

郭生白◎著

【修订版】

伤寒六经求真

崔月犁题



中医的核心是顺势利导
生命本能法则，生命本能
利导方法在伤寒论。

郭生白

【修订版】

伤寒六经求真

郭生白◎著

崔月犁



生白自序

《伤寒六经求真》写成二十余年，初次出版也有十余年了。当时自以为用表、里、气机三个病位，阴阳两个病性说明三阴三阳六经，已是得其真谛，二十年后重读《六经求真》，方恍然大悟，三个病位两个病性的六经理论，不过是六经的皮毛而已，远远不是六经的本质！站在六经以外看六经，怎么能了解六经的本质内涵呢！

我们一同走进六经看一看。六经是用来干什么的？治病的，是治病的方法。什么方法呢？太阳经一是解肌法。十五个桂枝汤加减方剂。二是发汗法，四个发汗方剂。阳明经是吐法、清法、下法、五个下法方剂，十余个清法方剂。少阳经是和解法……以上是三阳经，也就是阳性病。还有三个阴性病，即阴经。在阴经中，助阳温经法、助阳化水法、助阳温里法、回阳救逆法、回阳通脉法等等，这个六经是什么？是一个方法系统！什么方法系统？发汗、涌吐、排便、利尿……这是什么方法？这些活动完全是人体本能活动。为什么本能活动成了治病的方法？而且把这些本能活动整合成系统，又用极严格极灵活的法则去掌握？这就是《伤寒六经》的方法系统。对《伤寒六经》本能方法系统的认识，并不是《伤寒六经》的内涵。《伤寒六经》的核心内涵，是这个本能方法系统根据什么而产生的。

《伤寒六经》本能方法系统的根据是什么？记得有位现代哲学家说：“生命就是自己不断克服外界不断产生的与自身的矛盾，并不断调节自身内部不断产生的矛盾的过程。”这个话说得非常好。我们换个说法：人的生命过程，是不断地克服外界对自己的伤害，一方面又不断地调节自己身体内部出现的功能性障碍的过程。《伤寒六经》的本能方法系统正好说





明这位哲学家的命题。而这位哲学家的论断，也正好说明六经本能方法系统。

六经中的阳性病正好是外界致病生物病原体与非生物致病物质对人体的伤害，而人体自己用本能活动把致病物排出了体外而病愈，保护了自己。六经的阴性病正好是人体内部发生的功能性障碍，也是人体自身的本能活动调节自己恢复了和谐的生命状态。这还不是六经本能方法系统的根据。但是，现代哲学家的思维智慧与一千八百年前的中医学的理论与实践的大智大慧又是多么相同！真是令人惊叹。一个是说，一个是做；但能说的未必会做，做出来的却没有说。外界物质对人的矛盾，当然是外源性疾病了。人自己内部产生的矛盾当然是器官组织的功能性疾病，属于内源性疾病了。对于外界与自身产生的矛盾，人体生命自己去克服，保持和谐，这个“自己”当然是生命本能了。对于现代哲学家，我们只能说他的生命观是真实、正确的，我们的先师，在两千年前已经在医学中实现。这当然还不是六经本能方法系统的根据，只不过是提示了一点古今对生命本能与疾病的一致性认识而已，而中医的这个本能方法系统的科学性是大大超过现代人的。

六经本能方法系统的根据，我们在中华文化的根中看到了。中华文化的根是什么呢？天人合一！什么是天人合一？老子说：“人法地，地法天，天法道，道法自然。”既然人、地、天都在同一个道中，同一个大自然中，这不是合而为一了吗？你中有我，我中有你，你便是我，我也是你。这就是说，天地万物，一切生命，都合而为一了。为什么合一，怎样合一呢？因一切生命都是相互依赖而生存的，任何一个生命物都不可能离开这个大群体而生存，所以便产生了万物的合一性。合一性只是万物的一个生存条件。在万物生存中，任何一个物种的消亡，都将引起万物的灾难。比如：绿色植物草木的枯荣，对食草动物的盛衰发生着制约。而食草动物的多少，直接影响到食肉动物的生存。反过来说，食肉动物又制约着食草动物，食草动物又制约着草木的盛衰。在生物中，这种依赖与制约关系、各个物种之间的均势平衡关系，自然形成一种升降出入

的调节关系。这个升降出入调节系统使万物在相互依赖、制约中出现和谐性。

在宇宙万物的生存史中，宇宙万物中一切生命体，自然形成的合一性与和谐性，正是生命的本真性质。因为有了合一性，才有了生命；因为有了和谐性，生命才得以存在。所以，合一性是生命体的命，和谐性是生命体的性。也就是说“和谐性”是生命生存的本能。我想具体地说一下我对合一性与和谐性的理解，以就正于海内外贤者。

“合一性”是宇宙的本性。所谓“阴阳者天地之道也”。宇宙万物，是两种物质合一而成的。一个阳性物质，一个阴性物质，两者的合一，合成了一个生命。阳物质的属性是动能，阴物质的属性是物质，两种属性合一，阴物质涵入阳物质的动能，阳物质的动能附进阴物质，便发生了生命。正如精子进入卵子，阴涵阳附，生命开始。任何一个生命无不如此。如果阴阳两种物质分离开，便是生命的死亡。这便是“阴阳离合而生杀”的自然运动法则。宇宙万物的合一性是从哪里来的？从阴阳两种属性的互相吸引合一中来。不是同一个属性不会互相吸引，也便没有合一的运动。这就是种类相同的生物可以繁殖后代，不是同一种类的生物不能合一繁衍的。这是万物的守个性。

合一性，生成了万物，生成了宇宙本体。守个性区分着万物，形成了宇宙万物。和谐性是宇宙万物生存的凭据。

宇宙万物是一个复杂的内外开放系统。在这个复杂系统中，万物之间、万物之中，相互依赖，相互制约，相互变化，终始嗣续，离合生杀，这个纷繁复杂的五行运动，反应出一个均势、平衡的、和谐的生命状态。这个和谐从五行运动升降出入的调节中来，这个和谐与合一都是天地之道。都不是有什么外力的主使，而是生命的性本能。就如同火的性本能是炎上，水的性本能是润下一样。生命的本能是合一性与和谐性，有合一性才有生命本体，有和谐性才有生命的存在。在宇宙万物中，合一性合成了万物。和谐性经营了万物的恒久生存。是阴阳属性相互吸引而发生了万物，是万物生命的五行运动经营了和谐生态。这个合一性与和谐



性是宇宙万物的道，就是天，就是自然。

天地的升降出入是什么？或者说大自然的升降出入是什么？火山、海啸、地震、洪水、干旱，沧海桑田曾经几变，恐龙时代的结束，人类时代的开始，曾经多少次生命的升降出入？一切变化都是升降出入，都在经营着自己的和谐。没有运动，便没有和谐，便没有生命。大地的运动是大地的生命，人的运动是人的生命（这里说的运动不是指体育运动）。在人中同样有一个天。人中的天是什么？天地万物的合一性与和谐性在人体完全存在，完全是宇宙万物的复制。

人与宇宙万物一样，也是一个内外开放的复杂系统。在这个复杂系统中也是一个五行运动的生命体，也同样是合一性与和谐性的复杂系统。

人体的合一性也是五行运动所产生的自然动向，和谐性也是内外开放系统升降出入调节的生态。人体内外的开放性是可以看得见的形体现象。比如人体眼耳口鼻、肛门、尿道、汗腺、阴孔、舌下腺，这些孔隙的外分泌腺都是把身体内部各器官组织，直至细胞间的新陈代谢过程中产生的废物，以及体外侵入身体的生物病原体或非生物致病物排出体外的器官组织。这是外分泌腺的本能。外分泌腺体是怎样在器官、组织、细胞与体外世界构建通路的呢？我们知道，器官、组织、细胞都是生命体，都有阴阳互根运动。这些组织细胞需要营养，要新陈代谢。它们需要的营养物质要有一个输入的通路，代谢过程中产生的废物要排出去，要有一个输出的通路。这个出入的通路在循环系统。循环系统把由肝脏合成的各种营养物质送到各个器官、组织、细胞，并把器官、组织、细胞间的废物、病原物运出来，由外分泌腺分泌到体外。肠腺分泌到肠中，胃腺分泌到胃中，肾腺分泌到尿中，汗腺分泌到汗中。每一个孔隙，都有一个腺体；每个腺体都有分泌物排出来。这就是我们人类的内外开放系统中的排异系统。这个排异本能系统受升降出入所调节。

升降出入生命调节本能对自身内部产生的废物与外界侵入的有害物都有排出体外的能力，我们称它为排异性本能系统。因为排异活动不是一个器官、一个组织，而是多器官、多组织的协调活动，是自主的、同

一的、有序的协调活动，所以我们称它为本能系统为好。

升降出入生命本能系统是保护自身内部阴阳平衡稳定的一个最重要的系统，所谓的阴阳平衡稳定的意义就是人体的物质与功能的动态稳定平衡。在上面我们说的自身内部产生的与外界侵入的有害物质统统由排异本能排出体外，这是物质的稳定平衡内容，是阴性物质。另一方面，在阳性物功能上的障碍，或说紊乱，这是属于人体自身内部的矛盾问题了。升降出入本能系统自己来调节恢复常态。比如说，糖尿病、高脂肪血、高血压、动脉硬化、大血管病、心脑血管病、周围血管病、微血管病、脂肪肝、前列腺肥大、肾小球硬化、息肉、囊肿、腺瘤、肌瘤、细胞瘤、各种肿瘤等等，都属于功能性障碍，都是升降出入本能系统的调节失职造成，还须由升降出入本能系统来调节。或问：肿瘤、冠心病、肝、肾等这些疾病本已是器质性病变了，这怎么说是功能性障碍呢？我想回答，初起是功能性障碍，长时间的功能性障碍导致了器质变化。但功能病变会导致器质变化。这些病在极限之内，仍可以在升降出入的调节中，功能活动复常，器质又可以发生复常的变化。这是生命的本能，也可说是生命的神奇！与不懂生命只迷信自己的人来说，我不知道他怎样评价生命本能的的存在意义！

升降出入本能系统在内外开放的复杂大系统中自主地调节着体内物质与功能的和谐生命状态。在物质领域，异物排出本能主要是外分泌系统、循环系统、分泌系统、代谢系统组成的排异系统。在体内器官组织间的功能性活动稳定平衡的和谐关系，是由升降出入本能活动所调节的。比如说，胃肠的蠕动升高或降低，制约着肠腺分泌量的多少。一切内分泌腺体的分泌，也都是由升降出入本能活动所调节。心脏博动的快慢，肺的开合活动，各器官组织活动的升降，制约着体内生存环境的平衡稳定。

我们知道，五脏六腑各有自己的功能，这些功能既有各自的特性，而且相互之间又要协调一致，这是一个升降出入所能控制的吗？生命是神奇的。不仅是人，任何一个生命都是神奇的。你知道变色龙吗？蜘蛛、



蜜蜂、蚂蚁……哪个生命不神奇呢？这不是神奇，这是大自然生成的本能。怎么生成的？一个生命在不知多少万代与生存环境磨合的过程中所产生的生存能力。生而有之的能力，我们称为本能。

人体升降出入内外调节的本能系统，不是一个器官、组织，是没有形态、只有能力的一个系统。

是谁最先发现这个升降出入内外调节系统的呢？我没考察。但我可以提出两部书中提到过。东汉建安年代《伤寒杂病论》中，所分阳病与阴病，正好是本能系统升降出入内外调节中内外疾病两个方面。阳性病正是外界物质对人的伤害造成的本能排异反应。太阳病、阳明病、少阳病不过是三个不同的排异方法系统。阴性病正好是人体内部器官、组织间的功能性障碍。太阴、少阴、厥阴不过是自主性调节的三种方法。我们进一步看《伤寒六经》与自主性排异法与自主性调节法。

太阳病系统：（1）发汗法。麻黄汤系统共四个方剂，以发汗为共性，在共性中各具个性。方剂如葛根汤、大青龙汤、小青龙汤、麻黄连翘赤小豆汤。（2）解肌法。以桂枝汤系统共十五个方剂，以桂枝汤解肌为共性，其他各具个性。如：桂枝加葛根汤、桂枝加附子汤、桂枝加厚朴杏仁汤等十五个方剂。

阳明病系统：吐法、清法、下法。吐法以瓜蒂散为主要方剂。清法，以白虎汤为主。下法，有调胃承气汤、小承气汤、大承气汤轻重三个等级，以吐下为排异方法。少阳病系统是和解法，以柴胡汤为主要方剂的调节方法。这是外界致病因素引起的排异本能系统的排异反应。解肌法、发汗法、吐法、清法、下法、利尿法、逐饮法、泻心法、破血法等等，组成一个排异本能方法系统。

少阴病、太阴病、厥阴病三个阴性病同属内源性疾病，都是体内器官、组织的功能性障碍，所以都于自主性调节系统，升降出入内外调节的方法。如助阳温表法、助阳温里法、通阳化水法、回阳温里法、回阳救逆法、回阳通脉法等等自主调节方法系统。张仲景先师《伤寒杂病论》的命名，证明他已经知道了外源性疾病与内源性疾病两个大系统。他用

伤寒这个外界致病因素来命名伤寒、中风，用杂病来命名内源性疾病；以阳性来统属排异方法系统，以阴性来统属自主调节方法系统。张仲景先师对生命本能的理解与运用，确确实实是中华文化体系的一个最伟大医学的发明。一千八百年后的今天，仍然是超前的科学体系。但张仲景对生命本能的认识来自哪儿，我们却无从知道。我想，与《黄帝内经六微旨大论》中“升降出入、无器不有”应该有关系。

《本草纲目》增广本“脏腑虚实标本用药式”中说：“命门为相火之源，天地之始。”“三焦为相火之用，分布命门原气，主升降出入，游行天地之间。总领五脏、六腑、营卫、经络、内外、上下、左右之气，号中清之腑，上主纳，中主化，下主出。”这个三焦理论出于何处，我们暂不去考证。对这个命门相火、命门原气、升降出入必须说明一下，因为这是人认识自己与大自然的关系以后，对自己本身的认识，也可以说是人对自己的性与命的认识。

命是什么？简单地说，阴阳合德而有生命。性是什么？性是生命体的本能。儒家说：“食色性也。”这是说饮食与性欲是人的性，性就是人的本能。为什么叫本能？是因为自然而有。有生命必然有本能，本来就有这个能力。本能并不只是饮食与性交，很多的能力是属于与生而来的本能。饮食、呼吸、大小便、出汗、咳痰、呕吐、流泪、鼻涕、唾液、耳屎……这些活动都是与生命同时而有的能力，不是学习而来的。这些本能是干什么用的呢？是保护生命、调节生命活动的和谐状态的能力。这些能力是不可缺少的。缺少了这个本能，生命就失去了生存条件，生命便会终止。

上面我讲的这些本能，不是人体本能的全部，只是本能中常常可以见到的几个。我们没必要把人的本能全部列出来。

生命本能是从哪儿来的？是从生命的本性而来的。生命的本性是什么？就是生命的本质属性。属性是什么？是“合一性”与“和谐性”。中医传统的说法对合一性的解释是“阴阳合德”。“阴阳合德”发生了生命。生命的表现是命门原气。这个原气的功用为“三焦”，是三焦把生命的原



气分布在人体各个器官、组织。这个三焦主宰人体各器官组织的“升、降、出、入”。在大自然中是天地万物的动力，升降出入，调节着天地万物关系的和谐。无处不有，无处不在。在人体也是这个升降出入的原动，与宇宙万物之间一样，无处不有，无处不到地总领着五脏、六腑、营卫、经络、上下、内外、左右之气，在上主宰纳，在中主宰化，在下主宰出。从升降出入、上下、内外、左右看，人体是个内外开放的系统。不是内外开放怎么能升能降、能出能入呢？怎么能生存呢？

我们可以想见，“阴阳互根”是生命的本质属性。生命能把外界的物质纳入体内，把一部分变化为自己身体的一部分，又变化为生命能。生命能再去纳入外界物质，再变化身体与动能，并把异类物质排出去。这个往复过程就是“阴阳互根”的过程，就是我们饮食、呼吸、大小便等等的过程。这个过程必须是在内外开放系统中才能进行。人体是个复杂的内外开放系统，这是毫无可疑的了。在这个复杂的开放系统中，有一个生命原始的和谐性本能动力，“升、降、出、入”调节系统，就是上述所说的三焦。三焦分布命门的原动力，一身器官、组织，无所不到，无所不有，总领五脏、六腑、营卫、经络、上下、内外、左右之动力。这是什么系统？升降出入调节系统，就是三焦功能系统。

我们看《伤寒杂病论》六经方法系统，汗、吐、下、和、温、清各个方法，哪一个方法不是人体本能的活动？无论是排除异己物质，还是调节自身功能，哪一个方法不是升降出入而完成的？这个本能系统医学，我们可以说始于《伤寒杂病论》，而一千八百年来没有发展！为什么没有发展？我想第一个原因是《伤寒六经》的核心内涵没有被诠释出来。为什么没被诠释出来？我认为最重要的原因是《伤寒六经》的深邃内涵已是超现代水平，现代人还没有理解，我们的前人，又如何发展？

数千年以来，中医一统天下，唯我独尊。但近百年来，西方医学进入中国，在比较之下，中医没有统一的理论体系说理，纷繁芜杂，语句佶倔难懂，多以意度，少用证据，随意而为。这对于西方文化治学态度来说，实难接受。近百年中医所遭受的冷遇与打击、改造，是令人深省

的。不用说一般西学归来的学子，即使梁启超、鲁迅这样的大家对中医也没理解。又加上中国百年以来所受西方的凌辱与战争的需要，中医走向衰落已是必然。但是，作为伟大的民族文化的中医学，近百年来仍在冻土中吸收着营养，孕育着生机，静待着春雷的发动！终于等来一个惊天动地、摧心裂肺的声音从天而降：“创建和谐社会！”和谐是中华文化的根！这是推动中医发展，破土而出的春雷。太阳出来之前，灯泡在炫耀它的光辉。太阳出来了！那灯泡不过是萤火之光。

共和国已过花甲之年，社会稳定，经济发展，进入太平盛世的人民，半个多世纪以来，饱受了药源性、医源性疾病的苦恼，又在功能性疾病中忍受“终身服药”的煎熬，医疗成本高到一个肿瘤便家破人亡的程度。人民在呼唤一个安全、有效、简单、廉价的医疗体系。天地间万物都是应运而生！什么是“运”？太平盛世、社会和谐、人民需要，便是中医发展的运！

《伤寒杂病论》的核心内涵给我们提供了一个中医的系统理论，这就是以“天人合一”的万物合一性、五行运动的均势、平衡及升降出入内外调节的和谐性为核心的本能系统方法论。中医从此有了统一的系统理论，扫除了理论的随意性，再没有似是而非、不可实践证明的想象与意度。

五千年的中医，从经验医学发展到《伤寒杂病论》本能方法系统，这是一次伟大的发展。今天中医所面临的第二次发展，仍然是《伤寒杂病论》的核心内涵的发展！今天发展的具体内容是：（1）出现中医系统的理论体系；（2）统一中医辩证法；（3）中医的科学内涵被民间认识以后，必会发生巨大的影响，使人类走出健康危机。

《伤寒论六经求真》是我四五十岁时对《伤寒论》的思考。八十岁后重读《伤寒论》，我产生了新的认识。伤寒六经是临床方法系统。什么方法？是治病的方法！什么是病？我对这些人人都知道的东西，突然发生怀疑。

我想，张仲景先师所讲的病，是一个病。这个病“发于阳”还是“发



于阴”？发于阳和发于阴不一样，治法也不一样。发于阳的是一种治法，发于阴的另是一种治法。这样就出现了两个方法系统。阳病的方法系统中又分出了解肌法、发汗法、吐法、清法、下法、利尿法、逐饮法、破血法等等子系统。阴病的方法系统中分出助阳温经法、助阳化水法、助阳温里法、回阳救逆法、回阳通脉法等等子系统。这是个临床方法系统，很清楚明白的方法系统。但我从这些个方法中，看到的不是治病，而是助人。为什么说是助人不是治病？您看：“流行性感冒，发烧体温40度，发热恶寒，身疼头疼、无汗而喘。”病人要排汗，而汗不出。这个“病”是什么？一方面是进入体内的病毒，一方面是人体要排汗，而汗不出。他类医学治病毒，是杀死或抑制病毒。仲景则用发汗法，顺势利导以帮助人，收到一汗而愈的效果。再说一例：“流感，七八日上至十余日，不大便，潮热，谵语，神昏，腹胀而疼，不能食，循衣摸床，烦躁不安。”这个病怎么治？仲景用下法，大承气汤，一服，大便通下燥屎而病愈。这同样是顺势利导的助人法。再讲一例：“盲肠炎。盲肠肿大，发烧，腹痛难忍”。怎么治？肿大的盲肠不消肿则必化脓。仲景则用下瘀血法，桃核承气汤一服两服肿消而癒。这是治病呢还是助人呢？仍然是顺势利导以助人。在《伤寒论》中，阳病系统都是人体本能的排异系统对体外进入的致病物发生的排异反应。仲景准确地对人体本能作出顺势利导的帮助，完美地保护了生命。我想，张仲景先师在彻底理解了人类的生命功能与物质的均势、平衡和谐关系中的本能系统以后，才有医学本能方法系统——《伤寒杂病论》的问世。《伤寒杂病论》作出了人如何认识自己、如何对待自己的伟大发明。认识自己的生命与生命本能是人类的大智大慧，而自己帮助自己的生命本能来保护生命，延长生命，这是人类智慧的最高境界！《伤寒杂病论》正是这样一部著作，是可以与老庄，孔孟并列的三大文化体系！

我们学习《伤寒杂病论》，看到的是人如何对待自己，如何帮助自己；看到的是人的器官、组织在升降出入内外调节系统中的本能活动，是如何对待身体中的异己物质，是如何自己调节自己内部发生的功能紊乱、

恢复和谐的生态环境。

什么是病？排异反应是病，障碍是病！什么是治病？就是顺势利导完成排异过程，自主调节恢复和谐生态。以这样的观念来读《伤寒论》，我想，我们的思想都会进入“伤寒杂病论”的思想体系当中，才能与先师对话，才能领悟先师的微妙意旨和深邃道理，才能掌握先师的圆机活法，这是进入仲景思想的一张入境证。

郭生白于石景山公园三胡书斋

2009年9月10日凌晨3时



初版序

《伤寒论》一书，乃东汉张仲景所著，是祖国医学的经典之一，历代医家将其奉为辨证论治的主臬，医方之鼻祖，尊仲景为“医中之圣”。故凡尊崇和研究《伤寒论》的著名医学家，称为“伤寒学派”。其形成始自晋王叔和首先整理和撰次了《伤寒论》，使之流传于世。宋成无己著有《注解伤寒论》，大大促进了伤寒学派的发展。明方有执著《伤寒论条辩》，使伤寒病进入了“风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫”的鼎盛时期。明清以来，有很多医家围绕三纲鼎立学说展开了激烈的争鸣，对伤寒学派学术的发展起了积极的推动作用。

郭生白先生，多年来从事《伤寒论》的研究，博览古今医著，结合自己的临床实践，经过艰苦详实的探讨，编著了《伤寒六经求真》一书。吾通览全书，认为该著尊古而不泥古，能以指出前代医家主观论断和“外因论”的错误，提出从伤寒六经本身的矛盾中认识伤寒六经这种新的见解。对伤寒六经辨证提出“病因、病性、病位、病势的整体观念”，确定了病理界说，并对伤寒六经病的相互区分、相互联合、相互转化的性质，作了较全面的分析和研究，条分缕析，融会贯通，详予阐述。以六经病理界说为据，对伤寒病理过程中的杂病作了区分整理，这就使一部伤寒论成为条理分明、秩序井然的辨证论治的医学系统，是学习、掌握和运用《伤寒论》的一条捷径。作者敢于大胆创新，颇有独到见解，相信该书刊行之后，对于继承和发扬祖国医学、推动伤寒学说的进一步发展，将产生积极而深远的影响，故为之作序。

河北省中中医学学会理事长 王立山

1983年11月11日

目 录



前言 / 1

第一编 伤寒六经概说 / 9

第二编 太阳病篇 / 29

第一章 太阳病概说 / 30

第二章 太阳病纲领 / 34

第三章 太阳病有汗病势 / 39

第四章 太阳病无汗病势 / 53

第五章 太阳病理阶段的继发证 / 61

第三编 阳明病篇 / 87

第一章 阳明病概说 / 88

第二章 阳明病纲领 / 92

第三章 阳明病上越病势 / 100

第四章 阳明病里热病势 / 104

第五章 阳明病下夺病势 / 106

第六章 阳明病过程中的继发性杂病 / 118

第四编 少阳病篇 / 129

第一章 少阳病概说 / 130

第二章 少阳病纲领 / 136

第三章 少阳病气机失调病势 / 141



🐾 第五编 合并病篇 / 155

第一章 合病病概说 / 156

第二章 伤寒阳性过程的合并病 / 159

🐾 第六编 少阴病篇 / 171

第一章 少阴病概说 / 172

第二章 少阴病纲领 / 175

第三章 少阴病阳虚病势 / 182

第四章 少阴病阶段的继发证 / 188

🐾 第七编 太阴病篇 / 193

第一章 太阴病概说 / 194

第二章 太阴病纲领 / 198

第三章 太阴病阳虚里寒病势 / 204

🐾 第八编 厥阴病篇 / 207

第一章 厥阴病概说 / 208

第二章 厥阴病纲领 / 212

第三章 厥阴病势 / 214

第四章 厥利 / 218

第五章 热利呕啰 / 224

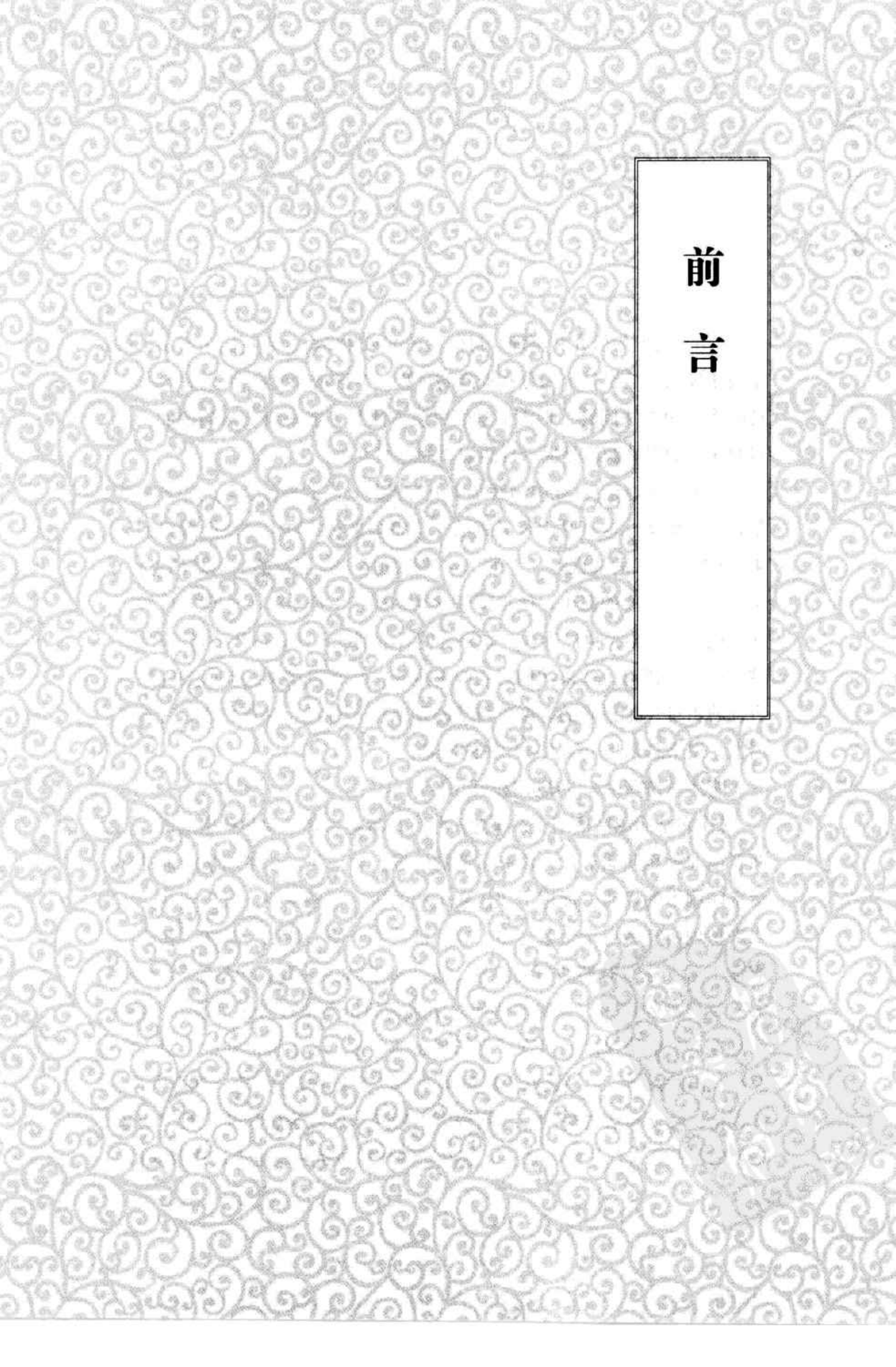
第六章 阴阳易病差后劳复 / 229

🐾 附录 / 233

《伤寒论六经》是本能方法系统 / 234

再说少阳病与厥阴病 / 239

新学
PDG



前言



《伤寒论》的研究和整理，目的在于继承和发扬。发扬始于继承，继承终于发扬。这也是个深化和提高的过程。要继承和发扬祖国医学遗产，还有个思想方法问题。形而上学的思想方法是不能解决实际问题的，而唯物主义的自然辩证是揭示自然规律的思想方法。

一部《伤寒论》，在中国医学史上有极其崇高的地位。它的作者张仲景被尊为医圣，这不是无缘无故的。这完全是它的科学成就所取得的结果。《伤寒论》的成就是伟大的，它是祖国医学辨证论治的奠基的著作。由于《伤寒论》的诞生，使祖国医学在临床学上产生了一个划时代的飞跃。这样说决不是尊经崇古。如果我们看不到或不认识古代的科学成就，继承就无从说起。如果我们对它叹为观止，那么发扬又从何而来呢！厚古、薄古都不是正确的态度。科学的发展总是前者为后者之师而后来者居上。说来总归是个继承和发扬的问题。

略述《伤寒论》的研究整理概况：

《伤寒杂病论》成书于东汉建安年代，后经西晋王叔和整理流传。自两晋南北朝至隋唐五代，没有重要的发展。到宋代，由于理学的推动和活字印刷术的发明，促进了《伤寒论》的研究整理流传，自宋到金、元以来整理研究者有十余家之多。成无己首倡于前，韩祇、朱肱、郭雍等继踵于后。这一时期的研究整理工作主要是逐条注释，包括字句脉证、方药及病理的探索。到明清两代，伤寒病的研究整理有了显著的发展，而且在众多的医家之间出现了不同观点的争论。二十世纪初叶，由于西医在我国的传播，给《伤寒论》的研究整理带来了新的内容。如章太炎、恽铁樵、陆渊雷等先生均在不同程度上用西医的生理病理知识对《伤寒论》的某些条文作了新的探索。这些新的探索虽然在理论上还比较幼稚，

但它却是研究整理《伤寒论》的一个中西医结合的开端。因陆渊雷先生等尚没能够掌握唯物辩证法的思想方法，所以终于不能全面系统地对《伤寒论》进行整理和阐发。自成无已到陆渊雷先生，经过七百余年的时间，在《伤寒论》的研究整理方面，虽然取得了很好的成绩，但悬而未决的问题可归纳为以下五个：一、《伤寒论》的编纂；二、《伤寒论》的整理；三、对伤寒六经的解释；四、六经辨证法的适用范围；五、伤寒与杂病的区分。以上五个问题虽经过长期的研究、争论，但至今尚未能彻底解决。这是目前我们研究整理《伤寒论》面临的现实状况。本文对上述五个问题的观点和意见分别略加以说明如下：

一、伤寒论的编纂问题

方有执、喻嘉言等认为，《伤寒论》原来的编次被王叔和弄乱，文字亦有所篡改，主张重新整理其编次，并以此罪王。而张志聪、陆九芝则极力反对，认为《伤寒论》原编次没有错误，而且各条之间皆有深意，不准改动经文。王叔和整理《伤寒论》有功于世。当代医家有人认为，《伤寒论》原文的错简和佚失是完全可能的。但《伤寒论》的条文是札记性的随证立方，不一定有严格的次序。如为了学习和掌握的方便，是可以重新整理的。作者的看法是，《伤寒论》的文字形式与一九七二年武威汉墓出土的医简之文字形式是十分相似的，以此可证明《伤寒论》亦是简书的形式。这样，一部《伤寒杂病论》要以千计的竹简连缀成篇，这在保存和传播上是相当困难的。同时，在时间与水、火、虫害及社会动乱中，造成简书的残缺和编次的凌乱也是十分自然的事。王叔和整理《伤寒论》约距成书时间晚一世纪左右。王叔和对文字残缺和编次凌乱的《伤寒论》，不可能不以己意进行整理，这是理所当然的事。所以王的整理流传之功，应予以肯定，对其编纂上的错误，是不应责难的。方、喻二氏主张重编，未为不可。但罪王则非公论，况且方氏的“伤寒论条辨”和喻氏的“尚论篇”也并不比伤寒论原编次更为正确多少。张志聪、陆九芝不准改动经文的尊经崇古思想是不正确的，但他们却看到了伤寒论条



文之间的联系性。《中国医学史略》认为“伤寒杂病论是一部条文式的临床札记性的著作”，对此本人不敢苟同。原来《伤寒论》条文，本自有着严格的次序和分明的条理，且各条文之间是一个有着内在联系的整体。《伤寒论》的编次与伤寒病的发展变化过程是一致的，统一的，而它的简书文字形式也毫不妨害它的严格的次序。它的条文及篇章之间的联系，正是伤寒病理的联系；它的条文及篇章的次序，正是伤寒病理过程发展的次序。因此，无论它遭到怎样的颠倒与篡改，只要我们去探索伤寒病理过程的发展变化规律，发现它的内在联系，就可以按照伤寒病理过程本身的需要，安排其篇章条目的次序。如果不了解这个意义，而从主观上别的什么去追求易学实用，岂不是缘木而求鱼！

二、伤寒论的整理问题

历代医家对《伤寒论》的整理有不少分歧意见。如方有执、喻嘉言主张按“风伤卫、寒伤营、风寒两伤营卫”来分太阳篇。又按“太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明”来分阳明篇。这种做法使它在理论上臆造，在实践上多生枝节，因而是无益的。沈自南、包诚主张伤寒各经按阴阳、虚实、表里、标本分证。然而六经之体本自为阴阳表里虚实寒热，又何必阴阳之中更分阴阳，表里之中再分表里呢？这也不是通论。尤怡、钱潢主张以治分类。柯琴、徐灵胎主张以方剂分证。这两种分法似乎近于实用，但终于是以外部联系为根据的整理方法。因而它只能分割伤寒六经，并不能反映伤寒的发展规律。同时，方剂应是属于证候，治法应从属于病理，而以治分类，以方分证都是倒置的整理方法。这类整理方法不可能使伤寒论成为完整的科学系统，而且也不会有刚举目张的效果。整理《伤寒论》，只能依据伤寒病发展规律的病理特性来分擘条理、安排编次，才能体现伤寒六经辨证论治的系统性和系列性，才能使之成为完整的科学系统，因为任何千头万绪的事物，只要按照它本身的特殊性质和共同性质整理成为系统的、系列的东西，它就变得井然有序，自然也便容易认识和掌握了。

原来伤寒六经正是依据伤寒病理发展中不同的病性和病位而分化的六个不同的病理阶段，在各病理阶段中又依据不同的病理趋势而区别为若干具体的伤寒证候。总之，伤寒六经病，是以病理的特殊性质相区分，又以病理的同一性相联系的；六经病相连接的整体是一个伤寒系统；相对立的六经病是伤寒病理发展过程中的六个不同阶段，各阶段中又以不同的病理趋势分为若干具体证候。换句话说，六经病是伤寒病理过程中的六个纲，各具体证候为六经纲领中的子目，从伤寒系统到六经纲领，下至子目证候，俱是以病理的特殊性相区分，以病理的同一性相联系的。而治法和方剂、药物又俱是以病理为依据的。这便形成了一个伤寒辨证治疗系统。如果要整理《伤寒论》，必须按照上述这个伤寒病本身的发展规律所反映出来的系统程序来进行。如果不能认识伤寒六经的系统性，而去追求什么风寒营卫、以治分类、以方类证等，那根本不是系统的整理。所谓系统，决不是任何人预制的框框，而必须是也只能是事物本身发展规律的反映，非此不成其为系统。整理《伤寒论》，还必须遵循这样一个原则：从理论上有所阐发，在实践上有所裨益。离开这一原则的整理工作是无价值的。

三、对伤寒六经的解释

自宋代成无已注伤寒释六经以来，代代不乏其人，能卓然自立一说的却寥寥无几。但真正通晓伤寒六经大义，全面正确的解得六经的至今尚无一人！数百年来，热病论六经之说，经络六经之说，气运六经之说，聚讼争鸣，迄今亦无定论。建国三十年来，我国中医于此仍然保持缄默。目前各中医学院之《伤寒论》讲义，从内容方面仍不出旧说、旧注；从体裁上仍是原文集解；从六经的解释上亦是旧说的兼容并蓄。总之，没有明显的发展。

伤寒六经的本质究竟是什么呢？要了解这一点必须从伤寒六经本身的矛盾性中去认识它所单独具有的那种特性。否则便不会得到本质的认识。前代医学专家们之所以没能全面正确的认识伤寒六经，最主要的原因



就，是人们不是从伤寒六经内部研究它的矛盾性质，而是到伤寒六经以外，别的什么地方去寻求根据和解释。因而热病六经、针灸经络六经、运气六经便相继被医学家们搬进伤寒论来，但没有一个说法能够全面正确地解得伤寒六经，没有一个不是牵强附会之谈，没有一个不无捉襟见肘之处，没有一个不用杜撰和臆造的理论来使伤寒条文纳入其规范之中。

伤寒六经并不是奥秘难解的东西，它也并不是它本身以外的什么东西，它只是它自己。它是伤寒病理过程发展变化规律的反映，它是对伤寒过程“由特殊到一般”又“由一般到特殊”的认识方法。由于病理是治疗的依据，所以伤寒六经既是一个辨证系统又是一个治疗系统。伤寒六经正因为具有这样的特殊性质，所以它只是它自己，而决不是别的什么。这便是伤寒六经的本质。要解释伤寒六经，只能从这种意义上着手，只有这样解释才能进一步揭示伤寒六经的本质，才能使伤寒六经真正成为指导临床实践的理论，才能不致重复那种以经释经、为解释而解释的错误。

四、六经辨证法的适用范围

柯琴认为六经辨证法是“尽愈诸病的权衡”，是百病的辨证法则。而温病学家们则表示反对。这是继续了很长时间的伤寒与温病之争的焦点。吴鞠通说：“伤寒伤人之阳，故喜辛温甘温苦热以救其阳；温病伤人身之阴，故喜辛凉甘寒、甘咸以救其阴。”吴氏的说法虽不尽切病理，但它却认识到温病与伤寒是两个不同的病种，有不同的病理，不同的发展规律，因而要求不同的治疗和方药。所以，作为伤寒辨证法的六经是不能施之于温病的，正如三焦辨证反映着温病的发展规律一样。因为伤寒与温病是不同的病因引起的病理过程，而病因规定着它引起的病理过程的特殊性。伤寒与温病是不同质的东西。不同质的矛盾，要用不同的方法解决。所以伤寒六经与温病的三焦是不能相互取代的。但是，在未认识到六经辨证法的本质之前，六经辨证的适用范围是不能彻底解决的。温病学家们根据自己的经验提出六经辨证不适于温病。柯琴虽才辩超群，由于不

了解六经辨证的本质，也不了解病因规定着它引起的病理过程的特殊性，所以对六经辨证作出了错误的论断。六经辨证法只是伤寒的辨证法，对伤寒以外的任何病种都是不适用的。但必须说明：六经辨证法所体现的辨证思想，即病因、病位、病性、病势的整体辨证思想，是完全符合唯物辩证法的基本原理的，因而它是建立各病种的辨证法的思想根据。例如吴鞠通的三焦辨证，叶天士的卫气营血辨证，以及八纲辨证、脏腑辨证、病因辨证等，无不是在六经辨证法的辨证思想影响下产生的辨证方法。但由于他们对这一思想的理解程度不同，所以他们的成就也不同。可以断言，未来的中西医结合的新辨证体系也将根据病因、病位、病性、病势的整体辨证思想而形成。

五、伤寒与杂病的区分

仲景著《伤寒杂病论》，前论伤寒，次论杂病，而伤寒中又夹有杂病。这个论伤寒夹论杂病的体裁，无疑是内容所决定的。伤寒过程是个复杂多变的病理过程。在伤寒的各个阶段中，都可能因这样那样的原因而引起这样那样的并发和继发证。正因为伤寒与杂病的这种并发与继发关系，就决定了论伤寒夹论杂病的体裁，如果不了解这个意义，又不理解伤寒的病理界说，就不可避免的把并发或继发于伤寒过程中的杂病误认为伤寒，以致使六经理法混乱。必须弄清这个关系：六经是伤寒的六经，不是杂病的六经。杂病是并发于伤寒中的杂病，不是六经中的杂病。六经病理界说是认识伤寒的界说，也是区分杂病的根据。如果弄清了六经、伤寒、杂病三者的关系，那么伤寒与杂病就成为很容易区分的东西了。

本文为了使伤寒与杂证在理法上更明晰而便于学习和掌握，依据六经病理界说，对伤寒与杂病作了区分整理，使伤寒证候列入六经辨证系统，凡属于并发继发性杂病，附于各经篇末，以示伤寒与杂病的理法方药之不同。

研究整理《伤寒论》，必须对上述五个方面作出相应的阐述。这对我来说是力不从心的。虽然尽力试图以唯物辩证的观点作了粗浅的阐述，



对伤寒六经病及六经辨证，都借鉴于现代医学，目的是使中医的实践经验，在西医科学实验的印证中得到较为切实的理解，并借以避免中医在理论上的臆测和概念推断的缺点。对有争议的条文，或虽为公认而实际错误的东西均作了分析、议论，并提出了个人见解，对前人注释以扬人之美亦不掩人之失为原则。对于伤寒论中方剂用药度量，均以原来用量改为公制，即东汉之 1 两等于 13.92 克，为了学用方便写作 14 克，汉制 1 升作 200 毫升，如系有毒或峻猛之药物则写以准确的折合量。



第一编 伤寒六经概说



仲景著伤寒立六经以为临床辨证治疗的法则，使学者见病知源，有理可据，有法可依，有方可用。而辨证的缜密，立法的精妙，方药之准确，已被实践所证明，为后世医家所师法。但伤寒六经的本质是什么，虽经历代医家探索和解释，迄今尚无一全面正确的说法。为了继承和发扬祖国医学遗产，就此略抒管见。

一、前人对伤寒六经的解释

自宋代以来，解释伤寒的医家以百计，而对六经的解释约有三端：一是以成无己为代表的用《内经·热病论》之六经的解释；二是以汪琥、柯琴为代表的用经络说的解释；其三是张志聪、陈念祖为代表的用运气学说的解释。此外尚有证候群的说法。但这些说法并没有一个能全面正确地解释得了伤寒六经。例如热病论的六经证候与伤寒证候并不相同，其传变规律也各自特殊。热病论六经传变为一日太阳、二日阳明，三日少阳，四日太阴，五日少阴，六日厥阴，依一定之次序，有一定之日数，绝无例外。而伤寒六经传变既无固定的日数，也不循此固定的次序。其传变与否，传变何经皆有一定的条件为依据。在治疗上，热病论之三阳病皆用汗法，三阴病皆用下法。伤寒病则太阳用汗法，阳明用吐法、清法、下法，少阳用和法，少阴用助阳温经法，太阴用助阳温里法，厥阴未出法。总之，热病论之六经与伤寒之六经，无论在证状上、传变规律上及治疗方法上都无相同之处。所以说热病论六经与伤寒六经是不同质的东西，用热病论六经来例说伤寒六经在理论上不可通，在实践上毫无益处。

经络学说是在针灸实践中形成的理论。它以手足三阴三阳六经来表明气血运行的通路，并以之表明经络之间的联系性和整体性。如用经络的六经来解释伤寒六经，也因它们是不同的东西，所以也有着许多牵

强附会之处。如经络学说为手足三阴三阳十二经，而伤寒为六经，数不相符，于是便以传足不传手之说以附会之。当其仍不能贯通之处，又杜撰出“经病”、“腑病”或“腑俱病”之说法以回护穿凿。无论如何，经络六经与伤寒六经是两个不同的科学领域，各有它自己特殊的性质，所以终不能相合。虽然确有某些相似之处，但毕竟是张家与李家，不是同一的东西。同时用经络六经解释伤寒六经并无实践意义。

运气学说是古代在阴阳五行生克制化的理论上研究其化运行的规律的学说，以之说明宇宙间万物变化的运动规律。这一学说自秦汉时代即渗透到医学领域，成为医家释解生理、病理的基础理论之一。运气学说本身有它特殊的科学内容。大自然的周期性变化确实存在，人在自然界中生存，自然要受气运变化的影响。但以气运六经来解释伤寒六经，把伤寒病的发生、发展变化的根本原因，不是建立在它自身的矛盾性上，而是建立在气运变化的外因上，这岂不是把伤寒六经这个生动的理论拖进了形而上学的外因论中了吗！伤寒病的发生与发展变化是以内因为根据的，外因只不过是变化的条件而已。用气运六经解释伤寒六经的错误并不在运气学说本身，而在解说者的认识方法。

近代医家认为“伤寒六经是反映热性病的几个不同阶段，或不同的证候群”。这种说法比较近于实际，但不能阐发六经之间的内在联系，因而不能揭示伤寒六经的本质。用热论六经、经络六经、气运六经来解释伤寒六经的前代医家，由于受儒家遵经思想的影响，所以多在以经释经的窠臼之中。但这些先辈医家们在《伤寒论》的研究整理中，确有许多见仁见智的言论，对后世学者多有教益和启发。这是应予以充分肯定和重视的。





二、伤寒六经的病理根据

伤寒六经病，不是别的东西，而是伤寒病理发展过程中依据不同病性和不同病位而分化的六个特殊的病理阶段。由于不同的病理性状和不同的病理部位规定了病理过程的病理特性，也决定着不同的治疗方法。这便是作为临床辨证法的六经分证的实际意义。这也是伤寒六经与其他任何六经相区别的根据。

伤寒病理过程依据阴、阳不同的病理性状分化为两类，即阴性过程与阳性过程。例如仲景以发热与恶寒为阴阳病性界说。他说：“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”根据体温升高发热是功能亢进、代谢增高的表现，确认为阳性过程；根据体温不足而恶寒是功能衰退、代谢减低的表现而确认认为阴性过程。仲景以发热与恶寒的表现辨认伤寒过程的阴、阳性状，正是根据内经“阳胜则热，阴胜则寒”的临床应用。伤寒六经病中，太阳、阳明、少阳三经皆有发热，为阳性过程；少阴、太阴、厥阴三经皆有恶寒，为阴性过程。在阴阳两类过程中，仲景又根据发生病理反应的不同部位，分阴病阳病各为三个不同过程：病理反应在体表部位，在阳性过程中为太阳，在阴性过程中为少阴；病理反应在胃肠部位，在阳性过程为阳明，在阴性过程为太阴；病理反应在气机部位，在阳性过程为少阳，在阴性过程为厥阴。伤寒病理过程发展的长途中，就是依据阴阳病理性状和表、里、气机病理部位而分化为六个不同的病理阶段，是为伤寒六经病。仲景的六经病提纲正是反映了六经病理性状和病理部位，所以六经提纲也正是六经病的病理界说。例如太阳提纲说：“太阳之为病，脉浮，头项强疼而恶寒。”伤寒病理过程是机体对生物病原体的抗御过程。脉浮为血管扩张浅出、血流充盈，体表组织血流增加。伴有发热恶寒头疼是表明抗御反应在肌肤经脉组织部位。病在身体之表，仲景称为表病。由于脉浮发热显示了功能亢进与代谢增高，所以是表部位的阳性过程。表部位的阴性过程为少阴病。例如，少阴提纲说：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”仲景文例言简意赅，



凡说无热恶寒即为阴病，凡说阴病即无热恶寒。少阴脉微细，乃因血量减少，血压下降，血管因而收缩，表现沉微细弱，病机为气虚血少。体表组织因供血不足而体温低落，脑组织因贫血而出现神志不清的欲寐状态。少阴病表现了抗御过程中体表组织功能衰弱与体液不足的状况，这正显示了表部位的阴性病理过程。

太阳病与少阴病由于是同一表病依功能盛衰而分化的阴阳两性过程，所以它们又因功能进退变化而相互转化。如“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风小便难，四肢微急难以屈伸者”，这是太阳因汗多亡阳造成向少阴发展的例。又如“少阴病，始得之，反发热，脉沉者”，这是少阴病与太阳之过渡阶段中偏属于少阴的例。少阴病以体表功能衰退为依据，不应发热。但脉沉已表明经脉之功能衰弱，虽反其常而有微热，但仍不失少阴的内在根据。从正反两方面看，太阳与少阴是伤寒表病位依据功能盛衰而分化，又依据功能进退而相互转化的阴阳两性病理过程。

阳明病是伤寒胃肠病位的阳性过程。如阳明提纲说：“阳明之为病，胃家实也。”胃家实言胃肠，“邪气盛则实”。阳明病发热，胃肠为躯体的里面。所以仲景称阳明为里病，亦是与表病相对而言。提纲中胃家指出病位，实乃邪气盛而正气充分实之谓，这正是阳明病的特征。阳明提纲指出了胃肠病位的阳性抗御过程。

胃肠病位的阴性过程为太阴病。如太阴提纲说：“太阴病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自疼。”又说，“太阴为病脉弱。”弱脉是沉细无力之象，乃其虚血亏的脉征。在气虚血亏的状况下而吐利腹疼自是胃肠病为阴性病理过程。

阳明与太阴是同一胃病位依功能盛衰而分化的两性过程。在症状表现上俱是阴阳相对的性质。如阳明发热而渴，太阴手足冷不渴。阳明大便硬，太阴自下利。阳明脉洪大滑数，太阴脉沉细无力。太阴与阳明也因功能进退而相互转化。例如，“伤寒脉浮缓，手足自温者，系在太阴——至七八日大便硬者，为阳明病，心下硬满者，不可攻之。攻之利不止者死，利止者愈。”这是阳明病伤害胃气而致胃肠功能衰退而转化太阴的例。



少阳病是气机病位的阳性过程。少阳提纲说：“少阳之为病，口苦咽干目眩也。”又说，“伤寒脉弦细——属少阳。”在现代医学中，口苦为胆汁代谢失常所致，脉弦细为血管收引而张力增大。实践证明：交感神经活动亢进可抑制胃肠运动及胆囊收缩，唾液分泌黏稠。副交感神经活动亢进可促进胃肠运动及胆囊收缩，唾液分泌稀薄。交感神经活动亢进可使血管收缩，而副交感神经则使血管舒张。少阳病的口苦咽干脉弦细，显然为交感及副交感神经活动的调节失常所造成的结果。祖国医学对推动脏腑、经络、营卫生理活动的动力是称之为气机。因为少阳病理过程中机能表现为亢进，所以少阳病为气机病的阳性过程。

厥阴病为气机病位的阴性过程。厥阴提纲说：“厥阴之为病，消渴。气上撞心，心中疼热、饥而不欲食。”消渴见于糖尿病，糖尿病与胰腺胰岛素的分泌障碍有关。气上撞心是一种强力撞击感的心悸，见于神经血循环衰弱证。心中疼热见于心肌坏死的进程中，饥而不欲食乃胃的强烈收缩造成的肌感。而交感神经活动可使心跳加快，使冠状血管舒张；副交感神经活动则抑制心跳和收缩冠状血管，并促进胰岛素的分泌。显然，厥阴病亦是与植物性神经调节障碍有关，据此厥阴病乃为气机病的阴性过程。

厥阴与少阳病由于是同一气机病位的阴阳两性过程，所以它们也因功能进退变化而相互转化。例如，“伤寒热少厥微，指头寒，默默不欲饮食，烦躁数日，小便色白者，此热除也。欲得食，其病为愈。若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”再如，“呕而脉弱，小便复利，身有微热间厥者，难治。”前例可知少阳见厥是机能减退而向厥阴发展，欲得食为机能复常而病愈。后例少阳脉弱为气虚血亏向厥阴发展。因微热见厥而知气机呈虚性障碍。从以上两例已见少阳病机能衰退即入厥阴，厥阴病机能复常则还出少阳而愈。在少阳病理过程中，已潜在着转化厥阴的机理，如少阳病之往来寒热，在厥阴为厥热胜复；少阳病之咽干，在厥阴为消渴；少阳之或有心下悸，在厥阴为气上撞心；少阳之胸中烦，在厥阴为心中疼热；少阳之默默不欲饮食，在厥阴为饥而不欲食。少阳与厥



阴终于因是同一气机病，所以因机能进退而相互转化。两经证状之间也是阴、阳与微、甚之不同。

太阳为少阴，阳明与太阴，少阳与厥阴是同一病位依功能盛衰而分化，又依功能进退而相互转化的阴阳两性病理过程。太阳、阳明、少阳是同一阳病性状在不同病位的反应；少阴、太阴、厥阴是同一阴病性状在不同病位的反应。三阳病之间因邪气增长而次第传变；三阴病之间因正气消减而两阴合并。如太阳邪盛传变阳明的例：“本太阳病初得病时发其汗，汗先出不撤，因转属阳明也。”太阳传少阳的，例如，“太阳经，十日以去，脉浮细而嗜卧者，外已解也。设胸胁满疼者，与小柴胡汤。”少阳传变阳明的，例如：“服柴胡汤已，渴者，属阳明。”此外，在三阳传变过程中，尚有两经或三经合并的过程。例如，太阳与阳明合并病，太阳与少阳合并病，少阳与阳明合并病，太阳、阳明、少阳三阳合并病等等。在阴性病理过程中的合并病如太阴与少阴合并：“少阴病恶寒身蜷而利手足逆冷者。”又如，“下利，手足逆冷无脉者。”两阴合并表里虚寒多为危证，所以三阴合并过程，实际上难以存在。

总之，病理的阴、阳性状，是器官功能盛、衰在病理过程中的表现，所以阴、阳病性是对立统一的整体。处于病理中的器官组织，在功能上的进退变化，即是病性的相互转化。表、里、气机病位，由于它们的生理功能各自不同，所以它们在病理过程中，有各自特殊的病理和各自特殊的证状表现。它们又由于是体液相通与神经相连的整体中的三个部分，所以在病理过程中，因邪气过盛而次递传变和正气消弱而两阴合并。伤寒六经病，是以不同的病性、病位相区分，又以同一的病性、病位相连接的一个伤寒病理发展过程的整体。

在生理过程中，组织器官的形质与功能是统一的。在病理过程中，病位和病性也是统一的东西。病性和病位的统一即是病机。《内经·至真要大论》中，病机十九条无不是病位与病性的合成。伤寒六经病，无疑是伤寒病理发展过程中的六个不同的阶段，而确立此六个病理阶段的根据正是病位、病性的特殊性质。同时病位、病性的特性正是伤寒病理过

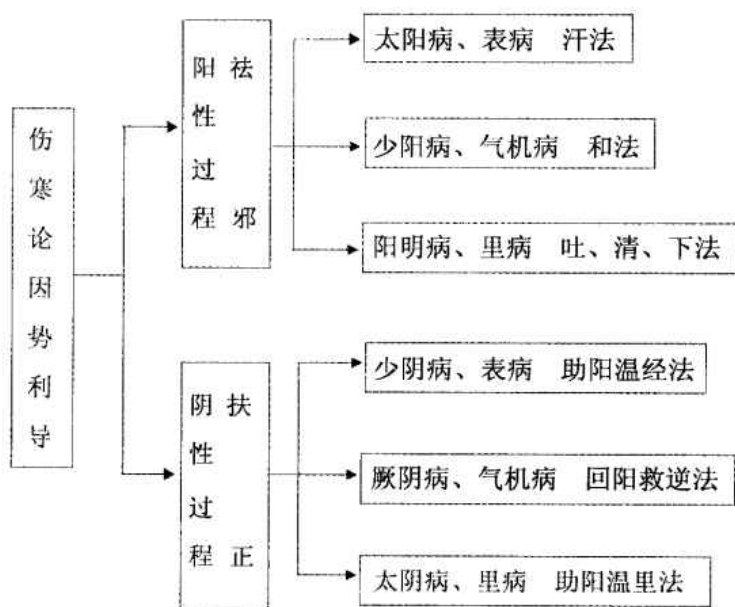


程本身发展规律的反映，正因为伤寒六经病的区分和转化是以其内在矛盾性质为根据，也就是以病性的分化和转化、病位的转移和合并等为其发展变化的根据，所以它能够成为伤寒病的科学辨证治疗系统，才有极其重要的实践意义，经得起千年实践的检验！这样的东西只有伤寒过程自身所独有，难道可以从它本身以外的什么六经中找得出来吗！

三、六经辨证的系统性

伤寒六经辨证法，无论在辨证方面或治疗方面，都有着极完整的系统性和系列性。所谓系统性，就是数百个伤寒的具体证候，以病位的、病性的同一组成六个病理阶段，即六经。六经又以同一的病因组成一个伤寒整体，即伤寒病理发展变化的全过程。伤寒六经病理阶段过程中的若干具体证候之间纵的病理关系，形成了六经辨证的系统性。所谓系列性，即数百个伤寒具体证候，以病理趋势的特殊性相区别，以病因的同一性而组成一个伤寒证候的系列，又以同一的病性而组成阴性证系列与阳性证系列，又以病位病性的同一性形成六经证系列。六经各证候之间的横的病理关系形成六经辨证法的系列性。从其系列性说，伤寒过程依据器官功能盛衰分化为阴阳两类证候。阴证类与阳证类又依据表、里、气机病位而分化为六经。六经各经中又依据不同的病理趋势分为若干具体的证候。从伤寒一病分六经，六经又各分为若干具体证候，都是以病因、病位、病性相联系，又以病位、病性相区分，形成一个辨证系统。辨证之目的为治疗。由于伤寒病为一种生物病原体所引起的病理过程，因而以“因势利导”为治疗的主导思想。从这一治疗思想出发，对伤寒阳性过程以祛邪为治疗原则，对伤寒阴性过程以扶正为治疗原则。在三阳病中，由于不同的病位有各自特殊的功能特性，所以有不同的祛邪法。在三阴病中，也因不同病位有不同的功能特殊性而有不同的扶正法。如太阳为阳性表病而用汗法祛邪；阳明为阳性胃肠病而用吐法、清法、下法祛邪；少阳为阳性气机病而用和法。少阴病为阴法表病因而用助阳温经之扶正法；太阴病为阴性胃肠并而用助阳温经、助阳温里、回阳救逆

诸法。如此形成一个伤寒辨证治疗系统。略如下列图表：



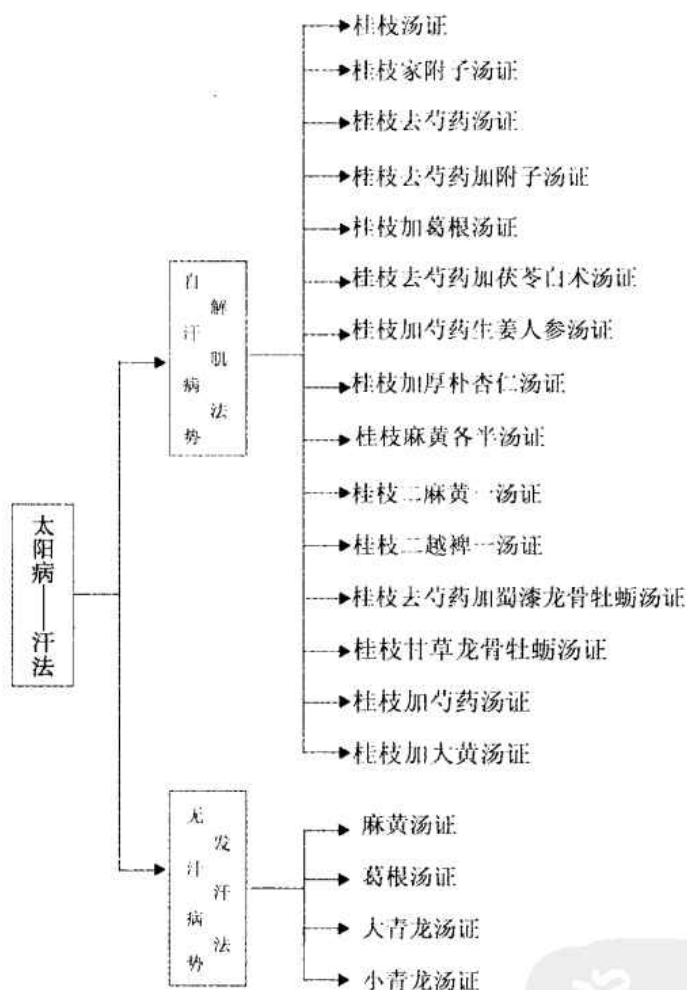
上述是伤寒六经系统与治疗法则。以下为六经辨证治疗系统的各经证治。

(一) 太阳经证治系统

在太阳病理阶段，由于是表病位的阳性过程，体表组织在抗御反应中表现着功能亢进与代谢增高，表组织因其功能性而通过排汗的代谢机能以祛除病理物质，所以有发热自汗出与发热汗不出两种向外趋之势态。仲景根据太阳这种外趋之病势而因势利导用汗法祛邪。但汗法据自汗病势用解肌法，以桂枝汤为主方；据无汗病势用发汗法，以麻黄汤为主方。自汗病势之各具体证候因有太阳自汗病势的同一性，又各有其特殊性质，所以皆用桂枝汤加减法治疗。无汗病势之各具体证候也因有着太阳无汗病势的同一性质及各自的特殊性质，也皆以麻黄汤加减法治疗。桂枝汤加减方共十五都以桂枝为主体，都以脉浮发热恶寒自汗为病理依据。麻黄汤加减方包括葛根汤、大青龙汤、小青龙汤等四个，都以麻黄为主体，都以脉浮发热恶寒无汗为病理依据。这样组成一个伤寒太阳辨证治疗系统。但在太阳病理过程中，由于这样那样的原因而造成这样那样的并发



或继发证。这些并发症或继发证因为不是伤寒病因引起的，所以属杂病的范畴。如蓄血、水逆、热喘、水饮、虚烦、悸气、结胸、心下痞、胀满、停饮、滑脱等证。太阳阶段的辨证治疗系统略如表（1）：



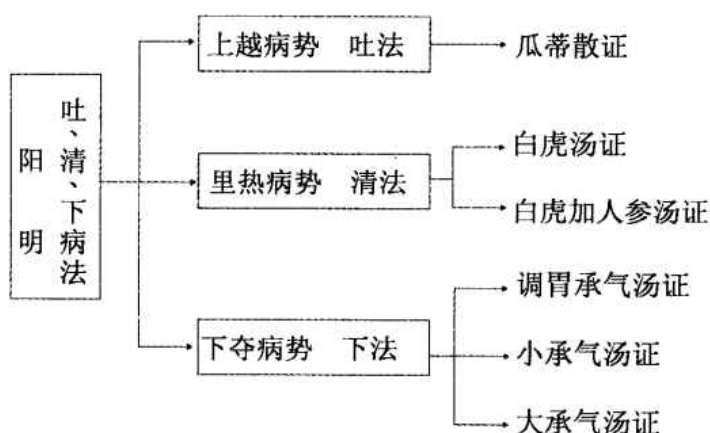
表（1）





(二) 阳明经证治系统

在阳明病理阶段，由于肠胃的生理特性（如胃的呕吐和肠的排便亦为保护和防御反应），在抗御过程中，表现为上越、里热、下夺三种趋势。仲景据上越趋势而用吐法，以涌吐而祛除病理物质；据里热之势而用清法，以通肠来祛除里热；据下夺之势而用下法，以排便来祛除病理物质。上越、里热、下夺三种病势皆以胃家实为共性，上越以愠愠欲吐，里热以汗出而渴，下夺以不大便为各自病理特性。吐清下三法皆祛邪法，以及邪之所在不同，因其所趋之势而祛除之。在阳明阶段中亦有并发或继发证，例如黄疸、热入血室、蓄血、蓄烦、热淋、便秘等。阳明经辨证治疗系统略如下页表（2）：



