾病的最后关头，生死存亡之际，出现这么一种情况呢？特别是从前五经病方证相符，疗效卓著，横扫两千年医坛竟无出其右者来看，显然这厥阴病篇连同后世所谓“提纲条文”、“主方”是出了问题了。“这就无怪乎引起了《伤寒论今释》作者所谓‘伤寒厥阴篇竟是千古疑案’的慨叹”。^[2]

以上是“疑案派”的主要观点。也有相当数量的医家是“不疑派”。“不疑派”的主要观点是从厥阴的生理特点出发，认为厥阴为“两阴交尽，一阳初生”，“中见少阳”，“禀风木而寄相火，下连寒水为乙癸同源，上接心火为母子相应”，故厥阴病时“阴阳必乱”，“多寒热错杂”；故厥阴病提纲条文当与（338 条）脏厥与蛔厥鉴别条文合看，主症当是“厥、利、呕、烦”，主方当为乌梅丸。既然厥阴病主要临床表现为“厥、利、呕、烦”，那么围绕着厥、利、呕、烦论述其类证治法就“不仅说明乌梅丸是厥阴病的主方，同时说明本篇的写作体例也同于前五篇”。^[3]现今中医药大专院校有关教材基本持此观点，因而教师们也多照此讲授。学生们学了以后照此临床，不仅不会治厥阴病，连厥阴病的面目都无法认识。

“疑案派”的疑惑不无道理，但不能否认伤寒厥阴病的存在，更不能否认仲景把厥阴篇放在六经之末，多论死证，充分体现了厥阴病为疾病进入阴阳两耗尽的危急重症阶段的实质。先父万友生教授，寝馈岐黄 60 余载，毕生研究《伤寒论》，晚年对论中厥阴病篇提出了自己的见解。他认为本论厥阴篇虽然面目不清，似乎没有继承和发展内、难之旨，“但细玩全书，仍然有迹可寻，如其所谓‘太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲；若被火者，微发黄色，剧则如惊痫时瘈瘲；若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期。’是即厥阴热化危证的例证。又其所谓‘伤寒脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此名藏厥。’和‘病胁下素有痞，连在脐旁，痛引少腹，入阴筋者，此名藏结，死。’是即厥阴寒化危证的例证。”并把“藏厥”条与“少阴病，吐利，躁烦四逆者，死”条合参，指出“躁烦四逆”较之“肤冷”（全身冰冷）“躁无暂安时”（神昏之兆）为轻，前者已属死证，后者不出方治就“不言而喻”了。肯定了伤寒厥阴寒化危证的客观存在。同时也肯定了“不仅热闭心包，肝之阳风内动，可以出现昏痉，寒闭心包，肝之阴风内动亦可出现昏痉”这一事实。坦承仲圣对厥阴寒化危证无力回天，提出用大剂通脉四逆汤合吴茱萸汤救治的主张。指出吸纳后世温病学家对厥阴病的研究成果，是认清厥阴病的真面目，并有效治疗厥阴热厥证，解决厥阴病篇这一“千古疑案”的途径。^[4,5]

先父从事伤寒和温病教学数十年，在厥阴病问题上，经历了一个由“不疑派”到“疑案派”，再由“疑案派”到明朗的过程。他照本宣科地讲伤寒厥阴病篇几十年，一直感到“有问题”：面目不清、治法空缺，理论脱离临床。不象其他五经病，理、法、方、药四对头，主症突出，主方经典，疗效卓著，讲起课来心中踏实，清楚自己教给学生的东西将让学生们受用一辈子。又从温病学教学工作中发现，温病学家对厥阴病热证的

认识是清楚明白的，也做到了理、法、方、药四对头，主症突出，主方经典，疗效卓著，令到近代中医在急症临床面对神昏、抽搐痉厥诸症能有所为。他回忆自己早年医名颇著的原因主要就是能够救治这类危急重症。这就促使他萌生了把伤寒与温病理论结合在一起，让温病理论充分发挥其“羽翼伤寒”的作用的想法。早在 1957 年，他就在《江西中医药》第一期发表了《寒温纵横论》。在其后的 30 余年里，随着对寒温统一热病学术思想研究的深入，对厥阴病的认识也渐趋明朗，完成了上述从“不疑—疑—明朗”的过程。为什么现在中医大多处理不好厥阴病呢？一是厥阴病热厥证西医占了先手，他们对于实热证的高热神昏抽搐痉厥从理论到临床诊断治疗都有一套较为成熟的套路（虽说不上尽善尽美），而中医在中医院看不到或少看到这一病症，学不致用，理论与技术渐趋荒疏，就更不善处理了；二是对于厥阴病寒厥证（比如急性心肌梗死、各种急性心衰合并脑危象等），西医从理论到临床诊断治疗虽都不够完善，以致心血管病成为当今世界人类第一大杀手，但中医从理论到临床也都没有解决问题，厥阴篇不仅治寒热错杂的厥热利诸方与神昏痉厥的厥阴病诊断治疗对不上号，即使放在厥阴篇的四逆类方也同样治不了。当然，关键在于伤寒厥阴病面目不清，治法不明。显然，解决厥阴病疑案问题关系到中医能不能进入急症阵地解决危急重症的问题，关系到中医在医疗实践中摆脱从属地位的问题，因而确实是一个关系到中医生死存亡的大问题。

