

三部六病

医学流派

苏庆民 李浩【主编】

三部六病医学流派丛书

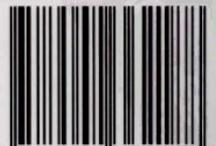
本丛书为现代中医三部六病学术流派传承丛书之一，共分五册，全面总结了这一学术流派及其创始人刘绍武老中医的学术特色、理论体系、临床经验及其对经方的临床运用与创新，反映了伤寒学派现代创新发展的新成就，对指导临床应用《伤寒论》病证方药具有较高的实用价值。



科学技术文献出版社

● 三部六病学派
○ 三部六病学讲稿
○ 三部六病学辑要
○ 三部六病医案集
○ 伤寒论阐释

ISBN 978-7-5023-6218-8



9 787502 362188 >

定价：23.00元

三部六病医学流派丛书

三部六病医学流派

主 编：苏庆民 李 浩
副主编：宿明良 王燕平 李 伟
编 著：王燕平 宿明良

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

· 北京 ·



图书在版编目 (CIP) 数据

三部六病医学流派 / 苏庆民, 李浩主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2009.5

(三部六病医学流派丛书)

ISBN 978-7-5023-6218-8

I. 三... II. ①苏... ②李... III. 伤寒论-中医流派-研究 IV. R222.29

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 189527 号

- | | |
|-------------|--|
| 出 版 者 | 科学技术文献出版社 |
| 地 址 | 北京市复兴路 15 号 (中央电视台西侧) /100038 |
| 图书编务部电话 | (010)58882938 |
| 图书发行部电话 | (010)58882879 |
| 邮 购 部 电 话 | (010)58882873 |
| 网 址 | http://www.stdph.com |
| E - m a i l | stdph@istic.ac.cn |
| 策 划 编 辑 | 王大庆 |
| 责 任 编 辑 | 李 静 |
| 责 任 校 对 | 赵文珍 |
| 责 任 出 版 | 王杰馨 |
| 发 行 者 | 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销 |
| 印 刷 者 | 北京高迪印刷有限公司 |
| 版 (印) 次 | 2009 年 5 月第 1 版第 1 次印刷 |
| 开 本 | 650 × 950 16 开 |
| 字 数 | 155 千 |
| 印 张 | 13.75 |
| 印 数 | 1~4000 册 |
| 定 价 | 23.00 元 |

©版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换。



序

刘绍武先生(1907—2004年),乃晋四大名医,一生治学《伤寒论》,以“三部六病”立说,临证善用经方,继承又善创新,总结提出了中医“三部六病”的理论框架,以三部定位、六病定性,衍为三部六病学说,自成一家,自立一派,形成了颇具特色的中医学学术流派,为弘扬仲景学说做出了突出贡献。刘老先生自30年代起,立社办学,成立“友仁医社”,并与同仁创编《国医周报》,传授中医药学说,弟子门徒百人之众。建国后参加筹备“山西太原市中医研究所”,在山西医界颇有影响,并被评为全国第一批名老中医。

整理当代中医药专家学术思想与临床经验,已成为弘扬中医药学术思想,促进中医药学术发展的重要措施。此次整理出版刘绍武先生学术著作,将使业界更好地了解学习刘老先生学术思想,丰富当代中医药学术宝库。

苏庆民同志为中国中医科学院研究生院教师,研读《伤寒论》,致力于仲景学说,长期为研究生讲授《伤寒论》,中医药理论与临床功底扎实,并对中医药现状与发展问题多有研究,被选为国家《中医药法》起草组成员,为青年一代中医中坚。现担当刘老先生学术思想的整理工作,编辑出版《三部六病医学流派丛书》,当之无愧,亦将为继承整理当代中医药专家学术经验提供借鉴,使广大中医药界受益,故乐之为序。

路志正

2008年7月12日于北京

再现中医学学术的百花园

——《三部六病医学流派丛书》序

在中医学发展史上，不同医学流派的形成与发展，一直认为是中医学学术发展的重要特征，也是近两千年中医学发展规律中的独特现象，可以说，医学流派的形成与发展，推动了中医学的不断发展。不同的医学流派，各以其完整的学说理论，广泛的传播群体，众多的学术追随者，构成了中医学学术发展史上的一道亮丽的风景。

中医药学是中华民族智慧的结晶，在其两千年的发展过程中，不断吸收了各学科的知识成果，形成了博大精深的医学体系。随着社会时代的发展，对疾病认识的不断深入，一些医家根据自己的临床经验和学习心得，各从某一方面，学有新得，各创新说，形成不同的学术见解、学术理论，并通过门徒的师承传授和私淑传播，学术倾向日趋明显、学术理论日益完善成熟，学习者日益增多，学术影响日渐广泛，形成了不同的学术流派，使中医学的理论大大丰富，临床内容更加充实，促进了中医学学术理论体系的不断完善、不断丰富与发展。

学术流派的形成与发展，一方面与人们对疾病认知方式、程度、知识背景等有密切关系；另一方面受到时代变迁等客观因素的影响，社会制度与生产力的变革也带来各种学术思想的争鸣，促进了各种不同的学术流派的形成。中医药学术流派的形成还有一个重要原因就是中国历代医学教育的局限，个人习医者居多，拜师私淑现象普

遍，这也是产生不同学术观点、学术流派的行业特点。

中医药历史上的学术流派、学术成就，大多渊源于《内经》的理论体系和《伤寒论》的辨证论治体系。先秦时期有医经学派、经方学派等，在宋后形成的伤寒学派、河间学派、易水学派、攻邪学派、丹溪学派、温补学派、温病学派等等，大多数医家通过在《内经》、《伤寒论》的基础上，结合实践经验从不同角度加以阐发，形成了不同的学术流派和竞相发挥的各家学说。

从一个学派的形成来看，首先，一个学术流派的诞生在于学派奠基人所具有的鲜明的学术思想渊源、学术理论倾向，并形成相对完整的学术体系和实用的临床指导价值；其次，在于其学术影响的不断传播并形成相对广泛而稳定的学术群体。学派的诞生，彰显了学派创始人对中医药学术发展的特殊贡献。

总结不同学术流派形成与发展的成就与规律，不仅可以深化对中医学术思想形成与发展规律的认识，而且有利于推动中医学术理论的研究与创新。中医学术流派的形成与发展昭示我们，中医学的继承与发展，必须在学术领域解放思想，活跃学术空气，营造学术百花园，才能不断推动中医学的创新与发展。

2003年受国家中医药管理局、中华中医药学会的委托，承担了《中医药人才战略研究》研究课题，藉课题研究机会，调研考察了十余个省市，遍及省市、地区、县乡村中医药机构单位，深为当前中医药学术流派的孱弱而忧虑。2004年4月受局司领导委托，又参加了《中医药法》立法起草工作，通过多次进行立法工作专题调研，对中医药现状有了更加理性的认识 and 了解，深深感觉到发掘整理中医药学术流派的重要性和迫切性。

刘绍武先生为国家批准的全国首批名老中医。先生1924年17岁习医，时境疾病流行，边学习边临床实践，医术不断提高，三年后已成一方名医。先生博览群书，通过长期的临床实践，在学习《伤

《寒论》的基础上，总结提出了中医“三部六病”的理论框架，衍为三部六病学说，自成一家，自立一派，难能可贵。先生生于动荡的年代，又逢战乱，习医矢志不渝，每流落一地，即举办医社，先后三次成立“友仁医社”，传播自己的学说理论。从山西到陕西、再到甘肃天水、武威，而后回归山西故里，从民间应用，再到官方讲习，“三部六病”学说影响了众多同仁、学子。新中国成立后，先生积极参与政府中医药机构的筹建，有了政府的支持和事业发展的平台，始得以更全面的整理这一学说理论。并于1984年受邀在山西中医研究所举办的“山西省经典著作学习班”上系统讲述了“三部六病”学说，使这一学说得以在业界逐步传播，习用者益广，推崇者益众，既有学院、医院的高年资临床医师，又有大批的高等医学院校的学子，以学说立业者多百人之众，逐步形成了颇具特色的三部六病医学流派。

2004年受刘老嘱托，参与整理刘老的学术思想，组织刘老的弟子及学习三部六病的学子、同仁，开展了对三部六病学术理论的学习研究。为使这一学说得以更广泛的应用传播，现将刘老不同时期、内容的资料，分类进行整理，编辑出版三部六病医学流派丛书，以期丰富繁荣当代中医药学术发展。

苏庆民，戊子仲春于中国中医科学院

编写说明

刘绍武先生为全国首批名老中医，行医七十余年，一生致力于《伤寒论》的研究，总结提出了中医“三部六病”学说，门下弟子门徒众多，遍及国内外，有拜师亲授者，有仰慕私淑者，更有无数高等医学院校学子追随其学说，形成了颇具规模的“三部六病”学派。

“三部六病”学说是刘绍武先生在学习研究《伤寒论》的基础上，总结提出的临床诊疗体系。该体系遵《伤寒论》旨意，将人体划分为表、半表半里、里三大部位，根据阴阳不同属性每部分别划分出阳性病及其系列阳性证候群和阴性病及其系列阴性证候群，每部分阴阳，表、半表半里、里三部辨出六病，即三部六病，形成统括表里内外定位、阴阳寒热定性的辨证体系，体现了刘绍武先生对中医经典著作的继承与创新。

为总结三部六病医学流派的形成与发展，反映三部六病学说的形成脉络，展现以刘老为代表的学术群体，为研究现代中医学术流派提供详尽的依据，在刘老家人及弟子的帮助下，结合刘老不同时期的讲稿，对三部六病学说的形成、三部六病学说的基本框架、发展概况，三部六病学说的传播及其弟子的传承情况进行了总结，以期能够较为全面地反映中医三部六病学术流派的概况。

目 录

第一章 著名老中医刘绍武 /1

- 一、少年苦多 立志从医 /1
- 二、继承发展 理论探索 /7
- 三、命运坎坷 矢志不渝 /9
- 四、学说广传 桃李天下 /11
- 五、大医精诚 医道创新 /13
- 六、在也荣光 去也辉煌 /19

第二章 三部六病学说的形成 /22

第一节 “三部六病”学说的提出 /22

第二节 中医的整体观 /26

- 一、整体概述 /27
- 二、构成整体的要素及关系 /29
- 三、整体的范畴和统一性 /32

第三节 中医辨证的探讨 /33

- 一、“证”的概述 /34
- 二、“证”的机理 /37
- 三、具体辨证 /40
- 四、《伤寒论》中的辨证 /47

第四节 “三部六病”医学的系统辨证 /51

- 一、三部六病医学体现了系统论的思维方法 /51
- 二、张仲景的辨证是系统辨证 /53

第三章 三部六病医学体系的构建 /56

- 第一节 整体 /56
 - 一、整体的论说 /56
 - 二、整体的施治 /57
- 第二节 阴阳 /62
 - 一、阴阳的论说 /62
 - 二、证的施治 /63
- 第三节 三部 /68
 - 一、三部的论说 /68
 - 二、三部的辨证 /77
 - 三、三部的施治 /79
- 第四节 六病 /83
 - 一、六病产生的机理 /83
 - 二、六病的建立 /86
 - 三、六病的证治 /89
- 第五节 三部六病学说的病症体系 /126
 - 一、体证 /126
 - 二、仪证 /127
 - 三、部证 /129
 - 四、病症 /132
 - 五、并病 /138
 - 六、合病 /142
 - 七、单证 /146
 - 八、兼证 /157
 - 九、合证 /176

第四章 三部六病学说的传承与发展 /193

第一节 三纲六要医学辨证体系的提出 /193

一、整体辨证 /193

二、系统辨证 /194

三、局部辨证 /194

第二节 三部六病专业组织与科研机构 /195

一、专业学术组织 /195

二、科研与医疗机构 /197

三、科研课题与成果 /199

第三节 三部六病传承代表人物 /200

一、胡连玺 /200

二、郭维峰 /201

三、刘惠生 /202

四、宿明良 /203

五、三部六病医学流派人物谱 /203

第一章

著名老中医刘绍武

刘绍武，男，山西省襄垣县人，祖籍山东诸城，生于1907年4月3日（农历丁未年2月21日），卒于2004年12月2日，享年98岁。生前为山西省太原市中医研究所主任医师，研究员，1990年被评为全国首批500名著名老中医之一。

一、少年苦多 立志从医

刘绍武的童年，生活在山西襄垣县十字道村，光绪14年（1888年）父辈逃荒入晋，先到洪洞，后落户襄垣。其父不识字，以农为生，先替人看护庄稼，后在粉坊做工，节衣缩食，艰难度日。刘绍武少年好学，天资聪慧，因家境贫寒，13岁开始上学，只用了一年便学完了初小三年课程。后被兄长接入长治第一高小住堂学习，期间也是边旁听、边打短工，四年后虽以优异成绩考入中学，但由于经济不接，只好辍学。刘绍武幼年时体弱多病，一次痢疾险些丧生，他深感俗医之误人，从此立志学医。高小期间，同窗好友闫毛林家传世医，藏书充栋，时常借书于他，开始涉猎医学。蒋示吉编著的《医学说约》是他的启蒙读本，他常把学来的知识用于临床，每一次的成功都会使年幼的刘绍武兴奋不已。返乡种田以后，也没有间断学习，每当得到一本医书总是爱不释手、如饥似渴。一次他随父亲种谷子，打垄时，只顾看书，墩子全滚在垄背上。又一次碾米，备好牲口、摊下谷子，等他从书梦中醒来之后，谷子已全部碾成了

米粉。少年的刘绍武就是这样在极其艰苦的条件下，从不放过每一空隙，刻苦钻研，短短几年时间里，他读完了《陈修园医书七十种》，了解了中医的经典著作《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《神农本草经》等，为他以后的医疗实践打下了坚实的基础。1924年返家种田后，17岁的刘绍武夏种菜、冬贩粮，成为家中的主要劳动力。1925年18岁时到长治县与壶关县交界的经坊村煤矿学习会计，为了家庭的生活，舍弃了自己的青春年华。

刘绍武到了经坊煤矿后，由于周围40里无医生，老百姓看病十分困难，他除了学会计外，兼习医术，学用相长，并为乡里人治病问疾，实际上成为当地的一名医生，不到3年时间，已名扬乡里。1927年、1930年、1933年每隔3年长治一带就发生一次瘟疫流行。刘绍武目睹老百姓这一灾难，开始勤求古训，博采众方，昼夜奔波于病家之中，力尽救死扶伤之能事。并立下行医诊疾规矩：不收病人一文钱，不吃病家一顿饭，几十年不破一例，悲惨的病灾现实与苦心实践，造就了刘绍武精湛的医技和高尚的医德。刘绍武曾经常说：“经坊是他从医的摇篮和学校”。在经坊煤矿期间，刘绍武看病完全是业余的，起初还得背着矿主去出诊，随着医名的提高，求诊者越来越多，经常遭到矿主经理的斥责，说他不务正业。由于矿主经理的阻拦，刘绍武就让病人先找矿主经理求情施治，待矿主经理答应了再开始诊治，这样，刘绍武的看病就从一开始的秘密逐步转向公开。

刘绍武当时曾收得一位徒弟马云亭，比他还年长6岁，是煤矿上的会计，壶关程村人，两位互为老师。当时壶关县城有一河南辉县的冯老大夫，医术高明，曾为马云亭治疗眼病，他双眼布满灰膜，视物模糊，经冯先生切脉服药后痊愈，马云亭自此开始学医，后来成为长治名医，专攻眼科。冯老先生的医德对刘绍武影响很大，当时县太爷得了病，派差役招冯先生，由于差役态度傲慢，被冯先生

冷言拒绝，不得已县太爷亲自拜见，医好了顽疾，传为佳话。一次，徒弟马云亭外出看病，处方当归龙荟丸，回来后他把病情给老师讲述一遍，刘绍武听后急曰：“错了！”迅速陪学生赶往病家，这时病家正在准备后事，煮好的汤药还未来得及服下。刘绍武仔细审察病情，患者虽外表一派炎热之象，而实为内藏真寒，急嘱学生煮术附汤，患者入汤病转，死而复生。又一次，一病人四肢厥逆，拘急疼痛，汗出淋漓，面色苍白，他的学生欲处四逆汤，刘绍武急止曰：“此真热假寒之象，证属《伤寒论》第29条芍药甘草汤证”，果然一剂而愈。

年轻的刘绍武还经常下矿井了解情况，久而久之，他对煤矿地质还有了相当的研究。什么样的地形有煤，有煤的地方地表有什么植物（寨梨花、寨柳、荆条称为煤标），青石山多出香煤，矿石山多产臭煤等，这些知识在当时的农村非常奇缺，就连煤矿上的“老博士”也敬重他三分。一次一个采煤队开山，刘绍武阻止说：“此地无煤！”老博士不以为是，耗时数月，果如其言，问其故，他解释说：“此处为两山相并之地，为地壳变动而成，两边都有，但此处无。”这在当时转为佳话。一次煤窑发水，泉眼如盆底大，水流不止，冲垮了36条防线，矿上慌作一团，认为活老君来了也没办法。刘绍武下井看后，吩咐准备7斤棉花，霸王泥（沙灰配红土）和2万块砖，井下四周包抄，筑了2丈长的砖墙，中间空开泉眼，一层比一层小，最后用7斤棉花迅速堵塞泉口，外面再用霸王泥和砖封堵，共用了45车石灰，2万多块砖，才把水堵住，挽救了矿井。从此被矿工们称为“活老君”。还有一次，由于矿井深处通风条件差，井下的灯无法点燃，刘绍武让人把废井口全部封死，然后在最深处井口点燃薪柴，空气迅速流通开来。这些道理今天看来很落后，也很简单，然而，在解放前旧法开采的小煤矿，却是鲜为人知。通过这些事件，反映出刘绍武不为陈规所束，天资过人之处。

随着医术的提高，1930年，24岁的刘绍武离开了煤矿，在长治市西街关帝庙以50块响洋入股创办了上党地区第一家私人医院，取名“友仁医院”。当时共有3名西医、3名中医。同时医院还创办了“友仁中西医学研究社”，刘绍武被推举为院长兼社长，定期活动，在诊病之余进行学术讨论，社会医界人员30余人常来听讲。（此段历史在《长治市卫生志1840—1985》有如下记载：“‘友仁医院’学术风气很浓，除了他们院内工作人员外，吸收社会上的私人医生和爱好医学的知识分子30余人，组成他们的社友，每周组织一次专题学术讲学，除本社社友外，各界爱好医学人士都可参加。诊所的医生多数是通过自学成才的，他们把临床看病中遇到的疑难问题，开展学术争辩，探讨古今医学，各人都有其独到之处。他们互相取长补短，共同学习提高治病本领。1933年国家在长治考试中医，共有12名及格，其中就有10名是友仁医院的社友。由此可知友仁医院学术气氛之浓厚。全心全意学而有术，在治病中有很高的声誉。这些医道前贤，有些还健在，都是当地的知名人士。刘绍武，山西省襄垣县人，从医六十载，其自幼读书用功，才华出众，见识过人，医病不分贫贱，青年时期在潞安府一带就很有声望。”）

这时的刘绍武，经过系统的学习和实践，已经成为一名既有理论又有经验的真正意义上的医生，他阅读了《医学大成》300余册，并从1928年中华书局出版的《皇汉医学》中受到启发，领悟到了《伤寒论》的医学价值，开始了一病一方、合病合方的诊疗模式。在猖厥的温疫流行中，通过对《温病条辨》和《伤寒论》的反复对照和不断实践，显示出了仲景经方的卓著疗效和辨证优势。从此，刘绍武逐渐放弃了时方，专攻经方，对他以后的治学产生了深远的影响。反复实践的体会，他已开始认识到《伤寒论》的条文编辑的不足，认为《伤寒论》存在的根本问题在于纲不系目，桂枝汤并不能用于治疗太阳病。他在实践中对用药剂型改革上也作了一些尝试，把制

好的成方放在药架上当作成药使用。由于条件差，汤剂只能放在地窖中，反映出他原始的定证、定方的思想。1933年，刘志丹将军东渡黄河，在孝义与国民党展开激战，阎锡山惧怕共产党的活动，禁止了一切社团活动，同年7月总计活动了140余次的友仁医社被迫关闭，友仁医院更名为“同仁医院”，赵子华担任院长。同时，刘绍武离开了医院又回到了经坊煤矿，一边工作，一边兼行医。这期间，刘绍武与路经长治的共产党人抗日民族英雄杨靖宇将军有过接触，并帮助过他，这件事虽鲜为人知，刘绍武却深藏心中，为了民族的解放，做了自己该做的事情，对这段经历常引以自豪。1939年，日寇进犯山西，长治沦陷，刘绍武抛家舍业，背井离乡，开始了长达十年的漂泊生活。

为了安全，他随难民一路到达西安，身上所带盘缠基本用尽，人地两生，经济无济，几天来只好吃红薯喝白水度日。后来接受了教会的救济，定居下来，行医为生。按照当时国民政府规定，开业行医需取得当地考试院的行医资格证，刘绍武顺利通过了陕西省西安市的考试后，于1940年3月，在尚仁路公字1号挂牌开业，正式行医。1942年又参加了中央考试院的中医师资格证书考试，1943年获考试及格证并登报公布，由于时局动荡，直至1946年才拿到中医师资格证书，在当时全国中医界通过这项考试的也是屈指可数（约40余人），后来这些人都成为了中医界的泰斗。这期间他对新兴学科，如西方哲学、逻辑学、心理学产生了兴趣，涉猎颇广，并深受中西汇通派的影响，广泛结识医界同仁，与傅仙方（陕西中医学学会理事长）、宋紫峰、王新武（著名太极拳师，解放后在天津中医学院）、史寿之等人创办了《国医周刊》，并担任编辑，连载了他撰写的“心脏病的诊断与治疗”共37期，达9万余字。他在碑林处所作的“心脏病的诊断与治疗”学术讲演，受到全场听众起立鼓掌，从此他在西安崭露头角。当时从600余名医师中选拔了60名，

刘绍武位列第 11 名，并受邀在西安市中医学会门诊部出诊。

1943 年 5 月，日寇攻进潼关，西安疏散人口，刘绍武被迫迁往甘肃天水，他与徒弟徐光棣（后任天水中医院院长）始终志向医学，历尽艰辛，创办了“友仁诊所”。当时的天水成为敌后方，山西许多名流云集于此，在各界人士和“力行化工社”的赞助下，恢复了“友仁医社”，当时陇南日报总编张辅轩（后任山西大学理化系主任）、忻州五中校长郭问芝、友仁中学教务处主任邱玉杰、武乡县县长和克俭、芮城县县长张仁、山西大律师赵壁方等都参加了友仁医社，开始学习中医。这时刘绍武的“三部六病”学说已成雏形。从 1944 年起，刘绍武开始每天下午对《伤寒论》、《金匱要略》进行讲述，坚持了半年多的时间，张辅轩先生根据讲课笔记整理出了《仲景学术观》、《仲景证治观》、《仲景药能观》，成为刘绍武“三部六病”学说的最初著述。仲景“三观”后因战事吃紧，陇南日报社被关闭，未能出版。1945 年 8 月日寇投降后，国内战事稍缓，欣喜之际，急于返乡，致使“三观”原稿遗失。

1946 年 6 月，刘绍武历时 3 个月辗转回到太原。由于国民党的封锁未能回到襄垣老家，他只好在太原红市街宁化府对面的济华药庄坐堂行医，从 1947 年阴历 2 月 24 日开业到 8 月 15 日短短半年时间，声名大振，仅中秋节一天，患者送来的月饼有 64 斤，刘绍武全部周济给过路的穷人。当时在太原行医的泗亦人（后任北京中医杂志社总编）、李汉卿（后任山西省中医研究所所长）二人曾慕名前去拜访，观看刘绍武称之为：“讨饭证”的“行医证”和“中医师证”。

1947 年 9 月中秋节过后，国民党重新挑起内战，无法回到家乡。刘绍武经银川、兰州于 1947 年 11 月又一次重返天水。后因内战吃紧迫及天水，1948 年 6 月移居凉州武威，在同济中药店坐堂 5 个月。1949 年 3 月回到西安，当时的西安大军压境，战事一触即发，不久，

胡宗南的中央军撤离了西安战区，换防成马鸿逵、马步芳的回回部队，奇怪的是他们在距西安一百多里以外的地方安营扎寨，解放军经过激战，消灭了国民党的武装，于1949年6月和平解放了西安。刘绍武怀着喜悦的心情轻装徒步，经过2个多月的艰难跋涉，终于回到久别的家乡，结束了长达十年的漂泊生活。

二、继承发展 理论探索

中医学是世界医学的重要组成部分，为中华民族的健康与繁衍起着不可忽视的作用。中华五千年的历史长河中，一代又一代的医家为中医药事业的发展做出了积极贡献。其中尤以被尊崇为医圣的东汉时期的张仲景成就最为卓著。张仲景所著《伤寒杂病论》一书，标志着中国医学临床诊疗理论体系的确立。该书包容了古代医家辨病论治与辨证论治的医学思想、论治经验和有效方药，奠定了中医临床学基础，已被2000多年来的医学发展史及现代医家临床实践予以有力证明。如何继承这一中华瑰宝，并使之发扬光大，是摆在众多医家面前的一项艰巨而光荣的任务。

刘绍武先生早年在家乡事医，时值瘟疫流行，求医者络绎不绝，当地贫苦，而《伤寒论》所载方药效优价廉，为他实践《伤寒论》的方剂提供了良好的实践机会。他初读的医书有《陈修园医书七十种》、《伤寒论浅注》和张令韶、张隐庵注解的《伤寒论》等。他们注解《伤寒论》应用了一个模式，就是本标中气图。以本标中气图作为理论工具解说《伤寒论》用于临床，很难辨清一个病的病位和病性，使学者感到困惑。如寒、热、虚、实，均可见于太阳病篇，难以对太阳病作出具体的病位和病性的界定。

实践是发现真理和检验真理的惟一途径。刘绍武先生随着医疗实践的深入研究，方剂越用越多，思路越来越广，对《伤寒论》方剂也有了更全面的了解。他逐渐认识到张仲景在《伤寒论》中对“表、

半表半里、里”的称谓是病位的概念，而太阳病、少阳病、阳明病、太阴病、少阴病、厥阴病是病性的归纳。这形成了他创立“三部六病”学说的最初萌芽。他看到日本汉医用《伤寒论》方药治病，临证时用合病合方，又回头再读《伤寒论》原文，发现张仲景应用桂枝麻黄各半汤、柴胡桂枝汤用于医疗实践，就是合病用合方的例证。这使他受益匪浅。“合病用合方”，由此他找到了解决临床治疗杂病难的途径，也为后来他倡立“三部六病”辨证诊疗体系的合病、合证、兼证诊治开拓了思路。

1930年随着时势发展，刘绍武先生在山西长治西街创办了山西省第一所中医院——“友仁医院”，他的医学生涯迈上了新的台阶。时任院长的刘绍武先生，一方面诊病疗伤，一方面又创办了“友仁医社”以活跃学术活动。为培养人才和发展学术提供了良好的基地。当时，每周一、三下午，召集医社社员展开讨论，每次学术讨论都有人负责记录。讨论时争论十分激烈，极有益于学术交流。在此期间，刘绍武先生积累了丰富的学术资料，成为当地的一代名医。在后来的地方医师考试中，友仁医社的社员也先后有10多名被政府考试录用为中医师，这些人后来都成为当地名医。

1939年日寇占领刘绍武先生家乡，先生避难至西安，后又转迁到天水。当年的天水属后方，是文学界、医界、政界名流逃难汇集的地方。经过不懈努力，刘绍武先生于1944年将热爱中医的人士组织起来，恢复了“友仁医社”。他首次以“三部六病”的学术思想，系统讲解《伤寒论》，并整理出《仲景学术观》、《仲景证治观》、《仲景药能观》讲稿。这一讲稿以“三部六病”为病位、病性辨证体系，系统地划分了《伤寒论》中的条文、证候、方药体系，作为仲景学术的主轴线；以病有病位、位有证候、证有定性、以性定方为中心，形成仲景的证治观；以多方重选主方，多药重选主药为宗旨，

将《伤寒论》中的方药按部归类、按性定方、依方选主药，形成仲景方药施治的药能观。这是刘绍武先生个人历史上对“三部六病”学术思想的首次归类总结，是用“三部六病”解析《伤寒论》的首次尝试。

三、命透坎坷 矢志不渝

新中国成立后，祖国建设日新月异，各行各业蓬勃发展。刘绍武先生回到家乡后沐浴春风，又在山西长治办起“同仁诊所”。他自创研制的“团鱼丸”、“小红丸”等药独具特色，疗效显著，大受欢迎，他的医名传遍太行山。

1956年春，刘绍武先生被太原基督教会个别人诬告为“反革命”，经半年审查无罪获释，留在太原，在“大仁堂药店”坐堂看病。由于疗效显著，病人甚多，被誉为当时“山西四大名医”（刘绍武、韩玉辉、李学文、李翰卿）之一。

1958年，刘绍武先生参与创办了“太原市中医研究所”，聘任为研究员，开始了新的医学生涯。他每日集医疗、科研、教学于一身，为创立“三部六病”学说提供了很好的客观条件。1964年，太原九中李志魁先生为其精湛的医术所感动，积极主动帮助先生重新整理资料，并遵照先生确立的“立纲、归类、正误、补缺”基本原则，以《伤寒论》的全部条文和方药为依据，将刘绍武先生的回忆、讲述一丝不苟作了整理和记录。历经两年，一本新的《仲景学术观》重新整理完结。

1970年，刘绍武先生在太原市古交区巡回医疗期间，应邀讲授中医，首次明确阐述了“三部六病”学说。他以《伤寒论》原文为基点，系统地讲解了三部的划分和六病的确立。即：凡是与自然之气所接触的部位划归表部；凡是与饮食物所接触的部位划归里部；表里之间，凡是职司精血循环的器官组织，统归半表半里部，亦称

中部。按着阴阳对立统一原则，表部阳病为太阳病，阴病为厥阴病；里部阳病为阳明病，阴病为太阴病；中部阳病为少阳病，阴病为少阴病。三部之中划分出这样六类不同的证候集合群，简称为“六病”。

“三部六病”诊疗体系，是在《伤寒论》仲景学术思想基础上的丰富与发展，其全部授课记录由太原市中医研究所的随行工作人员韩基、赵宪梅保存并作了整理，这是留传的“三部六病”学说的第一部讲课记录稿。

1972年，山西省举办首届西医离职学习中医班，刘绍武先生担任讲授中医班《伤寒论》的主课。他第一次用“三部六病”学说为学员系统地解析《伤寒论》。他分别讲述了太阳病的诊断要点，厥阴病的辨厥真伪，阳明病的痰、水、血、食的泻法治疗，太阴病的阶段性温补，少阳病的清、降、散、滋治则，少阴病的虚衰证治。使六病的诊疗有部可依，有病可循，有方可治，有药可用。先生用了近两年时间将《伤寒论》100余方，尽数应用于门诊患者，通过对7万余例患者的诊治，确定了各方的证候，进而总结出多证突出主证，主证突出纲领证，纲领证突出核心证的辩证思想。由此，纲举目张，做到了按部定证，据证定性，依性定方，以方定名，逐渐形成其临床证治的医药体系。其学生宿明良把“三部六病”的这些原始讲稿整理完成，成为之后讲学的重要资料。

刘绍武先生继承、发展《伤寒论》，创立“三部六病”学说，曾遭到无端指责，指责他是“离经叛道”、“割裂经文”、“标新立异”，治病是个“刘百付”，被扣上“反动学说权威”的帽子接受“改造”。先是被遣送回老家接受劳动改造，后又原单位“太原市中医研究所”接受批判，打扫庭院，清扫厕所，沙河清淤，挖防空洞“改造思想”，同时每天出诊，看病百余人。

由于身心劳累过度，1974年刘绍武先生获准在家休养，但他对创立、推广“三部六病”学说矢志不渝。当时，山西第三期西医

学中医班的解放军学员郭维峰等，耳闻目睹刘绍武先生的医德、医风，极受感动，同闫荣科等学员到刘绍武先生家中，在其 11 平方米的房间，听卧病在床的先生讲述“三部六病”学说。他们边听边记，汇集成文。后经先生弟子胡连玺增删订补成册，由太原市中医研究所内部刊印，并在当年的山西省中医年会上散发，随即引起中医界的极大关注。

刘绍武先生创立的“三部六病”学说，是他长期从事《伤寒论》临床实践和理论研究逐渐总结出的知识成果，是对继承发展创新具有我国优秀传统文化特色的中医学理论体系的勇敢探索，其精神是十分难能可贵的。刘绍武先生一生治学严谨，实事求是，尊重客观事实，坚持以临床实践为依据。他常教导弟子们说：“古往今来，学术是人类智慧的结晶，应当无古今，无中外，无尔我，以是者为是，以非者为非，永远以先进代替落后。”

四、学说广传 桃李天下

随着身体逐步康复，78 岁高龄的刘绍武先生重登讲坛。1984 年山西省举办中医经典著作学习班时他应邀主讲《伤寒论》。先生精神焕发，系统讲述了“三部六病”学说。之后，山西中医学院《探春学报》（山西中医学院学报前身）编辑部根据宿明良的整理笔记，编辑成册，具有时代性的学术思想再次被整理成《三部六病》一书，内部刊印交流。

1985 年，刘绍武先生参加在成都举办的“第二届全国仲景学术研讨会”。大会开幕的当天，他在大会上发言，阐述了自己的“三部六病”医学思想，并将《三部六病》一书在大会发送，引起会议代表的极大关注。中国医科大学、大连医学院、辽宁中医学院等单位入会的专家、学者纷纷到先生住地，交流学术观点，给予高度评价。时任东北生物医学工程学会秘书长的王宾宗教授会后又亲赴山

西，与先生作进一步学术交流。

80年代中期，“三部六病”学说影响日益广泛，一批批新型中医人才脱颖而出。山西中医学院、山西医科大学、首都医科大学先后自发成立了许多“三部六病”学说组织，从大学教授到莘莘学子，在校园掀起了研究学习“三部六病”学说的热潮，学说影响了近2000名青年学子，毕业后不仅分布在省内外众多的学子临床应用三部六病学说，更有数十名毕业医学生放弃分配追随刘老远走海南，至今仍以三部六病为业，从事临床应用与研究。刘东红、杜永平、冯民、赵卫星、马文辉、白玉金、李晓燕、李伟、徐家立、任添华、顾文斌、单联喆、李永旺等数百人，都是当时学社的优秀研习者，现分布在全国17个省市，从事着中医的医疗、教学和研究工作。他们中的佼佼者已获得硕士、博士学位，被评上副教授、副主任医师、教授、主任医师等职称，工作在医院、高校、科研单位。

刘绍武先生作为全国首批500名著名老中医之一，为整理、发掘、继承名老中医经验，1988年，由山西省科委主持，组织山西省第二人民医院、山西省自动化研究所、山西省计委经济信息中心等单位联合攻关，由刘惠生主持，胡安荣、宿明良、刘永泰、田庆祥组成研制组，历时两年，《中医刘绍武三部六病专家系统》研制成功，获得山西省计算机应用成果一等奖、山西省科技进步三等奖，填补了国内中医专家系统的空白。同年，其弟子胡连玺撰写的《“六经”当为“六病”》一文得以发表，在中医学界曾引起关注，随即《刘绍武临床经验集》也由胡连玺整理完成，并刊印发行。刘绍武三部六病学术理论得到社会的公认和推广，三部六病医学其独特的理论体系和治疗方药，为众多的临床医师对许多疑难病症的治疗提供了思路与方法。

五、大医精诚 医道创新

脉象是中医学认识总结出来的重要生命现象。脉象是生命活动之象，只有活人才有脉象的波动，而非解剖所见。生命活动的载体是气血，呼吸与心跳是气血的活动标志。气血维系着生命的运动，生命活动的变化尽显在生命的窗口——寸口脉。心有所思，气有所动，血有所化。心情显于表情，表情成于相貌，现于脉而成于象，故称“脉象”。脉象是身心变化、生理活动、病理转化的客观指征。在传统医学中，古人有“二十八脉”之称，是前人脉诊经验的总结，但在临床应用指导辨证时，仍有较大的难度。如：浮脉、沉脉主表里；迟脉、数脉主寒热；虚脉、实脉主虚实；滑脉、涩脉主盈亏……。但临床事实并非教科书所讲，以此指导中医临床，依脉定性出现误诊、误治屡见不鲜。而经典教材又难以改动，渐渐地脉象诊断在“四诊”中就被淡化了甚至被遗忘了。这是因为二十八脉中有许多脉象实属生理形象，如同身长有高矮，体型有胖瘦，体力有强弱，性格有急缓，属生理表现一样。探讨病理变化之脉，防止“睡入古人的棺材里”，创新与发现总是先于无形，在保持绵绵不断的变化中，审视有形状态，以体现造化的结果。病理之脉发于无形，成于有形，从病理信息的发生到脉形的变化，有一个生理、心理、病理潜移默化的过程。

刘绍武先生始终认为，脉诊是祖国医学的宝贵财富，是一项独特的诊断技术，是一门指导辨证施治的艺术，古人的“舍证从脉”之说当自有其理。先生依据《内经》、《伤寒论》、《易经》、《难经》、《脉经》之说，潜心研究几十年，逐渐摸索出一条“以脉定证”的诊疗方法，这也是先生一生总结出的第一大学术贡献。先生的时代，生活贫困，面对大量的胃肠病患者，就开始从胃肠道疾病研究入手。他发现，肝阳上亢导致肝胃不和的患者，脉象上于鱼际，脉搏波动

在腕横纹以上，甚者波及大鱼际寸许，是气亢的典型表现，开始命名“上鱼际脉”。发现腹满寒疝，少腹冷痛的患者，脉在寸脉以下，依然弦劲有力，尤以右手为甚，是气凝的临床特征，开始命名“长弦脉”。发现肝气郁结，胸胁苦满的患者，脉象寸尺微弱，关脉独大，甚者关部如豆状，是气郁的病理显现，开始命名“聚关脉”。发现脾胃不和导致气血两虚的患者，脉象呈现大小不等、快慢不等、强弱不等，是气乱的集中表现，开始叫“三不等脉”，亦名“涩脉”。1971年，刘绍武先生弟子宿明良随先生门诊时对4432例病者进行统计观察，发现病人尽管病情复杂，变化多端，皆不出“上鱼际脉”、“聚关脉”、“长弦脉”、“三不等脉”的变化范畴，进而有几种脉象复合的情况。如临床呈现的两脉复合、三脉复合，甚至四脉复合，但其脉象特征，尽在“四脉”之中。先生从医疗实践中悟出了热则气亢、实则气郁、虚则气乱、寒则气凝的原理。先生从治疗里部胃肠道疾病入手，发现病性变化的端倪：由里部六腑延及到中部五脏直至表部五官的病性变化，皆与四脉的变化有关。在动乱年代，先生日门诊量达百人以上，患者每日起早排队期待他的治疗。他每逢倾听患者陈述、观察舌质舌苔，随即评脉定性，处方治疗。2~3分钟诊治一名患者，每诊必准，每治必效。先生神速的诊断施治，令患者觉得神奇，令学者觉得不解。每每问及，他总是淡然一笑，说道：“四脉定证”如同航海家的指南针，在风平浪静、晴空万里时作用不大，而在波浪滔天、暗无天日之时却能指示方向。学者如果能够通晓四脉，评出三不等脉时，就可以毕业了。

刘绍武先生曾向弟子们语重心长的道出“四脉定证”的玄机，引人入胜。他常说：生命的整体性，首先表现在气血的统一性。志为气之帅，气为血之帅，血为体之帅。机体的活动，是气血活动的集中表现，气血的循行由心发，沿着经脉，络脉，孙脉的不同分支层次，灌注着所有维系生命活动的组织、器官。人体组织的实质是

血管网络与神经网络的集结，按着生理功能组成不同的系统，形成不同的形状，体现着不同的功能。血是天阳之气与水谷之气的合和之精气，为组织器官输送能量，和调五脏，洒陈六腑。而气则是天阳之气与先天之气的合和之元气，保证血循的动力和张力。在血脉中，气维系着脉道的张力（血压）。如同皮球，皮球之所以能拍动，是因为内有气的张力，而不是压力，张力是反压力，始终保持着生命活动的“度”，过犹不及都有反应。高则头晕、低则目眩。在大自然的气化反应中，这个生命之气的张力，就是生命力，脉搏是生命之波激荡的回声，通过脉形、脉位、脉势、脉数的变化，就可以把生命活动客观、规范、量化，给诊断一个判定的指标。

每一个人是自然人，也是社会人，自然与社会的变化必然影响到人的生理变化。人的心理变化，多以喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情表现出来。在日常生活中，为发愤激昂而怒，怒则气上，气上多亢；为担心恐惧而惊，惊则气下，气下多凝；为奉献耗散而悲，悲则气散，气散多乱；为目标追求而思，思则气结，气结多郁。疾病是人生的宣言书，也是人生的自白书。心灵的活动演化成表象，随着时间的推移就固定成形象。仔细观察，气亢类型的人群，脉形越上鱼际；气凝类型的人群，脉形沉于尺下；气郁类型的人群，脉形聚于关部；气乱类型的人群，表现是脉数、脉势、脉形三不等。北京军区总医院研制“中医三部六病全自动脉象诊疗仪”的过程中，就运用此原理进行了成功的设计。专家进行技术鉴定时，鉴定委员会主任委员、北京中医药大学程士德教授在审定设计原理时，作出了“具有重要学术研究价值”的结论，并建议其弟子转告刘老，因“四脉”的独特定义是一项发明，可将“四脉”名称规范命名，以示其独到的学术定义。后报请刘绍武征得同意，将“上鱼际脉”最后定名为“溢脉”；“聚关脉”定名为“聚脉”；“三不等脉”定名“紊脉”；“长弦脉”定名为“韧脉”。从形成机理上确定了“四脉”的名称，使“四

脉定证”的研究得到了进一步规范。

“四脉定证”的总结提出和规范是大量长期临床实践的成果，是刘绍武先生一生重要的学术成就。将传统诊法之望、闻、问、切，所得大量病症信息，用“四脉定证”追溯其本源可“千锤打锣，一锤定音”，是先生临床辨证施治的神来之笔。他也将深得辨证施治之真谛的经验结晶传授给世人，教人如何把握一个人的生理“度”。无论是怒则气亢形成的溢脉；还是忧思气结形成的聚脉；或是奉献耗散形成的紊脉；甚是悲观沉默形成韧脉，都是因为越过了生理的那个“度”，而由心情化作的表情铸就了脉象。先生认为“四脉定证”是脉诊学的金标准，沿着这个思路在确定了四性之后，依据《周易》的变易定义，经过简易、交易、变易、互易的交互与演变，以应“河洛”之数，其医学之文和辨证之数皆可定。在临床，随着简易的溢、聚、紊、韧之分，而有交易的盛、衰、固、执之变；经过变易的腾、坠、超、越之化，达到互易的决、离、复脉之别。十五脉的变数定性，涵盖了病理脉象的全部显现，通其变，明其理，识其数，知其性，由此衍生的“四脉定证，四证定性，四性定病，四病定治”的诊疗原则与方法，是刘绍武先生留给后世宝贵的学术财富。

“四脉定证”是刘绍武先生所创立的“三部六病”学说应用于临床实践 80 多年探索出的诊脉定证经验。是他行医生涯中，顺从天地之道，感知自然变化规律，体察生命变化的渐悟，是临床辨证论治的指南针，是教化弟子临证诊疗的经验结晶。

刘绍武先生第二大学术贡献就是协调疗法。协调疗法，重在调和。本着同气相求、异气相害的法则，协调之治重在奇正之法，合于自然法则。其组方选药，首先取正治法则。寒热共有，补泻兼备，寒则热之，热则寒之，虚则补之，实则泻之，此为逆治；热因热用，寒因寒用，通因通用，塞因塞用，此为顺治。阴阳互动，物极必反，寒热之间，寒以胜热，热以胜寒，寒极生热，热极生寒。寒药、热