表（2）

(三) 少阳经证治疗系统

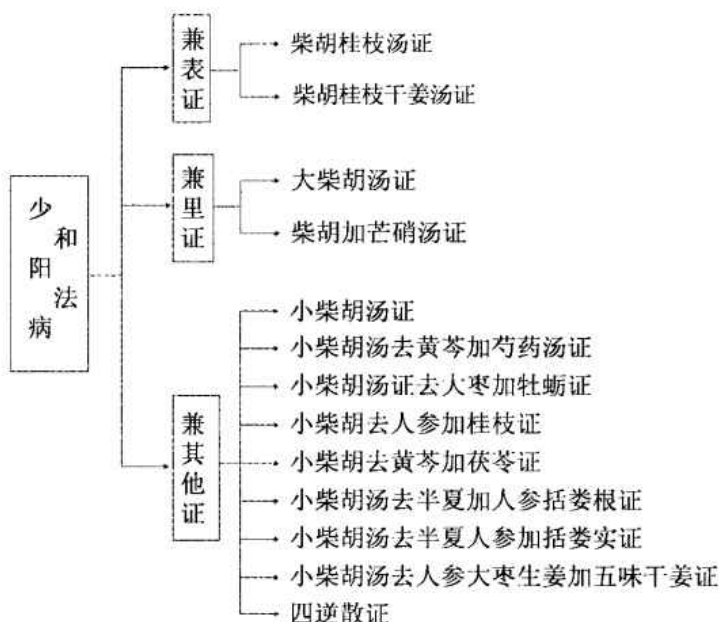
少阳病理阶段是伤寒在气机病位引起的病理反应。由于气机的功能特性规定着它调节失常的病势。仲景则因势用和解法，以柴胡汤为主。对兼有表证里证或其他证的俱以柴胡汤加减法治疗。在少阳阶段中也有热入血室等并发性杂病。少阳经辨证治疗系统如下页表（3）。

(四) 少阴经证治系统

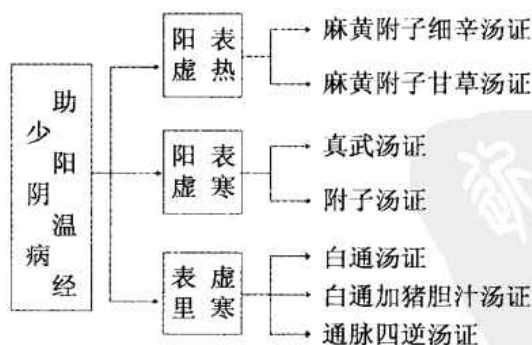
少阴病理阶段是表病阴性过程，病理趋势为阳虚表寒。仲景治以助



阳温经法，以附子汤为主方，在其阶段过程中的各具体证候，亦有着各自的特殊性质，如阳虚表热、阳虚水不化，亡阳厥逆证等。当少阴与太阴合并过程中则出现表里虚寒与亡阳阴竭之证。少阴阶段也由于不同原因而发生下利便脓血，吐利烦躁、阳虚咽疼、咽中生疮、虚烦等继发性杂病。少阴病阶段辨证治疗系统如表(4)。



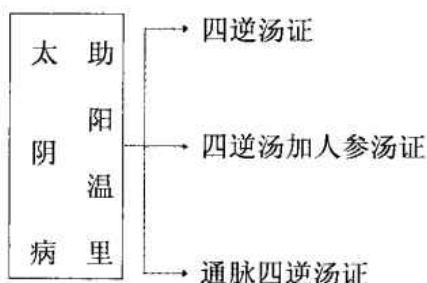
表(3)



表(4)

（五）太阴经病证治疗系统

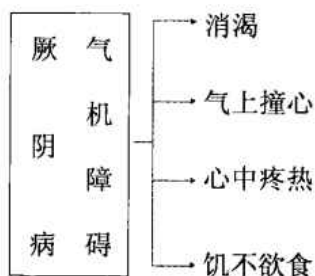
太阴病理阶段是里病的阴性过程，其病势为阳虚里寒，因其势而治以助阳温里法，以四逆汤为主方。在太阴过程之辨证治疗系统如表（5）：



表（5）

（六）厥阴经病证治系统

厥阴病理阶段为气机病的阴性过程。对厥阴病仲景未出示治法，但他揭示了厥阴阶段中四个证候是气机病的阴过程，也就是在机能衰弱和体液不足状况下的气机障碍。其辨证系统如下表（6）：



表（6）

六经病理阶段在辨证治疗上各成系统。六经证治系统又以病因的同一性连接为一个伤寒辨证治疗系统。六经病之间既以病性、病位的特殊性相区分，又以病性、病位的同一性相联系。使千姿百态的具体的伤寒证候，以类相属，而又分擘条理地编组为系统，联接为系列的东西，这不是别的，正是伤寒病理过程本身的病因、病性、病位、病势的特殊性质和同一性质。例如，同一病位依功能盛衰而分化为阴阳两性病理过程，



它们又因功能进退变化而相互转化。同一病性的病理过程依据不同的病位而分化为三种过程，但又以同一的病性相联系。不同病性的过程皆以同一的病位相联系。如此地将伤寒病理发展过程中数以百计的特殊证候区分为六经，又联接为一个整体。六经病之间的传变皆取决于阴阳消长的变化：阴病转阳则病退，阳病转阴则病剧，阴病伤阳则病危。阳病伤阴由表传里，阳病伤阳则向阴性发展；阴病伤阳则二阴合并，阴病伤阴则阴竭阳脱。在治疗方面，阳病治阴，治阴在保津津有味液；阴病治阳，治阳在扶正气。汗吐下清和诸法，皆祛邪法。邪气去则津液存、正气安。助阳温经、助阳温里、回阳救逆诸法皆扶正法。正气胜则邪气衰。六经辨证与治疗也是一个整体。因为辨证是方法，治疗是目的；辨证是治疗的根据，治疗是辨证的结果。因势利导是根据外界致病因素引起的伤寒病，是长期的实践中的总结，它本身即是按照客观规律去解决矛盾之意。阳性病以祛邪、阴性病以扶正的治疗原则，正是在因势利导思想基础上，根据阴病和阳病的客观规律而产生的。例如，阳性病因功能强盛体液充足而发生功能亢进与代谢增高的抗御反应，自可根据病位的功能特性，顺应其抗御趋向以祛除病理物质。如太阳病在表用汗法；阳明病在上用吐法，在下用下法，里热用清法；少阳病在气机调节失常用和法。阴性病因功能衰退和代谢减低，这自应鼓舞机体功能提高抗御能力，以改变正邪之间的矛盾地位。如少阴病为表病的阴性过程，因体温不足而恶寒，身疼脉微欲寐，知为阳虚表寒之势，所以用助阳温表法以提高体表组织功能而利于抗病。太阴病为胃肠的阴性过程，胃肠因功能衰弱血循环不足而吐利腹疼，为阳虚里寒之势，所以用助阳温里法以提高胃肠功能而止其吐利疼痛。六经辨证与治疗是一个整体。虽然辨证可自成系统，而治疗方面亦自成系统。但辨证与治疗却是一个不可分割的关系，一旦分割开来，便俱失存在的意义了。

伤寒六经是一个完整的辨证治疗体系。其纵的关系表现了它的系统性，其横的关系表现了它的系列性。如太阳病是由一个桂枝汤证的证治系列和一个麻黄汤证的证治系列所组成；阳明病是由一个瓜蒂散证的证

治系列和一个白虎汤证的证治系列，及一个承气汤证的证治系列所组成，少阳病是由一个柴胡汤证的证治系列组成。太阳、阳明、少阳诸证为一个伤寒阳性并证治系列。少阴病是一个附子汤证治系列，太阴病是一个四逆汤证治系列。少阴、太阴诸证是一个伤寒阴性病证治系列。阴、阳两大系列为一个伤寒病的证治系列。伤寒六经辨证治疗体系，纵成系统、横成系列、辨证与治疗，里法与方药，井然有序，浑然一体，正是伤寒病理过程本身发展规律的反映，是长期临床实践认识的结果。它是祖国医学中最完美的辨证治疗系统，是祖国医学光辉的科学成就。但《中国医学史略》却说：“《伤寒杂病论》是一部条文式临床札记性的著作……既没有系统的专门论述，每条条文也不是加以明确的说明。”是的，所谓条文札记性，是《伤寒论》的简书文字形式，但这并不妨碍条文之间的内在联系。六经本身即是专门的系统，只是仲景作出了伤寒杂病论，没有加以“明确的说明”，这也正如史前人类发明了钻木取火而没有说明摩擦生热一样！

四、伤寒六经辨证法的唯物辩证思想

伤寒六经辨证法是来在于实践的理论，是完全符合“由特殊到一般”又“由一般到特殊”认识的基本原理的。六经辨证是伤寒病的运动规律在认识上的反映，也就是说六经辨证法是对伤寒病理过程的理性认识。真正的理性认识是来源于实践又反作用于实践的东西，获得这种真正的理性认识，无论自觉与不自觉的总是离不开“由特殊到一般”又“由一般到特殊”这样的过程的。六经辨证法正是这样的东西。例如六经提纲就是对伤寒各特殊证候的一般性认识。事物的一般性质，是包含于特殊性之中的。六经提纲作为六经病的一般性质，是在实践中对各特殊的伤寒证候的研究中抽象、概括而来。例如太阳提纲说：“太阳之为病，脉浮，头项强疼而恶寒。”这是太阳病的一般性质，也即是太阳病的界说，在太阳病理发展过程中，桂枝汤证及其十五个加减方证都具这一性质。如桂枝汤证“头疼发热汗出恶风”；桂枝加葛根汤证“脉浮发热项背强几几汗



出恶风”；桂枝加厚朴杏子汤证“脉浮发热汗出恶风微喘”；桂枝加附子汤证“太阳病、发汗，遂漏不止，其人恶风小便难，四肢微急。”……如此等等特殊证候之中俱包含着“脉浮、发热恶寒，汗出”这个一般性质。再如麻黄汤证为“脉浮，头疼发热，身疼恶风，无汗而喘”，葛根汤证“脉浮发热，项背强几几，无汗恶风”，大青龙汤证“脉浮发热恶寒，无汗，心下有水气”。麻黄汤证、葛根汤证及大、小青龙汤证在其特殊性中也包含着脉浮发热恶寒头疼这个太阳病的一般性质。所以太阳提纲揭示的病理解说，是从各具体证候的特殊性质中抽出的一般性质。

再如阳明病。阳明病的一般性质是“胃家实”。在阳明过程中，瓜蒂散证为胸中痞硬，气冲咽喉，愠愠欲吐；白虎汤证为身热汗出而渴；承气汤证为潮热不大便。而瓜蒂散证、白虎汤证、承气汤证都有自己的特殊性质，但在其特殊性质中都包含着“胃家实”这个一般性质。再如少阳病。少阳病的一般性质是口苦咽干脉弦细，这在病理上表明气机调节失常。在少阳病理阶段中九个向柴胡汤加减方证，以及三个大柴胡汤证与柴胡加芒硝汤证、柴胡桂枝干姜汤证等，在其特殊性质中俱包含着气机失调的一般性质。在三阴病中亦是如此。例如，少阴病的一般性质是脉微细身寒欲寐所表明的阳虚表寒。在少阴过程中，麻黄附子细辛汤证与麻黄附子甘草汤证为表阳虚衰；真武汤证为阳虚表寒水不化，附子汤证为阳虚表寒身体疼；白通汤证为阳虚表里俱寒；白通加猪胆汁汤证为表里虚寒无脉；通脉四逆汤证为表里虚寒格阳。少阴病过程中各具体证候的特殊性中也包含着阳虚表寒的一般性质。太阴病的一般性质为腹满吐利脉弱表明阳虚里寒。在太阴过程中，四逆汤证为脉弱下利腹疼；四逆加人参汤证为脉微清谷不止亡阳。太阴阶段各具体证候中也包含着阳虚里寒的一般性质。在厥阴病理过程中，消渴、气上撞心、心中疼热，饥而不欲食等证候，亦皆为气机障碍的阴性过程。

总之，作为六经病理界说的六经提纲，正是从六经证候的特殊性中抽出的一般性，是用具体的脉证来表明这一点。因为这更有助于临床辨证。只要我们能够透过提纲脉证看到它表明的病假机，而且懂得这是仲

景揭示的六经定义，再看一看六经阶段中各个特殊证候，就会清楚地看到这是仲景“由特殊到一般”的认识过程。

然而，仲景并不是把伤寒六经病的一般性认识，作为认识的终结，简单地替代对伤寒病特殊性的研究。相反，他是以六经病的一般认识为向导，去研究各具体证候的特殊性质，从而制定最切实际情况的治疗方法。这也便是仲景“由一般到特殊”的认识过程。以太阳病为例。太阳病的一般性质为脉浮、发热恶寒，头项强疼。仲景说：“脉浮者，病在表，可发汗。”这是太阳病的一般治法。仲景揭示了太阳病的一般性质，又指出了一般性治法。但他并不是用同一个发汗的方剂来治所有的太阳证候，而是以太阳脉浮在表可发汗的一般性原则为向导，去研究了数十个特殊的太阳证候，从而制定了二十个具有特殊性的发汗方剂，如枝桂汤治脉浮发恶寒头疼自汗，桂枝加根汤治桂枝汤证而项背强几几，桂枝加附子汤治桂枝汤汗漏不止背恶寒，桂枝加厚朴杏仁汤治桂枝汤证而微喘……十五个桂枝汤加减方都是发汗的方剂，都是根据特殊的证候而制定的特殊的发汗方剂。麻黄汤治脉浮发热恶寒无汗而喘，葛根汤治脉浮发热恶寒无汗项背强几几，大青龙汤治脉浮发热恶寒无汗而烦躁，小青龙汤治脉浮发热恶寒无汗而心下水气。麻黄汤、葛根汤、大小青龙汤也都是发汗的方剂，也都是根据特殊的太阳证候而制定的特殊的发汗方剂。这种以一般性病理和一般性治法为指导，对具体的证候作具体的研究；根据证候的特殊性质而制定特殊的方剂，正是仲景在辨证治疗上“由一般到特殊”的过程。六经辨证法是符合“由特殊到一般”又“由一般到特殊”的认识的基本原理的，因此它是“生动的，有条件的，可变动的”理论，而不是固定的、僵死的东西。例如，太阳病脉浮者病在表以发汗为定法，但仲景又有汗家、淋家、疮家、亡血家不可发汗的禁法。可见发汗是有条件的，可变化的；条件变更了，法也变化了。

再以阳明病为例。阳明病的一般性为“胃家实”，而仲景也不是用一法一方包治胃家实证的一切证候。在阳明病理发展过程中，三个瓜蒂散证，六个白虎汤证，二十五个承气汤证都是胃家实病，但都具有其特殊



性质。对气上冲咽喉，愠愠欲吐复不能吐的胃家实用瓜蒂散吐法。对身热恶热汗出而渴的胃家使实用白虎汤清法。对潮热不大便的胃家实用调胃承气汤下法。对身热恶热腹满不通的胃家实用小承气汤下法。对潮热腹满硬疼燥屎的胃家实用大承气汤峻下。可以看到，仲景在阳明病中，是以胃家实与“客者除之”这个一般性认识为向导，去研究阳明病的特殊证候，从而制定切合实际情况的特殊方法。在阳明病中，不大便是用下法的证状根据。但“下利谵语”、“大便乍难乍易微热喘冒”、“自利清水色纯青心下必疼”，亦为可下证。这表明阳明病下法也是以内在条件为依据的。

更以少阳病为例。少阳病以口苦咽干脉弦细所表明的气机失调为一般性质。少阳过程中往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、默默不欲饮食等皆为气机失调。所以仲景说：“但见一证便是不必悉具。”虽然上列证状各不相同，但它却是同一的病机，所以同用一和法，用小柴胡汤治疗。但在少阳过程中，仲景也是以气机失调与和法这个一般性认识为向导，来研究各具体过程的特殊性，制定切合实际的特殊的和解方剂。例如，小柴胡汤服法中说：“若胸中烦而不呕去半夏人参加栝蒌实一枚；若渴者去半夏加人参……栝蒌根四两；若心下悸小便不利者去黄芩加茯苓四两；若不渴外有微热者，去人参加桂枝三两，温复取微汗愈；若咳者，去人参大枣生姜加五味子半斤干姜二两。”这正是仲景“由一般到特殊”的临床过程。此外，少阳病兼里证的大柴胡及柴胡加芒硝汤证与柴胡加龙骨牡蛎汤证、四逆散证等，都是在少阳的一般性病理和治法指导下对其特殊性的研究而制定的方剂。仲景说：“少阳不可发汗，发汗则谵语。”又说：“少阳不可吐下，吐下则悸而惊。”但仲景对柴胡加桂枝汤则指示“温复取微汗愈”，又对大柴胡汤指示“下之则愈”。这再次证明六经辨证是“生动的，有条件的，可变动的”东西。

再以三阴为例。少阴病以“脉微细但欲寐”所表明阳虚表寒为一般性质，以助阳温经为一般性治法。但在实践中也是以这个一般性认识为向导去对特殊性的研究。如麻黄附子细辛汤与麻黄附子甘草汤是助阳

解表法；白通汤为回阳温里通脉法；通脉四逆汤为回阳温里救逆法。太阴病是以腹满而吐下利腹疼表明的阳虚里寒为一般性质，以助阳温里为一般性治法。但对太阴病的具体证候，如四逆汤证，四逆加人参汤证及通脉四逆汤证等，也是在一般性认识指导下，去研究其特殊性而制定切合具体情况的方法。对于厥阴病，由于仲景在医学上的局限性(?)，没有做出治疗的方法。总之，六经辨证法，无论内容或形式，都清楚地表明它是“由特殊到一般”又“由一般到特殊”的认识方法。从它的文字形式看，六经各有提纲一条。提纲中以具体的脉证揭示本经的病位和病性(病机)，以为本经病的一般性，并以“太阳病”三字概括太阳病的一般性质，以“阳明病”三字概阳明病的一般性质。少阳病、少阴病、太阴病、厥阴病，各概括本经病的一般性质。于提纲以下各条文之首，冠以“太阳病”或“阳明病”、“少阳病”、“少阴病”、“太阴病”、“厥阴病”，以概言本经一般性质，而次辨其特殊性质以立方药治疗。例如：“太阳病，项背强几几，而汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”又如：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”以上两条中，“太阳病”三字即概言太阳病的一般性质，项背强几几故加葛根，汗出恶风为桂枝所主，无汗恶风为麻黄所主。这正是在一般性认识指导下对特殊性的研究。《伤寒论》六经辨证这一文字形式与它的内容正是“由特殊到一般”又“由一般到特殊”的认识方法的完美统一。

还有个伤寒与杂病的区分问题，也是前代医家未曾完满解决的问题。伤寒与杂病原有本质的区别，因为二者是不同病因引起的病理过程。而“病因规定着它引起的病理过程的特殊性质”，如果不能认识伤寒在发展过程中的特殊性质，便无从将它与杂病加以区别。伤寒病理过程的特殊性是什么呢？就是六经病理阶段联结的整个过程，就是三阳三阴六经病。伤寒三阳三阴六经病的特殊病理便是区别于其他病种的本质依据。凡不符合六经病理的便不是伤寒病理过程。正如“不研究矛盾的特殊性，就无从确定一事物不同于他事物的特殊的本质……也无从辨别事物，无从区分科学研究的领域。”因此，能否区分伤寒与杂病，在于能否认识伤寒



病理过程的特殊本质，也即是能否认识六经病的特殊本质。

伤寒与杂病是不同的科学研究领域。它们有不同的发展规律，要求不同的治疗方法。在《伤寒论》中，伤寒与杂病是兼容并蓄的形式，这种形式是由内容决定的。因为在伤寒过程中，由于这样那样的原因造成这样那样的继发或并发性疾病。而仲景论治伤寒，不可能不同时论治其继发证或并发症。而仲景以六经病理界说来认识伤寒，当然也同时区分着杂病。很明显，六经界说是认识伤寒的根据，自然也是区分杂病的根据。

伤寒六经有它自己的特殊本质，它是和其他任何所谓的六经有本质区别的。任何以其他六经来例解伤寒六经病的都是不可能成功的。伤寒六经是以自己的病理为根据的，是伤寒病理过程发展规律的反映，是伤寒辨证治疗的科学系统，它是完全符合“由特殊到一般”又“由一般到特殊”的认识论基本原理的。



第二编
太阳病篇





第一章 太阳病概说

太阳病是伤寒病理反应在体表部位的阳性病理阶段。仲景在太阳病提纲中说：“太阳之为病，脉浮，头项强疼而恶寒。”这是仲景为太阳病所作的界说。提纲所表明的正是伤寒病病理反应在体表部位阳性过程的根据。实验证明，健康的机体接种细菌后出现的发热恶寒，是人体对致病生物病原体的抗御反应。在发热的过程中，新陈代谢增高，组织中进行着大量的物质交换，机体功能表现为亢进的病理反应。这种功能亢进、代谢增高的病理反应，正是阳性病的共同特征。脉浮是血管扩张浅出，血流充盈的表现。它是为适应体表组织的抗御活动而增强血液供应，以满足体表组织代谢增高的需要而产生的。在抗御反应中由于大量的物质交换所产生的过高的热量的调节与废物的代谢，要通过体表组织的汗腺来完成，所以，体温升高而发热。体温调节中枢使汗腺开张以排汗、散热，肌组织则收缩、颤抖以提高体温促使汗腺开张，而伴随肌颤抖而来的是冷感。

汗腺的开闭，是受体温调节中枢节制的。在生理状况中，冷感发生肌肉收缩颤抖。肌收缩颤抖又产生体温，亦发生冷感。如打喷嚏或小便时的肌收缩颤抖中有冷的感觉。这可以证明：肌收缩与冷感是同时伴随而来的东西。在太阳病中，发热恶寒汗不出则颤抖，颤抖越强则发热越高，恶寒越甚；若发热次一等，颤抖亦弱一等，恶寒也轻一等。发热恶寒所以是表病的阳性过程，正因为它是在体表组织部位发生的功能亢进的抗御反应。

在太阳病中，脉浮、发热恶寒、头项强疼是一个整体，不是孤立的东西。唯有脉浮才能使体表组织血流增加，唯其体表组织血流增加才可能发热，唯其体表血流充足才有可能使其代谢增高。这一切都是适应对

生物病原体进行抗御的需要而动员的。由于抗御过程中体温的调节，病理物质的代谢，都需要通过汗腺的生理功能来完成。这一系列反应——脉只有浮象，体表之发热恶寒，肌之颤抖，汗腺之调节代谢，都是体表组织的抗御反应，所以太阳病位为表。由于太阳病中，脉的浮象，是在循环功能强盛和体液充足的生理条件上发生的。发热恶寒是功能亢进、代谢增高的表现，所以太阳病的病理性质是阳性的，也就是表病的阳性过程。

在太阳病过程中，由于体表组织的功能特性，在功能亢进的抗御反应中，表现着一种向外的病理趋势。形成这种外趋病势，完全是因体表组织在抗病过程中，由于大量的物质交换所产生的代谢物质要经由汗腺代谢于体外，在物质交换中产生的过多的热量亦需排汗来调节，这就形成了太阳病向外的病理趋势。

太阳病的外趋病势，是在伤寒病因的作用下，体表组织的生理特性和阳性病理所决定的。因此，外趋病势是太阳单独具有的一种病理趋势，是人体生态规律自行调节势能的反映。人体生态规律，一方面是机体内部各器官组织间的相互滋生、相互制约的协调关系；另一方面是机体受致病因素的侵害，生态失去平衡时，机体的调节势能所作出的抗御反应。机体正是凭借这种能力，得以不断调节其自身不断产生的矛盾，生命才得以存在。机体如一旦失去其自身调节的能力，生命便会在疾病中结束。比如，机体受到寒冷时，皮肤收缩以保持体温，肌肉颤抖以产生热量；机体在高温下排汗以调节体温；食物中毒引起的呕吐与排便，等等。但由于受累的组织器官的生理功能特性不同，其调节势能的反应形式也有不同。比如，太阳病是伤寒这个致病因素的体表组织引起的抗御反应，体温的调节与病理产物的代谢都要通过汗腺这一代谢通路进行，所以生态调节势能表现为向外的趋势。

仲景在伤寒论中体现的因势利导的治疗思想，是完全符合人体生态规律的。根据太阳病向外的病理趋势而用汗法。汗法也是按照生态大自然趋势，帮助机体的调节势能将病理物质代谢于体外，以恢复机体的生



态平衡。此即因势利导的祛邪法。汗发有两种：一为解肌法，因其之外趋病势而用之；一为发汗法，因其汗不出之外趋病势而用之。解肌法都是取“微似有汗者亦佳，不可令如水流漓，病必不除”。可见汗法之意并不在排汗，而在通畅调节其代谢机能以祛除病理物质，即所谓祛邪。汗法所以“取微似有汗”，有保存津液之意。若“如水流漓”，必丧失津液而造成新的不平衡。这便是太阳病各章发汗而造成种种变证的原因所在，所以仲景说“病不必除”。而且仲景又有汗家不可重发汗，太阳病曾发汗病不解不可再用发汗法，而只宜解肌法，以及其他亡血、伤津等不可发汗之法。

太阳病的病位在体表，在表的根据是脉浮、发热恶寒；病性为阳性，阳性的根据为脉浮、发热。太阳病的病理趋势向外，病势外趋的根据为表病的阳性抗御反应，亦即脉浮、发热恶寒。所以太阳病脉必浮，证必发热恶寒，否则非太阳病；太阳病势外趋之自汗病势，如桂枝汤证，脉浮、发热汗出恶风，虽时时排汗而不能祛邪外出，所以用桂枝汤解肌法取微汗。太阳外趋无汗病势，如麻黄汤证；脉浮发热，无汗恶风而喘，因汗不得出不能祛邪于外，所以用麻黄汤发汗法取微汗。解肌法与发汗法皆是汗法，只是外趋病势中有汗与无汗的区别。在太阳病理阶段中，凡脉浮发热恶寒自汗之证，为外趋有汗病势，皆用桂枝汤解肌法；证状有其他兼证的皆用桂枝汤方加减治疗，成为桂枝汤证系列。凡脉浮发热恶寒无汗之证，为外趋无汗病势，皆以麻黄汤发汗法；证状有其他兼证的皆以麻黄汤加减方治疗，成一麻黄汤证系列。太阳病病位在表、阳性过程，外趋病势，以汗法治疗，这是太阳病的辨证法则和治疗法则，是太阳病与非太阳病之间的界限。即不是表病位，或不是阳性病理性状，必然也不是外趋病势，所以便不是太阳病。因此，太阳病的病理界说，不仅是区分伤寒六经的标准，同时，也是区分伤寒与杂病的标准。

太阳病由于是表病位的阳性过程而病势外趋，所以按照人体生态规律机体自行调节的趋势而用汗法。而下法、吐法、清法等应一律禁用。太阳用吐下清温诸法是违反人体生态规律的治法。所以，在《伤寒论》

中，有因误吐、误下造成的各种坏病。太阳病病势外趋，误以吐法治疗，伤害胃气，则造成发热不恶寒，饥不能食，朝食暮吐，或发热不欲近衣而心烦。若太阳病误用下法治疗，则因伤害胃肠机能而造成下利清谷，心下痞硬，协热而利及结胸等。

太阳病之汗法，是太阳病理阶段的一般性治法。但汗法的目的不是排汗，是通调代谢机能以祛除病理物质。若过发汗，亡津液，胃肠干燥则转化阳明；若太阳大汗亡阳则转入少阴。太阳病是伤寒病的开始阶段，正气盛，邪气浅。如治疗得法，痊愈最快，但是也因误治、失治而传变较多。太阳失治或误治伤津则转变少阳。太阳误汗亡津胃中干则传变阳明。太阳误下伤害胃气则下利清谷而转入太阴。太阳过发汗亡阳则转化少阴。少阴与太阳是伤寒同一表病位依器官功能盛衰而分化的阴阳两性过程，所以太阳病亡阳则转少阴，少阴病阳转太阳。阳明病为胃肠病位的阳性过程，但胃肠与体表组织是体液相通，神经相连的整体，所以太阳伤津会造成结肠的强吸收而成硬屎不大便，引起胃肠的病理过程。太阴病是胃肠病位的阴性过程。若太阳误下伤害胃肠功能，造成胃肠阳衰下利谷不化，是为太阴过程。太阳、少阳、阳明为伤寒的阳性病理过程。太阳病是伤寒在体表组织引起的抗御反应，若因伤津而邪气增长，则延及其他部位，或传少阳或传阳明，或导致二阳合并或三阳合并。此太阳病的传变太略。

太阳病理阶段中，由于失治或其他原因或宿疾而发生多种继发或并发性杂病。这类杂病证候因为是非伤寒病因引起的病理过程，与伤寒病理规律不同，因而各有不同的治法与方药。这类并发继发性杂病由于出现于太阳过程之中或之后，在临床上与太阳病有着连属关系，但在病种上属于伤寒系统之外，所以列在太阳病篇末讨论。



第二章 太阳病纲领

1. “太阳之为病，脉浮，头项强疼而恶寒。”

本条是太阳病提纲，亦即太阳病理界说，因而它是太阳病理阶段的一般性质，即共同性质。因为脉浮发热恶寒头项强疼表明为伤寒在表病位的阳性反应，是太阳病理阶段中各具体证候的共同的证脉特征，也是共同的病理特征，即表病的阳性过程。

太阳病理阶段中各具体证候，无论其脉浮缓，或浮紧，或浮数，但脉必浮，脉不浮不是太阳病。发热恶寒是体表组织的抗御反应，所以发热恶寒为表证。若发热不恶寒则不是表证，当然也不是太阳证。脉浮为血管浅出、血流充盈；发热恶寒为功能亢进、代谢增高的表现，所以为阳性病理反应。头项强疼是伤寒太阳病的证状特征，总因脉浮而体表充血以适应体表功能亢进与代谢增高之抗病的需要，气血外趋亦同时上趋，头部充血而头疼。所以，脉浮、发热恶寒、头项强疼为太阳病必然的脉证。脉不浮的不是太阳病；不发热的不是太阳病；发热而不恶寒的，或头不疼项不强但脉浮发热的不是太阳病。

本条脉证表明了太阳病为伤寒表病位的阳性病理过程，这是太阳病的病理根据。本条脉证为太阳病的辨证标准。

2. “太阳病，发热汗出，恶风脉缓者，名为中风。”

3. “太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒。体疼呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”

以上两条是太阳病理阶段中的两个病势类型，两条都冠以太阳病字样，即是指具有太阳病的一般性质。提纲既已指出太阳之为病脉浮头项强疼而恶寒，以下凡说太阳病三字，即概此脉证，凡说此脉证，即是言太阳病，仲景文例如此。这种以纲带目的文字形式，正好与用一般性为

向导对特殊性的研究的内容相统一。上条太阳病，脉缓是浮缓。因太阳病三字已概脉浮、头项强疼，所以本条为脉浮缓、发热、恶风、头项强疼、汗出之证。这一证候名之为中风。名为中风，是姑假以中风之名，不必为中风之实。下条，太阳病，脉阴阳俱紧即尺寸俱紧，亦为浮紧之脉。因太阳病三字已概括其一般性质，所以此条证为脉浮紧，发热恶寒，头项强疼，身疼呕逆，无汗。为何知道无汗呢？因脉浮紧而知发热无汗。紧脉则是血管收引之象，弹搏有力。此脉管收引则汗腺收闭，主寒冷或疼痛，所以知道发热恶寒无汗。名为伤寒是姑假以伤寒之名，用伤寒、中风之名以区分上述两种过程。因这两种证候有着太阳病的同一性质，但一为脉浮缓，汗出；一为脉浮紧，无汗。有汗无汗之一证不同，在治疗上亦有所不同，所以特加以区别。

文中恶风与恶寒是病情的轻重不同，并无本质的并同。恶风证为或当风吹或衣被扇动则恶寒，否则便不寒。而恶寒虽不当风即厚衣被服亦恶寒。临床中常见如此。

中风与伤寒不必分为不同病因引起的病理过程。在仲景文字中只是区分太阳病有汗无汗的两种病势，以区别应用解肌法与发汗法。并不是凡言中风便必用解肌法，凡言伤寒必用发汗法。仲景常中风与伤寒互言、合言，而立法用药必根据脉证表现，绝无脉一例是根据病名用药的。如22条：“伤寒、发汗已解，半日许复烦，脉浮数者同盟，可更发汗，宜桂枝汤。”又如46条：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不许出而烦躁者，大青龙汤主之。”于此可知，无论中风伤寒，凡是有太阳病的一般性质，有汗者用解肌法，无汗者用发汗法。中风与伤寒乃太阳病理阶段两个不同的病势类型，其区别即太阳病之有汗与无汗。在太阳篇中各具体证候是按照有汗与无汗而分为两类的。

4. “伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传；颇欲吐，若烦躁脉急者，为传也。”

5. “伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也。”

上两条是热论家的文字，不是仲景之文字。伤寒六经转变并无日数



可拘，都是以机体内因为依据的。有八九日始终在太阳一经不传变的，如：“太阳病，脉浮紧无汗，发热身疼痛，八九日不解，表证仍在者，此当发其汗……”伤寒传变有说明其原因的例：“太阳病，若发汗，若下，若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明也。”

上两条是一日太阳，二日传阳明，三日传少阳。若第二日不见阳明证，第三日不见少阳证便是不传变。这显然与伤寒病之传变不同，而与内经热病论之传变规律是一致的。历代注家多以此二条为后人所加。

6. “太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病。若发汗已，身灼热者，名为风温。风温为病：脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多睡眠，鼻息心鼾，语言难出；若被下者，小便不利，直视，失溲；若被火者，微发黄色，剧则惊痫，时痎；若火薰之，一逆尚引日，再逆促命期。”

本条太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病一段文字是仲景区别伤寒与温病的指示。太阳病并不概括温病。六经只是伤寒的六经，决不是一切热性传染病的六经，若认为文首冠有太阳字样即认定为太阳温病，是不解伤寒文字。太阳病已有定义：“太阳之为病，脉浮头项强疼而恶寒。”凡具这一性质的即太阳病，否则便不是太阳病。本条太阳病三字之意当是似太阳病而非太阳病。太阳脉浮头疼发而恶寒，此证虽亦脉浮头疼发热但不恶寒。太阳病不渴，此证发热而渴。文首虽冠以太阳病字样，而证状并不是太阳，而且也不是伤寒这一病种。仲景分六经是为伤寒立法，并不论温病，只出此一条鉴别法，所以并不出温病治法。伤寒与温病是不同病因引起的病理过程，有着不同的发展规律和治疗法则与方药，所以伤寒与温病必须严格加以区分、鉴别。对于伤寒与温病的不同治法，清代吴鞠通说得甚好：“伤寒非汗不解，最喜发汗；伤风亦非汗不解，最忌发汗，只宜解肌；此麻、桂之异其治，即异其法也。温病亦喜汗解，最忌发汗，只许辛凉解肌，辛温又不可用，妙在导邪外出。”

日人山田正珍在《伤寒论集成》中说：“若发汗”以下文字为王叔和所加。按其辞气与文法，确不似仲景手笔。仲景对病的认识都是以它单独具有的脉证来说明其典型特征，决无试治而后再认识为病的例。而此

文说：“若发汗已，身灼热者名为风温。”岂能用发汗试而后知为风温。况汗法是有明确目的之治疗措施！再如“若被下者，小便不利，直视、失溲”一句，既说“小便不利”，又说“失溲”，实在不成文法。不过，发汗、利小便、火薰之法皆违反温病治疗原则的治法，不可不知。

7. “病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。发于阳七日愈。以阳数七，阴数六故也。”

本条为病性的辨证指标。凡是病有发热的便是阳性病理过程。发热恶寒意图发热。因体温升高而发热，表明功能亢进与代谢增高。这种病理反应是在机体器官功能强盛和体液充实的条件下产生的，如太阳病发热恶寒，阳明病发热恶热，少阳病往来寒热，都是在功能强盛的机体条件下的抗御反应，因而都是阳性病。只是因病位各自的生理特性不同，而热型不同。凡是病无热恶寒的便是阴性病理过程。体温低落的恶寒表明功能衰退、代谢减低，是在机体器官衰弱和体液虚亏的条件下产生的病理反应。如少阴病恶寒四肢逆冷；太阳病手足冷；厥阴病厥热胜复，都是精气已夺，功能衰弱的表现，都是阴性病理过程，但是因病位的功能特性不同而有不同的寒型。

以发热与无热恶寒作为病性的辨证指标，不能看做是绝对的东西。发热与恶寒是在功能亢进与衰退的物质基础上产生的，因此，寒与热只是一种现象。现象是反映本质的外在的东西，因此在临床中还需要透过发热与恶寒这一现象去看功能盛衰的本质，才能保证辨证无误。比如阳性病当体温调节中枢发生机能性障碍时，出现的真热假寒以及阴性病理过程中当阴寒过盛时出现的真寒假热，亦称格阳、格阴，则需要通过其他脉证的辨析，看到阴性与阳性的病理本质，方不致被假象所蒙蔽。

条文中七日愈、六日愈之说法是出于热病论的理论。热病论中六经传变规律为一日传一经，从太阳始至厥阴止。六日为厥阴之期，七日为太阳之期。所以说阳数七，阴数六。到期不传则愈，然而这种理论是背离伤寒规律的，毫无可取之处。

8. “太阴病，头疼至七日以上自愈者，以行其经尽也。欲作再经者，



针足阳明，使经不传则愈。”

此条也是热病论的理论。热病论说：“七月巨阳病衰，头痛少愈。”头痛七日以上自愈，是日传一经，七日则六经传尽复至太阳，头痛自愈，此乃六经传遍病愈的表现。如七日痛不愈是太阳不解，欲复传阳明，可针足阴明使不传则愈。然而这种理论不仅与伤寒规律不符，而且也未闻见有这样的病证。

9. “太阳病，欲解时，从巳至未上。”

在伤寒六经病篇，皆有欲解时间一条。太阳“从巳至未”，是从上午九点钟至下午一点钟之间，这在临床中未曾有此经验。理亦不解，有待博者见教。

10. “风家表解而不了了者，十二日愈。”

风家指第二条脉浮缓发热恶风汗出证患者。“表解”是表证已解除，即发热恶寒之证已解除；不了了是不能神清气爽；“十二日愈”是约数。不可拘。

11. “病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也。身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”

本条是辨别真寒假热与真热假寒之证。以发热与无热恶寒来辨别阴阳病性，在一般情况下也要根据脉证的全面材料而定。但由于机体内因的变化，寒热出现假象。例如：“少阴病，下利清谷，里寒外热，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤。”再如：“伤寒脉滑而厥，里有热也。”

本条是以病情来判断寒热的真假。一般情况中，病情是没有假象的。总之，在辨证中对寒热阴阳的病理性质，应根据脉证及病理的全面材料而定。



第三章 太阳病有汗病势

太阳病有汗病势即太阳病脉浮发热恶寒自汗的证候。这类证候是以脉浮发热汗出恶风为同一性质，以桂枝汤为同一方剂，为解肌法。在有汗病势中有其他兼证的，皆以桂枝汤加减方治疗，形成一个桂枝汤证系列。由于这类证候的脉浮发热汗出恶风，与麻黄汤证系列的脉浮发热无汗恶寒，正是以有汗与无汗相区别，而且解肌与发汗之治法不同，所以用有汗病势与无汗病分别论述。

12. “太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者热自发，阴弱者汗自出。涩涩恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”

本条太阳中风即指第二条之证。“阳浮”指寸脉浮，“阴弱”指尺脉弱。浮脉为阳，脉体浅出，血管扩张，体表组织供血增强，所以发热。又因时时排汗，体液外越，所以说阴弱。涩涩、淅淅皆摩状之辞。“翕翕”为开合之意，即汗腺时开时闭之意。“鼻鸣”为鼻黏膜充血，呼吸时而有不通利的声音。“干呕”为气血上冲之趋势所致，此证为伤寒在表的阳性病理过程，抗御趋势向外。虽发热而时时自汗，但病理物质不得祛除。因病势本自有汗出，所以用解肌法，用桂枝汤主治。

“桂枝汤方：

桂枝 42 克去皮 芍药 28 克 甘草 28 克 生姜 42 克切 大枣 12 枚擘

上五味切三味，以水 1400 毫升。微火煮取 600 毫升，去滓，适寒温服 200 毫升。服已须臾，啜热稀粥 200 毫升余，以助药力。温复令一时许，遍身紫紫微似有汗者益佳。不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。若不汗，更服依前法。又不汗，后服小促其间。半日许令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服。若汗不出，乃服至二三剂。禁生冷粘滑肉面五辛



酒酪臭恶等物。”

按：桂枝辛甘发散温筋通脉，开腠解肌。李东垣说：“开腠理，致津液，通其气也。”圣惠方说：“桂入心引血化汗、化脓。”从前人经验中可以看出，桂枝作用于循环系统，能使肌腠组织血流增加，促进其代谢功能。其开腠理、解肌表，温养筋肉、化脓、化汗等都是在这一物质基础上产生的。芍药酸平，除血痹，通血脉，散恶血。血痹为血脉凝滞不行，恶血是含有害物质的血液。桂枝佐以芍药，和以通九窍利百脉的甘草，更以生姜大枣助走表之药势，共成解肌发表之功。所谓解肌，乃解除肌表之邪。桂枝汤服法中啜热粥是增津液以助药势。禁食生冷等物是排除不易消化或对机体有刺激性的东西，使生理机能专力抗病。取遍身微似有汗不可令如水流漓，因病本自汗出，津液外越，若再大汗，必因伤津造成胃中干燥而转化阳明。故取微似有汗以排除病理物质即可。桂枝汤所以为解肌剂而不是发汗剂，是因为它只能在汗腺功能开闭正常的条件下取汗解除表证，达到治疗目的。若无汗病势，桂枝汤即不可用。

13. “太阳病，头疼发热，汗出恶风，桂枝汤主之。”

本条是桂枝汤证的典型证状。太阳病三字概括脉浮，与上条理法方药相同。

14. “太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤，方用前法；若不上冲者，不得与之。”

太阳病势外趋，应以汗法，若用下法，违反其病理规律则导致病情恶性转化。所以太阳病禁下。如果病下之后，并未造成不良转化，其病理趋势仍为外趋，可仍与桂枝以解肌取汗。若不见外趋病势则不得与桂枝汤。中医以机能为气。气上冲是指脉浮发热头疼，汗出恶风，鼻鸣干呕等外趋之气势。所谓上冲，亦谓上趋。在病理过程的抗御反应，气血外充于体表组织的同时也上充于头部，向外与向上为连属的抗御反应。也与内与向下的连属关系一样。说上冲，实际即外趋之病势。脉浮发热头疼汗出恶风即外趋病势的证状表现。仲景治病是根据病势而立法用药的，因病势为病因、病性、病位的综合反应。



15. “太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池风府，却与桂枝汤，则愈。”

按：初服桂枝汤反烦不解，是说桂枝汤证服桂枝汤，应热退神清；但反而发热心烦没有解除。这并不是用药不当，而是邪气太重。先足少阳阳微之会刺风池风府，以减其邪势，再服桂枝汤则愈。风池为足少阳阳维之会穴，风府为督脉阳维之会穴。

16. “太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜用桂枝汤。”

按：“外证”即表证，即发热恶寒头项强疼。“脉浮弱”指12条“阳浮而阴弱”，不是沉细无力之弱脉。脉浮弱概括汗出之证，若发热恶寒汗不出则脉不浮紧之象了。桂枝汤亦为汗剂，因也是取微汗解表之法。

此条文首说太阳病，亦包括无汗病势。若无汗病势服麻黄汤发汗后外证未解，而脉浮弱者亦当以桂枝汤汗解。未解二字即曾发汗治疗而表证未解，不然未解一辞便无所承接。

17. “太阳病，外证未解，不可下也；下之为逆。欲解外者，宜桂枝汤”。

此条说太阳病凡表证未解的不可用下法。即使有可下之证，亦需先解表，表证解后再用下法。因外证是抗御趋势向外，需因其势而导邪外出。如违反其病理规律而用下法，势必因下药的作用而使气血下趋内趋，表组织的抗御势能遭到破坏，造成机体新的平衡失调。所以说下之为逆，逆即逆其外趋之病势。欲解外证宜桂枝汤，但必须是脉浮发热汗出恶风之证，包括脉浮紧无汗恶寒曾发汗或误下后表不解之证。

18. “太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈——浮为在外，而反下之，故令下愈。今脉浮故在外，当须解外则愈——宜桂枝汤。”

本条“脉浮者不愈”应接承“宜桂枝汤”。浮为在外以下二十四字为后二人注语。按：13条为桂枝汤证的典型表现，14条为表证误下而表证仍在之法，15条为桂枝汤之刺法，16条为凡表证未解脉浮而有汗证之法，17条为太阳病表证禁下，而此条是太阳表证汗下后表证不解之法。可见仲景对表证，从正面、反面，一再叮咛，义旨深厚，理法分明。自浮为



在外以下十四字，为后人所加注语，词义重复上条义旨。

19. “病常自汗者，此为营气和；营气和者，外不谐。以卫气不共营气谐和故尔。以营行中卫行脉外，复发其汗。营卫和则愈，宜桂枝汤。”

20. “病人脏无他病，时发热自汗出而不愈者，此卫气不和也。先其时发汗则愈，宜桂枝汤。”

上两条，山田正珍以为王叔和所加。陆渊雷先生说：“但论桂枝汤治自汗耳，乃说出尔许废话。”按：营卫之说，出自灵枢。营卫生会篇说：“营行脉中，卫行脉外。”卫气篇说：“其浮气之不循于经者为卫，其精气之行于经者为营气。”灵枢似指血液为营，体温为卫。所谓营卫不和，揆情度理不过指体温与体液不平和，有体表组织调节机能失常之意。桂枝汤既使体表组织血流增加，使代谢增强，其体表组织调节机能也必因而改善，所以桂枝汤不仅治太阳病表不解，非伤寒病因引起的自汗盗汗亦有佳效。以上二条虽不似仲景的文字，但临床中桂枝汤确能治自汗盗汗。

21. “伤寒不大便六七日，头疼有热者，与承气汤。其小便清者知不在里，仍在表也。当须发汗——若头疼者必衄——宜桂枝汤。”

此条辨别头疼发热的病位表里。头疼发热乃表里共有之证。若头疼发热汗出加六七日不大便，就极容易被认为病位在里，为里实而用下法。但不大便并不是里热的可靠根据，若有里热不必论大便有无便为里病。若头疼发热虽六七日不大便，但小便清者，则知里无热，切不可用下法；若里有热，小便必赤涩短少，发热而不恶寒。凡表证之发热，必恶风寒，有汗的为桂枝汤证，无汗的为麻黄汤证。

“若头疼者必衄”一语，山田正珍以为是前条注语。实则不然。若伤寒头疼发热六七日不大便病仍在表，上冲之势因不大便而增强。又因上冲势盛而头疼，所以鼻黏膜出血是有充分根据和可能的。此语与本条理法是非常完整的。原是仲景文字，决非他人注语。

22. “伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。”

本条伤寒发汗已解是指太阳病脉浮发热恶寒，包括桂枝汤证与麻黄

汤证，可再用桂枝汤发汗则愈。凡太阳病，无论伤寒或中风，也就是无论有汗或无汗病势，曾经发过汗的，则不准再用黄汤发汗。因重发汗亡失津液，导致胃肠干燥，造成新的生态平衡失调，伤害抗御机能，引起病情的不良转化，所以本条指出，凡发过汗而表证不解的，可用桂枝汤更发汗，不可再用麻黄汤重发汗。

23. “太阳病，发热汗出者，此为营弱卫强，故使汗出。欲救邪风者，宜桂枝汤。”

此条山田正珍以为王叔和搀入，他说：“仲景未尝语营卫，而称营弱卫强者，皆足发其奸。况文采辞气本自不同乎！”陆渊雷先生说：“而云欲救邪风，则似真有邪风客于人体者，以是知非仲景之言矣！仲景云‘名为中风’。名为者，不可知强名之谓也。”

按：本条于理法无任何发明之处。

以上十二条桂枝汤证。以下是桂枝汤之禁法。

24. “桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热汗不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。”

本条是桂枝汤的禁法。条文桂枝二字指桂枝汤，非桂枝一药。桂枝汤本为解肌之剂，不是发汗剂。仲景在文中虽然亦时常说用桂枝汤发汗，但这是指汗法，并非桂枝汤开张汗腺而发汗。所谓解肌，是在有汗的外趋病中温通血脉提高体表抗御能力，祛邪出表，表之证状之谓。所以，若其人脉浮紧发热而汗不出，则不可用桂枝汤。因桂枝汤不能开汗腺，使病理物质由排汗代谢出表，徒助其热势。所以便有“桂枝下咽，阳盛则毙”之说。太阳病脉浮紧发热无汗病势误服桂枝汤，虽然不至于死，但必定有助热之害。有汗用桂枝解肌，无汗用麻黄汤发汗，这是太阳病汗法的两大法则，不可误用。若有汗用麻黄汤必因过汗亡津液使病情深化，如无汗而误用桂枝汤，也必然有火上浇油之害。所以仲景特出此一条禁法，常须识此勿令误也。读者要善解此意，则桂枝汤便无误用之时。自12条至20条是桂枝汤的用法，此条是不可用桂枝汤法。

25. “若酒客病，不可与桂枝汤，得之则呕，以酒客不喜甘故也。”



按：酒客指好饮之中人。酒客病太阳中风，是指饮酒后服桂枝汤则呕。如平日好饮酒，病后并未饮酒，服桂枝汤不会呕吐而不能受药。陆渊雷先生也说：“桂枝汤酒客从无得之而呕者。此条不可执以为常。”作者临床中曾数见酒后服桂枝汤而呕吐者，但平素饮酒，病后服桂枝汤无呕吐者。文首“酒客病”三字是指病人酒后，不是指平素饮酒之人。

26. “凡服桂汤呕者，其后必吐脓血也。”

此条不可为法。尝见有服桂枝汤呕吐的，但未曾见有吐脓血的。金鉴以为此条是承上条而说的，金鉴说：“凡酒客得桂枝汤而呕者，此辛甘之品能动热助涌故也。若其人内热素盛，服桂枝汤又不即时呕吐，则益助其热，所以其后必吐脓血也。然亦有不吐脓血者，则是所伤者轻，而热不甚也。”金鉴此说曲意迴护经文，亦可见其尊经崇古之意。既然信奉其必吐脓血，又不能说出其吐脓血的病理，就只好凭空生出“内热素盛”“又不即时吐出”之臆造。然而临床并未曾见有吐脓血者，又不敢说本条文之不可从，自然便有“所伤者轻而热不甚”，则不吐之说。似这种因故吐又因故则不吐，辞意辗转，理由模棱，根本不能解释“其后必吐脓血”之意，金鉴此说实无足取。

27. “太阳病三日，已发汗，若吐、若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉证，知犯何逆，随证治之。”

按：“太阳病三日”是个约数，不必拘定为三日。“已发汗”三字概括表证未解。若表证已解则无须再吐下温针。正因为发汗而表未解，误吐误下或温针造成坏病。“仍不解者”四字，不是表证仍不解。因过发汗造成汗漏不止、心下悸、脐下悸、误吐则造成饥不能食、朝食暮吐、不欲近衣；若误下则造成结胸、痞硬、胀满、清谷，协热而利；火逆则造成发黄、衄血、亡阳、奔豚，等等。所以，“仍不解者”，指上述之种种坏病不解。当然，这些坏病是不可用桂枝汤治的。因此说“观其脉证”，知道是犯了哪一种错误，随其证而治疗。太阳病篇中对种种坏病皆有治法。所谓坏病，是指违反病理规律的错误治疗，所造成的人为的不良后果。

以上四条为桂枝汤之禁法。

28、“太阳病，项背强几几，而汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”

本条“强”字读“僵”音。“几”字读“jǐ”。无钩挑的“几”读“shu”。“几”字说文释为：“鸟之短羽几几然。”“几几”无项背强之义。“几几”叠例如《经·幽风》“赤舄几几”及《太玄·亲》“饮食几几”。按范汪注：“几几，偕也。”偕字说文释为“强也”。《诗经·小雅》有“偕偕士子”。偕与几皆为强义。“强几几”当是重言其强之义，有如“热灼灼”、“冷冰冰”之用法。在旧版印刷的《伤寒论》中，有印作“强几几”的，亦有印作“强几几”的。而注家亦多随文注释，缺少认真考证。予以为从“几”为是。

太阳病汗出恶风为桂枝汤证，若更加项背几几是项背组织津液不足而致肌肉神经拘急。此条脉证即桂枝汤证的脉证兼有项背拘急，所有用桂枝汤加葛根治疗。仲景治病，必因其病势立方，若有其他兼证的，在主法不变的基础上一证一药。如本条项背拘急则加葛根。葛根治项背强。

“桂枝加葛根汤方：

葛根 56 克 桂枝 42 克 芍药 28 克

生姜 42 克 甘草 28 克 大枣 12 枚

上六味，以水 2000 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，如桂枝法。”

按：此方即桂枝汤加葛根 56 克。葛根主消渴、诸痹、起阴气，利大小便。痹为血行不利闭阻不通。临床上分风痹、寒痹、湿痹、热痹。内经又按病部位分筋痹、骨痹、脉痹、肌痹、皮痹。起阴气急发动营气的意思。按止渴通诸痹，利大小便都是通行津液的功效。太阳病汗出恶风加项背强几几用桂枝汤加葛根治，若脉浮紧无汗恶寒加项背强几几的则用葛根汤治。葛根汤实即麻黄汤加葛根，足见葛根为治项背强几几的有效药。

29.“太阳病，下之，微喘者，表示解也。桂枝加厚朴杏仁汤主之。”

本条太阳病应用汗法祛邪外出，下法为逆。误下太阳会造成两种喘。



第一种是下后表证骤然消失，大喘汗出短气。此是正气暴脱，内经所谓下之息高。这是肺气垂绝的表现。第二种是外趋之抗御能未被下药造成伤害，表证未解，但终因误下带来轻微的变逆而微喘，如本条证所示。因表证未解而主以桂枝汤，加厚朴杏仁以治喘。本条为桂枝汤证兼微喘的。临床中不必非误下不可，凡桂枝汤证兼微喘即与本方。

“桂枝加厚朴杏仁汤方：

桂枝 42 克 甘草 28 克 生姜 42 克 芍药 42 克

大枣 12 枚 杏仁 50 枚去皮尖 厚朴 28 克去皮

上七味，以水 1400 毫升，微火煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，温复取微似汗。”

按：厚朴主肺气胀满喘咳，杏仁主咳嗽上气喘促。桂枝汤加此二味治桂枝汤证而有喘咳兼证。本条证因喘而用厚朴杏仁，不用麻黄是因病本有汗出，麻黄发汗伤津液。

30. “喘家作桂枝汤，加厚朴杏子佳。”

按：“喘家”指素有喘咳宿疾之人。凡有喘之宿疾的人感受伤寒外邪，每使宿疾加重。当其在太阳病势好转过程中用桂枝汤解表加厚朴杏仁兼治其喘会有更好的疗效。上条为误下致喘，本条为素有喘病。其由来虽不同，但证同则治法亦相同。

31. “太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以曲伸者，桂枝加附子汤主之。”

按：太阳病有汗病势误用麻黄汤，或发汗后重发汗，或发汗不如法至如水淋漓，皆可能因汗多伤害表阳而致汗漏不止。所谓汗漏不止，即汗出如漏而不自止。汗多伤阳亦伤津液。伤阳则恶风身寒，伤津则小便难。肌组织神经失去温煦濡养而拘挛，所以屈伸不利。本条证乃太阳病过发汗伤阳伤津，有向少阴发展的趋势。但脉仍浮而不沉细，表热仍未解，所以仍为太阳病，所以用桂枝汤加附子以助解表。

阳气与阴津是相对立又相互依存的关系。阴津来源于阳气，阳气发生于阴津。阳盛伤津，撤其热即存其津，如阳明白虎汤证、承气汤证等。



阳亡则津枯，阳气复则津自继，如少阴病阶段亡阳吐利身疼之证。本条则病仍在表，但助其表阳，祛邪外出，汗即止而津自复。

“桂枝加附子汤方：

桂枝 42 克 芍药 42 克 甘草 28 克 生姜 42 克

大枣 12 枚 附子 1 枚炮去皮切

上六味，以水 1400 毫升，煮取 600 毫升去滓，温服 200 毫升，将息如前法。”

按：附子，中医誉为四大君药之一。在《伤寒论·少阴篇》中有一个心脏机能衰弱的病症，是这样生动地描写的：“脉微遇绝，四肢厥逆，恶寒而身倦。”这正是附子的主疗证候。但附子如何能唤起心脏机能的呢？据实验证明，附子有振奋心脏机能这一基本功能，所以它是中药中回阳挽脱的圣药。虞博对附子总结说：“附子禀雄壮之质，有斩关夺将之气，能引补气药行十二经以追复散失之元阳；引补血药入血分以滋养不足卓真阴；引发散药开腠理以驱逐在表之风寒；引温暖药达下焦以祛除在里之冷湿。”在虞氏的叙述中看附子，从气到血，由表及里无所不至。但附子的效用如此之宽广，完全是建立在它的强心作用上的。附子有生用和炮用两法：生用力峻猛，炮用力缓和。李时珍说：“生用则发散，炮用则峻补。”在《伤寒论》中，凡用附子入发散剂则炮熟用，如麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤及本方等。凡用于回阳挽脱剂则生用，如四逆汤、白通汤等。再如附子汤、真武汤、桂枝附子汤、甘草附子汤、附子泻心汤等亦为炮用。从仲景的用药规律看，病势危急则生用以求奏效迅速，病势较缓则炮用以取药性平和。按仲景用附子病例，与时珍所说不尽符合。

32. “太阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之；若恶寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。”

本条为误下太阳表证，伤害抗御势能而出现两种病情变化。促脉的定义，历来有不同的说法。按《伤寒论》辨脉法说：“脉来数，时一止复来者，名曰促。”张璐则认为伤寒中的促脉无停止之意。《素问·平人氣



象论》说：“寸口脉中手，促上击者，曰肩背疼。”从“促上击”看，也无停止的含义。后世伤寒注家，多认为促脉并不停止，乃急促之象。对促脉的病机，看法也有分歧，有的认为促脉为阳极之火热之象，所谓“阳盛则促”，有的认为阳邪内陷，如诊家正眼说：“促脉之故。得之脏气乖违者，十之六七，得之真元衰惫者，十之二三。”看来促脉的体象与病机历来就有两种说法，但都可保留。本条中是误下太阳而促，应是脉搏急促而无停止的体象。脉所以变促，是气血对下药攻伐的反应。正是因为机体在下药的伤害中，心脏必须提高输出量以维持在表的抗御反应，同时抵抗下药的伤害，因而出现搏动急促之象。正因为如此，所以误下后表邪才得以不陷于里。胸满是胃为下药所伤，消化功能降低，运动减弱，宿食留滞而满。说胸满而不说胃满，乃是因为：满是自觉证，胃满扩散影响及胸部，谈其影响所及之部位，自然包括影响所来自之部位。仲景书中多用这样文法。如小结胸证正在心下，按之疼，实在是胃中病变，然而却说是小结胸；大结胸从心下至少腹硬满而疼不可近者，分明是胃肠病变而说是大结胸。这与下后胸是相同之义。

本条证太阳下后表证未解而脉促胸满者，表不解仍用桂枝汤，因芍药利阴不利于胃的健运功能，所以去掉。若有以上证而更恶寒的，那么促脉便是阳虚的病机了。因为脉促而恶寒体温出现不足之证，自应加附子以强心，振奋循环功能，佐桂枝助阳解表。

“桂枝去芍药汤方：

桂枝 42 克 甘草 28 克 生姜 42 克 大枣 12 枚
依桂枝汤法。”

“桂枝去芍药加附子汤方：

即上方加附子 1 枚炮。五味以水 1400 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，将息如前法。”

33. “服桂枝汤，或下之，仍头项强疼，翕翕发热，为汗，心下满微疼，小便不利者，桂枝去芍药加茯苓白术汤主之。”

本条为太阳病头疼发热无汗之表证兼心下满微疼小便不利胃中停水

之证。这种表证并发停水证，或因误下或不因误下皆可发生，乃因其人素有水饮，在伤寒过程中并发。因误下而发者咎在伤胃气，服桂枝汤后表不解而并发停水者，咎在素有水饮，也如喘家感伤寒后而并发喘证一样。用桂枝汤以解表，加茯苓白术以利停水。本方去桂是去芍药之误。

桂枝去桂加茯苓白术汤，究竟去桂还是去芍药，历代医家议论纷纭。主张去桂存芍的理由是：文中有去桂字样，又有无汗之表证，无汗不得用桂枝汤。本草经说芍药利小便，所以去桂存芍无误。主张去芍的理由是：有头项强疼发热恶寒之表证此一不可去桂。方名仍用桂枝汤，方中断不可无桂，此二不可去桂。32条有胸满去芍之法，而此条心下满而至微疼，既不可去桂又不可存芍，此三不可去桂。那么本方究竟是去桂还是去芍药，还应以表条证候的病理决定。无可置疑，本条证头项强疼、翕翕发热为太阳脉浮紧之无汗，脉浮紧无汗为汗腺不开。本证之无汗，不同于太阳脉浮紧之无汗。脉浮紧无汗为汗腺不开，表证无汗乃因心下停水而津液不行。所以用桂枝汤温通血脉解肌取汗。同时无汗不得用桂枝是不得用桂枝汤。桂枝汤不等于桂枝。无汗不等于汗不出。太阳脉浮紧汗不出用麻黄佐以桂枝才得发汗。所以说无汗不可用桂枝汤而并不忌用桂枝。太阳表示不解胸满桂枝去芍药汤主治。本证心下满微疼甚于胸满，所以芍药在此必去。心下停水而加茯苓白术消痰水利小便。津液通行则小便利，停水消，自可汗出而表解。况仲景治停饮大法是“以温药和之”。如苓桂术甘汤、苓桂甘枣汤等皆治水剂，皆重桂而不用芍药。小青龙汤、真武汤亦治水之剂，但用芍药是为身疼而设，非用于治水。而芍药之利小便是因其益阴气而有，并非利小便而祛水饮。所以本条证应是桂枝汤去芍药加茯苓白术，桂枝必不可去。

“桂枝去芍加茯苓白术汤方：

桂枝 42 克 甘草 28 克 大枣 12 枚 生姜、茯苓、白术各 42 克

上六味，以水 1600 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，小便利则愈。”

按：桂枝汤去芍药仍不失为通阳化气之剂，茯苓甘平淡渗，利小便，



主膈中痰水、水肿、悸气，心下结疼。白术甘温利小便，消痰水，理中健脾，主心下急疼，心下水痞。桂枝甘草姜枣以解太阳之表，加苓术利小便消氤水以行津液。小便利津液通行则汗出而病解。

34. “发汗后，身疼南，脉沉迟者，桂枝芍药生姜人参新加汤主之。”

本条发汗后身疼脉沉是太阳病发汗，汗出过多，体液亏损，因而血管收缩，心博变缓慢，所以出现沉迟脉象。体液丧失过多，肌组织失去濡养，因而发生挛疼。但表阳未衰，虽体液亏损脉现沉迟而未入少阴。所以仍以桂枝汤温通血脉，加芍药以解身疼，加生姜以散津走表，更加人参益胃气生津助气以起脉之沉迟。脉气充足则身疼才可得解。本条证与桂枝加附子汤证可相对照。桂枝加附子为太阳过伤阳，此条为太阳过汗伤阴。伤阳者桂枝加附子以助阳解表，伤阴的加人参以生津生脉而解表。当然无绝对的伤阴而不伤阳。不过，伤阳与伤阴须看其脉证以何为主要方面，若脉沉而恶寒者知表阳已虚，须用人参以滋脉气。

