

经典研读

柯琴《伤寒来苏集》主要学术思想及临床应用^{*}

杨军

(陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046)

摘要:清代医学家柯琴,在《伤寒来苏集》中提出著名的“六经地面学”“六经为百病立法”等论断和学说思想,为后世医家学习、使用伤寒指明了道路,现试就其学说加以叙述,用临床实际病案加以论证,以彰显其思想观点对伤寒理论和临床的指导。

关键词:柯琴;学术思想;伤寒学说;临床应用

中图分类号:R2-09 **文献标识码:**B **文章编号:**2096-1340(2019)06-0063-03

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2019.06.017

柯琴,字韵伯,浙江慈溪人,清代著名中医学大家,尤精于伤寒学说,其中对伤寒研究的三本主要著作《伤寒论集注》《伤寒论翼》《伤寒论附翼》,后世合称《伤寒来苏集》,他提出的“夫仲景之道,至平至易,仲景之门,人人可入”,深为后世医家所称道,说明了伤寒研究、应用的规律性和可操作性。他提出的主要学说思想有以下几点。

1 柯琴主要学术思想

1.1 创“六经地面说” 自朱肱在其《类证活人书》首次将《伤寒论》的三阴三阳称为“六经”以来,其实质是什么,历来众说纷纭,莫衷一是,有脏腑说、经络说、气化说、六经层次说等等,柯琴则在其《伤寒论·六经正义》中提出了著名的“六经地面说”。

柯氏否认“六经”来源于《素问·热论》的观点,认为《伤寒论》之六经与《素问·热论》之六经,虽然名同,而在实质内容上则大不同,后世医家则将两者等同起来,导致后世医家误认为《伤寒论》六经即《内经》经络的误解;反对王叔和将《素问·热论》作为《伤寒论》之“序例”以六经为经络,认为伤寒六经是以地界分而不专以经络立论的观点,因此在《伤寒论翼》中说明明确指出,“叔和不知仲景之六经,是经界之经而非经络之经,妄引《内

经·热病论》,作《序例》以冠仲景之书,而混其六经之症治,六经之理因不明。”他提出六经理论应源于《素问·皮部论》:“按皮部论云:皮有分部,脉有经纪,其生病后异,别其部分,左右上下,阴阳所在,诸经始终,此仲景创立六经部位之原。”

柯氏认为,《伤寒论》六经是“地面”,经络是“道路”,道路是线,地面是片;“道路”是“地面”的“线”,“道路”可以通达身体各处,但范围较为狭窄,但“地面”则是大片区域。伤寒论的六经就是六大块“地面”,此所谓“六经犹列国也”,即六大区域:“腰以上为三阳地面,三阳主外而本乎里”,“腰以下是三阴地面,三阴主里而不及外”,“若六经之经,是六经道路,非六经地面”。具体而言,柯氏对六经六区地面的具体划分为^[1]“太阳经,内自心胸,外自巅顶,后至肩背,下及手足,内合膀胱。阳明经,内自心胸,至胃及肠,外自头颅,由面及腹,下及手足。少阳经,由心至咽,出口颊,上耳目至巅,外自胁内属胆。太阴经,自腹由脾及肠、魄门。少阴经,自腹至两肾及膀胱溺道。厥阴经,自腹由肝,上膈至心,从胁下及小腹宗筋。”

综上所述,柯琴对六经的分区,除依据经络循行外,还依据伤寒六经病症涉及的范围来确定,力求把伤寒六经病证的发生与演变落实到具体的区

* 基金项目:陕西中医药管理局伤寒学与经方辨治疑难病重点研究室项目(陕中医药发[2018]32号)

域(病位),使医者在临床中具有实际可操作性,根据发病的部位以及症状,按图索骥,达到迅速发现、治疗、预防疾病病变的最终目的,即“明六经之地形,始得握百病之枢机;详六经之来路,乃能操治病之规则。”是故六经地面理论对伤寒论的临床,具有重要的实践指导意义。

1.2 倡导伤寒六经为百病立法 自西晋以来,众多医家认为《伤寒论》是论述外感病的专著,六经辨证是针对外感疾病而设的辨证纲领。混淆了伤寒通治内外疾病的本质,柯琴则认为,《伤寒论》创立的六经辨证体系,不仅适用于外感病,而且同样也适用于内伤杂病,指出“六病之外无奇疾,方证之中有活法”“原夫仲景之六经,为百病立法,不专为伤寒一科,伤寒杂病治无二理,咸归六经之节制,六经各有伤寒,非伤寒中独有六经也。”的学术思想,提出了“六经为百病立法”的学术观点,为后世医家所广泛认同和使用。

