# 伤寒论汤证新编

（郭子光）

## 序言

张仲景《伤寒论》，继承《内经》基本理论，总结汉代以前的医学成就和医疗经验，形成中医辨证论治、理法方药的完整体系，是我国第一部理法方药比较完备的医学巨著。一千多年来，历代中外名贤数百家加以注释阐发，不断地充实其内容，发展其学理，使这部书具有持久不衰的、强大的生命力和影响力。近三十年来，广大中西医运用《伤寒论》的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识，提出了许多发人深思而有待进一步研究的问题。对这些宝贵的资料进行一番整理，找出某些规律性的东西，是现代继续发展仲景学说必不可少的环节。笔者在从事这一工作中，认真分析古今资料，获得一定启发，对《伤寒论》证治规律有些新的理解，并进行了大胆探索，编成《伤寒论汤证新编》，俾与同道交流、共勉。由于笔者才疏学浅,偏见和谬误在所难免，尚祈同道斧正。

本书编写过程中，得到成都中医学院侯占元副院长、李克光副院长的帮助、鼓励和指导，特铭谢忱。

郭子光 冯显逊 于成都

—九八二年二月

## 凡例

一、本书编述以继承、发扬为原则，旨在为临床者实用，供研究者参考。因此，本书选定六经“汤证”归类法，以汤名证，按证分析，力图反映出《伤寒论》理法方药的三个方面的内容：（一）古注家的倾向性认识；（二）近代人的实践经验；（三）笔者个人的理解。全书共分七章。第一章导论，阐述笔者理解《伤寒论》“汤证”的基本观点。第二至六章，即太阳病、阳明病、少阳病，太阴病、少阴病、厥阴病,将《伤寒论》112个“汤证”（除“烧裈散证”余111汤证），根据其阴阳性质分别归入此六章中进行讨论。

二、本书每一“汤证”的编述内容分为五项：“原文汇要”，把各“汤证”的主证主治条文汇集于此，选古今较为平正的注述加以释义，并充分介绍近代人的认识；“辨证要点”，综合条文脉症和近代人的实践经验，提出主症、副症和明确的证候指标，并与类似证候作出鉴别，使读者更容易掌握；“基本病理”，根据古注原义，用简洁的术语概括出“汤证”的基本病理。如桂枝汤证“风邪外袭，营卫不和”，麻黄汤证“寒邪外束，卫阳被郁”等，以使读者对各“汤证”的病机有个鲜明的了解。在运用基本病理去解释主症、副症时，始终贯穿导论中的基本观点，即阴阳定量、阴阳层次和阴阳升降，供读者参考；“药理方理”，运用导论中的阴阳调节原理，来解释汤方的药理方理，并充分介绍近代对汤方及其组成药物的研究情况和认识，供读者参考；“现代应用”，介绍--九七八年以前近三十年里，中西医应用《伤寒论》汤方的临床经验，通过综合分析尽量找出其规律性，展示出前景。在上述各项中充分注意反映不同的经验和对立的认识，以供进一步研究参考。

三、本书立足于实用，把一个个“汤证”视为一个个独立存在的证候，认为证候之间的转化是由于阴阳关系的变化引起的。因此，完全同意刘氏[783]关于“不追究它的具体传变途径并不影响对证候的认识。”“经证之邪并不在经，腑证之邪亦不在本府”的看法。所以对古注家提出的“循经传”、“越经传”等传经说，以及经证、府证的分类法，不予采用。对于临床上少用的标本中气、三阴三阳开合枢等，也留待有兴趣者去钻研，本书不加讨论。

四、本书征引的条文番号，完全以成都中医学院主编，中医学院试用教材重订本《伤寒论讲义》（1964年版）为准。

五、本书汤方剂量一律采用公制。按现代常用剂量大约原剂量一两合今3克计算。对以容积计算（如半夏一升）或个体计算（如附子一枚）的药物，则参照近人[25]经验确定的剂量折算成公制。各汤方的煎煮用水（或酒等）量和服用量，则是根据赵氏[239]考据折算：1斗为10升，1升为10合，1合为10撮；：1斗为2000毫升，1升为200毫升,1合为20毫升，1撮为2毫升，1摄为4刀圭，1刀圭为0.5毫升,1方寸匕为10刀圭等于5毫升。

六、主要参考书目：

注解伤寒论（成无己）

伤寒论集成（山田宗俊）

伤寒论条辨（方有执）

伤寒来苏集（柯韵伯）

伤寒贯珠集（尤在泾）

伤寒溯源集（钱 璜）

伤寒论类方汇参（左季云）

伤寒辨注（汪 琥）

通俗伤寒论（俞根初）

伤寒论今释（陆渊雷）

伤寒论阶梯（公圭奥田）

伤寒论新解（杉原德行）

伤寒论新注（承淡安）

伤寒论语译（任应秋）

伤寒论证治类诠（任应秋）

伤寒论汇要分析（俞长荣）

伤寒论讲义（重订本）（成都中医学院）

伤寒论讲义（全国伤寒师资班）

伤寒论纲要（江西省西医学习中医班讲师团）

金匮要略方论（张仲景）

金匮要略讲义（重订本）（湖北中医学院）

本书征引近代文献资料800余篇，其出处均附于书后，以便读者查阅。

## 第一章 导论

### —、《伤寒论》的学术思想和价值

后汉张仲景撰著的《伤寒论》，是一部中医辨证论治的经典著作。自唐宋迄今，中外学者从事《伤寒论》之研究不下四百余家，有以经解经阐明六经证治之奥义的；有从经络、从气化、从脏腑、从八纲论六经的：有主张按方类证的；近人更倡言六经是病之阶段性、证候群等等。真是“历代伤寒注本，一本有一本的伤寒,一家有一家的仲景。”但都推崇备至，誉其为“方书之祖”，强调“医者之学问，全在明伤寒之理”，视其为衡量造诣深浅之标尺。《伤寒论》能吸引历代医家莫大兴趣，这个事实本身说明：这部书既经得起历代医家从不同角度的推敲，又经得起不同时期的实践检验。尤其是近三十年来，中西医在空前规模的实践上，应用中医中药取得的许多卓有成效的治验，大多是根据于本书所阐述的理法方药。如茵陈蒿汤治疗黄疸症，乌梅丸治疗胆道蛔虫症，麻杏石甘汤治疗支气管肺炎等多种呼吸系热性疾病，白虎汤用于乙脑、小儿夏季热，白头翁汤治疗痢疾，炙甘草汤用于某些心律不齐，四逆汤用于抢救休克,承气汤治疗某些急腹症等。然而，《伤寒论》何以具有如此强大的生命力？日人和田氏说得好：“汉方医学的经典著作，为内经、伤寒论、金匮要略等，但其最有价值者，惟伤寒论也，……是项著作，虽系古代文献,但是数千年间医疗实践之真实记录。”

“真实记录”意味着对疾病本来面目的认识，而不附加任何主观成分，因此能正确地反映疾病的自然特性和药物配伍的规律性。试观《伤寒论》397条、112方，无一不是与客观事实紧密联系在一起。但仲景并不是一个单纯的事实材料的收集者，他提供的已经不是原始性医疗活动中纯粹是经验所得的成果。仲景总结了经许多代证实了的有效经验和事实，通过对机体疾病正反两方面的观察，同中求异，异中求同，把各种疾病在不同的人体、不同的时间、环境条件下相类似的、有联系的反应特点，概括起来称为证候，针对证候使用具有严格配伍规律的特定“汤方”进行治疗，叫做辨证论治。辨证论治这一概念，在整体的宏观的水平上,正确地反映了机体疾病运动变化及其治疗的规律，确定了祖国医学自成体系地发展的根本方向。辨证论治观念，现时之所以被中西医师以富有兴趣的心情接受了，把它看成勿庸疑义的正确概念，就在于它渗透着纯朴的唯物辩证的世界观，具有许多先进的思想方法：

第一，把机体疾病的个性与共性结合起来^

众所周知，仲景的观察方法，不是观察特异性致病因素在人体内脏各部所造成的形态损伤，而是针对疾病过程中机体反应性的表现一一症状，进行观察和研究。由于致病因素、人体素质、环境条件不同，患病时其反应性的表现也必然不同。而这些“不同”总不外部位、性质和程度的差异。仲景引用三阴三阳（后世概称为“六经”）、阴阳表里寒热虚实（后世概称为“八纲”）、以及脏腑经络来表述这些差异性，贯穿于《伤寒论》的始终。

大家知道，由于不同致病动因引起的不同疾病，在其表现上有很多共同之处，对这些共同点，仲景用六经、八纲、脏腑经络等概括出许多证候。例如：急性传染病初期，大多有发热、恶寒、头身痛、苔薄白、脉浮等症状，把这些症状综合起来看，具有在表向外的趋势，称为太阳表证；随着病情的发展,热势不断升高，体液逐渐耗损，出现高热、烦渴、便秘、神昏、谵语、苔黄燥、脉洪数等症状，把这些症状综合起来看,则具有在里向内的趋势，称为阳明里证。如果进一步分析，太阳表证可区分为表虚的桂枝汤证，表实的麻黄汤证；阳明里症可区分为里热的白虎汤证，里实的承气汤证等。而这些证候是许多急性传染病或非传染性发热性疾病所共有，并非某一特定疾病所专有。可见，由六经、八纲、脏嘛、经络等概括出来的证候反映出不同疾病的共性。还应看到，由同一致病因素引起的同一疾病，在不同患者身上，其表现有很多不同之处，对这些不同点，仲景同样用六经、八纲、脏腑、经络等概括出许多证候。例如，根据“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”同是一感冒病，有的患者恶寒头身痛而伴发热,是属太阳病的证候；有的患者恶寒头身痛而不发热，甚至体温低落，则属于少阴病的证候了。太阳少阴，泾渭分明，治疗迥异。可见，由六经、八纲和脏腑、经络等概括出来的证候，反映着同一疾病的不同患者的个性。但是，许多疾病的共性证候往往因不同的个体而发生很大变化，其治疗则是针对变化了的证候进行的。因此，一部《伤寒论》对病无常法，对证有常方，归根结蒂，更重视机体的个性。

第二，把整体和局部结合起来。

仔细研究《伤寒论》就会发现仲景所确定的汤证，不外三类：整体反应性证候，局部反应性证候，整体和局部反应共同构成的证候。主要表现为发热、恶风、自汗出、头痛、脉浮缓的桂枝汤证，是典型的整体反应性证候。主要表现为脉结代，心动悸的炙甘草汤证，则是心脉失调所致的局部反应性证候。具有桂枝汤证的脉症，又兼有肺失调引起的气喘，便是整体和局部反应共同构成的桂枝加厚朴杏子汤证。由此可知，仲景既重视整体，也重视局部，并提出了许多把整体和局部结合起来辨证治疗的范例。但是进一步分析则会察知，仲景更重视整体治疗。仲景反复强调“外证未解”，“当先解表'这是普遍的原则。所谓外证者，即表证，属整体反应性证候。所谓解表者，就是调节整体反应性的治疗方法之一。在仲景看来，单纯性的表证（不兼里证）自然应该解表，表证又兼里证（局部反应性证候）的，也应先解表而后治里，即先进行整体治疗，然后才进行局部治疗，这样的治疗步骤，有时可以收到“表解里自和”的效果。也就是随着整体反应性的趋向正常（表解），其局部病变反应也可能趋于自愈（自和）。仲景观察到，如有表证不解表而去攻里，往往因邪气内陷造成“变证”、“坏证”，如桂枝人参汤证、甘草泻心汤证等。事实是这样的，重视局部，忽视整体，有时可以造成不良后果。应当指出，里证不等于全都是局部反应性证候，具有壮热、大汗出、大烦渴不解、脉洪大的白虎汤证；四肢厥冷、脉微欲绝、下利清谷的四逆汤证等里证，就属于整体反应性证候。仲景在本论93条、94条中指出，当表证（桂枝汤证）与属于整体反应性的里证（四逆汤证）同时存在，而后者居于矛盾的主要方面时，应“急当救里”，待里证解除，而表证尚在时，才“急当救表”。可见急当救里和急当救表，都是把针对整体反应性证候的治疗放在首位。

第三，把内因和外因结合起来。

疾病的形成，是致病因子、环境条件、机体抗病能力等多种因素综合作用的结果，但归纳起来可分为外因——邪气和内因——正气两类。邪气泛指一切致病因素，正气泛指一切维持人体正常生理、抵抗疾病的因素。仲景巧妙地把着眼点放在环境致病因素与机体抗病能力互相作用后引起的机体反应性上，确定出代表疾病发生发展规律和邪正消长关系的一系列证候，这些证候实际上把内因和外因结合在一起了。因为邪气的盛衰，也就是正气强弱的反映，如正邪均盛，则病多表现为热证实证；如正气虚，邪气盛,则病势逐步由三阳证转为三阴证；当正气渐复，则邪气亦随之由盛而衰，病势逐步由重转轻而愈。疾病的发生固然是外因通过内因起作用；而疾病的转归，内因更是起着主导作用。所以，仲景处处以维护人的正气为本。服桂枝汤只取微汗,汗出则“停后服”；服承气汤“得下，余勿服”；桂枝汤中用芍药敛阴，防其过汗伤阴；白虎汤中用粳米防其寒凉伤胃，以及“急下存明”，“急温存阳”等法，无不寓有保护正气的意义。陈修园说得对，一部《伤寒论》的精神实质，在于“保胃气”、“存津液”六个字。这说明陈修园早已认识到仲景更加重视内因（正气）的作用。

第四,把疾病视为一个发展过程。

在仲景看来，.疾病是一个过程，这一过程是由邪正相争而形成的相对静止性和不断变化发展联贯起来的。有疾病的相对静止性，才能确定出可辨认的证候，如太阳病、阳明病、桂枝汤证、麻黄汤证等。疾病不断变化发展，则表现出证候的转化。伤寒一日太阳,二日阳明，三日少阳……即寓有疾病由表入里，由阳转阴的变化发展的意义。而这种变化究其形式有二：渐变和突变。当疾病渐变时，由此证候向彼证候转化，常常形成一些中间证候。例如，桂枝麻黄各半汤证，桂枝二麻黄一场证,就是桂枝汤证和麻黄汤证的中间证候。再如，葛根汤证是太阳阳明的中间证候；柴胡桂枝汤证是太阳少阳的中间证候；桂枝加跗子汤证是太阳少阴的中间证候；桂枝加芍药汤证、桂枝加大黄汤证，是太阳太阴的中间证候等。突变可因正气虚、邪气盛，疾病的自然转变而引起；更可因误治、失治邪气内陷，亡阴亡阳所致。如白虎汤证、四逆汤证等便是。但是,疾病的静止性是相对的，其变化发展则是绝对的。因此，由疾病的相对静止性形成的阶段性，其界限实际上并不十分清楚，在整个过程中往往互相交错。故仲最在太阳病阶段，罗列了属阳明的白虎汤证，属少阳的小柴胡汤证，属少阴的四逆汤证等里证，体现出疾病演变的复杂性。由此可见,仲景既看到了疾病相对的静止性，更认识到疾病变化发展的绝对性，从而把疾病的阶段性和全过程比较正确地结合起来，提示出常中知变，变中求常的思想方法，确实难能可贵。

由于仲景《伤寒论》，把立足点放在环境致病因素与机体抗病能力互相作用后引起的反应性上，并把疾病看成是一个不断变化发展的过程，十分重视疾病发展过程中对立因素的互相作用，才在最广泛的程度上,从疾病的个别表现中概括出一般规律；根据疾病的一般规律来调节机体反应性以对付致病因素，达到治疗目的，这不仅大大弥补了因历史条件限制，对特异性致病因素认识不足的缺陷，而且还为后世医学发展不断提示出新方向。除《伤寒论》本身长期实践的成果，曾以“注释”的形式被结合进去，使其内容不断丰富外，后世温病学的创立，也是在《伤寒论》的基础上发展起来的。可以这样说，《伤寒论》在整个祖国医学发展中，起着承前启后的作用。

从上可知，仲景的名宇和他的著作之所以富有生命力而迄今不朽，就在于他的学术思想具有纯朴的唯物辩证观的性质，而仲景本人就是这种唯物辩证观在医学上的实践者，致使他所揭示的疾病规律和创制的汤证，至今仍具有令人信服的实践价值。应当指出，在一千七百多年前，祖国医学发展的道路上竟然出现如此创造，不能不认为是世界医学史上一个奇迹。

### 二、证候的确定原则

《伤寒论》有太阳病、阳明病、少阳病，合称三阳病；太阴病、少阴病、厥阴病，合称三阴病。其篇名也是“辨太阳病脉证并治”、“辨阳明病脉证井治”等，下面并无“经”字。说明不是辨太阳经病、辨阳明经病……，而是辨太阳病、阳明病……，显然后者的内涵大得多。由于《伤寒论》自序有撰用《素问》九卷之说，后世医家把“九卷”理解为“灵枢”，并根据条文中有“过经不解”、“行其经尽”等字样，认为三阴三阳病是六经病，由此而习惯称为“六经辨证”。当然如果仅仅是名字之差未尝不可，但如果把它理解成辨经络之病，就未免欠妥了。许多注家未能全部揭示三阴三阳证候规律，其源盖出于此。

证，就是证候。证与症不同。症，一般多指单个的症状，如头痛、发烧、腹泻等。“对症治疗”是把症状孤立起来对待，症与治之间的关系是简单的、直接的，所产生的效果是非常局限的，不过以解除某个症状为目的而已。证也不同于病。如果说，病是代表致病动因作用于机体引起某种疾病的纵的全过程，那么，证则是多种疾病过程中一个横的共同表现。证代表着一系列的症状、体征，实质上是一个包含了病因、病位、病性、病势等内容的综合性概念。辨证论治的目的不是解除某个症状，而是治好病；其手段不是完全针对特异性病因进行治疗，而主要是通过调节机体反应性达到治疗目的。那么，《伤寒论》是根据什么原则把一大堆看起来杂乱无章的症状、体征联系起来，形成一个个不同的具体证候呢？古医家对这一点认识不一，有经络说、脏象说、八纲说、气化说，六因说……都反映了问题的不同侧面，但都不全面。实际是仲景融会了内经全部阴阳概念，包括表里、寒热、虚实、经络、脏腑、营卫气血、邪正消长等，以此高度概括性的阴阳，审察疾病属性，分析疾病进退，推测病理过程，而其所形成的证候，是一个多种概念的高度综合体。只有如此认识，不执一端，才不致置身于仲景门墙之外。

大家知道，《内经》阴阳学说的理论认为，“阴平阳秘”就是健康，“阴阳失调”就是疾病，治疗目的也就在于“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。仲景就是遵循这一观点，把疾病看成人体阴阳失调的过程，并针对阴阳失调的情况进行分析，从而确定出各种证候。其分析的原则约有下列三项：

（1）阴阳定景：考仲景融会《内经》阴阳概念，分析疾病不外两种方法，即定性分析和定量分析。《内经》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”凡在外的、向上的、明显的，兴奋的、亢进的、热的、进行性的、色泽鲜明的、声音宏亮的症状和体征属阳；反之，在内的、向下的、隐晦的、抑制的、减退的、寒的，退行性的、色泽晦暗的、声音低微的症状和体征属阴。把病情区分出性质截然不同的阴症和阳症两大类，就明确了疾病变化发展及其治疗的方向性，这是定性分析。然而，仅仅对各种病情作定性分析，还不能说明复杂的问题，因为不同的病情其阴阳的每一方面,总有偏多偏少、偏盛偏衰之不同。于是根据其多少盛衰的情况，把阴阳各分为三，便成为三阴三阳：太阳、阳明、少阳，太阴、少阴、厥阴。《素问•至真要大论》说：“愿闻阴阳之三何谓？歧伯曰：气有多少异用也。”“多少”是一个量的概念,把阴阳各分为三，这是定量分析。可见《内经》对事物的分析，就有了定性、定量的方法，而仲景把它运用于临床实际。不过,其方法虽是定性、定量的，其手段却限于历史条件，仅能以长期的反复的实践经验和观察来确定。

然而，事物的性质主要是由取得支配地位的矛盾的主要方面所规定的。阴阳作为分析疾病的矛盾性的概念，各种证候的性质,自然取决于阴阳在量上谁占优势,即谁占支配地位。因此，对各种证候的定性分析的结论，实际上是定量分析的结果。应当指出，这里的量不仅指数量，还包括部位、程度等含义。例如，以三阴三阳的常见症状——寒热来说，少阳的“往来寒热”，太阳的“恶寒发热”，阳明的“不恶寒反恶热”、“壮热”、“潮热”，反映着不同程度（量）的阳盛；厥阴的厥热互见，太阴的“脏有寒”，少阴的“无热恶寒'，反映着不同程度（量）的阴盛。三阴三阳，就是根据不同程度的阴阳量划分的。按其阴阳量大小则：少阳<太阳<阳明 厥阴<太阴<少阴。不过，在《伤寒论》中三阴三阳的顺序为：太阳、阳明、少阳，太阴、少阴、厥阴，是按病理层次排列的，与此不同。

可见，阴阳量的差别性和因此而引起的阴阳失调，是形成各种证候的根本原因，也是确定各种证候的主要依据。

当我们在上而讨论阴阳量的差异性的时候，其实际意义仅仅是指阴和阳在量上的比例而言。仔细硏究，由于人体正气有盛衰，反应力也就有强弱。正气充实的人，反应力强，其总的阴阳量是在增强的基础上出现差异性，所以也可叫做增强性失调，各种实证，如邪盛正盛的大青龙汤证、白虎汤证等便是。正气虚弱的人，反应力弱，其总的阴阳量是在减弱的基础上出现差异性，所以也可叫做减弱性失调，各种虚证，阴阳两虚，气血两虚，如炙甘草汤证、小建中汤证等便是。正气一般，不特别充实，但也不虚，反应力中等，其总的阴阳量在差不多正常范围内出现差异性，所以也可叫做不虚性失调，如桂枝麻黄各半汤证，桂枝二麻黄一汤证等。可见，对各种症状、体征进行阴阳定量分析时，还要注意到这种差异性的增强、减弱或不虚的性质，才能更确切地说明阴阳失调的情况。

（2）阴阳层次：前面提到，证候是多种疾病过程中一个横的共同表现。但这种表现必然从特定的部位表现出来，而其部位有深有浅，有表有里，有经（经证）有腑（腑证），有在胸中、在心下、在气、在血等不同，形成一个个不同的病理层次。由于这些层次本身也有阴阳之分，如在表为阳，在里为阴；在腑为阳，在脏为明；在气为阳，在血为阴等,故称之为阴阳层次。一个证候就是一个病理层次的阴阳失调的反应。三阴三阳实际上就是六个大的病理层次的反应。所谓太阳病,属于人体肤表阴阳失调；阳明病是病在里，多涉及胸中胃肠；少阳病在半表半里，多涉及胆和三焦；太阴病的病位较深，多涉及脾胃；少阴病的病位更深，多涉及心肾；厥阴病多涉及肝经。这六个大的病理层次里面，又可分为若干较小的病理层次.人们将这种较小的病理层次的反应和针对其治疗的方药联系起来,称为汤证。如在太阳病里，有桂枝汤证、麻黄汤证、葛根汤证等。由于人体脏腑虚实各有不同，在这些较小的汤证里面，有的又兼有某些局部层次的阴阳失调,而形成若干更细小的汤证。如桂枝汤证里；有桂枝加厚朴杏子汤证、桂枝加附子汤证等，代表着更细小的病理层次,在三阴三阳这六个大的病理层次中，如同时出现二个或二个以上病理层次的阴阳失调称为“合病”；如先后出现则称为“併病”。

在较小的病理层次中，也可以同时出现二个或二个以上层次的阴阳失调，如桂枝麻黄各半汤证、桂枝二麻黄一汤证、桂枝二越婢一汤证等。在二个或二个以上较小病理层次的阴阳失调中，由于阴阳量的差异性，有的层次阳大于阴，阳占支配地位；有的层次阳小于阴，阴占支配地位，这种情况同时出现，便形成所谓寒热交错，阴阳混杂的证候，如大青龙汤证等。不仅如此，即使同一病理层次，在不同的人身上，或不同时间，也可因阴阳童的不同，或阳占优势,或阴占优势，面出现性质不同的证候。如病皆在表但有麻黄汤证、桂枝汤证之别；病皆在心下为痞，却有诸泻心汤证之异。可见，阴阳层次和阴阳定量一样，是形成和确定证候的依据。

附带说明，许多证候涉及到多个部位；而有的还无法指出具体部位，如在气在血，这气血贯注全身，就难指出某个具体部位，所以用“层次”比用“部位”在概念上更确切。

（3）阴阳升降：如前所述，阴阳失调是由于阴阳量的差异性引起的，而此种差异性则具体表现为阴阳升降失调。阳具有上升性、发散性、温热性和动的性质；阴具有沉降性、凝聚性、寒凉性和静的性质。在阴阳等量条件下，一升一降，一散一收，一动一静，人体处于动态平衡，即正常生理。当阴阳量出现差异性时，如阳大于阴，则阳的升散性、动性大于阴的沉凝性、静性，临床上表现为发热、汗出、烦躁、脉浮洪滑数等症状，属于阳证；如阳小于阴，则阳的升散性、动性小于阴的沉凝性、静性，临床上表现为恶寒、无汗、肢冷、脉沉细迟涩等症状，属于阴证。由此可见，通过对阴阳升降失调所表现出来的各种脉症进行分析，是确定证候的又一依据。

在仲景看来，疾病是作为一个矛盾运动过程而存在的，每日每时地不断变化发展着，并依一定条件向其反面转化。这种变化发展，这种转化，在仲景书中叫做“传”、“转属”、“转入”。如“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传。”“太阳病，若发汗，若下,若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明。”前者说明阴阳有“自和”的趋势，是朝恢复的方向转化；后者属于恶化。又如“本太阳病，医反下之，因而腹满时痛者，属太阴也。”这是由阳证转化为阴证，即是朝反面的转化，究其转化的根本原因，就在于阴阳升降的矛盾性。“重阴必阳，重阳必阴。”本来是阳大于阴，但当阳的升散性、动性发展到极点时,就可因其过分升散而减弱，变成阳小于阴。例如，《伤寒论》29条本为太阳病，“若重发汗，复加烧针。”大力増强阳的升散性、动性，导致大汗亡阳的四逆汤证，就是阳证转化为阴证。究其转化的条件，仲景书中多归咎于误治，如误汗、误下、误吐、误利等，实际上有的是疾病本身自然发展的结果，不一定是误治引起的，仲景可能存在观察上的错误。不过从这里可以看出，仲景已模糊地认识到矛盾转化必须的条件性。

证候的转化不仅是阴阳升降关系的变化引起，而且还可从阴阳升降的情形中，预测其证候是否要转化。“伤寒一日，太阳受之,脉若静者，为不传，颇欲吐，若躁烦，脉急数者，为传也。”太阳病本为阳的升温性、动性占主导，脉若静者,说明阴的沉降性、静性在增长，阴阳升降有可能达到平衡，故“不传”；若吐、躁烦、脉急数者，表明已居优势的阳还在继续增强,所以要“传”。不过，疾病是以升为主导，还是以降为主导，这完全取决于阴阳量的差异性，即取决于证候——这个矛盾统一体中，阴阳谁占优势，谁居支配地位。

综上所述，可见仲景把疾病视为一个阴阳失调的矛盾运动过程，几乎全部立足于分析阴阳之间的关系，而确定出各种证候及其转化规律。这是仲景在当时条件下，为寻找调节人体反应状态的确定性，而总结出来的辨证体系。

### 三、阴阳的调节规律

有人富有兴趣地问：辨证论治不辨细菌病毒，不问病理损伤，不管化验检查，却能获得无可非议的疗效，是怎么回事？这个问题如果让中医来回答原本很简单：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”中医学也有病因，如六淫、七情等，但仅仅是治疗上分清界限的概念，故与西医学的细菌病毒等病因绝对异趣。问题是中医真的按照细菌、病毒、损伤、化验来用中药汤方治疗，又不一定能获得或提高疗效。然而，从分析科苧的角度来看，怎么也不可思议。以致人们仍然力图用“病因治疗”的原理来阐明中医某些汤方、药物的疗效。通过实验观察，结果发现一些汤方、药物有抑菌制菌作用，但其作用强度与西药抗菌药相比，不可同日而语；而有些治疗感染性疾病的汤方，则根本没有抗菌作用。对一些非感染性疾病的治疗，情况也多是如此。随着探索工作的逐步深入，思路也越来越广。人们发观为什么麻杏石甘场治疗小儿肺炎能取得较好的疗效，但实验证明，对链球菌、溶血性链球菌、肺炎双球蔺、金色葡萄球菌、卡他球菌等，均无抗菌作用。为什么五苓散对水液代谢障碍时，有利尿作用，并促进局部性水肿的吸收。而对健康人，正常小鼠、家兔则均无利尿作用。何以《金匮》肾气丸既可治浮肿、少尿，也可治多尿、夜尿，不仅复方是如此，一些单味中药也是这样。如人参既可升高血糖，也可降低血糖；既可防止ACTH引起的肾上腺肥大，也可防止皮质素引起的萎缩。从许多事实中，人们逐渐形成了目前带倾向性的认识：辨证论治是调节作用，是通过调节人体的反应状态而取得疗效的非特异性治疗方法。这样，中西医学的认识就比较接近了。

但是《伤寒论》中112方针对112个特定证候，是怎样进行调节的呢？有什么共同的特点和规律？笔者通过学习和研究，初步认为：调节作用的二相性、整体性和固本性，体现出阴阳调节原理的基本规律。

（1）调节的二相性：上而提到的肾气丸、独参汤“既可……”怎样，“也可……”怎样，就体现出二相性的调节作用。这与西药不同，西药作用多是单相性的，降血糖药决不会升高血糖，降压药决不会升压，升药也不会降压。为什么仲景汤方会有这样的作用呢？这是基于仲景把疾病视为阴阳失调的过程，平调阴阳就必然成为治疗疾病的总原则。这一总原则导致汤方的配伍必然要求是：发而不过散，收而不可敛，升而不过亢，降而不过沉，清而不过寒，温而不过燥，补而不过腻，攻而不过破……补阳当于阴中求阳，补阴当于阳中求阴。“过了”，就被认为有可能导致已经失调的阴阳向其反面转化，达不到平调的目的。这样一来，就构成汤方组合上的二相性。《伤寒论》112方中大多是寒温并用、攻补兼施、升降两行。桂枝汤既用桂枝、生姜辛温通阳，增强卫阳的升散性、动性；又用芍药、甘草、大枣联甘敛阴，助长营阴的凝聚性、静性，以节制其升散太过。小青龙汤，既用麻黄、桂枝、甘草，增强在表之阳气的升散动性；用干姜、细辛、半夏降低在里之阴（寒饮）的凝聚静性；又用五味、芍药、甘草酸甘合化助长阴的凝聚静性，达到在表以监制麻桂的过度升散，在里以防姜辛夏的过度温燥，免其饮去热生。诸泻心汤，既用芩连之寒，又用姜附夏之温。炙甘草汤既用姜桂酒温阳，又用麦地胶益阴。如此等等，无不体现汤方组合的二相性配伍规律。汤方是这么配伍的，自然呈显调节作用的二相性。中药多半是自然状态的植物药，单味中药成分的复杂性已堪称一个“复方”了，所以有的单味中药就具有调节的二相性。古人说人参在阴补阴，在阳补阳，能温能清，可升可降。便是一例。正因为具有调节的二相性，所以中药、汤方才有针对性大，副作用小；相对来说疗效比较缓慢的特点。

（2）调节的固本性：纵观《伤寒论》112方，用药93味，用得最多者推炙甘草，共70方；次为大枣40方、附子23方、人参22方，这些扶助人体正气的药物，与其他药物相比之下，出现率最高的事实说明，仲景制方重视固本。不仅在药物上体现了调节的固本性，在治疗方法上也处处以固正气为本。如太阳病用桂枝汤只取微汗，还要以米粥保胃气助药力；阳明病用承气汤急下以存津液，调胃气，得便则停后眼，免伤气液；少阳病禁用汗吐下法，立小柴胡汤调节胃气，使津液下行，并以人参扶助正气，使之澉然汗出而解；太阴病告戒不可下,免伤胃气损津液，当温中回阳；少阴病急温回阳；厥阴病告戒“下之利不止”，都是护胃气存津液之法。陈修园对《伤寒论》“保胃气”、“存津液”六个字的总结，正说明阴阳调节的固本性。

（3）调节的整体性：我们在前面评议《伤寒论》的学术价值中，已讨论到仲景强调一般情况下“外证未解”，“当先解表”、“表解里自和”；在特殊情况下又“急当救里”和“急当救表”，着眼于整体调节方面。对表证里证是这样，对上病下病也是这样。例如74条“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐,名曰水逆，五苓散主之。”中风发热是表证，不解而烦病已入里，水入则吐是中焦停饮，称为“水逆”，不用麻桂解表，不用芩连清里，不用姜夏和胃，而用五苓散化气利水，“上病下治”，而“水逆”自平，里和表解，就是整体性调节的手段。再如32条“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”不从下利治,而从上取，属于“下病上治”的整体性调节手段，后世治痢所用的“逆流挽舟”法，即是从此悟出来的。不仅如此，在汤方配伍上也处处以整体调节为指导，就以五苓散为例，其制方之目的旨在利水，但不仅用苓泽利浊水，还用桂枝通阳气：不仅要除水湿于下，还用苓术固脾气于中，虽着眼于利水,实调节于整体。不考虑单一的因素，面针对综合性因素；不从局部着眼，而从整体调节，体现了平调阴阳的又一规律。

然而，当前自然科学新趋向的特征，是越来越分析入微，医学科学已发展到微观、亚微观的分子领域，我们研究《伤寒论》中这些宏观规律的意义何在呢？大家知道，生命现象是极其复杂的，用分子、原子的物理、化学运动规律来研究疾病，解释疾病，可能发现许多新的规律，推动医学科学向能发展。但毕竟不能代替整体的宏观规律的研究而说明疾病的一切。因为前人的这些经验、事实规律也是客观存在。它不仅是我们取得新成就，发现新规律的阶梯,也必将作为一个组成部分包括在今后更如丰富的成就、规律之中。可见，微观、亚微观不仅不排斥宏观的研究，还可能为整体的宏观规律的确定性，提供更加精细的实验方法和手段。但时至今日，医学界还仅仅停留在对各种证候及其治疗规律的临床使用、验证，或资料分析上，因而了解得很少。如能应用现代自然科学一切最先进的方法和手段，研究仲景所确定的证候及其治疗的联系、差异和实质，可以预言，必将导致新的医学理论萌芽。

参考文献

[1]（日）和田正系：《伤寒论阶梯》（叶心铭译）人民卫生出版社第1版1956

[2]姜春华：伤寒六经若干问题（二）上海中医药杂志9:15,1962

## 第二章 太阳病

基本病理一一风寒外袭，营卫不和。

证候提纲——发热，恶寒，头痛，项强，不渴，苔白，脉浮。

治疗总则——发表解肌，调和营卫。

### 一、桂枝汤证类

#### <一> 桂枝汤证

1. 原文汇要

**2条 太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。**

本条言太阳病中风证的主脉主症。主，具有特征性的意义，是构成本证必需出现的脉症。这里说的中风证就是具体指桂枝汤证而言。

**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。**

〔词义〕阳浮而阴弱：有二解，一是指脉象的浮取（阳）沉取（阴），即脉浮弱或浮缓；一是指浮盛于外，营卫不能内守之义，以后者为妥。啬啬恶寒：形容恶寒而有畏缩之状。淅淅恶风：形容如寒风冷雨侵淋肌肤的感觉。翕翕发热：有如羽毛覆盖身上一样地温温发热之状。主之：《伤寒论》文中凡言某汤主之，表示为最适当的苜选方剂；宜某汤主之，表示类方中较适当的方剂；宜某汤，表示类方中可选用的方剂；与某汤，表示无十分适当方剂，可试与之。

本条是讨论桂枝汤证的主症：自汗出，发热，恶风寒的状况及其产生的原理。由于卫阳浮盛于外，故翕翕发热；营阴弱于内而不能守，故自汗出；自汗出后卫阳部分散失，皮肤腠理失于温煦，故啬啬恶寒，淅淅恶风。鼻鸣干呕是副症，副症有可出现可不出现之义。本证由营卫不和引起，故以桂枝汤调和营卫为首选方。

**13条 太阳病,头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之。**

本条不提中风而提太阳病，以桂枝汤主之，是言本方的推广应用。柯韵伯说：“此条是桂枝本证，辨证为主，合此病即用此汤，不必问其为伤寒、中风、杂病也。”对柯氏的这一见解，历代注家无异义。

**97条 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。**

（词义）欲救邪风者：欲敉风邪所伤之义。

本条主症不全备，没有恶风、头痛等，只见发热、汗出，是一种不典型的桂枝汤证，但其产生仍然是荣弱卫强引起，故言宜桂枝汤。

**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。**

〔词义〕初服：一剂桂枝汤是三服（煮600毫升），初服指先服200毫升。却与：指尽服剩下的400毫升。反：《伤寒论》中凡不应出现的情况而出现了，称“反”。

本条言服桂枝汤后的反应。太阳中风证服桂枝汤本应缓解，但初服后反烦不解,是郁于里之阳热太盛的缘故。但表证仍在，仍需解表，故主张继渎试与桂枝汤治疗。先刺风池、风府泄热，有人疑为后世掺入。

**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。**

〔词义〕其气上冲：有二解，一是指自觉胸腹中有气上冲，表明邪未内陷，病仍在表，气不上冲，邪已内陷、表明病已入里；一是说“气”指正气，气上冲是指正气有趋上向外的趋势，太阳病的发热、脉浮、汗出、恶风、头痛、项强、鼻鸣干呕等症状，都是正气上冲的具体表现，“若不上冲者”意味着此等症状不复存在了,病已入里，笔者同意后一种见解。

本条言太阳病误下的一种情况。太阳病病在表而误下之，逆其正气的趋势，有导致邪气内陷的可能。邪气是否内陷，从哪里来观察呢？就是观察气上冲与不上冲。气上冲者,正气尚盛，表明虽误下而邪未内陷，可试与桂枝汤；若不上冲，表明邪已内陷，病不在表，故不得与桂枝汤。

**53条 病常自汗出者，此为营气和，荣气和者，外不谐，以卫气不共荣气谐和故尔，以营行脉中，卫行脉外，复发其汗，荣卫和则愈，宜桂枝汤。**

〔词义〕荣气和：荣不病。外不谐：外是“卫”的代称，即卫失调。以卫气不共荣气谐和故尔：卫气与荣气不协调的缘故。

本条不提太阳病，不提伤寒中风，只提一个“病”字，意思是指一般杂病，即使不见发热、头痛、恶寒，只见自汗出一症，也可以选用桂枝汤治疗。并指出此种自汗出是荣卫不和引起的，而此种荣卫不和的特点是：荣未病，卫失调。这种卫病荣未病的证候，笔者认为，是由于卫弱而不能与荣协调，即卫弱营和所致。因为卫弱不能卫外而外不固，故常自汗出；卫弱自然不会发热。此种卫弱之自汗与阳虚自汗仅仅是程度差别,后者常伴以无热而恶寒肢冷，是其不同之处。不管是卫强荣弱或卫弱荣和，总之都属营卫不调的证候，故仍宜桂枝汤治疗。

**54条 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。**

〔词义〕脏无他病：病不在里之义。时发热自汗出：指间歇性发热、自汗出。

本条笼统地提“病人”，是指一般的病人，如在里之脏腑无其它病变,仅见时发热、自汗出而不愈，这种情况，仲景自注：此卫气不和所致。考本条证候较53条多一个发热症状，而发热一症是卫阳浮盛于外的表现，故可认为本条的卫气不和实际上是卫强荣弱，与53条的卫弱荣和有所不同。由于仍属荣卫不调的证候，故治疗相同，亦宜桂枝汤。但在用法上有所不同，当“先其时发汗”，即先于发热、自汗出症状出现之前，服药取汗则愈。

总结上述条文，桂枝汤证的自汗出一症，有三种情况：一为太阳中风，卫强荣弱的自汗出（2条、12条），用桂枝汤发表解肌，调和营卫；二为一般杂病常3汗出（53条），属卫弱荣和之证，用桂枝汤“复发其汗”达到调和营卫的目的；三为一般杂病间歇性发热自汗出（54条），由于卫强营弱所致，用桂枝汤“先其时发汗”而愈。

2.辨证要点

主症 发热，自汗出，恶风，头痛，苔薄白,脉浮缓。

副症 鼻鸣干呕^

发热，是一种表热，其状翕翕发热。张氏[1]指出，此种发热，热度不甚高，因微自汗之故、与伤寒无汗皮肤干燥的高热；和阳明有汗皮肤湿润的蒸蒸发热，都有区别；而和每天上午热度正常，下午则升高的潮热，以及虚热（阳虚发热特点是手足厥冷，阴虚发热特点是手足心热）更是不同。

恶风与恶寒仅仅是程度的不同，表证恶风寒必伴以发热，而无热之恶寒则属阳虚，前者常重被不温，后者得暖则解,是其区别。

自汗出，是说不经用发汗剂而自然汗出之义。考《伤寒论》自汗出一症约有三种情况：（1）桂枝汤证自汗出，是表证自汗，特点是汗出不多，热度不甚高；（2）阳明里热自汗出，特点是汗量多，热势高；（3）阳虚自汗出，特点是无热恶寒而自汗。成氏[2]根据54条“时发热，自汗出”的“时”字，认为本证的发热是间歇性发热，自汗出是由于发热而起，将本证的症状过程综合为“发热——自汗出一一恶风寒”；“再发热——自汗出一恶风寒——发热”。

头痛，凡外感所致者，起病急，其痛剧；内伤所致者，来势缓，其痛绵绵，本证属前者。

脉浮缓，本篇有的条文提“脉浮弱”（42条），总之脉浮是共通的，而缓与弱性质也是相近的，前者指浮取有力，后者指沉取乏力状。

《伤寒论》六经中有四经论及舌诊，但在桂枝汤证中未提舌诊。苔薄白是根据近人实践增入。

鼻鸣干呕,是肺气不利，引起鼻塞而鸣之状；肺气不利导致胃气不和而引起干呕，呕而无物之状。关于其气上冲，《伤寒论》中几处提到气上冲的症状，如气上冲心、气上冲胸、气上冲咽喉等，有明确的冲动部位，而桂枝汤证未提到明确的冲动部位，故可理解为正气趋上向外之势。

桂枝汤证与麻黄汤证同有发热、恶寒、头身痛、脉浮，但前者脉浮缓、有汗，头身痛较轻；后者脉浮紧、无汗，头身痛较重，是其辨别要点。

桂枝汤证与温病初起同有脉浮、汗出、发热、头痛，但后者不恶寒，或初虽有恶寒，不久便发热而不恶寒了，且热势高，有口渴一症，可资辨别。

3.基本病理 风邪外袭，营卫不和。

营卫即阴阳。本论中所谓“不调”、“不和”、“不谐”是同义语，其含义有二：增强或减弱。风为阳邪而性动。当风邪侵袭人体肤表，引起卫阳大于营阴时，则卫阳的上升性、温热性、发散性和动的作用占主导地位，而营阴的沉降性、寒凉性、凝聚性和静的作用居于弱势，便产生发热、自汗出、头痛、脉浮缓等症状。当自汗出后，阳的温散性、动性减弱，阴的寒凝性、静性相对增强，暂时出现阴大于阳，故恶风寒。这和成氏[2]所谓本证“发热——自汗出——恶风寒”的症状过程是符合的。这是由于卫强荣弱而形成本证的一方面。另一方面，如53条所言卫病营未病，弱势的卫阳的外固性减低，亦可发生自汗出，而弱势的卫阳其升温性不足，故不一定发热。由此可见，无论是卫强营弱或卫弱营和所形成的营卫不调，其关键症状是自汗出。可以认为自汗出是营卫不调的主要临床指标。由上可知，桂枝汤证是由于阴阳升降失调而形成的以营卫不和为特点的整体反应性证候，具有减弱性失调的性质，传统称为表虚证。

桂枝汤证是太阳肤表的一个大的病理层次的反应。由于人体异常复杂，个体间脏腑阴阳虚实的差別很大，常常在出现整体反应性证候的同时，伴以某些局部器官的阴阳升降失调，而形成许多桂枝汤兼证。这些兼证代表着更小的病理层次的反应，将在后面逐个讨论。

4.药理方理

桂枝汤方：

桂枝9克（去皮） 芍药9克 甘草6克，生姜9克 大枣12枚。上五味，㕮咀，以水1400毫升，微火煮取600毫升，去滓，适寒温，服200毫升。服已须臾，啜热稀粥200余毫升，以助药力。温服令一时许，遍身蜇蜇微似有汗者益佳，不可令如水流离，病必不除。若一服汗出病瘥，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。若不汗出，乃服至二、三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛，酒酪，臭恶等物。上述服法，大意是水煎温服，药后进热粥，以取微汗为佳，不要大汗。如病未除，可日夜连服。

本方桂枝、生姜辛温通阳，功在提高卫阳的升散性、动性，使弱势的卫阳得以增强，使优势之卫阳因发散而减弱；芍药、甘草、大枣酸甘敛阴，功在增强营阴的沉凝性、静性，以节制卫阳升散性、动性，防其太过。方中有升有降，有散有收,有动有静，刚柔相济，组合严谨，为仲景起手第一方。

刘氏[3]概括本方的作用为：可上可下，可左可右，可前可后，可虚可实，药虽数味,寓意深刻，曰发汗解肌，不甚妥贴，若云调和营卫，更觉合适。其服药后啜稀粥，目的在于助胃气、补津液，以及取微汗不要大汗，均具有调节之理。因为大汗使卫阳过度地升散而减弱，达不到平调阴阳的目的，反生变证。不过，对服桂枝汤后是否出汗的问题，刘氏[3]的观察得出不同的结果，他见到的是，凡服桂枝汤而热去邪解者，并非汗出增加所致，却见汗出逐渐减少而诸证缓解。因桂枝汤证本有汗，故见汗出渐少而证减。他认为非桂麻同用不足以发汗。他提供的事实可能是其作用的一方面。是则，本方既能发汗又能止汗，体现了阴阳调节的二相性。

关于桂枝汤的禁忌证，公认（1）太阳病下之后，其气不上冲者；（2）脉浮紧，发热，汗不出者；（3）酒客病者；（4）服桂枝汤吐者；（5）温病。

5.现代应用

近年来应用桂枝汤于临床之治疗，范围很广。林氏[4]总结原因不明之低热症68例中，有5例经用抗生素、解热剂治疗无效，属营卫不和，均以桂枝汤收功。王氏[5]亦报告同样患者一例，但较突出的症状是夜寐不好，脉濡，用本方加玉竹、牡蛎6剂而愈，随访3月未复发。根据本方针对的特定病理——营卫不和，用于多种疾病均收到效果。如顾氏[6]治疗多形红斑、湿疹、荨麻疹、皮肤瘙痒症、冬季皮炎、冻疮、蛇皮癣等多种皮肤病，只要出现舌苔薄白，脉浮缓或浮滑者，均以本方为主获得满意疗效。顾氏指出，本方治疗皮肤病的范围其实远不只此，对一些具有每逢冬季发作，春暖时症状减轻规律的患者，用本方主治无不收效。又如陈氏[7]治疗“流感”；李氏[8]治疗流产行剖宫术后,失血甚多，感染发热；王氏[9]治疗盗汗症等，均取得良好效果。而来氏[10]用桂枝汤加葶苈、蝉蜕治疗20例过敏性鼻炎，除2例结果不明,4例复发外，其余14例全部治愈，服药最少2剂，最多14剂，并提出本方加葶苈、蝉蜕是否有脱敏之功,是值得进一步研究的问题。笔者认为,王氏用本方治疗过敏性鼻炎,可能是出于桂枝汤证中有“鼻鸣”一症，也算方有所据。有趣者是叶氏[11][12]等用本方加黄芪治疗“流感”和普通感冒各95例，日服1-2剂，平均3天全部治愈，收到100%的良效。而在190例病人的治疗中,不管营卫和与不和,有无桂枝汤证候，均以本方收效。其收效的理由被认为是，“邪之所凑，其气必虚”，以扶正撤邪为主的结果。笔者认为，感冒这个病病程不长，病情不太重，其辨证性也就不强，可以收到如此效果，但对其它疾病不加辨证是否有效，颇持疑问。张氏[1]根据“翕翕发热”一语，认为桂枝汤的适应证是“热度不高”；夏氏[13]认为桂枝汤证“非属急性热病”。事实证明，此说具有片面性。胡氏[14]治疗1例急性风湿热合并肝炎，是最令人信服的。患者长期发热，大汗出，剧咳，吐白粘痰，经西药醋柳酸、水杨酸钠、奎宁、青霉素、土霉素、红霉素、四环素、考的松，输血，输液无效，配中药认为是白虎汤证，用人参白虎汤、黄连阿胶汤等加减，治疗月余无效。病情突然恶化，高热不退，体温40°C至41°C,并有大汗、烦躁、面赤、耳聋、意识模糊、全身发青、并有奇痒之丘疹等症状，脉虚数无力，舌质紫暗，上被白润苔，且恶风寒，呕逆，滴水不入。胡氏认为是表证仍在，兼发斑、奇痒，是风邪搏于血分之证，乃宗桂枝汤加青蒿、鳖甲等。药服二煎，体温始降，继进本方病退而热解。胡氏认为，本病主证是长期高热40余天，大汗如洗，热不为汗衰，全身疼，恶风寒、脉浮、皮肤丘疹奇痒，渴不欲饮，此不同于白虎证者有三：其一，虽大汗淋漓,大热，但不欲饮，且高热前有恶寒症；其二，热入阳明之发斑，其斑不作痒，此例奇痒而周身疼痛；其三，白虎证之大热、大汗、大渴，内外燔灼，不数日即将一身津液耗尽，而迅速出现阳明腑实证，何以高烧大汗40余天而无腑实证，故知非白虎证也。胡氏此案辨证精确，故不吝篇幅加以摘录。笔者学习此案后也有三点体会：其一，体温计确定的发热程度不可作为能否使用桂枝汤的可靠依据；其二，时间长短不是传变与否的标准，本例40余天而桂枝证仍在,足资证明；其三，深信仲景对大汗淋漓，病必不除的观察，以及大汗后桂枝证仍在者仍可与桂枝汤的治疗原则。这从《伤寒论》23条、42条便可得知。还值得一提的是,刘氏[15]对本方用于治疗自汗和多汗的观察。刘氏认为，本方是治自汗和多汗的有效方剂，重者可加黄芪，但有时用桂枝汤加黄芪治疗自汗证并不见效。实践体会，其治自汗奥妙在于“复发其汗”与“先其时发汗”，使营卫调和之后，再加黄芪，更能发挥黄芪的实表作用，防止复发。黄芪过早不效是因其牵制桂枝之升发性而影响疗效之故，可谓经验之谈。足以证明仲景阐述的治疗规律是确定无疑的。

#### <二> 桂枝加厚朴杏子汤证（兼肺失调）

1.原文汇要

**19条 喘家作，桂枝汤，加厚朴、杏子佳。**

[词义] 喘家：索有气喘病的人。作：发作。

本条有两种断句法：一种是在“喘家”打逗点，一种是在“作”后打逗点，即成“喘家作”，以后者为妥。《伤寒论》文字简咯，有的单提一症，有的单提一脉，其中包涵很多意思，这叫做省文法。所以学习本书当采取条文互参，以方测证，或以证测方的方法，才不致陷入迷途。本条省去了“太阳中风”这句话，意思是素有气喘病，今气喘发作，又病太阳中风，当用桂枝如厚朴、杏子汤治疗。

**43条 太阳病，下之微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴、杏子汤主之**

本条首提太阳病，意味着发热、恶风、头痛、脉浮等表症依然存在。误下引起微喘，与19条症状相同，不过新久略异。19条是素有气喘发作而患太阳中风证，本条是说新感外邪，患太阳中风证而兼微喘，病证相同，故治法不殊。

对下之微喘的病机，成无己曾解释说：下后大喘,是里气大虚，邪气内陷，正气将脱之象；而下后微喘，是里气上逆，邪未传里，犹在表，故仍以桂枝汤解外,厚朴、杏仁降气以治之。

2.辨证要点

主症 发热、自汗出、恶风寒、气端、苔薄白，脉浮缓。

副症 咳嗽，吐白色痰。

气喘一症，在太阳病里有好几见。麻黄汤证的喘与小青龙汤证的喘咳，是无汗而喘（或喘咳）。麻杏石甘汤证有“汗出而喘”，必伴口渴痰粘、苔薄白干、舌质红。葛根芩连汤证有“喘而汗出”，必伴下利、口渴。此外，少阳病无喘有咳，阳明病有喘无咳，少阴病有咳有喘，这些咳喘都具有该经的特征症状，可资辨别。

3.基本病理 营卫不调，肺气不利。

本条实际上是整体反应性的桂枝汤证加上局部反应性——肺气失调而构成的证候。其喘多由肺之宿痰壅阻所致。

痰为有形之质属阴，而气无形属阳。在肺，阴（痰）的凝聚性、静性大于阳（气）的升散性、动性，使气的升降出入障碍，便发生气喘。在外，营卫不和引起的桂枝汤证,已如前述，从略。

4.药理方理

桂枝加厚扑、杏子汤方：

桂枝（去皮）9克 甘草（炙）6克 生姜（切）9克 芍药9克 大枣12枚 厚朴（炙、去皮）6克 杏子（去皮尖）50枚

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

本方桂枝汤调和营卫，平调整体之阴阳；厚朴、杏仁苦辛温，苦以降肺气之逆，辛温以减弱宿痰之凝聚，达到平调局部阴阳升降的目的。这是把整体和局部结合起来的处理方法。

5.现代应用

近代名家蒲辅周氏[16]治疗重症腺病毒肺炎1例，经用土霉素、红霉素及大剂麻杏石甘汤无效。当时体温40°C，无汗，面青，喘咳，唇淡，脉浮滑，舌淡，苔灰白。认为用辛凉苦寒撤热不解，是营卫不通，寒邪闭肺所致。用桂枝加厚朴、杏子汤加前胡、僵蚕，1剂得微汗，体温渐退，热降喘平，营卫得和。后以射干麻黄汤理肺开郁，以厚朴生姜半夏甘草人参汤加味调和肺胃收功。蒲氏在此处不提营卫不和而提“营卫不通”，因无汗之故。本无汗用本方面得微汗，说明桂枝汤具有汗出能止汗、无汗能发汗的二相性。蒲氏此案是新感致喘，还有宿痰致喘者，用之同样有效。如有人[17]治疗1例久患哮喘病人，喘息，汗出，体温38.4°C，听诊两肺湿性啰音，苔白，脉虚数，用本方并临卧时加服1次黑锡丹，使病情缓解。笔者常用本方治疗小儿支气管肺炎，低热，汗出，喘息，面苍唇淡，四肢欠温者，每获疗效。是则，本方似具有抗呼吸道感染的作用，然而，本方诸药对病毒、细菌的抑制作用甚弱，不能解释有时获得的显著疗效，似不具有病因治疗的性质，其原理颇值得研究。

#### <三> 桂枝去芍药汤证

#### <四> 桂枝去芍药加附子汤证（兼心失调）

1.原文汇要

**22条 太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之；若微恶寒者,桂枝去芍药加附子汤主之。**

〔词义〕脉促：一作名词解，即数中一止的促脉；一作形容词解，即脉形短促，两种情况都可能出现。若微恶寒者：微字有两解，一作名词，指脉微；一作形容词,指微恶寒，即畏寒，无热而恶寒之渭，解释虽各不同，但都认为是阳气进一步损伤的表现。

柯韵伯指出，“脉促”、“胸满”阳盛阳虚均可见之，但本条“脉促而不汗出，胸满而不喘，非阳盛也，是寒邪内结，将作结胸之症。”柯氏在此处显然认为是无汗，而有的注家[25]则认为有发热、汗出等症，但一致认为是下后伤了心阳所致。笔者认为，无论有汗无汗或下之与否，只要见“脉促、胸满”而未有热象，便属于本汤证。注家们的不同所见，可能是出于观察的对象不同，都反映了不同的实践经验,不妨兼收并蓄。

2.辨证要点

主症 胸满，脉促或虚微，昆寒，苔薄白。

副症 恶风寒，发热，汗出或不汗出。

胸满指心胸满闷惑，或压迫感，或紧缩感。脉促是脉率加速而见歇止，此不专主热证，通常是虚阳欲脱的征象。经验证明，胸阳不振的病人其脉多虚微、故将虚微脉列为主症。畏寒是指无热之畏寒，是阳虚的征象，通常标志着肾阳不足。其副证属表证，可有可无，经验证明不兼表证亦属本汤证。

《伤寒论》中提到若干症状部位问题，如胸满、胸胁满、心中悸、心下痞满、胁下苦满、腹满、脐下悸、少腹上冲心等，这些部位常是辨证关键。

3.基本病理 心阳不振，或兼营卫不调。

本证或因太阳病误用苦寒下泄，挫伤阳气：或素体阳虚，致使胸中阴大于阳。优势的阴的凝聚性、静性引起胸满。阳的升动性不足引起脉促或虚微。弱势的阳的发散性、温煦性不足，而产生畏寒等症状。其副症可有时无。如兼有副症则本证属整体与局部反应性共冋构成的证候，属减弱性失调。

4.药理方理

桂枝去与药汤力：

桂枝9克（去皮） 甘草6克（炙） 生姜9克（切） 大枣12枚（擘） 上四味，以水1400毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。本云：桂枝汤，今去芍药。将息如前法。

本方诸药辛甘化阳，旨在增强阳的升温动性；去芍药者以免酸甘化阴助长阴的凝聚性、静性。制方目的在于使胸中阳气升而阴凝解，阴阳平而诸症除。

桂枝去芍药知附子汤方：

即上方加附子一枚（炮，去皮，破八片）

本方加附子之大辛大热,其作用强度较上方倍增，适于由心阳虚而损及肾阳者。

5.现代应用

桂枝去芍药扬、桂枝去芍药加附子汤的组成药物，近年来用在其它复方中治疗冠心病等心血管疾病是比较多的，而单用上二方于临床的未见报道。

#### <五> 桂枝甘草汤证

1.原文汇要

**64条 发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。**

〔词义〕叉手自冒心：指以手按护心前区之状。心下悸：指心悸动，也叫做怔忡，悸和惊不同，有触（有外界刺激因素）而动曰惊，不触（无外界刺激因尜）而动曰悸。

桂枝去芍药汤证是误下伤心阳，引起胸满。本条是误汗伤心阳引起心下悸，原因和表现不同而病机则一，故用桂枝甘草汤辛甘温阳治疗。

2.辨证要点

主症 心下悸动，或空虚或空悬感。脉微缓或结，苔白。

副症 短气，或略有心痛。

心悸动为心下自感悸动不安之状，其产生常由于阳盛热实或阴虚阳亢引起，亦可见之于阴盛阳虚的证候，其鉴别要点在于前者，常心悸而烦躁，脉数疾；后者心悸而空悬,脉迟缓或结。

3.基本病理 心阳不振。

发汗过多，胸中阳气因其过度发散而减弱，致使胸中阴大于阳，优势的阴的沉降性引起心悸、空悬；阴的凝结性、静性引起脉迟缓或结，甚者引起短气、心痛。属于局部反应性减弱性失调证候。

4.药理方理

桂枝甘草汤方：

桂枝12克（去皮） 甘草6克（炙） 上二味，以水600毫升，煮取200毫升，去滓，顿服。

本方桂甘辛甘化阳，目的是升高胸中阳气以达到平调阴阳，其理与桂枝去芍药汤同。

关于甘草的作用，日人东洞吉益很有研究，认为甘草不是一个矫味药，而是一个很好的缓急迫的药。他总结《伤寒论》和《金匮》二书用甘草的情况指出，凡诸般急迫之症，如里急、急痛、挛急、厥逆、烦躁、冲气上逆等症，仲景均便用甘草。其方如四逆汤治厥逆，芍药甘草汤治脚挛急，甘草干姜汤治心烦不得安，桂枝人参汤治利下不止，小建中汤治腹中急痛，桂枝甘草涵治心下悸，其人叉手自冒心等，但其缓急作用的实质如何？却有待研究。

5.现代应用

范氏[26]认为，仲景桂甘同用的方剂，都与治疗心血管病有关，都以维护心气为主。该氏用本方如味治疗1例心脏性哮喘，脉结，数剂而病情缓解。胡氏[27]用本方顿服治疗1例心悸而痛的病人，其痛若失。该病人时自汗，六脉微缓，舌苔白滑，经服多种止痛剂罔效，断为“虚痛”而用本方取效，足见胡氏善明阴阳升降之理。

#### <六> 桂枝甘草龙骨牡蛎汤证

#### <七> 桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证

1.原文汇要

**122条 火逆下之，因烧针烦躁者，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。**

**1l5条 伤寒脉浮，医者以火迫劫之，亡阳，必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。**

〔词义〕：火逆：用烧针、艾灸、火熨等造成变证为逆。下之：“之”指太阳病，文中来说太阳病是“举宾略主”的叙述方法。烧针：是一种古代用以取汗的治法，其法以粗针外裹绵花蘸油燃烧，等针被烧红，立即去掉棉油，迅速针入穴位成局部，然后又迅速抽出，今人还用以治淋巴结核者。以火迫之：用火法强迫出汗之谓，包恬烧计、艾灸、火熨、火薰等，火熨、火薰，也是古代的一种劫汗法,即烧瓦熨背，烧坑而卧。

122条的证候，火逆、下之、烧针，一误二误，才引起一点烦躁，日人东洞翁疑原文有误，并根据本条主方是以桂枝甘草汤为基础的，而桂枝甘草汤证又是因发汁过多所致，乃将本条原文改成“火逆、烧针、汗之，因烦躁者……”这样似更符实际。总之，122条与115条都是因火迫汗而损伤心阳的变证，与桂枝甘草汤证虽轻重不同,表现不同，成因不同，但病机则一,皆为心阳受损，故都以桂枝甘草汤为基础加味治疗。

笔者认为，《伤寒论》在阐述证候的转化机理时，常提到“发汗后”、“发汗过多”、“误汗”等，可能是一些急性热病在体温下降以后出现的情况，因体温下降时一般要出汗。如体温下降同时出汗后，脉静身凉，症状随之缓解，当然不算误治；如体温下降，同时出汗或出汗过多，以后又出现某些新的症状，就被认为是“误汗”引起的。把疾病的转化多归咎于医者“误汗”（还有误下、误吐、误利等），可能是仲景存在某些观察上的错误，因为事实并不尽然，临床上许多疾病的转化是其自然发展的结果。

2.辨证要点

主症 心悸，烦躁不安，惊狂，苔白润,脉虚数。

惊狂是指惊恐和发狂两层意思。惊恐是病人自觉心慌恐惧之状；发狂是烦躁不安而进一步狂乱之谓。本证不可误认为痰热实证，后者所致之烦躁、惊狂必见面赤唇红、溲赤、舌红苔黄等症。学者识此以资鉴别。

3.基本病理 心阳虚衰，阳气浮散。

火劫大汗，阳气因过度发散而耗损，形成阴大于阳。但浮散在上之阳气显示出虚性上升动性，导致心神不宁，故出现心悸、烦躁、惊狂、脉虚数等症。属于局部病理反应层次的减弱性失调证候。

4.药理方理

桂枝甘草龙骨牡蛎汤方：

桂枝3克（去皮） 竹草6克（炙） 牡蛎（熬） 龙骨6克 上四味，以水1000毫升，煮取500毫升，去滓，温服160毫升，日三服。

桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤方：

桂枝9克（去皮） 甘草6克（炙） 生姜9克（切） 大枣12枚（擘） 牡蛎15克（熬）蜀漆9克（洗去腥），龙骨12克上七味，以水2400毫升，先煮蜀漆减400毫升，纳诸药，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。

关于上方蜀漆一味古今注家均有分歧。柯韵伯[28]认为有误。左季云[29]认为亡阳之证不胜蜀漆之暴悍宜以茯苓等代之。但亦有[30]主张不误而意义在于消痰以止惊狂。蜀漆乃常山之别名，古今医家多用于治疟，此处用之，似嫌崚猛，但其煎煮法已减去其烈性，笔者手边尚无实践资料可凭，误与不误，难持可否。

二方之龙骨、牡蛎旨在镇敛虚浮在上之阳气，以减弱其虚性上升动性。其余与桂枝去芍药汤同义。

考仲景在本论中治心阳不足出现心悸、胸满者，诸方皆去芍药。后世治心阳不振，心营瘀阻的各方多以赤芍易白芍，如王清任的血府逐瘀汤，近人[31]的冠心II号方等。有形之质皆属于阴，故仲景在《金匮》[32]中治疗“清谷”、“亡血”、“遗精”的桂枝龙骨牡蛎汤，则不去白芍。近人王氏[33]用桂枝龙骨牡蛎汤治遗尿也获良效。说明芍对所有阴质（包括津液、精、血等）均具有增强其凝聚性、静性的作用，似无疑问。

#### <八>炙甘草汤证

1.原文汇要

**182条 伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。**

本条为邪尽之后，气血两虚之证。上数条桂枝甘草汤证等是误治引起心悸，本条未误治而心悸动。

2.辨证要点

主症 脉结代，心动悸。

副症 气短，失眠。

迟中一止，止无常数，是为结脉；止有常数，称为代脉。结代脉皆属阴脉。由于主病相同，治疗无异，故结代脉同提。临床上有脉结代者，未有不心动悸的。

3.基本病理 气血不足，（心）阴阳两虚。

产生脉结代的原因有三：气血不足，血瘀，痰阻。有形质之血、瘀、痰属阴，而气为无形属阳。当气虚时，阴大于阳，阳（气）的升散性、动性不足，阴（痰、瘀等）的凝聚性、静性居优势，致使血瘀、痰阻，血流通过不利而引起脉结代。如气血俱虚，阴阳呈均势地减弱，无力以完成升降运动的连续性，亦可出现脉结代。临床上因阴阳不足而脉结代者，其脉无力而虚，常伴心动空虚，少气，短气；属血瘀者，多有心前区刺痛，脉兼涩象，舌有瘀点；属痰阻者，多心区闷满不舒，苔白滑膩。至于气短则为心气不足所致；失眠则为血不养心，心神不宁引起。

4.药理方理

炙甘草汤方：

炙甘草12克（炙） 生姜9克（切） 人参6克 生地黄30克 桂枝9克（去皮） 阿胶6克 麦门冬15克（去心） 麻仁15克（原半升） 大枣30枚（擘） 上九味，以清酒1400毫升，水1600毫升，先煮八味，取600毫升，去滓，内阿胶烊消尽，温服200毫升，日三服。一名复脉汤。

本方炙甘草与地、胶、麦、仁、枣配合，为纯甘壮水之剂，滋阴血而补阴之不足，增进阴之连续性：炙甘草与桂枝、生姜配合，为辛甘化阳，以增强阳的上升性、动性。而人参一味则是在阴补阴，在阳补阳，能温能清，可升可降。故本方气血双补，阴阳两调，为心动悸、脉结代的首选方。

有的注家[29]认为本方麻仁似为传写之误，因麻仁润肠以通虚闭，不入心养神，主张以枣仁易之。笔者赞同其说。

关于人参具有作用力很强的二相调节的性质，已获现代研究[3’]证明，人参既可防止A、C、T、H引起的肾上腺肥大，也可防止皮质素引起的萎缩；既可降低血糖，也可升高血糖，既可升高血压，也可降低血压。张氏[35]从动物实验观察到，人参具有强心作用，其作用特点与强心甙相似。

笔者经验，本方之人参如以党参、泡参、沙参等取代，往往不能取得效果；而甘草一味必须是炙甘草，如用普通甘草其疗效里著逊色。在应用本方时，当根据病证偏阴虚或偏阳虚进行加减。如偏阳气不足，表现出神疲懒言，少气短气,舌淡，脉缓弱,可加黄芪、桂子；偏阴虚，表现面潮红，急躁，舌瘦小红绛，脉细，可加五味子、枸杞子、山药；挟血瘀，表现心前区时有刺痛，舌紫或有瘀点，脉涩，可加三七、桃仁、红花之类；挟痰湿，表现舌苔白滑而腻，可加瓜蒌、法夏之类。

5.现代应用

炙甘草汤现代被广泛用来治疗各种原因引起的心律失常。如李氏[36]用本方加减治疗室性期前收缩2例、房性和结性期前收缩各1例，共4剂，其产生原因和诱因都不明确，病程持续在2月-2年以上，均获良好效果。李氏指出，期前收缩亦名过早搏动，是心律失常中最常见的一种，其产生之脉象与祖国医学所描述的结代脉相吻合，而用本方治疗的4例来看，似有益无损。吴氏[37]用本方加丹参、五味、小麦、黄芪等，治疗1例室性期外收缩、冠状动脉心脏病及主动脉硬化，出现心悸脉结代病人，10余剂竟收到纠正心律的功效。153医院[38]用本方合生脉散治疗冠心病频发室性早搏9例也取得良好效果，并认为偏气阴两虚者疗效较好。但李氏[39]则认为本方用于心肌病、植物神经功能紊乱等引起的心律失常，效果较好，而且主要目的在于消除症状。实践证明，本方不仅能消除病人主观的症状，还能改善心电图。这种看法得到丘氏[40]经验的支持.他以本方治疗心律不齐28例，其中显效（心悸消失，听诊及心电图检查正常）23例；有效（症状减轻，间或发作，或轻度反复）4例，无效（无改善）1例。他认为本方的组成，在理论上是依据阴血需要阳气来推动的原理，着重于补心气，通心阳，并观察到心律不齐虚证多，而实证少。本方不仅对功能性心律失常有效,对器质性病变所致之心律失常和“心衰”也有效。顾氏[41]介绍1例风心病、二尖瓣狭窄、心房纤维震颤、心力衰竭的患者，仅服炙甘草汤21剂，症状消失，临床痊愈出院，血沉亦由40mm/小时降为10mm/小时。郑氏采用中西医结合的方法，即用本方加心得宁治疗12例心律不齐（窦性心动过缓2例，异位搏动心律8例，传导异常2例），症状和心电图均大有改善，认为本方有减低异位起搏点自律性和恢复心脏传导作用。本方正如陈氏所言，不论冠心病、高心病、风心病、肺心病，只须见脉结代，心悸动者，均可采用。以上介绍仅仅针对心血管疾病而应用本方的情况。实际上其应用范围远不止此。雷氏取本方甘草和人参治疗产后脑垂体前叶机能减退症1例，取得肯定疗效。认为本病理想的疗法是使残留的有生机的细胞增生，垂体前叶增大，从而使机能恢复，而本例病人获得全愈，说明甘草、人参有此种作用。姚氏[45]更将本方应用于眼科上，据其家传经验,本方对青肓、内障、视感、瞳神干缺、翳陷、目妄见、云雾移睛、神气枯瘁等均有效，其应用标准是：（1）眼部症状,在外障方面红肿痛羞明流泪等刺激症状比较轻，病变进行较缓但病程长，难愈；在内障及青盲方面，除视物模糊外，并多伴有痠楚疼痛，不能久视等感觉，病变发展亦慢，但后果严重；（2）健康状况，身体较消瘦，衰弱，苍老；（3）舌苔,主要表现淡白而润，淡红少苔，或淡红而中光绛；（4）脉象，主要表现为沉细、沉迟、细弱，或结代；（5）其它症状，多数有头晕目眩，体倦乏力，时时心跳，怕冷，多梦少寐，甚至失眠。

本方的适应证为什么这样广？笔者认为，是由于本方具备了阴阳调节的三个特性：即固本性、二相性和整体性的缘故，所以针对性大，而专一性小。这就是今人用本方面大大超过仲景当年规定范围并有效的原因所在。

#### <九> 桂枝加桂汤证

1.原文汇要

**121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。**

〔词义〕核：指针后局部发生的红冲。奔豚：豚即小猪，用小猪奔跑的状态以形容腹中气团攻走的情形，是古人朴素的描述。《金匮》将奔豚独立出来作为病名，其病的特征是，自觉有气从少腹上冲胸咽,痛苦异常,时发时止。

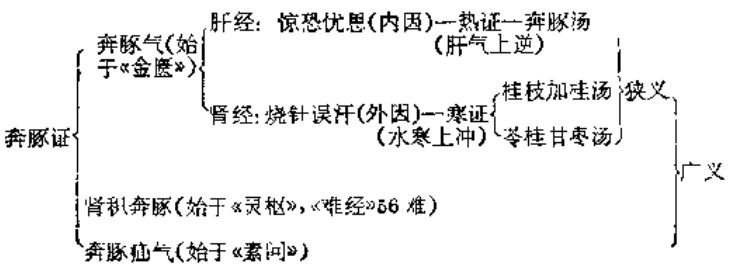
本条奔豚证是误汗伤心阳，引动下焦寒气上乘所致，治从温心阳入手，故试与桂枝加桂汤，更加桂二两治疗。

2.辨证要点

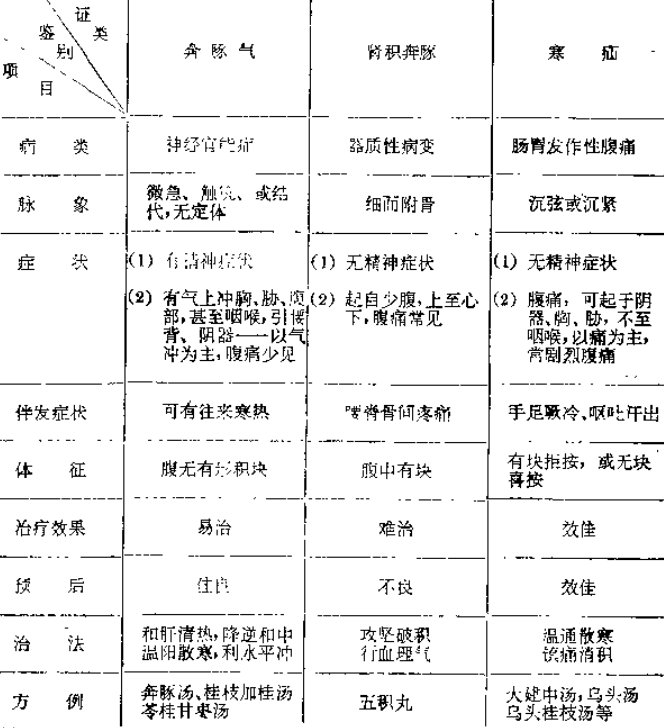
主症 心悸，气从少腹上冲胸咽，呈发作性，腹中无形质可查，痛苦不堪，舌淡苔白。

副症 或有腹痛，寒热。

王氏[48]分析古代有关奔豚记述，认为《灵枢》之“肾积奔豚”是积；《素问》之“奔豚疝气”是疝；《金匮》之“奔豚气”是气，不能混为一谈。是则，奔豚一证有广义和狭义之别。罗氏[49]指出奔豚气证之属于肝者，多为热性；属于肾者，多为寒性。综合王氏和罗氏之见解,列表示意如下：



可见奔豚气、积、疝是三个不同的证候，关于三者的辨别，王氏[48]肖氏[50]都作了归纳比较，笔者综合二氏见解列表如下：



3.基本病理 心阳受损，寒气上逆。

上焦心阳因过度发散而严重减弱，阴大于阳。于是下焦阳气急起而填补之，这是人体自然调节之理。由于急剧的上行性冲动，便发为奔豚。但此种弱势之阳其温煦性已很不足，故称为寒气上逆。本证实标上是心阳受损并初损肾阳的证候。

4.药理方理

桂枝加桂汤方：

本方即桂枝汤原方，再加桂枝6克。上五味，以水1400毫升,煮取600毫升，去滓，温服200毫升。本云：桂枝汤，今加桂满15克。所以加桂者，以能泄奔豚气也。

本方加桂而不加附，医家[29]早有看法，认为本证属肾，方用桂枝加桂汤，于足少阴肾，其法不合，因气本上冲，再加桂枝以升动，岂不更助其冲逆之势。笔者对本证并无经验，不敢纠仲景之偏，但揣其理，加桂枝以溢上焦心阳，上焦阳气得温，则下焦阳气的上行性冲动便随之而减，奔豚自平。此种诊治手段，不明阴阳升降运动之理者，实难了解。

5.现代应用

关于奔豚气的实质，潘氏[51]认为是癔病患者知觉异常的自觉症状——癔病球；周氏[52]持同样见解，认为与歇斯底里猜神发作类似,并用甘麦大枣汤治疗25例取得良效，这与前述王氏等认为是神经官能症看法一致。但把中医的证候名称与西医的病种名称对号入坐，无数事实材料说明，总不合辙。如钱氏[53]诊治1例奔豚气病人，腹痛，自觉一股气由腹部上冲咽喉，用颠茄酊、复方樟脑酊、三溴合剂治疗7天，症状未减,经西医内外科会诊，诊断为“结肠过敏”，乃用奔豚汤合当归芍药散，连服4天而愈，随访2月多未复发。徐氏[54]报道1例，因服常奋之驱蛔泻剂治呕逆吐蛔症，而致腹痛更剧，觉少腹有气块上逆冲动，亦诊断为奔豚气。可见有不少疾病都可出现本证。对本证的治疗，辨明寒热虚实和阴阳升降至关重要。上述徐氏所言之病例，曾与乌梅丸、奔豚汤未效，诊得脉沉弦，口干少饮，苔白腻，面黄神疲，认为虚寒毕露，改用桂枝加桂枝汤，因有脘痞、哫逆，佐以半夏泻心汤加减数剂而愈。蒋氏[55]曾描述1例具有典型的奔豚气证候的病人，用尽了仲景治疗本证诸方无效，后观察到其人里急，得泄数行而病势反略减轻，认为是阳虚阴乘，气结水聚所致，用桂枝汤去大枣加吴萸、干姜、木香、香附、台乌、川芎,1剂而病衰，再剂而病愈。笔者认为，此方之意在于温中上焦之阳，调肝气之郁，使气升而水降，阳温而寒解，诚为治奔豚气之发展。治奔豚要注意疏肝郁，方氏[56]也早有认识。他记述1例肾虚而挟肝气横逆的奔豚气病人，认为奔豚汤、桂枝加桂汤等治法均不适应，用自拟“温肾泄肝法”：牡蛎、金铃、小茴、苁蓉、玄胡、杜仲、桂枝、前仁、青皮、橘核而治愈。一病有多方，一方医多病，这是中医的诊治特点。桂枝加桂汤不仅用以治奔豚气，左氏[57]还用来治脑外伤后综合征。他以本方和礞石滚痰丸化裁共治30例该病患者，其中23例经2-3疗程（1月为1疗程）治疗后，症状基本消失。

#### <十> 茯苓拌枝甘草大枣汤证

1.原文汇要

**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。**

[词义] 脐下悸：脐下悸动不宁之状。

本条是汗后伤心阳，水停下焦，以致脐下悸动，欲作而未作奔豚之证。由于水停为患，故用茯苓桂枝甘草大枣汤温阳行水治疗。

2.辨证要点

主症 脐下悸动,欲作奔豚，小便不利。

副症 心悸。

本汤证为欲作奔豚证，与奔豚证的区别在于：前者为心阳不足,下焦水饮停聚，形成悸动；后者为心阳不足，下焦寒气上逆所致。但为何同是心阳不足，一则寒气上逆，一则为停饮呢？关键在于小便利与不利？下焦停饮是因为小便不利之故。

3.基本病理 心阳受损，水停脐下。

发汗伤阳，阴大于阳。优势的阴的沉凝性、静性引起水停脐下，弱势的阳气欲升，被优势的水阴所阻,而呈显脐下悸动，欲作奔豚之状。小便不利，正是阳虚不能温化所致。

4.药理方理

茯苓桂枝甘草大枣汤方：

茯苓24克 桂枝9克 炙甘草6克 大枣12枚 上四味，以甘澜水2000毫升，先煮茯苓减400毫升，内诸药，煮取600毫升，去浮，温服200毫升，日三服。

甘澜水作法：取水2000毫升置大盆内，以杓扬之，水上有珠子五六千颗相逐，取用之。

本方即苓桂术甘汤去白术加大枣，倍茯苓而成。苓桂术甘汤治吐下伤脾阳，水停心下，心下逆满之证,故用白术；本方治汗后伤心阳，水停脐下，脐下悸动之证，故去白术倍茯苓。倍茯苓旨在加强其淡渗利水之功，降低水阴的凝聚性、静性，再以桂枝、甘草、大枣，辛甘化阳，增强阳的升温性、动性，使清气升而浊阴降，阴阳和而水邪除。

5.现代应用

据笔者所知,单以茯苓桂枝甘草大枣汤作临床观察者少见。仅有一医院[68]报告1例西医诊断为不全肠梗阻病人，一致主张急用手术治疗。病人自诉有气冲咽喉，汩汩鸣响，气冲逆时，则咬牙闭目，痛苦不堪，难过欲死，约数分钟后气还下行，神志稍安。治以平冲为急，用本方面缓解,再以乌梅丸（因吐扰）而收功。报告者叙述，本例西医主张手术，而服几剂中药竟然使上冲之气平复，蠕动亢进之肠纳入正规，使频于死亡的病员，在毫无痛苦的前提下，获得神效，莫不称快。

#### <十一> 小建中汤证（兼脾失调）

1.原文汇要

**105条 伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。**

本条首提伤寒二三日，未提误汗误下,说明表证仍在。未经汗下而出现心中悸而烦,悸主正气虚，烦主邪气扰，表明正气不足，邪气有内传之势，用小建中汤旨在扶助正气，扶正以袪邪之义。

**102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。**

[词义] 阳脉：寸脉。阴脉：尺脉。腹中急痛：腹中挛急作痛。不差：不愈。

本条说明脾阳不足的小建中汤证又兼小柴胡汤证的先后治法。脉涩主虚，又主气血不利；脉弦主痛，又为少阳主脉。腹中急痛为脾阳不足，气血不利，不通则痛所致。故先以小建中汤辛温益脾，调和气血；再以小柴胡汤和解表里。

《金匮》提到“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢痠疼，手足烦热，咽中干燥。”亦为脾阳不足的小建中汤证，应合看才完整。

2.辨证要点

主症 心悸而烦，腹中痛，虚怯少气，精祌疲乏，苔白润，脉涩或弦，或缓弱。

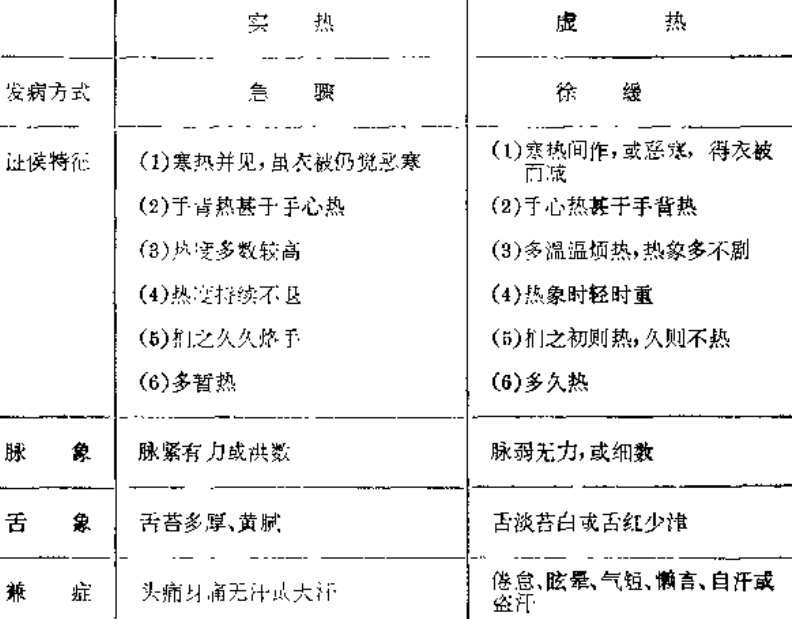
副症 手足烦热，咽干口燥，四肢痠痛，梦遗失精，鼻衄，里急。

关于烦症，六经之中惟太阴无烦症。烦与躁有程度的差别，烦是心中闷乱不舒服；躁是手足躁扰坐卧不宁。桂枝汤证之烦，是烦躁而有表证可稽；栀子豉汤证之烦，是胸中郁热未解所致；承气汤证之烦，是阳明腑热而实，证见实满燥坚；小柴胡场证之烦，是病在半表半里，必兼往来寒热，胸胁苦满；五苓散证之烦，是由于水逆所致，必兼渴欲饮水，水入则吐，小便不利；因逆汤证之烦，烦而手足厥逆，是阳气欲脱之征。小建中汤证之烦，则属脾阳虚衰，心中悸而烦，腹中急痛。当仔细辨别。

本证腹中痛属虚寒性质，必定喜按、喜暖，腹壁柔软。与实热腹痛拒按，腹壁板实有别。

本证手足烦热，咽干口燥，均属（脾）阳虚发热引起，当与阴虚发热分别开来,要点是前者舌质淡苔百润,脉缓弱、涩或弦，后者面赤唇红，盗汗，舌红少津,脉细数。

王氏[69]根据上述《伤寒论》《金匮》条文，认为仲景是“虚热”这个病理概念及其证治的首先提出者。该氏总结历代医家的论述结合自己的实践对虚热和实热作了恰当的鉴别，特录于此以供参考。



8.基本病理 脾阳不足,阴火上乘。

阴火是李东垣首先提出来的一个用来概括阳虚发热的病理名词，发挥了仲景关于阳虚发热的学说，笔者引来概括小建中汤证的基本病理。

小建中汤证是由脾阳本虚或病后伤阳引起的证候。但历代注家解释不一，有认为是“心脾两虚”的，有理解成“脾虚肝乘”的，有主张“气血两虚”的，但认为脾阳虚则是一致的。总之，本证是在阴阳气血都不足的基础上形成的减弱性失调,尤以脾阳虚更为突出。在中焦，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性使气血流通不畅，便产生腹中痛，脉缓涩等症状,弱势的阳的升温性、动性不足，引起虚怯少气、精神疲乏和脉弱。中焦脾阳严重不足，上焦阳气的虚性发散性而产生阴火。此种阴火炎于上则心烦、口干咽燥、鼻衄；散于外则手足烦热、四肢痠痛；动于内则失精、里急。但这些症状不一定全都出现，有的可能只表现脾阳虚的脉症而不出现由阴火引起的症状；也可能主要出现阴火证候，总之，都属于小建中汤证。

4.药理方理

小建中汤方：

桂枝9克（去皮） 甘草6克（炙） 大枣12枚（擘） 芍药18克 生姜9克（切） 胶饴200毫升 上六味以水1400毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日三服。呕家不可用建中汤，以甜故也。

本方即桂枝汤倍芍药加冶糖而成。取其温以祛寒，甘以缓急，辛以宣通之义。主药饴糖甘温补益脾气，与桂枝生姜合用，辛甘化阳，增强阳的升温性、动性；饴糖、大枣、甘草与倍量之芍药合用，酸甘化阴，增强阴的凝聚性、静性，以平调阴阳，使由虚性发散性产生之阴火得以收敛；使气血通畅，则腹痛、里急得以消除；使阳气温升，时少气、疲乏、脉涩、缓弱等，得以恢复。其降阴火，解凝聚，全在调节阴阳升降之理。

笔者经验，如本证既有阳虚又有因阳虚而引起的阴火两类证候同时存在，企图单纯温升阳气以解除阳虚一类证候，或者单纯降敛阴火以解除阴火一类证候，往往都不能成功。这是因为阴阳互根，只有阳升才能阴降，阴降才能阳升，二者互为条件的。小建中汤为仲景治阳虚之总方，既能治阳虚引起的腹中痛，又能治阳虚引起的发热，成为后世治阳虚发热的首选方，叫做“甘温除热法”。但本方既是以针对阳虚为目的,何以要倍用芍药呢？笔者认为，盖因甘温之饴糖用量达200毫升之多，故酸苦微寒之芍药也必须倍量,才不致偏颇，达到平调阴阳。

本方加黄芪名为黄芪建中汤，方理相同，不过黄芪甘温益气，增强了阳气的温升性和外固性，适应于证候更重者。有人[70]研究证明，黄芪有加强毛细血管抵抗力，显著增加白细胞，并有类似激素的作用。此种作用是否就是我们所理解的阳气的温升性、外固性？当进一步研究。

5.现代应用

丁氏[71]认为，李东垣针对阳虚发热而提出的“甘温除热法”，就是本着仲景小建中汤证发展而来的，此种发热是由于脾胃陷虚，中气不足，元阳不振，阴阳水火升降失调所致。祖国医学中的脾胃，就其生理功能和病理表现来说，有人[70]认为大致相当西医学的消化系统，但二者并不相等。脾胃除代表消化系统外，并与水液代谢和造血系统有关。而所谓虚劳，人们[72]多认为是一种慢性机能衰退疾病。基于此种认识，故本方适应范围很广。王氏[69]报道1例糖尿病患者，经西药控制后出现低热不解，用抗生素、奎宁等治疗无效，其症日晡发寒热（体温37.4-37.8°C）,手足心热，心烦,胸闷，口淡，乏味，面色少华，苔白润，脉细数，认为是脾胃气虚所致，用小建中汤加味6剂而愈。有人[73]认为再生障碍性贫血亦属虚劳范围，用本方等治疗,守方守法,半年至1年时间面收效。汤氏[74]治疗1例慢性铅中毒后引起的阳萎症，用本方加淫羊赛、女贞子、杜仲等取效，认为本证亦属虚劳。叶氏[75]经验指出，本方还适用于胃癌早期心下部疼痛，胃部有振水音，腹部挛急痛，脉软弱，或呕吐，食欲不振，下血，便血,呈贫血衰弱症状者。施氏[76]用之于脱疽；平氏[77]用以治浸润性柿结核和慢性胃炎；更有人[78]用以加茵陈治疗溶血性黄疸；张氏[84]加龙齿用以降低高血压，均获良性效果。用黄芪建中汤治疗溃疡病偏脾胃阳虚型，更是带倾向性的治疗。根据[79-83]五项资料统计用黄芪建中汤治疗190例溃疡病偏脾胃阳虚的效果分析，全愈率达60-90%（龛影消失），观察到溃疡病的兼夹型（寒热混淆两脏同病等）向单纯型转化时，常预示病情好转的趋向。人们[70]在溃疡病的诊治过程，设想对溃疡病的中西医结合分型的一些探讨性指标，发现：经X线和生化检查,脾胃虚寒的胃张力较高，分泌功能较旺盛，寒热兼夹型则相反，脑电图检査，脾胃虚寒多表现d型及阵发性*θ*型脑电波，说明中枢神经系统抑制过裎较强，提示着副交感神经兴奋优势,而寒热夹杂型则多表现为β型及混合型脑电波，说明中枢神经系统兴奋过程较强，提示交感神经兴奋优势。交感神经和副交感神经的关系，与阴阳升降运动关系存在某种同一性,似无疑义。

#### <十二> 桂枝加芍药汤证

#### <十三〉桂枝加大黄汤证

1.原文汇要

**279条 本太阳病，医反下之，因而腹满时痛者，属太阴也，桂枝如芍药汤主之；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。**

〔词义〕腹满时痛：胸部胀满，时痛时止，痛不甚剧。大实痛：痛剧而持续，按之腹部板实。

本条说明太阳病误下表不解，或波及太阴，或波及阳明的证治。腹满时痛是太阴主症。大实痛是阳明主症。柯韵伯云：“满而时痛，下利之兆。大实而痛，燥屎之征。”故入太阴多下利，入阳明多便秘。

2.辨证要点

主症 发热，恶寒，自汗出，腹胀满时痛，喜按,下利；或腹痛不减，拒按，大便秘结。

副症 舌苔白，脉浮弦；或舌苔黄，脉浮大而弦数。

太阳病未从表解，表怔仍在，故恶寒、发热、汗出。误下伤脾胃，故出现满、痛、利、结等脾胃症状。而腹痛的性质是间断的还是持续的？喜按还是拒按？腹皮是柔软还是坚实？大便是下利还是秘结？则是太阴寒化和阳明热化的分界限。

3.基本病理 营卫不和，脾胃不调。

凡表证误下多伤脾胃，既伤脾阳，也损胃阴。偏于伤脾或偏于伤胃，当依其人脏腑素禀盛衰为转移。如偏伤于脾，则从太阴寒化,形成太阳→太阴并病，或叫做太阳太阴中间证；偏伤于胃，则从阳明热化，形成太阳→阳明并病，或叫做太阳阳明中间证。

桂枝加芍药汤证属太阳→太阴并病。其证脾的阴阳皆因误下而严重减弱，弱势的阳的升温性、动性不足，不能运化水谷津液，引起腹满、下利；弱势的阴的凝聚性降低，致使清浊不分，亦可引起腹满、下利。阴阳升降失调，气血不和,故腹痛。阴阳均弱，其性较缓，故时痛时止。虽下之而表未解，营卫不和，故表证仍在。

桂枝加大黄汤证属于太阳→阳明并病。本证误下主要是伤胃阴，使阳大于阴。优势的阳的温散性、动性使胃肠津亏而便秘，糟粕停聚，气血不通，则腹痛板实而拒按。阳性急迫故腹痛呈持续不减。表未解，故表证仍在。

4.药理方理

桂枝汤加芍药汤方：即桂枝汤加芍药9克。

桂故场加大黄汤方：即桂枝汤加大黄6克，芍药9克。

桂枝汤本具有阴阳调节的二相性，“外证得之，解肌和营；内证得之，化气调阴阳。”就是说，桂枝汤可上可下，可内可外。本证用之，在表，以调和营卫；在里，其辛温性能增长脾阳的升温性、动性，倍加芍药旨在增长其阴的沉凝性、静性，从而使弱势的阴阳都得以增强，则水谷能化，清浊能分，腹满自利可除；阴阳调和，气血畅通，腹痛亦可缓解。桂枝汤中桂芍是等量的,但有生姜9克助桂枝通阳，其性偏于辛温，倍加芍药的意义正以制其偏胜，免其太过，而调其阴阳，就是柯韵伯所谓“以阴和阳”之理。而大黄则是一味具二相性的良药，其苦寒沉降，走而不守，直接降低在里之阳的升温性、动性，以除阳明之邪热，又能降低在里之阴的凝聚性、静性以通肠道之实积，而纠正阴阳之偏颇。

5.现代应用

顾氏[]介绍治疗顽固性荨麻疹，曾用西药葡萄糖酸钙、苯海拉明，以及中药祛风活血剂治疗无效，其表现为发作时形寒怕冷（太阳表证未解），大便每2-3天1次，且燥结难下（阳明腑实），证属太阳阳明并病，乃用桂枝加大黄汤,竟1剂而愈。周氏[85]记述了其他学者报告桂枝、大黄、生石膏有降低血中非蛋白氮的作用，而他本人在治疗肝昏迷病人时观察到，上述药物有降氨作用。中药汤方之奇效，有时是难用目前之药理知识可以解释清楚的。.