“桂枝加芍药生姜人参新加汤方：

桂枝 42 克 芍药 56 克 甘草 28 克 人参 42 克
生姜 56 克 大枣 12 枚

上六味，以水 2400 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升。”

按：人参能补元气。所谓元气，包括元阳之气。此气为推动脏腑等一切组织器官的动力。在祖国医学中有“血脱者，益其气”的理论。盖血不自生，须得生阳气之药乃生。阳生则阴长，血乃旺。新加汤之用人参是助胃气生津液，津液生则脉气充而循环功能加强，因而各脏器组织的生理机能皆增进，这是人参之所以补元气的物质基础。用生姜亦温胃散津液而走表，芍药益缓疼，桂枝通阳化气，相辅相成以解汗后身疼脉沉迟之表证。总之，药有药的个性，方剂有方剂的个性，一味药在方剂中的作用是局部的东西，方剂中所有的药物综合作用才是一个方剂的个性。新加汤的作用是补阴解表，正如桂枝加附子汤的作用为补阳解表是同样的。

35. “太阳病，得之八九日，如症状，发热恶寒，热多寒少，其人不

呕，清便欲自可，一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也。脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗，更下、更吐也。面色反有热色者，未欲解也，以其不得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”

伤寒三阳病的热型：太阳病的热型为发热恶寒，阳明病热型为发热恶热，少阳病热型为往来寒热。本条太阳病经过八九日，其热型已不典型：发热恶寒而热多寒少，一日二三度发，如疟状。从热型辨证，一日二三度发如疟亦似少阳，但少阳病必呕，今其人不呕，虽一日二三度发如疟并不是少阳。从热多寒少似阳明，但阳明病有不大便，今清便欲自可知不是阳明。这种证状表现仍为太阳病，如果脉微缓，知邪气已衰，正气抗病消耗之后出现了虚疲之象，是欲愈的表现。如果脉微而恶寒，脉微是体液亏虚，恶寒为阳气虚衰，所以说这是阴阳俱虚，不是向愈的表现。因为阴阳俱虚，所以不可发汗，再发汗会亡阳伤阴，亦不可更吐更下，吐下则从亡阴伤阳。如果病人面色赤，知有热在表未解，若身发痒，是因不得小汗出。宜麻黄桂枝各半汤以小发汗，病便解。本方是取麻黄汤与桂枝汤各三分之一相合，而且每服三分之一，真可谓小发汗的方剂。本条可见仲景辨证的精细，掌握材料、分析材料，俱以病理为依据。看其对脉微恶寒而判断为阴阳俱虚，要知仲景是以内因为根据的，微缓不是脉微而缓，是脉象微有缓象之意。若脉缓是病已平复胃气充实之象。此微缓为病欲愈，而欲愈亦非已愈。仲景这种细微处，愈见其精神。麻桂各半汤亦精细而准确到难无以复加！

“桂枝麻黄各半汤方：

桂枝 23 克 芍药、生姜、甘草、麻黄各 14 克

大枣 4 枚 杏仁 24 枚去皮尖

上七味，以水 1000 毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取 360 毫升，去滓，温服 120 毫升，将息如上法。”

按：此方每服桂枝 9.6 克，麻黄 4.7 克。麻黄汤中每服麻黄 14 克。各半汤麻黄服量是麻黄汤的三分之一。如上法指如桂枝汤法。

36. “服桂枝汤，大汗出，脉但洪大者，与桂枝汤如前法。若形似疟



虐，一日再发者，汗出必解，宜桂枝二麻黄一汤。”

本条是太阳病服桂枝汤后，大汗出，仍发热恶风头项强疼。脉但洪大是说只有脉象由浮缓而变为洪大，其他表证仍旧。所以仍与桂枝汤如前。因洪大之脉象为阳明病白虎汤证之脉象。说脉但洪大，言外之意即为烦渴发热恶热之证，勿以大汗出脉洪大而误认为阳明。因表证未解决不可用白虎汤清里。此证大汗出脉洪大仍发热恶寒，若一日两次发作，形似虐的，汗出必解，用桂枝二麻黄一汤取微似汗。这是仲景舍脉从证的一例。

“桂枝二麻黄一汤方：

桂枝 24 克 芍药、生姜各 17 克 麻黄 9.4 克

杏仁 16 克 甘草 17 克 大枣 5 枚擘

上七味，以水 1000 毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取 400 毫升，去滓，温服 200 毫升，日再服，将息如前法。”

按：本方每服麻黄 4.7 克，桂枝 12 克，与各种半汤相差甚微，可见仲景审证用药虽毫厘之差亦必权衡。

37. “太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越脾一汤。”

本条太阳病发热多寒少与 35 条同，35 条一日二三度发，此条则热多寒少，竟日而发。可见本条证之热甚于 35 条。脉微弱表明阳虚。阳虚则不可发汗，发汗益虚其阳。条文中“此无阳也”一句是阳虚之意，不可作亡阳解。桂枝二越脾一汤亦小发汗而兼清热之剂。因热多寒少，所以用石膏微清，因其微弱阳虚所以小发其汗。这是本方的根据。

“桂枝二越脾一汤方：

桂枝、芍药、甘草、麻黄各 10.4 克 大枣 4 枚

生姜 15 克 石膏 14 克碎绵裹

上七味，以水 1000 毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取 400 毫升，去滓，温服 200 毫升。”

以上二十六条为伤寒太阳有汗病势的全部过程，亦即桂枝汤证治系

列。这些证候之间有伤寒阳性病的外趋有汗病势的共同性质，所以它们在证状表现上有着脉浮发热恶寒有汗的共同特征。因而在治疗上俱用同一的解肌法，以同一的桂枝汤取汗祛邪，但对于这些证候中兼有不同的并发症的，俱以桂枝为中心，加减其他药物，以最切实际病情的方法治疗。这正是仲景教人以一般性认识为导向，去研究各具体证候的特殊性的方法。

第四章 太阳病无汗病势

太阳病无汗病势即脉浮紧、发热恶寒汗不出的证候，这类证候与有汗病势的区别在有汗与无汗。在体表的抵御过程中所产生的病理物质不得代谢于体外，过高的体温不得以排汗来调节，所以在治疗上与有汗病势有着不同的理法。有汗病势与无汗病势由于都是伤寒表病位的阳性过程，都为外趋的病势，因而有共同的汗法。有汗病由于在抗御过程中，汗腺时时开张排汗而用解肌法；无汗病势在抗御过程中，由于汗腺不开而须用发汗法。有汗病势误用发汗法会造成汗出过多而亡阳伤津；无汗病势误用解肌法则助邪。二者虽病位病性相同，但因有汗与无汗病势之不同而形成两个特殊的证治系列。

38. “太阳病，头疼发热，身疼腰疼，骨节疼痛，恶风无汗而喘者，麻黄汤主之。”

本条“太阳病”三字即概脉浮头疼发热恶寒，病势外趋。由于无汗，在抗御过程中所产生的病理代谢物质不得由汗腺排泄于外，所产生的过高体温亦不得从排汗调节，所以发热恶寒较有汗病势为甚。对过高的体温，不得不以粗大而急促的呼吸来经营散热，所以“无汗而喘”。“身疼腰疼”亦因汗不得出而较有汗病势为甚。本条证由于病理趋势向外而因势利导用汗法。又由于汗腺收闭汗不得出，所以用麻黄佐桂枝以开张汗



腺而发汗。汗出之后则病理物质得以代谢于体外，体温亦得以调节，发热身疼可解而喘亦因体温调解而平，病则解。此证脉象浮紧，因脉浮紧与无汗身疼是可以相互证明的。此证以麻黄汤发汗祛邪出表。麻黄汤为发汗之剂，凡无汗病势皆以麻黄汤为中心，有其他兼证的则用麻黄汤加减方治疗。

“麻黄汤方：

麻黄 42 克 桂枝 28 克 甘草 14 克 杏仁 70 枚去皮尖熬

上四味，以水 1800 毫升，先煮麻黄减 400 毫升，去上沫，内诸药，煮取 500 毫升，去滓，温服 160 毫升复取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息。”

按：麻黄苦温，发汗解表，利小便，消水肿，止喘。在仲景用药规律看，凡用麻黄发汗则配伍桂枝，因桂枝贯通血脉而走表。体表组织血流充足实为排汗的物质条件。麻黄本身刺激交感神经使血压上升而促进末梢循环，正因为麻黄的这一药理作用，所以它具有发汗与利尿两种效能。若麻黄配以桂枝加强走表则发汗，若配以甘草则利尿。麻黄汤为发汗的代表方剂。麻黄甘草汤为利尿的方剂。用麻黄发汗或利尿在于配伍的药物，引导其向表则发汗，引导其向里则利尿。排汗与排尿在生理上有着密切的联系，比如，夏季炎热排汗多则尿少，冬季酷寒排尿多则汗少，而汗与尿的成分也大致相同。

麻黄汤以麻黄为主，配伍桂枝以加强其发汗作用，佐以杏仁加强其利肺平喘的作用，加甘草以通经脉利血气缓中止疼。麻黄汤乃发汗平喘的方剂。

39. “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。——服药已，微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。所以然者，阳气重故也。——麻黄汤主之。”

本条文中“此当发其汗”应接“麻黄汤主之”连读。“服药已”至“阳气重故也”等二十七字不解，表证仍在，这当以发汗法治疗，以麻黄汤主之。“服药已”指服麻黄汤后。“微除”是证状稍解。“其人发烦目瞑”

是麻黄汤产生的反应。因麻黄桂枝引气血外趋发汗，气血势必上冲。由于其人八九日来病势始终上冲外趋，而麻黄汤能提高血压，使机体上部与体表血流增加，这会使人发烦目瞑。发烦即发热心烦，目瞑即眼目昏黑，或有更剧的反应则衄血。但衄血之后则病解。衄血是在病势上冲中，鼻黏膜破裂出血是极为可能。因为衄血也是一种抗御反应，它也成为一种排除病理物质的方式。在临床中常见太阳病数日不解而衄血之后病解的。“发烦目瞑”即所谓瞑眩现象，这种瞑眩反应是中医在高水平上药治的最佳效果，是通过药物作用动员机体抗病机能达到的一种非意料的效应。这种瞑眩是在病解之前抗御过程中一度出现的难以名状的感觉或表现。书有“药不瞑眩，厥疾弗谬。”

40. “伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”

按：伤寒脉浮紧，无汗发热恶寒当以麻黄汤发汗。由于当发汗而不发汗，因而致衄血者，衄血表证仍当以麻黄汤发汗。本条证之衄血是因当汗不汗，气血上充而致鼻黏膜破裂出血。衄后表证仍不解，所以当以麻黄汤发汗解表，表解则冲势亦平。此条与54条衄家不可发汗并不矛盾。当汗不汗而衄，衄后脉仍浮紧发热恶寒为汗，仍主以麻黄汤。此衄非衄家。

41. “太阳病，脉浮紧，发热，身疼无汗，自衄者愈。”

本条与上两条证状相同，都是脉紧无汗发热恶寒身疼之太阳无汗病势。39条是服麻黄汤衄血病愈者；40条是因不发汗而致衄，衄后表不解者；本条是未曾用药而自衄病愈者。盖伤寒脉紧无汗发热恶寒，热邪郁遏于表，气血上充之势甚盛，鼻黏膜充血而致破裂出血，或在服药之前或在服药之后俱可发生。病理物质从血中排除则病解。若病理物质不得排除则虽衄而上冲之势仍不解。太阳病脉浮紧无汗为论衄与不衄，凡脉浮紧发热恶寒无汗的皆须用麻黄汤发汗以解除表邪。39条、40条、41条三条是论太阳无汗病势与衄的证治。

42. “脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”

43. “脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。”



以上两条仅凭脉之浮是不能作为用麻黄汤的唯一根据的，病在表也不能作为麻黄汤的唯一根据。因太阳有汗病势与无汗病势皆为表证，脉象皆浮。脉浮者病在表，有汗者用桂枝汤，无汗者用麻黄汤，各因势而用其法。仲景书中绝为仅凭脉而用药的例。此二条不可作麻黄汤的唯一根据。

44. “太阳病，十日以去，脉浮细而嗜卧者，外已解也，设胸胁满疼者，与小柴胡汤。脉但浮者，与麻黄汤。”

本条太阳病经过十日以上“脉浮而嗜卧”，别无他证，是表已解；“嗜卧”一证不能说明病理阶段特征，因为太阳、少阳、阳明皆有嗜卧的表现。如嗜卧浮发热恶寒为太阳病，若脉沉细身寒嗜卧为少阴病，脉浮大腹满嗜卧为阳明病，或脉浮细嗜卧胸胁满疼为少阳病，所以脉细嗜卧要与其他证状结合辨析才能判断病性病位和病势的性质。太阳病经十日以上浮细嗜卧别无他证身和神清是病已解除。若浮细嗜卧胸胁满疼者是少阳病，与小柴胡汤。脉但浮而不细发热恶寒为汗的与麻黄汤。脉但浮三字不可作别为他证解。凡用麻黄汤必须有脉浮发热恶寒为汗之表证。若为此表证决无可与麻黄汤之理。

以上七条是麻黄汤证治。

45. “太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”

28 条：“太阳病，项背强几几，而汗出恶风者，桂枝加葛根。”

按：本条与 28 条脉证相同，唯一有汗出、一无汗之不同。有汗病势用桂枝汤，无汗病势用麻黄汤，项背强几几加葛根而已。葛根汤即麻黄汤加葛根，杏仁易芍药方。此证项背拘急加葛根与桂枝加葛根汤证机理相同。去杏仁因不喘咳，易芍药为解项背肌挛急。此证若有喘证杏仁可不去。大凡用药组方必切中病情，贵在权变。

“葛根汤方：

葛根 56 克 麻黄 42 克 桂枝 28 克 芍药 28 克

甘草 28 克 生姜 42 克 大枣 12 枚

上七味，以水 2000 毫升，先煮麻黄葛根，减 400 毫升，去白沫，内

诸药，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，复取微似汗。余如桂枝法将息及禁忌。诸汤皆仿此。”

46. “太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。若脉微弱，汗出恶风者不可服之。服之则筋惕肉瞤，此为逆也。”

按：《伤寒论》中大青龙汤两条，一为中风脉浮紧，一为伤寒脉浮缓。由此看来，伤寒与中风只不过名称而已。然而这种用伤寒之名加以中风之脉，或用中风之名加以伤寒之脉，实际上是伤寒中风互称之义。也就是说，无论伤寒或中风，亦无论是脉浮或浮缓，凡具此脉此证即用此方此药；理法自在辨证辨脉之中。可见拘泥于病名的是不善读仲景之书的。在其他条目中多有伤寒中风并提的。

太阳病脉浮紧发热恶寒身疼无汗乃麻黄汤证。今不汗出而烦躁以大青龙汤治疗。不汗出即汗不出。汗不出的汗腺之收闭甚于为汗之麻黄汤证，同时烦躁一证是里有热之表现。所以用麻黄汤倍用麻黄解表发汗，加石膏以清热，加姜枣以助津走表。麻黄汤倍麻黄加石膏生姜大枣即大青龙汤。麻黄汤与大青龙汤证的差别在烦躁与否及汗腺收闭之程度。麻黄汤证之为汗，乃无自汗之证；大青龙汤证之不汗出是汗不能出，或曾发汗而汗不出之谓。临床须权衡病情而斟酌方药之用量，不可拘泥墨守。

文中说：“若脉微弱，汗出恶风者不可服之。”脉微弱与汗出恶风是两种病情。脉微弱为阴阳俱虚。汗出恶风是有汗病势桂枝汤证，虽麻黄汤亦不可与服，况大青龙汤之峻剂。若误用大青龙汤必大汗如漏不止而伤津亡阳，随即筋脉失养而筋惕肉瞤。筋惕为筋脉抽掣，肉瞤为肌肉跳动。因阴阳两虚误发汗或汗出而更发汗是违反病理规律的治疗法，误用必致病情逆转，所以特书禁法，晓以利害。

成无已在注解《伤寒论》时说：“浮为风，风伤卫；紧为寒，寒伤营。大青龙汤证为中风见寒脉，为营卫两伤之证，故不汗出而烦躁。”自从成氏首倡此说以来，明代方中行则以风伤卫、寒伤营，风寒两伤营卫之三纲鼎立之说而编次《伤寒论》，致使伤寒理法混乱，于理论与实践皆有害



无益。成氏方氏不知仲景伤寒、中风之名乃假设之名称以区分有汗与无汗之病势而异其方法。然而仲景常于文中伤寒中风互称、连称，脉浮紧、浮缓亦相交称，皆寓深意。如不从病理的内在联系中看其理法方药，而只从文字的外部联系上凿分风寒紧缓，岂能理解《伤寒论》的良法美意！三纲鼎立之说，实为中看不中用的银样文章。

47. “伤寒，脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。”

此条是承上条而说。上条是发热恶寒身疼不汗出而其烦躁，此条则从应是发热恶寒身不疼但重乍有轻时，不汗出而烦躁。此条与上条的差别在身疼与身重，脉浮紧与浮缓。因身不疼所以脉浮而不紧。身重次于身疼，但与身疼同一病机。身重乍有轻时区别于少阳病“一身尽重难以转侧”。少阴病有“四肢沉重”之证。此条说“无少阴证”指无少阴脉沉微细欲寐恶寒四逆之证。总因大青龙汤为峻烈之发汗剂，不可稍有疏忽，所以一再叮嘱。必须重申，此证必须有发热恶寒不汗长而烦躁，否则，84克麻黄与鸡子大之石膏便成无的放矢，而导致病情逆变。

“大青龙汤方：

麻黄 84 克 桂枝 28 克 甘草 28 克 杏仁 40 克

生姜 42 克 大枣 12 枚 石膏如鸡子大，碎，绵裹

上七味，以水 1800 毫升，先煮麻黄减 400 毫升，去上沫，内诸药，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升。取微似汗。汗出多以温粉扑之。一服汗者，停后服。汗多亡阳遂虚，恶风烦躁不得眠也。”

按：大青龙汤是麻黄汤倍用麻黄加石膏生姜大枣。本方麻黄每服量为 28 克，用量之大为仲景书中第一。更佐以助津走表之姜枣，其发汗之力可谓峻烈，但仍取微似汗，可见发汗之法意不在汗，而在祛邪。所谓汗出多者，并非汗漏不止。汗出不止是亡阳之汗。汗出多是汗出之量超过微似汗。以温粉扑身而防毛孔漏风。若汗不止则非温粉所可胜任。一服汗出而停药，过发汗亡阳则恶寒，伤阴则烦躁不得眠。

48. “伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而咳，或利，或噎，或小



便不利少腹满或喘者，小青龙汤主之。”

此条伤寒表不解指脉浮发热恶寒无汗之表证。“心下有水气”是并发证。因干呕而咳所以知道心下有水气。凡有水气宿疾之人感伤寒常并发水气病。水气与停饮不同，停饮为消化器官停滞之液体，水气是组织中渗出之水液。唯水气在组织中，所以咳而少痰，干呕为物，时而咽中雍噎，小便不利，气短而喘等。四个或有之证皆在小青龙汤主治范围之内。

“小青龙汤方：

麻黄 42 克 芍药、桂枝、甘草、干姜、细辛 各 42 克

五味子、半夏各 100 毫升

上八味，以水 2000 毫升，先煮麻黄减 400 毫升，去上沫，内诸药，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升。若渴去半夏，加括萎根 42 克；若微利去麻黄，加芩花如一鸡子，熬令赤色；若噎者去麻黄，加附子 1 枚炮；若小便不利少腹者去麻黄，加茯苓 56 克；若喘去麻黄加杏仁 100 毫升去皮尖。且芩花不治利，麻黄主喘。今此语分之，疑非仲景意。”

按：小青龙汤治伤寒表不解心下有水气。麻黄桂枝芍药甘草发汗解表，干姜细辛五味半夏以散水气逐饮邪。汗出表解水气随汗而宣散。水气散喘咳呕噎下利及小便不利等自解。方中加减法浅露而不切病理。以微利去麻黄、噎去麻黄，小便不利与喘皆去麻黄。凡此四去麻黄试问：无麻黄如何解得无汗发热恶寒之表证？下利、喘、噎、小便不利少腹满皆或有或无之证？有，是因水气；无，也是有水气。小青龙汤方中自有干姜细辛五味半夏散水气、逐饮之药，何须再事加减。如微利是水气下流，自有干姜所主；喘为水寒射肺，姜辛五味所主；水气随汗而宣疏又何须茯苓渗利。况且，水气之渴在于不得温化，亦不是清热生津之括萎根所可胜任。如此等等皆浅薄之人所为，绝非仲景文字。然而历代医家多有顺文解释的，而且多方为之寻找理据，但终不能掩其谬妄，且“芩花不治利”以下字乃读者对加减法表示怀疑的注语。

49. “伤寒，心下有水气，咳而微喘发热不渴，服汤已，渴者，此寒去欲解也——小青龙汤主之。”



本条承上条而说。上条伤寒表不解是曾发汗而表证不解。表证所以不解，因水气障碍抗病之故。此条伤寒心下水气，是有发热恶寒为汗之表证并发心下水气之证，是未经发汗的。水气的症状表现与上条可互相发明。无论曾发汗或未经发汗，凡有发热恶寒无汗之表证并发心下水气的，皆以小青龙汤治疗。服汤已渴者等十二字是仲景注语。指服小青龙汤后而渴。因心下水气，则发热不渴；水气已去则当渴。寒去欲解是水气已去而病欲解，寒指水气。仲景常以寒与水饮互称。如理中丸条说“胃上有寒”；四逆汤条说“隔上有寒饮”；瓜蒌散条说“胸有寒”。

以上五条是太阳病无汗病势之有并发证的证治，这些具体的证候虽然各具有特殊的症状表现，但它们皆以发热恶寒脉浮无汗为同一性质，所以皆以麻黄汤发汗为原则。对其特殊证加减他药治疗。

50. “汗家重发汗，必恍惚心乱，小便已，阴疼。”

“汗家”指多汗的病人，“重发汗”指再次发汗。病人多汗，津液已虚，若再度发汗，必竭其阴又亡其阳。“恍惚心乱”为过发汗而致循环衰弱，脑组织贫血而出现的神志不清心中慌乱。小便因伤阴而尿少，排尿后尿道疼。所以病人多汗的或曾发汗的，不可再用发汗法。发汗法指麻黄汤，及葛根汤、大青龙汤等。凡太阳有汗病势不可用发汗法，只宜桂枝汤解肌法。凡太阳无汗病势曾用麻黄汤发汗而表证未解，亦不可更用麻黄汤发汗，只宜桂枝汤解肌。

51. “疮家，虽身疼痛，不可发汗，汗出则痉。”

“疮家”指痛疮、刀枪、跌扑失血已多的病人。失血多则体液虚，虽有身疼无汗的表证，亦不可用麻黄汤发汗，因“夺血者无汗，夺汗者无血”。失血多更误发汗，复劫其阴，肌组织——特别是项背肌拘挛而成痉。

52. “亡血家，不可发汗，发汗则寒栗而振。”

“亡血家”指破伤、吐血、崩漏、产后等诸种血液亡失的病人。此条与上条疮家之不可发汗意义略同。若发汗亡阳体温不足，身寒而肌肉收缩振颤。这种振颤为阳虚所致。

53. “咽喉干燥者，不可发汗。”

按：津液缺乏则咽喉干燥。伤津者亦在禁汗之例。

54. “衄家，不可发汗。汗出必额上脉急紧，直视不能眴，不得眠。”

“衄家”指素有衄血者，衄家之不可发汗亦同于亡血家。因病人鼻中出血多，前额组织中常贫血。若更发汗以竭其血，则额上肌组织因缺血而发生筋脉拘急紧张，动眼肌拘挛则两目不能转动而直视，脑组织贫血而不得眠。

55. “淋家，不可发汗，发汗必便血。”

“淋家”指有淋病的伤寒患者。淋病人多阴虚而缺乏津液。若强发其汗即因夺其津而造成血尿。

以上六条是禁汗法，虽在形式上各自不同，但却有着一个夺血的共同本质。内经说：“夺血者无汗，夺汗者无血。”血与汗同源。如已夺其血，更劫其汗，即是再夺其血，不但不能愈病，反而造成新的伤害。其不可是很明白的。

太阳病有汗病势的桂枝汤证治系列，与无汗病势的麻黄汤证治系列，都有阳性表病的共同本质，在证状表现上都是脉浮发热恶寒头项强疼，所以它们都为太阳病理过程。但由于其病理趋势有汗与无汗，决定了它们在治疗上的特殊性质：有汗病势以解肌法、以桂枝汤为主方，对各具体证候之并发症以桂枝汤加减方治疗；无汗病势用发汗法，以麻黄汤为主方，对各具体证候之并发症以麻黄汤加减方治疗。如此形成一个桂枝汤证治系列，一个麻黄汤证治系列，合为伤寒太阳病理阶段。

第五章 太阳病理阶段的继发证

在伤寒太阳病理过程中，由于治疗方法的错误，以及病人机体的宿因而造成种种继发性杂病。这类继发证与伤寒是不同的病因引起病理过程，因而有不同的发展规律和各自不同的治疗方法。由于伤寒与其继发



性杂病有着时间上的连续关系，看来似乎是一波未平一波又起。然而仲景之伤寒六经，以提纲为界说，区分了伤寒与继发性杂病。《伤寒论》作为一部完整的辨证治疗著作，论治伤寒不能不同时论治其继发性杂病。这样，在《伤寒论》中，伤寒与继发性杂病的证治形成一个兼容并蓄的形式。伤寒与继发性杂病，历代医家皆未能于病理上加以区分，甚至多以杂病为伤寒的。这便使得伤寒理法混乱不清，不能认识伤寒六经辨证法的本质。今以仲景六经病理界说为依据，从病因、病位、病性、病势的整体辨证观点来看伤寒过程与继发性杂病，则明如观火。千年疑案可以立决。今将继发性杂病从伤寒中析出，另立一章分别讨论。太阳病理过程中的继发证共十二种，分述如下。

一、悸气

1. “发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”

按：心悸是自觉心脏跳动不安。发汗过多，例如，汗家更发汗，或发汗不如法而如水流漓。汗为心之液，夺汗者无血，汗出过多则脉气空虚，心脏则起代偿性搏动以维持有效循环。叉手自冒心是心悸病人的体态。因病人以按心而图稍安。此证发生于太阳表解后，因汗出过多而心悸。

“桂枝甘草汤方

桂枝 56 克 甘草 28 克

上二味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，去滓，顿服。”

按：桂枝辛温味甘，补中益气，温经通脉。甘草通经脉利血气而其缓急，所谓缓急有镇静神经末梢的作用。桂枝用量为 55 克强，是仲景用桂枝的最大量。

2. “发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大枣汤主之。”

本条发汗后并非误发汗，也非过发汗，用常规用药发汗之后。“脐下悸”下部位阵发性悸动。“欲作奔豚”是从进一步的病情发展而言。“脐

下悸”是下焦停饮所致。悸动是水饮停蓄导致的神经症状。主以苓桂甘枣汤，茯苓利小便以泄下焦蓄水，桂枝通阳化气温下焦助茯苓利水。甘草通血利脉缓急，大枣除肠中癖气。

“茯苓桂枝甘草大枣汤方：

茯苓 112 克 桂枝 56 克 甘草 28 克 大枣 15 枚擘

上四味，以甘烂水 2000 毫升，先煮茯苓减 400 毫升，内诸药，煮取 600 毫升。去滓，温服 200 毫升，日三服。作甘烂水法：取水 6000 毫升，置大盆内，以杓扬之，水上有珠子五六千颗相逐，取用之。”

按：“甘烂水”不知何意，以臆度之：凡含矿物质极少的轻水，如愿以杓扬之则有无数水珠在水面滚动。若含物质多的重水则扬不出或出而甚少滚动的水珠儿。淡水利于利小便以泄蓄水，而且用淡水煮药溶解亦佳。

二、水逆

1. “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。”

按：“太阳病”当汗解，若汗出多伤津液，胃中干燥，因而烦躁不得眠。但太阳已解，得到饮水则津液恢复，即所谓胃气和则愈。少少与饮是因病后胃气虚弱。欲得饮水是口渴之意。不说渴而说欲得水，是病去津液少之思饮与病证之渴相区别而言。若太阳病汗后表解而脉微热消渴，小便不利，是胃中停水之证。水与热相结，水的代谢障碍，因而口渴，小便不利。所饮之水停于胃中而不气化，所以水入即吐。

“五苓散方：

猪苓 10 克 泽泻 7 克 白术 10 克 茯苓 10 克 桂枝 7 克

上五味，捣为散，以白饮和服 2.74 毫升，日三服，多饮暖水，汗出愈。如发将息。”

按：茯苓、猪苓、泽泻、白术俱有利小便的作用。茯苓甘淡入心利



小便，猪苓甘平泻膀胱水，泽泻甘寒入肾消三焦停水，白术健脾消肿利小便，桂枝通阳化气助四苓以利水。小便通利，水的新陈代谢功能恢复，则渴自止。脉浮微热不是伤寒过程。太阳表证发热恶寒，发热而渴不是阳明里热，阳明渴而引饮，此证以水入即吐，小便不利而区别于阳明。方中行以此证为太阳经邪传腑。这是根据经络学说而杜撰的东西。方氏不了解仲景伤寒六经病理界说，因而也便不能区分伤寒与杂病。五苓散服量太小，临床当酌加其用量。

2. “发汗已，脉浮数，烦渴者，五苓散主之。”

此条是承上条而说。上条说太阳病发汗后。本条说发汗已即太阳病已发汗之谓。脉浮数烦渴者，既以五苓散主之，则知表证已解，而有小便不利，水入即吐之证。此条与上条不同之处在脉浮与脉浮数。

3. “伤寒汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。”

按：渴感是由于组织缺水而引起的末梢刺激所产生的调节机能反应，而导致组织缺水的原因有很多种，如多汗、多尿、呕吐、泄泻及失血等等皆可因体液丧失而引起渴感。当发生渴感，应分析为何种病理原因所致。如阳明病盛伤津而渴，撤其热而渴即止；又如糖尿与尿崩症之渴是因新陈代谢机能紊乱大量排尿而造成渴感；五苓散证的渴是因胃中停水，不得气化而致组织缺水引起渴感。因水液不得气化所以小便不利，又因水停在胃中所以水入即吐。所谓微热消渴，是说明热微而不足以伤津，渴并不是因热。这是五苓散证之渴的辨证。本条伤寒汗出为太阳发热恶寒之表证，渴而小便不利，自是五苓散证。若小便不利不渴者，则知不是胃中停水，显然是水液滞留在组织中，所以用茯苓甘草汤通利小便。组织中之蓄水得利即病解。因水液滞留在组织中所以不引起渴感，因小便不利而造成水潴留于组织之中。历代伤寒注家多认为此条有缺文，说茯苓甘草汤证状不具备，只凭不渴不足为茯苓甘草汤之依据。予以为不然，如将五苓散证诸条，合成一文来看，各条脉证相互补充、相互发明，则见其全豹，此条是论治五苓散证，自然以五苓散证为主，茯苓甘草汤只为鉴别五苓散证而已，所以不论其余。在《厥阴篇》中有：“伤寒，厥

而心下悸者，宜先治水，当服茯苓甘草汤。”由此看来，茯苓甘草汤证应为：心下悸，小便不利，不渴者。

“茯苓甘草汤方：

茯苓 42 克 桂枝 28 克 甘草 14 克 生姜 42 克

上四味，以水 800 毫升。煮取 400 毫升，去滓，分温三服。”

按：此方去生姜加大枣为苓桂甘枣汤，但茯苓桂枝用量为大；若去姜加术为苓桂术甘汤，苓桂用量亦稍大。三方证治有共同性质，也有特殊性质。细细勘核三方证的病理与药物效能，会在相互证明中得到较深的认识。

4. “中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入即吐者，名曰水逆，五苓散主之。”

按：此条与以上三条亦须合勘。中风发热乃初病之时。六七日不解而烦是六七日以来病未解除，并非太阳中风发热恶寒不解，而是烦热，渴欲饮水，水入即吐，小便不利不解。伤寒过程与其异发证常有一波方平一波又起的连续关系，从现在看来似乎是一个过程，但从病理上却为截然不同的两个过程。仲景常于此用“病不解”三字说明它们的继发关系，往往被读者误认病不解为伤寒不解。这是不明病理之故。本条文中说“有表里证”，表证指发热汗出，里证指小便不利渴欲饮水，决不是太阳与阳明证。太阳表证必恶寒，阳明里证之渴为水入即吐与小便不利。而且太阳与阳明亦无利水之法。仲景说名曰水逆，这是仲景以此证与伤寒过程相区别的指示。

此证的主要特征为渴欲饮水，小便不利，水入即吐。但凡消渴之饮水，必有消水的出路，或从汗出，或从小便出，或潴留于组织，等等。今此证渴欲饮水，小便不利，无大热大汗，组织中为大量潴水，水停在胃中，不得气化，则组织缺水而引起渴感。

此证乃太阳病理阶段中的继发证名为水逆的。但以经络学说解伤寒六经的注家指此证为太阳经邪腑传腑，经腑俱病。从其理论上看似杜撰，从事实看是不存在的。持经络学说者，由于不能从病理上区别伤寒与杂



病，不能从病因上区别太阳病与水逆证的特殊性质，就必然惑于它们在发展过程中的连续关系，而混为同一个过程。这是他们杜撰经邪传腑、经腑俱病之臆说的由来。

5. “病在太阳，应以汗解，反以冷水噀之，若灌之，其热被劫不得去，弥更益烦，肉上粟起，意欲得水，反不渴者，服文蛤散，若不差，与五苓散。”

按：病在太阳应以汗解，指麻黄汤桂枝汤等。噀音巽，《说文》：“含水喷也”。《六书》：“噀，刷洗也。”灌音贯。庄子《逍遥游》：“时雨降矣而浸灌。”用冷水噀灌为古时一种强迫降体温的方法，这一方法是违反伤寒太阳病理规律的。体表组织在冷水的刺激下，外周血管与汗腺急起收缩，所以肉上粟起。这种强迫降温的方法，只能使体温一时降下，但血管与汗腺俱起收缩，病理物质不得代谢，体温不得调节，所以更加烦热。如欲得水反不渴者，是表热深入，肺脏必因散热而喘促。欲得水因有热，反不渴是有停水。服文蛤散应是文蛤汤。《金匱》载：“吐后渴欲得水而贪饮者文蛤汤主之。”文蛤汤方是：麻黄杏仁石膏甘草文蛤姜枣。盖吐后而渴是很自然的。因贪饮则应预防新土胃气虚而发生停水。这显然是不应应用麻黄石膏杏仁等辈的。文蛤散为文蛤一味为散，止渴利小便治十二水满，咳逆上气喘息。如因胃气新虚贪饮以防停水，服文蛤散为宜。本条欲得水分不渴，无汗烦热而喘应以文蛤汤主治。文蛤散与文蛤汤应互易。条文中说：若不差与五苓散。这并非文蛤汤应互易。条文中说：若差不多与五苓散，是指服文蛤汤后，烦扰而喘已解，欲得水分不渴一证不差与五苓散。这并非文蛤汤药不对病。应知文蛤清热平喘利水之剂。有热而喘之停水为文蛤汤所主。仲景的理法俱是从实践中来的真正的东西，如以为服文蛤汤，若不差与五苓散是仲景用药而改弦易辙，则是不了解《伤寒论》的。

“文蛤汤方：

文蛤 70 克 麻黄 42 克 生姜 43 克 石膏 70 克
杏仁 50 枚 大枣 12 枚 甘草 42 克

上七味，以水 1200 毫升，煮取 400 毫升，温服 200 毫升，汗出即愈。”

按：本方即麻杏甘汤加文蛤生姜大枣。文蛤咸平止渴利小便，主十二种水满，咳逆上气喘息。麻杏石甘汤治热喘，加姜枣以走表助汗，文蛤汤清热利水止喘之剂。

6. “本以下之故，心下痞，与泻心泻，痞不解，其人烦渴而口燥，小便不利者，五苓散主之。”

本条是误下太阳而致心下痞。心下痞服泻心汤则病解。今与泻心汤而痞不解，其人烦渴而燥，小便不利，则知其痞非气痞乃水停心下之水痞。所以泻心汤不能解其痞，以五苓散化气利水则解。此证因水停心下不能得气化，所以烦渴口燥而小便不利。泻心汤证之痞无烦渴小便不利证。陆渊雷先生说：“以仲景之圣犹有投药不中病而易方者，医事之难如此。”

三、胀满

1. “发汗后，腹胀满，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。”

按：腹胀满一证的发生原因很多，在阳性与阴性病理过程中皆可出现。本条之胀满发生于太阳病发汗之后，表证已解，无身热、口渴、呕吐、下利等任何症状，乃是肠胃功能病后虚弱，食物发酵分解而生产大量气体，积滞于胃肠管腔而致腹胀满。

“厚朴生姜半夏人参甘草汤方：

厚朴 112 克 生姜 112 克 半夏 100 克 甘草 28 克 人参 14 克

上五味，以水 2000 毫升，煮取 50 毫升，去滓，温服 200 毫升，日三服。”

按：厚朴温中下气，除胸腹胀满冷疼。生姜半夏消心腹胸膈湿痰满结，下气止呕。人参补元气健胃。此方治气虚胀满。

四、停饮

饮与痰为同类物，以黏稠的为痰，稀薄的为饮，停渚于脏器腔间。



饮与痰皆是病理产物。痰饮产生分泌、吸收、排泄等机能障碍。如《圣济总录》说：“三焦者，水谷之到路，气之所终始也。三焦通调，气脉平均，则能宣通水液，行入于经，化而为血，灌溉全身。若三焦气塞，脉道臃闭，则水饮停滞，不得宣行，聚成痰饮，为病多端。”

1. “伤寒，若吐若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，苓桂术甘汤主之。”

此条证为伤寒后之继发停饮证。因其人胃气素虚，或有水饮宿疾，在伤寒吐下后而发生。心下逆满即饮邪留于心下不得宣行则上逆而满，上逆之势盛则有冲胸之感觉。头眩为饮邪的化学性质致自体神经中毒的表现。若发汗则伤表阳。阳虚则筋肉抽搐动摇。紧脉为脉管收缩拘急之象，为水饮之常脉。苓桂术甘汤主之一句接脉沉紧读。发汗则动经二句是不准发汗之告诫。

“苓桂术甘汤方：

茯苓 56 克 桂枝 42 克 白术、甘草各 28 克

上四味，以水 1200 毫升，煮取 600 毫升，去滓，分三温三服。”

按：《金匱》说：“病痰饮者，当以温药和之。”所谓温药即温性之药物，因痰饮为机能衰弱而产生，所以常称为寒饮。所谓和之，即调整其机能之意。茯苓桂枝通阳利水，白术健脾化湿以促进运化，甘草缓急。本方为通阳化饮，健脾运化水湿之剂。

2. “伤寒，吐下后发汗，虚烦，脉甚微，八九日心下痞硬，胁下疼，气上冲咽喉、眩冒，经脉动惕者，久而成痿。”

按：“脉甚微”已见其阴阳俱虚，“心下痞硬”甚于心下逆满，胁疼甚于胁下满，“气上冲咽喉”尤甚于气上冲胸。“虚烦”与栀子鼓汤证之热烦不同，而与建中汤证之阳虚而烦同机。“经脉动惕”与动经是文辞的变化，意相同。“久而成痿”是日久失治的结果。本条证较上条证重一等。成痿之前为苓桂术甘汤所主，成痿之后当以郭白云所说之振痿汤斟酌治疗。

五、虚烦

所谓虚烦，是对胃家实之不大便之烦而说。此证以心胸烦热不眠为主要证候，常发生于伤寒阳性病理过程之后。

1. “发汗，吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊恼，枝子豉汤主之；若少气者，枝子甘草豉汤主之；若呕者，枝子生姜豉汤主之。”

虚烦之证，继发于伤寒汗吐下后，而并不因为汗吐下的非法，乃因病后余热。所谓虚烦，并非虚弱，是因胃肠为食极、痰饮等结实之物，所以称虚烦。虚烦即为结实之心烦。因心烦乱而不得眠，思绪躁扰不安，反复颠倒枕槌床而不得入睡。心中懊恼不能安卧。刘完素《伤寒直格》说：“烦心热躁闷乱不宁也。”从中医理论说，胃热则心烦。枝子豉汤为清热除烦之剂。胃中无热则心神安定。少气者并非呼吸浅表，是病人自觉气少，乃病人的一种急迫感，所以加甘草以缓解。呕为胃气不降，故加生姜以降胃气而止呕。

“枝子豉汤方：

枝子 14 枚擘 香豉 80 毫升棉囊

上二味，以水 800 毫升，先煮枝子取 500 毫升，内豉，煮取 300 毫升，去滓，分为二服。温进一服，得吐者，止后服。”

按：枝子苦寒，治胃中热气、面赤。香豉苦寒治烦躁满闷，杀诸毒。从枝子消胃中热气、面赤、目赤热疼、止诸热出血的功能看，枝子能平上部充血，所以枝子治懊恼不眠。再从病人兼有微溏者不可服来看，枝子能清泄胃肠之热，所以枝子合香豉以清胃肠之热而治热上充血的懊恼不眠。服法中说“得吐止后服”，以枝子豉汤为涌吐之剂。这是明显的错误，决非《伤寒论》原文。看枝子豉汤证凡六条，其中并无一吐字。何况若呕者更加生姜以止呕降逆！从枝子豉本身看，并无催吐作用的记载，从病理说，虚烦不眠并非可吐的趋势。予临床三十年中未见有服枝子汤而得吐者。



“枝子甘草豉汤方：

枝子 14 枚擘 甘草 28 克 香豉 80 毫升

上三味，以水 800 毫升，先煮枝子甘草取 500 毫升，内豉，煮取 300 毫升，去滓，分二服。”

按：香豉不耐火，宜轻煮。

“枝子生姜豉汤方：

枝子 14 枚擘 生姜 70 克 香豉 80 毫升，去滓，分二服。”

2. “发汗，若下之，而烦热，胸中窒者，枝子豉汤主之。”

按：窒音至，《说文》：“塞也”。《广雅》：“窒满也”。烦，《说文》：“热头疼也。”

本条承上条而说，伤寒吐下发汗之后，伤寒过程已解而余热不清。烦热即心烦热闷。“胸中窒”即胸中满塞之感。此条证与虚烦心中懊恼病相同。

3. “伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结疼者，未欲解也，枝子豉汤主之。”

按：本条伤寒五六日大下之后身热不去，不是太阳大下身热不去，亦非少阳下后之证。身热不去是只身热一证不去，其他证悉去。心中结疼而身热，病情重于上条烦热胸中窒。因当大下之后，胃肠无结实之物，虚烦、懊恼自不必说。仲景文法，常言其特殊而不言其一般性；举其重者而略其轻者，说其或然而省其必然。此条与上二条病相同，方法亦同。

4. “伤寒下后，心烦腹满，起卧不安者，枝子厚朴汤主之。”

此条心烦，起卧不安与心烦不眠反复颠倒症状相同，但腹满一证不同。而此证之腹满因心烦身证明为阳性之热满，与厚朴生姜半夏甘草人参汤证之腹满病机不同。此则以枝子清热除烦，厚朴枳实除满。

“枝子厚朴汤方：

枝子 14 枚擘 厚朴 66 克 枳实 4 枚水浸炙令黄

上三味，以水 700 毫升，煮取 300 毫升，去滓，分二服。”

按：此方与小承气汤相近，小承气用大黄，因胃家有结实之热。本



方以枝子，因胃家有热而非结实。厚朴枳实去胀满，拘泥于汗吐下后应虚，而条文中又言“虚烦”便以烦为虚性之烦，热为虚性之热。如此只嚼字皮不知病理，岂不自误误人！

5. “伤寒，医以丸药大下之，身热不去，微烦者，枝子干姜汤主之。”

此条是伤寒下后余热。身热心烦为枝子所主。但以丸药下之，常因药力缓而持久，造成大便通后利不自止。如《伤寒论》109条说：“下之以不得利，令反利者，知医以丸药下之，此非其治也。”本条证所以用干姜当是有下利一证，如为下利，方中干姜便为目的。

“枝子干姜汤方：

枝子 14 枚 干姜 28 克

上二味，以水 700 毫升，煮取 300 毫升，去滓，分温二服。”

按：干姜温水中止利。本方治热烦而下利或便溏无结实之热的。

6. “凡用枝子汤，病人旧微溏者，不可与服之。”

此条为枝子汤的禁法。因枝子清心胃三焦大小肠之热，平素便溏之人服之恐其下利。若便溏之人有虚烦懊恼不眠证须用枝子汤，佐干姜为不可。

六、蓄血

蓄血证是太阳病理阶段中的继发证之一。在热性传染病过程中，由于循环机能或局部血管舒缩神经的障碍，以及病理因素影响管的通透性，使液体渗长血管而造成血液浓缩，又因酸性代谢物质变更血液体的物理化学性质而引起红血球的膨胀和粘连。由此种种原因造成局部组织瘀血，因而发生所谓蓄血证。

1. “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。”

本证是太阳病过程中继发蓄血证。太阳病未解，热结膀胱，是太阳表证未解发生膀胱局部蓄血证。因为组织中之瘀血在发热过程中破坏腐



败，有害物质进入循环中，大脑神经受累而出现神志狂乱的症状。当瘀血之组织坏死溃烂，在生理功能的作用下，破坏的瘀血从尿道或大便排出，有害物质已去则病愈。所以说“血自下，下者愈”。这是说蓄血以结束病程。但太阳病表证未解时则不可攻下，误攻则表邪内陷。当先用桂枝汤或麻黄汤解表，表解之后，只少腹急迫而有结聚物不去的乃可用桃核承气汤攻其瘀血。热结膀胱与少腹急结义同。热结膀胱言病机，少腹急结病状，可相互印证。

“桃核承气汤方：

桃仁 50 枚去皮尖 大黄 56 克 桂枝 28 克 甘草 28 克 芒硝 28 克
上五味，以水 1400 毫升，煮取 500 毫升，去滓，内芒硝，更上火微沸，下火。先食服 100 毫升，日三服。当微利。”

按：桃仁破瘀血。桂枝通血脉。大黄泻实热积滞通行瘀血。大黄芒硝甘草为调胃承气汤，合桃仁桂枝为攻逐瘀血之剂。

2. “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，太阳随经之热在里故也抵当汤主之。”

此条证与上条证病机相同，病情重一等。太阳病六七日表仍在，寓有误下之意。反不结胸一句更足证明无误下之后表证乃在。脉微而沉知血管收缩血流减弱，自是导致瘀血的循环因素。其人发狂腹硬而小便自利以区别于大结胸与阳明燥屎。大结胸自心下至腹硬满而疼为如狂之脑证。阳明燥屎腹硬满而疼谵语而小便赤涩短少。唯瘀血在少腹，硬满如团，虽发热如狂而小便自利。下其蓄血乃愈。用抵当汤而不用桃核承气汤，因少腹硬满病情较重。在热性传染病中，由于前述的种种原因，多有发生局部瘀血之证。在上部的有衄血；在下部有膀胱蓄血，热入血室，等等。虽发生蓄血的部位不同，但都有出血后自愈的同一性质。

“抵当汤方：

水蛭熬、虻虫熬各 30 个去翅足 桃仁 20 个 大黄 42 克酒洗
上四味，以水 1000 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，不

下更服。”

按：水蛭逐瘀血，治跌扑蓄血，血瘀经闭。在国外有用水蛭放置心前区吮血治心肌梗塞的报告。虻虫破极血，通利血脉，除贼血在胸腹五脏者。尝件夏月虻虫叮牛马吮血，叮处常滴血不止。因思：虻虫口吻细如发丝，所以能得吸血入腹而血不凝，必是虻虫吮血前先注入所泌之毒液以破坏凝血因子。否则，血液通过虻虫口吻管是不可能的。细看虻虫叮处长时间出血，而且所出之血又长时间不凝。此足证明虻虫破瘀血的作用。虻虫水蛭与桃仁大黄相伍，破凝逐瘀的作用峻于桃核承气汤。

3. “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。”

本条是蓄血证与黄疸的鉴别法。身黄脉沉结，少腹硬为黄疸与蓄血证所共有的症状。在太阳过程中，身黄，脉沉结、少腹硬，小便利，其人如狂，为下部蓄血。因脉沉为血管收缩血流衰弱。结脉为动而中止。这足以构成蓄血的重要原因。身黄为热溶血性黄疸，少腹硬为蓄血部位，与少腹急结同义。小便自利其人如狂是审知的证据。因为黄疸性肝炎亦有身黄脉沉结，少腹硬满之证。但黄疸性肝炎因脑垂体后叶抗利尿激素增多而小便不利。而且无意识狂乱之证。蓄血证因无伤津液的原因，所以小便自利。因坏死气的瘀血中之有害物质进入血循环而引起意识如狂。审知为蓄血，以抵当汤破血逐瘀。文中说“为无血也”一句是无蓄血之意。

4. “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。”

本条当与上条合看，有热次于身黄；腹满次于少腹硬。满未必硬，硬则必满。有热不必身黄，而身黄则必有热。此条较上条为阳明证。此证蓄血因病情较缓，无意识狂乱证，所以用涤荡丸而不用汤方。丸药较缓，病缓药亦应缓。病急药亦峻也。

伤寒太阳病理阶段中的继发证蓄血，与伤寒过程的病因是各自特殊的，因而其发展规律也是各自不同的。所以，必须把太阳病与蓄血证加以区别。蓄血证是热性传染病过程中的继发性杂病，不属于伤寒过程。



但以经络学说解伤寒六经者，以蓄血证为太阳腑病。这是但据条文中“热结膀胱”一语，而且又发生于太阳过程之中。而膀胱又为足太阳之腑，从而引申为伤寒太阳腑病。然而仲景在太阳病提纲中明白相示：“太阳之为病，脉浮、头项强疼而恶寒。”仲景从未说太阳病有经腑之分。太阳篇中，只有汗法与误下之变，绝无用下夺之法。蓄血证并非仅只继发于太阳病过程之中，阳明病过程中有“其人喜忘者，必有蓄血。”少阳病过程中有热入血室“暮则谵语，如见鬼状”。而且蓄血证也并非伤寒病所仅有，在温热病过程亦有继发者。例如：“时欲漱口不欲咽，大便黑而易，有瘀血也。犀角地黄汤主之。”再如：“少腹坚满，小便自利，夜热昼凉。大便闭，脉沉实者，蓄血也，桃仁承气主之，甚则抵当汤。”温病过程中亦有热入血室之证。所以无论从哪一方面说，太阳过程中的膀胱急结决不是伤寒太阳腑病。所谓经病腑病之说，实系经络说解伤寒六经者的杜撰。这是可以肯定的。

“抵当丸方：

水蛭熬 虻虫各 20 个去翅足 桃仁 25 个大黄 42 克

上四味，捣分四丸，以水 200 毫升，煮一丸，取 140 毫升服之，晡时当下血。若不下当更服。”

按：汤方与丸方，药与量相同，汤方煮服三分之一，丸捣煮四分之一，药物效能与药力缓峻当无大区别。

七、热喘

热喘是伤寒太阳病理过程中继发性肺炎。此证与伤寒有病因的本质区别。每发生于太阳表解之后。本证在其他热性传染中也常有发生，而且其原发性过程也并不少见。

1. “发汗后不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁石膏草汤。”

2. 下后不可更行桂枝汤，若汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁石膏草汤。”

以上两条是继发于太阳表解后的热喘。太阳病发汗或下后，表证已解，未发生其他变逆。身无大热，汗出而喘，显然其热邪在肺。因发热而不恶白寒，已不是太阳表证。因有自汗出，体温时而方散，所以身无大热。汗出乃因热邪在肺，体表调节机能代为经营散热，这是所谓肺主一身之表，肺与体表在生理上的关联。从身无大热汗出而喘，不恶寒，已知体表功能正常的，已不是太阳表证。虽然太阳表证亦有发热而喘，但太阳表病之喘必发热恶寒而无汗。条文中“不可更行桂枝汤”一句，即是说不是太阳有汗之表，不可用桂枝汤。“无大热”一句是区别于阳明病之喘。阳明病之喘有汗出亦不恶寒，然而阳明病因热邪在肺而有汗。所以，汗出而喘。无大热者，已排除了伤寒太阳与阳明过程。乃是他病之热喘。

热喘证是肺的阳性病理过程。由于肺的功能特性，对病理物质的代谢出路，属于气体的通过呼吸，液体物质通过排汗与利小便。固体物质通过咳痰等方式。所以热喘的病理趋势，亦是外向。所以用麻黄利尿止喘，杏仁祛痰利肺，石膏清热，甘草缓急。唯麻黄走表可发汗，走里可利小便，随其病势而发生作用。杏仁之祛痰，能促进肺组织中的代谢物质从痰咳出。石膏辛能走表而清里热，可同发汗药发表热，亦可同清热药清里热。甘草以缓急迫之病势。此证，历代注家意见颇不一致。有的认为是表既解而饮热迫肺；有的认为是上焦余邪未解；也有的说是表邪未尽的。唯张兼善说：“仲景凡言发汗后，乃表邪悉解，止余一证而已。”但此一证已不是伤寒过程，而是继发热喘证。

“麻杏石甘汤方：

麻黄 56 克 杏仁 50 个 石膏 112 克 甘草 28 草

上四味，以水 1400 毫升，煮麻黄减 400 毫升，去上沫，内诸药，煮取 400 毫升，去滓，温服 200 毫升。”

往昔注家对本方药物也颇有议论。有人认为：此证汗出而用麻黄，无大热而用石膏，似与证候相违。况且汗家不可重发汗，虚家服石膏呕利腹疼。这些言论粗看甚似有理但从本证之病理看则不然。伤寒法则，



有汗不可用麻黄，无汗不可用桂枝，乃指麻黄汤与桂枝汤，非指麻黄一味。汗家不可重发汗是指伤寒过程，不包括他病。况且麻杏石甘汤并非发汗剂。虚家不可服石膏，指白虎汤而言。况且热喘为阳性病理过程，并非虚证。至于麻黄本身具有发汗与利尿两种作用。仲景越脾汤中用石膏，不必有大热。麻黄一药有它单独具有的特性，伍以桂枝则专力发汗，若伍以石膏则清肺热，伍以甘草则利尿。药物的药理性能，多是其化学物质在机体中发生作用，通过生理机能的表现。这个问题很复杂，如果离开病理的实际，而去议论药物当否，是毫无价值的空谈。

上两条，一为汗后，一为下后，证状相同，方药相同。张志聪以为是重出衍文，予以为不然。仲景举汗后与下后以说明此证与汗下无关，是继发于伤寒过程表里证皆无的他种病候。实际如此。

八、结胸

结胸证是伤寒过程的继发性多发生于太阳误下。但误下并不是结胸证的主要原因。结胸证的主要原因是病人的痰饮宿疾。误下只是诱发的原因。

1. “太阳病，重发汗，而复下之，不大便五六日，舌燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹硬满而疼不可近者，大陷胸汤主之。”

大结胸证三条，须合看，相互证明，相互补充则见其全。本条是太阳病误下而继发之大结胸证。重发汗则伤津液，表证误下导致表邪内陷与水饮相结合而发生大结胸证。不大便，口燥渴，日晡潮热，腹硬满而等证为结胸与阳明燥结所共有。而区别之处在于结胸之腹型为自心下至少腹硬满而疼；阳明燥结之腹型在降结肠部结硬。阳明之疼缓；大结胸之疼有过敏性，为近之则疼。阳明病之脉为洪大滑数；大结胸之脉为沉紧。阳明病为燥屎内结；结胸为痰饮结聚，有呼吸器病变，如短气喘咳稀痰。

“大陷胸汤方：

大黄 84 毫升 芒硝 200 毫升 甘遂末 2 克



上三味，以水 1200 毫升，先煮大黄 400 毫升，去滓，内芒硝煮一两沸，内甘遂末，温服 200 毫升，得快利，止后服。”

按：甘硝苦寒为遂水峻药，破留饮治水病，利大小便。合大黄芒硝芒硝甘遂为峻利胸腹胃肠留饮结热之剂。本方大黄每服量合 41 克，芒硝 99 毫升，甘遂末 1 克，药量之大和药性之峻猛是少有的。于此亦可见病情之重笃。若畏方药之峻烈而减其制，恐药不胜病！

2. “伤寒六七日，结胸热实，脉沉紧，心下疼，按之石硬者，大陷胸汤主之。”

此条与上条相同，只是未经汗下而发结胸。这说明，结胸证并不是因汗下之后，亦有不因汗下的。主要原因是其人素有水饮。结胸热实，心下疼按之石硬即身热不大便；自心下至少腹硬满而疼。此条补出结胸脉沉紧。沉脉主阳气衰，紧为诸寒收引之象。沉紧为结胸的脉证。此条与上条理法与方药悉同。

3. “伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也。但头汗出者，大陷胸汤主之。”

此条是结胸证与少阳病兼热结在里证的鉴别方法。伤寒十余日热结在里，不大便，复往来寒热，胸胁满疼是少阳病兼热结在里，大柴胡汤和解少阳兼下里热治之。若只有结胸证，无少阳证，表现为身无大热，无往来寒热，但头汗出身无汗者，是水结在胸胁，以大陷汤主之。如何知道水结在胸胁呢？从“无大热”与“但头汗出”知道。因为热结在里即不大便，腹满硬疼，身热恶热，汗出之证。今无大热即身无大热，仅头部汗出身无汗，而脉沉紧，所以知为水结在胸胁。凡结胸证必有呼吸器证状。少阳病之胸胁证状无呼吸器病变。

4. “结胸者，项亦强，如柔痉状，下之则和，宣大陷胸丸。”

痉有刚痉与柔痉。所谓柔痉即发热，汗出不恶寒，项背拘急。如柔痉则非柔痉，即汗出不恶寒而项背强。项强为结胸证候常见证。此条是说结胸者，具有种种结胸脉证。而且项亦强。并不是仅项强一证。下之则和一句指项强。宜丸而不用汤，取丸药力缓。避汤剂之峻烈。结胸证



之项强亦因水饮留聚，津液不行，项背肌组织缺乏濡养所致。仲景对太阳病项背强几几用葛根治；金匱中痉病用花粉治。此二味皆生津通行津液之品。仲景对疮家不可发汗，汗出则痉；风家下之则痉；太阳发汗太多亦致痉。等等戒律俱是存津以防痉。本条用丸不用汤剂，亦寓此意。

“大陷胸丸方：

大黄 84 克 葶苈子 100 毫升 芒硝 100 毫升

杏仁 100 毫升去皮尖熬黑

上四味，捣筛二味，内杏仁芒硝研如脂，和散，取如弹丸一枚，别捣甘遂末 2 克，白蜜 40 毫升，水 400 毫升，温顿服之。一宿乃下。如不下，更服，取下为效。”

按丸方之硝黄用大为减少，甘遂半夏汤方中用蜜 100 毫升和摇，与大陷胸丸方用蜜之意相同。

5. “小结胸、正在心下，按之则疼，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”

此条是小结胸的证治。大结胸的腹证是自心下至少腹硬满而疼不可近。小结胸的腹证是“正在心下，按之则疼”，不按则不疼，限于心下部位。大结胸脉沉紧。小结胸脉浮滑。小结胸虽然也是饮邪与热相结，但小结胸无胃肠热结与潮热、头汗、气短、喘逆等证。此证称小结胸是因邪轻势缓，以区别于大结胸证。

“小陷胸汤方：

黄连 14 克 半夏 100 毫升 括萎实大者 1 枚

上三味，以水 1200 毫升，先煮括萎实，取 600 毫升，去滓，内诸药，煮取 400 毫升，去滓，分温三服。”

按：半夏消胸膈痰热满结，止呕降逆。括萎降火涤痰利大肠。黄连治心下热痞。合为清热涤痰开结之剂。

6. “寒实结胸，无热证者，与三物小陷胸汤。白散亦可服。”

本条玉函、千金翼皆作“与三物小白散”。“陷胸汤”三字与“亦可服”三字应删。文中已申明寒实结胸无热证，自不应用黄连括萎实苦寒之药。所谓寒实即痰饮结实。无热证即无里热之证，如身热口渴头汗，

等等。结胸即心下满疼连及胸胁。

“白散方：

桂梗 3 分 巴豆 1 分 去皮熬黑研如脂 贝母 3 分

上三味，为散，内巴豆，更于白中杵之。以白饮和服。强人 1 克，羸者减之。病在膈上必吐，在膈下必利。不利进热粥 1 杯，利过不止，进冷粥 1 杯。”

按：膈上必吐膈下必利之说不妥。按巴豆有逐痰行水、泻下寒积的作用。但巴豆油能引起呕吐及水泻，并非是病在膈上则吐，病在膈下则泻。

7. “结胸证，其脉浮大者，不可下，下之则死。”

本条结胸证指大结胸。大结胸为痰饮热结于胸腹，非用攻下逐邪的方法不可。若脉浮大而濡，是虚芤之象，病机孤阳脱阴，所以说下之则死。

8. “结胸证悉具，烦躁者亦死。”

本条说“结胸证悉具”指大结胸证悉具。如潮热不大便，自心下至少腹硬满疼不可近，脉沉紧等证。烦躁者，烦为热盛，躁为阳虚。正气虚而邪气实，预后多死。

9. 太阳与少阳并病，而反下之，成结胸，心下硬，下利不止，水浆不下，其人必心烦。”

按：太阳病误下往往成为结胸的诱因。少阳犹为禁下。仲景特别指出：“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”少阳病误下亦有诱发结胸的例。今太阳少阳并病，当和少阳兼解表证，以柴胡桂枝汤主治。若反其病理规律而用下法，可导致结胸证，心下硬，下利不止，水浆不下，心烦。由于此证是误下太阳与少阳并病而来，所以与误下太阳不同。心下硬为饮邪内结，下利不止水浆不下是气机已败。正败邪实，难以救药。

10. “太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为疼，数则为虚。头疼发热，微盗汗出，而反恶寒，表未解也。医反下之，动数变迟，膈内拒疼、客气动膈，短气烦躁，心中懊恼，阳气内陷，心下因硬，则为结胸，大陷胸汤主之。若不结胸，但头汗出，余处无汗，剂颈而还，



小便不利，身必发黄。”

此条以脉定病，矛盾迭出，辞气浅薄，文字烦冗。如动则为疼，数则为虚，甚是无理。仲景说结胸证悉具烦躁者死。此条说短气烦躁为结胸必具之证，显然不是仲景文字。

11. “病发于阳，而反下之，热入因作结胸。病发于阴，而反下之，因作痞。所以成结胸者，以下之太早故也。”

此条欲解释结胸与成痞的原因。“病发于阳”即阳性病理过程。“热入”指热邪内陷，与痰饮相结因作结胸。亦为通论。“病发于阴”指阴性病理过程，“误下”因作痞则不能尽其理。盖痞有热痞与寒痞。若阴病误下何止成痞？况阳病误下亦作痞证。特别是最后一句最无理。既已申明阳病误下热入因作结胸，又何来把结胸成因推为下之太早！盖汗吐下和温清诸法皆有病理为依据。应下则下，下之而愈。应下不下，津液消烁，坐失病机。何有迟早可言。注家多有疑此条为叔和文字。旧说伤寒“下不厌迟”一语亦甚误人，然亦易惑人。

九、心下痞

1. “脉浮而紧，而反下之，则作痞。按之自濡，但气痞耳。”

本条“脉浮而紧”指太阳伤寒而言，即无汗病势。“而反下之”指违反其外趋病势规律而下用法，则作痞。痞在心下，按之软，但气痞。心下痞与小结胸证之鉴别：心下痞在心下部位，中为气体，按之软；小结胸亦在心下部，其中为痰饮热结，按之疼。

2. “心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”

按：“心下”即当剑突下部位。由于表邪因误下内陷，胃肠的运动、分泌及消化吸收机能紊乱，留滞于胃肠的食物在菌丛的作用下，发酵腐败，分解生成大量气体，充于胃与结肠，便为气痞的原因。因为气体，所以按之濡。其脉关上浮，山田正珍以为是后人所加。陆渊雷先生以为浮字是滑字之误。其实，皆可不必。心下痞常伴有身热，脉浮亦所常见。况且心下痞有阴性过程，如太阴之痞，所以举脉浮以示为阳性之痞。大

