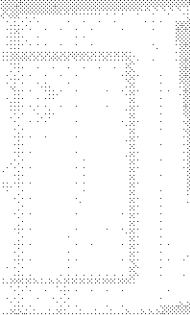
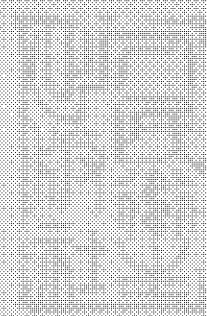


《伤寒论》求是

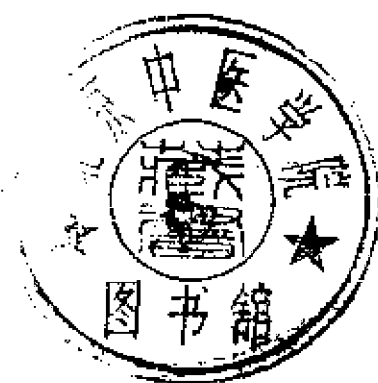
张其成



样 本 库

《伤寒论》求是

陈 亦 人 编 著



人 民 卫 生 出 版 社

1160957

2560/26

《伤寒论》求是

陈亦人 编著

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

北京市卫顺排版厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 64印张 135千字

1987年3月第1版 1987年3月第1版第1次印刷

印数：00,001—6,000

统一书号：14048·5365 定价：1.20元

(科技新书目141—80)

序

《伤寒论》者，汉张机寻汤液之坠绪，阐《素》、《难》之精义，为我国医学树立典范作也。其书言近指远，取精用宏，中医学之理法方药，辨证论治之规模，胥本乎此，岂特垂妙于定方而已。盖仲景以秀出之才，用思既精，心无外慕，故能深邃阴阳之理，洞彻经络之微，妙解营卫气血脏腑三焦之奥，而一归于临证实际之指。后世医家之善学者，明其理，得其法，用其方，则效奏桴鼓。故大论之书历数千年而弗替者，岂偶然哉。如仲景者，可谓医林豪杰之士，卓然自立能不朽者也。

自汉以来，治《伤寒论》者，代有名家，注疏阐发，无虑千百人。然而仁智互见，学术多歧，有倡三纲鼎峙之说，有演方证类比之法，有立岁露气化之论，造说愈多，一是难衷。陈君为此，乃有求是之作，思欲一决是非于百家之中，立剖精粗于毫芒之际，以启后学，莫兴望洋，不仅其治学之勤为可佩，用心之苦为可敬，而信其书亦必可读也。

金元以还，温病学与古方不治今病之说兴，而仲景之说渐微。窃尝论之：大论原为综述外感诸病之书，历代医家，诚有补苴而充实之者，然摒温病于伤寒论之外，则名实承误，以辞害意之过也。至于古方今病不相能之说，其陋弥甚。日月经天，江河丽地，非亿万年前古物耶？人或恃之以生，或利之为用，岂以古而非之！何独于我国古代之医学瑰宝，则弁髦有加，其说显与古为今用之说背，故知非通人之论也。且持是说者，亦安达古今义乎？逝者滔滔，时不我留，一弹

指頃，即成往事，彼挾數百年前清季醫家之說或方以自炫者，猶津津樂道古方今病，何不思之甚也。凡事無論古今中外，一求其是而已。持科學之利器，發古哲之幽光，此真中華兒女之豪情壯舉，有志之士，顧不當如是耶！

予老矣，學殖荒落，雖宿尚方術，黃素綠帙，曾窺一二，居嘗興學未成鬢先秋之感，今觀亦人教授之作，既喜其有學壽世，又益自增愧也。

甲子十月 慈溪裘沛然

前 言

《伤寒论》为中医的经典著作，前人誉为“众法之宗，众方之祖”，历代医家都极重视《伤寒论》的学习、研究，专作注的就有数百家，其中不乏真知灼见，对于深入理解《伤寒论》的精神实质很有帮助。但是，有些认识尚不一致，见仁见智，给学习又带来一定的麻烦。特别是附加的成份较多，如传经学说，气化学说，以及太阳病三纲论，太阳府证，阳明经证等名称，或失之机械，或脱离实际。原文注释，也有曲解臆断的地方。即使大家公认对《伤寒论》理论卓有贡献的医家如喻嘉言、柯韵伯等，也在所难免。可见对任何注家都不可盲从、迷信，正如辩证法所证明，“科学权威观点，未必都是真理”，“认识未知，要善于利用前人的成果，但不能盲从，不能迷信”。因此，学习《伤寒论》及其注释自然也不例外。兹本着“实事求是”的精神，试对《伤寒论》理论进行探讨，对于一些不切实际的传统概念加以商榷。但是由于水平所限，“求是”却不一定“是”，今天认为“是”，明天又未定“是”。仅作引玉之砖，提供同志们参考。希望通过共同讨论，使得《伤寒论》的理论得到更广泛的运用，更有效地发挥指导临床实践的作用。

陈 亦 人

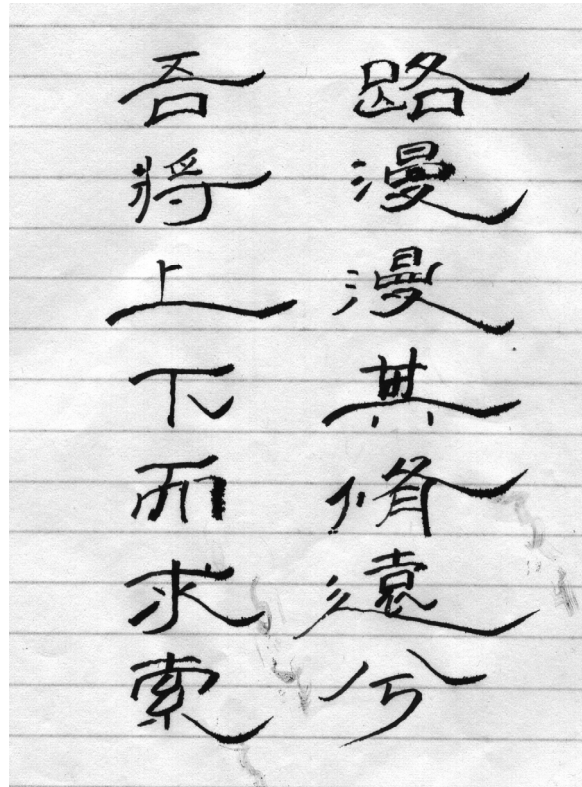
一九八三年八月

目的：为了我们的中医事业奉献自己的一份力量！

制作：伤寒论坛国医整理区

网址：<http://www.shanghan.net/index.php?>

会员 t88t88 制作



注明：版权归原作者及发布者所有

注明：本 t88t88 的制作纯属个人兴趣绝无商业行为！

目 录

一、张仲景与《伤寒论》·····	1
二、太阳病篇·····	14
三、阳明病篇·····	43
四、少阳病篇·····	66
五、太阴病篇·····	77
六、少阴病篇·····	88
七、厥阴病篇·····	108
八、霍乱病篇·····	122
九、差后劳复病篇·····	131
十、怎样研究《伤寒论》方·····	140
十一、略论《伤寒例》·····	1·15
十二、略论孙编《伤寒》·····	159
十三、略论《伤寒论》注家中的气化派·····	165
附：叶天士对《伤寒论》方的运用·····	172
一、对桂枝汤的运用·····	172
二、对栀子豉汤的运用·····	177
三、对泻心法的运用·····	183

一、张仲景与《伤寒论》

(一) 张仲景对祖国医学的巨大贡献

张仲景是我国历史上的伟大医学家，尽管因史籍没有记载他的医绩，远不如与他同时代的另一医学家——华佗那样名传遐迩，然而从他对祖国医学理论的贡献来看，实有过之而无不及。是他总结了汉代以前的医学成果，著成我国第一部理、法、方、药俱备的医学典籍，为临床医学的发展奠定了基础。是他创立了六经与八纲相结合的辨证体系，揭示了具体分析的辨证方法。是他制定了许多带有普遍意义的治疗原则和方法以及历验有效的方剂，从而形成我国医学所独有的“辨证论治”理论体系。

仲景所以能够作出如此巨大的贡献，决不是偶然的。首先，他具有崇高的理想。鄙视热衷于“竞逐荣势，企踵权豪”，不去“留神医药”的士人；敬慕能够起死回生，察色知病的良医扁鹊，立志做一个能为人民解决疾苦的医生。第二，他具有勤奋、刻苦的毅力。对当时的医学典籍，真正做到了“勤求”，不是浅尝辄止，满足于现成结论，而是博览精思，探求其所以然。第三，他具有谦虚求教的态度。所谓“博采众方”，就是广泛搜集有效良方，如果没有谦虚态度是根本做不到的。第四，他具有不断进取的革新精神。坚决反对那些“凡医”“各承家技，始终顺旧”，提倡“求经旨以演其所知”，因而能不断地提高理论水平，并有所创新。第五，他具有认真踏实的医疗作风。批判那些“相对斯须，便处汤药”的马虎敷衍态度，指出如不彻底改正，就不可能做

到“视死别生”。第六，鉴于许多人因疾疫流行，得不到有效治疗而致死，“伤横天之莫救”，更加激发了他钻研医学的决心。此外，他还具有较高的文学素养，善于总结正反两方面的经验。这些，都是他取得成就的因素和条件。总之，仲景对祖国医学确实起到了“承先启后”作用，堪称为“继承发扬”的典范。

（二）《伤寒论》的沿革

《伤寒论》原名《伤寒杂病论》，由于汉末战乱频仍，成书不久即已散佚，经西晋·王叔和搜集编次，始改名《伤寒论》。由于被一些医者所珍藏，很少流传，以致唐初孙思邈在著《千金要方》时还未见到原书，因而有“江南诸师，秘仲景要方不传”之叹！直到孙氏晚年，才发现比较完整的《伤寒论》原文，通过整理，编入《千金翼方》的九、十两卷。如果就时间来说，孙编应当是现存《伤寒论》的最早版本。孙氏所以要极积搜求《伤寒论》，是因《伤寒论》理论能够切实有效地指导实践，鉴于当时的“大医疗伤寒，惟大青、知母诸冷物投之，极与仲景本意相反，汤药虽行，百无一效。伤其如此，遂被伤寒大论，鸠集要妙，以为其方，行之以来，未有不验。”但是“旧法方证，意义幽隐，乃令近智所迷，览之者造次难悟，中庸之士，绝而不思，故使闾里之中，岁致天枉之痛，远想令人慨然无已。”于是“以方证同条，比类相附”，以期达到“须有检讨，仓卒易知。”就是他整理《伤寒论》的动机与目的。其后王焘编写的《外台秘要》，也引载了《伤寒论》一部分条文，但内容与《千金翼方》不尽相同，这可能是因传本不同的缘故。

宋代治平年间，林亿、高保衡等据节度史高继冲所藏的《伤寒论》校正、印行，就是现在所说的宋版《伤寒论》。

同时又刊行了翰林学士王洙在馆阁中从蠹简里获得的《金匱要略方》三卷。此外，还刊行了《伤寒论》的别本《金匱玉函经》，由此《伤寒论》始得广泛流传。

宋代的有名医家，都很重视《伤寒论》的研究，且有专门论著，如韩祇和的《伤寒微旨论》，庞安常的《伤寒总病论》，朱肱的《类证活人书》，许叔微的《伤寒发微论》、《伤寒九十论》、《伤寒百证歌》等，对于《伤寒论》的理论都有所阐发。金·成无己开始对《伤寒论》作了全文注释，其后注家愈来愈多，据说现在已达数百家。日本医家特别重视《伤寒论》，也有很多为全文作注的注家，现代日本的汉医杂志，刊登运用《伤寒论》理法方药及其研究的文章仍然占很大比例，这充分表明《伤寒论》的理论，仍在不断得到印证和继续向前发展。

（三）《伤寒论》的价值

《伤寒论》的价值怎样？历来看法极不一致：有的认为其理论不容易联系临床实际，价值不大；有的认为《伤寒论》是外感病专著，与杂病无涉；有的认为其理论只适用于风寒性质外感病的辨治；有的认为其辨证论治的理论对临床各科均有指导意义等等。就原书内容来看，虽然书名“伤寒”，实际不是专论伤寒，而是伤寒与杂病合论。方有执说：“论病以明伤寒，非谓论伤寒一病也。”柯韵伯说：“自王叔和编次，伤寒杂病分为两书，于本论削去杂病，然论中杂病留而未去者尚多，是叔和有《伤寒论》之专名，终不失伤寒杂病合论之根蒂也。……世谓治伤寒，即能治杂病，岂知仲景杂病论即在《伤寒论》中，且伤寒中又最多杂病夹杂其间，故伤寒与杂病合论，则伤寒杂病之证治井然，今伤寒与杂病分门而头绪不清，必将以杂病混伤寒而妄治之矣。”（《伤寒论

翼·自序》)方柯二氏的论证是正确的。《伤寒论》中虽无杂病名称,但是许多误治变证,实际属于杂病。外感与杂病的最大区别是有没有表证,当表证已罢,邪已传里,则外感、杂病并无多大差异,既可发生于外感病程中,也可出现于杂病中。论中的许多方证,如苓桂术甘汤证、茯苓甘草汤证、五苓散证、小青龙汤证、黄连汤证、五泻心汤证、吴茱萸汤证、真武汤证、当归四逆汤证、白头翁汤证等,都是杂病中常见的证候,而这些方剂以及其他大多数方剂,也都是治疗杂病的常用方,这是无可辩驳的事实。至于六经与八纲辨证,皆是对疾病共性的概括,六经辨病之所在,八纲辨病证之性质,两者相辅相成,相得益彰,对于临床辨证具有普遍意义。六经可统诸病,决非仅限于外感风寒。柯韵伯说:“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。治伤寒者,但拘伤寒,不究其中有杂病之理,治杂病者,以《伤寒论》为无关于杂病而置之不问,将参赞化育之书,悉归狐疑之域,愚甚为斯道忧之。”这一分析极有理致,切中时弊。当前,对《伤寒论》仍然存在这种片面的看法,把六经辨证专属之外感热病,甚至专属之风寒性质外感病,与温病学对立起来,与内科杂病对立起来,显然是不恰当的。八纲是《伤寒论》辨证体系的重要组成部分,应当重点突出,有些同志把八纲排除于《伤寒论》之外,肯定是不对的。现代的《伤寒论讲义》,虽然在概论中提到八纲,但仅是在“六经与八纲关系”段落里作一般论述,而没有强调八纲辨证为《伤寒论》的重点,这对全面认识《伤寒论》的辨证理论是不利的。《伤寒论》理论之所以重要,因为它揭示了辨证论治的规律。后世医学尽管有许多流派,有着很大发展,但是,并没有离开仲

景所奠立的理论体系。方有执说：“昔人论医，谓前乎仲景，有法无方；后乎仲景，有方无法；方法具备，惟仲景此书。然则此书者，尽斯道体用之全，得圣人之经而时出者也。后有作者，终莫能比德焉！是故继往开来，莫善于此。”方说似乎褒扬过甚，近于厚古薄今，但在一千七百多年前，竟能总结出这样一部富有规律性的伟大医学著作，并且经得起长期的实践检验，张氏的贡献确实是了不起的。正由于《伤寒论》的理论在一定程度上揭示了医学方面的客观规律，所以后世医学只在它的基础上充实、发展，而不能从根本上推翻、改变。随着自然科学的发展，《伤寒论》理论的科学性，必将得到愈来愈多的印证，也必将得到进一步的发扬和发展。

（四）《伤寒论》的特点

《伤寒论》与其他医籍不同，主要具有以下几个特点：一是“变”，论中内容言变多而言常少，对于常规的如六经病的主证主方论述不多，绝大部分是探讨非典型的、证情疑似的、病势不定的复杂证候。通过对这些复杂病情的讨论，从而揭示诊察的规律和方法。二是“辨”，每个病篇都以“辨”字冠首，如辨××病脉证并治，全书皆贯穿着“辨”的精神，不但要辨病在何经，而且要辨病性的阴阳，辨病位的表里，辨病情的寒热，辨邪正的虚实（即八纲辨证）。不但要能辨简单的证候，而且要能辨复杂的疑似的证候。三是“严”，方药配伍极其严谨，其中一两味药的变动，或仅是药量的增减，作用就显著不同，而且皆有一定的规律，药味少而功效高，充分体现了经方的优越。四是“活”，辨证上很少固定证型，强调具体分析；治疗上不是刻板呆法，主张“随证治之”；方药上反对执方治病，重视加减化裁。五是“简”，《伤寒论》六经病篇连同霍乱、劳复等篇在内 398 条条文，

只有 13404 个字，（赵开美复刻宋本）的确十分简要，有些条文只提出一个症状或一种脉象，作为辨证论治的依据，这是举主略次，举变略常，举脉略证，举证略脉，切不可孤立看待。

（五）《伤寒论》的辨证体系与方法

1. 辨证体系主要是辨六经与辨八纲两大部分。

（1）辨六经。《伤寒论》六经病篇的“之为病”条，就是辨六经病的标准和依据，所以又称为六经病提纲。由于六经病实际是六经所属脏腑经络病理反应的证候概括，辨清病在何经，就能够明确主治方向，避免药石乱投。朱肱曾指出：

“治伤寒先须识经络，不识经络，触途冥行，不知邪气之所在，往往病在太阳，反攻少阴，证是厥阴，乃和少阳，寒邪未除，真气受毙。”虽然仅就寒邪立论，而且局限于经络，不够全面，但从“邪气之所在”一语，不仅突出了辨六经的价值与意义，而且肯定了六经的物质性，则是完全正确的。正由于六经病是对人体病理反应的概括，无论外感，还是杂病，都离不开六经，所以辨六经具有普遍意义，由此可见“六经钤百病”的主张，还是有一定道理的。持此种主张的医家不少，如俞根初说：“以六经钤百病，为确定之总诀。”何秀山说：“病变无常，不出六经之外，《伤寒论》之六经，乃百病之六经，非伤寒所独也。”俞东扶说：“仲景之六经，百病不出其范围。”章虚谷说：“举六经以统诸病，非伤寒一端而已。”事实也的确是这样，如叶天士就善用六经去分析病机与决定治法，当代已故名医蒲辅周、岳美中等也大都如此。至如范中林之治内科病，陈达夫之治眼科病，李树勋之治儿科病，以及王友章之治妇科病等，更是以六经辨证理论为主要依据。本人也曾运用六经辨证理论解决一些疑难危

重疾病，如用麻黄附子细辛汤加味治愈一例危重的脑干脑炎病，用清下法治愈一例顽固皮肤瘙痒症，还治愈一例高龄的胃穿孔急腹症，中西结合以内服中药为主，先用四逆汤，后用大柴胡汤。总之，六经辨证，决不是仅适用于狭义伤寒。

近来有些学者主张六经辨证应当是六经辨病，提出“六病”概念，符合辨病之所在，以区别于其他辨证，颇有见地。但是把六经病当作六种不同的独立的病，则未必确切。因为六经病是对疾病共性的概括和分类，不是独立病种，假使是独立的病，就不能够统诸病了，它与现代医学的辨病是有所不同的。

(2) 辨八纲。《伤寒论》虽然没有明确提出“八纲”名称，而八纲辨证的具体运用实始于《伤寒论》。前辈医家对此早有认识，南宋许叔微的《伤寒百证歌》中，就有表证歌、里证歌、表里寒热歌、表里虚实歌、阴阳两感歌等，但没有把八者联在一起。把八者联在一起的始于明·陶节庵，他在《伤寒全生集》中一再强调指出“夫伤寒三百九十七法，无出于表里虚实，阴阳冷热八者而已，若能明此八者，则三百九十七法，可得一定于胸中也。”又“大抵伤寒，先须识证，察得阴阳表里虚实寒热亲切，复审汗下和解之法，治之庶无差误。”又“察其阴阳表里虚实寒热，如见肺肝然，无所逃其情矣。”但还没有提到“纲”字，突出“纲”字的为明·徐春甫，他说：“表里虚实阴阳寒热八字，为伤寒之纲领。”（《古今医统》）清·程郊倩更提出了“教人如何辨”，他说：“《伤寒论》乃医门之规范，其中教人如何辨阴阳表里，如何察寒热虚实。”这些皆说明辨八纲确实是《伤寒论》辨证的主要内容，六经与八纲，必须密切结合，不可偏废。

2. 辨证方法是很多的，《伤寒论》辨证方法的最大特色

是“具体分析”，怎样具体分析？主要有以下几点：

一是脉证合参，全面权衡。一证可见到多种脉象，如阳明肠腑燥实证，治当攻下，但必须脉象沉实，如果脉象滑疾，则提示有里虚之机，用下即须慎重；如果脉迟有力，则表明燥结程度严重，必须大剂峻下。一脉可伴见多种证候，热证脉数，不难诊断，虚寒证脉数，则较难诊断，122条“病人脉数，数为热，当消谷引食，而反吐者，此以发汗，令阳气微，膈气虚，脉乃数也。数为客热，不能消谷，以胃中虚冷，故吐也。”就体现了具体分析，通过讨论，不但指出了辨证要点，而且交待了虚寒证发生脉数的机理。脉证合参，诊脉时还应注意寸关尺三部情况，切忌“按寸不及尺”，例如太阳表实证，脉象浮紧，治宜麻黄汤发汗，但必须是寸关尺三部脉俱紧，如果尺中脉迟或微，则提示营血不足或里阳亏虚，那么，即使表实证悉具，也不可发汗。否则，必然会发生其他变证。

二是同中求异，于共性中求个性。例如“胃家实”病机，是阳明病的共性，但必须辨明是无形热盛，还是有形热结。又如头痛这个症状，既有太阳风寒，又有少阳风热，既有阳明燥热，又有厥阴寒逆，只有同中求异，才能作出区别。

三是局部证候，着眼整体。例如痞证是胃气壅滞而致胃脘部痞塞的一组证候，但导致胃气壅滞的原因颇多，有因胃热，有因中寒，有因中虚热结，有因中虚饮阻，有因水蓄气滞，如果不从整体去分析，就不可能得出确切病机。

四是抓住主证与注意病人喜恶之情。例如白虎加人参汤证的主证是“舌上燥”与“大烦渴”，只要抓住这一主证，就不会被无大热，背微恶寒或时时恶风等类似阳虚证或表证所迷惑而发生误诊。如果没有这一主证，即使大汗出，脉洪

穴，也不一定是白虎加人参汤证。又如身大寒而不欲近衣，身大热而反欲得衣，仅据身体的大寒大热，定会发生错误诊断，只有根据喜恶情况，才能得到正确诊断。所谓“寒热之象可假，喜恶之情必真”，就是从实践中得来的结论。

五是结合既往病史、体质、嗜好与参考施治情况。例如已经确诊为太阳表实证，还要仔细询问有无衄家、疮家、淋家、亡血家等病史，只要有某一种病史，辛温发汗就严禁使用，否则势必造成严重的后果。又如平素大便微溏，表明阳虚体质，虽是热郁胸膈证，栀子豉汤亦应慎用。又如嗜酒的人，大多内蕴湿热，虽具有桂枝证，也不可桂枝汤。论中“若酒客病，不可与桂枝汤，以酒客不喜甘故也”，就是具体说明。至于询问治疗经过，对诊断亦有参考价值，例如下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕心烦不得安，医生用下法治痞而其痞益甚，由此得出“此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也”的正确诊断。这是参考既往治法以辨虚实的范例。临床上每见一些患者自觉脘腹胀塞胀满，历用行气法皆稍效而复甚，亦属于气虚不运，必须补益中气才能收效，由此可见，询问治疗经过颇有助于辨证，亦不应忽视。

（六）《伤寒论》的治疗思想、原则与方法

《伤寒论》的治疗思想，主要是消除致病因素，纠正病理状态，恢复人体生理的动态平衡，在这一思想指导下，确定祛邪扶正、调整阴阳与因势利导等治疗原则。祛邪为了安正，论中急下存阴，急温救阳，就是明显的例证。扶正有利于祛邪，论中益气养血滋阴生津诸方皆属于扶正，正虚则邪易内陷，正复而祛邪有力，邪始易除。怎样祛邪才能事半功倍，那就是因势利导，就其近而逐之，邪在表用汗法，大肠

燥实用下法，胸中实者用吐法，这皆属于因势利导。如果不遵循这一原则，那么，不仅达不到治疗目的，必然增加新的病变。在正气方面主要是阴阳失调，或则阳虚阴盛，或则阳盛阴虚，必须根据阴阳偏颇情况进行调整，或补阳，或滋阴，以期阴阳恢复相对的动态平衡而病愈。论中多次提到如“阴阳自和者，必自愈。”“得小便利，必自愈。”“此里虚，须表里实，津液自和，便自汗出愈。”以及“胃和则愈”等，皆表明生理上恢复动态平衡是病愈的先决条件。然而怎样做到攻补恰当，有的放矢？这是一个非常重要的原则问题，论中在坏病条中提出了“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的治疗原则，这一治则，实际也是一切疾病的治疗原则。然而对于“证”的含义，却存在不同认识：有的认为“证”是症状或证候，果如所说，中医仅是根据现象治病了。须知临床辨证固然离不开症状或证候，但决不是仅仅停留在表面，而是通过对全部病情的分析、综合，得出关键性的病机，针对病机确定治法和选用方药。有的认为辨证目的是求其病因，所谓“辨证求因，审因论治”，这种看法比较合理，但是必须明确这里所说的“因”，应包括邪与正两方面，是内外因的综合，实际是“病机”，不应理解为单纯外因。“病机”是施治的依据和前提，治法必须符合病机，才有可能取效，否则，不仅不会有效，势必导致病变增重或发生其他变证。

《伤寒论》中的治法，除一般所说的“八法”外，还有许多各具特点的治法如利水法、固涩法等，现在有人归纳为 23 法，实际远远不止此数。根据“法寓于方”的精神，《伤寒论》有 112 方，也就等于有 112 法，许多方剂后附有加减法，那又是法中之法了。《伤寒论》中的方剂虽然不多，方中用药一共仅有 89 种，但是由于它的配伍极其严谨，具有

一定规范性，强调随证化裁，又有很大灵活性。往往是一味药的增减，或仅是用量的大小，作用就有显著不同。大多数方剂药味很少，而应用得当，功效很高，“药少效宏”，值得深入研究。《伤寒论》中方剂，广泛应用于临床各科，其配伍规律，更是具有普遍性指导意义，朱丹溪说：“仲景诸方，实万世医门之规矩准绳也，后之欲为方圆平直者，必于是而取则焉。”洵非虚誉。

（七）学习《伤寒论》的几点体会

1. 切勿拘泥外感病专书之说，把《伤寒论》作为单纯外感病学来学，即使十分强调“广义伤寒”，也收效甚微。因为《伤寒论》详于风寒而略于温暑，这是客观存在的事实。应当作为“辨证论治”的基础学来学，近人范中林提出“《伤寒论》是仲景学说的总论，讲的是一切疾病辨证施治的原则。”许寿仁提出“《内经》是理论基础，《伤寒论》、《金匱要略》是临床辨证论治基础。”范、许二氏之说极有见地。但是，《伤寒论》与《金匱要略》虽然都是临床辨证论治基础，却又不全同，前者是讨论辨证论治的共性，后者以病为单位，乃讨论各种疾病的个性。共性可以包括个性，而个性不能包括共性，据此，《伤寒论》理论又是《金匱要略》的基础。就基础课程来看，《伤寒论》既是诊断学的基础，又是方剂学的基础。就临床课程来看，《伤寒论》不但是温病学的基础，也是内科学的基础，因此，是临床治疗学的基础。只有这样认识《伤寒论》，在思想上才不致于受到局限，才能提高学习效果。

2. 着重学习具体分析辨证方法。例如25条与26条同样是“服桂枝汤，大汗出，脉洪大”，而治法与处方截然不同，一则仍用桂枝汤如前法，一则用白虎加人参汤。通过比较，

就不难看出两者的主要鉴别点是有无烦渴？26条件有大烦渴不解，表明病机已经由风寒表虚证变为阳明里热伤津证，而且津伤颇甚，所以必须随证转方，改用白虎加人参汤。25条虽然大汗出，脉洪大，却无烦渴，则知在表的病机未变，其大汗出因为汗不如法，脉洪大乃因大汗出而表气外浮的缘故。证不变则法亦不变，故仍与桂枝汤，但须注意遵守服桂枝汤的调护方法。

又如148条的阳微结证，脉与证都是虚寒现象，最易误诊为虚寒证。不过虚寒证不应该有“头汗出”，于是抓住这一特点，进行反复论证，终于排除了纯阴结，排除了少阴病，也排除了阳明府实，从而确诊为阳微结证，决定治从少阳，用小柴胡汤。

又如同样是小便利，在不同情况下可起到不同的辨证作用。①可据以推断病势的在表在里（56条）；②可据以测知燥结程度的微甚（229条、251条）；③可据以预断疾病的预后良否（111条、232条）；④可作为鉴别蓄水与蓄血证的参考（125条、126条）；⑤可作为少阴寒化证的佐证（282条）；⑥可作为热厥证里热除的依据（339条）。

又如烦躁，指心烦与躁扰，是密切关联常常同时发生的临床症状，六经病中均可出现烦躁，而且有表里寒热虚实之异，只有通过具体分析，才能得出确切诊断。然而烦与躁也可单独出现，一般是烦轻躁重，当病情危重的时候，但烦的预后良好，不烦而但躁的预后不良。（289条、298条）

3. 着重学习方剂的配伍规律。主要运用分解与综合两种方法。所谓分解，就是把大方分为小方，从中找寻规律。例如桂枝汤可分解为桂枝甘草汤与芍药甘草汤，反之，两方合剂加入姜枣，即是桂枝汤。桂枝甘草汤功能温阳，芍药甘

草汤功能益阴，姜枣能内调脾胃而外和营卫，于是就更有助于理解桂枝汤的配伍意义。所谓综合，就是把作用相近或主药相同的方剂归纳在一起，求同析异，明确其异同点。例如茯苓桂枝白术甘草汤、茯苓甘草汤与茯苓桂枝甘草大枣汤等三方，均用茯苓桂枝甘草，因而均具有温阳利水作用，所不同的，苓桂术甘汤伍以白术，旨在运脾化饮，主治心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧的脾虚挟饮证；茯苓甘草汤伍以生姜，旨在温胃散水，主治厥而心下悸，不渴的胃虚饮停证；苓桂甘枣汤伍以大枣，旨在培土制水，主治脐下悸，欲作奔豚证。这样，就容易明确界限，有利于掌握运用。

4. 学习必须独立思考。因为《伤寒论》的注家极多，见解不一，同样一条原文，常有几种不同解释，甚至完全相反的意见，必须充分发挥独立思考，深思熟虑，反复推敲，然后决定取舍，切忌盲从。

5. 学习必须紧密联系实际。联系的方法有二：一是将原文内容与临床对照，看是否符合实际？例如麻黄杏仁甘草石膏汤证条文是“汗出而喘，无大热”，假使是“无汗而喘，大热”，该方能否使用？从临床来看，就容易得出“汗出而喘，无大热”，不是麻杏甘石汤证的必见证，而是可能发生的变局。论中所以要举变略常，是为了与风寒表虚证的气喘作鉴别。所以两条都郑重提出“不可更行桂枝汤”，这并非闲笔，也非讹误，而寓有辨证深意。二是联系临床验案，通过对验案中理法方药的分析，证明《伤寒论》理论对实践的指导意义，这就更有利于《伤寒论》理论的推广运用。

6. 学习必须前后对勘，纵横比较。不但需要理解条文的正面，而且需要探讨条文的反面、侧面，只有这样，才能获得全面深入的理解。

此外，在理解的基础上背诵一些条文，有助于对条文的理解，所谓“熟能生巧”，但切忌死背教条，庶免死于句下。

最后，还须明确任何理论都不可能完美无缺，《伤寒论》自然也不例外，必须辩证地看待，才能不断发展，古为今用。

二、太阳病篇

太阳病篇是《伤寒论》六经病篇的首篇，计有条文 178 条，方剂 74 个，内容繁多，范围广泛，涉及到临床医学中理法方药等各方面，因此，能否学习好本篇，是能否学好其他各篇的前提和关键。怎样才能学好本篇，首先应当明确本篇的重点所在，一般认为是辨中风、伤寒、温病，辨经证、府证、辨蓄水、蓄血证，辨误治变证。也有认为主要是辨“风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫”的三纲。这类主张，似乎极有理致，颇得要领，其实并无多大意义，有些纯属附会。由于与临床实际不符，反而引起“学了用处不大”，甚至“学了无用”的错觉。要充分发挥太阳病篇理论指导实践的作用，对于一些不切实际的说法，虽然传统习惯上已成定局，也应本着实事求是的精神重新认识，并予以澄清、修正，不应当再因袭下去。

（一）太阳病篇并非都是太阳病

关于太阳病篇是否都是太阳病，历来有两种意见，一种是简单化，认为掌握了太阳病提纲证及中风、伤寒等证治，就学会了太阳病篇，结果挂一漏万，丢掉了大部分极有价值的内容。一种是复杂化，把太阳病篇的所有内容都当成太阳病，结果纠缠不清，越学越糊涂。王肯堂曾据编写体例加以

说明，指出“由太阳为三阳之首，凡阳明、少阳之病皆自太阳传来，故诸阳证不称名者皆入其篇。……后人不悟是理，遂皆谓太阳篇诸证不称名者亦属太阳，而乱太阳病之真”。王氏所析对弄清太阳病与太阳病篇的关系颇有帮助。然而太阳病篇也有寒证、阴证，第七条就是“发于阳”与“发于阴”并提，而且虚寒证的比例不小，可见王说还不够全面。徐灵胎认为“此书非仲景依经立方之书，乃救误之书也。……盖因误治之后，变证错杂，必无循经现证之理，当时著书亦不过随证立方，本无一定之次序也。余始亦疑其有错乱，乃探求三十年，而后悟其所以然之故。”（《伤寒论类方·序言》）又说：“观《伤寒论》所述，乃为庸医误治而设，所以正治之法，一经不过三四条，余皆救误之法，故其文亦变动不居。”

（《医学源流论》）太阳病篇叙述误治的条文最多，徐说用于太阳病篇尤为贴切。然而误治仅是导致变证的条件，同一误治而变证各各不同，既可变为阳明证，又可出现三阴证；既可变为虚证，又可变为实证；既可变为寒证，又可变为热证。要在通过讨论，示人以辨证方法与施治规律，今天看来，临床上也决不会有那样多误治，因此，误治仅能作为参考，决不能作为辨证的依据。总之，太阳病篇并非都是太阳病，太阳病本身证治只是其中一部分，另一部分是太阳病兼证，大部分是误治变证，还有一部分是类似证，如瓜蒂散证，十枣汤证，风湿证等。必须区分太阳病篇有以上四个方面的内容，才能避免混淆不清，才能提高学习效果。

（二）重在辨表里，不必拘经府

经证是指经络形证，《素问·热论》的六经分证，就是依据经络形证而划分的。太阳病篇除了“头项强痛”，“项背强几几”，与太阳经络有关外，虽然多次提到“经”字，如“行

其经尽”，“过经”，“到经不解”等，实际是指太阳病由盛到衰的病程，而不是经络。“太阳随经”，似指太阳经络，但如果解释为太阳随经络，则于理难通。闵芝庆曾指出：“凡称某经病，以病在此经也。”所以“太阳随经”，实际也是太阳病随着病程的发展，（太阳病六七日）邪不得外解而入结于里，条文中先后提出“热在下焦”与“瘀热在里”可资佐证。至于“附子温经”，固然指温经络，但亦不局限于温太阳经络。即使“项强”和“项背强几几”是太阳经络形证，可以称为经证，然而征之临床，太阳经病证一定要具有恶寒，因为恶寒是外邪束表的反应，但不一定都有项强，因此，与其称为太阳经证，不如称为太阳表证更切合实际一些。或者提出“太阳主皮毛，统营卫”，《内经》有“三焦膀胱者，腠理毫毛其应”，所谓“太阳经证”，不是专指经络，而是太阳经气为病，太阳与膀胱相表里，从经府来分析太阳病的病理，并据以划分太阳病的证型，有何不可？这早在明代李时珍已经作过研究，得出“然风寒之邪皆由皮毛而入，皮毛者，肺之合也。肺主卫气，包罗一身，天之象也，是证虽属乎太阳，而肺实受邪气”的结论。并提出“麻黄汤虽发汗重剂，实发散肺经火郁之药也”的新的论点。陶节庵也强调太阳病与肺的关系，指出“气逆作喘，非肺经乎？”喻嘉言虽然极力主张太阳病三纲鼎立，但到他的晚年也赞同“肺实受邪气”的论点，把李时珍所论证的大段内容，抄录于《尚论·后篇》中。成无己则着眼于营卫与脾胃的关系，提出“胃者卫之源，脾者营之本，……脾胃健而营卫通。”李东垣同样提出了“胃为卫之本，脾乃营之源。”温病学家陈平伯在前贤理论的基础上结合自己的丰富实践，总结出“风温外薄，肺胃内应，风温外袭，肺胃受病，其温邪之内外有异形，而肺胃之

专司无二致。”风温如此，风寒又何尝不如此，太阳病篇太阳中风的“鼻鸣干呕”，太阳伤寒的“气喘呕逆”，难道与肺胃无关，只是有些注家囿于太阳经络，不敢联系而已。麻黄汤的发汗，正是通过宣开肺气，王海藏就曾明确指出“肺主卫为气，故麻黄为手太阴之剂”。服桂枝汤能够微汗而解，主要是调脾胃，但亦与肺有关，徐灵胎说：“桂枝本不能发汗，故须助以热粥，《内经》云：‘谷入于胃，以传于肺，肺主皮毛，汗所从出’，啜粥充胃气以达于肺也”。综上所述，可见太阳病实际是表证，固然与经络有关，但决非仅限于经络，更不一定是膀胱，而是与肺的关系最切，与脾胃也有一定联系，所以太阳病经证府证之分是不符实际的。

尝考太阳病篇，并无一处提到“府”字，可见仲景当时并无“府证”概念。经府并提，首见于西晋王叔和《伤寒例》：“此三经皆受病，未入于府者，可汗而已。……此三经皆受病，已入于府，可下而已”。其文虽然引自《素问·热论篇》，但内容已不全同，《热论篇》原文作“未入于脏”，叔和把“脏”字改为“府”字，并补充了“已入于府”。不过，叔和所说的“府”，是指阳明府实，而不是指膀胱。以膀胱为太阳之府，始于金·成无己“蓄血证”条文的注释，“太阳经邪不解，随经入府，为热结膀胱”（106条）。又“太阳，经也；膀胱，府也，此太阳随经入府者也”（124条）。然而成氏所说也只限于蓄血证，还未牵涉到蓄水证，如解释五苓散的作用时，就只提到“和表里，散停饮”，却没有提到膀胱。明·方有执的《伤寒论条辨》才把五苓散和膀胱府联系起来，“谓五苓散两解表里而得汗者，里属府。府者，阳也。”清初喻嘉言进一步引伸“邪入于府，饮水则吐者，名曰水逆。”又说：“自经而言，则曰太阳，自府而言，则曰膀胱。”由此才逐渐

形成太阳经证与府证的概念。其实蓄血、蓄水皆是太阳病程中可能发生的兼证。74条提出了“有表里证”，124条提出了“表证仍在，瘀热在里”。正由于表里证同具，就和单纯表证不同，必须全面分析表里证的轻重缓急，然后决定治法的汗下先后。106条蓄血证较轻，治应先表后里，条文有“其外不解者，尚未可攻，当先解其外；外解已，但少腹急结者，乃可攻之。”就是具体说明。124条表证仍在，竟用抵当汤攻下，又是里急先救其里的例证。有人提出，蓄血证既然不是膀胱府证，为什么条文说“热结膀胱”？这如果与124条“热在下焦”联系起来理解，就不难看出膀胱与下焦都是部位概念，非指膀胱本身。再则桃核承气汤与抵当汤、丸同属于逐瘀泻下剂，蓄血是从大便而下。所以孙思邈《千金翼方·伤寒门》把桃核承气汤列于承气汤法下，把抵当汤、丸列入杂疗法中。又有人提出，蓄血证小便自利，表明膀胱无病；主张不是膀胱府证，还能言之成理。蓄水证“小便不利”，怎能说与膀胱无关？这可从三个方面来看：一是蓄水证原文没有提及膀胱；二是小便不利并不专属于膀胱，肺气的通调，脾气的输布，以及心阳的温煦等，对小便皆有直接影响；三是五苓散也非利膀胱的专剂。柯韵伯曾经分析指出：“小便由于气化，肺气不化，金不生水，不能下输于膀胱；心气不化，离中水虚，不能下交于坎，必上焦得通，津液得下。桂枝色赤入丙（小肠），四苓色白归辛（肺），丙辛合为水运，用之为散，散于胸中，必先上焦如雾，然后下焦如渎，何有烦渴癃闭之患哉！”陈来章也提出“治秘（指小便不利）之道有三，一曰肺燥不能化气，故用二苓泽泻之甘淡，以泄肺而降气；一曰脾湿不能升精，故用白术之苦温，以燥脾而升精；一曰膀胱无阳不能气化，故用肉桂之辛热，以温膀胱而化

阴，使水道通利，则上可以止渴，中可以去湿，下可以泄热也。”从五苓散的临床运用来看，凡属于寒湿病证，不论泄泻、水肿、黄疸，用之都有较好的疗效。此外，对寒饮所致的脐下悸、头眩，水气所致的发白及脱发，《外台秘要》深师名茯苓术散）亦有效果。这种脱发，是因水气上泛巅顶，侵蚀发根，使发根腐而枯落，治以补肝肾、益气血、活血化瘀诸法均乏效，只有用淡渗利水法才有效果。根据《伤寒论》原文，蓄水证还有水停于胃的茯苓甘草汤证与水寒外束、表阳被遏的文蛤散证，如果拘泥于太阳膀胱府证名称，就无法自圆其说。至于蓄血证的辨治理论，临床意义尤其深远，首先是神经、精神病与瘀血的病理联系，虽早见于《内经》，而具体的诊治方法则始自《伤寒论》。临床特点是狂乱不安，“轻则如狂，甚则发狂”，蓄血的部位在下腹部，所以轻则少腹急结，甚则少腹硬满。病在血而不在气，所以小便自利。蓄血的治法主要是活血逐瘀，轻则用桃核承气汤，甚则用抵挡汤、丸。桃核承气汤是治瘀血证的常用方剂，适应的范围广泛，除用于瘀血型的精神分裂症与神经官能症以外，对于跌打损伤，留瘀作痛，以及妇女的痛经、闭经、恶露不下或不尽等都有良效。抵挡汤、丸临床应用虽然较少，经实验证明方中主药之一水蛭的分泌物有抗凝血作用，能治脾切除后的血小板增多症。本人曾用水蛭粉加入丸剂治风湿性心瓣膜病与妇女干血癆，均收到较好疗效。随着活血化瘀法的深入研究，临床应用的范围也越来越广，许多不同部位不同性质的疾病，如脑血管意外的血栓形成，栓塞，冠心病，肋软骨炎，肋间神经痛，某些肝、脾、胰疾患，急腹症，静脉炎，动脉炎，血栓闭塞性脉管炎，弥漫性微循环障碍，硬皮病，烧伤，瘢痕疙瘩，肠粘连，宫外孕等，都取

得了一定的疗效。虽然处方选药，不完全是蓄血三方，但就其治疗原则来说，实基于《伤寒论》蓄血证的理论。总之，蓄水、蓄血都是太阳病表证过程中可能发生的里证，固然可见于外感病，但尤多见于内伤杂病，因此，要在深入领会其辨证论治理论的精神实质，不应当墨守太阳腑证之说，只有这样，才能更好地发挥其理论对实践的指导作用。

（三）重在辨寒热虚实，不必过分拘于病名，也不必拘于误治

太阳病篇在提纲证条文之后，接着列举出中风、伤寒、温病等病名，无疑是外感分类学的一大进步。然而不是先提病名；后叙脉证，而是先举脉证，后出病名，如脉缓自汗，名为中风；脉紧无汗，名为伤寒；发热而渴，不恶寒，为温病。很明显上述病名是建筑在发病学的基础上，乃根据风性疏泄，寒性凝敛，温性易化热伤津的特性，取象比类得出来的概念。正如钱天来所说：“受本难知，发则可辨，因发知受”，因此，所谓风、寒、温，就不是专指外邪，而是包括机体反应特征在内，是外因通过内因而起作用的内外因综合，寓有病机性质，这是中医病因学的最大特点，值得深入研究。关于中风、伤寒，历来有“风为阳邪，寒为阴邪”的区分，其实，这只能就某一方面相对而言，事实上风邪很少单独致病，阴阳激荡而成风，不是风寒，即是风热。桂枝汤主治的太阳中风属于风寒，所以柯韵伯认为风必兼寒，他说：“盖风中无寒，即为和风，一夹寒邪，中人而病，故得与伤寒相类，亦得以伤寒名之。”明确指出了风寒常相因为患，极有见地。然而只强调风寒相兼，忽视了风火相兼，则不够全面。陈平伯指出“风不兼寒，即为风火”，诚能补柯说之不足。事实上太阳病篇的太阳中风，就有的兼寒，有的兼热，

111条“太阳病中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度，两阳相熏灼，其身发黄，阳盛则欲衄，阴虚小便难。……”就是风热之邪，所以误火之后发生一系列阴虚火盛的危恶证候。143、144条的妇人中风，也应属于风热，所以一用刺期门法，一用小柴胡汤。这示人对于太阳中风，也应全面理解，具体分析，而不可拘执一面。正由于风必兼夹，所以太阳病篇有时中风、伤寒分述，有时中风伤寒并提，有时提太阳中风，脉浮紧，有时又说伤寒，脉浮缓，表明风寒并无严格界限，不应看作绝对。王叔和深知此义，所以《伤寒例》就笼统提出“凡伤寒之病，多从风寒得之。”孙思邈《千金要方》也说：“夫伤寒病者，起自风寒，入于腠理，与精气分争，营卫偏隔，周身不通而病”。自宋·朱肱提出“大抵感外风者为伤风，感寒冷者为伤寒，……桂枝主伤卫，麻黄主伤营，大青龙主营卫俱伤故也。”（《类证活人书·四十问》）继而许叔微编为歌诀“一则桂枝二麻黄，三则青龙如鼎立。”（《伤寒百证歌》）明·方有执《伤寒论条辨》更据三者重新划分太阳病篇，以卫中于风而病者为上篇，以营伤于寒而病者为中篇，以营卫俱伤风寒而病者为下篇。及至清初喻嘉言，在方氏立论的基础上，更进一步宣扬三纲分篇的优点，提出“夫足太阳膀胱病主表也，而表有营卫之不同，病有风寒之各异，风则伤卫，寒则伤营，风寒兼受则营卫两伤，三者之病，各分疆界，仲景立桂枝汤、麻黄汤、大青龙汤，鼎足大纲三法，分治三证，风伤卫则用桂枝汤，寒伤营则用麻黄汤，风寒两伤则用大青龙汤，用之得当，风寒立时解散，不劳余力矣。”据此可见“三纲鼎立”说倡始于朱肱，底定于喻嘉言。似乎极有理致，实际牵强附会。近来有人考证“三纲鼎立”说源于《辨脉法》20条“寸口脉浮而紧，浮

