

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等中医药院校教材

案例版TM

供五年制、七年制中医学各专业使用

伤 寒 论

主 编 李赛美 李家庚
副主编 张友堂 张喜奎 刘英锋
编 委 (按姓氏笔画排序)

万晓刚	广州中医药大学	叶 勇	江汉大学
刘英锋	江西中医学院	刘松林	湖北中医学院
李 佳	长春中医药大学	李家庚	湖北中医学院
李赛美	广州中医药大学	肖相如	北京中医药大学
吴修符	山东中医药大学	何赛萍	浙江中医药大学
宋俊生	天津中医药大学	张友堂	黑龙江中医药大学
张苇航	上海中医药大学	张喜奎	福建中医学院
郁保生	湖南中医药大学	黄家诏	广西中医学院
储全根	安徽中医学院	窦志芳	山西中医学院
主 审 邓铁涛	广州中医药大学	熊曼琪	广州中医药大学

科 学 出 版 社

北 京

郑 重 声 明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等中医药院校的教育现状,提高中医学教学质量,培养具有创新精神和创新能力的中医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

伤寒论:案例版 / 李赛美,李家庚主编. —北京:科学出版社,2007
中国科学院教材建设专家委员会规划教材. 全国高等中医药院校教材
ISBN 978-7-03-018462-7

I. 伤… II. ①李… ②李… III. 伤寒论-中医学院-教材 IV. R222.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 008991 号

责任编辑:方 霞 郭海燕 / 责任校对:张小霞
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007 年 2 月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2007 年 2 月第一次印刷 印张:14

印数:1—4 000 字数:490 000

定价:28.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

编写说明

医案,古时称为诊籍、脉案及方案,现在亦称为病案。医案是中医临床实践的记录,体现了理法方药的具体运用。然纵览许多名家医案,其并非简单的诊疗纪实,也不同于一般的病历记录,而是取材于大量病案中的验案总结,蕴涵着医家心法和创意,反映了医家临床经验和学术特色,启迪思维,给人以智慧。因此,医案不仅是医学发展的奠基石,也是中医理论形成的最基本元素。如《伤寒论》中的许多条文就类似于医案,而各种医案相互交融则铸就成一部不朽的伟大临床医学著作。

中医最早的医案,见载于先秦时期文史传记书中,如《左传》中就载有春秋时期秦国著名医家医缓、医和分别为秦晋公、晋平公诊病之事。《史记·扁鹊仓公列传》则记载有秦越人扁鹊医案三则,即诊治赵简子昏睡五日及虢太子尸厥的记录。而作为我国第一部以医案专著出现的书籍,当属宋代许叔微所著的《伤寒九十论》。其从运用《伤寒论》理法方药的临床实践记录中,精选出九十个医案,采取以案立名的编次方式,先记录医案,后加以议论与分析,进而对原理论与诊治疾病的体会进行阐发,这就有助于医案的掌握和启示后学。明清以后,尤其是近二十年来,医案如雨后春笋般之迅速发展,同时医案整理研究也成为中医研究的一大亮点,而案例式教学也成为在医学、法学等领域得到应用并取得良好效果的教学模式之一。

古代中医的学习,讲究师承授受,大多以病案教学为切入点。而现代的案例式教学,则是为了适应新世纪我国高等中医药教育发展的需要,即通过案例培养学生的临床思维能力和综合分析能力,亦即应用所学的中医药理论知识,处理临床实际问题的能力,这就有益于教学改革,有益于改变理论与临床脱节状况,提高教学质量。《伤寒论》作为中医临床经典著作,奠定了中医辨证论治的原则和方法,是理论联系实际的典范。在《伤寒论》理论教学即作为中医临床基础(桥梁课程)的学习过程中,引入案例教学模式,对于突出其临床指导作用,培养中医独特的辨证论治思维方法,具有重要意义。鉴此,我们在科学出版社组织下,于2006年5月聚集广西南宁召开了案例版教材《伤寒论》编写会议,成立了编写委员会,并讨论决定编写一部全国高等中医药院校中医药学各专业本科教育的主干课程《伤寒论》课堂教学教材,并作为中医专业七年制本硕连读及非医攻博等本科以上层次课堂教学的试用教材和实践教学的辅导用书,亦可供中医医师资格考试复习辅导资用。目的是希望借此提高学生运用中医辨证论治思维方法及《伤寒论》理法方药,来认识和处理临床实际问题的能力。兹将本教材编写的有关问题说明于下:

1. 该书以明代赵开美复刻宋本为蓝本,参照刘渡舟教授主编的《伤寒论校注》本,结合新世纪全国高等中医药院校教材《伤寒学》编写。本书选择临床常用有效方70余首,并根据每方主治病证,选用临床常见病、疑难病、部分危急重症及中医有优势的疾病为案例,尤其注重体现《伤寒论》之整体观、动态观、辨证论治、理法方药的特色,从而更好地解决临床实际问题,提高疗效。

2. 该书分总论与各论两大部分。总论,扼要介绍了《伤寒论》六经辨证体系、治法组方规律、临床用药特色。各论,参照七版教材《伤寒学》编排的六经病证等相关方证顺序,在方证分类上采用“第二章 辨太阳病脉证并治”、“第三章 辨阳明病脉证并治”……形式;在每章病下用简要文字说明该类病证定义、病因病机、辨治方法、用药特点及在现代相关疾病中的运用概况等;此外,每章分次编写各相关方证,如“辨太阳病脉证并治”下,按桂枝汤证、桂枝加葛根汤证、桂枝加厚朴杏子汤证、桂枝加附子汤证、桂枝去芍药汤证、桂枝去芍药加附子汤证、桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤证等顺序编写。

3. 该书按方证编写。每方证下,按【原文汇要】、【病案精选】、【证治探讨】、【名医验案】等顺序编写。

【原文汇要】汇集各方证相关原文。【病案精选】网罗古今，多寡不一，以典型病案为首选对象；每案之下又分辨治思路、辨治要领、转归对策数项，而“辨治思路”又有辨证分析、立法处方、治疗效果数端，这样就可使学者明其大义，从而对辨治立法、处方用药之道了然于心；“辨治要领”归纳辨治心法、掌握要领；“转归对策”简要说明该病案可能出现的病理演变、发展趋向、预后转归、应对方法等。【证治探讨】着墨较重，详解该方证的辨证要点、临证使用依据、临床加减运用、作用机理研究等，熔古今医论于一炉，汇脉证辨治于一体，示人以规矩准绳及问病用药之玄机。【名医验案】以名家验案为选录标准，一般原文照搬，不作诠释，以为学生复习思考留下更多空间。

4. 该书编写过程中，对不同篇章中重复出现的某些方证，则将其收入其中一章。如栀子豉汤证见于太阳与阳明，则归入太阳病章；真武汤证见于太阳与少阴，则归入太阳病章；猪苓汤证见于阳明与少阴，则归入少阴病章；大承气汤证见于阳明与少阴，则归入阳明病章等。但有关内容可在相关方证理论分析时阐明，以体现异病同治之理。

该书由广州中医药大学、湖北中医学院、黑龙江中医药大学、福建中医学院、江西中医学院、北京中医药大学、上海中医药大学、山东中医药大学、天津中医药大学、湖南中医药大学、安徽中医学院、长春中医药大学、浙江中医药大学、山西中医学院、广西中医学院、江汉大学等有关专家、教授合作编写。此外，全国著名中医学家、伤寒学家邓铁涛教授、熊曼琪教授对本书进行了精心审核；科学出版社为本书的人员组织、大纲厘定、图书编撰等做了悉心指导；主编统稿期间，还得到了广州中医药大学林士毅博士、方剑锋博士，湖北中医学院蒋跃文老师、樊讯老师的大量协助。值此教材付梓之际，谨此对他们致以深深谢意。

本案例版教材的编写，在全国尚属首次，各编委为此付出了大量心血，但由于时间有限，教材编写难免有不足或缺憾之处，恳祈广大师生及同道批评赐教，不胜感激！

《伤寒论》(案例版)编委会

2006年11月28日

张仲景原序

论曰：余每览越人入虢之诊，望齐侯之色，未尝不慨然叹其才秀也。怪当今居世之士，曾不留神医药，精究方术，上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生，但竞逐荣势，企踵权豪，孜孜汲汲，惟名利是务；崇饰其末，忽弃其本，华其外而悴其内。皮之不存，毛将安附焉？卒然遭邪风之气，婴非常之疾，患及祸至，而方震栗，降志屈节，钦望巫祝，告穷归天，束手受败。赉百年之寿命，持至贵之重器，委付凡医，恣其所措。咄嗟呜呼！厥身已毙，神明消灭，变为异物，幽潜重泉，徒为啼泣。痛夫！举世昏迷，莫能觉悟，不惜其命，若是轻生，彼何荣势之云哉！而进不能爱人知人，退不能爱身知己，遇灾值祸，身居厄地，蒙蒙昧昧，惓若游魂。哀乎！超世之士，驰竞浮华，不固根本，忘躯徇物，危若冰谷，至于是也。

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。感往昔之沦丧，伤横夭之莫救，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。虽未能尽愈诸病，庶可以见病知源。若能寻余所集，思过半矣。

夫天布五行，以运万类；人禀五常，以有五藏；经络府俞，阴阳会通；玄冥幽微，变化难极。自非才高识妙，岂能探其理致哉！上古有神农、黄帝、岐伯、伯高、雷公、少俞、少师、仲文，中世有长桑、扁鹊，汉有公乘阳庆及仓公，下此以往，未之闻也。观今之医，不念思求经旨，以演其所知，各承家技，终始顺旧，省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药。按寸不及尺，握手不及足；人迎趺阳，三部不参；动数发息，不满五十。短期未知决诊，九候曾无仿佛；明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已。夫欲视死别生，实为难矣！

孔子云：生而知之者上，学则亚之。多闻博识，知之次也。余宿尚方术，请事斯语。

目 录

编写说明

张仲景原序

第一章 总论	1
第一节 《伤寒论》六经辨证简析	1
第二节 《伤寒论》六经辨证的适用范围	3
第三节 《伤寒论》六经辨证学用方法简述	4
第二章 辨太阳病脉证并治	8
第一节 中风表虚证及兼证	8
桂枝汤证	8
桂枝加葛根汤证	12
桂枝加厚朴杏子汤证	15
桂枝加附子汤证	17
桂枝去芍药汤证、桂枝去芍药加附子汤证	21
桂枝新加汤证	22
第二节 伤寒表实证及兼证	25
麻黄汤证	25
葛根汤证	28
葛根加半夏汤证	30
大青龙汤证	32
小青龙汤证	34
第三节 表郁轻证	37
桂枝麻黄各半汤证、桂枝二麻黄一汤证、桂枝二越婢一汤证	37
第四节 太阳病变证	40
一、热证	40
栀子豉汤证	40
栀子干姜汤证	42
麻黄杏仁甘草石膏汤证	44
葛根黄芩黄连汤证	47
二、虚证	51
(一) 心阳虚证	51
桂枝甘草汤证	51
桂枝甘草龙骨牡蛎汤证	52

桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证	53
桂枝加桂汤证	54
茯苓桂枝甘草大枣汤证	56
(二) 脾虚证	57
茯苓桂枝白术甘草汤证	57
厚朴生姜半夏甘草人参汤证	60
小建中汤证	62
桂枝人参汤证	64
(三) 肾阳虚证	66
干姜附子汤证	66
茯苓四逆汤证	69
真武汤证	72
(四) 阴阳两虚证	74
甘草干姜汤证	74
芍药甘草汤证	77
芍药甘草附子汤证	79
炙甘草汤证	81
三、太阳蓄水证	84
五苓散证	84
四、太阳蓄血证	86
桃核承气汤证	86
五、结胸证	89
大陷胸汤证	89
小陷胸汤证	92
六、痞证	94
大黄黄连泻心汤证	94
附子泻心汤证	96
半夏泻心汤证	99
生姜泻心汤证	103
甘草泻心汤证	105
七、上热下寒证	108

黄连汤证	108	桂枝加芍药汤证	163
第三章 辨阳明病脉证并治	111	桂枝加大黄汤证	165
第一节 阳明病热证	111	第六章 辨少阴病脉证并治	168
白虎汤证	111	第一节 少阴病寒化证	168
白虎加人参汤证	113	四逆汤证	168
第二节 阳明病实证	115	通脉四逆汤证	170
调胃承气汤证	115	白通汤证、白通加猪胆汁汤证	173
小承气汤证	119	桃花汤证	175
大承气汤证	121	第二节 少阴病热化证	179
麻子仁丸证	125	黄连阿胶汤证	179
导下法	127	猪苓汤证	182
第三节 阳明病虚寒证	130	第三节 少阴病兼变证	185
吴茱萸汤证	130	麻黄细辛附子汤证	185
第四节 阳明病变证	132	第四节 少阴病疑似证	187
茵陈蒿汤证	132	四逆散证	187
麻黄连翘赤小豆汤证	134	第七章 辨厥阴病脉证并治	193
第四章 辨少阳病脉证并治	138	乌梅丸证	193
小柴胡汤证	138	干姜黄芩黄连人参汤证	196
柴胡桂枝汤证	142	麻黄升麻汤证	199
大柴胡汤证	145	当归四逆汤、当归四逆加吴茱萸生姜	
柴胡加芒硝汤证	148	汤证	202
柴胡桂枝干姜汤证	150	白头翁汤证	205
柴胡加龙骨牡蛎汤证	154	第八章 辨霍乱病脉证并治	208
黄芩汤证	157	四逆加人参汤证	208
第五章 辨太阴病脉证并治	160	第九章 辨阴阳易差后劳复病脉证并治	212
理中汤(丸)证	160	竹叶石膏汤证	212

第一章 总论

《伤寒论》系我国第一部理法方药完备、理论联系实际的临床著作。它所创立的六经辨证的理论体系，奠定了中医临床医学的基础，具有很高的科学水平和实用价值。它既适用于外感热病的辨证论治，也适用于杂病的辨证论治，长期以来一直有效地指导着历代医家的临床实践，是中医药学术发展史上具有辉煌成就与重要价值的一部经典著作，被后世称为“启万世之法程，诚医门之圣书”。因此，学用《伤寒论》，首先应从其核心——六经辨证入手，弄清其含义、适用范围和应用方法，真正体现学以致用。

第一节 《伤寒论》六经辨证简析

（一）六经辨证系辨病、辨脉、辨证、论治一线贯穿的有机体系

关于《伤寒论》六经实质问题，历代医家争议较多，提出了许多观点，有经络说、六经分证说、气化说、经界划域辖病说、阴阳说、六经形成说、阶段说、三焦说、证候群说、正邪消长说、八纲说、时空说、六病分证说、用控制论模糊识别概念分析六经之说等等，可谓见仁见智。尽管观点不一，但都认为其属于一个完整的辨证论治体系，对临床具有重要的实用价值。

要掌握六经辨证体系，首先要弄清“病”、“证”和“症”的概念。所谓“病”，是对某疾病全过程的特点与规律所作的病理性概括，是对该病的本质性认识；“证”，系机体在疾病发展过程中的某现阶段的病理性概括，是对疾病当前本质所作的判断；“症”，即“症状”的简称，包括自觉的症状与他觉的体征，是机体有了病变所具体表现的现象，是诊病、辨证的主要依据。病是疾病全过程的根本性矛盾；证是疾病某现阶段的主要矛盾，证从属于病。症是病和证的表象，是确诊疾病、分析证候的依据，也是判断疗效的依据。在临床上建立中医病、证、症诊断标准，使病的标准体现疾病本质，把握疾病全局；证的标准体现疾病当前主要矛盾，确切反映病因、病性、病位和病势；症的标准体现量化，反映疾病的缓急。然后，进一步将三者结合起来论治，使辨病论治体现治疗的全局性，辨证论治体现治疗的阶段性，辨症论治体现治疗的即时性，以辨病论治限制辨证论治，指导治疗方向，避免无原则的随证变法；以辨证论治充实辨病论治，便于抓住主要矛盾，避免主次不分；以辨症论治应临床之急，便于减轻病人痛苦，阻止疾病恶化。

对此，《伤寒论》中早已建立了相关标准，构筑了祖国医学辨病、辨证、辨症论治相结合的临床体系，直至今日，仍有效地指导着临床实践，为我们今日诊断标准的建立树立了榜样。如《伤寒论》的主要辨治体

系，即今日所谓的“六经辨证”，实则即是辨病、辨证、辨症论治相结合的有机体系，此从其各章名称即可昭示：除少数理论论述及具体操作方法论述者采用“辨脉法”、“平脉法”、“伤寒例”等外，凡涉及治疗者，多采用“辨××病脉证并治”名之，其包含了辨病、辨脉、辨证、论治四个方面内容，其有关诊断的辨病、辨脉、辨证三个方面，辨病、辨证自不待言，而辨脉之“脉”实即指“症”而言，泛指疾病过程中患者所表现的单个症状或体征。因此，《伤寒论》初步建立了“病”、“证”、“症”的诊断标准。在具体标准的制订上，分为三个大的层次：

其一，辨病。《伤寒论》首先将疾病分为六大种类，即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，各立提纲一条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”；“阳明之为病，胃家实是也”；“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也”；“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”；“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”；“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”。其所立的六经提纲条文，即是“病”的诊断标准，在辨治过程中起到了纲要作用。

其二，辨证。在病的诊断标准下，又细分出诸多“证”的诊断标准。如太阳病中，又分为中风、伤寒和温病之证，分别制订了各自的诊断标准。中风证：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”；伤寒证：“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”；温病：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”。再根据具体病因、病位、病性、病势及体质等等不同，又分列了桂枝汤证、麻黄汤证、桂枝加附子汤证、桂枝加葛根汤证、大青龙汤证、小青龙汤证、麻杏甘石汤证等等，制订各自相应的诊断标准。