黄黄连泻心汤治热痞之剂。

“大黄黄连泻心汤方：

大黄 28 克 黄连 14 克 黄芩 14 克

上三味，以麻沸汤二升渍之，须臾，绞去滓，分温再服。”

按：黄芩黄连俱有清胃肠之热的功能，据实验都有广谱制菌作用，大黄苦寒，破留汝宿食，荡涤胃肠，通利水谷，推陈致新，亦有较广泛的制菌作用。胃肠中发酵腐败的内容物，一经清除，痞结即消。

3. “心下痞，而复恶寒，汗出者，附子泻心汤主之。”

本条是承上条而说。心下痞即指上条之证：心下剑突下部位痞满，按之软，脉浮身热。此证身热不恶寒。若汗出而恶寒，是因汗出而致阳虚。阳虚表不固又为汗出的原因。所以泻心汤消痞清热，加附子以助表阳。表固汗止，恶寒自解。

“附子泻心汤方：

大黄 28 克 黄连 14 克 黄芩 14 克

附子 1 枚炮去皮，别煮汁

上四味，切三味，以麻沸汤 400 毫升渍之，须臾，绞去滓，内附子汁，分温再服。”

按：麻沸汤即沸水。大黄因其树胶质经热分解则泻下之力大减，所以用沸水渍。附子分别煮汁并无别意，因附子浸渍其有效成份不能溶解于水，所以煮汁。

4. 伤寒，汗出解之后，胃中不和，心下痞硬，干噦食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利者，生姜泻心汤主之。”

按：凡言伤寒汗出解之后，即是伤寒太阳表解之后。“胃中不和”指胃气不和。“心下痞硬”、“干噦食臭”是滞留于胃中的宿食发酵分解，产生的气体充在胃中。胃被吸气时下降的膈与增强的腹压所压迫，气体通过食管从口腔排出，为一种消化不良的宿食臭气。此即所谓干噦食臭。胁下有水气，腹中雷鸣，是胁下结肠中由于发酵腐败的产物，如吲哚、粪臭素，酚类、氨、硫化氢、甲烷等，造成肠的蠕动加强，分泌增加，



吸收减少，因而肠内容物被稀释。在增强的肠运动中会出现如水鸣走漉漉有声。雷鸣乃摩状之辞。随着结肠的运动增强和吸收障碍，则造成下利。

此证较心下痞重一等。心下痞为胃与结肠之热，而此证则连及小肠俱病。此证常继发于太阳表解之后，或因误下而成，但其原发病亦不少见，并不必然因误下。生姜泻心汤实即泻心汤之变方。因胃肠机能的病理变化，以芩连清热消痞，因下利而去大黄，加干姜以止利。胃中结硬而用人参，生姜半夏降胃气止呕以平噫气，甘草大枣以缓急。

“生姜泻心汤方：

生姜 56 克 黄连 14 克 黄芩 42 克 人参 42 克

半夏 10 毫升 干姜 14 克 甘草 42 克 大枣 12 枚

上八味，以水 2000 毫升，煮取 1200 毫升，去滓，再煎取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。”

5. “伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕，心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非热结，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也，甘草泻心汤主之。”

此条言伤寒中风是指太阳病无论无汗病势之伤寒或有汗病势之中风，皆可因误下而继发此证。因一误再误而致下利日数十行且谷不化，痞益甚。此条证较上条证又重一等。因下利日数十行而谷不化，所以增干姜至两倍。又因病情急迫而增甘草。因心烦不得安而去生姜。论病机与方药与上条略同，唯以下利与心烦较上条为甚，胃中虚客气上逆是说痞硬之病理。胃中虚不是空虚之虚，而是因误下伤害胃肠机能，致胃之功能减低，客气即邪气。上逆即胃气失降之意，胃气不降则宿食留滞而为痞硬。此方君以甘草意在缓急。据报导，甘草有缓解胃肠平滑肌的作用。

“甘草泻心汤方：

甘草 56 克 黄芩 42 克 干姜 42 克 人参 42 克

半夏 10g 毫升 黄连 14 克 大枣 12 枚



上七味，以水 2000 毫升，煮取 1200 毫升，去滓，再煮取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。”

按：本方赵刻本无人参，金匱、狐惑门此方有人参三两。渊雷先生说：“若无人参，无以振起胃机能之衰弱，无以止心下之痞硬也。”此见甚是。生姜泻心汤尚且有人参三两，此条证因一再误下而胃气所伤较生姜泻心汤证为甚，如何可以不用人参。

6. “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。此虽以下之，不为逆。必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满疼者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不疼者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”

此条是误下少阳，或结胸，或成痞，痞与结胸的鉴别法。

伤寒呕而发热为少阳病，以小柴胡汤主治，若误下而少阳证不变的仍以小柴胡汤治疗。虽然误下，并未造成病情逆转。但误下毕竟因逆治而伤正气。服小柴胡汤后，必作战汗而病解。所谓战汗，是少阳病位的功能特性所独有的一种抗御形式（战汗的表现参看少阳病篇第二章六条）。误下之后，若心下满疼者为结胸，用大陷胸汤治疗。若满而不疼，痞硬呕利，是误下之变证，不可与柴胡汤，宜半夏泻心汤治疗。因少阳病本有呕证，误下伤害胃气而致痞硬，所以更呕，而且下利。半夏泻心汤君半夏而减甘草，其他药同草泻心汤。以是而知证状当如甘草泻汤证，呕较其，利较缓。

“半夏泻心汤方：

半夏 100 毫升 黄芩、干姜、人参各 42 克

甘草 42 克 黄连 14 克 大枣 12 枚

上七味，以水 2000 毫升，煮取 1200 毫升，去滓，再煮，取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。”

泻心汤证共五个，以心下痞脉浮为同一性质。心下痞满脉浮发热为大黄黄连黄芩泻心汤证；心下痞而汗出恶寒为附子泻心汤证；心下痞硬干噎腹中雷鸣下利为生姜泻心汤证；心下痞硬，下利日数十行谷不化，



干呕心烦为甘草泻心汤证；心下痞，呕而下利为半夏泻心汤证。五个泻心汤证各有其特殊性质。于此等处，可见仲景辨证用药之一斑。

十、噫气

1. “伤寒，发汗，若吐、若下，解后，心下痞硬，噫气不除者，旋复代赭汤主之。”

本条证“伤寒，发汗，若吐、若下，解后”是泛指伤寒太阳或阳明过程，经发汗，或吐或下法治疗而病解之后。“心下痞硬，噫气不除”是伤寒病解后的继发证。此证由于胃功能衰竭，食物滞后期留分解而产生的气体蓄积，因而痞硬。胃中气体在吸气时膈肌下降，腹压增强时，并伴有幽门部痉挛，排出气体，即所谓噫气。本条心下痞硬、噫气不除与生姜泻心汤证之心下痞硬干噫食略有不同。生姜泻心汤证因胃功能虚弱而有热，脉象浮或滑。此证无里热，脉象不见浮滑，小便清白，全因胃气虚弱与幽门痉挛所致。

“旋复代赭汤方：

旋复花 42 克 代赭石 14 克 人参 28 克 半夏 100 毫升

生姜 70 克 甘草 42 克 大枣 12 枚

上七味，以水 2000 毫升，煮取 1200 毫升，去滓，再煮取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。”

按：旋复花性温，补中下气，行痰水，消痞止逆。代赭石镇逆，治惊气入腹。人参补元气，健胃气。生姜半夏止呕逆除痰水。甘草缓急。本方为补胃气，降逆化痰之剂。

十一、水饮

1. “太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。其人漐漐汗出不恶寒，发作有时。头疼，心下痞硬满，引胁下疼，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”

本条为太阳阶段并发水饮证。“下利呕逆”为水饮病的证状。太阳病

宜汗解，水饮病须行水逐饮。若太阳表证未解不可攻其水饮。误攻则导致病情逆变，必待表解后乃可攻水。若其人淅淅汗出不恶寒，发作有时，是太阳表已解。水饮与不同。痰饮是脏器腔中的病理物——黏液病。水饮是潴留组织中的液体为病。痰饮与水饮病理机制不同，治疗上亦不同。

太阳病之中风，证状表现为发热头疼汗出恶风，若并发下利呕逆是太阳并发水饮证。而水隐私证亦有汗出头疼之证。但水饮证之汗出头疼不发水饮证。而水饮证亦有汗出头疼之证。但水饮证之汗出头疼不恶寒而且发作有时，心下痞硬而喘，胁下有牵引性疼痛，干呕短气等证。所以必待汗出不恶寒，才是太阳表解的证据。此条证脉象应沉而弦。太阳表未解脉当浮。参看《金匱》悬饮条。

“十枣汤方：

芫花熬 甘遂 大戟

上三味，等分，分别捣为散。以水300毫升，先煮大枣肥者十枚，取160毫升，去滓，内药末。强人服2克，羸者服1克，温服之，平旦服。若下少病不除者，明日更服，加1克。得快利后，糜粥自养。”

按：十枣汤为全身性逐水剂。芫花消胸中痰水，心腹胀满，水肿。甘遂泄肾经水湿，治痰水留饮。大戟泄脏腑水湿，利二便。三味为散，可通澈表里上下内外一切水湿留饮。以大枣煮汤服药，取其通九窍和药力。平旦服即清晨早饭前服药，此时为人体机能一日之中最盛旺之时间，药效易发挥。

十二、滑脱

1. “伤寒，服汤药，下利不止，心下痞硬。服泻心汤已，复以他药下之，利不止。医以理中与之，利益甚——理中者，理中焦，此利在下焦——赤石脂禹余粮汤主之。复不止者，当利其小便。”

本条伤寒服汤药下利不止心下痞硬，是误下太阳而成。“服泻心汤”指甘草泻心汤、生姜泻心汤及半夏泻心汤等汤。服泻心汤治太阳误下而致心痞硬下利不止是正确的方法。若复以他药下其痞硬，如此一误再误，



必将痞硬益甚，下利不止。此证如胃肠虚寒无热的自是理中汤可治之证。若脉浮有热之痞硬下利乃可以甘草泻心汤等治疗。若无里热，亦无中焦虚寒之见证，只是下焦不固之滑脱下利，乃可以赤石脂禹余粮汤治疗。赤石脂禹余粮汤涩肠固脱之剂，若服之利仍不止，当以泌别失职来治，用利小便分消肠中水分止利。理中者以下十四字为后人所加注语。

“赤石脂禹余粮汤方：

赤石脂 224 克碎 太乙禹余粮 224 克碎

上二味，以水 1200 毫升，煮取 400 毫升，去滓，分温三服。”

按：赤石脂温涩固肠止泻，治脱肛久利。禹余粮涩大肠治久利。此方为涩肠固脱止利之剂。



第二编

阳明病篇



第一章 阳明病概说

阳明病是伤寒里病里病位的阳性病理过程。所谓里，是指由于伤寒病因而发生的病理反应的胃肠组织。仲景在伤寒中对胃肠的病理反应称里病，其用意是很明确的。这不仅是胃肠居身体的“里”面，而与“表”相对而言，同时，就阳明病的症状来说，有局部的症状，如胸中痞硬、愠愠欲吐、腹满硬疼、不大便、心烦、不能食、谵语等等，有全身的证状，如发热恶热、日晡潮热、蒸蒸汗出、身重等等。然而这些症状都是阳明病的枝枝节节，其根结是在胃肠。但又不能严格区分何者在胃何者在肠，所以概言为“里病”倒是非常妥当而且很严密的。更进一步说，胃和肠无论在生理上或病理上总是相互影响的一个整体，如《素问·灵兰秘典》说：“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。”它们是组成饮食出入消化吸收的一个不可分割的整体。在现代医学中，巴甫洛夫的高级神经说对消化系统的研究证明，消化器官各部分彼此之间有着极为密切的联系：口腔的消化影响胃的分泌活动，胃的分泌活动又影响肠的功能。反之，肠的消化障碍也影响胃活动。这是借助于神经调节而形成的整体关系。

肠在生理功能上的相互影响，在组织上一管相联，在血液循环上一脉相通，以及在接受其内容物的影响等，决定了它们在伤寒病理过程中不可分割的病理关系。所以仲景对胃肠等消化器官概称为“胃家”、“里”是有着科学根据的。“里”与“表”作为一个病位概念，是中医在长期的医学实践中形成的。它们最早见于《内经》，但形成完整的明确的病位用于临床辨证是伤寒中完成的。如果我们对阳明病认真地研究一下就会知道，用胃或肠来作阳明病位都不能概括，即使胃肠并用也并不能成为一个严密的病理部位。而仲景所用的“胃家”，“里病”，粗看似乎是一个缺



乏准确性的病位，但实际上却是一个异常严密的阳明病理反应的病域范围。

根据什么说阳明病位是“里”呢？可以从两方面看，一是仲景在《伤寒论》文中的指示；二是阳明病理。如仲景在阳明提纲中说“阳明之为病，胃家实也”；在论证白虎汤中说“热结在里”，“里有热”；在论证承气汤证中说“可攻里也”，等等。这是仲景对阳明病位的确定认识。如果对阳明病理略加研究，就会对阳明病位有更加明确的认识。如瓜蒂散证：“饮食入口则吐，心中愠愠欲吐复不能吐——胸中实”；“邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者”（邪结在胸中与胸中实乃指胃中。说胸中而不说胃中，一是与燥屎在胃中相区别为言；二是胃中之邪胸中烦满，说胸中以明示可吐而不可下）。瓜蒂散证因饮食入口则吐，心下满而烦，饥不能食，足证邪在胃中，而且用吐法治疗也是病在胃中的论据。只有胃中的病理物质可用吐法祛除，岂有胸中的实邪可以吐出的道理？再如白虎汤证：“发热恶热，汗出而渴，脉洪大”，这是里热的症状表现。伤寒在胃肠引起的抗御反应，因功能亢进、代谢增高、大量的物质交换产生的过高之热量，一方面要经由体表的温差散热，所以出现发热恶热；另一方面要由体表调节势能排汗以散体温，所以蒸蒸汗出，同时因排汗丧失大量水分，所以渴欲饮水。发热恶热汗出而渴虽为全身表现，但根于胃肠，所以说病位在里。再如承气汤证：“日晡潮热谵语，腹满不通，或五六日不大便燥屎内结谵语”，这显然是胃肠病位。因伤寒在胃肠的抗御过程中，邪热伤津，结肠因强吸收而造成燥屎，因而导致排便障碍，同时也造成了胃肠对病理物质的代谢障碍。潮热虽为全身症状，谵语虽为脑证状，但引起这些证状的根结在于抗御反应。

瓜蒂散证的病位在里，病理趋势上越，所以用吐法以祛除胃中之邪；白虎汤证的病位在里，所以用清法通肠以祛除胃肠的邪热；承气汤证病位在里，所以用下法祛除结肠的燥屎。唯其邪在胃肠所以才可以用涌吐和排便的手段来达到祛除病邪的目的。这是无数次的实践所证实的东西。

阳明病的病理性质是阳性过程。这无论是瓜蒂散证的脉微浮发热心



下烦满，或白虎汤证发热恶热汗出而渴，还是承气汤证日晡潮热谵语，都具有发热这一阳性特征。因发热表明机体功能亢进与代谢增高的病理状况，所以仲景在《伤寒论》中以“发热恶寒者发于阳也”为阳性病理的辨证指标。

伤寒阳明病理阶段为里病的阳性过程。由于病位胃肠的功能特性，决定它以呕吐与排便为抗御形式。邪在上，抗御势力则以呕吐来祛除病理物质，如瓜蒂散证“心中愠愠欲吐”病势表现上越，所以因其抗御本身的趋势而用吐法；邪在下的，如承气汤证“腹硬满不大便”，因大便不通而成为抗御的障碍，所以因其病势下夺而用下法。病势表现里热，如白虎汤证“发热恶热汗出而渴”乃承气汤证的前一阶段。如白虎汤失治伤津，导致结肠干燥而成硬屎，即为承气汤证。白虎汤证病势为里热；白虎加人参汤证为里热伤津，调胃承气汤证为里热大便硬；小承气汤证为里热腹满不通；大承气汤燥屎内结腹满硬疼。从白虎汤到调胃，小、大承气汤证皆胃肠实热，只有轻重缓急等次不同，并无本质上的区别。以经络学说解释伤寒六经病者，以经病、腑病来区分白虎汤证与承气汤证，是不能说明阳明病的本质的。实际上是杜撰出了经病、腑病，来使伤寒六经病纳入他的经络说的规范，因而乱了伤寒六经辨证的理法。

阳明病理阶段发展过程中，从瓜蒂散证到白虎、大小调胃承气汤证，是同一胃肠病位的阳性过程。它们有着同一“胃家实”的病机，只是在发展中表现出不同的病理趋势而已。而病理趋势之所以不同是病位的功能特性在抗御反应中的不同的表现形式，决不存在什么经病、腑病这样的东西。每位有经验的医生在临床中都会清楚地看到：发热恶热汗出而渴是阳明里热病势。用白虎所以能撤其热而存其津液，完全是方中知母的通肠利便的功效。白虎汤证如不得通便是不会有撤热效果的。作者用白虎汤二十余年所见无不如此。同时，白虎汤证失治伤津则发展为承气汤证。白虎与承气证实乃阳明病理阶段发展中相连的两个过程，这无论是在伤寒中或是在临床中都是实际存在的。阳明病是伤寒病理发展过程中的一个特殊的病理阶段，它是以里病位阳性病理反应为特征的。在病

性上，它是与太阳病、少阳病相联系的。因此太阳、阳明、少阳三个阳性阶段存在着传变的关系。如太阳病汗出多，伤津液，或少阳病误发汗，都会因胃肠干燥而传变阳明。阳明病与太阳病由于是同一里病位的阴阳两性病理阶段，所以它们之间也因胃肠功能的进退变化而相互转化。如瓜蒂散证邪在上不可用下法，如误下会伤害胃肠功能而造成下利腹疼则转化太阴。再如，白虎汤证如误用大承气汤攻而伤害胃气也会转化太阴。在阳性过程中，有时出现两阳或三阳的合并过程。总之，阳明病理阶段的一切传变、转化或合并过程都是以病理为依据的，因而也是有规律可循的。

阳明病理阶段的各具体证候是以“胃家实”为同一病机的。这是伤寒病因引起的胃肠病位的阳性病理反应所规定的，非此不是阳明病。因为它是伤寒的阳性病理过程，所以以祛邪为原则。又据上越、里热、下夺不同的病理趋势而分别用吐法、清法、下法。这便是所谓因势利导之法邪法。所谓病理趋势，是病因、病位和病性的综合反应，是立法用药最根本最切实的依据。仲景在《伤寒论》中提出了三条瓜蒂散证，六条白虎汤证，二十五条承气汤证，这是他本人在临床中依据病势立法用药的具体案例。尽管这些东西是有限的，而实际临床会有更丰富的内容，但大匠示人以规矩，只有善于领会其中的良法美意，才能在实践中使伤寒六经辨证理法得以发扬。

在阴阳病理过程中，因失治、误治或其他原因而造成多种继发性杂病，如黄疸、热入血室、蓄血、虚烦、热淋、便秘等等。这类证候因为不是伤寒病因造成的病理过程，所以它们与伤寒有着不同的病理，因而也有不同的发展规律，当然在理法、用药上也是各自特殊的。它们不是伤寒过程，自然也不是六经病的范畴，所以列为阳阴阶段的继发证，放在阳明病篇末分别讨论。



第二章 阳明病纲领

本章收入二十七条，为阳明病辨证与治疗的理论部分。不过亦有古代别派医家的言论，尽管与伤寒论理法不合，也一并归于本章加以讨论。

1. “阳明之为病，胃家实也。”

此条是阳明病的提纲，是阳明病的病理界说。它概括着阳明病理阶段的本质特征，也就是病位和病性的特征。

阳明二字是阳性病理的指示。凡说阳病即概发热，因“发热恶寒者发于阳”，所以仲景言阳病即示发热，胃家为病位，概括肠胃组织。“实”是指名为实邪，也就是亢盛的邪气，如《素问·通评虚实论》说：“邪气盛则实，精气夺则虚。”在病理过程中，实邪一般是阳性的病理状况，表现着正邪的激烈对抗。胃家的实邪当然表现为发热恶热汗出口渴、烦躁、狂乱、腹满、便秘、尿赤、脉象滑数洪大等。本条虽仅九个字，而阳明病理阶段的病位病性已尽括其中了。所以它是阳明病理阶段的定义。在阳明病理阶段发展过程中，凡是有这一病理特征的证候便是阳明病，凡不具这一病理特征的证候便不是阳明病。

阳性病的病性特征固然是发热，但发热毕竟是外在的一般表现。然而阳性病的本质是功能亢进、代谢增高，所以仲景又指示说：“病人身大热反欲得衣，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”这说明发热只是作为一般性病性指标，并非绝对的指标。如“伤寒脉浮滑，此表有寒，里有热，白虎汤主之”一条，以及“伤寒脉滑而厥。里有热也，白虎汤主之”一条，就是透过身寒的假象而看到里热的阳性本质的。当然一切的证状都不是孤立的。一切的外在表现都是与内在的东西相联系着的。临床辨证也必须看到证候的全面，不仅要看外在的表现，也必须研究认识内在的病理。在阳明病的认识中是如

此，在其他任何病理过程中无不如此。

由于胃肠在生理与病理上的相互联系相互影响的整体关系，所以自古代就对消化系统生理功能概称为“胃气”。因“胃为水谷之海”，消化系以胃为首。仲景用“胃家”概言胃肠不仅是容易理解的和有根据的，而且更有着整体性的意义。

昔日的伤寒学家对“胃家实”有不同的解释。如方有执说：“实者，大便结为硬屎而不得出也”，这是对实邪的一种片面的解释。“胃家实”固然概括阳明燥屎，但硬屎不得出则不能尽胃家实的含义。如瓜蒂散三证，白虎汤六证，承气汤二十五证，无一不是胃家实，但燥屎不得出不过三五证而已。方氏以硬屎不得出释胃家实，其片面性是显而易见的。

2. “问曰：阳明病外证云何？答曰：身热汗自出，不恶寒反恶热也。”

仲景文字言简意赅，从无烦冗字句。此条设为问答，不类仲景文法。故山田、刘栋等人以为是后人所记，但此条却有可取的理法。三阳病本各有特殊的热型，如太阳病为发热恶寒，少阳病为往来寒热，阳明病发热恶热。这里特出一条阳明外证，于辨证不无益处。

阳明病发热恶汗自出是其病理所规定的。阳明病乃伤寒在胃肠的阳性抗御过程。胃肠居胸腹腔中，在抗御过程里由于胃肠功能异常亢进和代谢增高所产生的高热，经由循环导体表组织来进行调节。机能健全的表组织一是以温差散热，一是以排汗来放散体温。由于体温调节功能排汗以散体表高热，所以身热汗自出。在温差散热的意义上说，若室温与体温差数很小，温差散热不可能或成为困难，则反射性的会引起意识中枢的反应：欲去衣被而喜凉。这是阳明病发热恶热的粗浅的病理机制。

发热恶热与发热恶寒虽然都是阳性病理过程。但发热恶寒是表病位的抗御反应，发热恶热是里病位抗御反应。由于不同的病位有不同的功能特性。所以表现的发热形式也不同。

关于阳明的身热，前人有各自不同的解释。如日人浅田宗伯解释阳明身热为大热。汪琥释身热为肌热，异于太阳的翕翕发热。金鉴释阳明之身热发于肌肉，必蒸蒸而热，不似太阳之阵阵发热。这些解释虽俱有



个人的一得之见，但肌热、肤热殊难区分，而以热之高低，汗出多少亦无定量之标准。这种说法虽言之成理，究竟不足以资应用。莫如以发热恶热为阳明热型，以发热恶寒为太阳热型，以寒热往来为少阳热型，于辨证上较易掌握。

3. “伤寒三日，阳明脉大。”

陆渊雷先生说：“此条非仲景文字，乃热论家言。三日为二日之误。”少阳篇有：“伤寒三日少脉小”，可以互证。阳明大多由太阳传变而来，并无一定的日数规律，同时阳明的脉象为浮大洪滑弦皆有，并不似太阳脉必浮，少阳必弦细之有定型。由此亦知此条非仲景文字。

4. “问曰：病有太阳阳明，有正阳阳明，有少阳阳明，何谓也？答曰：太阳阳明者，脾约是也；正阳阳明者，胃家实是也；少阳阳明者，发汗利小便已，胃中烦躁实，大便难是也。”

本条不是仲景文字。一是设为问答，文字烦冗；二是已在提纲中申明阳明病为“胃家实”，仲景不会立即又定出许多名义，何况此条辞旨浅陋，于辨证治疗无裨益。同时“胃家实”之定义在阳明病理阶段各具体证据中于病理一致符合，而此条之说多有矛盾之处。“脾约”一词首出于此，意义不明，后世医家多望文生义强作解释。如成无已释为脾约为：“胃强脾弱，约束津液，不得四布，但输膀胱，致小便数而大便难也。”成氏之说亦不可解，胃强脾弱是何等病理？是怎样约束津液？成氏似乎是在用想象推理的方法说脾约。从阳明病篇的内容看，阳明病由太阳传变而来的最多。太阳初传阳明身热恶热汗出而渴，成里热之势；不愈，则发潮热谵语腹满大便硬而成下夺之势。这与临床中是完全一致的，并不同于成氏所说的脾约。阳明病篇有脾约一条，凭脉断证，文理不明，证状不是伤寒过程，文字亦非仲景手笔。本条所说少阳阳明为胃中烦躁实大便难，试问这与“胃家实”有什么不同？此条无可取之处。

5. “问曰：何缘得阳明病？答曰：太阳病若发汗、若下、若利小便，此亡津液。胃中干燥，因转属阳明。不更衣，内实，大便难者，此名阳明也。”

此条亦非仲景文字，词义浅薄。太阳病失治，误治俱可传变阳明。而内实大便难不能作阳明病。如果内实大便难之外别无他证，应为太阳病差后之便秘。若加之发热喊出心烦等证方为阳明。

6. “问曰：病有得之一日不恶热而恶寒者，何也？虽得之一日恶寒，将自罢，即自汗出而恶热。”

7. “问曰：恶寒何故自罢？答曰：阳明居中，主土地，万物所归，无所复传。始随恶寒，二日自止，此为阳明病也。”

以上两条俱不是仲景文字，乃热病论家的言论。热病论为一日太阳，二日阳明。所以一日恶寒为太阳，二日恶寒自罢而恶热为阳明病。热论六经传变为一日一经，循一定之次序。伤寒并不如此。此条论恶寒何故自罢的理由乃是居中主土，等等。这如何引申出恶自罢的病理呢！有些注家惑于此言，认为病至阴阳即不再传变。但伤寒并不如此。阳明病如伤害胃肠功能则转化太阴。阳明病亡律涸血则向厥阴发展。阳明与太阴是同病位的阴阳两性病理过程，它们依据器官功能盛衰而分化，又依据功能进退变化而相互转化。如何说无所复传呢？显然，这两条文字无论从哪方面说，都与仲景的理法不相符合。

8. “本太阳病，初得病时，发其汗，汗先出不撤，因转属阳明也。”

本条为太阳病转化阳明的形式。太阳病初病时发其汗并不是误治，属于正确的方法。但发汗而汗出热不退汗亦不撤，也就是发热汗自出，不恶寒而恶热之证，已是转属阳明了。从本条可知，太阳邪气重则不为汗解而由表入里转化阳明。

9. “伤寒发热无汗。呕不能食，而反汗出濇濇然者，是转属阳明也。”

按李善注引“埤苍”：“濇，水行出也。”以濇濇然形容汗出状貌。

本条发热无汗呕不能是少阳病理过程。少阳发热无汗，反而濇濇汗出是转属阳明阶段。其身热恶热自不必说。如呕不除的，是少阳阳明病。此条示少阳转化阳明。

10. “伤寒转系阳明者，其人濇濇然微汗出也。”

本条言伤寒无论太阳、少阳，凡转系阳明过程，必有濇濇然微汗出



之证。因抗御反应转入里病位，所以有此热型。

11. “阳明病，若能食，名中风，不能食名中寒。”

本条不是仲景文字，以能食与否阳明立中风，中寒之名目。从形式上看，与太阳的中风、伤寒相类。但从病理关系上看，太阳中风与伤寒有不同的病理和不同的治疗方法，是不可混淆的两种病势。而本条的中风与中寒，似乎在正阳阳明、太阳阳明、少阳阳明之外又有中风中寒之分别。在阳明篇中凡是论阳明中风中寒的文字皆不可理解，同时对辨证与治疗的也无意义。这些文字，或为后人所记，或为篡改亦难考证。前人多牵强为之注解，亦无裨于临床。在阳明病中，能食屎未硬，不能食的屎定硬。这是辩硬屎的法则，且有病理依据。同时，阳明病能食的可发展到不能食，是屎已硬结的征候。这与能食为中风不能食为中寒又如何解释呢？

12. “阳明中风，口苦咽干，腹满微喘，发热恶寒，脉浮而紧，若下之，则腹满小便难也。”

此条承上条而说，乃热论家的文字。按伤寒六经证候特征，口苦咽干为少阳证，发热恶寒为太阳证。但本条却与内经热病论之阳明经病相符。本条不可作为伤寒的理法，亦不可用伤寒理法来解释。前代注家以三阳合病为解，亦甚为牵强。

13. “阳明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濇然汗出此欲固瘕，必大便初硬后溏。所以然者，以胃中冷，水谷不别也。”

此条亦是承 11 条而言，不可以伤寒理法为解。如按伤寒法：手足濇然汗出而不能食，必有燥屎。而此条则欲作固瘕。“固瘕”一词首见于此，应是内经之“大瘕泄”。以其深固难愈，故谓之“固瘕”。瘕泄即肠澼、痢疾之类。以“胃中冷，水谷不别”何以为伤寒阳明“胃家实”的病理呢？此别派医家之言。

14. “阳明病，初欲食，小便反不利，大便自调，其人骨节疼，翕翕如有热状，奄忽发狂，然汗出而解者，此水不胜谷气，与汗共汗，脉紧则愈。”

此条亦是承 11 条而言，不是仲景文字不是伤寒理法。条文中所列症状皆非阳明证。“水不胜谷气”以下文字不可理解。

15. “阳明病欲解时，从申至戌上。”

此条释见太阳病纲领第一章第 9 条。

16. “阳明病，不能食，攻其热必嘔。所以然者，胃中虚冷故也。以其人本虚，攻其热必嘔。”

胃气素虚之人，当阳明病中，不能食的不可攻其热。若过用苦寒药物则伤害胃肠功能，必致呕。但阳明病不大便，腹满潮热，不能食乃有燥屎，当以大承气汤攻下。不能食一证，不可独立看待。当消息于胃气虚衰与热邪闭结之间、再议可攻不可攻。

17. “阳明病，无汗，小便不利，心中懊恼者，身必发黄。”

此条是阳明病过程中继发黄疸的证候。

阳明病应汗出濈濈然，今日阳明无汗乃阳明过程已经结束，而继发性黄疸性肝炎。由于在胃肠的抗御过程中，十二指肠的炎症可导致胆汁的代谢障碍。进入循环的胆素因小便不利而不能从小便排除，又因无汗而不能从汗液排除，所以身必黄。“心中懊恼”为十二指肠的炎症表现。十二指肠的炎症并不是发黄的必然原因。十二指肠的炎症可导致胆汁代谢障碍，在无汗与小便不利的情况下，尿胆素元无代谢出路则沉积于皮下组织而为黄疸，身黄不是阳明证，乃阳明的继发性杂病。

18. “阳明病，被火，额上微汗出而小便不利，必发黄。”

此条是阳明病被火而继发黄疸。病当阳明阶段，邪热炽于胃肠，如更以火法劫其津液，热越盛而津愈伤。额上微汗出即身无汗，加之小便不利，发黄的病理同上条。

19. “阳明病，脉浮而紧者，必潮热发作有时，但浮者，必盗汗出。”

盗汗为睡中汗出，觉后即止，乃阴虚或虚劳之证，亦有阴虚内热发盗汗的。潮热指发热潮汐来有定时，约在下午三时至五时左右。潮热有实证潮热与虚证潮热。实证潮热如腹满燥屎，虚证潮热以阴虚者为多，常于午后或夜间发热，并伴汗出乏力等证。潮热以阴虚者为多，常于午



后或夜间发热，并伴汗出乏力等证。本条只提出脉浮而紧，不知如何为必发潮热的根据，脉但浮亦难作盗汗的根据。按伤寒理发，浮紧为太阳脉征。阳明病发潮热脉象沉数，或滑或疾或弦迟不定。仅凭脉断证，恐非仲景的文字。

20. “阳明病，口燥，但欲漱水，不欲咽者，必此衄。”

阳明病热盛于里，若多汗伤津则渴欲饮水。口中燥是口腔黏膜干燥，干燥则欲得水，不渴则不欲咽。口鼻黏膜干燥因里热而致。欲得水润其干燥。不渴是因上部充血。上部充血口腔不产生因组织缺水的神经末梢刺激，因而不渴。本条里有热而血气蒸腾上充，口鼻黏膜干燥自是衄血的机括。此证，周杨俊拟葛根汤发汗，柯琴主以桃仁承气汤，犀角地黄汤。陆渊雷先生说：“当视证之缓急，未衄而太阳证急者，葛根汤；若已衄而血证急者，桃仁承气汤、犀角地黄汤择用。又血证多唇口干燥，临证者宜知之。”

21. “伤寒呕多，有阳明证，不可攻之。”

在伤寒过程中，呕是少阳证，少阳禁汗、禁吐、禁下。若发热而呕有阳明证是少阳阳明并病。可与小柴胡汤，或小心择用大柴胡汤或柴胡加芒硝汤，以和解少阳兼和胃气。如遽用大承气汤峻攻，必伤少阳气机而造成坏病。

22. “阳明病，必下硬满者，不可攻之；攻之利不止者死，利止者愈。”

伤寒之硬满，有胃肠实热之硬满，有胃气虚弱之硬满，有气机失调之硬满，各有特殊的病理和不同的表现。阳明实热之硬满在结肠部分，为燥屎内结而成，症状为潮热腹满不大便。胃气虚弱之硬满在心下部位，为胃肠功能衰弱而成，证状为食不下，甚者下利腹痛，气机失调之硬满在心下及胸胁部位，症状为胸胁及心下苦满，喜呕不欲饮食。此条阳明病心下硬满为气机失调之硬满，若误以为可下证而用承气汤攻其热结，必因伤害胃肠气机而造成下利不止。如以法治疗而利止的愈，如治而利仍不止，必亡阴而死。

23. “阳明病，面合赤色，不可攻之，攻之必发热色黄，小便不利也。”

“面合赤色”即颜面通红色。面色通赤乃因头面血管偏多，里热不得通过排汗而调节，血液上充于头面。此非可下之证。若误认为可下而以大承气汤之亦会造成下利腹疼，因里未结实，所以不可攻，其理可知。若攻之而发热色黄小便不利之里难晓，不敢强解。陆渊雷先生认为“攻之必然发热色黄，小便不利也”一句后人所加。

24. “夫实则谵语，虚则郑声。郑声者，重语也。直视谵语喘满者死，下利者亦死。”

郑声的病人语言断续重复，语音微低，神志不清，乃正气虚损精神散乱的表现。谵语为神志昏蒙似睡非睡的胡言乱语。谵语与郑声是脑神经证状，都是在病情重笃时的表现。此条论阳明病死证。直视为神经及动眼神经麻痹，亦属脑证。喘满是呼吸短促，为循环趋于衰竭的表现。若直视谵语下利与郑声下利俱是危证，多不可救药，内经有“邪气盛则实，精气夺则虚”，如直视喘已见中枢障碍，循环衰竭，加以下利，复夺其精气，所以亦为死证。

25. “发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语脉短者死；脉自和者不死。”

短脉主气虚，实验证明，短脉为心脏排血量不足。伤寒在太阳过程中发汗已多，转属阳明后若重发汗，汗多亡阳，亦伤津液。胃肠燥结而谵语。汗多伤阴，血不足则脉短。正气虚而邪气实。燥屎谵语因脉短而不可攻下，为难治可攻下，为难治之证。若谵语而见实、滑、弦、迟之脉，为脉证相应，是脉自和者，表现邪气盛而正气实，可攻其热而愈。

26. “脉浮发热，口干鼻燥，能食者则衄。”

脉浮发热不恶寒而恶热为阳明病。因脉浮知体表血流充盈。口鼻黏膜干燥则易破裂。能食者表明胃气强盛，是构成衄血的条件。

27. “阳明病，本自出汗，医更重发汗，病已差，尚微烦不了了者，此必大便硬故也——此亡津液，胃中干燥，故令大便硬。当问其小便日几行。若本小便日三四行，今日再行，故知大便不久出。今为小便数少，以津液还入胃，故不久必大便也。”



本条指出阳明病，病已差尚身有微热心烦而不去，是因在病理过程中出汗过多而结肠有硬屎之缘故。自“此亡津液”以下六十字是后人注语。文中反复以小便之多少揣测大便的情况，辞义浅陋。特别是“今为小便数少，以津液还入胃”一语最为无理。

在阳明病理过程中，发热汗出则消耗大量水分。同时结肠对水分的吸收增强，由此使大便燥结则小便短赤。当阳明病解，热退身和，汗撒渴止则二便通调。这是一般的临床辨证常识。若以小便的多少来断定大便的通否，难以准确。若阳明病已差，尚微烦不了了，知有硬屎，少与调胃承气汤则胃气和而大便通，何必斤斤计较小便几日行！

第三章 阳明病上越病势

阳明病是伤寒病在里病位引起的阳性抗御过程。在阳明过程中，邪上则表现上越的抗御趋势。由于胃的功能特性，以呕吐为其抗御形式。所以因其上越之趋势而用吐法以祛除病理物质，即所谓“因势利导”的祛邪法。

1. “病如桂枝证，头不疼，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉，不得息——此为胸有寒也。——当吐之，瓜蒂散。”

伤寒阳明上越病势三条瓜蒂散证都不在阳明篇中。此条因有“病如桂枝证”五字误入太阳篇中，下条因有“手足寒”一证而误入少阴篇中。其余一条因有“手足厥冷”一证而误入厥阴篇中。凡此三条，从病理的观点看。三条瓜蒂散证有同一的里病位和阳性病质，同一的上越病势，而用同一的方法、药物。这足以说明它们不是太阳少阴厥阴三经证候。那么为什么不列在阳明而错落于三经呢？这是不难理解的，《伤寒论》代远年湮，本来的面目已不可见。千余年来几经篡改，篇目凌乱。如果于其病理的联系中研究其来龙去脉，恢复其本来面目，也并非不可能。

瓜蒂散三条错落于太阳、少阴、厥阴三经的原因，也便是其出错阳明篇的原因。

本条为什么错入太阳篇呢？因本条未冠有阳明病的字样，而冠以“病如桂枝证”所以误入太阳。同时又“寸脉微浮”。这很容易被浅人误认为太阳病。然而“如桂枝证”已说明不是桂枝证。脉浮表明发热，既无头疼恶寒之表证，而有心下烦满，哪里是桂枝汤证呢！既无头疼恶寒之表证，而有心下烦满、痞硬之里证，又有脉浮发热之阳性反应，其病位在里的阳性过程可知了。文中说“胸中痞硬”，即是胃中痞硬。因胃居心下，上连食道，出胸中至咽喉。胃中的抗御反应应直接影响到胸中。说胸中实指胃中，这也如结胸证的说法：“小结胸正在心下”，“若心下满而硬者此为结胸也”，仲景文例如此。如果确认为病位在里为阳性过程，完全符“胃家实”的病机，再看其“气上冲咽喉不得息”的欲吐之病势，因势催吐的祛邪方法，自是阳明过程无疑。文中“此为有寒者也”一句是后人所加注语。按“寒”一般有四个概念：一是指六气之“寒气”，二是指六淫之寒邪，三是指功能衰竭之病理表现，四是痰饮为寒。古代称为痰饮为寒，本条说有寒即指痰饮而说。

此条证是伤寒阳明阶段在胃的抗御过程，因其趋势上越，所以用吐法以排除胃中的病理物质。由于其排出物中有大量的黏液，所以易被误认为寒疾。同时瓜蒂散乃苦寒之催吐剂，胃气虚弱的痰饮病是不可用的。仲景治寒饮大法是“以闻药和之”。如瓜蒂散这样的苦寒祛邪剂只宜于功能亢进、代谢增高的阳性病理过程，所以本条证非痰之证。“胸有寒”一句是后人所加。

本条证亦非太阳病。第一是不合太阳病理界说：“脉浮头项强疼而恶寒”。第二太阳法则用汗法而禁吐，误吐会造成饥不能食，或内烦不欲近衣。这足以证明本条是误入太阳篇。胃家实之上越病势用吐法排出大量黏液，亦如肠的排便、表的排汗一样是祛邪的方法。

“瓜蒂散方：

瓜蒂 1 份炒黄 赤小豆 1 份



上二味，个别捣筛为散已，合制之，取2克强以香豉20毫升，同热汤煮作稀糜，去渣，取汁和散，温顿服之。不吐者，少少加，得快吐乃止。诸亡血家不可与瓜蒂散。”

按：瓜蒂苦寒有毒，主治大水身面四肢浮肿及病在胸腹中阶吐下之。瓜蒂含喷瓜素，可刺激胃黏膜引起呕吐。瓜蒂散可因抗御的上越而催吐以祛邪。瓜蒂散一钱匕，约瓜蒂赤小豆各一克强。散剂对胃发生直接作用。如沈括说：“欲胃膈中莫如散。”方中小豆粉应是剂型之药，不会产生明显的药理作用。香豉苦寒治烦满闷，杀诸毒，治呕逆，可缓瓜蒂之毒性，不使吐之太过。服散不得吐者，少加其量，得吐乃止，以防过剂伤人。由于吐剂不仅是排出胃中的内容物，而且可刺激胃黏膜加强分泌，大量的液体一同排出，所以亡血家、正气虚弱的病人要慎用。

2. “少阴病，饮食入口则吐。心中愠愠欲吐不能吐。使得之，手足寒、脉弦迟。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，宜四逆辈。”

文首“少阴病”三字有误，可能是后人篡改。因见其有“手足寒”一证似少阴，但少阴有恶寒欲寐脉微细，显然不是少阴病。而且“始得手足寒”，含有后来不寒之义。同时脉弦迟，胸中实皆为阳性病征。又恐被误认为是可下之证，所以着重申明饮食入口则吐，愠愠欲吐不能吐的上越之势，指出实邪在胸中而不在肠中——仲景常指燥屎在胃中，以胃概肠，这里说胸中实乃区别于肠实——说明当吐不可下的理由，这决无少阴病的迹象。

少阴病的病理是表病位的阴性过程。其手足厥冷是因循环衰弱，伴有体温不足的恶寒和脉象微细。瓜蒂散证有始得之手足寒，之后则不寒。在寒时乃因气血适应胃的抗御的需要而内趋以抗病，一时远端循环减少，手足寒凉，伴有脉弦、欲吐。瓜蒂散证的手足寒尺少阴的手足逆冷，从外部现象看，似乎相近似，但从病理上是有本质差别的，一是表阳虚，一是里实热。对于手足寒一证不可孤立看待，应从证候的整体来看。才能分析阴阳寒热。本条证中饮食入口则吐，心中愠愠欲吐一证，是阳性

病理反映。仲景有“食已即吐大黄甘草汤主之。”又有“太阳病过经十余日心下愠愠欲吐是胃中实热之证，更以脉象来看，弦脉、迟脉在阳明过程中表明热实在里。如“阳明病脉迟，微汗出，不恶寒者……可攻里也。”再如阳明病“发则不识人，循衣磨床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生。”本条瓜蒂散证无论从脉从证俱可证明为胃家实热的阳性过程。不可以始得手足寒误为少阴。岂有少阴病可以用吐法的道理？历代注家皆知此证用瓜蒂散，但不曾指出少阴病三字之误。陆渊雷先生认为热病论之少阴即伤寒之阳明。或许此三字为热论家所加亦未可知。无从少阴病三字错出何因，根据病理还其阳性病的本来面目，是对的。“若膈上”以下二十字当是后人所加注语，告诫如系胃功能衰竭的阴性病不可用吐法，看出此公深明瓜蒂散不可施于少阴病。

3. “病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当需吐者，宜瓜蒂散。”

此证足厥冷脉乍紧为阵发性症状。厥冷与脉紧是同时出没的，脉紧时则手足厥冷，不脉紧则手足不厥冷。在《伤寒论》中用乍字处尚有四条。如大青龙汤证：“身不疼但重，乍有轻时。”大承气汤证：“小便不利，大便乍易乍难”。又如“身汗如油，喘而不休，水浆不下，形体不仁，乍静乍乱。”以上四处用乍字都是阵法之义。与本条相同。本条手足厥冷阵发不同于厥阴之厥热胜复。因脉紧乍浮。仲景又指出“邪结在胸中”——即胸中痞硬，心下烦满，这是厥阴病所没有的。手足厥冷是手足寒的互辞，心下烦满是愠愠欲吐由同义语。瓜蒂散证三条脉证应相互补充、互相发明。瓜蒂散证实为伤寒里病位的阳性过程。



第四章 阳明病里热病势

阳明病里热病势是伤寒病因在肠胃引起的阳性抗御过程。在此过程中，胃肠的功能亢进代谢增高，大量的物质交换产生的高热要经由循环传递到体表调节。因而脉象洪大滑数，证见身热恶热汗出而误，伤津则烦渴欲饮水数升口舌干燥。这表现为里热的病理趋势。

里热病势过程中如失治或因汗出多亡而津液则结肠干燥结为硬屎则进入下夺病势过程。里热与下夺是相连的两个过程。下夺病势的前一阶段即里热病势，并不是经络学说者的所谓经病腑病。

1. “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。”

本条证是太阳病发汗后转变阳明阶段。服桂枝汤非误治，因邪气太盛不为汗解而传变阴阳。大汗出后因烦渴不解即大烦热大渴引饮，显然是汗出多伤津液而邪热盛于里。脉洪大表明功能亢进、体液充实，代谢增高。洪脉为实之脉象，心脏张缩有力，排血量充足。这一循环状况是调节胃肠组织的高热而出现的。因里热需经由血液循环带到体表组织，体表组织一方面以排汗调节体温，这是身热汗自出的机理。由于发热汗出导致体液的大量消耗，这是大渴饮成因。由于邪热盛于胃肠所以成里热之势。因其势而用白虎汤清里热，加人参生津止渴。清热在于通畅利便以祛邪外出。

“白虎加人参汤方：

知母 83 克 石膏 223 克 甘草 28 克 炙粳米 200 毫升 人参 42 克
上五味，以水 2000 毫升，煮米熟，汤成去滓，温服 200 毫升，日三服。”

本方为清泄生津热止渴之剂。方中知母苦寒消渴热中，补水、泻火，

多服令人泄，能通畅利便。石膏辛寒，除胃肺之热，胃肠中结气，治大渴引饮，壮热皮如火。本方以知母为主，合石膏以加强清热止渴之效能。只因其能清里热所以才能止渴生津。只因能通肠，使肠胃之病理物质得以排除，所以才能清热。本方虽为清热之峻剂，但寒而不凝，通而不泻，清热生津寓于祛邪之中。甘草通血脉益津液，缓病情与药性之急迫。粳米煮汁益胃以助津液。加人参健胃气生津液。白虎汤证凡大渴不解的皆加人参以生津。

本方注家多以石膏为君药，但按仲景方剂体例，以方中首列药物、用量最大、最切病理的为君药，方中知母比石膏更符合这三个标准。知母应为君药。

2. “伤寒若吐若下后，七八日不解，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。”

本条是太阳病经吐下后七八日不解而传变阳明。“热结在里”一句指烦热而大渴饮水。“时时恶风”是因多汗时体温散失多而有恶风之感，决非太阳发热恶风之证。“表里俱热”一句指身热烦渴而言，并非发热恶寒之表证。此证是里热伤津，所以主以白虎加人参汤。

3. “伤寒无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。”

本条“无大热”是身无大热，并非里无大热。因时时排汗所以身无大热。排汗多，体温散失亦多所以背微恶寒，与上条时时恶风相同。恶寒在多汗时，恶寒限于背部，与太阳表证有所不同。太阳恶寒在无汗时，燥渴心烦而知里热，自是阳明里热病势。

4. “伤寒脉浮，发热无汗，其表不解者，不可与白虎汤。渴欲饮水无表证者，白虎加人参汤主之。”

脉浮发热无汗恶寒，为太阳表证，胃肠无热可清，所以不可用白虎汤。必身热恶热汗出而渴欲饮水，是热已入里，表证已罢，主以白虎汤或加人参汤清里热而生津止渴。渴欲饮水是里热的表现。此条指示表不解禁用白虎汤，无表证的才是白虎汤的适应证。

5. “伤寒脉浮滑，此为表有寒、里有热，白虎汤主之。”



浮滑为阳明脉象。滑为“阴气有余”。因里热而经血沸腾，血流加速，表现了功能亢进，体液充实的病理状况。在脉浮滑的基础上，表有寒里有热的是真热假寒。表有寒指体温低于正常情况，里有热指脉浮滑，口舌干燥，苔黄尿赤，恶热口渴等证。此条提示据脉象反映的本质来识别表寒的假象。

6. “伤寒脉滑而厥，里有热也，白虎汤主之。”

此条与上条文理相同。厥是手足逆冷，但脉滑是功能亢进体液充实的脉征，表明阳性病的本质情况。虽有手足厥逆亦是假寒。可根据脉滑而知里热，厥为热厥。即所谓：“厥深热亦深，热微厥亦微。”如为寒厥，必伴有脉沉微细，舌白不渴，小便清白等证。热厥证，清其热厥自复。凡于热厥之证当参考其厥前表现及伴发其他脉证。

“白虎汤方：

知母 84 克 石膏 224 克 甘草 28 克 炙粳米 120 毫升

上五味，以水 2000 毫升，煮米熟，汤成去滓，温服 200 毫升，日三服。”

第五章 阳明病下夺病势

阳明病下夺病势是伤寒阳性病过程的最高阶段。或愈或死于此大致结束。仲景于此理法很为完备，辨证很为缜密，治疗十分精细。本章收入三十二条，证状表现各有等差。若以变化的观点看，三十二证各自特殊；若以不变的观点看，三十二证又俱相同。从其特殊性来说，有调胃承气汤证、有小承气汤证，大承气汤证。而大小调胃三个承气汤所治之证状亦各不相同。若从其共同性说，三个承气汤皆热结在里下夺之势。在本章中，首先了解诸证的变化，而后其之不变；再从其不变的认识中扩大对其变化的认识。也就是说，首先了解各证的特殊性质，从其特殊

性质中认识其共同性质，而后在临床中扩大对阳明下夺病势的特殊性的认识，只有了解其变与不变之理，方能在临床中机圆法活，权衡在心，得心应手，左右逢源。

1. “伤寒不大便六七日，不恶寒反恶热，头疼身热者，与承气汤。”

伤寒发热恶热是阳明持有的热型。头疼身热不大便是下夺之势已成。此条是阳明下夺病势的典型证候，为调胃、大、小承气汤有的证状。当消息于缓急轻重之间而选用大小调胃三承气汤以治之。

2. “病人不大便五六日，绕脐疼，烦躁发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。”

此条证，不大便五六日未必有燥屎，唯不大便五六日绕脐疼、烦躁发作有时则知有燥屎。在病理过程中，伤津液而导致结肠干燥大便硬结，燥屎留滞于结肠则绕脐疼。烦躁发作有时略同与日晡潮热，也是燥屎的证候之一。此证若无腹满当以调胃承气汤治疗，若加腹胀满则需以大承汤治之。

3. “病人烦热，汗出则解。又如症状：日晡所发热者，属阳明也。脉实者，宜下之。”

烦热汗出则解是太阳发汗已解。继而如症状，日晡潮热。此是进入阳明病理过程。日晡潮热为有硬屎的证候。硬屎为可下证。有可下之证还需有可下之脉方可用攻下法。脉实者可为下之脉。实脉为长大有力之象，表明心血排出量大，机体功能强盛，有着祛邪的物质基础。若脉涩或短为血气少气虚，正气衰弱则不胜药力了。

此条说可下之证与可下之脉。

4. “太阳病三日，发汗不解，头不疼，项不强，不恶寒反恶热，蒸蒸发热者，属胃也。调胃承气汤主之。”

此条发汗不解，不是太阳不解，而是转变为阳明病而不解。“头不疼，项不强，不恶寒反恶热”表明太阳表证已解。发热恶热蒸蒸汗出，属阳明热结。“属胃也”一句，胃为阳明病位，属胃承气汤与白虎汤证的区别在于：白虎证汗出而渴欲饮水舌上白苔；调胃承气汤证为汗出口干苔黄



大便硬。此证若为调胃承气汤证，当审大便硬否。

5. “发汗后恶寒者，虚故也；不恶寒反恶热者，实也，当和胃气，与调胃承气汤。”

本条辨汗后虚实。“发汗后”指太阳病说。太阳汗后无热恶寒为实，因邪气重伤津而转入阳明。阳明病“胃家实”，所以说“实也”、“属胃也”。

文中的虚指表阳虚，因太阳病位在表。实指胃家实，因邪盛于里。调胃承气汤乃承平气之剂，承气之意乃内经所谓“亢则害，承乃制”之意。

6. “若胃气不和谵语者，少与调胃承气汤。”

胃气不和指发热恶热不大便而言。潮热谵语，腹满烦热皆可称胃气不和。凡谵语皆实证。阳明病胃不和谵语少与承气汤，即调胃承气汤方服法中少服之意。

7. “伤寒吐后腹胀满者，与调胃承气汤。”

吐后是用吐法施治后，吐亦不为误治。因吐后胃中邪已去或去之未尽，而肠中之邪不去，因而食糜发酵腐败产生气体而腹胀满，与调胃承气汤和胃气。

本条成无己认为：吐为呕吐，胀满为热邪入里。但仲景文中凡言吐后、汗后、下后，都是以法施治，非误治。凡言吐的皆说明致误之证。柯琴以本条之吐为妄吐，伤津液而致胃实胀满。

8. “阳明病，不吐不下心烦者，可与调胃承气汤。”

本条称阳明，指身热恶热汗出之证。不吐不下是未经吐法下法治疗而心烦者，乃里热证。如吐下后心烦是阳明病解继发证之虚烦，为栀子豉汤证。承气汤证与栀子汤都有心烦懊恼之证，而阳明心烦与继发证虚烦之区别在有无发热恶热汗出之证。

9. “太阳病，过经十余日，心下愠愠欲吐而胸中疼，大便反溱，腹微满，郁郁微烦，此先时极吐下者，与调胃承气汤。”

太阳病“过经”是指太阳病理阶段已过。“愠愠”是情绪不快有含怒之意。“欲吐而胸中疼”略似结胸。然而结胸不应大便溱。腹满心烦略似



阳明证，而明阳病不大便此证则大便溏。这是一个很不典型的证候。如果在这些证候出现之前曾极吐极下，那便一切了然；妄吐造成胃气上逆而欲吐胸疼；极下又是以丸药下之，所以虽大便溏而里热不去。正因极吐下而一误再误掩盖了病情。欲吐、便溏是药物造成的反应，腹满心烦胸疼知为里热，所以用调胃承气汤。

10. “伤寒十三日不解，过经谵语者，以有热故也。当以汤下之。若小便利者，大便当硬，而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也。若自下利者，脉当微，今反和者，为内实也，调胃承气汤主之。”

伤寒十三日不解过经谵语，是伤寒十三日以来太阳发热恶寒已经结束而出现谵语身热恶热。此为里热，当以承气汤下之。这是阳明病的常规治法。若小便利，大便当硬不硬而反下利。下利当脉微弱，而今身热谵语下之的药理反应，用丸药下胃实热非正确的治法，应以调胃承气汤主之。脉和指脉证相和，如身热谵语脉实为脉证相和。

此条指出：胃家实热当以承气汤下之，以丸药下之为非法；以脉证和否来辨识药利和自利的区别。

阳明病胃家实热之证，用承气汤下之则愈，用丸药下之则不愈，这是一定的病理与不同的药理所产生的两种结果。阳明病是伤寒病因在胃肠引起的抗御过程。在这一过程中因病理物质的代谢受到障碍而发生的危及生命的反应。下法就是根据这一病理趋势所采取的“燥者润之”、“坚者软之”、“客者除之”、“留者攻之”的因势利导之法。承气汤与其说是通便剂不如说是通胃气；与其说攻燥屎，不如说祛除病理物质。承气汤中的主药大黄，苦寒泻实热燥结，荡涤肠胃，有推陈出新的作用。其致泻成分，能刺激大肠壁引起收缩与增加分泌，从而促进排便。芒硝润燥软坚泻热通便。其主要成分为含水硫酸钠，内服在肠内形成高渗溶液，引起机械性刺激而导泻。大黄芒硝正因为它特殊的药理性质，所以它们能够相辅相成地完成阳明里热结实的下夺使命。而丸药则不然，我们且不必研究它的合成药物为何，总之，是不具备承气汤的药理性质。所以对阳明胃热结实，用丸药之非其法。



以上十条，论调胃承气汤证。

“调胃承气汤方：

大黄 56 克 酒洗 甘草 28 克 炙芒硝 100 毫升

上三味，切，以水 600 毫升，煮二物至 200 毫升，去渣，内芒硝，更上微火一二沸，少少温服之，以调胃气。”

按：大黄苦寒，下瘀血、留饮、宿食荡涤胃肠，推陈出新。又据报道大黄对革兰氏阳性细菌和某些革兰氏阴性细菌在试管内均有抑制作用。其致泻成分为结合性大黄酸类物质，能刺激大肠壁引起收缩和分泌增加而发生通便的作用。芒硝内服在肠中形成硫酸钠高渗溶液，引起机械性刺激而导泻。由于溶液不被吸收所以有润燥软坚的作用。大黄与芒硝相伍有荡涤肠胃，泻热通结，促进新陈代谢的作用。甘草和中缓急药，勿使药力过峻，所以有调胃之名。服法“少少温服”亦是取调和之意，这完全是根据病情的需要。

11. “太阳病，若吐若下若发汗，微烦，大便数，大便因硬者，小承气汤和之。”

本条是太阳病阶段中因吐或因下或因汗伤津，表证已解，而身热心烦，大便硬者以小承气和胃气。如何知道大便硬呢？因汗吐下伤津液，小便次数多而尿量少，而知肠的吸收增强，因而大便硬结。但身热微烦，邪不甚重。证不甚急，大便虽硬而不同于燥屎，所以用小承气汤。然此证当有腹胀满。

伤寒阳明燥屎与杂病大便燥结不同。伤寒阳明燥屎是在抗御过程中形成的，而其中多有有毒物质。此毒质在肠的强吸收中进入循环则引起一系列有害反应。非传染性致病因素造成的燥屎无毒质，虽经十余日不大便无所苦。此理极易明白，临床者当知此理。

12. “阳明病，脉迟，微汗出，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。手足濇然而汗出者，此大便已硬也。大承气汤主之。若汗多，微热恶寒者，外未解也。其热不潮，未可与承气汤。若腹大满不通者，可与小承气汤微和胃气，勿令大泄下。”



本条说出五层意思：一、表已解而潮热大便硬为可下证。二、如微热恶寒的是未解，不可下。三、手足濇然汗出为大便硬的证候。四、腹满不通为小承气汤证，不必大便硬。五、热不潮为屎未硬的证候，不可与承气汤。

脉迟微汗不恶寒身重是表已解，短气腹满而喘有潮热是胃家实热大便硬结，可用承气汤攻里了。手足濇然汗出是大便已是硬的证候，可用大承气汤攻下。多汗而微热恶寒者是表未解不可用下法。热不潮是屎未硬的证候，不可用承气汤。若身热不恶寒，腹满大便不通，为小承气汤，不必有硬屎，也可以说不必潮热、手足濇然汗出。小承气汤功能下胃肠邪热破结消胀除满，调胃承气汤功能下胃肠邪热润燥软坚，大承气汤下胃肠邪热除胀破满软坚。三方药物不同，功效亦不同。

“小承气汤方：

大黄 56 克 厚朴 28 克去皮 枳实 3 枚

上药以水 800 毫升，煮取 140 毫升，分温二服，初服当大便，不尔者尽饮之；若得大便勿服之。”

本方以大黄为主体。大黄之功能见调胃承气汤方方论。厚朴苦温下气，消胸腹胀满。枳实苦寒利气，破结实，消胀满痞疼逆气。据报道，枳实能增强胃肠节律性蠕动。阳明病腹满胀疼因胃肠运动减缓，食物在肠腔时间过久，腐败发酵生成大量气体，结肠因强吸收而造成硬屎，气体与固体痞塞于肠管而成。

小承气汤以大黄促进肠的运动除胀满，共成下实热胀满的功效。本方大黄与调胃承气汤相等。调胃承气汤是少少服之，而小承气汤是每服二分之一，约 28 克。

13. “阳明病，潮热，大便硬者，可与大承气汤，不硬者不可与之。若不大便六七日，孔有燥屎，欲之之法，少与小承气汤。汤入腹中转失气者，此有燥屎，乃可攻之。若不转失气者，此必初头硬，后必溏不可攻之。攻之必胀满不能食也。欲饮水者，与水则哕，其后发热者，必大便硬而少也，以小承气和之。不转矢气者，慎不可攻也。”



本条说出四层意思，以燥屎之试法为主。第一层指出必热潮屎者方可与大承气汤，热不潮屎不可与之。第二层说试燥屎之法。若疑有燥屎先可用小承气汤 50 毫升服后转失气（放屁）的是有燥屎，方可以大承气汤攻之。若不放屁是屎未燥不可与大承气汤。第三层是说如果屎未燥而用大承气汤误攻，必上胃气而致胀满不能食。第四层说误攻之后发热者，是大便硬结，但因曾误用大承气攻下，肠内容物已排出大半，大便硬而少，可与小承气汤和胃气。总之，以上四层意思，总在围绕大承气汤当用不当用，用前如何谨慎，误用如何收拾。

14. “阳明病，谵语发潮热，脉滑而疾者，大承气汤主之。因与承气汤一升，腹中转失气者，更服一升，若不能失气者，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。”

本条潮热谵语脉滑疾为大承气证。因热已潮屎必燥结。仲景曾一再“叮嘱”有燥屎乃可攻之。“欲知燥屎有三证：一谵语潮热，二手足濇然汗出，三有潮热不能食。”本条着意在指出可攻之脉。滑疾之脉为实热在里，正气充实。“因与”以下为后人注语，是从试燥屎之法中移来的一段文字。

15. “阳明病，不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也。”

此条与上条“明日又”以下相同，明日又乃“阳明病”三字之误。按山田正珍说，“明日又”当作“阳明病”，盖以阳字省文作阳，一讹为“日”，再讹为“明日又”。此说甚合情理，若另作一条，则一条是可攻之脉，一条为不可攻之脉，甚合伤寒理法。如果说，明日又不大便脉反微涩，于理不通。试问：阳明潮热谵语脉滑疾，服大承气汤后，明日又不大便脉反微涩，既无一证亦无此理。微脉乃细甚无力若有若无，为阳气衰微之象，是末梢循环趋于衰竭的情况。涩脉为血少气衰的脉征，是心脏排血量减少，血流缓慢，血管不充的情况。如果在阳明潮热谵语不大便中出现微涩之脉，表明正气已虚，有阴竭阳散之势，正气不耐一下，所以说不可与承气汤。

16. “阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必硬，硬则谵语，小承气汤主之。若一服谵语止，更莫复服。”

此条是阳明病理，充满了朴素的唯物辩证思想。阳明病因里热多汗，因汗出多结肠的强吸收而胃中燥，结肠干燥则结成燥屎，病理代谢物质滞留肠道，其毒素进入循环而引起脑证。此证或有腹满，如无腹满，调胃承气汤更适应。若一服得谵语止勿再服，过下伤阴。

17. “汗出谵语者，以有燥屎在胃中——此为风也须下之。过经乃可下之。下之若早，语言必乱，表虚里实故也——下之则愈，宜大承气汤。”