药互生共存，各负其责，各行其道；顺其势而胜其性，逆其势而灭其病，寒热决定命之生死。虚实兼备、虚实之间、虚以耗实，实以济虚，大实有羸象，大虚有盛候，虚以待补，实以当泻，是生命之能，决定体之强弱。协调正治是寒、热、补、泻四法俱备，伴随着生命活动的脚步，借生命之道将寒、热、虚、实过度之疾，化解于无形之中。

中医是医道，是沿着天地变化之道，阐释生命活动之理的学问。《素问》有言：“医道论篇，可传后世，可以为宝。”刘绍武先生创新应用协调疗法的实践目标就是促进人的生命过程的自主实现、自由发展与自行和谐。生命活动自身拥有调整一切失和、化解一切疾病的本能。协调的立意就是寒热互消、虚实互补、升降互动、收散互循，八法确立，四相调理。使生命活动趋于自然之道，使疾病自愈。通过协调就是调动这一生命本能，实现中医的治人之道，而不仅仅是治病之学。中医是关注生病的人，人为本，病为标。病态过程与生命过程是不可分割的。协调疗法，体现的是生命之道、自然之道。协调的立意体现着刘绍武先生毕生的经验和医疗艺术，通过对天地人、表中里、上中下、左中右、前中后的时空认知，使神、气、形顺势而为，以和缓、和气、和美的治疗手法，在治疗过程中化病于无形之中，最终实现人类心理的协调与精神的和谐，达到了天人和通的文化背景和形神兼备的艺术境界，只有感知到这一境界的时候，你才会明白中医之道的上医治国、中医治人、下医治病的医道梯度，医道通于天道，亦通于人道，蕴含着自然、生命、社会大一统的妙法。

协调，首先是阴阳的协调，阴阳是两类相反运动方式的相互作用，是对称的。阴阳属性的变化是沿着自然变化规律，以相称的动态保持着严格的法度，维系着生命的正常活动，过犹不及，这个法度一旦偏离，疾病的发生与发展就开始了。

人类发生疾病的根本原因是生命运动方式的失和，而不是物质

性致病因素。在生命的时空隧道中，应运而生，气得和则为正气，应极而生，气失其和则为邪气，居中、和谐、通畅是生命运动的最佳态势，失中，失和，失通，就会出现病态过程，成为有病之人。协调疗法之道在于把握病机、调理失和，促动生机，自我康复。求其所因，安其所属，调其态势，以促其和，是刘绍武先生协调疗法的根本原则。先生临证，协调的基本理念是“四脉定证”，溢脉气亢，聚脉气郁，紊脉气乱，韧脉气凝，皆言“气变”，是因天下万物皆一气。运用中药之性，协调生命之气，如影随形，顺势而调。协调之方，运用芩连苦寒以清热；姜附辛温以散寒；硝黄涌通以泻实；参芪甘缓以补虚。依天之道，选柴麻升提以化寒，苏夏沉降以消热；枳芍破消以疏实；牡味收敛以益虚。精选小柴胡汤为转枢之基，取其黄芩之寒，川椒之热，党参之补，甘草之泻，柴胡之升，苏子之降，大枣之收，柴胡之散。四相皆有，八法兼备。由此可见四相互动，八方协调是生命过程的问对，小柴胡汤守中衢之地，是生命之神的枢机，居中央以令四旁。

中药协调讲药性而不用药理，实出于中药治人。以药之偏，调人之偏，微弱能量可以转动枢机，微小信息可以引发突变。药性信息是药之神，如果提取出中药的所谓有效化学成分，其药性所传递的自然和生命能量信息就会荡然无存。选药取性，顺气而施，是刘绍武先生协调疗法的神来之笔。

刘老认为，协调疗法是医道的一个高度，只有熟读《内经》、《易经》、《伤寒论》、《金匱要略》、《孙子兵法》的医者，才能心领神会，用经典所传达的精神来诠释人类的生命。使智慧与生命形成一种融合与相互提升，不是对疾病的征服，而是自然对生命力的升华。“海到尽头天作岸，山登绝顶人为峰”。我们有幸领略到协调疗法的莫大作用，是因为我们站在了巨人的肩上，提升了诊疗方位。

协调是医道至高的治疗标准，是治疗学上最合适的“度”，协

调的理想结果是一切处于和谐之中，这种和谐就是生命活动在自然环境中各安其位，绚烂之极而归于平淡。

一个健康的人生，就是合乎大道的追求，建立一个自循环系统，以一种淡定的心态应对外界的变化。庄子曰：“举世誉之而不加劝，举世非之而不加沮，定乎内外之分，辨乎荣辱之境，斯已矣。”一个知晓医道的医者，对用大小、急缓、奇偶不同特性方药，已经不重要了，顺手取之皆方药，非法非非法，居中守虚，空灵无限。这就是刘绍武先生晚年运用协调之道，以不变应万变，发出了“有诊断之误，亦无治疗之误”的感叹。医道之识经过内心的陶冶与熔铸，达到了一个融会贯通、无为境界。刘老一生述而不作，就因为文字已经难以说清他对医道的心领神会，留下“四脉定证”与“协调疗法”给后人。只有深入了解刘老先生是带着什么样的诊疗历程走完一生，才能读懂先生诊疗艺术的品格，读懂先生一生对医学之美的追求，这时，我们也许就会多了一些理解。

六、在世荣光 去世辉煌

1980年，改革开放春风沐浴山西，刘绍武先生几十年如一日“俯首甘为患者牛”的崇高品质受到党和人民的尊重和爱戴，在新成立的山西省高级和中级职称评审委员会启动后，先生被评为太原市唯一的中医主任医师，四级。后担任此评委会常委，主管中医组和中西医结合组职称评审工作。同年，先后被选为太原市第六届人民代表大会常务委员会委员，第七届政协常委，山西省中华医学会理事，太原市科协常委，山西省药品评审委员会委员等。1990年又被国家中医药管理局评为“全国首批500名名老中医”之一。1982年7月31日，山西日报以“妙手医百病德高不谋私”为题、1983年11月15日太原日报以“遵医祖古训导怀救苦之心”为题、1986年7月5日健康报以“高风亮节六十载”为题、1993年6月6日海南日报以“杏

林老宿”为题、1993年8月21日海南侨报以“杏林老宿高山景行”为题，陆续报道了刘绍武先生的光辉业绩和崇高品质。2002年12月刘绍武先生在海南省海口市再次向世人宣告：“把自己的经验和研究成果毫无保留地奉献给社会，造福后人。”

为了跟上信息时代的脉搏，刘绍武先生要求弟子们将他的经验和研究成果研制出计算机系统以便于广大热爱中医的学习者。1986年10月由刘绍武先生次子刘惠生主持研制的《中医刘绍武“三部六病”电子计算机诊疗系统》通过山西省科委组织的鉴定，包括国内著名中医专家关幼波等在内的鉴定委员会的鉴定意见认为：“本诊疗系统如实地再现了著名老中医刘绍武主任医师的诊疗思想与临床辨证论治过程，属于多学科多病种的综合中医专家系统，不仅填补了我省计算机在中医诊疗方面应用的空白，而且，这种综合的中医专家系统，在国内也属首创，达到国内先进水平。”本项成果荣获1988年度“山西省计算机应用优秀成果一等奖”、1989年度山西省科学进步三等奖。

1987年，经北京军区卫生部考察，决定在二八二医院成立了“北京军区中医三部六病研治所”，研究应用开发刘绍武先生的三部六病学说。历时3年《中医三部六病综合诊疗系统》研制完成，获得全军科技进步二等奖、第三届专利博览会金奖、第九届发明博览会金奖。在1990年七部委组织的全国“科技文化之光”科技展示会上，其准确的诊断、有效的治疗曾引起轰动，引起国家领导人和军队首长的重视。随即责成北京军区卫生部，继续研究实现诊疗全自动化。由二八二医院主持，组织总参三部、上海中医药大学、上海复旦大学、上海航天局等单位的专家联合攻关，最终于1994年研制成功“中医三部六病全自动脉象诊疗仪”，使三部六病医学诊疗体系实现了全自动化，使其理论、诊断、方药更加规范、客观、量化。该项目获得全军科技进步三等奖，获得国家专利。后期研究获得军队的大

力支持，成为全国、全军中医全自动脉象诊疗仪研究项目的重点之一。2005年以《中医脉象数学分析研究》立项获得了国家自然科学基金的资助。中医三部六病医学体系，无论从学术理论、临床实践，还是应用技术研究，均已日趋完善，形成了以中为体，兼融中西医学的完整的医学体系。

2004年2月2日，刘绍武先生在海南省海口市与世长辞，享年98岁。海南省海口市党政领导及各界人士怀着难以割舍的沉重心情瞻仰仪容，隆重悼念这位“俯首甘为患者牛”的中医大师。

先生在也荣光，去也辉煌。2007年4月8日山西省中医界在太原隆重举行“纪念名老中医刘绍武诞辰100周年暨三部六病学说传承大会”，省市领导和社会各界人士对刘绍武先生一生的医学成就均予以高度评价。一致赞赏他一生奉献中医事业、立德、立言、立方，在研究《内经》、《伤寒论》和总结临床经验的基础上，创立“三部六病”诊疗体系，使中医诊疗更趋系统化、标准化、规范化，对中医药事业发展做出了突出贡献。

第二章

三部六病学说的形成

刘绍武先生曾说：“三部六病”学说是我数十年来，研习《伤寒论》的学术总结，其内容不受传统文献的束缚，重点是活跃自己的主观能动思维，做到古为今用，“三部六病”学说的研究是我要走的路。先生认为研究一门学术，思想路线正确与否，是研究课题能否成功的关键。本章是根据刘绍武先生对弟子们讲课笔记整理而成，在这部分讲课中先生对“三部六病”学说形成的思路和理论基础进行了系统阐释。

第一节 “三部六病”学说的提出

早年读医书有《陈修园医书七十种》、《伤寒论浅注》和张令韶、张隐庵注解的《伤寒论》。当时，他们注解《伤寒论》应用了一个公式，就是本标中气图。我对以本标中气图作为工具论说的《伤寒论》用于临床感到很困难，寒、热、虚、实均可见于太阳病，难以分清各病的性质，这样一直徘徊了10余年。

1928年中华书局翻译出版的《皇汉医学》一书，使我受益匪浅。从中启发最大的是日本用《伤寒论》方药治病，临证有合病用合方。认识到这一点，回头再读《伤寒论》原文，始发现仲景早就应用桂枝麻黄各半汤医疗实践，解决了临床治杂病难的问题。汤本求真日本一位研究《伤寒论》的医学家，有师承关系，他对《伤寒论》的研究颇具独到见解，随师10余载，写出了《皇汉医学》这部名著。

故近代文学家章太炎说：“仲景若在，则必曰：我道东矣。”

搞医学要学以致用，学习医学不同于搞历史、考古研究。医学应用于实际，要做到两点：一是准确诊断；二是有效治疗。张仲景就是重视诊断、强调治疗的先驱和典范。历代注释家多坐在书房搞注释，许多理论和实际脱离。本人当时虽读过《伤寒论》，但对四物、八珍诸方面的临床取舍，一直蹉跎不定。经历了1928年至1933年5年的时间，通过对《伤寒论》方剂的不断应用，路子越走越光明，而后下决心将原学方剂一齐抛弃，忍痛割爱，改用《伤寒论》方剂，开始了一病一方、合病合方的实践阶段。

早年事医，住在长治南门外经坊煤矿，周围四十里无医生。时值瘟疫流行，求医者络绎不绝。吾登门医治，昼夜不息。加之当地贫苦，伤寒方价廉，这为我学习实践《伤寒论》提供了极好的机会。历经10余年的实践，方剂越用越多，思路越来越广。逐渐对《伤寒论》方剂有了一个全面的了解，随着《伤寒论》方剂应用与理论的研究“三部六病”的学术思想也在萌发之中。

1939年家乡沦陷，到西安行医谋生。转迁到天水，1940年的天水，是当时文学界、医学界各方面逃难汇集的地方，各界名流集中于此。在此行医期间，恢复了在长治创办的“友仁医社”，首次讲述“三部六病”学说。由原山西大学理化系主任张辅轩作记录。根据讲稿整理出张仲景的学术观。

在数十年的医疗实践中，“三部六病”学说经过了一个逐步健全的过程。如少阳病的主方，开始选用栀子豉汤，但解决不了少阳病的胸满，必须加用柴胡，直至后来改用黄芩汤加柴胡才确定了少阳病的主方。还有太阳病的原主方是葛根汤，葛根、麻黄治太阳病无可疑虑，但葛根汤是以桂枝汤为基础的，太阳病是表部实热之证，桂枝阳热，下咽则毙，用桂枝治太阳病效果不理想。1972年将桂枝汤易为麻杏石甘汤作葛根汤的基础，一试成功，疗效大增，创立

了太阳病的理想主方。医疗实践给三部六病的主证、主方、主药提供了逐步完善的条件。

中医在学术上还没有过关，这个关是什么呢？就是现代科学关。学术要经得起实践的检验，理论上符合辩证唯物论，临床上有明确的诊断和确切的疗效，在别人运用重复性好才能说明它的正确性。祖国医学若要在今日科坛上站稳脚跟，自立于民族之林，为人类造福，必须如此。这是从走过的路上认识到的一个道理。“三部六病”学说要经过一个长时间的发展完善过程，但已不是大海捞针，并不渺茫，现在我们看到的已是黎明的曙光。

祖国医学理论体系至今还不够完备。这就要求我们必须刻苦读书，认真实践，经过探讨逐步摸索出一整套规律性的东西来，以便古为今用，承先启后，推陈出新。“三部六病”学说是刘绍武读《伤寒论》逐渐总结出的一个带规律性的体会。现在还不足以形成体系，但可给后人提供学习的思路。祖国医学的理论水平不能停留在原始阶段，既要继承古人，又要有所创造。只有有所创新，才能有所前进。医学要为群众服务，就需要和群众有共同的语言。在每天的门诊中，患者常常自己就说出：“胃溃疡”、“扁桃腺炎”、“痢疾”等许多诊断性的病名。陆渊雷曾说：“老百姓已经用了现代的病名。”诸如此类的病名和诊断结果，古书上没有记载，这就迫使广大中医去学习、去创造。面对现实和浩如烟海的古典医籍，要求我们创立一个古今兼备的理论，来和现代患者的要求统一起来，建立共同的语言。

医学怎样创新？毛泽东同志曾为医学界指出个模式。1956年8月24日他对中西医指出：“中西医的问题应当结合，最好的榜样是效法鲁迅，鲁迅的光彩不在于翻译，而在于他的创新，既不同于外国的，也不同于中国古代的，但是中国的。”我们要学习鲁迅，将中外知识进行融合，创造具有民族形式、民族风格的艺术，这就是我们开创祖国新医学的道路。我们必须向这个方面去努力。不然的

话，用原来的理论去解释、解决患者提出的许多新问题，你就会无法应付，甚至束手无策。

“三部六病”学说就是从既符合现代医学科学理论，又符合祖国医学传统的哲学理论的愿望出发，创造具有民族形式和民族风格的理论体系。举一病者为例，帮助理解“三部六病”学说的路线。患者是一位高中生，自诉腹满，检查肝脾大平脐，数月之内，进出省城各大医院，均未做出明确诊断，既不是肝炎、肝硬化，也不是班替氏症，又未患过疟疾，诊断不明，治疗无法，身体日趋衰弱，被迫休学。1983年11月登门求医，切脉时则为涩脉，涩脉者，脉象大小不等，快慢不等，有力无力也不等。据此推理判断，涩脉的产生是右心房的窦房结，因中间受交感神经支配，两旁受迷走神经支配，由于自主神经的功能紊乱，影响了交感神经和迷走神经的功能，使窦房结的起搏节律发生改变，导致心脏排血功能的改变，引起血液循环的一系列变化。此种病症摸脉能评出，心电图则测不到。要知道，人体含血量5公斤左右，1分钟在体内循环1周，心脏每天要射出5吨左右的血液。体内血液参加循环的约占70%，有30%的血液不参加循环，贮藏于肝脾之中，故有肝藏血之称。肝藏血、脾统血。在出现涩脉时则提示右心回血不足，血贮于肝脾二脏，瘀血逐步增多，肝脾则逐渐增大，这既是假设性的推理，又是肯定性的诊断。令其服用调心汤120付，以协调整体，提高心脏功能，进而活血化瘀，疏通脉道，改善循环，服至80剂肝脏恢复正常，脾在左肋下1厘米，至100付，加用一料复健散，应期而愈。疗效是检验辨证施治的尺度，在运用现代医学的基础上，根据中医的辨证施治，以此立法用药，就能征服许多疑难病症。如何发挥中西医之所长，将现代医学从哲学的角度去研究，创造一个新的具有中华民族特色的理论体系，是一个值得深思的问题。

第二节 中医的整体观

祖国医学发展至今，统一的中医理论体系还未确立。没有正确的理论作指导，实践就带有盲目性。一位中医学者，应当既是实践者，又是理论家，应该具备一整套理论。否则中医的医疗实践就带有一定程度的随意性。中医的辨证核心就是整体观念，整体观是一个抽象的概念名词，其内容是什么应当清楚。

纵观医学，一是哲学医学；一是科学医学。西医是用现代科学方法研究而逐步形成，中医是用哲学分析综合推理判断的方法研究人体的。综合分析性越大，科学性就越强。二者是平等的？还是有主次呢？首先要知道，对一个整体要做科学实验，须通过三个阶段：一是把活的物体变成死的；二是把动的变成静的；三是把变化的变成非变化的。从此可想而知，得到的实验结果和运动着的活体相比，就有距离，其中只有 70% 的正确性。恩格斯在《自然辩证法》中指出：“不管自然科学家采取什么样的态度，他们还得受哲学的支配，问题只在于他们是愿意受某种坏的时髦哲学的支配，还是愿意受一种建立在通晓思维的历史和成就的基础上的理论思维的支配”，所以说，一个活生生的机体不能用微观和实验来最终解决其理论问题。对立统一规律是宇宙间的基本规律，也是一切事物的根本法则。中医理论运用阴阳二性阐述疾病的本质，运用八纲辨证是符合哲学的。它具有数千年的实践，经过动态的观察和综合分析以辨证施治。所以，哲学医学和科学医学是不平等的，从哲学的角度看，祖国医学的辨证施治是领先的。

再看现代医学在工具上的弱点。药物是医者用来战胜疾病的武器，亦是临床随手应用的工具。目前，美国淘汰西药 350 种，我国淘汰 127 种，剩下的药物就是好的吗？当然不是。如红霉素，在美国经试验，100 个应用红霉素的患者中就有 52 人得黄疸，其中

42人为隐性黄疸，可见其对肝脏损害之大。另外，激素有6个方面的弱点：一、压制抗体；二、溶解淋巴细胞；三、压制纤维细胞；四、压制溶菌素；五、压制干扰素；六、引起菌群失调。诸如青霉素的过敏反应，链霉素对听神经的损害，以及众多药物对肝肾的损害等，真是不胜枚举。“医的眼前疮，剜却心头肉。”随着时代的发展，人类认识的提高，许多药物将陆续淘汰，这是不可否认的事实。无怪乎，国外一些医学家断言，今后20年内草药将占统治地位。中药应用的大部分为植物药，每味药中有多种成分，一个方剂由多味药物有机的结合，具有综合治疗的作用。致病原只能对某一种药物产生抗药性，对成分复杂的汤剂则无法产生抗药性，中药的抗药性和耐药性是微乎其微的。并按寒、热、温、凉划分药性，根据整体状况，对症治疗。

现代医学主张搞动物实验。虽然是很科学的，但终不如活着的人体反映的准确切实。如马钱子，人未至中毒量，而狗食之立死，巴豆人食到中毒致死量时，按比例给老鼠食之则肥。人与动物各具有特异性，人的生理功能绝不是动物的生理功能，只能从中得到启示。祖国医学经过2000年的人体具体实践，其科学性是毋庸置疑的。研究中医理论推动祖国医学发展势在必行，必须认真研究祖国医学的整体观，发展中华民族的医术，使祖国医学走在世界各国的前头。

一、整体概述

辨证认为，机体在自然界中是一个具有无穷无尽联系的结合体，也是一个纵横交错、多层次、有本质和现象、局部与整体、内容与形式等网络式的客体，其中每一部分都与整体密切相关，不能分割。正如黑格尔所说：“割下来的手，就失去了它的独立存在，就不像原来在身体上的那样，它的灵活性，运动形态、颜色都改变，而且它就腐烂起来，它的整体存在，只有作为机体的一部分，手才获得

它的地位。”恩格斯在批评形而上学时指出：“无论骨、血、软骨、肌肉、纤维等等，不论就机械的组合或是各种元素的化学组合，都不能造成一个动物。”运用哲学道理来论证问题、辨别是非是有力量的。

列宁说：“身体的各部分，只有在其联系中才是它们本来的那样，脱离身体的手，只是名誉上的手，机体只有联系在一起，才具有活生生的意义。”整体是由部分构成，但它不是各个部分机械的综合。因为整体是由相互联系着的各个部分按着一定的结构形成的。它一旦形成，就产生了整体的性质。而整体的特性体现了质的飞跃，绝非组成它各个部分的特性的相加，这种性质就是整体性。由于整体性的存在，使机体的一切活动统帅到高度意识的指挥下，受中枢神经系统支配调节。支配调节受阻，局部就会发生病变；反之，任何局部发生病变同样影响整体的功能。

张颖清在论述《生物全息论》时，经过动植物的实验证实，“每个独立的部分都是整体成比例的缩小”。每个局部和整体取得联系，都有整体的性质在其内部存在，但都有其特定的条件。多年的医疗实践也证实了这个道理。即每个局部都服从整体，只有整体的协调，才有局部的改善。以此为依据，我在临床上创立的许多方剂，均系协调方。都是以小柴胡汤作调整整体的基础，在此基础上突出局部治疗，构成许多有良好疗效的方剂。

在整体与局部的关系中，局部固然不能脱离整体而独立存在，而整体的特性决不是各个部分性质的简单相加，人体的整体性联络各个局部，使机体得到有机的联系和统一。局部是整体的依托，整体的概念必须包括局部。但是，如果按整体概念包括部分来理解整体，整体就会解离。黑格尔说：“全体的要领必定包含部分，但如果按照全体的概念所包含的部分来理解全体，将全体分裂为许多部分，则全体就会停止其为全体。”（《小逻辑》）局部贯穿着整体性，

构成整体性的所属当然，整体与局部的区分也是相对的，在一定的条件下可以互相影响。整体中每一部分的变化都可引起由量到质的变化。如破伤风、毒蛇咬伤都是由局部到整体的变化，流感的周身不适、高热，到关节酸痛，是由整体到局部的变化。恩格斯就曾指出：“关于自然界所有过程都处于一个系统联系中，这一认识推动科学到处从个别部分和整体去证明这种系统的联系。”在祖国医学的辩证施治过程中，根据从局部到整体的有机联系，给予处方用药，这就是我们的整体观念。

二、构成整体的要素及关系

人体之所以能够生存、生长、繁殖，是因为有维持整体生活的内部各因素的密切联系，这些重要因素之间相互制约、相互依存，共同维持机体新陈代谢和动态平衡。其表现形式有八个方面。

机体的组织性。由于机体内部受到各种理化因素和酶的影响，在体内进行着复杂的分解和化合的变化。由复杂的有机化合物分解为较简单的物质被人体利用，并放出能量，这个过程称异化过程。由简单的分子形成复杂的化合物，这个过程称同化过程。同化和异化维持着人体的生理活动，这些都是通过机体的组织性实现的。生命只有在同化作用和异化作用两种过程经常不断地、相互联系的情况下，才能得以生存，这种组织性一旦打破，机体就会死亡。

机体的层次性。机体的层次有系统、器官、组织、细胞、分子、原子、量子。在机体内不同形态的细胞，构成不同的组织，不同的组织形成不同功能的器官，几个形状不同的器官组成一个系统，数种系统综合起来才是一个完整的机体。这些层次结构中间都有它们的规律性和法则性，每个层次之间都在互相区别、互相联系中存在。

机体结构的功能性。对机体结构的功能性过去一直存在着模糊认识。美国普里戈金通过研究给结构的功能性下了定义，即“耗散

结构”，得出“负熵是正常的，正熵是异常的”结论。熵是一个科学名词，是物质系统状态量度出现的程度。物质的系统都出现一个量度，如大小、硬度、结合形式等等，都是物质的量度。机体的结构必须耗散，消耗能量是正常的，如不消耗能量就会出现正熵，表示异常。对于人体来讲，就会出现病变。能量的正常消耗形成负熵，出现功能作用，这就是通过科学实验得出的结论。

机体的稳态性。即平衡性：法国大医学家伯尔纳说：“所有生命机制尽管多种多样，但是只有一个目的，就是保持内环境的稳定。”恩格斯亦说：“我们看到最小的部分和较大的器官，在不断运动和正常生活时期是整个机体持续平衡为其结果”，平衡论就是稳定性，机体必须保持动态的平衡，才能维持正常的生存。否则就会出现病变，一切治疗的目的实际上都在于维持机体的平衡。

机体的有序性。机体的组织功能是在相互制约、相互促进的基础上井然有序地向前发展。这是机体的一个特性。虽然组成机体组织的细胞分子不同，但都是有次序的运动。在功能上，心脏的收缩与舒张、肺脏的呼吸、胃肠的蠕动，都是有节律地进行。

机体的机械性。机体的骨骼、肌肉、血管、神经和内脏组织器官都有其固定的位置和特有的性质、功能和构造，不可更动和改变。这给与临床上根据证候出现的部位，表现的形式而诊断疾病带来了有利的条件，并为现代医学的外科手术提供了重要条件。如无机械的固定存在，外科手术就无所实施。

机体的能动性。毛泽东说：“我们承认总的发展中，物质的东西决定着精神的东西，但也承认精神的反作用。”这个反作用就是主观能动性，许多疾病的发展预后和人的主观能动性密切相关，许多患癌症、心脏病、肺空洞的患者，根据医学断定为“不治之症”，由于患者发挥主观能动性，配合正确治疗，最后终于战胜病魔，恢复健康。巴甫洛夫就曾做过这方面的探讨。一次一位自认是“癌症”

的患者请巴浦洛夫医治，手术探查根本无癌肿，就用一块狗肉充癌肿，告其癌肿切除，病者疑证全消，安然无恙。时隔6年之后，该患者又请巴浦洛夫治感冒，一位护士私下窃语说：“这就是6年前的假癌症患者……”，被患者听到后记在心中，疑虑不解，40天竟死去。后来，巴甫洛夫把医务人员不许向患者私报病情作为一条院规固定下来。由此可见，主观因素致病的严重性。主观能动性和病情的转化机理值得研究。

机体的天人合一性。人不是一个独立存在体，而和自然界有着密切联系的整体，《内经·气交变大论》说：“善言天者，必应于入”，《伤寒论》亦有“日晡所发潮热”的记载。下午的申酉二时，叫“日晡时”。传染病流行，多在下午发烧，此种情况，过去更是多见。根据天文学家的测定证实，申酉二时，太阳释放的电能明显增高，这亦可谓天人相应。再如，风湿性关节炎天气变化时疼痛加重，病危患者朝轻暮重的现象，都与自然界的变化有联系。《伤寒论》61条就记述了阴寒证在气候影响下的变化。阴寒证病人大都晚上加重，不安静，不得眠，多于夜间死。在白天有日光照射，增添阳气，故轻。自然界为一大天地，人为一小天地，有病之身在风雨阴晴、昼夜、四季均有感应，故而人与天地参，称为三才。

构成机体的重要因素，互相关联，互相渗透，互相依赖，组成一个有机的整体。那么整体观与气血及三部的整体性又是怎样的一种关系呢？辨证法认为：自然界是由无穷无尽的相互联系和制约的整体及过程组成的结合体，在主体面前处在一个纵横交错的具有多层次结构的主体网络系统之中的客体。

列宁说：“人的思维由现象到本质，由所谓初级的本质到二级的本质，这样地不断加深下去以至无穷。”认识事物及过程应运用不同质的概念和范畴。例如构成人的躯体，露于外部的有眼、耳、鼻、舌、身等，藏于体内的有心、肝、脾、肺、肾等脏器，这些实际都

是表达概念的。通过思维，可以抽象出身体各部分，再将它有机的结合起来，抽象为整体，整体与局部在相互连接上反映有六个方面：

本质与现象反映着客观事物（疾病）和过程的内部联系与外部表现的相互关系；整体与部分反映着事物（疾病）过程的包含与组合的相互关系；内容与形式反映着事物（疾病）内在要素和外部结构方式的相互关系；原因与结果反映着事物（疾病机体）和过程先后相继互相制约着的普遍联系；必然性和偶然性揭示事物发展过程中的稳定和偏离的趋向；可能性与现实性揭示事物（疾病）在发展过程中实现转化的根据、条件及其结合关系。这些反映都是客观机体最一般的本质，最普遍的矛盾关系的概括和反映及共同特点。

列宁曾拿河流与水滴的关系打比喻，说明整体与局部的概念，他说：“概念是运动的各个方面、各个水滴、各个河流等等的总计”，又说：“任何比较都不会十全十美”要科学确定整体与局部在辩证法成对范畴体系中的地位，要在差别中求同一，从繁复中求同类。在我们了解到机体各重要因素及其机体相互之间的关系后，就可以了解到人体的正常生理活动和异常的病理变化，掌握局部，纵观整体，对整体观就有了全面的认识，我们就有了辨证的基础。

三、整体的范畴和统一性

整体的范畴就是三部。三部综合为整体，三部是整体的子系统。表部接触大自然的空气，里部接触从自然界摄取的饮食，半表半里部接触由饮食和空气所产生的气血。饮食的进出、空气的呼吸、气血的运行是构成人体生命的重要环节。人类的生、老、病、死无不与此息息相关，这在后文将详细论述。

我们认为，人体的整体性表现在气血上，通过气血的循环达成机体的统一。气血在辨证上通过阴阳二性的失调，呈现出寒热虚实来。其表现在脉象上见于寸口，在三部中形成六病。我们把气血阴

阳、脉象表现都概括于三部六病之中。

我们知道，皮肤、神经、肌肉、骨骼和各组织脏器都有各自固定的位置，有其机械性，是一个有机的支架。气血在体内周而复始的循环，不足1分钟在体内就可循环1周。在机体中，谁也不能给气血划界限。时而在此，时而在此，此刻是体表之血，彼刻就是胃肠之血。气血运行的部位不同，所表现出的功能则不同。脑得血则思，目得血能视，手得血能握，足得血能行，这就是整体的质。机体各部分都是通过气血联系为一个整体的。如果大脑缺血，则可以使人昏厥，3分钟后可以致死。将大脑离体，心脏供血正常则能活7天。故古人曰：“心者，君主之官，神明出焉。”所以，我们认为，在人体中，心脏第一而不是大脑第一，因心脏是整体生存的物质基础，思维是气血在大脑反映出的一种功能，故有“神明出焉”。

在日常生活中，空气和饮食是维持人体生命的基本条件。细菌和病毒等可通过空气进入人体，引起疾病，原虫、虫卵和肠道细菌可通过饮食进入人体，引起疾病。表里二部的各种变化通过气血反映出寒、热、虚、实不同的病理变化，在三部中表现出阴阳不同属性的六组证候群，称之“六病”。由于“六病”的发展转化和临床的辨证施治顺逆，人体皆可由此而生，由此而死。

第三节 中医辨证的探讨

辨证论治在祖国医学领域中占有重要的地位。疾病的脉证纷繁，只有熟练地掌握辨证法则，才能准确地判断疾病的本质，从而采取针锋相对的治疗。辨证论治是历代医家尽毕生精力研究的课题，也是我们今天继承的重要内容，在本章节中就辨证的问题，作一粗浅探讨，以求推动祖国医学的发展。

一、“证”的概述

在讨论“证”的概念之前，首先商讨一下八纲辨证。八纲是指导辨证的核心，八纲辨证是中医辨证的高度概括，因是高度概括，故在唯物辩证法中是合理合法的。八纲辨证运用了一分为二的辨证方法，这是唯物辩证法的核心。商讨的目的就是看八纲辨证在医疗实践中如何应用，在具体应用上有无困难，困难在什么地方，这是需要弄明白的问题。要学以致用，否则就会落空。

在八纲辨证中先谈阴阳。什么叫阴？什么叫阳？在八纲辨证的具体介绍中，不但阴阳没有下定义，在阴阳之间的分界也不清楚。既然叫八纲，就是独立的八个纲目，八个系统方面，它们之间理应平列。张景岳认为，八纲不是平行的，应以阴阳为纲，表里寒热虚实为目。对于八纲之间的关系不能模糊，我们同意张景岳的看法。阳盛则热，阴盛则寒，寒热由阴阳生，故不能平行对待。阴阳如母，寒热如子，划分平行则不妥，如不平行就不能同为其纲。

八纲中的表里，表为阳，是阳的派生，里为阴，是阴的派生，那么表部有无阴证、里部有无阳证呢？表里是指不同的部位，在每一部位上同样是孤阴不生，独阳不长。显然，表里二部都具有阴阳二证，所以说阴阳同样不能概括表里二部。

八纲中的虚实。实为阳，虚为阴，亦讲不通。虚中有虚热、虚寒之分，实中有寒实、实热之别，不能以虚实论阴阳。八纲辨证是中医说理的工具，所以要有清楚的认识。我提出这样的论点和同道商讨，八纲辨证是中医的高度概括，三部六病辨证是中医辨证的具体实践。必须看到，《内经》的阴阳是广义的阴阳，是哲学的阴阳，《伤寒论》的阴阳是狭义的阴阳，是医学的阴阳。《内经》、《易经》之阴阳，和欧洲一分为二的哲学思想相呼应。自然界中无处不存在阴阳，无处不存在对立统一。《内经》的阴阳是研究宇宙观的，一阴一阳之

为道,要把《内经》的阴阳抽出应用于临床,变成《伤寒论》的阴阳。“病有发热恶寒者,发于阳也,无热恶寒者,发于阴也”,指出有热为阳证,无热为阴证,这是阴阳在医学上的高度概括,符合临床的辨证实践。由此而论,张仲景可谓辨证施治的始祖。在哲学上概念越抽象,概括性就越强,在医学上概念越具体,施治的效果就越好。

寒热。张仲景从阴阳中衍生出寒热。在具体辨证上,寒证有三,热证有三,表部一个热,里部一个热,半表半里部一个热。每部的热均与本部实证相合,都有自己的表现形式和具体辨证,通过三部热实的不同特点解决了辨证的问题。在施治中,表热用汗法,里热用下法,半表半里之热则用清法。根据实热部位的不同,采取三种不同的治疗方式,这就是具体辨证、具体治疗的例证。在寒证中,表部、里部、半表半里部各有寒证与本部虚证结合,表现形式亦不同。在施治中,表寒温通血脉,里寒温胃健脾,半表半里之寒则用强心壮阳。通过三部六病的划分,张仲景具体解决了临床阴阳、表里、寒热、虚实的辨证问题。

另外,八纲辨证与三部六病辨证之间,有两个问题需要说明。一是表里两部的问题,恩格斯说:“一切差异都在中间阶段融合,一切对立都经过中间环节而互相过渡,辩证法不知道什么是绝对分明和固定不变的界限。”事物的差异在中间融合,其对立在中过渡,故毛泽东用“斗争性”、“同一性”作了说明,这就是对立统一规律。一切事物如果单纯只讲对立,不讲统一,就不会存在。脉象上的关部就是寸、尺二部的中间过渡,关部是寸尺部的同一部。没有同一性就没有事物,事物通过互相对立、互相斗争、互相渗透,达到生存的目的。仲景在临床辨证中应用了半表半里部。半表半里都是表里二部的中间过渡,表里二部在半表半里部融合。没有半表半里部,表里二部就不存在。任何独立的事物不通过中间环节,就不成其为对立。通过三部的论说,从哲学的角度解决了医学上的困难,值得

深思。二是虚实问题，祖国医学传统的说法，令人费解，“邪之所凑，共气必虚”，“邪气盛则实，精气夺则虚”。我总觉得这几句话难懂，尤其是在临床难以兑现。“邪之所凑，其气必虚”，虚则补之，难道无实证？凡人得病，抵抗力都下降，这是普遍现象和规律。但是，在医学上讲虚实，是把所出现症状分为虚实，而非一律以虚证论之。“邪气盛则实，精气夺则虚”，这是一个整体的两个方面。邪气盛指病邪，正气夺指机体，邪气盛才能使精气夺，不夺正气则显不出邪气盛。这是论说正气与邪气的关系、而不是邪气盛必然见实证、正气虚必然见虚证。任何邪气进入人体，出现两种反应：一是被邪气折服；二是与邪气拼搏。证的产生，一种是防御功能上的缺陷，使病者致死；另一种是机体迫使病邪经过正邪分争后定位。这两种反应，阳性反应叫三阳病，以实热为其表现；阴性反应叫三阴病，以虚寒为其表现。所以说，虚实的病情是正邪相争的变化，而不是邪正开始斗争阶段的形式。“三阳皆实，三阴皆虚”，既分三部，每部各有虚实，而成为六病。从三部六病中找虚实，分毫不差，而且是具体的虚实。所以说“三部六病”是八纲辨证论治的具体体现，要把八纲辨证应用到医疗实践，必须从三部六病着手。

《内经》最显著的著述是针灸疗法，它运用十二条经络将全身俞穴作了归纳，每条经络各有寒、热、虚、实之证。以经论治，什么经出现什么证，就取何穴、用何法。经络学说具体地解决了针灸的临床应用问题，但是用汤方则无从着手。经络学说是针灸必须依据的准则，通过数百穴位的感传现象，勾画出十二条经线，把它们联系起来形成完整的针灸理论体系。而仲景通过勤求古训著述了《伤寒杂病论》，在他写的全文中，很难看出以经络学说为基础的线索来。他以“辨证论治”为主，通过药物的吸收和扩散作用，创立了三部六病整体阴阳学说，把汤方的运用全部概括起来，形成一个用汤方辨证论治的理论体系。从以上的两个系统来看，一个是以线为主，

一个是以面为主，这是截然不同的理论体系，不应混淆。所以“证”是疾病在人体的反映，每个证都有具体的病位、病势、病性，都有它应有的归属。只有这样，我们在衡量各家辨证方法时才有一个准确的尺度。

学说要百家争鸣，只求一个“实”字，它是公诸世界，议论是非的科学问题。研究学问，要去掉形而上学，不要学空洞理论，要有实践价值。学说就是将实践的感性认识上升为理论，这就需要有一定的理论水平和技术水平。真正技术的得来，都要经过艰苦的实践、思索、考察、总结，技术的取得不是短时间的，其路径必须是经过传授和实践而后心领神会。一个医生熟读外科全书，不一定就能登台做手术。所以说，医学不仅是学识，而且是技术。“三部六病”学说来源于医疗实践，是学识、技术并茂的学术。“三部六病”的辨证施治对中西医的诊断均无难处，从理论到实践都能解决。在理论上符合辨证法，在临床有确切的疗效，是一个古今医学、中外医学理论和技术相结合的综合学说。

二、“证”的机理

“证”是中医论治的依据，究竟什么是证？证有什么特征？其发生机理是什么？应该有一个明确的概念。

疾病是人类在自然界中伴随着宇宙间一切过程发生的。也就是说，证是疾病存在的方式和运动发展的状态，以及这种方式或状态的直接或间接的表达，同时也是机体具有实质性改变或功能失调的表现，因而“证”就是疾病本质的反应。但它不是疾病本身，而是表征疾病，并由它所包含的内容为疾病发出的信息通过它的真实记载和描述，人们可以作为当时及后来的借鉴。

“证”的描述作为借鉴，首先应该知道，“证”是疾病物质和能量形态的表象，“证”通过物质能量的表象而存在，不是空洞无物的。

例如：寒与热，寒证发冷，热证发烧，都有一个物质基础在起作用。机体的致热物质使血管扩张，机能兴奋，体温升高而出现热的表象。同理寒则使血管收缩，机能抑制，体温下降而表现寒证，也是由致寒物质作基础。根据其表现，在治疗上就采取“寒则热之，热则寒之”的原则。明白这个道理，临床组方用药时，就可以把药物归类。无论哪种热药都具有扩张血管、兴奋机能、升高体温的作用；反之，任何一种寒凉药都具有程度不同的收缩血管、抑制机能、降低体温的作用，这是药理上的共性。列宁说：“类概念是本质的、是规律的”，不同性质的药物能解决不同质的疾病。所以临床不要为配方缺药而犯愁，临床选药，效价虽有不同，但具有其本质，总能达到一个目的，解决一个共性问题。切记：临证施治是用方而不是药。在临床处方用药时，同一药证，我们用麻黄，并不反对他人用荆芥、防风，只要药性相类，不求药名一致。但是治疗原则不能变，汗法不可用清法之药，下法不可用汗法之品，否则就会差之毫厘，谬之千里。

结构和功能是一致的。有其结构必有其功能，只是在功能的强弱程度上有区别。眼无自身结构则不能视，耳无自身结构则不能听。同理，方剂都是由多种药物组成的有机结构，无结构则无功能，二者是伴随的。如小柴胡汤的作用不在于七味药，而在于它有了特有的结构，才能达到“上焦得通，津液得下，胃气因和，身戢然汗出而解”的疗效。我在医疗实践中体会到，小柴胡汤是协调整体中最好的方剂，以小柴胡汤作基础在制剂上具有双向调控的作用。调心汤在临床经过协调整体和对心血管系统的重点治疗，可使高血压下降，低血压上升。证实协调疗法的双向调控作用，这一作用也是祖国医药学的一个特征。现代医学所使用的药物则无此作用。双向调控的重要性就在结构，绝不是凑几味药就是方剂。日本研究柴胡，柴胡含柴胡酮，去滓再煎则其疗效增高。这就进一步说明了处方的调配和煎服法的严格性。

疾病在体内发生急剧变化的证候，称“急变证”，太阳病、阳明病等属此类。积于体内多年的慢性病变，时好时坏，多年少变，称“顽固证”，慢性气管炎、胆囊炎就属此类。对急变证须及时辨证施治，审时度势，随证用药，2~3付则愈。对顽固证则须打持久战，临床不变方是针对顽固证而言。顽证不愈，方不可更。如大同市一患“胆结石”的患者，初来就诊，定疗程120付，本人服至80剂时，症状全消，胆囊造影，结石仍原封未动，令其坚持用药120剂，再造影，结石全无。这样的病例在临床屡见不鲜，使我们逐渐认识到，任何一种病变，都有其致病的本质因素决定着疗程的始终，非到该证本质的消除之日，疾病是不会根本治愈的。如同走路，全程十里，走九里也不能到达目的地，甚至差一步也不算到达。治疗疾病疗程与路程同样含有这样的哲理，不过疗程是大致的估计，不够准确，但能指出一般规律性的时间作预定期，使病人建立起治愈疾病的信心，治病有望，以便发挥其主观能动性。

三部六病的基础是实践，实践的路子是三定，即定证、定方、定疗程。临床诊断首先定证，然后据证定方，再根据病情定疗程。定疗程是根据多年的经验而预计，虽不确切，但具有参考价值，80%病例在预计范围。一切事物都有一般性，特殊性，有必然性，偶然性，故疗程的估计是相对而言，其估计不准的原因有二：一是对顽固性疾病的程度测定不准，属水平问题；二是外来干扰，情绪刺激，不遵守禁忌，工作劳累，间断用药等，都可影响到对疗程的估计。所以在定疗程时要考虑到患者的各个方面，定下切合实际的疗程，以减轻患者的重重忧虑，防止四处求医，八方奔波，胸中无数，治无头绪，进而丧失治病信心。

“证”与疾病物质和能量的关系。“证”源于疾病的物质和能量。但不是物质能量本身，往往“证”的获得需要介体，如同过河需要桥，桥就是两岸之间的介体。通过介体才能得出整体之证。《伤寒论》

209条“阳明病、潮热，大便微硬者，可与承气汤，不硬者，不可与之，若大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之，若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必腹满不能食也……”，由此，燥屎证的发现是通过介体小承气汤，这种正确性的认识，通过服小承气汤这个介体，而出现转矢气，确知腹中有燥屎，或初硬后溏，以是否转矢气来决定大承气汤的用否，通过小承气汤的介体就对大承气汤的“证”由感性认识上升到理性认识，才算完成了“证”的认识过程。