#### <十四> 桂枝加附子汤证（兼肾失调）

1.原文汇要

**21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。**

〔词义〕 遂漏不止：遂作因字解，问发汗而汗出不止之义，小便难：解小便困难，比小便不利更重一等。四肢微急：四肢轻微的挛急状况。

根据仲景经验,使用发汗解表法，要求絷染汗出，微似有汗，以调节阴阳，而大汗出起不到调节作用，反使表证不解。本条汤证漏汗不止，如其人恶风而兼发热者，则证偏太阳；不兼发热者，则证偏少阴。本条汤证属于后者，可以认为是太阳→少阴的中间证。其漏汗不止,显然是表虚证而误用麻黄汤发汗的结果。由于过汗伤阳影响气化，故小便难；经脉失于温煦，故四肢微急，难以屈伸。用桂枝加附子汤以调和营卫，温动里阳，使阳生阴长而达到治疗目的。

本条汤证如汗出不止，桂枝汤证仍在，又无小便难，四肢微急等变证，仍以桂枝汤治疗。

2.辨证要点

主症 恶风，汗漏不止，四肢微急,难于屈伸，小便难。

副症 发热，或脉浮大而虚。

本证汗漏不止与白虎汤证之大汗出不同，后者属阳明里热，必有高热、烦渴，不难辨别。

3.基本病理 误汗伤阳，表证未解。

本证阴阳均因过度发散而减弱，但究其程度而言，仍然是阴大于阳。在表，弱势的卫阳温煦性不足，故恶风而不发热；卫阳的外固性降低，故汗漏不止。在经络，阳的湿煦性降低，经脉凝缩，故四肢微急，屈伸不利。在里，弱势的阳温化水液的功能减退，故小便难。可见本汤证是太阳误汗，初损少阴肾阳的证候，如阳气进一步损伤，其证则可完全转变为少阴病。

4.药理方理

桂枝加附子汤方：

本方即桂枝汤加附子（一枚）9克煎服。不须啜粥。

本方以桂枝汤调和营卫，平调在表之阴阳，加大辛大热之附子，温动在甩之肾阳，使阳气的温升性、动性增强，使阴的凝聚性、静性相对减弱，阴阳平衡，则诸证自解。

5.现代应用

吴氏[46]报告用本方治疗外感病人，凡素体阳虚和汗后阳虚，而有身体疼痛，手足拘挛，恶寒，肢厥等症,无不用本方收效。笔者曾治1例慢性肾盂肾炎，阳气虚极而住院的病人，因不慎风寒，感冒头痛，一身不适，喷嚏，清涕，用参（党参）苏饮1剂；指望先解其表，后治其里，殊知是夜大汗淋漓,心慌气怯，脉微肢厥，时正值笔者值班，乃以桂枝加附子汤（我院附子均已预先煎好备用），急煎顿服而缓解，其感冒因之而愈。李氏[47]用本方治愈鼻衄症，诚有独特见解。李氏自谓40余年来，凡遇鼻衄服寒凉止血不效者，多以本方收效。指出其应用标准是：脉微细软芤迟,苔白，溲清为主，若已投寒凉止血剂未效，或反而出血更多者，更为对证；若初起脉数身热，口燥唇焦，便非所宜。

#### <十五> 甘草干姜汤证

#### <十六> 芍药甘草汤证（兼肝失调）

1.原文汇要

**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；若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸；若胃气不和，谵语者，少与调胃承气汤；若重发汗，复加烧针者，四逆汤主之。**

〔词义〕 伤寒：广义的伤寒。小便数：小便量次增多。

本条言太阳→少阴中间证，若治之不当可转化为少阴证或阳明证的情况。脉浮、自汗出，为太阳中风证。小便数、心烦、微恶寒、脚挛急，为少阴虚寒证。按仲景的经验，凡表证又兼里虚寒证,其治疗步骤：当先温其里而后攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤，或表里两治用桂枝加附子汤。如先攻其表则为治法之逆，故云“反”、“此误也”。这样冶疗会使病情完全转化为少阴证，更出现厥、咽中干、烦躁吐逆等变证。此种变证，因误攻其表，致使阳虚阴也虚，是一个以阳虚为主，阴阳两虚的证候。治法上当分别缓急，先试与甘草干姜汤辛甘扶阳，得阳复，再以芍药甘草汤酸甘复阴。其阳复的标志是厥愈足温，其阴复的标志是脚挛急缓解。若误攻其表之后,病情不是从寒化，而是从热化，不是转少阴，而是转阳明；或者经甘草干姜汤、芍药甘草汤治疗之后，转入阳明，出现阳明热实，胃气不和而谵语，可试与调胃承气汤泄热治疗。此证误攻其表已属逆治，如一误再误，重发汗，复加烧针，证候完全转入少阴，则非甘草干姜汤力所能及，应用四逆汤急温回阳。

笔者认为,本条“反与桂枝欲攻其表”—句，是说有桂枝一类的发表剂，并非指桂枝汤，而柯韵伯等改成“反与桂枝汤……”显然错误。因桂枝汤本身具有调节的二相性,有汗能止，无汗能发，外证得之，解肌而和营卫，证得之，调气而和阴阳。用桂枝汤于太阳→少阴中间证，自然是鞭长莫及，方逯不够，但绝不会演成如此严重后果。不过，《伤寒论》中起因对冶疗关系不大，要义是重在现证，无论误治与不误治,有是证则用是方，才是精神实质。

2.辨证要点

主症 恶寒，自汗出，四肢不温,烦躁吐逆，咽干，脚挛急，小便数，脉浮虚。

恶寒、自汗出、四肢不温、吐逆而不发热，是阳虚见证。烦臊、咽干、脚挛急是阴虚见证。故与桂枝汤证的恶寒、自汗必兼发热，且无四肢不温等症不同。本证小便数与消渴病小便数有别，后者必伴口渴、多饮。本证小便数与淋证小便数亦不同,后者必定小便频急淋漓涩痛。

3.基本病理 阴阳两虚，升降悖逆。

本证属于多个病理层次阴阳升降失调形成的整体反应性证候，不同的病理层次其阴虚和阳虚的程度是不同的，但都属于减弱性失调。在表，阴大于阳，优势的阴的寒凉性引起恶寒，弱势的阳的外固性不足，产生自汗。在中焦脾胃，阴利大于阳，弱势的阳不能温煦四末,故四肢不温；不能温化水谷，使胃气不和而吐逆。在下焦肾、膀胱，阴大于阳，阳的升温性、动性不足，不能温化水液，取小便数。阳虚阴也虚，在心肺肝，阴小于阳，弱势的阴的沉降静性不足，致使弱势的阳的虚性上升性、动性引起烦躁、咽干、脚挛急、脉浮虚。总之，是一组阴阳交错，升降悖逆的复杂证候。由于存在筋脉失于温养的脚挛急一症，故列入“兼肝失调”一类证候。

4.药理方理

甘草干姜汤方：

炙甘草12克 干姜6克 上二味，以水600毫升，煮取300毫升，去滓，分温再服。

芍药甘草汤方：

芍药 炙甘草各12克 服法同上。

根据本证阴阳交错的情况，仲景采取两步治疗的方法：先复其阳，使阳生阴长：后复其阴，使阴平阳秘。甘草干姜汤辛甘化阳,先服以复其阳使厥愈足温；芍药甘草汤酸甘化阴，后服以复其阴，从阴和阳则烦操，咽干、挛急自解。

徐氏[98]指出，芍药与甘草配伍确有显著增强二者在解痉、止痛、抗炎等方面的作用。徐氏的看法，有人[70]用动物实验证明：芍药甘草中的一些成分均有镇静、镇痛、解热、抗炎和松弛平滑肌等作用，当此二者合并给予时。许多药理作用都有所增强，特别是镇痛和抗炎的协同作用显著增强。徐氏[99]分析《伤寒论》112方中,芍药甘草配伍在一起的有22方，用芍药而不用甘草的仅5方，认为仲景的实践已表明二者的协同作用。徐氏指出，芍药甘草汤在药理上的共同点是：一，缓急止痛；二，敛津液，养阴血，如果片面地只以芍药的作用来解释治疗腓肠肌痉挛的效果，显然是不完善的。徐氏引述日本细野史郞氏等1953年对本方进行动物实验结果：对病变的异常兴奋状态有强力的抑制和镇静作用，加上芍药对中枢性的疼痛中枢和脊髓性反射弓的兴奋起到镇静作用，故芍药甘草汤才能治疗适应病态生理——中枢性或末梢性的筋系挛急，以及因挛急而引起的疼痛，支持其论点。

5.现代应用

从仲景对本证使用甘草干姜汤来看，该方的作用是很强的，且具有全身性影响。但潘氏[93]却认为该方是很单纯的健胃剂，仅能抑制液腺分泌，促进消化。显然是片面的。朱氏[94]悉以甘草于姜汤治疗34例多种寒证（胃脘痛8例，吐酸2例，脘腹胀2例，肠鸣腹泻1例，胸痛2例，眩晕13例，咳嗽2例，经来腹痛4例）都能取效。朱氏认为34例或脘痛或眩晕虽异，而脉迟、舌苔白、不渴等相同，其本为寒则一，可以同治因其本同故尔。朱氏从脉证推论，脉迟则心率缓；呕吐泛酸、胃脘痛，则有胃肠蠕动及分泌机能亢进之征；咳嗽、气喘，则可由气管平滑肌收缩亢进而引起；眩晕、血压下降，则有周围血管扩张，引起暂时脑贫血之象；经来腹痛，多有子宫肌痉孪。认为这些都可以用副交感神经兴奋之理来解释，换言之，中医所称寒证，实际上包含副交感神经过度兴奋的病理生理现象。认为干姜辛辣，服后刺激口舌粘膜,可能引起反射性交感神经兴奋而起对抗副交感神经作用；甘草则对胃平滑肌有一定的解痉作用，因而取效。笔者认为，按朱氏的理解进一步推论，假设副交感神经兴奋性超过交感神经的兴奋性，则为阴大于阳，交感神经的兴奋性超过副交感神经的兴奋性，则为阴小于阳，这可能是阴阳升降运动原理实质性的一个方面。

关于芍药甘草汤的研究和应用很多，但用于胃肠道平滑肌痉挛和脚痉挛者最多，其疗效也是基本肯定的。但对其疗效原理则各有认识。如王氏[95]用本方治胃痉挛和胆石疝痛，均1剂而缓解疼痛，并认为几乎对一切剧痛均有效。许氏等用本方随证加减治疗2例十二指肠溃疡和24例萎缩性胃炎，皆取得满意效果。并认为本方“酸甘化阴”的学说，可能是使萎缩的胃梏膜和胃液分泌功能低下通过“化阴”而促使恢复。许氏等认为，甘草衍生物如胃酮钠等治疗溃疡病有效，可能对胃炎也有作用，芍药甙具有镇静、镇痛等中枢抑制作用，以及抗炎作用，预防消化道溃疡作用，平滑肌弛缓作用和血管扩张作用，可能对促使病变的胃粘膜恢复有帮助。徐氏[99]用本方治疗腓肠肌痉挛症72例，结果：脱水组28例（轻度和中度失水19例，无失水外表9例）均未予输液或加氯化钠内服，全以本方治疗，痊愈25例，减轻2例；腓肠肌过劳组21例，治愈14例，减轻3例，无效4例；小腿静脉郁血组12例，治愈4例，减轻6例，无效2例；因慢性醇中毒而发病4例，治愈2例，减轻2例；因下肢受冻而发病3例，治愈1例，减轻2例。其它结果不明。全部病例均无实质性变化，认为属中医的虚寒或肝阴、营血亏损的证候。魏氏[100]用本方加威灵仙、鸡血藤治疗颈椎综合征26例，结果显效11例，有效10例，无效3例，观察其镇痛作用是确切的。对本方抗炎作用的观察，要算郭氏[101]报告病例最多。他用本方治疗急性乳腺炎40例，全部于2-4天内治愈，认为投药时期要早，即有寒战、发热，乳腺内肿块界限不明显，表而皮肤或正常或略带红色，有疼痛及压痛者为适宜，如脓已成用本方则无效。不过郭氏是以赤芍易白芍，用赤芍90克，生甘草60克，1日1剂而取效。如用白芍是否也有同样作用尚待进一步观察。根据本方养肝阴而抑肝阳的道理，张氏[103]用本方加龙齿治疗1例高血压病，使其血压恢复正常，症状迅速消失。这和本方能增强阴的沉降性、静性，以减弱阳的上升性、动性的理解是一致的。

#### <十七> 桂枝加葛根汤证（兼经络气血失调）

1.原文汇要

**14条 太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。**

〔词义〕项背强几几：几几，短羽飞鸟，伸颈欲飞之貌,形容项背强急，俯仰不自如的状态。

太阳病，有项背强几几者，仲景认为不应有汗出，今汗出故曰“反”。项背强几几表明太阳经输不利。足太阳之脉，络脑而还出，下项，挟背脊，故太阳经输在背。风寒入于经输,经络流通不利，影响项背俯仰，故项背强。太阳病、汗出而恶风者，属营卫不和之表虚证，故用桂枝汤调和营卫，加葛根以通利经输。

2.辨证要点

主症 发热，汗出，恶风寒，项背强，脉浮缓。

项背强一症的辨别要点详葛根汤证项下。.

3.基本病理 营卫不和,经输不利。

风寒属阴，客于太阳经输，使经络局部，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性，使经络流通不利，而引起项背强几几。故本汤证是由整体反应性的桂枝汤证，与局部反应性的经络失调共同构成的证候。

4.药理方理

桂枝加葛根汤方：

桂枝汤原方加葛根12上六味，以水2000毫升，先煮葛根减400毫升，内诸药，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。复取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息及禁忌。

本方用桂枝汤调和营卫，治太阳表虚证其理无特殊，见桂枝汤证项下。加葛根甘辛平，旨在增强经输中阳的升散性、动性，以相对减弱阴的凝聚性、静性而达到治疗目的。

葛根对项背强一症有特殊作用，无疑是古医家从实践中总结、认识的。人们正是根据这一认识，用葛根治疗高血压病人的项背强，获得满意的症状改善，以致近年来对葛根单味药进行了广泛的药理实验研究。曾氏[18]观察到，葛根总黄酮对小鼠无明显的镇静和镇痛作用，对大鼠防御条件反射也无影响,认为其缓解头痛项背强作用，可能不是通过对中抠神经系统的作用。曾氏观察到葛根的水煎剂和酒浸剂具对温和的降压作用及降低NA升压反应和Mech降压反应的作用：总黄酮对麻醉犬有改善脑循环及外周循环作用，认为葛根改善高血压病人症状可能与上述综合作用有关。于氏[19]曾记述其实验结果表明，葛根对血压有一定的调整作，对药物引起的升压及降压反应均有抑制作用，能增强心肌对氧的利用率，伹对心肌耗氧量并无改变，其所含大豆甙和葛根素有预防心肌缺血作用。柴田氏[30]从葛根中分离出具有抗乙酰胆碱作用的物质黄豆甙元，认为它有类似罂粟碱的镇痉作用，并发现还有收缩肠管作用成分。金氏[21,23]等用脑血流图方法观察到，葛根黄酮有改善动脉硬化患者的脑循环，增加脑血流量，从而改善脑动脉供血不足的作用，还有轻度的促进细胞代谢的作用。笔者认为，金氏等观察的结果，与中医阴阳调节原理的认识，即葛根增强了阳气的上升性、动性，相对地减弱了阴血的沉降性、静性，有殊途同归之妙。

5.现代应用

单味葛根及其提取物，近代应用很广。方氏[23]曾记述葛根乙醇浸膏片对高血压症状、心绞痛及突发性耳聋均有显著疗效。突发性耳聋又称暴聋，是较常见的神经感觉性聋，由内耳微血管痉挛所致。于氏[19,22]等用单味葛根治疗突发性耳聋294例，认为效果较好，具有用药方便，副作用少的优点，惟收效缓慢，用药时间较长是其缺点。于氏[19]综合文献指出，葛裉治疗高血压脑动脉供血不足，脑血管意外，糖尿病和若干轻型尿崩症，以及胃下垂症，腹泻，胆汁分泌不良和其它一般平滑肌运动不良，麻疹，风疹不透等，均可取得疗效。有人指出用于风寒头痛，虚寒胃痛，落枕效果很满意。仍上述疾病彼此间无共同的现代病理生理可稽，它的疗效原理尚未获得现代医学的理解。不过，这并不影响人们积累经验。王氏[19]自己的经验证明，葛根治疗高血压之头痛而兼项背紧痛者，效果良好，但此等病人一律选用葛根则效果并不满意。这就说明人体的阴阳升降运动是因人而相异，并不因病而相同。这就是中医强调的“同病异治，异病同治”的理由。于氏认为，只有在辨证的基础上，葛根治疗若干脑动脉供血不足,才能收到效果，而与羌活配伍则疗效更好。于氏还记述了用葛裉来治疗上呼吸道感染、喘息性支气管炎、传染性肝炎，外科感染性疾病以及酒精皮肤过敏等。葛根之能治疗这些感染性疾病，很难用病因治疗理论解释清楚。特别是蒲氏[24]治疗1例痢疾毒血症病人，更令人深思。病人高热寒战（42-43℃），无汗，谵语躁动，日下脓血20余次，对多种抗菌素不敏感。认为是“正虚邪实，邪气内陷”证，当升阳明、和营卫、开玄府之闭，达邪外出，以解里急。于是采用桂枝加葛根汤，仿桂枝汤服法以助汗，1剂絷絷汗出，体温渐降；再剂加减，周身出现红疹，认为是伏邪外出之象，痢次及脓血均减。后以益气生津善后收功。本方某些药物体外试验对痢疾杆菌虽有抑制作用，但其作用强度很小，对如此严重感染的病人根本无能为力。笔者认为，蒲氏是以阴阳升降原理为指导来辨别和处理本例病人的。热邪毒邪均属阳，阳邪内陷，故在表，阴大于阳，优势的阴的寒凝性、静性引起寒战、无汗；在里，阴小于阳，阳的升散性、动性引起高热、谵语、躁动、频频下痢等症。此时，如单用苦寒清热药以降低里阳的优势，恐其鞭长莫及。故蒲氏采用桂枝如葛根汤，以桂枝汤的辛温,增强肤表卫阳的升散性、动性，而相对减弱肤表营阴的寒凝性、静性，达到和营卫、开幺府之目的；用葛根升阳明、达邪外出者，即是增强里阳的升散性、动性，使之从肤表发散而减弱，达到平调阴阳的目的。这就是运用阴阳升降原理进行整体性调节而取得的效果。面对如此高热、谵语、频频下痢的病人，不针对局部用苦寒清热，而着眼整体用辛温调节治愈，足见蒲氏手段之高明，造诣之精深，令人感叹不已！

#### <十八> 甘草附子汤证

1.原文汇要

**180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，或身微肿者，甘草附子汤主之。**

[词义] 相搏：互相搏结，即互相结合之义。疼烦：疼痛而不可名状的意思，非指心烦。掣痛：作牵引疼痛之状。近之则痛剧：痛处拒绝抚按。

本条是讨论风湿留滞于经络骨节的证候，实际上已不属太阳病的范围，但有时可出现太阳病的脉症，故后世注家视为太阳病类证。

风湿相搏于经络骨节，故烦疼、掣痛、不可近。汗出、恶风、或身微肿，是表虚湿重，留着肌肤所致。短气、小便不利，表明阳气衰微，湿滞不化。故用甘草附子汤解表祛风，温里化湿治疗。

2.辨证要点

主症 骨节疼痛而烦，屈伸不利，痛处拒按，汗出恶风，短气，小便不利，苔白，脉沉细。

副症 身微肿。

甘草附子汤证与桂枝加附子汤证皆有汗出，唯前者汗出轻微，是邪实于表；后者汗漏不止，乃阳虚不固，当区别开来。

3.基本病理 风湿相搏,经络失调。

风湿相搏，其性粘滞，留着于表里内外，酿成多个层次阴阳升降失调。在肤表，阴大于阳，弱势的阳的温煦性降低，故恶风不欲去衣；外固性不足，故汗出。在肌腠骨节，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性，使气血流通不畅，故骨节疼烦，屈伸不利；使水湿留滞不行,故身微肿。在里，阴大于阳，阳的升温性、动性不足，使呼吸不利而短气，不能温化水湿则小便不利。由此可见，本证属于整体和某些局部层次阴阳升降悖逆共同构成的证候，具有减弱性失调的性质。

4.药理方理

甘草附子汤方：

炙甘草6克 附子（二枚）6克 白术6克 桂枝12克 上四味，以水1200毫升，煮取600毫升,去滓，温服200毫升，日三服。初服得微汗则解。能食汗止复烦者，将服100毫升，恐200毫升多者，宜服120-140毫升为始。

本方纯系辛甘化阳大热之剂，旨在迅速助长表里内外之阳的升散性、动性，以减弱阴的优势，达到解表祛风，温里化湿。使肌肤骨节留着之风湿，从表而升散，从里而温化，诚为治风湿无热象者之首选方。

5.现代应用

笔者手边资料，仅见奚氏[92]单用甘草附子汤治愈寒癣2树，西医诊断为慢性腰骶关节炎续发坐骨神经痛，其中1例已10余年病史。此外，未之有闻。笔者经验,凡属风湿寒痹，即使没有汗出恶风、短气、小便不利等症，用本方亦可取效。

#### <十九> 桂枝附子汤证

#### <二十> 去桂加由术汤证

原文汇要

179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；若其人大便鞕，小便自利者，去桂加白术汤主之。

本条亦属太阳病类似证，较180条证候为轻。

伤寒八九日，而不呕、不渴，表明病未入少阳、阳明。脉浮知风湿仍在表，使经络失调，故身体疼烦，不能转侧；虚涩知里阳已不足，故用桂枝附子汤温阳除湿主治。湿之为病，多便溏而小便不利。其人大便鞕而小便自利，表明湿未在里，而在肌肉经络。用去桂加白术汤治疗，有从内以调外之义。

桂枝附子汤方：

桂枝12克 附子（三枚）9克 生姜9克 大枣12枚 炙甘草6克 上五昧，以水1200亳升，煮取400毫升，去滓，分温三服。

本方即桂枝去芍药加附子汤，只是剂量不同而主治各异。本方加桂枝3克（成为12克）,配附子（三枚）9克，旨在大力助长阳的升散性、动性，以温散经络之风湿,去芍药者，免其敛阴有助经络之凝聚；而桂枝去芍药加附子汤，用桂枝9克、附子（一枚）3克，亦在增强阳的升散性、动性，而治脉促胸满症，去芍药者，免其敛阴有增胸中之凝聚。风湿相搏，其性粘着，最不易去，故本方辛温之桂附剂量大于桂枝去芍药加附子汤。

去桂加白术汤方：

附子（三枚）9克 白术12克 生姜9克 炙甘草6克 大枣12枚

本方因表证己去故去桂，但湿邪尚存故加白术以温脾而燥湿，即是从内以调外之义。

<二十一>桂枝新加汤证\*

1.原文汇要

**62条 发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝如芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。**

本条是汗多伤营阴又伤卫阳导致经络失调的证候。诸家论本条汤证，只言汗多耗伤营血，筋脉失养，不提卫阳受损。岂有汗多只伤营而不损卫？岂有卫阳不伤而脉沉迟？故笔者未全宗诸家之说，认为是营卫两伤呈现的证候。

发汗后，伤其荣阴，荣虚不足以濡养筋肉故身疼痛；损其卫阳，阳气不足以温通血脉，故脉沉迟。用桂枝汤调和荣卫,加重芍药滋荣，如重生姜温卫，增入人参益气之意。

2.辨证要点

主症 身疼痛，脉沉迟。

副症 恶寒，发热，汗出。

本证脉沉而不浮，迟而不紧，故其身疼痛与太阳表证身疼痛不同，当辨清楚。

3.基本病理 营卫两伤，经脉失养。

发汗后,荣卫两伤，卫阳的升温性、动性减弱，温动血脉之力量不足，则脉沉迟；荣阴的凝聚性、狰性降低，筋脉失于儒养，则身疼痛。阴阳在减弱的情况下形成均势。

4.药理方理

桂枝新加汤方：

本方即桂枝汤加芍药、生姜各3克，人参9克组成。

本方用桂枝汤调和营卫；加重芍药滋荣，以增强荣阴的凝聚性、静性，使筋脉得以滋濡；加重生姜温卫,增强阳的升温性、动性，使筋脉得以温养，则身疼痛可除。近人[105]实践体会，桂枝与芍药同用，有增强末梢血管血液循环，提高人体抵抗力之作用，故外症

\*即桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤的缩写。

得之可解肌而去邪气；内症得之可补虚而调阴阳。再增入人参9克，则具有在阴补阴，在阳补阳之功，能大大提高本方对阴阳的调节作用。

#### <二十二〉 苓桂术甘汤证（兼津液失调）

1.原文汇要

**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。**

[词义] 若：作“或”字解。身为振振摇者：即战振身描，恶寒较甚之状，与真武汤证之“振振欲擗地”仅程度上之差别。心下逆满：心下即胃之所在，逆满是胃中停饮。动经；背为太阳经领域,发汗阳虚，寒战先起于背，即动经之义。

本条言伤寒，或吐或下，外证虽解，阳气损伤，引起水气内停的证治。水气停于心下，故心下逆满。水气有上泛之势，则形成气上冲胸。水气蒙蔽清阳，阳气不升，故起则头眩。脉沉主里主寒，脉紧主饮亦主寒，里有寒饮，只宜温化，当用苓桂术甘汤治疗若发汗必更伤阳气，势必引动太阳经气而发生寒战，甚至身为振振摇而不能自持。

《金匮》“病痰饮者，当以温药和之”；“心下有痰饮，胸胁支满,目眩，苓桂术甘汤主之”；“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之。”诸条同属本证候，当互参。

2.辨证要点

主症 心下逆满，气上冲胸，头目眩晕，身为振振摇，苔白滑，脉沉紧。

副症 短气，心悸，咳喘，呕吐清水痰涎。

气上冲胸一症，苓桂术甘场证与奔豚证均有之，但前者为脾阳受损，水停中焦，症见心下逆满，头目眩晕,或呕吐痰涎；后者为心阳不足，下焦寒气上逆,症见脐下筑筑跳动，当分别开来。

于氏[19]认为，气上冲胸一症，可能与心脑血管疾病有关。

3.基本病理 脾阳不运，饮停心下。

过汗多伤心阳，吐下多伤脾阳。脾能主运化而行津液，全靠脾阳的温化升散作用。今吐下伤脾，阴大于阳，弱势的阳的升散性、动性不足，优势的阴的凝聚性、静性使津液停聚而成饮。饮停心下，则逆满；上凌心胸，则心悸、冲胸；蒙蔽清阳，阳的上升性不足则头目眩晕；阻滞胃脘，胃失和降则呕吐清水痰涎；涉及肺系，则肺失肃降而喘咳短气。经脉失于阳气温煦，则身为振振摇。水饮之成，源于阳虚，水饮既成，可因停聚部位不同而引起各种不同的症状。

痰、饮、水、湿同源而异流，都是由于人体律液的运行、输布、转化失调，而形成的一种既是病理产物,又是致病动因的物质。凡津液停聚变得浓稠者为痰；稀薄者为饮；更稀薄者为水；呈气雾状者为湿。故痰、饮、水、湿皆为阴邪，具有阴的一般性质。沙氏[58]研究了有关痰饮条文，认为饮病是一种含义极为广泛的疾病，其定义应为：凡各种原因引起气道或脉道阻塞，以致水液停聚于内脏器官之间的症象都叫做饮；并依其留滞的部位不同，而有不同的证候名称，如痰饮、悬饮、溢饮、支饮、留饮、流饮、伏饮等。饮病所产生的临床症状，朱氏[59]归纳为呕、咳、满、痛、肿、喘、眩、悸八大症，牵涉到西医学的消化、呼吸、循环、泌尿、神经等系统。认为产生这些症状，主要是水液不能布化通调，而停聚所致，停于胃则呕，滞于肺则咳、喘，留于肝脾则痛、满，凌于心则悸，泛于肌肤则肿……。究其饮邪产生的缘由，苏氏[60]指出，主因是阳不化气，因饮为阴邪，由水停也，得寒则聚，得阳则化，得温则行之故。看来，朱苏二氏深得仲景痰饮学说之奥秘。

4.药理方理

苓桂术甘汤方：

茯苓12克 桂枝9克 白术 炙甘草各6克 上四味，以水1200毫升,煮取600毫升，去滓，分温三服。

饮为阴邪，停聚为病，治疗的要旨在于增强阳气的升温性、动性，即仲景所谓“病痰饮者，当以溢药和之”的法则，这是主要的方面。另一方面，如同时降低阴（饮）的凝聚性、静性，即所谓治水必从小便去的治法，则有相得益彰之妙。本方正体现了上述两个法则。方中茯苓淡渗利水，直接作用于饮邪，解除其凝聚性、静性，而以白术佐之；桂枝、甘草辛甘化阳，增强阳气的升温性、动性，使之恢复其正常的温化，则清者升，浊者降，停饮自除。

5.现代应用

近年来，人们多将苓桂术甘汤用于呼吸系统和循环系统疾病。如杨氏[61]以本方加人参、附子、五味、丹参，治疗2例心力衰竭病人，其心衰迅速得以矫正。邹氏[62]用本方治疗4例咳嗽时小便不能自禁的病人，3例治愈。此3例的小便不自禁，其为阳气升散不足可知。苏氏[60]记述1例慢性粒性白血病急性发作，肺部感染的患者，咳嗽1月余，用西药13天，发热从39.2℃退至常温，但大汗不止，心中恍惚，似悸非悸，咳清稀痰，苔白薄，舌淡，脉滑，左胁下癖块大如盘，诊断为饮停心下，阳气不运，用本方10余剂而诸证缓解（唯癖块依然）。苏氏认为，本病饮为标，而白血病为本，故宜先治饮而后治白血病。笔者认为，此案是过汗伤阳的变证，苏氏将中医的饮证与西医的白血病互为标本进行分析，不无道理。该病人胁下之癖块本为白血病肿大之脾脏，而苏氏从饮证的观点去分析，则看成饮停心下，用苓桂术甘汤取效，这是苏氏未受西医概念的束缚所取得的结果。但标证缓解，癖块依然，理所当然地引入西医白血病概念，才能针对癖块的实质进行治疗，这不能不称为中西医结合的一种方式。许多临床家认为，慢性气管炎也属饮证范围，其本质是“阳虚”，本着“以温药和之”的法则，用苓桂术甘汤加味常取得一定效果。而这个“阳虚”的本质是什么呢？有的医院[63]认为，很可能与下视丘——垂体——肾上腺皮质反应系统功能低下有密切关系。他们选择100例慢性气管炎患者作了尿17羟皮质类固醇和17酮皮质类固醇的测定；并选择健康人和近期控制在3个月以上的本病患者作对照。实验结果：73%的患者尿17羟在3毫克以下，尿酮皮质类固醇平均值：青年健康组大于壮年健康组，壮年健康组大于老年健康组，老年健康组大于老年慢性气管炎患者组，而近期控制的患者则有所提高。从一个角度阐明了阳虚的实质。由于仲景立法制方，是以阴阳调节原理为指导，故后世对本方的应用大大超越了原来的范围。如顾氏常用本方治疗迷路或前庭核部水肿所致的美尼尔氏综合征、迷路炎、颅内增高等症收效。丁氏[65]常用本方合五苓散治疗青光眼偏脾虚湿滞者，取得满意疗效.总之不管何病，只要属脾阳不足，水饮停滞之证，均可以本方加减应用。

#### <二十三> 茯苓甘草汤证

1.原文汇要

**73条 伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。**

自柯韵伯以后，注家多在本条中加入“心下悸”三字。认为汗出而渴，小便不利，是五苓散证，乃气化不行,水蓄下焦所致；汗出不渴，心下悸,是茯苓甘草汤证,乃水停中焦引起。笔者同意此说。水蓄下焦，不能气化、输布，中焦胃中干涸，则渴。水停中焦，胃中有饮，则不渴。故以渴与不渴作为五苓散证与茯苓甘草汤证的区别。

**355条 伤寒厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥，不尔、水溃入胃，必作利也。**

[词义]：水渍入胃：胃泛指胃肠道，即水饮浸溃胃肠之义。不尔：不如此。必作利：必引起腹泻。

本条言既见四肢厥逆，又见心下悸的证候，如是水饮停蓄引起，应该先治其水，后治其厥逆的理由。因水停心下则心下悸；水饮内阻，阳气不布，则四肢厥逆。用茯苓甘草汤，先治其水，使水得温化，阳气能布，自然厥回悸止。如水消之后，厥尚未回，再温阳治厥。不如此治则有可能引起水渍入胃，演成厥利并见的重证。

古注家认为，本条证候虽有厥，但厥不重，故先治其水，后治其厥，水消厥自解。如厥逆重，则当先治厥，宜四逆汤；或厥水并治，用真武汤。此说可从。

2.辨证要点

主症 心下悸，不渴，四肢欠温，苔白滑，脉弦。

副症 或汗出。

任氏[67]认为，心下悸与心悸不同，心下是胃的部位而不是心脏。心下悸是因胃里停饮之故，而心悸是心脏悸动，也叫怔忡，多由气虚引起。

茯苓甘草汤证与五苓散证同为水饮停蓄为病，但前者为水停中焦，故不渴而心下悸，后者为水停下焦，故渴而小便不利，

3.基本病理 心阳不足，水停心下^

汗后伤心阳，形成阴大于阳。弱势的阳的温散性、动性不足，不能达于四末，故四肢欠温；无能温化水液，水液因阴的凝聚性、静性增强聚而成饮，停于心下，故心下悸而不渴。基本属于局部性减弱性阴阳升降失调的证候。

4，药理方理

茯苓甘草汤方：

茯苓6克 桂枝6克 炙甘草3克 生姜9克 上四味，以水800毫升，煮取400毫升，去滓，分温三服。

本方与苓桂术甘汤方理基本相似，不过本汤证是汗出伤心阳，水浮心下，故用生姜宣散胃中水气；而苓桂术甘汤证是吐下伤脾阳，放用白术健中焦脾气，是二者的区别。

5.现代应用

据笔者手边资料，单用茯苓甘草汤于临床者尚未见报道。仅有成都中医学院[68]以本方合桂枝茯苓甘草大枣汤，治疗25例心脏病心悸属于寒证者，据云获得较好效果。笔者认为，本方之所以用得少，可能是因为本方与苓桂术甘汤、桂枝茯苓甘草大枣汤等药味近似，证亦雷同，而今之辨证未达到仲景之精确程度所致。

#### <二十四> 桂枝去桂加茯苓白术汤证

1.原文汇要

28条 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。

[词义] 心下满：心下指胃部，即胃部胀满，论中提“心中满”则是指膈以上满，与胸满没太大区别。

本条从“仍”字上看，足见服桂枝汤之前，就有头痛项强、翕翕发热、无汗、心下满微痛，小便不利等症状。是则，本汤证是指素有心下水饮停聚，而又复感表邪的疾患。表证无汗而用桂枝汤，是一误；表证仍在而又下之，是二误，故病仍不解。《金鉴》说：“去桂当是去芍药。此方去桂，将何以治仍头项强痛、发热无汗之表乎？故用桂枝汤去芍药之酸收，避无汗心下之满，加苓术之渗燥，使表里两解，则内外诸证自愈矣。”古今医家对本条证候的客观存在是肯定的，在治疗上自《金鉴》提出异议以后，究竟应该是去桂还是去芍，众说纷云，争议不休，以致引起本世纪六十年代一场热烈的争辩。笔者不妨选其论点有代表性者介绍数家，以供参考。

六十年代的这场争辩，首先是由吴氏[86]引起的。他认为《伤寒论》凡方云加减者，其义有二：一为全加其药，全去其药：一为加重其量、减轻其量。全加其药，全去其药，即以桂枝汤中芍药为例,如桂枝加芍药汤，于桂枝汤原方加芍药三两；桂枝去芍药汤即于桂枝汤原方全去芍药三两是。加重其量，减轻其量，即以桂枝汤原方桂枝为例，如桂枝加桂汤，于桂枝汤原方加桂枝二两，桂枝去桂，即于桂枝汤原方去桂二两是。吴氏认为，诸家未知《伤寒论》前后文字遥遥相对之理，是以不能见到桂枝去桂加茯苓、白术汤，乃减去本方桂枝二两，尚存桂枝一两在内之微言奥旨，因而不能解释能治本证表里同病的病情。吴氏之说实际上是不承认去桂的正确性。冷氏[87]不同意吴氏的见解，主张去桂是正确的。冷氏说，从原文“仍”字上看，可知医家忽咯了无汗之症，而与桂枝汤，故病不解，此是一错；表证未罢而给以下法，此是二错，而救大黄之坏，莫如白术；救桂枝之坏，莫如白芍，故应去桂留芍，而茯苓为利水而设，这样其原理就可迎刃而解了。至于还有表证存在，冷氏认为，古人治病一贯的规律是：旧病未愈，复感新病者，治其新病；反之，新病未愈，旧病复发者,治其旧病，桂枝去桂就是舍表救里，治其新病的法则。然而，就以冷氏所说，从“仍”字上看，其心下满微痛，小便不利，都在“仍”字之后，不是新病而是在服桂枝汤或下之前就有的，足见冷氏亦未说清楚。严氏[88]不同意冷氏的看法，认为去桂而留芍药这一说法是不可从的，因为，一不利于无汗，二不利于心下满，严氏指出本条是汗下后表证未解而内饮停聚于中焦的证候，不去芍药之酸收则有碍于解表，且芍药尚有留恋饮邪之弊。李氏[89,90]等支持严氏的论点，认为本条可能是传写之误，如不用发散的桂枝或减轻其量，而反用酸敛之芍药，则表证何以得解。李氏说，本论中汗不出者桂枝不可与也,是因桂枝汤中有收敛之芍药（胸满也不可用），既有桂枝证就应用桂枝，但因无汗、心下满，则应去芍药而不应去桂枝。陈氏[91]折衷众家之说，认为本证是误治后表邪夹饮属虚的综合病象，主张既不去桂，也不去芍、用桂枝加茯苓白术汤为是。后来《伤寒论讲义》[25]也倾向于陈氏之说，将本条证候改用桂枝加茯苓白术汤了。笔者也从此说，但认为上述争论之所以谁也说服不了谁，原因在于都是以经解经，就文议文，没有用实践来作为检验的标准。

2.辨证要点

主症 发热，恶风寒，无汗，头项强痛，心下满微痛，小便不利，苔白，脉浮缓。

满与痞有程度和性质之不同。满重而痞轻,满痛就更重一些。满痛为有形之邪（水饮痰瘀等）停聚，痞为无形之气格拒。本证心下满痛而兼小便不利，说明是水饮停聚所致。

3.基本病理 营卫不和，脾虚水停。

本汤证，在表，营阴的凝聚性、静性大于卫阳的升散性、动性，卫阳不得发散,故发热、恶寒、头项强痛，而无汗：在里，阴大于阳，忧势的阴的凝聚性、静性引起水饮停蓄，故心下满痛，而小便不利。

4.药理方理

桂枝去桂加茯苓白木汤方：

芍药9克 炙甘草6克 生姜 白术 茯苓各9克 大枣12枚 上六味，以水1600毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。小便利则愈。本云：桂枝汤，今去桂加茯苓、白术。

今从《伤寒论讲义》[25]之说，增入桂枝9克，名之曰：桂枝加茯苓、白术汤。

桂枝汤本具有调节阴阳的二相性，在表可调和营卫而解肌，无汗可汗，有汗可收，在里可和脾胃而调阴阳，本证用之有解表和里之义。惟其水饮停聚，非单纯桂枝汤可以胜任，故加白术之苦甘温，益脾气而燥脾湿，增强脾阳的温散性、动性；如茯苓之淡渗利水，直接作用于水饮而降低其凝聚性、静性，冀其小便利而水饮除，阳气温而湿邪散为表里两解，平调阴阳之方。

### 二、麻黄汤证类

#### <一> 麻黄汤证

1.原文汇要

**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。**

[词义] 脉阴阳俱紧：指脉浮沉均见紧象。伤寒：指狭义伤寒而言。

本条是言寒邪外束，阳气被郁所致太阳伤寒证的主证主脉。由于人体感邪有轻重，正气有盛衰，故发热有迟速，无论其巳否发热，但必有恶寒，一身疼痛，或呕逆，脉浮沉俱紧。见此脉症即为伤寒。

**35条 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。**

[词义] 恶风：与恶寒同义。

本条言麻黄汤证治，亦即太阳伤寒的一般证治。由于寒邪外束，阳气郁于肤表之内不能发散于外，以致肤表失于温煦而恶寒，郁于内之阳气不断升高而发热。皮毛与肺相合，皮毛闭塞，肺气不宣，故喘。寒束阳郁,导致躯体气血流通不利，故身疼腰痛，骨节疼痛。当用麻黄汤发汗解表，以发散在表之寒邪，伸展内郁之阳气。

**51条 脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。**

上条论证，本条论脉。脉浮主表病，宜因势而遇发之，使之汗解，故宜麻黄汤治疗。

**52条 脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。**

本条承51条立论，是补充讨论麻黄汤证的脉象，并应与3条合看，即脉浮而紧，病在表，故可发汗，宜麻黄汤。

**46条 太阳病,脉浮紧，无汗,发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已微除，其人发烦，目瞑，剧者必衄，衄乃解，所以然者，阳气重故也。麻黄汤主之。**

[词义] 服药已微除：指服麻黄汤后，丧证稍微解除。发烦：心中发烦。目瞑：闭目畏光之貌。衄：鼻出血。

本条言太阳伤寒虽八、九日，而脉浮紧，无汗，发热，身疼等麻黄汤证仍在时，仍可用麻黄汤治疗，而不必拘于时间。“麻黄汤主之”一语，应接“表证仍在，此当发其汗”之后。这是《伤寒论》常用的倒装文法。初服麻黄汤后，表证微除，但却可能引起几种反应：发烦、目瞑、甚至鼻衄现象。为什么发生这样的反应呢？仲景自注：阳气重故也。因内郁之阳气被药性驱使向外发越引起的，与24条服桂枝汤反烦不解的现象同理，是正常的反应，当继续与服未尽之汤剂，不必惊惶而停药。特别是鼻衄，既表明反应剧烈，又是表证将解的标志，必须明确。

**55条 伤寒，脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。**

本条言麻黄汤证失汗致衄，衄后表证仍在者,仍需用麻黄汤解表治疗。此致衄之原因，在于内郁之阳气太盛，不得表散，迫血妄行引起。用麻黄汤发散表邪，升散内郁之阳气，则不止衄而衄自止。但恐医者误认为“衄家,不可发汗”（88）条,而不敢用麻黄汤解表，故特别提出来加以讨论。

**36条 太阳与阳明合病，喘而胸满者，不可下，宜麻黄汤。**

本条言太阳与阳明合病时，如见喘而胸满症状，是由肺气不宣所致，与阳明内实之“腹满而喘”不同，前者在表，后者在里；前者病位高，后者病位低。驱邪外去，应因势利导，总由其近。故前者应发汗解表，不可下；后者宜通下而解，不可汗。本条寓意可汗，可下的辨别。

**49条 脉浮数者，法当汗出而愈，若下之，身重，心悸者，不可发汗，当自汗出乃解。所以然者，尺中脉微，此里虚，须表里实，津液自和，便自汗出愈。**

本条实际上是言里阳虚衰，出现心悸、脉微者，不可用麻黄汤发汗。条文省去主语：“太阳伤寒”，仅提一脉浮数，意味着太阳伤寒，按常法当用麻黄汤发汗解表而愈，但医者不如此，却用攻下法，导致在里之阳气受损，出现身重、心悸等症状，此时就不能再用麻黄汤发汗了。何以见得损伤了里阳呢？从“尺中脉微”得到证实，因两尺主在里，脉微主阳虚。仲景指出，必须表里不虚,津液自和便能自汗而愈。这里寓有示人扶助正气，使里虚得以恢复,才可望自汗而愈之义。但仲景未出方，后世注家提出不能坐视以待正气自然恢复，可用小建中汤治疗。

**50条 脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之。假令尺中迟者，不可发汗，何以知然，以荣气不足，血少故也。**

49条言尺中脉微虽有表证不可发汗，本条言尺中迟虽有表证亦不可发汗。这二条都是从脉来议论可否使用麻黄汤。何以尺中迟不可用麻黄汤发汗呢？仲景自注：以荣气不足，血少故也。气为血帅，气为阳，血为阴，血之循行全赖气之推动。脉搏之速缓标志着血行之快慢，而血行之快慢以阳气之盛衰而定，却与血之多少无关。血之多少其脉候是脉之粗（大）细。今仲景言荣气不足，血少故也，应理解为气血均不足，则于理更通。

**85条 咽喉干燥者，不可发汗。**

咽喉干燥，表明阴液不足，不能上承，当忌麻黄汤辛温发汗。如咽喉干燥，又具麻黄汤证者，当用滋阴解表法，《通俗伤寒论》之加减葳蕤汤可选用。

**86条 淋家，不可发汗，汗出必便血。**

[词义] 淋家：家作人解，即害淋证的人。便血：小便下血。

淋家多由膀胱湿热或阴虚所致，表现为小便淋漓涩痛下血。由于湿热蕴蒸，常有发热、恶寒、无汗等表症。但其病位在里，故不可用麻黄汤发汗解表，以免辛温动热伤阴。

**87条 疮家，虽身疼痛，不可发汗，发汗则****痉。**

[词义] 痉，指筋脉强直，肢体拘挛的证候。

疮家多为热毒蘊结。由于热毒蕴蒸，常出现疼痛、发热、恶寒等表证，如误用麻黄汤辛温发汗，助热伤阴，使筋脉失于濡养，可造成严重的痉证。

**88条 衄家，不可发汗，汗出，必额上陷脉急紧，直视不能****眴，不得眠。**

[词义] 衄家：指常出鼻血的人。额上陷脉：指额上两旁相当于太阳穴处之动脉。直视不能眴：眴，音纯，眼球转动之状，全句为眼球不灵活之义。

衄家本已血虚阴亏，如用麻黄汤辛温发汗，助热伤阴，阴更伤而使筋脉、眼球、心神失于滋养，则可引起急紧、不眴、不得眠。

**89条 亡血家，不可发汗，发汗则寒栗而振。**

[词义] 亡血家：久患失饥病旺的人。寒栗而振：寒战作抖之状。

久患失血证的人，气随血耗，阳气本虚，如发其汗，则更伤阳，经脉失于温养，可出现寒战的症状。

**90条 汗家，重发汗，必恍惚心乱，小便已阴疼，与禹余粮丸。**

[词义] 汗家：经常容易出汗的人。阴痛：尿道作痛。

平素易汗，卫阳本虚，如发其汗，伤其阴阳，损心阳则恍惚心乱，伤阴津则小便疼。

禹余粮丸，方缺。提《伤寒论》113方，即包括本方，既缺，故通称112方。

**91条 病人有寒，复发汗，胃中冷，必吐****蚘。**

[词义] 蚘：蚘虫，即蛔虫。

本条言阳虚有寒的病人，再发其汗，阳气更伤，寒气更甚，出现胃中虚冷，失于和降，必吐逆或吐蚘虫。

以上49、50、85、86、87、88、89、90、91条都是讨论不可发汗的禁证，其中包括阳气不足，营血虚衰，阴虚内热，津液耗损等证候，虽有表证亦不得使用麻黄汤发汗，以免引起亡阴、亡阳之变。

2.辨证要点

主症 恶寒，发热，无汗，头痛，身疼，腰痛，骨节疼痛，喘息，苔薄白，脉浮紧。

副症 呕逆，衄血，喘而胸满，脉浮数。

恶寒一症，当有阴阳之分。发热恶寒发于阳，无热恶寒发于阴。麻黄汤证必恶寒，或已发热或未发热，但迟早必伴发热，故属于阳。究其发热之程度，张氏[105]从50例急性发热（肺炎，上呼吸道感染等）中，属表寒类用麻黄汤治疗者，观察到此类病人体温一般不超过39℃,白血球不超过12000/mm³,认为是正气开始抵抗外邪，而寒邪阻滞于外的表现。

无汗一症，有几种情况：阳虚无汗，必伴以四肢厥逆，小便清长，一般头不痛；津伤无汗，多伴以口渴尿少，舌少津液；水饮内蓄无汗，多伴有心下满，浮肿，小便不利；麻黄汤证属于表证无汗，是寒邪外束所致。

麻黄汤证与桂枝汤证均有发热、恶风、头痛、身痛，但前者重而后者轻；前者脉浮紧，无汗而喘，后者脉浮缓，自汗出，当辨别开来。

衄血一症，《伤寒论>太阳篇有数见：46条“衄乃解”，47条“太阳病……自衄者愈。”55条“……，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”88条“衄家，不可发汗。”同一衄血症状却有不同的临床意义。华氏[104]对太阳篇中衄血一症作了如下归纳：因寒邪外袭，表不解而衄者，用麻黄汤发汗解表，以止衄血，此第一法也（55条）；寒邪在表，未经解散，病情较轻,但因衄血，病即痊愈，不须以药治疗、此第二法也（47条）；伤寒表邪，失于发汗，日期过久，郁而化热，后虽以麻黄汤解表，亦必致衄，但衂后病愈，是病解的标志,不必疑用药之误,此第三法也（46条）；此外，平素经常龃血者，虽有表证不可发汗，为第四法（88条）。

3.基本病理 寒邪外束，卫阳被郁。

寒为阴邪，外束肤表，致使荣阴的凝聚性、静性大于卫阳的升散性、动性，卫阳被郁于肤表之内，不得发散于外，以温煦肤表则恶寒；郁于内之阳气因不得发散而上升则发热。优势的荣阴的凝聚性、静性引起无汗，并使驱体血行不畅，而产生头身骨节疼痛。至于衄血一症，则有几种情况：“衄乃解”、“衄者愈”表明阴的凝聚性、静性减弱，故为将愈的标志；而“伤寒，脉浮紧，不发汗，因致衄者,麻黄汤主之。”是因为阴的凝聚性虽有所减弱，但还不够，故仍须麻黄汤发汗,进一步降低阴的凝聚性、静性,阴阳平调，病除而衄自止之义。同桂枝汤证的干呕一样，本证的呕逆也是或然症，只有波及胃引起胃气失和时才会出现。

由上可见，麻黄汤证是由于阴阳升降失调，而造成的以营强卫弱为特点的整体反应性证候，属于增强性失调，是太阳病里另一个较大的病理层次。由于个体禀赋盛衰，脏腑虚实，感邪轻重不同，又形成一些麻黄汤证的类证，这些类证或代表着更小的病理层次的反应，或虽是同一病理层次但明阳升降失调的情况不同，将在后面逐个讨论。

4.药理方理

麻黄汤方：

麻黄9克 桂枝6克 炙甘草3克 杏仁（七十个去皮尖）9克 上四味，以水1800毫升，先煮麻黄减400毫升，去上沫，内诸药，煮取500毫升，去滓，温服160毫升。复取微似汗，不须啜粥。余如桂枝汤法将息。

本方麻黄辛温，辛以增强肤表卫阳的升散性、动性，温以降低营阴的凝聚性、静性，而开泄皮毛，发汗平喘。桂枝、甘草辛甘合化，温通阳气，以助麻黄升散发汗之力。杏仁苦温，宣降肺气，以治喘满,全方通过发汗宣肺，使外束之寒邪得以排解,内部之阳气得以发散，使肺气宣通，阴阳平调而奏效。

有关发汗解表的原理，庞氏[106]认为，其主要作用在于调整温热中枢的机能，纠正温热的生成和放散的混乱，扩张皮肤血管，畅盛皮肤和粘膜的血液循环，使机体抗病机能集中于体表，促进汗腺的排泄，以加强温热的放散，使体温降低,机能恢复。

古注家认为，桂枝有增强麻黄发汗之功。樊氏[107]经验指出，麻黄虽有发汗作用，假使单独使用而不配合桂枝，其发汗作用并不过大，其禁忌便可放宽，不限定用于脉紧、无汗证。但严氏[108]举出麻黄附子细辛汤、越婢加术汤、甘草麻黄汤等，均无桂枝配合同祥用于发汙的例证，支持自己认为麻黄不需配合桂枝亦可发汗的论点。由于本论中有“无汗不得服桂枝”，桂枝汤是治自汗出的,因此在麻黄汤中的桂枝又给人以另外一个印象：是监制麻黄发汗的。对于这点，王氏[109]认为,“无汗不得用桂枝”是为桂枝汤的辨证而设的，就是说伤寒无汗是麻黄汤的适应证，因为桂枝饧是适应有汗而表不解仍须发汗的证候,假使伤寒无汗真不得服桂枝的话，麻黄汤里也就不应该有桂枝了。王氏认为，单味桂枝的作用是有汗能收，无汗能发，因此桂枝在麻黄汤中是协助麻黄发汗，这是可以肯定的。笔者认为，桂枝在麻黄汤中的作用可能是单相的，纯粹增强麻黄的发汗之力。学者务必记住单味中药的作用和其在复方中的作用是不同的。姜氏[110,111]指出，单味药往往因它所配伍的药物不同而作用全变，如麻黄有发汗作用，麻黄汤、麻黄杏仁石膏甘草汤、麻黄杏仁薏苡甘草汤三方都是以麻黄为主，辅以杏仁，使以甘草，一则配伍桂枝，为伤寒无汗之方；一则配伍石膏，为治汗出而喘之方；一则合苡仁，为治风寒湿痹之方，三方仅差一味药物，其治疗作用却全然不同。仲景书中药物都是以复方形式使用的，如只知单昧中药的作用，而不了解其在复方中的作用，叫做只知其一，不知其二。

5.现代应用

近人多用麻黄汤治疗呼吸道、泌尿系和皮肤疾患。如张氏[105]用本方治疗肺炎、上呼吸道感染属表寒证者，均获良效。沈氏[112]用本方治疗哮喘发作的标证，以缓解喘息。还有人[113]用本方的发汗解表作用为主，治疗肾脏炎的阳水肿，发现并不一定出汗，大都表现为小便增多。认为这可能是因此类解表宣肺药开泄肺气的作用，而增加了小便的排泄。所谓肺有“通调水道，下输膀胱”的功能，可能导源于此等事实。罗氏[114]治疗1例由于青霉素过敏引起颜面浮肿，呼吸困难，猩红热样皮疹，用本方加芎、归、荆、防、蝉退、茯苓等治愈。夏氏[784]用本方合四物汤随证加减，治疗银屑病10例，服药4-49剂，平均19剂，2例痊愈（皮肤损害全部消退无痕，遗留一时性色素斑点）,5例基本痊愈（皮肤损害基本消退），2例显著进步（皮损80%以上消退），1例进步（皮损部分消退或转淡）。麻黄汤既能治疗在表之皮肤病，又能治在里之肺肾疾病，其治疗范围是如此之广，其中的道理，除了“同病异治，异病同治”等外，笔者认为，不是本论中每个方都有这样大的适应范围,麻黄汤、桂枝汤等，是适应整体反应性证候的，属于较大的病理层次，所以适应的范围大。而麻黄汤和桂枝汤证的一些类证则属于较小的病理层次的反应，适应的范围也较小。学者留心分析自然明白。

#### <二> 大青龙汤证（兼肺失调）

1.原文汇要

**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。若脉微弱汗出恶风者，不可服之；服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。**

〔词义〕 筋惕肉瞤：筋肉跳动之状。

**39条 伤寒，脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。**

〔词义〕乍有轻时：时轻时重。

38条是论大青龙汤的脉证与禁忌，39条重申其义。太阳中风,脉本应浮缓而言脉浮紧；太阳伤寒，脉本应浮紧而言浮缓,这是说例外的情况，即指特殊性而身疼痛与身不疼、但重，仅是程度之差别。意思是说中风与伤寒都可以形成大青龙汤证，不管中风也吧，伤寒也吧，脉浮紧、浮缓也吧，只要见发热、恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁，就是大青龙汤证。其成因是由寒邪实于表，故发热恶寒，身疼痛，不汗出；热邪郁于里，故烦躁，表里俱实，故用大青龙汤发之。“发之”寓有发汗峻剂之义。脉微弱，是阳虚于里的征象，如发其汗，阳气可因过度发散而更加减弱；汗出恶风，其表本虚，再发其汗，更虚其表，两者误治都可最终导致大汗亡阳，引起厥逆，筋惕肉瞤的逆证。因此，这两项指标都是大青龙汤的禁忌证。少阴证是阳气严重减损的证候，但因少阴证也有身重、烦躁等症状，可能混淆，故条文中特别指出，必须无少阴证才能使用大青龙汤。

2.辨证要点

主症 恶寒、发热，身痛，不汗出而烦躁,舌红苔白，或兼黄，脉浮紧。

副症 喘咳而渴,喜热饮。

大青龙证的特点是恶寒显著,热势壮盛，头身疼痛剧烈，烦躁不安，无汗，肌肤干燥，脉浮紧有力，舌红苔白或黄，多兼口渴但喜热饮，有的可有咳喘。由于本证和许多证候相似，张氏[142]俞氏[143]等曾较全面地作过鉴别，现综合二氏之说，将其类似证逐个加以鉴别。

（1）大青龙汤证与麻黄汤证的鉴别：前者不汗出而烦躲，后者无烦躁；前者大都口渴喜热饮，后者口不渴；前者喘咳是或然证而不是主症，“无汗而喘”则是后者的主症。

（2）大青龙汤证与麻杏石甘汤证的鉴别：前者无汗或喘而高热，后者“汗出而喘”无大热；前者以解表发汗为主，清里热为佐，后者清里热为主，解表为佐。

（3）大青龙汤与桂枝二越婢一汤证鉴别：前者表寒里热之程度较重，后者较轻；前者发汗清热力较强，后者较弱。

（4）大青龙汤证与越婢汤证的鉴别：两者都有身重、恶寒发热、烦渴等症，但前者来势急，证情重，无汗，恶寒显著，烦躁剧烈，服药后汗多；后者来势缓，证情略轻,有汗，恶寒不显著,烦躁轻,小便不利，水肿，大便不畅，服药后汗出不多，但利尿之力却显著；前者多见于外感高热证，后者多见于病势较缓的有表里证的全身性水肿实证。

（5）大青龙汤证与白虎加人参汤证，由于二者均有烦躁、口渴、高热，故应注意区别，其要点是白虎加人参汤证纯属阳明里证，无表证，脉洪大，大汗出，不恶寒，反恶热，大渴引饮，喜冷饮，汗愈出而烦躁愈甚，甚至谵语,津液有迅速减损之势。

（6）大青龙汤证与少阴证，由于二者均有身重、烦躁等症，故条文中提出要特别加以区别。少阴之身重绵绵无缓解时间，其烦躁属虚阳浮越所致，必兼吐利，厥逆，脉细微欲绝，以及唇淡，面苍白，语卢低沉，爪甲青白，但欲寐等，可资鉴别。

8.基本病理 表寒里热，营卫俱实。

寒邪属阴，外束肤表，故在表，阴大于阳，优势的营阴的凝聚性、静性，引起恶寒、无汗、身疼痛等症。卫阳不得外散,而郁于里，故在里阴小于阳，优势的阳的升温性、动性引起烦躁、口渴等症,如阳热迫于肺，则可出现咳喘。本证阴阳都是在极度增强的基础上的失调，故称营卫俱实，属于整体反应性和局部层次共同构成的证候。

4.药理方理

大青龙汤方：

麻黄18克 桂枝6克 甘草6克 杏仁（四十枚去皮尖）9克 生姜9克 大枣10枚 石膏（如鸡子大）30克 上七昧，以水1800毫升，先煮麻黄，减400毫升，去上沫，内诸药，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。取微似汗。汗出多者，温粉扑之。一服汁者，停后服。若复服，汗多亡阳遂虚，恶风,烦躁,不得眠也。

[注] 温粉为何？待考。

本方即麻黄汤加石膏、姜、枣而成。但本方之麻黄用量较麻黄汤增加一倍，其辛温升散之性，既可增强在表之卫阳的升散性、动性，又可降低营阴的凝聚性、静性，又得桂枝、生姜之辛温以协同，则其升散性更强，故为发汗竣剂,使在表之寒邪,内郁之阳热，均由发散而外解，则恶寒、发热、身痛可除。石膏寒凉，直接降低在里之阳的升温性、动性，则烦躁、口渴可除。杏仁苦温，苦则能降，温则能升，一升一降，以开宣肺经之郁滞。甘草、大枣滋养营阴，使之热清而阴不伤。如此，则内郁之阳热，在表之寒邪，通过升散而从表解；清降而从里除，故凑效迅速，常如桴鼓之相应。

诚如前述，本证之阴阳失调，是阴阳都极度增强的基础上的失调，故称营卫俱实证，本方是针对这样的证候而设，如阴阳属减弱性失调，则本方绝不能用，用之有大汗亡阳之变，古今医家均谆谆告诫，兹不赘述。但须指出，本证属增强性阴阳失调，而对优势之阳反大力增强其升散性、动性，使之通过发散而达到减弱的目的，此种调节阴阳的手段，一般只适应于无汗之表证、实证，对里证虚证绝非所宜。

至于大青龙汤的组成和加减,近人研究颇多。聂氏[144]指出，本方在仲景书中凡三见：《伤寒论》太阳病二见，《金匮》“病溢饮者”一见。聂氏认为，前人多认为本方是由麻黄、桂枝二汤组合而成，这是不符合事实的，如果系麻、桂二方组成，则其内容当有芍药而不应有石膏，今本方有石膏而无芍药，可以证明无桂枝汤存在。聂氏认为，本方是由麻黄汤和越婢汤组合而成，事实上本方既有麻黄汤之作用，也具有越婢汤的作用，既可以发散表邪，也可以清透里热；既可能治风寒湿邪之初感，也可治火热燥邪的初郁。笔者认为，聂氏强调本方非麻黄、桂枝二方组成，其意在于表虚有汗不宜用，其探讨也是有实际意义的。刘氏[145]用自己的实践经验说明，本方治疗外感高烧病多具良效，体会到应用本方要抓住：发热恶寒，烦躁，无汗或微汗，口干或渴，苔白或微黄，脉浮数等特征症状；若恶寒重，无汗而口不甚渴者，麻桂用量略大，而石膏用量宜小；若恶寒轻，有微汗而热甚，口渴者，则石膏用量宜大，麻桂用量宜小。石青虽为大凉之品，凡高热而有烦躁者，本品必不可少。经验之谈，诚可法取。

5.现代应用

康氏[146]曾发表用大青龙汤治疗的个人病史，叙述得很是生动。康氏感冒发热，服用银翘解毒丸，扑热息痛片，安乃近，清瘟解毒丸等，热未除，症未减，而以大青龙汤1剂，药后10分钟即汗出津津，一身轻快，遂得酣睡一夜而愈。康氏指出近人治感冒不辨证之寒热虚实，统以银翘散、止痛片为常规治疗，实谬误之举。他说此方药物精悍，作用力强，投之得当，往往一战成功。何氏[147]用本方治疗支气管性气喘偏实证热证者获得良效，并认为时方之桔梗、海浮石、秋石常可增加喘息发作程度。日本学者大村光明列举感冒发热,但无恶寒，烦躁，而用大青龙汤治愈的数例病人，证明本方只要有表实里热证便可应用收效，而恶寒、烦躁不是必具症（《成都中医学院学报》2：100,1978）,提供了一个侧面的新经验。

#### <三> 麻黄杏仁甘草石膏汤证

1.原文汇要

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

[词义] 更行：再用之义。无大热：指表无大热。

**167条 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。**

63条发汗后，“汗出而喘”前无“若”字；]67条下后，“汗出而喘”前则有“若”字，表明大多数是在发汗后出现的。汗出后表邪已衰，故无大热：但肺中蕴结之热邪未除，热邪熏蒸故汗出，肺气不利故喘。

对“汗出而喘，无大热者”一语，历代注家分歧很大，有主张无误者，有主张有误。柯韵伯把这段文字改成[28]“无汗而喘，大热者……”证之临床，此等病人多因喘而出汗，因汗出而肤表热不甚，故柯氏之言未被后世医家所苟同。郭氏[187]观察60余例枝气管肺炎等疾病的发热、汗出而喘的情况分析，有汗者占65%，无汗者占35%，以有汗者居多，认为63条原文无误。郭氏对“无大热者”的解释是：（1）在八纲的原则下，指表热而言；（2）指与阳明大热比较而言；（3）指疾病后期出现的情况。

3.辨证要点

主症 发热，汗出，口渴，气喘,咳嗽，痰粘，舌尖红，苔薄白而干，或薄黄，脉浮数或滑数。

副症 恶风，头痛，鼻塞。

一般公认，热、渴、喘、咳四大症，是麻杏石甘汤的特征性症状。不过，本证的热是指外表皮肤发热不是很高，口渴不是大渴。而其汗出也不是大汗，不汗出也不能认为非本证，故汗出不具特征性。有的病人表未尽解，可兼有恶风，头痛，鼻塞等。本证当和下列证候作鉴别：

（1）麻杏石甘汤证与桂枝加厚朴杏子汤证，都有喘息症状,但前者是热郁于肺，肺失清肃作喘，治疗上重在清肺；后者表邪未解，气逆作喘，治疗上以解表为主，而兼降逆平喘。

（2）麻杏石场证与大青龙汤见大青龙汤项下鉴别。

（3）麻杏石甘汤证与白虎汤证的鉴别，在于前者热、渴、汗出程度轻，后者为大热大渴大汗；前者有气喘无烦躁，后者有烦躁而无气喘；前者为热邪壅肺，或兼表证，后者纯属里热炽盛之证。

8.基本病理 热邪壅肺，肺失肃降。

发汗后，在皮毛的寒邪随阳气的发散性而解除,故在表阴小于阳，阳的升散性、动性引起发热、汗出、脉浮数等症。热邪属阳，壅迫肺中，故在肺阴小于阳，阳的升散性、动性使肺失肃降，则气喘、咳嗽、脉搰数。阳的温热性、发散性耗伤津液，故口渴、苔干或黄。本证属于整体反应性与局部层次共同构成的阴阳升降失调证候，具有增强性失调的性质。

4.药理方理

麻黄杏仁石膏甘草汤：

麻黄12克杏仁（五十个去皮尖）9克 炙甘草6克 石膏24克 上四味，以水1400毫升，煮麻黄减400毫升，去上沫，内诸药,煮取400毫升，去滓，温服200毫升。

方中麻黄辛温性升，助肺中阳热的升散性、动性，使之从表宣散：石膏寒凉性降，一面减弱肺中阳的升温性、动性，一面增强阴的凝聚性、静性，使肺中阳热从里而清。麻黄得石膏之监制，不会过分升散而损伤营阴的凝聚性、静性；石膏得麻黄之监制，不会过分沉降而影响阳的升温性、动性，一升一降，使病理性的邪热去，而生理性的阴阳调。杏仁苦温，苦则能降，温则能升，一降一升，开宣肺中之郁滞而平喘。甘草性平，随辛温面升，随苦酸面降，调和诸药。故本方是升而不过温，降而不过寒，体现了仲景制方之妙用。

近人钱氏[115]认为本方有汗无汗均可用，因麻黄不合桂枝有汗者不忌；石膏不合知母无大热者不忌，但见热渴喘咳便是适应证，用之于风温初期，确能挫折病势，与近世之桑菊、银翘，疗效迟速，相形之下，不可同日而语。岳氏[116]指出，麻黄、石膏相伍，主要是取其相互制约的作用，所以麻黄不妨用于有汗之证。但麻、石相伍尚有另一层意义。他认为石膏固然为监制麻黄而设，从作用上说是相反的，但石膏性辛寒，寒与温虽相反，面辛与辛却一致，则石膏对麻黄一面起制约作用，一面又起协同作用,所以才能治表证而兼通肺气，假使将石膏易以苦寒之黄芩，则只能削弱麻黄的辛通作用。岳氏感叹道：仲景方义蕴无穷，能细心研讨，自会有很多发现。郑氏[117]总结本方的药理作用，谓具有抗病毒，解毒，镇静，平喘，镇咳，利尿等。但姜氏[118]通过实验，发现本方对链球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、卡他球菌等均无抗菌作用。姜氏认为，这反映了中医方剂治疗不单纯是针对局部致病因素的，它是作用于整体,通过调节整体机能而达到消除其致病因子的，如果仅仅着眼于抑制某一病因研究，往往使疗效机理难以得到阐明。姜氏通过实践观察,进一步指出，有的方剂是先改善局部状况，然后再影响到整体；有的是以调节整体从而改善局部；有的也有直接抑制病因的作用，总之，中医方剂的治病原理具有对症、直接消除病因和调整机体因素三方面的作用，而三者互相联系，互为因果,但又有区别。笔者认为，姜氏提供的事实材料说明，三者中调整机体因素是主要的，起决定作用的，因为即使某些中药方剂有抗菌作用，其作用强度在许多场合是难以达到治疗目的的。