要解决厥阴病问题，首先要认识伤寒厥阴病篇存在的问题，只有在正确、客观地评价该篇内容的基础上，才有可能找到正确解决问题的途径。因此，必须先扭转“不疑派”的观点。

“不疑派”的根本问题出在对六经病实质的理解上。没有看到伤寒六经辨证论治体系是针对外感热病的整个过程设立的，没有认识到厥阴病是外感病的最后阶段，是一个危急重症。此外，“不疑派”的根本错误在于把厥阴“阴尽阳生”的生理特点作为病理特征，认为病至厥阴，两阴交尽，一阳初生，内寄相火，就会“阴阳混乱”而“出现寒热错杂之证”。试想，一个从太阴而少阴而厥阴的伤寒病，阳衰已极，纵大剂姜附人参破阴回阳亦难挽回而大多终归于死亡，怎能设想会自然生出相火来成为一个寒热错杂证呢？所谓“两阴交尽，一阳初生”，其实是人体阴阳在正常状态下的升降出入之机。比如一天中的子时为自然界阴气最重之时，子时后，一阳渐生，至寅、卯阳气生发渐盛。人体亦与之相应：夜间阳气内藏，阴气在外，人进入睡眠状态，所谓“阳入于阴则寐”；至天明阳气生发，睡眠结束，所谓“阳出于阴则寤”。而病理状态下，若阴阳气不相顺接，则一阳难以生出，故心脏病入多有在夜半猝死者。若按“不疑派”的说法，这些病人厥阴的危重病证到了夜半厥阴主令之时，都应该生机盎然了。若果如此，厥阴当无死证了。岂不大谬不然？！病理现象是生理功能不能正常进行的结果，怎能指望在病理状态下机体能够行使正常生理功能呢？人体自然疗能的例子是存在的，但是特例，尤其是在危急重症领域，自然疗能的现象能够普遍存在吗？因此，认为伤寒厥阴病会在阴盛阳竭的生死关头，阳气来复，

从而转化为寒热错杂之证，并可以用乌梅丸治愈这种观点，是不符合临床实际的。我们不能把中医急症阵地的丢失完全归罪于伤寒厥阴病的“不疑派”，但是，厥阴病面目不清导致后学临证时无章可循，技术上不去，则显然与学术发展的停滞有不可推卸的责任。

历史终究是要发展的。厥阴病从仲圣提出病名，明确其在六经病中的地位，指出其危重性，到温病学家对厥阴病热厥证的创造性阐述，使中医在热病危急重症领域的临床水平得到了一次大的提高：厥阴病热厥证的病因病机、临床表现、治疗方法明晰准确，新方新药疗效确凿。学术上的发展导致中医在危急重症领域实现了明清两朝数百年的辉煌！进入近现代，西医东渐后，随着西医学的迅猛发展和中医学术发展的相对停滞（原因是多方面的），中医在危急重症领域的辉煌不再。