“证”的获得是通过感觉器官。但是由于人类感觉器官观察的范围有限，所以单凭直觉获得的“证”也有限。西方医学工业革命后扩大了辨证能力，为辨证创造了条件。如听诊器、体温计、血压计、显微镜、X光机、心电图机等。这些无疑比人类的视觉辨证范围要扩大的多。祖国医学要采用先进的辅助诊断工具，扩大辨证论治的视野。列宁说：“通过直接观察，通过思维和实践是认识真理和认识世界的途径”，中医的理论应当是先进的，辅助的医疗工具也应当是先进的。中国能够把火车、飞机、轮船引进，为什么祖国医学就不能把西医的先进医疗工具用到中医的实践中来呢？要洋为中用，必须克服保守观念，要吸收各方面的精华，来发展祖国医学。例如“溃疡病”这个病名在中医书上找不到，对溃疡病的诊断开始用胃肠造影拍片，目前用内窥镜检查，由间接发展至直接观察，从检查的角度看是先进的，对“证”的认识是确切的，中医应该吸取。如果对“证”的获得不能扩大，就会对某些疾病的认识不足，治疗就不会全面。

三、具体辨证

临床治疗疾病，首先对病邪要进行细致的分析，机体受到哪些致病因素的干扰，出现哪些相应的病理变化，采取何种治法，这就是中医辨证论治的基本内容。在运用《内经》作理论基础，指导治

病的时代,主要的治疗措施是针灸。《灵枢经》重点论述了经络学说,以适应针灸在临床的辨证施治。运用汤方进行辨证施治,始于仲景。在此之前,在古籍中虽有汤方的出现,但叙述不详。张仲景在《伤寒论》中奠定了运用汤方辨证施治的基础,形成了理法方药俱全的一整套医疗体系。

《伤寒论》16条载:“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,概述了仲景辨证施治内容。其言词虽然简短,但在临床却要经过一个艰苦思维的过程,通过进行抽象的思维,从证候想到理论,从理论考虑到实践,需要反复多次的验证才能完成。不仅要观察一种脉证,还要观察多种脉证,从各种不同的病症中找出它们的个性和本质。这是一个综合分析的辨证过程。

根据《伤寒论》的观点,在辨证上首先注意观察表证、里证、半表半里证。认识三个部位上的证候,这是辨证施治的第一步。部证不是独立的证候群,在每一部上都具有阴阳二性的反应,表现阳性反应的为三阳证,表现阴性反应的叫三阴证。这样根据不同证候的表现形式,在三个不同的部位上,依据截然不同的两种病性,划分出六种证候群,这就是六病的“病症”。在病症中,联想到一个大的证候群中有不同的反应,找出它的个性,这就是“汤证”,它隶属在每个病症之下。这样,在辨证时,从整体分出部证,由部证划出病症,由病症列出汤证,构成了一个完整的辨证论治系统。对临证各式各样的证候根据不同属性划分出部证、病症、汤证,使临证所用方剂各归其类,这样一来,病位分明,病性明确,施治有方,具体疾病,具体治疗,有条不紊,纲举目张,这是思维所必需的过程。不同病位的部证,不同性的病症,不同个性的汤证,三者明确,辨证施治才能准确无误。否则就会贻误病情。

在辨证时观其脉证,要知道证有阴极似阳,阳极似阴,脉有常脉、奇脉。必须认真观察,方能断其真伪。四十年前,吾在经坊煤矿就

遇到一少年患者，表现头项强痛，发热恶寒，一派太阳病症，似觉辨证容易。随用辛凉解表药，三剂后，热象增重体温不减，引起我的思索。观其证是太阳病，为何用治太阳病的方剂无效呢？再仔细观察时，始见患者两眼瞳孔散大至角膜边缘，这是真阳外现的假太阳病。瞳孔散大指出判断路线。随即用四逆汤加山萸肉二两，一剂而脉静身凉，后服三剂而愈。此病例提示我们，三阳皆热，三阴皆寒是一般规律；亦有三阴之热的特殊现象，必须认真分辨。三阳皆热是邪热，三阴证之热是真阳外越的现象。在《伤寒论》中12条：“……啻啻恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之”，此翕翕发热系厥阴病发热。82条：“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身润动，振振欲擗地者，真武汤主之”，此条发热是真武汤证的少阴病发热。225条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”，此表热里寒的发热是太阴病的发热。三阴的发热临床医者并不易遇到，遇见也不易辨识，必须经过临床长期观察体会才能知道。病人有三个危险证候：脑死、心死、肺绝，均不容忽视。瞳孔散大是脑死先兆，脉微欲绝是心死之象，呼吸短促是肺绝之候，这都关乎病人的生死存亡，必须认真诊治，否则祸不旋踵。

1984年3月，山西洪洞县一女性青年患者来太原就诊。表现为惊疑不定，哭笑无常，头痛如裂，胡言乱语，周身无力，彻夜难眠，时有恶心呕吐。在本籍多方求医无效，病情日趋加重，春节后始来太原。接诊时精神倦怠，表情淡漠。评脉时，脉现“动脉”，关前关后呈游走性的跳动。动脉提示了诊断依据，以脉定证。经询问诉说前情，曾于1983年3月在本村行至树下，忽然一条蛇从树上落至肩头，大吃一惊，继之于同年11月外出逢狼，复受惊，嗣后病致此状。诊后，处以调心汤，服药6付，症状明显好转。脉搏恢复如常。脉搏在寸口出现摆动脉，患者大多有受大的惊吓的病史。受

惊吓者，长时间带有此脉。这是由于惊吓之后，刺激了大脑皮层，直接影响了心，由心在脑录像，一直出现条件反射，因心脏窦房结处有四个神经结，直接接收大脑皮层产生的冲动，引起心血管系统产生一系列的动态变化。目前现代医学的诊断工具固然高级，但无法从脉象上得知，做不出切合实际的诊断。这就体现出祖国医学中脉学的独到之处。通过此例证，也提示我们在辨证时要注意脉学的一般现象和奇特表现，以利舍证从脉而正确地诊治。

知其脉证，一定知犯何逆，不知犯何逆，就无法随证治之。临床掌握部证，病症、汤证的辨证施治，是由学说向实际操作转化的重要过程。学说、理论可以通过读书得到，但技术不是凭读书就能学到的，许多技术性的东西，不能传之于书，亦不能喻之于口，只有目不舍色，耳不失声，手不释脉，才能心领神会而得。要让现代医学承认祖国医学的伟大，必须把技术学好，才有说服力，“善战者，征心为上”。

（一）辨部证

谈到辨部证，先看《伤寒论》61条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之”，本条可帮助我们学会辨部证。部是大方向，顺次逐查，以利辨证，抓住重点，带动全面。“则其疑处方成悟”，那么61条的干姜附子汤证究属何部，根据是什么呢？不能看出问题则不能疑，无释疑则不能悟，无认识则不能进步。我说61条干姜附子汤应属半表半里部，其根据有三：一是不呕，是无太阴病，里部有二证，虚寒太阴，实热阳阴；二是不渴，是无阳明病，口渴是阳阴里热的典型症状；三是无表证，是指无太阳病和厥阴病。这样61条的干姜附子汤证在排除表部、里部证之外，剩下就是半表半里部证了。由此就可决定病位、辨出部证。

半表半里部证有阴阳二性，少阳病与少阴病。在条文中，61

条有脉沉微一证，则可诊为少阴病。微脉是少阴病最危险的证候。诊微脉，首先评出细脉，然后再评出涩脉，微脉是细与涩的复合脉。实际有三方面，一是沉，关乎表里；二是细，指示宽窄；三是涩，说明节律。这就又进一步肯定是少阴病而不是少阳病。另外无大热，说明有小热，少阴本无热，为何有小热。前已述及，三阴发热是真阳外脱，叫阳浮，需用热药回阳。在治疗上选用干姜附子大热剂，以回阳救逆。通过 61 条告诉我们，可以沿着辨病位（部位）、病性（阴阳）和治疗这条线索一直推演，得出辨部证的具体方法。

机体具有自动调控的特殊功能，迫使进入体内的病邪，根据不同的来源和形式到一定的位置。病邪侵及人体，并非随意定位，也非尽是“邪之所凑，其气必虚”，正邪是要进行一番斗争的。对立统一是自然界一切事物发展的规律，也是正邪相争的必然趋势。

定位有两个条件，一是部位的亲和力；二是病邪的选择性。机体各位对病邪具有不同程度的亲和力和病邪对各部有不同的选择性，具备这两个条件才能达到定位。美国纽约医学研究所所长诺维克在有关这方面的研究中发现“质粒”的帮助下，在局部扩大影响，使病邪的致病力高出原来的十几倍；“转位子”起一种载体作用，帮助病邪在体内转移，二者的作用相结合，一是扩大病邪；二是转移病邪。这样就把来自六淫、饮食、血液不同类型的病邪转化移动到不同的位置。《伤寒论》124 条：“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者，下血乃愈，所以然者，以太阳随经瘀热在里故也，抵当汤主之”，本条文就是一个病邪转位的例证，仅从传经就可找出这种线索。转位子是随着一定的路线转移，这就是径路，中医叫“传”。定位后，质粒帮助病邪扩大势力，必然对机体产生作用而出现不同性质的症状。根据这些症状的不同病位，不同病性来辨别病症，划分六病。

(二) 辨病症

病邪定位后出现不同的症状，所表现的性质只有两类，阴性病、阳性病各有其特征，证候的表现完全不一样，根据在各部的证候不同以辨别病症。在《伤寒论》一书中，许多条文的记载说明，在某些部位必须暴露其证候才能定其病症，不应以日推演而人为划分，要根据客观实际辨别。如《伤寒论》5条：“伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也”，从本条文中可见张仲景否定了《内经》所谓的一日太阳；二日阳明；三日少阳的传变，认为传与不传，应该以证为凭，哪个证候不出现就不能定哪个证。阳明、少阳证不见者，说明还没有出现阳明病，少阳病的证候，仍为原来的太阳病。《伤寒论》46条接着说：“太阳病脉浮紧，无汗，发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗……”，此条仲景告诉我们以辨证为主，无论病多少天，只要太阳病症还在，仍要发汗，要以证辨病，不以八九日的天数下辨病。阴阳之为首，“孤阴不生，独阳不长”。没有矛盾就没有宇宙，病只有阴阳二性。每部只存在两种病性，不论多少天，甚至若干年，只要证在，治法就不改变。如有一吴姓患者，太阳病后，头项强痛，九年不愈，据证用方，处以葛根汤，九付而愈。说明证的本质不变，治法亦不能变。另有一患者，左手诊脉时，近一分钟无脉，时而复至，一直持续7年。询问病史，含羞而言，梦与鬼交。处以调心汤，服用120剂而症状消失。3年后复发，病之本质仍在，复处以调心汤而治愈。这种脉弱而停，时而复至，过去叫“鬼脉”，是一种幻想刺激大脑，而波及心脏的反应。

综上所述，根据病位出现的不同性质的证候群而划分出三阳病、三阴病，称为六病，这就是病症。质不变，证亦不变，针对其本质而治，而不以时间的推移进行辨证，这就是辨病症的法则。

(三) 辨汤证

病症有阴阳二性，病症是指一个部位上阴性或阳性的证候群，

是一类病症的共性、代表性。汤证则是一个病症中的个性、特殊性，共性由无数个性组成，无个性就无共性。一个病症中包含着许多汤证。汤证的分类固然很多，但本质只有一个，那就是汤性。汤证的性质，或阴或阳，或阴阳相合，构成每个汤证的特性。不了解汤证就不能全面了解六病的具体治疗。麻黄汤、桂枝汤、柴胡汤、大承气汤证等都属汤证的范围。《伤寒论》中 112 方，除被六病作用主方的剂外，都可以看作是汤方。现以小柴胡汤为例，叙说汤证的辨证方法。《伤寒论》149 条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤”，101 条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具，凡柴胡汤病症而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤”，从两条原文可以看出，证不变，方亦不变，证变则方变。不仅柴胡汤证如此，凡《伤寒论》诸方，均系证不变、方不变。在具体临证时，都一证一方，针锋相对收效甚速，切不可中途变方。我们平素的舍证从脉和一方到底就贯穿着这个道理。只有这样才有说服力，才能打消对祖国医学不明者的非议。在汤证的具体运用上除汤证不变，方剂不变之外，一个汤证有时包括若干个症，在这种情况下，但见一证便是，不必悉具。小柴胡汤的呕而发热，胸胁苦满，往来寒热，咽干口苦等，治疗时见一证就可用此方，这就是医学上的概括性。

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”是指导我们辨证施治的总纲，对于病犯何逆，知道后应作总结、归类。类的概念是自然界的本质和规律，把证候各按其类便于抓住重点，带动全面，随证治之。证是最后归类的证候，经过反复观察分析得出，具有证治分明、纲举目张的特点。

“证”的得出，是将众多的证候先按部位划分出表部、里部、半表半里部三部系统的部证，再按每个部证区分出阴阳二性，分别出六种病症。再根据每个病症中的个性，找出和其针锋相对的汤证，

构成一个辨证的体系，将所有证候概括进去。部证、病症、汤证一顺而下，据其证，定其方，然后按“三定”的指导原则给予施治，便可一目了然。

四、《伤寒论》中的辨证

在60年的医学生涯中，《伤寒论》指引着我前进的道路。《伤寒论》的辨证方法扎实、灵活、攻关过硬，深入浅出，简要易懂。根据学习的初浅体会，仲景采取的有这样几种辨证方法。

(一) 推理定证

对于证候纷繁的病症，如你判断其属性，须根据表现证候，逐层推理判断分析综合而得出结论。《伤寒论》148条的论述就是例证：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也，汗出为阳微，假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也，脉虽沉紧（细），不得为少阴病，所以然者，今头汗出，故知非少阴也”，由此而知，半表半里少阴与少阳同时存在，以证推理，本文六病证候俱在，而又各不显著，依一定的条件处于统一体中，呈现整体病的统一性，欲治之法，须和调阴阳，仲景最后以与小柴胡汤而确定了推理辨证的结果与治疗。

(二) 以治求证

《伤寒论》100条：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤，不差者，小柴胡汤主之”，214条：“阳明病谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之，因与承气汤一升，腹中转气者，更服一升，若不转矢气者，勿更与之，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。”上述两条，通过对证治疗，一个是无效，一个是由脉滑疾变为微涩，这种真正证的暴露，都是经过对证治疗暴露真相才能获得本质病症。现剖析100条

的原文，在遇到疑难病时，是如何以治求证的。“阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛”，即寸脉涩，尺脉弦，症状见腹中急痛，在临床经常遇到；寸脉大小不等，快慢不等，有力无力不等，谓之阳脉涩；阴脉弦就是尺脉脉管变硬，一般弦而细者多见，弦脉长者，提示升结肠内有黏液；触之压痛，是十二指肠有炎症反应的指征，属溃疡的前期，8/10是由肠炎、痢疾继发形成，少数由其它原因所致。弦脉在此处，是小建中汤证，还是小柴胡汤证，处治时，先治以小建中汤，无效则用小柴胡汤治之。从推理论证看，小建中汤治胃肠虚寒证，胃肠虚寒引起平滑肌痉挛而产生腹中急痛。小建中汤就是桂枝汤倍芍药加饴糖而组成，使桂枝汤作用入里，用芍药甘草以平痉挛，则腹中急痛可治。另一种不是因虚寒，而是因自主神经功能紊乱，迷走神经功能偏亢，胃肠平滑肌收缩而引起的腹中急痛，心脏、胃肠道均受自主神经支配，并对胃肠道的分泌起调节作用，故用小柴胡汤可奏效。脉证相同，治有先后，先以小建中汤以探测，得出本质证，然后用方以治，是探测的原则，但这必须在不影响身体健康，病情恶化和不影响后来处方的疗效前提下，方可进行，这种探索性治疗，在辨证上叫做以治求证。

（三）以证求证

《伤寒论》237条：“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血，所以然者，本有久瘀血，故令喜忘，屎虽硬，大便反易，其色必黑者，宜抵当汤下之。”277条：“自利不渴者，属太阴也，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”126条：“伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。”从上述三条原文中可以看到，以喜忘求蓄血，以自利不渴求脏寒，以少腹满，小便利求瘀血，这些都是以证求证的例证。

237条蓄血证，临床多无明显症状，不易诊断是因胃肠道不易暴露症状。所表现的就是喜忘，以喜忘证求出蓄血证，这就是仲景

在临床运用的以证求证方法。关于喜忘与蓄血的关系，实际是胃肠道与大脑皮层的关系。中医在临床治疗神经错乱时，就首先抓胃肠道的治疗，多年来用瓜蒂散、大承气汤、大陷胸丸，治疗癫狂证就是一个例证。46年前曾遇一妇人，身受精神刺激后，登高而歌，狂奔而走，毁物谩骂，就诊时处以大陷胸丸，泻下大便如棋子，似石硬，二剂而愈。说明脑皮层虽在上，而与胃肠道有直接关系。胃肠道瘀热在里，热灼津液，津枯血涸，而产生胃肠道刺激因子，刺激大脑皮层，故使喜忘，而蓄血证成。阳化则癫狂，阴化则抑郁。蓄血证非用下法不可，运用下法把胃肠道刺激因子祛除，消灭致病原因，蓄血证自愈。

(四) 以日推证

《伤寒论》301条：“少阴病始得之，反发热脉沉者，麻黄附子细辛汤主之”，302条：“少阴病得之二三日，麻黄附子甘草汤微发汗，以二三日无证，故微发汗也”，上述两条原文，从始得之到得之二三日是一个病症，都是发热，脉沉、从证上看很简单。在始得之时用麻黄附子细辛汤，得之二日后，则用麻黄附子甘草汤，用以微发其汗。两证不是症状上存在差距，而是时间上有差距。用辨证的观点看，宇宙间一切都在发展，永不停滞。在301、302条文中，从始得之到二日后，发生了量变，热化开始时升高，二三日的热不同于初得时的热的程度。如果站在始得之的角度治疗热证就不行了。从应用温阳散热到温补心阳以微发汗，可见虽二三日，症状未变，但仍要按症状发展的程度去辨证。历代医家少有按时间辨证者，仲景按日辨证，可谓法度精严，体现出对辨证论治认识的深度。

(五) 以脉测证

《伤寒论》23条：“脉微而恶寒者，此阴阳俱虚”，49条：“尺中脉微，此里虚”，50条：“假令尺中迟者，不可发汗，何以知然，以荣气不足，血少故也”，60条：“下之后复发汗，必振寒，脉微细，

所以然者，以内外俱虚故也”，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”，从上述五条节录的原文中可以看到，从脉微而恶寒测出阴阳俱虚来；从尺中脉微测出里虚；从尺中迟测出荣气不足、血少；从必振寒、脉微细测出内外俱虚；从脉数而吐测出胃中虚冷来。由此可见，仲景对脉证关系，认识确切，观其脉则可测其证。现在我们重读《伤寒论》214条，看仲景运用以治求证和以脉测证的具体辨证方法。其原文：“阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之，因与承气汤一升，腹中转矢气者，更服一升，若不转矢气者，勿更与之，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。”本条通过脉滑而疾用小承气以治测证，又以脉微涩而测知里虚，不可更与承气汤，仲景为何采取这样的辨证方法呢？

脉滑而疾在评脉时，一息六至为数脉，一息八至为疾脉，相当每分钟心率140次左右。在处治危症时，关键性的脉证易出现错误，易被假象所迷惑。如滑脉标志内有实热，评滑脉时先评出脉的柔软度，即《伤寒论》113条：“其脉不弦紧而弱”，柔软之脉实为弱脉，评脉之虚实，就是感触血管内血浆的充盈度。血浆越多，充盈度越大，热则膨胀，寒则收缩，故热甚脉扩张而变柔弱是其中常理。所以滑脉是一种复合脉，是柔软和充盈两种质感的综合，是实热证的重要表现，有时亦可见于体质素盛者。

本条，从证上看属阳明病。出现疾脉则提示病邪炽盛，出现危候，故须小承气汤用试探。小承气汤是阳明病到太阴病的中间方剂，故以治测证，转矢气者证属阳明，不转矢气证属太阴。这慎得的测试就是因出现疾脉的缘故。大家知道，支配胃肠道的是自主神经，消化道中迷走神经占优势，有利于胃肠道的分泌，故脾胃之脉出现缓脉为佳。长期患有胃肠病症，后期一旦出现疾脉必死。疾脉的出现

说明迷走神经功能低下，胃肠机能衰竭。所以见疾脉必须小心对待。本条以汤测证的结果是脉反微涩，证属里虚，病的真象暴露。如用峻药则会适得其反，危及生命，造成虚虚之误。从条文的辨析我们可以领悟到仲景以脉测证的用心之妙和辨证的真谛。

仲景的辨证方法开拓了我们的辨证施治的思路，使我们能够在众证纷繁的病症面前明辨真伪，灵活测证，以求得出病的本质，做到有效的治疗。正如徐灵胎所说：“知病必先知证，凡一病必有数证，有病同证异者，有证同病异者，有证病相因者，有证病不相因者，益合之亦曰病，分之则曰证，同此一证，因不同，治法亦异，变化无穷，当每证究其缘由，评其情况，辨其异同，审其真伪，然后求其治法，辄应手而愈，不知者以为神奇，其实皆有成法也。”简炼的语言为祖国医学中的辨证施治做了扼要的总结，令人深思而后明。

第四节 “三部六病”医学的系统辨证

一、三部六病医学体现了系统论的思维方法

系统论即系统方法论，是30年代的产物，是一种新型的科学方法论，因发展迅速，引起了现代科学家的普遍重视。中医理论的现代化，也要借助这种方法论。下面就系统论的观点和中医辨证的联系方面，做一些探索性的阐述，与同道商榷。

系统论认为，系统是由相互联系、相互作用的若干要素所组成的，它具有一定的整体综合功能和属性。系统方法就是从组成系统的整体和各要素的相互联系和相互作用中，揭示被研究对象的本质及其规律性。系统方法论起源于30年代奥地利理论生物学家贝特朗菲的《有机论》，它本是一门生命科学的系统方法论。按其性质来说，应当被医学界所重视，只因近代西方医学重视微观分析，而忽视整体联系，因此，对系统方法论不予重视，以致系统论与医学

频为绝缘。

事实上，系统方法论是医学和哲学的“中介环节”，类似中医辨证的观点。贝特朗菲在《有机论》中说：“生物体不是一个部件杂乱无章的堆积物，而是一个有机的统一体，这种有机体具有一种新质，即系统质。”如三部的自动组合，它不同于各部分质的相加，而是系统各要素集成化的产物，它在结构上可以没有具体的物质形态，可能只作为系统状态的一般特征而存在。因此，往往不能直接观察到，只有借助系统分析才能揭示它。如表部肺与皮毛的自动组合，以适应外界的空气；里部食道、胃肠等的自动组合，以适应饮食；半表半里部，心胸、静脉、动脉、淋巴管的自动组织，以适应血液循环。三部从系统论的观点来看，它是整体中的子系统，因此，不能从整体中孤立开来研究。

三部在机体中遵循着一定的顺序性和动态平衡性向前发展，保持各部特有的功能。三部不是哪一部占优势，而是全面的，协调的，均衡的保持各自的生理规律。表部肺的节律性呼吸，皮毛的机动性舒缩，里部的顺序性消化吸收和扩散，半表半里部规律性的周而复始的循环，凡此种种，都可表明三部的系统顺序性和平衡性。德国理论物理学家哈肯，在他写的《协同论》中称此为：“目的点”，或“目的环”，认为大系统功能结构特征，是各系统功能结构协同作用的结果，系统只有在“目的点”或“目的环”上才能显示它的稳定性。在表部、肺与皮毛的功能是适应空气，它们的一切生理活动都是为了达到正常适应和利用空气，否则就会呈现病态，这就是表部的目的点。有节律的呼吸，呼出二氧化碳，吸进氧气，皮肤以热开泄，冷闭缩，以调节体温，共同司理表部新陈代谢为其目的环。在里部，食道、胃、小肠、大肠的功能是适应饮食，一切生理功能都为适应饮食而存在，否则会出现吐、泻，这是里部的目的点。胃肠有节律的蠕动，以吸收水谷精微，排出糟粕，保证里部的正常新陈代谢是

其目的环。在半表半里部，心脏、血管的一切功能是适应血液循环，它们的动态活动都是以达到血液正常循环为目的点。心血管的功能通过血液向各组织器官输送营养，载走组织代谢产物，以保证半表半里部的新陈代谢为目的环。机体中只有目的点的正常适应，目的环的正常运行，才能体现出整体的稳定性。

法国生理学家伯尔纳说：“所有的生命机构尽管多种多样，只有一个目的，就是保持内环境中生活条件的稳定”，伯尔纳发表他的观点前四年，恩格斯就写到：“在活的机体中，我们看到一切最小的部分和较大的器官的继续不断的运动，这种运动在正常的生活时期，是以整个机体的持续平衡为其结果。”我们祖国医学倡导的“阴平阳秘，精神乃治”，正是机体平衡稳定学说的高度概括。

二、张仲景的辨证是系统辨证

医圣张仲景通过他临证的生动直观和抽象思维，在“勤求古训”的基础上悟出了三部辨证。三部是组成人体的三大系统，在整个机体上既互相联系，又各自区别。而仲景在他的长期临证实践中，证实了这一点。因此在当时已有经络学说，他在脏象学说的基础上，用三部学说观点扩大了辨证范围，并提高了论治效率；树立了理、法、方、药的典范，从而达到了整体系统辨证论治的目的，在当时来说，《伤寒论》是一个创举，仲景也当为系统方法论的一个伟大先驱。

《伤寒论》的辨证方法如同种地，在古代用人力或畜力所耕种的面积是较小的，所收获的果实是较少的，现在用机械耕种，所耕种的面积是较大的，所收获的果实是较多的。以此为例，在中医经络学说的理论体系是一个独立的系统，针灸治病是循经取穴，脏腑定位所治的面积较窄，而治愈的范围也较小。仲景通过深思熟虑，认清了这种情况，创出了系统性大面积的汤方治疗，通过汤液的吸收和扩散，可使药力由上及下，由里达表，使药效沟通上下，网络

全身，达到整体治疗的目的，从而提高治愈率。由此可见，经络学说和《伤寒论》显然是两种不同的学说，其概念和辨证方法有着质的区别。

机体划分三部六病是在三部上表出现不同质的证候群。以里部而论，里部是由平滑肌组成的一个系统，是由多种脏器组成的一个部，是人体不可分割、不可缺少的一个部。病邪侵入时，同一部会出现两种不同性质的反应，虚则太阴，实则阳明。阳明病是里部表现热力增高，吸收功能亢进，大便秘结的阳性反应；反之，热力降低，吸收减退，大便溏泻的阴性反应则叫太阴病，这种不同质的病理变化是客观存在的，所以说，阳明病、太阴病是里部的两种不同质的病理表现名称，代表着不同质的两组证候群，而不是经，更不是经络。如果病邪在表，则为太阳病、厥阴病，而与太阳经、厥阴经就毫无关系。讲系统论，三部就是三个系统，不是单纯的几个脏器的简单相加，也不是几个脏器的自身功能，而是通过互相连接，互相渗透，互相贯通，互相促进，互相制约，互相依存，构成统一的机体，不可分割，这就叫做系统性。系统新质和系统性就是把许多功能构成一个整体功能，没有这个系统新质和系统性，在里部就不可能出现太阴病和阳明病，只有连成系统，才会出现实则阳明，虚则太阴。里部这个系统是一条线连起来的整体，《伤寒论》讲“胃家”是讲家而不是讲个，消化系统的活动是相关联、相一致的，是系统的功能，而不是消化器官的单摆。三部在体内组成三个系统，表部太阳病、厥阴病，里部阳明病、太阴病，半表半里部少阳病、少阴病，分别代表每个系统病性的寒、热、虚、实。六病不是经络，不是六经，它们之间有着根本不同，不能指鹿为马。自宋以后，朱肱首先以六经解释《伤寒论》，一直延续至今，仲师本无此义，后人却别出心裁，另立新说，实不知其理由何在。《伤寒论》全书 371 处言病，而不言经，可明其义。不言六病，言六经，实为千年之错，误人不浅。

仲景经过临床生动的直观和抽象的思维，而悟出三部六病这个富有哲理和系统性的辨证方法，扩大了辨证的视野。在临证具体实践中，三部体现了系统论，六病反映的证候体现了信息论，方剂的治疗体现了控制论的理论思想，令人耳目一新。正如贝特朗菲所说：“孤立的各组成部分的活动的性质和方式加起来不能说明高一级水平的活动的性质和方式，不过，如果我们知道各组成部分以及它们之间存在的关系的全部情况，则高一级水平就能从各组成部分推导出来。”有关“三论”在“三部六病”学说中的具体体现后文将逐步述出。“三论”是目前科学领域中新兴的思想方法，和祖国医学的辨证方法相结合，深思之后，颇受启发。

第三章

三部六病医学体系的构建

本章内容是根据刘绍武先生向弟子们讲述三部六病医学体系的主要内容时的讲课笔记，从中我们可以了解三部六病医学体系构建的框架、思路及其临床应用的实践经验。

第一节 整体

一、整体的论说

人体是一个有机整体，由骨骼、肌肉、气血、神经、经络等等不同的组织构成。互相制约、互相依存、协调一致，体现着人的生理功能，维持着人体的新陈代谢。这种有机体的结构虽然很复杂，但从整体的观念看，人体如同一个圆桶样的模式结构，有暴露于自然界的外层，有包裹在里的内层，有介于内外之间的实质层。由于内外两层都与外相通，故外层为表部，实为表中之表；内层为里部，实为里中之表；中间的实质层，实际上才是纯里。这三部分构成了三个系统，分别担负着气体的呼吸、饮食的出入、血液的循环三大功能，人体赖以生存。在人体这个圆桶结构内，装填着负责人体生命活动的极其微妙的各个系统、器官和组织，它们凭借着阴阳的相对平衡，保持着人体的正常功能，维持着正常的生命活动。当人体受到病邪的侵袭、体内的阴阳平衡被打破之后，各部都会发生寒、热、虚、实不同的病理变化。为此先了解整体中三部的生理活动和整体

气血的功能，才能知道整体辨证的真正含义，并且对于发病部位及其性质的确定也有十分重要的意义。

二、整体的施治

体证

【主证】微恶寒，心下满，口不欲食，大便硬，手足冷，脉细，头汗出。

【治则】协调整体。

【主方】小柴胡汤。

柴胡 24 克，黄芩 10 克，人参 10 克，半夏 15 克，生姜 15 克，甘草 10 克，大枣 12 枚。

煎服法：上七味，以水 1000 毫升，煮取 500 毫升，去滓，再煎取 300 毫升，温服 100 毫升，日三服。

【按语】体证的主证根据《伤寒论》148 条：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也。脉沉，亦在里也。汗出，为阳微。假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在里半在外也。脉虽沉紧，不得为少阴病，所以然者，阴不得有汗，今头汗出，故知非少阴也，可与小柴胡汤。”择出主证。

整体证有其特殊性和复杂性。其病性是以机体的正邪斗争即统一性的特征存在。正如恩格斯在《自然辩证法》一书中指出：“一切差异，都在中间阶段融合；一切对立，都经过中间环节过渡。辩证法不知道什么是绝对分明的和固定不变的界限。”体证就是病邪侵及机体，在体内出现虚实并见，寒热错杂的证候，证候遍及表部、里部、半表半里部，有寒、有热、有虚、有实。错综复杂的证候遍于全身，形成阴阳证俱见的综合，难以具体说明病位，病性，

构成机体疾病的同一性，体现着病邪在中间阶段上的融合和过渡过程，体现着病邪与机体之间斗争的相互转化。

我们知道，一切事物都是由渐变到突变，由量变到质变。在向自己的对方转化的过程中，有一个中间阶段。在这个中间过渡阶段，事物的矛盾性并不突出，而表现出它的同一性。疾病也是这样，病邪侵及机体，正邪分争，出现了病邪既不足以压制机体的正气而呈现阴性反应，正体又不能立即驱除病邪而呈现阳性反应，而出现模糊性。由于机体的不协调，而在三部，出现阳性反应和阴性反应，这就是病体在未定性之前，机体与病邪斗争的中间环节，出现寒、热、虚、实错杂的机体统一性病态，它们依一定条件处于一个统一体中，从 148 条可以看出，头汗出，证属少阳；微恶寒，证属太阳；心下满，口不欲食，证属太阴；大便硬，证属阳明，手足冷，证属厥阴；脉细，证属少阴。病症在机体分于三部，遍及六病。从整体的观念看，难以确定病性。其病体是以整体的不协调为其主要表现的。那么，整体不协调的病因是什么呢？根据祖国医学的病因学说，是内伤七情，外感六淫。由于人生存在自然界，自然界的各种变化无不对机体产生影响，以致机体经常接受来自内外不同的刺激，这其中主要的是内在因素。毛泽东曾说：“外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”人体的内在因素，主要指人体的素质状况和精神状况，这是人体能否发挥主观能动性，抵抗外邪战胜疾病的决定因素。

气血在人体的正常循行，是保证生命活动的基础，思维功能是气血作用于脑的具体体现。“脑得血能思”但大脑皮层的功能活动可以支配一切脏器的功能的活动达到协调一致，在整体中同样起着决定作用。大脑皮层以下有许多生命活动中枢，通过运动神经和植物神经直接或间接地对人体的各种活动，如语言、心跳、呼吸、消化、运动等产生着重要的影响，自主神经主要支配着内脏的机能活动，

自主神经又分交感神经和迷走神经，分别担负着兴奋和抑制的不同机能，维持调节着整个机体的动态平衡。如果机体经常受到过度的悲、哀、怒、乐的精神刺激，就会导致大脑皮层的思维机能和支配功能障碍，出现偏盛偏衰的表现，这样所支配下的神经系统就会发生紊乱，出现运动功能和内脏活动的不协调，规律性被打破。加之外界条件的作用，使整个机体就会呈现混乱状态，诸证蜂起，身体无有舒适之处。病者自感百病加身。由于是一种功能上的紊乱现象，到医院检查，没有器质性改变，又难以作出明确诊断，病人仅感到很痛苦。这是我们在门诊中经常遇到的情况。医者对此证有时则显得束手无策，不知从何处着手，经过临证多年，摸索出聚关脉和上鱼际脉后，解决了体证的诊断和治疗中的一系列难题，其中微妙的病理变化有待探讨。

聚关脉是我经过数千例病者的脉象变化，结合多年临床实践总结出的一种脉象。脉象聚关者，患者多数性格内向，心中有隐曲之事，不愿言之于口，告之于人，而隐藏于心中。长期的忧愁思虑，导致大脑皮层的功能紊乱，引起迷走神经张力增高，平滑肌收缩，腺体分泌增加等一系列连锁反应。这些变化首先压制心脏，使窦房结的兴奋性受到抑制、心肌传导系统的传导性减低，使心律紊乱，心率变慢，气血周流不畅，血流灌注量减少，导致以大脑为主的重要脏器缺血，进一步出现恶性循环，加重病情。同时，平滑肌收缩，腺体分泌增加，胃肠道平滑肌收缩，蠕动变慢，加之胃酸分泌增加，运化不利，积聚胃中而继发胃、十二指肠溃疡等病变。长期的迷走神经兴奋，血管平滑肌长期处于收缩痉挛状态，长此下去，滴水穿石，使寸口脉聚于关部，关部评之独大，更有甚者，如豆状，我们称此脉象为“聚关脉”，可以根据关脉聚结的程度，推断病程，聚关脉多提示。胸膈部的病变，肝和胆的病变，心血管病变，胃肠道病变，症现头晕，记忆减退，心烦胸闷，腹满，周身乏力一系列抑制性反应。

经过多年实践认定，上鱼际脉的出现，一般提示患者性格外向，脾气急躁，争强好胜，具备这些并不足以形成上鱼际脉，关键是自己对自己固有的秉性有认识，有自知之明，处理问题，善于用理智克制冲动；或者见于客观的实际情况不允许本人按着自己的性格和意志行事。违心地同意别人，天长日久，事与愿违，在思虑与克制并存的条件下，导致大脑皮层的功能紊乱，引起交感神经的机能亢奋，出现心跳加快，血管扩张，血流加快，平滑肌松弛，脉管充盈度增加，由于处在兴奋状态，加之主观意志压抑两个方面的复杂病理变化，使寸口脉经过长时间的作用向上移位，脉管搏动突向腕横纹以上，有时肉眼直观就可见到脉管的搏动。我们称此脉象为“上鱼际”脉。临床上高血压、动脉硬化、脑血管意外等病变多见此脉象，病症主要表现为失眠、多梦、易怒、心慌、多食善饥等一派兴奋性反应。

“聚关脉”和“上鱼际脉”在古籍无有记载或论述不明确，但它又是客观存在。有时患者聚关脉与上鱼际脉并见，标志着患者整体的机能紊乱，必然出现寒热错杂、上下内外不协调的证候。西医称之为“神经官能症”，中医则为肝阳上亢，肝气郁滞的范畴。我们根据脉象的特征，提纲挈领，辨证施治，对体证的治疗均能收到令人满意的效果。

根据多年临床实践得出结论，整体的不协调主要是大脑皮层的功能紊乱，出现神经系统的功能改变，使机体各组织器官不能各司其职，而是各行其是所致。治疗之法，我们采取了协调疗法，因体证的性质是疾病的统一性，即疾病以一定的条件共处于机体这个统一体中，单纯采取攻补温清的方法，都不能达到治疗目的，必须选用整体的协调疗法，将紊乱的机能变化，低于正常水平的，扶到正常水平；高于正常水平的，降到正常水平。使整体趋于一个平衡稳定的状态，促进机体恢复正常的功能活动。对立是矛盾的一种形式，而不是一切形式，疾病的治疗同样是这个道理。对于大寒、大热、

大虚、大实的证候，必须采取寒则热之，热则寒之，虚则补之，实则泻之，针锋相对的原则。但对于非寒、非热、非虚、非实的错杂证候，病的性质并不显著的病体，必须采取协调方法，否则会顾此失彼，得不到理想的效果。

体证的选方，先后试用过越鞠丸、逍遥散、小柴胡汤，通过实践，前后筛选，还是《伤寒论》的小柴胡汤为佳。因为在整体，半表半里部代表着整体的本质，心与脑这两个重要器官是人体物质与精神的具体表象，二者之间发生变化，首先在半表半里部出现反应，然后影响到全身，在三部发生不同的反应。要把整体调整好，心与脑是调治的根本，一切治疗都在围绕着心脑进行。

机体功能的紊乱，阴阳证候互见，这阴阳证的协调，从何处着手呢？这需要找出整体的主要矛盾和矛盾的主要方面。在整体中，少阳至阳，太阴至阴，体内热不过胸中少阳，寒不过腹中太阴，这二病是整体阴阳的代表，整体阴阳的协调，也就是少阴与太阴的协调，“治中央以令四旁”，抓住病症代表的核心，以小柴胡汤作为协调体证的代表方。首先协调好少阳与太阴，其它伴随病症就会迎刃而解，使机体“阳平阴秘”。

方中黄芩清少阳之热，柴胡散少阳之实，以建清热除满舒肝解郁之功，生姜、半夏以温燥太阴之寒，人参、甘草、大枣又治太阴之虚，共奏温中健脾、强心补气之效。七药为用，寒热同方，升降并举，补散齐发，使紊乱的整体中热得清，实得泻，寒得温而虚得补，后天之本得固，气血之源得充，脑髓得补，正气得健，气血通畅，精力充沛，而诸证消失。古人有谓“小柴胡汤证有诊断之误，无治疗之误”，正此谓也。小柴胡汤虽七味，却胜于众方，可见仲景以取少阳、太阴之治，调整整体的组方之法，胜人一筹。小柴胡汤的临床应用，经久不衰，妙在方义之中。

第二节 阴 阳

一、阴阳的论说

事物的矛盾法则，即对立统一的法则，是唯物辩证法的最根本的法则。整体的辨证就是研究人体的本身的矛盾，这是辨证的本质和核心。《素问·阴阳应象大论》说：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本。”治病之本是什么呢？就是本于阴阳，故《阴阳应象大论》接着说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”阴阳就是指自身中的矛盾，指事物的对立统一性，是辨证论治中的总纲，没有阴阳的对立，一切事物就失去其存在的前提。那么在医学方面，具体以病邪作用人身所表现的阴阳是什么呢？《伤寒论》第7条说：“病有发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也”，这就明确而具体地告诉我们：发热恶寒者属阳，无热恶寒者属阴。整体的阴阳是以寒热为其主要表现形式，这也是我们整体辨证的根本出发点。

前已述及，机体是由骨骼、肌肉、皮肤、神经、经络、气血等组织构成，其中骨骼、肌肉、皮肤经过神经、经络和结缔组织联络编织在一起，构成机体的框架，经过气血的周流，为各组织脏器提供生理活动的基础，发挥各自的功能，组成了在大脑统一指挥下的有机整体，根据机体各组织器官的功能不同，划分为三部，形成表部、里部、半表半里部三个自然子系统。表部通过肺的呼吸，吸取天阳之气（氧气），和里部通过胃肠道消化吸收的水谷精微都进入半表半里部化为气血。表、里二部是为机体提供气血的基本营养的场所，其功能仍然需要气血的充养，所以说三部以半表半里部为中心。半表半里以心脏为主导，推动气血周流，使各个组织器官都处在气血濡养的内环境中，各自发挥着它们的作用，气血在半表半里这个实

质体中,无处不到,无处不包,故有“人有多大,心有多大”的说法。

气血循行周身,供应能量,体现出各种生理功能,从这个角度讲,整体的功能是以气血的循行状况为主要表现的,气血与各组织脏器的生理效应息息相关。脑也在血的供应下方能发挥其指挥、协调的作用。病邪侵及机体,在未定位之前,整体是以气血的反应为主要表现形式,通过实践观察,机体体现出三方面的反映:一是阳性反应,机体主要表现出亢奋性的、良性的、进行性的证候;二是阴性反应,机体主要表现出抑制性的、恶性的、衰退性的证候;三是中性反应,机体主要表现出阴阳互见,寒热错杂,症状纷繁的紊乱现象,呈现出过渡性证候。所以,阴阳是气血变化的辨证属性。

二、证的施治

(一) 阳证

【主证】发热、脉滑、自汗出、口渴。

【治则】清三阳之热。

【主方】白虎汤。

石膏 60 克,知母 30 克,粳米 30 克,甘草 10 克。

煎服法:上四味,以水 500 毫升,煮米熟,汤成,去滓。一日分三次温服下。忌食油腻。

【按语】阳证的主证,根据《伤寒论》176 条“伤寒脉浮滑,

此以表有热,里有寒(热)也,白虎汤主之。”

《伤寒论》219 条:三阳合病,腹满,身重,难以转侧,口不仁,面垢谵语,遗尿,发汗则谵语,下之则额上生汗,手足逆冷。若自汗出者,白虎汤主之。

《伤寒论》350 条:“伤寒脉滑而厥者,里有热,白虎汤主之。”

上述三条文分别列叙了阳证的病候和证候,值得指出的是,176 条的“表有热,里有寒”一证,根据 168 条的“热结在里,表

里俱热”和 350 条的“里有热”来看,176 条当为“表有热,里有热”证,“寒”似错简,当予更正,原文照例,现仅提出自己的看法。

条文中“里有热和热结在里”的里,实指半表半里的纯里,因病邪从表部或里部入侵,都是进入半表半里的气血之中。病邪在体内尚未定位之前,正邪相争,在阳证则表现阳性反应,呈一派热象。原文 219 条所述的“三阳合病,腹满,身重,难以转侧,口不仁,面垢谵语,遗尿”均属阳证的典型症状。病邪在体内的斗争,主要表现在气血上。热蕴于内,正邪分争,机体动员大量的血液参与对抗病邪,一时血流量增加,血流增速,脉管呈现充盈饱满状态,故在脉象上见滑脉。脉滑是机体气血旺盛,抵抗病邪有力的一种外在表现。发热则是机体抗邪的一种反应。机体抗邪,有欲驱邪外出之势,故可见自汗出的证候,同时表明,表证已解。内热炽盛,热于内而伤耗津液,津伤则口渴。更有甚者,热极转阴而呈现手足逆冷,厥深热亦深的真阳假阴证。根据阳证这些实质性的反应,我们把发热、脉滑,自汗出,口渴或手足逆冷五证列为阳证的主要证候,以利辨证施治,其它则列为类证的范围,不再赘述。