其三，辨症。不难看出，这些病或证的诊断标准，多是由“症”组成的，“症”的辨析为准确辨病、辨证提供了基础。一般而言，辨症多隐含在辨病与辨证之中，但在某些特殊情况下，尤其是在病情紧急时，某一症便上升到了主要方面，成为整个诊断和治疗的靶点，起到了举足轻重的作用。如“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”；“阳明病，发热汗多者，急下之，宜大承气汤”；“发汗不解，腹满痛者，急下之，宜大承气汤”；“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤”；“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身体疼痛者，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”；“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之”等等，其“目中不了了，睛不和”、“发热汗多”、“腹满痛”及“脉沉”、“下利清谷不止”、“脉结代”等“症”，

以及以小便利与不利辨蓄水蓄血、多少辨燥屎成与不成、清与不清(白)辨表与里及寒与热等等,构成了辨症的诊断标准。其辨证与辨症的诸多标准,均为网目,纲领与网目的有机结合,形成了疾病诊断和论治的有机整体。这些经典标准若能掌握、领会、贯通,临床当可思过半矣,我们应继承发扬。

(二)《伤寒论》六经辨证结构简析

1. 太阳病

第1条“太阳之为病,脉浮,头项强痛而恶寒”。此为太阳病的提纲,亦即诊断标准。太阳为六经藩篱,统摄营卫,主一身之表,功能固护于外,故外邪侵袭人体,太阳首当其冲。邪凑太阳,正气奋起抗邪,正邪交争于表,即为太阳病。脉浮,为外邪侵袭,正气奋起抗邪,趋向于表的征象,值得注意的是,其一则反映邪正交争于表,再则反映正气不虚,尤其是后者,更为重要。若为外感病,其脉不浮反沉,则标示正气已虚,并非单纯的太阳病,故不能单纯用汗法。头项强痛,由于太阳经脉上额交巅,还出别下项,故太阳受邪,经气运行受阻,则见头项强痛。恶寒,为太阳病的必见症,外邪束表,卫气被遏,不能正常发挥“温分肉”功能,故见恶寒。恶寒,为贯穿太阳病始终的一个症状。前人有“有一分恶寒,即有一分表证”之说,虽非绝对,但道出了恶寒在太阳病中的重要地位。

发热为太阳病中卫气抗邪的反映,常与恶寒并见,但因有时在发病之初,卫阳被遏,尚未伸展,可见暂时不发热,只有恶寒,故《伤寒论》未将发热列为太阳病的基本表现,如若卫气伸展,正邪相争则可见发热。发热与恶寒并见,是太阳病的证候特征之一,也是太阳病与其他经病的主要区别点。

脉浮,头项强痛而恶寒,诸症反映了邪袭太阳,经气不利,营卫失和,正气奋起抗邪,正邪交争于表的太阳病本质,为太阳病的主要脉证,故立为太阳病的提纲。临证之时,凡见上述脉证,皆当依太阳病治之。由于太阳病一般病位在表,治当发汗以逐邪,但因表病有风寒、风热之异,发汗之法包括辛温、辛凉、辛润等等,辨至太阳病,虽有大的治则,但不能具体出方用药,仍需与辨证相结合,故《伤寒论》中又在太阳病内分别列出了中风、伤寒、温病等等之辨,且据不同情况,又分列了桂枝汤证、麻黄汤证、桂枝加附子汤证、桂枝加葛根汤证、大青龙汤证、小青龙汤证、桂麻各半汤证等等,使具体论治落到了实处。

值得注意的是,太阳病章中所列内容非皆尽为太阳表证,而有诸多变证,如热证、虚证、上热下寒证、太阳蓄水证、太阳蓄血证、结胸证、痞证等等,其实质已非太阳病,其意义有两端:①指出临床上单纯外感者少,而兼夹有杂病者多。诸多患者其本身平素即有各种内伤杂病,不慎外感后,或由外感而引发杂病,或加重杂病,从而形成表里夹杂之病证。②太阳病虽多为外感病,看似轻证,但也不可掉以轻心,常因患者感邪轻重、体质强弱及治疗是否得法等因素而发生不同的转归,亦可产生严重后果。关于变

证的治疗,在表里同病之时,要注意先表后里、先里后表及表里同治等原则;在纠偏之时,更要注意遵循“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的辨证论治精神,有是证即用是药。

2. 阳明病

第180条“阳明之为病,胃家实是也”。对此,多认为阳明病即是热证、实证。其实,这是一种误解。胃家,指胃肠,此无疑义,关键是“实”之所指,即《素问·通评虚实论》中所说“邪气盛则实”,指的是邪气盛实。“胃家实”即指胃肠的邪气盛实。它包括了阳明胃肠的燥热实证,也同样包括了阳明胃肠的寒实证。阳明胃肠邪气盛实证,分为热、寒两大类,否则,若单纯强调热实之证,其190条“阳明病,若能食,名中风;不能食,名中寒”;191条“阳明病,若中寒者,不能食,小便不利,手足濇然汗出,此欲作固瘕,必大便初硬后溏。所以然者,以胃中虚冷,水谷不别故也”阳明病之中寒证将无法可解。也正是阳明病有寒、热两大类,在临床表现上缺少共性,才在提纲中以病机代之,这在六经病提纲中是绝无仅有的。由上可知,阳明病病位属里无疑,但其是在中焦之胃肠,性质属实,以此与太阳病相区别。

辨至阳明病,虽然明确了其病机共性为胃肠邪气盛实证,治当祛邪,但因其有寒、热两大类,且在每一类中,又有不同特点,仍然无法用药,故仍需进一步辨证。寒者宜热,故有243条“食谷欲呕,属阳明也,吴茱萸汤主之”。热者宜寒,但阳明热证,又有有形、无形、在气、在血等不同,故有治无形邪热用清法之上宣、中清、下夺之栀子豉汤证、白虎汤证(加人参汤证)、猪苓汤证;治有形热结用下法之三承气汤证、麻子仁丸证等;治阳明蓄血用清下活血之抵当汤证;治湿热发黄用清热利湿之茵陈蒿汤证、栀子柏皮汤证、麻黄连翘赤小豆汤证等等。

3. 少阳病

第263条“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”。邪犯少阳,枢机不利,胆火上炎,则见口苦。灼伤津液,则见咽干。足少阳之脉起于目锐眦,且肝胆互为表里,肝开窍于目,胆热内郁,火热循经上扰,必头目昏眩。就其性质而言,少阳病仍属于热证、实证之范畴,反映了邪犯少阳,枢机不利,胆火上炎,灼伤津液的本质;相对太阳病而言,其病位在里,热邪初化,但未至阳明病燥热程度,故其治疗,既不可单纯发汗,又不可重剂清下,更不能补之,只宜和解。由于其进一步发展,既可化热而入阳明,又可正气不支而入三阴,故在《伤寒论》中只出了一张小柴胡汤方,以和解少阳,余皆据其趋势不同,而治法亦随之而变化,有兼表之柴胡桂枝汤证,是和而兼汗;兼阳明之大柴胡汤证、柴胡加芒硝汤证,是和而兼下;兼太阴之柴胡桂枝干姜汤证,是和而兼温化;兼邪气弥漫三焦之柴胡加龙骨牡蛎汤证,是和而兼重镇等。

以上三阳病,尽管病位不一,但都属实证的范畴,故以“阳”名之。

4. 太阴病

第273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬”。关于太阴病的性质，多属局限性中焦脾虚寒湿证，病变部位局限于中焦脾，故证候较少阴、厥阴轻浅，较易治愈。关于其治疗，《伤寒论》中第277条：“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”本条对太阴病常证的性质、特点及治疗方法作了说明。“自利不渴”为其特点，一则说明本病非热证，二则标明其与少阴下利同属里证，但轻重自是不同。因其病变局限于中焦脾，尚未波及下焦，下焦阳气气化基本正常，津液仍可上布，以此与“五六日自利而渴者，属少阴也，虚故引水自救”大不相同，少阴阳随利脱，下焦阳气已虚，津不上布，故见口渴。可见，虚寒下利渴与不渴，作为一把尺子，则标示着病情的轻重。“以其脏有寒故也”指明了太阴病的主要病机在于中焦脾虚寒湿，治“当温之”，即温中散寒，健脾除湿，方“宜服四逆辈”，即含有附子、干姜一类方剂。为何不出具体方药？因太阴病之脾虚寒湿证，其湿邪内阻，变化多端，既可出现呕吐，又可出现下利，更可浸渍肝胆而为发黄，外溢肌肤而为水肿等等，实非一方所能尽治，故在“宜服四逆辈”的前提下，呕吐者配以止呕、下利者佐以止利、发黄者伍以退黄、水肿者兼以利水等等，如此，则既有针对性，又有灵活性，示人以活法活方，更能切合临床实际。

有关太阴病的性质，尽管其多属脾阳不足证，但亦有脾阴不足证，这是值得我们重视的。第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；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。”对于本条的性质，历来争议较多，直至今日仍无定论。其实，本条实质，乃是太阴脾阴不足证。本条主症“腹满时痛”，首先定位定经诊断，属中焦病变，若非阳明，即为太阴。观本证一无潮热，又无谵语，更无口渴、舌红少津等等实热之象，非阳明病，排除了阳明，故曰“属太阴也”。然本证与太阴阳虚寒湿证相较，既无下利，又无呕吐等寒象，非是脾阳不足证可知。究其性质，脾主大腹，脾阴不足，脾络挛急，则见腹痛。脾机不转，气机不畅，则见“腹满时痛”，治当滋脾阴，和中焦，通脾机，舒脾络。方以姜枣和脾胃，以六两芍药合甘草，酸甘化阴，以滋脾阴，通脾络，缓脾急。用桂枝辛而走窜，通脾络，通脾机，促脾运转，助脾布阴。若大实痛者，脾络瘀滞较重，脾机滞而不通，故加大黄二两，意在加强化瘀滞，通利脾机作用，待脾阴一复，脾络一和，脾机一转，腹满时痛自止。但因脾阴不足证毕竟为虚证，若见有中焦脾胃平素不足者，宜减量投予，故第280条接着说：“太阴之为病，脉弱，其人续自便利，设当行芍药大黄者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也”。

5. 少阴病

第281条“少阴之为病，脉微、细，但欲寐也”。对于少阴病的提纲证，历代有不同的认识，有认为系热化提纲者，有认为系寒化提纲者，关键的问题是断句

有误，以往多是“脉微细”齐看，历版教材亦多是此断，这就难怪理解上出现偏差。先看症状表现，“但欲寐”即似睡非睡，似醒非醒，精神萎靡不振的困顿状态，系神昏前期阶段。此表现，寒化、热化均可见到，寒化证阳气衰微，多有神昏；热化证严重失眠，精神不振。再看脉象，应为“脉微、细”，从中断句，微为极细极软，按之若有若无，多主阳气衰微；细为如丝如线，多主阴血不足。否则，微脉当包括细脉，此条就成了无头公案。如此一断，就可明了。若脉微而见但欲寐，则是寒化证的初期表现；脉细而见但欲寐，则是热化证。辨出少阴病，已经明确其性质属虚，治当用补，据其寒化阳虚而当用温补，热化阴虚而当用清补，但仍难以确切选方用药，需进一步辨证。

由于少阴内系心肾水火之脏，少阴病也常随体而化。寒化者，多是阳气不足，甚或衰微，阴寒内盛，治当扶阳散寒，因其病机不同，故又有回阳救逆之四逆汤证，破阴回阳、交通内外的通脉四逆汤证，破阴回阳、交通上下的白通汤证，温阳利水的真武汤证，温阳除湿止痛的附子汤证，温涩固脱的桃花汤证等等；热化证，多是肾水亏于下，心火亢于上，因其小有差异，又有滋水泻火之黄连阿胶汤证、滋阴利水清热之猪苓汤证等等。至于三急下证，乃是燥屎内结，真阴欲竭证，故以大承气汤急下以存阴。麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤证，乃是太少两感，即素体少阴阳气不足，复感了风寒而致，故外解太阳，内温少阴，属表里同治法。

6. 厥阴病

第326条“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”。关于厥阴病的性质，也是历代医家争议的焦点之一，笔者认为，厥阴为两阴交尽，具有阴尽阳生，极而复返的特点。厥阴病期为极期，综合厥阴病的内容，邪入厥阴，从寒而化，则有寒证、极寒证，如当归四逆汤证、当归四逆加吴茱萸生姜汤证、通脉四逆汤证等；从热而化，则有极热证，如热厥证、白头翁汤证等。病至厥阴，物极必反，寒极生热，热极生寒，故上热下寒，寒热错杂为其特征，而提纲证所述之消渴、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食、食则吐蛔，正是厥阴病寒热错杂特征的具体体现，正如《诸病源候论》所说：“阴阳各趋其极，阳并于上则热，阴并于下则寒。”据其病机差异，又有乌梅丸证、干姜黄芩黄连人参汤证、麻黄升麻汤证等等。病至厥阴，正邪相争，阴阳消长，阴盛则厥，阳盛则热，故厥阴病篇有厥热胜复之辨诸条等。

第二节 《伤寒论》六经辨证的适用范围

关于六经辨证的适用范围，有医家认为“其仅适用于外感病”，并随着清代温病学的兴起，总结出卫气营血辨证、三焦辨证为温热性质外感病的辨治纲领之后，六经辨证又由广义伤寒降为只适用于风寒性质的外感病。目前，此种看法较为普遍，如《中医诊断学》

即曰：“属风寒者，用六经辨证方法；属温热者，可选用卫气营血及三焦辨证方法。”可谓积习难改。

其实，六经辨证方法适应面较广，早在清代就有人提出。如清代医学大家柯琴即曰：“仲景之六经，为百病立法，不专为伤寒一科，伤寒杂病，治无二理，咸归六经节制。六经各有伤寒，非伤寒中独有六经也。治伤寒者，但拘伤寒，不究其中有杂病之理；治杂病者，以《伤寒论》为无关于杂病而置之不问，将参赞化育之书，悉归狐惑之域，愚甚为斯道忧之。”另一位大家俞根初亦曰：“以六经钤百病，为确定之总诀。”这里的“百病”，是指各种不同的疾病，言其众多，甚者有称其为“万病”者。疾病尽管众多，临证表现各异，但皆是人体对各种刺激的反应。回顾数千年来医学发展的历史，疾病谱尽管发生了重大的变化，各种致病因子不断消失或不断涌现，但人类作为一个有机的整体，其对致病因子的反应没有发生重大变化，总是遵循着一定的规律，使人有章可循。中医辨治疾病，原本就重视机体的反应，对于具体的病因，亦是通过审察机体反应后而得出的，正如钱天来所说：“受本难知，发则可辨，因发知受”，正是根据其“发”（临证所表现的各种症状和体征），推测其“受”（即病因），然后辨为某病、某证，从而进行论治的，此亦正是中医历数千年而不衰，且行之有效的根本所在。因此，尽管各种疾病病因不同，临床表现不一，但就其内在的病理变化而言，必有一定的规律，而六经辨证正是对内在病变共性的高度概括，所以，六经病既不是独立的病种，也不是百病之外的疾病，正如清代大家何秀山所言：“病变无常，不出六经之外。《伤寒论》之六经，乃百病之六经，非伤寒所独也。”俞东扶亦曰：“仲景之六经，百病不出其范围。”的确如此。无论叶天士善用六经分析病机与决定治法，当代已故名医蒲辅周、岳美中等每以六经起沉疴，更有范中林之治内科、陈达夫教授辨治眼科疾患、李树勋之治儿科及王友章之治妇科等，皆运用六经辨证方法取得了满意效果，诚是对此说之有力注解。

《伤寒论》之六经辨证是辨病、辨证、辨症论治相结合的有机体系，其目的首先是辨病之所在，简言之，即辨“病所”，此为《伤寒论》的最大特点，也是最大优点。正如章炳麟在《伤寒论今释》序中所说：“疗病者以病所为依据者也，得其病所则治不至于逆，随其所在而导之可也。”朱肱亦指出：“治伤寒先须识经络，不识经络，触途冥行，不知邪气之所在，往往病在太阳，反攻少阴，证是厥阴，乃和少阳，寒邪未除，真气受毙。”此说虽然仅就寒邪立论，而且局限于经络，不够全面，但从“邪气之所在”一语，不仅突出了六经辨证的价值与意义，而且肯定了六经辨证的物质性。无论外感、内伤，或哪一科、哪一种疾病，只要出现某经主证，就可确诊为某经病，而随经出治，即可获得预期疗效。如病在太阳者，以汗为主；阳明者施以清、下；少阳者和解；太阴者温脾散寒除湿；少阴者依其寒化、热化之异，分别治以温阳、清滋；厥阴者当寒热并用等等，莫不随手取效。《伤寒论》六经辨证的第二个目的，是在于辨清疾病的性质，即辨“病性”。对此，须知六

经辨证与八纲辨证的关系。尽管今日普遍认为两者有本质的区别，属于两种不同的辨证体系，与《伤寒论》无关，包括《伤寒论》之各版教材都对此进行了专篇讨论，试图将两者联系起来，以说明六经寓于八纲之内，其说果是否？其实，《伤寒论》虽然没有明确提出“八纲”名称，而八纲辨证的具体运用实始于《伤寒论》之六经辨证，且较其更为具体。此观点应予以明确，但因限于篇幅，不作详细论述，只取历代医家之论，以说明之。如程郊倩指出：“《伤寒论》乃医门之轨范，其中教人如何辨阴阳表里，如何察寒热虚实。”日本丹波元简亦认为：“要之《伤寒论》一部，全是性命之书，其所关系大矣，故读此书，涤尽胸中成见，宜于阴阳表里虚实寒热之分，发汗吐下攻补和温之别。”此说虽已道出八纲之实，但未将阴阳表里虚实寒热八者联系起来。明确提出“八”者，当是明代陶节庵，其在《伤寒全生集》中说：“夫伤寒三百九十七法，无出于表里虚实，阴阳冷热八者而已，若能明此八者，则三百九十七法，可得一定之胸中也。”其后，徐春甫又加上“纲领”二字，以示其重要，他在《古今医统》中说：“表里虚实阴阳寒热八字，为伤寒之纲领也。”约而言之，即为“八纲”，当是八纲名称的来源，此说确有真知灼见。已故著名伤寒大家陈亦人老师亦曰：“八纲确实是《伤寒论》内容之一……要知六经概括了病所，八纲概括了病性，都属于共性而各有侧重，临床辨证缺一不可，相辅相成，共同构成《伤寒论》体系，而为各种辨证的基础……实践证明，既辨病所，又辨病性，是临床辨证的两个重要环节，必须紧密联系，综合运用”，“总之，《伤寒论》的辨证内容极为丰富，既有辨‘病所’与‘病性’的共性辨证，又蕴含着各种个性辨证精神，是辨证理论的基础，对临床各科都有指导意义。”陈亦人老师更是明确提出：“从大量的病例来看，该书的重点是讨论疑难病辨治方法的。因为它不是空洞的说理，不是机械的教条，而是叙议结合，缘事明理，既包含兼容思维，又寓有应变思维，因而极富启发性和说服力。不仅能指导常见病、多发病的辨治，而且能指导大量疑难病的辨治。因此，与其说《伤寒论》是外感病专著，不如说是疑难病专著更符合实际一些。”其更将六经辨证的体系，上升为辨治临床疑难病的方法。

如上可知，《伤寒论》之六经辨证，可广泛适用于临床各科。不仅六经辨证可适用于“百病”，而《伤寒论》之经方亦可用于治疗诸多病变，如当代医学大家李培生先生亦曰：“读《伤寒论》，必须认识到伤寒方不仅可治伤寒（广义），而且可治某些杂病，并广泛涉及到内外妇儿各科范围。苟能深明此理，通达要妙，将伤寒方广泛运用于临床之中，做到理论与实践统一，自能处理裕如，应变无穷。”

第三节 《伤寒论》六经辨证 学用方法简述

（一）了解特点，掌握方法

欲要学好《伤寒论》，首应掌握其有别于其他医籍

的特色。陈亦人老师认为,《伤寒论》有五大特色:一是“杂”。《伤寒论》中,多数条文系外感夹杂杂病,仅从太阳病的第178条原文来看,除伤寒、中风、温病等外,其余都是内外夹杂之病,如“证象阳旦”条为伤寒夹杂阴阳两虚证,小青龙汤证为外感夹杂寒饮证等等。诸病不仅内外夹杂,而且多寒热夹杂和虚实夹杂,《伤寒论》中很多寒热同用、攻补兼施的方剂,都是针对这些复杂病情而创制的。因此,只要用之得当,皆有很高疗效,即是明证。二是“变”。《伤寒论》中言变多而言常少,举变达常是其主要方法,绝大多数是探讨非典型的、证情疑似的、病势不定的复杂证候,意在通过这些复杂的、非典型的、证情疑似的病情讨论,揭示辨治的规律和方法。三是“活”。辨证强调具体分析,通过许多实例的分析,突出辨证思维活法,极少固定证型。论治要求根据病机,采用相应治法。《伤寒论》中之“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,“以法治之”,绝无刻板呆法。至于方药运用,贵在掌握配伍规律,必须随证化裁,充分体现一个“活”字。四是“严”。《伤寒论》中的文字极为严谨,在辨证方面,绝无游移假借、模棱两可,而是精微处见精神。如少阴病中有两条同样的烦躁、四逆、吐利诸症,却一属不治的死候,一为治以吴茱萸汤,若不仔细观察,很难作出确诊,原来仅是“烦”与“燥”轻重的不同,正如尤在泾所说:“彼以阴极而阳欲绝,此为阴盛而阳来争,病证虽同,而辨之争与绝之间,盖亦微矣。”《伤寒论》虽仅有113方,由于示人以配伍规律,只要能够掌握这些方药配伍规律,就能做到随证化裁变化,收到无穷的妙用。五是“简”。正由于其文字严谨,绝少繁词冗句,常有仅举一脉或一症,就出主治方药,旨在突出重点,或举主略次,或举变略常,或举证略脉,或举脉略证,所举即是辨证的眼目和根据,故无须繁引而自知。因而,六经病篇连同霍乱、劳复病篇共398条条文,只有13404字,这是其他任何医籍都难以比拟的。

明白了《伤寒论》的主要特点,在学习时就应掌握适当的方法,要而言之,首先要着重一个“辨”字。《伤寒论》辨证理论的最大优点,是示人具体分析的方法,即“观其脉证,知犯何逆,随证治之”,不仅示人以常,尤其示人以变,这种具体分析的方法,充满在全书的内容中,因此在学习之时,要注意辨证。如“发汗,若下之,病仍不解,烦躁者,茯苓四逆汤主之”,其中“烦躁”固然是主症,然而,仅据“烦躁”这一症状,怎么能用茯苓四逆汤?此是略去了其他脉证,此时,只要与第61条“下之后,复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕不渴,无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之”相联系,则不难看出,本证也必须有干姜附子汤的脉证,只是烦躁的程度严重,非干姜附子汤所能胜任,故需用回阳益阴安神的茯苓四逆汤。再如,有许多长的条文,夹叙夹议,头绪纷繁,似乎缺乏要领,实际上正是通过这些复杂病情的讨论,揭示具体分析的辨证方法,因而,尤富指导意义。如第23条“太阳病,得之八九日,如疟状,发热恶寒,一日二三度发”,“如疟状”就是辨证要点,意在与疟疾发作相鉴

别,因发热恶寒间歇发作,与疟疾相似,但是疟疾的发作有定时,一日一发,或间日一发,而本证却是一日二三度发,自不可误诊为疟疾。然而为什么会如疟状?其机理又有许多不同,不可一概而论,必须具体分析。所以,条文接着举出三种情况:其一,是病程较长,正气不足,邪亦不甚,正气仍能数与邪争,所以恶寒发热,一日二三度发。热多寒少标示着正能胜邪,不呕、清便欲自可标示着里和无热,那么,就更可肯定热多是正复而非热盛。再结合脉象微缓,微为邪衰,缓为正复,脉证合参,从而断定为欲愈之候。其二,虽是如疟状,一日二三度发,但不是热多寒少,而恶寒明显,则应属于正虚,决不可误作欲愈之候,而是阴阳俱虚,当以扶正,汗吐下等攻邪方法严格禁用,所以郑重提出“不可更发汗更下更吐也”。其三,是面有热色,根据一日二三度发,不呕,清便欲自可等症,可以肯定不是阴盛格阳证,而是表气怫郁所致,但是,如果是表郁,必然还兼有无汗身痒等症,这表明有目的地问诊十分重要。为何会出现面红身痒?“以其不得小汗出”,就是具体说明。本证既不同于欲愈候,又不同于阴阳俱虚,所以治用调和营卫、轻微发汗的桂枝麻黄各半汤。再则,即使同一个症状,也必须具体分析。例如小便清利,既可据以辨表里疑似证(第56条“伤寒,不大便六七日,头痛有热者,与承气汤;其小便清者,知不在里,仍在表也,当须发汗,宜桂枝汤”),又可据以辨寒热疑似证(第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”),还可据以判断热厥证里热的程度(第339条“伤寒热少厥微,指头寒,嘿嘿不欲食,烦躁,数日小便利,色白者,此热除也;欲得食,其病为愈。若厥而呕,胸胁烦满者,其后必便血”)等,这表明,同样一个症状,在不同的情况下,可起着不同的辨证作用与作出不同的诊断结论,充分体现了具体分析的辨证精神。程郊倩曾提出:“《伤寒论》乃医门之规范,其中教人如何辨阴阳表里,如何察寒热虚实。”教人“如何辨”乃是《伤寒论》最有价值的精髓,因此,学习《伤寒论》必须着重在如何辨方面下功夫,从而提高辨证论治的水平。其次,要善用一个“比”字:比者,较也,也就是类比的方法。因《伤寒论》的条文十分简略,假使孤立地看待,教条式的诵读,是没有多大意义的,必须纵横联系,前后互参,全面地综合比较,才能深入理解,掌握要领,简言之即“同中求异”。例如,同是发热,就六经来辨,有属太阳,有属少阳,有属阳明,有属少阴,有属厥阴;就八纲来辨,又有阴阳表里虚实寒热之不同。其他的症状也有六经之分,八纲之别,只有通过比较,才能抓住各自的特点,作出明确诊断。再如,同是攻下剂,有大承气汤、小承气汤、调胃承气汤、麻子仁丸、桃核承气汤、大柴胡汤、柴胡加芒硝汤、大陷胸汤等,所主各别,也只有通过比较,才能明确每个方剂的特点,才能正确掌握运用。善于类比,决不限于以上的两个方面,凡是内容有相近似之处,都可进行相互比较。通过比较,不仅有助

于加深理解,有利于掌握要领,而且会有新的发现和新的收获。

(二) 学以致用

所谓“致用”,即学伤寒,用伤寒,以《伤寒论》之理法方药指导临床,解决疑难。对此,在对全论深入学习、系统掌握的基础上,可以从以下几个方面着手:

1. 据证定经,分经论治

因《伤寒论》之六经,不但为伤寒立法,而且为百病立法,故临床上各科疾病之病机证候与原文一致,皆可据其脉证表现分析其病属何经,从而据六经之法而治。如属太阳者汗之,属阳明者清下,属少阳者和解,属太阴者温运,属少阴者补之(寒化证温补,热化证清补),属厥阴者寒热并用等等,常获良效。临床上,六经辨证的方法,不仅用于外感病,且可有效地用于内、外、妇、儿、五官等科疾病,起到了提纲挈领、执简驭繁的作用。

2. 病与文符,照用不疑

由于《伤寒论》是仲景从长期临床实践中总结而来的,所以论中所述各种病证大都能在临床上得到印证。有的病例从病因、病位、病机到脉证表现都甚切合原文内容;有的病因、病程与原文虽不一致,但病机证候却与原条文所述相同。在这种情况下,应该与原条文相对照,据其脉证表现分析其属于某经的某种证候,然后依据原文所提出的治法方药放胆用之,坚信勿疑,多可获预期良效。例如我们在临床中有时遇到比较典型的太阳病桂枝汤证、麻黄汤证、麻杏甘石汤证、小青龙汤证、半夏泻心汤证,阳明病的白虎汤证、三承气汤证,少阳病的小柴胡汤证,太阴病的理中汤证,少阴病的四逆汤证、黄连阿胶汤证,厥阴病的当归四逆汤证、四逆散证等等。只要辨证确当,投予相应的经方,屡用屡效。

3. 病情复杂,紧抓主症

疾病在临床上的表现,往往繁简不一,差别万千,其与《伤寒论》所述各经的典型证候完全符合者有之,不完全符合者亦属不少。遇此情况,我们在诊治时应注重于抓住主症的辨别与对照,只要其主症与论中有关证候的主症相符,则可作出相应的诊断,在治疗大法上即可相同。所谓主症即指能够反映病情病机的症状及舌脉,不仅是一个单一的症状。如《伤寒论》101条“伤寒中风有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,就是针对这种情况提出的。据笔者体会,此条告诉我们在诊断少阳病时不一定要“口苦,咽乾,目眩”,“往来寒热,胸胁苦满,心烦喜呕,嘿嘿不欲饮食”等症完全具备,而只要有口苦、往来寒热、胸胁苦满、喜呕等主症之一,再加上脉弦就可用小柴胡汤施治。通过对《伤寒论》原条文的仔细分析归纳可以发现,其他一些证候亦各有其主症,如太阳中风证的发热、汗出、恶风、脉浮缓;伤寒证的恶寒、体痛、无汗、脉浮(有力);阳明腑证的腹满、便闭(或溏垢)、潮热、濈然汗出;少阴寒化证的脉微细、但欲寐、手足厥冷等,只要其主症

已备,即可作出相应的诊治。

4. 主症已定,照顾兼证

我们在辨别主症时,还应注意以下三个问题。一是主症与副症的关系:在同一病情病机的基础上,除表现出主要脉证以外,往往还可见到一些次要症状,称为副症。如太阳中风证的鼻鸣干呕,伤寒证的呕逆和喘,少阴寒化证的心烦、欲吐不吐、口渴等。它们都是居于从属地位的症状,其或有或无均不影响对主症的辨别与施治,可不予理睬。二是主症与兼证问题:兼证与副症不同,它是在主症的基础上夹杂有其他内在因素而出现的兼见证候。如太阳中风证兼邪入经输的项背强几几,少阴虚寒证但欲寐,脉沉微细,兼见发热恶寒等太阳表证,太阳伤寒证兼见里热烦躁等等,这种兼证就必须在治疗上予以兼顾,前者宜桂枝加葛根汤解肌祛风,兼利经俞;后两者一用麻黄附子细辛汤温经扶阳,发汗解表,一用大青龙汤外散风寒,内清里热等等,才能收到良好效果。我们临证时如遇到《伤寒论》中未载的兼证,亦可以此类推,选用经方,适当灵活化裁。三是主症与成因的问题:《伤寒论》中有不少的证候都是由误治和失治而来的,但我们在临床上常遇到许多证候与《伤寒论》条文中所述的脉证特点基本一致,但其成因与条文不符,有的就根本不是外感病,而属于杂病。例如桂枝加附子汤证、苓桂术甘汤证、真武汤证、五泻心汤证、麻杏甘石汤证、厚朴生姜半夏甘草人参汤证、炙甘草汤证等多是如此。遇到这种情况,不应拘于成因之相符与否,只要其主要脉证相符,即可使用相应的经方给予治疗。

5. 紧抓病机,详辨异同

《伤寒论》既重视一方多用,异病同治,又注重一证多方,同病异治。异病同治主要是证候虽不同而总的病机却一致,故治疗可以相同。例如论中的桂枝汤既可以用于太阳中风证,又可以用于卫气虚弱不能与营气谐和的自汗出证,还可以用于太阳表证误治和失治后营卫已弱而表邪未解者。这三种病证虽各有不同,但其营卫失和则是其共有的病机特点。桂枝汤具有滋阴和阳、调和营卫、解肌祛风的作用,故可以概治上述各证。又如四逆汤是少阴温经回阳的首方,用以主治少阴寒化证,但论中又把它作为治太阴中焦虚寒的要方(见第277条)。两者病位不同,一属少阴心肾,一属太阴脾,但均属阳虚寒盛。四逆汤对少阴有直接作用,对太阴是通过温心肾达到扶脾土的作用,当然干姜、炙甘草亦有温中作用,所以异病同治。后世在此启发下,从分析病机和方药效用入手,大大地扩大了《伤寒论》经方的应用范围。例如将桂枝汤应用虚痞、虚痢、虚损、荨麻疹等;四逆汤应用于胃脘寒痛、胃下垂、心功能不全、休克等。近代还把麻杏甘石汤用于治疗支气管炎、咳嗽、百日咳、肺炎、副鼻窦炎、遗尿症等属肺热郁迫所致者等等。我们应该根据这一理法原则,举一反三,应用《伤寒论》的经方治疗更多的病证。

同病异治是因为外在的证候虽相似,而其内在的

病机不一致,所以治疗各异。在《伤寒论》中这样的例证比比皆是。例如同属心下痞满之症,因其形成的病因病机有里热郁结、寒热错杂、水饮停蓄、胃虚气逆、阴寒之气凝结的不同,其相应的其他脉证有别,故其所用方药有大黄黄连泻心汤、附子泻心汤、半夏泻心汤、甘草泻心汤、生姜泻心汤、五苓散、旋覆代赭汤、桂枝人参汤之各异。其次,如厥阴病的厥逆证,计有蛔厥、脏厥、血虚寒滞经脉、寒犯肝胃、阳为阴阻、热厥、冷结下焦、水饮内停、痰实致厥、亡血厥逆等十种证型之多,治疗也各不相同。这说明《伤寒论》的辨证论治并非简单地针对症状去治疗,而是非常注重透过临床表现,探求疾病内在本质去治疗的治病求本之法,其对于临床有很重要的指导意义。

6. 研究中介,合用经方

疾病的发生发展是极其复杂的。《伤寒论》中首以六经分证,分述太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴提纲。病在太阳为表,治当发汗;阳明为里热实,治当祛邪;少阳为半表半里,治当和解;太阴为局限性中焦寒湿,治当温脾散寒除湿;少阴为心肾水火失调,治当清补、温补;厥阴寒热错杂之候,治当寒热并用,井然有序,避免了金石乱投。然而,六经之中,未必单一。如太阳病属表,又有表实、表虚之别,故又另立中风、伤寒,分别治以桂枝汤、麻黄汤;阳明又有经证、腑证之异,故又另立白虎汤证、承气汤证、麻子仁丸证等等,使人遇之,即可依病、证之属,迅速作出决断。然而,疾病的发生发展,常常又是一个纵横交叉的过程,各病、证之间往往相兼出现,构成了不同的连接。对此,《伤寒论》中又另立了一些中间过渡证(笔者称其为中介证),如桂麻各半汤证、桂二麻一汤证、柴胡桂枝汤证、大柴胡汤证、柴胡加芒硝汤证、麻杏甘石汤证等等,使论治更切合实际,因此,深入研究这些方证,对临床有指导意义。然而,应明白仲景不能将所有中介证皆一一列出,故在临床应用时,对论中仲景已有论述者可直接选用,而对仲景尚未论及者,要学会举一反三,即对所有方证在临床上相兼出现者,可合用相应的经方。

7. 师其法而不拘其法,用其方而不泥其方

《伤寒论》所建立起来的六经辨证大法,治疗原则,以及方药、针灸等运用经验,在我国医学的历史进程中,确实起到了承先启后的作用,值得我们学习与遵循。但是也应该看到中医学术是不断地通过客观实践去发展和提高的,后世及近代对《伤寒论》的理法方药有过不少的补充和发挥。例如明、清时期的温病学说,创立三焦和卫气营血辨证,补充了《伤寒论》在温热性外感病辨证论治方面的不足之处,同时在治法和方药上都有较大的发展。在一些具体的治法和方药方面,后世及近代也有不少补充和改进。如本论对妇人热入血室的证治仅提出刺期门和服小柴胡汤二法,而后世及近代医学均多主张加用活血化瘀之品,及应根据病人脉证表现的不同随证选用主方,不宜局限于小柴胡汤一方。《沈氏女科笺正》还载有用白虎汤加味治愈经小柴胡汤治疗未效的热入血室证。在方剂方面,后世医家基于承气汤只能攻邪不能顾正,对正虚不能运药,无水难以行舟的邪实正虚的腑实证用之不宜,乃增补气养血及滋阴增液之品组成黄龙汤和增液承气汤等。《温病条辨》将本论的炙甘草汤去参、桂、姜、枣,加白芍,改为加减复脉汤,并进而演变为一甲、二甲、三甲复脉汤及大定风珠等方,用于温病热入少阴、厥阴及阴虚动风之证而有显效。近代将大陷胸汤加桃仁、赤芍、土牛膝、川朴、木香,去芒硝,名甘遂通结汤,用于肠腔积水较多的重型肠梗阻的治疗;仿效三物白散及备急丸,用巴豆为散治疗肠腑寒凝、正气较盛的肠梗阻;取四逆加人参汤的人参、附子两味主药制成针剂,用于治疗休克等,都给我们以很好的启示。说明我们应师古而不泥古,对于《伤寒论》既要师承其法,应用其方,又不要过于机械呆板,一成不变。只有这样,才能发挥其古为今用的作用,有利于对本论的发扬和提高。只有敢于探索,医学才能发展。

(张喜奎)

第二章 辨太阳病脉证并治

太阳经系包括手、足太阳二经和膀胱、小肠二腑。太阳的生理功能特点可概括为：①阳气较多，正气旺盛；②职司卫外，统摄营卫；③六经藩篱，受邪首当，主一身之表；④参与气化，主司排水；⑤内应少阴，表里互通。

太阳病系外邪侵袭人体，正邪交争于肌表，营卫功能失常所致的病证，属表证，故以“脉浮，头项强痛而恶寒”为辨证提纲。太阳病之病因多为外邪侵袭，病程为初期阶段，病位在一身之表，病性多属阳实范畴，故《伤寒论》将太阳病列为六经证治的第一阶段，并根据受邪寒热、体质强弱及临床表现不同，将太阳病又分为中风、伤寒、温病三大类型。

但在《伤寒论》中详于寒而略于温，故着重讨论了太阳病寒证类的三种证型：

其一为太阳中风证，以头痛、发热、汗出、恶风、脉浮缓等为基本表现，其病理特点是外邪侵袭，腠理疏松，营卫不和，卫强营弱；其二为太阳伤寒证，以恶寒、无汗、身体骨节疼痛、脉浮紧为基本表现，其病理特点是外邪束表，腠理致密，卫阳被遏，营阴郁滞；其三为表郁轻证，以太阳表证日久，不得汗解，邪气渐轻，正气渐复，以发热恶寒，热多寒少，呈阵发性发作为基本表现，其病理特点是微邪束表，营卫不和。

太阳病的治疗，应据《内经》“在皮者，汗而发之”之旨，以解表祛邪为原则。太阳中风证治以解肌祛风、调和营卫，方用桂枝汤。太阳伤寒证治以辛温发汗、宣肺平喘，方用麻黄汤。表郁轻证治以小发其汗，方用桂枝麻黄各半汤、桂枝二越婢一汤等。

太阳病为表证，其治疗原则为解表祛邪，治法因证有别，方药因法而异。其中太阳温病为外感温热邪气导致，治宜辛凉解表。风寒类太阳病，治当辛温解表，但依病情轻重和病理变化的特点不同，可分为三种证候类型：太阳中风证为风寒外感，卫强营弱，治宜解肌祛风、调和营卫，主以桂枝汤；太阳伤寒证为风寒外束，卫闭营郁，治宜辛温发汗、宣肺平喘，主以麻黄汤；表郁轻证为太阳表证日久，不得汗解，邪气渐轻，治宜小发其汗，以桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤为代表。

(刘英锋)

第一节 中风表虚证及兼证

桂枝汤证

【原文汇要】

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。(12)

桂枝汤方

桂枝三两(去皮) 芍药三两 甘草二两(炙)
生姜三两(切) 大枣十二枚(擘)

上五味，㕮咀三味，以水七升，微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升。服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身絪絪微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。若不汗，更服依前法。又不汗，后服小促其间。半日许，令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服。若汗不出，乃服至二、三剂。禁生冷、黏滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之。(13)

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。(15)

太阳病三日，已发汗，若吐、若下、若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉证，知犯何逆，随证治之。桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热，汗不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。(16)

若酒客病，不可与桂枝汤，得之则呕，以酒客不喜甘故也。(17)

凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也。(19)

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。(24)

服桂枝汤，大汗出后，脉洪大者，与桂枝汤，如前法。若形似疟，一日再发者，汗出必解，宜桂枝二麻黄一汤。(25)

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。(26)

服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白术汤主之。(28)

太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤。(42)

太阳病，外证未解，不可下也，下之为逆。欲解外者，宜桂枝汤。(44)

太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈。浮为在外，而反下之，故令不愈。今脉浮，故在外，当须解外则愈，宜桂枝汤。(45)

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。以荣行脉中，卫行脉外。复发其汗，荣卫和则愈，宜桂枝汤。(53)

病人脏无他病，时发热，自汗出而不愈者，此卫气不和也。先其时发汗则愈，宜桂枝汤。(54)

伤寒不大便六七日，头痛有热者，与承气汤。其

小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗。若头痛者，必衄。宜桂枝汤。(56)

伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。(57)

发汗后，不可更行桂枝汤。汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。(63)

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。(91)

太阳病，发热，汗出者，此为荣弱卫强，故使汗出。欲救邪风者，宜桂枝汤。(95)

下后，不可更行桂枝汤；若汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。(162)

伤寒大下后，复发汗，心下痞，恶寒者，表未解也。不可攻痞，当先解表，表解乃可攻痞。解表宜桂枝汤，攻痞宜大黄酒泻心汤。(164)

阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。(234)

病人烦热，汗出则解，又如疟状，日晡所发热者，属阳明也。脉实者，宜下之，脉浮虚者，宜发汗。下之与大承气汤，发汗宜桂枝汤。(240)

太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。(276)

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。(372)

吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。(387)

【病案精选】

病案一 自汗

林某，男，青年渔民。

现病史：患者体素健壮，某年夏天午饭后，入海捕鱼，回家时汗出甚多，自此不论冬夏昼夜，经常自汗出。曾就诊数处，以卫阳不固论治，用“玉屏风散”及龙、牡、麻黄根等，后亦用“桂枝汤加黄芪”，均稍愈而复发。后到某医院诊治，疑有肺结核，经X线透视，心肺正常。经过年余，体益疲乏，汗出虽多，但口不渴，尿量减少，流汗时间午、晚多而上午少，清晨未起床前，略止片刻。自觉肢末麻痹，头晕，惟饮食如常，虽未病倒，但不能参加劳动。

查体：皮肤被汗浸至灰白色，汗孔增大，出汗时肉眼可见，脉浮缓重按无力。

[刘少轩.1964.对桂枝汤治自汗的点滴体会.福州:福建中医药,(5):35]

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 本案病程虽久，但自汗主症不变。其辨证要点在于：①病因明确：餐后阳气外张之际，水湿骤入而闭阻营卫。②主症未变：自汗虽多而无明显化热伤津或耗伤阳气之象，病机仍以肌表营卫失和为重。③治疗佐证：以卫阳不固论治，效而旋复如故，

乃湿邪不去而腠理开阖终难复其常度之佐证。

(2) 立法处方 此病起于流汗之际，毛孔疏松，骤然入水，水湿入侵肌腠，玄府骤闭，汗污不及宣泄，阻于营卫之间，开阖失和。其病虽久，脏气未伤，故脉仍浮缓，应微发其汗以和营卫。桂枝梢 9g，杭白芍 9g，炙甘草 3g，大枣 7 枚，生姜 9g。水 1 碗煎至六分，清晨睡醒时服下，嘱再喝热粥 1 碗，以助药力，静卧数小时，避风。

本方用桂枝、芍药调和营卫；生姜辛散助桂枝以调卫，大枣味甘助芍药以和营；炙甘草调和诸药，且与桂枝相配以辛甘发散，与芍药为伍而酸甘化阴。五药合用，辛甘化阳，酸甘化阴，共奏解肌发散、调和营卫之功。如此则水湿可去，而营卫自和，腠理玄府开阖可期恢复正常，而自汗当止。

(3) 治疗效果 第 3 天来诊，药后全身温暖，四肢舒畅，汗已止。原方加黄芪 15g，服法如前，不需啜粥。其理论依据即是《金匮要略》黄汗病证治，以桂枝加黄芪汤祛水湿、调营卫、固卫表。连进 2 剂，竟获全功。其后身体渐壮，7 年未复发。

2. 辨治要领

自汗一症，若脏气无明显伤损，仲景每责之营卫不和。“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。”而感受外邪或情志失调等，皆可导致营卫气血不和。本案营卫不和，当责之于湿阻肌腠。《金匮要略·水气病》云：“黄汗之为病，身体肿，发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉自沉，何从得之？”师曰：以汗出入水中浴，水从汗孔入得之。”其论虽为黄汗而发，而其理可与本案自汗发病机制相合。其病程虽久，但主症明确，病在肌腠，故抓住病机关键，施以调和营卫之法。

3. 转归对策

本案病程虽久，然无明显伤阴耗阳之象，病机重心仍在肌腠，若辨证准确，治疗得宜，仍能完全康复。

若失治误治，自汗不止，气随液泄，多转属里阳虚亏之证，甚或兼夹阴液不足之象。观其头晕肢麻、脉重按无力等，即知阴阳两伤之征兆已微露，必当预为设防，断其传变之机。故复诊之际，以桂枝汤加黄芪，即为固护卫阳之意。

病案二 皮肤瘙痒

范某，男，24 岁，技术员，1985 年 4 月 1 日初诊。

现病史：全身瘙痒 7 年。患者自 1978 年起，每于打球或劳动后汗出，全身瘙痒，搔抓后局部起淡红色线状痕迹，有时随搔随消，日久搔后二三天渐消失。初起一、二年，服用抗过敏药有效。近来每每在活动后，身体发热瘙痒加剧。不畏风寒，口和。

查体：舌润苔薄白，脉缓略弦。

(陈瑞春.2003.伤寒实践论.北京:人民卫生出版社,5)

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 本案以身痒为主症,辨证宜自此为入手之处。夫身痒一症,多责之血热有风,或咎之阴虚血亏。然身痒毕竟病在肌肤之间,今内无阴虚便结、外无血热斑疹,惟活动后气血运行加速之际,身痒难耐,搔抓后痕迹淡红且能自消,舌润苔薄白,脉缓而带弦,此肌腠营卫失调、运行失和之象。缘起于汗出风邪侵袭,阻于肌腠,而致营卫失和。

(2) 立法处方 拟从调和营卫、佐以疏风入手,方用桂枝汤加味。桂枝 10g,白芍 10g,炙甘草 5g,桑白皮 15g,地肤子 10g,路路通 15g,生姜 3 片,大枣 3 枚。嘱服 5 剂。

方取桂枝汤调和营卫,稍佐桑白皮、地肤子、路路通祛在表之风。

(3) 治疗效果 4 月 6 日复诊,服药后,自述瘙痒基本控制,劳累汗出舒畅,肌腠间的郁热感不复出现,身体轻爽。脉象和缓,舌苔白润,要求服药巩固。仍依前方,再进 5 剂,此后未再复发。

2. 辨治要领

身痒一症,后世医家每从阴虚血热夹风论治,盖“诸痛痒疮,皆属于心”故也。其对现代临床之影响,可谓坚不可摧,以至一见身痒,则清热养血祛风,必为不二之法。然身痒者,毕竟肌腠间病,夫肺主气属卫,心主血属营,故而无论外感内伤、虚实寒热,但凡导致营卫气血运行失和,或敷布不达者,则肌腠分肉失养,或玄府开合失度,如此则身痒立现。仲景曰:“寸口脉迟而缓,迟则为寒,缓则为虚,荣缓则为亡血,卫缓则为中风。邪气中经,则身痒而瘾疹”,“以其不能得小汗出,身必痒”,“阳明病,法多汗,反无汗,其身如虫行皮中状者,此以久虚故也”,说明正虚邪侵而营卫失和,或营卫俱虚而肌腠失养,则身痒可发。本案以活动后身痒、无阴虚血热征象为特点,病在肌腠,营卫郁滞,如此则缓发其汗,使营卫复和,则病愈可期。

3. 转归对策

本案身痒,时日虽久,而无明显脏气受损或其他兼夹征象,由于辨证准确,处方得当,故疗效较好;反之,若失治误治,营卫久郁,势必或郁积化热而伤阴,或津凝不行而饮聚,或气血郁闭而瘀滞,诸般变证,难以预料,而致证情复杂,论治不易。

病案三 无汗

吕某,男,9岁,1985年7月5日初诊。

现病史:其母代诉,患儿自幼未有汗出,每至暑月则全身皮肤发红,干燥,瘙痒,经常抓破皮肤而结血痂,痛苦难忍。曾多次到当地医院诊治,诊为“自主神经功能紊乱”,服用“谷维素”等药不效。

查体:全身皮肤发红、干燥,四肢、胸腹部见有条状血痂及出血痕迹,呼吸气粗,时烦躁,口鼻干燥,舌质淡红,苔薄白,脉浮数。

(陈明,张印生.2001.伤寒名医验案精选.北京:学苑出版社.5~6)

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 《灵枢·五癰津液别》云:“水谷入于口,输于肠胃,其液别为五,天寒衣薄,则为溺与气,天热衣厚则为汗。”汗出以腠理玄府为通道,故曰“天暑衣厚则腠理开,故汗出”,而“天寒则腠理闭,气湿不行,水下留于膀胱,则为溺与气”。本案以无汗为主诉,病程自幼而始,且无外感之因,惟暑月肤红干燥瘙痒,显然腠理玄府开阖失度,津液无以濡养肌肤所致。卫气者,温分肉,充皮肤,司开阖,今长阖不开,气郁日久,必有化热之机暗伏于内,故见气粗、烦躁、肌肤色红等。惟舌色仍呈淡红,苔仍薄白,脉象浮数,提示郁热未甚,病机重心仍为肌腠营卫郁滞。

(2) 立法处方 患儿呈现一派热象,然审证求因,此非内有实热,乃营卫不调,汗液不得宣泄之故。治以调和营卫、开发腠理,处以桂枝汤。桂枝 5g,白芍 5g,甘草 5g,生姜 3 片,大枣 5 枚。水煎服 5 剂。

方取桂枝汤调和营卫,冀其营卫调,气血畅,腠理开阖复常而汗出正常。

(3) 治疗效果 服药后,惟腋下略有汗液泌出,肌肤较前感舒服柔和。因患儿服用汤药困难,改用桂枝、白芍、甘草各等份,共研极细末,装入空心胶囊,每日两次,每次 10g,用生姜、大枣煎汁送下,服用 20 日,患儿遍身染汗出,诸症皆除,如同常人,随访 3 月未有复发。

2. 辨治要领

经云“阳加于阴谓之汗”,“津液各走其道,故三焦出气,以温肌肉,充皮肤,为其津”。夫卫出于下焦,营出于中焦,今三焦气化失常,而令卫气闭郁、营阴不得宣泄,故见无汗,恰与大论“面色反有热色者,未欲解也,以其不能得小汗出,身必痒”之语相合,治当复其卫气之开阖功能,开阖有度则营阴自能流畅宣泄。

本案机理与表郁轻证之桂二越一汤证相类,临证选方之际,似以桂二越一汤更为合拍。然本案处以桂枝汤,妙在审时度势,把握标本因果主次缓急之尺度,开其表则泄其热,汗自出而热自消。

3. 转归对策

本案病程虽久,然病在肌腠,尚属轻浅,辨证准确,合理选方,疗效当属理想。若再迁延失治或误治,玄府闭阻日久,卫郁而化热伤阴,营滞而血运瘀阻,种种变证,难以预料。贵在观其脉证,知犯何逆,随证治之。

病案四 排尿性晕厥

孟某,女,12岁,1987年6月4日初诊。

现病史:反复排尿时晕厥 2 月。近两个月来排尿时常昏倒,不省人事,无叫声,无吐涎,晕厥 3~5 分钟,醒后手足欠温,肢体汗出,头晕,倦怠乏力,休息片刻后,无明显不适。到某医院检查无阳性体征,诊断为“排尿性晕厥”。服“地西泮(安定)”、“谷维素”、“维生素 B”,服中药“参附

汤”、“四味回阳饮”等不效。

查体：神志清楚，面色红润，舌淡红，苔薄白，脉弦缓。

（陈明，张印生，2001. 伤寒名医验案精选. 北京：学苑出版社. 9）

1. 辨证思路

（1）辨证分析 本案以排尿时晕厥为主诉，经云：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”小便排泄取决于肾与膀胱之气化。而大论曰“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥”，可知晕厥一症，究其根源，在于阴阳气升降失常，不能相互顺接，如环无端。其不相顺接而晕厥者，有血气并于上之属实者，亦有气血奔于下之属虚者。是脑海神明之府，或实或虚，皆可为厥，轻者眩晕，重者昏仆。本案晕厥而能自醒，且无吐涎，可知其厥非痰饮上蒙清阳；汗出肢凉、头晕乏力，阳气略显疲惫。面色红润、舌色淡红、苔薄白、脉弦缓，且厥后休息片刻即如常人，表明其血气未亏。而用“四味回阳饮”、“参附汤”无效者，更是非虚之明证。揆其机理，当属排尿时气随液泄，阴阳平衡难以维系，气血暂虚于上，髓海失养所致。

（2）立法处方 拟用和法，以平为期，调和阴阳，投桂枝汤。桂枝 15g，白芍 15g，甘草 10g，生姜 3 片，大枣 4 枚。水煎服 3 剂。

方取桂枝汤调和营卫，燮理阴阳，使阴阳气互相顺接，则晕厥不发。

（3）治疗效果 服药后晕厥次数明显减少，仅于早晚 5~7 时（卯、酉）发作，卯、酉乃是阴阳相接之时，药中病机，效不更方，续服 3 剂而愈，随访 2 年未见复发。

2. 辨证要领

本案因排尿而气随液泄，清阳一时不能上营而致晕厥，既无痰热湿阻之实，亦无阴阳虚损之象，故治以桂枝汤调和阴阳，俾阴阳顺接而病可望愈。

据现代医学之认识，本病主要责之内脏神经功能紊乱。交感神经兴奋可抑制排尿，副交感神经兴奋则促进排尿。而后者之兴奋尚可使心跳减慢、周围血管扩张和血压下降。正因如此，脑部供血暂时不足，轻者眩晕，重者晕厥。而据相关研究，桂枝汤具有良性的双向调节作用，因而对本病的疗效，可视为其对交感神经和副交感神经兴奋性的平衡调节。

3. 转归对策

本案厥证无明显的阴阳虚损或痰瘀湿阻之象，选方得当，阴阳得以调和，其病可愈。若迁延失治，或治不得法，则其病缠绵难愈，甚或气血失和而致痰饮瘀血诸邪内生，则变证难测，论治不易。

【证治探讨】

1. 桂枝汤证的辨证要点

桂枝汤证的辨证要点是营卫不和，临床表现为发热恶风、自汗、脉缓而舌质淡红苔薄白等，常见于外感

热病初期，或内伤杂病以营卫失调、阴阳失和而无明显脏气伤损为特点者。柯韵伯曰：“凡头痛发热恶风恶寒，其脉浮而弱、汗自出者，不拘何经，不论中风、伤寒、杂病，咸得用此发汗。若妄汗妄下，而表不解者，仍当用此解肌。如所云头痛、发热、恶寒、恶风、鼻鸣干呕等病，但见一症即是，不必悉具，惟以脉弱自汗为主耳。”此言可视为本方运用之标准。

2. 现代运用桂枝汤的临证依据

桂枝汤为群方之祖，历代医家对之推崇备至，临床运用极为广泛。而在现代临床实践中，本方常用于以下疾病的治疗：①呼吸系统疾病，如普通感冒、流行性感、上呼吸道感染等。②内伤发热。③循环系统疾病，如心动过速、心动过缓、某种低血压或高血压等。④运动系统疾病，如颈肌、肩肌、腰肌劳损、急性腰肌扭伤、腰椎病等。⑤神经系统疾病，如失精、梦交、阳痿、失眠等。⑥汗证。⑦妇科疾病，如痛经、月经愆期、经期头痛等。⑧儿科疾病，如小儿厌食、营养不良、遗尿症等。⑨皮肤科疾病，如多形性红斑、湿疹、皮肤瘙痒症、冬季皮炎、冻疮、过敏性紫癜等。⑩其他疾病，如疲劳综合征、眩晕、过敏性鼻炎等。上述各种疾病均应以营卫不调为辨证关键。

3. 桂枝汤作用机理研究

现代药理实验证明，本方具有解热镇痛、抗炎、抗过敏、止咳祛痰、改善心脑血管血液循环、调节和改善消化系统和神经系统功能、改善内分泌代谢及免疫系统功能等诸多药理效应。其药理效应多表现为良性的双向调节作用，既能降温，也能升温；既可降压，亦可升压；对心率过慢者可增快心率，对心率过快者可减慢心率；亦表现出对胃肠蠕动及排空的双向调节作用。凡此种种，表明桂枝汤在特定的病理状态下，反映出其特定的调节效应。

【名医验案】

1. 太阳中风

曹颖甫医案：我治一湖北人叶君，住霞飞路霞飞坊。大暑之夜，游大世界屋顶花园，披襟当风，兼进冷饮。当时甚为愉快。顷之，觉恶寒，头痛，急急回家，伏枕而睡。适有友人来访，乃强起坐中庭，相与周旋。夜阑客去，背益寒，头痛更甚，自作紫苏生姜服之，得微汗，但不解。次早乞诊，病者被扶至楼下，即急呼闭户，且吐绿色痰浊甚多，盖系冰饮酿成也，两手臂出汗，抚之潮，随疏方，用：桂枝四钱，白芍三钱，甘草钱半，生姜五片，大枣七枚，浮萍三钱。加浮萍者，因其身无汗，头汗不多故也。次日，未请复诊。某夕，值于途，叶君拱手谢曰，前病承一诊而愈，先生之术，可谓神矣！

（曹颖甫，1978. 经方实验录，上海：上海科学技术出版社. 3）

2. 自汗恶风

祝湛予医案：骆某，男，50岁。时届盛暑仍着棉衣棉裤，云极畏风寒，自汗时时，越出汗越畏风，脱去棉衣即感风吹透骨，遍身冷汗，因而虽盛暑亦不敢脱去棉衣，深以为苦。其人平素纳食少，乏力倦怠。我诊为正气虚弱，营卫失调。予桂枝汤5剂。5天后来诊，已不畏风，能骑自行车来，且已脱去棉衣改穿夹衣，汗也减少，嘱再服3剂，痊愈。

[祝湛予.1979.若干古方之今用.中级医刊,(1):45]

3. 小儿惊风

吴佩衡医案：何某之长子，年一岁半。1922年阴历九月初六日晨，寐醒抱出，冒风而惊，发热，自汗，沉迷，角弓反张，手足抽搐，目上视。指纹赤而浮，唇赤舌淡白。脉来浮缓。由于风寒阻遏太阳经气运行之机，加以小儿营卫未充，脏腑柔软，不耐风寒，以致卒然抽搐而成急惊风状。此为太阳肌表之证，以仲景桂枝汤主之，使中于太阳肌腠之邪，得微汗而解。桂枝10g，杭芍10g，甘草6g，生姜10g，大枣7枚。加粳米一小撮同煎，嘱服后温覆而卧，使得微汗。1剂尽，即熟寐，汗出热退，次日霍然。

(吴生元，吴元坤.1979.吴佩衡医案.昆明：云南人民出版社.2)

(万晓刚)

桂枝加葛根汤证

【原文汇要】

太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。(14)

桂枝加葛根汤方

葛根四两 麻黄三两(去节) 芍药二两 生姜三两(切) 甘草二两(炙) 大枣十二枚(擘) 桂枝二两(去皮)

上七味，以水一斗，先煮麻黄、葛根，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓。温服一升，覆取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息及禁忌。

【病案精选】

病案一 颈项强

莫某某，男，45岁，1976年12月20日初诊。

现病史：颈项疼痛难忍，不能转动3天。起病缘于夜间洗澡，入睡汗出当风。颈项至背脊强直不能转侧，此次由4人抬来就诊，伴全身性恶寒怕冷，手足清冷。经年夜间睡眠时，必须用衣

物捂两肩，稍不慎第二天必然颈及肩背部疼痛难忍。

查体：舌淡苔薄白，脉缓而弱。血压正常。

(陈瑞春.2003.伤寒实践论.北京：人民卫生出版社.18)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 患者主要表现为颈项疼痛、拘急，当属太阳经输证。其起病急，病程短，多为新感。起病缘于夜间浴后，入睡汗出当风，风寒袭表，太阳经气不利，经脉失养，故项背拘急、疼痛；全身性恶寒怕冷、手足清冷为阳气不足，表邪未解之征；舌淡苔薄白、脉缓而弱为气营不足之象。患者所病与《伤寒论》第14条“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之”所述脉证相近。其病机为风寒袭表，营卫失和，太阳经输不利。若无汗者，则辨为葛根汤证，两证区别要点在于汗出之有无。

(2) 立法处方 证属桂枝加葛根汤证，治宜解肌祛风、调和营卫、升津舒经，方用桂枝加葛根汤。桂枝10g，白芍10g，葛根15g，炙甘草5g，生姜3片，大枣3枚。水煎分2次服，嘱服5剂。

方取桂枝汤解肌祛风，调和营卫；加葛根升津舒经。方证中的。

(3) 治疗效果 二诊：病者自行前来，病情大有转机，颈项柔软温煦，身体暖和，不畏风，但夜间睡时仍应捂实，肩部怕风，脉缓有力，舌苔白润。守桂枝加葛根汤加当归10g，防风10g，以养血祛风，每日1剂。上药服5剂后，诸症悉平，临床痊愈。

2. 辨证要领

患者初诊时以头痛项强为主诉，既往有类似发作史。考虑为素体阳气不足，偶遇风寒则中招，属表里同病。本着急者治标，缓则治本之原则，结合发病情况，先予桂枝加葛根汤解表舒经为主。表邪得解，营卫协调，经脉得养，诸症得减。

太阳经输证的诊断以太阳膀胱经脉受邪证候为依据，临床以后项头痛为主，兼及项背，甚则至下肢后部拘急疼痛。若发热恶寒等太阳卫表证候明显，兼及头痛者则为太阳病本证。如原文第1条“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”。

3. 转归对策

本证一般预后良好。一旦外邪解除，营卫调和，太阳经脉得养，疾病向愈。

既往若肝肾不足，且久坐伤气，久视伤血，致经脉失养而素有颈项疼痛者，可因新感而疼痛加剧，用本方有效，但不能痊愈。平时应注意滋养肝肾、活血通络以固其本，可选用杞菊地黄汤加味；本患者素体阳气不足，易感外邪，平时可予温补脾肾、益气固表之方调理，以未病先防。

初诊时患者若发热、颈项强急、克氏征阳性，临床应注意排除颅脑疾病等危急重症。一旦诊断成立，应

积极采取中西医结合治疗,以免延误病情。

病案二 痢疾

陈某某,男,4岁,1963年8月26日初诊。

现病史:患儿于10日前突然发热,恶心呕吐,4小时内抽风2次,因昏迷而急诊入院。患儿大便呈脓血样,有里急后重现象。当时诊断为“急性中毒性痢疾”,用冬眠药物及温湿布裹身。翌日,面色转灰暗,寒战高热,呼吸微弱,经人工降温16小时,方得呼吸均匀。复温后第二天开始,每日上午发生寒战,且有发绀,肢凉,午后高热($T:42\sim 43^{\circ}\text{C}$),无汗,时有谵语躁动,每日下利脓血便20余次。腹胀,里急后重,无呕吐,食欲尚可。

查体:呼吸急迫,唇色淡红,腹满不硬,舌淡苔薄白而腻,脉左弦大而急,右沉滞。

特殊检查:血常规:白细胞 $6\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞30%;大便培养:福氏痢疾杆菌阳性;耐药试验:对多种抗生素不敏感。

(陈明,刘燕华.1996.刘渡舟临证验案精选.北京:学苑出版社,140)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 从证候及发病季节分析,证由暑湿内伏,经降温和人工冬眠,致新凉外加,表郁里结。升降阻滞,则下利腹胀,里急后重;营卫不通,则肢凉紫绀,恶寒发热;热扰神明,则时有谵语躁动;病延10余日,且上午寒战,下午发热,正气不足渐显。气机阻滞,肝热下迫大肠,故里急后重,脉左弦大而急、右脉沉滞也是明证。证属正虚邪实。然所幸患儿食欲尚可,胃气尚存,津液未竭。

(2) 立法处方 证属表里同病,若单治其里,则伏邪不得外越,内结必然更甚,急宜升阳明,和营卫,开玄府之闭,达邪外出而解里急,方用桂枝加葛根汤。粉葛根6g,桂枝3g,白芍3g,炙甘草3g,生姜2片,大枣2枚。用文火煮取180ml,每4小时服30ml。药后另服荷叶、炒粳米煎汤,仿桂枝汤服法以助汗。

方取桂枝汤和营卫,达邪外出;加葛根升津止利。仿葛根汤太阳阳明同治之法,组方与病机相对。

(3) 治疗效果 药后当夜汗出,但小腿至足无汗,体温渐降,四肢转温,次晨无寒。表邪已解,但仍有脓血便及里急后重,湿浊未除,且脾虚渐露,前方去桂枝、白芍,加健脾化湿之品调理,一周后痢止病愈。

2. 辨治要领

《伤寒论》中下利,包括泄泻与痢疾,证有表里寒热之分。如太阳下利之葛根汤证;少阴下利之黄芩汤证;阳明热证下利之葛根黄芩黄连汤证,实证之热结旁流承气汤证;太阴下利之理中汤证;少阴寒化下利之四逆汤证,热化下利之猪苓汤证;厥阴热利之白头翁汤证,寒热错杂下利之乌梅丸证、干姜黄芩黄连人参汤证、麻黄升麻汤证。

本例证为疫毒痢,属湿温病范畴。蒲辅周不落以苦寒清热、解毒治痢之窠臼,反用辛温之剂开表达邪,逆流挽舟,使表开里畅,升降复常,邪无留滞之所,故热去而痢停。非善读仲景书之人决无此韬略也。非主症相对,重在病机所需,实为桂枝加葛根汤之变通运用。

3. 转归对策

疫毒痢一般来势急,变化快,病情危急,预后欠佳。应积极采取中西医结合治疗,以免延误病情。待病情稳定,应予以中医扶正祛邪,健脾和胃,消积化湿,调理善后。

病案三 重症睑下垂

赵某某,女,6岁,1984年10月10日初诊。

现病史:其父代述,双眼睑下垂3月。患儿于3月前外出途中,因感风寒,当晚发热,3日热退后,遂发现双眼睑下垂。经省、地等医院诊为“重症睑下垂”。口服“维生素B₁”,间断注射“新斯的明”,仅有短暂之效,须更复垂,且逐渐加剧。

查体:患儿发育一般,惟形气较弱。只见患儿每有仰头视物的姿态,偶或为了瞻视而以手指将眼皮扶起。舌脉未见明显变异。

[秦天富.1987.桂枝加葛根汤治愈重症睑下垂一例.山西中医,19(4):35]

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 眼睑下垂,从内科脏腑辨治,多属中医“痿证”范畴,内经有“治痿独取阳明”之先训。本症临床多责之于脾虚气陷。先以补中益气汤加味治之,服3剂,无效。细思之,从伤寒六经辨证,眼睑乃足太阳膀胱经脉所起之处,患儿初因受风,伤于太阳之脉,遂至太阳经输不利,经气不振,故使眼睑下垂,此症当辨为太阳病。

(2) 立法处方 治以通阳疏络、调和营卫,以桂枝加葛根汤加味。桂枝9g,炒白芍9g,炙甘草6g,葛根10g,枳壳15g,防风5g,生姜3片,大枣3枚。水煮服,3剂,日1剂。

以桂枝加葛根汤解肌祛风、调和营卫、升津舒经;佐防风加强祛风散邪;加枳壳并且重用,意在兴奋肌肉,促使眼睑回缩。全方标本同治,中西之意尽在其中。

(3) 治疗效果 药后下垂眼睑明显好转,已能平视物。因形气较弱,又以原方中加黄芪10g以复正气,3剂。半月后其父来告,眼睑完好如前,随访一年未见复发。

2. 辨治要领

本病临床多以脾虚气陷治之,然本案乃由风入太阳,经气不利所致,其依据乃是眼睑为足太阳经脉所起之处,此实为经脉辨证之典范,用桂枝加葛根汤果真取效,临证值得深思。其辨证关键:其一是审病因,此案由外邪引发;其二是审病位,从六经辨证而言,足太阳膀胱经起于目内眦,上头下项,夹脊抵腰,行人身

之背,本案病发于眼睑,与太阳经脉相关;其三是审用药后效果,中医强调临床疗效是评判辨证正确与否的金标准,故从用药后反馈信息,及时调整辨治思路,也是临床常用的诊疗方法之一。

3. 转归对策

由于本症产生的原因不同,预后转归不一。

一般而言,由外因所致者,治疗及时,疗效尚佳;若由内因引起,如脾虚气陷者,虽有效,但疗程较长;若为颅脑占位性病变所致,则宜积极中西医结合治疗,以防形成危候。

病案四 周围型面神经麻痹

魏某,女,45岁,1987年4月25日初诊。

现病史:右侧面部肌肉跳动、麻木、口眼喎斜1年。患者1年前因汗出伤风,而后突感右侧面部肌肉跳动,项背强几几,右侧面部麻木,逐渐出现口眼喎斜,时有自汗、恶风、手足麻木。曾去多家医院均诊断为“周围型面神经麻痹”。服西药(不详)及中药“镇肝熄风汤”、“牵正散”等不效。

查体:神清,面色微黄,两目有神,右侧面部肌肉跳动,无明显口眼喎斜,舌淡红,苔薄白,脉弦。

[金树武.1989.桂枝加葛根汤治疗面肌跳动.中医杂志,13(1):27]

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 病程虽长,但起病缘于汗出当风。经平肝熄风及祛风化痰等疗效不佳,表明前医辨证不完善。外风当定,但病久正气不足。从证候分析,汗出恶风,伴项背拘急不舒,与《伤寒论》原文第14条“太阳病,项背强几几,反汗出恶风者,桂枝加葛根汤主之”方证相符;手足麻木、右侧面部肌肉跳动,为风邪扰动,筋脉失养之证。总之,病机当属风邪侵袭,营卫不和,分肉不利,筋脉失养。

(2) 立法处方 解肌祛风、调和营卫、舒筋解痉。处方:桂枝15g,炒白芍15g,炙甘草10g,生姜3片,大枣4枚,葛根50g。6剂,日1剂。服后啜热粥200ml,取微汗,避风。

(3) 治疗效果 6剂后症状大减。又因劳累汗出当风而复发加重,仍守前法治之,复投桂枝加葛根汤21剂,诸症痊愈。

2. 辨治要领

“周围性面神经麻痹”属中医中风“邪中经络”范畴,内科主以疏通经络为治,久之则镇肝熄风。从本案分析,前医之治是循其常道。其效不显,表明辨证有偏差。运用伤寒论六经辨证,则能拓展思路。一是脉证,病机与桂枝加葛根汤证相符;二是该方扶正又达邪,解肌祛风,调和营卫,尤其振奋卫气,“卫气者,温分肉,充皮肤,肥腠理,司开阖”,另有葛根解表,升津舒筋。正气存内,病安从来?故表邪解,营卫和,腠理固,络脉肌肉得养,风邪无以扰动,用之

有验。

3. 转归对策

本病治疗及时,一般预后良好,但应避免着凉感冒,以防病情复发。若平素体弱,易外感者,可予小建汤,或桂枝汤合用玉屏风散,加强扶正固表。

【证治探讨】

1. 桂枝加葛根汤证的辨证要点

桂枝加葛根汤证的辨证依据主要是在桂枝汤证基础上,如恶寒发热、汗出、脉浮缓等,临床以颈项拘急疼痛为主诉,或为突出症状者。疼痛部位应以太阳经脉循行路线为主,如目内眦、头顶、后项、背部、下肢后侧等。疼痛一般为拘急,甚或抽搐感。伴随的症状多为太阳病表寒证。

本病应注意与桂枝汤证、葛根汤证相鉴别。一般而言,桂枝汤证太阳卫表症状为主,头痛为其伴随症状;葛根汤证为伤寒表实项背强几几,故必具有麻黄汤证,如发热恶寒无汗。前人有“无汗不用桂枝,有汗不用麻黄”之说。

2. 现代运用桂枝加葛根汤的临证依据

临床常依据药物的多向调节功能而拓展其运用。由于葛根具有升阳发表、宣通经气、生津液、起阴气及升清止利之功效,临床除运用本方治疗恶风汗出之项背强几几症,如感冒、眩晕、颈椎病、落枕、慢性多发性肌炎、面神经麻痹、重症肌无力、僵人综合征、特发性震颤外,尚用于治疗胃痛、痢疾初起、急性肠炎及风疹等。辨证要点仍宜谨守风邪袭表,营卫不和,津液不布之病机。

张氏收集到桂枝加葛根汤临床医案49例,根据不同症状出现的频次,由高至低排列,项背强痛32例次,恶风寒26例次,汗出23例次,发热13例次,头痛10例次,口眼喎斜8例次,口干不欲饮6例次,角弓反张5例次,皮肤瘙痒5例次,头昏目眩5例次。出现频次最高的前4种症状可作为本方临床辨证时主要指标,即:项背强痛、恶风寒、汗出、发热。表明本方主要用于外感所致的项背痛。

3. 桂枝加葛根汤的临证加减运用

本证以“项强,汗出,恶风”为审证要点,同时根据该方解肌祛风、调和营卫、升津舒经功效特点,临床主要应用于神经、精神、循环、传染病等多系统疾病。临床时注意加减:颈椎病加姜黄、生黄芪、羌活;面神经麻痹加黄芪、当归、红花、地龙;头痛加细辛、川芎、白芷;面部浮肿加地龙、防己、白术;眼睑下垂加黄芪、熟附子;重症肌无力加黄芪;多发性肌炎加姜黄、桑枝;眩晕加天麻、钩藤;风疹加荆芥、防风;麻疹初起加升麻。同时注意桂枝、白芍、葛根必须同用,且葛根剂量宜重,一般为15~50g,若血压高者,可适当佐用牛膝,以防其升提太过。

4. 桂枝加葛根汤作用机理研究

现代研究表明,桂枝汤对体温、汗腺、消化、血压、免疫等具有双向调节作用。葛根中提取液——葛根

素具有明显的扩张椎基底动脉血管的作用,目前葛根注射液被广泛运用于心脑血管病变的防治,是对《伤寒论》的继承与发展。

【名医验案】

1. 项背拘急

刘渡舟医案:刘某某,男,41岁。患病已三月,项背强紧,顾盼俯仰不能自如,自汗出而恶风。问其大便则称稀溏,每日二三次,伴有脱肛与后重等症。切其脉浮,视其舌苔白润。辨为桂枝加葛根汤证,其大便溏薄,肛门下坠后重,则为阳明受邪升清不利之象,为“太阳阳明合病”。处方:桂枝 15g,白芍 15g,葛根 15g,生姜 12g,炙甘草 10g,大枣 12枚。服药后,不须啜粥,连服 7 剂,诸症霍然。

[蒲辅周,陈鼎祺.1964.中医治疗痢疾毒血症 2 例.上海中医药杂志,(8):13]

2. 颈椎增生

陈瑞春医案:雷某某,女,45岁,教师。1978年2月10日初诊。自述颈项部转动不灵活,辗转不自如已2~3月,伴有上肢麻木感,手臂举动不方便,其他如常,脉缓而弱,舌苔薄白润滑。拟投桂枝加葛根汤试治,并嘱其摄片检查,以便确诊。处方:桂枝 10g,白芍 10g,葛根 15g,炙甘草 5g,生姜 3片,大枣 3枚。水煎服,每日2次分服。

二诊,服前方6剂,经X线摄片检查,确诊为“4、5颈椎增生”。并诉服前方后,颈项部略感转动灵活,脉舌均正常。仍以前方加味:桂枝 10g,赤、白芍各 6g,生黄芪 15g,秦艽 10g,姜黄 10g,葛根 15g,炙甘草 5g,生姜 3片,大枣 3枚。每日1剂。共服20余剂,自觉颈项俯仰灵活,手之麻木减轻。随访一年余病未复发。

(陈瑞春.2003.伤寒实践论.北京:人民卫生出版社.20)

3. 荨麻疹

封万富医案:李某某,女,37岁。患荨麻疹数年,每日必发,疹出如粟,逢汗出遇风时加重,病发则全身肌肤不舒,经多种方法治疗,效果不显。虽为小疾,但病发时瘙痒难忍,心中作烦,颇影响工作与休息。辨证:腠理疏松,风入毛窍,阳气外泄。方用桂枝加葛根汤再加防风 15g。共服20余剂,基本告愈。

[封万富.1979.临床中学习《伤寒论》的点滴体会.江苏医药·中医分册,(4):44]

桂枝加厚朴杏子汤证

【原文汇要】

喘家作,桂枝汤加厚朴、杏子佳。(18)

太阳病,下之微喘者,表未解故也,桂枝加厚朴杏子汤主之。(43)

桂枝加厚朴杏子汤方

桂枝三两(去皮) 甘草二两(炙) 生姜三两(切) 芍药三两 大枣十二枚(擘) 厚朴二两(炙,去皮) 杏仁五十枚(去皮尖)

上七味,以水七升,微火煮取三升,去滓,温服一升,覆取微似汗。

【病案精选】

病案一 感冒并发肺炎

刘某,男,33岁,1994年1月25日初诊。

现病史:咳嗽气促数日。感冒并发肺炎,口服“头孢氨苄”,肌注“青霉素”,身热虽退,但干咳少痰,气促作喘,胸闷,伴头痛,汗出恶风,背部发凉,周身骨节痠痛,阴囊湿冷。

查体:舌苔薄白,脉来浮弦。

(陈明.1996.刘渡舟临证验案精选.北京:学苑出版社.22)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 本案初起感冒并发肺炎,如此则发热恶寒、咳嗽气促可知。经西医治疗,身热虽退,而背部发凉、汗出恶风、头痛身痛诸症仍存,此表邪未解之征,与太阳中风临床证象相符。舌苔薄白、脉浮,更是表证未愈之征;脉浮而兼弦者,气郁之象,缘自胸闷气促、干咳少痰,此风寒之邪内迫肺金,而致宣肃失职。

(2) 立法处方 证属太阳中风,寒邪迫肺,气逆作喘,法当解肌祛风、温肺理气止喘。桂枝 10g,白芍 10g,生姜 10g,炙甘草 6g,大枣 12g,杏仁 10g,厚朴 15g。

本方用桂枝汤解肌祛风、调和营卫,复佐以厚朴、杏仁苦温降气平喘,如此则表邪可去,而咳嗽得平。

(3) 治疗效果 服药7剂,咳嗽缓解,仍有汗出恶风,晨起吐稀白痰。上方桂枝、白芍、生姜增至12g。又服7剂,咳嗽得平,诸症悉除。医院复查,肺炎完全消除。

2. 辨证要领

本案初起虽经治疗,但主症未变,病机如故,表邪未解而兼肺气宣肃失常,故抓住病机关键,施以调和营卫之法,兼予宣降肺气。

肺炎一病,以咳嗽、发热、胸痛为主要临床表现,据中医理论而言,多属肺病、肺胀或咳嗽、喘证范畴。《金匮要略》论肺病、肺胀,多内外之邪相合为病,其外邪或风寒或风热,其内邪多属痰饮停伏。其治肺病、肺胀之主方栝楼汤、千金苇茎汤、葶苈大枣泻肺汤、小青龙加石膏汤、越婢加半夏汤等,至今仍是临床常用

之选。而《伤寒论》论喘而发热兼见者，其寒者，如桂枝加厚朴杏子汤证、小青龙汤证、麻黄汤证之类；其热者，麻杏甘石汤证、葛根芩连汤证，甚或白虎汤证、承气汤证之属。所见不同，病机有别，论治迥异。今喘促胸闷而寒热头痛，伴见汗出背凉、周身骨痛，脉浮苔白，显然表邪未除，而肺寒气逆，故以桂枝加厚朴杏子汤治之，方证相符，其效卓然。

3. 转归对策

转归一 本案虽经治疗，但病情未见明显变化，病机重心仍在肌腠肺卫，只要辨证准确，治疗得宜，仍能完全康复。

转归二 若失治误治，风寒之邪内闭于肺，时日既久，难免化热伤津，而多转为肺热壅盛之证，如此则宜清宣肺热，主以麻杏甘石汤之类。若兼痰热蕴结，可合以千金苇茎汤之属。若更兼腑气不通、便秘喘促等，如此则可考虑宣白承气汤等。关键在于审证求变，随证论治。

病案二 奔豚病

项某，女，36岁，1987年2月4日初诊。

现病史：阵发性腹痛气冲反复发作。少腹胀痛，气上冲胸，胸闷窒塞，气息短促，一日发作数次。伴失眠、烦躁。素有此疾，常因情绪刺激而诱发。

查体：舌偏暗，苔白腻，脉弦滑。

（陈明，张印生，2001. 伤寒名医验案精选. 北京：学苑出版社，21～22）

1. 辨证思路

（1）辨证分析 《金匮要略》云：“奔豚病，从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之。”本案以腹痛、气上冲胸为主症，且每因情绪刺激而诱发，病属奔豚无疑。奔豚发作，常因心胸正气不足，无以镇降下焦寒热冲逆之气而致。今患者苔白腻、脉弦滑，显属痰气冲逆。失眠、烦躁而舌色偏暗，肝郁日久，气血失和，而略现血虚而滞之象。综合分析，病属肝郁心虚而夹痰气冲逆。

（2）立法处方 证属肝郁心虚，冲气上逆，治宜养心柔肝降逆，方用桂枝加厚朴杏子汤加味。桂枝 15g，白芍 15g，炙甘草 4.5g，制厚朴 12g，杏仁 9g，生姜 3片，大枣 6枚，酸枣仁（研吞）15g，檀香（后下）6g。

方取桂枝汤以调和营卫，平调气血，厚朴、杏仁、檀香降泄胸腹之气，以平冲逆，更佐酸枣仁养心安神，奠安君主。诸药合用，心胸中大气可得斡旋，而冲逆自平。

（3）治疗效果 3剂后，奔豚即止，夜寐转安，惟少腹胀满不舒。原方去檀香加乌药 4.5g，又3剂后病遂告愈。

2. 辨治要领

奔豚一病，或寒或热，总由冲气作祟，病位与心、肝、肾密切相关。《伤寒论》治心阳不足而下焦寒气上

冲之奔豚，以桂枝加桂汤主之；治心阳不足而下焦寒饮欲冲之奔豚将发者，以茯苓桂枝甘草大枣汤主之。而《金匮要略》则有因情志失调所致之肝热气冲之奔豚，主以奔豚汤。本案属典型之奔豚发作，而与桂枝加桂汤证大同小异。同者，谓其上焦阳气不足；异者，谓其兼夹肝郁痰阻。故仿桂枝加桂汤法，而以桂枝加厚朴杏子汤治之，是善用经方之例也。

3. 转归对策

本案奔豚反复发作，病由肝郁，然与《金匮要略》所述之奔豚汤证表现虽似而病性有寒热之异。由于辨证紧扣胸闷气喘等肺气逆乱之重点，借用桂枝汤调和营卫，疏理气血，佐以厚朴、杏仁、檀香泄降逆气，故疗效较好；反之，若失治误治，气血久郁，势必或郁积而有化热伤阴之虞，或津凝不行而饮聚痰阻，或气血郁闭而瘀滞不通，诸般变证，难以逆料，而致证情复杂，论治不易。

【证治探讨】

1. 桂枝加厚朴杏子汤证的辨证要点

桂枝加厚朴杏子汤证的辨证要点是营卫不和而兼肺气闭郁，临床表现为发热恶风、自汗脉缓、舌质淡红苔薄白而有胸闷咳嗽、痰色稀白等，常见于外感热病初期，或素有痰饮之疾而因外感诱发者。其临床运用关键在于肺闭而无明显热象，证属表里俱寒。若咳痰色黄而兼口渴舌红者，其病当从肺热论治，方选麻杏甘石汤之类，而非本方所主。

2. 现代运用桂枝加厚朴杏子汤的临证依据

方中厚朴苦辛温，功能消痰除满、下气降逆；杏仁苦温，功能宣肺化痰、止咳平喘。故而本方功能解肌祛风、降气平喘，实属素有咳嗽而兼外感之良方。现代临床本方主要用于治疗各种感冒、急慢性支气管炎、支气管哮喘、病毒性肺炎等。同时，也用治部分消化系统疾病，如急慢性胃炎、消化性溃疡等。此类病症，其临床表现大多反映具有营卫不和、气血失调或痰饮阻滞等病理机制在内。本方临床运用，每视病证之特点，酌情加减化裁，或化痰降逆，或理气活血，或益气健脾，总在调和营卫、理气血、降逆气基础上，辅以他法，而求病机之相合。

3. 桂枝加厚朴杏子汤作用机理研究

现代药理实验证明，杏仁小量能镇静呼吸中枢，而厚朴具有广谱抗菌作用，对支气管及肠管均有兴奋作用，且能反射性引起呼吸兴奋。至于其基本方桂枝汤，药理效应广泛（参阅桂枝汤条）。

【名医验案】

1. 中风兼喘证

许叔微医案：戊申正月，一武弁被虏，日夕置舟中艙板下，数日得脱，乘饥恣食，良久解衣扞虱，次日遂伤寒，自汗而膈不利。一医作伤食而下之，一医作解衣外感而汗之，杂治数日，渐觉昏

困,上喘息高。许诊之曰:太阳病下之,表未解,微喘者,桂枝加厚朴杏仁汤,此仲景法也。指令医者治此药,一啜喘定,再啜热缓微汗。至晚身凉而脉和矣。医曰:某平生未尝用仲景方,不知其神捷如此。

(许叔微原著,叶桂释义.本事方释义·卷八.清坊刻王氏本.5)

2. 表虚气逆证

胡希恕医案:张某,男性,38岁,1966年4月4日初诊。近1周来,咳嗽吐白痰,鼻流清涕,汗出恶风,腰痛,胃脘动悸,苔薄白,脉浮缓。此属表虚气逆,治当调和营卫,不理气化痰。与桂枝加厚朴杏仁汤:桂枝10g,赤芍10g,生姜10g,大枣4枚,炙甘草6g,厚朴10g,杏仁10g。上药服2剂咳即止。

(冯世伦,李惠治,张长恩.1994.经方传真.北京:中国中医药出版社.35)

3. 昼寒夜热

柳氏医案:治某于疟后,日恶寒,夜发热,腹满足肿溺短,咳嗽多痰,食不运化,脉细弦,形色瘦黄。柳曰:昼为阳,阳旺应不恶寒。夜为阴,阴旺应不发热。兹乃日夜恶寒,夜间发热,何以阴阳相反如是耶?此无他,阳虚则恶寒于日,阴虚则发热于夜,阴阳之正气既虚,所有疟后余邪无处不可为患。足为之肿,腹为之满,溺为之短,一饮一食,脾为之不运,生饮生痰,肺为之咳嗽,脉从内变则为细弦。夫形瘦、色黄、舌白,阳分比阴分更亏,极易致喘,宜桂枝去芍药加厚朴杏仁汤加附子、干姜、冬术、半夏、橘红。案则一线穿成,药则理中去参以理其本,桂枝以和其标,二陈朴杏以化其邪,乃丝丝入扣之方。

(左季云.2000.伤寒论类方法案汇参.天津:天津科学技术出版社.25)

(万晓刚)

桂枝加附子汤证

【原文汇要】

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。(20)

桂枝加附子汤方

桂枝三两(去皮) 芍药三两 甘草三两(炙)
生姜三两(切) 大枣十二枚(擘) 附子一枚(炮,去皮,破八片)

上六味,以水七升,煮取三升,去滓,温服一升。本云,桂枝汤今加附子。将息如前法。

【病案精选】

病案一 误汗恶寒

吴某某,男,32岁,农民,1970年3月10日初诊。

现病史:患者因劳动时淋雨,当晚头身疼痛,恶寒发热无汗,次日延医就诊。体温38.8℃,脉象浮数,舌苔薄白,二便如常,不呕不渴。医用羌活、独活、荆芥、防风、蔓荆子、川芎、白芷等胜风湿药。服1剂后,汗出甚多,身痛反剧,不发热,身寒怕冷,围帐覆被而睡,且身体不暖。

查体:舌苔白润,脉象细微。体温36.5℃。

(陈瑞春.2003.伤寒实践论.北京:人民卫生出版社.22)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 患者发病3天,初起为伤寒表实证,经前医祛风胜湿等治疗,发热退。目前主要表现为汗出甚多、身痛剧、身寒怕冷、脉由浮数转为细微。从治疗经过及目前证候分析,当为发汗太过,表邪未尽,阴阳受损,尤以阳气不足为重。阳虚不能固表,营阴外泄,则汗出甚多;风寒袭表,卫阳郁滞,经脉不畅,故太阳病初起多有恶寒、身痛;然汗之后,表解热退,身痛必减。该患者汗后热退,而恶寒、身痛反剧,尤其汗出甚多,则非常态。此乃阴阳不足,经脉失养,其脉微细也是明证。患者所病与《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”所述脉证相近。

(2) 立法处方 证属桂枝加附子汤证,治宜调和营卫、温经固表,方用桂枝加附子汤加味。附子10g,桂枝10g,西党参15g,白芍10g,炙甘草5g,生姜3片,大枣3枚。2剂。

以桂枝汤调和营卫,加附子温经固表、止痛止汗;加党参补气,配附子大补元阳。

(3) 治疗效果 服1剂后,肢体暖和,恶寒减轻,汗出身不痛。继服1剂后,恶寒自罢,知饥索食,诸症痊愈。调理休息两天即恢复劳动。由于营卫调和,阳气得复,卫表得固,经脉得养,故诸症得平。2剂而病愈,表明病尚轻浅,且与患者年轻有关。

2. 辨证要领

《伤寒论》之汗症,有表里寒热之别。如太阳病桂枝汤证营卫不和之恶风汗出;阳明病白虎汤证里热炽盛之恶热汗出;少阳病枢机不利之往来寒热汗出;邪热迫肺麻杏甘石汤证之喘而汗出;大肠湿热,上迫于肺之葛根芩连汤证之下利伴汗出而喘;少阴病肾阳虚衰之汗出肢厥。另有局部汗出,多由邪气阻隔,或湿热上蒸所致,如栀子豉汤证、茵陈蒿汤证、大陷胸汤证、热入血室证、阳微结证等;或为热迫津泄;或为卫表不固。

本证之汗出当属卫表不固,为表邪未已,营卫失调,同时阳气损伤所致。其表里同病,虚实相兼。单

扶正则可能恋邪,纯解表则进一步伤正。与桂枝附子汤攻补兼施,表里同治正合拍,加党参,益气固表之力更强。方证对的,故获效甚速。

3. 转归对策

转归一 发汗本为祛邪,若发汗太过,则损伤阴阳。仲景在桂枝汤方后注有明训:“遍身𦵿𦵿微似汗出者益佳,不可令如水流漓,病必不除。”本证由发汗太过所致。由于患者尚年轻,体质尚好,误治虽有变证,但恢复尚快。一般预后良好,一旦外邪解除,营卫调和,阳气得复,疾病向愈。

转归二 若素体脾肾不足,心肺气虚者,发汗太过可能导致亡阳液脱,原有病进行性加剧之危候。临床应积极温阳固脱,或阴阳双补。如茯苓四逆汤之类,必要时予中西医结合治疗。

病案二 乳漏

孙某,女,38岁,1985年9月17日初诊。

现病史:患者生三子,未育已十载。半年前双侧乳房乳汁自溢,点滴不断,量少色清。白天内衣浸湿,需更衣1~2次,至夜乳溢自停,以安然入睡。乳房不胀不痛,治疗无效。肢软倦怠,精神不振,嗜睡懒言,畏寒喜温,月经减少,近2月未潮。

查体:舌质淡红,苔薄白,脉沉缓。

[戴建林.1987.桂枝加附子汤治疗乳漏病.杭州:浙江中医杂志,22(11):499]

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 患者虽为中年,但多产而耗伤气血。女性乳汗为气血所化,半年前出现乳汗外溢,点滴不断,量少色清,表明阳气不足,津液、精血不固;“阴在内,阳之守也”,“卫气行于阳二十五度,行于阴二十五度,五十而复大会,故阴阳相贯,如环无端”,白昼主阳,夜间主阴,阴阳诸不足,尤以阳虚为主,且阴阳失调,故昼日漏乳,至夜乳溢自停;乳房不胀不痛,表明病性非实;“阳气者,精则养神,柔则养筋”,阳气不足,机体失于温养,故见肢软倦怠、精神不振、嗜睡懒言、畏寒喜温;阴血不足,血室空虚,冲任不调,故月经减少,近2月未潮;舌淡、脉沉缓,为阳气虚衰之征。四诊合参,证属阴阳气血俱虚,尤以阳虚不固为主。

(2) 立法处方 病机属阴阳气血俱虚,但阳气易回,而阴难速生,治宜补阳摄阴、调和营卫,仿仲景桂枝加附子汤之意,并以之化裁。桂枝9g,白芍9g,熟附片6g,煅龙骨、煅牡蛎各18g,生麦芽20g,大枣10枚,生姜4g。6剂。

以桂枝汤调和营卫,加附子温阳固表以摄阴,加煅龙骨、煅牡蛎以收敛固涩,加生麦芽以健胃缩乳。

(3) 治疗效果 服6剂,乳漏减少大半,觉口渴欲饮,阳气渐复,阴液有损。恐阳复太过,故去生姜、龙骨、桂枝,附子减半,加麦冬9g,白人参3g,以阴中求阳,阴阳两补。9剂后,乳漏停止,精神渐振。以十全

大补丸善后,月经来潮,诸症悉愈。

2. 辨治要领

仲景桂枝加附子汤,本为治疗太阳病发汗太过,致阳虚漏汗之证。而本案非漏汗,为漏乳。两者症虽各异,但病机相同,均为阳气不固,津液外泄。虽阴阳俱不足,但本着先复阳,后复阴之训,寓养阴于温阳之中,阳气得复,阴不外泄,而阴液得存;后以阴阳两补、气血同调之法而收功,可知治病缓急先后之法,所谓“间者并行,甚者独行”。

3. 转归对策

本病多为正虚不足所致,一般而言,积极调治,预后良好。除温阳固摄外,滋养肝肾、健脾养血,必要时佐疏肝理气,当随证出入灵活加减。

病案三 流感

张某,男,44岁,初诊日期不详(据“按语”当知发病在夏季——编者注)。

现病史:素体壮实,患流行性感冒3天,体温39.3℃。前医投辛凉解表剂,药后汗出,体温一度下降,旋即上升。数日来痛苦不堪。自诉恶寒,发热,午后热更甚,头痛,鼻塞,动则汗出,汗出量多,咽痛咳嗽,全身不适。

查体:舌苔薄黄,脉浮大无力,体温38℃。

[陈克敏.1999.陈伯涛运用桂枝加附子汤临床经验.成都:四川中医,17(5):8]

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 患者素体壮实,此次起病急,病程尚短,属新感。前医予辛凉解表,汗后热退,本为正治之法。但旋即发热,自有原因,或表证入里,或表邪未尽,即病邪不解。结合当前脉证分析,仍恶寒发热、头痛鼻塞、咽痛咳嗽、全身不适,乃表邪未除,肺卫失宣,经络失和所致;然动则汗出、汗出量多,值得重视,此为发汗太过,损伤正气,阳虚不固之征,佐其脉象浮大无力即是明证;午后热甚,或为阴虚夹湿,或为转为阳明之“日晡所发潮热”。然患者无便结、腹膨胀满之阳明腑实证,结合发病节气,为“暑多夹湿”所致。四诊合参,证属表邪未解,营卫不和,肾阳不足。

(2) 立法处方 用桂枝加附子汤法,解肌祛风、调和营卫、温补肾阳,佐以祛湿消暑。处方:川桂枝、炙甘草、淡附片、桔梗各6g,炒白芍、全当归、杏仁、藿香、佩兰各10g,鲜生姜3片,肥大枣12g。3剂。

以桂枝汤调和营卫,加附子温阳固表以摄阴止汗,加当归养血活络以止痛,加桔梗、杏仁宣肺止咳,加藿香、佩兰醒脾化湿消暑。全方谨守病机,结合天时及病证兼夹灵活变通。

(3) 治疗效果 3日后复诊诉:服第一剂药头煎,熟睡4小时。家中人呼之不应,惊慌不解,疑为意外之变。醒后,顿觉全身舒适。由既往每次药后大汗淋漓,转为汗出溱溱。

再诊时,诸恙大减,测体温36.4℃,脉静身凉,仅

头痛、鼻塞,稍有咳嗽而已。宿有鼻渊病史,再予宣肺通窍法调治而愈。

2. 辨治要领

发热无汗,法当发汗解表。汗不得法,则变生他病。桂枝汤方后煮服法云:“……温覆令一时许,遍身絷絷微似汗出者益佳,不可令如水流漓,病必不除。”汗出过多,虚其表阳,风入少阴,表里并病。用桂枝汤解肌祛风,取附子温经扶阳。阳复,正胜,邪却,故热退,汗止,表解。时届暑夏,气候炎热,复加高热,大辛大热之附子似不可用,然暑湿,漏汗,重伤其阳。里阳不足,不能达邪外出,表阳不固,卫表肌腠疏松,症见高热不退、动则汗出,选桂枝加附子汤最宜。附子乃方中要药,温经扶阳,协桂枝汤发正汗以止邪汗,正胜邪却,热退汗止,大不必顾忌附子辛热而弃之不用,反之,病必不除。

3. 转归对策

此病中医治疗效果显著。一般而言,积极调治,预后良好。但年老体弱,或妊娠期,或既往有心、肺、肾功能不全者,宜加强监护,谨防发生变证或危候。流感虽为病毒引起,但宜守辨证论治之法,不可拘泥“热毒”二字,而尽用寒凉。正气虚弱者尤其宜扶正祛邪,多寒温并用,攻补兼施,如仲景之小柴胡汤、柴胡桂枝汤之类。

病案四 急性支气管炎

顾某,女,72岁,2001年7月26日入院(病案号:732135)。

现病史:患者于3天前因夜间开空调受凉后出现发热,全身乏力,进食减少,自服药物无改善,第4天出现高热,体温最高时达40℃。干咳无痰,不欲饮食,右侧面部肿胀。西医诊断为“急性支气管炎”、“肺结核”、“贫血待查”。经予“头孢他啶(复达欣)”、“西拉司丁(泰能)”、“红霉素”、“异烟肼(雷米封)”、“利福平”、“乙胺丁醇”等药抗感染、抗结核及对症支持处理,配合中医解表发汗、化湿清热、甘温除热、滋阴清热等各法40多天后,疗效不理想。现症见:中高度发热,体温波动在38~39.2℃,每日从晚上8时开始升温,至夜间12时左右达高峰。伴汗出,稍恶风,面色无华,小便清长,大便干结,双下肢微浮肿。

既往史:有贫血史,平素血压偏低。

查体:舌淡尖微红,苔少,脉沉细。T:39.4℃,R:21次/分,P:80次/分,Bp:13.3/8kPa(100/60mmHg)。咽红,双侧扁桃腺不大,胸廓对称,右肺呼吸音粗,无明显啰音,律齐,无杂音。腹平软,肝脾肋下未扪及,双下肢微浮肿。

特殊检查:胸片:双下肺纹理粗重;血常规:WBC:10.2×10⁹/L,N:9.04,L:0.85,RBC:2.96×10¹²/L,Hb:88g/L,PLT:254×10⁹/L;心电图:Ⅰ度房室传导阻滞;心肌酶、肝肾功能、血

糖、血脂、血沉均正常;肥达反应及外斐反应,结核抗体、支原体抗体、军团菌抗体等均为阴性,免疫球蛋白IgG稍高。

[傅俊英.2003.史载祥运用经方治疗顽固性高热经验.长沙:湖南中医杂志,19(1):23]

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 患者有贫血史,平素血压偏低,年老体弱,又因复加外感而发病。住院期间中西医治疗40余天,疗效不佳而转诊中医。西医予大量抗菌素对抗治疗,于病有益,而素体虚弱者受之则非利也。过用寒凉之品,伤阳损正,同时冰伏其邪。结合当前脉证分析,患者仍发热,且以夜间为主,反映正气不足,邪气扰动;发热伴汗出恶风,桂枝汤证明也;小便清长、双下肢浮肿、脉沉细,又为肾阳虚衰兼夹水气之征;大便干结,非热结,乃寒凝所致;舌淡苔少、面色无华,阴血亏虚可知;舌尖微红,非热也,乃发热所致。证属太少两感,由于表虚有汗,又非麻黄细辛附子汤证所概全。

(2) 立法处方 综观脉证,属气血阴阳俱虚,尤以阳虚为主,兼邪气客表,营卫不和。本着先表后里,扶正祛邪原则,用桂枝加附子汤法,温阳解表。处方:附片10g,桂枝15g,白芍15g,生姜15g,大枣15g,炙甘草8g。水煎服,2剂。同时逐步停用抗生素药物。

(3) 治疗效果 二诊:2剂后,热势顿挫。下午2时至12时仍有低热,但均低于37.5℃,恶寒、恶风改善,精神好转,食欲增加,二便调。舌淡,根部薄白苔,脉沉细。效不更方,加大剂量:附片15g,桂枝20g,白芍20g,生姜20g,大枣20g,炙甘草10g。再进7剂。

三诊:体温降至正常,无明显恶风、汗出,食欲正常,大便干结,1~2日1行,舌淡,苔根部白腻,脉沉细。邪气渐退,正气渐复,兼夹湿浊,原方加灯芯10g,清除余热;加山楂、神曲各15g,鸡内金12g,消食健胃;桂枝减至15g,以防温燥、发汗太过。继服3剂。

四诊:药后体温完全恢复正常。自觉乏力,大便稍干,夜寐欠佳,舌淡,根薄黄,脉沉细,予归脾汤加减善后。以顾护中气,健脾养心,气血双补为本。

2. 辨治要领

此案例为年老体虚,又有痼疾者,病值高热,为正邪交争之征,宜刻刻顾护正气方是。抗生素用的多而杂,体弱不受,尤伤阳气,致病迁延不解。病邪留恋,正气不足,进退之间,扶正祛邪需当兼顾。用桂枝加附子解热者,非见热徒用清热,妙在审证求因,审因论治,所谓求其属也。

3. 转归对策

老年人肺系感染为其常见病,其预后视体质强弱、是否有痼疾而转归不同。一般而言,积极调治,预

后良好。但体质虚弱,或既往有心、肺、肾功能不全者,宜加强监护,谨防发生直中,变生危候,必要时予中西医结合治疗。同时,加强平时生活护理也十分重要。其关键之处仍是培土生金,补肾固表,如小建中汤、理中丸、金匮肾气丸之类。

【证治探讨】

1. 桂枝加附子汤证的辨证要点

桂枝加附子汤证的辨证依据主要在桂枝汤证基础上,如恶寒发热、汗出、脉浮缓等,尤以汗漏不止、四肢拘急不舒、小便不利等为主诉,或其中之一症状较突出者。其病机为表证未除,阳气虚弱,阴亦不足。临床也可因素体阴阳不足,尤以阳虚,复感外邪而成。临床还可见肢体疼痛、肌肤不仁、发热、手足欠温等症,脉象多浮大而虚,舌淡苔白润。

本病应注意与桂枝汤证、四逆汤证相鉴别。一般而言,本证多汗漏不止,表证相对较轻;桂枝汤证之汗出为伴随症状,临床以肺卫表证为主。本证之阳虚,多为表阳不足,同时表证未除;四逆汤证为心肾阳气大虚,病重且多危急。

2. 现代运用桂枝加附子汤的临证依据

临床常依据本方之脉证特点、病机及方药功效拓展其运用。本证以“阳虚漏汗”为审证要点,根据该方调和营卫、解肌祛风、补阳固表功效,及固阳以摄阴之治疗思路,除阳虚感冒外,不运用于由阳虚不能固摄之精、津、血的外溢,如崩漏、鼻衄、寒疝等;也用于阳虚寒凝之痛症治疗,如腹痛、痹痛、四肢微急等。只要符合表阳虚弱,卫外不固之病机,皆可异病同治。

关氏(关庆增,1998,《伤寒论》方证证治准绳,大连:大连出版社,21)收集到桂枝加附子汤证古今医案45例,据症状出现频次依次为:恶风寒35例次,汗出不止32例次,头身痛20例次,神疲乏力13例次,手足不温11例次,面色苍白无华11例次。临床运用于内科及儿科相关疾病:内科如流感、风湿性关节炎、周期性发热、坐骨神经痛、脑出血;儿科有麻疹、小儿虚脱。中医诊断有漏汗证、阳虚自汗证、太少两感漏汗证、太少两感证、阳虚浮肿、半身多汗、半身闭汗、过汗伤阳、阳虚致痉、产后漏汗、产后恶风、乳漏、经少带多、盗汗、冬季腰痛证、太阳风湿、四肢微急、十指疼痛、风寒咳嗽、半身不遂、痿证和发热等。

3. 桂枝加附子汤的临证加减运用

依据本证阴阳不足,以阳虚为主,兼有外感之病机,及兼夹证之不同,临床宜灵活加减运用:如气虚加黄芪、党参、白术、人参等;血虚加当归、白芍、熟地等;脾阳虚加干姜、煨姜。另外,祛风湿加防风、木瓜、独活、秦艽;活血加川芎;安神加龙骨、牡蛎;收涩加五味子;固表止汗加浮小麦等。

4. 桂枝加附子汤作用机理研究

桂枝加附子汤系桂枝汤加附子而成。桂枝汤的

实验研究详见前文。附子具有强心、扩张冠脉及肢体血管、消炎、镇痛等作用。

【名医验案】

1. 疹出不透

李长厚医案:李某某,男,3岁,1972年4月10日就诊。患麻疹7日。伴咳嗽,喷嚏,流泪,疹出不透。前医曾用宣肺透疹之品,而疗效不佳。查患儿面色不华,精神萎靡,嗜睡,耳前可见淡白色疹子,而分布不均,四肢不温,舌质淡,苔薄白。此属卫阳不足,鼓动无力,试投桂枝加附子汤加味:桂枝、白芍、附子、炙党参、生姜各3g,炙甘草2g,大枣2枚。日进1剂,水煎服。翌日四肢温,疹出稍畅。3日后疹出透,后以温阳益气之品,调理而获痊愈。

[李长厚,1985.桂枝加附子汤治疹三则[J].新中医,28(4):41]

2. 自汗

周庚生医案:李某某,女,43岁,2002年7月23日初诊。时值酷暑,患者仍着厚毛衣,自诉仍觉周身寒气透骨,恶风,背部尤甚,面色苍白,手足不温,却又汗出不止。舌淡苔白,脉沉细。经常感冒。证属表阳不足,卫表不固。治拟益气温阳固表,方用桂枝加附子汤加味:炙桂枝6g,炮附子6g,炒白芍12g,炙甘草8g,大枣30g,生姜3片,黄芪15g,炒白术15g,防风10g,五味子10g,煅龙牡各30g。进7剂后,即汗出止,四肢得温,衣减,精神好转。宗原法出入再服14剂,诸症皆除,至今未发。

[张俊杰,2004.周庚生教授运用《伤寒论》方验案5则.中医研究,17(2):49]

3. 身痛恶寒

李赛美医案:杨某,男,34岁,1999年1月20日初诊。患者来广州打工,任仓库管理员,身痛恶寒3年余,服诸药不效,X线摄片无异常。舌淡暗,苔薄白,脉沉细。思其恶寒身痛,但无鼻塞流涕,咳嗽咽痛等肺卫表证,脉不浮反沉,证属肾阳不足,卫阳失煦,予桂枝加附子汤。处方:熟附子(先煎)、桂枝、白芍各15g,生姜3片,大枣10g,炙甘草6g。水煎服,日1剂,3剂。2000年4月,患者近因声嘶难出,再次求诊于笔者,并告之,去年3剂中药解除了3年痼疾。

[李赛美,2001.经方治验4则.新中医,33(10):62]

(李赛美)

桂枝去芍药汤证、桂枝去芍药加附子汤证

【原文汇要】

太阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之。(21)

桂枝去芍药汤方

桂枝三两(去皮) 甘草二两(炙) 生姜三两(切) 大枣十二枚(擘)

上四味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升。本云，桂枝汤今去芍药。将息如前法。

若微寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。(22)

桂枝去芍药加附子汤方

桂枝三两(去皮) 甘草二两(炙) 生姜三两(切) 大枣十二枚(擘) 附子一枚(炮，去皮，破八片)

上五味，以水七升，煮取三升，去滓，温服一升。本云，桂枝汤今去芍药加附子。将息如前法。

【病案精选】

病案一 心肌炎

李某，女，46岁。

现病史：因患心肌炎而住院治疗，入夜则胸中憋闷难忍，气短不足以息，必须靠吸氧才能得以缓解。

查体：舌质淡苔白，脉弦而缓。

(刘渡舟，1993.《经方临证指南》.天津：天津科学技术出版社，5~6)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 本案记录虽然简略，但主症突出，胸闷而以夜间为甚，气短而不足以息，显然阳气内馁，不得宣展。舌质淡而苔白，脉弦而缓，则可为之佐证。综合分析，辨为阴气内阻而胸阳不振，是为顺理成章。

(2) 立法处方 辨为胸阳不振，阴气内阻证，拟用通阳消阴法。桂枝 10g，生姜 10g，大枣 12 枚，炙甘草 6g。

经曰：辛甘发散为阳。本方用桂枝、生姜辛散通阳，大枣、炙甘草味甘补益，恰合辛甘发散、通阳消阴之义。

(3) 治疗效果 服药 2 剂后症状减轻，原方加附子 6g，再服 3 剂后，症状消除。

2. 辨证要领

本案主症明确，病机昭然，施以通阳消阴之法，而疗效卓著。

病毒性心肌炎是病毒侵犯心脏而致的心肌局限性或弥漫性炎性病变，可伴有心包或心内膜炎症改变。临床表现轻重不一，每多神疲乏力、面色苍白、心悸、气短、肢冷、多汗等症。轻者可有明显的自觉症状，只出现心电图改变，重者心律失常、心脏扩大，少数发生心源性休克或急性心力衰竭，甚至猝死。本病

如能及时诊断和治疗，预后大多良好，部分患者因治疗不及时或病后调养失宜，可迁延不愈，形成顽固性心律失常。

本病多属于中医胸闷、心悸范畴，早期常见外感征象，如发热恶寒、头痛鼻塞等，继而出现较明显的胸闷、气促、心悸。《伤寒论》所述与本病相关者，有桂枝去芍药汤所主之胸阳不振证、桂枝去芍药加附子汤所主之胸阳不足证，以及炙甘草汤所主之心阴阳两虚证。如出现胸痛症状，可按《金匱要略》胸痹病辨治。

3. 转归对策

本案早期若能紧扣病机，及时治疗，每能使阳气复，阴霾消，而趋全面康复。

若失治误治，心胸之阳气被阴寒之气束闭而消减，虚而不运，则气血郁滞瘀阻，或痰饮阴邪进而乘虚上踞阳位，如此则可出现胸闷而悸、脉来结代诸症，甚或气血阴阳损伤，以致虚中夹实，攻补两难，预后不良。

病案二 胸闷痛

王某，男，36岁。

现病史：胸满闷痛数年。自诉胸中发满，有时憋闷难忍，甚或疼痛。每逢冬季则发作更甚，兼见咳嗽，气短，四肢不温，畏恶风寒等症。

查体：脉来弦缓，舌苔色白。

(陈明，1996.《刘渡舟临证验案精选》.北京：学苑出版社，38)

1. 辨证思路

(1) 辨证分析 本案以胸满闷痛为主症，气血郁滞之象显然。而逢冬则剧，更兼畏恶风寒、四肢不温、气短诸症，如此则阳气不足可证。咳嗽者，阳气不足、肺气郁闭使然。诸症合参，本案病机当属心胸阳气虚亏而阴寒内闭。

(2) 立法处方 辨为胸阳不振，阴寒上踞，心肺气血不利之证，治当通阳消阴。桂枝 9g，生姜 9g，炙甘草 6g，大枣 7 枚，附子 9g。

方取桂枝汤去芍药调和气血，通阳消阴，更增附子温阳散寒，如此则心胸阳气可振，而阴邪自消。

(3) 治疗效果 服 5 剂，胸满、气短诸症皆愈。

2. 辨证要领

本病当属《金匱要略》所论之胸痹，论曰“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气”。又云“阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也”。由此可知，胸痹一病，缘由上焦阳气不足，而阴寒反踞阳位，以致胸闷而痛。其治当理阳消阴，宣畅气血。一般而言，其所选之方，以瓜蒌薤白半夏汤之类为代表。本案胸闷而痛遇冬而剧，逢夏略舒，可见上焦阳虚之象显然，而阴寒痹阻之势所幸不至深重，故以桂枝去芍药加附子汤，助阳消阴，和畅气血。不取瓜蒌薤白之类者，是无形阴寒痹阻，而无有形痰饮之结聚故也。

3. 转归对策

本案时日既久,病情相对复杂,论治相对不易。若能明辨病机,处方得当,则病情可望好转。若失治误治,胸中阳气日亏,阴邪盘踞阳位,如此则胸痹闷痛诸症,愈发愈频而日剧,正气日益难支,预后不良。若阳虚而饮犯者,可用真武汤合瓜蒌薤白半夏汤;兼血瘀者,加桃仁、红花、川芎、牛膝等。若中焦阳虚,寒湿阻滞者,可酌情选用人参汤化裁。若胸痹疼痛明显者,可用薤白附子散加味。贵在明辨标本,随机应变。

【证治探讨】

1. 桂枝去芍药汤证及加附子汤证的辨证要点

桂枝去芍药汤证的辨证要点是营卫不和而兼心胸阳气不振、气血失和,临床表现为发热恶风、自汗脉缓、舌质淡红苔薄白等,而以胸闷气促为其关键。常见于外感热病初期,或内伤杂病以营卫气血失和而定位以心胸为主者。而桂枝去芍药加附子汤证则是在前者基础上兼见阳气不足之象,如恶寒肢凉等症。

2. 现代运用桂枝去芍药汤及加附子汤的证依据

桂枝汤去芍药,则方中阴柔之力变弱,而通阳之效得以相对增强。现代临床多用以治疗各类心脏病如病毒性心肌炎、冠心病、风湿性心脏病、肺源性心脏病等,亦可用治慢性支气管炎、肺气肿、感冒等。

前方基础上加附子,则通阳散寒而更增温补阳气之效力,广泛适用于各种原因所致之心胸阳气不足而兼寒闭气郁之证。中医辨证多属上焦阳虚而兼风寒湿等邪气阻滞,而以恶寒或兼发热并见、胸闷不适、汗出心悸、气短神疲、苔白脉弱等为其主要表现。

【名医案】

1. 虚劳

叶天士医案:沈某,精气内损,是皆脏病,黄地甘酸,未为背谬。缘清阳先伤于上,柔阴之药,反碍阳气之旋转,即中阳不运也。食减中痞,显然明白,病人食姜稍舒者,得辛以助阳之用也。至于黄芪、麦冬、枣仁,更蒙上焦,斯为背谬已极。拟辛甘理阳可效,桂枝汤去芍药加茯苓。

(左季云.2000.伤寒论类方汇参.天津:天津科学技术出版社.21~22)

2. 伤寒阴结

刘荣年医案:刘某,男,30岁。患伤寒阴结。因冬月伤寒,误服寒泻药而成。症见恶寒,腹胀满痛,不大便二日,脉浮大而缓。显系伤风寒中证,医家不察,误为阳明腑证,误用大黄、芒硝等药下之。殊不知有一分恶寒,即表证未罢,虽兼有里证,亦当先解其表,仲景之遗法俱在。今因

误用寒泻药,以致寒气凝结,上下不通,故不能大便,腹胀大而痛更甚矣。幸尚在中年,体质强健,尚为易治。用桂枝汤去芍药加附子以温行之,则所服硝、黄,得阳药运行,而反为我用也。桂枝尖3g,黑附子3g,炙甘草1.5g,生姜3g,大枣2个(去核)。服药后,未及10分钟,即大泻2次,恶寒腹胀痛均除而愈。

(何廉臣.1959.重印全国名医验案类编.上海:上海科学技术出版社.73~74)

3. 卫阳不固

陈修园医案:治某阴症愈后,不耐劳动,恶寒,时有汗出,元气外泄,卫阳不固,宜护元扶阳,免有反复之虞。主桂枝去芍药加附子汤去炙草,加白术。桂枝木3g,生姜3片,大枣2粒,熟附子6g,干潜术15g。

(左季云.2000.伤寒论类方汇参.天津:天津科学技术出版社.22)

(万晓刚)

桂枝新加汤证

【原文汇要】

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。(62)

桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤方

桂枝三两(去皮) 芍药四两 甘草二两(炙)
人参三两 大枣十二枚(擘) 生姜四两

上六味,以水一斗二升,煮取三升,去滓,温服一升。本云,桂枝汤,今加芍药、生姜、人参。

【病案精选】

病案一 阳虚感冒

朱某,男。(根据病案记载,就诊时间当为冬季——编者注)

现病史:体羸瘦,素有遗精病,又不自爱惜,喜酒多嗜好,复多斫丧。平日恶寒特甚,少劳则喘促气上,其阳气虚微,肾元亏损也明甚。某冬日赴席邻村,醉酒饱食,深夜始归,不免风寒侵袭。次日感觉不适,不恶寒,微热汗出,身胀,头隐痛。自煎服“葱豉生姜汤”,病未除,精神不振,口淡不思食,兴而来诊。

查体:切脉微细乏力。

(赵守真.1962.治验回忆录.北京:人民卫生出版社.5)

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 患者素体肾精肾阳不足,其恶寒特甚,少劳喘促气上即是明证;故言“阳气虚微,肾元

亏损”。此次缘于冬日感寒,复加醉酒饱食而发病。虽不恶寒,但感觉不适、微热汗出、身胀、头隐痛,当为风邪袭表,卫气受损,正邪交争,经气不畅之候;脉微细乏力,乃少阴阳虚之征。本属太少两感,服“葱豉生姜汤”,纯发汗解表,正气不足,安能祛邪?故服之病不除。现在诸症尤在,精神不振,口淡不思食,脾肾不足故知。四诊合参,当属脾肾不足,外邪未尽。虚实夹杂之证,尤以正虚为主。

(2) 立法处方 病属阳虚感冒,证极似太少两感证,其与麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤两方,殊不宜阳虚有汗之本证。遂改用桂枝加芍药生姜人参新加汤,又增附子,并损益分量,斯与证情恰合。处方:党参 15g,桂枝、芍药、甘草各 9g,生姜 4.5g,大枣 5枚,附子 9g。嘱服 3 帖再论。

(3) 治疗效果 复诊:诸症悉已,食亦略思,精神尚属委顿,脉仍微弱。阳气未复,犹宜温补,处以附子汤加巴戟、枸杞、鹿胶、芦巴补肾诸品,调理善后。

2. 辨治要领

病久肾元亏损,阳不外固,即感于寒而成太少两感证,其麻附辛汤亦当掂量用之。因本方是用于“少阴病,始得之”,与本案之肾元素亏不符,况麻黄宣发,细辛温窜,如再发汗则足以损其阴津,病转恶化,此当所忌。惟桂枝新加汤益气养营,佐以解表,再加附子,于阴中求阳,使阳固阴守。从组方而言,桂枝新加汤为桂枝汤加人参;从剂量而言,桂枝汤中加重芍药、生姜量。本案虽未遵原方剂量比例,亦属变通之法。此患者以脾肾阳虚为本,《伤寒论》太阴病仲景有训,第 280 条言“设当行大黄芍药者,宜减之,以其人胃气弱,易动故也”。妙在用附子,犹如桂枝加附子汤,温阳解表;同时附子与人参相配,温补元阳。正胜邪却,庶病可愈。

3. 转归对策

虚人外感,调理及时,一般预后良好。临床宜注意祛邪勿伤正,扶正勿恋邪,往往祛邪与扶正并用,常根据病程阶段及证候不同,两者运用亦有所偏重变化。平时宜注意饮食起居,不妄作劳,或佐用玉屏风散、理中丸、金匮肾气丸等,补益脾肾,增强卫外功能。

病案二 头身剧痛

郝某某,女,40岁。(就诊时间不详——编者注)

现病史:因患“血吸虫病”,正值药后疗效,身体未复,又复感外邪,头痛、身疼痛、恶寒发热。经服“APC”,又重被而卧,汗出如雨,药后恶寒发热稍减,而头身疼痛加剧,如锥似刺,辗转不安,呻吟不止,入夜更甚,后至粒米不思,昼夜难眠。曾服西药镇痛剂未能缓解,又服中药“桂枝加葛根汤”,疼痛依然,而来我处求治。

查体:诊其脉,沉迟而细,见其证,颈项活动自如,无恶心呕吐。

[瞿连禄.1980.新加汤临床治验.新中医,(增刊一):42]

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 患者身染血吸虫,近用“铤剂”治疗,大伤正气,后复感外邪。头痛、身疼痛、恶寒发热,为太阳风寒表证,法宜汗解;服用“APC”,又重被而卧,汗出如雨,发汗太过可知;汗后恶寒发热稍减,而头身疼痛加剧,非表邪加剧,乃由正虚,津气损伤,筋脉失养所致;尤其脉沉迟而细,更是气营不足之明证;颈项活动自如,无恶心呕吐,表明疼痛虽剧,但不致危候,病仍在筋脉。四诊合参,证属气阴不足,外邪未尽,筋脉失养。

(2) 立法处方 患者曾服“桂枝加葛根汤”,疼痛依然,为方证不符。桂枝加葛根汤虽有津亏不润之证机,但程度较轻,且其脉浮缓,项背拘急,与本证之脉沉迟,头身剧痛大异。本证重在过汗伤阴,经脉失其濡养,与桂枝新加汤证脉证及病机相符,急投新加汤 1 剂,以益气养阴,佐以解肌祛风。

(3) 治疗效果 1 剂后,疼痛大减,已能安睡。2 剂疼痛已止,饮食如常,诸症消失。

2. 辨治要领

仲景有虚人忌峻汗之戒,否则,伤津损液,变生他证。本案患者服用“APC”,又重被而卧,汗出如雨,为发汗太过。加之素体虚弱,又经“铤剂”峻攻,正气更虚,经脉失濡,故身痛大作。“如锥似刺,辗转不安,呻吟不止,入夜更甚,后至粒米不思,昼夜难眠”,表明疼痛之剧。

关于身痛之辨治,《伤寒论》论述颇多。如麻黄汤证之风寒袭表、经脉阻滞之身痛;大青龙汤证之外寒内热、经气不畅之“身重”;桂枝汤证之营卫不和、余邪未尽之“身痛不休者”;桂枝新加汤证之气营不足、筋脉失养之“身疼痛”;白虎汤证之热邪阻滞、经络不畅之“身重,难转侧”;柴胡桂枝汤证之风邪扰动之“支节烦疼”;附子汤证寒湿凝聚之“身体痛,手足寒,骨节痛”。或为邪阻,不通则痛;或为正虚,失荣亦痛。临证时宜详审病机,方不致误。

3. 转归对策

本症处理及时,一般预后良好。但宜排除传染病,如乙型脑膜炎、流行性脑膜炎等,以及颅脑器质性病变,以防延误病情。

病案三 产后身痛

兰某某,女,31岁,1993年5月8日初诊。

现病史:产后 1 月,身痛,腰痛,两脚发软如踩棉花,汗出恶风,气短懒言而带下颇多。曾服用“生化汤”5 剂,罔效。

查体:视其舌体胖大,切其脉沉缓无力。

(陈明,刘燕华.1996.刘渡舟临证验案精选.北京:学苑出版社.172)

1. 辨治思路

(1) 辨证分析 患者缘于产后气营亏虚,筋脉失养,故身痛腰痛;营卫失和,则汗出恶风;中气不足,则气短懒言、两脚发软;冲任不固,故带下颇多;舌体胖