则为风，紧则为寒，风则伤卫，寒则伤营，营卫俱病，骨节烦疼，当发其汗也。”殊不知成无己在注释本条时，已经明确交待“当与麻黄汤发汗则愈。”而王叔和所著的《脉经》，及其重集的《可发汗篇》都有这一条的内容，其末尾均作“可发其汗，宜麻黄汤。”可见风寒两伤，营卫俱病，是阐述麻黄汤证的病机，竟以此为“三纲鼎立”说的立论根据，未免“张冠李戴”。又有人提出“三纲鼎立”说源于唐·孙思邈，其根据是孙氏曾有“夫寻方之意，不过三种，一则桂枝，二则麻黄，三则青龙，此之三方，凡疗伤寒不出之也”的结论。其实孙氏已将“营卫俱病”条编入“太阳病用麻黄汤法”项内，可见这一推论为断章取义，也不能成立。

尽管有许多注家附和方、喻，沿用三纲划分太阳病篇，但也有一些注家持相反意见，并且从不同角度对三纲说进行了剖析、批判。如张隐庵说：“后人不参旨意，谓风必伤卫，寒必伤营，欲以一言而概全论，不思寒亦可伤卫，风亦可伤营，不思既在营卫，何以复病骨节，既病骨节，何以复当发汗，只袭糟粕，而违圣理，致本论终于蒙蔽也。”又如柯韵伯说：“不知仲景治表，只在麻桂二法，麻黄治表实，桂枝治表虚，方治在虚实上分，不在风寒上分也。盖风寒二证，俱有虚实，俱有浅深，俱有营卫，大法又在虚实上分浅深，并不在风寒上分营分卫也。……言中风脉浮缓，亦有脉浮紧者，伤寒脉浮紧，然亦有脉浮缓者，盖中风伤寒，各有浅深，或因人之强弱而异，地之高下而异，时之乖和而异，证既不可拘，脉即不可执。……盖仲景凭脉辨证，只审虚实，但于指下有力者为实，脉弱无力者为虚。……妄谓大青龙为风寒两伤营卫而设，不知其为两解表里设，请问石膏之设，为治风欬？治寒欬？营分药欬？卫分药欬？只为热伤中气，用之治

内热耳。”又如尤在泾说：“桂枝主风伤卫则是，麻黄主寒伤营则非，盖有卫病而营不病者矣，未有营病而卫不病者也。至于大青龙证，其辨不在营卫两病，而在烦躁一证，其立方之旨，亦不在并用麻桂，而在独加石膏，……须知中风而或表实，亦用麻黄，伤寒而或表虚，亦用桂枝，其表不得泄而闭热于中者，则用石膏，其无热者，但用麻桂，此仲景之心法也。”正如张、柯、尤诸氏所析，太阳统营卫，病则俱病，由于营行脉中，卫行脉外，邪自外袭，间可卫病而营未病，决不会营病而卫无病，营卫两者相较，不管桂枝证的卫强营弱，还是麻黄证的卫闭营郁，而病理矛盾的主要方面是卫而不是营，所以不仅把大青龙证说成两伤营卫是不确切的，说麻黄证是寒伤营也是错误的。早在元代王海藏已经认识到这一点，不再营卫并提，而是专责于卫，提出了卫实与卫虚的概念，在他所著的《汤液本草》中指出“麻黄治卫实之药，桂枝治卫虚之药。”实开后世温病学说“卫分证治”的先河。由太阳病营卫并提，到温病学专主肺卫，这正是医学理论的发展，而不是什么对立。就麻黄、桂枝、大青龙三方主治的病情来看，三证均属于风寒表证，一为风寒表实证，故用麻黄汤，一为风寒表虚证，故用桂枝汤，一为风寒表实兼郁热证，故用大青龙汤。在太阳表证的基础上，如以寒热区分，则麻黄、桂枝二证属于表寒证，大青龙证属于表寒里热证。太阳温病的热象偏重，则属于表热证，至于温病误用辛温发汗而致的风湿，又应是表里俱热证了。

以上仅就表证而言，太阳病篇的里证尤多，这些里证只有少数是由表证传变而来，大多数条文皆冠以误治，因而许多注家皆依据误治解释病机，如解释麻黄杏仁甘草石膏汤证的气喘，是因汗下后余热留肺。解释干姜附子汤证与茯苓四

逆汤证的鉴别，前者是因先下后汗，后者是因先汗后下，真是十足的教条。从论中原文来看，往往误治之因相同，却有许多不同的变证，例如同样是发汗不如法，有的发生虚证，如气阴虚身痛证，卫阳虚汗漏不止证，心阳虚心悸证等；有的发生热证，如胃热津伤的大烦渴证；有的发生虚实夹杂证，如中虚气滞腹满证。同属于误下，有的成为热实的水热结胸证，有的成为里热下利证，有的成为虚寒下利证，有的成为虚寒痞证，有的成为中虚热结的痞证。又如因误火而致的火逆证，既有阴伤火炽证，也有心阳损伤证等。所以会有这样大的差异，主要取决于机体素质，阳盛体质的人，容易从阳化热形成热证；阳虚体质的人，容易从阴化寒，出现虚寒证。再加上饮食、嗜好以及宿恙等因素，所以决没有千篇一律的变证。因此，临床辨证，关键在于辨寒热虚实，至于是否误治，是用何法误治，只能作为参考，决不能作为依据。例如“发汗后，恶寒者，虚故也。不恶寒，但热者，实也。”（70条）又如“下之后，复发汗，必振寒，脉微细，所以然者，以内外俱虚故也。”（60条）又如“伤寒十三日，过经谵语者，以有热也。”（105条）又如“病人脉数，数为客热，不能消谷，以胃中虚冷，故吐也。”（122条）这些，都表明寒热虚实，确为辨证的核心，四者加上表里，再加上总括里寒虚与表热实属性的阴阳，就是通常所说的“八纲”，太阳病篇不但是表里辨证，而且有阴阳辨证，寒热虚实更贯穿在全部内容中，所以，学习太阳病篇同样应着重学习寒热虚实辨证，而不必拘于病名，更不必拘于是否误治。就里证来说，离不开脏腑的病理反映，太阳病篇中的里证，几乎涉及到所有脏腑，因此，太阳病篇实际也寓有脏腑辨证。

（四）掌握主要汤证，明确配伍意义，不拘何经，随证化

貌。

《伤寒论》方剂配伍严谨，法寓于方，方有主证，论中有桂枝证、柴胡证名称，这种以方名证，是仲景的创举。由于许多方证是经过长期的实践验证，具有一定规范性，只要方与证合，就有显著的疗效。《伤寒论》共有方剂 112 张，而太阳病篇方剂 74 张，约占三分之二，也就是具有 74 个汤证，因此，掌握汤证，明确各方的配伍意义，又是学习太阳病篇的另一重点。柯韵伯说：“仲景之方，因证而设，非因经而设，见此证使用此方，是仲景活法。”事实也是如此，太阳病篇的多数方剂都与太阳病无关，即使治太阳表证的主方，也不局限于太阳病，如麻黄汤除用于太阳风寒表实证以外，对于风寒束肺，肺失宣降的气喘，风寒外伤经脉，营血郁滞的周身关节疼痛，虽然没有表证，用之都有疗效。桂枝汤的运用范围更广，凡属于营卫障碍或脾胃失调而致的病证，都可使用。或者认为使用经方最好不要加减，这是一种似是而非的说法，徐灵胎主张，“能识病情，与古方合者，则全用之。有别证则据古法加减之。如不尽合，则依古方之法，将古方所用之药而去取损益之，必使无一药之不对证，自然不悖于古人之法，而所投必有神效矣。”唐容川说得尤其明确，

“仲景凡以某方为主者，皆有加减出入，世谓经方不可加减，皆读书未化之故，须知仲景亦常有加减之方，明明示人加减之法，要在会通其理，然后可议加减。”日医特别重视汤证，不拘病在何经，不管外感内伤，一以证为前提，随证投方，不断取得新的进展，对于扩大经方的运用，颇有借鉴意义。但他们使用经方比较机械，较少加减化裁，又是其不足之处。

就 74 方的主要作用，约可分为九类：

1. 解表类 10 方（麻黄汤、桂麻各半汤、桂二麻一汤、桂二越一汤、大青龙汤、葛根汤、葛根加半夏汤、桂枝汤、桂枝加葛根汤、桂枝加朴杏汤。）

2. 和解类 6 方（小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡加芒硝汤、柴胡桂枝汤、柴胡加龙牡汤、柴胡桂姜汤。）

3. 清热类 11 方（栀子豉汤、栀子甘草豉汤、栀子生姜豉汤、栀子厚朴汤、栀子干姜汤、葛根芩连汤、黄芩汤、黄芩加半夏生姜汤、白虎汤、白虎加人参汤、麻杏甘石汤。）

4. 泻心类 7 方（大黄黄连泻心汤、附子泻心汤、半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、黄连汤、小陷胸汤。）

5. 攻下类 8 方（调胃承气汤、桃核承气汤、抵当汤、抵当丸、大陷胸汤、大陷胸丸、三物白散、十枣汤。）

6. 温阳祛寒类 15 方（桂枝甘草汤、桂甘龙牡汤、桂枝去芍加蜀漆牡龙救逆汤、桂枝去芍汤、桂枝去芍加附汤、桂枝加附子汤、桂枝加桂汤、桂枝人参汤、干姜附子汤、四逆汤、茯苓四逆汤、桂枝附子汤、桂枝附子去桂加术汤、甘草附子汤、甘草干姜汤。）

7. 补益类 5 方（芍药甘草汤、芍药甘草附子汤、桂枝新加汤、小建中汤、炙甘草汤。）

8. 利水化饮类 9 方（五苓散、桂枝去桂加苓术汤、茯苓甘草汤、苓桂甘枣汤、苓桂术甘汤、真武汤、小青龙汤、文蛤散、旋复代赭汤。）

9. 其他类 3 方（瓜蒂散涌吐、石脂禹余粮汤固涩、朴姜夏草参汤消补兼施。）

以上分类并不完全确切，鉴于麻杏甘石汤与小青龙汤都是治喘名方，前者清宣肺闭，后者温肺化饮，不论有无表证都可使用，所以分别归入清热类与化饮类中。又温阳类也有

补益作用，但温阳能够祛寒，不同于单纯补益，所以另列一类以资区别。瓜蒂散涌吐在上实邪，石脂余粮汤固脱涩肠，朴姜夏草参汤消补兼施，各有特点，但仅有一方，所以归为其他类。

总之，太阳病篇的内容非常丰富，涉及的问题非常广泛，确实是《伤寒论》中关键性的一篇，必须全面认识，深入理解，勿为成见所拘，才能抓住精神实质，为学习其他各篇打下基础，铺平道路。

此外，太阳病篇痞证的内容比较完整，火逆证的原文较难理解，兹再就这两方面略作讨论，以供参考。

（五）关于痞证

痞证是以胃脘部闷满痞塞为主证的证候名称，为临床常见的证候之一，不管外感内伤，不论寒热、痰水、正虚、邪实，只要是胃气壅滞，都可能发生痞证，因此，治疗痞证决非一种方法或一张方剂所能通治。太阳病篇对痞证有比较详备的论述，对于如何辨证，如何施治，如何立法选方，皆极有指导意义。然而后世注家意见分歧，增加许多枝节，造成人为的障碍。如有的主张“心下痞，按之濡”，应当改作“按之硬”。有的提出半夏、生姜、甘草三泻心所主痞证的病机是“寒热相结”，也有认为是“上热下寒”。有的认为泻心汤的作用是“泻心火”，也有认为不是泻心火，而是泻心下之痞，等等，究竟孰是孰非？应当实事求是地探讨，不应盲从附和。

1. 痞证的特点

徐灵胎说：“痞有二义：痞结成形之痞是病，胸膈痞满是证。痞结之痞，即积聚之类；痞满之痞，不拘何病，皆有此证。”《伤寒论》中的痞证，主要是指病人自觉心下痞满不舒，按之濡或硬，但不疼痛的一组证候，成因尽管各异，而

总的病机都是胃气壅滞。如果心下痞硬疼痛则名结胸，而不属痞证。如仅觉心下妨闷，名曰支结，亦不称痞证。朱肱说：“心下妨闷者，非痞也，谓之支结。”心下痞按之濡，为什么不属虚而属于实？论中“按之自濡，但气痞耳。”就是对原因的说明。由于是无形气滞，所以按之濡，胃气壅滞不利，所以属实。柯氏根据大黄黄连泻心汤的作用推论病机，得出“濡当作硬”，似乎合情合理，实际并不恰当。首先他把大黄黄连泻心汤作为急下峻攻剂，就非常片面，前题已经错误，怎么可能有正确的结论？而且把“濡”全责于虚，“硬”全责于实，缺乏具体分析，既违背《伤寒论》原文精神，也不符临床实际。事实是心下痞硬固多实证，但尤多虚证。柯氏于甘草泻心汤证的心下痞硬而满，也不得不承认“痞为虚痞，硬为虚硬，满为虚满”。临床经验证明，治气虚致痞必须益气，所以吉益东洞的《药征》有“人参主治心下痞硬也”的论述。

论中对痞证的成因，大多责之于误下，如“病发于阴，而复下之，因作痞也。”（131条）“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞。”（151条）“伤寒中风，医反下之，……心下痞硬而满。”（158条）误下致邪陷于里而成痞证，确实有这种情况，但不是绝对的，临床上不因误下而发生痞证并不少见，所以误下与否，只能作为参考，不能作为根据。要在综合全部病情，辨证施治。痞证的病位不在膈上，而在心下，“心下”是部位概念，实际指胃脘部，所以“胃中不和”（157条），不单是生姜泻心汤证病机，也是所有痞证的病位、病机。

2. 热实痞证

① 热痞的病机是热聚于胃，胃气壅滞。由于不是有形

的实邪内结，所以虽然心下痞满，按之却濡软不硬。但这仅是与结胸证有形邪实的心下痞硬比较而言，假使胃气壅滞的程度严重，也可能心下痞硬。

热痞的脉象既可能是沉紧，也可能是关上浮，同是热痞，何以会有截然不同的脉象？前者表明热结胃脘，后者标志着胃热独盛，这是一证多脉，临床常常有这样情况，脉虽不同，而所主病机是一致的。然而必须结合证候具体分析，单据脉象不可能得出正确的诊断。

② 治疗热实痞证，何以不用辛寒、甘寒，却用苦寒的大黄黄连泻心汤？这是因为辛主散，辛寒药物能达热向外，适用于无形散漫之热，痞证乃邪热内聚，所以不用。甘主滋，甘寒药物能滋养津液，适用于胃阴虚而余热未尽，痞证热壅气滞，胃阴不虚，所以不用，且甘寒腻滞，有恋邪之弊。苦主燥，能直折壮火，清泄内聚之热，所以治疗热痞宜用苦寒。据此使用芩连已能胜任，何以又用大黄？痞非有形热邪内结，而且病位偏上（肠腑未实），岂不虑诛伐无过？论中已有“阳明病，心下硬满者，不可攻之”的禁例。（205条）岂不是自相矛盾？要知本方之用大黄，不同于承气汤。吴又可曾将大黄与黄连比较，得出“黄连苦而性滞，寒而气燥，与大黄均为寒药，大黄走而不守，黄连守而不走，一燥一润，一通一塞，相去甚远。”大黄与黄连黄芩配伍，目的在于增强清泄痞热作用，而不是泻下有形之结。如何才能收泄痞之功，避免泻下之弊，不用煎剂，改用浸剂，有着重要意义。法以麻沸汤二升渍之，须臾绞去滓，分温再服。这样就变苦寒沉降为轻扬清淡，取其气而不取其味，既可避免药过病所，又可提高泄痞效力，从而达到扬长避短，受功免弊。徐灵胎称赞“此又法之最奇者，不取煎而取泡，欲其轻扬清淡

以涤上焦之邪。”这里有一个值得注意的问题，必须掌握浸泡的时间，所谓“须臾”即片刻的意思，假使泡的时间略长，就达不到轻扬清淡的要求。至于原文方中药仅大黄黄连两味，林亿校定时提出“恐是前方中亦有黄芩”，可是后世注家的意见不一，根据庞安常《伤寒总病论》载大黄黄连泻心汤方中有黄芩，应当以有黄芩为是。由于本方有轻清泄降之功，所以临床上用以治疗吐血、衄血、眼目赤肿、口腔生疮，以及湿热黄疸等，都有一定疗效。本人曾治肺结核大咯血数例。皆是咯血反复发作，多次注射脑垂体注射液，咯血均暂止复作，颇感棘手。根据病人咯血鲜红，咳嗽头汗，时时火升面红，胸脘痞闷，不欲进食，大便干结不畅，舌红苔黄而腻，脉数有力，诊断为肺胃蕴热，气火上逆，遂用大黄9克，黄连3克，黄芩9克，开水渍泡须臾，去滓分多次频服，服药后咯血之势渐缓，由鲜血转为暗红色血，大便依然不畅，续方增入全瓜蒌12克，海浮石12克，黛蛤散15克，茜草炭9克。连进三剂，痞除便畅，火升面赤消失，咯血全止，继续观察两周，咯血未再发。按大黄黄连泻心汤止血不如脑垂体注射液快速，但效果持久，又非垂体注射液所能及。然而该方所治为热实证，若气阴已伤，则不可使用。治宜补气摄血，或兼敛阴止血。必须辨证用药，方能避免虚虚实实之弊。

热实痞证也有不宜大黄黄连泻心汤，而宜用大柴胡汤的。根据原文精神，“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”（165条）大柴胡证具有三个特点，一是发热汗出，二是心中痞硬，三是呕吐下利。表明病势不全在里，病位较高，胆胃气滞较甚，所以心中痞硬，胆胃气逆则呕，邪热下迫则利，呕利相较，呕当较甚，利必不

爽，所以不宜纯用苦泄，而宜用既能泄邪于中，又能达邪于外的大柴胡汤。方中虽然也用大黄，《伤寒论》原文无大黄）但与升清达邪的柴胡同用，且伍以芩芍的清肝胆，佐以姜枣枳半的和中焦，尤其是柴胡大黄升降同剂，柴胡升而散外邪，大黄降而泄内实，既不同于小柴胡汤，也不同于大黄黄连泻心汤，更不同于三承气汤了。

3. 虚寒痞证

虚寒痞证，由于胃阳损伤，寒凝气滞，以致心下痞硬。它与热实痞证完全相反，不但大黄禁用，黄连黄芩也严格禁用，治宜温中阳祛寒邪，以理中汤为代表方。论中所谓“理中者理中焦”，即指主治虚寒证而言。关于理中主治的痞证性质如何？仲景虽未具体论述，但从桂枝人参汤证“太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞硬”

（163条）来看，桂枝人参汤即理中汤加桂枝，里寒挟表热，故说“挟热而利”，用桂枝和表以治表热，用理中温里以治痞利，一般只着眼于理中治利，而忽视了它的治痞作用，是不全面的。旋复代赭汤所主治的痞证，虽然也属于虚寒性质，但是兼有痰饮，胃气滞而上逆，所以“心下痞硬，噎气不除”（161条），治宜温中降逆化痰和胃的旋复代赭汤。该方即小柴胡汤去柴胡、黄芩，加旋复花、代赭石。用于胃炎、贲门痉挛、及神经官能症所致的暖气、呃逆、呕吐等证，只要病机属于中焦虚寒，痰气上逆，均有较好的疗效。

4. 邪实正虚痞证

邪实正虚痞证，是指既有邪实，又有正虚。附子泻心汤主治的热痞兼卫阳虚，半夏、生姜、甘草三泻心汤主治寒热夹杂痞证，都属于邪实正虚，所不同的附子泻心汤证是“邪热有余，正阳不足”，故一方面用三黄苦寒清泄邪热，一方面

用附子辛热温经复阳。然而苦寒有碍于阳虚，辛燥不利于胃热，如何才能发挥各自的作用而并行不悖，给药方法颇有帮助。对此舒驰远从上热下寒说明：“此汤治上热下寒之证确乎有理，三黄略浸即绞去滓，但取轻清之气以去上焦之热，附子煮取浓汁以治下焦之寒，是上用凉而下用温，上行泻而下行补，泻取轻而补取重。”原文恶寒汗出是卫阳虚，用附子意在温卫阳。舒氏不拘泥原文，提出治下焦之寒，体现出求实精神，这种精神值得学习。尤在泾据邪正分析：“设治邪而遗正，则恶寒益甚，或补阳而遗热，则痞满愈增，此方寒热补泻，并投互治，诚不得已之苦心，然使无法以制，鲜不混而无功矣。方以麻沸汤渍寒药，别煮附子取汁，合和与服，则寒热异其气，生熟异其性，药虽同行，而功则各奏，乃先圣之妙用也。”说理透辟，也有参考价值。半夏、生姜、甘草三泻心汤所治的寒热夹杂痞证，为热痞兼中气（阳）虚，所以在用芩连泄热的同时，佐人参炙甘草大枣补益中气，更佐半夏干姜辛开散结，以加强治痞的作用。因为临床表现寒热夹杂，方剂又是寒热并用，因此有许多注家提出三泻心主治的痞证是“寒热相结”。试问寒热如冰炭，怎么能够结于一处？也有认为是“上热下寒”，或“胃热脾寒”，上热可以肯定，下寒的指标是什么？一般认为下寒是指肠鸣下利等证。果尔，热性下利，三泻心能否使用？事实作了回答，三泻心也能治疗热性下利。所以把上热下寒作为三泻心汤证的病机，并不符合实际。元·戴原礼曾概括指出“泻心诸方，取治湿热最当。”叶天士更就药物的性味功能来分析三泻心的作用，提出“苦寒能清热除湿，辛通能开气泄浊。”对深入理解三泻心汤证治，都有启发意义。至于柯氏把三泻心汤所主的痞证，分属三阳、“仲景立泻心汤以分治三阳，在

太阳以生姜为君者，以未经误下而心下成痞，虽汗出表解，水气犹未散，故微寓解肌之义也。在阳明用甘草为君者，以两番妄下，胃中空虚，其痞益甚，故倍甘草以建中而缓客气之上逆，是亦从乎中治之法也。在少阳用半夏为君者，以误下而成痞，邪已去半表，则柴胡汤不中与之，又未全入里，则黄芩汤亦不中与之矣。未经下而胸胁苦满，是里之表证，用柴胡汤解表，心下满而胸胁不满，是里之半里证，故制此汤和里，稍变柴胡半表之治，推重少阳半里之意耳。名曰泻心，实以泻胆也。”虽然言之成理，终嫌失之机械。因为三泻心汤的药味并无多大差异，半夏泻心汤中的甘草用量略增，即甘草泻心汤；干姜的用量稍减，再加入生姜，即生姜泻心汤。这在宋本《伤寒论》附子泻心汤方后记载的“本云，加附子，半夏泻心汤，甘草泻心汤，同体别名耳。生姜泻心汤，本云，理中人参黄芩汤，去桂枝、白术，加黄连，并泻肝法。”足资佐证。其中有三点值得注意，一是三泻心汤同体别名，说明主要作用是一致的。二是理中人参黄芩汤为三泻心汤的基本方，换言之，三泻心汤是理中人参黄芩汤的加减方。三是在汉晋时代已知泻心汤有泻肝作用，长期以来，未有引起《伤寒论》注家及广大医家的重视，实为憾事！柯氏能明确提出“泻心实以泻胆”，与“并泻肝法”颇为近似，真所谓“先圣后贤，其揆一也。”这正是柯氏迥出诸家的卓见。但是把“泻胆”全属之半夏泻心汤，则不够全面。

由于《伤寒论》甘草泻心汤方中无人参，多数注家皆就原方解释，对于未用人参提出了许多理由，如喻嘉言说：“客邪乘虚结于心下，本当用人参，以误而再误，其痞已极，人参仁柔，无刚决之力，故不用也。”汪苓友说：“骤以人参补

之，反助其上逆之客邪。”柯韵伯说：“中虚而不用人参者，以未经发汗，热不得越，上焦之余邪未散，与用小柴胡汤有胸中烦者去人参，同一例也。”又说：“心烦是太阳里证，即是阳明之表证，故虽胃中空虚，完谷不化，而不用人参，因心烦是胃实之根，太阳转属阳明之捷路也。……仲景之去人参，以预防胃家之实欤！”尤在泾说：“甘草泻心，意在下利不止与客气上逆，故不用人参之增气，而须甘草之安中也。”这些理由皆似是而非，既然是胃气重虚，岂有反而去参之理，且人参与甘草相较，人参能大补元气，增甘草而减人参，于理欠通。其实林亿在校正《伤寒论》时已经通过多方面考证，得出“知脱落无疑”的结论。他在甘草泻心汤方后说：“臣亿等仅按上生姜泻心汤法，本云理中人参黄芩汤，今详泻心以疗痞，痞气因发阴而生，是半夏、生姜、甘草泻心三方，皆本于理中也，其方必各有人参，今甘草泻心汤中无者，脱落之也。又按《千金》并《外台秘要》治伤寒噎食，用此方皆有人参，知脱落无疑。”林氏的校勘翔实可从。

甘草泻心证中的“下之其痞益甚”是审证眼目，吴又可由此引伸，得出“下后痞即减者为实，下后痞反甚者为虚”，用作痞证辨虚实的参考，极有意义。下之为什么其痞益甚？论中“此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也”就是仲景自己作出的答案。然而什么叫做“客气”？却较难理解，有的解释为“虚气”，有的解释为“邪气”，都较含混。个人认为本条的“客气”是指因正虚不运而致的病气，既有虚的一面，也有实的一面。所谓“此非结热”，乃是突出“正虚为主”，而不应理解为完全无热，否则，怎么能用芩连？甘草泻心汤证的胃气重虚，除了“其痞益甚”以外，“腹中雷鸣”也是中虚的主要症状。《内经》早有“中气不足，肠为之苦鸣”的

论述。当然，也可兼有水气，生姜泻心汤证“胁下有水气，腹中雷鸣”，胁下乃部位概念，实际指肠间水气。总之，半夏、生姜、甘草三泻心证都是中虚热结成痞，所以都用苦寒以泄热，辛温以开结，甘温以补中。

叶天士最擅使用泻心法，仅《临证指南医案》以泻心法主治的就有 60 余案例，不论外感内伤，凡属消化系统（胆胃脾胰）湿热阻滞的病证，均用泻心法化裁，确实是深得仲景精髓，从而可见经方派与时方派之分是人为的偏见。本人曾治一工人，男，34 岁，有肝炎、胃与十二指肠溃疡史，胃痛发作两周，持续剧痛四天，恶心，呕吐酸水。西医检查：上腹剑突下压痛，未及包块，肝胆区无压痛，用阿托品、非那根肌肉注射，疼痛未止，转服中药，根据形瘦色萎，脘腹痞塞，疼痛拒按，气窜吐逆，嗳呃，饮食不进，苔薄黄滑腻，脉沉细弦，诊断为中虚气滞，木横侮土，治以苦泄辛开，益气平肝。方用：党参 10 克 干姜 6 克 川连 3 克 枳实 10 克 白芍 10 克 延胡 10 克 川楝子 6 克 丹参 15 克 乌贼骨 10 克三剂。

复诊：据说服头煎药后，满腹响动，脘痛即觉减轻，三剂药服完，脘痛全除。惟尚不欲食，苔薄微黄，脉沉细。前方化裁续进。三剂。痛未再发。

本案是以苦泄辛开甘补为治，加入金铃子散与乌芍散清热平肝，更加丹参活血和络，竟收到显效，可见原文所述泻心证的特点，脘痞不痛，也并非绝对。

另治一女性，33 岁，患慢性肠炎多年，大便每日 3~6 次，稀溏夹有不消化食物，便色深黄，很臭，心下痞闷，腹中鸣响，苔薄黄，脉沉，辨证为中气虚而湿热蕴滞，治以苦寒清泄湿热，辛甘益气和中。处方：黄芩 9 克、黄连 3 克、

半夏9克、茯苓9克、党参9克、干姜5克、炙甘草3克、枳实5克三剂。药后大便成形，便次减少为一天两次，臭秽之气亦显减，面色萎黄。原方加大枣四枚。共服药九剂，基本痊愈。

本案的下利挟有不消化食物，属于“邪热不杀谷”，它与下利清谷的性质不同，痞与利均属于邪热，面色萎黄，肠鸣，属于气虚，故师泻心法加减，加茯苓通阳利水，枳实行气除痞。且茯苓与人参、半夏同用，又能“通补阳明”，补而不滞。由于方证吻合，数年宿恙很快获痊，足证经方的精当。于此案也可证实三泻心主治的下利属热而不一定属寒，把下利专属于下寒，显然是不对的。

5. 其他痞证

论中所载，还有痰食阻滞与水蓄气滞亦能致痞，前者治宜涌吐，“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲喉咽不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”（166）后者治宜温阳利水，“本以下之，故心下痞，与泻心汤痞不解，其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之。”表明痞证的临床辨证，也必须从整理出发，具体分析，切忌先有成见。以上两种痞证，就非泻心汤所能治，所以，有认为泻心剂为治痞的专方，也是不确当的。

6. 结语

痞证和其他证候一样，都有寒热虚实之异，所谓寒热相结之痞，实际是正虚邪实。治疗痞证，除了应遵循治病求本与因势利导的原则以外，约而言之，虚寒证治宜辛甘温益气温阳，实热证治宜苦寒泄热，代表方剂即理中汤与大黄黄连泻心汤。由虚热结的痞证，可以两方同用化裁加减。因有气逆的干噎、干呕，故去白术，因有气陷的肠鸣下利，故不用

大黄，因中虚加大枣，因气滞加半夏，即半夏泻心汤；兼水食不化加生姜，即生姜泻心汤；如中虚较甚则加重甘草的用量，即甘草泻心汤。假使热结于里而病势尚偏于外，但于三黄中去守而不走的黄连，加半夏枳实开泄，加姜枣和中，再加柴胡升阳达邪，则是大柴胡汤。

此外，还有许多病证也有心下痞硬，但因另有主证，如十枣汤证虽然有心下痞硬满，却有“引胁下痛”（152）这是悬饮的特征，所以不名痞证。又如“病胁下素有痞，连在脐旁，痛引少腹，入阴筋者”（167），此是有形痞块，邪结正败的脏结，预后极其不良，所以不名痞证。又如大、小结胸证，乃水热相结或痰热相结，虽然也有心下痞，但以痛为主证，所以也不名痞证，而名为结胸证，以资鉴别。

（六）关于火逆证

火逆证不是一个证或一组证候名称，而是指误用火法所致的许多变证的统称。因论中 114 条有“名为火邪”，116 条有“名火逆也”，118 条有“火逆”等名，于是注家把误火而致的变证，统称火逆证。论中专门讨论火逆证的原文计有 10 条（110~119），另有数条也涉及到火法与误火的变证，如第 6 条“若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘈疢”与“若火熏之”等。误火的变证，不但有阴伤火炽证，而且有阳伤神越证，这主要因体质因素与感邪有别的缘故。由于火逆证所出的三张方剂都是温阳，较难理解。而且有些条文的内容非常复杂，因而有的注家主张把这些条删除，或存而不论。如《医宗金鉴·伤寒论注》就把 110 条列于存疑篇。

《伤寒论》三版教材也扬弃了三条（110、119、116 下半条）。从辨证角度来看，被删除的条文并非毫无价值，而是颇有价值。先就 110 条 116 条内容简析如后，以供参考。

〔原文〕（110条）太阳病二日，反躁，反熨其背，而大汗出，大热入胃，胃中水竭，躁烦，必发谵语。十余日振慄，自下利者，此为欲解也。故其汗从腰以下不得汗，欲小便不得，反呕，欲失溲，足下恶风，大便硬，小便当数而反不数及不多。大便已，头卓然而痛，其人足心必热，谷气下流故也。

太阳病篇开始即提出太阳病有中风、伤寒与温病的区分，本条太阳病二日就见到烦躁，当不是风寒而属于太阳温病，治以熨背方法，犹如抱薪救火，必然促使病变丛生。接着分述了可能发生的两种不同变证：第一种变证是大汗出，大热入胃，胃中水竭，也就是胃热炽盛，胃津损伤严重，所以不但躁烦更甚，而且必发谵语。病经十余日，突然发生振慄，自下利，这不是病情恶化，而是转危向安的佳兆，所以特提出“此为欲解也”。示人不可误认为病情加剧，因为振慄是正（阴）气来复驱邪，正邪剧争引起的反应，自下利则邪有去路，故知“此为欲解”。其振慄下利的机理与战汗一样，只是出路不同而已。然而何以知下利不是病变增重？这是通过对病情的具体分析，因为下利发生在振慄的同时，如果单发生下利，却未见振慄，这种下利可能是热移大肠，而不是欲解。第二种变证的病情更为复杂，虚实夹杂，寒热疑似，实际是真实假虚，真热假寒。如何才能不被假象所惑，就需要抓住能揭示病变本质的症状，“从腰以下不得汗”就是火邪内壅的审证眼目。火性炎上，火内壅而上炎，故上部多汗而气逆欲呕，火壅炎上则阳气不得下达，故身半以下无汗，阳气不达于下则在下阳气相对不足，因而足下恶风。有的认为本证是“上实下虚”，有的认为本证是“上热下寒”，似乎颇符病情，但是没有交待下虚、下寒是假象，则难免混淆不

清，假使误作真虚真寒治疗，必然错上加错。王孟英指出：“热壅于上，气不下行，而见下寒者，不可误认为火虚。”（《重庆堂随笔》）极为中肯。临床上确有如此情况，舌苔、脉象和许多症状都是热证，惟有足冷，切不可误认为下焦阳虚，其病机与热厥相近，只是一则阳气不得外达四肢，一则阳气不达下肢罢了。本证既有欲失溲，又是欲小便不得，似颇矛盾，其实也是阳气不得下达的缘故，阳气不得下达，以致膀胱机能障碍，膀胱开合不利，因而出现欲失溲与欲小便不得的矛盾状态。它与第6条“小便不利，直视失溲”的机理基本相同。个别注家认为“失溲”与“小便不利”不能并见，提出“失溲”不是指小便，而是专指大便失禁，未免武断。再联系本条中“大便硬”一证，大便既硬，怎么能够失禁？可见“大便失禁”的解释是不能成立的。至于小便不数不多，不仅因阳气不得达于下，更是因津液的损伤严重。它与“阳明病小便数者，大便必硬”存在着一定的区别。反之，阳明病的大便硬，如果津伤过甚，小便也不一定数而多，所以也当活看。在上述情况下，假使大便得通，其内壅之火得除而阳气流畅，又是欲解的佳兆。然而大便得通后为什么会头卓然而痛？成无己解释为“阳气降下，头中阳虚”，黄坤载解释为“火从上散”，并以“炉底壅塞，火焰不升，一通则火即上炎也”为喻。成氏所说的“头中阳虚”乃与阳气降下相对而言，不是阳气真虚，尤在泾亦宗成说，提出“阳气暴降而头反痛”。在黄氏之前，陶节庵已有“头痛为火热上乘，足冷为脾气不下”的解释。黄氏的形象化譬喻，更有助于理解。总之，成氏着眼于正气，黄氏着眼于邪气，都说到了问题的一面，如果合起来则更加全面。必须分清这种“头痛”，为暂时性的生理反应，而不是病变增重。其他注家对于“头

卓然而痛”的机理，还有许多不同解释，如张路玉说：“然后身半以下之阴气得上而反头痛”；魏念庭说：“胃家之阳，斯得浮而上达”。就整个病情来看，皆嫌不够贴切。何以知“大便已，头卓然而痛”不是病态而是欲解之兆？“其人足心必热”为主要根据。何以知“其人足心必热”？“谷气下流”又是推理判断的主要依据。通观全文，皆是示人对危重病人疑似病情如何透过假象抓住本质的辨证方法，示人如何判断病势进退及其预后的辨证方法，充满了具体问题具体分析精神，这类条文，决不是什么讹误，而是极有指导意义。

〔原文〕（116条）微数之脉，慎不可灸，因火为邪，则为烦逆。追虚逐实，血散脉中，火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。脉浮宜以汗解，用火灸之，邪无从出，因火而盛，病从腰以下必重而痹，名火逆也。欲自解者，必当先烦，烦乃有汗而解。何以知之？脉浮，故知汗出解。

本条是论述误用灸法的两种变证。一是阴虚里热证误用灸法的严重后果。因为灸法只适用于虚寒证，如属阴虚里热证，则严禁灸法。误灸则伤正而为火邪，不但会发生烦逆变证。而且“追虚逐实”，阴更伤而热更炽。阴伤则血少，血液不能充盈于脉中，因此艾火虽然微小，而耗损正气却很有力，火炽津枯，势必带来焦骨伤筋，血难恢复的遗患。二是表证误灸的变证，及自解的先兆。以灸法治表证，违反了因势利导的治疗原则。误用灸法，邪无去路，反因火而盛，邪气闭阻，营血运行不畅，遂发生腰以下重痹。但不同于一般痹证，而是表闭热郁所致，所以有自解的可能。自解必有先兆，“欲自解者，必当先烦，烦乃有汗而解，”就是对汗解先兆的说明。然而汗解之前为什么会发烦？喻嘉言曾以“天地郁蒸而雨作”为譬，其机理与战汗大致相同。但是必须正

气有驱邪向外之势，才有可能从汗而解，否则，是不可能汗解的。由此可知，正气有否驱邪向外之势，是能否从汗而解的先决条件，那么，“脉浮”就是预断汗解的重要依据。最后提出“何以知之？脉浮故知汗出解”，正是极其宝贵的经验总结。文中只说“脉浮，宜以汗解”，未出治法，如与113条“形作伤寒，其脉不弦紧而弱，弱者必渴，被火者必谵语，弱者发热脉浮，解之当汗出愈”互参，不难推知应当用辛凉解表的方法。

此外，还有111条、114条、115条皆是热证误火，劫津动血的变证。注家大多随文顺释，泥定太阳病为风寒，而忘记掉太阳病亦有温病。111条的太阳病中风，就可能是风热，否则病变不会那样严重。

〔原文〕“太阳病中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度。两阳相熏灼，其身发黄。阳盛则欲衄，阴虚小便难。阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，剂颈而还，腹满微喘，口干咽烂。或不大便，久则谵语。甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床。小便利者，其人可治。”本条夹叙夹议，对临床表现的各种症状，都作了客观的分析：如两阳相熏灼，其身发黄，阳盛则欲衄，阴虚小便难，阴阳俱虚竭，身体则枯燥，以及但头汗出，剂颈而还，腹满微喘，口干咽烂等。而且根据病势推断出将来可能出现的证候，如“或不大便，久则谵语，甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床”等。这样危重的证候，预后怎样？是否还有治疗余地？这时的小便情况为辨证关键，所以说“小便利者，其人可治”。假使小便不利（无尿），就难以挽救了。于此可见温热病的预后良否，取决于阴液的存亡，阴存者生，阴竭者死。而阴液之竭与未竭，又以小便利否为主要标志。这一变证的病情虽然非常严

重复杂，但总的病机是“邪风被火热，血气流溢，失其常度”。综观上述证候，完全符合后世温病学所说的“气血两燔证”，假使仲景当时没有治过这种病证，不可能对病情叙述得如此细致，对病机分析得如此透彻。再与温病误治的风温相较，内容几乎一样，所以本条所述，实际就是温病。王叔和所说“桂枝下咽，阳盛则毙”，可能就是指本条这样的太阳病中风。由于未出治法、主方，以致造成误解，或置而不论，未免可惜！

114条与115条是论述由气入血的血分证，因为火邪伤络，迫血妄行，或则大便下血，或则咽燥吐血。叶天士总结的血分证特征与治疗原则：“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”，正是对这两条原文内容的阐发和补充，叶天士真是仲景的功臣。因文中有“到经不解”一语，有些注家附会为经络，其实这一“经”字是指病程的日期，例如太阳病一般解于六七天之间，到当解的日期，病仍未解，就有下血的可能。所以“到经不解，必清血”，是据理推断病情的演变趋势，对提高辨证的预见性很有帮助。

至于心阳损伤，烦躁惊狂及发作奔豚，又是火逆证中另一类变证，它与火热炽盛，劫津动血的火逆证完全相反。注家在讨论这一类火逆证时，仍然从火立论，如认为是火邪内迫。其实，这种误火只是致病的条件，而不是火邪直接损伤，所以会出现虚寒证，主要取决于体质因素。118条与112条皆是心阳损伤，一则程度较轻，仅出现心神烦扰的烦躁，一则程度较重，遂出现心神浮越的惊狂，卧起不安。因此，两证皆治以温通心阳，重镇安神。一则用桂枝甘草龙骨牡蛎汤，剂量很小；一则用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，实际是桂枝甘草龙骨牡蛎汤用量增大的加味方，加生姜大枣以

调补脾胃，加蜀漆以劫痰开结。

烦躁、惊狂皆是精神症状，根据“心藏神”的脏象学说，应属于心病范围。临床上有些妄言妄见的精神病与神经官能症，凡是符合心阳虚而心神烦扰的病机，使用桂甘龙牡汤化裁，都有较好的疗效。由于118条有“火逆，下之，因烧针”字句，以致注家有两误三误之争，并无实际意义，不必拘泥。又119条“太阳伤寒者，加温针必惊也。”叙证太简，未出方剂，对于惊的性质如何，也存在争议。结合以上两证，当亦属于心阳损伤，心神不安。可是有许多注家联系温针解释病机，如“邪受火迫，热扰于心，神明瞽乱而惊”，以及“刺伤经脉而惊”，“恐惧烧针而惊”等等。究竟属于何证，应根据全部病情作具体分析，空争实无裨益。

117条因烧针发汗，针处被寒引起的奔豚证，采用艾灸与汤药结合的治疗法，肯定可以提高疗效。不过，奔豚并非都是烧针所引起，有时单用桂枝加桂汤亦有良效。只是因条文为“更加桂二两”，而方药却写作桂枝五两，以致又引起加桂究竟是“桂枝”还是“肉桂”的争议。其实桂枝有平冲逆作用，一般重用桂枝即能收效，如果肾阳虚较甚，则以加肉桂为宜，要在随病情而定。

太阳病篇有价值的条文很多，仅举痞证与火逆证略作探讨，原书及注释俱在，不再列举，以免重复。

三、阳明病篇

阳明病篇的篇幅仅次于太阳病篇，争议问题不多，但也不是毫无问题，首先对阳明病的性质如何，就值得探讨研究，

是否都是里热实证，有没有里虚寒证？阳明病是否都是外感病，有没有杂病？还有经证府证之分是否合理？白虎加人参汤证是否必须四大证悉具？三承气汤的运用标准是否一定要依据痞满燥实？等等，兹就这些问题分别讨论如后，不一定妥当，希望得到批评教正。

（一）阳明病与温病的关系

一般认为阳明病的性质为里热实证，太阳风寒之邪未及时外解，则内传而化燥成实，演变成为阳明病，少阳及三阴经病传至阳明亦可成为阳明病。以阳明性燥，居中主土，所以不论何种外邪，只要传到阳明，必然化燥成实。根据阳明病“身热，汗自出，不恶寒，反恶热也”的特点，风寒之邪传入阳明固可见到，而温病热变最速，尤易出现阳明病。因此，温病中的气分证实包括阳明病在内。有些医者拘于伤寒温病名称，不从实质上去研究，长期陷于寒温对立的局面，完全是人为的偏见。柯韵伯曾指出“寒去而热罢，即伤寒欲解证，寒去而热不解，是温病发见矣。”又说：“夫相火寄甲乙之间，故肝胆为发温之源，肠胃为市，故阳明为成温之藪。”柯说颇有见地。根据仲景自序，撰写《伤寒杂病论》的动机是鉴于当时疾疫流行，宗族死亡于伤寒者十居其七，感往昔之沦丧，伤横天之莫救，则《伤寒论》中应当载有治疗疫病的内容在内，然而论中除在太阳病篇提到了温病、风湿的名称与证候以外，其他五经都未涉及，而且没有治法、方药，以致误认为仲景只知诊治风寒性质的外感病。殊不知仲景著书的目的是揭示所有外感病的诊治规律，而不拘于病名。戴北山曾经分析指出：“瘟疫一证，历代名哲具有成方，如仲景有大青龙汤、阳旦汤、越婢汤、黄芩汤、麻黄升麻汤诸条，列瘟疫之见证，如汗法、和法、双解法，轻重浅深，

纤毫备具，特散见于诸经条中，而未尝直指其名为瘟疫，非不欲明言也，其书为伤寒立论，而互为区别之书，非专论瘟疫之书，且上古文辞简易，详于辨证，而不详于立名，欲人从证上细辨，则不必于名上区别，而自无混治之失。”（《广瘟疫论》自序）观阳明病篇清下两法，也是治疗温病的主要方法。后世善治瘟疫的名医吴又可、余师愚，一个善用承气汤，一个制清瘟败毒饮，实际是阳明清、下两法的扩充与发展，这就充分说明了《伤寒论》虽没有治疗温病之名，却有治疗温病（瘟疫）之实，这正是《伤寒论》理论的超越处。有些医家不于精神实质上探讨，只于伤寒、温病名称上作文章，把伤寒与温病截然对立起来，这种态度显然是错误的。但是，有些“伤寒家”为了强调《伤寒论》理论体系的完整，把阳明病与温病等同起来，不承认后世温病学说对《伤寒论》理论的补充和发展，这种态度也同样是错误的。

（二）阳明病不单是热实证，也有虚寒证

里热实证是阳明病的主要方面，但不是惟一方面，也有里虚寒证。把阳明病与里热实证完全等同，是不恰当的。阳明病是指病在胃与大肠，并不确指病的性质，因为任何一经病，都有寒热虚实的不同，所以，现代的教材把阳明病的性质，规定为里热实证，是值得商榷的。其实阳明病篇就有许多条文论述了阳明确寒证。如190条“不能食，名中寒”，191条“阳明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濇然汗出，此欲作固瘕，必大便初硬后溏，所以然者，以胃中冷，水谷不别故也。”194条“阳明病，不能食，攻其热，必哕，所以然者，以胃中虚冷故也。以其人本虚，故攻其热必哕。”226条“若胃中虚冷，不能食者，饮水则哕。”又如195条“阳明病，脉迟，食难用饱，饱则微烦，头眩，必小便难，