阳证的实质乃白虎汤证,对于机体的阳证,既不能用汗法,也不能用下法。正如《伤寒论》219 条所说:“发汗则谵语,下之则额上生汗,手足逆冷”,为什么呢?因汗为心之液,汗液未出表之前,与血液同源,故而发汗则使阴液损伤。正气损则使病邪益盛,热极伤脑则神昏谵语,热极生风则抽搐昏厥。若下之则使胃气损伤,阴液被伐,使热积于里,阳气不得外达以温煦肌表,则同现额上生汗,手足逆冷,使病情逆转,这是一个值得注意的危险证候。

阳证发热,三阳虽俱热,但实以半表半里的气血为本,欲治之法,选用白虎汤清热凉血,以治阳证之本。石膏、知母、粳米、甘草四药为伍,组成清热重剂,具有清热凉血,降温散热,生津止渴,镇静安神之功。使热邪去而胃气不伤,病邪清而阴液不损,利用白

虎威摄肃杀之势，建清热滋阴之功，使邪热得除，正气得复。白虎汤堪称清热主方，临床沿用千余年而经久不衰，在众清热方中无与伦比，可见仲景组方之妙。

(二) 阴证

【主证】恶寒，手足逆冷，下利清谷，脉沉微。

【治则】温三阴之寒。

【主方】四逆汤。

附子 10 克，干姜 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，分温再服。强人可大附子 1 枚，干姜 30 克。

【按语】寒证的主证，根据《伤寒论》原文择出。

91 条“伤寒，医下之，续得下利清欲不止，身疼痛者，急当救里；……救里宜四逆汤。”

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。”

225 条“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”

324 条“少阴病，饮食入口则吐，心中愠愠欲吐，复不能吐。始得之，手足寒，脉弦迟者，此胸中实，不可下也，当吐之。若膈上有寒饮，干呕者，不可吐也，当温之，宜四逆汤”。

352 条“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，又下利厥逆而恶寒者，四逆汤主之。”

353 条“大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之。”

371 条“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表，温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”

376 条“呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者难治，四逆汤主之。”

387 条“吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急手足厥冷者，四逆汤

主之。”

388条“既吐且利，小便复利而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。”

317条“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”

369条“下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。”

在《伤寒论》一书中，连同通脉四逆汤二条在内，一共有15条分别论述了四逆汤证的病状及证候。机体阴证的出现，标志着正气被夺，精血受损而出现的一系列虚寒证候。体内各组织器官，心为五脏六腑之主。无论外袭之寒，还是内生之寒，整体的阴寒方证，仍以心脏的功能变化为其决定因素，所以整体的阴证仍以半表半里的变化为其主要表现。

病邪与正气相争，正气低下，精气被夺，机本呈现出阴寒的病态和证候。我们必须知道，表部为表中之表，直接和外界接触；里部为里中之表，间接和外界接触；表、里二部病邪产生的结果都会影响到半表半里部去，使病邪进入气血之中，表现出整体的功能低下。首先表现出心脏这个主导脏器的功能低下，才会出现涉及三部的一系统阴寒证候。在表部由于心功能的下降，加之外来病邪侵袭，气血在体表周流不利，肌肤和四末得不到气血的温通，营养供给障碍，而出现以手足厥逆为主的一系列证候。在里部心功能低下后，或加之内生之寒的共同作用，使胃肠道平滑肌供血减少。血管收缩，体内温度下降，脾胃得不到气血的温煦，而形成脾胃虚寒。胃气不降，脾气不升，运化失职，形成肠麻痹，水谷不得腐熟运化，而出现以下利清谷为主的一派脾胃虚寒的证候。半表半里实仍人身的实质体，以心脏为主导，气血循行机体上下内外，五脏六腑，四肢百骸。其背恶寒是心阳衰弱的预兆，心功能下降则整体出现恶寒，脉

微欲绝是气血供应不足的一个明证。伴随而来的就是以机体抵抗力下降，诸证蜂起的一片少阴虚寒证候。在临床上脉管炎和慢性胃炎患者，多见涩脉，这就是标志心阳衰弱、气血周流不利的一个证明。以此理论治，涩脉消则病症愈，说明机体气血的运行与身体健康状况息息相关。

体内阴寒过盛，格阳于外，使阳气向外浮越，而如 225 条所述：“脉浮而迟，表热里寒”，出现发热，其人不恶寒，面反见赤色者，实为阴极似阳，是阴证的一个危险证候，必须认真辨别，方不致误，所以在《伤寒论》上 317 条说：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤”，对阴寒证作了概括性的表叙，并告诫我们：既要注意到阴证的正常表现，又要注意到阴证的反常状态，知常知变，方能为良医。

恶寒，是心阳虚的外在表现，也是寒证的普遍现象。手足逆冷是表部虚寒的集中表现，原文中有五条述及。下利清谷是里部虚寒的代表见证，是真寒的重要表现。原文中也有五条记述。脉沉细微欲绝，是半表半里部虚寒的核心证候。根据 92 条：“脉反沉”，323 条：“脉沉”，389 条：“脉微欲绝” 317 条：“脉微欲绝”四条原文的记载，将脉沉微列为寒证主证之一。关于阴盛格阳，真寒假热的证候，根据《伤寒论》原文 92 条：“病发热”，225 条：“表热里寒”，353 条：“热不去”，377 条：“身有微热”，388 条：“发热”，389 条：“内寒外热”，317 条：“里寒外热”，370 条：“里寒外热”的记载，所述这些热证，都不是真正热证，而是阴寒内盛，真阳浮越的危候表现。所以我们将其不恶寒，面反有赤色一证，不加入寒证之中。综上所述，就将恶寒，手足厥逆，下利清谷，脉沉微，定为寒证的主证。

“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚。”整体的虚寒主要表现半表半里的虚寒，心脏是其中的关键，心功能的盛衰是机体盛衰的重要标志。所以说，在治疗上，要扶助正气，首先要温补心

阳，欲治之法，首选四逆，微脉得消，阴寒得除。所以说寒证乃四逆汤证。四逆汤由附子、干姜、甘草组成，方中附子甘草以强心壮阳，使少阴之寒得治，心阳旺盛，心搏有力，血循环通畅，脉道充盈，五脏得充，正气得扶，脉微欲绝自消，恶寒自解。表部血脉得以温通，肌肤得到气血的充养，而手足厥得自除。干姜、甘草相合以温运脾阳，祛太阴之寒，太阴之寒消溶，脾胃之阳得复，而腐熟运化功能健旺。下利清谷可消，水谷精微得以吸收入血，以补充营养，使气血有得以健旺的基础，三药相互为用，疗效快而收效大，此方沿用千余年，不失为治阴寒证的良方。

第三节 三部

一、三部的论说

身体是由三部构成整体，整体是三部的共性，各部是整体的个性。没有个性就没有共性。个性是指特殊性，共性是指普遍性。由于机体各部的特殊性，所接受的病邪也不相同。必须了解每部的个性，才能知道各部在辨证施治中的特殊地位。

(一) 表部

表部在整体中，不但在结构上，而且在功能上都有独特性。这种特殊性就是和大自然的空气发生密切关系。凡是和空气相接触的部位都属表部的范畴。以空气的呼出吸入作为生理活动的条件，又以空气中的病邪作为致病因素。表部的生理、病理变化，一切围绕着空气展开。这就是表部不同于其它部的特殊点。

在机体，把接触大气层的地方都算作表部的面积。表现在两个方面，一是体表和皮毛与外界接触面为 2.5 ~ 3.5 平方米；二是肺，肺脏由四亿左右个肺泡组成，与气体接触面积约为 60 ~ 100 平方米。从面积来看，肺脏的接触面积大，祖国医学所讲的“肺与皮毛相表

里”是十分有道理的。

有关体温。正常人体每天通过辐射、对流，占总散热的73%；蒸发散热，占14.5%；呼吸散热占10.7%；二便散热占1.8%。从上述数据看，散热主要集中于体表，二便所带热量仅占散热总量的1.8%，散热甚微。如果体表不能将这些热散出，必然集中到肺去代偿，通过进行多方面的生物学研究证明，青蛙将肺叶切除可以活6天，而将皮肤剥去则很快死亡。另外许多节肢动物无肺，靠体表与外界进行体温对流，由此可见肺与皮毛关系密切，功能相连，肺与皮毛间的主导作用，以肺为主。在《内经·六节脏象论》上说：“肺者，气之本。其华在毛，其充在皮。”《五脏生成篇》也说“诸气者皆属肺，肺之合皮也，其荣毛也。”而在《咳论》和《痿论》也有类似的介绍“肺主身之皮毛，皮毛者，肺之合也。”以上《内经》中的记载，有几个主要的字，即本、属、合、主、应。本是根本，属是系属，合是联合，主是主导，应是感应。通过这几个字，可以具体地描绘出肺与皮毛的关系来。

关于肺与皮毛营养的来源，仍然离不开三焦。《灵枢·决气篇》上说：“上焦开发，宣五谷味，熏肤充身泽毛，若雾露之溉，是谓气”，又在《经脉别论》上说：“肺朝百脉，输精于皮毛。”说明大气对肺与皮毛的影响。肺与皮毛对大气来说，空气是一个接触因子，那就是《金匱要略》所介绍的那样：“夫人禀五常，因风气而生长。风气虽能生万物，也能害万物，如水能浮舟，亦能覆舟。”故《皮部论》上说：“风者，百病之始也。风从外人，是故百病之始生，必先于皮毛；邪中之则腠理开，开则入于络脉；留而不去，传入于经；留而不去，传入于脏，廩于肠胃。”又在《五脏篇》上说：“百病之始期，必生于风，六淫成寒暑，循皮毛而入腠理”，而在《汤液醪醴论》上也说：“夫病之始生也，极精极微，必先结于皮肤。”在治则上《阴阳大论》上说：“邪风之至，疾如风雨。故善治者治皮毛。”以上所述，也有

几个重要的字值得记取，即始、生、伤、结、治。始是起始，生是产生，伤是损伤，结是瘀结，治是求治。

肺为气之本，是诸气之源。熏肤充身，荣皮泽毛，若雾露之溉，都是气的功能，气是一种能量。例如气功师发起功来，刀枪不入。上海运用气功的作用施行甲状腺手术，相隔数米，可使患者任意翻身，而手术无痛苦。这就说明气不仅散在体表，而且可以到达体表一定的距离之外。气无微不入，内源肺脏，外连体表，使其成为一体。在三部中，里部由平滑肌连成一体，半表半里由血液连成一体，表部肺与皮毛由气连成一体。三部在整体中所以能构成三个子系统的原因，都是通过气、血液、饮食方能实现。

《皮部论》说：“风者，百病之始也是，是故百病之始生，必先于皮毛。”风者乃空气也，表部接触空气，故表部诸病皆从风来。风作用于人体，一是作用在体表；二是作用有肺部。这一病因，中医属于“六淫”的范畴。风、寒、暑、湿、燥、火谓之六淫。现代医学把细菌、病毒、立克次体、原虫等作为致病原因来研究。中西医的病因谁对谁谬，还是两者都正确呢？中医倡导的六淫病因学说有无道理呢？讨论这个问题有一点必须明白，我们的目的是为患者服务。过去讲六淫，现在讲病原微生物。六淫大部是从体表受病，这样就给我们提出了一个问题，在古代无显微镜，是无法知道细菌、病毒等病原微生物的形体的，但有一个概念性的认识，任何细菌、病毒、原虫都有其适应的生活环境和条件，这些病原微生物都是通过风、寒、暑、湿、燥、火这六种不同的环境条件而致病。古人从这个感性认识出发，治疗时就从改变病原微生物这个生活条件入手，消除其孳生地，自然就治愈了疾病。如同鱼在水中生活，将水淘干，也就必然结束繁殖。所谓的“三因论”就是指病邪，病体，适应病邪繁殖而不适合人的生活环境，这三种基本致病因素。病邪就是指细菌，病毒等，病体就是指“邪之所凑，其气必虚”的机体，适应

病邪繁殖就是具备一定的条件和环境。

美·培登考夫斯基认为：光细菌则不能致病。他曾做过试验，在身体素质健康时，服用 500 单位的霍乱弧菌而不致病。再如伤寒痊愈后肠道内仍有伤寒杆菌存在而不发病。所以说，一个人得病并不单纯是细菌所为。现代医学在治疗上也不是“惟菌论”者。青霉素有抑制转肽酶的药理作用，使转肽酶不能产生，起到灭菌的作用，同样是改变环境。古人利用改变条件，消灭细菌，效力大，又安全。针对六淫致病的原理，改变细菌的生活环境，使其有利于人体，不利于菌体，这就是治疗表部病邪的大法。所以说运用“六淫”的病因学说改变病原生存条件，以达到治病的目的，从这一点讲是符合科学的外因论的。

（二）里部

在人体，上自口腔、下至肛门，由平滑肌组织构成一条粗细不均，弯曲不等的空腔器官，而形成里部一个有机的整体。其特点是适应饮食。食物经口腔、食道、胃、小肠、大肠，由肛门排出，形成饮食的摄取、消化、吸收、排泄的里部系统。在本系统中，胃是中心，起主导作用。其他器官起辅助作用，处在次要和服从的地位。故内经《五脏别论》上说：“胃者，水谷之海，六腑之源也。”《师传篇》上说：“六腑者，胃之为海”，《玉版篇》上也说“胃者，水谷气血之海。”胃肠道在脏腑中是一个最绵长的器官，其总作用如《本脏篇》所说：“六腑者，所以化水谷而行津液者也。”为气血之源泉，精神之根本，故有“纳谷者昌、失谷者亡”之说。而在脉诊上也有“脉弱以滑是有胃气，命曰易治”的垂训。

六腑的功能，从目前报道来看，已有 40 多种胃肠激素的分泌，而且许多是有生物活性的多肽物质，这些物质通过彼此促进，彼此制约而构成功能上的合胞体。胃所分泌的胃泌素分泌胃酸、蛋白酶、胰酶、胆汁、胰岛素等，起到明显增强消化功能的作用。作用幽门、

胆道、回盲部的括约肌，从而有助于胃内容物的排空过程。食物经幽门入肠，水 10 分钟排空，糖类 2 小时排空，蛋白 3~4 小时排空。平常食用的混合食物，一般须 3~4 时排空，但反馈可使排空暂停和排空时间缩短，这一有规律的排空下降，符合“胃主降”的说法。从营养物质的消化吸收过程来看，符合“脾主运化”之说。

里部与其它脏器的关系也很密切，里部又称中焦，《内经》中有“中焦受气，变化而赤，是为血”，《玉机真脏篇》上说：“五脏者，皆禀气于胃，胃者，五脏之本也。”《六节脏象论》也说：“脾胃、大肠、小肠、三焦、膀胱、仓廩之本……能化糟粕，转味出入者也。”“五味入口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自主。”在分工方面，《灵兰秘典》上曾说：“脾胃者，仓廩之官，五味出焉。大肠者，传导之官，变化出焉。小肠者，受盛之官，化物出焉。”对于水谷输布情况，在《经脉别论》上有较次序的叙述：“食入于胃，散精于肝，淫气于筋，饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五精并行。”《奇病论》也说：“夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气”，统观以上诸说，通过以胃为主导，从食道至肛门，形成了一个完整的里部体系。

饮食在里部的腐熟消化过程是由食道入胃，经过胃的初步受纳腐熟。胃气主降，将食糜送入小肠，吸收在小肠的中段，经过一系列的催化作用，淀粉经麦芽糖转化为葡萄糖，贮存于肝而供给机体能量。故有“食之于胃，散精于肝”之说。脂肪转变为甘油和脂肪酸，贮于体内，一部分则异化为葡萄糖以供应能量，蛋白质则转化成多种氨基酸，以供应机体各组织的再生作用，机体的酶类、激素、抗体等都需要蛋白质的参与才能合成。

脾主运化。西医从直观的角度，认为脾与消化无关，这具有一定的片面性。所指不同，求之亦异。实际上小肠中段的吸收作用，就是脾的运化作用，“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，

上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五精并行”从这段精辟的论述看，中医把吸收功能归于脾，而不是解剖学上的脾脏。我们认为这种吸收功能与脾的运化作用不无关系。如同作战的指挥员，运筹于帷幄之中，决胜于千里之外，指挥地点与战场虽分两地，实则相连，指挥的正确与否，决定着战争的胜负。脾的运化功能表现在小肠中段同样是一个作用的两个方面。祖国医学运用“游溢”二字在此形容吸收作用甚为恰当。“游溢”一词比弥散形荣的作用，游指小肠的动态，慢慢而有节奏的蠕动，似鱼在水中游动，溢指由于运动使肠腔内的压力增大，促进水谷精微进入乳糜管的过程，肠腔内的压力高于肠壁乳糜管内的压力，则出现溢的现象。游溢形象地说明脾的吸收运化功能。

中药苍术、白术具有健脾燥湿的作用。之所以有此药理功效，主要是苍、白二术性温。从物理的角度看，热胀冷缩，热可以提高肠道压力，促进食物水分吸收，提高运化功能。从药理学角度来讲，热性药可以提高胃肠道酶的活性，促进食物的腐熟而易于吸收，故有健脾燥湿之效。这样看来，健脾燥湿就是使肠腔内产生一定的压力，建立起脾脏的游溢功能，所以健脾药多具有温热之性。所谓湿的概念，就是指停留在机体某一部位而不能被支配的水分，机体内有湿轻则感觉体重乏力，重则水肿出现。在临床上身重与水肿是一个本质，两种现象。脾的吸收功能不足以支配这些水分的运化，就叫脾被湿困。湿在里部积聚，上逆则呕，下利则泻，运用苍、白二术，促进水分吸收的作用就叫做健脾燥湿。在中药 2600 余种药中，只有苍术、白术健脾燥湿的功能较好。

谈完里部的生理功能，再谈一点里部的外在表现，那就是胃脉。里部以胃为主导。古人有“有胃气则生，无胃气则死”之说，在临证治疗危重病人，诊脉评其胃气是一个重要的手段，也是一个决生死的重要依据。脉弱以滑是有胃气，为易治。反之则难。人的先天

之本为肾，后天之本为脾胃。病之后期，能否向愈，胃脉有无是一个关键。

胃脉，脉弱以滑，评脉时脉细小软弱带滑象，滑脉是一个复合脉。首先评出弱脉的柔软度，加上中心搏动有力，才是胃脉的真象。不仅脉柔软，而且中心按之有力，故曰脉弱以滑。如果脉硬，加之脉管中心有力，叫紧脉，又称弦脉，标志里部病程长。所以临床诊治危证，评脉辨有胃气与否是一项过硬的本领。临床诊脉时，必须弄清脉象的长短度、深浅度、宽窄度、软硬度、数率、节律、充盈度这七个方面的内容，才能辨明胃脉及其它各种脉象。这需要在实践中认真地摸索，始能得到真知，掌握里部病变的转归。

（三）半表半里部

半表半里部是以气血为中心，以心脏为主导，经过心脏的动力作用，使血液循环全身，灌注四肢百骸、五脏六腑。人体中没有—个关节、—块肌肉、—个细胞不受气血的灌注，不然就会发生缺血、坏死，失去其特有的功能。《素问·五脏生成篇》说：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”说明血液无处不到，是各种机能活动的物质基础。维生素A缺乏时则造成夜盲，服用动物肝脏就可使夜盲恢复，就是这个道理。

在半表半里部，血液的作用固然很大，但起主导作用的还是心脏。《内经·师传篇》上说：“五脏六腑为之主。”而在《口问篇》也说：“心者，五脏六腑之主也，心动者，五脏六腑皆摇。”而在《灵兰秘典》更突出心脏的作用下，灌注全身。

在三部中有三个脏腑作主导，表部以肺为主，里部以胃为主，半表半里则以心脏作主导。学会抓主要矛盾，是治学的一个重要方法。治学，如果找不到中心和主导，结果就会概念糊涂，是非不清，纲目混淆。将整体根据客观实际列出三部，找出三个主导脏腑，设立三部的中心，解决了从理论到医疗的一系列问题。

一种学术，如果立论正确，则辨证的方法越简炼越好。这其中的关键是解决辨证的准确性。我们在临床上根据血液在脉管中流动和机体之间发生的变化情况，以脉定证，以脉处方就是一例。如，涩脉处以调心汤，上鱼际脉处以调神汤，聚关脉处以调胃汤，弦脉处以调肠汤。有其脉必有其证。通过数千例病员统计，不论证候多么纷繁、复杂，只要抓住脉象这一本质，舍证从脉，择方用药，就能做到准确无误。十三冶金公司有一个下肢瘫痪病人，久治无效，评脉时为上鱼际脉，处以调神汤，2付后即能下床站立，6付后来门诊治疗，服用30剂而愈，至今随访仍很健康。以脉定证是辨证上一种执简驭繁的方法，是一个由繁而约的提炼过程。

在半表半里部，首推心脏的主导作用，其次是血液中的营卫问题。血中有两种精华，一个叫营；一个叫卫，均出中焦。对其来源、动态、性质应做一个解释。《内经·营卫生会篇》上说：“人受气于五谷，谷入于胃，传之于肺，五脏六腑皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在肺外，营周不休。”在《营气篇》上也说：“营气之道，内谷为宝，谷入于胃，传之于肺，流溢于中，布散于外，精气者，行于经髓，常营不已，终而复始。”又在《痹证篇》上说：“营者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，其气剽疾滑利，不能入于脉，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。”

营卫的来源，为什么提到传之于肺呢？水谷精微由中焦入血，到肺与天阳之气相合，即与氧气结合，不经氧化而营不得成。经肺与氧结合的营气从里达表，表里相关，相互作用而生成营卫。据古人论述，营卫的体积不同。营的体积大，卫的体积小，营只能行于脉中，卫因体积小而可行于脉外，不受脉道的限制。从清者为营，浊者为卫来看，卫虽小而浊，营虽大而清。卫起保卫作用，对侵入体内的细菌，病毒和代谢物质具有吞噬作用，在完成其保卫功能中而变浊，营则具有营养滋润之意，是通过血液供给机体各组织器官

的营养物质。营者营养，卫者保卫，这两种精华物质共同组成机体正常活动的基础。

一是营。《痹证篇》对营的功能作论述，营的功能在于“和调于五脏，洒陈于六腑”。祖先对营卫的功能从其概念出发，所作的定论与现代医学基本相符。“和调五脏犹如做菜，厨师的技艺在于将辛、甘、酸、苦、咸等各种味道根据每道菜的不同，分别配以不同的比例，达到食之可口，别具风味，是很不容易的。各味多少，比重大小，如何调剂才能达到适中，这是一个复杂的有机和调过程。机体各组织器官产生出各种有机物质，如酶、激素等，有机物和无机物交织在一起，光体内的化学元素就有 60 余种。虽证明了 19 种元素的作用和效果，但要把这些维持生命不可少的物质和调一致被机体利用，谈何容易？虽然体内产生的胰岛素、胰高血糖素、甲状腺素、肾上腺素等多种激素，只能产生而不能和调。据研究体内各种酶类就有 2000 余种，甚至有人提出气化就是酶化，我认为这种提法不准确。酶化是气化中的一部分，是气化的一种表现形式，把二者等同看待是不对的。体内这么多复杂的物质没有一和调功能掌握，是达不到动态平衡的。如肾脏产生肾素作用于肺腑加压素，前列腺素又控制肾素，这其中的相互制约、相互促进，必须有一个和调发生的方面。和调就是不多不少，恰到好处。和调就是为了生长生存。在和调五脏，使人体得到正常发育中，体内会有代谢产物不断地排出。洒陈六腑，洒就是均匀一致地向外喷洒，具有一定的密度；陈就是体内无用的代谢产物，通过洒陈的功能由六腑排出体外。这就是和调五脏，洒陈六腑的本意，充分体现营的正常功用。

二是卫。卫是悍气。用现代的话讲就是“勇敢战斗”之意。在表态上是慄急滑利，“慄”就是勇猛无畏，“急”就是迅速果断，“滑”就是不固定、善动，“利”就是擅长战斗，各处都能到，循于皮肤，肌肉之间，熏于盲膜。盲膜是人体不易到达之处，通过熏蒸而产生

布散。卫的总功能就是保卫,保卫是一个事物的两个方面,如同军队,平时有防御之功,战时有攻坚之效,只有能攻能防才是善战的军队。同理,病邪侵及机体,卫则慄急滑利而善战,无邪则防卫机体而保安康,有病则治以达无虞。现代医学提倡提高机体免疫力,就是这个本意。我们的祖先在 2000 年前就根据其功能给“卫”作了命名。因此在机体内,必须有这样的保卫者,才能保护身体不受影响,这种保卫功能无论在皮肤之中,分肉之间,或是盲膜胸腹之间,因卫的体积小,所以能无处不入而达到护卫的目的。通过“营行脉中,卫行脉外,营周不息,终而复始”的运行,形成半表半里的有机循环,联系内外,沟通表里,使差距能在中间阶段融合,使对立通过中间环节而互相过渡,使表里部连成一体。

恩格斯说:“我们所面对着的整个自然界形成一个体系,即各种物体相互联系的总体。”系统是一个标志,在时间和空间中,永恒运动着的基本属性和存在方式的哲学范畴,系统性属是物质存在所具的整体性、结构性和层次性的表现。系统是由特定的、相互作用的方式联结着的若干要素所构成的,具有新质类型,并与周围脏器发生联系的有机统一体。一方面是由组成整体的部分所构成;另一方面不等于各要素的简单的相加和各组成部分的总和。系就是联系,统就是统一。也就是说,通过联系构成统一的有机体,它的功能必须通过各要素间组成一个相对稳定的结构后,系统性才会出现,系统才能成为一个统一的整体,才能发挥出整体的功能。结构越合理,结构信息量就愈大,系统的组织化、有序化程度就越高,各要素间相互联系、相互作用就越强,系统在整体上才能达到最优。因此,结构是构成系统的矛盾特殊性的重要依据。

二、三部的辩证

疾病的表现形式和自然界的其它事物相同,不是那么简单,不

是孤立不变的证候组合，而是具有独立性和混合性，机体的病状有的以独立的形式表现出来，有的则是以混合形式表现于临床，这是宇宙间一切事物的对立统一性，疾病也不例外，同样具有单独性和复合性的证候表现，三部是整体成比例的缩小，是整体的子系统，在每个部构成特定的功能，所表现的病理反应同样有独立性的反应，也有统一性的反应，部病就是指同一部位（系统）感受同一病邪而表现的寒热虚实错综复杂的证候反映，这样的反映有一定的条件做前提，病邪和同一部位相作用，而表现出病症的复杂性。亢奋的表现和抑制的表现因一定的条件，一方面互相对立，另一方面又互相渗透，两种病性不同的证候相互作用，表现了混合性的局面，并存于同一部位，这就是各部的病理反应所呈现的部性（混合性），部病的性质和阳性病、阴性病的性质都有所区别，呈现非寒非热非虚非实，亦寒亦热，亦虚亦实的混合性，称之为“部病”。

在同一部位上，众证纷繁，寒热并存，虚实互见，难以辨清属性，可以不必强辩，在逻辑学上有模糊逻辑，天下许多事物有时只能用模糊逻辑去看待，去处理，想强行区分，往往不准确，达不到预期的目的，如鸡蛋中有血，有肉，有骨，经孵化可以变成鸡雏，此时，血、肉、骨可显而易见，在未经孵化之前，鸡蛋内是无法区分血、肉、骨的，只呈现近似胶状物，鸡蛋内确实有骨头，但又是无法挑出的，必须用模糊逻辑看待这一事实，疾病有时同样具有此理。疾病的发生和发展，具有两种状态，两种状态的变动都是由致病原作用于机体后，正邪相争所引起，疾病在相互静止状态中，在表现上只有量的变化，只是某些证候的表现，并没有发生激变，经过进一步的发展，就会达到显著的变动状态，出现了由量变到质变的转化，显现出病症的阴阳属性，或以阳的形式，或以阴的形式表现出来，前面讲的六病就是指疾病发展的变动状态，故同一部位上不能同时并见阴性病和阳性病，部病则是阳病与阴病处于相对静止阶段，就是病

变发展的某一时期，而呈现的统一状态，如同日常生活中见的调和、均势、相持、静止、凝聚、吸引等现象，机体感受病邪，病邪和机体之间产生的反应未表现出明显的阴阳属性，而不同质的证候依一定的条件，共存于机体之中，在某部上则表现出部病反应的统一性，如同水、土两种不同质的混合形成泥，泥中有水有土，但却不属水性，也不属土性，而是呈现泥性。临证多年，根据三部证候的统一性，列出部病，每部的部病代表着每部病症反应的部性，依据对立统一原则，构成三部的治法，在《伤寒论》中多无明确的部病原文，我们根据实际情况，在三部中列出三个部病，以标明三部的对立性与统一性，有益临床辨证施治。

三、三部的施治

(一) 表部部病

主证：项背强几几，恶风，有汗或无汗，骨节疼痛。

治则：温经解表。

主方：葛根汤：葛根 12 克，桂枝 6 克，麻黄 9 克，芍药 6 克，甘草 6 克，生姜 9 克，大枣 4 枚。

主药：葛根、桂枝。

煎服法：上七味，加水 1000 毫升，先煮麻黄、葛根，减 200 毫升，去白沫，纳诸药，煮取 300 毫升，去滓，温服 100 毫升，日 3 服，覆取微似汗，余如桂枝汤法，将息及禁忌。

按语：表部部病的主证，根据《伤寒论》14 条：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”31 条：“太阳病，项背强几几，无汗，恶风，葛根汤主之。”35 条：“太阳病，头痛、发热、身痛、腰痛、骨节疼痛、恶风、无汗而喘者，麻黄汤主之。”择出，从条文可以看出，葛根汤是表部合并病的代表证候。从证候上看，项背强几几是头项强痛的类证，有程度之别，无病性之异，

是太阳热证的表现，病邪侵及肌表，阻滞津液不得输布，经脉失去濡养，则现此证，几几，如缺羽翼之鸟，伸颈欲飞不能，项背强几几形容项背拘急，俯仰不能自如之状，无汗乃太阳实证之表现，有汗为厥阴表虚之见证，葛根汤证二者皆见，虚实并存可知也，恶风乃恶寒互文，风寒皆通恶，乃厥阴虚寒之标也，寒热所并而现身痛、腰痛、骨节疼痛，表为寒邪外束所致也，从三条之中分别叙出葛根汤所治的诸证，表部寒热虚寒俱在，故将项背强几几、恶风、有汗或无汗、骨节疼痛择出列为主证，以资辨证。

葛根汤中，桂枝汤、麻黄汤的汤性俱在，葛根、麻黄以治太阳，桂枝汤以治厥阴，显然是表部的部病方，不然，太阳为表部阳性病，其性为热，如以桂枝汤之温热治太阳之热，岂不火上浇油？反之以葛根辛凉治厥阴之寒更是雪上加霜，所以说葛根汤是表部的合治之方，在表部难以辨清太阳，厥阴病时，就用葛根汤以治，如有时类风湿性关节炎，即表现出头项强痛，发热，畏寒，手足冷，关节痛，是阳病还是阴病，难定病性，选用葛根汤治疗，就能收到较好的效果，这就是采取统一性治疗的例证。

葛根汤为桂枝汤加葛根、麻黄，具有解肌发汗，温通血脉，舒筋生津的功效，葛根能滋阴气，增津液、解肌散邪、发汗而不伤津，以治项背强痛，解表部之热，麻黄发汗解表，宣肺平喘以治表邪之实，桂枝甘草辛甘以化阳，温表化气以治表部之寒，芍药甘草酸甘化阴，敛阴止汗以治表部之虚，七药为用，阴阳得调，寒热虚实可治，正气可安，方中以葛根桂枝突出其治疗重点，故为主药以作主导。

（二）里部部病

主证：胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利。

治则：健脾和中。

主方：生姜泻心汤：生姜 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克，

黄芩 15 克，黄连 10 克，半夏 5 克，人参 10 克，大枣 10 枚。

主药：生姜、黄连。

煎服法：上八味，以水 1000 毫升，煮取 600 毫升，去滓，再煎取 300 毫升，温服 100 毫升，日 3 服。

按语：里部部病的主证根据《伤寒论》175 条：“伤寒汗出解之后，胃中不和，心下痞硬，干噫食臭”，似阳明病。“胁下有水气，腹中雷鸣，下利”似太阴病，但又似是而非，寒热虚实均不分明，难分阳明太阴，故为里部部病，里部的生姜泻心汤证实为一个寒热虚实错综的病症，阳明之热积于胃，留而不去，胃气上逆则现于干噫食臭此为实热作祟。胃中瘀热不除，而使脾不运化，脾气不升，水饮不得四布而停于胁下，而见胁下有水气，水阻气道，气机不畅则腹中雷鸣；水湿下泄而见下利，皆太阴虚寒之候也，寒热分居，虚实相隔，使里部消化功能出现紊乱，必须健脾以和中，使脾气得健，水饮得行，气机畅达，脾气上升而水消利止，胃气得降则食积可去，积聚之食去，胃气下降则心下痞硬方解，干噫食臭得消，所选之方，非寒热并用，清补并举不得治愈。

方用生姜泻心汤作主方，生姜半夏以温胃散寒、燥湿降逆，使胃气得降，积聚之食可消，黄连、黄芩苦寒以治胃脘之势，使瘀积之热得泄，人参、大枣健脾补气，使脾气上升，下利可止，水气得输，以治太阳之虚，干姜、甘草温运胃阳，和调于中，使太阴之寒得温，八药并举，四面为用，寒热虚实混杂之证，尽得消、清、温、补，温清并用，消补相济，健脾和中之功。

（三）半表半里部部病

主证：胸胁苦满，寒热往来，心烦喜呕，心下小便不利。

治则：和解阴阳。

主方：小柴胡汤：柴胡 24 克，黄芩 10 克，人参 10 克，半夏 15 克，生姜 10 克，甘草 10 克，大枣 12 枚。

主药：黄芩、人参、柴胡。

煎服法：上七味，以水 1200 毫升，煮取 600 毫升，去滓，再煎取 300 毫升，温服 100 毫升，日三服。

按语：半表半里部的主证根据《伤寒论》原文 96 条：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”而择出，书中所列柴胡汤证条文七条，以条文看，叙述证候繁多，从胸胁苦满，心烦喜呕，寒热往来，心下悸，小便不利等众多的证候看，半表半里部的阳性证候和阴性证候并见，虽证候繁杂，然各证并没有明显的表现出少阳病、少阴病各自的特性，心烦喜呕状似少阳之热，胸胁苦满状似少阳之实，心下悸似属少阴之虚，不渴、小便不利似少阴之寒，故选用小柴胡汤同时作半表半里部病方，方中黄芩、柴胡以调理少阳之实热，人参甘草、大枣以温补少阴之虚寒，生姜、半夏降逆止呕，和调于脾胃，寒热共用，温补并施，以协同治疗半表半里之部证。

人体中，表在外和空气接触，实为表中之表，里证在内和饮食相接触，为里中之表，半表半里部居表里二部之间，实系纯里，以气血的循行，沟通表里，濡养内外，贯通上下，半表半里的变化外对表，内对里都有影响，故半表半里部实为整体的中心部分，可以决定全身的变化，整体的协调实际上主要是半表半里部的协调，胸为至阳，接纳外来天阳之气，腹为至阴，收纳水谷之气，天阳之气与水谷之气并充气血，以维持人体的生存，胸为少阳病所，背为少阴之地，二者的变化，是整体变化的主要因素，能影响到全身各个部位，选用小柴胡汤不仅和调半表半里部，治中央以令四旁，更主要的是方中柴胡、黄芩以清疏少阳之实热，实有清泄三阳实热之功，人参、甘草、大枣、生姜、半夏温补少阴，更有温补三阴虚寒之效。

所以《伤寒论》148条：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷、心下满、口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也，脉沉亦在里也，汗出为阳微，假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里，此为半在表，半在里也……”从条文的症状上看，涉及到三部，头汗出是少阳证，微恶寒，是太阳证；心下满是太阴证，手足冷是厥阴证，大便硬是阳明证，脉细是少阴证，六病的证候俱有，可见半表半里部影响及整体，故条文中说：“必有表，复有里，此为半在表半在里也。”在一身众证俱在时，仲景告诉我们，采用协调疗法，抓住少阳与太阴以重点治疗，就能达到协调阴阳，和解整体的目的，以小柴胡汤为用，宣通上下，疗治内外，不愧为协调之第一良方。

第四节 六病

一、六病产生的机理

三部是整体的三个子系统，按每部病的不同属性，分表部的太阳病、厥阴病；里部的阳明病、太阴病；半表半里部的少阳病、少阴病。为了明确三部六病的辨证论治起见，本章内容分六病的产生机理、六病的建立两部分一一叙述。

论及六病，首先要明白，六病的机理是什么，是如何产生的。人体受病，致病的因素很多，医者亦感到很复杂，必须对这些致病的内外因素作归纳，斯普伦斯基根据他的学说，将致病因素概括为四个方面：1. 机械性的；2. 理化性的；3. 生物性的；4. 第二信号，通过这样的归纳，疾病无论千变万化，病因的来源逃不出这四个范畴，四类致病因素对机体产生刺激，作用于神经系统，引起机体不同组织细胞发生一系列的反应，组织细胞对四种病因发生程度不同的生理效应作为机体的内在刺激，又反作用于神经系统，在体内形成周

而复始的恶性循环。

导致机体各种各样的病变的因素，一般不超过机械因素、理化因素、生物因素和第二信号四个范畴。各种致病因素进入体内而刺激机体，出现不同的病理变化，呈现出各种各样的证候群。同一刺激为什么会出现许许多多的证候呢？这其中的变化过程、反应规律是需要认真考虑的。吴又可的一段论述加深了我们的认识，他说，同一致病因素要产生无数的现象，因为既然要产生无数的现象，你就必须按着这无数的现象来论治，叫“同病异治”，病邪到达人体，如同喝酒，喝醉有气高身热、面目俱赤者；有醉后面白而反寡言者；有应萎靡而胆壮者；应发热而战寒；有醉后妄言妄为，醒后全然不知者；有沉醉而神不乱者；有易醉易醒者；有难醉难醒者；有哈欠喷嚏者；有头晕头痛者；有狂言乱语不识人者；有流泪哭泣者；凡此种种，因气血虚实不同，脏腑禀赋各异，故出现各种变化。吴氏以醉酒为例，论述了一种致病因素作用于机体而出现的各种反应，举例确实，论说精当，提示了在辨证论治中“同病异治、异病同治”的原因，加深了对病邪与机体之间相互作用，相互变化机理的认识。

吴又可著《瘟疫论》一书，通过大量客观事实观察，论证了传染病的致病因素，提出空气中有另外的东西使人感受瘟疫，称之为“戾气”，某些戾气具有侵犯某些脏腑器官组织引起疾患的特性，感染戾气不同，病各有异。虽然当时不可能认识致病的戾气是细菌、原虫或病毒，但事实上把许多致病微生物方面的若干发生规律及微生物的某些特性作了揭示，这使我们认识到，同一致病因子可以出现若干不同的证，同一证又可源于许多致病因素，这就是同病异治，异病同治的理论基础，病邪与组织之间的变化机理，取决于机体正气的盛衰，以及机体对病邪的反应敏感程度。在临证辨证论治时，只有知常知变，才能把握病因与病症的认识和治疗，不致泥于常法，耽误病情，我们的六病分类论治就是根据机体各部不同的反应而区

别病性的。

同一致病因素，作用于机体三部，可以产生六病，广而论之，无论多少致病因素致病，都是产生六病，也只能产生六病。大家知道各种致病因素作用于机体，形成刺激，其反应只有两种，即阳性反应和阴性反应，别无其他。故善诊者，察色按脉，先别阴阳。治学要讲方法论，学术忌繁琐，要善于抓住要点，知其要者一言而终，不知其要，流散无穷。中医学是哲学的概念，哲学具有高度的概括性，阴阳二性就是高度概括的主导，张景岳说：“凡诊病施治，必须先审阴阳，乃为医道之纲领，阴阳无谬，治焉有差，医道虽繁，然阴阳一言以蔽之，阴阳者，一分为二也。”阴阳二性的产生机理是什么？巴甫洛夫的老师维金斯基说：“同一组织所施加同一刺激，一方面由于强度不同，频率不同，另一方面由于效应器灵活性不同，有时呈兴奋作用，有时呈抑制作用。”从两个方面叙出了阴阳二性产生的机理。致病因素的强度和频率是机体产生阴阳二性反应的外在条件，机体的灵活性则是产生阴阳二性反应的内在因素。无论是机械的、理化的、生物的，还是第二信号的致病因子作用于机体，只要刺激的强度和频率不超过机体的灵活性，就会出现兴奋性证候，呈现阳性反应；反之，刺激的强度、频率超过机体的灵活性，表现一系列抑制性证候，则呈现阴性反应。刺激有强弱，频率有快慢，有机体三部，只要不压制机体的正常反应，则表现为三阳证，超过其正常反应则出现三阴证，这就是病邪与机体之间的变化规律。

三阳证和三阴证的反应都有其物质基础，阳性反应可使血管扩张，机能兴奋，体温升高；阴性反应则使血管收缩，机能抑制，体温降低，二者的表现形式相反。我们讲阴阳，不是空洞无物，是用实际的物质基础形成高度的抽象，阴阳二性的表现就是从抽象中得来，是实实在在的。维金斯基认为的阴阳的不同反应是以刺激是否超出机体的灵活性，张公让在中医界曾介绍过。谈到双相反应，其

第一相、第二相的反应在血液中就可以测出。第一相反应表现血压升高，白细胞数目增加，骨髓细胞增生活跃，细胞核左移，酸度升高，新陈代谢旺盛，血糖升高，血红蛋白反应亢进，血中胆汁量减少；第二相的反应则与此相反。机体以气血周流来反应各种病理变化，所以通过观察血液的变化，可以明显地看到阴性、阳性不同质的变化，亦可作为探讨阴阳的依据。说明阴阳二性是客观现实的反映。

机体所分三部，组成表部、里部、半表半里部三个子系统，每个系统都具有它的特殊性和独立性，在每个系统与致病因素的相互反应中都有阴阳二性，表现出两组性质不同的证候群，尽管证候多变，但终不超出阴阳二性这个范畴，这样三个系统必然出现六个不同的证候群，按照《伤寒论》的原义，分别命名，在表部分别称为太阳病、厥阴病；里部分别称为阳明病、太阴病；半表半里部分别称为少阳病及少阴病。无论同病异治还是异病同治，都是以三部六病为根据，任何疾病病位不超越三部，病性不越六病。所以说，三部六病是对疾病的高度概括，是八纲辨证的具体体现，知道了六病产生的机理，就认识掌握了三部辨证的根本。

二、六病的建立

张仲景在《内经》理论的指导下，集实践之经验，创造性地提出了辨证论治的体系，根据疾病的征象、深浅、性质等把人体划分为表、里、半表半里三个部位，根据阴阳属性的原则，把疾病归纳为两种类型的六组证候群，概括于《伤寒论》之中。

机体三部的划分是按着人体的深浅位置和独特的功能而划分的。

表部，概括地讲就是与空气相接触的部位，根据《内经》“肺与皮毛相表里”的理论，把体表和肺列为表部的范畴，表部是人体

卫外防线，是御邪之藩篱，经常与外界病邪直接接触，具有抗病于外的功能，因此机体表部功能的强弱，对于健康有极其重要的作用。

里部指机体的内层，是由平滑机组成的消化系统，主要和饮食接触，间接地和外界相通，担负着食物的消化、营养的吸收、糟粕的排泄等任务，保证机体生存的物质来源，具有以通为顺、以塞为逆、以滑为病的特点，里部的机能状态对人体各种生理活动有着密切的关系，有“后天之本”之称。