本条辨燥屎，汗出谵语为结肠有燥屎的证候，其病理如上条。多汗、燥屎、谵语是递为原因的。凡结肠有燥屎则潮热，手足濇然汗出、不能食、或腹硬满疼等。文中“此为风也”以下二十七字当删，此后人注语误入正文，从形式到病理都与阳明病不合。“此为风也须下之”一句，“风”一般指掉眩或神经证状，这里是指谵语而言。谵语为风，须下之，不然，风如何下呢？“经乃可下之”一句，既已汗出谵语有燥屎，何必再嘱过经乃可下呢？“下之若早语言必乱”一句，既已谵语而更语言必乱是何等证？下之若早的结果是语言必乱，原因为表虚里实，如许废话，无理至极。

18. “阳明病，发热汗多者，急下之，宜大承气汤。”

按阳明发热汗多，不是可下证。而本条都以发汗多为急下的根据。这是什么原因呢？其举是特殊而略一般，说人所未知而略其已知。仲景多用何此笔法。阳明病潮热谵语腹满燥屎为可下证是人所已知，而发热汗多为急下证是人所未知。读《伤寒论》条文不可孤立对待，必须把它看为一个整体，各条文之间均有联系，然后才可以通晓文意。如大承气汤证是人所未知证为腹满燥屎。前文诸已经申明，为人所已知，故从略。腹满燥屎若更加发热汗多者，乃应急下存阴。因发热汗多为里热炽盛，多汗又是亡阳伤津的主要原因，所以用大承气汤。例如，发热汗多为白虎、承气共有之证，若无大便硬结的根据，那么白虎证与承气证的区别又在哪里呢？白虎汤证是发热汗多渴欲饮水无大便硬结，承气汤证是发



热汗多有大便秘硬。发热汗多一语，发热易辨，而汗多则需斟酌；如汗流如雨固可谓汗多，若连日以来皆汗自出濺濺然，亦应在汗多之内。汗多之意，无非是里热盛丧失津液已多：无非是急下存阴之意，这是阳明下法的一条基本思想。

19. “得病二三日，脉弱，无太阳，柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤少少与微和之，令小安。至六日与承气汤一升，若不大便六七日，小便少者，虽不能食，但初头硬后必溏，未定成硬，攻之必溏。需小便利，屎定硬，乃可攻之，宜大承气汤。”

此条是阳明病的调停之法。不说阳明病而说“得病二三日”是因为没有阳明病的典型症状。脉弱是气虚血亏的病机。无太阳的发热恶寒头项疼之表证，又无柴胡证的往来寒热胸胁苦满。烦躁，心下满，能食并非可下证。但心下硬而烦热是胃家实热，因脉弱不可用下法，所以用小承气汤少少与和之。“少少与微和之”是个量，是个不能定的量。这个量的大小必须按照“微和之”这个要求而定。假如服下小安，到六日就可以与小承气汤一升（200毫升），取下。这里必须注意到：先少少与微和之，待服下小安，第二日再与一升取下，是个试服之法，用意十分谨慎，以求稳妥。如果服小承汤一升，仍不大便，而且小便少，虽不能食，屎定未硬，若攻之必溏泻。必需小便利，不能食，才是硬屎的证候，乃可以大承气汤攻之。此条只因脉弱而小心谨慎，步步为营地调停，一旦掌握病机，即下决心一战成功。这其中可以看到仲景神机妙运之处。

20. “伤寒若吐下后，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，但发热谵语，大承气汤主之。若一服利，止后服。”

本条是太阳误吐或下后不解而转变阳明，病情分微剧三等，都主以大承气汤。五六日至十余日不大便，日晡潮热谵语，是胃中燥屎，当以大承气汤主之。若病情剧的，发作时则不识人，循衣惊惕，出现意识神经障碍，微喘是循环已衰，直视亦中枢神经障碍。这是阳明病的危重证



候。如果脉象弦，说明正气尚可与邪气一争；若脉涩，已表明气虚血少，正气已衰，体液欲竭，不禁承气汤一供了。若病情轻微的只发潮热谵语，以大承气汤主之。大承气汤的目的在通利硬屎以泻热实，祛除病理物质。所以一服得便利，不可再服。

21. “阳明病，谵语，有潮热，反不能食，胃中有燥屎五六枚也，宜大承气汤下之；若能食者，但硬耳。”

阳明病燥屎与硬屎在病情上略有等差，在证状上亦有所不同，在治疗上相应的亦有区别，潮热谵语不能食为燥屎，能食为硬屎。燥屎病情重而急，应用大承气汤急下存阴。硬屎在胃肠的抗御过程中，因发热排汗造成结肠的强吸收而使粪便硬变；在病情继续发展中，津液进一步丧失，则硬屎燥化。在临床中，除以证状表现辨识屎的硬、燥以外，可沿结肠部位以下手循按触摸，有块状物磊磊应手即燥屎，少则五六枚，多则十余枚；排出后，色黑而臭甚，硬如砖石。此条辨硬屎、燥屎。

22. “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。”

“目中不了了”是视物不清。“睛不和”是眼球运动失常，是脑神经证状表现于目。目睛异常是脑神经病理变化的反映。脑神经纤维有十二对出于脑下，有四对（视神经、滑车神经、动眼神经、外展神经）维系于目。

23. “发汗不解，腹满疼者，急下之，宜大承气汤。”

本条是太阳病发汗表证已除而病不解，腹满疼，此乃燥屎内结，气机痞塞。因来势甚急，如不急下，变生不测。发热腹满而疼，邪甚于里可知。

24. “腹满不减，减不足言，当下之，宜大承气汤。”

此条是承前条而言。下之后，未发生其他变化，唯腹满不减或减而甚少，可知用下法是正确的，但病重药轻，仍当下之，宜大承气汤。

25. “大下后，六七日不大便，烦不解，腹满疼者，此有燥屎也——所以然者，本有宿食故也——宜大承气汤。”



大下后，六七日不大便而烦热不解是里未清而热未去，腹满疼是燥屎内结，当以大承气汤攻下。烦不解即热不解。所谓不解，即是在大下之前就烦热，而在大下后六七日以来仍不解。烦热伤津，胃肠干燥，结成燥屎。“所以然者”以下十字是后人注语。似乎燥屎为宿食而结，但不知宿食在胃，而燥屎在结肠。阳明屎不必因宿食，有宿食亦不必结为燥屎。此注是不知燥屎之病理，此十字应删。

26. “下利谵语者，有燥屎也，宜小承气汤。”

谵语不大便有燥屎，而下利谵语亦可有燥屎，六七日不大便之燥屎容易理解，下利只燥屎则难解释，燥屎和毒性物质刺激肠黏膜引起强烈的分泌而致下利。这种下利与其他下利不同，排出物质不是粪便而是肠黏膜的分泌物。下利谵语有燥屎的征候是确有的，但是有发热与脉实，不可以“阳明主阖”而例解伤寒。

27. “病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤。”

本条小便不利是结肠对水的吸收减少，所以大便有乍易之时。肠中有燥屎所以大便有乍难时，乍难乍易终属大便难下。时有微热是潮热的余波，喘冒不得安卧烦躁谵语之初。此证用大承气汤尚须苔黄老与脉实为据。

28. “脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”

脉滑而数是可下之脉，病人是食宿发热脉滑数可与调胃承气汤与小承气汤中酌情使用即可。本条似是杂病条文，不是伤寒过程。

29. “阳明病，心中懊恼而烦，胃中有燥屎者，可攻之，宜大承气汤。腹微满、初头硬，后必溏，不可攻之。”

本条阳明下后，心中懊恼而烦，无其他证状表现的，是下后虚烦。此乃继发性杂病，为枝子豉汤证。若懊恼而烦腹满不大便是有燥屎，为可下证，宜大承气汤。如何知道此证有腹满呢？因为“腹微满，初头硬，后必溏，不可攻之。”所以燥屎必有腹满疼。若微满者当用枝子厚朴豉汤。



30. “少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。”

本条“少阴病”三字于病理不符。少阴提纲说：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”，乃表病的阴性过程。若少阴病口燥咽干是阳虚津不继，当补阳滋阴，岂能用苦寒峻泻！即便是阳明病可下证若脉微细亦不可用承气汤，何况急下的根据只口燥咽干呢！这在临床上是万万不可行的，前代注家对此条因条多用“中阴溜腑”之说，以为少阴复转为胃肠功能亢进代谢增高的实热证。无论说者如何引经据典，文章如何娓娓动听，都是脱离实际的空谈。此条若为阳明病，口燥咽干，腹满不大便，则应急下存阴，宜大承气汤。

31. “少阴病，自利清水，色纯青，心下必疼，口干燥者，急下之，宜大承气汤。”

此条“少阴”二字当是“阳明”二字之误。若为少阴则无理，若少阴自利清水心下疼决无用苦寒攻里之理。如阳明病自利清水色纯青是下利无粪便糟粕之液体，是肠的分泌物，或杂有胆汁色。清水之青指其色。其胃肠热结，气机不通所以心下疼。此证并非突然，利青水之前下利粪便，继而利纯青之水（从青色知有血）。此证亡阴最速、如不急下胃肠之邪热，变生不测。盖肠的剧烈分泌和运动是它在对致病物质的抗御反应；抗御机能欲以分泌和运动将病理物质排除，所以因其趋势而用下法来利导它。大承气汤病理物质排出，自可结束抗御过程。

32. “少阴病，六七日，腹胀不大便者，急下之，宜大承气汤。”

此条“少阴病”是阳明病之误。若少阴病腹胀不大便应是虚胀虚秘，岂有用承气汤的道理？如果说少阴转化阳明，事实上是不存在的。何况既转化阳明则不能仍称少阴。若伤寒胃肠实热腹胀不大便之证脉实的自应以大承气汤急下。《伤寒论》中急下诸条皆言其特殊证状而略其一般性证状，读者于此种文字应当留意。如六七日腹胀不大便，还应有其他可下之脉证，临床中自可了然于心目中。

“大承气汤方：

大黄 56 克 厚朴 112 克 枳实 5 枚 芒硝 60 毫升



上四味，以水 2000 毫升，先煮二物取 1000 毫升，去滓内大黄，更煮 400 毫升，去滓内芒硝，更上微火一二沸，分温再服。得下，余勿服。”

本方大黄每服量 28 克，厚朴 55 克，枳实 2.5 枚，芒硝 30 毫升较小承气汤每服大黄多 10 克，厚朴 45 克，枳实多 1.5 枚，更加芒硝 30 毫升，其药量之大是少有的。由于其药量重，药性迅猛，用于胃肠实热燥结气机痞塞之证。实有斩关多门无坚不摧的力量，虽然仲景“攻之”二字言其用。凡用大承气汤仲景总是极尽谨慎小心，一再叮嘱，辨燥屎之法，试燥屎之法一证一脉皆谆谆告语；然而每临急下之证又明决异常，毫不含糊。于此可以看出，大胆来自于细心，明决与真知，读者应于辨证上下工夫，临证时自有胆略知见。

第六章 阳明病过程中的继发性杂病

阳明病阶段发展过程中的继发性杂病，也如太阳病阶段中的继发性杂病一样，是非伤寒病因造成的病理过程。但由于这些继发证候与阳明病有着发生上的连续关系，所以伤寒病的临床学必然兼容并蓄地为其应由的内容。历代伤寒注家也曾有人探讨伤寒与杂病的区分问题，但由于在热论、经络、运气六经的解释中，伤寒六经病理不同，终不能从六经界中说中分析出杂病，反而作出种种臆断。作者于伤寒六经病中析出杂病部分，列于本经篇末，分别一陈管见。

一、黄疸病

1. “阳明病，发热汗出，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，剂颈而还，腹满小便不利，渴饮水浆，此为淤热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”

本条证是伤寒阳明病过程中继发急性黄疸性肝炎。临床中并不少见，



在伤寒论中，阴阳继发黄疸的病例如“阳明病，无汗，小便不利心中懊侬中者，身必发黄”；“伤寒七八日，身黄如橘子色”；“伤寒身黄发热”；“阳明病，面合色赤，不可攻之，必发热色黄”，等等。黄疸病是不是伤寒阳明过程，为何黄疸总是与阳明病相联系着？这必须从阳明病与黄疸病的病理上说起。关于黄疸病，历代医家皆以为湿停热淤而发黄。如程应旆说：“伤寒余热在里者，由湿蒸而来，故身必发黄”。医宗金鉴说：“身黄湿热之病也，湿盛于热，历代医家无异词，所谓湿，当然是六淫知湿邪。”显然黄疸与伤寒是不同的病因引起的病理过程。当然，黄疸是不能属于伤寒的范畴，因而也便不能属于阳明病。在《伤寒论》中，阳明病的证状特征，仲景有明确的指示。如“伤寒转系阳明者，其人濇濇然微汗出也。”又说，“本太阳病，初得病时发其汗，汗先不敢澈，因转属阳明也。”从这里清楚地看出，仲景反复地指出阳明病的特征为发热恶热濇濇汗出之表现。再看：“阳明病发热汗出，此为热越，不能发黄。”若发热身无汗，如何能是阳明病呢？黄疸与伤寒的本质区别，第一是病因不同；第二是阳明身热自汗，黄疸身热无汗，黄疸不符阳明病的辨证指标；第三，现代医学实验证明“黄疸”为急性黄疸性肝炎（指本证）与伤寒不是同一的病种，黄疸实为继发性杂病。

本条阳明病三字乃指发黄前的证候，即发热汗出之过程。发热汗出为向外发越，是不能发黄的。黄疸病则身热无汗，小便不利，这不属于句首阳明病，阳明病的病理反应是伤寒在胃肠的抗御反应。因肠胃在抗御过程中所产生的高热向体外调节而排出，造成肠的强吸收而大便干燥。这是阳明病的一般病理。而黄疸病则是在阳明过程中继发的肝胆炎症。在肝胆的炎症过程中，造成胆汁的代谢失调。因为胆汁是肝脏所合成而贮于胆囊，由输胆管注入十二指肠，进入肠道，消化脂肪，并刺激肠壁促进吸收功能。进入肠道的胆汁，一部分由大便排出为粪胆素；一部分被肠吸收进入肝脏，肝将其中一部分用于合成胆汁；另一部分进入循环从汗液与小便排出为尿胆素。假如在病理过程中，胆汁滞留于肝脏组织从肝静脉毛细血管进入循环，又因为胃肠无大热而没有调节体温的排汗，



又因肝脏对抗利尿激素灭能功能的减弱而造成小便不利，则进入循环的大量胆色素不得从排汗，小便中排除，沉积于体表组织间，即发出黄疸。仲景在本条中说：“身无汗，小便不利，腹满，身必发黄。”正是急性黄疸性肝炎的证状表现，而且也是符合现代医学黄疸性肝炎的证状表现，而且也是符合现代医学病理学的原理的。

阳明病发热汗出，身无汗则不是阳明病。黄疸不是阳明病，是继发于阳明病过程中的杂病。阳明并只能是黄疸病的一个诱因。

“茵陈蒿汤方：

茵陈蒿 84 克 枝子 14 枚打 大黄 28 克

上三味，以水 2400 毫升，先煮茵陈减 1200 毫升，内二味，煮取 600 毫升，去渣，温分三服。小便当利，尿如皂角汁状，色正赤，一宿腹减，黄从小便去也。”

按：茵陈苦平微寒，治热结黄疸，利小便。枝子苦寒，清大、小肠大热，利小便，解五种黄病，大黄泻胃肠实热，通小大便。本方以茵陈为主体，佐以枝子、大黄，治瘀热在里，利小大便，排除胆色素而通利胆道。要在清里热以消除病因，利二便以退黄疸。

2. “伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。”

本条“伤寒六七八日”，“身黄”显然是伤寒过程继发黄疸。橘子色为鲜明黄色，即所谓阳黄。阳黄即黄疸病的阳性格尺。腹满小便不利与上条同。此证亦身无汗，自不必说，大凡由阳明病继发的黄疸皆瘀热在里的原因，仍主以茵陈蒿汤清里热利小便，热去黄消则愈。

3. “伤寒身黄发热，枝子蘘皮汤主之。”

4. “伤寒瘀热在里，身必发黄，麻黄连翘赤小豆汤主之。”

上两条，病证与方药不符，上条身黄发热指表热，黄疸病应无汗，若表热无汗腹不满、无便秘的证状，显然枝子蘘皮汤便不是确当的方剂。仲景在《金匱》黄疸病条说：“黄疸脉浮当以汗解。”据此“伤寒身黄发热”应用麻黄连翘赤小豆汤治疗。麻黄发汗又利小便，连翘根清热解毒

通小便，梓白皮解热毒治皮肤瘙痒，赤小豆利尿排脓，杏仁发汗祛痰，生姜、大枣和中走表，用于伤寒发热脉浮无里证之黄疸是十分得当的。许仁则“疗即黄，大类天行病，经二三日用麻黄五味汤发汗，以泄黄势。”麻黄五味汤方用麻黄、葛根、石膏、茵陈、生姜。黄疸病本有用麻黄解表之法也。必须是因其发热脉浮无里证之病势。若“伤寒瘀热在里”之身黄，必不是麻黄连翘赤小豆汤所能胜任。所谓瘀热在里，腹满懊恼无汗小便不利身黄，显然是宜用栀子蘗皮汤证与茵陈蒿汤证之差别应在里热之深浅，茵陈蒿汤证应有大便闭结，栀子蘗皮无便闭。

上两条“身黄发热”与“瘀热在里”发黄二证之主方应互易：即“身黄发热”以麻黄连翘赤小豆汤主之；“瘀热在里身必发黄”以栀子蘗皮汤主之。

“麻黄连翘赤小豆汤方：

麻黄 28 克 连翘根 28 克 杏仁 40 枚 去皮尖赤小豆 200 毫升 生梓白皮 200 毫升切

大枣 12 枚 生姜 28 克 甘草 28 克

上八味，以潦水 2000 毫升，先煮麻黄再沸，去上沫，内诸药，煮取 600 毫升，去滓“分温三服，半日尽。”

按：淫雨为潦，潦水应为雨水。

“栀子蘗皮汤方：

肥栀子 15 枚擘 甘草 14 克 黄蘗 28 克

上三味，以水 800 毫升，煮取 300 毫升，去滓，分温再服。”

二、热入血室

热入血室是妇女在伤寒过程中值经期所发生的子宫蓄血性炎症过程，为伤寒过程中的继发性杂病。

1. “妇人中风，发热恶寒，经水适来，得之七八日，热除、脉迟、身凉、胸胁下满，如结胸状，谵语者，此为热入血室也。当刺期门，随其实而取之。”



本条中风发热恶寒是太阳病理过程，在太阳病七八日间，热除身凉脉迟为太阳病理过程结束。而经水适来胸胁下满，如结胸状即心下满按之疼，或自心下至少腹满而疼。谵语者，是为热入血室证，此乃太阳病中适值月经初来，子宫局部蓄血，刺期门以减其病势，期门为肝之募穴，位于第六肋间隙，巨正中线 3.5 寸处，斜刺 0.5 至 0.8 寸，禁深刺。

2. “妇人伤寒，发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语，如见鬼状。此为热入血室，无犯胃气及上焦，必自愈。”

本条与上条症状略同：都为经水适来，都有谵语。上条指示刺法，此条指示勿以谵语而误认为阳明证用下法，亦勿以胸邪满而误用吐方，误吐伤焦气机，误下伤胃家气机，所以告诫无犯胃及上焦。此证本是子宫蓄血，待瘀血下尽则自愈。

3. “阳明病，下血谵语者，此为入血室。但头汗出者，刺期门、随其实而泻之。濈然汗出则愈。”

此条子宫蓄血继发于阳明病阶段。“阳明下血谵语者”一句并非阳明病本有血，而是下血前为阳明病，而下血谵语则为热入血室，下血二字即经水适来，经水适来即子宫下血。刺期门以泻经气之实。

4. “妇人中风，七八日续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室，其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之。”

上三条皆经水适来，而此条为经水适断。经水适来之证皆不药自愈，唯经水适断证须以小柴胡汤主治。这是它特殊的病理所决定的。

在伤寒的抗御过程中，由于体温调节排汗而使体液渗出血管影响血液浓度；以及在抗御过程中产生的酸性代谢物质，变更血液胶体的物理化学性质而引起红血球的粘连；或局部血管舒缩神经障碍等都会成为局部瘀血的原因，妇人伤寒而在月经期间，在上述因素作用中则会造成子宫局部瘀血，即所谓“热入血室”。由于瘀血及其他代谢物质对子宫内膜组织的破坏和腐败而产生的有毒物质进入循环，可使大脑神经受累而发生的谵妄等证。妇人在伤寒过程中的子宫蓄血与伤寒过程中的其他局部蓄血的发病机理大略相同，但由于子宫的功能特性，有它自己的病理规

律：1. 子宫有自行排除瘀血而发生的一系列证状时，子宫仍可以自行排除瘀血，所以仲景有“经水适来”与“下血谵语”的都不须用药，血下自愈。2. “经水适断”血淤归于子宫，因子宫有自行排除瘀血的功能所以不须用破血逐瘀的药物，只以小柴胡汤调其气机则下血而病愈，并不需要如核桃承气汤、抵当汤丸方剂治疗。这是“热入血室”的病理特性。

关于“血室”及“经水适来”与“经水适断”，历代注家说法不一，略加说明如下：

钱潢《伤寒溯源集》说：“冲任为经血所积之处，故谓之血室。”又说：“中风发热恶寒之时，经水适来，以致热入血室。既入之后，邪热阻绝，遂致经水适断。”吴又可《瘟疫论》认为：“本是经来之时，与病相值，则经必不畅而为实；本是经断之时，与病相值，则胞宫无而为虚。”方有执是：“前经水适来，因热入血室，血出而热遗也，此适断者，热乘血来而隧入之，与后血相搏俱留而不出。”总之，前人于此证俱不是从病理而论证，乃是以“血室”、“经水适来”、“经水适断”、“热入”等词语的概念推理中来论证，这是不可能完全符合病理机制的。

热入血室之证候为伤寒过程中子宫瘀血是无值可疑的。“经水适来”而脉迟、身凉、胸胁下满、谵语，可刺期门而病解。又“经水适来”昼日明了，暮则谵语如见鬼状，可自愈。试问：假如是经水适当伤寒之病期而来，与热邪“阻绝”于子宫“俱留而不去”，难道可以不药而愈吗？当然不可能。从脉迟、胸胁下满、谵语可知为瘀血已蓄于子宫，同时已经破坏腐败而产生有害物质进入循环。那么经水适来便不是月经之周期性来潮，而是已蓄之瘀血破坏了子宫排除而下血，瘀血下尽则病解，所以仲景有“经水适来，昼日明了，暮则谵语，如见鬼状、此为热入血室，无犯上焦及胃气，必自愈”的指示。此证脉迟，脉迟为脉搏次数减少，在心电图中表现为窦房节发生冲动减少，心脏的这一情况不能影响到血流的动力和速度，血流动力降低和速度减缓、往往是造成瘀血的原因。由于身凉、谵语是阳明，昼日明了暮则谵语足证为瘀血，中医之经验，凡血病则昼轻暮重。所以，仲景文中的“经水适来”在热入血室的病理



过程中，是子宫蓄血自下，不是生理的周期性月经来潮。

在热入血室的病理过程中，“经水适断”也不是生理的经尽而止，乃是蓄血的开始。例如“妇人中风七八日”而“续得寒热发作有时经水适断”，从而可知，因经水断而续发寒热。所以仲景说：“经水适断者，此为热入血室，其血必结”。这是因经水来潮而血结子宫，因血结子宫而经水中断。正因为是子宫瘀血的开始，蓄血尚未破坏腐败，所以只发寒热而未谵语，如时间稍长，瘀血腐败则谵语妄见。热入血室之证，下血谵语如见鬼状，病情甚于经水适断寒热发作有时，然而因为经水适来表明瘀血排除，所以虽病剧必不药自愈，经水适断寒热之病情虽轻，然而经水适断表明经血初结，必待气机通调，瘀血排除，病方解除。

热入血室四条，须合看才得见证候的全面，不可执一而解。所谓“分之而见其偏，合之而见其全。”对于《伤寒论》条文，需从病理上刻意求其真义；不可拘泥一字一词，望文生义，做些脱离实际的空谈。

“血室”一词，首见于《伤寒论》，历代医家有指为子宫的，有指为肝脏的，也有指为冲任的。按张介宾《内经·三焦命门辩》说：“子户者，即子宫也，医家以冲任之脉盛于此，则月事以时下，故名之曰血室。”程式《医彙》说：“子宫即血室也。”柯琴说：“血室者，肝也。”从现代医学生理学看，子宫位于盆腔内，在膀胱与直肠之间，为女性生殖器官。成年女子的子宫内膜发生周期性的生理变化。在其内膜脱落阶段伴有出血，是为月经，中医称经水。热入血室指的是经水之病变。经水来自子宫，所以血室即子宫。又《金匱·妇人杂病》说：“妇人少腹满，如敦状，小便微难而不渴，生后者，此为水与血俱结在血室也。”敦音团，《诗经》：“有敦瓜苦”，疏、敦是瓜系蔓之貌。从仲景这段文字中可以知道：血室位在少腹，在生产后水与血结在血室，则少腹满，而且像敦一样的形状，并且压迫膀胱而致小便微难。这足以证明血室为子宫无疑。

小柴胡汤方见少阳病篇。

三、蓄血

1. “阳明病，其人喜忘者，必有蓄血。——所以然者，本有久瘀血，故令喜忘。——屎虽鞭，大便反易，其色必黑，宜抵当汤。”

本条是阳明病理过程中继发局部蓄血。喜忘与如狂、发狂、谵语、妄见等都是脑证状。热结膀胱、热入血室等证都因蓄血在炎症过程中破坏腐败而导致大脑神经的意识障碍，出现如狂、谵妄等证。如蓄血不发生急性的炎症，则蓄血便不致腐败而使大脑神经受害，因而也便不出现如狂、谵妄等证。喜忘即多忘，如喜呕、喜唾等，从喜忘而知有蓄血，从大便易而色黑可证明为下部蓄血，凡消化道中瘀血排出，所以大便硬而反易排出，色必黑是瘀血排出。文中“所以然”以下十三字是后人注语，辞义甚为浅薄，其人喜忘必有蓄血，“所以然者”当说出喜忘必有蓄血之理，然而却是“有久瘀血故令喜忘”一句废话，当删。

抵当汤方见太阳病篇第五章。

四、虚烦

1. “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。”

本条阳明病下之后阳明过程已结束。外有热，手足温不是向太阴转化，不结胸说明胃肠无实热可下。心中懊恼，饥不能食，但头汗出而身无汗足证阳明阶段已结束，而是胃热虚烦之证。栀子豉汤方见太阳病篇第五章第五节。

五、热淋

热淋即急性泌尿系感染，继发于伤寒阳明病过程中。

1. “阳明病，若脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”

此条证与白虎汤证、五苓散证最须鉴别。阳明病白虎证脉浮发热渴欲饮水，有汗出而无小便不利。五苓散证因水停心下气化不行，虽有脉



浮发热小便不利，但有水入即吐不同于猪苓汤证。猪苓汤证是泌尿系感染的炎症过程。由于感染而引起的抗御反应所以脉浮发热汗出，因发热汗出，因发热汗出所以渴欲饮水。小便不利乃泌尿的炎症所致。此证在膀胱有潴留的尿液。并有血液及脓球。所以在治疗上不同于五苓散。五苓散是以温化利水法；猪苓汤是以清热滋阴利水法。

“猪苓汤方：

猪苓去皮 茯苓、泽泻 阿胶、滑石碎各 14 克

上五味，以水 800 毫升，先煮四味，取 400 毫升，去渣，内阿胶烱消。温服 140 毫升，日三服。”

按：猪苓甘平清热解毒，泻膀胱火，利小便。茯苓利小便止渴。泽泻泻膀胱火，消肿利小便。滑石通窍利水治淋。阿胶滋阴利尿治血淋尿血。猪苓汤与五苓散皆为利尿方剂。五苓散为通阳化湿，消心下之停水。猪苓汤为清热解毒消肿利窍，以泻膀胱潴尿。

2. “阳明病，多汗而渴者，不可与猪苓汤。以汗多胃中燥，猪苓汤复利其小便故也。”

此条是承上条而说，以阳明病多汗而渴区别于猪苓汤证的渴欲饮水，意在阳明病不可用猪苓汤竭其津液。阳明病与猪苓本为不同的病种。阳明病是伤寒胃家实热的病机，由于邪热伤津亦有小便短赤的表现，而猪苓汤证为泌尿系统感染而小便不利。猪苓汤证的小便不利为排尿困难。如涩疼、滴沥、血尿、脓球等。阳明病有尿量的减少，而猪苓汤证是排尿的障碍。阳明病与猪苓汤证皆有发热汗出，阳明汗多而猪苓汤证汗少。阳明病与猪苓汤各有腹证；阳明病之腹满硬疼在绕脐部位或结肠部；猪苓汤证在关元穴处当膀胱部位胀满而疼或有压疼，临床参考腹诊当不致误。

昔日注家多有以猪苓汤为阳明病理过程，是不知病理，单从阳明病字皮上做文章之故。猪苓汤证实为继发于阳明病阶段的热淋证。

六、便秘

便秘为大便干燥，排便艰难的一种症状。这里指的是在伤寒阳明病过程中，由于津液丧失，造成结肠干燥而排便困难。这与阳明病之下夺病势有本质的不同。阳明病是伤寒在里病位的阳性抗御过程，而便秘是伤寒过程结束后的大便干燥。便秘证并不存在功能亢进与代谢增高的病理反应。因此它只是阳明过程中的继发证。

1. “阳明病，自汗出，若发汗，小便自利者，此为津液内竭随硬不可攻之。当须自欲大便，宜蜜煎导而通之。若土瓜根及猪胆汁皆可为导。”

阳明过程中，因自汗出或发汗，小便自利，津液枯竭而致大便硬。因伤寒过程已经结束，所以虽大便硬亦不可用承气汤攻下，因承气汤攻下的目的并不是硬屎，而是胃肠的病理物质，所以须等自欲大便，以蜜煎导而通之。或以土瓜根、猪胆汁都可以用于导通大便。

“蜜煎导法：

食蜜 140 毫升

上一味，在铜器内微煎之，稍凝如饴状，搅之勿令焦著，俟可丸，并手捻作挺，令头锐，大如指，出二寸许。当热时作，冷则硬。以内谷道中，以手急抱。欲大便时乃去之。又大猪胆一枚，泻汁，和少许法醋，以灌谷道内，如一食顷，当大便，出宿食恶物，甚效。”

按：食蜜即蜂蜜。古时醋有多种，入药唯用米醋。法醋为如法酿制的米醋。蜜煎是大便秘结的引导剂，能润滑直肠使硬屎易出。近世用甘油栓，即开塞露，为甘油或山梨醇制成，使用颇为简便。蜜煎导法首见于伤寒论，后世又有许多发展。如蜜煎中加生姜汁，或加皂角末，或加薄荷末，或蜂蜜 60 毫升，猪胆两枚取汁煎如饴，作挺 3 寸长纳肛内。亦有用生姜削如小指以食盐纳肛中名生姜兑。以上诸法各有用意。

2. “趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”

本条凭脉断病，难以理解。看其文词不是仲景的文字，亦非伤寒理



法。历代诸家多指为王叔和驛人文字。文虽不类仲景，但麻子仁丸方甚为可取。

“麻子仁丸方：

麻子仁 40 毫升 芍药 112 克 枳实 112 克 大黄 220 克

厚朴 23 厘米 炙去皮约 50 克 杏仁 400 毫升

上六味，蜜和丸如梧桐子大，饮服十丸，日三服，渐加，以知为度。”

方中厚朴 1 只，《本草纲目》序例无考，按《本草纲目·序》说：“凡方云用桂一尺者削去皮重半两为正。甘草一尺者二为正。”以此度厚朴 1 尺，约 23 厘米，去皮后约 50 克。

麻子仁丸治习惯性便秘甚效。外台引《古今录验》说：“麻子、仁丸疗大便难，小便利而反不渴，脾约。”按小便利而不渴为无里热。无理热而大便难的原因很多，从方中药物看，麻仁、杏仁皆润热。无理热大便难的原因很多，从方中药物看，麻仁、杏仁皆润肠之品，枳实、厚朴通利气机，大黄通大便，芍药止疼。上药丸服润肠利气通遍，治便秘腹满，或大便硬腹满而疼。



第四編

少阳病一篇



第一章 少阳病概说

少阳病是伤寒病三焦气机病位的阳性病理过程，由于其病位的功能特性，表现为气机调节失常的病理趋势。

关于少阳病理阶段的病位，历代医家都依偎在“半表半里”，而且对所谓“半表半里”，又有不同的解释。半表半里究竟是何部位，至今还是个没能解决的问题。

且看前人所谓“本表半里”的解释。医宗金鉴说：“少阳主春，其气半出地外，半在地中，人身之气亦如之。故主半表半里也。半表者，谓在外之太阳地！半里者，谓在内之太阴也。”金鉴认为少阳病位半在太阳半在太阴。成无已说：“病有在表者，有在里者，有在表里之间者。刺泄气在表里之间，谓之半表半里。”成氏认为少阳病位在表里之间。陆渊雷先生说：“所谓半表半里，非半在表半在里之谓。谓在表里上下之间也。故太阳证在头项，在躯壳。头项为上，躯壳为表也。阳明证在肠腑，腑为里，肠行大便为下也。而少阳证在胸胁，在胸膜若隔膜。胸胁与隔膜上下之间，胸膜为表里之间也。”先生以局部证状表现论证少阳病位在胸胁隔膜部。凡此三说，谁是谁非姑且不论，首先看一看“半表半里”一语的出处何在，和它本来的含义如何，这对研究认识少阳病位是有益的，因为各家都是根据“半表半里”一词来论证少阳病位的。而“半表半里”究竟可不可以确认为少阳的病位呢？

按：“半表半里”一语实出《伤寒论·太阳篇》。原文为：“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，比有表复有里也，脉沉亦在里也，汗出为阳微。加令春阴结，不得复有外证，悉入在里。此为半在里半在外也。脉虽沉金，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。设不了了者，得屎而解。”这条文字说伤寒五六日出现一系列症状：头汗出微恶寒是太阳表征；心下满，大便硬是银明例证；口不食脉细者为少阳证。这确实是个三阳合并的过程。这如何治呢？太阳表证可汗解；但脉细为少阳，少阳不可发汗；大便硬为阳明里证可下，但少阳禁下。所以仲景说“可与小柴胡汤”。小柴胡汤毕竟不治大便硬，所以又说：“设不了了者，得屎而解”。这是说服过小柴胡汤后，太阳、少阳证解除，不能身和神清的，大便一通即完全了解。这从文意，从六经辨证法则，从病理都是符契相合的。唯“此为”以下至“非少阴也”七十六字是后人注语误入正文。从词气，从理法看，断然不是仲景文字。注者说：“此为阳微结”，是指大便硬。“有表复有里也”一句是指头汗出微恶寒之表证与心下满大便硬之里证。“汗出为阳微结”指因有汗出所以为阳微结，假令春阴结，不得复有表证，完全为例证，而“此为半在例半在外也”一句乃指头汗恶寒与心下满大便硬而说。又说如果脉沉紧也不得认为是少阴病。所以然之理，是阴病不得有汗。今头汗出所以不是少阴病。注者这七十六字完全是论证，分析上述论状，他认为是个阳微结，“半在里半在外”的证候。他所说的半表半里的是指太阳的发热恶寒阳明白的大便硬，这与少阳病是没有丝毫的关系。在《伤寒论》提到半表半里字样的条文只此一条，别无出处，然而历代注家都执以为少阳病位，并各抒己见作出不同的解释。例如运气家说：“少阳主春……半表者谓在外之太阳也；半里者，谓在里之太阴也。”辨证家则用所谓“表里之间”，致畸胸胁隔膜，等等。但无论哪个说法，都没有病理根据，也都没有指导实践的意义。

半表半里一次本身根本就不能构成一个病位概念。假如说半表半里是半在表半在里之证候，那么在阳病中表为太、里为阳明，然而这是太阳与阳明并病，根本与少阳无关。如果说半表半里是非表非里，那么这究竟是什么部位呢？至少这不是一个明确的指示。如果说是表里之间，如陆渊雷先生所指胸胁隔膜，也不无片面性质。少阳病诚然有胸胁苦满之证，胸胁苦满也确实为胸胁部位。但胸胁苦满仅少阳病若干个必然证



中的一证。如口苦咽干、头昏目眩、心烦喜呕、往来寒热、默默不欲饮食等症状绝不是胸胁、隔膜、胸膜所能概括。尽管先生的立论摆脱了五运六气的束缚，但他终于是立足由半表半里作出的推断，所以终不能成为全面正确的理论。

一个病位必定是具体的东西，绝不是抽象的、难以琢磨的东西。研究认识少阳病位，必须从少病理过程本身所显示出来的处于病理由的组织器官来了解。这是极为简单而明显的道理。任何脱离实际的概念推理，都不可能产生有价值的东西。

少阳病态的病位是什么呢？这可以用仲景的少阳病提纲来回答这个问题。少阳提纲说：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。”这个少阳提纲，如果是少阳病理过程的实体，那么病位、病性病势，必然是自在其中。何况仲景在提纲中所列的脉证都是本经病理过程中最具有特征的东西。而所谓本经病理特征，正是病因病性病势的特殊性质。例如，口苦一证，现代医学证明，胆汁的代谢失调，胆汁溢于肝血循环而至口腔则口苦。唾液腺有三对，腮腺、舌下腺，下颌腺各一对。正常成年人昼夜可分泌唾液约 1500 毫升左右。如果在唾液分泌大量减少时，咽及口腔则有干燥的感觉。关于目眩，《灵枢经·卫气篇》说：“上虚则眩”。《释名》说：“目视动乱，如悬物扶扶然不定也。”在临床中，目眩常与头昏伴发。同时也常在脉弦细的情况中出现。脉弦细乃少阳病的典型脉象。弦细脉是血管收缩的表现，李时珍说：“弦细拘急。”拘急即神经性收引、挛急的症状表现。而目眩肯定与这种脉象有关，可能是眼球脉络膜血管收缩而致营养输送减少，或对分散光线的吸收不利所致。从口苦咽干目眩脉弦细来看少阳病位，胆汁的代谢失调、唾液的分泌减少及血管的收缩，它们一个共同的病理机制应是交感神经与副交感神经的调节失常。从现代医学的生理学中知道：交感神经活动可使心跳加快，腹腔内脏与皮肤血管收缩，分泌唾液粘稠已知胃肠运动，抑制胆囊收缩，瞳孔散大，促进糖元酵解。副交感神经活动可抑制心跳，血管舒张，分泌稀薄的唾液，促进胃液，胰液分泌，促进胃肠运动，胆囊收缩，瞳孔缩小，促进胰岛



素的分泌。在生理过程中，交感和副交感神经是相互对立又相互统一的协调关系。如果在病因的作用下，交感神经与副交感神经的协调关系受到破坏，交感神经活动异常兴奋，失去与副交感神经的相互制约的平衡：胆囊收缩被抑制，十二指肠乳头括约肌则收缩，造成胆汁的代谢失常，因而口苦，同时，由于胆汁不能正常进入肠道，也会引起消化不良和食欲不振。也由于交感神经异常兴奋而唾液分泌黏稠而口干，血管收缩而目眩、脉弦细。虽然这些证状出口咽、目及内脏及皮肤血管，但它们有着一个共同的病机，即植物性神经调节失常。假定少阳病位为植物性神经系统，那么交感与副交感神经的失调就必定是少阳病理过程中一切证发生的机理；同时，少阳阶段的病理也必然证明它是植物神经病位。

少阳病理阶段的主要证状还有：胸胁苦满、往来寒热、心烦喜呕、默默不欲饮食等。并且仲景又说：“但见一证便是不必悉具。”胸胁苦满是胸胁部的自觉证状，表现为呼吸的深度不够，在迷走神经居优势的状况中，肺小支气管收缩而使呼吸变浅。所以在此过程中常可见到有反射性的深吸气（长吁气）。当交感神经居于优势，可使腹腔内脏如肝脏小动脉及毛细血管收缩，因而影响脾胃胰肠等静脉从门静脉入肝，这可能是协调的原因。心烦喜呕：心烦即情绪郁闷不快，表现为意识神经的病态兴奋状况。这和大脑皮层与皮层下植物性神经失调有关。喜呕和默默不欲饮食是消化系统如肠胃胆胰等器官的分泌减少与运动减弱所造成的消化吸收障碍的表现。往来寒热是少阳病所特有的热型，即先寒后热，寒时恶寒颤抖而体温不高，热时发热体温升高而不恶寒，寒往热来，汗出而热退。这不同于太阳发热恶寒，也不同于阳明的发热恶热。造成往来寒热这一热型，是因抗御功能有向体表排泄的趋势，但因皮肤血管由于收缩状态（以脉弦细为证候），体表温度不能很快升高，因而产热中枢动员肌组织的颤抖而体温升高，血管乃行舒张，随即颤抖停止，冷感消失。在血管舒张体温升高之际，汗腺排汗体温得以调节而复原。往来寒热一证，总因体表血管收缩而致，而血管收缩又根源于交感神经的活动失常。少阳病理阶段的所有证状，诸如口苦、咽干、目眩、胸胁苦满、往来寒



热、心烦喜呕、默默不欲饮食，脉象弦细等，无论它们为全身证状或局部证状，也无论它们出现于机体的上下内外，它们却反映着一个同一的病机——交感神经与副交感神经调节失常。所以，用这一病机——只有用这一病机才能解释少阳阶段的所有证状，而且少阳阶段的所有证状同时证明它们是同一个植物性神经病位。正因为少阳阶段的所有证状为同一病位，同一的病机，所以仲景说“有一证便是不必悉具”；而且用同一的和解法，用同一个小柴胡汤治疗。如果少阳各证不是同一的病位和同一病势，可以有同一的理法与方药吗？但见一证便是少阳病，对各个不同的证状俱用一个和解法，以同一个小柴胡汤治疗——这一切无疑建立在同一的交感与副交感神经调节失常的基础之上。据此可以得出这样的结论：少阳病理阶段是交感神经与副交感神经调节失常的阳性过程。

祖国医学对推动脏腑、经络、营卫等生理活动的动力一向称之为少阳气机的，或称为命门相火。如李时珍在《本草纲目序例》脏腑虚实标本用药式中说：“少阳相火，生发万物”；“命气，主升降出入，游行天地之间，总领五脏六腑、营卫、经络，内外、上下，左右之气，号中清之腑，上主纳、中主化、下主出”。这里所说的少阳相火发生万物是说大自然生发万物的动力为少阳相火，主自小满芒种夏至小暑大暑一段时间。在天人合一的思想指导下，人体三焦的功能正同大自然中的相火的功用。从李时珍所说三焦的功能看，乃人体的一切内脏生理功能活动的推动生化之气，发源于命门，分布于三焦，亦为相火。总之，这个由先天而来的生化动力，在天为少阳相火，在人为命门元气，以推动五脏六腑、营卫、经络的生理活动为用，以三焦为体。如果以植物性神经系统的功能与三焦功能相印证，就可发现二者之间基本上有一致性。例如交感神经，几乎全身所有的内脏器官及皮肤、肌肉内的血管，一般的汗腺、竖毛肌、肾上腺髓质都由它支配。当然包括体液循环、气体交换，物质的吸收和排泄，等等。而三焦的功能总领五脏六腑、营卫、经络上下内外左右之气，上主纳、中主化，下主出。五脏六腑自有包括胸腹腔内的各个脏器组织，而营包括体液，卫包括体温的调节汗腺的开闭等，经络无疑是气



血运行的通路。上至头下至足膝，内脏、体表一切的功能，都属于三焦的功能范围。上焦又主纳，纳指饮食呼吸；中焦主化，化指消化吸收；下焦主出，出指排泄。为此，我们可以不必再作征引和具体的分析，就可以看出三焦的功能与交感神经、副交感神经的功能是相一致的。而伤寒少阳病位即在三焦气机。

三焦气和植物神经功能是不是同一个东西呢？

对植物性神经的认识来自科学实验，因此它带有实验性；三焦气机是长期的临床实践中认识的东西，所以它是一种经验性的认识。这里不是说谁优谁劣，而是说，科学性的认识与经验型的认识在相互借鉴中是可以在认识上得到发展的。它们不是相等的东西，而三焦气机在交感与副交感神经活动的借鉴中会有更加明确而切实的认识。

少阳病位在三焦气机。对于这一点，仲景也曾作过明确的说明。例如他在少阳篇中说：“胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤。上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解也。”胁下硬满，呕而发热，舌上白苔是少阳过程。服过小柴胡汤则上焦气机通利。上主纳、中主化、下主出，上焦气机得通，胃中津液得以下输，胃气因而平和。津液运化复常则熏肤充身泽毛，濈然汗出而病解。在仲景这段文字中明确地指出了上焦气机通利，津液运化复常，胃气和平便是少阳病解的机理。这无可置疑地使人们认识少阳病即三焦气机失常的病理过程。

伤寒少阳病理阶段的病位为三焦气机。在其病理过程中由于往来寒热表明为阳性病理过程，其病理趋势为调节失常所以以和解为定法，以小柴胡为定方，以柴胡为主药。由于因发汗伤津，伤津则导致结肠干燥，因吐下伤胃气，伤胃气则使病情转化，造成坏病。

少阳病理阶段三焦气机调节时常的阳性过程，这是少阳病的定义。少阳病以和解法，禁汗吐下，这是治疗原则。但对于少阳与太阳合并过程气机失调而兼表证的又有和解发表法的柴胡桂枝汤取微似汗。对少阳兼热结在里或少阳兼潮热大便硬的少阳阳明合并过程则有大柴胡与柴胡加芒硝汤的和下法。少阳病兼有渴证的有小柴胡加人参栝蒌根之和解生



津法；对兼有心下悸、小便不利的有小柴胡加茯苓的和解利水平法；对兼咳的有小柴胡加干姜、五味子之和解散寒法；对兼四逆腹疼的有四逆加炮附子之和解温阳法，等等。这体现了少阳病在治疗方面的原则性和灵活性。总之仲景在少阳病上的立法用药，总是根据其病理趋势而制定的。

仲景治伤寒少阳病的理法方药同时也是对三焦气机失调的理法方药，决不是只限于伤寒的。对于这一点，历代医家多有认识上的发展。例如，通俗伤寒论、内科摘要、医略六书，苏沈良方、仁斋直指方，危亦林得效方，名医方考，以及日人的方极、方机、古方便览、医方口诀、建殊录等都有不同程度的发挥。作者相信，祖国医学与现代医学的结合，对三焦气机的认识与治疗，定会有大的新发展。

《伤寒论》少阳病篇的内容，一为病理及治疗原则收入少阳纲领一章；少阳病理过程的证治方药收入少阳病三焦气机失调病势一章；对少阳太阳与少阳阳明合并过程收入合并病一篇专题讨论；对少阳病散入他篇的条目，依据少阳病的定义全部收回本篇，恢复其本来面目，以求完璧。

第二章 少阳病纲领

本章为少阳病的辨证纲领和治疗法则。

1. “少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。”

此条之解释见上章少阳病概说。

历代医家对此条有不同的解释，用热病论与运气学说的解释是比较容易辨别其是非的。唯其用经络学说的解释，是因为二者之间却有些雷同的东西，所以要指出其张冠李戴的错误就必须要对灵枢。经脉篇与伤寒六经辨证法有个比较深刻的了解，才能知道：经络学说是在针灸实践中形成的理论，而伤寒六经，是在伤寒临床实践中形成的理论，二者是



不同质的矛盾，有不同的解决方法，因而有各自不同的理论，用经络来解释伤寒六经者，由于上述的原因，所以它只能取其形似，而不顾其本质。例如钱潢说：“足少阳之脉，起于目锐眦，出走耳前，至目锐眦后，下颈入缺盆。邪在少阳之经，故目眩而咽干。”又说：“是动则病口苦善太息。且手少阳脉之支者亦走耳前，至目锐眦，动则病耳喉痹。故少阳病口苦咽干目眩也。”

《灵枢·经脉篇》是长期针灸实践的总结。从发现一穴一证到发现穴与穴之间、证与证之间的联系形成经络，确是个了不起的成就。但伤寒六经病是外界生物病原体引起的抗御过程，虽然伤寒六经的一部分证状与经络所发病证相似，但如果说伤寒六经病是引动经络所发生的证状，却不是正确的理论。因为这一说既不能阐明伤寒六经病理，又没有临床指导意义，是不足取的。

章太炎先生指少阴病为心疾，说少阴病心脏无不衰弱者；指少阳为三焦病，说少阳病进而为厥阴；说太阳不必为膀胱，阳明为肠胃病，太阳为肠胃虚寒不必脾。太炎先生对六经的见解是数百年来可卓然自立的。却给后人以启示。

陆渊雷先生说：“六经病篇之首，各有之为病一条，说者相承，以为本经病之提纲。今复考之，唯太阳太阴二条，足以概括本经病状，堪当提纲之名。其他四经颇不然矣！阳明病提纲胃家实是但举承气腑病而遗却白虎经病也，少阴之提纲脉微细但欲寐亦不足尽少阴只病状，厥阴病自分两种，其一上热下寒，其一寒热胜复，提纲亦举一遗其一。本条少阳提纲则举其近似之细者，遗其正证大者，于提纲中尤为无理。夫柴胡汤为少阳正证，说者无异辞。论中用柴胡诸条一不及口咽干眩等证。验之事实，柴胡证固有兼此证者。然阳明篇云：‘阳明中风口苦咽干’。又云‘阳明病脉浮而紧，咽燥口苦’。苓桂术甘证云：‘起则头眩’。真武汤证云：‘头眩身润动’。是口苦咽干目眩者，非少阳所独，安得为少阳之提纲。”

历代伤寒学家，对经文的只言片语多奉为金科玉律，如陆先生的独



立思考的治学态度是少见的。不过先生对六经提纲的见解，只注重了典型的脉征，而忽视了病理的特殊性质，因而作出了片面性的结论。以少阳提纲来说，口苦咽干目眩三证，正足以说明少阳病的病理特征，就是病位病性病势的特殊性质。少阳病理阶段各个主证俱在此病位病性病势之中，所以仲景说：“有柴胡证，但见一证便是不必悉具。”如果在提纲中罗列所有的柴胡证，那还算得什么提纲呢？“阳明中风口苦咽干”与“阳明病脉浮而紧咽燥口苦”二条乃热论家的文字，不能用来例解伤寒。苓桂甘术与真武汤虽有头眩一证，但应从其证的全面来看其病因病位病性病势，则与少阳病自有分别，不能割取其中一证与少阳证相混淆。苓桂甘术汤证为“心下逆满，气上冲胸，振振欲扑地者”。这与少阳口苦咽干目眩是不同的。任何一证都不可能表明一个病候的特殊性质。只有在病理过程的全部脉证表现的综合才能反映病候的特殊性质。先生对六经病提纲的见解是片面的。

2. “伤寒脉弦细，头疼发热者，属少阳，少阳不可发汗，发汗则谵语。此属胃，胃和则愈。胃不和烦而燥。”

此条示少阳脉象。桡骨动脉呈现弦细的体象是横纹肌小血管收缩所致，而小血管收缩说明交感神经与副交感神经的调节失常，所以脉弦为少阳病的脉征。脉弦细头发热为少阳病。若头疼发热脉浮的为太阳病，因脉弦细为少阳，少阳不可发汗，若误认头疼发热为太阳发汗必因丧失津液而转化阳明，造成胃肠硬屎谵语。胃肠干燥、谵语属阳明。因阳明病机为胃家实，所以说属胃。因发汗而谵语的以调胃承气汤或柴胡加芒硝汤、大柴胡汤选用，以和胃气。

本条一是指示少阳脉象为弦细，一是指示少阳病禁汗，发汗则转化阳明。

3. “伤寒、中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”

伤寒中风是泛指伤寒过程。所谓“有柴胡证”，即少阳证。口苦咽干目眩、胸胁苦满、往来寒热、心烦喜呕、默默不欲饮食、脉弦细等这些证状都是三焦气机失调，都是柴胡汤所主治，所以仲景称之为柴胡证。

因有一证便表明气机失调，所以不必悉具，有一证便是。这是少阳病的特殊的病理所决定的，这也是上阳三焦气机病位所特有的性质。

对于柴胡证，历代注家有颇有不同的说法。究竟那些证是柴胡证呢？这必须有个正确的看法，不然，便不可认识少阳病。钱潢认为：胸中烦而不呕为一证；不渴身有微热为一证；渴为一证；腹中疼为一证，心下悸小便不利为一证；咳为一证。钱氏所说之证，乃少阳关于中的或然证，并非少阳病的主证。钱氏所说之证都不能表明三焦气机失调的病理状况。柴胡证，仲景有明文指示，即“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……”从《伤寒论·少阳篇》中诸条所列之证，俱不出上述诸证，亦可证明钱氏所说非是。

4. “服柴胡汤已，渴者，属阳明，以法治之。”

此条是指少阳病服小柴胡后而渴者，是转属阳明过程。服柴胡汤前为少阳证，少阳不渴。服柴胡汤后少阳证解除而渴是省文，乃发热恶汗出而渴之证。“以法治”是以阳明法治之。

此条指示少阳病可不必因误治，邪气盛亦转化阳明过程。

5. “伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”

呕为少阳证。呕多表明三焦气机失调，虽有腹满或大便硬等阳明证。亦不可用承气汤。攻一辞，一般指大承气汤说。若呕而发热兼有热结在里之证，可大柴胡特制柴胡加芒硝汤，小柴胡汤选用。上焦得通津液得下胃气因和。

此条指示少阳病禁下。凡有少阳证皆不可攻，不限于呕多。这里只说呕多，是因呕易被误认为胃肠病而下法。

6. “凡柴胡汤证而下之，若柴胡证不罢也，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。”

上条说少阳病不可下。此条说误下少阳而少阳证仍在的，复用柴胡汤治疗。但因下后伤津，必作战汗而病解。所谓战汗，是少阳病理阶段所独有的一种抗御反应。其表现是：突然恶寒战栗，即骨骼肌收缩颤抖而恶寒。随着颤抖而体温逐渐上升，最后发热汗出而病解。病解的表现



是热退身和脉静神安。假如正气不发热汗出而病解，病解的表现是热退身和脉静神安。假如正气不胜邪气，战栗而不能作汗或汗出不止脉数急而烦躁不得卧的都是危证。有经验的临床家，对战汗不是消极地等待，而是积极地作战汗前的准备：饮以生姜米汤助其津液。对战而无汗的，急以人参生姜大枣汤以救之。若战汗神昏脉微厥的多不能救。不过亦应温复勿惊动，急以人参附子生姜汤回阳，争取治疗的可能性。如已经作战时则不可用药，用无益。若战而不得汗，不可强发汗。强发汗，汗不出，或汗出而虚脱的死不救。服柴胡汤而作战汗乃是抗御机能遽起抗病。若战而不得出是津液虚与人参姜枣汤，阳虚的救以人参附子甘草汤。若温病过程之中战汗别有适宜的方药。

7. “本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。若已吐下发汗温针、谵语，柴胡证罢，此为坏病，知犯何逆，以法治之。”

此条太阳病不解指太阳证状结束而出现胁下硬满干呕不能食往来寒热，是太阳传变少阳。尚未吐下是指少阳过程中未用吐下。少阳病禁用吐下发汗温针。少阳病若误用吐下发汗温汗柴胡证消失而出现种种变证，如悸而惊、胸满烦惊、心下满不能食，心下满而硬疼、谵语、身重不可转侧等证，此为坏病。所谓坏病，指因治疗的错误而造成的不良后果。这须要了解所犯何种错误，以适当方法治疗。治法见少阳篇中。

8. “伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪；其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”

此条是热论家的言论。《内经·热病论》的六经传变为一日一经，依次相传其规律为：一日太阳、二日阳明、三日少阳、四日太阴、五日少阴、六日厥阴。伤寒三日则三阳传尽，四日为太阴病期。太阴病腹满而咽干，不能食而呕。今其人能食而不呕故知太阴不受邪。这纯乎是热病论的理论，与伤寒六经完全不同。

9. “伤寒三日，少阳脉者小者，欲已也。”

此条亦是热论家的言论。热论三日为少阳日期。少阳脉小不知为何

欲已。按《灵枢·邪气脏腑病形》篇说：“小甚为善哕”、“为泄”、“为多饮”、“为寒热”、“为洞泄”、“微小为消瘵”。

伤寒少阳病无固定的日期。此条与“伤寒二日阳明脉大”同为热病论理论。

10. “伤寒六七日，无大热，其人烦躁者，此为阳去入阴故也。”

此条亦热论家的言论。烦躁身热为热论三阴证。伤寒阴性过程为无热恶寒。此条不是伤寒理法。

11. “三阳合病，脉浮大，上关上，但欲睡眠。目合则汗。”

此条亦热论家文字，文中列举脉证不是伤寒三阳合并的证候。

12. “少阳病，欲解时，从寅至辰上。”

此条亦是别派医家之言论，在临床中从不见有这种规律。解释见太阳篇中太阳病欲解时一条。

13. “少阳中风，两目无所闻，目赤，胸中满而烦者，不可吐下，吐下则悸而惊。”

少阳中风即指伤寒少阳病。耳聋目赤非少阳之必发证，但胸满心烦为少阳主证。胸满非可吐证，心烦亦非可下证。若误以胸满心烦为可吐下证而误吐误下则发惊悸。误吐下发惊悸是为坏病，救逆之法为柴胡加龙骨牡蛎汤。

第三章 少阳病气机失调病势

1. “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，或腹中疼，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。”

此条是伤寒少阳病理阶段的概括。在少阳病的过程中俱不出本条所示证状。往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食，心烦喜呕四证为少阳病



的主证，乃所谓但见一证便是的证状。或然证七个，乃或有或无之证。主证是少阳病的必然证。不是此证不是少阳病理过程。文中所举四个必然证，在少阳过程中，或有一证二证无论是四证中任何一证，都以小柴胡汤主治。少阳各证，无论在头目在口咽在胸胁在全身之寒热，在烦呕不欲等，俱是三焦气机病位的失调趋势，所以但见一证便是少阳病，俱用和法，俱用小柴胡汤治疗。这是三焦气机病位的功能特性所决定的。

本条概括少阳病理过程的证状、立法、方药。

“小柴胡汤方：

柴胡 112 克 黄芩 42 克 人参 42 克 半夏 99 毫升

甘草 42 克 生姜 42 克 大枣 12 枚擘

上七味，以水 2400 毫升，煮取 1200 毫升，去滓。再煎取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。若胸中烦而不呕者，去半夏、人参加括萎实一致；若渴，去半夏、人参合前成 63 克，括萎根 56 克；若腹中疼者，去黄芩加芍药 42 克；若胁下痞硬，去大枣加牡蛎 56 克；若心下悸小便不利者，去黄芩加茯苓 56 克；若不渴外有微热者，去人参加桂枝 42 克；温复取微汗愈；若咳者，去人参大枣生姜，加五味子 100 毫升干姜 28 克。”

按：小柴胡汤为和解三焦气机的方剂。本方以柴胡为主药，其他药皆辅药。柴胡苦平无毒。《本草经》说：柴胡主心腹肠胃中结气，寒热邪气，推陈致新，久服轻身、明目、益精。本草别录取说：主胸中邪逆、五脏间游气。李时珍说：柴胡治阳气下陷，平肝胆三焦包络相火及头疼、眩目、目昏、五疳羸热。《本草经》所说的心腹肠胃中结气应包括胸腹腔及整个消化系统。结为结蒂气为功能，所谓结气即功能性障碍。如肝气郁结则胸满胁疼，脾气郁结则心腹痞满，胃气郁结则呕恶不欲饮食，等等，这无不是三焦气机失常。所谓五脏间游气，虽不能明确指出是何证状，但不外为脏腑功能性病证。柴胡有促进新陈代谢的功能，久服轻身明目益精，当是产生于这一功能。因柴胡本身并不含营养成分，《内经》说：“少阳为游部”，其气游行三焦。脏器间游走性的病理感觉适当是三

焦气机为病。甄权说：柴胡主劳乏羸瘦，宣畅气血。《内经》说：“肝为罢极之本”。现代医学证明：肝功能障碍则营养物质代谢失调即出现劳乏易疲。羸瘦的主要原因即是营养障碍。李时珍说：“柴胡治阳气下陷、五疳。”阳气下陷即指胃下垂、肝下垂、子宫下垂及脱肛等。五疳指小儿消耗证。凡疳病都与营养代谢障碍有关。凡下垂都属于植物性神经系统的调节失常。从柴胡功效看，其调节三焦气的功能是可以肯定的。

伤寒少阳病为三焦气机失调：以和解为定法，以小柴胡汤为定方，以柴胡为主体。在小柴胡汤方后加减法中，除主药柴胡以外，其他药物皆可去取，从而可知柴胡为调和三焦气机的药物，其他药皆辅助药。如对或然证的处理：胸中烦为胸中有热，加枳实以清胸膈热而润燥。因不呕而去半夏，有热而去人参。若渴加人参枳实以生津止渴，因半夏燥而去之。若腹中疼则去黄芩苦寒而加缓急止疼之芍药。若胁下硬满则加牡蛎化痰软坚，去助满之大枣。若心下悸小便不利，因无热去黄芩，因停水而加茯苓利小便以消蓄水。若不渴外有微热者，渴而发热为里热，今不渴外有微热为表热，故加桂枝取汗以解表，有热故去人参。若咳者是水寒射肺，故以干姜五味敛肺以散水气，去生津之人参，走表之姜枣。从小柴胡汤证的加减法中可以看到仲景治病的原则性和灵活性。小柴胡汤加减法实为一个极好的机圆法活的临床范例。

2. “呕而发热者，小柴胡汤主之。”

“呕而发热”即心烦喜呕。心烦即心烦发热，如“胸中烦”、“烦疼”等皆有发热。伤寒有柴胡证但见一证便是，不必悉具。呕而发热为三焦气机失调，以小柴胡汤主治。

3. “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。此虽下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬疼者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不痛者此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”

此条说三层意见：一、呕而发热为柴胡汤证，如误下后柴胡证仍在者，复与柴胡汤，可作战汗而解。二、若下后心下满疼者为结胸证，以



大陷胸汤主治。三、下后但满而不疼者为向下痞，以半夏泻心汤主治。呕而发热易被认为可下证，所以仲景特出此条指示说明下后的处理方法。呕而发热之柴胡证，与小结胸、大结胸，心下痞四证最须鉴别，呕而心烦躁热，腹部平软无异常表现的为柴胡证；心下满按之疼者为小结胸；自心下至少腹硬满而疼者为大结胸；心下满而按之软，以指弹之有气体声为心下痞。然而柴胡证，大小结胸证、心下痞俱可有呕而发热。若但据呕而发热则上述诸证即不可分别。必须看证候的全面表现，而后才可以认识病位病性病势，立法用药才不致有误。

4. “伤寒，阳脉涩、阴脉弦，法当腹中急疼，先与小建中汤，不差者，小柴胡汤主之。”

此条凭脉断证不是仲景的理法。“法当”二字亦是衍文。成无己本中“腹疼”下有“者”字，与“法当”二字文辞不谐。此条似是：“伤寒脉弦细，腹中急疼者，先与小柴胡汤；不差者，小建中汤主之。”阳脉指寸脉、阴脉指尺脉，桡骨动脉尺寸同一血管，岂能前一寸涩，而后一寸弦？这在临床上不曾见过。仲景无此脉法，亦无此脉理。腹中急疼而用小柴胡汤唯一可据的就是脉弦细。如无脉弦细的腹中急疼则毫无用小柴胡汤的根据，据脉弦细而调和三焦气机，若仍不差再以小建中汤通阳缓急止疼。因服过小柴胡，三焦气机已通，小建中汤则可奏效。如先与小建中却殊无根据。仲景从无盲目治法。柯琴对本条解为一证两方，与麻黄汤发汗，解半日许复烦而更用桂枝再汗同法。这在病理上颇不然。太阳无汗用麻黄汤发汗，汗出病未解复发热，不可再用麻黄重发汗亡津液。这将导致病情逆转。又因曾发汗，汗腺已开张，不须再用麻黄，只以桂枝汤解肌即病解。这是太阳病理特性所决定的，并非一证两方，乃因势利导祛邪法的妙用。若脉弦细腹中急疼本无用小建中汤的根据，只有用小柴胡治后不差，才有用小建中汤通阳缓急的根据。在《伤寒论》中，先与小柴胡汤不愈而再用他的药的病例有：“……可与小柴胡汤，设不了了者，得屎而通。”“得屎”二字有用通便药之意。又如“先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。”

