《傷寒論》寒熱錯雜證用藥規律初探

焦召華[1]　李岩[△2]　郭健[1]　程素利[1]　陳爽[1]

（1.天津中醫藥大學　2.天津市公安醫院）

【摘要】《傷寒論》對寒熱錯雜的證治以六經辨證體系做了系統闡述。現以疾病部位為根據，就寒熱錯雜證病因病機、證候表現、選方用藥規律進行探討，以期更好地指導臨床。

【關鍵詞】傷寒論　寒熱錯雜證　用藥規律

寒者熱之，熱者寒之是中醫的基本治療原則，然現代臨床證情複雜，病因多變，單純性寒證、熱證並不多見，而寒熱錯雜的疑難雜症更為多見，此時非單用寒藥或熱藥所能治，必寒熱並投，方能取效。傷寒論中雖系統闡述了對寒熱錯雜證的辯證論治，然而寒熱錯雜證治散見於太陽、陽明、少陽、厥陰等章節，難以見此知彼。現圍繞寒熱錯雜證各方證病機，探析方藥配伍，用藥規律，以「觀其脈證，知犯何逆，隨證治之」，以期更好的指導臨床。

1　寒熱互結中焦

太陽病誤治或失治，損傷脾胃，外邪乘虛而入，脾胃功能失調，升降失常，寒熱錯雜之邪結於中焦，氣機不得宣通而成心下痞。《傷寒論》157條：「傷寒汗出，解之後，胃中不和，心下痞硬……」。證見「心下痞，按之濡」，「胃中不和，心下痞硬，乾噫食臭」，「谷不化，腹中

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

雷鳴，心下痞硬而滿」。故其治當行辛熱、苦寒同用之法，辛以宣通發散曰開，苦以通達下行曰降，熱以散寒，寒以清熱，共成清熱散寒、辛開苦降之用[1]。傷寒論半夏瀉心湯、生薑瀉心湯、甘草瀉心湯同為寒熱並用，攻補兼施，奏消痞散結之功。三者為同一治法的三種加減，然各有側重。

1.1　寒熱互結，痞塞中焦

因誤下，脾胃陰陽不和，升降失序，中焦之氣聚而痞滿。伴有乾嘔、腸鳴、下利、苔滑膩或白或黃等見證，其中以嘔吐為主。以但滿而不痛為辨證之要[2]。方選半夏瀉心湯。方中以半夏為君，降逆和胃以止嘔，黃芩、黃連苦寒降其壅寒之胃氣，以乾薑辛熱溫之，人參、甘草、大棗以補脾胃之氣。諸藥合用，陽氣復，逆氣降，陰陽和。本方煎服法要求「去滓，再煎」，意在使寒熱並行，攻補兼施，和解中焦寒熱兼雜之痞。

臨床中半夏瀉心湯主要用於消化系統疾病的治療，在治療各種類型的急慢性胃炎、食管炎、功能性消化不良、潰瘍病、胃下垂、消化系統腫瘤、腹瀉、腸炎、腸易激綜合症、便秘、胆囊炎等消化道疾病方面取得了滿意的效果。《臨證指南醫案》在臨症視其陰陽虛實，靈機應變，對該方化出妙用。「於上焦不舒者，既有枳實、桔梗、杏仁、瓜蔞開降，而又用梔子、豆豉除熱，舒暢清陽之氣」[3]。

1.2　中虛熱結，水食不化

因未經誤下，雖汗出而解，但餘邪未盡，復內陷心下，飲食不化，積滯挾有水濕致痞，故兼見乾嘔食臭，腸鳴下利症。生薑瀉心湯為半夏瀉心湯減乾薑60g，加生薑120g而成。方中以生薑為君，以開胃氣、避

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

穢濁、散水氣；乾薑溫補中州；半夏、黃芩、黃連辛開苦降以和胃氣；參、棗、草扶中溫脾補虛。諸藥合用，共奏和胃泄熱，散水消痞之功。

臨床中生薑瀉心湯可用於胃下垂、胃擴張、慢性胃炎等屬胃陽虛弱，水飲內停者。劉渡舟抓住其上下氣機不暢，痞結中焦，夾有水氣病機，用以治療頑固性呃逆、失眠等證。劉渡舟醫案：郭某，男，46歲。患有呃逆，連作不休，病已八月有餘，服藥以百劑，始終不能控制，以致周身疲倦，不能堅持工作。觀其所服之方，不外丁香柿蒂、旋覆代赭、香砂六君等方。脈沉弦無力，舌苔略水滑。大便每日一而行，溏薄而不成形。自訴心下堵塞，甚不痛快。處方：生薑12g，乾薑3g，半夏12g，黃連6g，黃芩6g，党參10g，炙甘草10g，大棗7枚，刀豆子10g。此方連服六劑，則呃逆不作，心下痞與下利同時俱蠲，病遂告愈[4]。