5.现代应用

正如林氏[119]所说，麻杏石甘汤为呼吸系感染性疾病之良方，对喘息、大叶肺炎、支气管肺炎、百日咳，尤其对小儿更为适宜。郑氏[117]用本方加车前、苇茎、鱼腥草，治疗小儿肺炎32例，并以本方治疗急性支气管炎、小儿痉挛性支气管炎、支气管哮喘和毛细支气管炎，以及老年慢性支气管炎共172例,取得92.4%的有效率。郑氏从上述实践中获得如下经验：凡证见喘咳、气急、鼻煽,有热或无热，舌质红、苔白或黄，脉数者，均宜于本方治疗；而寒喘及正虚邪恋型（迁延型）肺炎，以及汗多，脱水，循环不良者,则不宜使用。徐氏[120]用本方加味治愈大叶性肺炎2例，深有体会地说，晚近以来由于磺胺类及抗菌素等药物相继问世，因其疗效甚高故为医家所喜用，但这些药虽对消灭病原体或控制病原体有良好作用，但对病原体所侵袭的人体，也带来一定的危害性，如磺胺类药物倘使用之不当，往往在体内产生结晶，引起肾脏的损害，特别原有肝肾病变者尤在禁例；而青霉素虽无此缺点，但在应用时所引起的过敏性休克反应，似较前者更为危险。笔者认为，化学药品治病其作用都是单相的，故有高效、速效，徐氏之言仅仅是这类药品在短期内于人体可见的副作用，至于对人体产生的长远影响怎么样？在物质代谢上有什么变化？还没有人进行研究，但这是值得研究的问题，因为它可以引导今后医学朝什么方向发展。而中药方剂多是按阴阳平衡调节原理而制定的，由于它的二相性：所以起效缓慢，由于它的整体性，所以针对性大，由于它的固本性，所以除邪气而不伤正气。中药多是植物药和动物药，可以确信这些药物对人体没有长远的不良影响。笔者认为，中药方剂的这些优点都是今后医学发展中所应当吸取的。至于对中药方剂疗效的高低快慢问题，也不可笼统而论。就拿本方来说，张氏[121]曾作过对照，将149例麻疹肺炎患儿分三组：第一组（西药组）为专用抗生素、磺胺药共78例；第二组（中西药组）用抗生素或磺胺药，并加用中药麻杏石甘汤共57例；第三组（中药组）专用中药麻杏石甘汤，共14例，治疗结果：第一组患者肺部体征好转、体温降至正常及住院总日数，均较第二、三组患者为迟缓。江氏[122，123]等观察到本方有非常显著的退热、定喘、化痰作用，用于治疗小儿肺炎痰喘（多为小儿支气管肺炎）178例，治愈149例，有效20例，无效9例。李氏[124]为避免小儿服用汤药量大易吐的缺点，将本方改成合剂使用，治疗小儿肺炎71例，总有效率95.77%,全愈率87.87%，平均疗程9天。李氏认为这种疗效是相当满意的，并具有下述优点：服用方便，量少味甜，便于掌握应用，可以节省大量抗生素，减少病人负担，无毒性反应，不会因为产生抗药菌株而影响疗效。本方不仅对一般小儿肺炎有较好疗效，对重症肺炎亦卓有成效。如徐氏[125,126]等治疗136例麻疹患儿，对其中合并肺炎的险证、危证均以本方取效。本组44例重症肺炎患者,其中9例以高烧，三度缺氧，昏迷，抽风，青紫，浮肿，肝脏肿大为特征。中医辨证：高烧，喘息，无汗，舌红，苔微黄，脉数实。被认为是表里受邪，肺胃同病，用各种抗生素治疗无效。而采用本方治疗后，其中6例明显的高热渐退，微汗自出，喘息渐止，随着神清气爽而转危为安。但其中3例终因内闭外脱而死亡。李氏[124,127,128]等观察到，服用本方后大便次数增多，或大便溏泻，认为肺与大肠相表里，这是肺热从大便而泄的象征。笔者认为，这可能是石膏、杏仁的沉降性引起的，但应防其大泄，以免损伤正气。用本方治疗麻疹并发肺炎的研究很多。陈氏[128]及其同事使用本方并酌情配合“透疹”、“养阴”的方药，治疗74例麻疹并发肺炎的患者，全愈15例，基本全愈57例，好转1例，死亡1例，取得一定疗效。但陈氏显然未加辨证，一律采用本方治疗，故其疗效不甚满意。这种治法为许多学者所不同意。如安氏[129]指出，麻疹合并肺炎，如疹出不透或初见即隐者，因“疹随热出”，虽见肺炎热盛，亦不宜旱用麻杏石甘汤。又如朱氏[130]在治疗100余例麻疹并发肺炎中，观察到本病大多气喘又有神昏、紫绀、舌质红绛等症，认为病邪不仅在肺，已逆传心包，介于气营之间，麻杏石甘汤很不适合，故该组病例无1例采用本方。但中西医结合[70,131-137]采用本方配合抗生素或磺胺药以及必要的维生素、激素、补液等。治疗支气管肺炎和麻疹并发支气管肺炎1681例，治愈率95％-100%，死亡率1.22-5%，观察到西药加用本方，无论在体温下降、气急、咳嗽、往院日数、治愈率等方面，均超过了单用西药的现代医疗方法的效果。这就是不辨证的中西医结合取得的疗效。笔者认为，这种中西医结合形式是一方面，但不能成为主要方向，因为照此研究下去，结果无非是找出一个治疗某病的专方专药来，而中医理论的精华将被遗弃。要知中医方剂不进专为某病或某种病因而设。就以本方来说，周氏[137]不仅用来治疗一般的支气管肺炎，也治愈了病毒性肺炎，体会到生石膏对若干病毒性疾病均有较好的效果。黄氏[138]用本方加味治疗百日咳取得一定疗效。陈氏[139]经验，本方不仅能治上述疾病，对瘾疹（风疹块）、烂喉痧（猥红热）、鼻渊（鼻窦炎）均有疗效，认为其异病同治的理由，在于这些病都未离乎手太阴肺经。最有趣的是彭氏[140]用本方治愈6例长期遗尿的患者，其共同特点是：都有咳痰或咳喘的症状，认为是肺气壅滞，治节无权所致，这就是用本方取效的理由。姚氏[141]更将本方用以治疗多种眼科疾病，归纳起来有：（1）天行赤眼，暴风客热。姚氏经验，其适应的病情应是比较严重的一类，就是具有眼睑水肿，球结膜充血肿胀，甚或角膜浸润，与头胀、头痛、眼痛、流泪，或兼寒热、咳嗽、口渴等症状，舌淡尖赤，苔微黄，脉浮而数；（2）白陷鱼鱗，花翳白陷（即角膜溃疡）。姚氏经验，必须是年轻力壮，身体健康，眼部显现强烈的刺激症状，溃疡属进行性，病人多伴眼痛、头痛、身热、心烦等全身症状者；（3）凝脂翳（即化脓性角膜炎），但身体衰弱者则非所宜。姚氏经验，诸如瞳神干缺（急性虹膜睫状体炎）、鹘眼凝睛（眼球突出），混睛障（角膜深层炎）、土疳（麦粒肿）等，在某些情况下都可应用本方治疗，但必须具备下列条件：眼部症状剧烈，具有红、肿、痛、羞明、流泪等刺激症状；病人身体一般健康；舌淡白尖红，苔微黄，脉浮数成浮紧；多伴有头痛，发热恶寒，或但热不寒，口渴、小便短赤，烦躁等全身症状。姚氏指出，某些眼病刺激症状减退，而风热并未消除者亦宜；凡眼病如无成证,或无里证，皆非本方所宜；心力衰竭、营养不良等，体质衰弱病人尤为禁忌；青盲内障绝不可用：绿风内障（急性青光眼）外症虽剧烈，如误用本方，为害非浅。

#### <四> 小青龙汤证

1.原文汇要

**40条 伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之。**

[词义] 噎：指咽喉有气逆和阻塞感。

本条首提伤寒表不解，心下有水气的病机，然后叙症，这是《伤寒论》的又一种叙述方法。伤寒表不解，意味着发热、恶寒、无汗、头痛等表症依然存在。心下有水气,是指病人素有水饮宿疾，外寒引动内饮，形成表里同病，但因水饮变动不居，故有许多的或然症。

关于心下有水气这个病理概念，古今医家随文释义未作具体解释，惟（日本）馆野健氏[148]从实践中得出这样一个概念，他治疗4例慢性气管炎和气管发喘的病人，有2例同时有胃无力症而染感冒，均用本方2-3日而全愈，其4例之轻重差别；均由鼻涕和同时出现的心窝部水振音可以证明。该氏认为，心下有水气作为心窝部水振音来解释，诚然未免过早，但古人对心下有水气的想法，是从鼻涕、喘咳（湿性的）、咯痰（稀薄水样、粘液性的），心窝部水振音建立起来的综合性病理观，则是有道理的。笔者认为此说可信，把心下有水气看成是一个综合性病理概念，是比较正确的。由于心下有水气——津液失调，变动不居，可引起各种症状。如水停肺中，肺失宣降则喘、咳、咯痰；停于胃中，胃气失和则呕；水气不化则渴；水走肠间则利；气欲升而水阻滞则噎；气不升而水不行则小便不利，少腹满。如此等等，无不由水气所致。本条的主症是咳嗽，咯痰、干呕，故曰心下有水气，其它或然症是指水气进一步变动可致的种种症状。

**41条 伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。**

本条承上条重申主症及服药后有效的反应。“服汤已渴者”，指服完了药而出现口渴的情况，意味着“寒去欲解也”。一般说来，口渴是一个阳性症状，原属口不渴的阴证而服药后反渴，是病由阴转阳的象征，所以说寒去欲解。因心下停饮一般不渴，即使渴也不思饮，今用温药化饮，上焦津液尚不足，故出现一时性的口渴是可能的。

2.辨证要点

主症 恶寒，发热，无汗，头痛，身痛，干呕，咳嗽，喘息,痰多稀白，苔薄白或滑，脉浮或弦紧。

副症 或渴，或利，或噴，或小便不利，少腹满，或脉弦细、细滑。

李氏[149,150]等应用本方颇有体会，他们提出的辨证要点给人以明确的临床指标：（1）咳嗽、喘息、痰多而清稀；（2）恶寒，特别是背部有显著的冷凉感；（3）干呕，甚则呕吐清水，多因咳诱发；（4）苔白滑，脉浮紧或弦滑、细滑、弦细；（5）不渴，或发热，一般发热不高。李氏等提出的指标，可法可取，但不必悉具，只要有（1）（2）（4）条就可认为是本汤证。

笔者认为，本证是心下素有宿饮而复遭外感客邪所致的证候，其证尚未化热，如见苔黄、脉数、口渴、痰黄调，则是宿饮郁久，阳热不能升散，而从热化，当属小青龙加石膏汤证（金匮）。

3.基本病理 表寒外束，水饮内阻。

寒邪、水饮，皆属于阴，外束于表，内阻于里，故表里均是阴大于阳。在表，优势的阴的寒凝性、静性引起恶寒、无汗、头身痛等症状，弱势的阳的发散性不足而郁滞于肤表之内，故发热，但热势不高。在里，弱势的阳的升温性、动性降低，不足以温化津液，津液因其自身的凝聚性、静性而停聚，形成水饮。水饮停于肺中，使肺失宣降,则咳嗽、气喘、吐痰多而清稀；聚于胃脘，胃气失和，则干呕，各种或然症无不因饮邪停聚而产生。由此可知，水饮（就是痰饮）的实质就是阳虚，故《金匮》有“病痰饮者，当以温药和之”的原则。潘氏[51]认为小青龙汤证部分是呼吸系与循环系的综合病征，痰饮当以温药和之的基本治法，实际上是以保护心脏代偿机能为要务的治法。是则，所谓心脏代偿机能则属于阳的一部分。

4.药理方理

小青龙汤方：

麻黄9克 芍药9克 干姜9克 五味子9克 甘草9克 桂枝9克 半夏9克 细辛9克 上八味，以水2000毫升，先煮麻黄减400毫升,去上沫，内请药，取600毫升，去滓，温服200毫升。

本方原书加减法对几个兼症均去麻黄，近世医家多认为是传写之误，故人们[30,25,151]主张删去。

本方药分三组：一组麻黄、桂枝、甘草，辛甘合化，以增强阳的升散动性，而麻黄还能直接作用于阴，降低其凝聚性、静性，总的说来,使阳增强而阴减弱,在表可发散外束之风寒,在里能升散内停之水饮；二组干姜、细辛、半夏辛温入里，干姜增强阳的升温性、动性，细辛、半夏作用于阴（寒痰），降低其凝聚性、静性，此三味是专门针对内停寒饮，使之温化而设；三组五味、白芍、甘草，酸甘合化，旨在助长阴的凝聚性、静性，在表监制麻桂以免过度发散而伤阳气；在里制约姜、辛、夏之辛温燥烈，以免饮去热生，如此一散一收,一升一降，平调阴阳，使饮邪去而诸证解。

李氏[151]的经验证明，服用本方后一般不出汗，或虽汗亦微。但他体会到，本方如加杏仁则往往有较强的发汗作用,认为加杏仁之后则成为麻黄汤和小青龙汤的复方,便成发汗剂了。笔者认为，李氏之看法以麻黄汤为论据，理论上似乎也讲得通，但杏仁苦温并不辛散，怎么能助麻黄发汗？殊属费解。何况发汗方剂中不一定每味药皆具发汗之作用，是否观察有误，值得进一步推敲。

对于本方中的五味子,近人研究颇多，其应用也远远超过仲景指定的范围。张氏[152]统计仲景用五味子的方剂，《伤寒论》一方二法，《金匮》八方八法，《金匮》引《伤寒论》小青龙四法，《伤寒论》方后加减法三条，指出凡“咳”者均可加入五味子，但五味子和干姜、细辛配合的时候最多。笔者认为，五味子敛阴，或用以制约姜、辛，或用以生津敛肺，都具有较好的固本性。钮氏[153]实验观察五味子仁乙醇提取物对动物中枢神经系统的影响，结果具有中枢抑制作用。但包氏[154,155]等总结的材料却相反，说五味子能增加中枢神经系统的兴奋性，增强人体的精神活动及体力活动能力，还有增加心血管系统的张力，对循环衰竭时的血压下降有升压作用。

关于细辛，降氏[156]报告1例3次服用五钱（15克）细辛引起严重中毒，表现头剧痛，呕吐，汗出，烦躁，口渴，面赤，呼吸急促，脉洪数，颈强，瞳孔散大、等圆，体温升高，血压升高170/130毫米汞柱，后经中西药抢救而愈。笔者认为，本方中细辛9克，量偏大，当酌减。其中毒表现与阳的升温性、动性严重增强的理解相符。

5.现代应用

近人多以小青龙汤治疗呼吸系统疾病。叶氏[157]常用在支气管哮喘有发作预兆时，或已突发时，观察到能起顿挫作用。时氏[155]用本方治疗支气管哮喘60例中属寒证者，有效率在80%以上。孙氏[159,160]等治疗支气管哮喘近40例，取得与时氏同样效果。徐氏[161]用本方合黑锡丹治疗47例小儿支气管哮喘，显效7例，进步31例,无效9例，全部病人属寒喘兼阳虚，观察到此等病人多有不同程度的汗出，而绝大多数是由哮喘引起发汗，认为麻黄虽能发汗,但在小青龙汤中是以平喘为主，哮喘一止，汗出即随之消失，故本病汗出者亦可用小青龙汤。张氏[162〕用本方治疗小儿支气管哮喘属寒证者，观察到姜、辛在方中起很大作用，徐忠可说“姜、辛最能泄满止咳”是可确信的。王氏[163]用本方治疗嗜酸性白血球增多性哮喘也获良效。除支气管哮喘而外，其它呼吸系疾病也常用本方治疗。如周氏[164]用本方合其它汤方治疗钩虫性气管炎40例，除1例并发肺炎采用抗菌素外，全部治愈。有人[165]还用本方加杏仁、桑白皮治疗500多例百日咳,其疗效迅速而显著，认为本方适于无并发感染，不发热或只有低热（38℃以下）者,如有并发感染者，当先控制感染，待热退后再用本方治疗为妥。此外，有人用本方治肺心病的“寒饮型”其效果也较满意。综观上述，诸氏用本方治疗支气管哮喘、气管炎、百日咳、肺心病等，其共同点是：必须没有感染。其实不然，苏氏[167]治疗1例西医确诊为支气管肺炎，并素有浸润性型肺结核、肺气肿的患者，血培养有金黄色葡萄球菌生长，痰培养有白色葡萄球菌生长，并有发热、咳嗽、咯黄稠痰等急性感染症状，用小青龙汤加石膏数剂，热降喘平，感染被控制。笔者也常以小青龙汤加石膏治支气管哮喘伴感染，肺部湿鸣显著的病人取效，考石膏并无抑制细菌的作用，此种疗效的产生，中医理解为通过明阳调节原理而实现的，其实质仍有待研究。中药复方的成分极为复杂，迄今为止，没有人弄清楚过一个中药汤方有效成分的化学结构，及由此而产生的作用原理。不要说复杂的中药汤方，即使单味中药也够复杂的了,迄今还未能应用化学理论满意地解释几种中药疗效。例如，本方中的五味子，仲景多用于咳嗽的证候，后世推广应用于救治亡阴亡阳（如生脉散）、腹泻（如四神丸），近人[154,168,169]更用单味五味子治疗慢性肝炎等，观察到除有较好的降低肝性的血清转氧酶活性外，还能降低非肝性的转氨酶活性，并由动物实验表明，五味子能促进机体代谢，提高中枢神经系统的调节能力，兴奋呼吸中枢，改善血液循环，增加胃液和胆汁的分泌，这些对肝脏机能活动必然有良好的影响。上述事实材料说明，五味子对神经、循环、消化、呼吸等系统都有影响，也就是说对整个机体都可能有影响，单味药作用即是如此复杂，复方就不言而喻了。而这些研究还仅仅是提供现象，离理性地解释这些现象还很远。笔者认为,阴阳调节原理，可能提示解释这些现象的方向。

#### <五> 麻黄附子细辛汤证

#### <六> 麻黄附子甘草汤证（兼肾失调）

1.原文汇要

**301条 少阴病,始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。**

本条首提少阴病，意味着有脉微细，但欲寐，四肢厥逆等症状。始得之，言其病初起：证情较轻。但不应有发热，今发热，故云“反”。发热属太阳，脉沉属少阴肾阳不足，故本证为太阳伤寒而兼肾失调的证候。太阳与少阴相表里，太阳虚则是少阴，少阴实则是太阳，故本证又可认为是太阳→少阴中间证，而用麻黄附子细辛汤助阳解表。

**302条 少阴病，得之二、三日，麻黄附子甘草汤微发汗，以二、三日无里证，故微发汗也。**

本条承301条言，当合看。301条说少阴病始得之，本条说得之二、二日，但病情仍无大的变化。本条补叙无里证，是说无吐、利、躁、渴等里证。由于承301条而继续议论少阴病初起的证候，故知301条亦无吐、利、躁、渴等里证，而本条也有“反发热”的症状。证候相同，治疗无殊,故仍用麻黄附子甘草汤助阳解表。古注家认为，本条去细辛而用甘草者，可能是因其无头痛之故，这是以方测证的判断，也有道理。

2.辨证要点

主症 发热，恋寒，无汗，四肢冷凉，苔白，脉沉弱。

副症 头痛，神疲倦怠，面色晦滞。

本证发热、恶寒、无汗与肢冷、脉沉并见，知为太阳与少阴同病。但发热不高，恶寒而喜温。若无头痛，则偏重少阴；若有头痛则偏重太阳。

3.基本病理 寒邪外束，阳气内虚。

寒为阴邪，外束肤表，故在表，阴大于阳，优势的阴的寒凝性、静性引起恶寒、无汗，弱势的卫阳被郁不得发散，故发热，而热势不高。由于阳气内虚，故在里，阴大于阳，弱的阳的升温性、动性不足，故肢冷、神疲、面晦而脉沉弱，总的看来，本证属阴阳减弱性失调，是整体反应性证候。

4.药理方理

麻黄附子细辛汤方：

麻黄6克 细辛6克 附子6克 上三味，以水2000毫升，先煮麻黄减400毫升，去上沫，内诸药，煮取6OO毫升，去滓，温服200毫升，日三服。

麻黄附子甘草汤方：

麻黄6克 炙甘草6克 附子6克 上三味，以水1400毫升，先煮麻黄一、二沸，去上沫，内诸药，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日三服。

麻黄附子细辛汤，用麻黄之辛温，以增强在表之阳的升散动性，并与辛温之细辛配合，用以降低其阴的寒凝性、静性，达到发汗以解表的目的。但此种里阳（肾阳）虚证，如专事发表而不助阳，可能出现两个结果：一是弱势的里阳的升散性、动性不足以支持在表之阳的发散性，因而达不到发汗的目的；一是本已虚弱的里阳，可能因过度的发散汗出而更加减弱，甚至造成亡阳的变证。故方中加大辛大热之附子以补阳，増强在里之阳的升温性、动性，使表解而阳气存，邪去而阴阳平。

麻黄附子甘草汤，即麻黄附子细辛汤去细辛之辛散，加甘草之甘缓，旨在维护阴的凝聚性、静性，制约麻黄之过度发散，达到微发汗的目的，适应较轻之证。

5.现代应用

对上方进行实际应用、观察而较早报道者，首推沈氏[170]用来治疗肾炎。在他报告的37例肾炎治疗中，观察到凡属急性发作呈内虚表实者，用麻黄附子细辛汤每获良效。但他提到即使用同一方剂治疗症候“相似”的病人，其效果亦大相径庭，这是否与机体反应性有关，值得研究。不过，笔者认为，他说的“相似”而实非是可能的，因为“相似”就存在某些“不似”，中医辨证往往是因为某些细微的“不似”而寒热迥异，就以麻黄附子细辛汤证而言，颇与太阳伤寒“相似”,但以脉沉、肢冷就成为太阳少阴同病，而这个脉沉，肢冷的“不似”极易被忽略。所以，笔者认为,辨证的准确程度与疗效的确定程度是成正比的，而辨证之准确与否，就存在于那些似是而非的脉症之中。刘氏[171]以麻黄附子细辛汤加干姜命名为“克山灵”,防治急性克山病的阳哀型，以四肢厥逆，脉沉微弱为主要临床指标，取得一定疗效。肖氏[172]用麻黄附子细辛汤治疗1例久咳不止，1例黄疸，1例皮下出血：许氏[173]治疗暴瘖1例；陈氏[174]治疗1例暑伤寒，代以畏寒、肢冷，脉沉为主要指标而收效。可见应用本方的关键在里虚，而不在表寒，就是里虚是主要的，表寒是次要的。有些单位[175]观察到助阳散寒药，如麻黄、桂枝、附子等：具有温通经络，扩张血管，促进血液循环的作用，用来治疗10例病态窦房结综合征，心律缓慢，有提高心率，改善症状的满意效果，但认为药量必须较大（9克）效果才好。并指出，这些药物既有助阳散寒的一面，又有耗伤阴液的一面，要注意调整药物的偏盛，对于这点中医多是从药物配伍的制约性去解决的。

#### <七> 麻黄连翘赤小豆汤证（兼脾失调）

1.原文汇要

**263条 伤寒瘀热在里，身必黄，麻黄连翘赤小豆汤主之。**

[词义] 身必黄：身目发黄。

对本条《在里》一义，诸家议论纷纭，柯韵伯[28]主心肺；唐容川[29]主肌肉，说是与皮毛相对而言；有的[25]主肝胆；有的[205]认为必是与栀子柏皮扬证互错，理由是瘀热在里怎能用麻黄发表，于是将“瘀热在里”四字改成“身黄发热”；有的[30]则避而不言，成为疑文。笔者根据近人多用麻黄连翘赤小豆汤治荨麻疹（认为是瘀热滞于肌肉）和黄疸症（认为是湿热蕴结肝脾）收效的经验，认为“在里”是指肝脾、肌肉这两个病理反应层次，故原条文无误。

本条首提伤寒，意味着表不解，发热、恶寒、无汗等症状存在，因热邪不得外泄而瘀滞于里，如引起肝脾失调，胆液横溢，则身必发黄。用麻黄连翘赤小豆汤发表泄热，以治此等表实发黄证。

2.辨证要点

主症 发热，恶寒，无汗，或发疹作痒，或身目俱黄，小便黄，短少，苔白或薄黄，脉浮。

副症 或汗出不彻，或肿。

表不解，瘀热在里可引起多种症状，瘀滞于肌肤则发痒疹，瘀滞于肝脾则发黄疸……故其主症副症是报据近代注家[25]的见解罗列的，这样更完整些。

3.基本病理 寒邪外束，湿热瘀滞。

寒为阴邪，外束肤表，增强了阴的凝聚性、静性，故在表，阴大于阳，而引起恶寒、无汗。弱势的阳瘀滞于肌腠、血脉之中，故称瘀热。瘀热欲发散而出，被营阴的凝聚性所阻，则发疹发痒。若其人素蕴湿热,因表邪不得发散而引动，内外合邪，又可造成种种症状。因湿为阴邪其性静，热为阳邪其性动。湿邪困脾，使脾中阴大于阳，脾阳的升温性、动性减弱，则不能化津液，引起小便不利，或浮肿；热邪郁蒸于肝，肝中阴小于阳，阳的升散性、动性导致胆汁横溢，横溢之胆汁又被脾湿的凝聚件、静性所阻，外不能从肤表解，内不能从小便泄，故身目发黄。这就是所谓热处湿中，湿热蕴蒸为病。属于整体与局部层次阴阳增强性升降失调共同构成的证候。

4.药理方理

麻黄连翘赤小豆汤方：

麻黄6克 连翘6克 杏仁（四十个去皮尖）9克 赤小豆（―升）30克 大枣12枚 生梓白皮（一升）15克 生姜6克 甘草6克 上八味，以潦水2000毫升，先煮麻黄，再沸，去上沫，内诸药，煮取600毫升，去滓，分温三服,半日服尽。

〔按〕潦水即天然雨水。若无梓白皮可以桑白皮代之。

本方麻黄辛温，辛散之性，能增强阳的升散性、动性,温宣之性作用于阴，降低其寒凝性、静性；杏仁苦温，苦降温宣，用以开泄在里之郁滞；梓白皮、连翘苦寒清热，减弱在里之阳的升温性、动性；赤小豆甘平，降低湿邪的凝聚性、静性而利小便；姜、草、枣辛甘化阳，增强弱势之脾阳的温动性。本方一升一降,有表有利，使荣卫得和，湿热分消，阴阳平调而愈。

根据叶氏[176]考据，本方之连翘应为草本连翘，而目前市售之连翘乃木本连翘，二者疗效略有差异，应按仲景所指之原品使用。樊氏[107]谓本方之麻黄有三种作用：一是发泄瘀热，二是平喘，三是利小便。樊氏虽指麻黄一味的作用而言，但从后世的应用来看，实际上代表了全方的功效，

5.现代应用

近人多用麻黄连翘赤小豆汤于二个方面：因其能发泄瘀热，调和营卫，用以治疗荨麻疹；因其能发汗、利小便，用以治疗急性肾炎等。朱氏[177]认为，荨麻疹多表现为风湿蕴热，营卫不和，与麻黄连翘赤小豆汤证病机基本吻合，乃用本方治疗1例顽固性荨麻疹，服10数剂而愈，追踪随访2年未复发，继后又治多例亦愈。自朱氏首先报告后，相继有不少用本方治疗荨麻疹或类似疾病的报道，都收到满意效果。如黄氏「178」报道用本方加僵蚕等治愈4例荨麻疹，随访未复发。朱氏[179]用本方如地肤子、白癣皮等治疗小儿丘疹样荨麻疹（即西医称为小儿苔癣或荨麻疹性苔癣）134例，最少服2剂，最多服18剂，治疗1月后登门随访，治愈125例，好转7例，2例未作定论，仅有7例复发，获得显著效果。龚氏[180]以本方随证加减治疗经西医皮肤科确诊为玫瑰糠疹病人16例，结果全愈14例（10天内全愈11例），好转2例，观察到偏热者效果最好。荨麻疹类疾病有的非常顽固，治疗上常无定法定方，普遍认为其病因多与“湿”有关。而“湿”的实质为何？从事于湿疹研究者[181]用组织胺电游子透入试验和出入液量的改变观察，发现中药利湿药的作用机理除了可使湿从体内排出外，更可改变患者对组织胺的反应性。认为已知变态反应与组织胺有一定关系，而中医对某些变态反应性疾病常认为是与“湿”有关，经用利湿药后也常收到一定效果，认为“湿”与变态反应两者的关系值得探讨。中医的“湿”是一个内涵和外延很大的概念，既是许多皮肤病的成因，也是某些脏腑病的缘由。由于麻黄连翘赤小豆汤具有表里两治的效用，既可以疏解在表之瘀热，又可以清利在里之湿热，故有的医生用以治皮肤疾病，有的医生用以治脏腑病证，都可取得疗效。如林氏[182][183]等用本方合艽苓散治疗急性肾炎15例，取得良好效果，并观察到上二方合用具有发汗、利尿、消炎的显著作用；用本方加茵陈、栀子、腹皮等除湿热药，治疗小儿肾炎属“风水”者53例，亦取得较好疗效。徐氏[184]曾述用本方加苏叶、防风、羌活之类，治疗急性肾炎消除蛋白尿的经验。他观察到用本方治疗该病随着水肿消退,蛋白尿也随之好转：如水肿已退而蛋白尿尚未悉除，仍可继续使用该方治疗，行在调整肺气，使治节有权，而蛋白尿常能解除。笔者依据阴阳升降原理来认识，体内之蛋白为有形之质属阴，性本凝聚而沉降，正常情况下随阳气之升散而输布于各脏腑，进行各种生生化化的生理活动，如人体阳气衰弱，升散性、动性不足（包括肾虚不固，肺气虚不制等），则可因其沉降性而从尿中漏失，此是一方面。另一方面，如阳的温散性、动性太过，蛋白亦可因其过分温动而从尿中漏失。笔者经验，治疗尿蛋白必从调节阴阳着手，由于湿热阳邪引起，当从清利法治疗；如为阳虚气弱所致，当从升阳益气法治疗，总之，阴阳平衡而蛋白自消。徐氏着眼于宣肺气，用本方使上能制下，以消蛋白，较适合于外有表证的急性肾炎，同样体现了阴阳调节原理。夏氏[185]用本方以防风易麻黄治疗急性肾炎伴发尿毒症3例，获得满意效果，堪称苗头。夏氏实践证明本方经过上述加减，确能达到解热、降血压、消肿、利小便的要求，其显著表现是，血压下降迅速，尿液自动排出，肾功很快恢复，随着血压下降，昏迷即迅速好转。夏氏经验认为，麻黄有升压作用，高血压者禁用，故以防风代之，并加入钩藤、夏枯草等疗效更显著。但对于麻黄升高血压的作用，姚氏[186]的经验则是否定的，他在治疗肾炎水肿使用越婢加术汤时，未见到用麻黄而引起血升高的情况，相反却能使血压随着水肿消退而逐步降至正常。不过，夏氏观察治疗的是肾炎伴发尿毒症，且是从西药麻黄素来理解中药麻黄的作用的；而姚氏观察治疗的是肾炎水肿，并未出现尿毒症，且用的是越婢加术汤，方中麻黄与石音配伍，右膏的寒凉降性，是否因监制着麻黄的辛温升性，其升压作用被抵销了。这一切都当进一步研究：首先确定麻黄有无升压作用？再观察麻黄与石膏及至整个越婢加术汤，对血压的影响，研究了这两项之后，才能解决夏姚二氏的学术纠纷D

### 三、葛根汤证类

#### <一> 葛根汤证

1.原文汇要

**31条 太阳病，项背强几几，无汗，恶风者，葛根汤主之。**

条文首提太阳病，有发热恶寒或发热恶风是自然之理,乃省文笔法；提无汗，可知是太阳伤寒而脉必浮紧，亦省略文。可见本条是指太阳伤寒，寒邪客于太阳经输的证候，与桂枝加葛根汤证相同，不过彼为表虚有汗，此为表实无汗，故于桂枝加葛根汤中加麻黄，组成葛根汤治疗。

**32条 太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。**

〔词义〕 必自下利：必、十分之八九的意思，下利即腹泻。

《伤寒论》谈合病共七条，即32、33、36、172、256、219、268条，可以互参。合病是指两经同时受邪的证候，邪气较盛。

本条言太阳与阳明合病,必自下利，意味着有太阳之表证：发热、恶寒、头痛、无汗，又兼阳明之下利，构成合病。可知是太阳邪盛，同时影响到阳明的证候。其里病的升降失常，实际上是表病引起，故重点在解表，仍用葛根汤,寓有表解则里和的意义。

2.辨证要点

主症 发热，恶寒，无汗，身痛，项背强几几，苔薄白，脉浮紧。

副症 或下利，或呕吐。

葛根汤证以恶寒剧，发热高，身痛、项强也较剧烈为特点，同时当与下述证候作鉴别：

（1）葛根汤证与桂枝加葛根汤证病位相同，但前者表实无汗，脉浮紧；后者表虚有汗，脉浮缓。

（2）葛根汤证与麻黄汤证均为伤寒表实，但前者无喘而有项背强，后者有喘而无项背强。据喻氏[143]经验，前者多有口渴，而后者无之。

（3）葛根汤证与葛根加半夏汤证不同处，在于前者无呕吐，而后者有呕吐。

（4）葛根汤证与葛根黄连黄芩汤证同有下利，似前者虽下利邪未离太阳之表，故没有“汗出而喘”，重在解表；后者邪已传里，故见下利，“汗出而喘”，重在清里。

3.基本病理 寒邪外束，经输不利。

寒为阴邪，作用于肤表、经络之营阴，使阴的寒凝性、静性大于阳的升散性、动性，故无汗，恶寒，身痛，项背强几几，苔薄白，脉浮紧；卫阳被郁不得发散，故发热。此种肤表以营强卫弱为特点的阴阳升降失调，属于增强性失调，故恶寒剧，发热高，身痛项强也较剧烈。表热不得外越，如内迫于肠，使肠中阴小于阳，阳的动性导致大肠传化过速而下利；内迫于胃，使胃中阴小于阳，胃气不和，应降反升而呕吐（即葛根加半夏汤证）。由上可知，葛根扬证是太阳病用以阴阳增强性失调为基础的，以营强卫弱为特点的整体反应性证候，是一个较大的病理层次，其中又有一些兼证，主要涉及阳明胃肠，代表着较小的局部病理层次。

4.药理方理

葛根汤方：

葛根12克 麻黄9克 桂枝6克 生姜9克 炙甘草6克 芍药6克 大枣12枚 上七味，以水2000毫升，先煮麻黄、葛根，减400毫升，去白沫，内诸药，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。复取微似汗，余如桂枝法将息及禁忌。

本方即桂枝加葛根汤再加麻黄而成。葛根是本方主药，人们认为其性甘辛，能起阴气，致津液，解肌散邪，实是增强阳的升散性、动性，使在表特别是经输中阴的凝聚性、静性相对減弱，从而助长麻桂姜辛温升散之力，以祛在表、在经输中之寒邪，并使内部之阳热通过从表升散而外解，芍药甘草大枣酸甘化阴，用以制约其辛温发散以免太过，达到平调阴阳，表解里和的目的。

近人陶氏[138]对本方的作用曾用西医学的药理作过这样的解释：葛根有解肌发表，滋筋脉，舒牵引的功效；麻黄能收缩内脏血管，使分布于皮下的血管扩张，且能振奋心脏，令血液自然流转于表面面出汗；桂枝有亢奋血液循环，振奋生活机能的作用，能缓解痉挛而利关节；芍药能通畅血脉，除痹止痛，且有缓痉镇痛的功效；甘草能缓急迫，去疼痛，有相当的强心作用，而于一般的炎症、痛症复有一定缓和作用；生姜能刺激胃粘膜，引起血管运动中枢及交感神经的反射性兴奋，因而亢进血液循环，振奋胃机能而达到健胃发汗作用；大枣有缓和急迫及强壮功能。总结上述各药的药效，则证明葛根汤是具有扩张血管，旺盛血行的作用。陶氏认为这就是本方能治项背强或肩背痛的理由。笔者认为，陶氏对本方各单味药之解释实际上是中西合参，对其作用实际上看成各单味药的作用总合。他似乎能解释本方为什么能治项背强痛（或肩背痛）,但却不能解释本方何以能治下利。笔者认为，只有用阴阳调节的整体性原理，才能解释这种表解里自和的现象。刘氏[189]指出，后世治痢疾用的“逆流挽舟”法，就是从本方悟出来的“下病上取”的整体治疗方法。与笔者看法完全一致。读者应能记住，在讨论桂枝加葛根汤证时，所列举蒲氏[24]用该方治愈1例严重的中毒性痢疾，其法源出于此。不过一为无汗之表实，一为有汗之表虚，外证不同而已。

5.现代应用

据笔者所知，临床家们多将葛根汤用来治疗痉病一类（乙脑）的初期，取得较好疗效。如蔡氏[190]报告用本方加减治疗流行性乙型脑炎初期1-2天，以解表撒热，中后期则以清热解毒，熄风镇痉养阴等法继之，共治疗10例，治愈9例。之后，有报告[191]治疗各型“乙脑”83例，用本方于初期1-2天解表发汗，后则清热解毒，熄风镇静，养阴治疗，获得良好效果，仅死亡I3例，死亡率15.66%。认为汗法对乙脑不是绝对禁忌，这和石家庄[192]的经验有所不同：石家庄经验认为，乙脑忌发汗，忌泻下，忌利小便，忌辛燥刺激等。此外，（日本）长滨善夫氏[192]用本方治疗鼻腔蓄脓症收到效果，自谓是本着本方能消项背拘凝，而用于眼耳鼻的疾患，能和畅颜面头部的血行而散郁血，于是蓄脓得以自然排出。

#### <二> 葛根加半夏汤证

原文汇要

**33条 太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之。**

有注家[205]根据32条“太阳与阳明合病者，必自下利”一语，认为原文有误,将本条“不下利，但呕者”改成“不但下利，而呕者，”诚是。

本条汤证与葛根汤证相同，只有增加胃失和降的呕吐；方药也与葛根汤相同，只是增加和胃止呕的半夏。故从略。

#### <三>葛根黄芩黄连汤证

1.原文汇要

**34条 太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。**

本条有两层意思：一是说太阳病桂枝证误下之后，引起下利，如表未解者仍应解表，表解则里和而下利自止，表未解的指标是脉促；另一层意思是表邪化热入里，以里热为主引起的下利，当用葛根黄芩黄连汤治疗，其指标是喘而汗出。

对本条的脉促一症，诸家理解不一，有的[28]说是数中一止之象。也有的[30]理解为急促之义。总之是主热盛，而不一定是主表证。故有的医家[25]将此条汤证脉象改成滑数，比较接近实际。

2.辨证要点

主症 发热，喘而汗出，口渴，下利多恶臭，肛门灼热感,苔黄，脉滑数。

副症 小便短黄。

葛根黄芩黄连汤证的“喘而汗出”与麻杏石甘汤证之“汗出而喘”绝对不同，前者病位在肠，由热邪熏蒸所致；后者病位在肺，由肺失清肃引起。实际上本证之“喘而汗出”是指热盛呼吸急促之状。

3.基本病理 表里俱热，升降失调。

表邪不解，化热入里，使表里之阳的温热性、动性大于阴的凝聚性、静性。在里，优势的阳的温热性、动性使肠道传化过速而下利、恶臭、肛门灼热；在表，因阳的升温性、动性而发热、汗出、呼吸迫促而喘。因汗出、下利，以及阳热的发散性而耗伤津液，故口渴、小便短黄。总之，本证属于整体反应性和局部病理反应层次共同构成的阴阳增强性失调证候。

4.药理方理

葛根黄芩黄连汤方：

葛根24克 炙甘草6克 黄芩9克 黄连9克 上四味，以水1600毫升，先煮葛根减400毫升，内诸药，煮取400毫升，去滓，分温再服。

本方主药葛根甘辛平，性升散，使在表之阳热发散而减弱；同时升散在里之阳热，以缓解其内陷下迫肠道之势，从而减弱肠道过速的传化，而保住津液之丢失,此种作用传统称为“升津液”。笔者认为,津液为有形之质，属阴而性静，其所以能输布脏腑内外，全赖阳气温蒸化行，故葛根的升津液作用，实际上是升动阳气的结果。本方中之芩连苦寒性降，用以降低胃肠中阳的温热性、动性，以减弱肠道过速之传化,达到制止下利的目的。炙甘草缓急，即增强阴的凝聚性、静性而缓和阳的急迫性。全方有升有降，有从阳治，有从阴治，两解表里，平调阴阳，为表里倶热之首选方。

近人姜氏[194]谓芩连不清内因之火，只能治六气（六因）外来之火：前者为虚火,后者为实火。笔者认为,外感六淫之实火，实际上是指阴阳增强性失调，阳的升温性、动性大于阴的寒凝性、静性的表现，这种情况宜直接降低阳的升温性、动性来治疗；五志过极之虚火，实际上是指阴阳减弱性失调，阳的虚性上升性所致，这种情况当增强阴的凝敛性、静性（滋阴），以达到阴阳平衡，如不这样，而再去降低已经减弱的阳（泻火），自然是达不到平调阴阳的目的。

5.现代应用

近人根据仲景制方之意，多应用葛根芩连汤治疗肠道感染性疾病。如邓氏[195,196]等用本方加六一散、车前草等，治疗婴幼儿腹泻、发热98例，体温大多在39℃以上,全部治愈。陈氏[197]用本方加味治小儿急性消化不良与中毒性消化不良84例偏实热者，取得良效。陈氏为了观察治疗急性腹泻中医药究竟能否单独取效？在哪些环节可以代替西医治疗的作用？按本病轻、重、危重型作了分析，认为轻型脱水情况不甚严重者，完全可以单独采用中医治疗；重型具有高热烦渴不止者，采用中西医结合治疗，效果最为满意；危重病例如已出现循环衰竭或昏迷、惊厥者，此时服药作用不大，灌服办法甚至有发生危险的可能，主张不必结合。笔者认为，由于中药给药途径的局限性，使得近年来临床上中医对某些危急重证不得不让位于西医，从而渐有中医不能治急性病，只能治慢性病之说，不过中医中药治愈的危、急、重证报道颇多，笔者将在各汤证中充分介绍。但如能将中药方剂改变剂型，使给药途径多样化，以适应不同的证候情况，毫无疑问，这是发展中医药提高疗效的一个重要方面。就以本方加减口服的效果来说，不仅有人[198]多年来治疗大量急性肠炎儿无失败者。还有大量报道[199-201]以本方为主，加入芳香逐秽，清热解毒，醒窍熄风的药物,如安宫牛黄丸等，并配合西医西药，治疗中毒性痢疾共44例，仅3例因入院较晚死亡，其余全部治愈，体会到中毒性痢疾几乎全属阳证、热证，其所表现的四肢冷逆，神志昏迷，高热惊厥，皮色紫绀，脉象伏慝等症状，纯属邪气内闭，热毒内攻之象，虽有表证实非表邪。说明本方在救治危重证候中同样起作用。用本方治疗一般痢疾，则疗效更著。有人[202,203]无论以本方加味或以本方中单味黄连粉治疗一般痢疾，其治愈率几近100%，平均治愈天数5.7天（包括作肠拭子及粪便培养），在与同数病例用西药新霉素，痢特灵加卡那霉素，或氯霉素加痢特灵的对比治疗中，几无差别。此外，李氏[204]报告以本方为主随证加减治疗肠伤寒60多例，全郃治愈。严密观察其中12例最严重的病人，体温40℃以上，并有神昏、谵语、耳聋等，除2例在恢复期因工作转移出院未详外，全部治愈。说明本方几乎能治疗所有的肠道感染性疾患。不仅如此，有人[199]还用本方治疗肠道以外的感染性疾病——重证肺炎3例，均全愈。说明本方抗感染的作用是广泛而力量又较强的。

### 四、桂枝麻黄各半汤证类

#### <一> 桂枝麻黄各半汤证

#### <二> 桂枝二麻黄一汤证

#### <三> 桂枝二越婢一汤证

1.原文汇要

**23条 太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，清便欲自可，一日二、三度发。脉微缓者，为欲愈也；脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也；面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。**

〔词义〕 如疟状：如疟之寒热伏，而实非疟疾。热多寒少：发热时间长,恶寒时间短。诸便欲自可：有二种解释，一是指小便清白；二是指胃无热邪,显然指大便自调；还有认为是大小便自调，以末神解释为妥。脉微缓者：微作形容词解，即稍微带点缓和之象。脉微而恶寒者：微作名词解，即微脉；这里的恶寒寓有寒多热少，阳气不足之义。阴阳俱虚：表里俱虚。不可更发汗、更下、更吐也：更作再字解，即已经遍用汗吐下法，不可甩用之义。热色：即红色，热郁之色。

本条应分作三节看，“太阳病……一日二三度发。”为第一节，说明本证始至终的主要症状。“脉微缓者……更吐也。”为第二节，是反复推断其病是否有自愈的倾向。“面色反有热色者……身必痒”为第三节，是重申第一节的症状,叙述其无自然缓解的能力。最后提出主治方药。

全条的中心思想是讨论太阳病桂枝汤证的几种转变情况。因本条在《伤寒论》原书中是讨论桂枝汤证各种变证中的一条。

第一节太阳病，得之八九日，如疟状，是说太阳病经过多日，如疟状并不是疟，因疟疾是一日一发或间日一发，而病人表现为发热恶寒，热多寒少，一日二、二度发。其人不呕，表明病未入少阳；清便欲自可，表明病未入阳明。第二节说明这样的证候一般有两种转归：一是因其热多寒少，正盛邪退，可能自然痊愈；一是逐渐变成寒多热少，邪盛正衰，转成阴阳两虚的证候。自然向愈的标志是脉微缓。阴阳两虚的标志是脉微而恶寒。这种证候已经遍用汗吐下法，不可再用。第三节是重申第一节所叙述的证候，如果表现出面色红，且身必痒，是因其不得小汗出而热郁于肤表所致，一般也是病证向愈的趋势，把第一节和第三节联系起来，就构成桂枝麻黄各半汤证，即表证多日不解，发热恶寒，热多寒少，不呕，二便正常，面色赤，一身发痒，宜桂枝麻黄各半汤治疗。

**25条 服桂枝汤，大汗出，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。**

[词义] 脉洪大者：原文为“若脉但洪太者”，有“若”、“但”二字，文法别扭，有的注家[30]改成“脉洪大者”，比较利落，从此。

本条有两层意思。第一，“服桂枝汤……如前法”一句,是说服桂枝汤宜微汗出，才能使表邪解，营卫调。今大汗出，脉洪大，是升散太过所致，结果没有达到使营卫调和的目的。不过应当认识到，虽然大汗出，脉洪大，但未见烦渴，可知尚未构成阳明的白虎汤证，病仍在表。桂枝汤本是有汗可止，无汗可汙，调和营卫，故与桂枝汤，如前法，则病可解。第二，“若形似疟……宜桂枝二麻黄一汤”一句是本条重点。若形似疟，寓有发热恶寒,热多寒少之义。一日再发，言其较23条日二、三度发为轻。汗出必解，是说没有出汗，假使能出汗则病可解。总之，本条和23条病机相同，惟证情较轻，只须于调和营卫方中小发其汗即可，故用桂枝二麻黄一汤治疗。

**27条 太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜往枝二越婢一汤。**

本条原文许多注家[205,30]认为，“宜桂枝二越婢一汤”句，应接在“热多寒少”句后，并根据柯氏[28]有不烦不躁，何得妄用石膏之语，认为“热多寒少”之后，还应加入“烦躁”二字。是则，条文应修改成：太阳病，发热恶寒，热多寒少，烦躁者，宜桂枝二越婢一汤；脉微弱者，此无阳也，不可发汗。这样就好解释了。是太阳病表邪不解，郁久化热入里，出现里热证的情况，用桂枝汤解表,越婢汤发越里热进行治疗。如表不解而脉微弱,是阳气太虚的象征，当然不可发汗再伤阳。

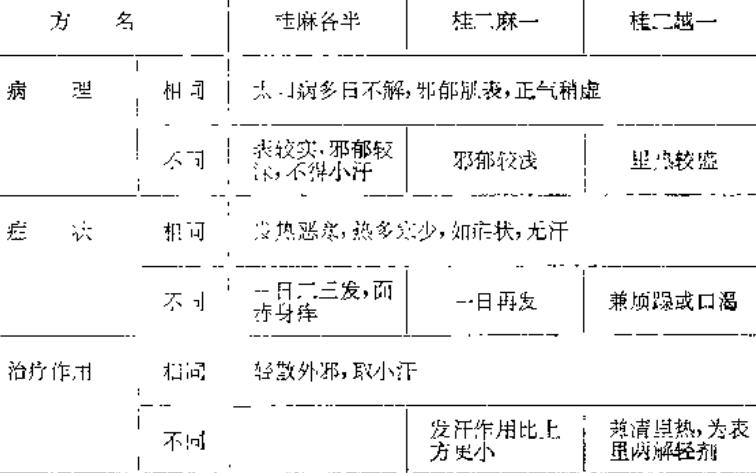
以上三条是讨论太阳病桂枝汤证，多日表郁不解出现的三种证候。

2.辨证要点

主症 发热恶寒，热多寒少，一日数发,无汗，形似疟。

副症 或而赤，身痒，或烦躁，口渴。

上面三条汤证，都是桂枝汤证经久不愈所致，其病理、症状有相同相异之处，俞氏[143〕作了一个比较，可供参考：



3.基本病理 表邪久郁，营卫不和。

上面三证均属阴阳不虚性失调。在肤表，阴大于阳，略占优势的营阴的凝聚性、静性使其不得小汗出而日久不解，且有短时间的恶寒。卫阳被郁，不得发散，在肌躁、在里，则阴小于阳，略占优势的阳，引起热多、面赤、身痒、口渴、烦躁。一日二、三度发,或再发，表明阳气有升散外解而使阴阳趋于自然平衡的态势，但因力量不足始终不得小汗出，故营卫久久失调。如能略助阳气的升散则郁热外解,便可达到平调阴阳的目的。

4.药理方理

柱技麻黄各半汤方：

桂枝6克 芍药 生姜 炙甘草 麻黄各3克 杏仁（二十四枚去两仁者）3克 上七味，以水1000毫升，先煮麻黄一、二沸，去上沫，内诸药，煮取360毫升，去滓,温服120毫升。本云：桂枝汤60毫升，麻黄汤60毫升，并为120毫升顿服。将息如上法。

枝枝二麻黄一汤方：

桂枝6克 芍药3克 麻黄2克 生姜3克 杏仁（十六个去皮尖）3克 炙甘草3克 大枣5枚 上七味，以水1000毫升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取400毫升，去滓，温服200毫升，日再服、本云：桂枝汤二分，麻黄汤一分，合为400毫升，分再服，今合为一方。将息如前法。

桂枝二越婢一汤方：

桂枝 芍药 麻黄 炙甘草 各3克 大枣4枚 生姜3克 石膏12克 上七味，以水1000毫升,煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取400毫升，去滓，温服200毫升。本云：当裁为越婢汤、桂枝汤合之，饮200毫升。今合为一方，桂枝二分，越婢一分。

桂枝麻黄各半汤，实际上是桂枝、麻黄二方各取三分之一，旨在以桂枝汤调和营卫，而以麻黄汤略增卫阳的升散性、动性，稍降营阴的凝聚性、静性,由于用量较小起到小发其汗的作用，使内郁之阳通过发散而减弱，以平调阴阳。本方适应于无汗不得专用桂枝汤，寒少不得专用麻黄汤的证候。桂枝二麻黄一汤亦发汗轻剂，适于比桂麻各半汤证候更轻者。桂枝二越婢一汤适应于上述证候已北热入里，略兼里热的证候，故加用石膏之寒凉，直接降低在里之阳（郁热）的温热性、动件，同时用桂枝发表,具有两解表里之义。

5.现代应用

据笔古所知，近代人对上述三方在理论上探讨的多，实际应用的少。仅梁氏[206]报告治疗1例顽固性荨麻疹，曾用包括激素在内的各种西药、针灸、中药治疗无效，用麻桂各半场2剂而愈。愈后随访3月，并用各种诱因刺激（如鱼类、物理刺激、下水、冒雨等）未见复发。而患者乃因冒雨发生，遇天阴则发作显著，但经考核亦未见复发，足见其效果稳定。仲景经方只要对证而又用之得当，往往能获得奇效，此中绝非偶然，也不是“抗过敏”等可以解释得了的。

### 五、泻心汤证类

#### <一> 大黄黄连泻心汤证

1.原文汇要

**159条 心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。**

[词义] 痞：是痞塞不通，较“满”程度为轻，但痞和“满”有时难分，故临床上多痞满并提。心下痞：是指胃脘部有闭赛之惑觉。按之濡：濡，乃柔软之义，是指心下部按之柔饮。

本条语说无形之热邪聚于心下，形成单纯性热痞的证治。无形之热邪聚积，非有形之水饮阻滞，故病者自觉痞而不痛，医者按之濡而不鞭。一般说，寸脉主上焦，关脉主中焦，尺脉主下焦，今热邪聚于心下胃脘部，故脉关上浮。单纯热邪为患，故用苦寒轻泄之大黄黄连泻心汤治疗。

**169条 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，宜大黄黄连泻心汤。**

本条说明两层意思：一是说伤寒表证不解表而攻下治里，使热邪内陷心下形成痞证，以后虽再发汗，但仍有恶寒，表证仍然未解；二是说有表证又兼痞证，其治疗步骤仍须先解表，须待表证解除然后才可攻痞。解表宜桂枝汤，说明表证属太阳伤风；攻痞宜大黄黄连泻心汤，说明痞属单纯性热痞。

2.辨证要点

主症 心下痞满，按之柔软，但不痛，

副症 烦渴，舌红、苔黄，脉浮数。

后世医家[25,205]根据实践体会，认为本证多兼有烦渴、舌红、苔黄、脉浮数等症状。其实本证就是临床上常称之“肝胃不和”偏热郁的证候，而今人不习惯于说痞证吧了。

3.基本病理 热邪壅滞，痞塞心下。

热为阳邪，壅滞心下，使心下部，阴小于阳。阳热无形壅滞引起气机不畅，非阴质凝聚阻滞不通，故瘩而不痛，濡而不鞕。如阳热偏盛，其升散性、动性可引起烦渴等症状。总之，本证是一个局部反应性证候，属于增强性失调。

4.药理方理

大黄黄连泻心汤方：

大黄6克 黄连3克 右二味，以麻沸汤400毫升渍之须臾，绞去滓，分温再服。

《伤寒论》原书本方只有二味药，无黄芩，但根据宋本《伤寒论》林亿等校注《金匮》之记载,则本方应有黄芩为是。

麻沸汤即百沸汤。大黄泄胃热、黄连清心火，用汤浸渍一会儿即温服，而不用煎煮，取其清淡之性味，以清心火，泄胃热，而消痞满；如久煎浓汁，则味厚而走肠道，起泻下作用,达不到治疗目的。

其实，三黄苦寒性降，直接降低心下之阳的优势，平调阴阳而起治疗作用。但由于本方纯属苦寒，系单相调节，惟恐太过，故只须浸溃，不能煎熬。今人用本方清胃热，药证相对，用不如法，故有时无效,其源盖出于此

有人[70]实验发现，本方中之黄连，单用则易形成耐药性，而在泻心汤等复方中用之则不易形成耐药性，且作用较单味药增强，这对临床解决耐药性问题有参考价值。

5，现代应用

俞氏[207]总结近代应用大黄黄连泻心汤，最多用于治疗炎性的胃肠病和一般突发的充血性疾病，如脑充血、脑溢血、咯血、吐血、衄血、子宫出血和痔疮出血等，另外，因血热引起的皮肤病、眼病、咽峡充血，以及属丁亢奋性的精神病、癫痫和妇女月经不调的上冲等。华氏[208]曾记述用本方加石膏、生地、栀子等苦寒泻心止血法，对大咯血属火热上亢者，确收立即止血之效，但对癌症咯血效果不好。张氏[209]报导单用本方治疗1例原因待査的“上消化道出血”患者，呕血达400毫升左在，竟服2剂而血止。自唐宗海本《金匮》之意治吐血首选本方以来，人们多用本方治疗热盛之吐血，旨在降火即是降气，降气即是降血而止血。然而，按西医学的分析，本方三黄并无止血作用，此种降火→降气→降血→止血的具体原理和实质是什么？是值得研究的问题。通过此项研究对现今之凝血原理和止血方法都可能产生新的认识。本方之抗炎作用是肯定的，内服外敷几成医家的常规用药。

#### 〈二〉 半夏泻心汤证

1.原文汇要

**154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。若心下满而鞕痛者，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。**

[词义] 蒸蒸而振：蒸蒸为发热之貌，振是寒战之状。

本条当分三节看。第一节“伤寒五六日……却发热汗出而解。”说明虽误下，而柴胡证仍在，仍与柴胡场治疗。第二节“若心下满……大陷胸汤主之。”说明误下变结胸的证治。第三节“但满而不痛……。”说明误下成痞的证治。

第一节说伤寒五六日，呕而发热，已属少阳病，是柴胡汤证，当用柴胡汤治疗，才是正治，如以他药下之，则为逆治，因少阳病禁汗、吐、下法，这是原则。虽下，而柴胡证仍在者，表明其病势并未因误下而传变，尚未形成逆证，这种情况仍应以柴胡杨治疗。服柴胡汤后可能表现出发热、寒战、汗出而解。第二节说如下后邪热内陷，而其人又素有水饮内停，二者互相结合，积滞于心下，必见心下满而鞕痛，则属于结胸症，当用大陷胸汤治疗。第三节说如下后只是气滞于中，无有形之邪停聚,必定心下满而不痛，属于痞证，当用半夏泻心汤治疗，不是柴胡汤所能胜任。

2.辨证要点

主症 心下痞满，按之柔软不痛。

副症 干呕，肠鸣，下利，苔多滑腻或白或黄，脉濡或弦。

仲景记述本汤证之主症，失之过简。根据近人张氏[210]之观察，半夏、生姜、甘草三泻心汤证，都属于阴证、里证、寒多、热少、虚实错杂的证候，都具有四个主症：（1）干呕或干噫食臭；（2）心下痞满；（3）腹中雷鸣；（4）下利，脉多沉或濡或弦细，舌苔黄腻而厚，或边黄中黑腻，舌质湿润，口感粘腻。参照张氏和俞氏[143][23]等的见解，增入上述兼症，则临床指标更明确些。

本证多因胃气素虚，或误吐误下，邪热内陷所致，但内无痰水有形之物的积结，故似觉痞满不舒，与结胸之鞕而疼痛不同，当分辨清楚。

3.基本病理 胃寒肠热，虚实夹杂。

本证多因胃气素虚，病势自然演变而成，亦可因误下误吐伤正而起。总之属于阴阳减弱性失调。在胃，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性影响胃气下降而造成痞满、呕吐。在肠，阴小于阳，优势的阳的温散性、动性，使其传化过速，而发生肠鸣、下利等症状。这就是胃、肠两个病理层次形成的局部反应性证候。

4.药理方理

半夏泻心汤方：

半夏 黄芩 干姜 人参 炙甘草 各9克 黄连3克 大枣12枚。

上七味，以水2000毫升，煮取1200毫升，去滓，再煎取600毫升，温服200毫升，日三服。

本方为辛开苦降、寒温并用之治法。芩连苦寒性降，用煎煮而不用浸渍，取其入肠（大黄黄连泻心汤是浸滓，取清淡则入胃）以降低肠中阳的温热性、动性，而止下利肠鸣；取干姜之辛温入胃，增强胃中阳的温热性、动性，半夏辛温，直接降低胃中阴的凝聚性、静性，而止呕除痞，以恢复阴阳的升降；用参、草、枣养脾胃的正气，使减弱的阴阳得以恢复。故本方具有泄热、散寒、补正，一举而有三得之效。

关于本方半夏之应用，胡氏[211]经验，用于煎剂内服生半夏较法半夏作用为大。胡氏指出，《伤寒论》、《金匮》两书用半夏者42方，其中与生姜配伍者19方，与干姜配伍者13方，与生姜干姜同伍者1方（生姜泻心汤），未用生姜、干姜者9方，全因证而施。认为生半夏伍生姜，主要是取其辛散之性以助蠲饮、降逆、止呕之功,并非相制而施。

5.现代应用

近人多应用半夏泻心汤治疗胃肠道疾病。如俞氏[207]广泛地用本方治疗消化系统疾病所引起的心下痞塞、恶心呕吐、食欲不振以及胃肠炎等获得一定疗效。叶氏[212]经验，本方适用于胃癌，胃部疼痛，胃部有阻塞感，呕吐嗳气，心下及腹部触觉有抵抗硬块，与旋复代赭石汤证相似而体力不甚衰弱，腹肌紧张有力者，效果较好。赵氏[213]记述十数年应用本方的经验，认为脏寒肠热所构成的泄污，除泻心汤外，其它成方均难获满意疗效，而用本方治愈泄泻病人莫可胜计，皆效如桴鼓，仅58年莖59年4月，就用本方治愈泄泻173例。张氏[214]认为，本方与甘草泻心汤、生姜泻心汤，皆治寒热错杂之痞证，按原文记载之症状，类似胃肠炎过酸症等，通过60例实践怵会，对驱逐肠胃之液体，增强消化功能，实有一定效果，将其移用于溃疡病按中医辨证属寒热互见之证候者，亦颇有效。上述材料说明，本方除治胃部疾病外，还广泛应用于治疗胃肠炎即下利的证候。而“下利”一症，在《伤寒论》和《金匮》有关本方原条文中并无记载，这是近世发展了本方的应用范围。

#### <三> 甘草泻心汤证

1.原文汇要

**163条 伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕，心烦不得安，医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚，此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使鞕也，甘草泻心汤主之。**

〔词义〕 谷不化：不消化食物随粪便解出之义。客气上逆：客气相对正气而言，这里是指肠中邪气乘胃虚上逆。

伤寒中风，本应解表治疗，反而攻下，表邪内陷心下，虚其胃气，引起心下痞鞕而满，干呕,心烦不得安等症状；下陷肠中，引起下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣。医者见心下痞，谓病不尽，再行攻下。其证非胃中有形之结热作痞，用苦寒一下再下，使胃中阳气大伤，客气上逆，故痞益甚，甚至鞕满。但内陷肠中之邪热并未因攻下而解除。于是形成胃中虚寒，肠中夹热的复杂证候。故寒温并用，以甘草泻心汤治疗。

2.辨证要点

主症 心下痞满而硬，肠鸣，下利频作，完谷不化，干呕心烦。

副症 舌象脉象可与半夏泻心汤相似。

本证心下痞满而硬但不痛，与结胸有别。左氏[29]指出：“下利清谷者，属于寒也。下利完谷者,属于热也。”故粪便中见不消化之食物，有寒有热之不同。寒性者粪便澄澈清冷，呈灰白色，常伴以手足逆冷，体温低落等症；热性者粪便多呈蛋花样，频频下利，多有热势升高等症，即《內经》所云：暴注下迫，皆属于热的证候。本证“谷不化”下利日数十行，属于肠中有热的证候。

3.基本病理 胃中虚寒，肠中夹热。

本证与半夏泻心汤证相似，属阴阳减弱性失调，不过胃虚更甚不同。在胃，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起心下痞硬，而胃失和降则干呕。在肠，阴小于阳，优势的阳的温动性使肠道传化过速，故下利日数十行，以致未及腐熟之水谷皆随粪便解出，故“谷不化”。属于两个局部病理层次阴阳升降失调的证候。

4.药理方理

甘草泻心场方：

炙甘草12克 黄芩9克 干姜9克 半夏9克 黄连3克 人参9克 大枣12枚

本方组成各注本不同，有的[30]无人参、干姜，有的有干姜无人参，今据证遣方应从《金匮》加入人参、干姜为妥。这样本方实际上即半夏泻心场加重甘草用量而成,方义相同，已如前述。旧谓重用甘草旨在泻心除烦缓急迫，实则与芩连合苦甘化阴，降低肠中阳的温动性；与干姜合辛甘化阳，增强胃中阳的温动性，从而平调阴阳，达到治疗目的。

5.现代应用

近人[215]报告用甘草泻心汤治疗胃及十二指肠溃疡“寒热夹杂型”20例次，其临床治愈18例次，无效2例次。胡氏[216]用本方治疗上述疾病同样证型，亦获显效，并观察到其热型可以转化为寒热夹杂型。俞氏[207]用本方治疗虚性胃肠炎、产后下痢、神经衰弱及失眠等，亦获明显效果。最有价值者莫过于用本方治疗白塞氏综合征。据尚氏[217]观察，该病类似《金匮》之狐惑病，主要是眼、口腔和生殖器损害，一般口腔溃疡最早，生殖器次之，眼症状发生最迟，多属阴虚和湿热证。王氏[218]治疗白塞氏综合症的经验可谓首屈一指，指出该病为一反复发作的综合征，由于临床症状比较复杂，常易被口腔、皮肤、眼各科视作单独的孤立的局部疾患而误诊，因目前文献报道极为罕见之故。王氏认为，该病以口腔溃疡，前阴或肛门溃疡，发冷发热，皮肤损害等主要症状，结合持续呈周期性增剧及缓解而无真正完全消失症状的病史特点，即可确诊，此外，针灸或注射针眼处，恒有发炎或化脓表现亦为该病特征。王氏认为，该病即是《金匮》之狐惑病，并用甘草泻心汤为主方治疗60例，取得肯定疗效，其加减是：不欲食加佩关；咽喉溃疡加升麻、犀角；口渴去半夏加花粉；目赤如赤芍、夜砂；口鼻出气灼热加石膏、知母；胸胁满痛加柴胡；湿偏盛者加赤苓、木通；热偏盛者以生姜易干姜；便秘加酒制大黄；五心烦热加胡黄连，同时，用《金匮》苦参汤外洗，雄黄散烧熏肛门。申氏[210]用本方去干姜、人参合龙胆泻肝汤化裁治愈塞氏综合征3例，观察到3例均系热毒蕴结所致。可见白塞氏综合征即《金匮》之狐惑病，用甘草泻心杨为主治疗疗效显著，证明仲景证治确定无疑。

#### <四> 生姜泻心汤证

1.原文汇要

**162条 伤寒汗出，解之后，胃中不和，心下痞鞕，干噫食炱，胁下有水气，腹中雷鸣，下利者，生姜泻心汤主之。**

[词义] 干噫食臭：噫同嗳气，即暧气中夹有食物的腐臭气味。胁下：即是腹中，胁下有水气，腹中雷鸣,是肠鸣音亢进的表现。

本条的中心思想是说非误下但夹食滞成痞的证治。伤寒汗出，说明表证已解，胃中不和，说明里证未除。胃中不和具体表现为心下痞鞕，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣。为什么胃中会不和呢？从干噫食臭来看，显然是因为夹食滞引起的。为什么会夹食滞呢？不外两种原因：一是饮食过量，超过了胃熟腐水谷能力的限度；一是胃中阳气不足，熟腐水谷的能力降低。从本证汗出表解之后来看，是属病后，多因胃阳不足而引起食滞，食滞化热,便进而引起肠热下利。故用生姜泻心汤寒温并用，宣散水气治疗。

2.辨证要点

主症 心下痞鞕，按之不痛，干噫食臭，肠鸣下利。

副症 古象脉象与半夏泻心汤证相似。

生姜泻心汤证重在胃不和，下利较轻，是与甘草泻心汤证不同点。生姜泻心汤证夹食滞而有嗳气腐贫，是与半夏泻心汤证不同点。但也绝不同于“心下痞鞕满，引胁下痛”，为有形之水饮聚结的十枣汤证。故应仔细分辨。

3.基本病理 胃虚食滞，肠中夹热。

在胃，阴大下阳，弱势的阳的温动性不足以熟腐消磨水谷，故食滞不化，水气不行，引起心下痞硬，嗳腐臭气味，胁下有水气。在肠，阴小于阳，阳的温动性使肠的传导过速，导致下利。这就是胃虚夹食和肠中蕴热，涉及两个局部病理层次的复杂证候。

4.药理方理

生姜泻心汤方：

本方即半夏泻心汤减干姜为3克，加生姜12克而成。生姜为君，其作用与干姜略有不同，干姜是增强阳的温动性，生姜则是作用于阴，降低阳的凝聚性、静性，即所谓宣散水气。使胃气得和，谷食得消，则干噫食臭可除。余药之义，与半夏泻心汤同。

5.现代应用

近人[207]总结本方近年来用于下述疾病：胃肠机能衰弱的胃肠炎，发酵性下痢，过敏症和胃扩张症等，属寒热错杂者均可取得一定效果。

#### <五> 附子泻心汤证

1.原文汇要

**160条 心下痞，而复恶寒汗出者，附子泻心汤主之。**

本条证候记述太简，旧注各有不同看法。柯韵伯[28]说，恶寒表不解何以用大黄，而不去解表：汗出如胃实则不当用附子，若为亡阳则不当用芩连，其理费解。但一般均从《金鉴》之说，谓“心下痞”为无形之热聚于胃中，与大黄黄连泻心汤证无异；恶寒兼汗出而不发热，非表不解，乃卫阳虚之故。

不过，这“复”字颇值得推敲。复者再也。从“复恶寒汗出”可知在“心下痞”之前即存在恶寒汗出，恶寒汗出必有一个停止期才能说“复……”，而这个停止期又必然在“心下痞”之前。这就是说，在恶寒汗出停止之后引起“心下痞”，“心下痞”之后再出现恶寒汗出。只有这样一个症状过程才好解释“心下痞”从何而来的问题？不然就成为无因之果了。根据上述症状过程，开初之恶寒汗出可能属表证，误治使表热内陷心下形成痞证，表阳也因之而损伤，故再出现之恶寒汗出则属于表卫阳虚的征象。这就是胃中热痞而兼表阳虚衰证候产生的由来。故以温阳泄热的附子泻心汤治疗。

2.辨证要点

主症 心下痞满，按之柔软不痛，恶寒汗出。

副症 脉沉。

阳虚之恶寒汗出，必然是不发热。若发热而恶寒汗出，则属于表证未解，营卫不和，故当辨别清楚。

3.基本病理 表阳虚衰，胃中蕴热。

在表，阴大于阳，弱势的阳的温煦性不足故恶寒；阳的外固性减弱故汗出。在胃，阴小于阳，阳热壅滞，气机不畅,故心下痞满而柔软，但阴质无凝聚之患，故不硬不痛。是为整体反应性和局部层次共同构成的复杂证候，属于减弱性失调。

4.药理方理

附子泻心汤方：

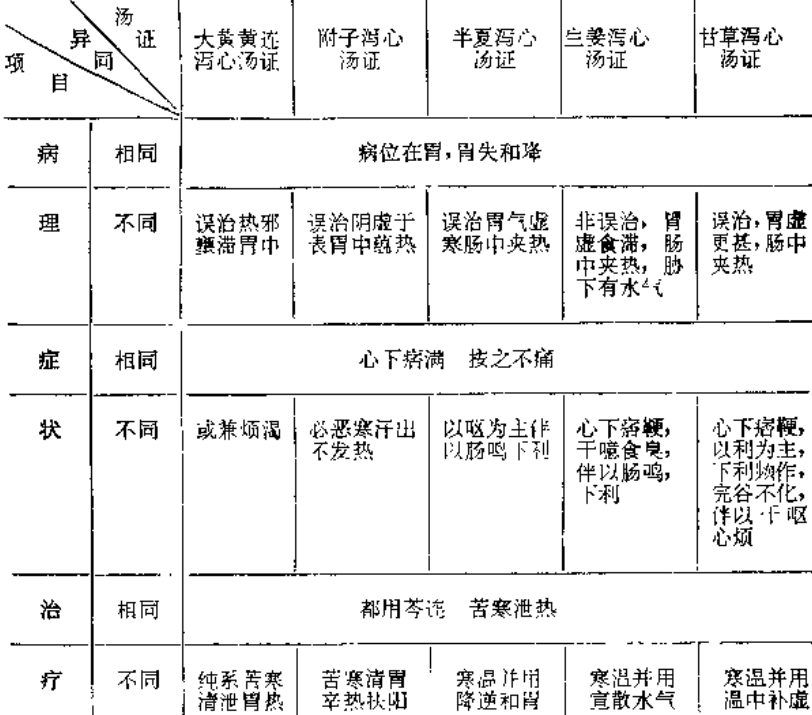
大黄6克 黄连6克 黄芩3克 附子3克 上三黄制法同大黄黄连泻心汤，惟附子别煮取汁，混合温服。

三黄开水泡服，取其气味清淡入胃泄无形之热，意在降低胃中优势之阳使之达到阴阳平衡，如煎煮则苦寒之性剧烈，恐有太过之虞。附子煮汁增强在表之阳，以升高其温煦性和外固性而除恶寒汗出。

#### 泻心汤证小结

五个泻心汤证的共同点是：病在胃，心下痞满根据其证治可分两组：一组是大黄黄连泻心汤证和附子泻心汤证。大黄黄连泻心汤证是单纯性热痞，故用大黄黄连黄芩清热泄痞。大黄无枳实、芒硝配合,且浸泡而不煎煮，其意义与三承气汤完全不同，目的在于“泻心”（实则泄胃而非攻下）,大黄黄连泻心汤证，再加上表阳虚衰的恶寒汗出，即是附子泻心汤证，加附子以扶阳。半夏、甘草、生姜三个泻心汤证为一组。半夏泻心汤证以呕最为突出，甘草泻心汤证以利最为突出，生姜泻心汤证以干噫食臭,胁下有水气最为突出。这三个汤方是以半夏泻心汤为基础的，生姜泻心汤即半夏泻心汤减干姜之量，加生姜而成，目的在于宣散水气；甘草泻心汤即半夏泻心汤加重甘草之量，目的在于缓中补虚。兹列表于下，以供辨别。

五个泻心汤证比较



#### <六> 旋覆代赭汤证

1.原文汇要

**166条 伤寒发汗，若吐，若下，解后，心下痞鞕，噫气不除者，旋覆代赭汤主之。**

〔词义〕 噫气：有两解，一为嗳气；一为呃逆，证之近代实践，似以后者为妥。

外感病汗、吐、下后，表证虽解，胃气受损，或胃气本虚，以致痰涎壅塞，胃气不和，形成痞证。牟氏[220]概括本证的病机为胃虚、痰结、气逆，堪称要肓不烦。

2.辨证要点

主症 心下病颖，按之不痛，噫气频作。

副症 呕吐痰涎，或泛清水，或头晕目眩，或食欲不振，便秘，苔白，脉弦缓。

旋覆代赭汤证与生姜泻心汤证皆有心下痞鞕和噫气的症状，但前者为有形之痰结，噫气而不夹食臭，后者有食滞，嗛气而夹食臭；前者常兼便秘，后者肠鸣下利,是两证不同之处。

3.基本病理 胃气虚弱，痰结气逆。

胃中阴大于阳，弱势的阳的升温性、动性不足以化行津液，以致津聚为痰，停而作痞，胃失和降，则上逆为噫气频作，或呕吐痰涎。阳的上升性不足，则头晕目眩；阳的温动性降低，则传化迟缓,故便秘。这就是由病后或素虚引起阴阳减弱性失调的局部反应性证候。

4.药理方理

旋覆代赭汤方：

旋覆花9克 人参6克 生姜15克 代赭3克 炙甘草9克 半夏9克 大枣12枚 上七味，以水2000毫升，煮取1200毫升，去滓，再煎取600毫升，温服200毫升。日三服。

本方旋覆花、生姜、半夏辛温，降低胃中阴（痰）的凝聚性、静性，而温化痰饮。赭石苦寒有降低阳的升温性、动性的作用，故这里仅用3克，取其和胃降逆止呕之效。参、枣、草甘补胃气，以增强整个阴阳的不足，有提高整体生理机能的作用。

关于赭石，今人[29]谓能降逆气，开胸膈，坠痰涎，止呕吐，通燥结，虽用百数十克而于气分血分毫无损害，百不失一。不知赭石乃苦寒之品，用于阳热亢旺之实证，则百数十克不嫌其多，如用于胃气虚寒之虚证,则不可孟浪行事。仲景于本汤中仅用微量3克，较其它各药量轻，不过取其和胃降逆，无虞胃气之伤，正说明仲景用药谨严，处处以固正为本，非信手行事者可知。

关于半夏生用制用的问题，曾在医学界有过争论。开始于李氏[234]的报告，说仲景用半夏诸方，其下或有一个“洗”字，或没有“洗”字，可知仲景用半夏一定是生的，也不一定要和生姜配伍（有生姜能解半夏之毒的说法）。李氏考《金匮》265方中用生姜者占114方之多，而用半夏者为数较少，足见仲景用生姜是另有目的与意义的，不是用以解半夏之毒的。李氏还举案证明生半夏的功效比各种制半夏为强，夏氏[235]则从临床观察着手，对20例同用小半夏加茯苓汤的病人，进行生半夏与制半夏疗效对比研究，结果前者较后者疗效高22.3%，疔程短2.5天，证明生半夏之疗效较制半夏为好。但孟氏[222]主张用制半夏，不同意诸氏所说：《内经>没言制半夏，而是“治半夏”；《伤寒论》只说“洗”，而没说炮制，因而不需要制的见解。孟氏认为，古之“治”有“治理”之义，治半夏犹言制过半夏也，至于“洗”不曾说到熬和制，但从《伤寒论》方剂配伍上看，已有了炮制的实质。孟氏还例举用生半夏使人音哑的事实，以支持自己的论点。笔者认为，炮制本为中药制剂之发展，也是实践经验之所得，故应以用制半夏为佳。《伤寒论》的洗半夏可视为制半夏，是无疑义的。

对半夏用法，丁氏[221]总计仲最《伤寒论》和《金匮》二书中，使用半夏者42方，其中13方有呕吐的症状，故其止呕作用是明显的，但必须重视服用方法。丁氏经验，应每隔10-15分钟呷一口，徐徐咽下，这对频频呕吐的病人是一个不能忽视的环节。并认为，半夏不仅能止呕，也能治痰饮，虽辛燥，但阴虚火旺者亦可用，如《金匮》麦门冬汤治气火上逆就是证明。但丁氏没说明须经适当配伍才能应用的道理，其说也不够全面。

罗氏[223]根据仲景之意，总结前贤经验，结合自己体会，归纳旋覆代赭汤适应证如下：

（1）翻胃噎食：中焦虚寒，脾胃失司，膈气不利。

（2）嗌气嗳气：寒滞宿食，痰饮内结，脾胃困顿，中阳不运。

（3）心悸：惊骇气乱而心无所倚，神无所归，虑无所定，惶惶不宁，愦愦而悸者。

（4）失寐：属胃不和则卧不安者。

（5）加减法：梅核气，去参、枣加厚朴、苏梗、海浮石；肝胃气痛，去姜、枣加延胡、金铃、白芍；慢性肝炎，去生姜加白芍、郁金、香附、延胡；心下痹（胃痛），去大枣加桂枝、瓜蒌、薤白；痰喘（寒痰）去大枣加附片、干姜、苏子、厚朴；食道癌，加鸡内金、金钱草、左金丸,缓解症状；肺痨咯血，去半夏、姜、枣，加生地、丹皮、旱莲。

其实现代之应用又已超过了罗氏的发挥。

5.现代应用

今人治呃逆首选旋覆代緒汤几成常规。巢氏[224]用本方加大赭石用量，治疗重症呃逆32例中的偏热型；张氏[225，226，228]等治疗呃逆4例（西医多诊为“膈肌痉挛”），皆用过阿托品、氯丙嗪、可待因、冬眠灵、鲁米那等西药不效，用本方取效。本方也常用于呕吐、反胃之偏于虚寒痰饮者，如姜氏[227]用本方治愈1例神经性呕吐；牟氏[226,228]等用于治疗溃疡病引起的呕吐，以及朝食暮吐等均获良效。李氏[228]用本方的经验堪取，他介绍治疗1例“十二指肠球部陈旧性溃疡，继发幽门不完全性梗阻”的病人，其上腹绵绵作痛，胸脘板闷,食后呕吐，吐时上腹痛不可忍，汤水难进，大便结燥，3-5日一行，常头眩头痛，心悸烦躁，失眠,脉弦滑，苔白腻，口苦咽干，不欲饮，诊为痰涎壅塞的反胃症，用本方与服，服后即倾吐而出未能获效。李氏观察到，其病情有朝轻暮重的规律，乃子中午给服礞石滚痰丸12克（缓缓用水送服静卧），当日下午腹痛减，呕逆亦止，再给本方汤剂，服后未再吐出。此后每日给本方汤药1剂，第五日又呕吐发作，乃于中午如法给礞石滾疲丸12克，收立竿见影之效，未再呕吐。故此后每隔2-3日中午梗给礞石滚痰丸与服，并续服本方，诸证逐渐缓解,苔转薄白，痰涎渐去，续以调理脾胃收功。笔者认为，李氏此案乃正虚邪实，而以邪实为主的证候，不大力祛涤痰实自难获效，取补攻间行之法，其手段可称高明。本方不仅用于痰阻，也在适当配伍后用于血瘀。例如张氏[229]介绍用本方加化瘀软坚药治疗1例班替氏综合征、早期肝硬化病人,具有胃脘刺痛，呃气，胀满等症状，肝在肋下3横指，脾在肋下4横指，服药2月多，肝脾仅能触知。叶氏[212]经验，本方尚可用于胃癌初起，心下痞满，压重感，肠蠕动不安，时有轻度腹痛，便秘，暧胨腐气或呕吐反胃的证候，可以缓解症状。陈氏[230〕报道用本方加桃仁、三棱、莪术、鸡内金等，治愈1例经西医诊为食道癌而不愿接受手术治疗的患者，观察2年余未复发。不过陈氏仅报道1例，其经验尚需继续观察。本方不仅用于胃肠道疾病，对于由痰饮所致的胃肠以外的证候，也每获良效。如周氏[231]首选本方大量应用于耳源性眩晕；冯氏[232]广泛应用本方治疗“痰饮眩晕”；刘氏[223]用本方治愈1例“服下直肌麻痹”视物成双的诳候；牟氏[220]用本方缓解1例咳血症，牟氏总结本方功效说，不拘何病，只要有痰饮结聚或上逆的临床表规，如胸脘痞闷，嗑气，呕吐（或吐清水）等，均可用本方治疗，不兼胃虚者去参、草。堪称经验之谈，亦未离仲景规范。

#### <七> 厚朴生姜半夏甘草人参汤证

1.原文汇要

**66条 发汗后，腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。**

本条说明发汗后表邪已解，但损伤脾阳引腹胀满的证治。胃阳不伤不吐，脾阳不伤不胀满。大腹属脾，脾阳伤则运化失司而胀满，是为实中虚证。故用厚补生姜半夏甘草人参汤虚实并举冶疗。

2.辨证要点

主症 腹胀满。

副症 食欲不佳，精神疲倦，四肢无力，苔薄白，脉缓。

腹胀满与心下痞满不同，前者胀在大腹属脾，后者满在心下属胃。因其发汗或病后多虚，故为脾虚气滞引起的实中虚证。

3.基本病理 脾虚气滞，实中夹虚。

在脾，阴大于阳，弱势的阳的升温性、动性不足以化水谷、行津液，优势的阳的凝聚性、静性引起腹胀满等症状。即所谓津液为阴气搏结[30]，腹中无阳以化气，遂壅为胀满之证。属于阴阳减弱性失调的局部反应性证候。

4.药理方理

厚朴生姜半夏甘草人参汤方：

厚朴24克 生姜24克 半夏（半升）9克 炙甘草6克 人参3克 上五味以水2000毫升,煮取600毫升,去滓，温服200毫升，日三服。

本方厚朴、生姜、半夏辛开散结，宽中除满,实际是降低腹中阴的凝聚性、静性；人参、甘草甘补健脾，提高整体阴阳的升降机能。两相配合，消补兼施，使脾阳升而胀满除,阴阳调而升降顺，则诸证缓解。

5.现代应用

腹胀满的证候，临床上属单纯性脾虚气滞者少见，多合并其它脏腑失调同时出现。故单用本方的报道较少。笔者手边资料，仅见用于治疗肾炎17例[236]，出现腹胀、呕逆不食的症状，其中14例获得症状缓解的效果。此外，凌氏[237]用本方减去人参、甘草称为半夏厚朴生姜汤治愈喉肌麻痹1例，疗效迅速，症状消失，声带发生代偿性功能恢复，并随访1月余效果稳定。然减去参草已非本方原意，属于针对气郁痰结的汤方了。录此以供参考。