此欲作谷疸，虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。”从所述阳明虚寒证的临床症状，有些与阳明府实证的症状完全一样，例如“不能食”、“手足濇然汗出”、“脉迟”与大承气证同，“腹满”更是阳明府实的必见症状。如不仔细辨证，就会诊断错误而发生治疗错误，所以在叙述虚寒证的时候，多次提到误治的变证，如“攻其热必哕”，“虽下之腹满如故”等。为什么会发生误治？是因为辨证不清的缘故。论中不仅突出了阳明虚寒证的病机“胃中虚冷”，而且提出了治法与主方，如243条“食谷欲呕者，属阳明也，吴茱萸汤主之。”阳明病篇在论述阳明热实证的同时，又论述了阳明虚寒证，颇符一分为二的辩证法精神，是完全正确的。但由于有些注家只强调一面，以致逐渐形成阳明病是单纯里热实证的概念，把阳明虚寒证统属于太阴病，于是提出了“实则阳明，虚则太阴”，意谓阳明太阴均属于中焦病，凡是实证都属阳明，凡是虚证都属太阴。似乎条理分明，易于掌握。实际不符合阳明与太阴的生理、病理。“实则阳明，虚则太阴”，只说明两者可以相互转化的关系，决不是机械的等同。要知胃司纳、主降，脾司运、主升，性质是完全不同的。叶天士曾概括指出“脾宜升则健，胃宜降则和。”这是中医临床辨别脾病与胃病的起码知识，某些“伤寒家”却坚持“阳明虚寒就是太阴”的说法，实似是而非。

（三）阳明病不都是外感，也有杂病

阳明病篇所述的阳明病，其实热证多见于外感病，其虚寒证多见于杂病，但不是绝对的，实热证也可见于杂病。从阳明病主治的方剂来看，白虎加入参汤之用于消渴；栀子豉汤之用于失眠、胃痛、咳嗽；猪苓汤之用于血尿、肾盂肾炎；承气汤之用于各种急腹症；茵陈蒿汤之用于黄疸；麻黄连翘

赤小豆汤之用于皮肤搔痒、荨麻疹等，吴茱萸汤更是杂病的常用方剂。

综上所述，可见阳明病不但可见于狭义伤寒，尤多见于温病；不但是实热证，也有虚寒证；不但可见于外感，也可见于杂病，所以，阳明病篇的理论，同样具有广泛而普遍的指导意义。

（四）阳明病为胃肠病变，均属于府，而不是经证

《伤寒论》阳明病篇并没有经证府证名称，乃是由注家逐渐引伸附会而形成经、府证的概念，其间经过一个颇为曲折的过程。在明代方有执著《伤寒论条辨》的时候，还没有阳明经证之名，他在阳明病篇原文之前指出“阳明者，胃经也。其法不以经病为例，而例以胃家实为正”。清·喻嘉言始提出阳明病有经、府的区分，他在《尚论篇》中说：“然其邪复有在经在府之不同，在经者与太少为邻，仍是传经之邪；在府者则入胃而不传经。”又说：“凡属阳明之证，病已入胃府，故下之而愈；其有胃不实而下证不具者，病仍在经。”又说：“在经之邪不解，必随经而传少阳。”可见喻氏经府并提，乃就病势传变与否而言，还不是阳明经证，所以更没有涉及治法。明确提出了阳明经治法的注家是刘廷实，他说：“阳明一经，有经府之分，在经者可汗，如尺寸俱长，身热目痛鼻干不得卧是也。”由此许多注家皆宗刘说主张用葛根汤治疗阳明经证。然而《伤寒论》阳明病篇内容，并无目痛鼻干不得卧，显然是引自《内经·热论》与王叔和的《伤寒例》，但目痛鼻干不得卧的性质属热，怎么能用辛温发汗的葛根汤？未免张冠李戴。刘氏主张尽管有误，但与阳明经络毕竟还有联系，至于以白虎汤主治阳明经证，简直与阳明经络毫无关涉，全由附会而来，如秦皇士在《伤寒大白》中说：“若邪热

入于阳明之经，汗出而渴，脉洪而数，白虎汤清之。”这样一个不符实际的错误概念，偏得到许多人的附和，长期得不到纠正，实为遗憾！也有一些医家对阳明经证用白虎汤的说法提出了商榷，如张路玉说：“故白虎汤为热邪中喝之的方，虽为阳明解利之药，亦解内蒸之热，非治在经之热也”（《伤寒缵论》）。钱天来说：“此但外邪入里，为无形之热邪，故用寒凉清肃之白虎汤，以解阳明胃府之热邪也”（《伤寒溯源集》）。尤在泾所著的《伤寒贯珠集》把白虎加人参汤证编入阳明正治法阳明府证节内，强调指出：“白虎、承气，并为阳明府病之方，而承气苦寒，逐热荡实，为热而且实者设；白虎甘寒，逐热生津，为热而不实者设，乃阳明热邪入府之两大法门也。”这些分析，论点明确，论据充分，足以破疑解惑。然而未能引起重视，可能是因成见作梗的缘故。白虎证与承气证均属阳明府证，不仅伤寒注家中有所认识，临床家也不例外，如程钟龄对于阳明经府问题就曾作过专题讨论。他在《经府论》中说：“夫经者，径也，行于皮之内，肉之中者也；府者器也，所以盛水谷者也。伤寒诸书，以经为府，以府为经，混同立论，惑人滋甚！吾特设经府论而辨之。”指出：“然则以白虎治府病何谓也？夫以白虎治府病者，乃三阳之邪初入胃府，表里俱热，邪未结聚，热势散漫，而无胃实不大便之症，故用白虎汤内清胃府，外透肌肤，令表里两解。”他在论消渴证治时又指出：“阳明经证亦无渴，不过唇焦漱水耳。其有渴者，则阳明府病也。邪未结聚，其热散漫而口渴者，白虎汤；邪已结实，腹胀便闭而口渴者，承气汤，此阳明府证之治法也”（《医学心悟》）。温热家戴天章提出运用白虎、承气的主要标志是：前者有热无结，后者有热有结，堪称要言不烦。总之说明一个问题，白虎与承气均是阳明府证，把白虎证说成阳

明经证，是不对的。1983年全国中医高校新订的《伤寒论》教学大纲，阳明病不再划分经府，只分热证实证，意取无形之热与有形之实，这种从实际出发的精神值得赞赏！只有实事求是，才能坚持真理，纠正错误，才能使《伤寒论》这部光辉著作，更有效地发挥指导实践的作用。

也有认为经府有表里之意，阳明病篇载有用桂枝汤、麻黄汤的条文，如234条“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。”235条“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。”都以阳明病冠首，而且都提出可发汗，说明阳明病本身也有表证，所以用麻桂发汗。然而阳明病的病位既然在里，怎么又有表证？阳明病既属热实证，怎么能用桂枝汤、麻黄汤？岂不怕“桂枝下咽，阳盛则毙”，麻黄汤劫津夺液？阳明病与太阳病的主要鉴别是：太阳病必恶寒，大多恶寒与发热并见，阳明病则“身热，汗自出，不恶寒，反恶热也”。判断太阳病是否已传阳明，也是以恶寒之有无为根据，如48条“二阳并病，太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明。续自微汗出，不恶寒。”134条“而反恶寒者，表未解也。”由此可见，阳明病之用桂枝汤、麻黄汤，不是阳明自身的表证，而是兼太阳之表。然而如肯定阳明只有里热实证，就是兼太阳之表，怎么能用麻桂？或者以为这是阳明里热尚不太甚的情况下权宜治法，这种推理是不符实际的。对此，庞安常与朱肱认为这里的阳明病不是阳明热证，是阳明中寒证兼太阳之表，他们说：“阳明中寒，恶寒为病在经，与太阳合病属表，可发其汗。”庞、朱二氏是宋代对《伤寒论》深有研究并富有临床经验的医学家，才能有如此正确的认识，提出上述的论断，较之某些《伤寒论》注家一味随文敷衍高明得多。

或者提出阳明病篇 183 条“问曰：病有得之一日，不发热而恶寒者，何也？答曰：虽得之一日，恶寒将自罢，即汗出而恶热也。”不正是表明阳明病初起也有恶寒表证吗？有些注家确实是从阳明表证解释的，难免造成概念上的混淆。这应联系上下文来看，本条紧接在 182 条“不恶寒反恶热也”之后，本条之后又接着提出“始虽恶寒，二日自罢，此为阳明病也。”不难看出是为了鉴别诊断而设词问答，示人于动态中分析辨证的方法，不是指阳明本身的表证，而是阳明病兼太阳表证，在太阳阳明同见阳明里热的情况下，最易化燥化热，所以说“始虽恶寒，二日自罢”，正说明化热的迅速。如果与温病热变最速的特点联系，就更易理解。温病初起也往往伴有恶寒的卫分证，但是时间短暂，程度轻微，它与“虽得之一日，恶寒将自罢”的精神完全一致。所以，阳明病自身表证的说法是不确切的。

另外，对于“胃家实”提纲问题，有的专主胃，有的专指大肠，有的专主有形实邪，都有一定理由，但都不够全面。

“胃家实”应包括胃与大肠两腑的邪实在内，什么叫“实”？不能理解为只有肠中燥屎阻结才能称为实，“邪气盛则实”，胃热炽盛亦是实，所以无论胃热、肠实均属于胃家实。然而《伤寒论》原文没有大肠燥实，只提到“胃中有燥屎”、“胃中有燥屎五六枚也”，所谓“胃中”，也是部位概念，不是专指胃，这里是指大肠中有燥屎，王好古与李东垣对此曾作过专门讨论：“《经》言胃中有燥屎五六枚何如？答曰：夫胃为受纳之司，大肠为传导之府，燥屎岂在胃中哉！……以是知在大肠，不在胃中明矣。”又“广肠者地道也，地道不通，土壅塞也，则火逆上行至胃，名曰胃实。……言胃中有燥屎五六枚者，非在胃中也，通言阳明也。言胃是连及大肠言。……若

胃中实有燥屎，则小肠乃传导之府，非受盛之府也。”（《此事难知》）徐灵胎也曾分析指出：“按燥屎当在肠中，今云胃中何也？盖邪气结成糟粕，未下则在胃中，欲下则在肠中也，已结者即谓之燥屎，言胃则肠已该矣。”（《伤寒论类方》）这种提出问题，进行探讨研究，然后得出结论的方法，值得参考与借鉴。

（五）阳明病清法的特点

阳明病清法主要用于胃中无形之热，胸膈郁热致心烦懊侬，用栀子豉汤清宣郁热，胃热伤津致烦渴舌燥，用白虎汤清热保津或白虎加人参汤清热生津；胃热阴伤挟水气不化，用猪苓汤清热滋阴利水。尽管都是阳明胃热，但从病情、病势来看，却有偏上偏下之异，因此，柯韵伯归纳出“上越、中清、下夺，是治阳明三大法。”颇能抓住要领，不过，以栀子豉汤为吐剂，把猪苓汤的利尿作用说成下夺，则不一定确切。仅就这三个方面探讨如后：

1. 栀子豉汤的作用是清宣郁热，不是吐剂，适用于胸膈郁热证。

由于论中栀子豉汤一类方剂后面都有“得吐者，止后服”的医嘱，因而大多把本方作为吐剂，如成无己说：“酸苦涌泄为阴，苦以涌吐，寒以胜热，栀子豉汤相合，吐剂宜矣。”方有执说：“所以用栀子豉，高者因而越之之法也。”柯韵伯说：“热在上焦，用栀子豉汤吐之。”王晋三也说：“栀豉汤，吐剂之祖方也。”又说“栀豉汤、瓜蒂散，宣可决壅也。”但是，征之临床，使用栀子豉汤很少发生涌吐，可见涌吐之说不符实际。既然很少发生涌吐，为什么《伤寒论》又有“得吐者，止后服”的医嘱呢？这是因为热郁胸膈，病位偏上，服栀子豉汤后，胸膈郁热得开，可能发生涌吐，这种吐是胸膈郁热得

开的反映，决不等于梔子豉汤就是吐剂，例如服小柴胡汤后，“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解”，能说小柴胡是发汗剂？可见，服梔子豉汤得吐，只是一种可能，而决不是必然。然而得吐则胸膈郁热可除，不需再服，所以应“止后服”，以避免过剂伤正。

有人认为梔子生用则吐，炒黑则不吐，也是属于臆测。张隐庵根据自己的实践对这种不从实际出发的论点进行驳斥，他说：“后人妄言梔子生用则吐，炒黑则不吐，且以梔子豉汤为吐剂。愚每用生梔子及梔子豉汤并未曾吐。夫不参经旨，而以讹传讹者，不独梔子为然矣。”汪苓友对此也曾联系临床实际进行过论证，他说：“琥按梔子豉汤，仲景虽用以吐虚烦之药，余曾调此汤与病人服之，未必能吐，何也？盖梔子之性苦寒，能清胃火，润燥，豉性苦寒，微甘，能泻热而兼下气调中，所以其苦未必能使人吐也。”关于梔子的作用，《本经》早有主治“胃中热气”的记载，徐灵胎在《本草经百种录》中说：“梔子正黄亦得金色，故为阳明之药，但其气体轻虚，走上而不走下，故不入大肠而入胃，胃在上焦故也。”徐氏所说的上焦，是相对大肠而言，否则说胃在上焦，是不通的。豆豉轻浮升发，与梔子相伍，可加强清宣胸膈郁热的作用，不是涌吐。如上所述，热郁胸膈，就是热郁于胃，但是，为什么不称胃而称胸膈？因为胸膈乃部位概念，固然与胃有关，但不完全相等，还包括心、肺、肝、食道在内，这些脏器有郁热，梔子豉汤都可以治疗。胸膈的范围较广，而胃的范围较狭，所以直至目前，还沿用着热郁胸膈这一病机概念。

梔子豉汤两味药成方，主药为梔子，佐药为豆豉，佐药可以不用，主药必不可少，观梔子厚朴汤、梔子干姜汤皆无豆豉可证。清宣胸膈郁热，何以独取梔子，不用其他苦寒药

如黄芩黄连等？周岩曾有较详细的论证，指出梔子“为心肺肝胃三脏一腑之药。……体轻入气，而性阴又入血，其治在心肝胃者多，在肺者少。”并指出“苦寒涤热，而所涤为瘀郁之热，非浮散之热，亦非坚结之热。”（《本草思辨录》）对理解梔子豉汤的作用有所帮助，但是究竟怎样掌握运用，还缺乏明确标志。惟叶天士具有卓识，首先提出了“轻苦微辛，能开上痹”，说明梔子豉汤的配伍特色与作用意义，接着又提出“微苦以清降，微辛以宣通”，说明其清宣作用固然在上，但不是涌泄，而是清降，是使在上之热清降下行，这就从根本上纠正了梔子豉为吐剂的错误。梔子豉汤的清热作用与一般苦寒直折不同，叶氏又概括指出“解其陈腐郁热”与“宣其陈腐郁结”，突出了该方的作用是宣解，主治证的病机是陈腐郁热（结），因此，凡属上中焦气分郁热的病证，使用梔子豉汤都有较好效果。基于叶氏对梔子豉汤有全面深入的理解，所以他使用该方时，每佐入一些轻苦微辛药味如杏仁、薤白、郁金、枇杷叶等，从而大大提高了疗效。叶氏运用梔子豉汤的范围极广，不但用于风温、暑温、秋燥等新感温病，还用于眩晕、腕痹、心痛等内科杂病；不但用于气分郁热证，嗽血、吐血证亦间用之；不但用于上中焦病，下焦病亦间用之，甚至邪势弥漫上中下三焦亦间用之，叶氏真不愧为善师仲景的典范。

本人曾治一幼儿（一周多岁），麻疹后发热已退，但烦扰殊甚，其父母日夜轮流抱负，依然哭闹不眠，连续三次去儿童医院门诊，都认为无病，未作处理。根据患儿唇红而干，苔薄腻微黄，舌红，手心热，小便黄，脉小数，断为疹后余热未净，留扰胸膈，因治以清宣郁热，处方：梔子6克，豆豉6克，银花6克，连翘6克，干芦根15克，一剂，水煎频

饮，药后烦止得寐。

《伤寒论》中讨论栀子豉汤证共有7条原文，其中4条见于太阳病篇，1条见于厥阴病篇，载于阳明病篇仅有2条，全部是在使用其他治法之后，76条为“发汗吐下后”，77条为“发汗，若下之”，78条为“大下之后”，221条为“若下之”，228条为“下之”，375条为“下利后”，似乎全属于误治之后，其实不是绝对的，要在抓住主证，明确病机。关于它的主证，太阳病篇已经说得十分清楚，就是“虚烦不得眠”，“若剧者，反复颠倒，心中懊侬”，前者是不得眠的外在表现，后者是虚烦难耐的自我感觉。由于热郁气滞不舒，轻则自觉“胸中窒”，甚则自觉“心中结痛”，这又属于栀子豉汤证的旁证。关于“虚烦”问题，有些注家据正虚解释，大多数注家皆主张“虚”是对有形之实邪而言，不是虚证，可以肯定，栀子豉汤证的虚烦属实而不属虚，但也有虚烦属于虚证的，如160条“伤寒吐下后，发汗，虚烦，脉甚微。”该条虚烦就不是实证，所以还应具体情况具体分析。栀子豉汤证的虚烦不是有形实邪致烦，《伤寒论》本身已经提出了证据，厥阴病篇375条“下利后更烦，按之心下濡者，为虚烦也”，不但说清楚了“虚”字的涵义，而且补充了栀子豉汤证的腹诊要点。可见学习《伤寒论》必须纵横联系，前后互参，才能避免局限片面。阳明病篇所载的两条栀子豉汤证，皆冠以阳明病，并且皆是下后，照一般说法，似应为阳明病误治变证，实际仍然属于阳明病的一种证型，并非变证。就是太阳病篇与厥阴病篇的栀子豉汤证，以六经来分，也属于阳明病，而决不是太阳病或厥阴病。尽管分见于三处，而病机则是完全一致的。但是，每一条条文都有各自的重点，例如太阳病篇对栀子豉汤证的论述已经比较完备，但阳明病篇又补充出许多新的内容，使得栀子豉

汤证的辨证内容更加完备。一是“舌上苔”，栀子豉汤证为胸膈热郁气滞，所以舌上必然具有微黄薄腻苔，如果舌净无苔，就不是栀子豉汤证。二是“饥不能食”，胃热则饥，气滞则不能食。三是“头汗出”，这个症状，除个别属于少阴阳气越脱之外，大多由于里有郁热薰蒸而致，湿热发黄证、水热结胸证、阳微结证都会有“头汗出”，栀子豉汤证既然是胸膈郁热，所以也可能发生“头汗出”。四是“手足温”，因为在里之热郁蒸，也可出现身体有热，但是身虽热而手足温，表明里热尚不太甚，所以也有诊断意义。至于“胃中空虚，客气动膈”，主要说明胃气损伤，热陷气郁的病机，栀子豉汤证与大结胸证虽然轻重有别，而形成的机制有其一致之处，所以大结胸证也有相同的论述，但本证仅是无形郁热，心下不硬不痛，文中提出“不结胸”，正是为了鉴别。

2. 白虎剂的作用是清热保（生）津，适用于胃热津伤证，通常所说的“四大证”，并不一定必具。

白虎汤为辛凉重剂，能够清热保津，达热外出，是治阳明胃热津伤的主方。一般以“四大”为审证依据，似乎简单扼要，便于掌握，实际比较机械，临床不会如此典型，所以并无多大价值。论中有关白虎证的条文仅有8条，（太阳病篇5条、阳明病篇2条、厥阴病篇1条）内容虽然很简，决没有如此机械的论述，而是通过对寒热疑似、虚实模糊病情的讨论，揭示具体分析辨证方法，因此，对临床实践富有指导意义。

176条举出“脉浮滑”为白虎汤证的辨证依据，所说的“表有热”，指里热蒸达于外的外候，是症状不是表证。“里有寒”应当是里有热，决不是里寒。注家对“寒”字作了许多解释，其实不必强解。脉象浮滑，浮为热蒸于外，滑是热盛

于里，标志着表里俱热。这是举脉略证，不应理解为单纯凭脉辨证，否则，与表证的脉浮，痰热结胸证的脉浮滑，如何区别？

350条的“脉滑而厥”，出于厥阴病篇，对于寒厥与热厥的辨证有一定参考价值。滑脉具有脉搏有力，脉形圆转，脉势流利等特征，在四肢厥冷的同时见到滑脉，就可肯定不是阳虚寒厥，而属于热厥。其次从圆转流利来看，又可断定不是有形热实，而是无形热郁致厥，因此治用辛寒清热达邪的白虎汤，而不用苦寒攻下的承气汤。这也是举脉略证，既然以白虎汤主治，那么，胃热伤津的证候，肯定是存在的。

219条三阳合病，证情复杂，由于阳明热盛，气机壅滞，故腹满身重，难以转侧；胃开窍于口，舌体属胃，胃热灼津，故口不仁；胃热熏蒸，津气上溢于面，故面垢；胃热上扰，神明昏乱则谵语；胃热下迫，膀胱失约则遗尿。此证热势充斥内外，名为三阳合病，不过喻其范围广，而关键是阳明胃热炽盛，因为热蒸津液外泄则汗出，因此，最后又补充出“自汗出”，作为辨证参考而用白虎汤主治，阳明胃热得解，则诸证自除。

阳明胃热炽盛，热蒸于外，并非真正表证，所以不可发汗，误汗则津更伤而热更炽，因而谵语更甚（《金匱玉函经》作“谵语甚”）；胃热而非大肠燥结，故亦不可攻下，误下则热内陷，熏蒸于上则额汗，阳不外达则肢冷。王朴庄指出“下之则额上生汗者，汗欲出不遽出之意，与手足厥冷者，皆阳郁也”。也有许多注家认为是“阴竭阳越”，似不会严重到如此地步。由此可见，治法各有所擅，热而未结，只宜清法，误用汗法固然不对，治以下法也同样是错误的。

当阳明热盛而津气耗伤程度严重时，白虎汤难以胜任，

必须加入人参以补益津气，就是白虎加人参汤。论中 26 条是为了与 25 条比较，突出桂枝证与白虎加人参汤证的鉴别要点，两条都是“服桂枝汤，大汗出，脉洪大”，一则服桂枝汤，如前法，一则白虎加人参汤主之。一温一清，天壤之别，鉴别要点是“大烦渴不解”一证，乃胃热津伤严重的确据，具有大烦渴不解，必须用白虎加人参汤；如果没有大烦渴不解，其大汗出，脉洪大，乃服桂枝汤不如法所致，大汗淋漓则阳气外浮，所以脉洪大，仍当服桂枝汤，只要注意温复、啜粥等方法，就能解决问题，切勿误用白虎加人参汤，否则，必会带来严重的后果。

168 条先提出病程已经七八日，次提出病机为热结在里，表里俱热，然后列举临床症状，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升。关于时时恶风，有的认为是表证未罢，有的认为是肌表阳虚。果然属于表证，则当解表，属于阳虚，则当温阳，但从大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升来看，胃热伤津的程度已经十分严重，必须及时治以白虎加人参汤。假使误用辛温解表或温阳，后果何堪设想？然而既非表证，又非阳虚，为什么会时时恶风？多数注家主张是汗出肌疏的缘故，可作参考。

169 条“无大热，背微恶寒”，尤易与阳虚证相混，但阳虚证决不会口燥渴心烦，这是胃热伤津的特征，从而不难断定不是阳虚，而是阳气内郁，表无大热，背微恶寒，皆阳气内郁之故。魏念庭说：“内热盛则外阳疏，时时恶风，若似表证，而大渴云云，皆是一派实热结里之象。”观魏氏之意，不仅背微恶寒可因阳郁，时时恶风，亦可由于阳郁。舒驰远说：“里阳盛极，格阴于外，故微恶寒也。”魏柳州也有这样的经验，“火盛而郁者，多畏风、畏寒”，从阳郁可以致厥，则阳郁

而致无大热，背微恶寒，也是完全可能的。

通过以上三条内容的讨论，再结合 222 条“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。”很明显大烦渴与舌苔干燥是白虎加人参汤证中的最关键症状，只要具有这两个主证，即使没有大热、大汗、脉洪大，也应使用白虎加人参汤。由此可证，阳明白虎证必须具有“四大”的说法是比较机械的。

至于白虎汤禁例，据论中 170 条所述，主要有两点：一是表不解者不可用，二是口不大渴者不可用。清代吴鞠通提出白虎汤四禁（若其人脉浮弦而细者，不可与也，脉沉者，不可与也，不渴者，不可与，汗不出者，不可与也。）其中只有口不渴一条必须禁用，其他都非绝对，因此，可以参考，不可拘泥。

如上所述，不难看出白虎汤与白虎加人参汤主治的主要区别在于津伤程度的轻重，然而怎样才能准确地运用？论中还不够具体，后世医家对此有较多的补充，如明代吴又可说：

“白虎汤辛凉发散之剂，清肃肌表气分之药也。”又说：“若下后热减不甚，三四日后精神不慧，脉浮者，宜白虎汤汗之。服汤后，不得汗者，因津液枯竭也，加人参，覆卧则汗解。”近代张锡纯说：“伤寒法，白虎汤用于汗吐下后当加人参。究之脉虚者即宜加之，不必在汗吐下后也。愚自临证以来，遇阳明热炽，而其人素有内伤，或元气素弱，其脉或虚数，或细微者，皆投白虎加人参汤。”皆经验之谈。

3. 猪苓汤的作用是清热滋阴利水，适用于里热阴虚、水气不利证，而不是水热互结证。

自喻嘉言提出猪苓汤证的病机是“热邪搏结水饮”，逐渐引伸概括为“水热互结”证，其实是不确切的。从猪苓汤证原文“脉浮发热，渴欲饮水，小便不利”（223条）来看，脉浮

发热为阳明气分之热，渴欲饮水是气热伤津而津液不足，小便不利是气化不利而水气停蓄，代表里热阴虚水气三组证候，所以治宜清热滋阴利水的猪苓汤。然而五苓散证也是脉浮发热，渴欲饮水，小便不利，如果仅根据这些脉证，则将无法作出鉴别，这就需要从证候性质来认识：五苓散证的性质属寒，阳气不足，没有里热阴伤，其口渴为单纯的水蓄而津不上布；猪苓汤证的性质属热，阴液不足，没有阳虚表寒，其口渴既因水气不利，也因胃热津伤。所以前者治宜五苓散，后者治宜猪苓汤。再从猪苓汤的方组来看，四味药都是利尿，只有阿胶一味滋阴，可见该方虽然滋阴利并举，而实以利尿为主，假使胃热津伤较甚，则不宜使用。234条“阳明病汗出多而渴者，不可与猪苓汤。以汗出多胃中燥，猪苓汤复利其小便故也。”就是对猪苓汤作用特点的具体说明。由方药作用推测病机，很明显猪苓汤证的病机是水气不利为主，而不是“水热互结”，况且水热互结易与大结胸证的“水热相结”混淆，试问猪苓汤中那味药是破结作用？这样不切实际的病机概念，应当毫不吝惜地扬弃。

（六）阳明病下法的特点

阳明病下法主要用于大肠有形燥结，也就是肠府燥实证。由于病情有轻重，证势有缓急，因而有峻下、和下、缓下、润下与外导等治法，峻下用大承气汤，和下用小承气汤，缓下用调胃承气汤，润下用麻子仁丸，外导用蜜煎方及猪胆汁导等，尽管还不够完备，但已初具规模。其最突出的优点是示人以活法，强调从整体出发，通过具体分析，于动态中审证，随证立法、选方、择药。主张中病即止，谨防过剂伤正；有时连续攻下，以免留邪为患。一般比较慎重，恐诛伐无过；有时极其果断，怕延误病机。或主峻攻，或仅和下，或取其

缓，或取其润，或用外导，或勿药等待自通，既有原则性，又有灵活性。直至今日，它的辨治内容，仍然具有积极的指导意义。

1. 阳明府实证的一般辨证

阳明府实辨证主要根据四个方面：一是二便情况，大便应是多日不通，小便应是次频量多，所谓“小便数，大便因硬”（250）。“须小便利，屎定硬”（251）。二是出汗情况，如“阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必硬”（213）。尤其是手足汗出，乃燥屎已成的征象，“手足濇然汗出者，此大便已硬也”（208）。三是发热情况，如“蒸蒸发热者，属胃也”（248）。甚则“日晡所发潮热”（212）。又“有潮热者，此外欲解，可攻里也”（208）。四是腹部情况，如“腹满痛”（254），“绕脐痛”（239），“腹满不减，减不足言”（255）等。第一二方面，是就尿与汗以测知肠燥的程度，第三方面，突出阳明府实证的发热特征，第四方面，则是阳明府实证的腹诊。四者俱备，府实证当然可以确诊，但是只要有大便多日不通，结合热型或腹诊，亦不难确诊为阳明府实证。

在府实证已经确诊的前提下，还须进一步辨别证情的轻重，根据病情选方，才能提高疗效。通常是参考患者的进食情况：能食，表明府实程度尚轻；不能食，表明府实程度严重。再则是参考脉象，如脉象滑疾，为燥结未甚；脉象迟实，为燥结已甚。府实较轻的，只可用小承气汤，府实剧重的，必须用大承气汤。

2. 阳明府实证的疑似辨证与预后推断

典型的府实证并不难辨，难在证情疑似。例如过经谵语，小便自利，应属阳明府实，但患者不是便秘，而是下利，因为下利有虚实两种可能，究竟属实还是属虚？则很难确诊。

论中提出结合脉诊的辨证方法，就是“脉微厥”为虚，“脉调和”为实。然而现在脉学中的二十八脉并无这样名称的脉象，以致引起许多争议，终因概念不清，无法联系实际，直至今天仍属悬案。个人体会两者乃对举之词，不是脉的名称，所谓“脉调和”，意指脉无虚象，与证情相符，因而断为实证。所谓“脉微厥”，乃指脉呈虚象而不调和，所以知为虚证。既然证属阳明府实，何以不是便秘而是下利？这可能是误用丸剂攻下所致。因此，询问治疗经过，颇有助于鉴别疑似，示人临证不可忽视。由于丸剂误下，虽然下利而里实未除，自当继续攻下，但是经过误下，胃气必然损伤，不宜枳朴破气，所以方选调胃承气汤，而不用大、小承气汤。不过，阳明府实证下利，也有不因误下，而是“热结旁流”的，其下利大多纯是粪水，不夹渣滓，量少而臭，略加注意即可确诊。可随证情轻重，选用三承气汤。

府实危重证的预后诊断，还是脉证合参，如“脉弦者生，涩者死”（212条）。有的以“弦为肝脉”解释，似嫌牵强。个人认为这里的弦与涩，皆指脉的形态，弦，形容脉长而清楚；涩，形容脉短而模糊。脉形弦长，标志着气治而阴未绝，尚有治疗余地，所以说“弦者生”。脉形短涩，则表明气病而阴将竭，已无治疗余地，所以说“涩者死”。再则，通过前后证情的比较，如原来小便难，进而为小便闭，则知化源已绝；原来的腹满、时时哕，进而为腹满愈增，哕愈甚，表明邪壅正败，因知预后极坏。

3. 对三承气汤运用标准的看法

关于三承气汤的运用标准，大多依据三方用药的功能划分，提出了痞满燥实悉具，用大承气汤，以枳实消痞，厚朴泄满，芒硝润燥，大黄泻实。痞满实而不燥，用小承气汤，燥

实而不痞满，用调胃承气汤。似乎颇得要领，实则非常机械。首先，局限了药物的作用，并把方剂功效看成几味药物作用的相加，既不符合辨证精神，也不符合临床实际。试问小承气汤主治大便硬，怎么能说不燥？《伤寒论》明文记载着“伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤”（249）。怎么能说不满？尝考这一提法始于张元素“大承气汤治痞满燥实，地道不通”。

（《医学启源》）但尚未提到小承气与调胃承气，经王海藏的推演，陶节庵的发挥，才渐成定论。由此把仲景用下法这一富有辩证思想极其灵活的辨证论治方法，变成形而上学的呆板的教条。不应该再墨守下去，应当遵照《伤寒论》的辨证原则，从整体出发，对全部病情进行具体分析，权衡轻重缓急，选用相应的方剂。如证重势急的，治用峻下的大承气汤，证轻势缓的，治用和下的承气汤，邪实正伤的，治用缓下的调胃承气汤。有人认为这样区分过于笼统，其实颇符“模糊数学”精神，正是中医辨证理论的科学价值所在。

4. “慎重”与“果断”，是正确运用下法不可偏废的两大原则。

下法是驱邪的重要手段之一，运用得当，则邪去正安，病情可立即好转；运用失当，则反伤正气，病势必更加严重。怎样才能正确运用？仲景示人用下必须慎重又应果断的原则。在证情疑似难辨或邪实正虚的情况下，强调用下必须慎重；当证势急剧，下缓则不通而阴竭，则主张用下必须果断，只有当机立断，峻剂急攻，才有可能挽救垂危。稍有犹豫，就会贻误病机而鞭长莫及。阳明病篇对此有比较详细的论述，极有指导意义。

例如腑气壅滞的腹胀满，照理宜用小承气汤行气泄满，但是已经用过吐法之后，胃气必然损伤，若用枳实、厚朴与

大黄相伍的小承气汤，恐胃气再伤，因此，只可用调胃承气汤。又如“腹大满不通”，按法当用大承气汤，但鉴于“其热不潮”，表明肠腑燥实尚未十分严重，因而只用小承气汤。又如谵语、潮热，为大承气汤证的典型证候，然而脉不是迟实，却是滑疾，据脉勘证，滑乃流利不定，疾为异常快速，不仅标志着燥结程度不甚，而且伏有里虚之机。因此，不但不可用大承气，就是小承气汤也必须谨慎使用，所以，采用小承气汤小量试服的方法，根据试服后的情况再决定是否继续服用。假使“明日又不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也”（214条）。正如周禹载所析：“一见滑疾，便有微涩之虑，此所以一试再试而不敢攻也。”从临床来看，脉搏的过速，往往是心气虚的征象，即使府实证已具，也不可攻下，若误用下法，不但不能收效，甚至有发生心衰的危险。由此可见，论中这一类条文，当是仲景临床实践的真实记录，否则决不会如此翔实具体，的确难能可贵。又如“得病二三日，脉弱，无太阳、柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与微和之，令小安”（251条），也是脉证合参，权宜给药的范例。

当府实程度的轻重尚未确诊时，使用下法应注意宁缓勿急，宁轻勿峻。一般可先用小承气汤，如药后矢气频转而便仍不通，所谓“屎未动而气先行”，表示燥屎已成，再改用大承气汤。如果误攻，就会损伤中气而发生“胀满不能食”及“欲饮水者，与水则哕”的变证（209条）。

以上是对使用下法应当慎重的讨论，但决不是说凡用下法都要这样慎重，遇到应当急下峻攻的证候，也畏首畏尾，小量试服。又必须果断地大胆用药，及时采用峻攻急下的方法，本篇的三急下证，就是果断用下的实例。一是“目中不

了了，睛不和”（252条），乃燥实灼烁真阴，不能上注于目的征象，虽然腑实证不太严重，只是大便难，身微热，也应急下。二是“发热汗多”（253条），乃肠腑燥实，蒸迫津液外泄，必势急而量多，若不急下其里实，就有阴竭阳亡之虞。三是“发汗不解，腹满痛”（254条），下缓则不通，所以也必须急下。少阴病篇所载的三急下证，尽管临床表现与阳明三急下证不同，但应当急下的病机大体相同，也可参考。总之，慎重与果断，都是证情的需要，不能偏执，只有全面理解，才能正确把握，避免犯因循或鲁莽的过错，从而提高下法的效果。

5. “中病即止”与连续用攻，是使用下法应当注意的另一原则。

凡是攻邪之剂，都应当恪守中病即止的原则，如服大青龙汤后有“一服汗者，停后服”的医嘱，如果复服，则有“汗多亡阳遂虚，恶风烦躁不得眠”的变证。服大陷胸汤后，有“得快利，止后服”的医嘱，服瓜蒂散有“得快吐乃止”的医嘱，服承气汤也是如此，大承气汤方后有“得下，余勿服”，小承气汤方后有“若更衣者，勿服之”等，目的只有一个，那就是防止过剂伤正。但也不是绝对的，有时不但不是停后服，而且主张连续攻下，如“阳明病下之，心中懊悒而烦，胃中（当作肠中）有燥屎者，可攻”（238条）。又如“大下后，六七日不大便，烦不解，腹满痛者，此有燥屎也。所以然者？本有宿食故也，宜大承气汤”（241条）。这样，下后复下，完全是根据病情的需要，同时也体现了“除邪务尽”的思想，并不像某些医家提出的“伤寒只可一下，不可再下”，应当予以澄清。

6. 润下、外导与勿药自通。

对于邪热不甚而肠燥便秘的脾约证，其特点是“不更衣

十日无所苦”（247条），说明腹部不满不痛，不须汤剂攻邪，宜用具有滋润通下作用的麻子仁丸，并采用小量（每服如桐子大十丸）渐加，以知为度的给药方法。实践证明，这一方法既能收到通便的效果，又能避免耗伤正气，直至目前，麻子仁丸仍是临床治疗习惯性便秘的一张常用方剂。如果因津液外泄而致直肠干燥，粪便难出的便秘，又有外导的方法，代表方为蜜煎方，后又提出“若土瓜根及大猪胆汁，皆可为导”。同一外导法，提出了三张方子，正是仲景博采众方的例证，实开后世灌肠法的先河。近代报导用胆汁灌肠，治产后便难、手术后便难，气胀，麻痹性肠梗阻，大多在灌肠后半小时左右即达到排便目的，少数病例延长到两小时。通过观察研究，发现猪胆汁不仅有助胰液消化与刺激肠蠕动的作用，由于胆盐能减少肠内腐败物，又是一种天然抗毒剂。

还有一点值得提出，便秘，不一定都用攻下方法，在某些特定情况下，可待其自通，并能估计出便通的大约时间，如“阳明病，本自汗出，医更重发汗，病已差，尚微烦不了了者，此必大便硬故也。以亡津液，胃中干燥，故令大便硬。当问其小便日几行，若本小便日三四行，今日再行，故知大便不久出。今为小便数少，以津液当还入胃中，故知不久必大便也”（203条）。热病恢复期这种情况比较多见，通过询问小便的前后情况以预测大便自通的日期，颇有实践意义。这种不是“唯药观点”的思想，尤其足贵。

此外，阳明蓄血证的喜忘与屎虽硬大便反易，其色必黑，不但突出了辨证要点，治用抵当汤逐瘀攻下，为下法另辟了蹊径。由于蓄血证已见于太阳病篇，本篇所述只是为了补充，所以仅出一条，其实，太阳病篇的蓄血证，并不是太阳腑证，实际也是阳明里实证，应当合勘。

前辈医家对于下法的运用，积累了丰富的经验，不但增加了许多辨证方法，而且补充出许多有效方剂，现仍在不断深化，并且有新的进展。然而，从流溯源，其理论基础实出于《伤寒论》，其组方规律仍源于承气诸方。特别是《伤寒论》有关用下的许多原则，具有普遍性的指导意义，应当充分应用现代化的手段，进行深入研究。

四、少 阳 病 篇

《伤寒论》中的少阳病篇仅有 10 条条文，而且包括传经、欲已与欲解时在内，是因为它的大部分内容已见于太阳病篇的缘故。喻嘉言著《尚论篇》，将太阳篇治少阳之法悉归于本篇，其后有许多注家也仿喻氏的作法，这样，确实有利于全面了解、认识少阳病，为此也把少阳病有关的内容，归并在一起讨论。

（一）少阳病提纲问题

少阳病提纲，既不同于太阳病提纲据主要脉证，又不同于阳明病提纲据病理特征，而是依据病人的自觉证——口苦、咽干、目眩，三者皆与胆热有关，例如太阳表寒证，口和舌润，一见口苦咽干目眩，则知邪有内传化热之机，这时辛温的麻黄、桂枝决不可用。据此，以口苦等为少阳病提纲，对于临床辨证论治，颇有意义。也有认为口苦等不能作为少阳病提纲，主要理由是这三个自觉证，并非少阳病所独有，如 189 条“阳明中风，口苦咽干”。221 条“阳明病，脉浮而紧，咽燥口苦”等。也有主张与小柴胡证的四个主证结合起来。也有主张应以往来寒热，胸胁苦满为提纲，等等，都有

一定理由，似乎以后者理由更较充分。但是，从临床来看，往来寒热与胸胁苦满固然是少阳病比较多见的证候，却不是一定必见的证候，因为没有这两个证状，同样可确诊为少阳病。间有典型的往来寒热，或胸胁苦满，若不伴有口苦咽干目眩，就不一定是少阳病。阳明病的热势比少阳病重，当然也能见到口苦咽干，但阳明病必定还具有自己的主证，不难与少阳病鉴别。由此可见，口苦咽干目眩三个自觉症，对于三阳病中的少阳病的诊断，确实能够提高预见性。如与小柴胡证的四个主证结合起来，当更有利于辨证。单纯以寒热往来，胸胁苦满作为少阳病的辨证提纲，则不符实际。曾治一眩晕患者，西医诊断为美尼尔氏综合征，发病一周，经治未愈，即根据口苦咽干目眩，结合舌红苔白薄腻，脉弦数，辨证为少阳痰热，使用柴胡剂收到显效。如果没有口苦咽干，而是舌淡苔润，则多属于寒饮上凌，清阳不升的苓桂术甘证。

（二）少阳病辨证问题

1. 耳聋目赤，胸满而烦（264条）。耳聋有虚实之分，寒热之异，太阳病发汗过多，病人叉手自冒心，心下悸欲得按，两耳无所闻，为心阳损伤的虚寒证；本证目赤胸满耳聋，乃少阳风火上扰，清窍不利的热实证。后世治疗耳聋属热属实的多从少阳，实源于此条精神。

2. 头痛发热，脉弦细（265条）。此条是脉证合诊，据脉定证。头痛发热，乃三阳病均有的证候，但太阳病脉必浮，阳明病脉必大，现在脉象不浮不大，表明不属太阳，也不属阳明，脉象弦细，弦为木象，主肝胆病，细主热势未甚，据此，可确诊为少阳病。

3. 往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕（96条）。往来寒热的特点是寒热交替，寒已而热，热已而寒，

发热时不觉恶寒，恶寒时不知发热，不同于恶寒发热同时并见的太阳病，又不同于寒热定时发作的疟疾。少阳病为什么会寒热往来？成无己认为“邪在表则寒，邪在里则热，今邪在表里之间，未有定处，是以寒热往来。”喻嘉言宗方有执之说：“少阳主半表半里之间，其邪入而并于阴则寒，出而并于阳则热。”沈明宗在喻氏的基础上提出“故邪入于阴则外寒，出阳则外热，而往来寒热者，乃少阳半表半里之证也。”唐容川对寒热往来病机的解释，与方喻等解释完全相反，与成氏的解释比较接近，提出“邪在腠理，出与阳争则寒，入与阴争则热，故往来寒热。”似乎都有道理，然而他们所说的阴阳究指何物？说得愈多，听得愈糊涂。其实《伤寒论》本身就有着很好的解释：那就是“正邪分争，往来寒热”，是何等的概括！因为恶寒发热是正邪相争的反映，少阳病正处于由表入里的过渡阶段，邪欲入而正拒之，正被邪敛束则寒，正与邪相搏而热，邪不能胜正，正亦不能胜邪，正邪相持，时而正胜邪则热，邪胜正则寒，所以会往来寒热。程郊倩说：“在表之邪欲入里，为里气所拒，故寒往而热来。”就三阳病的热型来看，太阳病发热恶寒，少阳病寒热往来，阳明病发热恶热而不恶寒，发热恶寒——往来寒热——不恶寒反恶热。可见少阳确实是在太阳之后，阳明之前，因此，寒热往来是邪传阳明的前奏，也是少阳病程在阳明之先的理论依据，从而可证《内经》“少阳为枢”的譬喻十分正确。但“枢转出入”，既然能够由表入里，当也可以由里出表，证之临床，阳明病经过清下治疗，邪衰热减时，原来的不恶寒，反恶热，转变为往来寒热而逐渐向愈，或改用和解而愈，叶天士所谓“转疟之机括”，即指这一情况而言。戴北山认为少阳传阳明与阳明传少阳都是可能的，但有转重、转轻的

区别。戴氏指出“在传变之初，是由轻转重，始则邪犯少阳，里气出与邪拒，故往来寒热，继则邪深入里，则热多寒少矣，但热不寒矣，至昼夜壮热，谵妄烦渴，而其势日重。在传变之后，是由重转轻，经过少阳也，其始昼夜壮热，渐减而为发热有时，又减而为寒热往来，又减而为战汗，至脉静身凉愈。”临床实践证明，戴氏的剖析是完全正确的。胸胁乃少阳经循行部位，少阳经气郁滞，则胸胁苦满。少阳胆病，势必影响脾胃的纳运功能，则嘿嘿不欲饮食。胆热犯胃，胃气上逆，则心烦喜呕。这里的苦、喜、不欲，不单是症状的描绘，是通过问诊，区别于一般胸满、呕、不食，苦满是以胸胁满为苦，不欲饮食乃是胃气不苏，不同于不能食，喜呕有得呕方舒之意，只有少阳病才具有这些特征，所以对于辨少阳病，极有参考价值。由于这几个症状，是小柴胡汤的主要适应症，因而称为“柴胡证”。为了便于执简驭繁，论中又提出“但见一证便是，不必悉具。”（101条）并且举出许多“但见一证便是”的例证。但并不等于不要具体分析，接着又举出类似少阳病的变证，如98条“脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食而胁下满痛，面色及身黄，颈项强，小便难。”乃太阴虚寒证误下变证，不是少阳病，误用小柴胡不但病情没有好转，反而增加了“下重”与“哕”的病变。

4. 胁下硬满，干呕，不能食，往来寒热，脉沉紧（266条）。本条除了往来寒热是少阳病的热型以外，其他均不典型，而脉象沉紧更与少阳病不符，因为沉脉主里，紧主邪结，热聚于胃的痞证可见到沉紧脉，所谓“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞”。水热结胸证亦可见到脉沉紧。如“结胸热实，脉沉而紧。”无论怎样分析，少阳病总不应该脉沉紧。

这时的辨证，询问治疗经过具有重要意义。如果已经使用过吐下方法，脉沉紧可能属于邪陷；条文中提出“尚未吐下”，就是辨证的关键，据之可知脉沉紧不是邪陷，而是与浮紧相对而言，标志表证已罢，结合往来寒热，从而断定不属里实，仍然是少阳病，故仍以小柴胡汤主治。

5. 潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去（229条）。潮热是阳明病肠腑燥实证的主要热型，但阳明腑实证，大便当硬，小便当数，今却是大便溏，小便自可，可见里实的程度不甚，况胸胁满不去，表明邪虽传至阳明，而病机的重点仍在少阳，那么，根据先外后内的治则，也当先治少阳。