半表半里部介于表里之间，实为纯里，和气血直接接触，以心脏为主导，通过心血管系统将气血周流全身，半表半里部接受表部天阳之气，吸收里部水谷精微，构成气血的基本来源，气血营养各个组织器官以维持其生理功能，同理，外来之邪通过表部和里部，都可进入半表半里部，通过气血的周流波及整体。半表半里部的病邪亦可通过肌表，利用汗法驱邪外出，通过里部利用下法和吐法使邪排出，它是一个枢纽机关，在人体中占有极其重要的位置。

机体感受病邪，病症的性质取决于邪正双方力量的对比，正邪相争，在各部定位后，正胜于邪，则出现发热的、亢奋的、进行性的反映，这种反映统属阳性病。邪盛正衰，则呈现虚寒的、抑制的、衰退性的反映，这种反映统属于阴性病，由于发生的部位不同，临床上则出现六种不同类型的证候群，按其部位与病性的不同，表部出现太阳病、厥阴病，里部出现阳明病、太阴病，半表半里部出现少阳病、少阴病，统称为“六病”。

根据临床实践，六病辨证的原则，一是采取三突出的原则，即突出核心证，突出纲领证，突出一般证。临证看病，证候纷繁，首先要注意采集证候，治病要重证据，无证而不信，将与各病有关的证候做一划分归类，称之为突出一般证候。二是在一般证的基础上选出几个典型证候，具有独特的代表意义或代表某一方面，作为本病的主导证，称之为纲领证。在突出纲领证的前提下，从纲领证中选

出具有统帅意义的证候，具有病位与病性的概括性，一见此证，就可确认此病，称之为核心证。在重视证的基础上，突出纲领证，核心证，具有纲举目张之效，辨证分明，治而不乱，便于认识，便于掌握，便于应用，对于每一病，核心证是主导病症，是一病的重点，无此证则诊断不能成立，纲领证是伴随核心证而存在的，是病的重要代表证，在临床辨证时，见核心证就可确认于病，如果纲领证俱在，则诊断就更为全面。

临床辨证的另一原则，就是对立统一的原则，三部是整体的三个子系统，各有独特的结构与功能，在辨证论治过程中，既要想到它的对立性，又要想到它的统一性，在每部既有其对立的证候，又有统一的证候，此两种情况往往交替出现，由对立向统一过渡，由统一向对立发展，这样在每部的阴阳两病之间，有一个过渡性的融合阶段，两个对立病的证候，似是而非，出现统一性（同一性）的病理变化，我们称之为部病，每部都有一个部病存在，所以在施治过程中，每部的阳性病，病性实热，治予清泄；阴性病，病性虚寒，治予温补，这是阵线分明，对抗性的治疗，部病则采取协同治疗，只要一调整，每部的各种部证都能得到全面的治疗，这就是施治中的“三部六病九治法”，从病的两个方面去辨证施治，这是一个具有哲理的认识。

在施治过程中，采取“多方重选主方，多药重用主药”的原则，一病当前，根据病情可以列举许多方剂，要选用最佳方剂为主方，组方时针对病性的众多治疗药物，要选出有代表性的药物以重用，以便突出治疗的重点。方药的筛选原则根据“疗效高，治疗全面，使用稳妥”三个方面配方选药。首先要求方剂与药物要疗效高，当然这需要经过多年临床实践才能得知；再是治疗全面，每个主要方药的选出最起码对病位、病性、病势都要有一个全面的治疗才能胜任，治疗不全则无代表性；三是治疗稳妥，无副作用。无论用量

大，还是疗程长，久服多服均无不良反应。以上三点是选主方、主药所慎记的，因为每个病是一组证候群，有其代表性，选方用药必须突出重点，在治疗上才有代表意义，我们根据这些辨证论治的要点，对三部六病的证、方、药做了系统的归结，构成一个辩证的体系，其中有些内容有待完善、修改、补充，但基本理论和内容已经具备，下面将各部分别叙出。

三、六病的证治

(一) 太阳病

主证：头项强痛，发热恶寒，无汗，脉浮，或咳喘。

治则：发汗解表。

主方：葛根麻黄汤：葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 15 克，甘草 10 克。

主药：葛根；副主药：麻黄。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煎取 150 毫升，温顿服，取微似有汗为佳。小儿酌减。忌辛、温之品。

诊断部位：头部

按语：太阳病的主证根据《伤寒论》第 1 条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”第 7 条：“病有发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也……。”第 31 条：“太阳病，项背强几几，无汗，恶风，葛根汤主之”而择出，我们知道，太阳病是表部的阳性病，其病的本质有实有热。历代医家注解《伤寒论》多以第 1 条作为太阳病的提纲，但从太阳病的病性来看，本条提纲概述不全，应当予以补充为妥，阳病必发热，由于病位的不同，热型亦各有异，第 7 条作了提纲条文的补充“病有发热恶寒，发于阳也，无热恶寒，发于阴也。”表部太阳病的病性特点之一应是发热恶寒，单纯讲恶寒，不能说明是太阳病，发热恶寒是太阳病特有的发热类型，再是第 1 条中缺乏

太阳实证的表现，太阳病在表，自汗为表虚，无汗为表实，故选用 31 条的“无汗”一证列入，其项背强几几是头项强痛在程度上增重的表现，证同而量别，另外在表部，肺与皮毛相表里，肺接触空气的面积比体表大 20~30 倍，同属一个系统，根据“温邪上受，首先犯肺”的论点，将肺部的主要证候“咳喘”列入主证当中更为妥当，从临床看，患太阳病者并非人人皆见咳喘，故而在咳喘之前加“或”字以示说明。

在临床实践中，以头项强痛为太阳病的必见证候。头为诸阳之会，各种阳邪多向上波及头部，以致太阳表部阳邪侵及肌表，首先表现在头面，故有“太阳诊头”之说。从病的好发部位和病症的表现特点，将头项强痛列为太阳病的核心证，作为本病的代表性证候，以利临床诊断，但见头项强痛一证，即可以太阳论治，脉浮提示病发于表，发热恶寒，这样把脉浮、发热、恶寒、无汗或咳喘列为纲领证。

病邪从体内驱除有三条途径，一是发汗；二是利小便；三是通大便。太阳病，病邪在表，正邪相争，实热并见，欲攻之法，必须发汗以解表，通过发汗将病邪排出体外，热随汗解，实随汗泄，实热双清，病症自愈。故太阳治则发汗解表，误用他法，则使病邪内陷，反为误治，切记勿误。

太阳病的主方用葛根麻黄汤，是在实践中逐步确定的。过去，一般认为桂枝汤和麻黄汤是太阳病的治疗方剂，从实际临床应用的结果看是不适宜的，为什么呢？因为太阳病是表部的阳性病，病性属热，病势属实，热病的治则应该是“热则寒之”、“实则泻之”，宜发汗解表以驱表部实热，而不应该用热性方剂，麻黄汤、桂枝汤均属辛温之剂，不宜治热性病，王叔和曾说：“桂枝阳盛，下咽则毙。”桂枝汤实乃厥阴表虚之治方，而非太阳病所能用，热证以热治，乃“火上浇油，抱薪救焚”。反使其热益盛，病更加剧。《伤寒论》第 12 条：

“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者热自发，阴弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”本条是表虚寒证，其热非太阳之热，乃阳虚之热，桂枝汤中桂枝、甘草辛甘以化阳，芍药、甘草酸甘以化阴，阴阳共调，表虚治而诸证皆消，桂枝汤乃温经散寒之剂，用于发汗解表，显然相差悬殊，不宜为用，再者，第35条：“太阳病，头痛发热，身痛腰痛，骨节疼痛，恶风、无汗而喘者，麻黄汤主之。”其条文是治表实与表寒的合证方，其身痛腰痛、骨节疼痛、恶风为表寒的表现，用桂枝甘草汤温经散寒而止痛，乃是以热胜寒之治，岂能以热治热。方中麻黄、甘草可治表实，在太阳病中可取，但治疗不全面，不足以担任主方，我们通过实践，根据原文31条“太阳病，项背强几几，无汗，恶风者，葛根汤主之。”作提示，曾用葛根汤作主方，认为项背强几几与头项强痛都是项部肌肉紧张挛拘的表现，本质上没有区别，只是在程度上有轻重之分，依31条之意选定葛根汤中葛根作主药，麻黄作副主药，开始应用，但是终因其葛根汤是以桂枝汤为基础方，疗效仍不理想，根据“热则寒之”的原则，将其内桂枝汤更为麻杏石甘汤，1973年用于临床，结果一试成功，大大扩大了治疗面，提高了疗效，故取名葛根麻黄汤作方，并和原方以示区别。

葛根麻黄汤中，以葛根作主药，以麻黄作副主药是有条件的，主药的选择不是任意抽签，是根据疗效高、治疗全面、使用稳妥三原则确立的，太阳病代表着表邪的实热，需以辛凉药解表，辛以发散，凉以治热，治疗是针锋相对，辛凉药类很多，依三原则筛选，葛根比较理想，因葛根性凉，又有发汗作用，可以解表，解表药都有发汗作用，治太阳病可收到一定的效果，但是由于一些药发汗力大，易致大量出汗而耗损津液，一些药发汗力小，又不能达到发汗驱邪的目的，葛根这味药则不然，它既可发汗解表，又清热生津，久服无副作用（有以葛粉代藕粉食者），根据这一特点，故选用葛

根作太阳病主药。但葛根亦有其不足，发汗之力不及麻黄，对于无汗之实证，则嫌其力逊，选用麻黄作副主药以治太阳之实，取其发汗，驱邪外出，二药伍用，共同完成治疗太阳病的实热之证。

方中五药，葛根辛凉以散太阳之热，麻黄辛温以驱太阳之实，麻杏石甘四药合用，宣通肺气以清泄肺中之热，肺与皮毛相表里，葛根麻黄汤五药并用，体表与肺内之热可俱解，有病可治，无病可防，共同担负着表部太阳病的防治，10余年来应用千余例，无一不见其功。曾有一患者，头顶强痛9年不愈，多方求医，治疗无效，来自门诊，诉说其苦不休。头顶强痛乃太阳病之核心证，证不移而方不变，遂处以葛根汤，四剂而愈。由此说明，在治疗中掌握主要矛盾，只要头顶强痛证俱，即可用主方治之，应用葛根麻黄汤治疗外感高热不退者，亦经常收到奇功。实践说明，葛根麻黄汤是目前防治太阳病的代表性方剂。

（二）厥阴病

主证：手足逆冷、脉细、恶寒、肢节痹痛。

治则：温通血脉。

主方：当归桂枝汤：当归 15 克，桂枝 10 克，赤芍 10 克，细辛 10 克，木通 10 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

主药：当归；副主药：桂枝。

煎服法：上七味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，去滓，温服 100 毫升，日三服，忌食肉类，戒房事。

诊断部位：手足

按语：本病主证，根据《伤寒论》原文 351 条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。” 337 条：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥，厥者，手足逆冷者是也。” 择出。一般认为：《伤寒论》原文 326 条，是厥阴病的提纲条文。从文义上看，显然有误。326 条说：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐

蛔，下之利不止。”从本条文所述诸证来论，均属里部病候，里部所表现的证候只有阴阳之分，阴证有太阴，阳证有阳明，而不能出现一阳二阴，在里部实热则阳明，虚寒则太阴，同一里部不会出现太阴与厥阴。通过辨证可以看出，326条所列诸证都是太阴病的证候，运用一分为二的辨证方法就会看清楚，里部吸收功能亢奋，则出现胃家实，发潮热，大便硬，为阳明病的表现；吸收功能低下，则病在太阴，有腹满，或吐或利，时腹自痛等证候，所以说，就是将《伤寒论》统篇背诵，亦不能辨别分清326条就是厥阴病的提纲，道理就在于此。近代医学家陆渊雷在《伤寒论评释》中说：“假定本篇首条，为仲景原文，为厥阴提纲，则厥阴无厥证，下文厥热诸条，虽若连类相及，实是照文生义耳，因病名厥阴，遂连类论厥，因证有心中疼热，食则吐蛔，下之利不止，遂连类论热吐利，复因吐而论蛔，此等凑合，不知是仲景原文，疑后人所补缀。《玉函》从不称厥阴病诸条，别为一篇。并说：“且篇中明称厥阴病者四条，除首条提纲有证候外，余三条，文略而理不莹，无可研稟。蛔厥则是消化器之寄生虫病，脏厥是少阴病之剧者，二者迥殊，而经旨似皆以为厥阴，吾提少阴、太阴之外，更无厥阴也。”从上看出，陆氏根据书中原文辨析，不承认厥阴病存在，对厥阴病的提纲提出的辨驳，具有一定的道理，但是人体三部，按照对立统一的法则，不要厥阴，只有三阳二阴是不符合客观现实的，如果把厥阴划归里部。在里部具有阳明、太阴、厥阴三病，半表半里具有少阳、少阴二病，表部仅有太阳一病，这样划分，同样不符合阴阳对立统一的规律，需要全面看待厥阴篇原文，以研究解决。326条不能作为厥阴病的提纲条文，那么还有没有呢？我们说，厥阴病是客观存在的，条文的论述也是有的，请看《伤寒论》原文337条：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥，厥者，手足逆冷是也。”和351条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。”此条文论述了厥阴不相顺接，阴

阳气者，末梢动静脉也，动为阳，静为阴，末梢微循环障碍，以致手足逆冷，这是其病理过程，但是厥证中有热厥、寒厥、痰厥、蛔厥之分，必须予以区别。351条之厥显系阴证，它不同于太阴，少阴之阳微之厥，也不同于少阳的阳盛格阴之厥，它是因表部虚寒，血行不畅，气血不能荣于四末所致，病变主要位于表部，是真正的厥阴之厥，厥阴病应是表部的阴性病，其伴随手足逆冷而来的恶寒、脉细、肢节痹痛等证候表现，与其他厥有本质的区别，其表现形式亦别具一格，表部虚寒，其平素表现多恶寒而无热，表部气血周流不畅而脉细欲绝，气血循行不畅则现瘀闭，瘀塞不通则痛，闭而不通则痹，故肢节多见痹痛，这是厥阴病的常见证候，也是区别于其他厥证的标志。这样把厥阴病列为表部的阴性病，使三部各有阴阳相对，符合对立统一法则，从实践和原文记载的角度看，厥阴证病现于表，有其病理反应，有其证候相随，是一个病位、病性、病势俱在的证候群，既不是没有，也不属里部，而是表部阴性病的现实存在，无可非议。临床常见的脉管炎、雷诺症，就属于厥阴病的范畴，据理处以当归四逆汤，收到了可观的疗效，就是有力的证据。

足为至阴，距离心最远，循环阻力大，表部虚寒时，手足逆冷首先出现。大家知道机体任何部位，血多则热，血少则寒，寒证过腕踝为厥，超肘膝为逆，厥证肢未寒，故将手足逆冷列为厥阴病的核心证，故有“厥阴诊四未”之说。手足逆冷一证标志着厥阴病的病位和病理，恶寒是阴证的属性，脉细欲绝是厥阴的本质反应，肢节痹痛是厥阴的虚寒证候，三者有别于其他厥证，故列为厥阴病的纲领证。

阴阳二性的划分，必须在同一部位才能具体地辨出，头为诸阳之会，足为至阴之所，表部的辨证先从这两上部位辨，上为阳，下为阴，就比较清楚，太阳发热，厥阴恶寒。学习《伤寒论》要学以致用，用就要准确地应用，不能有误差，推陈以出新，提纲以挈领，

辨证时心中自明。

厥阴病的基本病理是阴阳气不相顺接，造成四肢末梢和肌肤的气血循行障碍，体表得不到气血的濡养，而出现表部的虚寒征象，治疗之法必须温通血脉，表部血脉得以温通，气血周流通畅，肌肤得以气血温养，关节通利，则脉自现，寒自消，肢节痹痛自解。

治疗主方根据原文 351 条的当归四逆汤，通过实践而确定，当归四逆汤是以桂枝汤作基础，去生姜加当归、细辛、通草而组成。桂枝汤是协调阴阳，治疗表虚的方剂，桂枝汤中桂枝、甘草相合辛甘以化阳补气，芍药、甘草相合酸甘以化阴补血，当归活血补血，细辛作为沟通上下联络表里的枢药，通草以通经活络，七药共用，使脉络得通，气血得充，表部虚寒去而厥阴诸证尽消。

当归是补血活血药，它既能流通血脉，温煦四肢，又具有补血之功，桂枝性温，协助当归温通血脉，使气血通畅，故二药为厥阴病的主药、副主药。阴病虚寒，治以温补，部位不同，治各有异，厥阴病的治疗中选用当归之补，桂枝之温，共建治疗表部虚寒之功，方中为突出主药的作用，故而将当归四逆汤更名为当归桂枝汤。

驻军某部有一男性患者，薛某，40岁，自1974年始感食欲不振，时有胃脘不适，后渐周身畏寒，四肢尤甚，当时投医治胃，月余无效，遂四肢自感酸痛，凉如冰，上由腕至肘，下由踝至膝，肢冷日趋加重，直至睡眠不能脱衣，甚而身着绒衣，合被而卧，并用绳索捆住足端被头，如此仍然四肢冷极不得眠，患者多处求医均未确诊，治亦不验，1977年4月观其脉证，诊为厥阴病，投以此汤，服四剂手足渐温，可入睡，再四剂，四肢转温如常，随访数月，未再发作。类似此证，治验多例，不一一详述。

手足逆冷一证是厥阴病的核心证，又是一切厥证之共同证，而非属厥阴病的特异证，正如陈平伯在对 337 条厥阴病提纲分析时指出的那样：“看用‘凡’字冠首，即知不独言三阴之厥，并赅寒热

之厥在内矣。”由于引起手足逆冷的原因很多，这就给辨证增加了困难，对于这些有着本质区别的证候，除发病的本部呈现一定证候之外，在其他部也表现反常证候的病症叫“越部证”，其他部位寒热虚实的变化，反应在表部的手足逆冷，都属越部证的范畴，因此，在论述厥阴病的同时，应把其他病症引起的厥证加以鉴别，以利辨证论治。

热厥：由于邪热炽盛，遏伏于内，阳不外达，肌肤不得阳气温煦而致手足逆冷，其冷是假象，热是本质，实为少阳病的热极似阴。《伤寒论》中 350 条：“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。” 219 条：“三阳合病，腹满身重，难于转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿，发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷，若自汗出者，白虎汤主之。”上述两条叙出白虎汤证的证候，实乃阳病实热之象，热极转阴，使阳气被遏，而不能外达，误治使病情发生逆转，导致表部阴阳气不相顺接，四肢出现逆冷，手足逆冷虽然证同厥阴，但脉滑、自汗出、谵语、口渴诸证和厥阴病相鉴别，此乃热厥也，方用白虎汤，取其威摄肃杀之势，直清阳热，使其热清而厥愈，诸证自愈。方中石膏辛寒，辛能解肌热，寒能胜胃火，寒能沉内，辛能走外，此药两擅内外之能，故为主，知母苦润，苦以泻火，润以滋燥，甘草、粳米调和于胃，且能泻火，寒剂得之保其寒，苦剂行之护其苦，虽大寒大苦之品，无伤损脾胃之虑，四药相合，大渴大热可除。

蛔厥，是蛔虫寄生人体，加之素体寒湿较重，致使胃肠道寒热失调，从现代医学角度看，蛔虫寄生肠道，扰乱了消化系统的正常功能，致使消化系统功能紊乱，引起支配消化系统的迷走神经亢奋，出现平滑肌的痉挛现象，胃肠平滑肌痉挛而出现腹痛、血管平滑肌痉挛收缩则出现脉微而厥、肢冷，加之素体湿重，寒湿黏滞积于肠中，更有益于蛔虫繁殖，二者相互为患，致脾胃被困，脾气不升，阳气不能温煦，水谷精微不能濡养四末，进而出现手足厥冷，此常见证也，

但蛔厥者，其人常吐蛔，今病者静，复时烦，得食而呕等证可与厥阴病相鉴别。《伤寒论》原文 338 条：“伤寒，脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此为脏厥，非蛔厥也。蛔厥者，其人当吐蛔，今病者静而复时烦者，此为脏寒，蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕又烦者，蛔闻食嗅出，其人常吐蛔，蛔厥者，乌梅丸主之，又主久利。”叙述蛔厥证的病状和脏厥的联系，并列乌梅丸以治蛔厥。

乌梅丸证是一个寒热错杂之证，使用乌梅丸后，蛔安则厥愈，乌梅丸乃寒热并用、攻补兼施之剂，能益胃安蛔，健脾除湿，兼治久利，古有“蛔得甘则动，闻酸则静，见辛则伏，遇苦则降”，依此之说，方中以乌梅之酸，蜀椒、细辛之辛，黄连、黄柏之苦，安蛔杀虫，附子、干姜、桂枝以温中散寒，党参、当归健脾补气，共凑温中散寒、燥湿健脾、杀虫平厥之功，故用乌梅丸之方兼治慢性腹泻久利不止，胃肠道湿热之故也，湿能生虫，湿去则虫灭，二证皆出一理矣。

痰厥：痰厥乃痰饮为病，郁结胃中，使气机不得畅通，血不得以运行，气血不能温于肌肤而见于手足厥冷，《伤寒论》原文 166 条：“病如桂枝汤，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”第 354 条：“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，以不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散。”文中“胸中有寒”之“寒”，应作“痰”字解，汉以前书中无痰字，以寒读痰，并以剑突下是谓“心下”，两肺之间是谓“胸中”实际上其部位皆在胃，如若不然，胸中之邪岂有能吐出之理，故本证手足厥冷，是痰饮积于胃中所致，病属阳明，痰除则厥自愈。瓜蒂散证的痰厥，多见脉紧，邪结胸中，心下满而烦，饥不能食等证候，是与厥阴病相鉴别的要点。

瓜蒂散中，瓜蒂味苦性涌吐，为主药，赤小豆泄湿为佐，配以

淡豆豉宽解胸中气滞，共成涌吐痰涎宿食的方剂。曹颖甫曾说：“用瓜蒂散之苦泄，以涌其寒痰，香豉以散寒，赤小豆以泄湿，一吐而冲逆止矣。”并说：“惟亡血家及体虚之人则为禁例，盖恐亡血家一吐之后，引为咯血，旧病复发。虚羸者不胜震荡，正气将益不支也。”仲景运用瓜蒂散涌吐之剂，意在将胃中痰饮以吐除之，在上者因而越之，此方凑功之捷胜于汗下之法，但用之却应慎重，吐法用之，以脉象滑者最适宜，迟脉亦可用，但最忌数脉，失血、吐血证，此不可疏忽，以防不测。

实厥：多由于阳明热实而出现手足逆冷症状者，阳明实热，热灼伤津，使实热邪结于里，遏阻阳气不得伸，阳气不得四布，故出现四肢逆冷之厥证。《伤寒论》335条：“伤寒一二日至四五日，厥者必发热，前热者，后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。”从条文可以看出是阳明实热发生逆转的证候，故热深厥亦深，热微厥亦微，厥随热变，遇此证不下不足以泻实热，故说厥应下之，与厥阴病之厥有质的区别，此证是先热后厥，热深厥亦深，而无其他寒象。认真观察诊断不难，欲治之法，方选用调胃承气汤，以泻阳明实热，所谓调胃者，有调理承顺胃气之意，是一个引热出里的缓攻方剂，方中大黄苦寒，泻热通便，荡涤胃腑；芒硝咸寒，软坚润燥，以助大黄泻热通便、增液，佐甘草缓急和中，去邪而不伤正，除病而不伐气，调胃承气汤三味为用，实厥之证尽消。

（三）阳明病

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便难。

治则：泻热除实。

主方：大黄芒硝汤：大黄 15 克，芒硝 10 克，枳实 30 克，厚朴 20 克，白芍 30 克。

主药：大黄；副主药：芒硝。

煎服法：上五味，以水 1000 毫升，先煎厚朴、枳实、芍药三药，取 500 毫升，去滓，纳大黄，再煎取 300 毫升，去滓，纳芒硝，更上微火一两沸，分温再服，得下，余勿服，以病愈为期。

诊断部位：胃肠

按语：阳明病主证根据《伤寒论》原文 180 条：“阳明之为病，胃家实是也。” 208 条：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也，手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。” 212 条：“伤寒，若吐若下后不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状，若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。微者，但发谵语者，大承气汤主之。” 215 条：“阳明病谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也，若能食者，但硬耳，宜大承气汤下之。”在《伤寒论》书中所列条文中，阳明病的条文较多，不一一列出，从条文看，阳明内容很符合里部实热的真象，涉猎条文较多，阳明病为里部实热证，里部比较好理解，上自食道，下至肛门，由平滑肌组成，从组织结构上看，可以自成一个系统，适应饮食，担负着食物的腐熟、消化、吸收，整体消化系统以胃为主，故称“胃家”，阳明实热，其首先表现消化系统的热邪壅盛，饮食积滞，故以胃家实为其核心证，以说明病位与病势，热实盛于内，协热外出，而发潮热，津液随热而散故自汗出，有别于表实无汗，津液随热外泄，加之内里热炽盛必大便秘结，这是阳明实热的必然见证和本质性的病理反映，因而将发潮热，汗自出，大便硬列为纲领证，以说明阳明病的病位、病性、病势，便于临床辨证施治。

胃家实作为阳明病的核心证，有两点需要弄明白，首先是张仲景说的胃在什么地方。《伤寒论》215 条：“阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也……。”胃中怎么会有燥屎呢？

燥屎一般都在降结肠，阳明热盛如逐渐加重，则燥屎延及横结肠，到达肚脐部则表现为腹痛，横结肠在解剖位置上和胃相邻近，一前一后，故古人在触及燥屎在横结肠时，触及在胃中，燥屎如结至升结肠时，则腹痛剧烈而痛不欲生，胃家实多在降结肠，“实”指实有其物，一是讲实证；二是讲充实，内有有形之物，中医讲腹诊，是顺着结肠的升、横、降不同部位而触，大肠如有燥屎，从乙状结肠开始沿着降结肠，横结肠顺序而触，大便燥结的部位越高，而疼痛则愈明显。《灵枢·本输篇》说：“小肠大肠皆属胃”，胃家系指肠胃而言，实指实有其物，一系列实热证候，痰、水、血，食积而不去，其中热源物质，从肠黏膜吸收入血，引起刺激性发热，而见日晡所发潮热，内部郁结，热蒸皮肤，腠理开泄，津液外发而自汗出，汗出伤津致使大便郁结，出现大便硬，这些症状均导源于胃家实，是胃家实的必然结果。

再就是阳明病的“自利清水，色纯青”的证候问题，原文 321 条：“少阴病，自利清水，色纯青，心下痛，口干燥者可下之，宜大承气汤。”此证在现在由于医疗条件的改善，难以再见到，在过去传染病流行，患伤寒病后，持续高热，神志朦胧，不欲食，口中黏腻，如原文 212 条所述病状，实热内结，先欲饮水，水饮入胃，流经十二指肠和胆汁混合，此时肠道吸收功能减低，沿干结粪间隙顺流而下，出现热结旁流，便出清水，色纯青，如洗菠菜水样，这种情况多在瘟疫流行，发热 10 余日后出现，虽便出清水，体内燥屎仍不除，故仍须用大承气汤治之。阳明病胃家实的重点在大肠，大便干结日久，摸着清楚如棋子，故而腹胀排气不利。在此须将痞与胀作一区别，单纯胃部充气，气积在胃底贲门处，称痞，指局部积气而致，大肠小肠同时积气遍及全腹，叫胀，指整个腹部而言，阳明病的治疗重点是选用三承气汤，因升结肠内有黏液和粪便贮积，形成热源，吸收入血而表现腹胀、高热。腹部触之柔软者用小承气汤，以发热为

主者用调胃承气汤，腹胀、发热、大便秘结同时存在，则选用大承气汤。大承气汤的功能是小承气汤和调胃承气汤的综合，诊治阳明病时，根据不同的表现，合理应用三承气汤，会收到立竿见影的效果。阳明病是三阳病中的最后一个阶段，热由表入里，实热达到了最高峰，自然界中一切事物都是发展变化的，但发展到最后，都要采取外部突破的形式去解决行将激化的矛盾。实热达到了最高阶段，将对机体起破坏作用，使机体功能发生障碍，形成痰、水、血、食四种有形物质的蓄积，有形物质滞而不去，是一种刺激，反过来又加重了机体功能障碍，造成恶性循环，影响新陈代谢的正常运行，在这种情况下靠机体自身的力量是不容易解决的，必须来采取外部冲突的形式，通过泻法的强烈作用，泻热存阴，使蓄留物质得以排除，正气的运行得以恢复，这是治疗阳明病的大法。

阳明病是内热致实，实则气机不畅，故有热，有食，有气相互掺杂，治疗必须针锋相对，一要凉药清热；二要排出蓄积之物，三要照顾机体的功能恢复，方选大承气汤，通过大黄、芒硝、枳实、厚朴等药的共同作用，达到荡涤肠胃，推陈出新，泻热泻食，急下而存阴的治疗目的，故选用大承气汤为基础方，以建泻热除积，消肿除满，软坚通便之功。有时，肠处痉挛状态故加入白芍，缓解之，而促进泻下，主方名为大黄芒硝汤。

方中大黄性寒，味苦，苦寒可以泻热，具有较强的攻下作用，大黄内含蒽醌和鞣质，既有泻下通便，又有收敛止泻的作用，泻敛同存，攻补同施，具备先泻后敛，先攻后补的特性，可使阳明实热得排得泻，又不致大损正气。此外，大黄苦寒，除排泻阳明实热外，还有较强的抑菌作用，对于因肠道感染而引起的里部实热证，用之更妥，由于大黄性极猛烈，故有将军之称，治阳明者，以其为主，故将大承气汤更名。但大黄泻下之力虽大，然对于阳明病来说，泻下不仅需要肠道收缩之力，而且又需要大量的液体稀释蓄积物，故

此大黄就嫌不足，必须用芒硝以助，芒硝含有硫酸镁、硫酸钠、硫酸钙等成分，不易被肠壁吸收，在肠中形成高渗溶液，使肠道保持大量水分，以软坚排便，助大黄泻热，故为副主药，芍药、枳实、厚朴增强肠胃节律性蠕动，平痉挛、健脾胃，消胀排气，共同组成泻实热之重剂。同院有一患者，外感后 10 余日不愈，持续高热，下午尤甚，自汗出，脉滑，七八日不大便，腹胀满，不欲食，诊为阳明病，处以该汤一剂，服药后 3 小时开始下泻，15 分钟显效，体温由 39.5℃ 下降至 37.7℃，至黎明而愈，此例说明，阳明之热必须用下法才能解决，体内有热源物质刺激，不排不足以降温。

毛泽东说：“科学研究的区分，就是根据对象所具有的特殊的矛盾性。”阳明病为里部实热证，它是由于消化道四种异源同性的有形质障碍，而发热致实的。其实热是本病的共性，而不同源的痰、水、血、食则是个性，构成实证，因此在临床治疗上，必须在共性治疗的前提下，着重研究各有形物质致病的特殊性，只有这样才能有针对性地进行治疗，方可收到良好效果。痰、水、血、食四种实证的泻下，各有其独特的条件和泻下的方法，从证候表现到选方用药都有其特异性，现分述之。

泻痰：痰证指痰饮在里部积聚，在体内有两个地方有痰，一在肠胃；一在肺部，故有：“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说，水饮积滞，久而化痰，哪里有黏液，哪里就生痰，无黏液则无痰，痰多见于消化道和肺部，此外妇女之白带亦属痰的范围。在里部黏液的贮留处多在升结肠，有时贮留达 10 年之久；表现腹中雷鸣，漉漉有声等证候，体内痰饮结聚，在上则表现为舌苔黏腻，在下则表现时下利带黏液，由此可确定肠道内有黏液蓄积，在辨证上观察舌苔是关键，如果诊断准确无误，就可选用大陷胸汤或大陷胸丸治疗，根据痰饮积蓄部位不同，丸和汤的运用有区别，大陷胸汤直接清除脾胃之痰饮，大陷胸丸则含有葶苈子、杏仁宣肺利水，连同肺

中痰饮并治，如肺中无痰则用大陷胸汤治疗为宜。

《伤寒论》135条：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之。”论述了大陷胸汤的应用，本条指出的“伤寒”二字应改为“阳明病”为妥。结胸证的形成有两个原因：一是表证未解，热邪内陷，水津不得四布，导致水积胸胁，痰饮结于胃中所致，此即由表证演变而成。二是由某些疾病引起机体内气血津液运化失职，导致胸腔积水，逐步形成结胸证，如张令韶所说：“内因之水，结于胸胁，为大陷胸汤之所主也。”大陷胸汤由大黄、芒硝、甘遂组成。甘遂“泻十二种水痰，治心腹坚满，下水，去痰水，去皮肤浮肿”（《药性赋》）用以逐积水，大黄、芒硝攻阳明之实热，使结于胸胁水邪可去，积于肠胃热邪可扫，结胸热实之证尽消。

《伤寒论》131条：“结胸者，项亦强，如柔痉状，下之则和，宜大陷胸丸。”论述了大陷胸丸的应用，以方测证，本条文应修订为“阳明病，结胸热实，脉沉而紧，项亦强，如柔痉状，喘鸣迫塞，心下痛，按之石硬者，宜大陷胸丸。”大陷胸丸证热邪灼伤津液，使运化中的津液被劫而滞留于上，水饮化为痰，结于胸中而出现项亦强，如柔痉状，喘鸣迫塞，心下痛诸证，欲治之法，正如余无言在《伤寒论新义》中所说：“前条(137)云，心下至少腹，硬满而痛，此条云项亦强，如柔痉状，此程知先生所谓，一为胸上结硬，热连甚于下者；一为胸上结硬，热连甚于上者，盖邪热内陷，与痰滞相持于胸中，因之腹胀拒按，甚则颈项仰而不俯，有似柔痉之状此乃邪盛，上越之所致，似柔痉而实非柔痉也，致陷胸汤为丸者，丸之力缓，求其缓导以下行，不致邪之甚于下者，可以一荡而肃清也。”由此而知丸、汤方药有异，治法有别，对于大陷胸丸的用法，左季云曾说：“水结因于气结，气结因于热结，故用杏仁以开胸之气，气降则痰自降矣，气结因于热邪，用葶苈子以清气分之温热，源清而流自洁矣，水结必成巢臼，佐甘遂之苦辛以直达之，太阳之气化

不利，则阳明之胃府亦实，必假硝黄，小其剂为丸，和白密以留亦胸中，过宿乃下，即解肠中之结滞矣。其捣丸而又纳蜜，盖又取药下行，亦饮毒药不伤脾胃也。”治上治以慢，对于痰饮滞于胸中者，宜缓攻，峻中有缓，根据痰饮滞聚位置高低，或汤或丸，以分快、慢、缓、急。

泻水：但凡里部蓄水，不但胃肠道内有水，大部分人腹腔亦有，其表现有二：一是必须有小便不利；二是胸肋满痛，里部腹腔积水，通过腹部叩诊、触诊，均可作出诊断。蓄水证的出现，多因阳明热实。阻碍脾胃的气化运行，气机不畅，气滞则水滞而不去，不得四布而存于肠胃之间，渗至腹腔之内，其实不去，则气机不通，故须选用十枣汤表解者，乃可攻之。“其人赧赧汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”从条文看，阳明实热，水饮运化不利，而积聚腹中，故见心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒，一派水饮积聚腹腔的表现。欲治阳明之蓄水，方选十枣汤，本汤为逐水之峻剂，重点治胸腔积水，且效果甚好，方中芫花、大戟、甘遂均为水之峻药，三味合用，其力尤强，辅以大枣健脾、和胃，使邪去而正不伤。方中云：“平旦服”，即空腹服，使药力速行。“下利后，糜粥自养”，是借谷气以养正气之意。如恐药力之峻，亦可以热粥送服，以减其药力之猛。本方虽效力显著，用之宜慎，须在脉不数而和滑或平脉，无心功能不全者可用，肝硬化腹水亦可用，体质弱不耐泻者，不可用，本汤主要适应阳明证，水去则停药，不可过剂，以恐损伤正气而使机体由实转虚，病情逆转。

泻血：血指里部有瘀血停留，较少见，大部分见于发烧月余后出现。辨证血证时必须和水证鉴别，其特点有二：一是小便利；二是大便黑，便时容易。体内瘀血者，多选用桃核承气汤治疗，原文见《伤寒论》106条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，

下者愈，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，宜桃核承气汤。”桃核承气汤证乃阳明实热，灼伤津液，热盛血枯，使气血滞而不畅，淤积里部，而出现少腹急结，本条文以“热结膀胱”指明热结在下腹部，内热郁结下腹部，先解表，表不解不可攻，以防外邪内陷，用葛根麻黄汤发表，表解已少腹仍急结者，说明里证仍在，可攻之，“其人如狂”是热盛血瘀所致，故宜桃仁承气汤攻之，是一泻热逐瘀之剂，方中桃仁活血化瘀为主，辅以桂枝温通血脉，以散淤积，更合调胃承气汤引热出里，五药相合，共奏泻热去瘀之功。运用阳明泻血之理，在临床上治疗腰痛、胃下垂、脱发、脱肛、牙痛、头痛、妇科之月经不调，应用多例，用之得当，多获奇功，欲用本方多以脉弦细，舌质紫暗为辨证指征，以示阳明久瘀而实。

抵当汤的应用，以舌见紫斑，小便自利，其人喜忘为辨证，提示内有瘀血较桃仁承气汤者更深更久，须用抵当汤化瘀去实，《伤寒论》第125条：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬，小便不利者，为无血也；小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”237条：“阳明证其人喜忘者，必有蓄血，所以然者，本有久瘀血，故令喜忘，屎虽硬大便反易，其色必黑者，宜抵当汤下之。”从条文看，125条首云“太阳病”，是说病由太阳而来，身黄可以是湿热，也可以是蓄血，均属瘀热，故脉应之沉结，“少腹硬，小便不利者”，是内有蓄水，属湿热之黄，若“少腹硬，小便自利，其人如狂者”是蓄血之黄，以此辨别蓄血蓄水证。抵当汤是行瘀逐血的峻剂，药力猛于桃仁承气汤，吴又可在《瘟疫论》中说：“蓄血结甚者，在桃仁力所不及。宜抵当汤，盖非大毒猛厚之剂，不足以抵当，故名之。”方中水蛭咸苦微寒以泻血为主，虻虫味苦微寒以破血为辅，桃仁散血缓急，大黄苦泻荡血逐热，共建破血逐瘀之功。抵当汤和桃仁承气汤在临床上有所区别，桃仁承气汤主新瘀，治瘀用在血将结之时，

抵当汤治久瘀，治瘀用在血已结之后。

临床实践初步认识到，里部消化系统与气血有着密切的联系，每日饮 2500 毫升水肠道却会有 8100 毫升水的循环量，说明肠道与血液循行有着密切联系，肠道实可直接导致气血淤滞；反之，调理肠道亦有利于气血的运行和代谢，热性病发展到阳明，在高热的情况下引起统一物的分解，使气、血、粪、黏液等物形成瘀结，影响正常人体的血液循环与新陈代谢，这些病理变化反过来又克制各部的机能，形成恶性循环，在这种情况下如能准确辨证，恰当地运用桃仁承气汤或抵当汤活血化瘀，借胃肠之道排除有形之物，则可达到治愈的目的。

泻食：本证多因阳明热实，使饮食、黏液等物混结肠内，热灼津伤而使大便干结于里。欲治之法，由于食结形成的时间、程度有异，在治疗上有大承气汤、小承气汤、调胃承气汤三承气之别。在临床治疗上调胃承气汤，以泻热为主，《伤寒论》70 条：“发汗后，恶寒者，虚故也，不恶寒，但热者，实也，当和胃气，与调胃承气汤。”248 条：“太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也，调胃承气汤主之。”小承气汤以除胀满为主，见《伤寒论》原文 208 条：“若腹大满不通者，可与小承气汤微和胃气，勿令致大泄下。”大承气汤既能泻热，又能除胀满，见原文 252 条：“伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也，急下之，宜大承气汤”。320 条：“少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。”三承气汤均为泻食之方，貌虽相似，实则有异，临床必须详加分辨，方不致误用，对于三承气汤的用法，吴又可在《瘟疫论》中曾说：“三承气汤功用仿佛，热邪结里，但上结痞满者，宜小承气汤。中有坚结者，加芒硝软坚以润燥，痞久失下，虽不结粪，然多黏腻具恶物，得芒硝，则大黄有荡涤之能，设无痞满，惟存宿结，而有瘀血者，调胃承气汤主之，三承气汤效具在大黄，余

皆治标之品也。”陆渊雷亦云：“吴氏三承气汤之论，精微可法，盖调胃承气，结实而腹不满，小承气腹满而不结实，大承气结实而且满，此腹诊比较也。”据临床体会，调胃承气以泻热为主，方中甘草协芒硝能增津液，平痉挛，其大黄苦寒以泻热，咸寒以软坚，三药为用，引热以出里，小承气汤以消胀除满为主，同时兼排燥屎其力逊于大承气汤。大承气汤则为泻热除满，兼具二者之能。

治疗阳明病包括以上四个方面，阳明病有实、有热，必须通过消化道，将痰、水、血、食四种有形物质，通过不同方法，从肠道排出。在治阳明病时有三点值得注意：一是在太阳病和少阳病未解时，决不可用下法，以防热邪内陷。二是遇不大便时不可轻易与大承气汤，可先以小承气汤作试验，不转矢气者，慎不可攻。三是阳明病，脉迟可攻，一旦出现疾脉是险证，若出现微脉，当温之四逆辈，若见微涩脉，不可下之，必须先补后泻，这是必须记取之处，临证如见“脉滑而疾”是最忌讳的脉象，如不能很好地掌握，往往治疗就会出问题，引起虚脱。泻痰、泻水、泻血、泻食和催吐之法皆不可用，仲景见此脉亦很慎重，最平和的办法是用小承气汤测证，方为上策，滑脉是阳明病的真脉，疾脉则是阳明病的危脉，一息八数为疾，提示危候，阳明欲治最好见迟脉，《伤寒论》208条：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也……。”此条文明示脉迟可攻里，从现代医学的角度看，胃肠道由自主神经支配，其中又以迷走神经作主导，身体健康时，脉缓而迟，表明迷走神经的功能正常，病情逆转，迷走神经衰败，使交感神经占优势，失去平衡则表现疾脉，患胃肠道疾病的人临终前都现数脉，就是明证。所以阳明病出现疾脉，必须认真观察，用药慎重，方不致误。

(四) 太阴病

主证：腹满，或吐、或利，时腹自痛。

治则：温胃健脾。

主方：苍术干姜汤：苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克。

主药：苍术；副主药：干姜。

煎服法：上四味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，分三服，忌食生冷。

诊断部位：腹

按语：太阴病主证是根据《伤寒论》第 273 条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬。”择出。这是一条太阴病的原有提纲。在里部实则阳明，虚则太阴，阳明的实热主要表现在大肠，太阴的虚证主要表现在小肠，小肠的吸收功能降低，中医称之为“脾虚”，其表现病者自述腹满，而医者按之柔软，病者自觉满闷，是脾胃虚寒的集中表现，太阴本质是寒，其主要病理变化是胃肠吸收功能降低，脾不运化，水饮滞于肠胃，故出现腹满，这是一个病位、病性具备的代表性证候，所以选作太阴病的核心证，胃肠道水液贮留，称之为“湿”，湿重则困脾，脾失健运则黏液、水分化之不能，留之不去，就会产生两大证候，上吐与下泻，在太阴病中，胃幽门以上逆蠕动，排空不利，泛溢于上则呕吐，胃幽门以下，小肠吸收功能降低则濡滑于下，而出现下利。太阴本质虚寒，寒湿阻碍气机，脾胃运化不通，不通则痛，故出现时腹自痛，以致将原文 273 条的吐、利、时腹自痛，列为纲领证，由于吐、利不一定同时并见，故在每字前加一“或”字，以示说明。这样四个证候从不同的角度叙出太阴病的病位、病性、病势组成主证。临床辨证，太阴虚寒，寒湿阻滞，脾郁湿困，健运失司，而脾又主腹，太阴证候多以腹部为最，故有“太阴诊腹”之说，由于太