“小建中汤方：

桂枝 42 克 芍药 84 克 甘草 28 克

生姜 42 克 大枣 12 枚 胶饴 200 毫升

上六味，以水 1400 毫升，煮取 600 毫升，去滓，内饴，更上微火消解，温服 200 毫升，日三服。”

此方在千金方中名芍药汤，治产后少腹疼。桂枝汤增芍药加胶饴即此方。胶饴即麦芽糖，亦称糖稀。胶饴含大量麦芽糖，微温味甘，缓中，补虚、润肺、治中虚腹疼。小建中汤乃通阳补虚缓中止疼之剂。

5. “伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满，微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”

此条是伤寒太阳病汗下后转化少阳病理过程。胸胁满微结，往来寒热、心烦为少阳证，为小柴胡汤主治，因渴而加括萎根，因胁满微结加牡蛎，因渴而小便不利加干姜散水气，因身有热而去人参，因头汗出加桂枝。此为柴胡桂枝干姜汤，乃小柴胡汤方加减法。

“柴胡桂枝干姜汤方：

柴胡 112 克 桂枝 42 克 干姜 28 克 黄芩 42 克

牡蛎 28 克 括萎根 56 克 甘草 28 克

上七味，以水 2400 毫升，煮取 1200 毫升，去滓，再煎，取 600 毫升，温服 200 毫升，日三服。初服微烦，复服汗出便愈。”

6. “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，汗出为阳微结，假令纯阴结，不得复有外证。悉入在里也。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。今头有汗出，故知非少阴也——可与小柴胡汤，设不了了者，得屎而解。”

此条文中“此为微阳结”以下七八十字是后人注语，不是仲景原文。“脉细者”应接“可与小柴胡汤”句读。

汗出恶寒为太阳表证，心下满不欲食脉细为少阳证，大便硬为里证。



本条证候为少阳有表复有里之证。所以仲景说“可与”小柴胡汤，而不说“以小柴胡汤主之”。“此阳微结……故知非少阴也”一段文字是后人注语，是议论、解释本条证候的文字。从“阴不得有汗”一句看出不是仲景文字。少阴篇中麻黄附子细辛汤证乃是少阴病的汗法，又“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳者。此属少阴。”又“少阴病，下利脉微，呕而汗出。”又“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，又下利鬲逆而恶寒者。”又“少阴病，脉微沉细，但欲卧，汗不出烦”。等都是少阴有汗的例。何以说“阴不得有汗”呢？参看少阳病概说一章。

7. “血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，往来寒热，休作有时，默默不欲饮食，脏腑相连，其疼必下，邪高疼下，故使呕也，小柴胡主之。”

此条是后人解往来寒热与呕不欲食的病理的文字，然而其理皆难理解。

8. “少阴病，四逆。其人或咳，或悸、小便不利，或腹中疼，或泻利下重者，四逆散主之。”

此条文首“少阴病”三字应是少阳病，“阴字”必是阳字之误。或是因中有四逆一证而误认少阴病，改阳字为阴字而入少阴篇，这也如瓜蒂散证因有手足寒而入少阴篇一样。其发生这种错误的原因主要是只注意证状的外部联系而不注意或不懂病理的缘故，而事物的内在联系才是反映本质的东西。以四逆一证来说，四逆只是现象。有脉微细四逆它反映了功能衰弱、代谢减低的阴性病本质；有伤寒脉滑而厥逆，它反映了阳性病的本质。本条如果是少阴病脉沉微细四逆，必须以附子、干姜回阳，决非四逆散所能治。假如本条四逆证为热厥，而热厥又不能为少阴病。

历代注家对本条议论较多，如柯琴认为本条四逆以下有缺文，因而补入“泄利下重”一句。然而四逆加泄利下重亦不能表明为少阴病。医宗金鉴说：“少阴厥逆，虽属阴盛不能外温，然亦有阳为阴郁，不能宣达而令四肢逆冷者。”阳为阴郁而四肢逆冷藏者毕竟还是阴盛阳虚，决不可舍附子、干姜而用柴胡、枳实、芍药寒凉之品。程应旆说：“初得之四逆，

固非热证，亦非深寒。”汪琥说：“四逆散，乃阳邪传变而入阴经，是解传经之邪，非治阴寒也。”程、汪二氏之说，既不敢定四逆散证为少阴病，又不敢承认四逆散为少阳，只吞吐其辞，曲为辩解。这反映了他们对六经病理缺乏一个明确的概念，因而没有一个区分的标准。但他们都一致认为此证与少阴四逆有所不同，所以作出各种臆说。

少阳病为三焦气机失调。三焦气机与植物性神经在功能上有相当范围的一致性。在少阳病理过程中，由于横纹肌小血管收缩而脉象弦细，如果在脉细的状况下出现腹疼或泄利，气血为适应抗病而内趋腹腔，一时远心端供血减少，因而出现四逆，这是很自然的，也是临床中常见的。少阳病四逆与少阴病四逆是有本质上的区别的。作者在临床中尝见少阳病四逆腹疼。脉弦细，疼发时手足逆冷，疼剧时冷汗肢厥，疼定时手足复温。用四逆散制汤服，药量如柴胡汤，效如影响。

“四逆散方：

柴胡 甘草 芍药 枳实破水渍炙干

上四味各 10 分，捣筛，白骨饮和服 1 克，日三服。咳者加五味子、干姜各 5 分，并主下利；悸者加桂枝 5 分；小便不利者加茯苓 5 分；腹中疼者加附子 1 枚炮令拆；泄利下重者先以水 1000 毫升，煮薤白 600 毫升，去滓，以散 3 克内汤中，煮取 300 毫升，分温再服。”

此方是少阳病的另一重要方剂。后世许多舒肝胆气的方剂多从此方派生而来的，如局方逍遥散即其一。不过四逆散方服量太小，不能取效。按大柴胡汤、小柴胡汤、柴胡、桂枝、干姜等每服柴胡量约 34 克，而四逆散每服柴胡量为四分之一克，相差约 130 倍，与柴胡加芒硝汤、柴胡桂枝汤等柴胡服量相差约 75 倍。因此可以断定四逆散用量是错误的。以个人经验说：少阳病脉弦细腹疼四逆证、四逆散作汤服，柴胡用量每服 20 克，其他药相应增加用量，每有良好效果。

方后加减法大体与小柴胡汤方后加减法相同，可能是后人补入。其理由有二：一是用量不合理；二是散剂加减不便。一般地说，汤剂皆临时配伍，加减药物自如。丸散膏丹的药物组成是比较固定的，随证加减



甚为不便。虽亦有用要引的例，但汉代不知有否，况四逆散已指明用白饮和服，显然方后加减药物的用量皆用份数，足以证明不了是药引了。唯用附子1枚，薤白用3升，这与四逆散之3克不相和，用量大小悬殊之大也是个明显的错误，根据以上理由，四逆散方后加法不是出自一人之手，俱非仲景文字，四逆散是个极效的方剂，不过应适当增加其服用量。

9. “伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利。此本柴胡证，下之而不得利，今反利者，知衣以丸药下之，此其非治也。潮热者，实也。先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。”

本条是少阳阳明合并过程。胸胁满而呕是少阳证，日晡潮热是阳明证。这种合并病应先少阳次阳明，先以小柴胡汤和解少阳，再治阳明里热。若误以为可下，而且以丸药下之，丸药性缓，只能利人而不能通下其燥屎，所以造成这样的结果。服药后当日不能得利，日后得利而燥屎不亦不得下，所以说非其正确的治法。潮热为里实。虽然实因有少阳证所以应先服小柴胡汤以解少阳，待上焦得通津液得下，胃气因和，可望得屎而解。若潮热不解，后以柴胡加芒硝汤和解少阳兼下其燥屎。

有的注家认为本条是以小柴胡汤解少阳，再以小柴胡加芒硝汤下阳明里实，是分两步治法，其实不然。小柴胡汤本有通气机和胃气的作用，如“阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满者，小柴胡汤主之”，正与本条潮热微利大体相同。因虽潮热里实，但有微利，若屎不至燥，服小柴胡汤上焦得通、津液得下则胃气因和可得大便而病解。如服小柴胡汤潮热不解，是屎燥津少，则以芒硝软坚润燥。这不是分步治疗，而是仲景辨证用药的精细、严谨之处。柴胡加芒硝汤方见得合并并第15条。

10. “伤寒八九日，下之，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”

本条是伤寒坏病。造成此种结果的原因应是以火劫迫汗，不是误下。伤寒误下的结果有结胸、痞硬、清谷不止、协热而利等。烦惊谵语乃火劫造成的坏病。火劫指烧针、火熏、火熨、火灸等法迫使发汗，一是造



成津液的大量丧亡而导致的里实谵语；二是高热灼伤神经，使之处于过度兴奋状态，造成烦惊。例如：“伤寒脉浮，医以火迫劫汗亡阳，必惊狂起卧不安者，桂枝去芍药加龙骨牡蛎救逆汤主之。”又如：“火逆、下之，因烧针烦躁者，桂枝加龙骨牡蛎汤主之。”从火劫致烦惊，加龙骨牡蛎治之的条文看，本条证当是火劫不是误下。文中虽无火迫字样，或为缺文。

本条谵语小便不利是因津液伤亡胃肠干燥结为硬屎而致。经络伤于火而津液亡于汗，筋肉神经失于濡养而一身尽重不可转侧。烦惊为火热对神经的强烈刺激而致过度兴奋。柴胡以解少阳，加龙骨牡蛎以镇静安神。

“柴胡加龙骨牡蛎汤方：

柴胡 56 克 半夏 20 毫升 人参 21 克 茯苓 21 克 铅丹 21 克
桂枝 21 克 大黄 28 克 生姜 21 克 大枣 6 枚 龙骨 21 克
牡蛎 21 克

上十一味，以水 1600 毫升，煮取 800 毫升，内大黄切如棋子，更煮一二沸，去滓，温服 1 升。”

11. “太阳病经过十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”

本条太阳病经过十余日是指伤寒初得病在太阳经，十余日以来，曾二三次误下。后四五日柴胡证仍在的，先与小柴胡汤。后四五日在十余日内的后四五日，而误下是在五六日间。柴胡仍是在指一系列少阳证中任何一证或数证。与小柴胡汤后呕不止，可见与小柴胡汤之前即有呕而发热。心下急郁郁微烦即心下急满，发热心烦，不欲饮食之表现或在服小柴胡汤前即有，而服小柴胡汤之后未解，再与大柴胡汤下之，则愈。呕不止微烦为少阳证。心下痞满急迫为里热。这种少阳与里热合邪时，常与小柴胡汤可解；若小柴胡汤不能解，与大柴胡汤下之则愈。为什么要先与小柴胡汤，必待不解而后才用大柴胡汤呢？这是因为少阳禁下，



仲景他少阳禁下，仲景慎下少阳，所以必待小柴胡不解而后下。仲景在少阳病中多义此法。如本条及柴胡加芒硝汤条等。这并非仲景辨证不准，正是其辨证用药的精确之处。

12. “伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。但结胸，无大热，此水结在胸胁也，但头汗出者，大陷胸汤主之”。

此条“伤寒十余日，热结在里”是指心下急、腹满、不大便、发热、汗出不解等证。若复往来寒热是少阳并热结在里。热结在里可下，但少阳禁下，须先以大柴胡汤和解少阳兼下里热。若但结胸身无大热，但头汗出的以大陷汤主之。

结胸与热结在里最须区别。二证皆有心腹满不大便发热汗出不解，而大结胸证无大热但头汗出。以身无大热但头汗出以区别于热结在里，也区别于少阳兼有热结在里证。因结胸证为饮热结在胸胁，与里热不同。参看太阳病篇太阳病的继发性杂病一章结胸一节。

13. “伤寒发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”

本条呕而发热为少阳证，发热汗出不解心下痞硬而下利为热证。以大柴胡汤和解少阳兼下里热。

此条证候与生姜泻心汤证，桂枝人参汤证相鉴别。生姜泻心汤继发于太阳表解之后虽有心下痞硬、下利，但干呕食臭与本条发热而呕不同。桂枝人参汤证亦是下心痞硬、下利，但它发生于太阳误下之后，外有发热恶寒之表证与本条不同。本条发热而呕无疑是少阳证，而下利痞硬与不大便烦满虽表现不同，但同是胃肠的阳性病理过程，病机为胃肠热结，所以同以大柴胡汤主之。

金鉴对本条证下利而用大黄、枳实的治法不能理解，故改“下利”为“不利”。按仲景文例，凡说“不利”皆指小便，而且必说，小便不利，从无单用“不利”二字指小便或大便的例。金鉴这种改法是不合仲景文例的。山田正珍也不解下利用大黄之理，于下利上添不字，改为“不下利”。然而“不下利”三字是不能理解为不大便的，充其量也不过是清便



自可之义，也不是作为用大黄的依据，同时仲景也没有这样的文法。山田氏这一改法也是不正确的。总之，不大便，大便硬而用大黄易为人所理解。今下利而用大黄，便因不解其病理而生出种种臆说。除金鉴与山田氏之外，众多医学家对大柴胡汤中有无大黄一案，至今尚是众说纷纭，莫衷一是。

“大柴胡汤方：

柴胡 112 克 黄芩 42 克 芍药 42 克 半夏 99 毫升

生姜 70 克 枳实 4 枚 大枣 112 枚擘

上七味，以水 2400 毫升，煮取 1200 毫升，去滓再煎，取 600 毫升，温服 200 毫升。日三服。一方加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤。大黄二两约 28 克。”

按：大柴胡汤方后“一方加大黄二两”等十七字，当是后人的注语误入正文的。在《金匱·腹满宿食病篇》有大柴胡汤方，方中有大黄二两。那么大柴胡汤究竟有没有大黄呢？历代注家看法颇为不同。现综合各家见解，略家探讨如下：

(1) 认为大柴胡汤必须有大黄。如许叔微说：“大柴胡汤一方有大黄，一方无大黄；此方用大黄者，以大黄有涤荡蕴热之功，为伤寒中要药。”

(2) 认为大柴汤无大黄。如柯琴说：“大柴胡汤是半表半里气分之下药，并不言大便。其心下急与心下痞硬是胃口病，而不在胃中。热结在里非结实在胃。且下利则地道已通……不可以”下之“二字妄加大黄。”徐灵胎说：“要知条文中并无大便硬，更有下利证，则不得妄用大黄以伤胃气也。”

(3) 认为大柴胡汤有大黄、枳实。如张锡纯说：“此方无大黄者非原方，即加大黄疑非原方。为其病屡下之余，虽柴胡证仍在，气分泌有损伤。况又减人参，复大黄征实并用，既破其血又破其气……至枳实能损人胸中至高之气，其不宜与柴胡并用明矣。愚想当日原但加大黄，后世畏大之猛，遂易以枳实。以后凡我同仁有用此方者，当加大黄去枳实为定方矣。”



(4) 认为大柴胡汤中大黄为可有可无的化裁活用法。持这一见解的是林柏良先生。林氏在“小柴胡汤证的研究”一书中是：“‘一方加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤’的注语，前七字‘一方加大黄二两’是仲景原方。‘若不加恐不为大柴胡汤’十字是后人对前七字的注语。前七字是仲景很重要的指示。”林氏又说：“大柴胡证原是小柴胡证的本态向内实发展。随着内实的轻重，自应有可用或不用大黄的分别，仲景用药不用苟，所以就作出那样的指示。再看伤寒论本方煎法中只写‘右七味’并注明‘一方加大黄二两’。再查对金匱原方，果然加入大黄二两，并在煎法中写明‘右八味’。可见大黄的或有或无，正是仲景指示化裁活用的意思。”林氏又举例说：“柴胡证，兼有心下急，郁郁微烦等，这种证为内实不很甚，加用枳实、芍药以舒急，大致也类似，例如，‘伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。’‘伤寒发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。’细看这些症状，往来寒热原属小柴胡汤证，虽说热结在里，但是加大黄与否，还要由里实的程度来决定。至于心中痞硬既要加枳芍以协姜夏，一般已能解决。如汗出很多，脉实证急，则加大黄，泻下存阴，极为必要。故仲景对大柴胡只作七味，而注明一方加大黄二两，目的在于说明大黄不是非用不可的，而是一种酌情的加减法。”

上述四种说法各自言之成理，谁是谁非姑且不论。大柴胡汤方有无大黄，必须根据文中实在的证状与病理而论。并且以仲景本人的文字依据来证实其有无，不可以个人的想象为依据。柯琴、徐灵胎二氏主张无大黄的理由是因下利而不可用大黄，其观点是明朗的，论据是切实的。这也是历代主张无大黄的共同的根据。

那么大黄柴胡汤证中的下利是不是可以作为无大黄的根据呢？不可以。下利一证，有阳性病理过程中的下利，有阴性病理过程中的下利。如果阴性过程的下利，如太阳病脉若手足寒下利清谷，以及桂枝人参汤证中的下利，当然是不可用大黄的。假如阳性过程中的下利，例如，“自利清水，色纯青，心下必疼，口干舌燥者，急下之，宜大承气汤”，这不



仅是用大黄，而且有要硝黄微朴并用而急进的。按一个孤立的证，它只是一个证候的特殊病理反映出来的一个片面现象。如果孤立地看一个证，是难以认识一个证的病理的，病理包括病因病位病性病势。怎么能根据一个孤立的证来论药呢！伤寒六经辨证是对证候辨识，从辨中认识病性病势，据此而立法用药，不是对症下药如对号入座一般。理解这个意义，方可与言流六经辨证论治。

大柴胡汤中有没有大黄呢？这要先看大柴胡汤证应不应有大黄，再说大柴胡汤有没有大黄。按：大柴胡汤证三条。一条“热结在里复往来寒热”，一条“……偶不止，心下急，郁郁微烦者”，当然这是须要大黄的证候，医家都无异辞。可见仲景说“下之则机，方剂有下的作用。然而大柴胡汤中若无大黄，如何能有下的作用呢？证候的热结在里又如何能在“下之”之中得愈呢？看来这两条，证状表现虽不同，但有里热结实的同一病机。大柴胡汤中必须有，大黄二两的。另一条：“逢人说项汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者”，要不要大黄呢？此条中呕而发热为少阳证不必说。但发热汗出心下痞硬而下利，显然是胃肠的阳性病理过程。发热汗出不解是为里热，痞为热痞，硬为热深痞甚而致硬，利为热利，亦是肠对病理物的抗御反应，虽下利亦不能排除其热结。“阳明病发热汗多者宜大承气汤。”“心下痞按之濡其脉关上浮者大黄黄连泻心汤主之。”这两条说明了发热汗多的热结在里与解心下痞硬当然也是非用大黄不可的，里热不因下利而除，痞结不因下利而消，所以大黄必不能因下利而不用。仲景用大黄，不据大便之利否，而在热结的可下之病理趋势。《伤寒杂病论》中里热下利而用大黄的案例不只一端。

大柴胡汤证三条都是少阳气机失调并发热结在里之证，大柴胡汤中用大黄所必用。方中脱漏大黄必是佚文，《金匱》原方所载大黄二两可证。《伤寒论》中大柴胡汤方后的“一方加大黄二两若不加恐不为大柴胡汤”十七字是后人注语，决非仲景文字。《伤寒论》中这类注语不只一条，而语气、文辞很像出于一人之手。如小青龙汤方后有：“且薤白不治利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意。”又半夏散方后有：“半夏有毒，不



当散服。”又通脉四逆汤方后注：“病皆与方相应者，乃服之”等皆后世读者注于方后之言语，而且此人是很有见识的。大柴胡汤方后之十七字注语，句读与语意连贯完整，与证候的病理相合，与仲景“下之则愈”之辞意相应，与金匱本方相对照，因此而注曰：“一方加大黄二两若不加恐不为大柴胡汤”。这是清清楚楚的东西，不可用想象或臆测或伸缩病情来为之作解。

再按：大柴胡汤方大黄二两，约二十八克弱，每服大黄用量不过五至六克为大承气汤大黄每服量的约五分之一，为大黄黄连泻心汤大黄每服量的二分之一弱。这个大黄的服量是不会产生显著的泄下作用的，只能是清热消痞调和胃气的作用。至于因下利或因误下即疑虑大黄的医家，只是因为强调了片面的一证而忽视了全面的证候，注意现象而忽略了本质的缘故。



第五编

合并病篇



第一章 合病病概说

在伤寒病理发展过程中的六经病理阶段，是以病性与病位相区分的；六经病的传变过程又是以病性的变化和病位的转移而造成的。在治疗上，汗吐清下和温诸法，六经病各有所宜亦各有所忌。这是六经病的病性与病位决定的。如太阳表病宜汗忌下，阳明病里宜吐下忌发汗，少阳气机病和解而汗吐下等，形成六经病的治疗原则。然而在六经传变过程中，还有同一病性不同病位间的合并过程。由于不同病位在治法上宜忌的矛盾性，所以在治法上有着表里气机先后主从的特殊性质。

所谓并病即两经先后俱病，两经证状同时并见的过程。例如，太阳传变阳明，阳明证见而太阳证不解的为太阳阳明并病。太阳病传变少阳，少阳见而太阳证不解为太阳少阳并病。少阳传变阳明，阳明证见而少阳不解为少阳阳明并病。若太阳、阳明、少阳证先后出现而同时并存的为三阳并病。所谓合病即两经或三经同时发病的病理过程。

合并病的表里气机先后主从的治法是其合并的病位决定的。例如，太阳与阳明并病，表证宜汗解而忌下，同时里证宜下而忌发汗，表证误下会导致结胸、痞硬、下利清谷等严重后果，而且证误汗可致伤津发生谵语。显然，表证与里证上的治疗矛盾应以表证为主，里证为从，先解表而后议治里。若先用下法治里会造成不良的后果，再如太阳与少阳并病，表证宜汗法，气机证宜和解而忌发汗，这自然以太阳表证为主，以太阳表证为从。如少阳与阳明并病，少阳气机宜和解而忌下，阳明里热结实宜下法。若误下少阳或结胸或痞硬或发惊悸，后果严重，自应以治少阳为主，阳明为从。若太阳、阳明、少阳三经合并，太阳表证宜汗，阳明里证宜下，少阳宜和解而忌汗下，这显然应以少阳主，太阳与阳明为从。从仲景治病合并病的内容看，它的表里气机也就是太阳阳名少阳

证的主从先后治法，是和六经证治原则相一致的。所以，合并病的证治是六经辨证治疗系统的一个不可分割的组成部分。

伤寒阴性过程的少阴、太阴、厥阴之间有没有合并过程呢？作者在《伤寒六经概说》章中提到：三阴病之间因正气消减而两阴合并。例如，“少阴恶寒身蜷而利，手足逆冷者”以及“下利，手足逆冷无脉者”都是少阴与太阴的合并过程。凡伤寒表里虚寒，四肢逆冷自利的皆为少阴与太阴的合并过程。然而少阴亡阳多死，三阴合并 in 临床上是难以见到的。又因三阴病在治疗上有着温阳的共治法，与三阳病的汗吐下和清各有宜忌不同，所以仲景把少阴与太阴的合并过程列入少阴篇中，而未出合并之名。

伤寒六经辨证法所体现的是病因、病位、病性、病势整体辨证治疗思想，是符合人体生态规律的治疗方法。它的因势利导的思想——阴性扶正，阳性病祛邪的治疗原则、六经证治思想——阴性病扶正，阳性病祛邪的治疗原则以及六经证治的汗吐下清和温诸法的宜忌，合并病的表里气机先后主从治法等，在客观观点上恰好是调整、恢复人体的生态平衡，而避免了在治疗上可能造成新的失衡的治疗方法。

伤寒合并病的理法是建立在六经病理与证治的基础上的，只有理解了六经证治才能了解合并病的证治。伤寒六经是表里气机的阴阳两性病理过程，而合并病同一病性表里气机两病位或三病位的合并过程。在治疗上，六经病是汗、吐、清、下、和、温诸法各有所宜忌，合并病是根据六经治法的宜、忌而确定表里先后主从而已。

往昔伤寒注家对合并病亦有不同的说法。如医金宗鉴说：“阳经既有合并病，则阴经亦有之可知矣。如太阳病脉反沉，少阴病反发热，是少阴太阳合病也；阳明病脉迟，太阴病大实疼，是太阴阳明合并也；少阳病脉细而厥，厥阴病呕而发热，是厥阴少阳合病也。”柯琴也说：“太阳病脉反沉，便合少阴；少阴病反发热，便合太阳；阳明病脉迟即合少阳。虽无合病之名，而有合病之实。”金鉴与柯琴上述对合病的说法是错误的。要知道，伤寒六经合并病理过程，只有同病性的相合并。因为太阳与少阴是同一表病位的功能盛衰与代谢增减而分化的阴阳两性过程，阳明与



厥阴是同一气机病位的功能盛衰与代谢增减分化的阴阳两性过程。太阳与少阴之间，阳明与太阴之间，少阳与厥阴之间，只有功能进退而相互转化的机理，绝无同一个组织奇观的功能既亢进又衰退，代谢既增高又减低这样的病理。一个病位的阴阳病理性质，也如一个数值的正负性质一样。正、负值不能并存于一数，阴阳病性也不能并存于一个器官，所以太阳与少阴、阳明与太阴、少阳与厥阴，不存在合并过程。

病理过程中的阴性与阳性是相互对立的，又是统一的。病理过程中阴性向阳性转化，或阳性向阴性发展，又是一个阴阳消长的过程，也就是组织器官功能进退与代谢增减的过程。在阴阳的相互转化过程中，必然存在着一个过渡阶段，无从或长或短。在阴阳相互转化的过渡阶段乃偏阴、偏阳的性质；偏于阳的仍是阳性病理过程，偏于阴的仍是阴性病理过程。太阳病脉反沉是太阳向少阴发展，虽阳病阴脉，但表阳未衰，寒气未盛，病性仍偏于阳，所以仍为太阳，脉沉谓之反。少阴病反热是少阴向太阳转化，虽然发热，但阴寒未消，阳气尚微，病性亦仍偏于阴。所以仍为少阴，发热谓之反。阳明病脉迟不是转阴的病机。阳明脉迟潮热汗出为里实可下证，若阳明脉迟汗出恶寒是表未解，为阳明太阳病。太阴病脉是向阳明转化，为太阴向愈的表现，所以下利自止。少阳脉弱是向转化为病退。总之，同病位的阴阳相互转化是个阴阳消长的过程，不是阴阳合并的过程。

《伤寒论》中合并病的条文有冠以合并字样，有不冠以合并字样的。凡是表、里、气机证状相合并的证候，皆是合并过程。但亦有名为合病而实非合病的条文，俱收入本篇加以讨论。伤寒合并病条文的编次，以《伤寒论》固有的次序是从太阳治的在太阳篇。从少阳治的在少阳篇，这是合理的。今为了叙述方便，集合并病条文于一篇，或许有助于对它的理解，想也无害六经辨证的系统性。

第二章 伤寒阳性过程的合并病

1. “二阳并病：太阳初得病时发其汗，汗先出不撤，因转属阳明，续自汗出，不恶寒。若太阳证不罢者，不可下，下之为逆。——如此可小发其汗，设面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表，当解之，熏之。若发汗不撤，不得言阳气怫郁不得越。当汗不汗，其人烦躁，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得。其人短气。但坐以汗出不撤故也。更发汗则愈。何以知汗撤？以脉故知也。”

此条自“下之为逆”以上是仲景原文，“如此可小发其汗”以下是后人注语误入正文。

本条说太阳传变阳明的表现是太阳证结束阳明证出现。因阳明病的证状特征是发热恶热濈濈然汗出，而太阳病的特征是发热恶寒。若阳明证发热汗出而渴太阳证之恶寒不结束是太阳与阳明并病，太阳与阳明并病，因太阳病势向表，当汗解，若仅据阳明证而下下法则违反因势利导的治疗造成坏病。太阳阳明并病先表后里，即先解太阳之表后治阳明里病。原文中说“汗先出不撤”是在太阳过程中发汗汗出不撤退，继续自汗出。不撤，并非不彻底之意，若以为汗出不彻底而更发汗必导致大便秘、谵语。

如何知道“如此可小发其汗”以下为后人注语呢？首先是此人主张“小发其汗”，并且要以火熏之法，众所周知，伤寒从无火熏之治法。并且仲景数举火造成的坏病，何可二阳并病用火逼汗！二阳并病仲景本有治法，为“阳明病，脉迟、汗出多，微恶寒者，表未解也。可发汗，宜桂枝汤。”太阳传变阳明的机理是以内因为根据的，并不是因初得病时发其汗。此注者不解此义，却说：但坐以汗出不彻，并且说以脉涩而知汗出不彻，同时要更发汗。涩脉的病机为血少气衰，决不发汗而夺其血。



看此类错误甚为浅显，所以一看而知是出于人手。

2. “阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。”

此条为太阳与阳明并病。身热多汗因里热之势盛，脉迟乃因汗出过多。此为阳明里热证，发热微恶寒是太阳表证未解。表证未解不可下，下之为逆。以桂枝汤先解太阳之表，表解后阳明证若不除，再议治阳明。太阳与阳明并病过程先解太阳。桂枝汤方见太阳篇第三章。

3. “阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。”

本条是太阳与阳明并病。文首冠以阳明病即概括胃家实的所有证状。为心烦负满不大便等，脉浮无汗而喘是太阳证。仲景只说阳明病不举阳明证是省文。只举太阳证而说不说太阳病亦是省文。太阳与阳明并病治从太阳。因太阳忌下，所以用解太阳之表的汗法。太阳病有汗病势用桂枝汤解肌，无汗病势用麻黄汤发汗。在太阳与阳明并病中亦是用太阳的汗法。

麻黄汤方见太阳病篇第四章。

4. “病人烦热，汗出则解，又如疟状。日晡所发潮热者，属阳明也，脉实有下之。脉浮虚者宜发汗。下之与大承气汤，发汗宜桂枝汤。”

本条烦热即发热心烦。汗出则解是自汗出而热解一时。一时之后发热如疟状。如疟则不是疟，疟为先寒后热发作时。此证寒热无时间规律，自汗出则解；解而又作。如果但发烦热而每日晡时，则完全是阳明病，脉若实（实为长大有力之象）者是里有燥屎，下下法。如果发烦热汗出则解，又如疟状，脉浮虚者为太阳与阳明并病。宜发汗，用桂枝汤。仲景对阳明病可下证必脉证相参后决定，总是以谨慎的态度用大承气汤。若病人日晡潮热而脉浮虚，脉浮表明仍有人向表解的趋势，是太阳表邪尚未尽解，所以仍以桂枝解肌以治太阳。虚脉为浮而软的体象，有血虚的征象，所以宜用桂枝汤温通血脉解肌法，先治太阳未尽之邪，不可用下法。《伤寒论》有“腹满脉虚，复厥者，不可下，此为亡血，下之则死”。

以上四条为太阳与阳明并病之治法；先治太阳，自汗出的用桂枝汤解肌，无汗的用麻黄汤发汗；太阳表解后，有阳明证以阳明法治疗。

5. “太阳与阳明病合病，必自下利，葛根汤主之。”

本条太阳与阳明合病是表里同时发生的阳性抗御过程。既言太阳阳明合病，必有发热恶寒脉浮之表证，与胃家实之里证，文中所言“必自下利”即是胃肠的阳性病理过程，即是胃家实的病理表现。发热恶寒脉浮自下利仍乃太阳阳明合病的证状特征。不可偏执胃家实只是不大便或大便硬，去最狭隘地理解胃家实的含义。胃家实应概括胃肠的一切功能亢进、代谢增高的阳性抗御反应，《伤寒论》中有“自利清水”的大承气汤可资证明。同时瓜蒂散证、白虎汤证都是胃家实的表现，都不是大便或大便硬的证状。正因为是太阳与阳明合病，自然不同于太阳阳明先后并病。尽管合病与并病在上无原则性的区别，但都有同时发病与先后发病之分，在六经辨证中各具一格。

所谓自下利是胃肠的抗御反应自发下利。下利发热而渴是胃肠的阳性病理过程。若有恶寒脉浮是太阳阳明合病。太阳发热恶寒无汗之表证当以汗解。加葛根通行津液以上渴，利二便以治阳明里热下利。唯葛根能止热利兼能止热利兼解表。葛根汤乃太阳阶段的解表发汗剂。太阳与阳明合病下利之用葛根汤，也是以太阳为主、阳明为从的治疗原则。若发热不恶寒，自利而渴的不是太阳阳明合病，不可用葛根汤发汗，乃葛根芩连汤证。

6. “太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之。”

本条太阳阳明合病亦有脉浮发热恶寒之表兼有渴而呕吐腹满之里证。太阳病有“体疼呕逆”，少阳病有“呕而发热”，为何本条不下利而呕者即是阳明呢？盖太阳之脉浮而紧，少阳之呕脉弦细，阳明之呕腹而渴。所以仲景说“渴而饮水呕者，柴胡不中与也”。上条是表里和邪下利，此条是表里合邪而呕吐。无论下利或呕吐都是肠胃的阳性抗御反应。呕吐一证有胃肠结热上迫而为呕吐，属于阳明证，如本条之呕。若胃肠结身热多汗伤津而大便硬，或胃肠结津液下注而为自下利，或为本条胃肠热结上迫而呕吐，俱是胃肠的阳性抗御反应。本条太阳阳明合病因有脉浮发热恶寒无汗之表所以用麻黄桂枝发汗葛根利二便生津止渴，加半夏以降逆



止呕。

葛根加半夏汤方即葛根汤方中加半夏 99 毫升，煮服法同。葛根汤方见太阳病篇。

7. “太阳与阳明合病，喘而胸满者，不可下，宜麻黄汤。”

本条合病亦是有脉浮发热恶寒无汗而喘之表证，复有腹满之里证。文中说胸满不说腹满是仲景的文法如此。因条文之首已言阳明病，又说胸满自是腹满累及于胸，说胸满不说腹满以示不可下之意。指出阳明病更说胸满，而腹满在所必然。因腹满在临床中一看可知，而胸满为自觉，临床中可问而知之不可察而知之，所以指出胸满而腹满自明。本条合病也是以解太阳无汗之表为主，以麻黄汤发汗。

以上太阳与阳明合病三条。此三条须合看，共有脉浮发热恶寒无汗之表证，一为腹满自下利，一为腹满而呕，一为腹满而喘。在治疗上皆以太阳为主，阳明为从，亦如并病之治法。仲景之文必须合看方可见其全面，若分看则其偏，所谓互文见义。三条合病须合看，四条并病须合看，太阳无汗病势须合看，六经各条须合看，一部《伤寒论》须合看。仲景文字多用互相发明的写作方法。对任何一条孤立的解释，势必死于句下，不可能阐发出其真义。往昔注家吃此亏的甚多。

8. “太阳与少阳并病，头项强疼，或眩冒，时如结胸，心下痞硬者，当刺大椎第一间、肺俞、慎不可发汗。发汗则谵语，脉弦。五日谵语不止，当刺期门。”

此条是太阳少阳并病的禁法。若太阳病用汗法，而少阳则禁汗。所以太阳少阳并病从少阳治。仲景特书此条以告诫不可发汗。文中头项强疼为太阳证，眩冒为少阳证。时如结胸即不是结胸。若真为结胸是不会时有时无的，此正是少阳之胸满。太阳与少阳并病本有柴胡桂枝汤之治法，本条只出刺法而不言主方是避免重复，重点是告诫不可发汗。所谓发汗是指用麻黄汤、葛根及大青龙等方药。太阳与少阳并病若误发汗必亡津液而转属阳明而谵语。脉弦表示少阳病的进一步发展。文中说刺法的大椎第一间即百劳穴。刺百劳以泻胸中之热。刺肺俞以泻太阳。刺肝

俞以泻少阳。期门为肝募穴，刺期门亦泻少阳。

9. “太阳少阳并病，心下硬，颈项强而眩者，当刺大椎第一间，肺俞、肝俞，慎勿下之。”

上条言太阳少阳病不可发汗，此条言太阳少阳并病不可下，总因少阳禁汗，禁下一再叮嘱。唯恐因有太阳表证而误发汗，又唯恐因有心下痞硬而误用下法。但必须说明，文中言心下痞硬必赅胁满。因文首既示以少阳病，又说“时如结胸心下痞硬”与“心下硬”，就必然有胸胁满。若无胸胁满何以为少阳并病，正因有胸胁满才说“时如结胸”。不可片面理解“心下硬”三字，必须与少阳病合看。要善解仲景文意，不可拘泥字句。

10. “太阳与少阳并病，而反下之，成结胸，心下硬，下利不止，水浆不下，其人心烦。”

此条承上条而说。上条说太阳少阳病慎不可下，此条说误下则结成胸的严重后果。因下药对胃肠功能的伤害而造成下利不止，心下硬，而致水浆不能下，邪热内陷而心烦。仲景说：“心下硬满者不可攻之，攻之利不止者死。”又说：“结胸证悉具，烦躁者亦死”。今误下而成结胸，心下硬而下利不止，致水浆不下而心烦，当是危证无疑。所以仲景特出此一条告诫不可下，又示以严重后果，其用心可知。下法自当慎用，但慎用之意在辨证之准确。

11. “伤寒六七日，发热微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”

本条是太阳与少阳并病的证与治。发热恶寒、肢节烦疼是太阳病，呕而发热为少阳证。“心下支结”是心下部自觉有物撑结聚烦懣不舒，轻于心下痞硬，亦略同于胸胁支满。“外证未去”指有少阳证出现而发热恶寒不去，是为太阳与少阳并病，以柴胡桂枝汤主治。柴胡桂枝汤取柴胡汤与桂枝汤各半，以和少阳兼解太阳之表的双解法。这是太阳与少阳病的一个特殊方法。

“柴胡桂枝汤方：



柴胡 56 克 黄芩 21 克 人参 21 克 甘草 14 克

半夏 50 毫升 芍药 21 克 桂枝 21 克 生姜 21 克 大枣 6 枚

上九味，以水 1400 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升。”

按：柴胡桂枝汤乃取小柴胡汤与桂枝汤各二分之一相合成方，功在和解少阳兼解太阳之表。

以上四条为太阳少阳并病的理法。禁汗一条，说太阳少阳并病不可发汗，发汗则谵语。禁下两条，说太阳少阳并病不可下，误下则成结胸。治法一条，说太阳少阳并病以柴胡桂枝汤和解少阳兼解太阳之表。

12. “伤寒发热无汗，呕不能食，而反汗出濇濇然者，是转属阳明也。”

本条发热呕不能食为少阳过程。若汗出濇濇然是转属阳明，因身热汗出濇濇然是阳明证。身热汗出濇濇然而呕不止为少阳与阳明并病。此条是少阳病并发阳明的并病发展过程。

13. “阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤。上焦得下，胃气因和，身濇然汗出而解。”

此条是少阳与阳明并病的证治与病解的机理，它说明了少阳与阳明并病治少阳而病解的病理机制。文中胁下满发热而呕为少阳证，不大便为阳明证，舌上白苔是里热未成结实，虽不大便但屎未硬，所以与小柴胡汤而不用大柴胡或柴胡加芒硝。少阳病禁下，误下则成结胸，所以少阳与阳明并病治少阳为主，但治少阳，上焦气机得通，胃中水谷津液下输，胃气平和，大便得下，熏肤充身泽毛汗出而病解。这是少阳与阳明并病治少阳而少阳与阳明证悉解的机理。

14. “阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。”

本条中潮热即日晡所发热，是阳明证。大便溏证明潮热并非燥屎。小便自可表明里热不很甚，胸胁是少阳证。胸胁满不去是说病属阳明阶段而少阳证未去，自然是少阳与阳明并病过程。因潮热，而且屎不燥不硬，所以但与小柴胡汤和少阳，三焦气机通利，津液输布，胃气平和则热即解。上条是少阳与阳明并病不大便，本条是少阳与阳明并病潮热大便溏，

病机相同，治法亦相同。

15. “伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利。此本柴胡证，下之以不得利。今反利者，知医以丸药下之。此非其治也。潮热者实也。先宜服小柴胡汤，后以柴胡加芒硝汤主之。”

本条胸胁满而呕是少阳证，日晡潮热是阳明证，此为少阳与阳明并病。潮热是大便燥结的证候，当不大便，今微利，可疑。但知曾用丸药下之，而丸药不能泻其热，亦不能下其燥屎，只能使其微利。因燥屎不得下，所以胃家实热不能解，潮热不去这不是正确的治法。潮热者，乃有燥结实热。应先以小柴胡汤调和少阳气机，待气机得通、津液得下则胃气因和。如潮热不解，再以柴胡加芒硝汤主之。因芒硝润燥软坚以通肠中燥结。总因少阳禁下，所以少阳阳明并病过程必先少阳而后阳明，用和下法，柴胡加芒硝汤主之。

“柴胡加芒硝汤方：

柴胡 38 克 黄芩 14 克 人参 14 克 甘草 14 克

生姜 14 克 半夏 12 克 大枣 4 枚 芒硝 28 克

上八味，以水 800 毫升，煮取 400 毫升，去滓，内芒硝，更煮微沸，分温再服，不解，更作。”

16. “伤寒发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”

此条发热而呕是少阳证，发热汗出不解呕吐痞硬下利为里热证，乃少阳与阳明并病，用大柴胡汤和解少阳兼下里热，参看少阳病篇第三章第 13 条。

17. “伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也。但头汗出者，大陷胸汤主之。”

此条热结在里复往来寒热自是少阳与阳明并病。热结在里是指身热汗出腹满不大便。如何知道此条有身热腹满不大便？从热结在里而知，所以用大柴胡汤。从但头汗出而身无大热，胸腹满而硬疼，为大结胸证，以大陷胸汤主之。热结在里复往来热是少阳阳明并病，以和下法。参看



少阳病篇第三章第 12 条。

18. “太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也。与大柴胡汤下之愈。”

本条太阳病经过十余日不是已过太阳经十余日，而是太阳病经过十余日。初得太阳病十余日以来曾二三下之，后四五日柴胡证仍在，则是未因误下而转为坏病，仍以小柴胡汤治疗，这是太阳传变少阳过程，可见二三下之是在太阳与少阳阶段。若呕不止是少阳证未解。心下急为心下痞满急迫，为里热证。郁郁微烦即发热心烦，此为少阳与阳明并病，以柴胡调和气机，以大黄、枳实清里热消痞急，用大柴胡汤和下法。参看少阳病篇第三章第 11 条。大柴胡汤方见少阳病篇第三章第 13 条后。

以上七条是少阳与阳明并病的理法。少阳病传变阳明少阳证未去的是少阳阳明并病。少阳阳明并病里热不甚的以小柴胡汤；有硬便燥屎的用柴胡芒硝汤；有热结在里的用大柴胡汤；总以少阳为主，兼治阳明，以和下法。

19. “阳名中风，口苦咽干，腹满微喘，发热恶寒，脉浮而紧，若下之则腹满小便难也。”

此条是三阳合并过程。阳明中风概括伤寒阳性过程。口苦咽干为少阳证，腹满胀微喘为阳明证，发热恶寒脉浮紧为太阳证，此乃太阳阳明并病。因太阳宜汗解而禁下，阳明宜下而忌汗，少阳禁下而宜和解，所以虽有腹满而喘亦不可下。若下之，伤害少阳气机而胃肠功能失调，水谷运化不利则腹满不能去，津液不下则小便难。此条为三阳并病禁下的法则。

20. “伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。”

此条为三阳合并过程。身热恶风颈项强是太阳证，胁下满是少阳证，手足温而渴是阳明证。发热恶寒颈项强疼宜汗解胸胁满宜和解，身热而



渴当清里热。但少阳禁汗下，虽有太阳之表证不可用麻黄汤发汗，虽有发热而渴不可用白虎汤清里，况仲景又有表不解不可白用白虎汤的禁诫。只宜以小柴胡汤治疗。按此条证当以小柴胡汤去半夏加葛根 56 克。

21. “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。汗出为阳微结，假令纯阴结，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。设不了了者，得屎而解。”

此条应自“伤寒六五日……脉细者”与“可与小柴胡汤……”连续。自“此为阳微结”至“故知非少阴也”是后人注语误入正文的。参看少阳病篇第一章与第三章第 6 条。文中“头汗出，微恶寒”是太阳病，“脉细”，“不欲食”是少阳证，“心下满，大便硬”是阳明证。此是少阳兼表证与里证的三阳合并过程。三阳合并治少阳。与小柴胡汤。如不能完全了解，可通使得屎而解。

以上三条为三阳合并过程。三阳合并禁下一条。合并证治两条，以少阳为主，与小柴胡汤。

22. “三阳合并，脉浮大，上关上，但欲睡眠，目合则汗。”

此条虽冠以三阳合病之名，但并无三阳合病的证状，不能作三阳合病的理法。从上述三阳合并过程看，三阳合并不必然脉象浮大，或浮紧，或细，并无定型。“但欲睡眠”与“目合则汗”也并不是三阳合并的病理特征，尤其不能作为三阳合并的必然证状。本条当是别派医家的言论，应删。“目合则汗”乃盗汗。

23. “太阳与太阳少并病、自下利者，与黄芩汤，若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”

此条亦是但有并病之名而无并病之实的。太阳与少阳并病如柴胡桂枝汤证，必有太阳之表证与少阳气机调节失常证。如此条阳性下利乃胃肠的阳性过程，与太阳少阳无关。虽呕为少阳证之一，但所谓“若呕者”，乃或有或无之证，不能认为是少阳，况黄芩汤是治热利腹疼的方剂，既



不能解太阳之表，又不能和少阳之气机，所以本条无论在病理上或脉证上方药上都与太阳、少阳不相关。在《金匮要略·呕哕下利病篇》有“干呕而利者，黄芩加半夏生姜汤主之”一条，与本条内容相同，可能是杂病篡改误入伤寒。黄芩汤证为所常见之病，初病发热下利腹疼，或有呕吐证。这本为原发性肠胃炎，或因有发热呕吐因而加以太阳少阳并病之名而误入伤寒亦未可知。但下利发热或呕并非由太阳病传变而来，所以应是杂病过程，不属伤寒六经范畴。

“黄芩汤方：

黄芩 42 克 芍药 28 克 甘草 28 克 大枣 12 枚

上四味，以水 2000 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，日再夜一服。”

“黄芩汤中加半夏生姜汤方：

即于黄芩汤中加半夏 99 毫升、生姜 42 克，煎服如黄芩汤法。”

按：黄芩苦寒，治诸热黄疸，肠澼泻利。据实验、黄芩对多种细菌有抑制作用，与黄连相似，据实验白芍有抑制中枢性疼痛和脊髓性反射弧兴奋作用。甘草有镇静、抑制末梢性之肌肉痉挛，以及痉挛而引起的疼痛。黄芩清热止利，芍药甘草止腹痛下重乃治利腹痛而呕吐的加半夏、生姜以止呕降逆。本条原为杂病，方为杂病之方，无关伤害。

24. “阳明少阳合病，必下利——其脉不负者，为顺也；负者，失也。互相克贼，名为负也——脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”

此条“阳明与少阳合病，必下利”接“脉滑而数……”连读。“其脉不负”以下二十字是注语。文首虽冠以有合病之名，按其证与治法皆不合明明少阳合病的理法。其注语是以五行生克的理论对本条脉证的解释。它以阳明属土，少阳属木。少阳木不胜，阳明土不负，是不相克，为顺。若少阳之脉胜，则阳明之脉负，有理而推，此证见弦直之脉为少阳胜而克土，则阳明为负。然而仲景在《伤寒六经》中并不以五行生克的理论来论证病理。在事实却是与之相反的论述，例如阳明病谵语直视脉弦者生（见阳明病篇第五章 20 条）。以五行生克之理而论，阳明属土，见弦

为相克贼，而仲景以弦脉为阳性脉，表明机体功能有抗邪能力，所以为可下脉。以此而知注为别派医家之言论。

按阳明与少阳合并证治的理法，是以少阳为主，阳明为从；里热结实的可用和下法，如大柴胡汤、柴胡加芒硝汤等。而本条说：“脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”病轻药重已不相宜。如有少阳证，大承气汤必不可用。在少阳与阳明合并过程中，即使身热汗出不解不大便的也不过以大柴胡汤和下法，若里热便溏的只以小柴胡汤，有燥屎的也不过柴胡加芒硝汤。若阳明与少阳合并下利有宿食之证大承气汤峻攻是断断不可的。所以本条虽文首冠以合病以合病之名，并非合病之实，或为杂病篡改而入伤寒的。看《金匱·腹满宿食病篇》有“下利，不欲食者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”又“脉滑而数者，实也，此有宿食也，下之愈，宜大承气汤”。此两条正与本条内容相同。可能是后世医家不解六经理法，以下利宿食为阳明病，又以不欲食为少阳证，因而加上阳明少阳合病之名而充入《伤寒六经》之中。然而阳明虽为胃肠病位，但都是以生物病原体为病因而引起的伤寒过程，与以宿食下利亦有恶食之证，二者不欲食虽相同，但有病因上的截然区别。阳明、少阳与杂病俗宿食下利发热不欲食何以区分呢？从病因上区分。何以从病因区分呢？凡阳明或少阳必经由太阳而来，而杂病宿食则不经发热恶寒脉浮头强疼之传变，据此以区分伤寒杂病。伤寒合病之名尽可篡改，但病理却不能伪造。后世注家于此条多顺文穿凿作解，希博者明鉴。



第六編
少阴病篇



第一章 少阴病概说

少阴病理阶段是伤寒表病位的阴性病理过程。少阴与太阳是伤寒邪在表部位依据器官功能盛衰与体液盈亏而分化的两种过程，因此少阴与太阳有着因器官功能进退而相互转化的机理。

然而，对少阴的病位，历代医家多据《素问·皮部论》“阳主外，阴主内”的理论而认定少阴病为里病。同时又据阴阳离合论解释少阴为枢。数百年来，这个“少阴主里”，“少阴为枢”一直被认为少阴病理部位，尽管与伤寒少阴病理不符，但却从不曾有人提出异议。

《素问·阴阳离合论》乃是以阴阳对立、统一法则与阴阳消长变化的原理，来对天地、四时寒暑及人体生理功能的解释。它将人体前后、上下、内外之部位，按阴阳消长变化的原理，分为三阴三阳六经部位。并又以开、阖、枢来说明它的生理特性和互相关系。但阴阳离合论之六经与伤寒六经名同而实异，二者是不同质的两种东西。在古代，阴阳是作为对立、统一的哲学概念而使用的。太阳、阳明、少阳、少阴、太阴、厥阴是用来表示在对立统一过程中阴阳消长变化，及其相互之间的内在联系的东西。这些概念在各个科学领域中被广泛使用着。所以，六经被用来表示气血运动的通路，及其相互联系的整体。再如脏腑也用六经来说明它们的阴阳、表里关系的相对性和同一性。脏因“藏精气而不泄”为阴；心、肺、心包在上为手三阴；肝、脾、肾在下为足三阴。腑因“传化物而不藏为阳；小肠、大肠、三焦与手三阴各为表里，所以为手三阳；胆、胃、膀胱与足三阴各为表里，所以为足三阳；手足三阴三阳又相互联系为一个整体。又如“六微旨大论”以六经说明六气的对立统一过程中，阴阳消长变化对自然界的影响。再如热病论以六经为热病发展过程中依次传变的六个阶段。显然，六经是作为一个阴阳消长变化、相互联

系的哲学观念来使用的，在不同的科学领域有不同含义。阴阳离合论的六经、经络的六经，以及脏腑、气运、热病论等之六经，虽然都使用了同一个六经，但它所表明的内容是各自特殊的。所以我们不能用这一个去解释那一个，或用那一个解释这一个，只能在事物的本身的矛盾中去认识它特殊的本质。

仲景对变化多端的伤寒病理过程，也是以六经来区分为六个病理阶段的，并且以阴阳消长变化来表明六个病理阶段之间的联系和变化及其整体性质。例如，伤寒病理过程以“发热”（功能亢进、代谢增高）为阳性病过程，以“恶寒”（功能衰退、代谢减低）为阴性病过程。阳性病理过程中表病为太阳，里病为阳明，气机病为少阳；阴病过程中表病为少阴里病为太阴，气机病为厥阴。太阳与少阴是表病位因器官功能盛衰而分化的两个阶段；阳明与太阴是里病位因器官功能盛衰而分化的两个阶段；少阳与厥阴是气机病位因功能盛衰而分化的两个阶段。六经病理阶段，以病性、病位相区分又相互联系为一个整体。阴病与阳病之间依阴阳消长而相互转化，阳病上阴则邪盛由表传里，阴病伤阳则正虚而表里合并，仲景以三阴三阳分伤寒病理过程为六经阶段，是以六经来表明伤寒的发展变化规律的一种认识方法。它与阴阳离合论的六经、及脏腑、经络、气运、热病等之六经是不同质的东西，绝不能互相取代。伤寒六经的少阴，只是伤寒病位的表病阴性阶段；阴阳离合论的少阴为肾。肾气充足则汗腺能尽其开、阖的功能，所以少阴有枢有功用。是以太阳为开、厥阴为阖、少阴为枢；开阖枢是脾肝肾三阴经离的作用，开阖枢相辅相成，协调统一是脾肝肾三阴合的作用。伤寒病的少阴既不是指肾的功用，如何可以少用阴为枢来解释呢？柯琴则以“少阴病则枢机不利，故欲寐也”来解伤寒少阴病但欲寐之证，这既不能说明少阴病理，也不符阴阳离合论少阴为枢的机制。《素问·皮部论》说“阳主外，阴主内”是说络属阳外，经属阴主内，这同样不能例解伤寒少阴病为里病。伤寒病理过程的表、里病位，必须从伤寒病理中去认识，离开伤寒六经病理去认识伤寒六经是不可能的。



伤寒少阴病位和病性，也必须从少阴病理过程本身中去了解。仲景对少阴病理界说，如提纲所说：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”仲景对伤寒病性的辨证指标说：“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”所以“少阴病”三字即概括无热恶寒。无热恶寒即体温不足而身寒。脉微细是血循环量的减少和血压降低而血管收缩脉体细弱的表现，这种脉象常于末梢循环衰竭或心力衰竭的情况下出现。脉微细的病机是气虚血少，即心脏功能衰弱和体液不足，在脉微细体温不足而身寒的状况中出现但欲寐之证，无疑是脑部缺血而至神志不清。仲景所说的这个少阴病理表现，是在伤寒这个外界生物病原体和作用下，因循环功能衰弱和体液缺乏，对体表组织供血不足，因而不能维持体表组织的正常生理功能，所以体表不能以发热排汗的抗御形式来祛邪出表，反而表现了神志不清、体温低落、身体疼痛、脉弱肢厥。身体四肢为表，脉微恶寒为阴性病症，所以伤寒少阴病是伤寒过程中表病位的阴性病理阶段。

少阴病的病理趋势是阳虚表寒。由于体表功能衰弱不能抗邪出表，也就是不能以高亢的功能活动用增强代谢来排除病理物质，而精气反为邪所夺。正邪之间的斗争，正气处于劣势。祖国医学以机能衰退为阳虚，以代谢歼敌为寒，病理反应在体表，所以少阴病为阳虚表寒。在治疗上，因其病理趋势而鼓舞循环功能，增进体表组织的血循环量，以提高体表的抗病能力。从根本上转化正邪的矛盾关系，即是使正气转化为矛盾的主要方面。此即所谓助阳温经法。

《伤寒论·少阴篇》的内容，以病因位病性病势的辨证观点来看，有五种内容：一是少阴病理过程，二是少阴与太阴合并过程，三是少阴病中的继发性杂病，四是别派医家的言论，五是他经文字误入少阴篇。在本篇中皆予指出并依六经界说订正。

伤寒六经求真
PDG

第二章 少阴病纲领

1. “少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”

本条是少阴提纲，是少阴病理阶段的脉证特征。即是少阴病理界说，凡具此证的即为少阴阶段。

少阴病三字即概括无热恶寒。仲景说：“无热恶寒者发于阴也。”所以凡说阴病即指无热恶寒，凡说无热寒即指明病。无热恶寒、脉微细、但欲寐，在病理上是一个整体，是少阴病所独有的证状表现。脉微细是循环机能衰弱的脉据，而身寒欲寐正是功能衰弱和体液缺乏在体表部的反应。所以说少阴提纲是少阴病理界说又是少阴病的辨证纲领。脉微细与身寒欲寐是相互证明的东西。脉微细是气虚血衰的脉征，身寒欲寐被脉微细所证明为阳虚于表的证候，而身寒欲寐也证明着微细是气虚血亏的病机。证与脉必须作为一个证候的整体看待，如果把证与脉分割开来，孤立地看待就不能认识病理过程的本质。比如说，四肢逆冷这个证，在脉微细的证状中是少阴证，若在脉乍紧心下满而烦中则为阳明证，若在脉弦细腹中疼痛胁满中则为少阳病，如瓜蒂散、四逆散证中皆有四逆。所以任何一脉一证必须在病理过程中脉证的整体看待，才会得到本质的认识。

本条山田正珍认为：“但字下脱恶寒二字，当补之。”其实不必。仲景既已指出少阴滋养，即概无热恶寒。但欲寐只但字，是只、仅之意。按《史记·刘敬叔孙通列传》：“匈奴匿其壮士肥牛马，但见老弱及羸畜。”但欲寐是观其头而知，因而就有头不痛、项不强，无发热及其他证，只神疲欲寐。这活现出一幅脑血循环不足的神志不清面貌。陆渊雷先生认为本条提纲太简略，不足包举少阴之证候。其实不然。提纲证应是本经一般性的典型的脉证，而且不仅为本经所特有，同时是本经单独具有的



病位、病性和病势，并不须包罗各个具体过程中一切脉证表现。本条少阴提纲完全具有少阴病的一般性病理证候，即表病位的阴性病理过程，所以不存在简略与否的问题。

2. “少阴病，下利；若利自止，恶寒而蜷卧，手足温者，可治。”

“蜷”音“拳”，肢体曲缩叫蜷。

此条冠以少阴病概提纲证。恶寒而蜷卧是体温不足时肢体蜷曲之卧态。大凡体温升高发热的病人，多扬手掷足，以利于散发身体热量。而体温低落恶寒的病人，皆肢体蜷曲而卧，欲保存身体的热量。少阴病下利，是少阴合并太阴过程，因少阴为阳虚表寒，下利为里寒，里寒为太阴。若利止而足温是胃肠机能恢复，向阳发展的趋势。因手足为远心端，循环机能衰退则手足先寒而机能恢复手足得血则温暖，胃肠得血则从利止。少阴与太阴合并是表里虚寒的危证，阳回利止手足温是向愈的表现，所以说可治。

3. “少阴病，恶寒身蜷而利，手足逆冷者，不治。”

此条亦是少阴太阴合并过程，与上条相互发明，本条与上条都是恶寒身蜷而利，上条是利止手足温，阳气恢复之证候，故可治而愈；本条是利不止手足逆冷，是夺精亡阳之证候，所以说不治。所谓“不治”即难治之意，不可解为必死之证。当以大剂通脉四逆汤加人参以主之。恶寒身蜷下利二阴合并只证候，可治与不治在于手足逆冷与自温之间。在阴性病理过程中，手足的温、冷是测候阳气消长的指征，也就是测候循环功能进退的指征。旧说四肢为诸阳为本，即此意。阴性病的进退或生死，全据阳气的消长存亡。处于远心端的手足，对循环功能的进退是比较敏感的部分，同时也是最易察知的部分。恶寒身蜷而下利，一身表里虚寒，下利复夺其阴，若利自止而手足自温，无疑是阳气来复。因手足得血而温，胃肠得而功能增进则利止。假如手足逆冷，乃阳消阴长的证候，亦即心力趋向衰竭的表现，所以说不治。少阴利不止则万无阳回肢温之希望。所以少阴太阴合并过程，只有利指手足温的阳回证候，绝不利不止而手足温的二阴合并过程。

4. “少阴病，恶寒而蜷，时自烦，欲去衣被者，可治。”

此条是少阴病阳回可治的机理。少阴病脉微细但欲寐，恶寒身蜷为阳虚表寒。时自烦欲去衣被是病人阵阵心烦发热。烦恼时即不恶身不蜷，不烦时则恶寒身蜷。烦概发热之意，欲去衣被一语显然是不恶寒而发热的病情。烦热是阳性病征，所以说少阴病自烦是阳回的征候。陆渊雷先生认为：“欲去衣被及躁扰见于外者，下文屡言烦躁者死，决其不可治也。”

按：自烦欲去衣被与躁扰不同。躁扰是神志不清、意识模糊时手足做无意识的动作。时自烦欲去衣被是病人意识清楚时的病情。烦为心胸郁热不安，躁为躁扰不宁。烦为阳热，躁为阴虚。

5. “少阴病，吐利、躁烦，四逆者死。”

少阴病脉微恶寒欲寐，吐利，是少阴合并。第三条说少阴病恶寒身蜷而利，手足逆冷藏者不治。此条为少阴吐利躁烦四逆之死证。吐利见于少阴过程，不仅表里虚寒，吐而且利，阴液丧失最速，四肢厥冷已见心力衰竭，躁烦已见手足妄动，神志不安。此条乃阳亡阴竭之势，所以仲景指出死证。

6. “少阴病，吐利，手足不逆冷，反发热者不死；脉不起者，灸少阴七壮。”

少阴病吐利是合并太阴。此条少阴病是脉沉或微细而反发热手足不逆冷，虽有吐利，因手足不厥，反发热而知循环功能尚对远端维持较好的供血情况，从而可知肠胃组织的供血尚可，所以仲景作出不死的预后。此条应注意到少阴病吐利过程中自始即手足不冷而反热，并不是少阴恶寒身蜷肢厥吐利而后手足自温反发热。若少阴开始即恶寒肢厥，吐利发生后决无手足自温反发热。若少阴开始即恶寒肢厥，吐利发生后决无手足自温反发热的机制。正因为少阴开始即手足不冷反发热，所以知道吐利可自止少阴恶寒肢厥吐利而脉绝，灸少阴是无济于事。千金翼与成本作脉不足，脉不足三字难解，应是脉不至。因手足不冷反发热，知循环机能尚可，脉虽一时不至，但决其脉必有，所以说灸少阴七壮。常器之



说少阴穴指太溪二穴，在内踝后，跟骨动脉陷中。

7. “少阴病，四逆恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者死。”

上条少阴病虽吐利但手足不冷反发热，知循环功能尚可，所以虽脉不至可灸少阴而脉还得愈。本条少阴病四逆恶寒身蜷脉不致知循环已衰竭，同时不见阳烦而只见阴躁，如内动力已濒于灭绝，所以预言其死。由此可知，阴性病理过程的生死，全凭阳气的存亡。若阳气存虽表里虚寒吐利亦不死，如阳气亡失虽无吐利之里寒亦难得生。

8. “少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗。”

此条是热论家的文字，不是仲景之言论。仲景以太阴、阳明为里，即以肠胃为里。此与少阴提纲之不合。少阴脉细沉数不可发汗亦与伤寒少阴理法不符。少阴病脉沉反发热有麻黄附子细辛汤与麻黄附子甘草汤微发汗法两条，证明少阴脉沉有可汗机转，同时证明少阴病为在表。只有表病才有可汗解的机转。本条是热论家的言论。热病论以三阳为表，可汗，以三阴为里，可泄。热病论之少阴证为口燥舌干而渴，与伤寒少阴绝不相同。方有执、喻嘉言等人以热邪入里为解，理不可从。

9. “少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也；阳已虚尺脉弱涩者，复不可下之。”

此条理法无大错，但似非仲景文字。少阴脉微不可发汗于理亦通。少阴病阳已虚脉若涩者复不可下，理亦是。细勘少阴病篇，并无可下之证，亦无用下之法，但何故出此禁下之戒律。少阴篇中有大承气汤证三条，但都是阳明证误入少阴篇的。除此之外并无少阴疑似之可下证，所以不必出禁下条文。本条当是热论家的文字。热论少阴病禁汗而用泄法，若尺脉若涩者则不可下之，这完全符合热病论的理法。但前人注伤寒多顺文作解的，以致少阴理法混乱。即清代伤寒家柯琴亦难免千虑一失，如柯氏注此条说：“少阴为阴中之枢，故所主或寒或热之不同，或表或里之无定。”“少阴一经，兼水火二气，寒热杂居，为病不可琢磨。其寒也，证类太阴；其热也，证类太阳。”然而根据仲景少阴病理界说及少阴篇内容来看，并无水火相兼，亦无寒热杂居。其中证类太阴者乃少阴与太阴