六经为百病立法有其理论和现实意义。在理论上,柯氏在《伤寒论翼》全论大法第一指出:“按仲景自序言作《伤寒杂病论》合十六卷,则伤寒杂病,未尝分两书也。凡条中不冠伤寒者,即与杂病同义。如太阳之头项强痛,阳明之胃实……是六经之为病,不是六经之伤寒,乃是六经分司诸病之提纲,非专为伤寒一症立法也。同时又强调“观仲景独于太阳篇,别其名曰伤寒、曰中风、曰中暑、曰温病、曰湿痹,而他经不复分者,则一隅之举,可以寻其一贯之理也”“岂知仲景约法,能合百病,兼该于六经,而不能逃六经之外,只在六经上求根本,不在诸病名目上寻枝叶。”所以,六经为百病辨证的方法,不仅仅为外感病而设,如果一叶障目,岂不辜负湮灭仲景大法。在临床实践中,柯氏认为“凡条中不冠伤寒者,即与杂病同义。”虽此言有点广泛化,但验之临床,确有实效,考《伤寒论》398条原文,冠有伤寒或者中风者共97条,冠三阴三阳者166条,不冠名者135条,其中很多方证,既可以治疗外感病,但更多是治疗内伤杂病。

此外,柯氏还提出六经提纲说,反对方有执提出的“三纲学说”,坚持阴阳学说(认为原文第7条是伤寒研究的总纲)等等,无不体现着其注重理论联系实践的治学态度

2 柯琴学术思想临床应用举隅

杨某,女,37岁,2018年12月10日初诊。主诉:心慌气短、畏寒肢冷、失眠半年,加重1周余。

患者素体瘦弱,单位体检时发现低血压病,时常出现头晕眼花、疲乏无力等症,口服生脉口服液、益气养血口服液等,血压可维持在正常范围,余无他证。半年前无故出现失眠,心烦易怒,偶尔夜梦多,自以为是工作压力太大,不予重视,三月前,失眠、多梦越来越重,尤其是心慌心悸之证导致失眠越发严重,随入院治疗,检查:血压87/60mmHg,窦性心动过缓,腔隙性脑梗赛(核磁扫描显示),诊断为:焦虑症、低血压、腔梗,医院对其进行对症治疗,血压基本恢复正常,睡眠好转,每晚可以休息4小时左右,心慌心悸毫无改善,随出院在家休养,出院后,睡眠渐渐又变差,心悸越来越严重甚至到了难以忍受的地步,病人要求中医治疗,于是经朋友介绍求诊与我。

刻证:患者身体消瘦,面色苍白不华,精神颓废,情绪无常,不停诉说自己心慌心悸的痛苦,一经追问病史,病人自谓畏寒严重,头晕眼花,疲乏无力,大便不通,睡眠欠佳,夜尿频多,夜间有睡意准备休息时,有一股寒气从小腹上冲到胸部,于是睡意全无,心悸随之加重,如此反复折腾,于是体质越来越差,心慌心悸更甚,睡眠进一步不佳,心慌尤其以夜间为甚,白天稍减,伴随月经不调,经期有血块,情绪烦躁,舌淡苔白腻边有齿痕,脉细弦。观其携带曾经服用的处方,大多为安神镇静、养心解郁的归脾汤、温经汤、乌灵胶囊等,但皆效果不佳。

辨证:患者病久,服药无数,查其曾经服用的药物处方,大多为养心安神、解郁镇静的安神定志汤、温经汤、乌灵胶囊等,但皆效果不佳,因此需要另辟蹊径,寻找它法,该病人关键症状为心慌心悸,因心慌心悸导致失眠多梦加重,根据柯氏理论,《伤寒论》六经是“地面”,经络是“道路”,道路是线,地面是片;“道路”是“地面”的“线”,“道路”可以通达身体各处,“地面”则是大片区域。该病人心慌心悸,病变部位应该为心,畏寒肢冷,夜间甚,判断病机是心阳不足(地面),心阳不足,则心推动气血功能减退,于是出现头晕眼花,疲乏无