1.3 寒熱錯雜，脾虛腸寒，虛實並見

因誤用下法，外邪內陷，結於心下，脾胃不和所致。傷寒論原文指出「反下之」，「復下之」，「反復誤下」，中焦胃弱，其痞益甚。症見心下硬滿，心煩不安，短氣身倦，乾嘔不欲飲食，腸鳴腹瀉，1日多次，有不消化食物殘渣[5]。治宜補中和胃消痞。方選甘草瀉心湯。甘草瀉心湯以半夏瀉心湯倍用甘草為君，健胃安中，緩和逆氣；乾薑溫中散寒；半夏降逆止嘔；芩連苦寒以泄痞；參棗以補脾胃之氣。諸藥合用，共奏清胃溫中，補脾止瀉之功。

如上所述，半夏瀉心湯症的臨床表現以心下痞、嘔吐為主，以清熱、降逆消痞為主；生薑瀉心湯水飲不化，以散飲消痞為主；甘草瀉心湯脾胃虛弱較重，下利較重，甚則日數十行，側重補中降逆[6]。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRSMP All Rights Reserved

2　上熱下寒症

因病因上的寒熱錯雜、病理上的陰陽之氣不能協調，使陽盛於上，陰盛於下，表現為上熱下寒症。在臨床上上熱下寒證可表現為上熱病位之別、下寒病位之別，同時兼見虛實之異。

2.1　熱擾胸膈，中焦虛寒

太陽傷寒證，汗之則愈。然「醫以丸藥大下之」，寒氣留中，脾胃虛寒，外邪不為汗下所解，反而內陷胸膈，邪熱內陷，擾於胸膈，邪熱內鬱胸膈，擾亂心神，故身熱不去而見心微煩，中焦有寒則腹滿腹痛，食少便溏，甚或下利不止[7]。治宜清上熱、溫中寒。方選梔子乾薑湯，以梔子為君，取其苦寒之性清解上焦之邪熱以除煩，乾薑以溫中暖脾。諸藥合用共奏清熱除煩、溫中暖脾之功。

2.2　胸熱腹寒，胃失和降

《傷寒論》178條：「傷寒，胸中有熱，胃中有邪氣，腹中痛，欲嘔吐者，黃連湯主之」。

「胸中有熱」包括胃、胸腔，「胃中有邪氣」是指腹中有寒氣，包括脾和腸。上焦有熱，中焦有寒，寒熱互阻，陰陽不調，陰陽寒熱上下不相交通，所致嘔吐、腹痛諸症。治宜清上溫下，和胃降逆。方中黃連清胸中之熱，乾薑溫脾胃之寒，桂枝交通上下陰陽，半夏降逆和胃以止嘔，人參、甘草、大棗健脾和中。諸藥合用，斡旋上下，調理寒熱陰陽。黃連湯晝三夜二服，意在少量頻服，使藥性持久，交通陰陽，調理脾胃[8]。

2.3　少陽不和，胆熱脾寒

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright © HKRCM. All Rights Reserved

《傷寒論》第147條，「傷寒五六日，已發汗而復下之，胸脅滿微結，小便不利，渴而不嘔，但頭汗出，往來寒熱，心煩者，此為未解也。柴胡桂枝乾薑湯主之」。

傷寒汗不得法，又下之過早，汗下兩傷，脾氣受損，邪傳少陽。少陽樞機不利，熱鬱胆腑，症見胸脅滿微結，但頭汗出，口渴，往來寒熱，心煩諸症。少陽樞機不利，氣化失常，則見小便不利。劉渡舟在其《傷寒論十四講》中指出：「治胆熱脾寒，氣化不利，津液不滋所致腹脹、大便溏瀉、小便不利、口渴、心煩、或脅痛控背、手指發麻、脈弦而緩、舌淡苔白等證」。其中以口苦、便溏為主證[9]。治宜和解少陽，溫化水飲。方選柴胡桂枝乾薑湯。方用柴胡、黃芩和解少陽、疏肝清胆；桂枝、乾薑、炙甘草溫通心陽、溫肺化飲；栝蔞根生津以止煩渴；牡蠣軟堅散結以療氣機之不利。諸藥合用，共奏疏理肝胆，溫脾生津之功。