6. 胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔（230条）。胁下硬满与呕属少阳，不大便属阳明，照理应是阳明少阳两经同病，但究竟阳明为主，还是少阳为主，“舌上白苔”为辨证的关键，因为阳明腑实，舌苔必然黄厚干燥，舌上白苔则表明里实未成，热邪仍在少阳，所以仍当治以小柴胡汤。然而白苔一般主寒，少阳热邪为什么舌上白苔？这是因为津气郁结之故，但苔虽白而舌质必红，为了避免误认，能结合提纲证明口苦咽干目眩，则更易明确诊断。

7. 呕而发热（149条、379条）。所谓“呕而发热者，柴胡汤证具”，因“喜呕”是少阳主证，呕与发热同见，则表明这一发热不属太阳，亦非阳明，虽然不是往来寒热，亦可确诊为柴胡证。

8. 阳郁假寒证（148条）。临床表现寒热疑似，虚实混淆，既有不大便，又有微恶寒，既有心下满，口不欲食，又有手足冷，脉沉细紧，颇似阴结证，其间惟有一个症状“头汗出”，非阴结证所有，乃阳郁于里而蒸于上的确证，文中特提出“阴不得有汗”，由此推断“今头汗出，故知非少阴”。

也。”进一步论证“假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也。”“头汗出”与脉细合参，则知热不太盛，从而得出“此为阳微结”的诊断。通过“头汗出”一证，抓住了病变性质不是阳虚而是阳郁，则知微恶寒，手足冷，脉沉、细、紧，皆阳气内郁而致的假寒脉证，心下满，口不欲食，也是阳郁气机不畅之故。文中“必有表复有里也”与“不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也”，皆是相对之词，不应理解为表里证同具，或一半表证一半里证。有些注家解释“阳微结”是“热结尚浅，外带表证”。热结尚浅颇是，外带表证则非。如果是外带表证，就非小柴胡汤所能胜任。从条文“设不了了者，得屎而解”来看，可以断言阳微结证之用小柴胡汤，目的不是解表，而是通大便。药后仍不了了，于小柴胡方中酌加通大便药，以促进通便，便通结开，则诸证可愈。这里有一个原则必须遵循，就是“阳结”可以苦寒攻下，“阳微结”不可下，只能治以和解达邪。

（三）少阳病治疗问题与小柴胡汤的运用

少阳病的治法是“和解枢机”，乃是针对“枢机不利”的病机而言，同时也区别于以逐邪为主要手段的汗、吐、下诸法。所谓“和解”，并不意味着调和折衷，邪正不分，实际是助正达邪，使邪从外解，防邪向内传，从而收到积极的治疗效果。和解法的主方是小柴胡汤，此方柴胡升清透邪，黄芩清热和阴，柴芩同用，可加强透邪之力；半夏、生姜降逆和胃，与黄芩相伍，又具有辛开苦泄作用；佐以人参、炙草、大枣甘温益气以助正，既能达邪外出，又能防邪内传，的确是一张配伍严谨，效高面广的良方。程郊倩说：“柴胡疏木，使半表之邪得从外宣；黄芩清火，使半里之邪得从内彻，半夏能开结痰、豁浊气以还清；人参能补内虚，甘草和

之，而更加姜枣助少阳升发之气，使邪无内 向也。”章虚谷说：“小柴胡汤升清降浊，通调经府，是和其表里以转枢机，故为少阳之主方”，这些注释，皆有助于对小柴胡汤作用的理解。从小柴胡汤服后的效果来看，不仅能使邪从汗解，而且有利小便与通大便的功能。它既非发汗剂，又非利水剂，更非攻下剂，何以会具有这些作用？论中 230 条“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濇然汗出而解”，就是一个很好的答案。因为服用小柴胡汤，首先是上焦气机得到通调，随之津液能够输布下行，胃气因而得和，胃气和则正气恢复，抗邪有力，正胜邪却，自然会全身濇然汗出而解。原意是说明汗解的机理，但从津液得下，可知有利水作用，从胃气因和，可知有通便功能。这些已被大量实践所证明，不多赘述。兹将小柴胡汤的运用范围简述于后，以供参考。

1. 能治胃肠升降机能紊乱，呕吐，二便失调等证。
2. 能治肝胆疏泄不利，胁部、腹部胀痛。
3. 能治小便短少，对慢性肾炎，腹水、少尿，肾功能严重破坏，因伴有柴胡证，投小柴胡汤加味，收到显著效果。
4. 能治心悸，对阵发性心律失常有效。
5. 能治长期低热及其他发热待查，特别是寒热间歌发作有效。
6. 能治胆经郁热之鼻渊与风火上扰之耳聋以及木火犯肺之咳嗽。据史载宋、元祐二年（1087年）时行咳嗽，无论长幼，服此皆愈。
7. 能治热入血室及其他血分瘀热证，可加生地、丹皮、地骨皮之类。

如上所述，可见小柴胡汤的主治范围确实是很广的。但是也有不同认识，提出“柴胡竭肝阴”，以致不敢使用。这

一说法对于不辨证而滥用柴胡有警戒作用，但仅是在肝阴虚的情况下禁用，并非所有肝胆疾患均不能用。即使是肝阴损伤，在用养肝阴方剂中少佐柴胡以调肝，不但不会竭肝阴，还可提高疗效。

（四）关于柴胡类方的运用

1. 柴胡桂枝汤

此方即小柴胡汤加桂枝、芍药，为两解太少之轻剂，用于少阳病兼太阳之表，“发热，微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结”（146条）。证情很轻，药量极小，这表明药量大小都是根据证情的需要而定，那种以为经方用量一定大的看法是不全面的。我国医家颇善运用本方，但大多没有超出少阳兼表的范围。日人相见氏使用本方加重芍药治疗癫痫取得较好疗效，并能治植物神经失调证。据报导可用于心脏神经症，自家中毒、舞蹈症、遗尿症，圆形秃发、哮喘、荨麻疹、溃疡性大肠炎、偏头痛、帕金森氏病、美尼尔氏病、风湿病、巴塞杜氏病、经闭、月经困难症、不孕症、手掌角化症、腰痛、带下、神经官能症、失眠症、神经痛、神经麻痹、胃溃疡等二十多种病症。对于推广运用柴胡桂枝汤颇有启发意义。相见氏所以能够打破常规，取得新的进展，是在《伤寒论》理论指导下，从大量临床实践中发现的。他看到大部分癫痫患者都有胸胁苦满与腹肌挛缩同时存在的腹证，于是采用小柴胡汤与桂枝加芍药汤合方治疗，收到比较满意的疗效。以后不管有无上述腹证，凡是癫痫均使用该方，同样收到了疗效。这似乎不符合《伤寒论》辨证论治原则，相见氏提出“休作有时”是小柴胡证审证要点之一，他体会所有发作性疾病都是小柴胡证，因此，癫痫发作本身就符合柴胡桂枝汤证。因芍药主治结实挛缩，癫痫的痉挛性素质也是芍药的适应证，

所以重用芍药亦寓有辨证精神。再则“血弱气尽”，相当于小建中汤证的“阴阳俱虚”，所以二方合用，能治植物神经失调症。

2. 柴胡加芒硝汤，即小柴胡汤加芒硝。

3. 大柴胡汤，即小柴胡汤去人参、甘草，加枳实、芍药、大黄。

这两张方剂均有和解兼下作用，都用于少阳兼里实证。根据原文所述，柴胡加芒硝汤证是“胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利”（104条）。大柴胡汤证是“先与小柴胡汤，呕不止，心下急，郁郁微烦”（103），与“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐下利”（165）。除日晡所发潮热，发热汗出不解，属阳明里实证以外，三条均有呕，这是胆热犯胃，胆胃气逆；其次是心下急，心中痞硬，虽与胸胁苦满不同，实际也是胆胃气滞所致。两处提到下利，前者是因丸剂误下，正气已伤，故仍用小柴胡汤，仅加一味芒硝以通里实；后者是里气壅滞，升降失常，正气不虚，故宜用大柴胡汤。要之以少阳气机壅滞为主，与单纯阳明府实证不同，所以治疗必须和解兼下，而非三承气所能胜任，这正是柴胡加芒硝汤、大柴胡汤与三承气汤的区别所在。阳明病篇有“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之”（204条），与“阳明病，心下硬满者，不可攻之”（205条）的禁例，无疑是指禁用承气汤。但是，不用承气，宜用何方？论中没有交待，参照少阳兼里实的特点，那么，柴胡加芒硝汤与大柴胡汤应是首选方剂。

基于柴胡加芒硝方中人参芒硝同用，凡属正气虚而邪未去的证候，均可师其配伍原则，实开后世益气攻下法的先河。大柴胡汤主要用于胆胃气机壅滞的热实证，临床上不论急性胆囊炎、急性胰腺炎、胆道蛔虫合并感染，还是急性胃肠炎，

只要符合大柴胡证的病机，治以本方都有一定效果。

4. 柴胡桂枝干姜汤

此方即小柴胡汤去人参、半夏、生姜、大枣，加桂枝、干姜、萎根、牡蛎。具有和解枢机，温化停饮，透达郁阳的作用。适用于邪留少阳，水结火郁证。邪在少阳，正邪分争，所以往来寒热，水饮逆于胸胁，所以胸胁满微结，水气内停则小便不利，津不上承则渴而不呕，火郁扰神则心烦，火郁上蒸则但头汗出（147条）。由于证情较杂，所以方中用药亦较杂，但是杂而不乱，加减皆有法度。《金鉴》曾分析指出其加减化裁规律，认为本方“即小柴胡汤之变法也。去人参者，因其正气不虚，减半夏者，以其不呕，恐助燥也，加栝萎根，以其能止渴兼生津；倍柴胡加桂枝，以主少阳之表；加牡蛎以软少阳之结；干姜佐桂枝，以散往来之寒，黄芩佐柴胡，以除往来之热，且可制干姜不益心烦也，诸药寒温不一，必需甘草以和之。初服微烦，药力未及，复服汗出即愈者，可知此证非汗出不解也。”

5. 柴胡加龙骨牡蛎汤

此方即小柴胡汤去甘草，加龙骨、牡蛎、茯苓、桂枝、大黄、铅丹。既能和解达邪，又能重镇安神，既能通阳利水，又能坠痰泻实。适用于正虚邪陷、三焦壅滞证。从“胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧”（107条）等临床症状来看，确实是邪弥三焦，周身均病，但病机关键是少阳枢机不利，尤其是烦惊与胆热密切相关，故治选小柴胡汤和解少阳，助正达邪为主，加龙牡重镇，铅丹坠痰以止烦惊；加桂枝佐柴胡解外而除身重；加大黄和胃泻实以止谵语，加茯苓通阳而利小便。三焦壅滞一去，则诸证随解。徐灵胎经验：“本方下肝胆之惊痰，治癫痫必效”。日人尾台氏《类聚

方广义》与中神氏《生生堂治验》均谓此方能治癩病，并附有验案。近人《岳美中医案集》亦载用此方治疗 11 岁女孩顽固癩病，取得了良好效果，足资佐证。本人曾用此方治愈一例神经官能症，西医诊断“癩病性哮喘、关节炎”。患者左膀与背部右侧疼痛，每晚喘作时，腿亦剧痛，不能稍动，时作暖气，声高且长，右脉细涩，左脉沉弦。该证的特点是喘与痛相连，突然发作，逐渐缓解。治以此方化裁，服后立见效果。更换他药则不适。守方续服 20 余剂，不再发作。近有报导，此方对阳虚饮结及肝胆失调引起的惊悸及癩病，均有一定效果，而且补充了加减法，如肝火亢者，加夏枯草、龙胆草。挟瘀血者，加桃仁、五灵脂。铅丹有毒，可选用生铁落、白金丸、白芥子等代之。

通过以上讨论，可以看出少阳病的辨治理论与柴胡类方，不仅对外感病有指导意义，对许多杂病，同样有指导意义。尤其是日医运用柴胡桂枝汤加重芍药的经验，不但用于癩病，而且广泛用于植物神经失调症以至 20 余种不同病症，为如何推广《伤寒论》理论与方剂的运用，颇有借鉴意义。同时也可看出《伤寒论》的理论，并非不变的教条，而必须深入理解，继承发展。因此，学习它，钻研它，切不可停留在文字表面，墨守现成结论，而应当深入领会其精神实质，打开思路，大胆地、广泛地运用于临床。只有这样，才能有所突破，有所发现，有所发展，从而为继承和发扬祖国医学遗产作出新的贡献。

五、太阴病篇

太阴病篇是六经病篇中内容最少的一篇，只有 8 条条文。内容尽管很少，但争议问题却仍然较多。从最近出版的阐述《伤寒论》理论的专著来看，对 279 条的解释就存在着很大分歧。如广东出版的《伤寒论选释和题答》中说：“太阳病误下，使表邪内陷入里，影响脾的运化功能，脾滞失运，产生内湿；再者入里之邪已经化热，脾滞湿热相合，所以出现腹满时痛的太阴病症状。其时恶寒发热的太阳表证未除，所以用表里双解法，以桂枝加芍药汤主之。若脾滞失运，又兼有食滞的，则腹痛的情况较甚，可于前方中再加大黄以微下。”江西出版的《伤寒知要》中说：“此属太阴阴阳两虚（以阳虚为主）证，宜用桂枝加芍药汤以温阳为主，而兼滋阴。……桂枝加大黄汤所主治的腹大实痛，是属太阴脾虚兼阳明胃实之候，故用桂枝加芍药以治太阴脾虚，加大黄以治阳明胃实。有的注家认为本证是太阳病并阳明的表虚里实证，故用桂枝汤以治太阳表虚，加大黄以治阳明里实。虽亦言之成理，但因本方是在桂枝加芍药汤方的基础上加大黄，而非桂枝汤加大黄，所以又当别论。”山东出版的《伤寒论语释》中说：“本证是太阳病误下之后，表邪内陷，气血凝滞于脾络而形成的。邪陷脾络，能出现两种情况，轻的脾络时通时阻，证见‘腹满时痛’，当用桂枝汤调和营卫，畅血行，倍芍药以破阴结，通脾络。重的能腹部持续作痛，痛而拒按，成为‘大实痛’，应在前方的基础上，再加大黄以破血行瘀。”这些论点，不仅有理有据，而且有所阐发，对于理解 279 条的精神实质，

都有一定的启发和帮助。然而究竟是湿热，是阴阳两虚，是邪陷脾络，颇有必要作进一步讨论。兹根据辨证论治精神与理论联系实际原则，对篇中几个主要问题试作分析。

（一）太阴病是外感、还是杂病

就太阴病“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”，及“自利不渴”等证来看，应当是内科杂病，因为这些是内科杂病常见的证候。当然也可见于外感病程中，如“太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也。”就是由太阳病演变而成太阴病。不过所谓误下，乃举例而言，不必拘泥，要在辨腹满时痛的性质。只因注家有《伤寒论》为外感病专著的成见，即使是杂病，也要联系外感解释，难免牵强附会。王朴庄指出“本篇脏寒病，是嗽生冷而伤脾阳者，乃内伤，非外感。”临床上的太阴虚寒证，大多因内伤生冷所致，可见王氏的论点是符合实际的。

任何疾病都有寒热虚实，太阴病自然也不例外，然而该篇所述的证候主要是虚寒证，间兼有实证，也是虚中夹实。所出处方也都是温剂。这可能原书残缺不全，也可能因仲景当时对于太阴病尚缺乏全面认识。后人对于太阴病证治有较多的补充，是完全必要的，应当得到充分的肯定。但不能以此强调《伤寒论》的太阴病篇已经完备无缺，将无作有，以偏概全，就违反实事求是的精神了。

（二）太阴病提纲性质问题

太阴病提纲证的性质怎样？成无己、汪苓友等主张属热，钱天来、程郊倩等主张属寒。主热者认为：“此条言太阴病，乃阳邪传里之证也。太阴之脉，入腹属脾络胃，邪热壅甚则为腹满，邪迫于下则利甚而腹时痛。”并提出“阴寒在内，腹中常痛，此阳邪在里，故虽痛而不常，但时时腹自痛，言有时而

痛，有时而止也。”钱天来反对主热说，认为主热说的理由是错误的，他说：“成氏谓太阴为病者，阳邪传里也，其说殊谬，岂太阴无本经自受之邪乎？又云，阴寒在内而为腹痛者则为常痛，阳邪传里虽痛亦不常，但时腹自痛，此论尤谬。”程郊倩也反对主热说，通过对证情的比较进行论证，指出“阳邪亦有腹满，得吐则满去而食可下，今腹满而吐，食不下，则满为寒胀，吐为寒格也。阳邪亦有下利腹痛，得利则痛随利减，今下利而时腹自痛，则利为寒利，痛为寒痛也。”从而得出太阴提纲证性质属寒而非属热的论断。《医宗金鉴》则结合误下变证分析探讨，明确提出“此太阴里虚，邪从寒化之证也。……若以太阴虚寒之满痛，而误认为太阴实热之满痛而下之，则寒虚相搏，必变为脏结痞硬及自利益甚矣。此太阴病全篇之提纲，后凡称太阴病者，皆指此证而言也。”两者相衡，主寒说的论据比较充分，所以多数注家皆认为太阴病为脾虚寒证，而不从主热说。汪苓友坚持主热说，但又补充桂枝加芍药汤为主治方剂，未免自相矛盾。汪氏《伤寒论辩证广注》把《伤寒论》内容分为“伤寒”与“中寒”两大类，颇有创见。独主张太阴提纲证属热，真是干虑一失。此外，还有认为太阴提纲证，既可属寒，也可属热，应当具体分析。如尤在泾说：“此足太阴病之证也。太阴之脉，入腹属脾络胃，上膈挟咽，故其病有腹满而吐，食不下，自利腹痛等证。然太阴为病，不特传经如是，即直中亦如是，且不特伤寒如是，即杂病亦如是，但有属阴属阳，为盛为虚之分耳。”从辨证的角度来看，尤氏的分析是比较中肯的。不管传经、直中，不论外感、杂病，只要出现腹满而吐等证，就可确诊为太阴病，但性质究竟如何，又应根据具体病情进一步辨证。只有这样，才能得出比较准确的诊断。尤氏在辨列

太阴条例大意中说：“太阴者，土也，在脏为脾，在气为湿，伤寒传经之热，入而与之相搏，则为腹满吐利等证；直中之寒，入而与湿相搏，亦为腹满吐利等证，但有肢冷、肢温，脉迟、脉数，口渴、不渴之异耳。”既抓住了太阴的生理、病理特点，又分析了属寒属热的变化条件，还提出了寒证热证的辨证要点，堪称要言不烦。然而所说仅是一般常规，也不能绝对看待，例如对自利辨证，口渴为热，不渴为寒。事实上口渴也有属寒，如“自利而渴，属少阴也”，就是因少阴肾阳虚衰，所以还当结合全部脉证进行综合分析，才能作出正确判断。

至于太阴病误下而致的“胸下结硬”，《金鉴》认为是“脏结”，柯韵伯认为是“寒实结胸”，主张治以三物白散。从寒立论，是两家相同处，但一则主虚，一则主实，未知孰是？三阴病相较，太阴病的虚寒程度最轻，即使误下邪陷正伤，也不会成为纯阴无阳的脏结证，《金鉴》的解释，似欠确切。太阴虚寒证中气本虚，误下则中气更伤，而浊阴上逆，以致胸下结硬，与桂枝人参汤证心下痞硬的病机是一致的。其痞硬乃是“胃中虚，客气上逆”所致，岂能任三物白散的峻攻，可见柯氏注为“寒实结胸”，是错误的。

本条原文有证无方，根据227条“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也。”与163条桂枝人参汤主治的“心下痞硬”，以及159条“理中者，理中焦”等内容，似仍当治以理中汤一类方剂。

（三）腹满时痛问题

腹满时痛，是太阴病的主证之一，太阴病提纲条文中已经提到了腹满与时腹自痛，从伴有下利、吐而食不下等证来分析，应属于太阴虚寒证。279条“本太阳病，医反下之，因

尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之。”不兼下利，可见与提纲证腹满时痛的性质有所不同，不应等同看待。然而本证腹满时痛的性质怎样？则颇多争议。由于叙证太简，注家往往采用以药测证的方法推断证候、分析病机，因而在讨论时势必牵涉到桂枝加芍药汤的作用，因为理法方药一线贯穿，是密切联系的。但是，对桂枝加芍药汤治疗作用的认识也存在着分歧，所以对腹满时痛及该条证候性质也就很难取得一致意见。归纳起来，约有以下几种认识：

一是认为腹满时痛尚兼表证。如成无己说：“表邪未罢，医下之，邪因乘虚，传于太阴，里气不和，故腹满时痛，与桂枝汤以解表，加芍药以和里。”多数注家皆宗成说，主张桂枝加芍药汤为两解表里之剂。这一主张是否正确，值得探讨。首先，原文“因尔腹满时痛者，属太阴也。”（279条）已经作出肯定的判断为太阴病，并未交待表邪未尽。论中很重视表里辨证，如34条“利遂不止，脉促者，表未解也。”56条“其小便清者，知不在里，仍在表也。”134条“而反恶寒者，表未解也。”163条“表里不解者”以及164条“恶寒者，表未解也。”可见本条未提表证，决不是偶然的遗漏，说兼有表证是没有根据的。再说桂枝汤能外调营卫，内调脾胃，方中桂枝温阳助卫，芍药敛阴和营，并无直接发汗作用，无表证也可用桂枝汤，如营卫障碍的自汗证，妇女妊娠的恶阻证等都没有表证。如果说桂枝汤发汗作用主要指桂枝，那么，不与芍药姜枣相伍的桂枝甘草汤，岂不成了发汗剂。恰恰相反，桂枝甘草汤固表敛液，治汗多心悸。即使桂枝能发汗解表，但桂枝加芍药汤方中芍药用量倍于桂枝，怎么能发汗？如果说桂枝加芍药汤能够解表，那么，小建中汤较该方仅多一味胶饴，也应兼有解表发汗作用了。证之临床，用桂枝加芍药

汤治腹满时痛，很少见到表证，可见兼太阳之表之说是站不住脚的，说桂枝加芍药汤为两解表里之剂也是不能成立的。

二是认为“腹满时痛”属于虚证。如《金鉴》说：“此属太阴里虚痛也。”柯韵伯说：“倍芍药以益脾调中。”钱天来说：“桂枝汤中已有芍药，因误下伤脾，故多用之以收敛阴气也。”这些，皆说明桂枝加芍药汤中倍用芍药的目的在于补虚。元代王好古早有“腹中虚痛，脾经也，非芍药不除”之说（《汤液本草》）。李东垣为补土派的代表医家，治疗脾胃病有丰富的经验，他于方后加减法中多次提到“腹中夯闷，此非腹胀，乃散而不收，可加芍药收之”（《脾胃论》）。可见主虚说不但言之成理，而且有实践依据。然而果真属于虚证，芍药又为补虚而用，280条为什么又有“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄芍药者，宜减之”的教导。大黄与芍药并提，怎样解释？

三是认为“腹满时痛”的性质属热属实。如陈亮斯说：“属热之痛，宜加芍药之寒以和之……芍药性寒，寒能御热而泻侵脾之热邪。”王朴庄说：“盖腹中热痛者，宜芍药，以芍药性寒，能通脾络也。”余听鸿说：“加倍芍药者，因脾气实，泄木疏土之气而除满痛。”果如所说，腹满时痛属热属实，何以不用小承气汤，却用桂枝加芍药汤？芍药的用量固然偏重，性味酸苦微寒，但是方中其他四味药的性味都是辛甘而温，就方剂的总体来说，性质仍是偏温而不是偏寒，因此，说该证的“腹满时痛”为热证实证，恐怕也不恰当。

腹满时痛，指满与痛两个方面，单就腹满或单就腹痛解释都是不全面的。先就腹满来说，如果属于脾气虚寒，治宜温中运脾的理中汤。如果属于脾虚气滞，治宜消补兼施的厚朴生姜半夏甘草人参汤。如果属于肠腑燥结，治宜通下泄满

的小承气汤。本证腹满，既不同于脾气虚寒，又不同于脾虚气滞，更不同于肠府燥结，乃是因脾气散而不收，自觉腹中夯闷不舒，补气、行气、泻实皆非所宜，也不可能收效。只有用桂枝温通阳气，姜枣调和脾胃，更重用芍药收之始效。李东垣把“腹中夯闷”作为重用芍药的标志，确是可贵的经验。再就腹痛来说，一般是绵绵隐痛属虚寒，时作剧痛属实热，这可能是成无己主张时腹自痛属热的根据。但是文中只提到腹满时痛，并未说明腹痛的程度，可见并非实热证，也不是单纯的虚寒证，所以用桂枝加芍药汤一以治满，一以治痛。

芍药的性味功能究竟怎样？据《本草经》记载：“芍药苦平，治邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热疝瘕，止痛，利小便，益气。”《名医别录》记载：“芍药酸微寒，通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶，腹痛，腰痛。”可见芍药有着多方面的作用，上述主补、主敛、主清热、主泄木疏土，立论各异，实际都只强调芍药的某一方面作用，况且离开了整个方组，自难免片面，这是长期存在分歧意见的主要原因。对于芍药作用有比较全面、深刻认识的是清末周岩，他在《本草思辨录》中指出芍药具有敛与破的双重作用，他说：“能入脾破血中之气结，又能敛外散之表气以返于里，凡仲景方用芍药，不越此二义。”又“即《本经》之苦平与酸寒并体之，皆不外敛之与破，识得芍药之用，而无谓之吹求可已矣。”他正是根据敛与破二义，分析了许多与芍药配伍方剂作用的异同。例如“桂枝汤固卫气外泄不与营和，故于桂甘温经驱风之中，用芍药摄卫气就营气……此敛之义也。”当归芍药散治腹中疝痛，此破之义也。桂枝加芍药汤治腹满时痛，此敛与破兼者也（满须敛，痛须破）。可见必须明确药物有多方面的作用，

再结合方剂配伍研究，才能避免偏见。

（四）大实痛问题

太阴病篇提到的大实痛，指痛的程度较腹满时痛严重，故在桂枝加芍药汤的基础上加大黄二两（成注本作一两）。注家对此也有不同意见。一是认为大实痛属于阳明实热，如柯韵伯说：“若表邪未解而阳邪陷入阳明，则加大黄以润胃通结而除其大实之痛。”果如柯说，为什么不用三承气汤？却用桂枝加大黄汤。该方虽然芍药大黄并用，但仍然是温药多于寒药，岂是实热证所宜？另一是认为“大实痛”属太阴之实。如程郊倩说：“倘大实而痛，于证似可急下，然阴实而非阳实，仍从桂枝例升发阳邪，但加大黄以破结滞之物。”秦皇士将太阴腹痛与阳明腹痛比较，得出“承气汤下阳明腹痛者，桂枝加大黄汤下太阴腹痛者。大肠热结，不用桂枝大黄；脾家腐秽，不用承气汤。”这种分析，比较合理，对随证选方颇有帮助。当然，太阴与阳明同处中焦，关系最切，常是相互影响。既加用大黄，自离不开大肠，事实也不可能截然划分。余听鸿说：“此加大黄下太阴之实邪，因阳道实则满痛，桂枝加芍药一倍，加大黄一两，是脾胃皆实不得转，使桂甘枣辛甘助脾通阳，加芍药疏脾之气，加大黄下阳道之实，借脾之气而通府之实。”假使与“脾实腐秽当去”联系起来理解，则不难看出“大实痛”乃因腐秽不去所致，它与肠中燥屎阻结的大实痛是完全不同的。所以不用三承气汤苦寒攻下，而用辛甘温与酸苦相伍的桂枝加大黄汤。正由于这种大实痛为太阴腐秽，所以见到脉弱，标志着气虚较甚，“胃气弱易动”，因此又提出“设当行大黄芍药者，宜减之。”示人应注意控制芍药、大黄的用量，以防过剂伤正。这说明处方选药，不但要求符合病机，还必须做到用量的多少因人而异，极有实践意

义。

（五）下利问题

下利是太阴病的另一主证，“脾宜升则健”，脾病则气陷而清阳不升，《内经》云，“清气不升，则生飧泄”，因此，太阴病多有下利。但是，下利并非太阴病所独具，各经都有下利证。如太阳病下利，因表邪内迫，治宜葛根汤发汗解表；少阳病下利，因胆热干肠，治宜黄芩汤清热敛阴；阳明病下利，为热结旁流，治宜三承气汤攻下里实；少阴病下利，为寒邪盛而肾阳虚，治宜诸四逆汤驱寒回阳；厥阴病下利，为寒热夹杂或肝热下迫，治宜乌梅丸辛甘温阳、酸苦泄热，或白头翁汤清肝解毒。下利同而病机异，因而治各不同，所以施治首须辨证。但是，辨证必须从整体出发，对全部病情作具体分析，不可先有成见。如太阴病虚寒下利，就应伴有一系列虚寒证候，但在许多证候中能否找出一两个最能区分证候性质的症状，篇中特提出“自利不渴，属太阴”，用作太阴病自利的辨证要点，据此就能够抓住要领，执简驭繁，不致被复杂的病情所迷惑。太阴病自利为什么不渴？仲景自注因为“脏有寒”，故治疗原则为“当温之”。应当用什么方剂？“宜服四逆辈”。仅用 23 字，就把太阴病自利的辨证要点、病理机制、治疗原则与例方完全揭示出来，是何等的简明、扼要。然而，即使这样简明的条文，有些注家仍要大作文章，如喻嘉言提出“盖太阴湿土，热邪入而蒸动其湿，则湿有余，故不渴而多发黄；少阴属肾水，热邪入而消耗其水，则湿不足，故口渴而多烦躁。若不全篇体会，徒搏注释之名，其精微之蕴，不能阐发者多矣。”并讥刺“注谓自利不渴，湿邪也，故用四逆辈以燥土燥湿，此老生腐谈，非切要也。”似乎独具卓识，实则文不对题，原文明明指寒，偏偏解释为热，反讥

笑从寒作注为老生腐谈，真有些学霸作风。又如程郊倩已承认太阴下利为寒在中焦，却又历举少阴中有龙火，厥阴中有雷火等与太阴鉴别比较，未免求深反晦。这样的注释，不仅无助于原文精神的理解，反而增加人为的麻烦与障碍。因此，对于任何注家的注释，都应采取分析态度，绝对不应盲从。

下利并不都属于病理表现，也有属于病将向愈的先兆。

278条“至七八日，虽暴烦下利日十余行，必自止。以脾家实，腐秽当去故也。”就是对这种下利机理的探讨。所谓“脾家实”，乃指脾的功能恢复，非指邪实，与“胃家实”的涵义不同，不能混为一谈。本证下利日十余行，证情不能说不重，根据什么预断其利必自止，这里辨证关键是下利之前发生暴烦，它是正复驱邪，正邪剧争的反应，烦后下利为邪有去路，与脾虚气陷下利的性质完全不同，所以知利必自止。汪苓友说：“盖太阴病必腹满，腹满者，胃中有物也，胃中水谷之积，既变而为腐秽，则邪应从大小便出，其暴烦者，邪欲泄而正气与之争也。成注云，‘下利烦躁者死’，此为利而后烦，是正气脱而邪气扰也。兹则先烦后利，是脾家之正气实，故不受邪而与之争，因暴发烦热也。下利日十余行者，邪气随腐秽而得下泄也。以故腐秽去尽，利必自止，而病亦愈。”从理论上说汪氏的分析完全正确，但是临床仅据暴烦就下结论是否可靠？这还应综合全部病情，例如手足的冷与温，脉象的缓与微等。脾气恢复的下利，应是脉缓，手足温；如果脉微，手足冷，则下利是病情转剧，绝不会自止。日医吉益东洞曾有类似脾实下利的治验，“某仆，四肢急情，有时心腹切痛，居常郁郁，气志不乐，诸治无效。……根据腹中挛急，按之不弛，乃作小建中汤饮之。其夜胸胁烦闷，吐下如倾。又召先生，意欲无复服。先生曰，余所处非

吐下之剂，乃如此其甚者，盖彼病毒势已败，无所伏，因自溃遁耳，不如益攻之也。翌早病者自来谒曰，吐下之后，诸证脱然，顿如平日也。”这似为偶然性，实寓有必然性的机理，服补药而吐泻，乃是正气得补药之助，抗邪有力，正胜邪退的表现。东洞氏对病情的分析，颇有卓识，但是仅提到“毒势已败”，没有提到正气恢复，似还不够全面。

以上仅是就几个主要问题略作探讨，未必允当，仅供参考。此外，还有太阴病可发汗问题，是太阴病本身表证，还是兼表？太阴病发黄问题，是湿热，还是寒湿？也都存在着不同看法。从太阴为阴中之至阴来说，本身都是里证，“可发汗，宜桂枝汤”，应当是兼表。太阴病发黄，其病机既有湿热，又有寒湿，应当具体分析。但从太阴病篇发黄条文的内容来看，则应是寒湿而不是湿热，阳明病篇在讨论湿热发黄证治的同时，提出了寒湿发黄，“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也，以为不可下也，于寒湿中求之。”（259）很明显是为了与湿热发黄作鉴别，所以只交待了治疗方向，却未出方剂。对此，宋·韩祇和曾创制了阴黄病六方（茵陈茯苓汤、茵陈橘皮汤、小茵陈汤、茵陈四逆汤、茵陈附子汤、茵陈茱萸汤），以弥补《伤寒论》之不足。元·戴元礼也曾指出“是知非特湿热发黄，而寒湿亦发黄也”。从太阴病篇发黄条文来看，与阳明病篇 187 条的内容大致相同，惟彼条是转属阳明，本条是下利腐秽。其发黄应当属于寒湿，如陆渊雷说：“此条盖有阴寒证候，而手足不冷，大便微利者，故不系少阴而系太阴，手足温者，言不逆冷也。”成都中医学院主编的《伤寒论讲义》对于太阴发黄条的解释尤其明确，“脉浮缓虽与太阳中风脉象同，但身不热而手足自温，则非中风证，故云‘系在太阴’。太阴病湿盛阳微，不能温运，

若寒湿瘀滞，身当发黄；如小便通利，湿从下泄，则不能发黄，这是叙述太阴寒湿发黄的病理。”可是自喻嘉言以后的多数注家皆从湿热立论，太阴发黄虽然大多属于湿热，但也有属于寒湿，《伤寒论》很重视同中求异，比较鉴别，如果都属于湿热，还有什么鉴别意义？因此，把发黄专责之湿热，是片面的。

六、少阴病篇

少阴病篇内容比较全面，既有足少阴肾病的证治，又有手少阴心病的证治。既有阴盛阳虚的寒证，又有阳亢阴虚的热证。所以，提到少阴病，大家都一致认为有寒化证与热化证之分。但当提到少阴病的性质时，则大多认为是全身虚寒证，或心肾阳虚证。这乃是与太阴虚寒证相较而言，竟以此作为少阴病的性质，未免有以偏概全之失。可是如此不切实际的片面说法，却长期沿袭引用，很少提出异议，其故何在？这一方面因为《伤寒论》少阴病篇对于寒化证的论述较多，更重要的因素是混淆了六经与八纲的概念，误把六经中的少阴病与八纲中的里虚寒证等同起来，殊不治六经仅是辨病之所在，而每一经病都有寒热虚实之辨。不应当再墨守少阴病性质之说，而应毫不吝惜地予以扬弃。此外，少阴病篇的一些争议问题，如少阴提纲证的属性与价值问题，少阴三急下证的机理问题等，也应本着实事求是的精神进一步研讨评定，兹将个人浅见略陈于后，聊供参考。

（一）少阴病提纲

多数医家认为“脉微细，但欲寐”，是少阴病的提纲，但

少阴病有寒化证与热化证之异，是总括寒证热证，还是专指寒证或专指热证，意见颇不一致。有的认为包括寒热二证在内，不管寒证、热证，都是“脉微细，但欲寐”。如沈明宗说：“此少阴总脉证也。……此乃邪传少阴，风寒总证，故仲景补出脉之微细，证之欲寐也。若邪在三阳，脉必浮紧数大，入于少阴之脏，经络在里，故脉微细。然卫气行阳则寤，行阴则寐，气入于阴，邪郁于阴，所以不论阴阳两途，必具但欲寐证。若偏于阳者，则显口燥舌干，偏于阴者，则显吐利呕逆，当分脉之浮数沉迟，即随阴阳气血，寒热虚实治之，庶无差误。”（《伤寒六经辨证治法》）张路玉说：“此言少阴之总脉总证也。盖少阴属水、主静，即使热邪传至其经，在先之脉虽浮大，此时亦必变为沉细，在先之证虽烦热不宁，此时亦必变为昏沉嗜卧，但须辨出脉细沉数，口中燥热为热证，脉沉微细，口中和为寒证，以此明辨，万无毫误矣。”

（《伤寒续论》）有的专主热证，如喻嘉言分少阴病为前后两篇，前篇论少阴病可温证，后篇列少阴病传经热邪正治之法，把提纲证条文放在后篇首条（《尚论篇》）。汪苓友认为“此少阴病热困极之状也。少阴者肾经也，肾为水脏，主寒，其脉当沉，今日脉微细者，与沉相类之脉也，邪在三阳，脉皆洪大，传入少阴，则变微细者，此热邪深而脉内伏也。……此非真寐，乃热极而神志昏愤，若欲寐然。”（《伤寒论辨证广注》）有的专主寒证，如程扶生说：“寒邪深入于里则脉微细，而与三阳之滑大迥殊，……邪入少阴，则阳气衰微，不能自振，故但欲寐也。”（《伤寒经注》）《金鉴》说：“少阴受邪则阳气微，故脉微细也。卫气行阳则寤，行阴则寐，少阴受邪，则阴盛而行阴者多，故但欲寐也。”以上三种主张，究以何者为是？看来主热说理由不足，其误在于混淆了脉微细与脉内

伏，混淆了但欲寐与神志昏愤。热证不会呈现脉微细，但欲寐。既然主热说是错误的，那么，总证说虽然强调区分寒热，无疑也是不确切的。恽铁樵曾就阴虚火旺与阴盛阳虚的临床表现进行比较，他说：“阴虚火旺者，恒苦竟夜不得寐，阴盛阳衰者，无昼夜但欲寐。阴虚火旺之不寐，并非精神有余不欲寐，乃五内躁扰不宁，虽疲甚而苦于不能成寐。阴盛阳衰之但欲寐，亦非如多血肥人，头才着枕，即鼾声雷动之谓，乃外感之寒胜，本身阳气微，神志若明若昧，呼之则精神略振，须臾又槁恍不清，此之谓但欲寐，病入少阴，无有不如此者，故少阴篇首标此三字，然阳明症亦有迷睡，须不得误认，故又出脉微细三字。”颇能说明道理。观少阴病黄连阿胶汤证的主证“心中烦不得卧”，可见本条脉微细，但欲寐，属于少阴虚寒证。对比朱肱所著的《类证活人书》早有记载，并且补充出治法方剂，“病人脉俱微细，但欲寐者，少阴证也，急作四逆汤复其阳，不可缓也。”然而“但欲寐”与热盛神昏的“但欲眠睡”（嗜卧）究竟有何区别，很难心领神会，祝味菊在中毒昏聩与神衰昏聩辨证一节中指出：“一切知识在脑，脑之中毒，如发电中枢损伤，则灯光熄灭而一片黑暗也。脑神衰弱，如发电能量不足，则灯光暗淡而模糊不明也。病人昏沉不语，用种种方法，不能求得反应者，中毒也。以指揪其承浆，高呼索其舌，唇张口开而舌自伸者，其神识未泯也。再揪而重索其舌，但口张而舌不伸者，神已衰矣。……譬如电筒，蓄电不足，初按其纽则有光，再按则光已弱，反复按之则等于无光，此中枢因反复刺激而麻痹更甚也。……以此法证之，虽不中不远矣。”比喻对理解少阴病寒化证的但欲寐颇有帮助。关于脉象为什么微细？也有两种解释：一是阳虚阴盛，如钱天来说：“阳气少则微，阴气盛则细，微细

者，阳虚阴盛也。”高学山说：“今脉微为无阳，脉细为有阴，微而且细，是有阴无阳之诊矣。”虽然言之成理，但是阴盛何以脉细，未免牵强。二是气血两虚，微指脉搏的力量，阳气虚鼓动无力则脉微，细指脉搏的形态，营血虚脉道不充则脉细，微细并见，所以是气血两虚。如沈尧封、唐容川皆持此说。沈氏并对王叔和的“细极谓之微”进行了批判：“不知微者薄也，属阳气虚，细者小也，属阴血虚，薄者未必小，小者未必薄也。盖营行脉中，阴血虚则实其中者少，脉故小；卫行脉外，阳气虚，则约乎外者怯，脉故薄。况前人用微字，多取薄字意，试问‘微云淡河汉’，薄乎细乎？”（《伤寒论读》）唐容川认为“微是肾之精气虚，细是心之血虚，脉管是血之道路，血少故脉细；微属气分，气旺则鼓动而不微。”（《伤寒论浅注补正》）正如沈唐二氏所析，微脉与细脉确实有所不同，然而脉微细既主气血两虚，何以少阴寒化证只用姜附剂回阳驱寒，却不用气血双补？其实微脉与细脉既有区别，又有联系，王叔和所说并没有错，《脉经·脉形状指下秘诀》指出：“微脉极细而软，或欲绝，若有若无。”“细脉，小大于微，常有，但细耳。”这就表明微脉大多极细，而细脉则不一定兼微。因此，脉微细并提，重点应是脉微，所以姜附、四逆诸证不再微细同举而是单提脉微，如干姜附子汤证提到脉沉微，白通汤证提到脉微下利，通脉四逆汤证提到脉微欲绝，就足以证明。

也间有人认为“脉微细，但欲寐”不能作为少阴病辨证提纲。如日人山田正珍提出“少阴病，岂但欲寐一证得以尽之乎？若以其但欲寐谓之少阴病，则所谓‘太阳病，十日以去，脉浮细而嗜卧者’，亦名为少阴病乎？阙文明矣。”（《伤寒论集成》）陆渊雷也认为“本条以脉微细，但欲寐为提纲，太简

略，不足包举少阴之证候。”山田氏把但欲寐与嗜卧等同，显然是错误的，脉静神恬之嗜卧，为邪去正安，病将向愈之候，怎么能与但欲寐混为一谈呢。陆氏之说似颇有理，然而为什么不以厥逆下利等为审证提纲，而以脉微细，但欲寐为提纲？颇值得研究。这是因为厥逆下利不是少阴病所独有，而且少阴病也不一定都具有厥逆下利，如果据厥利辨证，难保不发生误诊。至于脉微细，但欲寐乃少阴心肾阳虚的本质反映，当见到微细的脉象，但欲寐的病情，就表明心肾之阳大虚，即须急救回阳。因此以之为辨证提纲，不仅能提高诊断的预见性，做到及时治疗，提高疗效，而且能避免病情进一步恶化。在任何情况下，即使是高热未退病人，只要发现脉微细，但欲寐，就当着眼于少阴心肾阳虚，以四逆汤一类方剂急温之，清下诸法，决不可再用。由此可见，以脉微细，但欲寐作为少阴寒化证的审证提纲，有着“见微知著”的积极意义。

（二）少阴寒化证证治

1. 少阴阴盛阳虚证

少阴阴盛阳虚证的辨证要点，除脉微细，但欲寐的提纲证以外，其次是自利而渴，小便清长。太阴病与少阴病都有自利，前者自利不渴，后者自利而渴，不难作出鉴别。不过自利而渴，不专属少阴寒证，也有少阴热证，必须参考小便情况，才能确诊无误。热证的小便必然短赤，寒证的小便应当清长，所以论中有“若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚，有寒，不能制水，故令色白也。”小便清长是下焦阳虚的确据，由此推知少阴自利的口渴，乃下焦阳虚不能蒸化津液上腾之故，就可避免热盛津伤的错误诊断。再次是四肢厥冷，下利清谷。由于阴盛阳虚不能温运四末，所

以少阴病可见到四肢厥冷；肾阳虚不仅不能蒸化津液上腾，也不能熟腐水谷，所以与太阴病的下利溇薄不同，而是下利清谷。有些注家把下利清谷属之太阴，是不确切的。

少阴阴盛阳虚证的治法主要是回阳救逆，计有八张方剂，都是干姜附子相伍，又称为姜附剂。其基本方是主治厥冷下利的四逆汤。此方能温运脾肾之阳，方中用药仅有附子、干姜、甘草三味，但对其配伍意义却存在很大分歧，有认为附子为君，干姜为臣，甘草为使。如许宏说：“必以附子为君，温经济阳，以干姜为臣辅佐之，甘草为使以调和二药，以散其寒也。”有认为甘草为君，干姜为臣，附子为使。如成无己说：“却阴扶阳，必以甘为主，是以甘草为君，……逐寒正气，必先辛热，是以干姜为臣，……暖肌温经，必凭大热，是以附子为使。”《金鉴》在成注的基础上进一步阐述以甘草为君的配伍意义：“君以甘草之甘温，温养阳气，臣以姜附之辛温，助阳胜寒，甘草得姜附，鼓肾阳，温中寒，有水中煖土之功，姜附得甘草，通关节，走四肢，有逐阴回阳之力，肾阳鼓，寒阴消，则阳气外达，而脉自升，手足自温矣。”陈元犀则以将与帅的关系来比喻说明姜附与甘草的配伍意义：

“生附子、干姜彻上彻下，开辟群阴，迎阳归舍，交接十二经，为斩旗夺关之良将，而以甘草主之者，从容筹画，自有将将之能也。”两说均有一定理由，就驱寒回阳来说，附子自是首选药物，从配伍作用来看，甘草既能降低附子的毒性，又能加强姜附的功能，两药都应是主药而不是佐使药，方中干姜也不是可有可无，前人有“附子非干姜不热”，正说明干姜附子相伍，有加强温阳破阴的协同作用。如果兼津液亏涸，加入参，即四逆加入参汤。此方出霍乱病篇“恶寒，脉微而复利，利止亡血也，四逆加入参汤主之。”成无己注“恶