合并，证类太阳者乃太阳与少阴相互转化的过渡阶段。柯氏所指水火寒热错杂者。乃阳明大承气汤证三条混入少阴而误认为少阴病，所以柯氏说寒热错杂、表里无定，并由此而发生上述一切错觉。然而仲景六经病理界说分明，表里气机阴阳寒热俱赅于位病性之中，病理分明，次序井然。以病位、病性相区分的伤寒六经病理过程，必然会依据病位病性而澄清一切错简和杂乱。

10. “少阴病，下利止而头眩，时时自冒者死。”

本条说少阴病下利止，自然是指脉微细欲寐恶寒四逆而下利的少阴、太阴合并过程。今利止而头眩自冒，可知并非阳回利止，乃胃肠功能衰竭，内容物已尽而利止。脑组织因严重缺血而眩冒。此乃阳亡阴竭之证，所以言死。

11. “少阴病，六七日，息高者死。”

息高为呼吸极度困难，张口抬肩，呼气多而吸气少，呼吸动作只限于咽胸部，腹及两肋全无呼吸动作，此为肺气将绝的征候。在少阴过程中息高出现在心力衰竭时，所以是少阴的死征。临床中，见息高的大多不出一日即死。

12. “少阴病，脉沉微细，但欲卧，汗出不烦，自欲吐，至五六日自利，复烦躁不得卧寐者死。”

本条证少阴脉沉微系欲卧，已是阳虚病况。若更汗出亡阳益虚。不烦自欲吐是里寒上逆。至五六日下利又合并太阴，表里虚寒之势已成。复烦躁不得卧寐是手足燥扰不宁，甚至不得安卧，此是心力衰竭之候，临床上常出于死亡之前。

13. “少阴病，脉紧，至七八日，自下利，脉暴微，手足反温，紧脉反去者，此为欲解也。虽暴烦下利必自愈。”

按：紧脉主寒主冷，但较沉、微细脉为轻。紧脉，《频湖脉学》中说：“往来有力，左右弹人手，如转索无常。”《诊家直诀》中说：“紧有形细而坚，亦有势艰而撼。撼者，左右弹也。”本条文中的紧脉当是因寒冷而致血管收缩出现的形细而坚、往来有力的紧脉。若如按绳索，脉体屈曲



不平，呈迂回曲折状的紧脉是动脉硬化，脉管缺乏展性的表现。

紧脉虽主寒冷，但与沉微细脉不同。沉微细若为循环功能衰弱的表现。紧则只主寒冷，尚不至循环功能衰弱。如少阴脉紧至七八日下利，若脉微手足是少阴合并太阴过程。今脉暴微，即由紧突然变微。微脉由阳衰气血俱虚，当手足厥冷。今脉暴微手足反温，知不是阳气衰微，乃邪势必已退的反映，所以说是病欲解除的征候。虽然暴烦——心烦发热，下利必自愈。所谓“自愈”不可作观望等待解，应是作为良好的预后解。本条据脉证变化所作的预后是以病理为依据的。同时反映出少阴进退变化总是以阳气的消长为转移的。

14. “少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈。”

此条不可解。少阴中风不知是何证状，脉的阳微浮按钱潢说阴阳指尺寸。但寸微而尺浮之脉象又不知如何成为欲愈的征候。六经病中皆有中风一条，除太阳，少阳二条以外，皆不能理解。

15. “少阴病欲解时，从子至寅上。”

六经病各有欲解时间一条，其理难解。

16. “少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。”

按：仲景少阴病定义是表病的阴性病理过程。少阴病脉微系但欲寐，欲吐不吐心烦是少阴。少阴病欲吐是胃寒上逆，有并发太阴之趋势。心烦为阴阳回之机。但自利而渴非少阴证。太阴自下利而不渴。自利而渴不是太阴证。凡阴虚皆不能化水，所以凡性病皆不渴。以虚故引水自救来解少阴自利而渴是背离阴性病理。小便色白者以下文字全是信口开河。小便色白不能作焦虚寒的征候，只可作为里无热的征候之一。本条不是仲景文字。

17. “病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也。此属少阴，法当咽疼而复吐利。”

伤寒病人脉阴阳俱紧见于太阳。太阳汗出亡阳向少阴转化，有汗漏



不止脉沉恶寒之桂枝加附子汤证。若太阳病脉阴阳俱紧汗出亡阳属少阴，是完全符合六经病理的。太阳病汗多亡阳则传少阴，但法当咽疼而复吐利一句不是仲景文字。太阳汗出亡阳不必然有咽疼吐利的结果。所以用“法当”二字不妥，“法当”只能用作必然或法则之意。

18. “少阴病，咳而下利；谵语者，被火劫也；小便必难，以强责少阴汗也。”

本条少阴咳而下利，乃阳虚水气为病，见本篇第三章3条真武汤条。本条证当以真武汤治疗。若以火劫迫汗，亡阳又伤其血，所以谵语小便难。造成这一后果的原因就是以火迫少阴汗。

19. “少阴病。八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。”

少阴病脉沉或微细身寒欲寐之证，若八九日一身手足尽热是少阴病并发蓄血证。以热在膀胱即血蓄在膀胱。由于循环功能衰弱，血管收缩管腔的改变，以及血液在病理因素的作用下生物物理和化学上的变化，而导致局部瘀血。这是造成少阴膀胱蓄血的原因。但在八九日阳回之后，瘀血组织发炎，引起一身手足热；瘀血破溃则造成便血。因瘀血在膀胱所以必便血也。

少阴过程继发膀胱蓄血与太阳过程之膀胱蓄血机制大致相同。此条未出治法，但凡蓄血证，瘀血破溃排出则病愈。太阳蓄血，因蓄血组织破坏有害物进入血液而引起抗御反应，而且会累及脑神经发生如狂之证，所以用核桃承气汤攻瘀逐邪。少阴病蓄血一身手足尽热亦是阳回后的抗御反应，但无如狂之证。如须用药可于核桃承气汤减大黄加阿胶蒲黄之属。

20. “少阴病，但厥无汗，而强发之，必动其血。未知从何道出，或从口鼻，或从目出者，是名下厥上竭，为难治。”

此条少阴病但厥无汗，乃是指恶寒肢冷，无汗为阴性病的特征。无可汗阴性病的特征。无可汗的病势而强发其汗，必动其血。所谓“夺血者无汗，夺汗者无血。”强发汗之法指温针、用火，以及其他攻表之剂。“必动其血”是必伤其血之意。“未知从何道出”以下，词旨浅薄，不似



仲景文字。其说口鼻目之出血恐未必然。往昔注家以为动其血是激动其血，而从口鼻眼目黏膜之处出血，亦恐是臆断之词。

第三章 少阴病阳虚病势

1. “少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。”

少阴病应无热恶寒。今始得之，邪气由阳初入少阴，阳气已衰所以脉沉，阴寒未盛，所以尚有发热。少阴与太阳是伤寒同一表病位依功能盛衰而分化的两性过程。在太阳发热恶寒而脉浮，在少阴则无热恶寒而脉沉微细。沉脉主阳虚不能统运营气于外，表明循环功能衰弱，所以虽能发热但内动力毕竟不足而属少阴。这是太阳与少阴相互转化的过渡阶段中偏于阴性的少阴过程。然而既能发热，即表明其有出表之机。但因脉表明功能偏衰，阳虚不能统运营气于外，所以病势为阳虚表热，以助阳解表法。用附子助阳，麻黄细辛取微汗解表。

前代医家以此证为少阴里寒兼太阳表热，而不知此证是太阳转化少阴之初，阳气始虚，阴寒未盛之时。病性的转化，完全以功能衰盛为依据。所以虽有表热，但据脉沉亦为少阴。文中“始得之”三字即寓有出入少阴，阳气初衰，阴寒未盛之意。少阴病得的来路一是自太阳转化而来，从太阳到少阴有一个或长或短的过程。这一过程的长短取决于阳气消弱进程的快慢。太阳初入少阴，入之未深，阳气虽虚，虚之未甚。太阳之脉浮，转化为少阴之脉沉。太阳之表热，尚未化少阴表寒。所以虽为少阴，但有发热则仍有邪气出表之机。在这一过程中，若阳气增益，则从太阳表解。若阳气消减，则恶寒肢厥而脉微细。所以本条证，不能说是少阴里寒兼太阳表热。少阴不主里病，阴阳是对立统一的东西，不能共居于一病位。仲景以胃肠为里，以肢体为表。里寒外热之证是有桂枝人参汤证。



“麻黄附子细辛汤方：

麻黄 28 克 附子 1 枚炮 细辛 28 克

上三味，以水 2000 毫升，先煮麻黄减 400 毫升，去上沫，内诸药，煮取 600 毫升，去滓，温服 200 毫升，日三服。”

本方麻黄辛温发汗。附子辛甘大热，炮用助阳强心。细辛辛温，主治头疼脑动百节拘挛，风湿痹疼、死肌，利力窍。少阴病脉沉用附子助阳，以提高体表组织供血量，增强体表代谢机能，在内增强的基础上用麻黄取微汗以祛邪出表。是为助阳解表法。

2. “少阴病，得之二三日，麻黄附子甘草微发汗——以二三日无里证，故微发汗也。”

此条是承上而说，上条始得之脉沉反发热，此条是得之二三日，但没有说明外证。从麻黄附子细辛与麻黄附子甘草二方的效能逆推病情，本条亦是脉沉发热，所以亦用助阳解表法。用细辛的当有头疼身疼，用甘草的当头身不疼。二证皆无汗，虽发热而热亦甚微。文中“以二三日无里证”一句是后人所加注语。无里证指无吐利证，有无吐利与二三日无关，也不是可汗与否的根据。此十二字不是仲景文字。

麻黄附子甘草方：

“麻黄 28 克 附子 1 枚炮 甘草 28 克

上三味，以水 1400 毫升，先煮麻黄一二沸，上去沫，内诸药煮取 600 毫升，去渣，温服 200 毫升，日三服。”

本方以附子助阳强心，以麻黄发汗，甘草缓中益脉。此方较麻黄附子细辛汤发汗力缓。

3. “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，或小便自利不下利，或呕者，真武汤主之。”

本条承上条而言。上条少阴二三日，此条二三日不已至四五日，脉沉更加腹疼痛，小便不利，自下利。由于阴虚不能化水，或者说是由于循环功能衰弱而影响肾脏泌尿，导致水气内停，出现小便不利，腹疼下



利，四肢沉重疼痛。咳、呕都是水气的证状。肺组织有水气则咳，胃中停水则呕。若小便自利不下利，只有脉沉四肢沉重疼痛或呕或咳的亦是阳虚水不化之真武汤证。

“真武汤方：

茯苓 42 克 芍药 42 克 白术 28 克 生姜 42 克炮 附子 1 枚炮

上五味，以水 1600 毫升，煮取 600 毫升，去滓，温服 140 毫升，日三服。若咳者加五味子 100 毫升，细辛 14 克，干姜 14 克；若小便利者去茯苓；若下利者去芍药加干姜 28 克；若呕者去附子加生姜足前 112 克。”

真武汤本名玄武汤，宋版避讳该作真武汤。玄武北方水神之名，因以命治水气之方剂。炮附子助阳强心药。所谓阳，即功能。因附子有增强循环功能的作用。循环功能的作用。所以虞搏说：附子“能追复散失之元阳”。所谓元阳，即维持生理活动的动力，茯苓淡渗利水，芍药通血旨疼，白术利水止利，生姜温胃止呕。诸药在附子助阳的基础上而建利水之功。

本条证小便不利自下利，不属太阳的范畴。太阴下利为阳虚里寒，主以附子干姜。此条证为阳虚水气下利，主以茯苓、白术。太阴下利弱腹满时疼。本条下利为小便不利脉沉。文中服发后之加减法为后人所加的文字，各个或然证俱是水气为病，都在真武汤主疗范围之内。但注者偏要一证一药加减治疗，特别是去茯苓、去附子最为无理。试问：真武汤若去掉附子，茯苓何以助阳利水？何以成为真武汤？

4. “太阳病，发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动振振欲擗地者，真武汤主之。”

本条为太阳病发汗过多而伤转化少阴。阳气初衰而脉沉，阴气未盛而仍发热，阳虚不能化水而心下悸小便不利，头眩身瞤皆阳虚有水气的见证。此条证在临床中常可见到，皆因非法发汗造成。时时出汗，头眩心悸小便不利，两手抖动不能握物，头、口颤抖不能饮食及语言。用真武汤一剂而汗止颤抖大减，两剂而愈。



5. “少阴病，身体疼，手足寒，骨节疼，脉沉者，附子汤主之。”

本条是少阴病理阶段的典型证状。本证候最能体现少阴提纲中少阴病理界说。太阳病在表，发热恶寒身体疼骨节疼痛，脉浮。少阴病亦在表，无热恶寒身体疼骨节疼痛，脉沉。沉脉为血管收缩之象，是循环功能衰弱与体液不足的表现。脉管收缩下沉表明体表供血不足，所以无热恶寒。对远端供血尤少，所以手足寒冷。身体疼骨节疼皆为功能衰弱，代谢减低所造成。少阴病因为与太阳为同一病位依据功能盛衰而分化，所以少阴病多从太阳亡阳，转化而来。附子汤助阳温经，为少阴正方。

“附子汤方：

附子 2 枚炮 茯苓 42 克 人参 28 克 白术 56 克 芍药 42 克

上五味，以水 1600 毫升，煮取 600 毫升，去渣，温服 200 升，日三服。”

按：附子助阳强心，人参补气生脉，茯苓通阳利水，白术健脾利湿，芍药通血脉缓疼痛。附子人参芍药助阳补阴温经止疼，苓术健脾利水，脾气健运则谷气充于脉中，以助附子人参建回阳之功。

6. “少阴病，得之一二日，口中和，其背恶寒者，当灸之，附子汤主之。”

本条是少阴灸法。脉经此条无“附子汤主之”五字，为是。得病一二日间，口中不苦不燥不呕，故说口中和。其背恶寒，此证脉沉只背之局部恶寒，意为一身手足不寒，只背恶寒。此证脉沉只背之局部恶寒无其他见证，病轻邪浅，可用灸法而愈。仲景未言当灸何穴。常器之说，当灸膈关、关元穴。膈关二穴在第七椎下旁开各三寸陷中，正坐取之。治背恶寒，脊强俯仰难，灸五壮。关元在脐下三寸，为足三阴任脉之会穴，温里助气。条文中“附子汤主之”五字当删。前人于此议论颇多，见解不一。余以为附子汤证仲景已指示明白，若仅背恶身体手足不寒不疼，口中和无其他证状，邪浅证微，自可灸而愈，岂有轻病重药加灸的道理。

7. “少阴病，下利，脉微者，白通汤主之。”



少阴病咳身寒脉微欲寐，下利脉微是太阴证，本条为少阴与太阴合并过程，阳微阴衰，表里虚寒。身寒肢冷下利脉微，循环已趋衰竭而利尚不止，急以白通回阳止利通阳滋脉。

“白通汤方：

葱白 4 茎 干姜 14 克 人尿 100 毫升 附子 1 枚生用

上三味，以水 600 毫升，煮取 200 毫升，去渣，内人尿和令相得，分温再服。”

按：附子生用性急效速，副作用亦较强。葱白辛温走表通阳。人尿弦平。朱丹溪说人尿“滋阴最速”。民间用人尿治虚劳，又用于扑损失血止渴补虚甚效。本方以附回阳，干姜止利，葱白通阳气走体表，人尿滋阴益脉。

8. “少阴病，下利脉微者与白通汤，利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。服汤脉暴出者死，微续者生。”

此条是承上条而说。上条少阴下利微脉，服过白通汤当利止手足转温，若利仍不止，厥逆无脉，是下利脉微的发展。干呕烦者是胃中虚热。以白通汤治下利厥无脉，加猪胆汁虚热呕烦。服白通加猪胆汁后脉暴出者，为阴阳离决故死。脉微续是心机能逐渐恢复正常的表现，是向愈之意，山田正珍有这样的比喻：“其脉暴出者，犹油尽将灭之灯，一被挑剔，忽明而终灭，故为死证。若其脉微续渐者，犹为霜雪所抑屈之草，得春阳之气，徐徐甲圻，故为生也。”凡厥逆无脉之证，服回阳通脉药，皆如此理。山田氏所喻，极合病理。

“白通加猪胆汁汤方：

葱白 4 茎 干姜 14 克 附子 1 枚生用

人尿 100 毫升 猪胆汁 20 毫升

上五味，以水 1600 毫升，煮取 200 毫升，去渣，内胆汁人尿，和令相得，分温再服，若无胆亦可用。”

按：猪胆汁苦寒，治骨热劳极消渴，止虚热之烦呕。

9. “少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤。”

此条义理似是而非，与少阴病证治实际病不相吻合。按少阴病的脉象有沉、有细微、有脉微欲绝。以病情而论沉为轻、微为重。以脉沉而论，沉为轻、微为重。以脉沉而论，有麻黄附子细辛汤证、有麻黄附子甘草汤证，有真武汤证等，俱以助阳为主而并不用四逆汤。凡是用四逆汤的多是脉微身寒手足厥冷或合并下利的表里虚寒证。从仲景的用药规律看，凡阳虚皆用附子，急证回阳救脱则生用，缓证助阳补虚则炮用。里寒下利则用干姜。在少阴病篇凡用四逆汤的证候皆表里虚寒，并无一例是但据脉沉而用四逆的证候。本条但举脉沉而主以四逆，不仅是肤廓难从，而且不合仲景理法。本条不是仲景文字。

10. “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；或腹疼、或干呕、或咽疼、或利止脉不出者，脉通四逆汤主之。”

本条是少阴与太阴合并过程。下利清谷是太阴证，手足厥逆脉微少阴证。脉微而至欲绝，循环已趋衰竭。下利肢厥而身反不恶寒面赤，是里真寒外假热。身热为格阳，而赤为戴阳，皆阴极似阳之假象。或然证中，腹疼是因里寒，干呕是胃中阳虚无津液，咽疼是阳虚津不继而燥疼，利止脉不出与太阴下利脉绝同机，俱在通脉四逆汤主疗之中。

“通脉四逆汤方：

甘草 28 克 附子大者 1 枚 生用干姜 42 克 强人 56 克

上三味，以水 600 毫升，煮取 240 毫升，去滓，分温再服，其脉即出者愈。面色赤加葱九茎，腹中疼去葱加芍药 28 克，呕者加生姜 28 克，咽疼者去芍药加桔梗 14 克，利止不出去桔梗加人参 28 克，呕者加生姜 28 克，咽疼者去芍药加桔梗 14 克，利止脉不长期预定桔梗 14 克，利止脉不出去桔梗加人参 28 克。病皆与方相应者乃服之。”

按：通脉四逆汤即四逆汤倍干姜。所以称通脉四逆是对脉微欲绝，脉不出而说。所以增倍用干姜是温里止利，利止则水谷之精气乃可灌输于脉。干姜与附子相辅相成有阳生阴长之妙机。方后加减法是后人所加。仲景文中并列之或然证，都是与清谷下利四肢厥逆同一病机，俱在通脉



四逆汤主疗范围之内。仲景并无加减之意。加减法中用药的理法粗俗，决不类仲景的用药之法。雒间焕说：“干呕不止加粳米葱白有大验，不拘面色。”此为经验之方，可信。

11. “少阴病，下利，脉微涩，呕而汗出，必数更衣反少者，当温其上，灸之。”

少阴下利脉微而涩，是表里虚寒，阳微阴竭之证。况且呕而汗出，虚阳将脱。数更衣而反少，是肠内容物将尽仍频频下利不止。此证以通脉四逆汤急救犹恐不及，决非针灸法所可。方有执说灸百会以升其阳。喻昌、柯琴、金鉴都从方氏之说。郭白云说灸太溪。《脉经》说灸厥阴俞。

第四章 少阴病阶段的继发证

1. “少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之。”

按：下利脓血多热利，如白头翁证、肠痛、痢疾等证，本条下利便脓血又以干姜石脂温涩固下之法主治，从而可知不是热利，所谓脓血当是肠黏膜之上批细胞等物，即后世所谓之肠垢，决非炎症之脓血。同时，少阴病脉微恶寒肢冷若下利，应以四逆汤急事回阳止利。今不用四逆汤回阳而只用桃花汤固涩之药，可知是少阴病阳回肢温后滑脱失禁，粪便带有肠垢的局部证状。冠以少阴病是继发于少阴，并非有脉微肢厥身疼等表寒之证。前人有以痢疾为解的，是错误的。痢疾多阳性病，其粪便及排泄物多有病理物质，必须代谢于体外，是决不可用温中固涩之法的。

“桃花汤方：

赤石脂 223 克，一半全用，一半筛末。干姜 14 克，粳米 200 毫升

上三味，以水 1400 毫升，煮令米熟，去渣，温服 140 毫升，内赤石脂末 2 克。若一服愈，余勿服。”



按：赤石脂主要成分为含水硅酸铝，性温味甘涩，功能止血止利。梗米利胃止泄利。三味相合有温中止利固脱之功。陆渊雷先生经验：用此方治肠出血，颜面失色，四肢厥冷，脉数疾而弱者。

2. “少阴病，下利便脓血者，可刺。”

此条与上条相同。上条以药治，此条以刺法。“可刺”二字，当含可刺而愈之意。若不然，可刺之病甚多，不可刺之病甚少，何必多此一语。下利便脓血可刺而愈，可温涩而愈，证明决非急性热利，也不是下利脉微四逆的表里寒证。很明显是少阴阳回肢温后之滑利证。文中只言可由刺，未言何穴。钱潢说刺少阴之并、荣、经、合穴。常器之说刺幽门、交信。

3. “少阴病，二三日至四五日，腹疼，小便不利，下利不止，便脓血者，桃花汤主之。”

本条与真武汤条同是二三日至四五日腹疼小便不利，下利不止。但本条是肠寒滑利，小便不利是因下利不止吸收障碍。这与真武汤证肾功能衰弱水气不化之病机不同。真武汤证有脉沉恶寒四肢沉重疼痛少阴表寒证，所以为少阴过程，以附子著阳，佐以通阳利水药。此证无恶寒肢疼之少阴表证。虽二三日至四五日，亦是少阴回肢温后肠寒滑利之局部症状。山田氏以为本条是叙和剽窃真武汤条，加以“便脓血”三字为文，是为误解。

4. “少阴病吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”

按：少阴病吐利烦躁四逆者死，仲景有明文指示，见第二章第5条。此条少阴吐利烦躁四逆则主以吴茱萸汤。吴茱萸汤治干呕吐涎沫食谷欲呕局部胃寒证，不能治表里虚寒之危证。此证当是少阴阳回后的胃寒吐利。至于手足逆冷与烦躁欲死是因心下痞塞，气机不利而致。这与少阴阳亡四逆烦躁不同。此证与少阴吐利四逆烦躁之区别，在脉微细与脉弦紧。烦躁不安手足扰动，要看意识看清楚与否，或身蜷恶寒肢厥、或乍有厥时，等等。总是，要在整体辨证观念中认识病证的真假异同和病理的本质。



“吴茱萸汤方：

吴茱萸 200 毫升汤洗七次 人参 42 克 生姜 84 克 大枣 12 枚

上四味，以水 1400 毫升，煮取 400 毫升，温服 140 毫升，日三服。”

按：吴茱萸温中祛寒降逆止呕。人参补气，生姜温胃散寒止呕，大枣和中，共为温中补虚降逆止呕之剂。

5. “少阴病，下利咽疼，胸满心烦，猪肤汤主之。”

本条亦是阴阳回后之继发证。下利不属太阴过程。太阴利弱腹满时疼。因阳气初复，胃有须热烦满，咽疼因津液虚乏干燥而疼，不是炎症，所以用猪肤白蜜滋阴补虚除润燥。

“猪肤汤方：

猪肤 220 克

上一味以水 2000 毫升，煮取 1000 毫升，去渣，加白蜜 200 毫升，白粉 20 毫升熬香，和令相得，温分六服。”

山田氏以猪肤为猪肉，按猪肉多脂肪，不宜病人服用。猪肤乃猪皮肤，即猪皮。猪皮煮汁掠去浮油。李时珍说：“甘寒无毒。”此物最能滋补津液，调大肠。白蜜为白色蜂蜜。蜂蜜之色随花而异，入药白色春蜜为佳品，白蜜气味甘平，解毒止疼，除心烦。止肠澼。功能滋阴补虚除烦，止肠澼下利。

6. “少阴病，二三日，咽疼者，可与甘草汤，不差者，与桔梗汤。”

此亦是少阴阳回肢温后的局部证状，不是急性炎症咽喉红肿发热痰浊脓血之证。本条甘草汤证咽疼当是一种咽部干燥疼痛的感觉。甘草的功用颇多，如解毒消肿止疼，养阴血利百脉等，若病后阴虚干燥无津之咽疼，服甘草汤自可缓解。如服甘草不差，以桔梗汤治。桔梗微温，通气血治咽喉疼痛。

“甘草汤方：

甘草 28 克

上一味，以水 600 毫升，煮取 300 毫升，去渣，分温再服。”

“桔梗汤方：

即甘草加桔梗 14 克，分再服”。

7. “少阴病，咽中伤生疮，不能语言，声不出者，苦酒汤主之。”

此条亦少阴阳回后的局部炎症。较猪肤汤、甘草、桔梗汤证重一等。文中虽未说咽疼，但咽中伤生疮自无不疼的。

“苦酒汤方：

半夏洗破如枣核大 14 枚 鸡子 1 枚去黄内向苦酒着鸡子壳中

上二味，内半夏著苦酒中，以鸡子壳置刀环中，安火上，令三沸，去渣，少少含咽之。不差，更作三剂。”

半夏破成枣核大十四枚，约 4 克。上苦酒即上等之米醋。鸡子一个去黄，是蛋黄蛋白都去掉，留蛋壳用。《圣济总录》说去黄留白，不对。若仅去黄如何容得下半夏十四枚及苦酒。况且蛋白合醋煮沸即凝成硬块，如何能令三沸，如何能少少含咽。古人已知醋酸性不宜金属器皿，用蛋壳以作加温之容器。意甚浅明，可惜前人未曾说破。按：苦酒消痈肿，杀邪毒，散瘀血。半夏消肿散结，治咽喉肿疼。二味相和治咽中生疮肿疼。

8. “少阴病，咽中疼，半夏散及汤主之。”

本条亦少阴阳回后的局部证状。本条咽疼与桔梗汤条为可区的特征。半夏、甘草、桔梗治咽疼人多使用，而方中桂枝一药本经用治喉痹，但后世治咽喉炎性种疼皆斥辛温之药而不用。

“半夏散及汤方：

半夏洗 桂枝去皮 甘草炙

上三味，等分，各别捣筛已，合治之。白饮和服 1 克，日三服。若不能散服者，以水 200 毫升，煎七肺沸，内散 2 克，更煮三沸，下火令小冷，少少咽之。半夏有毒不当散服。”

按：白饮即白开水。“半夏有毒不当散服”八字是后人所加。因半夏对咽喉有一种麻辣感觉。但本方所用已经洗制。陶宏景说：“凡用（半夏）以水洗十许过，令滑尽，不尔有毒，戟人咽喉。”李时珍说：“全制半夏唯洗去皮垢，以汤浸泡七日。逐日换汤，晾干切片姜汁伴焙入药。”半夏散及汤中半夏似不宜用姜制。



9. “少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”

本条肘后方作：“大病差后心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”

本条肘后方作：“大病差后心中烦，不得卧”为是。本条证应是少阴病阳后虚热心烦。若少阴脉微肢厥心中烦不得卧不事回阳而阴用芩连苦寒之品必促其死。本条应从肘后方大病差后，体虚液少余热不清。以黄连阿胶方合病情。

“黄连阿胶汤方：

黄连 56 克 黄芩 28 克 芍药 28 克 鸡子黄 2 枚 阿胶 42 克

上五味，以水 1200 毫升，先煮三物取 400 毫升，去渣，内胶烊尽，小冷，内鸡子黄搅令相得，温服 140 毫升。日三服。”

按：黄连黄芩清热烦。蛋黄补阴解热除烦。阿胶甘平补虚白饮润燥。芍药益阴补肝血不足补劳退热除烦。五味相合为滋阴清热除烦之剂。鸡子黄应包括蛋白，参看苦酒汤方按语。

10. “少阴病，下利，六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”

本条“心烦不得眠”不是少阴证，下利而渴不是太阴证。从下利而渴、心烦不眠看，显然是阳性过程。从猪苓汤看，此证当有小便不利。猪苓乃治水热相结小便不利的方剂。同时咳、呕、渴俱与水热相结有关。真武汤治阳虚水不化，猪苓汤治热结水不化。二者皆为治水气之方剂，但阴阳性质不同。真武汤下利咳呕小便不利而不渴，因阳虚不能化水。猪苓汤治下利咳呕小便不利而渴，因有热而渴心烦不得眠。真武与猪苓二证下利、咳、呕，小便不利皆相同，唯以渴与不渴、脉沉与不沉中分寒热阴阳。本条证不是少阴过程。

猪苓汤方解见阳明病篇第五章热淋一节。

猪苓汤方解
PDG

第七编

太阴病篇





第一章 太阴病概说

伤寒太阴病是胃肠病位的阴性病理过程，与阳明病为同一胃肠病位依据器官功能盛衰与代谢增减而分化的两性过程。在伤寒病理发展过程中，病理反应在肠胃而功能亢进、代谢增高，表现为阳明病；若病理反应在胃肠而功能衰退、代谢减低，则表现为太阴病。太阴病与阳明病在证状表现上也是同一胃肠器官功能盛衰增减的相对表现。例如，阳明病身热恶热，汗出而渴，大便燥结，脉象洪滑实，表现着胃家实热。而太阴病则无热手足冷，不渴，自下利。脉象沉细无力，表现着胃肠虚寒。太阴与阳明皆有腹满、腹疼。阳明为不大便燥屎硬结而满疼，病为热实。太阴为自下利腹满时疼，病为虚寒。太阴与阳明皆不能食。阳明为燥屎梗阻而不能食。太阴则是胃气虚寒而食不下。太阴与阳明，无论从病理或证状表现来看，都很清楚地表明二者是同一胃肠病位依据功能盛衰与代谢增减而分化的两种性质的病理过程。

病理过程中的证状，是病理的外在反映。如果说是病理是证状的抽象认识，那么证状则是病理的具体表现。在祖国医学中，没有一种病理不是通过对证状的辨析而认识到。仲景伤寒六经病理界说正是用证状的综合反映来表明的。所以证状亦即病理的证据，如“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自疼”；“太阴为病，脉弱”，等等。在这些证状中包含着伤寒病因，功能衰退代谢减低的阴性病理。

作为伤寒六经界说的提纲，证与脉是并重的。脉是直接反映机体循环状况的，而病理状况也总是反映于循环系统的。一般地说，循环系统的状况直接反映着机体功能盛衰与体液盈亏，而机体功能盛衰与体液盈亏乃是病性的物质基础，所以脉象与证状的综合反映总是病位病性病势的证据。



从现代医学中我们知道：消化管的运动与消化液的分泌，以及消化吸收等生理功能活动，是在神经与体液的统一调解下进行的，所以不仅消化管的病理状况反映与循环系统，而且循环系统的功能变化也影响到消化管的功能活动。如果消化管的循环血流通畅充足，则消化管的运动增强，消化液的分泌增加，小肠黏膜细胞的通透性更为良好，于是消化吸收的功能增高。如果消化液的分泌减少，因而造成消化不良，养分不能充分不能充分水解又造成吸收障碍。同时，肠黏膜受缺氧与代谢产物过多而影响它的通透性，而且在吸收中占重要地位的肠绒毛的运动也常因血流缓慢而停止。这些因循环供血不足带来的变化，造成了消化吸收的极大障碍。肠内容物因水分溶质不被吸收而成为浓度很低的流质。这种流体物质在小肠内停留的时间要比固体物质缩短了三倍左右。这样，小肠内不能被消化吸收的食物物质，很快被送入大肠。而大肠是依靠蠕动及逆蠕动而使流动性物质来回移动而完成最后的吸收程序的。但当大肠因血循环减缓而致逆蠕动减弱时，流体物质很快被排出体外。上述循环系统的功能状况与消化管的功能之间相互影响的机制恰好说明：“太阴为病脉弱，其人续自便利”的一般病理。脉弱为沉细无力的体象，主气虚血少，表现着循环系统的功能衰弱与体液不足。所以弱脉与自下利的病理反映为常委虚寒，同时在胃肠虚寒的病理过程中，因消化吸收的严重障碍与残留食物在胃肠中发酵所发生大量的气体则造成腹满而吐、食不下。胃肠或腹肌也因血液循环不足而发生的挛疼。太阴病的病理与证状发生的机制，在现代医学的生理、病理学借鉴中，会使人们有更为切实的认识。它清楚地证明着太阴病理过程，病势为阳虚里寒。

然而太阴病是以伤寒这个外界生物病原体侵入机体而引起的病理过程，如单纯用胃肠虚寒或胃肠功能衰弱来解释它是不完全正确的。当伤寒病原体侵入机体时，人体的防御系统会作出抗御反应。在机体功能强盛体液充足的状况下，抗御系统是动员机体器官以亢奋的功能与增强代谢来抵御，排除致病因素，表现为阳性病理反应。在机体功能衰弱与体液亏虚的状况下，防御系统不能以提高功能与加强代谢来抵御、排除致



病因素，而精气反为其所夺。所以抗御反应表现为功能衰退和代谢减低的阴性病理反应。

伤寒太阴阶段的病理趋势为阳虚里寒。衰弱的胃气在致病因素的伤害下，不仅不能作出强盛的抗御反应，而精气复为其所夺。正邪之间的斗争中，矛盾的主要方面在胃家虚寒。所以据阳虚里寒的趋势而助阳温里法，以附子增进循环功能而助阳，以干姜温里而止利，相辅相成而建回阳止之功。阳回利止，正邪矛盾关系即起了根本的变化，所谓正气盛则邪气衰。

或问：助阳温里如何能使生物病原体引起的太阳病获得痊愈呢？是的，在祖国医学中对生物病原体引起的病理过程，并不一定要用杀毒制菌的方法来治疗。要说明这一点，我想，须涉及到几个基本观念，即生命是什么？生命何以存在？疾病何以发生？治疗何对成功？辩证唯物主义认为：“生命也是存在于物体和过程本身中不断自行产生并自行解决的矛盾。”（恩格斯语）那么生命之所以能够存在，正是机体的内动力能够不断自行解决其自身中所产生的矛盾，而疾病的产生乃是外界致病因素通过机体内因而产生的矛盾过程。（宋陈无择对病因的三因说——外因、内因、不内不外因是应商榷的。单纯的內因或外因是不能发病的。陈氏的说法无论在祖国医学或现代医学理论中都是不同的。）从这一观念出发，任何的医疗手段必定是依赖机体本身内动力才能获得成功的。伤寒六经辨证的因势利导的治疗思想，正是建立在这一观念上的。它对阳性病的祛邪法和对阴性病的扶正法，都是建立在机体内动力的基点上来解决机体自身中的矛盾的。例如太阳的汗法是依赖体表组织本身的抗御功能功能来排汗祛邪的；阳明病的吐法、下法是依赖肠胃本身的抗御能力来排除病理物质的；少阳病的和法亦是依赖三焦气机自身的动力恢复平衡的。尽管其方式和途径不同，但都是依赖机体本身的动力而解决其责的矛盾的。三阴病理过程中，由于机体功能衰弱与体液不足，在致病因素的作用下，机体的内动力处于劣势。在这一趋势下，必须唤起机体自身的动力，以建立巩固的抗御基础。《素问·通评虚实论》中说：“邪气盛则实，

精气夺则虚。”这正是指出了阳性病中因正气充实而出现强盛的抗御反应，所以表现邪气而正气充实，矛盾的主要方面在邪实。所以在正气充实的基础上用祛邪法，邪气去则正气安。在阴性病理过程中，因精气无能抵御邪气反而邪气所夺，正气表现衰弱。矛盾的主导方面在正虚，所以当扶助正气以促使矛盾的转化。正气复则邪气衰。

太阴的病势为阳虚里寒。《灵枢·五味篇》说：“胃为五脏六腑之海也。水谷入于胃。五脏六腑皆禀气于胃。”这说明了胃肠是维持机体各组织器官生理功能活动的资源。在病理过程中，古人说：“纳谷者昌，绝谷者亡。有胃气者生，无胃气者死。”若太阴病吐、利、食不下，不仅是胃肠功能衰弱，而且吐利复夺其精气，当机体的物质储备消耗到一定的程度，必将导致全身性的机能衰弱的危境。所以太阴病亡阳，则合并少阴而吐利烦躁，四肢厥进。太阴病吐利亡阴则孤阳无所附而出现下利后脉绝，手足逆冷藏。二者皆危证。

太阴病的成因有三：一是其人胃气素虚，感伤寒而发太阴病。如“太阴为病，脉弱，其人续自便利。”二是由阳性病误下伤害胃气而转化太阴。如“本太阳病，医反下之，因尔腹满时疼”；再如“阳明病，心硬满者，不可攻之。攻之利遂不止者”；又如“太阳少阳并病而反下之……下利不止，水浆不下”。三是由少阴病伤阳而合并太阴。如“少阴病脉微细沉，但欲卧……至五六日自利。”

太阴病胃阳增进亦有转化阳明的机转。如“伤寒脉浮缓，手足自温者，系在太阴……至七八日大便硬者，为阳明也。”

伤寒太阴篇的文字甚简略。有的条目散入少阴与厥阴篇中，在少阴篇中诸条因是少阴与太阴并病，仍保留于少阴篇中。散入厥阴篇术条悉收回太阴篇中。三阴病篇的条目混乱不清由来已久，自宋、元以来，医家中即有太阴下利、少阴下利、厥阴下利诸说。今以六经病理界说为依据，对其重为厘正。



第二章 太阴病纲领

1. “太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益者，时腹自疼——若下之，必胸下结硬。”

此条为太阴病提纲，亦即太阴病的病理界说。提纲证状的综合反映正是伤寒胃肠病的阴性病理过程。本条作为太阴病的界说以与六经病及其他病种相区别。凡是此证状的即为太阴病。关于太阴病的病理已于太阴病概说中述及。

脉经与千金翼本条无“若下之必”四字。玉函本条中“结硬”作“痞硬”，均是。因肠胃虚寒之病，本自有痞硬，并非误下有。同时，作为太阳病的界说，决不能用误下后的表现来认识。所以“若下之必”四字应删去，此四字是后人注语误入正文的。

此条提纲，作为太阳病理界说，却能反映出太阴病的病性、病位和病势和病势，透过证状的综合反映，确实看得出肠胃虚寒的病理趋势。从与阳明病看其病位的同一性与病性的相对性；从与少阴病看其病位同一性与病位的表里相对性；从与少阴病看其病性的同一性与病位的表里相对性；从少阳与厥阴看其病位与病性的异同，太阴提纲却能概括它的病理特性，是完全可以作为本经病的病理界说的。因确却是以它单独具有的病理特征来与他经相区别的。但陆渊雷先生则怀疑太阴病为杂病而不是伤寒，并认为仲景是拘牵内经中六经之名数而削足适履。陆先生在少阳病提纲下说：“六经病篇之首，各有之为病一条，说者相承，以为本经病之提纲。今复考之，唯太阳、太阴二条足以概括本经病状，堪当提纲之名。其余四经，颇不然矣。阳明之提纲胃家实，是但举承气腑病遗却白虎经病也。少阴提纲脉微细但欲寐，亦不足尽少之病状。观本篇及论中用姜附证可以见也。厥阴病自分两种，其一热下寒，其一寒热胜复，



提纲正证之大者。于诸提纲中尤为无理。”先生于六经提纲是以能否概括本经病状为准则来衡量其可不可为本经提纲，而不是从病理疼来认识六经提纲。所以先生不能认识六经病是以病性与病位相区别的伤寒病理发展过程的六个特殊的阶段。因而也不能区分伤寒与杂病。先生甚至说：“太阴当属杂病，不属伤寒也。伤寒阴证，实际唯少阴一种。”先生认为伤寒阴证唯少阴一种是看到少阴病有发热的证候，然而为何不见太阴病脉浮缓至七八日大便硬有转属阳明的例，以及少阳与厥阴之间的转化关系呢？当然，太阴病与杂病中胃肠虚寒下利在治法并无不同，但这些中医阴病扶正的治疗原则，因为治疗疾病的任何手段都是建立在依赖机制体内动力的基础之上的，在正虚占主导地位的阴性过程中，必须用扶正法以转化正邪的矛盾关系而收到治愈的效果。所以，伤寒六阴病虽与杂病胃肠虚寒下利治法相同，但这并不能说明太阴为杂病不是伤寒病因引起的病理过程。从六经病理界说看，从六经病相互转化的关系看，从治病的基本概念看，太阴病无可置疑的是伤寒病理发展过程中的一个特殊病理阶段。

2. “自利不渴者，属太阴——以其脏有寒故也，当温之，宜四逆辈。”

此条亦是太阴病的辨证指标之一。太阴病以自下利为主征，但下利一证寒热皆有。如葛根汤证、葛根黄芩黄连汤证、黄芩汤证、白头翁汤证、大承气汤证等皆有利，但因为它们是阳性病理过程，由于功能亢进代谢增高，加之对水分丧失较多，造成组织缺水，所以产生渴感。所以仲景有“下利欲饮水者，以有热故也”的条文。太阴病的下利，由于是功能衰弱代谢减低的阴性过程，所以虽下利而不渴。以渴与不渴作为区别下利的阴阳性质是有病理根据的辨证指标之一，但不是唯一的。辨下利的阴阳病性，除脉象与渴不渴之外，尚有暴注下迫之势，水液浑浊之质，发热恶寒之病情，腹满胀大之形态等皆属于热。阴性下利除不渴之外，尚有脉象沉微细若，澄澈清冷与无热肢寒等皆属于寒。临证须以脉证的综合反映判断病的阴阳性质。本文中“以其脏有寒”以下十四字是后人所加注语。既指出属太阳，自有太阴的治法，何必又说宜四逆辈



这类含混文字。

3. “伤寒脉浮而缓，手足自温者，系在太阴——太阴当发身黄，若小便自利者，不能发黄——至七八日，虽暴烦，下利十余行，必自止——以脾家腐秽当去故也。”

此条也出于阳明篇中，但文为“至七八日大便硬者，为阳明也”，与“虽暴烦下利日十余行，必自止”语意大致相类。太阴病自利不渴，脉若浮缓不沉细，手足自温不寒冷，是循环功能尚未甚衰弱，体液尚不亏虚。既能温煦远心的手足，也会对消化管的供血有较好的情况。由于这一循环动力的内因，肠胃功能有了自行恢复的物质基础。所以至七八日可以暴烦下利自止。暴烦不是烦躁，是阳气恢复而出现的发热心烦，与大便硬同是阳复的表现。文中“太阴当发身黄”下十六字是后人注语。此注语无理，黄疸与太阴病绝无必然的因果关系。请参看阳明病篇第五章第一节黄疸证。脾家实腐秽当去一句亦是后人注语。此言较有识见。脾家实指肠胃功能或正气充实，抗御功能奋起而排除其病理物质。邪气去正气复则下利自止。所以说腐秽当去故也。腐秽是指病理中的代谢物质。

4. “太阳为病，脉弱，其认续自便利。——设当行大黄芍药者，当减之，以其人胃气易动故也。”

第二条以自利不渴为太阴病的证状指标此条以脉弱续自便利为太阴病的脉象指标。凡自便利而脉弱的即为太阴病。脉弱为沉细无力的体象，病机为气虚血亏。所以脉若与自便利的综合反映为胃肠虚寒。

弱脉是血压降低血流减少循环功能减弱的情况。这种循环状况下，如有自利证，显然消化管的功能是受循环功能影响的，反之也影响循环的状况。也便是说弱脉证明自利为阴性病理过程，当然是胃肠的阴性病理过程，太阴病。文中“设当行”以下二十一字是后人注语。因见太阴篇中有“太阳病医反下之，因而腹满时疼者属太阴也。桂枝加芍药汤主之——大实疼者桂枝加大黄汤主之”。对太阴脉弱而用桂枝加大黄表示疑虑，然而不敢直指其误，所以消减药量，慎重从事，不要伤害虚弱的胃气。但误下太阳造成表证未解而腹满时疼，若下利而脉弱是转化太阴。



若不下利不弱不可认为太阴病。若太阳误下造成大实疼尤不能认为太阴病。若腹满而疼脉沉细弱的断不可用大黄。所谓实疼，不仅表明有物结实，而且包含正气充实之意，不然如何可用攻伐之药。读古医书，首先尊重病理与临床效验，不可泥死于字句之下。参看太阳篇桂枝加芍药与桂枝加大黄条。

5. “太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈。”

此条与六经病理不合，不是仲景文字，是别派医家的言论。四肢烦疼是发热四肢疼痛，此为表证。太阴病为里病。烦疼为阳证，太阴为里寒为阴性病，阴阳表里迥然不同。钱潢解太阴为脾病，脾主四肢。四肢不得禀水谷之气，故令烦疼。钱氏之解释，虽言之成理，实为附会之辞。如问太阴何以为脾病？又何以不得禀水谷之气？不得禀水谷之气何以为脾病？又何以不得禀水谷之气？不得禀水谷之气何以致烦疼？回答也许不难，唯恐越答越离太阴病越远了。阳微阴涩而长一句亦难解。大抵别派医家的言论皆不可以六经病理解释。不可解则不必强解，强解无益。对原文解释务求阐发病理，合于病理，合于事实则有益临床实践。如为解释而解释，无益于实践，乃纸上空谈。

6. “太阴病，欲解时，从亥至丑上？”

此条难以病理解释。六经病皆有欲解时间一条。可能为阴阳五家以五行生克的理论推测之言附于经病中。前人皆以阴阳旺气为解，但究竟难以临床实践证明。这种理论仍须在实践中检验其真伪。

7. “伤寒，下利日十余行，脉反实者死。”

伤寒下利指太阴下利。唯太阴病下利脉当沉微细弱。若浮而缓是向阳性转化的脉征，即旧说：“阴病见阳脉者生。”如上第3条。太阴下利脉反实则是危证。因下利日十余行，而邪气尚盛，利下不止，阴液将竭，必致循环衰竭而死。

成无己说：“下利者，里虚也，脉当微弱。反实者，病胜脏也，故死。”《难经》说：“脉不应病，病不应脉，是为死病。”陆渊雷先生说：“余所经验，但觉血液在血管中劲疾直前，不复有波动起落。盖脉管已



失弹力，而心脏之虚性兴奋未已也。若是者，其死不出一周时。”此条脉证如先生经验，经文所说实脉决非长大有力之脉，是当假实脉。如张介宾说：“实脉有真假，真实者易知，假实者易误，故必问其所因而察其形证。”《素问·平人氣象》说：“风热而脉静，泄而脱血脉实，病在中脉虚，病在外脉坚涩者：皆难治。”又说：“人以水谷为本，故人绝水谷则死。脉无胃气亦死。所谓无胃气但得真脏脉不得胃气也。所谓脉不得胃气者，肝不弦、肾不石也。”从《素问》与诸家对脉为胃气的论述中看，脉的胃气，是具体的东西，不是“只可意会不可言传”的神秘的东西。脉的胃气，在平人指脉搏不疾不徐，脉来和缓，血液充盈，脉管弹性良好的体现。在病理过程中。病与脉相协调，如大承气汤证，脉象或实或滑弦为病脉相应，为有胃气；若脉虚或涩或弱，是病与脉不相应，为无胃气。若太阴病下利日十余行，脉浮缓为有胃气，是向愈的机转；若脉沉细为病脉相应，亦称有胃气。凡无胃气的脉亦称真脏脉，应以病脉的具体状况而论。如太阴下利日十余行见假实脉；阳明大承气汤脉见虚、涩的皆谓之无胃气，故死。

8. “下利清谷，不可攻表，汗出必胀满。”

此条亦是太阴理法。下利清谷脉若是太阴病。若太阴病下利清谷，因丧失津液而致骨骼稽挛疼；或太阴与太阳并病下利而身疼，应先以四逆温里，清便自调后治表证身疼。若误用汗法先攻其表，汗出后必发胀满。所以然之病理机制为：下利清谷原是胃肠虚寒，循环系统对消化管的供血本自不足。若更发汗，汗出而阳益虚阴益耗，循环愈加衰弱。所谓“夺汗者无血”。这进一步使管胃肠功能下降，其内容物留滞发酵产生气体而胀满。这种胀是属于阴性过程的，有着阴性病的脉证指证。与阳性胀满不同。

9. “下利后脉绝，手足寒冷。晬时脉还，手足温者生，脉不还者死。”

“晬”音“最”，晬时即周时，十二时辰历尽，即一昼夜时间。

下利脉绝手足寒冷是死证。但下利后脉绝手足寒冷则可能出现两种情况：一种是下利停止，虽脉绝手足寒冷，但周时内功能恢复，循环系



统向四肢供血增进而脉还手足寒冷，但周时内功能恢复，循环系统向四肢供血增进而脉还手足自温，同时消化管亦相应得到血液温煦而功能恢复，所以是痊愈的征候。若周时脉不还的则是阳亡阴脱的死证。由此可知，下利后是利止以后，而利止有功能恢复的利止，亦有死亡的利止。亡阳阴渴与阳气来复的区别在脉还与不还中分。所谓脉绝乃桡骨动脉微弱到不可触知的程度，或血流中断。所谓死证，是因循环已衰竭，机体内动力已濒于消失，治疗的基础已极其消弱。但为医者不可消极观望其脉还与不还，急当以姜附人参回其阳以救助之。

10. “下利，手足厥冷，无脉者，灸之不温，若脉不还反微喘者死。”

此条与上条文意相类同。上条为下利止后，此条是下利过程之中，上条是周时脉自还手足自温，此条是灸之脉不还手足不温。无论下利之中或下利之后，凡厥逆无脉的皆是表里虚寒之危证。急以通脉四逆汤并灸神阙、气海、关元等穴，以期阳回脉还。若灸之肢不温脉不还的亦死。微喘一证，在脉绝厥而自下利的过程中是肺之末梢循环衰竭时出现的呼吸浅表，所以说死。

11. “下利，脉沉而迟，其人面少赤，身有微热，下利清谷者，必郁冒汗出而解。病人其必微厥，所以然者其面戴阳故也。”

本条自“必郁冒”以下皆后人注语误入正文的。因为下利清谷脉沉迟是阳虚里寒，胃肠病的阴性过程。面少赤为戴阳、格阳证。戴阳表现颜面微赤，如酒酣状，伴有心悸气短，足冷便清，脉象沉迟微弱。格阳是里真寒外假热的表现。格阳证脉亦迟微弱，身虽热而欲得衣被弱，身虽热而欲得衣被。戴阳与格阳常在阳虚里寒病理过程中互见。若下利清谷脉沉迟戴阳格互见的阳虚里寒过程必无汗出而解的机转。所以说“必郁冒汗出而解”是一错误的注语。虚阳上泛，病情已险，若汗出则虚阳外拖而死。郁冒汗出而解是阳邪怫郁在表之证。今为阳虚里寒证，既无汗解之机，亦绝不准强发汗。若强发汗，汗出则虚阳飞越眩冒而死。仲景有“下利止头眩自贸易者死”的条文。此条自“下利清谷者”以下十五字是后人对戴阳的注语，说戴阳者必微厥，是知此证为阴证。这与“必



郁冒汗出解”是截然不同的，显然不是出于一人之手。

第三章 太阴病阳虚里寒病势

1. “太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。”

本条冠以太阴病，即概括下利腹疼脉弱等证。但脉不若而浮，然而“太阴病脉浮缓者虽下利日十余行必自止”，若下利止而脉浮发热的用桂枝汤解表。条文中“脉浮者”三字即概方热。若无表热便无病可治。仲景文中多用脉浮赅表证而言，因表证脉必浮。本条必须注意：非桂枝汤能治太阳病，而是太阴下利止后而脉浮发热的方可桂枝汤。因仲景文中有“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”。仲景又有：“下利清谷，不可攻表，汗出必胀满。”从病理上看，先治里后治表是符合人体生态规律的。因发汗祛邪法必须建立在机体动力强盛的基础上才可成功。若内有下利清谷，气血内趋，津液下夺，反而以桂枝攻表是必不能成功的。所以必须待内动力恢复，亦即利止而清便自调，方可有祛邪出表的基础。从仲景六经证治的理法看，本条桂枝汤并非是治太阴下利，乃是治太阴利止后的脉浮发热身疼。但医宗金鉴却说：“即有吐利腹满时疼一二证，其脉不沉而浮，便可以桂枝汤发汗，先解其外；俟外解已，再调其内也。”金鉴这一说法是与仲景六经理法相违背的。这种顺文作注，不解仲景文字的互相阐发的体例，是难免要出现这类错误的。

2. “伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里。后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”

此条是误下太阳而转变太阴。下利清谷而身疼不去，成为太阳与太阴并病，脉若不浮不得为太阳太阴并病。因脉沉或弱身不发热而疼痛为少阴表寒。在临床上，脉浮与发热是并行的；在病理上脉浮发热是一致



的。本条若下利清谷身疼而脉沉恶寒无热，是太阴少阴并病，以四逆汤助阳温里。利止而身疼不去脉沉恶寒无热的，当以附子汤助阳温经以治身疼。若脉浮发热而身疼痛则须以桂枝汤解表，附子汤四逆汤则不中用。若身热脉浮而下利清谷则不得为太阴下利，而是阳性病理过程，当于葛根汤、葛根芩连汤等证中求治。本条续得下利清谷身疼必无脉浮发热证，所以用四逆汤救里，得四逆汤助阳温里而利止清便自调，则又脉浮发热身疼。因此证原为太阳，因误下而转阴；阳回利止后还出太阳。身疼一证，太阳与少阴皆有。太阳身疼在脉浮发热，而少阴身疼在脉沉无热恶寒。桂枝汤治脉浮发热的身疼，附子汤治脉沉恶寒的身疼。二者绝不可相互取代。

3. “下利腹满胀，身体疼者，先温其里，后攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”

此条下利腹胀满身体疼若脉细微弱恶寒的下利胀满为太阴病，身疼恶寒为少阴证，是太阴少阴并病。二阴病为表里虚寒，应先温里。利止而后身疼脉浮的乃以桂枝汤解表，如第1条“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤”之理法。如果利止后身疼脉沉恶寒的决不可用桂枝汤攻表，应在少阴法中求治法。

以上三条应合看，脉证理法相互发明，自可看到用桂枝汤治太阳身而非治少阴身疼的义理。若太阴利合并少阴身疼之证候，服四逆汤后利止则身疼可解。若利止而身疼不止的，凡脉服的为太阳表证。所以仲景在首条中指出“脉浮者可发汗宜桂枝汤”；在第二条中出误下太阳，在三条中指出可不必因误下，凡为太阴下利而兼表证身疼的，皆用此法。此三条应作一条看。四逆汤方见少阴病篇页中。

4. “恶寒脉微而复利，利止，亡血也，四逆加人参汤主之。”

恶寒脉微震下利是太阴与少阴合并过程。因脉微下利是里寒，脉微身寒是表寒，表里虚寒为太阴少阴合并。利止而后乃恶寒脉微则不是病欲解的证候，是肠内容物亡失已尽，为可利之物而止，所以说“亡血也”。此证恶寒脉微而不利，或有身疼无身疼，是四逆汤证。然因下多亡阴，



所以加参以补气血，益血脉，鼓舞胃气，“亡血”二字并非亡失红色的血液，是指下利亡阴而言。金鉴对此条改“利止”为“利不止”，改“亡血”为“亡阳”，是不解此理，完全改掉本条所指出的病理特征。

“四逆加人参汤方：

甘草 28 克炙 附子 1 枚生去皮破 8 片 干姜 21 克 人参 14 克
上四味，以水 600 毫升，煮取 240 毫升，去滓，分温再服。”



第八编

厥阴病篇



第一章 厥阴病概说

仲景以“厥阴之为病，消歇、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食”为厥阴病理界说。从这一界说中可以知道伤寒厥阴病是气机病位的阴性过程。厥阴与少阳是伤寒同一气机病位，依据机能盛衰与体液盈亏而分化的阴阳两性病理过程。

消渴一证，仲景在《金匱》中明确指出：“消渴小便分多，以饮一斗，小便一斗”，是以多饮多尿为特征的。唐李郎中也曾说：“消渴者，每发即小便至甜。”卫生家宝指出消渴证小便的形质：“小便频数，其色如浓油，上有浮膜，味甘甜如蜜此名消渴”。医学心悟又据多饮、多食如膏之证，分为上消、中消、下消，而不及尿味之甜否。从历代中医对消渴证的认识与临床所件，消渴证尿味多有甜的，但也包括尿味不甜的消渴。因此我们认为：中医的消渴，应包括糖尿证、尿崩证，而不局限于糖尿与尿崩。厥阴病之消渴，自当以仲景指出的多饮、多尿为特征。多饮即渴，多尿即为消。

渴感，在现代医学中，是机体组织缺水造成感觉神经末梢的刺激。当饮水之后，自若得到水的补充，渴感也即消失，这是正常的生理活动之渴。

阴阳病白虎汤证的渴，是发热汗出对水分的大量消耗而产生对水平的大量需求。这虽然是在于胃肠的病理过程中，但水的代谢功能仍是正常的。五苓散与猪苓汤证的渴宜小便不利，是泌尿系的炎性病变，这无关水的代谢机能。另外，大量失血的渴感，是体液过量丧失造成的。无论是体液的丧失或泌尿系的病变，都不是水平的代谢调节机能的障碍。唯消渴证的渴感，虽大量饮水，水入即消，多饮多尿，而不能止渴，而且表现显著的形容枯槁、乏力、皮肤及黏膜干燥。但从多饮多尿而渴不



止中，可以看到水的代谢调节机能的障碍。

机体对水平的平衡是如何维持的呢？生理学告诉我们：“丘脑下部通过垂体后叶的分泌，直接调节了水的代谢过程。在正常的人体，垂体后在大脑皮层和丘脑下布的作用下，分泌适量的激素以促进肾小管对水分的再吸收。每当体内水分过多时，即通过脑之中枢以抑制垂体后叶素的分泌就增加，以加强水分的重吸收。这样就调解了体内水分过多和过少。此外，肾上腺皮质的分泌能保持毛细血管的通透性，从而保持之血液浓度。排汗中枢对汗腺分泌的调节也帮助维持体内水平的平衡。当身体水分减少时，通过感觉神经末梢的刺激，引起大脑皮层水中枢的兴奋，即出现渴感而去寻水渴。所以渴感本身也是维持体内水平衡的机制，因为只有渴感才能始体内水分得到补充。如果渴而饮入大量的水，渴仍不止，小便增多，硕足以说明水的调节机制遭到破坏，在现代医学中，糖尿证是碳水化合物代谢失常，由于胰腺胰岛素分泌障碍造成的。尿崩证是脑下垂体后叶素的分泌障碍造成的。糖尿与尿崩证都属于消渴，都是内分泌障碍造成的新陈代谢疾病，而且无论是在祖国医学中或现代医学中，糖尿与尿崩多是随一急传染病后发生的。

以六经辨证的概念看消渴证的病位，既不是表也不是里，显然是属于脏腑经络功能的气机障碍疾病。从现代医学中我们知道，植物性神经活动的障碍可抑制胰岛素的分泌。这与糖尿证是有直接关系的。《伤寒续论》引张卿子说：“尝见厥阴消渴数证，舌尽红赤，厥冷脉微，渴甚。服白虎汤，黄连汤等皆不救。”张卿子的经验显然是伤寒气机病的阴性过程。

厥阴病气上撞心与心中疼热二证也是功能衰弱与体液缺乏状况的气机障碍病理过程。气机是脏腑经络功能的总称。祖国医学认为：气以下为顺，以上为逆，以通为治，以塞为乱，不通则疼。今气上而撞心，更致热疼，足见气机之逆乱阻塞了。

在现代医学之中，神经血循环衰弱证的主要症状心悸，是一种强力撞击的感觉，并伴有心前区尖锐性的疼痛。在心肌坏死的进程中则有发



热的感觉。同时此证也是发生于传染病之后，这与厥阴病的最终阶段是一致的。交感神经可使心跳加快，副交感神经可抑制心跳，植物神经失调是心悸即气上撞心的病理机制。厥阴病的气上撞心。心中疼热是不是概括神经血循环性衰弱证，目前尚没有足够的材料证明，但气上撞心确是强力的心悸，而且是与植物性神经调节障碍有关的。

厥阴病是肌不欲食，是有肌感而为食欲。从现代医学知道，胃内食物减少时，胃的紧张度便逐渐加强。当胃内将近空虚时，胃的紧张即至高峰即在这种缓慢的紧张性波动中，常发生胃的猛烈收缩运动。在猛烈收缩时间就产生饥感。在正常生理活动之中，饥感和食欲是同时发生的，然而饥感和食欲并不是同一种的东西。当胃发生饥饿时，消化器官在正常生理活动中，就通过大脑皮层发生进食的要求。相反，如果消化器官机能障碍，胃虽时常发生猛烈收缩而产生饥感，但却不会有进食的要求。因为消化器官的分泌、运动、消化和吸收正处于气机调节障碍之中，所以饥而不欲食本身就是植物性神经调节失常的病理过程。

厥阴病之消渴，气上撞心、心中疼热，饥而不欲食等证，虽然出现在不同的组织部位，证状表现亦各自特殊，但它们都属于气机障碍，而且都表现器官功能衰弱和体液缺乏，它们都发生在伤寒病过程的最终阶段，所以厥阴病理阶段是伤寒气机病的阴性过程。

厥阴病与少阳病是伤寒气机病位依器官功能盛衰与体液盈亏而分化的阴阳两性过程，所以它们也因功能的消长而相互转化。厥阴病与少阳病在病位上的同一性，从证状和病理的内在联系上可得到证明。厥阴与少阳病因机能消长而相互转化的性质，在《伤寒论》中有明文可援引。

从证状表现上看，少阳病已有转化厥阴的机括。如少阳证之默默不欲饮食，在厥阴为饥而不欲食。少阳证之或渴，在厥阴为消渴。少阳证之或心下悸与或胸中烦，在厥阴为气上撞心，心中疼热。在少阳之往来寒热，在厥阴为厥热胜复等症状，既不同，又极相一致。不过，渴与消渴，心下悸与气上撞心，胸中烦与心中疼热，默默不欲饮食与饥而不欲食，往来寒热与厥热胜复，在少阳证轻病微，在厥阴则证重病甚而已。

厥阴证与少阳证的极相互一致正是因为它们设同一的病位；它们的轻重甚微之不同，正是它们阴性与阳性的差异。厥阴与少阳在症状表现上与病理的联系上，这样完全的一致性，绝不是偶然的，从中确实可以看到它们是伤寒在气机病位的阴阳两性病理过程。

《伤寒论》中，少阳证与厥阴相互转化的过程例如，“伤寒热少厥微，指头寒，默默不欲食，烦躁数日，小便利，色白者，此热除也。欲得食者，其病为愈。若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”再如“呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者，难治。”从上述两条中可以看出，少阳病脉弱见厥是向厥阴发展。因弱脉是沉细无力的体象，是气虚血亏的病机。发热而呕是少阳病，若更气虚血亏，出现厥冷，是气机病进入阴性病过程，即入厥阴阶段。若伤寒发热心烦不欲饮食为少阳病，如微厥而指头寒冷是进入厥阴境界。因发热而厥阴证，若不欲食而发热心烦是少阳证。如果小便利而欲得食，是气机通调则病愈。若少阳发热而呕，更加胸胁烦满见厥，是向厥阴发展。因厥热胜复为厥阴证。由此两条看出：少阳病机能衰减即入厥阴。厥阴病机能恢复还出少阳。少阳与厥阴有着伤寒同一气机病位机能消长宜相互转化的性质。

关于伤寒厥阴病，历来未见有允当的说法。正如陆渊雷先生说：“伤寒厥阴篇，竟是千古疑案。”往昔注家多以厥阴病为阴阳错杂、上热下寒之证。如舒氏指厥阴提纲说：“阴阳错杂之证也。消渴者，膈有热也；厥阴邪气上逆故气上撞心；疼热者，热甚也；心中疼热，阳热在上也；饥而不能欲食者，阴寒在胃也。”这样的解释是不能说明厥阴病的。章太炎先生说厥阴病为“回归热”，先生是看到厥阴病的厥热往复，与“回归热”是一个特殊的病种，不属于伤寒的范畴，其周期性交替发热与厥热胜复亦不相同。回归热不是伤寒厥阴病的内容。