然而，“是金子总会发光”。

今年，《李可老中医治疗危急重症和疑难病经验专集》一书出版，内中《破格救心汤救治心衰实录》一文由《中国中医药报》分三次连载（今年9月28日、29日、30日）^[6]。一时间，洛阳纸贵，争相抢购，都欲一睹为快，读后无不大受鼓舞，不啻在中医界掀起了一股9级台风！原来，李可老师救治的心衰都是垂危病例，或是肺心病心衰合并呼吸衰竭、脑危象，或是肺心病心衰合并脑危象、急性肾衰，或是风心病心衰垂危，或是布鲁氏杆菌病急性心衰濒危，或是冠心病心绞痛合并急性心梗，或是冠心病并发频发室早、纤颤休克，等等。而且都是医院下了病危通知书的垂死病人，或是医院宣布不治，回家等死，已备好后事的病人。李可老师从事中医临床46年，在缺医少药的农村，运用自创破格救心汤成功地治愈了千余例心衰重症，并使百余例现代医院已发病危通知书的垂死病人起死回生。他写道：“中华医学宝库蕴藏极富，在救治重危急症领域有强大的生命力，独具特色与优势。方法简单易行，安全稳妥，见效快，成功率高，费用低廉，为普通人群所能承受，适合我国当前国情。”李可老师的医疗实践和成就证实了这一点。他振奋了中医界，更震撼了伤寒学界。因为破格救心汤就是由大剂四逆汤与参附龙牡救逆汤、张锡纯来复汤化裁而成，所治诸证就是伤寒厥阴病本证！就是由少阴病恶化而来的亡阳竭阴，阴阳离决在即的疾病最后阶段。其症均有深度昏迷，四肢厥冷。或面如死灰，头汗如油；或暴喘痰声如锯，腹胀如鼓而脐凸胸平；或下肢烂肿如泥；或口唇面色青紫；或口气气冷，全身冰冷，气息奄奄；或二便自遗；或脉绝（血压为0），或脉散乱如雀啄屋漏，移时一动，唯下三部趺阳、太溪、太冲三脉尚属细弱可辨（生机未绝）；舌质多见紫黑瘀斑，等等。几乎囊括了古籍所载诸绝症、绝脉。这些以抢救危急重症著称的西医束手无策的病例却让一个基层中医

用传统方法起死回生！多么值得我们医界方方面面上下下深入思考、认真学习、大力宣传啊！

至此，伤寒厥阴病的“疑案”可以完全大白于天下，仲圣未竟的事业由李可老师续上了创造性的、浓墨重彩的一笔！可以预言，随着厥阴病寒化本证理论的完善，学术的进步，理、法、方、药的确立，中医重整雄风，重新进入危急重症领域，再现辉煌的时代即将来临！中医学将继续温病学家对厥阴病热厥本证的发展，在急症领域实现了一次从理论到临床的飞跃之后，再一次因对厥阴病寒厥本证的发展而在急症领域实现第二次飞跃！

人们或许会说，破格救心汤中，附子、干姜等峻猛之剂用量均大大超常（附子30-100-200克，干姜60克），毒性反应就是首先要面对的问题，药房可以拒绝发药，管理部门也有可能干预。如何学好用好李可老师的经验，使之为广大中医同道所掌握，大幅提高对危急重症的抢救能力，从根本上扭转中医在这方面的被动从属局面，更好地为广大患者服务，就成了摆在中医从领导层到理论界、科研界、药学界、临床界以致于教育界一个迫在眉睫的重大任务。设想我们用行政手段，像国家科委组织重点攻关项目一样，组织中医界对李可老师的经验进行科学、严密的，符合中医特色的研究攻关，从理论上拿出一个现代版的、明晰而完整的、具有临床指导意义的“辨厥阴病脉证并治”篇，从临床上研制出一组相应的有效方药的新制剂（如口服液、微丸、滴丸、浓缩丸、直肠点滴剂和静脉注射液、肌肉注射液等等），使广大基层中医通过理论学习和临床实验等继续教育，能够尽快熟练掌握运用这一新的科研成果，促使其迅速转化为生产力。同时也要请西医同道参加学习推广，增进他们对中医这一新成果的了解，得到他们的支持，以期共同努力，达到更快、更好、更广泛地运用这一成果，创造我国世界一流的急救医学水平，为我国以至世界人民服务。

邓铁涛教授在世纪初预言：“二十一世纪是中华腾飞的世纪，是中医腾飞的世纪。”对厥阴病的发展，无疑将成为中医腾飞的起步点之一。

参考文献

- [1] 马文辉.“三阴三阳”是“兼三才而两之”[N]. 中国中医药报, 2006-08-14(5).
- [2] 万友生. 欲识厥阴病 寒温合看明[J]. 福建中医药, 1982, (5): 1-2.
- [3] 刘方柏. 厥阴“疑案”不疑[N]. 中国中医药报, 2006-09-01(5).
- [4] 万友生. 略论伤寒厥阴病[J]. 新中医, 1980, (3): 1-2.
- [5] 万兰清. 鉴古观今论厥阴[J]. 中医杂志, 1993, (2): 72.
- [6] 李可. 破格救心汤救治心衰实录[N]. 中国中医药报, 2006-09-28, 29, 30.

（收稿日期：2007-10-09）

欢迎投稿！欢迎订阅！