寒脉微而利者，阳虚阴胜也。利止则津液内竭，故云亡血，《金匱玉函》曰，水竭则无血，与四逆汤，温经助阳，加人参生津液益血。”其后注家有认为“加人参以生津液也”（如许宏）。有的认为“加人参以补虚益血也”（如尤在泾）。好像人参为生津益血之专药，其实是不确当的。李东垣在《脾胃论》中提出“仲景之法，血虚以人参补之，阳旺则能生阴血也”。说明人参是通过补气以生血，以生津。李氏的说法是符合实际的。若是阴盛于内，格阳于外的格阳证，则非四逆汤所能胜任，方中干姜附子的用量必须加重，即通脉四逆汤。若是阴盛于下，格阳于上的戴阳证，又宜以葱白易甘草的白通汤。前方“能大壮元阳，主持内外，共招外热返之于内”，治脉微欲绝，故方名通脉四逆。后方用葱白能通上焦之阳下交于肾，所以方名白通。如果服白通汤下利不止，更增加厥逆无脉，干呕心烦，乃是阴邪与阳药发生格拒，又当于破阴回阳方中佐入咸寒苦降的猪胆汁、人尿，即白通加猪胆汁汤。阴证服阳药为什么会发生格拒？因为阴邪太甚的缘故。王太仆说：“甚大寒热，必能与违性者争雄”，所以必须于白通汤中加入咸寒苦降的胆、尿作为反佐，即《内经》所谓“甚者从之”之意。若无猪胆汁，单用人尿亦可。服白通汤后格拒的脉证，的确十分严重，是否能有治疗余地，“心烦”与否？是一个很值得注意的问题，因为烦是自觉证，知正气未亡，神气尚存。假使不烦但躁，为神气已亡，则无法挽救。厥逆无脉，服白通加猪胆汁汤后无脉转为有脉，自然是好事，但是，必须注意脉出的情况，如果脉象突然显露，急疾搏指，乃阴液枯竭，孤阳无所依附的反常现象，预后极其危恶。只有脉象逐渐恢复，才是阴液未竭，阳气渐复的佳兆。若是阴邪盛而阴竭阳亡，证见“吐已下断，汗出而厥，四肢

拘急不解，脉微欲绝”，虽然尚未发生格拒，也当回阳益阴兼防格拒，可用通脉四逆加猪胆汁汤。此方之用猪胆汁，既取其反佐以防格拒，如尤在泾说：“又虑温热过甚，反为阴气所拒而不入，故加猪胆汁之苦寒以为向导之用。”更取其通脉滋阴的作用，如成无己说：“胆苦入心而通脉，胆寒补肝而和阴。”张隐庵亦认为“取水畜之甲胆，乃启肾脏之精汁，上资心主之血。”陈古愚更以猪胆汁与人参对比，“但人参亦无情之草根，不如猪胆汁之异类有情，生调得其生气，为效倍神也。”至于干姜附子汤与茯苓四逆汤两方虽然不在少阴篇，实际也应是少阴病阴盛阳虚证的主方，不过是以烦躁为主证罢了。干姜附子汤是四逆汤中去甘草，因而有主张干姜附子汤主治的证情急于四逆汤证，其理由是甘草性缓。甘草在四逆汤中的作用已如前述，从两方所主的证候来看，干姜附子汤证的主证仅是昼日烦躁，夜则安静，其伴有证候也不过是脉沉微，身无大热，从姜附的用量来看，均少于四逆汤。而四逆汤主治的证候，一派阴盛阳虚，有几条四逆汤证皆是“急温之”，可见四逆汤的温阳作用强于干姜附子汤，而四逆汤证的证情也急于干姜附子汤证。茯苓四逆汤是四逆加入人参汤，更加茯苓组成，重用茯苓的目的，有认为是利水，有认为是益阴，我们认为决不是益阴，也不一定是利水，而应是宁心安神。

少阴阴盛阳虚证的预后，大体不外阳存者生，阳亡者死。文中主要揭示具体分析的辨证方法，颇有指导意义。例如287条“少阴病脉紧，至七八日，自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去者，为欲解也，虽烦下利，必自愈。”诊脉的一般常识。脉紧与脉微相较，紧为邪甚，微属正虚，现在脉象暴微，由紧转微，却预断为欲解，并推断出“虽烦下利，必自愈。”

这一判断是否可靠？颇难索解。本条提出两个“反”字，就是辨证要点，如果少阴阴盛阳虚仍甚，手足必然厥冷不温，现在手足反温，表明阳气来复，脉紧反去而暴微，表明是邪去而不是正衰，由此又可推知烦为正复祛邪、正邪剧争之故，下利不是正虚邪盛，而是正复邪除，因而预断为“必自愈”。又如290条“少阴病，吐利，躁烦，四逆者死”。与309条“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”叙证几乎全同，但一则断为死候，一则治用吴茱萸汤。如不仔细辨析，颇难区分。前者躁多于烦，四逆不回，是阴极阳绝，所以预后不良；后者烦躁欲死，是知以烦为主，表明寒邪虽盛，阳气尚能与邪剧争，所以可用吴茱萸汤泄浊通阳。既然是少阴病，为什么不用四逆汤，却用吴茱萸汤？这是因为阴邪盛而阳虚未甚，根据病情通假互用。厥阴病阳虚严重时，也使用四逆汤，可以互证。

有人认为当前有了西医的急救药物与手段，中医回阳救逆等方剂已经不再需要，似颇有理，其实是片面的。通过中西医结合的实践证明，恰恰相反，不是不再需要，而是有所发展，例如治中毒性休克，已用过补液、升压药、激素、以至输血，而血压仍不稳定两天以上，（最严重的收缩压曾经降到零，时间最长18天撤不掉升压药）加服稳压汤（即四逆汤以黄精代干姜，黄精30克，生甘草30克，附子9克），1~2天内，就能撤去升压药，恢复了正常血压。认为该方对使用升压药后因人体调节能力欠佳而血压不稳定时起稳压作用，故名稳压汤。这方面的报导，虽然不是太多，但已经有了良好开端，必将有更多的进展。

2. 少阴阴盛阳虚兼水气证

少阴阴盛阳虚兼水气证，论中原文有两组证候，82条

“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者……” 316条“少阴病二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”注家对前一组证候的汗出不解，其人仍发热，有两种解释，大多解释发热为虚阳外浮，果然是虚阳外浮，则证属格阳，恐非真武汤所能胜任。另一种认为是汗不如法，表证仍在，但以里虚较甚，故用真武汤先治其里。此说比较合理。心下悸为水气凌心，头眩因清阳不升，注家的意见一致，惟对身瞤动，振振欲擗地的机理，多数以阳虚而经脉失养解释，难免片面。尤在泾提出系水气所致，他论证说：“经脉纲维一身，以行血气，故水入之，则振振瞤动也。擗犹据也，眩动之极，心体不安，思欲据地以自固也。”并通过与四逆汤比较，得出“此与阳虚外亡有别，阳虚者，但须四逆以复阳，此兼水饮，故必真武以镇水。”极有见地。《金匱》有“其人振振身瞤剧，必有伏饮”的记载，可作旁证。后一组证候，乃水寒浸渍内外所致，阳虚水停则小便不利，阳虚寒凝则腹痛，水寒浸渍于外则四肢沉重疼痛，水寒浸渍于内则下利。临床表现虽然不同，但病机都是阳虚兼水气，所以都可用真武汤温肾阳以散水气。当阳虚较甚，而寒湿郁滞于筋脉骨节之间，证见身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉，背恶寒而口中和，又应着重温补以壮元阳，以真武汤去生姜，加人参，即附子汤。这两张方剂皆是以术附为主药，故又称术附剂，术附倍用，不但温阳，且能镇痛。伍以茯苓，既能利水，又能通阳，佐以芍药，既取敛阴，尤取和营。真武汤佐生姜，目的在于温阳散水，附子汤佐人参，目的在于壮阳益气。真武汤的适用范围尤广，不管是消化系统病，如萎缩性胃炎，胃下

垂，胃及十二指肠溃疡，腹泻（包括五更泻），便秘，胃切除后引起的“倾倒症群”；循环系统病，如风湿性心瓣膜病并发心力衰竭，心衰浮肿，高血压性心脏病并发心力衰竭，心房纤颤，二尖瓣分离术后心衰；泌尿系统病，如慢性肾炎高度浮肿，慢性肾盂肾炎低热等，只要符合心肾阳虚水气泛溢病机，用之皆有良效。此外，还可用于寒饮上逆的肺气肿，支气管炎，阳虚挟水湿的白带等病证，充分体现了异病同治的优越性。

3. 少阴阴盛阳虚兼表证

少阴阴盛阳虚兼表证的原文仅有两条，而且文字极简，但已突出了辨证论治的关键，脉沉为少阴阳虚，发热为外兼表证，故治用温阳发汗法。然而阳虚禁汗，太阳病篇已有病人有寒不可发汗的明训，因为发汗能发越阳气，阳气外越则里阳更虚，势必发生其他变证。何以本证却能使用汗法？这两点根据，一是病程很短，301条“始得之”，302条“得之二三日”，二是“无里证”，阳虚尚不太甚，自注“以二三日无里证，故微发汗也”，就是说明。其中微发汗的“微”字，极有意义，不同于麻桂相伍的单纯解表发汗，而是麻黄与附子相伍，一以温阳，一以发汗，赵嗣真说：“熟附配麻黄，发中有补”，寒邪较甚佐细辛，即麻黄附子细辛汤。寒邪较轻佐甘草，即麻黄附子甘草汤。发热何以称“反”？因为少阴病的特点是无热，所以称为“反发热”，说明不是少阴病本身发热，而是少阴病兼太阳表证，后世因名为太少两感。有主张六经都有表证，这两个汤证是少阴病本身表证，似亦言之有理，但混淆了表里的界限，造成概念错误。其实少阴与太阳并见，并非仅有温阳发汗一法，也有宜先治其里的，如92条“病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，

宜四逆汤”。发热头痛为太阳病，太阳病脉当浮而当沉，故说“脉反沉”。从脉沉推断为少阴里虚，故虽有表证，也当先治其里。从条文表面来看，都有发热脉沉，只是一以少阴病为主，故称“反发热”，一以太阳病为主，故称“脉反沉”。何以一是表里同治，一是先温其里，主要取决于里阳虚的程度。但92条仅提到“脉反沉”，与301条的脉沉一样，怎么能作为先温其里的根据？必须前后联系起来比较分析，才能有比较全面深入的认识。92条先温其里，与302条的“无里证”相较，必然还有其他里阳虚证，只是未明言罢了。因为91条“伤寒医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里，后身疼痛，清便自调者，急当救表，救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”已经明确交待了救里、救表的标准，所以本条举脉略证，这是《伤寒论》互文见义的特点，必须联系互勘，才能避免局限片面。

关于麻黄附子细辛汤的方义，大多注家皆就太阳少阴两经解释，如钱天来说：“故以麻黄发太阳之汗，以解其在表之寒邪，以附子温少阴之里，以补其命门之真阳，又以细辛之气温味辛，专走少阴者以助其辛温发散，三者合用，补散兼施，虽然发汗，无损于阳气矣，故为温经散寒之神剂云。”又如程郊倩说：“须以附子温经助阳，托助其里，使阳不至随汗而越，其麻黄始可合细辛用耳。”个人体会该方主要作用是温经通阳，不但温阳散寒，而且温经除痹。临床运用的范围很广，并不限于少阴兼表证，也不一定有发热，反复发作的风寒头痛、风寒齿痛、关节痛、嗜睡症等使用本方均有良效。本人曾以本方合芍药甘草汤治愈多例寒象偏甚的坐骨神经痛。还以本方加味治愈一例危重的瘧症，某少妇32岁于5月26日晨突感左肢不遂，言语蹇涩，经××医院接病毒性脑

炎治疗无效，又经××精神病防治院诊断为脑干脑炎，加用激素亦无效。后经×市三家大医院检查：两目视乳头欠清，咽反射消失，左侧肢体轻偏瘫，左椎体束征，脑电图波形正常。无药可用，转中医院诊治。起病迄今已经50余日，根据面色苍白，流涎肢冷，左肢不遂，口不能张，舌不能伸，欲语无声，饮水即呛，舌淡苔白滑，脉沉微细，断为寒邪直中少阴，阳虚失展，寒痰阻络，治以温经通阳，化痰和络，方选麻黄附子细辛汤加味。炙麻黄6克，熟附片6克，北细辛3克，制半夏10克，白芥子6克，桂枝10克，九节菖蒲6克，全蝎3克。服3剂，四肢回温，流涎减少，左肢略能活动，但饮水仍呛，前方加制南星6克，续服5剂，饮水不呛，能扶杖行走，能讲话，尚欠清楚，主诉舌萎无力，不能咀嚼，再于前方去南星、全蝎，加入补肾之熟地、仙灵脾、巴戟天、骨碎补，连服15剂，全部恢复正常。还曾遇到一例流脑患儿，血压迅速下降，虽用升压药，但血压仍不稳定，加服麻黄附子细辛汤（制附片9克，炙麻黄3克，细辛2克），采用小量频服法，约经2小时，头煎服完，血压恢复、稳定，转危为安。实践证明，麻黄附子细辛汤的作用主要是温经通阳，而不一定发汗，也决不限于主治少阴太阳两感。

（三）少阴热化证证治

论中少阴热化证内容远较寒化证简略，然而不管在病因、病机，还是在辨证、论治以及方药运用方面，仍然存在着许多分歧意见。如少阴热化证究竟是由他经传来，还是本经自病？究竟是寒极变热，还是感温热之邪？少阴热化证究竟是气分证，还是血分证？是虚证，还是实证？这些，都有必要进一步研究。

1. 动血、出血证

少阴出血证计有两条，一条是“少阴病八九日，一身手足尽热，以热在膀胱，必便血也。”(293)一般认为本条便血证是阴证转阳，邪从热化，少阴之邪转出太阳，故一身手足尽热，热迫膀胱血分，则血下溢而便血。但是血从大便出，还是从小便出？注家看法不一，方有执认为是二便出血，他说：“热在膀胱，太阳多血，肾司开阖，阴主下降，故热乱则血出于二便也。”柯韵伯认为是小便血，他说：“热在膀胱而便血，是指小便言。”钱天来认为不一定是小便血，他说：“必便血三字，前注家俱谓必出前阴之窍，恐热邪虽在膀胱，而血未必从小便出也。”从临床来看，小便血与大便血都有可能，膀胱泛指下焦部位，太阳病篇蓄血证“热结膀胱”与“热在下焦”并提，可资佐证。柯氏与钱氏的主张，可供参考，不必过多议论。因“必”为推断之词，血究从前阴还是从后阴出，自有临床证候可凭，徒议无益。一条是血从上溢，“少阴病，但厥无汗，而强发之，必动其血，未知从何道出，或从口鼻，或从目出者，是名下厥上竭，为难治”(294条)。本条提出了“下厥上竭”的病机概念，大多注家认为下厥是阳虚于下，上竭是阴竭于上，故难治，平允可从。间有主张下厥为热深，如方有执说：“下厥，以少阴居下而热深言也，上竭以妄逆言也”。近人有引伸方氏之意提出“其但厥无汗，是由于热邪在里，又无津作汗而致成，这和阳衰阴盛的但厥无汗虽然症状相似，但病理不同。阳虚者误汗则亡阳，阴虚者误汗则亡阴，所以只可育阴泄热，不可发汗。若强发之，无津作汗，必迫血妄行，变成坏证”。亦颇有理致。但是，对于“下厥”病机，采用张隐庵“生气厥于下”之说，释为“生气由下而厥”，试问热邪在里与“生气由下而厥”怎样联系？颇难领会。要之，《伤寒论》是一部综合辨证的医籍，在

讨论热证时，每举出寒证作鉴别，讨论寒证时，举出热证作鉴别，讨论虚证时，举出实证作鉴别，讨论实证时，举出虚证作鉴别。似乎条理不清，凌乱无序，实则最富辨证意义，这是《伤寒论》的最大特色。

2. 阴虚阳亢失眠证

原文303条“少阴病得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之”。由于叙证太简，有些注家即据患病日数解释，提出“二三日以上是寒极变热之时”，未免牵强附会。患病日程只能作为辨证参考，怎么能作为辨证根据。即就《伤寒论》原文来看，如桃花汤证“少阴病二三日至四五日”

(307条)，真武汤证“少阴病二三日不已，至四五日”(316条)等，都不是热证而是虚寒证，怎样解释？可见依据患病日程解释病机是站不住脚的。就病情的发展变化来说，当然能够由寒变热，太阳风寒表证，内传化燥成实为阳明病，就是明显的例证。不过，把少阴热化证，全责之由寒变热则失之局限。事实是既可由阳明之热灼伤真阴而成，如程扶生说：“心烦不得寐者，是阳明之热内扰少阴，故不得寐也”。也可因感受温热之邪，内灼真阴而致，如吴仪洛说：“此汤本治少阴温热之证，以其阳邪暴虐，伤犯真阴，故二三日以上便见心烦不得卧”。后世温病学家都把黄连阿胶汤作为治疗温病的主方，极有见地。但是把该方所主的证候列于下焦、血分，则不完全确当。《伤寒论》注家尤在泾在注黄连阿胶汤证时，已经提到了“热入于血”的概念，并且与热归于气相较，尤氏说：“少阴之热，有由阳传入者，有自受寒邪，久而变热者，曰二三日以上，谓自二三日五六日，或八九日，寒极而变热也。至心中烦不得卧，则热气内动，尽入血中，而诸阴蒙其害矣。盖阳经之寒变，则热归于气，或入于血。阴经

之寒变，则热入于血，而不归于气，此余历试之验也”。尤氏所论，对病理变化何以有归气、入血的不同，有一定参考价值，但不可视作绝对。专从寒变热立说，亦不够全面。若联系方中用药，阿胶、芍药、鸡子黄固可属于血分药，而黄连、黄芩主要是清泄气分之热，可见把该证专属之血分，是不允当的。再就病位来说，该证为两少阴同病，足少阴肾阴虚于下，固然属于下焦，手少阴心阳亢于上，岂能属于下焦？因此，与其归入下焦，不如统称少阴。至于该证的虚实问题，有的侧重于实，主张是“阳亢导致阴虚”，有的侧重于虚，主张是“阴虚导致阳亢”，两说都嫌片面，因为该证病机为“正虚邪实”两个方面，不可偏废，正如周禹载所说，“是热邪入里劫阴”，吴鞠通说得尤其明确，“阴既虚而实邪正盛”，并在该方禁例中指出“邪少虚多者，不得用黄连阿胶汤”，确属可贵的经验总结。有些注家补充出舌苔脉象，如“舌红绛少津，脉沉细数”，但仍然侧重于阴虚，忽略了邪实，因而使用黄连黄芩苦寒之品就失去了依据。关于该方的配伍意义，大多从心肾双方立论，如柯韵伯说：“病在少阴而心中烦不得卧者，既不得用参甘以助阳，亦不得用大黄以伤胃也，故用芩连以直折心火，用阿胶以补肾阴，鸡子黄佐芩连，于泻心中补心血，芍药佐阿胶，于补阴中敛阴气，斯则心肾交合，水升火降，是以扶阴泻阳之方，而变为滋阴和阳之剂也”。吴鞠通的解释尤为中肯，他说：“以黄芩从黄连，外泻壮火而内坚真阴；芍药从阿胶，内护真阴而外抑亢阳”。认为鸡子黄的作用是“其气焦臭，故上补心，其味甘咸，故下补肾”，“乃奠安中焦之圣品”。现代药理研究证明，鸡子黄有丰富的营养价值，可见该方配伍鸡子黄具有特殊效用。早在东汉时代就有如此深刻的认识，实属难能可贵。少阴热化证中除阿胶、

鸡子黄以外，还有鸡子白、猪肤等，皆属于动物药，因其有不同的营养作用，可适用于不同病证，表明仲景对动物药已有比较深入的研究。

黄连阿胶汤是临床常用的方剂，不仅适用于外感热病，还适用于内伤杂病，只要符合邪实正虚，阴虚阳亢病机，用之皆有良效。特别对由此而致心肾不交的顽固失眠症，疗效尤著。

3. 咽痛诸证

少阴病篇专论咽痛辨治的条文计四条（310~313条），出方五张，由于每条之首皆冠“少阴病”三字，因而多数注家都以少阴经脉循喉咙为理论根据，把咽痛说成少阴病的主证，其实是不恰当的。对此，恽铁樵曾提出疑问：“既是少阴咽痛，当有少阴见证。如云冠以少阴病三字，即有踡卧，但欲寐，脉微细诸见证在，则甘草、桔梗恐无济于事，疑原文有脱漏。就学理言之，咽痛属之少阴者，以少阴经行喉咙之故，足少阴，直者属肾，贯肝膈，入肺，挟舌本，手少阴从心系上喉，系瞳子，肾病属寒，心病属热，故凡病见阴虚而热诸证象，咽痛而目眊者，知其为手少阴咽痛；见阳虚而寒诸证象，咽痛舌强者，知其为足少阴咽痛。寒当温，热当凉，如此方头头是道。今原文咽痛之外，仅有少阴病三字，教人何所遵循，各注无一不模棱，无语非曲说，此亦可见自古无有能通下半部伤寒者”。（《伤寒论辑义按》）虽不尽如恽氏所说，但因只拘文字，不究临床实际，自难免曲解附会。其实少阴咽痛证，除猪肤汤证属于少阴，苦酒汤证与少阴有一定联系以外，甘草汤、桔梗汤与半夏散及汤主治的咽痛证则是连类而及，有利于鉴别辨证，并不一定是少阴病。

即就猪肤汤证来说，注家的解释也极不一致，如喻嘉言

注：“下利咽痛，胸满心烦，此少阴热邪充斥，上下中间无处不到，寒下之药不可用矣，故立猪肤汤一法也。盖阳微者，用附子温经，阴竭者，用猪肤润燥，温经润燥中同具散邪之义矣。”果如喻说，既然是热邪充斥，为什么不可用清热药？真正是“阴竭”，猪肤汤能否胜任？柯韵伯注：“少阴下利，下焦虚矣。……咽痛胸满心烦者，肾火不藏，循经上走于阳分也。……猪为水畜，其津液在肤，君其肤以除上浮之虚火，佐白蜜白粉之甘，泻心润肺而和脾，滋化源，培母气，水升火降，上热自除而下利自止矣。”柯氏对该证咽痛病机提出了“虚火”概念，显然较喻说确切，从肺脾肾的关系分析方义，也比较合理。因为该证的咽痛胸满心烦，不仅肾阴虚而虚火上炎，心肺之阴亦虚，故治以猪肤、白蜜滋肾清心润肺；该证的下利，不但肾阴虚，而脾阴亦虚，故不用温阳益气，只用白粉益脾。该证既属阴虚，何以不用其他滋阴药物？因为滋阴药大多润滑，不宜于下利，恐滋阴之品，反有泻阴之弊。考《伤寒论》注家（包括喻氏柯氏在内）对于猪肤汤证治虽然有许多阐发，但对该证治的特点究竟怎样？仍是依稀仿佛。伟大的临床医学家叶天士，通过他丰富的实践经验，才真正抓住了猪肤汤证治的要领。例如张某案：“阴损三年不复，入夏咽痛拒纳，寒凉清咽，反加泄泻，则知龙相上腾，若电光火灼，虽倾盆暴雨，不能扑灭，必身中阴阳协和方息，此草木无情难效耳。从仲景少阴咽痛，猪肤汤主之。”由此可见猪肤汤证的咽痛，不同于一般实火，也不同于一般虚火，而是龙相之火上腾，所以用寒凉清咽不效，反加泄泻。设譬形象生动，尤有助于理解。从“阴损三年不复”病史，还可看出猪肤汤证不是外感、新病。

苦酒汤证由于阴火沸腾，咽伤破溃，不能语言，声不出，

与少阴病有一定关联，但是实践证明，外伤性咽疮疼痛，使用该方亦颇有效果，可见不一定属于少阴病。值得注意的是该方的配伍作用，半夏与鸡子清相伍，有涤痰开结，利窍通声之功，无燥津涸液之虑；半夏与苦酒相伍，又能加强劫涎敛疮的功能。此外，鸡子壳盛药煎三沸的煎药法，与“少少含咽”的给药法，对提高治疗效果也有帮助。

甘草汤与桔梗汤，后世名为甘桔汤，为治疗咽喉疾患的基础方，开肺利咽，与手太阴肺的关系最切，而不关少阴心肾。半夏散及汤，药用半夏桂枝甘草，乃是通阳散寒祛痰利咽，与少阴何涉？于咽痛证中提出，亦是为了鉴别，提示咽痛并非都是热证，也有寒证。《类方准绳》载有暴寒咽痛，用本方加生姜五片，可作旁证。有些注家提出此方是治寒邪郁热于内而致咽痛的从治法，虽然能够自圆其说，但毕竟难切实际。

4. 少阴三急下证

历来对少阴急下三证的争议较多，约而言之，不外三种：第一种主张是“真实假虚”，理论根据是“大实有羸状”，三条原文皆冠以少阴病，乃貌似少阴，为假虚之象，阳明大实证，才是该证的本质。既然是大实证，自然当用攻下，但不一定需要急下。第二种看法是“阴证转阳，脏邪传腑”。按照传变的一般规律，阴证转阳，脏邪传腑，乃病势向好的方面发展，因势利导，酌用一些下剂即可解决问题，并无急下的必要。第三种认识是“真实真虚”，既有阳明燥结之实，又有少阴真阴之虚，若不急下阳明之实，就不能救少阴之虚。下缓则燎原莫制，旋即阴竭而死，所以必须急用攻下以救将竭之阴。少阴急下三证，是从不同角度阐述急下的标志。320条提出了“口燥咽干”，为少阴真阴耗竭的主要征象之一，在

阳明燥实的同时，见到口燥咽干，必须急下。321条提出“自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥”，是热结旁流，火炽津枯。意在说明阳明里实证，也有不是便秘而是下利，不过这种下利为青黑色污水，乃邪热迫津下泄，与阳明急下证发热汗多为热迫津泄于外的机理相似，只是津液外泄的途径不同而已。结合心下痛，口干燥，证明燥实的程度十分严重，燥热上干，灼伤津液，如不急下，顷刻有亡阴之变，所以必须急下。322条“腹胀不大便”，亦必具有口燥咽干（未提属于省文）才能急下。否则，无急下的必要。要知急下三条不是孤立的，虽然各有侧重，必须综合起来，才能全面认识，深刻理解。不仅少阴三急下证应当如此，阳明三急下证也应当如此。无论阳明三急下，少阴三急下，都应同时具有阳明之实与少阴之虚，才需要急下。对此必须深入领会，才有可能当机立断，避免延误病机。随着运用下法治疗急腹症的实践，充分证明了急下理论的正确，同时也证明急下之法不仅适用于外感热病，而且广泛适用于内外各科中许多疾病。

关于猪苓汤证，少阴病篇所载的临床表现与阳明病篇的内容不同，但阴虚有热，水气不利的病机是一致的，所以都用猪苓汤滋阴清热利水。另外，四逆散证的四逆是阳气内郁的热厥轻证，临床多见于肝胃气滞，阳郁不伸，所以治宜疏肝和胃，透达郁阳的四逆散。该方的运用范围非常广泛，如慢性肝炎、胰腺炎、胆囊炎、肥厚性胃炎、十二指肠溃疡、溃疡性结肠炎、痢疾、阑尾炎、胆道蛔虫症、胆石症、食道痉挛、胃神经官能症、肋间神经痛、颈淋巴结肿大、淋巴结核、积食发厥、小儿疳疾、眩晕、失眠、鼻渊、疝气，以及妇女月经不调、盆腔炎、附件炎等，只要具有肝胃（脾）气滞病机，使用四逆散化裁，均有较好疗效。这表明临床上早

已突破了少阴病的框框，没有必要再纠缠于是否为少阴病的讨论。

从少阴病篇全部内容来看，也是外感与杂病合论，因此，学习和研究该篇，同样应着眼于辨证论治理论与理法方药的运用规律，不管外感、内伤，都有指导意义。篇中冠以少阴病的条文，有些是为了鉴别比较，不一定是少阴病。相反，有些散见其他病篇的条文，虽然未用少阴病冠首，实际是少阴病，例如太阳病篇的四逆汤证，干姜附子汤证，茯苓四逆汤证，桂枝甘草汤证，炙甘草汤证，桂甘龙牡汤证，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证等，不属于肾，即属于心。如以六经分类，只能属于少阴。学习《伤寒论》，必须实事求是，才能使其理论，更有效地发挥指导实践的作用。

七、厥阴病篇

厥阴病篇是《伤寒论》中争议最多的一篇，自陆渊雷氏提出“伤寒厥阴篇竟是千古疑案”，认为“是杂凑成篇”，作了“少阴、太阴之外更无厥阴也”的推论以来，有许多医家赞同陆说，对厥阴篇持怀疑、否定态度，直至目前，仍然意见分歧。本人早年亦崇陆说，由于先入为主，成见作梗，影响了客观分析，深入钻研。通过对《伤寒论》原文的反复研习，与理论的实践运用，逐渐认识到“更无厥阴”的说法是不能成立的。究其根源可能有两个方面，一是把《伤寒论》作为纯属外感病专著，不知六经病篇本身就有很多杂病的内容；二是只据文字表面论证，没有联系临床实际研究。其实，厥阴病有着自身的特点，无论证候、治法以至主方，皆与其

他经不同，决非其他经所能概括。有些虽然不是厥阴病，但是与厥阴病主证连类而及，颇有鉴别意义，有助于提高“辨证论治”的水平。再从该篇的内容结构来看，虽然比较复杂，但是杂而有章，全篇56条，约可分为四节：第一节1~4条，和其他五经的体例基本一致。第二节330~357条，讨论厥阴病常见证之一厥证的病机、特征、治则以及其他一些厥证的辨治。第三节358~375条，讨论厥阴病另一常见证下利的病机与证治。第四节376~381条，概述了呕、哕证的治则以及干呕、头痛的主方，堪称有条不紊。其中贯穿着厥热胜复辨证以及疑似除中证诊断等。特别是把手足逆冷规定为厥证的主要标志，从而突破了《内经》寒厥、热厥的概念，充分体现了仲景善于总结，实践第一的革新、创造精神。试就以下几个问题进行简略分析，仅供参考。

（一）关于厥阴病提纲

许多注家对厥阴病提纲持否定态度，理由是未能概括厥阴病的所有主证，间有主张把337条的厥证作为提纲。其实，其他五经病提纲又何尝能包括所有主证，近来严士芸氏发表了《对“伤寒六经提纲”的商榷》一文，提出“研究伤寒应摆脱‘六经提纲’概念的束缚，从陈陈相因的片面认识中解放出来，而从仲景原文全貌进行深入研讨。”颇有见地，学习《伤寒论》确实应该这样。然而仲景虽无提纲之名，但六经病之首都有“××之为病”一条，显然与其他条文有别，有的是脉证，有的是病机，有的是病情，在一定程度上揭示出某一经病的性质特点，对于辨明病在何经有一定参考价值。从这一角度来看，是寓有提纲作用。如“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐衄，下之利不止。”既不同于少阴寒化的心肾阳虚证，也不同于太阴的脾虚寒证，

只有厥阴肝病才有上述证候，因此，据之就可确诊为厥阴病。许多注家皆认为本条所述为厥阴热证，如成无己说：“邪传厥阴，则热已深也。”方有执、喻嘉言等也都认为是热证，尤在泾之注尤为具体，他说：“伤寒之病，邪愈深者，其热愈甚，厥阴为阴之尽，而风木之气，又足以生阳火而铄阴津，津虚火实，脏燥无液，求救于水，则为消渴，消渴者，水不足以制热，而反为热所消也。气上冲心，心中疼热者，火生于木，肝气通心也。饥而不欲食者，木喜攻土，胃虚求食，而邪热复不能消谷也。食入吐蚘者，蚘无食而动，闻食臭而出也。下之利不止者，胃家重伤而邪热下注也。此厥阴在脏之证，病从阳经传入者也。”据证析机，颇有理致，但认为都是传经之邪，似欠妥切。吴坤安曾明确指出“此皆厥阴自病之热证，并非伤寒传经之热邪。盖厥阴内藏相火，其消渴，火盛水亏也。气上撞心，心中疼热，肝火乘心也。饥不能食，食即吐蚘，风木克土，胃中空虚也。下之即利，土受木贼，不禁自利也，不得以伤寒正病视之。”又说：“按六经之病，仲景非专为伤寒立言，如厥阴所述气冲吐蚘等证，乃厥阴风木自病，不拘伤寒杂症，但见呕逆吐蚘者，即是肝邪犯胃，宜兼厥阴而治。要知六淫伤寒，兼带厥阴者可治。若从三阳传至厥阴，则热极生风，九窍将闭，所形皆败症矣，今将厥阴本病治法列于左，勿以伤寒传经目之可也。”吴氏的论点颇具创见，一是否定了厥阴提纲证为传经热邪的传统说法，二是纠正了单纯外感的偏见，不拘伤寒杂症，凡属肝邪犯胃，宜兼厥阴而治。三是总结出六淫伤寒兼带厥阴可治，从而打破了厥阴病情必然危恶的框框，这种从实际出发，敢于疑古倡新的精神，值得赞赏！然而也有认为厥阴提纲证是上热下寒的寒热错杂证。如《医宗金鉴》说：“此条总言厥阴为病

之大纲也。厥阴者，阴尽阳生之脏，与少阳为表里者也。邪至其经，从阴化寒，从阳化热，故其为病，阴阳错杂，寒热混淆也。”舒驰远说：“此条阴阳错杂之证也，消渴者，膈有热也。厥阴邪气上逆，故上撞心，疼热者，热甚也，心中疼热者，阳热在上也。饥而不欲食者，阴寒在胃也。强与之食，亦不能纳，食必与蚘俱出，故食则吐蚘也。此证上热下寒，若因上热误下之，则上热未必即去，而下寒必更加甚，故利不止也。”前者从厥阴的生理病理研讨，后者据临床的证候表现分析，都持之有故，言之成理。然而究竟是热证，还是上热下寒证，从庞安常《伤寒总病论》引载本条的下利不止后面有“乌梅丸主之”。结合日医丹波元坚在本条后提出“故治法以温凉兼施为主，如乌梅丸实为其对方”的主张来看，以上热下寒的理由更充分一些。当然这并不等于说厥阴病只有上热下寒证，也有单纯的热证如白头翁汤证；单纯的寒证，如吴茱萸汤证、当归四逆汤证等。如果拘执提纲证，势必失之片面。至于四肢厥冷，固然是厥阴病中比较常见的证候，但也非厥阴病所独有，少阴病阴盛阳虚，阳明病热盛阳郁，都能发生肢厥，所以主张以“厥”为厥阴病提纲，同样不够确当。

（二）关于厥证与厥热胜复

厥证名称，早见于《内经》，但所论范围较广，包括昏厥在内，如大厥、薄厥、血厥等。就肢厥来说，仅寒厥指手足寒，而成因却专责之阳气衰于下，故治以益火之源。热厥的特征为手足热，是由阴气衰于下，故治宜壮水之主。把手足逆冷作为一切厥证的特征，实始自仲景所著的《伤寒论》。并且认识到许多因素，皆能导致手足逆冷，如蛔厥、痰厥、水厥、冷结关元厥、脏厥等；认识到阳虚阴盛固能致厥，血

虚感寒亦能致厥；认识到无形热郁与有形热结皆能致厥。实践证明，这些认识都是十分正确的。厥证的原因尽管很多，而发生厥逆的机制只有一个，那就是“阴阳气不相顺接”，厥阴病篇 337 条“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥；厥者，手足逆冷是也。”就是对厥证病机及其特征的总结。所谓“阴阳气”，大多注家据经络循行解释，认为手足三阴三阳各相接于手足十指，不能顺接，则手足厥冷。也有据邪正解释，也有从阴阳升降解释，皆不易领会，惟陈平伯氏据“阳受气于四肢，阴受气于五脏，阴阳之气相贯，如环无端”立论，阴阳意指表里，比较容易理解。阴阳气不相顺接，实际指表里之气不相顺接，而关键是在里之阳气不能外达，寒厥是寒盛而阳虚于里，不能外温手足，为阴阳气不相顺接；热厥为热盛而阳郁于里，亦不能外达手足，同样是阴阳气不相顺接。因此厥证必然手足厥冷。厥阴病篇所属诸厥，有些属于外感，可发生于外感病的过程中；有些不属外感，属于杂病。就六经来分，有属于厥阴，有属于少阴，有属于少阳，有属于阳明，把厥专属之任何一经，都是不切实际的。至于“厥热胜复”的厥，大多厥利并见，一般不伴发热，标志着阴邪胜；当出现发热时，则阳气来复而厥回利止。如果阳复不及，而阴寒又胜，则厥利又作。正邪互胜，所以亦称厥热胜复。其辨证规律是：热多于厥为病退，厥多于热为病进，厥热相等为病愈，若热久不退，则阳复太过，亦为病进。要在领会根据厥与热时间长短来判断病势进退及预后良否的精神实质，论中所举的日数，不必泥定。至于“除中证”，乃是胃气将竭的危候，由于与阳复胃和的能食较难区别，因此，提出“食以索饼”的饮食诊断方法，亦富有实践意义。

寒厥既然由于阳虚寒盛（胜），论治自不外乎温阳驱寒，

与少阴寒厥的病机大致相同，所以也可使用四逆汤。并可佐以灸法以温经通阳。但是，厥阴寒厥，尤多血虚寒凝，其特点是“手足厥寒，脉细欲绝”，乃营血虚，寒邪凝敛，不能温于四末所致，所以治当养血通脉，温经散寒，可用当归四逆汤。

厥阴热厥，由邪热内郁所致，大多伴有发热，所谓“厥者必发热，前热者后必厥”。它与阴胜则厥，阳复厥回的寒厥完全相反。厥与热成正比，所以从厥冷程度的轻重，就可推断里热的轻重。“厥深者热亦深，厥微者热亦微”，正是指厥与热的因果关系。一般认为厥阴病的热厥都是厥深热深的重证，只有清下两法，并引“厥应下之”（335条）与“脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”为根据，这是囿于厥阴病为病的最后阶段的偏见，其实厥阴病只表明为肝经受病，并不代表病情一定危重。论中明明提到“厥微者热亦微”，难道热厥轻证就不是厥阴病？论中“热少微厥指头寒，嘿嘿不欲食，烦躁”，就是热厥轻证的典型证候。阳郁不甚，所以仅指头寒，热郁而胃气不苏，所以嘿嘿不欲饮食。阳虽郁而求伸，所以烦躁。虽然文中未出治法方剂，非承气、白虎所宜是可以肯定的，那么，疏肝泄热透达郁阳的四逆散，应是的对良方。由于病情是发展变化的，所以热厥轻证有转愈、转剧的两种可能：病经数日之后，小便清利，欲得食，表明里热除而胃气和，因知病势向愈。如果厥冷加重，增加呕逆与胸胁烦满，乃阳郁更甚，肝胃气逆的征象，因知病势转剧，进一步严重就可能发生便血。示人于动态中分析病机，推断病势，极有启发意义。至于痰厥之用瓜蒂散，水厥之用茯苓甘草汤，一方面突出各自的辨证要点以与厥阴病厥证作鉴别，一方面也体现了治病必求其本的精神。

（三）关于下利

下利本是太阴脾病的主证，所谓“脾不伤不利”，但由于肝经属木，脾经属土，肝木之邪，最易侵犯脾土，所以肝病也多见下利证。肝脾失调而脾寒气陷，在下利之前往往会有“转气下趋少腹”的先兆。厥阴寒利，多伴有手足厥冷，所以在讨论厥热胜复的辨证时，大多厥利并提，阳复则厥回利止，阴胜则厥利又作，不难辨证。厥阴热利，多因肝热下迫，必有肛部坠重，热盛则伤津，又必然口渴，所以论中特出“下重”与“欲饮水”，作为热利的辨证依据。由于热利的病机主要是肝经湿热，所以治以清热燥湿，凉肝解毒的白头翁汤。利后虚烦证，治用栀子豉汤清宣胸膈郁热，虽然已数见于太阳、阳明病篇，但本篇补充出“按之心下濡”的腹诊内容，所以并不感重复，相反，使虚烦证的诊断更加具体，而且有助于虚烦不是虚证的理解。论中又举出属于阳明肠腑燥实的“下利谵语”，治以小承气汤，意在与厥阴热利作鉴别。至于“下利清谷，里寒外热”的阴盛格阳证，乃是厥阴寒利进一步严重，累及少阴所致，所以治同少阴而用通脉四逆汤。这一方面表明厥阴病与少阴病之间的关系，一方面也示人不可误认为阳复发热。如果在寒利的同时，伴有“食入口即吐”，论中名为“寒格”证，乃下寒格热于上，又宜用苦降辛通的干姜黄芩黄连人参汤。

（四）关于呕、哕

厥阴病篇对于呕、哕的论述很少，但是重点突出，如“干呕，吐涎沫，头痛”，乃肝胃虚寒，浊阴上逆的典型证候，必须用吴茱萸汤温降肝胃，泄浊通阳才能收效，可作为厥阴病具有自身特点的另一有力证明。又如“呕家有痈脓者，不可治呕，脓尽自愈。”（376）不单是指治禁，却寓有因势利导，

“治病必求其本”的深意。至于哕证，虽然只有两条，但一是虚寒，“伤寒大吐大下之，极虚，复极汗者，其人外气怫郁，复与之水，以发其汗，因得哕。所以然者，胃中寒冷故也。”（380）说明胃中寒冷可以致哕。一是实热，“哕而腹满”

（381），腹满即实证呃逆的审证要点。怎样治疗这种哕证？则应“视其前后，知何部不利，利之即愈。”这虽只是提出实证呃逆的治疗原则，实际带有普遍意义。正如陈修园所说：

“凡病皆有虚实，不特一哕为然也。然即一哕，而凡病之虚实皆可类推矣。故于此单提哕证一条，不特结厥阴一篇，而六篇之义，俱从此结煞，是伤寒全部之结穴处也。……夫以至虚至寒之哕证，而亦有实者存焉，则凡系实热之证，而亦有虚者在矣。医者能审其寒热虚实，而为之温凉补泻于其间，则人无夭扎之患矣。”统观厥阴病篇辨证皆示人以法，大要不外寒热虚实，修园所说，确为深得要领之言。

（五）关于厥阴六方

厥阴病篇共出方六张，其中乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤、麻黄升麻汤三方是寒热并用，一般认为都是厥阴病寒热错杂证的主方，其实不然。从方义来看，只有乌梅丸符合厥阴病寒热错杂证病机，其余两方亦是连类而及，不应相提并论。由于乌梅丸方出于鱿厥条下，因而多数注家皆就治鱿作用解释方义，如鱿虫得酸则静，得苦则下，得辛则伏，故用乌梅、苦酒之酸，黄连、黄柏之苦，蜀椒、细辛、干姜、桂枝、附子之辛，酸苦辛并用则鱿不堪而被制伏，厥后气血不免扰乱，又加人参、当归以奠安气血等，临床使用于鱿厥证，确实具有较好的效果，以至长期以来视乌梅丸为治鱿的专方，直至现代的《方剂学讲义》，仍以乌梅丸为驱鱿剂的代表方。其实制鱿仅是乌梅丸作用的一个方面，未免举小失大。前辈

医家程郊倩就曾提出“名曰安蛔，实是安胃，故并主久利（《伤寒论》原文就有‘又主久利方’的记载）。见阴阳不相顺接，厥而下利之证，皆可以此方括之也。”高学山对乌梅丸方义的解释，不再拘于制蛔，他说：“君乌梅酸以入肝也，余药少于乌梅，则从其性而俱为入肝可知。本为脏寒，故以姜附温之。本为脏虚，故以人参补之。夫厥为阴阳不相接之故，用细辛者，所以通其阳气也。用桂归者，所以和其阴气也。蜀椒辛热而善闭，盖温补其阳，而更为封固之耳。至于以连柏为佐者，又因脏寒而遣投辛热之品，阴阳相格，水火不相入者，常也，故用苦寒以为反佐，如白通汤之加人尿、胆汁者，一也。且少厥二阴为子母，厥阴阳微，其来路原从少阴，加黄连于乌梅之次，而尊于众药，且以黄柏副之，是温厥阴而并分引其热，以温手足之少阴，二也。至其酸苦辛辣之味为蛔所畏，而使之俯首，则又其余义矣。借之以主久利，其方义如壶天，又是一番世界，绝非主制蛔之用意也。盖利起本寒，成于化热，始于伤气，久则脱血，故辛热以治本寒，苦寒以治化热。蜀椒固气，而以细辛提之；当归益血，而以桂枝行之，加入人参合补气血，而总交于乌梅之酸温，所以敛止其下滑之机制而已。”（《伤寒尚论辨似》）高氏所论，对深入理解乌梅丸的配伍意义，极有帮助。陈灵石也有见于此，提出“此为厥阴证之总方，注家第谓蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下，犹浅之乎测乌梅丸也。”（《长沙方歌括》）章虚谷更明确提出“乌梅丸为厥阴病正治之主方也。……木邪肆横，中土必困，故以辛热甘温助脾胃之阳，而重用酸以平肝，佐苦寒泻火，因肝木中有相火故也。”吴鞠通曾以药物性味功能对乌梅丸进行探讨研究，得出“乌梅丸酸甘辛苦复法。”

“酸甘化阴，辛苦通降，辛甘为阳，酸苦为阴。”因为“肝

为刚脏，非纯刚所能折，阳明阳府，非刚药不能复其体。”所以“乌梅丸寒热刚柔同用，为治厥阴，防少阳，护阳明之全剂。”章氏所说的“重用酸以平肝”与吴氏所说的“寒热刚柔同用”，正是乌梅丸与其他寒热并用方剂的区别所在。叶天士于“木犯阳明之疟痢，必用乌梅丸法而化裁之，柔则加白芍、木瓜之类，刚则加吴萸、香附之类，多不用细辛、黄柏。若久痢纯然厥阴见证，但无犯阳明之呕而不食撞心者，则又纯乎用柔。”师其法而不泥其方，叶天士真不愧为善师仲景的典范。基于叶吴等医家对乌梅丸的组方意义有着深入、全面的认识，所以不但善于化裁加减，而且能根据病情需要，创制出新的方剂。如针对暑邪深入厥、少二阴，消渴麻痹，创制酸甘化阴、酸苦泄热的连梅汤。针对暑邪深入厥阴，土败木乘，正虚邪炽最危之候，创制酸苦辛甘复法的椒梅汤。实践证明，乌梅丸不仅对胆道蛔虫与蛔虫性肠梗阻等有较好的疗效，不管外感（温病、暑病）内伤（慢性胃炎、慢性结肠炎、久痢、久疟等），只要具有寒热错杂的厥阴病证，用之都有一定效果。

干姜黄芩黄连人参汤方出于寒格条下，自应是寒格证的主方，而且药仅四味，似乎不难解释，可是从方中药物苦寒倍于辛热来看，就有些不够贴切。试问寒格证既然是“下寒格热于上”，怎么能重用苦寒？况且患者“本自寒下”，岂不违反治病用药应注意病人素质的原则？注家对此，大多顺文释义，如方有执说：“黄连黄芩，反佐以通其格”，钱天来对方注颇为赞赏，认为“词简理明”。其实未必确当，首先不符合方药配伍规律，佐药怎么能量重数多？至于反佐，乃是在主药的前提下，略佐与主药性味相反的药味以作向导，称为反佐。例如服白通汤驱寒通阳，发生格拒，因增加人尿、猪胆