劉渡舟臨床應用該方之時，便溏重者，重用乾薑，而減輕黃芩用量；口苦重者，加重黃芩用量，而減少乾薑用量[10]。該方現代多用於慢性遷延性疾病，如無名低熱、瘧疾、肺結核、胸膜炎、淋巴結炎、慢性肝炎、慢性胆囊炎、風濕病等。也可用於精神系統疾病，如腸易激綜合征、局限性多汗、失眠等，及亞健康狀態的調理[11]。

2.4　厥陰蛔厥，胃熱脾虛腸寒

病人邪入厥陰，脾氣虛寒，運化失常，則饑不欲食；脾虛腸寒，蛔蟲上擾，故食則吐蛔；蛔蟲不安於下而上竄入膈，則見心煩。因脾虛腸寒，故誤用苦寒攻下，脾陽更傷而下利不止。同時氣鬱化火犯胃為上熱，鬱火灼傷津液而消渴；胃中有熱，上擾心神，亦可見心煩。胃熱則消谷，

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

津傷則嘈雜善饑。症見腹瀉、畏寒肢冷、腹痛、食欲不振、神疲乏力、煩躁、嘔吐[12]。治宜清上溫下，安蛔止痛。方選烏梅丸。方用烏梅醋浸以益其陰，有和肝安胃、斂陰止渴、安蛔的作用，附子、乾薑、桂枝溫經扶陽以勝寒；川椒、細辛味辣性溫，能通陽破陰，且能殺蛔蟲，黃連、黃柏苦寒以清胃熱、熱煩，並伏蛔蟲而治吐，人參、當歸補養氣血。蛔蟲有「得酸則靜，得苦則下，得辛則伏」的特性，烏梅丸酸、苦、辛味並投，寒溫並用，為安蛔止痛、清上溫下的要方[13]。

該方以苦酒（即醋）漬烏梅一宿，去核，蒸熟，搗成泥；餘藥研為細末，與烏梅泥和勻，加蜜為丸，如梧桐子大。每服7~9g，日三服。禁生冷、滑物、臭食等。方用烏梅醋浸以益其陰，以和其陽，有和肝安胃、斂陰止渴、安蛔的作用。用米與蜜甘甜之品為輔料作丸，不但能養胃氣之虛，且可投蛔所好而作為驅蛔之誘餌。本方適用於寒熱錯雜、虛實夾雜、肝脾不和、濕熱中阻數種病機適應症，有利於調整臟腑氣血陰陽的平衡。

《溫病條辨》以該方去附子、細辛、當歸、黃柏加黃芩、白芍、枳實、半夏，名椒梅湯，主治暑邪深入厥陰。《備急千金要方》以該方去細辛、附子、人參、黃柏加吳茱萸，主治久痢數十年不愈者。

2.5　上熱下寒，正虛陽鬱

因素有胃熱脾寒，誤下誤吐致使脾胃更傷，客熱內陷，導致寒邪格熱於上，寒熱格拒更甚。此即《醫宗金鑒》之所謂「胃熱格」[14]。症見嘔吐頻頻，或食入即吐，舌淡苔薄黃等，其證以上熱氣逆為主，故以「食入即吐」為其主要臨床表現。治宜清上溫下，苦寒降泄，辛溫通陽。方

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright - HKCMP All Rights Reserved

選乾薑黃芩黃連人參湯。方中倍用黃芩黃連之苦寒以清泄胃熱，乾薑辛溫散寒，人參補中益氣。上熱清則嘔吐止，下寒散則下利除，中氣復則升降有常，而寒熱格拒之症得消。

該方現代多用於治療胃腸疾患。有文獻認為，臨床依其寒熱的偏盛程度，在配伍劑量上可做調整，若治上熱吐逆，芩、連不過3-5g，苦引下行，薑、參可相對加大劑量。急性胃腸炎加紫蘇15g，藿香30g，半夏12g，吳茱萸9g，木瓜15g；食管賁門炎症加瓜蔞30g，半夏10g，枳實15g，桃仁12g，威靈仙20g。