力,“心为五脏六腑之大主”,气血不足则心主神志功能减退,“阳不入于阴”则眠差,女子以血为本,血不足则经不调,血气失调,则烦躁易怒。舌淡苔白为气血虚弱之证,细脉为气血不足之象,弦脉为肝气郁结之证。根据太阳病篇(原文第118、177条)^[2]“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”,“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之。”辨为心悸,病机为心阳不足,心神逆乱。治疗:温补心阳,镇静安神,以桂枝甘草龙骨牡蛎汤合炙甘草汤加减,处方:桂枝30g、炙甘草30g、生龙牡各24g(先煎)、生地30g、红参15g、鸡血藤24g、火麻仁20g、当归20g、阿胶10g(烊化)、浮小麦30g、麦冬15g、生姜20g、大枣(擘)5枚。7剂,加黄酒、水煎温服,一日2次,饭前服。

二诊时患者面有喜色,自述服药7剂后,夜寐转佳,心慌心悸几乎消失,疲乏无力明显减轻,大便正常,夜尿频稍减,畏寒转佳,舌淡苔白腻,脉象细弱,血压110/70mmHg,但又添加偶然自感心慌向腋下放射的症状,胁为肝之分野。此乃心阳未能恢复完全,又兼少阳病变的证象,“有是证用是方”^[3],继续以桂枝甘草龙骨牡蛎汤合小柴胡汤加减:柴胡24g、法半夏30g、桂枝30g、炙甘草30g、生龙牡各24g(先煎)、生地30g、红参15g、当归20g、阿胶10g(烊化)、浮小麦30g、生姜15g、大枣(擘)5枚^[4-5]。7剂,加水煎温服,一日2次,饭前服。

三诊,自谓其睡眠良好,心慌心悸消失,大小便佳,心情愉悦,精力充沛,舌淡苔嫩,脉象细弱,血压125/80mmHg,适至月经来潮,也无腹痛、血块现象。为防止该病反复,嘱咐其再继续十全大补丸、八珍益母丸疏肝养血安神,防微杜渐。

按语:《伤寒论》118条“火逆下之,因烧针烦躁者,桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”,177条“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之。”二方皆可以治疗心阳不足的心神不安,惊悸怔忡,失眠多梦等症,但炙甘草汤还可以治疗心的气血不足导致的

疾病。

案中病人素体瘦弱,加疾病时间较长,气血耗伤,心主气血、神志,心的气血不足,无以滋养心,故心主神志功能减退,因此患者面色苍白不华,精神颓废,头晕眼花,疲乏无力,大便不通,睡眠欠佳,心阳不足则畏寒,夜尿频多,白天身体得到自然阳气的补充,故心慌为轻,夜间阴气上升,心阳进一步被抑制,不能发挥其效能,则夜间心慌心悸尤甚,女子在血为肝,故月经不调,所有种种,均与伤寒论原文118、177条内容符合,“病皆与方相应者,乃服之”,故用桂枝甘草龙骨牡蛎汤合炙甘草汤加减,疗效明显,二诊时,心慌心悸减,又出现少阳兼证,故加小柴胡汤化裁;三诊时,诸证均减,加服十全大补丸、八珍益母丸,以培补后天,增强养血安神功效。

以上病案,体现了柯氏六经地面说中病情的判断方式,除根据经络循行外,还依据伤寒六经病症涉及的范围来确定,力求把伤寒六经病证的发生与演变落实到具体的区域(病位),本病案患者根据心慌心悸、眠差、畏寒等证,确定病变部位在心,病机为心阳不足,用桂枝甘草龙骨牡蛎汤、炙甘草汤、小柴胡汤加减,均效如桴鼓,当然,从实际证明了伤寒论的方剂不但可以治疗外感,同时可以根据实际病情,随诊加减治疗内伤疾病。

参考文献

- [1]柯琴.《伤寒来苏集》[M].北京:中国医药科技出版社,2016.
- [2]熊曼琪.《伤寒学》[M].北京:中国中医药出版社,2007:79,98.
- [3]刘观涛.《方证对应:伤寒论辨证论治五步》[M].北京:中国中医药出版社,2009:2-3.
- [4]杨军.腹胀的六经辨治医案二则[J].国际中医中药杂志,2018,40(6):568-569.
- [5]杨军.经方量效关系应用体会刍议[J].国际中医中药杂志,2018,40(12):1201-1203.

(收稿日期:2019-02-20 编辑:孙理军)