汁为反佐，是寒证用温剂，少佐寒药。本证虽云寒格，实际以胃热气逆为病机矛盾的主要方面，故重用芩连苦降泄热，怎么能算作反佐？许宏说：“以黄连为臣而和其阴，黄芩为佐以通寒格。”尤在泾说：“故以芩连之苦，以通寒格”。似较方说为优，然而以苦寒药治寒格，终嫌牵强。王晋三认为治寒格的主药是干姜，他说：“以干姜为之向导，开通阴寒。但误吐亡阳，误下亡阴，中州之气索然矣。故必以人参补中，俾胃阳得转，并可助干姜之辛，冲开寒格而吐止。”陈古愚亦宗王说，指出“方名以干姜冠首者，取干姜之温能除寒下，而辛烈之气，又能开格而纳食也。”陈氏更以他的临床经验为证，“若汤水不得入口，去干姜，加生姜汁少许，徐徐呷之，此少变古法，屡验。”以辛热开格，显然较苦寒开格的说法合理。但囿于寒格，仍嫌含混不清。惟《金鉴》具有卓识，通过寒格与热格临床特点的比较，得出“若食入口即吐，则非寒格，乃热格也，当用干姜人参安胃，黄连黄芩降胃火也。”不过，热格为什么用于姜人参？除寓有辛热开格的精神以外，可能为了兼顾本自寒下。丹波元坚提出“然大旨不过胃虚膈热，因误吐下，故热搏于上，而冷甚于下也。”陆渊雷也提出“本方证胃虽热而肠则寒，故芩连与干姜并用。”比较符合实际。要之，本方主治的重点是胃热呕吐，“若食入口即吐”，就是审证用药的确据。但是还兼有虚寒的一面，所以在重用苦寒泄降的同时，伍以人参干姜益气温中，一以顾护正气，一以防止苦寒伤阳，药虽四味，实邪正兼顾的良剂。细玩原文“本自寒下”，似指病人的素质虚寒，也可能指原来是下寒上热，但根据误吐下后的变证，乃热象偏重，治上热必须苦寒泄降，所以重用芩连，但又不同于单纯的热实证，因而又用干姜人参以顾正气。即针对当前主证投药，又兼顾患者素

质或宿恙，乃原则性与灵活性相结合的范例。有些注家泥定寒格，固然脱离实际；有些注家如山田正珍直接目为“阙误错乱”，亦未免武断。柯韵伯经验，“凡呕家夹热者，不利于香砂橘半，服此方而晏如”。《方函口诀》载“本方治膈有热，吐逆不受食者，与半夏、生姜诸止呕药无寸效者，有特效。又治噤口痢。”皆可作为使用本方的借鉴。本方无一味治肝药，所以与乌梅丸不同，不应属于厥阴病方。

麻黄升麻汤是《伤寒论》中药味最多的一张方剂，计有14味药，显得十分庞杂，而且用量悬殊，多的用至二两半，少的只用六铢，因而有些注家认为非仲景方，如柯韵伯说：“六经方中，有不出于仲景者，合于仲景，则亦仲景而已矣，若此汤其大谬者也。……且用药至十四味，犹广罗原野，冀获一兔，与防风通圣等方，同为粗工侥倖之符也。”但《伤寒论》的别本《金匱玉函经》，唐·孙思邈《千金翼方》均载此方。王焘《外台秘要》第一卷不仅载方，并引《小品》注云：“此仲景《伤寒论》方。”从357条原文所述的证候来看，确实极为复杂，用药过简势难兼顾，正如尤在泾所析：“阴阳上下并受其病，虚实寒热混淆不清，欲治其阴，必伤其阳，欲补其虚，必碍其实，故难治。”临床也的确有这种情况，特别复杂的病情，往往是因同时患有几种疾病，治疗不得不多方兼顾。陈逊斋治李梦如子因患伤寒误用下法，致表邪内陷，触动喉痰旧疾案，诊后概括不出病机，连拟数方均觉欠妥，直至了解到“始终无汗”与“曾服泻盐三次，而至水泻频仍，脉忽变阴”的情况之后，才认定“邪陷阳郁，而非阳虚”，改用麻黄升麻汤，终于获得满意效果。可见麻黄升麻汤是针对病情特别复杂而制定的处方。因为该证的关键病机是邪陷阳郁，所以方中重用麻黄升麻为君，目的在于发越

郁阳。喉痹唾脓血，乃肺热伤阴，故佐以清肺滋阴。泄利不止，乃脾伤气陷，故佐以健脾温阳。药味虽多，仍然是重点突出，主次分明，决不同于杂凑成方。由此可证否定本条方证的理由并不充分，应当进一步深入研究。王朴庄曾经分析指出：“君以麻黄，取捷于得汗也。升麻解毒，当归和血，故为臣。然后以知母、黄芩清肺热，萎蕤、麦冬保肺阴，姜甘三白（白术、白芍、白茯苓）治泻利。复以桂枝、石膏辛凉化汗，入营出卫，从肺气以达于四末。纪律森严，孰识良工苦心哉！”颇能说明道理，可供参考。此证肺热脾寒，此方发越郁阳，清肺温脾，与肝经毫无关涉，所以也不应属于厥阴病方。有些注家把以上三方都当作治厥阴寒热错杂证的方剂，是不恰当的。

当归四逆汤养血散寒，是治厥阴血虚寒凝致厥的主方，论中提出“手足厥寒，脉细欲绝”就是有别于少阴阴盛阳虚的辨证要点。方有执说：“细为血虚，阴血不足也。当归、芍药，养血而收阴；通草、细辛，行脉而通闭；桂枝辛甘，助阳而固表；甘草、大枣，健脾以补胃。夫心主血，当归补其心，而芍药以收之。肝纳血，甘草缓其肝，而细辛以润之。脾统血，大枣益其脾，而甘草以和之。然血随气行，桂枝卫阳，气固则血和也。”汪苓友说：“此条乃寒中厥阴血分之证，手足厥寒与厥逆、厥冷略异。逆冷者，寒深入脏，故手足不顺利而如冰，斯为厥逆厥冷。厥寒者，手足厥而自觉畏寒之甚，乃寒中于经，成注所云，阳气外虚，不温四末是也。脉细欲绝者，寒伤营，成注所云阴血内弱，脉行不利也。与当归四逆汤，助阳生阴也。”汪氏解释病机引用成氏，但对成氏所释方义却提出了异议，如“足厥阴之脏本属肝，肝者藏血之府，成注不言当归入肝，反言补心，殊非紧要语。”王晋

三的解释尤其明确，他分析说：“当归四逆，不用姜附者，阴血虚微，恐重劫其阴也。且四肢虽寒而不至于冷，亦惟有调和厥阴，温经复营而已。故用酸甘以缓中，则营气得至太阴而脉生；辛甘以温表，则卫气得行而四末温，不失辛甘发散之理，仍寓治肝四法。如桂枝之辛以温肝阳，细辛之辛以通肝阴，当归之辛以补肝，甘枣之甘以缓肝，白芍之酸以泻肝，复以通草利阴阳之气，开厥阴之络。”以上诸注，对理解当归四逆汤的作用均有帮助。但也有一些医家提出否定意见，如柯韵伯说：“既名四逆汤，岂得无姜附？”主张“当是四逆本方加当归，如茯苓四逆之例。”钱天来也主张是四逆汤加当归。通过多方论证，提出疑问“不谓方名虽曰四逆，而方中并无姜附，不知何以挽回阳气？”并批评“从来注伤寒家皆委曲顺解，曾不省察其理，亦何异成氏之随文顺释乎？”二家所论似乎迥出诸家，独具卓识，实际纯属偏见，未免千虑一失！其实柯氏在他另一部著作《伤寒附翼》中已经修正了自己原来的主张，提出“……不须参朮之补，不用姜附之燥，此厥阴之四逆与太少不同治，仍不失为辛甘发散为阳之理也。”正因为厥阴病不同于太阴、少阴，所以虽然内有久寒，也只加吴萸生姜，即当归四逆加吴茱萸生姜汤。柯氏对此也是从肝立论，提出“若其人内有久寒者，其相火亦不足，加吴萸之辛热，直达厥阴之脏，生姜之辛散，行气于筋，清酒以温经络，筋脉不沮弛，则气血如故，而四肢自温，脉息自至矣，此又治厥阴内外两伤于寒之剂也。”

从临床来看，血栓闭塞性脉管炎，早期雷诺氏病，小儿麻痹症恢复期，坐骨神经痛，腓肠肌痉挛，冻疮，手足麻木，痛经，以及头痛，胁痛，腰痛，腹痛，疝气痛等许多病证，只要符合血虚寒凝病机，使用当归四逆汤都有较好的疗效。

白头翁汤为治疗厥阴热利的主方，它与葛根黄芩黄连汤治阳明肠热下利不同，主要与肝热下迫大肠有关，程郊倩说：

“下重者，厥阴经邪热下入于大肠之间。肝性急速，邪热甚则气滞壅塞其恶浊之物，急欲出而不得，故下重也。”汪苓友说：

“肝主疏泄，而反下重者，邪热壅滞，气滞而不行也。”

白头翁、秦皮皆能清热凉肝，佐以黄连、黄柏清湿热解毒。本方除用于湿热痢疾以外，还可用于肠风下血，男子偏坠疝疾。现代临床证明，不管是阿米巴痢，还是细菌痢，只要证属湿热，用之都有效果。但是必须注意邪实而正不虚，如果稍有虚象，即不可用。正由于这种热利与肝热下迫有关，所以不属于阳明，而属于厥阴。

吴茱萸汤温降肝胃，泄浊通阳，主治厥阴肝寒犯胃，浊阴上逆诸证，各家看法基本一致，不需赘举。

综上所述，不难看出厥阴病证治确实具有自身的特点，而不是“更无厥阴”。只是由于外感与杂病合论，并且举出的类似证较多，以致内容较杂，然而皆环绕主证论述，并非杂乱无章，而是有章可循，况且处处突出寒热虚实辨证，极有指导意义。因此，厥阴病篇并非“千古疑案”，而是有着现实意义。

无庸讳言，厥阴病篇所载厥阴病理论的内容并不完整，而且存在较大缺陷，就外感病来说，既没有邪闭心包证，也没有肝风内动证；就杂病来说，既无肝阳上扰证，也无肝气郁结证。只有一分为二，辩证地看待厥阴病篇，实事求是地分析研究，才能不被传统说法所囿，从而加深理解，达到“古为今用”。

八、霍乱病篇

霍乱，指暴发吐泻的急性胃肠病。因发病急而病变剧，

故名霍乱。霍为挥霍，乃时间概念，乱为撩乱，是病变特点，霍挥之间便致撩乱。完全是根据病情特点命名，不同于专指感染霍乱弧菌而致的霍乱。其名称虽早见于《内经》，但具体治法则始于仲景《伤寒论》，所以《伤寒论》也是后世霍乱证治的基础。然而其内容仅是湿霍乱中的寒证，没有论及热证与干霍乱，应当历史地实事求是地看待，不应以偏为全。即就几个认识问题，结合原文精神简析如后：

（一）为什么不把霍乱病纳入六经病篇

根据柯韵伯“伤寒杂病，治无二理，咸归六经之节制”的论证，那么，霍乱证治也可归入六经，运用六经进行辨析病机，确定治法，没有另立篇章的必要。可是《伤寒论》却在六经病篇之后，另立霍乱专篇，其意何居？对此，长期以来认识不一。有些注家保持林亿校正本的原貌，如成无己《注解伤寒论》。有些注家将霍乱病篇全文删除，如喻嘉言《尚论篇》。有些注家把霍乱病篇的方证分别归并入太阴病篇与少阴病篇，如柯韵伯《伤寒来苏集·伤寒论注》。有些注家调整了霍乱病篇的篇次，不再列于六经病篇之后，如钱天来《伤寒溯源集》把该病篇移作太阴病篇的附篇。尤在泾《伤寒贯珠集》把该病篇编入太阳类病法中。真是各说其是，令人莫衷一是。其实这一问题并不难理解，因为六经分病辨证体系虽然具有普遍意义，但它所揭示的仅是病变的一般规律，不可能代替各种疾病的具体辨证，霍乱病的证治固然也离不开六经，但毕竟有其自身的特点，所以需要另作专篇论述，使人既知六经病的共性，又知霍乱病的个性，看来成无己仍然遵照林氏校正本的编排次序，是有道理的。从霍乱的病变部位来看，自然与太阴病关系最切，然而太阴病的吐利病势不急，而且不一定兼表证，霍乱则大多表里证同具，病势急骤而病

变撩乱。钱天来把它改为太阴病附篇，可能有见于此。从霍乱病的证候特点与治法来看，多兼太阳表证，但是它的病变重心是里而不在表，就表里关系来说，也只能是里证兼表，而不是表证兼里，所以尤在泾把霍乱病编入太阳类病中，未免主次颠倒。至于喻氏、柯氏等将霍乱病篇全文删除及将该篇条文分属于太阴、少阴病篇的作法，完全抹杀了霍乱自身的证治特点，不仅是主观武断，而且是严重失误。

（二）怎样评价《伤寒论》中的霍乱病篇

《素问·六元正纪大论》“太阴所至，为中满霍乱吐下”。《灵枢·经脉篇》：“足太阴厥气上逆则霍乱”。《灵枢·五乱篇》：“清气在阴，浊气在阳，……清浊相干，……乱于肠胃，则为霍乱”等，表明《内经》对霍乱的病因、病机及病变特点，已经有了比较全面的认识，但是有证无方，是仲景《伤寒论》才首次论述了霍乱病的具体治法和方药，从而奠定了霍乱辨证论治的理论基础，这也应算是仲景对医学贡献的一个方面。然而必须明确《伤寒论》中所述，仅是湿霍乱中的寒证（寒霍乱），有些注家因条文中提到了“热多”、“寒多”，强调仲景已经交待霍乱有寒热之辨，并且已有了相应的治法和方剂。错误地把“热多”理解成“热证”，以致误用五苓散治热霍乱，长期得不到纠正，带来极其严重的后果。金·刘河间总结了误用五苓散的教训，主张于五苓散中加入石膏、滑石、寒水石、甘草，改名桂苓甘露饮，变辛温为辛凉，始避免了以热治热的错误。但是，对于热霍乱的病因、病机以及治法，仍然缺乏全面的认识，没有系统的论述。直至清末王孟英通过丰富的临床实践与认真细致的观察研究，总结了正反两方面的经验，著成了《霍乱论》，才真正解决了霍乱病篇“热多”不是热证这一悬案。

（三）《伤寒论》中霍乱病的证治特点

霍乱病篇所载的主证是呕吐下利，可知是湿霍乱，不是干霍乱。所载处方都是辛甘温之剂，可知是寒霍乱，不是热霍乱。其证候的显著特点是呕吐而利的同时大多伴有恶寒发热表证，也就是表里证同具，但不同于以表证为主的二阳合病，而是以里寒证为主。魏荔彤对此曾有一段比较精辟的分析：“伤寒者，外感病，霍乱者，内伤病也。伤寒之发热头痛，身疼恶寒，风寒在营卫；霍乱之头痛身疼恶寒，必兼吐下，风寒在胃府也。风寒之邪，何以遽入于胃府，则平日中气虚歉，暴感风寒，透表入里，为病于内。因其风寒客邪，故发热头痛，身疼恶寒，与伤寒同；因其暴感胃府，故兼行吐利，与伤寒异，此二病分关之源头也。其所以吐利时不热，利止复热者，则亦因中气虚弱，当吐利行时，邪虽在胃而气散，热不能发，利止气收反发耳。亦异于伤寒之热发在表，无作息时也。”颇有助于对霍乱证治特点的理解。

再从具体方剂来看，不仅五苓与理中所主是表里证同具，四逆诸方也同样是表里证同具，只是里阳虚更为严重，与“表里证同具，里虚者先治其里”的原则，是完全一致的。所不同的，霍乱病在使用理中、四逆以后，里和而表亦大多随解，如果万一未解，然后“消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”总之，《伤寒论》中所述的霍乱，属于虚寒性质的湿霍乱，临床特征是表里证同具，治疗特点是温里为主。

（四）关于热多用五苓，寒多用理中问题

自386条提出“热多欲饮水者，五苓散主之”以来，许多注家把“热多”解释为热证，如“热多欲饮水者，阳邪胜也”，解释五苓散作用为“水行则热减，是亦两解之谓也。”以及“导湿清热滋干”等，试问阳邪胜，怎么能用辛温？五

苓散为辛温之剂，怎么能够清热？张路玉指出“呕吐泄泻者，湿土之变也。……有一毫口渴，即是伏热，凡术附姜桂种种燥热之药，误服即死，虽五苓散亦宜慎用。”王孟英更联系386条原文进行剖析，“盖仲圣虽立热多欲饮水，五苓散主之之法，然上文有头痛发热之表证，仍是伤寒霍乱，故用两解之法。其虽兼表证而非风寒之邪，或本无表证而热盛口渴者，岂可拘泥成法，不知变通，而徒藉圣人为口实哉！”又通过五苓与理中比较，得出“二方皆为风寒而设，热多谓表热未衰，寒多谓里寒较甚，于一病中察其内外之轻重而辨其邪气之聚散以施治法，圣人辨证详尽如此，而后人颛预，或至误会，凡夏秋霍乱之口渴者，辄用五苓，多致僨事！”这些皆论证了“热多”不是热证，只是由于概念混淆，误把症状当作病机，因而认为五苓散是治热霍乱的方剂，以致造成十分严重的后果。可见求得一个正确的认识，要花去多么大的代价。

通过以上讨论，可以断定五苓散所主的霍乱也是寒证，五苓之用是两解表里，使用标准是“热多欲饮水”，所谓热多乃相对寒多而言，也就是里寒不甚的意思，解释为“表热多于里寒”，尚嫌不太确切。因为霍乱总是以里证为主，观五苓散的药物组成，也是以温运脾阳，化气利水为主，兼和肌表。热多，表明里寒尚轻，而不是表热偏甚，如果里寒较甚，虽然渴欲饮水，也当使用理中丸。理中丸方后有“渴欲得水者，加术，足前成四两半”，就是有力的证明。五苓与理中皆是主治中焦脾胃的方剂，阳虚里寒的程度轻，用五苓散运脾利湿；阳虚里寒的程度重，用理中丸温中祛寒。正如徐灵胎所说：“五苓所以分其清浊，理中所以壮其阳气，皆中焦之治法也”。

至于“寒多不用水者，理中丸主之”。成氏解释其方义：“脾欲缓，急食甘以缓之，用甘补之，人参、白术之甘，以

缓脾气调中，寒淫所胜，平以辛热，干姜之辛以温胃寒。”然而既以温中为主，为什么方名不曰温中而曰理中？方有执解释“理，治也，料理之谓；中，里也，里阴之谓。”程郊倩又从理论上作了进一步阐述：“阳之动，始于温，温气得而谷精运，谷气升而中气贍，故名曰理中，实以燮理之功，予以中焦之阳也。”又“参朮炙草，所以守中，干姜辛以温中，必假之焰釜薪而腾阳气，是以谷入于阴，长气于阳，上输华盖，下摄州都，五脏六腑，皆以受气，此理中之旨也。”丸剂可以预先准备以供急需，是其优点。但是丸剂作用的发挥缓慢，不及汤剂快速，所以又有“丸不及汤”，改丸作汤的主张。为了提高疗效，又总结出随证加减诸法，即所谓“理中八加减”。但由于其中有些加减用药比较特殊，因而又引起一些不同意见。如钱天来说：“后加减方，文理背谬，量非仲景之法”。钱氏不满意成无己对该方加减法的解释，进而肯定“非仲景之法”，未免武断。细析加减法内容，对于随证选药仍有一定指导意义。例如“脐上筑”，“吐多”，“腹满”均去朮，与“下多”仍用朮，“渴欲饮水”加朮相比较，加减的意义就能更加明确。因为白朮的主要作用是运脾升清，脐上筑有肾气动而上逆之机，所以去白朮，加桂以平冲逆。吐多则胃气上逆较甚，所以去白朮，加生姜以和胃降逆。腹满由于阳虚不运而气滞，所以去白朮，加附子以温壮阳气。下多则脾虚气陷较甚，所以仍用朮。渴饮既非阳盛，也非阴伤，而是脾虚不能正常输布津液，津液不能上腾，所以加重白朮的用量，以助脾的输布津液功能。至于悸者加茯苓通阳利水，寒甚者重用干姜温中散寒，注家都无异议。惟对“腹中痛加重人参”，尚存在不同认识。其实仍是根据腹痛性质而决定的，这种腹痛是因气虚不运，因虚而致，“壮者气行则愈，怯者

著而成病”，所以必须重用人参益气，庶可气行痛止。这些加减化裁，都有它的针对性，正证明不同质的矛盾，只有用不同质的方法才能解决。也正是《伤寒论》辨证论治理论的重要价值所在。

（五）关于四逆诸方的运用问题

388条“吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者，四逆汤主之。”许多注家解释病机为阳亡津竭，如尤在泾注：“此阳虚霍乱之候，发热恶寒者，身虽热而恶寒，身热为阳格之假象，恶寒为虚冷之真谛也。四肢拘急，手足厥逆者，阳气衰少，不柔于筋，不温于四末也。故宜四逆汤助阳气而驱阴气。”陈修园注：“霍乱之为阴虚者，中焦之津液，内灌溉于脏腑，外濡养于筋脉，吐则津液亡于上矣，汗出则津液亡于外矣。亡于外则表虚而发热恶寒，亡于上下，无以荣筋而四肢拘急，无以顺接而手足厥冷者，以四逆汤主之，助阳气以生阴液，方中倍用炙甘草以味补阴。”霍乱病变急剧，确实最易阳亡阴竭，两注均有一定理由。但是阳格于外，不应当有恶寒。果然是阴盛格阳，则应当用通脉四逆汤；果然阴液竭，则应当用四逆加入参汤，均非四逆汤所能胜任。以理法方药一致的原则相衡，就显得十分牵强。其实恶寒发热是表证，汗出则为表虚，吐利，四肢拘急，手足厥冷是里寒证，也是里虚寒兼表的表里证同具，只因里虚寒的程度较重，故不用理中丸而用四逆汤。其实成无己早已提出“汗出发热恶寒，表未解也。”钱天来也曾作过专门论证，指出“汗出发热恶寒，似桂枝证，然霍乱与中风迥异，盖中风之初，有表证而尚无里证，但治其表可也。霍乱则方有表证，而寒邪已先入里，故上吐下利也。且吐且利，而又四肢拘急，则诸寒收引也。手足厥冷，则阳气衰微而不充于四肢也。其证之里急甚于表，

故急宜救里，当以四逆汤主之。寒中霍乱，本无汗下及寒凉之治者，皆以寒邪在里，阳气虚衰故也。所以但用温经散寒，而其表证亦无不解也。”不仅突出了霍乱的证候特点，而且阐明了温里而表自解的机理。由于理明词达，也得到一些医家的赞同，如王朴庄说：“虽外证有发热恶寒等，而其本从寒邪犯里而来，急当以四逆温里为主，阳复则表自解也。”章虚谷亦说：“此以表阳不固，寒邪由太阳直入于里，故吐利又兼汗出发热恶寒，四肢拘急而厥逆，表里之证并现也。主以四逆回脾胃之阳以散寒邪，里邪去，表亦自和矣。”这些阐述，无疑是正确的。

389条“既吐且利，小便复利，而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝，四逆汤主之。”本条证情十分严重，阴竭阳亡之变，迫在眉睫，其外热不是表证，而是阳气外亡，此证恐非四逆汤所能胜任，日医丹波元简主张“据少阴篇、厥阴篇之例，此条所主当是通脉四逆汤。”这种从实际出发的精神，值得提倡。

390条“吐已下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者，通脉四逆加猪胆汁汤主之。”吐已下断，仍伴有汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝等脉证，可见不是阳回液复，而是阳亡液竭，其机理与385条“恶寒脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之”是一样的。两条相较，385条证情尚轻，所以仅于四逆汤加入参以补益气阴；本条的证情更重，故用通脉四逆加猪胆汁汤。加猪胆汁的目的可能有两个方面：一是取其反佐，恐寒邪太甚，阳药被格拒不受，加之以为向导。一是取其滋液，成无己谓“胆苦入心以通脉，胆寒补肝而和阴。”有些注家只强调“反佐”，难免片面。张隐庵、张令韶、高士宗、陈古愚对方中用猪胆汁的意义都有

所阐发，可供参考。但其作用究竟怎样，还当进一步研究。

（六）关于桂枝汤和解其外问题

387条“吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”从本条内容来看，更有力地证明论中所述霍乱病的特点是表里证同具。吐利止而身痛不休，是里虽和而表尚未和，故用桂枝汤和表。大家知道，桂枝汤并不是什么峻猛之剂，为什么却那样慎重，既指出“当消息和解其外”，又交待“宜桂枝汤小和之。”这是提示治病择方不但要符合病机，而且必须注意病人的体质情况。因为霍乱的主要病机是中焦阴盛阳虚，吐利虽然暂止，中阳虚不可能完全恢复，桂枝汤方中芍药酸苦微寒，毕竟与中阳虚不利，所以应斟酌使用。根据太阴病篇“设当行大黄、芍药宜减之”的经验，那么，略减芍药用量也未尝不可。从“消息和解其外”与“宜桂枝汤小和之”的治则来看，可见桂枝汤是和剂而非汗剂。王晋三与王旭高都强调桂枝汤为和方之祖，《绛雪园古方选注》把桂枝汤作为和剂的祖方，决不是偶然的。

（七）关于384条的争议问题

注家对本条内容，历来有两种意见，以致争议不休。以成无己为代表认为本条是探讨霍乱病之后又病伤寒的病机变化；以《金鉴》为代表认为本条是讨论霍乱与伤寒的鉴别。各执一是，直至目前，仍然处于这种状况。我们认为伤寒与霍乱的主要区别是伤寒有六经传变，霍乱没有六经传变。本条内容除开始“伤寒，其脉微涩者，本是霍乱，今是伤寒”，表明本是霍乱，与单纯伤寒有所不同，寓有鉴别的意思以外，其余都是反复论证在伤寒过程中可能发生的情况，由于曾病霍乱之后，中气已虚的缘故，据此可见成注更合理一些。另外文中所说的“属阳明”指胃和能食，是向愈之候，“不属阳

明”指胃尚未和，非愈候。乃是生理概念。有些注家仍从阳明病解释，则于理难通，如果是阳明病，怎么能够十三日愈。征之临床，腹泻病人，泻止后往往转成便秘，这是胃气复的佳兆，所以说属阳明。但也不是绝对的，还应参考进食情况，如果能食，则可肯定为阳明胃和，待期自愈。如果不能食，则不一定属于胃和，就不是愈候。还有一种情况，即使能食，也只能预断为当愈，而不能说必愈，因为也有能食而不愈者，所以说“不属阳明也。”这充满了具体分析辩证法思想，多么难能可贵！

九、差后劳复病篇

差后劳复病篇是《伤寒论》中的最后一篇，篇中“差后”条文皆冠以大病。所谓“大病”即指伤寒热病。刘河间说：“古人以百病皆为杂病，惟伤寒名曰大病”。“差”同瘥（音柴去声），称为“小愈”，指临床症状解除，尚未完全恢复。山田正珍说：“差者，言差解而未复常也，与愈不同。”差后往往余邪未尽，加之病中正气损伤，或伤阴，或伤阳，因而会续发各种病证。如果因劳力或劳神而病复作，称为劳复。如果因饮食失节而病复作，称为食复。如果因早近房室而病复发，称为女劳复。

本篇原名“辨阴阳易差后劳复病脉证并治”，但阴阳易证治的疑点较多，而且阴阳易的涵义也不太明确，通常有“换易”与“变易”两种解释，前者根据《诸病源候论》，“阴阳易者，男子病新瘥，未平复，而妇人与之交接得病者，名曰阳易；妇人得病新瘥，未平复，而男子与之交接得病者，

名曰阴阳易。”所谓“易”，即交换之意。后者主张“阴阳易者，便是伤寒变证，故冠以伤寒二字也。阴阳二字，对房事言之，易者，变易也。此平素好淫人，伤寒病中更犯房事，夺精血，以致此变易者，是以谓之阴阳易”。（山田正珍《伤寒论集成》）从临床病案所载房劳复的证候来看，极与阴阳易的证情相似，而且所用烧裯散皆配伍其他药味，可见取效不在裯裆，而在调散之方。虽然柯韵伯有“至秘之品，为至奇之方”的讚语，毕竟属于纸上空谈，难以置信。病人的裯裆烧灰调服，决不是什么科学方法，也决不是中医学的精华，所以不作讨论。本篇专论劳复仅有一条，其余都是论述差后证治，既有发热，又有腰以下水气，既有胃寒喜唾，又有胃热欲吐，还有因强食而致的日暮微烦等，内容虽然很少，但已揭示出差后病有寒热虚实之辨与汗下温清诸法，以及差后调护等，从而奠定了差后劳复证治理论的基础，这些对临床实践，同样有指导意义。可是，对《伤寒论》理论素有研究并卓有贡献的柯韵伯却将本篇差后劳复内容全部删除，未免千虑一失。他把理中丸列于少阴病篇已很勉强，把竹叶石膏汤说成为三阳合病的主方，并批评“若用于伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐者，为谬之甚矣。”更属偏见，这正表明柯氏对于差后劳复证治缺乏实践体会。

（一）劳复机理与枳实栀子豉汤作用

大病差后为什么会发生劳复？《诸病源候论》专责于虚，认为“伤寒病新瘥，津液未复，血气尚虚，若劳动早，更复成病，故云复也”。又“若言语思虑则劳神，梳头澡洗则劳力，劳则生热，热气乘虚还入经络，故复病也”。果如所说，则劳复都是虚证，治疗劳复也应以补虚为主了。事实并不如此，可见巢元方主虚说是片面的。成无己指出：“病有劳复，

有食复，伤寒新瘥，气血未平，余热未尽，早作劳动复者，名曰劳复。病热少愈，而强食之，热有所藏，因其谷气留传，两阳相合而病者，名曰食复。”从邪正两方面分析，显然较巢氏主虚说全面。然而如果进一步研究发生劳复的原因，是正虚为主，还是余邪为主？只要结合治疗劳复的主方——枳实栀子豉汤的作用，不难得出劳复成因的主要方面应是“余邪未尽”，否则，虽然早劳，也不会发生病复。

由于枳实栀子豉汤方后有“温复微似汗”的医嘱，许多注家皆视该方为汗剂，其实是不确当的。大家知道栀子豉汤并无发汗作用，加入行气除痞的枳实，是为了加强清宣郁热，怎么反能发汗？成无己提出：“热聚于里，苦则发之”，引用《内经》“火淫所胜，以苦发之”作为根据，虽然于理可通，但用以解释该方的作用则非常牵强。事实上该方主治证的病位并不在表，而是在胸膈。汪苓友分析说：“劳复证，以劳则气上，热气浮越于胸中也，故用枳实为君以宽中下气，栀子为臣以除虚烦，香豉为佐以解劳热。”丹波元坚亦同汪氏的意见，“差后劳复者，大邪既解，阴阳未谐，早有劳动，余热复集是也，热必自内发，故枳实栀子豉汤为其对治。此条不举其证，想心烦不眠，为其必有也。”既然不是表证，枳实栀子豉汤也不是发汗剂，为什么服药后要提出“温复微似汗”呢？其得汗机理可能与服小柴胡汤“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解”相近。方用清浆水煎药，即取其和调胃气。汪苓友说：“煮以清浆者，以差后劳复病，宜助胃气也。胃气升则劳复之热降矣。覆令微似汗者，胃家之气既升，则遍身得以和畅，故云微似汗也。”王朴庄说：“妙在空煮酢浆，使酸味先入厥阴，而后三物从之以达三焦，则阴阳调，水火交济而汗自出矣。”这都是说明服枳实栀子豉汤

后，覆取微似汗，是胃气升降复常，三焦通畅，阴阳调和的结果。假使挟有宿食，还可酌加大黄以下积滞。该方不仅适用于劳复，“凡食膏粱之物过多，烦热闷乱，宜服之。”（李东垣《内外伤辨惑论》）

清浆水究竟是什么？有的认为就是酢浆，《千金翼方》载本方以酢浆煎药，可证。有的认为是一种特制饮料，如《本草蒙筌》载“造浆水法，炊粟米，热投冷水中，浸五六日，生白花，色类浆者。”《医方祖剂》载“浆水乃秫米和麴酿成，如酢而淡。”吴仪洛《本草从新》亦采是说，并提出“若浸至败者，害人。”有的认为是米泔水，如徐灵胎说：“浆水，是淘米泔水，久贮味酸者佳。”陈修园说：“清浆水是淘米水，二三日外味微酸者。”按煎药用水，应当是易取之物，若临时制作，待五六天后使用，岂不延误病机？而贮存二三日的淘米水，随时皆有，容易取用，似以淘米水为是。但是也不能排除特制饮料，现在贵州省苗族仍有制作“酸汤”的习惯，（其做法是：每次用米煮饭时，多放一些水，待水稍滚，舀出多余的水储存起来，使之发酵变酸，用这酸水煮蔬菜，即为“酸汤”。）汉代是否有这种习俗，有待于进一步考证。

清浆水的作用如何？除了“助胃气”与“取酸味先入厥阴”的说法以外，大多皆宗朱丹溪“性凉善走，能调中宣气，通关开胃，解烦渴，化滞物”之说，王肯堂曾提出商榷意见，他指出“按浆水能止渴，以其酸也。能化滞，以其米味之变也，亦犹神曲麦芽之消食，非性凉善走之谓。”观王氏之意，可见清浆水煎药，要在取其助消化，和胃气，有利于药物作用的发挥。

清浆水煎药，为什么先要空煮，有认为是加强酸味，以防梘鼓涌吐。有认为取其性熟下沉，但也有反对此说，现在

看来，似含有煮沸消毒之意。

（二）差后更发热的病机与治法

本条只提差后，表明与上条劳复不同。有些注家（如沈明宗、《金鉴》、丹波元坚等）仍然按劳复解释，似欠允当。有些注家（如成无己、汪苓友、尤在泾等）就余邪未尽解释，比较合理。差后余邪为病，为什么治法又有宜和宜汗与宜下等不同呢？这是因为临床表现与病机有所不同的缘故。正如喻嘉言所说：“然余热要当辨其所在”。为什么用小柴胡汤？尤在泾说：“不因作劳，亦未过食，而未尽之热自内而达于外也，故用小柴胡汤因其势而解之。”汪苓友说：“此为半表半里之间有留邪也。”二氏说法虽略有差异，但对邪在少阳的看法是一致的。钱天来则认为差后病不单是余邪，也可能复感外邪，只要见到半表半里的少阳证，就可使用小柴胡汤。

至于“脉浮者以汗解之，脉沉实者，以下解之。”似乎是“据脉定治”，实际也是举脉略证，举脉以示病机所在。方有执说：“脉浮，有所重感也；脉沉，饮食失节也。”为什么只提宜汗、宜下的治则，却不出主方？目的示人随证选方，故未出方以避免印定眼目。可是注家对此偏要补充方剂，未免蛇足。例如以汗解之，喻嘉言、《金鉴》等主张仍用枳实栀子豉汤。日医尾台氏主张选用麻桂二方，沈明宗主张用小柴胡汤。其实都不一定恰当。因为枳实栀子豉汤与小柴胡汤均非发汗剂，麻桂二方也宜于表寒证，而表热证严格禁用。再如以下解之，有的主张用枳实栀子大黄豉汤，有的主张用大柴胡汤，有的主张用调胃承气汤或大承气汤。这些也只能作为参考，不可拘泥。

（三）差后屢以下肿的病机、治法与牡蛎泽泻散的配伍意义

大病差后，为什么会发生腰以下有水气？成无己认为“大病差后，脾胃气虚，不能制约肾水，水溢下焦，腰以下为肿也。”方有执认为“差后新虚，土未强而水无制也。”喻嘉言认为“乃大病后脾土告困，不能摄水，以致水气泛溢。”果如所说，何以不用补脾方法，却用牡蛎泽泻散。钱天来通过对浮肿特征的比较分析：“大病后，若气虚则头面皆浮，脾虚则胸腹胀满。此因大病之后，下焦气化失常，湿热壅滞，膀胱不泻，水性下流，故但从腰以下水气壅积，膝胫足跗皆肿也。以未犯中上二焦，中气未虚，为有余之邪，脉必沉数有力，故但用排决之法，而以牡蛎泽泻散主之。”既突出了虚实辨证，又指出了腰以下水气的病机，特别是提出“中气未虚，为有余之邪”，真如画龙点睛，切中要害。最后得出“盖湿热下流，有余之证耳，非脾胃虚衰，土崩水泛也”的结论。《金鉴》也郑重提出“此方施之于形气实者，其肿可随愈也。若病后土虚不能制水，肾虚不能行水，又当别论，慎不可服也”的告诫！

许多注家认为牡蛎泽泻散是逐水之剂，实际并不确切。因为方中没有用芫花、大戟、甘遂等峻攻水邪的药物，可见与十枣汤、大陷胸汤等逐水剂是不同的。方用牡蛎、泽泻、海藻相伍，旨在软坚利水，佐葶苈利肺气而导水之源，商陆破水积而疏水之流，栝蒌根、蜀漆酸苦相合，泄在下之湿热。正如王晋三所说：“咸软之，苦平之，辛泄之，酸约之，其性必归于下而胜湿消肿”。诸药共用，有较强的利水作用。所以方后有“小便利，止后服”的医嘱。但是本方利水，既不同于健脾温阳利水的五苓散，也不同于清热滋阴利水的猪苓汤，而是清泄疏导下焦湿热。本证水壅于下，用葶苈泻肺，是下病上治，有利于水道之通调。用栝蒌行津液，导肿气，先引

水液上升，后使水液下降，所谓“不升则不降也”。据临床报道，本方用于心脏病引起的下肢水肿，有较好的疗效。

（四）差后喜唾的病机与治法

本证喜唾是中焦虚寒，故用理中丸。然而对中焦虚寒为什么喜唾？却存在不同认识：一种看法是“津液不摄”。津液何以会不摄？又有两种解释，一是着眼于脾，如张锡驹说：“脾之津为唾而开窍于口，脾虚不能摄津，故喜从外窍而出也。”二是着眼于胃，如尤在泾说：“胃阳虚者，津液不摄，故口不渴，喜唾。”脾与胃密切相关，不论主脾，还是主胃，都属于中焦虚寒。另一种看法是“津液凝结”，如喻嘉言说：“身中津液，因胃寒凝结而成浊唾。”沈明宗说：“微者，津液凝成，则为喜唾，故不了了。”也有认为本证“胸上有寒”的“寒”字，指饮邪，如山田氏说：“按论中寒字，有对热而言者，有指留饮而言者，有指痰而言者，此条与小青龙、四逆汤条皆以留饮言之。”津液凝结与津液不摄似乎不同，而主因都是中焦脾胃虚寒，所以但用温中祛寒，则喜唾自愈。周禹载说：“唯温补其胃，自使阳气得以展布而积自去，去者不复积已。”高学山说：“人参之补，干姜之热，白术之温，而和以调中之甘草，则胃阳四达，而上泛之唾乘阳气而化为津液以滋脏腑，则不了了者亦愈矣。”胸中有寒，指因阳虚而生寒，尤在泾说：“胃上有寒者，非必客气也，虚则生寒耳。”似不必引伸为留饮，果真有留饮，岂有不用化饮药物之理？喜唾所以会久不了了，应以津液不摄为主，所以许多医家主张于理中汤中加益智仁。如果中阳虚的程度不甚，改用六君子汤加益智仁效果亦好。但是差后喜唾，也有不属于虚寒，而因阴虚有热的，则又应治以培土敛阴清热，如《千金要方》“口干喜唾，或咽痛，用大枣 10 枚，乌梅 3 个共捣，蜜丸枣核大，

食口中，徐徐咽下。”可供参考。

（五）虚羸少气，气逆欲吐的病机与治法

成无己对本条证治的解释比较平允，他说：“伤寒解后，津液不足而虚羸，余热未尽，热则伤气，气逆欲吐，与竹叶石膏汤调胃散热。”程扶生亦宗成说，“津液不足则虚羸，余热不尽则伤气。”可是自方有执提出了“病后虚羸，脾胃未强，饮食难化则痰易生，痰涌气逆，故欲吐也”的解释以后，许多注家分析该证的病机皆联系到痰或饮，如尤在泾说：“气不足则因而生痰，热不除则因而上逆。”王朴庄说：“尚有余火与津液相搏而为热痰。”可能因方中有半夏，并认为半夏是化痰药的缘故。如方有执说：“半夏豁痰而止吐”。《金鉴》说：“半夏降逆更逐痰饮”。王朴庄说：“用石膏协半夏以降热痰。”尤在泾说：“故用半夏之辛以下气蠲饮”。钱天来说：“半夏蠲饮而止呕吐”。汪苓友说：“上方乃和解肺胃虚热，兼消停饮之剂”。应当承认半夏有化痰蠲饮作用，但是，是否凡用半夏方剂都取其化痰蠲饮？再则竹叶石膏汤所主的证候，是否一定挟痰或饮，假使无痰，能否使用该方，又能否使用半夏？这一问题，还应从方药配伍规律方面来寻求答案，石膏与半夏相伍，固然能清化痰热，但麦冬与半夏相伍，就不一定是取其化痰，而是借其辛开，一以防麦冬滋腻，一以加强麦冬滋养胃阴的作用。喻嘉言在麦门冬汤的方解中说：“大补中气以生津液队中，又增半夏辛温之味，以开胃行津而润肺，岂特用其利咽下气哉！顾其利咽下气，非半夏之功，实善用半夏之功也。”说明滋阴药中佐以半夏的意义。徐灵胎也没有拘执化痰之说，认为竹叶石膏汤是“专于滋养肺胃之阴气以复津液。”是有见地的。不过只突出滋阴一面，忽略了清热一面，尚不够全面。假使把本方与白虎加人参汤及

麦门冬汤相互比较一下，就容易区别异同，有利于掌握运用。竹叶石膏汤即白虎加人参汤化裁而成，去知母加竹叶，则清热力弱，加半夏、麦冬，则半夏不燥，麦冬不腻，不但滋阴，且能降逆。麦门冬汤又是竹叶石膏汤的加减方，去竹叶、石膏，则清热之力更弱，加大枣以培脾补胃，一变滋阴清肺为专门滋养肺胃的方剂。

关于竹叶石膏汤的临床运用，凡属胃热津伤气逆证候，用之都有良效。《张氏医通》就有“上半日嗽多，胃中有火，竹叶石膏汤泄降之”的记载。本人曾用本方加姜汁少许治愈一例疑难病证，陆某，男，60岁，病经三天，历进针灸、中西药物未效。剧烈呕吐，开始呕出大量酸苦水，继而饮食均吐，滴水不能进，周身战栗恶寒，虽重被覆盖，寒战不止，大便多日未通，小便少而不畅，昨起迄今小便全无，舌苔薄黄干燥，毫无津液，舌质深红，脉沉细数。证属胃热津伤气逆，治拟竹叶石膏汤加生姜汁反佐。药用：生石膏30克 党参12克 炙甘草6克 麦冬15克 制半夏6克 粳米10克 鲜竹叶20片 生姜汁少许冲，一剂。为了防止饮药即吐，嘱每次只进药一匙，若药入即吐，继续进药一匙，若药入未吐，10分钟后再服，略增量。如法服药，未吐，头煎药服完，战栗全除，呕亦全止。次日复诊：舌上津回，小便稍通，略进饮食，未吐。原方再进一剂，竟收全功。其后始悉患者起病腹痛呕吐，疑房室后受寒，曾用艾灸关元、气海等穴，及服桂附椒萸等辛热药多剂，以致胃津被劫，胃热更甚，热邪内郁，故反而战栗恶寒，呕甚则气逆不降，故二便皆闭。病机符合胃热津伤气逆，故用竹叶石膏汤取得预期效果。

（六）日暮微烦，损谷则愈的意义

病人脉已解，说明不仅邪去，而正气亦和。日暮所以微

烦，这不是病态，而是勉强进食所致。只需节减饮食，则微烦自愈。本条主要有两个方面的意义，一是病后调护，必须听其自然，不可勉强，强制进食，就会发生日暮微烦。二是忌唯药观点，滥用药物，本证微烦，既不当用补，也不可用下。

人强与谷，为什么会发生微烦？尤在泾认为“胃虚谷实，不能胜之，则发烦热也。”高学山认为“微烦为胃液略短，胃火略动之应，凡食物入胃，阴以滋之，阳以化之，略多食，则胃中阴津以润食下送而一时未还，胃中阳气以消谷告困，而一时浮动，故微烦。”尤高两氏的解释虽不一定完全确切，但对深入理解微烦的机理，有一定启发和帮助。

至于“微烦”为什么在日暮？有的认为日暮是阳明之旺时，有认为日暮是阳衰之时，其实不必强解。

十、怎样研究《伤寒论》方

《伤寒论》虽说是 113 方，因禹余粮丸有名无药，又有四方是单味药，所以，具有配伍意义的实际只有 108 方。方中药味一般不多，由两味组成的计 8 方，由 3~4 味药组成的计 46 方（各 23 方），5 味药组成的计 17 方，7 味药组成的也是 17 方，6 味药组成的计 8 方，8 味药组成的计 6 方，用药至 9 味以上的仅有 6 方，可见仲景用药组方的精纯！由于选药确切，配伍严谨，一味药的增减，以至用量的多寡，皆有法度可以遵循，因此被后人誉为“方书之祖”。《伤寒论》注家对论中方剂都有专门解释，临床家对《伤寒论》方的运用又积有大量验案，皆是研究《伤寒论》方的宝贵资料。然

而由于见仁见智，主张不一，又给学习《伤寒论》方带来较多的麻烦。关于研究方法，古今医家皆有不少论述，个人对此也有一些肤浅体会，兹简述如后，聊供参考。

（一）方药类比

所谓类比，就是求同析异，归类比较的方法。把许多具有共性的方剂先行归类，再就同类方剂进行比较，从中找出各个方剂的特点与配伍规律，极有利于掌握运用。最早使用本法研究《伤寒论》方的为唐初孙思邈，他把太阳病篇的方证条文，按法归类，分为用桂枝汤法，用麻黄汤法，用青龙汤法，用柴胡汤法，用陷胸汤法，杂疗法七大类，同类方剂附列于后。宋·朱肱《类证活人书》中的“药证”，明·施沛所著的《祖剂》，亦是类比法。清·徐灵胎在前人经验的基础上著成《伤寒论类方》，将论中全部方剂归纳为十二类，则更臻完备。他的做法是：“每类先定主方，即以同类诸方附焉。其方之精义妙用，又复一一注明，条分而缕析之。随以论中用此方之证列于方后，而更发明其所以然之故，使读者于病情药性，一目了然。”这一方法的优点很多，正如徐氏所说：“见证施治，无不吻合，岂非至便之法乎！”颇受很多医家的赞赏，已发展成为《伤寒论》注家中的一大流派。现在常用的类比法主要有两种：