2.6　肺熱脾寒，正虛陽鬱

傷寒誤下使在表邪氣內陷於肺，鬱而化熱，而且會栽伐脾陽，造成脾氣虛寒。證見咽喉不利，唾膿血，下利不止，甚則手足厥逆。邪陷胸中，鬱而化熱，熱盛於上，上攻喉嚨則咽喉不利，灼傷肺絡，則唾膿血。大下後，脾寒氣陷，則泄利不止。陽氣內鬱，不能外達四肢則見手足厥冷。治宜清上溫下、發越鬱陽、滋陰養血。方選麻黃升麻湯。方中用麻黃、升麻的劑量較大，用以宣發陷下陽鬱之邪，用黃芩、石膏以清肺胃之邪熱，桂枝、乾薑通陽溫中以祛寒，當歸、芍藥養血以和陰；知母、天冬，葳蕤滋陰降火以和陽；甘草、茯苓、白朮不僅能健脾益氣而止利，且能安胃和中而交通上下。本方寒熱兼治，外宣陽鬱之邪，內滋肺胃之陰，既清上而又溫下，陰陽自和則病愈。

需注意的是煎服法「以水一斗，先煮麻黃一、二沸，去上沫」，麻黃如果不先煮，可能會導致發汗比較多，若陽鬱於內只須微汗，應防過度發汗。「分溫三服，相去如炊三升米頃，令盡。汗出愈。」本方服藥

香港中醫學會版權所有 Copyright HKSCM All Rights Reserved

法也是病愈止後服藥法：煎一劑藥，分多次服，一段時間內多次飲服，有集中用藥之意。若服一次病愈，勿再服二次。如一服汗出病愈，則停後服，此法多屬病情變化迅速，中病即止，不宜久服，目的以防過服而造成藥害[15]。

3 小結

寒熱並治是張仲景針對各種寒熱錯雜證而創立的，體現了中醫辨證論治的基本特點，是方劑配伍的精華之一。其科學價值很高，我們應當很好地繼承和發揚。以上所講的寒熱並用的方子，在治療上雖皆有調和陰陽，和解寒熱之邪的作用，但它們又有各自的特點，體現出中醫學同中有異，隨證施治的特點。臨床上應根據寒熱錯雜的不同表現，採用不同的寒熱並治法。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

參考文獻

[1] 趙進喜. 論《傷寒雜病論》寒熱並用法及其臨床應用[J]. 北京中醫藥大學學報，2008, 31(9): 581-583.

[2] 張平中. 對《傷寒論》中五瀉心湯症之淺識[J]. 河南中醫學院學報，2004, 19(4): 9-10.

[3] 葉天士. 臨證指南醫案[M]. 北京：華夏出版社，1995: 184.

[4] 劉渡舟. 經方臨證治驗[J]. 中醫雜誌，1984, 25(3): 10-12.

[5] 嚴石林, 陶怡, 鄧瑞鎮, 等. 從《傷寒論》探討寒熱錯雜證候辨治[J]. 中華中醫藥雜誌, 2011, 26(10): 2202-2204.

[6] 郭天祿，郭宇琪.《傷寒論》「痞證」淺識[J]. 成都中醫藥大學學報，2011, 34(2): 7-9.
[7] 李德新，程慧琴.《中醫辨症學》選載（二十六）[J]. 遼寧中醫雜誌，1990, 17(9): 43.
[8] 黎木國. 淺探《傷寒論》的寒熱錯雜證治[J]. 河南中醫，2007. 27(1): 6-7.
[9] 劉渡舟. 傷寒論十四講[M]. 天津：天津科學技術出版社，1982: 107.
[10] 張保偉. 劉渡舟教授論柴胡桂枝湯的內涵與應用[J]. 中醫藥學刊，2001, 20(1): 9, 12.
[11] 黃煌. 中醫十大類方[M]. 南京：江蘇科學技術出版社，2006: 8.
[12] 張金付. 烏梅丸方證研究[D]. 南京中醫藥大學：南京中醫藥大學，2010: 31.
[13] 高世全，袁紅霞. 烏梅丸及其臨證應用淺析[Z]. 中華中醫藥學會脾胃病分會第十九次全國脾胃病學術交流會，中國河北石家莊，2007: 600-601.
[14] 劉敏.《傷寒論》上熱下寒證辨析[J]. 遼寧中醫學院學報，2003, 5(4): 325-326.
[15] 黃淑貞. 麻黃升麻湯方證研究[D]. 北京中醫藥大學：北京中醫藥大學，2011:27-28.

（編委：黃賢樟審校2012.03.23）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved