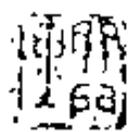


東漢傷寒論，闡揚內經
熱論模式，今之傷寒學
闡揚仲景精微，謹題

張其強 于文明先生傷寒學

陳大義



癸酉春於香港新翠園

陈太羲教授小传

陈太羲教授，1917年6月6日生于江苏兴化。师承淮海北派魏氏医学，曾于南京首都中医院，香港东方医药研究所，台湾中国医药学院以及国际亚洲传统医学会就职……历任主任医师、教授、研究所所长台湾中国医药学院附属院副院长和考试院典试委员等重任。曾获(台湾)教育部科学展全国医学组首奖。瞻高识广而平易近人。七十六岁退休，现受聘于台湾天真中西医药研究推展基金会名誉会长、亚太传统医药交流协会名誉主席。

陈氏16岁习时方，稍后独攻内经。陈氏治病：先用针灸救急，以逆转病情；然后运用中药，调节自然疗能。有陈法，必守规律、法度；无陈法，别出机杼，克服棘手难题。教研：致力于所倡导的集合观解剖学。认为集合，才是真正的物象。强调穴树、经脉结构的机体体系；弘扬前人学说，必依第一手文献；承先启后，循循善诱。考试：学生，测其所学有否真懂？研究生，测其举一反三的才华？医师，测其临床治病的能力？而术科必须面试。训练：在医院见习、实习并住院医师的常规训练之外，聘请高等的中、西医师，相互配合。

陈氏著作丰富，其《穴体解剖意象图》、《阴阳五行模式观》、《内脏集合观图稿》、《深浅穴树图说》等论著尤被学人重视，流行最广。

序

《伤寒论》因首创辨证论治体系而使之成为在临床上具有普遍指导意义之书，所以早被晋唐以来的历代医家奉为“方书之祖”、“医门之规矩”、“治病之宗本”、业医者必读之经典。

正因为《伤寒论》如此重要，加上种种历史原因所造成的某些错简脱漏，故自宋金，成无己以始，专作研究者已达百余家之多，或整理、校勘，或论注、训释，或阐幽、发微，在补缺、纠错、解疑的同时，又提出了不少的新见，出现了一定的分歧，而分歧的焦点除涉王叔和编次的功过之外，主要集中于伤寒病与六经的涵义、六经病证的提纲，循经传变的日期与次序等问题，真可谓之仁者见仁，智者见智，恰如清代学者赵甌北所说：“同阅一卷书，各自领其奥；同作一题文，各自核其妙。”这样一来，即为我们今天研究《伤寒论》提供了极其丰富的参考资料和足以借鉴的正反两方面的经验。

实则，《伤寒论》原本是一部纯朴、实在的临床经验总结之书，而张仲景本人只是伟大的医学家而绝非圣人，汉代医学只为当时的世界先进水平而绝非达到了“顶峰”，尽管文理古奥，但又绝非玄妙莫测，不少歧见乃指同一问题的不同侧面，犹如庐山“横看成岭侧成峰”，更何况论述疾病问题只容一是而不容多是，所以如能密切结合临床，并借助于现代多学科

的知识,是完全可以求得它的真义的,也完全可以把它推向一个新的研究水平的。今读青年中医张丰强等同志主编的《伤寒学》一书,便是这方面的一个很好的例证,或可以说就是从这方面所作的一次有益尝试。该书不仅巧妙地避开了有关是非争端,而且充分地运用了自然辩证法、时间医学、体质学说等方面的知识,从新的角度加以综合分析,从而从新的水平上形成新的系统。深信此书的出版,对促进《伤寒论》的研究大有裨益,故乐而为之序,并借此以荐之。

张笑平

1990年12月于合肥

绪 论

伤寒，其理论发轫于《内经》等古代医籍，辨证论治体系奠基于《伤寒论》，从而第一次实现了中医学史上由“理”到“治”的飞跃。故一千多年来，《伤寒论》一直被历代医家奉为圭臬。唯是书文简义奥，故自宋·成无己注解以降，踵者蜂起，各抒己见，争相发明，流派林立。这种“百家争鸣”的热潮，就伤寒学说而言，可谓历代已然，于今尤烈。然囿于历史等原因，《伤寒论》则详于“治”而略于“论”，大抵只是一种临床经验集；而历代注家的研究又多停留在对原著的注释、阐微和发挥等继承性水平上，尽管其中不乏真知灼见，但犹零金碎玉，尚不系统。故伤寒作为一门独立、系统的学科，迄今尚未形成。

人类自然科学发展史告诉我们，任何一门学科只是其发展过程中的一个必不可少的重要环节，但不是真理的终结，唯有不断地创新，其学科才会不断发展和完善，从而具有旺盛的生命力。对于中医学来说，也不例外。所以有人指出“对传统中医理论体系进行解构和重建，是现阶段中医理论发展的切实可行的最佳选择。”英国学者斯宾塞则认为“科学，是系统化了的的知识”。而在科学技术飞速发展的今天，时代为我们提供了丰富的方法论武器，因而运用现代科学技术对《伤寒论》及注家的研究进行“解构和重建”，使之形成一门系统的学科即“伤寒学”，则是历史赋予我们的光荣使命！在中医学体系中她将占有重要的地位，随着研究的不断深入，其重要性将越来越引起人们的重视。

本文拟扼要地阐述伤寒学的渊源、基本概念和主要研究内容及其研究方法。

一、伤寒学渊源

(一) 伤寒理论渊源于《内经》和《难经》：关于“伤寒”的论述，最早见于《内经》。如《素问·刺志论》“气盛身寒，得之伤寒”、《素问·阴阳应象大论》“冬伤于寒，春必病温”，《素问·水热穴论》“人伤于寒而传为热，何也？歧伯曰“夫寒盛则生热也”、《素问·热论》“今夫热病者，皆伤寒之类也，……人之伤于寒也，则为病热”等。可见，《内经》所谓的伤寒是指伤于寒邪所致的外感疾病中的一种，它的表现可以是“身寒”，也可“传为热”而发为热病。因此，《素问·热论》在论述热病的传变和临床表现时，就以伤寒为例作了具体说明”伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻络于目，故身热目疼而鼻干，不得卧也。三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已。四日太阴受之，太阴脉布胃中络于嗑，故腹满而嗑干。五日少阴受之，少阴脉贯肾络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴。六日厥阴受之，厥阴脉循阴器而络于肝，故烦满而囊缩。三阴、三阳、五脏六腑皆受病，荣卫不行，五脏不通则死矣。即以“三阴三阳”归类说明伤寒的传变规律。

《素问·阴阳离合论》说“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万，万之大不可胜数，然其要一也”。所以《内经》把阴阳的这种可分性，运用于人体和疾病等很多方面。如经络学说中的三阴三阳经脉、《素问·阴阳离合论》中的人体部位的划分、《素问·阴阳别论》中脏

腑性质的归类，以及上述外感疾病传变次序和临床表现的说明等。把阴阳划分为三阴三阳，是《内经》的倾向性甚至定型性的研究和叙述方法。三阴三阳往往是把经络、脏腑、体位、体质及疾病的传变和临床表现有机地结合成一个整体的，作为研究和叙述过程中的，分类的，符号意义上的名称。很多人把《热论》中的三阴三阳等同于经络，有人甚至臆造出外感疾病“传足经不传手经”的怪论，就是不明白三阴三阳的整体意义所致。我们认为，《热论》中的三阴三阳，不仅仅指经络，也代表了人体部位的划分和脏腑组织的分属，更重要的是代表了外感疾病的临床类型。它实在是一个抽象的综合的概念。

总之，《内经》所谓的“伤寒”均指外感疾病中的一种。因为它能“传为热”，所以《热论》以它为例讨论外感疾病的传变和临床表现。《热论》首次使用三阴三阳（后世归结为“六经”）的方法类析外感疾病，尽管后世对三阴三阳的理解不尽相同，但三阴三阳即六经确已成为外感疾病辨证论治的内核和基本构架。《内经》关于伤寒和六经的理论，是《伤寒论》问世的基础。

《难经·五十八难》说“伤寒有几？其脉变否？曰：伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病，其所苦各不同”。首次将伤寒病名分为广义与狭义两种。广义伤寒是所有外感疾病的总称，而狭义的伤寒只是外感疾病的一种。《伤寒论》就是借用了这一广义的概念。

（二）伤寒辨证论治体系奠基于《伤寒论》：《伤寒伤》是晋·王叔和搜集、整理张仲景《伤寒杂病论》中有关伤寒的内容，编辑而成的。因此，尽管其实际内容出自张仲景原著，而作为伤寒专著问世，实有赖于叔和。

张仲景，名机，南郡涅阳（今河南南阳邓县）人，约生于东汉末年150~219年间。时值战乱纷起，民不聊生，疾疫流行，卒不胜数，仲景感此乃“勤求古训，博采众方，撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》、《阴阳大论》、《胎胪、药录》、并《平脉辨证》，为《伤寒杂病论》合十六卷。”（《伤寒杂病论·原序》）以济世活人。惜乎其后因兵火战乱，致使书稿散佚不全。直至晋代王叔和始广泛搜集，并识别真伪，去芜存精，将其中伤寒部分整理成“首尾相应，鳞甲森然”（清·陈修园《伤寒论浅注·凡例》）的《伤寒论》，才使伤寒的论治得以较为完整地保存下来。与其同时代的皇甫谧说“近代太医令王叔和撰次仲景选论甚精，指事施用”，对其作了高度评价。

但自晋以后，不知何故，《伤寒论》并未得到广泛流传。如唐代孙思邈至晚年才见到是书，感叹“伤寒热病，自古有之，名贤濬哲，多所防御，至于仲景，特有神功，寻思旨趣，莫测其致，所以医人未能钻仰”（《千金翼方·卷九·伤寒上》）。直至宋代，《伤寒论》因国家“校正医书局”林亿等人的校订，流传始广，且其中内容也得以固定下来。

在宋金时代，《伤寒论》原有两种比较好的版本：一部即上述林亿等人校订的镌刻本，因于宋治平二年（公元1065年）颁行于世，又称治平本；一是金·成无己的注释本，即《注解伤寒论》。但以上两种宋金时代的复刻本，已不易见到，现仅存的都是明代的复刻本。前者以明嘉靖间汪济明的刊本为善，后者仅存赵开美的复刻本。由于赵本是依照治平本复刻的，较接近于原本的面貌，故常被后世医家所用。

《伤寒论》主要论述了外感疾病的发病、传变及其辨证

论治规律和方法。它继承和发扬了汉代以前的医药学遗产，创建了伤寒理、法、方、药一脉贯通的，较为完整的辨治体系，第一次将伤寒从大一统的医学体系中分化出来，从而奠定了“伤寒学”的基础。

《伤寒论》继承并丰富了《内经》三阴三阳即六经的辨证治疗方法，将这种理论具体化、实践化，在临床上取得了辉煌成就。直到今天，仍有效地指导着我们的医疗实践。由于仲景并未指出什么是三阴三阳，致使后世论争纷纷，难下定论。根据仲景思想源于《内经》来分析，六经也应该是包涵十分广泛的概念。它不仅代表经络，也含有脏腑；不仅有疾病发展过程中阶段性意义，也有不同体质发病的类型性等意义。

需要指出的是，由于《伤寒论》系从《伤寒杂病论》中析出，不可否认其中夹有杂病的内容，研究时应予注意。又由于仲景本是伤寒与杂病合论，故六经方法也适应于某些杂病，不能把它仅仅局限在外感疾病的圈子里。

（三）历代医家对伤寒理论的贡献：历代医家关于伤寒的理论，主要体现在《伤寒论》的注释和发挥中。清代温病学家的崛起，大大丰富了伤寒的理论。在此只对具有代表性的医家分以下几个方面，扼要说明。

首先，对伤寒病因病理的研究。对伤寒病因的探讨始于晋·王叔和，他在《伤寒论》中说：中而即病，名曰伤寒（指狭义——编者注），不即病者，寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病……。”迨宋·庞安时《伤寒总病论》发挥此说，“是以严寒冬令，为杀厉之气也。……为寒所搏，……其即时成病者，头痛身痛，肌肤热而恶寒，名曰伤寒。其不即时成病，则寒毒藏于肌肤之间，至春夏阳气发生，则寒毒与

阳气相搏于营卫之间，其患与冬时即病候无异，因春温气而变，名曰温病也；因夏暑气而变，名曰热病也；因八节虚风而变，名曰中风也；因暑湿而变，名曰湿病也；因气运风热相搏而变，名曰风温也，其病本于冬时中寒，随时有变病之形态耳，故大医通谓之伤寒焉。”两氏均把广义伤寒的病因归纳为“寒毒”，虽则不够正确，但通观全文，大体上肯定了风寒暑湿温等外邪是导致广义伤寒的基本因素。

关于发病，庞氏将外邪结合体质、地理、气候等进行了探讨，并认为邪气易随体质的性质从化，而发为不同类型的疾病。如他在《伤寒总病论》中说“当是之时，勇者气行则已，怯者则著而成病矣”、“一州之内，有山居者，为居积阴之所，盛夏冰雪，其气寒，腠理闭，难伤于邪，其人寿，其有病者，多中风中寒之疾也。有平居者，为居积阳之所，严冬生草，其气温，腠理疏，易伤于邪，其人夭，其有病者，多中湿中暑之疾也。凡人禀气各有盛衰，宿疾各有寒热……假令素有寒者，多变阳虚阴盛之疾，或变阴毒也；素有热者，多变阳盛阴虚之疾，或变阳毒也。”这种结合体质、自然环境等因素来探讨伤寒发病的思想，对我们不能没有深刻的影响。

另外，庞氏还提出了“疫气”之说，认为疫气是引起急性流行性、传染性热病的原因。如《伤寒总病论》说“天行之病，大则流毒天下，次则一方，次则一乡，次则偏着一家。”尽管他把疫气致病归于温病，但温病隶属于广义伤寒，因此实际上揭示了伤寒病因疫病的内容。

对于伤寒的病因病理，明·方有执、喻嘉言还曾就太阳病提出“卫中风”、“营伤寒”、“营卫俱中伤风寒”的“三纲鼎立说。”喻氏《尚论篇》说“夫足太阳膀胱，病主

表也，而表有营卫之不同，病有风寒之各异，风则伤卫，寒则伤营，风寒兼受，则营卫两伤，三者之病，各分疆界，仲景立桂枝汤、麻黄汤、大青龙汤，鼎足大纲三法，分治三证。”这种探讨精神是可贵的，但认为风一定伤卫，寒一定伤荣，将风寒营卫截然划分，不无偏颇，故张遂辰、陈修园等人起而力斥之。

另如清·钱璜《伤寒溯源集》对伤寒病的原因，也有归纳和说明，兹不一一列举。

其次，关于六经的研究。由于《内经》、《伤寒论》对三阴三阳即六经均未作明确定义，故致后世纷争不休，迄今未有定论。

多数医家认为，六经即经络，并认为《伤寒论》是以足六经统手六经。这一观点以宋·朱肱为首倡，其《类证活人书》说“足太阳膀胱之经，从目内眦上头连于风府，分为四道，下项并正别脉上下六道以行于背与身为经。太阳之经为诸阳主气，或中寒邪，必发热而恶寒。缘头项腰脊，是太阳经所过处，今头项痛，身体痛，腰脊强，其脉尺寸俱浮者，故知太阳经受病也。”其余诸经也是如此地运用经络理论阐述病证机理的。这种“经络说”对后世影响很大，多数医家附会此说。我们认为，仲景之时，只是采用六经方法辨治诸疾，仲景既未明言三阴三阳即系经络，即以六经为经络，亦恐无手足丽附之名。

迨清·柯琴出，精研《内经》、《伤寒论》，对六经理论，别有见解，提出著名的六经“地面说”。如《伤寒论翼》说“仲景之六经是经略之经，而非经络之经……是分区地面，所该者广，虽以脉为经纪，凡风寒湿热，内伤外感，自表及里，热寒虚实，无乎不包”。力求把伤寒六经病证的发

生与演变，落实到具体的“地形”上，即人体形质结构上。后世不少医家在此基础上认为六经属六大症候群，是六种不同的疾病类型，基本揭示了六经的实质，为伤寒理论的发展做出了贡献。如刘渡舟《伤寒论诠解》指出：六经“既是对疾病所表现的六类症候的系统概括；又表示病变过程中的既不相同又相互联系的六个阶段。”李克绍《伤寒解惑论》指出“三阴三阳……《伤寒论》又用以代表疾病的类型。”

另外，在六经的观念中，还有一种“六气气化”学说。这种学说源于《内经》“至真要大论”等七篇大论，用之注解《伤寒论》以清·张隐庵为代表。即以六气之性质特点类析六经。如以太阳气寒、阳明气燥，少阳气火、太阴气湿、少阴气热、厥阴气风为“本”，以六经的三阴三阳为“标”；在标本之间所维系的表里关系则叫做“中气”（如太阳和少阴互以对方为中气）。标、本、中气在每经中的从属和变化各有不同，可以六气的性质反映出六经为病的规律和特点。这种气化学说，对认识和治疗伤寒有一定的帮助，尚有待进一步研究和探讨。

第三，温病学家对伤寒理论的贡献。广义的伤寒包括温病在内，然《伤寒论》虽有温病的论述，但尚不全面。清代叶天士、吴鞠通等医家通过大量的临床实践活动，认识到这一点，并创立了“卫气营血”和“三焦”辨证，补充了六经辨证的不足，从而充实和完善了伤寒的理论。如《伤寒论》第6条（本书引文序号按赵开美复刻的宋本《伤寒论》，以下准此）云“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲。若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘈疢，

若火熏之。一逆尚引日，再逆使命期。“仲景对温病的表现观察之仔细，可见一斑。但未能提出正确的方治，徒见其“一逆尚引日，再逆促命期。”而温病学家创立的辛凉解表，开窍息风等法，则弥补了这一缺陷。如《温病条辨》针对“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”，提出“太阳风温，……但热不恶寒而渴者，辛凉平剂银翘散主之。”、“太阴温病，……神昏谵语者，清宫汤主之，牛黄丸、紫雪丹、局方至宝丹亦主之。”、“邪入心包，舌蹇肢厥，牛黄丸主之，紫雪丹亦主之。”等，对于温热一类的外感疾病，不论在认证、说理和治疗诸方面，都弥补了《伤寒论》的不足，大大丰富和深化了伤寒理论，值得认真学习、继承和发扬。

二、伤寒学基本概念

（一）伤寒：前已述及，伤寒有广义和狭义之分。广义的伤寒是所有外感疾病的总称；狭义的伤寒是指感受风寒之邪即病的风寒表证。

本书所谓的伤寒，不仅包括一切外感疾病，还包括外感疾病以外的一些疾病，泛指《伤寒论》中的一切病证。

（二）六经：六经是伤寒学中一个特有的抽象的综合概念。统而言之，六经是指太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴而言。具体地讲，从体质学而言，六经是指六种不同类型的体质，即太阳人、阳明人、少阳人、太阴人、少阴人、厥阴人（详见“伤寒体质学”）；从经络学说而言，六经即经络；从脏腑学说而言，六经又各有所隶属脏腑；从症候学而言，六经又系指不同的六大病系；……。可见，从不同的角度来理解，六经则有不同的涵义。由此我们认为，六经是对脏腑、经络、气血、阴阳、表里、寒热、虚实，及邪正消

长等问题的总括。

(三) 伤寒学：伤寒学是在继承《内经》、《难经》、《伤寒论》，以及历代医家伤寒理论和实践的基础上，以中医基本理论为指导，运用现代科学方法研究伤寒的体质、病因病理、辨证和治疗等基本规律的科学。它以六经系统辨证方法为特点。必将成为一门重要的医学基础学科和临床学科。其六经系统辨证不仅能够指导一切外感疾病的临床实践，也适用于某些杂病的一些病理阶段。所以，“伤寒学”不但在外感病范围内，而且在其他疾病中都将显示出她的重大指导意义。

三、伤寒学的研究内容

(一) 伤寒体质学：伤寒体质学，是研究伤寒体质与病因病理及论治等关系的学说。主要有伤寒体质类型、体质与发病、体质与辨证、体质与治疗等内容组成。

(二) 伤寒病因学：伤寒病因学，是研究伤寒的发生原因和条件的学说。主要有外邪，内因和误治等内容组成。

(三) 伤寒病理学：伤寒病理学，是研究伤寒的发生、发展和结局等基本规律的学说。主要有伤寒发病规律和六经病理等内容组成。

(四) 伤寒辨证学：伤寒辨证学，是研究伤寒辨证的性质、特点、转归及其辨识方法的学说。主要由证、伤寒辨证法和六经系统辨证等内容组成。

(五) 伤寒治疗学：伤寒治疗学，是研究伤寒治疗的原则和方法的学说。主要有伤寒治则、治法、论治规律和方药运用规律和时间用药规律等内容组成。

(六) 实验伤寒学：实验伤寒学，是运用实验方法研究伤寒，以揭示《伤寒论》合理内核的学说。主要有《伤寒论》

实验研究的思路和方法以及模型制作及应用等内容组成。

此外，伤寒学研究的内容还有“伤寒学辩证法”、“伤寒证候学”、“伤寒脉学”、“伤寒方证学”，等等。对此，本书不作探讨。

四、伤寒学的研究方法

伤寒学的研究方法主要有哲学方法和一般方法。

(一)哲学方法：中医学的哲学方法主要是指整体方法、辩证方法和系统方法。人类自然科学发展史告诉我们，任何一门学科的研究都必须以哲学方法为指导，伤寒学的研究也不例外。例如对伤寒病因的研究，重视外邪、忽视内因是不全面的；而强调内因（体质）在发病中的地位，轻视外邪的致病作用，同样也是不全面的。只有把自然、社会和人看成是一个密切联系的整体，即把外邪、体质和误治等因素结合起来研究伤寒的发病，才能真正把握伤寒的发病原因和条件。又如对“六经”的研究，历代医家之所以争论不休、各执一端，也是因为没有运用整体方法的缘故。当然不可否认，无论是“经络说”、“脏腑说”、“六气说”、“经界说”，还是“形层说”、“八纲说”等等，各有所据，见仁见智。但似均失之偏颇，犹盲人摸象，只是认识了事物的部分而不是全部。这种孤立地、片面地研究方法，必然会陷入困境。若将经络、脏腑、气化、体质、证候等因素综合起来，从整体上系统考察则不难揭示“六经”的本质。再如对温病与伤寒的关系，迄今未有定论。故面导引出“寒温统一论”、“六经统一寒温辨证体系”等问题。其实，如潜心研究《伤寒论》原著则不难发现，后世卫气营血辨证和三焦辨证实渊源于仲景，只不过较为零乱、尚不系统而已。因此，辨证地看待伤寒与温病的关系，系统地整理《伤寒论》的辨证体系，建立“六

经系统辨证”，则完全可以将卫气营血辨证和三焦辨证纳入六经系统辨证之中。所以，也就不存在“寒温”之争等问题。

《伤寒论》倍受历代医家之青睐，迄今仍为中医四大经典著作之一。但无须讳言，是书只是仲景集汉以前祖国医学之大成，但绝非已至医学之“巅峰”。只有辩证地看待它，实事求是地作出科学的评述，才能更好地继承其精髓，扬长避短，以适应当前中医教学、科研和临床之需要。可见，运用整体方法、系统方法和辩证方法等哲学方法研究伤寒学，可望产生突破性进展。

(二) 一般方法：在上述哲学方法的指导下，运用一般方法进行研究，是伤寒学发展壮大的保证。

第一，文献学方法。所谓文献学方法，是指“注重对历代中医文献资料进行发掘、整理和研究的一组方法系列，其中包括训诂、校勘、版本、目录、阐述及历史研究方法等。”⁽²⁾众所周知，《伤寒论》历经劫难，险至湮没。故若没有晋·王叔和的搜集和整理、宋·林亿的校刊、明·赵开美的复刻，则不会有后世伤寒流派的形成，更谈不上今天“伤寒学”的创建。然而，尽管王叔和为一代名医、林亿的校刊也是最权威的，功不可没，但由于历史的局限，错误和疏漏之处在所难免；再加之年代久远，文词古奥，给后人学习和研究带来了诸多困难。因此，对《伤寒论》重新校刊非常必要；并在校刊的基础上再进行注释、阐发，务使每一篇、每一条文、每一字词都得到合理的、正确的解释。近年来不少学者在这方面已作出了突出的贡献，为“伤寒学”的建立奠定了基础。如刘渡舟教授的《伤寒论诠解》、李克绍教授的《伤寒解惑论》、李培生主编的高校参考丛书《伤寒论》、张启基等编辑的《伤寒论手册》等等，为我们今天学习和研

究《伤寒论》带来了许多方便。所以，文献学方法是研究“伤寒学”的基本方法之一。借助它可使伤寒的精髓得以完好地继承下来，从而为伤寒学的创建和发展打下坚实的基础。

第二，临床研究。辩证唯物主义认为，理论来源于实践，并接受实践的检验。实践——认识——再实践——再认识，是一切科学发展的基本规律。伤寒学的研究，也必须同临床实践相结合，才能揭示伤寒的本质、证明伤寒学的科学性。目前临床研究业已证明了伤寒方药具有很高的实用价值和可重复性，但大宗病例报道不多。如何进行严密的课题设计（如事先作过预初性研究、设置对照组等）、细致的临床观察、科学的数理统计，并对研究结果进行分析、探讨，以期找到规律性的东西，即再由实践上升为理论，使之不断充实和完善，则是当前伤寒学研究的重要课题之一。

第三，实验研究。所谓“实验研究是人们根据研究目的，主要以动物为对象，利用科学仪器、设备和手段，人为地控制或模拟自然现象，并排除干扰因素，突出主要因素，在有利的条件下研究自然现象和规律的科学方法。”⁽³⁾由于它与临床研究相比，“可以人为地干预和控制研究对象，模拟、再现、强化或简化自然现象，使研究者能在更有利的条件下认识生命和疾病过程。”⁽³⁾因此，我们可以借助它研究伤寒。如建立“六经动物模型”，即以阴阳之气的多少为据，制造出六种不同体质的动物群；然后将之置于相同的致病条件（环境）下，以探讨邪气作用于不同体质的动物可否出现不同的反应类型——六经病；最后再用伤寒方药进行辨证治疗，以检验其疗效。这对于揭示“伤寒”、“六经”等本质无疑将有重要意义。而从目前来看，主要是针对方药和脉象的研究。如通过人和动物的实验观察五苓散的利尿

作用⁽⁴⁾、麻杏石甘汤的抑菌试验⁽⁵⁾、小柴胡汤和大柴胡汤对家兔实验性动脉硬化的研究⁽⁶⁾等，对于阐发伤寒方药疗效原理的某些方面有一定的意义。但美中不足的是，绝大多数实验研究的方法与指标多是以西医药理学为基础的。因此，实验方法之于伤寒学的研究，必须以中医药理论为基础，并从宏观和微观上进行深入细致的研究，才会有实质性进展。

此外，由于中医学具有跨学科的特点，所以研究伤寒学还要“走出去”，广泛汲取和运用现代医学、数学、文学、天文、气象、生物学等多科知识，使伤寒学的研究步入新的领域，从而使之不断丰富、发展和壮大，为人类的医疗和保健事业做出贡献。

参考文献

- (1) 何裕民，《医学与哲学》，1990，9:33。
- (2)、(3) 何裕民主编，《中医学导论》，上海中医学院出版社，1989:109、113。
- (4) 《中华医学杂志》，1961，1:17。
- (5) 《江苏中医》，1978，1:5。
- (6) 《国外医学·中医中药分册》，1990，1:21。

目 录

序	(1)
绪论	(1)
一、伤寒学渊源	(2)
二、伤寒学基本概念	(9)
三、伤寒学的研究内容	(10)
四、伤寒学的研究方法	(11)
第一章 伤寒体质学	(1)
第一节 体质学概说	(1)
一、体质学基本概念	(1)
二、体质学研究内容	(4)
第二节 伤寒体质学	(10)
一、体质类型	(10)
二、体质与病因	(17)
三、体质与发病	(18)
四、体质与辨证	(20)
五、体质与治疗	(21)
第二章 伤寒病因学	(26)
第一节 外 邪	(26)
一、六淫	(26)
二、疫疠	(32)
第二节 内因	(33)
一、失和自发	(34)
二、同气相求	(34)

三、染易从化	(35)
第三节 误治	(39)
一、误汗	(39)
二、误下	(41)
三、误吐	(44)
第三章 伤寒病理学	(47)
第一节 伤寒发病规律	(47)
一、自发	(49)
二、直中	(50)
三、传变	(51)
第二节 六经病理	(56)
一、太阳病理	(56)
二、阳明病理	(81)
三、少阳病理	(93)
四、太阴病理	(101)
五、少阴病理	(105)
六、厥阴病理	(113)
第四章 伤寒辨证学	(125)
第一节 证	(126)
一、证的概念	(128)
二、证三态	(129)
第二节 伤寒辨证法	(129)
一、体质辨证法	(129)
二、主症辨证法	(130)
三、时相辨证法	(132)
四、比较辨证法	(134)
五、反馈辨证法	(135)

第三节 六经系统辨证·····	(137)
一、太阳病证·····	(137)
二、阳明病证·····	(164)
三、少阳病证·····	(175)
四、太阴病证·····	(184)
五、少阴病证·····	(188)
六、厥阴病证·····	(200)
第五章 伤寒治疗学·····	(212)
第一节 伤寒治则·····	(212)
一、未雨绸缪·····	(212)
二、平调阴阳·····	(214)
三、治病求本·····	(215)
四、扶正祛邪·····	(218)
五、因势利导·····	(219)
第二节 伤寒治法·····	(222)
一、汗法·····	(222)
二、下法·····	(234)
三、和法·····	(254)
四、清法·····	(272)
五、温法·····	(293)
六、消法·····	(313)
七、补法·····	(328)
八、吐法·····	(339)
第三节 伤寒论治规律·····	(340)
一、辨病治疗·····	(341)
二、辨证治疗·····	(342)
三、辨症治疗·····	(343)

四、辨质治疗·····	(344)
五、试验治疗·····	(346)
六、对因治疗·····	(347)
七、辅助治疗·····	(348)
八、综合治疗·····	(349)
第四节 伤寒方药运用规律·····	(349)
一、方药运用前提·····	(349)
二、方药运用原则·····	(350)
三、方药运用规律·····	(353)
第五节 伤寒时间用药规律和原理·····	(356)
一、时间用药分类·····	(356)
二、时间用药规律和原理·····	(357)
第六章 实验伤寒学·····	(383)
第一节 实验伤寒学的思路及基本方法·····	(383)
一、设计的基础和要求·····	(383)
二、设计举隅·····	(385)
三、实验伤寒学的意义·····	(388)
第二节 太阴病模型的建立及其应用·····	(389)
一、太阴病模型的建立·····	(389)
二、治用“四逆辈”探讨·····	(399)
三、结论·····	(407)

第一章 伤寒体质学

随着现代科学技术的发展，人类对疾病发生发展的机理有了更深入的认识。体质差异在疾病发生发展过程中的重要作用也越来越引起现代医学的重视，而祖国医学对体质的重视尤为突出，且渊源流长，仅《伤寒论》一书就蕴有丰富的体质学内容，不少学者对此进行了可喜的探索，但尚不系统。因此，对《伤寒论》中内蕴的体质学进行系统归纳整理，无论对《伤寒论》原著的研究，还是对充实和完善体质学都大有裨益。

为了论述的方便起见，在探讨伤寒体质学之前，对体质学先作一扼要介绍。

第一节 体质学概说

一、体质学基本概念

(一) 体质：体质是一个既古老又崭新的概念。说它古老，是因为早在二千多年前的《内经》中就有关于体质的论述，如《灵枢·寿夭刚柔篇》说：“人之生也，有刚有柔，有弱有强，有短有长，有阴有阳”、“形有缓急，气有盛衰，骨有大小，肉有坚脆，皮有厚薄”等，并对人体个体差异作了若干分类，如《灵枢·阴阳二十五人篇》运用阴阳五行学说，结合人体禀性、体形、肤色、神情，以及对自然界变化的适应能力等方面特征，归纳概括为木、火、土、金、水五种不同的最基本的体质类型，为祖国医学以人体而不是致病微生物为核心的整体医学奠定了理论基础。后世不少医

家对此进行了不懈的探索，如《伤寒论》中的“强人”、“羸人”、“本有寒分”、“寒湿”、“旧有微瘡”、“其人本虚”、“久虚”、“宿食”、“久淤血”等等，就是对体质状况的直接描述。《医宗金鉴》明确指出“盖人之形有厚薄，气有盛衰，脏有寒热”。《伤寒论后条辨直解》则进一步指出：“人之脏腑，不但有寒热虚实之不等，而虚实寒热之中，更有刚柔坚脆之不等”。研究人的体质特性，目的是指导临床实践，“因人制宜”，如华岫云说：“治法总宜辨体质阴阳，斯可以知寒热虚实之治。若其人色苍赤而瘦，肌肉坚结者，其体属阳，此外感温邪必易于化热，若内生湿热，多因膏粱酒醴，必患湿热湿火之证；若其人色白而肥，肌肉柔软者，其体属阴，若外感温邪不易化热，若内生之温，多因茶汤生冷太过，必患寒湿之证”（《临证指南医案》）。业已认识到体质与辨证论治的关系，所以叶天士明确指出：“平素体质不可不论”。但由于历史等原因，体质的概念尚未形成。

说它崭新，是因为迟至近年来，对体质的认识方趋完善。如匡氏认为：“体质是人群中的个体，在遗传性的基础上，在其生长、发育和衰老过程中形成的机能、结构与代谢上相对稳定的特殊性，这种特殊性往往决定着他对某些致病因子的易感性及其所产生病变的倾向性”。⁽¹⁾也就是说，人在组织结构和生命活动上有共性的一面，也有个性的一面。所谓个性即机体内部存在着本身所固有的特殊的运动形式，从而形成了个体的差异性，即体质。如人人都要经过生长壮老衰这一生命轨迹（夭折除外），尽管是同一民族、同一地区的人长相相似，习性类同，但任何两个人，即使是双胞胎也有性格和嗜好等差异。所谓体质即指此而言。

我们认为，体质是指人的特殊性，应包含两个方面的意义：一是指组织器官的特殊性，如强壮与虚弱、高和矮、胖和瘦等等；二是指心理素质的特殊性，如脾气的好与坏，性格的粗犷与细腻、意志的坚强与薄弱、心胸的宽广与狭窄等。从现代医学意义上讲，前者似包括人的细胞和体液免疫功能特殊性，后者似包括人的神经心理免疫功能特殊性。由于人的特殊性随着时间的推移，并在各种因素的作用下而发生变化，因此，体质又具有时相性。也就是说，体质不是一成不变的，而是随着时间的推移而变化。由此可见，上述体质的概念尚不完善，有必要进行补充。我们认为，体质是人群中的个体，在禀受先天的基础上，在生长壮老衰过程中的某一阶段形成的机能、结构、代谢与心理上相对稳定的特殊性，这种特殊性往往决定着他对某些致病因子（外邪和七情等）的易感性及其所产生病变的倾向性。

（二）易感性和倾向性：体质的易感性是指某种体质容易感受某种相应病因的属性。如《灵枢·百病始生篇》说：“因与天时，与其身形，参以虚实，大病乃成”。是说天时六淫侵袭人体，与身形体质相应，或致虚，或成实，同气相求，最后导致严重的疾病。《内经》“喜伤心”、“怒伤肝”、“恐伤肾”等内容，是说七情伤人，“同气相求”，可损伤不同的脏腑。而不同的个体对不同的情志刺激也有一定的对应关系，即七情与个体之间存在着“同气相求”的关系，如有的人易被喜所伤，有的人易被怒所伤，有的人易被恐所伤，等等。

倾向性是指某种类型的体质发病后有产生某种疾病类型的倾向。如同感风寒之邪，因体质有肌表固密与疏松之分，发病类型则有伤寒表实和中风表虚之不同。

(三) 质化：中医学认为，病因作用于人体而产生疾病，表现为症。体质不同，病因不同或相同，形成的病和症可以相同，但在一定条件下证却不同。例如风寒之邪作用于湿体，易致风湿证；温热之邪作用于热体，易致温热病，即为体质和病因不同，形成的病证不同。风寒之邪作用于寒体，易致寒证；如作用于热体，则很快转化成热证，即为体质不同，病因相同，形成的证不同。同为热体，若感受热邪固然形成热证，如为寒邪，也可随质而化形成热证，即体质相同，病因不同，在一定条件下证可以相同。

匡调元氏将：“一切病证演变进退的总趋向称为‘势’，把正常质中发生的病理过程与倾向性称为‘病势’。而那些属于病理体质者，在没有明显疾病的情况下，其机能、结构与代谢上和正常质是不同的，已具有潜在的倾向性，我们把这种病理体质中先‘病’而存在的倾向性称‘质’。当致病因子作用于病理体质时，则病势将以质势为基础，随着质势而变化。我们把这一现象和过程称‘质化’。(2)也就是说，证是以质为基础的；证的特征应包含着质的特征。证又往往随质而转移。

(四) 体质学：体质学是研究生物界，特别是人类体质特征的一门科学，它以传统的宏观的临床整体观察结合现代科学实践所得的结果为主要立论依据的。(3)而以中医理论为主导，研究各种体质类型的生理病理特点，并以此分析疾病的反应状态，以及病变的性质和发展趋向，从而指导预防 and 治疗的学说，即为中医体质学说。(4)

二、体质学研究内容

(一) 形成不同体质的因素：主要有先天遗传、后天调养、环境变迁、时间的推移等因素。也就是说，体质的形成

与改变，不完全决定于某一因素，往往是诸多因素的综合作用结果。

(二) 体质分型：体质分型为体质学研究的主要内容之一。目前国内外对体质的分型和命名繁杂不一，在综合对比诸家之论后，我们倾向于匡调元氏的分型和命名原则。盖匡氏的六种体质类型均冠以新的命名，将体质的概念从传统的辨证概念中区分开来，避免了中医理论中某些术语的一词多义、容易混淆等弊端。如阴虚、阳虚等，既代表体质，又代表证型，显然是不妥当的。其次，匡氏分型概括而不失笼统，容易掌握，便于实用。今将匡氏体质分型转录于下，以供参考：

1. 正常质：阴阳无明显的偏盛偏衰，对致病刺激之反应无过亢与不及，此型禀赋特厚，体壮力强，面色润泽，胃纳佳，能耐寒暑，口微干，二便调，脉有力，舌象正。平素少病，一旦得病则多属外感，暴病则多见阳明腑实等实热之证，多见于劳动人民，亦可见于青春期前后发育正常健康之男女。

2. 晦涩质：常见于肤色晦滞，口唇色紫，眼眶暗黑，爪甲枯槁，肌肤甲错，丝缕癍痕，脉沉涩弦紧，舌质淤。发病后多见痞闷作胀，痛有定处，或时有出血，或症瘕结聚，或午后潮热。中医临床所见气血易阻者常属此种体质类型。

3. 臃滞质：常见体形肥胖，口甜而粘，身重如裹，口干不饮，大便不实，脉或濡或滑，舌苔多腻。多见于好饮酒者。发病后常见中脘痞满，胸满头眩，肢节疼痛，带浊淋漓，往往延绵难清。中医临床所见痰湿易盛者常属此种体质类型。

4. 燥红质：常见形瘦体弱，面颊潮红，口燥咽干，内热

便秘，阳兴遗精，尿黄短少，喜凉饮而饮不解渴，少眠心烦，五心烦热，耳鸣耳聋，脉细弦数，舌红少苔或无苔。发病后常见内热炽盛，易入里化热，伤津液。中医临床所见阴易亏者常属此种体质类型。

5.迟冷质：常见形体白胖，形寒怕冷，唇淡口和，四肢倦怠，肌冷自汗，面色不华，大便稀溏，毛发易落、夜尿频频而清长，喜热饮，脉沉迟无力，舌淡胖嫩呈齿痕。发病后常见外寒较甚，易从寒化而伤阳气。中医临床所见阳易衰者常属此种体质类型。

6.倦眊质：常见面色眊白，气短懒言，乏力眩晕，心悸健忘，动辄汗出，子宫下坠感，脱肛感，手易麻，月经淡少，舌淡，脉细弱无力。发病后抗病能力往往较差，常易虚脱，非扶正不足以御外邪。中医临床所见气血易虚者常属此种体质类型。

一切体质分型都是人们对种种体质的抽象概括，因而匡氏分型也难免带有一定的模式性，与临床所见未必完全吻合。事实上往往不是单一的类型，而是交错夹杂。但总的说来不越上述六种体质类型，则其分型可以认为是成功的。此外，我们认为，在匡氏六类分型的基础上，还可进行再分类，使之更切合于临床。这样便有纲有目，纲举目张，无论对理论研究，还是于临床实践都会收到提纲挈领，执简驭繁之作用。

（三）体质与发病、治疗

1.体质与发病：中医学认为导致疾病的原因主要有两大类，一是来自外界环境的原始病因，即外因；一是机体内部本身存在的发病原因和条件，即内因，亦即体质。⁽⁵⁾也就是说体质为发生疾病的内因。体质的强弱决定感受不感受外

因，具体的体质条件则决定着发病类型和传变趋势。中医学历来认为感受外邪之后能否发病取决于体质。如《灵枢·百病始生篇》说“风雨寒热，不得虚，邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人，此必因虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。”说明单纯的六淫之邪不足以引起发病，只有在人体正气虚弱（体质失和）时，才构成疾病，亦即《素问·评热病论》“邪之所凑，其气必虚”之谓。可见，外界各种致病因子只有在正气薄弱之时，才能产生其损害人体的结果。外感病的发病是这样，内伤病的发病也是如此。如《素问·举痛论》有“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，惊则气乱，思则气结”等九气为病之说。对此《医宗金鉴》注曰“凡此九气丛生之病，壮者得之，气行而愈，弱者得之，发为病也。”阐明了体质与情志内伤发病的关系。这里的体质状态就是前面所述的体质的第二层意义，即神经心理免疫功能状态，亦即人的心理状态。有涵养度量大的“壮者”即心理健康者七情难伤，而涵养差度量小的“弱者”即心理不健康者七情易伤。三国时，诸葛亮三气周瑜的故事，即为“弱者”易为七情所伤的典范。此外，由于机体内部原因致使体质失去原来的自和状态，生理范围内的阴阳偏盛偏衰转变为病理，从而产生疾病。当然，强调内因体质在发病中的作用，并不是否定外因的作用。在特定条件下，外因超越人体防御能力的限度时，外因则成为重要的致病因素。

发病与否往往决定于体质，感受何种致病因子或导致何种疾病往往也决定于体质的特殊性。这就是前面所述的体质的易感性和倾向性。如《灵枢·五变篇》说：“肉不坚，腠理疏，则善病风，……五脏皆柔弱者，善病消瘵”；《灵

《灵枢·本藏篇》也说：“心下则藏外，易伤于寒，易恐以言，……心脆则善病消瘴热中……肾大则善病腰痛，不可以俯仰，易伤以邪”；《医宗金鉴》则云：“六经为病尽伤寒，气同病异何期然，推其形脏原非一，因从类化故多端”；《外感温热篇》亦云“六气之邪，有阴阳不同，其伤也，又随人身之阴阳弱变化而为病。”凡此，均说明脏腑组织有刚柔坚脆之不同，即体质的差异，故对病邪的反应性亦不相同，发病情况也就相应有别。

2. 体质与治疗：疾病是外因作用于体质内因和体质失和的结果。也就是说，病是发生在个体体质上的。体质决定感受外来致病因子，决定感受外来致病因子以后的发展趋势。因此，临床上仅针对病（邪）的特异性治病远远不够，必须同时针对体质而治。中医学对此历来都很重视，如《灵枢·卫气失常篇》说：“必先别其三形，血之多少，气之清浊，而后调之，治无失常经。”不明体质，治则必失常经，而导致不良后果。《格致余论》更有发挥“凡人之形，长不及短，大不及小，肥不及瘦；人之色白不及黑，嫩不及苍，薄不及厚；而况肥人湿多，瘦人火多，白色肺气虚，黑者肾气足，形色既殊，脏腑亦异，外证虽同，治法迥别也。”徐灵胎在《医学源流论》中说的更为明确“天下有同此一病，而治此则效，治彼则不效，且不唯无效，而反有大害者，何也？则以病同而人异也。夫七情六淫之感不殊，而受感之人多殊，或身体有强弱，质性有阴阳，生长有南北，性情有刚柔，筋骨有坚脆，肢体有劳逸，年龄有老少，奉养有膏粱藜藿之殊，心境有忧劳和乐之别，一概施治，则病情虽中，而于人之体质迥乎相反，则利害亦相反矣”。体质在治病中的重要性，由此可见。那么，如何针对体质进行治疗呢？概括

地讲，应该在详细了解病人的年龄、性别、营养、地理环境、社会关系、体育锻炼、家族史、既往史，以及用药等情况之后，明辨其体质特点，然后据此而治。

3. 调节体质对疾病治疗的意义：中医临床历来确信调节体质对疾病的治疗具有重要意义，“但临床表明，并非发生在任何体质的任何病都需要同等程度的体质治疗。这有两种情况：其一，同病异质，未必任何体质的调节都对该病的治疗有意义，如感冒患者属气虚质，体质治疗有意义；而患者属血淤质，则体质治疗可能无多大意义。其二，同质异病，对于某些病或某些病理阶段，调节体质的意义较大，甚或成为关键；而在另一些病或病理阶段则治疗意义不大，甚或无必要。”⁽⁶⁾即在什么情况下调节体质对疾病的治疗才有意义？临床如何把握？为此潘氏提出“体质治疗度”的概念作为把握的标准：体质治疗度（简称体疗度）用以表示可调性体质因素的理想调节（而不是某一阶段所具有的调节水平）对某种疾病的治疗所能达到的作用程度。它是与理想的病因治疗所起的作用程度相比较而言。体疗度的值域为0—1开区间连续取值。若调节某种体质对某种疾病的治疗毫无意义，则该体质对该病的体疗度为0。若只需调节某种体质才可治愈某种疾病，则定其体疗度为1，而作用介于其间者取相应的值。如各种体质对蛔虫的体疗度均可定为0，表明无需调节体质，而应直接对因治疗。地方性甲状腺肿则可能存在某种体质因素，具有0.1的体疗度，表明调节该体质而增强吸收利用碘的能力不如直接补充碘剂更有效。而气虚质对慢性肠炎的体疗度就可能高得多，设若0.5，表明对因治疗和对体质治疗同等重要。再如某些过敏性疾病的根治，则体质状态的改变是唯一的途径，体疗度应定为1。当然，各种

疾病的体疗度应以严格的临床统计和实践事实为依据而确定。”(6)可见,潘氏“体疗度”的提出,对于把握调节体质在疾病治疗中的作用意义颇大,但只是初步的设想,故若实施于临床,尚需进一步深入细致地研究。

第二节 伤寒体质学

一、体质类型

(一)分型原则:目前,单独对伤寒体质进行研究的还为数不多。郑元让氏曾于1983年提出“伤寒六经人”的假设(7),张丰强氏等于1990年又把伤寒体质进一步分成十二型(8)。他们都在不同程度上揭示了伤寒体质的本质,给我们继续深入研究这项工作以莫大的启发。

前已述及,体质是指个体的特殊性,包括组织器官和心理素质的特殊性。其本质是指阴阳气血的强弱多寡、脏腑功能的盛衰等。因此,我们在研究伤寒的体质及其分类时,首先应落实到这些具体事实上。其次,与一般意义的体质比较而言,伤寒体质更多地受到外界因素的影响。因为伤寒的发生、发展离不开外邪的侵袭(失和自发除外),所以在研究伤寒的体质及其分型时也不能脱离外邪而独立地去谈体质。第三,由于六经即三阴三阳是从《内经》阴阳理论中发展而来,故对伤寒体质的分型必须以《内经》阴阳学说为指导。阴阳学说认为,人体的一切不外乎阴和阳,阴阳相互协调,即“阴平阳秘”人体生命活动方处于正常的生理状态。但是“阴平阳秘”并不是绝对的阴阳平衡,而是“非平衡的稳态……人体生长壮老死的过程,是由远离平衡态向平衡态的不可逆过程”。(8)也就是说,阴阳的绝对平衡是不存在的,在常态下仍存在着阴阳的偏差,于是造成了千差万别的体质类

型。阴阳偏差，是言其相对量上的不一致。阳多，则体质偏热，或偏燥；阴多者，则体质偏寒，或偏湿。如《灵枢·通天篇》将体质划分为五类：多阴阳微者为大阴之人；多阴少阳者为少阴之人；多阳少阴者为太阳之人；多阳少阴者为少阳之人；阴阳均平者为阴阳和平之人。《灵枢·行针篇》则分为重阳、阴中有阳、阴多阳少、阴阳和调四类。表明人的体质是由其内部阴阳矛盾的非稳定性所决定的。此外，由于人体的一切生命活动都是以内脏功能为基础的，无论是思维运动，还是形体运动，无一不是内脏活动的表现。因此，人的体质同样也是以内脏功能为基础的，而体质的强弱又反映了内脏功能的盛衰。所以，研究体质及其分型必须以脏腑学说为基础。

（二）体质类型：根据上述的体质分型原则，在郑氏“伤寒六经人假设”和张氏等“《伤寒论》体质类型初探”两文的基础上，本着执简驭繁，切合实用的精神，以整体阴阳之气的多少将伤寒体质概括为六大类，即六经人；以阴阳之气的多少，所偏脏腑的不同，以及兼夹痰湿、淤血的差异，又将每经人划分为若干型。今分述于下，以供参考。

1. 太阳人 先天禀赋及后天调摄较良，气血充盛，脏腑健和，主以肺、膀胱和营卫功能为基础；阴阳和平，偏气偏阳者；对外界环境的适应性最强，内环境最稳定，属最健壮者。感受一般外邪，造成其阴阳偏差不剧，多在其自和（自稳调节控制机能）限度内，不发病，或稍有不适而自愈（自和的结果）；邪气太盛，有造成表证的倾向；为病多局限于体表或累及与表有关的脏腑经路（如肺、膀胱等），一般不涉及其他脏腑。常态：精神较佳，体格较壮实，言语清亮，纳善眠佳，二便正常，舌正苔薄白，脉象有力。多见于气血阴阳

充盛的青中年人。与匡氏所谓的“正常质”相类似。依营卫的相对偏盛偏衰等因素，又可分为以下五种类型：

(1) 卫强质：肌表固密，不易汗出，不易受邪，体格壮实，卫阳强盛者。对外界环境的适应性虽强，但由于卫气过强，具有“攻击性”，抗邪激烈，故感邪之后，有易发太阳伤寒表实证的倾向。治宜汗解，忌攻下，预后良好；但失治误治后多有两种转归：一为里热实证，如麻杏石甘汤证、白虎汤证等，一为里虚寒证，真武汤、四逆汤证等。

(2) 营弱质：肌表欠固密，体格一般，劳易汗出，与卫强质相比易受邪侵，营阴相对不足者。对外界环境的适应性亦强，但因营阴的相对不定，易被邪迫，抗邪不甚剧烈。易伤风邪，有发太阳中风表虚证的倾向。治宜调和营卫，忌妄汗攻下，预后亦良。失治误治以后易致脾虚，心虚等证，如桂枝甘草汤证、小建中汤证等。

(3) 阳郁质：素禀阳盛，易感热邪，即使感寒也易从阳化热，面赤纳善，不耐酷暑，易烦动火，阳盛而郁者。因阳郁部位的不同，又有以下四种情况：①卫郁质，是指卫阳郁于肌表不得伸达者。此类体质的人，感邪之后有易发太阳风热的倾向，失治误治易致里热实证。②肺郁质，是指肺阳有易内郁不得敷布倾向者。此类体质的人，易感热邪，易发肺热喘满之证，如麻杏石甘汤证等。③心郁质，是指心阳有易内郁而不得伸达倾向者。此类体质的人，或因外感邪气，易发心热病证，如栀子鼓汤证、黄连汤证等。④胃郁质，是指胃腑阳盛，有易内郁化热倾向者。此类体质的人，易感热邪，感寒也易热化而发里热证，如《伤寒论》176条“伤寒脉浮滑，……白虎汤主之”等。

(4) 痰湿质：形体肥盛，久居卑湿，饮食失宜，光照

不足，痰湿留着者。在太阳人中，这种体质者对外界环境的适应性最差。若湿浊留着肌表关节者，易感风湿之邪，易病太阳风湿，宜微微汗解，忌妄汗攻下，及时治疗，预后尚好；若失治误治，每致邪侵内脏，易病心痹，预后不良。

(5) 血淤质：体内久有淤血者。多由外伤、出血，长期精神刺激或久病入络所致。其形态多为面色微黑，肤色偏暗，眼眶下暗黑，舌质有淤点或淤斑，脉多涩。感邪之后，极易内陷与血搏结，易病太阳淤热，热入血室等证。治宜消散、忌蛮补攻下。

2. 阳明人 先天禀赋和后天调摄良好，素食辛辣，气血俱盛，主以胃肠功能为基础，阳气偏重，津液偏欠，其耐燥热力不如耐寒湿力，属阳中之阳人。感受寒邪并不加大原有的阴阳偏差，可不发病，或发病也有自解之机；但感寒盛重或感受热邪可发病，并有热化、燥化，病发阳明的倾向。常态：面合赤色，壮实气粗，急躁易怒，纳善眠可，口干喜饮、小便易黄，大便易干，舌质红苔薄黄，脉洪有力。多见于阳气隆盛的青中年农民。与匡氏所谓的“燥红质”相类似。依胃肠不调的差异等因素，又可分为以下三种类型：

(1) 胃强质：素嗜辛辣，体格壮实，面赤口臭，纳佳喜凉，大便尚调，胃阳偏盛、偏燥、欠津者。此类体质的人，易感热邪，感寒也易从阳化热化燥。因此感邪之后有易病阳明气热的倾向。治宜甘寒清泄，忌苦寒直折。

(2) 肠厚质：素禀肠厚，纳善眠可，大便易干结，小便正常，为大肠传送糟粕功能迟缓者。此类体质的人，易感热邪，易化燥伤津。为病有形成腹痛、便秘之阳明腑实证的倾向。治宜通下，忌辛热伤津。

(3) 湿热质：禀赋良好，素嗜肥甘炙煨，肥瘦均见，面垢或易生痤疮粉刺，口干不饮，烦热懈怠，大便不爽，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数，湿热偏盛者。此类体质的人，易感热邪，或感寒热化，易病湿热蕴蒸之黄疸。治宜清利湿热，忌辛热汗解。

3. 少阳人 先天禀赋稍弱，后天调养一般，主以胆三焦功能为基础，胆火偏盛，阳气稍欠，枢机力弱，是阳人中卫外与自和力较弱，内环境较不稳定者，属阳中之阴人。感受外邪可发病，或内环境失调而自发，易致少阳病。常态：面色微黄，形体瘦小，口苦易烦，胁肋不适，纳稍呆，眠尚可，尿时黄，舌边尖略红，苔薄白，脉弦小。多见于女性，非体力劳动者。是介于匡氏所谓的“躁红质”和“倦眊质”之间的一种体质。依胆火偏盛和枢机不力等因素，又可分为以下二种类型：

(1) 胆郁质：面色略赤，形体瘦小，白睛易赤，性情急躁，口苦不干，胃纳一般，夜寐欠安，素易头晕，舌尖红，苔微黄，脉弦细数，为胆阳易郁化火倾向者。此类体质的人，易感风热之邪，或内郁日久化火上炎，易病口苦咽干目眩之少阳病。治宜清降胆火，忌发汗利小便。

(2) 枢弱质：禀赋不丰，调摄欠宜，性情抑郁，懒言好静，胃纳稍滞，胸肋不适，或二便不爽，舌正苔白，脉弦，为三焦枢机功能偏弱者。此类体质的人，易感风寒之邪，易病少阳伤寒。治宜和解，切忌发汗利小便。

上述太阳人，阳明人，少阳人可统称为阳人，其阴阳之气量充足，卫外与自和力强，胃气常。受邪发病，反应高亢，病程短，预后佳。但失治误治，变证频多。治疗以祛邪为主，但勿忘扶阳生津。

4.太阴人 先天本弱，后天失养，主以脾脏功能为基础，阴盛阳弱，偏湿偏寒，不耐寒湿，属阴中之至阴人。受邪易发病，有寒化、湿化、虚化的倾向，易致太阴病。常态：面色萎黄，胖瘦均有，瘦人为多，目光欠亮，唇色少华，口淡纳少，喜静懒言，易汗疲乏，尿清便溏，或时腹满，舌淡，苔微白腻，脉濡。多见于女性，终日操劳之人。与匡氏所谓的“倦疏质”和“腻滞质”相类似。因其阴盛阳弱程度的不同，又可分为以下两种类型：

(1) 气弱质：劳倦内伤，脾气偏弱，化源不足，营卫不充，易被邪侵者。此类体质的人，易感风寒之邪，有病发四肢烦痛、脉浮而缓的太阴外感证的倾向。治宜扶正解表，忌妄汗攻下。

(2) 寒湿质：生冷内伤，脾运不健，湿聚寒生者。此类体质的人，易感寒湿之邪，或寒湿郁久自发腹满时痛、自利不渴之太阴脏寒证。由于太阴居中主土，万物所归，故太阴人发病不杂，变证不多。治宜温中散寒，健脾利湿，忌汗攻下。

5.少阴人 先天禀赋不充，后天阳气被戕，主以肾心功能为基础，阴阳俱弱，阳弱甚，气血不足，其卫外力和自和力极为低下，内环境极不稳定，不耐寒热，耐寒力尤差，是易寒易热之体，属阴中之阴人。易感寒邪，受邪为病，有虚化、寒化的倾向，亦有热化之机，易致少阴病。常态：形体白胖，面色不华，唇淡，形寒怯冷，神疲懒言，腰膝酸软，纳差口淡，小便不利，或夜尿清长，或阳萎遗精，或便溏，舌淡胖或淡红，苔白而滑或少苔，脉沉细无力。多见于老年体弱之人。与匡氏所谓的“迟冷质”相类似。因阴阳俱弱，偏阴偏阳的不同，又可分为以下三种类型：

(1) 阳弱质：先天禀赋不足，后天阳气被戕，肾阳相对不足者。此类体质的人，易感寒邪，有病发里证、虚证、寒证的倾向。失治误治易致肾阳衰败重证。治宜温补，忌用汗下。

(2) 阴弱质：是指机体心君阴血相对不足者。此类体质的人形体多消瘦，口干渴，梦多易醒，烦热易悸，每因五志过极或感邪失治误治而发阴虚诸证。治宜滋润，禁汗下。

(3) 水气质：是指肾脏气化功能偏弱，水液代谢迟缓，有易停水生寒倾向的一种体质。此类体质的人，易感寒邪，影响水液代谢，多发水逆、水气病。治宜温阳化气行水，忌若寒清下。

6. 厥阴人 禀赋薄弱，阴阳俱弱，阴弱甚，主以肝肾功能为基础，卫外力和自和力极为低下，内环境极不稳定，阴阳气顺接不畅，不耐寒热，耐热力尤差，属阴中之阴人。受邪易发病，有易致阴阳气不相顺接的倾向，发病易厥逆风动为其特点，易致厥阴病。常态：形体消瘦，面色晦黄，唇黄，易烦眠少，纳差，头眩或耳鸣，手足欠温，口干不饮，舌红少苔，脉弦涩。多见于老幼体弱之人。与匡氏所谓的“燥红质”和“迟冷质”相类似。依阴阳俱弱、偏阴偏阳的不同，又可分为以下二种类型。

(1) 厥热质：是指人体阴阳俱弱，偏于肝肾阴弱为主者。此类体质的人，或因五志过极，或因感邪失治误治，易致阴阳气不相顺接而病热深厥深、热微厥微的热厥证。治宜滋阴泄热，禁汗下。

(2) 厥寒质：是指人体阴阳俱弱，但偏于阳气不足为主者。此类体质的人，易感寒邪，易致阴阳气不相顺接的阳虚厥逆证。治宜温阳散寒，禁用苦寒攻下。

以上三种人又可统称为阴人。其阴阳之气量不足，卫外与自和力弱，胃气弱，受邪易病，反应低下，不发热或无大热，病程长；易传变，表证治疗须扶正祛邪，误治传变多从虚化。

综上所述，我们将错综复杂的伤寒体质归纳概括为六人十七质。由于这种分型也带有一定的模式性，故与临床实践未必尽合。事实上往往不是单一的类型，而是重叠夹杂，如果于太阳人和太阴人之间的太阳太阴人等复合型体质尚未纳入上述的分型之中。但举一反三，知常可以达变，相信在掌握了六人十七质之后，复合型等夹杂重叠体质则不言自通。

六经人是以其所概括的脏腑功能在常态下偏盛偏衰，及由此造成的整体阴阳之气的多少来划分的，而具体的体质类型则是根据阴阳之气所偏脏腑的不同，脏腑功能的差异，以及兼夹痰湿淤水的不同来定型的。因此，在六经人之下又可分为若干类型，乃同中之异，而不同的六经人又可见到同一种体质，如水气质既可见于少阴人，也可见于太阳人、少阳人等等，乃异中之同。为了避免重复，我们将此仅列入常见的六经人中，对于不常见者未予论述。

二、体质与病因

中医病因学说，十分强调内因在发病学中的主导地位，认为外界致病因子即外因不断侵袭着人体，但发病与否，主要取决于内因即体质。如《内经》所云“正气存内，邪不可干”、“邪之所凑，其气必虚”。而体质作为疾病的内因之一，具有二层含义，其一是体质失和，阴阳乖戾，疾病自发。现代免疫学认为，在正常情况下，机体内每天都有大量细胞衰老死亡，在病理状态下又有不少细胞损伤，均需及时

加以清除，以维持机体正常的生理功能，保持自身的稳定，即机体的自稳功能。如这种功能异常，则易引起自身免疫疾病。显然这里的自稳功能与前所述的自和力颇为一致。其二是外邪袭人发病与否及发什么性质的疾病也决定于内因体质。从辩证法的角度分析，邪气为疾病的外因，而体质则为疾病的内因，外因必须通过内因起作用，从而导致疾病的发生。

对于体质与病因的详细关系，“伤寒病因学”中有专门论述，在此不作赘述。

三、体质与发病

（一）体质失和，阴阳乖戾，伤寒自发：如前所述，体质是人群中的个体，在遗传性的基础上，在其生长壮老衰的过程中形成的相对稳定的特殊性，即人体的素质。自当包括常态下机体的自我调节控制能力和对外界环境的适应能力。由于体质是可变的，故在没有外邪的参与下，体质本身也会因机体内部诸多因素的影响而变化。当这种变化超过了“阴平阳秘”的正常生理限度，即体质失和时，原来正常范围内的阴阳偏差就会变为病理的阴阳失调，从而导致疾病的发生。例如《伤寒论》53条“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者，外不谐，以卫气不共荣气谐和故尔”。这里并未言“伤寒”或“中风”，可知“病常自汗出者”非外邪所为，而是营气尚和，但“卫气不共荣气谐和”即营卫失调所致。所以《医宗承启》说：“盖营卫相得之为和，而营不得独为之和也”。54条“病人脏无他病，时发热，自汗出而不愈者，此卫气不和也”。亦为营卫失调所致，等等均为体质失和自发的例证。由于三阳病多由外邪所致，故这种因体质失和而病的情况不为人们所重视。三阴人自和力弱，故因体质失和

而病者多，如273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”则为典型的自发病证。对此《医宗金鉴》注解的非常明确“今下利益甚，时腹自痛，则肠虚而寒益留也。虽曰邪之在脏，实由胃中（脾）乏阳，以致阴邪用事，升降失职”。后世所谓的“内生五邪”致病，质言之，也就是体质失和致病。

（二）外邪袭人，发病与否决定于体质：一般情况下，即感受一般外邪（如六淫）时，发病与否主要取决于人体正气的强弱，即由体质来决定。《伤寒论》重点讨论了外邪侵袭人体而产生的一系列病变。六经病的发生，是外邪侵犯六经人之后，正邪斗争的结果。如97条“血弱气尽，腠理开，邪气因人，与正气相搏”则从反面论证了只要体质强壮，气血充足，腠理致密，外邪则无以入侵，六经病（外邪所致）也就不会发生了。

（三）发病类型决定于体质：体质的倾向性决定了其发病类型。《伤寒论》7条“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”。说明平素阳气充盛的三阳人，抗病力较强，故一旦发病，由于邪正斗争剧烈，反应亢奋——发热恶寒，多病热证、实证，即三阳病；平素阳气偏弱的三阴人，抗病力弱，正邪斗争不剧，反应低下——无热恶寒，多病寒证、虚证，即三阴病。即使同病阳证，也会因体质的差异而表现有别，如太阳人一旦感邪，卫阳奋起抗邪于表，病患太阳；若阳明人，外邪侵袭，易入里化热，病至邪热炽盛的阳明病。所以《医宗金鉴》云：“六气之邪，感人虽同，人受之而生病各异者，何也？盖以人之形有厚薄，气有盛衰，脏有寒热，所受之邪，每从其人之脏气而化，故生病各异也。是以或从虚化，或从实化，或从寒化，或从热化。譬诸

水火，水盛则火灭，火盛则水耗，物盛从化，理固然也。诚知乎此，又何疑乎？”《外感温热篇》亦云“六气之邪，有阴阳不同，其伤人也，又随人身之阴阳强弱变化而为病。”故张笑平氏认为，“阳人”体质偏实热，受邪后邪从阳化，其病多在三阳；“阴人”体质偏虚寒，病后邪从阴化，其病多在三阴，因而六经证型可以认为是不同体质对同种病邪的不同反应类型。(9)

(四) 发病性质决定于体质：邪气犯人，产生什么性质的疾病也决定于体质。当外邪袭人，加剧了素体阴阳的偏差，超过了自和力所允许的限度时，发病的性质即与外邪和体质的性质相一致。如热邪侵犯阳盛之体得热证，寒邪侵犯阴盛之躯得寒证等。当邪气犯人，削弱了机体的自和力，使机体不能达到原来协调的阴阳偏差状态时，发病的性质即与邪的性质不一致，而与体质的属性仍一致。例如阳盛或阴弱者遇寒邪，得热证。如阳明人遇寒热化得热证、少阴人阴弱质遇寒也可热化而得热证等。可见，疾病的性质如何，与邪气固然有关，但更主要的是决定于体质因素。

四、体质与辨证

《素问·经脉别论篇》说“诊病之道，观人勇怯骨肉皮肤，能知其情，以为诊法也”。《素问·疏五过论篇》说“圣人之治病也，……从容人事，以明经道，贵贱贫富，各异品理；问年少长，勇怯之理，审于分部，知病本始”、“必问饮食居处，暴乐暴苦，始乐后苦，皆伤精气，精气竭绝，形体毁沮……”。《素问·征回失论篇》则云“诊不知阴阳逆从之理”、“不适贫富贵贱之居，生之薄厚，形之寒温，不适饮食之宜，不别人之勇怯，不知比类，足以自乱，不足以自明”。从正反两个方面说明了诊察疾病应重视体质

历代中医书籍大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——**逢原中医**，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

不管哪种方式，看到你的信息我会第一时间回复，尽全力帮您！

加微信可以扫描以下二维码加我！



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

因素的意义。可见，体质与辨证的关系，《内经》早就予以高度重视。仲师则在继承《内经》理论的基础上，又进行了充实和完善，创立了体质辨证法（参见第四章），为论治提供了可靠依据。

既然通过体质的诊察，“足以自明”其证，否则不明疾病的本质“足以自乱”，那么体质与证之间有何内在的联系？体质学认为，体质的易感性是指某种体质者容易感受某种邪气，如阳弱质者易感寒邪，阴弱质者易感热邪等，所以通过体质类型的分辨，可以逆推其病“因”。而证又是医者对病因作用于机体产生疾病本质的抽象概括，因此可由质审因，由因辨证。其次，体质的倾向性可决定机体感邪后产生病变的类型及其发展趋势，所以掌握不同类型的体质特点即可把握发病的类型和趋向，从而可使成竹在胸，握机于病象之先，辨证庶几无误。关于仲景是如何通过体质的甄别而辨证的，“伤寒辨证学”中有专门论述，这里不作介绍。

五、体质与治疗

《伤寒论》对疾病的治疗，不仅重视邪气的祛除，而且尤重视体质的调整。具体体现在以下几个方面。

（一）因质制宜：中医对疾病的治疗虽以病证为依据，法随证立，方随法出，但治疗的立足点是以“人”即体质为基础的。离开具体体质的人而只是针对疾病进行施治，往往事与愿违。对此，《内经》早有阐述，如《素问·三部九候论篇》说“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实，实则泻之，虚则补之……无问其病，以平为期”。后世医家在《内经》基础上更有阐发，如《锦囊秘录》云“经曰：‘精神内守，病安从来’。又曰：‘邪之所凑，其正必虚。不治其虚，安问其余。’可见虚为百病之由，治虚为去病之要。与故风寒

外感，表气必虚；饮食内伤，中气必弱，易感寒者，真阳必亏；易伤热者，真阴必耗。正气旺者，虽有强邪，亦不能感，感亦必轻，故多无病，病亦易愈。正气弱者，虽即微邪，亦得易袭，袭则必重，故最多病，病亦难痊。治之者，明此标本轻重之道，以投顾主逐客之方，则重者轻，而轻者愈。要知精神内长于中，邪气自解于外；精神耗散于内，即我身之津液气血无所主宰，皆可内起为火为痰而成邪，岂必待外因所致哉？倘不知此，徒知或从表以发散，或从里以克削，现在已有之虚，不为补救，未来无影之邪，妄肆祛除。有是病者，病受何妨，无是病者，正气益困，以致精神疲惫，性命昏沉，若不急为猛省，峻加挽救之功，何以续一息于垂绝？”⁽¹⁰⁾可见古人治病多把“人”放在首位，即无论用何种治疗方法，均以人的体质特点为依据，不得伤人正气为原则，即“因质制宜”。所谓调和阴阳、扶正祛邪、保胃存阴、表里先后等，都是在这一治疗思想指导下的具体法则。即如对有邪表证的治疗，以祛除邪气为主，但仲景并未忽视体质的调整。如麻黄汤之用甘草顾护胃气、桂枝汤之用大枣培土益中，白虎汤重用石膏清泄阳阴邪热，但同时配以粳米、甘草顾护胃阴等，均注意正气的培护。至于象淋家、疮家、衄家、亡血家、汗家等体质因素比较明显者，仲景则更注意患者体质的治疗。如告诫医者对这些阴津气血不足体质者不可发汗、妄下等。所以尤在泾在《伤寒贯珠集》中说“顾人气体有虚实之殊，脏腑有阴阳之异，或素有痰饮痞气，以及咽燥淋疮汗衄之疾，或适当房室金刃产后亡血之余，是虽同为伤寒之候，不得竟从麻桂之法矣”。其实仲景立大青龙汤、小柴胡汤、柴胡桂枝汤、桂枝加附子汤、桂枝附子汤、甘草附子汤、麻黄细辛附子汤等方，有时即可认为是对

不同体质者感邪而设。后世在此基础上又作了进一步的补充和完善，如人参败毒散或参苏饮治疗气虚感冒、七味葱白饮或荆防四物汤治疗血虚感冒、加减萎蕤汤治疗阴虚感冒等，使之对不同体质的感冒治疗更趋完备。

(二) 据质遣方：匡调元在《中医病理研究》中提出“所有中药按病因、症状与体质进行分类，则主要分三大类：一类是驱除病因的，如攻下、祛风、消导、驱虫之药；一类为改善定系症状的，如镇咳、安神、止痛、熄风之剂；一类为针对体质特征的，如补气、养血、壮阳、滋阴之品”。尽管这种分类有可商之处，如消导类的活血化瘀药物，不仅为驱除病因之药，亦为针对体质之品；又如针对体质特征的药物，实际上仅指针对虚弱体质而言，但仍有重要意义。如临证制方用药一定要考虑到体质因素，则很值得临床借鉴。所以有人指出“医生治病不外乎考虑三个因素——对因治疗、对体质治疗、对症治疗。在疾病过程中各治疗阶段，三者之中，哪一因素成为主要治疗障碍，则清除这一障碍而起主要作用的药物即为主药”⁽⁶⁾。将体质治疗作为治病的三个必不可少的因素之一，无疑对指导临床遣方用药具有重要意义。这种根据患者的体质特点制方用药的方法，在《伤寒论》中比比皆是。如小柴胡汤之用人参，即是针对患者“血弱气尽腠理开”的体质特点；桂枝汤之用芍药大枣，则是针对患者营弱的体质特点；桂枝加厚朴杏子汤之用厚朴杏子，亦是针对“喘家”的特点等等，均为“据质遣方”的例证。仲景的这一遣方用药思想不仅对指导临床用药有意义，而且对指导方剂学的组方亦有重要意义。

(三) 随质用药：由于体质有气血阴阳偏颇的差异，故临床必须重视患者的体质差异，即使病证相同或类似，亦应

同中求异，随质用药。《伤寒论》对此论述颇多，如351条“手足厥寒，脉细欲绝者，当归回逆汤主之”；而“若其人内有久寒者，宜当归回逆加吴茱萸生姜汤（352）”。病证一样，只是“其人”是否“内有久寒”，在治疗大法不变的情况下，用药却随质而异，加用吴茱萸生姜祛除“久寒”。279条“本太阳病，医反下之”，因体质有血淤质（脾络不通）和肠厚质的不同，变证随质而异，故治疗用药亦随质有别：前者宜桂枝加芍药汤，后者宜桂枝加大黄汤……等，均是根据体质而灵活加减用药的例证。

事实上，即使同一体质类型也有轻重强弱之分，如阳人质有太阳人、阳明人、少阳人之不同；阴人质有太阴人、少阴人、厥阴人之差异。就是某一具体体质如气弱质在不同个体也有气弱程度的不同，因而用药剂量亦应考虑患者的体质特点。这也是《伤寒论》对指导后世用药的贡献之一。在治法上仲景认为，体壮证实者宜攻伐，体弱病虚者宜补益，体弱证实者则宜攻补兼施。在具体制方上，方有大小，剂有轻重，非常注意剂量与体质的关系，尤其注意药力峻猛的方剂用量。如280条“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄、芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也”。又如治疗风湿的桂枝附子汤和桂枝附子去桂加白术汤方后注曰“附子三枚恐多也，虚弱家及产妇，宜减服之”。再如治疗寒实结胸的三物白散，内含气味辛烈药力峻猛的巴豆，仲景在提示人们先用“自饮和服”以确保胃气之后，强调用药剂量“强人半钱匕，羸者减之”等。根据不同的体质使用不同的剂量，较之现代医学以体重决定用药剂量的胶柱做法则更为科学。这也是仲景治病最基本的重质思想——时时顾护机体正气的具体体现。

参考文献

- (1)、(2)、(3)、(5) 匡调元,《中医病理研究》,上海科技出版社,1989; 22、174、122、64。
- (4) 王琦等,《中医体质学说》,江苏科技出版社,1982: 2。
- (6) 潘卫星,《中国医药学报》,1987, 6: 51。
- (7) 郑元让,《新中医》,1983, 2: 55。
- (8) 张丰强等,《中医药研究》,1990, 2: 18。
- (9) 张美平等,《江苏中医》,1981, 5: 7。
- (10) 王新华,《中医历代医论选》,江苏科技出版社,1983: 621。

第二章 伤寒病因学

中医学认为，破坏人体的生理状态、导致疾病发生的一切因素与条件就是病因。

病因的种类甚多，有外感“六淫”，有内伤“七情”，还有饮食、劳倦、虫兽、外伤等。而作为伤寒的病因，则有六淫、疫疠、体质、误治、饮食、房劳等。这些因素在一定的条件下都可直接或间接地使人产生伤寒。

本章拟从外邪、内因，以及误治三个方面阐述伤寒病因的性质和致病特点，以期更好地指导伤寒的临床诊断和治疗。

第一节 外邪

外邪主要包括六淫和疫疠等外来致病因素，是伤寒的主要病因之一。

一、六淫

《内经》的早期作品(1)认为，致病外邪主要有风、寒、暑、湿、燥五种，它们正常时本来作为自然界的五种气候因素，如《素问·阴阳应象大论》“天有四时五行，以生长收藏，以生寒暑燥湿风。”当这些气候因素在异常情况即成为“虚邪”时，才成为致病的邪气。考写作年代稍后，以讨论运气学说为主要内容的七篇大论，始提出“六气”和“淫”的概念。《大论》的作者们可能是为了将气候和“六六之节”相适应，又在上述风寒暑湿燥五种因素中增加了“火”，从而使“五气”变为“六气”，并认为“夫百病之生也，皆

“生于风寒暑湿燥火，以之化之变也”（《素问·至真要大论》）。六气的“化”与“变”，除“至而不至”、“至而太过”和“未至而至”（《素问·六微旨大论》）外，主要指其“淫”“胜”，如《素问·至真要大论》提出的“风淫所胜”、“湿淫所胜”、“热淫所胜”、“火淫所胜”、“燥淫所胜”、“寒淫所胜”等。因此，后世医家就很容易将这种“淫胜”观念归纳为“六淫”。由于六淫中的暑火热三邪性质相近，故可将火热统之于暑类，使之还原为“风寒暑（火热）湿燥”五类，不妨称之为“五淫”。这样不但可执简驭繁，而且与中医理论的基石——五行学说相一致，从而构成了统一的体系。但“六淫”的观念由来已久，几成定论，突然改为“五淫”，恐致误解，故名义上仍以“六淫”称之。

由上论述可知，六淫即风寒暑湿燥火六种外感病邪的总称。其在正常的情况下称为“六气”，是自然界中六种不同的气候变化。当这种气候变化异常即六气发生太过或不及，或非其时而有其气，以及气候变化过于急骤，在人体正气不足，抗邪力弱时，六气即变为“六淫”，成为致病因素，侵犯人体产生疾病。

另外，需指出的是，当机体内脏气机失和时，常产生一些类似六淫性质的病理产物，可称为“内风”、“内寒”、“内湿”、“内燥”、“内火”等。为了与外感六淫相区别，故又称其为“内生五邪”。盖“内生五邪”乃体质失和所致，故有关这方面的问题放在内因体质部分加以讨论。

（一）风 风为春令之主气，但四季皆有，无处不在。故其为病，虽多见于春季，其他季节也可发生。伤寒学认为，风邪为伤寒发病的一种极为重要的致病因素。

风邪袭人多自皮毛肌腠而入，从而产生外风病证，如《素

问·风论》说“风气藏于皮肤之间，腠理开则洒然寒，闭则热而闷。”

风邪的性质及致病特点如下：

(1) 风为百病之长：风邪为六淫之首，凡寒、湿、温、燥、暑诸邪多依附于风邪而侵犯人体，如太阳伤寒（伤于风寒）、太阳风湿等。所以风邪常为外邪致病的先导。故《素问·风论》说“风者，百病之长也。”

(2) 风性开泄，易袭阳位：风邪善动，具有向上、向外、升发的特性，故属阳邪；其性开泄是指风邪袭人易致腠理开张而疏泄。由于风邪具有上述特性，故其为患，常伤及人体的上部、肌表和阳经，使肌表疏松、腠理开泄，多见头痛、汗出、恶风等中风之证。所以《素问·太阴阳明论》说“阳者，天气也，主外，……故犯贼风虚邪者，阳受之。”“伤于风者，上先受之。”《素问·骨空论》说“风从外入，令人振寒，汗出，头痛、身重，恶寒。”《素问·评热病论》说“汗出而身热者，风也。”《伤寒论》第2条“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”12条“太阳中风，……汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热……。”等。

(3) 风性善行数变：“善行”是指风邪致病具有病位游走不定的特性，如风寒湿三气杂至而引起的痹证，若见关节疼痛，部位不定者多为风邪偏盛的表现。“数变”是指风邪为病具有发病迅速和变幻无常的特点而言。如《伤寒论》183、184条“病有得之一日，不发热而恶寒者”但“始虽恶寒，二日自止……。”102条“伤寒二三日，心中悸而烦……。”等，均说明以风邪为先导的外感疾病，一般发病多急，传变也速的特点。

(二) 寒 寒为冬令之主气。故其为病，多见于冬季，

但其他季节也可发生。伤寒学认为，寒邪也为伤寒发病的一种极为重要的致病因素。

寒邪袭人多从肌表而入，易致“伤寒”；也有直中于里，伤及脏腑阳气，则为“中寒”。

寒邪的性质及致病特点如下：

(1) 寒性凝滞：“凝滞”即凝聚、郁结、阻滞不通之意。人之气血所以能周流全身，运行不息，全赖一身阳气的温煦和推动。故寒邪侵袭机体，损伤阳气，“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”（《素问·举痛论》）。所谓稽迟、泣而不行、不通，乃经脉气血为寒邪郁滞之故。由于寒邪痹阻，气血不通不通则痛。所以寒邪伤人，疼痛剧烈而多见。如《伤寒论》第1条“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”第3条“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体疼……名为伤寒。”35条“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，……麻黄汤主之。”等等，均是寒邪引起的以疼痛为主的表证。

(2) 易伤阳气：寒为阴邪，故易伤人阳气。阳气本可以制阴，但寒邪独盛，阳气不仅不能消散阴寒之邪，反为其所侮，并被其所损伤。所以说寒邪易伤阳气。寒邪束表，卫阳被郁，肌表失温，则恶寒；寒邪侵犯厥阴经脉，则损伤阳气，痹阻血脉，故见手足厥寒、脉细欲绝的当归四逆汤证；寒邪侵犯少阴，损伤肾阳，则见脉微细，但欲寐等症。

(3) 寒性收引：“收引”即收缩牵引之意。寒邪袭人，可使腠理闭塞，络脉挛急。如寒邪袭表，闭塞腠理，郁遏卫阳，可见恶寒发热、无汗等伤寒之证；寒湿合邪，客于经络关节，经脉拘急收引，可见肢体屈伸不利等症。如《伤寒论》174条“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转

侧……。”175条“……骨节疼烦，掣痛不得屈伸……。”寒客血脉，血脉凝滞、挛缩，可见头身疼痛、脉细欲绝等症。

(三) 暑(火热) 暑(火热)为夏令之主气。故其为病有明显的季节性：夏至以后，立秋以前。正如《素问·热论》所说“先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑。”

暑邪纯属外邪，体内不能自生，而火热之邪可以内生，且四季均可见到。暑、火、热三邪性质相近，为病常出现相似或相同的证候。其性质和致病特点如下：

(1) 暑为阳邪，其性炎热：暑为夏令火热之气所化，火热属阳，故暑为阳邪，其性炎热。故其伤人多见壮热、心烦、口渴、汗出、脉洪大等阳热之证。

(2) 易耗气伤津：火热暑邪，最易迫津外泄，消灼阴液，使人体津液耗伤。故其为病，除发热等症外，多伴有口渴饮冷、咽干口燥、尿赤便秘等津气耗伤之证。《素问·阴阳应象大论》说“壮火食气”，此之谓也。但这里的气不仅指津液，也包括阳气。故《伤寒论》白虎加人参汤证有“时时恶风”、“背微恶寒”等阳气耗伤的表现。

(3) 易生风动血：火热暑邪，最易劫阴耗液，以致筋脉失其濡养，阴不敛阳，“热极生风”，而见高热、谵语、目中不了了、睛不和等症。正如《素问·至真要大论》所说：“诸热瞀瘛，皆属于火。”又，火热阳邪，可加速血行，灼伤血络，迫血妄行，而见吐衄、发斑及便血等症。如《伤寒论》太阳病“淤热在里”的抵当汤证、少阴动血证等，均为热盛动血的表现。

(四) 湿 湿为长夏之主气。故其为病多见于长夏梅雨季节，但其他季节亦可发生。湿邪为病多由气候潮湿、居处卑下，或涉水冒雨等外在湿邪侵袭人体所致。

湿邪袭人，多从肌表而入，并易由浅入深，内侵脏腑。湿侵肌表，易致风湿表证；留着关节，易致痹证；内侵脏腑，易致心痹、肾痹等证。

湿邪的性质及致病特点如下：

(1) 湿为阴邪，其性重浊：湿性类水，易伤阳气，故为阴邪。湿邪侵袭人体肌表、经络、脏腑，最易阻碍气机，痹阻血脉，而致疼痛、脘闷、心悸等症。由于湿为阴邪，脾属湿而恶湿，故湿侵人体，最易困阻脾土、损伤脾阳，以致水湿停聚之证。“重”即沉重或着重之意，是指感受湿邪，常见头重如裹、周身困重、四肢酸懒沉重等症。譬如《素问·生气通天论》所云“因于湿，首如裹。”湿邪留着经络关节，致使气血不畅，故可见关节沉重疼痛等症。如《伤寒论》175条“风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣，或身微肿……。”《金匱要略·痉湿喝病脉证治》“病者一身尽痛，……名风湿。”“风湿，脉浮、身重，汗出恶风……”等。

(2) 湿性粘滞：“粘滞”是指湿邪为病具有缠绵胶结、难以速愈和病位固定不移，与风性善行数变相反的特性。

(五) 燥 燥为秋令之主气。其时天气敛肃，劲急干燥，故其为病多见于秋季。《素问·阴阳应象大论》说“燥胜则干”，指出了燥性干涩，易伤津液，其为病常见口干鼻燥、咽干口渴、便秘溲少等症的特性。盖秋气通于肺，故燥邪为患，又易伤肺脏，而出现咳嗽、痰少、咯血等症。

在仲景著作中，虽无燥邪为患的明确记载，但确有燥邪致病之实。其证候则散见于火热暑邪，以及汗下、火熏、灸治等误治条中。故凡有津亏存在的证候，就有燥邪侵袭的可能。

综上所述，六淫为病，一般具有以下几个特点：

(1) 六淫虽可单独侵袭人体而致病，但临床少见，而多以两种以上的病邪同时侵犯人体。如太阳伤寒、太阳风湿、“风湿相搏”等。

(2) 同气相求，易随质化。不同的邪气易侵不同体质的患者，即六淫与体质有一定的对应关系，如寒邪易犯阳弱体质的人，热邪易袭阳气偏重体质的人；六淫袭人，还有易随体质而化的特点，如寒邪感受于阳热之体，易随阳化热、由寒转热。

(3) 六淫为病，其受邪途径多为肌表，或口鼻，或两者同时受邪；也有直中脏腑经络者；并以由表入里、由浅入深、由外至内为特点。

最后最指出的是，六淫外邪从今天的临床实践来看，除气候因素外，还包括生物、物理和化学等多种致病因素作用于机体所引起的病理反映在内。同时还需指出的是，这里的六淫病因，不仅指单纯的异常气候因素，尚包括并未感受这些异常的气候因素，而临床表现与其致病特点相同的一类尚不明确的病因。可见“六淫病因的内容，既包括气候变化的物理性因素，也有与气象时令有关的生物性因素，同时也是一种对临床症候特性通过类比而推导的辨证概念。”⁽²⁾

二、疫疠

疫疠，是一类具有强烈传染性的外邪。在古文献中，又有“疫毒”、“温疫”、“乖戾之气”等记载。

其致病特点，具有发病急、变化快、病情重、症相似，以及传染性强、易于流行等。

《素问·遗篇·刺法论》说“五疫之至，皆相染易，无问大小，症状相似。”《诸病源候论》说“人感乖戾之气而生病，则病气转相染易，乃至灭门”等等。由此，后世医

家认识到外邪之中确实存在着一种具有强烈传染性和流行性的邪气，即温病学家吴有性在《温疫论》中明确提出的“戾气”。至此，吴氏已将疫疠从六淫中完全区分开来。

考《伤寒论》全文，虽无疫疠之名，但从其自序和论中内容来看，当时确实存在着大量的疫疠流行。《伤寒论·自序》云“余宗族素多，向余二百，建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者三分有二，伤寒十居其七。”由此不难看出，一般的外感疾病不会如此剧烈，故后世有“百病之急，无急于伤寒”之说。所以日人藤平建认为“《伤寒论》的作者们一定很熟悉伤寒即肠伤寒的热型，也一定很清楚地知道，伤寒这种病是首屈一指的急性、热性、恶性疾病。”⁽³⁾其次，从《伤寒论》记载的病症：壮热脉迟——相对缓脉；恶心呕吐腹痛便秘——消化道症状；默默不欲饮食——表情淡漠等内容来看，《伤寒论》中的伤寒其临床表现也酷似现代医学所谓的伤寒。另外，从《伤寒论》中的许多方剂治疗传染病所取得的成就来看，也可佐证《伤寒论》中确有疫疠的内容。如葛根汤之治疗初期流脑、白头翁汤之治疗细菌性痢疾、茵陈蒿汤之治疗传染性肝炎、小柴胡汤之治疗疟疾、白虎汤之治疗乙脑和流行性出血热及肠伤寒等等，均取得了满意的疗效。故尔，我们认为疫疠也为伤寒发病的重要原因之一。

第二节 内因

六淫和疫疠即外邪是伤寒发病的外因，而个体的差异性即体质则为伤寒发病的主要内因之一。所以匡调元氏指出“发生疾病的内因在很大程度上应是指人本身所具有的一切特征的综合，包括代谢的、结构的和机能的特殊性即体质。”⁽⁴⁾

本节拟从以下三个方面探讨体质内因在伤寒发病中的地位和作用。

一、失和自发

前已述及（第一章），体质的本质是指人体阴阳气血在生理范围内的正常偏差，包括机体代谢所产生的尚未引起明显不适的病理性产物，如“内生五邪”、“痰饮”、“淤血”等等。一般情况下，体质不表现出明显的病证，即可以不发病，但当由于某种原因，诸如自然衰老、缺乏锻炼、寒温不适、劳逸不当、起居失常等，引起原来处于“阴平阳秘”状态的阴阳偏差失调，从而产生疾病。由于这种情况，可以是在没有外邪的作用下而导致的，故为了与外邪致病相区别，我们将此称为“失和自发”。如《伤寒论》54条“病人脏无他病，时发热，自汗出而不愈者，此卫气不和也……”、53条“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者，外不谐，以卫气不共荣气谐和故尔……。”等，即为营卫失和而自发的中风表证。对此，将在“六经病理”章中进一步论述，这里不作详细介绍。

二、同气相求

同气相求，是指“人体内在的某种因素与外界的病原因子相对应，而形成一定类型的疾病而言的。这是中医病因学中颇具特色的理论之一。”⁽⁵⁾

从病因学角度而言，同气相求含有两个方面的意思。其一，是指某种体质容易感受某种相应的邪气，即邪气与体质之间有一定的对应关系。如《灵枢·百病始生篇》说“因于天时，与其身形，参以虚实，大病乃成。”是说天时六淫侵袭人体，常常与其身形即体质相应，或致虚，或成实，同气相求，以致重病。又如《灵枢·邪气脏腑病形篇》说“形寒

饮冷则伤肺，以其两寒相感，中外皆伤，故气逆而上行。”即指寒与寒相感，为同气相求之意。再如《伤寒论》40条“伤寒表不解，心下有水气，……。”41条“伤寒，心下有水气……。”即为水饮之体感受寒邪的外寒内饮证，也为同气相求之意。他如阳弱质者易感寒邪、营弱质者易感风邪、痰湿之体易感湿邪等等，均为同气相求之意。而吴德汉在《医理辑要》中则明确指出了体质内因往往能决定个体对某种致病因子的易感性：“要知易风为病者，表气素虚；易寒为病者，阳气素虚；易热为病者，阴气素虚；易伤食者，脾胃必亏；易劳伤者，中气必损，须知发病之日，即正气不足之时。”⁽⁶⁾

其二，是指某种心理素质的人容易感受某种情志刺激而为病，即心理素质与情志活动也有一定的对应关系。如感情较脆弱，内环境不甚稳定的人容易被情志刺激损伤而为病；反之则不容易被情志刺激而为病。至于什么心理素质者容易感受何种情志刺激，则属于“七情”病因的研究范畴，这里不作介绍。

由上论述可知，同气相求的机理，从免疫学角度来看，似与细胞、体液免疫和神经心理免疫相通。

三、染易从化

染易，是指在体质失和的情况下，机体最容易被外邪所侵袭。《灵枢·百病始生篇》说“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人。此必因虚邪之风，与其身形两虚相得，乃客其形。”前句是说正气存内（体质健和），邪不可干；后句是说，体质失和（后世多解为正气虚弱。由于正气虚弱，不感外邪，亦为病态。故宜解为体质失和），外邪乃侵。可见，尽管外邪是伤寒发病的主要原因之一，但光有外邪还不一定发病

(疫疠除外)，只有在体质失和的前提下，外邪才可致病。如《伤寒论》392条所论房劳“阴阳易”、393条所论“劳复”等，很显然是导因于体质失和。又如97条论述少阳病的发病机理时说“血弱气尽，腠理开，邪气因入……。”也说明若非血气弱，腠理开即体质失和，邪气是难以入侵的。因此，体质因素对于伤寒的发病与否，起着不可忽视的重要作用。

从化，是指机体感受外邪后，病变性质及类型常以体质的性质特点为转移，即病证易随体质的性质而变化。下面拟从三个方面讨论这个问题。

1. 阴阳类型：《伤寒论》第7条说“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”是说伤寒发病有发热恶寒和无热恶寒两大类型。所以如此，主要责之于患者的体质特点。一般素体阳盛的人，即阳人，感邪后易从其阳，表现为以发热恶寒为特征的阳证；素体阳弱的人，即阴人，感邪后易从其阴，而发为以无热恶寒为特征的阴证。论中三阳病多属阳证，三阴病多属阴证。

2. 六经病证：六经病证，千差万别，各有特点，但均为体质失和、外邪侵袭等所致。因此可以认为，多数六经病证是外邪作用于不同体质后邪随质化的结果。现以六经表证为例分析如下：

(1) 太阳表证：与其他五经病比较而言，太阳表证属于单纯的表证，但因体质情况的不同，也有表实、表虚等区别。如卫强质者多发太阳伤寒，营弱质者多发太阳中风、痰湿质者多发太阳风湿等。

(2) 阳明表证：阳明人由于存在着阳气偏重、津液偏弱的因素，故其感邪，多发风热表证。如189条“阳明中风，

口苦咽干，腹满微喘，发热恶寒，脉浮而紧。”就是在阳热体质基础上感受寒邪质化而致的阳明表证。

(3) 少阳表证：少阳之体，胆火内郁，故其感邪多发风火相煽之证。如264条“少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦，……。”265条“伤寒脉弦细，头痛发热者，属少阳”等等，均为邪气初犯少阳，但已有少阳风火上炎之证。

(4) 太阳表证：太阴人，气偏弱，故其感邪，易发（脾）气虚外感证。如274条“太阳中风，四肢烦痛，阳微阴濡而长者，为欲愈。”即为邪随脾弱而化的太阳表证。

(5) 少阴表证：少阴人，阳气弱，故其感邪，易发阳虚外感证。如301条“少阴病，始得之，反发热脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。”302条“少阴病，得之二三日，麻黄附子甘草汤微发汗。”均是外邪从少阴阳弱之体而化的少阴表证。

(6) 厥阴表证：厥阴人，阳气亦弱，故其感邪，易发阳虚外感证。如372条“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”即为外邪从厥阴阳弱之体而化的厥阴表证。

3. 六经变证：六经变证主要是指六经本证失治误治引起的一类病证，在《伤寒论》中占有重要的地位。六经变证的依据，除外邪的强弱、失治误治等因素外，在很大程度上是由体质因素决定的。由于六经变证甚繁，难以一一论述，今以误治引起的变证为例说明这个问题。

从《伤寒论》原文来看，六经变证是由误治而成，历代医家也多随文衍义地将误治作为变证的主要原因来认识。但是，只要深入研究则不难发现，误治并不一定为伤寒变证的主要原因。而造成变证的原因，主要为个体内因的特征，即

体质。这种体质决定论的依据为：

(1) 同一误治可以造成各种不同的变证。譬如同是“太阳病”，发汗后有的变为麻杏石甘汤证、有的变为苓桂术甘汤证、有的变为厚朴生姜半夏甘草人参汤证、有的变为新加汤证，寒热虚实，诸证悉备。究其原因，则在于患者体质的差异：63条为肺郁质、65条心弱质、66条为（脾）气弱质、62条为营弱质。这是体质内因决定变证的典型例证。

(2) 不同的误治可以造成相同的变证。如63条和167条分别由汗下或下而造成的麻杏石甘汤证，如果不是具有相同的体质内因，是不可能造成同一变证的。

(3) 同证同治可以造成不同的变证。如149条“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬痛者，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。”说的是柴胡汤证具者误下引起的三种性质不同的变证：一为柴胡证仍在者（但正气受挫，与下前的柴胡证自有差异）；一为结胸；一为痞证。对此，如果不从体质内因来分析，也很难从误治本身找到答案。

对此，不少注家业已有所认识，但未上升到体质学高度而已。如万友生氏在《伤寒知要》中指出“本条（181）太阳病之所以转属阳明，并不能完全责之于药误，而是因为阳明里有伏热所致。从其病在太阳之表而杂投以汗下利小便等法看，可见病起即现有表里相兼之证。……即当新邪在太阳时，便有阳明伏邪内应，其病由太阳传阳明，已成必然趋势，只是由于治不得法而加速或加剧其进程罢了。”在此，万氏即将体质内因说成是“伏热”。

由上论述可知，体质不仅失和自发伤寒，而且还决定着感受不感受某种病邪，以及感邪后的发病类型和发展趋势。所以有人认为“体质的强弱决定感受不感受外因，具体的体质条件决定着发病类型。”(4)

第三节 误治

误治，即不正确的治疗，包括误汗、误火、误下、误吐、误利小便等。其中误火又包括：火熏、温针、烧针、熨、火炙等，由于它们均能引起汗出的病理改变，故将之合并于误汗中论述。

误治是《伤寒论》中的主要内容之一，它的提出固然是为了示后学者以警诫，但也未尝不是仲景的一种论述方法：将误治作为伤寒传变的条件之一，邪气因之内陷、正气因之损伤、病势因之逆转、证候因之转变，这样使论述井然有序，步步深入，伤寒的底蕴得以全部揭露。

正因误治是伤寒演变的重要条件之一，故也是伤寒病因学的主要内容之一。

一、误汗（误火）

误汗，系指不该使用而误用了汗法，或运用不当——发汗太过或不彻。

（一）误用汗法和发汗太过（包括误火）

1. 伤阴 《伤寒论》59条“大下之后，复发汗，小便不利者，亡津液故也。”111条“太阳病中风，以火劫发汗。邪风被火热，血气流溢，失其常度，两阳相熏灼，其身发黄。阳盛则欲衄，阴虚小便难。”说明误汗和误火，汗出太过，可致伤阴亡津液之弊。

热性疾病本来就有津亏阴伤的一面，若误用汗法或火

劫，必致阴津更加损伤，邪热愈益炽盛。如第6条“太阳病……若发汗已，身灼热”的“风温”；200条的“阳明病，被火，额上微汗出，而小便不利者，必发黄”；203条的“阳明病，本自汗出，医更重发汗……以亡津液，胃中干燥，故令大便硬”；265条少阳病误汗后的“谵语”；335条热厥而“反发汗”所致的“口伤烂赤”等，均为误汗伤阴所致。

素禀阴弱或虚火内蕴之人，误汗或误火后可致谵语、便血、痉、直视不能胸等阴津劫夺甚至阴脱的证候。如284条少阴病火劫发汗后所致的“谵语”、“小便难”；294条“少阴病，但厥，无汗，而强发之”所致的“动其血”、“下厥上竭”等，均是其例。所以仲师谆谆告诫“尺中脉微”（49）或“尺中迟”（50）者是“荣气不足”，不可误汗；凡“咽喉干燥者”（83）、“淋家”（84）、“疮家”（85）、“衄家”（86）、“亡血家”（87）、“汗家”（88）等，均为素体气血津液不足者，故不可鲁莽发汗。

太阳病或少阳病发汗过多，可在伤阴的同时，转成里热证。如181条和250条都是太阳病发汗后津伤胃燥、大便硬结而演变为腑实证的。又如265条少阳病发汗后，出现胃不和之谵语，亦是因汗而转为腑实证的。

2. 伤阳 《伤寒论》211条“发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语。”112条“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳，必惊狂”。38条大青龙汤证方后注曰“若复服，汗多亡阳，遂虚，恶风，烦燥，不得眠也。”也明确指出发汗过多，损伤阳气。

(1) 虚寒性疾病发汗太过，可更虚其阳。轻者仅伤卫阳，如20条“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸”；或仅有“冒”（93）的感觉；重者

可致亡阳虚脱，如29条的四逆汤证、61条的干姜附子汤证等。

(2) 素有内寒而发汗过多，可使内寒更趋严重。如89条“病人有寒，复发汗，胃中冷，必吐蛔”等。

(3) 发汗过多易伤心阳。如64、75条的“叉手自冒心”、“心下悸，欲得按”等。

(4) 发汗过多易伤中阳，而出现“腹胀满”、“吐下不止”、“吐蛔”、“身目为黄”、“啰”等变证。66、76、89、122、259、364、380条等均是其例。

(5) 发汗过多损伤阳气的同时，又易致水饮内动，水气上犯。如65条、117条的“欲作奔豚”和“奔豚”、67条的苓桂术甘汤证、82条的真武汤证等。

(6) 太阳病发汗过多易转成里证。如上面提到的29、61、82条是转成肾虚里证；66、76条是转成脾虚里证；89条是转成胃虚里证等等，均是由于损伤阳气所致。

3. 阴阳两伤 如《伤寒论》62条“发汗后，身疼痛，脉沉迟”的桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤证；68条的芍药甘草附子汤证；284条少阴寒化证，本因阳虚而强发其汗，又伤其阴，出现谵语、动血症等，均是误汗阴阳两伤的例证。

(二) 发汗不彻

发汗本用于解除表证，若发汗不彻，外邪不但不能从表而解，反而入里化热或伤阳，形成新的证候。如48条“……太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明，续自微汗出，不恶寒。”185条“本太阳，初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。”等等，均是其例。

二、误下

误下，是指不该使用下法而误用之，或运用不当——攻

下太过或不及。攻下不及可使里实排泄迟缓，一般不会导致严重后果，故不予讨论。另外，误下还包括热证误用热药攻下和寒证反用寒药攻下。

误用下法和攻下太过可挫伤里气，既能伤阳，又能伤阴，也可阴阳两伤，甚至导致阴竭阳亡的坏证；还可引邪入里，或闭阻正气，或与水湿、痰饮、淤血等邪相结，从而产生种种变证。

1.挫伤里气 如《伤寒论》43条和162条即是太阳病误下后挫伤肺气，邪气内陷，肺失宣降，分别引起“微喘，表未解”的桂枝加厚朴杏子汤证和“汗出而喘，无大热”的麻黄杏仁甘草石膏汤证。156条是误下后伤及三焦气，以致水停心下的水气痞（“本以之下，故心下痞……其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之”）。76~79条是误下后，正气受挫且被内陷之邪热郁于胸膈而成的虚烦证（如77条：“发汗，若下之，而烦热，胸中窒者，栀子豉汤主之”）。

2.伤阳 误下和误汗一样，也可损伤阳气。

（1）损伤心阳或胸阳：21条“太阳病，下之后，脉促、胸满者”即是误下损伤心阳。147条“伤寒五六日，已发汗而复之下，胸胁满微结，……柴胡桂枝干姜汤主之。”则是说误下不但挫伤胸阳，且使邪气内陷，以致正邪交争于胸胁的证候。又如139条“太阳病，二三日，不能卧，但欲起，心下必结，脉微弱者，此本有寒分也。反下之，若利止，必作结胸。”即是体内本有寒饮内伏，误下损伤心胸阳气，遂致寒性结胸等，均是误下损伤心胸阳气引起的病证。

（2）损伤中阳：先以病证为例说明。131条“病发于阴，而反下之，因作痞也。”是说痞乃下后损伤中阳，胃气上逆或寒饮结聚所致。159条“伤寒服汤药，下利不止，心下

痞硬”的赤石脂禹余粮汤证亦是其例。但病未发于阴，误下后也可形成痞证，如244条“太阳病，寸缓，关浮，尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕，但心下痞者，此以医下之也。”是下后中阳受挫，邪气内陷所致的痞证(151、164条也是)；149条柴胡证误下所致的“但满而不痛”的痞证；158条伤寒中风误下所致的“心下痞硬而满”；161条伤寒误下后“心下痞硬，噎气不除”者，不但中阳受挫，外邪内陷，且因脾胃素弱产生湿浊或痰饮，诸邪夹杂为患，使病证变得错综复杂。

另外，67条伤寒误下所致的“心下逆满，气上冲胸”、194条阳明中寒证“攻其热必哕”、359条“伤寒本自寒下……复吐之下”所致的“寒格，更逆吐下，若食入口即吐”者，均是误下损伤中阳的例证。

(3) 损伤肾阳甚至亡阳：如91条“伤寒，医之下，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；……宜四逆汤。”205条“阳明病，心下硬满者，不可攻之。攻之，利遂不止者死”等，均是误下损伤肾阳的例证。

3. 伤阴 《伤寒论》59条“大下之后……小便不利者，亡津液故也。”明确指出误下损伤阴津。

(1) 热性病误下可致津液耗伤，邪热更炽。若阳明病腑实未成，误下则徒伤津液，或引邪入里而成虚烦证。如189条“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。”168条“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，白虎加入参汤主之。”228条“阳明病，下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊恼，饥不能食，但头汗出者，梔子豉汤主之”等。若阳明

腑实已成，而误用下药大下之，也徒伤津液，使燥屎更甚。如105条“伤寒十三日，过经，谵语者，以有热也，当以汤下之。若小便利者，大便当硬，而反下利，脉调和者，知医以丸药之下，非其治也。”这里的“丸药”即是热性通下药。

(2) 太阳病误下可转属阳明。181条“太阳病……若下，……此亡津液，胃中干燥，因转属阳明”是也。

(3) 少阳病误下可并于阳明。如103条本属从太阳传来的柴胡汤证，“反二三下之”而变为“呕不止，心下急，郁郁微烦”的少阳阳明并病（大柴胡汤证）。

(4) 亡阴。如第6条“风湿为病……若被下者，小便不利，直视失溲。”347条“伤寒五六日，不结胸，腹濡，脉虚，复厥者，不可下，此亡血，下之死”等等，均是误下亡阴的例证。

4. 阴阳两伤 如219条三阳合病：本属热病阴虚，汗下阴液更虚，并使阳气外亡，而现“额上生汗，手足逆冷”之证；又如357条：“伤寒六七日，大下后”致“手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泄利不止者”等等，亦属阴阳两伤之证。

三、误吐

在《伤寒论》中，误吐主要是指不该使用而使用了吐法。

1. 损伤中气或中阳 《伤寒论》120条：“太阳病，当恶寒，发热，今自汗出，反不恶寒发热，关上脉细数者，以医吐之过也。一二日吐之者，腹中饥，口不能食。三四日吐之者，不喜糜粥，欲食冷食，朝食暮吐，以医吐之所致也，此为小逆。”又如67条“伤寒，若吐，若下后，心下逆满，气

上冲胸，起则头眩，脉沉紧”，不但损伤中阳，而且导致水气上逆。

2.耗伤津液，邪热更炽 《伤寒论》121条“太阳病吐之，但太阳病当恶寒，今反不恶寒，不欲近衣，此为吐之内烦也。”76条“发汗吐下后，虚烦不得眠……。”是吐后伤津，热扰胸中。168条“伤寒若吐，若下后”伤津转成白虎加人参汤证。212条伤寒吐后，“微者，但发热谵语者”，转成大承气汤证；“若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视”转为亡阴之死证。250条太阳病吐后伤津化燥，因之转属阳明、265条少阳中风吐后伤阴导致的悸而惊、267条柴胡证吐后伤阴出现谵语的坏病等等，均是吐后伤津引起的病证。

此外，误利小便即不该使用而误用了利小便之法，也为伤寒误治病因之一，在《伤寒论》中仅二见：179条“少阳阳明者，发汗、利小便已，胃中燥、烦、实、大便难是也。”181条“太阳病，……若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明。”说明误利小便可损伤津液，助长燥热，易使表证转为里证。

误治为伤寒病因学的一大特色，仲景对此给予了高度重视，所以不惜笔墨地大书特书。后人对此颇有微词，然结合现代医源性疾病日趋增多之势来看，误治确应作为一种病因并得到足够的重视。

参考文献

(1) 《内经》的早期作品，指除外七篇大论和两篇《遗篇》及《六节脏象论》等大部分作品。

(2) 黄文东主审，《实用中医内科学》，上海科技出版社，1984：5。

(3) 《国外医学·中医中药分册》，1990,1.5。

(4)、(5)、(6) 匡调元，《中医病理研究》，上海科技出版社，1989：64、102、103。

第三章 伤寒病理学

伤寒病理学，是中医病理学的一个重要分支。它的任务是以辩证唯物主义为指导，运用中医基本理论阐明伤寒发生、发展及转归的规律，从而认识伤寒的本质，为防治伤寒提供理论基础。

本章主要阐述伤寒发病的基本规律和六经病理。

第一节 伤寒发病规律

疾病是机体抵抗致病原因和条件的作用而产生的一个复杂的矛盾过程，也就是“正”“邪”相互作用的结果。伤寒的发生除与外感邪气有关外，还取决于人体正气即体质的强弱及邪正力量的对比，即外邪只有在人体正气不足，防御能力减弱，自和力下降，或外邪的致病力超过了人体正气所能允许的限度的情况下，才有可能发病。人体的正气包括机体卫外力和自和力两种机能：卫外力是机体防御外邪，适应外界环境变化的能力；自和力是指机体内五脏六腑、经络气血等各种功能活动相互协调，从而保持相对稳定内环境的能力。常态下机体卫外力和自和力的强弱，脏腑功能的活动状态，构成了人类千差万别的不同素体，这种不同的素体叫做体质的差异性和特殊性。

伤寒即病之后，由于个体的差异性及其感邪的不同，其表现的症也不同，不论是三阳病，还是三阴病，它总有一定的规律可循。我们在分析和研究复杂纷繁的伤寒病症时，提出了伤寒发生发展的一般规律，即自发——直中——传变规

律。这一规律突出表现为以下三个特点：

强调体质特殊性，重视机体内环境。《内经》云：“正气存内，邪不可干”、“邪之所凑，其气必虚”、“一时遇风，同时得病，其病各异”。《伤寒论》也很强调体质在发病中的作用，如97条“血弱气尽，腠理开，邪气因入，……”，同时在论中又提出了很多“自和”、“自愈”的条文，如245条“脉阳微而汗出少者，为自和也”，58条“凡病，若发汗，若吐，若下，若亡血，亡津液，阴阳自和者，必自愈。”如果是人的体质良好，气血充盛，阴阳调和，即使遇到外邪的干扰，也会将它拒之体外，并逐渐适应其由于邪气干扰而导致的环境变化。如果邪气亢盛，超越了人体所能抵御外邪的能力，而侵入人体，必然造成机体内环境的紊乱——阴阳气血的失调，从而发生一系列的病理变化。由于体质特异性和机体内环境对感邪发病的决定作用，大致可以这样认为：同一体质的人群，对某一病邪都有易感性及邪气作用于人体后，机体内环境发生同样变化的倾向性。

跳出了旧的模式，具有时代性。一提到伤寒发病规律，人们立即会想到六经传变规律，也就是即病伤寒之后，先太阳受之，次阳明受之，再少阳、太阴、少阴、厥阴受之；具体到某一经病，一般认为先病经证，后病腑证。而伤寒自发——直中——传变规律，打破了上述六经病的阶段性模式，也抛弃了经证、腑证之分，是对《伤寒论》发病学的创新性研究。我们所论的六经病是六大体质类型的人感邪后所发的六大类系病证，无先后之分，只有轻重之别。六经皆有表证之说，对此多无异议，然六经之表证既不是六经络表证，也不是六经病兼表证，而是六种体质类型的人感受外邪之后而发的表证。

具有临床上的实用性。自发是指机体由于某种原因失去自和状态而致病的一种发病方式；直中则是邪气亢盛，直接侵犯人体导致疾病的另一种发病方式；传变是指伤寒即病之后的种种变化，包括疾病本身的变化和误治后产生他证、他病。自发体现了内因，直中体现了外因，而传变则反映了疾病的动态观。在临床实践中，只要辨清病人属那 种 类型 体质，结合临床表现，把握疾病的内因和外因，是不难作出诊断的，为立法和方药提供可靠的依据。

一、自发

人体是一个复杂的、多物质、多细胞、多器官、多系统、多层次、多运动形态的不均匀的开放性巨系统。正常情况下，这个巨系统保持着相对的稳定的相互协调，中医叫做阴阳协调的非平衡的稳态，也就是说，绝对的阴阳平衡是不存在的。“阴平阳秘”也是相对而言。体质在生理与病理之间，没有不可逾越的鸿沟，人体这种相对平衡一旦被打破，就可以从生理状态进入病理状态。如遗传物质的突变，可以严重地影响个体的生长、发育，有的可使机体出现形态、机能和代谢的异常变化。环境因素和精神因素也可使机体内部发生一系列的改变而远离平衡态，形成各种各样的病理个体。

伤寒自发有两种意义：首先是机体由于某种原因失去自和状态而发病的一种方式，简称“失和”；二是机体自和力的下降，导致卫外力的减弱，邪气初犯人体，但未至正邪激烈交争的全盛时期，而表现为以“失和”为主的始发病证。自发取决于体质是否“失和”，而“失和”又以体质为基础，所以说，体质的反应状态决定了自发后的病态。具体到伤寒六经人，其自发证大体上相当于人们所习惯称的“六经提纲证”，即六经始发病证。如“少阳之为病，口苦，咽

干，目眩也（263）”为少阳自发证；“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛（273）”为太阴自发证；“少阴之为病，脉微细：但欲寐也（281）”为少阴自发证。

“失和”是自和力受到抑制和损伤，机体自和能力下降的结果。造成机体自和能力下降的原因很多，常见的不外几种：一是先天禀赋较差。此时如遗传物质的突变，使本来较差的体质，阴阳平衡被打破，一时难以形成新的平衡，表现为“失和”而发病。二是情志刺激。情绪上的剧烈变化，可扰乱气机，造成阴阳明显偏差，中医有喜则气缓，过喜伤心，怒则气上，过怒伤肝……之说，如平素易怒暴躁之人，易伤肝气结，肝失条达而易致胆火上炎，发为“口苦，咽干，目眩”之少阳病。三是饮食不节，后天失养。长期的饮食不节，后天失养，气血化源不足，五脏六腑失于濡养而使机体自和力下降。四是环境因素。这里的环境因素不是指足以直中人体而发病的六淫之邪，而是指高山、平原、沿海、南方、北方等地理因素而言。如从沿海含氧充足之地移居含氧稀少的高原地区，由于缺氧，机体卫外力和自和力均可下降。另外还有色欲房劳，外伤中毒等因素。

自发多为伤寒发病的第一阶段。这个阶段的特点是，外邪并没有侵入人体，而是自身体质“失和”的缘故，或邪气初犯人体，而未至正邪激烈交争的全盛时期。“失和”的结果，使机体的自我调节能力和对外界因素的适应能力下降，为外邪的入侵创造了内因条件。因此说，“失和”既可自发而为病，又可为因而致病。

二、直中

这里所说的“直中”，与历代医籍中“直中”的概念有

所不同。以往所说的“直中”是指外邪越过三阳而直犯三阴者。而我们将直中规定为外邪直接侵犯人体导致疾病的一种发病方式，即三阳也有直中。如太阳伤寒即为寒邪直中太阳，阳明气热即为寒邪或热邪直中阳明等。

外邪能够直中人体的原因有三：一是机体对某些外邪的易感性，中医的“同气相求”大概也是言此。如少阴体质易感风寒之邪，阳明体质易感阳热之邪，太阳体质易感寒湿之邪等。二是体质“失和”为外邪直犯人体准备了条件。三是邪气亢盛，超过了人体防御能力所允许的限度。不论体质多么强健，气血多么充盛，自身调节能力和对外邪的适应能力多么强，总有一定的限度。这个限度一旦被外邪所突破，就可以表现为正盛邪实的病证。邪气既中人体后的发病除与邪气的性质有关外，还取决于人体的素质。拿邪气直中太阳来说，为何有太阳伤寒、太阳中风、太阳风热、太阳风湿之不同？就是因为太阳人又有卫强质、营弱质、卫郁质、痰湿质之分。所以，正确认识邪气直中人体后所发的病证，必须把握体质这个要素。

邪正激烈的斗争是直中阶段突出的病理特点，也是伤寒发病的中心环节和治疗的关键。正确的治疗，可使疾病痊愈，误治和失治则使疾病变证丛生。

三、传变

传变是指疾病的动态变化和发展趋势，在《伤寒论》中有自然传变和误治传变之分。自然传变是指疾病本身的发展趋势和变化，这种趋势和变化完全由体质因素的倾向性和正邪相争的形势所决定。一可自愈，多见于体质健壮，自和力较强或感邪轻微的病人，如58条“凡病，若发汗，若吐，若下，若亡血，亡津液，阴阳自和者，必自愈。”110条“太

阳病二日，反躁。凡熨其背而大汗出，大热入胃，胃中水竭，躁烦，必发谵语。十余日，振栗，自下利者，此为欲解也。”二可产生他病、他证。如269条“伤寒六七日，无大热，其人躁烦者，此为阳去入阴故也。”此条是说患伤寒病六七日，发热不甚而烦躁不安者，为原来的阳、热、实证，变为阴、寒、虚证。误治传变是医家未能正确地认识疾病，施行错误的治疗方法，损伤人体的正气或邪随治陷，而致更加严重、更加复杂的变证的过程。如第6条温病本应辛凉透表，清热养阴，“若被下者，小便不利，直视失溲。若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时痲痲，若火熏之……”。仲景告诫，不可再误也。

伤寒既病之后，传变与否，怎样传变，也与体质因素有密切的关系。伤寒六人十七质都有对某种致病因子的易感性和产生某种变化趋势的倾向性。素体阴弱者，易热化；素体阳弱者，易寒化；营弱质者大汗易伤阳气，误下易损阴津；胃强质者误汗易伤阴液，误下可自利而损伤胃气，少阳人误汗易伤津，误下易损阳等。从以上得出结论：体质的差异性和特殊性一定程度上决定了传变的差异性和特殊性。对此仲景早已明察：131条：“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也。”体质有阴阳之别，误下后的变证也有痞证和结胸之异。体质决定传变趋向的表现主要有三个方面：（1）体质不同，自和力也不同。同感一邪气，同得一种病，体质强健，内环境相对稳定者，自和力可自行恢复而自愈；体质羸弱，内环境相对不稳定者，不但不能自和而愈，而且易传变产生他证、他病。

（2）体质不同，抗损伤力的大小也不同。同样程度的损伤，疾病传此传彼因人而异。如同为误汗伤津化热，阳盛

者出现白虎汤证，承气汤证；阴虚者则可出现肢厥风动；而素体胃阳不是太盛者，只能成栀子豉汤之阳明轻证。（3）体质不同，抗损伤力的性质也不同。阴弱者抗伤阳之力较强而抗伤阴之力较弱；阳弱者，抗伤阴之力较强而抗伤阳之力较弱；阴阳俱弱者，由于内环境极不稳定，其抗损阳耐伤阴之力皆弱，所以既不耐损阳也不耐伤阴。如66条“发汗后，腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。”是言脾气素虚，误汗后的变证，《伤寒论直解》为本条注曰“发汗后而腹胀满，则知其人脾气素虚，令脾气愈虚，则不能转输，浊气不降，清气不升，而胀满作矣。”总之，从体质角度去认识伤寒的传变是当今学术界的最新动向，是大势所趋，也是最终解开伤寒传变之谜的唯一方法。

不论人群中有多少个体，所发疾病多么千变万化，都是患病个体的体质“失和”或邪气侵犯人体所表现的阴阳失调的病理状态。因此，又都有一定的共性规律可循，那种“各自为政”的“人本”观点，是不符合唯物史观和辩证法的。伤寒传变规律是对伤寒传变共性的高度概括，集中表现在：体质“失和”由轻到重，邪气由浅入深，正气由胜到衰。

（一）体质“失和”由轻到重的传变：健康本是人体阴阳互相协调的相对稳定状态。阴阳平衡一旦被打破即表现为“失和”而发病，即所谓“阴平阳秘，精神乃治”，“阴阳离决，精气乃绝”。阴阳失调后由于治疗不力或其他因素的影响，机体未能及时协调阴阳的偏盛偏衰，使原有的阴阳偏差更加严重，而自变为他证、他病。如127条“太阳病，小便利者，以饮水多，必心下悸。小便少者，必苦里急也。”这是太阳人体质“失和”，病“脉浮，头项强痛而恶寒”之太阳病后，其“失和”状态由轻到重，影响到膀胱气化功能

而形成的太阳水气证。

(二) 邪气由浅入深的传变：这种传变是邪气强盛，直中人体，正不胜邪，邪气由表入里，由上及下，由气入血，步步深入的结果。(1) 表里传变：外感疾病初期，其病在表，随着病情的发展，邪气逐渐由表及里，疾病也由表证发展为里证。如106条太阳病不解，邪气由表入里，热结下焦，形成太阳淤热里证。(2) 上下传变：是邪气由浅入深的另一种重要形式。一般说来：病邪初入多始于上焦，其病尚浅；病情发展，渐入中焦，其病较重；最后深入下焦，其病最重。如221条“阳明病……若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊懊，舌上苔者，栀子豉汤主之。”是热邪初入，郁于上焦胸膈所致的阳明轻证；接着222条说“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加入参汤主之。”这是热邪由上焦胸膈，深入中焦而成的阳明气热证；223条又说“若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”为中焦阳明气热未清，继续深入下焦所致的阳明水气证。以上三条均是“阳明病”误治后的变证，且完全可以当作一条来写（四版教材即是），仲景之所以分为三条，是有意告之人们：虽同属阳明病，却有病位偏上、偏中、偏下的三个病变阶段。(3) 气血传变：关于气血传变仲景早有所及，如202条“阳明病，口燥但欲漱水，不欲咽者，此必衄。”即属阳明气热不解，深入血分的病变。与《温病条辨》中“阳明温病，舌黄燥，肉色绛，不渴者，邪在血分，清营汤主之。”的营血病证十分相似。又如阳明邪热不解，深入下焦，与淤血相搏结，形成阳明淤热证等，皆属邪入血分病变，初步揭示了气病及血的传变规律。

在病邪由浅入深的传变中，仲景不仅论及了表里传变，

而且论及了上下传变和气血传变，充分体现了外邪由浅入深传变的基本规律，为外感热病传变理论奠定了基础。不难看出，后世卫气营血及三焦传变的理论，与《伤寒论》并非毫无关系。固然我们不可忽视后世在创立卫气营血及三焦辨证方面的巨大成就，然而也不可否认，仲景实际上是这方面的开拓者。叶天士说：“辨营卫气血虽与伤寒同，若论治法则与伤寒大异也。”较为客观地道出了卫气营血辨证的渊源。

（三）正气由胜到衰的变化：病邪由浅入深的过程，也就是人体正气层层动员，奋起抗邪的过程。随着正气与邪气的拼搏，正气逐渐被消耗，疾病由正邪相争，正气为主的状态，进入正气不足到逐渐衰退的状态。初感病邪太甚，加之治疗不当，使正气大耗，疾病由阳转阴，由实转虚。如29条“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝，欲攻其表，此误也。得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。……若重发汗，复加烧针者，四逆汤主之。”即属本阴阳两虚又初感太阳表邪，误治而发生阴阳更虚的变证。此时若病邪久羁不解，终至正气全面衰溃，突出表现在三阴阶段。太阴为正气始衰，多呈无热恶寒而手足尚温，脉多缓弱，神志无改变，少阴为正气衰甚，故多恶寒蜷卧而手足厥冷，脉多微细，甚或脉微欲绝，且神志有改变：“但欲寐”即精神不振，甚则萎靡不振，神志恍惚。厥阴为“阴尽阳生”，多有两种转归：一为正衰进一步发展，病情进一步恶化，终成手足厥冷，神昏躁无暂安时之脏厥重证，甚至死证；二为“物极必反”，正衰之极，邪气亦败，阳气来复，从而出现厥热胜复证。

以上是伤寒传变的一些共性规律，但是并不是每一个疾病都按此规律由表入里、由浅入深的传变，也有自己固有的

特性。临床上如何将个性和共性有机地联系起来，避免形而上学的观点，以便准确地把握疾病的本质，施之正确有效的治疗，须注意以下三点：（1）以运动的观点看待每一个疾病。自然界的每一事物每时每刻都在运动变化着，人体和疾病也不例外。（2）把疾病看成是人体平衡与非平衡，正气与邪气两大对立因素相互作用的结果。（3）重视内因的作用，不忽视外因的作用。在外感疾病中，人体内在因素对疾病的传变固然起着决定性的作用，但外邪对疾病的发展变化所起的重要作用也不可忽视。只有这样，才符合仲景之伤寒传变的本来意义，才符合唯物史观和辩证法。

在伤寒发病规律这一节中，共讨论了“自发”，“直中”，“传变”三个问题。我们认为，自发体现了内因，直中反映了外因，而传变则反映了疾病的动态观。自发——直中——传变构成了伤寒发病的基本规律。

第二节 六经病理

六经病理是研究六经病发生发展和结局的基本规律的学说。《伤寒论》是一部临床巨著，创造性地论述了六经病的辨证施治，因而成为临床医学的鼻祖。为了更好地掌握和领会六经病证，有必要从病理角度进一步探讨和研究。科学技术的进步，不仅促进了自然科学和现代医学的发展，同时也促进了中医学的发展，使中医理论不断科学化、系统化，对《伤寒论》的研究也是如此。体质学说的引入，使六经病理研究进入了一个新阶段，从而找到了六经病发生的合理内核。

一、太阳病理

太阳又称巨阳，统摄营卫，主一身之表，为人体防卫外邪侵袭的第一道屏障，故有六经藩篱之说。营行脉中，为水谷精

气之清者，有营运营养物质，和调五脏，洒陈六腑，贯输全身，平衡阴阳，增强机体抵抗力等功能。卫行脉外，主要敷布于人的体表，能温养肌肤，有抵御外邪入侵和驱邪外出的作用。正常情况下，营卫协调，肌表固密，一则体质不易“失和”，二则能有效地防止外邪的入侵，保持着人体的健康。

太阳体质为人体感受外邪病发太阳的病理基础。太阳人是六经人中体质最健壮者，一般对外界环境的适应能力最强，内环境最稳定。说他最强、最稳定，并不是不可变，生活环境的急剧变化，长期情志刺激，饮食失调，以及患内伤杂病失治误治等，都可导致人体自和力和卫外力削弱，最终“失和”或邪盛直中而发病。

（一）初期病理

太阳病的初期或早期，有现代医学潜伏期或前驱期的意义。太阳体质“失和”为太阳发病的基础。以邪气初犯，营卫不和，经脉不利为其基本病理。以“脉浮，头项强痛而恶寒”为其临床特征。

太阳体质“失和”，卫外力降低，邪气乘机入侵太阳肌表，引起营卫不和，经脉不利。为了拒邪于外，机体处于严密的备战状态，脉浮是这种状态的具体表现。由于是外邪初犯人体，机体尚未作出激烈的反应，病变局限在浅表和太阳经脉，故此时尚未发热而只见恶寒。太阳经脉受邪，失去正常的营运状态，不能为其所过供给足够的营养，故沿太阳经脉循行的部位出现头项强痛之症。

太阳病初期，病变轻浅，为外邪初犯体表所致，故若感邪轻微，自和力渐增，邪气外解而自愈；若邪气亢盛，自和力降低，初病不愈，则病进而至盛期。

（二）盛期病理

太阳为六经之首，是一身之藩篱，外邪入侵，太阳首当其冲。“伤寒一日，太阳受之……。”虽不是以具体日数为凭来确定病患何经，但有一点是可以肯定的，那就是邪气侵袭最易损伤太阳。邪气直犯太阳所发的病证，即太阳初期病证，大体上相当于八纲辨证中的表证。由于体质的特异性和倾向性，邪犯太阳之后又有不同的病理变化。

1、太阳伤寒 太阳伤寒是指卫强质者外感寒邪所致的寒邪束表，卫阳被遏，营阴郁滞的病理状态。

卫强体质是太阳伤寒发病的体质基础。卫强质人先天禀赋特强，肌表固密，体格壮实，卫阳强盛，抗邪激烈，具有“攻击性”，不易被一般外邪所伤。若病邪（主要是寒邪）亢盛，超越其防御能力所允许的限度，则可直中太阳，病发伤寒。

外界环境的剧烈变化，风寒之邪的亢烈凶猛，为太阳伤寒发病的外因；机体的反应状态（体质）决定了邪中人体后的病变状态。《伤寒论》第3条云“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”这里的伤寒非广义的伤寒，而是指狭义的伤寒，即太阳伤寒。35条又对其典型症状和治疗进行了论述“太阳病，头痛，发热身疼、腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”风寒之邪束于肌表，卫阳被郁，正邪激烈交争，为其主要病理机制。由于病人卫阳相对偏盛，抗邪激烈，故风寒之邪一旦入侵肌表，卫阳即可及时达表抗邪，并与之激烈交争。又因“卫强质”肌表固密，加之寒性凝敛，卫阳被郁，营阴不泄，经脉不利，故表现为发热恶寒，无汗，脉浮紧，身疼腰痛等症。气喘系外邪犯肺，肺失宣降的反

应。《伤寒六经辨证治法》说“太阳之邪，从皮毛而入，郁逆肺气，以故作喘。”可见“伤于风者，上先受之。”并非后世独创，而是仲师先见也。

外感热病的初期和盛期，全身内脏功能并没有出现明显的障碍，而以体表反应为主，表现为体表小动脉的收缩为特征的一种机体反应状态。叶天士说“有一分恶寒，便有一分表证”，大体上揭示了这种基本病理的客观存在。本来，机体应激性血管痉挛属于一种防御性反应，它减少热量散失，提高体温，对机体有着有利的一面，使血液循环在重要组织器官增强，免疫系统抗病能力提高。但是，正如索德曼(sodeman)说：“这种适应和防御性反应对患者的损害，可能比有害因素的作用本身更大。”

此时若能正确地运用解表或与之相应的治疗方法，阻断其病理转化，才可能发挥机体各系统的正常生理功能，调动各种有利因素，促进疾病向好的方面转化。若失治误治，热量不能从体表散失，血管收缩反应过于强烈、持久，蓄热发烧加重神经功能紊乱，增加心脏负担，抑制免疫细胞活力，多方面直接和间接削弱机体对有害因素的适应调节能力，引起内环境紊乱，抑制机体抗病能力，以致变证丛生。

2、太阳中风 太阳中风是指营弱质者外感风寒之邪所致的风寒袭表，营卫不调的病理状态。

营弱体质是太阳中风发病的体质基础。营弱质人先天禀赋一般，肌表欠固密，劳易汗出，营阴相对不足，不耐风邪，邪盛直中易发太阳中风。

太阳中风以“阳浮而阴弱”，营卫不调为总病理。阳浮是卫气欲浮于外，稍纵即逝，不能发挥其固护肌表功能的病理反映；阴弱是卫不与营守，营阴每易外泄而弱。53条“以

卫气不共营气谐和故尔”，对此《伤寒论直解》注曰“卫为阳，营为阴，阴阳贵乎和合，今营卫和而卫气不与之和谐，故营自行于脉中，卫自行于脉外，两不相合，如夫妇之不调也。”基本阐明了太阳中风的发病机理。

《伤寒论》第2条“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”12条“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”这是对中风的典型症状和病理机制的具体描述。我们认为，“阳浮而阴弱”既是对发病后人体反应状态的总概括，也包涵了病发后的病理趋向。这和营弱质的体质状态基本一致，是仲景继“发于阳”、“发于阴”，即“阴人”和“阳人”之后，对体质类型的进一步分类，只是未加系统，后人又未切中其意罢了。95条补充说“此为营弱卫弱”，《伤寒论条辨》说：卫强即阳浮，营弱即阴弱，互相发明也。”营弱指卫外不固，营阴外泄，具体说明了“阴弱者，汗自出”；卫强指外邪束表，卫气浮盛以抗邪引起的病理改变，即“阳浮者，热自发”的实际含义。

吕襟树为12条加注“卫强故阳脉浮，营弱故阴脉弱，卫本行脉外，又得风邪相互，则其气欲外浮，阳主气，风为阳邪，阳盛则气易蒸，故阳浮者，热自发也。营本行脉内，更与卫气不谐，则其气更内弱，阴主血，汗为血液，阴弱则液易泄，故阴弱者，汗自出也。啬啬恶寒，内气虚也；淅淅恶风，外体疏也；恶风未有不恶寒，二者相同，所以经又互言之。翕翕发热，乃就皮毛上之形容；鼻鸣，阳邪壅也；干呕，阳气逆也。太阳中风证状之如此谛实，此证宜用此方，凡欲用仲景方，先须辨证也。”

54条对桂枝汤证的病理作了更深层次的分析“病人脏无

他病，时发热，自汗出而不愈者，此卫气不和也。”说明其病变部位突出表现在卫表，并未累及到任何内里之脏腑。现代医学通过对“卫虚易感多汗”之体的病理、生理研究发现，这种病人的机体免疫和植物神经调节能力，均较正常人为低。表现为机体防御外邪的能力低下和汗液分泌失调。

3、太阳风热 太阳风热是指卫郁质者外感风热之邪所致之风热袭表，营卫不调的病理状态。

卫郁体质是太阳风热发病的体质基础。卫郁质人素禀阳盛而易郁，平素不耐酷暑，易烦动火，易感风热之邪，即使感受寒邪也易从阳化热，病发太阳风热。

这里所谓的“太阳风热”系指《伤寒论》第6条“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。”的太阳温病，为广义伤寒之一，即《难经·五十八难》“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病。”之“温病”。为了避免与后世温病相混淆，且其又系外感表证范畴，故我们将之称为“太阳风热”。

《伤寒论》第6条“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。”即是对太阳风热的主症描述。风热之邪，最易伤阴，故“发热而渴”。仲景并指出太阳风热忌（辛温）发汗，忌下之，忌火攻，因为这些疗法均能伤阴耗液，使病情进一步加重。言外之意是，本病宜辛凉清解，滋阴养液。可贵的是，此时的仲景即看到了温病保阴的重要性。难怪后人这样说“存得一分津液，便有一分生机”。关于太阳风热，仲景尽管没有系统的论述其发病规律和治疗，但明确指出了主症和治禁，以及误治后的表现和可能出现的危重证。如“若火熏之”是言治不得法，其结果是热极生风，风火相煽，肝风鸱张，“剧则如惊痫”；若化火灼津，筋脉失养，

肝风内动，则“时痲疯”。仲景并谆谆告诫“一逆尚引日，再逆促命期。”所有这些精辟的见解，则为后世温病学说的形成奠定了理论基础。

4、太阳风湿 太阳风湿是指痰湿质（偏于肌表）者外感风湿之邪所致的风湿袭表，营卫不调，经脉痹阻的病理状态。

痰湿体质是太阳风湿发病的体质基础。若久居湿地，冒雨涉水，加之光照不足，以致湿邪留着人体；或素质肥盛，脾失健运，水湿内停，形成外湿或内湿体质。根据“同气相求”的理论，这种体质的人每易感受风湿之邪，发为太阳风湿。

太阳风湿是指《难经·五十八难》“伤寒有五”之“湿温”，为广义伤寒之一。《金匱要略·痉湿喝病脉证治第二》“风湿相搏，一身尽疼痛，法当汗出而解，值天阴雨不止，医云此可发汗，汗之病不愈者，何也？盖发其汗，汗大出者，但风气去，湿气在，是故不愈也。若治风湿者，发其汗，但微微似欲出汗者，风湿俱去也。”不仅描述了太阳风湿的典型症状，对其发病机理也进行了阐述，认为风湿之为病，除风湿相搏，侵入人体肌表外，还与外界气候有密切关系。可见前人早就认识到了风湿之为病，常源于外感（今之溶血性链球菌感染），并受环境和气候因素的影响。

风湿为病，其病在表，以一身尽疼，身重鼻塞、身热恶寒为临床特征。治宜“但微微似欲汗出”可与麻黄加术汤。喻嘉言在《尚论篇》说“麻黄得术，则虽发汗不致多汗，术得麻黄，并可行表里之湿，下趋水道，又两相维持也。”

由于太阳人体质强壮，外邪侵袭，正气抗邪于外，交争于体表，邪气多难以入里，故太阳病每以表证为本证。太阳

伤寒、太阳中风即如此，当然太阳风湿也不例外。这就是我们选择麻黄加术汤证作为太阳风湿的道理。

太阳盛期为太阳初期的进一步发展，病位仍在太阳之表。以邪犯太阳、营卫不调、正邪斗争激烈，为其基本病理。预后多良，但若失治或误治，盛期不愈则易进入转归期，从而产生种种病理变化。

（三）转归期病理

1. 太阳伤寒 太阳伤寒的病理转化是由卫强质人的病变倾向性所决定的。既可以是卫强阳郁太过的疾病自然演变，也可以是大汗，误下等引起的“治变”。卫阳本强，不易被一般寒邪所伤。若寒邪过盛，直遏卫表，阳气郁而不伸，易致阳郁热化之病理，如桂枝二越婢一汤证、大青龙汤证病理等；若误治伤及阳气或阳气随汗而脱，则可致阳虚寒化之病理，如小青龙汤证、太阳水气证病理等。

我们对转归期种种病证的归属，多根据其病理特点分类，并未拘泥于原文中“伤寒”或“中风”字样。在《伤寒论》中，伤寒中风有时是互词，仲景并非截然分开，而实际上也不应分的如此明确。由于体质“质化”的作用，伤寒中风失治误治均可形成同一病理。如38条“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。”这里的“中风”显然是“伤寒”的互词。所以，在此提醒大家，应以辨证的观点看待问题，以免引起不必要的误解。

阳郁热化：

（1）寒邪束表，阳气初郁：《伤寒论》27条“太阳病，发热恶寒，热多寒少。……宜桂枝二越婢一汤”。即为太阳伤寒，表邪未尽，阳气佛郁化热的结果。阳气初郁，化

热不解，故曰“热多寒少”，说明此时已有轻度郁热之里证，故临床可见心烦、口渴等症。但与大青龙汤证相比，属阳郁轻浅者。仲景在方中少加甘寒清里之石膏的用意，也在于此。

(2) 寒邪束表，阳郁化热：此为在桂枝二越婢一汤证的基础上，由阳气初郁到阳气郁甚发展而成的病理阶段。包括38、39条。其主要病理是寒邪实于表，阳热郁于里，正邪交争激烈，机体反应明显。38条言太阳中风脉浮紧，39条言太阳伤寒脉浮缓，不管中风也罢，伤寒也罢！浮紧也罢，浮缓也罢，只要符合上述病机，均可认为是大青龙汤证，不必拘泥于原文大作文章。浮紧是风寒之邪外束所致，浮缓是阳郁太重，气血运行受阻使然。此外，临床还应见到：发热恶寒，身疼或重，不汗出而烦躁，或口渴等症。寒邪实于表，正邪激烈抗争，则发热恶寒身疼痛；阳热郁于里，不得宣泄，上扰胸膈故烦躁，若热邪伤津，也可兼有口渴等症。《伤寒论后条辨直解》对此认识较为客观“脉则浮紧，证则发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁，是阴寒在表，郁住阳热之气在经，而生烦热，则并扰其阴而躁，总以阳气拂郁不得越之故。此伤寒得麻黄辛热而外出，热得石膏之甘寒而内解，龙升雨降，郁热顿除矣。”

(3) 邪热壅肺：原文关于邪热壅肺的条文并不多，但在《伤寒论》中的地位以及对临床的指导意义却非常重大。因它开辟了外感疾病邪热壅肺的证治先河，其方至今仍被普遍应用。《灵枢·九针论》说“肺者，五脏六腑之盖也”，合于卫而主皮毛，故太阳之表与肺有密切的关系。表证失治误治，极易入肺化热而成邪热壅肺的病理状态。“汗出而喘无大热”是其主要临床特征。

邪热壅肺多发于体质较好的青壮年人，在伤寒体质学中属“肺郁质”。此人感邪后，初多表现为发热恶寒等表实之证，失治或发汗误下后，邪气因之入肺化热，肺阳不得敷布，肺热炽盛，宣降不利，故作喘也。汗出是里热外蒸所致，非营卫不和“汗出恶风”之桂枝证的汗出。喘也应是气喘息促，甚则鼻翼煽动或兼有痰稠色黄之热喘、实喘。无大热是指无表热或与阳明大热比较而言，并非不发热。

本病理阶段（麻杏石甘汤证）与大叶性肺炎的病理极为相似。大叶性肺炎多见于青壮年人，初期多有受寒，淋雨史；多数病人有上呼吸道感染症状，80%的病例先有恶寒甚则寒战，体温逐渐升高，伴头痛及全身肌肉酸痛等症；继则细菌在肺泡内大量繁殖，引起肺泡毛细血管扩张、充血，肺泡内水肿和浆液渗出，若病变广泛，则可引起通气障碍，缺氧而出现气急而喘。在各种肺炎的早期，常表现为伤寒表证，若及时应用解表法，特别是辛凉解表法，可一定程度的抑制细菌繁殖，从而使病情不致于进一步发展，而成典型的肺炎改变，最终表解病愈。但也有因侵入肺泡内的细菌较多，虽然采取了正确的治疗，也不能抑制其发展者，这可能与外邪的强盛、机体的反应状态有关。

这里需要指出的是，该病理阶段的发生不一定全在于失治或误治，有些疾病虽经正确的治疗，也不易遏制其发展趋势，是疾病本身固有的规律所决定的。因此，要辨证地看待《伤寒论》的误治问题。绝不能认为，若没有大汗或妄下，就不能产生某一病理状态。仲景所以强调伤寒误治这种发病方式，不应仅归咎于历史的原因，就是在今天，小儿外感误治并发肺炎者也不乏其例。

（4）热扰胸膈：热扰胸膈是伤寒发汗吐下后，引起邪

气内陷，留于胸膈的病理状态。这一病理阶段多见于“心郁质”病人。心郁质者心阳易郁而欠伸，多见于心胸比较狭窄的中年妇女。受体质“质化”的影响，这类体质的人，伤寒误治后，邪陷每易成热扰胸膈之病理状态。76条“发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊侬，栀子豉汤主之。”之所以言“虚烦”，是与有形之“实”邪相对而言，如热与痰水相结的结胸证、燥热与宿食相结的腑实证等。这里的烦是邪气内陷，心阳被郁，郁而化热，内扰胸膈的表现。突出表现为热郁而不伸，故又称“郁烦”。其轻者，心烦不得眠，其重者，必反复颠倒，心中懊侬。若误治伤及中气，则可兼气短；若胃气被热扰而上逆，则兼呕吐；若热邪壅于脏，则可兼腹满等症。

(5) 热实结胸：131条“病发于阳，而反下之，热入因作结胸，……。”由此可知，结胸多发于“阳人”。对此，我们作胸阳郁而不伸，素有痰水停聚胸膈解。病因是“反下之”而“热入”，即邪热陷于胸中之意。热入与痰水相搏，结于胸中而致热实结胸。

若病变部位广泛，几乎波及全部胸膈及心下，病人平素痰湿较盛，热入亦甚，仲景称之为“结胸热实”，则为大陷胸汤证。其临床特征为：“脉沉而紧，心下痛，按之石硬（135）；”“膈内拒痛……短气烦躁，心中懊侬……心下因硬（134）”；“无大热……但头微汗出（136）”；“不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹硬满而痛不可近者（137）”。

若病变部位局限在心下，平素痰湿停留较少，热入亦轻，故“按之则痛”，不按则不痛，属结胸病情轻浅者，则为小陷胸汤证。如138条所云“小结胸病，正在心下，按之则

痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”

另外，仲景在论中还提醒人们注意结胸禁下证和危重证。如132条“结胸证，其脉浮大者，不可下，下之则死。”133条“结胸证悉具，烦躁者亦死。”等，临床上应引起高度重视。

(6) 热痞：痞是痞满之意，在《伤寒论》中既可以是一个症状，也可以是一个独立的病名。这里所要介绍的“热痞”，是以心下痞满为主症的外感疾病过程中的特定病理阶段。其临床特点是：心下痞满，按之自濡，与结胸心下满痛，按之石硬有明显的不同。

《伤寒论》154条“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”说的就是热痞的证治。心下即胃脘，为中焦之位，属脾胃所主。脾气主升，胃气主降，是人体气机升降之枢纽。若邪陷中焦，气机必然被壅塞，故见心下痞也。关脉候中焦，中焦有热，故关脉呈现浮盛之象。热虽盛于内，然未与有形之物相结，故虽壅塞而不疼痛。由于该证是热痞轻型，临床表现也较单纯，故仅用大黄、黄连麻沸汤泡，轻清其热，痞满自消。

若在热痞的基础上兼挟卫阳虚者，也可以认为是热痞的进一步演变所致，亦属热痞范畴。但病理机制有异，故其证也有别：前者为大黄黄连泻心汤证，后者属附子泻心汤证。155条“心下痞，而复恶寒、汗出者，附子泻心汤主之。”恶寒汗出不是表邪未解之恶寒汗出，而是阳虚卫外不固所致，故只需在大黄黄连泻心汤的基础上少加附子，以扶阳消痞。

关于附子泻心汤的治疗作用和煎服方法，《伤寒贯珠集》所云最是“按此证，邪热有余而正阳不足，设治邪而遗正，则恶寒益甚，若补阳而遗热，则痞满愈增。此方寒热补

泻并投互治，诚不得已之苦心，然使无法以制之，鲜不混而无功矣。方以麻沸渍寒药，别煮附子取汁，合和与服，则寒热异其气，生熟异其性，药虽同行，而功则各奏，乃先圣之妙用也。”

(7) 气热津伤：《伤寒论》168条“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。”指的就是太阳表邪，误治入里的气热津伤病理状态。一提到白虎汤证或白虎加人参汤证，有人会说这不是太阳病，而是典型的阳明病，我们认为不尽然。为什么仲景不把白虎汤证、白虎加人参汤证全写入阳明篇？而将之写入太阳篇，如168条、169条、170条、176条等，这不能不引起人们的深思。在科学技术高度发展的今天，不能再犯形而上学的错误，而应辨证地、科学地看待这个问题。

太阳体质中“胃郁质”是产生这一病理状态的内在因素。这种体质胃阳素盛，生理机能亢进，应激反应强烈，病理状态下易化燥生热。此人感受外邪可先导致太阳伤寒的病理状态，若误治吐下，使机体的适应性反应发生障碍，内环境紊乱，机能更加亢进，产热增加而表现为发热甚至是高热。里热蒸腾，热邪伤津耗气，故伴有烦渴欲饮等症。《伤寒论辨证广注》说：“时时恶风者，乃热极汗出，不能收摄，腠理疏，以故时时恶风。里热，则胃腑中燥热，以故大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升。此因吐下后，胃气虚，内亡津液，以致燥渴甚极也。”

(8) 燥热腑实：该病理状态以《伤寒论》29条“伤寒脉浮，……若胃气不和谵语者，少与调胃承气汤……。”为据，又以临床确见为实所列。

伤寒误治后易传为燥热腑实者，多见于肠厚质人。这种体质的人肠道传化糟粕功能迟缓，且阳热偏盛，易化燥生热，加之大汗阴液更伤，促使了燥热腑实病理状态的形成。症见蒸蒸发热不恶寒、心烦、谵语、不大便。为燥热腑实初结，大汤壅滞不通所致。因尚未形成大实大坚之大承气汤证的病理阶段，故少与调胃承气汤，泻热和胃即可痊愈。

(9) 太阳淤热：太阳淤热以“太阳随经，淤热在里”，热邪与淤血相搏于下焦，结于少腹为基本病理。106条所谓的“热结膀胱”，泛指下焦少腹部位，包括膀胱、胞宫、回肠等脏器。《伤寒溯源集》言之有理“注家血蓄膀胱之说，恐尤为不经。愚谓仲景之意，盖以太阳在经之表邪未解，故热邪随经，内入于腑，而淤热结于膀胱，则热在下焦，血受煎迫，故溢入回肠其所不能自下者，蓄积于少腹而急结也。”所以我们认为，那种以太阳之腑膀胱为主要病变部位的腑证称谓和以单纯强调蓄血的蓄血证称谓，均不妥当。

太阳淤热病理的形成，一般有两种途径：一是患者下焦素有淤血，由于淤血对邪热的相呼作用，太阳表邪很快入里化热，与淤血相结；二是“太阳病，六七日表证仍在”，日久“太阳随经”入里化热，血受煎熬，溢于脉外，淤血乃生，热与淤结，淤热乃成。该病理反映于临床则以“其人如狂”，少腹急结或硬满，“小便自利”为特征。心主血脉，又主神志，邪热与淤血互结，上扰心神，故神志错乱，“其人如狂”；正如《内经》所言“血在上善忘，血在下如狂”；又肝主谋虑，其脉布胁肋，过少腹，故淤热结于少腹，不得外越，循经上扰，肝失谋虑，情志无主，亦致如狂。淤热搏结下焦，故少腹急结硬满。小便自利是邪在少腹而非膀胱的重要佐证，仲景在142条、125条、126条三次指出，更说明其

重要性。

以上可视为伤寒之后，寒邪束闭，阳郁热化的不同病理阶段，大体上反映了热邪由浅入深，病位由表及里、由上及下的传变规律。伤寒不解，肌表被束，病至阳气初郁；病情进一步发展，阳气郁甚，不得宣泄而致寒邪束表，阳郁化热之病理阶段；若病情再进一步发展，外邪得解，里热已成，而致邪热壅肺和热扰胸膈之病理阶段，二者病位均在上焦，但前者在肺，后者在心。实热结胸涉及全部胸膈及心下，病有逐渐从上焦传入中焦之势；气热津伤和燥热腑实为病入中焦，导致的里热炽盛，腑实不通之病理状态。若邪热继续深入，与下焦淤血相搏，则病至下焦，淤热内结。当然，临床上并不全按上述传变规律传变，更多的是“质化”所致，即不同体质，感邪一样，始病相同，但失治或误治以后的病理变化则因“质”而异。

阳伤寒化：

(1) 内饮外寒：此为素有内饮宿疾，阳气偏弱者，外感风寒，外寒引动内饮的病理状态。其关键是“心下有水气”，并以此为内饮外寒的病理基础。由40条“干呕，发热而咳，或渴，或利，……或喘”、41条“咳而微喘”可知咳喘并见为该病理状态反映于外的主症。盖其人素有内饮宿疾，又被风寒之邪外束，外寒内饮相互搏击，上逆于肺，肺失宣降，则咳嗽气喘；水饮停于心下，干犯胃腑故令干呕。水饮为患，随气机升降，所到之处，皆可为病，故常伴有许多或然症。若水饮趋于肠道则下利；蓄于下焦，气化失职则小便不利。饮证一般不渴，若水饮内停，气不化津，亦有口渴之象，但其口渴特点是渴不欲饮或喜热饮。

该病理状态为临床所常见，与慢性支气管炎、支气管哮

喘等疾病的病理机制极为相似。现代研究表明，慢性支气管炎、支气管哮喘患者都有脾肺气虚的表现。脾主运化水液，肺主通调水道。若脾虚不能运化水液，肺虚不能通调水道，则水液内停宿而为饮。又因脾肺气虚者，机体的细胞免疫和体液免疫功能均低于正常人，增加了比正常人更多的感邪发病机会。因此，我们要紧紧抓住素有内饮宿疾，每遇寒邪易于发病这一特点，以明确病理机制，做到施治无误。

(2) 寒实结胸：《伤寒论》141条“寒实结胸，无热证者，与三物小白散。”本条既以结胸命名，必有结胸之症，如胸胁或心下硬满而痛，或大便不通等；既云寒实，必无口渴、心烦等热证。寒实结胸与热实结胸的发病有明显的不同，前者多发于素体胸阳不足，胸胁部位有寒痰停饮者，或以冷水喂灌之，或感受外邪，病从寒化，痰饮冷结凝聚于胸膈，而为寒实结胸。胸阳不足，又有寒饮内结，则胸阳运行不畅，气机不利，故可伴见畏寒喜暖、喘咳气逆等症。治宜温寒逐饮、涤痰破结，与三物小白散。

(3) 胃虚气逆：《伤寒论》161条明确指出了导致胃虚气逆病理状态的原因，即“伤寒发汗，若吐，若下”。太阳伤寒，其病在表，若汗不得法，或经吐下之误，伤及脾胃之气，表邪虽解，里证已成，突出表现为“心下痞硬，噎气不除。”脾胃气虚为其主要病理。脾胃气虚，不能运化水湿，水湿停聚，痰饮内阻，故心下痞硬；胃虚不降，气逆而上，则噎气不除。从仲景所用方药旋复花、代赭石以及人参、甘草之用也可看出，该方正是为脾胃气虚、气逆于上的病理而立。另外，还有人认为，该病理在于脾胃不和，肝气上逆，在临床上也屡次应验。如周氏首选本方大量应用于耳源性眩晕⁽²⁾、冯氏应用本方治疗痰饮眩晕⁽³⁾等，均取得满意疗

效。

(4) 脾虚饮停：《素问·经脉别论》说“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺。”《厥论》又说“脾主胃，行其津液者也。”这说明脾具有运化、输布水谷精微的功能。《宣明五气篇》说“脾恶湿”，《至真要大论》又说“诸湿肿满，皆属于脾”，说明水湿与脾有密切的关系。若脾胃气虚，脾阳不足，不能温化水湿，水湿停聚而为水饮；反之，水饮为邪，亦易伤脾。诸如脾病水饮，水饮伤脾的情况，在《伤寒论》中并不少见，如桂枝去桂加茯苓白术汤证、茯苓甘草汤证、苓桂术甘汤证等，而以苓桂术甘汤证为典型代表。仲景在67条列举了其主要的临床表现：“心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧。”

患者素体脾气欠健，伤寒若吐若下，必先伤脾，脾阳受挫，则水湿不化停而为饮。水饮停聚则心下逆满；水饮上凌则气上冲胸；阳虚不能升于上，清窍被水饮蒙闭，故起则头眩。脉沉主水，紧主寒，是寒凝水饮不化的反应。治疗当以“温药和之”，用苓桂术甘汤。若继续误治，如发汗等，脾阳更伤，损及肾阳，可进一步发展而致阳虚水泛之病理。

(5) 太阳水气：太阳水气是指膀胱气化不利，水道失调，水液代谢发生障碍引起的病理状态。因为是水液代谢发生障碍，即水气为患，所以我们称之为“太阳水气”。该病理状态在历代医籍中均称“蓄水”，对于这个问题在此暂不讨论。

该病理状态在《伤寒论》中可视为太阳伤寒失治或误治，进一步演变所致。太阳水气的产生与病人的体质有密切关系，很大程度上取决于体质发病的倾向性。太阳人水气质，膀胱气化功能欠佳，三焦水道欠畅，所以外邪直中，易

随经入里，首先波及膀胱和三焦水道，影响水液代谢，形成太阳水气。临床所见“脉浮，小便不利，微热消渴”，或烦，或少腹拘急，甚则水入即吐等症，多为太阳水气的表现。

外邪直中太阳之表，虽汗但不得法，故仍见脉浮，身有微热等表邪未解之症；外邪随经入里波及膀胱，气化不利，故小便不利；正津不布，则渴欲饮水，水停下焦故少腹里急；若内停之水较重，上犯胃腑，胃失和降，可形成“水入即吐”的“水逆”证。

临床上，有慢性肾炎或慢性肾盂肾炎病史的人，肾和膀胱的气化功能较正常人为弱，罹患上感或其他疾病，常易致其急性发作。这与太阳水气的病理机制大有相似之处。有慢性肾脏病史的患者，平素肾气不足，膀胱气化功能偏弱，卫外力较差，内环境不稳定，外邪中表极易随经入里，达腑及肾，进一步削弱其气化功能，从而出现尿少（小便不利）、浮肿等症。致于太阳水气的病理状态是否与有无慢性肾脏病史有关，还有待进一步研究。

（6）阳虚水泛：阳虚水泛的病理状态是素体肾阳不足或太阳伤寒误治伤阳及肾，水气内泛所致，为太阳伤寒传变的后期病理阶段。一方面肾为先天之本，内藏真阴真阳，真阳即肾阳。今肾阳本虚，为伤寒体质中最差者，卫外力和自和力均差，内环境极不稳定，化水功能低下，发病后易从虚化、寒化。另一方面病程较长，一般初伤寒邪，误治多先伤胸阳，次伤中阳，最后才损及肾阳，是疾病发展到一定程度的结果。如67条本是脾胃阳虚、水饮内停之苓桂术甘汤证，若再发汗动经，必致“身为振振摇”的阳虚水泛病理状态。

82条“太阳病，发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之。”仍发热

不是表热，而是虚阳外越之热，柯琴谓“肾火上炎”亦可参。阳虚不能化水，水气泛滥，上逆凌心则心下悸；上犯清阳则头眩。《素问·生气通天论》说“阳气者，精则养神，柔则养筋”。今病阳虚不能温养筋脉，加之寒水之邪浸渍，故身瞤动、振振欲擗地。另外，临床还应兼有小便不利等症，所以柯琴说“要知小便自利，心下不悸，便非真武汤证（《伤寒来苏集》）。”

（7）阳虚里寒：阳虚里寒病理状态的产生在《伤寒论》太阳篇中有两种情况：一是病人伤于外寒，得太阳表证，本应先解表，医反下之，或重发汗，阳气大伤，病由外寒转化为阳虚内寒，如61条、91条。61条是汗下后内外阳气大虚，阴寒独盛，虚阳被阴寒所逼，阴阳相争，而出现的“昼日烦躁不得眠，夜而安静”的病证；91条则是汗下伤阳，脾肾阳虚的下利清谷证。二是患者素体阳气偏弱，感受外邪，失治或误治，导致肾阳衰微，阴寒内盛之病理，如29条、92条等。29条是阴阳两虚感受外邪所致的正虚邪侵之病理。若不顾其虚，而单以桂枝汤发汗解表，则犯虚虚之戒，使阳亡于外，阴盛于内，出现厥逆烦躁证；92条则是典型的阳虚外感的自变证。不论是阳气本虚，感受外寒后演变的病理状态，还是误治伤阳引起的病理状态，均应根据中医治病求本的原则，先救其里。仲景在91、92条两次指出“急当救里，”可谓是辨伤寒表里先后治法的准则。

2. 太阳中风

太阳中风失治或误治后引起的种种病理变化，主要是由营弱质人的病变倾向性所决定的。

（1）喘家外寒：《伤寒论》18条“喘家作，桂枝加厚朴、杏子佳。”这里的“喘家”是指素有喘疾的病人；“喘

家作”是指宿疾复发。造成喘家外寒病理的原因是多方面的：一是外感风寒之邪。可因呼吸病毒、细菌、真菌等感染，促发或加重了喘息发作（18）。二是接触机体反应敏感物质而诱发，如尘土、花粉等。由于历史的局限，仲师没有认识到这一点，今补述于此。三是药物性因素，如误下等。病人感受风寒之邪仅表现为太阳表证，并没有作喘，汗解是其正治，若误用下法，邪陷于肺，肺气上逆，喘促发作，43条即是。四是精神或其他因素也可导致喘家发作，这应是杂病讨论的范围，此不赘述。

仲景既言“喘家作（18）”，又言“太阳病，下之微喘，表未解故也（43）”，说明病人既有肺失宣降的病理存在，当见气逆喘促之症；又有外邪束表，营卫不调的病理存在，当见头痛发热、汗出恶风，脉象浮缓等症。关于治疗黄元御说“平素喘家，胃逆肺阻，作桂枝汤解表，宜加朴、杏降逆破壅也。”

（2）悬饮：悬饮是水饮停聚胸胁，以其既不全在胸腔，也不全在腹腔，故曰悬饮。患者素有痰湿、水饮停于胸胁，得太阳中风，外邪引动内饮，水饮为患，结于胸胁。其临床表现，如152条所述“其人漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕，短气，汗出不恶寒。”饮为有形之邪，停结于胸胁之间，以致胸阳被遏，气机壅滞，故有心下痞硬满，牵引胸胁疼痛的特点。饮在胸胁，肺气不利，所以呼吸短气；肺合皮毛，因肺气不利，毛窍开合失常或饮邪欲作汗外解，故漉漉汗出。由于正邪相争，故发作有时。饮逆于胃则干呕，下趋大肠则下利，上攻则头痛等，都是水饮内结，走窜上下，充斥内外，泛滥周身的病理反映。

仲景立十枣汤，顾护胃气，攻逐水饮，是其治也。

(3) 阳虚失摄：中风患者本腠理疏松，阳浮欲外，稍纵即逝，治若不是“遍身皜皜，微似有汗”，而是“如水流漓”之大汗，其结果必致阳随汗泄、津随汗脱。阳气（主指卫阳）既虚，腠理疏松，固摄失司，为漏汗不止的主要病理。根据原文（20）临床尚兼恶风、小便难、四肢微急、难以屈伸等症。阳气虚弱，特别是卫阳虚弱，不能为阴之守，阴津遂泄于外，故漏汗不止；阳虚不能化气，更有汗出过多，津液耗伤，故小便难；四肢为诸阳之本，阳虚不足以温煦，津伤不足以濡养，则四肢微急，难以屈伸。

成无己《注解伤寒论》言该病理的成因最是“太阳病因发汗，遂漏不止恶风者，为阳气不足。因发汗阳气亦虚，而皮肤不固也；小便难者，汗出亡津液，阳气虚弱不能施化；四肢微急，难以屈伸者，亡阳而脱液也；与桂枝加附子汤，以温经复阳。”

关于桂枝加附子汤的治疗原理，陆渊雷有一精辟的论述“津伤而阳亡者，其津自能再生，阳亡而津不伤者，其津亦无后继，是以良工治病，不患津之伤，而患阳之亡。阳明病之津液干枯，津伤而阳不亡也，撤其热则津自复，少阴病之津液干枯，阳亡而津不继也，回其阳则津自生。……桂枝加附子汤之证，伤津兼亡阳也，仲景则回其阳而已，不养其津，学者当深长思之（《伤寒论今释》）”。

(4) 营虚失荣：《伤寒论》62条“发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。”身疼痛是太阳病较为常见的症状，每随汗解而失，今发汗后，身痛犹存者，缘发汗太多，损伤营气，经脉失养也。脉沉迟者，更能揭示营阴受伤的病理存在。如《内经》曰“其脉沉者，营气微也”，又曰“迟者，营气不足，血少故也。”可

见营虚失荣是指营阴亏虚，筋脉失养的病理状态。

另外，芍药甘草汤证也是营阴不足的病理反映，见于29条。该条说的是阴阳两虚之人感受外邪，病“脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急。”治之若不考虑正气之虚，单以桂枝汤发汗解表，则犯虚虚之戒，是为误治。故曰“得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸。”可见上述诸症中的“脚挛急”当为芍药甘草汤证的主症，以营阴不足，经脉失于濡润为病理基础。只因误治阳虚为急，所以先投以甘草干姜汤以复其阳；待阳回厥愈足温之后，再与芍药甘草汤酸甘化阴，滋阴补血，使筋脉得以濡养，挛急得以缓解，其脚即伸。

(5) 营卫两虚：《伤寒论》68条“发汗病不解，反恶寒者，虚故也。芍药甘草附子汤主之。”“虚故也”即概括了本病的病理特点。这里的“发汗病不解”并不是表不解，而是病情有变，或者是出现了新的病理变化，或者是原有的症状有所加剧。本条叙证甚简，以方测证，知其病理当为营卫两虚。卫阳虚，不能温煦肌表，故恶寒（畏寒）反剧；营阴虚，筋脉失于濡养，则可见脚挛急（参见29条）。成无己说“今发汗病且不解，又反恶寒者，营卫俱虚也。汗出营虚，恶寒则卫虚，与芍药甘草附子汤以补营卫。”

(6) 心阳初伤：这是“发汗过多”，损伤心阳的病理状态。因患者属“阳浮阴弱”体质，卫阳欲虚，若发汗过多，汗为心液，心阳必随液外泄，以致心阳不足，空虚无主，故心下悸。“其人叉手自冒心”者，是病人两手交叉按其胸部，温复其阳，以求心安也。75条说“未持脉时，病人手叉自冒心。师因教试令咳，而不咳者，此必两耳聋无闻也。所

以然者，以重发汗，虚故如此。”此条是告诫后学者，汗后心阳被伤，不但可以出现心悸等症，而且也可出现耳聋等症。所以然者，是重发汗阳气虚损故也。示人设当汗时，不可太过之意。

(7) 心阳虚甚：上叙病理为汗后心阳初伤，病情尚轻，以心悸为主症。此为心阳虚甚，病情较重的病理状态，以烦躁为主症，是心阳初伤的进一步发展。烦躁反映了心阳虚浮，神无所依，心神浮越的病理机制。仲景在118条中列举了桂枝甘草龙牡汤证的病因，如烧针下之等。我们认为《伤寒论》的内容，在一定意义上，可视为一部病例的记载。对某证的治疗，有时只略举几例加以说明，118条即是。在临床上火疗，下之以外的各种原因所致的心悸，只要病理机制一样，即心阳虚甚所致，均可尊仲景之法治之。

(8) 心之阴阳两虚：从177条原文可以看出，炙甘草汤证的主症为“脉结代，心动悸”。结代两脉的特征都是脉的搏动间有歇止，是心跳不能依次而续的结果，也就是现代医学的心律失常。有人在分析脉结代，心动悸的病理时说：炙甘草汤，在仲景《伤寒论》治“伤寒，脉结代，心动悸”。脉何以结代？此证因平日血气衰微，血液不能充盈脉管，更有病邪阻滞，而心脏又无力激动血脉，则其脉搏动不能依次而前，所以现结代之脉。心何以动悸？悸即心动，即虚里部位跳动不安，营血既亏，心无所养，真气以馁，则都城震惊，脏神不宁，所以现心动悸之证。”^{〔4〕}

由上论述可以得出，该证的基本病理应是心之阴阳俱虚，气之与血皆衰。仲景将之列于太阳篇最后，似在暗示人们，此为太阳病历经各种误治传变，终成阴阳气血俱虚之重候，为太阳病之最后病理阶段。究其成因是多方面的，但在

《伤寒论》中不外有三：一是体质较差，平素阴阳俱弱，气血不足，感邪之后，自表入里，更伤心阴心阳；二是患者素有痰湿或淤血，心之经脉欠畅（如有风心、冠心病史者），若感外邪，则极易与痰湿或淤血相凝结，心之经脉阻滞，气血不能正常达心养心，其结果实与气血衰微者相同也（这种情况主要见于太阳风湿中的心痹）；三是过汗、误下或火疗心阳被伤，损及心阴，而致心阴心阳俱虚。如桂枝甘草龙牡汤证，发汗或下后，心阳已伤，又行烧针，火热熏蒸，必伤阴津，此时若不及时回阳生津，而是一误再误，则更伤心阳，心阴也虚，终成心之阴阳俱虚的病理阶段。

（9）脾虚营亏：尤在泾《伤寒贯珠集》为102条注释“伤寒里虚则悸，邪扰则烦。二三日悸而烦者，正虚不足，而邪欲入内也，是不可攻其邪，但与小建中汤，温养中气，中气立则邪自解。”可见尤氏早已意识到该病理的形成是患者里气素虚，邪气内侵的缘故。此种体质者里气虚弱，中焦偏寒，心脾不足，气血双弱，卫外力稍弱，易被邪扰，感邪极易传里，故伤寒才二三日，就心中悸而烦。另外，小建中汤证还应包括100条的内容“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤……。”这里的：腹中急痛也是中焦虚寒，营血不足，失于濡养的病理反映。

综上102、100条所述，不难看出“里虚”是以脾虚为主，多呈心脾两虚。因心主营血，故其总病理为脾虚营亏。我们认为，以“脾虚营亏”比以“里虚”述之，应该说更加确切。时代的进步也不允许我们对已经清楚的东西，再含糊其辞。

（10）协热下利：《伤寒论》34条“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止。……喘而汗出者，葛根芩连汤主之。”

“太阳病，桂枝证”指中风邪在体表，当汗不当下，若“医反下之”必致“利遂不止”。这是讲的协热下利的成因。

“协热下利”多发于大肠湿盛之人。此人伤于外邪，而反下之，邪气内陷化热，与大肠内湿蕴结，湿热协迫，大肠传导失职，故下利不止。肺与大肠相表里，里热盛于肠，必上迫于肺，以致肺失宣降，故兼见喘而汗出。可见，大肠湿盛体质为导致协热下利的内因。

葛根芩连汤即针对协热下利之病理而设。该方不仅是治疗热性泻泄的祖方，而且用治细菌性痢疾也常作为主方化裁。痢疾杆菌在常温耐潮湿力特强，侵入人体后发为急性细菌性痢疾，其发病的前驱期症状与仲景描述的有相似之处。或者说，误治伤及了人体的正气，机体抵抗力下降，细菌乘虚而入，这也许是伤寒发病当中的“邪陷”。另外，单从痢疾杆菌耐潮湿力特强这一点来看，认为该病理的形成与大肠湿盛体质有关，并不是毫无道理的主观臆断。

3. 太阳风热

太阳风热失治或误治后常可引起不同的病理变化。主要表现为以下几种病理状态。

(1) 邪热壅肺：肺主气，司呼吸，合皮毛，与天气相通，故温热之邪侵人人体的，最易犯肺。叶氏得仲景之启示，故于《叶香岩外感热病篇》中说“温邪上受，首先犯肺，逆传心包，肺主气属卫，心主血属营。”风热之邪直中人体，若不及时辛凉清解，而用辛温发汗或过早通下，使邪热内陷于肺，肺卫被郁，肺热壅盛，乃至邪热壅肺之病理状态。热壅于肺，肺失宣降，则可出现“汗出而喘”等症。该病理在《伤寒论》中为太阳风热首传所致，在温病卫气营血辨证中属卫分病理阶段，或卫气同病。在临床实践中应互相参照。

(2) 气热炽盛：气热炽盛是指气分邪热蒸腾，里热炽盛的病理状态。在《伤寒论》有关的医籍中，多归属于阳明经证病理，在温病中属典型的气分阶段。太阳风热演变的气热炽盛病理，成因有二：一是胃阳素盛体质，感受阳热之邪，“同气相求”，直中气分；二是病至邪热壅肺，若失治或误治，邪热由上焦肺卫逐渐深入中焦而致气热炽盛。我们从对《伤寒论》各条文的分析和研究中，发现了导致该病理阶段的原因，可谓是对《伤寒论》研究的新贡献。

(3) 热入营血：热入营血是指邪热由表或气分进入营血的病理状态。《伤寒论》202条“阳明病，口燥但欲漱水，不欲咽者，此必衄。”这是气热不解，深入血分的真实写照。所以喻嘉言在《尚论篇》说“以漱水不欲咽，知邪入血分。”盖血属阴，其性濡润，血被热蒸，荣气上潮，所以口燥但不欲饮。荣气通于心，热邪逆传心包，则可出现神明被扰的神昏谵语等症；火热炽盛，迫血妄行，故有“必衄”等出血表现。关于热入营血的治疗，可按《温病条辨》“阳明温病，舌黄燥，肉色绛，不渴者，邪在血分，清营汤主之。”

由上不难看出，太阳风热及其传变，基本上具备了卫气营血辨证的初步框架。也许是仲景的用意没有被历代医家所发现，也许是我们这样认识有些牵强附会，但不可否认，仲景在其大论中确实涉及了这些内容，而这些内容又是卫气营血辨证的基本内容。故大多数学者一致认为，《伤寒论》是后世温病学的渊源和理论基础。实际上，仲景也是卫气营血辨证的真正开拓者，只是叶氏学说比仲景更加完善和充实罢了。对仲景学说的这些见解，与其说是我们先认识，倒不如说源于叶氏。叶氏不仅早已发现，并将之补充完善，发扬光大，形成了独立于伤寒之外的一门新学说——温病学。

4. 太阳风湿

风湿之邪为患，易沿着体表、肌肉、关节、经络、脏腑的次序传变，故太阳风湿失治或误治容易导致以下几种病理状态。

(1) 风湿热痹：风湿热痹是指风湿内侵，留着筋脉、关节，痹阻不通，郁而化热的病理状态。《金匱要略·痿湿喝病脉证治》云“病者一身尽疼，发热日晡所剧者，名风湿。此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致也，可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。”病者由于汗出伤风，或久伤取冷而致风湿之邪侵入肌表，此时可以麻黄加术汤微微取汗而愈。若治疗不当或失治误治，风湿之邪随之内侵，留着于肌肉、筋骨，关节，故“病者一身尽痛”；表邪已去，阳被湿郁而化热，故发热日晡所剧。

从以上症状结合现代医学知识，不难发现：从太阳风湿（麻黄加术汤证）到风湿热痹（麻杏苡甘汤证）的病理转变基本上符合风湿热的发病规律。此时若对其进行实验检查，血沉、抗“O”等或许高于常人，则可说明疾病已由急性感染（溶血性链球菌）期进入急性风湿热期。

(2) 风湿寒痹：风湿寒痹是指风湿内侵，留着筋脉、关节，痹阻不通，湿伤阳气的病理状态。风湿之邪侵袭人体肌表，若留着下去，内侵关节，阳被湿郁，痹阻不通，湿为阴邪，损伤阳气，病从寒化，以致风湿寒痹。风性善行而数变，故身体疼烦，游走不定；湿性重着粘滞，得之则身重不得自转侧；寒性凝滞，闭阻气血，不通则痛，故骨节掣痛不得屈伸。《伤寒论》174条、175条即是论述风湿寒痹的证治。

(3) 心痹：心痹是指风湿内侵，耗伤气血，痹阻心脉的

病理状态。心痹之称首见于《素问·痹论》“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘……厥气上则恐。”今之风湿性心肌炎，风心病患者多见心悸、气喘、心烦易恐、心下鼓等症，是属心痹范畴。近代医家秦伯未在《内经类证》中指出“《内经》痹病包括两种：一种指肌肉筋骨疼痛麻木，一种指脏腑机能障碍，近来大多注意前面一种而忽视了后一种。”为了避免有失偏颇，我们以《内经》为依据，结合现代学术的最新动态，在不违背仲景原意的基础上，在此阐述心痹病理，希望能给后学者以新的启发。

风湿相搏，侵入人体，痹阻营卫气血，日久则脏气受损，或复感外邪，内侵犯心，引起心脏功能障碍，发为心痹。这里的心痹主要是指“脉结代，心动悸”的炙甘草汤证之病理状态。脉结代、心动悸实际上是心脏舒缩不能连续而至的心律失常，如室早、房颤等。临床上多见于风心病、冠心病、心肌病等。风湿之邪久客千里，搏及心脉，湿着淤生，痹阻心脉，气血运行不畅，心失所养，或反复感邪，心气被耗，终至心搏不能接续而至，突出表现为心动悸、脉结代。不论是伤寒误治损伤心阴心阳，还是心脉痹阻，都表现为心脏功能障碍，故皆可用炙甘草汤阴阳并补，气血双调，从而达到改善心脏营养，纠正心律失常，提高心脏功能之目的。

此外，仲景将炙甘草汤证列于“风湿相搏”的桂枝附子汤证和甘草附子汤证之后，是否在暗示人们：本证可由风湿所致？这或许是我们的猜想，但仲师将太阳风湿三证与炙甘草汤证放在一起论述，并不是偶然的，必有其临床依据。在基层工作的医务人员常可见到看似健壮，但已罹“风心”多年的病例，但患者并无多大痛苦，只是偶感心悸、短气，多

有关节疼痛病史。仲师可能本此而将炙甘草汤证列于风湿三证之后。

从疾病初起的太阳风湿到疾病后期的心痹，其间始终贯彻了汗出当风，或久伤取冷等感受外邪这一主题，只不过这里的外邪不是寒邪，而是风湿之邪罢了。这与前面所述的伤寒概念并不矛盾，而是相一致的。

二、阳明病理

阳明之人，阳气偏盛，津液偏欠，耐寒不耐热，是阳明病的发病基础。

“阳明居中主土，万物所归。”说明阳明病的形成是多原因的，但归纳起来不外以下三个方面：一是病者阳气素亢，各种因素作用于人体而导致阳明体质“失和”或初感外邪即迅速化热，表现为以阳热亢盛为主的阳明病；二是所感病邪较重，超过了阳明人防御能力所能允许的限度，而直发为阳明病；三是太阳病或少阳病失治误治，耗伤津液，化燥化热，因而转入阳明（本书将此归属于原发病的变证范畴，故在阳明病理中不作讨论）。

阳明人为多气多血之人，生理机能亢进，对外来刺激的反应强烈，外邪一旦作用于人体，机体各系统就会立即作出反应，正邪交争激烈，表现为高热烦渴，面赤气粗、汗多烦躁、尿赤便结、舌红苔黄，脉搏增快等，即阳明病。临床上乙脑、流脑、败血症等疾病，均可归属于阳明病范畴。

仲景以“胃家实”言简意赅地概括了阳明病的病理。《伤寒论》180条“阳明之为病，胃家实是也。”《灵枢·本输篇》说“大肠小肠皆属于胃。”可见，这里的“胃家”是泛指胃和肠道而言；“实”是指邪盛之意，并不是特指胃肠燥结之实。盖阳明气血俱盛，又遇邪气也烈，相争必然剧

烈，所以阳明病每多出现阳热极盛的症候。如182条“问曰：阳明外证云何？答曰：身热、汗自出，不恶寒反恶热也。”

阳明病初期、盛期、转归期的病理各有特点，兹分述如下。

（一）初期病理

阳明初期病理是指阳明人初感外邪引起的始发病理状态。仲景以问答的形式描述了其临床特征和形成原因：“问曰：病有得之一日，不发热而恶寒者，何也？答曰：虽得之一日，恶寒将自罢，即自汗出而恶热也（183）。”“问曰：恶寒何故自罢？答曰：阳明居中主土也，万物所归，无所复传。始虽恶寒，二日自止，此为阳明病也（184）。”外邪初犯人体，阳气一时被郁，机体正气尚未全面动员并与之抗争，故表现为不发热而恶寒也。然阳明人体质较强，正气旺盛，一旦层层动员并奋起与外邪抗争，即会反映出阳明热盛的本质，故恶寒时间较为短暂，且程度也很轻微。

由上论述可知，邪犯阳明，里热初盛为阳明病初期的基本病理。由于该病理阶段持续时间较短，病势发展迅速，有时尚未作出诊断，就已进入阳热亢盛的极期；其次即使施行正确的治疗也未必能扼制住病势的发展，因为这是由阳明体质的机能状态所决定的，是大势所趋，故不宜急着采取治疗措施。

（二）盛期病理

1. 邪热扰膈：邪热扰膈是指阳明病邪不解，入里化热，内扰胸膈的病理状态。柯琴认为，阳明以胸中为表，胸中又属上焦，因此邪热扰膈为阳明病的卫分阶段或邪热初入上焦的阳明轻浅病理阶段。《伤寒论》221条“阳明病，脉浮而紧，咽燥，口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒反恶热，身

重。……若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊恼，舌上苔者，栀子豉汤主之。”脉浮而紧为外邪初入上焦胸中之表的见证；发热汗出，咽燥为热邪尚未入主中焦气分，是大热、大汗、大渴之轻者；腹满亦可认为是腑实腹胀的轻证。此时应及时用银翘散或栀子豉汤类治疗，若误用下法，而致胃中空虚，必不利于邪热外解，而更郁于胸中，热动心膈，则心中懊恼也。

2. 阳明气热：阳明气热为阳明病全盛时期的病理反应，是指外邪直中阳明之体所致的阳明气分邪热炽盛，津液初伤的病理状态。多发于胃强质人。这种体质的人胃阳素旺，易感阳热之邪，感邪易从热化，是病至阳明气热的内因。但是，外邪为致病的外因，同样应受到重视。

“热结在里，表里俱热”是仲景对其病理的深刻认识。这里的“表里”泛指全身，有“表里内外上下”之意，表明在与外邪的抗争过程中，全身表里内外上下无不奋起与之抗衡。一方面外邪侵入人体，机体紧急动员各种防御机能进行抵抗——垂体、肾上腺皮质系统，交感、肾上腺髓质系统活动显著增强，其它应激装置如甲状腺也处于兴奋状态，能量代谢增高，产热增加，提高心率和心搏出量，呼吸加快，血管扩张，血流加速，病灶处大量炎性细胞浸润，急性渗出性炎症明显，即正邪斗争激烈；另一方面，病原体选择性引起器官组织损伤和功能障碍，释放出的毒素引起机体一系列的病变，即“壮火食气”，所以症见面赤气粗，大热汗出，烦渴引饮，脉象洪大滑数。

3. 阳明腑实：阳明腑实是指邪气入里，化热化燥，燥屎搏结，腑气不通的病理状态。肠厚体质为其病理基础。这种体质的人，大肠腐败发酵功能亢进，而传送糟粕功能迟缓，

常几日不大便，有感邪后病发阳明腑实的倾向。故若此人感受外邪，直中手里，化热化燥，与肠中宿食糟粕相搏结，每每形成痞满燥实之病理。

阳明腑实病理反映于外的主要表现为“日晡所发潮热”、“手足濇然汗出”、脐腹胀满疼痛拒按、大便秘结、甚有“燥屎”或热结旁流、舌苔黄燥、脉象沉实有力。若邪热上逆，扰乱神明，还可出现神昏谵语，“如见鬼状”，烦躁不寐，甚至惊痫瘈瘲，循衣摸床，两目直视等危候；若肠中“本有淤血”，热与淤血相搏，则可形成淤热相搏的病理状态。

现代医学研究表明，阳明腑实是以胃肠功能障碍为特征，机体强烈应激，全身功能亢奋，产热过剩的一种病理反应状态。便秘同肠道的发酵腐败功能亢进，产热过多，失水有密切关系。恶热、日晡潮热说明机体热量过剩，代谢增多，体温调节中枢和体表血管舒缩功能紊乱。烦躁谵妄为神经中枢兴奋。脉实有力为心血管机能亢进。对于阳明腑实的病理状态，不应仅看成肠道本身的功能障碍，而是机体反应性多种因素变化的综合结果。在观察其病理演变过程时，要始终将便秘与全身的整体变化有机地结合起来，以便把握疾病的本质，做到辨证准确，施治无误。

阳明腑实由于轻重程度的差异可分为三种情况：一是痞满燥实结俱重者，以其肠厚体质最盛，感邪最重，为阳明腑实病理的典型代表。究其病理机制，缘于肠中干燥，有宿食糟粕停滞，实热壅结于里，并与之相搏，结为燥屎，阻塞于胃肠，气血运行不畅。此时可见潮热、谵语、手足汗出、便秘或有燥屎五六枚，腹满而痛等症，方用大承气汤峻下热结。二是痞满为重，燥实结聚尚轻或初成者。其肠中津少干

燥，里热炽盛，与宿食相结未甚，大便初硬，但燥屎未成，以腑气不通，燥热内扰，痞塞壅满为主。故仲景常少与小承气汤之法来试探腹中是否已有燥屎形成。如209条“汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也”。三是燥热偏盛，而痞满不显者。临床表现为：蒸蒸发热，濈然汗出，不大便，腹胀满，心烦谵语等。治宜调胃承气汤泻热润燥和胃。

4. 阳明发黄：阳明发黄是指阳明湿热，熏蒸肝胆，胆汁外溢的病理状态。“发黄”今称“黄疸”。阳明发黄大体上相当于“阳黄”范畴。无论是湿热直中人体所发身黄，还是误治后湿热内陷所发身黄，都与人体患病前的体质状态有密切关系。湿热体质是产生该病理的基础。湿热质人平素嗜食肥甘炙煿，湿热内盛，感受外邪易致湿热蕴结，熏蒸肝胆，胆汁外溢，发为身黄。

现代医学的急性传染性黄疸型肝炎和急性胆囊炎与阳明发黄非常类似，而对发病机制的认识仲师却早于现代医学千年之多，可谓了不起的发现。急性胆囊炎多发于女性肥胖之人，因其平素多气郁湿盛，因属伤寒湿热体质。所以，若遇情志刺激或伤于饮食，造成机体内环境的相对失调，机体抵抗力下降，细菌乘虚进入胆囊，并在胆囊中大量繁殖，而患急性胆系感染。

根据湿热孰轻孰重，在表在里之不同，阳明发黄又有不同的病理状态。一是湿热并重，里有结实者。这种病理状态多见于湿热质和肠厚质并存的病人。热邪深入，“淤热在里”，与内湿相合，肠中宿垢相搏，形成湿热并重，又有里实的病理。由于湿热蕴结在里，二便通路受阻，故见小便不

利，大便不通等症。然二便不通（或不畅），邪无出路，反过来又使湿热蕴结加重，故治疗的关键是通利二便。二是热重于湿者。其病理特点是阳明气热较盛，而湿气较轻，故临床以身黄伴有发热、心中懊恼、口渴、小便不利、腹满不显为特征，故治疗的重点在于清泄里热。三是湿热内盛，表邪未解者。其病理特点一方面是“淤热在里”，湿热相搏，熏蒸于外，表现为身黄；另一方面是邪气留驻体表而未全入阳明，卫阳被郁，表现为发热恶寒、无汗身痒等症。所以，治之单纯清利或解表，均非所宜。仲景立麻黄连翘赤小豆汤两者兼顾，是其治也。

（三）转归期病理

1. 阳明气热

阳明气热失治误治后常可引起以下几种病理状态。

（1）气热津伤：气热津伤是指阳明气热炽盛，“壮火食气”引起的邪热炽盛，津气耗伤的病理状态。其成因有二，一则素体胃阳亢强，或感邪较重，可不经失治误治，而自成热重津伤；二是阳明气热，“壮火食气”，复经误治吐下，邪热不解，津伤及气，也可成热重津伤之势。因此，我们认为气热津伤是阳明气热病理的进一步演变，两者为同一疾病的不同病理阶段。对其病理反应，仲景描述的淋漓尽致“大烦渴不解，脉洪大”、“舌上干燥而烦，欲饮水数升”等。故以白虎汤清解阳明之热，加人参以益气生津止渴。

（2）热入营血：热入营血是指阳明气热不解深入营血的病理状态。主要体现在《伤寒论》202、210、216、258条。由于历史的局限，仲景对热入营血只论述了其临床表现，并未提出完善的方药。对此，我们更不可忽视。若热邪亢盛，未能及时清解，劫灼营阴，或误治伤正，以致热邪久

羁不去，进而深入营血分。邪热一旦侵入营血，即对所病脏腑、经络造成严重的病理损害，一方面可使原有气热病变加重，另一方面由于热毒过盛，可损伤血络而迫血妄行，血从口鼻、二便、胞宫而出。202条是述血从口、鼻而出的衄血，216条是述血从胞宫而出的出血证；258条是述血从大便而出的热伤肠络证。心主血藏神，热入营血，上扰心神则躁扰不安，甚至神昏谵语等。210条的“实则谵语”、216条的“下血、谵语”均是邪热亢盛扰乱神明的反应。

病入营血分，为外感热病的最深层，病情多较危重。此时，毛细血管通透性和脆性增加，凝血与抗凝血系统平衡失调，全身或局部组织充血、淤血、出血，甚至发生弥漫性血管内凝血。因病情较严重，故应积极采取恰当的治疗措施，以防病情恶化，危及生命。对于热入营血的治疗，仲景多以承气下之。我们认为，属于腑实者可，属于营血亏虚者不可，对此应在辨证施治的前提下，审时度势，可用后世清营汤、犀角地黄汤类治疗。

(3) 余热未尽，气阴两伤：该病理系指伤寒后期，余热未尽，津气耗伤的病理状态。《伤寒论》397条“伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。”这里的“伤寒解后”泛指广义的外感热病清解后，此时，邪热尚未尽退，但津气均已受到严重的损伤，甚至损及了元气，故身体虚弱消瘦，少气不足以息。气阴两伤，余热扰胃，则气逆欲吐。根据临床，本病理多见于温病的后期，还应有舌红、少苔、脉细数等症。

(4) 热陷阴伤，水气不利：该病理是指水气质者病患阳明，误下邪陷，移热下焦，伤及肾阴，水气不利的病理状态。主要表现为脉浮、发热、渴欲饮水、小便不利等（223）。

《注解伤寒论》对其病理解释较为恰当“此下后客热，客于下焦者也。邪气自表入里，客于下焦，三焦俱带热也。脉浮发热者，上焦热也；渴欲饮水，中焦热也；小便不利者，邪客下焦，津液不得下通也。与猪苓汤利小便，以泻下焦之热也。”成氏只认识到下焦有热一个方面，而对肾阴被灼的一面尚未认识。对于阴伤和水气的关系，我们认为水气体质为导致本病理的内因，邪热为其外因，而误下则为促成邪热下陷的诱因。邪热下陷，灼伤肾阴，肾主气化，阴伤则气化不利而水停；而水气质者又有导致水停的倾向，故外邪侵袭，也易引起水液内停。可见该病理既有邪热，又有阴伤，且兼水气。故一味清热则阴难复，独滋其阴则水难消，只有育阴清热利水并施，方致热退阴复水消。仲景以猪苓汤者，是其治也。而对阴伤并无水气者，则慎用该方，如224条“阳明病，汗出多而渴者，不可与猪苓汤，以汗多胃中燥，猪苓汤复利其小便故也。”

(5) 阴虚肠燥：阴虚肠燥是指邪热伤阴，肠燥失润的病理状态。好发于肠厚体质。多为邪热内盛，津液被伐，肠燥失润所致。其临床表现为小便数、大便硬、脉浮涩等。

《伤寒论》246条“脉浮而芤，浮为阳，芤为阴，浮芤相搏，胃气生热……。”247条“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。”脉浮为阳，是阳气有余，胃气过强的缘故；脉芤为阴，涩则小便数为阴津不足，偏渗膀胱，肠中更燥所致。

(6) 胃寒气逆：胃寒气逆是指胃虚寒盛气逆的病理状态。阳明人胃阳本盛，得病易患里热实证，清热和攻下为其正治，若苦寒攻下太过，必损伤中阳，形成以中阳不足，阴寒内盛，胃气上逆为主要病变趋向的病理。380条所言正是

该病理的成因“伤寒，大吐、大下之，极虚，复极汗者，其人外气怫郁，复与之水，以其发汗，因得嘔。所以然者，胃中虚冷故也。”中阳不足，胃中寒冷，不能温化腐熟水谷，浊气上逆，故见不能食、饮水则嘔、“食谷欲呕”等症。关于其临床表现和治疗，226条“若胃中虚冷，不能食者，饮水则嘔”、243条“食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之。”说的甚为清楚。

2. 阳明腑实

阳明腑实失治误治后常可引起以下两种病理状态。

(1) 热入心包：热入心包是指阳明腑实失治误治，邪热内陷心包，神明无主的病理状态。一般认为212条所述“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……”、252条所述“目中不了了，睛不和……”为阳明腑实重证，却不知此已热入心包，津液将竭，病极危重。所以，以上两条述症不能看作是单纯的阳明腑实所致，而是腑实未罢，邪热已陷心包的病理反应。

《素问·灵兰秘典论》说“心者，君主之官，神明出焉。”《灵枢·邪客篇》说“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也。”说明心脏与大脑的精神意识思维活动，中枢神经系统的功能密切关联。阳热亢极，结实重甚，中枢神经系统因高热、缺氧、中毒、脑水肿，常常出现神昏谵妄或神志淡漠、抽风或惊厥等症。《伤寒论辨证广注》说“独语者，即谵语也，乃阳明腑实而妄见妄闻……循衣摸床者，阳热偏胜而躁动于手也。惕而不安者，胃热冲膈，心神为之不宁也。又胃热甚而气上逆则喘。今者喘虽微而直视，直视则邪干于脏矣。”然为何又出现目中不了了、睛不和之症？

《伤寒溯源集》说“《经》云：五脏六腑之精，皆上注于

目。热邪内灼，津液枯燥，则精神不得上注于目，故目中不了了，睛不和也。”其治也宜采用后世清营汤、安宫牛黄丸之类，承气汤之属则非所宜。

(2) 阳明淤热：阳明淤热是指阳明邪热不解，热与淤结的病理状态。阳明体质，肠中“本有淤血”，感受邪热，深入肠中与淤血相结，因致阳明淤热。其人喜忘，屎虽硬，大便反易，色必黑等，均为淤热在里的反应。心藏神，又主血，淤血与邪热相合，则扰乱心神，所以喜忘。正如《素问·调经论》云“血并于下，气并于上，乱而喜忘。”盖血属阴，其性濡润，故其大便多夹有淤血而色黑，虽有硬粪而反易。这是阳明淤热区别于阳明腑实的重要特征。

3. 阳明发黄

阳明发黄病情不甚复杂，故仲景能采取正确的治疗。所以，失治误治的情况很少，病至盛期多已治愈，转归期病理变化甚少，因此不作讨论。

三、少阳病理

少阳之人，以胆和三焦功能为基础，胆火偏旺，三焦枢转功能较弱，是阳中之阴人。在阳人中其卫外力和自和力较弱，内环境较不稳定。体质“失和”或中于外邪而易发为少阳病。少阳人是少阳发病的体质基础。

少阳位在胁下，居于太阳阳明之间。因其病变既不在太阳之表，又未达于阳明之里，故少阳病又称半表半里证。孙孝洪在《中医治疗学原理》一书中说：“少阳半表半里证是外感疾病初期，恢复期及病情稳定期，内脏尚无严重器质性损害，以胸髓段植物神经功能失调为主的一种机体反应状态。”而“寒热往来，胸胁苦满、口苦、咽干、目眩、脉弦”等症，正是反映了“处于这种特定机体反应状态时器官

组织，机能、代谢、结构的变化。”

少阳病初期、盛期、转归期病理有特点，兹分述于下。

（一）初期病理

口苦、咽干、目眩是少阳病初期的主要病理反应，如263条所述“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”对于本条的理解，历代医家均认为是少阳提纲证，也就是说，这是少阳病具有普遍病理意义的必备症状。而我们认为，上述三症仅是少阳病初期的病理反应，据此大可推知少阳病的初期病理特点。

少阳人在阳人中自和力最弱，内环境最不稳定。所以，各种原因常易作用于人体，导致体质“失和”而发病。少阳为少火，“少火生气”即人体温煦长养的生发活动之气，最喜条达。各种原因导致少阳人体质失和后，机体内环境相对失调，少火被郁，胆火上炎，则表现为口苦、咽干；枢转不运，经脉不利，被郁之阳上亢，风火相煽，则为目眩。此处从胆主相火，少阳被郁讨论了胆火上炎这一总病机，从本质上揭示了少阳体质“失和”的病理变化。

少阳为病，若正气渐旺，抗邪力增，亦可自愈；若失治误治，或感邪太重，初病不愈则易进入少阳病盛期阶段，产生不同的病理变化。

（二）盛期病理

1. 少阳中风

少阳中风是指风邪直中少阳胆郁体质者所产生的风火相煽的一种病理状态。过去一些医家在讨论少阳病时，往往偏重对“柴胡证”的发挥和运用，没有对该病理状态予以足够的重视，更没有人提出“直中少阳”的概念。在此，我们忠于仲师本意，从原文263条为少阳初期病理、264条为少阳中风

病理、256条为少阳伤寒病理、266条为转属少阳病理的排列次序，即可看出其重要性。恢复其应有的位置，给后学者以新的启迪。

《伤寒论》264条“少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦者，不可吐下，吐下则悸而惊。”说的是少阳中风的临床表现和治禁。胆郁体质，胆气易于郁结，善化火上炎。风邪中于少阳，则风火相煽，循经上逆，故“两耳无所闻，目赤，胸中满而烦。”关于其治疗，仲师只说“不可吐下”，未言具体的治法和方药。根据中医辨证施治的精神，结合仲师所述的症状，我们认为，可用黄芩汤、丹栀逍遥散，龙胆泻肝丸加减治疗。

2. 少阳伤寒

三焦枢转不利即枢弱质是少阳伤寒的病理基础。少阳人枢弱质，或少阳初病不愈或直中风寒之邪，均可导致少阳伤寒。其病位偏于胁下，即半表半里也。少阳伤寒与少阳中风都属直中少阳病，但前者多发于枢弱质人，后者多发于胆郁质人；所感邪气的性质也有所不同，前者多伤于阴邪、寒邪，后者多伤于阳邪、风邪。

少阳伤寒即小柴胡汤证病理是《伤寒论》中的重要内容之一，是仲景的伟大创举之一，它首次赋予了和解法以真实的内涵。在今天，它不仅是指少阳病，而且包括了枢机不利的所有病理反应。

我们通过对伤寒发病学的分析，认为少阳伤寒病理形成方式有三：一是少阳体质自身“失和”后，没有得到及时调整，逐渐发展而成；二是寒邪直中于枢弱体质而直接发病；三是其他疾病失治误治引起。

仲景在96条中列举了少阳伤寒的主要病理反应，即柴胡

四大症，以及或然症。97条对产生这些病理反应的机制进行了分析“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下。正邪分争，往来寒热，休作有时。嘿嘿不欲饮食。脏腑相连，其痛必下。邪高痛下，故使呕也。”此言人体气血虚弱，阳气不能卫外，腠理疏松，外邪乘虚而入，与正气搏结于胁下，是产生诸症的主要病理基础。

少阳属半表半里，又为枢机，出可达表，入可达里。邪入其地，则正邪分争，正胜则热，邪胜则寒，故其热型为寒往则热来，热往则寒来，二者交替出现，相因不止，是谓往来寒热。邪郁少阳，经气不利，故胸胁苦满。盖足少阳之脉，下胸贯膈、络肝属胆，循胁里，正当胸胁之位。邪郁胁下，木不疏土，故表情淡漠，不欲食；邪结胁下，内侵犯胃则呕，上扰神明则烦。

孙孝洪氏认为，胸胁苦满是少阳主证，日本学者认为是膈肌毗邻脏器病变引起的一种间叶系统炎症反应，还与高级中枢大脑皮层及肾上腺素能神经处于兴奋性增强时引起的焦虑，紧张种种情绪反应有关，同时胸胁苦满也是胆道疾患病人最重要的症状之一。实验表明，一般情下胆管内径超过1cm才诊断为胆管扩张，有的患者并未到此程度，已有胸胁苦满。胆管扩张主要原因是奥狄氏括约肌痉挛及末端炎症水肿，使单位时间胆汁流量受到抑制，胆汁郁滞，胆道内压升高。这时常表现为胸胁胀满或隐痛等症，与胸胁苦满颇类似。有地滋认为：胸胁苦满某种程度上反映了致病因子强弱和机体抗病能力的盛衰。若体质强壮者病属大柴胡汤证；体质一般，致病因子不强，胸胁苦满中度，为小柴胡汤证；体质较差，致病因子弱，胸胁苦满轻，为柴胡桂枝干姜汤证；体质虚弱，无论致病因子强弱，多无胸胁苦满⁽⁵⁾。这里，

胸胁苦满虽未起到判别疾病特异性病理反应性质的作用，却在中医“证”的整体观念下，成为辨别机体反应状态的一个“窗口”。

（三）转归期病理

病至少阳盛期，若失治误治，正进邪退或邪进正衰，则易引起种种病理变化。

1. 枢机不利，卫气失和：此为邪犯少阳，枢机不利，但欲外转，卫气失和的病理状态。好发于具有太阳和少阳两种体质特点的病人。临床表现如146条所言“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结。”心下支结，微呕是胸胁苦满，喜呕之轻者，为邪在少阳枢机不利的反应；发热，微恶寒，支节烦痛为正气渐胜，拒邪于外，正邪交争于肌表的反应。病在少阳而偏表，故取小剂量柴胡桂枝复方和解和发表并施。

2. 邪陷中焦、升降逆乱：该病理是指少阳伤寒（柴胡证）误下引起的邪陷中焦，挫伤脾胃，升降逆乱的病理状态。有人称之为虚痞。^⑤以往历代伤寒医家均将其列入太阳篇中，作为太阳病之变证。我们将之纳入少阳篇的理由是：

《伤寒论》149条明言“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具……。”认为此痞乃柴胡证误下所致，此其一；半夏泻心汤在方剂学中历来被认为是一首和解剂——调和脾胃，与小柴胡汤之和解表里有异曲同工之妙，此其二；少阳伤寒位在半表半里，因正邪的盛衰，病邪有外驱或内侵之势：外驱则病至柴胡桂枝汤证，内侵及胃则致本证，内侵及肠则致大柴胡汤证，此其三。由此可见，将半夏泻心汤证列入少阳篇中则更能反映出伤寒的传变规律。

关于该病理形成的原因，仲景说“病发于阴而反下之，

因作痞。”这里的“阴”我们认为主要是指“阴人”，确切地讲系指脾胃易虚之人，是作痞的内因和决定性因素；而“反下之”，显然是作痞的诱因。即可以这样认为，脾弱和邪陷是该病理形成的必备因素。需要指出的是，这里所说的痞证成因，只包括伤寒痞证，也就是说杂病中的痞证不一定兼具这两个条件才能形成。其实，有很多情况是体质“失和”或功能失调造成。当今关于半夏泻心汤新用的一些报导，有的已超过了伤寒的范围。这是医学科学进步的结果，但也容易使人们产生模糊概念，而对伤寒学者来说，却不能不辨。

为了准确地论述该痞的病理机制，澄清一些模糊概念是必要的。也许是因为半夏泻心汤的组方中既有“寒”药，又有“热”药的缘故，很多医家都将其主要病理概括为“寒热错杂”，其实这是不正确的。我们说，仲景的“寒”药取其“苦”，“热”药取其“辛”，因而半夏泻心汤成了辛开苦降的典范。“辛开苦降”能够顺升降，通气机，和胃气，升降得复，气机得通，脾胃调和则痞满吐利自愈。方中虽未重用行气疏肝之品，但通过开启降逆除痞等途径，达到了疏通气机这一主要目的。所以我们认为，邪陷中焦，气机受阻，脾胃升降失职才是半夏泻心汤证的病理症结所在。

脾胃是人体气机升降出入的枢纽。脾主升，把水谷精微之气，上输心肺，流布全身；胃主降，使糟粕秽浊之气，从下而出，一升一降，人体气机生生不息。如脾气不升而反下陷，则会发生肠鸣下利等症；胃气不降反而反上逆，则会导致呃逆、呕吐等症。《素问·阴阳应象大论》说“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生腹胀。”脾胃升降失调，气机受阻，壅塞中焦，故感心下痞满。因非有形之结，故“但

满而不痛。”

生姜泻心汤证病理与半夏泻心汤证病理基本一致，所不同的是前者胃中尚有水气和食滞停留，表现为干噫食臭、腹中雷鸣，下利等症，治疗则重用生姜以和胃降逆、宣散水气，再合姜（干姜）夏、苓连，辛开苦降以调理脾胃而复其升降之职。

甘草泻心汤证病理较以上两证病理，脾胃最虚。原因可能有二：一是素体脾胃就明显虚弱，二是医者反复误治，如一次误下，谓病不尽，复下之，以致严重损伤脾胃。脾胃虚甚，清阳不升，浊阴不降，中焦升降斡旋无力，是其主要病理。突出表现为痞利俱甚，如158条所云“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。”关于上述痞证的病理，仲景唯恐与结胸等混淆，故续曰“此非热结，但从胃中虚，客气上逆，故使硬也。”

3. 枢机不利，里热结实：该病理是指少阳伤寒失治误治引起的少阳枢机不利，邪陷阳明，化燥结实的病理状态。多发于肠厚质人。这种体质的人，若邪中少阳，易内陷阳明，化热化燥，与肠中宿食粪便相结，故表现为发热、呕吐、心下拘急，郁郁微烦，或潮热不利等症。从上述症状可以看出，该病理是少阳枢机不利和阳明结热的复合病理状态。

4. 胆火扰心：胆火扰心是指病发少阳失治误治，胆火内盛，上炎扰心的病理状态。伤寒日久，病入少阳，若用攻下，正气必伤，邪热内陷，胆火上炎，心神被扰，则发悸谵。107条所言极是“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。”以邪结胸胁，枢机不利，故胸满而烦；胆火上炎，加之胃热上蒸，心神被扰，则惊惕谵语。少阳枢机不运，以

致三焦决渎失职，水道不调，则小便不利。阳气郁于半表半里之间，不得畅达，则内外气机俱为阻滞，故一身尽重难于转侧。盖肢体轻捷敏健者，赖阳气之周流也。

临床实践中，有很多疾病都与本病理机制相同，如惊悸、癫狂、痫症，以及妇女更年期综合症等，均可由肝气郁结，肝胆火旺引起。这些病人平素肝胆疏泄和枢转功能均较差，性情急躁，胆火易郁，相火易动，与少阳胆郁质和枢弱质极为相似，故也可参照柴胡加龙骨牡蛎汤证辨证治疗。中医的“异病同治”之说，大概也含有此意！

5.热入血室：关于血室，历来见解不一，有认为血室即冲脉者，有认为血室即肝脏者，有谓血室即胞宫者，然我们认为以胞宫之说最妥。又因人体是一个有机的整体，而胞宫绝非孤立之脏器，如肝藏血，其经脉过少腹绕阴器，冲脉起于胞宫等，均与胞宫有密切的关系。故讨论热入血室的病理时，不能离开这些具体的脏器。热入血室的发生与月经来潮有关，因月经来潮之时，血室正开，经水适下，邪热乘虚而入，与血相搏而得热入血室。原文143、144、145条、216条均为讨论热入血室证治的。其脉症与小柴胡汤证大致相同，如胸胁下满如结胸状，发热恶寒如疟状，谵语如见鬼状，经水适断，脉迟身凉等。治应“无犯胃气及上二焦”，“随其实而泻之”，方用小柴胡汤使血室之热枢转外出。若加桃红、红花、丹皮等血药，可能效果更佳。钱天来对本证治疗的想法可供参考“小柴胡汤中应另加血药，如牛膝、桃红、丹皮之类。其脉迟身凉，或少加桂、姜及酒制大黄少许，取效尤速，所谓随其实而泻之，若不应补者，人参亦当去取，尤未可执方以为治也（《伤寒溯源集》）。”

6.少阳水气：少阳水气是指少阳枢机不利，水停三焦的

病理状态。盖少阳分司手足二经，胆与三焦皆属之。若胆火内郁，枢机不利，疏泄失常时，则三焦决渎失职，必为之阻滞，以致水饮停蓄不化。147条“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。”说的就是少阳水气的证治。

该病理的主要机制是少阳枢机不利，水停三焦。反映于临床，则以往来寒热、胸胁苦满微结、小便不利而口渴为主症。唐容川为147条注曰“已发汗，则阳气外泄也，又复下之，则阳气下陷，水饮内动，逆于胸胁，故胸胁满微结，小便不利。水结则津不升，故渴，此与五苓散证见一意也。阳遏于内，不能四散，但能上冒，为头汗出。而通身阳气欲出不能，则往来寒热，此与小柴胡汤同一意也。此皆水寒之气，闭其胸膈腠理，而火不得外发，则反于心包，是以心烦，故用柴胡汤透达膜腠，用姜、桂以散撤寒水；又枯萎、黄芩以清内郁之火。”

四、太阳病理

太阳脾脏在中医脏腑理论中占据相当重要的地位。脾居中州，功主运化，是人体气、血、津液生化之源，故称“后天之本”。

太阴体质是太阴发病的病理基础。太阴人阴盛而阳弱，耐寒湿力差，属“阴中之至阴人”。常态下即表现为：面色萎黄，唇淡少华，纳少喜静，乏力懒言，尿清便溏，或时腹自痛，舌淡、苔微白腻，脉濡。“失和”或直中发病，易从寒化、湿化，故太阴病常以脾胃虚寒，水湿内停为其基本病理。

太阳病初期、盛期、转归期病理特点各异，兹分述于

下。

（一）初期病理

太阴之人，先天本弱，后天欠宜，内环境较不稳定，过劳或伤食均易致体质“失和”而发病。《伤寒论》273条就是对太阴始发病证的描述“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。”太阴为盛阴而主湿，脾阳虚弱，温化无权，寒湿内盛，气机壅滞故腹满时痛，食不下；脾气不升，寒湿下注则下利；胃气不降则呕吐。总之，此为一派脾胃虚寒之象。当以温中健脾为治，不可妄用攻下。若用攻下，脾阳更虚，必变证丛生。

脾胃虚寒患者表现为对外界变化适应能力差，消化系统功能降低，植物神经功能紊乱，主要是交感神经紧张度降低，付交感神经紧张度上升，病人消化酶分泌减少，活性降低，肠蠕动增加，紧张性升高，故见腹痛肠鸣、便溏、口淡之症。

对于273条的病机，多数医家认识一致，并且通过多方面的分析比较，均强调突出太阴虚寒这一病理特点。这对于我们正确认识太阴病颇有帮助。尤在泾曾提出不必拘于传经，直中（旧指邪气越过三阳而直中三阴），不必究伤寒、杂病，只要出现上述证候者，均可识为太阴病。此说迥异诸家，极有见地。

太阴为病，正气渐复，邪气渐退，亦可自愈；若失治误治，初病不愈而进入疾病的盛期阶段，则产生不同的病理变化。

（二）盛期病理

1. 太阴虚寒

太阴虚寒是指脾胃阳虚，阴寒内盛的病理状态。《伤寒

论》277条“自利，不渴者，属太阴，以其脏有寒故也。当温之，宜服四逆辈。”即是对太阴虚寒证治的高度概括。太阴以脾胃功能为中心，居中属土，为人体气机升降之枢纽，故太阴虚寒反映于临床，以脾胃功能失调为主。

太阴体质为太阴虚寒的病理基础。太阴体质脾阳不足，不耐寒侵，易病中虚。所以太阴体质因某种原因或邪气直中，病发太阴，尖治病进而发太阴虚寒。脾胃阳虚，清气上升下陷则下利；阳虚寒盛故口淡不渴；四肢为诸阳之本，故脾胃阳虚，四肢失温，临床可见手足不温，甚则畏寒怕冷等症；“脏寒生满病”，故脾胃虚寒，腹当胀满。应当指出，这里的下利是“自利不渴”。仲景之所以提出“不渴”，原意是告诫后学，此为辨太阴下利之病理要点。因为三阳病下利多有口渴，为热盛津伤所致；少阴病为自利而渴，以其阳衰虚盛，气不化津之故；厥阴病下利有寒热之分，而热性下利较为常见。唯独太阴病属寒湿内盛，湿气弥漫，故多不口渴。

2. 太阴中风

太阴中风是指风寒之邪直中太阴之体所致的气虚阳弱，营卫失调的病理状态。“太阴中风，四肢烦痛，阳微阴涩”。太阴人阴盛而阳弱，卫外力和自和力均较差，易受风邪而为病。太阴脾虚者，其免疫系统功能较正常人明显低下，对外界环境的变化适应性差，表现为卫外不固，肌腠不密，抗感染能力减弱，极易受邪而为病。由于正气虚弱，抗邪无力，故为病前驱期较长，始病只见腹满、下利等太阴失和的表现，及至盛期方见“四肢烦痛”等正邪交争，营卫失调的病理反应。这是一切虚人外感的共同病理特点。对此现代医学也有认识，如年老体弱者所患感染性疾病，体温多不高，血

象多正常。所以如此，也是由于机体抵抗力低下一时反映不上来的缘故。

《金匱要略》说：“四季脾旺不受邪”、《脾胃论》说“百病皆由脾胃衰而生。”今脾胃气弱，素有内湿，复感外邪，脾主四肢，外邪与湿相搏于体表，故四肢烦痛；正邪交争，营卫不调，故临床尚可见到恶风寒、头身痛等症。治之可用桂枝汤或桂枝人参汤，以求健脾与解表同施。

应该指出的是，仲景在187条、278条曾两言：伤寒脉浮而缓，手足自温者，为系在太阴。“系在太阴”的原意是指病人在伤于外邪之际已经具备了病发太阴的内在条件，出现了可能转属太阴的倾向，一旦发病，即为太阴病。这和当今所说的伤寒体质发病的倾向性是相一致的。

（三）转归期病理

太阴脾胃，居中属土，故病至太阴盛期，若失治误治，其病理转变也不甚复杂。

1. 邪气内陷，损伤脾络：该病理是指病发太阴误下邪陷，损伤脾络，气血淤滞的病理状态。现代研究表明，中焦虚寒的植物神经功能紊乱是复杂的、多变的。一种是交感神经功能抑制，而付交感神经功能亢进，表现为胃肠平滑肌紧张性增高，蠕动加快，症见腹痛下利；一种是付交感神经功能抑制，而交感神经功能亢进，表现为胃肠平滑肌紧张性降低，蠕动减慢，症见腹胀腹痛、大便秘结。

太阴人素体脾胃虚弱，感邪易患太阴病，本应温中健脾或解表而治，若误用下法，邪气内陷，随“质”而化，产生偏虚和偏实的两种病理状态：气弱质者，邪气内陷，脾胃更虚，邪伤脾络，气滞不畅；脾阳不足，内失温养，而致太阴虚滞，症见腹满时痛、喜温喜按；治宜温中健脾缓急止痛，

方用桂枝加芍药汤。肠厚质者，邪气内陷，化热化燥，灼伤津液，腐秽积于肠中，滞于脾络，脾络淤滞，而致太阴实滞，症见“大实痛”——腹痛剧烈，持续不已，痛而拒按，或大便秘结，治宜和脾通滞，桂枝加大黄汤主之。

2.太阴发黄：太阴发黄是指太阴湿盛失治引起的寒湿内蕴，肝胆疏泄失司，胆汁外溢的病理状态。太阴发黄与阳明发黄相对应，属“阴黄”范畴，以其太阴脾气虚弱，运化无力，寒湿内停之故。仲景说“太阴当发身黄”，“以其寒湿在里不解故也。”太阴发黄可由二种发病方式：一是太阴寒湿质人，寒湿内盛，久郁影响肝胆疏泄，胆汁外溢发为身黄；二是伤寒发汗或攻下太过，损伤中阳，中阳不振，每易感受寒湿之邪，寒湿中阻，肝胆气郁，湿无去路，熏蒸于外，而为身黄。

寒湿之邪均为阴邪，其性沉滞，故太阴发黄，其色暗，且不发热，口不渴，小便不利，大便稀薄，舌淡苔白腻，脉沉迟，故治疗当“于寒湿中求之”，可用后世茵陈术附汤之类加减。

五、少阴病理

少阴包括手少阴心和足少阴肾，并与手太阳小肠，足太阳膀胱互为表里。心属火，主血脉，内藏神明；肾主水，主藏精，内寄真阴真阳，为先天之本。在正常情况下，心火下降于肾而温肾水，肾水上济于心以养心火，这样心肾相交，水火既济，阴阳交通，彼此制约，则心火不亢，肾水不寒，是为无病。

少阴体质是少阴发病的病理基础。少阴人先天禀赋不足，后天气血失充，阴阳俱弱，阳弱为甚，属“阴中之阴人。”其卫外力和自和力极为低下，内环境极不稳定，是易

寒易热之体，体质“失和”或直中外邪易为少阴病。由于阴弱和阳弱的差异，既病之后有热化和寒化的不同。

少阴病初期、盛期、转归期病理特点各异，兹分述于下。

（一）初期病理

少阴初期以少阴体质失和或寒邪侵袭引起的阴阳两虚为基本病理。

少阴体质为少阴发病的病理基础。少阴人以肾心功能为基础，阴阳俱弱，自和力低下，内环境不稳定，极易“失和”而发病。中医所指的“心、肾”，包括神经调节功能和大脑的意识思维活动，如《素问·灵兰秘典论》说“心者，君主之官，神明出焉”，“肾者，作强之官，伎巧出焉”。“作强”和“伎巧”是指人的工作能力和思维活动。若肾精充足，肾阳生化，使人精力充沛，思维敏捷，耳聪目明，动作灵巧；肾精亏耗，肾阳虚衰，则使人懈怠嗜睡，反应迟钝，眼花耳鸣。大量的临床资料表明：心肾阳虚患者常常表现且大脑皮层兴奋性降低，中枢的调节功能减弱，高级神经系统处于抑制状态。所以，少阴病先以神志改变为主要临床特征，表现为精神不振，全身疲惫，即仲景所谓的“但欲寐也”。这是少阴阳气虚弱，神失所养的缘故。脉微细则是少阴阳两虚，阳虚鼓动无力，阴虚脉道不充的病理反应。总之“少阴之为病，脉微细，但欲寐也（281）”是对少阴病初伤的病理反应之高度概括。

恽铁樵曾对“但欲寐”作过深入的分析：“阴虚火旺者，恒若竟夜不得寐，阴盛阴衰者，无昼夜但欲寐。阴虚火旺之不寐，并非精力有余之不欲寐，乃五内躁扰不宁，虽疲甚而苦于不能寐；阴盛阳盛之但欲寐，亦非如多血肥人，头

才着枕，即鼾声雷动之谓。乃外感之寒盛，本身阳气微，神志若明若昧，呼之则精神略振，须臾又恍惚不清，此之谓欲寐，病人少阴，无有不如此者（《伤寒论辑义按》）。”

少阴初病，阴阳损伤轻微，正气渐旺，自和力增，或可自愈；若感邪太重，正伤难以自复，则易进入少阴病盛期阶段，而产生不同的病理变化。

（二）盛期病理

1. 少阴伤寒

少阴伤寒即历代医家所谓的少阴表证或太少两感证病理。《伤寒论》301、302条即是对外邪直中少阴证治的概括。少阴人禀赋较弱，阳气素弱，表阳不足，卫外力低下，遭受外邪的侵袭，阳气更伤，故初病而见“脉微细，但欲寐也。”俟至阳气渐旺，抗邪力增，则发为少阴伤寒。中医内科学中的阳虚感冒与之相类似。301条“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。”少阴里虚，阳气本衰，不应发热，今反发热，知寒邪外侵，阴气外趋肌表，正邪抗争者也。病人少阴，少阴主里，故曰“脉沉”，为少阴心肾功能减弱，脉搏鼓动无力的病理反应。少阴阳虚，不能温煦肌表，故临床尚可见到蜷卧畏寒等症。因该病理主要发生于少阴阳弱之体，又伤于外来寒邪，故治之应扶阳散寒并解，麻黄细辛附子汤或麻黄附子甘草汤主之。

2. 少阴寒化

少阴寒化是指阳弱之体病患少阴，因质而化的阳虚寒盛的病理状态。《内经》云“阳胜则热，阴盛则寒”、“阳虚则外寒，阴虚则内热”。《伤寒论》就是继承了这些基本理论而成书的。所以既言“寒化”，必有阳虚、阴盛，在盛行体质学的当代，也不外此。

少阴体质由于自身和非自身的原因造成体质“失和”病患少阴，阳气者不能及时来复，而是进一步虚损，形成以阳衰阴盛为病理特点的少阴寒化证。如282条“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。”初病少阴，阳气虚弱，精神不振，“但欲寐”，至五六日，肾阳更衰，出现“自利而渴”脾肾俱衰之症，“若小便色白，少阴病形悉具”。关于其病理机制仲景说：下焦阳气衰微，阴寒内盛，心火不能下济，肾水失制故也。

近年来，对肾阳虚实质的研究又有一些新的进展。比较肯定的结论有：肾阳虚与丘脑——垂体——肾上腺皮质功能低下，或功能紊乱有密切关系；对环境变化和有害刺激的适应能力降低，能量代谢不足，表现为神衰欲寐，下利清谷；恶寒肢冷与甲状腺功能降低、产热减少有关；心源性休克与某些感染性休克常属于少阴阴盛阳衰或亡阳之证，表现为面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝，是心脏功能衰竭、微循环障碍所致。总之，少阴寒化病理可以认为是以全身功能减退为特征的一种机体反应状态。

由于阳气虚衰的程度和有无阴阳格拒的不同，少阴寒化又有不同的反应状态。

(1) 阴盛阳衰：是指阳气虚衰，阴寒内盛的病理状态。表现为恶寒身蜷、呕吐、下利清谷、腹中拘急、四肢逆冷或有发热、脉微细或脉微欲绝。此为阳气虚衰，但未成阴阳格拒之势，为少阴寒化病理中阳气衰微偏轻者。可用回阳救逆的四逆汤治疗。

(2) 阴盛格阳：从通脉四逆汤中姜附用量可知，此病

理阶段较之阴盛阳衰者，阳气更虚，阴寒更盛，以致呈阴阳格拒之势，即阴寒内盛，格阳于外。突出表现为里寒外热，也就是内有真寒，外有假热之真寒假热病理状态。临床除有阳衰阴盛见症外，还有“身反不恶寒，其人面色赤”等格阳于外的见症。这是现代医学所谓寒极似阳的虚性兴奋之象。可用破阴回阳，宣通内外的通脉四逆汤治疗。

(3) 阴盛戴阳：戴阳和格阳，病机大体相同，都是虚阳被阴寒所格。然而有格阳于外及格阳于上之别：前者即为阴盛格阳，后者则为阴盛戴阳。临床表现除阳虚寒盛之症外，以面色赤为特征。可用破阴回阳，宣通上下的白通汤治疗。

3. 少阴热化

“阴虚生内热”，这是中医病机学说的基本观点之一。所以，热化必有阴虚，阴虚也易热化。因此，少阴热化病理总以少阴之阴弱质为发病基础，热化为其病变倾向。

少阴人阴弱质者，平素阴血不足，心君火旺，不耐热邪，即使感寒也易从阳热化。这是体质的倾向性所决定的。正是基于此点，伤寒的发病，病理及其传变才真正找到了根本依据。《伤寒论》303条“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”得病二三日即表现为阴虚火旺之少阴热化病理状态者，是以肾阴本弱，邪气直中少阴之体，随“质”而化之故也。邪从热化，灼伤真阴，则肾水亏于下，心火亢于上，心肾不交，故见心中烦、不得卧也。

阴虚热化（阴虚火旺）的心烦失眠、易怒、面色潮红、手足心热、脉象细数等症，可从以下几个方面来认识其病理机制：一是阴虚患者大脑皮层抑制过程减弱，兴奋过程加

强，呈易兴奋又易疲劳的不稳定状态；二是植物神经功能紊乱，交感神经兴奋性增强，付交感神经兴奋性降低；三是与甲状腺功能亢进有关，阴虚病人消瘦、汗出、烦热失眠、心悸脉数，类似甲亢亚临床表现；四是水、电解质代谢紊乱，外感疾病、中暑、吐下，易引起脱水和电解质紊乱，表现为口燥咽干、渴欲饮水等津液亏耗之证。其他原因如肾上腺皮质功能低下，迷走——胰岛系统活动降低、能量代谢增高，都可引起阴虚火旺而病少阴热化。

（三）转归期病理

病至少阴盛期，随着邪正斗争力量的对比，则易产生种种病理变化。

1. 少阴寒化

（1）阳虚水渍：阳虚水渍是指少阴阳虚，水湿内生，浸渍筋脉的病理状态。《伤寒论》304条“少阴病，得之一二日，口中和，其背恶寒者，当灸之，附子汤主之。”305条“少阴病，身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉者，附子汤主之。”附子汤由附子、人参、茯苓、白术、芍药组成，功专温经扶阳，化水化湿。由此可见，当属肾阳虚衰，水湿盛于筋脉所致。少阴阳气虚弱，阴寒内盛，阳气不能充达四末则手足寒、不能充养其背则背恶寒；水湿内盛，流注体表，浸渍经脉、关节，故身体骨节疼痛；脉沉是少阴阳虚寒盛的病理反应。

（2）阳虚水泛：阳虚水泛是指少阴阳虚，寒水泛滥的病理状态。此种病理状态好发于少阴人水气质者。此人阳气偏弱，肾脏气化功能不利，水液代谢迟缓，有停水化寒而生水气的倾向，如316条“此为有水气。”水气内停，阳虚不化则小便不利；水气浸渍四肢，阳气困阻，则四肢沉重；水

气下趋大肠则下利；阳虚寒盛则腹痛。另外，本病理状态与太阳病误治损伤肾阳所致者，病虽各异，但病理机制则一致，即阳气衰微，水气泛滥，属异病同证范畴。

(3) 阳弱气郁：本病理状态与杂病中的气厥有相似之处：均以手足逆冷为主症，并多以情志刺激为诱因。仲景在318条冠以“少阴病，”系指少阴人所患的病证，而非阳虚寒盛之证。少阴阳气偏弱的人，肝之疏泄功能亦弱，若遇情志刺激，必加重少阴人原有的阴阳偏差，使自身内环境更加紊乱，阳气被郁，不能外达四末，故手足逆冷。至如咳悸腹痛诸症亦为阳郁气滞累及不同脏腑的病理反应。

(4) 阳虚失固：阳虚失固是指少阴阳虚，统摄无权，下元失固的病理状态。病发少阴，失治误治，阳气进一步损伤，以致统摄无权，下元不固，大肠滑脱，故见下利不止，便脓血也。至如腹痛，小便不利亦为阳虚寒盛、气化不利的反应。治宜温肾固涩，方用桃花汤。

(5) 寒客咽喉：寒客咽喉是指少阴寒化失治，阳虚寒盛，上客咽喉的病理状态。少阴人阴阳俱弱，偏阴弱者，病易热化，偏阳弱者，病易寒化，所以少阴咽痛有寒热之分。因原文叙症简略，故只有从其所用方药——半夏散及汤之组成未分析，其病理当属阳虚寒盛，客于咽喉。少阴之脉其直者上循喉咙，今少阴阳虚寒盛，循经上客咽喉，故咽喉疼痛。

2. 少阴热化

(1) 热客咽喉：热客咽喉是指少阴热化失治，阴虚内热，上客咽喉的病理状态。少阴热化，失治误治，虚热内生，随经上炎，客于咽喉，则咽痛；邪热犯肺则咳；邪热扰心则胸满、心烦。病变偏于肺者，治以桔梗汤清肺利咽；痰

变偏于虚火上炎炼液为痰，痰火互结咽喉者，症见“咽中伤，生疮，不能言语，声不出”，治以涤痰清热，敛疮生肌之苦酒汤。

(2) 少阴急下：少阴急下是指少阴热化失治，真阴欲竭，燥屎内结的病理状态。好发于少阴阴弱和肠厚体质的人。阴弱者病易热化，热灼真阴，津液亏乏，肠中化燥；肠厚之体，津液偏欠，传导迟缓，易化燥成实。两易相复，急下病理遂成。可见，阴弱热化，热化灼津，津伤肠燥，肠燥结滞，为其病理演变过程。反映于临床则为：口燥咽干，心下必痛，腹胀腹痛，便秘拒按，或自利清水色纯青。关于少阴急下之由钱天来认为“得病才二三日，即口燥咽干，而成急下之证者，乃少阴之变，非少阴之常也。然但口燥咽干，未必即是下证，亦必有胃实之证，实热之脉，其见证虽属少阴，而有邪气复归阳明，即所谓‘阳明居中主土，万物所归，无所复传’，为胃家实之证据，方可急下，而用大承气汤也（《伤寒溯源集》）。”

少阴急下的病理关键，应是既有腑实，更有阴竭，且阴伤在前，腑实在后，故与腑实为因，津伤为果的阳明腑实自不相同。

(3) 少阴水气：少阴水气是指少阴热化，内热下陷，水气不利的病理状态。319条“少阴病，下利六七日，咳而呕，渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”与223条“若脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”相参，可知此处也应有小便不利之症。水气之体病患少阴，失治热化，耗伤肾阴，气化不行，故小便不利；水气偏渗大肠则下利；水气上逆，犯肺则咳，犯胃则呕；水气内停，津不上承则渴；阴虚内热，上扰神明则心烦不得眠。治宜育阴清热利

水，方用猪苓汤。

(4) 少阴动血：少阴动血是指少阴热化失治误治，邪热不解，深入血分的病理状态。阴弱之人病患少阴，极易热化。若热化失治误治，阴虚热炽，深入营血，热伤血络，则致下阴动血之病理。293条“少阴病，八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。”294条“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。”即是对少阴动血的描述。

少阴动血与温病后期阴虚动血机理颇类似，故对其治疗不必拘泥仲景“难治”之说，而应积极治疗，可采用温病凉血止血之方。

六、厥阴病理

厥阴为六经之一，它包括手厥阴心包、足厥阴肝，并与手少阳三焦，足少阳胆相表里。肝居两胁，其经脉络胆，主疏泄而喜条达；心包为心之外围，代心用事，心包之火以三焦为通路，可达于下焦，使肾水温暖以涵养肝脏。这样上焦清和，下焦温暖，脏腑机能活动正常，保持人体健康。我们所说的厥阴人，虽不是上述完全正常状态的人，但仍一定程度上保持着相对的协调和统一。

厥阴体质是厥阴发病的病理基础。厥阴人素禀薄弱，阴弱为主，肝与相火生发之气偏亢，其卫外力和自和力极为低下，内环境极不稳定，在六经人中属体质较差者，是“阴中之阳人”，并以阴阳气顺接不畅为特点。感邪或体质“失和”后，有易致阴阳气不相顺接、手足厥冷的倾向。

阴阳气顺接与否是厥阴病的主要病理机转，具体表现为四肢厥冷和发热的相互演变。厥为阴阳气不相顺接；热为阳

气来复，阴阳气顺接畅通。由于正邪斗争，互有胜复，因而厥热交作。热厥是热结在里，阳气内郁，不能外达于四肢；寒厥是阳气衰惫，不能温煦四肢。前者为阳气内而不外，后者为阳气消而不长。总之，都是阴阳之气不能相互贯通和协调的结果。陈平伯云“盖阳受气于四肢，阴受气于五脏，阴阳之气相贯，如环无端。若寒厥则阳不与阴相顺接，热厥则阴不与阳相顺接也。”

手足逆冷为厥阴病的证候特点。盖厥阴之人有易厥的倾向，无论是热结在里，还是阳气衰惫等原因，最后导致阴阳气不相顺接的病理机制是相同的，故手足厥冷为厥阴病的证候特点。考《伤寒论》厥阴篇计55条，其中明确论述“厥”者计30条，约占厥阴全篇条文的55%。由此似可说明厥阴篇主要讨论的是，临床上以手足厥冷为特点的病证。

厥阴病初期、盛期、转归期病理各有特点，兹分述于下。

（一）初期病理

厥阴人阴阳俱弱，厥阴病以阴阳气不相顺接为主要病机。厥阴初病是厥阴体质由于自身或非自身的原因所致体质“失和”，或邪气作用于人体后引起的最初病证。据此我们将339条“热少微厥指头寒”列为厥阴初病。从339条所述的主症来看，它既符合阴阳俱弱的体质，又有阴尽阳生，阴中有阳之意。邪气初伤，热少厥微；里热较轻，阳郁不甚，故仅表现为“指头寒”，而并未至四肢厥冷之严重地步。“嘿嘿不欲食”则是郁热扰胃的病理反应；郁热在里，上扰神明则“烦躁”不安。

厥阴初病，病情较轻，常有两种转归：第一，机体若能调动一切有利因素，或得药力相助，削弱的自和力得以恢

复，疾病亦可向愈；第二，疾病进一步发展，指头寒发展为手足厥，不欲食发展为呕，烦躁发展为胸胁烦满，甚则热伤血络，还有便血的可能。故仲师云“数日，小便利，色白者，此为热除也。欲得食，其病为愈；若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”

厥阴为病，若失治误治，或感邪太重，初病不愈则易进入厥阴病盛期阶段，产生不同的病理变化。

（二）盛期病理

1. 蛔厥

蛔厥是指蛔虫内扰引起的阴阳气不相顺接的一种病理状态。蛔虫是一种致病因素，这里作为一种外来“邪气”解。好发于厥阴人阳弱质者。阳弱质者，阳气偏欠，脏有内寒，膈间相对偏热，即“上热下寒”也。而蛔虫的特性是避寒就温，故当因某种因素使原来的“上热下寒”加剧，蛔虫上窜内扰，气机逆乱，疼痛剧烈，以致阴阳气不相顺接，蛔厥乃发。所以蛔厥患者常有蛔虫病史，或有吐蛔虫史和大便排蛔史。由于蛔虫与其他致病因素不同，所致病证时起时伏，与脏厥等厥证有明显的区别。

蛔厥和其他厥证一样，仍以阴阳气不相顺接为其基本病理。“蛔虫上入其膈”，则气机逆乱，阳运受阻，阳不与阴顺接，故发厥逆、心烦、呕吐等症。蛔虫得安则诸症自止，所以仲景说“故烦，须臾复止”。对于蛔厥的治疗，除寒热并用，调节机体内环境外，驱除蛔虫更是治本的关键。

现代医学的胆道蛔虫病无论从体质、病史以及发病机制、临床表现都与蛔厥颇为相似。胆道蛔虫病亦常有吐蛔史，其主要表现为剑下或右上腹发生强烈的阵发性绞痛，有钻顶感，可放射至背部或右肩胛部。疼痛缓解时，病者安静如常

人。常伴有剧烈的恶心与呕吐，可吐出胆汁或蛔虫。用乌梅丸治疗这类疾病，临床报导甚多，疗效甚佳。

原文“蛔上入其膈”，可能是蛔虫窜至胃中或胆道。古人因受历史条件的限制，对具体的部位未能精确阐述，仅就心烦及疼痛的部位在横膈附近，大致言之。又据“蛔上入其膈，故烦。”说明此“烦”字当是对其主症的总概括，含有疼痛、呕吐、烦躁不安之意。

2. 寒厥

寒厥是指阳气衰微，阴寒内盛，阳气不达四末的病理状态。原论353条、354条均属寒厥范围。353条“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，又下利厥逆而恶寒者，四逆汤主之”，354条“大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之。”由此得知寒厥的产生可能有两种方式：一是阴寒之邪直中于厥寒体质而直接发病，因厥寒质者阳气素弱，又伤寒邪，易致阳气衰微，阴寒内盛之病理；二是患伤寒他证，误治亡阳而致者。“大汗出”使阳亡于外，“大下利”使阳亡于内，阳亡不与阴接，故发为“四逆”。历代注家多强调后一种发病方式，而忽略了前一种发病方式，我们认为这是不全面的。从353条原文看，“大汗出，热不去”不是误治大汗，而是阳虚表不固也，是发病时的原有症状，而不是续发之症。因此，可以说本条的发病即属前一种方式，即寒邪直中于厥寒之体。354条的“大汗”应属于误治，“大下利”既可以是误治后的症状，也可以是亡阳的前因。总之，不论是暴寒骤中，还是误治亡阳，都是由阳气衰微，阴寒内盛，阴阳气不相顺接所致。

大汗出则阳气大伤而邪不解，邪不解故热不去，阳气伤则经脉失于温煦而不利，故内则腹中拘急，外则四肢疼痛。

“下利厥逆而恶寒”是该病理的审证关键，是阴盛阳衰的具体表现，故应细审详辨。寒厥之证，治宜破阴回阳，方用四逆汤。

3. 热厥

热厥是指邪热内结，阳气不能外达的病理状态。关于热与厥的关系，仲景在335条中论述的较为详细而深刻“厥者，必发热，前热者，后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微”。这在现代医学败血症、中毒性休克的发病过程中，得到充分的证实。败血症时，细菌侵入血液，释放出大量内毒素，病人出现高热，同时，内毒素还可使血管痉挛，微循环障碍而致有效血容量不足，遂出现休克之大汗淋漓、四肢厥冷等症。另一方面，细菌侵入血循环系统越多，败血症表现得越严重，热度越高；由于细菌对血管内皮细胞的损伤，使内源性凝血系统活化，导致弥散性血管内凝血，使休克更为严重。可见仲师“厥深者热亦深”见地之深。

热厥多发于厥阴人厥热质者。厥热质素体阴弱，患病易从热化；若热邪深伏于里，阳气被郁，不能布达四末，故有四肢厥冷等症。350条“伤寒脉浮滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”即是对热厥证治的概括。

4. 痰厥

痰厥是指寒痰内阻，阳气不能布达的病理状态。多发于痰涎壅盛之人，亦即伤寒体质学中的痰湿质人。可见于体盛用虚，肝气欠条达而善抑郁的瘧病和癲病患者。《伤寒论》中论及瓜蒂散者共三条：太阳篇166条“胸中痞硬，气上冲喉咽不得息者，此为胸有寒也。当吐之，宜瓜蒂散。”少阴篇324条“饮食入口即吐，心中温温欲吐，复不能吐。始得之，手足寒，脉弦迟者，此胸中实，不可下也，当吐之。”厥阴

篇355条“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，当须吐之，宜瓜蒂散。”以上三条当为痰厥的全貌。尽管各条叙症不一，但病机是相同的，即胸中邪实，痰涎壅盛，气逆阻隔。手足厥冷者，是胸阳被遏，不能通于四肢所致。“其高者，因而越之”，病在胸中，因势利导，故用吐法，使寒痰除，胸阳展，阴阳顺接，痰厥遂愈。

5.水厥

水厥是指水饮内停，胸阳被遏，不能达于四末的病理状态。其形成也与体质有密切关系。临床多见于水气质者。水气质者，阳气偏弱，气化不利，水液代谢易于障碍，具有水饮内停的倾向。故若中于外邪或失治误治，体阳更虚，水饮内停，阻遏胸阳则四肢厥冷，上凌于心则心下悸动。总之，该病理状态是水饮为患，水饮是厥的成因，厥是水饮致病的表现，故“宜先治水”，方用茯苓甘草汤，以除根本，厥逆自复，心悸自安。

6.血虚寒厥

血虚寒厥是指阴血不足，寒邪侵袭，血脉不畅，阳气受阻的病理状态。阴血不足之体为血虚寒厥的发病内因。平素阴血不足之人，复感寒邪，寒凝气滞，气血运行不畅，阳气受阻不达四末，四肢失于温养，故“手足厥寒，脉细欲绝（351）”。对此《伤寒论辨证广注》曰“此条乃寒中厥阴血分之证，手足厥寒，与厥逆，厥冷略异，逆冷者，寒深入脏，故手足不顺利而如冰，斯为厥逆、厥冷。厥寒者，手足厥而自觉畏寒之甚，乃寒中于经……脉细欲绝者，寒伤营，成注所云，阴血内弱，脉行不利也，与当归四逆汤，助阳生阴也。”汪氏对当归四逆汤证的解释不仅切中病机，而且对

“厥寒”与“厥逆”、“厥冷”的辨别也极有见地。这对正确理解血虚寒厥的病理机制，以及与寒厥的区别，有很大的帮助。

现代医学的雷诺氏病和血栓闭塞性脉管炎，与当归四逆汤证病理有相似之处，临床上可参照治之。

7. 厥阴中风

厥阴中风是指厥阴初病，阳气来复，正气驱邪于肌表的病理状态。《伤寒论》372条“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”即是论述厥阴中风证治的。厥阴肝寒，脾肾阳虚，寒凝气滞，浊阴不化，故下利腹胀满，即所谓“脏寒生满病”也。厥阴阳弱，抗邪无力，故初病表证不显，及至正气渐旺，抗邪于表，正邪交争，表证乃见。关于其治疗，仲景谓：“先温其里，乃攻其表”，实乃认识上的局限，何不温里解表同施？在科学技术飞速发展的今天，是否仍要拘泥于仲景原文，乃是今后研究伤寒的一个非常重要的问题。

（三）转归期病理

病至厥阴盛期，若失治误治，阳复邪退或邪进正衰，从而产生不同的病理变化。

1. 胃热脾寒：胃热脾寒是指厥阴病误下误吐引起的胃热为脾寒所格的病理状态。359条“伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下，若食入口即吐，干姜黄芩黄连人参汤主之。”即是对胃热脾寒的证治概括。厥阴人阳弱质，病发厥阴，症见“寒下”，这时可用“又主久利”之乌梅丸治疗，若医不知其然而误用吐下，则损伤脾阳而生寒，邪热陷胃。胃热被脾寒格拒，胃气不降而上逆，故见“食入即吐”。所以，仲师用芩连清上热，干姜温下寒，人参补中气，使药

力分走上下，寒以治热，热以治寒，脾气得升，胃气得降，寒热互格自可解除。这正是仲师寒温并用、辛开苦降之妙处。

2.肺热脾寒：肺热脾寒是指厥阴人阳弱质者病患厥阴误下引起的邪热陷肺，脾伤寒生的病理状态。厥阴人阳弱质，外邪侵袭，病发厥阴，失治误下，邪热内陷于肺，更伤脾阳则生寒，以致肺热脾寒之病理状态。肺热内壅，上炎肺系，故见咽喉不利、咳嗽吐脓血；脾胃阳虚，运化失职，故见泄利不止；误下邪陷阳伤，气机逆乱，阴阳气不相顺接，故见四肢厥冷。由此可见，该病理甚为复杂：既有上热，又有下寒；既有正虚，又有邪陷。故仲景立麻黄升麻汤以清上温下，扶正祛邪、顺接阴阳。

3.浊阴上逆：浊阴上逆是指阳弱质者病发厥阴，失治引起的寒浊内盛、胃气上逆的病理状态。病发厥阴，失治阳伤，中焦寒盛，浊阴停聚，胃失和降则干呕吐涎沫；浊阴上犯清阳则头痛。仲师以温中散寒降逆之吴茱萸汤主之，是其治也。

4.阳气来复，邪气外转；该病理是指厥阴病，正气渐旺，邪气渐退，并欲外转的病理状态。厥阴之人，阴阳俱弱，感邪易病厥阴。若邪进正衰，阴阳更伤，病情加重；若阳气来复，正气渐旺，则逼邪消退而外转。《伤寒论》379条“呕而发热者，小柴胡汤主之。”即是对阳气来复，邪气外转的证治概括。发热是阳气胜邪，交争于表的反应；呕吐是邪气犯胃，胃失和降的反应。所以仲师用扶阳气、消邪热、和胃气之小柴胡汤治疗，使正胜邪退病愈。

附：伤寒坏证病理

伤寒同其它疾病一样，在其发展变化过程中不外乎两种

结局，一是正复邪退而痊愈，一是进一步恶化，甚至死亡。伤寒坏证就是伤寒发展过程中的后一种结局。为了使人们正确识别这些伤寒危证，探讨其病理机制，非常必要。今将“《伤寒论》危重症剖析”^(?)一文转录分析如下：

《伤寒论》中“难治”、“不治”、“死”共计31条，大致分布如下：太阳篇中论难治、死共8条，概而言之，指高热抽搐（6）、意识障碍（111）、心功不全（178）以及结胸、脏结等证。所谓结胸、脏结指从心下至少腹硬痛不可近者，再选烦躁、脉浮大、舌苔白滑为危候。阳明篇论难治、不治、死共6条，概括为意识障碍（210、211、212、214），呼吸困难（210、212），利不止（205）。少阴篇论难治、不治、死共8条，厥阴篇论难治、死共9条。均为论述微循环衰竭之厥逆证和呼吸障碍等。少阳、太阴两篇何以未论难治、不治和死证？从脏腑相关理论来说，少阳与厥阴相表里，太阴与阳明相表里，其难治，不治之证分列在厥阴、阳明篇中。从病理而论，少阳属半表半里，为枢机出入之所，故死证不多；太阴位居中焦，多为饮食内伤杂病故难治、不治之证亦复少见。

现将伤寒坏证病理概述如下：

1. 热极生风

外感热病常常表现为高热，《伤寒论》6条“若火熏之”极言热度之高，其结果是热极生风，风火相煽，肝风鸱张则“如惊痫”；若化火灼津，筋脉失养，肝风内动则“时瘈瘲”所以仲师谆谆告诫“一逆尚引日，再逆促命期。”

2. 神明错乱

心主神明，火热炽盛，内扰心神，外实四肢则现谵妄状态。《伤寒论》中“谵语”、“手足躁扰”、“循衣摸床”

等，多为邪热内盛，扰乱神明的病理反应。若热盛阴竭，心气散乱，神明无主，则为“郑声”、“独语如见鬼状”、“目不识人”、“微喘直视”（111、210、212），此为精气夺，多属轻重不同的意识障碍。故仲景有“实则谵语”，“虚则郑声”之谓。

3. 畏寒厥逆

《伤寒论》描述其症状为“恶寒身蜷”、“厥逆无阳”、“躁烦四逆”等，这里以烦躁四逆为主症。又重言“脉浮大”、“脉微细沉”、“脉微涩”、“脉短”、“脉暴出”、“脉不至”等脉象，是为辨着眼症状（129、132、211、214、296、298、315）。故211条言脉和者生、315条言脉微续者生、298条言脉不至者死、脉暴脱者死，如此等等，强调脉象。从病机而言，或为邪热深伏，阻碍阴气；或为热极津枯，真阳极虚，无以鼓动血行以达四肢，气血不能接续。故337条“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者不也”。结合现代医学，厥逆多属周围循环衰竭。

4. 喘满息高

《伤寒论》210条“直视谵语，喘满者死”，212条“循衣摸床，微喘直视，脉弦者生，涩者死”，299条“少阴病六七日，息高者死”。微喘系呼吸微弱表浅、喘满系呼吸急促、息高系呼吸不规则，均属呼吸功能衰竭的表现。盖肺主气，司呼吸；肾主纳气，为生气之源，呼吸之根。故喘满息高症见，则示肾气下竭，肺气上脱，阴阳离决之危候，故仲景断为“死”证。

5. 少尿无尿

《伤寒论》描述为小便难、不尿（6、111、232）。仲景以此判断死生是临床上值得重视的。盖肾为命门，肾阳虚

则三焦不畅，气机壅塞，小便不利或不出，邪无出路。肾阳虚则化源枯竭，故232条“若不尿，腹满加哕者，不治”、111条“小便利者，其人可治”。这与现代医学肾功衰竭、尿毒症的描述颇类似。

6.除中

在一些长期慢性消耗性疾病或急性病危重阶段，本不能进食，若患者突然大量求食，是重危先兆。333条“此名除中，必死”。对此，临证不可不慎。

六经病理是伤寒学中的重要内容之一，它从病理学角度阐述了六经病的发生、发展及结局的一般规律，为科学地、系统地掌握六经病证治打下了坚实的基础。伤寒体质在六经发病中的作用，是六经病理的核心内容。不论六经病的症状多么复杂，都是通过机体的反应表现出来的。机体的反应状态，决定了发病的临床表现，同时也决定了疾病的发展趋向。如同时感受外邪，有发病急，前驱期短，见症早，反应剧烈者（如三阳病）；有发病缓，前驱期长，见症晚，反应迟钝者（如三阴病）；有发热恶寒者，有无热恶寒者，等等。其原因在于个体体质的差异，即感邪相同，体质不同，发病各异。另外，还有感邪不一，体质相同，发病则一的情况。在不同外邪的作用下，之所以发生具有共同特点的疾病，并循着一定的规律发展，与机体所具有的共同反应能力即体质是分不开的。所以，小柴胡汤证、白虎汤证、四逆汤证、猪苓汤证等，在不同疾病中见到并不奇怪。所谓“异病同证”，大概也与体质有关。

参考文献：

(1) W·A索德曼主编，《病理生理学》，上海科技出版社，1962。

- (2) 周应征, 《湖南医药杂志》, 1977, 1:35。
- (3) 冯双龙, 《上海中医药杂志》, 1965, 12:13。
- (4) 《哈尔滨中医》, 1960, 2:21。
- (5) 《国外医学·中医中药分册》, 1981 (4)、7。
- (6) 王大鹏, 《安徽中医学院学报》1983, 1:43。
- (7) 张耀坤, 《实用中医内科杂志》1988, 4:171。

第四章 伤寒辨证学

辨证论治是中医的一大特色。辨证和论治是两个密切相关的环节，辨证是论治的前提，为了能采取有效的治疗方法，必须先进行深入细致的辨证。所谓辨证就是对证的认识，是在望、闻、问、切等所得“资料”的基础上进行诊断的辨证思维。其过程是在人体整体观、人与天地相应观、恒动观等中医理论指导下，把四诊所得的“资料”，在八纲初步分析的基础上，再作进一步的分析与综合，务期抓住疾病的某一阶段的本质，然后推断出“证”，为论治提供可靠依据，即医者从获得的关于病情的全部主客观信息中，进行理性分析后作出的对疾病的判断和结论。辨证过程也就是由具体到抽象，由现象到本质的认识过程。

中医辨证学则是在阐述和揭示人体脏腑、经脉、气血、营卫运行变化与天地运动变化相适应的统一规律的基础上，运用望闻问切四诊对人与自然进行周密观察，从而用以研究疾病诊断、证候鉴别及防治方法的一门科学。(1)她是一门中医基础学科，是中医基础理论与临床实践的桥梁，为近年来刚建立起来的新学科。

伤寒辨证学为中医辨证学的一个分支。她既有中医辨证学的一般属性，又具有自己的鲜明特点；既适应于外感疾病，也适应于内伤杂病，为中医辨证学的重要组成部分。

本章首先对证和证三态等概念作一简要的阐述，之后重点探讨伤寒辨证方法和六经系统辨证。

第一节 证

中医辨证学最基本的任务是对“证”的研究。而要正确认识“证”，就必须进行辨证，通过辨证，使医者的主观认识与疾病的本质相一致。因此，首先必须对“证”有一个正确的、统一的认识。

一、证的概念

所谓“证”，原意为表露于外的征象。由于汉字的一字多义，以及所处语言环境的不同，其含义也不尽一致。

症 症是指病人感觉到的异常变化或现象，以及医者检查所得到的疾病现象和体征。为疾病的单个症状和舌苔脉象等体征。(2)如恶寒、心烦、恶心、舌苔黄、脉弦细等，都可概之为症。任何疾病的发生发展总是要通过若干症状和体征显示出来，但其还不是疾病的本质。只有通过四诊等充分搜集各种症，并经医者综合分析，才能透过现象，认识疾病的本质。可见，症是机体病变的客观反映，是判断疾病，进行辨证的主要依据。

症是疾病的反映，包括症状和体征，为辨证的主要对象。因此，要进行辨证，必须从症入手。

证候 证候是指医者对某些相关或相应症的高度概括。由于机体内因（如体质等）的差异性，证候则有其一定的规定性和特定性，而不是症的任意组合。如柴胡证即指“往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕、脉弦”一组症，而其他或然症（如渴、小便不利、咳等）则不属柴胡证范畴。可见，证候既是疾病的反映，又是医者对疾病反应的征象概括。因此，在某种条件下，证候基本上能反映疾病全过程中某一阶段的本质或内部联系。

证型 证型是对具有共同病机而相伴出现的症状和体征的概括，是中医对疾病的分类形式。如气虚、血虚、阴阳两虚证等。

病证 病症，为疾病的同义语。如喘证、饮证、太阳病证、少阴病证等。

辨证 辨证、辨证论治的证，既不是指病人的异常感觉，也不是指医者通过检查所得到的疾病现象和体征，而是指医者运用中医理论对四诊等获得的临床资料进行分析后抽象出来的病情诊断结论，是医者对疾病过程中某一阶段的本质的抽象概括，为疾病过程中某一阶段的主要矛盾。它是中医特有的一个概念。所谓“资料”主要是指症状、体征、体质、精神状态、自然环境、社会环境、治疗反应，以及通过现代技术获得的检查结果等。

一个疾病的某一发展阶段只存在一个证。一个疾病的不同发展阶段可出现不同的证，不同疾病的一定发展阶段可以出现相同的证。前者为同病异证，后者为异病同证。可见，证具有严格的阶段性或时相性，不同阶段可出现不同的证。

由此我们认为，这里的证是对某一阶段各种疾病因子作用于个体，或个体因某种原因失去自和状态，导致机体某些层次结构、机能和代谢发生动态的病理变化及特异机体反应状态，预后转归的总括。如阳明气热证主要是指风热之邪感受于阳明人而导致的气分邪热炽盛，津液灼伤、预后良好，但有耗竭阴液之虞的一种病证。

为了中医术语的标准化、规范化，我们建议将症、证候、证型、病证、辨证等统称为“证”，即广义的证。其中症，称为狭义的“证”。

二、证三态

病，反映了疾病发生、发展，以至结束的全过程。阴阳盛衰，邪正消长贯穿于疾病的全过程中。如六经病均有其共同的变化规律：太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病在其发生发展过程中均有初期，盛期，转归期等过程。疾病的不同时期，临床表现不尽相同：初期，临床见症较少或隐而不显，但易于变化，故其证则不容易辨识；盛期则症状和体征较多，彰而显见，并趋稳定，故其证易于辨识；转归期则视邪正的盛衰，或向愈，或发生种种变化，故其证也难辨识。

可见，疾病的不同时期，表现不一，其证有别，并因邪正的盛衰而变化。即证也是过程的复合，是初证、显证、变证的三态复合，即证三态。⁽³⁾六经病证也有证的三态变化规律。

（一）初证：就是对六经病初期临床表现和病理特点的概括；是指医者对外邪作用于六经人或／及六经人体质失和引起的最初症状、体征等临床资料进行分析之后抽象出来的病情诊断结论。

（二）显证：是指由六经病初证变化而来的证，主要是指六经病的本证；多见于症状和体征较多，彰而显见，并趋稳定的六经病的盛期。

（三）变证：是指由六经病显证进一步发展变化（包括自变和治变）而来的证；多见于六经病的转归期。

证三态的建立，对于掌握六经病的发生发展及其变化规律，充分认识六经病证的动态属性具有重要意义。同时也为仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的动态治疗观提供了理论上的依据。

第二节 伤寒辨证法

伤寒辨证法，始萌于《内经》，奠基于《伤寒论》，以后历代均有发展。其适应范围，不限于伤寒，对伤寒以外的疾病同样适用。兹将其具体的辨证方法分列五种，探讨如下。

一、体质辨证法

体质辨证法，是指根据人的体质因素进行辨证的一种辨证方法。

如前所述（第二章），体质为伤寒发病的内因、传变的基础，故诸证大多是由外邪作用于不同体质或不同体质失和而产生的。对此有人作了一个比较形象、易于理解的比喻：“病是一张画面上的特异图象，或称‘花样’，而体质是画面上的‘底色’。换句话说，病是‘前景’，体质是‘背景’。各种特异性病变这个‘前景’的‘时空花样’是在体质因素这个‘背景’的基础上发生的，两者相互影响。前景相同而背景不同或背景相同而前景不同的两张画面给人的总体印象是不一样的。这便是临床‘同病异证’或‘异病同证’的现象。可以说，辨病是辨‘前景’，辨体质是辨‘背景’。”

（4）因此，通过体质的辨识，对把握疾病的本质，无疑大有裨益，尤其对初证和变证的辨识则更有意义。如《伤寒论》第7条“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”即为仲景在长期的医疗实践中得出的宝贵经验：阳人质者多发以“发热恶寒”为主症的三阳病；阴人质者多发以“无热恶寒”为主症的三阴病。即通过阳人和阴人两大类系体质的辨识以把握病为三阳，还是三阴。又如太阳病发汗后的四种类似病证，亦是通过“辨质”来把握疾病本质的：20条“太阳病，发汗，遂漏不止……，桂枝加附子汤主

之。”者为阳弱之体；25条“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤。”说明脉虽洪大而“证”未变，体质则非阴弱，阳弱之体；26条“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”则为阳明人津液不足之体；71条“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干“若‘少少与饮之’而愈者说明胃津因汗初伤，若“脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”者则为膀胱气化不利，水气易停之体……等，均为体质辨证法的典范。

对于同一病证施以同一方药治疗后，其变证表现基本一致时，如果不从体质入手进行辨证，则很难得出正确的结论。即便临床表现完全一致，仲景也不忽视体质差异的甄别。如351条“手足厥寒，脉细欲绝者”证属寒凝血脉，若其人”内有久寒者（352）”则证随质变，方随证异，宜用当归四逆加吴茱萸生姜汤。

体质辨证法不仅为辨证的准确性提供了方便，而且还可以预测疾病的发展变化及其转归。如初罹外邪，症见恶寒发热、头痛体楚、鼻塞流涕、咳嗽等五个信息，并遇到寒热性质不明确的舌脉时，就难以确定其为外感风寒，抑或外感风热。然通过体质的辨别则不仅可确定其初证，而且可以预知其转化：卫强质者多发太阳伤寒证，营弱质者则易发太阳中风证；痰湿质者则多发风湿诸证；阳弱质者则易发少阴伤寒证等。

由此可见，体质辨证法为伤寒辨证法的重要内容之一，无论对初证、显证、还是对变证的辨别均有一定的意义。

二、主症辨证法

主症辨证法，是指通过对主症的分析从而掌握疾病本质的一种辨证方法。

疾病的临床表现往往错综复杂，扑朔迷离。对此，医者

如何去粗取精，去伪存真，以把握疾病的本质？主症辨证法不失为一简洁有效的方法之一。

所谓主症是指一组症中的主要症状和体征。由于症主要是指机体与邪气相互作用反映于外的征象，故可透过现象抓住本质。主症辨证法就是对四诊所获得的症状和体征进行分析、比较，加以选择，将其中无关紧要的症放在次要位置，把至关重要的症放在首位。换言之，从大量的症中抓住主要的症，然后再围绕主症进行辨证的方法。主症可能是一个或几个，它是疾病的中心环节，围绕它进行辨证，再结合体质等因素，便可作出正确的诊断。例如“脉浮、头痛、恶寒、咳嗽”为外感病所共有，故可认为是一切外感病的初证态。若在此基础上见到：“头项强痛”则说明邪犯太阳。故“头项强痛”则为其主症。而在太阳证的基础上兼见“汗出、脉缓”则可辨为太阳中风证；兼见“恶寒、无汗、脉紧”则可辨为太阳伤寒证。如第3条“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”即认为发热不是主症，诊断伤寒的要点在于“必恶寒，脉阴阳俱紧”这一主症。又如太阳病发汗后表证仍在者还可用麻桂剂汗之，若但见“脉沉迟”时则说明证属“营气不足”（62条）之新加汤证。再如胸胁苦满为小柴胡汤证的主症之一，故在外感病过程中只要见到此症则说明邪犯少阳，枢机不利，即可辨为小柴胡汤证。如229条的“阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。”本条虽冠以“阳明病”，且发潮热，酷似阳明证，然仲景仅据“胸胁满不去”一症即辨为少阳枢机不利之证等，均为主症辨证法的例证。今人印会河教授所创的疗效卓著的抓主症法，是否渊出于此，笔者未从考证，但由此似可说明主症辨证法确

有实用价值。

其实，古往今来，凡有经验的临床医家，多采用主症辨证法辨证，而不是对所有的症进行逐一分析后得出“证”的结论，往往一望或一问便知疾病的症结所在。但若不是理论扎实，经验丰富，则很难达到这种“但见一证便是”的辨证水平。

三、时相辨证法

时相辨证法，是指根据时间因素进行辨证的一种辨证方法。

辨证唯物主义认为“一切存在的基本形式是空间和时间，时间以外的存在和空间以外的存在，同样是非常荒诞的事情”。⁽⁵⁾疾病的发生发展及其转化也是如此，具有一定的时相变化规律，并常常通过疾病的“证”反映出来，从机体代谢、机能、结构的变化中反映出来。任何疾病，其病程均存在着初期、盛期、转归期，其证均有初证、显证、变证。即任何疾病均有从发生到结束的时间历程，其证也随着时间的推移而变化。盖致病因子作用于机体之后，不是一成不变的，而是随着时间等多种条件的变化而变化的。《素问·热论》指出“伤寒一日，巨阳受之”、“二日阳明受之”、“三日少阳受之”等。固然我们不必拘泥于一日、二日的具体日数，但由此不难领悟《内经》已认识到疾病是随着时间的推移而变化的。仲景则是在继承《素问·热论》六经分证的基础上，创造性地把外感疾病错综复杂的证候及其演变加以总结，以六经为纲，概括了脏腑、经络、气血的生理功能和病理变化，并根据人体抗病能力的强弱、病因的属性、病势的进退缓急等因素，将外感疾病演变过程中所表现的各种临床表现进行分析综合，提出六经辨证。

外感疾病发展快、变化速，阶段性特别明显，故应用时相辨证法更为重要。时相概念在《伤寒论》中主要体现在以下三个方面：一是条文载一日、二三日等字样，其时相概念最易理解；二是“服汤已”、“先宜服”、“仍发热”等字样，则隐含着一定的时间概念，一般也易理解；其三为仅从字面上来看，时相概念不甚清晰，须经仔细分析后方能领悟。兹将《伤寒论》时相辨证法从三个方面分述如下：

辨时定病 一切疾病都经过由发生到消亡（痊愈或死亡）的过程，也就是说，疾病都有一定的时限。现代医学对此认识较为精确，如普通感冒的病程为一周左右。《伤寒论》对此认识尽管较为粗略，但对辨证（病）确有参考价值。如前所述，从体质意义而言，六经病是邪气作用于六经人或六经人体质失和引起的不同反应。由于六经人的阴阳偏盛偏衰不尽一致，抗邪力不尽相同，故其自然病程亦不一致：三阳病多为表证、实证，病程多短暂；三阴病多为里证、虚证，病程多漫长。故从六经病初证时间长短可以初步断定病发何经，如李克绍教授指出“前驱期（即初证期——编者按）的长短，三阴病和三阳病也各不相同。太阳病很少有前驱期（有，但非常短暂——编者按），阳明病是二日以后，少阳病是三日以后，太阴病是四日以后，少阴病是五日以后，厥阴病是六日以后。这就说明病情越深重，其前驱期越长，病情轻浅的，其前驱期也较短。”

辨时定证：外感疾病多呈阶段性变化。《伤寒论》上以六天为一个发展阶段。体质较弱，正气不能完全驱邪外出，病虽不重，但病程可能会拖延下去；若病邪较盛，病情加重就可能发展为第二阶段，即在五六日或六七日之间往往出现证的转变。如96条“伤寒五六日，中风，往来寒热……小柴

胡汤主之。”124条“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，……以太阳随经，淤热在里故也。”252条“伤寒六七日，目中不了了，睛不和……急下之，宜大承气汤。”等六七日发生变证的条文不下三十余条。若病邪极盛，或正气不足，则变化迅速，可以在发病后约三日之间发生各种变证。如16条“太阳病三日，已发汗，若吐、若下、若温针，仍不解者，此为坏病。”102条“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。”等条文计16条之多。

辨时定势：疾病的进退即病势的趋向取决于正邪双方力争的对比：正胜则邪退，病向愈；邪胜则正退，病进而恶化，均有一定的时间性。如103条“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“即说明病势仍有外解之机。342条“仍寒厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进”即以厥热两症的持续时间之长短以辨别病势的进退。

此外，时间因素对明确一个症状的性质也有一定的意义。如外感病初起即有发热恶风的，多属太阳中风，而只恶寒不发热（暂时）的，多属太阳伤寒，外感病即病而见发热脉沉者，则多属少阴伤寒等。

时相辨证法贯穿于《伤寒论》全部著作中，为伤寒辨证的一个基本方法。故在分析原著时不要忽视时间因素。但时相辨证法毕竟只是伤寒辨证的一种方法，故不可随意单独使用，只有结合其他辨证方法，才有可能及时准确地作出“证”的诊断。

四、比较辨证法

有比较，才有鉴别。比较是甄别类似客观规律的重要手段之一。比较辨证法，即指通过临床表现的比较、鉴别，从

而把握疾病本质的一种辨证方法。主要体现在以下三个方面：

通过症的比较以明确证的性质：如《伤寒论》第二、三条以汗出与不汗出、脉缓与脉紧，恶风与恶寒，比较太阳中风和伤寒。157、158条以下利次数多少、心下痞硬的轻重等一系列症的对比，以明确痞证中生姜泻心汤证与甘草泻心汤证的区别。129、130条以饮食如故和不能进食，时下利和大便秘结，不发热与往来寒热，脉小沉细和脉沉等综合比较，以别脏结与结胸等。

通过关键症的比较以明确两类证候的性质：如第7条以发热恶寒与无热恶寒辨阴证与阳证、第11条以病人欲近衣被与否以别真假寒热、185条以发热无汗与发热汗出濇濇然以辨太阳病与阳明病等。

比较不同的脉象，以辨别相似证候：212条的阳明危重证，症状相似，而“脉弦者生，涩者死”，214条的阳明病见谵语、潮热、不大便，但脉滑而疾者可用小承气汤，脉微涩者便不可用承气汤等等；均是以脉辨证的例证。

五、反馈辨证法

反馈辨证法，是指根据治疗以后的种种反应而进行再次辨证，从而进一步把握疾病本质的一种辨证方法。

由四诊到辨证，再到治疗，是一个具体的医疗实践过程，也是一个认识疾病运动的具体过程。由于医者对疾病的认识难免受主客观条件的限制，如医者临床经验的不同，对医学掌握程度的差异和科学技术条件的影响，以及疾病本身也有一个逐渐暴露的过程等因素，这就决定了一次辨证不可能完全正确地反映疾病的本质。辨证是否正确，也只有通过治疗实践的检验才能确定。因此，上一次治疗后的种种反应，就成为下一次辨证的一个重要依据，因此进行再次的抽

象思维运动，抓住疾病的本质。外感疾病、危重病证变化迅速而复杂，及时掌握治疗后的种种信息，应用反馈辨证法尤为重要。

《伤寒论》82条“太阳病，发汗，汗出不解，其人仍发热”即说明方不对证，辨证不确。214条服小承气汤后“腹中转矢气者，更服一升。若不转气者，勿更与之。”就是根据服药后的肠胃气机以决定能否连续运用承气汤的例证。41条“伤寒……服汤已，渴者，此寒去欲解也。”则为根据用药后的反应来判断病邪进退的。73条伤寒汗出（发汗）之后，若渴者五苓散主之；若不渴者茯苓甘草汤主之。100条伤寒腹中痛，脉弦涩，单从脉症分析，则既可用小建中汤，又可用小柴胡汤，此时辨证颇为困难，故先投小建中汤试之，若药后不差，说明辨证有误，其证当属少阳枢机不利、气血不和的小柴胡汤证。311条“少阴病二三日，咽痛者，可与甘草汤。不差，与桔梗汤。”以上两条均为发病时间和主症基本相同，但病机有异，根据治疗后的反馈信息，即将两证明确地区分开来。221条阳明病脉浮而紧，咽燥、口苦、腹满而喘，发热不恶寒，汗出身重者，用攻下法后，如出现心中懊懊的是实热已去，余热留扰，可用栀子豉汤；如见口渴烦饮，口干舌燥的是下后实邪已去，热邪仍炽，气阴两伤，可用白虎加人参汤；若见脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者是实热已去，余热伤阴，膀胱气化不利，宜用猪苓汤。这是一条较为典型的反馈辨证法的具体体现。再如太阳篇24、25、26条，也是根据太阳病服桂枝汤后出现的不同变化而进行再次辨证的例证。

以上五种辨证方法，临床应用颇广，具体运用不胜枚举，对指导今天的辨证仍有重要意义。

第三节 六经系统辨证

《伤寒论》六经辨证，是在继承《内经》六经辨证的基础上发展起来的。它将各种致病因素，作用于不同个体群——六经人或六经人体质失和而导致的种种错综复杂的病证，加以分析、归纳、综合之后，以其始发病证为起点，高度概括为六大病系：太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病。六经系统辨证，则是在《伤寒论》六经辨证的基础上，又将每一经病的全过程，划分为初证期，显证期和变证期，从而形成了一个相对独立的、系统的纵（初证→显证→变证）横（太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病）辨证体系。其适应范围，也扩大为包括温病在内的一切病证。

一、太阳病证

太阳之人，体质强壮，主以肺卫、膀胱功能为基础。故凡外邪侵袭太阳人或／及太阳人体质失和引起的，以营卫不调为主要病理变化，临床上以脉浮、头项强痛、恶寒为主症的表证及其变证，统称为太阳病证。

侵袭太阳的外邪有风、寒、湿、热邪等，但以风寒之邪为主。其病位，初在体表；若失治误治，正气损伤，抗邪力弱，邪气由表入里。由于太阳人卫外有力，外邪侵袭，正气奋起抗邪于体表，邪气难以逾越肌表而内侵，所以其本证多为表证。根据疾病发展变化的动态过程，病邪的差异，以及机体受邪后的不同病理反应，本病又有初证、显证和变证的不同。

（一）太阳初证（1）*

* 系指上海科技出版社1983年版《伤寒论》条文序号，以下准此。

太阳初证，主要是指外邪侵袭太阳人引起的最初的病证。以外邪侵表，营卫不调为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：脉浮、头项强痛而恶寒

付症：鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、发热。

〔辨证分析〕 外邪入侵，太阳防御系统启动，正邪交争于体表，病发本证。邪气侵袭，正气奋起抗争，失其常位，肌表遂失温煦，故恶寒怕冷；邪犯肌表，营卫气血抗邪于表而充盈于外，脉为气血之先，故脉外应而浮；足太阳经脉，从头走足，行于人身背部，邪气外束，太阳之气运行受阻，邪正交争于太阳经的头项部，所以头项强硬不适而痛。

肺外合皮毛，邪犯肌表，腠理闭塞，肺失宣降，故鼻塞、流涕、咳嗽、邪正交争于体表，故发热。

〔转归〕 本证为太阳病的始发病证。若感邪轻微，正气有力，亦可自愈；若外邪太盛，因体质的差异，初证不愈则易发展为不同的显证。

〔类证鉴别〕 三阳病均有发热，其区别在于：本证发热必伴恶寒，虽得衣被而恶寒不减；阳明病，发热必伴恶热，不恶寒，远衣被；少阳病发热是先恶寒，后发热的寒热交作，非持续性发热。

本证与阳明病、少阴病均有恶寒，其区别在于：本证恶寒，必脉浮而头痛；少阴病恶寒，脉必微细而无头痛，且得衣被后恶寒即减；阳明病恶寒，只是偶见于阳明初证，且持续时间短暂，“虽得之一日，恶寒将自罢，即自汗出而恶热也。”（183）

〔辨证要点〕 掌握主症。疾病初期，不论其感受的是何种病邪，但见如此主症，即可确诊为本证。若病程较长，而见上述主症时，则应考虑其他病证。

（二）太阳显证

太阳初证失治，邪气深入，正邪斗争激烈，临床表现也由不甚明朗的初证，变化为易于辨识的显证。由于患者体质的不同，感邪的差异，在临床上又有伤寒、中风、风热、风湿的区别。

1. 太阳伤寒证（麻黄汤证：3、35、36、37、46、51、52、55）：本证是指卫强质者外感寒邪引起的风寒表实证。以寒邪束表，卫阳被遏，营阴郁滞为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：恶寒发热，头项强痛，无汗，舌苔白，脉浮紧。

付症：鼻塞流清涕，咳嗽气喘，痰清稀，骨节酸疼，口不渴，咽不痛，小便清，舌质正，脉浮数。

〔辨证分析〕 寒邪有轻重，正邪交争有缓急，故发热有迟早。已发热是卫气能及时达表以抗邪；未发热是寒邪较重，卫气抗邪力单，正邪交争不剧，故发热较迟。但卫阳被郁，势必蓄积力量与邪抗争，故未发热只是短暂现象，不久即出现发热。所以临床所见的伤寒，往往是发热恶寒并见。这种发热体温虽高，但患者并无发烧、烦热之感，相反发热越高，恶寒越剧。

寒邪束表，卫阳既遏，营阴亦被郁滞，气血流行不畅，故头痛项强，骨节酸痛；寒邪袭表，卫阳抗邪于外，无暇温煦肌表，故恶寒；寒性收引，腠理闭塞，所以无汗。卫欲抗邪于外而寒邪凝束肌表，故脉浮紧。肺主气司呼吸，外合皮毛，故邪束于外，内迫于肺，肺失宣降则鼻塞清涕、咳嗽、气喘、痰清稀。

〔转归〕 本证为外感疾病的早期证候，发展变化很多。主要发展趋势有二种：一是邪重阳郁化热，发展为里热实证；一是寒邪伤阳化寒，变为里虚寒证。

〔类证鉴别〕 本证与外寒证既有联系，又有区别；彼

证泛指寒邪侵袭体表的各种证候的共性之处，本证则为彼证中的一种具体的特殊证型，以寒邪束表，卫强营郁为基本病机。二者的主症都是恶寒无汗，但本证以恶寒明显，体温较高，且伴头身疼痛为特征，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除口渴，咽痛等热证；掌握病程，本证多见于疾病的初期；若病程较长者，虽仍有出现本证的可能，但属少见。

2. 太阳中风证(桂枝汤证：12、13、15、24、44、45、53、54、56、57、91、95、164、267、383、372)：本证主要是指营弱质者感邪引起的证候，又称风寒表虚证。以风寒袭表，营卫失调为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：发热、恶风、汗出、苔白、脉浮缓。

付症：头痛、时兼项强，骨节酸痛不剧，咳嗽、鼻塞、舌正，脉浮弱或略带数。

〔辨证分析〕 风寒外侵，营卫抗邪于表，故发热。营弱之体，抗邪力弱，邪迫营阴外泄，故汗出。所谓“阳浮者热自发，阴弱者汗自出”是也。风性疏泄，肌腠疏，汗孔启，不胜风邪，故恶风；营弱血少，血脉不充，故脉浮而缓。

邪犯肌表，气血运行不畅，故头痛项强，骨节酸痛；肺司呼吸，外合皮毛，邪气外束，必然影响及肺，由是则肺气不利，症见咳嗽，鼻塞。

〔转归〕 营弱之体，抗邪力弱，但及时治疗，预后多良；若失治误治，则变证丛生。其主要发展趋势是邪气由表入里，由寒化热，或伤阳化寒，或汗出亡阳而变生虚证、寒证等。

〔类证鉴别〕 三阳病均有汗出，故应鉴别。本证汗出不多，且必恶风寒；阳明病汗出较多，手足心剧，或大汗

出，不恶寒反恶热；少阳病汗出具有时间性，是在恶寒发热之后的见症，且不是必见症。

本证与麻黄汤证均有寒热、身疼等症，但两证病机不同，一是营卫失调，一是营卫郁滞；临床表现则有汗出与不汗出，脉浮缓与浮紧等不同，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症。排除高热无汗，以及明显的化热化燥汗出之证，尤应排除气虚外感证。

3. 太阳风热证（6）：本证主要是指阳郁质者，感受风热之邪引起的风热表证。

〔辨证依据〕 主症：发热而渴，微恶风寒，汗出，脉浮数。

付症：咳嗽，浊涕，咽痛，舌质正苔薄黄。

〔辨证分析〕 风热阳邪，其性疏泄，故风热袭卫，卫阳郁而化热，开合失司则发热汗出，微恶风寒。风热袭表，气血外应，故脉浮数。风热阳邪，易伤津液，故口渴。热邪上壅于肺，肺系不利故咳嗽、咽痛。舌正苔薄黄，亦为风热袭表之证。

〔转归〕 风热阳邪，化燥伤阴最速，故早治速决，预后则良。否则，失治误治，则变证蜂起。其发展趋势主要为耗气伤津，动血生风。

〔类证鉴别〕 本证与风寒表证均属表证，但主症有别，病机各异，故不难区别。然须注意的是：“温病，或有新中风寒者，或有表气虚不禁风寒者，卫虚则恶风，营虚则恶寒，又不可因是遂为非温病也”（《医门法律》）。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除其他表证。

4. 太阳风湿证（麻黄加术汤证：《金匱要略·痉湿喝病脉证治》）：本证是指风湿之邪侵犯痰湿（偏表）之体引起的

风湿表证。

〔辨证依据〕 主症：恶寒，发热，身烦痛，苔白厚，脉浮缓。

付症：头重如裹，肢体沉重，活动不灵便，口不渴。

〔辨证分析〕 痰湿之体，易感湿邪。风湿袭表，正气抗邪于外，故发热；湿为阴邪，故发热不扬。风湿袭表，卫阳郁遏，肌表失于温煦，故恶寒。湿性重着，故湿邪袭人，头重如裹，肢体沉重，活动不便。舌苔厚白，口不渴、脉浮缓，亦为风湿在表之证。

〔转归〕 湿为阴邪，其性粘滞，故风湿病邪，易流注肌肉关节，影响气血运行，病发痹证。若痹证失治误治，迁延日久，病邪由表入里，内侵心肾等脏器，易致胸闷、心悸、腰痛、尿少等症。所以《伤寒论》在论述了风湿三证之后，紧接着论述炙甘草汤证，其用心即在于示入风湿传变的规律。

〔类证辨别〕 本证与痹证、湿阻等证有相似之处，应予鉴别。痹证是风、寒、湿三邪杂至而为病，表证不显或无，以关节疼痛为主症，且病程缠绵日久，每因气候变化而加重；湿阻，病在中焦脾胃，多因饮食劳倦所伤，故有脘痞胀满、恶心、呕吐、肠鸣下利等见症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症。既有恶寒发热等外感表证，又有身痛沉重，关节活动不利等湿邪侵犯肌肉关节的表现，则本证即可确立。

（三）太阳变证

太阳变证即太阳初证和显证失治误治引起的一系列证候。其证千差万别，十分繁杂，兹择要分述如下。

1. 太阳伤寒变证：太阳伤寒变证主要是指太阳伤寒失治误治引起的证候。由于患者的体质不同等原因，临床上主要有

阳郁热化和阳伤寒化两大类型。

阳郁热化证，临床上主要表现为以下九种证型：

(1) 阳郁轻证（桂枝 = 越婢 - 汤证：27）：本证是指伤寒失治，自然演变的寒邪束表，阳气初郁的证候。

〔辨证依据〕 主症：发热恶寒，热多寒少，脉不微弱。

付症：无汗，口干不渴，微烦，舌质正，苔白，脉浮小数。

〔辨证分析〕 寒邪束表，郁闭阳气，失治化热，故发热重，恶寒轻，热多寒少；阳气初郁，化热不剧，但有伤阴扰心之势，故口干不渴，微烦。舌质正，苔白，脉浮小数亦为寒邪郁闭，热轻寒重之证。

〔类证鉴别〕 本证与大青龙汤证。麻杏石甘汤证均为表邪郁闭所致，但程度不同：本证以寒邪为主，邪热初成；大青龙汤证是外有寒邪，内有郁热；麻杏石甘汤证为外寒入里化热，热重寒微。此外，三证主症多不相同，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除类似病症。

(2) 阳郁烦躁证（大青龙汤证：38、39）：本证是指肺郁质者，外感寒邪失治引起的表寒里热证；也可以认为是阳郁轻证的进一步发展。

〔辨证依据〕 主症：发热恶寒，身痛无汗，烦躁，脉浮紧。

付症：口干渴，身体沉重，舌尖红，苔白稍干，脉浮缓。

〔辨证分析〕 肺郁之体，外感寒邪，表气郁闭，阳郁化热，遂致斯证。正邪交争激烈，故发热剧，恶寒重。寒邪外束，阳气被遏，营阴郁滞，故身痛或重。寒性凝滞，腠理

闭塞，故无汗。阳郁化热，热扰心神则烦躁。口干渴、舌尖红、苔白稍干、脉浮紧，亦为表寒里热之证。至于脉浮缓则为阳郁太重，气血运行受阻所致。

〔类证鉴别〕 本证烦躁，应与里热烦躁相鉴别。一般有汗之烦躁为里证，无汗之烦躁为表证；脉浮之烦躁为表证，脉沉数之烦躁为里热，脉沉迟之烦躁为里寒。

本证与太阳伤寒相比，表寒见证相同，而里热烦躁一症，则为本证所独有。

本证与阳郁轻证的鉴别：参见阳郁轻证项下。

此外，本证脉浮缓应与太阳中风相鉴别：本证有烦躁，彼证无烦躁；本证有汗，彼证汗自出；本证为寒束阳郁化热引起，彼证为风寒袭表，营卫失调所致。

〔辨证要点〕 掌握主症。外有风寒表实之症，内有阳郁化热烦躁之症，则本证即可确立。

(3) 邪热壅肺证（麻杏石甘汤证：63、162）：本证是指肺郁质者，感邪失治误治引起的邪热壅肺，肺气上逆之证。可由阳郁烦躁证发展而来。

〔辨证依据〕 主症：发热，汗出，气喘，脉浮数。

付症：口渴饮冷，但非大渴引饮，咳嗽痰黄，舌尖红，苔薄白而干或薄黄，脉滑数。

〔辨证分析〕 太阳伤寒，本应汗解，但汗不得法，或误用下法，邪气遂内陷于肺，或肺郁素体感寒从化，导致邪热壅肺。汗后表邪未解，但已衰败，故身无大热。邪热壅肺，肺失肃降则喘促气逆、咳嗽、黄痰。邪热内盛、迫津外泄则汗出。邪热伤津则口渴冷饮。舌尖红，苔薄白而干或薄黄，脉浮数或滑数，均为邪热壅肺之证。

〔类证鉴别〕 本证与白虎汤等证类似，应注意鉴别。

本证与白虎汤证均有汗出而渴等症，但前者热、渴、汗出较轻，后者则大渴，大汗、大热；前者为邪热壅肺，尚兼表证，后者则纯属气热炽盛的里证。但本证失治又易发展为白虎汤证。

本证与大青龙汤证鉴别：参见阳郁轻证项下。

本证与葛根芩连汤证均有喘而汗出之症，但前者以喘为主症，后者以下利为主症；前者为邪热壅肺，肺失肃降作喘，后者属热在大肠，上迫于肺作喘；治疗上前者重在清泄肺热，后者贵在清泄肠热。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(4) 热扰胸膈证（栀子豉汤证：76、77、78）：本证是指心郁质者感邪误治引起的邪陷胸膈之证。

〔辨证依据〕 主症：发热，虚烦不得眠，甚则反复颠倒，心中懊恼、结痛，胸中窒塞。

付症：头痛，口渴、大便实、舌苔薄黄，脉浮数。

〔辨证分析〕 阳郁之体，病发伤寒，误吐误下，邪气未解，内陷扰心，遂致本证。外邪未解，故身热不去，头痛；邪热扰心，心神不宁则虚烦不眠。若邪热太盛，阳气扰动则反复颠倒，心中懊恼；气壅胸膈，气机不利，则胸中窒塞、结痛。舌苔黄、脉浮数，亦为邪陷上焦，热扰胸膈之证。

〔类证鉴别〕 本证与栀子甘草豉汤等证类似，应予鉴别。本证与栀子甘草豉汤证均为邪陷胸膈之证，但前者正气未伤，后者正气已虚，所以《伤寒论》76条明载“……心中懊恼，栀子豉汤主之。若少气者，栀子甘草豉汤主之。”而栀子生姜豉汤证，系本证的进一步发展：邪热扰心及胃，胃失和降，故除有栀子豉汤证外，必兼呕吐一症。栀子干姜汤证则为“伤寒，医以丸药大下之”引起的邪陷胸膈，挫伤脾

阳之证，故微烦，身热不去，并兼下利之症；而栀子厚朴汤证虽为“伤寒下后”所致，症见心烦，卧起不安等，但必兼腹满一症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类证。

(5) 热实结胸证（大陷胸汤证：134——137、149）：
本证是指痰湿质者，病发伤寒或中风失治误治引起的邪痰结聚之证。为太阳变证中十分严重的一种。

〔辨证依据〕 主症：心下满而硬痛，甚则心下至少腹硬满而痛不可近，脉沉实有力。

付症：呕吐，便秘，发热不扬，但头汗出，气短，烦躁，舌红苔黄腻，脉弦滑。

〔辨证分析〕 《伤寒论》135条“结胸热实”明确指出了本证的性质为实证、热证；136条“此为水结在胸胁也”，137条“从心下至少腹”则又确指了本证的病位。盖太阳邪热不解内陷，与有形痰水搏结于胸部，阻碍气机，不通则痛，故见胸闷、胸痛、气急，甚则不能平卧等症；邪结心下则心下满而硬；邪结腹部，气机壅滞，升降逆乱则腹痛拒按、呕吐、便秘。痰热内蕴外蒸则发热，因无表邪，故发热不恶寒；若化热尚轻，则无发热一症，若见全腹硬痛，剧烈呕吐，烦躁不安，神志不清等症，则提示病邪结聚严重，病情危笃。

〔类证鉴别〕 本证与痞证均由邪气内陷所致，但各有特点，不难鉴别：本证腹痛腹胀，以痛为主，可见剧痛、硬痛；彼证只胀不痛，腹壁柔软。从体质而言，一为痰湿之体，一为气弱之体，一实一虚，极易分辨。

本证与小陷胸汤证均为热实结胸，但前者以痛为主，病位广泛于胸胁少腹；后者以痞为主，按之则痛，不按不痛，病

位局限于“心下”，前者为结胸重症，后者为结胸轻证。

本证与阳明腑实证均有便秘和腹痛等症，但前者以结聚为主，病位广泛于腹胸，一般热象不著；后者以腑实为主，病位局限于肠胃，一般均见潮热、烦躁等明显的热象。

〔辨证要点〕 对本证的辨证，尤应尊仲景“但见一证便是，不必悉具”之旨，切忌犹豫不决，误贻病机，等待各种见症全部出现。须知“结胸证悉具”已是病情危笃的表现。因此，出现下列情况之一者，即应考虑本证的可能：外感病过程中出的胸闷、气急、心悸者；外感病表证不著，而出现腹痛，并持续加重者；外感病过程中出现明显的胸痛，且痛处固定不移者。

(6) 热痞证（大黄黄连泻心汤证：151、154）：本证是指邪热内陷中焦引起的气机痞塞之证。

〔转证依据〕 主症：心下痞、按之濡，舌红苔黄，关上脉浮。

付症：口苦，口渴，口臭，便秘，脉数。

〔辨证分析〕 “脉浮而紧”浮主表，紧主寒，这是寒邪袭表，正气抗邪于外的表现；本应汗解，若误用下法，挫伤正气，邪气由表入里化热而成痞证，邪气内陷，中焦痞塞，故心下痞满；由于只是邪热内陷，并无有形燥屎等邪结聚，故虽痞满，按之则濡而不痛。邪在中焦，热为阳邪，故关上脉浮。口苦口渴，口臭、便秘、脉数，均为邪热内陷中焦的表现。

〔类证鉴别〕 本证与附子泻心汤证均属痞证，其区别在于：本证为单纯的邪热内陷中焦，气机痞塞之证；彼证则在邪陷中焦的基础上，又兼表阳虚弱，故除痞证外，尚有汗出畏寒等症，可资区别。

本证与结胸证的鉴别：参见热实结胸证项下。

〔辨证要点〕 掌握主证，排除结胸等类证。

(7) 气热津伤证（白虎加人参汤证：168——170）：本证是指胃强质者感受风寒之邪，失治误治，寒从阳化引起的热盛气津两伤之证（参见阳明病证。阳明气热变证项下）。

(8) 燥热腑实轻证（调胃承气汤证：29、70、94、105、123）：本证是指肠厚质者感邪失治误治引起的燥热内结，腑实初成之证。

〔辨证依据〕 主症：蒸蒸发热，郁郁微烦，腹微满，谵语，大便硬，舌红苔黄，脉沉有力。

付症：口渴，便秘，腹痛拒按。

〔辨证分析〕 肠厚之体感邪失治误治，邪气内侵，随质而化，遂致燥屎结聚，大肠传导失职。燥屎初成，化燥化热，故蒸蒸发热；燥屎化热，上扰神明则郁郁微烦，甚则谵语。燥屎内结，中焦气滞，故腹满，腹痛拒按。口渴便秘，舌红苔黄，脉沉有力，均为燥屎初成的表现。

〔类证鉴别〕 本证与阳明腑实证的鉴别：参见阳明腑实证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症。在外感病发展过程中，表证已解，但见腹满便硬等腑实之证时，即可诊断为本证。

(9) 太阳淤热证（桃核承气汤证：106）：本证是指血淤质者感邪失治引起的邪淤搏结于下焦的证候。

〔辨证依据〕 主症：少腹急结，硬满，如狂，发狂，小便自利，脉沉涩。

付症：发热微恶寒，口渴便秘，舌质暗，有淤点，苔黄，脉沉结。

〔辨证分析〕 《伤寒论》106条“太阳病不解，热结膀胱（指下焦——编者按）”即指出了本证的性质是热证，

又点明了本证的病位在下焦。盖太阳之邪不解，内侵下焦，与有形之瘀血相搏结，故少腹急结，甚则硬满。邪在血分，膀胱气化未受影响，所以小便自利。《素问·灵兰秘典论》说：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”又肝经布胁肋，过少腹，故热在下焦，循经上扰，谋虑难出，情志无主，所以病见如狂、发狂等症。由于瘀血阻滞，脉道流行不畅，故脉见沉涩，或沉结。舌质暗有淤点，苔黄、口渴、便秘，均为太阳淤热的表现。

〔类证鉴别〕 本证与劫汗亡阳均有狂症，但彼系心阳损伤，神明无主，故必兼心系病证；此为淤热结聚下焦，故必见少腹急结、硬满等症。两证上（上焦）下（下焦）有别、虚实各异，故不难区别。

本证与溺涩，燥屎颇类似，对此程钟龄分辨甚详：“伤寒少腹满，按之不痛，小便不利者，为溺涩也；若绕脐硬痛，小便短涩，大便不通者，此有燥屎也；若按之少腹硬痛，小便自利，或大便色黑者，为蓄血也。”

〔辨证要点〕 掌握主症；排除惊狂，燥屎等证。

阳伤寒化证，临床上主要表现为下列六种证型：

(1) 内饮外寒证（小青龙汤证、40、41）：本证是指水气质者（偏于中焦）感受寒邪引起的寒邪束表、水停心下的证候。

〔辨证依据〕 主症：发热恶寒，干呕而渴，咳而微喘，苔白润，脉浮紧。

付症：头痛身痛，噎，下利，不渴，但口水多，喜干食，小便不利，少腹满。

〔辨证分析〕 《伤寒论》40条明确指出本证病机为“伤寒表不解，心下有水气。”表邪不解，故发热恶寒，头

身疼痛，脉象浮紧。寒邪束表，水气内停，流动不居，故可引起各种症状，如水停心下，上干于肺，肺失宣降则咳喘痰稀；水停心下，胃失和降则干呕；水饮内停，津液不化，则口渴；水趋大肠则下利；水饮射肺，水之上源不调，膀胱气化失职则小便不利，下腹胀满；水为阴邪，阻碍气机，肺系不利则咽喉噎阻；舌苔白润，喜干食等症，亦为内饮外寒的表现。

〔类证鉴别〕 本证与桂枝加厚朴杏子汤证、大青龙汤证等均有喘咳之症，其区别在于：

桂枝加厚朴杏子汤证，以发热汗出恶风，咳喘痰不甚多，脉浮缓为主症，为风寒外袭、营卫失调，肺气不利之紧，并以“喘家”即素有喘咳病史为其特点。

大青龙汤证，以恶寒发热，身疼无汗，烦躁舌红，脉浮紧为主症；为肺郁质者感受风寒之邪失治所致；其病理特点是表寒里热，营卫俱实。

小青龙加石膏汤证，以咳痰粘稠色黄、脉数、苔黄为主症，系由小青龙汤证失治，饮邪化热所致。

苓甘五味姜辛汤证，虽以咳喘痰多清稀为主症，但无发热恶寒等表证；其病理特点为单纯的寒饮犯肺证；多由小青龙汤证进一步发展——邪解脾伤所致。

〔辨证要点〕 掌握主症。临床上既有头痛寒热等表证，又有咳喘痰多清稀之饮证，则本证即可确立。

(2) 寒饮结胸证（三物白散证：141）：本证是指寒邪与痰饮结聚于胸膈的证候。

〔辨证依据〕 主症：胸胁或心下硬满疼痛，舌苔白润。

付症：胸闷，气短，喘咳，便秘，脉沉有力。

〔辨证分析〕 《伤寒论》141条“病在阳(表——编者

按)，应以汗解之。”痰湿之体，其病在阳，本应汗解，“反以冷水澀之”，寒邪与痰饮遂结聚于胸而致本证。寒饮结聚，阻碍胸阳，气机不利，故胸胁或心下硬满疼痛，或胸闷气短。寒饮犯肺，肺失宣降则喘咳痰稀。肺与大肠相表里，故肺失宣降，大肠因之传导失职而便秘。舌苔白润，脉沉有力亦为寒饮结聚的表现。

〔类证鉴别〕 本证与大陷胸汤证均属结胸证范畴，但性质迥异：本证属寒，彼证属热，故可从有无发热，烦躁等热证，将两证区别开来。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(3) 胃虚气逆证（旋复代赭汤证：161）：本证是指痰湿之体伤寒之后，误下引起的脾胃虚弱，胃气上逆之证。

〔辨证依据〕 主症：心下痞硬，噫气不除，舌淡苔白，脉弦无力。

付症：食少纳呆，身倦乏力，口淡不渴，大便不爽。

〔辨证分析〕 痰湿之体，外感邪气，病发伤寒，若汗不得法，或误吐误下，表证虽除，但脾胃已伤，痰湿为患，气机痞塞，胃气上逆，遂致本证。痰湿内阻，气机壅滞，故心下痞硬，大便不爽。脾胃气虚，胃气上逆，故噫气不除；中气虚弱，运化无力，故食少纳呆，身倦乏力。所以《尚论篇》说：“此亦伏饮为逆，但因胃气亏损，故用法以养正，而兼散余邪，大意重在噫气不除上，既心下痞硬，更加噫气不除，则胃气上逆，全不下行，有升无降，所谓弦绝者其声嘶，土败者其声啾也。”舌淡苔白，脉弦无力，亦为胃虚气逆之证。

〔类证鉴别〕 本证与其他痞证的鉴别：参见少阳病证·半夏泻心汤项下。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除类似病证。

(4) 脾虚饮停证（苓桂术甘汤证：67）：本证是指水气质者，感邪误治引起的脾虚饮停，水气上冲之证。

〔辨证依据〕 主症：心下逆满，气上冲胸，起则头眩，舌淡苔白润，脉沉紧。

付症：恶心呕吐，食少纳呆，身倦乏力。

〔辨证分析〕 太阳人水气质者，感邪误治，吐下伤阳，损脾饮停，遂致本证。脾虚失运，水停心下，故心下逆满；吐下不仅伤脾，心阳亦复受伤，心阳不振，中焦寒水乘机上犯，故“气上冲胸”；水气干胃，胃失和降则恶心、呕吐；水气上冲，冒蔽清阳则头目眩暈。《金匱要略·水气病脉证并治》说：“脉得诸沉，当责有水。”故脉沉主水，紧主寒，沉紧之脉正是水气为患之征。而食少纳呆，身倦乏力，舌淡苔白润，亦为脾虚水停的表现。

〔类证鉴别〕 本证与真武汤证，均为饮停之证，但病有轻重之分，脾虚肾虚之异；主症也各有特点，故两证不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除其他水气病。

(5) 太阳水气证（五苓散证：71—74、145、156、244、386）：本证是指水气质者，感邪失治、误治引起的外邪未解，水饮内停之证。

〔辨证依据〕 主症：心下痞满，口渴烦饮，小便不利，发热恶寒，脉浮，舌苔白润。

付症：饮水不多，或水入即吐，头疼身痛，脉浮数。

〔辨证分析〕 水气质者，外感风寒，失治误治，外邪未解，内侵肺和膀胱，以致肺失通调水道，膀胱气化失职，水饮内停，遂致本证。外邪未解，故发热恶寒，头疼身痛，

脉浮。《素问·灵兰秘典论》云：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”今肺失通调水道，膀胱气化失职，水气不化而内停，故小便不利；气不化津，津不上承则烦渴引饮。然因这种口渴不是津液亏乏，而是水不化津，故虽得饮水也不能解其渴。若饮水过多，反蓄胃脘，易致水逆之症。舌苔白润，心下痞满，亦为水饮内停的表现。

〔类证鉴别〕 本证口渴应注意同热证口渴相鉴别。一般而言，湿热口渴不甚，躁热口渴较剧，热在血分则不渴，热在气分则大渴。对此，《伤寒大白》辨之甚详：“实火口渴，脉实数，能消水；虚火口渴，脉虚数，不能消水，分虚火实火也。邪热在表则不渴，邪热在胃则作渴，此以渴与不渴，分热在里热在表也。太阳表热不渴；若热入膀胱，则烦渴脉数，小便不利，五苓散两解表里，切不可同阳明汗出口渴，误用白虎，有碍太阳表邪。”

〔辨证要点〕 掌握主症；把握病势：表邪未解，邪侵膀胱，气化不利，为表里同病。

(6) 阳虚水泛证（真武汤证：82）：本证是指水气质者感寒误治，引起的肾阳虚弱，水液泛滥之证。

〔辨证依据〕 主症：心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地，发热，舌质淡，苔白滑，脉沉弦。

付症：心中悸动，畏寒乏力，小便不利，大便稀溏。

〔辨证分析〕 水气质者，感寒失治误治，损伤肾阳，气化无力，制水无权，遂致斯证。汗后伤阳，虚阳外浮于表，故“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热”也。阳虚不能制水，气化不行则小便不利。寒水上犯清阳则头晕目眩；水气凌心则心中悸动；水气干胃则心下悸动。肾阳虚弱，筋脉失温，反遭寒水浸渍，故畏寒，身瞤动，振振欲擗地也。

舌淡苔白滑，脉沉弦，亦为阳虚水泛的表现。

〔类证鉴别〕 本证与五苓散证均为水气病，但本证为误治损伤肾阳，阳虚水泛，彼证属误治邪陷，肺和膀胱受累，肺失通调水道，膀胱气化不行；本证以畏寒、头眩、身瞤动，振振欲擗地为主症，彼证则以发热恶寒、口渴烦饮、小便不利为主症。一为表里同病，一为单纯的里证，两证自不相同。

本证与少阴变证中的真武汤证属异病同证病机一致，只是来路不同，主症有别，故易于辨识。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(7) 阳虚里寒证（四逆汤证：29、91、92）：本证是指伤寒误治，损伤肾阳引起的阳虚阴寒之证（参见少阴病证、少阴寒化证项下）。

2. 太阳中风变证

(1) 喘家外寒证（桂枝加厚朴杏子汤证：18、43）：本证是指素有喘疾者，复感寒邪引起的营卫失调，肺气不利之证。

〔辨证依据〕 主症：喘咳痰稀、发热、汗出、恶风、苔白，脉浮缓。

付症：头身痛，口不渴，咽不痛。

〔辨证分析〕 素有喘疾，不耐邪侵，并易被外邪所引发。寒邪外袭，营卫失调，故发热、汗出、恶风、头身痛、脉浮缓；外邪引动宿疾，肺气上逆，故喘咳痰稀。口不渴，咽不痛，舌苔白，均为喘家外寒的表现。

〔类证鉴别〕 本证与麻黄汤证均有喘咳一症，但本证之喘，为宿疾被新感所诱发，彼证之喘，为感邪新病；除喘咳之外，本证尚有发热、汗出、脉浮缓等表虚之证，彼证尚

有恶寒发热、无汗、脉浮紧等表实之证。

〔辨证要点〕 掌握主症。若既有喘咳之苦，又有汗出恶风之疾，且有喘咳病史可查，则本证即可确立。

(2) 悬饮证（十枣汤证：152）：本证是指水气质者，感邪失治引起的邪陷饮停胸胁之证。

〔辨证依据〕 主症：漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引肋下痛，干呕，短气，汗出不恶寒，舌苔白滑，脉弦。

付症：咳嗽，痰稀，胸闷。

〔辨证分析〕 水气之体，外感风寒，病发太阳中风，若失治邪陷，致使饮停胸胁。饮为阴邪，易凝聚，故饮停胸胁，则痞硬胀满，牵引作痛。胸胁居表里之间，为气机升降出入之要道，故饮停于此，肺必受累，肃降失司，则咳嗽、痰稀、胸闷、短气。饮停胸胁，波及胃肠，胃失和降则呕逆，水走肠间则下利。饮邪变动不居，外走肌肤则微微汗出，正邪交争则发作有时。饮邪上逆，蒙蔽清阳则头痛。舌苔白滑、脉弦、均为饮停胸胁的表现。

〔类证鉴别〕 本证与大陷胸汤证均有心下痞硬，胸胁作痛之症，但前者病在胸胁，兼有头痛、无热、汗出等症；后者病在胸腹，兼有发热不扬，腹痛拒按等症，可资区别。

本证与半夏泻心汤证均有心下痞硬一症，但本证以胸胁作痛为特点，彼证以心下痞硬不痛为特点；本证病在胸胁，其位高，彼证病在中焦，其位卑；从体质而言，本证为水气质，彼证为气弱质。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除结胸、痞证。

(3) 阳虚漏汗证（桂枝加附子汤证：20）：本证是指太阳病，发汗太过引起的卫阳虚损，汗漏不止之证。

〔辨证依据〕。主症：汗漏不止，恶风畏寒，小便难，四肢微急，难以屈伸，舌淡苔白，脉弱。

付症：口淡不渴，大便不溏，四肢乏力。

〔辨证分析〕 太阳表证，宜汗解，但汗不得法，既使表邪不解，又伤阳耗津，遂致本证。发汗太过，虚其卫阳，卫外不固，肌表失于温摄，故畏寒恶风，汗漏不止。阳气者，柔则养筋，故卫阳虚衰，筋脉失养则四肢微急，难以屈伸。汗漏不止，津液外泄而不下渗，且阳虚膀胱气化不行，故小便难。口淡不渴，大便不溏，四肢乏力，舌淡苔白，脉弱，均为卫阳虚衰的表现。

〔类证鉴别〕 本证汗漏不止，是指病人不时小量汗出，为卫阳不固所致，故与大汗淋漓，神惫脉微之亡阳危候自有区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除亡阳等证。

(4) 营虚身痛证（新加汤证；62）：本证是指营弱质者，感邪过汗，损伤营阴，筋脉失养之证。

〔辨证依据〕 主症：身疼痛，舌淡苔白，脉沉迟。

付症：发热，汗出，恶风。

〔辨证分析〕 营弱之体，外感风寒，病发中风，若汗不得法，邪气尚未尽除，营阴已随汗泄，以致本证。营阴亏虚，气血不足，筋脉失养，故一身疼痛；营阴不足，血脉不充，故脉沉迟。邪未尽除，故发热、汗出、恶风。舌淡苔白亦为营虚的表现。

〔类证鉴别〕 本证与麻黄汤证均有身痛一症，但本证身痛较缓，彼证身痛较剧；本证系由过汗阴伤，筋脉失养所致，彼证则责之寒邪束表，郁滞营阴；此外，本证尚有中风之症，彼证尚有伤寒之症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(5) 营阴两虚证（芍药甘草附子汤证：68）：本证是指汗不得法引起的营卫俱伤之证。

〔辨证依据〕 主症：畏寒肢冷，身体疼痛，舌淡苔白，脉象沉细。

付症：面色皓白，身倦乏力，脉沉迟。

〔辨证分析〕 太阳表证，治宜汗解，若汗不得法，不但营随汗泄，卫阳亦随汗而亡，遂致营卫两虚之证。卫阳虚弱，温煦无权，故面色皓白，畏寒肢冷。营阴亏虚，筋脉失养则身疼痛。舌淡苔白，脉沉细或沉迟，均为营卫两虚的表现。

〔类证鉴别〕 本证恶寒，实为畏寒，故与表证恶寒不同：表证恶寒为邪束卫阳不能温煦所致，本证恶寒则为卫阳虚衰无力温煦使然；表证恶寒特点是，虽得衣被而不减，本证恶寒，则以得衣被稍缓为特点。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(6) 心阳初伤证（桂枝甘草汤证：64）：本证是指太阳病误治，损伤心阳引起的证候。

〔辨证依据〕 叉手自冒心，心下悸，欲得按，舌淡苔白，脉微。

付症：心动悸，胸闷，汗出，畏寒。

〔辨证分析〕 太阳病“发汗过多”，表邪虽解，心阳已伤，遂致本证。心阳虚弱则心悸欲按，胸闷；阳气损伤，温煦无权，故汗出畏寒。舌淡苔白，脉微，均为心阳损伤的表现。

〔类证鉴别〕 本证为心阳初伤，故应注意同阳气虚衰诸证相鉴别。

桂枝加附子汤证，以汗漏不止，恶风，小便难，四肢微急为主症，为卫阳虚衰所致；本证则以心下悸，欲得按为主症，为心阳初伤所致；治疗上本证以温补心阳为主，彼证以温补卫阳为主。

桂枝去芍药汤证与本证均为心阳不振之证，但前者以脉促、胸满为主症，后者以心悸为主症；前者为表证误下，心阳受挫，后者为表证过汗，心阳耗伤。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除水饮，胃热，腑实等证。

(7) 心阳虚烦躁证（桂枝甘草龙牡汤证：118）：本证是指表证误治引起的心阳虚弱之证。

〔辨证依据〕 主症：烦躁，舌淡苔白，脉沉。

付症：心悸，气短，胸闷，畏寒。

〔辨证分析〕 太阳表证，误用火疗，攻下，损伤心阳，而致本证。心阳虚弱，心神不但失于温养，而又不能潜敛于心，以致心神浮越于外，烦躁即生；心阳不振则心悸，胸闷，短气。舌淡苔白，脉沉畏寒，均为心阳虚弱的表现。

〔类证鉴别〕 本证与桂枝甘草汤证均为心阳虚弱之证，但病情有心阳初伤和心阳虚衰之轻重不同，主症有心悸和烦躁之差异，故两证不难区别。

本证与茯苓四逆汤证均为阳虚烦躁证，其区别在于：此为单纯的心阳虚衰、神气浮越之证，彼为心阳虚衰、神气浮越，且挟水饮之证；所以，彼证除具有心阳虚的病症以外，尚有小便不利等水饮内停之症可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(8) 心阴阳两虚证（炙甘草汤证：177）：本证是指阴弱质者感受风寒之邪失治引起的心阴心阳两虚之证。

〔辨证依据〕 主症：心动悸，脉结代，舌淡苔白。

付症：恶寒发热，头身痛，胸闷气短，脉沉细。

〔辨证分析〕 心阴素弱之体，外感风寒之邪，失治邪陷，损伤心阴心阳，而成本证。阴阳两虚，心失所养，故心动悸；阴阳气血不足，运行无力，脉道不充，故脉结代。所以《医宗金鉴》注曰“心动悸者，谓心下筑筑，惕惕然动而不安也。若因汗下者多虚，不因汗下者多热，欲饮水，小便不利者属饮，厥而下利者属寒。今病伤寒，不因汗下而心动悸，又无饮热寒虚之证，但据结代不足之阴脉，即主以炙甘草汤者，以其人平日血气衰微，不任寒邪，故脉不能续行也。”《伤寒贯珠集》注曰：“脉结代者，邪气阻碍而营卫涩少也。心动悸者，神气不振而都城震惊也。是虽有邪气，而攻取之法，无所施矣。”可见本证是心阴心阳已虚，但外邪尚未尽除，故可见恶寒、发热、头身痛等症。胸闷，气短，舌淡苔白，脉沉细，均为心阴心阳两虚的表现。

〔类证鉴别〕 心悸原因种种，有因饮邪凌心者，有因中气不足者，有因邪扰者，亦有因气血不足者，等等。病因不一，主症有别，不难区别。

本证与小建中汤证的鉴别：参见小建中汤证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症。气血不足之体，外感寒邪之后，症见心动悸，脉结代者，即可确诊为本证。另外，本证当有寒热头痛等症，故不可因炙甘草汤为补剂而忌之。

(9) 脾虚营亏证（小建中汤证：100、102）：本证是指气弱质者，感邪失治引起的脾胃虚弱、营阴亏虚之证。

〔辨证依据〕 主症：心烦而悸，或腹中急痛，舌淡苔白，脉弦涩。

付症：头身疼，恶风寒，身倦乏力，食少纳呆。

〔辨证分析〕 气弱之体，外感风寒之邪，病发伤寒，邪因质化，虚其里气，遂致脾虚营亏之证。营血不足，里虚邪扰，心无所主则悸，神志不宁则烦；寒邪内侵，脾络凝滞，不通则痛。所以《医宗金鉴》注曰“伤寒二三日，未经汗下，即心悸而烦，必其人中气素虚，虽有表证，亦不可汗之。盖心悸阳已微，心烦阳已伤，故以小建中汤先建其中，兼调营卫也。”若邪驻肌表，营卫不调则头身痛，恶风寒。食少纳呆，身倦乏力，舌淡苔白，脉弦涩，均为脾虚营亏的表现。

〔类证鉴别〕 本证与炙甘草汤证均为虚人感寒引起的悸证，但彼为阴弱质者感寒失治，损伤心阴心阳，以心动悸，脉结代为主症，其病在心，故治宜滋阴养血，通阳复脉；此为气弱质者感邪失治，损伤脾气营阴，以心中悸而烦，或腹中急痛，脉弦涩为主症，其病在脾，故以健中补脾，益营养血为治。

黄连汤证与本证均有腹痛，但前者以胸中烦热，欲呕吐，腹中痛为主症，后者并无烦热，呕吐之症，而以心中悸而烦，腹中急痛为主症；体质上，前者为“胸中有热，胃中有邪气”之体，后者为（脾）气弱之体。

真武汤证与本证均有心悸，但彼为阳虚水泛，水气凌心，此为脾虚营亏，心失所养；彼证病在下焦，以肾为主，本证病在中焦，以脾为主；此外，彼证尚有畏寒水肿等症可资区别。

小柴胡汤证与本证有相似之处，应予鉴别：两证病因皆为“伤寒”，见症均可有腹痛，脉弦，况《伤寒论》101条明确指出：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”故仅从因症上，很难区别两证。所以仲景只好采取

“先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。”的试验性治疗。然若从体质辨证入手，区别两证则并不困难：枢弱质者，多为小柴胡汤证，气弱质者多为小建中汤证。

〔辨证要点〕 掌握主症。本证临床常见，如慢性胃病者，卒冒风寒或因气候变化而引发的腹痛、心悸之证，多属于此。

(10) 脾虚腹胀证(厚朴生姜半夏甘草人参汤证:66): 本证是指气弱质者感邪误治引起的脾虚腹胀之证。

〔辨证依据〕 主症: 腹胀满, 舌淡苔白, 脉缓。

付症: 食少纳呆, 身倦乏力。

〔辨证分析〕 气弱之体, 病发太阳, 发汗太过, 损伤脾阳, 湿浊壅滞, 遂致本证。脾司运化, 主大腹。今脾虚则运化无力, 湿浊壅滞中焦, 故腹胀满。脾主四肢, 主运化, 故脾虚则食少纳呆, 身倦乏力。舌淡苔白, 脉缓亦为脾虚之证。

〔类证鉴别〕 腹胀满症, 临床常见, 病因有寒热虚实不之同。《金匱要略》有“病者腹满, 按之不痛为虚, 痛者为实。”“腹满不减, 复如故, 此为寒, 当以温药。”“腹满不减, 减不足言, 当下之。”等记载, 指出了辨腹满属虚属实的要点。因此, 便秘腹满腹痛而拒按者, 为燥屎内结; 便溏下利, 腹满时痛而喜按者, 为太阴虚寒; 本证腹满, 按之不痛, 并有腹满时减复如故的特点。对此, 需注意鉴别, 临证方不致误。

〔辨证要点〕 掌握主症; 掌握腹胀特点: 腹胀时减, 复如故, 且按之不痛。

(11) 协热下利证(葛根芩连汤证: 34): 本证是指湿热质者感邪误下, 邪陷引起的湿热内蕴大肠之证。

〔辨证依据〕 主症：发热，汗出，喘促，下利热臭，舌苔黄腻，脉滑数。

付症：口干渴，不恶寒，腹痛拒按。

〔辨证分析〕 湿热之体，感邪误下，邪气内陷，随质而化，遂致湿热内蕴大肠。本证之始可能尚有恶寒，但病邪很快入里化热，所以发热汗出而不恶寒。邪气内陷，湿热迫肠，传化失职，故下利热臭，肛门灼热。湿热内蕴，气机不畅，故腹痛拒按。湿热蕴肠，上迫于肺则喘促。舌苔黄腻、脉滑数亦为湿热内蕴大肠的表现。

〔类证鉴别〕 本证与麻杏石甘汤证均有汗出而喘之症，其区别：参见麻杏石甘汤证项下。

〔辨证要点〕 本证为：“太阳病，桂枝证，医反下之”所致，故以表证发热伴热性下利为辨证要点。但本证下利为黄臭水样便，而非脓血便。

3. 太阳风热变证

(1) 邪热壅肺证（麻杏石甘汤证）：本证是指肺郁质者感受风热之邪失治引起的证候（参见太阳伤寒阳郁热化证项下）。

(2) 受热炽盛证（白虎汤证）：本证是指胃强质者，感受风热之邪失治引起的热盛津伤证（参见阳明病证·阳明气热证项下）。

(3) 气热津伤证（白虎加人参汤证）：本证是指胃强质者，感受风热之邪失治引起的热盛气津两伤证（参见阳明病证·阳明气热变证项下）。

(4) 热入营血证：本证是指感受风热之邪失治，邪陷营血的证候（参见阳明病证·阳明气热变证项下）。

4. 太阳风湿变证

(1) 风湿热痹(麻杏苡甘汤证:《金匱要略·痿湿喝病脉证治》): 本证是指痰湿之体, 感邪失治引起的风湿化热之症。

〔辨证依据〕 主症: 一身尽痛, 发热, 日晡所剧, 舌苔微黄, 脉浮数。

付症: 口渴, 尿赤, 恶风寒。

〔辨证分析〕 痰湿之体, 汗出当风, 或经常贪凉, 湿邪内侵肌表关节, 失治化热, 遂致本证。风湿在表, 故一身尽痛, 微恶风寒。风与湿合, 易化热化燥, 故发热日晡所剧, 这是风湿病的特点。风湿化热伤津则口渴, 尿赤。舌苔微黄, 脉浮数, 均为风湿化热的表现。

〔类证鉴别〕 本证与热痹均有发热、口渴等证, 但前者为风湿在表, 失治化热, 后者为湿热内蕴, 痹阻关节; 前者为表证, 以一身尽痛、发热、微恶风寒为特点, 后者为热痹, 以壮热、关节肿痛、舌苔黄腻为特点; 治疗上, 前者宜轻清宣化, 解表祛湿, 后者宜清热除湿, 消肿通络。

〔辨证要点〕 掌握主症; 既有风湿在表之症, 又有湿郁化热之征, 则本证即可确立。

(2) 风湿寒痹(桂枝附子汤证: 174): 本证是指痰湿之体, 感邪失治, 风寒湿邪内侵肌肉筋骨或风湿热痹日久伤阳, 病从寒化引起的证候。

〔辨证依据〕 主症: 身体痛烦, 不能自转侧, 不呕不渴, 舌苔白厚, 脉浮虚而涩。

付症: 大便不实, 小便不利, 恶风寒。

〔辨证分析〕 痰湿(偏于肌表)质者感受风寒湿邪, 病发太阳风湿, 若失治邪侵, 风寒湿邪相搏, 痹阻肌肉筋脉, 遂致本证。风湿在表, 营卫不调, 故恶风寒; 风湿相

搏，筋脉痹阻不通，故身体痛烦，不能自转侧。由于湿邪阻滞，脉搏也就不象单纯的伤寒那样紧张有力，而是浮中虚而兼涩。若患者平素中阳不健外湿引动内湿，所以往往小便不利，大便不实。不呕，说明邪在肌表筋脉，尚未内侵于胃，不渴，说明尽管“伤寒八九日”但尚未化热化燥。

〔类证鉴别〕 本证与甘草附子汤证均为“风湿相搏”所致，但病位有筋脉、关节深浅之分，病情有身体痛烦、骨节掣痛轻重之别。此外，彼证尚有汗出、短气、小便不利、恶风不欲去衣，或身微肿等症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(3) 心痹（炙甘草汤证：177）：本证是指风湿表证，风湿热痹，风湿寒痹等证，失治误治，邪气深入，内侵于心，损伤心阴心阳，痹阻心脉之证（参见太阳中风变证项下）。

二、阳明病证

阳明之人，阳气偏盛，主以胃肠功能为基础。故凡外邪侵袭阳明人或／及阳明人体质失和引起的，以胃肠传导功能失职，化热化燥为主要病理变化，临床上以发热、恶热、便秘；脉大为主症的里证、热证及其变证，统称为阳明病证。

侵袭阳明人的外邪有风、热、湿、寒邪等，但以风热之邪为主。其病位主要在体内，弥漫于全身，结聚于肠胃。其发展趋势是邪气入里化热化燥，正邪斗争激烈，预后多良；若失治误治，则易产生种种变证。根据疾病发展变化的动态过程，病邪的差异及机体受邪后的不同病理变化，本病又有初证、里证和变证的不同。

（一）阳明初证（183、184、221、232、234、235）

本证主要是指外邪侵袭阳明人引起的最初病证，即阳明

表证。温病卫分证即属本证范畴。以邪侵阳明、卫气不和为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：发热，恶寒，咽燥，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

付症：口干，微渴，汗出，头痛。

〔辨证分析〕 阳气偏重之体，易感风热之邪，即使感寒也易从阳化热，病发阳明表证。邪犯阳明，正邪交争，故发热。外邪初侵，邪在肌表，卫阳被郁，故恶寒，但因外邪很快入里从阳化热，所以恶寒二日自止。外邪入里化热，迫津外泄则汗出，灼伤津液则口干口渴、咽燥。舌质红苔薄黄、脉浮数，均为邪侵阳明，暂在肌表的表现。

〔转归〕 本证为阳明病的始发病证。若正气旺盛，抗邪有力，感邪轻微，则有自愈之机；若邪气太重，或失治误治，正不胜邪，病进易致阳明显证。

〔类证鉴别〕 本证有始发恶寒的情况，应与太阳初证鉴别：前者以发热为主，后者以恶寒为主；前者之恶寒只是暂时现象，二日即止，后者之恶寒自始至终，并为必见之症（或已发热，或未发热，必恶寒），故两证不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；而发热恶寒并见，二日恶寒不止者便非本证。

（二）阳明显证

阳明显证，又称阳明本证，系因阳明初证失治误治，邪气入里，化热化燥引起的里热实证。因体质的不同，显证也因质而异。

1. 阳明轻证（栀子豉汤证：221）：本证为心郁质者罹患阳明初证误下引起的邪陷胸膈证（参见太阳病证·太阳伤寒变证项下）。

2. 阳明气热证（白虎汤证：219）：本证为胃强质者罹患阳明初证，失治引起的邪热弥漫全身气分，胃肠并无有形实邪结聚之证。一般称之为“阳明经证”。温病气分证即属本证范畴。

〔辨证依据〕 主症：壮热，恶热，烦躁，口渴饮冷，舌红苔黄燥，脉洪大。

付症：面赤气粗，谵语，小便短赤，大便尚调，汗出，脉浮滑或滑数。

〔辨证分析〕 胃强之体，易感热邪，即使感寒也易从阳化热。故初证不愈，失治邪气入里，化热化燥，以致里热炽盛之证。邪热炽盛，则壮热不退，不恶寒反恶热，邪热内炽，迫津外泄则汗多。热盛伤津则口渴饮冷，小便短赤。热盛上扰神明则烦躁，谵语。正盛邪实，斗争激烈，气血鼓动有力，故面赤气粗，脉浮滑或滑数或洪大。舌质红苔黄燥，均为邪热炽盛，津液初伤的表现。

〔转归〕 本证为邪热炽盛、津液灼伤之证。其发展趋势有二：一是“壮火食气”热灼津液，不仅伤肺胃之津液，甚则灼伤肝肾之阴精，而出现直视、舌强、语蹇、抽筋、舌干萎等症；二是气随汗泄，气阴两伤，症见大渴引饮，难以自救，甚则汗多亡阳，由热转寒，表现为畏寒、舌面干燥、脉虚、大汗、无力等阳虚之证。

〔类证鉴别〕 本证与葛根芩连汤证均属里热炽盛之证，但前者为邪热炽盛、津液灼伤，后者为热盛挟湿、湿热壅滞；前者壮热口渴舌燥，后者则壮热而口不渴、舌苔黄腻；前者病在胃肠以胃腑气分为主，后者病在肠胃以肠为主；此外，后者尚有大便臭秽、肛门灼热之症可资区别。

另外，本证尚须与虚证壮热口渴相鉴别：气虚发热证，

以大热、口渴喜热饮、脉大无力，舌淡苔白滑为特点；血虚发热证，以肌热、面赤、烦渴饮热、少气乏力、唇淡、舌淡少苔、脉细无力为特点，与本证自不相同。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

3. 阳明腑实证（承气汤证：207——209、212——215、217、220、228、241、242、251——256）：本证为肠厚质者体质失和或／及感邪失治引起的燥屎结聚、邪热炽盛之证。一般称之为“阳明腑证”。温病营血分证可见本证。

〔辨证依据〕 主症：日晡潮热，烦燥，汗出，便秘、腹胀腹痛拒按，舌质红苔焦黑起刺，脉沉实有力。

付症：喘息气急，手足汗出，谵语，烦热，大便干结有燥屎，或数日不通，或下利清水。

〔辨证分析〕 肠厚之体，体质失和或感邪失治，化热化燥，燥屎搏结，遂致本证。里热炽盛，则发热；阳得阳助，故日晡潮热。邪热内盛，故不恶寒而恶热。热盛于里，迫津外泄则汗出。脾胃主四肢，故胃肠邪热炽盛，手足汗出为剧。无形邪热与有形燥屎搏结于肠胃，腑气不通，浊气不降则大便干结不通、腹胀腹痛而拒按。腑气不通，肺气不降则喘息气急。邪热内盛，上扰神明则烦躁、谵语。燥屎干结，津液旁流，则自利清水，气味臭秽。舌红苔焦黑起刺、脉沉实有力，均为肠胃热盛、燥屎搏结的表现。

由于邪热与燥屎的偏重不同，本证又有大小承气汤证和调胃承气汤证的区别：一般症状，如潮热、汗出为三证所共有，但程度有轻重，大承气汤证大于小承气汤证，调胃承气汤证最轻；神志病变，如烦躁、谵语为三证所共有，但大承气汤证最重，有时出现独语如见鬼状，惕而不安、循衣摸床、目中不了了、睛不和等症；局部症状，如腹胀便秘为三

证所共有，但大承气汤证是痛、满、燥屎俱备，小承气汤证是满而不痛或痛亦轻微，调胃承气汤证是痛满俱无，只是便秘、腹部微胀；病情，大承气汤证最重，小承气汤证次之，调胃承气汤证最轻。

〔转归〕 邪热内炽，易为津耗阴；邪热内闭，易致内闭外脱危候。若及时攻下，预后亦良。

〔类证鉴别〕 本证与阳明气热证都有身热、汗出等症，但前者以潮热、腹胀痛、便秘为主症，后者以壮热、口渴饮冷为主症；前者证属邪热与燥屎搏结，后者证为单纯的邪热炽盛。

〔辨证要点〕 掌握主症；其中潮热、便秘尤为重要，而腹痛一定是持续性的，间歇性胀痛则多为气滞所致，而非本证。

4. 阳明发黄证（茵陈蒿汤证：236、260）：本证为湿热质者罹患阳明初证，失治引起的湿热内蕴、熏蒸肝胆的黄疸病。一般称之为“阳黄”。为临床上最常见的一种黄疸。

〔辨证依据〕 主症：身目俱黄，黄如橘子，色泽鲜明、脘腹胀满，恶心纳呆，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

付症：发热，口渴不欲，烦躁，心中懊恼，但头汗出，大便干结，或大便粘滞不爽。

〔辨证分析〕 湿热之体感受湿热之邪，湿热内蕴，熏蒸肝胆，以致本证。湿热内盛，不得外越，熏蒸肝胆，疏泄失司，胆汁外泄，泛于全身，故身目俱黄。湿热内蕴，困阻脾胃，升降失职，故脘腹胀满、恶心欲吐、不思饮食。湿热内炽，上扰心神则烦躁、心中懊恼。湿热阻滞，三焦不利，则小便短赤。湿热互结，邪热不得外泄，所以发热无汗；热邪上冲则但头汗出。

若湿热蕴蒸，热重于湿则色黄鲜明，发热、口渴、便秘、舌苔黄腻、脉滑数。若湿盛于热，则发热不扬，大便粘滞不爽。若系初发，外邪尚未全部入里，则身目俱黄，发热无汗，微恶风寒、舌尖红苔薄黄、脉滑数。

〔转归〕 邪热炽盛，内陷心包则现昏迷或发狂之急黄重证；邪入血分，易与血结而发蓄血重证；过用苦寒，损伤阳气，易致寒湿阴黄。

〔类证鉴别〕 本证应与寒湿发黄相鉴别：阴黄一证，多由脾胃本虚，寒湿内盛，或因伤寒发汗太过，损伤中阳，以致寒湿中阻，进而影响肝胆疏泄功能，使胆汁不循常道而外溢所致。由于寒湿均属阴邪，其性沉滞，易伤阳气，故与阳黄相比自有其特点：黄色晦暗如烟熏，身无大热，或身冷汗出，无烦躁、谵语、少气乏力、大便稀溏、舌淡苔白腻、脉沉迟等症。

〔辨证要点〕 掌握能反映湿热蕴结肠胃的主症：身目俱黄、便秘腹胀、尿赤、苔黄腻、脉滑数；掌握阳黄的特点：黄色鲜明如橘色。

（三）阳明变证

阳明变证，是指阳明初证和显证失治误治引起的一系列病证。主要表现为以下几种证型。

1. 阳明气热变证：主要是指阳明气热证失治误治引起的病证。今按其由浅入深、由轻到重的发展变化规律分述如下：

（1）气热津伤证（白虎加人参汤证：26、168、169、170、222）：本证为阴弱质者感邪失治误治引起的邪热炽盛、气津两伤之证。

〔辨证依据〕 主症：壮热，汗出，大渴引饮，少气乏力，舌红苔干燥，脉洪大欠有力。

付症：烦躁，时时恶风，背微恶寒，身无大热。

〔辨证分析〕 阳明气热失治误治，气热未解，气津已伤。里热炽盛则发热、汗出。邪热在里，热极汗多，故表无大热，正如《医宗金鉴》所说：“今伤寒身无大热，知热渐去表入里也。”热盛于里，上扰心神，则烦躁不安。“壮火食气”，气津耗伤，肌表失养，故时时恶风，或背微恶寒。

《伤寒溯源集》则云“时时恶风者，乃热极汗多，不能收摄，腠理疏”故也。总之，为大汗出，腠理开，气津伤，表失养，不耐风邪之故。舌红苔干燥，脉洪大欠有力，均为邪热炽盛，津气两伤的表现。

〔类证鉴别〕 本证多由阳明气热证进一步发展而来，故均有壮热、汗出、口渴、烦躁等证，其区别在于：前者是气热津伤，后者是气热津气两伤，故后者除具有气热之证外，尚有少气乏力、时时恶风、脉洪欠有力等症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除类似病证。但症如白虎，若年高体弱、或稚阴稚阳之小儿，即使无明显的“气津两伤”之征可查，亦应断为本证。

(2) 热入营血证(202、210、216、258)：本证为阳明初证或显证失治误治引起的邪热内陷营血的病证。

〔辨证依据〕 主症：身热夜甚，口燥但欲漱水不欲咽、心烦、谵语、衄血、便血、舌红绛少苔，脉细数。

付症：烦热，不寐，尿赤。

〔辨证分析〕 病发阳明，失治邪陷，邪热由气转营，以致热入营血之证。邪热在营，故身热夜甚；热扰心神则心烦、谵语、不寐。热伤营阴，则口燥，但阴伤不若津伤，故饮不解渴而不甚渴饮，只是“但欲漱水不欲咽”。热入血分，损伤血络，迫血妄行则衄血、便血。舌红绛少苔，脉细

数，均为热入营血的表现。

〔类证鉴别〕 本证与阳明气热证都有身热、谵语等症，但一为热在气分，一为热在营血，病机不同，主症也异，故两证不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(3) 余热未尽，气津两伤证（竹叶石膏汤证397）：本证为热病后期，余热未尽，耗伤气液的证候。

〔辨证依据〕 主症：发热、汗多，心烦眠差，虚羸少气，口干喜饮，气逆欲吐，舌干少津，脉虚数。

付症：身倦乏力，食少纳差，溲赤便干。

〔辨证分析〕 《伤寒论》397条明确指出本证系由“伤寒解后”所致，即说明本证为热病之后，余热未尽，气液耗伤之证。余热未尽，故发热不退。“壮火食气”，气液两伤，故虚羸少气、身倦乏力，口干喜饮。余热扰胃，胃失和降则气逆欲吐、食少纳差。余热扰心则烦躁、不寐。溲赤便干，舌干少津，脉虚数，均为余热未尽、气液两伤的表现。

〔类证鉴别〕 本证与白虎汤证、白虎加人参汤证均有发热、口渴、汗出等症，但一为热病后期，余热未尽，气液两伤；一为热病初期，邪热炽盛，津液初伤；一为热病盛期，里热炽盛，气津两伤。主症也异：一为身热不退，虚羸少气，气逆欲吐、舌干少津、脉虚数；一为壮热、口渴、烦躁、脉滑数、苔黄燥；一为发热、大渴引饮、苔干燥，脉洪大欠有力。从证的动态观察，三证似沿着白虎汤证、白虎加人参汤证、竹叶石膏汤证，这一规律而发展的。

此外，本证当与气虚发热相鉴别：前者为外感热病，后者为内伤杂病；前者以身热、汗出、虚羸少气、气逆欲吐、舌红少津为主症，后者以发热（少有高热）、气短懒言、面

就唇白、劳则汗出发热加重、舌淡有齿齦、苔白为主症。

(4) 阳明水气证（猪苓汤证：223）：本证为阳明气热证失治误治，邪热欲退，阴伤水停之证。

〔辨证依据〕 主症：渴欲饮水，小便不利，发热，脉浮，舌红苔薄黄。

付症：心烦不眠，脉象细数。

〔辨证分析〕 阳明气热，本应清泄，医反下之，邪热受挫，反映于外则发热，脉浮。邪热下陷，灼伤肾阴，气化不行，水液内停，故口渴欲饮、小便不利。对此《注解伤寒论》曰：“吐下后客热于下焦者也。邪气自表入里，客于下焦，三焦俱带热也。脉浮发热者，上焦热也。渴欲饮水者，中焦热也。小便不利者，邪客下焦、津液不得通下也”。

《伤寒来苏集·伤寒论注·阳明脉证》指出221——223条是“见仲景设法御病之详，栀子豉汤所不及者，白虎汤继之，白虎汤不及者，猪苓汤继之，此阳明起手三法。所以然者，总为胃家惜津液，既不肯令胃燥，亦不肯令水浸入胃”。虽是发前人之未发，但恐非仲景本意。我们认为，仲景是借误下而论不同体质者尽管感邪虽一、发病一样（阳明），但变证却因质而异：心郁质者易发栀子豉汤证、阴弱质者易发白虎加人参汤证、水气质者易发猪苓汤证。而成氏等以阳明热盛联系三焦而论病证说法，虽未必与仲景旨意相符，但对后世温病三焦辨证体系的建立，则有一定的影响。

〔类证鉴别〕 本证与五苓散证均有发热、口渴、小便不利等症，但病机多异：前者为阳明气热，误下伤阴，气化不行所致，后者为太阳伤寒或中风失治误治，外邪不解，水蓄下焦使然；前者发热为阳明余热，故不恶寒，后者发热为外邪不解，故恶寒多见；前者小便不利必兼热灼

而痛，后者小便不利则为短少不畅，并无灼痛。此外，本证尚有心烦不寐，舌红苔黄等症，而五苓散证则无，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(5) 阴虚肠燥证（麻子仁丸证：247）：本证为阳明显证失治误治或肠厚体质失和引起的肠燥便秘证。一般称之为脾约证。

〔辨证依据〕 主症：大便秘结，小便数，脉细涩，舌红苔薄黄。

付症：腹微满而不痛。

〔辨证分析〕 阳明病至末期，正胜邪退，但肠中津伤，无水行舟则大便秘结，或数日不行。病在大肠，膀胱气化正常，故小便正常（与便秘相对而言则数）。无水舟停，与燥屎结聚自不相同，故本证虽便秘或数日不行，但并无腹胀腹痛等症。舌红苔黄、脉细涩，均为肠燥津亏的表现。

〔类证鉴别〕 本证与蜜煎和猪胆汁导证均有便秘，但后者证属燥屎干结、转化不利，故以大便秘结难下，迫于肛门、时有便意而坠胀、又难于自行排解为主症，且无邪热肠枯之症，故与本证自不相同。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(6) 胃寒呕吐证（吴茱萸汤证：243）：本证为阳明显证失治误治，过用苦寒，损伤中阳而引起的胃寒气逆呕吐证。

〔辨证依据〕 主症：食谷欲呕，舌苔白滑，脉沉弦。

付症：恶心，脘痛，喜温喜按。

〔辨证分析〕 《伤寒论》243条“食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之。”未言病因，述症又简，但由方测证，当属中焦阳虚、寒饮上犯之证。盖阳明里证，属热属实，但过用苦寒，热证虽除，中阳戕伤，寒饮即生，胃失和降，故

食谷欲呕；寒邪凝滞络脉，故脘痛喜温喜按。由此提示我们：阳明病虽为里热实证，清下治之，应中病即止，不可太过；否则，损伤中阳，易致虚寒之证。这种情况在《伤寒论》中多处可见，如209“……若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也”即为误下伤中的例证。

〔类证鉴别〕 本证与四逆汤证均有呕吐，但前者以呕吐为主症，后者呕吐或有或无；前者虚寒局限于中焦，后者阳衰病在脾肾，故两证不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

2. 阳明腑实变证：主要是指阳明腑实证失治误治引起的病证。主要有以下两种证型：

(1) 热入心包证：(221)；本证是由阳明腑实失治误治引起的邪陷心包的病证。

〔辨证依据〕 主症：身热，咽燥，心烦，谵语，心愤愤，腹满而喘。

付症：烦热不饮，便秘尿赤，神识不清。

〔辨证分析〕 阳明腑实，本应攻下，今反汗之，邪热乘机内闭心包而发本证。阳明腑实，传导失职，故腹满而喘、便秘、发热烦热。“汗为心液”，误汗邪陷心包，故心烦谵语，甚则心愤愤、神识不清。

〔类证鉴别〕 本证与痰迷心窍均有神志症状，但本证系由腑实误治引起，故有便秘腹满等腑实之证可查；而痰迷心窍则有喉中痰声漉漉，苔腻脉滑等痰浊之症可辨。

〔辨证要点〕 掌握主症；既有发热恶寒、腹满便秘之症，又有心烦、谵语、神识不清邪陷心包之症，则本证即可确立。

(2) 阳明淤热证（抵当汤证；237）：本证为血淤质者病发阳明，失治误治引起的淤热证。

〔辨证依据〕 主症：发热，善忘，谵语，便秘，下血，舌紫红，脉沉滑。

付症：口干不饮，烦躁不寐。

〔辨证分析〕 阳明人血淤质，感邪失治误治，邪热内陷，淤热搏结，以致本证。实热结聚于里，故发热不恶寒、便秘、烦躁、谵语。淤血内结，故口干不饮、善忘、下血。舌紫红，脉沉滑，均为阳明淤热的表现。

〔类证鉴别〕 本证与太阳淤热证颇类似，其区别在于：前者多见于阳明病的中后期，病程较长，有一个逐步变化的过程，表证已罢；后者多见于太阳病的中期，病程短，变化快，且伴有太阳表证。

〔辨证要点〕 掌握主症：临床既见发热，便秘、谵语阳明实热之症，又见善忘、下血淤血内结之症，则本证即可确立。

3. 阳明发黄变证：本证主要是指由阳明发黄证失治误治引起的病证。由于仲景抓住了本病的本质是湿热和寒湿，并采取了行之有效的方药：茵陈蒿汤治疗，故多能及时治愈，而变证甚少。因此，对阳明发黄变证不作介绍。

三、少阳病证

少阳之人，为阳中之阴人，主以胆三焦功能为基础。故凡外邪侵袭少阳人或／及少阳体质失和引起的，以少阳枢机不利、胆郁化火为主要病理变化，临床上以往来寒热、胸胁苦满、口苦、咽干、脉弦为主症的半表半里证及其变证，统称为少阳病证。

侵袭少阳人的外邪有风、热、寒邪等，但以风热之邪为

主。其病位主要在半表半里——胆和三焦。其发展趋势，视邪正的消长而进退：正胜邪，则病退向愈；若失治误治，则病进而产生诸多变证。根据疾病发展变化的动态过程。病邪的差异及机体受邪后的不同病理反应，本病又可分为初证、显证和变证。

（一）少阳初证（26%）

本证主要是指少阳体质失和或外邪侵袭少阳而引起的最初病证。以少阳被郁、枢机不利为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：口苦，咽干，目眩，脉弦。

付症：寒热不适，胸胁不舒，舌尖红苔白，脉弦细。

〔辨证分析〕 少阳之体，胆火偏盛，枢机力弱，易感外邪，或体质失和，自郁日久化火，以致本证。胆火内郁，灼伤津液则口苦，咽干；胆火上炎，清窍不利则头目昏眩。若外邪入侵，枢机不利则胸胁不舒，寒热不适。舌尖红苔白，脉弦或弦细，均为少阳被郁、枢机不利的表现。

〔转归〕 本证为少阳病的始发病证。若正气旺盛，郁火自解，枢机转利，亦有自愈之机；若正不胜邪，则病进而发少阳显证。

〔类证鉴别〕 本证与肝胆郁热均有口苦、咽干、目眩等症，但本证多由外邪侵犯或体质失和，枢机不利，胆火上炎所致，彼证常因情志郁热或五志过极化火，肝胆郁热，胆气上溢引起。《杂病源流犀烛·口齿唇舌病源流》云“肝移热于胆亦口苦……肝主谋，胆主决，或谋不决，为之急怒，则气上逆，胆汁上溢故也。”本证临床特点除口苦外，常伴寒热不适、胸胁不舒、纳呆眠差等症；而肝胆郁热者，则常兼头痛、眩晕、面赤、性急易怒、舌红苔黄、脉弦数等肝火之证。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

（二）少阳显证

少阳显证，又称少阳本证，系由少阳初证失治误治，郁火渐旺，枢机更弱，正气抗邪力不从心所致的半表半里证。因体质的不同，显证也因质而异。

1. 少阳中风证（264）：本证为胆郁质者罹患少阳初证，失治而引起的风火上扰、清窍壅滞之证。

〔辨证依据〕 主症：发热不恶寒，口苦，咽干，目眩，目赤，两耳无所闻，胸中满而烦，脉弦，苔薄黄。

付症：头痛头胀，心烦不寐，舌边尖红。

〔辨证分析〕 少阳人胆郁质，易感风热之邪，即使感寒也易从阳化热。故少阳初证失治，胆火内盛，风火上炎，遂致本证。邪在少阳而非太阳，故只发热而不恶寒。胆火循经上炎，清窍不利，故口苦、咽干、目眩、耳聋如塞、头痛头胀。胆火内郁，枢机不利，故胸胁满胀。胆火扰心则心烦不寐。舌边尖红、苔薄黄、脉弦，均为少阳中风、风火上炎的表现。

〔转归〕 风火炽盛，易灼津耗液；邪热内闭，则易致发狂；若治疗及时，预后亦良。

〔类证鉴别〕 本证与内伤肝火均有口苦目眩等症，但前者多为风邪侵袭少阳人胆郁质者所致，后者常由情志过激，引动肝火使然；前者除口苦症外，尚有外邪侵袭而致的发热见症，后者则无，但有情绪激昂、怒火中烧之症可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；既有胆火上炎清窍的热性症状，又有发热不恶寒的邪犯少阳之症，则本证即可确立。

2. 少阳伤寒证（小柴胡汤证：96、97）：本证为少阳人枢弱质者感受风寒之邪失治引起的正邪交争于半表半里之

证。一般称之为小柴胡汤证，简称柴胡证。

〔辨证依据〕 主症：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，舌苔白，脉弦。

付症：口渴或不渴，心下悸，腹中痛，胁下痞硬，小便不利，身有微热，咳嗽，经水适断，寒热有时如疟状。

〔辨证分析〕 少阳人枢弱质，阳气略显不足，枢机功能稍弱，故外感风寒之邪，失治引起枢机不利之证。《伤寒论》97条“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏”明确指出了本证的病机。风寒之邪，乘虚而入，正邪相搏，结于胁下，邪正分争，邪进则恶寒，正邪斗争激烈则发热，正胜邪暂退则汗出热退。邪结胁下，胆经不利则胸胁苦满。邪犯中焦，胃失和降则恶心呕吐、不思饮食；邪犯中上，脾络不畅则腹中痛。邪气扰心则烦、悸。邪滞三焦，水道不畅则小便不利。舌正苔白，脉弦，均为邪侵少阳，枢机不利的表现。

〔转归〕 若感邪不重，正气抗邪有力，则预后良好；若失治误治，邪气则有外转内传等变化。

〔类证鉴别〕 本证与疟疾均有往来寒热等证，其区别在于：疟疾为疟邪引起，多发于夏秋季节，临床上以往来寒热，休作有时，发时恶寒、发热汗出，常反复发作为特征；而本证往来寒热无定时，可一日数潮，病程较短，且有胸胁苦满，口苦咽干等症，可资区别。

湿热郁阻三焦亦可出现往来寒热，但以寒热起伏、胸脘痞闷、腹胀溲赤、苔腻等湿热交阻三焦为特点，证属湿热为患，且病势缠绵，汗出不解，与本证自不相同。

本证胸胁苦满须与痰饮停留等证相鉴别。痰饮停留证有发热起伏、汗多短气、而本证则无。实热结胸发热不高，且

有腹硬痛拒按、胸痛气急等症，本证则无此见症。痞证胃脘胀满不适，并无寒热往来等症，而本证为胸胁胀满连及脘部，为身之两侧，且伴寒热往来等症。

另外，太阳变证中的小柴胡汤证与本证，都可称为小柴胡汤证，但有质的区别：彼为太少并病，即表里同病，此为单纯的少阳病，即半表半里证；彼为太阳表证失治发展而来的变证，此为邪犯少阳的显证；彼以身热恶风，头项强，胁下满为主症，此以往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕为主症，并无身热恶风等表证。

〔辨证要点〕 《伤寒论》101条“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”明确了本证的辨证要点。但如何理解本条的含义，历代医家众说不一。其实，如果全面分析本条文，则其意自现：在伤寒或中风，即感受外邪之后，若见到往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕等柴胡证之一者，就可诊断为本证。《伤寒论》99条“伤寒四五日，身热恶风……胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。”144条“妇人中风，七八日续得寒热……小柴胡汤主之。”等，即是很好的明证。

（三）少阳变证

少阳变证，系指少阳初证和显证失治误治引起的一系列病证。主要表现为以下几种证型。

1. 少阳偏表证（柴胡桂枝汤证：146）：本证为少阳未解，“外证未去”的少阳偏表之证。

〔辨证依据〕 主症：发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结，舌苔白，脉弦。

付症：头痛，不欲食，心烦。

〔辨证分析〕 邪在少阳，枢机不利，但正气渐胜，抗

邪力增，并有驱邪于表之势。枢机有力，故“微呕，心下支结”而不是“胸胁苦满、心烦喜呕”。邪气外转，留于肌表，故发热，微恶寒、支节烦痛。头痛，不欲食，心烦，舌苔白，脉弦，均为邪在少阳、外转太阳的表现。

〔类证鉴别〕 本证与37条的小柴胡汤证均为表里同病，临床表现也颇类似，但其病机有异：本证为少阳欲解，邪转太阳的表里同病，彼证为太阳失治，邪传少阳的表里同病。故其病势有邪退外转与邪进内传的不同。

〔辨证要点〕 掌握主症；把握病势；少阳之邪有外转太阳之势。

2.少阳痞证（半夏泻心汤证：149）：本证为少阳人气弱质者感邪误下引起的痞证。后世多称之为“寒热错杂”证。

〔辨证依据〕 主症：心下痞而不痛，舌淡苔白或黄，脉濡。

付症：恶心呕吐，食少纳呆，肠鸣下利。

〔辨证分析〕 机体感邪，变证如何，大多取决于患者的体质特点。《伤寒论》149条可谓证随质变的典范。“伤寒五六日，呕而发热者”病发“柴胡证”，当予柴胡汤治之，然医仅与“它药下之”，因体质差异而出现了三种不同的变证：一为病机未变的柴胡证仍在者；一为外邪内陷与有形痰热结聚（大陷胸汤证）者；一为脾胃素弱，外邪内陷，脾胃更伤，升降失司的痞证，即本证。邪陷中焦，气机痞塞，故心下痞满；邪虽内陷，但无有形痰热可结，故“但满而不痛”；邪陷中焦，脾胃升降失常，胃气上逆则恶心呕吐，清气下陷则肠鸣下利。若邪壅日久化热，则可见口渴、舌红苔黄等热证；若邪陷伤阳，则可见大便稀溏、舌淡苔白等寒证；若在化热之初，或可见舌苔黄白相兼，但已为热证，并

非“寒热错杂”。盖寒与热，一阴一阳，水火不相容，故岂有寒热之邪错杂于中焦者？由此，我们认为，以“寒热错杂”概括本证病机，实属不妥。

〔类证鉴别〕 本证与生姜泻心汤等证类同，故当鉴别。

生姜泻心汤证，以干噫食臭、胁下有水气、腹中雷鸣、下利为主症，为脾胃素虚，外邪内陷、水饮食滞不化之证。

甘草泻心汤证，以噫气不除为主症，为痰湿素体，感邪误治，邪陷伤中，胃虚气逆之证。

赤石脂禹余粮汤证，为太阳伤寒，迭经误治，损伤下元，关门不固所致，故以“心下痞硬，下利不止”为特征。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

3. 少阳偏里证（大柴胡汤证：136、165）：本证为少阳入肠厚质者感邪失治误治引起的少阳失和、阳明结热之证。

〔辨证依据〕 主症：往来寒热，胸胁苦满，心下拘急疼痛，郁郁微烦，呕吐不止，大便秘结，苔干黄，脉弦数。

付症：潮热，心下痞硬，下利灼热。

〔辨证分析〕 《伤寒论》136条“伤寒十余日，热结在里”明确指出本证为伤寒失治，邪热内陷，热结胃肠之证。邪犯少阳，枢机不利，正邪分争则往来寒热、胸胁苦满；热结胃肠，气机壅遏则心下拘急而痛，或心下痞硬；邪热扰胃，胃失和降则呕吐；邪热陷肠，实邪结聚则便秘或热结旁流而下利；邪热上扰神明则郁郁微烦。潮热、苔干黄、脉弦数，均为少阳失和、阳明结热的表现。

〔类证鉴别〕 本证与柴胡加芒硝汤证均为少阳不和、阳明结热之证，但前者为感邪失治引起，后者为感邪误下所致；症虽均见发热、胸胁苦满、呕利等，但前者是以“呕不

止，心下急”为主症，后者以胸胁满而呕、微利为主症，并无心下急等症，可资区别。

〔辨证要点〕 表证误下或少阳病变过程中，见到心下急、呕不止、便秘热结胃肠等症时，即可诊断为本证。

4.胆火扰心证（柴胡加龙骨牡蛎汤证：107）本证是少阳人感邪误下引起的邪在少阳、胆火扰心之证。

〔辨证依据〕 主症：胸满，烦，惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧，舌红苔黄、脉弦数。

付症：心悸不寐，恶心呕吐，食少纳呆。

〔辨证分析〕 少阳感邪，本应和解，今反之下，以致邪热内陷，胆火扰心。邪在少阳，枢机不利，故胸胁满闷；胆火扰心，心失神明则心烦不宁，甚则惊悸、谵语；邪在少阳，三焦不利，水道不畅，故小便不利；邪犯少阳，阳气被郁于半表半里之间，不得畅达，则内外气机俱为之阻滞，故一身尽重难以转侧。舌红苔黄、脉弦，均为邪在少阳，胆火扰心的表现。

〔类证鉴别〕 本证与阳明腑实证均有精神症状，但前者病在少阳，后者病在阳明；前者以胸满、烦、惊、小便不利、一身尽重不可转侧为主症；后者以潮热、便秘、腹满胀痛为主症；前者证属胆火扰心，后者证属腑实结聚。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

5.热入血室证（143——145）：本证为妇人感邪失治，经水来潮，邪入血室之证。

〔辨证依据〕 主症：寒热如疟，发作有时，经水适断，胸胁下满，昼则明了，暮则谵语，如见鬼状，舌有淤点，脉弦。

付症：胸胁苦满，少腹硬满，脉弦涩。

〔辨证分析〕 《伤寒论》97条“血弱气尽…邪气因入”指出少阳所以受邪，概因正虚。故经血来潮，血海空虚，邪气因入，结于血室（犹结胁下）。邪结血室，淤血内阻，气血不畅，正邪分争，故寒热如疟；邪陷血室，与血相结，故少腹硬满或胸胁下满；邪结血室，上扰神明则谵语。由于病在血分而非气分，气属阳，血属阴，故患者白天神志清楚，入夜则神志失常：谵语，如见鬼状。舌有淤点、脉弦或弦涩，均为热入血室的表现。

〔类证鉴别〕 本证与阳明腑实证均有谵语等症，但前者以寒热如疟，经水适断为主症，后者以潮热、便秘腹胀为主症；前者昼则明了，夜则谵语，后者昼暮谵语均见，可资区别。

〔辨证要点〕 在外感病过程中，经水适断，并见寒热如疟及谵语等精神症状时，则本证即可确立。

6. 少阳水气证（柴胡桂枝干姜汤证：147）：本证为少阳人水气质者感邪误治引起的少阳不利、饮停三焦之证。

〔辨证依据〕 主症：胸胁满微结，小便不利，口渴不呕，往来寒热，舌苔白，脉弦。

付症：心烦，但头汗出。

〔辨证分析〕 伤寒五六日，迭经汗下，以致枢机不利，三焦壅滞，水饮内停。少阳枢机不利，正邪分争则往来寒热；饮停中焦，气不化津则口渴；饮停下焦，气化不行则小便不利，饮停胸胁则胸胁满微结。虽经汗下，邪未尽除，内扰神明则心烦。舌苔白，脉弦，均为枢机不利、饮停三焦的表现。

〔类证鉴别〕 本证与五苓散证均有口渴、小便不利等症，但前者以往来寒热、胸胁满微结为主症，后者以发热、微恶寒、水入则吐为主症；前者病在少阳，饮停三焦，后者

病在太阳，饮停中焦。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除类似病证。

四、太阴病证

太阴之人，阴盛阳弱，偏湿偏寒，主要以脾脏功能为基础。故凡外邪侵袭太阴人或／及太阴人体质失和引起的，以脾胃运化失职为主要病理变化，临床上以腹满、呕吐、下利、纳呆为主症的里虚寒证及其变证，统称为太阴病证。

侵袭太阴人的外邪有风、寒、湿、热邪等，但以寒湿之邪为主。其病位主在中焦脾胃。由于太阴人不耐寒湿，抗邪力弱，感邪易病，并迅速入里，多从寒化、湿化，故以里证为主，表证少见。根据疾病发展变化的动态过程、病邪的差异，以及机体受邪后的不同病理反应，本病又有初证、显证和变证的不同。

（一）太阴初证（273）

本证主要是指太阴体质失和或饮食劳倦所伤，或寒湿之邪外侵而引起的最初病证，以寒湿内阻、脾阳初伤为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，舌淡苔白，脉缓。

付症：面色萎黄，身倦乏力，腹胀喜温喜按，舌质淡有齿齲，脉濡缓。

〔辨证分析〕 太阴之人，不耐寒湿，故若体质失和，寒湿外侵，直中太阴，损伤脾阳，遂致本证。脾阳损伤，运化失司，寒湿内阻，湿盛则满，故腹胀腹满。寒湿壅滞，气机痞塞，不通则痛，故时腹自痛。”湿盛则濡泄”，故下利稀溏。脾失健运，饮食不化，故食少纳呆、身倦乏力。寒湿内阻，胃失和降则恶心呕吐。舌淡苔白、脉濡缓，均为脾虚

寒湿之证。

〔转归〕 本证为太阴病的始发病证，大多易于治愈。若寒湿轻微，脾运尚健，也有自愈之机；若寒湿较重，脾运不健，则易发展为太阴虚寒证；若寒湿较重，偏袭肌表，则易发太阴中风；也有少数向实热转化者，从而出现虚实夹杂证。

〔类证鉴别〕 本证与三阳病均有下利，其区别在于：一是本证无热象而三阳下利热象较著，如发热、大便臭秽、肛门灼热、舌红苔黄等；二是本证腹痛喜温喜按，而三阳下利腹痛恶热拒按。

〔辨证要点〕 掌握主症。注意下利的性质：大便稀溏，多不消化物，而非下利脓血，或下利清谷；把握腹痛的特点：“时腹自痛”，喜温喜按，满腹隐痛，脐周为甚；本证为太阴初发病证，故虚寒见症较轻。

（二）太阴显证

太阴显证，是指太阴初证失治误治，脾阳损伤，寒湿内盛之里虚寒证和寒湿偏袭肌表、营卫不调之证。

1. 太阴虚寒证（理中汤证：277）：本证是指太阴人气弱质者感邪失治误治引起的脾阳损伤、寒湿内盛之里虚寒证。

〔辨证依据〕 主症：下利，不渴，腹满腹痛，畏寒肢冷，食少乏力，舌质淡苔白润，脉缓无力。

付症：恶心欲呕，小便不利，短气懒动。

〔辨证分析〕 太阴人阳气弱，阴气盛，故寒湿入侵或体质失和病发太阴初证，若失治误治，寒湿损伤脾阳，脾阳既伤，运化失司，又易导致寒湿停聚。湿为阴邪，易伤阳气，故寒湿内盛，脾阳更伤，脾失健运则食少纳呆；肌表失温则

畏寒肢冷。脾虚湿盛，下趋大肠则下利稀溏；寒湿内盛则腹满而痛，喜温喜按。脾主四肢，脾虚无主，则四肢乏力。恶心欲呕、小便不利、舌淡苔白润、脉缓无力，均为脾阳虚弱、寒湿内盛之证。

〔转归〕 治疗得当，预后多良；若失治误治，脾虚及肾，易致脾肾阳虚之证。

〔类证鉴别〕 本证与少阴寒化证均有下利、畏寒等症，故应鉴别：参见少阴寒化证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

2. 太阴中风证（桂枝汤证：274、276）：本证是指太阴人气弱质者外感寒湿之邪，失治而引起的邪驻肌表，卫气失和之证，即太阴表证。由于太阴人抗邪力弱，正邪斗争不烈，故外邪侵袭，始病表证不显。感受外邪不即刻病发表证，这是所有虚人外感的发病特点。

〔辨证依据〕 主症：四肢烦痛，脉浮而缓。

付症：发热不高，微恶风寒，腹满时痛，下利纳呆，身倦乏力，舌淡苔白。

〔辨证分析〕 太阴之人抗邪力弱，不耐寒湿，故寒湿外侵，卫气失和则脉浮而缓、四肢烦痛、发热不高、微恶风寒。邪伤脾阳，运化无力、化源不足，卫气失奉，抗邪无力，故本证不象太阳人感邪即现表证，而反应迟缓，发热不高。寒湿内侵，湿盛则满；湿阻气滞则腹痛；湿趋大肠则下利。舌淡苔白、脉浮缓，均为脾虚外感之证。

〔转归〕 治疗得当，预后亦良；若失治误治，易致里虚寒证。

〔类证鉴别〕 本证与太阳中风、少阳伤寒、少阴伤寒均属表证，都有寒热头痛等症，但各有特点，易于区别：太

阳中风或伤寒是恶寒重发热轻，寒热并见，脉象浮而有力，反应迅速，感邪即发，且无里虚见症；少阳伤寒是往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、脉弦，阳气虽弱，但里虚见症多无；少阴伤寒是发热轻、恶寒重、脉不浮反沉，并有神惫、欲寐等阳虚里证；本证则因脾阳不足，抗邪力弱，反应不剧，始病表证不显，且发热不高、脉浮而缓无力，并有腹满时痛下利等脾虚之症，可资鉴别。

〔辨证要点〕 掌握主症：既有腹满时痛、食少下利等脾虚里证，又有寒热头痛、四肢烦痛等表证，则本证便可确立。

（三）太阴变证

太阴变证，主要是指太阴初证和显证失治误治引起的一系列病证。由于脾胃居中主土，万物所归，故其变证不多，主要为太阴腹痛证和太阴发黄证。

1. 太阴腹痛证（279）：本证是指不同体质的太阴人感邪误治引起的两种性质不同的腹痛病证。

〔辨证依据〕 主症：腹满而痛，或大实痛。

付症：脾寒肢冷，神疲乏力，舌淡苔白，脉弦涩；或腹痛拒按，大便干结，舌淡苔黄，脉弦数。

〔辨证分析〕 表证误下，既伤脾阳，也损胃阴，太阴表证误下更复如此。然偏于伤脾，还是伤胃，则依患者的体质特点为转移：气弱质者偏于伤脾，从寒而化，气滞络淤则腹满胀痛；脾阳虚弱则畏寒肢冷、神疲乏力；脾虚络淤则舌淡苔白、脉弦涩。肠厚质者，偏于损胃，从热而化，而致脾虚腑实之证：太阴脾虚则食少，舌淡；胃肠结聚则腹痛不减、拒按、便秘、苔黄、脉弦数。

〔类证鉴别〕 太阴脾虚络淤证与太阴虚寒证均有腹满

时痛，但前者以腹痛为主症，吐利等症少见，后者以吐利为主症；前者常由表证误下邪陷所致，后者多为劳倦内伤使然。而脾虚腑实证，既有太阴脾虚之症，又有胃肠结滞之征，故易于同单纯的阳明腑实证相鉴别。

〔辨证要点〕 腹痛的性质：腹满时痛、喜温喜按，或腹痛不减、拒按，为本证的辨证要点。

2. 太阴发黄证（259、278）：本证是指太阴人寒湿质者病发太阴，失治而引起的寒湿发黄证。

〔辨证依据〕 主症：黄疸色暗，腹胀食少，畏寒乏力，舌淡苔白腻，脉濡缓。

付症：腹隐痛，大便不爽，小便不利，恶心呕吐。

〔辨证分析〕 寒湿之体，易感寒湿之邪，或寒湿内郁日久，失治寒湿壅遏，影响肝胆疏泄，胆汁外溢，病发黄疸。寒湿内阻，胃失和降则恶心呕吐、食少纳呆；湿阻气滞则腹胀腹痛；脾虚运化无力，水湿内停，故大便不爽、小便不利；脾虚四肢无主，故畏寒乏力。舌淡苔白腻、脉濡缓，均为脾虚寒湿内盛之证。

〔类证鉴别〕 本证应与阳明发黄证相鉴别：参见阳明发黄证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症。既有腹胀、便溏不爽、食少乏力等脾虚之症，又有身目俱黄，色泽晦暗的黄疸之征，则本证即可确立。

五、少阴病证

少阴之人，阴阳俱弱，但有偏于阴弱和偏于阳弱之分，主以肾心功能为基础，为阴中之阴人。故凡外邪侵袭少阴人或及少阴体质失和引起的，以肾心功能失调、化寒化热为主要病理变化，临床上以脉微细，但欲寐为主症的里虚证及

其变证，统称为少阴病证。

侵犯少阴人的外邪有风、寒、热、湿邪等，但以寒热之邪为主。其病位主要在体内肾心。其发展趋势是邪气入里寒化或热化。由于本病为一全身性虚寒证或虚热证，病变关键在于心肾虚衰，故预后不良，变证复杂而难测。根据疾病发展变化的动态过程，病邪的差异及机体受邪后的不同反应，本病又有初证、显证和变证的不同。

（一）少阴初证（281）

本证主要是指少阴体质失和或寒邪侵袭少阴人，损阳伤阴而引起的最初病证。以阴阳俱伤，阳伤甚为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：脉微细，但欲寐。

付症：面色苍白，蜷卧畏寒，喜静懒言，声低言怯，四肢不温，口不渴，小便清，舌淡苔白。

〔辨证分析〕 少阴之人，阴阳俱弱，故不耐邪侵。今外邪侵袭或体质失和，肾阳戕伤，肾阴被损，无力鼓动血行则脉微，血脉不充则脉细。《素问·生气通天论》说“阳气者，精则养神”，故阳气虚弱，神失所养则精神不振、蜷卧畏寒、喜静懒言。阳气虚弱，温煦无权，故面色苍白、四肢不温。口不渴、小便清、舌淡苔白均为阴阳俱虚、阳虚甚之表现。

〔转归〕 本证为肾阳肾阴初伤之证，若能早期发现，及时治疗，多数预后良好；若失治误治，则易酿成亡阳气脱之证，也有少数因阴盛格阳于外，出现面赤、烦躁等假热之症，则预后不良。

〔类证鉴别〕 本证与太阴初证同为寒邪所伤，均属阳气虚弱之证，但前者以脉微细、但欲寐之阳气虚弱、神失所养为主症，后者则以腹满时痛、吐利之脾胃虚寒为主症；前

者为全身性阴阳俱虚、阳虚为主，后者属单纯的脾阳虚弱；前者精神欠佳，后者精神可。

本证与太阳病早期恶寒而无明显发热之证类似，但前者是畏寒肢冷，得衣被则缓，后者是恶寒怕冷，得衣被不减；前者精神不振，后者精神良好；前者脉微细，后者脉但浮，前者但寒不热，或发热不高，后者或早或迟，发热必见。

〔辨证要点〕 掌握主症。临床若见精神不振之症，又见微细之脉，则本证即可确立。尤其“但欲寐”一症，对少阴病的诊断意义最大。

（二）少阴显证

少阴显证，是指少阴初证失治误治，阳气更伤，阴寒内盛，或损伤阴精而引起的病证。因体质的不同，显证也因质而异。

1. 少阴寒化证（四逆汤证：282、285、286、324）：本证是指少阴人阳弱质者罹患少阴初证失治误治，阳亡欲脱、阴寒内盛之证。

〔辨证依据〕 主症：精神萎靡，蜷卧畏寒，四肢厥冷，下利清谷，小便清长，舌淡苔白滑，脉微细。

付症：面色苍白，四肢拘急或疼痛，汗出呕吐，腹中拘急，口不渴，或渴喜热饮，身有微热，脉沉弱。

〔辨证分析〕 少阴人阳质弱，体质失和或邪侵失治误治，阳虚欲脱、阴寒内盛，以致本证。阳气者精则养神，故阳气欲脱，神失所养则精神萎靡。四肢为诸阳之本，故阳衰不能温运则四肢厥冷、畏寒蜷卧。阴寒内盛，不能腐熟水谷则下利清谷。阳气者柔则养筋，故阳虚筋脉失养则四肢拘急或疼痛。阴寒内盛，胃失和降则呕吐，寒伤脾阳则腹中拘急。阳气衰微，不足以温化水液，故小便清长。舌淡苔白

滑、脉微细或沉弱均为阳虚寒盛的表现。

〔转归〕 本证为阳衰重证，若积极治疗，预后尚可；若失治误治，易变坏证，则预后不良。

〔类证鉴别〕 本证厥逆，应加细辨。盖厥有寒热之分，如《寓意草》云“凡伤寒病，初起发热、煎熬津液，口渴、便秘，渐至发厥者，不问知其为热也。若阳证忽变阴厥者，万中无一，从古至今无一也。盖阴厥得之阴证，一起便直中阴经，唇青面白，遍身冷汗，便利不渴，身倦多睡，醒则人事了了，与伤寒传里之热邪转入转深，人事昏愦者，万万不同。”寒厥为阳虚寒盛所致，热厥为阳亢于内，气机被阻，阳气不能达外使然，两证不难区别。

寒厥之证，病机有异，亦须鉴别。本证以畏寒蜷卧、下利清谷、手足厥冷、脉微细、精神萎靡为主症，厥因脾肾阳虚，四肢失温所致，故治宜回阳救逆、温运脾肾之四逆汤。通脉四逆汤证，以手足逆冷，下利清谷、身反不恶寒、面色赤、脉微细欲绝为主症，厥因阴寒内盛，“热”因虚阳外越，故治宜破阴回阳，通达内外。通脉四逆加猪胆汁汤证，以吐已下断、汗出而厥、四肢拘急不解、脉细欲绝为主症，为阴竭于内、阳亡于外之证，故治宜回阳益阴。白通汤证，以下利厥逆、面色赤、脉微细为主症，为阴盛于内、格阳于上之证，故治宜温通上下阳气。白通加猪胆汁汤证，以下利不止、面赤厥逆、脉微欲绝或无脉、干呕、心烦为主症，为阳亡阴盛、虚阳外越之证，故治宜回阳救逆，反佐苦寒，从阴引阳。当归四逆汤证，以手足厥冷、脉细欲绝、但无里寒下利诸症为特点，故治宜温肝养血散寒通络。茯苓四逆汤证，以四肢厥冷、脉微欲绝、烦躁、心悸、小便不利为主症，为阳亡阴盛、寒水内停之证，故治宜回阳救逆、利水除

烦。茯苓甘草汤证为水饮致厥，以厥而心下悸为特点，故治宜温阳散水。

本证下利应注意与真武汤等证相鉴别。真武汤证，以但欲寐、心下悸、浮肿、小便不利、下利多水、脉沉为主症，为阳虚阴盛，水气内停之证，故治宜温阳利水；本证为阳亡欲脱、阴寒弥漫，但无寒水内停之证，故小便清利、四肢不肿、可资区别。

桃花汤证，为下焦虚寒、肾关不固、滑脱不禁所致，以下利便脓血为主症，但无里急后重、大便臭秽、肛门灼热等症，必兼腹痛绵绵喜温喜按、口淡不渴等症，故治宜温涩固脱。

四逆加人参汤证，为亡阳阴伤，故以恶寒、脉微、利止亡血为主症，治宜回阳救逆、益气生津。

〔辨证要点〕 本证病情严重，症状明显者易于辨识，而在本证早期则不易判定。须注意以下二点：一是神志变化——欲寐喜静，蜷卧畏寒、阳虚欲脱已露端倪时，应予重视；二是脉见沉细无力时，即应考虑本证的可能性。

2. 少阴热化证（黄连阿胶汤证：303）：本证是指少阴人阴弱质者罹患少阴初证，失治阴伤，阴虚阳亢，心肾不交之证。

〔辨证依据〕 主症：心中烦，不得卧，舌尖红赤，苔薄黄，脉沉细数。

付症：口燥咽干，饮不解渴，小便短赤，大便稍干，烦热心悸。

〔辨证分析〕 少阴人阴弱质，感邪失治，从阳化热，阴液灼伤，或体质失和，阴虚内热，遂致本证。阴液损伤，津不上承则口燥咽干、饮不解渴。肾水亏虚，不能上济于心，

则心火独亢，阳亢不入于阴，阴虚不受阳纳，故心烦不寐。阴虚内热，津液耗伤，故小便短赤、大便稍干。阴虚阳亢，邪热入营，故舌红苔黄、脉沉细数。

〔转归〕 本证为少阴阴伤之证，若治疗得当，预后亦良；若失治误治，易化燥化热、动血而产生许多变证。

〔类证鉴别〕 本证与阳明气热证均有口渴烦热之症，但前者为阴虚内热、津不上承，后者为气热津伤；前者渴不多饮，后者大渴引饮；主症病机各异，故不难区别。

本证与栀子豉汤证均有心烦不寐之症，但此为阴虚阳亢、阳不入阴，彼为郁热扰心；一虚一实，故治疗前者宜育阴制阳，使水火既济、后者宜清透郁热，使邪热消解。

〔辨证要点〕 平素口干、梦多、烦热、易悸、形瘦属阴弱体质者，病见口干咽燥等热盛伤阴之症，及心烦不寐等心肾不交之症时，则本证即可确立。

3.少阴伤寒证（麻黄细辛附子汤证：301）：本证是指少阴人阳弱质者外感风寒，邪驻肌表，卫气失和的少阴表证。后世多称之为阳虚外感。

〔辨证依据〕 主症：发热、脉沉。

付症：蜷卧欲寐，头身疼痛，身倦乏力，舌淡苔白。

〔辨证分析〕 少阴人阳弱质，卫外力差，不耐寒邪，反应迟缓。故邪犯少阴，正气抗邪不显，仅见“但欲寐”等少阴初证。俟正气转旺，抗邪力增，趋于肌表，正邪交争，卫气失和而现本证。正邪交争于肌表，故发热；由于阳气不足，抗邪力弱，故发热不高。卫气失和则头身疼痛。阳虚寒盛，神失所养，故蜷卧欲寐。身倦乏力，舌淡苔白、脉沉，均为少阴阳虚的表现。

〔转归〕 本证为阳虚外感，治疗得当，预后多良；若

失治误治，易致亡阳急证。

〔类证鉴别〕 本证和太阳伤寒、少阳伤寒，太阴中风。从体质角度分析，则为外邪作用于不同体质后的不同反应类型，故均属表证范畴，但各有特点：本证为阳虚外感、太阳伤寒为风寒表实、少阳伤寒可视为气虚外感、太阴中风为脾虚外感；本证以畏寒重、发热轻、但欲寐、脉沉为主症，太阳伤寒以恶寒发热、头身痛、脉浮紧为主症，少阳伤寒以寒热往来、脉弦为主症，太阴中风以脉浮而缓、腹满时痛为主症；治疗则分别宜助阳解表、发汗解表、扶正（益气）解表、健中解表。

〔辨证要点〕 掌握主症。本证多见于老幼体弱之人，故年龄可作诊断的参考因素。

（三）少阴变证

少阴变证是指少阴初证和显证失治误治引起的病证。主要表现为以下几种证型。

1. 少阴寒化变证

（1）客寒咽痛证（半夏散及汤证：313）：本证为阳弱质者感邪失治，邪客咽喉之证。

〔辨证依据〕 主症：咽中痛，舌淡苔白脉沉。

付症：恶寒，气逆欲吐，痰涎缠喉，咽不红。

〔辨证分析〕 少阴人阳弱质，易感寒邪，易伤心肾。故少阴感邪失治，邪客咽喉，病发本证。寒邪痰浊客阻咽喉，故咽中疼痛，痰涎缠喉。寒为阴邪，故咽喉虽痛而不红。邪驻肌表则恶寒不适。痰浊犯胃则气逆欲吐。舌淡苔白、脉沉，均为少阴客寒的表现。

〔类证鉴别〕 本证与苦酒汤证均有咽痛，但前者痛而不甚、咽喉不红，后者咽痛较剧、咽中生疮、红肿、不能言

语；前者为寒客咽喉，后者为痰火郁阻咽喉；所以，前者治宜散寒开结通咽，后者治宜清热涤痰、敛疮消肿。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(2) 阳弱气郁证（四逆散证：318）：本证是指少阴人感邪或体质失和，失治引起的阳弱气郁之证。

〔辨证依据〕 主症：手足逆冷，舌淡苔白，脉沉弦。

付症：咳嗽，心悸，腹中痛，泄利下重，小便不利。

〔辨证分析〕 少阴之人，阳气偏弱，脏腑功能活动亦弱，肝之疏泄功能亦趋不足。所以病发少阴失治，或因情志刺激，易致气郁。肝郁气滞，阳气内郁不能外达四肢，故手足逆冷。气郁闭肺，肺失宣降则咳；气郁及心，心阳不振则悸；气郁及脾，脾络淤阻则腹中痛；气郁困脾，脾失运化则下利。舌淡苔白、脉沉弦，均为阳弱气郁的表现。

此外，需指出的是，《伤寒论》318条虽冠以“少阴病”，但我们认为在此不应理解为阳虚阴盛证，而应理解为少阴人所患的病证。考原文无脉微细、下利清谷等症，则知本证亦非阳虚阴盛；查本方加减多为辛温大热之品，则知本证又非“热厥轻证”（五版大专教材）。由此认为本证系阳虚轻证，这正是少阴人发病的共性（也有热化者，但少见）。至于本证是否为情志所伤，论中尽管未言，但由方测证，及气郁致厥者临床颇为常见两点来看，情志所伤不能排除。

〔类证鉴别〕 本证之厥应注意与其他厥证相鉴别。寒厥，以神疲欲寐、小便清长、下利清谷、脉微细为特征。热厥，以恶热喜凉、远衣被、口渴饮冷、烦躁、甚则昏愆、舌红脉数为特征。本证之厥可称为气厥，以神志清晰、咳呕下利、舌淡苔白，脉沉弦为特征；既无神疲欲寐、脉微细等阳衰之证，又无饮冷恶热、尿赤脉数等里热之证。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(3) 阳虚身痛证（附子汤证：304、305）：本证为少阴人阳弱质者感邪失治引起的阳虚身痛之证。

〔辨证依据〕 主症：身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉。

付症：口中和，背恶寒，舌淡苔白。

〔辨证分析〕 少阴人阳弱质，易感寒湿之邪，易伤阳气。所以少阴感邪失治，阳虚湿聚，留着肌肉关节，遂致本证。少阴阳虚，不能温煦四末，故手足寒；不能温煦后背则背恶寒。里阳不足，生阳之气陷而不举，故脉沉。阳虚寒湿不化，留滞肌肉关节，故身体痛、关节痛。舌淡苔白、口中和，均为阳虚的表现。

〔类证鉴别〕 身痛一症，病因不一，故需鉴别。麻黄汤证之身痛为寒邪束表、营阴郁滞所致，故必伴恶寒发热脉浮，治当发汗解表，汗出邪去则身痛自除；新加汤证之身痛，系营阴不足，肌表失养所为，症见汗后身痛，脉沉迟，治当调和营卫、补益气阴，营卫利、气阴复，则身痛可止；本证身痛，为少阴阳虚，寒湿凝滞所致，症见手足寒、脉沉，治当温阳驱寒除湿，阳气复而寒湿去，则身痛可痊。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(4) 阳虚水泛证（真武汤证：316）：本证是指少阴人水气质者罹患少阴病失治引起的肾阳虚衰、水邪泛滥之证。

〔辨证依据〕 主症：腹痛绵绵，喜温喜按，大便溏稀，小便不利，四肢沉重疼痛，舌淡苔白滑，脉沉。

付症：咳、呕、心悸。

〔辨证分析〕 少阴人水气质，易感寒湿之邪，易伤阳停水。故感邪失治，阳虚水泛而致本证。《伤寒贯珠集》云

“少阴中寒，二三日不已，至四五日，邪气递深，而脏受其病矣。脏寒故腹痛，寒胜而阳不行，故小便不利，于是水寒相搏，浸淫内外，为四肢沉重疼痛，为自下利，皆水气乘寒气而动之故也。其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，水寒之气，或聚或散，或上。”《医宗金鉴》云“今少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛下利，阴寒深矣，设小便利，是纯寒而无水，乃附子证也，今小便不利，或咳或呕，此为阴寒兼有水气之证。故水寒之气，外攻于表，则四肢沉重疼痛；内盛于里，则腹痛自利也；水气停于上焦胸肺，则咳喘而不能卧；停于中焦胃腑，则呕而或下利；停于下焦膀胱，则小便不利而或少腹满。种种诸证，总不外乎阴寒之水，而不用五苓者，非表热之饮也；不用小青龙者，以非表寒之饮也。故唯主以真武汤，温寒以制水也。”

〔类证鉴别〕 本证与附子汤证均有身痛恶寒之症，但前者以腹痛、小便不利、脉沉为主症，后者以手足寒、背恶寒、身体痛、骨节疼为主症；前者证属脾肾阳虚、水气内渍，后者证为肾阳虚弱、寒湿凝滞；病位，前者水气偏里，后者寒湿偏表。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(4) 虚寒滑脱证（桃花汤证：306）：本证是指少阴人阳弱质者罹患少阴病，失治伤肾，关门不固之证。

〔辨证依据〕 主症：下利便脓血，舌淡苔白，脉沉。

付症：腹痛绵绵，喜温喜按，口不渴，小便清，畏寒肢冷，但欲寐。

〔辨证分析〕 少阴人阳弱质，易感寒邪，易伤阳气。故邪犯少阴，失治伤肾，阳虚无权统摄，大肠滑脱，以至本证。《伤寒论辨证广注》云“此条乃少阴中寒，即成下利之

证，下利便脓血，协热者多，今言少阴病下利，必脉微细，但欲寐，而复下利也，下利日久，至便脓血，乃里寒而滑脱也。”可见本证当属脾肾阳虚，肾关不固之证。

〔类证鉴别〕 本证下利与四逆汤证的鉴别，参见少阴寒化证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症；掌握下利的特点：下利脓血，晦暗不泽，腥冷不臭，亦无里急后重和肛门灼热感。

2. 少阴热化变证

(1) 虚热咽痛证（猪肤汤证：310）：本证是指少阴人阴弱质者病发少阴，失治误治引起的虚热客咽之证。

〔辨证依据〕 主症：咽痛，胸满，心烦，舌红苔黄，脉沉细数。

付症：口干咽燥，烦热不寐。

〔辨证分析〕 阴弱之体，病发少阴，失治误下，损伤阴液，以致阴虚内热，虚火上炎之证。肾水亏虚，心火独亢，故胸满、心烦、不寐。水亏火旺，上炎于咽，故咽痛、咽燥。口干、舌红苔黄、脉沉细数，均为阴虚火旺之证。

〔类证鉴别〕 本证与桔梗汤证均有咽痛，但彼为阴弱质者邪客咽喉，故咽痛较重，局部红肿，治宜清热利咽；此为少阴失治误治，阴虚火旺，故咽痛不剧，局部红肿不显，多伴心烦不寐等症，故治宜润燥止痛。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(2) 少阴急下证（大承气汤证：320——322）：本证为少阴人肠厚质者病发少阴，失治阴劫、燥屎内结之证。

〔辨证依据〕 主症：口干咽燥，便秘，或自利清水，色纯青，心下必痛，腹胀拒按，舌苔干燥，脉沉细数。

付症：口渴、尿赤，烦热，不寐。

〔辨证分析〕 肠厚之体，肠中津乏，燥屎易结。故少阴热化失治，不但肾阴耗竭，肠胃津液亦伤，化热化燥，以致燥屎内结、真阴欲竭。肾阴损伤，阴不上承则口干咽燥、口渴。燥屎内结，传导失职则大便秘结；或燥屎内结，迫液旁流则自利清水，色纯青，燥屎内结，腑气不通，浊气不降则腹胀拒按。舌红苔干燥、脉沉细数，均为真阴欲竭、燥屎内结的表现。

〔类证鉴别〕 阳明腑实证与本证均为燥屎内结之证，但前者为邪热炽盛，灼伤肠津，以致燥屎内结，矛盾的主要方面在于邪热盛；后者为阴弱质者感邪失治热化，真阴耗伤，肠中津伤，化燥成实，因虚致实，矛盾的主要方面在于真阴亏。而阴虚不能承制阳热，阳热又反过来不断消灼阴液，则为两证的共同病理机制，而肠厚体质又为其共同的病理基础。

〔辨证要点〕 掌握主症，排除类似病证。

(3) 少阴水气证（猪苓汤证：319）本证是指水气质者病发少阴热化，失治引起的阴虚水停证。

〔辨证依据〕 主症：心烦不得眠，小便不利，咳而呕渴，下利，舌红苔黄，脉弦。

付症：口渴不饮，下肢浮肿。

〔辨证分析〕 水气之体病发少阴热化之证，若失治阴伤及阳，气化不行，水气内停，以致本证。水气内停，津不上承则渴；水气偏走大肠则下利；水气上逆射肺则咳，犯胃则呕。阴虚有热，上扰神明，则心烦不眠。浮肿、舌红苔黄、脉弦，均为阴虚水停之证。

〔类证鉴别〕 本证与少阴热化证均有心烦不眠之症，但前者以水气不利为主，热势较轻，阴虚不甚，除心烦不寐

外，更兼咳呕小便不利等证；后者则为单纯的阴虚阳亢，不兼水气，且邪热与阴虚俱重。

本证与真武汤证均有下利、咳呕、小便不利等症，但前者为阴虚内热，后者为阳虚水盛，一阴一阳，自可分辨。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

(4) 少阴动血证(293、294)：本证是指少阴人阴弱质者病发少阴，失治误治引起的出血证。

〔辨证依据〕 主症：便血，鼻衄，目衄，舌红少苔，脉细数。

付症：心烦不眠，手足心热，口干咽燥。

〔辨证分析〕 少阴热化失治误治，阴虚火旺，火伤血络，以致本证。阴虚火旺，热移膀胱，血络损伤则小便出血；水亏于下，火旺于上，热动血络，迫血妄行则口鼻或目出血。阴虚内热，热扰心神则心烦不眠。口干咽燥，舌红少苔，脉细数，均为阴虚火旺的表现。

〔类证鉴别〕 本证出血为阴虚火旺，火伤血络所致，故其来也渐，出血不剧，血色淡红，与实热迫血妄行自不相同。

〔辨证要点〕 掌握主症；在少阴病发展过程中出现鼻目或小便出血，且见舌红少苔，脉细数者，本证即可确立。

六、厥阴病证

厥阴之人，阴阳俱弱，阴弱甚，也有偏于阴弱和偏于阳弱的不同；阴阳气顺接不畅；主以肝肾功能为基础，为阴中之阳人。故凡外邪侵袭厥阴人或／及厥阴体质失和引起的，以肝肾功能失调、阴阳气不相顺接为主要病理变化，临床上以四肢厥冷为主症的里证及其变证，统称为厥阴病证。

侵袭厥阴人的外邪有风、热、寒邪等，但以风热、寒邪

为主。其病位主要在体内肝肾。由于本病多为全身性虚证，或阳虚，或阴虚，或阴阳虚实转化交织，故病情较为复杂。根据疾病发展变化的动态过程，病邪的差异及机体受邪后的不同病理反应，本病又有初证、显证和变证的不同。

（一）厥阴初证（339）

本证主要是指厥阴人外感邪气或体质失和引起的阴阳气不相顺接的最初病证。以阳热初郁，阴阳气不相顺接为其主要病机。

〔辨证依据〕 主症：热少微厥，指头寒，默默不欲饮食，烦躁，舌质淡，苔薄黄，脉弦细数。

付症：精神不振，口干口渴小便，不利。

〔辨证分析〕 厥阴之人，不耐寒热，故“伤寒”之后，阴阳俱伤，阳热郁闭，以致阴阳气不相顺接，病发本证。阳热初郁，故发热轻，厥微不甚，仅表现为“指头寒”而已。郁热在里，扰心则烦躁，灼津则口渴；热在下焦，则小便不利；热在中焦，胃失和降则默默不欲食。舌质淡，苔薄黄，脉弦细数，均为阳热初郁的表现。

〔转归〕 本证为厥阴初证。若感邪轻微，阴阳初伤小便由短赤而变为“小便利，色白者”，说明里热已解，津液得复；郁热得除，气机畅达，胃气复常则由默默不欲食变为欲得饮食，则其病向愈。反之，不见小便利、欲食等正气来复的佳兆，厥逆加重，则示病进，易致厥阴显证。

〔类证鉴别〕 本证为厥阴病早期的一般见症，故厥冷不重，仅“指头寒”而已，故与其他厥逆有别。

烦躁和不欲食两症应注意与他证相鉴别：少阳病之默默不欲食，必兼往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕等症，病由少阳枢机不利所致，与本证病机不同，表现有别，故两证不难

区别。烦躁一症，实热虚热均见，但各有特点：阳明实热烦躁，壮热汗出、便秘腹痛、舌苔黄燥、脉实有力；热入营血烦躁，身热夜甚、烦躁不寐、甚则发狂、斑疹透露、吐衄便血、舌红绛、脉细数；表实郁热烦躁，恶寒发热、无汗烦躁、头身疼痛、舌正苔黄、脉浮数；少阳胆火扰心烦躁，胸胁苦满、惊惕不宁、小便不利、苔黄、脉弦；痰火内扰烦躁，发热面赤，气急烦闷、躁扰不宁、痰黄粘稠、苔黄腻、脉滑数；淤血冲心烦躁，心烦躁扰、面唇青紫、舌暗、有淤点、脉沉涩；阴虚火旺烦躁，虚烦不寐、心悸怔忡、健忘多梦、腰膝酸软、五心烦热、舌红少苔、脉细数。

〔辨证要点〕 掌握主症。本证多发于阴阳俱弱、阴阳气顺接不畅体质的人，而这种体质的人又多见于老幼体弱者，故年龄对本证的辨证有一定的参考价值。

（二）厥阴显证

厥阴显证，是指厥阴初证失治误治，阴阳愈虚，寒热愈盛，或阴伤热盛，或阳损寒盛，阴阳气顺接更加不畅的证候。由于体质的不同，显证也因质而异。

1. 蛔厥证（乌梅丸证：326、338）：本证是指厥阴人阳弱质、蛔虫内伏者。感邪失治引起的上热下寒、蛔虫内扰之证。

〔辨证依据〕 主症：呕吐蛔虫、心中痛热，或痛引肩背，饥而不食，得食更甚，时痛时止，痛剧则四肢厥冷、脉微，痛止则安静如常。

付症：心烦，久利，常自吐蛔，舌苔白滑，脉弦。

〔辨证分析〕 厥阴人阳弱质，不耐寒邪，故外邪侵袭，或体质失和，失治阳伤阴损，上热下寒，蛔虫内扰，以致本证。内伏肠中的蛔虫其性避寒就温，故因膈间有热而上

窜，胃气上逆则呕吐，蛔虫随上逆之胃气而吐出，故见吐蛔；蛔动则痛，蛔静则止，故时痛时止。膈间有热，则心中热痛，引及肩背；热扰心神则烦。肠中寒盛，水谷不化，故不欲食；强食累脾，故得食更甚；肠寒水湿不化则下利。已居弱勢的阳气因剧痛而更加减弱，以致阴阳气不相顺接，四肢不得温煦，血脉鼓动无力，故四肢厥冷、脉微。舌苔白滑亦为阳虚肠寒的表现。

〔转归〕 本证为蛔虫内扰所致，若及时驱除蛔虫，则预后良好；若失治误治则易反复发作，甚则因剧痛而亡阳。

〔类证鉴别〕 本证与脏厥均属厥证，其区别为：彼证是阳虚阴盛，虚阳上扰，以四肢厥冷、脉微欲绝、通身冰冷、烦躁无暂时安定为特征；本证为上热下寒、蛔虫内扰，以四肢厥冷，吐蛔疼痛、烦躁有时、蛔动则痛、痛甚厥深，蛔静痛止、痛止厥复为特征。

本证与太阴虚寒证皆有吐利痞症，但前者以吐蛔、久利、痛在心下、甚则连及肩背为特征，后者以吐食、下利有不消化物、痛在大腹、且绵绵作痛、喜温喜按为特征；前者证为上热下寒、蛔虫内扰，后者证属脾胃虚冷。

〔辨证要点〕 掌握本证特点：一是四肢虽厥，而周身皮肤不冷；二是见吐蛔史；三是具有发作性，时痛时止，静如常人，痛甚厥甚，三者俱备则本证即可确立。

2.寒厥证（四逆汤证：353、370）：本证是指厥阴人阳弱质者罹患厥阴初证，失治误治引起的阳气衰微、阴寒内盛、阴阳气不相顺接之证（参见少阴病证、少阴寒化证项下）。

3.热厥证（白虎汤证：335、350）：本证是指厥阴人阴弱质者感邪失治误治，从阳化热，邪热炽盛，郁闭于里，

阴阳气不相顺接之证。

〔辨证依据〕 主症：发热而厥，厥深热深，厥微热微，舌红苔黄，脉滑数。

付症：口渴饮冷，烦躁，无汗，胸腹灼热。

〔辨证分析〕 厥阴人阴弱质，易感热邪，即使感寒也易从阳化热，故《伤寒论》335条云“伤寒一二日，至四五日，厥者，必发热，前热者，后必厥”明确指出本证系由“伤寒”失治，化热化燥，邪热炽盛所致。邪热深伏，致使阴阳气不相顺接，阳气不达四肢，故手足厥冷，热深厥深、热微厥微。里热炽盛，“壮火食气”，损伤津液，故发热，口渴饮冷。胸腹灼热、舌红苔黄、脉滑数，均为邪热内盛的表现。

〔转归〕 本证病因邪热炽盛，若治疗适宜，则预后良好；若失治误治，既可耗阴竭液，又可气脱亡阳，变生坏证。

〔类证鉴别〕 本证与其他厥证的鉴别，参见少阴病证·少阴寒化证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似病证。

4. 血虚寒厥证（当归四逆汤证：351、352）：本证是指厥阴人血淤质者罹患厥阴初证失治引起的血虚寒凝血脉之证。

〔辨证依据〕 主症：手足厥寒，舌淡有淤点苔白，脉细欲绝。

付症：手足麻木，青紫，畏寒喜温，口淡不渴，二便尚调。

〔辨证分析〕 厥阴人阴阳俱弱，阴血不足，阳弱偏重者，易感寒邪，易凝血脉。故厥阴人血淤质者，感邪失治，

寒侵血脉，痹阻经脉，以致阴阳气不相顺接。寒为阴邪，其性凝滞，故寒侵血脉，凝血痹阻，血行不利则脉微欲绝或沉涩。淤阻血脉，阳气不能通达四末，故手足厥寒、麻木、青紫。寒邪伤阳，故畏寒喜温。口淡不渴，舌淡苔白有淤点，均为寒凝血脉的表现。

〔转归〕 本证为寒侵厥阴经脉所致，病位尚浅，故预后良好；若失治误治，邪气深入，损伤正气，易致里虚寒证。

〔类证鉴别〕 本证与其他厥证的鉴别，参见少阴病证，少阴寒化证项下。

〔辨证要点〕 掌握本证特点：一是手足厥寒，舌有淤点，脉细欲绝；二是无发热恶寒等表证；三是无胸腹灼热，苔黄脉数等里热证；四是无下利清谷、神疲欲寐等里寒证，四者具备则本证即可确立。

5.痰厥证（瓜蒂散证：335）：本证是指痰湿质者病发厥阴初证，失治引起的痰实致厥证。

〔辨证依据〕 主症：手足厥冷，心下满而烦，饥不能食，舌苔白滑，脉乍紧。

付症：胸闷，短气，痰多，口淡不渴，寸脉浮。

〔辨证分析〕 痰湿之体，感邪或体质失和病发厥阴初证，若失治从阴寒化，寒痰痹阻胸中，阴阳气不相顺接，致发本证。痰阻胸中，胸阳被遏，故胸闷、气短、心下满而烦。病在胸中而非胃脘，故当知饥，但因胸中有实邪阻滞，故饥而不能食。寒痰痹阻，阳不外达，故手足厥冷。舌苔白滑、脉乍紧或寸脉浮，均为痰阻胸膈的表现。

〔转归〕 本证为寒痰所致，故预后良好；若失治误治，损伤胸阳，易致里虚寒证。

〔类证鉴别〕 本证与寒厥证均有手足厥冷之症，但前者为实邪梗阻，阳气不能布达于外所致，为寒证实证；后者为阳气虚衰不能温煦四末引起，为阳虚寒证；前者治宜涌吐邪实，后者治宜温补阳气，证治各异，不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症：排除其他厥证。

6.水厥证（茯苓甘草汤证：356）：本证是指厥阴人水气质者感邪失治，胃虚水停引起的厥证。

〔辨证依据〕 主症：厥而心下悸，舌苔白滑，脉弦。

付症：口渴不饮，或水入则吐，下利稀溏，小便不利。

〔辨证分析〕 厥阴人水气质，感邪失治，胃虚水停，阳不外达，以致本证。水为阴邪，易伤阳气，故胃虚饮停，阳气被遏，不能外达四末则手足逆冷。《伤寒贯珠集》云“伤寒寒盛则厥，心下水则悸，厥而心下悸者，寒中于阴，而水聚于心下也。”水饮内停，气不化津则口渴；水气犯胃，胃失和降，饮入之水，必拒而不受，故水入则吐；水趋大肠则下利；水气不化则小便不利。舌苔白滑、脉弦，均为胃虚水停的表现。

〔转归〕 本证饮停为主，胃虚为次，故多可治愈；若先治误治，易致脾肾阳虚之证。

〔类证鉴别〕 本证与其他厥证的鉴别，参见少阴病证·少阴寒化证项下。

〔辨证要点〕 掌握主症：排除类似病证。

7.厥阴中风证（桂枝汤证：327、372）：本证是指厥阴人阳弱质者感邪引起的卫阳失和的厥阴表证。

〔辨证依据〕 主症：下利腹胀满，身体疼痛，脉微。

付症：发热不高，畏寒肢冷，舌淡苔白。

〔辨证分析〕 厥阴人阳弱质，卫外力差，不耐寒邪，反

应迟缓。故寒邪初犯厥阴，正气抗邪不力，表证不显。俟正气渐旺，抗邪力增，正邪交争则发热；抗邪力弱故发热不高。卫气失和则畏寒肢疼。寒为阴邪，易伤阳气。脾阳损伤，运化失职则下利；水湿内聚则腹胀满。舌淡苔白、脉微，均为厥阴阳虚的表现。

〔转归〕 本证为阳虚外感，治疗得当，预后良好；若失治误治，易致阳虚寒厥等证。

〔类证鉴别〕 三阴均有表证，当须鉴别。太阴中风，以脉浮而缓、四肢烦痛为主症，证由气弱质者感邪所致，为太阴外感，故治当健中祛邪；少阴伤寒，以发热、脉沉、但欲寐为主症，证因阳弱质者感邪引起，为少阴外感，故治宜助阳祛邪；本证，以下利腹胀满、身体疼痛、脉微为主症，证系阳弱质者感邪导致，为厥阴外感，治宜“先温其里，乃攻其表。”由于三阴人阳气偏弱，故感邪后不象三阳人那样即刻发病，而因反应迟缓，有一个或短或长的前驱期，且发热不高、症状不剧，故治应扶正祛邪，因质而宜。这是阴人外感共治的共同之处。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除其他表证。

（三）厥阴变证

厥阴变证是指厥阴初证和显证失治误治引起的病证，主要表现为以下几种证型。

1.寒格吐利证（干姜黄芩黄连人参汤证：359）：本证为阴弱质者病发厥阴，误吐误下引起的胃热脾寒证。

〔辨证依据〕 主症：呕吐频作，或食入即吐，下利，舌质淡，苔薄黄，脉沉数。

付症：心下痞满，身倦乏力，口苦口渴。

〔辨证分析〕 阳弱之体，不耐邪侵，更惧吐下。故病

发厥阴，误用吐下，邪热内陷，脾阳戕伤，而致胃热脾寒之证。邪热扰胃，胃失和降则呕吐频作，或食入即吐；邪热壅胃，气机不畅则心下痞满。脾阳虚弱，运化失职则下利。口苦口渴，身倦乏力，舌淡苔薄黄、脉沉数，均为胃热脾寒的表现。

〔类证鉴别〕 本证与理中汤证均有呕吐下利等症，但前者呕吐频作或食入即吐，后者呕吐势缓或朝食暮吐；前者为胃热脾寒，后者为脾胃虚寒；前者为呕家挟热，治当辛开苦降，后者纯属虚寒，治当温补中焦。两证病因各异，易于辨别。

〔辨证要点〕 掌握主症：排除类似病证。

2. 上热下寒、虚实夹杂证（麻黄升麻汤证：357）：本证为阳弱质者病发厥阴，误下引起的肺热脾寒证。

〔辨证依据〕 主症：咽喉不利，唾脓血，泄利不止，手足逆冷，寸脉沉迟，下部脉不至。

付症：咳嗽，吐黄痰，食少纳呆，身倦乏力，舌质淡苔黄。

〔辨证分析〕 厥阴人阳弱质，外邪侵袭，病发厥阴，失治误下，邪热陷肺，脾阳戕伤，以致本证。大下之后，阴阳俱伤，阴伤而肺热气痹，则咽喉不利；肺气不利则咳嗽、吐黄痰；热灼肺络则吐脓血。阳伤而脾虚下陷，则泄利不止。阳陷于里，郁而不伸，则寸脉沉迟，下部脉不至。舌淡苔黄、食少纳呆、身倦乏力，均为肺热脾寒的表现。

〔类证鉴别〕 本证与半夏散及汤证均有咽痛一症，但前者为肺热脾寒之证，后者为邪客咽喉之证；前者以咽喉不利、唾脓血、泄利不止为主症，后者以单纯咽痛为特点，并无下利等症，可资区别。

〔辨证要点〕 掌握主症；排除类似证。

3. 湿热下利证（白头翁汤证：371）：本证为厥阴人湿热质者病发厥阴，失治误治引起的热利证。

〔辨证依据〕 主症：下利，便脓血，舌红苔黄腻，脉滑数。

付症：腹痛，里急后重，发热，口渴。

〔辨证分析〕 湿热之体，病患厥阴，失治误治，邪随质化，湿热内蕴以致本证。湿热阳邪，下迫肠道，损伤络脉，故大便脓血，湿热壅滞，气机不畅，气欲升而不升，邪欲出而不得，故小腹急迫、腹痛、里急后重。发热、口渴、舌红苔黄腻、脉滑数，均为湿热壅盛的表现。

〔类证鉴别〕 本证下利应注意与他证下利相鉴别。乌梅丸证下利，为慢性下利，无脓血，无里急后重，由肠寒所致，故与本证热利自不相同。

葛根芩连汤证下利，虽为急性下利，但无脓血，以寒热汗出而喘为特征，证因表里俱热，热迫肠道所致，与本证也自不相同。

〔辨证要点〕 掌握本证的下利特点：下利脓血、肛门灼热、里急后重，则本证不难辨识。

4. 浊阴上逆证（吴茱萸汤证：378）：本证为阳弱质者病发厥阴，失治误治引起的浊阴上逆之证。

〔辨证依据〕 主症：干呕，吐涎沫，头痛，舌淡苔白滑，脉弦。

付症：手足逆冷，口淡不渴。

〔辨证分析〕 阳弱之体病发厥阴，失治阳伤，阴寒内盛，浊阴停聚。浊阴上逆，胃失和降则干呕、吐涎沫；浊阴上攻清窍则头痛畏寒。阴寒内盛，阳不外达则手足逆冷。舌

淡苔白滑、脉弦，均为厥阴寒盛、浊阴上逆的表现。

〔类证鉴别〕 本证与阳明病吴茱萸汤证为异病同证，其区别在于：前者病在厥阴，后者病在阳明；前者以干呕、噤涎沫、头痛，尤以颠顶冷痛为特点，后者以食谷欲呕、并无头痛为特点；前者为阳弱质者感邪失治阴寒内盛所致，后者为阳明病过用苦寒、中阳戕伤使然。两证虽为同证，但来路不同，主症有别，故不难区别。

〔辨证要点〕 掌握主症：排除类似病证。

5. 厥阴呕热证（小柴胡汤证；379）：本证为厥阴显证，阳气来复，邪气外转之证。

〔辨证依据〕 主症：呕吐，发热。

付症：舌淡，苔微黄，脉弦。

〔辨证分析〕 病发厥阴，阴阳俱虚，但若治疗得当，正气来复，阳气转旺，抗邪力增，驱邪于半表半里之间，以致本证。阳气转旺，抗邪有力，故发热。邪扰于胃，胃失和降则呕吐。舌淡苔微黄、脉弦，均为阳气来复之证。

〔类证鉴别〕 本证与太阳病、少阳病之小柴胡汤证，名虽一致，但亦有区别：本证为厥阴病，阳气来复，邪气由里转外，故无寒热往来、胸胁苦满等症；太阳变证之小柴胡汤证则为太阳病进，邪盛伤正，邪气深入，故有发热、微恶寒、支节烦痛等太阳表证，又有心下支结、微呕等邪犯胃腑之里证；少阳病之小柴胡汤证则为邪气直犯少阳入所致，故以往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕为主症。三者属异病同证，易于辨识。

〔辨证要点〕 掌握主症；把握病势：邪由厥阴外转少阳。

参考文献

- (1) 郭振球, 《医学与哲学》, 1989, 5:28。
- (2) 邓铁涛主编, 《中医诊断学》, 人民卫生出版社, 1990: 301。
- (3) 证三态的概念: 罗金才于1987年《北京中医学院学报》第6期中提出。这里仅借用“证三态”之名, 而对其内涵赋予了新的内容。
- (4) 潘卫星, 《中国医药学报》, 1987, 6:50。
- (5) 恩格斯, 《反社林论》, 人民出版社, 1970:49。
- (6) 李克绍, 《伤寒解惑论》, 山东科技出版社, 1978:15

第五章 伤寒治疗学

适时而正确的治疗，是辨证论治的基本要求，是诊治疾病的最终目的。

本章拟从五个方面探讨治疗伤寒的原则、方法及其原理，以期对伤寒的治疗形成一套较为系统的理论，指导临床实践。

第一节 伤寒治则

治则，即防治疾病的总原则。伤寒治则，是防治伤寒的总原则。它是在整体观念和辨证论治精神指导下制定的，对伤寒治疗的立法、处方和用药，具有普遍指导意义。

一、未雨绸缪

未雨绸缪，即“治未病”，是指在疾病发生前和既病之后争取早期治疗，防止疾病进一步发展的治疗原则。

所谓“未雨绸缪”，主要包括未病先防和既病防变两个方面的内容。

（一）未病防变 未病防变就是在疾病未发生之前，做好各种措施，以防止疾病的发生。这一预防为主的思想，渊源于《内经》。如《素问·四气调神大论》说“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？”《灵枢·刺热篇》说“病虽未发，见赤色者刺之，名曰治未病。”可见“治未病”就是无病防病，病未发而防发之意。仲景则在继承《内经》“治未病”思想的基础上，在整体观、恒动

观的指导下，更有发挥。如《金匱要略》云“上工治未病。夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”治未病之脏腑，防患于未然。这种预防为主的思想，无疑对防治疾病，保证机体的健康具有重要指导意义。

（二）既病防变 伤寒传变最速，尤其疫癘之疾，未及治此，邪已传彼；正气方显不足，阴阳亡脱端倪已现。故若证已变而后治之，则失去了治疗时机，延误了病情。所以要求掌握疾病发生发展及变化规律，始终主动，法出机先，积极采取预防性的治疗措施，方能收到理想的疗效。既病防变主要体现在以下两个方面：

防传变：《伤寒论》阳明三急下证，突出说明了既病防变的重要意义。如252条“伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也。急下之，宜大承气汤。”253条“阳明病，发热、汗多者，急下之，宜大承气汤。”254条“发汗不解，腹满痛者，急下之，宜大承气汤。”以上三条阳明腑实的症状和体征不全具备，但252条燥屎已成；253条内热盛极，津液有顷刻亡竭之虞；254条亦为腑实已成。因此，治疗应法出机先，急用攻下峻剂大承气汤治疗。若待诸症悉备时采用攻下之法，必致热愈盛，阴愈伤，变生不可救药的坏证。对此，吴又可可在《温疫论》中说的非常明确“温疫可下者，约三十余症，不必悉具，但见舌黄，心腹痞满，便于达原饮加大黄下之。……是以仲景自大柴胡以下，立三承气，……勿拘于下不厌迟之说。”再如第8条“太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。”即是预先针足阳明，强阳气以阻遏传经。34条“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止。脉促者，表未解也。喘而汗出者，葛根黄芩

黄连汤主之。”表虽未解，但热利已现，故急用芩连清其里热。101条“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”明确指出不待少阳症状全部出现，但见能够说明病至少阳、枢机不利的一个症状，即可使用小柴胡汤治疗。等等，均是既病防变原则的具体体现。而今人姜春华氏所创的“截断疗法”，是否源出于此，未从考证。但由此似可说明既病防变原则对临床确有指导意义。

防伤正：仲景在辨治伤寒的过程中，处处以维护人体正气为先。所以，陈修园说一部《伤寒论》，其精神实质即在于“保胃气”、“存津液”六个大字。如其所运用的汗吐下诸法，均有严格的适应证，不可滥用、误用。否则，便可损伤正气，变生他证。所以《伤寒论》23条云“太阳病，……脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。”49、50条太阳病“尺中脉微”、“尺中虚”，“不可发汗”；26条“少阳不可发汗”；285条“少阴不可发汗”等等，谆谆告诫后学不可妄用汗下诸法，以免损伤正气。

从《伤寒论》的组方和方后注中也能看出仲景防伤正气的良苦用心。如桂枝汤类方、葛根汤等方中都有生姜、大枣，其用意即为预先顾护胃气，保证汗源，以防发汗损伤正气。又如白虎汤中粳米、甘草，也是意在养胃护胃，以防大寒之品损伤胃气。再如桂枝汤、麻黄汤等方后注中均指出“取微似汗”；大承气汤方后注曰“得下，余勿服”；十枣汤方后注曰“强人服一钱匕，羸人服半钱”等等，无不体现仲景治防伤正的“治未病”思想。

二、平调阴阳

中医学认为，人体正常的生命活动，是“阴平阳秘”的结果。而这种阴阳协调关系一旦被破坏，人体则由生理状态

进入病理，即为疾病。可见，阴阳失调是人体病理状态的共同反映。所以，恢复机体的“阴平阳秘”状态是治疗的目的。《素问·至真要大论》“谨察阴阳所在而调之”是治疗一切疾病，立法、选方和用药的总原则。《伤寒论》虽未明确指出“平调阴阳”为治疗伤寒的总原则，但确有其实际内容。如12条“太阳中风，阳浮而阴弱……。”53条“……以卫气不共荣气谐和故尔……。”95条“太阳病，发热，汗出者，此为荣弱卫强……。”等等，均揭示了“阴阳不和”即阴阳失调为伤寒的基本矛盾。53条“营卫和则愈”则说明恢复机体“阴平阳秘”状态即“阴阳谐和”，是治疗伤寒的目的。

平调阴阳作为伤寒治疗原则来看，不外去其有余和补其不足两个方面。“去其有余，即去其阴阳之偏盛。阴或阳的过盛和有余，或为阴盛，或为阳盛。阴盛则寒，阳盛则热，阴盛还可转化为水湿痰饮，阳盛也可转化为淤滞燥结。故去其有余，有温、清、利、下之不同。补其不足，即补其阴阳之偏衰。阴或阳的偏衰和不足，或为阴虚，或为阳虚。阳虚则寒，阴虚则热。故补其不足，也有温补、清补的区别。”^①总之，无论是补还是泻，均以恢复“阴平阳秘”为宗旨。然“太过、不及均是病”，故调整阴阳必须“以平为期”。所以仲景处方用药常常动静结合、补泻兼施、寒热并用、升降同举等，即体现了“平调阴阳”的治疗原则。

三、治病求本

本与标是一对矛盾的两个方面。本为根本，为疾病的本质，是疾病过程中某一阶段的主要矛盾；标为枝末，是疾病的现象，为疾病过程中的次要矛盾。治病求本就是针对疾病的本质、疾病过程中的主要矛盾而治的治疗原则。因此，治

病求本也为治疗一切疾病，立法、选方和用药的总原则。例如伤寒初起，邪气盛于表，里未成实或里气未虚，即以外邪为本，治当以祛邪为主。如《伤寒论》35条“太阳病，头痛，发热，……麻黄汤主之。”36条“太阳与阳明合病，喘而胸满者，不可下，宜麻黄汤。”311条“少阴病二三日，咽痛者，可与甘草汤。不差，与桔梗汤。”等等，均为以祛邪为主的例证。至若虽有外邪，但里已成实或里气已虚时，当以里证为本，即里虚或里实上升为伤寒过程中的主要矛盾时，治当攻里或扶正为主。如《伤寒论》124条“太阳病六七日，表证仍在，……其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满……抵当汤主之。”68条“发汗病不解，反恶寒者，虚故也。芍药甘草附子汤主之。”92条“病发热，头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，四逆汤方。”172条“太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤。”82条“太阳病发，汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身润动，振振欲擗地者，真武汤主之。”等，均为以攻里或扶正为主治疗的例证。若表证已解，邪气传里成实或致虚者，自当以里证为本。如栀子豉汤、大小陷胸汤、诸泻心汤、白虎汤、三承气汤、四逆汤诸法，均体现了“治病求本”的法则。

另外，需要指出的是，一般较轻的疾病，其病象与本质多一致，如寒病呈寒象，热病呈热象，实病呈实象，虚病呈虚象。但病情严重时，病象与本质往往相反，即出现所谓的“真假寒热”、“真假虚实”等不易辨析的征象。治病求本就是要求我们善于从这些“真真假假”的外在现象中，判定出疾病内在的本质，从而采取正确的治疗。

关于“真假寒热”，《伤寒论》11条“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。”指出病人外表发热，反喜暖衣，这是内寒逼阳外越；病人外表寒冷，反厌衣被，这是阳被热闭不能外达。这就要求医者，透过现象看到本质，撇开现象治其根本，以热药治其真寒，寒药治其真热的方法治疗。《伤寒论》225条“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”370条“下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。”说的即是外热（现象）里寒（本质）的证治。350条“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”说的则是外寒（现象）里热（本质）的证治。

关于“真假虚实”，《伤寒论》中也有论述。如252条“伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也。急下之，宜大承气汤。”病人大便难，身微热，而表现为目中不了了、睛不和的类似真阴虚竭现象，这是阳明腑实已成，大实反有羸候。治疗时不要被外在的现象所迷惑，而应以大承气汤直捣其里实。372条“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，……宜四逆汤。”阳虚下利过程中出现“腹胀满”这一类似邪实的现象，是至虚反有盛候。治疗时也不要被这种病象所迷惑，而应采用温补之剂四逆汤治疗。

其实，这里的“真”和“假”不是一对矛盾范畴，因其所指不同：“真”是指病的本质而言，“假”是指病的现象而言。因此，真象也罢，假象也罢，均是疾病本质的反映，也就是说，一切病象都是病的本质反映。所以，也就无所谓“假”的问题。

关于“急则治其标”。通常所谓的“急则治其标”主要体现在以下三个方面：（1）就表里同病的缓急而言，一般先表后里，即先解表后治里，但若里证急重者，则又以救里

为急，正如《伤寒论》91条“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”（2）就宿疾和新病的缓急而言，一般先治新病，后疗宿疾，即以治疗新病为急。所以《金匱要略》云“夫病痼疾，加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也。”（3）就病情缓急而言，急者先治，缓者后治。如肾阳虚弱，关门不固，大肠滑泄不止者，则以桃花汤止泄为急；俟大便转调再温补肾阳治本。这里用桃花汤止泄即为“急则治标”。

其实，“标”就是标，“本”就是本，一为疾病的现象，一为疾病的本质。事实上，“急则治标”所谓的“标”已经转化为主要矛盾了。这里的“标”就是疾病的本质。因此，归根到底，“急则治标”也是治本。所以我们认为，“急则治标”的提法也不妥当。

四、扶正祛邪

扶正指扶助正气，祛邪指祛除邪气，扶正祛邪就是针对机体正气和邪气而治的原则。它也是所有疾病的基本治疗原则。

在临床治疗时，一般邪气盛则祛邪，正气虚则补虚。而伤寒大多是正气不足，体质失和，外邪侵袭所致，因此多数证候既有邪气实的一面，又有正气虚的一面。其区别只是虚实程度的不同，或以邪气实为主，或以正气虚为主而已。也就是说，正邪斗争是伤寒的基本矛盾。因此，对伤寒的治疗必须遵循扶正祛邪的原则。扶正不忘祛邪，祛邪不忘扶正。唯有如此，方能统筹兼顾，不致得鱼忘筌，顾此失彼。

证以邪盛为主，如伤寒初起，三阳病时，一般以祛邪为主，佐以扶正。如治太阳伤寒的麻黄汤，主以麻黄、桂枝解

除表邪，辅以甘草顾护正气。又如治阳明病的白虎汤和承气汤等方，石膏、大黄旨在祛邪，粳米、甘草意在扶正。另如麻黄汤、桂枝汤等方后注云“取微似汗”、大承气汤方后注云“得下，余勿服”等等，也都体现了祛邪不忘扶正的治疗原则。

证以正虚为主，如三阴病，或误治伤正后，一般以扶正为主，佐以祛邪。如《伤寒论》276条“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。”即在温阳益营的基础上，通过“辛甘发散”以解除表邪。又如163条“太阳病，外证未除而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞硬，表里不解者，桂枝人参汤主之。”即以理中汤温阳扶正为主，辅以桂枝祛除表邪。他如少阴病的麻黄细辛附子汤、麻黄附子甘草汤法，也体现了扶正为主，祛邪为辅的法则。

当正虚太甚而无邪气时，则应纯用扶正之法，即使有邪，也可“正胜邪自去”。如太阴病宜服四逆辈，少阴病四逆汤类方，太阳病误治伤正所使用的甘草干姜汤、干姜附子汤、芍药甘草汤等法，均体现了这一治疗原则。

五、因势利导

因势利导，是指根据疾病发展变化的趋势而采取相应措施治疗的原则。如《素问·阴阳应象大论》说“病之始起也，可刺而已；其盛，可待衰而已。故因其轻而扬之；因其重而减之；因其衰而彰之。……其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，泻之于内。其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其慄悍者，按而收之。”论中许多治法就体现了避轻就实、就近祛邪的因势利导法则。因势利导在《伤寒论》中主要体现为顺势利导和逆势而治两个方面。

顺势利导是指顺从伤寒发展的趋向进行治疗的原则。一般病位在表、在上，正气奋起抗邪，病势向外、向上者，即应顺其病势，“汗而发之”或“因而越之”。例如《伤寒论》90条“本发汗，而复下之，此为逆也。若先发汗，治不为逆。本先下之，而反汗之，为逆。若先下之，治不为逆。”44条“太阳病，外证未解，不可下也，下之为逆。欲解外者，宜桂枝汤。”15条“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。”表证是外邪侵袭，正气抗邪于表，病势向上、向外，故治宜顺其病势，汗而发之。若盲目攻下，就属逆治。六经病的表证，病势均向上、向外，故都可使用汗法，因势利导之。但在具体治疗时则要具体问题具体分析，依各经的病理特点而采取相宜的措施。如阳明的津亏、三阴的里虚等等，治疗时要照顾到津亏和里虚的一面。又如166条“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉不得息者，此为胸有寒也。当吐之，宜瓜蒂散。”说的病灶在上，正气抗邪欲从上越，病势向上者，治宜吐法，因而越之。

一般病位在里、在下，外证已解，病势向里、向下的，治宜顺其病势，“泻之于内”、“引而竭之”。如厚朴生姜半夏甘草人参汤的降气消胀，茯苓甘草汤、五苓散、猪苓汤、牡蛎泽泻散的渗利水湿，桃核承气汤、抵挡汤、大小陷胸汤、十枣汤、大黄黄连泻心汤、三承气汤的攻里导下等等，均是顺势利导治则的体现。

另外，当病位在半表半里，正邪相搏于其间，病势无明显的趋向或具有双向性时，如从太阳转属的少阳柴胡证，即应采用和解的方法治疗。小柴胡汤扶正与祛邪并举，在扶正

的基础上促使邪气枢转外解。这虽算不上顺势利导，但因采用了和解方法造就了病邪外解的可能，使病势得以外越，从而大剂量的柴胡就能发挥其外透的作用。可见，就此意义上而言，和解法也属因势利导的范畴。如在阳明病和厥阴病转出少阳时，使用小柴胡汤即为典型的顺势而治：230条“阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤。上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。”379条“呕而发热者，小柴胡汤主之。”一为阳明病，一为厥阴病，均由原证逐渐转化为柴胡证，邪气有外转之机，故以小柴胡汤因势利导，枢转外解而愈。后世温病之“透热转气”法则，是否源出于此，我们未从考证，但有一点似可肯定：因势利导治则对于指导临床治疗确有意义。

逆势而治是指使用与病势相反的方法进行治疗的原则。在《伤寒论》中，一般“外证已解”，病势多向里、向下发展，当采用前面述及的顺势疗法，因势利导；但有时外证虽解，却因误治等原因，以致气机逆乱，病势向上、向外者，则宜采取相反的方法，逆势而治。这是因为，误治以后，里气已虚，脏腑机能紊乱，若不及时控制气机上逆，后果不堪设想。如《伤寒论》67条“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，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”161条“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。”243条“食谷欲呕，属阳明也。吴茱萸汤主之。”359条“伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下，若食入口即吐，干姜黄芩黄连人参汤主之。”等等，均是外证已解，病势向上，采用逆势而治的例证。但有时外证未解，里证急迫而出现上逆的病势时，也宜遵循逆势而治的原则。如

《伤寒论》172条“太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤。若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”117条“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。气从少腹上冲心者，灸其核上各一壮，与桂枝加桂汤，更加桂二两也。”其方后注曰“本云桂枝汤，今加桂满五两。所以加桂者，以能泄奔豚气也。”65条“发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大枣汤主之。”等等，即是其例。

《伤寒论》对疾病的治疗原则蕴含着丰富的辨证法思想。它以恢复机体的“阴平阳秘”状态为最终目的；强调预防为主，遏制伤寒的进一步发展和恶化；注重抓主要矛盾，从本而治，但不忽视对邪气的祛除，并“圆机活法”，因势利导，以求在最佳的时机治疗和获得最佳的疗效。这些观点对于指导伤寒和伤寒以外的疾病的治疗，均具有重要意义。

第二节 伤寒治法

一、汗法

(一) 概念

汗法，又称解表法。是通过开泄腠理，促进发汗，使外感六淫之邪由肌表随汗而解的一种治疗方法。

《素问·阴阳应象大论》说：“其在皮者，汗而发之”，便是汗法的立法依据。汗法不只是为了发汗，凡能透邪于表，驱邪于外，使气血通畅，营卫调和，皆是汗法的作用。伤寒之汗法，主要指辛温解表以发散风寒的方法。辛凉解表法，实属解表法与清热法合用，已不同于单纯的发汗解表法。致于理气解表、益气解表、助阳解表、滋阴解表、养血解表等治法，皆因病情有寒热，邪气有兼杂，体质有强弱，非单用汗法所能奏效，而将汗法与其他治法结合运用，均为

汗法之变法。

伤寒汗法，可分为辛温解表、辛凉解表、助阳解表、逐饮解表四种。

（二）适应证与代表方

1. 太阳伤寒证。症见恶寒、发热、无汗、头项强痛，骨节酸痛，或喘息，或呕逆，苔薄白，脉浮紧。治以辛温散寒，发汗解表。代表方为麻黄汤。

麻黄汤由麻黄9克（三两，去节） 桂枝6克（二两，去皮） 甘草3克（一两，炙） 杏仁9克（七十个，去皮尖）组成。水煎服。先煎麻黄，去上沫，再入其他药物同煎二次，分服。服后覆盖衣被，以淅淅汗出为佳。若汗出邪解，不可再服。如未得汗，可酌情续用。服药期间禁食生冷油腻等物。

方中麻黄辛温发汗解表，宣肺平喘，具有发汗和平喘两个主要作用，为主药。辅以桂枝温经解肌散寒，助麻黄发汗；麻桂相须为用，发汗力量大为增加。佐杏仁之苦降，宣泄肺气，助麻黄止咳平喘。使以炙甘草，甘平缓中，化痰止咳，为麻杏之匡助，并可制约麻桂发散太过。综观全方，配伍有法度，药简而效宏，要在发汗散邪，又可宣肺平喘，为发汗定喘之重剂。

现代药理研究，麻黄含麻黄碱、伪麻黄碱及麻黄挥发油等成分。麻黄碱有拟肾上腺素作用及兴奋中枢作用，故可使心率加快、血管收缩、血压升高，促使汗腺和唾液腺分泌增加，缓解支气管和胃肠平滑肌痉挛。伪麻黄碱有显著利尿作用，亦能扩张支气管平滑肌。麻黄挥发油则能促进发汗，油中所含松油醇具有解热作用。^{〔1〕}由于麻黄既能发汗、解热，又能缓解支气管平滑肌痉挛而平喘，即发汗解表，宣肺平喘

之意，故为本方主药。桂枝含挥发油，主要为桂皮醛和桂皮油。桂皮醛可刺激汗腺分泌，通过发汗以加速散热过程而起到解热作用，并具有中枢性及末梢性扩张血管作用，能调整血液循环，使血液流向体表，亦有利于散热。桂皮油有健胃、解痉、镇静、镇痛及强心作用。^{〔2〕}此即温经通络，发表止痛之谓，匡扶麻黄而使本方发汗、解热的功效明显增强，并能缓解头身疼痛，故为本方辅药。杏仁含苦杏仁甙、苦杏仁酶和苦杏仁油。苦杏仁甙经酶水解后产生氢氰酸，微量氢氰酸能抑制呼吸中枢，使呼吸运动趋于安静而奏止咳平喘之效。^{〔3〕}协助麻黄提高本方平喘镇咳效力，故为佐药。甘草含甘草甜素，主要系甘草酸的钾、钙盐，为甘草的甜味成分。此外，尚含片草黄酮类化合物甘草甙、甘草甙元等，以及天冬酰胺、甘露醇。甘草酸水解后产生甘草次酸和葡萄糖醛酸。甘草有对抗乙酰胆碱的作用，并能增强肾上腺素的强心作用。有解毒作用，其机制包括葡萄糖醛酸的结合解毒作用、甘草次酸的肾上腺皮质激素样作用、甘草甜素的吸附作用等。甘草又具有抗炎、抗过敏的作用，能保护发炎的咽喉和气管粘膜，减轻刺激，有助于止咳。甘草次酸有明显的中枢性止咳作用，对5-羟色胺等引起的支气管痉挛有保护作用。^{〔3〕}故甘草具有止咳祛痰之效，为使药。综观全方，其药理作用为解表、散寒、发汗、止咳、平喘。乃发汗解表之代表方剂，故《医宗金鉴》称“此方为仲景开表逐邪发汗第一峻药也”。

〔附方〕

(1) 大青龙汤：由麻黄、杏仁、桂枝、甘草、石膏、生姜、大枣组成。功效发汗解表，清热除烦。主治阳郁烦躁证。

(2) 桂枝麻黄各半汤：由麻黄汤与桂枝汤组合而成，

方内药物剂量很轻，仅为麻黄汤和桂枝汤量的各三分之一。功效解表发汗，调和营卫。主治阳郁轻证。

(3) 桂枝二麻黄一汤：由麻黄汤与桂枝汤组合而成；其中麻黄和杏仁的用量较桂麻各半汤为轻，而芍药、甘草、生姜又较各半汤为重。本方和营卫解肌之力重于发汗。亦治阳郁轻证。

(4) 葛根汤：由桂枝汤加麻黄、葛根而成。功效在调和营卫的基础上加重了发汗解表的力量。重用葛根，在于缓解肌肉的痉挛。综合成方，主治太阳伤寒证而兼项背强而拘急者。

2. 邪热壅肺证。症见发热口渴，有汗或无汗，咳逆气喘，甚则鼻翼煽动，苔黄，脉滑数。治宜辛凉解表，清热平喘。代表方为麻杏石甘汤。

麻杏石甘汤：由麻黄9克(四两，去节) 杏仁9克(五十个，去皮尖) 甘草6克(二两，炙) 石膏24克(半斤，碎，绵裹)组成(即麻黄汤去桂枝加石膏)。先煎麻黄，去上沫，再入其他药物同煎二次，分服。方中麻黄解表平喘，石膏清热生津，麻黄配石膏清热透邪，宣肺平喘。且石膏用量多于麻黄，以制约麻黄辛温之性，使本方变为辛凉之剂，故麻黄、石膏共为主药。辅以杏仁之苦降，宣泄肺气而定喘逆，加强主药平喘止咳之力。佐以甘草，缓急止咳，调和诸药。合之而奏辛凉解表，清热平喘之功。

现代药理研究，麻黄有发汗、解热、平喘作用。生石膏主要成分为含水硫酸钙，此外尚杂有少量硅酸、氢氧化铝、硫化物、有机酸及微量的铁、镁等。生石膏可抑制发热时过度兴奋的体温调节中枢，有强而快的减热作用，但不持久；石膏亦可抑制汗腺分泌，故在退热的同时并无出汗现象；生

石膏内服，经胃酸作用，一部分变为可溶性钙盐而被吸收，使血钙浓度增加，而抑制肌肉的兴奋性，起镇静、镇痉作用〔2〕。石膏经临床观察及动物实验证明，均有解热效能〔3〕。杏仁有抑制呼吸中枢作用，甘草有祛痰、镇咳作用，使本方平喘镇咳效力明显增强。综上所述，本方具有平喘、镇咳、祛痰、解热及镇静、利尿作用。

动物实验表明：麻杏石甘汤浸膏剂对盐酸组织胺所引起的支气管和肠道平滑肌收缩都有抑制作用，对乙酰胆碱引起的支气管平滑肌痉挛有轻度抑制作用。麻杏石甘汤对支气管病变所致的咳嗽有效，对正常的支气管无作用〔4〕〔5〕。复方实验表明，本方对链球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌等多种常见致病菌均无抗菌效能〔6〕，但有抗病毒作用，起主要作用的是麻黄〔7〕。

〔附方〕

(1) 栀子豉汤：由栀子、香豉组成。功效宣透解郁，泄热除烦。主治热扰胸膈证。

(2) 桂枝二越婢一汤：由桂枝、芍药、麻黄、甘草、生姜、大枣、石膏（即桂枝汤与越婢汤之复方）组成。用桂枝汤调和营卫以解表，用越婢汤取其辛凉之性，以宣泄在里之郁热。主治阳郁轻证。

3. 少阴伤寒证。证见素体阴虚，复感寒邪，发热恶寒，寒生热轻，头痛无汗，四肢不温，神疲欲卧，舌质淡，苔薄白，脉沉细。治宜助阳解表。代表方为麻黄附子细辛汤。

麻黄附子细辛汤：由麻黄4.5克（二两，去节） 细辛3克（二两） 附子（一枚，炮，去皮，破八片）组成。先煎麻黄，去上沫，纳诸药同煎二次，分服。方中麻黄辛温发汗以解表邪，为主药；附子温阳扶正，以驱邪外出，为辅

药；细辛既能助麻黄以解表，又能助附子以散寒，为佐使药。三药合用，发汗而不损阳，扶阳而助解表，共奏助阳解表之效。

现代药理研究，麻黄含麻黄碱、伪麻黄碱、甲基麻黄碱、甲基伪麻黄碱、甲基副碱等多种生物碱以及挥发油（为左旋 α -松油醇等）、鞣质。挥发油对流感病毒有抑制作用，并能刺激汗腺分泌，故可发汗。麻黄碱的药理作用与肾上腺素相似，但较缓和而持久，主要作用为松弛支气管平滑肌以及兴奋心脏、收缩血管、升高血压；对中枢神经系统有明显兴奋作用。短期内连续应用麻黄碱时，其作用可减弱甚至消失。伪麻黄碱有利尿作用，亦能缓解支气管平滑肌痉挛。附子含乌头碱、次乌头碱等多种生物碱。对垂体——肾上腺皮质系统有兴奋作用，能显著降低大白鼠肾上腺内维生素C的含量，增加尿中17——酮类固醇的排泄，减少末梢血液中嗜酸性白细胞数。此外，对某些肾上腺皮质功能不全的患者，具有肾上腺皮质激素样作用。还能兴奋迷走神经中枢，有强心作用，对动物甲醛性和蛋清性“关节炎”有明显的消炎作用。乌头碱对小鼠有镇痛作用，乌头碱及乌头次碱均有局麻作用。附子经炮制与煎煮，乌头碱被分解，毒性减弱，但强心作用并不减弱。强心的有效成分为耐热的非生物碱部分。细辛含挥发油（为甲基丁香酚、左旋 β -蒎烯、左旋细辛素）、棕榈酸、酚性成分，酮基化合物及树脂。小剂量挥发油有镇静作用，其水煎剂还有镇痛、镇咳及解热作用。大剂量挥发油，经动物实验证明，可使中枢神经系统先兴奋，后麻痹，继而渐渐呼吸随意减弱，反射消失，而死于呼吸麻痹。细辛亦有局部麻醉作用，对粘膜、浸润及传导麻醉均有效。此外，尚有利尿及抑制子宫收缩的作用⁽³⁾。

综观全方，具有发汗、解热、镇痛、兴奋垂体——肾上腺皮质系统等作用。

〔附方〕

麻黄附子甘草汤：由麻黄、附子、炙甘草组成。功效助阳解表。亦用于少阴伤寒证。

4.内饮外寒证。证见恶寒发热，无汗，咳嗽，痰稀白呈泡沫状，甚则气喘不得卧，口和不渴，苔薄白而润，脉浮弦或浮紧。治宜外解风寒，内散水饮。代表方为小青龙汤。

小青龙汤：由麻黄3~9克(三两，去节) 芍药9克(三两) 细辛3克(三两) 干姜3~6克(三两) 甘草3~6克(三两，炙) 桂枝3~6克(三两，去皮) 五味子3~6克(半斤) 半夏9克(半升，洗)组成。先煎麻黄，去上沫，再入其他药物同煎二次，分服。本方以麻黄汤加桂枝汤为基础，合祛寒化饮之苓甘五味姜辛汤而成。方中麻黄宣畅肺气而止咳平喘，兼能发汗解表；干姜、细辛、半夏、桂枝辛温散寒而温阳化饮；五味子敛肺止咳，可防肺气耗散太过；芍药敛阴和营，与桂枝相配，可调和营卫；甘草调和诸药。关于五味子、芍药在小青龙汤中的主要作用，历来各家自有其说，一说是与麻黄、桂枝产生拮抗作用，抑制麻黄、桂枝的药性，使其不得发散太过，以致损耗津液。这一说法不太合乎实际，例如有些表证不明显的病例，停用了麻黄、桂枝，但并不停用芍药、五味子。另一说法是表里的寒邪都会造成肺气虚散，邪盛正虚，使肺气无以控制而咳逆，根据“肺欲收，急食酸以收之”的理论，选用了味酸的芍药、五味子以敛肺。这种解释比较合乎实际，而且温肺敛气化饮与解表散寒是相辅相成的，温里化饮有助于发汗和透散表寒，发汗解表也有利于里寒的透散。

现代药理研究，方中麻黄含麻黄碱，与芍药配合能解除平滑肌痉挛，对抗肥大细胞释放的化学介质。麻黄、半夏、细辛有泻水祛毒作用，可能在改善胃肠、气管粘膜水代谢的基础上，稳定肥大细胞膜，抑制化学介质的释放。半夏与细辛、麻黄、五味子、甘草配合可抑制剧咳。桂枝能发汗、促进血液循环。细辛对溶血性链球菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌及结核杆菌等有一定抑制作用，所含黄樟醚为广谱抗真菌药物。五味子含五味子甙、五味子素类、五味子醇、有机酸、脂肪酸、糖类、氨基酸、精油等成分，其药理作用：（1）兴奋中枢神经系统；（2）镇咳；（3）促进糖代谢；（4）增强肾上腺皮质功能；（5）促进胃液、胆汁分泌；（6）促进子宫运动；（7）调节血压；（8）改善肝功能，抑制SGPT上升，保护肝细胞，促进肝再生；（9）镇痛、解痉作用；（10）抗菌作用；（11）延长巴比妥安眠作用时间，降低毛地黄致死率。有人提出五味子具有“适应原样作用”，促使机体非特异性防御能力提高，使紊乱的功能趋于正常，有利于机体稳态的恢复。

小青龙汤多种生药配合应用，产生某种程度的抗组织胺作用，较西药的疗效稳定，副作用少。本汤并能抑制IgE的产生，对支气管平滑肌有非特异性的解痉挛作用。动物实验显示，长期经口投予小青龙汤可使 β -受体的水平向上调节，亲和力增强、腺苷化酶的活性增加，儿茶酚甲基转移酶的活性降低，使cAMP较易升高，从而使支气管平滑肌弛缓，这说明了小青龙汤的部分作用机制^[8]。羌清氏通过对小青龙汤治疗支气管哮喘的疗效观察提出：（1）本方对感染性哮喘相当有效，使白细胞计数下降；（2）一般哮喘患者细胞中的cAMP/cGMP比值低于正常，服本方后可上升；（3）上述

比值上升，说明支气管的 β -受体受刺激，引起支气管管腔扩张^[9]。

综上所述，本方具有发汗解热、解痉平喘、镇咳祛痰、健胃止呕等作用。

（三）现代应用

1. 呼吸系统疾病

（1）感冒、流行性感冒：麻黄汤对有表寒实证的感冒、流行性感冒有较好疗效^[10~13]。报告在流感流行时用银翘散、桑菊饮治疗，结果表热证型者有效而表寒证型效差，后者以荆防败毒散治疗，仍有的疗效不佳，最后辨证属表寒实证型，投以麻黄汤，收到显著效果，一般服2~3剂即汗出热退而愈^[10]。体质素弱的老年人或病后体虚之人患感冒时以整个背部自觉难以名状的畏寒为首要特征的患者（背恶寒症）用麻黄附子细辛汤治疗疗效颇佳^[14、15]。麻杏石甘汤常用于小儿外感发热，对风热型急性高热有效^[16]，报告用本方治疗小儿外感发热40例，其中体温在38~39℃者18例，39℃以上者22例，服药后12小时热退至正常者39例，占97.5%，效果颇佳^[17]。小青龙汤对流感^[18、19]、感冒综合征也有较好效果^[20~22]。

（2）急性支气管炎：

麻黄汤对急性支气管炎有效^[12]，有人用麻黄素、复方阿斯匹林、复方甘草片合而拟麻黄汤意治疗上感、急性支气管炎等而属太阳伤寒证型者获效^[23]。对急性支气管炎属邪热壅肺者，用麻杏石甘汤治疗有较好效果，报告以本方加减治疗急性支气管炎125例，治愈率为92%^[24]。小青龙汤常用于外寒内饮之急性气管炎，报告用本方治疗小儿支气管炎37例，痊愈35例，好转2例，全部有效，作者认为本方化痰止

咳效佳，很适用于气管内痰鸣、迁延不愈的患儿^[25]。

(3) 支气管哮喘

支气管哮喘属“寒喘”者，用麻黄附子细辛汤治疗疗效颇佳^[26~32]。属“热喘”者，以麻杏石甘汤治疗每可获效，如日本学者用本方治疗支气管哮喘患者收到较好效果^[33]。麻杏石甘汤对特应性型支气管哮喘疗效也佳^[34]。小青龙汤治疗支气管哮喘的临床报告甚多^[35~42]，但以“寒喘”为宜，如报告用小青龙汤治疗小儿支气管哮喘100例，其中寒性哮喘42例用本方治疗，寒性兼阳虚者47例用本方加二味黑锡丹或佐附子、磁石等，热哮喘11例则用麻杏石甘汤等，疗效很好^[35]。

(4) 肺炎：

麻杏石甘汤对多种肺炎有效，如小儿肺炎、支气管肺炎^[43~57]、麻疹肺炎^[58~61]、流行性哮喘性肺炎^[62、63]、大叶性肺炎^[64~65]以及嗜酸性细胞增多性肺炎^[67]等。如报告用本方加黄芩、鱼腥草、鲜芦根等治疗小儿肺炎51例，其中急性支气管肺炎30例，哮喘性支气管炎并发肺炎9例，另有哮喘型支气管炎11例，支气管哮喘1例，结果治愈50例，另1例好转自动出院，平均5天治愈，平均住院7.7天，其中退热为0.5~6天，平均1.7天；咳嗽消失3~10天，平均5天；气急转平1~5天，平均2.2天；肺啰音消失2~8天，平均4.8天^[68]。有报告用麻杏石甘汤加减救治8例重症肺炎也均获效^[50]。对临床辨证为表、寒、实证之喘息型肺炎可用小青龙汤治疗，如报告治疗小儿喘息型肺炎11例全部治愈，服药后1日缓解4例，第2日缓解5例，第3日缓解2例，平均缓解时间为1.5天，症状消失平均仅需3.8天^[69]。

2. 百日咳

麻杏石甘汤和小青龙汤对百日咳有效，临床辨证使用可

收到较好疗效。如报告用麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤（麻黄、杏仁、石膏、百部、葶苈子、大枣、甘草、饴糖）治疗228例，治愈195例，占85.5%，好转25例，有效率为96.5%，不论在卡他期或痉咳期均有良效，尤以卡他期为佳^[70]。另报告用麻杏石甘汤加味（麻黄、杏仁、石膏、桑白皮、苏子、百部、葶苈子、甘草）为主治疗100例，绝大多数处于痉咳期或经西药治疗无效，其中14例服药2天症状减轻（未继续服药），其余86例全部治愈，服药2~3剂治愈者24例，4~6剂治愈者37例，一般服药1剂即可见症状减轻^[71]。有报告用小青龙汤加沙参、乌梅、花粉、茯苓等治疗百日咳102例，3剂为1疗程，1疗程后症状消失者49例，另49例症状减轻，98例经2个疗程治疗，症状完全消失，治愈率达97%^[71]。

（四）汗法禁慎

1. 禁用于里证。《伤寒论》第218条“伤寒四五日，脉沉而喘满，沉为在里，而反发其汗，津液越出，大便为难，表虚里实，久则谵语。”这说明发热多日消耗体液，若汗之，容易加重水盐代谢紊乱，导致神经与循环系统的衰竭。

《伤寒论》第294条又说：“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。”这说明其四肢逆冷是由阳气衰微所致，强发其汗会重虚其虚，而犯“虚虚实实”之诫。总之，不论是里热实证还是里寒虚证，病已入里，即不可再用汗法。

2. 禁用于暑热。中暑表现热象显著，如高热、口渴、尿少、无汗或大汗淋漓、甚至神昏痉厥，脉洪大而数。中暑无汗之时，容易误用汗法，加重神经系统症状。现代医学认为，中暑时有脑水肿存在，以致大脑中枢对汗腺的调节功能失灵，故中暑患者多半无汗，热无从外泄而致体温升高，此

时汗腺功能瘫痪，发汗一般无效，既使能发其汗，也要顾虑大汗淋漓，引起循环衰竭，因此西医多用物理降温与药物内部降温之法，中医则宜用清热之法。

3. 慎用于虚证。《伤寒论》第20条：“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，桂枝加附子汤主之。”此谓过汗伤阳。《伤寒论》第86条：“衄家不可发汗，汗出必额上陷，脉急紧，直视不能眴，不得眠。”此谓多汗损阴。从以上两条原文可以看出，发汗之后可以伤阳（气、卫），也可以伤阴（血、营）。《伤寒论》中还有许多不可汗的条文，意在告诫后人切勿滥用发汗药。虚证慎用汗法，并非禁用，一般来说严重的虚证不可发汗，而一般虚证可慎用汗法，或采取汗法与其他治法结合运用，如益气解表、养血解表、滋阴解表、助阳解表等等。

（五）汗法原理

由于汗法应用尚不广泛，汗法临床或实验原理研究未见报道，这里只能从生理、病理、药理等方面作一些推理性的讨论。

1. 汗法是针对表证而设，表证的特点是“恶寒发热，头痛鼻塞，脉浮”，其中恶寒是一个关键症状，因此有“有一分恶寒便有一分表证”之说。从现代医学生理学的观点分析，恶寒是由于人体以体表小动脉反射性收缩为反应状态，而恶寒颤抖时肌肉收缩是提供热量以提高体温，所以就表证的病理生理状态而言，总是先恶寒而后发热。

2. 发汗解表药多为“辛”味，辛味药绝大多数含有挥发油，而且是较高比例的挥发油。挥发油具有发汗、解热、镇痛、祛痰、利尿等作用，而其基本药理作用与兴奋神经中枢（可能通过影响植物神经系统，如麻黄所含麻黄碱即能兴奋

交感神经)与扩张周围小血管有关。发汗解表药在体外抗菌实验中大多数有不同程度的抗菌作用,而且有的抗菌谱很广,以桂枝为例,桂枝醇提取物在体外能抑制大肠杆菌、枯草杆菌及金黄色葡萄球菌,有效浓度为25毫克/毫升以下;对白色葡萄球菌、志贺氏痢疾杆菌、伤寒和副伤寒甲杆菌、肺炎球菌、产气杆菌、变形杆菌、炭疽杆菌、肠炎沙门氏菌、霍乱弧菌等亦有抑制作用(平板挖洞法)。对流感亚州甲型京科68—1株和孤儿病毒(Echo11)有抑制作用。但若以此体外抑菌抑病毒实验为依据,作为针对细菌或病毒引起疾病的病因疗法,无论从针对性或剂量,都未能有把握取效。所以,发汗解表药的证治范围并不宽。辛温解表药多宜于风寒感冒,而辛凉解表药除用于风热感冒外,还宜于温病。

3.从现代生理学认识,分泌汗液是调节体温与排泄人体废料的方法之一。汗液的主要成分是水、氯化钠、钾、硫以及尿素等。故急性肾炎用汗法除可以消除水肿外,还可以排除部分尿素,有利于恢复。某些皮肤病及风湿或许由于汗法能扩张周围小血管,促进血液循环,有利于积聚的某些有害代谢产物的排出。陆渊雷《伤寒论今释》:“太阳病之发汗为排除毒害物质……其有一汗而热遂退者,则因毒害性物质既大部排除,其仅存者,不足为病故也。”日本学者汤本求真《皇汉医学》:“中医之所以分表里,而用汗下之剂,首以毒素集中之部位与程度,乃病者体质之如何,而用适应之方,加以彻底驱逐也。”这些都是从古人“邪从汗解”的提法中想象为排除毒素,但尚未见诸实验。

二、下法

(一) 概念

下法,又称泻下法。是通过荡涤肠胃,泻下大便或积

水，使停留于肠胃的宿食、燥屎、实热、冷积、瘀血、痰结、水饮等从下而出，以解除疾病的一种治疗方法。

《素问·至真要大论》说：“其下者，引而竭之，中满者，泻之于内，”就是下法的立法依据。下法在临床上应用比较广泛，对于邪在肠胃，如大便秘结，燥屎内结，热结便秘，停痰留饮，瘀血内蓄等邪正俱实之征，均可使用。但由于病情有寒热，正气有虚实，病邪有兼杂，故下法又有寒下、温下、润下、逐水之别，以及攻补兼施等下法与其他治法的结合运用。

伤寒下法，可分为峻下热结、润肠通便、泻下逐饮三法。

（二）适应症与代表方

1. 阳明腑实证。症见潮热谵语，腹胀满，硬痛拒按，大便秘结，手足濇然汗出，甚则神志不清，循衣摸床，惕而不安，目睛不和，视物不清，微喘直视；或热结旁流，下利青水，色纯清，腹部疼痛，按之坚硬有块；舌苔焦黄起刺或焦黑燥裂，脉沉实有力。即所谓“痞、满、燥、实”四症俱全。治宜峻下热结。代表方为大承气汤。

大承气汤：由大黄12克（四两，酒洗） 厚朴15克（半斤，炙，去皮） 枳实15克（五枚，炙） 芒硝9克（三合）组成，水煎服。先煎枳、朴，后入大黄，后冲芒硝，煎二次分服，如服后便通，即可停服。方中以苦寒之大黄泻下热结，荡涤肠胃，为主药；咸寒之芒硝润燥软坚，通利大便，为辅药。两者动静结合，相辅相成。又以下气散满之厚朴，破气消痞之枳实为佐使，一则排除肠中积蓄之气，一则推动硝、黄荡涤之力，合成泄下热结，消痞除满之用。凡热结里，痞满燥实俱全者，用之辄能取效。

现代药理研究，大黄含有蒽醌衍生物、树脂质、鞣质、碳水化合物、含氮物、有机酸、无机物等多种成分。大黄的主要药理作用是：

1. 抗菌作用：抑菌的主要成分为大黄酸、大黄素和芦荟大黄素。其主要是抑制细菌糖及糖代谢中间产物的氧化及脱氢，抑制氨氮的同化及氨基酸的氧化，脱氧及脱氨，并抑制蛋白质和核酸的合成。抑菌较敏感的有葡萄球菌、淋病双球菌、溶血性链球菌、白喉杆菌、枯草杆菌、炭疽杆菌、伤寒及副伤寒杆菌、痢疾杆菌等。药物浓度高至200微克/毫升时，仍只是抑菌而无杀菌作用。

2. 抗真菌作用，主要是大黄浸出液。

3. 抗病毒作用。

4. 抗肿瘤作用，大黄对淋巴肉瘤有较强的抑制作用。在小鼠移植性肿瘤实验中，大黄素、大黄酸对黑色素瘤有明显抑制作用，对乳腺癌、艾氏癌腹水型也有抑制作用，但对肉瘤180及艾氏癌皮下型抑制不明显。

5. 抗寄生虫作用，大黄可抑制和杀死溶组织变形原虫和毛滴虫等。因大黄蒽醌衍生物能与DNA生成复合物，所以这种抗寄生虫作用可能是通过与病原体DNA结合，造成蛋白质生物合成障碍所致。

6. 健胃和缓下作用，小剂量可促进胃液分泌、健胃。大黄素可降低十二指肠、大肠、大肠近端的张力，增加中段及远段结肠张力，类似乙酰胆碱的作用，是直接作用于肠道肌蛋白的结果。并且有抑制 Na^+ 从肠腔转运至细胞，可能是抑制 $(\text{Na}^+ - \text{K}^+) \text{ATP}$ 酶活性，使水分滞留肠腔而促进排便，这种泻下不妨碍小肠营养吸收。

7. 排钾、降低血尿素氮的作用，实验表明一次腹泻可排

钾25毫克当量（克），较正常排钾量增大10~20倍，故用于急性肾功能衰竭引起的高血钾症。毕氏报告用大黄等灌肠治疗慢性肾功能衰竭20例，使16例非终末期尿毒症病人症状缓解，血尿素氮下降。分析血肌酐 ≤ 10 毫克%的病人10例症状均缓解、血尿素氮下降，疗效满意，血肌酐10~15毫克%的病人，疗效较差，血肌酐 > 15 毫克%效果更差。说明大黄导泻的治疗对象主要是血肌酐低于10毫克%的病人可短期内应用，作为一种辅助性或过渡性措施。本组病人未发现严重副作用，仅见1例低血钾，经处理后纠正。

8.利胆作用，动物实验证明可促进胆汁分泌，降低奥狄氏括约肌的张力。

9.收敛消炎作用。

10.解痉作用，比罂粟碱强4倍。

11.降低血压和高胆固醇作用，对正常兔血清胆固醇无影响。对高胆固醇者，可使血清胆固醇和磷脂比值明显下降。大黄酞和浸剂经家兔实验有降压作用。

12.利尿作用，生药大黄酸和大黄素均有利尿作用。

13.止血作用，有增加血小板，促进血液凝固作用。

14.雌激素样作用。〔8〕

由于本品尚含有收敛作用的鞣质及没食子酸等，因而大剂量使用大黄时，有先泻下，后便秘的现象。若煎煮时间过长，泻下成分破坏较多，而收敛成分大量溢出，因而泻下作用减弱，甚至不仅无泻下作用，反而导致便秘。故本方用生大黄，并宜后下。

芒硝的主要成分为结晶硫酸钠。其硫酸根离子不易被肠粘膜吸收，形成高渗溶液存留于肠内，由于渗透压作用，抑制肠道水分吸收，并促进肠壁水分渗出，使肠内容增加，引

起机械性刺激，增加肠管蠕动，将稀释的粪便排出。故本品与大黄并用，可增强泻下之功。

厚朴煎剂对肠管平滑肌有兴奋作用；枳实亦能使胃肠运动收缩节律增加而有力。厚朴和枳实既能增强大黄、芒硝的泻下效果，又能消除腹部胀满的症状。四药共奏泻下实热、消除痞满之故。

由此可见，本方的峻下作用似主要来自芒硝，但大黄尚有抗菌之力，而能泻下实热，促进炎症消退，故中医以大黄为主，芒硝为辅。

复方实验研究证明，大承气汤经口给药，有明显增加小鼠消化道推进性活动的作用，在投药后10分钟即很明显，一小时后达到高峰，但静脉给药则未见此种作用。摘除双侧肾上腺及注入阿托品，并不影响口本方增进推进性运动的作用；切断颈部迷走神经并摘除双侧肾上腺，亦不影响本方增强小肠纵肌的收缩作用。说明本方增强肠蠕动的作用，并不是由于吸收后作用于植物神经系统，也不是通过刺激肠壁反射器，可能是直接作用于胃肠道本身的结果。

大承气汤对离体肠管的兴奋作用，不被阿托品、六羟季胺及丁卡因所阻断，亦说明其兴奋肠管的作用，可能是直接作用于肠壁平滑肌的结果。

大承气汤经口给药，对家兔实验性肠套管有明显促进还纳的作用，并可见肠蠕动明显增强，肠容积也随之增大，而静脉给药则不能促进还纳。切断迷走神经也不影响本方促进还纳的效果。这一结果，再一次说明本方是直接作用于肠道，通过影响肠道运动而促进还纳的。〔72〕〔73〕

临床观察亦发现，用复方大承气汤治疗腹部手术后肠道胀气时，多数病例能在肠鸣音尚未明显恢复之前，即有肛

门排气或排便，且不受麻醉种类的影响，这也说明本方是直接作用于胃肠道本身的。〔75〕

实验还表明，本方对大肠杆菌、葡萄球菌等有抑制作用，〔76〕并能增加肠血流量，起到改善肠管血运状态的作用。〔77〕认为这些作用的重要意义在于：（1）能增加肠壁或腹腔脏器的血氧供应，有利于肠壁的生理机能；（2）肠麻痹或肠循环不足时，肠内腐败分解过程增加，厌氧菌繁殖可能加速，肠壁血流量增加，可改变细菌学状态；（3）有利于腹腔渗出物的吸收及白细胞析出；有利于炎症消退。〔78〕

大承气汤对炎症早期毛细血管通透性的升高有抑制作用，主要为抑制透明质酸酶的作用，从而能降低毛细血管通透性，减少炎性物质渗出，限制炎性病灶的扩散。〔77〕〔79〕

综上所述，本方不仅能明显增强肠蠕动，具有强烈的泻下作用，而且能增加游离肠系血流量，扩张血管，降低毛细血管通透性，还可抑菌以抗感染。所以本方既可通过泻下通便以减少毒性分解物的吸收，又可抗菌抗感染，故适用于感染性疾病极期阶段出现的阳明腑实证。本方治疗某些急腹症，则是通过调整肠道蠕动功能，使之恢复正常的通畅性，并切断与改善血运障碍及感染等继发病理过程而奏效的。这就为本方的临床应用提供了实验依据，同时也加深对泻下法则的认识。

〔附方〕

（1）小承气汤：由大黄、厚朴、枳实（大承气汤去芒硝）组成。功效轻下热结。主治阳明腑证，症见谵语便鞭、潮热、胸腹痞满、舌苔老黄、脉滑而痰者；亦可用于痢疾初

期，腹中疔痛，或胀闷、里急后重者。

(2) 调胃承气汤：由大黄、芒硝、甘草（大承气汤去厚朴、枳实加甘草）组成。功效缓下热结。主治阳明病恶热，口渴便秘、腹满拒按、舌苔正黄、脉滑数者；亦可用于肠胃积热引起的发斑、口苦咽痛及疮疡等症。

三承气汤均用大黄以荡涤肠胃积热，但由于用药和剂量不同，泻下的作用有很大差别。大承气汤硝、黄后下，且加枳、朴以行气，故攻下三力颇峻，主治痞、满、燥、实俱备三阳明热结重证，而为峻下剂。小承气汤不用芒硝，且三味同煎，枳、朴用量亦减，故攻下之力较轻，主治痞、满、实之阳明热结轻证，而为轻下剂。调胃承气汤不用枳、朴，虽后纳芒硝，但大黄与甘草同煎，故泻下之力较上而方缓和，主治阳明燥热内结而无痞满之证，为缓下剂。

2. 阴虚肠燥症（脾约证）。症见大便秘结，腹微满，小便数，舌苔微黄少津，脉涩。治宜润燥通便。代表方为麻子仁丸。

麻子仁丸：由麻子仁18克（二升） 芍药12克（半斤）
枳实9克（半斤，炙） 大黄18克（一斤，去皮）
厚朴18克（一尺，炙，去皮） 杏仁9克（一升，去皮尖，熬，作别脂）组成。上六味为末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服6克，每日三次，温开水送服。本方即小承气汤加麻子仁、杏仁、芍药组成，是治疗肠胃燥热，胃热脾约，大便秘结的常用方剂。方中应用麻子仁质润多脂，润肠通便为主药；辅以杏仁降气润肠，芍药养营和里，白蜜润燥滑肠，大黄泻下去实，厚朴、枳实结破除满。本方润肠药与泻下药同用，润而不滞，泻而不峻，故为缓下之剂。

现代药理研究，麻子仁含脂肪油、蛋白质、鞣毒素、胆

碱、挥发油以及维生素B₁等。脂肪油有润滑肠道的作用，同时在肠中遇碱性肠液后产生脂肪酸，能刺激肠壁，使之蠕动增强。但本品用量过大易中毒，据报道，内服本品100至200克可在1~2小时后出现呕吐、腹泻、四肢麻木、烦躁不安、精神错乱等中毒症状。杏仁中含杏仁油，有润肠通便作用。大黄口服后，部分经小肠吸收，在体内变为大黄素后，由大肠分泌入肠腔，可刺激大肠粘膜使蠕动增加；未吸收的大黄进入大肠后其中所含的番泻甙甲，由细菌分解为番泻甙元，也可使大肠蠕动增加而引起排便。作用缓慢，服药后6—8小时排出稍软的粪便。〔80〕枳实可降低家兔离体肠管紧张性，有助于排便。

复方实验研究，麻子仁丸对离体家兔肠管的作用表明，加入25%麻子仁丸溶液4滴后，发现肠管蠕动波幅增大，频率加快。〔81〕在心血管系统作用方面，将火麻仁酊剂去乙醇后，制成乳剂，给麻醉猫十二指肠注入2克/公斤，半小时后血压开始缓缓下降，2小时后约降至原来水平的一半左右，并且对呼吸和心率基本无影响。给大鼠灌服后，也使血压显著下降。高血压病人也可服用，无不良反应。〔82〕

〔附方〕

蜜煎异方：用蜂蜜放入铜器内，微火煎熬成饴糖状，待其凝缩可成丸时，做成二寸长的蜜挺，趁热纳入肛门内。攻效滑利润燥。主治肠燥便秘症。

3. 悬饮症。症见悬饮，胁下有水气，心下痞硬胀满，咳唾胸胁引痛，干呕短气，头痛目眩，微汗出，或胸背掣痛不得息，舌苔滑，脉沉弦有力。治宜泻下逐饮。代表方为十枣汤。

十枣汤由大枣十枚 芫花（熬） 甘遂 大戟各

等份组成。现代多用芫花、甘遂、大戟各等分研末，每次0.6~1.5克，于清晨空腹时以大枣煎汤调服。方中甘遂善行经隧水湿，大戟善泄脏腑水湿，芫花善消胸胁伏饮痰癖，三药药性峻烈，甘遂水饮、除积聚、消肿满的功效虽同，而作用部位各别，合而用之，则经隧脏腑胸胁积水皆能攻逐，且逐水之力甚著。由于三药皆有毒，凡大毒治病，每伤正气，故以大枣十枚，益气护胃，缓和峻药之毒，减少药后反应，使下不伤正，亦寓扶正泻下之意。

现代药理研究，甘遂含三萜类成分，小鼠口服生甘遂和炙甘遂醇浸膏后均呈明显的泻下现象。但生甘遂醇浸膏的泻下作用较强，毒性亦较大。毒性试验表明，口服生品浸膏组的58只小鼠有11只死亡，而口服等量炙品浸膏组则未见死亡，说明中医用醋炙甘遂的经验确有科学的依据。而甘遂的有效成分存在于醇浸膏内，难溶于水，故中医多作散剂用，亦属合理。〔83〕

芫花所含芫花素，能刺激肠粘膜，引起剧烈水泻和腹痛，动物实验证明口服芫花煎剂小剂量有明显利尿作用，剂量过大反而减少尿量。药理实验表明，本品的祛痰作用明显，临床治疗支气管炎，亦证明有较好的祛痰效果，有效率为86.1%，显效率为63.8%；体外试验对肺炎双球菌、溶血性链球菌有一定抑制作用；单用芫花制剂对慢性支气管炎急性发作的控制率为68.7%，白细胞大多数降至正常，痰中白细胞和DNA纤维均有显著下降，提示本品有消炎作用。故其止咳平喘效果可能是通过祛痰、消炎作用而取得的。〔84〕

大戟能刺激肠管，引起肠蠕动增强，其乙醚提取物有致泻作用，加热提取物则有剧泻作用。甘遂、大戟、芫花均有毒，芫花最大，甘遂次之，大戟较小。

以上三药并用，泻下作用剧烈，毒性亦大，配以大枣缓其性且能减轻呕吐。按“十八反”理论，三药均与甘草“相反”。毒性实验表明，用甘遂、大戟、芫花分别与甘草配伍，随着甘草伍用剂量的增加，则三药的小鼠半数致死量亦相应地下降，即三药的毒性亦相应地上升。〔85〕不用甘草有其科学性。

综观全方，主要有泻下和利尿两大作用。三药均属刺激性泻下药，具有强烈的泻下作用。芫花和大戟有显著利尿作用，但甘遂利尿作用不显著，合为复方后可能起到相辅相成的效果。此外，芫花有镇咳祛痰作用，其乙醇提取物还有镇痛、镇静、抗土的宁和咖啡因惊厥等作用。三药均有轻度的抗菌活性。

〔附方〕

大陷胸汤：由大黄、芒硝、甘遂组成。功效泻热逐水。主治结胸热实证。

（三）现代应用

1. 用于急腹症

（1）急性肠梗阻：本病之痛、胀、呕、闭四大特点与阳明腑实证颇为相似，故可用承气类方治之。经12023例患者中西医结合治疗的临床研究表明，运用攻下法获成功者占65.23%〔86〕。报告用西医治疗576例，手术率63%，死亡率13.7%；而攻下法为主的中西医结合治疗者622例，手术率24.4%，死亡率仅5.6%〔87〕。用复方大承气汤（大承气汤加桃仁、赤芍、莱菔子、改枳实为枳壳）治疗粘连性肠梗阻1234例，攻下成功者828例，其中579例于服药1~4剂获效，大部分病例于24~48小时内梗阻解除。〔28〕用加减大承气汤治疗17例小儿蛔虫性肠梗阻，均获痊愈，一般于服药后

4小时左右即发生泻泄，并排出大量蛔虫，一般仅需服药1~2剂。〔89〕用复方大承气汤加甘草、木香、番泻叶等治疗单纯性肠梗阻200例，治愈167例，33例无效改手术治疗，治愈患者住院2—9天，平均为6天，中转手术中21例为粘连性肠梗阻，有粘连索带环绞肠管或粘连的肠管扭结。〔90〕用复方大承气汤为主中西医结合治疗急性肠梗阻115例，治愈81例（70.5%）、无效33例（28.7%）、死亡1例（0.8%），治愈的患者中梗阻解除最快为5小时，最慢为7天，平均2.5天，3日内缓解者占77.6%〔91〕。另据报道，为适应“急症”需要，将大承气汤改为冲剂，治疗214例肠梗阻患者，获得良好疗效，其中粘连性者95例，治愈83.2%；蛔虫性者50例，治愈94%；粪团性者4例，功能性者24例，原因不明者16例，均全部治愈；但对肠扭转11例，内疝6例，肿瘤所致梗阻8例，则均无效〔92〕。

（2）急性胰腺炎：用生大黄、玄明粉冲服治疗100例急性胰腺炎，均获痊愈。症状平均2.36天缓解，尿淀粉酶平均3.25天恢复正常，发热平均3.5天消退。〔93〕以大承气汤为主治疗117例急性胰腺炎，治愈率达98.6%。〔94〕另据报道，用大承气汤加减而成柴芩承气汤治疗急性水肿型胰腺炎97例，痊愈94例，症状减轻2例，有效率达98.96%，仅1例急性坏死性胰腺炎无效。〔95〕用下法治疗时，临床上常见痛随利减，说明泻下作用对急性胰腺炎的治疗确有重要意义。此外，还报告以本方与其他方剂进行中西医结合治疗急性出血性坏死性胰腺炎，也收到较好效果。〔96〕

（3）急性阑尾炎：报告用复方大承气汤治疗急性阑尾炎790例获良好疗效，临床体会重用大黄至24~30克以充分通里攻下为获效之重要条件。〔97〕用本方通里攻下，配合灭滴

灵抑制厌氧菌治疗化脓性阑尾炎150例，并以抗生素治疗的150例为对照组，结果不论从腹痛消失、体温和血象复常或治愈率比较，均以中西医结合组为优，其治愈者147例，好转2例，中转手术仅1例，有效率达99.3%；而抗生素组治愈者120例，好转10例，中转手术20例，有效率仅为87%，二者比较，有显著性差异；中西医结合组平均住院时间4天比抗生素组7.2天为短，经5个月至2年的随访，中西医结合组良效者94.7%，有效者5.3%；而抗生素组良效者仅84.7%复发者占13%。本研究发现有相当数量（87例）患者服药后3~4小时出现泻下，随之症状迅速缓解，说明泻下作用之重要。（98）

（4）胆系感染、胆石症：三承气汤对此均有疗效，而以大承气汤为常用。报告用三承气汤治胆系感染226例，均以痛、吐、热、黄为主症，胁腹满痛者占100%，恶心呕吐者59.7%，发热38℃以上者53.5%，发黄者27.9%，便秘者27.9%；其中急性胆囊炎35例，慢性胆囊炎急性发作122例，胆管炎21例，急性梗阻性化脓性胆管炎8例，胆囊周围炎4例，胆囊积脓1例，胆囊癌1例，胆道蛔虫34例；合并胆囊结石94例，胆管结石26例，胰腺炎9例，继发性休克5例；中医辨证属气滞37例，湿热170例，火毒14例，正虚邪实5例。以大承气汤为主治疗53例，小承气汤治疗11例，调胃承气汤治疗162例。结果：经治疗72小时内胁腹满痛缓解者达93.8%，发热消退48.8%，黄疸消退57.1%，便秘解除76.2%，本组病例全部治愈或好转，无死亡。（99）另报告，用大承气汤加味成柴胡承气汤为主中西医结合治疗胆囊炎胆石症16例，另以西医治疗18例为对照组，以排石作为一个重要的指标，结果柴胡承气汤治疗组排石率达62.5%，而西医组无一例排

石。〔100〕经验认为重用大黄效佳，如有用至30~60克治急性梗阻性化脓性胆管炎3剂而显效者。〔101〕

(5) 肠麻痹：由于大承气汤能增强肠管的蠕动，故用于各种原因所致的肠麻痹有较好疗效。尤其是腹部手术后者疗效更优。报告用复方大承气汤治疗腹部手术后肠麻痹的患者98例，有效94例，多数病例在肠鸣音尚未明显恢复前即有排气或排便，且不受手术时麻醉种类的影响。于手术后早期应用大承气汤，还可预防肠麻痹的发生，降低术后并发症。

〔102〕还有人用大承气汤加银花、连翘等治疗急性感染性疾病之中毒性肠麻痹，5例患者均属热结肠胃之里热实证，且经西医多方治疗无效，结果治愈4例〔103〕。

2. 急性感染性疾病

(1) 急性肺炎：急性肺炎而有大便秘结者，采用大承气汤以通腑泻热，可获一泻而热解之效，并能控制炎症，促进其吸收。〔104〕报告用大承气汤加减等攻下为主治疗小儿大叶性肺炎20例，全部治愈，其中10例于48小时内退热，14例肺部罗音及浊音6日内消失，对腺病毒肺炎本方也有较好疗效。〔105〕

(2) 乙型脑炎：乙型脑炎神昏抽搐，多系热极生风，故可用通腑泻热而治之，临床观察用大承气汤等攻下后，体温常可随泻而迅速下降，神清痉止，从而降低死亡率，减少后遗症。据报告乙型脑炎患儿14例，多系胃腑实邪积热，三焦炽盛而见口渴，汗出，便秘，腹胀满，脉洪数，抽风，昏迷等症，用大承气汤加玄参、麦冬而成“乙脑合剂”急下存阴等治疗，一般服药后7~10小时可见大便，日3~4次，1日内体温开始下降者6例，2日内开始下降者4例，在14例中重型5例、中型4例、轻型5例，所有患者均未见有高热顽固不退

者，均获治愈。〔105〕一般认为，只要有当下之证，不论其病情轻重，均当及时下之，这是取得疗效的关键。〔105〕

(3) 急性细菌性痢疾：急性细菌性痢疾多系湿热之毒积大肠所致，中医有“无积不成痢”之说，以大承气汤攻下治疗菌痢有一定疗效。〔107〕有人用大承气汤加味治湿热痢36例，痊愈29例，好转5例，无效2例。〔108〕

(4) 急性肝炎：急性肝炎而有热毒炽盛、大便坚硬不通者，用大承气汤合小柴胡汤等治疗，只要腑气得通，热毒下泄，即可见转氨酶下降。〔109〕另报告用大承气汤加茵陈、金钱草而成茵陈承气汤治疗瘀胆型肝炎6例，获较好疗效，〔110〕用本方加丹参、茵陈、金钱草通下祛瘀，中西医结合综合治疗重症肝炎23例，重肝腹水产生前大都有腹内胀气，甚至因此而拒食。采用本剂通下祛瘀，服药后患者大便增多，随之腹胀减轻，胃纳增加，黄疸迅速消退，小便也增多，结果腹胀改善或腹围减少者12例，胃纳增加者9例，排尿增加者8例，黄疸减轻消退者14例，存活12例；本法用治肝硬化腹水也能获较好疗效。〔111〕总之，热结大肠是重肝及肝昏迷发生及加重的重要病因，以承气粪通下是治疗这类疾病的重要而有效的措施之一。〔112〕

3. 危急重症。

下法是中医治疗多种危急重症的有效方法，临床上用承气类方剂治疗休克、成人呼吸窘迫综合征、急性肺水肿、急性肾功能衰竭以及急性脑血管病等均有一定疗效。

(1) 休克：感染性休克而伴腑实者，特别是胆道休克，应用下法急下存阴，常收热去厥回之效。用大承气汤加清热解毒药物治疗感染中毒性休克，存活率高达92.6%。〔113〕用大承气汤代裁而成之峻泻合剂加排石汤治疗胆系休克63

例，其中61例于3天内渡过了休克关。〔114〕

(2) 成人呼吸窘迫综合征：其临床表现与阳明腑实喘满之证相似，故用承气汤加减治疗有一定疗效。〔115〕报告18例患者中，感染性休克者8例，严重感染者10例，其13例用本方加减而成之泻热汤通腑泻下治疗，结果治疗后2~3天内8例体温下降，由高热降为正常者4例，通便排气后，可见鼓肠减轻或消失，肠鸣音增强，呼吸困难减轻，一般情况也有所好转，表明通腑泻肺可解除肺的膨胀受限和瘀血水肿，促进对肺有害的肠源性内毒素排出，从而改善了肺微循环和通气功能。〔116〕

(3) 急性肺水肿、流行性出血热并发急性肺水肿，有二便不通之证，用大承气汤加减治疗疗效颇佳。〔117〕

(4) 慢性肺心病急性发作：用大承气汤加减为主中西医结合治疗32例，其中因呼吸道感染诱发者占94%，属痰热肺所致之里热实证者占72%，结果获显效者5例，好转22例，无效5例，总有效率为84.4%，而不用本方之对照组17例总有效率为64.7%。〔118〕

(5) 压综合症：压综合症的主症是急性肾功能衰竭（ARF），并每因ARF之水中毒和高血钾而致死。报告用大承气汤加减而成的加味承气汤以通腑化痰治疗压综合症，既可迅速降低血钾，又可迅速降低尿素氮，〔119〕用本方保留灌肠也有较好的疗效〔120〕。大承气汤治疗压综合症的机理除通过腹泻之排钾作用外，还与大黄的降尿素氮抗肾功能衰竭作用有关。因此，临床上对流行性出血热之急性肾功能衰竭少尿期用大承气汤加莱菔子治疗有较好疗效〔121〕，对慢性肾炎尿毒症无尿的疗效亦佳〔122〕。

(6) 急性缺血性脑血管病：临床观察，对痰热腑实之

缺血性中风用通腑化痰法治疗有一定疗效。^{〔123〕}用大承气汤加减治疗脑卒中后大便秘结4日未解者72例，其中脑出血11例，脑血栓形成61例，能减轻症状，缓和病情，对大便不通、腹部胀满、恶心呕吐等症状全部有效，神志昏迷或朦胧者18例，有效10例。^{〔124〕}

4. 皮质醇增多症

本病临床多表现里热实证，采用大承气汤加味（加生首乌、黄精、龙胆草）治疗有一定疗效，共治10例，其中肾上腺皮质增生7例，肾上腺皮质腺瘤3例，经治疗后症状体征消失，尿17-羟复常者6例，症状部分消失，尿17-羟下降者3例，无效1例。其中的7例经8个月至5年随访，5例疗效巩固，2例复发。^{〔125〕}

5. 铅中毒

报告用大承气汤合芍药、甘草治疗急性铅中毒20例，全部治愈，疗程5~10天，一般1周左右。^{〔126〕}另报告用加味大承气汤治疗铅绞痛35例，均于服药1~3剂后腹痛缓解或消失。^{〔127〕}

6. 习惯性便秘

姚某，男，58岁。有冠心病史10年、糖尿病史5年余。7日前因劳倦过渡，致使心前区疼痛加剧，大便不通，小便频数，心胸烦闷，先后经3次灌肠，大便干如羊屎，坚硬如石。转中医诊治，除见前症外，伴形体消瘦，面色萎黄，胸痛彻背，自汗出，舌质红降，有瘀斑，苔黄燥，脉细数。证属脾阴不足，燥热内结。治宜泻热逐瘀，润肠通便。投以麻子仁丸改汤煎服1剂，大便通畅，余症明显好转，继以益气养阴之剂善后。于次年又大便秘结，仍投上方而愈。^{〔128〕}

7. 肛门手术后大便干燥

旅大市轻工业局职工医院肛肠科为防止肛门疾病手术后的大便干燥所致疼痛和出血，几年中曾使用多种中西药物，发现以内服麻子仁丸效果最好。共治500例，服药后大便变软而易于排出的479例，服药后仍大便干燥或2~3天排便一次的无效患者21例，有效率达95.8%。而在无效病例中有16例有习惯性便秘病史。他们观察，较长时间服用本方无明显副作用，认为本方是肛肠外科手术后的一种较为适宜的缓下剂，值得推广应用。〔129〕

8. 胸腔积液

十枣汤对胸腔积液有突出疗效，能较快消除胸水，改善症状。据报告，以芫花、甘遂、大戟各等份为末，每服3克，以大枣30克煎汤送服，隔日早晨空腹服一次，以四至六次为度。治疗经x线证实有胸水的渗出性胸膜炎51例，疗效较为满意，胸水在11天内改善者达96%，在20天内完全消失者达88.2%，积液平均消失时间为16.2天。其中出现腹痛者19例，恶心呕吐者6例，少数病例积液吸收后遗留胸痛现象。〔130〕另报告22例结核性渗出性胸膜炎，分为西药、西药加中药十枣丸西药加中药3组进行治疗，结果从体温复常、胸水消失、住院时间等方面比较，西药加十枣丸者均较其他疗法明显为优。〔131〕

9. 腹水

十枣汤对多种原因所致的腹水均有较好的泄水消胀效果。报告用十枣丸治疗肝硬化腹水51例，均能使腹水消退，但易复发，而与补益气血方剂合用则疗效稳定。〔2〕又报告用十枣汤合瞿麦合剂治疗7例晚期血吸虫患者，结果肝脾肿大均显著缩小，其中5例腹水消失，2例似仅存轻度可疑腹水，追踪观察1年均保持出院时体征，患者的劳动力在短期内也有不

同程度的恢复。〔132〕有人观察肝硬化腹水患者服十枣丸后2~3小时即腹泻，一般泻2~4次，排出多量粪水约2500~4000毫升，并见尿量也增加，还发现长期服利尿药无效的患者改用十枣丸后，尿量也多可增加，且无低钾、电解质紊乱之弊。〔133〕

10. 肾性水肿

对于急、慢性肾炎以及肾病综合症等肾性水肿，十枣丸也有良好疗效。〔134~136〕另报告用十枣丸治疗系统性红斑狼疮合并尿毒症患者也有良效。〔137〕

11. 上消化道出血

上海第一医学院华山医院从1970年开始采用下法止血逐瘀，治疗上消化道出血。用生大黄、白芨、参三七研粉，每次各吞服1.5克，每日三次。观察16例均能达到迅速止血目的，与西药对照组16例相比，大便隐血转阴天数明显缩短，而且吸收热明显减少。以后对19例采用生大黄与白芨粉，仍能取得相同疗效，说明主要系生大黄能泻火逐瘀、推陈致新、减少因陈宿瘀血而致的吸收热和氮质潴留。〔138〕上海市卢湾区中心医院采用单味生大黄粉治疗200例上消化道出血患者，止血有效率达98.5%。〔139〕

12. 支气管扩张大咯血

有报告用泻心汤加味（生大黄6克，黄连3克，黄芩9克，山栀9克，小蓟15克，茅根15克，生地30克）治疗11例顽固性支气管扩张大咯血患者，均获显著效果，特点是作用快，服药当天起即可不再大咯血，其他症状也明显好转，只要药物加减适宜，几天内能完全止血。〔140〕

（四）下法禁慎

1. 孕妇及月经期一般禁用。

2.年老体虚、病后伤津、亡血、产后慎用。如确需攻下亦应攻补兼施。

3.攻下导泻排钾较多，故低血钾者禁用或配合输液补钾慎用。

4.下法应中病即止，切忌滥用攻下或超量攻下，以免伤正气。

(五) 下法原理

(1) 下法促进肠道推进功能：天津南开医院以大承气汤等为下法的代表方剂，采用炭末推进实验作为观察肠道推进性运动能力的指标，结果证明大承气汤、甘遂通结汤、甘遂末、三物备急散，与对照组（以常水代替试药）比较，均能明显增强胃肠道的推进功能。^{〔141〕}山西医学院进一步对组成大承气汤的单味药的作用进行分析研究，在小肠的50分钟炭末推进率表明：芒硝组及枳实组之推进率均较对照组快，差别显著。而厚朴组和单味大黄组（不论是浸剂、粉剂以及各种时间的煎剂）之推进率与对照组比较则无明显差别。证明大承气汤在小肠中促进功能的主要是芒硝，而不是大黄的作用。在大肠的炭末推进率表明：大黄的各种时间的煎剂及枳实组、厚朴组均能增加推进率，证明大黄、厚朴及枳实对肠道的兴奋作用主要在大肠。枳实在大、小肠均能增加炭末推进率^{〔141〕}。

(2) 下法的作用点：天津南开医院以大承气汤对切断两侧迷走神经注入阿托品，或切除双侧肾上腺的大鼠，仍有兴奋肠管的作用，说明大承气汤增加肠道运动不是由于吸收后作用于植物神经系统引起，也不是通过刺激肠壁反射器引起，可能是直接作用于肠道平滑肌的结果，也可能是通过神经介质而起作用^{〔141〕}。

(3) 寒下与温下的不同原理：遵义医学院用兔离体十二指肠为实验对象，以大承气汤为寒下剂，以三物备急丸为温下剂，大承气汤用于热结阳明，热结属阳，反映机能亢进；三物备急丸用于寒积内阻，寒积属阴，表示机能减退或抑制。通过实验观察，大承气汤能降低肠道的张力，而增大其收缩幅度，对肠管处于高度紧张状态的肠梗阻，应能体现恢复乃至加强肠管蠕动，收到有效排空的效果；三物备急丸有提高肠管张力，促进运动的作用，对肠机能减弱或抑制，处于收缩无力的肠梗阻，自应起到促进运动之效⁽¹⁴²⁾。

(4) 下法对虚证、实证的不同作用：张氏报道日本学者小島喜久男⁽¹⁴³⁾的工作，根据大黄泻下只适于实证，虚证则常能加重便秘的中医临床经验，探索药物作用和虚实的关系，发现当大黄煎剂给正常动物时可使胃肠排空速度增加；而用氧化亚铁、硝酸银鞣酸、高锰酸钾、酒精灌胃，引起胃功能抑制中毒或多次放血，冷应激或使之“疲劳”，使动物造成“虚证”时，则反加重胃运动障碍，使胃内容物长期停滞，证实大黄不能作为虚证泻下药的实验。但动物模型的形成未必符合人体，尚待进一步研究⁽¹⁴⁴⁾。

2. 下法增加肠血流量：天津南开医院用狗游离肠襻实验证明，肠腔内注入大承气汤后，能增加肠血流量，而肠腔内注入生理盐水则无此作用⁽¹⁴¹⁾。

3. 下法促进腹腔内血液吸收：湖南医学院一院采用小白鼠腹腔内注入“O”型入血0.5毫升作实验研究，异泻的甘露组吸收最快，便秘的次碳酸铋组吸收最慢，生理盐水组则居中。认为小白鼠腹腔内血液的吸收速度与肠道蠕动功能有关，故可解释临床上溃疡病穿孔，宫外孕用下法有利于腹腔内渗液、血液迅速吸收的部分原理。

4.泻下药的抑菌作用：很多研究证明，大承气汤中大黄、厚朴有明显的抑菌作用，体外抑菌实验表明，大黄中的大黄酸、大黄素及芦荟大黄素在100微克/毫升以下，能抑制的细菌有葡萄球菌、枯草杆菌、伤寒及副伤寒杆菌等十四种，有报告厚朴煎剂在稀释640倍时对金黄色葡萄球菌的抑菌作用几乎等于金霉素的六倍。

综上所述，下法原理归纳如下：

(1) 下法的作用点是肠道本身，增加肠液分泌，扩大肠道容积，促进肠道推进功能，从而排出废料毒物，改善新陈代谢。

(2) 增加肠道血管血流量，改善肠道血液循环，从而提高肠道的反应性。肠道与腹腔的充血对人体上部之充血炎症，如急性结膜炎、咽喉肿痛、肺与支气管病变大咯血等能起到“引血下行”的作用。

(3) 促进腹腔内血液与渗液吸收，有利子宫外孕、溃疡病穿孔、阑尾穿孔、急性出血性胰腺炎等疾病的治疗。

(4) 泻下法所应用的大黄、厚朴等对肠道及其所属的胰腺、胆道、甚至肝脏发生的炎症均有明显抑菌作用，有利于迅速消除局部炎症。

(5) 有人对泻下药牵牛子作动物实验，认为可提高肾血流量与渗透压，从而达到利尿作用而消退水肿，因此某些泻下药物尚可用于肝硬化腹水及肾炎水肿。

三、和法

(一) 概念

和法，又称和解法。是通过和解或调和作用，以达到消除病邪为目的的一种治疗方法。

和解，是指和解表里之意，专用于治疗邪在半表半里的

证候。调和是指调整人体的功能，使之归于平复之意，用于治疗脏腑气血不和，或寒热失调、虚实夹杂的证候。

伤寒和法，可分为调和营卫、和解少阳、调和肝脾、调和脾胃四种。

（二）适应证与代表方

1. 太阳中风证。症见发热头痛、汗出恶风或鼻鸣干呕、舌苔薄白，脉浮缓。治宜调和营卫。代表方为桂枝汤。

桂枝汤：由桂枝9克（三两） 芍药9克（三两） 甘草6克（炙，二两） 生姜9克（三两） 大枣4枚（十二枚）组成。水煎服。若用治外感发热则需服后少顷，喝热稀粥一碗，并温复取汗，以助药力。方中桂枝温经散寒为主药；辅以白芍敛阴和营，使桂枝辛散而不致伤阴，二药同用，一散一收，调和营卫，使表邪得解，里气以和；生姜助桂枝散寒，大枣助白芍和营，共为佐药，炙甘草调和诸药为使。诸药合用，功在调和营卫，兼可解肌发表。

现代药理研究，桂枝含挥发油，主要为桂皮醛和桂皮油。桂皮醛可刺激汗腺分泌，通过发汗以加速体温散失而起解热作用，并有中枢性及末梢性扩张血管作用，能调整血液循环，使血液流向体表，亦有利于散热；桂皮油则有镇静、镇痛作用。此即温经通络，发表止痛之谓，故为本方主药。

白芍亦有扩张血管和较弱的解热作用，并对神经系统有抑制作用，辅助桂枝，以加强解热、镇痛功效；生姜对大脑皮层、延髓的呼吸中枢及血管运动中枢均有兴奋作用，能增进血液循环，促进发汗，与桂枝配合，使发汗、解热效力又有所加强。故二者共为本方辅佐。

生姜所含姜辣素，由于对口腔及胃肠有温和的刺激作用，故能促进消化液分泌，使食欲增加，并能抑制肠内异常

发酵，促进气体排除；桂枝所含桂皮油，对胃肠亦有轻度刺激性，能增强消化机能，排除消化道积气，并可缓解胃肠痉挛性疼痛；白芍和甘草尤长于解痉止痛。故本方的健胃及解痉作用亦颇明显。

炙甘草和大枣味甜，具有矫味作用，已知甘草固有的甜味来自甘草甜素；而大枣尚含蛋白质、脂肪等营养物质，略有补养之功。

桂枝的70%醇浸剂对鸡胚内的流感病毒有抑制作用；煎剂则对流感病毒和孤儿病毒均有抑制功能。桂枝和白芍均有抗菌作用；桂枝煎剂对金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌及常见致病性真菌有抑制作用；桂枝所含挥发油对革兰氏阳性菌的效力较革兰氏阴性菌为好。

综观全方，桂枝、白芍之解热和扩张血管作用与生姜之增进血液循环和促进发汗作用相协同。生姜之兴奋中枢作用又与桂枝、白芍之抑制中枢作用相拮抗，而得相辅相成与相互制约之妙。本方尚能增进消化机能、解痉止痛，并有扶正补养之功，因而中医称为调和营卫之剂。其发汗力较弱，故仲景要求啜粥以助药力，温覆始得微汗，后世虽将本方列入辛温发汗剂，但以调和营卫概括其功能，较为妥当。

〔附方〕

(1) 桂枝加厚朴杏子汤：由桂枝汤加厚朴、杏仁组成。功效调和营卫，降逆平喘。主治太阳中风兼喘证。

(2) 桂枝加葛根汤：由桂枝汤加葛根组成。功效调和营卫，解肌祛风。主治太阳中风兼项强证。

2. 少阳伤寒证。症见口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕、舌苔薄白、脉弦者。或妇人伤寒，热入血室，以及疟疾、黄疸等杂病见少阳证者。

治宜和解少阳。代表方为小柴胡汤。

小柴胡汤：由柴胡12克(半斤) 黄芩9克(三两)
人参9克(三两) 甘草(炙，三两) 生姜(切，三
两) 大枣4枚(十二枚，擘) 半夏9克(洗，半斤)
组成。水煎去滓，取汁再煎，分服。方中柴胡清解少阳之
邪，舒畅气机之郁为主药；黄芩助柴胡以清少阳之邪热为
辅；二药合用，达到和解清热之目的。配伍人参、半夏、生
姜、大枣为佐，意在补中扶正，和胃降逆，杜绝邪入太阴而
成虚寒；炙甘草为使，既能调和诸药，又可相助扶正。综合
而成和解少阳之剂。柯韵伯称之为“少阳机枢之剂，和解表
里之总方”。

现代药理研究，柴胡含柴胡皂甙等成分。动物实验证明，柴胡煎剂有明显的解热作用，临床观察亦证实其退热效果显著，有效率可达97.5%；柴胡皂甙则能降低正常大鼠的体温。黄芩含黄芩甙、黄芩素等五种黄酮成分。本品煎剂的解热作用亦颇明显；生姜可促进发汗而加强散热。故本方有显著的解热效用。

柴胡对流感病毒、牛痘病毒、结核杆菌及钩端螺旋体，在体外均有抑制作用；柴胡煎剂治疟疾较好疗效，因而推断柴胡可能有阻止疟原虫的发育而使之消灭的作用。黄芩亦有抑制流感病毒的作用，对感染该病毒的小鼠，从生存天数及脏器病变的情况来看有一定疗效；并对甲型链球菌、肺炎双球菌、脑膜炎双球菌、金黄色葡萄球菌、白喉杆菌、结核杆菌、痢疾杆菌及霍乱弧菌等多种球菌及杆菌均有抑制效能；本品在体外有抑制阿米巴原虫生长的作用，对钩端螺旋体有杀灭作用。两药配合，可使抗病原微生物作用互相补益。

柴胡煎剂及柴胡所含柴胡皂甙均有抗炎作用，既能减少

炎性渗出，又能抑制肉芽肿；黄芩所含黄芩甙、黄芩素，能降低毛细血管的通透性，有抗过敏性浮肿及炎症的效能；甘草则有肾上腺皮质激素样抗炎、抗过敏作用；党参能增强网状内皮系统的吞噬功能，提高机体抗病能力。以上四药配合，既能减轻机体对入侵病原体产生的反应，又能提高机体的抗病能力。

生姜可促进消化液分泌，使食欲增加，制半夏有较强的镇吐作用。柴胡、甘草、黄芩均有明显的抗实验性肝损伤作用。临床观察亦证明，柴胡、甘草合并用于病毒性肝炎，疗效较为满意；以黄芩甙治疗急性无黄疸型肝炎和慢性肝炎活动期71例，临床痊愈率达97.2%，药后普遍反映食欲增加，睡眠改善。^{〔145〕}柴胡、黄芩并有利胆效能。制半夏的镇咳作用明显，甘草亦有祛痰、止咳作用。故本方既可调整胃肠功能，又有保肝、利胆作用，并能缓解咳嗽痰多等症状。

柴胡、黄芩均有明显的镇静作用，党参能兴奋中枢神经系统，合而则既有镇静安神之效，又可避免疲乏或嗜睡之弊。

生姜可增进血液循环，并给予呼吸和代谢以良好的影响；党参可促使红细胞及血色素增加；大枣、炙甘草有矫味作用，大枣所含营养物质，又略有补养之效。

复方实验研究证明，本方具有抗炎作用，其效力强于草味柴胡，以抗肉芽肿作用较强，而抗渗出作用较弱。^{〔146〕}

综观全方，抗病原体作用较为广泛，对细菌、病毒及钩端螺旋体均有一定抑制作用，并能缓解机体对入侵病原体产生的反应，有明显的解热、抗炎作用。此外，尚能促进消化，并有镇吐、祛痰、镇咳、保肝、利胆、镇静等多种效能。此即本方广泛用于临床的药理依据。

〔附方〕

(1) 大柴胡汤：由柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大黄、大枣组成。功效和解少阳，兼泻阳明。主治少阳偏里证。

(2) 柴胡桂枝汤：即小柴胡汤与桂枝汤相合而成。功效发散表邪，和解少阳。主治少阳偏表证。

(3) 柴胡桂枝干姜汤：由柴胡、桂枝、干姜、瓜蒌根、黄芩、牡蛎、炙甘草组成。功效和解少阳，温化水饮。主治少阳水气证。

(4) 柴胡加芒硝汤：由小柴胡汤加芒硝而成。功效和解少阳，清里涤热。主治少阳病兼里实证。

3. 阳弱气郁证。症见手足厥冷，或脘腹疼痛，或泄利下重，脉弦。治宜调和肝脾。代表方为四逆散。

四逆散由甘草（炙） 枳实（破、水渍、炙干）

柴胡 芍药各等分（各十分）组成。现多用上药各9克，作汤剂煎服。方中柴胡、白芍入肝经，疏肝解郁清热为主；伍以枳实泻脾气之壅滞，调中焦之运化为辅。柴胡与枳实同用，可加强疏肝理气之功，白芍与甘草配伍，可收缓急止痛之效。甘草为使，调和诸药。综合而成调和肝脾之剂。

现代药理研究，柴胡、白芍均有镇静作用，柴胡所含柴胡皂甙和白芍所含芍药甙尚能镇痛。白芍可松弛和抑制胃肠和子宫平滑肌的张力和运动，甘草亦有解痉效能。

柴胡、白芍、甘草均有抗炎作用，柴胡、白芍皆有解热、抗菌效能。

实验研究表明，柴胡粗制皂甙分别与甘草的有效成分FM₁₀₀或白芍的有效成分paeoniflorin合用，均能增强柴胡粗制皂甙的镇痛作用，降低其毒性，缓和对肠道的刺激。而

FM₁₀₀与paeoniflorin合用，在镇痛、镇痉、镇静、解热、抗炎以及抑制胃液分泌和松弛子宫方面，皆有协同作用，尤以镇痛和抗炎作用的增强更为显著。这和芍药甘草汤长于治疗平滑肌或骨骼肌痉挛性疼痛以及神经痛的临床效用是完全一致的。如果三者合用，则不仅可降低柴胡粗制皂甙的毒性，而且可抑制消化性溃疡的形成。此与本方治疗肝胃不和型的溃疡病有效也是一致的。说明本方将柴胡与白芍、甘草配用，是十分合理的。〔147〕在筛选实验中发现，甘草和柴胡的抗肝损伤作用最为突出。〔148〕

经甘草治疗的肝炎大鼠，肝细胞气球样变大为减轻，坏死区很快得到修复，谷一丙转氨酶活力明显下降，甘油三酯在肝内的蓄积显著减少，血清β脂蛋白含量降低，糖元与核糖核酸含量均恢复到正常水平。通过组织学和生化学方法均证实本品具有抑制纤维增生的作用。甘草的抗肝损伤作用，可能与其所含甘草次酸等成分有关，因为甘草次酸具有类固醇型基本母核，呈外种激素样作用，具有较明显的抗炎作用。

动物实验证明，柴胡的抗肝损伤作用，除肝内蓄积的甘油三酯未见减少以外，其他作用均与甘草一致。这可能与柴胡皂甙的结构和甘草酸或甘草次酸相似有关。

实验还表明，将甘草与柴胡按1:1制成合剂，其抗肝损伤作用优于单味甘草或柴胡；用于治疗病毒性肝炎，亦获较为满意的疗效。说明本方以甘草与柴胡配用，颇为合理。白芍亦有抗肝细胞气球样变作用及抑制炎性反应的效能，故本方柴胡、甘草、白芍并用，其抗肝损伤的作用较强。

综观全方，镇静、解痉、镇痛、解热作用较为显著，此与古人认为本方长于疏肝气、止疼痛、散郁热之经验颇为吻

合。特别是其抗肝损伤和抗炎作用十分显著，并有抗菌作用，说明现代广泛用于治疗肝胆疾病和炎症是有其药理依据的。

4. 呕利痞证。症见心下痞满不痛，或干呕，或呕吐、肠鸣不利、舌苔薄黄或薄白而腻，脉弦数。治宜和胃除痞。代表方为半夏泻心汤。

半夏泻心汤：由半夏12克（洗，半斤） 黄芩9克
干姜9克 人参9克 甘草（炙）6克（各三两） 黄
连3克（一两）

大枣4枚（十二枚，擘）组成。水煎服，方中半夏性辛味苦入胃为主药，辛开散结，苦降止呕，以除痞满呕逆之证；干姜辛温祛寒为辅；黄芩、黄连苦寒泄热亦为辅药；佐以党参、大枣补益中气；使以甘草补脾胃而调诸药。各药取伍，寒热并用，辛苦并进，补泻同施，而成和胃除痞之剂。

现代药理研究证明，半夏有止呕、镇咳、祛痰作用。〔149〕日本学者大盐、松冈等通过实验研究证明了半夏的乙醇提取物左旋麻黄碱与半夏的镇吐作用有关。〔150〕但生半夏却有催吐作用。〔151〕

黄连主要有效成分为小檗碱、黄连碱等生物碱，尚含有黄柏酮、黄柏丙酯。药理研究证明，黄连具有广谱抗菌作用。对病毒有抑制作用。其中对痢疾杆菌的抑制作用最强，较磺胺为优。〔152〕黄连的抗菌作用是因为它能影响细菌的糖代谢而抑制丙酮酸氧化过程；也就是通过包括抑制细菌的呼吸过程从而达到杀菌作用。〔153〕此外尚有降压作用，除对血管平滑肌有松弛作用外，对其他的平滑肌如子宫、膀胱、支气管、肠胃等都有兴奋作用。它的利胆作用可以治疗胆囊炎。〔154〕从免疫学角度认识，黄连在体内有增强白细胞吞

噬功能和促进淋巴细胞转化作用。〔155〕

黄芩主要含有黄芩甙元、黄芩甙、苯甲酸等。药理研究证明，有抗炎抗过敏、抗微生物、解热、降压、镇静、利胆等作用。〔156〕黄芩也有增强白细胞吞噬功能〔157〕和促进健康人淋巴细胞转化作用。〔158〕黄芩对变态反应有调节作用，主要是抑制抗原抗体反应中所激活的一种巯基酶。〔159〕近期日本学者报道，黄芩对过氧化脂质（LPO）形成具有防御作用，对给与LPO时所致的肝损害有治疗作用；同时黄芩酮Ⅰ～Ⅲ对酒精所致的脂肪肝、高脂血症有改善作用；黄芩的醋酸乙酯提取物对DIC症候群有预防效果，并认为可能对血小板凝集抑制作用，红血球膜稳定作用等而起作用。〔160〕又为临床治疗提供了新的科学理论根据。

目前，尚未见有关半夏泻心汤复方的现代药理研究报道。但通过以上对单味药的药理作用研究，提示本方可能具有健胃止呕，抗菌消炎，抗病毒、解疼止痛、强壮身体等综合作用。故本方适应于胃肠消化吸收机能障碍所致的诸证。

〔附方〕

（1）生姜泻心汤：由半夏泻心汤减干姜用量，加生姜组成。功效和胃除痞，宣散水气。主治水饮食滞之痞证。

（2）甘草泻心汤：即半夏泻心汤加重炙甘草的用量而成。功效和胃补中，降逆消痞。主治脾胃虚弱，痞利俱逆之证。

（3）干姜黄芩连人参汤：由干姜、黄芩、黄连、人参组成。功效辛开苦降，清上温下。主治寒格吐利证。

（三）临床应用

1. 外感及呼吸系统疾病

桂枝汤对于普通感冒、流行性感冒、呼吸道炎症等而有

表寒、表虚者疗效颇佳，应用也广。如日人报告治疗一般感冒120例，其中用桂枝汤治者占23%〔161〕。国内对于一般感冒本方治愈者报告也甚多。〔162〕有医者患感冒自用本方治疗者〔163〕，用本方加黄芪治疗小儿体弱感冒者，用本方加附子治老人体弱感冒者〔164〕；再加藿香、白术治疗感冒挟湿者；桂枝汤加黄芪治疗感冒而伴牙根痛、咽肿者；治妇人产后感冒者，均获良效。也用本方治疗流行性感冒，如报告用本方加黄芪等治疗流感95例，服2剂症状消失者20例，3剂而愈者43例，4剂而愈者27例，最多服5剂，平均3剂。此外，还用本方加味治慢性鼻窦炎以及产后、剖腹产后及宫外孕术后等合并高热等。用小柴胡加减用于急性支气管炎、支气管哮喘及肺炎疗效佳〔汉方研究，31（9）：45，1981〕。对急性支气管炎可用本方加小青龙汤治疗，本方对小儿支气管炎、哮喘性支气管炎也有效果〔165〕。支气管哮喘发作期用麻黄剂缓解症状，但恢复期改善体质则当用小柴胡汤等柴胡剂。如报告用本方治疗偏虚的呼吸系统疾病咳嗽，于缓解期作维持疗法或基本方，治疗12例，有效6例，微效6例〔166〕。以本方并用小青龙汤治疗小儿支气管哮喘15例，其中重症3例，中等症8例，轻症4例；结果有效7例（包括重证1例，中等症6例），无效4例，另4例并用色甘酸二钠获明显疗效。经IgE测定，提示本方对IgE在正常范围内的患者最为有效〔167〕。另有报告用本方加减治疗郁火咳嗽50例，疗效颇佳，1剂咳减，2剂大减，3剂咳痊愈者23例；3剂咳减，6剂咳减痊愈者21例；连服3—6剂咳虽减而未痊愈者6例〔168〕。

2. 消化系统疾病

（1）急性胃肠炎

林氏治疗急性胃肠炎，症见消瘦，眼眶下陷等脱水之

象，脉细数（120次/分），口渴欲饮，水入即吐，速纠正脱水。在呕吐缓解后，投半夏泻心汤加樟木、乌梅。1剂则呕泻俱止。后与四君子汤加味调理而安。〔169〕周氏用本方加木香、山楂、神曲、乌梅，治疗症属寒热阻中，食滞脾胃，以致升降失司，吐泻交作的急性胃肠炎，只2剂病愈。对慢性胃肠炎用本方加黄芪、升麻治疗也获良效。〔湖北科技情报（b）：15，1980〕赵氏用本方治疗173例脏热肠寒的腹泻，大多在数剂内即收效。〔170〕

（2）慢性肠炎 慢性痢疾

陈氏治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎，慢性痢疾，属湿热，胃肠不和。症见：反复腹泻3年多，大便呈粘液血性糊状便，每日3~4次，伴轻度里急后重，腹胀，恶心，呕吐，口干苦，舌淡白边红，苔黄腻。结肠镜检：肠粘膜充血，水肿，颗粒状弥漫性炎症。用本方加茯苓、蚕砂、槐花。3剂后前症好转，再进6剂，大便成形。后以霍香正气丸调理而愈。〔171〕日本学者褚方氏用本方治疗腹痛、下痢也收到了较好的效果。〔172〕周氏报道，用马齿苋治疗5年不愈的慢性痢疾，用本方只服六剂即病愈。〔173〕

报告用四逆散治疗胃肠炎〔174〕、伤食腹泻菌痢〔175〕、以及噤口痢〔176〕、过敏性肠炎〔177〕等有效，治痢疾时与香连丸、白头翁汤等合用效更佳〔178〕。用本方加味治疗属肝火偏旺，克于脾土，脾胃升降失调而致之小儿泄泻，也获良效〔179〕。

（3）胃炎及溃疡病等

贺氏用半夏泻心汤加砂仁、佛手，治疗寒热结于胃，兼脾胃虚弱的慢性胃炎。症见：心窝部胀痛如有物堵，痛时恶心呃逆，口苦而淡，头昏肢软。苔薄黄根部厚腻，脉细弦。

只2剂，胃痛大减，又续服原方2剂，诸症悉除。〔180〕陈氏治疗证属胃肠不和，湿热留恋，脾胃虚弱所致的慢性萎缩性胃炎。症见：上腹部胞胀，灼热不适6年多。呕吐、口干苦、尿黄、便靡烂，舌质淡白而胖、边红，舌苔黄腻，脉弦略数。用本方加茯苓、川朴、白芍、白花蛇舌草。3剂后症状明显好转，又守前方加减20余剂，症状消失。并指出萎缩性胃炎，胃酸减少者，可选加乌梅、白芍、五味子、金樱子等。肥大性胃炎伴吐酸水者，可选加淡鱼古、珍珠层粉、煅瓦楞子等；腹胀者可加枳实、川朴等。〔181〕丁氏治疗胃痛70例，其中溃疡病20例，溃疡病合浅表胃炎9例，溃疡病合萎缩性胃炎6例，浅表性胃炎19例，萎缩性胃炎10例，浅表胃炎合并萎缩性胃炎5例。均以半夏泻心汤化裁方为主，辨证加味治疗。多数病例服药3—5剂胃痛诸症消失，少数病例胃痛减轻。经纤维胃镜检查或钡餐透视证明，7例治愈，58例有效，无效5例。文中介绍典型病例：张××，男，29岁，工人。胃痛一年余，近半月来，每晚疼痛加剧，持续2~3时，进食热饮，亦不减痛。胃镜检查：幽门口前有粘膜突起如屏幕状，球部充血水肿，球后有蚕豆大溃疡，周边红肿，中间覆盖白苔。诊断为十二指肠球部溃疡（急性期）。用半夏泻心汤加味治疗，服药5剂，疼痛明显减轻。服药40剂后，胃镜复查：十二指肠球部溃疡消失，球后粘膜色红，球部轻度变形。诊为球部溃疡（恢复期）。〔182〕张氏用本方加吴茱萸、香附、川楝子、黄芪；江氏用本方加延胡索、鸡内金治疗十二指肠球部溃疡都获良效。〔183〕

对胃、十二指肠溃疡，慢性胃炎引起痉挛或水肿所致的幽门梗阻，也可用本方加减治疗。林氏治疗患20余年的十二指肠溃疡近期并幽门梗阻，用本方加鸡内金、海螵蛸合左金

丸。1剂呕减，2剂痞满消而呕吐止。〔184〕江氏又用本方和旋复代赭汤加减治疗十二指肠球部溃疡并幽门梗阻，粘连性不全肠梗阻。经西药治疗5天，除脱水好转外，余均不减。服此药1剂呕吐即止，再剂排出粘液状便2次，腹胀腹痛均明显减轻，可进半流质，又以此方加减2剂而痊愈。〔185〕

贺氏又用本方加附片、川朴、砂仁，治疗胃下垂（6厘米）并十二指肠球部溃疡，中医辨证属寒热湿和结于胃中，兼脾阳虚者。症见：胃脘痞满闷痛不休，逐渐加剧，食欲纳不佳，每餐只能食1~2两米饭，口苦口干，便少尿黄，苔黄白厚腻，脉弦软略数。服3剂后，症状减轻，原方加菖蒲、干姜、川连，附片减至6g，续服10余剂后症状消失。后经胃肠钡餐复查，胃下垂1~2厘米，龛影消失。〔186〕

9.胃炎、胃溃疡常有胃脘疼痛、胀闷吐酸等表现，故用四逆散治疗有较好疗效〔187〕。报告用四逆散、柴胡桂枝汤治疗经胃内窥镜确诊之活动期胃溃疡8例，6例有上腹痛，经治疗后，周内上腹痛消失4例，2周内上腹痛消失1例，无效1例。4例初发溃疡均获痊愈，3例复发性溃疡治疗后也缩小〔188〕。另报告用本方治疗胃炎11例，十二指肠溃疡3例也获良效〔189〕。用治胃神经官能症也有效果〔190〕。张氏用本方加味治疗胃粘膜异型增生症30例其效颇佳〔191〕。此外，尚有不少用本方治疗胃脘痛的报告〔192〕。

3.胆道疾病

急慢性胆囊炎，胆石症和胆道蛔虫症，证见寒热往来，右胁、上腹疼痛，恶心呕吐，口苦苔黄腻等，用四逆散加减有较好疗效。曾报告用本方加乌梅、苦楝皮治疗经西医治疗未见好转之胆道蛔虫病51例，结果全部治愈，腹痛平均1.5天消失，发热恶寒1—3天消失〔193〕。另报告用本方加川椒、乌梅为

主治疗胆道蛔虫50例，单纯性者平均2天止痛，合并感染者需2.5天；还有报告用本方加味为主治疗41例也获较好疗效^{〔194〕}此外尚有用拔萃四逆散（本方加玄胡，川椒、黄连、乌梅、苦楝根，玄明粉）^{〔195〕}以及用本方随证加减治疗有效的报告^{〔196〕}。用本方治疗急慢性胆囊炎、胆结石也有明显疗效^{〔197〕}。还有报告本方加理气、利胆、清热、通下之品中西医结合治疗急性梗阻性化脓性胆管炎15例，除1例手术外，余均获治愈^{〔198〕}。

急慢性胆囊炎多有发热、胁痛、口苦、呕吐、脉弦等少阳症表现，小柴胡汤有显著利胆作用，对胆囊炎多有疗效^{〔199〕}。

贺氏治疗寒热互结胆胃、肝脾胃胆升降失司的慢性胆囊炎。症见：右上腹胀痛，放射至右胁及肩胛，微畏寒不发热，口苦，恶心呕吐，食欲不振，右上腹部有无痛。舌质淡红，苔薄腻，脉细弦数。用半夏泻心汤加桂枝、郁金，3剂后腹痛呕吐大减，精神略振，守原方续服5剂而愈。^{〔200〕}

4. 肝炎、肝硬化

肝炎临床多有肝脾不和见证，故用四逆散治疗有一定疗效^{〔201〕}。如用本方加茵陈治急性黄疸型病毒性肝炎有效^{〔202〕}。用本方合茵陈蒿汤治疗效也佳。如慢性肝炎则可用本方加钙肝开郁、利尿清热之品^{〔203〕}。另报告还用本方治疗乙型肝炎使HBSAg转阴^{〔204〕}。以本方简化而得之甘柴合剂（甘草、柴胡等）治疗急性传染性肝炎疗效较佳，有效率达100%^{〔205〕}。

小柴胡汤主要用于治疗慢性肝炎，对慢性活动性肝炎、脂肪肝、肝硬化均有效，可单独应用，但根据辨证与它方合用则常获良效，而与活血化瘀剂并用则疗效尤佳^{〔206〕}。如用本方合桂枝茯苓丸治疗慢性肝炎56例，可见患者血清GPT，

GOT显著降低,通过对治疗前后患者生化指标变化全过程进行评价,认为40%—50%的患者用药后病情显著改善〔207〕。另报告对于经肝穿刺、超声波、肝扫描确诊之慢性肝炎36例,辨证分型后采用大、小柴胡汤、黄连解毒汤、桂枝茯苓丸等进行治疗,以SGPT下降程度为疗效指标,结果有效率为75%,其中慢性活动性肝炎33例有效率为82%,HBSAg阳性者有效率为87%,阴性者有效率为78%,小柴胡汤对中间证或虚证的慢性肝炎,无论是HBSAg阳性或阴性均有显著疗效〔208〕。有地氏用本方并用下瘀血丸治疗顽固性慢性活动性肝炎,斋藤氏用本方等治疗经腹腔镜和肝活检确诊之慢性肝炎伴硬化脂肪肝等患者,矢数氏用本方合分消饮治疗肝硬化腹水等均有疗效。另有报告,对于用强的松龙治疗无效且产生副作用的慢性活动性肝炎45例,经并用本方等进行治疗,不仅能显著地改善、清除激素的多种副作用,而且使肝炎也得到好转,治疗6个月后,获显著改善者11%,改善者49%,轻度改善者18%,有效率为60%。国内也曾报告以本方为主治疗肝硬化有一定疗效,能使肿大的肝脏缩小,质地变软〔209〕,此外,报告单方或加减方治疗,以本方配合食疗、运动,以本方合桂枝茯苓丸、当归芍药散、茵陈王苓散、茵陈蒿汤以及活血化瘀药治疗见证各有不同的慢性肝炎或烧伤性黄疸,均获不同疗效,半夏泻心汤对慢性肝炎、早期肝硬化所出现的胃纳不佳,脘腹胀闷,胁肋胀或痛,肠鸣等症状能改善或缓解。〔210〕周氏也用本方加厚朴、山楂、茵陈、败酱草治疗慢性肝炎,只3例,则心下痞满,腹胀微痛,肠鸣便溏等症状就消失。后以归芍异功散合一贯煎调治5个月诸症悉除,肝功恢复正常〔211〕。陈氏认为本方对改善湿热型迁延性慢性肝炎的临床症状及降酶有一定的作用。并用本方加茵

陈、枳实、麦芽治疗1例患肝炎10余年的患者。肝肋下1.5厘米，质硬Ⅰ°~Ⅱ°，表面平滑，无结节，叩击痛，脾侧位触及。转氨酶301单位，脑絮+++，乙型肝炎表面抗原阳性，甲胚蛋白阴性。用药3剂后自觉好转，前方加减服26剂，肝功复查正常。再用六君子汤加柴胡、白芍调理月余，肝功能稳定，停药。〔212〕

5. 神经精神性疾病

小柴胡汤证中，有人认为“默默”当作一证视之，此乃火内郁，肝胆失其条达之性，从而影响情志所致〔213〕。本方及其组成药有明显的神经、精神药理活性，临床用本方治疗多种神经精神疾病有效（治疗妇人“热入血室”及妇科其他神经精神性疾患有一定疗效）。另有报告表明本方对癫痫、前庭神经元炎、失眠、麻醉性镇痛药戒断综合征以及多种疼痛均有一定疗效。实验证明柴胡桂枝汤有抗癫痫效果，组成药中柴胡、生姜单味也有效，临床用小柴胡汤治疗癫痫而有胸胁苦满感者有效〔214〕。前庭神经元炎属外感眩晕范畴，临床表现与小柴胡汤证相合，报告用本方加味治疗23例，全部治愈，1周左右症状便完全消失〔215〕。另有报告因临证见有本汤证而投予小柴胡汤，治疗顽固性失眠〔216〕、强痛定戒断综合征均获显效〔217〕。广瀨氏用本方合半夏厚朴汤治疗头痛、心神不安、神经性休克和健忘等也获良效〔218〕。临床用本方治疗多种疾病有显著止痛作用〔219〕。

6. 泌尿系统疾病

（1）肾炎：报告小柴胡汤加减治疗急慢性肾炎有效〔220〕。还报告用本方合并八味丸治疗对强的松龙无效的慢性肾变性肾炎患儿，使类固醇剂量大幅度减量而疗效颇佳〔221〕。对于肾病综合征本方也有较好疗效〔222〕。正田氏用本方加电

针治疗急、慢性肾病各20例，经半年的治疗使颜面浮肿消失，血胆固醇明显降低，尿蛋白大为减少，血清分析可见组织胺、IgE、IgG均显著下降而CAMP显著上升，经肾活检也确证肾脏变显著减轻或接近消失，取得良好效果。^{〔223〕}

(2) 肾绞痛：报告小柴胡汤加减治疗输尿管结石2例，经2—3天即痛止^{〔224〕}。

(3) 肾盂肾炎：报告以小柴胡汤加减治疗肾盂肾炎有效^{〔225〕}，有人强调重用柴胡疗效方佳（15—30g），以此剂量治疗急性肾盂肾炎16例，获较好效果。^{〔226〕}有用本方加减治疗重症肾盂肾炎的经验报告^{〔227〕}。另有报告用本方治愈慢性肾盂肾炎、尿毒症而病邪仍在少阳半表半里者^{〔228〕}。

(4) 小儿尿路感染及夜尿症：小柴胡汤合并西药治疗小儿慢性多发性尿路感染症5例，投药期间均未见复发^{〔229〕}。另报告本方治小儿夜尿症也有效^{〔230〕}。

7. 妇科疾病

桂枝汤在妇科疾病运用范围较广，不仅用于产后感冒、高热^{〔231〕}及人工流产术后发热^{〔232〕}等，还广泛用于妇科之营卫不和证等。如报告用本方治疗13例，其中包括痛经兼感冒2例，早孕反应3例、绝经前后诸症以及人工流产、产后病等2例，除1例外，均服3~6剂获显效，本方尤多用于妊娠反应，有显著疗效^{〔233〕}。本方尤多用于妊娠反应，有显著疗效，不仅能缓解妊娠反应，且利于胎儿发育生长^{〔234〕}，还用以试胎（判断停经后是否为妊娠）。此外，本方尚用于产后血虚外感大便困难^{〔235〕}，阴痒。^{〔236〕}

妇科疾病常与肝郁有关，用四逆散治疗多种妇科疾病有较好疗效，如经前紧张综合征^{〔237〕}，月经后期、闭经、带下、更年期综合征^{〔238〕}，痛经^{〔239〕}、急性乳腺炎^{〔240〕}等。有

人治疗慢性附件炎190例,患者均有不同程度的小腹疼痛,115例有月经不调,64例白带增多,辨证分气滞血瘀兼夹湿热型及气滞血瘀兼夹寒湿型,前者用四逆散化裁,后者用桂枝茯苓丸化裁,并随证加减,结果治愈69例(36.3%),好转115例(60.5%),总有效率为96.8%^[241]。另报告用本方加味治疗输卵管不通3例,均获效而怀孕^[242]。此外,还称用丹栀四逆散治愈月经周期性口糜^[243],以及用本方治愈乳汁冰冷症者^[244]。

(四) 和法禁慎

和解清热、调解脏腑本无禁忌,但有些医生乐其和平而滥用,则亦不可无禁。程锺龄《医学心悟》说:“如病邪在表,未入少阳,误用柴胡,谓之引贼入门,轻则为疟,重则传入心胞,渐变神昏不语之证”。此说未免过甚其辞。盖太阳表证本不应用柴胡,故不可用。所谓为疟,为神昏,前者可能为疟的前期,而定型未现,后者则疾病发展的结果,非关柴胡之事。某些地方的医生畏柴胡不敢用,恐亦有受此说影响。鉴于柴胡是和法常用之主药,对柴胡有种种说法,如江浙说柴胡劫肝阴,其实柴胡性质和平,惟从近代对柴胡的认识,有两种情况宜慎用,一是素有胃病(或胃十二指肠溃疡或慢性胃炎)者要慎用柴胡,因柴胡药理析含皂甙量高,对胃粘膜刺激易引起呕吐,小柴胡汤证中之心烦喜呕是热病所致,而非胃病故有“非柴胡证”之条文(见用和法一节)。二是素有高血压者慎用柴胡,因柴胡升阳,临床见到易引起血压更为升高,《本草经疏》:“病人虚而气升者忌之,呕吐及阴虚火炽炎上者,法同所忌。”

(五) 和法原理

1. 柴胡之清热抗炎作用: 柴胡之解热抗炎作用早有报

道^[245]，大剂量的柴胡煎剂(5克生药/公斤)对人工发热的家兔有解热作用，柴胡甙200—800毫克/公斤口服，对小鼠有肯定的降低正常体温及解热作用。在大鼠的皮下肉芽囊肿(巴豆油及棉球法)试验中，确定柴胡甙有抗渗出，抑制肉芽生长的作用，其抑制肉芽生长的作用强于抗渗出的作用。

2.理气解郁药的作用原理：天津南开医院^(b)以柴胡、木香、枳壳、郁金、白芍、陈皮组成药组进行动物实验，静脉注射理气解药后能引起狗的胆总管口括约肌紧张度下降并有利胆作用。对家兔的静脉注射烟碱引起肠管张力上升，待作用充分时，静脉注射理气解郁药，则紧张性立即降低，蠕动减慢，幅度变小，充分显示其解痉作用。如此可解释临床用法之调整肝胆、胃肠功能的基础。

3.柴胡、甘草对实验性肝损伤的作用，柴胡与甘草为小柴胡汤与逍遥散所有的药物，山西医学院肝病研究组^[246]经研究发现，用柴胡、甘草治疗四氯化碳引起的肝损伤作用，能使肝脏的变性和坏死明显减轻，肝细胞内蓄积的肝糖元和核糖核酸含量大部分恢复或接近正常，血清谷丙转氨酶值显著下降，与对照组有非常显著差异；若对实验性肝硬化动物在不同时间给予柴胡与甘草，能明显阻止肝脂肪变性和纤维增生作用；已发现肝纤维增生的动物，停止病因刺激，给予柴胡、甘草，可使肝纤维有不同程度的重吸收，甚至完全或大部分吸收。说明这些方剂或药物是主治胸胁苦满的基础。

四、清法

(一) 概念

清法，又称清热法。是通过清解热邪的作用，以治里热证的一种治疗方法。

《素问·至真要大论》：“热者寒之”、“治热以寒”是清法的立法依据。清法的运用范围较广，现代很多疾病都常应用清法。

伤寒清法，可分为清热生津（清气分热）、清热解毒（清热治痢）、清热利湿、清热泻火四种。

（二）适应证与代表方

1. 用于气热炽盛证。证由阳明经热盛引起，见壮热，烦渴，口干舌燥，面赤恶热，大汗出，脉洪大有力。治宜清热生津。代表方为白虎汤。

白虎汤由知母9克（六两） 石膏30克（碎，一斤） 甘草3克（炙，二两） 粳米9克（六合）组成。水煎服。方中生石膏辛甘大寒，清泻肺胃而除烦热，为主药；知母苦寒以清泄肺胃之热，质润又可滋其燥，为辅药；石膏配知母清热除烦之力尤强。甘草、粳米益胃护津，防大寒之剂损伤脾胃，为佐使。四味合用，共奏清热生津之功。

现代药理研究，天然石膏为含水硫酸钙，并含有少量杂质。其水煎剂用于人体及动物实验性发热，均证明有解热作用，而合成的纯粹石膏则无退热效能，因而推测天然石膏的解热作用，可能与其所含杂质有关。由于本品解热而不发汗，其机理显然并非加强散热过程而解热。或系通过抑制产热中枢，以收解热之效。但有人认为石膏内服经胃酸作用，一部分变成可溶性钙盐，至肠吸收入血而增加血清钙离子浓度，可抑制神经应激机能（包括体温调节中枢），减低骨骼肌的兴奋性，缓解肌肉痉挛，又能降低毛细血管通透性，故有解热、镇痉、消炎作用。但硫酸钙口服即使吸收，其量亦微，不致明显提高血钙水平。此种推论，似难解释石膏的作用机理。此外，温病之烦渴，属细胞内脱水，虽饮水亦不能

止渴。而石膏确有解渴之效，但其机理未明。本品清热解渴之力甚强，故为本方主药。

知母对人工发热动物有明显解热作用，临床观察亦证明能加强石膏的解热效能，故为本方辅药。本品尚能降低神经系统的兴奋性而起镇静作用，故可治疗热性病引起的脑部充血和神经兴奋造成的心烦失眠，其镇静作用的活性成分可能与其所含烟酸有关。

甘草具有肾上腺皮质激素样抗毒、抗炎及抗变态反应作用，可缓和机体对各种内毒素的反应，抑制体温中枢对内热原的反应，抑制炎症反应，因而有助于高热下降，并使炎症引起的局部和全身症状得以缓解和改善。故笔者使用本方，除重用石膏外，并加大甘草用量。

粳米含淀粉，蛋白质，维生素 B₁ 等，略有滋养之效。本方主要利用其煎煮后形成稀粥，使石膏细末混悬于粥液中，以减少杂质及钙盐因沉淀而丢失；且可防止因服大量石膏而导致呕吐或腹泻。笔者恒以淮山药或茨实代替粳米，亦即此意。但热盛便秘，欲利用石膏导泻，则以吞服石膏细末为佳。

用本方对大肠杆菌及葡萄球菌作抑菌试验，无论原液或浓缩液均无抑菌作用；白虎加人参汤亦无抑菌作用^[247]。

复方实验研究还证明，用本方治疗感染乙型脑炎病毒的小鼠，能提高存活率，与对照组比较有显著差异。而白虎加人参汤则差异不够显著^[248]。

综上所述，本方的解热作用显著，并有一定的抗毒、抗炎、抗变态反应及镇静作用。动物实验及临床观察均证明对乙脑有较好的疗效；临床用于治疗其他多种病毒或细菌感染性疾病亦有疗效。但初步试验表明，本方对病原体并无抑制作

用。故其疗效的取得，可能与缓和机体对病原体的反应，使机体顺利通过病程有较大关系。

此外，本方及白虎加人参汤治疗糖尿病有一定疗效。初步实验研究表明，对于四氧嘧啶引起的大鼠糖尿病，只有知母及人参有明显降血糖作用。在复合应用时，知母与石膏或人参与石膏组合，均使降血糖作用增强。但知母与人参组合反见削弱，人参用量越大，作用越弱。知母与人参在原方比例为5:3时尚有一定降血糖作用，如改为1:1.8时则作用近乎消失，此时再加入石膏，又可使降血糖作用恢复，石膏用量增大，在一定范围内，作用相应增强，再依次加入甘草和粳米，作用亦有提高。说明知母和人参间虽有拮抗作用，但通过石膏的协调，甘草、粳米的辅佐，仍可共同发挥降血糖的作用⁽²⁴⁹⁾。

〔附方〕

(1) 白虎加人参汤：即白虎汤加人参组成。功效清热涤暑，益气生津。主治气热炽盛而见气阴两伤者，亦治暑热伤气之症。

(2) 竹叶石膏汤：由竹叶、石膏、半夏、麦冬、甘草、粳米组成。功效清热生津，益气和胃。主治余热未尽，气津两伤症。

2. 厥阴热利证。症见腹痛，里急后重，肛门灼热，泻下脓血，赤多白少，渴欲饮水，舌红苔黄，脉弦数。治宜清热解毒，凉血止痢。代表方为白头翁汤。

白头翁汤由白头翁15克（二两） 黄柏12克（二两）
黄连6克（三两） 秦皮12克（三两）组成。水煎服。方中的白头翁清热解毒，凉血治痢，为主药；黄连、黄柏、秦皮协助白头翁清热解毒，燥湿治痢，均为佐使药。四药合用，共收清热解毒，凉血治痢之功。

现代药理研究，体外实验证明，白头翁鲜汁，煎液及醇提液均有明显抗病原微生物的作用。对痢疾杆菌、大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌及结核杆菌等，皆能抑制，并能杀灭溶组织阿米巴原虫的滋养体和阴道滴虫。本品对感染阿米巴原虫的小鼠亦有明显治疗效果。秦皮对弗氏痢疾杆菌、肺炎双球菌、甲型链球菌等亦有较强的抑制作用。黄连与黄柏主要含小檗碱，为广谱抗菌药，对痢疾杆菌、金黄色葡萄球菌等多种杆菌与球菌，均有显著抗菌作用。四药配用，则为强有力的清热解毒剂。

黄连尚能增强白细胞及网状内皮系统的吞噬功能。秦皮则有抗炎作用，其所含秦皮乙素能拮抗炎症刺激物所致毛细血管通透性增高；所含七叶树甙又能抑制肉芽肿形成。故二者合用，既可增强免疫功能，又能减轻肠道的炎症反应。

白头翁对肠粘膜有收敛作用，故能止泻，止血；本品所含白头翁素尚有镇静，镇痛及抗痉挛作用。黄连、黄柏所含小檗碱对血小板起保护作用，使其不易破碎，故有促血凝效能。三者配合，既可缓解腹痛、腹泻，又可减轻出血。

复方实验研究证明，本方无论是体外或体内，对志贺氏、宗内氏及弗氏痢疾杆菌，均有抑制作用，并可促进机体机能，增强抗病能力〔250〕。临床观察亦证明，不论用白头翁汤全方或分别单用其组成各药，对菌痢均有效，治愈率为90—100%（黄柏治疗组有16%复发）。不但症状消失很快，且大便细菌培养转阴时间亦与磺胺组、链霉素组及痢疾噬菌体组相仿〔251〕。

综观全方，四味药物对痢疾杆菌、大肠杆菌均能抑制，黄连与秦皮的作用尤为显著；白头翁又能杀灭阿米巴原虫滋养体。本方并能增强白细胞及网状内皮系统的吞噬功能，且

有抗炎、解痞、镇痛及促凝血作用。因此，无论对于阿米巴痢还是细菌性痢疾，均有较好疗效。故中医将其功能概括为清热解毒，凉血止痢，可谓精当。

〔附方〕

(1) 葛根芩连汤：由葛根，黄芩，甘草组成。功效清热止痢。主治协热下利证。

(2) 黄芩汤：由黄芩，芍药，甘草，大枣组成。功效清热和血止痢。用于痢疾。

(3) 甘草汤：即甘草一味水煎服。功效清热解毒，利咽止痛。主治少阳病客热咽痛证。

(4) 桔梗汤：由桔梗，甘草组成。功效与甘草汤相同，另具利肺豁痰之功，作用较甘草汤为强。

3. 阴明发黄证。症见一身面目尽黄，黄色鲜明如橘子色，腹微满，口中渴，但头汗出，小便不利，舌苔黄腻，脉沉实或滑数。治宜清热利湿。代表方为茵陈蒿汤。

茵陈蒿汤由茵陈蒿30克（六两） 栀子15克（擘、十四枚） 大黄10克（二两）组成，水煎服。方中重用茵陈为主药，以其最善清利湿热，退黄疸；辅以栀子清泄三焦湿热；佐以大黄降泄瘀热。三药均为清热退黄之要药，合而用之，清利降泄，引湿热由二便而去，使邪有出路，则黄疸自除，故为临床常用之清热利湿退黄剂。

现代药理研究证明，茵陈其有效成份为：6,7-二甲氧基香豆精，绿原酸，咖啡酸，对羟基苯乙酮等。其药理作用：

(1) 利胆作用；(2) 对实验性肝炎的影响，茵陈蒿汤，茵陈蒿及栀子大黄煎剂均能降低小白鼠四氧化碳中毒性肝炎的死亡率。茵陈的水浸液及精制浓缩浸液，对犬四氧化碳中毒性肝炎，其利胆作用较正常犬显著，茵陈煎剂及茵陈挥发油

对四氧化碳中毒性肝炎的家兔血清转氨酶无影响，但后者能使肝炎家兔食量增加，对病毒性肝炎之小白鼠无改善其死亡率及肝细胞病变的作用。茵陈蒿汤对家兔有促进肝细胞再生作用；（3）解毒及抗微生物作用；（4）降低及利尿作用等〔252~257〕。

山栀子清利三焦湿热，有促进胆汁分泌的利胆作用和降低血中胆红质的作用。此外还有降压，止血，镇静，抗感染等作用。故能协助茵陈加强利胆，降低血中胆红质及清热利湿作用。

大黄有广泛的药理作用，如利胆，泻热，通便，散淤，还可以制药茵陈抑制肠管蠕动的副作用及热毒所致的便秘，保持大便通畅，在急性传染病中，保持二便通畅，使邪有出路，是中医治疗中的重点。此外还有抗菌、抗病毒、消炎、健胃、解痉、抗过敏、抗高胆固醇血症等作用〔258,259〕。

总之，茵陈蒿汤具有清热消炎、祛湿利尿、利胆退黄的综合作用。是治疗湿热黄疸的有效方剂。

〔附方〕

（1）栀子柏皮汤：由栀子、甘草、黄柏组成。功效清泄湿热，主治伤寒身热发黄者。

（2）麻黄连翘赤小豆汤：由麻黄、连翘（即连翘根、杏仁、赤小豆、大枣、生梓白皮、生姜、炙甘草）组成。功效宣透表邪，清泄里热。主治湿热内郁，表邪未解而发黄者。

4.热痞证。症见心下痞，按之濡，其脉关上浮。或发热烦躁，甚则发狂，便秘溲赤；或吐血衄血；或目赤而痛；或口舌生疮，牙龈肿痛，舌红苔黄，脉滑数。治宜清热泻火。代表方为大黄黄连泻心汤。

大黄黄连泻心汤由大黄9克（二两） 黄连3克（一两）

黄芩9克（一两）组成。用开水浸渍，后去滓，分服。或水煎二次分服。方中大黄泻火通腑为主药，其意并非专用于攻下，而是取其泻火之功，或通过泻下而达到泄热之目的；黄连泻心清胃，黄芩泻肺清肠，均为大苦大寒之品，解毒而燥湿。合而成方，具有清热泄痞，泻火解毒，苦寒燥湿之效。

现代药理研究，黄连、黄芩、大黄均有较强的抗菌作用，且抗菌谱亦广，黄连、黄芩皆能抑制流感病毒，在体外尚能杀灭钩端螺旋体。黄芩有解热、抗炎作用；黄连能增强白细胞及网状内皮系统的吞噬功能；大黄泻下，可减少肠内毒素吸收。故之药常合用于感染性疾病。黄连有较强的利胆作用，可增强胆汁，使之变稀。大黄、黄芩亦可促进胆汁分泌，增加其排泄量。黄芩对二氧化碳引起的实验性肝脏中毒有保护作用；大黄泻下排毒，可减轻肝脉之解毒负担。故三药常合用于胆系感染，黄疸型肝炎。黄连所含小檗碱对血小板有保护作用，使之不易破碎；黄芩能改善毛细血管的通透性；大黄能增加血小板，可促进血凝，其刺激局部肠道而引起的腹腔充血，对机体上部之充血则相应有所缓解，从而可增强对上部出血的止血效果，并连而减少炎性渗出，促使上部炎症消退。

复方实验研究，本方具有以下药理作用：（1）抗病原微生物作用，本方对弗氏痢疾杆菌、大肠杆菌均有较强的抑制作用，而且三药中任何两药合用或三药合用时抗菌作用增强。^{〔260~262〕}。如单用黄连在20mg%浓度时有杀菌作用，但复方则在7mg%时即可杀菌^{〔263〕}。本方对葡萄球菌亦有抑制效能^{〔264〕}。曾报告本方10%煎剂对羊毛样小孢子菌等皮肤真菌也有抑制效果^{〔265〕}。（2）解热、抗炎作用。（3）利胆保肝作用。并可改善肾功能^{〔266〕}。（4）降血脂、降血压作用^{〔268〕}。

(5) 降血清氨质作用^[269]。(6) 止血作用,其机理尚未探明。

综上所述,本方抗病原微生物作用明显而广泛,并能解热,抗炎,利胆,泻下,止血,降脂,降压,为临床常用方剂。

〔附方〕

附子泻心汤:由大黄,黄连,黄芩,附子组成。功效泄热消痞,扶阳固表。主治热痞兼表阳虚证。

〈三〉临床应用

1. 感染性疾病

(1) 流行性乙型肝炎:自1954年石家庄地区以白虎汤为主治疗乙脑取得良好疗效^[270]以来,白虎汤已成为治疗该病的主方之一,能较快抑挫高热,降低病死率及后遗症发生率,此类临床报告甚多,一般而言,本方宜用于乙脑之邪在卫气分者,倘邪入营血或有兼证当随证加减。临床中当注意辨别乙脑患者之偏热,偏湿,热在气分,或已入营血,不能一经确诊为乙脑即投白虎,因白虎仅适于乙脑之偏热而有白虎汤证的患者。1954年石家庄地区以白虎汤治疗乙脑疗效颇良,而次年北京流行时则无效,原因是北京的乙脑患者偏于湿热,经蒲老指出后改投清热除湿、芳香化浊之品而获良效。这一表明中医辨证施治的重要性有名例子不仅对白虎汤如是,对其它所有中医方、药均应遵循,一般而言,乙脑属暑温而偏热者居多,当有白虎汤见证时,自古以本方治疗,如有报告本方以山药代粳米,加银花,连翘为主,治疗乙脑36例,治愈30例,死亡6例^[271],另有报告,以本方去粳米,加银花、连翘、板蓝根等清热解毒药,钩藤、僵蚕、地龙等镇惊熄风药治疗重症乙脑26例,暴发型6例,轻型16例,共46例,结果治愈44例。仅两例暴发型患者死亡^[272],还有报告,用本方为主采取中医西结合治疗乙脑329例,总病死率6.4%,

存活患者无重症残废〔273〕。另外，报告治疗20例热重型成人乙脑，也无一例留有后遗症〔274〕。

(2) 流行性出血热：发热期是本病治疗的关键，而此多见白虎汤症，故首推白虎汤〔275~283〕。如有报告用白虎汤为主治疗130例，其中休克及肾衰者10例，死亡仅一例，治疗组以发热下降幅度大全身中毒症状（尤其是精神症状）的改善为优，40℃以上的患者2天内有91.5%降至为正常〔284〕。徐氏治疗本病，于气分大热时加入清热解毒养阴之品，928例中获痊愈者900例，死亡19例，662例出现跳期〔285〕。考虑到发热期后之低血压休克，少尿期的病理过程，以及发热期本身即常有气血两燔表现，故以本方加清热解毒，凉血，滋阴，利尿之品疗效尤佳。如以本方加入丹参，益母草，大黄炭，白茅根，银花，连翘，板蓝根，治疗47例发热期患者，结果34例越过低血压休克期和少尿期而直接进入多尿期，其中发病1~2日内者全部直接进入多尿期，发病3~5天的30例中有18例直接进入多尿期。表明本方治疗流行性出血热不仅疗效较好，还可缩短病程〔286〕。再如以本方加银花、连翘、黄芩、丹皮、半夏、芦根、白茅根、滑石而构成抗出血热I号，报告用此方治疗流行性出血热223例，治愈达99.1%，患者也多从发热期直接进入多尿期或少尿期，或从低血压期直接进入恢复期的“跳”期现象，如发热期治疗者153例，跳期者111例（占72.5%），低血压休克治疗者43例，跳期者21例（48.8%），少尿期者22例，跳期12例（54.5%），从而明显缩短了病程〔287〕。此外，白虎汤配凉血活血〔288〕或增液养阴之品治疗本病疗效也佳〔289〕。

(3) 钩端螺旋体病：钩体病多有气分大热，此时用白虎汤为主要加清热解毒之品治疗有一定疗效，以对流感伤寒

型为佳，对肺出血型也可配伍应用〔290〕。有报告用苍术白虎汤治脑型钩体病1例获效〔291〕。

钩体病伴明显肝损害，出现黄疸及出血倾向者属黄疸出血型钩体病，及湿热为患，是茵陈蒿汤的适应症〔292〕，临证重加清热解毒药效果更佳。曾报告4例以茵陈蒿汤为主治愈〔292〕。另有报告用茵陈蒿汤加银花，连翘，鲜白茅根或黄柏等均有一定疗效〔293〕。

(4) 肺炎：肺炎多有气分大热表现，白虎汤可用于细菌性或病毒性肺炎的治疗，如报告用大量大剂量白虎汤治疗大叶性肺炎〔294〕、石膏知母注射液治疗小叶性肺炎〔295〕、以白虎汤为主治疗支气管肺炎或麻疹合并肺炎〔296〕等均有一定疗效。

肺与大肠相表里，根据上病下治原则，胡氏以清汤泻热，凉血解毒之白头翁汤为主，随证加减，治疗气、血分证之大叶性肺炎和支气管肺炎76例，其中体温在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 间者21例，斑片状模糊阴影，边缘不清者26例，白细胞计数均在 $1.6\text{万}/\text{mm}^3$ 以上，经治疗后症状消失，白细胞复常，肺部病灶完全吸收而治愈者56例，体温于3日内复常者8例，5~6日复常者37例，8~14日复常者11例。经治2日，体温不能控制，症状加重者11例〔297〕。

(5) 细菌性痢疾：白头翁汤对急性细菌性痢疾有良好的疗效，临床报告甚多〔298〕。一般治愈率在90%以上。临床曾报告说白头翁汤及其组成各单味药对急性菌痢的疗效相似，治愈率均在90%以上，249例患者的治疗与西医组相比，不仅症状、体征消失得很快，而且大便培养痢疾杆菌转阴时间也不长于西药〔298〕。葛根芩连汤对急性菌性痢疾有效，如报告用本方治疗40例，治愈36例，有效3例，平均退热时

间27.8小时，症状控制3.4天，脓血便消失2.8天，28例细菌培养阳性者18例转阴〔299〕。本方加减用治耐药性菌痢也有一定疗效〔300〕。此外还有用治暴发性菌痢的验案〔301〕，患者无论是小儿，抑或是孕妇均获良效〔302〕。便次复常，症状消失及大便培养转阴等方面均佳。另以白头翁15g，黄柏、苦参、地榆各12克，马齿苋30g治成人菌痢58例，痊愈率为87.9%，有效率为94.8%〔303〕。有以本方加白芍，甘草，木香等缓急理气〔304〕，养阴和中，兼顾腹痛，里急后重等症者似更可取。对中毒性痢疾，如报告以白头翁汤加青蒿、白薇为主治疗10例，并随证加味，获良好疗效〔305〕。对抗菌素无效的患者本也有良效。

急性胃肠炎无脓血便，里急后重也不明显，用白头翁仍有良效〔306〕。程氏报告治疗肠炎144例，有效率95.8%，多数患者症状在48小时以内消失，本方去黄连后仍有良好疗效〔307〕。

(7) 阿米巴痢疾：急性阿米巴痢属于“热痢”范畴，白头翁汤对此有良好疗效，临床报告也颇多〔308〕。如报告本方去黄连加地榆、苦参治疗25例，全部有效，痊愈22例，其中服5剂治愈者11例，服6~10剂治愈者12例〔309〕；对慢性阿米巴痢疾急性发作有良效〔310〕。慢性阿米巴痢疾仍有脓血便，辨证也属湿热痢疾范畴，故白头翁汤也颇佳〔311〕。对于阿米性肺脓肿，报告用本方加减，配合穿刺抽脓及其他药物治疗23例，全部治愈〔312〕。

(8) 其他泻泄：对于其它泻痢，辨证属热痢，或湿热痢者，也可用白头翁汤治疗。报告因肠滴虫，梨形鞭毛虫等而致之湿热泻痢4例，服用本方2—4剂皆愈〔313〕。慢性非特异性溃疡性结肠炎有便下脓血，里急后重等，本方治疗也有

较好疗效^{〔314〕}，如报告以白头翁化裁(白头翁50g、黄连25g、地榆25g、苦参50g、白芍25g、大黄15g、甘草15g)日1剂，1次或分2次服，15剂为1疗程，治疗19例，结果临床治愈16例，好转3例，以症状消失为快，肠粘膜病变恢复较慢故不宜过早停药^{〔315〕}。

接受放疗的患者因严重放疗肠道反应而有脓血样后，并有口干引饮等热象，报告以白头翁加甘草阿胶汤治疗2例颇应手^{〔316〕}。此外还有人认为本方对急性坏死性肠炎也有良效^{〔317〕}。对一般肠炎腹泻葛根芩连汤也有较好疗效^{〔318〕}。如报告本方去甘草加金银花等治疗87例热泻患者，均获痊愈^{〔319〕}。另有报告，因本方治疗36例秋季腹泻患者，平均2.7天止泻，3.4天退热^{〔320〕}。还有报告用本方加茯苓，泽泻，前仁等为主治疗婴幼儿秋季腹泻患者22例，也获良效，3.4天止泻，2.0天退热，较纯西药治疗者为优^{〔321〕}。本方似以对小儿多种原因的腹泻疗效较佳，如敖氏报告95例夏令小儿腹泻，以本方治痊愈者93%^{〔322〕}。刘氏报告乳幼儿消化不良症189例，邓氏报告小儿泄泻48例^{〔323〕}，以本方治疗均获良效。对小儿中毒性肠炎，特别是西药多方治疗无效者，疗效也佳^{〔324〕}，还有用本方治疗急重型泄泻者，如肾病综合征蛋白血症腹泻，食道癌术后腹泻，食物中毒性腹泻等均以本方加味治愈^{〔325〕}。

(9) 泌尿系感染：泌尿系感染属淋证范畴，多系湿热为病，与热痢病位不同而病因病机相同，故以白头翁汤治疗急性泌尿系感染仍有良效^{〔326〕}。如时氏报告63例，其中属急性感染者19例，慢性感染急性发作者44例；尿道炎12例，膀胱尿道炎33例，肾盂肾炎18例。以白头翁汤加清热利尿之品，如木通、前仁，篇蓄、瞿麦等。结果症状体征消失，尿检复常

而获显效者29例，有效24例，无效10例^[327]。还报告用本方加味治愈1例因患红斑狼疮而长期接受激素治疗合并绿脓杆菌感染的急性泌尿系患者^[326]。

(10)其他感染性及发热性疾病：白虎汤还曾用于流行性脑脊髓膜炎，败血症等的治疗，据称有一定的疗效^[328]。此外，也用于流感^[329]、肠伤寒^[330]、疟疾^[331]等病的治疗，如有称用本方加板蓝根，羌活治疗流感高热50余例，均在2天内退烧，但若无汗恶寒，口不干、不渴，尽管有高热也不可投白虎汤^[329]。对于暑天高热，以僵蝉白虎汤治疗30余例疗效颇佳^[332]。对于一些病性复杂原因难明的发热之症，倘有白虎汤见证，给予本方治疗，常可获顿挫热势，祛邪护津之效^[333]。小儿高热而呈表里并热，里重于表者本方可望获效^[334]。

(11) 传染性肝炎：

茵陈蒿汤是治疗急性传染性肝炎热重型（湿热阳黄）的专方^[335]。临床以此为主，灵活化裁，疗效颇佳，在退黄，降酶，促进食欲及消化功能恢复等方面均有良好效果，尤以退黄为著。临床报导甚多^[336]，既可单用本方，更常随证加减，或合用它方^[337]，如报告用本方加味治小儿传染性肝炎249例，一般1~2周后各主要症状即可消失，肝功相继复常^[338]。另有报告用本方及茵陈胃苓汤治疗急性肝炎71例，除1例中途停药外，其余70例均获治愈，认为本方对急性肝炎能缩短疗程，减轻症状，尤以退黄为显著，主张茵陈用量大至30~60g。有人报告治疗1000例小儿肝炎，其中急性黄疸型者620例，无黄疸型者247例，余133例为迁延性或慢性肝炎。急性者以茵陈蒿汤，栀子柏皮汤和茵陈五苓散为主治疗，结果一般于1~2天退热，7~8天退黄，4~5天精神食欲

复常，肝功于1个月内恢复者296，占34.1%，1~2月恢复者为252例，占29.1%，2~3月恢复者208例，占24.0%〔339〕。另有报告称对急性传染性肝炎，不论属何型，均以本方为主配合其它方进行治疗，湿重型合五苓散，热重型合栀子柏皮汤，肠积型合保合丸治之，疗效也佳。近报告以本方加减治疗新生儿肝炎综合征103例，治愈71例，好转21例，经治两周以上无效者11例，皮肤黄染消退为6~48天，平均为 21.9 ± 8.5 天；巩膜退黄为9—90天，平均为 28.8 ± 13.6 天，疗程为2~16周，平均为 5.7 ± 2.3 周；平均服药为 21.7 ± 9.5 剂〔340〕。丛氏对本方进行剂改而制备茵陈蒿汤丸〔341〕，每次1丸，1日3次，14天为1疗程治疗9例，平均黄疸指数12.6天转阴，胆红素10.2天恢复正常，症状平均7.3天改善，皮肤巩膜黄染平均12天消退，服丸药还要克服用煎剂的腹胀，腹泻现象，而仍保持良好的疗效〔342〕。另有人用本方加苍术，泽泻，茯苓与保肝疗法对照治疗传染性肝炎60例，用本方组与保肝疗法组相比较，茵陈蒿汤加味方组平均黄疸指数及脑磷脂絮状试验复常时间缩短4.1天，肝区体征消失缩短3.5天，上消化道症状消失和食欲改善缩短3天〔345〕。

(12) 重症肝炎：重症肝炎系湿热挟毒入营血所致，病死率甚高，茵陈蒿汤对此也有一定疗效，如有人以本方加黄芩，黄连，黄柏制成茵栀黄注射液，以此为主治疗重症肝炎32例，结果治愈29例，退黄迅速且完全，降低了病死率〔346〕。另有报告因本方合并大黄注射液治疗重肝炎23例，单用大黄3例，血清胆红素日平均下降 $0.7\text{mg}\%$ ，SCPT日平均下降23.6单位，麀浊为0.26单位，一般在用药后7~10天明显退黄，11例HBsAg阳性患者于21~60天转阴，取得良好疗效〔347〕。还有用本方为主治疗100例重症肝炎〔348〕，42例小儿传染性肝

炎并发肝昏迷^[349]，用本方加味（肝炎Ⅰ号），茵栀黄液，或本方合小陷胸汤加味治疗重症肝炎等均获好疗效，其中还有用茵陈蒿汤合小陷胸汤加味治疗7例难治的重度黄疸，疗效颇佳^[350]。但是茵陈蒿汤对重症肝炎以热重或湿热并重型疗效为佳，临症时尚应灵活变通^[351]，其中，茵陈蒿汤中生大黄引起的腹泻，是其对本病重要的治疗作用之一，不仅不应以副作用视之，而且还应因患者情况而调整大黄用量，以取泻为准。如有人报告，对黄疸较深，湿热久滞的患者，采用通下逐瘀法有较好疗效，以茵陈蒿汤合桃仁承气汤加减，使患者每日大便2~3次，能促进症状减轻和退黄，尤以对重症胆汁郁积型退黄为佳^[352]。

（13）新生儿溶血症：茵陈蒿汤对新生儿溶血症也有较好效果^[353]。如报告用本方去栀子加黄芩、甘草制为黄疸茵陈冲剂治疗此病40例，其中ABO型16例，Rh型2例，感染2例，原因不明20例，除3例采用换血治疗外均于3~4天恢复，有效率高达92.5%，血清试验发现本方对抗A，抗B和抗O抗体均有一定抑制作用，用本方预防新生儿溶血症也有明显作用^[353]。另有报告用本方加减口服或静脉滴注茵栀黄液治新生儿病理性黄疸37例，其中新生儿血型不合性溶血症11例，新生儿败血症24例，结果痊愈26例，近愈2例，好转5例，有效率为89.2%，尤以对湿热黄疸疗效为佳^[354]。

蚕豆黄也是一种免疫性溶血性黄疸症，其急性期多有湿热并重表现，故宜用茵陈蒿汤，有报告用本方加味（加田艾、茯苓、泽泻、丹参、甘草）治疗蚕豆黄16例，均获痊愈^[355]。

（14）胆石症、胆囊炎及小儿胆汁粘稠症：急性胆道感染多与胆道梗阻，特别是胆石症有关，其所致黄疸往往属

梗阻性（肝后性），对湿热并重者用茵陈蒿汤加减治疗也颇有疗效，如胆道排石汤、茵陈胆道汤等即为本方加味而成。胆道排石汤对胆石症及其合并胆道感染有良好疗效，而单味大黄即对急性胆囊炎有效^[356]。有报告中西医结合治疗急性梗阻性化脓胆道炎211例，抗胆道感染全部病例均应用茵陈蒿汤合大柴胡汤、五味消毒饮，取得较好疗效^[357]。毕氏报告，4例小儿胆汁粘稠症以本方化裁治疗，均服数剂而愈^[358]。

（15）肝损伤性黄疸：对于其他一些原因所致肝损伤性黄疸，茵陈蒿汤也有较好疗效，苑氏报告抗痨药所致肝损伤性黄疸5例，以本方治愈^[359]。日本人竹内氏对术后肝损伤用小柴胡汤治疗，合并黄疸者加用茵陈蒿汤，共治18例，结果SGPT及SGOT均见降低，手术后20周，SGOT复常者78%，SGPT复常者94%，碱性磷酸酶，胆红素及乳酸脱氢酶也均恢复正常^[358]。

（16）皮肤病：茵陈蒿汤虽为治湿热黄疸为主，但临床用治多种皮肤病而有湿热表现者也颇有疗效，如用本方治疗413例，其中以对过敏性皮肤病，如过敏性皮炎、接触性皮炎、荨麻疹等疗效为佳，324例治愈85%，显效14.3%，对牛皮癣取得意想不到的效果，但本方对皮肤搔痒症及玫瑰疹，多形红斑等疗效较差^[360]。另报导用本方加味治扁平疣、脚湿气、牛皮癣、荨麻疹、皮肤黑斑，人中面部褐斑，天疱疮等均有效^[361]。日本人还报告用本方治愈1例抗组织胺药物、钙剂等治疗无效之寒性荨麻疹^[362]。

（17）崩漏：有人认为崩漏而属实热，湿热者，可用茵陈蒿汤治疗，疗效颇佳^[363]。

（四）清法禁慎

清法一般并无明确禁忌，主要在于辨别寒热之真假，对

于假热真寒，如其人面赤狂躁，欲坐卧冷地，或数日不大便，或舌黑而润，或脉虽洪大，按然而空的，或口渴欲得冷饮而不能饮的，凡此种种，不得滥用清法。其次久用寒冷药，如生石膏、知母、龙胆草等会引起清化障碍，胃病便溏，若原有胃病者，甚至可以引起出血，则清法即在所禁忌。至于孕妇患热病，用清法并无碍，是为“有故无殒”。经期需用清法时，可于处方中加入荒蔚子等通经药即可。

（五）清法原理

1. 杀菌抑菌与抗病毒作用；中医研究院中药研究所^[364]，零陵地区卫生防疫站^[365]，陕西省中医研究所^[366]等筛选数百种中草药，其中具有抗菌或抗病作用的中草药绝大多数属于清热解毒药（为清法的主药）。如临床上广泛使用的鱼腥草、穿心莲、银花、黄芩等，都是从清热解毒中药里筛选出来的。胡氏^[367]来用鱼腥草注射液防治外科手术后切口感染52例，获甲级愈合48例，而同时期病种基本相同者手术随机抽样采用抗菌素的52例，获甲级愈合的则为39例，说明鱼腥草组在防治外科手术后切口感染方面优于抗菌素组。并体会到鱼腥草注射液对固紫染色阳性球菌作用最好，其中对金黄色葡萄球菌作用最强，在稀释1:40000浓度下仍有抑菌作用，对大肠杆菌、痢疾杆菌也有一定抑制作用。天津市南开医院^[368]在治疗急腹症常用的清热解毒药物都具有一定程度的抑菌作用，仅其抑菌谱和抑菌强度不同，如将银花、连翘、蒲公英、紫花地丁的体外抑菌实验，此四药对肠道常见菌群均有不同程度的抑制作用，若联合应用，则其抑菌效果较单味药更强。作者^[369]在设计肺炎Ⅱ号合剂之前，曾用鱼腥草、鸭跖草、半支莲三味草药组成的肺炎Ⅰ号合剂，对肺炎的痊愈率仅44%，按照西医对抗菌药物的认识，联合应用

一般可提高抗菌作用，于是在加二味清热解毒草药野荞麦根与虎杖根为肺炎Ⅰ号合剂，疗效就明显提高到92%，也有一些原来很少用于急性感染炎症疾病的药物，经过筛选发现有较强的抑菌作用，如上海中医学院附属曙光医院⁽³⁷⁰⁾报道具有祛风湿、补肾、止血的鹿衔草，不但体外抑菌谱广，抑菌作用显著，其有效成份鹿蹄草素，而且临床试用治疗上呼吸道感染、急性扁桃腺炎、菌痢等，得到一定疗效，且对某些经多种抗菌素治疗无效的感染，亦往往取得良好的效果。这样，鹿衔草也可意味着列入清热解毒类药物中。

抗病毒的实验研究，如丘氏⁽³⁷¹⁾采用乙脑病毒为京卫研株(小白鼠脑第20~30代)皮下感染法后24小时，用白虎汤，野台参白虎汤，升麻地黄汤，桑菊饮，竹叶石膏汤，石膏金蝎汤，安宫牛黄散，银翘解毒丸，单味用勾藤，佩兰大青叶及大青叶结晶等测试，结果小白鼠的存活率以白虎汤有显著性差异。湖北中医学院⁽³⁷²⁾以复方板蓝根注射液，经按脑炎病毒P₃株(小白鼠脑第78代)的中和试验能延长小白鼠死亡的时间或使其不死亡。武汉市⁽³⁷³⁾采取螃蜞菊(又称空心苋)注射液分别对流感病毒(70~5株)乙脑病毒(P₃株)及狂犬病毒(固定毒)作抑毒试验，结果中和指数最低也达5888(大于1000)即表明有抑毒作用，最高可达3162000。小白鼠感染乙脑前给药和感染后24小时给药，均有显著保护和减轻脑细胞坏死的作用。用螃蜞菊治880例乙型脑炎(其中极重型97例，重型90例，余为普通型与轻型)，治愈率达89.5%。重庆医学院⁽³⁷⁴⁾、河南省开封地区⁽³⁷⁵⁾、天津市⁽³⁷⁶⁾等通过大量中草药的筛选，至少发现黄柏、大黄、虎杖、黄芩等中药，在对流电泳及放射免疫电泳上，对乙型肝炎抗原有作用。

以上均说明多数清热解毒中草药有不同程度杀菌抑菌与

抗病毒作用。

2. 减毒作用：天津南开医院⁽³⁶⁸⁾观察了银花、连翘、蒲公英、紫花地丁不仅有抑菌作用，进一步采取伤寒杆菌内毒素为试剂，在家兔造成各种病理表现。服此四药的实验组与对照组相比，表明清热解毒药能解除内毒素所致的“双波热”，能使白细胞总数之减少能迅速恢复，能使动物的存活时间延长。则某些清热解毒药，不仅能抗菌清热，且有减毒解毒作用。

3. 抗炎、抗渗出作用：徐氏⁽³⁷⁷⁾报道清热药物连翘、银花对无菌性炎症有强大的抑制作用，并能提高腹腔炎性细胞的吞噬能力。降低微血管壁的脆性，保护微血管以抵抗毒性损伤。湖北中医学院⁽³⁷⁸⁾报道清热的复方龙胆（龙胆草、青蒿、大青叶、败酱草、车前草）能明显对抗外菌性的抗血清性和甲醛性关节炎，并有抑制肉芽肿的作用，其炎作用原理与肾上腺皮质功能无关，其能降低毛细血管通透性的作用可能是抗炎作用的一个因素。天津南开医院⁽³⁷⁹⁾观察清热解毒药对家兔实验性腹膜炎形成过程的影响，发现此类药物可使肠管浆膜面炎症渗出物减少，能基本控制肠壁脓肿的形成。解放军51197部队卫生队⁽³⁸⁰⁾用清热药物榆树皮、黄柏制成烧伤Ⅰ号药，治疗烧伤面积大小不等的二千余例，证明杀菌力强，结痂快，实验也证明烧伤Ⅱ号具杀菌和减少渗出的作用。

以上说明即使无菌性炎症时，清热解毒药也能抗炎，抗渗出，则不是由于其抗菌作用之结果。

4. 提高吞噬细胞功能：杭州市第二人民医院⁽³⁸¹⁾报道在体外实验，发现鱼腥草，大青叶，银花，野菊花等都具有促进白细胞吞噬金黄色葡萄球的作用。湖南医学院⁽³⁸²⁾等用复方黄芩注射液（黄芩、柴胡、银花、鱼腥草）治疗各种感染性疾病获一定疗效，并通过实验证明本品既有直接作用，

又能促进非特异性免疫反应增强血中白细胞吞噬功能。北京医学院⁽³⁸³⁾观察了白花蛇舌草等清热解毒药对实验动物单核吞噬细胞系统功能的影响，实验结果表明白花蛇舌草水煎剂给小鼠或家兔灌胃，其白细胞吞噬刚果红的能力较对照组提高四倍，说明白花蛇舌草能刺激单核吞噬细胞系统增强白细胞的吞噬能力。上海第一医学院华山医院抗菌素临床应用研究室⁽³⁸⁴⁾在穿心莲内酯取得治疗各种肺炎的疗效后，应用多种方法(包括采用不同菌种，培养方法，药物配比等)未发现穿心莲内酯有体外抗菌作用，组织孵育后也未见抗菌作用的增强，应用生物法或紫外分光光度法也测不到抗菌有效浓度。但在采用兔眼角膜感染模型后，发现穿心莲内酯有明显的保护作用，是由于能明显地增强吞噬细胞的吞噬能力，但对³H胸腺嘧啶掺入淋巴细胞及淋巴细胞的转化作用无影响。以上说明清热解毒药不一定通过其抗菌作用，还有可能通过提高病人的吞噬细胞功能而消除炎症。

5.抗肿瘤作用：国内用于治疗恶性肿瘤的中草药，以清热解毒药的比例最大，也被认为是发现抗肿瘤药物的一条新途径。关于清热解毒药中某些能抗肿瘤药的原理研究还不够，如广豆根与喜树碱联合应用治疗膀胱癌有效⁽³⁸⁵⁾。据中医研究院中药研究所曾对90种中草药进行抗肿瘤试验，证明广豆根能抑制某些移植性肿瘤，对U₁₄抑制率为37.4%；日本新田等人的实验研究也表明，广豆根对大鼠吉母肉及腹水型肝癌有免疫抗癌作用。解放军总医院及总后药检所从广豆根中提取出总生物碱和黄酮类成份，经307医院初步实验研究，广豆根中总生物碱对动物肿瘤S₁₈₀有抑制作用。喜树碱对多种恶性肿瘤有一定疗效，用广豆根——喜树碱治疗，疗效显著的病例，间质血管均有程度不同变化，血管周围绕以蛋白

性粉染渗出物，使血管腔变小，管壁明显增厚，造成肿瘤组织血液供应障碍，可能亦是肿瘤缩小的原因之一。如靛玉红^[386]治疗的慢粒病例与应用青黛治疗慢粒病例均无明显骨髓抑制现象，治疗见效时间较慢，见效前多数病例有短暂的白细胞数升高，这些情况提示青黛，靛玉红与一般化疗药物的作用原理不同，不是杀细胞药物。中国医学科学院分院从机体免疫功能，对嘌呤与嘧啶代谢的影响，细胞遗传学和电子显微镜检查等方面来研究青黛治疗慢粒的治疗原理，发现青黛在治疗慢粒过程中，能缩短粒细胞成熟时间从而使骨髓缓解，因此认为很有意义，值得进一步深入研究。

6. 调整交感神经——肾上腺系统机能：清法是针对热证而设，梁氏^[383]对28例辨证为热证，12例辨证为寒证与正常人进行比较，综合六项生理指标（唾液量，收缩期血压，舒张期血压，口腔温度，心搏间隔，呼吸间隔），将这些数值代入一个根据165名正常人求出的回归方程式内，计算指肠神经平衡指数。结果热症病人交感神经系统机能活动增强。这些病人还测定了尿内儿茶酚胺（分别测肾上腺素，去甲肾上腺素和多巴胺）及尿17-羟皮质类固醇，结果热症病人儿茶酚胺和尿17-羟值均高于正常，说明交感神经—肾上腺系统处于机能增强的状态。而寒症病人这些物质的排出量均低于正常，说明其交感神经—肾上腺系统处于机能减低的状态。经过这些病人进行针治疗研究即用清法去热证，温法治寒证，这些物质排出量和植物神经平衡指数都与病情好转相应，这就说明清法可抑制交感神经—肾上腺系统功能。

五、温法

（一）概念

温法，又称温里法。是通过温里，祛寒，或回阳等作

用，使寒去阳复，用治里寒证的一种治疗方法。

《素问·至真要大论》：“寒者热之”，“治寒以热”便是温法的立法依据。伤寒温法，可分为温中祛寒，温经散寒，温阳利水，回阳救逆，温化水饮五种。

（三）适应证与代表方

1. 太阴虚寒证。症见腹痛喜按喜温，泄泻清稀，呕吐食少，口泛清涎，四肢不温，或胸痹而心下痞满，或霍乱寒证，舌质淡苔白，脉微弱或沉细等证。治宜温中祛寒。代表方为理中丸（汤）。

理中汤由人参（或党参15克代）、干姜、甘草（炙）、白术各9克（各三两）组成。水煎服。若用丸剂，则上四味研末炼蜜为丸，每服6~9克，日服二至三次。方中干姜温中祛寒，为主药，邪去则正自复；人参益气健脾，为辅药，正复则邪易除；脾恶湿，急食苦以燥之，故佐以苦温之白术燥湿健脾；脾欲缓，急食甘以缓之，故使以甘平之甘草，既缓急止痛，又调和诸药。四药合用，则寒邪去而阳气复，脾胃温而运化强，吐利腹痛诸证随之而除。

现代药理研究，干姜含姜醇、姜辣素及多种氨基酸。姜辣素对口腔及胃粘膜有温和的刺激作用，故能促进消化液分泌，使食欲增加；本品尚能抑制肠内的异常发酵及促进积气排出。此外，对大脑皮质、延髓的呼吸中枢及血管运动中枢均有兴奋作用，能促进血液循环，使血压上升，给予呼吸和代谢以良好的影响。

白术含挥发油，能缓和肠管蠕动，可减轻腹泻而有健脾之功；其利尿作用，又有除湿之效。甘草对胃粘膜的溃疡面有保护作用，并可促使溃疡愈合，且有解痉作用，故有调和脾胃，缓急去痛之效。二药辅佐干姜，使本方调整胃肠功能

的作用更为显著。

党参有兴奋中枢作用，能减轻疲乏感；本品尚能促进红细胞及血色素增加。党参、白术均有促进白蛋白增加的作用；对于因化学疗法与放射疗法引起的白细胞下降，则能使其升高。二药与干姜配伍，使本方强壮，补益之力亦增强。

综合全方，不仅能调整消化功能，增进食欲，缓解腹痛，减轻腹泻，而且能振奋全身机能，改善机体全身状况，故为强壮、健胃之剂。

〔附方〕

(1) 桂枝人参汤：即理中汤加桂枝而成。功效温中健脾，祛寒解表。主治太阳虚寒兼表之证。

(2) 吴茱萸汤：由吴茱萸，人参（或党参），大枣，生姜组成。功效暖肝温胃，降逆止呕。主治胃寒呕吐证。

2. 用于阳衰阴盛证。症见四肢厥逆，恶寒蜷卧，吐利腹痛，下利清谷，神疲欲寐，口不渴，脉沉微细。或太阳病误汗亡阳。治宜回阳救逆。代表方为四逆汤。

四逆汤由甘草12克（炙，二两） 干姜9克（两拌）

附子9克（一枚，生用）组成。水煎二次，分服。方用大辛大热之附子，归少阴经，温阳以祛寒邪，回阳以救逆，为主药；辅以干姜之辛热，使温阳祛寒，回阳救逆之功更宏；以甘温之炙甘草为佐使，补脾胃而调诸药。三药合用，功长效宏，可速取回阳救逆之效。

现代药理研究，附子含乌头碱，乌头次碱，消旋去甲基乌头碱等成分。

附子有明显的强心作用，表现为心脏收缩幅度增高，频率加快，尤以心脏功能不良时，这一作用更为明显。近年已分离出一种微量强心成分，即消旋去甲基乌药碱，现已人工

合成，初步药理实验证明有较强的强心作用，并有松弛平滑肌作用，似对狗的心电图亦有影响。(387~389)

附子尚能兴奋垂体—肾上腺皮质系统；甘草亦有肾上腺皮质激素样作用；干姜则对大脑皮层，延髓呼吸中枢及血管运动中枢，均有兴奋作用，能增强血液循环，使血压上升。

复方实验研究证明，附子能使离体蛙心收缩增强，而甘草、干姜均无这一作用；但附子加甘草，比单用附子更能增强心收缩力。附子加干姜，在一短暂的心收缩力加强之后旋即消失强心作用；而三药合用组成本方，则可使心收缩力短暂下降后逐渐增强，在强度和持续时间上均超过附子(390)。本方注射液也能增强麻醉兔在位心的收缩力。

附子所含乌头碱对心脏有显著毒性，可致传导阻滞，心律不齐，甚至发生室性纤颤和停搏。附子经炮制后则乌头碱含量减少，毒性亦大减，而附子的强心成分经炮制和久煎后均不被破坏。

动物实验还证明，单用附子具有较大的毒性，但与甘草、干姜组成本方后则毒性大为降低。小鼠毒性试验证明，二者的口服半数致死量相差4.1倍，单用一定量的附子能引起动物死亡，但附子和甘草，或附子与干姜配用煎煮，则可完全避免动物死亡(390)。

综上所述，本方对中枢神经，垂体—肾上腺系统均有兴奋作用，尤以强心与升压作用显著，故能改善循环衰竭，而收回阳救逆之效。用干姜、甘草与附子配用，既能增强疗效，又可减轻毒性和副作用。

〔附方〕

(1) 四逆加人参汤：即四逆汤加人参组成。主治四逆恶寒脉微而复利、利止等证。对于各种疾病发展至阳虚寒

盛，症见手足厥冷，汗多气促，脉沉微等危重情况，均可应用本方治疗。

(2) 通脉四逆汤：即四逆汤倍干姜。主治阴盛格阳证。

(3) 白通汤：即四逆汤去甘草，加葱白组成。主治阴盛戴阳证。

(4) 白通加猪胆汁汤：即白通汤加猪胆汁组成。主治下利不止，厥逆无脉，干呕烦者。反佐咸寒苦降之猪胆汁，意在防其药物格拒。

(5) 干姜附子汤：即四逆汤去甘草而成。主治阳虚烦躁证。

(6) 茯苓四逆汤：即四逆汤加人参，茯苓而成。主治阳虚厥逆烦躁证。

3. 阳虚水泛证。症见发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，心忡动，振振欲擗地者。或肾阳衰微，水气内行，症见小便不利，四肢沉重疼痛，恶寒腹痛，下利，或肢体浮肿，苔白不渴，脉沉者。治宜温阳利水。代表方为真武汤。

真武汤由茯苓、芍药、生姜各9克（各三两）、白术6克（二两）、附子9克（炮，一枚）组成。方中附子大辛大热，归肾经，温壮肾阳，化气引水，为主药；辅以茯苓，白术健脾渗湿利水；配以芍药疏肝止痛，养阴利水，且又能缓附子辛燥之性，配以辛温之生姜，既可协助附子温阳化气，又可助苓、术温中健脾，共为佐使。诸药合用，而成温阳利水之剂。

现代药理研究，实验证明，附子能兴奋垂体—肾上腺皮质系统；临床观察对某些肾上腺皮质功能不全者，还具有肾

上腺皮质激素样作用。本品煎剂能抑制小鸡及大鼠之体温下降，在寒冷环境下，可延缓死亡时间，降低死亡率；临床观察亦能提高机体的耐寒能力。故本品有温肾祛寒之功，并有助于粘液性水肿之消退。

附子有强心作用，生姜能促进血液循环，白药有扩张血管作用，合而能改善血液循环障碍，并消退心源性水肿，而收温阳利水之效。

生姜能促进消化，增进食欲，白术能防止肝糖之减少，促进白蛋白增加，合而共奏健胃补养之功，亦有利于消退营养不良性水肿。

白术有较为明显的利尿作用，茯苓亦有一定的利尿效能，合而能渗湿利水，对各型水肿均有促进消退之效果。

此外，生姜尚有兴奋中枢作用，并对呼吸和代谢皆有良好影响。

综观全方，能兴奋全身机能，对神经，内分泌，循环，消化，泌尿系统均有一定影响，其利尿效能较为明显，故为温阳利水之剂，而多用于阳虚水泛之证。

4.用于血虚寒厥证。症见手足厥冷，舌淡苔白，脉沉细或脉细欲绝者。治宜温经散寒，养血通脉。代表方为当归四逆汤。

当归四逆汤由当归9克（三两） 桂枝9克（三两） 芍药9克（三两） 细辛6克（三两） 甘草6克（炙，二两） 通草（即现在之木通） 6克（一两） 大枣5枚（二十五枚，擘）组成。本方即桂枝汤去生姜，倍大枣，加当归、木通，细辛组成。方中当归归经入肝，为温补肝血要药，故为主药；桂枝温经通脉，白芍养血和营，二者共为辅药；细辛通血脉，散寒邪为佐；大枣，炙甘草为使，补脾气而调诸药。诸药合

用，而成温补通脉之剂。

现代药理研究，桂枝所含桂皮油有中枢性及末梢性扩张血管作用，能调整血液循环，使血液流向体表；白芍有扩张肢体血管的作用；木通煎剂可增强动物离体心脏的收缩。三药合用，则能增进血液循环，尤长于改善四肢循环障碍。

当归和细辛有一定的扩张血管的作用；当归含维生素B₁₂，菸酸及叶酸等有补血效能，二者与以上三药配合，不仅使改善末梢循环障碍的作用增强，而且兼能补血，故可共收温经通络，养血通脉之功。

细辛含挥发油等成份，有镇静及镇痛作用；白芍能抑制中枢神经系统；桂枝，当归亦有镇静、镇痛效能；细辛，甘草对实验性关节炎均有抑制作用。诸药配合，故可共奏通痹止痛之效。

桂枝所含桂皮油对胃肠有温和的刺激作用，能增强消化功能，排除肠道积气，并能缓解胃肠痉挛性疼痛；白芍亦能缓解胃肠平滑肌痉挛，并能弛缓子宫平滑肌，与甘草并用，则作用更为明显；当归尤长于调节子宫平滑肌张力，四药配合，可共收缓急止痛之功能。

实验证明，细辛挥发油对蛙、小鼠及兔等，均使中枢神经系统先呈兴奋，随后转入抑制，进而随意运动及呼吸减慢，反射消失；最后因呼吸麻痹而死。可见本品毒性较大，故有“细辛不过钱”之说；根据病情需要，虽可适当增大剂量，但宜慎重为妥。

综观全方，其调整血液循环，改善末梢循环障碍的作用最为突出；镇静、镇痛及抗实验性关节炎作用亦较显著；并有促进消化功能，缓解胃痉挛，以及调子宫机能，缓解子宫痉挛等多种作用。

〔附方〕

(1) 附子汤：由附子、人参、茯苓、白术，芍药组成。功效温经散寒，除湿止痛。主治少阴病阳虚身痛证。

(2) 桂枝附子汤：由桂枝，附子，生姜，大枣，甘草组成。功效温经散寒，祛风除湿。主治风湿留着肌肉证。

5. 脾虚停饮证。症见心下逆满，气上冲胸，呕吐清水痰涎，头眩，短气或心悸，舌淡苔白，脉弦滑或沉紧。治宜温化水饮。代表方为苓桂术甘汤。

苓桂术甘汤由茯苓12克（四两） 桂枝9克（三两，去皮） 白术9克（三两） 甘草6克（二两，炙）组成。水煎二次，分服。方中重用甘淡之茯苓健脾利水为主药；配辛甘温通之桂枝，温阳化气以消水饮为辅药；佐以苦温之白术，健脾燥湿以绝生痰之源；使以甘草益气和中，调和诸药。合而成健脾利水，温化水饮之剂。

现代药理研究，茯苓有镇静作用，能增强戊巴比妥所致小鼠麻醉催眠效果。桂枝所含桂皮醛、白术所含挥发油亦有镇静效果，故可治“水气炎心”之心悸怔忡。茯苓、桂枝、白术均有利尿作用。白术能促使血浆白蛋白增加，桂枝可促进消化，增进血液循环，有助于营养不良或血液循环障碍所致水肿的消退。甘草具有肾上腺皮质激素样抗炎作用，能减少炎性渗出。综观全方，利尿作用较为明显，并能促进消化机能，增强血液循环，尚有镇静，镇痛及祛痰止咳作用。故为健脾渗湿，温化痰饮之良方。

〔附方〕

(1) 茯苓甘草汤：由茯苓、甘草、生姜组成。功效温胃化饮。主治胃虚水停证。

(2) 茯苓桂枝甘草大枣汤：由茯苓，桂枝，甘草，大

枣组成。功效温通心阳，化气行水。主治汗后心阳虚欲作奔豚证。

(三) 现代应用

1. 消化系统疾病

(1) 慢性腹泻

理中汤对脾胃虚寒性腹泻，如慢性菌痢，慢性肠炎等有一定疗效，但需随证加减，疗效方佳。如用本方加黄连，茯苓而成之连理汤治疗慢性菌痢18例，病程3月——1年者5例，2——4年者7例，5年以上者6例，结果临床治愈16例，好转2例，治愈之16例的疗程最短8天，最长38天，平均12天^[391]。另报告治疗12例经抗菌疗法治疗无效者7例，中药治疗无效者5例，结果治愈9例，显效2例，无效1例，疗程为6——35剂，多数为10——18剂^[392]。还有报告治疗慢性泄泻14例，其中起于急性菌痢后者5例，阿米巴痢疾后者2例，以连理为主治疗，基本痊愈后则以参苓白术丸或理中丸巩固疗效，结果临床治愈11例，显效2例，无效1例^[393]。对于过敏性结肠炎疗效也佳^[394]。在上述报告中，黄连虽在疗效中占有重要地位，但显然主要还是全方的作用。报告用加减附桂理中汤治疗慢性泄泻21例，结果脾胃虚弱型14例，痊愈8例，有效5例，无效1例；脾肾两虚型7例，痊愈4例，有效2例，无效1例^[395]。还有附子理中汤口服或灌肠治疗婴儿腹泻^[397]，用理中汤加减治疗脾胃阳虚，气虚所致小儿呕吐，泄泻，和滞，疳积等^[396]以及慢性非特异性结肠炎^[398]，慢性阑尾炎的报告^[399]。此外，对于急性吐泻而呈脾胃虚寒者，也可用理中汤治之而愈。^[398]

四逆汤对肠炎、痢疾等泄泻而尿少阴病下利清谷者有较好疗效。如报告用四逆汤加黄连治疗证见大便溏薄，微热，

肢冷，脉微弱，苔薄白之小儿泄泻70例，其中33例及18例为西药或其他中药治疗三天无效者，2例为经中西医结合治疗3周无效者，其余17例未经任何药物治疗，结果治愈58例，近期治愈8例，仅4例无效。治愈日数最长7天，最短1天，平均4天〔400〕。对于小儿慢性肠炎，久治不愈及阳衰阴盛格阳之垂症泄泻，乃至急性胃肠炎和食物中毒等急性吐泻而伴四肢厥冷汗出，脉微欲绝者均可用四逆汤加减治疗〔401〕。

(2) 胃脘痛，腹痛

报告用加味理中汤治疗30例，经纤维胃镜检查属慢性萎缩性胃炎者18例（伴上皮化生者7例），慢性浅表性胃炎者8例，复合性溃疡3例，复合性炎症1例。经治疗后症状明显改善，主次证多有消失或减轻，尤以对胃脘痛疗效为佳，经治二月后10例消失，治疗三月后25例消失，5例减轻；其余喜温喜按，形寒肢冷等疗效也佳；对大便稀溏，面色萎黄，肢体倦怠，口淡不渴，食入不化及反复出血等也有疗效。并见多数患者食量、体重增加，舌体、舌质和舌苔及脉象也均有显著改善。经胃镜检查好转者17例，余13例无变化，其中萎缩性胃炎伴上皮化生之7例中4例好转。经治疗前后24小时尿类固醇含量测定，发现治疗后尿17羟和17酮分别增高51.6%和57.8%，表明本方能增强肾上腺皮质功能。免疫学测定还发现脾阳虚证患者有细胞免疫功能低下和体液免疫亢进现象，但经上方治疗变化不显著〔402〕。此外，还有用理中丸（汤）治疗胃小弯侧溃疡伴轻胃下垂、幽门痉挛、恶阻、〔398〕蛔虫性腹泻痛〔403〕、胆道蛔虫〔404〕、严重腹胀〔405〕、以及小儿肠痉挛所致阵发性腹痛的报告〔403〕。

(3) 胃下垂

曾报告用四逆汤为主随证加减治疗7例，胃下垂患者，

经治14——43天，不仅腹痛、腹胀、嗝气等主要症状显著减轻或消失，而且腹部压痛及X线所见之胃大弯位置及胃张力也有部分改善〔406〕。

(4) 肝炎

肝炎中属阴黄者可用四逆汤为主进行治疗，如报告以加茵陈四逆汤治疗13例获效〔407〕。另以四逆汤加茵陈、人参等治愈重症黄疸型肝炎2例，分别服药74日及90日而未见不良反应，提示姜附虽属辛热之品，但只要药证相符，仍可长期服用〔408〕。

2. 休克

四逆汤用于感染中毒性休克，心源休克等多种休克的抢救治疗颇有疗效，但细审四逆汤证及休克之临床表现，四逆汤似更宜用于低排高阻之亡阳型病例的治疗。如报告治疗23例急性心肌梗塞伴发休克，其中10例经中西医结合治疗，无一例死亡，中药即用的是四逆汤或四逆加人参汤〔409〕。另有介绍对气阴两虚型用生脉散，对亡阳型用四逆汤为主中西医结合治疗心肌梗塞患者50例。其中轻度休克33例，单用中药17例，中西医结合13例，另3例均用西药，结果全部治愈。重度休克15例，单用西药5例，死亡4例；中西医结合或单用中药9例，死亡3例。另有感染性休克9例，出血性休克4例，心源性休克7例，均单用生脉散或四逆汤注射液治疗，结果19例有效，1例无效，表明四逆汤在休克治疗中确有较好疗效〔410〕。还有对于心肌梗塞并发心源性休克20例治疗的介绍，采用生脉散或四逆汤注射液治疗17例，其中6例加用西药，结果死亡1例，其余16例血压恢复正常，另3例单用西药治疗，死亡1例。临床可见生脉、四逆注入后1—20分钟血压即回升，并能维持于11.97~14.63/7.99~11.97KPa。

(90~110/60~90mmHg),作用温和且血压恢复正常后不再升高,对心率影响较大,并可显著改善四肢厥冷,唇及皮肤灰白或青紫现象等表现,提示确有增强心肌收缩力和改善微循环的效果^[411]。另有报告,用四逆汤加味治疗4例中毒性痢疾休克患者,获效3例^[412];用四逆汤抢救治疗属重、逆、险、凶、危、弱麻疹患者136例,仅死亡7例^[413];用四逆汤抢救麻疹逆证2例获效^[144]。对于1例肺心病、肺炎、中毒性休克患者,注射本方也见血压迅速回升,心跳变得有力^[415]。在休克的救治中,四逆加人参汤疗效更为显著^[416]。有人以人参四逆汤去甘草加麦冬制为注射液,治疗各类心衰及休克17例,给药15分钟即可见血压上升,0.5~1小时作用最强;持续2小时左右,连续用药可使血压稳定^[417]。另用参附四逆合方加桂枝治疗中毒性休克,疗效也颇佳^[418]。此外,还有用通脉四逆汤治疗伤寒并发肠出血亡阳证^[419],茯苓四逆汤治亡阳证^[420],四逆汤治疗温病亡阳证^[421],以及用本方为主治疗雷电击伤致心跳停止患者获效的报告^[422]。

3. 心血管疾病

(1) 心肌梗塞:四逆汤治疗心肌梗塞有一定疗效,尤以伴休克者,常用生脉液或人参。报告用本方合理中汤治心悸闷痛有效^[423]。另还有用茯苓四逆汤治冠心病心肌梗塞完全性右束支传导阻滞的报告^[424]及苓桂术甘汤治疗心梗^[425]。

(2) 心衰:报告用人参四逆针治疗心衰,多于给药后30分钟即起效^[426]。另还有用茯苓四逆汤治疗风心病、肺心病引起之心衰竭的报告^[424]。日本人用茯苓四逆汤治疗肺心病急性发作,服药后迅速出现利尿,继之脉搏、呼吸频率也得以改善^[427]。

真武汤有强心效果，临床用于多种原因所致心功能不全或心力衰竭的治疗^[428]。如风湿热性心脏病，高血压性心脏病，二尖瓣狭窄及闭锁不全，不完全右束支传导阻滞及二尖瓣分离术后心力衰竭等。对于辨证属心肾阳虚，肾水凌心证型者疗效为显著^[429]。报告用本方加减治疗充血性心力衰竭15例，其中风湿性心瓣膜病3例，慢性肺源性心脏病9例，高血压心脏病1例，充血型原发性心肌病2例；右心衰9例，全心衰6例；心功能IV者7例，II级者1例；伴心率失常者3例。上述病例均属起病较缓，发展较慢的心衰，且多系经洋地黄类及利尿剂治疗欠佳，中医辨证脾肾阳虚者。每日一剂，连续5~7日1疗程，无改善即作为无效，有效者可服1~2个疗程，结果基本纠正一例，显效6例，有效5例，无效3例。对右心衰疗效似较全心衰为佳，治疗后心功能IV级者2例，Ⅲ级者4例，Ⅱ级者8例。基本纠正1例。心衰发作次数越少，病程越短，疗效越佳。此外，本方还能使心率失常有所改善。7例血压测定，发现有6例血压治疗有不同程度下降^[428]。另报告治疗2例，用本方10余剂即使心衰纠正，水肿消退^[430]。还有本方加减治疗顽固性心衰获效者^[431]。在用本方治疗时需随证加减疗效方佳，由于心衰常有血瘀表现，故配伍活血化瘀之品，疗效更佳^[432]，气阴两虚者如肺心病心衰则配伍生脉散。本方在单独应用时主观症状改善良好，而客观指标较差，配伍少量强心武则可使体征显著好转。对于用强心武无效者配合本方也常获良效^[432]。此外，本方应用安全，无明显毒副作用也是一大优点。苓桂术甘汤对风心病心衰^[433]、冠心病心衰^[434]、高心病心衰^[435]有较好疗效。

(3) 病态窦房结综合征：单味附子治疗缓慢性病窦综合征也有良效^[436]。四逆汤也可试用^[437]。

(4) 心律失常：真武汤可治疗某些类型的心律失常，如多发性室性早搏^[438]。在治疗心衰时也见有伴快速房颤或传导阻滞之患者心律减慢或加快^[439]。

(5) 高血压及低血压：真武汤可扩张外围血管，改善血液循环而对血压有一定影响，在治疗血性心衰时可见血压有所下降^[439]。在对高血压性心脏病心衰治疗中也可见患者血压下降^[440]。对高血压病的治疗也有效^[441]。日本大塚氏用本方治疗高血压也获降压效果^[442]。

另有报告，用真武汤治疗低血压也有效果^[443]，表明中医辨证施治，重在病机而不在症状，只要病机合，投之也有效。

4. 头痛：当归四逆汤对偏头痛，丛集性头痛及其他一些头痛而属血虚肝寒、阴寒上攻者均有较好疗效。偏头痛属颅内血管舒缩障碍引起的周期发作性头痛，发作时多呈虚寒征象。游氏曾三度报告本方加川芎的疗效，治疗70例，一般服药15~20剂，平均18.6剂，观察期限均为最长发作间歇期的5~10倍以上，平均为40.2月，结果症状被控制达27例（38.6%），显效19例（27.1%），有效16例（22.9%），无效8例，有效率88.6%^[444~446]。丛集性头疼系颅内血管均扩张的一种周期发作性神经血管性头痛，头痛以眶周为主，发作时虽无虚寒征象，但因类似偏头疼，而试以本方治疗，报告30例，控制症状11例，显效7例，有效11例，无效1例，有效率为96.7%^[446]。此外，本方对其它一些头痛也有较好疗效，如顶头痛^[447]，农药中毒的虚寒性头痛^[448]，外伤头痛^[449]，高血压头痛等，后者不惟头痛缓解，血压也降至正常^[450]。总之，对于头痛而属血虚寒凝者皆可用之^[451]。

5. 周围血管疾病

(1) 血栓闭塞性脉管炎：此病属脱疽范畴，当归四逆汤用于寒湿凝滞者效佳^[452~455]。但有人认为本病系寒热错杂，虚实相兼，故宜在温经活血同时配清热解毒，益气补血之药，有报告按上述原则治疗10例，除1例因其他原因停药外，余9例皆治愈^[456]。另报告58例以辨证分型治疗，对寒湿较重者用当归四逆汤和温经汤加减，偏脾虚者用术附汤加乳没归芪，肾虚为主用右归丸合桃红汤，肝肾阴虚用大补阳丸，知柏地黄汤或三甲复脉汤，毒热炽盛用清瘟败毒饮，结果近期效佳者占83.2%，观察1~5年效果优良者占51.2%^[457]。另有报告对于寒滞型（患肢缺血期）、血瘀型（患肢营养障碍期）、郁火型（患肢坏疽期）及气血亏损型（恢复期或早期，久病气血耗损或素体虚弱）均以本方为主随证加减，治疗15例，结果临床治愈15例，显著好转1例，进一例^[458]。以本方合麻黄附子细辛汤效也佳^[459]。

真武汤能扩张外围血管，增进血液循环，芍药等还有显著的抑制血小板功能，抗凝及抗血栓形成等作用。由于血栓闭塞性脉管炎多有“黑、冷、疼、硬、肿、烂”等表现，辨证多属肾阳亏虚，寒湿阻络，故真武汤对此有效，如报告6例，除1例截肢外，其余5例经治疗“黑、冷、痛”症状消失，足趺阳脉恢复正常，坏死溃烂愈合而恢复工作，一般10~20剂可见效，服药少者22剂，多者60剂^[460]。

(2) 雷诺氏病：本病为一种末梢血管痉挛性疾病。曾有报告用当归四逆汤加味治愈早期雷诺氏病者^[461]。其法还有不少用本方治疗类似疾病的报告^[462]。

(3) 红斑性肢痛：此病以下肢远端血管扩张发生烧灼样剧痛为主要症状，用当归四逆汤治疗有效，如报告治疗4

例均获显效〔446〕。

6.冻疮：当归四逆汤对冻疮疗效颇佳，既可治疗，又可预防，用法上不但可口服，还熏洗。如将冻疮部位浸泡于本方煎液中15~20分钟，1日两次，治Ⅰ、Ⅱ度手足冻疮儿童百余例，经2~4次熏洗后症状均减轻，6~8次肿消，痛止，色退而愈〔463〕。用当归四逆汤加吴茱萸生姜汤治疗效果也佳〔464〕。

7.坐骨神经痛、风湿性关节炎：

当归四逆汤对坐骨神经痛、风湿性关节炎等有较好疗效，如报告用本方加减治疗坐骨神经痛20例，经治6~20天，临床治愈18例，症状显著减轻2例〔465〕。另用本方合《落生方》之桃红饮加减治疗坐骨神经痛14例，结果痊愈12例，显效2例，服药最少者6剂，最多者40剂，平均14剂，其方为当归、白芍、桂枝、川芎、威灵仙、胆草、细辛、红花、甘草、牛膝、白芷、大枣，此方治疗肩关节周围炎，风湿性关节炎，肥大性脊椎炎也有效〔466〕。有人以当归四逆汤或其加牛膝、木瓜、伸筋草治疗也有良效。〔467〕

8.感染性疾病：

对于辨证为少阴格阳证之外感热病用四逆汤有良效，如报告16例经抗菌素治疗无效者，除高热外，尚有阵发性腹痛、四肢厥冷，脉浮取大或散，沉取则无，血压偏低（多为13.33~14.63/10.39~10.64KPa；100~110/78~80mmHg）等症状，用四逆汤和通脉四逆汤治疗9例，用四逆汤加白芍治疗3例，用四逆汤加黄芩、麦冬、知母、地骨皮各治1例，结果全部治愈，其中一些病例退热迅速〔468〕。另有报告在金色葡萄球菌败血症的治疗中，对其中阳虚型采用加党参、黄芪等治疗效果良好，但抗菌试验证明本方非但不抑

菌，反而能促进细菌生长^[469]。还有报告患脑膜炎发热的患者，体温降至 36°C 并呈四肢厥冷，以四逆汤加人参汤治疗3日获效^[470]。

9.慢性肾炎、水肿；尿毒症：

真武汤对肾炎肾病型水肿有较好疗效，报告30例，以本方加减治疗（基本方：熟附子、仙茅、仙灵脾、茯苓、猪苓、泽泻，木通、车前子、带皮槟榔、黑白丑、陈葫芦），有效24例，有效率为80%，其中17例高度水肿伴腹水或胸腔积液者，经治后均明显消退或完全消失。利尿开始时间最短为1天，最长116天，平均57天；服药至浮肿退尽最短8天，最长116天，平均57天；但尿白减少及血浆蛋白上升均不明显，提示其效果于血浆蛋白代谢关系较小，而于肾脏血液动力学改变关系较大，进一步研究发现，服温肾利尿剂后出现显著利尿时，肾脏血液动力学改变最早表现为肾小管回吸率降低，继之为缓慢而持久的肾小球滤过率增加，最后出现有效肾血流量增加，这一作用似与方中附子有关。单用利尿药治疗无效之患者加用温肾药即见尿量增多，但单用温肾药利尿并不明显，表明温肾药本身不利水，但能增加利尿药的作用^[471]。另有报告，用本方加减同时加小量强的松治疗慢性肾炎肾病型12例，结果完全缓解9例，部分缓解3例，其中用强的松 $20\text{mg}/\text{日}$ 者3例， $30\text{mg}/\text{日}$ 者5例， $40\text{mg}/\text{日}$ 者3例，另一例为儿童 $10\text{mg}/\text{日}$ 。临床提示真武汤能提高激素的消除蛋白效果，二者合用利尿作用也加强，真武汤还能对抗激素的免疫抑制，代谢障碍以及肾上腺皮质机能不全等副作用^[472]。此外，还有一些用真武汤或其他方合方治疗慢性肾炎^[473]、肾病综合征^[474]等报告。对于多种原因所致水肿^[475]、膨胀（肝硬化腹水）、^[476]等凡证见脾肾阳虚者，也均可用本

方治疗，且常有疗效。阴寒重者，重用附子疗效尤佳，而无不良反应。

真武汤对尿毒症也有疗效，岳氏报告一例获效^[477]，介绍以本方去生姜，加西洋参，薏苡仁，1剂而能排尿，3剂诸症状好转，血外蛋白氮从150mg%降至37.5mg%^[478]。另报告1例慢性肾炎尿毒症，初治5日无效，继从本方加黄芩、五味子，水煎服，1日而尿量达2500ml，诸症状也随之逐渐好转^[479]。

10. 眩晕：

内耳眩晕证耳聋患者尿排出之醛固酮量异常，实验表明醛固酮能增强内耳功能，是调节耳蜗功能的一个重要体液因素，而醛固酮是肾上腺皮质分泌的重要激素之一，已有大量实验表明中医肾的重要生理基础即是肾上腺皮质功能，从而提示醛固酮有可能是“肾开窍于耳”的一个重要联系物质。有人观察内耳眩晕证41例，大多系肾阳虚，膀胱气化无权，水气上冲，清阳不升所致，乃采用真武汤加味（加细辛、桂枝、五味子、川芎）进行治疗，结果治愈35例，其中两天内痊愈者18例，4天内愈者13例，6天内愈者4例，另6例均于6天内好转^[480]。苓桂术甘汤对多种原因均有较好疗效，如耳源性眩晕症^[481]，脑震荡后遗症眩晕^[481]，链霉素中毒性眩晕^[482]，神经衰弱所致眩晕^[483]，高血压眩晕^[484]等，对高血压眩晕，不仅能使眩晕消失，且能使血压恢复正常^[485]。

11. 妇科疾病：

一般治疗妇科疾病多以肝脾、气血入手，有人根据肾为先天之本而认为诸多妇科疾病与肾阳不足，命门火衰，冲任不固，胞宫虚冷有关，乃采用温补肾阳之真武汤随证加减，

治疗不孕症，卵巢囊肿，闭经，更年期综合证，先兆流产，产后出血等获良效^[486]。另有报告用真武汤加肉苁蓉、桃仁治疗60例肾阳闭经，结果临床治愈54例，有效4例，无效2例，一般服药25~40剂可愈^[487]。此外，还有用本方治疗白带^[488]、月经不调^[489]的报告。

（四）温法谨慎

1. 禁用：真热假寒者禁用温法，而吐血、咳血、尿血、便血等出血倾向属于血热妄行者禁忌温法。此处特指出“血热妄行”，因出血也有虚寒者则反而该用温法，如炮姜、艾叶之适用于月经过多属虚寒者。但一般温热药中最忌出血者如肉桂。

2. 慎用：素体阳虚，舌红、口干咽痛者慎用温法。

（五）温法原理

1. 寒证本质：温法是针对“寒”证而设，对于寒证的认识，侯氏^[490]认为，“寒”或“热”也许可以认做是以热量不足或热量过剩为共同发病学原因的一种机体典型反应状态，如口不渴，喜热饮，小便清长，手足厥冷，脉迟，都可认为是因机体为适应热量不足而出现的症候，当然也不能简单的认为“寒”证只要添加热量就可解决问题。重庆医学院^[491]通过生前辨证为“寒”证的尸体病理解剖观察，可以见到慢性炎症病变，特别是主要受累器官之病变呈慢性迁延状态，此时血管充血已不很明显，渗出的炎症细胞以淋巴细胞利大单核细胞为主，纤维结缔组织有不同程度的增生，由于慢性炎症的存在，病变器官细胞的生理机能低下，这些病可以是全身性的，也可以是局部性的，这些病变可以伴有相应的组织代谢率降低，机能不足而出现“寒”象。北京中医研究所^[492]采用能反映神经系统功能状态的指标——皮肤电位和

血管容积，发现里虚寒证患者皮肤电位活动抑制可能反映这类患者的大脑皮层，皮层下中枢和交感神经处于抑制状态。作者^[493]在“肾阳虚”证（肾阳虚的主证是“寒”）的研究中发现主要有下丘脑—垂体系系统及其所属靶腺，包括肾上腺、性腺、甲状腺的功能低下，这在解放军157医院^[494]对10例生前具肾阳虚证与7例没有此证的死亡者的内分泌腺体作了病理观察，发现肾阳虚患者的肾上腺、甲状腺、睾丸、卵巢都有功能低下的形态学改变，而7例无肾阳虚者的内分泌腺则无此种变化。说明寒证的体质包括机体从神经到内分泌，体液代谢各方面的功能低下，当然由于虚与寒在临床上很难截然分开故实则为寒证的本质。

2.从温热药的药理来理解，具有中枢兴奋作用之温热药，如附子，肉桂，麝香，苏合香，石菖蒲等；具有兴奋胃肠蠕动及消化功能者，如干姜，吴茱萸，厚朴等；具有兴奋心血管系统者，如附子，麝香，麻黄，桂枝等（疏通血流，也有利于全身及局部慢性炎症的恢复）。晚近对附子的药理研究较多，1978年周氏^[495]等证明，附子的有效成份——去甲基乌药碱对 β 受体具有兴奋作用，其效果与异丙基肾上腺素类同而稍弱，这种作用的发现，为解释附子“回阳救逆”的功能，提供了理论根据，因为 β 受体兴奋作用恰能针对性地解决亡阳时所表现的一系列症状，如同临床上应用异丙基肾上腺素解除微循环障碍所收到的效果。石氏^[496]以大白鼠作附子的实验研究，认为附子注射液具有显著提高大白鼠耐缺氧的作用，保护急性实验性心肌缺血的作用，抗心律失常的作用，同时对心率并无明显影响，是难以完全用去甲基乌药碱来解释的，由于异丙基肾上腺素可引起心率增速，并使大白鼠发生急性类缺血性心电图改变和较严重的心律失

常，而附子注射液则无此作用，因此附子对大白鼠急性实验性心肌缺血的保护作用，抗心律失常的作用，可能是去甲基乌药碱之外的物质。郭氏^[497]等采用中国医学科学院药物研究所新合成附子的一种新的活性成份——消旋去甲基乌药碱，定各为附子Ⅰ号，对缓慢性心律失常33例，进行治疗前后观察，并与异丙基肾上腺素作了对照比较，发现有提高窦房结兴奋性，增加心率，改善房室传导，加强心肌收缩力的作用，说明附子的“温阳”作用的实质是包括了以上作用。此外，还有资料证明附子对垂体——肾上腺皮质系统有兴奋作用，对冠状动脉有扩张作用，对动物甲醛性和蛋清性“关节炎”有明显的消肿退肿作用。

赵氏^[498]等选温中祛寒药高良姜及吴茱萸组成温中散寒Ⅰ号进行动物实验，发现主要药理作用是解除消化道痉挛。因为各种致病因素引起消化道张力增加，而温中散寒Ⅰ号对肠张力及收缩幅度表现极强的抑制作用，并可与胆碱能药物毒扁是碱相拮抗，表现有类似阿托品样作用，故临床上应用温中散寒药可治疗腹痛，解除呕吐，与解痉作用有关。

六、消法

(一) 概念

消法，又称消散法。是通过消导和散结的作用，对气、血、痰、食、水、虫等所形成的有形之邪，使之渐消缓散的一种治疗方法。

《素问·至真要大论》：“坚者削之”、“结者散之”便是消法的立法依据。消法的范围很广，狭义的消法指消食导滞和消痞散结而言，主要用于饮食积滞和气血积聚之症瘕痞块等证；广义的消法则包括祛痰法、祛湿法、利水法、驱虫法、理气法、理血法等范畴。

伤寒消法，可分为清热化痰、活血化瘀、消散水气、驱蛔四种。

（二）适应证与代表方

1.痰热结胸证。症见胸脘痞闷，按之则痛，吐痰黄稠，舌苔黄腻，脉浮滑或滑数。治宜清热化痰。代表方为小陷胸汤。

小陷胸汤由黄连6克（一两） 半夏9克（洗，半升）
瓜蒌实30克（大者一枚）组成。水煎二次，分服。方中瓜蒌实为主药，清热化痰，下气宽胸；辅以黄连清热降火；佐以半夏降逆消痰，散结除痞；黄连配半夏，辛开苦降，既消痰热之结，又开气郁之痞。三药合用，共奏清热化痰之效。

现代药理研究，瓜蒌主要含有三萜皂甙、有机酸、树脂、糖类、脂肪油、色素等。实验研究证明，瓜蒌能增加冠脉血流量及增强心肌收缩力，并有明显的降血脂作用〔499〕。黄连具有抗菌抗炎、利胆作用，更能增强胃肠机能，防止肠内异常发酵〔500、501〕。它的抗炎杀菌作用是通过抑制细菌呼吸过程和核酸的合成来实现的〔502〕。半夏具有止呕和镇咳作用，并能促进组织吸收水分，减少病理产物，还有镇痉作用〔503〕。综合上述药理作用，小陷胸汤应具有抗菌、消炎、利胆、健胃止呕、强心扩冠等作用。

2.太阳淤热证。症见少腹急结，其人如狂，小便自利，甚或谵语烦渴、至夜发热，脉沉实或涩。治宜活血化瘀。代表方为桃核承气汤。

桃核承气汤由桃核12克（去皮尖五十个） 大黄12克
（四两） 桂枝6克（二两） 甘草6克（炙，二两）

芒硝6克（二两）组成。水煎二次，分服。方中桃仁破血祛瘀，大黄攻下瘀积，荡涤热邪，二药合用，瘀热并治，

共为主药。桂枝通行血脉，助桃仁破血行瘀，芒硝软坚散结，助大黄通便泄热，为辅药；炙甘草调胃安中，并缓和诸药峻烈之性，以为佐使。诸药合用，共奏活血化瘀之功。

现代药理研究，桃仁主要成分含有脂肪酸甘油和少量的亚油酸甘油酯，此外还含有苦杏仁苷和苦杏仁酸。桃仁有显著的抑制血凝及较弱的溶血作用，其缓下作用是因为桃仁中含有40~50%的脂肪油，提高了肠内容物对粘膜的润滑作用而易于排便。桃仁并有抗炎和抗过敏作用〔504〕。中国科学院对22种活血祛瘀药进行研究证明，桃仁增加血液量作用最强，镇痛作用也较强〔505〕。桂枝在本方中主要起促进血液循环作用。大黄、芒硝有增强胃肠蠕动、改进肠管血液循环及减少毛细血管通透性等作用，尤其大黄具有泻下、抗菌、抗病毒、利胆、保肝、解热、收敛、止血、免疫抑制等多方面作用〔506~510〕。由于大黄能打断细菌的氧化——还原过程，即对细菌的乳酸脱氢酶抑制很强，所以有显著杀菌作用。又能抑制 Na^+ 肠腔转移至细胞，使水分滞留肠腔而促进排便。其止血作用主要是使凝血时间缩短，又能促进骨髓制造血小板，并使毛细血管致密，改善脆性〔511〕。

从上述药理分析看，本方具有改善血液循环、消肿镇痛、改善代谢、促使纤维化病软化或吸收，调整某些内分泌失调，增强肠蠕动，促进溃疡性创伤的愈合及组织生长等作用。

〔附方〕

抵挡汤（丸）：由桃仁、大黄、水蛭、虻虫组成。功效破血逐瘀。主治太阳瘀血证。

3. 太阳水气证。症见头痛发热、烦渴欲饮、或水入即

吐、小便不利，舌苔白，脉浮。治宜消散水气。代表方为五苓散。

五苓散由猪苓9克(十八铢) 泽泻15克(一两六铢)
白术9克(十八铢) 茯苓9克(十八铢) 桂枝6克
(半两)组成。原书为散剂，现多采用汤剂，水煎二次，
分服。方中重用泽泻为主药，直达膀胱，渗湿利水；辅以茯
苓、猪苓之淡渗，增强利水之功；佐白术健脾以助运化水湿
之力；佐桂枝一则外解太阳之表，一则温化膀胱之气。五药
合方，则水行气化，表解脾运，水气之证自除。

现代药理研究，五苓散有利尿作用，使尿量增加112%，
同时增加尿中 Na^+ 、 K^+ 、 Cl^- 的排出量。本方的利尿及排钠作
用接近或超过西药一般的利尿药，且不影响动物活动能力。
方中的每味药均有利尿作用^[512, 513]。茯苓、白术内服能升
高自然玫瑰花瓣形成率，淋巴细胞转化率，血清免疫球蛋白
 IgG 和巨噬细胞的吞噬功能^[514]。茯苓、泽泻能减少鼓室中
渗出液，减轻咽鼓管水肿，为临床治疗中耳积液的要药^[515]。
泽泻能降低血清总胆固醇、 β -脂蛋白、甘油三脂，升高高
密度脂蛋白，对血液动力学及改善心肌缺血有良好影响^[516]。
猪苓有利尿、增强免疫功能、抗肿瘤、抑制细菌、降低血糖和血
压等作用，但猪苓能引起水和电解质平衡失调^[517]。

关于五苓散中用桂枝的问题，吕氏认为解肌发汗的桂枝
与助阳化饮的肉桂当合用，方能举表里同解之功^[518]。实验
证明桂枝有类似撒利尿的利尿作用，还有广谱抗菌、抗病毒
作用。桂皮所含二萜化合物能抑制引起变态反应性肾炎的、
有补体参与的Ⅰ型及Ⅲ型变态反应。关于抗补体剂是否对肾
炎有影响，有待于进一步探讨^[519]。

川町氏认为五苓散所治疗的“水毒症”是由于体内有多

余的水分，造成水分不能顺利地移行到血液中，因之引起尿少、口渴。五苓散治下利，是因为本方有促进大肠吸收水分的作用〔520〕。五苓散既治下利，又治顽固性便秘〔521〕，既治口渴少尿，又治口渴多尿的尿崩症〔522〕，这说明本方具有双向调节作用。随着cAMP与cGMP参与细胞内各种代谢调节作用的发现，双向调节已成为生物体内生命活动的基本调节形式。双向调节是指机体处于失去平衡状态时，给同一复合成分的方药，机体可向与原来相反的状态转化而趋于平衡，既可使亢进状态向正常状态转化，又可使低下状态向正常状态转化〔523〕。五苓散正体现了中医以调节见长的特点，使失去平衡的五苓散证，通过人工稳态或人造反馈，恢复正常平衡状态，故临床应用十分广泛。实验还表明，五苓散对正常家兔和小鼠无利尿作用，对健康人仅有轻微的利尿作用，而对“五苓散证”患者则有显著的利尿作用〔524〕。

〔附方〕

(1) 猪苓汤：由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石组成。功效利水而兼清热养阴。主治水热互结、小便不利之证。

(2) 牡蛎泽泻散：由牡蛎、泽泻、蜀漆、葶苈子、商陆根、海藻、瓜蒌根组成。功效消散水气。主治腰以下水气证。

(3) 文蛤散：即文蛤一味为散。功效清肺利水。主治水结于表之证。

4. 蛔厥证，症见烦闷呕吐、时发时止，得食即吐，常自吐蛔，手足厥逆，腹痛时作。治宜驱蛔。代表方为乌梅丸。

乌梅丸：由乌梅480克（三百枚） 细辛180克（六两）
干姜300克（十两） 黄连500克（十六两） 当归120

克（四两） 附子180克（炮去皮六两） 蜀椒120克
（出汗四两） 桂枝180克（去皮六两） 人参180克
（六两） 黄柏180克（六两）组成。上药为末炼蜜制
丸，每服9克，日一至三次。方中乌梅、黄连、川椒为主药，
前人认为“蛔得酸则止、得苦则安、得辛则伏于下”，三药
酸、苦、辛味俱备，确有安蛔止痛之功。辅以黄柏苦寒清
热，干姜、附子、桂枝温脏祛寒，细辛驱虫，党参、当归补
气血顾正气。综合成方，奏驱蛔之功。

现代药理研究，乌梅含草果酸、枸橼酸等。本品对动物
离体肠管有抑制作用；在体外对大肠杆菌、痢疾杆菌、人型
结核杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎球菌等多种杆菌和球菌均
有抑制作用；并能对抗豚鼠蛋白质过敏性及组织胺性休克，
还能减轻小鼠过敏症，但对组织胺哮喘则无对抗作用。蜀椒
有驱蛔作用，其机理为使蛔虫严重中毒而使虫体排出。

黄连、黄柏均主要含小檗碱，有广谱抗菌作用，对痢疾
杆菌的抑菌效果颇为明显。当归对痢疾杆菌等亦有抑制作
用。黄连、黄柏尚能增强白细胞的吞噬功能。以上三药与乌
梅合用则抗菌作用明显，尤以对痢疾杆菌作用显著。此为本
方对胆道蛔虫症伴感染和慢性痢疾均有疗效的原因之一。附
子能兴奋垂体——肾上腺皮质；干姜、桂枝均能增强血液
循环，促进消化机能；党参能促进红细胞及血色素上升；细
辛与附子还有镇痛作用。四药合用则既能改善病人的一般状
况，又可兼收止痛之效。故本方缓解虫症腹痛之效果显著，
且能改善久痢患者体虚状况，而有利于慢性痢疾痊愈。

复方实验研究表明，乌梅丸对蛔虫没有直接杀灭作用，
但能明显抑制之，使其活动迟钝，静止、呈濒死状态，其作
用可能属于麻醉性质，故蛔虫离开乌梅丸液一定时间后，可

逐渐恢复其活性。人体实验观察还表明，服乌梅丸后胆汁分泌量略有增多，一般在服药第二天才出现这一作用。而胆汁的PH值有降低倾向，并与胆汁增多相一致，即胆汁分泌量增加，PH值亦随之下降。向胆道术后放置的T形管内注入12.5%碘化钠造影剂，发现服乌梅丸后造影剂迅速通过奥狄氏括约肌流入十二指肠，表示奥狄氏括约肌有明显的弛缓扩张现象。服药后胆汁趋于酸性，使胆道成为不利于蛔虫生存的环境，加之胆汁量分泌增多而引流通畅，使虫体易于通过弛缓扩张的奥狄氏括约肌而退回十二指肠。乌梅丸对虫体的麻醉作用，使蛔虫失去附着肠壁的能力，因而随大便排出体外，这可能是本方“安蛔”、“驱蛔”的药理依据^[525]。

（三）现代应用

1. 治疗神经精神性疾病

头痛可能是由于脑膜局限性浮肿引起的，五苓散能减轻浮肿，从而起到缓解头痛的作用。矢数氏据此治疗头痛、偏头痛、三叉神经痛、美尼尔氏症35例，其中26例(71.42%)是用五苓散治愈的^[526, 527]。对癫狂辨证属血瘀热结所致者，用桃核承气汤常获良效^[528~533]。报告用本方治疗精神分裂症36例，有效23例，对躁狂症、精神分裂症、反应性精神病、瘵病的兴奋躁动型都有效^[534]。张氏用乌梅丸加南腥、芦荟等治疗神志异常^[535]，高氏用乌梅丸治疗原发性高血压头痛、血管神经性头痛及颅内压增高综合征头痛等多种原因所致的头痛而属厥阴头痛者亦收到较好疗效^[536]。

2. 治疗消化系统疾病

五苓散治“水逆”，对多种呕吐有效，如妊娠呕吐、急性胃肠呕吐、新生儿呕吐、女性绝育术后呕吐、溺水后呕吐^[537]、小儿感冒呕吐、美尼尔氏综合征呕吐、服用抗菌

素胃肠道副作用引起的呕吐^[538]以及颅内压增高之呕吐^[539]均有疗效。小陷胸汤对急慢性胃炎“正在心下，按之则痛”者有良效，报告用小陷胸汤加味治疗心下不舒，按之则痛或隐隐作痛、苔黄厚或黄腻为主症之胃痛83例，其中急慢性胃炎36例，胃，十二指肠溃疡30例，胃神经官能症17例，结果治愈52例，好转29例，无效2例，有效率97.59%，以对急慢性胃炎疗效最佳^[540]。岳氏用小陷胸加枳实治疗胃窦炎亦有效果^[541]。乌梅丸“又主久痢”，对慢性泄泻而见寒热错杂、上热下寒等证候者有效。张氏报告以本方汤剂治疗50例，其中慢性痢疾10例，余均为慢性肠炎，合并慢性肝胆疾患者6例，胃或指十二指肠溃疡者16例，伴神经衰弱症状者25例；病程1年内者10例，2~5年19例，6~10年10例，10年以上11例，有5例病程达30年。经服药5~40剂治疗后临床症状消失，大便正常，半年内未复发而判为临床治愈者20例；腹痛基本消失，大便每日1~2次，全身症状改善而判为有效者14例；无效3例；有效率为94%。尤其对腹痛、腹泻疗效明显^[542]。

3. 治疗泌尿系统疾病

急慢性肾炎用五苓散治疗有一定疗效^[543~547]，报告用本方治疗40例重症急性肾炎，除有明显水肿、高血压、血尿及肾功能减退外，部分病例还伴腹水和肾性心衰，结果全部有效^[548]。日本常用五苓散治疗肾炎，且以五苓散合小柴胡汤作为肾病综合征患者首选之汉方药^[549]。桃核承气汤对肾炎尿毒症有效^[550]，同时对运动性血红蛋白尿^[551]、原因不明性血尿^[552]、癃闭（尿潴留）^[553]有效。五苓散对多种原因所致的急性尿潴留疗效颇佳，尤以对妇产科患者疗效为著^[554~557]，报告用五苓散加味治疗产后尿潴留20例，其中3例分别合并妊娠中毒症伴先天性心脏病心衰Ⅱ度并腹水，部

腹产并发机械性肠梗阻、盆腔脓肿、慢性肾炎，还有2例也并发妊娠中毒症，病程2~9天，结果均于服药1~2剂后自动排尿，其中1例于服药后半小时即能通畅排尿⁽⁵⁵⁵⁾。

4. 心血管疾病

五苓散加减对慢性充血性心衰有效，报告用葶苈生脉五苓散（葶苈子、党参、麦冬、五味子、茯苓、猪苓、泽泻、白术、车前子）治疗慢性充血性心力衰竭25例，显效12例，好转11例，有效率为92%；一般服药3~7剂即可见效，连服2~3周即可控制心衰^(558,559)。桃核承气汤对动脉硬化、高血压等心血管系统疾病而有瘀血表现的患者有一定疗效，能改善自觉症状，并使血瘀证之血液粘度改善⁽⁵⁶⁰⁾。还有用本方或合温胆汤加减治疗脑溢血或中风者亦有疗效^(561,562)。小陷胸汤加味治疗冠心病有效⁽⁵⁶³⁾，伊藤氏用本方治疗心绞痛⁽⁵⁶⁴⁾、时氏以小陷胸汤加枳实汤合四逆散加味治疗冠心病心绞痛，其效也良⁽⁵⁶⁵⁾。

5. 肝胆疾病

五苓散加减治疗肝炎有效，临床上多以本方加茵陈成茵陈五苓散或去桂枝成茵陈四苓散治之。报告用茵陈五苓散治疗急性黄疸型肝炎有效⁽⁵⁶⁶⁾，对慢性肝炎腹水也有效⁽⁵⁶⁷⁾，并能改善贫血，控制消化道出血。报告用茵陈四苓散治疗急性黄疸型肝炎32例全部治愈⁽⁵⁶⁸⁾，治50例小儿患者也有良效⁽⁵⁶⁹⁾。重症肝炎、肝昏迷符合血结瘀阻、下焦蓄血者，用桃核承气汤治疗有效⁽⁵⁷⁰⁾。慢性肝炎患者常有胁痛、心下痞满，按之疼痛等表现，报告用小陷胸汤合大柴胡汤治疗有一定疗效⁽⁶⁷¹⁾。

有人指出，肝胆疾病凡属肝胃气痛者，用小陷胸汤加味治疗能获显效⁽⁵⁷²⁾。报告用本方为基础方治疗胆道蛔虫症11

例获满意效果，作者认为小陷胸汤可作为治疗湿热型胆道蛔虫症的方剂^[573]，对蛔厥重症也有疗效^[574]。乌梅丸治疗胆道蛔虫症的临床报告甚多，今有良效。有人曾综合应用乌梅丸及其类方治疗胆道蛔虫的效果，1782例中治愈者1727例，治愈率达96.3%，好转5例，无效及手术者49例，复发1例^[575]。乌梅丸对胆道蛔虫症的疗效是肯定的，已成为本症的常规用药，临床上辨病与辨证相结合，并注意兼症而加减，更可提高疗效。

6. 妇科疾病

五苓散对乳腺小叶增生症、带下有效^[576]。合当归芍药散治疗妊娠中毒症有良效^[576]。桃核承气汤加减能治疗多种妇科疾病，如报告治疗痛经^[577]、经闭^[578]、漏下^[579]、经期狂躁^[580]、盆腔炎^[581]、产后恶露不尽^[582]、胎盘残留^[582]、难产^[583]、产后阴道血肿^[584]等有效。临床上应辨证有瘀有热、淤热互结属太阳淤热证者，方可投桃核承气汤。

(四) 消法禁慎

消法是以祛邪为主的一种治疗方法，内容多，范围广，临床应注意以下几点：

1. 用消法应注意病因、病位、病程，初期用消，后期则应消补兼施，以免损伤正气。

2. 根据病情选择适宜的消散药物。

3. 结合现代药理研究和现代医学知识，慎用某些消散药物。如海藻、昆布含碘丰富，对甲状腺瘤或甲状腺良性结节自无多少害处，但对甲状腺机能亢进则应禁用或慎用。

4. 年高体虚、久病、产后等情况应慎用消法。

(五) 消法原理

由于消法的内容丰富，消法原理已散见于其他章节，此不

再系统叙述，只谈一下活血化瘀法的原理。

活血化瘀法原理

中医的瘀血病理，指的是疾病引起的血液循环障碍（全身或局部），包括心脏、血管、血液成分的结构、代谢、功能发生改变后引起的一系列病变。主要有血流缓慢、淤滞（血脉不通）；血液粘、浓、凝、聚（“污秽之血”）；离开血管淤积在组织间隙、腔窦的变性血液（离经之血）；血栓形成（血液内结）；组织缺血、变性、水肿、萎缩、坏死、病理物质沉积以及组织异常增生（久病入血）等。因此，瘀证实质上是以血液循环障碍为特点，神经体液调节功能紊乱，机体反应性增强的一种状态。活血化瘀法的原理主要有以下几个方面：

1.对微循环的作用：徐氏^[585]等观察22种活血化瘀药物（穿山甲、水蛭、益母草、桃仁、莪术等），利用电磁流量计，在14只狗上进行外周血管内流量的研究，结果除苏木外，其他药物均有不同程度增加血流量峰值和降低血管阻力作用，即对血管壁有直接扩张作用，其四类活血化瘀药中，破血散结类药物的作用比养血活血、活血化瘀、化瘀止痛类药为强。但不少非活血化瘀药也能扩张血管，增加血流量，提示对外周血管的这一作用似无特异性。

中国医学科学院活血化瘀研究协作组^[586]在用“通脉灵”治疗的17例硬皮病患者，治疗后的甲皱循环随病情好转亦有相应的改善，均可见到血流加快，以至恢复到正常流速，大部分病例可见到血细胞凝集减轻，微血管压力改善。因此，微循环的紊乱可以被认为是硬皮病发病机理中的环节之一，而活血化瘀药则能纠正这一环节的紊乱。又用各种方法造成模拟人体所见的微循环紊乱的实验动物，在给予“通脉

灵”后，均可见到血流速加快，血细胞聚集所致的絮状、粒状血流有不同程度的改善，收缩的血管有较好的恢复，显示紊乱的微循环有较明显的改善。

上海第一医学院病理生理教研室⁽⁵⁸⁷⁾在静脉滴注丹参制剂治疗冠心病过程中对病人进行了外周微循环（手指甲皱和球结膜）的动态观察，发现丹参具有改善冠心病外周微循环障碍的作用，它使治疗前流动淤滞的血细胞加快流速，并在不同程度上使聚集的血细胞发生解聚。以后，用高分子右旋糖酐在30只家兔造成微循环血流缓慢、血细胞聚集的模型，用生理盐水的10只对照组兔对改善外周微循环障碍不明显，而用丹参注射液的20只实验组兔，则有较明显的改善外周微循环作用（ $P < 0.01$ ）。北京地区防治冠心病协作组⁽⁵⁸⁸⁾给麻醉狗静脉注射冠心Ⅱ号液后，冠脉血流量较明显增加，冠脉和外周血流阻力下降，心肌耗氧量有减少趋势，但未观察到对交感神经系统功能有作用，主要是通过直接扩张血管壁的作用。各单味药中以赤芍作用最强，川芎、红花次之，丹参和降香较弱。在冠心Ⅱ号治疗前后外周微循环血流变化，初步观察到缓慢的血流增快，血细胞聚集减轻，但甲皱毛细血管的形态和管径未发现明显改变。

上海市伤科研究所⁽⁵⁸⁹⁾应用放射性同位素⁵¹铬标记红细胞来观察骨折以后的血流量，以105只家兔的前肢的桡骨为骨折观察对象，正常家兔桡骨骨折后，肌肉血容量先后出现二个增加高峰，第一个高峰代表充血，这是受伤后软组织反应性充血，血液壅滞瘀塞，属恶血留内，影响骨折修复，第二个高峰代表血管增殖。注射丹参组显示骨折后软组织第一个由充血引起血容量增加高峰消失或减低，说明使用丹参后这种不利的充血消失（化瘀）对骨折修复是有利的。

2、与血液流变学的关系

上海第一医学院生物物理教研组⁽⁵⁹⁰⁾采用能反映血瘀的血液流变指标，如全血粘度、血清和血浆粘度、血球压积、红细胞电泳、血小板电泳、血浆或血清中生物大分子定量（纤维蛋白原、IgA、IgG、IgM等）、血沉方程常数K、ADP对血小板的诱导凝集试验等，在68例缺血性中风患者进行检验，在与187例健康人对照组相比中，可见73.6%病人有全血粘度或伴血球压积、血浆粘度增加、红细胞电泳时间延长、血浆纤维蛋白原含量增加。而32例出血性中风的血液流变指标测定，可见31.3%病人血球压积和全血粘度明显下降，这种变化是与缺血性中风截然相反，借此可与之相鉴别。在81例冠心病中，发现有一半左右的冠心病发病与血液流变指标异常有关，变化的趋势是血液向粘滞的方向恶化。分别对20例缺血性中风和38例冠心病病人用丹参治疗前后的观察，发现病人在病情好转的同时，全血粘度由高向正常值转化，红细胞电泳时间由慢变快，则接近正常（ $P < 0.05$ ）。

3、对于抗凝血的作用

中医研究院西苑医院⁽⁵⁹¹⁾由于川芎一号碱对冠心病心绞痛有明显疗效，在20例冠心病患者应用川芎一号碱治疗前后，用电子显微镜观察到对聚集的血小板有解聚作用，能降低血小板表面活性，说明川芎一号碱有可能成为较好的抗血小板凝集剂。北京中医学院生化教研室⁽⁵⁹²⁾用Chandler法进行大白鼠血液体外血栓形成实验，观察活血化瘀冠心I号复方注射液、川芎总生物碱和川芎嗪对特异性血栓形成时间、血栓长度、血栓湿重和干重的影响，结果显示上述药物均有抑制血栓形成的作用，主要是抑制纤维蛋白的形成。

西安医学院第一附属医院⁽⁵⁹³⁾在健康对照组以及血栓闭

塞性脉管炎患者服用通脉汤加味前后作血液凝固和纤维蛋白原溶解活性的实验室检查比较,仅纤维蛋白原一项,血栓闭塞性脉管炎组明显高于对照组 ($P < 0.01$); 经治疗后明显减少并恢复正常 ($P < 0.01$)。说明活血化瘀方药可促进纤维蛋白原溶解系统的作用,降低纤维蛋白原。上海第一医学院病理生理教研组^[594]通过家兔整体动物实验,观察了丹参对正常家兔的血小板功能、凝血功能以及纤维蛋白(原)溶解活性的影响。结果表明丹参注射后:(1)血小板数量明显下降,血小板粘附功能及聚集功能(ADP诱导)降低。而且不但血小板第3因子活性下降,凝血功能抑制更明显。

(2)血浆凝血酶原时间(外源凝血系统的粗筛试验)略有延长,而白陶土部分凝血活酶时间(内源凝血系统的粗筛试验)明显延长,丹参主要是提高抑制内源性凝血系统某一个或某几个凝血因子,从而具有抗凝血作用。(3)使血浆纤溶酶原下降和血清纤维蛋白原降解产物增加。由于纤维蛋白原降解产物具有强大的抗凝血酶能力,而本实验中凝血酶时间不但不延长反而缩短,提示丹参促纤维作用有限。实验表明注射丹参后,通过三个环节对体外血栓形成有所抑制,其中抑制血小板与凝血功能较强。

4、对结缔组织代谢作用的影响

活血化瘀药既可使瘢痕疙瘩的皮肤软化,也可使硬皮病的皮肤变软,但两者在硬化形式上有所不同。瘢痕疙瘩属于纤维母细胞的过度增生,胶原的合成分泌增加,胶原纤维间聚合增强的缘故。成都市第二人民医院^[595]等建立大鼠肉芽肿模型,进行“通脉灵”治疗前后电子显微镜观察和生化测定,结果对照组肉芽组织纤维母细胞的粗糙型内质网(合成胶原的场所)高度发达。说明合成胶原旺盛。实验组治疗后其纤维

母细胞变得成熟和静止，粗糙型内质网也变成小管、小泡状，说明纤维母细胞亢进的胶原合成功能在活血化瘀药的作用下受到了抑制。同样，羟脯氨酸（胶原特有的氨基酸）的测定表明，实验组胶原含量少而浓度低，和对照组相比有显著差异。硬皮病皮肤则不见有纤维母细胞的增生，其胶原硬化可能是来自血管内渗出的蛋白类物质，中国医学科学院活血化瘀治则研究协作组^[596]对45例硬皮病患者血清中氨基已糖、结合已糖的含量作了测定（两者基本上可以代表酸性粘多糖的高低），结果两者的含量明显高于正常人。活血化瘀药对基质中主要成分的酸性粘多糖（与胶原合成关系甚为密切）也是有影响的，19例硬皮病经治疗后血清中氨基已糖、结合已糖的含量均有明显的下降（ $P < 0.005$ ）。

5、对机体免疫作用的影响

严氏^[597]等介绍日本江田昭英等以猪蛔虫抽出蛋白质结合二硝基酚为抗原与百日咳菌苗一起免疫大白鼠，测定大白鼠血清中反应性抗体，发现当归、桃仁等水提取物可明显抑制抗体的产生，其作用强度生药100毫克/公斤/天相当于免疫抑制剂依米蓝5~10毫克/公斤/天。他们以益母草、当归、赤芍、桃仁、红花、制大黄、甘草对小白鼠体液免疫的影响进行观察，盐水凝集试验说明本组方药对抗体的产生有明显抑制作用；溶血空斑试验亦说明本组方药对抗体的产生有明显抑制作用。认为它不同于皮质激素及细胞毒免疫抑制剂的细胞毒作用，而可能是通过加强抑制性T细胞功能而表现出免疫抑制作用。

多数恶性肿瘤患者的巨噬细胞的吞噬功能是显著下降的，而活血化瘀药能够增强网状内皮系统的吞噬功能^[598]。青岛市台西医院^[599]以异妊祛瘀汤（三棱、莪术、赤芍、川

芎、桃仁、橘核、荔枝核、丹参) 在家兔进行吞噬细胞吞噬作用的实验研究, 测定抗体溶血素、沉淀素效价、血清调理素的变化, 结果表明实验组的吞噬细胞为65.6%, 与对照组26.5%比较有显著差异。以此说明该方能明显提高吞噬细胞的吞噬能力与灭菌作用。巨噬细胞的吞噬活动对恶性肿瘤的生长和扩张可能起遏止作用^[600], 这也可能是活血化瘀法对肿瘤的治疗起一定作用的原理。

七、补法

(一) 概念

补法, 又称补益法。是针对人体气血阴阳或某一脏腑之虚损, 给以补养的一种治疗方法。

《素问·三部九候论》: “虚则补之”、《素问·至真要大论》: “损者益之”、《素问·阴阳应象大论》: “形不足者, 温之以气, 精不足者, 补之以味”便是补法的立法依据。补法在现代已有较大发展, 有补阴、补阳、补气、补血、补五脏以及气血双补、阴阳同调等具体运用。但在当时, 补法尚未形成一个完整的体系, 因此, 伤寒补法主要是气血阴阳双补法。

(二) 适应证与代表方

用于气虚血少, 阴阳两亏证。症见虚羸少气、心悸心慌、虚烦失眠、大便干结、舌质淡红少苔, 脉结代或虚数。治宜益气养血, 滋阴补阳。代表方为炙甘草汤。

炙甘草汤: 由甘草12克(炙四两) 人参6克(二两)

干地黄30克(一斤) 桂枝10克(三两) 阿胶6克(二两) 麦门冬10克(去心半斤) 麻仁20克(半斤) 生姜10克(切三两) 大枣10枚(三十枚擘) 组成。清酒煎服。方中炙甘草甘温益气, 缓急养心为主药; 配党

参、大枣益气补脾养心，生地、麦冬、麻仁、阿胶甘润之品，滋阴养血，共为辅药；佐以桂枝、生姜（或加酒）温阳通脉。各药合用，有益心气、养心血、振心阳、复血脉的作用，故又名复脉汤。

现代药理研究，仲景在《伤寒杂病论》中的250个方剂中，有120个方剂使用甘草，本方更以炙甘草为方名，足见甘草在中医用药方面的重要地位。西医从公元前也开始广泛应用甘草于临床祛痰、解毒、镇痛之剂及沙漠旅行的止渴剂。甘草的主要成分有甘草甜素、甘草次酸、多种黄酮等。主要作用有对抗乙酰胆碱，增强肾上腺素的强心作用。肾上腺皮质激素样作用，抗炎、抗变态反应，降低胃酸抑制溃疡病，解毒，降血胆固醇，阻止动脉粥样硬化的发展，增强胆汁分泌，镇咳、镇痛、抗痉挛、利尿、女性激素作用，抗肿瘤，提高网状内皮系统的吞噬功能，增强机体的非特异性免疫反应。临床主要用于补气健脾、调补阴阳（低热、头晕、心悸气短、腹胀便秘）、缓急止痛（胃肠痉挛等急腹痛、腓肠肌挛痛）、益气强心、振奋肾气、祛痰止咳（急慢性支气管炎、哮喘）、益气升陷（内脏脱垂）、固表敛汗、清热利湿，协同利尿、解诸毒。治疗原发性血小板减少性紫癜，阿狄森氏病、尿崩症、溃疡病、病毒性肝炎、动脉粥样硬化等病都有效。甘草通过清炒或蜜成炙甘草，所含甘草酸等成分没有显著变化，但增强了润肺止咳，润肠通便，解毒等功能。连续大量使用甘草甜素或含甘草的制剂，出现肥胖症、便秘、胃酸过多、高血压、低钾血症、头痛、浮肿、心脏障碍、乏力等副作用。为此，美国、加拿大、日本等国作了限制性规定。有人认为这与辨证不确切，加之配伍药用之不当有关。如适当配伍利尿药、理气药，即可纠正。为探讨甘草

与海藻相反的问题，刘氏据古方消瘰汤、海藻玉壶汤、内消瘰丸等方启示，曾先后用海藻、甘草同用，治疗4例瘰疬（颈淋巴腺结核），收到较好疗效。有的服药达一个月之久，并无毒副反应。

桂枝含桂皮醛等，能改善血循环，镇痛，解痉挛。桂皮所含二萜类化合物能抑制补体免疫反应。

大枣含枣酸等，有解痉、健胃、镇静和利尿等作用。还含有大量cAMP，能提高人体免疫机能，抑制细菌和真菌感染。生姜含辛辣素及姜油，能促进血循环和健胃。《伤寒杂病论》中用姜枣的有63方，占总方的六分之一，而冠以姜枣命名的有26方。用姜枣1.调和营卫，祛散外邪；2.健补脾胃，缓冲药毒；3.降逆止呕；4.温中止泻；5.回阳复脉；6.通阳散饮；7.祛寒暖脾；8.培土制水。

地黄含 β -甾醇等，有强心、利尿和升高血压的作用。

阿胶含多种氨基酸，能改善体内钙平衡，影响cAMP，cGMP活力，促进造血，升高血压，改善肌营养障碍。

麦冬含多种甾体皂甙，能调整血糖及抗菌。

麻仁含脂肪油，大麻酚，植物钙等，能调整血压。

综合本方各药的作用，本方可能具有强心、镇静、利尿、解痉挛、营养、健胃等多种功效。在此基础上不难理解其多种临床治疗作用，特别是治疗期前收缩的作用机理，可能与协调迷走与交感神经，抗衡化学介质及纠正电解质紊乱等有关。

（三）、临床应用

1.治疗心律不齐

丘氏用炙甘草汤治疗28例心律不齐，显效23例，有效4例，无效1例。处方：炙甘草15克，党参9克，阿胶9克，生

姜9克，生地15克，麦冬9克，麻仁12克，大枣10枚。心烦不眠盗汗者加酸枣仁，心悸加朱砂、龙骨、牡蛎。病例：邓××，男，56岁，劳动后阵发性心悸，情绪波动或劳累过度则加剧。曾诊断为冠心病心律不齐，经用西药治疗效果不显著。查血压130/90毫米汞柱，脉率92次/分，舌质淡红脉结代，心律不齐，主动脉瓣第二音亢进。服上方12剂后，症状消失，恢复工作，随访一年未再复发^[601]。

北京积水潭医院观察31例病人中，多发性室性期前收缩23例，房性4例，结性期前收缩4例。病情急者20例，轻者11例。处方：“炙甘草21克，麻仁9g、生姜9g、桂枝6g，大枣6枚，党参9g，麦冬9g，生地30g，阿胶9g（烊化）。疗效：症状消失者15例（48%）、显效3例（9.7%）、好转11例（35%）、无效者2例（6.5%），总有效率92.7%。副作用：药后舌生疮2例，胸满者2例，轻度浮肿2例，腹胀1例。药后绝大部分病例在1~2周即出现疗效。病例：赵××，男，33岁，教师，73年7月患感冒发烧后，经常心慌、心烦、心跳、心口发堵，每在精神紧张及过劳时加重。73年3月就诊，心电图示结性期前收缩，部分形成假三联律及一过型心动过速。曾用西药和复脉汤治疗后好转。74年9月又复发，心律不齐，三、四联律，心电图示结性期前收缩，形成真三联律。再单用复脉汤治疗，2周后开始生效，3周期前收缩消失。于2个多月后有1次复发，3个月后期前收缩完全消失^[602]。

黄氏报道，用炙甘草汤加味治疗频繁期前收缩25例，痊愈者11例（44%），显效7例（28%），好转3例（12%），无效4例（16%）。有3例分别在4~6月后复发，继续服本方仍有效。〔铁道医学（2）：50，1976〕新疆医学院亦报道，用此方可治愈冠心病室性早搏^[603]。

万氏在临床上常用炙甘草汤治疗内伤所致心脏病的心动悸脉结代，屡获良效。病例：蒋××，男，34岁，频发室早，半年来，脉弦，时结时促时代（倡有二、三联律）。处方：炙甘草30g，生地60g，麦冬30g，阿胶6g，麻仁10g，党参10g，桂枝5g，生姜3片，红枣10枚，白酒2匙，服5剂后，早搏大为减少，夜寐亦安。再进10剂，早搏基本控制，可稍事体力劳动。吴××，男，41岁，频发室早，偶有三联律，二联律较多，炙甘草30g，生地60g，麦冬30g，阿胶6g，麻仁10g，党参15g，桂枝5g，生姜3片，大枣5枚，白酒2匙。连服5剂，早搏基本控制。每次药下，可控制早搏达7~8小时。再进15剂，心前区压迫感、憋闷感完全消失。未再出现二、三联律〔604〕。

2. 治疗冠心病心绞痛

天津中医学院用本方治疗150例心绞痛，有17.4%获显效，60%有效。在辨证施治中，偏气虚型者主要用炙甘草汤加减，偏阴虚型用加减三早复脉汤。病例：程××，男，56岁，突然心前区疼痛，阵发性，每日3~4次，每次20~30分钟，两臂酸胀，轻微活动或情绪波动则加剧。心电图示冠状动脉机能不全，嚼化三硝基甘油脂可以缓解。有心悸、气短、头晕等症。血压140/80毫米汞柱，胆固醇252毫克%，眼底网状动脉硬化。诊断为冠状动脉硬化性心脏病，心绞痛。中医辨证：心气亏损，胸阳不振，气滞血凝，经脉阻滞。治以温阳益气，化淤通径。处方：炙甘草9g，党参9g，黄芪15g，生地15g，桂枝6g，阿胶珠9g，丹参15g，麦冬9g，桑枝15g，鸡血藤9g，红枣5枚，生姜6g。服28剂后，心前区痛消失，又继服15剂，症状全部消失，只在中度活动后出现气短。心电图复查：转正常。共住院48天〔605〕。

天津中医学院报道，用炙甘草汤治疗268例冠心病，其中属不正常心电图256例、冠状动脉供血不足187例，心肌劳损9例，心房纤颤1例。处方：桂枝60g，党参180g，麦冬180g，五味子180g，生地300g、阿胶180g，龟板300g，炙甘草180g，红枣120g，冰糖120g，治疗显效93例（34%），改善152例（56.7%），无效23例（8.6%），总有效率90.7%，用药2周后开始好转的占86.6%，其余患者在四周内开始好转。治疗前常服硝酸甘油的104例，治疗后停用者84例，减少用量者17例，总停减率96.1%。心电图显效15.7%，好转29.9%，无效率53.7%，总有效率为45.6%。临床体会对气阴两虚型疗效较好^[606]。如辨证准确，用药适宜，有的服药当天即可控制心绞痛发作，两个月康复出院^[607]。也有的心衰浮肿，服药两剂即可消退^[608]。

3. 治疗风湿性心脏病

山东省中医研究所报道，炙甘草汤治疗风湿性心脏病并发心房颤动及阵发性心房扑动。病例：张某，男，42岁，患风心病，心房扑动，用足量毛地黄后转为颤动，脉结代，心界向左扩大，心尖闻及雷鸣样舒张期杂音，第Ⅱ主动脉瓣区有Ⅱ级舒张期吹风样杂音。心电图房率375次/分，室率63次/分。诊为风心病二尖瓣狭窄，主动脉瓣关闭不全，心脏扩大，心功能Ⅱ级，处方：炙甘草15g，生姜9g，党参9g，生地9g，桂枝6g，阿胶6g，麦冬9g，麻仁9g，大枣5枚。服药初偶有心悸。以后即无阵发性心悸发作，脉亦转有力，心电图示窦性心律，有多发性房性前收缩。继续治疗2天后，期前收缩明显减少，观察2个月，心房扑动及颤动均未复发^[609]。

炙甘草汤还可应用于有些用毛地黄治疗无效的病例。如，某女，45岁，于妇科手术时发现心瓣膜病。产后2年在

登楼时感到心跳加重，有时面部及下肢浮肿，气促心悸，服毛地黄见好。2年后复发病重，听诊双期杂音显著，心界扩大，脉短绌。心电图示心房纤颤，频发早搏，心肌受累，诊断二尖瓣狭窄兼闭锁不全。用抗菌素，毛地黄和激素等治疗皆无效。改用炙甘草汤和地高辛维持量而奏效〔610〕。

4. 治疗病态窦综合征

炙甘草汤也可用于治疗病态窦综合征。病例：某男，68岁，患高血压，冠心病，陈旧性后壁心肌梗塞，有典型病态窦综合病史已3年。心电图示窦性心动过缓、窦性停搏、交界性心律，室上性心动过速，阵发性心房颤动及扑动，并有I度房室传导阻滞，完全性右束支传导阻滞，予激综合症，为全传导系统缺陷，故多次晕厥住院。室上性快速心律发作时，注射西地兰可使心律减慢至40次/分。心率缓慢时，用阿托品或异丙肾上腺素不能耐受，故而采用中药治疗。用人参每日6g加炙甘草汤，可使心率由40次/分增至50次/分，感觉良好出院〔611〕。

五、治疗肝炎、肾炎、肾盂肾炎、心包炎、肛炎。

大塚氏用炙甘草汤治疗黄疸型肝炎取效。病人45岁，男，自去春时常出现全身尤其下肢浮肿，易倦。从去秋发生耳鸣，气短，经治疗不见减轻。从今年一月出现黄疸，食欲丧失。查肝达中腕部，预后不良。服炙甘草汤后意外地发现症状缓解，气短、浮肿、目眩、耳鸣等症消失；黄疸减退，出现食欲，肝肿大缩小以至触不到〔612〕。

矢数氏报道用炙甘草汤治好心悸的同时，患有眩晕和耳内跳动也见好，失眠及面色均好转，增胖〔613〕。龙野氏用炙甘草汤治疗蛋白尿，仅服2~3月，尿中蛋白消失。病例：女患，10岁，患肾炎已1年，尿中蛋白不消失，不浮肿，血压

不高，脉寸沉关细尺弦细，用炙甘草汤后2~3月尿蛋白消失^{〔614〕}。三浦氏等用炙甘草汤治愈长期高热，经用各种抗菌素均未退热的心包炎、肺炎及肾盂肾炎^{〔615〕}。

6. 治疗突眼性甲状腺肿及眼科病等其它病。

本村氏用本方治疗突眼性甲状腺肿之心悸有效。病例：某女患，20岁，未婚，自3个月前甲状腺严重浮大，两眼突出，心悸，多汗，指尖摇动，站立时发晕。诊为突眼性甲状腺肿。治以炙甘草汤，自觉症状明显减轻，血压由140/80毫米汞柱降至120/70毫米汞柱。脉率减慢，甲状腺未缩小，服药三个月后自觉症状大多消失，眼球突出未好转^{〔616〕}。

因为本方具有滋阴养血作用，善于通利经脉血气，后世调补气血的方药，不少源于此方。姚氏用本方治疗凡因虚劳引起的各种眼病，如青盲，内障等，疗效很好^{〔617〕}。

刘氏以本方治疗老年危重病人呃逆7例（其中三例有脑外伤史），脑血栓并呃逆者三例，蛛网膜下腔出血并呃者2例，肝癌并呃者2例，服药1~3剂，呃逆停止^{〔618〕}。洪氏用本方久热不退（2个月）、麻木失眠，月经不调等病^{〔619〕}。

（四）补法谨慎

1. 外邪不可补：外邪初至或外邪未尽，尤其急性传染病，若正气不很虚弱，不要过早用补法，以免“闭门留寇”。热证疏利或解化后无虚证的，也勿温补，补之则可能再发热。若正气虚衰显著，必要时才能于祛邪药中加补益之品，达到扶正祛邪、攻补兼施的目的。

2. 实痛不可补：各种实痛不可用补，唯有虚痛才可补。

3. 虚不受补：虚者应用补法，不受补者指长期衰过甚，如小草枯萎，禁不起浇灌，只能小水滋润，又如长期禁食或

饥饿，不能立即饱餐，只能逐渐增加半流汁。当然，如系急性虚脱之症，则宜立即投以大剂峻补之剂，不可延误时机。

4.不可滥用补法：人体气、血、阴、阳虚损固然需要补益，但补法不可滥用，应辨病邪与体质，很多疾病常常是用法邪法后，正气自复，故不可见“虚”则补。

5.某些补法的慎用：通过现代医学方法的检验与观察，对中医补法在治疗某些疾病中，发现有不良反应而需要慎用。如贵阳中医学院附属医院研究发现急性肾炎恢复期的内在病理规律为湿热未尽^[620]。由于此期见证不多，或因湿热未尽的见证与阴虚、气虚、阳虚相似，引起辨证错误，一般往往按水肿病的发病规律，予以培补脾肾。他们还发现30例急性肾炎恢复期由于用补法后，出现不良反应，如尿量减少，水肿加重，血压增高，尿检恶化，血非蛋白氮增高，其中非蛋白氮增高的5例均为服温补药长达2月以上者，3例经用芳化清利法治后好转，2例虽经改变治法仍无好转，最后死于尿毒症。根据临床观察得到的初步印象，认为本病恢复期不宜采用补法，尤其不宜用温补法，因补气补阳可以助长热邪，补阳过早也助长湿邪，故要用补法时须特别慎重。北京中医学院东直门医院气血研究室^[621]，以纤维蛋白溶酶活性为指标，观察活血药、益气药、益气活血药在冠心病患者治疗前后的变化。纤维蛋白溶解作用是维持人体正常生理所必要，使人体内的凝血系统维持着一种动态平衡，冠心病患者血液内纤维蛋白溶解活性处于低水平，这是促进血栓形成因素之一。他们观察的结果初步说明益气活血与活血化瘀的作用相似，皆能增强体内纤溶酶的活性，而单纯益气药（党参、黄芪、黄精）则相反，对纤溶酶活性有抑制的趋向，可见单纯益气药可能具有促进血液凝固的趋向，因此认为，临

床上对冠心病患者需用益气药时，最好与活血药同用。以上两例虽非结论性意见，但至少可作为临床应用补法中参考，通过中西医结合对治则、治法的研究，可能还会发现更多具有规律性的启示。

（五）、补法原理

（1）补法对内分泌调节功能的影响

“肾阳虚”证的患者具有下丘脑—垂体及三个靶腺轴不同环节、不同程度的功能紊乱（或功能减退），而温补肾阳药可调节下丘脑—垂体及其靶腺轴的功能。重庆医学院对24例虚损患者进行观察，发现其垂体前叶、肾上腺皮质、甲状腺、睾丸或卵巢均呈不同程度的退行性变化，认为这些腺体的病变在虚损过程中占较为重要的一环^[622]。解放军157医院病理科对10例生前辨证为肾阳虚与7例没有“肾阳虚”证的死者的内分泌腺作了病理观察，发现肾阳虚患者的肾上腺、甲状腺、睾丸、卵巢都有功能低下的形态学改变，而7例无肾阳虚者的内分泌腺则无此种变化^[623]。常用的补肾药具有调节神经内分泌的作用，如附子、苁蓉故纸能防止或减轻摘除肾上腺后动物的体重下降，有激动肾上腺并释放皮质激素作用，对摘除肾上腺后肾上腺皮质功能低下者，如不耐寒或容易疲劳者有明显防止或纠正作用^[624]。有报道对100例溃疡病患者测定其尿17—酮类固醇普遍低于正常值，说明这可能与各型溃疡病均有不同程度的“脾虚”证有关，而尿17—羟类固醇除肝郁型6例外均偏高于正常值^[625]。而一些补脾药物则能调节肾上腺功能。如人参皂甙制剂可作用于下丘脑和/或垂体分泌ACTH，但不直接作用于肾上腺皮质，可以增加肾上腺皮质的CAMP刺激肾上腺皮质类固醇激素在肾上腺内的合成与分泌。甘草甜素能抑制肝脏对肾上腺皮质激素的

降解天能，使其血中含量增加。这些也说明脾与内分泌系统可能有一定关系。

(2) 对机体免疫功能的影响

上海中医学院附属龙华医院用粗制胎儿甲种球蛋白作抗原免疫家兔，使之起免疫反应，然后测定抗体最初出现和最后存在的时间，观察结果发现温补肾阳药（肉桂、仙茅、菟丝子、锁阳、黄精等）能使抗体提前形成，而滋补肾阴药（鳖甲、玄参、天冬、麦冬、沙参等）则能使抗体存在时间延长〔626〕。白求恩国际和平医院对66例脾胃疾病的辨证分型中属脾虚者，测定其细胞免疫与体液免疫功能，均比正常人低〔627〕。

南京医学院等对34例脾虚泄泻病例进行玫瑰花瓣形成试验，发现形成率较对照组明显低。经健脾治疗后复查，绝大多数患者有所上升〔628〕。亦有人观察补气药（党参、白术、茯苓煎剂内服）有促进细胞免疫的作用〔629〕。

(3) 对造血系统及骨骼系统的影响

补肾阳方药灌服健康家兔，经过一段时间后，红细胞、血色素、网状红细胞均见增加〔630〕。有些助阳药能使红细胞中ATP的含量上升，有些滋阴药可防止化疗后引起的白细胞减少〔631〕。还有人观察川断、杜仲、当归、鹿筋、熟地、补骨脂、菟丝子、枸杞子、白芍、陈皮等使促进骨折愈合、并改善动物摘除睾丸后所引起的骨质疏松和溶骨现象〔632〕。有些中药可对抗放疗、化疗引起骨髓造血损害，中医研究院中药研究所用环磷酰胺引起小鼠白细胞减少症，观察44种补益中药的影响，发现女贞子，山茱萸在防治白细胞减少上有一定作用，此外还发现黄芪、当归可升高荷瘤动物的血红蛋白，党参可提高外周白细胞数〔633〕。

八、吐法

(一) 概念

吐法，又称涌吐法。是通过引起呕吐，使停留于咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或毒物从口排出的一种治疗方法。

《素问·至真要大论》：“其高者，因而越之”，就是吐法的立法依据。吐法虽然有它一定的作用和疗效，但直接刺激咽喉、胃脘而引起呕吐易损伤正气，比较痛苦，病人往往不乐于采用，后世医家多限于病情急剧，必须迅速吐出实邪者，因此使用范围很小。随着现代医学的发展，洗胃法普遍应用于临床，治疗某些农药中毒和误服药物中毒等取得了显著效果，亦逐渐取代了传统医学的吐法。

伤寒吐法，主要是涌吐痰实法。

(二) 适应证与代表方

用于胸膈痰实证。症见病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉不得息者。治宜涌吐痰实。代表方为瓜蒂散。

瓜蒂散由瓜蒂（熬黄）1克（一分） 赤小豆1克（一分）组成，以淡豆豉9克煎汤送服。方中瓜蒂味苦性涌吐以催吐痰涎宿食，为主药；但瓜蒂苦寒有毒，催吐力峻，易伤胃气，故配以赤小豆、淡豆豉谷类之品，取谷气以护胃气，使快吐而不伤正；淡豆豉轻清宣泄，兼能宣解胸中邪气，助瓜蒂以涌吐，为佐使药。合成涌吐痰实宿食之剂。

关于瓜蒂散的药理研究，尚未见诸报道。

(三) 现代应用

吐法现代已很少使用，目前主要作为应急措施应用于以下几个方面：

1. 误食毒物，仍在胃中滞留尚未被吸收时。
2. 因暴饮暴食，宿食积在胃中，胀满疼痛欲吐但不能吐出之时。
3. 用于某些喉科急症，如痰涎阻塞咽喉，妨碍呼吸者。

（四）吐法禁忌

1. 年高体虚、产妇、孕妇、出血性疾病、消化性溃疡忌用。
2. 心力衰竭、肝硬化伴食道静脉曲张者忌用。
3. 身体虚弱、中气不足者慎用。

（五）吐法原理

吐法原理尚未见报道，这里只从单味药的药理作用方面作一些推断。凡用药物引吐，其机理有两方面：一种是药物直接刺激胃感觉神经，然后间接反射性引起延髓呕吐中枢的兴奋起到呕吐作用。如瓜蒂所含甜瓜素 Melotoxin，实验证明，动物口服时引起呕吐，但皮下或静脉注射时则不引起呕吐，说明瓜蒂是口服后直接刺激胃感觉神经，另一种是药物吸收入血，刺激延髓呕吐中枢引起呕吐。如藜芦碱系直接作用于呕吐中枢引起呕吐，而且还有中枢性降压作用，治疗量与中毒量相近，会引起心律不齐、低血压等，属毒性大的药物，因此临床上很少使用。

第三节 伤寒论治规律

伤寒论治规律是指伤寒治疗的一般规律，是仲景辨证论治思想的具体体现。对此，《伤寒论》中内容丰富，兹归纳整理探讨如下。

一、辨病治疗

中医学认为，病是由致病因素与病位结合，即病因引起病位（脏腑、经络、组织器官）的病理变化出现的各种症状和体征构成的；是由疾病全过程中之基本矛盾所致；常具有一定的致病因素，特定的表现形式，特殊的性质，一定的变化规律和转归。但病尚不是论治的主要依据。

由于历史条件的限制和中医对疾病的认识方法不同，没有也不可能采用以实验检查为基础的西医疾病命名原则，而主要是根据临床观察来命名的。因此，中医所谓的病与西医的病有着本质的区别，但中医学一直就把他们当作具体疾病来看待，一方面在长期的医疗实践中积累了丰富的经验，同时在中医学理论指导下，逐步形成了有关它们的病因病理、临床特点、鉴别诊断、发展变化、预后转归的系统认识，以及相应的治疗方法。伤寒学的宝贵经验和丰富的学术理论正是通过六经病的认识来体现的。由此，我们可以根据不同的疾病而采取相应的治疗措施，即“辨病治疗”。

伤寒学的辨病治疗主要体现在两个方面。一为治疗大法，即不同的疾病采取不同的治疗法则。如太阳病的汗法、阳明病的清法下法、少阳病的和法等等，均是针对某一经病的基本矛盾而采取的治疗法则。这对于六经病的治疗具有指导作用。其次为在治疗法则指导下的具体治疗措施，主要是指针对某些具有一定特殊性的疾病的治疗。如黄疸病之用茵陈蒿汤、水气病之用苓桂术甘汤、热入血室之用小柴胡汤等等。《伤寒论》对此阐述较少，这些治疗措施主要反映在《金匱要略》部分，如胸痹之用瓜蒌薤白半夏汤、脏躁之用甘麦大枣汤、肝着之用旋复花汤等等，在此毋须赘述。

由于西医的辨病治疗是建立在现代自然科学发展的基础

上的，是以病因学、病理学、解剖学为基础的，以实验室检查为依据的，因而中医的辨病远远不如西医那么细致、深入、具体，特异性亦差，故在指导治疗上的针对性也较差。如何使之不断丰富和完善，则有待于今后的进一步研究。

二、辨证治疗

前已述及，证有广义狭义之分。我们将这里的“证”规定为证候的证，系指医者对通过四诊所得到的机体既病之后的全部临床表现的概括。辨证治疗就是根据患者的不同证候而采取的相应治疗措施。《伤寒论》中多数条文即属证候的概括，如96条“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕……”即为一组证候，后世将之称为“柴胡证”。又如12条“太阳中风，……汗自出。啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕”这一组证候被后世称为“桂枝证”。治疗则因证候而治，前者方用小柴胡汤，后者方用桂枝汤。《伤寒论》112方的运用多属辨证治疗范畴。

由于不同的疾病及疾病的不同阶段，证候不一，故治疗亦应有别，即辨证治疗。如前所述（第四章），证候不能完全反映出疾病的全部本质，但在疾病初期或简单的疾病时，证候可等同于证型、病机。因此，辨证治疗既有西医辨病（对因）治疗的针对性，又有其整体性（顾护正气），具有强大的生命力。日本治伤寒学，亦偏重于证候的研究，甚至以单一的腹证作为运用方剂的唯一依据。如只要见到胸胁苦满这一腹证即可用小柴胡汤治疗。“有是证（腹证）用是方”，亦属辨证治疗范畴。

证候是机体既病之后的种种临床表现的归纳和概括（不是指所有的症），尚未包括机体在欲病而未病之时，可能已存在着的发病因素（如体质），故证候有时不能反映出疾病

的全部本质。因此，辨证治疗也有其局限性和不足。当这一治疗措施不能适应临床需要时，则应考虑结合其他治疗方法。

三、辨症治疗

症，即症状和体征，是病邪侵袭机体或机体失去自和状态而产生的病理改变的具体反映，是疾病的外在表现。如发热、呕吐，是反映疾病的表面外在现象，是定病的依据、辨证的素材，亦为治疗的对象。

由于中药有多种功效，一些药物有其固有的能消除或缓解患者某些自觉痛楚或体征的特殊作用，即对症治疗作用。故不同的症，可选用其对应的药物来治疗，即“辨症治疗”。例如口渴一症，多由津液亏乏所致，而花粉则能生津止渴，故凡见口渴者，仲景多加花粉治疗（40、90条等）。又如小便不利一症，多为水液停滞、气化失常的反映，故每见小便不利者，仲景则多加茯苓或桂枝治疗。如小柴胡汤证心下悸、小便不利，以及四逆散证小便不利等，均加茯苓；174条方后注云“小便不利当加桂”。再如半夏生姜功擅止呕降逆，故一般见到呕吐者多加半夏或生姜。如葛根加半夏汤、黄芩加半夏生姜汤、栀子生姜豉汤及真武汤；317条四逆汤证加生姜，理中丸证吐多去术加生姜。他如咳嗽之用干姜、细辛、五味子，项背强几几之用葛根，心烦之用栀子，惊悸之用龙牡，腹痛之用芍药等等，不胜枚举，都是根据某一症状和体征的有无，决定采用与之相对应的药物治疗的。

辨症治疗仅是针对疾病的某一症状或体征进行治疗的，因此应在辨证的前提下运用，故尔这一治疗方法多体现在方后注中。但因其能改善症状和体征，解除病人痛楚，所以临床应用颇广，尤其在症急时比辨证治疗更为迫切紧要，所谓

“急则治其标”是也。

现代医学之对症治疗与此类似。然因西药药理的特性，对症之药有时与对因之药相悖，故存在着不可避免的缺陷和不足。而辨证治疗之中药，是治疗某一症状或体征的特效药，多为组方之佐药，乃“标本同治”的治标之药，所以与对因（证）之药既无相悖之弊，反有协同增效之功。况症是脏腑功能紊乱所致，使用药物控制症状和体征，则可通过反馈的途径促使脏腑功能的恢复，即通过治标而达到治本的目的。故辨证治疗亦有其广阔的前途。

四、辨质治疗

人体素质有强弱刚柔、偏寒偏热之殊，故临证治病，不应局限于证的治疗，还应根据患者个体的体质特征而采取相应的治疗，即“辨质治疗”，又称“察质论治”，是“中医治疗的一大特色。”〔634〕而潘氏则认为调节体质对疾病的治疗起重要的协同作用。〔635〕故辨质治疗亦为伤寒治疗学的重要内容之一。具体表现为以下几个方面。

（一）同病异治，因质制宜：《伤寒论》对疾病的认识是从整体的人出发的，并认为疾病的发生发展及治疗均离不开具体体质。可通过体质的辨析，而采取相应的治疗措施。即使同一疾病在不同个体或疾病的不同阶段，治疗亦应因质而宜。例如感冒一例，属卫强质者宜用辛温发汗之麻黄汤，营弱质者宜用调和营卫之桂枝汤；阳弱体质者宜用助阳发汗之麻黄细辛附子汤。又如同为卫强质者又因有“里热”和“停饮”的不同，治则有大、小青龙汤之殊。再如霍乱病，因有“水气质”和“阳弱质”的不同，病机随质而变，故治有五苓散和理中丸之区别。同病何以异治，其主要依据则在于患者体质的差异。

(二) 异病同治，据质而施：仲景不仅重视病的治疗：疾病不一，治疗各异，如太阳病之汗法，阳明病之下法等等，而且尤重视体质的调整。盖“不同的致病因子或不同的疾病，由于患者的体质在某些方面有共同点，往往出现相同或类似的病理机转和临床类型。”〔636〕故异病可以同治。如下法为阳明病之正治法，然太阳病、少阳病乃至少阴病皆可见用承气汤下之的例证（如少阴三急下证）。所以王琦等认为“所谓异病同证，在很大程度上是以中医特有的体质学说为依据的。”〔636〕可见，尽管疾病不同，但由于个体体质的相同，而病机可以趋于一致或类似，故异病亦可同治。

(三) 质邪并重，治宜同调：仲景在治疗疾病的过程中，既重视邪气的祛除，又注重正气的扶助——体质的调整。当邪气与体质并重时，也就是“伤寒体质学”中所说的体疗度为0.5时，宜采用祛邪与调质同施的治疗方法。《伤寒论》中许多方剂的运用大都体现了这一治疗思想，尤以寒热并用的方剂为其代表。例如173条“伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。”说的就是“胸中有热，胃中有邪气”之体质者感受外邪而触发的腹痛欲呕症。方中黄连清胸中之热，干姜除胃中邪气，平调体质；桂枝辛温发汗以解“伤寒”之邪。诸药合用，外邪得解，体质得调，是病乃愈。又如155条“心下痞，而复恶寒，汗出者，附子泻心汤主之。”心下痞乃外邪内陷之症，恶寒（畏寒）汗出乃素体阳弱卫外不固之征；前者为邪气所迫，后者乃体质使然。所以仲景用大黄黄连泻热以消痞，旨在祛邪；用附子扶阳以固表，意在调质。质症同调，其病向愈。

(四) 体质有别，药有宜忌：人的胖瘦强弱各不相同，因而治疗用药则不可千篇一律，而应以患者的体质特点为依

据，进行治疗。例如阴寒内盛之体，宜吴萸、干姜、附子温散之（352、353条等）；津血不足之体，宜用地黄、阿胶、麦冬、鸡子黄滋润之（177、303条等）；阴津不足而病疼痛者，宜重用芍药以缓之（62、96、100、279条等）；而胸阳不振之体则忌用芍药（21、112条等）；气血津液不足之体（淋家、疮家、衄家等）忌用汗法；湿热之体（酒客、呕家等）忌进甘药等等。即便方药剂量的运用亦应根据患者的体质特点而灵活掌握，尤其峻攻峻补之剂更需特别注意。如白虎汤、瓜蒂散两方指出“亡血家不可与”，桂枝附子去桂加白术汤则“虚弱家及产妇宜减之”，四逆汤的运用也曾提到“强人可大附子一枚，干姜增至三两”，而服用三物白散及十枣汤则明确规定强人量宜大、羸人量宜小等等，均是以体质作为加减用药的标准。

总之，病乃人所患，故不可见病不见人，更不能治病不治人，而应在治病的同时，重视体质的调整，方使中医治疗学更趋完善。在此需指出的是，人的体质类型如何甄别，这在目前尚无具体、统一规范的情况下，通过审察脉证，并结合既往史，大可把握。若舍此而侈谈体质则失之抽象，亦难掌握、运用。对此，应引起重视。

五、试验治疗

由于疾病的复杂性和医疗水平的局限性，临床上有些疾病表现类同或相似，目前尚难区别开来，无疑给治疗带来了不少困难。为此，现代医学之试验性治疗应运而生。其实，这种治疗方法在《伤寒论》中早有运用。论中一症两方证条多寓此义。如100条“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。”即为试验性治疗的范例。盖因仅从《伤寒论》所载小建中汤和小柴胡汤

诸条脉症来看，则难以区别两方证：二者均由“伤寒”所致，其症均为“腹痛、脉弦”，且101条明训“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”故从病因和脉症来分析，本条述证既可用小建中汤，又可用小柴胡汤。为此，仲景一证而设两方，“先与小建中汤”；不差者则方不对证，应与小柴胡汤，开试验性治疗之先河。至于仲景何以“先与小建中汤”而不“先与小柴胡汤”，我们认为从临床表现看，本证为小建中汤证的可能性大些；此外，从病位分析，本证病偏中焦，而小柴胡汤证病在半表半里，小建中汤证病位恰在中焦。仲景可能本于以上两点而“先与小建中汤”的。

由上论述可知，试验治疗是指针对一些目前尚难确诊或诊断依据不足的病证而采用的一种试探性治疗方法。这种治疗方法虽名曰“试验治疗”，但绝不是盲目的、随意的，而是有根据的试验，是在通过对四诊获得的资料进行分析、推理之后，得出的接近疾病本质的基础上进行治疗的。因此，试验性治疗实为在目前医疗条件下的“针对性”治疗。随着时间的推移，人们认识水平的提高，今天的试验治疗必将被明天的针对性治疗所替代。但疾病也在不断地发展变化，如今天的癌症、艾滋病等等，对其所采取的治疗多为试验性治疗。因此，试验治疗亦有“市场”，不可废除。但总有一天人们将认识这些疾病的本质，从而采取有效的治疗措施，变试验治疗为针对性治疗。

六、对因治疗

现代医学认为，消除原发致病因子的治疗方法叫做对因治疗。例如抗菌素杀灭体内致病微生物、解毒药促进体内毒物的消除等。现代医学对疾病的治疗多属对因治疗。而中医

学由于自《内经》以降，历来重视整体的调整，故对因治疗迄今尚未引起人们的足够重视。因而挖掘和整理《伤寒论》中的对因治疗方法实属必要。

《伤寒论》338条“……蛔厥者，其人当吐蛔。……蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之”。认为厥系蛔虫所致，治宜服乌梅丸，可谓开祖国医学对因治疗的先河。由于中医历代重视“证”的治疗，忽视对因治疗，所以对乌梅丸证的解释难免牵强。如多数学者认为本证系寒热错杂、阴阳胜复，治宜滋阴泄热、温阳通降、安蛔止痛。柯琴甚至认为“仲景此方，本为厥阴诸证立法，叔和编于吐蛔条下，令人不知有厥阴之主方，观其用药与诸证符合，岂只吐蛔一证耶！”其实仲景原文明确指出“蛔厥者，乌梅丸主之”，显然系指用乌梅丸主治蛔虫的。现代临床用乌梅丸或以此加减化裁治疗胆道蛔虫病取得的惊人疗效，也证明了这一点。至于方为何集酸苦辛温于一炉？我们认为这是仲景掌握了蛔虫的生活特性，即“闻甘即起，闻苦即定，见辣则头伏而下”的规律，从而采取的对因治疗（针对蛔虫）。

《伤寒论》371条的白头翁汤之运用亦属对因治疗范畴。现代药理研究证实白头翁汤具有很强的抑菌杀菌作用，临床实践亦证明本方对细菌性痢疾的治疗是肯定的。此外，《伤寒论》中尚有许多方药属于对因治疗范畴，在此不作赘述。

七、辅助治疗

西医治病，在对因的同时多配伍诸如调节饮食、卧床休息等辅助性措施，以利于疾病的早日祛除。仲景对此早有论述，如12条“服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。……禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、恶臭等物。”服大青龙

汤后汗出多者温粉粉之。五苓散证之多饮暖水，汗出愈等等，皆属辅助性治疗。

八、综合治疗

病因单纯，病情轻缓的疾病，可用一种方法治疗。但当病情复杂危重时，一种方法治疗往往难以奏效，需在辨证用药治疗的同时，参以其他治疗措施，即综合治疗。如在用药物对证（症）治疗的同时，配合艾灸、火针、针刺等手段，使正气复、邪气除，疾病可望早愈。如《伤寒论》24条“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。”304条“少阴病，得之一二日，口中和，其背恶寒者，当灸之，附子汤主之。”等，均是其例。

综上所述，《伤寒论》对疾病的治疗，在辨证论治思想指导下，内容丰富，方法众多；既有原则性，又有灵活性；既有单纯的药物治疗，又有针、药并用的综合治疗。尽管名称不一，措施有别，然目的一致，皆为消除致病因子，调整机体体质，恢复脏腑功能，使机体处于新的“阴平阳秘”状态。故若诸法运用得当，可望大大提高临床疗效。

第四节 伤寒方药运用规律

《伤寒论》载方112首，配伍严谨，用药精炼，而且体现了“方以法立，法以方传”的特色，故被后世誉为“众法之宗，群方之祖”。一千多年来，经受了无数临床实践的检验，均证明其大多数方剂有很高的疗效，至今仍被人们所喜用。因此，认真系统地分析《伤寒论》所载的方剂资料，深入探讨其组方原理、性能主治及加减应用等，从中找出某些运用规律，具有十分重要的意义。

一、方药运用的前提

临床如何正确使用伤寒方药？首先应明确方剂中每味药的性能特点，从诸药的配伍中明瞭整个方剂的组方原理，进而掌握其性能主治，及其适宜或禁忌的病证。其次还要掌握不同剂型的作用，和其适应的不同证候，如“汤者荡也，丸者缓也”。同时还应通晓方剂的煎服法，了解服药后的调护宜忌等。这是方剂运用的前提。

需要指出的是，在分析每味中药的性能时，应以与仲景生活年代同时或相近的药物书籍为据，如《神农本草经》、《名医别录》等。由于中药学经历了数千年的历史变迁，很多药物的性能在历代著作的记载中不尽相同，甚至圆凿方枘，大相径庭。只有引据正确，才不至于得出错误的结论。如桂枝《名医别录》载其能“止汗”，故仲景于“常自汗出者”及“汗出恶风”的太阳中风证而不忌桂枝。此外，分析药物的功能还可从《伤寒论》原文考察。如174条“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕，不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。若其人大便硬，小便自利者，去桂加白术汤主之。”方后注说“此本一方二法，以大便硬，小便自利，去桂也。以大便不硬，小便不利，当加桂。”可见，加桂去桂的关键在于大便稀与不稀、小便利与不利，亦即在于有无内湿的存在。因此说明桂枝具有渗利水湿的作用，而这一功用在历代本草书中均未见记载，可能仲景另有所本，或是他的经验用药。上引方后注又说“附子、术，并走皮内，逐水气”，则说明附子、白术有走表逐水之功，而《神农本草经》中也无此记载。惟白术《名医别录》载其主“消痰水，逐皮间风水结肿”。

二、方药运用的原则

贯穿于《伤寒论》一书的灵魂是辨证论治，而方药作为

其中的最后一环，应严格地与伤寒的病机相适应，与治则治法相一致。这是伤寒方药运用的总原则。其具体原则主要体现在以下几个方面。

第一，不同病机的证候选用不同主治的方剂。如太阳表证，表实者宜用麻黄汤，表虚者宜用桂枝汤；阳明显证，气热者宜用白虎汤，腑实者宜用承气汤，湿热者宜用茵陈蒿汤等。

第二，同一病机的证候，即使处于不同的病理阶段，也可选用同样主治的方剂。如太阳病中风表虚证、“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也”（234）和“太阴病，脉浮者”（276），均属风邪袭表，营卫不调，尽管有在太阳、阳明和太阴的不同，但因病机一致，故都可用桂枝汤治疗。这也就是通常所谓的“异病同治”。

第三，同一证候，据其轻重缓急的差异，选用主治相似，功效略异的方剂。如三承气汤都用治阳明腑实证，而由于燥热与便结程度的不同，病情则有轻重缓急之分，因此要区别运用。李克绍教授在《伤寒解惑论》中比较三方的功用时说“调胃承气汤，有芒硝涤热，大黄去滞，甘草和胃，无枳实、厚朴等气分药，是和胃缓泻剂，所以适用于“里虽有热，但不甚实，虽有结滞，大便却不甚坚硬的患者。”而“小承气汤比调胃承气汤多枳、朴，无芒硝、甘草。其涤热之力，次于调胃承气和大承气，通便之力，优于调胃承气汤；加大用量，则接近于大承气汤。所以适用于里热不甚而大便已硬者。”至于“大承气汤是小承气汤加重了枳实、厚朴的用量，以气药为君，又加芒硝。其煎法又是后入大黄，使其气锐行速。因此它是峻下剂，适用于里热较甚而又大满大实者。”又如四逆汤和通脉四逆汤都用于少阴阳衰里寒的治疗，若病情相对较轻者，宜用四逆汤；若阳衰里寒

的程度加重，并格阳于外时，则应选用通脉四逆汤，以急救弱阳。

第四，“但见一证便是”，即根据主症选方。运用伤寒方，要掌握各方证的主症，因为它最能直接和准确地反映证候的病机。主症的出现就预示着病机的形成，所以不必待所有症状都出现后才开始选用方药。如小柴胡汤的运用，仲景就提出“但见一证便是，不必悉具”的明训。这里的“一证”就是指的“伤寒中风”前提下的主症，是邪在半表半里，少阳不和的反映。李克绍教授在《伤寒解惑论》和列举少阳“一证便是”的例子如149条“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具。”96条“往来寒热”，“胸胁苦满”，265条“伤寒脉弦细，头痛发热者。”并认为临床上只要见到这四种症候中的一种，就可放胆使用小柴胡汤。其书中附有小柴胡汤治验一例，最能说明掌握主症对于伤寒方药运用的重要意义。今转录于下，以供参考：

“张××，男，年龄五十，济南精神病院会计。1973年初夏，发低烧。在楼德治疗无效，返回济南。西医检查，找不出病因、病灶，每日只注射盐水、激素等药物，治疗二月，仍毫无效果。该院西医×大夫，邀余会诊。患者饮食二便，均较正常，只是脉象稍显弦细，兼微觉头痛。《伤寒论》云‘伤寒脉弦细，头痛发热者属少阳’。因与小柴胡汤原方，其中柴胡每剂用24克，共服二剂，低烧全退，患者自觉全身舒适。……过了三天，患者病愈，已能上班工作。按：《伤寒论》云‘伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。’、‘伤寒脉弦细，头痛发热者属少阳。’为什么这是属少阳呢？因为外感发热，总离不开三阳，头痛、发热是三阳共有的症状，属太阳就应当脉浮，属阳明就应当脉

大，如果脉不浮不大而弦细，排除太阳和阳明，就理所当然地属少阳了。少阳脉的弦细，不一定是沉细弦劲，临床证明，只要够不上太阳之浮，阳明之大，而又指下端直有力，就算弦细，这一点临床时往往也容易忽略过去。”

三、方药运用规律

由于伤寒证候在不同病情中有轻重缓急的不同，或在主要证候的基础上兼夹正虚或内邪而伴发某些或然症，或因病势的升降进退等差异，因此在使用伤寒方药时应根据上述情况进行适当、灵活地加减变化，务期恰中病机、方证相合。其具体加减运用规律有以下几个方面。

第一，根据病情的轻重缓急加减用药。由于方剂多为一般常见的证候而设，而证候在不同病情中的表现则有轻重缓急之分，故在使用方药时应适当加减。如理中丸（或汤——证急时改汤）治疗“自利不渴”、“寒多不用水”的中焦阳虚水寒之证，原文加减法谓：（1）若“脐上筑者，肾气动也，去术加桂四两。”脐上筑动是证甚及肾，肾水有上奔之势，故加桂镇之。前面提到桂枝尚有渗利水湿之功，故加桂后就不必再用术消水，故去术。（2）“渴欲得水者，加术，足前成四两半。”证由自利不渴，变为渴欲得水，是下利过多津液受伤，故加重白术“益津液”（《名医别录》），且无寻常生津药滋腻之弊。（3）“腹中痛者，加人参，足前成四两半。”腹中痛是下利过多，荣阴受损，脾络失荣所致，故加重人参补益荣阴。（4）“寒者，加干姜，足前成四两半。”寒是指虚寒加重，故加重干姜用量温阳祛寒。（5）

“腹满者，去术，加附子一枚。”出现腹满也是虚寒加重，是“脏寒生满病”，故增加附子助阳散寒。综观本证病机，无非“寒”“水”两种因素，当虚寒严重时，以助阳祛寒为

先，“水”可暂缓，故去术。加附子去术后实际上变成了四逆加人参汤，只是剂量略有不同。

可见，据病情的轻重缓急加减用药，是主要针对病机的细微变化，与简单地随症加减自不相同。

第二，根据或然症加减用药，即随症加减。由于体质等因素所致病变甚为复杂，临床上很少有单纯的方证可辨，往往伴发许多或然症。所谓或然症就是指在原证候病机不变的情况下，可有可无的症状。但在治疗时，为了尽快解除患者的痛苦、收效显著，故应依症灵活加减。如桂枝汤的加减方，多属随症加减变化范畴：14条“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”太阳中风兼项背强几几症，故加“主消渴……诸痹”（《本经》）、“开腠理”（《别录》）的葛根。279条“本太阳病，医反下之，因而腹满时痛者，属太阴也。桂枝加芍药汤主之。”下之病不解，徒伤太阴之阴，故加重芍药益阴止痛。另外桂枝加附子汤、加大黄汤、新加汤、去桂加茯苓白术汤、桂枝去芍药汤等等，均属随症加减的范畴。

下面将小青龙汤、小柴胡汤、四逆散、真武汤及白散等方的随症加减方法综述于后，以供临床参考：

（1）咳加干姜、五味子或细辛。如小柴胡汤和四逆散，咳加干姜、五味子；真武汤，咳加干姜、细辛、五味子。考《神农本草经》谓干姜、细辛“辛温”，五味子“酸温”，均主咳逆上气。尽管小柴胡汤证偏热，因有黄芩牵制，故也不避干姜、五味子的温热之性。为随症加减的典范。

（2）以小便的利否加减茯苓。小便不利，多因水湿内蓄造成，而茯苓最善利水渗湿，故小便不利多用之。如小柴胡汤证、小青龙汤证、四逆散证中，若见小便不利则加茯苓；

而真武汤以小便利，则去茯苓。

(3) 以呕与不呕加减半夏或生姜。盖呕多属胃气上逆所致，而半夏、生姜功擅降逆止呕，故呕者多加姜夏。如真武汤、理中丸证，呕加生姜；葛根汤证，呕加半夏；黄芩汤证，呕加半夏、生姜；小柴胡汤证，不呕则去半夏。

(4) 渴加瓜蒌根或人参。如小青龙汤证渴加瓜蒌根，小柴胡汤证渴加瓜蒌根、人参。盖两药均有益阴生津功能，故渴症必用。而瓜蒌根在专攻水气的牡蛎泽泻散中也用之，说明此药不但能够益阴，也能利水（或不碍利水），所以小青龙汤证虽然“心下有水气”，不但用之无碍，反有一举两得之妙。

(5) 腹痛加芍药。如小柴胡汤、白散方条，腹痛均加芍药。专取其止痛功能。

第三，根据病势加减用药。气机有升降，病势有进退，故处方用药也应随之灵活变通、因势利导。对此，梁氏等指出“人体气机有升降出入的不同运动形式。发病以后，升降出入，失其常序，当降者反升，当升者反降。药物具有升降浮沉之性，以调整运动形式的失常。”如邪“欲升散外出者，应遂其病势，去沉降之药，加升散之品，外散邪气，从而使气机运动恢复正常。如太阳病误下而致脉促胸满，是气机被下药所遏，故仲景于桂枝汤去芍药之收敛，存辛散之性以发散邪气，使之外出。小柴胡汤证见不渴外有微热，则去人参之壅补，加桂枝以外散邪气。而气机运动宜下降内入者，则去升散之品。如肺气以降为顺，反上逆作喘者，则应助降肺气，如小青龙汤证喘去麻黄之升散加杏仁之苦降，桂枝汤证兼喘加厚朴、杏仁。肾气在下，而反上逆，则应平冲降逆，如桂枝加桂汤证及理中丸证脐上筑，……加桂平冲逆等。”〔637〕

另外，尚有一种特殊的方药运用规律，即两方联用规律，今简述于下，以期对掌握方药运用规律或许有所帮助和启迪。所谓两方联用是指两首方剂联合使用，适用于两种证候兼协并存的情况。《伤寒论》中典型的两方联用者有柴胡桂枝汤、桂枝麻黄各半汤、桂枝二越婢一汤、桂枝二麻黄一汤等。如146条“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”证属柴胡证与桂枝证相兼之证，故取两方之半，合为柴胡桂枝汤治之。23条“太阳病，得之八九日，如症状，发热恶寒，热多寒少，……宜桂枝麻黄各半汤。”证属邪气羁表，营卫不调，故用桂枝麻黄各半汤，取桂枝汤调和营卫，麻黄汤解表散邪。

遣方用药是辨证论治的最后一个环节。因此，在明确方药运用前提，把握方药运用原则之后，熟练掌握方药（加减）运用的一般规律，是提高临床疗效的关键。

第五节 伤寒时间用药规律和原理

伤寒时间用药法，是在《内经》天人相应思想指导下，根据人体生理病理变动节律和药物作用节律等因素，选择合理的、最佳的给药时间，从而提高药物疗效，减少毒副作用的给药方法，属时间治疗学范畴。为辨证论治的重要一环。诚如徐大椿所说“方虽中病，而服之不得其法，则非特无功，而反有害。”仲景在时间用药方法上尽管强调辨证论治，但亦有一定的规律可循。今就其时间用药分类、一般规律和原理扼要论述于下。

一、时间用药分类

仲景因时用药的方法主要有两大类。一是定时给药，如每日二次、三次、四次等，这是中医最惯用的一种用药方

式。当前大都习惯于每日两次服，而《伤寒论》则多是分早、午、晚三时服药。二是特定时间给药，如对有些疾病的用药就不可拘泥于每日三次，而是在特殊的时间内给药，以发挥方药的最佳疗效。如54条“病人脏无他病，时发热，自汗出而不愈者”治宜“先其时发汗则愈，宜桂枝汤。”即属典型的特定时间给药法。盖病发以前，邪气未动之时给药，则可辅助正气抗邪于外，使病向愈。反之，俟病发之后，正气愈伤，邪气已潜，故进药徒劳。现代医学对此亦颇重视，如冠心病患者常备急救盒，就是为了能在心绞痛将发未发之前用药，以迅速缓解病情。若至病发之后给药，则无多大实际意义，因心绞痛发作时限为3~5分钟，故休息后不药亦可缓解。

二、时间用药规律和原理

《伤寒论》时间用药规律和原理主要体现在以下几个方面。

第一，根据疾病用药。一般情况下，疾病不同，治法有别，用方有异，具体的给药时间也有较为严格的限定。以三阳病为例，太阳病与阳明病，邪气隆盛正气不虚。但太阳主表，邪气尚浅，阳明主里，邪气较深。所以尽管一汗一下之治，但太阳病多采用不定时的给药方法。这是因为，太阳病浅，多能收到“一服汗出病差”的效果。阳明病则宜采用每日早晚两次或早、中、晚三次的服法。这是因为，阳明病深，一般不可能一服而愈。即使得“快利”，亦有胃肠余热未尽的可能。而用于阳明气热证的清法，其方药多日三服、连续服，目的在于折其盛热，不给邪气以喘息之机。这与现代医学抗菌素之于感染性疾病的时间用药颇为一致，其原理亦有暗合之处。少阳病则是“血弱气尽，腠理开，邪气因人”

的邪盛正虚之证，故治宜扶正祛邪并施，服药时间也宜每8小时一次，即每日三次。但与白虎汤之每日三次却有质的区别：前者意在扶正，后者旨在祛邪。总之，疾病不同，性质和轻重缓急各异，病理活动的节律性也不尽一致，故用药也应因之而选择适宜的时间。

第二，根据病情用药。《伤寒论》在病情的轻重缓急不太明显的情况下，大多每日服药三次，如泻心汤、小柴胡汤等。而当病情稍急重时，其用药则每日二次，如四逆汤、承气汤等。在病情特别危重时，不但要求药力峻猛，而且在给药时间上则要求果断、快速，即刻给药。如治汗下阳气骤亡的干姜附子汤即采用“顿服”、即服，俾药力集中，使将散之阳，顷刻复全。《伤寒论》64条“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸欲得按者”证属心阳戕伤，治宜桂枝甘草汤“以水三升，煮取一升，去滓，顿服。”以救心阳。这种顿服即刻给药方法酷似现代医学的即刻静注强心药抢救心衰。尽管二者给药途径不一，但其理一致。在病情复杂危重时，宜多次连续给药，或缩短给药时间，以增强药力，方能奏效。如柴胡加龙骨牡蛎汤治疗胆火扰心证时，即采用分服四次之法。他如当归四逆加吴茱萸生姜汤分温五服、麻黄升麻汤“分温三服。相去如炊三斗米顷，令尽。”等等，均属此义。

第三，根据体质用药。人的体质有强弱之分，给药时间亦应因之有别。如体质强壮，能胜药力者病患十枣汤证，宜平且空腹大量进药；而素体偏弱者病患腑实证，调胃承气汤则宜不拘时间“少少温服之。”取其清热润燥之力，调胃和中，以知为度，慎防过寒伤正。现代时间治疗学研究证明，“人体对药物的敏感性有昼夜变动，药物的吸收、代谢和排泄率

亦因时而异。如心脏病人上午四时服洋地黄，其敏感度大于平时几十倍；糖尿病人，上午四时对胰岛素最敏感。上午四时相当于仲景所说的‘平旦’，可见，祖国医学远在秦汉时期，对人体昼夜节律变化，就已总结出较为丰富的经验。”〔638〕

第四，根据病位用药。病有表里、内外、上下之分，故用药时间也应因之而异。病在太阳，邪气较盛，有内传伤正之虞，故宜采用不拘时间的给药方法，以期邪气早除，正气免遭损伤。如桂枝汤方后注云“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。”即为连续用药法。意在除邪务尽，以免贻误病机，变生他证。病在里者，由于范围广，变化多，故应结合辨证而权宜给药。如阳明气热证宜每日三服，连续进药，直折盛热。白虎汤、白虎加人参汤等用法即属于此。阳明腑实则宜分服二次，得下余勿服，以免过下伤正。如承气汤的用法即是其例。太阴病，脾运不健，药物吸收缓而少，故宜昼夜连续用药。如理中丸昼三四、夜二服，桂枝人参汤昼二、夜一服等等，均属于此。现代医学用甲氰咪呱治疗消化性溃疡，其服法也是日三夜一。可见，太阴病的夜服法不是仲景的杜撰，必定有其临床依据。

第五，根据方剂的特性用药。中医学认为，药有寒热温凉之性，有大常小毒之别；方有汗吐下和之用，有汤丸膏散之分。因此，为了达到方中病机、收效显著，又不致产生毒副作用，不但要掌握配伍、煎煮等环节，在给药时间上也要有合理的安排。如理中丸与汤，仅剂型之异，而功效有别；

汤者，药效迅速；丸者，药效和缓。所以要想达到同样的疗效，其服药时间则应有别。丸药是“日三四，夜二服。”从中不难看出，丸药比汤药服药间隔短、次数多。白虎加人参汤，由于药性大寒，除所规定的“日三服”外，还指出“此方立夏后，立秋前，乃可服；立秋后不可服；正月、二月、三月，尚凛冷，亦不可服之。”即为根据方剂的特性而决定其特殊时间用药的明证。

第六，根据治疗反馈用药。辨证准确，用药无误，收效良好时，再次用药则应减少剂量或停药。如甘草附子汤初服一升，症状减轻后，“将服五合”。所谓“效必更方”是也。他如汗吐下剂，多为得效后止后服，即遵“中病即止”、“衰其大半而止”的原则。若辨证用药无误，但药后疗效不著者，多为病重药轻，应缩短给药时间。如桂枝汤，服药不汗者，“后服小促其间，半日许令三服尽。”等，以增加有效给药剂量。

当前，临床用药方法过于单一，而对时间用药方法尤不重视。这不能不说是中药疗效降低的一个重要因素。因此，继承和发扬《伤寒论》时间用药规律，对于提高临床疗效，无疑将大有裨益。

参考文献

- 〔1〕《实用中医内科学》上海科技出版社，1984：46页。
- 〔2〕《医方新解》马有度编著，上海科技出版社出版，1980年6月第一版。
- 〔3〕《中药学》成都中医学院主编，上海科技出版社出版，1978年12月第一版。
- 〔4〕《新医学》，（9）452页，1977。
- 〔5〕《日本东洋医学会志》，（4）I 1979。

- [6]《上海中医药杂志》，(3) 15,1957.
- [7]中国药学会1962年,学术会议论文文摘集, P345,1963.
- [8]《伤寒论方证研究》辽宁省中医学院编辽宁科技出版社出版, 1984.4.第1版.
- [9]《江西中医药》(3) .56.1981.
- [10]《新医药资料》，江西中医学院编，(4) .32,1975.
- [11]新中医，(9) :28, 1985
- [12]广东医学，(祖国医学版)，(2) :38, 1963
- [13]江西中医药，(4) :23, 1980
- [14]汉方研究，(6) :210, 1982
- [15]新中医，(11) :43, 1984
- [16]新医药学杂志，(8) :30, 1977
- [17]湖北中医杂志，(1) :15, 1987
- [18]福建中医药，4 (12) :54, 1959
- [19]上海中医药杂志，(11) :29, 1981
- [20]汉方医学，8 (9) :1, 1984
- [21]日本医事新报，NO 3161, 63, 1984
- [22]汉方の临床，14 (3) :7, 1967
- [23]新中医，(2) :50, 1977
- [24]广州医药，(6) :35, 1985
- [25]中成药研究，(8) :42, 1985
- [26]江西中医药，(1) :16, 1986
- [27]江苏中医杂志，(10) :36, 1985
- [28]江西中医药，(1) :46, 1984
- [29]新中医，(10) :7, 1983
- [30]四川中医，(2) :40, 1984
- [31]江苏中医杂志，3 (2) :37, 1982
- [32]云南中医杂志，(4) :54, 1984
- [33]汉方の临床，28 (8) :26, 1981
- [34]和汉药シンポジウム，16:287, 1983

- [35]福建中医药, (5):38, 1965
 [36]广西中医药, (1):25, 1983
 [37]新医学, 5(11):576, 1974
 [38]中医药学报, (1):41, 1975
 [39]上海中医药杂志, (3):19, 1964
 [40]浙江中医杂志, (5):15, 1958
 [41]江苏中医, (10):22, 1965
 [42]中华儿科杂志, 10(2):101, 1959
 [43]上海中医药杂志, (2):23, 1959
 [44]新中医, (4):29, 1986
 [45]辽宁中医杂志, (1):25, 1987
 [46]上海市1977年度儿科年会论文汇编, P26, 1978年,中华医学

会上海分会

- [47]新医学, (9):452, 1977
 [48]江西中医药, (4):31, 1980
 [49]德兴医药通讯, (1):14, 1977
 [50]天津医药杂志, (7):500, 1960
 [51]湖南医学院学报, (1):11, 1959
 [52]北京中医, 3(6):12, 1954
 [53]上海中医药杂志, (7):29, 1955
 [54]福建中医药, 3(6):16, 1958
 [55]山东医刊, (4):14, 1959
 [56]江苏中医, (9):68, 1959
 [57]云南中医杂志, 1(3):36, 1980
 [58]赤脚医生杂志, (11):14, 1978
 [59]福建中医药, (4):38, 1965
 [60]上海中医药杂志, (9):9, 1963
 [61]中医杂志, (3):19, 1966
 [62]金华医药, (2):13, 1974
 [63]闽东医药, 1(4):18, 1974

- [64] 哈尔滨中医, 4 (10) :34, 1961
- [65] 浙江中医杂志, 17 (11~12) :498, 1982
- [66] 中医杂志, (2) :31, 1959
- [67] 中西医结合杂志, 5 (9) :540, 1985
- [68] 新中医, (4) :29, 1986
- [69] 中西医结合杂志, 5 (5) :276, 1985
- [70] 江西中医药, (10) :25, 1960
- [71] 淄博医药, (2) :25, 1981
- [72] 山东医刊, (9) :21, 1962
- [73] 中华医药杂志, (1) :33, 1973
- [74] 天津医药杂志, (10) :790, 1965
- [75] 新医药学杂志, (2) :31, 1977
- [76] 中医杂志, (10) :36, 1955
- [77] 新急腹症学, 天津南开医院等编, P222~231, 人民卫生出版社出版, 1977
- [78] 中西医结合治疗急腹症通讯, (1) :35, 1977, 天津南开医院编
- [79] 中西医结合治疗急腹症通讯, (1) :38, 1977, 天津南开医院编
- [80] 药理学, 中山医学院主编, 人民卫生出版社出版, 1979年第1版
- [81] 中医杂志, (10) :40, 1965
- [82] 科研论文资料汇编, (1) :67, 1960, 浙江医科大学编
- [83] 中医杂志, (2) :175, 1960
- [84] 中草药通讯, (5) :7, 1973
- [85] 天津医药杂志, (9) :687, 1960
- [86] 新医学, (3) :118, 1977
- [87] 中西医结合治疗急腹症, 遵义医学院编, P150~152, 人民卫生出版社出版, 1972

- [88] 湖南医药杂志, (2) :11, 1978
- [89] 天津医药, 3 (3) :63, 1975
- [90] 广西中医药, (5) :18, 1981
- [91] 新医药学杂志, (10) :35, 1977
- [92] 中药通报, 9 (3) :123, 1984
- [93] 上海中医药杂志, (2) :15, 1980
- [94] 上海中医药杂志, (4) :14, 1979
- [95] 医药科技资料, (1) :27, 1975, 四川医学院附属医院中医科编
- [96] 武汉医学院学报, (6) :29, 1977
- [97] 连铁医刊, P10, 1977, 沈铁大连医院外科,
- [98] 新中医, (11) :22, 1985
- [99] 江苏中医杂志, (8) :342, 1985
- [100] 福建中医药, (4) :24, 1981
- [101] 四川中医, (7) :43, 1986
- [102] 新医药学杂志, (11) :30, 1978
- [103] 陕西新医药, (1) :59, 1974
- [104] 中医杂志, 21 (4) :274, 1980; 21 (10) :772, 1980
- [105] 中医杂志, 21 (10) :772, 1980
- [106] 河北医药, (3) :43, 1982
- [107] 福建医药杂志, (5) :45, 1981
- [108] 广西中医药, (1) :21, 1986
- [109] 浙江中医学院学报, (1) :12, 1979
- [110] 河南医药, (5) :306, 1983
- [111] 上海中医药杂志, (3) :15, 1980
- [112] 广东中医, (4) :23, 1963
- [113] 天津医药, (2) :52, 1977
- [114] 中华医学会中国中西医结合研究会全国危重症急救医学学术会议论文汇编, P209, 1982年11月, 杭州
- [115] 辽宁中医杂志, (4) :10, 1982

- [116] 中西医结合杂志, 1 (2) :65, 1981
- [117] 湖北中医杂志, (1) :32, 1986
- [118] 江西中医药, (4) :12, 1981
- [119] 中华医学杂志, (1) :57, 1978
- [120] 天津医药, (2) :75, 1977
- [121] 新医药学杂志, (7) :38, 1978
- [122] 北京中医, (1) :39, 1983
- [123] 北京中医学院学报, (1) :39, 1980
- [124] 中西医结合杂志, 3 (1) :19, 1983
- [125] 新中医, (10) :21, 1983
- [126] 中医杂志, 26 (10) :766, 1985
- [127] 山东中医杂志, (4) :222, 1982
- [128] 浙江中医杂志, (4) :174, 1985
- [129] 中医杂志, (10) :40, 1965
- [130] 福建中医药, (6) :43, 1965
- [131] 绍兴医药, (1) :30, 1980
- [132] 上海中医药杂志, (9) :20, 1958
- [133] 山东中医杂志, (6) :11, 1983
- [134] 辽宁中医杂志, 5 (12) :18, 1981
- [135] 新中医, (1) :40, 1975
- [136] 浙江中医杂志, (5) :162, 1979
- [137] 辽宁中医杂志, (12) :25, 1980
- [138] 西医学习中医短期班讲义, P402, 1975, 上海第一医学院
华山医院编
- [139] 上海市1977年度中医年会论文汇编, P54, 1978
- [140] 方剂学, P46, 上海中医学院编, 上海人民出版社出版,
1974年第一版
- [141] 新急腹症学, 天津南开医院等编, P381, 人民卫生出版
社出版, 1978年2月第1版
- [142] 中西医结合治疗急腹症通讯, (2) :86, 1978

- [143] 日本东洋医学会志, (21) :1, 1971
- [144] 天津医药, (9) :471, 1975
- [145] 《新医学杂志》(8) 1973
- [146] 《日本东洋医学会志》22. (3) :28
- [147] 《代谢》(10) :687 1973
- [148] 《新医学杂志》(9) ,21 1973
(2) ,28 1974.
- [149] 《医学科学文论集》安徽省立医院,
24页 1979.
- [150] 《国外医学》中医中药分册, (1) 37,1979. 江文君
等摘
- [151] 《常用中药药理》吕兰熏等, 陕西科技出版社, 1979.
- [152] 《中药大词典》2023页, 上海人民出版社.
- [153] 《江苏中医杂志》(2) 39, 1980.刘亚光.
- [154] 《中药大词典》2023页 上海人民出版社.
- [155] 《中医杂志》(3) 76,1980.钱瑞生沈阳医学院附属二
院: 用细胞免疫反应筛选“免疫激发型”中草药的初步尝
试, 内部资料, 12页1975.
- [156] 《中药大词典》2019页, 上海人民出版社,1977
- [157] 《中草药与免疫》(1) 12:1977.骆和生
- [158] 沈阳医学院附属二院: 用细胞免疫反应筛选, “免疫激
发型”中草药的初步尝试, 内部资料, 12页1975
- [159] 《江苏中医杂志》(2) 39,1980.
- [160] 《国外医学》(中医中药分册) (2) 48,1981.
- [161] 《日本东洋医学会志》(3) :58 1973
- [162] 《广东医学》(5) :21,1964.
- [163] 《汉方研究》(8) :291 1961.
- [164] 《汉方临床》(12) :10,1965.
- [165] 《临方の临床》24:213,1977.
- [166] 《日本东洋医学会志》32 (4) :17 1982.

- [167] 《小儿科诊疗》46 (1) :138 1983.
- [168] 《中医杂志》27. (4) :283.1986
- [169] 《新中医》 (5) :42.1979
- [170] 《广东中医》 (6) :226.1959
- [171] 《新医学》 (2) :97.1981
- [172] 《汉方の临床》 (10) :27.1980.
- [173] 《湖北科技情报》 (6) :15.1980.
- [174] 《汉方の临床》31 (3) :81.1984.
- [175] 《浙江中医学院学报》 (1) :29.1983.
- [176] 《吉林中医药》 (6) :24.1983.
- [177] 《河南中医》 (1) :33.1983.
- [178] 《中医杂志》27 (12) :35.1986.
- [179] 《福建中药》 (2) :23.1985.
- [180] 《江西中医药》 (4) :32.1980
- [181] 《新医学》 (2) :97.1981
- [182] 《湖北中医杂志》 (3) :26.1981.
- [183] 《天津医药》 (5) :243.1976.
- [184] 《新中医》 (5) :42.1979.
- [185] 《江苏中医》 (5) :49.1980.
- [186] 《江西中医药》 (4) :32.1980.
- [187] 《四川中医》 (8) :44.1985.
- [188] 《汉方医学》7 (10) :21.1983.
- [189] 《汉方の临床》31 (3) :81.1984.
- [190] 《新医学杂志》 (7) :43.1975.
- [191] 《中医杂志》27 (12) :35.1986.
- [192] 《新医药学杂志》 (7) :43.1975.
- [193] 《福建中医药》7 (2) :37.1962.
- [194] 《新医学杂志》 (10) :37.1977.
- [195] 《福建中医药》 (2) :34.1984.
- [196] 《安庆医药》 (1) :24.1983.

- [197] 《山东中医杂志》 (4) :18,1985.
- [198] 《泸州医学院学报》 (1) 5,1978
- [199] 《江苏中医》 (4) :22,1964.
- [200] 《江西中医药》 (4) :32,1980.
- [201] 《安庆医学》, (1) :24,1983.
- [202] 《云南医药》 (4) :49,1974.
- [203] 《福建中医药》 (4) :14,1983.
- [204] 《安庆医学》 (1) 24:1983.
- [205] 《新医药学杂志》 (2) :5 1977.
- [206] 《肝胆脾》 (9) :825 1984.
- [207] 同上.
- [208] 《汉方医学》 7 (4) :37,1983.
- [209] 《山东医刊》 (9) :11,1958.
- [210] 《天津医药》 (5) :243,1976.
- [211] 《湖北科技情报》 (6) :15,1980.
- [212] 《新医学》 (2) :97,1981.
- [213] 《湖北中医杂志》 (5) :43,1981.
- [214] 《日本东洋医学会志》 18, (1) :17,1967
- [215] 《浙江中医杂志》 16 (1) 523,1981.
- [216] 《陕西中医》 (2) :35,1983.
- [217] 《黑龙江中医药》 (2) :42,1986.
- [218] 《汉方研究》 71 (3) .35,1971.
- [219] 《河南中医》 (2) .31,1981.
- [220] 《福建中医药》 5:封三,1964.
- [221] 《汉方C临床》 31, (2) :131,1984.
- [222] 《辽宁中医杂志》 (1) :8,1980.
- [223] 《中国医药信息》 (2) :43,1985.
- [224] 《汉方研究》 25 (9) :25,1975.
- [225] 《江苏中医》 (2) :26,1960.
- [226] 《中医杂志》 (10) :24,1965.

- [227] 《江西医药资料》 (8) :57,1975.
- [228] 《辽宁中医杂志》 (1) :8,1980.
- [229] 《现代东洋医学》 5 (3) :82,1984.
- [230] 《汉方の临床》 25:152,1978.
- [231] 《江西中医药》 (2) :31,1981.
- [232] 《上海中医药杂志》 (3) :1,1962.
- [233] 《湖北中医杂志》
- [234] 《山西医药杂志》
- [235] 《中医杂志》 (9) :61,1959.
- [236] 《浙江中医杂志》 (10) :472,1982.
- [237] 《山东中医杂志》 (4) :18,1985.
- [238] 《安庆医学》 (1) :24,1983.
- [239] 《河北中医》 (5) :40,1985.
- [240] 《广西中医药》 (4) :34,1978.
- [241] 《新医学杂志》 (12) 546,1976.
- [242] 《中级医刊》 (8) :52,1985.
- [243] 《江西中医药》 (1) :8,1983
- [244] 《山西中医》 (2) :62,1985.
- [245] 《中药大辞典》 1832页,上海人民出版社.
- [246] 《新医药杂志》 2: (28) :974,1974.
- [247] 中医杂志, (10) :36, 1955
- [248] 中华医学杂志, 50 (7) :456, 1964
- [249] 第一届和汉药讨论会记录, P14, 1967
- [250] 上海市中药专题小组《复方白头翁汤的综合研究》 (内部资料)
- [251] 浙江中医杂志, (6) :242, 1957
- [252] 中草药通讯, (5) :23, 1972
- [253] 日本东洋医学会志, (1) :34, 1977
- [254] 中草药通讯, (5) :25, 1972
- [255] 药学学报, (5) :289, 1965

- [256] 中草药通讯, (5) :47, 1976
- [257] 药学杂志, (2) :157, 1974
- [258] 新医药学杂志, (5) :34, 1974
- [259] 日本东洋医学会志, (4) :1, 1970
- [260] 广东中医, (10) :431, 1959
- [261] 第五届和汉药讨论会记录, P119, 1971
- [262] 中药研究资料, (1) :40, 1980
- [263] 中医杂志, (10) :704, 1958
- [264] 中医杂志, (10) :36, 1955
- [265] 中华医药杂志, (12) :781, 1962
- [266] 药学研究, 32 (10) 21, 1960; (9) :627, 1960
- [267] 第五届和汉药讨论会记录, P35, 46, 123, 1971
- [268] 汉方医药, (2) :37, 1966
- [269] 药学杂志, (98) :1642, 1978
- [270] 上海中医药杂志, (11) :1, 1955
- [271] 中医杂志, (4) :251, 1958
- [272] 新医学, 5 (6) :266, 1974
- [273] 中级医刊, (5) :41, 1984
- [274] 山东中医杂志, (1) :16, 1983
- [275] 黑龙江医药, (1) :31, 1976
- [276] 赤脚医生杂志, (1) :29, 1976
- [277] 流行病防治研究, (4) :250, 1975
- [278] 新中医, (5) :44, 1976
- [279] 陕西新医药, (2) :31, 1977
- [280] 黑龙江医药, (7) :14, 1977
- [281] 浙江中医杂志, 17 (6) :267, 1982
- [282] 吉林中医药, (3) :13, 1984
- [283] 陕西中医学院学报, (4) :19, 1986
- [284] 黑龙江医药, (1) :31, 1976
- [285] 浙江中医杂志, 17 (6) :267, 1982

- [286] 陕西中医学院学报, (4) :19, 1986
- [287] 赤脚医生杂志, (1) :29, 1976
- [288] 新中医, (5) :44, 1976
- [289] 陕西新医药, (2) :31, 1977
- [290] 陕西新医药, (4) :51, 1974
- [291] 福建中医药, (3) :11, 1966
- [292] 浙江中医杂志, (6) :36, 1966
- [293] 广西中医药, (2) :47, 1980
- [294] 中医杂志, (6) :29, 1963
- [295] 辽宁医药, (1) :56, 1975
- [296] 辽宁中医杂志, (5) :15, 1981
- [297] 浙江中医杂志, (12) :551, 1986
- [298] 浙江中医杂志, (6) :212, 1957
- [299] 江苏中医, (5) :33, 1960
- [300] 中华儿科杂志, (2) :75, 1966
- [301] 山东医刊, (7) :30, 1959
- [302] 中医杂志, 25 (3) :184, 1984
- [303] 科技资料汇编, (1) :12, 1973
- [304] 广东医学, 3 (2) :16, 1965
- [305] 江苏中医, (4) :9, 1963
- [306] 新中医药, 7 (10) :13, 1956
- [307] 上海中医药杂志, (6) :254, 1960
- [308] 中药通报, 5 (1) :18, 1959
- [309] 河南赤脚医生杂志, (4) :21, 1981
- [310] 江苏中医, (7) :23, 1958
- [311] 哈尔滨中医, 8 (9) :32, 1959
- [312] 中华内科杂志, (5) :281, 1977
- [313] 浙江中医学院通讯, (4) :15, 1977
- [314] 沪医资料, (2) :49, 1977
- [315] 吉林中医药, (2) :25, 1983

- [316] 北京中医, (4) :18, 1985
- [317] 沪医资料, (2) :49, 1977
- [318] 中药通报, 3 (4) :144, 1957
- [319] 哈尔滨中医, (3) :8, 1966
- [320] 新医药学杂志, (8) :33, 1977
- [321] 中草药, 11 (8) :367, 1980
- [322] 江西中医药, (6) :28, 1959
- [323] 福建中医药, 9 (1) :18, 1964
- [324] 福建中医药, 11 (3) :92, 1966
- [325] 陕西中医, (11) :504, 1986
- [326] 陕西中医, (6) 63, 1986
- [327] 黑龙江中医药, (6) :40, 1986
- [328] 吉林中医药, (6) :23, 1983
- [329] 江苏中医杂志, (1) :9, 1986
- [330] 浙江中医杂志, (8) :367, 1986
- [331] 新中医药, 4 (6) :5, 1953
- [332] 浙江中医杂志, (6) :247, 1985
- [333] 黑龙江中医, (3) :1, 1983
- [334] 浙江中医杂志, 18 (10) :450, 1983
- [335] 新医药学杂志, (2) :109, 1979
- [336] 中医杂志, (6) 24, 1955
- [337] 中华医学杂志, (8) :19, 1957
- [338] 中华儿科杂志, 9 (6) :529, 1958
- [339] 上海中医药杂志, (4) :8, 1965
- [340] 辽宁中医杂志, (3) :24, 1984
- [341] 药学学报, (8) :603, 1966
- [342] 江苏中医, (11) :13, 1985
- [345] 浙江中医杂志, (1) :16, 1960
- [346] 医学情报交流, (4) :54, 1977
- [347] 医学研究通讯, (6) :27, 1978

- 〔348〕 人民军医, (8) : 49, 1976
- 〔349〕 上海中医药杂志, (7) : 21, 1964
- 〔350〕 中西医结合杂志, 4 (2) : 84, 1984
- 〔351〕 中西医结合杂志, 5 (6) : 329, 1985
- 〔352〕 上海中医药杂志, (5) : 9, 1982
- 〔353〕 新医药学杂志, (8) : 21, 1973
- 〔354〕 中医杂志, 22 (2) : 23, 1981
- 〔355〕 云南中医杂志, 4 (5) : 42, 1983
- 〔356〕 陕西中医, 1 (3) : 13, 1980
- 〔357〕 中西医结合杂志, 4 (7) : 402, 1984
- 〔358〕 山东中医学院学报, 10 (1) : 28, 1986
- 〔359〕 天津中医, (2) : 34, 1986
- 〔360〕 上海中医药杂志, (4) : 166, 1958
- 〔361〕 内蒙古中医药, (2) : 12, 1983
- 〔362〕 汉方の臨床, (2) : 29, 1959
- 〔363〕 河南中医, (1) : 45, 1981
- 〔364〕 新医学, (4) : 4, 1972
- 〔365〕 湖南医药杂志, (1) : 46, 1975
- 〔366〕 中草药方剂抗微生物作用研究文集, 1977, 陕西省中医研究所等
- 〔367〕 新医药学杂志, (10) : 6, 1975
- 〔368〕 新急腹症学, P431, 人民卫生出版社, 1978年2月第1版
- 〔369〕 新医药学杂志, (4) : 2, 1973
- 〔370〕 中草药通讯, (7) : 12, 1976
- 〔371〕 中华医学杂志, (7) : 457, 1964
- 〔372〕 新医药通报, 1971年2月, 湖北中医学院
- 〔373〕 新医药学杂志, (8) : 39, 1975
- 〔374〕 中华内科杂志, (3) : 192, 1976
- 〔375〕 天津医药, (6) : 283, 1976

- [376] 天津医药, (7) :343, 1975
- [377] 吉林医药, (2) :15, 1974
- [378] 中西医结合资料汇编, (1) :44, 1975
- [379] 新医药学杂志, (8) :36, 1975
- [380] 新医药学杂志, (12) :41, 1977
- [381] 浙江省中西医结合交流会议资料, 1971年
- [382] 新医药学杂志, (6) :16, 1977
- [383] 中医药研究成果汇编, 北京医学院1977~1979
- [384] 内部资料, 1980年, 上海第一医学院华山医院抗菌素 临床应用研究室
- [385] 新医药学杂志, (7) :12, 1977
- [386] 新医药学杂志, (6) :28, 1979
- [387] 汉方医药, (1) :381, 1974
- [388] 中草药动态, 2, 1976
- [389] 中草药通讯, (2) :12, 1977
- [390] 药学学报, 13 (5) :350, 1966
- [391] 四川中医, (6) :7, 1985
- [392] 山东中医杂志, (2) :21, 1983
- [393] 中医杂志, (2) :7, 1963
- [394] 经方的临床应用, P160, 广东科技出版社出版, 1985年
- [395] 广西中医药, (1) :53, 1984
- [396] 江苏中医杂志, 1 (4) :5, 1980
- [397] 浙江中医杂志, (3) :116, 1983
- [398] 湖南医药杂志, (5) :38, 1980
- [399] 四川中医, (12) :49, 1985
- [400] 浙江中医杂志, 7 (8) :14, 1984
- [401] 江西中医药, (4) :38, 1980
- [402] 陕西中医, 5 (1) :13, 1984
- [403] 云南中医学院学报, (4) :22, 1981

- [404] 医药资料交流, (2):24, 1974
- [405] 河南中医学院学报, (1):42, 1977
- [406] 云南医学杂志, 6(3):44, 1964
- [407] 中医杂志, (8):419, 1957
- [408] 解放军医学杂志, 2(5):470, 1965
- [409] 天津医药通讯, (11):1, 1972
- [410] 浙江中医药, (7):246, 1979
- [411] 新医药杂志, (3):117, 1974
- [412] 江苏中医, (7):39, 1965
- [413] 上海中医药杂志, (1):14, 1960
- [414] 江苏中医, (2):6, 1966
- [415] 天津医药通讯, (11):47, 1972
- [416] 江苏中医, (3):19, 1962
- [417] 福建医药杂志, (4):15, 1980
- [418] 中西医结合资料汇编, (1):134, 1972, 兰州医学院训
练部
- [419] 中医杂志, (8):16, 1963
- [420] 中医杂志, (1):28, 1965
- [421] 江西中医药, (1):25, 1959
- [422] 新医药通讯, (1):58, 1976
- [423] 新中医, (2):29, 1983
- [424] 浙江中医杂志, 16(10):422, 1981
- [425] 四川中医, (6):52, 1985
- [426] 福建医药杂志, (4):15, 1980
- [427] 日本东洋医学会志, 32(2):31, 1981
- [428] 中医杂志, 21(3):190, 1980
- [429] 中西医结合研究资料, (11):59, 1974
- [430] 黑龙江中医药, (1):26, 1966
- [431] 云南中医学院学报, (1):16, 1982
- [432] 中西医结合研究资料汇编, (3):61, 1974

- 〔433〕 黑龙江中医, (1) :26, 1966
- 〔434〕 湖南中医学院学报, (1) :35, 1986
- 〔435〕 广西赤脚医生, (3) :30, 1976
- 〔436〕 上海医学, 6 (9) :509, 1983
- 〔437〕 浙江中医杂志, 15 (6) :270, 1980
- 〔438〕 陕西中医, (1) :14, 1983
- 〔439〕 中医杂志, 21 (3) :190, 1980
- 〔440〕 上海中医杂志, (6) :7, 1964
- 〔441〕 广东医学, (7) :35, 1985
- 〔442〕 汉方の临床, (5) :16, 1960
- 〔443〕 江西中医药, (4) :33, 1985
- 〔444〕 中华医学杂志, 61 (1) :57, 1981
- 〔445〕 人民军医, (8) :43, 1983
- 〔446〕 天津中医, (6) :25, 1985
- 〔447〕 新医药学杂志, (3) :103, 1978
- 〔448〕 新医学, 8 (1) :43, 1977
- 〔449〕 湖北中医杂志, (6) :13, 1980
- 〔450〕 云南中医杂志, 2 (2) :33, 1981
- 〔451〕 成都中医学院学报, (3) :21, 1979
- 〔452〕 浙江中医杂志, (2) :69, 1984
- 〔453〕 江苏中医杂志, (2) :35, 1983
- 〔454〕 河北医药, (1) :封4, 1981
- 〔455〕 陕西中医学院学报, (3) :31, 1979
- 〔456〕 上海中医药杂志, (8) :19, 1965
- 〔457〕 中医杂志, (9) :12, 1965
- 〔458〕 浙江中医学院学报, 9 (5) :24, 1985
- 〔459〕 福建中医药, (4) :34, 1965
- 〔460〕 中医杂志, (9) :20, 1965
- 〔461〕 江苏中医, (6) :15, 1963
- 〔462〕 浙江中医杂志, (2) :69, 1984

- [463] 山东中医杂志, (2) :37, 1984
- [464] 吉林中医药, (1) :31, 1986
- [465] 湖北中医杂志, (2) :39, 1986
- [466] 河南中医学院学报, (4) :44, 1980
- [467] 江苏中医杂志, (2) :35, 1983
- [468] 中医杂志, (2) :14, 1962
- [469] 中医杂志, (10) :18, 1962
- [470] 汉方と汉药, (9) :28, 1936
- [471] 中医杂志, 22 (11) :835, 1981
- [472] 安庆医学, (1) :35, 1981
- [473] 江苏中医杂志, (2) :11, 1986
- [474] 黑龙江中医药, (1) :28, 1965
- [475] 中医杂志, (3) :1, 1965
- [476] 新中医, (4) :42, 1985
- [477] 广东中医, (1) :30, 1963
- [478] 中医杂志, (5) :44, 1959
- [479] 黑龙江中医药, (1) :40, 1986
- [480] 福建中医药, (5) :20, 1981
- [481] 新医学, 7 (2) :90, 1976
- [482] 国医论坛, (1) :28, 1986
- [483] 河南中医, (5) :27, 1985
- [484] 中医药学报, (4) :42, 1986
- [485] 江苏中医, (9) :22, 1963
- [486] 河南中医, (3) :20, 1986
- [487] 辽宁中医杂志, (2) :46, 1982
- [488] 陕西中医, (1) :14, 1983
- [489] 浙江中医药, (11) :420, 1979
- [490] 中医药杂志, (12) :34, 1964
- [491] 新医药学杂志, (3) :16, 1975
- [492] 新医学杂志, (5) :25, 1979

- [493] 内部资料, 1980年
- [494] 内部资料, 1976年
- [495] 中华医学杂志, (11) :664, 1978
- [496] 中医杂志, (9) :67, 1980
- [497] 内部资料, 1979年
- [498] 中医杂志, (12) :61, 1980
- [499] 医学情况交流, (2) :16, 1973
- [500] 生理学报, (3) :213, 1957
- [501] 生药学杂志, (1) :1, 1970
- [502] 江苏中医杂志, (2) :39, 1980
- [503] 中药学, P445, 山东科技出版社, 1981
- [504] 山东中医学院学报, (4) :67, 1977
- [505] 新医药学杂志, (2) :33, 1976
- [506] 贵阳中医学院学报, (3) :48, 1980
- [507] 新医药学杂志, (5) :34, 1974
- [508] 上海中医药杂志, (1) :44, 1981
- [509] 中草药通讯, (8) :23, 1976
- [510] 全国中医内科急症治疗学术交流会论文集, P389, 1980
- [511] 江苏中医杂志, (2) :39, 1980
- [512] 第14回和汉药シンポジウム, P23, 1980
- [513] 第14回和汉药シンポジウム, P24, 1980
- [514] 新医药学杂志, (6) :380, 1979
- [515] 上海中医药杂志, (1) :32, 1981
- [516] 中西医结合杂志, 1 (2) :114, 1981
- [517] 广西中医药, (3) :42, 1981
- [518] 湖北中医杂志, (1) :11, 1981
- [519] 国外医学 (中医中药分册), (3) :56, 1981
- [520] 汉方研究, (7) :265, 1967
- [521] 汉方の臨床, (8) :23, 1963
- [522] 汉方研究, (8) :317, 1981

- [523] 中西医结合杂志, 1 (2) :109, 1981
- [524] 日本东洋医学会志, 28 (3) :1, 1978
- [525] 福建中医药, (6) :29, 1960
- [526] 汉方の临床, 25 (2) :12, 1978
- [527] 汉方の临床, (11) :19, 1959
- [528] 陕西中医, 4 (3) :11, 1983
- [529] 浙江中医学院学报, (1) :37, 1979
- [530] 新中医, (2) :32, 1975
- [531] 江苏中医, (7) :37, 1965
- [532] 中华神经精神科杂志, (2) :161, 1966
- [533] 中医杂志, (4) :25, 1984
- [534] 祖国医学资料选编, T201, 1978
- [535] 湖北中医杂志, (2) :36, 1982
- [536] 辽宁中医杂志, (12) :23, 1982
- [537] 江西中医药, (5) :21, 1985
- [538] 日本东洋医学会志, 17 (2) :40, 1966
- [539] 浙江中医杂志, 18 (11) :516, 1983
- [540] 湖北中医杂志, (1) :33, 1984
- [541] 岳美中医案, P46, 人民卫生出版社, 1976
- [542] 中原医刊, (5) :24, 1985
- [543] 南京中医学院学报, (1) :80, 1960
- [544] 中医杂志, (6) :393, 1958
- [545] 北京中医学院学报, (1) :215, 1959
- [546] 上海中医药杂志, (3) :17, 1964
- [547] 新中医, (6) :58, 1976
- [548] 哈尔滨中医, 2 (12) :19, 1959
- [549] 内科(日), 56 (5) :841, 1985
- [550] 北京中医, (1) :39, 1983
- [551] 天津中医, (1) :16, 1986
- [552] 新中医, (8) :41, 1985

- [553] 上海中医药杂志, (4) :28, 1974
- [554] 中华妇产科杂志, 7 (1) :7, 1959
- [555] 中医杂志, 28 (1) :23, 1987
- [546] 中西医结合杂志, 4 (7) :437, 1984
- [557] 浙江中医杂志, 18 (11) :516, 1983
- [558] 第14回和汉药シンポジウム, 24, 1980
- [559] 国外医学(中医中药分册), (2) :121, 1981
- [560] 近大医志, 6 (3) :403, 1981
- [561] 中医杂志, (12) :819, 1958
- [562] 绍兴中医, (1) :28, 1983
- [563] 陕西中医, (6) :16, 1981
- [564] 汉方の临床, (7) :13, 1966
- [565] 新中医, (12) :35, 1986
- [566] 上海中医药杂志, (2) :22, 1959
- [567] 汉方の临床, 28 (7) :24, 1981
- [568] 广东中医, 4 (4) :149, 1959
- [569] 贵州省中医学术经验选编, P132, 1982
- [570] 浙江中医学院学报, (4) :1, 1980
- [571] 岳美中医案, P59, 人民卫生出版社, 1976
- [572] 新医药资料, (2) :76, 1978
- [573] 成都中医学院学报, (10) :45, 1980
- [574] 湖南中医杂志, (1) :45, 1987
- [575] 资料选编, (2) :97, 1975, 江苏新医学院
- [576] 四川中医, (11) :14, 1986
- [577] 山东医药, (3) :25, 1980
- [578] 江苏中医, 8 (6) :42, 1960
- [579] 湖南中医学院学报, (4) :34, 1983
- [580] 辽宁中医杂志, (4) :32, 1985
- [581] 福建中医药, (10) :17, 1959
- [532] 新中医, (1) :25, 1974

- [583] 江西中医药, (7) :36, 1959
- [584] 中医杂志, (10) :44, 1965
- [585] 新医药学杂志, (5) :230, 1976
- [586] 新医药学杂志, (3) :139, 1976
- [587] 中华内科杂志, (4) :207, 1977
- [588] 新医药学杂志, (8) :404, 1978
- [589] 医学情况交流, (1) :34, 1976
- [590] 医学科研资料, 1975, 上海第一医学院活血化瘀专题 研究组
- [591] 中华内科杂志, (2) :89, 1976
- [592] 新医药学杂志, (6) :281, 1978
- [593] 中华内科杂志, (6) :433, 1978
- [594] 上海第一医学院学报, (3) :145, 1979
- [595] 新医药学杂志, (2) :64, 1976
- [596] 新医药学杂志, (2) :77, 1976
- [597] 中医杂志, (9) :573, 1979
- [598] 中华内科杂志, (2) :79, 1977
- [599] 新医药学杂志, (10) :444, 1977
- [600] 上海市1977年度中医年会论文汇编, 1978年4月, 上海市
中医学会
- [601] 新中医 (5) :42, 1974
- [602] 冠心病资料选编 25页, 1975
- [603] 新医药通讯 (13) :61, 1975
- [604] 江西中医药 (2) :2, 1981
- [605] 天津医药杂志 (4) :274, 1966
- [606] 天津市冠心病防治资料选编55页, 1974
- [607] 临床资料汇编35页, 1977
- [608] 浙江中医 (9) :46, 1966
- [609] 中西医结合研究资料汇编25页, 1972
- [610] 日本东洋医学杂志 (17) :15, 1967

- 〔611〕 中华内科杂志 (6) :365,1977
- 〔612〕 汉方と汉药 (7) :51,1938
- 〔613〕 汉方の临床 (24) :47,1977
- 〔614〕 汉方の临床 (4) :15,1974
- 〔615〕 国外医学中医中药分册 (1) :51,1981
- 〔616〕 汉方と汉药 (4) :15,1937
- 〔617〕 广东中医 (6) :28,1963
- 〔618〕 中医杂志 (11) :45,1982
- 〔619〕 中医杂志 (8) :61,1982
- 〔620〕 新医药杂志 (2) :20,1978
- 〔621〕 新医药杂志 (4) :49,1979
- 〔622〕 新医药杂志 (12) :34,1973
- 〔623〕 中医治则研究 148页上海科技出版社 1983
- 〔624〕 天津医学 (2) :77,1978
- 〔625〕 广东省参加全国消化会议论文汇编, 1978
- 〔626〕 医学情况交流 (副刊) 1975
- 〔627〕 浙江中医药杂志 (2) :50,1979
- 〔628〕 新医药杂志 (3) :1,1979
- 〔629〕 新医药学杂志 (6) :60,1979
- 〔630〕 浙江中医药 (11) :424,1979
- 〔631〕 中草药应用, 新疆人民出版社, 1978
- 〔632〕 天津医药 (8) :462,1962
- 〔633〕 中医药研究参考 (3) :21,1977
- 〔634〕 中医病理研究 匡调元, 上海科技出版社, 1989, 74页
- 〔635〕 中国医药学报 潘卫星, 1987, (3) :31
- 〔636〕 中医体质学说, 江苏科技出版社, 1982, 73页
- 〔637〕 江苏中医1990, (4) :35
- 〔638〕 《伤寒论》人民卫生出版社1987, 768页

第六章 实验伤寒学

第一节 实验伤寒学的思路与方法

用实验的方法对《伤寒论》中的方、病、证及发病传变规律进行探讨研究，以揭示《伤寒》辨证论治特点及临床用药规律，这一新兴学科我们称之为实验伤寒学。实验伤寒学包括临床经验总结（临床研究）和实验研究。前者要借助对病人客观指标的测定，后者则要借助模型。

过去，中医动物模型的制作方法，主要有两种。一是利用中医的致病理论造型，如根据苦寒泻下，损伤脾胃的理论，利用大黄煎剂造成的脾虚模型。用苦寒泻下药作用于大白鼠复制出的脾虚泄泻模型等。二是采用西医理论和方法造型，根据西医理论用某些方法造成某种病理变化，这种病变类似中医的某种证型，以此复制出中医模型，如大剂量醋酸氢化可体松，使动物导致耗竭状态的阳虚模型，快速注射高分子右旋糖酐，所致的兔软脑膜微循环障碍的瘀血模型等。这些动物模型，对于深入研究中医是有意义的。但由于实验研究的特殊性，还不能全面反映中医病证的要求。伤寒论的实验研究，国内过去较为少见，本节主要从六经病证的动物模型入手，谈谈实验设计。

一、设计的基础和要求

在模型制作上，完全吻合伤寒论原方病证较为困难。这是因为，第一，中医理论的一个特点，是从病理推测生理，即内经所谓的“善者不可得见，恶者乃见”，对于健康动物

投与伤寒论的方剂，基本上不起作用，故难以在正常的动物身上，找到规律。第二，在伤寒论病证的罗列中，自觉症状和他觉症状所占比重颇大，描述也非常简洁。而动物无法问诊，故仅靠原文证候难以再现。因此，应设法解决以下两个问题。

（一）证候标准化

为使动物模型尽量吻合原文病证，应有一套标准可循的证候。目前，中医的证不够规范，这势必造成实验研究中的许多困难。就应从临床入手，建立一套标准化的证候体系。这个标准，应该从三个方面的内容即症状、体征、客观指标（包括各种检测数据）来表现，动物模型制作的条件选择，主要是体征和指标。用这些客观指标的反映临床证型，即接近实际，又可避免主观臆断，可以借助多元统计分析，从临床病例中，筛选出对病证贡献较大的体征和指标，从中选择出动物实验，可以得到的条件来进行。

（二）诊断客观定量化

诊断的客观定量不解决，实验的某些条件就难以选择。可考虑从临床和其他研究中，得出诸如体温、脉象、腹证、化验指标、血液流变学指标及望诊、切诊所得的客观标准，再凭藉这些条件进行复制和验证。我们知道，在伤寒论的六经病证中，体温是一个最容易反映各经状态及鉴别诊断的指标，研究中就非常必要进行各种温度的测试。从浅表温度、深部温度及温度的波型、特点等，都可以作为实验模型的条件。腹证也是论中诊法的一个重要内容，许多病证都有腹证表现，且客观简便，又与处方用药有密切关系，深入进行研究，进一步解决腹诊客观化的问题，作为实验条件是比较为理想的。日本研究者及临床家，处方用药时常凭一、二种腹证而定，这也为临床所证实。近年来，血液流变学研究进

展很快，前景广阔，像血液粘度、血栓弹力度、体外血栓形成、红血球细胞变形能力、血小板聚集、血小板粘附率等指标，也可作实验所选择的条件。研究证明，在小腹急结的桃仁承气汤证中，血液粘度增高是一个特异指标，当投与方剂后，腹证消失，血液粘度也恢复正常。此外，加皮膏的血流计、超声多普勒血流计等新仪器，都可应用于检查，检查指标可作为实验条件。

二、设计举例

模型的制作，主要模拟的内容有三：第一是从伤寒论的病因学说和发病理论出发，尽量遵循原文要求去做，这是一个必要的前提条件。第二是作客观指标的模拟。如前所述，各种临床的客观指标和特异的诊断指标，都可以作为模型制作的标准条件。第三是模拟动物出现的一系列类似原方病证的表现。这三条之中，第一条是必备的条件。否则，与用某些理论和方法造成的，只有类似原方病证的模型相同，以之代表原方病证就有差距。具体设计如下。

（一）太阳病

根据太阳病的致病理论，可选动物受寒而成。按原文“发热”、“脉浮、头项强痛而恶寒”的要求，模型重在表现体温变化和颈项强急（不能自如）这些客观条件上，温度是一个重要的指标，可利用各种温度计，包括浅表测温计和无损伤深部测温计，以体现发热恶寒的热型特点和波型曲线。即使如此，还应考虑模拟是属桂枝汤证的风寒表虚证和属麻黄汤的风寒表实证，抑或是其他方证。因此太阳病模型还无法显现，应选用那一对应方剂。

日本久保道德制作了一个太阳病的动物模型，方法是在小鼠血中注入碳进行观察，发现大量碳进入血液后，通过肝

脾回收的数量较少。同时，小鼠皮肤呈黑色，病理切片发现大量的碳附著于皮肤肌肉下层结缔组织的血管壁内。从中医观点来说，太阳病属表，病邪较浅，这一研究饶有趣味。

（二）少阳病

根据原文精神，制作时应注重以下几点。①少阳病一般是太阳病传入或误治所成。所以，要考虑首先让动物患太阳病，或是在太阳病时有意使用某些药物，促其转成少阳病。这既可验证中医的致病理论和传变理论，又能达到病因模拟的要求。②要使体温高低交替，意在体现往来寒热，这较为重要。腹证的胸胁苦满、胃肠道症状方面的喜呕、不欲饮食不仅可以在动物身上体现，而且论中认为“但见一证便是”，所以具有可行性。小柴胡汤是其主方。

日本制作少阳病模型的方法是，对于大鼠注入抗原，不作处理，任其存在，然后使抗原在血中不被分解为低分子，一直以高分子维持其抗原性，就制成了胸胁苦满的动物模型，以此代表少阳病。有地滋的研究证明，动物模型胸胁苦满部位的皮下出现结缔组织类，而患者局部组织液中出现脂肪酸、类固醇和胶原纤维增加，运用小柴胡汤、大柴胡汤类方剂，有抑制这种组织增殖的作用。

（三）阳明病

阳明病为里证，多由太阳、少阳传入且有经腑证之分，模型的制作要体现这一特点，更好地展示清、下两法的规律和意义。经证以四大证（热、渴、汗、脉大）为主，但在动物身上，只高热和口渴容易体现。可考虑在高热和酷烈的环境下造型，也可以让动物受寒后任其发热，使体温不断升高，可参考采用深、浅温度计，对阳明病发热的测试及热型

的描述达到指标模拟的要求。方剂选白虎汤。腑证主要是腹胀、便结不通、兼有发热等。病史有饮食过量复感外邪，故模拟主要造成腹胀，大便不通和发热，方剂以三承气汤灵活变通，体现下法原则。

（四）三阴病

属正气不足、阴盛阳衰，变化最显著是体温及血液循环方面的一些指标。临床应着重研究阴证寒热变化及产热不足的特殊性，从而与三阳病能从指标方面予以鉴别。另外，三阴病多经由误治或是素体阳虚、复感外邪、内外俱伤而成，只用某种药物在短期内造成机体的耗竭状态还不能很好地反映阴证的特点。所以，模型必须考虑时间的长短、致病先后等问题。最好能先用某些方法逐步造成阳虚（如寒冷、疲劳、惊恐三者交加），再使其受寒，这样接近于伤寒论实际、方剂的选择也具有针对性。例如少阴病，属人体衰亡之期，模型要注重的是，第一，久病及肾或阳虚外感；第二，由于它类似西医休克的病变较多。所以心、脑、肾、微循环等临床客观指标都可作为模拟条件。血液流变学研究认为，从整体水平或细胞水平来看，休克基本上是一种流变学现象。如果从输送学和生物化学的角度，将休克含意“翻译”为流变学术语，就会看到血液粘度、红血球细胞聚集、酸中毒和低氧、血小板聚集，以及其他血液粘滞诸因素是有决定性作用的。另外，新近对于无损深部测温仪的研究和运用表明，体肤温度与末梢温度的差值，可以作为预报休克的指标，且较血压计为优。而少阴病中对“四肢厥逆”的描述及治疗不少，借助上述新理论和新指标造型就会更具合理性和先进性。方剂可选四逆汤或麻羊附子汤。

关于太阴病模型将在下节专门论述，这里就不多述，至

于和厥阴病，可按上述思路进行设计。

三、意义

动物模型的制作，不仅在于证明方剂的有效性，最重要的是通过实验研究，揭示方证的科学原理，进而证明中医理论及迄今仍未弄清的许多奥秘。可望达到三方面的意义。

（一）指示病位

通过模型制作，进行病理切片和超微结构的观察，可以明确显示病变所在位置。日本在太阳病模型中，就大量碳，并非通过肝脾回收，而附着于皮下结缔组织，为我们显示了病变（异物）存在部位。与太阳病邪居浅表的中医认识不谋而合，这方面对于中医理论的研究意义较大，应好好地利用实验研究探索中医过去还不十分明显的病变位置，使中医理论更加完善。

（二）印证理法 阐明机制

伤寒论的理法，已为几千年临床实践所证实，这句话毋庸置疑。而实验研究则是从另一角度，通过阐明某种机制来印证理法，这是一种不可替代的科学阐释。久保道德对太阳病模型的实验认为，人体有汗腺，在投与桂枝汤为主的方剂，加速免疫系统处理异物，其机制是通过发汗，将皮下血管内的异物，迅速排出体外。与中医表证用汗亦不谋而合。同时也印证了伤寒论桂枝汤方后注明的“发汗”、“温覆”等告诫，谆谆善诱、实为卓见。

小柴胡汤运用于少阳病模型的机理，也引人入胜。研究认为，柴胡剂控制结缔组织增殖是有效的。但这种抑制作用，并非中药直接抑制结缔组织增殖，也不是溶解胶原纤维，而是通过中药的免疫调节、抗炎、抗变态反应作用实现的。因此可否认为，少阳病使用柴胡剂，不是直接消除病

变，而是通过免疫——调和这样的机制，去实现其治疗作用的。它证明了少阳病的主要治法是和法、单纯运用汗、吐、下、利之法都是不符合治疗原则的。阳明病及三阴病的研究也可以如此效仿。

（三）展现规律性

即结合病位、理法、作用机制三者进行。伤寒论六经治法有其规律。太阳病浅，用汗法、少阳病较深，前人谓属于半表半里，用和法。阳明病更深一层，用清下两法。三阴病属另一种病态，太阴、少阴用温法，厥阴病寒热错杂、厥热胜负根据辩证用清上温下，或寒热并用。通过实验研究，一是把这些规律更充分地展现出来，二是还要针对某些证的病理改变，按照中医理论原则，创造出新的治法和找到新的规律。

第二节 太阴病模型的建立及其应用

一、太阴病模型的建立

《伤寒论》经历代名医贤哲的整理研究，有了较大发展，但因他们对《伤寒论》科学本质的研究探讨多为临床验证，文献整理。或注疏，或衍义，而较少用实验手段，笔者认为，尚有美中不足之嫌。如曾庆明氏在“必须开展《伤寒论》的实验研究”一文中所说那样：“更新研究手段，用实验方法揭示《伤寒论》六经病证的微观本质……势在必行”。

(1)在科学飞速发展的今天，进行文献整理的同时，吸收现代科学知识和方法，加强实验研究是十分必要的。

太阴病篇，在《伤寒论》全书中，所占篇幅虽不多，却有极重要地位。对太阴病本质及“四逆辈”方药进行深入

探讨，对于《伤寒论》研究将有极其重要意义。为此，我们创建了太阴病变(脏有寒)模型，并从现代药理学角度，对“四逆辈”方药进行了初步探讨，以冀为深入研究《伤寒论》辩证论治规律，提高临床疗效，寻求一条新途径。

借助动物模型研究疾病的本质和探讨药物作用机制，是医学发展不可缺少的手段之一，关于中医“证”的模型研究，前人已做了大量工作，〔2〕~〔4〕“脾虚”、“气虚”、“血虚”等模型。其中探讨最多的要属“脾虚”证动物模型。近年来日本学者久保道德氏为了研究桂枝汤的作用机理，建立了太阳病模型〔5〕。而关于“六经辩证”之一病的太阴病变模型的研究，迄今尚未有报道，为了进一步深入探讨太阴病变本质，发生发展传变规律及“四逆辈”的作用机制和内涵，我们建立了该模型，现报告如下：

材料与方

(一) 药物煎剂：

1. 造模药物：大承气汤，按《伤寒论》配伍法，参照王琦著《经方应用》〔6〕折合今量，按法配伍煎煮。（余方煎剂皆同）（大承气汤硝黄枳朴比为3:4:5:5）。大黄经鉴定为蓼科大黄属植物掌叶大黄。

2. 治疗反证药：理中汤，四逆汤，桂枝汤，桂枝加芍药汤及桂枝加大黄汤。（各方药物配伍比为：理中汤参术姜草比为1:1:1:1，四逆汤附姜草比为3:2:2，桂枝汤桂芍姜枣草比为3:3:3:3:2，桂枝加芍药汤裁芍姜枣草比为3:6:3:3:2，桂枝加大黄汤的芍姜枣草黄比为3:6:3:3:2:2。

上诸汤药，除单味大黄及大承气汤煎液蒸发浓缩为200%浓度外，其煎液均浓缩为100%浓度。放入冰箱贮存，用时加

热至常温。

(二) 动物分组及实验方法:

在预实验的基础上,将该实验分为两阶段进行。第一阶段为造模阶段约9天,第二阶段为治疗阶段约5~7天。第一、二阶段每天观察其外观变化,测饮水量及饮食量,并隔日测体温(肛温)右侧足趾温度。(各重要环节备有摄象记录)

第一阶段造模阶段,取WRsitar白鼠,雄性,140~160克,90只,随机分为空白对照,大黄对照和模型组三组。空白对照,用温生理盐水灌胃,每日两次,每次每鼠2毫升。大黄对照组,用200%大黄煎液灌胃,每日两次,每次每鼠2毫升。模型组,先给200%大承气汤煎液灌胃,每日两次,每次2毫升。两天后改为上午灌大承气物,每次每鼠2毫升,下午灌零度冰冷水。每次每鼠2毫升。第二阶段治疗阶段,将造模成功的模型动物随机分为七组,温生理盐水,理中汤、四逆汤、桂枝汤、桂枝加芍药汤,桂枝加大黄汤。余下一组,于分组时测定有关指标作模型指标,以资对照。

实验结果

(一) 外观变化:

绝大多数动物,在给予200%大承气汤24小时后大便变软,36小时后全部出现腹泄,大便稀,次数增多,排便间隔缩短。以后腹泄逐渐加重。给予零度冰水后,动物有“捧腹、伏卧,闭目竖立”等“痛苦貌”。以后渐出现“少食厌食”现象,腹部膨胀,四肢足趾及尾部发凉。从定时观测其饮水及饮食行为看,〔7〕单位时间内饮水进食行为比空白对照组少。且动作缓慢。至第九天症状更为典型;表现为腹泄腹胀(“下利”、“腹满”),饮水量、饮食量减少(“食不

下”口“不渴”），足趾发凉（“手足自温”）等一系列太阴病变表现。

（二）饮水量及饮食量测定：

模型组动物饮水量饮食量自造模第一天开始逐渐下降，至第九天明显低于空白对照组、（ $P < 0.01$ ）。这可能就是“食不下”，口“不渴”的一个客观反应。

（三）体温（肛温）、四肢足趾温度；

在室温 $20 \sim 25^{\circ}\text{C}$ 条件下，用上海医用仪表厂产ST—T数字温度计测足趾温度及肛温，（探头插入 0.5cm ），待读数稳定后，记录读数。结果体温及四趾足趾温度均下降，与空白对照组比较，有显著意义（ $P < 0.01$ ）。

（四）耐寒机能测定：

将模型动物与空白对照组动物同时放入 -6°C 冰箱中，间隔1小时，半小时，以后每隔15分钟观察两组动物死亡数持续数小时，经测定造模组动物耐寒机能明显下降，干冻1.5小时既有死亡，而空白对照组则2.5小时才有死亡动物。

表I 模型动物体温、四肢温度变化情况（ $\bar{x} \pm \text{SD}$ ）

组别	动物数（只）	体温（肛）	四肢足趾温度（右侧）
模型组	10	34.9 ± 0.72	25.3 ± 0.60
空白对照组	10	36.4 ± 0.53	27.1 ± 0.48

表II 模型组和空白对照组动物耐寒机能比较（ $\bar{x} \pm \text{SD}$ ）

组别	动物数（只）	死亡数（只）	死亡率（%）	平均存活时间P值（小时）
模型组	10	8	80	3.54
空白对照组	10	1	10	6.31

< 0.01

(五) 血清淀粉酶测定:

参照wedell所述方法^[8], 测定血清淀粉酶, 结果, 模型动物血清淀粉酶活性水平逐渐下降, 以后渐至一较稳定水平, 至第九天, 测得血清淀粉酶活性与空白对照组比较 ($P < 0.01$), 有特别显著差异, 说明模型组动物血清淀粉酶活性水平明显低于正常对照组。(见表Ⅱ)

(六) 小肠推进试验:

按《药理学实验方法》^[9], 给模型动物及空白对照组禁食12小时, 灌10%炭素胶悬液2毫升, 30分钟后处死动物, 测定炭素推进长度及小肠全长, 计算推进率, 结果, 模型组动物小肠推进机能明显低于空白对照组。 ($P < 0.01$) (见表Ⅱ)

表Ⅱ 模型动物部分“客观指标”变化情况 ($\bar{x} \pm SD$)

指 标	正常组	模型组
血清淀粉酶活性 (u/dl)	426953 \pm 6569	356784 \pm 1042**
小肠推进率 (%)	66.48 \pm 10.21	34.73 \pm 12.24**
肠胀气发生率 (%)	0	100 **
腹腔巨噬细胞吞噬率	35.74 \pm 0.63	11.33 \pm 0.377**
吞噬功能指数	0.45 \pm 0.022	0.123 \pm 0.008*

*与正常比较 $P < 0.05$ **与正常比较 $P < 0.01$

(七) 肠胀气发生率:

立即打开突然断头处死的动物腹腔, 观察小肠胀气情况, 并将其放在生理盐水中, 以漂浮在水面上者为肠胀气。

(经解剖发现凡腹胀者皆有肠胀气)。结果, 模型组10只全部发生肠胀气, 而空白对照组则无一例发生肠胀气(见表Ⅱ)。

(八) 免疫功能测定——腹腔巨噬细胞吞噬试验:

按《山东医学院学报》方法稍加修改^{〔10〕}，鸡血红细胞混悬液为5%，免疫刺激剂为3%的可溶淀粉液。腹腔注射4天。实验前30分钟，每只鼠腹腔注射2毫升5%鸡血红细胞悬液。用断头法处死大白鼠，立即开腹取腹腔渗出液涂片，自然干燥后，用瑞氏法染色。模型组较空白对照组腹腔巨噬细胞吞噬机能低。统计学处理 ($P < 0.01$) 有明显差异。

(九) 胰脏病理学检查:

取新鲜胰脏，做石蜡切片，HE染色，镜下未发现明显改变。

(十) 治疗情况:

投与理中汤，四逆汤的模型动物，“下利”“腹胀”等症状很快消失（多在三天内消失）。体温（肛温），足趾温度也很快回升至正常。测得饮水量，饮食量也增加，其它症状随之消失。而服桂枝汤，桂枝加芍药汤，桂枝加大黄汤的各组模型动物。“下利”症状多不能立即消失，且体温及足趾温度还有下降趋势。模型动物也有自愈倾向，但症状消失的慢，且不完全，且测血淀粉酶活性，没有恢复至正常水平。

讨 论

(一) “模型”可靠性分析:

1、模型动物之“临床辨证”:

(1) “脾阳不足”，“寒湿困滞”之病变特点:

“多数医家认为，太阴病为脾虚寒证”^{〔11〕}，其病变本质是由于“脾阳不足，寒湿困滞”所引起的疾患，以“胀满痛吐利”为特征。临床上主要表现为“腹满时痛，吐利不食等症”^{〔12〕}，治“当温之，宜用四逆辈”。太阴病之临床表

现，仲景早有描述，如273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”〔13〕。《医宗金鉴》释曰：“凡言太阴者，皆有此症状”〔14〕。张兼善又说：“病自阴经起者，为内伤生冷，饮食过多，故入太阴者脾也，腹满而吐，食不下，自利不渴，手足自温等症也”〔15〕。又如尤在泾在阐述273条时论曰：“此足太阴病之证也，太阴之脉，入腹属脾络胃，上膈挟咽，故其病有腹满而吐，食不下，自利腹痛等症。然太阴病不特传经如是，即直中亦如是，且不特伤寒如是，即杂病亦如是，但有属阴属阳，为盛为虚之分耳”〔16〕。又曰：“太阴者，土也，在脏为脾，则为腹满吐利等证，……”〔17〕。由是可知，无论是传经，还是直中，无论是外感，还是杂病，只要辨证中出现腹满而吐利，就可诊为太阴病变或病涉太阴。

（2）手足自温的临床意义：

《伤寒论》原文两次提到“手足自温者，系在太阴”（287条，187条），其论义在于，一区别于病在三阳之手足发热，再区别于病在厥，少二阴之手足厥冷。祖国医学认为：“脾主四肢”，四肢温和而不凉全赖阳气之“温煦”作用。若阳虚不达四末则必手足发凉。太阴病为“中阳不足，寒湿困滞”为患，中阳虚、阳虚不达四末，则有手足不温。征之临床，太阴病也多有手足不温而发凉的表现。现代医学认为：手足皮温之变化与植物神经功能紊乱有关〔18〕〔19〕。

“手足自温”是太阴病的又一特征之一。在临床上多表现为手足发凉；即手足皮温下降。

通过以上分析太阴“脏有寒”病变当以“下利”“腹满”，“食不下”，口“不渴”和手足发凉为主要表现。我们先给大鼠苦寒攻下之大承气汤灌胃攻下，损伤中阳，造成

太阴病形成之条件（中阳不足）再用零度冰水灌胃（啖生冷），结果大鼠出现了腹泻，腹胀厌食，饮水量饮食量减少，足趾及尾部发凉，足趾温度下降等一系列太阴病变表现，与伤寒医家所描述的太阴病变表相吻合。

2、病因分析：

伤寒医家一般认为：太阴病成因有三。如柯琴在《伤寒论附翼》中论述的那样：“其来由有三，因表虚而风寒自外人者，有因下虚而寒湿自下而上者，有因饮食生冷而寒邪由中发者，总不出虚寒”〔20〕。张兼善认为太阴病的成因是“饮食过多”或食生冷者伤脾阳，所致〔21〕。王朴庄则指出：“本篇脏寒病，是啖生冷而伤脾阳”〔22〕。认为太阴“其脏有寒”病变是啖生冷而伤脾阳所致。诚然，机体能否发生太阴病，不唯取决于啖食生冷，还当与“中阳”的盛衰有关。因于此，我们按“虚处受邪”〔23〕和“最虚之处，便是受邪之地”〔24〕的道理。先给大鼠苦寒攻下之大承气汤灌胃攻下，“损伤中阳”，再灌零度冰水（啖生冷）塑造动物模型。从致病因素考察，该模型含有典型的太阴病形成因素。另外，我们在预实验时，曾先用大承气汤灌胃攻下，再模拟自然环境吹冷风并同时灌喂零度冰水塑造模型。结果，部分出现上述典型太阴病变表现，部分却出现了发热，鼻内分泌物增多，“鼻鸣”、“喷嚏”似外感表现（现代医学上感表现），这可能是由于动物机体抵抗力降低，在形成太阴病的同时又并发了表证。为了控制可变因素，便于研究，而将“风寒自外人”这一致病因素留待以后作进一步研究。

3、药物反证：

仲景认为，太阴“其脏有寒”病变，治当“温之，宜四逆辈”。多数医家认为“四逆辈”为理中汤，四逆汤一类的

方剂，所以我们首选了理中汤，四逆汤反证模型。结果，理中汤、四逆汤均能治愈该模型动物，使症状消失，指标恢复正常。而桂枝汤、桂枝加芍药、桂枝加大黄则不能治愈该模型。从而又进一步说明了该模型为“虚寒”模型、而非“实寒”模型。

通过以上对模型动物的“辨证”，“药物反证”及“从因审证”来看，该模型基本符合太阴“脏有寒”病变特点。尽管对动物的辨证不详准，中医致病因素也不具有特异性，加之反证中药也具有适应原样作用，但该模型在特定条件下，仍集中反映了太阴病变特点和本质，在目前尚没有合适的模型的情况下，建立该模型，还是有其理论和临床指导意义。

（二）模型稳定性分析：

祖国医学认为，苦寒峻下可仿脾阳如193条，亦可伤及肾阳，如61条、91条。饮食不节，过食生冷伤脾阳，日久也可累及肾阳。我们用大承气的攻下，再令其啖生冷。而没有出现典型少阴病及肾阳虚表现，可能是我们控制大承气的量及灌冰冷水的结果。给大承气汤的浓度，量及灌冰冷水的量、时间，是维持模型稳定的一个主要因素。太阴为三阴之最轻浅者，太阴日久，发展到一定程度，出现“下利清谷，手足厥冷”和“脉微细，但欲寐”时，便转属为少阴病。如《伤寒指掌》云：“若下利清谷，里寒表热，手足厥冷，脉微欲绝，但欲寐者，既为太阴转属为少阴”〔25〕。《景岳全书》又指出：“泄泻久不愈，必自太阴传于少阴”〔26〕。证之临床，由太阴转属为少阴者，大多因下利不止所致。太阴阳虚，遂成下利。若久利不愈，或久利剧作，必转属太阴。但通过我们初步实验观察，控制条件，先给大鼠200%大承气

汤，每鼠每次2毫升。每日两次。两天后改上午一次。下后再给零度冰水。7~15天内基本符合太阴病变表现特点。

（三）模型形成机理的初步探讨：

张仲景认为大承气汤可损伤中阳，出现“腹满不能食”等症状。如209条“不可攻之，攻之必胀满不能食也”。此条说明大承气汤攻下后，必重伤脾阳，而出现“胀满不能食”的表现。又《脾胃论》曰：“饮食失节，寒温不化，脾胃乃伤”〔27〕。《素问调经论》又曰：“病生于阴者，得之饮食居处”〔28〕。而王朴庄论述更明确，“本篇太阴病乃啖生冷而伤脾阳”〔29〕。认为过食生冷，脾阳受伤，寒湿困滞而成太阴“脏寒病”。现代医学研究成果表明，大承气汤等攻下类药物能抑制消化酶，改变胃肠道的吸收和分泌功能〔30〕。而寒冷等物理因素能改变胃肠机能，影响胃肠运动和分泌状态。有学者认为寒冷因素是通过“刺激分泌偶联机制而影响消化道机能的”〔31〕。我们实验结果表明，模型动物小肠推进机能减弱，与陕西中医学院生理组报道的用“大黄致小鼠脾虚模型”的结果相吻合〔32〕。此外还观察到模型动物血淀粉酶活性下降，肠胀气，腹腔巨噬细胞吞噬功能降低。但胰脏病理组织学检查未见有明显变化。因此认为太阴病产生的机制可能是在致病始动机制的影响下的，一种综合因素作用的结果，其临床表现是以胃肠道的消化、吸收和运动功能紊乱为主的全身性调节和代谢障碍的一种疾病。还可能有免疫及自身修复功能参与。

（四）与大黄致“脾虚”动物模型的比较：

伤寒医家认为，太阴病是“脾阳不足，寒湿困滞”而引起的疾患，既言正气（中阳不足），又言邪气（寒湿困滞）。而“脾虚”属杂病范畴，只言正气虚，脾脏机能衰弱，而未

涉及邪的问题。前者范畴较窄，指既有“脾阳虚”（中阳不足）又有“寒湿困滞”病机在内者，临床表现多局限于脾运失职，及寒湿困滞所致的诸多继发受累表现。属六经辨证范畴。而“脾虚”范畴较宽，及气血阴阳，临床表现也复杂。属脏腑辨证范畴。我们将该模型动物与大黄致脾虚动物模型比较，由于受试动物的局限，尚未发现明显区别。这两种不同方法和致疾因素所复制的模型定有不同处，必将随着中医实验的深入而逐渐被揭示和证明。考虑太阴病形成之特点，及仲景时代误用大承气汤攻下之可能，我们选用了大承气汤攻下，造成“中阳不足”之内在条件。论中阳明篇，承气汤条文后、209条“不可攻之，攻之必胀满不能食也”更为该设想提供了依据。

（五）模型之局限性：

尽管该模型在一定程度上或某些侧面上能反映太阴“脏有寒”病变本质，但该模型还不够完善，还有许多待改进和完善的地方，如呕吐症状没有复现，这可能是由于种属不同而造成，“啮齿动物不易出现呕吐症状⁽³⁴⁾。也无法了解模型动物腹痛情况。本实验只是初步试，定会有许多不妥之处，敬请同道指正，深信必将会随着中医实验的深入开展，一个更符合中医理论，反映中医病变特点，尤其是“证”的特点的模型被推出。

二、治用“四逆辈”探讨

“四逆辈”出于《伤寒论》277条“自利不渴者，属太阴也，以其脏有寒，当温之，宜四逆辈”多数医家认为，“四逆辈”指理中汤，四逆汤一类的方剂⁽¹¹⁾，关于理中汤，四逆汤的现代药理研究，前人已做了不少工作⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾，但多为离体或在正常动物身上进行实验，而较少有结合中医经典模

型进行研究。鉴于中医“辨证论治”之特点，本实验立足中医理论，结合大白鼠太阴病（脏有寒）模型，对理中汤，四逆汤的作用机制，以及其拆方对模型的影响进行初步研究，进而对“四逆辈”略加探讨，现报告如下：

材料与方

（一）药物及煎剂：

理中汤，四逆汤煎液同前法。两两配伍药姜附，姜草，草附，参术均按1:1配伍比例。常规煎煮，蒸发浓缩为100%浓度，各单味药也均按常规煎煮，蒸发浓缩为100%浓度。冰箱贮存待用，用时加热至常温。

（二）动物分组及实验方法：

取wistar大白鼠，雄性，140~160克，给予大承气汤及冰冷水造模，造模法如前述。将造模成功的动物随机分为10组，分别给予理中汤，四逆汤，姜附液，姜草液，草附液，参术液，干姜液，甘草液，附子液，及温生理盐水（自然恢复）每日一次，每次每鼠2毫升。连用5天。

（三）急性毒性试验：

按《实验药理学方法》^[38]进行实验。

结 果

（一）理中汤、四逆汤对模型动物血清淀粉酶的影响：两方均使模型动物血清淀粉酶回升，两方间经统计学处理（卡方检验），未有显著差异。

（二）理中汤，四逆汤对模型动物小肠推进机能的影响：两方均能明显促进模型大鼠小肠推进机能，与模型动物比较（ $P < 0.01$ ），两方间无明显差异。

表IV 理中汤, 四逆汤对模型动物血淀粉酶的影响 ($\bar{X} \pm SD$)

组 别	动物数 (只)	治疗后血淀粉酶活性 (u/dl)
理中汤组	9	4162.66 ± 13.01
四逆汤组	9	4121.45 ± 69.96
模型组	10	3567.81 ± 104.60

V 理中汤, 四逆汤对模型动物小肠推进机能影响 ($\bar{X} \pm SD$)

组 别	动物只数 (只)	小肠推进百分率 (%)
理中汤组	9	66.71 ± 12.48
四逆汤组	9	53.16 ± 16.80
模型组	10	34.12 ± 12.24

(三) 理中汤, 四逆汤对模型动物腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响: 两方均能使模型大白鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能增强, 与模型组比较均有显著性差异, 两方比较差异不显著。

VI 理中汤, 四逆汤对模型动物腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响

($\bar{X} \pm SD$)

组 别	动物数 (只)	吞噬率 (%)	吞噬指数
理中汤组	9	36.49 ± 0.45	0.421 ± 0.162
四逆汤组	9	34.64 ± 0.71	0.416 ± 0.013
模型组	10	11.33 ± 0.37	0.123 ± 0.008

(四) 理中汤, 四逆汤及其“拆方”对模型动物血清淀粉酶的影响比较:

VIII 理中汤、四逆汤及其“拆方”对模型动物血淀粉酶的影响 ($\bar{X} \pm SD$)

组别	动物数(只)	治疗前	治疗后	差值	差值
空白对照组	10	4213.21 ± 52.42	-	-	-
模型组	10	3567.84 ± 104.61	-	-	-
自然恢复组	9	3541.82 ± 47.92	3602.85 ± 68.20	106.42 ± 63.11*	
理中汤组	9	3521.34 ± 63.98	4162.66 ± 43.02	641.32 ± 73***	
四逆汤组	9	3536.83 ± 47.68	4121.45 ± 69.96	584.62 ± 64.11***	
干姜甘草液组	9	3571.31 ± 74.63	4066.21 ± 159.01	483.78 ± 186.12***	
干姜附子液组	9	3529.29 ± 44.36	3899.36 ± 46.33	278.61 ± 54.12	
甘草附子液组	9	3556.13 ± 47.26	3647.4 ± 56.51	103.21 ± 42.14	
干姜液组	9	3561.09 ± 83.45	3766.21 ± 112.01	210.12 ± 63.84	
甘草液组	9	3551.59 ± 35.85	3281.59 ± 135.74	-130 ± 62.11	
附子液组	9	3517.19 ± 83.45	3670.21 ± 113.13	109.52 ± 52.01	
参术液组	9	3535.15 ± 55.83	3898.07 ± 52.11	264.9 ± 62.31	

注：负值表示治疗后较治疗前减低。

*与模型组比较无显著意义，**与模型组比较 $P < 0.05$ 。

***与模型组比较 $P < 0.01$ 。

由上表可知：

1. 理中汤、四逆汤能使模型动物血清淀粉酶回升至正常水平。（与空白对照组比较 $P > 0.05$ ）但两方向经统计学处理没有明显差别。

2. “干姜甘草”煎液也能使模型动物血清淀粉酶活性水平回升至后常水平。与理中汤，四逆汤比较（卡方检验），没有明显差异。

3. 单味干姜煎液虽能使模型动物血清淀粉酶回升，但不能回升至正常。（与模型组比较 $P < 0.01$ ，与空白对照 $P < 0.05$ ）

4. 单味甘草煎液不能使模型动物血清淀粉酶活性水平回升，相反，能使血清淀粉酶活性水平下降，说明单味甘草有抑制消化酶活性作用。

5. 单味附子煎液几乎没有作用。（与模型组比较 $P > 0.05$ ）

6. 参术煎液，干姜附子液液能使血清淀粉酶回升，但不能达到正常水平，（与模型组比较 $P < 0.01$ ，与空白对照组比较 $P < 0.05$ ）

7. 甘草附子煎液几乎没作用。（与模型组比较 $P > 0.05$ ）

8. 给温生理盐水自然恢复组，血清淀粉酶有回升趋势，但不能回升至正常；第2天测得值与空白对照组比较（ $P < 0.01$ ）。

（五）毒性试验：

按《实验药理学方法》急性毒性试验法^[38]，取体重18~22克雄性小白鼠，一组腹腔注射；另一组口服灌胃。最后根据公式计算出LD₅₀。结果：炮附子配伍之四逆汤。腹注LD₅₀为 5.82 ± 0.72 g/kg，口服LD₅₀为 70.62 ± 7.02 g/kg。

口服LD50为 $64.24 \pm 5.84\text{g/kg}$ 。理中汤、腹腔注射LD50为 $6.54 \pm 0.54\text{g/kg}$ ，口服LD50为 $94.13 \pm 6.12\text{g/kg}$ 。

讨 论

(一) “四逆辈”的含义及理中汤、四逆汤作用机理再探:

1. “四逆辈”含义:

《伤寒论》277条曰:“自利不渴者,属太阴以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈”。“辈”有“类”之义。

《说文解字》“军发百辆为一辈,故车以列分为辈”。又《玉篇》作“类”也。《宋本伤寒论校注》释曰:“辈,类也。四逆辈,泛指四逆,理中一类以温补为主的方剂”〔39〕。

《医宗金鉴》释曰:“四逆辈者,指回逆,理中,附子等汤”。陈斯亮曰:“言四逆辈,则理中亦在其中”〔40〕。由是可知,“四逆辈”释为“四逆理中一类的方剂较为贴切。试如陈氏所总结的那样:“多数医家认为四逆辈指理中四逆一类的方剂”。〔41〕曰人丹波元坚在《伤寒论述义》中论曰:

“云四逆辈,而不云四逆汤,意在温散,而不在治厥”〔42〕。

2. 理中汤、四逆汤作用机理再探:

研究药物作用机理,建立合适的病证模型和确立正确评价指标是非常必要的。我们立足中医理论,先用大承气汤灌胃攻下,再令大鼠啖食生冷。建立了大白鼠太阴病变模型。实验结果表明模型动物血清淀粉酶活性降低。小肠推进机能减弱,肠胀气。并且,腹腔吞噬细胞吞噬功能降低。而理中汤,四逆汤能使病变机体(模型动物)的血清淀粉酶活性增强,小肠推进机增强,腹腔吞噬细胞功能恢复。治疗后腹泄,腹胀等症状消失,解剖治疗后模型动物几乎无肠胀发生

这可能是两方同治太阴病的机理之一。当然，影响活化酶的活性水平及分泌，胃肠道运动机能和免疫功能的机制有很多，它们具体各是通过什么环节或途径而发生作用的，还有待今后进一步研究。

(二) 从理中汤、四逆汤及其“拆方”对模型动物血清淀粉酶的影响探讨“四逆辈”。

由于受试动物数量限制，我们不能完全采用正交试验法，根据其原理，我们简化设计了该实验。从实验结果可以看出，不仅理中汤、四逆汤对该模型有治疗作用，干姜甘草煎液对模型动物也有治疗作用，能使血清淀粉酶活性水平回升至正常水平。由此可以看出仲景提出“四逆辈”而不言理中汤，或四逆汤之妙处所在。

再分析一下理中汤、四逆汤两有效方的药物组成，两方恰好都有干姜甘草。而实验结果还告诉我们，单味附子几乎无治疗作用；不能使血清淀粉酶活性水平回升。而参术煎液虽然能使模型动物回升，但都不能回升至正常水平（与模型组比较 $P < 0.01$ ，与空白对照组比较 $P < 0.05$ ）而其它两组两两配伍煎液，干姜附子，甘草附子煎液，也不能使血清淀粉酶活性水平恢复至正常。至此我们似乎可以这样的结论，它们之所以能治太阴“脏有寒”病变，是因为含有主要药物干姜，甘草的缘故。进一步实验结果告诉我们，单味干姜虽然能使模型动物血清淀粉酶回升，却不能回升至正常水平，（与模型比较 $P < 0.01$ 与（正常）空白对照组比较 $P < 0.05$ ），而单味甘草不仅不能使模型动物血清淀粉酶回升，反而有抑制酶活性作用。由是可知，干姜甘草是治疗太阴“脏有寒”病变不可缺少的对药。程应旸曰：“甘草所以守中州，干姜辛以温”。两药相伍则能复其阳。现代研究成果表

明，干姜能促进胃肠道蠕，还能刺激消化酶分泌，改善脾虚机体的机能状态⁽⁴³⁾。甘草其有效成分，甘草次酸具有肾上腺皮质激素作用，能提高机体应激能力，具有“缓急止痛”样作用⁽⁴⁴⁾。

从急性毒性试验结果看，无论附子组成的四逆汤，还是炮附子组成的四逆汤。其毒性均较理中汤大（LD50）。这可能是因为四逆汤含附子缘故。前人研究成果还表明，无论生附子，还是熟附子均有毒，且“治疗量”已达“中毒量”⁽⁴⁵⁾。而我们以上研究结果表明，理中汤，干姜甘草煎液与四逆汤有同样治疗效果。我们知道，太阴“脏有寒”病变为“中阳不足（中焦虚寒），寒湿困滞”所致疾患，而仲景有明训：159条“理中者，理中焦”。又如396条“胸上（胃部）有寒，当以丸温之，宜理中丸”。说明理中汤（丸）有温补中焦脾阳的作用。中阳的温（脾阳恢复），则寒湿自化，而太阴病变可除。而四逆汤则为“急救回阳”之剂。所以，在太阴病变未有出现欲传少阴，或亡阳之征时则不宜用四逆汤。诚如日人丹波元坚所说：“朱氏活人书以来，疗本病有用理中丸者，盖能得经旨”⁽⁴⁶⁾，由是可知，“四逆辈”当指以干姜甘草为主药的，具有温中阳作用的一类方剂。首推理中汤。至于甘草干姜汤。真武汤是否属“四逆辈”范围内，因目前条件不成熟，论据不充分暂不作定论，留待今后进一步探讨。

中药作用机理是非常复杂的，单味药和复方都有多种有效成分，并且方剂配伍还位具更大灵活性，先不要说药物加减之配伍，就是剂量之变更，也往往会引起主治、功用的变化。（如四逆、通脉汤一类）。本实验仅仅是从一个指标，且又是从药物固定配伍比例进行探讨的，还远远不能说明

“四逆辈”的特点和作用规律。今后还需再作进一步深入细致的研究。

三、结论

1.先用大承气汤灌胃攻下，再灌零度冰水在大白鼠身上能复制出太阴“脏有寒”病变模型。

2.大白鼠太阴“脏有寒”病变模型动物血清淀粉酶活性水平降低，小肠推进机能减弱，肠胀气，腹腔巨噬细胞功能降低。而胰脏病理组织学检查未见明显异常。初步研究认为：太阴病是在致病始动机制影响下的一种综合因素作用的结果。其临床表现是以胃肠道的消化、吸收和运动功能紊乱为主的全身性调节和代谢障碍的一种病变。还可能有免疫及机体自身修复机能参与。

3.理中汤、四逆汤对太阴病变模型均有治疗作用，从而揭示了仲景提出“四逆辈”而不言理中汤或四逆汤的妙处所在。

4.“四逆辈”指以干姜甘草为主药，具有温中作用的一类方剂。首推理中汤。

5.理中汤为太阴病主方。

〔参考文献〕

〔1〕曾庆明，必须开展《伤寒论》的实验研究，南京中医学院学报（3）：4，1987

〔2〕谢仰洲，陈琦涛等，用过劳和饮食失节法塑造大白鼠脾气虚证模型的研究。中医杂志（5）：57，1987年。

〔3〕黄柄山等，饮食失节所致的脾虚动物模型及中药治疗观察。3（5）：295，1983。

〔4〕周京滋等，当归对“血虚”小鼠的治疗观察。中药通报 10（4）：40，1985。

〔5〕

《汉方の临床》30.31 (12.1) 合订本164页, 1984年。

〔6〕王琦、盛增秀著《经方应用》, 宁夏人民出版社, 1981年2月第一版。

〔7〕徐叔云、卞如濂等主编《药理实验方法学》8, 76页, 人民卫生出版社, 1982年8月第一版。

〔8〕Wendoll T, Amylase determination, Microchemical method for blood analysis, 1960, 98。

〔9〕同〔7〕

〔10〕董长治, 单核-巨噬细胞及其吞噬功能测定。山东医学院学报 (1):62, 1978。

〔11〕陈亦人著《〈伤寒论〉求是》人民卫生出版社, 1987年3月第一版。

〔12〕李培生、刘渡舟主编《伤寒论讲义》, 上海科技出版社出版, 1985年5月第一版。

〔13〕文中所用条文编号, 为宋本《伤寒论》编号。

〔14〕清·吴学谦等著《医宗金鉴订正仲景全书》人民卫生出版社, 1973年1月第一版。

〔15〕明·王肯堂《伤寒论绳太阴病》卷五, 光绪二十五年西蜀善堂藏。

〔16〕清·尤在泾著《伤寒贯珠集太阴篇》卷六, 上海千顷堂书局石印本。

〔17〕同〔16〕

〔18〕贝淑英: 皮温测定对脾虚诊断价值初探。中医杂志, (4): 295, 1987。

〔19〕孙廷魁著《植物神经基出与临床》, 上海科技出版社, 1987年第一版。

〔20〕清·柯琴著《伤寒论附翼》, 赵辉贤《校注伤寒来苏集》上海科技出版社, 1986年第二版。

〔21〕同〔15〕

〔22〕清·陆懋修校《校正王朴庄伤寒论注》卷四，上海中医印书局铅印本，1934年。

〔23〕清·叶天册著《临床指南医案》，科技卫生出版社铅印本，1959年。

〔24〕明·陈实功著《外科正宗》，人民卫生出版社，根据崇祯四年本影印。

〔25〕清·吴坤安《伤寒指掌》，上海科技出版社铅印本1959年。

〔26〕明·张景岳著《景岳全书》上海科技出版社出版，1959年9月第一版，1984年5月第四次印刷。

〔27〕元·李《脾胃论》卷二，清刻本。

〔28〕王冰注《黄帝内经·素问》人民卫生出版社，1979年6月第一版，第三次印刷。

〔29〕同〔22〕

〔30〕邓三龙：下法方药的临床及实验研究进展。中成药研究（5）：39，1986。

〔31〕叶维法等编著《消化疾病研究进展》天津科技出版社1982年3月第一版。

〔32〕李稳等：脾阳虚动物某些生理指标的变化。8：（2）：25，1984。

〔33〕同〔11〕

〔34〕李氏译，〔苏〕NM特拉赫金别尔格著《毒理学实验动物各种指标正常值》，人民卫生出版社，1984年1月第一版。

〔35〕金永祜：理中凡的临床应用及实验研究。河北中医（4）：45 1986。

〔36〕吴燕芳：四逆汤的临床应用。中成药研究（10）：331983。

〔37〕谢人明：四逆汤的药理研究进展。中成药研究（9）：24 1985。

〔38〕徐叔云、卞如濂等主编《药理学实验方法》，人民卫生出版社，1982年8月第一版。

〔39〕朱佑武著《宋本伤寒论校注》，湖南科技出版社出版1985

年4月第一版第二次印刷。

〔40〕清·汪虎著《伤寒论辨证广注》1958年上海卫生出版社影印本。

〔41〕丹波元简《伤寒论述义》人民卫生出版社,1983年6月第一版。

〔43〕张万岱:中西医结合研究脾本质的进展概况 新中医(1):34, 1980。

〔44〕韩新民:四逆汤对麻醉家兔低血压状态升压效果的初步拆方研究中成药研究(2):261983。

〔45〕同〔37〕

〔46〕同〔42〕

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 伤寒学

作者 = 张富强

页数 = 410

SS号 = 10225390

出版日期 = 1993年06月第1版

历代中医书籍大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

不管哪种方式，看到你的信息我会第一时间回复，尽全力帮您！

加微信可以扫描以下二维码加我！



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医