#### <八> 赤石脂禹佘粮汤证

1.原文汇要

**164条 伤寒，服汤药，下利不止，心下痞鞕。服泻心汤己，复以他药下之，利不止、医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦,此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之。复不止者，当利其小便。**

本条是属痞证误治，且一误再误，下利不止，下焦滑脱的治法。因由痞引起故列此处。

伤寒，服汤药，误下致成下利者甚多,有寒热错杂者，宜泻心汸治疗，有脾胃虚寒者，宜理中汤治疗；有下焦滑脱者，则属于赤如脂、禹余粮汤证。假使是小肠泌别失职，清浊不分，则宜渗利小便以实大便之法。故本条实际谈了四种下利的治法，

但本条首言伤寒，服汤药误下成利、成痞,服泻心汤，推之可能是服的甘草泻心汤，原本方药相对，可能一时未起效，或药轻病重未生效，医见心下痞鞕，又下之，是一下再下之后，病已不在心下，故泻心汤无效；病不是中焦阳虚，故理中汤无功，是证即所谓下焦滑脱，非固涩难缓其势。

2.辨证要点

主症 下利不止，滑脱不禁。

本证无心下痞鞕和呕吐,表明胃中无寒热；无腹满、腹痛，是脾无阴阳之偏，乃单纯性大肠滑脱的证候。

3.基本病理 下焦滑脱。

这里的下焦实指大肠而言。由于一下再下造成下焦减弱性阴阳失调。阴的凝聚性、静性不足，引起滑脱不禁，下利不止。若不从阴治而从阳治，用理中汤温中焦之阳，阳的动性促进肠的传导加速，自然下利益甚。

4.药理方理

赤石脂禹余稂汤方：

赤石脂30克 禹余粮30克 上二味，以水1200毫升，煮取400毫升，去滓，分温三服。

二药性味甘酸涩，有涩肠止泻之作用。实际是增强肠中阴的凝聚性、静性而达到治疗目的

### 六、五苓散证类

#### <一> 五苓散证

1.原文汇要

**71条 太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈；若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。**

〔词义〕 消渴：这里是一个症状，是指口渴饮水量较多的情况，不是内科杂病中的消渴病。

本条辨胃中津液不足之口渴与津液停聚蓄水证之口渴的区别。太阳病，经发汗后，表证虽解，但因大汗出，水液发散过多，致使胃中干，而欲饮水，是缺水，与水令胃气和则愈。若发汗后，其脉浮、微热，是虽发汗而表证未尽解，其小便不利而渴欲饮水，是律液停聚,不得化行，叫做蓄水证，当化气行水利小便，用两解表里的五苓散治疗。

**72条 发汗已,脉浮数，烦渴者，五苓散主之。**

[词义] 烦渴：心烦口渴。

发汗已毕，脉浮数，是虽发汗而表证未解之象。烦渴者是膀胱蓄水，津液不得化行所致，必有小便不利一症，条文因接71条叙述，故省略了。外有表证未尽解，内有蓄水不化行，当用五苓散两解表里治疗。

**73条 伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。**

本条以渴与不渴辨五苓散证与茯苓甘草汤证的区别。本条必须合参茯苓甘草汤证才好理解。五苓散证因水蓄膀胱，津液不布，故口渴；茯苓干草汤证因水停心下，胃中不干，故心下悸而不渴。前者化气行水，后者温胃散水。同属津液为病，病理层次不同，故治疗亦殊。

**74条 中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。**

[词义] 水逆：是指水入则吐，目眩头晕的证候，也可能出现小便不利，渴欲饮水等症状，是蓄水证的一种表现。

中风发热是表证，六七日不解而烦病已入入里，渴欲饮水，水入则吐亦是里证，故云有表里证。如渴欲饮水不吐，是胃中干，当少少与饮，令胃气和则愈。今渴欲饮水而吐，是内有蓄水，水入不受，称为水逆证。当用五苓散两解表里治疗。

2.辨证要点

主症 发热，烦渴或渴欲饮水，水入则吐,小便不利，脉浮或浮数。

副症 恶风、汗出、头目眩晕、小腹胀满，苔白。

口渴、小便不利，是五苓散证的特征性症状，但胃中津亏亦可引起。惟前者是津液停聚,不得上承而口渴，不得化行而小便不利，后者为津液缺乏所致；前者得水小便仍不利，后者得水小便即明显增多，是其要点。

（1）五苓散证与白虎加人参汤证皆有烦渴，但前者是表证未罢而脉浮数，后者是表证已罢而脉洪大；前者微热，烦渴轻，而小便不利，后者大热、大烦渴不解，可资辨别。

（2）五苓散证与小青龙汤证皆外有表证，内有停饮，也同有口渴、小便不利等症状，但前者水停膀胱，后者心下有水气；前者口渴、小便不利是必然症，后者则是或然症；前者多有汗出，后者无汗。

（3）五苓散证与猪苓汤证皆有脉浮发热，渴欲饮水，小便不利。但前者有汗,后者无汗；近人[238]更指出，前者先小便不利，续发热，最后发渴；后者先发热，续发渴，最后见小便不利。这是两个证候过程各自的特点，可作辨别参考。且猪苓汤证多有虚热见症，如心烦不眠等，而五苓散证则没有，亦可作参考。

3.基本病理 膀胱蓄水，表里同病。

在表，阴小于阳，优势的卫阳的升散性、动性引起发热，汗出，头目眩晕，脉浮或浮数；有时因卫阳的过分发散而暂时减弱，则由现短晳的恶风。在里，阴大于阳。优势的阴的凝聚性、静性引起水液停聚，不能化行，故小便不利，小腹胀满。水液停聚，拒水于外，则水入即吐；不能上承则烦渴欲饮。是为整体反应性与局部反应性共同构成的证候，即所谓表里同病。

4,药理方理

五芩散方：

猪苓9克 泽泻12克 白术9克 茯苓9克 桂枝6克 上五味，捣为散，以白饮和，跟方寸匕，日三服。多饮暖水，汗出愈。如法将息。

〔注〕 “白饮”即米汤。赵氏[239]考证“方寸匕”是古代一个调剂上的量器，—方寸匕等于当时的10刀圭，折合现代量5毫升。本方今多作汤剂使用，方中剂量是报据近人[25]经验确定。

本方猪苓、泽泻利水于下，实则降低阴（水液）的凝聚性、静性，白术、茯苓健脾利湿于中，具有既降低阴的凝聚性、静性，又助长阳的温动性的两重作用。桂枝通阳化气,在表，解肌和营，助长阳的升温动性，使其因发散、汗出而减弱，以解除发热、恶风、脉浮数等表证；在里，增强阳的温散性、动性，以加速水液的化行。共奏表里同治之目的。

邓氏[246]通过人和动物的观察，证明五苓散给健康人及家兔口服后均有利尿作用，而且较明显。但刘氏[241]报告，本方对健康人、正常小鼠、家兔均无利尿作用，单味茯苓更有引起尿量减少的倾向，但当水分代谢障碍（如用盐水注射于家兔内，引起限制性水肿）时，给予五苓散，则可利尿,并促进局部性水肿的吸收。二氏获得不同结果，可能是观察方法的问题。金氏[242]刚从临床角度现察到中药利尿不致引起电解质紊乱等副作用，认为对老年体弱病情重的患者尤为适宜。这和本方既利浊水，又健脾胃的制方目的是符合的。

5.现代应用

五苓散属于八法中的消法范围。庞氏[243]认为，其主要治疗作用在于加强肾脏排泄机能，促进排尿，消除积聚的腹水及其它毒素，增进组织的吸收力，恢复唾腺的分泌机能，解除口渴。庞氏从局部观念来解释本方的效用，具有片面性。有人[244]观察中药治疗腹水的利尿现象,在63例中发现一部分病人在腹水减少后才有利尿现象，其中有些病例在腹水已经接近消失时才有利尿现象，认为不能单纯视为利尿药，而是通过整体治疗，使机体发生某种变化才得到的治疗效果。不管利尿作用产生的原理如何？但本方利尿效果则是肯定的，并被广泛地应用着。例如有人[245]应用本方治疗急慢性肾炎29例，发现服药后多在3-5天开始利尿，利尿消肿的效果是显著的，但于肾功能恢复完全则较困难。有人[246]如以本方加麻黄、黄芪、防己制成片剂，治疗小儿肾炎22例，大部分属风水型，服药后尿量即显著增多，浮肿明显消退，一般退肿日期最快3天，大都在10天以内。徐氏[247]治疗1例小儿严重水肿，面目四肢按之没指，腹大脐突，睾丸阴茎均大，透明发亮，气短，苔白腻，脉弦而有力，经用中西药治疗肿势日趋严重，用本方合五皮饮治愈。张氏[248]曾记述1例慢性肾炎尿毒症前期顽固呕吐，全身浮肿，小便不利的患者，用本方合小半夏如茯苓汤治疗奏效，并且血压由210/140降至125/95毫米汞柱；血浆非蛋白氮由62减至42.18毫克%；二氧化碳结合力由26.8增加至57.04容积％；尿量每24小时由100增为1000毫升；尿检查，红血球满视野转为（++），蛋白由（+++）转为（++）；酚红试验由33%转为40%，共计治疗20余天，未配用任何西药。张氏经验，如病人呕吐不止，汤药难入，可用生姜擦舌；玉枢丹二分先调化服；汤药小量频进，效果较好。上述治疗的辨证要点着重在小便不利。不仅肾炎小便不利产生的浮肿可用本方治疗，其它疾病引起的小便不利亦可用本方治疗。如陈氏[249]曾记述1例难产引起子宫破裂，手术后七天小便不通，用本方1剂收效。孙氏[250]用本方加黄芪、党参，是为《证治准绳》的“春泽汤”，治疗产后尿潴留9例，地震伤员（非截瘫性尿潴留）2例，除1例服药2剂而外，均1剂而愈，认为确实是一个行之有效的方剂。雷氏[251]报传1例急性肾炎、尿闭症经中两药治疗无效，用本方加沙参、栀子1剂而小便通利。可见本方对功能性的尿潴留、尿闭均有效。宋氏[252]还用本方加味治愈1例输尿管结石，是以细砂排出而缓解的。本方不仅用于泌尿系疾病，对泌尿系以外的疾病需要利尿者，用之仍可取效。如有人[253]用本方合葶苈大枣泻肺汤治疗10例颅内压增高综合征，观察其降颅内压的疗效与甘露醇比较，结果五苓散的作用虽不如甘露醇迅速、显著，但可部分代替甘露醇的作用，适用于一些缓慢进展的颅内压增高的患者。认为此种作用产生的机理，主要是利尿。观察到服用本方后小便数量及次数均增加，10例中缓解6例，好转3例，无效1例。徐氏[354]介绍1例高热（39℃）、谵妄、呕吐蛔虫，化验：白血球18600,中性78%，淋巴14%，酸性8%，西医初步诊断为“脑脊髓膜炎”病人，连用抗生素、磺胺剂两天未效。徐氏认为是症既有寒热、脉浮、头项强痛的太阳表证，又有口渴欲饮水,水入即吐，吐蛔嗳腐，小便短少的里证。蛔积是旧病，“水逆”是新病,标急于本，当先治标，用五苓散加味。1剂则热从汗而解，热退蛔安，头项亦松，夜间解小便2次，呕逆亦止，诸恙减退。李氏[255]还用本方治愈美尼尔氏病1例。说明凡颅内压增高和迷路水肿的疾患，可以通过本方的利尿作用而达到治疗目的。同时也说明由这些疾病引起的呕吐，一部分可能属于“水逆”证。此外，也有[256]报告用本方加羌活、防风内服配合外治，治疗小儿鞘膜积液6例，5例痊愈，1例减轻。更有[257]报告用本方加石决明、楮实子、陈皮、菊花、苍术治疗慢性单纯性青光眼13例，26只眼，疗效满意10只，显效10只，有效2只，无效4只，认为是调整了眼内旁水分泌和排出，使眼内压趋于正常而取得效果的。最有趣的是李氏[258]用本方治愈尿崩证1例，认为该病乃水饮停聚而渴，渴则多饮而多尿。这实际上超过仲景规定的“小便不利”的范围。由上述可见，凡是津液运行失调引起的疾病，不管其病变在什么部位，均可用本方加减取效。本方实际上是调节人体津液循行的方剂。

#### <二> 猪苓汤证

1.原文汇要

**226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，若发汗则躁，心愦愦，反谵语。若加温针，必怵惕，烦躁不得眠。若下之。则胃中空虚，客气动膈，心中懊憹，舌上胎者，栀子豉汤主之。若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。若脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。**

[词义] 愦愦：混乱之貌。怵惕：恐惧之状。

本条明病误治，因猪苓汤证与五苓散证很相近似，故列入五苓散证类。

本条六节连用五个“若”字是说明在实践中可能遇到的阳明病的几神变化情况。第一节“阳明病……身重。”说明阳明病的情况。这里的“脉浮而紧”如孤立起来看，则是太阳表证的脉象，但和“发热汗出，不恶寒，反恶热”联系起来看，就成为阳明病可能出现的脉象了。阳明热盛于外，则脉浮，邪将成实，则脉紧；热炎于上，则咽燥口苦，热蕴于内将成实，则腹满而喘；发热汗出，不恶寒，反恶热，表明里热蕴蒸而无发证；身重是里热蕴蒸伤气的现象。第二节“若发汗……反谵语。”是说如误认为表证而用辛温发汗,必动热伤津，出现烦躁昏乱，甚至热结为实而谵语的证候，第三节“若加温针……不得眠”是说误用温针发汗,以热助热，热扰心神，则可能出现心烦躁恐惧不得眠的情况。第四节“若下之……栀子豉汤主之。”是说原本热而不实宜清不宜下，如误下是药过病所，不仅热邪不除，反使胃气受伤，热邪乘虚郁于胸膈，出现心中懊憹的栀子豉汤证。第五节“若渴欲饮水……白虎加人参汤主之。”是说阳明病口渴而舌上干燥的，是热盛伤津的白虎加人参汤证。第六节才讲到猪苓扬证：脉浮发热,渴欲饮水，小便不利。古注[29]认为，脉浮发热，为上焦之热；渴欲饮水，为中焦之热，小便不为热结下焦，津液不通，是热盛伤津，津伤而又兼蓄水的证候，故用猪苓汤，育阴利水治疗。

**227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。**

本条说明猪苓汤的禁忌证。阳明病壮热，大汗出，耗其津液，是胃中本已干燥而渴，虽云猪苓汤可育阴，但毕竟主要是利水，利水则更伤津，故忌之。

**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。**

少阴病下利，本属虚寒，是一类阳虚阴盛的证候。但从“心烦不得眠”来看，则属阴虚的症状，故少阴阳虚阴盛是一般规律，而阴虚有热则属特殊规律。本条是阐明此种特殊证候的证治，即阴虚而兼津液停聚的证治。

古注[30]根据226条认为本条亦应有小便不利一症。有小便不利才有津液停聚，津液偏渗大肠则利，犯胃则呕，犯肺则咳，虚热扰及心神则心烦不得眠。用猪苓汤，正所以利停聚之浊水，滋已伤之阴液，而降上炎之虚热。

2.辨证要点

主症 渴欲饮水，小便不利，发热，脉浮，舌质红,苔薄黄。

副症 心烦不得眠，或咳，或呕，或下利脉细数。

本证与五苓散证极似，最大的区别在于本证有虚热见症，如心烦不眠，舌质红，苔薄黄等，而五苓散证则没有。据笔者所知，临床上本证最多见于水肿和单腹胀的病人，以及水肿病人用温阳利水法治疗后，肿消大部，浊水残留，虚热滋生，即属本汤证范围。

3.基本病理 阴虚生热，水液停聚。

本证属于减弱性阴阳失调。在中上二焦，阴小于阳，阳的虚性上升性，引起发热、脉浮、心烦不眠，舌红苔黄等症状。在下焦，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起小便不利，津液停聚等症状。由于津液停聚不能输布，则口渴欲饮，停聚之津液.犯肺则咳，停胃则呕，偏渗大肠则下利。故本证既有津液停聚为病，又有阴虚内热为病，是两种病理层次同时出现的复杂证候。古注称为“水热互结”，但这个概念不好理解，水和热，一主静，一主动，水火不容，怎么结合呢？说水寒互结则可，说水热互结难明，

4.药理方理

猪苓汤方：

猪苓 茯苓 泽泻 阿胶 滑石 各9克（原为一两，折3克,据近代[25]加经验加晕）上五味，以水800毫升，先煮四物取400毫升，去滓，内阿胶烊尽，温服140毫升，日三服。

本方猪苓、茯苓、泽泻、滑石淡渗利水，降低下焦阴的凝聚性、静性；阿胶滋阴润燥，用以增强在上的阴的凝聚性、静性，并相对减弱其阳的虚性上升性。故本方有攻有补，利水而不伤阴，滋阴而不碍湿，使浊水去而阴津生，达到平调阴阳的目的。

5.现代应用

近人王氏[259]，报道1例尿闭5日，小腹胀痛，但导尿并无尿液的病人，因其尿闭前有血尿症状，认为阴虚有热，用猪苓汤合五苓散1剂而排尿3000毫升，逐日尿量增多而愈。申氏[262]报道1例右肾结石经摘除术后尿闭症的病人，也因其尿闭前有血尿史，认为阴虚内热，用本方3剂而排尿通畅，共服6剂后痊愈。陈氏[261]用本方治愈3例肾盂结石，观察到服药后多剧烈疼痛一阵而后突然减轻，或小便中断，石阻茎中，石出后而病缓解。陈氏认为，肾盂结石多为肾损伤，泌尿机能减退，各沖代谢产物排泄不清，因而停滞渐成结石,而本方为利水不伤阴，滋养无形以行有形之善剂，所以取效。本方还被用以治疗泌尿系以外的疾病，例如李氏[262]用本方加茵陈去阿胶治疗7例蚕豆病，5例单用中药治愈，2例配合西药治愈。综上所述，近代人主要是利用本方的利尿作用来治疗各种疾病的。

#### <三> 文蛤散证

原文汇要

**145条 病在阳，应以汗解之，反以冷水潠之，若灌之，其热被劫不得去，弥更益烦，肉上****粟起，意欲饮水，反不渴者，服文蛤散；若不差者、与五苓散。**

[词义] 病在阴：即病在表。潠之：是外浇冷水。灌之：是内饮冷水，潠，灌皆是一种古代的物理治法。劫：劫持。弥更：更加之义。肉上粟起：冷缩起粟。

病在阳，应以发汗解丧治疗，反以潠灌劫热，致使阳热被阻，不能发越，郁之于里，故更加心烦，此时想饮水，但口不渴，肌肤冷缩起粟。本证显然是表证无汗误治的结果。表证无汗本应发散解表，使阳热因发散而减弱，达到平调阴阳的目的，今用冷水潠灌实则增强在表已居优势的明的凝聚性、静性,使阳更加内郁而演成变证。关于本证治疗，当宗柯韵伯的见解：本条文蛤散与《金匳》文蛤汤互错。文蛤汤即大青龙汤去桂枝加文蛤而成，具有解表清里之效。

至于文蛤散方，仅文蛤15克，为散，以沸场和5毫升服，汤用100毫升。《金匮》谓“渴欲饮水不止者，文蛤散主之”。是用来治疗消渴病的。文蛤即海蛤之有文理者，其性咸平无毒，能止烦渴,古医家亦多宗《金匮》之说，用以治消渴病。近人余氏[263]曾报告1例糖尿病，已服药一百数十余剂,常用方剂几遍服无遗，仍1-2小时狂饮1次，1次约饮2000-3000毫升，乃于原服方中加文蛤9克冲服，渴势竟明显减轻，大有半载沉疴，一旦豁然之势，遂照原法进剂而逐渐缓解。余氏谓文蛤即五倍子，待考。故文蛤散应是治消渴病的主方，用于本条证候不当。但消渴病总属津液失调证，故列入五苓散类证。

#### <四> 牡蛎泽泻散证

1.原文汇要

**394条 大病差后，从腰以下有水气者，牡蛎泽泻散主之。**

[词义] 大病差后：用牡蛎泽泻散峻利排水，足见腰以下之积水是厉害的，本属“大病”，何言“差后”？故此“差后”应视为表解之后为妥。水气：潘氏[785]认为，仲景书里所称水气，是指组织器官有异常的漏出液、渗出液，或者应排出而未排出的液体潴留的病理概念。

本条说明上焦表解之后，但下焦膀胱气化失司，以致水湿遏郁，化热壅滞，形成腰以下水肿，“其在下者引而竭之”，故用牡蛎泽泻散急排积水，以阻止其泛滥之势。

2.辨证要点

主症 腰以下水肿，小便不利，或短赤黄涩，脉沉数有力。

副症 或大便秘结。

本证之水气即是水肿。后世有气肿与水肿之分，前者纯属虚证，后者有虚有实。二者的辨别，古医家均以按之有无凹陷为标准，说按之不陷者为气肿，按之凹陷者为水肿。夏氏[783]，以为不然，认为既巳肿甚，无论气肿水肿按之无有不陷者，绝无随手而起之理，不过所按部位不同引起之陷痕有差别而已。如按腹、臀部，肌肉较有弹性，则陷痕不深，颜面、二胫等处其陷痕就较深。夏氏认为，区别气肿、水肿的依据，当以大肿之时小便是否显著减少；肿退之际小便是否显著增多来判断。如肿势大作时小便照常，肿退之际小便亦不增多，则是气肿无疑。反之则为水肿。

腰以上肿为上焦有水气，属阳，“在高者因而越之”，当发汗解表，《金匮》越婢汤证是。腰以下肿为下焦有水气，属阴，“其下者引而竭之”,当从下泄，牡蛎泽泻散证是。

8.基本病理 湿热壅滞,气化失司。

湿为阴邪，性静而沉凝；热为阳邪，性动而升散。湿居热外,热为湿郁，狼狈为患。湿邪的沉凝静性引起小便不利，腰以下水肿；热邪的升散性、动性引起小便短赤黄涩，脉数或大便秘结。是为下焦湿热构成的局部病理反应层次的证候。

4.药理方理

牡蛎泽泻汤方：

牡蛎（熬）泽泻 蜀漆（暧水洗去腥） 葶苈子（熬） 商陆根（熬） 海藻（洗去咸） 栝蒌根 各等分上七味，异捣，下筛为散，更于中治之，白饮和，服5毫升，日三服，小便利，止后服。

本方牡蛎软坚破水，泽泻渗湿利水，蜀漆祛痰逐水，葶苈降肺泄水，商陆、海藻润下行水，共以峻猛之势，迅速降低水湿阴邪的沉凝性、静性，而达到排水之目的,反佐栝蒌根清热生津，以减低阳热的升散性、动性，防止水去而热生之变，是为逐水消肿之峻剂。

俞氏[787]指出，凡因势利导用利下行水之剂，逐腰以下积水，必须具有两项指标：（1）无全身发热、恶寒、头痛等表证；（2）小便不利,短赤黄涩。夏氏[786]经验，凡强迫退肿所产生的后果，多半不良，故在临床中应当尽量避免，不得已时偶而行之，亦当中病即已。这些都可作为应用牡蛎泽泻散的临证参考。

## 第三章 阳明病

基本病理——里热，胃实。

证候提纲——无形热盛：不恶寒，但恶热，大汗，烦渴，脉浮滑或洪大；有形燥实：潮热，谵语，烦澡，便秘，手足谶然汗出，腹满鞕痛，脉沉实。

治疗总则——清热，通腑。

### 一、栀子豉汤证类

#### <一> 栀子豉汤证

1.原文汇要

**78条 发汗、吐、下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊憹，栀子豉汤主之；苫少气者，栀子甘草豉汤主之；若呕者，栀子生姜豉汤主之。**

〔词义〕 虚烦：虚为正气虚，烦为邪气扰，是指无形之邪热致烦，非有形之实邪引起，故称虚烦。心中懊憹：心中烦闷不安，不可名状。反复颠倒：身体躁扰不宁之状。虚烦、懊憹和反复颠倒,都是形容不同程度的烦症。

本条是辨汗吐下后，余热未尽，引起虚烦不眠等证治。汗吐下后，邪热虽衰而未尽除,但正气亦伤,余热乘虚郁于胸膈之间，致使心神不宁，故虚烦不得眠。若郁热太盛，阳气扰动，则出现反复颠倒，心中懊憹的状况。此为邪实正虚，以实为主的证候。要知此种郁热，不在太阳上焦，故汗之不解；不在阳明中焦，故清气无功；不在阳明之腑，故通下不宜；亦不在少阳半表半里，故和解无效。仲景创以清透郁热之栀子豉汤主之，诚为治疗烦症的又一大法。烦热伤气，气伤则出现少气不足，以栀子甘草豉汤主之；如胸膈郁热引起胃失和降，则可发生呕吐，以栀子生姜豉汤中.之，这是定法中的活法。

**79条 发汗，若下之，而烦热，胸中窒者，栀子豉汤主之。**

[词义] 胸中窒：为胸中闭塞之感，疼痛为轻。烦热：热不必皆有烦，而烦则皆有热，是胸膈郁热作烦之义。

本条是说栀子豉汤证的另一种表现；郁热壅滞，气机不利，故出现胸中窒塞之感。但病因相同，故治法不殊，仍以栀子鼓汤主之。

**80条 伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也，栀子豉汤主之。**

[词义] 身热不去：仍然发热。心中结痛：有认为是痠痛，有认为是如物支撑作痛，其状可能是多样的,总之都是郁热闭结作痛，较胸中窒为重。未欲解：言热不因大下而解。

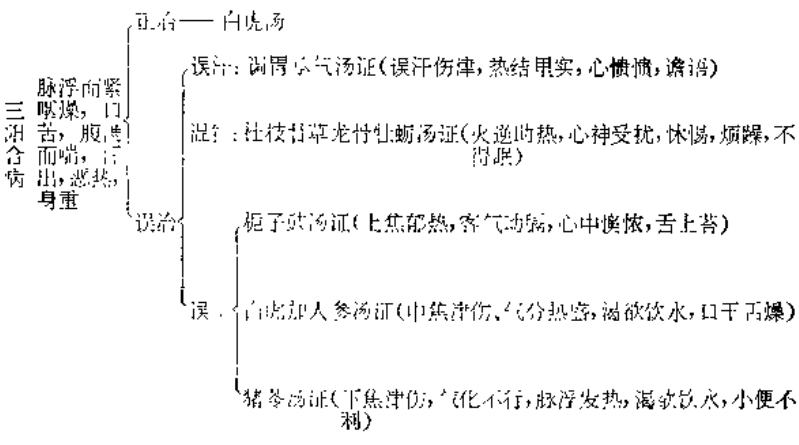
一般说，伤寒五六日，病当由表入里，由太阳而阳明。如病已入阳明之腑，下之，其病当解。今下后身热不去，知病未入阳明之腑，反因下而徒伤正气，致使表热内陷，结于胸中，引起心中结痛。此时，外有身热；内有较虚烦、胸中窒更重的结痛，形成表里同病，是栀子豉汤证的又一种表现。本证虽表证未解而身热，但心中结痛，里证为急，故仍当以本方清透郁热，首先治里,使其里和表解。

**226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。若发汗则躁，心愦愦，反谵语。若加温计，必怵惕，烦躁不得眠。若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊憹，舌上胎者，栀子豉汤主之；若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之；若脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。**

[词义] 愦愦：心中烦乱不安之状。怵惕：惊惧貌。胃中空虚：下后胃虚。客气动膈：邪气扰动于胸膈之间。

本条“阳明病”至“身重”一节，是言阳明病为主而兼太阳少阳的三阳合病的证候，或可称为太阳少阳阳明中间证。文中连用五个“若”字是说误治后的五种变证。

脉浮而紧是太阳之脉，咽燥口苦是少阳之证。腹满而喘，发热汗出，不恶寒，反恶热，身重，是热结在里，阳明证象突出的表现。因其阳明证多，而太阳少阳的残存证少，故文冠阳明病，提示当着眼于治阳明为主。因其主要矛盾——热结阳明解决了，其次要矛盾便可迎刃而解。由于热结在里，气机阻碍，故腹满而喘，满而不坚实，可知无燥深形成；热薰于外，故发热汗出，表无风寒而里热盛，故不恶寒反恶热，热盛伤气，故身重。此证，如以脉浮紧而着重解表，用辛温发汗，则动热伤津，加速其热结成实，出现心愦愦、谵语等腑实证。如以其身重而加温钍,以热助热，是为火逆，心神受扰，必怵惕，烦躁不得眠。如误以其腹满、汗出、恶热为腑实有燥屎竟下之，因其无实可下，反伤胃气，邪热乘胃中空虚，而扰动胸膈之间，是为上焦热郁，出现心中懊憹,舌上苔者，宜清透郁热的栀子豉汤主；如渴欲饮水，口干舌燥者,是下后中焦津液大伤，宜白虎加人参汤主之；如脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，是为下焦有热，津伤而又气化不行，宜猪苓汤主之。阳明以妄汗为重，故发汗、温针引起的两个变证特别重险；以妄下为轻，故下后引起的三个变证较为轻浅。古有伤寒下不嫌其迟，温病下不嫌其早之说，皆以存津液为要旨。根据本条意义和古注家的见解，将其证治归纳如下表：



**231条 阳明病下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊憹，饥不能食，但头汗出者，栀子豉汤主之。**

[词义] 饥不能食：腹中饥饿，不欲进食。

木条是说阳明病腑实旺，下之后，其结实已去，余热未除，残证犹存的治法。因余热外散，故外有热，手足温；余热上蒸，故头汗出；余热郁结胸膈，故心中懊憹，饥不能食。非表热误下邪陷，故不结胸。当以栀子豉汤清透郁热以主之。

**374条 下利后，更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜栀子豉汤。**

[词义] 更烦：木有烦，其后烦更甚之义。

本条是说下利后虚烦的证治。下利之后，热邪不从下解，是因其郁结于胸膈心下，病位较高之故，但下利后津液伤，故更烦。无形之热邪郁结，非有形之实邪盘踞，故按之心下濡而不实满。因其不实满故称虚烦。胸膈郁热,仍当清透，宜栀子豉汤。

**83条 凡用栀子豉汤，病人旧微溏者，不可与服之。**

[词义]微溏：平素人便稀溏。

本条是说栀子豉涵的禁忌证。旧微溏表明病人脾胃素有虚寒，纵有心烦懊憹，不能再用苦寒之剂重损其阳,恐其泄下不止。但如脾胃素有虚寒，又兼心烦懊憹，胸膈郁热，当怎么办呢？可用后面的栀子干姜汤治疗。

栀子豉汤证计七条，其中四条载于太阳篇，两条载于阳明篇，一条载于厥阴篇。但各条所述起因，则是共同的，有的是“发汗、吐、下后”，或“发汗、若下之”，或“大下之后”，或“发汗”、“温针”、“下之”，或“下利后”，都因误治余热未尽，或因病后余邪残留所致。究其临床表现,有“虚烦”、或“烦热”、或“身热”，或“烦躁”、或“心中懊憹”，总之，烦症是其共同点。可以认为虚烦、心中懊憹是本汤证的特征性症状。

2.辨证要点

主症 虚烦不得眠，心中懊憹，舌黄腻。

别症 胸中窒，心下濡，或心中结痛，饥不欲食，或身热，手足温，但头汗出，或反复颠倒。

凡未经汗吐下之烦，多属实；已经汗吐下之烦，多属虚，故称之为虚烦。由烦而不得眠，心中懊憹，甚至反复颠倒，是言烦之不同程度。本汤证烦之特点在于汗吐下后，或病之后期邪势已衰其大半之时而出现。仲景只言本证“舌上胎者”，而未指明苔之性状。据车氏[347]观察其苔当是一个能表现湿热的黄腻苔，也是本汤证的特征之一。其副症胸中窒与痞证之心下痞不同，胸中窒是自觉胸中闷塞不通，而痞证之心下痞，是自感心下痞满，有病位高低之别。心中结痛与结胸之鞕而疼痛似是而非，因心中即胸中，而结胸之鞕痛是在心下，故亦有病位高低之别。本证的反复颠倒，是郁热在心，烦躁不宁之状，与二阴证之反复颠倒，手足厥逆，阳虚欲绝，形症相似而本质全非,当分辨清楚。但头汗出，可知其身无汗，是汗出较轻，为胸膈郁热上蒸所致，这与阴竭而阳无所附的“额上生汗”，必伴手足厥逆,亦有本质之别,不能混为一谈。

诚如上述，栀子豉汤证之烦是病后郁热残存，但未化燥，病在上焦胸膈。白虎汤证之烦，是阳明燥化，热邪炽盛，大热大渴大汗出而烦，病在中焦气分。承气汤证之烦，是热邪壅滞，结而成实，大便秘结而烦，病在阳明之腑。小柴胡汤证之烦，必兼柴胡四证：往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，病在半表半里。此外，还有太阳表证之烦，水饮停聚之烦，阳虚津伤之烦，皆各有其该证之特征，当仔细辨别。

3.基本病理 病后余热，郁结胸膈。

热病后期，余热残存，郁结胸膈，则胸膈之间，阴小于阳，阳的升温性、动性引起心神不宁，而虚烦不得眠，心中懊憹，甚至反复颠倒；阳热郁结于内，气机不利，则胸中窒，甚至心中结痛,饥不欲食；阳热的发散性引起身热，手足温；阳热的升散性导致头汗出。总之，本证足胸膈之阳居优势而引起的局部层次阴阳升降失调的证候。

4.药理方理

栀子豉汤方：

栀子（十四个，擘）9克 香豉（四合绵裹）9克 上二味，以水800毫升,先煮栀子得500毫升，内豉，煮取300毫升，去滓，分为二服，温进一服，（得吐者，止后服）。

本方栀子苦寒，苦以泻火，寒以清热，直接降低胸膈间阳热的升温动性。但此胸膈之热为郁热，所谓郁热者为郁滞于内不得宣散之热，此热单以清降实难凑功。故用香豉的辛甘微苦寒之作，以其辛甘宣散，助长郁热的升散性，使其外透而解；其微苦寒则略具清热之功，能达到既使郁热升散宣透，又不助长热势的目的。药虽二味，有升有降，清宣郁热，应手取效。

本方栀子，文中只言“擘”而未言炒黑，可见是生用。但时人常炒黑用之,大大减低其清热之效。故叶氏[348]大声疾呼：栀子必生甩，炒黑则疗效不可靠。实际上是重申仲景之义，杜绝浪费之举，学者实堪取法。方后注云：“得吐者,止后服”，意思是说，如果病人服药后呕吐，则停止服药，并不是必吐之义。但许多注家据此相传本方为涌吐之剂，柯韵伯亦因袭其说，以讹传讹，越错越远。其实本方并不催吐，如有催吐作用，仲景又怎么能选用栀子生姜豉汤来止呕呢？实践证明，服本方多不致吐，但也有少数病人得吐的。樊氏[349]解释得吐的现象说，病人有心中懊憹，泛泛欲吐症，这时服任何药都容易引起呕吐，不一定限于栀子豉汤。樊氏观察到，心中烦热、懊憹是胃热，得快吐也可以泄热，故有的病人吐后即愈。由此认为，呕吐虽不是用栀子豉汤的预期现象,但呕吐也能达到治疗目的，所以不须再服。叶氏[348]认为，生栀子味苦，对胃弱的人，可能致吐，指出用生姜做引子可节制之。这是从栀子生姜豉汤悟出，也有道理。

5.现代应用

由于栀子寒能清热，苦能燥湿，故车氏[347]提出栀子豉汤的功效应以“清宣湿热”四字概括。他的经验是，栀子豉汤治虚烦不眠卓有成效外，尚可用于湿温、黄疸、出血诸证，显然扩大了仲景应用的范围。叶氏[348]常用本方治疗夏季消化障碍而引起的急性卡他粘液性胃炎获良效。陶氏[356]用本方和栀子厚朴汤等“苦辛法”治疗伤寒、副伤寒中后期，热盛不退，胸脘痞满，恶心呕吐，渴不多饮，或喜热饮，舌绛苔腻，呈湿热并重，邪盛正实的局面，投之则收卓效。足见本方不仅用于胸膈郁热、也用于中焦湿热之证。笔者曾治疗1例成人狂证和1例小儿热病后精神异常，2例的共同特征是发作前烦燥导常，认定为胸膈郁热，用本方煎汤送服安宫牛黄丸，一日一剂，丸药3粒，3次分服，竟获全功。点滴经验，附录于此，以供参考。

#### <二> 栀子甘草豉汤证

**78条 发汗、吐、下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊憹……若少气者，栀子甘草豉汤主之。**

〔词义〕 少气气不足，呼吸息短之状。

本条说明栀子豉汤证，若因汗吐下后，中气受损，兼少气的症状，为实中有虚之证，当用栀甘草豉汤治疗。

栀子甘草豉汤方：

栀子（十四个，擘）9克 香豉（四合绵裹）9克 炙甘草6克 上三味，以水800毫升，先煮栀子、甘草取500毫升，内豉，煮取300毫升,去滓,分二服，温进一服（得吐者，止后服）。

本方即栀子豉汤加甘草，旨在甘补中气，为虚实并举的治法。

#### <三> 栀子生姜豉汤证

**78条 发汗、吐、下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊憹……若呕者，栀子生姜豉汤主之。**

本条说明汗叶下后，不仅胸膈郁热，而且损伤了胃中阳气。在胃，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起水饮停聚,导致胃气不和而呕吐。形成在胸膈，阴小于阳；在胃中，阴大于阳的寒热错杂局面。

栀子生姜豉汤方：

栀子（十四个，擘）9克 香豉（四合绵裹）9克 生姜〈切）15克 上三味，以水800毫升，先煮栀子、生姜取500毫升，内豉，煮取300毫升，去滓，分二服，温进一服（得吐者，止后服）。

本方用栀子豉汤清透胸膈部热，如生姜辛温升散，宣散胃中水饮而止呕吐，为寒热并用之治法。

#### <四> 栀子干姜汤证

**82条 伤寒，医以丸药大下之，身热不去，微烦者，栀子干姜汤主之。**

身热不去，意味着一直发热未解。伤寒证本应先解表，不解表而以丸药大下之，不仅身热不去，反使胸膈留热而增微烦。由于大下伤脾阳，导致寒留中焦。演成上焦留热，阴小于阳；中焦寒积，阴大于阳的复杂局面。有注家[29]认为,本证大下之后，脾阳受损，当有下利未止的症状。是符合实际的。

栀子干姜汤方：

栀子（十四个，擘）9克 干姜6克 上二味，以水700毫升，煮取3OO毫升，去滓,分二服，温进一服（得吐者，止后服）。

本方用栀子苦寒以清胸膈残留之热。由于此热系残留未解之热，而非遏郁不宣之郁热，故仅引起微烦，所以去香豉之宣透。加干姜之辛热，旨在增强脾阳的温散性、动性，达到温中散寒的目的。为温清两行的治法。

#### <五> 栀子厚朴汤证

**81条 伤寒下后，心烦腹满，卧起不安者，栀子厚朴汤主之，**

伤寒下后伤脾，运化失司，故气滞而腹满。胃肠本无有形之热实结滞，故下之其热不除，反郁结胸膈引起心烦、卧起不安。是为胸膈郁热又兼中焦气滞之证。

本证的腹满，是下后无形之气滞所致，与厚朴生姜甘草半夏人参汤证，由脾虚寒气凝滞引起之虚满，满而不烦；与承气汤证，由热结胃腑引之实满，下之烦解，均有本质不同。后二者之满是在未下之前出现。故当辨别开来。

栀子厚朴汤方：

栀子（十四个，擘）9克 厚朴12克 枳实（四枚、水浸，炙令黄）9克 上三味，以水700毫升，煮取300毫升，去滓，分二服，温进一服（得吐者，止后服）。

本方的组成，不少注家疑有错误。陈逊斋、承淡安[205]等认为，本证心烦而卧起不安.原为栀子豉汤证，如何不用香豉？其腹满为无形之气滞，并非有形之实枳，只须厚朴调气，何须枳实荡涤？！主张去枳实用香豉，更名为“栀子厚朴豉汤”。笔者认为二氏之言，颇有见解，用栀子豉汤清透胸膈郁热，用厚朴苦辛行腹中气滞，药证相符，针孔相对，如用枳实则大有药过病所之虚。

#### <六> 枳实栀子豉汤证

**392条 大病差后，劳复者，枳实栀子豉汤主之。**

[词义] 大病：《诸病源候论》解释大病为中风、伤寒，热劳、温疟之类。差后：病愈后。劳复：病初愈，因劳累而复发。

本条只记载了病的起因，而未叙脉证，是省文。根据古今注家[30,25,67]以方测证推之，本证当有虚烦、心下痞塞等症状。由于大病初愈，余热残存，气机不畅,调护失当，病有复燃之势，当用枳实栀子豉汤清热调气治疗。

枳实栀子豉汤方：

枳实（三枚炙）6克 栀子（十四个，擘）9克 香豉（一升绵裹）12克。上三味，以清浆水1400毫升，空煮取800毫升，内枳实、栀子,煮取400毫升，下豉，更煮五、六沸，去滓，温分再服，复令微似汗。若有宿食者，内大黄如博棋子大五、六枚，服之愈。

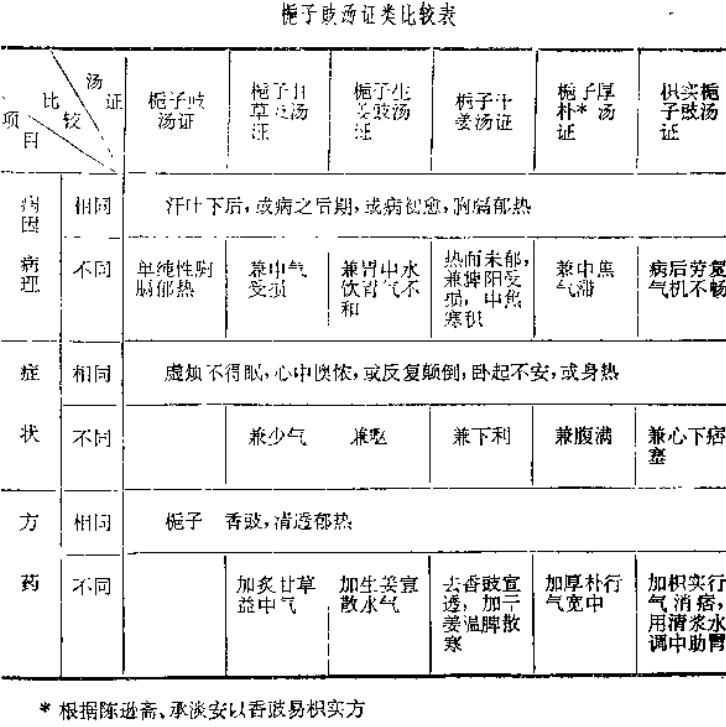
[词义] 清浆水：即淘米水，贮久味酸为咔。搏棋子大五六枚：这是以药物个体计算剂量的方法。《千金方》羊脂煎方后云：“棋子大小如方寸匕”,而一方寸匕为10刀圭，合今5毫升。就是说，博棋子五六枚，相当于25—30毫升体积。

本方用栀子豉汤清透残存郁热，以枳实行气消痞，清浆水性凉而调中助胃，使热清气调，邪去正安。如有宿食积滞，腹部必胀满而实，当加大黄以荡涤攻下，推陈致新，以免原病被诱复燃。

现代应用

近时仅叶氏[348]曾述用栀子甘草豉汤治疗急性食道炎,无论因热汤烫伤或吞咽烧酒引起，均一，二剂收效。陈氏[351,143]等报告，用栀子生姜豉汤治胃痛，用栀子干姜汤加川楝治郁火胃痛、胆石症急性发作，据云投之屡效，还告戒虚寒胃痛勿擅用。陶氏[350]报告，用栀子厚朴汤治疗伤寒、则伤寒中后期热不退、胸脘痞满卓效。此外，则未见有报道。编书至此，笔者感到《伤寒论》汤方，药味少的，现代应用也少。联想到近时医生，用药少则十数味，多则二十余味，并以“某大包”著称,美其名曰韩信将兵，多多益善。笔者以为，药味用得多，多半是辨证不清，按症状用药，如头痛加川芎，白芷，失眠加枣仁、夜交藤，不思饮食加山查、麦芽，小便黄加木通、滑石……把辨证论治降低到对症治疗的水平。这样做的结果得到的回报是不会满意的，而代价则是高昂的。必须记住，中医学的箴言是：辨证论治。

栀子豉汤证类小结：本证类共十二条条文，六个汤证，散见于太阳、阳明和厥阴各篇，均为汗吐下后或热病后期，余热未尽，郁结胸膈，引起虚烦不眠，心中懊憹为共同特征。但因其兼夹症不同而有不同之点。兹列表鉴别如下（见下页）。



### 二、茵陈蒿汤证类

#### <一> 茵陈蒿汤证

1.原文汇要

**204条 阳明病，无汗，小便不利，心中懊憹者，身必发黄。**

阳明病理应多汗、小便利。今无汗则热不得外散，小便不利则湿不得下泄。湿热郁蒸，则身必发黄；上扰心神，则心中懊憹。古注家一致认为，无汙、小便不利是引起发黄的原因。笔者认为，与其说成是原因，莫如说是发黄的先兆症状,更恰当些。

**205条 阳明病被火，额上微汗出而小便不利者，必发黄。**

〔词义〕 被火：谓用火法治疗。

阳明病其热已盛，又被火疗，更助热势，仅额上微汗出不足以减其威。小便不利则湿不得泄，湿热蕴蒸，故必发黄。本条说明阳明发黄，忌用火疗；仅额上微汗，未见全身出汗，又小便不利，是发黄的先兆。

**192条 伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身当发黄，若小便自利者，不能发黄，至七八日，大便鞕者，为阳明病也。**

[词义] 系：属的意思。

本条与278条上半段相同，都是说明太阴转属阳明的道理。因阳明、太阴为表里，阳明热多易燥，常成胃实；太阴湿多易虚，易成发黄、下利。条文中的伤寒，是指广义伤寒。太阳中风可见脉浮而缓，太阴发黄亦可见脉浮而缓，分别点在于前者有汗出恶风，后者不汗出手足温而小便不利。若小便自利者，湿可得从下泄，故不能发黄。至七八日，大便鞕者，是湿已化燥，太阴转属阳明的征兆。

本条[352]说明发黄一症，虽列在阳明篇中，而是一个兼犯太阴的并病。阳明属热，太阴属湿，单有阳明一经的热，是不会引起发黄的，因为热邪是发散的、外透的,如无湿邪的遏郁,则不可能郁蒸而发黄。故发黄一症，应视为太阴、阳明并病。

**238条 阳明病，发热汗出者，此为热越，不能发黄也；但头汗出，身无汗，剂颈而还，小便不利，渴引水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。**

〔词义〕热越：里热发越于外。剂颈而还：剂与齐通，有限字之义，是指颈以下无汗。渴引水浆：口渴饮水之义。瘀热：瘀与淤通，指邪热郁滞。身必发黄：指十中八九要发黄。

阳明病，发热汗出，是邪热向外发越的表现，热有出路，则不发黄。但头汗出，而身无汗，齐颈而止，是邪热外越极微。倘若小便自利，则热邪尚可从下泄，而不致发黄。如小便不利，则热无出路，里热炽盛，故渴欲饮水。而饮水又兼小便不利,更增其湿。湿郁热蒸,瘀滞于里，故身必发黄。当以茵陈蒿汤治疗。

本条说明发黄的病机证治。与上数条合观，可知湿热郁蒸和瘀热在里是发黄的两个机转。不过，这里的瘀热，是指血分瘀热,还是气分瘀热呢？多数注家认为是气分疾热，也有[352]认为是血分瘀热的，并列举肋下痛及肋下痞块来证明。笔者认为，气分瘀热和血分瘀热是发黄的两个阶段，是一个由气分波及血分的过程。本条是讨论引起发黄的病理，在病之开始阶段，故可认为是气分瘀热。

**261条 伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。**

〔词义〕 身黄如橘子色：一身皮肤发黄而叨亮。

本条说明阳黄的证治。湿热郁积于里，而小便又不利，无外泄之路，故腹微满。湿从热化，形成阳黄，故身黄如橘子色。当用茵陈蒿汤泄热渗湿以治之。

**260条 伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也，以为不可下也，于寒湿中求之。**

本条说的是阴黄的证治，列于阳明篇中，旨在示人以鉴别。伤寒发汗已，热已外散，按常理不会发黄，今身目为黄，可知其黄非湿热郁蒸所致。是什么原因呢？是寒湿在里，郁久不解的缘故。此种寒湿发黄只宜温中除湿法治疗,不象湿热郁结，可汗，可清，可下。

综上条文可见,分黄疸为阴阳二纲，仲景已发端于前，但对其证候表现叙述简略，仅根据皮肤黄染情况来辨阴阳，似嫌不够。故后世罗天益、李士材、程钟龄、张景岳更发挥于后，使其内容日臻完备。近人[352]经验证明，本证中但头汗出，剂颈而还，小便不利，渴欲水浆，心中懊憹为黄疸之先兆症状是可靠的。屠氏[353]则认为，这些症状是否为黄疸的前驱征象，当进一步观察才能确定。

2.辨证要点

主症 身目俱黄，黄如橘子色泽鲜明，小便不利色黄赤而短少，舌苔黄腻，脉滑数。

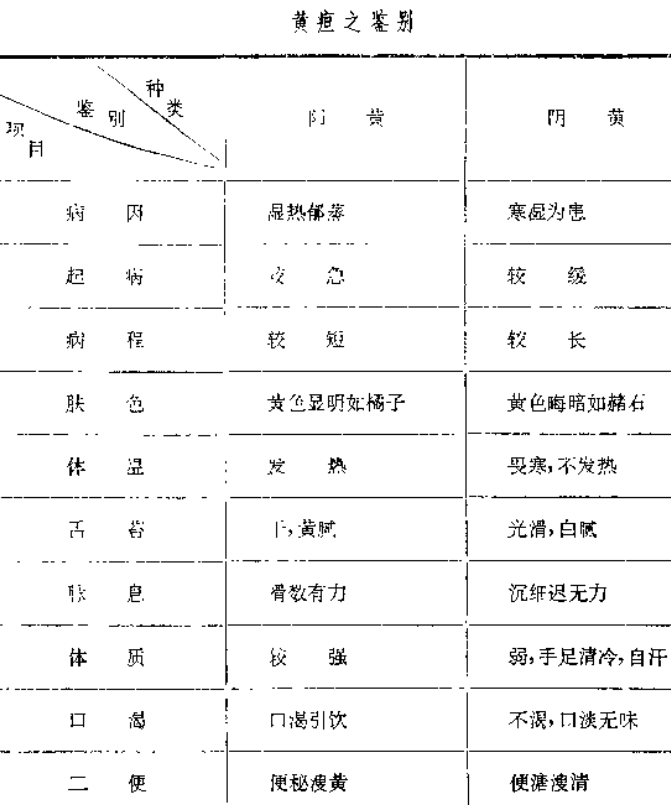
副症 发热，心中懊憹，脘腹痞满，不欲饮食，恶心欲吐，大便秘结或不爽，汗出不彻，无汗，或但头汗出，口渴，舌苔黄滑，或脉濡数。

屠氏[353]从若干病例中观察到，本证开始目珠黄染恒较皮肤为早，其黄色是从眼白的四周逐渐发展至眼内的近黑味处，如果发现眼白边缘有均匀的淡黄色圈，即是黄疸病，而此种黄色圈愈接近眼白边缘色愈深，这是早期黄疸的确证。屠氏[353,352]等还认为，所谓小便不利，常常是不仅指尿量减少，也包括小便的颜色在内。屠氏等观察到小便出现黄色，恒较皮肤发现黄色为早，虽一般发热病都有溲黄现象，但在体温下降后，颜色即转清淡，而传染性肝炎等黄疸病的小便则不然，解热之后，仍持续黄色，至黄疸出现时则更深。屠氏等指出临床上遇到未能确诊的任何发热病，在解热后持续小便呈黄色的，都应怀疑有本证存在而如以密切观察。曹氏[354]发现，当黄疸病面目未见黄色之前，在病者金津、玉液处先见黄色，是为黄疸预兆，但尚未见进一步验证材料报告。诚如上文听述，本证的一些副症很可能是先兆症、前驱症,或出现于整个过程中。

但头汗出一，《伤寒指掌》[29]辨之甚详，不妨择要录于此以供参考：黄疸之头汗出，是热不得外越而上泄所致；项背强恶寒而头汗出，是寒湿客于经络所致；下血谵语而头汗出，是邪客胸中，热蒸于上所致；水饮结胸而头汗出，是水气停蓄不得外行所致：往来寒热而头汗出，是热邪上炎所致；温病误下，额上汗出，微喘，小便不利者死。

关于阴黄阳黄之辨别，李氏[355]提出的标准是：凡黄色如烟熏，暗而不明，大便溏，小便不利，腹满身冷，汗出不渴，体痛，脉沉微而细者，可命名为阴黄；凡黄如橘子色，口渴，腹满而坚，大便不快，小便不利，时有潮热，脉滑数者，时命名为阳黄。堪称简明扼要，经验之谈。叶氏[356」列表辨别较详，可以互参。

王氏[357]则有所发展，他从对传染性肝炎的观察中，将发黄分成阳黄、阴黄和平黄三类。从下面三个方面来进行区别：（1）色素分析：具有黄色鲜明如橘子者，为阳黄，属热症；黄色晦暗无光者，为阴黄,属寒症；介乎二者之间，为平黄，属半阴半阳症；（2）寒热分析：伴有发热者,为阳症；无热而有手足凉者，为阴症；身体热度正常者，为半阴半阳证；（3）小便分析：小便浓黄者，多为阳症；小便淡白者，多为阴症；淡黄者为半阴半阳证。根据上述三点再四诊合参以确定之。



此外，湿热发黄和蓄血发黄亦需鉴别开来。要点是蓄血发黄瘀热结于血分，故小便自利，有少腹鞕满之症，黄色如薰；湿热发黄是瘀热结于气分，多小便不利而短赤，脘腹痞满，黄色鲜明。潘氏[358]还提到，仲景对发黄与萎黄病、黄胖鉴别得不够清楚。萎黄多有失血或大病史，神色不华，精神萎靡，头眩目花，心悸耳鸣，唯目与皮肤均不黄，小便清白为特点。黄胖病（贫血）皮肤肿而带黄白，惟眼目如故，足资鉴别。

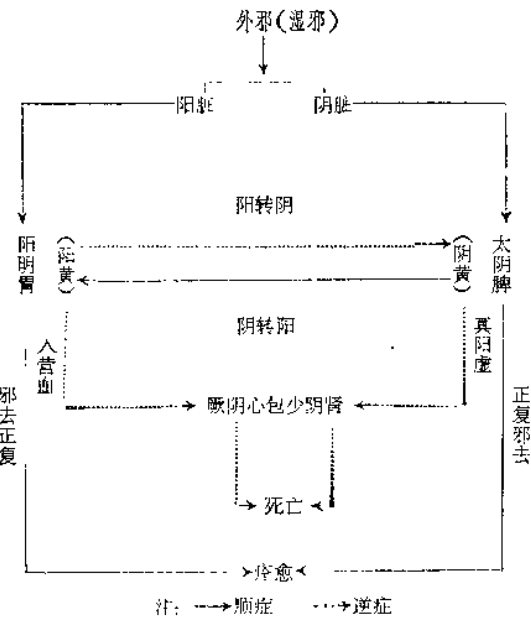
人们[444]近年来还发现“血虚疸”一症，其主要表现是：黄疸既不如阳黄之明朗，也不似阴黄如烟薰，特点是黄晦而暗，且带铜青色，尤其在两鼻孔口与上唇及两腮部，如煤油烟薰之暗黑色，且多有形体消瘦，神困语怯，头晕无力，心悸怔忡，躁急易怒，心烦失眠等血虚症状。与一般黄疸不同，阴黄阳黄退黄快，“血虚疸”退黄慢，一般要45天左右。“血虚疸”与《金匮》之虚劳小建中汤证不同，后者之黄非黄疸，乃脾虚而黄。认为“血虚疸”乃血虚为木、内湿为主，其机埋为营血亏虚，服入营中，故名之为“血虚疸”。堪称黄疸之发展。

对黄疸之预后推断，《金匮》提到“黄疸之病，当以十八日为期，沿之十日以上疲，反剧力难治”，“腹如水状不冶”，是颇合实际的。笔者综合仲景旨意和近人经验，提出下列四项预后不良的征兆，以引起临床者注意：（1）黄疸七八日，服药,小便一直不通利；（2）腹水形成；（3）频繁呕吐；（4）无热而烦躁不安。

3.基本病理 湿热合邪，不得宣滥。

湿为阴邪，其性凝聚而静，因小便不利，不得从下泄。热为阳邪，其性升散而动，居于湿中，为湿所裹，不得汗出而外散。湿热合邪，留滞中焦，影响脾胃升降，故脘腹痞满,不欲饮食，恶心欲呕；使肝胆瘀滞，疏泄失职，以致胆液撗溢，泛于全身，故身目小便倶黄；湿热蕴蒸，使心神不宁，则心中懊憹；湿热阻滞，三焦气化失司，更加重小便不利的程度。如热盛于湿，阴小于阳，则黄如橘子，色泽鲜明，发热，口渴，便秘，微汗或但头汗出，小便黄而短赤，舌苔黄腻，脉滑数。如湿盛于热，阴大于阳，则发热不扬，无汗，大便不爽，舌苔黄滑，脉濡数。这就是阳黄证产生的原由。由于有湿偏盛和热偏盛不同，故可引起不同的证候表现。张氏[359]从100例肝炎黄疸病人中观察到，脾失健运是其共同特点，其中热重于湿者52例，湿重于热者33例，脾经虚寒者15例。王氏[360]观察到264例急性传染性肝炎黄疸型病人，湿从热化者居多，寒化者少，而湿重者病势较为缠绵。说明本证热证者多，寒证者少，古人认为湿性粘滞的见解，无疑是正确的。王氏指出，阳黄如误治或迁延日久，使脾胃阳气损伤，则转变为阴黄。有人[361]认为，阴黄阳黄，即阴证阳证，阳证转阴为逆，阴证转阳为顺，注意阴阳消长之机，对诊断、治疗和预后有一定意义。

但是，本论中并没有将整个黄疸（包括阳黄、阴黄）的传变、转归陈述清楚。笔者引来朱氏[362]用六经分型治疗急性黄疸型肝炎45例的实践体会，而制定出的病机传变及转归图，认为可以代表整个黄疸的病机规律，特录于此以供参考。



4.药理方理

茵陈蒿汤方：

茵陈蒿18克 栀子（十四枚擘）9克 大黄6克 上三味，以水2400毫升，先煮茵陈减1200毫升，内二味，煮取600毫升，去滓，分三服。小便当利，尿如皂荚计状,色正赤。一宿腹减，黄从小便去也。

本方茵陈性苦微寒，苦燥脾湿，降低中焦湿邪的凝聚性、静性,而苦泄下降，又能引湿邪从小便而去；其寒能清热，清泄肝胆之郁热，为治肝脾湿热之主药。栀子清泄湿中之热，大黄清泄阳明胃热，推陈致新，导热下行，用以降低阳热的温动性。三药合用，使湿热分消，从下而解，为治阳黄之主方。

近代对茵陈蒿汤的药理研究颇多，见解也极不一致。有人[352]用临床事实说明，服茵陈蒿汤后，不仅使患者小便的量增加，同时可使小便的颜色由黄转清，可见其治愈黄疸病，和黄疸发生的病理机转布着密切关系，决不仅是单纯的“利小便”三个字可以解释清楚的。张氏[363]根据临床观察，分析茵陈蒿汤的作用机转主要有以下三点：（1）利尿退黄——根据近代学者的论述，认为传染性肝炎等病人组织内有水滞留现象，故有人提出用汞剂利尿疗法治疗本病，使郁积在肝、血液、组织内的胆汁及水排出，对肝进行冲洗,不仅能缩短黄疸期，使临床症状早日消失，且能防止肝肾综合征的发生。由此可知，中医治黄疸必利小便的正确性，而且优于汞剂疗法；（2）通畅大便——近代医学认为，当肝受损，功能发生障碍时，胆汁分泌则减少，而影响食物在肠内的消化，使肠胃蠕动减慢,肠内细菌大量生长繁殖，使淀粉发酵，蛋白腐败，产生许多有毒物质及气体，经旸管吸收进入肝脏，促进肝功能更加恶化和引起自家中毒现象，出现腹满，便秘等症。而用大黄通利大便，能促进消化，抑制肠内细菌的发育，因而消除或减轻以上病证的发生，有利于肝脏机能的恢复，是很符合现代科学的；（3）清热利胆——通利胆汁，可将肝脏内郁滞的胆汁排出，使黄疸早日消退，并能由此而减轻消化系症状，有利于肝脏功能的恢复。其清热解毒的作用，确能使体温早日下降，其机制可能是与抑制病毒有关。张氏[384]也同意此种看法，认为用茵陈蒿汤与用西药金霉素等治疗本病的目的相同。惟盛氏[365]持不间见解，认为其疗效的产生不仅在于利尿方面，应该考虑到贝柯夫皮层内脏相关学说，因为胆汁分泌和排出的机能，是由大脑皮层调节的，茵陈蒿汤之能排泄胆色素，促进机体的解毒作用，必然是由于刺激体内感受器，依反射形式唤起大脑皮层加强对肝脏机能的调节完成的，故茵陈虽无抗菌作用而仍有效者，即此缘故。

用茵陈蒿汤及其组成药物作动物试验，观察对大鼠胆汁分泌的影响，（日本）原田正敏氏[366]及其同事做了大量工作，实验结果：茵陈蒿（全草、花穗）50%乙醇提取物、挥发油、脱挥发油水提取物，山栀乙醇提取物，均有增强胆汁分泌的作用；但山栀的作用非常弱；大黄则完全无作用。因此认为，茵陈蒿是茵陈蒿汤中起利胆作用的主要药物。这个实验结果，与彭氏[367]单用茵陈、山栀而未用大黄治疗传染性肝炎，其症状、体征的愈复远比普通西药治疗的效果为佳的临床事实相符。彭氏认为此种疗效可能是茵陈、山栀对传染性肝炎的机能疗法，而不是特效疗法的结果。彭氏观察到，茵陈、山栀煎剂对胃有激惹现象，可引起恶心、呕吐、上腹不适等不良反应，但采用饭后服药则可免除。不过，徐氏[368]的实践补充了上述二氏之未备，指出茵陈蒿汤中的大黄并无利胆作用，但与山栀、两陈配伍，却能明显加强后述二药的利胆作用。徐氏具有“复方”的概念，因为“复方”决非单味药物作用的机械组合。最有趣的是有人[369]作过观察，既然茵陈是消退黄疸的主药，那么与辨证有无关系呢？于是选择了传染性肝炎属脾阳虚的病人，作单味茵陈治疗观察，按中医说法尚陈性属苦寒，假使与辨证无关的话，服药应该一律有效。但结果证明，每日服茵陈60克，连服4日，黄疸竟毫不消退，相反，还引起剧烈腹泻，精神疲倦，脉更弦缓，舌更白滑，黄疸颜色更加晦滞，一系列脾阳虚的证象更为严重。于是改用姜附等治疗而症状立见好转，黄疸也显著消退。说明利胆药也要在辨证论治的基础上才能发挥作用。

此外，对于茵陈蒿汤能促进肝功能恢复的实质，刘氏[370]还从分子生物学角度进行了探讨的尝试。

5.现代应用

《伤寒论》之所以对中医学的发展富有影响力，完全是基于临床得来的事实，而这些事实又经得起不断地重复。茵陈蒿汤的现代应用正说明这样一点。笔者收集有关茵陈蒿汤治疗黄疸病100多个资料，全都是肯定的，没有一个材料持否定的事实和意见。这些研究和观察是非常广泛的，从黄疸的病因病机，分类分型，辨证论治，到大量地临床观察，无微不至，异常丰富，各有千秋，各有见解。笔者不忍割爱，故不吝篇輻，加以整理介绍。

关于黄疸的分类。王氏[371]指出，祖国医学中有病因分类法如《金匮》分为谷疸、酒疸、女劳疸与黄汗；病因性质分类法，如《医门法律》分为外感发黄与内伤发黄；证治原则分类法，如分阴黄、阳黄。王氏认为，在目前条件下应以祖国医学在黄疸分类上的这些成果为主，结合西方医学对黄疸的认识，分成（1）传染性黄疸阴证；（2）传染性黄疸阳证；（3）非传染性黄疸阴证；（4）非传染性黄疸阳证，于临床应用更切合实际些。潘氏[358]指出，中医的黄疸是肝脏、胆囊、或者胆道病变，使胆汁的生成或排泄的通路障碍的总称。潘氏认为，谷疸、酒疸大约是阻塞性黄疸；女劳疸、黑疸可能是肝脏实质性黄疸。吴氏[372]的看法不同，认为阻塞性黄疸，胆结石，胆囊积水才是中医的黄疸。郑氏[373,374]等则认为，谷疸和“阳明发黄”所具症状，极似西医的传染性肝炎。郑氏等的看法，几为众所公认。

关于黄疸的病因。学者们公认“湿热相交民病疽”的学说，因为从湿热论治可以取得肯定的效果。至于“大食”盛飧能诱发某些黄疸病，也是从实际观察中所见，当非凭空臆造或巧合。由于中西医对黄疸病存在许多认识上的一致性，所以朱氏[375]指出，中医对黄疸的定义：身目、小便以及齿垢，爪甲黄染，与西方医学基本相同。

关于黄疸的治法。有人[376]总结了《伤寒》《金匮》二书，指出仲景治疗黄疸几乎八法皆用。如“诸病黄家，但利其小便；假令脉浮，当以汗解之，……。”“伤寒瘀热在里，身必发黄，麻黄连翘赤小豆汤主之。”是汗法；“黄疸病，茵陈五苓散主之。”是利法；“黄疸腹满，小便不利而赤，自汗出，此为表和里实，当下之，宜大黄硝石汤。”是下法；“阳明病，发热汗出者，此为热越，不能发黄也；但头汗出，身无汗，剂颈而还,小便不利,渴引水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”“谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄为谷疸，茵陈蒿汤主之。”是下法和利法的合用；“黄家日哺所发热……因泎黑疸，……硝石矾石散主之。”是消法：“诸黄，腹痛而呕者，宜柴胡汤。”是和法；“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也，以为不可下也，于寒湿中求之。”是温法；“伤寒身黄，发热，栀子柏皮汤主之。”是清法。此外，“男子黄，小便自利，当与虚劳小建中汤。”虽是补法，但萎黄症不属于黄疸范围。由此可见，仲景治黄疸，完全因证立法，因法制方，非常灵活。

林氏[377]根据《伤寒》《金匮》二书条文分析，得出结论说：（1）中医自仲景时代就已明确了黄疸的一部分属于急性传染病；（2）治疸用利尿法始于仲景；（3）黄疸病与肾脏及水液代谢的关系，自《内经》就已发现，仲景更加明确并肯定下来：（4）中医早已知黑疸（肝硬化晚期）是各种黄疸的最后结果；（5）世界上对黄疸知识的发展，任何国家不会有中国这样早，并且很合乎现代的科学道理。

关于茵陈蒿汤，现代几乎应用于所有的黄疸疾病和无黄疸型肝炎，以及某些肝胆疾病和传染病。现分别介绍如下：

1.急性黄疸型传染性肝炎。公认本病多属中医阳黄，应从阳明论治，属阴黄者居极少数。人们用茵陈蒿汤治疗急性黄疸型传染性肝炎，其效果为中西医所确认。笔者根据39篇[359-364,378-410]临床资料统计，用茵陈蒿汤治疗本病共2973例（其中最多者673例，最少者5例，大多单用茵陈蒿汤，少数以茵陈蒿汤为基础，随证加减，选加胆草、木通、泽泻、茯苓、板蓝根、猪苓、大青叶、赤芍、苦参，或合用五苓散、栀子柏皮汤、小陷胸汤等，有119例系中西医结合治疗），治愈率82.6%-100%，平均黄疸消退时间6.7天-17.2天，平均住院天数9.4天-41天。极少数资料报道有1.5%的死亡率,且都属营养极不良的患者。被认为[363,378]，黄疸消退时间比国外学者报告的大为缩短；基本痊愈比（日本）平野春雄氏（中央医学杂志昭和34年10月，149卷.第2号，242页）报告的4周为优。

陈氏[373]观察到，阴黄阳黄与黄疸指数多少无关，有阳黄黄疸指数不甚高者，有阴黄而黄疸指数反高者：属阳黄者，服茵陈蒿汤后，大抵每天黄疸指数消退1-2单位，或较多，黄疸指数越高，开始服药10天内，降低速度越快，旋即逐渐缓慢。陈氏经验，服此汤后，黄疸固然可迅速下降，但有部分病人，TTT试验似乎一时上升，或不易下降；有黄疸指数接近正常，而TTT试验仍较高者，但临床症状并无任何不适，继续服用恢复肝功能药，〔按：陈氏未具体列方），不久便下降而恢复，陈氏认为，这种现象可能与加减胃陈蒿汤能迅速消除黄疸，同时对部分病人之肝功能若干环节，有一时性轻度刺激作用有关。屠氏[380]的经验指出，在服用茵陈蒿汤清热利湿过程中，可暂时出现小便更加黄浑的现象，有时如檗汁，这不但不是病进，而是服药后湿热下趋的良好反应，只要复转清淡，则表明湿热已清。龚氏[381]曾对30余例本病患者便用茵陈蒿汤治疗，对其疗效产生的过程进行观察，首先出现全身情况的改善，如食欲转佳，精神振作，腹痛消失：其次为黄疸的消退；恢复最慢的是肝脏缩小和肝功能正常。是则，把茵陈蒿汤仅仅视为局部的利胆疗法，显然是错误的。对于本方缩肝和肝功能恢复的效果，龚氏与瞿氏[389,383]等的观察结论也是相符合的。黄氏进一步指出麝香草酚浊度试验与絮状试验的变化较少。不过黄氏报告较早（1957年），仅20例病人又未说明观察多长时间，故不足为凭。以后李氏[384,385]等用本方为主治疗小儿传染性肝炎1000余例，观察到症状改善、肝功能恢复和肝脏复原均满意。不过，李氏等指出，在内科治疗上较儿科逊色，主要是儿童肝脏结缔组织发育较弱和再生机能强的缘故。巫氏[386]曾观察到，在采用高糖饮食和服用糖果时，通过不同时期，有一个共同的现象——灰色舌苔出现，从而食欲下降，胸中烦闷，曾考虑本方苦寒和食糖两个问题，结果停止服用市售糖果时，则此种现象消失,认为糖虽对肝脏具有保护作用，但过多亦不甚相宜。中医有甘甜碍湿之说，不无道理。朱氏等治疗大量病人无1例转成慢性，也未见任何不良副反应，本方治疗传染性肝炎的疗效是满意的。李氏报道用本方制成“茵陈蒿汤注射剂”治疗传染性肝炎（包括无黄疸型）取得100%的疗效。黄氏[388]用单味茵陈煎剂治疗32例传染性肝炎，15天内全部治愈，未见任何不良副作用。不过，黄氏报告的病例较少，尚未见重复材料。人们治疗本病普遍强调辨证论治，用“一刀切”的办法往往碰壁。如潘氏[389]拫告一例本病患者，病势并不十分严重，用茵陈蒿汤治疗，病情不仅不好转，反而恶化，黄疸显著增加，肝功能更加恶化，后来仔细辨证，其脉缓弱：大便溏薄，证属脾气虚食的阴黄，于是改用茵陈姜附汤加减而黄疸迅速消退。沙氏[390]指出，本病阳黄转阴黄，阴黄转阳黄，临床上均可见到，方药必须及时更换，否则，因循迁延，势必影响疗效。他说，凡舌苔白腻，口不渴，脉迟、或濡缓，黄退迟迟者，均可诊断为阴黄，必以姜附配合以温脾化湿，才收效良好。王氏[378]的观察锐敏，也很有意义。他发现142例本病患者中，有32例具有黄苔，经治后有8例黄苔在7天左右直接退尽，査其原因是在用药方面，除用茵陈蒿汤等寒凉药清其邪热外，同时并用了温药，以温化湿邪，故使疗程缩短。从而认为，本病的病因是湿和热，在治疗上以苦温并用法，更能缩短疗程。是一个值得继续研究的问题。

然而，治疗急性传染性肝炎，究竟以茵陈蒿汤为主的疗效好，还是西医药好？前述仅从文献资料比较来说，是茵陈蒿汤的疗效比西医药好，但毕竟未作现场比较。对于这点，冯氏[391,392,393]等的工作就显得特别有意义。冯氏等用茵陈蒿汤与西医保肝疗法对照治疗，中西医两组病例，分别为30：30,18：18,42：17，均为无选择性地治疗观察，结果无论是症状，化验和肝区体征，中医组均比西医组的疗效为优，约缩短疗程8天左右，从而得出治疗本病中中医药确实优于西医药的结论。而中医组的疗效和发病日期均有密切关系，发病日越短,痊愈率越高，更证明中医药对本病的疗效,不能和西医一般保肝、支持疗法相提并论。刘氏[394]采取中西医结合的方法，试图提高疗效，以茵陈蒿汤为主加用维生素等保肝支持疗法，治疗本病患者47例，结果与单用中医药治疗的效果并无差异。从盛氏[395-410]等的大量临床验证，更充分肯定了茵陈蒿汤的疗效，而为西医保肝治疗所不及。此外，黎氏[411]在本病流行区域的三个单位对1129个健康人，用茵陈蒿汤进行预防效果观察，每人服药2次（成人平均18克药，儿童平均12克药），服药后连续观察6个月，结果无1例发生传染性肝炎。说明茵陈蒿汤对传染性肝炎，似有能治能防的功效。

2.无黄疸型传染性肝炎。许多卞者[412-415]认为，本病由于没有黄疸出现，如果也把它作为黄疤来认识，是缺乏依据的，而用茵陈蒿汤等清热利湿药治疗，事实证明无明显效果。陆氏[415]对200例本病患者进行分析，其中有134例属虚证，而“伤阴”是本病的主要特征，认为肝木脾土的生制失常是病机的主流。但李氏[384,416]等则持相反意见，认为都是“湿热相交”为病，治疗原则与黄疸型无异，但须注意育阴、益气和疏肝就行了。李氏本上法用茵陈蒿汤加味，治疗1000例小儿传染性肝炎中的无黄疸型患者247例，均获得满意的效果。究竟怎样？还当进一步观察。

3.慢性肝炎。张氏[417]等分析慢性肝炎的病机一般以“湿热”、“寒湿”、“肝郁”和“血瘀”为关键，茵陈蒿汤用于湿热偏盛的阶段，效果仍佳，用于其它阶段则不适合。

4.亚急性肝萎缩型肝炎。钱氏[418,419,421]等认为，本病即中医的“急黄”、“瘟黄”和“疫黄”一类，用茵陈蒿汤加减，或投分消之剂，或配合西医输血、能量合剂等，取得满意疗效。指出仲景所谓“腹满”、“小便不利”为黄疸难治之症，是预后险恶的征兆，主张入手即投分消之剂，使小便增多，是转危为安的上策。敖氏[420]进一步指出，黄疸病人若有腹满、小便不利者，正说明传染性肝炎并发腹水，为难治之症，此种观察与近代有人统计4083例急性传染性肝炎，其中14例死亡者均存腹水；致死性肝炎的腹水发生率为三分之二，完全一致。说明仲景在1700多年前就观察得如此精确，真是难能可贵。

5.胆汁性肝硬化。关于本病的中医记载，徐氏[422]认为《金匮》描述的谷疽久久发黄，其为慢性黄疸可知，此与胆汁性肝硬化的先寒热腹痛，食后饱胀，小便短黄，持续性、渐进性的黄疸加深，极相近似。如是，则中医对其治疗方法在1700余年以前就已具备了。徐氏等用茵陈蒿汤治疗本病取得满意疗效。不过病例不多，尚需重复验证。徐氏指出，茵陈蒿汤并不是所有黄疸都能治疗。他举出注射锑剂引起毒性反应而出现的黄疸，以及门静脉肝硬化腹水同时并发黄疸，用茵陈蒿汤就无效。也许是经验之谈。

6.肝昏迷。公认本病为不可逆之患，说明死亡率很高。杨氏[425]认为本病的病机是湿热薰蒸阳明太阴，发为黄疸，上犯心包,清窍为之闭塞，神明失其主宰所致。凡邪入心包，其病重险，人们通常都釆用中西医结合治疗，实践证明，确能提高疗效。如杨氏治疗1例由急性肝萎缩、溶血性黄疸所致肝昏迷，在西药常规治疗无效的基础上，加用茵陈蒿汤合安宫牛黄丸等治疗（西药照上）而获救。顾氏[428]报告11例肝昏迷，6例死亡，其中单纯用西药者4例，均死亡；中西医综合治疗者7例，死亡2例，获救5例，故初步认为中西医综合治疗获得良好疗效，而中药主要是用茵陈蒿汤随证加减。顾氏[427]再度报告治疗小儿传染性肝炎并发肝昏迷52例，用茵陈蒿汤随证加味配合西医药常规治疗42例为一组，与单纯西医药治疗10例为一组作对比，结果中西医合作治疗组42例中治愈21例，死亡21例；西医药治疗组10例中治愈2例，死亡8例，认为治疗本病以采取中西医结合为宜。谈到肝昏迷，医者无不摇头畏难，笔者不妨介绍周氏[428]—个有趣的治疗方法。周氏从仲景治黄疸有的用麻黄醇酒汤中悟出，该汤中食醋，性酸苦温，入厥阴肝经，有散瘀解毒之功。乃用食醋灌肠，以达到结肠酸透析的目的（由肠腔酸碱度的改变，把本来是产生血氨主要场所的结肠，转变为排出氨的主要场所的现象，人们习惯上称为酸透析），周氏发掘仲景奥义与西医原理融会一体；创制新方法，是可取的。

7.萌豆黄病。本病又称蚕豆病。傅氏[429,430]等认为亦属中医黄疸范围，由湿热内蕴所致。傅氏等用茵陈蒿汤合二妙散治愈10例，用的陈蒿汤合龙胆泻肝汤治疗亦取效。张氏用茵陈蒿汤合二妙散治疗本病10例，出院最短2天，最迟8大，平均住院4.2天；尿液转清时间最快2天，最慢4天，平均2.2天；黄染消失最快3天，最慢5大，平均3.8天，与输血治疗组17例比较，效果近似。笔者认为，为避免迅速死亡，危重病人给予输血配合裨益甚大。

8.胆石症。近年来.由遵义医学院[432]创造而大量使用于临床的治疗胆石症的“总攻”疗法，所选用的排石汤，就是根据中医“通因通用”，通里攻下的原则，以茵陈蒿汤加味（茵陈、栀子、大黄、柴胡、枳壳、黄芩、郁金）组成，实践证明，该方具有促进胆汁分泌、舒张括约肌和抗菌等作用，观察到具有黄疸、发热的湿热性患者，服用该方后，每见疼痛消失，热度下降，结石排出和黄疸逐渐消退的现象。钟氏[433]也曾介绍用茵陈蒿汤合逍遥散加金钱草治愈1例胆石症，其结石1.7x1.0X0.8厘米。为了阐明此类排石疗法能排石的原理，裴氏[434]引述四川医学院、湖南医学工业研究所等单位的动物实验报告，证明茵陈的水浸剂可使犬的胆流量增加40-140%，其效应约持续半到一个半小时；茵陈的有效成分对羟基苯乙酮，可使大白鼠的胆液流量增加约三分之一，且有药效和剂量相随的关系，形成所谓“内冲洗”而排出胆石。笔者认为“总攻”排石疗法，一方面用排石汤等大量增加胆汁分泌，同时用吗啡制剂关闭括约肌，造成胆囊内压急剧升高，之后，突然用阿托品等松弛（开放）括约肌，由于胆肠压差而结石被排出，这个道理也不能忽视。故仅用“内冲洗”来解释排石是不全面的。当然，排石汤除了局部作用外，还有什么整体影响？当进一步研究。“总攻”疗法是应用仲景理法方药,与西医原理相结合的产物，推陈致新，源于中西医，又高于中西医。

9.新生儿溶血症。重症新生儿溶血必须换血才能脱险，历来被看成是一个常规。仉有人以茵陈蒿汤加黄连、黄芩、黄柏组成为“消黄汤”，加水浓缩制成静脉注射液和口服液，治疗ABD溶血症，重症用“消黄汤”静滴加光疗（轻症口服即可治愈）治疗5例，全部免予换血而痊愈，突破了这个常规。认为消黄汤中的大黄与黄芩已被证实具有抑制抗体形成的作用（抗ABD），设想如能用活血化瘀治则结合免疫学概念，反复实践提高，就可能用中医中药在非特异性妊娠过程中预防新生儿溶血症的发生。不过，这神假设尚未付诸实践，而茵陈蒿汤加味治疗本病，倒有人[436]曾进行过大量观察，以茵陈蒿汤去栀子加黄芩、甘草制成冲剂，治疗本病40例，除3例换血外，其余都在服用该方3-4天恢复正常，说明该方对新生儿高胆红质血症有一定疗效。实践指出，该方除有抑制免疫抗体的作用外，对原因不明及感染引起的高胆红质血症也同样疗效显著。笔者认为，上述二者，针对新生儿黄疸选用茵陈蒿汤，是以中医理论为指导的；而其加减化裁选用黄芩等，则是以西医免疫学原理为指导的，展示出中西医理论在临床上结合的前景。

10.其它。有关茵陈蒿汤为主，治疗其它发生黄疸的疾病，零星报道颇多。如王氏[437]应用茵陈蒿扬加黄芩、黄柏、泽兰、竹叶等，治疗1例妊娠6月并发急性黄疸型传染性肝炎，母子均平安而愈，王氏认为，妊娠黄疸如病重邪实，不要囿于保胎为主、治黄为辅之说，当驱邪以救母为急，母得治后则胎可安，即所谓“有故无殒，亦无殒也”的原则。王氏治疗本例病人，大黄用9克未引起堕胎，是一个证明。何氏[438]治愈葡萄胎并发急性肝坏死1例的经验是：（1）妇人以血为主，胎产之后更重，宜于主方中合用芎归汤；（2）急剧黄疸，以茵陈蒿汤为主方；（3）热退神清，正气来复，不可一意清利，致伤阴分，视情况以茵陈五苓散等加味。卢氏[439]用茵陈蒿汤合小柴胡汤治愈预后不良的传染性肝炎合并大肠杆菌败血症1例，诚属险例。冯氏[410]治疗1例因失去总胆管引起黄疸病变更为奇特，在用茵陈蒿汤合逍遥散加减与服后，其黄退、痛止、烦痒消逝，使人费解的是总胆管失去之后，胆汁已无出路，何以在服药之后大便能变黄润？冯氏认为，这是否因药力减低了胃肠内在气压致使胃肠壁外漫流之胆汁渗透而入，抑或由动脉血受上述气压关系从肠液分泌方面增强胆汁外排，似乎都值得研究。此外，倪氏[441-443]等用茵陈蒿汤加咔，治疗晚期血吸虫病出现黄疸而属阳黄者，退黄疗效显著，但倪氏等指出，本病黄疸虽为湿热遏郁不化引起，但多为湿偏盛，且大多数是阴黄，个别是阳黄，阳黄当治胃而易治，阴黄当治脾而难治，特别是兼有腹水者退黄更难。是为经验之谈。

纵观上述资料，现代对茵陈蒿汤的应用已大大超越了仲景当年使用的病种范围，而几乎应用于一切出现黄疸的病症，均获得可喜的疗效。这里值得注意的是，治疗的病种虽多，但法则则一，都未能脱离仲景制定的“阳黄”范围。应当指出，虽然取得了疗效，也经得起重复，但其原理还未阐明，历史的彰明教训是，任何认为中医学的研究不依赖各种科学的最高进展而独立的狭隘想象，将必然导致中医学的止步不前。

#### <二> 栀子柏皮汤证

1.原文汇要

**262条 伤寒身黄，发热，栀子柏皮汤主之。**

本条未提汗可知是无汗，无汗则热不得外越而内郁，故身黄发热；未提腹微满、小便不利，可知湿郁不重，是一个热势较重，而湿邪较轻的发黄证。故用清泄热邪为主的栀子柏皮汤主之。

2.辨证要点

主症 身目俱黄，小便黄赤，发热，苔黄，脉数。

副症 心烦，无汗或汗出不彻。

（1）栀子柏皮汤证与茵陈蒿汤证之鉴别，在于后者湿热并重、故脘痞、呕恶、苔黄腻等症较重，且常热而成实，大便秘结，是其要点。

（2）栀子柏皮汤证与栀子豉汤证，均为热郁于里，而有心烦、或心中懊憹等症状，惟后者不发黄是其要点。故柯韵伯[28]说，未发黄者宜栀子豉汤，已发黄者宜栀子柏皮汤。

3.基本病理 热重湿轻，气机郁滞。

本证与茵陈蒿汤证的病机相似，只热势偏重不同而已。

4.药理方理

栀子柏皮汤方：

肥栀子（十五个擘）10克 炙甘草3克 黄柏6克 上三味，以水800毫升，煮取300毫升，去滓，分温再服。

本方栀子、黄柏性味苦寒，寒能清泄在内之郁热，以降低阳（热）的温动性；苦能燥热中之湿，以降低阴（湿）的凝聚性、静性，又恐其过苦化燥，故加甘草苦甘化阴以监制之。达到清泄而不过降，燥湿而不伤阴的目的。

毛氏[445]鉴于栀子柏皮汤等治黄疸方剂中有甘草，杭州传染病院报告用甘草汤治疗传染性肝炎效果良好，于是用甘草浸膏对动物实验性肝炎的防治作用进行观察，结果甘草确有此作用。

5.现代应用

陈氏[446,417]等用栀子柏皮汤加茵陈、郁金治疗传染性肝炎获得显著效果，且有很好的预防作用。当肝炎流行地区的密切接触者，只要出现食欲不振，精冲疲乏,胸胁不畅，四肢无力或头昏等前驱症状时，即使未出现黄疸，预服本方，陈氏等观察到确有显著的预防效果，但认为栀子必须生用。郑氏[448]从实践中感到，西方医学治疗传染性肝炎采用高糖为基本治法，值得商榷。郑氏认为按照中医辨证论治，不少病例，甚至同一病例的不同阶段，须禁高糖治疗。这是两种不同的学术思想。郑氏认为，中医的观点是正确的。他发现某些肝炎患者，采用高糖治疗后，其恶心厌食、呕吐等症状持久不除，甚至出现胃脘饱闷的感觉，黄疸持久不退，有的黄疸指数有增高的现象，肝肿消退迟缓，肝功能恢复时间延长；采用中药如茵陈蒿汤、栀子柏皮汤等治疗，同时禁用甘膩食物，多数病人的症状、体征和肝功能很快得到缓解。郑氏肯定高糖保肝疗法不能成为治疗肝炎的基本疗法。并认为凡属湿热阳黄实证，表现有恶心呕吐，脘闷不舒，厌食等消化系统功能紊乱严重者；或身目鲜黄，便秘，舌苔黄燥、厚腻滑或腐浊，口苦口干，发热，神昏谵语，小便短赤，脉滑数、滑实、沉迟有力者，均不宜糖类之甘温甘腻，因粘滞滋补，则必然化热化燥，湿邪留滞,反增病变。郑氏认为，肝炎的某些阶段，按中医辨证适于高糖治疗，如消化系症状消失，知饥欲食,黄疸不深，无发热、口苦、口干、小便清长或淡黄转白，肝肿进行性减退，脉转和缓，此为邪退正虚之际，用高糖治疗，有调中补土，益气生津的作用。郑氏观察入徽，颇有见解，其经验可取。此外，陈氏[449]还用栀子柏皮汤治疗菌痢21例，效果优良，一般只需一剂，最多2剂即愈。张氏[450]用栀子柏皮汤加茵陈、茜草、郁金等，治疗30例钩端螺旋体病发黄，结果效果很满意。张氏认为钩端螺旋体病发黄多属阳黄（30例中仅1例为阴黄），属于中医“疸黄”、“急黄”、“湿疽”一类，表证不多，里症为急，麻黄连翘赤小豆汤等不宜妄用。综上所述，无论肝炎、菌痢、“钩体”，其共同病理均为湿热内蕴，故用本方皆能收效。

### 三、白虎汤证类

#### <一> 白虎汤证

1.原文汇要

**181条 伤寒，脉浮滑，此表有热、里有寒，白虎汤主之。**

本条辨白虎汤脉证，但详脉而略证。对“表有热，里有寒”句,多数注家认为传写有误，有[143]主张寒热二字互误的，有[28]主张“里有寒”应为“里有邪”的，有[25]主张应为“表里俱热”的。笔者认为，据近代经验当以后者为妥。

本条的“伤寒”应作广义的伤寒解，若为狭义的伤寒，则表证未罢，怎能用白虎汤？要义在于脉浮滑而非浮紧。脉浮紧则为太阳伤寒之表寒证；脉浮滑则为表里俱热证。浮为热盛于外，滑为热炽于里，是太阳化热已转入阳明的脉象，表里热盛，故当用白虎汤清泄热邪。

**224条 三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语遗尿。发汗则谵语；下之则额上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎汤主之。**

[词义] 口不仁：即食不知味。面垢：面色污如油垢。

本条论太阳、阳明、少阳即三阳合病的证治。此本阳明证而略兼太少症状。腹满，是阳明之热盛于里，但满而不坚，表明无形之热邪尚未形成有形之燥屎，无燥屎内结之象。身重、难于转侧，是太阳病证；口不仁、面垢，是少阳病候；热盛上扰神明，故谵语，遗尿；热邪蕴蒸，充斥内外，故自汗出。虽三阳合病而阳明证多，故独取阳明，以白虎汤治之，是抓住其主要矛盾，而次要矛盾自可随之而解。如不分主次，因其身重而发汗，使津液外泄，里热愈炽，必谵语更甚（《玉函经》谓“发汗则谵语”下有“甚”字，其说可从）：因其腹满误为燥屎内结而下之，使阴竭于下而阳越于上，可出现额上生汗，手足逆冷等症状。

**350条 伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。**

本条言热厥脉证治法。伤寒有热厥寒厥之不同，脉微而厥，为寒厥；脉滑而厥，为热厥。热厥是热邪深伏，阳气内聚，不能外达，故外反见恶寒、四肢厥逆，甚至唇面爪甲俱背。“厥深热亦深，厥微热亦微”，是言厥逆的程度常为热势深浅的标志热厥为阳极似阴之证，寒厥为阳衰阴盛之候，全凭脉以辨之。但如兼有烦渴引饮，刚为热厥无疑。白虎汤证之厥，是无形之热邪所致，宜清不宜下，只需里热除则厥逆解。

《伤寒论》论白虎汤证主要为此5条，但却分别见于太阳、阳明和厥阴病篇，示人以常中知变。在太阳病篇注意到病已转阳明之机；在阳明病篇示人以分清主次；在厥阴病篇提示阳极似阴之象。其实这三条中，181条和350条记述简略，仅指出里有热、脉浮滑、或脉滑，内容基本相同。224条提到谵语、自汗，但对白虎汤脉证的特点记载是极不完备的。后世医家根据自己经验和白虎加人参汤证诸条，确定壮热、大汗出、烦渴、脉浮滑或洪大,无表症，为白虎汤证的特征性症状，显然更加完整。

2.辨证要点

主症 壮热，大汗出，大烦渴，口干舌燥欲饮水，脉浮滑或洪大。无表症。

副症 谵语，或背微恶寒，腹满。若为热厥，可兼手足厥逆。

壮热即高热，与太阳病之恶寒发热，与少阳病之往来寒热，其热势更高更烈,是为表里俱热之故。

大汗出是遍身汗出，且不恶寒，与桂枝汤证之自汗出，而必恶寒迥异，一属阳明，一属太阳，二经分证昭著，不町渴为一谈。

白虎汤证烦躁而汗出、不恶寒，与大青龙汤证之表寒里热的烦躁无汗而恶寒：与栀子豉汤证之余热留滞胸膈的心烦，心中懊憹，但头汗出，病机不同，表观殊异，应区别开来。

白虎汤证尤应与类白虎汤证鉴别。许氏[290,29]等将类白虎汤证分为血虚和气虚两种。指出血虚类白虎汤证表现为肌热，面赤，烦渴引饮，脉象洪大而虚，按之全无，是因血虚发热所致，症状相似，脉象有别，宜宗东垣以当归补血汤之治法；气虚类白虎汤证，表现为大热，口渴，妄言妄见，脉洪数，面虽赤而带白色，形似肥而露睛，是素禀阳虚之证，其舌必白滑而无汗，是区别要点，治宜甘温除热法，用黄芪附子汤、芪术汤治疗。白虎汤证与类白虎汤证，一实一虚，生死在反掌之间，如孟浪行事必然铸成大错。

3.基本病理 里热炽盛，热而未实。

热邪为阳，占绝对优势的阳的升温性、动性引起大热、大汗出、烦躁，甚则谵语，脉浮滑或洪大。由于阳热的发散性而耗损阴津，津液不足，故口干舌燥欲饮水。无形之阳热的发散性引起腹满，似满而不坚,是无有形之燥屎结聚可知。如阳热不升散于外，而结聚于内，便形成热厥，则出现手足厥逆等症。如阳热过分升散，致大汗出而使在表之阳因其过分升散而减弱，出现在表之阴大于阳的短暂局面，则有背微恶寒的表现。总之，白虎汤证是在里之阴小于阳而引起的阴阳升降失调，属于增强性整体反应性证候。

4.药理方理

白虎汤方：

知母18克 石膏30克（碎） 炙甘草6克 粳米（六合）一匙 上四味以水2000毫升，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。

旧注本方为清热益气，保胃生津之剂。石膏、知母寒凉性降，减低在里之病理性阳热的升温性、动性，则热去、汗止、渴解、烦宁。粳米、甘草甘平益气调中，监制知、膏的过分沉降,而保护生理性之阳的升温性、动性，平调阴阳而无太过之虞，体现了调节的二相性、固本性。

对于本方主药石膏郭氏[291]通过动物试验证明：（1）祖国医学对天然石膏有关效能之记载是准确的：（2）天然石膏在退热中有优越地位；（3）初步分析其悬浮液含矽酸、硫酸钙、氢氧化铝，溶液含硫酸钙、硫酸铁、硫酸镁；（4）动物试验具有退热作用，有效成分不是纯粹石膏，而是所含的其它杂质，其退热作用原理尚待进一步研究；（5）用量之多少，可由其热之轻重而定，因有效成分在杂质中，故不受石膏本身溶解度的限制。张氏总结仲景用石膏的方剂，《伤寒论》计7方，《金匮》计9方（与《伤寒论》重复者未计），其配伍方式有四：（1）与麻桂等发散药相伍，以解表清热，如大青龙汤、麻杏石甘汤等；（2）与姜附等温热药并用，在《伤寒》《金匮》二书中，石膏与干姜相伍有4方，附子与石膏相伍有1方，如越婢汤及越婢加术汤后注有“恶风者加附于一枚”。说明附子与石膏各随其适应症而用之；（3）与苦寒药相伍,如风引汤治热癫痫；（4）与滋补药相伍以治病后虚热，如竹叶石膏汤等。岳氏等指出，今人用白虎汤有独以石膏入剂而不合知母者,则所治不专阳明，而失掉命名白虎汤的意义；《温病条辨》提出的白虎汤“四禁”；“若其人脉浮弦而细者，不可与也；脉沉者，不可与也；不渴者，不可与也；汗不出者，不可与也。”是针对白虎杨，而不是石膏。岳氏等认为“四禁”的提出，不惟丝毫没有限制白虎汤的运用，反倒给白虎汤的运用机宜提供更为确切的客观依据。汤氏依据自己的经验，认为渴、汗两症是运用白虎涵的重要指征。汤氏还列举一高热病人，表现有高热，恶寒，口渴，脉洪数有力，但无汗出，投以白虎汤效果不明显，认为“汗”是最重要的指征。但沙氏[295]则认为《温病条辨》“四禁”，限制了石膏的使用范围。说石膏之性既非大寒，且具有透邪外达之力，即使表证未罢，如果兼有内热证象，石膏亦非禁用；不仅外感病如此，内伤杂病应用石膏者亦多，如《外台》治骨蒸劳热，《普济方》治鼻衄、心烦，《肘后方》治小便卒数、令人瘦……。沙氏还列举了自己用石膏入剂治疗高血压、糖尿病、副鼻窦炎等证。不过沙氏是在白虎汤与石膏间划等号后的议论，故其对“四禁”的看法是片面的。

5.现代应用

近年来广泛运用白虎汤治疗各种急性热病，获得卓越效果。自从郭氏[192]1954年报告石象庄市中医用白虎汤为主，治疗流行性乙型脑炎，取得良好效果以后，各地相继应用本方治疗大批病人。据笔者所集资料[192,294-304]统计，用白虎汤为主，或配合西医抢救与一般支持疗法，治疗乙脑470例，治愈率在80-100%之间，大大地降低了本病公认的死亡率，提高了疗效。并得出治疗乙脑的几点经验：（1）中医治乙脑有四忌，忌发汗、忌泻下、忌利小便、忌辛燥刺激，忌安眠镇静和冰袋冷敷；（2）本病发病急骤，来势凶猛，传变迅速，发病季节也比较集中，治疗上应具有“疫证”的概念，其临床表现很少单纯卫分证候，主症高热、昏迷、抽搐，高热一症是造成后二者证候的主要因素，故迅速退热是决定病情预后的关键，主张一经确诊，即投大剂白虎汤加味治疗；（3）用石膏要早期足量，才收效好，同时必佐粳米或生山药，服药后薄被保温，令其微汗，以发散药力；（4）乙脑病人出现昏迷不醒，四肢厥冷，脉搏不见或微弱的时候，是“热深厥亦深”，切勿当作寒证治,而妄用附片、干姜等。得出“热症变寒万人无一”的经验；（5）乙脑病人大多数具有白虎汤但有少数病例不具白虎汤证，如一见高热、昏迷、抽搐而不见白虎证，即投以白虎汤，必致表邪遏郁，高热持续不退，甚至迁延时日，产生不应有的后遗症，有滥用白虎而招致失败的教训，故认为要严格遵守吴鞠通确定的白虎汤禁忌。应当指出，后一种认识与前一种认识互有矛盾，可能是反映了不同侧面的经验。但前一种认识，实际上是把白虎汤看成“退热剂”或“特效药”，笔者以为恐有片面。不过丘氏[305]曾用流行性乙型脑炎病毒京卫研1株感染小白鼠，用白虎场治疗作动物试验,结果表明白虎汤治疗组的小白鼠存活率较对照组为高，按统计学计算，有显著差异。指出进行实验治疗所用的感染途径是皮下感染，与经蚊叮咬的自然感染途径是符合的，中药喂药途径是和临床治疗经口服的方式也是一致的，从感染后24小时开始给小白鼠用白虎汤治疗，其存活率高于对照组，且有显著差异性。这个事实说明，白虎汤对乙脑具有某种“特效治疗”的意义。

白虎汤不仅用于乙脑的冶疗，也广泛用于其它急性热病。罗氏[308]用大剂白虎汤加安宫牛黄丸等治愈伤寒恢复期并发严重中毒性脑炎1例。罗氏介绍该病例昏迷时间达四周之久，就其表现的各种神经系症状来看，患儿脑实质病变范围相当广泛，自趋痊愈的可能性不大，即使幸获痊愈亦难免后遗症，然而经中药完全治愈，无任何后遗症，疗效堪称满意。潘氏[307」以白虎汤为主，随证加减治疗9例大叶性肺炎，全部治愈，无1例死亡。李氏通过治疗例恙虫病观察到，本方主药石膏的退热作用特别快，主张开始时不妨大量使用，其热会很快退清。还有[309]报告用于眼科治疗葡萄膜炎30例,其中显效8例，有效21例，无效1例，认为对慢性葡萄膜炎的效果很好，而对急性发作者，尚未敢大胆使用。白虎汤用于眼科，据姚氏[310,311]等经验，对于目赤肿痛，赤脉怒胀等症，常获良效。指出其应用原则为：（1）眼部症状：外障为主，局部红肿瘀滞较甚，刺激症状比较严重；（2）舌苔：舌红少津，或舌红苔黄而燥；（3）脉象：滑数、洪数或洪大有力；（4）其它症状：身体壮实，面色红润，鼻干灼热，口唇干燥，烦渴喜冷饮。认为本方加味用于急慢性虹膜睫状体炎、中心件视网膜脉络膜炎等均有效。吴氏[312]曾治疗47例漆疮，有10例重型漆疮用白虎汤加人中黄、连翘、黄柏等内服，用贯众汤外洗治愈。许多医家的实践都说明，用白虎汤必须要有大汗、大渴、脉洪大有力等白虎证可凭，否则是不能取效的。如杜氏[313]指出，消渴证渴而不热，或低热者居多，又是虚损证，白虎汤不尽适合。岳氏曾治1例“挟热下利”白虎汤证具备，体温高达40.9℃，连进白虎汤2剂而病依然如故，仔细分析，观其舌虽黄而不燥，呕恶上逆，大便溏泄，是脾胃蕴有湿热，白虎汤凉润，故不生效,后改葛根芩连汤加味而愈。岳氏经验说明，本方只能清热而不能除湿,湿热内盛的病人亦可出现类似白虎汤证,用白虎汤是不能取效的。这使笔者忆及，1954年，郭氏报告石家庄市中医用白虎汤治疗乙脑取得良好效果后，次年，北京发生乙脑流行，沿用石家庄经验以白虎汤治疗而效果不佳，后经蒲辅周氏现场观察，发现北京之乙脑偏于湿热，故白虎汤无效，乃改用清热除湿，芳香化浊的治法而收良效。说明中医辨证的重要性。这从董氏[315]治疗1例确诊为传染性肝炎、急性肝坏死、肝昏迷病人中，更得到证明。该病例肤目均黄，目中不了了，睛不和，狂躁抽搐，腹满，五日不大便，体温尚不甚高（38.8℃）而脉象数实，舌深红，苔黄腻，溲赤，汗出不彻，诊为“急黄”。初用大承气汤加紫雪丹急下以存津，但腑气仍不下行，发热持续，舌苔已化，质露红绎，昏迷,小便少，认为热毒逗留阳明经腑，势已化燥，乃改用白虎汤加花粉、生地等配用紫雪丹，增液行舟，解毒透邪，使上焦得通，津液得下，药后下宿矢半盂，其色深暗，热势缓解，神志顿清，漭诸证缓解，继续调理而愈。董氏从另一个侧面提供了白虎汤的应用经验。

临床上往往出观白虎汤证，又兼挟其它外邪感受，如挟湿挟风等，所以又有好些岛虎汤加味的方剂，如苍术白虎汤，桂枝白虎汤等，这就克服了白虎汤仅属寒凉清润剂在治疗上带来的局限，而扩大了应用范围。陶氏[316]采用苍术白虎汤配合西药合霉素治伤寒、副伤寒173例热重于湿的病人中，观察到该方对高热（40℃以上）确有缓解作用，并能控制症状。赵氏[317]报告1例发热、恶寒20余日，曾用土霉棄、合霉紊、青霉素、异烟肼、磺胺类等治疗，发热不退，口渴喜饮，但热不寒，热后汗出，四肢疼痛，面微赤,大便初硬后溏，口臭,苔黄白腻而干，脉数，体温39℃,认为中焦气分邪热挟湿浊蕴结，用苍术白虎汤加黄芩、佩兰、藿香等6剂而愈。孙氏[318]治疗1例高热10余日，经数种抗菌素、异烟肼、磺胺药治疗无效，症见但热不寒,热后汗出，肢体痛而沉重，渴而喜饮,脉洪数,舌红，苔黄腻略干的病人，认为是暑温热重于湿之证，用苍术白虎汤3剂而愈。孙氏指出苍术白虎汤的用药标准：高热，汗出，口渴，身重，苔腻，脉洪。可谓要言不烦。白虎汤证挟湿用苍术白虎汤，白虎汤证挟风者，则又有桂枝白虎汤。晏氏[319]治疗1例风湿热，曾用独活寄生汤反使其热度上升，症状加重，改用桂枝白虎汤数剂，而热退身凉，脉静，关节疼痛，皮下结节均消失,除血沉尚高外，各症均缓解。徐氏[320]报告用桂枝白虎汤为主治疗1例典型的风湿性关节炎6剂而愈，取其“治风湿当微汗而解，不可大汗”之义。岳氏[312]也曾报告1例急性风湿病，用桂枝白虎汤配合西药治愈。从上所见，桂枝白虎汤多用于风湿热热重偏风的病人，如风湿热皆束者，则桂枝白虎汤、苍术白虎汤可以合用。如李氏[322]报告治疗12例风湿热病人，均用桂枝、苍术白虎汤，取得较好的效果，平均退热在7-18天，随着发热的减退，关节肿痛由缓解而逐渐消失；白细胞总数和中性粒细胞偏高的，大多恢复正常；半数病例复查血沉，部分己接近或转为正常。李氏认为，只要气分邪热挟湿挟风，虽无大热大渴，汗不出者，桂枝、苍术白虎汤用之，亦常奏卓效。并认为本组病例退热较为迅速，石膏起了主要作用。笔者以为，应该说在辨证和适当配伍的基础上，石膏才能起到主要的退热作用，不然，何不单用石膏一味更省事。除治风湿热以外，卢氏[323]还应用桂枝白虎汤治小儿瘅疟10余例，均获良效。瘅疟者为今之何病？实难稽考。

#### <二> 白虎加人参汤证

1.原文汇要

**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。**

本条是说服桂枝汤后转属阳明的证治。服桂枝汤辛温升散，表邪虽解，里热炽盛，津液受损，故以白虎加人参汤清热生津以治之。

**173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，火渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。**

[词义] 时时恶风：言有时恶风，与背微恶寒同。

本条是说吐下伤津，里热大盛的证治。伤寒本当一汗而解，当汗不汗，反行吐下，吐则津液损于上，下则津液亏于下。表虽未解，而热已入里，里热大盛，故表里俱热。时时恶风，是表将解之兆。大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，是阳明热盛伤津之故。故以白虎加人参汤泄热生津治疗。

**174条 伤寒,无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。**

本条口燥渴，心烦是主症，热盛于里所致。无大热，背微恶寒是副症。无大热是指表无大热，非言里无大热；不是全身恶寒，而是背微恶寒，可能是表邪将尽，或大汗出后肌肤疏松所致，与太阳表证和少阴阳微迥异。故亦用白虎加人参汤泄热生津治疗。

**175条 伤寒，脉浮，发热无汗，其表不解，不可与白虎汤；渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。**

本条言白虎汤的禁忌证：脉浮，发热无汗，表不解。指出渴欲饮水，无表证是白虎加人参汤的辨证要点。

以上26条、178条是谈白虎加人参汤的主要脉证,重点在大汗出，大烦渴不解，欲饮水数升，舌上干燥，脉洪大。174条谈一些副症。175条谈禁忌证。

2.辨证要点

白虎加人参汤证与白虎汤证之主症副症大体相同。但根据26条的“大汗出后”，173条的“若吐若下后”，以及“欲饮水数升”来看，白虎加人参汤证比白虎汤证的津液亏损，种种不足之象为严重，是二者的主要区别。兹综合雷氏[324,325]等的见解，提出白虎加人参汤证辨证要点如下：

（1）比白虎汤证的“汗”、“渴”更剧。

（2）无大热、大汗而以渴饮为主诉。

（3）有白虎证，但脉虽洪大，反无滑数，或脉象无力，或虚数。

（4）有白虎证，但年逾花甲，气血阴液亏虚，显出种种不足。

上述四条，符合任何一条，都可认为是白虎加人参汤证。不过，其渴饮一症，当与以下诸渴相区别,如肾气丸证之渴是“下虚”；五苓散证之渴是“水逆”，水入则吐，小便不利；文蛤散证之渴无“口干舌燥”和“脉滑”；猪苓汤证之渴有“脉浮”，小便不利等，可资区别。

3.基本病理 里热炽盛，津液亏虚。

本证的病理与白虎汤证相似，惟其居于优势的阳热的发散性、温动性耗伤津液，而出现渴饮较甚，津液既亏故脉象不足。

4.药理方理

白虎加人参汤，即白虎汤原方加人参9克。右五味以水2000毫升，煮米熟汤成，去滓，温服200毫升，日三服。

王氏[325]曾云，邪热虽炽，而表现种种不足之象，若只用白虎汤必难生效，盖气液已伤，正不胜邪，服之不但无效，亦不能运药力，热必不解，反致寒凉下迫,转为滑泄，或增肢厥等，变证百出。然而，热邪炽盛之时，又非白虎不为功，故仲景加入人参助其正气而益真阴。王氏剖析方义，可谓切中要领。

5.现代应用

仲景的汤证之所以对后世医学的发展富有影响力，就在于提出材料和重复材料之间发生的事件。自从郭氏[326]首先提出，夏月小儿高热多渴多尿综合征（又名夏季热），以热、渴、尿多为主要特征，属于中医阳明经热，用甶虎加人参汤治疗取效以后，相继有多起报道。根据五个材料统计共189例，其中符合阳明经热用本方治疗者113例（其中38例被认为兼少阴阴虚，加用了六味地黄丸），均获良好效果。胡氏[330]认为，此病之发热，不是实邪，不宜苦寒清热；又不是中虚，更不宜甘温除热，应宗“热淫于内，治以甘寒”之法，符合仲景白虎加人参场证，故反复验证均取效。此外，有报道用本方治疗大叶性肺炎和麻疹合并肺炎的；有[333]报告用以治疗结核性脑膜炎，在很短时间内改善了危急症状，实验室检査亦获得基本改善的；也有[334-336]用以治疗流行性脑脊髄膜炎、中暑、风湿病伴心肌炎而取效的；还有[337,338]用以治疗妊娠期尿崩症和糖尿病取得满意疗效的。这些报道涉及多个系统的疾病，从西药角度说,几乎没有共同的病因病理可言,仅仅符合中医的白虎加人参汤证，用之却都能收效,实际上揭示出有待我们着手更深入探讨的问题。针对多尿的糖尿病用本方取效的事实，有人[339]运用于实验性糖尿病，对白虎加人参汤及其组成药物的复合作用作了详细观察，将该汤剂以245毫克/公斤口服，可使四氧嘧啶性糖尿病小白鼠的血糖下降50％。单味知母50毫克/公斤，或人参37毫克/公斤口服，亦有相同效应。其余三味无明显降血糖作用。当将知母人参按不同配伍给予时，比同剂量分别单独给予作用弱；当知母、人参用量比为5：1时，降血糖作用尚强，而人参含量愈高，降血糖作用愈弱，当5：9时作用几乎消失；如在知母、人参（5：9）中如入无降糖作用的石膏时，则又恢复了降血糖效能，并在一定限度内此效能随石膏用量的增加而増强：如此三药中，依次加入甘草、粳米，也均有增强作用。看来，在此方剂中，知母是降血糖的主药，甘草、粳米能辅其发挥作用，它与人参相合，反有桔抗作用，而石膏的加入又使之互相协调。由此可见仲景汤方的药物组合和用量的比例，都是经得起精确的定量的方法考究的。

#### <三> 竹叶石膏汤证

1.原文汇要

**396条 伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。**

[词义] 虚羸：虚弱消瘦状况。少气：短气不足。气逆欲吐：胃气上逆欲吐。

本条说明伤寒后期的调治。由于伤寒热邪伤津，壮火食气，气液两亏，故虚羸少气。胃气以下降为顺,今少气不足则下降无力而反上逆欲吐。成无己[340]认为，本证余热未尽，可能是因方测悟出，因条文中明明说的是伤寒解后，没谈有热。后世注家多从成氏之说，认为本证既有气液两亏,又有余热残存。故以益气生津、清热降逆的竹叶石膏汤主之。

2.辨证要点

主症 发热汗多，心烦少气，口干喜饮，气逆欲吐，舌干少津，脉虚数。

副症 或咽干咳嗽，苔黄少津。

本证条文脉症均简略，根据后世医家[35]补入，使其更为完整。

本证发热汗多，口渴喜饮，颇似白虎证，但少气、气逆、脉虚数，则与白虎证不同。

3.基本病理 气液两亏，余热未尽。

余热未尽，阴小于阳。阳的发散性引起发热汗多，因汗多而阴津亏损，故口干喜饮，咽干咳嗽，舌干少津；阳的升动性引起心烦、气逆欲吐气因过分升散而耗损：故少气不足。脉虚为气液不足，数为阳热未尽。属于减弱性整体反应性阴阳失调的证候。

4.药理方理

竹叶石膏汤方：

竹叶二把 石膏30克 半夏（半升洗）9克 麦冬（一升去心）18克 人参6克 炙甘草6克 粳米（半升）1.5克 上七味，以水2000毫升，煮取1200毫升,去滓，内粳米，煮米熟扬成，去米，温服200毫升，日三服。

本方为白虎人参汤加减而成。方中竹叶、石膏甘寒清热，降低阳的升散性、动性，而解热,除烦，止汗；人参、甘草益气，麦冬、粳米滋液，使已虚之气液得以胃恢复；半夏降逆和胃（如无呕吐者可去之）,使其余热去而气液复，阴阳和而升降顺，为热病后期之良方。

5.现代应用

近年来，人们广泛应用竹叶石膏汤冶疗急性热病，取得令人感兴趣的成效。杨氏[341]用竹叶石膏汤治疗小儿消渴病70例，有效率92％，无效率7.2％。小儿消渴病多发生于夏秋季节，以热盛、口渴、尿多为临床特征，大异于糖尿病、尿崩症，由于原因不明，病名也极不统一，本书所引资料提到的所谓“夏月小儿高热、多渴、多尿综合征”、“夏季热”、“阳明经热”等，都属同一疾患，用白虎汤类方皆能取得不同程度的效果，是值得进一步研究的。禹氏[342,343]等报告3例红斑性狼疮，均是持续高热，体温39.2-41°C，采用中西医结合治疗，中医以本方加黄连、石斛等，仅余剂而诸症缓解，全愈出院。禹氏认为本病与中医“火毒发斑”相类似，因火毒太甚,缠绵日久,气液两伤,单用清解，难以收效。由此观之，竹叶石膏汤证所谓“余热未尽”，并不意味着体温计的测度低。钟氏[344]用本方治疗重型乙脑后期症状27例，获得满意疗效。佘氏等报告治疗“金黄色葡萄球菌”败血症1例，经用数种抗菌素后，症状、血培养和心电图均已改善，惟体温始终波动在38.4-40.8°C之间，用黄连解毒汤亦无效，已历时27天，乃停用一切中西药，认为余热未清，用本方数剂竟获全功，并调养观察2周，热度未见上升而出院。上述资料还报告治疗重证肺炎1例，用金霉素1周未效，仍高热达41℃，用本方数剂而热退病解。这些事实符合佘氏提出的热性病“前期用苦寒清热，后期用甘寒退热”的规律，是引人注意的问题。

### 四 承气汤证类

#### <一> 大承气汤证

1.原文汇要

**213条 阳明病，脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气,腹满而喘，有潮热者,此外欲解,可攻里也,手足澉然汗出者，此大便已鞕也，大承气汤主之；若汗多，微发热恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤；若腹大满不通者，可与小承气汤微和胃气，勿令致大泄下。**

[词义] 外：表。潮热：发热定时增高。手足澉然汗出者：汗出连绵不止。其热不潮：发热而不定时增高。

本条说明舍脉从证和可攻不可攻的证候标准。阳明病其脉应是洪大，故迟脉非阳明病之正脉，抑且为不可下之脉，似乎不可以攻之。但汗出而不恶寒，是表证已解；身重、短气、腹满而喘、潮热等，表明热已入里；如见手足溅然汗出，则知里热已成燥实，当舍脉从证以攻里，大承气汤主之。如汗多，微发热恶寒，为表证未解；其热不潮，是热未入里成实的征兆，则不可以攻下、三个承气汤皆不可用。如外无表证而里又燥结不甚，仅仅有腹满而大便不通这点症状,可以试用小承气汤通便以调和胃气，但不要令其大泄，以兔损伤胃气。

本条实际上指出四层意思：虽脉迟但有腹满潮热者，可攻下；攻下当分轻重程度，手足谶然汗出，大便已鞕而潮热者，用大承气汤；仅腹满、便鞕而无潮热和手足谶然汗出者，用小承气场；如汗多、恶寒、有表证者，一切攻下的承气汤均不得用。

**217条 伤寒，若吐若下后，不解，不大便五六日，上至十余日，日哺所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。微者,但发热谵语者，大承气汤主之。若一服利，则止后服。**

[词义] 日哺所发潮热：日暮热势形成高潮。独语：独自言语，如同对人讲话。如见鬼状：作奇奇怪怪的举动，神志错乱的表现。不识人：不能识别平时熟识的人，接近昏迷的状态。循衣摸床：摸寻衣服和床，神志错乱的表现。惕而不安：恐怖不安之状，亦神志症状之一。直视：即凝视，视物而目睛不转动之貌。谵语：语言错乱。微者：症状较轻的。若一服利：如果服一次药大便通利。则止后服：停止服药，不必尽剂。上面所谓独语如见鬼状，不识人，循衣摸床，惕而不安，直视等，都是比谵语更重的烦症。

本条应作三段看：第一段“伤寒……如见鬼状。”是叙述阳明热症的一般症状。“伤寒”是指疾病开始属太阳伤寒，如经吐下后，津液损伤，热邪不解，转成阳明病，以致不大便五六日至十余日，并出现日哺发潮热、独语如见鬼状等，是燥热内结，胃实已甚的证候，此时不恶寒，表明表证全罢，当用大承气汤治疗。第二段“若剧者……涩者死。”是阳明腑实证，乃热盛津枯的危候。此时，如脉见涩，是正虚邪实，气血枯竭的表现，预后严重。第三段“微者”以下。是说阳明病的轻证，可以用大承气治疗。但要掌握如一服大便即通利，则止后服。因本证既经吐下伤津在先，如过下重伤津液，反生变端。

**225条 二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足荥荥汗出，大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤。**

[词义] 二阳并病：太阳与阳明病先后出现。

初为太阳阳明并病，继则太阳证罢，而出现潮热，手足挚挚汗出，大便难而谵语等典型的腑实症象,表明太阳表邪已完全入里化热，燥结成实，纯属阳明虽证,故当下之以去其热实，宜大承气汤治疗。

**240条 阳明病，下之，心中懊憹而烦，胃中有燥屎者，可攻。腹微满，初头鞕，后必溏，不可攻之。若有燥屎者，宜大承气汤。**

[词义] 胃中有燥屎者：胃是胃肠道的略称，这里是指肠道有干结的大便形成便秘。初火鞕，后必溏：指大便先干硬难下，继之则是稀溏便。

阳明病，下之，是说阳明病已下之后，出现心中懊憹而烦，当有分寸，如胃中有燥屎者，是虽下之而燥屎未尽，可继续攻下；如无燥屎，仅腹微满，初头鞕，后必溏，是实去而余热未尽，当属虚烦范围，故不可攻之，宜栀子豉汤类治疗，以栀子厚朴汤为最合适。必须是有燥屎，出现大实大满，才宜大承气汤攻下。本条实际上是辨栀子豉汤证与大承气汤证的区别。

**241条 病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。**

不大便五六日，绕脐痛，则知里热已成燥实，阻滞气机，不通则痛。烦躁，发作有时者，是指日哺烦热加甚，即出现潮热状况，进一步证明燥屎的存在，所以出现不大便的症状。

**242条 病人烦热，汗出则解，又如疟状，日哺所发热者，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。**

[词义] 如疟状：似疟之寒热状态，而非疟疾。

本条是辨二阳并病的治法。病人烦热，是烦而兼热，如纯属表证，则汗出当解。今汗出之后，又寒热如疟状，是表证尚在，病在太阳；而日晡潮热，是里热成实，病在阳明。太阳与阳明并病引起烦热，故虽汗出而不解。这种情况的治疗方案，当审脉候，以别先后，如脉实者，里实为急，宜先下之，用大承气汤治疗；如脉浮虚，表证为急，宜先调和营卫，用桂枝汤治疗。

**243条 大下后，六七日不大便，烦不解，腹满痛者，此有燥屎也，所以然者，本有宿食故也，宜大承气汤。**

〔词义〕火下后：有两解，一是指医者用药大力攻下后，一是指病者患较重下利之后，后者的理由是，仲景说用下剂泻下的时候，称为“下之”，不过本条所言大下后出现的病情，两者都可能出现。宿食：有两解，一是指素有饮食积聚,一是认为是胃家实的好，以后者为妥。

大下之后，烦不解，表明热未退；六七日不大便而腹满，表明又有胃实燥结，故可断定此有燥屎也。“所以然者”是仲景自注词，说为什么会这样呢？是因为其人素有宿食停聚，与胃肠未尽之邪热复结而酿成的。可以再用大承气汤下之，以消除宿食，清除结热。本条说明燥屎复结的证治。

**244条 病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤。**

[词义] 大便乍难乍易：此既非先硬后溏，又非燥结全实，更作时而易解，时而难解，古今医者对此颇为费解，笔者认为是大便不爽之状。时有微热：时而有低热，发热不扬之状。喘冒：气急郁冒。

本条应分两段看：“微热”以上为一段，小便不利，湿由内生，郁滞化热，以致湿热郁滞中焦。湿欲去而乍易，热欲结而乍难，形成大便不爽之状。湿热蕴蒸于外，故时有微热不扬。此为中焦湿热之证，慎不可下：“喘冒”以下为一段，谓腹满而喘，气急郁冒，不能卧者，是湿热逐渐化成燥实，腑气壅塞不適，有燥屎形成，则宜大承气汤下之。有燥屎则多有潮热，条文省略了。

**254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。**

[词义] 目中不了了：病者视物模糊。睛不和：医者观察到病人的眼珠转动不灵活。

伤寒六七日，是说太阳病经过六七日，既无普通之表症，如头痛恶寒等；又无普通之里症，如潮热谵语等，但见大便困难,身有低热，似乎病情不急不重。但如出现目中不了了，睛不和的症状，为热邪深伏，竭灼津液之象，如进一步发展则陷入神昏的恶候，急当泄热救阴，故宜大承气汤急下之。这是阳明急下存阴之第一法。

**255条 阳明病，发热汗多者，急下之，宜大承气汤。**

发热汗多原为白虎汤证，此证宜急下，必然肠中燥热结实，苔必干厚黄黑或起焦刺，乃是里热薰蒸，津液外渗，大有不尽不止,而立竭之势。故宜大承气汤急下肠中燥热，以挽救垂危。是为阳明急下存阴之第二法。

**256条 发汗不解，腹满痛者，急下之，宜大承气汤。**

发汗不解，可以认为是太阳病发汗而热不解，出现腹满痛者，是邪热已传阳明之腑,燥热结实，阻滞气机，不通则痛,不急下肠中燥热，势将重伤津液。是为阳明急下之第三法。

**320条 少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。**

古注家[205]认为，少阴病为正气虚弱之证，禁汗亦禁下，而此证既冠少阴病之名，又说要急下之，是有少阴病之外观，而实非少阴病，乃是阳明病，即所谓大实有蠃状之象。因足少阴肾之脉挟咽而上，今燥热结实于里，灼伤肾阴，故见咽干口燥，不急下之，大有灼伤肾阴之势。一般称为少明急下之第一法。

**321条 少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，急下之，宜大承气汤。**

[词义] 自利清水，色纯青：为下无糟粕，所下皆污水，即俗称之水泻。

以不发热，但欲寐为主症之少阴病，其下利也多稀薄清冷或下利清谷,治宜温中回阳。而本条下利清水，呈纯青色而无糟粕之污水，同时伴有心下痛、口干燥（少阴虚寒为口中和），可知为热结里实，即所谓热结旁流所致。因热结于里，津液旁流而下，不急下在里之热实，则阴津有立即消亡之势，故宜通因通用，用大承气汤治疗。一般称为少阴急下存阴之第二法。

**322条 少阴病六七日，腹胀不大便者，急下之，宜大承气汤。**

本少阴病，六七日不解，邪从热化，由阴转阳，里热成实，腑气不通，故腹胀不大便，不急下之，当有津液干涸之虞，故宜大承气汤治疗。一般称为少阴急下存阴之第三法。

按：阳明有急下三法，是急下以存胃津，少阴急下三法，是急下以存肾液，故少阴急下三证更为重险。

2.辨证要点

主症 不恶寒，潮热，大便鞕，大便难，不大便五六日以上，腹胀满而硬，腹痛或绕脐痛而拒按，舌苔干黄或焦燥起刺，脉沉迟或沉实有力。

副症 有伴神志症状者，如烦躁，心中懊憹，谵语,独语如见鬼状，不识人，循衣摸床，惕而不安，或目中不了了，晴不和。或伴汗出，如汗出不出，手足濺然汗出。或身微热，烦热。或热结旁流，自利清水，色纯青、或腹满而喘，眩冒。

潮热，如潮水之潮，按时高涨。如成天发热没有按时高潮，或一日数度发热，皆称之为“发热”，而不是潮热。潮热是里热的标志，并不意味着里实。且潮热一症，尚有外感内伤之分,左氏[29]所收集的四种潮热，均为内伤杂病之潮热，今列举如下：（1）平旦潮热，此自寅至申，行阳二十五度，诸阳用事，热在行阳之分，肺气主之，宜清肺；（2）日哺潮热，此自申至寅，行阴二十五度，诸阴用事，热在行阴之分，肾气主之，宜滋肾；（3）气虚潮热，宜参芪术附，所谓甘温除大热也；（4）血虚潮热，宜归芍地骨皮之类，所谓养阴退热也。左氏所收集以上之四种潮热，均指杂病而言。其所言日哺潮热，亦是指杂病肾阴亏虚所致，与阳明日哺潮热为外感热病所致者不同。故前者起病缓慢，病势缓和，属虚证，后者起病急骤，病势急重，属实证；前者宜滋肾阴，后者宜攻里实。

谵语，是指意识丧失之妄言，其状为繁言絮语，声音高亢，失其常度，为实热扰乱神明所致。郑声也是神志症状，为细语呢喃，错乱顛倒，其声低弱，为气虚阳脱所致。故云“实则谵语，虚则郑声。”谵语多属阳明热实证，而郑声则多属少阴虚寒证，不可不辨明。然而，谵语一证，也有若干情况，有太阳中风，误用火攻，火热逼迫而致者，如113条，114条等；有伤寒下之，少阳邪热内陷引起者，如110条柴胡加龙骨牡蛎汤证；有妇人中风，经水适来，热入血室所致者，如148条、149条、150条，小柴胡汤证；有热结膀胱，热盛血瘀所致者，如109条，桃仁承气汤证。总之，谵语都属热实证。至于阳明结热的承气汤证，更是属热属实。

三个承气汤证，其共同目的都是排除燥实，清泄里热，只因病变有轻重缓急之异，故汤证有大、小、调胃之别。具体鉴别如下：

（1）一般症状：潮热或发热，汗出，为三承气所共有，但严重程度不同，大承气大于小承气，小承气大于调胃承气。

（2）神志症状：烦躁，谵语,为三承气所共有，但大承气最为严重，有时可出现独语如见鬼状，惕而不安，循衣摸床，目中不了了，睛不和。

（3）腹部症状：大便秘为三承气所共行,但大承气是痛满燥实齐备；小承气是满而不痛，或虽痛不拒按；调胃承气痛满俱无，只是便秘。

（4）脉象否象：大承气脉沉迟实大，苔干黄起焦刺；小承气滑疾，苔干黄，调胃承气脉平，苔黄。

（5）病机轻重：大承气为阳明燥热结实重证，小承气则轻浅一等，调胃承气是阳明腑实初起，结而不甚。

3.基本病理 燥热结实，腑气不通。

燥热阳邪，结于肠胃，使在里之阴小于阳。阳的温散性，使胃肠津液耗损，糟粕结实于里，而形成燥屎、便秘；燥热结实，腑气不通，传化停滞，故腹胀满痛而硬：腑气不通则肺气不降，故喘息气急；燥屎干结，津液旁流，则可出现自利清水,色纯青。阳热的发散性引起潮热、发热、汗出。阳热的升动性，使心神受扰，则出现烦躁、懊憹、谵语、独语等神志症状，甚至眩冒。如津液严重耗损，则可出现目中不了了,睛不和等症状。总之，本证是阳居于绝对优势的局部反应性和整体反应性共同构成的增强性失调证候，但胃肠局部层次的病理反应性是主导环节，故仲景于此把针对局部的治疗列为当务之急。

4.药理方理

大承气汤方：

大黄（酒洗12克） 厚朴（炙，去皮）15克 枳实（五枚）9克 芒硝（三合）9克 上四味，以水2000毫升，先煮二物，取1000毫升，去滓，内大黄，更煮取400毫升，去滓，内芒硝，更上微火一两沸,分温再服。得下，余勿服。

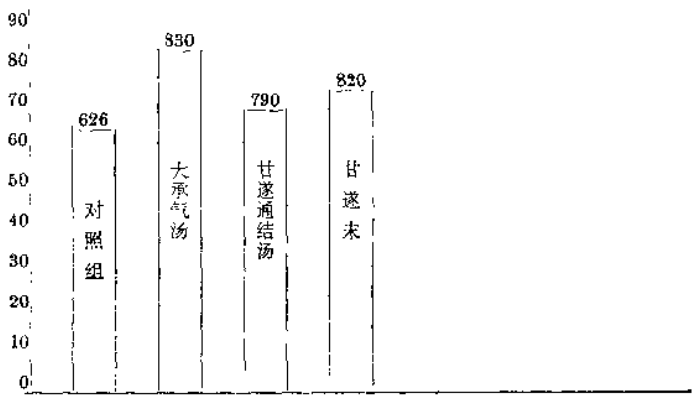
本方具有承顺胃气下行，使闭者通，塞者畅的功效，故命名为“承气”。方中大黄苦寒泄热，性沉降而力猛，直接降低胃肠中阳热的升温动性；芒硝苦寒，一面助大黄以泄热，其辛咸之性，又能软化燥尿之凝聚；妙在枳实之苦寒，厚朴之苦温，二药性降用以疏解气机之凝聚静性，助大黄、芒硝下行之力。共成去实热，通积滞,除燥结的功效。

大小调胃三个承气汤的用药，完全因证而施。大承气中厚朴三倍于小承气，枳实也较之重五分之二,这是针对腹满急胀重于小承气之故。而小承气的腹症较轻，故枳朴用量亦较轻，且无芒硝之寒咸软坚，其泄下作用之强度显然比大承气汤为弱。至于调胃承气汤，但用硝黄以泄阳明热实，因无腹满胀急之气壅症，故无枳朴行气导滞，加甘草缓中和胃，以免除硝黄之泄下损伤胃气，为清泄阳明热实之轻剂。总之，三个承气汤的作用强度，无论是泄热、行气、通下诸方面，大承气大于小承气，小承气大于调胃承气。

对于大承气汤的现代药理研究，人们曾作过大量工作。实验证明[451]：大承气汤具有增加肠蠕动，增加肠胃内容积，改进肠管内血液循环，及降低毛细血管通透性的作用，其作用是通过药物直接作用于肠壁而实现，它的兴奋肠管不受阿托品类药物的抑制，且作用快。刘氏[452]更从分子水平上研究大承气汤加减，对肠管运动影响的实质，初步认为具有双相调节作用。

天津南开医院[453]以其它几种通里攻下药同大承气汤作对照，观察其对肠管推进作用的影响。其方法是以炭末在小鼠胃肠道内推进距离来观察，结果如图：

通里攻下药对肠管推进作用的影响



①各组小白鼠均为20只。

②各组均用10%炭末混悬液。

③从贲门至盲肠末瑞为100%。

④观察时间均为50分钟。

上述结果表明，大承气汤的推进作用最强，这和传统认为是荡涤积热的峻剂相一致。 仲景对大承气汤的主药大黄酒洗，看来也是有道理的。陈氏[454]的实践经验指出，生大黄服用时间过长，反而会引起便秘，而制大黄则无此弊。

张氏[455]归纳出阳明结热的可下症状，为使用大承气汤订出标准：

（1）热型：单恶热，不恶寒，日晡热盛，或大热，或潮热。

（2）面目：面赤目赤，齿垢，唇焦红。

（3）口渴：口燥舌干，喜冷饮，大渴。

（4）胸腹：胸痞，腹胀痛满坚，拒按，或腹部灼热。

（5）神志：神昏，或不清，烦躁。

（6）语声：谵语，语声重浊，呼吸俱粗。

（7）肢体：汗出或肢厥。

（8）小便：黄赤或涩少。

（9）大便：大便不通，或纯利清水，泻利不爽，大便热臭，肛门热痛。

（10）脉象：滑数，沉数有力，沉伏（按：或沉迟）。

（11）舌象：舌上白苔，干硬如砂皮；或焦黄色如沉香，甚至起芒刺；或干燥如土之黄；或苔中有裂纹,舌质干涩苍老；或老黄，或灰黄而干；或色黑焦裂。

黄氏[456]提出的禁用下法8条，也是禁用大承气汤的指标：

（1）表邪存在。

（2）心下是否鞕满？如果鞕满是热邪仍在胃，尚未郁结在肠。

（3）面色是否呈赤色？面色赤即为热邪怫郁于表（按：也有面赤面热结于里的）。

（4）平素食少，一向肠胃虚弱。

（5）不断呕吐，邪在中上焦。

（6）脉迟或微涩，肠胃虚寒者（按；脉迟禁下当斟酌）。

（7）津液内竭，同时脉来软弱。

（8）小便多，是肠中将自润，不须泻下的预兆。

5.现代应用

最近三十年进行的大量工作，在探讨中医的理论方面，无论是文献整理还是临床实践，基本上采取的是“对号入坐”的方法。这一方法并不是完全没有用的，因为中西医之理论虽然不同,但实践的对象则一。“对号入坐”有引导二者互相渗透，开拓思路的作用。问题是“对号”则“入坐”，不“对号”则不“入坐”，面过早地加以扬弃就不对了。这是因为许多不“对号”的中医理论，往往包贪着对疾病的新认识而为当前人们所不知。以大承气汤为主的“通里攻下”法治疗急腹症，以及防治腹部外科手术后出现的情况，便是最好的说明。旧医学理论认为，一些急腹症（如急性阑尾炎，急性肠梗阻等）禁止攻下，以免扰动肠子使炎症扩散；胃肠道因手术后的抑制状态，是人体的—种正常的合理的自然反应，可使胃肠手术后完全处于一种休息状态，而有利于吻合口的愈合，总之宜“静”不宜“动”。但是，人们根据中医“六腑以通为用”的理论，采用“通里攻下”法，变“静”为“动”，变“滞”为“通”，治疗上万例急腹症，大大提高了非手术率的雄辩事实，对旧医学理论时说是一个突破。

总之，六腑“传化物而不藏”，中医主张要“通”，以“通”为纲。至于具体的通腑法，较常用的有寒下、温下、润下、逐下、通瘀等,而后世又有发展。谢氏[457]归纳为10种通腑法：（1）平肝通腑法（平肝清肝药加大黄、芒硝）常用于治疗中风、头痛、高血压；（2）清胃通腑法（如凉膈散加减），常用于咽喉痛、口腔炎、牙痛、口臭；（3）泄热通腑法（如承气汤加减）常用于风温、湿温（偏热盛者可用，偏湿者用之则洞泄不止）；（4）发表通腑法（如防风通圣散、桂枝加大黄扬）常用于疮毒内攻，肠胃结滞，又感表邪；（5）清利通腑法（如茵陈蒿汤，大柴胡汤）常用于黄疸、胆囊炎；（6）导滞通腑法（如复方大承气汤,即大承气汤加莱菔子、赤芍、桃仁）常用于急性肠梗阻、胰腺炎、积食等；（7）温阳泄浊通腑法（如十枣汤、控涎丹）常用于渗出性胸膜炎、肝硬化腹水、肾炎水肿等；（8）化瘀通腑法（如大黄牡丹皮汤）常用于阑尾炎、肠粘连、前列腺肥大；（9）驱虫通腑法（驱虫药加硝黄）用于虫痛。

从以大承气汤为主治疗肠梗阻的目前状况来看，虽然还是很初步的，但其趋向是极为鼓舞的，未来是无可限量的。张氏[458]认为，旸梗阻是中医的“关格”病之一，并首先报告用大承气汤加味治愈肠梗阻的事例。接着，杨氏[459]报道肠梗阻属腑实秽积，热结肠道的证候,用大承气汤寒下而治愈4例病人。对于治疗肠梗阻，在理论上系统、在治疗上完整、在观察上全面，首推天津南开医院。他们[460]开初用“通里攻下”治疗18O例急性肠梗阻，成功率达79.4%,指出此种非手术治疗可以用于粘连性肠梗阻，早期肠扭转，而对绞窄性肠梗阻、先天畸形及肿瘤所致之肠梗阻则不适合，应施行手术。南开拟订的通下方是：（1）甘遂通结汤（甘遂末0.6克-0.9克冲，赤芍15克，桃仁、牛膝、木香各9克，厚朴15克-30克，大黄9克-24克后下）适于重型肠梗阻，肠腔积液多者；（2）复方大承气汤适于一般肠梗阻，气胀重者；（3）肠粘连松解汤（厚朴、莱菔子9克-15克，木香、乌药、桃仁、赤芍、番泻叶各9克，芒硝6克冲），适于轻型肠粘连或部分性梗阻。南开拟订的汤方实际上没有超出承气汤的范围，不过加了活血化瘀药，应该承认还是有所发展。南开[70]还总结出治疗急腹症的8法：通里攻下，清热解毒，燥湿泻心,理气开郁，行气活血，降逆止呕，健脾和胃，及补气养血。南开的功绩在于，为中西医结合治疗急腹症，提供了系统的理法方药和无可非议的事实，使之为人们普遍接受而得以推广应用和验证，从而不断地得到发展和提高。随着南开医院的突破，人们逐渐把注意力集中在摸索手术与非手术的指征方面，下了很多工夫。西安医学院第一附属医院外科[461]报告122例肠梗阻病人，除26例手术治疗者外，其余全部以复方大承气汤或甘遂通结汤作非手术治愈出院，非手术率78.7%，指出非手术范围为：（1）粘连性肠梗阻；（2）粪石性肠梗阻；（3）蛔虫性肠梗阻；（4）动力性肠梗阻；（5）腹腔结核性肠梗阻。湖北中医学院附属医院[462]以大承气汤加莱菔子（通肠饮）治疗急性肠梗阻90例,解除梗阻者66例，疗效达73.33%，认为治疗本病必须抓好三个环节：（1）抓诊断——判明梗阻原因、性质、部位、程度，确定手术与非手术；（2）抓治疗——看的准，攻的狠；（3）抓时机——抓好手术和非手术的时机。北京工农兵医院普外组[463]在106例非手术治疗中，通下成功82例，成功率达77.35%，肯定中医中药比单纯西医治疗有明显的疗效，可弥补现代医学之不足，认为治疗本病的分水岭在于区别单纯性肠梗阻与绞窄性肠梗阻，前者适合于非手术治疗，后者要及时手术。唐山工人医院外科[464]用大黄甘遂汤和复方大承气汤治疗急性肠梗阻345例，其中244例攻下成功治愈，成功率70.1%，指出在应用“通里攻下”治疗肠梗阻时，必须辨证施治，采取寒下、润下、温下或攻补兼施法，才能提高疗效。对于这点，陕西中医学院附属医院外科[465]在应用甘遂通结汤和驱虫承气汤（大承气汤加乌梅、使君，川楝皮等）治疗134例急腹症的实践中,深有体会。他们认为肠梗阻的主要矛盾是梗阻，是肠道不通，采取主动进攻，先解决梗阻问题，这是共性，是矛盾的普遍性，但观察到有的病例连用四次寒凉攻下无效，且梗阻现象更加明显，究其原因，患者腹痛不甚剧烈，舌胖嫩、苔白，属真寒假热，寒湿凝滞之肠梗阻，用寒凉攻下只注意到共性，而忽略了特殊性，下是对头的，但宜温下，果然温下一剂即解除梗阻。蔡氏[466]还注意到，在用攻下药方面，芒硝、大黄剂量不宜过大，认为一般不超过9克，能一攻即下，最为理想，如攻而不下，亦应考虑改用行气导滞，取其气行则滞亦去之意，否则过度持续攻下，不仅不能收到急下存阴的效果，反使病情加重，临床上常出现伤阴征象，即使攻而得下，亦常有一定时期大便泄泻，影响气阴恢复。蔡氏提出争取早期以“行气导滞”为纲的治法，尤其对老弱患者更有意义。但是，截至1977年夏季为止，全国第一次中西医结合治疗粘连性肠梗阻、肠扭转协作组经验交流会[467]报道，中西医结合治疗肠梗阻12023例，攻下成功率为65.23%，说明攻下是主要的治法。全国各地广泛实践获得的经验是十分丰富的。孔氏[468]指出，仲景用承气汤的经验，今天仍然是用以治疗急腹症的标准：腹痛不大便，潮热不恶寒。孔氏说只要有腹痛、胀满、潮热、便秘即可使用，不必限于“痞满燥实坚”悉具的条件，认为如腹痛超过24小时，体温又高，承气汤即宜慎用。马氏[469]引述湖南省人民医脘外科提出：（1）攻下时间不宜太长，以24小时为宜；（2）中途出现腹膜炎体征时，就不宜继续攻下；（3）攻下后,虽肛门排气排便，但腹胀腹痛仍未改善不宜继续攻下；（4）不能攻而不放，这和仲景所谓“得便,停后服”是类似的。马氏引述吉林医科大学第三临床学院提出的：（1）腹痛极为严重者；（2）腹部极度膨隆者；（3）发病短时间内出现血压下降，脉率增加，严重酸中毒者；（4）白细胞明显增多（2万以上）及核明显左移者，均慎用攻下的实践经验，是很值得注意的。这和仲景强调的“脉迟”可攻，以及“脉弦者生，涩者死”也基本是一致的，因为涩脉多见于血压下降，严重酸中毒之时。河北新医大学第二医院外科[470]治疗急性肠梗阻178例，攻下成功112例的实践证明，发病早期，抓紧时机，积极攻下，选择适应症，是提高成功率的关键。人们总结出“早泻腹痛早缓解，迟泻迟缓解，不泻痛难解。”可谓经验之言。为了提高成功率；人们在药物的配合上继续进行探索。湖南省防治协作组[471]用复方大承气汤治疗粘连性肠梗阻1234例，攻下成功828例，其中579例服药1-4剂成功，大部分病例都在24-48小时内解除梗阻，观察到本组部分加用油类的成功率在64-64.4%，成功率稍低的原因可能是油类润下缓解了复方大承气汤的锐气之故。他们实践的病例大多数属里、热、实证，认为通里攻下，急下存阴是治疗本病的主要法则。中国人民解放军第324医院外科[472]用大承气汤加驱蛔炅（入院当晚及次晨各服驱蛔灵1次，以后每4小时服大承气汤1次，至解除大便排出较多蛔虫为止）治疗蛔虫性肠梗阻140例，全愈36例，其中1例排虫达280多条,排虫100条以上者占1/3，平均住院3天。常德地区人民医院外科[473]采用以大承气汤为主药的“总攻”疗法，治疗肠梗阻104例，成功率71例，临床治愈率70.2%，观察到本疗法对粘连性肠梗阻效果最好，而且本病多为里实结热证。但指出“总攻”疗法的禁忌症为：（1）有休克症状者；（2）有腹膜炎存在者；（3）有绞窄症状体征者；（4）有严重合并症者；（5）已明确诊断为肿瘤梗阻者。“总攻”疗法的具体方案：

8:00 口服润滑油（石蜡或蓖油）40毫升。

8:50 口服中药一利，处方为大黄、芒硝、厚朴、枳实、木香，甘遂（4.5克）当归、银花。

8：45 穴位注射新斯的明（足三里、中脘各半支）。

9：00 腹部按摩（以脐为中心顺时针按摩）。

其它：根据病情配合输液、胃肠减压、抗生素、驱蛔虫。

朱氏报告用增液承气汤成功地抢救肠梗阻伴中毒性休克1例，堪称惊险。观察到增液承气汤具有加强心脏功能,升高血压，改善血循环等作用。朱氏认为增液承气汤是仲景三承气汤的发展，为体虚证实的治疗确定了基本原则，是滋阴攻下的代表方剂。并指出正气虚极的病人，还需配合纠正水电解质紊乱、抗休克等措施，可使“不可下症”转化为“可下之症”，是中西医结合的优点。北京工农兵医院外科非手术治疗急性肠梗阻86例，其中66例成功（76.6%），所提出的几个辨证关系的问题，是很引人注目的，因为解决好这些问题，无疑是进一步提高疗效的途径：（1）寒下与温下：本病实热型占多数，用大承气、甘遂通结汤治疗是主要的。似亦有虚寒型，当温下。而且虚寒型与实热型是互相转化的。有的病人初用寒下无效而改用温下后成功，必须注意这个规律；（2）呕吐与止呕：呕吐是梗阻的主要症状。呕吐并不都是有害的，吐出胃内容物有利于梗阻的恢复，而给中药后当止呕以利中药起作用；（3）攻与吸：本病既用中药攻下，又要作好胃肠减压，二者对立统一，可以互相促进。以攻为主（主动进攻）是矛盾的主要方面，攻下是为了促进肠蠕动，恢复肠管通畅。吸引是为了使胃肠内容物排出，使中药更好的发挥作用。所以应当以攻为主,吸引为辅，妥善配合。一般给中药前充分减压，给中药后停止减压2小时，然后再次减压。只有攻吸配合好才能成功；（4）攻下与休息（动与静的关系）：开始宜连续进攻（每4小时一副中药，头煎口服，二煎灌肠），一般3-4次即可缓解。如攻下4次以上未见效，体力消耗过大，此时两次攻下时间宜延长2-4小时，给镇静药让患者安睡数小时，并充分减压，然后再攻。处理好攻休关系可提高成功率；（5）梗阻与通畅：梗阻经过通下可转化为通畅，但通畅后治疗不当又可转为梗阻，故梗阻缓解后还要继续攻下2-3次，保持肠道通畅，以巩固疗效。之后，可改用缓下剂。饮食要逐步增加，不宜突然进大量饮食。如半通半梗者，应考虑有器质性病变的可能；（6）整体与局部：即注意争取局部缓解，不可忽视全身情况。有一些低血钾或全身情况较差病人，对中药攻下反应不好，甚至用药后肠蠕动。故本虚标实的患者不宜猛攻，要注意扶正；（7）手术与非手术：非手术的治疗病例，在治程中如出现腹胀腹痛加重，体温升高，脉搏加快，或血压下降，或攻下3天以上梗阻不见缓解，当立即改行手术，以免延误病情。

根据中医“六腑以通为用”,“传化物而不藏”，“不通则痛”的道理，胃肠道宜动而不宜滞，功在走而不守。如能变静为动，变滞为通，返其自然，顺其本性，致其所用，则胃肠道的许多问题可迎刃而解。

大承气汤的行气导滞用已称显著，而南开创造的复方大承气汤加用莱菔子等则行气的功用更强。湖北省广济县人民医院外科[478]将复方大承气汤推广应用于腹部手术后，由于反射性作用使胃肠道暂时处于无动力状态而出现程度不同的胃肠胀气，即术后肠麻痹，共98例，其中94例有效，有效率95.92%。他们观察到，使用本方能在肠鸣音尚未恢复或明显恢复之前，出现肛门排气或排便，且不受麻醉种类的影响，因此，认为本方是作用于肠道本身的结果。他们实践证明,本方不仅促进肠蠕动，消除腹胀，而且无1例发生再穿孔或出现吻合口瘘者；不仅如此，由于促进肠蠕动，而增加了肠道的血流量，降低了毛细血管的通透性，降低了吻合口张力，因而对吻合口的愈合是有益的。并得出结论说，早期使用本方，可以预防肠麻痹的发生和降低手术后并发症，是提高治愈率的有效方法。上海第一医学院妇产科医院[479]甚至单用大承气场之厚朴一味，制成散剂，按体重50公斤以下者口服5-7克，50公斤体重以上者口服7.5-10克，于手术前小时吞服，用于制止针麻下全子宫切除术中鼓肠现象36例，并和未服厚扑粉的163例作对照，结果发现服药组在一般情况下，切开腹膜时肠曲不鼓,少数肠曲稍鼓，但轻轻一推即上，两组间存在显著性差别（P<0.05）。郭氏[451]报告曾用大承气汤如银花、连翘等治疗5例中毒性麻痹（急性感染性疾病中），均属热结肠胃的里、热、实证，除1例因合并症转院外，其余4例全部用本方治愈，而且都是经西医用新斯的明、垂体后叶素、维生素B1、氯化钾等以及排气、灌肠、胃肠减压无效者。

此外，沈阳铁路局大连医院外科[480]用复方大承气汤治疗急性阑尾炎乃790例，取得较好的效果，并主张重用大黄，根据体质盛衰和病情，用24-30克不等，达到充分通里攻下的目的。他们观察到，阑尾炎的临床症状往往落后于病理改变，用药要“治中有防”，“水未来先叠坝”，赶在各期之前用药。通里攻下之承气汤也大量应用于胃肠道以外的疾病。沈氏在治疗23例流行性乙型脑炎中，有18例病人分别用过承气汤通下，得泻后临床症状均有减轻，特别是屡用清热剂而身热不退者，给予通下，颇有釜底抽薪之妙，一般药后解除胶粘黑便，随即热退神清，抽搐停止，认为通下法是本病清热除毒的重要途径。向氏[482]认为，大便秘结可使肝昏迷发作，因其肠中腐败产物经血液吸收过多，能引起大脑功能紊乱，而泻下药可以加速腐败产物的排泄，使血氨下降，这就是中医对谵语昏狂、腹满胀痛、便秘、潮热，皆认为是热结大肠，当用承气汤下之的实质。向氏介绍治疗肝昏迷1例，5日不大便，体温40℃，昏迷加深，瞳孔扩大，呕吐不止，用承气汤后，呕止、便通、神清、热退，昏迷共达130多小时也因而缓解，感到仲景把谵语、昏迷与便秘联系在一起考虑，抓住便秘这个要害问题，的确难能可贵。许氏[483]介绍1例高热、严重抽搐病人，张氏介绍1例严重癫狂（精神分裂症）病人，均以大承气汤急下而顿挫病势，缓解病情。由此可见，通下之承气汤应用很广，用之得当，确有桴鼓之效。但在仲景书中每有因孟浪攻下而坏事的。杨氏[485]引述前人所谓“伤寒下不厌迟，温病下不厌早”的经验，还当进一步作实践观察。

#### <二> 小承气汤证

1.原文汇要

**218条 阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必鞕，鞕则谵语，小承气汤主之。若一服谵语止者，更莫复服。**

首提阳明病意味着发热而不恶寒。由于其人汗出太多，津液外耗，以致胃肠津亏，由燥结而引起大便鞕，大便鞕结而谵语,下证具备，但因汗出津伤不宜大下，故以小承气汤治疗。若一服请语止，表明腹中燥结已去，更莫复服，免损津液。本条说明阳明多汗伤津导致腑实的证治。

**219条 阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之。因与承气汤一升，腹中转气者，更服一升；若不转气者，勿更与之。明日又不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也。**

[词义] 脉滑而疾：疾作名词解，指搏动异常之快的疾脉，有的注本改疾为虚。即转矢气，肠鸣、排气之状。微涩：微作名词解，指微脉。

阳明病谵语潮热脉滑，里热成实，为可攻下之证。仲景在213条中指出，脉迟，可攻里，大承气汤主之。本条脉疾，象征着邪热太盛，元气有将脱之势，故不可大攻，但因里热成实，又不可不攻，故宜小承气场，作试验治疗。“因与承气汤一升”以后是自注文。服一升以后，如腹中转矢气，表明气机能运转，在里之热实有下泄之可能，可继续服用小承气汤攻下；如不转矢气，则不可继续服用。在这里仲景没有提出第二步措施，而是采取静观态度，等待次日如仍不大便，脉由滑疾而转微涩，里虚之病势暴露无遗，则更不可与承气汤攻下。根据大承气汤证“现代应用”中指出，急腹症出现血压下降，脉率增加（脉疾微涩）慎用攻下的禁律，说明仲景观察到本条证候已属内科范围所“难治”是正确的。“难治”者意味着十中八九不能治愈，故未给予立法遣方作内科处理。

**252条 太阳病，若吐若下若发汗后，微烦，小便数，大便因鞕者，与小承气汤和之愈。**

[词义] 若吐若下若发汗：有的注家认为，若吐若下是自发的，如用药致吐下则称为吐之下之；若发汗则是用药而发生的。与小承气汤和之愈：有的注家改成“与调胃承气汤”，理由是文中未提腹满，是有燥结而无气滞，小承气不太合撤，是与251条的调胃承气汤互误。小便数：小便量次均增加。

太阳病，吐下发汗后表证已解,但从微烦得知里热未除。从小便数，大便因鲠者的“因”字看，其大便鞕是因小便数引起的。因吐下发汗已伤津液，胃肠中津液又偏滲膀胱而小便数,故形成燥热结实而大便鞕的证候。用调胃承气汤清泄热实，调和胃气即愈。

**373条 下利，谵语者，有燥屎也,宜小承气汤。**

下利见谵语，是邪热不因下利而去，其热必燥结于里，津液旁流而下所致。如下利因虚寒而起，必伴肢冷、下利清谷等症，本条无之。故断为有燥屎，而宜小承气汤。

**214条 阳明病，潮热，大便微鞕者，可与大承气汤，不鞕者，不可与之。若不大便六七日，恐有燥尿，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之；若不转矢气者，此但初头鞕,后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。欲饮水者，与水则哕。其后发热者，必大便复鞕而少也，以小承气汤和之。不转矢气者，慎不可攻也。**

[词义] 矢气：汉代腹鸣排气作矢气，但后世有的注本作“失气”，《内经》只言咳而失气,是咳与气俱失，意义不同而例亦殊。其后：正常的大下之后。

阳明病潮热，大便已鞕者,是燥热结实，可与大承气汤；不鞕者，热而未实，虽有潮热，尚不可与之，这是用大承气汤的常法。若不大便六七日，“恐有燥屎”，何以恐有燥屎呢？必然未见潮热，或虽见潮热而无手足激然汗出，就是说燥屎症未齐备，故不能判定之。为了不使攻下误投，药过病所，仲景立先与小承气汤验矢气一法，可谓周详。其法是先与小承气汤少量服之，能转矢气的，可知其大便已鞕，为可攻下的征象；若不转矢气，是虽有热而未燥结，此等病人一般是初头鞕，后必溏，故不可攻之。如强行攻下，必然损伤胃气，而出现胀满不能食，甚至连饮水亦作哕逆。即使有燥屎可攻下的病人，在用大承气场攻下之后，有的可因其大下伤阴，而再出现发热、大便鞕而少的症状，可用小承气汤调和之。不转矢气者，慎不可攻，是仲景重申之戒语。总之，本条说明验矢气之法和下后复鞕属小承气汤的证治。

2.辨证要点

主症 潮热，汗出，腹胀满，大便鞕，苔干黄，脉滑。

副症 神昏谵语，或腹痛不拒按，或热结旁流下利。

大便鞕是大便之时才知道，未解大便则表现为便秘。其它各症辨别均详大承气汤证项下，

3.基本病理 燥热结实，腑气壅滞。

病理与大承气汤无异,只燥热结实的程度轻，腑气壅滞亦未达到“不通”的程度而已。故从略。

4.药理方理

小承气汤方：

大黄（酒洗）12克 厚朴6克 枳实（三枚大者，炙）9克 上三味，以水800毫升，煮取240毫升，去滓，分温二服。初服当更衣，不尔者尽饮之，若更衣者勿服之。

本方较大承气汤少芒硝，枳朴用量亦少，作用强度显著逊于大承气汤，不过以行气除滞，泄热通便为目的而已。

小承气汤与《金匮》厚朴三物饧、厚朴大黄汤药味相同,只剂量不同，则治疗三种不同的病证。姜氏[486,487]等解释说，小承气以大黄为君，荡涤胃肠而去燥屎；厚朴为臣，行气散满；枳实为使，破气导滞，不令大泄，以微和胃气，更衣者，肠胃调和之象,故得和即止。《金匮》腹满寒疝宿食病篇云：“痛而闭者，厚朴三物汤主之。”厚朴三物汤方由厚朴24克，大黄12克，枳实15克组成，以厚朴行气散满为君；大黄荡涤肠胃为臣，取其下行力峻，走而不守；枳实破气为使，所以不减大黄之量（指与小承气汤量同）者，以其行气必先通利肠胃，肠胃通则腑气亦通，通则不痛矣！利则为通之象。《金匮》痰饮咳嗽篇云：“支饮胸满者，厚朴大黄汤主之。”厚朴大黄汤方，由厚朴（一尺）]5克 大黄18克 枳实（四枚）12克 组成，以厚朴行气散满为君，大黄荡涤肠胃以行水亦为君，（该氏认为，饮邪既上逆于胸，则肠胃必不通利，但欲降逆，必先通畅，使饮邪由肠而下）枳实破气为使，功在顺气行水，以衰其势。姜氏等总结说，小承气汤重在泄热通便除燥屎，厚朴三物汤重在行气消胀除腹满,厚朴大黄汤重在顺气开胸泄水饮，轻重不同，毫厘不爽。仲景治病不必奇品异方，而投之即效者，原因即此。

5.现代应用

据笔看涉猎资料，单用小承气汤治疗者很少。仅有何氏[488]以小承气汤加苦楝皮治疗蛔虫性肠梗阻1例，认为此病属于中医阳明实热内结引起，此外，陈氏[489]曾用厚朴三物汤治愈2例手术后引起的急性肠梗阻，经多方治疗（禁食、输液、胃肠减压、新斯的明等）无法阻遏其症状进行性加剧，按“腹满”证处理而用本方治愈。王氏[490]亦曾用厚朴三物汤加味治愈1例急性肠梗阻，并说药后下蛔虫数条。至于用小承气汤验矢气之法，更未之有闻。笔者认为，这是今人用药没有当年仲景那般严谨的结果。

#### <三> 调胃承气汤证

1.原文汇要

**70条 发汗后，恶寒者，虚故也；不恶寒但热者，实也，当和胃气，与调胃承气汤。**

发汁后，是指太阳病发汁后，表已解而出现恶寒，是阳虚于表，属表虚证；如不恶寒而但发热，是津伤于里，入里化热,属实证。如果里热成实，自当调和胃气，与调胃承气汤泄热除实治疗。

但发汗后之恶寒属虚，与发汙前之恶寒属实（因其属实才发汁）怎么区别？发汗后之恶寒何以不认为是发汗前之恶寒的继续？这里仲景采取了省文笔法，使后学难明其症。发汗前之恶寒系表证，必兼发热、头身痛，因为是表证所以才发汗；发汗后之恶寒，必系无热之恶寒，所以才提“虚故也”，这是太阳向少阴转化的证候。“但热者”是不恶寒但发热或潮热，这是太阳向阳明转化的证候。总之，本条是说明太阳病的虚实两种转化情况，以及转化入阳明的证治。

**108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，大便当鞕，而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也。若自下利者，脉当微厥；今反和者，此为内实也，调胃承气汤主之。**

[词义] 伤寒说阴阳经络各分为六，阳邪阴邪侵袭人体，每日各走一经，十三日可能是邪气已传遍两次；今天可以理解为病已两周不解了。过经：即经过,包含着经过太阳而传入阳明的意义。反下利：按常理不应出现下利而下利，故称反下利。脉当微厥，今反和者：微厥是指脉微而四肢厥冷；反和是指脉反符合阳明腑证，脉与证合，当为滑数或迟或大而实之脉。若：两个若字均为假设举例。

伤寒经过十数日病仍不解，出现谵语，而谵语是阳明的特征症状，故判断“以有热也”，是说有阳明的里热实证，应当以承气汤下之。假设表现是小便自利，津液偏渗，那么，按常理大便当鞕，脉当沉实，为脉证相符；今大便反下利,脉反调和，据证推断，是医生以丸药误下，治不得法所致。因丸药性缓，起效慢而维持之时间又长，既不能迅速清泄实热，而药力又不能很快释放完毕，以致下利连绵不止。故下阳明之实热，宜速不宜缓，宜汤不宜丸。假设不是服丸药引起下利，而是自发性下利，这个下利，如属太阴虚证，按常理其脉必微，四肢必厥逆；今脉反滑数或大实，则属阳明实证了，可能为阳明热结，律液旁流之下利，故判断“此为内实也”，当通因通用以调胃承气汤治疗。

**250条 太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也,调胃承气汤主之。**

[词义] 蒸蒸发热：高热蒸腾，由内达外之貌，包含发热而又不断出汗的状况。属胃也：胃指阳明言。

本条说的是太阳转属阳明的证治。太阳病经过三日，发汗而热不解，且由翕翕发热变为蒸蒸发热，是太阳之表热转变为阳明之里热,故云“属胃也”。热结于里，但燥热不甚，尚未见潮热、谵语；没有气滞，故无腹胀实满，只须调胃承气汤以泄热和胃即可。

**251条 伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤。**

本条应属小承气汤证，与252条之调胃承气汤互误，笔者同意古注家此说。

**212条 阳明病，不吐不下，心烦者，可与调胃承气汤。**

本条为太阳病初及阳明的证候。未经吐下之心烦为实烦，已经吐下之心烦为虚烦，二者病理不同，前者为胃实热郁，后者为余热郁结胸膈；前者当泄下郞热以和胃，宜调胃承气汤，后者当清透郁热以快膈,宜栀子豉汤。

2.辨证要点

主症 不恶寒但热，蒸蒸发热，汗出，心烦，不大便，苔黄。

副症 或谵语，或口渴，脉或滑或平。

症状分析与鉴别详大承气汤证项下。

3.基本病理 燥热结实，胃气不和。

病理与小承气汤基本无异，不过调胃承气汤为阳明初期的单纯性燥热结实证，尚无腑气壅滞或不通，是其不同点而已。故此从略。

4.药理方理

调胃承气汤方：

大黄（去皮，酒洗）12克 炙甘草6克 芒硝（半升）15克 上三味，以水600毫升，煮取200毫升，去滓，内芒硝，更上火微煮令沸，少少温服之。

本方大黄泄热，芒硝软坚去实，甘草缓中和胃，因无气滞故不用行气药,专为燥实而设，为阳明泄下热实之轻剂。

5.现代应用

在临床上，单纯性阳明燥热结实证比较少见，故单用本方的报告不多，而且多为加味使用。贵阳医学院外科[491]用调胃承气汤加柴胡、胆草、黄连、败酱草等，非手术治疗急性胰腺炎64例，全部治愈。他们认为，过去西医治疗胰腺炎强调了一个“静”字，使胰腺功能处于相对静止状态，分泌减少，从而减低胰腺内压，使胰腺分泌不再外溢，以停止病变发展，但用调胃承气汤为主的中西医结合治疗，是从“通”字着眼，疏通消化道，消除瘀积，恢复消化功能，贯穿着一个“动”的过程。他们认为，“动"和“静”的治疗作用,胰腺炎中“动”是主要的，“静”是次要的，“静”的有利一面是抑制了胰腺的分泌，但另一面则由于禁食使机体处于半饥饿状态，组织内出现消耗性分解代谢，因胃管减压大量抽出胃液，引起水电解质平衡紊乱，补液虽能供给一定热量、水分和电解质，但比起通过消化吸收的营养是远远不足的，而“动”则是积极的，着眼于“通”，有利于克服上述缺点。成氏[492]报告1例因“总攻”胆石下移形成肠梗阻,用调胃承气汤加莱服子、广木香降气通下，服药2次,得快利3次，排出大型结石（4X5X5厘米）2个，脐周阵发性疼痛、腹胀、便秘、呕吐等症状，霍然消失。吕氏[493]曾叙述用调胃承气汤加知母、天冬、石膏、生地等，治愈1例中消证。中消证是以消谷善饥为特征,多因嗜食厚味及焦燥物，胃中蕴热所致，用调胃承气如味旨在清泄燥热,而并非通下结实，亦取良效。尚未见用于胃肠道以外的病证者。

#### <四> 麻仁丸证

1.原文汇要

**249条 趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则鞕，其脾为约，麻子仁丸主之。**

[词义] 趺阳脉：即冲脉，足背第二三耻骨间之动脉，属足阳明胃经，古人称此脉候脾胃，今己少用。其脾为约：简称脾约，有约束之意，脾受约束，则功能不全，其运化之津液，不能四布，但下输膀胱，而不能滋润肠道。

趺阳脉候脾胃，其脉浮表明胃阳盛；其脉涩表明脾阴少，以致胃中有热，肠中液燥，而形成大便难。在胃肠以外，脾能照常敷布津液，下输膀胱，故小便数。当以润肠泄热之麻仁丸治疗。

2.辨证要点

主症 大便秘结，小便多，脉细涩。

副症 或经常性便秘，或腹微满不痛，或不更衣十日，无所苦[246]

麻仁丸证与承气汤证不同，前者为太阴脾病，是脏病，阴亏之虚证，后者为阳明胃病，是腑病，阳盛之实证；前者脉细涩，为经常性便秘，不更衣十日无所苦，后者潮热，汗出，谵语，痞满实坚痛。总之，整体症状与局部腹症，后者均较前者为重为急。

3.基本病理 胃强热结，脾弱阴亏。

胃肠局部，阴小于阳，优势的胃阳使肠中津液过分升散，而弱势的脾阴静守性不足，不能约朿肠中津液的升散，致使津液偏渗膀胱而为小便数；肠中少津，大便干涸：故大便鞕。于是便形成胃强脾弱的局部反应性证候，古称脾约证。

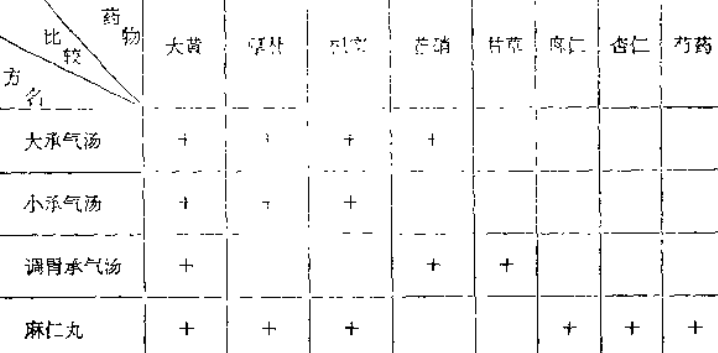
4.药理方理

麻子仁丸方：

麻子仁（二升）60克 芍药15克 大黄30克 厚朴（一尺炙，去皮）30克 杏仁（一升去皮尖，熬，别作脂）30克 枳实（炙）15克 上六味，蜜和丸，如梧桐子大，饮服10丸，日三次。渐加，以知为度。

本方是由小承气汤加麻仁、杏仁、芍药组成之丸剂。小承气清泄燥热，降低胃肠中阳的升散性；二仁润燥，芍药敛阴，助长胃肠中阴的静守性，从阴阳两方面调节使之归于平衡。由于为丸故是缓攻润下之剂。

臧氏[494]从研究本方的组成探索到脾约的名称问题，认为脾约的名称很难索解，就其字义而言，有说是脾气受约束的，有说是脾弱不能为胃行其津液的，但脾约一症不宜称为脾弱。臧氏通过麻仁丸与三承气汤药物组成的比较：



认为麻仁丸是治疗阳明燥结之轻证，但缓攻润下决不等于是治虚证之法。臧氏认为，如果麻仁丸不用丸剂而用汤剂服，则其攻下之力量比小承气汤猛烈，可知脾约证不能称之为“胃强脾弱”。臧氏之说颇有道理,故特录以待研究者继续实践。

5.现代应用

王氏[495]应用麻仁丸于肛门疾病手术后（术后常规服用每日2次），为防止术后第一次排便时由于大便干燥引起疼痛和出血，在300例中有效者479例，无效者21例，防止术后大便干燥有效率达95.8%，认为是目前肛肠外科手术后的一种理想缓下剂。汤氏[496]也持同样看法，他用麻仁丸治疗经多种方法治疗无效的习惯性便秘，结果非常理想，认为是一种相当满意的缓下剂，药性平和，常服久服亦鲜弊病。上述二氏均是用本方丸剂而起缓下作用的，如用成汤剂则情况完全不同了。如杭州红十字会医院[497]报告，曾治1例粪便阻塞引起肠胃积气，经用胃肠减压、灌肠及肛管导气等保守治疗均告失败的病人，该病人孕妊巳5月余，用麻仁丸汤剂2帖大便通畅而痊愈出院。这些事实说明剂型与效果的关系密切，仲景选择剂型是有相当考究的。

#### <五> 蜜煎和猪胆汁外导证

1.原文汇要

**235条 阳明病，自汗出，若发汗，小便自利者，此为津液内竭，虽轻不可攻之，当须自欲大便，宜蜜煎导而通之，若土瓜根及猪胆汁，皆可为导。**

[词义] 当须自欲大便：须当病人有便意。导：由肛门外导，即今之灌肠法。土瓜根：即王瓜恨，又名野甜瓜，大如鸭蛋而色红，有通经、利尿、祛痰、滑肠作用。

阳明病，意味着有发热而不恶寒，以及谵语、烦躁，汗多等症。病人本已出汗，若再发汗，则津液大伤于外；如小便自利，则津液损于内，故云：津液内竭。此等病证，大伤津液，内燥是主要的，而内热则是次要的，故太便虽硬,不可以用承气汤攻下，以免更伤津液，须当等待病人有便意时，用蜜煎、土瓜根或猪胆汁从谷道因势利导。

2.辨证要点

主症 大便硬结难下，近于肛门，时有便意而坠胀，又难于自行排解。

副症 或有发热，谵语，烦躁，汗出，或胸微胀满。

外导证本无特殊，只要是便秘均可用其治法，不过气液太亏，或大便硬结于肛门附近难下者更适合。硬结于肛门附近之大便有时服药难下，而外导却易下。

3.基本病理 燥矢干结，传化不利。

胃肠津亏，糟粕干涸，而燥结于下,以致肠道传化不行,发生便秘，是肠燥盛而热不盛的证候。

4.药理方理

蜜煎导方：

食蜜（七合）140毫升 上一味，于铜器内，微火煎，当须凝如饴状，搅之勿令焦著。欲可丸，并手捻怍挺，令头锐，大如指，二寸许，当热时急作，冷则鞕。以内谷道中，以手急抱，欲大便时乃去之。

按：蜜甘平无毒，将蜜煎成饴状，做成长二寸大如指的条状栓剂,放入肛门内,并保留一时直至欲解大便。

猪胆汁方：

大猪胆一枚，泻汁，和少许法醋。以灌谷道内，如一食顷，当便出宿食恶物。甚效。

按：猪胆汁苦寒无毒,和少许醋,作肛门灌肠。

5.现代应用

灌肠通便的方法，从张仲景即开始应用，这个发明权也应算中医学首创。而他所使用猪胆汁与蜂蜜，迄今仍被认为是很满意的灌肠剂。王氏[498]以高压灭菌胆汁加入等量盐水或开水，成人用50毫升灌肠，治疗248例次便秘病人,效果非常满意，无1例发生任何痛苦或过敏反应或中毒反应，甚至病员无任何不舒服的感觉。金氏[499]也曾报道，用猪胆汁2枚，取汁盛碗中，隔汤燦透消毒，用时再加开水，以50%胆汁40毫升灌肠，治疗2例便秘病人，投之30分钟即解大便，并无腹痛等现象。金氏认为，胆汁灌肠法的应用，不仅限于津亏肠燥之便秘，也不仅是作用直肠起利导之功，它的清热润肠可能作用于整体，有进一步研究的价值。广东省湛江地区医院[500]报告，应用猪胆汁防治乙脑由于蛔虫上窜引起呼吸窒息和乙脑并发肺炎、腹胀、便秘等症，收到满意效果；在用于53例中其重型病例比对照组多，但其治愈率比对照组高，死亡率比对照组明显降低；猪胆汁组无1例因蛔虫窒息死亡，也未发现有副作用，而对照组则有3例死亡于蛔虫窒息。并报告说，用猪胆汁灌肠的53例中有33例灌肠2-3天排出蛔虫。以上证明猪胆汁灌肠疗效肯定，而今天使用又加上高压灭菌，自然比仲景当年更为卫生。除用之于通便外，猪胆汁也被用来治疗其它疾病。如周氏[501]曾叙述以干燥猪胆汁粉加赋型剂，治疗肝炎32例，全愈13例，好转17例，无效2例。不过，其报告的病例较少，观察也欠详，还当进一步实践。至于蜂蜜内服外导治疗便秘几成许多医院的常规，其优点和猪胆汁相同，惟蜂蜜易得，易贮存，可以大量供应，这是猪胆汁所不及者。值得一提的是马氏[502]曾治疗1例胃肠道水蛭，因胃痛吐酸就诊，大便6日未解，用大承气汤下之，解除水蛭1条,长2寸,置清水中游动自加，后以蜂蜜5斤，1日服1斤，连续排出水蛭15条（其中3条尚活着）及水蛭卵一团枣子大小，后调理而愈。马氏并作试验,将水蛭放入蜂蜜中，一，二小时即死去。是则,蜂蜜有杀水蛭之功，当是一个新的发现。

### 五、抵当汤证类

#### <一> 抵当汤证

#### <二> 抵当丸证

1.原文汇要

**128条 太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当鞕满；小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。**

[词义] 所以然者：自注词。

本条讲下焦蓄血证治。言太阳病随着病情的经过，而由表入里，由上焦入下焦，由气分入血分，形成瘀热在里,是引起本病的缘故。何以见得，因为虽表证仍在，但脉见沉微，故知其病已入里；不见结胸，而见少腹鞕满，故知其病不在中焦而在下焦；少腹鞕满，而小便自利，故知其病不在气分，已入血分；其人发狂，故知其病为热而非寒。是为下焦瘀热证，故用抵当汤下其瘀血，使热随瘀解而愈。

**129条 太阳病，身黄，脉沉结,少腹鞕，小便不利者，为无血也；小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。**

[词义] 谛：的确之义。

本条重申以小便利否？辨蓄血蓄水。言由太阳病变化发展可出现身黄、发狂、少腹鞕满一证，但有气血之分，小便不利而身黄、发狂，是由气分湿热所致，小便自利而身黄、发狂，是由血分瘀热引起；少腹鞕满，而小便不利，是膀胱蓄水，少腹鞕满而小便自利，是膀胱蓄血。以小便利与不利辨病在气分血分。

**239条 阳明证，其人喜忘者，必有蓄血。所以然者，本有久瘀血，故令喜忘。屎虽鞕，大便反易，其色必黑者，宜抵当汤下之。**

[词义] 喜忘：善忘、健忘的意思。蓄血：与瘀血同义。

本条是说以大便难易、颜色,辨蓄血证与阳明腑实证的燥屎的区别。言阳明证出现善忘，是久有瘀血引起的。因心主血，又主神明，全赖血以养之，今血久瘀蓄于下,心神失养，故善忘。一般由阳明里热引起心神症状，其大便鞕结而难解，如为瘀血所致，则大便虽鞕而易解，且其色必黑。可见，观察小便利否，是确定膀胱蓄血、蓄水的标志；观察大便难易、颜色，是确定瘀血、燥屎的标志。

**259条 病人无表里证，发热七、八日，虽脉浮数者，可下之。假令已下,脉数不解，合热则消谷善饥，至六、七日不大便者，有瘀血，宜抵当汤。若脉数不解，而下不止，必协热便脓血也。**

[词义] 合热：与协热同义，是指两经或两个以上病浬层次的邪热合而为患。

病人无表里证，是指无头痛恶寒之表证，又无烦躁呕渴之里证。发热七、八日不解句下，柯韵伯[28]认为当有“不大便”语，故脉虽浮而可下之。如已用下法泄其胃中之热，而脉仍数者，可知气分之热虽去，而血分之热不解。血分之热可能与胃热相合（即合热）而引起消谷善饥。由于两热相合，燥气偏盛，必致大便燥结，瘀血凝滞，宜抵当汤下其瘀滞。如脉数不解，而下利不止，是血分之热与肠热相合（即协热）,灼伤阴络，可能引起便脓血的证候。这里的便脓血，仲景未出方，柯韵伯[28]补充宜黄连阿胶汤主之。

**130条 伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。**

[词义] 不可余药：不可用其它药物之谓。

少腹满是邪在下焦，若小便不利者则为蓄水证，今小便反利，知为蓄血证。但本条少腹满而未硬，其人未发狂，知为蓄血之轻证；且伤寒有热，即有表证,故小制其剂，以丸缓攻之，而不可用其它药物。故本条是谈蓄血的缓治法。

2.辨证要点

主症 少腹急满鞕痛，小便自利，舌质紫，脉沉结或沉涩。

副症 发黄，发狂，健忘,大便结或易、色黑。

蓄水证是邪在膀胱气分，蓄血证是邪入下焦血分，二者之主要区别是：蓄水证少腹急满,小便不利,无神志症状；蓄血证则少腹急满，小便自利，常有神志症状。

蓄血即是瘀血。中医瘀血学说的具体应用，可能肇始于此，而后世大有发展。杨氏[264]依据文献资料总结换血的五个临床特征，有一定参考价值：（1）唇舌的变化：如唇舌青紫,或舌而上有青筋紫斑；（2）皮肤颜色及形态的变化；如黯黑、斑块、红肿、粗糙，以及蛛纹丝缕等；（3）鞕满疼痛日久不消,痛处不移，或伴有外伤史；（4）胸腹肢体出现肿块（异常的增生组织），经久不消；（5）脉来沉迟结涩。

3.基本病理 下焦蓄血，瘀热互结。

本证候属增强性阴阳失调，病理层次是在下焦膀胱血分，没有涉及膀胱气分。由于下焦血分，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起血行障碍，而形成膀胱蓄血，导致气机不利，故少腹急满鞕痛，舌质紫，脉沉结或沉涩。病在血分而未波及气分,没影响膀胱化气行水的功能，故小便自利。由于血分瘀结，致使生理性的阳气郁而不升，遏郁日久，反变成病理性的邪热。病理性的邪热的升动性大于生理性的阴的沉降性、静性，影响心神则发狂、健忘；破伤血络则便脓血、大便黑；邪热的升动性引起胆汁横溢则出现发黄。

4.药理方理

抵当汤方：

水蛭（熬） 虻虫各30个（去翘足，熬） 桃仁20个（去皮尖） 大黄9克（酒洗） 上四味，以水1000毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，不下，更服。

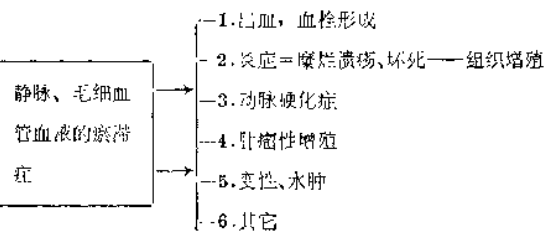
抵当丸与抵当汤相同，不过药力较汤剂为缓。

本方水蛭，虻虫为破血逐瘀之猛剂：得大黄、桃仁活血之作用相助，则其力量倍增，直接降低阴（血）的凝聚性、静性，使蓄留之瘀血去，阻滞之气机通。且大黄一物而兼两用，除祛瘀活血,推陈致新外，尚能荡涤邪热，以减弱阳的升动性，而使神安络宁。具有阴阳并调之理。

近人张氏[265]指出仲景用水蛭、虻虫共三方：一为大黄廑虫丸,是治疗虚劳腹中有瘀血,皮肤甲错，用以缓中补虚，祛逐瘀血下行；一为抵当汤及丸，治疗血蓄下焦,发狂、祛其瘀血则发狂止。张氏认为，水蛭、虻虫皆为治疗陈久性瘀血之药，如瘀血未久则非所宜。并举例说，《金匮》下瘀血汤治疗脐下瘀血，服药后下血如猪肝，以其血痕未久，故不用水蛭、虻虫。张氏指出,前人用水蛭多炙用，而张锡纯皆生用，如炙用则减低疗效。刘氏[268]在临床上亦用生水蛭，认为生水蛭含有抗凝物质。

5.现代应用

自仲景提出瘀血这一病理概念以后，在中医学领域里逐步形成瘀血学说。近年来这一学说应用很广，对其认识也逐渐深入。例如蔡氏[267]认为，现代医学的微循环障碍与袓国医学的血瘀症含义相同，具有同一的病理意义。蔡氏以休克为例，指出失血、创伤或中毒都可以造成有效循环血量的减少，小动、静脉收缩，微循环血流量显著减少，毛细血管内血流速度减慢，血量减少，微小循环的血流甚至停滞，形成弥散性血管内凝血，使内脏细胞发生严重的缺血缺氧，甚至坏死等改变。因而认为对休克的发生与治疗应根据气滞血瘀学说，重新加以探讨。日本关西医大病理教室伊原信夫[268]报告关于中医“瘀血”的病理学研究结果，报告者从“瘀血证”病人的痔核、子宫底部和前列腺等的病变观察结果,认为“瘀血证”的形成可作表解如下：



并认为“膀胱三角部的瘀血象”多见于寒证膀胱炎，“寒”可以理解为“瘀血象”的感觉的表现。并提出了“瘀血症候群”这一名称。笔者认为，这里所谓“膀胱三角部的瘀血象”很可能就是中医的膀胱蓄血证。关于抵当汤的具体应用则远远超出了膀胱蓄血的范围。邓氏[269]用抵当汤治血瘀经闭，少腹硬满拒按的证候。罗氏「370,271]等用抵当丸治疗晚期血吸虫病51例,观察到肝脾有不同程度的缩小。而刘氏[271]治疗的2例病人，不仅脾脏得以缩小，且粪便孵化均呈阴性，实出意料之外，认为抵当丸对血吸虫是否有杀灭成虫或毁坏成虫的生殖能力，有进一步研究的价值。张氏[265]用抵当丸治疗1例西医确诊为（1）结核性腹膜炎（干性）；（2）结核性胸膜炎（干性）；（3）肺结核的病人，右腹部及脐下两处各有一明显硬块压痛，无反跳痛，获得彻底治愈的效果。说明抵当丸对肝脾肿大，炎性包块均有效果。刘氏[268]介绍曾用生水蛭细粉，1日3次，每次日服1.5克，治疗11例流行性出血热，于发热期连服3天，并配用西药维生素C、低分子右旋糖酐等，10例治愈，1例恢复期因脑溢血死亡。刘氏单用生水蛭是取其含有抗凝物质的水蛭素，可称中药西用，说明水蛭确有解除血液凝滞的作用。由于本方破血力猛，故有[25]主张孕妇、有失血史者禁用，而表证不解，或瘀血得下者停用。

#### <三> 桃仁承气汤证

1.原文汇要

109条 太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，当先解其外。外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。

[词义] 热结膀胱：膀胱不仅指器官，而是指在里之下焦部泣。其人如狂：本论中的烦、烦躁、心烦、谵语、如狂、发狂，均为热邪引起的不同程度的广义的烦证。外：包括表和半表半里。

太阳表不解，是言本证形成的经过，意味着太阳病的表热未解，内热郁结下焦，热盛血瘀而形成本证。热邪上扰心神则发狂；损伤脉络则血自下。下者愈，是自注文。言血自下则热随血解，瘀随下通，故可能自愈。条文中指出此种证候，其外不解者，尚未可攻，因恐其外邪内陷，故当先解其外，候外证巳解，只少腹急结时，才宜用桃核承气汤攻下其瘀热。

2.辨证要点

主症 少腹急结，或如狂，舌质紫，脉沉涩。

副症 或下瘀块。

柯韵伯[28]认为本汤证与抵当汤之区别，在于本汤证少腹急结而未硬满。牟氏[272]则认为本汤证的主症是少腹急结，而不在乎小便利与不利。丘氏[273]实践观察到，阴道下出瘀块，是有瘀结亦属本汤证。根据诸氏实践而组成上述脉症，以便掌握。

3.基本病理 下焦蓄血，瘀热互结。

本证的病理与抵当汤证相似，不过其程度较轻而已。故不赘笔。

4.药理方理

桃核承气汤方：

桃仁（50个去皮尖）9克 大黄12克 桂枝6克（去皮） 甘草6克（炙） 芒硝6克 上五味，以水14OO毫升，煮取500毫升，去滓，内芒硝，更上火微沸，下火，先食温服100毫升，日三服。当微利。

本方主药桃仁活血通瘀,与大黄之祛瘀推陈相合，则降低阴血之凝聚性、静件力量更大。桂枝、甘草辛甘化阳，宣阳化气，旨在助长阳的温动性，以相对降低阴的凝聚性、静性，间接助长桃仁、大黄活血祛瘀之力。大黄与芒硝相合,苦寒沉降，直泄下焦邪热，以清泄因瘀而阳郁所生之热，从而降低病理性阳热的升温性、动性，并能制约桂枝之上升性。故本方温清兼施，有升有降，实际上体现了平调阴阳的二相性作用。

李氏[274]则指出仲景用桃仁方剂共有10首，其用量因证而定。李氏的实验证明，桃仁经煮沸后，其苦杏仁酶遭到破坏，生成氢氰酸的可能性降低，因而毒性亦随之减弱，主张不必惧怕桃仁的用量。张氏[275]归纳《伤寒论》和《金匮》中用桃仁的10个方剂的适应证为：（1）少腹硬满，小便自利；（2）内有干血，蓄血或瘀血；（3）癥病血漏及妇人经水不利；（4）癥瘕疟母；（5）肠痈少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调，其脉沉紧；（6）肺痈胸中甲错，咳有微热、烦满。叶氏[276]的经验认为，本方不仅治下部瘀蓄，亦可治头部受伤后,瘀血未去，遗留种种不良症状。

5.现代应用

近年来，桃核承气汤几乎用于临床各科的瘀血证，尤以妇产科用得最多。如谭氏[277]用本方治疗难产1例，认为有逐瘀下胎之效。丘氏[273]曾述用本方治疗2例产后发狂，精神失常而伴少腹坚满的病人，应手取效，下黑便而愈。丘氏经验证明仲景所言因瘀作狂，临床上确实有之，用本方确能取效。丘氏还介绍治一例怀孕七月小产，少腹时痛，痛必下血，或见血块的病人，经用西药各种止血剂和中药补血剂未效，认为病从其小产而来，腹痛下血，挟有瘀块，而用止血、补血不效：明显属于蓄瘀，投本方数日下一物如肉块（按：可能为残留的胎盘组织），血遂止。金氏[278]介绍1例产程过长，血出不止，经用青霉素、仙鹤草素、麦角等，以及内服中药止血剂均无效，反见面热如醉，腹部疼痛，以手按之，腹热如炉而硬，压痛明显，头汗出如豆，不欲衣被，日夜狂呼无已，并兼身热、口苦、脉数、苔黄，用小柴胡汤合本方二帖，大便解出紫黑色血块很多，而诸证解除。丘氏和金氏的实践证明，瘀血阻滞可以引起出血不止和神志症状，而活血化瘀可以达到止血的目的，使瘀血去而血流通畅，血能循经则不妄行，自然可以止血。曾氏[279]报告1例产后阴道血肿，经10余天不但不能自行吸收，反有继续出血漫延之势，小便逐渐不通，针药不效，又不愿手术，认为下焦蓄血,用本方加三七之类，服2剂,下瘀块约2市升，小便随之通畅,诸证缓解而愈。曾氏认为，验蓄血与否？虽以小便利与不利来区别，而本例病人小便不利，按理应是蓄水而非蓄血，但目睹局部血肿，下焦蓄血之诊断自可成立，而用本方又取效，足见以小便利否，辨蓄血蓄水不是绝对的，当视其具体情况而定。牟氏[272]用本方治疗1例淋病性尿道狭窄伴发尿潴留和1例宫外孕术后小便癃闭，均2剂而愈的经验，更证明了小便利否？不是辨蓄血蓄水的绝对标准。张氏[280]对1例慢性盆腔炎、子宫发育不良，以致月经前下腹剧痛，发热头痛，直至月经来潮时才热退痛止，认为是瘀血阻滞，用桃仁承气汤2剂而证减，后以当归芍药散调服收功。陈氏[281]认为，瘀血不是一个病名，而是一综含征，介绍用本方加味治疗1例月经过多症、肌肉风湿痛的病人，左下腹一长形包块压痛，常有低热，诊为久瘀积滞症，用本方治疗半月，低热解除,全身剧痛减轻，左下腹部包块消失，后改桂枝茯苓丸继服三月而诸证均愈。本方不仅用于妇科诸病，对其它各科凡属血瘀者均可取效。陈氏用本方治疗1例高血压、轻度脑溢血的病人，诊断为实热性中风，瘀痰两结症，亦获良效。王氏[282]曾诊治一粘连性肠梗阻病人，认为下焦素有瘀血内蓄,肠道不利，复因寒温、饮食、劳动等不慎，渐使气血郁闭，肠道不通,传导失职，升降失司所致，用本方加半夏等治疗，观察到服药后两小时，腹内漉漉，矢气频作，突然下数枚黑色燥屎，接着下大量混浊稀便，其中含有黑色鲜红色粘稠血样物，腹部顿觉松快。彭氏[283]用本方治疗1例血瘀腰痛，邓氏[269]用本方治疗5例腰椎骨折早期，均取得满意效果。邓氏还观察到5例均引起明显腹泻,泻出暗棕色稀便，腹泻后症状随之减轻，一般在2剂后暗棕色稀便逐渐变清。笔者经验，仲景的几乎所有含大黄的攻下剂，服药后均泻出棕黑色大便，古人认为此即瘀血积滞，但迄今尚没有人研究过，究竞是药色还是瘀血？提醒有兴趣者化验一下，弄个清楚。此外，邓氏[284]介绍用本方加生地、仙鹤草等治愈1例用西药无效的过敏性紫瘢症；赵氏[285]用本方治愈1例癫狂症，都是别开生面的用法、尤其是裴氏[286]用本方加黄芩、黄连、木香、马齿苋组成“新订桃仁承气汤”，治疗暴发性痢疾26例，治愈22例，死亡2例，因疗效不显而自动转脘2例，指出虽同时配合了补液和氯霉素治疗，但治愈率比单用抗生素为高，接近阿托品疗法，且有的是使用阿托品疗法、冬眠疗法乏效而用本方取效的，也有单纯用本方治愈的，故其疗效是肯定的，是具有创造性的用法。裴氏说,他曾经用葛根芩连汤、香连丸、白头翁汤治疗暴发性痢疾效果不佳，是忽视了本病的特殊性；也曾用紫雪丹等治疗无效，是抓了现象（脑症状）忽视了本质。他说，仲景提出“下痢谵语者，有燥屎也。”在医学上首先把肠道疾患和脑症状结合起来,真了不起，后来朱丹溪重视这一论点，开始用硝黄治痢证。裴氏认为，大剂硝黄使肠腔荡涤，使细菌和毒素得以迅速排除体外，从而减少全身毛细血管中毒症；其泻下作用又缓解了脑水肿，故对本病来说，攻下措施是当务之急。因此，主张此种“釜底抽薪”法是解决本病主要矛盾的有效措施。裴氏之认识，堪称深刻。令人感兴趣的是，黄氏[287]用本方通腑泄气，釜底抽薪，治疗肺结核大咯血35例中偏火盛热结者24例病人，收到满意效果。认为气火以下降为顺，本方通腑泄气，兼去瘀血，确有火症、火脉可据者，方可用之，且须中病即止，诚属妙用。张氏[288]述及自2多年来用本方治疗蛲虫病收效甚好，认为蛲虫主要寄生在下焦部位，本方正当首选，取桃仁治瘀血之闭，杀小虫有效，配小承气缓下以助驱虫，亦可谓有见解。至于有人[289]报告用本方加白芍、银花、丹皮、山栀等，治疗流行性出血热58例的少尿期，获得较好疗效，理论上是怎么考虑的则很费解，也许是以西医理论为指导用中药的。

综上所述，仲景以本方治疗下热蓄血证，但近年来的实践证明，不仅可治瘀血，也能治出血；不仅治下部之瘀血出血，也能治上部之瘀血出血；不仅治内伤杂证，也能治某些外感疾患；不仅治慢性疾患，也能治急证重证，其针对性如此之大，其原理实质颇值得研究。

### 六、瓜蒂散证类

#### <一> 瓜蒂散证

1.原文汇要

**171条 病如桂枝证，头不痛,项不强，寸脉微浮，胸中痞鞕，气上冲咽喉不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。**

[词义] 胸有寒：此处寒与痰义通，即胸有痰。气上冲不得息：为痰气上涌，呼吸气急之状。

病如桂枝证，意味着有恶风、发热、脉浮、自汗出、气冲等症状，好象桂枝汤证，但却不是桂枝汤证，因为头不痛，项不强，仅寸脉微浮。其胸中痞鞕，显然是有形之实邪梗阻；气上冲咽喉不得息，是气欲升却为实邪所阻，升降不利之状。寸脉主上焦，微浮也是气之升浮所致。仲景自注云：此为胸有寒也，即胸膈有寒痰阻滞之故。在上者因而越之,故宜瓜蒂散酸苦涌泄之剂治疗。

**354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。**

[词义] 脉乍紧：乍，忽也，言脉忽而紧忽而不紧。心下：此处指心中即胸中。

病人手足厥冷，脉乍紧者是实邪（寒痰）结于胸中，阳气不能布达于外所致。何以知之？其人心下满，故知实邪梗阻于中，阳气内郁不能外达，故既烦而又手足厥冷。病在胸中而不在胃脘，故尚知饥，但因梗阻却又不能食。有形之实痰梗阻于上，故当涌吐而宜瓜蒂散治疗。

2.辨证要点

主症 胸中梗塞胀满，气上冲咽喉欲吐复不能吐。

副症 手足厥冷，饥不能食,呼吸气急，或发热恶风自汗出，寸脉微浮或乍紧。

本证之手足厥冷与三阴病之手足厥逆不同，前者为实邪梗阻,阳气不能布达于外所致、为寒实证，后者为阳气虚，不能温煦四末引起，为阳虚证；故前者当治邪实而涌吐之，后者当温阳气而温补之，应区别开来。

3.基本病理 寒痰阻塞，胸阳不宣。

寒痰阴邪，阻塞胸中，故在胸中，阴大于阳。优势的阴（寒痰）的凝聚性、静性不仅引起胸中梗塞胀满，而且使弱势的阳（胸阳）不得升散，故手足厥冷,阳郁于内其动性引起烦。阳气欲升而被优势的阴的凝聚性、静性所阻，故形成气上冲咽喉，欲吐复不能吐，呼吸气急，以及脉微浮乍紧之状。本汤证显然是胸中阴阳失调的局部反应性证候。

4.药理方理

瓜蒂散方：

瓜蒂（熬黄）赤小豆各等分。上二味，各别捣筛，为散已，合治之，取1.5-3克。以香豉9克，用热汤1400毫升，煮作稀糜，去滓。取汁合散,温，顿服之。不吐者，少少加。得快吐，乃止。诸亡血家，不可与瓜蒂散。

本方瓜蒂味极苦而性升,苦以燥结痰，升以致涌吐；加赤小豆之苦酸，共成酸苦涌泄之效，以涌吐胸中之实邪；再以香豉之宣透，助长其涌吐之势，为致吐之峻剂。本方通过吐除寒痰而降低胸中阴的凝聚性、静性,达到平调阴阳的目的。

5,现代应用

庞氏[503]分析研究《伤寒论》的吐法后指出，凡是病理反应表现在胸脘部位而向上冲逆时，应用吐法，其主要治疗作用在于把胸中淤积的病理产物，如痰液、瘀血或积水等，用催吐法令其向上涌泄，使呼吸道消化道中的壅塞消除,气机畅通。但真正用瓜蒂散涌吐治病者，近年来尚未见报道。根据《金匮》瓜蒂治疗发黄的记载,有人[504]单用瓜蒂一味，5克加开水100毫升，浸10分钟后，加热煮沸，瓶口微开放出气体约3-4分钟，再将瓶塞关紧，浸泡10天后，再进行过滤3-4次，高压灭菌3-4小时后供口服，用法是口服5%浸液，每日2次，饭后服，6月-3岁，每次1毫升；4-12岁，每次1.5-2.0毫升；成人每次3-5毫升，治疗传染性肝炎103例，疗效甚为满意，无任何副作用，凡有体温升高者，一般服药2天即退烧，全部病例追踪观察1-2年，未发现肝硬化及死亡现象。这则治疗肝炎的报道，未出现呕吐反应，是否与其制备过程有关，当进一步研究。

## 第四章 少阳病

基本病理——半表半里，正邪分争。

证候提纲口苦、咽干、目眩，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲食，心烦喜呕，脉弦。

治疗总则——和解表里。

### —、柴胡汤证类

#### <一> 小柴胡汤证

1.原文汇要

**98条 伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡场主之。**

〔词义〕五六日：大约言之。往来寒热：寒已而热，热已而寒，交替出现。胸胁苦满：苦与痛相似，言胸部连及胁肋痛苦胀满。嘿嘿不欲饮食：嘿与默音义均同，沉默而不欲言之状；不欲饮食为不能食之轻症。喜呕：时常发呕。胁下痞硬：张氏[1]认为即肝大或脾大指征。

本条是言小柴胡场证的定症及或然症和治疗。伤寒或中风五六日，出现往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕四大症，表明病已从太阳转入少阳，是少阳病的初期证候。这四大症也是小柴胡汤的定证即特征性痖状。少阳属于人体半表半里，表里之间。邪气侵入少阳，入与阴争则寒，出与阳争则热，正邪纷争，相持不下，故往来寒热。胸胁属少阳半表半里之域，邪气壅滞，升降不利，故胸胁苦满。胸胁内联脏腑，近于心胃，阳邪郁于胸中影响上焦心神，则心烦而嘿喂不欲言；阴邪滞于胁下影响中焦胃失和降，则不欲饮食而喜呕。七个或然症是因对阴阳脏腑的影响不同，可出现可不出现的症状，不是确定本证的依据。这就是寒热两郁于半表半里使气机不枢而出现的证候。这样的证候，不在表，故不可汗；不在里，故不可攻；非单纯之寒邪或热邪，故不宜纯清纯温；邪正相持不下，单扶正单驱邪都不相宜；更非实邪结聚胸膈胃脘，吐法更不能用。故仲景立和法一门，以调和气机，用小柴胡场主之。

**99条 血弱气尽，腠里开，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，小柴胡汤主之。服柴胡汤巳，渴者属阳明，以法治之。**

[词义] 血弱气尽：尽当为“虚”字之误，气血虚弱之义。腠理开：肢理开发之义；因血弱则营虚于内，气弱则卫虚于外，内不能守，外不能卫，则腠理开发，用现代话说，即防御机能不全。邪气因入：邪气乘虚而入。脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也：痛作病字解，下作里字解，邪在上焦为高为表，意思是说，半表半里内与脏腑相连，其病必然由上焦之半表而波及中焦之半里，出现呕吐。

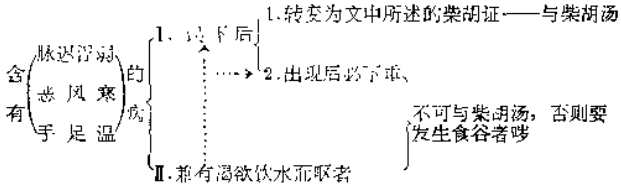
本条是自注小柴胡汤证四大主症的形成，以及自少阳转属阳明的征象。就是说，气血虚弱，腠理不固，外邪因而乘虚侵入，与正气相互搏斗于少阳的分野一一胁下，便产生胸胁苦满；正邪纷争，相持不下，故往来寒热，休作有时；至于嘿嘿不欲饮食，则是因为脏腑相连，其病半表半里波及邻近的脏腑而引起的，甚至还可产生呕吐，当用小柴胡汤治疗。如服柴胡汤以后，出现口渴，表明津液损伤，病已转属阳明，当以阳明治法治之。

**100条 得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食，而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，与柴胡汤，后必下重；本渴饮水而呕者，柴胡不中与也，食谷者哕。**

[词义] 脉迟：即迟泳。后必下重：后即大便，下重指下体沉重，即大便后重之义，哕：气逆作哕之状。

本条许多注家都释为辨柴胡疑似证。是说原为太阳病六七日一再误下，形成表虚里寒，病由太阳转为太阴病的证候，应当温化，如与柴胡汤，后必下重；如渴饮水而呕的，则属水饮病，柴胡更不中病情，误服之食谷作哕。持上述见解的理由大约是：脉迟主里有寒，脉浮弱主表虚，恶风寒颈项强是表证，手足温而不发热，面目及身黄，小便难均属太阴脾虚证，决不可因柴胡证有胁下满痛的定症，以及小便不利（小便难）、不欲饮食（不能食）的或然症，而误认为柴胡证；至于渴饮水而呕，是水饮病，不能因柴胡证有喜呕的定症，而误作是柴胡证。

但是，笔者认为，上述解释与103条“但见一证便是”柴胡证的定则不符合。因此，同意林氏[506]对本条精深而中肯的解释，林氏深入研究本条后，以分析表概括其义：



林氏根据分析表对照原文意思，加以简述：得病六七日以后，有些病人可以出现脉迟浮弱，恶风寒，手足温的证候。对这样的证候，如果医生都是叫病人再三服泻下药，那么病情就可以引起不同情况的变化。有的会转变成为这样一个证候：不能食而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难，如果是这样，就与小柴胡汤来治疗；有的会出现后必下重等症，这就不是柴胡证了。其次，脉迟浮弱，恶风寒，手足温的证候中，还兼有渴饮水而呕的症状时，服泻药固然不可，与柴胡汤也不对头。后述两者，误服柴胡汤，都可以发生食谷者哕的坏证。

**101条 伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。**

本条提出三阳合病独治少阳的定则。恶风、颈项强属太阳，胁下满属少阳，身热、手足温而渴属阳明。因少阳为半表半里，是气机升降出入的枢机，只要和解少阳，使枢机调达，则不解表而表解，不清里而里清。

**103条 伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。**

[词义] 一证：指定证之一而言。

本条提出使用柴胡汤的定则。无论伤寒中风，只要出现柴胡证：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕。但见其中之一症便可便用柴胡汤，不必全部出现才应用之。这是因为只要出现其中之一症，即表明病已入少阳，即当调和少阳。少阳枢机调达，自然表解里和。

**104条 凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。**

[词义] 蒸蒸而振：蒸蒸，高热汗出之貌；振，战栗状。

本条提出误治后柴胡证仍在者仍用柴胡汤治疗的定则。凡柴胡证误治而其证候仍然存在者，表明病未离半表半里，故须再与小柴胡汤治疗，使气机调达，正气驱邪外出，可能出现一阵蒸蒸而振的反应，却汗出而热解。

**233条 阳明病，胁下鞕满，不大便而呕，舌上白胎者，可与小柴胡汤。上焦得通，津液得下，胃气因和，身澉然汗出而解。**

[词义] 身澉然汗出而解：言汗如泉水涌出后而热解，是容易在热势骤降时发生的情况。

阳明病，意味着发热而不恶寒，且不大便。阳明病过程中出现胁下鞕满，呕吐，舌上白胎，表明邪气已初入少阳半表半里的分野，形成阳明少阳并病。然而，其证未见潮热、谵语、苔黄黑干起芒刺，故其部热虽留在阳明而不大便，但热而未实，未成燥屎，故不可攻下。这种阳明少阳并病，当从少阳治，用小柴胡汤调和气机，使半表半里的气机调达而无壅滞，则上焦的津液得以通调而下，胃气也因而调和，大便自通；其邪热也因气机调达，由里出表，檝然汗出而解。

本条间接说明，小柴胡汤治大便秘结，不是直接攻下通腑，而是调和半表半里，使津液]下而达到通便的目的。林氏[507]对通过这种机理治疗便秘很有研究，指出《金匮》中也有“新产妇人有三病，一者病痉，二者郁冒，三者大便难……大便坚，呕不能食，小柴胡汤主之”的记载。他综合《伤寒》《金匮》对便秘的这个证候群的认识，概括为三点：（1）这个证候群的具体表现是：肠胃症状——大便秘结，兼食欲不振，心下满和呕。热型——头汗出，而手足冷，或兼表有微恶寒。脉象一一属于弱脉类，如微弱，或细或沉细，沉紧等；（2）这个证候群的发生原因：血虚亡津液；（3）它是半表半里的小柴胡汤证，不可误补，当然也不可误通。林氏还引述（日本）栗园氏“久不大便者，也可用此方通之”的经验，提出这是特有的便秘的一个证候群。

**232条 阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。**

[词义] 小使自可：小便正常之义。

本条是言阳明少阳合病的治法。发潮热属阳明，胸胁满属少阳，但大便溏而不燥结，小便自可而不数，表明胃中无热实，故仍应从少阳治，与小柴胡汤。

**149条 妇人中风七八日，续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室，其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之。**

[词义] 血室即屋室，即具可以停留之处，血室即血液可停留的场所，究竟指人体何部，古今说法不一，将在后面介绍。经水：即月经。

关于热入血室的证候，《伤寒论》共有四条，即148、149、150和221条。其中148、149，150条是言妇人外感病热入血室，而148条和150条都是言“经水适来”形成热入血室，149条却言“经水适断”而热入血室；148条采取针刺治疗，149条用小柴胡治疗，150条说“必自愈”。至于221条，则是提的阳明病热入血室，且未言妇人……。由于这些情况，今医家对热入血室一证在下述三个问题上存在很大分歧：（1）血室指人体何部？（2）热入血室一证只妇人有吗？男子有没有？（3）对经水适来适断产生的热入血室的理解。

对于上述第一个问题，雷氏[508]作过一番研究，指出古代对血室有四种说法：（1）主张血室为冲任脉，如成无己《伤寒明理论》：“人身之血室者……即冲脉是也。”（2）主张血室是肝脏，如柯韵伯《伤寒来苏集》：“血室者肝也。肝为藏血之脏，故称血室。”（3）主张血室为肝脏与冲脉，如沈金鳌《伤寒论纲目》：“……然则血室之说，成氏主冲，柯氏主肝，二说虽异，其实则同。主冲者就其源头处而言，主肝者就其藏聚处而言”（4）主张血室为子宫，如罗天益《卫生宝鉴》：“血室者，《素问》所谓女子胞，即产肠也。”此外，张介宾也主张血室即子宫，说：“子户，即子宫也……曰血室。”《类经·三焦命门辨》）。血室的部位直接关系到第二个问题，即热入血室一证，只有妇人有呢，男子有没有？雷氏主张子宫说，认为只有妇人才有，并归纳热入血室的证候：（一）必具症：（1）见于妇人；（2）发生于经水适来或适断；（3）发热一一恶寒发热为表部所致，或寒热如疟，是正邪相争，邪热未尽入里，看上去似少阳证，但少阳证尚有口苦、咽干、目眩等，故只能视为少阳类似证，而不能肯定为太阳传入少阳；（二）或然症：（1）谵语或谵语如见鬼状；（2）胸胁下满如结胸状。雷氏根据这些症状，进一步指出热入血室的涵义：一切热性病与子宫有密切关系者，包括外感热病与子宫有联系者和西医所谓子宫炎症。照雷氏之说，则热入血室为妇女所独有，这和陈自铭、徐大椿等认识一致。但是，倪氏[509]却认为热入血室是另一种病症，且与经络学说有密切联系。倪氏分析仲景原文数条后说，血室并非子宫，是邪气由太阳转少阳而归于厥阴，结于血室，其病证与子宫无关，因为原文并未提及子宫。倪氏认为，血室是指人体血液聚会之所，很可能就是通常所说的血海，它有着司摄人体血液的功能，是有名无质的东西，其作用却与冲任两脉及厥阴经脉密切关联，当与子宫有别。照倪氏所说，则男女皆可害热入血室之证。这和喻嘉言、张隐庵等的看法一致。由于血室之定位不统一，其病机就费解了。许多注家以经水适来为血室空虚，适断为血结；也有以适来为实，适断为虚者。众说纷纭，莫衷一是。笔者从《金匮》热入血室四条均载于妇人杂病篇来看，认为热入血室是由于妇女生理上的特殊性，在月经前后外感热病过程中出现的特有证候，但不限于子宫疾患。众所周知，仲景之精义不在于具体的形态结构的损伤，而是有什么证候就用什么方药。故血室之为何？当存疑以待更聪明者来阐述。但古注家以经水适来适断血虚血癖或血实血结的标志，未免近乎忆测，因为刺期门（148条）、用小柴胡扬（149条）或“必自愈”（150条），对这些都没有什么针对性。笔者认为，所谓热入血室就是妇女在月经前后罹患的下述病证：148条“妇人中风，发热恶寒，经水适来，得之七八日，热除而脉迟身凉，胸胁下满如结胸状，谵语者，此为热入血室也，当刺期门，随其实而取之。”发热恶寒属太阳，胸胁下满如结胸状属少阳，谵语属阳明，故本条是太阳少阳阳明并病，取少阳刺期门治疗；149条，中风七八日属太阳，续得寒热如疟状属少阳，故本条是太阳少阳并病；150条“妇人伤寒，发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语如见鬼状者，此为热入血室，无犯胃气及上二焦，必自愈。”伤寒发热属太阳，谵语如见鬼状属阳明，故本条是太阳阳明并病，因其月经正行，既不可汗，更不可下，又没出现柴胡证，也不宜用柴胡汤，仲景采取休息以待自然全愈。不过，后世注家有的认为，150条比148条、149条的证候都重，安可不治而愈，刺期门与小柴胡汤皆可择而用之，笔者无此经验，未敢补仲景之未备。由上述可知，抛开血室不谈，凭症状辨证候，按证候施方药，反觉利落得多。为了尊重习惯，用热入血室一词来代表妇女外感热病又适月经期中出现的这组证候是可以的，而纠缠在血室是什么上则大可不必，因为最终将得不出大家都认可的任何结论，于治疗也无裨益。

2.辨证要点

主症 往来寒热，胸胁苦满，神情默默，不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干、目眩，苔白，脉弦。

副症 或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞鞕，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳。或经水适来适断、寒热有时如疟状。

寒热是许多汤证的主症。陈氏曾对本论中的热型作过总结，共九种。其中持续性发热六种，即发热恶寒（发热同时又有恶寒），但热不寒（只发热而不恶寒），似寒不热（只恶寒不发热），往来寒热（寒已而热，热已而寒），寒热如疟（定时恶寒发热如疟，但持续性），日晡潮热（日晡出现高热）；间歇性发热三种，即太阳有寒多热少如疟状，日再发和一日二三度发的热型；阳明有日晡潮热的热型，少阳有寒热如疟，休作有时的热型。陈氏认为，上述热型只要兼有柴胡主症之一，如胸胁满痛或心烦喜呕，均可确定为柴胡证；如不兼柴胡主症，则当分经论治。

三阳多有呕吐一症，其辨别要点在于和其同时出现的热型相联系。太阳之呕，发热恶寒而呕：阳明之呕，不恶寒但恶热而呕；少阳之呕，往来寒热而呕，以此为别。

柴胡汤证的胸胁苦满，与泻心汤证心下痞满不同，前者为胁肋胀满连及胸部，为身之两侧，后者心下痞满是指胃脘部胀满；前者伴往来寒热，后者无往来寒热。

关于确定柴胡汤证的标准，古往今来的注家都认为是往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕四大症。今人俞氏[511]根据这样的标准，用小柴胡汤加减治疗渗出性胸膜炎、急性肾盂肾炎、急慢性胆囊炎、肠伤寒、传染性肝炎的慢性阶段、溃疡病等，均获良效的事实证明是正确的。但何氏[512]的经验指出，柴胡证应以胸胁苦满、口苦心烦为辨证要点，认为这是主症中的主症。而俞氏[143]则另有创见，认为口苦咽干目眩为一证；寒热往来为一证；心烦喜呕为一证；胸胁苦满为一证；胁下痛为一证，这五证中但见一证便是柴胡证，不必悉具。诸氏都有自己的实践经验，故列于此以供读者参考。

3.基本病理 半表半里，正邪分争。

人体对外邪入侵的病理反应层次是，表→半表半里→里，故半表半里既不是表，也不是里，是由表入里，由里出表之处，恰似枢机一样，为人体阴阳升降，气机出入的中心。正由于半表半里所处的部位的特殊性，故其病理反应常波及到表里内外各个相连的层次，而出现表里寒热虚实错杂的证候。在半表，当阴邪并于营时，则阴大于阳，优势的营阴的沉凝性、静性引起恶寒，阳气被郁而不得升散；当阳邪并于卫，被郁之阳气不断增强，以致形成阴小于阳时，于是，居优势的阳的温散性、动性引起发热。阳因过分发散而减弱，则可出现阴大于阳；被郁之阳气不断增长，到相当程度时，又可出现阴小于阳，如此循环往复，便形成往来寒热。在半里，阳邪郁于胸中，胸中阴小于阳，阳的升温性、动性影响到上焦心神，则心烦而嘿嘿不欲言；波及非表非里的窍道，便出现口苦、咽干、目眩。在半里，阴邪滞于胁下胃脘，使胁下胃院阴大于阳，影响到中焦胃失和降，则不欲饮食而喜呕。如在半里的阴邪，其优势过大，则可进一步影响到脾，使其运化呆顿，以致水饮停聚，出现心下悸、小便不利，或腹中痛，水饮涉及肺还可引起或咳等或然症。在半表半里之间，邪正分争，相持不下，引起胸胁苦满；如阴的凝聚性、静性居优势，可由胸胁苦满逐渐发展到胁下痞鞕。综上所述，可见小柴胡汤证是一组阴阳表里错杂的整体反应性与胸胁局部反应性共同构成的证候；而邪正分争，力成均势，相持不下，又表明是一组不虚性失调的证候。

4.药理方理

小柴胡汤方：

柴胡15克 黄芩9克 人参9克 半夏（洗，半升）9克 炙甘草9克 生姜9克 大枣12枚 上七味，以水2400毫升，煮取1200毫升，去滓，再煎取600毫升，温服200毫升，日三服。若胸中烦而不呕者，去半夏人参，加栝萎实一枚。若渴，去半夏，加人参合煎成13.5克，栝蒌根12克。若腹中痛者，去黄芩，加芍药9克。若胁下痞粳，去大枣，加牡蛎12克。若心下悸、小便不利者，去黄芩加茯苓12克。若不渴、外有微热者，去人参，加桂枝9克，温复微汗愈。若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子（半升）9克、干姜6克。

《伤寒论》治疗“八法”中的和法，即和解、调和的意思。其广泛的含义包括了寒热并用，补泻合方，表里双解，苦辛合化，上下分消，调气和血等。小柴胡汤则是体现和法的基本方。方中柴胡苦平而气质轻清，具有升降两性。其气轻而升浮，味苦而降泄，功能疏达半表半里之气机，使半表之阴阳调达，而往来寒热可除；使半里之郁滞疏解，而胸胁苦满可去，为平调阴阳之主药。黄芩苦寒性降，清泄半里之郁热，而除心烦、口苦、咽干和目眩；半夏、生姜辛温性升，解除半里阴邪之凝聚，而和胃止呕，并除食欲不振。黄芩与半夏合，具有辛升苦降之妙，功能辅助柴胡的升降两性。在半表半里，邪正分争，相持不下，故用人参、甘草、大枣以扶正，柴、芩、半夏以驱邪，旨在改变邪正均势的局面，使邪气从半表半里出表，激然汗出而解，具有补泄兼施之用。故陈氏[513]说：本方寒热并用，攻补兼施，有和解少阳，疏利三焦，调达升降，宣通内外，运行气血的功效，是和解法的首选方。凡阳气郁伏，热入血室，少阳兼有里虚，少阳兼涉阳明，以及厥阴还出少阴之证，皆可随证加减而运用。可称总结之语。

小柴胡汤之配合，药虽数味，但恰到好处。今人朱氏[514]从大量实例中观察到，本方配苦寒之黄芩，苦辛之半夏，确有辅助柴胡的升降两性之作用，如去黄芩，则胸胁苦满除而往来寒热不去，去半夏则热能除而胸胁苦满仍在，单纯使用柴胡其退热作用并不可靠，必须配合黄芩方能退热。朱氏还单用柴胡止呕，试治多例，非但不能止呕，反有头晕的反应；而用本方与旋复代赭石汤损益，治疗80余例妊娠呕吐无1例不效。

柴胡具有升降两性是肯定的。但前人却有柴胡有升无降、劫肝阴之说。林氏[515]查证柴胡升散劫阴之说，起自金元时代的张洁古，其后如李东垣、张景岳、叶天士等也有是说。林氏不同意此说，以《伤寒论》中用柴胡于泛呕症，如“心烦喜呕……小柴胡场主之”；“呕而发热者，柴胡证具。”；“阳明病，胁下鞕满，不大便而呕，舌上白胎者，可与小柴胡汤……”还引述章次公先生的经验，用柴胡30克以上有泻下作用为依据，认为柴胡有升有降，绝非大升大散和劫阴之品。

吴氏[516]引述龙野一雄《中医临诊处方入门》之说，和自己的经验证明，柴胡可以调节肝脏的机能，小柴胡汤确有缓解自胸胁部位至心下部充塞的作用，这种作用是由于调节肝脏机能而发生的。吴氏还观察到柴胡有退热作用。此说得到周氏[517]介绍日人（《日本东洋医学会志》22《通卷81号》《3》：28~29）实验的支持。该实验证明，柴胡皂素的抗炎作用和强的松龙相同，具有抗肉芽和抗渗出的作用；在柴胡复方中，柴胡含量极少，但柴胡桂枝汤的抗渗出作用较单味柴胡为强；在抗肉芽作用上，小柴胡汤、柴胡桂枝汤与柴胡提取剂有同等效果，而柴胡桂枝干姜汤的效果更好；柴胡与瘀血剂合用，其抗渗出作用和抗肉芽作用均超过两者药效的总合。周氏[518]还介绍日人细野史郎（《日本东洋医学会志》21《1》：8-4，1970，）对柴胡所作的下述实验报告：（1）柴胡具有相当强的催眠作用；（2）小剂量有相当强的利尿作用，大剂量（中毒量）则无利尿作用；（3）小剂量可增进食欲，大剂量有的食欲减退（体质健康者则增进）。这个实验说明，柴胡具有很广泛的作用。

对小柴胡汤的七个加减法，何氏[510]等最有研究，指出这是主症不变，主方亦不变的灵活应用的范例。他分析七个如减法：（1）胸中烦而不呕，去半夏、人参，加栝蒌实。因其不虚、胃中和而不呕，故去人参、半夏。加栝蒌实以导热下降，而除胸中烦热；（2）若腹中痛者，去黄芩加芍药。是胆郁胃虚，脾滞失运所致，故去苦寒之黄芩，加平肝之芍药，有芍甘汤之义；（3）若渴，则去半夏，加人参、栝蒌根。半夏燥津液，非渴所宜，故去之。加人参、栝蒌根取其彻热生津之义；（4）若胁下鞍满，去大枣加牡蛎。去大枣之甘腻免增凝聚之弊，加牡蛎消痰软坚，以利气机枢转；（5）若心下悸，小便不利者，去黄芩加茯苓、本属水气内停，故去黄芩之苦寒，加茯苓淡渗以利水道；（6）若不渴，外有微热者，去人参，加桂枝，温复微汗，外寒未全化热入里，加桂枝增强柴胡透解之力。因不渴无须生津之人参；（7）若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味、干姜。咳为肺气逆，乃水饮内停引起，故去人参、大枣之甘腻壅塞和生姜之过散，加干姜、五味旨在温肺敛气。总之，诚如张氏[520]所说，小柴胡汤应用很广，只要掌握其主症、兼症、病理、鉴别，以及其专用、兼用、先后用、不可用、加减用等几个方面，就掌握了它的运用规律。熊氏[521]根据自己的经验，提出小柴胡汤的下述禁忌证：上盛下虚，或肝火偏亢，有时服本方会出现头痛、目眩或齿银出血等症状，故不宜服；此外，平素阴虚吐血，或有肝阳上亢之高血压病者，也不宜服。是值得进一步实践观察的。

5.现代应用

仲景的证治经验是从实践得来的，这些经验巧妙地以几个具有共性特点的主症，为其汤证适应范围的标志，无疑其针对性是很大的。庞氏[522]指出，凡是病理反应表现在胸胁部的躯壳介层之间，半表半里证，均可应用小柴胡汤。熊氏[521]经验指出，凡具有小柴胡汤证主症的多种发热性疾病，如感冒、扁桃体炎、疟疾、流行性腮腺炎、急性病毒性肝炎、产后发热等，以及许氏[523]所说体虚劳热，热性病的后期，均可应用本方治疗而取效。张氏[524]曾述仲景用柴胡的汤方治疗多种发热性疾病确有良效，他用柴胡与芳香化湿为伍治疗湿温病；柴胡配茵陈蒿汤治疗黄疸病（急性传染性肝炎）；小柴胡汤加减治疗疟疾等，都取得满意的效果。尤其是在治疗疟疾方面，刘氏[525]的实践证明，采取小柴胡汤原方加常山槟榔等，治疗间日疟、三日疟其优点是：对于一般抗疟药物治疗失败，以及新发或复发疟疾，均1剂治愈，而未发现复发者。虞氏[528]也有同样经验，用小柴胡汤合截疟七宝饮治疗45例间日疟，全部病人均经血片检验找到疟原虫存在，但全部病人均用上述汤方而终止发作，其中服2剂25例，3剂者15例，4剂者5例，对30例病人作随访，仅1例复发。小柴胡汤治一些急慢性发热性病证效果也是显著的。如沈氏[527]报告治疗产后发热8例，均系产后感染引起经抗菌素治疗效果不明显，而用小柴胡汤收效。湛江市中医院报[548]报告治疗小儿“夜热”15例。“夜热”的表现系指患儿夜间发热甚高，白天显著下降或正常，病程长、缠绵的病证。认为外邪已在半表半里，正气已虚，抗病力不足，用小柴胡汤为主，随证加减，服药1天内热度不同程度减退，3天内全部治愈。并指出，此等病人的白血球往往偏低，而本方对于一些用过大量抗生素或清热解毒药未见热减的病人，疗效更为显著。申氏[529]曾叙述治疗4例长期潮热症，其中3例均是长期高烧，最长达7个月，最短为50天；1例是自觉下午烦热，手足心发烧，但客观检査体温正常，无论是客观或主观感到的发热，都是经过长时间用最新化学药品治疗无效，而用小柴胡汤治疗获得满意效果。看来，小柴胡汤治疗此类“无名热”是一个很有前景的课题。针对胸胁苦满或胁下痞鞕一症，用小柴胡汤治疗肝、胸膜疾患，近年来也不乏报告。如郭氏[530]曾述用本方治疗无黄疸型传染性肝炎，吴氏[516]用本方治疗各型肝炎（包括肝硬化）78例，均证明对肝机能障碍引起的发热、肝肿或痛，以及痞硬重压感等症状，都可起到良好的治疗作用。又如向氏[531]报告用小柴胡汤合并升麻鳖甲汤，治疗6例肝昏迷（5例为传染性肝炎，1例为肝硬化并发者）5例全愈，死亡1例，虽是中西医结合治疗，但认为比单纯用西药的效果为优，此外，林氏[532]曾用小柴胡汤治疗渗出性胸膜炎早期胸胁肋疼痛，往来寒热，观察到有较好的退热和缓解症状的效果。至于小柴胡汤使“上焦得通，津液得下”的作用，不仅能使“胃气因和”，还可以使小便因利。这一点从张氏[533,534]等的临床报告中得到证实。张氏介绍1例慢性肾炎病人，全身浮肿，中等腹水，肾功极坏，1日排尿仅600-700毫升，复因沐浴感冒，体温40℃，经用合霉素、青霉素而热不退，尿量更少，浮肿与腹水亦同时增进且出现面潮红，苔黄，汤水入口即吐，口渴口苦，微汗出，寒热往来，便稀溏，少阳证悉具，乃用小柴胡汤加瓜蒌、陈皮，2剂而体温降至常度，尿量增至（由500）3200毫升，浮肿及腹水亦显著减退。张氏申明，本例患者3个月来用尽改善肾功及利尿方剂，最多排1200毫升，而用本方后竟排尿突破以前最高纪录，足以证明本方有利尿作用。王氏[534]则用小柴胡汤加黄芪，治愈1例结核病服雷米封数天后形成癃闭，小便点滴不通，服药3剂而愈。但是，小柴胡汤治疗泄泻是通过什么原理收效则很费解，是否因其利小便而实大便的作用呢？当进一步研究。不管原理如何？实践证明是有效的。郑氏[535]举出用中西医对照治疗中毒性消化不良和消化不良的严重泄泻患儿的事实是最有说服力的。郑氏报告中医组治疗上述病症300例，分一方（四逆散加车前仁），二方（小柴胡汤加车前子、枳实），三方（四逆散、小柴胡汤加车前子），结果一、三方效果不好，二方效果极满意。郑氏认为，一、三方效果不好的主要原因是有芍药的柔肝，通脾胃结气的作用所致。此外，窦氏[536]报告用本方治疗鼻渊，陈氏[537]报告用本方治疗美尼尔氏综合征引起的眩晕，崔氏[538]介绍（日本）大冢敬节用本方治疗禿头症等，均取得一定效果云。

#### <二> 柴胡加龙骨牡蛎汤证

1.原文汇要

110条 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，柴胡如龙骨牡蛎汤主之。

[词义] 烦惊：心烦而时惊惕之状，亦属烦证。

伤寒八九日，未出现阳明证而下之，阳邪内陷少阳，故胸满烦惊，并波及阳明，故谵语。然而，太阳之表和少阳半表并未因误下而解，故一身尽重，不可转侧。小便不利者，则是因少阳气机不枢，三焦不利，气化受阻所致。当以柴胡加龙骨牡蛎汤治疗。

本条证候应属太阳少阳阳明并病，或此三经的中间证。诸家皆认为是丰柴胡证而误下后出现的证候，但文首并未言柴胡证，且胸满烦惊等症是在下之后出现的，故可断言下之前是太阳病而非少阳病。正因为在表之残余症未因误下而解，所以才有一身尽痛，不能转侧的存在。任氏[539]对此独有卓见，在本条项下指出，本方柴胡桂枝就是为太少阳表不解，一身尽重而设的。显然，任氏是同意此说的。

2.辨证要点

主症 胸胁满闷，烦躁谵语，惊惕不安，小便不利，舌红苔黄，脉弦数。

副症 一身困重，不能转侧。或眩晕耳鸣，失眠易怒，或狂躁，夜游，或心悸亢进。

根据钱氏[540]对本汤证的理解；（1）胸满为少阳胸胁痞满之简称，少阳诸定症为类似症；（2）烦惊为烦躁惊悸，属肝胆经症，可把烦恼易惊，焦虑，恐惧，精神不定，胸腹悸动，筋惕肉瞤，目眩等作为类似症；（3）谵语为阳明里实症，可把谵妄，神志不宁，癫痫，夜寐不安，头晕耳鸣，作为类似症；（4）小便不利为热部蕴阻三焦，少阳枢机不利，可把小便短赤涩痛，大便秘结，肢体倦怠，无汗或水肿作为类似症。钱氏所列类似症，也是近代不少医家的经验，故统统可以视为本证的副症。

3.基本病理 三阳并病，阴阳错杂。

本证为太阳误下（或自然演变），邪气弥漫三阳，形成表里俱病，虚实互见，寒热夹杂的复杂证候。在半表，阴大于阳，优势的阴的沉凝性、静性引起一身尽重，不可转侧。在半表半里之间，邪正均势，分争于胸胁之域，故胸胁满闷。在半里阴小于阳，阳的升温性、动性导致心神受扰，故出现烦惊及其类似的副症。阳邪内陷阳明之里，故在里阴小于阳，而出现谵语及其类似的副症，但因其小便不利，大便不鞭，虽有谵语却热面未实，未形成阳明里实证。小便不利则是因少阳壅滞，.三焦气化不行所致。总之，本证基本属于整体反应性而偏于增强性失调的证候。

4.药理方理

柴胡加龙骨牡蛎汤方：

柴胡12克 龙骨 黄芩 生姜 铅丹 人参 桂枝 茯苓 各4.5克 半夏（二合半）6克 大黄6克 牡蛎（熬）4.5克 大枣6枚 上十二味，以水1600毫升，煮取800毫升，内大黄切如棋子，更煮一两沸，去滓，温服200毫升。本云：柴胡汤，今加龙骨等。

本方针对的病变复杂，故用药亦复杂。柴胡与桂枝合，性辛散而除半表未尽内陷之邪，降低其沉凝性、静性，针对一身尽重而设。柴胡与半夏、生姜合，性苦辛以解半表半里之间的凝聚，而治胸胁满闷。柴胡与黄芩合，苦寒以清泄半里之邪热，复得龙骨、牡蛎、铅丹之质重镇降相助（铅丹有毒，有主张用生铁落30克代之，可取），可迅速降低胸中阳的升温性、动性，而治烦躁、惊惕及其类似症。大黄苦寒直清已陷之里热，以削减在里阳的优势。茯苓淡渗通利小便，以使下降之邪热从小便而去。人参大枣扶助正气，改变少阳正邪均势的局面，使邪气去而正气存。总之，本方寒温并用，攻补兼施，升降两行，便错杂之邪气，得从内外而解；使不同病理层次之阴阳，得以全面平调，体现出复杂中的精深。

5.现代应用

近年来，柴胡加龙骨牡蛎汤多用以治疗神经系统方面的病证。张氏[541]的经验指出，凡见胸胁苦满，眩晕耳鸣，惊悸失眠，心烦易怒等属肝胆郁热之证，均可应用本方取效，而不限于急性热病范围。他曾叙述用本方治疗癫痫，“甲亢”，脑雳荡后遗症，失眠，眩晕等，都获得较满意的疗效。周氏[542]报告用本方去桂枝、人参、大枣，加桃仁、红花等，治疗精神分裂症40例，全愈10例，好转10例，无效20例，有效率50%，观察到对已用休克治疗或氯硫二苯胺或利血平无效者，服本方仍有一定效果，认为治疗本病似应重视血分。周氏[543]用本方与铁落饮配合，治疗13例早老性精神病（其中10例经气脑证明为脑萎缩），全愈3例，显著进步8例，稍进步者1例，无效1例，观察到无任何副作用产生，亦无禁忌症发现。陈氏[544]对柴胡加龙骨牡蛎汤的治疗作用和适应证作了新的探讨，认为在病因方面，主要属于阳虚饮结和肝胆失调；在症状表现方面，为悸——包括心悸亢进、或心下脐下及胸腹悸动；惊——包括易惊、恐惧、精神不安；癫——包括狂躁、神志异常；痫——即痫症出现的情况。陈氏依据上述认识，用本方治疗4例癫痫、夜游症收到良好效果。岳氏[547]认为，本方具有和解摄纳、育阴潜阳、柔以制刚、因势利导之妙，报告用本方治愈顽固性癫痫1例。此外，朱氏[545]报告治疗1例美尼尔氏综合征，表现有柴胡证兼胃脘部悸动感，用本方治愈。吴氏[546]曾对“甲亢”实证用本方缓解症状治标，报道效果满意；在缓解症状后，继之以桂枝茯苓丸活血化瘀软坚治本，据称疗效稳定，体会到治“甲亢”必从治肝入手，可称经验之谈。

#### <三> 柴胡桂枝汤证

1.原文汇要

**151条 伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡柱枝汤主之。**

[词义] 支节烦疼：支节即四支百节，统指全身骨节；烦疼即痠疼，反复放置不得舒适之情状。心下支结：心下即胸下，支结即轻度胀满如有物支撑堵塞之状，为胸胁苦满之初始。

伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，是太阳表证未解；但出现微呕，心下支结的少阳证，可知病已由表波及到半表半里，形成太阳少阳并病。在太阳之表，微恶寒表明恶寒不重而发热也轻，支节烦疼也仅仅是不舒适状，可见太阳表证轻微。在半表半里，微呕和心下支结，其证也轻。表证轻，故取桂枝汤之半；半表半里证轻，故取柴胡汤之半，合成柴胡桂枝汤治疗。

2.辨证要点

主症 发热，微恶风寒，肢节烦痛，微呕，胸胁心下微满，苔薄白，脉浮弦。

副症 头痛，不欲饮食。

3.基本病理 表邪未解，初犯少阳。

本证表邪未尽，营卫不和，营阴的沉凝性、静性大于卫阳的升散性、动性，故微恶风寒，肢节烦痛，发热而不汗出。邪气初犯少阳，分争于胸胁心下，微滞胃脘，因其势较微，故胸胁心下微满，微呕。本证实为太阳少阳并病的整体反应性轻证。

4.药理方理

柴胡桂枝汤方：

桂枝4.5克 芍药4.5克 黄芩4.5克 人参4.5克 炙甘草3克 半夏（洗、二合半）4.5克 大枣（擘）6枚 生姜4.5克 柴胡12克 上九味，以水1400毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升。本云：人参汤，作如桂枝法，加半夏、柴胡、黄芩；复如柴胡法，今用人参作半剂。

本方为桂枝汤与小柴胡汤二方各半合剂而成，以桂枝汤调和营卫解太阳之表，柴胡汤和解少阳除半表半里之郁。药理方理与前述桂枝汤和柴胡汤同，不重复。

（日本）管谷爱子氏等[548]根据柴胡桂枝汤有治疗癫痫的效果，进行了神经药理学研究，经动物实验观察到，木方对癫痫模型是有效的，认为其抗癫痫作用可能是各组成药物的综合作用的结果，至少柴胡、桂枝、芍药、生姜是起更大作用的。高头迪明氏[548]亦作过同样实验，结果指出柴胡桂枝汤具有轻度延长巴比妥酸盐的睡眠时间和对电击的延长生命效果，提示本方有中枢抑制作用；另一方面，对实验性癫痫模型的大鼠之激发现象也没有什么影响，证明本方和一般的抗痉剂不同，它只是对特殊的痉挛模型有效，总之，通过这次实验不能确证柴胡桂枝汤对癫痫的治疗效果。

5.现代应用

柴胡桂枝汤在日本由于治愈癫痫病而引人注目。管谷氏[548]报告，癫痫病人常有胸胁苦满与腹直肌拘挛，具有柴胡证，投与柴胡桂枝汤加味有的获得治愈，有的能在数日乃至数年间控制发作，而引起临床与实验研究者的兴趣。但在国内尚未见报告治疗癫痫者。仅李氏报告用本方治疗外感风寒和胃脘痛同时发病者，疗效颇佳云。此外，李氏[550]报告用本方治疗肝硬变病人因久服丸药（化坚丸）后食欲不振的症状，经治7例获得相当满意的效果，使病人自觉症状改善，血浆蛋白恢复正常，肝脾肿大程度减轻，肝功能进步，认为虽仅7例，但肯定的说明此疗效已非西医所能得到。总之，上述应用范围都是以仲景所确定的主症指标为依据的，尚未见有别开生面的报道者。

<四> 柴胡桂枝干姜汤证

1.原文汇要

**152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。**

[词义] 微结：比支结史轻，为胸胁苦满之轻微者。已发汗：是指在太阳病阶段己投发汗剂。复下之：是说曾经一度用过攻下剂而再度攻下之义。

伤寒五六日，迭经汗下，病传少阳，正邪分争，半表半里之枢机不利，故往来寒热，胸胁满微结。少阳气机不舒，三焦水道受阻，下焦水饮不化；故小便不利，小便不利，又渴而不呕，水无去路，必水饮内停，故其胸胁满微结，必为水饮停聚所致。在中上焦热郁胸中，故心烦；郁热上蒸，故头汗出；津液不升，胃中少津，故口渴。皆因少阳未解，引起水饮与热邪错杂于三焦之间形成的证候。

2.辨证要点

主症 往来寒热，胸胁满闷，心烦，口渴，不呕，小便不利。

副症 但头汗出，或苔薄白，脉沉弦。

柴胡桂枝干姜汤证口渴而小便不利与五苓散证口渴而小便不利，同为水饮内停，津液不升，病机颇相似。不过后者为太阳饮停，前者为少阳饮停之异。

3.基本病理 少阳不和，水热错杂。

在半表，营卫不和而往来寒热，与柴胡证同。在半表半里之间，阴大于阳，阴的凝聚性、静性导致三焦不利，水饮停聚，故胸胁满闷。在半里之胸中，阴小于阳，阳的升散性、动性引起心烦、但头汗出；在半里之胃中，阴小于阳，津液受损而口渴。在下焦，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起小便不利。总之，本证是由于少阳不和，疏泄反常，三焦壅滞，形成水饮与郁热错杂的整体反应性和胸胁局部反应性共同构成的证候。

4.药理方理

柴胡桂枝干姜汤方：

柴胡15克 桂枝9克 干姜6克 栝蒌根12克 黄芩9克 牡蛎6克 炙甘草6克 上七味，以水2400毫升，煮取1200毫升，去滓，再煎取600毫升，温服200毫升，日三服。初服微烦，复服，汗出便愈P。

本方是以小柴胡汤化裁而成。方中柴胡、桂枝调和半表之营卫，以治往来寒热；柴胡、黄芩、栝蒌根合用，清半里胸中之郁热，以降低阳的升散性、动性，治心烦、口渴、但头汗出。桂枝、干姜、甘草合用辛甘化阳，助长阳的温动性，以温化半里之水饮。牡蛎散结逐饮，是通过降低饮邪的凝聚性而起作用的。因其不呕，故不用半夏降逆；邪实为主，故不用人参大枣以免壅滞。从而使半表半里疏利，三焦通调，则半表之邪从汗而解，半里之饮由内而化。故本方有升有降，寒温并用，表里兼顾，为柴胡汤的又一变方。

<五> 柴胡加芒硝汤证

1.原文汇要

**107条 伤寒十三日，不解，胸胁满而呕，日哺所发潮热。已而微利，此本柴胡证，下之以不得利，今反利者，知医以丸药下之，此非其治也。潮热者，实也。先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。**

[词义] 十三日：即十数日，无其它意义。日哺所发潮热：不定语，日哺前后出现潮热。外：此处指半表半里证。

伤寒十数日不解，胸胁满而呕，日哺所发潮热，是少阳阳明并病的征象。但阳明病出现潮热，必定里实而应大便秘结，今反下利，是什么缘故呢？原来是柴胡证，治不得法，误用丸药下之所致。因丸药不仅不能荡涤胃肠实热，反因其丸缓留中致微利不止，所以推知是丸药误下引起的。但是，虽用丸药误下，在半表半里，少阳证依然存在；在阳明之里，潮热里实证并未解除。这种证候的治疗步骤，仲景指出，先宜服小柴胡汤以和解半表半里，然后才以柴胡加芒硝汤治疗。或问曰：此证既是少阳阳明并病，何以不用大柴胡汤，或即用柴胡加芒硝汤，一举而表里兼之呢？这是因为，已服丸药而有微利，腑气已通，里证已缓，外证为急，先急后缓，本是仲景之定法。而丸药所下之微利，只能通腑气，不能除燥矢，故待外证缓解之后，用柴胡加芒硝汤两经并治，取柴胡汤继续和解少阳，用芒硝软坚破结除燥矢，不取枳实等行气药，因其已微利不必过分推荡，免伤胃气之意。

2.辨证要点

主症 胸胁苦满，呕吐，潮热，微利不止。

副症 或兼口苦、咽干、目眩，或不大便，苔黄厚，脉弦数。

3.基本病理 少阳不和，兼阳明热实。

本证少阳半表之邪热，因误用丸药下之，而内陷阳明为里热，故无往来寒热而有潮热。在半表半里之间，出现胸胁苦满，呕吐等如柴胡证的机里。在里，阴小于阳，阳的温散性、动性引起潮热，且未因下利缓解，说明内有燥热结实存在，用丸药引起的此种微利不止，与热结旁流颇相近似，不过证情较轻而已。居优势的里阳的升温性、动性引起口苦、咽干、目眩和苔黄脉弦数。是胸胁局部层次与整体反应共同构成的证候。

4.药理方理

柴胡加芒硝汤方：

柴胡9克 黄芩3克 人参3克 炙甘草3克 生姜3克 半夏（本云五枚、洗）6克 大枣4枚 芒硝6克 上八味，以水800毫升，煮取400毫升，去滓，内芒硝，更煮微沸，分温再服。不解，更作。

本方以小柴胡汤轻剂和解半表半里。因胃中虽有燥矢但不甚，故不用大黄、枳实之推荡，而取芒硝咸寒泄热软坚，已足胜任。因其微利不止，气液有伤，故不去参草枣之扶正，有使邪热去而正气存的意义。

5.现代应用

据笔者涉猎资料，近年来仅见一起单用本方于临床，即陈氏[551]报告用柴胡加芒硝汤治疗热入血室1例。该病例29岁，女工，因月经来潮忽然中止，而出现往来寒热、乱语等，西医检査疟原虫阳性，按疟疾治疗而无效，诊为热入血室，因其9天不大便，用柴胡加芒硝汤1剂而燥屎通下，症状解除。陈氏认为，本例病人虽查到疟原虫，似按疟疾治疗无效，足见非单纯疟原虫引起，可能是由于子宫机能障碍，月经未能正常来潮，积瘀化热所致。陈氏认为，热入血室与疟疾的主要鉴别，在于，前者有：（1）经期适断；（2）发作有时（非单纯指疟疾状之发作有时，还包涵在发病前必有经期适断的病史在内的意义。）本例病人按“病因治疗”无效，按整体调节收效，足见“病因治疗”不是唯一正确的疗法。值得研究的是，什么情况下宜用“病因治疗”，什么情况下宜整体调节治疗，这个规律搞清楚了，于临床将大有裨益。

<六> 大柴胡汤证

1.原文汇要

**106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；呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。**

[词义] 过经：即经过，不是经络之经。心下急：心下即胸下指胃上脘部；急即拘急，是说胃上脘部拘急疼痛之状。郁郁：闷闷不乐之状，是烦的形容词。

本条是讨论病由太阳而少阳阳明的证候。太阳病经过十余日，病在少阳原无里证，本不当下，反二三下之，病不因下而解，故柴胡证仍在。从“反”、“仍在”、“呕”（“呕不止”表明以前本有呕）三点来看，可知其在“反二、三下之”之前即是柴胡证了。下之后四五日，如柴胡证仍在，仍应以小柴胡汤和解少阳。服小柴胡汤后，如是单纯的少阳病，一般说应该呕止烦除，诸症逐渐缓解，今不仅不缓解，反而出现呕不止，心下急，郁郁微烦，表明邪热已波及到阳明之里，而少阳之病亦未得到解除。因心下急一症就是阳明胃脘热结较甚的征象。对这种少阳阳明并病的证候，自当双解少阳阳明之剂，用大柴胡汤治疗。

**170条 伤寒发热，汗出不解，心下痞粳，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。**

[词义] 下利：许多注家认为“下”字是“不”字之误，即“不利”，理由是既然下利何以方中还要用大黄下之呢？笔者认为，用大黄不必一定“不利”，热结旁流的下利不是还要用承气汤下之吗，本证下利和“不利”（即便秘）两种情况都可能存在，总是因人而异。心下痞粳：比上条心下急轻。

本证发热、汗出而不恶寒，说明表证已解，邪已入里。呕吐是邪入少阳之证；心下痞鞕，是热结胃脘之象；下利（或不大便）是热结旁流所致。乃太阳证罢，转少阳阳明合病的证候，故宜寓攻于和，和中有攻，双解少阳阳明之剂，用大柴胡汤治疗。

**140条 伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤；但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。**

[词义] 结胸：为邪热与水饮结于胸胁部，按之痛甚之状。无大热：是指表无大热。

伤寒十数日，表现为热结在里（多有不大便，或心下急，或心下痞鞕，苔黄燥等症），又有往来寒热的见症，这是少阳阳明合病，当以大柴胡汤治疗。因为这种证候多有心下急，胸胁满痛等症，颇似结胸证，故应仔细辨别。与结胸辨别的要点，其一，结胸无大热，即无在表之大热，亦无往来寒热；其二，结胸为水结在胸胁，郁蒸于上，故头微汗出，而大柴胡汤证是热结在里，故汗出不解（170条）。结胸证为有形之水饮结滞，故应以大陷胸汤峻下治疗。

2.辨证要点

主症 往来寒热，胸胁苦满，心下拘急疼痛或痞鞕，郁郁而烦，呕吐不止，大便秘结或下利，苔黄干，脉弦数。

副症 发热，或潮热，或口苦、咽干、目眩，或黄疸。

本来209条指出“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”但本证主症就有呕吐不止，为什么可攻？对于这一点，左氏[29]在本汤证项下是这样解释的：阳明呕在上，而邪亦在膈之上，未入府，故不可下；本汤证呕不止，心下急，乃邪在膈之下，已属胃，乃可下。俞氏[143]认为，《伤寒论》所言“攻”，实际意义是指用大量大黄、芒硝峻下，而大柴胡汤只有大黄，并且大黄之用量仅为承气汤之半量，用意在于和解轻下，与“攻”不同。二氏之说，皆有道理，故并存于此。

蔡氏[552]根据自己的实践，提出了大柴胡汤证的证候标准，值得参考。共四条：（1）往来寒热或发热，可以持续性发热，但在较多情况下是忽寒忽热的弛张热；（2）胸胁苦满，心下急，心下痞鞕，即上腹部的拘急、疼痛和出现局部肌紧张；（3）呕吐，呕吐不止，即较严重而频繁的呕吐；（4）其它，象郁郁微烦的精神不安状态，以及热结便秘或少数情况下出现的热结旁流的腹泻症状，特别是原条文中没提到的“黄疸”，本证都可能发生。（1）（2）两条是必具症，任兼（3）（4）两条的一、二症状，就构成大柴胡汤证。

3.基本病理 少阳失和，阳明结热。

本证在半表半里，往来寒热，胸胁苦满，烦而呕吐等症状的机理与柴胡证同。其在阳明之里，热结胸脘心下，明小于阳，阳的温动性引起心下拘急、疼痛和痞鞕；阳的发散性引起发热、潮热；肠道津液因阳的过分升散而损伤，以致糟粕干结，则可出现便秘，或热结旁流而下利；如阳热被郁，结于心下，气机壅滞，影响胆腑的通降，致使胆汁横溢则可出现黄疸。由上可见本证是整体反应性和胸脘局部反应性共同构成的证候，具有增强性失调的性质。

4.药理方理

大柴胡汤方：

柴胡15克 黄芩9克 芍药9克 半夏（半升，洗）9克 生姜15克 枳实（四枚）12克大枣12枚 大黄6克 上七味，以水2400毫升，煮取1200毫升，去滓，再煎，温服200毫升，日三服。

本方即小柴胡去人参、甘草加枳实、大黄、芍药而成。因邪实为主，故去参草；加枳实、大黄清泄阳明里热，以降低在里之阳的温动性，而解胸脘心下之结滞；妙在芍药酸苦敛阴，增强阴的静性，以缓阳势之急迫，而止胸脘心下之疼痛。是为外解少阳，内泄结热，温清合法之方。