阴病系里部虚寒性的证候群，其病变表现在里部这个系统中的不同环节，病位不同，证候有异，施治有别。

阳病清泄，阴病温补，里部太阴虚寒，病在脾胃，治疗原则由于病位不同，立法有异，故将温胃健脾列为太阴病的治疗大法。

治太阴病主方，因《伤寒论》叙述太阴病者共八条，除第 277 条：“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”之外，没有提出治疗太阴病的方剂，本主方是由《金匱要略》选来，《金匱·五脏风寒积聚病脉证并治》云：“肾着之病，其人身体重、腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦。身劳出汗，衣里冷湿，久久得之，腰以下冷痛腰重如带五千钱，甘姜苓术汤主之。”太阴病的主要病理变化就是小肠吸收功能降低，中医称为“脾虚证”。在中药 2600 味中，只有苍术、白术促进小肠吸收，苍术比白术的功效大 3 倍，在古方中，苍白二术不分，以“术”为名，苍术生长在安徽黄山居多，白术生长在浙江一带，张仲景居住南阳，据考证，书中之术，当是苍术，而不是白术，故在太阴病的主方中更为苍术，以苍术的健脾燥湿之功，促进小肠吸收，通过“脾气散精，上归于肺”。吸收功能实乃脾上升作用，用苍术解决了吸收功能之后，水进入组织增多，需用茯苓一吸一排，共同完成燥湿利水之功。故临床多苓术同用，如果水分在体内只吸收不排泄，就会出现身重，水肿，故在太阴虚寒应用苍术健脾燥湿，茯苓健脾利水，用干姜、甘草以温补脾胃，提高里部温度，增加吸收能力，四药共用，担负着太阴病的主治。

苍术芳香燥湿，长于健脾温中，亦温亦补，故为太阴主药，苍术虽温，但由于太阴虚寒且常有吐利，使阳更虚，仅靠苍术之温是不足的，必须配伍干姜加强温热力量，干姜温中之功是强，故用之为副主药，二药相互为用，在里部既有物理的提高温度，增强吸收作用，又有药理的增加酶的活性，提高吸收力的作用。组方后，为

突出术姜的作用，将甘姜苓术汤更名为苍术干姜汤，通过苍术健脾燥湿，茯苓利水渗湿，干姜甘草的温中散寒，使消化减退的虚寒证候，向正常运转。

太阴病本质虚寒，呈现一系列消化吸收功能减退的现象，但是太阴病在不同的发展阶段上，以及不同的发病的部位，所表现的证候还是有差别的，所以在肯定它的共性和治疗原则的基础上，临床要根据具体病位、病症，辨证治之，以达到具体病变具体治疗的目的。以下分叙：

旋复代赭汤证：病位食道。主证：太阴证兼见噎气不除者。

《伤寒论》161条：“伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噎气不除者，旋复代赭汤主之。”从条文看，伤寒至汗、吐、下及表解之后，由于中阳之虚，痰饮内阻，胃脘充气而心下痞硬，胃气上逆而有噎气不除，本汤证的发病部位在食道、膈肌，多由贲门蠕动上排不利，形成逆蠕动，而表现噎气不除，这是太阴病初始阶段的特征性反应，方用旋复代赭汤，通过旋复花散结以治痞，代赭石重镇以降逆，党参、甘草健脾补气，生姜大枣温胃散寒，是一个温补太阴虚寒，消痞和中，涤饮降逆的有效方剂。

吴茱萸汤证：病位在胃。主证：太阳证兼见呕吐或干呕吐涎沫。

《伤寒论》243条：“食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之，得汤反剧者，属上焦也。”309条：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”377条：“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”从条文看，吴茱萸汤是温中方，主治在胃脘虚寒，证属太阴，若列为阳明病，少阴病则辨证有误，食谷欲呕虽有上中之别，但其实为太阴中寒之证，心烦欲呕则病在上焦，得汤反剧者是上焦邪热未去，宜施他方。378条的干呕、吐涎沫是太阴寒邪上逆所致，故见头痛，见太阴中寒者，应以吴茱萸汤温中散寒，降逆止呕。本汤证病位在胃，由于胃幽门蠕动下排不利。食物通过幽门下排困难，

故见食谷欲呕，应用吴茱萸汤的功能就是温胃、平痉挛，方中吴茱萸，生姜温中散寒，以降上逆之气，党参、大枣健脾补气，以壮脾胃，脾胃和则胃纳正常，四药相合温补太阴之虚寒，和胃平痉，止痛止吐，是一良方。曾治一老妇，食谷欲呕，心下痛，滴水不能入，处以吴茱萸汤，胃幽门痉挛立解，自诉汤到何处，就舒服到何处，直抵肛门，排气而愈。

五苓散证：病位在升结肠。主证：太阴证兼见小便不利，消渴者。

《伤寒论》71条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈，若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”156条：“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。”五苓散证以方测证，实为太阴病，病位在升结肠，前已述及苍术汤作为主方解决小肠的吸收功能，升结肠的吸收功能降低，水吸收减少，水分得不到吸收，组织间津液缺乏，故用出现微热消渴，渴而燥烦，小便不利，水饮不被吸收则时时腹泻，力选用五苓散，其作用是用白术以提高肠道吸收功能，辅以桂枝活血行气，然其中更重要的是把水分排出去，故散中选用了茯苓、猪苓、泽泻三味共同利湿，以加强其吸水功能。我们知道，因太阴虚寒，水湿在里部停聚而不吸收，组织细胞缺水，通过条件反射，表现极度口渴，此时下丘脑支配的利尿中枢，高度抑制而不使小便外排，水分在肾小管内99%被重吸收，故具五苓散证者，口渴而不欲饮，必须在提高吸收功能的前提下，用茯苓、猪苓、泽泻三药合力外排，才能达到利小便的作用，五苓散功在健脾利水，方中猪苓、茯苓、泽泻淡渗利湿，白术健脾燥湿，桂枝温阳化气，使津液四布，下输膀胱，五药共奏健脾燥，化气行水之功。太阴虚寒，治以温热，有斯证者均宜用五苓散。

桃花汤证：病位在降结肠，主证：太阴证兼见下利，便脓血者。

《伤寒论》306条：“少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之。”

太阴证性虚寒，直肠功能低下，则表现下利、便脓血，证在里部，条之首列“少阴病”当为“太阴病”，因结肠未段，寒湿郁滞。功能低下，结肠不吸收水分反见其分泌增加，致使下利便脓血，方选桃花汤，作用在于止下利，方中赤石脂“疗腹痛肠癖，下利赤白”，制止分泌，是为久利，肠道滑脱而设，干姜温中散寒，治肠癖下利，是为肠道虚寒下利而设，粳米和胃气，是为肠中雷鸣，疼痛下利而设，三药相合，共建温补太阴，涩肠固脱之功。

太阴病，上自食道，下至肛门，按里部系统不同的病位，有规律的顺序进行辨证施治，具体病情，具体分析，根据不同表现用不同方剂，有合有分，完成了整体太阴病的治疗。

(五) 少阳病

主证：胸中热烦，胸满，身热或寒热往来，咽干口苦，小便黄赤。

治则：清热除满。

主方：黄芩柴胡汤：黄芩 30 克，柴胡 15 克，白芍 15 克，石膏 30 克，竹叶 10 克，知母 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

主药：黄芩；副主药：柴胡。

煎服法：上八味以水 1000 毫升，煮取 500 毫升，去渣，温服 150 毫升，日三服。

诊断部位：胸

按语：少阳病篇幅在《伤寒论》中占的最少，实际发病率最多、最常见，是六病中的重点病，从少阳病的属性看，凡可清之证，皆属少阳，由于半表半里以气血为主，以气血在周身循行的角度，其所清之热不外两种类型，一是波及全身的亢盛之热；一是蕴积局部的火毒，白虎汤证和栀子豉汤证的表现可作为此两种类型的代表，少阳病的主证就是根据《伤寒论》原文 263 条：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。” 264 条：“少阳中风，耳无所闻，目赤，胸中满而烦者，不可吐下，吐下则悸而惊。”和栀子豉汤证的条文 76 条：

“……发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊恼，栀子豉汤主之。”77条：“发汗，若下之，而烦热胸中窒者，栀子豉汤主之。”78条：“伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也，栀子豉汤主之。”221条：“……若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊恼，舌上胎者，栀子豉汤主之。”228条：“阳明病下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊恼，饥不能食，但头汗出者，栀子豉汤主之。”374条：“下利后，更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜栀子豉汤。”白虎汤证条文176条：“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有热也，白虎汤主之。”350条：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”

综上各条可以看出，少阳病是半表半里的实热证，264条的“胸中满而烦”，道出少阳病的病位、病性和病势，烦是少阳热的重要见证，从各条叙述的“虚烦”、“心烦”、“烦热”、“烦渴”、“更烦”、“胸中窒”、“心中结痛”、“心中懊恼”等证候看，烦热是常见症状，而“心与胸”是病症的共同病位，故将胸中热烦列为少阳病的核心证。烦者，闷也，其解释有二：一说烦由热所致，有热闷之意。成无己曰：“烦者，热也。”《三因方》曰：“外热曰燥，内热曰烦。”柯琴曰：“热郁于心胸者，谓之烦，发于皮肉者，谓之热，以上诸证，可见阳病之烦，由热所致，即热烦是也。”一说烦是由神经所致，多系杂病之候，有苦恼难忍之意，如烦痛、疼烦、虚烦、烦渴、烦躁，这后类诸烦，三阴病亦可有之，不可单以热烦视之。

少阳病为半表半里之实热证，其烦以热为因，即属热烦，是少阳之热的外在反应，热郁胸中，阻遇气机，气血滯涩不畅而见胸满是少阳之实的表现，少阳之热顺血运波及周身，故见身热，热邪有出表走里之势而见寒热往来，热邪煎灼津液，在上则出现口苦咽干，在下则表现小便黄赤，皆少阳特征性表现，故结合原条文，将胸中热烦，胸满，身热或寒热往来、口苦咽干、小便黄赤，列为少阳病

纲领证，以利辨证施治。

半表半里部的病候重点主要在胸腔，胸部的中心是心脏，胸腔内的肺循环，均属于中心地带，在这个部位上出现的阳性表现为少阳病，阴性反应为少阴病。少阳病在《伤寒论》辨少阳病脉证并治中只有十条，无一个少阳方，小柴胡汤不是少阳病的主方，而是一个合方，方中半夏、生姜属小半夏汤，人参、大枣均属太阴病方药，黄芩、柴胡、甘草才是治少阳之药，从本质上讲，小柴胡汤是一个少阳太阴的合方，少阳欲治之法，必须明确，少阳病位在胸中，人体最热，热不过胸，因胸中血多，气血旺而体温高，胸是血的集中点，也是热的集合部。同理，体内任何部位血流增多，则产热增加，体温升高而发热，血流和温度成正比，中医通常把全身体温升高，称之为热，局部发炎称之为火，热宜清，火宜泄，满宜疏，这是总的原则，故少阳病的大法是清法，在《伤寒论》少阳篇中无一方，究竟有无治少阳病的方呢？方剂还是有的，只是散乱在其他篇中，栀子豉汤和白虎汤就是治少阳病方，因少阳病用汗、吐、下三法都不能治疗，说明体内有这样一个地带，用汗、吐、下三法都不能直达病所，汗法只解表部之邪，吐法只治胃中其火，胸中热烦要首选白虎汤。直清其热，机体方得其要。少阳病的主方，开始选用栀子豉汤。实践证明，治疗不全面，不能充当主方，后改用黄芩汤，亦只能解决其清热、扶阴，又对胸满一证无法，少阳病中的胸满是实的表现，疏导胸中，经过临床探索，柴胡为首选药物，是解决胸满的惟一良药，故把黄芩汤中补入柴胡，共建清疏之功。另外，无论全身之热，还是局部之火，同为热证，热就要灼伤津液，因此清热疏满的同时要注意扶阴，以确立清、降、散、滋的原则。

少阳病是一个实热证，治疗原则必须是清热除满，其方剂的组成和药物的选择，应该具备清热、降温、除满、扶阴四个条件，选用黄芩汤作基础方，方中黄芩清热泻火以治热，柴胡枢转疏满以治

实，石膏、竹叶、知母清心火以降温，芍药配甘草酸甘化阴，大枣健脾和中，调和诸药，八味相配，担少阳主方之使命，共建清、降、散、滋之功。清热药中首选黄芩，李时珍少年时曾患咳嗽，胸中烦热数年，其父久治不愈，后用黄芩二两，连服数剂而愈，目前研究，黄芩可对 10 余种细菌有杀菌、抑菌的作用，并有解毒、利尿的功效，这些对于治疗热性病都是有利的，故列为少阳主药，柴胡转枢为少阳要药，有疏满解郁之功，可治少阳之实，方中补入柴胡，使邪可速去，故列为副主药。

少阳实热，清泄是治疗的总则，具体论治要根据实热证的不同反应，区别对待。少阳之热，在体内产生高温，要降温，最有效的降温方是白虎汤，石膏的作用重点是抑制体内的产热中枢的兴奋作用，其有效成分硫氧氢钙（水硫钙）通过作用下丘脑而抑制产热中枢而发挥降温作用，故有“一钱石膏，三桶凉水”之称，其作用不是消炎，而是降温。治少阳之热必须借用白虎汤中的知母、石膏之力。此外，热久要伤阴，津液缺乏，要注意滋阴，张仲景为少阳病的治疗制定了一套治疗方法，温热派攻击少阳不能治温热，请看是不是这样：温热派用方，上焦热闭用麻杏石甘汤治疗，下焦热用黄连阿胶汤治疗，都是《伤寒论》所载之方，温热派以治温病擅长，而形成一派，其缺陷都是认为有温病而无伤寒，病邪都是互相转化的，温病难道就一直是温病？我们运用三部六病施治，三阳病中，太阳病用汗法，阳明病用下法，少阳病用清法，皆能方到病除，但是温热病用银翘散则不易退热，过去本人曾治许多温热病患者，因银翘散药量小，很难奏效，最后用麻杏石甘汤治愈。可以说，古往今来，用清法治温热病，谁也超不过张仲景。少阳病火亢阴虚，用黄连阿胶汤救治，热盛伤阴用竹叶石膏汤救治，方剂简单，大法俱备，治少阳，清为主，散为辅，掌握好清、降、散、滋四大法，根据病情转归，随证治之，少阳之病尽可治愈，现将具体治疗分述于后，以

资辨证。关键是把握好各个阶段上的特点，灵活运用清类诸法，不可胶柱鼓瑟，掌握好“清”、“引”、“转”三个环节。

清：

清热：方用白虎汤。

《伤寒论》176条：“伤寒，脉浮滑，自汗出者，里有寒，白虎汤主之。”350条：“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”219条：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢、谵语、遗尿、发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷，若自汗出者，白虎汤主之。”从条文看，176条“里有寒”，350条“里有热”，当以后条为正，三条叙出少阳热证的证候和热极似阴的表现，凡少阳病，见脉浮而滑、口渴、自汗出者，是少阳之热本质的表现，宜用白虎汤清热。

白虎证为纯热证，脉现浮滑，浮为热盛于外，滑是气血旺于里，热炽于半表半里，呈现表里俱热的脉象。少阳之热，治之以寒，白虎汤中，石膏清热除烦，知母清热养阴，佐以粳米、甘草和中，以助胃气，甘寒并用，共奏清热除烦，凉血止渴之功，为清热之良剂。

清热滋阴：方用竹叶石膏汤。

《伤寒论》396条：“伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。”本条叙出少阳热邪伤阴，气血俱耗，而表现的虚羸少气，气逆逆吐的证候。见此少阳热伤阴液者，宜清热滋阴，方选竹叶石膏汤。

竹叶石膏汤证，治以清热滋阴，方中竹叶、石膏疗心火，清胸热；人参、麦冬、甘草、粳米、大枣缓脾而益阴，健胃以和中，补心阴不足；半夏、生姜制逆气。此方即以白虎汤大寒之剂为清补之品，具有清热滋阴的功用，但本方滋阴作用逊于黄连阿胶汤，临床多用于阴虚有热之证，如肺结核、支气管扩张症反复咯血者。

清火：方用梔子豉汤。

《伤寒论》中，有关梔子豉汤的条文有六条，前已叙述，不累述。

少阳病机有发热而烦，胸中窒，虚烦不得眠，反复颠倒，心中懊恼者，皆是胸膈郁热火所致。欲清少阳火热，方用栀子豉汤以清其火。

方中栀子味苦性寒，苦能泻热，寒能胜热，上可清热除烦，下泄在里之郁热，栀子效能类似黄芩，是清胸腔火热最理想的一味药。豆豉味苦，性甘平，有类似柴胡之散郁作用，可轻浮上行，化浊为清，能清解在表之余热，佐栀子以宣透胸中之火，故治心中懊恼诸火证，两药配伍，一清一导，甚是得当。

清火救阴：方用黄连阿胶汤。

《伤寒论》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。”从条文看，黄连阿胶汤证绝非寒证，而是热证，是由于胸膈郁热之火，燔灼津液，心火独亢而出现心中烦、不得卧等证，所治之方亦一派凉药，热则寒之，绝非少阴方而是少阳方，故文首“少阴病”。本证中“心中烦，不得卧”之证，与栀子豉汤中的“虚烦不得眠”证都属热，本质相同，但在程度上是有差别的，栀子豉汤证是郁热扰于胸膈，舌上有黄白相兼之苔，故宜栀子豉汤清热泄火，本证为阴虚阳亢，火极阴伤，除“心中烦，不得卧”外，舌质必红绛干燥少津，脉细数，为水涸火炎之象，故用黄连阿胶汤滋阴降火。

黄连阿胶汤证，是阴竭阳亢之证，病者多有战栗的证候，这种情况，既不可用参甘以助阳，亦不能用大黄而伤胃，只能是清火救阴，方中黄连、黄芩清热降火，阿胶、鸡子黄滋阴以熄风，补血以平阳，芍药以敛烁之心气，使心中烦，不得卧得以除。由于本方具有增液和营，清热除烦，止痉平火的作用，临床多用于病后邪热未尽，而津液已损之证，心烦不得卧者，首用之尤当，《温病条辨》中的大小定风珠，亦是由此方启悟而成。

引：

引火出表：方用葛根芩连汤。

《伤寒论》原文 34 条：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之”本条文以方测证应修订为：“太阳病，桂枝证，喘而汗出，医反下之，脉促者，表未解也；利遂不止者，葛根黄芩黄连汤主之。”原太阳病亦见桂枝证有汗而喘，则为麻杏石甘汤证，误用下法，若见脉促，主表邪未陷，仍当解表，若邪热内陷，而成协热利，而表邪犹未退者，是少阳之热倾向于太阳，有出表之热，应抓住这一时机，因势利导，用葛根芩连汤导热外出。

葛根芩连汤为解肌清热之剂，葛根为太阳病主药，性味辛凉，解热于表，为少阳之热外散敞开了肌表之门，黄芩、黄连苦寒，清热于中，使热有所清，病有所出，甘草和中以护胃气，四药相合，共建引热出表之功。

引火出里：方用大黄黄连泻心汤。

《伤寒论》154 条：“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”本条文“心下痞”之前，应冠以“少阳病”，以便健全条文，心下痞是邪热阻滞在胃脘部，按之濡即按之软，说明有无形热邪聚积所致，所以，当少阳病但见下痞时，是少阳之热波及里部，倾向于阳明病发展，有热向里走之热，宜且清法的同时，借用阳明病主药大黄为导，用大黄黄连泻心汤导热走里，使少阳之热由里下夺。

大黄黄连泻心汤，原只有大黄、黄连二味，医家多认为缺黄芩，林亿在整理《伤寒论》时，在本条下曾说：“臣亿等看详大黄黄连泻心汤，诸本皆二味，又后附子泻心汤，用大黄、黄连、黄芩、附子，想是前方中亦有黄芩，后但加附子也。”《千金翼方》亦注云：“此方必有黄芩。”诸证有理，甚是当从，三药相合，本方之妙在于煎服法，

大黄小量清热，大量泻下，而本方不取煎而用麻沸汤渍之，取其轻扬清淡之意，以泻心消痞，不使大下，所谓麻沸汤者，即滚汤，钱氏云：“麻沸汤者言汤沸时，泛沫之多，其乱如麻也，盖即今日之真正沸腾水也。”方中黄连、黄芩直接清少阳之热，麻沸汤渍大黄以轻开阳明之门，使邪热走里，清下并用，病热可除。

引热出表：方用麻杏石甘汤。

《伤寒论》63条：“发汗后，不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁石膏甘草汤。”从条文看，本方证是太阳病转化而形成太阳、少阳合病，是误用桂枝汤所致，病本太阳热证，反与桂枝汤，以热治热，其热益甚，致发汗后而表邪未解，反增喘证，故不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，是热邪不在肌表而已入少阳，欲治之法，须在清热之中兼开泄汗腺，使由表入少阳之邪再由表解，故方选麻黄杏仁甘草石膏汤治之。

麻杏石甘汤解表清热而定喘，因热在胸中，用石膏以清热降温，麻黄为太阳副主药，发汗解表之功最捷，打开太阳之门，让胸中少阳之热能由表而散，麻黄、杏仁、甘草以清宣肺中郁热、降肺气以定喘，麻杏石甘汤四味共用，开太阳之门，对平肺家之喘，清胸腔之热，引热出表有很好的功效，临床多用，不愧为解表宣肺清热之良剂。

引热出里：方用调胃承气汤。

《伤寒论》70条：“发汗后，恶寒者，虚故也，不恶寒，但热者，实也，当和胃气，与调胃承气汤。”105条：“伤寒十三日，过经谵语者，以有热者，当以汤下之。若小便利者，大便当硬，而反利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也，若自下利者，脉当微厥，今反和者，此为内实也，调胃承气汤主之。”以条文和临证观察，汗后，有虚实两种转变，若汗后恶寒，是由于汗后体较虚，阴也不足，似属芍药甘草附子汤证；若汗后不恶寒，但热，凡见心下痞者，乃少阳之

邪将欲入里，可假道阳明与调胃承气汤以微和胃气，导热下出则愈。105条虽有利，仍用调胃承气汤，并非燥屎硬结，仍是少阳之热，借道阳明之法。凡少阳病，而见心下痞，烦满者，是热欲走里之势，宜用调胃承气汤引热从里而除，方中大黄苦寒，苦以清热，寒以泻热，芒硝咸寒以增液，甘草清热解毒以和中，三药为用，使少阳之趋于里部之热清泄并举，实热尽除。

转：

热极欲转阴：方用白虎加人参汤。

《伤寒论》26条：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”168条“伤寒若吐下后，七八日不群，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。”169条“伤寒无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。”170条“伤寒脉浮，发热无汗。其表不解，不可与白虎汤，渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。”222条：“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。”从条文看，第26条本是麻杏石甘汤证，由于有汗，最易误为桂枝证，因为没有注意到口渴一证，误用了桂枝汤，大汗之后，大烦渴不解，脉洪大，变成了白虎加人参汤证。168条的“若吐若下后，七八日不解，热结在里”说明经吐下后，阳明病当除，热结在里，实为少阳纯里。170条：“脉浮，发热无汗，其表不解者，不可与白虎汤。”说明白虎汤不治表部太阳病，白虎汤实为表里俱热之证。白虎加人参汤证在体温方面是达到了最高峰，在热证中热度没有超过此证者，此时是热由量变到质变的关键时刻，而脉大、恶风、背微恶寒诸证都是热极似阴的先兆，尤其是“背微恶寒”一证更重要，这是提示心阴虚最早的证候。古今都谓白虎汤有四大证候，实际上有大汗、大热、大烦、大渴、脉洪大五证，这五大证并非白虎汤证，实际上应是白虎加人参汤证。

少阳病症见背微恶寒时，此为热极欲转阴，少阳病复有少阴证，

宜用白虎加入参汤，借助人参之功，扭转向阴转化的病势，方中白虎汤清少阳之热，使热势得平，热极伤阴，致使心阴不足，导致心阳衰微，方中加用少阴病副主药人参，以补气益阴，五药为用，热得清，阴得补，而阳自复，背微恶寒可去，五大证候可解。

火极欲转阴：方用附子泻心汤。

《伤寒论》155条：“心下痞，而复恶寒，汗出者，附子泻心汤主之。”条文中“而复恶寒”不确切。宜更作“而背恶寒”，同时应在心下痞前冠以“少阳病”，以定病性，“背恶寒”是火极转阴的一个征兆，凡热性病出现此证，不管热象如何，都要加附子以复心阳，不然就会使火邪之热发生逆转。矛盾着的双方，总是依据一定的条件，各向着其相反的方向转化，正如冬至一阳生，夏至一阴长一样，是物极必反的一条规律。

附子泻心汤以三黄之苦寒，直清少阳之火，加附子以复其心阳，附子为少阴主药，有强心壮阳之功，四药为用，清热济阴，温补心阳，寒热并用，攻补兼施，共为少阳欲转阴的良剂，故李中梓说：“此仲景之妙用之人神也。”附子泻心汤之功用在于清热泻火，救逆复阳也。

(六) 少阴病

主证：心动悸，背恶寒，短气，或脉微细。

治则：强心壮阳。

主方：人参附子汤：人参 10 克，附子 15 克，茯苓 15 克，五味子 15 克，麦冬 30 克。

主药：人参；副主药：附子。

煎服法：附子汤中四味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，去滓，温服 100 毫升，日三服。

诊断部位：心背

按语：少阴病的主证，根据《伤寒论》原文 281 条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。” 177 条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”

择出。

原文 281 条叙证太简，不能包括少阴病之主要证候，因少阴病与少阳病是同位异性的两组病症，同居胸中，一寒一热，病症绝殊。少阴病的主要病变是心功能不全的一种表现。心功能不全，有效循环血量减少，表现出既虚又寒的一组证候群。陆渊雷曰：“少阴病者，乃全身机能衰退之病也。”章太炎说：“少阴心疾也。”对于少阴病的认识，各家评说略同，都认为本病是心机能衰退后呈现的一派虚寒象，其主要病状反映在附子汤、真武汤和复脉汤证中。

心脏是少阴病的主要发病部位，从 177 条看“心动悸”是少阴病的必见之证，正常心脏无心跳之感，有病变才有所觉。动者，心慌心跳也，悸者，惊悸、惕惕不安也，均为少阴虚寒的典型的征象。故将“心动悸”列为核心证，以概括少阴之病位、病性。心衰后，背恶寒是心阳虚的预兆，也是诊断心衰的可靠指征，甚至在高热的情况下出现背恶寒（背后发冷，范围局限在后心处必须用参附以温心阳）心衰后，肺部瘀血，组织缺氧，故见“短气无力”，“脉微细”是少阴病的多见症状，但非必有之证，因单纯脉微细，三阴病皆可见，非少阴病所独有，亦有心衰而出现脉大而烦躁不眠者，故在“脉微细”前冠以“或”字，以示说明，这背恶寒、短气或脉微细，组成少阴病的纲领证，为少阴病的辨证施治提供了证候依据，由于少阴病位在胸中，表现在心脏，心动悸是其核心证，故有“少阴诊心”之说。

少阴病由心阳衰微而引起半表半里部的虚寒证，波及整体，心动悸，短气以观其虚，背恶寒，口中以察其寒，虚寒治以温补，少阴之虚寒，皆由心动功能低下所致，故治疗大法为强心壮阳。

少阴本质虚寒，治以温补，方选人参附子汤以胜其任，该汤由人参、附子、茯苓、五味子等药组成，温补兼备，以补济虚，以热治寒。少阴病中数方，以人参附子汤温补为最佳，故列为主方，方中人参补益心阴以济少阴之虚，附子强心温阳以驱少阴之寒，茯苓

健脾利水，消除浮肿，以减轻心脏负担，麦冬五味子不但酸敛固气可以抑制附子之燥，而且有强壮中枢神经系统的作用，与人参配伍，又取生脉散之意。

附子强心壮阳，可使心衰恢复，其效力显著，日本小菅卓夫曾做过试验，使蛙心停跳，再将从附子中提取的配糖体给予注射，蛙心可重新恢复跳动，足可见其效力，临床所治特征就是背恶寒，见其证，用其药，准确无误，故列为少阴病副主药。人参兴奋心肌，使心肌收缩力增强，可以起死回生，有类似毛地黄之功，但无毛地黄之毒。《本草经》载人参“主补五脏，安精神，止惊悸，定魂魄，明目，清心益智”。故为少阴病主药，人参经过 136 年的研究，没有结果，研究认为人参含配糖体，实际应用配糖体则无效，说明人参的有效成分不是配糖体，有效成分尚未研究出来，目前提神用人参，而不用配糖体，但应用人参有一点要切记，心脏将停跳时，休用人参，因人参兴奋心肌，有类毛地黄类作用，抑制传导系统，加速病人死亡，用时须配用附子。

山西孟县籍，一陈姓，女性患者，早年曾有腰腿痛病史，后至中年，渐渐出现心悸、气短、乏力，动则尤甚，背部肩胛间总觉发凉，如洒冷水状，病情日趋严重，生活不能自理而四处求治，医院多诊为：“风湿性心脏病”，在一个风雪天，突然气喘急促，口唇发绀，心跳加快，当地医院按急性肺水肿予以抢救，病情缓解，然心慌、气短、背冷诸证仍在，遂按少阴病处以该汤，4 剂余证消失，12 剂后生活可以自理。

人参附子汤是少阴病的代表方剂，但临床上少阴病的证候并不齐备，而是以个别症状突出表现出来，如四肢酸痛，手足逆冷，小便不利，脉结代等，这些症状是组成少阴病的重要方面，体现着病情的特殊性，所以在谈到少阴病的证治时，既要掌握少阴病的一般治疗，又要掌握少阴病的特殊证候突出的治疗，只有这样才能对复

杂的病情，具体分析，具体对待，有的放矢。

《伤寒论》的附子汤与本主方作用相近，不再另述。

真武汤证：少阴病兼见小便不利，四肢沉重显著者。

《伤寒论》原文 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。”根据临床实践看，“少阴病二三日不已，至四五日”，“多有此证，而见腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者为阳气衰微”，“气行则水行，气虚则水虚”致水气浸淫内外，腹痛是寒甚于内，寒凝气滞，不通则痛，小便不利是阳虚而水不化，滞而不下行；四肢沉重疼痛，是湿浸于外，聚于肌肤，重是肿的先兆，肿是重的发展，二者只是程度上轻重之区别，自下利是水溢于内，脾气不升而滑利下行，以上这些证候，均系少阴虚寒所致，真武汤由附子、生姜、苍术、茯苓、白芍五药组成，汤内与附子汤相比较，以生姜易去人参，是因为人参有补阴益液的作用，味甘性补，容易造成水分停留，加重肿的程度，真武汤的重点是治疗肢沉重疼痛，小便不利，自下利，有水气诸证。

真武汤中，附子辛热，壮阳散寒，以生姜易人参，取生姜健脾温中，温运中气，使水得以健运而利，苍术甘温燥湿，茯苓淡渗利湿，白芍酸平，和血敛阴以固气，五药配合，温阳化气，补虚利水，共建温通心阳，逐水利湿之功。

茯苓四逆汤证：少阴病兼见手足逆冷，烦躁明显者。

《伤寒论》69 条：“发汗、若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”从条文实际意义看，以方测证，此条“发汗”前加上“少阴病，小便不利，手足逆冷。”以充实症状为妥，本条为汗、下后所致的阴阳两虚证，汗后，病不解，反而又加增了烦躁之证，说明病已转入少阴，发汗则造成外之亡阳，下之则造成内之阴液损耗，阴阳俱虚，虚而生烦，阳气不得输布四末，必有四肢逆冷，气

虚水不运化，必有水液停留，所以在治疗上必须扶阳救阴。

茯苓四逆汤由茯苓、人参、附子、干姜、甘草组成，重点治疗手足逆冷，小便不利，烦躁者。方中附子、人参同用，以强心阴，壮心阳，重用茯苓以安神利尿，本方与附子汤相较，除去白芍之收敛，使四逆汤得以温煦四肢，使手足逆冷可愈，参附为用，烦躁可除，茯苓居首而小便自利，五药配用，使浮阳不得外越，阳气得扶，阴液得益，水聚得消，收以益阴固阳之效。

四逆加人参汤证：少阴病兼见手足逆冷，心动悸明显者。

《伤寒论》384条：恶寒，脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。从方证的实际应用看，本条之应补入“少阴病，手足逆冷，心动悸”为妥，以充实其症状，四逆加人参汤必治四逆证，手足逆冷必见，手足逆冷乃心阳衰微所致，其心必见动悸，这是恶寒、脉微的具体表现。

四逆加人参汤由附子、干姜、甘草、人参组成，重点治疗手足逆冷、心动悸证，少阴病的四肢厥逆是心动衰竭的一种表现，四逆汤温以祛寒，外走四肢，加人参以强壮心阴，阴阳俱补，而心悸自消，四肢得温，心力得补，循环改善，则厥逆自除，本方比茯苓四逆汤只少一味茯苓，因本汤证是亡阳又下利亡血的阴阳俱虚证，不必茯苓之淡渗利水，以免伤阴，四药为用，主要为回阳、兼生津养血，在临床上凡少阴病兼见手足逆冷，心动悸明确显者，用四逆加人参即可。

炙甘草汤证：少阴病兼见脉结代，心动悸明显者。

《伤寒论》177条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”从条文看，少阴虚寒，寒凝气滞，心阳受阻，故脉见结代，虚则气衰，则心动悸，故治之之法，首选炙甘草汤，温通心阳，滋心阴，治虚治寒，以消其证。

炙甘草汤由甘草、生姜、桂枝、生地、麦冬、麻仁、大枣、人

参、阿胶九药组成，本方又名“复脉汤”。主补心虚，而长于治脉结代，它能增强心力，以协调传导系统，使心律趋向正常，炙甘草汤是滋阴补血之剂，以炙甘草为主，养脾胃、补中气，以培补气血之本，以人参、生地、阿胶、麦冬、麻仁滋阴补血，麻仁润下，利于心动悸的治疗，大枣、生姜调和脾胃，甘寒之药，必得阳而始能化育，故以桂枝通心阳，则脉通利，动悸自止，结代自消，“复脉汤”由此而得名。

临床遇到结代脉，要慎重加以鉴别，例如，不过10岁小儿有蛔虫症者，常见脉结代。抵当汤证者，也有结代脉，但均无心动悸，有无心动悸，是鉴别施用复脉汤的要点。

第五节 三部六病学说的病症体系

一、体证

1. 主证：微恶寒，心下满，口不欲食，大便硬，手足冷，头汗出，脉细。

2. 治疗原则：协调整体。

3. 治疗主方：小柴胡汤。

柴胡 15 克，黄芩 15 克，党参 30 克，苏子 30 克，川椒 10 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

4. 整体调治的论说

整体是以气血为载体，依生命活动的变化信息为基准，根据《伤寒论》148 条：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也，脉沉，亦在里也，汗出，为阳微，假令化阴结，不得复有解证急入在里，此为半在里，半在外也，脉虽沉紧，不得为少阳病，所以然者，阴不得有汗，令头汗出，故知非少阴也，可与小柴胡汤。”

小柴胡汤作为整体协调主方，是经过临床层层筛选出来的，与逍遥散、越鞠丸、桂枝汤等协调方剂相比，小柴胡汤是最理想的协调方剂。大道至精至简，小柴胡汤依据《伤寒论》148条所示，证候六病悉备，病经三部俱全，内含七药八法，治可疏通表里，升降上下，奇正相因，微妙相合，治可“上焦得通，津液得下，身体濈然汗出而解”（230条）。

小柴胡汤中：柴胡主升，以苏子易半夏主降，黄芩主寒，以川椒易生姜主热，党参主补，甘草主泻，大枣主收，柴胡主散，七药之中，藏有八法，含有四治：正治之法；寒则热之有川椒；热则寒之有黄芩；虚则补之有党参；实则泻之有甘草。奇治之法：寒则升之有柴胡；热则降之有苏子；实则散之有柴胡，虚则收之有大枣。反治之法：热因热用，川椒可火上浇油，寒因寒用黄芩可冰上加霜；通因通用甘草可落井下石；塞因塞用党参可锦上添花。妙治之法：治寒远寒柴胡可雪中送炭（川椒）；治热远热苏子可夏日送爽（黄芩），治虚远虚，大枣可聚腋成裘（党参）；治实远实，柴胡可坐吃山空（甘草），小柴胡汤一方之中，蕴含针锋相对（正治），物极必反（反治），顺势而为（奇治），颠覆乾坤（妙治）的大自然四大基本法则：四性洞开，八方顺治，使整体动静相因，阴阳相抱，升降相随，内外相循，真正起到协调整体，唤起生命自然疗能的妙用，刘老一生用药，不离小柴胡汤，其妙理可见一斑，历经实践，小柴胡汤可谓协调整体第一方。

二、仪证

《周易》曰：“太极分两仪……”两仪者，阴阳也。老子曰：“一阴一阳之为道。”《素问·阴阳应象大论》曰：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本。”并说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”在宇宙中，地

球绕着太阳旋转，始终一半为阴，一半为阳，运动不息，阴阳是地球的本性，是大地自身的法则，这是一切事物存在的前提，没有阴阳的对称与统一，一切事物就失去了生存的条件。

阴证与阳证是整体的两仪，故称仪证。

(一) 阳证

1. 主证：发热、口渴、自汗出、脉滑。
2. 治则：清三阳之热。
3. 主方

白虎汤：石膏 30 克，知母 30 克，粳米 30 克，生甘草 10 克。

4. 论说

阳证的定性与信息源自《伤寒论》176 条：“伤寒脉浮滑，此为表有热，里有寒（热）也，白虎汤主之。”219 条：“三阳合病，腹满，身重，难以转侧，口不红，面垢谵语，遗尿，发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷，若自汗出者，白虎汤主之。”350 条：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”

整体以气血为载体，循周不息，阳之极以热显示，发热是阳证的典型表现，热耗津液，故有口渴，热由表散，随汗而泄，故有自汗出，热蕴于中，血管为血循之载体，热则膨胀，血流滑利，故见脉滑之象，脉滑是热之根，汗出是热之本，口渴是热之因，发热是热之象，四者缺一不可，四症是热证的集中表现。三阳之热的白虎汤证是阳证的代表方剂。取用白虎威慑肃杀之势，建清热滋阴之功，沿用千年而久治有效。“寒之不寒，是无水也，壮水之主，以制阳光。”

(二) 阴证

1. 主证：恶寒、口不渴、手足逆冷、下利清谷、脉沉微。
2. 治则：温三阴之寒。
3. 主方

四逆汤：附子 10 克，干姜 15 克，炙甘草 10 克。

4. 论说

阴证的主证，源自《伤寒论》388条“既吐且利，小便复利而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。”317条“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”结合91、92，225，324，352，353，371，376，387，369条的论述内容，归类择出。

恶寒，口不渴是真寒的本质，外而恶寒，内而口不渴，寒益甚者，外而手足逆冷，内而下利清谷，寒是整体机能衰退的集中反应，机能的衰减体现在气血的虚弱。故见脉沉微，所以，脉沉微体现的是阴证之根。下利清谷是真寒之本，口不渴是阴寒不化之因，恶寒，手足逆冷是阴证必见之象，五证是阴寒本质的反映和体现。

四逆汤是治疗三阴证的代表方剂，附子甘草相合强壮心阳；干姜甘草相往，温运脾阳；心脾得健，阴寒尽除，“热之不热，是无火也，益火之源以消阴翳”。

三、部证

老子曰：“道生一、一生二、二生三、三生万物……”三是变化之始，三是天生之数，小到细胞，大至地球，皆三的结构。人生从胚胎始，三胚层演化了人体的表部、里部、中部，分别承载着气、血、食的运化，构成生命的三大系统，和天地人三才息息相关，三部的盛衰变化，兴奋与抑制的不同反应，都会在生命活动的三大体系中表现出来。

(一) 表部证

1. 主证：项背强几几，恶风，有汗或无汗，骨节疼痛。
2. 治则：温经解表。
3. 主方

葛根汤：葛根 15 克，桂枝 10 克，麻黄 10 克，芍药 15 克，甘草 10 克，生姜 10 克，大枣 4 枚。

4. 论说

表部部证的主证是依据《伤寒论》14 条：“太阳病，项背强几几，反汗出，恶风者，桂枝加葛根汤主之。”31 条：“太阳病，项背强几几，无汗，恶风，葛根汤主之。”35 条：“太阳病，头痛，发热，身痛，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”而择出表部部证。

表部与天阳之气息息息相关，空气是人生的第一需要，表部食天，人可一周不食，不可一日不饮，人可一日不饮，不可一分不息，人生就是一口气，随着气的运转生命而活动，呼吸停止，生命也就随之结束，故生命存在于呼吸之间，气因其广而人不知珍，气因其泛人不识其贵。气有六类：风、寒、暑、湿、燥、火。过之为之“六淫”，体表的呼吸系统、神经系统、感觉系统，都从不同的角度体现着气的功能。

表部感受病邪，热邪侵表，头为清阳之会，故见头顶强痛，寒邪束表，恶寒而表部痉挛，寒热相持而见项背强几几，拘挛不振之状。表部无汗，表虚自汗，虚实相拒而恶风；寒、热、虚、实多互而见周身骨节疼痛。

欲治之法，葛根解肌以散热；麻黄透表以解实；桂枝甘草辛甘以化阳，祛其寒，芍药甘草酸甘以化阴，扶其虚，生姜辛以助阳，大枣甘以和阴，阴阳相济，寒热虚实交互之部疾可治。

(二) 里部证

1. 主证：胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利。

2. 治则：健脾和中。

3. 主方

生姜泻心汤：生姜 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克，黄

芩 15 克，黄连 10 克，半夏 5 克，人参 10 克，大枣 10 枚。

4. 论说

里部主证依据《伤寒论》175 条：“伤寒汗出解之后，胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利者，生姜泻心汤主之。”中择出，“胃中不和，心下痞硬，干噫食臭。”似阳明病；“胁下有水气，腹中雷鸣，下利，似太阴病，细究其证又似是而非，难辨阴阳，实是一个寒热虚实错杂的里部证。”

大地所产万物，都是可以供人享用的。“里部食地”大自然产生的粮、果、肉、菜品种繁多，您的食谱越广，您的身体越健康，适应性就越强。然而，食品之中辛、甘、酸、苦、咸五味的偏食与姿食，失食都会造成体质、性格、功能的变化，使里部消化系统、代谢系统、运动系统发生不同的变化，呈现寒、热、虚、实的病理反应。

里部证治首选生姜泻心汤，生姜平里寒上逆之呕，干姜温里寒下泻之利，黄芩清里热上越；黄连下里部之热下趋；半夏降里部之气以顺胃之功；人参升里部之气以提脾之能；甘草大枣和中以调里，使里部脾胃升降有序，寒热动静相因，虚实上下相随，一首生姜泻心汤，八药为法，尽得协调里部之妙。

(三) 中部证

1. 主证：胸胁苦满，寒热往来，心烦喜呕，心下悸，小便不利。
2. 治则：和解阴阳。
3. 主方

小柴胡汤：柴胡 24 克，黄芩 10 克，人参 10 克，半夏 15 克，生姜 10 克，甘草 10 克，大枣 12 枚。

4. 论说

中部的证是依据《伤寒论》96 条：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，

或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”而择出中部主证。

中部以血液为主，血液循环组成了生命活动的核心部分。中部以心为主，心主血，心血是接受表部苍天的天阳之气，和接受里部大地的水谷之气化生而来，故称“气血”，血中有气，气中有血，故有“血为气之母，气为血之帅”之称。气血循行，外可达表，内可通里，关乎着生命的运动。心脏搏动的动静，决定着人的生死，心脏是判断生命的重要指标。六气之流由表入里要经过中部传递，五味之邪由里透表，也要通过中部传达。寒热虚实的不同病性，在中部汇集，同时，一切寒热的对立都在中部过渡。一切虚实的差异，都在中部融合，故中部居中央以令四旁，不同病性的演化由中部决定。胸胁苦满是实之源，寒热往来是热之根。心下悸是虚之本，小便不利是寒之象，心烦喜呕是寒热虚实，上下内外的变化总汇，正是小柴胡调治的根本。