一是以主方增减的类比法，例如以桂枝汤为主的类方共 21 方，其中以桂枝汤原方加味的有 9 方，桂枝汤原方加葛根，名桂枝加葛根汤，治太阳表虚兼项背强几几。如果不是表虚而是表实，方中再加麻黄，名葛根汤。两方的主药均是葛根，因项背强几几是太阳经俞不利，而葛根能升津液以和经俞，所以葛根为必用的首选药味，直至目前还未发现能代用葛根的药物。正由于葛根能升发胃肠津液外达肌表，不

但善治项背强几几，还善治表邪内迫的下利，32条“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”即指风寒表邪内迫的下利。如果不下利但呕，于葛根汤中再加半夏，即葛根加半夏汤。从以上三方的配伍意义来看，皆是以桂枝汤为基础，而不是麻黄汤加葛根，这是一个值得深思的问题。假使以麻黄汤加味，虽然葛根为主药，也不可能得到预期的效果。这是因为麻黄汤的作用是宣肺而开皮毛，桂枝汤的作用是调脾胃而和营解肌，葛根也是胃肠药，前人因有葛根为阳明经药的说法。用桂枝汤加葛根组成葛根汤，就可取得协同作用而相得益彰，提高治疗项背强与下利的效果，这说明一个真理，方剂优于单味药。

桂枝汤加麻黄、杏仁，即桂枝麻黄各半汤。在太阳病病程较久，微邪郁表不得外解的情况下，因邪微、非麻黄汤所宜，无汗、桂枝汤又不胜任，于是合两方为一方，变大剂为小剂，意在助正达邪，轻微发汗。如果表闭程度很轻，则桂枝汤的用量略增，麻黄、杏仁的用量相应减少三分之一，即桂枝二麻黄一汤。两方主治基本相同，都是微邪郁表的轻证，主要区别是表闭程度的轻重，前者始终无汗，所谓“不能得小汗出”，后者大汗出之后而表邪复闭。至于如症状，一日二三度发或一日再发，不能作为选方的依据。如果微邪郁表，兼有郁热而热多寒少，又当兼清郁热，轻则以石膏易杏仁，即桂枝二越婢一汤，如果证情重则又应去芍药加石膏，并加大剂量，即大青龙汤。一去杏仁则开表力弱，一去芍药则开表力强，这是就桂枝二越婢一汤与大青龙汤相较而言。若就两方的基础方来看，大青龙汤只能属于麻黄汤的加味方，而不是桂枝汤的加味方。

桂枝汤加附子，即桂枝加附子汤，治阳虚液脱的汗漏不

止，恶风，洩难，肢急。因液脱由于汗漏，汗漏由于阳虚，故治以复阳固表为急务，阳复则表固，表固则汗止，汗止则液不外泄而自复，诸证即可随之而愈。所以只加附子一味，而不用其他滋液药物，示人治病选方用药，应着眼于病机矛盾的主要方面，只有这样，才能真正做到药少效宏。

桂枝汤加厚朴、杏仁，即桂枝加厚朴杏子汤，条文提出是治“喘家作”与“太阳病下之微喘”，较难掌握，一般主张治太阳表虚兼肺气上逆的喘证，厚朴杏仁宣降肺气，燥湿化痰，临床上凡属肺胃痰湿而致的喘嗽，不论有无表证，使用本方均有较好的疗效。

桂枝汤原方加重桂枝用量，即桂枝加桂汤，治肾邪上逆之奔豚，因桂枝本身具有平冲逆作用，所以加重用量即可达到治疗目的，如果肾阳虚较甚，则需加入肉桂，其效方著。历来有加桂枝与加肉桂之争，其实无多大意义。

桂枝汤中去桂加茯苓白术，即桂枝去桂加茯苓白术汤，治“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满，微痛，小便不利者”。也长期存在去桂去芍之争，各执其是，至今尚未达成一致意见。个人认为空争无益，要在随病情而定，该证为饮停而小便不利，该方主要作用是化饮邪，利小便。如果有热证则应去桂留芍，无热证则不必去桂。

桂枝汤中去芍药，即桂枝去芍药汤，因胸阳损伤而致脉促胸满，芍药苦酸微寒，故去之。若阳虚较甚（微恶寒，表明阳虚，也有主张是脉微恶寒），再加附子温阳，即桂枝去芍药加附子汤。如方中桂枝附子的用量加重，桂枝由三两增加到四两，附子由一枚增加到三枚，名桂枝附子汤，不但温阳，且取镇痛，为治风湿相搏，身体疼烦的代表方剂。如加蜀漆、龙骨、牡蛎，即桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，

功能温复心阳，劫痰安神，治心阳损伤而心神浮越的惊狂，卧起不安。

桂枝汤加重芍药、生姜的用量各一两，再加入人参三两，即桂枝新加汤，意取益气养营活血，治疗营血虚身痛。加重芍药，目的在于养营活血，但芍药性偏酸寒，故又加等量的生姜以济之，就可受其功而免其弊，至于加人参，则取其益气以生血，李东垣说：“仲景之法，血虚以人参补之，阳旺则能生阴血也。”（《脾胃论》）方名新加，可能是仲景自己创制的新方。柯氏对此方提出了异议，认为“发汗后身疼是表虚，不得更兼辛散，故去生姜，沉为在里，迟为在脏，自当远阴寒，故去芍药。当存甘温之品以和营，更兼人参以通血脉，里和而表自解矣。名曰新加者，见表未解无补中法，今因脉沉迟而始用之。”虽然言之成理，但据此竟把方名改作桂枝去芍药生姜新加人参汤，未免过于武断。

桂枝汤中芍药倍用，即桂枝加芍药汤，能益脾和络，治太阴腹满时痛。如果大实痛，又当加大黄以温通泻实，即桂枝加大黄汤。两方均出于太阴病篇 279 条，因为原文有“本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也。”所以有许多注家皆认为是两解表里之剂，如成无己说：“与桂枝汤以解表，加芍药以和里。”柯韵伯说：“若表邪未解，而阳邪陷入阳明，则加大黄以润胃燥，而除其大实痛，此双解表里法也。”这皆因误把桂枝汤作为解表专剂的缘故，其实两方的目的并不在于解表，即使桂枝有解表作用，那么，芍药用量倍于桂枝，怎样发挥解表作用。高学山对此曾有一段精辟的议论，他强调指出“夫圣人制方，常则用其相成，变则用其相恶，甚至相反之性亦可暂用，要皆各有奥理。乃有不就本条病理脉证中议方，又不从本方轻重多寡间讨论，一见桂

枝，便曰解肌，一见人参，便云固表。不观同是马也，披甲以战，驾犁以耕，推而至于引重致远，而马之见用遂异。此等是眼前至理，愿与天下后世之读《伤寒论》者共明之。”说明各种药物皆有多方面的作用，随配伍不同而异，而决非只有一种作用，也决不是一成不变，因此，在分析研究方药的配伍作用时，也必须具体分析，才能避免被前人偏执之见所囿，才能深入领会方剂的配伍意义，灵活运用到实践中去。桂枝加芍药汤再加胶饴，即小建中汤，功擅温养中脏，治阴阳两虚的悸烦，与中虚木制的腹痛，为理虚的代表方。如果说桂枝加芍药汤能两解表里，那么，小建中汤也可称作两解表里的方剂了。能够说得通吗？再如具有通阳散寒活血通脉作用的当归四逆汤，实际也是桂枝汤的加减方，乃是桂枝汤去生姜，加当归、细辛、木通，凡属血虚寒滞的病证，使用此方均有良效。若里寒较重仍用生姜，再加吴萸，即当归四逆加吴茱萸生姜汤。病在肝胃，不在脾肾，所以不用干姜附子为主药的四逆汤。有提出当归四逆汤是厥阴的表剂，这也是拘泥桂枝解表的论调，试问厥阴之表有哪些表现，难道“手足厥寒，脉细欲绝”，是厥阴表证？显然是不切实际的。

二是据方药作用归类的类比法。例如麻黄杏仁甘草石膏汤、栀子豉汤、黄芩汤、葛根芩连汤、小陷胸汤、大黄黄连泻心汤等都具有清热作用，适用于热证，但由于药物的性味不同，加上配伍药物有别，就存在很大的差异，绝对不容混淆。麻杏甘石汤与栀子豉汤同具清宣作用，但石膏辛寒，与宣开肺气的麻黄杏仁相伍，则主治肺热气闭的喘证；栀子轻苦，与轻清透散的豆豉相伍，则主治热郁胸膈的烦证。黄芩汤与葛根芩连汤均治热利，前方只用黄芩，清热之力较弱，并且与芍药、甘草、大枣相伍，苦甘合化，则苦而不燥，酸甘化

阴，能益阴和营，故治阴伤有热，腹痛下利的轻证。后方黄芩黄连同用，清热之力较大，虽佐以甘草，亦苦多于甘，君以葛根解肌升清，合为清热达邪之剂，故治阳明肠热较重而阴未伤的下利。小陷胸汤与大黄黄连泻心汤两方均有黄连，而且均治心下痞，但前者按之痛，为痰热相结的小结胸证，故君以全瓜蒌，佐以半夏，意取清热消痰；后者按之濡，乃无形邪热壅滞的热痞证，故芩连同用，更佐大黄清热泄痞。此证用大黄，意不在攻下，故改煎剂为浸剂，取其轻扬清淡之气，以加强清热泄痞的作用。

再如苓桂术甘汤与真武汤均用茯苓白术以运脾利水，前者伍以桂枝、甘草，则温脾阳以化饮，治脾阳虚而饮逆，心下逆满，气上冲胸，起则头眩等证；后者伍以附子、芍药、生姜，则温肾阳而散水，治肾阳虚而水泛，心下悸，头眩，身瞤动，或四肢沉重疼痛，腹痛下利。三泻心汤与乌梅丸均是寒热并用，具有苦泄辛开作用的方剂，又都用于寒热夹杂证。但乌梅丸重用乌梅为君，酸苦既能泄热，酸甘又能柔肝，因此，三泻心汤仅治中虚热结的痞证，而乌梅丸却为厥阴病寒热错杂证的主方。

（二）方证互勘

研究《伤寒论》方必须联系证候，丢开证候去研究方剂，就不可能获得正确的认识。因为《伤寒论》文字简略，有时只提出一个症状或脉象，就出方药，如“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”（51条）这是举脉略证，假使没有风寒束表的表实证，单据脉浮，怎么能用麻黄汤？又如“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”（69条）这是突出主证，省略一般脉证，若不作全面了解，仅据烦躁一证，怎么能用茯苓四逆汤？通常采用“以方测证”法求其

脉证，然而对茯苓四逆汤作用的理解很不一致，有的认为是“回阳益阴”，有的认为是“温阳利水”，究竟孰是？只有用“方证互勘”法，不但以方测证，并且就证析方，才有可能得到比较符合实际的结论，从而收到相得益彰的效果。怎样互勘？首先应对茯苓四逆汤中的用药有概括的了解，它含有干姜附子汤、四逆汤、四逆加入参汤三方，则当具有与三方主治证性质相近的证候，然后就证析方，庶可得到要领。

干姜附子汤——干姜、附子——迅复阳气——阳气乍虚——昼烦夜静，脉沉微。
 ↓
 加甘草——四逆汤——回阳救逆——阴盛阳虚——脉微肢厥下利。
 ↓
 再加人参——四逆加参汤——回阳益阴——阴阳两虚——脉微利止。
 ↓
 再加茯苓——茯苓四逆汤——宁心安神——心神烦扰——烦躁。

由此可见，茯苓四逆汤中用茯苓的目的是宁心安神。许多药物都有多方面的作用，茯苓自然也不例外，既有利水作用，也有宁心作用，常随配伍药而异，本方所伍为四逆加入参汤，当不是利水，但也不能完全排除。至于益阴作用主要指人参而言，绝对不是茯苓。就是人参也是通过补气以益阴，所谓人参补益气阴，与一般滋阴药是有区别的，不能等同看待。

又如方后加减法，有的症状虽同而加药不同，也须“方证互勘”，才能透彻理解，掌握运用。姑以口渴与腹痛为例，来看看随证加减的意义。

口渴 { 理中汤，重用白术运脾生津——因脾虚而津液不布。
 小青龙汤，去半夏，加萎根清热生津——因有化热伤津趋势。
 小柴胡汤，重用人参，去半夏，加萎根益气清热生津——因热伤津气。

腹痛 { 理中汤，重用人参益气以行滞—因气虚不运。
四逆散，加附子通阳散郁—因阳郁不伸。
小柴胡汤，去黄芩，加芍药制肝和脾—因木邪乘土。

由于病机不同，所以加药迥异，必须辨证择药，才能收到预期效果。有人认为使用经方不可加减，这是极其片面的说法。其实仲景本身就非常强调随证加减，论中的很多方剂都是加减方，一些方后又附有加减法。只有随证加减，才能使方药更切合病机，从而提高疗效。朱肱曾指出“古人用药，如斗运转，故攻病的而取效速，一服知，二服愈。”又说：“然后知不可执方疗病，须是随证加减”，确实是经验之谈。

(三) 临床验证

实践是检验真理的标准。联系临床实际，不仅能验证方剂的效果优劣，而且能加深对配伍意义的理解，有助于解决一些疑难、争议问题。例如桂枝甘草汤治“叉手自冒心，心下悸，欲得按”，桂枝去芍药汤治“脉促胸满”，传统解释有心阳虚与胸阳虚之分，似乎毫无关联，实则病机是一致的。临床上心病患者大多有心动过速，脉象的至数必然偏快，如果伴有歇止，就是“脉促”。心气虚而心阳失展，往往自觉胸部满闷。可见两条内容只是从不同角度描绘。再就两方比较，主药都是桂枝甘草，仅后方多姜枣和中而已。该方可作为治疗心律不齐的基本方，只要属于心阳虚证，用之皆有较好疗效，就是有力的证明。

又如葛根芩连汤，向来有专清里热与两解表里之争，直至目前认识仍不一致。从临床来看，该方用于肠热下利，其使用标准是舌红苔黄，脉数口渴，发热，一般没有恶寒，初起间可见到恶寒，也很轻微，表明该方主治证确实以里热为主，即使兼有表证，也是表热证，决不是表寒证。如果是外

兼表寒证，葛根苓连汤是不能用的。

实践也是认识的源泉，通过临床，又可不断取得新的认识和经验。例如柴胡桂枝汤，过去只知用于少阳兼表证，而日医报道该方重用芍药治疗癫痫收到满意疗效，用于植物神经失调症也收到效果，从而广泛用于哮喘、美尼尔氏病、帕金森氏病、荨麻疹、溃疡性大肠炎、失眠等二十几种病证，大大扩充了该方的运用范围。

又如真武汤，通过临床的广泛运用，发现不管是消化系统病（如萎缩性胃炎、胃下垂、胃及十二指肠溃疡病、便秘、腹泻、胃切除后的倾倒症群），还是循环系统病（风心、高心并发心衰），还是泌尿系统病（慢性肾炎高度浮肿、低热），还是呼吸系统病（慢性气管炎、肺气肿），以及妇女的虚寒带下病等，只要病机符合心肾阳虚，水气泛滥，用之皆有较好的效果。

本人曾用芍药甘草汤加复盆子，略佐桂枝，治愈少女多尿及失禁症；用麻黄附子细辛汤加味治愈暗瘵危证（脑干脑炎），前者据芍甘合用，缓急舒挛，后者据麻附相伍，发中有补，均收到显著的效果。可见认识永无止境，只有通过实践，才能不断前进。

（四）寻根究底

研究任何问题，都不应满足于现成结论，必须有寻根究底的精神，只有寻根究底，才能不断深化，明辨是非。对于《伤寒论》方的研究，同样需要如此。怎样寻根究底？就是提出问题，深入研究探讨。例如大青龙汤治风寒两伤营卫问题，自宋·朱肱提出这一说法以后，得到许叔微的附和，方有执、喻嘉言的发挥，几乎已成定论，如果要问大青龙汤中哪些药治风邪，哪些药治寒邪？必然无言可对。其实大青龙

汤是辛温发汗为主，兼清郁热的方剂，所谓风寒两伤，完全出于附会。

又如桂枝汤是否为发汗剂问题，有的认为是发汗剂，理由是论中有“可发汗，宜桂枝汤”的条文，服桂枝汤后有温覆微汗的医嘱。有的认为非发汗剂，理由是论中有“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热汗不出者，不可与之也”的禁例。孰是孰非，必须寻根究底，一是向各种医籍中去找答案，李东垣与王好古曾有“问桂枝汤发字”的专题讨论，结论是“凡桂枝汤条下言发字，当认作出字，是汗自然出也，非若麻黄能开腠理而发出汗也。……如是则出汗二字，当认作营卫和自然汗出，非开腠理而发出汗也。”陶节庵通过桂枝汤与麻黄汤比较，得出“桂枝汤辛甘温之剂以实表，……麻黄汤轻扬之剂以发表”的结论。方有执强调指出“固表敛液，无出桂枝之右矣。”这些皆说明桂枝汤不是发汗剂。既然不是发汗剂，为什么服药后要啜粥助汗，其机理是怎样的？徐灵胎曾作过如下论证，“桂枝本不能发汗，故须助以热粥，《内经》云，‘谷入于胃，以传于肺’，肺主皮毛，汗所从出，啜粥充胃气以达于肺也。”也有认为桂枝汤的发汗作用主要指方中的桂枝，似颇有理，实际也不一定确当。邹润安《本经疏证》概括“用桂枝之道有六：曰和营，曰通阳，曰利水，曰下气，曰行瘀，曰补中。”独未提到发汗，不可能是偶然的脱漏。

再则是向《伤寒论》原文中去找答案，如果说桂枝发汗，那么，桂枝甘草汤、桂枝去芍药汤、桂枝加桂汤、桂枝附子汤等方，都应该是发汗剂了。事实证明，桂枝甘草汤用于汗多心悸，桂枝加桂汤用于肾邪上逆奔豚，桂枝去芍药汤治心阳损伤的脉促胸满，桂枝附子汤治风寒湿相搏的痹证，都非

取其发汗，可见桂枝发汗的说法也是不能成立的。

又如三泻心汤主治的痞证，一般都根据柯韵伯“寒热相结”之说，可是要问寒热怎样相结，能否相结？显然站不住脚。所谓寒热相结成痞，无非是因三泻心汤方皆寒药与热药同用，由药测证推断而来。假使再问，三泻心汤主治痞证有哪些特点，哪些证属热，哪些证属寒，应当有一定标志，而不应模糊印象，又必语焉不详。惟叶天士以临床实例“中焦痞阻，冷饮不适，热邪宜清，胃阳亦须扶护”，既指明了审证要点，又阐明了寒热相结的实质，还交待了寒热并用的原则。所谓寒热相结成痞，实质是正虚邪实，胃阳不足，邪热壅滞。寒热并用，实际是助正阳，清邪热。吴玉纯根据五泻心证的特点，归纳出“痞因湿热交阻，故以苓连为主，痰湿盛者，必佐姜夏，阳气虚者，主以附子，中气弱者，佐以参甘。”在一定程度上揭示出泻心剂的配伍规律，颇有启发意义。由此引伸，则气滞甚的，可增入理气；挟阴虚的，也可佐入滋阴。

以上仅是举例而言，总之，寻根究底，是研究任何学科都必须具备的精神，也是研究《伤寒论》的一个基本方法。

十一、略论《伤寒例》

西晋太医令王叔和在整理编次《伤寒论》的同时，撰写了一篇序例——《伤寒例》，放在《伤寒论》原文之前。一般说来，序例应该是对原著体例的说明或内容的简介，可是《伤寒例》除有一条是说明编次《伤寒论》目的是“拟防世急”以外，其余都是对外感病病因、病机以及病种分类等方

面的探讨，并且提出了许多新的论点和概念，很明显是对广义伤寒的补充，为外感时病理论作出了卓越的贡献。

然而，无论从内容还是从理论体系来看，都与《伤寒论》不同，因而引起了后世医家的争议，自明·方有执《伤寒论条辨》提出《伤寒例》非仲景之文，乃后人伪撰，主张删削以后，得到多数注家的赞同，大多注本不再保留《伤寒例》，全国统一教材《伤寒论讲义》也只取《伤寒论》原文，因此，目前中医界的中青年医师，对于《伤寒例》大多不甚了解。兹拟就《伤寒例》的历史争议问题及其主要精神略作探讨，以供参考。

（一）对《伤寒例》的几种看法：

1. 主张全文删削。最早提出的是方有执，认为“仿例而行，仲景之道反愈晦”。提出“伪不容有，无之可也，既应无之，削之可也，故从削。”但是，《伤寒例》究系何人所作，方氏之意不一定是王叔和，可能是成无己。他说“贤如叔和，愚意其智不乃尔也。或曰无己，谓无己者，以其注解也，此则近似。”这不过是推测而已，所以他又提出“事属久远，理在难明，必欲求其人以实之，斯亦凿矣。”同意方氏删削的注家较多，但对《伤寒例》作者一致肯定是王叔和，而非成无己。如钱天来说：“第阅叔和所作序例一篇，其妄用经文，创立谬说，亦殊不足观，不若遗忘之为愈也。”又如章虚谷说：“王叔和既辑仲景之论，又援《素问》之言，杂以己意，而以《内经》‘冬伤于寒，春必病温’为主脑，则与仲景之旨不合，徒使后学者惑于多歧，历来注家多削之，故亦不采也。”

2. 主张逐条批驳。以喻嘉言为代表，他认为方氏“削去叔和序例，大得尊经之旨”，又认为全文删削，“未免失之

过激”，主张“不若爱礼存羊，取而驳正之。”赞同喻氏做法的是程郊倩，作“王叔和序例贬伪”，不但是批，而且是骂。喻氏对《伤寒例》批驳多于肯定，毕竟还有一些肯定的内容，如“入府未入府，少变《内经》入脏原文，此处却精！”又如“入理深谈，正未可及。”又如“两感病治有先后，发表攻里，本自不同，持说甚正。”而程郊倩较喻氏更甚，不是一分为二，而是一笔抹杀，全盘否定。

3. 主张学习《伤寒论》，必先学习《伤寒例》。

持此主张的先有闵芝庆，他说：“伤寒之不明于天下，由不得其要领，而昧夫此例者，众也。反谓仲景之道晦而不明，厄于此例可乎？”继有王朴庄，他把《伤寒例》划分为十三章，前三章为《伤寒论》提纲。“第四章以热病之日传一经，为最危之证，补出逐日之脉以示人，又兼言病后之感受异气而变生诸证者。第五章以少阴伤寒最虚，蹉跎入脏。第六、七章以伤寒之邪，必从外解，重在得汗，不当早下也。第八章言汗下之宜，两不可错。第九章专论两感，欲死中求活，当知发表攻里之先后。其后四章则随笔杂记……。”又“合诸章观之，语语皆本《内》、《难》二经，精详审慎，为后学阶梯，凡读《伤寒论》者，不可不先读此例也。”

4. 主张《伤寒例》不单是叔和之言，亦有仲景原文。

汪苓友说：“仲景《伤寒例》，其中杂入叔和之论颇多，金时成无己随文濶注，不为分别。至明万历间，歙人方中行著《伤寒条辨》以其例非仲景之书而削之。近今时有西昌喻嘉言云，此例乃叔和所作，遂从而驳正其失，复有程子郊倩，更起而漫骂之，其毁讪前人，失之太过。愚家有宋版《伤寒论》，其例首有四时八节气候决病法，此实出仲景手述，非叔和所能道及。今读方、喻、程三家之书，知尊仲景矣，独

略仲景决病法而不载，何昧昧也。愚意《伤寒例》原系仲景之书，其中有与《内经》相悖处，大都是叔和所撰。然叔和之言，亦有可采处。学者须悉心体认，则前人得失，迥然自出。”陆九芝根据《外台秘要》于“伤寒之病，逐日浅深”一章之前有王叔和曰，推断“此章之前均为仲景原文，此章以后乃叔和之言。”

5. 认为叔和作《伤寒例》并无大错，只是欲推广反成拘执。

持这一论点的为魏荔彤，他提出“《伤寒例》叔和修辑医圣之书，发其凡例也，列于论首，名之曰例。……成氏注之，方氏删之，喻氏驳之，程氏嬉笑且怒骂之，以为僭滥，以为悖谬。愚平心静气论之，其意亦未大舛，特欲推广伤寒于伤寒外耳。……例之大概，谓四时皆有外感之气，惟冬月乃正伤寒之名，欲推广而反成拘执矣。……乃欲以多求胜，备其缺陷，岂知医圣之文，言近而旨远，辞简而意赅乎？”

从以上各种意见来看，以魏氏的说法比较平允。汪氏提出“然叔和之言，亦有可采处，学者须悉心体认”，极有理致，对于前人的理论，应当持这样态度，而不应以人废言。那种任意批驳、漫骂，即使有理，也是不对的。至于作者究属何人？还是为叔和所作的可能性较大，因为内容体系与《伤寒论》完全不同，所以强调学习《伤寒论》必先学习《伤寒例》的主张，是不切实际的。但是，《伤寒例》也决不是毫无价值，就外感病理论来说，实际是王叔和对外感病理论的一次伟大总结，同样应当深入研究。

（二）《伤寒例》对《伤寒论》的影响：

王叔和撰写《伤寒例》是为了补充《伤寒论》内容之不足，因为《伤寒论》详于风寒而略于温暑，以广义伤寒相衡，

存在很大差距，叔和既认定《伤寒论》所述是广义伤寒，因而不得不撰写《伤寒例》以补充临床常见的温病、暑病等，并环绕对外感病有关的病因、病机等问题作出必要阐述。应当肯定，这是叔和对《伤寒论》理论的充实和发展。

然而，由于只补充出病证而没有补充治法，使人误认治温暑病的方药都在《伤寒论》中，以致误用辛温方药治疗温暑病，造成严重的后果。究其错误根源，并不是《伤寒论》，而是叔和的《伤寒例》。有些医家不责怪自己辨病不清，辨证不明，立法选方不当，反而认为《伤寒论》的理论不能指导实践，由怀疑进而否定，这则是《伤寒例》给《伤寒论》带来的不利影响。

仲景原著《伤寒杂病论》，虽然经过叔和的整理编次为《伤寒论》，但书中仍有许多杂病的内容，何况论述有关辨证的方法，论治的原则，以及方剂配伍规律等，具有诊断治疗的共性，对临床各科都有指导意义。由于《伤寒例》专论外感，以致长期以来皆把《伤寒论》看作外感病的专著，大大限制了对《伤寒论》理论的运用，这又是《伤寒例》给《伤寒论》带来的另一不利影响。

(三)《伤寒例》对时病理论的贡献：

《伤寒例》的最大贡献是关于时病理论的阐述，不仅对发病学方面，而且对病因、病机学方面也有所创见。从所提出的许多论点来看，已基本具备了后世温病学说的雏形。就这一意义来说，《伤寒例》应该是时病、特别是温病学说的基础。早在一千七百多年前，王叔和竟能有这样的认识，的确是了不起的成就。其主要贡献约有以下几个方面：

1. 首次提出“时气病”概念，认识到“时气病”有“四时正气为病”与“时行疫气为病”的不同，主张“皆当按斗

所占之”。可见王氏已经相当了解，并十分重视气候变化与时病的关系。掌握气候变化，必须知道四时、八节、二十四气、七十二候的特点。四时正气一般并不致病，只有当调摄不慎，机体抵抗力降低时，才会触冒四时之气而病，这类病的病情大多轻浅，略加调治，即可痊愈。时行之气乃“非其时而有其气”，如“春时应暖而反大寒，夏时应热而反大凉，秋时应凉而反大热，冬时应寒而反大温”，其临床特点是“感时行之气而病，长幼之病，多相似者。”由于具有较强的传染性，故又名“时行疫气”。《素问·刺法论》虽早有“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”的记载，但并无“时行疫气”的名称。《伤寒例》对于时行疫气致病，仅举“冬温”与“寒疫”为例，并不是说只有此两种病。冬令的时气病，既有正气为病的“伤寒”，又有非时之暖为病的“冬温”，尽管都有发热症状，但病因截然相反，所以王叔和郑重指出“冬温之毒与伤寒大异”，示人必须注意区别。冬温病势的轻重，随季节时间的迟早而异；寒疫病情的轻重，亦与发病季节的先后有关。为什么发病季节时间的先后关系到病情的轻重？以“寒疫”为例，“三月四月或有暴寒，其时阳气尚弱，为寒所折，病热犹轻；五月六月，阳气已盛，为寒所折，病热则重；七月八月，阳气已衰，为寒所折，病热亦微”。由此不难看出，病热的轻重取决于阳气的盛衰。天人相应，人的生理、病理离不开自然环境，因此，季节气候与疾病的变化密切关联，所以临床辨证，分析病机时应将季节气候联系起来考虑，而不应忽视。寒疫的性质为寒，不管发热轻重，初起都属寒证而不是热证。不过，寒疫发病的季节（春分节之后至秋分节之前），也是温、暑病的发病季节，寒疫的发热症状，也颇与温、暑病相似，但病因各别，治法

迥异，如果不联系气候的正常、异常，就很难得出正确的判断。总之，不论四时正气为病，还是时行疫气为病，都与四时气候变化有关，因而统名“时气病”。温、暑病只是“时气病”中属于温热性质的一大类外感病，因此，“时气病”似较“温病”为全面，雷少逸著《时病论》应是受到叔和《伤寒例》的启发。

2. 论证了感邪有即病与不即病之异，开温病学说“新感”“伏邪”理论的先河。

《伤寒例》提出“四时之气，皆能为病，但以伤寒为毒”，故举冬时感寒，即病者为伤寒。那么，春感温邪，夏感暑邪，秋感燥邪而即病者，自然也应名为温病、暑病、燥病了。感邪随即发病，即后世所说的“新感”。冬日感寒没有即时发病，则“寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病”。

《内经》虽有“冬伤于寒，春必病温”与“夫病伤寒而成温者，先夏至日为病温，后夏至日为病暑”。但都没有提到邪伏部位。惟《素问·疟论》有“此皆得之夏伤于暑，热气盛，藏于皮肤之内，肠胃之外”的论述，可能是叔和创“寒毒藏于肌肤”说的依据。因风寒之邪由体表侵袭，当时没有发病，从而推断可能藏于肌肤，这是推理的假设，不必拘泥。至于“变温”、“变暑”，无非表明病证性质已不同于伤寒，切莫误作寒治，从认识论的角度相衡，仍有一定意义。

伏寒变温、变暑与“时气病”的春温、夏暑如何区别？其根据仍是结合当时的气候变化。《伤寒例》第六条“从立春节后，其中无暴大寒，又不冰雪，而有壮热为病者，此属春时阳气，发于冬时伏寒，变为温病。”同时，观察到辛苦之人冬时多触冒风寒，以致春夏多温热病的客观事实，也是“伏寒变温”的佐证。所谓“寒毒藏于肌肤”，固然是后世

“伏邪”说的理论基础，但是它只表明寒邪内藏，并无临床的特殊意义，与后世温病学中所说的“邪伏少阴”、“邪伏募原”等具有独特证型的病机概念，作为确定治法、选用方药的依据，存在着本质差异。

3. 创“重感异气变病”理论。所谓“异气”，指病因的多样性，“重感”，指感邪的复杂性。冬时感寒，是春夏病的远因，重感异气，是春夏病的近因，病种差异的决定因素不是远因，而是近因，因此，重感异气，才是变病的主因。

《伤寒例》中提出的“四变”：“重感于寒，变成温疟；更遇于风，变为风湿；更遇温热，变为温毒；更遇湿气，变为温疫。”现在看来，这几种病虽不一定属于重感异气，但就病因学与发病学来说，仍然有研讨价值。这种重感理论，颇似“新感引动伏邪”，但又并不全同，重感发病的主因是“异气”，新感引发的主因是“伏邪”。我们认为只能看作理论的发展，而不应该等同。

综上所述，足以证明《伤寒例》对于温病学说的形成、发展，确实起到启蒙和奠基的作用。王叔和所以能取得这么大的成就，决不是偶然的，除具备《医林列传》所说的“性度沉静，博好经方，尤精诊处，洞识养生之道，深晓疗病之源，采摭群论”的优点以外，还有一个最大优点，就是富有创新精神，不迷信古人，不墨守现成结论。对于任何事物都抱着分析态度。即使为他所最服膺的张仲景，对于他的著作和理论，也是有所抉择、取舍的。如《伤寒例》中的六经形证，仍采自《内经》，而不宗《伤寒论》，这决不是否定《伤寒论》，而是因为《内经·热论》所述的六经证候，临床仍然比较多见。例如太阴病，《内经》为热证、实证，《伤寒论》为虚证、寒证。如果只宗《伤寒论》而不究《内经》，则只知

有太阴虚寒证，而不知太阴热实证，势必脱离实际，失之片面。叔和作《伤寒例》的目的，本为补充《伤寒论》之不足，六经形证仍宗《内经》，正是临床实际的需要，而不是自相矛盾。再从六经形证的具体内容来看，也不是照抄《内经》原文，也是有所增减、修订。如在六经形证之前，增加了脉象，体现“脉证并重”。将《内经》三阳病之后“未入于脏者，可汗而已。”改为“未入于府者，可汗而已。”一字的更换，则更加合理。《内经》三阴病之后，未出治法，叔和增补了“此三经皆受病，已入于府，可下而已”的内容，这样，就突出了用汗用下的标准。

此外，《伤寒例》中还有许多极有价值的内容，如“春夏养阳，秋冬养阴”的摄生经验；“时气不和，便当早言，寻其邪由，及在腠理，以时治之，罕有不愈者”的治疗思想；“皆宜临时消息制方”的论治原则；以及给药要注意时间，饮水不可过量等调护原则，对于临床都有指导意义。

《伤寒例》虽然为《伤寒论》而作，但对《伤寒论》理论的理解运用，并无帮助，相反，造成《伤寒论》为外感病专著的错觉，大大约束了《伤寒论》的范围，降低了《伤寒论》理论对实践的指导意义。但另一方面，其时病理论的阐述，对后世温病学说的发展则有很大助益，起到积极的启蒙奠基作用，应当进一步深入研究，而不应简单地否定。

十二、略论孙编《伤寒》

（一）孙氏编次伤寒的时间

孙思邈是隋末唐初的大医学家，著有《备急千金要方》

与《千金翼方》。

据唐制“为医者皆习张仲景《伤寒》、陈延之《小品》”

(按《小品》已失传，其内容散见于《千金要方》、《外台秘要》中)。这就意味着在唐代《伤寒论》已被规定为医者必读的医籍。可是，由于当时医家的自私保守，孙氏虽多处搜求，只得到《伤寒论》中的个别条文与方剂。故在孙氏编著的《备急千金要方》中，几乎包括了当时及唐以前的医学成果，以及许多濒将失传的医籍，独缺《伤寒论》，真是十分可惜！孙氏在《备急千金要方》“伤寒门”注说：“江南诸师秘仲景要方不传”。在《备急千金要方》序言中，大段引用《伤寒杂病论》仲景原序，可见孙氏对仲景是多么敬仰和赞佩！

在孙氏的第二部医学巨著——《千金翼方》中，却比较完整地写入了《伤寒论》内容；通过孙氏的整理，特别是太阳病篇，内容更觉条理化，且将方证突出，实开后世《伤寒论》注家“辨证派”与“类方派”的先河。在编写时间上，

附：《伤寒论》源流与时间比较表

原作者	张仲景	《伤寒杂病论》 十六卷	东汉建安十年 (公元205年)?	据仲景序推断
第一次整理 编者	王叔和	《伤寒论十 卷》	西晋咸宁二年 (公元276年)?	据《甲乙经》 序推断
第二次整理 编者	孙思邈	《千金翼方》 九、十两卷	唐永淳元年 (公元682年)?	据孙卒年推断
校正者	高保衡等	《伤寒论》十 卷	北宋治平三年 (公元1066 年)?	据新校正推断
首次作注 者	成无己	《注解伤寒论》	金皇统四年 (公元1144 年)?	据严器之序推 断

孙编不仅早于成无己的注本，与宋校本相较，亦要早近 400 年，因此，孙编应是现存的《伤寒论》最早版本。

（二）孙编《伤寒》的特点

孙氏为什么那样积极搜求《伤寒论》？目的是什么？他自己曾有这样一段说明：“尝见大医疗伤寒，惟大青、知母诸冷物投之，极与仲景本意相反，汤药虽行，百无一效。伤其如此，遂披伤寒大论，鸠集要妙，以为其方，行之以来，未有不验。”孙氏搜集《伤寒论》，不是为古而古，而是古为今用。正如孙氏所说：“方虽是旧，弘之惟新”。在这样的思想指导下，孙编《伤寒》是有所抉择，有所取舍的。首先删去了“平脉”、“辨脉”、“伤寒例”。编次方法上提出了“方证同条，比类相附”的原则。例如太阳病篇以方归类，划分为桂枝汤法、麻黄汤法、青龙汤法、柴胡汤法、承气汤法、陷胸汤法等六大类。有些条文归纳于“杂疗法”中。这就突出了《伤寒论》不是单纯的外感病，尚包括着许多杂病在内。把可、不可诸篇统属于“伤寒宜忌”项下，并增添了“宜温”、“忌火”、“宜火”、“忌灸”、“宜灸”、“忌刺”、“宜刺”、“忌水”、“宜水”等节，较叔和原编更加全面。“发汗吐下后病状”，王氏本编在可、不可诸条之后，孙氏则另立一项。这样，就能使重点更加突出。有些条文次序作了适当的调整，如把 112 条桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤条文移于桂枝加桂汤条文一起；把 159 条五苓散证移在陷胸汤法内；221 条移在 228 条一起，因为同是栀子豉汤证；236 条移在 260 条一起，因为同是茵陈蒿汤证；371 条移在 373 条一起，因为同是白头翁汤证等。这样，就更有利于全面掌握汤证。至于把桃核承气汤证移在承气汤法内，把抵当汤、丸诸条移于杂疗法中，均有一定意义。从五苓散、桃核承气汤等条文的安

排，可见孙氏当时不存在太阳府证的概念。此外，还删去了个别内容重复的条文，如30条“证象阳旦，……”，162条“下后，不可更行桂枝汤……”，178条“脉按之来缓……”，这些条文删除之后，不仅文字更加精炼，而且避免了许多不必要的争论。对于140条“太阳病下之，其脉促，不结胸，此为欲解也……”单纯据脉定证，不符合脉证合参的辨证原则，自然也应该删除。但是，也有一些应当保留，却被删除的条文，如第6条“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。……”11条“病人身大热，反欲得近衣者，……”110条与111条的“火逆证”等，对于识病、辨证都颇有指导意义，删除则未免欠当。至于《伤寒论》的112方，宋本复出方72张，孙编将复出方全部删除，这样就大大减少了重复，从而缩短了篇幅。

（三）孙编《伤寒》的优点

孙编《伤寒》的优点很多，除了上述的特点其实也是优点以外，现行《伤寒论》通行本中的许多存在问题，皆可从孙编中得到解决。兹略举数端说明如下：1. 桂枝汤证的“阳浮阴弱”（12条），注家历来有两种解释，一认为是指浮沉而言，因卫阳浮盛抗邪于表，故脉应之而浮，营阴不足，故脉沉取无力；一认为阳指寸脉，阴指尺脉，阳浮阴弱，就是寸浮尺弱。各执一是，颇难统一。孙编“阴弱”作“阴濡弱”，濡脉的特点是浮细无力，虽然只增一个濡字，就不难看出释阴为沉是不恰当的，解为尺脉才是正确的。如果联系“尺中脉迟”、“尺中脉微”，不可与麻黄汤，就更加明确。2. “寒实结胸，无热证者，与三物小陷胸汤，白散亦可服。”（141条）既然证属寒实结胸，怎么能用清热涤痰的小陷胸汤？这是很明显的错误。可是《伤寒论》注家大多不敢更改原文，只说

“疑衍”，或“疑有讹误”，这是何等保守。孙编直接写作“三物小白散”，又是何等直接了当。3. 太阳病“三纲鼎立”说，是《伤寒论》注家中一大流派的主张，立论的主要依据是《辨脉法》第20条“脉浮而紧，浮则为风，紧则为寒，风则伤卫，寒则伤荣……”。近来又有引《千金翼方》“夫寻方之大意，不过三种，一则桂枝，二则麻黄，三则青龙，以此三方，凡疗伤寒不出之也”为据，认为“三纲鼎立”说倡始于唐·孙思邈，这完全是悬想臆度，断章取义。其实孙氏不仅没有“三纲鼎立”的主张，相反，把此条归纳在麻黄汤法项内，并于该条末尾补充出“宜麻黄汤”。尝考宋本辨可发汗篇第13条亦作“……荣卫俱病，骨节烦疼，可发其汗，宜麻黄汤。”可见孙氏的作法是正确的。4. 对于一些有争议的方剂，如28条的桂枝去桂加茯苓白术汤，117条的桂枝加桂汤与62条的桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤等方，究竟是去桂，还是去芍；是用桂枝，还是用肉桂；是加芍药、生姜、人参，还是去芍药、生姜、人参？前两方孙编与宋本基本一样，后方孙编作桂枝加芍药生姜人参汤。如果宋校本与成注本有误，孙编决不会同样讹误，这就有力地证明持错简论的不一定正确。

（四）孙编《伤寒》的缺点

任何事物都不可能十全十美。孙编《伤寒》距现在已有1300年左右，尤其难免鲁鱼豕亥之误。有些补充条文，无法索解，如桂枝汤法中“太阳病三四日，不吐下，见衄乃汗之。”又如柴胡汤法中“发汗多，亡阳狂语者，不可下，以为可与柴胡桂枝汤和其荣卫以通津液，后自愈方”均属之。至于将180条阳明病提纲条文，移在179条之前是合理的，然而“胃家实”写成“胃中寒”，则是错误的。阳明病的性质，主

要是里热实证，也就是胃肠燥实证，怎么能“胃中寒”呢？还有三承气汤，泛称承气汤；白虎加人参汤，统称白虎汤；桂枝加葛根汤与桂枝加厚朴杏子汤，不加区别地笼统称为桂枝汤，也都是不恰当的。

总之，孙编《伤寒》瑜多瑕少，王朴庄之《伤寒论注》即主张“以《千金翼》之定本为宗”，极有见地。正如陆九芝所说：“《伤寒》自注家各自为说，倒乱已极，惟此书为唐时序次最古之本，犹见仲景当时原次，大可宝贵！”

十三、略论《伤寒论》注家中的气化派

《伤寒论》注家的流派较多，有随文顺释，维护原貌的信古派，以金·成无己《注解伤寒论》为代表；有割章换句，重新增删的错简派，以明·方有执《伤寒论条辨》为代表；有以方名证，证因类聚的辨证派，以清·柯韵伯《伤寒来苏集》为代表；有按法类证，随证出方的治法派，以清·尤在泾《伤寒贯珠集》为代表；有以方归类，每类先定主方，同类诸方附焉的类方派，以清·徐灵胎《伤寒论类方》为代表；有援用五运六气之理，解释六经病证的气化派，以清·张隐庵《伤寒论集注》与张令韶《伤寒论直解》为代表等。气化派立论的主要根据之一是“六气本标中气”学说，这一派注家对气化学说备极推崇，以至陈修园在《伤寒论浅注·读法》中提出“六气本标中气不明，不可以读《伤寒论》”。事实是否如此，拟初步探讨如后：

（一）气化派注家立论的思想基础

张隐庵在《伤寒论集注》中说：“天之六气为本而在上，

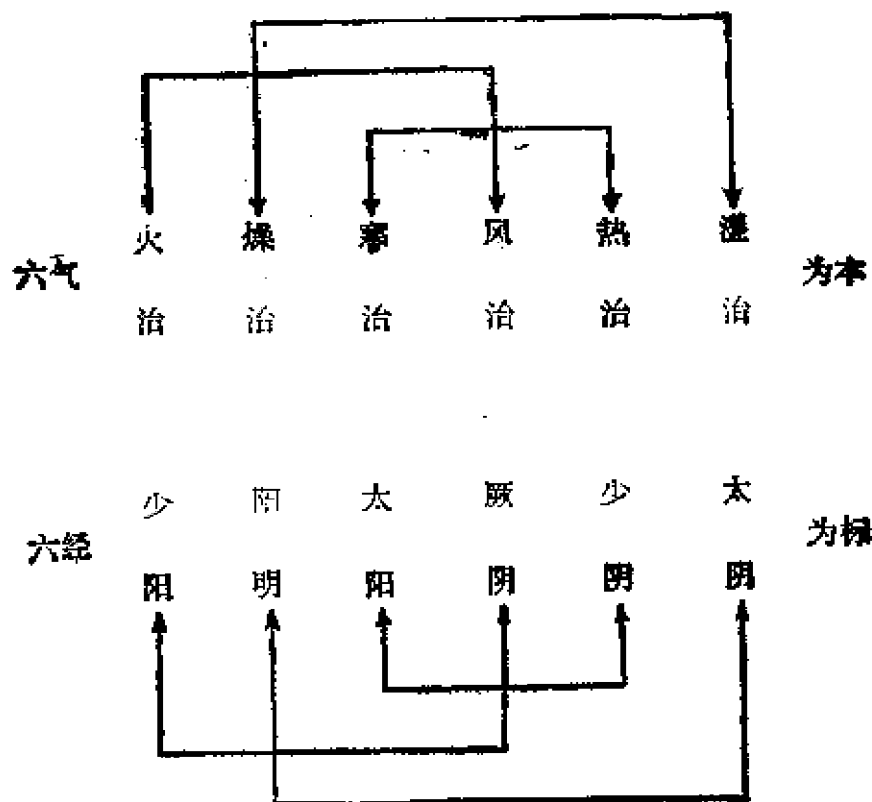
人身之三阴三阳为标而上奉之，所谓天有此六气，人亦有此六气也。”又说：“夫人与天地相参，与日月相应，故撰用阴阳大论，……学者当于大论中之五运六气求之，伤寒大义，思过半矣。”张令韶在《伤寒论直解》中说：“三阴三阳，上奉天之六气，下应地之五行，中合人之脏腑，合而为一，分而为三，所赅者广。”又说：“仲景序云，撰用《素问·九卷》，阴阳大论，是以本文（指《伤寒论》原文）中无非阐发五运六气，阴阳交会之理，故解（指《伤寒论直解》）内亦以经解经，罔敢杜撰，以贻天下后世之讥。”唐容川在《伤寒论浅注补正》中说：“盖伤寒以六气立论，而此序（指仲景原序）则以五行开宗。五行为体，六气为用，人禀五行，而有五脏，然后有六腑，有五脏六腑，遂有经络俞穴，而成为三阴三阳，总皆禀天之阴阳，以为人身之阴阳，其间脏腑经俞贯通会合，必先洞悉，而后可见病知源。病之用药，亦因药在万类中，同乘五行之运，故借以治人之病，要皆天地万物，阴阳一体之义。”由此不难看出，他们的思想基础是“天人相应”，人与自然界确实具有一定关系。然而把一部阐述“辨证论治”理论，极有指导临床价值的医学典籍，强加上五运六气的色彩，结果变成玄奥难知，艰深莫测。再则他们认为先有五运六气，后有五脏六腑，这不仅是牵强附会，而且从根本上违反了客观、唯物的认识论原则。至于引用仲景原序来证明《伤寒论》中无非阐发五运六气，阴阳交会之理，这一说法也不切实际。要知《伤寒论》固然继承了《内经》中的许多理论，但决非原封不动地照抄，而是有所取舍，有所创新。就是六经分证内容，也与《内经》有很大的差异，何况五运六气？这种“以经解经”方法，脱离实际，缺乏进取，是保守的。当然，也不是说一概不能引用《内经》理论，而是反对教条式地