5.现代应用

近年来，人们多用大柴胡汤治疗消化系统疾患。如黄氏[533]认为，大柴胡汤立方之意，在于双解少阳阳明两经之邪，其主治证候与胆囊炎急性发作的症情甚为吻合。黄氏根据这样的认识，用大柴胡汤加玄胡索、川楝子等治疗急性胆囊炎40例，其中35例痊愈（87.5%），5例好转，观察到在35例发热病例中，体温多在72小时内降至正常，随访有3例复发，复发率7.5%。林氏[554]分析69例急性胆囊炎病人的临床所见：恶寒身热，右胁或心下疼痛，局部拒按，恶心呕吐，厌油纳呆，便秘尿赤，脉弦滑而数，苔黄腻等症状，按六经辨证属少阳阳明同病，按八纲辨证属热证实证，按脏腑辨证为肝胆湿热。对这69例病人分三组进行治疗，以大柴胡汤和大陷胸汤化裁治疗为中医组（14例），西医常规治疗为西医组（38例），中西医两组方药合治为中西医综合组（17例），各组病例随机编组，未加任何选择，结果中医组比其它两组的疗效都好。林氏认为急性胆囊炎一般病例单用中药治疗完全是可以控制的，但如感染中毒现象显著的，必须及时加用抗生素，以及纠正水电解质紊乱等，不过，林氏之对比观察中医组病例比西医组少一倍多，又未经统计学处理，似难说明问题。张氏[524]和王氏[555-559]等，；对10余例用大柴胡汤加减治愈的急性胆襄炎病人作了个案分析报告，认为急性胆囊炎表现是邪在少阳，多兼里证，属于中医的 “胆胀”、“胸痛”、“湿热郁结”之类：方中柴胡、大黄以大剂量为佳，服药后无不良反应，仅大便次数增多；如有黄疸加用栀子、茵陈、胆草等，效果更好。蔡氏[560]也曾报告用大柴胡汤加减治疗胆道疾患7例（急性胆囊炎2例，胆石症1例，胆石症合并胆囊炎3例，总胆管结石合并胆汁性肝硬变1例），结果全部有效；上腹痛平均3-4天缓解，近10天消失，发热3天左右消除；黄疸平均8天左右消退。湖南省人民医院中医科[561]报告，治疗胆石症胆系感染采取“总攻”疗法，该疗法的中药方就是大柴胡汤，经治100例，排石率86%，并认为本病属中医的“结胸”、“胃脘痛”、“胆胀”等范畴。王氏[562]还曾对慢性肝炎16例应用“清泄”法，以大柴胡汤为主治疗的临床情况进行观察，患者在服用该方后，先有腹中雷鸣蠕动的现象，痞满胀塞的感觉自上腹部向下腹部移动，得畅利之大便2、3次，腹部顿觉松快，胁部胀痛亦随之缓解，胃纳也因之增进，但此种现象多半发生在湿热壅滞的证候。说明大柴胡汤可用于慢性肝炎的湿热壅滞阶段。温州医学院[563]报告以大柴胡汤为主，随证加减配合必要的西药、针灸，治疗急性胰腺炎32例，比上一年同期单纯西医治疗的22例，明显看出前者疗效较满意，现察到中医“六腑以通为用”和“痛随利减”是治疗急性胰腺炎的指导原则，因此认为大黄需用到9-24克，少数病人用至30克，以使大便每天保持在3-5次最为恰当。天津南开医院[564]报告中西医结合非手术治疗急性胰腺炎400余例，取得令人鼓舞的效果。他们选择的中药“清胰汤”（柴胡 芍药 黄芩 胡连 木香 元胡 大黄 芒硝）其实就是大柴胡汤加减而成，其立法没有离开少阳阳明二经。他们[595]和唐山工人医院[566]采取中西医结合治疗大量溃疡病急性穿孔，第二期（从穿孔闭合到腹腔渗液完全吸收）治疗的处方为复方大柴胡汤（柴胡 黄芩 枳壳 川楝子 元胡 芍药 木香 大黄 蒲公英 甘草），也是本方加减而成。由上述可见，大柴胡汤被广泛应用于治疗肝胆胃肠胰等几乎所有消化器官的疾病，都能取得效果。笔者认为大柴胡汤是把整体治疗和局部治疗结合起来的具有典范性的汤方，方中小柴胡汤属于整体调节，是针对整体贯穿一个“和”字；用大黄、枳实等有承气汤之义，属局部治疗，是针对局部贯穿一个“通”字。如有“和”无“通”，或有“通”无“和”，都不能适应上述消化器官的疾病，因为这些疾病通常既有局部病变，又有整体反应，只有把“和”与“通”结合起来，才能更全面地解决问题。而大柴胡汤正是把“和”与“通”结合得恰到好处的一个汤方。

### 二、陷胸汤证类

#### <一> 大陷胸汤证

1.原文汇要

**139条 伤寒六七日、结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石鞕者，大陷胸汤主之。**

[词义] 石鞕：硬如石状，指局部高度肌紧张。

伤寒六七日，脉不浮紧而沉紧，沉则主里，紧主里实，意味着已无表证，纯属里证了。是什么里证呢？一般说表热传里，如传入于胃，则为胃家实；传入于胸，则为结胸热实。无形之热邪与有形之实邪（即水饮等）结于心胸之下，使气机阻滞，不通则痛，故病者自述心下痛；有形之实邪结滞，故医者按之石鞕。当以大陷胸汤猛下热实治疗。

**141条 太阳病，重发汗而复下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日哺所小有潮热，从心下至少腹鞕满而痛不可近者，大陷胸汤主之。**

[词义] 重发汗如复下之：多次发汗义多次攻下。日哺所小有潮热：黄昏时分稍有潮热。痛不可近：疼痛拒按之义。

太阳病，重发汗而复下之，是说本证的起因，其实大多数是不汗下也可引起结胸。伤寒论的起因和证治之间关系不是很大，不必过分追究，病者不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所稍有潮热，是阳明胃中热实，津液已伤；鞕满而痛不可近者，是有形之实邪结滞，而此种有形之实邪是从心下开始逐渐漫延至少腹，如此广大区域结实，故有所谓大结胸证之名。此种大结胸证水实邪气上下俱盛，又兼阳明热实蕴结，自非承气汤类所能胜任，故宜大陷胸杨攻水破结，荡热泄实以治之。

**140条 伤寒十余日……但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。**

结胸是水与热结于胸胁，故无大热。但头微汗出，是水热上蒸所致，必小便自利；与由湿热发黄的但头汗出剂颈而还，小便不利是不同的，应当区别开来。水热结实，总宜下泄而解，故当用大陷胸汤治疗。

**138条 太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚，头痛发热，微盗汗出，而反恶寒者，表未解也。医反下之.动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气烦躁、心中懊憹，阳气内陷，心下因硬，则为结胸，大陷胸汤主之。若不结胸，但头汗出，余处无汗，剂颈而还，小便不利，身必发黄。**

[词义] 脉浮而动数：动，有人[205]叫认为是“弦”字之误，其实动脉是客观存在。夏氏[567]对50例临床中所见动脉进行了初探，体会到动脉的形象是：凡上下无头尾如豆大，或上下有头尾而头俯下，中间突起仍如豆状的，均可诊为动脉。指出其主病，《金匮》称动脉上惊，《伤寒论》本条称动脉主痛，认为以后者比较符合实际。夏氏收集典型动脉50例，计男27例，女23例，见于关部者49例，占98％，见于尺部1例，占2%。动脉的沴断效率如下：主痛率最高，共46例，占92%；主惊悸次之，共3例，占6%；主虚劳，1例，占2%，虽然动脉的形成机转尚缺乏生解解剖方面的说明，但其主痛则是确定的。膈内拒痛：内、心中、心下，都是胸部的不同概括名称；拒痛即疼痛拒按之谓。客气：即邪气，即文中的阳热邪气。盗汗：睡后出汗。

本条说明表证未解，转变为结胸或发黄的情况。转变为结胸或发黄完全以其人的素质而定，至于医者误下与否，则非必具条件。一般说，表热未解，内传胸膈，如其人胸膈素有水饮仃聚，则热与水饮相结合，便形成结胸；如表热内陷阳明之府，损伤津液，则形成胃家实或协热下利；如不是胃家实或协热下利，而又小便不利，且不汗出，但头汗出，则引起黄疸。这是表热内传的几种结果。

条文中说太阳病，是指太阳表证，脉浮而动数，是太阳病经常出现的脉象。这种脉象意味着什么呢？仲景自注：“浮则为风，数则为热，动则为痛”。有了这种脉象，再加上头痛发热，微盗汗出，恶寒，肯定是表证未解的现象，出现盗汗本来是属里证，但如是里证就不应有恶寒，今出现恶寒故提反恶寒，证明不是里证而是表证未解。这样的表证一般用桂枝汤调和营卫就会好的。但由于失治或误治，脉由动数变迟，迟主里虚（这里具体指胃中空虚）。在表之阳热邪气乘虚内陷胸膈，与胸膈素停之水饮相结，使气机不通，则出现膈内拒痛，以及短气、烦躁、心中懊憹等症状，甚至心下石鞕，这是典型的结胸证，当用大陷胸汤治疗。如其人胸膈素无停饮，则内陷之阳热邪气未与水饮相结合，就不会形成结胸。假使既不结胸，又不汗出，但头汗出，剂颈而还，是内陷之阳热不得从外解；加之小便不利，而大便也不下利，是内陷之阳热不得从下泄，这种情况必然引起发黄。

2.辨证要点

主症 胸胁心下疼痛鞕满拒按，甚至从心下至少腹鞕满拒按，苔黄厚，脉沉紧或沉迟行力。

副症 烦躁，心中懊憹，口渴，头汗出，短气，或大便秘结，小有潮热或无大热。

本论中的结胸证有大陷胸、小陷胸和寒湿结胸二种类型，其与痞证也有大异小同之处，现将辨别要点列表如下：



3.基本病理 水热互结，胸膈阻滞。

本证是胸膈心下素有宿饮仃聚，表热内陷与饮邪相结合，热居饮中，饮踞热外，结于胸膈，阻滞气机升降而为病。有形之饮邪属阴，居于热邪之外，其优势的凝聚性、静性使热邪不得发散，隔拒于内，上下不通，故胸胁心下鞕满疼痛拒按；而在内之热邪的动性推动饮邪向下扩展，故严重者其病势可从心下漫延至少腹，引起胸胁至少腹的广阔区域疼痛而拒按，大便秘结不通。无形之热邪属阳，处于饮邪之内，其温热性、动性引起懊憹、烦躁；其升散性引起头汗出、短气。如热邪居于优势，阴小于阳，其发散性则引起小有潮热或无大热、口渴等症状。总之，是一组局部反应性增强性失调的证候。

4，药理方理

大陷胸汤方：

大黄18克 芒硝（一升）15克 甘遂1.5-3克 上三味，以水1200毫升，先煮大黄取400毫升，去滓，内芒硝，煮一两沸，内甘遂末，温服200毫升。得快利，止后服。

本方甘遂辛苦寒而性降，其辛苦之性，能降低阴的凝聚性、静性而逐水破结；其寒凉之性，能泄水中之热，以降低其升温性、动性。芒硝咸寒软坚，大黄苦寒泄热，共助甘遂荡涤结水，清降邪热，推陈致新，为攻水逐热之峻剂。为避免过剂伤正，故得快利数行，则止后服。因为只要得快利，则气机通畅，升降可行，余热残水，自可消除。

张氏[568]曾述在临床上每遇上湿而下燥之大陷胸汤证，但老幼匡羸之人有此证而此方又难投，乃以大黄、黑丑、牙皂三药为末，开水吞服代替大陷胸汤，每泻出黄色粘涎水液而愈（牙皂用量为其它二药之和的20%）。张氏之经验似值得推广。

5.现代应用

湖南医学院附属一院[569]曾以“动”为指导思想，用大陷胸汤或复方大承气汤治疗肠梗阻72例。其攻下成功54例，占全组病例75%，并使96%的病人在24小时以内解除梗阻。在54例攻下成功病例中，服药最多10次，最少1次，服药1-3次为47例。观察到梗阻解除时的大便特征：一是量多，二是呈粥糜状的甚至带有药色的稀便，这与梗阻未解除，仅因灌肠所致的水粪分离的硬结干便是比较容易鉴别的。从这则报导来看，肠梗阻有的也属结胸一类。汪氏[570]报告治疗留饮结胸1例病人，用大陷胸汤泄热逐水，症状有所缓解，但心下痞鞕满痛未减，乃予以《金匮》甘遂半夏汤，取其相反相成，开破利导，攻逐痰饮，初服懊憹增剧，4小时后得快利，一战而平。从江氏的经验来看，甘遂是逐水要药，胜过硝黄，因此，可以认为，甘遂是大陷胸汤的主药，不用或用量不当，则不足以下宿水。

#### <二> 小陷胸汤证

1.原文汇要

**142条 小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。**

[词义] 按之则痛：言外之意，不按不痛，要按之才痛。

本条是言小结胸的证候与治疗。所谓小结胸病是与大陷胸汤证比较而言。小陷胸证的病位较高而局限，正在心下胃脘部位，故病势轻浅，不若大结胸从心下至少腹鞕满而痛；大结胸痛不可近，小结胸按之则痛；小结胸之脉浮滑，浮主在上，滑则主痰，是痰热结滞为患，大结胸脉沉紧，沉主在下，紧主水结。结胸有轻重，立方分大小，大结胸证为证候之剧者，故用大陷胸汤峻攻；小结胸证为证候之轻者，故用小陷胸汤治疗。

2.辨证要点

主症 心下满闷，按之则痛，无自觉的痛，舌苔黄，脉浮滑。

副症 或呕恶。

本证条文叙述太简单，张氏[571]根据自己的经验作了补充，有参考价值。张氏认为，小陷胸汤证属阳证、里证、热证、实证，在患胃病或肋间神经痛等病时，患者有心下部痞塞感，压之则硬而疼痛，胃部有烧灼感，口干，恶热，便秘，舌质红，脉浮滑；或呼吸器官某些疾病，出现胸胁作痛，咳嗽，呼吸迫切，痰黄稠粘而不易咳出时，部分属于小陷胸汤证。

3.基本病理 热与痰结，心下阻滞。

痰为阴邪，其性凝聚，与热相结，更加粘稠，不易流散，故常局限于心下部，滞塞气机，升降不利，则满闷不舒，按之则痛，有的可致胃失和阵而呕恶。本证阴小于阳，阳的升散性是主要的，故舌苔黄，脉浮滑，属局部反应性增强性失调的证候。

4.药理方理

小陷胸汤方：

黄连3克 半夏（洗，半升）15克 栝蒌实（大者一枚）15克。

本方黄连苦寒清热，半夏辛温除痰，栝蒌实甘寒开结，共成辛开苦降清逐痰热之效。辛开旨在增强阳的温动性，达到相对减弱阴（痰）的凝聚性、静性的目的；苦降旨在减低阳（热邪）的温动性，达到既清邪热，又监制半夏防其辛开太过反助阳热之弊。故是方药虽三味，寒温两用，阴阳并调，寓意深刻。

5.现代应用

近代医家多应用小陷胸汤治疗呼吸器官疾病。中医研究院[572]曾报告用中医药治疗重症肺炎44例，其中有3例表现为胸膈心下按之痛，苔黄，脉浮滑，辨证属表热内陷胸中与饮邪相结的证候，乃用小陷胸汤以企逐胸中结滞，使热从里达表而解之，结果2例痊愈，1例死亡。邵氏[573]指出，《金匮》所言“悬饮”多认为是结核性胸膜炎，但“悬饮”仅能表达该病的积液部分，不能概括该病的全身结核性中毒症状，故“悬饮”是泛指-般胸膜积液的概念，包括很多原因引起的胸膜积液疾病在内。邵氏用小陷胸汤合栝萎薤白汤等治疗该病8例。其中6例有发热，用药6天，1例退至低热；5例恢复正常。8例胸水，其中2例减少；4例完全或基本恢复；2例未吸收。陈氏[574]也曾应用小陷胸汤合旋复花汤加减,并间服控涎丹，治疗渗出性胸膜炎收到良好效果。陈氏认为，该病近似“悬饮”,虽有水饮、痰浊之实邪，但基本上属于气阴不足，正虚邪实的证候，故攻逐之剂仅为治标之权宜，治本才是主要的，不能忽略。综上所述，小结胸与“悬饮”之间似乎有某种联系，而这些都与西医呼吸系某些疾病关系密切，为研究小结胸证的实质，提供了线索。

#### <三> 大陷胸丸证

**135条 结胸者，项亦强，如柔痉状，下之则和，宜大陷胸丸。**

[词义] 如柔痉状：好似柔痉，而实非柔痉。

本条是说高位结胸的症状和治疗，是属于大结胸的范围。所谓高位者，不外胸中。胸中为水热壅滞，使肺气出入受阻，宣降失调，必然引起胸中痞寒结痛，痰咳喘息，致使颈项能仰不能俯，好似柔痉一般。此病虽然邪结偏高，但是有形之实邪与无形之热邪互结而成，非汗法能解；邪踞胸中，不在胃脘，非吐法能除；其位偏上，又非急下之大陷胸汤所能荡涤。然而，不攻逐又不足以祛逐有形之实邪，故仲景创制丸药剂型，达到峻药缓攻，下之则和的治法，可谓手段高明。

因本证的成因、病机等与大陷胸汤证无异，而且无现代应用报告，故不作详细分析。

大陷胸丸方：

大黄15克 葶苈子（半升、熬）15克 芒硝（半升）15克 杏仁（半升、去皮尖，熬黑）15克 甘遂（一钱匕）1.5-3克 上四味，捣筛二味，内杏仁、芒硝合研如脂，和散，取如弹丸一枚；别捣甘遂末（一钱匕）1.5克-3克，白蜜（二合）适量，水400毫升，煮取200毫升；温，顿服之。一宿乃下，如不下，更服，取下为效。禁如药法。

本方硝黄泄结热；甘遂逐痰水；杏仁降肺气，使气降水降；葶苈泄肺水，使水降气降；更以白蜜甘缓为丸，取竣攻而行缓，以攻为和之义。

### 三、三物白散证类

#### <一> 三物小白散方证

1.原文汇要

**146条 寒湿结胸，无热证者，与三物小陷胸汤，白散亦可服。**

诸家认为本条原文有误，与“三物小陷胸汤”应是与“三物小白散”；“白散亦可服”应是“陷胸汤不可服”。这样方证相对，于理也通，笔者同意此说。

本条起首明确提出诊断是寒实结胸；鉴别诊断是无热证，然后采取省文笔法，将其具体脉症全部省略了。不言而喻，既然是寒实结胸，必然有胸胁心下鞕满而痛，是无形之寒邪与有形之实邪结于胸中所致；既然无热证，必然是身无发热，口不燥渴，舌苔不黄，脉不滑数……，无各种热性脉症。既然是寒实结胸，苦寒之小陷胸汤当然不可与服，而宜辛温之三物小白散，祛寒逐痰散结以治之。

2.辨证要点

主疾 胸胁心下鞕满而痛，拒按，呼吸不利，不大便，不发热，不口渴，不烦躁，舌苔白滑，脉沉迟。

副症 或咳嗽喘急，或咳吐脓粘臭痰。

3.基本病理 寒与痰结，阻滞胸胁。

寒与痰均为阴邪，两阴相结，滞于胸胁心下，阴占绝对优势，故无热证，而是一派寒实邪气的脉症。胸中为肺之所居，气机不利，故常伴肺气出入障碍的症状。

4.药理方理

三物小白散方：

桔梗3份 巴豆（去皮心，熬黑，研如脂）1份 贝母3份 上三味，为散。内巴豆更于臼中杵之，以白饮和服。强人（半钱匕）700毫克，羸者减之。病在膈上必吐，在膈下必利。不利，进热粥一杯；利过不止，进冷粥一杯。

三物小白散与《金匮》肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七的《外台》桔梗白散的药味、份量、制法、用法完全--样。方中巴豆气味辛烈性降，为祛寒逐痰泄水攻实之猛药，用以解寒实之凝聚；桔梗苦辛性升，开肺气，排痰涎，并节制巴豆之过分降泄；贝母辛寒，专事辛散胸中结痰，敁本方涤痰开结，有升有降，温下寒实，每能一战成功。但虚证、孕妇忌服。本方三味药，制成后药色皆白，服量极小，故以三物小由散名之。

三物小白散与《金匮》备急丸均有巴豆为温下方，但其用意不同，前者寒痰结胸，故用枯梗佐巴豆，以泄胸中之寒实，后者寒结胃肠，故用大黄佐巴豆，以泄肠中之寒实。

5.现代应用

近年来，多用三物小白散治疗呼吸器官疾病。如王氏[575-577]等报告，用本方治疗肺痈5例，包括初晚期不同的病例，都是经用苇茎汤、葶苈大枣泻肺汤、桔梗杨、泻白散，以及西药青霉素等治疗多日不效，而用本方取效。一般下午服药，至晚上泻下十数次，服冷粥一碗而泻止，次日热退、胸畅、咳减痰消，继以肃肺化痰收功。观察到本方《金匮》注下所谓服后“病在膈上者吐脓，在膈下者泻出”不确，几乎全部病人都是泻下，不吐，并在泻下后诸恙缓解。蒋氏[577]认为，把服用本方引起的腹泻，以为是“肺中风火脓痰，可借大肠为出路”的解释，太穿凿附会而不唯物了。蒋氏认为，本方的作用无非是消炎、杀菌、袪痰、镇咳，炎消、菌灭、咳止，肺里不再分泌脓痰了，于是达到治疗目的，而绝非峻下起作用。如果按照蒋氏的看法，则本方是一个作用力很强的消炎、抑菌剂，既能治肺痈，也能治其它多种感染性疾病。事实证明，本方不是一个抗感染的良方，所谓消炎、抑菌作用，既无临床依据，又无实验资料，可见，蒋氏的认识也应包括在“太穿凿附会而不唯物”之中。原理究竟怎样？需待进一步阐明。叶氏[578]介绍曾用本方治愈2例“不语症”。其中1例已70高龄，痰湿素盛而突然不语，用白散（七分）700毫克，分3次服，首次药后吐出甚多胶粘涎痰，2、3次药后，腹中雷鸣，得泻2次，遂由叹息呻吟而逐渐苏醒；另一例5岁小儿大叶肺炎经用青霉素缓解后，呈无欲状态，不哭不叫，不饮食，不闹不眠，以白散（一分）100毫克送服，呕吐粘痰甚多，继而泻下粘痰，旋即出现哭闹声而遂渐恢复。最有意义者，要算杨氏[579]用三物小白散合《本事方》雄黄解毒丸加黄连，命名为“利喉散”，针对喉部白喉呼吸梗阻101例所作的观察，其中痊愈82例，未愈19例（做气管切开术抢救），治愈率81.1%。观察到如服“利喉散”后无咳嗽、呕吐及腹泻反应，一般为无效。服药1-2次无效，当根据呼吸情况决定是否手术切开问题。杨氏的经验展示出喉部阻塞非手术治疗的前景，其原理也颇值得研究。对气管、支气管白喉的治疗，赵氏[580]也曾介绍用巴豆1-2粒去皮研碎，朱砂1.5克研细，混匀贴卬堂穴，24小时后除左，并同时内服养阴清肺汤加减，效果亦佳云。此外，武汉医学院附属第二医院[581]报道，以巴豆为主治疗胆道蛔虫症55例，其用法是：用巴豆去皮及白膜取仁生用，切碎成细小颗粒，置胶襄吞服，每眼100毫克，小儿酌减，至畅泻为度，每天量以不超过400毫克为宜，一般在12小时内服药1-3次，胆绞痛多能缓解，疼痛缓解后，给予口服驱虫净驱蛔虫，按每公斤体重3毫克给药，少数病例于入院时同巴豆同时给药。上述治疗未发现明显副作用，有的病例出现胃灼热、呕吐等现象。55例中51例有效，占92.7%，4例无效。报道者抽样观察5例用巴豆治疗总量超过1000毫克的病人，于治疗前后査谷丙转氨酶，均由异常转为正常；而55例胆绞痛，服巴豆前查谷丙转氨酶异常，药后复查41例正常或基本正常。因此认为，巴豆之能使胆系疾病患者谷丙转氨酶下降之作用机理，是否主要也与其促进排胆、解除胆道梗阻作用有关，尚待进一步证明。报道者在用巴豆诊疗该病中观察到，很多急腹症包括胆道蛔虫症合并感染者，按中医多属里实热证，而巴豆为辛热药，用于治疗急腹症似与中医治法“寒者热之”的原则有矛盾，但临床证明，以巴豆“通则不痛”去其邪实，合并的某些热证或轻度感染也相应得以消除，并未发现有助热之弊。对于这一事实，报道者解释说，很多急腹症以实证或存在梗阻为其主要矛盾，应用具有峻下作用的巴豆治疗，及时祛除实邪，解除梗耝，这样就抓住了主要矛盾，其派生的热证或者感染问题也就迎刃而解了。当然，如热证与感染是主要矛盾，又当别论了。笔者认为，报道者的此种认识，很有见解，与中医治病分轻重缓急是一致的；不用大黄等寒下，而用巴豆温下，这与中医“热因热用”的治法也是一致的，说明报道者言之成理，而持之有据。报导者从大量实践中总结出胆道蛔虫症治疗方案如下：（1）巴豆100毫克顿眼，必要时4小时重复1次；（2）驱虫净150毫克顿服，次日重复1次；（3）绞痛缓解后，改用茵陈、蒲公英各30克，生大黄（后下）15克，每日1剂煎服，至腹痛和压痛消失为止。

### 四、十枣汤证类

#### 1.原文汇要

157条 太阳中风，下利呕逆，表解者，乃攻之。其人汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。

[词义] 汗出：这里是微汗出之状，也有注家说是汗如泉水涌出，以前者为妥。胁下：郑氏[582]认为是胸腔。

本条辨别水饮停聚胸胁，表解里未和的证治。第一段叙述外有太阳中风证，而内有水饮结聚胸胁，阻滞气机升降，使胃失和降则为呕逆；传化失常则为下利的证候。这种证候，虽为有形之水饮宜攻，但治法上仍须先表后里，待表证解除，才能攻其水饮。第二段指出有表证无表证的辨别，以及水饮停聚于胸胁形成的十枣汤证的特征和治疗。其人汗出，有因里热薰蒸引起，也有因表证营卫不和所致，但都不是发作性的。本证的汗出是发作有时，故不能认为是表证，此种现象，有的注家[205]认为，是由于内积之水饮向外作间歇性排泄所致。至于头痛，既不伴恶寒，又不兼发热，也不能认为是表证，乃是水饮上攻所致。由于这个症状经常出现于水饮结聚胸胁的证候过程中，所以特别提出来加以鉴别。心下痞鞕满，引胁下痛，并因咳嗽、呼吸牵引两胁肋作痛，是本证的水饮停聚部位和其表现特征。由于水饮停聚引起胃失和降则干呕；影响到呼吸出入，使呼吸迫促而短气。最后重申本证虽然汗出（即前文中的挚挚汗出）除发作有时外，且不恶寒，证明这是表解里未和的证候，当以十枣汤攻水治疗。本条证候即是《金匮》的悬饮证，当互参。

2.辨证要点

主症 心下痞鞕胀满，牵引胸胁作痛。

副症 咳嗽，呼吸短气，头痛，微汗出，发作有时，不恶寒，或干呕、下利，舌苔白，脉沉弦。

本证若兼发热恶寒，头痛汗出，脉浮者，为表证未解，当先解表而后攻里。

本证为心下痞鞕胀满，牵引胁肋作痛，与结胸证的心下痞鞕痛，与痞证的心下痞满或鞕而不痛，当鉴别开来。

3.基本病理 饮停胸胁，升降不利。

饮为阴邪，由于其优势的凝聚性、静性而停聚于胸胁心下，故胸胁心下痞鞕胀满，牵引作痛。胸胁居半表半里之间，为气机升降出入之要道，水饮停聚干此，影响到肺的肃降，则唆嗽、呼吸迫促而短气；波及到胃肠，使胃失和降则呕逆，使肠道传化失常则下利；使弱势的清阳不能上升则头痛；水邪作间歇性外排，则汗出有时。如此等等，都是因有形之水饮波及到上下内外，而引起的局部反应性增强性失调的证候。

4.药理方理

十枣汤方：

芫花（熬） 甘遂 大戟 上三味等分，各别捣为散。以水300毫升，先煮大枣肥者10枚，取160毫升去滓，内药末。强人服（一钱匕）1.5-3克，羸人服700-1500毫克，温服之，平旦服。若下后病不除者，明日更服加（半钱）半量，得快下利后，糜粥自养。

本方甘遂、大戟苦寒有毒，芫花辛温有毒，苦辛合用，大力降低阴（饮）的凝聚性、静性，而竣泻逐饮，消满散结；以大枣甘补为君，培补脾土，使浊水去而正气存，痞满消而脾无伤。

吴氏[583]指出，本方不名大戟汤，不名甘遂汤，更不名芫花汤，而以十枣为饧名，以其用大枣护胃解药毒，借以避免呕吐。这个目的在治疗上具有很重要的作用，因为如果呕吐反应太重，药物都吐出而不起作用，病人也不乐意接受。吴氏分析了有些病例发生呕吐的原因，大约有三点：（1）可能是病者对十枣汤比较过敏；（2）可能是所用剂量过大；（3）最多的原因是不用十枣煎汤而单用开水送服，而此种情况大都由于医生使用市售十枣丸，以为已有十枣在内了。吴氏对十枣汤的药物组合、制备和服药时间等，都有相当研究。认为，为什么本方不用足量的单味药以泄水，而要同用三味泄水药？这是因为单味足量，同性毒力较高，易于中毒；而三味同用则异性毒量低而疗效高，认为，服十枣汤的时间，宜于平旦空服，不宜于食后服，这是因为胃空时，药液易于通过，直流入肠，目的是为了减少对胃的刺激，而避免呕吐；假使在食后服，势必药液通过迟缓，停留时间较长，可能因此对胃刺激加重而引起呕吐。指出，大戟、芫花、甘遂三味药，最好临时用生药研末服用，效力最强，如预先研末放置过久，往往因药性散失而减低效用。

但是，仲景为什么要采用大戟、甘遂、芫花为散的剂型？其正确性从中医研究院中药研究所[584]对甘遂的实验得到证实。该所通过动物实验证明，小内鼠口服生甘遂或炙甘遂的酒精浸膏都有明显的泻下作用，而口服生甘遂或炙甘遂提取酒精浸膏后的残渣部分，就没有泻下现象。小白鼠口服炙甘遂煎剂，泻下作用亦不明显。认为这一结果证明，仲景用大陷胸汤（即大黄、芒硝、甘遂）治疗伤寒结胸证，其服法是大黄、芒硝汤冲服甘遂末；十枣汤是十枣煎汤冲服甘遂、大戟、芫花末是正确的，说明仲景从经验中早已发现这些药的有效成分难溶于水，因此不入汤剂。

关于十枣汤的剂量，吴氏[583]提出，原则上三味等分合用，一般每味各用三分（1克），体弱者各用二分（0.6克）。相当于原方剂量。吴氏说，服后如经X线复查余水来尽，可再按原法服，或一半量连服一次。吴氏观察到，服药后最好再隔5-6天X线复查，如今天服药明天复查，往往不能满足预期的愿望，可能是在较短时间内，组织还来不及再吸收的缘故。

关于十枣汤服后反应，吴氏[583]观察到，服药后约1小时左右，先觉上脘不舒服，轻度眩晕或略有恶心，继则腹中发生鸣响攻痛，痛势渐向下移，最后大便泻下稀水，一般5-6次，多则8-9次不等，如果仅1、2次应认为太少，未取得预期药效，次日或可稍增加其量，再服1次。在泻下同时还可能有通身微汗出。此外，个别病例服药不当可能发生剧烈呕吐，并因此而不能继续服药。

关于十枣汤的禁忌证，中医研究院[585]治肝硬变腹水的经验认为：（1）最近消化道出血者，或者有出血倾向者；（2）正在发高烧（低热无妨）；（3）有严重心脏病、溃疡病者，或者急性肠炎者；⑷身体十分虚弱，不任攻伐者.以上均不宜使用本方。至于孕妇患者是否可以服用，诸家看法极不一致。吴氏[583]经验证明，孕妇可以服用十枣汤，有效而不碍胎。

关于十枣汤的疗效原理，施氏[588]从实践中得出的认识是具有代表性的。施氏观察到，十枣汤虽有泻下作用，但绝不是单纯泻水起到排出胸水的作用的。理由是：（1）胸水消失之快慢与腹泻之次数及量之多少不呈成比，在其观察病例中，有满腔积液仅腹泻1次而完全消失者；（2）在其观察的胸膜炎患者中，有合并菌痢和肠炎之病例，日泻10次以上，对胸水毫无影响；（3）有的患者药后胸水不消失而自觉症状均缓解，并在观察病例中，发现有的药后胸水继续上升，而自觉症状完全消失，并退烧。由此认为，十枣汤的作用是多方面的，可能在于通过对机体复杂的影响，即对血管神经系统的影响，体液电解质的变化，渗透压的改变，或对病原直接作用，而使胸水消失的，当进一步研究。施氏的见解实际上否定了十枣汤是局部刺激作用的认识。

关于大戟、芫花、甘遂反甘草的问题，崔氏曾用动物实验的方法，证明三药与甘草配伍后，确能使三药对小白鼠的毒性增强，而且其毒性增强程度与甘草伍用的剂量有密切关系，即甘草的剂量愈大则其毒性愈强。姜氏引述的实验报告则更具体，证明甘草与甘遂配合，若甘草量等于或小于甘遂量，无相反作用，有时可解除甘遂的副作用；如甘草量大于甘遂量，则有相反作用。姜氏引述的另一实验结果也是，甘草与甘遂混合应用后，豚鼠有严重反应（胃部膨胀、气胀）或致死，而大戟、芫花与甘草合用时，其利尿和泻下作用受到明显抑制，并有使芫花毒性增强的倾向，甘草用量比例越大，其相反作用亦越强，反之，却无反作用。上述实验报告说明，仲景在十枣汤中选用大枣，不选用甘草；而在《金匮》甘遂半夏汤中，甘草用量仅为甘遂的三分之一，是完全正确的。

综上所述，可见仲景在方药的组合、配伍、剂型、剂量、服用时间等方面，如此精当，以致时至今日实验证明仍然是具有无可非议的正确性。可见，古今医家对仲景的推崇完全是非人为的。

5.现代应用

当前对中医学的研究，总的情况还是处在临床验证，积累资料并孕育新理论的朌段。而一种新理论的孕育总是由对个别事实的认识开始，如果这种认识被发现存在于无数事实之中，那么，新的理论就产生了。十枣汤证的验证材料及其认识，同其它许多汤证—样，也许提示着新理论产生的途径。

十枣汤是体现逐水法的代表方。贺氏[589]综合仲景《伤寒论》《金匮》二书有关祛逐水饮的治法约有三种：（1）温运法，如苓桂术甘汤和肾气丸；（2）发汗法，如小青龙汤；（3）逐水法，如十枣汤和葶苈大枣泻肺汤。贺氏指出，两胁停饮用十枣汤攻之，肺中停饮用葶苈大枣泻肺汤逐之，二者的辨别在于：水停两胁，则两胁悬痛；水停肺中，则咳逆倚息，不得卧。金氏[500]指出《金匮》共有4条论及十枣汤，皆治悬饮、支饮，其实并不止此，用于水肿病及单臌胀之腹满肠鸣同样有效。金氏和郑氏[582]等均认为，所谓悬饮、支饮即西医的胸膜炎、腹膜炎，只要炎性渗出之浆液停储于胸胁肋膜、腹膜之间，用十枣汤均有效。笔者统计[582,583,585,590,591,592,593]七个资料，用十枣汤治疗113例渗出性胸膜炎，均获得肯定的效果。张氏[593]用十枣汤治疗51例渗出性胸膜炎，结果胸水在11天内改善者达96％，20天内消失者达88.2%，积液平均消失时间16.2天，认为本方副作用微，发现腹痛19例，恶心呕吐6例，少数病例积液吸收后遗留胸痛现象。顾氏[592]也曾观察到，用十枣汤治疗20例胸腔积液，消除胸液的疗效是肯定的，但发现部分病人胸液消除后遗留着胸膜增厚的现象，认为十枣汤的祛液作用可能只祛除胸液中的水分，对其中的纤维素则无法清除，如此作用与西医保守疗法使胸液自然吸收一样，大量纤维素沉着在胸膜上，使胸膜变厚能妨碍肺脏功能，并提供日后结核复发的根源，主张如是结核性者当配合抗痨治疗，是取得优异成绩的措施。顾氏还指出，用十枣饧必须攀握两条辨证原则：“表解里未和”和“引胁下痛”，否则容易偾事。钟氏[591]报告用本方治疗渗出性胸膜炎8例，如兼表证则配用小柴胡汤，小青龙汤，柴胡桂枝干姜汤以宣肺解表，积液消退后用黄芪建中汤、补中益气汤培补正气，平均在以天内积液消退，全部治愈。钟氏的用法愚原则上规定6天为一疗程，十枣汤散剂装胶囊，第1天500毫克（五分），以后每天增加100毫克（一分），至1000毫克（一钱）为此，大枣5-10枚煎汤，每晨空腹送服，认为本方的优点是，消除积液快，可减少病人穿刺之痛苦及发生意外。吴氏[583]在其大量实践中也认识到，十枣汤的排液疗效是属于对症疗法，所起的治疗作用只能排除胸腔内的积液，而不能解决引起胸膜渗出或漏出的发病原因及其基本病变，因此，十枣汤的治疗价值，主要是可以代替西医的穿刺疗法，但比穿刺疗法更具备迅速、安全、经济、简便的许多优点，尤其是服十枣汤积液排尽之后重复出现渗出的机转情况要少得多。吴氏指出，十枣汤总属对症治疗范围，故必须配合其它特效治疗，才能彻底治愈而竟全功。吴氏经验，十枣汤对囊裹性胸膜炎积液也有效，对脓胸无效，对干性胸膜炎不适宜。后世所用控涎丹即十枣汤去芫花加入白芥子而成，据林氏[594]报告，胸膜腔积液用白芥子胜于芫花。林氏引述张景岳说：“痰在胁下非白芥子不能除”，认为控涎丹的排液能力较十枣汤卓著。人们用十枣汤治疗腹水也取得显著疗效。笔者统计[585,595,596,597,598]五个资料，用十枣汤治疗肝硬化和心肾疾病引起的腹水135例，疗效是满意的。吴氏[595]用十枣汤治疗各种原因引起的腹水42例，观察到收效有时比西医高，但必须以肾气丸作为巩固疗效的治法，因为腹水最容易再产生。殷氏[598]报告应用十枣汤“去宛陈莝”治疗肝硬化腹水和肾炎水肿，观察到用药后对肝硬化腹水的效果好些，22例中有20例起到不同程度的逐水作用；而6例肾炎水肿仅2例起到轻微的减轻腹水作水。殷氏还观察到远期效果不够满意，大部分病人腹水和水肿复发，可能是这类药对改善肝肾功能、增加血浆蛋白的作用不显著，反而消耗正气或减少营养物质的吸收。对肝硬化腹水病人来说，能否使其腹水消退是治疗成败的关键之一，因为腹水消退可为外科手术创造有利条件，也可使肾血流量增加而肝肾功能恢复，打断其恶性循环。中医研究院[585]认为，用攻下消除腹水是祖国医学中独特而有效的一项治法，西医虽也用泻药（硫酸镁），但对之并不重视，只作为一个辅助治疗，因此尚未见到过用硫酸镁治疗腹水的文献报道。该院报道在用中药攻下的近700次治疗中，曾有71次用硫酸镁（每次用50%硫酸镁50-60毫升）于两次中药峻攻逐水之间，每次能泻下500-800毫升水，并未发现有什么反应，既能使病人在这一期间获得休息，又可保持腹水不长，认为这一中西医结合的攻下法有一定价值。同时观察到，19例肝硬化腹水病人，其中18例有食道静脉曲张，而在住院期间攻水共达698次，每例至少5次，多则80次，从未发观1次在攻水后出血的情况，证明引起食道静脉出血的可能性很小；在700次攻水中，也没有发现1例于攻水后引起急性肝功能衰竭以致昏迷死亡；也没有发现1例出现明显的电解质失去平衡的情况。指出，这与甘遂等主要是局部刺激作用，很少吸收入血，故对增加肝细胞负担方面的可能性是不大的。该皖还分析了5个死亡病例，均为攻水后腹水不减或反增加者，没有1例是腹水消退而死者，说明攻水后如腹水逐渐减少则预后良好，不减或反增加者较差，而阴虚（舌红光）者疗效及预后均差。徐氏[596]则观察到，用十枣汤等治腹水，对血吸虫病肝硬化腹水的疗效，较肝炎后肝硬化及营养不良性肝硬化腹水更为显著。罗氏[598]曾报告用十枣丸加味治疗49例晚期血吸虫病腹水，一般1星期内全部腹水消退，效果显著。陈氏[600]也曾报道用十枣丸加味治疗7例晚期血吸虫病，其中5例腹水消失，2例似有轻度腹水可疑，7例的肝脾肿大均有显著缩小。上述资料说明，在治疗腹水方面，十枣汤都有一定效果，但以晚期血吸虫病效果较好。

在用十枣汤治疗水肿方面，张氏[601]曾报告40例水肿病人，阳水阴水均获得满意效果，其中急性肾炎、慢性肾炎皆获消肿之效，但具体应用时要分辨虚实，属虚证者先补后攻，或寓攻于补，总宜随机应变面用之，张氏认为如已成狂澜莫测，即非攻逐莫克，倘因循畏缩，坐失机宜，徒以轻剂塞责，犹自诩平谈为妥，恐势成泛滥之虚。顾氏[602]页也曾报告用十枣汤加蝼蛄、麝香、白术等治疗1例慢性肾炎高度腹水病人，竟然达到消肿的目的，可见，十枣汤也可以用于消除水肿，但分清虚实至关重要。

### 五、黄芩汤证类

#### <一> 黄芩汤证

#### <二> 黄芩加半夏生姜汤证

1.原文汇要

**177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。**

本条提太阳与少阳合病，但并无发热、恶寒、头痛、项强等太阳表证，亦无胸胁苦满，口苦、咽干、目眩等少阳半表半里证，其实太阳之表证已解，少阳半表半里证亦去，邪热下迫肠道，传化过速而引起下利，当以黄芩汤纯清里热治疗。如下利而兼呕吐者，表明有寒邪滞于胃脘，胃失和降，当于黄芩汤中加半夏、生姜降逆和胃治疗。

2.辨证要点

主症 腹泻，粪便如蛋花样，肛门灼热，小便短而黄赤，苔黄，脉弦数。或兼呕吐。

副症 或口苦、口渴，或发热，或腹痛。

太阳阳明合病，自下利者，里热未实，表证为主，故用葛根汤辛甘发散为阳，表解里自和，亦下者举之之法。少阳阳明合病，自下利者，热结旁流，里证为急，故用承气汤下之，通因通用之法。太阳少阳合病，自下利或兼呕者，为热迫肠道或兼寒滞胃脘，故用黄芩汤苦酸存阴或加姜夏苦辛合化之法。可见，不同的合病引起的下利，有不同的辨证原则和治法。

3.基本病理 热迫肠道，或兼寒滞胃脘。

热为阳邪，下迫肠道，肠中阴小于阳，阳的温动性引起肠道传化过速，而下利、腹痛。如邪热太甚，阳的发散性可致发热、口苦、口渴。如兼寒滞胃脘，则优势的阴的凝聚性、静性使胃气失于和降，而产生呕吐，便形成胃寒肠热的错杂局面。本证属于局部反应性病变，故治疗也仅针对局部病变用药。

4.药理方理

黄芩汤方：

黄芩9克 芍药6克 炙甘草6克 大枣12枚 上四味，以水2000毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日再，夜一服。

黄芩如半夏生姜汤方：

黄芩9克 芍药6克 炙甘草6克 大枣12枚 半夏（半升、洗）9克 生姜（一方三两）4.5克 上六味，以水2000毫升，煮取600毫升，去滓、温服200毫升，日再，夜一服

本方黄芩苦寒撤热，降低肠中阳的温动性，以减慢肠道过速之传化。芍药、甘草、大枣酸甘敛阴，以增强阴的凝聚性、静性，免使津液（阴）过分散失。共凑撤热存阴，平调阴阳之效，为后世医家治热利之主方。若呕吐者，加姜夏之辛散，以増强阳的温动性，而解除胃脘的寒邪凝滞，使胃气得以和降而止呕吐，为寒温并用，苦辛合化之方，后世治疗胃寒肠热的错杂证候多宗此。

5.现代应用

近代人单用黄芩汤或黄芩加半夏生姜于临床，诚属少见。仅有[25]—例报道，用黄苓、白芍为散剂，1日3次，每次3克治小儿腹泻属湿热型者12例，取得良好效果云。

#### <三> 黄连汤证

1.原文汇要

**178条 伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。**

[词义] 胸中有热：胸中烦热，亦属烦症。胃中有邪气：邪气未言寒邪热邪，古注家两种认识都有，而有的注家则将胃中改成胃下，说胃下即肠，胃下有邪气，即肠中有寒邪。笔者认为，莫如理解成中焦有寒，比较概括些。

本条首提伤寒，是说在外有太阳伤寒的表证存在；在内，上焦胸中有热，敌出现烦热症，而中焦有寒，故出现腹中痛、欲呕，是一组表里不和，寒热互阻，升降失调的症候。当用寒温并治，表里兼顾的黄连汤治疗。

2.辨证要点

主症 胸中烦热，欲呕吐，腹中痛。

副症 或微发热，或痞满不适。

（1）黄连汤与泻心汤证的区别，在于前者尚有一分表未解，故去黄芩而用桂枝；后者皆治心胃间寒热不调，全属里证，故用黄芩而不用桂枝。

（2）黄连汤证与干姜黄连黄芩人参汤证的区别，在于前者尚有一分表旺，故用桂枝，里寒较重，有腹痛，故去黄芩；后者外无表证，里无腹痛，故不用桂枝而用黄芩。

3.基本病理 上热下寒，表里不和。

在表，尚有轻度营卫不和，故可能出现轻度发热。在里，上焦阴小于阳，优势的阳（热）的温动性引起烦热；中焦阴大于阳，优势的阴（寒）的凝聚性、静性使胃失和降而引起呕吐，使气机不宣通导致腹中痛，有的还可出现痞满等症状。本证如不兼表证，则是多个局部病理反应层次阴阳升降失调引起的证候，一般属减弱性失调。

4.药理方理

黄连汤方：

黄连9克 炙甘草9克 干姜9克 桂枝9克 人参6克 半夏（半升、洗）9克 大枣12枚 上七味，以水2000毫升，煮取1200毫升，去作，温服，昼三，夜二。

本方即半夏泻心汤去黄芩加桂枝，用黄连苦寒泄热，降低上焦阳的温动性，而治胸中烦热；干姜、半夏辛温驱寒，减弱中焦阴的凝聚性、静性，以温通气机，和胃降逆，而治腹中痛，呕吐；桂枝通调营卫，除在外之一分表证；人参、甘草、大枣甘补在里之虚，共成辛开苦降，清上温下，补泄兼施，调和表里阴阳之效。

#### <四> 干姜黄芩黄连人参汤证

1.原文汇要

**358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。**

[词义] 本自寒下：指其人素有虚寒在下为利。寒格：上热为下寒所格拒，格则吐逆，表现为食入即吐的伏况，更逆吐下：由于误治而呕吐下利更甚。

伤寒，是说病之开始为太阳伤寒，但其人素有虚寒在下，邪热内陷，或医者误用吐下法，而形成的上热被下寒格拒，以致脾胃升降失调的证候。胃中有热，故食入即吐，脾中寒甚，故下利弥增。应以清上热，温下寒，通格拒的干姜黄芩黄连人参汤主之。

2.辨证要点

主症 呕吐频作，或食入即吐，下利。

副症 或胸膈痞闷，舌淡苔薄黄，脉虚数。

干姜黄连黄芩人参汤证与理中汤证，皆存呕吐下利，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；前者为呕家夹热，香砂桔半难止其呕，当苦辛通降以开格拒，后者纯属虚寒，当温中焦之寒，理太阴之虚。故二者证因方治均不同，当仔细辨别。

3.基本病理 胃热脾寒，升降悖逆。

热为阳邪盛于中，使胃中阴小于阳。寒为阴邪盛于下，使脾中阴大于阳。在下居优势的阴的凝聚性、静性，使弱势的脾阳不升，以致脾为胃行其津液的功能障碍，肠中津液下流而为利。胃气以下降为顺，但被在下居优势的阴的凝聚性、静性所阻，复因其本身居优势的阳的动性导致应降反升，而发生频频呕吐。这便是两个局部病理反应层次阴阳失降失调的证候，而且具有减弱性失调的性质。

4.药理方理

干姜黄芩黄连人参汤方：

干姜 黄芩 黄连 人参各9克 上四味，以水1200毫升，煮取400毫升，去滓，分温再服。

本方干姜辛温散寒，其行最快，直入脾中，以降低阴（寒）的凝聚性、静性，而使脾阳能升，津液得以敷布；芩连苦寒泄热，降低胃中阳的温动性，使胃气和而下降。脾阳能升，胃气能降，升降有常则吐利自止。人参扶助正气，因其吐利伤正之故。本方药虽四味，寓有温清并用，补泄兼施之法。使邪气去，正气复，阴阳平，而收一举数得之效。

## 第五章 太阴病

基本病理——脏气虚寒。

证候提纲——腹满而吐，时腹自痛，食不下，自利，脉缓弱。

治疗总则——温中散寒。

#### <一> 理中汤（丸）证

1.原文汇要

**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。**

[词义] 脏有寒：指太阴本脏即脾脏有寒。四逆辈：—说指四逆汤、理中汤一类；一说不包括理中汤，以后者为妥，

凡有自利而渴，是里有热，属阳证；自利不渴，则是里有寒，属阴证。因太阴脾病多从寒化，故自利不渴，一般应改考虑脾家有寒，“寒者温之，虚则补之。”故宜四逆类方治疗。

**385条 霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。**

[词义] 霍乱：原意为挥霍撩乱，指上吐下泻一类疾病。

本条说明上吐下泻有表里寒热不同的证治。霍乱，如同时伴有头痛发热、身疼痛、欲饮水者，与理中汤证相对而言，有表证而热多，当用五苓散化气行水兼和表进行治疗。五苓散证本有小便不利，这里未明言者，是省文。如外无表证，又不欲饮水，纯属里证寒多，当用理中丸温中散寒治疗。

**395条 大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。**

[词义] 差后：即愈后。喜唾：喜为屡屡之义，即多唾沫。久不了了：长期心身不安适之状。胸上：有作胃上的。

本条说明大病后脾胃虚寒的调治法。大病愈后，即邪气虽去，但正气已伤。如果是因为胸中有寒，脾胃阳气不振，则多有喜唾，久不了了等症状。宜用理中丸温中补虚缓缓调治。

2.辨证要点

主症 腹满而吐，食不下，时腹自痛，下利，口不渴，舌质淡苔白润，脉沉无力。

副症 或便溏，或舌质湿嫩光滑，舌苔灰黑而滑，脉缓弱。

理中汤证是太阴病的典型证候，必见太阴病的腹满、腹痛、吐、利四大主症。特点是腹满而不坚，腹痛而喜按，吐势较缓而非食入即吐或水入即吐，其利或为便溏。

黄氏[603]指出急性吐泻中理中汤证与四逆汤证的鉴别，在于前者无热，不口渴，小便清白，恶寒，舌苔白，脉迟缓；后者有上述脉症，再加上四肢冷逆，汗出，脉微欲绝。

俞氏[143]指出，理中汤证与五苓散证同有吐泻，但五苓散有发热，口渴，脉浮，笔者认为还有小便不利，可资鉴别。理中汤证与赤石脂禹余粮汤证同有下利，但后者无腹满腹痛，只下利不吐，可资鉴别。

3.基本病理 脾胃虚寒，升降悖逆。

中焦脾胃，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起胃失和降而吐；脾阳的升温性、动性不足，不能输布津液，则喜唾；津液下流，清浊不分而为利。升降悖逆，气机阻滞，故为满为痛。其舌脉之象都是占绝对优势的阴的沉凝性、静性所致。

本证基本上属于局部病理反应层次的明阳减弱性失调证候，如兼有无热而恶寒的症状，则是局部波及到整体反应性的证候了。

4.药理方理

理中丸方：

人参 干姜 炙甘草 白术各9克。上四味，捣筛，蜜和为丸如鸡子黄许大，以沸汤数百毫升和一丸，研碎，温服之，日三四、夜二服。腹中未热，益至三、四丸，然不及汤。汤法：以四物依两数切，用水16OO毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日三服。若脐上筑者，肾气动也，去术加桂12克。吐多者，去术加生姜9克。下多者，还用术。悸者，加茯苓6克。渴欲得水者，加足前13.5克。腹中痛者，加人参足前成13.5克。寒者加干姜足前成13.5克。腹满者，去术加附子一枚。服汤后，如食顷，饮热粥200毫升许，微自温，勿发揭衣被。

本方干姜、白术、甘草辛甘化阳，以温脾胃之寒，增强阳的升温性、动性，而相对减弱阴的凝聚性，静性，则满、痛，吐、利可除。人参则具有二相性调节作用，与阴药相伍则益阴，与阳药相合则补阳，用之在于增强严重减弱的阳气，为温中散寒，甘温补脾的首选方。

5.现代应用

中国人民解放军空军菜医院内科[604]报道，治疗慢性胃炎（低酸性）40例，以理中汤为主方，痛甚加玄胡、良姜；腹胀加莱菔子、枳实、槟榔、木香、厚朴、佛手；嗳气恶心呕吐，加竹茹、半夏、旋覆花、代赭石；寒甚如良姜、肉桂；脾虚湿重，加茯苓、草蔻、前仁、大枣、佩兰；食欲不振；加砂仁、木香、神曲、谷麦芽、山査，未配西药治疗，结果痊愈21例（胃酸恢复正常，自觉症状消失），占52.2%；显效16例（症状甚本消失，胃酸不同程度恢复），占40%。认为，本病主要属于脾胃虚寒，常表现为胃痛隐隐，口淡乏味，喜温看按，受凉或进食生冷、劳累易诱发，苔薄白或白腻，脉沉细无力等症状。还观察到理中汤对虚寒型胃肠功能紊乱，慢性肠炎，溃疡病也有一定疗效。裴氏[605]也有相同的经验，认为慢性胃痛，久痛属虚，其特点：（1）痛的性质多属隐痛，嘈痛或钝痛；（2）饥则较甚，得食稍可；（3）痛处喜按；（4）疲劳后其发作加频加剧；（5）用补则有效，攻则愈剧，补用甘温补中的理中汤加减，常收满意效果。连理汤虽为《张氏医通》方，但也是仲景理中汤加黄连、茯苓组成。周氏[606]用连理汤全方治疗慢性肠炎病人14例，结果临床痊愈11例，显效2例，无效1例。周氏还举出用参苓白术散多剂无效，改用连理汤而取效的实例，说明甘淡实脾法没有甘温补脾法对该病的效果显著。理中汤虽着眼于脾胃，但其影响是全身性的，所以也用于胃肠道以外的疾病。如张氏[607]介绍1例麻疹合并肺炎，经西药治疗已愈，惟体温一直不降，嗜睡，躁动，颈项强直、角弓反张，并出现全身顫抖，以手足为著，复经西药抗菌素、输液、输血等对症治疗，终不见效，体温波动在38℃上下。张氏分析该病例，身虽热而口鼻气冷，便溏尿清，脉象虚缓，判断为真寒假热之虚候，乃用甘温除热法，以理中汤合地黄汤加味，数剂而愈。刘氏[608]还曾用理中汤随证加味，治疗6例风湿热心肌炎病人，结果4例恢复出院，1例死亡，1例无效而转院。马氏[609]别开生而地治疗过敏性紫癜症，一般报道该病为热毒发斑，多用凉血止血法。马氏所见该病1例呈现一派阳虚，并无热候，乃采取温阳摄血法，以附子理中汤加艾叶、赤芍、当归、丹皮等，竟获全功。后世以理中汤加味而命名为某理中汤者甚多，应用也极广，大大地发展了仲景理中汤的应用范围，实难尽举。

#### <二> 桂枝人参汤证

1.原文汇要

**168条 太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞鞕，表里不解者，桂枝人参汤主之。**

[词义] 数下之：屡用攻下之义。协热：此处指的表热，有的注家将“协”作“挟”。

太阳病，外证未解，意味着仍然存在发热恶寒，头身痛等表证。表证本应从表解，但一再误下虚其脾胃（或病者脾胃素虚），遂导致外有表热而内则虚寒下利不止的证候。由于脾胃虚寒，运化津液的功能低下，津液下流则为利；停滞则为心下痞鞕。这种表不解，里不和的证候，当用两解表里的桂枝人参汤主之。

2.辨证要点

主症 下利，心下痞鞕，腹痛绵绵，口不渴，发热恶寒，头痛，苔白滑，脉浮虚。

副症 或便溏，或舌苔灰黑而滑。

桂枝人参汤证与葛根芩连汤证皆为表证误下引起下利，但前者是里虚寒而挟表热，后者是表里俱热；前者心下痞鞕是津液停滞所致，后者有喘而汗出是热邪蕴蒸引起，不难辨别。

3.基本病理 表证未解，脾胃虚寒。

本证在表是属于营强卫弱的证候，由于营阴大于卫阳，居优势的营阴的凝聚性、静性使弱势的卫阳不得伸展、发散，引起发热、恶寒、头痛而不汗出。所谓“协热”（表热）即指郁于腠理不得发散的卫阳而形成发热，并不意味着在表阴小于阳。本证或因脾胃素有虚寒，或一再误下损伤脾胃阳气，故在里阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性使津液停聚而为心下痞鞕；弱势的阳的升散性、动性不足，使津液下流而为利或便溏，津液停滞，气机不利，故口不渴而腹痛绵绵。显然，是局部和整体病理反应层次共同构成的减弱性失调证候。

4.药理方理

桂枝人参汤方：

桂枝12克 炙甘草12克 白术9克 人参9克 干姜9克 上五味，以水1800毫升，先煮四味，取1000毫升，内桂，更煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日再、夜一服。

本方即理中汤加桂枝。用理中汤温补脾胃之虚寒，助长在里之阳的升温性、动性而解阴的凝聚，则下利、痞鞕可除。加桂枝之辛温，旨在助长卫阳的升散性、动性，以使营阴的凝聚性、静性相对减弱，而达到解表的目的。故本方为两解表里，平调内外之阴阳的温补方。

5，现代应用

近代专用桂枝人参汤于临床仅二见。一为蒲氏[610]用桂枝人参汤合二陈汤，温通太阴为主，兼开太阳，治疗腺病毒肺炎1例，1剂则周身微汗，矢气转常，体温降至正常，四末少和，灰黑苔见退，再事调理而愈。—为刘氏[611]用桂枝人参汤治疗十二指肠球部溃疡，属阳虚胃寒者1例，取得良好效果。

<三> 桃花汤证

1.原文汇要

**306条 少阴病，下利，便脓血者，桃花汤主之。**

[词义] 下利：此处即下痢。便脓血：指大便脓血杂下。

本条是辨虚寒下痢便脓血的证治，病虽涉脾肾，但以脾虚为主，故列在太阴篇里较合适。条文首冠少阴病意味着阳虚无热而恶寒，脉必沉微等症。由于痢下日久，阳虚里寒，血失统摄，滑脱不禁，而致便脓血，当用温中固涩的桃花汤治疗。

**307条 少阴病，二三日至四五日，腹痛，小便不利，下利不止，便脓血者，桃花汤主之。**

本条为补叙306条的证治。少阴病，表明下痢属虚寒性质。二三日至五日无特殊意义。腹痛、下利不止、便脓血为痢疾应有的症状。小便不利，是津液偏渗大肠清浊不分所致。证属虚寒滑脱，故以温中涩肠之桃花汤治疗。

2.辨证要点

主症 下利，便脓血，经久不愈，滑脱不禁，小便不利，腹痛绵绵，舌质淡、苔白滑，脉弱。

副症 神疲身倦，纳差懒言，或有极轻的里急后重观象。

本证多由下利或湿热痢经久不愈，损伤脾阳转变而来。其所下之脓血，必然血色鲜红，脓色晦暗，且水液甚多，滑脱不禁。其腹痛必是绵绵作痛，喜按喜温。一般没有里急后重，即使有其势也极轻。

桃花汤证与白头翁场证皆为下利、便脓血，但前者为中焦虚寒的虚寒利，后者为热化太过的湿热利；前者病已日久，滑脱不禁，无里急后重，有也极轻，后者起病急迫，里急后重严重，当不难区别。

3.基本病理 脾虚寒盛，滑脱不禁。

由于中焦阴大于阳，严重减弱的阳无力升津液，统脂血，所有肠道的津液脂血均滑脱而下，故形成是证。阳的升动性严重不足，下脱之阴质已无所阻，故无里急后重，腹痛亦轻。津液偏渗大肠，膀胱已无津液停储，加之阳虚气不化，故小便不利。它如神疲身倦，纳差懒言等，均为阳的升性不足所致。本证是局部反应性证候，阴阳严重减弱性失调。

4.药理方理

桃花汤方：

赤石脂（一半全用，一半筛末）30克 干姜3克 粳米（一升）30克 上三味，以水1400毫升，煮米令熟，去滓，温服140毫升，内赤石脂末（方寸匕）5克，日三服。若一服愈，余勿服。

本方赤石脂甘温酸涩，用以增加肠中阴质的凝聚性、静性而敛肠止泻止血，妙在其性甘温，增加阴的凝聚性、静性而不助长阴的寒凉性，反有轻微的祛寒作用。干姜辛温，温中散寒，增高脾阳的升温性、动性，使津液肠脂得以敷布、运化。二药合用，使下利得止，清浊得分，小便因之而利。粳米甘平，益脾胃而补养正气，为“涩可固脱”之方。本方所针对的是痢疾，“若一服愈，余勿服”者，唯恐过于收涩，造成余邪残留之弊。

盛氏[612]曾指出桃花汤治疗痢疾的应用标准：（1）痢疾初起，里急后重者不可用，所谓痢疾初起无止法；（2）肠膜溃烂，所下之血色鲜红，或便脓，脓色晦喑，其人神惫身倦者可用；（3）虚寒下利可用，热利下重不可用。

熊氏[613」曾指出其应用范围，包括了许多肠道疾患：（1）腹泻。包括蓄便性腹泻，发酵性腹泻，以及腐败性消化不良之腹泻，大便薄含水多，除原因治疗外，投本方即见效；（2）肠炎；（3）无论原虫痢或菌痢，如经过时间太长，显著脱水现象者，均可酌情给予。二氏之见解均可作临床应用之参考。

5-现代应用

静氏[614]的经验，遇见桃花汤证的时候，如入乌梅一味，比单用桃花汤效果更为显著。静氏自述以为有得，殊知翻阅《外台》卷二十五，看到了张仲文的一个处方，正是桃花汤加乌梅，足见古人早已有此实践。笔者认为，乌梅酸平，特善涩肠，加得好。李氏[615]曾介绍1痢疾病例，用过承气汤、白头翁汤和注射依米丁，内服痢特灵等无效，属虚寒阴证，投以桃花汤合左金丸加党参而愈。李氏的治验提示临床者这样一个间题：有时单靠病因治疗，特别是对于减弱性阴阳失调证候，往往不能取效。李氏[616]在其治疗阿米巴原虫痢时有这样的经验，其病之初起用白头翁汤加大黄、萝布汁等有效，但如无效而转为慢性，常排出脓血胶样液便，腹部隐隐作痛，并兼有腹微胀等症状，非用加减桃花汤（即本方去粳米用山药，再加龙骨、牡蛎、生地榆、秦皮四味）不能取效。李氏介绍共治该病4例，病程都是半年至两年之久，经中西药治疗无效，而用加减桃花汤治愈。李氏之经验值得进一步验证。

## 第六章 少阴病

基本病理——阳亡寒盛。

证候提纲——脉微细，但欲寐，无热恶寒，下利，手足厥逆。

治疗总则——急温回阳。

### 一、四逆汤证类

#### <一> 四逆汤证

1.原文汇要

**323条 少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤。**

本条文冠少阴病，不言而喻，有脉微细，但欲寐，四肢厥逆等典型的少阴主症。脉沉者，是言脉沉而微细，当急温回阳，故宜四逆汤治疗。

**387条 吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者，四逆汤主之。**

[词义] 拘急：即转筋。

吐利汗出，阳亡阴脱，阳亡则温煦不足，故见恶寒、手足厥冷，阴脱则失于濡养，故见四肢拘急。但少阴本为无热，今反见发热，显然是阳气浮越欲脱之象，故当以四逆汤急温回阳，因阳易亡而阴易生，俾阳生阴长之法。

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

本条与387条证候相似，表现不同。387条表现为发热恶寒、四肢拘急，本条则大汗出、下利清谷。本条较之病势更为严重。吐利大汗，阴阳大伤。小便复利，可知内无里热。下利清谷，可知阴寒内盛。脉微欲绝，表明阴阳俱亡。虚阳被阴寒格拒而浮越于外，引起大汗出，故此大汗出绝非真热之象。仲景判为内寒外热，即是内真寒，外假热的严重证候，自应急温回阳，用四逆汤力挽危局。

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

[词文] 内拘急：腹中拘急疼痛。大汗出：通身大汗。厥逆：即手足厥冷。

本条与387条证候亦相似，不过387条为四肢拘急，本条为腹内拘急，是四逆汤证又一种表现形式。大汗出而热不去，又见恶寒、四肢厥逆，足以证明是阳气浮越于外的假热之象。阳亡于外，阴盛于内，故下利而腹内拘急。阳亡不能温煦四末，故现四肢疼。四肢疼仅比四肢拘急程度稍轻而已。仍当以四逆汤急温回阳。

**353条 大汗，若大下利而厥冷者，四逆汤主之。**

[词义] 厥冷：四肢厥冷。

大汗大下利大伤阳气，而引起四肢厥冷，未见阳气浮越症，是比较单纯的四逆汤证，仍当用四逆汤回阳救逆。

**228条 脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。**

脉浮是表热，脉迟主里寒，浮中见迟，是浮为表虚，迟为真寒。里有真寒，故下利清谷；表有虚热即假热，乃阴盛格阳于外所致。是真寒假热证，用四逆汤温里回阳，真寒除而假热自解。

**376条 呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者难治，四逆汤主之。**

[词义] 厥：四肢厥冷。

呕而脉弱说明中焦阳气已伤，小便复利表明下焦阳气不足，身有微热而见四逆厥逆，更是阴盛于内，格阴于外的明证。此为阴盛格阳的轻证，比387条、388条证候都轻，但性质一样，故治法相同。

**324条 少阴病，饮食入口则吐，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；若膈上有寒（饮），干呕者，不可吐也，当温之，宜四逆汤。**

[词义] 心中温温欲吐，复不能吐：恶心不已之状。若膈上有寒饮：有的注家[205]去掉“饮”字，成为“若膈上有寒”，则易讲得多。

本条实际上是辨瓜蒂散证与四逆汤证的区别。因为这两证都可能有手足寒，脉弦迟，欲吐干呕等症状，但瓜蒂散证为胸有实痰，四逆汤证为膈有虚寒，故前者当吐，后者当温。两证区别的显著标志是：瓜蒂散证为有形之实邪梗钽，胸中实满，以致气失和降，阳失敷布，而引起食入则吐，恶心不已，手足寒冷等症；四逆汤证为瓶上虚寒，寒气上逆，有气无质，故干呕无物，阳气不布，自当有手足寒冷等症。瓜蒂散证病在胸中，位高故不可下；四逆汤证病属虚寒，且无实邪，故不可吐。

**93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。**

[词义] 清便自调：大小便正常。

伤寒意味着表证应从汗解，而医者反下之，虚其里阳，或病人里阳素虚，因下利清谷不止。此时虽有身疼痛之表证，但权衡缓急，虚寒里证为急，故应急当救里，用四逆汤；里证缓解之后，如疼痛之表证依然存在，才急当救表，用桂枝汤。里证缓解的标志，为大小便正常。表里同病，先表后里，这是定法；本条里证为急，先里后表，这是活法；麻黄附子细辛汤证，表里同病，表里兼治，则是定法中的活法。此为仲景治病必分轻重缓急，尤其重视整体调节的范例。

**94条 病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤。**

病发热头痛，是为表证，其脉当浮，而反沉，是表证而兼里虚的征象，当用麻黄附子细辛汤表里同治。若不差，意味着已经治疗而不愈。其后，诸家皆言有脱简，因为身体疼痛仍是表证，并不是里证而应“急当救里”。诸家认为”，“身体疼痛”之后当有“下利清谷”一语，虚寒里证为急，故应“急当救里”，而宜四逆汤。这样才药证相符。

2.辨证要点

主症 脉微细、沉弱或沉迟，但欲寐，精神萎靡，四肢厥冷，下利清谷，呕吐，无热恶寒，或大汗出，或身有微热，热不去，小便清白，舌质淡，苔白滑。

副症 腹中拘急，四肢拘急，四肢疼痛，口不渴或渴喜热饮，脉浮迟。

关于汗出一症，有表证自汗，如桂枝汤证；有里热汗出，如白虎汤证；有亡阳大汗，即四逆汤证。李氏[617]指出，汗多亡阳一症，不仅误汗可以导致亡阳，即自汗或盗汗过多亦可引起此证。李氏认为亡阳的标志：汗出不止，四肢厥逆，恶寒足踡，但欲寐，状若朦胧，而呼之则醒，脉沉微，或细弱欲绝。此时，不问来路如何，悉以救阳为急，虽有余证，概从缓治。

关于厥逆一症，危氏[618]指出，有狭义和广义二方面的内容，广义的厥是指一种证型而言，如寒厥、热厥、痰厥等，即属此类。狭义的厥是指一种症状，如四肢厥逆、昏厥等，即属此类。陆氏[619]曾将《伤寒论》中厥证作了一番归纳整理，可供学者参考，共七大类：

一、寒厥——起病时见四肢厥冷，身不热，恶寒，或汗大出，小便清白，下利清谷，口不渴饮，或喜热饮而不多，舌苔滑润，脉微细欲绝，或沉迟而伏等症。其中又分几个具体证治类型：

1.单纯型寒厥：

（1）脾肾阳虚：恶寒踡卧，下利清谷，手足厥冷，或呕吐腹痛，口不渴，脉沉细无力者，用四逆汤回阳救逆，湿运脾肾。

（2）阴盛于内，格阳于外：手足逆冷，下利清谷，身反不恶寒，面色赤，脉微细欲绝者，用通脉四逆汤，通达内外之阳气。

（3）阴竭于内，阳亡于外：吐已，下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉细欲绝者，用通脉四逆加猪胆汁汤，益阴回阳。

（4）虚阳被阴寒格拒，浮越于上：下利不止，面赤，厥逆无脉，干呕而烦，可用白通加人尿猪胆汁汤，反佐苦寒，从阴引阳。

（5）阴盛于下，格阳于上：下利厥逆，面色赤，脉微细者，用白通汤宣通上下之阳气。

（6）脉促手足厥冷，用灸法通阳，可灸关元、气海、足三里。

2.血瘀血滞：有手足厥冷，脉细欲绝，但无里寒下利现象。是血虚受寒，阳气衰微所致，用当归四逆汤养血散寒，温经通络。兼呕吐加吴茱萸、生姜。

3.内有久寒；症见四肢厥冷，脉细欲绝之外，还有干呕、吐涎沫、头痛的症状。由于阴盛阳郁，浊气上逆所致，用吴茱萸汤，降逆安胃，温中化浊。

4.冷结膀胱关元：手足厥冷，无结胸证候，小腹满，按之痛，小便清白。是由于阴寒冷结，肾阳不振所致，当用灸法通阳，亦可用与服桂枝加附子汤。

二、热厥——同寒厥恰恰相反，在证候上有“里真热，外假寒”的一派假象。其发生主要是阳亢于内，气机被阻，阳不能外达所致。

1.热微厥微：有四肢厥冷的表现，但厥冷的程度比较轻微，或有咳、悸、小便不利、腹中痛、泄利下重等或然症出现。是由肝胃不和，阳郁半里引起，用四逆散透达郁阳。

2.热深厥深：有两种见证：

（1）四肢冷厥，伴有脉滑苔干，烦渴引饮等症，而无腹满、便秘的见症。乃邪热闭郁于里，阳气不得透达所致，宜用白虎汤。

（2）除四肢厥冷外，同时出现脉实有力，舌苔焦黄，小便赤涩，腹部硬满疼痛等一系列肠胃燥实证。乃邪热闭郁，燥结于里所致，用承气汤推陈致新。

三、蛔厥——脉微而厥，肤冷，静而复时烦，须臾复止，得食而呕，特征是常自吐蛔。是由中阳素虚，胃中不和，又被蛔虫扰动所致，宜用乌梅丸。

四、脏厥——伤寒，脉微而厥，至七八日肤冷，燥无暂时安。是纯阴无阳的脏厥证，不可误认为蛔厥证，用四逆、通脉、灸法等急救阳气。

五、水饮致厥——厥而心下悸，系水结心下，阳气郁而不得宣化所致，用茯苓甘草汤温阳利水。

六、痰实致厥——手足逆冷，心下满而烦，饥不欲食，脉乍紧。由于痰涎实邪，填滞胸膈，胸中阳气郁遏不得宣化而发生的，用瓜蒂散涌吐实邪。

七、寒热错杂致厥——大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，喉咽不利，唾脓血，泄利不止。是由于表邪内陷，阳郁于里，阴阳上下不能协调所致。用麻黄升麻汤清上温下，益阴达阳。

陆氏还指出厥证的死候七条：（1）汗出不止者，死；（2）吐利烦燥者，死；（3）下利，无脉，反微喘者，死；（4）下利，厥不止者，死；（5）脉微，脉不至，躁不得卧者，死；（6）脉绝，不还者，死。此六条虽云死候，不过言其预后严重而已，并非绝对不治。

关于真假寒热一症，池氏[620]指出一般辨别原则：显露在体表外的寒热，多属假属标；隐存于内脏的寒热，则多属真属本；当内外征象不一致时，应着重于里证的推寻。王氏[621]指出，要想认识假象，必先认识真象是什么？同时要掌握假象本身所具有的特征性。王氏对真假寒热虚实作了详细辨别：

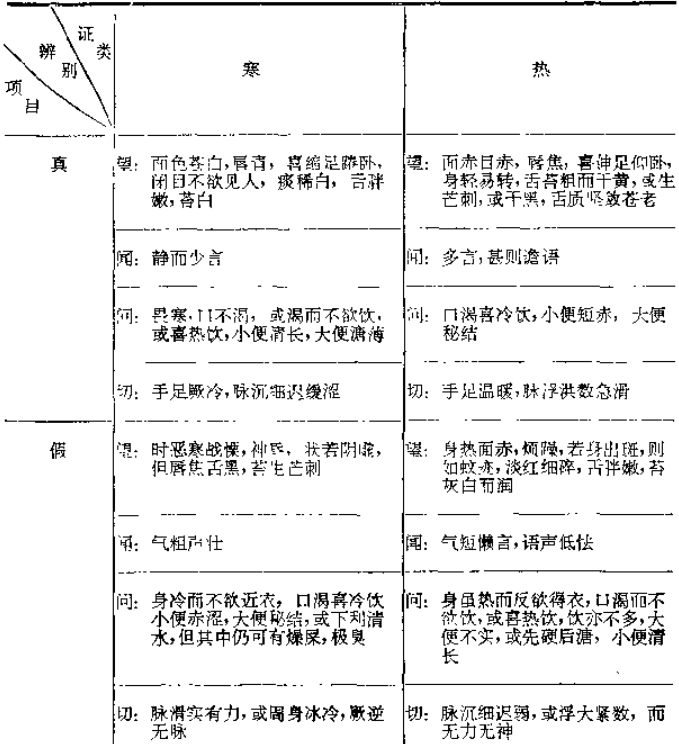
（1）真热假寒：多因热证失于汗下，以致里热亢极，阳气郁而不伸，故反见恶寒踡卧，四肢厥冷，神志昏沉等。其状若阴证，实际乃是热极反兼寒化，热深厥深，火极似水之证。

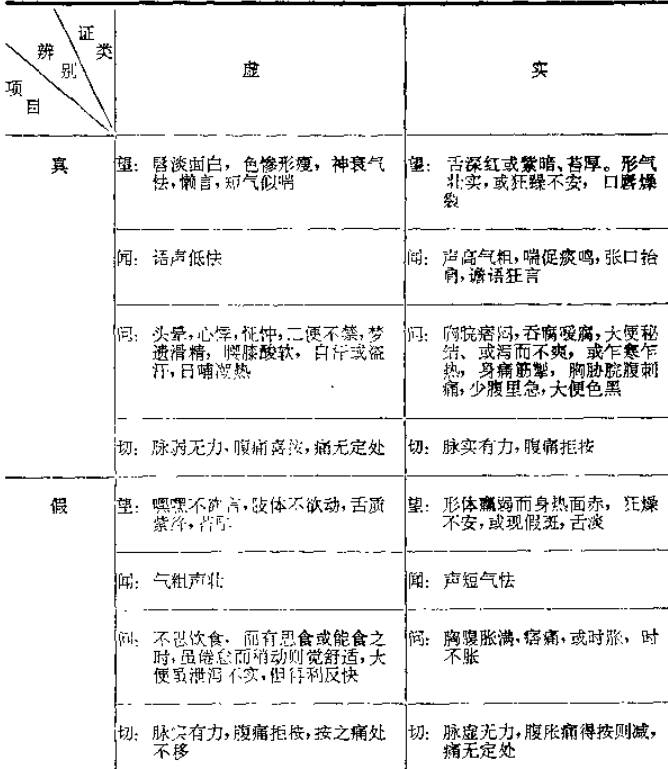
（2）真寒假热：乃因阴盛于内，格阳于外，实质为阴证寒证。但因患者素禀虚寒，虚阳不敛，阴寒盛于内，格热于外，因而表现出类似热证的症状，如而赤烦躁，大便不通，小便赤涩，咽喉肿痛，脉数等症。其内真寒而外假热者，又称“格阳证”；下真寒而上假热者，又称“戴阳证”。

（3）假虚：乃因邪实壅盛，阻遏气机，外呈不足之象，实属气机不得宣通，即所谓“大实有嬴状”。如腹有积聚按之硬痛，面红气粗，脉来有力，但当病情严重时，反见精神萎靡，默默不欲言，四肢倦怠，眩晕眼花，泄泻等。

（4）假实：乃因正气虚甚，气机不运。如心下痞痛，按之则止，面色憔悴，声短气怯，脉来无力，其本质为虚，但因气虚而运行不畅，故出现腹胀、饱闷不欲食、气不舒、便不利等，即所谓“至虚而有盛候”。

王氏对真假寒热虚实列表比较，则更易辨别：





3.基本病理 阳亡欲脱，阴寒弥漫。

本证是由于在里的阳虚阴盛而导致整体性阳亡欲脱的严重证疾。在表，阴大于阳，弱势的阳的温煦性不足，故无热而畏寒；卫阳的外固性不足，故大汗出。有的身微热或热不去，乃是残存之一线阳气的虚性发散性引起，是阳气行将上越外脱的征兆。在里，心生血脉、主神志，阴大于阳，心阳的升湿性、动性減弱，故但欲寐，精神萎靡，脉徽细、沉弱或沉迟；胃气宜降，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起胃失和降而呕吐，胃中阴盛故不渴，或渴喜热饮；脾气宜升，阴大于阳，弱势的脾阳不足以升腾津液，温化水谷，致使津液水谷下流而为下利清谷，而优势的阴的凝聚性更引起腹中拘急；肝主筋，阴大于阳，居优势的阴的凝聚性使筋脉挛缩，故四肢拘急、疼痛；肾为阳气之根，严重减弱的肾阳，其温散性、动性降低到极点，不足以温化水液，故小便清白，无能发散于外而温煦四末，故四肢厥逆。可见，本证是一组全身阳亡欲脱，阴寒㳽漫于表里内外的整体反应性证候，具有严重减弱性失调的性质。但是，虽则全身阳亡欲脱，而关键在于脾肾。因脾为后天之本，肾为先天之本，只要脾肾阳回，如黎照当空，上下内外阴霾之气将一扫而尽。

4.药理方理

四逆汤方：

炙甘草6克 干姜4.5克 附子（一枚，生用，去皮）9克 上三味，以水600毫升，煮取240毫升，去滓，分温再服。强人可大附子一枚（15克），干姜9克。

本方附子生用，辛热性烈，温肾中之阳；干姜辛热，温脾中之阳；甘草甘缓，以缓阳脱危急之势，三味共成辛甘化阳之峻剂，以迅速增长阳的升温动性，以企阳气一升，阴寒自消，而奏回阳救逆之功。

关于四逆汤中附子的用法和爾伍。岳氏[622]指出，仲景用附子回阳救逆，则必用生者与干姜作伍，不多杂以它药，如四逆汤、干姜附子汤、通脉四逆汤、茯苓四逆汤、白通汤等，持纯阳之性，奋至大之威，回阳于垂绝，起危于顷刻，非此等大剂难以胜任。张氏[623]通过对《伤寒论》《金匮》二书应用附子的分析比较，得出结论说，作急救虚脱用者，宜生附子；作强心及局部衰弱症状用者，宜炮附子轻剂；作镇痛用者，宜炮附子重剂。冯氏[624」查证《伤寒论》应用附子的条文，在太阳篇除去复加烧针一条因原文有疑义不列入外，共计十二条，十一方；阳明篇一条一方；太阴篇一条；少阴篇十法，八方；厥阴篇五条，二方；霍乱篇四条，三方。除去复出方不计外，共十八方，三十三条。指出，此三十三条中，生附子与干姜同用者，计十七条，炮附子与其它药物同用者，计十六条。冯氏引述有关条文得出这样的结沦：仲景之用附子，生用和炮用，是有严格区分的，其与干姜配伍者皆生，生者力猛，其证皆急，多为里虚骤脱，回阳救逆，方如四逆、白通、通脉等；不与干姜配伍，而与其它药物配伍的附子，一般皆经过炮制，炮制性缓，其症亦较轻，适用于温经散寒，风湿水气，阳虚阴盛等证。何氏[625]指出，《伤寒论》用生附子共八方：四逆汤、四逆加人参汤、通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汁场、茯苓四逆汤、白通汤、白通加猪胆汁汤、干姜附子汤，此八方都和干姜配伍，传统认为，二者都属辛热，功效相得益彰，然而现代药理证明，干姜能减低、抑制生附子的毒性，故用生附子都离不开干姜，且都久煎，目的是为了消除毒性。尤氏[626]认为，四逆汤中炙甘草、干筹同煎，能制附子之毒，抑短扬长，其强心作用更为显著，而熟附子的强心作用，不但不逊于生附子，而且经炮制后，其有效成分似乎更有所加强。可见诸家对生附熟附，以及附子与甘草、干姜配伍的作用关系，见解不一，故皆列于此，以供研究者参考。然而，附子与不同的药物配伍，产生不同效用，则是肯定的。曹氏[627]对仲景用附子的用法理解很深。他说，仲景用附子温有二法，杂于苓芍甘草中，杂于地黄泽泻中，如冬日之可爱也，补虚法也；佐以姜桂之热，佐以麻辛之雄，如夏日之可畏也，救阳法也。他说，仲景用附子辛有三法，桂枝附子汤、桂枝附子去桂加白术汤，甘草附子汤，辛燥以祛除风湿也；附子汤、芍药甘草附子汤，辛润以温补水脏也；若白通汤、通脉四逆加人尿猪胆汁汤，取其西方秋肃之气，补复元阳，则大封大固之妙矣。曹氏虽然使用的术语比较古老，但对仲景关于附子的用法，则概括无遗，足供研究附子者参考。