《伤寒论》中厥阴病篇的内容非常杂乱。篇中条目冠有厥阴病字样的仅四条，除提纲一条标有证候以外，其余三条皆不具证候，文字甚简略，病理不明，难以理解。全篇之中，合于厥阴提纲所示病理的不过数条，其余皆杂凑之文。在玉函有《辩厥利呕哕病形证治》一篇，把厥阴篇中



不称厥阴病的条目悉收在内，与别本不同。于此可见，前人整理《伤寒论》在条目编次上是有不同的认识的。

厥阴病，仲景未出治法和方药。这是仲景的局限性，因为现在我们还没有证据说是别的原因。当然，这并未损仲景的伟大。任何人都不能超越历史的局限。仲景在《伤寒论》中提出的消渴、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食等证，至今是否完全解决了呢？不用说，一切科学都在不断发展之中，《伤寒论》当然亦不例外，它也必然在人们的实践过程中逐渐发展并完善起来。

厥阴篇诸条文字，以仲景六经界说衡之：乌梅丸为治蛔之方，不是厥阴病的方剂。其中有少阴文字、太阴文字，亦有杂病文字。本篇在编次上使其各归所属。

第二章 厥阴病纲领

1. “厥阴病之为病，消渴、气上撞心、心中疼热，饥而不欲食。食则吐蛔，下之利不止。”

本条为厥阴病提纲，仲景以为厥阴病理界说。凡伤寒见此证状即是厥阴病。消渴、气上撞心、心中疼热、饥不欲食四证之病理见概说所述。

提纲中“食则吐蛔，下之利不止”二句不是仲景文字，乃后人所加。因蛔虫并不是人人皆有，为蛔之人必不能吐蛔。而吐蛔与否与伤寒并无直接联系，吐不吐蛔不是病理的必然表现，所以吐蛔不能作病理界说。下之利不止是药物伤寒造成的结果，也不作为病理界说。这是十分明显的道理。食则吐蛔与下之利不止二句，必是后人在临床中，见到饥而不欲食证有食则吐蛔的。而且误以饥不欲食为此可下证而下之，下药伤寒了胃肠有限生机而造成下利不止。自然要记取这个痛苦的教训，注文以告诫后来读者。同时厥阴篇中有辩脏厥与蛔厥一条。而蛔厥属于寄生虫

病，与伤寒无关。若误把蛔厥认作伤寒厥阴病，就难免以为提纲中遗缺蛔厥而补入“食则吐蛔”，食则吐蛔四自当是出于乌梅丸条中“得食而呕，蛔闻食臭出，其人当自吐蛔”。从仲景的厥阴界说——伤寒气机病的阴性过程来看，“食则吐蛔，下之利不止”必不是仲景原文。

昔日注家对厥阴病以阴阳错杂，上热下寒为解说，其由来必是把消渴、气上撞心，心中疼热、饥而不欲食看成是一过程。以消渴与心之中疼热为上热，为阳；以饥不欲食为下寒，无阴，于是便产生了阴阳错杂上热下寒的解说。然而实际并不如此。提纲中的四证是四个单独存在的病理过程。古今医学著作中产阶级及当代医家的经验中，谁曾见过消渴、气上撞心，心中疼热、饥而不欲食并发于同一个过程。仲景在少阳病中，对少阳主证说：“但见一证便是，不必悉具。”这是气机病位决定的绍阳病的特殊性质。厥阴病与少阳病为同一的气机病位，所以也表现这种性质，所以消渴、气上撞心，心中疼热、饥而不欲食不是同时并发的一个过程，而也是“但见一证便是，不必悉具”。自然，厥阴病也便不是什么阴阳错杂，上热下寒之证候了。

2. “厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈。”

本条既不言证状又与提纲之病理界说不相合，只以脉浮与不浮决愈与不愈，理不可解。旧注随文作解，皆无可取之言。此必别派医家附入之言论。

3. “厥阴病，欲解时，从丑至卯上。”

六经病各有欲解时间一条，其理难解。想亦是别派医家之言论。

4. “厥阴病，渴欲饮水者，少少与之愈。”

厥阴消渴欲饮水，少少与之，不可恣意饮用则是，但说少少与之愈则不是。陆渊雷先生说：“渴得水而愈，犹饥得食而饱，寒得衣而温，人皆知之，何劳告语。”厥阴四条，其三条皆无理，非仲景意也。



第三章 厥阴病势

伤寒厥阴病篇，没有厥阴病的具体证候。如果说是佚文虽然亦可，但哪能把所有的具体证候完全丢尽。而且说是佚文也并无证据。如果说仲景于伤寒厥阴病，本无成功的经验，所以无可留于后世，于是厥阴病的证治内容只好缺如。提纲所示消渴等四证，自仲景之后，迄今也未见有成功的临床经验。从这个角度上看，说是仲景留给后世解决的问题，是极其可能的。

由于本篇内容缺如，兹将论中合于本经病理的条目列为厥阴病势，姑备一格。

1. “伤寒，脉结代，心动悸者，炙甘草汤主之。”

脉结代心动悸之证，虽不是伤寒过程中所独有之证，但却是伤寒发展过程中所确有的症状，结脉的节律中时而一次间歇。《频湖脉学》之中说：“结脉往来缓，时一止，复来。”《诊宗三昧》说：“指下迟缓中，时见歇止，而少顷复来。”张介宾说：“多出气血渐衰，精力不继。”结脉在心电图上为房性或室性早期收缩。由于此早期收缩，排血量较少，所以在桡骨脉搏上不能明显表达，因而有一止复来之感。实际上心搏并未停止，只是此次搏动发生了。代脉，李中梓说：“结促之止，止无常数。代脉之止，止有常数。促结之止，一止复来。代脉之止，良久方至。”这说明结脉的歇止是没有规律的。代脉的歇止有一定的规律性，停搏时间间隔也较结脉为长。代脉有两动一止，或三动、四动一止的，正相当于现代医学中的二联律或三联律等。按《灵枢经·根结篇》说“代则气虚”，表明脏气衰微。此条结代相提并论，可知脉搏之歇止无论有无规律，总不外是气虚血亏的病机。在伤寒过程中出现脉结代动悸，自是因热邪耗阴，气虚血亏而致心气失常。

心动悸一证，在伤寒过程中，有因发汗过多造成的心下悸，如桂枝甘草汤证；有因水下而心下悸，这类心悸不出现结代脉象。其心脏功能并无失常。唯心脏搏动的节律失其常度，表现长气机调节的失常。同时脉象结代证明为气虚血亏之证，才符合厥阴病病理界说，即伤寒气机病的阴性过程。厥阴提纲之中之气上撞心正是心动悸的撞击之感觉。又按炙甘草汤为峻补气血、通阳化气之剂，亦甚合厥阴病理状况。所以脉结代心动悸应属于阴病的内容。

在现代医学中，风湿病引起的二尖瓣狭窄锁不全之心脏病，也是以心动悸脉搏间歇为主要特征的。这与炙甘草汤证的脉证是毫无二致篇。而所谓风湿病与《伤寒论》之“太阳病，关节疼痛而烦脉沉而细者，此名湿痹”的症状相同。炙甘草汤证条文又首冠以“伤寒”二字，而仲景伤寒的广义又概括风湿，同时风湿性二尖瓣狭窄心脏又发生于风湿病后，所以本条脉结代心动悸与风湿性心脏二尖瓣狭窄闭锁不全证是相一致的。二十年来作者用炙甘草汤治疗二尖瓣狭窄闭锁不全，脉结代心动悸证每收良好效果。作者今将炙甘草汤证列入厥阴病篇加以讨论，有待博者指教。

“炙甘草汤方：

炙甘草 56 克 地黄 224 克 麦冬 100 毫升 阿胶 28 克

人参 28 克 麻仁 100 毫升 桂枝 42 克 生姜 42 克 大枣 30 枚

上九味，以清酒 1400 毫升，水 1600 毫升，先煮八味，取 600 毫升，去滓，内胶烊消尽，温服 200 毫升，日三服。”

本方以甘草地黄为主药。甘草通利血脉，并有镇静末梢神经的作用。地黄佐以麦冬、麻仁、阿胶峻补阴血。以人参、桂枝补气通阳，以姜枣调和胃气。方中地黄用量之大是任何方剂所不见的。地黄量大则害胃，俗谓之“泥膈”。用清酒久煮，以妨害胃，以利吸收。清酒即黄酒，清酒本身也具有血脉，厚肠胃、行药势的性能。清酒乃用黄米或糯米酿成，且不可用烧酒。麻仁即芝麻仁，捣碎用，性能滋补润养，并治风湿气，手及腰脚疼。此方无滋补阴补血复脉定悸之剂。



2. “伤寒热少厥微，指头寒，默默不欲食，烦躁数日，小便利，色白者，此热除也。欲得食，其病为愈。若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”

此条是少阳病，病进则为厥阴，厥阴病退则少阳的例。伤寒默默不欲食而心烦为少阳病，若呕而见厥，虽仅指头寒之微厥，亦是向厥阴发展。小便色是无热，为进入厥阴的见证。若小便色白而不见厥，欲得食，是少阳病进向厥阴发展。“其后必便血”一句，可能是长期饮食减少，因气机障碍，消化吸收不良，引起复杂的病理变化导致消化道出血。

热少厥微的发展即是厥热胜复。昔日注家指此为阴阳错杂证，因为“阳胜则热，阴胜则寒”。厥热往复，发热而厥，即表现阴阳交替错杂之象。实际上这是体温调节中枢机能性障碍的表现，这正是气机障碍的病理特征，所以在少阳病过程中因而出现寒热往来。在厥阴病过程中因机能衰退与体液虚亏而出现发热而厥或厥热胜复，这正是调节机能障碍，即气机病的特殊表现。

3. “呕而脉若，小便复利，身有微热见厥者，难治。四逆汤主之。”

本条中身有微热而呕，是少阳证。少阳病脉弦细。今脉若，弱为沉细无力之体象，病机为气虚血亏。少阳病功能衰退液虚亏为厥阴过程。微热见厥是厥阴证。小便复利则知无里热，而厥不是热厥。脉若知气虚血亏，小便复利知里无实热，而身热亦不是真热此乃气机障碍的阴性过程，即厥阴病理过程，所以仲景说难治。“四逆汤主之”一句，或是衍文或为后人所加。因仲景凡言难治、言死的条文皆不出方治。今即说难治又说以四逆汤主之，文意自相矛盾。仲景无此文例。况且四逆汤可治寒厥而不通气机。身热而其厥不同于格阳证。凡格阳戴之证皆表里虚寒之证候。此证呕而脉若，身热而见厥，显然是气机障碍的阴性过程，四逆汤恐为能为力。呕而发热柴胡汤主治。少阳病四逆腹中疼四逆散主治。本条呕而身热见厥脉若者，可与四逆散加炮附子一治，兹拟方于下：

“四逆散加炮附子方：

柴胡 60 克 人参 28 克 枳实 14 克 桂枝 14 克 附子 14 克炮

上五味，以水 1000 毫升，煮 400 毫升，去滓，温分再服。

4. “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，蛔闻食臭出，其人当自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利。”

此条“又主久利”四字玉函无，千金作细注，从文理上看，是属于乌梅丸之药治效能的注语，与经文无关。

本条是辨脏厥与蛔厥的文字，以蛔厥为主体，以脏厥作陪，不是厥阴病的内容。因旧注多以为厥阴病，所以附于厥阴病篇讨论而删除它。

条文自“伤寒脉微”至“此为脏厥”一段，是说明脏厥的脉证表现。以下是论蛔厥的证治。伤寒脉微而厥，肤冷，躁扰至于无暂安时是亡阳为证。因脉微表明循环衰竭。肤冷即身寒。厥即四肢逆冷。躁为阴。无暂安时是其认神志不清手足扰动无暂时之安宁。这是脏厥的表现。脏厥即寒厥，是与热厥、痰厥、气厥、血厥、暑厥、虫厥相区别而说的。蛔厥是因蛔虫造成的复杂的病理变化而发生的，并不因伤寒与否。凡蛔厥病人，吐蛔是其主要特征，所以说其人当吐蛔。今病者静而复时烦是蛔厥之证，与脏厥躁无暂安时相区别。蛔厥得食而呕，蛔从呕中吐出差文中称蛔厥为脏寒者，因古代称脏腑统为脏。脏寒指胃寒。凡蛔虫病致厥时，无不胃气衰弱的，所以说为脏寒。“蛔上入其膈”、“蛔闻臭出”二句是古人对蛔虫证的模拟解释，不可拘泥字句。

蛔厥之病，从病理上说，无关伤寒。从本条文理上说，是蛔厥之证治。脏厥只是用来鉴别蛔厥的文字。在《金匱》中载有蛔厥一条及乌梅丸方，与本条蛔厥文字悉同。显然是后人把蛔厥与脏厥拼为一条而入厥阴篇的。然而有些注家以乌梅丸厥阴病主方，这是用不着说便知其错误的。

“乌梅丸方：

乌梅 300 枚 细辛 84 克 蜀椒 56 出汗 黄连 124 克 当归 54 克
附子 84 克去皮 黄柏 84 克 人参 84 克节 桂枝 84 克去皮



干姜 140 克

上十味，异捣筛，合治之。以苦酒渍乌梅一宿，去核，蒸气之五斗米下，饭熟捣成泥，合药令相得，内臼中，与密盱二千下，丸如梧桐子大。先食饮服十九，日三服，稍加至二十九。禁生冷滑物臭食等。”

按：乌梅酸涩杀虫制蛔止利。蜀椒辛温除六腑寒冷，杀虫止利。黄连、黄柏苦寒杀虫止利。附子干姜助阳温里。人参补气。桂枝、当归温样血脉。共无制蛔温厥止久利。盖久利多为阴性过程，若热利则不可用。

第四章 厥 利

本章原为厥阴篇内容，但从病理上看皆不合厥阴病理界说。令另作一章讨论，以示区别于伤寒厥阴病。

1. “凡厥者，阴阳气不相顺接便为厥。厥者，手足逆冷也。”

此条是否仲景原文颇为可疑。仲景在少阳篇中已明确指出厥为手足逆冷，又称四肢厥逆。今于六经篇末重复说厥者手足逆冷，实无必要。仲景文字言简意赅，绝为此烦沉例。“阴阳气不相顺接便为厥”一句，其理不明。《素问·厥论篇》说：“阳气衰于下则为寒厥，阴气衰于下则为热厥。”在伤寒过程中，有寒与热厥两类，在病理上是不同的。从现在医学之病理看，寒厥是由于循环功能衰弱，近心理端之手足供血不足而厥冷。热厥是在阳性病理过程中，体温调节中枢发生机能性障碍，因而出现厥冷。而本条论厥无分寒热，概以阴阳气不相顺接为因，语意颇为浮泛难解。与素问论厥及伤寒热厥、寒厥的机理不同，疑为后人之言。

2. “诸四逆厥者，不可下之，虚家亦然。”

此条说一切四肢厥逆者皆不可用下法。然而四逆厥乃是一个孤立的证，它可能出现于阴性过程中，也可能出现于阳性过程中，四肢厥逆有虚寒也有实热之厥。如少阴脉微身寒厥逆固不可下。若里实之热厥，如

白虎汤证之厥与承气汤证之厥，岂可一斥用下法。若虚家虽厥亦不可下则是。仲景六经辨证论治，首先当知病因，察病性，据病位，依病势而立法用药，从为对一证不分寒热阴阳而立某法斥某法的例。此条疑非仲景文字。

3. “伤寒一二日至四五日而厥者，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。”

不条说厥必发热，显然是指热厥。凡热厥则厥深深热亦深，厥微热亦微。先厥后热或先热后厥总是厥与热交替出现的。凡热厥无论深浅都是体温调解机制的障碍所致。“厥应下之”一句，是指里热结实之厥，如白虎汤证与承气汤证之厥。如泛指一切之热厥皆用下法也是错误的。此条说厥应下之，上条说诸四逆厥者不可下之，皆不是通论。如热厥里热结实应下不下而误发汗，必因用温药助热伤血而口伤烂赤。

4. “伤寒病厥五日，热亦五日，设六日当复厥，不厥者自愈。厥终不过五日。以热五日，故知自愈。”

此条说厥与热的日数相等，厥热交替往来，如热后不厥者自愈。但这种厥热周期交替的证在临床中从未见过。章太炎先生曾以回归热与此相印证。但回归热并无厥冷证状，同时发热与无热也无相当的日数。自愈的病理难以理解。

5. “伤寒先厥后发热，而利者必自止，见厥复利。”

此条说先厥后发热者下利自止。这当然是厥与下利是并发的证状。厥止利也止，厥来利也来。这种厥热交替，厥利伴发的证候从未见于临床，理也难解。

6. “伤寒先厥后发热，下利必自止，而反汗出咽中疼者，其喉为痹。发热无汗而利必自止。若不止，必便脓血。便脓血者，其喉不痹。”

此条也是厥利伴发，厥热交替。若发热无汗则利止，发热汗出则咽疼喉痹，发热利不止则便脓血。便脓血则喉不痹。这种病理机转虽难以理解，但看不是空谈。本章论厥利证的十条，揭示了厥利证的变化规律：一为厥与热的周期性交替；二为厥与利伴发；三为发热则利止，利不止



则便脓血；四为发热汗出则咽疼喉痹；五为热少厥多为病进，热多厥少则病愈。但临床从不曾见过此病，不能理解。

7. “伤寒发发热六日，厥反九日而利。凡厥利者，当不能食。今反能食，恐为除中。食以索饼，不发热，知胃气尚在，期之旦日夜半愈。所以然者，本发热六日，厥反九日，复反热三日，并前六日亦为九日，与厥相应。故期之旦日夜半愈。后三日脉之，而脉数，其厥不罢者，此为热气有余，必发痛脓也。”

本条亦是说厥与热周期交替之证。凡厥利皆不能食，反能食的或为除中，除中者死。除中乃病本不能食，突然暴食，食后烦躁不安的为除中。除中即消除中气之谓。中气即胃气，无胃气者死。厥利当不能食，反能食的，给以索饼，索饼即今之面条。食后不发热不烦躁是胃气的表现，有胃气者生，所以可期待明天夜半病愈。本条大意如此，然临床中曾见有除中证以外，未曾见有厥热相应病愈之证。

8. “伤寒脉迟，六七日而反与黄芩汤撤其热，脉迟为寒，今与黄芩汤复撤其热，腹中应冷，应不能食，今反能食，此名除中，必死。”

此条说除中的病理。“伤寒脉迟六七日反与黄芩汤”一句殊无根据。伤寒脉迟不大便是有硬屎，为里热结实证。若伤寒脉迟下利为里寒证。本条应为脉迟六七日下利，反与黄芩撤其热。如无下利证反与黄芩汤便无根据。因脉迟自下利为阳虚假里寒，黄芩汤为治热利之药，反用于寒利，更伤寒其有限胃气，造成除中，除中必死。

9. “伤寒发热四日，厥反三日，复热四日，厥少热多，其病当愈。四日至七日热不除者，必便脓血。”

本条所说是厥与热周期交替之证。热多厥少为病愈的表现，若发热不去的必便脓血。此条与第6条、7条之意略同。

10. “伤寒厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进。寒多热少，阳气退，故为进也。”

上条说热多厥少病当愈，此条说厥我热少为病进。厥、热、消、长，病情进退之理，即阴阳消长对病情的影响。热多厥少乃阳长阴消，亦即

功能增进，物质储备充足，所以能发热多而厥冷少。若厥多热少乃阳消阴长，亦即功能渐趋消亡，所以厥冷多发热少。所以说阴消阳长则病愈，阳消阴长则病进。

11. “伤寒六七日，脉微，手足厥冷，烦躁，灸厥阴，厥不还者死。”

此条伤寒脉微厥逆烦躁是少阴亡阴之证，与以上厥热交替不同。本条证可与四逆汤、白通汤，但不及灸法可以济急。可先灸厥阴次服白通汤为好。如仅用灸法而厥不还者，未必即死。灸厥阴，常器之说可厥阴经太冲二穴，武陵陈氏说灸关元、气海穴。

12. “伤寒发热，下利厥逆。躁不得卧者死。”

伤寒厥逆下利发热而躁不得卧，是少阴与太阳合并过程，阴盛格阳之证。此证脉当弱细。“躁不得卧”可见其躁扰无暂安时。躁为阴寒，表现神志不清手足扰动不宁。此条不是厥阴病，是表里虚寒亡阳之死证。

13. “伤寒发热，下利至甚，厥不止者死。”

本条“下利至甚”是指日夜下利无度。“厥不止”是持续的四肢厥冷无止时。下利至甚厥不止是一个表里虚寒亡阳危证，而发热则为格阳。下利甚为阴气离决于下，躁不得卧为阳气离决于上，故同归于死。此条不是厥阴过程。

14. “伤寒六七日不便利忽发热而利，其人汗出不止者死。有阴无阳故也。”

此条是下利亡阴，汗多亡阳之死证。伤寒六七日但厥冷不便利，并非无任何证状。因厥冷与下利常并发。所以说伤寒六七日不便利即有但厥冷之意。忽发热而利，汗出不止，其来势甚烈。下利亡阴，汗多亡阳。阴气夺于下。虚阳亡于外，所以说死。有阴无阳即亡阳之意。此条亦不是厥阴病。

15. “伤寒五六日，不结胸，腹濡脉虚，复厥者，不可下，此为亡血，下之死。”

本条腹满之误。若腹濡则不结胸一句便无所承接。正因为有腹满，特先申明不是结胸，唯恐误下。若无腹满则无须告语不可下。因小结胸



心克满按之疼，大结胸自心下智腹硬满山而疼，此条腹满脉虚不是结胸证。因脉虚的体象为迟大而软，按之际不足，豁豁然空。病机为血亏，主失血。若脉腹满厥冷者是亡血证。亡血证不可下，误下亡阴则无所附而死。失血会导致虚燥虚满，厥冷是失血后液体不足，循环衰弱而致体不足，远端供血减少而四肢厥冷。脉虚以表明腹满不是结胸，而为亡血证。此条亦不是厥阴病。

16. “伤寒发热而厥，七日内利者，为难治。”

发热而厥是发热的同时出现厥冷，此为热厥，不是格阳证。若是阴盛格阳证无延至七日不死的。此证热厥为气机障碍，若七日不解而更下利以温药治利碍于利，所以说难治。

17. “伤寒脉促，手足厥逆者，可灸之。”

促脉的特征是脉率较快慢不定。在阳性病理过程中为阳邪内陷，在阴性病理过程中为真元衰惫。此条手足厥逆脉促是真元衰惫。若无他证可用灸法。常器之说可灸太冲穴。促脉在现代医学中是心房纤维性颤动的表现。

18. “手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。”

日人和久田氏说：“有下利清谷证，四肢称厥冷。”冷者属内之词，此说甚是。按少阴篇文例，四肢厥冷微欲绝为阳虚表寒证，是四逆汤所治。本条说手足厥寒，脉细欲绝是与四逆汤证有区别的：一不言少阴病，二脉细与脉微不同。不言少阴则无身寒欲寐，但说手足寒则但限于远心端部分，不及其他部分。脉细欲绝是脉管收缩变细，血循环功能减低，因而手足厥寒。此证不是伤寒病理过程，当属于杂病。日医用此方治冻疮大有效验。作者尝以当归四逆汤治冻脚冻手，效果果然极佳，如有不能服药的，用此方煎汤洗冻手冻脚极有效验。

“当归四逆汤方：

当归 42 克 甘草 28 克 大枣 25 克

桂枝 42 克 芍药 42 克 细辛 42 克 通草 28 克

上七味，以水 1600 毫升，煮取 600 毫升，去渣，温服 200 毫升，日

三服。”

本方为温通血脉之剂。当归养血活血为主，桂枝、芍药甘草为通阳解表的桂枝汤，细辛辛温散寒利窍，通草通九窍血脉关节。本方为通阳利窍活血祛寒之剂。

19. “若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤。”

此条承上条而说，若其人即指手足厥寒脉细欲绝之人若更内有久寒者，久寒指胃中寒痰冷气吞酸胃疼之久不愈的。所以当归四逆汤治脉细厥寒，加吴茱萸生姜以治内寒。

“当归四逆加吴茱萸生姜汤方：

当归 42 克 芍药 42 克 大枣 25 克 桂枝 42 克 甘草 28 克

吴茱萸 400 毫升 通草 28 克 细辛 42 克 生姜 112 克

上九味，以水 1200 毫升，清酒 1200 毫升，煮取 1000 毫升，温分五服。”

20. “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。”

此条是大汗亡阳表里虚寒证。大汗出后内拘急是腹挛疼，四肢疼是大汗、下利脱水而致骨骼肌痉挛性疼痛。热不去而下利肢厥恶寒是阴盛格阳，内真寒而外假热。此证自应以四逆汤回阳温里。本条证脉当微细沉，因证已足说明为表里虚寒格阳之证，所以脉便从略了。

21. “大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之。”

“若”字作“或”字解，即大汗或大下利而厥冷者。大汗出而厥冷是大汗亡阳，是津液与体温大量丧失而致体温低落、四肢厥冷，应以四逆汤回阳温厥。若大下利亦造成津液暴脱体温丧失而厥冷，与大汗出虽然路径不同，但造成津液与体温丧失是一致的。大汗亡阳，阳亡阴亦脱。大下利亡阴，阴亡阳亦脱。阴阳是相互依附的东西。即功能与物质的相互依附关系。旧说为阴阳互根。在伤寒过程中，大汗而厥冷的为少阴病，大下利而厥冷的为太阴病。此条大汗与大下利是平列的词，由于造成结果一致，方法相同，方药相同，所以相提并论。



22. “伤寒厥而心下悸者，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥，不尔，水渍入胃，必作利也。”

伤寒厥而有心下悸的是阳虚停水。凡停水皆有小便不利。宜先用茯苓甘草汤通阳利水，再治其阳虚厥冷。治厥以四逆汤。若不先治水，恐水气渗于肠胃而下利。但阳虚停水之证，宜以真武汤或茯苓四逆汤治之，既可回厥又可行水定悸。

“茯苓甘草汤方：

茯苓 42 克 桂枝 29 克 甘草 14 克 生姜 42 克

上四味，以水 800 毫升，煮取 400 毫升，去滓，分温三服。”

第五章 热利呕哕

本章热利呕哕皆杂病，不属伤寒范畴。因原载于伤寒厥阴篇中，所以附于本篇末述及。

1. “热利下重者，白头翁汤主之。”

此条“热利”即后世之痢疾。所谓热利即病因为热之意，以热区别于太阴的寒利。热利表现发热、口渴、脉数、下重腹疼等。“下重”即所谓里急后重，为肛门沉坠之感觉，乃肛门直肠肌痉挛所致。下重在痢疾病中是常见的证状，但在里寒下利病中却极为少。所以用下重作热利的一个病性特征。本条热利概括多种细菌性痢疾，皆白头翁汤所主治范围。

“白头翁汤方：

白头翁 42 克 秦皮 42 克 黄连 42 克 黄柏 42 克

上四味，以水 1400 毫升，煮取 400 毫升，温服 200 毫升，不愈，更服 200 毫升。”

本方为解毒、清热、止痢之剂。用治结肠化脓性炎症有良好效果。对肠炎下利赤白，诸种细菌性痢疾皆效。方中白头翁治毒痢止腹疼。秦

皮苦涩性寒，清热止痢。黄连、黄柏清热解毒止痢。本方据实验研究对贺氏、宋氏、弗氏等痢疾杆菌有抑制作用。对阿米巴痢疾也有效。

2. “下利欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。”

“下利欲饮水”是下利而渴的同义语。渴是里热的表现。举欲饮水以说明热利，太阴病篇有“自利不渴者，属太阳”之文。所以下利病，渴与不渴是有热无热的证状根据，即是病性的根据之一。凡热利皆可以白头翁汤主治，不必非下重。

3. “下利有微热而渴，脉弱者，今自愈。”

下利身热而自渴是白头翁汤证，其脉一般表现紧数。脉弱是细而无力，表明功能亢进之热已趋缓和，机体抗病之后精气消耗的疲惫状态。所以说脉弱是自愈的表现。若下利不渴而脉弱是太阴病。

4. “下利脉数，有微热汗出者愈，设复紧，为未解。”

下利脉数身热为白头翁汤证，若脉数发热恶寒而下利为葛根汤或葛根芩连汤证。下利脉数身有微热而汗出者自愈，并不是不药自愈，应理解为服药后有微热汗出脉和者自愈。如果服药后脉复紧的是病未解。紧脉为血管收引之状，所以说病未解除。如果说不是服药出脉和自愈，那么“设复紧为未解”一句中复紧之复字，未解之未字，字意便可承接。切不可泥死于自愈二字之下。

5. “下利，寸脉反浮数，尺中自涩者，必圊脓血。”

此条亦热利知脉证。浮数是热盛，涩为阴虚。从理论上说此脉与下利脓血是相符的。但临床所见，下利脓血之热利并不必脉涩。然此条以尺寸论脉、凭脉断证，疑非仲景文字。

6. “下利脉沉弦者，下重也；脉大者，为未止；脉微弱数者，为欲自止；虽发热不死。”

热利病下重的脉多弦，但并非必然。弦为拘急，下重为肛门直肠痉挛。大脉接近于洪脉。热利脉洪大为邪气盛，所以下利正方兴未艾，自然为未止。热利欲愈时脉常微弱或缓，表明正气抗病之后的疲惫状况，是欲自之。但数脉决不是利愈之脉。发热是热利常见的证状，是机能亢



进代谢增高的抗御反应，并不是病情危重的表现。虽发热不死一句实为所谓之辞。本条证凭脉断证，疑非仲景文字。仲景论脉在于辨析病机以为治疗的依据。凭脉断某证之有无是后医生自炫之法，决非仲景辨证之意。

7. “下利脉数而渴者，令自愈。设不差，必圉脓血，以有热故也。”

下利脉数而渴是热利的脉证。凭此脉证断其自愈——不药自愈，是无根据的。如果说：下利脉数而渴者，二三日不差，必圉脓血，以有热故也，这是符合热利的发展规律的。临床所见，热利初起，脉数发热而渴，初下利为稀粪，二三日则继以脓血。本条旧注多作寒利解释。谓脉数是寒去热来而下利自愈，设不差为热气有余即便脓血云云。然而里寒下利，阳回则利止而愈，决无寒利阳回又转化为热利便脓血的。这在病理是不存在的东西，完全是顺文附会之辞。

8. “下利后更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜栀子豉汤。”

下利后更烦是指热利利止之后又发热心懊恼不眠之证。更字作再字解，如“更上一层楼”。更烦即发热心烦，不是更加、更甚之意念。凡热利痊愈当利止脉静身和。今利止后再发热心烦，若按其腹，硬满的为实热，当调胃承气汤或大柴胡汤斟酌选用。今按其腹自心下至少腹皆濡，知胃中无结实之邪，热烦所以称虚烦。虚烦是与结实之烦热相对而言，并非功能衰退代谢减低之虚寒、虚弱的虚。本条证是热利止后胃肠余热未清。栀子豉汤为治虚烦懊恼不眠的第一方剂。方见太阳病篇第六章。

9. “呕家有痈脓者，不可治呕，脓尽自愈。”

此条是杂病的理法。呕家指呕吐证患者。若患有呕吐病而呕出物有脓的，不可止其呕。因呕吐常是胃的抗御形式，如饮食中毒后引起的呕吐。若胃中有痈脓引起呕吐，此时的呕吐是排除病理产物的抗御反应。如强迫止呕，脓液不得排除则成他患。因呕是脓液引起的反应，所以脓尽则呕自愈，非病自愈。

10. “干呕，吐涎沫，头疼者，吴茱萸汤主之。”

此条亦属杂病。干呕指呕而无排出物，涎沫是来自口腔及胃中的黏

液，为一种病理产物。干呕、吐涎时而干呕，有时呕出涎沫；或为干呕，或吐涎沫，而头疼者，这种涎沫为酸性，有微毒，是引起头疼的原因。这种头疼为前额及目眶区域。病发时有胃中不适的感觉，食欲差或全无食欲。此证即后世称为厥阴头疼。所谓厥阴头疼，不过是本条出于伤害厥阴凉病篇的编次之中而已，并无病理上的根据。本证之头疼用酸性止酸疼药非但无效，反而引起胃中更加不适。

“吴茱萸汤方：

吴茱萸 200 毫升 人参 42 克 生姜 84 克切 大枣 12 枚

上四味，以水 1400 毫升，煮取 400 毫升，去滓，温服 140 毫升，日三服。”

按：吴茱萸温中下气，去胃中痰冷逆气，饮食不消。人参补气，助胃开胃调中。生姜、大枣调和胃气。此方效能在温胃消痰涎，痰消除则头疼止。

11. “伤寒大吐大下之，极虚，复极汗出者——以其人外气怫郁，复与之水，以发其汗，因得。所以然者，胃中寒冷故也。”

伤寒大吐大下之后，气血俱有损伤，所以说极虚。有外邪怫郁在表是可取微汗祛邪的。但极发汗必致亡阳之变。因得即胃阳虚衰而致。但此证是以水发汗之法，后世久已不用。

12. “伤寒而腹满，视其前后，知何部不利，利之则愈。”

此条冠以伤寒，并非伤寒，乃发于伤寒的杂病。而腹满是胃家实邪。水蓄心下，小便不利而腹致。宿食结聚，大便不通而腹满。视其前后，前为小便，后为大便，知其大小便何部不利，利之则气通，通则气顺，气顺则不上逆为哕。《金匱》亦载此条，无伤寒二字。此条当是从杂病移来而冠以伤寒二字。

13. “伤寒本自吐下，医复吐之，寒格，更逆吐下，若食入口即吐，干姜黄连黄芩人参汤主之。”

此条乃伤寒过程中的继发证，类生姜泻心汤证。此证为胃家虚热。虚是胃气虚，即胃肠功能衰弱而有热邪。《内经·至真要大论》：“诸逆冲



上皆属于火”，“诸呕吐酸、暴注下迫皆属于热”。病本自吐下，复以吐法误治，伤害胃气，热不得去而胃气已伤，造成寒格更逆吐下，食入口即吐。所谓寒格，乃胃气虚而隔拒作吐逆。饮食入口即吐乃胃热，如《金匱》说“食已即吐者，大黄甘草汤主之”。所以本条证是胃气虚而有热作吐利。因而用人参补以胃气用干姜温中止利，芩连以清热消痞。旧注以此证为上热下寒，即胃热肠寒之证。这种说法是不正确的。胃肠组织相连，血脉相通，神经一体，无论在生理或病理上均相互影响成为整体关系。决无胃热肠寒之证。旧说干姜治肠而不犯胃，芩连治胃而不犯肠，真自欺欺人之说。

“干姜黄连黄芩人参汤方：

干姜 黄连 黄芩 人参 各42克

上四味，以水1200毫升，煮取400毫升，去滓，分温再服。”

按：本方乃半夏泻心汤去半夏、甘草、大枣加黄连28克。去半夏因吐而复吐，胃中空虚，无须半夏之降。去甘草、大枣因其味甘助满之故。加黄连以清热止利。人参、干姜以温中补虚，芩连清热消痞，并行不悖。不可以寒热并用则互相抵消，相互拮抗来看此证此方，那充其量不过是概念推理来的东西。

14. “伤寒六七日，大下后，寸脉沉迟，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。”

本条前代注家多以为不是仲景文字。从其脉证与方药来看：脉沉迟、厥逆，泄利不止岂可更以麻黄桂枝取汗，石膏知母清热？况方中药物繁杂，分量悬殊，思想混乱，绝不是仲景手笔。

“麻黄升麻汤方：

麻黄35克 知母11克 升麻14（又云1分） 当归14克（又云1分）

黄芩11克 芍药3.6克 桂枝3.6克 茯苓3.6克 甘草3.6克

天门冬0.6克 石膏3.6克 白术3.6克 干姜3.6克 葶藶11克

上十四味，以水2000毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取600毫升，去滓，分温三服。相去如炊五斗米顷，令尽，汗出愈。”

按此方分量，汉代以 24 铢为 1 两。唐代以 4 分为 1 两。唐代之 1 分折今之 9.3 克。然而方中升麻、当归用分计，其他药用铢、两计。一方之中，汉唐两代计量相杂，可知不是汉人所为，或者是唐人所作。如石膏 3.6 克，又分三服，每服 1.2 克，又分三服，每服 1.2 克显然不是仲景用药的体例。柯琴说：“麻黄升麻汤，其方味数多而分量轻，重汗散而畏温补，乃后世粗工之技。必非仲景方也。此证此脉，急用参附回阳尚恐不救，以治阳实之品治阳之证，是操戈下石矣！敢望其汗出而愈哉！绝汗出而死，是为可必。”

第六章 阴阳易病差后劳复

1. “伤寒，阴阳易之为病；其人身体重，少气，少腹里急，或引阴中拘挛，热上冲胸，头重不欲举，眼中生花，膝胫拘急者，烧裨散主之。”

按巢元方《病源论》说：“阴阳易者，男在病新差，未平复，而妇人与之交接的病者，名曰阳易。妇人病新差，未平复，而男子与之交接得病者名曰阴易。”巢氏之说也并没有提出病理上的根据。但后世读伤寒的皆遵此说。但是这种经交接而传染的病例，在临床中是从未见过的，而且在前人的记载中也未曾闻见。不过却有伤寒患者因交接而病情逆转的例。如治准绳说：“尝治疗寒病未平复，犯房室，命在须，用独参汤调烧裨散，凡服参一二斤余，得愈者三四人。”这种伤寒患者新差犯房室病情转化的记载却不很少，从理论上说得通，事实上是存在的。然而阴阳易这个病，本来是指伤寒患者经接而病情恶化。从其名义上说也正是如此。易经说“阴，地道也，妻道也”，易经又以阳与天道、夫道，用阴阳代言男女或夫妻。易字的文义，按《说文》：“日月为易，象阴阳也。”按易字的形象是日在上，月在下，如阴阳相交。原来阴阳易的含义是指男女相交。伤寒男女相交之病，无论新差或未差，是伤寒患者的病情恶化，绝





不是经交接而传染给健康为男女。若把阴阳易为男女交换之义，那是十分错误的。巢氏的阴易、阳易之说，未必不是由“阴阳易之为病”，解作伤寒男女交换之病而来。但伤寒患者经交结而病情恶化，为本条所说症状，其病理机制尚不消除。然而男女交接之时，人的各种功能都出于异常的情况，如神经系统的分泌、代谢以及呼吸、心跳等都为之而有剧烈的变化，而其交接之后精力疲惫劳乏甚为显著。这一系列功能上的改变必将对抗病产生极坏的影响。但烧裯散为何治得阴阳易病，尚不能理解。

“烧裯散方：

妇人中裯近隐处，取烧作灰。

上一味，水服方寸匕（约1克），日三服，小便即利，阴头微肿，此为愈矣。妇人病取男子裯烧服。”

按：妇人中裯即内中贴身之裯，近隐处即近阴户处。

2. “大病差后劳复者，枳实栀子汤主之。”

大病指伤寒之类，差即瘥，说文：“病愈也。”按《伤寒论》文例中，病愈，是病理过程已告结束，生理活动已经正常，如：“阴阳自和者必自愈”，“自衄者愈”，等等。差指病的大势已去，邪气已微，正气未复，如“小差”，“已差”，等等。差与愈是有区别的。有差后的来劳复，而无愈后的劳复。劳复是因劳而复病。劳概劳心与劳力，劳则消耗精气，当正气未复之时，劳则伤正，正气伤则邪易复，此条有方无证，以药逆测，当是心胸烦满、懊恼不眠等证。此方乃栀子豉加枳实。

“枳实栀子汤方：

枳实3枚 栀子14擘 豉200毫升绵裹

上三味，以清浆水1400毫升，空煮取800毫升。内枳实栀子煮取400毫升，下豉，更煮五六沸。去滓温分再服。复令微似汗若有宿食者，内大黄如博棋子五六枚，佛之愈。”

按：清浆水《千金》作酢浆。酢音醋，义同。清浆水即酸浆水、空煮即浓缩之意。酸浆谁功能消食下气除烦。大黄为博棋子1枚约重1.5克。从有宿加大黄一语，可知此证为胃热胸膈烦满。若有宿食即为实满

而加大黄。参看枝子豉汤条方解。

3. “伤寒差以后更发热者，小柴胡汤主之。脉浮者，以汗解之；脉沉实者，以下解之。”

此条差后再发热是余热未清，若有少阳证如喜呕、不欲饮食、心烦、口苦、咽干、胸胁满、脉弦细等之一者，可与小柴胡汤。脉浮发热可与柴胡桂枝汤取微汗。若脉沉实发热大便燥或不大便或有宿食的可选择大柴胡汤或枳实枝子加大黄汤或调胃承气汤酌情治之。

4. “大病差后，从腰以下有水气，牡蛎泽泻散主之。”

大病指伤寒类病、新差气虚，下焦气虚，下焦气化失常。腰以下有水气宜利小便，陆渊雷先生说：“牡蛎泽泻散实肿阳水大验。不必腰以下肿，也不必大病差后。”此先生之临床经验。

“牡蛎泽泻散方：

牡蛎 泽泻 葶苈子 商陆根 海藻 蜀漆 括萎根 各等分

上七味，异捣，下筛为散，更于白中治之。白饮和服1克，日三服，小便利，止后服。”

此方治表里上下水气，但需为阳性之水，若虚寒之水气不可用。每服1克量甚小，可量病人虚实稍加用方好。

5. “大病差后喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之。宜理中丸。”

喜唾即多唾，口腔分泌较多的黏液，类似吴茱萸汤证之涎沫。从理中丸逆测病情，此证当是胃寒。说胸上有寒而不说胃寒，是言影响所及的部位。如小结胸之说法。理中丸温补胃气之剂。

“理中丸方：

人参 干姜 白术 甘草 各42克

上四味，捣筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大。以沸汤100毫升和一九，研碎温服之。”

按干姜温中止利，白术健脾燥湿，人参补中气，甘草和中。此方治胃寒喜唾，亦有温中健脾祛湿之功。



6. “伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐者，竹叶石膏汤主之。”

伤寒病解之后身体虚弱消瘦，气不足以息，气逆欲吐，身热烦渴，乃病后余热不清之证，宜竹叶石膏治疗。此证若无身热烦渴则竹叶石膏即为无的之矢。临床上如无身热心烦口渴而只条文中症状，可去石膏。

“竹叶石膏汤方：

竹叶 2 把 石膏 224 克 糯米 100 毫升 人参 42 克

麦冬 200 毫升 半夏 100 毫升 甘草 28 克

上七味，以水 2000 毫升，煮取 1200 毫升，去滓内糯米，煮米熟，汤成去米。温服 200 毫升，日三服。”

按：竹叶除烦利小便，石膏治身热烦渴，人参补元气生脉、生津，麦冬生津止呕治虚羸少气，半夏降逆止呕，甘草糯米和中养津液。本方是伤寒恢复期中治虚羸短气身热烦渴之剂。

7. “伤寒脉已解，而日暮微烦。以病新差，人强与谷，脾胃气尚弱，不能消谷，故令微烦，损谷则愈。”

“脉已解”即病已解。“日暮微烦”即下午五点钟时微有发热心烦。这是因为病初胃气尚弱，若勉强多食则消化不良，宿食发热心烦。症状轻微的可节减饮食则愈。重者可与大柴胡汤。



附录



《伤寒论六经》是本能方法系统

方是什么？方剂、方术。

法是什么？法是必须遵守的规矩，本能活动的自然规律。《伤寒论六经》就是这样一部本能方法系统。比如，有宪法、民法、刑法、经济法、婚姻法，有书法、画法、笔法、墨法……方法，是做好一件事情的行为规范。那么，在《伤寒论》中，行为规范的法是什么呢？《伤寒论》中的这个法，是从哪儿来的呢？

《伤寒论六经》方法的法是生命自然规律的法则，与社会法不同。我们今天只说生命本能的“法则”。《伤寒论》的方法，具体地说是解肌法、发汗法、清法、吐法、下法、利尿法、破血法……这些法是干什么用的？治病用的。是治病必须遵守的法则。为什么要遵守这些法则？这些法则为什么能治病呢？我们知道，病毒感染的病，用抗毒、杀毒的药；病菌感染的病用抗菌药；高血压，降压；高血糖，降糖；高血脂，降脂……发汗、通便怎么会治好病呢？这个问题是个大问题，是自从有《伤寒杂病论》以来没说清楚的问题。由于这个问题没说清，导致了中医一千八百年没有能发展。这个问题如果说清楚，中医必会发生一次大的发展。

我们先说一说《伤寒论》中“汗、吐、清、下、和、温、补”诸法为什么能治病，为什么能治愈病，以及根据是什么。

人有五脏六腑器官组织，各有自己特殊的功能。这些功能是哪儿来的？是与生命同时发生的本能。这些是大家熟知的，看得见的。中医、西医对这些器官组织的功能都有自己的认识。中医西医都把这些器官组织的功能作为系统的认识，但中医在人体本能中还有一个系统认识，这就是《黄帝内经六微旨大论》说的：“升降出入，无器不有。”这是个什

么系统呢？这个系统是人体中最大的一个功能系统，也是宇宙万物的一个最大的功能系统。《六微旨大论》还说：“非出入无以生长壮老已，非升降无以生长化收藏。”这个功能系统的“升降出入”，是人的生命、成长、壮年、老年到生命终结过程的主宰，也是天地万物生死变化和气候变化的主宰。这个功能系统是人体最大的本能系统，是调节人体各器官、组织功能活动均势平衡，保持和谐生态的一个本能系统。大家知道，生命存在于和谐，因升降出入内外调节保持了和谐生态。由此可以评价升降出入本能系统于人生是如何重要！不懂升降出入本能系统的医学，是幼稚的，不成熟的，是不太会治病的！中医在两千多年前已认识了这个系统。《伤寒论》已经把升降出入内外调节用于临床了。

升降出入、内外调节本能系统是什么？

升降出入本能是怎样活动的呢？很平常，也很神奇。我们为什么要吃饭？为什么要喝水？这是我们生存的需要，我们的生命活动能力要从营养物质中发生，所以要吃喝。吃喝，是入。我们需要氧气，就要呼吸，呼吸是不是出入？我们如果不吃饭，行不行？先不说缺少营养会饿死。不吃饭或没水喝，饥饿干渴，非常难以忍耐，饥渴到一定程度，不是食物也要吃，污水也要喝！这是“入”，生命系统发生、平衡本能的“入”。“入”是本能。有入必有出。我们不大便、小便，行不行？不大便会怎么样？不小便会怎么样？不大便会使人发狂，不小便会使膀胱破裂，致人死命。人是要出汗的。为什么要出汗？体温要用汗调节，组织中的代谢废物也要从汗腺排出体外。汗腺排出的废物是液体的，小便也是液体的物质，但汗液与尿液中都有溶解的固态废物，因此，小便与汗和大便一样是排出废物的通路。是不是人体各器官、组织、经络、筋肉、血液、骨髓、皮膜等等都可以把代谢废物排出体外呢？是的，“升降出入，无器不有”。这已经告诉我们，人体是一个内外开放的体系。因为有升、降、出、入活动的用事，必然是一个内外开放的体。如果不是内外开放的“体”，就不可能有升降出入的活动这个“用”。

升降出入内外调节活动不断地经营着一个人体生命活动的均势平衡



生态环境。为什么叫均势平衡？因为在功能方面势能均等，物质方面质量平衡。经营这个功能与物质动态和谐环境的只有升降出入内外调节这个本能系统。在这个大系统中，又有许多子系统。《伤寒杂病论》中有两个本能系统：1. 排异性本能系统；2. 自主调节本能系统。什么是排异本能呢？就是把侵入体内的异物，以及体内自己产生的代谢废物排出体外，以保持生命和谐。比如误食有毒的饮食，排异本能会立即作出排异反应：呕吐。毒物进入肠中便发生腹泻。有毒物进身体时也会引起发热，比如流感病毒进入人体会发生发热恶寒、提升体温排汗的反应。这是升降出入内外调节本能系统中排异本能活动的规律。

自主性调节本能是经营人体内部各器官、组织功能与物质相互之间的动态和谐的生态环境，在生命领域体现着升降出入内外调节的生命本能。比如：运动员在万米长跑中，工人在强体力劳动中，拳击家在争霸赛中，大量体力消耗、能量消耗。心脏是如何提高供血？营养系统如何提高葡萄糖、氧以及其他物质的供应？我们在这里只是提示一下，这个非常复杂、非常有序的多器官、多组织的活动，不是容易说清楚的。但这是自主性调节本能的活动总领的。再如：我们在数日或数十日饥饿状态中生活，是什么力量把我们储存的脂肪变成了葡萄糖供应了我们的能量？在饮食营养大大超过了我们生活需要时，是什么力量把我们摄入的营养物质变成脂肪、糖元储存了起来？当我们的活动需大量供血时，是什么力量使我们血压升高，满足了血液的需要？当体温升高时，是什么力量使我们排汗以调节体温？当天气寒冷时，是什么力量使我们皮肤收缩、肌肉颤抖产生热量以保持体温稳定？当我们吃进了很多的糖或其他碳水化合物，我们的血糖不会升高；当我们几日不摄入糖及碳水化合物时，我们血糖又不会降低……。对诸如此类的高低、多少、增减等等的调节，由不平衡到平衡，不和谐到和谐，都是自主性调节本能活动所经营的结果。

排异性本能系统的活动规律，自主性调节本能系统的活动规律，就是《伤寒杂病论》方剂的“法”！

《伤寒论》中的阳性病，都是外源性疾病，都是排异本能系统的排异反应。因为都是排异反应，就必然要根据排异反应的趋势，顺应自然法则去组织方剂，这就是阳性病的因势利导法则。也可以说是外源性疾病的自然法则。这些方法形成了一个大系统——排异法系统。在排异法系统中根据排异的方向特征，分成多个子系统。例如：

一、排异本能方法系统中有 1. 解肌法；2. 发汗法；3. 清热法；4. 下法；5. 吐法；6. 利尿法；7. 逐饮法；8. 破血法。

排异系统的方剂举例：

解肌方剂：（1）桂枝汤（2）桂枝加葛根汤（3）桂枝加附子汤（4）桂枝加厚朴杏仁汤（5）桂枝去芍药汤（6）桂枝去芍药加附子汤（7）桂枝去芍药加茯苓白术汤（8）桂枝加芍药生姜人参汤（9）桂枝麻黄各半汤（10）桂枝二麻黄一汤（11）桂枝二越婢一汤（12）桂枝去芍药加龙骨牡蛎汤（13）桂枝甘草龙骨牡蛎汤（14）桂枝加芍药汤（15）桂枝加大黄汤等。

发汗法方剂：（1）麻黄汤（2）葛根汤（3）大青龙汤（4）小青龙汤（5）葛根加半夏汤等。

吐法方剂：瓜蒂散。

清法方剂：（1）白虎汤（2）白虎加人参汤（3）麻杏石甘汤（4）三黄泻心汤（5）附子泻心汤（6）甘草泻心汤（7）半夏泻心汤（8）甘姜泻心汤（9）栀子豉汤（10）栀子甘草豉汤（11）栀子生姜豉汤（12）栀子厚朴积实汤（13）栀子干姜汤（14）黄芩汤（15）葛根芩连汤（16）白头翁汤等。

下法方剂：（1）调胃承气汤（2）小承气汤（3）大承气汤（4）桃仁承气汤（5）大黄牡丹皮汤（6）大陷胸汤、丸（7）小陷胸汤（8）抵挡汤（9）抵挡丸（10）下瘀血汤（11）枝子柏皮汤（12）茵陈蒿汤（13）麻子仁丸等。

利水法方剂：（1）茯苓桂枝甘草汤（2）苓桂术甘汤（3）茯苓甘草汤（4）五苓散（5）猪苓汤（6）茵陈五苓散（7）苓桂甘枣汤（8）文蛤



汤（9）麻黄连翘赤豆汤等。

逐饮法方剂：（1）十枣汤（2）大陷胃汤（3）小陷胃汤（4）牡蛎泽泻散等。

破血法方剂：（1）桃仁承气汤（2）大黄牡丹皮汤（3）下瘀血汤（4）抵挡汤（5）抵挡丸（6）大黄蟪虫丸等。

二、自主性调节本能方法系统中有 1. 助阳法；2. 助阳温经法；3. 助阳化水法；4. 回阳温里法；5. 回阳救逆法；6. 回阳通脉法；7. 通血温逆法；8. 调节气机温逆法。

自主调节的方剂举例：

调解法方剂：（1）四逆散（2）小柴胡汤（3）柴胡桂枝汤（4）大柴胡汤（5）柴胡加龙骨牡蛎汤（6）炙甘草汤（7）当归羊肉汤（8）阿胶黄连鸡子黄（9）乌梅丸（10）当归四逆汤（11）四逆散加附子汤（12）吴茱萸汤（13）理中丸（14）泽泻散（15）猪肤汤（16）桃花汤等。

助阳温经法方剂：（1）附子汤（2）麻黄附子细辛汤（3）麻黄附子甘草汤（4）真武汤。

助阳温里法：四逆汤。

四阳救逆法：（1）通脉四逆汤（2）白通汤（3）白通加猪胆汁汤（4）四逆加入参汤等。

中医临床方剂甚多，不可能枚举。仅就《伤寒论》中举例说明，排异与自主调节的两大系统的区别，当然不过示意而已，不能尽意，愿读者自己去体味其中寓意为好。

《伤寒六经》是方法系统。什么方法？生命本能方法。依据什么而制定的方法？依据生命本能活动规律而制定的方法。方剂组成就是根据这个法则组成的。这些方法中的方剂已经过近两千年无数次的临床验证，安全、有效、准确、精炼，是任何医类不可伦比的。我们学习《伤寒论》，研究《伤寒论》，不认识到这个方法系统，好似盲人夜行，不知路径又无可问路一般。愿将读《伤寒六经》的一点领悟贡献给读此书的朋友。

再说少阳病与厥阴病

太阳病是排异本能在身体表面的排异反应，以汗腺为通路。阳明病是排异本能在身体里面的排异反应，以肠腺、胃腺、肾腺为通路。两者都是外源性疾病。少阳病是不是外源性疾病？不是。少阳病是不是排异反应？不是。不是外源性疾病，当然不是排异反应。那么少阳病是什么病呢？少阳是个什么部位、什么器官、组织呢？正是因为少阳病的部位、器官、组织这个问题说不清楚，所以千余年来，千余位医学家对少阳病议论纷纷，但都没有说清楚少阳病！因为医学家们总是想给少阳病找个器官，找个单位，所以就说不清了。为什么一个没有形体、没有器质，只有“用”的一个本能系统，非给它派上个形器、千余年人人不放过它呢？所以直到今天，医家都知道厥阴病是千古之谜，而对少阳都知为“半表半里”。其实，厥阴病之谜，是因为不知道少阳病为何物，所以也不容易知道厥阴。明白了少阳，厥阴虽然有缺文，也是可以修整为原来的面目的。

少阳病到底为何物呢？

我们先说少阳是什么器官组织。《黄帝内经六微旨大论》中说：“升降出入，无器不有。”升降出入是什么？是“能”，本自具有的能。它不是什么器官组织，但任何器官组织都有这个“升降出入”的“能”。这个“能”不是任何器官组织，它是没有形体的，就是没有器质的“能力”。少阳经就是“升降出入本能系统”的“能”，也可以说是无体的“用”，是有用无体的一个系统。

中医把“三焦”称作“少阳”。在脏腑系统中称三焦，在经络系统中称少阳。《伤寒论》称少阳经不是说经络，是用阴阳消长关系来说一个整体中的六个区域。太阳经是向体外表面排异的系统；阳明经是向体内里



面排异的系统。包括利尿、逐水、破血等等排异方法，不是向外表就是向表排异，没有第三条通路。而少阳经是有“用”而无体的功能系统，少阳无体，无体则没有异物进入；没进入怎么会有排出？用佛家偈语来说：“菩提本无树，明镜亦非台，本来无一物，何处惹尘埃。”

中医的“脏腑标本用药式”中说三焦：“命门为相火之源。少阳为相火之用，号中清之腑，主升降出入，游行天地之间，总领五脏、六腑、营卫、经络、上下、内外、左右诸气；上主纳，中主化，下主出。”这一切表述，明明白白是《黄帝内经六微旨大论》的描述。号“中清之腑”是什么？有用无体呀！我们再看《伤寒论》中仲景说的：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。”“少阳病，脉弦细。”从张仲景文字中看少阳是器官功能性调节失常。口苦、咽干、目眩是什么症状？口苦，口中有苦味。为什么有苦味？在肝脏合成的胆汁，由肝组织内小管输送到胆囊贮存。胆囊通过收缩运动把胆汁送到十二指肠，在肠为消化液。如果胆囊收缩衰减，胆汁不能正常进入肠中，反而溢入肝组织，进入肝循环，入大循环，带有胆汁的血液流入舌组织，舌上味觉组织感觉到苦味。口苦是什么？是代谢失常。再看咽干，口腔有两对唾液腺，一对分泌稀薄唾液，一对分泌粘稠唾液，都是消化液，但功用不同。两对腺体分泌是动态平衡活动。如果分泌粘稠液多，稀薄液少，或不分泌稀薄唾液，口咽便干燥，而且舌上形成白苔。咽干是什么原因？分泌失调。头昏、目眩是什么？头与目都是因为缺血缺氧，头缺血则缺氧，头缺氧则昏，目缺氧则眩。为什么缺血？因脉弦细。脉弦细是为什么？是血管收缩，管腔变狭细，血液供血量降低。血流相对减慢，自然供氧量也降低了。血管为什么总在收缩而该舒张时不舒张呢？升降调节失常所致。从这些少阳经病的特殊性质中，我们可以看出，少阳经病不是外源性疾病，是器官组织的功能性障碍。少阳经，三焦是有用无体的“中清”之腑，是不会受到异物侵入的。张仲景有明确的文字指示：“有少阳证，不可发汗、不可吐、下”，这便足以证明我们对少阳经的界定是正确的、无误的。但少阳篇中有柴胡桂枝发汗法，有大柴胡汤下法，有柴胡加芒硝汤下法。这

与少阳病不可汗、吐、下，有没有矛盾呢？没有。柴胡桂枝汤是少阳与太阳并发病，用柴胡和解少阳，用桂枝取汗。大柴胡汤是用柴胡和解少阳，用黄芩大黄清下里热的排异法。柴胡加芒硝汤同大柴胡汤和下法相同。这是仲景的“法”，法无定法。

少阳经与厥阴经是个什么关系呢？少阳经是个有用无体的本能系统，厥阴经呢？我们先看看太阳经与少阴经。太阳经病是“发热恶寒，头痛脉浮，无汗而喘”的体周围组织向外排异反应。少阴经病是“身寒而蜷，但欲寐，脉沉细”循环衰弱、供血不足，代谢降低，体温降低，脑组织缺血。太阳与少阴同是体周围组织，太阳代谢增高，循环充足，体温升高。少阴是体周围组织代谢降低，循环衰弱，体温低落。太阳是器官功能亢进的排异反应。少阴是器官功能低落的不能自保的态势。太阳与少阴是同一功能病域的亢进排异反应与功能衰退的不能自保相对两种状况。再看一看阳明经病与太阴经病的关系。阳明经病“发热恶热，汗出而渴，神昏谵语，不大便六七日，脉洪大滑数”，代谢亢进，循环亢进，向胃肠排异反应剧烈。太阴经病则“腹疼下利，身寒四肢厥冷，脉沉微细弱，谷不化”。同样是肠胃体内器官组织病域，太阴是循环衰微，代谢低落，胃肠不能消化，因器官功能衰微而循环量不能维持体温，所以胃肠时时拘挛而下利、腹疼。阳明与太阴也是同一病域亢进与衰退的两种反应。亢进是因为要排异，衰退是器官功能障碍。

我们从太阳经与少阴经看，从阳明经与太阴经看，从少阳经与厥阴经，都是同一病域阴阳相对应的两种情况。我们说过少阳经病的“头昏、目眩、口苦、咽干、脉弦细”，我们再看厥阴经张仲景的指示：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食……”消渴是什么？糖尿病与尿崩症。这都是内分泌病，汉代不会检测血糖，所以这两病不在微观世界中寻找激素的量变。“气上撞心”是强烈的心悸。“心中疼热”是心肌坏死的过程中心绞痛的症状。“饥而不欲食”是胃强力收缩的感觉，不欲食是只发生饥感而没有食欲，因为胃不能容纳食物进入。这四个症状表现完全是器官功能紊乱。糖尿病是胰岛素分泌紊乱。尿崩是脑垂体



分泌紊乱。心悸、疼痛都是心肌缺血。缺血的原因与冠心病血管脂肪性粥样硬化相同。这是什么？器官功能紊乱。

器官功能紊乱为什么说少阳与厥阴是有用无体呢？少阳病，口苦咽干、头昏、目眩、心烦、喜呕、胸胁苦闷，这是什么器官？口、咽、头、目、心、胸胁……厥阴病，胰腺、脑垂体、脂肪酶、淀粉酶、蛋白酶的分泌在脾。这些器官组织能是什么病的器官吗？只能说：“升降出入，无器不有。”我们进一步说：人体每个器官、组织都有自己的特殊功能。比如心脏的功能是血循环。肺的功能是呼吸、吸收氧。肾的功能是利尿。肝的功能是生化。任何一个器官组织都有自己的功能。所谓功能是什么？就是任何器官，只要活动，就是在尽自己的职能。比如说心脏在循环，肺在呼吸，肾在泌尿……它们平时怎样活动？是每分钟心脏搏动 60 次，肺呼吸 15 次。如果运动员在万米长跑中，心脏搏动会提高到 160 次，呼吸同样相应加速，身体内代谢立刻升高。这是个非常复杂、非常有序的和谐运动。是哪个器官、组织领导了这个过程、协调了这个程序？我们说，没有这个器官或者组织。但人体确实有这个功用系统。这个“用”在哪里？升降出入本能系统。我们说胰腺的分泌，降糖素与升糖素同由胰腺分泌。人在生命活动中，对营养物质的需要是时而增高，又时而降低，不断地变化需要的量，是哪个器官在时时不高不低地满足着这个变化无常的需要量呢？没有这样的器官。是“升降出入”的本能系统。这就是“升降出入，无器不有。”

少阳病与厥阴病都是升降出入调节本能的障碍，只是少阳为实性障碍，厥阴是虚性障碍而已。少阳病口苦咽干是外分泌障碍，厥阴消渴与冠心病是内分泌障碍。我们知道了少阳便知道了厥阴，知道了少阳便可以知道治未病，知道了厥阴便知道了治已病。其实是知道了少阳便知道厥阴。二者都清楚明白了便自然成了大医。

图书在版编目 (CIP) 数据

伤寒六经求真 / 郭生白著. —修订本. —北京: 九州出版社, 2009. 10

ISBN 978-7-5108-0205-8

I. 伤… II. 郭… III. 伤寒论 - 研究 IV. R222. 29

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 177895 号

伤寒六经求真 (修订版)

作 者 郭生白 著

出版发行 九州出版社

出 版 人 徐尚定

地 址 北京市西城区阜外大街甲 35 号 (100037)

发行电话 (010) 68992190/2/3/5/6

网 址 www.jiuzhoupress.com

电子信箱 jiuzhou@jiuzhoupress.com

印 刷 北京正道印刷厂

开 本 700×1000 毫米 16 开

印 张 16.25

字 数 220 千字

版 次 2009 年 10 月第 1 版

印 次 2009 年 10 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-5108-0205-8

定 价 30.00 元

★版权所有 侵权必究★



伤寒六经求真

【修订版】

什么是病？排异反应是病，障碍是病！什么是治病？就是顺势利导完成排异过程，自主调节恢复和谐生态。以这样的观念来读《伤寒论》，我想，我们的思想都会进入『伤寒杂病论』的思想体系当中，才能与先师对话，才能领悟先师的微妙意旨和深邃道理，才能掌握先师的圆机活法，这是进入仲景思想的一张入境证。

——郭生白

ISBN 978-7-5108-0205-8



9 787510 802058 >

定价：30.00元