“以经解经”。

(二) “六气本标中气”的内容与精神实质

“六气本标中气”的具体内容，见于《素问·六微旨大论第六十八》与《素问·至真要大论第七十四》。《六微旨大论》以六气分主六经，区分六经的性质，并据以提出六经之间互为中见的特定关系，“六气本标中见”的变化规律，如“少阳之上，火气治之，中见厥阴；阳明之上，燥气治之，中见太阴；太阳之上，寒气治之，中见少阴；厥阴之上，风气治之，中见少阳；少阴之上，热气治之，中见太阳；太阴之上，湿气治之，中见阳明。所谓本也，本之下，中之见也，

“六气本标中见”关系示意：



① 六气在上为本，六经阴阳为标。

② ←—→表示三阴三阳互为中见。

见之下，气之标也，本标不同，气应异象。”六气在三阴三阳之上，故六气为本，三阴三阳为标。“治”，主管之意，六气主管三阴三阳，实际是指六经的性质，少阳的性质为火，阳明的性质为燥，太阳的性质为寒，厥阴的性质为风，少阴的性质为热，太阴的性质为湿。就三阴三阳之间的关系来说，少阳相火与厥阴风木，阳明燥金与太阴湿土，太阳寒水与少阴君火（热），是脏与腑，阴与阳，表与里的关系，既相互对立，又相互转化，因而互为中见。它对说明三阴三阳的病理机转，推断三阴三阳的病变趋向，有着一定帮助。

《至真要大论》在“六气本标中见”的基础上，进一步论证六经变化各有自身的特点，有的从本，有的从标，有的从中。如“少阳、太阴从本，少阴、太阳从本、从标，阳明、厥阴不从标本，从乎中也。故从本者，化生于本，从标本者，有标本之化，从中者，以中气为化也。”所谓从本，指病理变化以本气为主，所以说化生于本。少阳的性质为火，太阴的性质为湿，标本性质相同，故从本化。少阴本热而标阴，太阳本寒而标阳，本标异气，既可以从阳化热，又可以从阴化寒，所以说有标本之化，阳明中见为太阴湿土，燥从湿化；厥阴中见为少阳相火，木从火化，所以以中气为化。

“六气本标中气”从化之理示意：

少阳	火	阳	}	本标同气，故从本化。
	本	标		
太阴	湿	阴	}	
少阴	热	阴	}	本标异气，故
	本	标		
太阳	寒	阳	}	或从本化， 或从标化。

阳明	燥	阳	太阴	燥从湿化	} 故从中化。
	本	标	中见		
厥阴	风	阴	少阳	风从火化	

在《内经》成书时代，能够总结出如此带有规律性的学说，确实难能足贵，直到今天，仍然具有一定的研究价值。然而六经病的病机变化并不一定按照上述公式，因为临床病情千变万化，任何机械的公式，都是不切实际的。气化派注家用死板公式去硬套变化多端的六经病证，怎么能使人信服呢？

（三）气化派注家以外医家对“六气本标中气”的认识

唐·王冰注《素问》，曾对“六气本标中气”作了全文解释，但只是随文敷衍，没有说清道理。金·张子和对此颇有阐发，作“标本运气歌”：“少阳从本为相火，太阴从本湿土坐，厥阴从中风是家，阳明从中湿是我，太阳少阴标本从，阴阳二气相包裹，风从火断汗之宜，燥与湿兼下之可。”他把六气归结为火、湿二气，主张治以汗、下两法。但是，六气从化，皆作有余，虽有发挥，却嫌片面。而且燥与湿兼为什么宜下，亦难理解。清·何报之对此也作过专门讨论，他认为“从前解者，殊欠明白”。提出“少阳，经之属阳者也。少阳之上，火气治之，火亦阳也，故少阳从本，为以阳从阳。不言从中者，中为厥阴，木从火化，彼反从我，故不言也。太阴，经之属阴者也，湿亦阴气也，故太阴从本，为以阴从阴。不言从中者，中为阳明，燥从湿化，亦彼反从我，故不言也。少阴，经之属阴者也，热气则为阳矣。太阳，经之属阳者也，寒气则属阴矣。标本异气，故或从本，或从标也。亦俱不言从中者，少阴之中为太阳，言从本之阳足以赅之。”

太阳之中为少阴，言从本之阴亦足以咳之。至若阳明，亦经之阳者也，燥亦气之属阳者也，宁非以阳从阳？而不言从本者，以从本一义，已于少阳太阴发之，而有燥从湿化者，其理不可不明，故特举从中言也。厥阴，亦经之阴者也，风亦气之属阳者，宁非标本异气？而不言或从标或从本者，以从标一义，已于少阴太阳发之；而从本之风，则又从乎火化，故不从本而从乎中也。然风从火化，本木同气，其理无疑。若燥湿相反，其从化理似难说。然观仲景治伤寒燥渴，反用五苓去湿，盖其理可推。盖脾土之湿壅滞不行，则气化不布，津液不流，而胃与大肠均失其润，反成燥结，固有之矣。按从中之说，不过于常理之外，另立一义，以示木能生火，湿郁成热之例，非谓厥阴病必有阳无阴，阳明病必有湿而无燥也。若执泥，便说不去。”何氏的分析颇为中肯，尤其对阳明厥阴不从标本，而从中见问题，是指另外一种情况，故特举从中言也，尤其透辟。若泥定厥阴病只有阳证没有阴证，阳明病只有湿证没有燥证，无论怎样解释，也是说不通的。何氏举五苓去湿治疗燥渴以释燥湿相兼之理，仍然十分牵强，因为五苓证的本质是湿，而燥渴为现象，是不能相提并论的。怎样才能避免执泥？明·张景岳曾针对张子和论点的不足，提出六气皆有太过与不及两个方面，这样，“六气本标中气”之说就不再是机械的公式，而能够灵活变通了。他在《类经图翼》中说：“夫六经之气，时有盛衰，气有余则化生太过，气不及则化之不前”，通过讨论，得出“五行之气，正对俱然，此标本生化之理所必然者”，从而作出“化而太过者宜抑，化而不足者，不宜培耶？”的结论。也就是太过者宜攻邪，不足者宜补正。所谓“不宜培耶”，乃针对“六气从化皆为有余”提出的反诘语气，决不是不宜培。有把“耶”字

误为“也”字，写成“不宜培也”，那就一字之差，谬以千里了。张景岳的意见是正确的。阳明厥阴不从标本而从中见，也可从太过不及两方面来理解。例如：厥阴中见少阳，火太过则木从其化，如厥阴热利之用白头翁汤；火不足则木失其化，如肝寒上逆之用吴茱萸汤。阳明中见太阴，湿太过则燥从其化，可发生湿热郁蒸的发黄证；湿不足则金失其化，而为燥热灼津的胃肠燥实证。如果泥定从中之说，那么，厥阴病就不应有虚寒证，阳明病就不应是燥热证了。要之，所谓从本、从标、从中见之气，皆不是绝对的，必须根据具体病情，进行具体分析。寒太过必然伤阳，热太过必然伤阴，湿太过则燥从湿化，燥太过则湿亦从燥化。“此盈则彼虚，盛则从化”，才是一定的规律。所以，根据化之太过、不及，决定或抑或培的治则，是有普遍意义的。

（四）气化派注家怎样运用“六气本标中气”学说

兹以张令韶《伤寒论直解》为例：如解释太阳病恶寒发热的病机，“太阳以寒为本，恶本气之寒也。”又“已发热者，得太阳标阳之热化也；未发热者，未得标阳之热化也。太阳以寒为本，故无论已发热，未发热，而必皆恶寒也。”大家知道，恶寒发热是太阳病表证的临床特征，外邪束表则恶寒，不管风寒、风热，只要侵犯肌表，都必发生恶寒，决不是性质一定属寒。发热是卫气抗邪的反映，其性质也不一定属热。因此，硬要联系本气之寒，标阳之热，实在牵强。又如解释正阳阳明的病机，“天有此燥气，人亦有此燥气，燥气者，阳明之本气，燥化太过，无中见太阴湿土之化，此阳明之胃家自实，所谓正阳阳明者是也。”阳明病为胃热伤津或大肠热结的燥实证，其病理特征与“燥”密切相关，这是通过长期实践所证明的事实。既然是阳明不从标本而从中见之气，为

什么又能“无中见湿土之化”？实难自圆其说。又如解释太阴病的病机，“太阴之上，湿气治之，中见阳明，是以不得中见之化，则为脏寒之病；中见太过，湿热相并，又为发黄之证，此太阴之有寒有热也。”如果根据“太阴本湿而标阴，标本同气，故从本”的论述，则太阴病机自应以湿为主，没有必要再涉及中见之化。至于太阴发黄，固然有属于湿热，但亦有属于寒湿，硬联系中见太过，湿热相并，未免蛇足。仅从以上数例，已可充分证明气化派注家引用“六气本标中气”学说，大多出于附会。

总之，气化派注家的共同特点，是把“六气本标中气”学说，贯穿到《伤寒论》的全部内容中，由于大多强词夺理，以致玄奥艰深，因此，不仅无助于理解《伤寒论》辨证论治的理论，相反，造成人为的障碍，增加学习的困难，甚至把学者引入机械、唯心论的歧途。

必须明确“六气本标中气”，是运气学说的重要组成部分，不仅不应抱否定态度，还应当进一步深入研究。但是，也必须知道《伤寒论》的理论，并非源于运气学说，尽管六经病的性质及其病理变化与六气有一定关联，而与运气学说则是完全不同的两回事，应有所区分而不可混同。只有剔除附加成分，才有可能把《伤寒论》的理论真正学到手，并运用到临床实践中去。

附：叶天士对《伤寒论》方的运用

一、对桂枝汤的运用

桂枝汤桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣同用，具有外和

营卫、内和脾胃的作用，叶天士《临证指南医案》中运用本方的治案虽不多，但应用范围颇为广泛，无论风寒、温热、各种杂病，凡是病机上具有卫阳受伤、营气虚寒，或在里的阴阳不和，在外的营卫失调等，都可以本方化裁治疗。这对掌握运用桂枝汤是极有启发意义的，试分析如下：

（一）治外感病

叶氏运用桂枝汤治外感，并不局限于风寒，也不一定是太阳表虚证。如虚人患外感，只有轻微的寒热，表明正气较虚，邪亦不重，用本方加人参、当归以益气养营，佐广皮以理气和中；治病后复感寒邪，证见背寒、头痛、鼻塞、肺气失宣，用本方加杏仁以宣肺；又如治阴虚风湿，气从左升，用桂枝汤加杏仁宣肺外，更加花粉以生津清热；又如脉数促，苔白，不饥，寒热，汗出，初起腹痛，脐左有形，叶氏断为劳倦复感温邪，照理应用寒剂，但鉴于病延两旬又六，微咳有痰，并不渴饮，且寒来微微齿疼，足征营卫之气已经大伤，再延搁下去就有虚脱的可能，根据“随证治之”的原则，此时则应以复阳为急，故用桂枝汤去生姜的辛散，加黄芪、牡蛎以固护卫阳，希望营卫之气复，庶几寒热可解。（风门沈案、寒门某案、风温门某案、温热门曹案）

（二）治咳嗽

叶氏运用桂枝汤主治的咳嗽，大多由于阳伤饮结，或中虚少运，湿痰阻遏气分。所以在咳嗽的同时多伴形寒畏冷（间有发热），头痛，苔白，脉或沉细，或兼神疲，而且咳嗽的时间往往缠绵不已，或虽暂愈却容易复发，针对这一病机，自以温阳化饮为治，故以桂枝汤温阳，或加杏仁苦降以肃肺，或加茯苓、薏仁淡渗以利饮，或加半夏辛燥以祛痰；如果阳虚较甚，芍药酸寒，生姜辛散，可减去不用；痰湿较甚，

大枣的泥滞亦可去而不用；若因卫阳受伤而遇风则咳的，还可以加黄芪、白术、防风（玉屏风散）以固卫，佐当归以温营；若兼见津伤口渴，也可加入花粉以生津止渴（咳嗽门某案四则、又王案、朱案、吴案、痰饮门黄案）。

（三）治寒热如疟

叶案所载的寒热如疟，既不是风寒之邪郁于肌表，也不是风热之邪羁留少阳，而是起于产后失调，或烦劳抑郁伤阳，以致阴阳并损，营卫循行失其常度，累及阳维所致。其证候特点是：恶寒多从背起，而后发热，热过无汗，故知不是疟邪，且寒热成起丑衰，解时无汗，与外感表证亦不相同。由于寒热时作，经岁不痊，正气大虚，故脉衰（或脉空大，按之不鼓）、形夺（肌消神铄）；但二便颇利，并不渴饮，亦非里热；气虚则血痹，故或兼经闭，中虚则金失养，故或伴久嗽，且多入暮倚枕，气自下冲，呛咳不已。这种如疟，固非桂麻各半汤等小发汗法所能治，亦非小柴胡汤等和解法所胜任，叶氏宗《内经》“阳维为病苦寒热”的理论，独创性地采用桂枝汤加当归、茯苓以宣通气痹，温养营分；或去芍药加鹿角霜（一例用生鹿角）以补奇脉；或另服回生丹以推陈致新（调经门董案、产后门陈案、种福堂公选医案沈案）。

（四）治疟、泻、喘、痞

桂枝汤主治的疟疾，据案中所载，高年发疟，寒热夜作，胸闷不欲食，烦渴热频，虑其邪陷为厥，所以用本方和营达邪，因胸闷故去甘草，因烦渴热频，故加黄芩、花粉、牡蛎清热滋阴（疟门孙案）。关于所主的洞泄不已，乃是针对营气不振、清阳亦伤的病机特点，确定辛润宜减，甘温宜加的治疗原则，故用本方，以煨姜易生姜，更加肉桂、人参、茯苓以增强养营温阳的力量（便血门朱姓又案）。《伤寒论》中治

喘，原有桂枝加厚朴杏子之制，叶案所载的喘证，因中焦虚而痰饮留伏，故亦用桂枝汤去甘草以温中，佐杏仁泄肺，茯苓、薏仁淡渗，这样，三焦得通则伏饮自化，然饮伏既久，有酿热之虑，故又佐以糖炒石膏，取其清热而不伤胃，且石膏借辛热亦能豁痰（《名医方论·喻嘉言》），何况石膏本身亦具镇坠能下胃家痰热的作用（缪仲淳《医学广笔记》），至于对该证的诊断，如询问过去服药的情况，据曾用苦寒不效，服三拗汤音出喘缓，因知里有伏饮；再如询问以往的病史，据曾有“呕逆下血”的宿恙，因知中焦必虚。这对临床辨证亦颇有指导价值（痰饮门某案）。叶氏运用桂枝汤治疗的痞证，主要病机是“中阳虚而旋运失司”，诊断方法同样是参考以往的治疗经过，据患者精气内损，是皆藏病，过去用萸、地甘酸，虽然未为背谬，但是，清阳先伤于上，阴柔之药反碍阳气之旋运，遂致中痞食减，再结合患者“食姜稍舒”的特有情况，证明这是辛以助阳的缘故，从而确诊为阳虚致痞。既属阳虚失运，那么，辛甘理阳自是的治，桂枝汤去芍药加茯苓自是针对性方剂。方证切合，“可效”也自是意料中事。理阳可效，那么，以往曾用黄芪、麦冬、枣仁诸药，反蒙上焦，肯定是极其背谬了（痞门沈案）。

（五）治胃脘痛、腹痛、胁痛、身痛

桂枝汤主治的胃脘痛，多因劳力伤阳或久泄伤营而致，其特点是劳力则痛作，得食自缓，虽亦间有得食而反痛甚的，但手按必少缓，再参合纳食不甘，噎噫欲呕以及脉软形寒（或背寒）等脉证，胃阳败伤（按当是虚甚的意思）无疑，古谓“络虚则痛”，故用温阳养营的桂枝汤，胃阳虚甚，故去芍药，加入参、茯苓以益气通阳。或加当归、桃仁以养营和血。由于证属虚寒，攻痰破气等药，自当严禁使用（胃脘痛门顾案、

费案、某案、盛又案)。桂枝汤主治的腹痛，其特点是：一为腹痛的时间较长，如腹痛两月，或当脐腹痛，发于冬季，春深渐愈；二为遇寒则发，过饥劳动亦发；三为腹痛的同时多伴有暖气，或心悸欲呕，或胸痹咽阻，或寒慄、冷汗，或周身刺痛等；四为脉象虚弱，如脉右虚，左虚弦数等。究其性质多属内损，若是妇女患者，则有经闭成劳之虑。治疗这类腹痛，不是偏寒偏热可以攻病，所以要使用桂枝汤，也不是因寒投热，目的在于温养气血以使条达，故加当归、茯苓以增强温营通阳之力，如果寒较甚的，以肉桂易桂枝，炮姜代生姜。如在阳虚较甚的情况下，芍药也可不用，假如患者情怀少畅，必须开导其开怀安养，勿徒恃药物的作用，这也是医护上值得注意的问题（产后门余案、调经门王案、腹痛门袁案）。至于所治的胁痛，亦属虚寒性质，案载左肋下痛，食入则安，就是营分虚寒的确证，改用桂枝汤加当归、肉桂以温营止痛（胁痛门沈案）。桂枝汤还有治疗身痛的作用，但《伤寒论》仅是治表证身痛，而叶氏却用以治内伤身痛，如案载劳力伤，身痛无力，用桂枝汤去生姜加当归、五加皮；又如脉虚身热，腰髀皆痛，少腹有形攻触，是因藏阴奇脉受伤，用桂枝汤加当归、茯苓。叶氏惟恐误认为外感，滥用发表的方法，在案语中特别指出“不可作外感治”，是寓有深意的（虚劳门邢案、腰腿足痛门吴案）。

（六）治时常发疹

案载因气血凝滞，以致五六年来时常发疹，发时身不大热，每大便则腹痛里急。这种发疹既有数年之久，而且时常发作，用过的治法一定很多，叶氏却据发疹时的症候特点，断为气血凝滞，指出当从郁病推求，因之采用桂枝汤去姜、枣加当归以温通营血，加酒制大黄、枳实以行气通滞。细绎

方义，颇似桂枝加大黄汤，但比桂枝加大黄汤的作用更觉完备（腹痛门徐案）。

由于叶氏对于桂枝汤的运用，大多属于虚寒性质，所以在三十一案中有十四案去了芍药，十四案加入茯苓，十五案加入当归，这样就可以大大增强温营通阳的力量。至于欲宣肺气可加杏仁，欲理中气可加广皮、枳实，欲益胃气可加入参，欲助卫气可加芪、术、防风，欲温奇脉可加鹿角霜，以及加肉桂之温，半夏之燥，苡仁之利，桃仁之活血，大黄之通滞，还有花粉的生津，牡蛎的固涩，黄芩、石膏的清热等，都有一定规律可循，值得深入研究。

二、对栀子豉汤的运用

（一）《伤寒论》有关栀子豉汤的记载

栀子豉汤首见于《伤寒论》，是治疗无形邪热郁于胸膈而致之胸脘窒闷、烦扰不安的有效方剂。据《伤寒论》所载：该方所治多属于汗吐下后余邪为患，其主证胸闷、虚烦（如烦热、虚烦不得眠、下利后更烦、心中懊懊、胸中窒及心中结痛等）；其他见证，舌上苔，按之心下濡，饥不能食，但头汗出，其外有热手足温等。舌上苔，表明邪已去表入里，热郁气滞；按之心下濡，证明是无形热结；饥不能食，是因胃热消谷故知饥，热郁气滞故不能食；但头汗出，是热郁于里而蒸于上的缘故；其外有热，手足温，既不是太阳、少阳病，也不是三阴病，同时也未达到阳明经热炽盛与阳明腑实的程度。此外，还有“病人旧微溏者，不可与服之”的用方禁例。因为栀子豉汤毕竟是苦寒之剂，所以脾阳素虚的人，虽具有栀子豉汤证，也不可使用该方，这就意味着治病必须照顾病人素质，用方既要知其所长，也要知其所短，

才能受其功而免蹈其弊。由此可见《伤寒论》中有关该方的叙述，是比较全面的。这对掌握栀子豉汤的运用，有很大的指导意义。

（二）叶氏对运用栀子豉汤的贡献

然而，临床上象虚烦懊恼那样典型的证候固然会有，但毕竟不是太多，而且也不一定是汗吐下后。因此，要想达到理论密切联系实际，更好地运用该方，仅据《伤寒论》所叙述的症状，远远不够，必须进一步领会它的精神实质，叶氏以他的丰富经验，对该方的具体运用，作出了巨大贡献。

首先，他对该方的作用有深透的理解，如：解其陈腐郁热、宣其陈腐郁结等。其次，对栀子豉汤证的病机有全面的认识。仅从《临证指南医案》运用该方治疗的三十七案来看：既用于外感病如风温、暑湿、秋燥等，又用于杂病如眩晕、脘痞、心痛等；气分郁热证固然用之，嗽血、吐血证亦间用之；上中焦病用之，下焦病亦间用之，甚至邪热弥漫上中下三焦亦用之。这就大大扩充了该方的运用范围。由于该方仅有栀子、豆豉两味，叶氏在运用时，每佐入一些微苦微辛的药物，意取“微苦以清降，微辛以宣通”，这更使得栀子豉汤的作用大为增强，从而提高了疗效。

（三）叶氏运用栀子豉汤治案的分析

1. 治风温入肺，肺气贲郁：风温从上而入，肺先受病，肺气不得舒转，故外则形寒、头胀、身疼，内则胸脘痞满，咳嗽、懊恼，或外发皮毛为疹，或内熏膈中而神迷，要以舒展肺气为主，故四案都用栀子、豆豉、杏仁、萎皮、郁金五味，一则因形寒而用苏梗（肺痹门某女案），一则因不饥而用橘红（风温门某案），一则因肺热而用桑叶（风温门郭案），一则因神迷而用菖蒲（公选医案方案）。另一案未用郁金，却

用黄芩、枳实汁（风温门叶案），当是增强清肺开痞的力量，至于脉数，暮热，头痛，腰疼，口燥一案，里热较甚，故用栀子、豆豉、杏仁，伍以桔梗、连翘、黄芩（温热门某案）。

2. 治暑湿内侵，肺胃不和：叶氏用栀子豉汤治疗这类疾病，常佐杏仁、郁金，如证见痰多咳呕，暑郁于上加杏仁、郁金、石膏、半夏以辛开涤暑（暑门范姓又案）；脉寸大，头晕，脘中食不多下，加杏仁、郁金、竹叶、滑石并以甘淡渗湿（暑门龚案）；头胀，脘闷不饥，腹痛恶心，当三焦同治，故加杏仁、橘红、半夏、厚朴、黄芩、滑石以宣中为主（暑门某案）；不饥不食，机窍不为灵动，加藜皮、郁金、枳壳、桔梗、降香（《温病条辨》名三香汤），芳香逐秽，开上为多（湿门李案）。

3. 治秋燥咳嗽：叶氏根据脉证合参的诊疗原则，同属秋燥咳嗽，而右脉数大的，是纯属手太阴气分燥热，故用栀子豉汤加桑叶、杏仁、沙参、贝母（吴鞠通增入梨皮名桑杏汤）以清上燥（燥门某案）；如果脉见沉弦，则知内有宿饮，然秋燥乃是新病，故用栀子豉汤加杏仁、姜皮、郁金、沙参辛凉暂解上燥，略佐橘红、薏仁并治宿饮（咳嗽门施案）。

4. 治少阳、阳明痰火眩晕：叶氏根据脉左浮弦数，痰多，脘中不爽，烦则火升眩晕，静坐则神识稍安的特点，确诊这种眩晕属于少阳、阳明痰火，故治用栀子豉汤佐羚羊角、连翘以清少阳，佐广皮白、半夏曲以和阳明（眩晕门徐案，痰门徐姓又案）。

5. 治胃热遗肺，久咳音嘶：脉左弱，右寸独搏，久咳音嘶，寐则成噎阻咽，结合患者素有嗜酒的习惯，从而诊断为胃热遗肺，故治以栀子豉汤加杏仁、藜皮、郁金、石膏以清泄肺胃的蕴热（咳嗽门范案）。

6. 治木火犯胃，纳谷哽噎：叶氏据患者主诉悒郁强饮，参合脉小弦，诊断纳谷哽噎的病机是木火犯胃，因而治以苦辛泄降，除用梔子、豆豉、郁金以外，更用黄连之苦降，生姜、半夏之辛开，丹皮佐梔子以泻木火，竹茹伍豆豉以和胃气（木乘土门张案）。

7. 治肺胃痰热，脘痞不饥：证见脉涩，脘痞不饥，口干有痰，当清理上焦（痞门张案）；而食进颇逸，胸中未觉清旷，亦宜辛润以理气分（痞门陈案）。故叶氏都用梔子豉汤加杏仁、姜皮、郁金、杷叶，所不同的，仅是一用竹茹，一用橘红而已。假如因气郁必热，陈腐粘凝胶聚，致脘腹热气下注，隐然微痛，这是热必生痰，气阻痰滞，又当开气与涤痰同进，所以用梔子豉汤加杏仁、姜皮、郁金、桃仁、降香、煎送白金丸（痞门宋案）。

8. 治吐伤胃津，噎气、下泄气：据两番探吐，脘痛立止的情况，可见吐法是有效的，可是，气固宣畅，胃津未能无损，风木来乘，致发生多噎、多下泄气的症状，叶氏从诊脉右大，并不搏指，证明胃津受伤，故确立调和中焦之法，用梔子豉汤加橘红、半夏、竹茹、石斛；并注意调护，少少进谷以养胃（呕吐门吴案）。

9. 治肠痹大便（或二便）不通：凡因湿热阻遏，以致大肠气闭不通者，轻则食进脘中难下，大便气塞不爽，肠中收痛（肠痹门张案）；重则舌白，不渴不饥，大便经旬不解，皮肤麻痒，腹中鸣动（肠痹门吴姓又案）。或上见鼻渊，胸满，目痛（肠痹门蒋案）。叶氏宗朱丹溪用辛润自上宣下法。病在下而治其上，这是根据开肺气以宣通，以气通则湿热自走，与肺气化则便自通的机理。至若因肠痹而致的二便不通，亦当治以开肺。案载高年疟后，内伤食物，腑气阻痹，

浊攻腹痛，二便至今不通，脉诊右部弦搏，渴思冷饮。昔丹溪大小肠气闭于下，每每开提肺窍，《内经》谓：肺主一身气化，天气降，斯云雾清而诸窍皆为通利。若必以消食辛温，恐胃口再伤，滋扰变证（肠痹门董案）。不仅病机分析切当，即治疗宜忌的阐释也切中肯綮。治用栀子豉汤加藜皮、杏仁、郁金，或再加枇杷叶，或更加紫菀，或加枳壳、薏仁，要皆不出微苦微辛以开上痹的原则。

10. 治热邪内郁，胃中不和：叶氏对证见热病后，不饥，能食，不寐（温热门陈案）；或脉左弦，呕吐，发热后，脘中痞闷不爽（疟门李案）；或脉数，按之涩，腹痛呕吐（腹痛门裴氏案）。病情虽略有不同，但病机都属热邪内郁，胃中不和，故都治以栀子豉汤，或加半夏、枳实、广皮白，专于和胃；或再加白薏仁、杏仁、桔梗等，上中二焦同治。

11. 治湿热散布三焦、喘肿便少：案载初因面肿，邪干阳位，气壅不通，二便皆少，桂附不应，即与导滞，滞属有质，湿热无形，入肺为喘，乘脾为胀，六府开合皆废，便不通爽，溺短浑浊，时或点滴，视其舌绛口渴，腑病背胀，脏病腹满，更并倚倒左右，肿胀随着处为甚，其湿热散布三焦，明眼人难以决胜矣。这样复杂、严重的病情，确实难以处理。叶氏根据《内经》从上之下者治其上，与从上之下而甚于下者，必先治其上，而后治其下的治疗原则，仿徐之才轻可去实之义，用栀子豉汤加杏仁、枇杷叶、滑石、薏仁、通草、苓皮等气味俱薄之药以清肃上焦（肿胀门朱案）。

12. 治积劳再感，湿热发黄：因素积劳倦，再感湿热之气，误以风寒发散消导，湿盛生热，所以致黄，证见不饥溺赤，湿热内郁无疑。治用栀子豉汤加连翘、赤豆、通草、花粉（吴鞠通名为连翘赤豆饮），煎送保和丸（疸门黄案）。清

热宣郁、消导和中同用，实开治黄的另一法门。

13. 治嗽血、吐血：一般说来，嗽血、吐血，多用凉营和血之品。叶氏治嗽血，着眼于痰多，胃纳减于平昔，脉数促，喘逆脘闷等，采用清肃上焦气分的方法，用栀子豉汤加杏仁、桔梗、蒺藜、郁金、苏子、降香等药（吐血门倪案）。治吐血根据气阻不饥的特点，用栀子豉汤加杏仁、蒺藜、郁金、橘红等以宣开气痹（吐血门高姓又案）。设不知此理，不能辨证用药，妄用治血等通套药物，势必导致不良的后果。

14. 治肝郁胃痛：因郁怒而致心胸映背痛，甚至气阻咽喉，呼吸有音，吐涎沫，又不热渴，用栀子豉汤加杏仁、蒺藜、郁金、枇杷叶等苦辛轻剂先理上焦（公选医案叶案）。因气火上郁，脘中窒痛，呕涎，除加杏、蒺、郁金以开上，更佐竹茹、半夏曲以和胃（肝火门唐女又案）。因肝阳直犯胃络，心痛，则用栀子豉汤清热宣郁，合金铃子散凉肝止痛（胃脘痛张案）。

他如治痹塞胀闷，食入不安，用栀子豉汤原方（诸痛门章案）；治气急不寐不饥（呕吐门曹案），及高年食下欲噎（噎膈反胃门程案）用栀子豉汤加杏仁、蒺藜、郁金，或佐橘红，或伍枇杷叶，也是取微苦清除，微辛宣通之义。通过上述分析，不难看出叶氏运用《伤寒论》方栀子豉汤之所以能如此广泛、切中肯綮，关键在于不为表面文字所拘，能够深入地掌握该方证治的精神实质，并能兼采各家之长。这对如何运用理论，如何运用“经方”，确有很大的启发与帮助。

至于随证加味，不但不会降低栀子豉汤的价值，相反，更能加强其作用，从而更推广了该方在临床上的运用。叶氏在栀子豉汤轻清宣泄的理论指导下，突出了微苦微辛能开上痹的论点，因而他在运用时，每每加入杏仁、蒺藜、郁金之类，

如有二十六案用了杏仁，二十三案用了郁金，二十一案用了葵皮。这样，就大大提高了栀子豉汤的疗效。他如欲加强清宣肺气之力，选佐桔梗、紫菀、枇杷叶、桑叶、贝母等；欲加强行气开结之力，选佐橘红、苏梗、枳壳、枳实、降香、半夏、生姜、薏仁、厚朴、延胡等；欲增强清热作用，选用羚羊角、连翘、石膏、竹叶、黄芩、黄连、丹皮、竹茹等；欲兼以渗利，选佐苡仁、通草、滑石、苓皮、赤小豆等；欲兼以滋阴，选佐沙参、石斛、花粉等；他如芳化开窍的菖蒲，活血去瘀的桃仁等，都可以随宜选用。这些也有一定的规律可循，果能触类引伸，灵活运用，就可逐渐达到左右逢源的境地。

三、对泻心法的运用

泻心法系指以五泻心汤化裁运用的治疗法则，它是寒热并用补泻兼施的常用方剂之一。按其性味，除大黄黄连泻心汤纯属苦寒以外，余均为苦寒、辛温同用，能泄降、又能开通，因此，泻心汤可称辛开苦降法的代表方，应用范围较广。历代医家对该方的研究，多未跳出《伤寒论》《金匱》原文圈子，在实际运用时不免带有一定的局限性。历史上能师古而不泥古，善于继承发挥前人经验的，首推叶氏天士，他不仅是一代著名的温热学家，有完整的理论体系，同样对经方研究，也取得重要的成就。以运用泻心法为例，他从不生搬硬套、照抄原方，而是往往灵活地相互协同运用，如用半夏泻心汤，有时加附子；用附子泻心汤有时减去大黄，却加入参、干姜、半夏。指出“辛可通阳，苦能清降”；“苦寒能清热除湿，辛通能开气宣浊”。认为泻心方，并不限于痞证。在元戴元礼“诸泻心方取治湿热最当”的启示下，得出“湿热非苦

“辛寒不解”的临床体会，从而扩大了对湿热病通治的范围。不墨守“寒热互结”、“上热下寒”之说，揭示要掌握“清邪之中，必佐扶正”；“热邪宜清，胃阳亦须扶护”的治疗规律，这都是在中医临床医学方面所取得的进一步成就。兹仅就叶氏《临证指南医案》用泻心法主治的60个案例，初步综合探讨如下：

（一）用于痰湿热痹阻的痞证

痰热的形成，有因热邪与津液胶结成痰，或因嗜酒而湿热蓄积生痰，致痰热痹阻而胸脘痞闷。亦可由湿浊凝滞，中阳不运而成痞。胃气痞结，故不食；胃气上逆，故呕恶；胃气不降，故便秘；当湿热下迫时，又可发生下利。总之，痞证因湿热（痰热）阻滞的，当用苦降辛通的泻心法，药物必须芩、连、姜、夏同用。不属有形食滞的，则主张“不可误投消导攻下”。各案因正虚，或体丰阳气不足，或兼有脉不清，神烦倦等证，多用人参以益胃气；如见舌干无津，表明胃阴消烁，又增乌梅、白芍以敛津液。另案虽非痞证，但据不饥不食不便，味变酸浊的征候，结合季节，断为暑热伤气，热痰聚脘的胃病，故亦适用半夏泻心汤，此证属热、实，虚象不著，故于原方去甘草、干姜、增杏仁、枳实（见木乘土门周案，痞门孙、某、刘、尤又、刘各案，暑门胡案）。

（二）用于湿热内结、肝风犯胃等导致的呕吐

据案中所述，呕吐主要有三种：一为“食已即吐”，断为湿热内结，采用“辛以通阳，苦以清降”，药用黄连、半夏、姜汁为主，佐厚朴、茯苓通阳化浊，以增强和胃止呕之力。如果证兼不饥不寐而舌质红赤，表明阴液耗损，厚朴温燥易伤阴，代以微苦性寒的枳实，颇有见地。如口不渴或渴不思饮，胃阳已虚，虽证属湿热，亦忌纯投苦泄，须佐人参、干

姜以扶胃阳，借免苦寒伤中。另一种是肝风犯胃，致呕吐不能进食，胃虚肝乘，厥阳上冒。其特征是：于呕吐的同时，伴有眩晕、头胀等。使用泻心方时，加川楝子、乌梅、白芍等药，意取酸苦泄肝而和胃。如兼见阳虚证，又当加附子以温阳。（见呕吐门钱、某、陆、王、孙、何、某各案）。

（三）用于湿热阻滞的反胃

反胃，因下焦虚寒者较多，所谓“火不煖土”之症，一般治宜温补命门之火。但也应根据症状分析，如胸脘痞闷，暖逆，三四日必呕吐粘腻，或黄绿水液，辨证确非虚寒，而属湿热阻滞，胃气上逆。故亦本泻心法，药用黄连、半夏、姜汁、并加枳实、竹茹、郁金等理气和胃，使浊降呕止（噎膈门包案）。

（四）用于上不能食，下不得便的“关格”

本病多由阳结于上，胃气阻结，致脘胀气逆，呕吐，不能纳食，阴衰于下，大肠失其濡润，失传导之常，致不得大便。以老人为多见，其病，初起仅纳食脘胀，继而大便干涩难解，脉小而涩，或呕恶吞酸；久则纳谷不下，二便交阻。用泻心法主要针对着在上阳气之结，阳结则津液不行而痰气凝遏，故在用黄连、半夏、干姜、人参的同时，或加枳实、茯苓以行气除饮，或伍竹沥以清热涤痰，杏仁、枇杷叶以宣肃肺气。如上热下寒，阴阳逆乱，关格已成者，附子泻心汤实为对症要方。若寒热邪气扰中，胃阳大伤，涌吐酸浊，脘痛如刺，其病机为阳衰阴盛，胃气不得下行，必得温煖中宫，气血流畅。此时须通阳泄热并重。又如脉象弦迟，汤水不下膈，呕吐涎沫，断为阳结，饮邪阻气。以上两例，均适用附子泻心汤，因治疗侧重辛热通阳，故原方都去大黄，加入参、干姜、半夏、枳实。在给药方法上，改麻沸汤渍为苓连半枳滚水煎，

仿附子浓煎之意，将参附姜先煎，然后二汁和服。这是通过煎剂操作程序的改进，借以提高药效（见噎膈反胃门某、濮、吴、杜、卢各案，呕吐门江案）。

（五）用于酒热郁伤与暑秽外侵的胃痛

《伤寒论》以心下痞满不痛为五泻心证的审证要点，疼痛则属结胸证。因此不敢大胆运用泻心法以治疗胃痛病症，叶氏却独具卓见，不论胃痛或结胸，都一概应用，打破了历史常规。如案载酒热郁伤，食阻脘痛；另案心下坚实，按之痛，二便涩少，喘急不能进食，舌白烦渴，此病在气分；又有饱食动怒，肝木犯胃，或有冲气胃痛病史，痛发为呕为胀，兼见先寒后热，烦躁，面赤汗出等症；有因暑秽身热引起胃痛呕吐宿恙，断为浊聚三焦，将内闭痙厥者；有因温病误下后热陷于里而成结胸，表现为身不大热，短气，胸满烦躁，呈热炽内陷之象。病在厥阴阳明，当从泻心法施治（见痞门王案，噎膈反胃门俞案，胃脘痛门陈案，呕吐门毛案，温热门某案）。

（六）用于湿热疟疾或疟病的某一阶段

叶氏用泻心法治疗疟疾，随证化裁，极具巧思。如湿热疟，心下触手而痛，自利，舌白，烦躁，用苦降辛通以开内闭。药后神气即稍清，且痛处渐下至脐，湿热虽已下行，但吐咯带血，上行为逆，于是遵“热病留淤，必以下出为顺”之旨，于原方中再加炒白芍、炒查肉兼和血分。暑疟证湿热阻于气分，中焦痞闷，当用苦辛寒开泄，因冷饮不适，知胃阳已虚，必用人参，加茯苓，兼顾健胃以扶正泄邪，而免寒凉伤胃。叶氏曾创造性地提出人参、半夏、茯苓同用为“通补阳明法”，作为泻心法的补充。有因强截疟疾，里结成痞，呕吐痰水；或疟母已成，疟发时气痞呕逆；以及疟发匝月，热闷不饥，

胃伤邪留等案，都属寒热并见，虚实夹杂，都适用泻心法标本兼治。如呕吐痰沫，痞结较甚，可加厚朴、杏仁；如脉象沉涩（较有力），则去人参，酌加橘红。又如因热劫胃液，致不饥、不饱、不食、不便，渴不嗜饮，味变酸浊，“药能变胃”，人参与黄连、干姜、枳实、牡蛎等配伍，相得益彰。又如疟病见脉右大，寒热微呕，脘痞不纳，于泻心方中既加知母、乌梅以酸泄和阴，又加厚朴、草果之燥烈劫疟。但上药只可暂投而不宜久服，尝指出“邪势再减二三，必从清补可愈”，这种不拘一格随证施治的方法，值得深思与学习。又如太阴脾疟，不渴多呕，寒起四末，热聚心胸，湿热郁滞中焦，治宜苦辛开泄，药用苓、连、姜、夏、枳实，或佐白芍，或加陈、朴。设兼热扰心包而烦躁太甚，另用牛黄丸以宣解里热，兼大肠燥实，可加栝蒌仁或脾约丸以润下通腑。至于伏暑成疟，有气虚身麻者，主张“凉药只宜少用”，治拟生姜泻心法化裁，但方中未用苓连，仅用姜汁、半夏、甘草、大枣之辛甘，加茯苓之淡渗通阳。然而不用苓连，即不成生姜泻心汤，颇有可商之处，但方药与证情尚较切合（见疟门曹三、四案及项、杨、金、马、姬、钱、程、毛又、柳、孙各案，吐衄门席四案）。

（七）用于湿热痢疾

由于《伤寒论》生姜、甘草等泻心汤证均有“腹中雷鸣下利”的条文，故多数注家都认为下利属寒，泻心汤则是治上热下寒的下利主方，苓连清上，干姜温下。似乎条理清楚恰当，实则亦不尽然。叶氏运用泻心法治疗痢疾，紧紧抓住“湿热”二字。对痞利合并证，析其病机为“阳结于上则胸痞，阴走于下则频利”，下利乃湿热下迫所致。对疟痢兼见，断为“热陷下利”，结合中痞不欲食等症，用苦辛通降的泻心方，如银花、山查、当归、芍药以清热活血。另案气衰热

伏，腹痛下痢，脘中痞闷，不欲纳食，曾先患疟疾，而由疟变痢，经邪入府，病变转重。痢疾古称滞下，叶氏指明此滞字非停滞饮食，乃暑湿内侵，腑中流行阻遏而为滞，误用消导、升举、温补，则暑邪无出路，易致胸痞，不饥，不食，粘腻未已；肛门沉坠里结，三焦皆受邪蒸，上下浑如两截，甚至延为休息痢，缠绵难愈。至于阳虚体质，湿热内蕴，中焦痞结，自利不爽，虽神识昏乱，有变柔痉的趋势，亦不可乱投他药。以上两例，仍主泻心法为主治，一般治湿热痢，如能食腹痛，可加白芍兼和其阴；若兼里阳不足，加附子以温其阳，这又具有特殊意义（见疟门某案，痢门沈、张、陆、徐、蔡四、五案）。

（八）用于情志所伤，肝胃不和

因悲泣太过，或情怀内郁，以致心下坚硬，先从气结治，法以苦辛通降，用黄连、姜、夏，加茯苓、栝蒌。又案因惊而致先厥后热，神识昏狂，面青舌白，微呕渴饮，胸次按之而痛；另案气厥宿恙，复因跌仆呕吐受惊，因惊而气火更逆，遂致胸臆填塞胀满，惟二便皆通，知非实滞；根据喜凉饮，面起瘰疬，确诊属于热证。两案病情虽有差异，但同属胃热气郁，故治法亦无出入。惟前案面青舌白，实中挟虚，更用人参；后案骤胀属实热而无虚象，不必用参。他如寡居多郁，宿病在肝，近又感暑邪，吐衄下利虽止，不思谷食，心中疼热，仍是肝胃本证；暑湿多伤气分，故泻心法中仍用人参，取其扶胃开痞。并于案语内说明“扶胃有益，幸无忽致疲”，实寓深义（见郁门胡案，痞门伊案，肿胀门唐案，木乘土门王案）。

（九）用于厥阴热证吐衄

案载外因暑湿侵袭，内因嗔怒动肝，致邪气入于厥阴，

胸腹满胀，消渴，寒热，自利，呕吐蚘虫，方用泻心汤去人参、甘草加枳实、芍药以开痞泄肝。另案身热三候不解，胸痞，入暮谵语耳聋，吐蚘，亦属热结厥阴，故亦用泻心汤，去人参、甘草、大枣的甘补，加枳实通滞，茯苓利湿，菖蒲化浊，以收苦辛开泄之效（见痞门周案，吐蚘门叶三案）。

（十）用于湿热内陷，神识如蒙

暑温、湿温病，在中、后期易出现神识如蒙证候。叶氏认为此证多因“阳虚挟湿，邪热内陷”，设误投内闭心包诸法，会促使病情恶化，宜用泻心法治之。这是极有价值的经验总结。惜案语过于简略，殊难掌握。后来吴鞠通对此有所发挥和补充，辨证注意“舌滑脉缓”；病理则阐明“或因中阳本虚，或因误伤于药，其势必致内陷，湿之中人也，首如裹，目如蒙，热能令人昏，故神识如蒙”；方组重在“里虚故用人参以护里阳，白芍以护真阴，湿陷于里，故用干姜、枳实之辛通，湿中兼热，故用黄芩、黄连之苦降，此邪已内陷，其势不能还表，法用通降，从里治也”（见湿门蔡案）。

（十一）用于湿热困脾的脾瘴

“脾瘴”，最早见于《内经》。其症为口泛甜味或渗出甜液。叶氏指出病机是“无形气伤，热邪蕴结，中焦困不转运”，常伴有不饥不食，口舌粘腻，脘痞等，多由过食肥甘与脾胃伏热所致。案中除用温胆汤法外，亦用泻心法，其中人参补正气，加枳实以降浊邪。固然脾瘴以湿热居多，但也有属于虚寒的，如胃虚纳少，或脾肾两虚，当兼温补通阳，不可拘守成法（见脾瘴门某案，疟门李案）。

（十二）用于湿热郁阻中焦的肢厥

《伤寒论》对厥证论述较多，如阳虚之用四逆汤，血虚寒郁之用当归四逆汤，阳郁轻证之用四逆散，重证之用白虎汤，

府实之用承气汤，胸中痰、食之用瓜蒂散，胃中水饮之用茯苓甘草汤，肝胃浊阴上逆之用吴茱萸汤，以及冷结关元与纯阴无阳的脏厥等等，但从未提到湿热郁阻中焦致厥的证治。案中以恶心，吞酸，胸满，大便六日不通，而见肢厥的症状，断为湿热阻滞中焦所致，非《伤寒论》治厥诸法所宜，亦主应用泻心法化裁，于原方中去黄芩、甘草、大枣、加枳实、陈皮、茯苓（见痞厥门王三案）。

《临证指南医案》是叶天士临床治案的一部分，可以看出他的辨证用药，深得经方精髓，泻心法仅是其中的一个侧面而已，这给我们获得有益的借鉴：首先认识到扩大使用泻心汤的范围，除痞证之外，不论内伤外感，凡属肠胃系统湿热阻滞的病症，都可用以加减主治。其次，加深了对方剂配伍与药物变化在临床作用上的理解。从而纠正对经方与时方的界限偏见。