小柴胡汤中，黄芩性寒治以热，生姜辛温治以寒，人参益气治以补，甘草甘缓治以泻；柴胡升提化以寒，半夏降气化以热，大枣甘敛固以虚；柴胡疏导治以实，奇正相因、八法共济，使中部证得治，柴胡人参疏中有益治心烦，半夏生姜辛降治以呕，小柴胡汤七药为方，可谓药中有药，方中有方，小柴胡汤作为协调之基，皆源于此。

四、病症

三部是整体的三个子系统，各部独立的功能，组成了生命的三大要素，同时三部是辨证的病位，临床疾病的活动范畴不论多广，都不越三部。

三部感受病邪，病症的性质取决于邪正双方力量的对比，正邪相争，在各部定位后，正胜于邪，则出现发热的、亢奋的、进行性的反应，属阳性病；邪盛正衰，则呈现发冷的、抑制的、衰退性的反应，

属阴性病，由于发生的部位不同，必然会出现六种不同类型的证候群，按其病位与病性的不同，表部为太阳病与厥阴病，里部为阳明病与太阴病，中部为少阳病与少阴病，统称为“六病”。

(一) 太阳病

1. 主证：头项强痛，发热恶寒，无汗，脉浮，或咳喘。
2. 治则：发汗解表。
3. 主方

葛根麻黄汤：葛根 30 克，麻黄 10 克，生石膏 30 克，杏仁 15 克，甘草 10 克。

4. 论说

太阳病的主证是依据《伤寒论》1 条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”7 条：“病有发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也。”31 条：“太阳病，项背强几几，无汗，恶风，葛根汤主之。”而选择列出。

表部包括体表与肺，即凡是与空气接触的部位皆属表的范围，太阳是表部的阳性病，热性主升，头为诸阳之会，头项强痛是必见之证，脉浮指病位在表，发热恶寒指病性为热，无汗指病势为实，古有：“瘟邪上受，首先犯肺。”故热性之邪当有咳，实性之邪当有喘，五个主证是太阳病的集中体现。

太阳病性实热，病性在表，表部之热实。需要汗法而解，葛根辛凉解表，解肌以散热，辛凉以治热；麻黄辛温解表，透窍以治无汗，使汗出而病去；石膏辛凉为胜热之基，杏仁空肺以平咳喘，甘草清热解毒，和四药之力，使太阳实热得解。

(二) 厥阴病

1. 主证：手足逆冷，脉沉细，恶寒，肢节痹痛。
2. 治则：温通血脉。

3. 主方：

当归桂枝汤：当归 15 克，桂枝 10 克，赤芍 10 克，细辛 10 克，木通 10 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

4. 论说

厥阴病的主证是依据《伤寒论》351 条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。”337 条：“凡厥者，阴阳气不相顺接，厥者，手足逆冷者是也。”

结合临床实际而择出。

厥阴病是表部的虚寒相因而成，厥阴之证，重点在厥。寒主下降，寒及四末，上至腕，下至踝为“厥”；上过肘，下过膝为“逆”，故厥逆是寒性的程度之分，《伤寒论》351 条：“手足厥寒，脉细欲绝。”是真厥阴证，故以“当归四逆汤主之”。337 条：讲述了厥阴的病因。“凡厥者，阴阳气不相顺接。”便为厥，并且说明厥阴的核心证是“手足逆冷者是也。”

《伤寒论》中的白虎汤，乌梅丸，瓜蒂散，调胃承气汤之厥，本质不同，是“越部”之厥，故而“脉细欲绝是判断真寒的标志证，表虚不固，故而恶寒，虚不养络，故见肢节痹痛，四证是体现厥阴虚寒的实质性反映，故列为主证。

当归桂枝汤中，以桂枝汤为基础，当归补血活血以治虚，桂枝温经活络以胜寒，桂枝甘草辛甘以化阳，芍药甘草酸甘以化阴，阴阳得化，虚证肢节痹痛恶寒可复，水通通络，细辛透表，拥当归补血之力，借生姜、大枣辛甘以消寒，手足逆冷可治，脉微欲绝可复也。

(三) 阳明病

1. 主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬。

2. 治则：泻热除实。

3. 主方

大黄芒硝汤：大黄 15 克，芒硝 10 克，枳实 30 克，厚

朴 20 克，白芍 30 克。

4. 论说

阳明病的主证是依据《伤寒论》180 条：“阳明之为病，胃家实是也。”208 条：“阳明病，脉迟虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也，手足然汗出者，此大便已硬也。大承气汤主之。”215 条：“阳明病谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也，若能食者，但硬耳，宜大承气汤下之。”而择出主证。

阳明病是里部的实热证，阳明之热，是热的最后阶段，阳明之实，是实的有形之结。故 180 条，首言“胃家实是也。”胃家实的集中表现就是大便硬，其里热借助天时（申酉二时）而热发蒸蒸而振，如海潮般涌来，而见自汗出，一现实热亢奋之象，故而胃家实，大便硬是阳明实象，发潮热，自汗出是阳明真热之显。

欲治阳明之实热，首选大黄以苦寒泻热，芒硝咸寒泻实，枳实芍药散为基，有“冲墙倒壁之功。”借厚朴除满通调之力，使阳明实热以激化的方式，泻热于里，驱实于外，五药为往，实热以泻。

(四) 太阴病

1. 主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛。

2. 治则：温胃健脾。

3. 主方

苍术干姜汤：苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克。

4. 论说

太阴病主证是依据《伤寒论》273 条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之必胸下结硬。”《金匱·五脏风寒积聚病脉证并治》曰：“肾着之病，其人身体重，腰中冷，如生水中，形如水状，反不渴。小便自利，饮食如故，病属下焦，

身劳出汗，衣里冷湿，腰以下冷痛，腰重如带五千钱，干姜苓术汤主之。”择出主证与主方。

太阴虚寒，里部脾胃失健运，则消化不良，脾运呆滞，故有腹满，满者，自觉胀，而医者查之则腹软如常，是运化不利所致。胃气下降，里部虚寒，气不得降则吐；脾气主升，虚寒影响脾升，下泻而利。吐利并不兼有，故加“或”字，以示区分，寒积于里，气滞于下，故有时腹自痛，乃虚寒之象也。腹满，吐利，里虚之候，时腹冷痛乃里寒之证也。

方选苍术干姜汤，方源自于《金匱》的甘姜茯苓汤，选用此方一是苍术健脾，补太阴之虚；二是干姜温中，治太阴之寒，甘草、茯苓利里部太阴之寒湿，使湿去，则太阴可复，同时苍术、干姜乃芳香健脾之药。其温燥之性，入太阴之中，使胃肠温度增加，肠腔吸收压力加大，使饮食的游溢之气便于吸收。四药相往于太阴，既有药理补益激能，又有温中的物理之功。

(五) 少阳病

1. 主证：胸中热烦，胸满，发热或寒热往来，咽干口苦，小便黄赤。

2. 治则：清热除满。

3. 主方

黄芩柴胡汤：黄芩 30 克，柴胡 15 克，白芍 20 克，石膏 30 克，竹叶 10 克，知母 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

4. 论说

少阳病的主证是依据《伤寒论》263 条：“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”264 条：“少阳中风，耳无所闻，目赤，胸中满而烦者。不可吐下，吐下则悸而惊。”78 条：“伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也。栀子豉汤主之。”而结合临床实践而择出主证。

少阳病是半表半里的实热证，半表半里居中，以气血循行为主要功能，心肺居于胸中，是气血循行的中心位置，热郁胸中其热有烦，故见胸中烦热，实热相通，热血居胸中不散，而有胸满，少阳是至热之地，其热为发热不休，居于中部，热有出表出里之势时，方见寒热往来；少阳之热是实热，判定实热，非上有咽干口苦，下有小便黄赤，才可定论。因而将胸中烦热、胸满的实热证和热的特征性表象，发热，或寒热往来纳入，并以咽干口苦，小便黄赤的定性之证归结为少阳主证。

少阳主方，经反复验证，选择以黄芩汤为基础，纳入柴胡，和竹叶石膏汤的方义。共同组成黄芩柴胡汤，方中八药，黄芩、知母清胸中之火，石膏、竹叶降身体中之热，柴胡、甘草散少阳之实，白芍、大枣酸甘以滋少阳之阴，清、散、降、滋四性俱备，才能合理地消除少阳之实热。

(六) 少阴病

1. 主证：心动悸，背恶寒，短气，脉微细。

2. 治则：强心壮阳。

3. 主方

人参附子汤：人参 10 克，附子 10 克，茯苓 30 克，麦冬 15 克，五味子 15 克。

4. 论说

少阴病主证，依据《伤寒论》281 条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”177 条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”而择出。

少阴病是半表半里的虚寒证，气血的虚衰，首先表现在心脏，故少阴病中心动悸应是必见之证，心动悸是心气虚的集中表现，心阳衰微，阳虚生外寒，反映到外则见背恶寒，背后两肩胛间如掌大，有恶寒感是心阳衰竭的先兆，短气是气血虚的见证，脉微细是寒现

于外的征象，故将四证，结合条文，列为主证。

少阴之证，在于强心壮阳，强心阴之品，人参最佳，壮心阳之药，附子最优，故首选人参附子为主药，以生脉散为基础，取麦冬滋心阴，五味子敛心气，茯苓安心神而利心阳衰微，兼治水滞不行之水湿，五药为伍，尽得治少阴之妙。

五、并病

并病，是两种不同病性，不同病位的病症相合，为并病。“并”从字义上讲，有“并驾齐驱”、“并头莲”、“并列冠军”的称谓，有两者相齐之意。依据《伤寒论》48条：“二阳并病（太阳转阳明）。”142条“太阳与少阳并病。”150条：“太阳少阳并病。”171条：“太阳少阳并病。”220条：“二阳并病，太阳证罢，但发潮热（太阳转阳明）。”从上述5条原文来看，所提及的并病，是两种病症相合，或相转化，刘老在注释《伤寒论》318条“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之”时，亦讲到可列入“少阳，太阴并病。”由此可见，并病是指两病症通过转化同时并存的病症，亦符合临床病症的传变规律。故将临证不同病位，两病相合者，列归并病，按着“并病并方”的原则，进行辨证施治，现分列之。

（一）太阳、少阳并病

主证：头项强痛，胸中烦满，发热无汗，口渴咽干，小便黄赤，脉滑数，或咳喘。

主方：葛根黄芩汤。

葛根 60 克，黄芩 30 克，麻黄 10 克，柴胡 15 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，温分三服，将两次药汁相合，

煮沸，每次服 100 毫升左右，忌食辛辣之物。

(二) 太阳、阳明并病

主证：头项强痛，胃家实，发热汗出，大便硬，或无汗，咳喘。

主方：葛根大黄汤。

葛根 60 克，大黄 15 克，麻黄 10 克，芒硝 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药九味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，忌辛辣。

(三) 太阳、少阴并病

主证：头项强痛，心动悸，背恶寒，发热无汗，脉浮细，或咳喘。

主方：葛根附子汤。

葛根 60 克，附子 10 克，麻黄 10 克，人参 5 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药九味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌生冷，油腻。

(四) 太阳、太阴并病

主证：头项强痛，腹满，发热恶寒，时腹自痛，或吐或利，或咳喘。

主方：葛根苍术汤。

葛根 60 克，苍术 30 克，麻黄 10 克，干姜 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，茯苓 20 克，甘草 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜，忌食生冷油腻。

(五) 厥阴、少阳并病

主证：手足逆冷，胸中烦满，发热，咽干口苦，小便黄赤，或

肢节痹痛，脉细数。

主方：当归黄芩汤。

当归 15 克，黄芩 15 克，桂枝 10 克，柴胡 15 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药九味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜，忌食生冷辛辣。

(六) 厥阴、阳明并病

主证：手足逆冷，胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，脉沉细数，或肢节痹痛。

主方：当归大黄汤。

当归 15 克，大黄 15 克，桂枝 10 克，芒硝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药十一味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜。

(七) 厥阴、少阴并病

主证：手足逆冷，心动悸，背恶寒，脉微细或肢节痹痛。

主方：当归附子汤。

当归 15 克，附子 10 克，人参 10 克，桂枝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，甘草 10 克，芍药 30 克，大枣 10 枚，茯苓 20 克，五味子 15 克。

煎服法：上药十一味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜，忌食生冷油腻。

(八) 厥阴、太阴并病

主证：手足逆冷，腹满，或吐，或利，时腹自痛，脉沉细，或肢节痹痛。

主方：当归苍术汤。

当归 15 克，苍术 30 克，桂枝 10 克，干姜 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，茯苓 30 克。

煎服法：上药十味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将两次药汁合在一起，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌食生冷肉类。

(九) 少阳、阳明并病

主证：胸中烦满，胃家实，发热汗出，口苦咽干，小便黄赤，大便硬，脉滑数。

主方：黄芩大黄汤。

黄芩 30 克，大黄 10 克，柴胡 15 克，芒硝 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚、枳实 15 克，厚朴 10 克。

煎服法：上药九味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜，忌食辛辣。

(十) 少阳、太阴并病

主证：胸中烦满，发热汗出，腹满，时腹自痛，或呕或利，咽干口苦，小便少。

主方：黄芩苍术汤。

黄芩 15 克，苍术 30 克，柴胡 15 克，干姜 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，茯苓 20 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，

忌食生冷，辛辣。

(十一)少阴、阳明并病

主证：心动悸，背恶寒，胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，脉细数。

主方：附子大黄汤。

附子 10 克，大黄 15 克，人参 10 克，芒硝 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，枳实 15 克，厚朴 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌食生冷，辛辣。

(十二)少阴、太阴并病

主证：心动悸，背恶寒，胸满，时腹自痛，或吐或利，脉沉微。

主方：附子苍术汤。

附子 10 克，苍术 30 克，人参 10 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，五味子 15 克。

煎服法：上药七味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜，忌食生冷、肉类。

六、合病

合病是不同病位，不同病性的三种病症同时出现的证候集合群，称为“合病”，合病是依据《伤寒论》219 条：“三阳合病，腹满，身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷，若自汗出乾，白虎汤主之。”原文 268 条：“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。”此两条叙出三阳合病，说明阳病和阳病可以相合。那么，阴病是否可以相合呢？再看《伤寒论》317 条：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，

身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之”，225条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”。从以上两条原文看，下利清谷属太阴病，手足逆冷属厥阴病，脉微欲绝属少阴病，此条文可以说明：不单三阳可以合病，三阴也能合病。阳病与阳病可以相合，阴病与阴病亦可以相合，那么，阴病与阳病能否相合呢？《伤寒论》原文357条：“伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泄利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。”从条文中可以看到，寸脉沉而迟，下部脉不至，手足厥逆是厥阴病，咽喉不利，唾脓血是少阳病，泄利不止是太阴病。在三部中表现出有阴病、有阳病，在不同的部位上出现不同性质的病症是可以相合的。从麻黄升麻汤中也可以看到药分三类：黄芩、知母、葳蕤以治少阳，桂枝、当归、芍药以治厥阴，干姜、甘草、白术、茯苓以治太阴，并看出合病的性质不同，治疗的原则、方法也不同。这样，我们可以看到：在合病中，三阴能合，三阳能合，阴阳亦能合。但同一部位阴阳两种性质不同的病不能相合。如：里部有太阴病时，就不可能同时再现阳明病，同部位阴阳二性的出现构成了部病，详见前述。合病的原则就是依据这些道理而定的，主证主方就是根据这些道理而产生的。

但同一部的阴阳两种性质不同的病不能相合，因为“同一时间，同一空间，不能并存二理，一物不能并存二性，所以，只有在不同病位上，不同病性的三种病症才能形成合病。”

按着“合并合方”的原则，各部的不同病症相合，各病的主方就相合，共同组成合病的证治方剂系列。

（一）太阳、少阳、阳明合病

主证：头项强痛，胸中热烦满，胃家实，发热无汗，口渴，小便黄，脉滑数，大便硬或咳喘。

主方：葛根黄芩大黄汤。

葛根 60 克，黄芩 30 克，大黄 10 克，麻黄 10 克，柴胡 15 克，芒硝 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药十二味，加水 1000 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煎取 200 毫升，去滓，将两次所煎药汁混为一体，分温三服，以空腹为佳，忌食油腻。

(二) 太阳、少阳、太阴合病

主证：头项强痛，胸中烦满，腹满，发热无汗，口渴，小便短赤，时腹自痛，或吐或利或咳喘。

主方：葛根黄芩苍术汤。

葛根 60 克，黄芩 30 克，苍术 30 克，麻黄 10 克，柴胡 15 克，干姜 10 克，茯苓 20 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药十二味，先加水 1000 毫升，煮取 300 毫升，倒出药汁，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次所煎药汁合在一起，煮沸后，分温三服，每次 150 毫升左右。

(三) 太阳、少阴、阳明合病

主证：头项强痛，心动悸，胃家实，发热无汗，背恶寒，大便硬，口渴或咳喘。

主方：葛根附子大黄汤。

葛根 60 克，附子 10 克，大黄 10 克，麻黄 10 克，人参 5 克，芒硝 10 克，枳实 10 克，厚朴 10 克，杏仁 10 克，石膏 30 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药十三味，先加水 1000 毫升，煮取 300 毫升，倒出药汁，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次所煎药汁合在一起，煮沸，分温三服，忌油腻。

(四) 太阳、少阴、太阴合病

主证：头项强痛，心动悸，背恶寒，腹满，时腹自痛，发热恶寒，无汗口不渴，或吐或利或咳喘，脉细。

主方：葛根附子苍术汤。

葛根 60 克，附子 10 克，苍术 30 克，人参 5 克，麻黄 10 克，杏仁 10 克，石膏 30 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药十一味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将两次所煎药汁合为一体，煮沸，分温三服，每服 150 毫升，以空腹为宜，忌油腻生冷饮食。

(五) 厥阴、少阳、阳明合病

主证：手足逆冷，胸中烦满，脉细数，胃家实，发热汗出，大便硬，小便黄赤，咽干口苦，或肢节痹痛。

主方：当归黄芩大黄汤。

当归 15 克，黄芩 30 克，大黄 10 克，桂枝 10 克，柴胡 15 克，芒硝 10 克，芍药 30 克，细辛 10 克，通草 10 克，枳实 10 克，厚朴 10 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药十三味，加水 1000 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，去滓，将两次所煎药汁合为一体，煮沸，分温三服，每服 150 毫升左右，空腹为宜，忌辛辣生冷。

(六) 厥阴、少阳、太阴合病

主证：手足逆冷，胸中烦满，腹满，脉沉细数，发热，口渴，时腹自痛，或吐或利或肢节痹痛。

主方：当归黄芩苍术汤。

当归 15 克，黄芩 30 克，苍术 30 克，桂枝 10 克，干姜 10 克，柴胡 15 克，细辛 10 克，通草 10 克，茯苓 20 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药十二味，先加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升去滓，将两次所煎药汁合为一体，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌生冷油腻。

(七) 厥阴、少阴、阳明合病

主证：手足逆冷，心动悸，背恶寒，胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，或肢节痹痛，脉沉数，细涩。

主方：当归附子大黄汤。

当归 15 克，附子 10 克，大黄 15 克，桂枝 10 克，人参 5 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚。

煎服法：上药十五味，以水 1000 毫升，煮取 300 毫升，倒出药汁，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁合为一体，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌生冷肉类。

(八) 厥阴、少阴、太阴合病

主证：手足逆冷，心动悸，背恶寒，腹满，时腹自痛，脉微细，或吐或利，或肢节痹痛。

主方：当归附子苍术汤。

当归 15 克，附子 10 克，苍术 30 克，桂枝 10 克，人参 5 克，干姜 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，茯苓 20 克，甘草 10 克，大枣 10 枚、五味子 15 克。

煎服法：上药十三味，加水 1000 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 500 毫升，煮取 200 毫升，去滓，将两次药汁合为一体，煮沸，分温三服，忌生冷，油腻。

七、单证

单证，是三部六病辨证体系的基础辨证，单证的辨证论治，是以六病中分别产生和分化提取的，整体是生命的大系统，在这个大

系统中，本着“道生一（整体证）、一生二（仪证）、二生三（部证）、三生万物。”的原则，组成自然的辩证法则。三部是整体的子系统，本着“太极（部证）生两仪（阴阳证），两仪生四象（寒证、热证、虚证、实证）的原则，组成了哲学的辩证法则。《周易·系传》曰：“法象莫大于天地，变通莫大于四时。”三部之中，寒、热、虚、实四性的变化是最具体、最根本的病变属性，在证的变化中，并病、合病、兼证、合证的复合证治中，都需要单证的病性确定。

在三部的六病中，阳病实热、阴病虚寒是其各自的病性，但在临床许多病症，往往是单一的证候表现，某些时候三阳病中或表现其实，或表现其热，三阴病中或表现其虚，或表现其寒，在病性中就构成了寒、热、虚、实四种不同类型的证候群。我们根据《伤寒论》的原意，称此为“单证”。在整体治疗中，白虎汤清热降温以治三阳之热，新定大柴胡汤以治三阳之实，新定建中汤以疗三阴之虚，四逆汤温中回阳以解三阴之寒，这些均属治疗方证的代表方剂，标志着机体不同病理变化的特殊性。

整体化分三部，每部各具其独立性和特殊性，又是整体成比例的缩小。所以说，三部是整体的三个子系统。在这每个系统中，皆有寒热虚实的四种病理反应，虚与寒合而为阴病，实与热合而为阳病，换言之，阴病中含有虚证、寒证，阳病中包含有实证、热证。综合三部就会有十二个方面的四类不同病质的反应，这些病症分而言之是单纯的，我们称这种单纯的一方面的病症为“单证”。这样三部之中就划分出表寒证、表热证、表虚证、表实证、中寒证、中热证、中虚证、中实证、里寒证、里热证、里虚证、里实证，十二个单证，作为临床辨证的基本内容。

在辨证论治中，如果说整体的六病是纲，那么十二单证就是目。体证、部证、病症都包涵着单证的具体内容。十二单证是与整体发生联系的十二条主干。病症在人体无论多么繁杂，都可用十二单证

去分析，以此辨证论治，可以对复杂纷繁的证候有一个辨证的依据，对所施用的数以万计的方剂有一个衡量的标准，也是检验方与证是否正确的尺度。

病者所表现的证候无论如何庞杂，都是由单证组成的，根据每个单证的性质，就可以确定证属何部、何病，是合病、并病、还是兼证、合证，这样就会做到胸中有数，把握病情，观其脉证，随证治之。同理，在掌握每个单证性质后，对选方用药，就能做到有的放矢，不盲目用药，以此可以选用整体的方证方，六病的主病方，以及根据病情组出合病方、并病方、合证方、兼证方。如果单证独立存在，可以根据单证的不同病位、病情准确合理地选用主药，给予针锋相对的治疗。对于这种情况，我们称之为“药证方”，后文十二单证的选方原则，就是根据这个道理分别列出“药证方”的。

“三部六病”的主证与主方是根据《伤寒论》原文并结合临床实践分别择出的。单证的辨证论治，实际上就是从六病中分别产生和提取的。在六病辨证中，三阳皆热、皆实，三阴皆虚、皆寒。十二单证就是列出三部中阴性病与阳性病由于病位不同所表现出的寒、热、虚、实不同点的特殊性。如三阳之实，表部的无汗、里部的胃家实、半表半里部的胸满，由于部位不同，病势虽都属实，但其具体内容随其部位有其具体区别。三阴病各有虚有寒，三阳病各有实有热，在辨证中将分别论之。在施治中，六病各有主方、主药，对十二单证的治疗，根据三阳病的主方中主药治热，副主药治实的规律分别组成三阳病中各单证的“药证方”。三阴病的主方中，具有主药善补、副主药益温的特点，分别组成三阴病的六个单证方，其具体内容后文罗列，分别述之。

通过单证的辨证论治，可以把机体各部反映出的各种证候及数以千计的药物列为十二大类，每一类代表一种病理反应的性质，反映这个本质的现象并不是类同的，用药也不是千篇一律的，所以根

据单证的性质，分别列出主证和类证，在治疗上分别列出主药和类药，以利按证归类、触类旁通，在辨证论治上既表现出原则性，又体现其灵活性，所以说单证的辨证论治在认证选药上是一面镜子，又是一把尺子，是鉴别衡量的标准。

(一) 表热证

主证：发热恶寒。

类证：身热战寒，鼻扇喘急，脉浮数，头顶强痛。

治则：解表。

主药方：葛根甘草汤：葛根 60 克，甘草 10 克。

类药：菊花、银花、连翘、薄荷、青蒿、羌根。

煎服法：上药二味，加水 800 毫升，煎至 300 毫升，去渣，每次服 100 毫升，分温三服，忌辛辣。

按语：主证的发热恶寒是表热证的特异性反应，既表现出热的本质，又具有表部热证的具体表现。恶寒而发热仅表部所独有，故为热证的主证，其余身热战寒是其表热的病状。肺与皮毛相表里，热袭于肺而出现鼻扇喘急，头顶强痛，脉浮数的表现，归为类证范畴。

欲治之法：解表以散热，主药方葛根甘草汤中选用葛根为主药，辛凉解表以治表热。甘草可辅助葛根，增强其效，并有解毒之功。二药为用，以治表热。葛根为治表热代表性药物，葛根缺如时，可选用薄荷、菊花、银花以代之，皆此类也。

(二) 表实证

主证：无汗而喘。

类证：无汗恶风，项背强几几，骨节疼痛。

治则：发汗。

主药方：麻黄甘草汤：麻黄 10 克，甘草 10 克。

类药：苏叶、荆芥、羌活、独活、山椿柳、葱白。

煎服法：上二味，加水 500 毫升，去上沫，煎至 300 毫升，去渣，

每服 100 毫升，分温三服。

按语：病邪袭表，肌肤被束，而表实无汗，无汗是表实之特征，邪无以发而见骨节疼痛，项背强几几而不得屈伸，皆表实之类证。热蕴于肺，肺与皮毛相表里，故见喘促，是肺之实证也，故与无汗皆列为表部实证，以利辨识证候。

表部实邪本从汗解，方选太阳病副主药麻黄以发其汗，使表实得解，此乃发汗峻药，以发汗平喘见长，故为治太阳实证的代表药，发汗除邪使无汗而喘尽解，如麻黄缺失或对麻黄药过敏者，可以苏叶、荆芥、羌活、葱白代之，此皆麻黄之类药也。

(三) 表寒证

主证：恶寒，肢节痹痛。

类证：四肢沉重，行动不便，肢冷畏寒。

治则：温阳通络。

主药方：桂枝甘草汤：桂枝 10 克，甘草 10 克。

类药：桂皮、肉桂。

煎服法：上药二味，加水 500 毫升，煎至 300 毫升，去渣，每服 100 毫升，分温三服，忌生冷、肉类。

表部阳虚而生外寒，气血被寒邪所遏，周流不畅，不通则痛，或肢节久失血养而见痹，故将恶寒与肢节痹痛作为表寒证的代表证候。此外，表阳衰微而见肢冷畏寒，肌表被寒所束，而行动不利、四肢沉重酸困，皆表寒证之类也。

选用厥阴病副主药桂枝作为治表寒代表药，以《伤寒论》64 条的桂枝甘草汤作本证主药方。桂枝甘草辛甘以化阳，温表阳、通脉络，使阳虚得补，外寒自去，气血周流畅通而肢节痹痛自止，其他各类证尽治也。若桂枝缺失时，可以桂皮代之，以充其类也。

(四) 表虚证

主证：手足冷，脉细。

类证：肢乏无力，懒动，脉沉微。

治则：补血活络。

主药方：当归甘草汤：当归 15 克，甘草 10 克。

类药：川芎、丹参、熟地。

煎服法：上二味，加水 500 毫升，煎取 300 毫升，去渣，每服 100 毫升，分温三服，忌食油腻生冷。

按语：表部气血虚衰，肢末不得气血的濡养，而现肢冷脉细，故列为主证，表虚气血循行减少，机体功能改变，运动低下，时见肢体困乏，无力而懒动，更有甚者，可见脉微欲绝，直至气血周流不至而见肢体干枯坏死，为表虚之甚也，急需补血通脉以治，方挽表虚之危。

欲治之法：选用厥阴病主药当归作代表，根据当归四逆汤中原方有甘草，故将当归甘草组成药证方，以当归活血补血、温补脉络，甘草补气和缓，以使表虚之证可解，手足冷、脉细诸证可复。临床如当归缺乏时，可选用川芎、丹参以代之，皆活血补血以治表虚之类药也。

(五) 里热证

主证：日晡所潮热。

类证：谵语，面垢，手足絳紫汗出。

治则：泻热。

主药方：大黄甘草汤：大黄 15 克，甘草 10 克。

类药：番泻叶、荷叶、槐角。

煎服法：上二味以水 400 毫升，急火煎取 300 毫升，去渣，每温服 100 毫升，日三服，以利下热退为愈。

按语：病邪入里，从热化，里部蕴热，时时外发，如海水来潮之势，蒸蒸汗出，阳明里热乃热之极，日晡阳盛，两阳相合，天人相应，故日晡时发潮热，此为里部之特征，故为主证，热扰神明则

谵语，热邪向外熏于肌肤则面垢，此皆里热之表现，同类证也。

里热欲治之法：须直泻里热。大黄苦寒泻热，效力之猛，素有将军之称，主药方取调胃承气汤，引热出里之意，因无实象，则选用大黄甘草二味，武火急煎，取其泻热之功，二药合用，使里部之热尽泻，日晡潮热自止，余证可消。

(六) 里实证

主证：胃家实。

类证：腹满而胀，大便硬。

治则：软坚散结。

主药方：芒硝甘草汤：芒硝 10 克，甘草 10 克。

类药：芦荟、麻仁、郁李仁、朴硝、元明粉。

煎服法：上二味，加水 400 毫升，先煎甘草片刻，再将芒硝纳入煎取 300 毫升，每服 100 毫升，分温三服，以下利为止，忌食油腻。

按语：里实证多由热致实，热烁津液，阴液内亏，痰水血食有形之物聚集于里，消化道以胃为主，故称胃家实。实者，实有其物也。积滞之物留而不去，可见腹满，燥屎结于大肠，运化不通，传化不利，由于痰水血食的积聚，使消化系统的各个不同阶段发生阻塞，故以“胃家实”为其主证。

三阳皆实，里实欲治之法：必须润燥软坚，急下存阴，方选阳明病副主药芒硝，泻热润燥软坚，使积于肠道的燥屎、停痰、瘀血尽去。配以甘草，有阻止水分吸收之功，与芒硝相配，有相得益彰之效，使燥屎可去，津液可生，故而将二药定为主药方。临床如芒硝缺如，或体弱者，可选用芦荟、郁李仁以代之，此皆软坚通便之类药也。

(七) 里寒证

主证：时腹自痛。

类证：腹中冷，下利清谷，自利不渴。

治则：温中。

主药方：干姜甘草汤：干姜 10 克，甘草 10 克。

类药：砂仁、豆蔻、广木香、小茴香、荜拨、良姜。

煎服法：上二味，以水 300 毫升，煮取 200 毫升，去滓，分温再服。

按语：里寒者，脾胃寒也。脾胃寒而运化不利，寒凝气滞，气机不畅而出现时腹自痛，此里部太阴之寒之典型表现，为主证。寒湿或寒邪滞于里部，而使脾胃不能腐熟水谷，如同无火难煮饭一样，则见腹中冷而下利清谷。寒居于里，而口不渴，此皆里寒之类证，必须治之以温，使寒邪热化，寒证可去。

欲治之法：首当温中。方用干姜甘草汤。干姜温中散寒最烈，故为太阴病之副主药，和甘草相合，温中健胃以复胃阳之热，热复则水谷得以消，腐熟之功得以复。胃气得降，脾气可升，气机畅达，则时腹自痛可止，下利清谷得治，里寒去，吸收功能增强，诸证可解。方中药温中之药甚多，临证若干姜缺失，可用砂仁，良姜以代之，皆温中之类药也。

（八）里虚证

主证：腹满。

类证：食不下，胸下结硬。

治则：健脾。

主药方：苍术甘草汤：苍术 30 克，甘草 10 克。

类药：白术、焦麦芽、焦神曲、焦山楂、鸡内金。

煎服法：上二味，以水 500 毫升，煎取 300 毫升，去滓，每服 100 毫升，分温三服，忌食生冷。

按语：里虚之证腹满是因里部脾胃虚衰，功能低下，运化失职，水谷精微不得运化而形成的一种闷胀感觉。病者自诉腹胀痛，食而不化，心下有结气。医者细查，腹部柔软，无胀气之感，主观感觉和客观表现不相符合，此皆脾气虚所致。

里虚之治：首选太阴病主药苍术，健脾燥湿，脾气得健，脾胃运化正常，水精四布，身体健壮，虚证皆无，腹满一证自消，食欲增进，正体可安。太阴主方苍术汤中，甘草和胃调中，与苍术相合，能增强健脾补气之功，故将二药配伍，定为主药方。临床苍术缺如时，可以用白术代替，此皆健脾燥湿之类药。

(九) 半表半里热证

主证：胸中烦热。

类证：身热烦，口苦咽干，小便黄赤，口渴，身热或寒热往来。

治则：清热。

主药方：柴胡甘草汤：柴胡 15 克，甘草 10 克。

类药：香附、苏梗、乌药、郁金。

煎服法：上二味，以水 500 毫升，煎取 400 毫升，去渣，再煎至 300 毫升，每服 100 毫升，分温再服。

按语：胸为至阳之所，半表半里实证多与热证同时并见，热邪积于胸中，热盛血涌，淋巴在胸导管受阻，致使气血与淋巴液壅滞胸中，故见胸满。胸中满闷，胸阳不通则心烦躁急，默默不欲饮食。拍动胸部胸廓可使胸满证减轻，故见太息频频，此皆胸实不通之故也。因半表半里部病位在胸，气机不畅而满，故将胸列为实证的主证，其余皆实证的表现。

半表半里实证病位在胸，实属纯里，欲治之法：必须疏导，少阳病副主药柴胡具有疏导转枢之功，故将柴胡列为主药。通过柴胡疏满导实，转枢表里。甘草和调于中，淤滞于胸中之实皆可散去，胸满诸证可消，烦满躁急自解。柴胡乃疏肝解郁良药，较之他药更胜一筹。临证缺失，可用香附等药代之，皆疏导之类药，但其药效稍逊，用时可适当调配剂量，以全其效。

(十) 半表半里实证

主证：胸中烦满。

类证：心烦烦呕，默默不欲饮食，躁急易怒，善太息。

治则：疏满散实。

主药方：柴胡甘草汤：柴胡 15 克，甘草 10 克。

类药：香附、苏梗、乌药、郁金。

煎服法：上药二味，以水 500 毫升，煎取 400 毫升，去渣，再煎至 300 毫升，每服 100 毫升，分温再服。

按语：胸为至阳之所，半表半里实证多与热证同时并见，热邪积于胸中，热盛血涌，淋巴在胸导管受阻，致使气血与淋巴液壅滞胸中，故见胸满。胸中满闷、胸阳不通则心烦躁急、默默不欲饮食。拍动胸廓可使胸满证减轻，故见太息频频，此皆胸实不通之故也。因半表半里部病位在胸，气机不畅而满，故将胸满列为实证的主证，其余皆实证的表现。

半表半里实证病位在胸，实属纯里，欲治之法：必须疏导，少阳病副主药柴胡具有疏导转枢之功，故将柴胡列为主药。通过柴胡疏满导实，转枢表里。甘草和调于中，淤滞于胸中之实皆可散去，胸满诸证可消，烦满躁急自解。柴胡乃疏肝解郁良药，较之他药更胜一筹。临证缺失，可用香附等药代之，皆疏导之类药，但其药效稍逊，用时可适当调配剂量，以全其效。

(十一) 半表半里寒证

主证：背恶寒。

类证：身寒倦怠，口中和，面色皤白。

治则：温心阳。

主药方：独附汤：附子 15 克。

类药：乌头、天雄。

煎服法：附子一味，劈开，加水 800 毫升，文火煎取 300 毫升，去滓，每服 100 毫升，分温三服。

按语：里部之寒，寒在太阴；半表半里部之寒，寒在少阴。半

表半里部以心脏为主导，心脏功能下降，多虚与寒并存，多以心虚为其表现形式。心脏居胸倚背，阳虚生外寒，主阳虚而现背恶寒，换言之，背恶寒是心阳虚的先兆，无论何证，属阴或属阳，如见背恶寒，即可选用附子，以温心阳，挽救其急。除背恶寒外，口中和、倦怠乏力、面色皑白皆为心阳虚寒之外现，寒证之类证也。

欲治半表半里之寒证：须选用少阴副主药附子以温心阳，散沉寒，附子一味有温心壮阳之功，心阳得温，外寒可解，心气充则血流畅，精力充沛则倦怠乏力可除，胸中寒消，口中和自退，犹如阳光普照，冰雪消融。治寒治以本，以附子壮心阳，此乃“寒之不寒，是无火也，益火之源，以消阴翳”，独附汤来源于《陈修园医书七十种》中之列方。

(十二) 半表半里虚证

主证：心动悸。

类证：短气，虚烦不得眠，惕惕不安。

治则：补心阴。

主药方：独参汤：人参 10 克。

类药：党参、太子参、黄精、玉竹。

煎服法：以人参一味，加水 500 毫升，煮至 300 毫升，令病者分次频服，或每次服 100 毫升，温三服，煎后人参可食之。

按语：心阳衰微，面现虚寒。心阴虚，心阳独亢，可见动悸，心中惕惕不安，虚烦不得眠，心虚则力不支，故见短气，此皆心虚之类证。半表半里之虚，虚在心脏。心病者，多以动悸常见，故列为核心证。心虚者，多由劳神耗伤心血而所致，有表现心阴不足，心阳独亢者，有表现心阴阳俱虚者，临证细查，不难辨认，随证治之。

欲治之法：阴阳俱虚者，要补心阴，壮心阳；单纯心阴亏损致虚者，可补益心阴，兼益心气亦可。欲选方药，补虚仍以参，葛可久《十药神书》所载独参汤为主，此亦符合仲景《伤寒论》本义，

故选用作主药方。通过人参强心补气，使心阴得补，心气得充，达其“止惊悸，定魂魄，清心明目”之功，心动悸可愈，诸类证可消。人参有起死回生之效，居补药之首。临证人参缺，可用党参、太子参以代之，皆属此类药也。

十二单证代表着三部的十二个方面，各自标志着本证的性质。在这里还有一点是需要提及的，就是临床辨证施治中，有许多证没有具体的病位和病性，在表部、里部和半表半里部各类证候群中均可见到。例如：小便不利、不能食、烦等证就属此类。在《伤寒论》原文中，小便不利 25 条，不能食 15 条，烦 38 条，涉及范围之广可想而知。我们将这类没有具体病位、具体病性的证候称为“多义证”。另外还有一类证候，就是超越本部的范畴，在其他的部或病中出现。这与多义证不同。超越本部的证候多由热极转阴、阴极似阳的病理改变或者是医者失治、误治之后出现，前者是自然因素而致，后者是人为因素而致在本病出现不应有的证候。如下利、利、吐、呕、发热、谵语、恶寒、厥等证。在《伤寒论》中有 82 条涉及利或下利，利本太阴病症，可由医者失治等原因在许多病中出现下利。发热涉及 51 条，发热本阳证，可是阴证格阳，使真阳浮越，故在三阴病中亦可出现发热。厥本表寒，可在原文中有 27 处言及厥证，在热极时，可以转阴出现阴极似阳的表现，故在辨证时应注意辨识真伪，以免贻误病情。我们将这些本在该部表现出而到其它部位出现的证候称为“越部证”，这些是临证中值得注意和区别的。

八、兼证

六病十二单证在临床表现出多种复合的证候群，凡六病之中与十二单证其中之一相合证，为病症相兼，称为“兼证”，依据《伤寒论》原文的内容，遵照仲景先师的证治原则，如厥阴病兼太阳热证时，则用桂枝加葛根汤；厥阴病兼阳明热证时，则用桂枝加大黄汤；少

阳病兼见少阴虚证时，则用附子泻心汤，半表半里部病兼见阳明实证时，则用柴胡加芒硝汤。从上述各汤证所加药物可以看出，所加各药都是六病的主要药物。临床上有兼证存在时，一般都依据这个原则选药。选药如同选将，所选主药，药达病所，要疗效明显，治疗全面，副作用小。所以仲景在治疗兼证时，采用“病用方、证加药”的原则。六病中有六个主方，每个主方中各有主药、副主药作统帅。六方十二主药分别概括了方剂学和药物学的不同性质，十二味主药分别代表着十二类药物的性质，并对基本病有着决定性的治疗作用，以致在每个病中有兼证存在时，看病症属何性质，即选用本病中主药或副主药针对其病性，有代表证选代表药的方法，组方以治之。兼证中六十个证方的列述就以此为根据，揭示兼证的证治规律。掌握其变化，无论临床病症多么复杂，都不外乎六病与十二证的范畴。知其常，知其变，辨证施治方不致误。由上述汤证可以看出，临证具有“病兼证”时，治疗的原则就是“方加药”。

六病之中，有六个主方，六方之中有十二味主药，分别代表着十二方剂的方性，决定着“兼证”的治疗方向，有其病用其方，兼其证加其药，组方治之，揭示了兼证的治疗规律，掌握其根本，无论临床病症多么复杂，都不外乎六病十二证相兼的范畴，知其常，达其变，识其治。

（一）太阳病兼表寒证

主证：头项强痛，发热恶寒，脉浮，无汗而喘，肢节痹痛。

主方：葛根加桂枝汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，桂枝 10 克。

煎服法：上药六味，加水 600 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌食生冷、油腻饮食。

(二) 太阳病兼表虚证

主证：头项强痛，发热恶寒，脉浮，无汗而喘，手足逆冷。

主方：葛根加当归汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，当归 15 克。

煎服法：上药六味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜，忌食油腻、生冷。

(三) 太阳病兼半表半里热证

主证：头项强痛，发热，脉浮滑，无汗而喘，胸中热烦。

主方：葛根加黄芩汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 60 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，黄芩 15 克。

煎服法：上药六味，加水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服用，忌食辛辣之物。

(四) 太阳病兼半表半里实证

主证：头项强痛，发热恶寒，脉浮滑，无汗而喘，胸满。

主方：葛根加柴胡汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 60 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，柴胡 15 克。

煎服法：上药六味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，忌辛辣。

(五) 太阳病兼半表半里寒证

主证：头项强痛，发热无汗，或咳喘，背恶寒。

主方：葛根加附子汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，杏仁 10 克，石膏 30 克，甘草 10 克，附子 10 克。

煎服法：上药六味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，去滓，再煮沸，分温三服，空腹为宜，忌辛辣油腻。

(六) 太阳病兼半表半里虚证

主证：头项强痛，发热恶寒，无汗而喘，心动悸。

主方：葛根加人参汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，人参 10 克。

煎服法：上药六味加水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汤相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(七) 太阳病兼里热证

主证：头项强痛，发热无汗，咳喘，日晡所潮热。

主方：葛根加大黄汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，大黄 15 克。

煎服法：上药六味，加水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜，忌辛辣之品。

(八) 太阳病兼里实证

主证：头项强痛，发热恶寒，无汗而喘，大便硬。

主方：葛根加芒硝汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，杏仁 10 克，甘草 10 克，芒硝 10 克。

煎服法：上药六味，加水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，去滓，煮沸，温分三服，以空腹服为宜，忌辛辣之品。

(九) 太阳病兼里寒证

主证：头项强痛，发热恶寒，无汗而喘，时腹自痛。

主方：葛根加干姜汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，石膏 30 克，甘草 10 克，杏仁 10 克，干姜 10 克。

煎服法：上药六味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，温分三服，以空腹服为宜。

(十) 太阳病兼里虚证

主证：头项强痛，发热恶寒，无汗而喘，腹满。

主方：葛根加苍术汤。

葛根 60 克，麻黄 10 克，杏仁 10 克，石膏 30 克，甘草 10 克，苍术 30 克。

煎服法：上药六味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(十一) 厥阴病兼表热证

主证：手足逆冷，脉沉细，肢节痹痛，发热恶寒，项背强几几。

主方：当归加葛根汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，大枣 10 枚，葛根 60 克。

煮服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服，忌生冷、肉类。

(十二) 厥阴病兼表实证

主证：手足逆冷，恶寒脉细，或肢节痹痛，无汗而喘。

主方：当归加麻黄汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，麻黄 10 克。

煎服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹为宜。

(十三) 厥阴病兼半表半里热证

主证：手足逆冷，恶寒脉细，肢节痹痛，胸中烦热。

主方：当归加黄芩汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，黄芩 30 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，分温三次服，以空腹为宜，忌生冷肉类。

(十四) 厥阴病兼半表半里寒证

主证：手足逆冷，恶寒脉细，肢节痹痛，其背恶寒。

主方：当归加附子汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，附子 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服。

(十五) 厥阴病兼半表半里实证

主证：手足逆冷，脉细恶寒，胸满，或肢节痹痛。

主方：当归加柴胡汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，柴胡 15 克。

煎服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜。

(十六) 厥阴病兼半表半里虚证

主证：手足逆冷，恶寒脉细，心动悸，或肢节痹痛。

主方：当归加人参汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，人参 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服。

(十七) 厥阴病兼里热证

主证：手足逆冷，肢节痹痛，日晡所潮热。

主方：当归加大黄汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，大黄 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服。

(十八) 厥阴病兼里实证

主证：手足逆冷，恶寒，脉细数，大便硬，或肢节痹痛。

主方：当归加芒硝汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，通草 10 克，细辛 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，芒硝 10 克。

煎服法：上药八味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服。

(十九) 厥阴病兼里寒证

主证：手足逆冷，脉细恶寒，肢节痹痛，时腹自痛。

主方：当归加干姜汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，干姜 10 克。

煎服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，宜空腹服，忌生冷。

(二十) 厥阴病兼里虚证

主证：手足逆冷，脉细恶寒，腹满，或肢节痹痛。

主方：当归加苍术汤。

当归 15 克，桂枝 10 克，细辛 10 克，通草 10 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，苍术 30 克。

煎服法：上药八味，加水 800 毫升，煮取 300 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，宜空腹服。

(二十一) 少阳病兼表热证

主证：胸中烦，口苦咽干，小便黄赤，发热恶寒，头项强痛。

主方：黄芩加葛根汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，葛根 60 克。

煎服法：上药六味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(二十二) 少阳病兼表实证

主证：胸中烦满，发热或寒热往来，口苦咽干，小便黄赤，无汗而喘。

主方：黄芩加麻黄汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，麻黄 10 克。

煎服法：上药六味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(二十三) 少阳病兼表寒证

主证：胸中烦满，发热，咽干口苦，小便黄赤，或肢节痹痛。

主方：黄芩加桂枝汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，桂枝 10 克。

煎服法：上药六味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(二十四) 少阳病兼表虚证

主证：胸中烦满，发热，咽干口苦，小便黄赤，手足逆冷，脉细。

主方：黄芩加当归汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，当归 15 克。

煎服法：上药六味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(二十五) 少阳病兼半表半里寒证

主证：胸中烦满，发热汗出，咽干口苦，小便黄赤，背恶寒。

主方：黄芩加附子汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，附子 10 克。

煎服法：上药六味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹为宜。

（二十六）少阳病兼半表半里虚证

主证：胸中烦满，口苦咽干，小便黄赤，发热汗出，心动悸。

主方：黄芩加入参汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，人参 10 克。

煎服法：上药六味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

（二十七）少阳病兼里热证

主证：胸中烦满，咽干口苦，小便黄赤，日晡潮热。

主方：黄芩加大黄汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，大黄 10 克。

煎服法：上药六味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜。

（二十八）少阳病兼里实证

主证：胸中热烦，咽干口苦，小便黄赤，发热，大便硬。

主方：黄芩加芒硝汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，芒硝 10 克。

煎服法：上药六味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(二十九) 少阳病兼里寒证

主证：胸中烦满，发热，咽干口苦，小便黄赤，时腹自痛。

主方：黄芩加干姜汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，干姜 10 克。

煎服法：上药六味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三十) 少阳病兼里虚证

主证：胸中烦满，发热，咽干口苦，小便黄赤，腹满或利。

主方：黄芩加苍术汤。

黄芩 30 克，柴胡 15 克，芍药 30 克，甘草 10 克，大枣 10 枚，苍术 30 克。

煎服法：上药六味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三十一) 少阴病兼表热证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，发热恶寒，头项强痛。

主方：附子加葛根汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，葛根 60 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三十二) 少阴病兼表实证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，发热无汗而喘。

主方：附子加麻黄汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，麻黄 10 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜。

(三十三) 少阴病兼表虚证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，手足逆冷。

主方：附子加当归汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，当归 15 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜，忌生冷油腻。

(三十四) 少阴病兼表寒证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，肢节痹痛。

主方：附子加桂枝汤。

附子 10 克，桂枝 10 克，人参 10 克，五味子 15 克，茯苓 20 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(三十五) 少阴病兼半表半里热证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，胸烦热，发热或寒热往来。

主方：附子加黄芩汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，黄芩 30 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三十六) 少阴病兼半表半里实证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，胸满。

主方：附子加柴胡汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，柴胡 15 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三十七) 少阴病兼里热证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，日晡潮热。

主方：附子加大黄汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，大黄 10 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，分温三服，以空腹服为宜。

(三十八) 少阴病兼里实证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，大便硬。

主方：附子加芒硝汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，芒硝 10 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(三十九) 少阴病兼里寒证

主证：心动悸，背恶寒，脉微细，时腹自痛或下利。

主方：附子加干姜汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 10 克，五味子 10 克，干姜 10 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(四十) 少阴病兼里虚证

主证：腹满，心动悸，背恶寒，脉微细。

主方：附子加苍术汤。

附子 10 克，人参 10 克，茯苓 20 克，五味子 15 克，苍术 30 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(四十一) 阳明病兼表热证

主证：胃家实，发潮热，大便硬，头项强痛而发热恶寒。

主方：大黄加葛根汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，葛根 60 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三次服，以空腹服为宜。

(四十二) 阳明病兼表实证

主证：胃家实，发潮热，大便硬，无汗而喘。

主方：大黄加麻黄汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，麻黄 10 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(四十三) 阳明病兼表寒证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，肢节痹痛。

主方：大黄加桂枝汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，桂枝 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(四十四) 阳明病兼表虚证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，手足逆冷。

主方：大黄加当归汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，当归 15 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，分温三服，以空腹服为宜。

(四十五) 阳明病兼半表半里热证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，胸中烦热，或寒热往来。

主方：大黄加黄芩汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，黄

芩 15 克。

煎服法：上药五味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(四十六) 阳明病兼半表半里实证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，胸满。

主方：大黄加柴胡汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，柴胡 15 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(四十七) 阳明病兼半表半里寒证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，背恶寒。

主方：大黄加附子汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，附子 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(四十八) 阳明病兼半表半里虚证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，心动悸。

主方：大黄加人参汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，人参 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，

以空腹服为宜。

(四十九) 阳明病兼里寒证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，时腹自痛。

主方：大黄加干姜汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 15 克，厚朴 10 克，干姜 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十) 阳明病兼里虚证

主证：胃家实，发潮热，自汗出，大便硬，腹满。

主方：大黄加苍术汤。

大黄 10 克，芒硝 10 克，枳实 10 克，厚朴 10 克，苍术 30 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十一) 太阴病兼表热证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，发热恶寒。头项强痛。

主方：苍术加葛根汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，葛根 60 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十二) 太阴病兼表实证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，发热无汗而喘。

主方：苍术加麻黄汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 20 克，甘草 10 克，麻黄 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

（五十三）太阴病兼表寒证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，或肢节痹痛，脉细恶寒。

主方：苍术加桂枝汤。

苍术 3 克，干姜 10 克，茯苓 20 克，甘草 10 克，桂枝 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

（五十四）太阴病兼表虚证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，手足逆冷。

主方：苍术加当归汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，当归 30 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。忌生冷、肉类。

（五十五）太阴病兼半表半里热证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，胸中烦热，发热或寒热往来。

主方：苍术加黄芩汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，黄芩 30 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十六) 太阴病兼半表半里实证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，胸满。

主方：苍术加柴胡汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，柴胡 15 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十七) 太阴病兼半表半里寒证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，背恶寒。

主方：苍术加附子汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，附子 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十八) 太阴病兼半表半里虚证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，心动悸。

主方：苍术加人参汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，人参 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(五十九) 太阴病兼里热证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，发潮热，自汗出。

主方：苍术加大黄汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，大黄 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(六十) 太阴病兼里实证

主证：腹满，或吐，或利，时腹自痛，大便硬。

主方：苍术加芒硝汤。

苍术 30 克，干姜 10 克，茯苓 30 克，甘草 10 克，芒硝 10 克。

煎服法：上药五味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

九、合证

十二单证是临床证治定性的基础，两种以上不同病位的单证同时互见，称为“合证”。

对合证的证治，仲景先师在《伤寒论》中作了示范，301 条：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。”从条文中可以看出，“反发热”属太阳证，“脉沉”属少阴证，一个属表实证，一个属中寒证，两个证代表着两个不同的病位与病性，故用麻黄辛温发汗以散太阳之实，发热可解，用附子温益心阳，以治少阴之寒，使脉沉得治，细辛协调表里，作中介药均通内外，以达共治之目的，可见仲景对合证的治疗之妙。

合证的证治原则，就是“证相合，药相加”的组方原则，数证相合，数药相加，这就是《伤寒论》提示的合证的证治规律。现以两证相合为例，依次述之。

(一) 表热与表寒合证

主证：头项强痛，发热恶寒，肢节痹痛。

主方：葛根桂枝甘草汤。

葛根 60 克，桂枝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(二) 表热与表虚合证

主证：头项强痛，发热恶寒，手足逆冷。

主方：葛根当归甘草汤。

葛根 60 克，当归 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(三) 表热与半表半里热合证

主证：头项强痛，脉浮，心中热烦。

主方：葛根黄芩甘草汤。

葛根 60 克，黄芩 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，将两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜，忌辛辣。

(四) 表热与半表半里实合证

主证：头项强痛，发热恶寒，胸满。

主方：葛根柴胡甘草汤。

葛根 60 克，柴胡 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜，忌辛辣。

(五) 表热与半表半里寒合证

主证：头项强痛，背恶寒。

主方：葛根附子甘草汤。

葛根 60 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服。以空腹服为宜。

(六) 表热与半表半里虚合证

主证：头项强痛，发热恶寒，心动悸。

主方：葛根人参甘草汤。

葛根 60 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(七) 表热与里热合证

主证：头项强痛，日晡潮热。

主方：葛根大黄甘草汤。

葛根 60 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(八) 表热与里实合证

主证：头项强，发热恶寒，大便硬。

主方：葛根芒硝甘草汤。

葛根 60 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(九) 表热与里寒合证

主证：头项强痛，发热恶寒，时腹自痛。

主方：葛根干姜甘草汤。

葛根 60 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(十) 表热与里虚合证

主证：头项强痛，发热恶寒，腹满。

主方：葛根苍术甘草汤。

葛根 60 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(十一) 表实与表寒合证

主证：头项强痛，无汗而喘，肢节痹痛，恶寒。

主方：麻黄桂枝甘草汤。

麻黄 10 克，桂枝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，温分三服，空腹服为宜。

(十二) 表实与表虚合证

主证：头项强痛，无汗而喘，手足逆冷。

主方：麻黄当归甘草汤。

当归 15 克，麻黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(十三) 表实与半表半里热合证

主证：头项强痛，无汗而喘，心中热烦。

主方：麻黄黄芩甘草汤。

麻黄 10 克，黄芩 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(十四) 表实与半表半里实合证

主证：头项强痛，无汗而喘，胸满。

主方：麻黄柴胡甘草汤。

麻黄 10 克，柴胡 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，将药汁倒出，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(十五) 表实与半表半里寒合证

主证：头项强痛，无汗而喘，背恶寒。

主方：麻黄附子甘草汤。

麻黄 10 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，纳诸药，煮取 300 毫升，去滓，温服 100 毫升，日三服。

(十六) 表实与半表半里虚合证

主证：头项强痛，无汗而喘，心动悸。

主方：麻黄人参甘草汤。

麻黄 10 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，去上沫，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，以空腹服为宜。

(十七) 表实与里热合证

主证：头项强痛，无汗而喘，日晡潮热。

主方：麻黄大黄甘草汤。

麻黄 10 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，纳诸药，煮取 300 毫升，分温三服，空腹服为宜。

(十八) 表实与里实合证

主证：头项强痛，无汗而喘，大便硬。

主方：麻黄芒硝甘草汤。

麻黄 10 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，先煮麻黄一二沸，去沫，纳诸药，煮取 300 毫升，去滓，分温三服，空腹服为宜。

(十九) 表实与里寒合证

主证：头项强痛，无汗而喘，时腹自痛。

主方：麻黄干姜甘草汤。

麻黄 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，加水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，分温三服，空腹服为宜。

(二十) 表实与里虚合证

主证：头项强痛，无汗而喘，腹满。

主方：麻黄苍术甘草汤。

麻黄 10 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，去上沫，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，温分三服，空腹服为宜。

(二十一) 表寒与半表半里热合证

主证：肢节痹痛，心中热烦。

主方：桂枝黄芩甘草汤。

桂枝 10 克，黄芩 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升。煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，分温三服，空腹服为宜。

(二十二) 表寒与半表半里实合证

主证：肢节痹痛，恶寒，胸满。

主方：桂枝柴胡甘草汤。

桂枝 10 克，柴胡 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，温分三服，空腹服为宜。

(二十三) 表寒与半表半里寒合证

主证：肢节痹痛，背恶寒。

主方：桂枝附子甘草汤。

桂枝 10 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，温分三服，空腹

服为宜。

(二十四) 表寒与半表半里虚合证

主证：肢节痹痛，恶寒，心动悸。

主方：桂枝人参甘草汤。

桂枝 10 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，温分三服，空腹服为宜，忌生冷肉类。

(二十五) 表寒与里热合证

主证：肢节痹痛，日晡潮热。

主方：桂枝大黄甘草汤。

桂枝 10 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(二十六) 表寒与里实合证

主证：肢节痹痛，恶寒，大便硬。

主方：桂枝芒硝甘草汤。

桂枝 10 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(二十七) 表寒与里寒合证

主证：肢节痹痛，恶寒，时腹自痛。

主方：桂枝干姜甘草汤。

桂枝 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(二十八) 表寒与里虚合证

主证：肢节痹痛，恶寒，腹满。

主方：桂枝苍术甘草汤。

桂枝 10 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(二十九) 表虚与半表半里热合证

主证：手足逆冷，心中热烦。

主方：当归黄芩甘草汤。

当归 15 克，黄芩 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十) 表虚与半表半里实合证

主证：手足逆冷，恶寒，胸满。

主方：当归柴胡甘草汤。

当归 15 克，柴胡 15 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十一) 表虚与半表半里寒合证

主证：背恶寒，手足逆冷。

主方：当归附子汤。

当归 10 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十二) 表虚与半表半里虚合证

主证：手足逆冷，恶寒，心动悸。

主方：当归人参甘草汤。

当归 15 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十三) 表虚与里热合证

主证：手足逆冷，恶寒，日晡所发潮热。

主方：当归大黄甘草汤。

当归 15 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十四) 表虚与里实合证

主证：手足逆冷，恶寒，大便硬。

主方：当归芒硝甘草汤。

当归 15 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十五) 表虚与里寒合证

主证：手足逆冷，恶寒，时腹自痛。

主方：当归干姜甘草汤。

当归 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十六) 表虚与里虚合证

主证：手足逆冷，恶寒，腹满。

主方：当归苍术甘草汤。

当归 15 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十七) 半表半里热与半表半里寒合证

主证：胸中烦热，背恶寒。

主方：黄芩附子甘草汤。

黄芩 15 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十八) 半表半里热与半表半里虚合证

主证：胸中烦热，心动悸。

主方：黄芩人参甘草汤。

黄芩 15 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(三十九) 半表半里热与里热合证

主证：胸中热烦，日晡所潮热益甚，脉滑数。

主方：黄芩大黄甘草汤。

黄芩 15 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十) 半表半里热与里实合证

主证：胸中烦热，或寒热往来，大便硬。

主方：黄芩芒硝甘草汤。

黄芩 15 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十一) 半表半里热与里寒合证

主证：胸中烦热，或寒热往来，时腹自痛。

主方：黄芩干姜甘草汤。

黄芩 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十二) 半表半里热与里虚合证

主证：胸中烦热，或寒热往来，腹满。

主方：黄芩苍术甘草汤。

黄芩 15 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十三) 半表半里实与半表半里寒合证

主证：胸满，背恶寒。

主方：柴胡附子甘草汤。

柴胡 15 克，附子 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十四) 半表半里实与半表半里虚合证

主证：胸满，心动悸。

主方：柴胡人参甘草汤。

柴胡 15 克，人参 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十五) 半表半里实与里热合证

主证：胸满，日晡潮热。

主方：柴胡大黄甘草汤。

柴胡 15 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十六) 半表半里实与里实合证

主证：胸满，大便硬。

主方：柴胡芒硝甘草汤。

柴胡 15 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温

分三服，空腹服为宜。

(四十七) 半表半里实与里寒合证

主证：胸满，时腹自痛。

主方：柴胡干姜甘草汤。

柴胡 15 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十八) 半表半里实与里虚合证

主证：胸满，腹满便溏。

主方：柴胡苍术甘草汤。

柴胡 15 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(四十九) 半表半里寒与里热合证

主证：日晡所潮热，背恶寒。

主方：大黄附子甘草汤。

附子 10 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十) 半表半里寒与里实合证

主证：背恶寒，大便硬。

主方：附子芒硝甘草汤。

附子 10 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，

再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十一) 半表半里寒与里寒合证

主证：背恶寒，时腹自痛。

主方：附子干姜甘草汤。

附子 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十二) 半表半里寒与里虚合证

主证：背恶寒，腹满。

主方：附子苍术甘草汤。

附子 10 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十三) 半表半里虚与里热合证

主证：心动悸，日晡所潮热。

主方：人参大黄甘草汤。

人参 10 克，大黄 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十四) 半表半里虚与里实合证

主证：心动悸，大便硬。

主方：人参芒硝甘草汤。

人参 10 克，芒硝 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十五) 半表半里虚与里寒合证

主证：心动悸，时腹自痛。

主方：人参干姜甘草汤。

人参 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十六) 半表半里虚与里虚合证

主证：心动悸，腹满。

主方：人参苍术甘草汤。

人参 10 克，苍术 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十七) 里热与里寒合证

主证：日晡潮热，时腹自痛。

主方：大黄干姜甘草汤。

大黄 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十八) 里热与里虚合证

主证：日晡潮热，腹满。

主方：大黄苍术甘草汤。

大黄 10 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(五十九) 里实与里寒合证

主证：大便硬，时腹自痛。

主方：芒硝干姜甘草汤。

芒硝 10 克，干姜 10 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

(六十) 里实与里虚合证

主证：大便硬，腹满。

主方：苍术芒硝甘草汤。

芒硝 10 克，苍术 30 克，甘草 10 克。

煎服法：上药三味，以水 500 毫升，煮取 200 毫升，倒出药汁，再加水 300 毫升，煮取 100 毫升，去滓，两次药汁相合，煮沸，温分三服，空腹服为宜。

第四章

三部六病学说的传承与发展

第一节 三纲六要医学辨证体系的提出

20世纪90年代后期,三部六病理论体系不断完善,刘绍武先生的学术思想、学术经验,由弟子进行了系统整理,并形成了“三纲六要”辨证体系,对整体辨证、系统辨证、局部辨证有了明确系统的划分。

一、整体辨证

以生命的气血活动为载体,提出了整体的内涵——八要素,即:气血的统一性(体与命);生态的自组性(同与异);组织的层次性(时与空);结构的功能性(体与用);动态的平衡性(聚与散);形神的一致性(形与神);意志的主导性(气与志);天人的合一性(温与湿),全面概括了生命系统的整体内涵。同时提出辨证八要素,即:动静相因(自然·理性);雌雄相抱(生物·命性);升降相遂(天地·本性);内外相循(生命·物性);多少相显(自然·数变);否泰相乘(万物·势变);盈亏相剥(天地·量变);消长相复(生命·力变)。对顺应自然变化提出了合乎自然变化规律的整体协调疗法,并以“四脉定证”为准则,对整体气血的变化,做了深刻的阐述《周易·系辞》曰:“参伍以变,错综其数,通其变,遂成天下之文。极其数,而定天下之象。”依据《易经》的简变、传变、激变、互变原理,在

四脉定证的基础上,提出了溢脉、聚脉、紊脉、韧脉(简变);盛脉、衰脉、固脉、执脉(传变);腾脉、坠脉、超脉、越脉(激变);离脉、决脉、复脉(互变)十五脉的整体辨证施治。实现了整体气血辨证施治的一脉一方,有此脉,必有此证,有此证比用此方,非此方不能治此脉,非此脉不能用此方,脉在证在,脉去证消。形成了脉、证、方、药的高度统一(以上详参《三部六病医学纲要》)。

二、系统辨证

以“四证定性”为准则,《周易·系辞》曰:“法象莫大于天地,变通莫大于四时。”遵循三部系的生理活动功能,依据证性的变易规律,提出了寒证、热证、虚证、实证(简变);阴证、阳证、积证、发证(传变);显证、潜证、盈证、亏证(激变);格证、拒证、部证(互变)十五证的系统辨证施治,三部是生命活动的三个子系统,三部系中有四十五证,涵盖了系统的全部病性,为辨证施治奠定了确实可靠的施治基础。实现了三部系统的辨证施治的一证一方,有此证必有此方,非此方不能治此证,非此证不能用此方,证在病在,证去病消。实现了三部系统的诊疗体系,形成了部、证、方、药的系统统一。

三、局部辨证

以“四性定病”的原则为准绳,按着局部组织结构的变化性质,提出了炎病、痰病、痿病、瘤病(简变);狂病、逆病、痹病、结病(传变);癫病、闭病、癌病、脱病(激变);瘟病、疖病、瘕病(互变)十五病的局部辨病施治。局部是整体成比例的缩小,凡具有特殊结构和独立功能的部分,统归局部,局部有九系三十六局,每局有15种不同病性的病变,形成一个规格的、规律的局部辨证网络,实现了“按局定病,据病定性,依性定方,以方定治”达到了一病一方的最佳选择,非此方不能治此病,非此病不能用此方,可重复应用。为“定证、定方、定疗程、定制剂”奠定了良好的基础,使刘绍武先生倡

立的三部六病学说在他的晚年得到了进一步系统完善。

三部六病学说其理论体系的规范性，整体是“按象定脉、辨脉定性、据性定方、依方定名”；系统是“按部定证、辨证定性、据性定方、依方定名”；局部是“按系定病、辨病定性、据性定方、依方定名”。四定原则是理论规范的保证，在辨证上“临证定类证，类证定主证，主证定纲领证，纲领证定核心证”；在用药上“多药选定类药，类药选定主药，多方选定类方，类方选定主方”；在治疗上“辨性定证（定证）、依证定方（定方）、施治定时（定疗程）、方药定型（定制剂）”。

刘老的学术精华集中体现在六大要素上，其一是脉有四型：溢脉、聚脉、紊脉、韧脉。其二是病有四类：单证、併证、合证、部证。其三是治有四法：协调疗法、纠偏疗法、复健疗法、攻坚疗法。其四是用有四化：规范化、规律化、规格化、数量化。其五是证有四性：多样性、多义性、传变性、复合性。其六是论有四诀：立纲、归类、正误、补缺。总之，“四脉定证，四证定性，四性定病，四病定治”已成为三部六病医学的核心思想。

第二节 三部六病专业组织与科研机构

一、专业学术组织

（一）学会组织

1. 山西中医药学会三部六病专业委员会

2005年12月，经山西省民政厅批准，山西中医药学会三部六病专业委员会正式在太原成立，这是国内第一家三部六病专业学术团体。

2. 中国三部六病医学会

2004年8月，中国三部六病医学会在香港注册成立，这是第

一家面向台港澳中医药人员提供学习三部六病的专业学术团体。

(二) 学生社团组织

1. 山西医科大学“三部六病学社”的成立与发展

1988年,经部分同学倡议,第一个专业学生社团“三部六病学社”在山西医科大学(原山西医学院)成立。这标志着三部六病学说正式进入西医高等院校,学社以刘绍武先生的讲稿《三部六病》为材料,大家互相借阅学习,学社学习气氛浓厚,学生们思想活跃,并自购大量文、史、哲、医等多方面图书,展开了丰富多彩的以“三部六病学说”为主题的学术活动,通过自学、讨论、讲课、并组织亲自到刘老家聆听讲解及亲临刘老门诊临床实习等多种形式学习体会三部六病学说思想,学社学生人数多达上百余人,广布各年级各专业。同学们自建多个实习基地,课余时间走访病人,通过实践,体会到了三部六病诊疗方法显著的临床疗效,认识到了三部六病理论的先进性、实用性,更坚定了同学们学习三部六病学说的信心。

1989年暑期,通过校团委和学生会的同意,三部六病学社20余人,奔赴山西省襄垣县,进行了为期10余天的临床实践活动,同学们分成四个小组,分别在县城及各乡镇用学到的三部六病医疗技术为当地老百姓解除病痛,受到了当地群众的热烈欢迎,得到了当地政府的充分肯定,回校后在校宣传栏展出图片,得到了学校领导的高度重视。

1990年暑期,三部六病学社20余名同学到山西太谷县胡村进行实践活动,深受当地群众欢迎,活动期间使该镇卫生所的中草药一天用量达一拖拉机,这些未出校门的三部六病学子们令卫生所的中医大夫刮目相看。

“三部六病学社”在山西医学院这块肥沃的土地上,培养了一批又一批学习掌握三部六病学说思想的人才,从1988级学生开始,每届都涌现出了人数不等的优秀三部六病学说思想的研习者,像刘

东红、徐家立、李武、李晓燕、尚舰斌、邹春革、杨彦彪、王雅飞、苏世红、徐晓静、孔咏梅、伍海源、王雅丽，王洪欣、冯卫权、李伟、俞伟君、吕咏梅、任添华、田耕、丁翔、张艳萍，李永旺、韩振国、朱海平、龚强、马晋品、吴君、王化冰、岳爱萍、赵平，顾文斌、单联喆、熬光宏、孙新、王济，张芳、李忠辉、刘兴甲等等，他（她）们现已分布在全国多个省市县医疗机构中，多已成为各医疗机构的骨干或专家，这种培养医学人才的模式堪称典范。

2. 山西中医学院成立“三部六病研究学社”

1984年，由马文辉医师等人发起，山西中医学院成立“三部六病研究学社”。并在该校成立的《探春学报》上陆续刊登了三部六病学说的全部内容，影响十分广泛。

3. 首都医科大学成立了“三部六病研究学社”

1997年由任天华医师发起，在首都医科大学（原首都医学院）成立了“三部六病研究学社”。参加学生多达200余人，曾先后邀请刘老弟子宿明良、刘惠生多次来学院进行三部六病系列专题学术报告会。

二、科研与医疗机构

1. 山西三部六病中医研究所

山西三部六病中医研究所是1988年经山西省科技委员会批准成立的民办科研机构，主要从事著名老中医刘绍武先生创立的《三部六病》学说的研究，以及改革中药制剂、培养医学人才，并经山西省卫生厅批准成立了门诊部，为广大患者提供医疗服务和健康咨询。研究所成立20年来，在一些疑难病和常见病上积累了丰富的治疗经验，如肌肉萎缩病、糖尿病、冠心病、神经衰弱、美尼尔综合征、过敏性紫癜、骨结核、脉管炎、干燥综合征、慢性胃肠炎……。针对这些疑难病和常见病，依据《三部六病》学说和长期临床实践，

研制了一批疗效突出的药物。患者遍及全国 30 个省、自治区、直辖市以及中国香港、台湾和马来西亚、新加坡、美国等地，为山西赢得了荣誉。现任所长为刘绍武先生的次子刘惠生主任医师。

2. 北京军区三部六病研治所

1987 年，北京军区三部六病研治所成立，北京军区 282 医院院长徐黎明亲自兼任所长，刘老弟子宿明良任副所长。该所主持研制的“中医三部六病综合诊疗系统”、“中医全自动脉象诊疗仪”分别获全军科技进步二等奖和全军科技进步三等奖，并获得国家发明专利。

3. 太原市成立了太原三部六病研究所

2003 年，由刘老学生马文辉医师注册发起，经太原市卫生、工商部门批准，太原三部六病研究所成立，该所是一家传播应用推广三部六病为主要业务、集科研、医疗为一体的民营中医药机构。

4. 海南省中医三部六病研究所成立

1991 年 11 月 19 日，刘老携孙刘东红前往海南省海口市，1992 年 8 月，海南三部六病中医研究所在海口市成立了，先后有近 20 余名山西医学院毕业的同学来到海南，开创了当时国内在一个民办研究所全部都是医学院校本科毕业生的先河，大家远离家乡，不远万里，踌躇满志，为了三部六病医学事业的发展书写着光辉的篇章。海南省卫生厅领导曾亲临祝贺，《海南日报》、《华侨商报》对刘老先生事迹作了专题报道。

1992 年 10 月，海南三部六病中医研究所制剂加工厂在海南省琼山县府城筹建完成，开始了在一个研究所里只用制剂，完全代替中草药的全国中医药制剂治疗典范。

1993 年 4 月，海南三部六病中医研究所门诊部经海南省卫生厅批准在海口市义龙路正式挂牌营业，随着疗效的提高，来就医看病者络绎不绝，上至海南省委省政府、海口市委市政府、卫生厅各

级领导，下至海口市居民，以及外来务工者，无不对三部六病的疗效赞不绝口。

1993年7月，海南三部六病中医研究所与海南省西部地区最大的医院——海南省农垦那大医院成立了“联合疑难病治疗中心”，填补了海南省农垦那大医院中医药的空白，尤其在胆肾结石、慢性乙肝、关节炎、慢性肠胃疾病方面领先当地医疗水平，一时传为佳话。

1993年12月，海南三部六病中医研究所与海南省最大的医院——海南省人民医院成立了“联合疑难病治疗中心”，三部六病医学诊疗方法进入了海南省最高的西医医疗机构。

5. 中医三部六病(中山)诊疗中心

1997年3月，部分三部六病学子，为扩大事业在广东省中山市黄圃镇成立了“中医三部六病(中山)诊疗中心”。

6. 三部六病(深圳)科学技术研究中心

1997年5月“国家中医药管理局机关服务局三部六病(深圳)科学技术研究中心”获得批准。

7. 太原市中医研究所三部六病研究室

8. 山西中医学院第二中医院三部六病研究室

三、科研课题与成果

三部六病医学通过近20多年来的传播发展，各地及军队医疗单位逐步开展了三部六病的学术理论与应用技术的研究工作，并取得了初步成果。

(1) 为弘扬三部六病医学，1985年刘惠生、胡安荣主持研制刘绍武三部六病专家系统，1988年获得山西省计算机应用成果一等奖，省科技进步三等奖；

(2) 1997年4月山西三部六病中医研究所刘惠生等研制开发的新药“血糖平”获得国家健字号证书；2002年以刘绍武临床经验方

“调滋汤”为基础的中药新药“血糖平”，由山西省三部六病中医研究所研制开发，并获得国家批准。

(3)1990年，由徐黎明、宿明良、刘海涛主持研制的中医三部六病综合诊疗系统获全军科技进步二等奖，中医全自动脉象诊疗仪获得全军科技进步三等奖，并获得国家专利。全军评审委员会主要成员专程前来太原市看望刘绍武先生。

(4)以刘绍武“四脉定证”为主要内容的立项课题《中医脉象数学分析方法研究》已获得国家自然科学基金的资助。

三部六病医学体系是对创新中医药学的一次尝试，几十年来已得到不同程度、不同范围的传播与发展。在各级政府的支持下，三部六病专业学术组织已经出现，研究机构已成立多家，科研成果已问世，一代新人在培养成长。20年间通过各种形式培养学员1600余人，其中继续深造并获得博士、硕士者共47人，已形成了具有教授、副教授、讲师、主任医师、副主任医师、研究员、副研究员等职称系列的高层次专业队伍，担负着中、西医药科研、教学、医疗工作，他们已成为全国各地医疗科研单位和各医院的生力军。随着时代的发展，秉承这一学说的专业人员已遍及到北京、上海、广东、山西、海南、河北、辽宁、陕西、甘肃、广西、内蒙古等17个省、市和自治区，三部六病学术流派已初具规模，相信三部六病医学将逐步引起医学界的广泛关注，三部六病医学体系将不断得到丰富发展，也将更好更广泛地造福人类。

第三节 三部六病传承代表人物

一、胡连玺

山西定襄人，生于1939年，中医专业大专毕业，主任中医师，太原市中医研究所三部六病研究室主任，太原市中医学理事，《山

西中医杂志》编委。60年代初跟师刘绍武先生，主要从事三部六病学术的整理和刘老学术经验的研究，70年代初，与其师刘绍武在研究和运用“三部六病”学术的基础上进一步予以发扬。临床善于以三部六病学说指导临床，颇得刘老心得。撰写有《试论伤寒“六经”当为“六病”》论文（发表于《新中医》杂志），指出以“六经”解“六病”之误；《伤寒非伤于寒邪论》，力辨伤寒非感受寒邪，太阳病为三阳病之一，当为表热证，治用辛凉。曾自拟数种方剂，如“泽发饮”治疗毛发焦枯脱落，“泻火蠲毒饮”治疗顽固口疮均取得较好效果，发表论文12篇，参与编写《山西省名老中医学术经验汇编》。从事中医工作30余年，有较高的专业理论和技术水平，对内科常见病、疑难病的诊治，特别是对溃疡病、慢性结肠炎、脉管炎等有丰富的经验。与其师共同研究的“中药煎剂剂型改革”获太原市四等成果奖。

二、郭维峰

男，1934年生，笔名巍峰，号伏牛山人，河南嵩县人，主任医师。1950年参加抗美援朝战争，1961年毕业于解放军第四军医大学，1988年被授予技术大校军衔。历任解放军某部军医、参谋，解放军二八二医院医务处主任、副院长等职。70年代，拜师于名老中医刘绍武先生，致力于“三部六病学说”的继承、实践和研究。曾多次发表论文，整理编印了《三部六病》书稿及《三部六病资料集》，出版了《用吃治病》、《中华药汤谱》和《防病保健篇》等五部著作。其三部六病研究成果曾获1990年全军科技进步成果二等奖，荣立三等功。积极倡导并组建学术研究团体，被推举为军内外三部六病的研治所、研究所和研究会的顾问、名誉所长及会长等职，新闻媒体多次报道。兼好艺术及收藏，长于书法和篆刻。现为山西省书协、收藏家协会理事、会员。其作品多次参展并获奖，作品和传略载入《中

国当代名人录》、《中国民间名人录》、《书法作品选》、《二十世纪书法篆刻集粹》、《国际现代书法集》等。

三、刘惠生

主任医师，山西省襄垣县人，生于1940年。1966年毕业于山西医学院医疗系，曾任山西省第二人民医院主任医师，现任山西三部六病中医研究所所长、山西省中医学会三部六病专业委员会主任委员。

继承其父刘绍武先生三部六病学说，结合几十年的临床实践，著有《异源同流——医学的解构与重建》(1992年)、《三部六病精义》(2004年)、《伤寒临床三部六病精义》(2007年)及《伤寒论三部六病师承记——中医临床统一论》(2008年)。对三部六病学说进行了系统的整理，探索了中西医结合的模式，并把三部六病学说作为中西医结合的医学模式进行了系统研究。

1988年主持研制了“中医刘绍武三部六病电子计算机诊疗系统”，经鉴定，该诊疗系统“属于多科多病种的综合中医专家系统，在国内属首创，达到国内先进水平”，并获山西省计算机应用优秀成果一等奖、山西省科技进步三等奖。

1996年完成了新药血糖平胶囊(2002年已更名为芪味糖平胶囊)研制工作，并获国家药品批准文号(国药准字B20020130)及国家发明专利(专利号:CN02110059.4)，用于治疗糖尿病及并发症，该药由山西天生制药有限公司生产。

在临床实践中，对疑难病的治疗取得重大的突破。研制的中药肌复灵治疗肌肉萎缩疾病(包括重症肌无力、进行性肌营养不良、脊髓空洞症、肌萎缩侧索硬化症、脊肌萎缩症等)取得了显著疗效。

四、宿明良

河北景县人，1948年出生，历任解放军第二八二医院中医科主任、副主任医师，兼任北京军区中医三部六病研治所副所长，北京军区总医院主任医师，北京军区第六届医学科技委员会委员，北京军区第五分部医学科技委员会常委、中医组组长，北京军区科技委员会中医分会委员，山西省中医三部六病研究会秘书长。

师承山西省著名老中医刘绍武门下，深得刘老亲传。临床以中医内科见长，对冠心病、高血压、心肌炎、红斑狼疮、急慢性肾炎、膀胱癌等疑难病有独到的理论见解和诊疗方剂，对“三部六病学说”的研究造诣较深。由他参加研制的“中医刘绍武电子计算机诊疗系统”获山西省计算机应用成果一等奖、山西省科技进步三等奖。经多年努力研究完成的“刘绍武经验整理及三部六病综合诊疗系统”获全军科技进步二等奖；近期研究的“中医三部六病全自动脉象诊疗仪”业已通过全军科技成果鉴定和中医药管理局的新产品审定，已获全军科技进步三等奖。曾先后撰写了《三部六病》、《中医三部六病综合诊疗系统》两部专著。有6篇论文在国内发表，其事迹在《人民日报（海外版）》、中央电视台等11家新闻单位做过报道。他出身寒门，自幼聪颖好学，多次在山西医科大学附属第二人民医院、太原市中医研究所及国家举办的高级中医专业技术研修班学习深造，品学兼优，中医基础扎实，治学态度严谨，其医德医风医术为病人称道。先后被评为北京军区优秀文职干部、优秀医务工作者、优秀科技工作者，荣立三等功。

五、三部六病医学流派人物谱

1. 法定弟子

由国家选定，签署师带徒合同期满三年，由国家、省级相关管理机构组织考试合格，颁发师带徒证书者。

胡连玺 (1964), 刘喜娥 (1985), 张宏刚 (1988)

2. 师授弟子

由国家举办的学校、研修班, 西医学习中医班, 刘绍武先生正式担任授课老师, 作为学生, 亲耳聆听刘老授课, 国家颁发结业证书者。

宿明良 (1971), 赵宪梅 (1971), 郭维峰 (1975), 闫云科 (1975), 张忠惠 (1973)

3. 师承弟子

由刘老与求学者双方同意, 以磕头拜师方式, 接受为入门弟子者, 为师承弟子。

李兵林 (1970), 杜慧芳 (1971), 臧东来 (1982), 武连生 (1982), 刘海涛 (1992)

4. 功勋弟子

与刘老有不解之缘者, 并为三部六病医学的发展、研究做出了突出贡献, 为功勋弟子。

李志魁 (1964), 胡安荣 (1966), 张克敏 (1970), 刘惠智 (1971), 卢祥之 (1972), 徐黎明 (1986), 程跃华 (1987), 梁嘉华 (1990), 张广福 (1995), 苏庆民 (2002), 郭志忠 (1982), 吕吉山 (2003), 翁超明 (2003), 李浩 (2004), 王燕平 (2004)

5. 福缘弟子

有幸与三部六病医学结缘, 师徒相逢后, 认真学习, 虚心求教, 成为三部六病医学事业的学习应用者和宣传推动者, 为福缘弟子。

冯舟 (1962), 谢代英 (1971), 凌永仪 (1975), 杨启民 (1976), 李冬根 (1976), 王镜 (1975), 梁粉莲 (1980), 吕建荣 (1986), 贾民 (1984), 张竹青 (1992), 武德卿 (1996), 庄香久 (1998), 康守义 (1989)

6. 家传子孙

身为刘绍武先生子孙或亲属，一生从事三部六病医学研究并推广应用者。

刘春娥(1960)，刘恩生(1962)，刘惠生(1966)，
谷荣贞(1966)，刘东红(1985)，刘剑波(1982)，
刘剑锋(1986)，刘剑勇(1984)，刘剑瑞(1986)，
张芳(1983)，白莉(1985)，杨丽白(1983)

7. 院校弟子

系山西医科大学、山西中医学院、首都医科大学先后建立的三部六病医学社和《探春学报》社的成员，由刘老派遣弟子授课入门，部分同学组织前往刘老家中聆听刘老解惑，后又有部分同学随去海南者，为三部六病学派第二代弟子。

冯民(1985)，杜永平(1985)，张玉萍(1985)，
马文辉(1987)，郭石宏(1987)，白玉金(1988)，
石希康(1987)，冯卫权(1985)，徐家利(1985)，
李伟(1985)，苏世红(1985)，孔咏梅(1985)，
任天华(1985)，王亚飞(1985)，袁彪(1985)，
丁翔(1985)，邹春革(1985)，朱海平(1985)，
吴军(1985)，赵卫星(1986)，郭荣荣(1989)，
刘晶磊(1985)，贾万国(1988)，俞伟君(1986)，
李永旺(1986)，李武(1985)，李晓燕(1985)，
吕永梅(1985)，王庆昌(1989)，王化冰(1985)，
伍海源(1985)，徐晓静(1985)，杨彦彪(1986)，
韩振国(1986)，王洪欣(1985)，张荣怀(1990)，
王翔宇(1989)，王文杰(1992)，郭海涛(1990)，

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 三部六病医学流派

作者 = 王燕平, 宿明良编著

页数 = 205

SS号 = 12225670

出版日期 = 2009.05

封面
书名
版权
前言
目录

第一章	著名老中医刘绍武
	一、少年苦多 立志从医
	二、继承发展 理论探索
	三、命运坎坷 矢志不渝
	四、学说广传 桃李天下
	五、大医精诚 医道创新
	六、在也荣光 去也辉煌
第二章	三部六病学说的形成
	第一节 “三部六病”学说的提出
	第二节 中医的整体观
	一、整体概述
	二、构成整体的要素及关系
	三、整体的范畴和统一性
	第三节 中医辨证的探讨
	一、“证”的概述
	二、“证”的机理
	三、具体辨证
	四、《伤寒论》中的辨证
	第四节 “三部六病”医学的系统辨证
	一、三部六病医学体现了系统论的思维方法
	二、张仲景的辨证是系统辨证
第三章	三部六病医学体系的构建
	第一节 整体
	一、整体的论说
	二、整体的施治
	第二节 阴阳
	一、阴阳的论说
	二、证的施治
	第三节 三部
	一、三部的论说
	二、三部的辨证
	三、三部的施治
	第四节 六病
	一、六病产生的机理

- 二、六病的建立
- 三、六病的证治
- 第五节 三部六病学说的病症体系
 - 一、体证
 - 二、仪证
 - 三、部证
 - 四、病症
 - 五、并病
 - 六、合病
 - 七、单证
 - 八、兼证
 - 九、合证
- 第四章 三部六病学说的传承与发展
 - 第一节 三纲六要医学辨证体系的提出
 - 一、整体辨证
 - 二、系统辨证
 - 三、局部辨证
 - 第二节 三部六病专业组织与科研机构
 - 一、专业学术组织
 - 二、科研与医疗机构
 - 三、科研课题与成果
 - 第三节 三部六病传承代表人物
 - 一、胡连玺
 - 二、郭维峰
 - 三、刘惠生
 - 四、宿明良
 - 五、三部六病医学流派人物谱