关于附子的用量和副作用。吕氏[628]曾介绍了一个有趣的事例：吕氏工作的医脘曾请吴某医师会诊共76病例（包括内外妇儿）：开出92张处方，无1例不用附子，无一方不用附子，剂量少至30克，多至150克，皆系煮沸4小时以上，同一品种，同一规格，其副作用除11例未能查明外，再除去因畏惧附子剂量过大而未服者3例，则62例中发生中毒及副作用者7例，其中自觉症状改善但时出鼻衄者1例，停药后即消失，续服又出现；其余6例为无效者均出现副作用（舌、指、全身发麻1例，面肿及全身浮肿5例），副作用率达11.3%。吕氏认为，他对这一事例的观察，与一些对附子进行药理试验的结果：附子经煮沸30-50分钟后，即可完全消除其对心脏毒性作用，而强心作用则很少减弱，以及附子煮液内浓度增高时，即使经过2小时煮沸仍可导致心律不齐和心搏停止，是一致的。吕氏认为，附子的毒性反应与禀赋有关，他观察的76例中，有的用附子120克，连服30余剂，并无副作用发生，敏感者虽久煮亦可中毒，耐受性强者虽日啖附子亦可无伤，故附子剂量当因人而异，不能一概用大剂量，亦不能认为炮制后又经久煮即可无碍。吕氏这一见解，得到褟氏[629]临床观察的支持。褟氏报告1例因腰痛服用方剂中含附子9克，水煮3小时后，连渣服下，引起阿-斯氏综合征，认为附子中的乌头碱能加速心率及增强心肌收缩力，最后导致心室颤动与停止，主要是直接作用于心室肌产生高频异位节律的结果。如上述，长期服用150克附子未见任何副反应，而服用9克附子竟出现阿-斯氏综合征，可见附子不可浪用。但一个人对附子的耐受程度开初是无法判断的，笔者认为，如果病情不急，只有从小量开始，观察反应，逐渐加大剂量，比较稳妥。

关于四逆汤的剂型，近年来也有新的实践。天津南开医院[630,631]将四逆汤改成肌肉或静脉注射液，并实际应用于临床抢救体克。观察到四逆汤注射液有下述作用：（1）改善休克状态，当心源性休克，收缩压在80-60毫米汞柱时，经注射后1-20分钟，血压即上升至90-110/60-90毫米汞柱，其特点是作用温和，当血压恢复正常后就不再上升（严重休克血压降至零，可先用西药升压，继以四逆汤维持之）。四逆汤注射液可改善微循环，对四肢厥冷，唇部及皮肤灰白或青紫的患者，药后先是四肢转暖，顶示可能系内脏血流灌注在质量上和动力学上得到改善。心率一般不减少，但力量加强，心音有力，脉转有力；（2）预防休克发生，四逆汤注射液实践证明有此作用，强心效应明显。总之，南开医院认为，四逆汤注射液的作用不是单纯的升压问题，还能改善微循环，具有强心与镇静作用。看来，改剂型后四逆汤与原方的作用基本吻合。

关于四逆汤的药理研究，报道很多。陆氏[632]指出，动物实验证明确有对急性血管机能不全的治疗作用。姜氏[633]曾介绍四逆汤中的附子可使蛙心的收缩力增强，干姜、炙甘草无明显作用；附子加炙甘草比单用附子更增强心收缩力；附子加干姜具有短暂的心收缩力增强，三者合用，先产生心收缩力短暂降低，后逐渐增大，比单用附子效果更好。有人[70]观察到四逆汤注射液，同样能增加麻醉家兔在位兔心的收缩力。至于对单味附子的实验研究，人们也曾做过大量工作。顾氏[634]用附子的“冷浸液”和“久煎液”对离体蟾蜍心脏搏动进行研究，结果：（1）在一定的浓度范围内，生附子的浸出液无论煎煮与否均可使离体蟾蜍心脏的收缩幅度增高，即具有强心作用；（2）未经煎煮的生附子“冷浸液”，又可使蟾蜍心脏出现心律不齐和心搏停止，即同时亦具有毒性作用；（3）生附子“冷浸液”经煮沸为生附子“久煎液”后，毒性作用大为减弱，煮沸时间愈久，毒性降低愈甚，但强心作用确能基本保存。本实验为中医附子“回阳救逆”作用，提供了初步的药理学解释；同时也为附子的炮制需反复蒸煮的传统习惯，提供了初步实验依据。姜氏[635]译述小岛喜勇男对附子的研究，指出附子的药效：（1）振奋作用——附子对中枢和末梢的兴奋作用，引起了各种脏器功能的亢进，使低下的新陈代谢亢进，也就是可呈现起死回生的药效；（2）强心作用——有中枢性强心作用，末梢性强心作用和氯仿不溶性物质强心作用三种。……这些在心脏衰弱的情况下，特别有效，但对热实证患者则易引起中毒；（3）镇痛作用——是继乌头碱的兴奋作用之后出现的麻痹作用引起的作用。而少量附子出现的镇痛效果被认为是由于血行改善等所引起；（4）祛寒作用——中枢性的是由于体温调节中枢的兴奋引起体温上升和振奋作用；末梢性的是由于知觉神经末梢的刺激引起温暖感，由于血管神经的兴奋引起血行改善等所致；（5）附子的药效，在相当于致死量的1/100-1/300时就能出现，但有时要使用到致死量的1/10。

5.现代应用

近年来，人们越来越明白这样一个真理：企图纯用西医指标和证据复原中医学的理论，从而希望得出结论，最多不过是高度的似真性而巳。赵氏[636]所谓本论的厥证和亡阳，即是属于原发性休克与继发性休克一类之说，正是这样一个例子。问题是人们根据这种似真性，经常取得某些实际疗效，而限制了对其实质的认识。天津南开医院[630,631]先后用四逆汤注射液抢救急性心肌梗塞204例，其明显的强心升压和改善微循环的效果，大大提高了存活率，认为对心源性体克的抢救是一个突破。北京地区[70,637]等，也曾用四逆汤或其注射液抢救急性心肌梗塞，通过近百例的观察，证明中药组的病死率在中度或重度休克组，均较单用西药升压药组为低，而且四逆汤用后，血压上升并维持在正常水平，未再下降，不象西药升压药治疗，血压暂时上升后又反复下降，是一个明显的特点。四逆汤不仅用于抢救心源性休克，也广泛用于感染性休克。如徐氏[637]用子抢救麻疹严重病例，均属重、逆、险、凶、危、弱诸证，共136例，仅死亡7例，大大提高了治愈率。又如李氏[638]用四逆汤加黄连、厚朴、肉桂治疗4例中毒性痢疾休克患者，除1例死亡外，余3例均痊愈。近年来人们几乎视四逆汤为中医抢救休克的专方。其实四逆汤不仅用于治标（亡阳、休克），也用于治本（本证）。汪氏[639]报道，用四逆汤如黄连治疗小儿泄泻70例，其中有33例曾服西药3天无效；有18例服其它中药3剂以上无效；有2例中西医结合治疗3周以上无效；未服任何药物者17例，治疗结果58例痊愈，8例近期治愈，4例无效。汪氏经验，本方适于大便稀薄，休温升高不甚明显，肢冷，脉微弱，舌苔白的患儿，如热太盛，痢疾或服药化热者则非所宜。北京医学院[640]对附子用于治疗小儿腹泻特别有体会，他们观察过6例长期腹泻小儿，用了一艇的温中健脾药包括豆蔻在内均不见效，而加入附子后则出现明显效果。结合《伤寒论》中处处提到四逆汤治“下利”，是否可以认为四逆汤对消化系统的功效有某种特殊作用，值得进一步研究。苏州市中医院[641]实验证明，四逆汤等不仅无制菌作用，反能促进菌簇的生长。然而，他们根据“阳毒攻毒，阴毒补正”的原则，结合输血、输液、抗生素等治疗78例金黄色葡萄球菌败血症；其中61例以攻邪为主，17例以扶正为主，而对其阳虚型病例则采用四逆汤加党参、黄芪等，并配合输血、输液（亦为补正）效果良好，据云最能体现“阴毒补正”的优越性。他们的经验提出了这样一个引人注意的问题：我们应该怎样与疾病打交道？这个问题是非常重要的。把两只眼睛只注视着引起疾病的病因，而不重视这些病因作用后的状况，这种看法虽有了很大的改变，但目前仍然是世界医学中的主流。然而中医则与此不同，强调“辨证”。如果人们把思想禁固在中西医的似真性里，很时能丢掉中医的真正精华。关于这一点，怡氏[642]的治验也从一个侧面说明了问题。怡氏治疗1例风湿性心脏炎（全心炎）并发肾炎的疾病，一向被称为“危候”，呈显一派虚寒现象，水肿特甚，多次出现假热，而里寒是真，紧紧抓住温阳，用四逆汤、肾气丸等，竟获全功。能在如此复杂的证候中抓住本质，而转危为安，绝非偶然，此中所寓独特真理，不是仅凭似真性可以揭示的。

#### <二> 四逆加人参汤证

1.原文汇要

**384条 恶寒脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。**

[词义] 亡血：即亡津液，因津液亡竭血亦不足。

无热恶寒而脉微，是亡阳的征象。下利而利止，如伴随的其它脉症也同时缓解，则可认为是阳回病愈的征象；如其它脉症并不缓解，利止则意味着津液内竭，利无可利。津竭则血亦不足，故云“亡血”。当用四逆汤回阳，加人参以补阴养血治疗。

本汤证“辨证要点”与“基本病理”和四逆汤证大体相同，故不重复。

2.药理方理

四进逆加人参汤方：

炙甘草6克 附子9克 干姜4.5克 人参3克 上四味，

以水600毫升，煮取240毫升，去滓，分温再服。

本方用四逆汤回阳固脱，如人参益气生津，共成回阳救阴之峻剂。后世习用的参附汤即是本方减去干姜、甘草而成，具有力专功宏，大温大补之功，最为医者所乐用。

3，现代应用

据笔者手边资料，近人用四逆加人参汤者少，而用参附汤者多。俞氏[643]报告用参附汤治疗麻疹并发肺炎，症见肢冷、脉微气喘、嗜睡等少阴寒化证，并加麻黄、细辛开肺定喘，常能回阳救逆，转危为安。马氏[644]报告曾用参附汤随证加味，治疗心力衰竭3例，效果满意，并观察到本方对用洋地黄后有副作用或长期服洋地黄失效的病例，也有效果。奚氏[645]报告用参附汤加活血化瘀药治疗心源性动脉栓塞性脱疽3例，疗效显著，局部坏死愈合较速。用参附汤回阳救脱几乎是临床家的常规方，不仅伤寒用之，温热病同样可用。关于这点，最值得一提的是徐氏[646]的经验。徐氏屡用参附汤加龙骨、牡蛎、磁石，治疗40℃以上的高热患儿，甚至呼吸急促，脉来疾数等险候，药后反见发热遽退，呼吸、心跳亦趋正常。徐氏经验指出，温热病一般有发热、烦躁、神倦不食、口渴、脉数等症，如果再兼面苍、有汗、溲清、舌淡四大主症，这时就预示阳气已形不足，即可投以参附汤等回阳救逆，如等到面色㿠白，汗多肢冷，呼吸浅促，脉微欲绝等脱象俱露时再用，则救之莫及矣。

#### <三> 通脉四逆汤证

#### <四> 通脉四逆如猪胆汁汤证

1.原文汇要

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

[词义] 身反不恶寒：对少阴病而言，因少阴本有无热恶寒，今无恶寒故云反。

本条是说阴盛格阳，真寒假热，较四逆汤证更重的证候。下利清谷，手足厥逆，脉微欲绝，表明里虚寒盛，是真寒，是本质；身反不恶寒，面色赤，或咽痛，是虚阳被里寒格拒于外的外热，是假热，是现象。其它或然症，如腹痛、干呕是寒盛于内，气机凝涩所致；利止而脉不出者，是阴津内竭而非阳回的征象，如利止而脉显出才表明阳回。如此阳虚于里，寒盛于中之大证，非通脉四逆之大剂，难以奏功。

**369条 下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。**

下利清谷，是阴寒内盛；汗出而厥，是虚阳外竭，里寒是真，外热是假，故云：里寒外热。本条外假热表现为“汗出”；317条则为“面色赤”，两条证候相同，表现不一而已。

**389条 吐已下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者，通脉四逆加猪胆汤主之。**

[词义] 吐已下断：呕吐和下利均停止。

吐已下断，如其它诸证也随之缓解，厥回脉显，汗出足温，是为阳回的标志。今乃汗出而厥，阳脱于外；四肢拘急不解，脉微欲绝，阴液将尽；无物可资吐下，故吐已而下断，是为阴竭阳亡之险证。四逆力薄；难以奏功，故用通脉四逆加猪胆汁，温将竭之阳气，补一线之阴津，以图万一。

2.辨证要点

主症 汗出，四肢厥冷，下利清谷，面色赤而身反不恶寒，脉微欲绝，舌苔白滑或黑滑。

副症 或厥逆无脉，或下呕、腹痛，或咽痛，或呕利止而脉不出，或四肢拘急不解。

本汤证乃阴竭阳脱，真寒假热之险证，其真假寒热虚实之辨别详四逆汤证项下，兹不重复。

本汤证与四逆汤证之区别，在于前者纯属阴证似阳，故身反不恶寒而面色赤，且脉微欲绝，或呕利止而脉不出；后者证情较轻，故恶寒或身有微热、热不去，脉沉迟细微。

关于咽痛一症，许氏总结《伤寒论》中可分为两类五型：一为阳经类，一为阴经类。前者之中，太阳兼咽噎者汗之，少阳兼咽干者和之，阳明兼咽痛者卞之；后者之中，厥阴兼咽痛者清之；唯少阴咽痛病机复杂，有汗出亡阳者（283条），有下利伤阴，虚阳上炎者（310条），有客热上逆者（311条），有风寒外束，热郁于咽者（313条），有邪从寒化，寒邪上逆者（317条），以及里热炽盛的口燥咽干者（320条）等，但阳证咽痛，每见红肿，阴证咽痛，并无红肿，是辨别之要点。

关于少阴格阳证，许氏[647]颇有研究。他从16例少阴格阳证的观察中发现，此等病人初起恶寒发热，体温39-40℃，类似外感表实证，常被医生忽略，一、二天后全部症状即表现出来。总的可分三种症状：（1）发烧——多停留在39-40℃之间，持续不退，各种退热药都没有作用。常诉头昏，口渴，但难于饮水，或饮亦不多。恶寒可以是微微的，也有极为怕冷的，要求加被加衣（此时不宜给病人放置冷袋）；（2）腹中痛——痛在小腹部，不十分剧烈，常闭眼踡曲而卧，但并未入睡，轻唤即醒，神志始终清楚；（3）四肢逆冷——逐渐上至肘、膝关节，逆冷程度可能和病程进行的深浅有关。三种症状以发热最为突出，常把后两种症状掩盖起来，使医家和病家易误认。体检：舌根部苔淡白；脉浮大无根，常不现速象，多与体温升高不相称；血压多在100-110/70-80毫米汞柱；白细胞高过10000/mm³，有的近20000/mm³，中性细胞多超过80%；用青、链霉素等抗菌治疗，往往效果不明显。许氏指出，少阴格阳证的诊断：患者有发热，恶寒，腹中痛、踡卧假眠，四肢冷逆等症状时，即要考虑本证存在；如再检查体温升高而头面不灼手，又无烦躁谵语，患者身体沉倦，表现为白天假眠而不入睡，夜晚不安，脉三部浮取皆大或散，沉取则无，舌苔淡白，即可诊断为少阴格阳证。许氏指出，少阴格阳证与太阳病的鉴别是，太阳病有脉浮紧或浮缓，腹中不痛，四肢不冷逆，头面热面灼手，且头痛明显；少阴格阳证与温病的鉴别是，温病有脉浮数，烦渴引饮，睡面神昏，高热时有谵语，眼红而燥，四肢展开，仰卧，舌质红，苔厚腻或微黄，或口内糜烂等，当不难鉴别。许氏提供的辨证经验，更接近于目前实际，可供参考。

3.基本病理 阴寒内盛，虚阳外越。

本证吐、利、厥、微的病理与四逆汤证相同，惟阴盛较剧，阳越突出。严重弱势的阳的虚性发散性引起面色赤而身反不恶寒，此种一线残存之阳气顷刻之间即将因其发散而脱竭，为将暗复明之征兆。可见本证是整体反应性严重减弱性失调的险证。

4.药理方理

通脉四逆汤方：

炙甘草6克 附子（大看一枚，生用）12克 干姜（强人可四两）9克 上三味，以水600毫升，煮取240毫升去滓，分温再服。其脉即出者愈，面色赤者，加葱九茎。腹中痛者，去葱加芍药6克。呕者，加生姜6克。咽痛者，去芍药加桔梗3克。利止脉不出者，去桔梗加人参6克。病皆与方相应者，乃服之。

本方与四逆汤药味相同，唯姜、附用量较大，旨在大力增强阳的升温性、动性，以速化内伏之阴寒，急回外越之阳气，破阴回阳，通达内外，是取四逆汤之方，变其法而用之的范例。

本方加猪胆汁（半合）10毫升，即“通脉四逆加猪胆汁汤”。猪胆汁苦咸益阴，从阴引阳，可免除大剂姜附躁动浮阳之弊，适应于下利过甚，大汗出，四肢拘急，阳亡阴脱而病情更严重者。

5.现代应用

许氏[647]报告用通脉四逆汤，或加芍药，或加麦冬、知母，治疗少阴格阳证16例，全部治愈。观察到此等病人，如误作太阳病处理，给予发汗解表剂，或注射西药退热剂，如百乃定之类，则发汗后反见体温升高，有的发汗当时也不见体温暂时下降，而多次发汗则易引起不良后果；如在方中加入苦寒药，一般要使病程延迟数天。许氏举出1例病案，白细胞高达19800/mm³，中性80%，体温39.5℃，表示有炎症存在，应该用消炎药（事实上已用过青、链霉素未效），而根据中医辨证，则属里真寒而外假热的少阴格阳证，用通脉四逆汤竟痊愈。许氏指出，何以姜、附辛温大热之品，竟能退高达39.5℃的高烧？使白血球在短期内恢复正常？这些问题的实质是很值得研究的。许氏648[报告治疗一咽痛甚的病例，初用青霉素无效，判断为少阴咽痛证，属寒，用通脉四逆汤加桔梗数剂而愈。俞氏[649]对用通脉四逆汤等救治亡阳病变很有经验，观察到湿温病（尤以西医之肠伤寒）后期并发肠出血症，如严重者往往最后出现汗多亡阳，引起危殆，遇此则极宜回阳固阴法治疗，可用四逆、生脉，重用人参、五味、枣皮、白芍、阿胶等。俞氏指出，肠出血后引起的亡阳，其病机为伤阴在先，亡阳在后，阳散则阴亦绝，与四逆汤证的亡阳有所不同，因四逆汤证阳气虽失，阴气尚存，故急予回阳即可救，而亡其阴的较之单纯亡阳更为危险。但亡阴亡阳的实质是什么？尽管这一理论早已应用于临床，而人们几乎还没有进行过研究。

#### <五> 茯苓四逆汤证

1.原文汇要

**69条 发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。**

汗下后，虚其阴阳，或其人阴阳本虚，病仍不解，转属少阴，出现烦躁，是阳虚水停，虚阳上浮所致。故此烦躁亦称“阴烦”。当用茯苓四逆汤温阳益阴行水治疗。本汤证记载仅此一条，叙症过简，根据后世经验应具有少阴病主症。

2.辨证要点

主症 四肢厥逆，脉微欲绝，烦躁，心悸，小便不利，舌质淡，苔白滑。

副症 或见四逆汤证的或然症。

关于烦躁一症，本论中几乎各经都出现。刘氏[650]作过一番总结并指出其辨别要点：（1）表证烦躁。一般说表证见烦躁者少，但亦有之。其要点是，一则脏无它病，二则仍有不同程度的太阳症状存在，才可确定为表证烦躁，仍宜用麻黄、桂枝等解表法；（2）里证烦躁。由燥屎内结，府气不通，热扰神明所致。当用大小承气诸法，使燥屎一去，热退神安；（3）寒证烦躁。当有一派寒象。如口中和（或假渴）脉迟或微弱，小便清长，大便溏（或寒结），无热恶寒（或假热）等，用吴茱萸汤、干姜附子汤、茯苓四逆汤、白通加人尿猪胆汁汤等治疗；（4）热证烦烦躁。有热象可征（如白虎四大症等），纵有阳极似阴的假象，但必定苔黄、脉数、溲赤，用白虎汤等清热法治疗；（5）虚证烦躁。神衰气怯，呈不足之象，如桂甘龙牡汤证等；以及（6）实证烦躁。如结胸证，大青龙汤证等。

3.基本病理 阳亡阴竭，寒盛水停。

本证与四逆汤证病理基本相同。所不同者为本证阳虚寒盛，优势的阴的凝聚性、静性引起小便不利而水气内停，并因之而导致心悸；下焦阳气被优势的阴寒所阻，而上焦弱势的阳气的虚性升动性引起烦躁。故本证亦为少阴格阳证，表现略微不同而已。

4.药理方理

茯苓四逆汤方：

茯苓12克 人参3克 附子9克 炙甘草6克 干姜4.5克 上五味，以水1000毫升，煮取600毫升，去滓，温服140毫升，日二服。

本方附子、干姜回阳，人参、甘草益阴，茯苓利水止烦。使阳气复，阴津长，寒气去而水饮除。周氏[651]指出，本方效力较四逆汤、四逆加人参、干姜附子汤三方为缓，伹具有三方之总合作用，并有利水去湿之功，临床应用范围较三方为广。周氏提出本方的应用标准：四肢厥逆，脉沉微欲绝或浮弦，面青黑无华，舌白多津等，表现为肾寒、脾湿、正虚、阳弱证候，均可使用。

5.现代应用

仅见周氏[651]报道用茯苓四逆汤治疗“阳亡正虚烦躁案”、“发热不愈正虚亡阳案”、“三阴疟疾案”、“虚寒眼疾案”、“癫狂案”均获良效。

#### <六> 白通汤证

#### <七> 白通加猪胆汁汤证

1.原文汇要

**314条 少阴病，下利，白通汤主之。**

本条首过少阴病而未提及少阴病证的脉微细，但欲寐等症状，是不说自明而省略的笔法。下利，是阴寒内盛，阳气内虚，火衰极而水无所制引起。故用白通汤急通下焦之阳气，阴得阳和，下利自止。

**315条 少阴病，下利，脉微者，与白通汤。利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。服汤，脉暴出者死，微续者生。**

[词义] 脉暴出：脉突然出现浮大躁动之象。微续：脉逐渐恢复。

本条承314条论少阴利不止，病情不断变化的情况。少阴病，下利，脉微者，与白通汤，这和314条无异。假使，不仅下利，而是利不止；不是脉微，而是厥逆无脉，且虚阳上越，引起干呕、心烦，是真寒在下，假热在上，阴阳有形将离决之势，病情更加重险。当用白通加猪胆汁场，大力温阳散寒，引阳入阴治疗。但无论是服白通汤或白通加猪胆汁扬，都可能出现两种反应：一种是由原来的脉微或无脉，突然变为浮大躁动而无根，叫做脉暴出，这是阴竭阳脱，将暗复明的征兆，预后严重；一种是脉象逐渐恢复，叫做微续，是阳气渐复的征兆，预后佳良。推而广之，所有四逆汤证类药后反应无不如此。

2.辨证要点

主症 下利清谷，或下利不止，四肢厥逆，脉微欲绝，或厥逆无脉，恶寒，干呕，心烦。

副症 舌质淡，苔白滑。

本证亦为少阴格阳证，不过病情更严重，其虚阳上越表现为干呕心烦不同而已。

3.基本病理 阳亡阴盛，虚陷上越。

本证病理与四逆汤证基本相同。不过在里之阴寒太盛，下焦严重弱势之阳气不升，上焦残存之一线阳气不得下焦阳气接续，而呈现其虚性升散性引起干呕心烦，以及优势的阴的凝聚性、静性引起一些严重脉症等，稍有不同而已。

4.药理方理

白通汤方：

葱白4茎 干姜3克 附子（一枚、生〕9克 上三味，以水6OO毫升，煮取200毫升，去滓，分温再服。

白通加猪胆汁汤方：

葱白4茎 干姜3克 附子（一枚，生）9克 人尿100毫升，猪胆汁20毫升，上五味，以水600毫升，煮取200毫升，去滓，内胆汁、人尿，和令相得，分温再服。若无胆，亦可用。

上二方，葱白辛温通阳，通其阳则阴消而脉复；干姜、附子大辛大热，回阳救逆，阳气一回，寒气自除而利止，三药合用，纯阳无阴，相得益彰，能迅速增强阳的升温性、动性，使阴阳升降复其常态，则诸证可解。

白通加猪胆汁杨，即白通汤加猪胆汁、人尿而成。猪胆汁、人尿咸寒苦降，从阴引阳，一则制姜附过热燥动浮火之弊，二则降低上越浮阳的虚性升散性，免致本已虚极之阳因其虚性发散性而减弱，甚至脱竭，即所谓引阳入阴的道理。

5.现代应用

姚氏[652]报告，曾治1例咽喉疼痛及关节痛，下肢发现结节性红斑，反复发作，缠绵不已，曾5次住院治疗，用过7种抗生素，服过大量中药清热解毒、凉血滋阴（如生地、玄参、甘草、桔梗、连翘、薄荷、马勃等）未效的病例，根据其形寒特甚，身如水洒，鼻涕淋漓，咽喉热辣刺痛，大便溏薄，1日4-5次，矢气多，下肢发冷而麻，舌苔边白根黑腻，体温仅35.5℃，认为是少阴寒邪，包含其火，阳气被寒气闭郁不宣之象，是属少阴咽痛范围。乃用甘辛合化，半夏散合白通加猪胆汁、人尿汤，连进4剂而诸证缓解，随访半年，咽痛未复发。陈氏[653]介绍治疗1例前房积脓（黄膜上冲），根据病人肝脏虚寒，故风轮溃疡，其色灰白，黄膜上冲，脓色亦白而清稀，认为如是热翳热膜，颜色决不灰白，此色白而清稀，皆因厥阴寒邪所致，又泪为肝液，因肝寒故泪冷，并见面色㿠白，形寒肢冷，血丝淡红，舌淡苔白，脉细微等，用白通汤加乌贼骨等，30余剂而治愈。

#### <八>干姜附子汤证

1.原文汇要

**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。**

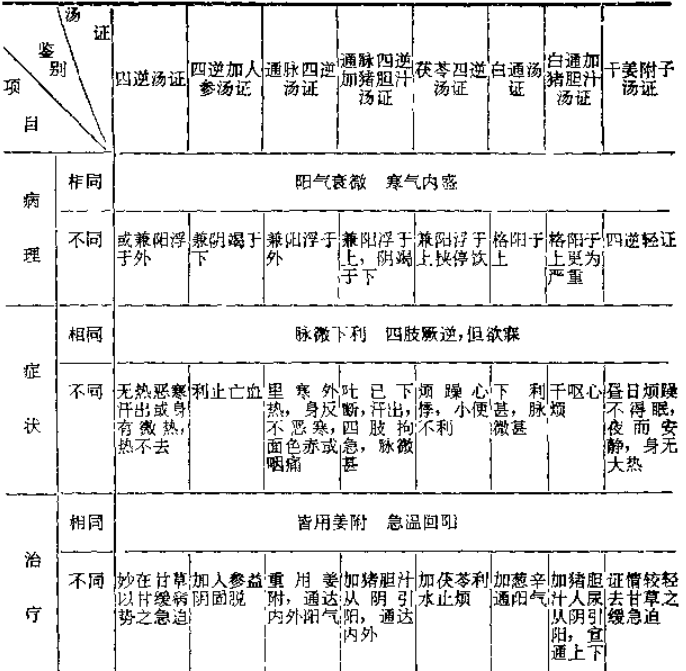
三阳病邪热不解，皆可产生烦躁。但条文明确指出，不呕，是无少阳邪热；不渴，是无阳明邪热；无表证，是无太阳邪热。脉沉微，乃阳虚阴盛之明证，而昼日烦躁不得眠，实为虚阳躁扰之假热证。身无大热者，意味着身有微热，亦为虚阳外越之象。阳将亡竭，故宜急温同阳，用干姜附子汤治疗。

2.辨证要点

主症 昼日烦躁不得眠，夜而安静，身无大热，脉沉微。同时不呕，不渴，无表证。

副症 舌质淡苔薄白，或见面色赤。

四逆汤证类即《伤寒论》所说“四逆辈”，共包括八个汤证：四逆汤证，四逆加人参汤证，通脉四逆汤证，茯苓四逆汤证，白通汤证，白通加猪胆汁汤证，通脉四逆加猪胆汁汤证，干姜附子汤证。而四逆汤证则是基本的汤证，其余七个汤证是根据轻重程度，兼夹症状而组成的。为什么要说这八个汤证才属“四逆辈”呢？这是因为它们有着共同的病理：阳亡、阴竭、寒盛，又同是姜、附伍用。而当归四逆汤、四逆散、附子汤等，虽有“四逆”之名，也用附子，但与上述八方迥然不同，故不属“四逆辈”。“四逆辈”汤证大同而小异，兹列表比较如下：



孙氏[654]对干姜附子汤证与四逆汤证作了一个分析对比，可供参考。他指出干姜附子汤证的突出症状，是昼而烦躁不得眠，夜而安静；而四逆汤证的大汗出，恶寒，下利，厥逆则较之更为突出。故四逆汤里用甘草，决不是为了缓和姜附之辛烈，是为了缓急救逆而施，所以甘草列于四逆汤之首位为君。干姜附子汤证因其病势较缓较轻，故不用甘草，且干姜之量亦较之减半两，可知二汤证有轻重缓急之别。

3.基本病理 阳虚阴盛，虚阳浮越。

本证或因误治，或因素虚，阴大于阳，略居优势的阴的沉凝性、静性引起脉沉微，弱势的阳的虚性升散性引起烦躁不得眠，身无大热。而白天自然之阳气焕发，故更易引起人体虚阳浮散，夜晚自然之阳气内敛，则人体之阳气亦潜藏，故出现昼日烦躁不得眠，夜而安静，这是人与自然的统一性的袠现。本证是属阳虚阴盛，虚阳浮越的轻证，具有减弱性整体反应性的性质。

4.药理方理

干姜附子汤方：

干姜3克 附子（生用、一枚）9克 右二味，以水600毫升，煮取200毫升，去滓，顿服。

本方干姜、附子辛热，急复其阳；以迅速增强阳的升温性、动性，使阳气一复，则阴寒消；阴阳平衡，则虚阳敛，而脉沉微，烦躁等症状自然缓解。

### 二、当归四逆汤证类

#### <一> 当归四逆汤证

#### <二> 当归四逆加吴茱萸生姜汤证

1.原文汇要

**351条 手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤。**

[词义] 手足厥寒：是手足厥逆的轻症。脉细欲绝：是脉微欲绝的轻症。内有久寒：在里素有寒邪郁滞。

手足厥逆，为阳气虚，手足厥寒，为寒气盛；脉微欲绝，为阳气虚，脉细欲绝，为血不足，寒盛血虚，故用当归西逆汤养血散寒治疗。如内有寒邪久郁，则宜当归四逆加吴茱萸生姜汤，以加强其散寒之力。由于久寒的表现症状是多种多样的，故条文中未具体提出。

2.辨证要点

主症 手足厥寒，麻木、甚至青紫，脉细欲绝，恶寒，或腹中冷痛，或肩、腰、腿、足及其它部位冷痛，口淡，舌质淡，苔白滑。

副症 或头痛，痛经，寒疝，或呕吐；或冻伤。

本汤证条文记载太略，以致引起不少注家疑误。如柯韵伯就认为本证汤方应是四逆汤加当归，就是说应有姜附，犹如茯苓四逆汤为四逆汤加茯苓一样。不仅如此，柯韵伯还认为四逆汤应有人参，四逆散为四逆汤变成散剂。出现这些疑误都是由于条文叙述的脉症不完整造成的，其实并没有误。今根据近代人的实践，对其主症、副症作了补充，就清楚了。

梁氏[655,656]等认为，本证主要由于寒盛血虚，经脉痹阻引起的证候，其基本指征：恶寒，四肢冷，手足麻木，甚至青紫，或有肩、腰、腿、足及其它部位疼痛，口淡，脉细，舌质淡，苔白滑。氏等认为，有上述见症的风湿性关节炎，风湿性肌炎，胃十二指肠溃疡，虚寒性头痛、头晕，痛经，慢性荨麻疹，冻疮，血栓闭塞性脉管炎等，均属于本汤证范围。

凌氏[657]认为，当归四逆汤证与桂枝汤证不同，前者为血虚而营卫皆不足，经脉痹阻，后者为营弱卫强，卫气不共营气谐和；前者手足厥寒，后者无厥症；前者脉细微，后者脉浮缓。

当归四逆汤证与四逆汤证不同，前者为寒盛血虚，经络痹阻，后者为阴盛阳虚，整体衰竭；前者手足厥寒，多兼肢体疼痛等经络寒痹症，后者手足厥逆，多有但欲寐，下利清谷等阳虚症；前者脉细欲绝，后者脉微欲绝。

3.基本病理 寒盛血虚，经脉痹阻。

寒为阴邪，盛于表里。故在表，阴大于阳，阴的凝聚性、静性引起恶寒。在经络，阴大于阳，优势的阴的凝聚性、静性引起经络痹阻，阳气不通，而产生手足厥寒、麻木、青紫，以及肩、腰、腿、足等部冷痛，或头痛。在里，阴大于阳，阴的凝聚性、静性引起脾胃肠道冲任气机凝涩，而产生腹痛、呕吐、痛经、寒疝等。血虚气必弱，呈现一派减弱性失调，故脉细欲绝而舌质淡白。本证如仅表现为某局部经络痹阻，则为局部反应性证候，如涉及多处经络痹組而又有寒盛于表的脉症出现，则属局部和整体反应性共同构成的证候。

4.药理方理

当归四逆汤方：

当归9克 桂枝9克 芍药9克 细辛9克 炙甘草6克 通草6克 大枣25枚（一法12枚） 右七味，以水1600毫升，煮取600毫升，去滓，温服200毫升，日三服，

本方以当归甘草甘辛苦温为主药，合桂枝、细辛、通草辛通而散经络寒邪之凝滞，以降低经络之阴的凝聚性、静性，则厥寒、疼痛、麻木等可解。桂枝与芍药、甘草、大枣合用，调营和卫，可内可外，其间虽有芍药酸苦，仍不失辛甘发散为阳，在表以祛寒邪，在里以解凝涩。而当归与芍药合用，则更有养血活血之妙。共成温经散寒，养血通络之功。

当归四逆加吴茱萸生姜汤方：

即当归四逆汤加吴茱萸（二升）6克、生姜15克，水酒各800毫升煮取1000毫升，去滓，温分五服。

若兼内有久寒，以致腹中冷痛，呕吐涎沫等症，是由于寒邪凝滞，气机不利，胃失和降所致，加吴茱萸、生姜苦辛温，以散寒温胃，降低在里阴的凝聚性、静性，而达到治疗目的。加酒煎旨在助长其辛温之势，是针对久寒顽固而设。

陈氏[658]指出，本方细辛气盛而味烈，上行巅顶，下达胞宫，旁及四肢百节，外温经而内温脏，无微不至，无处不到，寒凝痼冷之疾，服之辄效。可谓经验之谈。

5.现代应用

人们根据当归四逆汤那么一点点简单而概括的条文叙述，广泛应用于内妇外儿各种疾病，获得许多新经验，以致推动人们不断地去探索经典知识。而这些新的经验意味着什么？笔者没有想法，也不能对“将来趋向”作出预报，只是把事实材料诚实地介绍，以供读者研究。陈氏[658]指出，凡属厥阴受寒，血虚而肝阳不足所致之多种杂病，只要辨证非肝阴不足，肝家伏热者，投之可收异病同治，一方多用之效。陈氏说本方重点在厥阴虚寒，随证加减，用得极广，并列举虚寒久疟（服奎宁、七宝饮无效者）、虚寒身痛、癫顶头痛、虚寒下痢、痛经、痹症等病案，均获良效以资证明。朱氏[659-662]等用当归四逆汤治疗血栓闭塞性脉管炎属“寒湿凝滞”型病人99例，少数兼热毒病人加用鸡血藤、银花、蒲公英之类，其中痊愈77例，显著进步9例，进步12例，无效1例。朱氏[659]观察到，血栓闭塞性脉管炎，控制疼痛是治疗的关键，而止痛应分寒热，同时重视创口处理，坚持活血通络的治则，往往很见效。刘氏[660]经验，血栓闭塞性脉管炎常寒热错杂，虚实相兼，当于本方中加入清热解毒，补气益血之品，则见效更快。重庆市第一中医院[652」认为，血栓闭塞性脉管炎属寒湿者，本方加入温经散寒止痛怍用较强的川乌、草乌疗效更好。雷氏[663]报告用本方10余剂治愈1例流行性脊髄灰白质炎瘫痪期病人，该病人表现为“四肢厥寒、脉细欲绝”，是针灸反复治疗无效者。李氏[664]报告1例“神经拘挛症”，其症晨起即觉四肢不灵活，至下午突然四肢拘急屈曲，不能伸直活动，疼痛剧烈，颈项强直，面色青暗，神志清楚，饮食二便正常，舌淡苔白，脉沉迟细弱，经中西医合作治疗40余日无效。李氏分析该病应属“痹症”范围，与热病热灼动风所致四肢抽搐不同；与伤寒误汗亡阳津伤所致“小便难，四肢微急，难以屈伸”的桂枝加附子汤证亦不同，本证是风寒乘血虚而入，阻滞经络所致，乃用当归四逆汤重加当归、黄芪而治愈。陈氏[665]介绍1例迭经中西药治疗无效的“两腿郁血性红斑肿痛瘙痒症”，用当归四逆汤数剂而血和气散，斑消病除，功效显著。夏氏[666,667]两度介绍桂枝加当归汤实为当归四逆汤化裁而成，治疗冻疮6例；陈氏[685]亦极力推崇当归四逆汤治疗和预防冻疮，而日本人也盛称当归四逆汤治疗冻疮有大效；宋氏[668]还列举病案介绍治疗冻疮的经验，可见本方擅长治疗冻疮是无疑问的。凌氏[657]报告用当归四逆汤治愈1例因抽脑脊液过多，以致瘫痪而肢端知觉麻木的患者。吴氏[669]报告1例“可逆性低温血凝集四肢紫绀症”，系属厥阴寒湿重证，用当归四逆汤加姜附温阳化湿而治愈。由上述可知，凡肢体病而属寒性者，当归四逆汤几平均可治疗。

张氏[670]报告抢救急性苯胺中毒20例的经验，也是很引人入胜的。此20例患者均已持续中毒达24小时以上，症状为面、唇、四肢、全身皆呈青紫色，手足逆冷，呼吸微弱，神情呆滞，乍有腹痛呻吟、抽搐等。张氏分析，乃客邪暴盛，正不胜邪，真气为之厥乱，阴阳有离决之势，全属阴证，无1例似三阳证。20例中有8例用当归四逆汤配合给氧、针刺而治愈。朱氏[671]报告治疗4例早期雷诺氏病，其临床特点为手足末梢以及颜面、鼻尖、耳廓等处皮肤，会因寒冷的刺激或者是情绪的激动而发生紫蓝颜色，均用当归四逆汤获得良效，认为是找到一条治疗的新途径。顾氏[672]报告用本方治疗1例“无脉症”取得一定效果。赖氏[673]报告用本方治疗腹中“癥瘕积聚”，“产后瘀血凝结”、“肠梗阻”；宋氏[668]报告用本方治疗“巅顶头痛”，“虚寒头痛”，“寒湿痛经”，“虚寒痢疾”，“血痹”等均取得较满意的效果.认为，一切阴寒凝结之气滞血瘀，皆可用本方温而通之，以取效。可见，许多躯体疾病属寒性者，本方皆可治疗。

最是少见者，耍算赵氏[674]介绍的验案。他首先指出，传说有缩阴缩阳两种证候，缩阳是男子明茎向内缩入；缩阴是指女子乳房向胸部收缩，形势非常紧迫，难于用手握止，而妇人的乳房收缩不特临床从未一见，即古代文献和近今医刊也未见到，因疑其不实。赵氏陈述，1958年巡迴医疗时却诊得2例妇女缩阴证，其症不是乳房收缩，而是阴户高速度向内收缩，真是未闻之奇事！古文献未记载本病，或与旧礼教作祟有关。赵氏根据经络循行学说，用温经去寒的当归四逆汤加味而获速效。深有体会地认为，一个证候往往古时已有的，每为今时所无；或者今日有之，又为古时所无，都是不可否认的事实。笔者也曾见过小儿缩阴症（阴茎内缩），但未闻妇女亦有缩阴症，故特录赵氏所见于此，以飨读者。

### 三、附子汤证类

#### <一> 附子汤证

1.原文汇要

**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。**

[词义] 口中和：即口不苦亦不燥渴。

本条首冠少阴病，意味着有脉微细，但欲寐的脉症存在。得之一二日，表明其病尚浅，没有什么脏腑兼夹病象。口中和是内无热象的标志。其背恶寒而又不发热，是阳虚的象征。总的看来，本条是言少阴病轻证的治法，用温灸助阳，或附子汤益气温阳皆可治疗。

**305条 少阴病，身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉者，附子汤主之。**

本条承304条补叙少阴病阳虚外寒的脉症。举出手足寒、脉沉的阳虚里症，以别于身体痛、骨节疼的太阳表症。因太阳表证之身体痛、骨节疼必发热，脉浮紧，是为寒邪伤营所致，而本证则为阳虚寒凝引起。

2.辨证要点

主症 背恶寒，手足寒，身体痛，骨节痛，口中和，舌质淡，苔白滑，脉沉。

副症 或见灰黑滑薄苔，脉微。

背恶寒一症，白虎加人参汤与附子汤证皆有之，但前者高热，烦渴引饮，脉洪大，是阳明热盛，热邪内陷，或残存一丝表证未解所致；后者无热，口和，脉沉微，是阳虚于里，无能温煦所致，一实一虚，一寒一热，相差云泥。

身体痛、骨节痛一症，麻黄汤证与附子汤证皆有之，但前者为寒伤营之太阳表实证，必发热、脉紧，而无手足寒；后者为少阴阳虚外寒证，无发热，而脉沉，手足寒，一表一里，一虚一实，形症相似，自别天渊。

身痛脉沉等症，麻黄附子细辛汤证与附子汤证皆有之，但前者为太阳少阴中间证，故兼恶寒而发热，后者纯为阳虚外寒证，故兼恶寒而不发热。

真武汤证与附子汤证药料只差一味，证候皆为阳虚，但前者重，在阳虚水饮，故有头眩、心悸、小便不利等症，后者重在阳虚外寒，纯寒无饮，故有背恶寒，身体痛，骨节痛等症；前者去参而用生姜，旨在温阳以散水气，后者用参而去生姜，旨在温补以壮阳气。

3.基本病理 阳虚外寒，经脉凝滞。

本证纯为阴大于阳，优势的阴的沉凝性、静性引起经脉凝滞，而出现身体痛，骨节痛，脉沉；弱势的阳的升温性、动性不足，不能温煦四肢百脉，故背恶寒而手足寒。然而，阳虚阴盛主要表现在经脉躯体，尚未引起脏腑失调，故未见下利、呕吐、腹痛等症。是单纯性减弱性整体反应性失调证候。

4.药理方理

附子汤方：

附子（二枚，炮）18克 茯苓9克 人参6克 白术12克 芍药9克 上五味，以水1600毫升，煮取600桌升，去滓，温服200毫升，日三服。

本方附、苓、参、术益气温阳，大温大补，用以增强阳的温敢动性，使阳气得温，则经络之凝滞自解。而芍药之苦酸和阴，既限制其温燥浮热之弊，又有引阳入阴之妙。本方既温阳又益气，既祛邪又扶正，阴阳两调，柯韵伯誉其为少阴固本御邪之第一剂，是有道理的。

#### <二> 芍药甘草附子汤证

原文汇要

**68条 发汗，病不解，反恶寒者，虚故也。芍药甘草附子汤主之。**

本条虽列于太阳病篇，但并未冠太阳病，可见其发汗，病不解，反恶寒是泛指一切病证发汗后可能引起之结局。既用发汗法，自然是更多地指表证而言。表证发汗应该表解而不应再恶寒了，今出现恶寒，故云反恶寒。是什么原因呢？仲景自注“虚故也”。但未指明是阳虚抑或阴虚，笼统提个“虚”字，意味着包括明阳两虚所致。由此可见，病不解，不是说表不解，而是说因发汗阴阳两虚以致其病未缓解。当用芍药甘草附子汤调补阴阳治疗。

芍药甘草附子汤方：

芍药9克 炙甘草9克 附子（一枚，炮）9克 上三味，以水1000毫升，煮取300毫升，去滓，分温三服。

本方芍药、甘草酸甘化明，附子温经回阳，为扶阳益阴，阴阳两调之方。

本汤证原文记载简略，又缺少今人实践，故“辨证要点”、“基本病理”以及“现代应用”均从略。

### 四 真武汤证类

1.原文汇要

**84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。**

[词义] 身瞤动：身体肌肉跳动之状。振振欲擗地：即身为振振摇之重症，指身体振颤不稳欲倒之状况。

本条是说其人素体本虚，患太阳病之后，用麻黄汤、大青龙等发其汗，伤其阳气，病由太阳转少阴的证治。故汗出不解，并非表不解，乃是病不除；其人仍发热，并非表热，乃是虚阳外越之浮热。阳微不升，故头眩，身瞤动，振振欲擗地；阳虚水停，故心下悸。当温阳行水用真武汤治疗。

**316条 少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。**

少阴病，二三日不已，意味着脉微细，但欲寐等症状仍然存在，至四五日，病势深入，脾肾阳气更虚，水气停聚，浸淫于内外，而引起种种病症。故仲景自注云：此为有水气。水停于内，清浊不分，故腹痛，小便不利，自下利；水湿浸淫于外，故四肢沉重疼痛；水气变动不居，或涉于肺则咳，或聚于胃脘则呕。阳虚水停引起的证候，自当用真武汤治疗。

2.辨证要点

主症 但欲寐，心下悸，头眩，腹痛，小便不利，四肢沉重，浮肿，下利，不渴，苔白滑，脉沉或微细。

副症 身瞤动，振振欲擗地，或微热，或咳，或呕，或喘，苔灰黑而滑润，脉浮大无根。

关于水气为病，本论中有数见。如五苓散证膀胱有水气，小便不利，必烦渴引饮，发热有汗为特征，属太阳中风；小青龙汤证心下有水气，小便不利，必发热无汗，干呕不渴，且兼咳喘为特征，属表寒里饮，为太阳伤寒证。真武汤证为阳虚饮停，水饮可浸及上中下焦各部，以头眩、心悸、浮肿为特征。不难辨别。

近人唐氏[675,676]等指出真武汤证的临床指征：心悸气短，腹满或痛，小便不利或清利，或呕逆巅眩，腰背恶寒，足膝怕冷，四肢或全身浮肿，脉沉微欲绝，或浮大无根，或沉迟无力，苔白多津，或黑而滑润，无论水肿、哮喘、疝气等，均属本证范围。可作参考。

3.基本病理 阳虚阴盛，水气内停。

本证常因素体阳虚或病后失治，以致阴大于阳。阳气不振，其升温性、动性不足，引起但欲寐、头眩，心下悸；阳的升散性减弱，不能化气行水，分别清浊，升腾津液，故小便不利，下利；阳的温煦性不足，不能温养筋脉，阳的发散性不足，不能发散津液以潘养筋脉，故身瞤动，振振欲擗地。优势的阴的沉凝性、静性引起水气停聚。水气停聚于腹中，气机阻滞，故腹痛腹满；泛溢于肌肤，则四肢浮肿、沉重；停于肺，则咳则喘；停于胃脘，则呕吐，不渴。其舌象脉象均为阳虚水停的表现。至于本证的微热，则是上焦浮阳的虚性发散性引起，属于真寒假热之象，绝非表证。总之，本证是整体反应性减弱性失调证候。

4.药理方理

真武汤方：

茯苓 芍药 生姜各9克 白术6克 附子（一枚，炮）9克 上五味，以水1600毫升，煮取600毫升，去滓，温服140毫升，日三服。

本方附子辛热，温阳散寒，増强阳的升温性、动性。白术苦甘温，燥湿行水，茯苓甘平，淡渗利水；生姜辛温，宣散水气，共同降低阴（水）的沉凝性、静性。芍药苦羧，养血和阴，旨在防其水气消而生燥热，有反佐之义。故本方有温有行，阴阳两调，为温阳行水之首选方。

姚氏[677]指出，本方附子的用量，当按阳虚的程度而酌加，轻则9克，重则30克，特别是对一些久病阳虚患者，常见舌淡、四肢发凉，或兼恶寒便溏等症，对附子的耐受量恒较一般为大。姚氏经验，有的阳虚严重病人，连续服用附子达数月之久，并未见明显副作用。

关于术附并用的反应问题，仲景在《金匮》白术附子汤方下写道：“……三服都尽，其人如冒状，勿怪，即是术附并走皮下，逐水气，未得除故耳。”白木附子汤与真武汤皆为温阳行水之方，药皆用术附，应认为可能出现相同的反应。所谓如冒状，即瞑眩之类。黄氏[678]认为，瞑眩现象必然有很多毒性反应，可能有些是“特异性反应性”，古谓“若药弗瞑眩，厥疾勿瘳。”与“优势因子原理”极大可能是属于同一性质。黄氏颇长时间的临床观察，很少发现瞑眩现象，认为这可能与古人用药，药味少而剂量大，易于中毒反应有关，而今人用药动则十味、二十味，药味多可能互相抵消或减弱了副作用。

5.现代应用

江西医学院附属中医实验院[17,679,677,675]等报告，用真武汤加味治疗慢性肾脏炎、肾病综合症20余例偏寒湿虚弱型者，效果显著，对消除蛋白，肾功能恢复，似有一定帮助。杨氏[680]报告治疗2例心力衰竭病人，用真武汤10余剂即使其心力衰竭矫正，水肿消退，观察到如加丹参行血通脉，则效果更优。张氏[676,675]等报告用真武汤治疗高度腹水（水臌）、阴囊肿大（狐疝）亦取得满意效果，认为腹大、囊肿，只要见腰背恶寒，足膝怕冷，便溏尿短，面黑，消瘦，舌苔滑，脉沉迟等症，投之便应。岳氏[681]报告1例手术后尿闭症，表现为神志欠清，跺动肉瞤，脉细肢凉，以真武汤加味，回阳利水而竟全功。以上报告若均以小便不利为特征的证候，而钱氏[682]则报告用真武汤加四君子汤、桑螵蛸，控制住尿崩症1例，随访4年未复发。尿崩症属中医之下消多尿症，用真武汤仍然有效，说明中医辨证论治，着重点不在症状而在病机，只要病机属肾阳不足，无论何病，用之均有效果。

陕西省中医研究所[683]报告以真武汤为主，随证加减，治疗痨型克山病63例，结果显效10例，有效17例，无效24例，死亡12例，观察到本病水肿皆属阴证、里证、寒证、虚证，用攻下祛邪可迅速恶化，死亡病例中有2例即是攻下死亡的。王氏[684]报告治疗1例嗜酸性白血球增多性哮喘，始用小青龙汤18剂无效，后认为肾阳虚，寒水作祟，用真武汤合理中汤10余剂而愈。王氏开始只见其标在肺为喘，未见其本在肾为虚，违背“急则治其标，缓则治其本”的原则，故不见效，而改弦更张，舍标从丰，竟获全功，足见临床上辨标本缓急至关重要。周氏[685]报告6例血栓闭塞性脉管炎，其表现特点为“黑、冷、疼、硬、肿、烂”，6例中有4例伴以坏死溃烂，多流水而无脓，认为是肾阳亏虚，寒湿阻滞经络，用真武汤加干姜、甘草、桂枝、党参、黄芪治疗，6例除1例截肢外，5例黑、冷、痛均消失，足趺阳脉恢复正常，坏死溃烂者愈合，均已参加工作，观察到服药一般要10-20剂才见效。此外，范氏[17,686]等还报告用真武汤治疗美尼尔氏病、可逆性低温血凝集并发手足青紫症（阴毒伤寒〉，都收到较好效果。

### 五、吴茱萸汤证类

1.原文汇要

**245条 食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之；得汤反剧者，属上焦也。**

[词义] 属阳明也：胃属阳明主纳谷，故谓属阳明也；有的注家认为阳明应为“中焦”之误，中焦以对下文之上焦而言。

食谷欲呕，胃不能纳，是属于中焦虚寒之象，当用吴茱萸汤温中降逆治疗。“得汤反剧者”是设词辨证，即假使服吴茱萸汤呕吐更厉害，则病属上焦有热的证候，因上焦太阳病亦有恶寒呕逆，则非吴茱萸汤所能治疗。总之，本条是观察服药后的反应以辨别呕吐的病位和寒热。

**309条 少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。**

本条与296条的症状颇相类似。少阴病吐利，厥逆，烦躁欲死，乃阴盛阳脱之危候，四逆、白通，犹恐鞭长莫及，而吴茱萸汤实难对证。古注家亦多疑有误，有将“吐利”改为“吐剧”，药证相符，

少阴病，虚寒在里，引起剧烈呕吐，由于频繁呕吐而引起厥逆，烦躁，故用吴茱萸汤温中散寒，使呕吐一止，则诸证自然缓解。

**377条 干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。**

[词义] 干呕：空呕而无物，唯吐涎沫而已。

干呕无物，仅吐涎沫，足证胃中虚寒而停饮，其所吐涎沫也必是清涎冷沫。虚寒中阻，阳气不升，头部经脉失于温煦故头痛。当用吴茱萸汤温中散寒治疗。

2.辨证要点

主症 干呕，吐涎沫，头痛，尤以巅顶冷痛多见，舌苔白滑，脉沉弦。

副症 手足厥冷，烦躁，或下利。

吴茱萸汤证与四逆汤证皆有呕吐，或下利，或烦躁，或厥逆，但前者以呕吐为主症，且有头痛，下利、厥逆为或然症，烦躁因呕而起，呕止则烦躁亦缓解；后者吐利、厥逆为必然症，无头痛，其烦躁为阴盛格阳，虚阳上扰所致，不因吐止而缓解。且前者为局部虚寒，后者为全身阳亡，故易辨别。

吴茱萸汤证与桂枝汤证皆名头痛干呕，但前者无恶寒发热等表证，头痛多在后枕部，且前者为里证虚寒，无热象，后者为表证中风，各有特点，易于辨別。

3.基本病理 中焦虚寒，寒饮犯胃。

虚寒属阴，盛于中焦，使中焦脾胃，阴大于阳。优势的阴的凝聚性引起水饮停聚胃中，胃失和降而干呕、吐清冷诞沫。弱势的阳的升温性、动性不足，上不能达于巅顶，头部经脉因其阴的凝聚性、静性而阻滞，导致巅顶冷痛；外不能达于四肢，引起手足厥冷；内不能升散津液，也可出现下利。其烦躁则是因频繁之呕吐，使心神不宁所致。由此可见，本汤证虽表现出上下内外各部症状，但实际上是由脾胃局部反应层次形成的减弱性失调的证候。

4.药理方理

吴茱萸汤方：

吴茱萸（一升，洗）9克 人参9克 生姜18克 大枣12枚 上四味，以水1400毫升，煮取400毫升，去滓，温服140毫升，日三服。

本方吴茱萸辛苦大温，温中散寒；生姜辛温，宣散水气，二药同用以降低阴的凝聚性、静性，而温化中焦寒饮，使寒饮一去，胃气得降，则干呕、吐涎沐可解，呕止而烦躁亦愈。频频呕吐损伤胃气，如只温其寒，不补其虚，是标症虽解，本症未愈，一时之快，后必复燃，故用参枣甘平，补中焦之虚，扶正以固本。中焦之虚寒得以温补，寒饮得以宣散，则阳气能升散，头痛、厥逆自然缓解。

邓氏[687]用吴茱萸汤加味治疗头痛、干呕、吐涎沬等十数例，观察到服药后有20%出现反应，或初服有反应，再服则安然；或剂量轻而阴寒重有反应，如重用反而无反应，其常见反应症状，如头痛增加，或眩晕，或欲呕，或觉身体麻痹，或觉烦热，速则30分钟复原，慢则需5、6小时才逐渐消失，故服药后宜睡卧，勿劳动，可减轻反应。

邓氏[687]指出吴茱萸汤的加减法：无热恶寒加附子，手足麻痹或四肢倦怠加桂枝，血虚心悸不寐加当归、茯苓，呕多加半夏，腹胀满加砂仁、厚朴，腹痛加白芍。这些症状常见于吴茱萸汤证中，故引述于此，以供参考。

5.现代应用

王氏[688]经验，凡症见阳明食谷欲呕，少阴吐利、厥逆、烦躁，厥阴干呕、吐涎、头痛，舌不红，无热象者，无论何病均可用吴茱萸汤治疗。郭氏[689]根据上述证治要点，对急性肠胃炎、慢性胃溃疡、心脏病、高血压、肝炎、妊娠恶阻和胃癌等疾病过程中，出现上述证候者，投以吴茱萸汤，往往呕吐即止，胃纳渐增，脾土渐健，而使运化调和，据云，虽不能根除其病，在缓解症状上疗效颇称显著。刘氏[690]还列举病案说明除上述病证外，吴茱萸汤对眼疾、反胃、吞酸等，只要对其兼疝灵活加减，运用得当常收立竿见影之效。金氏[691-693]等报告溃疡病91例，其中81例属“虚寒型”，用吴茱萸汤加减治疗，有效率在90%左右。姚氏[694]报告1例胃结核曾误诊为“溃疡病”，投四君、平胃、理中多剂不效，病者胃痛，常朝食暮吐，食后中脘隔阻，上泛作恶，吐出涎沫而后快，常口流清涎，口干，喜热饮，脉沉细，苔淡白，投以吴茱萸汤和二陈汤而缓解。陈氏[695,696]等报告，用吴菜萸加白芷、川芎等，治愈血管性头痛、神经性头痛数例，其中1例偏头痛病程已十三年之久，患侧头部呈发作性痛，伴以呕吐痰涎，甚至吐出胆汁样物，投本方五剂取效，随访半年未见再发。张氏[697]报告用吴茱萸场治疗神经性呕吐多例，均获良效，观察到加半夏助吴茱萸降逆，加茯苓健脾，往往能提高本方的疗效。张氏指出，吴茱萸汤治疗神经性呕吐，具有以下特点者效果较佳：患者查无器质性病变，也非其它病引起呕吐，且无热象；呕吐前无恶心，没有不适和痛苦，吐出一口一口少量胃内容物，淡而无味，不酸不臭；患者喜温恶寒，舌淡荅白，脉沉迟。夏氏[698]认为，《伤寒论》少阴病吐利，手足厥冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之；干呕，吐涎沫，头痛者亦主此汤：若不尿，腹满加哕者，难治。由这些叙述可见肾病、肾虚发展到无尿时，而有头痛、干呕、腹满、哕逆、肢厥、烦躁等症状，实际上已包括了西方医学的尿毒症。夏氏根据以上认识，治疗急性肾炎并发尿毒症3例收到一定效果。赵氏[699]在从事克山病的防治工作中,观察到克山病急性发作，类似《伤寒论》的三阴症，多数病人是在阴阳二虚，气血不足的情况下，复受诱因影响而引起。赵氏列举一典型的急性发作病人，恶心呕吐，心里难受，四肢厥逆，脉沉伏，细弱欲绝，表现为寒邪直中三阴，用参附汤加味，回阳救逆，证虽略减，但不显著，改用吴茱萸汤进2剂而基本痊愈。

综上所述，凡属脾胃虚寒，表现为干呕、吐涎沫而又头痛为主症者，用吴茱萸汤治疗均能获效。

### 六、黄连阿胶汤证类

1.原文汇要

**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。**

少阴病本属阳虚阴寒证，得之二三日以上，不见但欲寐，反见心中烦，不得卧，且无厥逆、吐利等症，是病未从阳虚阴盛化，而从阴虚阳亢化，即是所谓少阴热化证。当用滋阴清热的黄连阿胶汤治疗。阳虚阴盛是少阴正局，热化证是少阴变局。

2.辨证要点

主症 心中烦，不得卧，舌红少苔，脉细数。

副症 口燥咽干，或手足心热，小便短黄，或舌绛。

黄连阿胶汤证与四逆汤证类皆有烦躁，范氏[700]指出，前者病从少阴热化，阴虚而阳亢，后者病从少阴寒化，阴盛而格阳；前者为阴虚烦躁，舌红少苔，脉细数，多口燥咽干，手足心热，后者为阳虚烦躁，舌淡白,脉沉微，多四肢厥逆。

黄连阿胶汤证与栀子豉汤证皆有心烦不得眠，前者为虚热亢旺，后者邪热扰心；前者舌红少津：后者苔多黄白。

杨氏[701]指出，黄连阿胶汤证心中烦，不得卧，常兼有舌赤、溺黄、神倦不寐、脉细数等症，与《金匮》数处不得卧的辨别：（1）肺痈之不得卧，是由痰浊内壅肺窍，致使肺气失宣，以喘息、咳、吐痰涎，脉滑数，苔腻为主症；（2）胸痹之不得卧，是由水饮内停致胸阳不宣，壅遏肺气，以喘息、咳唾、心痛彻背，脉沉迟或弦紧为特征；（3）产后腹满不得卧，是由产后气血郁滞，瘀血内留，以烦满不得卧为主症。病机、脉症各具特点，易于辨别。

3.基本病理 少阴热化，阴虚阳亢。

热为阳邪，耗伤阴液，构成阴小于阳。阳的升动性使心神不宁，引起心中烦，不得眠；阳的温散性耗伤津液，故口燥咽干，小便短黄，苦红少津，脉细数；有时由于阳的发散性而引起手足心热。总之，本证是一组局部反应性减弱性失调的证候。

药理方理

黄连阿胶汤方：

黄连12克 黄芩6克 芍药6克 鸡子黄2枚 阿胶9克 上五味，以水1200毫升，先煮三物，取400毫升，去滓，内胶烊尽，小冷，内鸡子黄，搅冷相得，温服140毫升，日三服。

本方芩连苦寒泄热，以降低阳的升温性、动性；取阿胶甘润，芍药酸敛，鸡子黄滋润，滋阴复营，以增强阴的沉凝性、静性，使其阳降则心宁，阴复则神安，寓清于润，清润兼施，

张氏[702]指出，《伤寒论》治热病以保津液为主，共三法：（1）撤热存津，如白虎法；（2）急下存津，如承气法；（3）养阴生津，如黄连阿胶汤法。本方实际上体现一大法则。

5.现代应用

近年来，黄连阿胶汤多用来治疗失眠症。郑氏[703]介绍陈于超老中医用黄连阿胶汤治疗阴虚火旺、心肾不交失眠症的经验，其用方标准：头晕而眩，耳鸣心烦，口干唇红，胫痠懈怠，忽睡忽醒，或彻夜不眠，小溲短赤，舌质红，少苔，脉细数。据云疗效非常满意。林氏[704][705]等报道，失眠症的原因很多，很复杂，但以心肾不交引起者最常见，而黄连阿胶汤有育阴制阳之功，或去苦寒之黄芩，加龙骨、牡蛎、枣仁敛阳、镇心、安神，治疗大量失眠症无不应手称效，许多长期失眠病人服药后常能终夜入眠。俞氏[706]报告1例病人，西医诊断（1）疑似白血病；（2）败血症，患者高烧，恶寒，有汗，四肢筋骨疼痛，头痛，喉中作哽，胸脘痞潇，泛恶时作，苔薄白，尿少赤，脉弦数，中医认为“风寒流入经络”，重用辛温，导致化热伤阴；继而和阴存津，清热凉血，但又偏苦寒渗泄，以致阴津愈伤，水不上济，君火偏亢，心肾不交。故其证寒热不净，渴喜冷饮，心烦难寐，寐梦惊惕，头晕目眩，舌根薄黄中剥，舌质红，脉弦数，病势日渐沉重。乃以黄连阿胶汤加味，每日1剂，药后即得寐，烦躁惊惕亦安，诸证逐渐减轻，最后治愈出院。本案说明热病阴伤烦躁难寐惊惕，本方抑阳滋阴仍可治疗。

此外，山西省中医研究所[707]报告，用黄连阿胶汤合百合地黄汤治疗肝硬化肝昏迷属阴虚内热型者，亦获一定疗效云。

### 七、麻黄升麻汤证类

**356条 伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，喉咽不利，唾脓血，泄利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。**

本条汤证，证候甚为少见，用药极其复杂，古注家如柯韵伯，丹波元坚等均认为非仲景之汤证，乃后世粗工杜撰，笔者从此。

有的注家解释本条汤证，为外有寒束，内有阳虚，咽有热毒，肠有虚寒，为寒热错杂，上溃下泄之险证。但近人很少报导此汤证的应用，由于没有实践，随文释义，意义不大。故仅将条文、汤方列此以备考。

麻黄升麻汤方：

麻黄二两半（去节） 升麻一两一分 当归一两一分 知母十八铢 黄芩十八铢 萎蕤十八铢（一作菖蒲） 芍药六铢 天门冬六铢（去心） 桂枝六铢（去皮） 茯苓六铢 甘草六铢（炙） 石膏六铢（碎，绵裹） 白术六铢 干姜六铢 上十四味，以水一斗，先煮麻黄一两沸，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，分温三服。相去如炊三斗米顷，令尽。汗出愈。

### 八、桔梗汤证类

#### <一> 甘草汤证

#### <二> 桔梗汤证

**311条 少阴病二、三日，咽痛者，可与甘草汤；不差者，与桔梗汤。**

以方测证来看，本条汤证必为邪热客于咽喉所致，咽喉局部必有轻度红肿而痛，故用廿草汤清热泻火解毒缓痛；如不愈者，可能有痰热为患，故用桔梗汤以增加利肺豁痰之功。由于足少阴肾的经脉夹咽而上，故将本条汤证列入少阴。而后世治咽痛已远较本条汤证为完备，故近世几乎未见单用甘草汤、桔梗汤治疗咽痛的报导。

甘草汤方：

甘草6克 上一味，以水600毫升，煮取300毫升，去滓，温服140毫升，日二服。

桔梗汤方

桔梗3克 甘草6克 上二味，以水600毫升，煮取200毫升，去滓，温分再服。

#### <三>猪肤汤证

**310条 少阴病，下利，咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之。**

本条汤证属阴虚咽痛，是因下利伤阴，虚火上炎所致，因无寒热，故咽痛不甚，不甚红肿，舌红少苔，脉细数。故用猪肤汤清热润燥滋阴以治疗。本汤亦很少近人实践报道。

猪肤汤方：

猪肤30克上一味，以水2000毫升，煮取1000毫升，去滓，加白蜜200毫升，白粉（即米粉）100毫升，熬香，和令相得，温分6服。

<四>苦酒汤证

**312条 少阴病，咽中伤，生疮，不能语言，声不出者，苦酒汤主之。**

本条咽中生疮、糜烂，以致不能语言，声不出者，是痰火结于咽喉所致。故用散结祛痰、润燥止痛、消肿敛疮之苦酒汤治疗。

苦酒渴方：

半夏（洗）14枚 鸡子1枚（去黄，内上苦酒，着鸡子壳中） 上二味，内半夏苦酒（即米醋）中，以鸡子壳置刀环中，安火上令三沸，去滓，少少含咽之。不差，更作三剂。

#### <五>半夏散及汤证

**313条 少阴病，咽中痛，半夏散及汤主之。**

本条汤证属风寒客于咽喉所致。症见咽喉不甚红，颇痛，并有痰涎，声音不扬。故用散寒开结缓痛的半夏散及汤治疗。

半夏散及汤方：

半夏（洗） 桂枝（去皮） 炙甘草 上三味，等分，各别捣筛已，合治之。白饮和，服5毫升，日三服。苦不能散服者，以水200毫升，煎七沸，内散10毫升，更煮三涕，下火令小冷，少少嗛之。半夏有毒，不当散服。

## 第七章 厥阴病

基本病理——寒热错杂，阴阳混淆。

证候提纲——厥热交错，胸腹疼热，饥不欲食，口渴，呕吐，下之利不止，舌苔或黄或白滑，脉弦细或微弱。

治疗总则---偏热宜清，偏寒宜温，寒热锴杂，温清并用。

### <一> 乌梅丸证

1.原文汇要

**338条 伤寒，脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂时安者，此为脏厥，非蚘厥也，蚘厥者，其人当吐蚘。今病者静，而复时烦者，此为脏寒，蚘上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕又烦者，蚘闻食臭出，其人常自吐蚘。蚘厥者，乌梅丸主之。又主久利。**

[词义] 脏厥：内脏阳虚阴盛导致四肢厥逆的证候。蚘厥：蚘虫内扰，阴阳错杂引起四肢厥逆的证候。脏寒：泛指脏腑虚寒，这里具体是说胃肠虚寒。须臾：一会儿。蚘闻食臭出：进饮食则引诱蚘虫上窜而出。蚘虫：即蛔虫。

本条首段是说脏厥与蚘厥的辨别，第二段是说蚘厥的特点。第三段是叙述蚘厥的证候和病机。以下是说乌梅丸的治疗范围。

伤寒脉微，四肢厥逆，阳已虚极，至七八日，阳气不回，不仅手足厥逆，而且出现通身皮肤冰冷，烦躁无暂时的安定，这是阳虚阴盛，虚阴上扰的格阳证，称为脏厥，其证甚为重险，一般应以四逆、白通场类治疗，如厥回者生，不回者死。脏厥和蚘厥不同。蚘厥的特征是病人必吐蚘虫。而且蚘厥病人比较安静，即使有时烦躁，也不象脏厥那样无休止的烦躁。产生此种情况的机理，仲景自注云：“此为脏寒”，是说由于胃肠虚寒，蚘虫避寒就温，上窜入隔，就引起发烦，一会儿，其窜动停止则烦躁亦止。如进食而又呕又烦，则是因为进食引诱蛔虫窜动上岀之故，其人必常吐蚘虫。蚘虫厥属阴阳错杂，寒热混淆之证，并无死候，当以寒热并用，攻补兼施的乌梅丸治疗。同时，乌梅丸还主治慢性久利。

2.辨证要点

主症 呕吐蚘虫，心中疼热，或痛引肩胛，饥不欲食，得食更甚，时痛时止，痛剧则四肢厥冷，脉微，心烦不安，痛止则安静如常。或久利。舌苔或黄或白滑。

副症 口渴，气上撞心，或绕脐腹痛。

蚘厥证与脏厥证皆有脉微而厥和烦躁，但前者是阵发性的，只有当心中疼热，剧痛之时才出现，且必吐蚘虫，后者是持续性的，无暂时安；前者是阴阳错杂所致，故宜乌梅丸寒热并用，后者是纯阴无阳，故宜四逆辈回阳救逆。

乌梅丸证与理中汤证皆有吐利痛，但前者吐犹，久利，多痛在心下，甚至痛引肩胛，后者吐食，暴利，或便溏，多痛在大腹，绵绵作痛而喜按，前者为寒热混淆，后者为脾胃虚寒。

3基本病理 寒热错杂，阴阳胜复。

本证是由于肠中有寒，膈间有热，寄居肠中之蚘虫避寒就温，上窜膈间窍道，使胃气上逆，而引起呕吐，气上撞心。蚘虫随上逆之胃气而吐出，故出现吐蚘虫。蚘动则痛，蚘静则止，故时痛时止。膈间有热，阴小于阳，阳的升温性、动性引起心中疼热，痛引肩胛，心烦，口渴而知肌，苔黄。肠中有寒，阴大于阳，弱势的阳不足以温化水谷，故不欲食，得食更甚，或久利。已居弱势的阳因痛剧而更如减弱，不足以温煦四肢，鼓动血脉，故四肢厥逆，脉微，苔白滑。本证实际上是两个局部病理反应层次，共同构成的性质不同的阴阳升降失调证候。

4.药理方理

乌梅丸方：

乌梅300枚 细辛18克 干姜30克 黄连48克 附子（炮）18克 当归12克 蜀椒（出汗）12克 桂枝18克 人参18克 黄柏18克 右十味，异捣筛，合治之。以苦酒渍乌梅一宿，去核，蒸之10000毫升米下，饭熟捣成泥，和药令相得，内臼中，与蜜杵二千下，丸如梧桐子大，先食饮服十丸，日三服。稍如至二十丸，禁生冷、滑物、臭食等。

本方以乌梅之酸收敛肠，增强阴的沉凝性、静性，即使蚘闻酸而静，并止下利；用连、柏之苦寒，清泄膈热，以降低其阳的升温性、动性，使上焦膈间阴阳平衡，蚘虫也不致喜温而上窜，即所谓得苦则安，而其疼热、心烦、口渴、知饥、苔黄等症自解；用姜、辛、归、附、椒、桂之辛热祛寒，温肠胃之寒，以升离其阳的温动性，便中焦阴阳平衡，蚘虫也不致避寒而妄动，即所谓得辛热则止，而阳能温煦、发散，其不欲食，得食更甚，久利，肢厥，脉微等症亦除；蚘动伤气而中虚，故以人参扶正固本。是则，上中二焦阴阳平衡，无寒热偏颇，虚实兼杂，扰安其位而不妄动上窜，则呕吐扰虫，气上撞心，心中疼热牵引肩胛，以及绕脐腹痛等症，自然消除故本方为寒湿并用，攻补兼施，扶正安扰之首选方，而治寒热错杂，阴阳混淆之下利，亦具奇功。

范氏[708]指出，不应因乌梅丸着服于吐蛔而视其为“杀虫剂”或“驱虫剂”，乌梅丸的重点在于寒热错杂，故寒热错杂的吐蛔、或下利均为适应证。

关于乌梅丸的剂量、剂型、用法和禁忌，王氏[709]经验，成人可用一日三次，每次30克，10岁以下儿童剂量减少以至減半，一般孕妇并不禁忌。李氏[710]的经验认为，乌梅丸对于妊娠在四个月以内者，其中附子、干姜、细辛、桂枝等用之无妨，五至七个月者慎用；八至九个月者，无明显虚寒现象—般不用，可斟酌以艾叶、生姜、砂仁、白蔻等代之。但陈氏[711]报告用乌梅丸治疗8例妊振蚘厥，怀孕4-8月不等，均1-2剂全部治愈，并无不良寒响。陈氏经验，乌梅丸以煎剂效果最好，提炼药疗效显著逊色；对呕吐病例，只要减量分次服，则能止呕。福安专区医院[713]实践体会，在用本方治蚘厥最好忌香甜冷滑臭之物，尤其不能进”甜”食，注射葡萄糖亦需禁忌，因大量甜味冲淡了酸苦辛之性味，而使乌梅失去效用。该院同事观察到一些病人因吃甘蔗后疼痛复发。

关于乌梅丸的药理作用，人们从临床和实验两方面进行了观察研究。王氏[712]通过大量的临床观察，认为本方有驱蛔和止痛两种作用，是使蛔虫麻痹，并增加胆汁分泌，使胆汁趋向酸性，使胆道口括约肌松弛，而达到解痉、利胆、安蛔的作用的。陆氏[714]临床体会，本方乌梅可能有溶解结石和促进胆汁分泌的效能。林氏[715]曾对正常健康人5例，慢性胆囊炎病人5例，应用乌梅丸代替脂肪餐通过胆囊造影，进行对胆道系统作用的观察结果：健康组5例通过乌梅丸和脂肪餐服用的试验，均获得满意的胆囊显影，并且两种试验对胆囊收缩的程度亦相似；在病人组，未服乌梅丸和脂肪餐，胆襄造影结果均未见显影。林氏由此推之，乌梅丸的药理作用，除对蛔虫体本身的作用外（据原方“虫伏而下”的解释，非本试验证明），对于胆囊的收缩和胆汁的排泄增加，促使蛔虫排出也有关系。

5.现代应用

尽管，《伤寒论》中所描述的证候是那样的笼统、含混，致使近三十年来在探索诸种证候之间的联系、差异和其治疗实质所做的工作努力很少，但在验证这些证候和治疗的工作中所获得的大量有用的资料的作用，可能远远超过人们所预期的程度。乌梅丸的应用就是一个突出的例子。

笔者根据手边29个临床资料[709-713,716-739]统计，公认《伤寒论》之蛔厥部分是胆道蛔虫病，用乌梅丸或以乌梅丸加减化裁治疗胆道蛔虫病3406例，治愈率在60-95%之间，有的报告[713]随访一年仅极少数未能根治，其余完全达到治愈目的，是目前非手术治疗本病最满意的疗法。人们[713,726]认为，仲景乌梅丸治疗胆道蛔虫病之所以有其惊人独特的疗效，主要是掌握了蛔虫的特性，即“闻甘即起，闻苦即定，见辣则头伏而下”的规律，故在药物配伍中灵活地荟萃酸苦辛榀于一方之中，以适应于蛔虫引起的寒热错杂，阴阳胜复的证候而起作用的。事实证明，蛔虫对酸味药物很敏感，陕西中医学院附属医院[729]报告，本方的乌梅因一时缺乏，改以食醋60克或阿斯匹林6片或山查15克代替，治疗100余例胆道蛔虫病，均取得同样疗效。陈氏[711]指出，近代学者认为，大多数上腹部蛔虫病人胃液酸度降低，其发病原理和治疗原理与古人所谓“蚘得酸则静”的皆义，不谋而合。关于驱蛔问题，多数资料[712,713,717,718,720,734]认为，乌梅丸本身驱蛔效果不好，治疗中很少见大量蛔虫排出，一般主张治疗后3-5天，要配服“驱蛔灵”，或配用川楝、使君子等，安蛔驱虫并举，效果更好些，如腹中疠痛和虚弱患儿则禁忌单纯驱虫。关于抗感染问题，不少资料[710,711,722,726]证明，乌梅丸在控制感染方面有一定效果，体会到其作用机理可能是药物进入胆道内时，由于胆汁的协同作用，能增强杀菌效力，以致一些病例用抗菌素控制感染无效，而以本方取效。关于止痛问题，多数认为乌梅丸的效果很好，但王氏[712]指出，由于方剂的配制和吸收需要时间，不能立即解除患者痛苦，故仍需以针刺或药物注射止痛后再服用。关于配用通下药问题，武汉医学院附属第二医院[730,731]等观察到，有的患者因有“下证”，加用大黄、芒硝等通下，胆绞痛的缓解较单用乌梅九迅速，有缩短治疗时间，提高治愈率的效果。关于清利湿热问题，邹氏[718]认为，蚘虫进入人体后，在肝脾功能衰弱的条件下，由于脾失健运，则湿从内生，肝失条达，则郁而化热，湿热相互成因，更为蚘虫成长繁殖的良好环境，虫即由十而百，生生不已，主张在治疗上必兼用清热化湿之药，才能迅速制止蚘虫引起的痛、呕、烦、厥等症状；陈氏[738]观察到有少数病人发生不同程度的黄疸，这是内有湿热的明显标志，不过其黄疸之发生与消失，是来之骤而去之速为特点，不似肝炎之黄疸来之徐而去之迟；为此，人们[727,730,736]在乌梅丸中常加茵陈等利湿热药，认为效果较好。关于乌梅丸治疗胆道蛔虫病的疗效原理问题，陕西中医学脘附属医院[725,728/,729]等，认为是麻痹虫体（体外实验证实），并增强胆汁排泌，使胆囊及管壁收缩力增强，蠕动加快，奥狄氏括约肌松弛，并使十二指肠液逐渐趋于酸性，破坏了蟵虫停宿的条件，促使蛔虫从胆道退缩而去，而呈显解痉、止痛、驱虫、抗感染的协同作用；至于奥狄氏括约肌因炎症破坏，丧失收缩力，蛔虫更可因胆道内压力而排回十二指肠。不过，张氏[23]提出，乌梅丸是使虫“头伏而下”调头出来的呢？抑或是松弛了奥狄氏括约肌，和刺激了悬垂在十二指肠蛔虫的尾部，而使之踡曲掉入十二指肠的呢？还值得进一步研究。张氏从失败病例改行手术时观察到，胆管内的蛔虫多半在10条以上，并互相缠结成团，梗阻胆道，因此胆道蛔虫是否因太多就不易掉头，而使乌梅丸煎剂失效的原因呢？也需进一步观察。天津南开医院[739]经验，以乌梅丸为主治疗胆道蛔虫效果满意，90%以上的病例均可采取此种非手术治疗，但下列情况要考虑手术治疗：（1）胆道蛔虫合并胆石病，或考虑为多条蛔虫进入胆道，经非手术治疗无效者；（2）胆道蛔虫病合并严重并发症，或有中毒性休克者；（3）胆道蛔虫有残余症状，经中药治疗两个月以上，经胆道造影证实仍未排出者。

乌梅丸除治胆道蛔虫外，严氏[740]报告用乌梅丸改汤剂加鹤虱、雷丸、治愈胆囊鞭毛虫症1例，共服5剂，症状缓解，经上级医院检查，作十二指肠引流二次、胃肠透视二次，证实痊愈。

对胆道系统以外的肠道疾病，如“下利”等，乌梅丸也具卓效。王氏[741,742]等报告慢性痢疾60例，经化验大便近半数为弗氏菌，其余为阴性，用乌梅丸加味治疗，治愈49例，半年随访一次，效果稳定者41例，认为乌梅丸是较理想的慢性菌痢治疗剂，这和仲景指出乌梅丸治“久利”是一致的。但也有报告用乌梅丸治愈急性菌痢的，如蒲氏[743]曾以乌梅丸加伏龙肝治愈1例痢疾毒血症，认为是邪陷太厥二阴，其症神志不清，高热寒战（39-41℃），肢冷无汗，口渴喜饮，小便清，血压呼吸正常，对多种抗菌素无效，并出现粒细胞减少症（白细胞总数1050/立方毫米，其中中性30%），指出乌梅丸是治疗痢疾坏症应变之方。言下之意，不是痢疾的常规用方。但蒲氏将治久利的乌梅丸借来治急性菌痢的险症，学古不泥古，堪称典范。此外，朱氏[744]报告用乌梅丸按原方规定服药40天，治愈1例己十五年病史的慢性肠炎，近半年追访未复发。谢氏[745]报告用乌梅九加使君子、川楝以及通下药，治疗8例蛔虫性肠梗阻，均服药一、二剂便出大量蛔虫而愈。

乌梅丸还用来治疗肠胃道以外的疾病。王氏[746]报告1例嗜酸性白细胞增多性哮喘，用真武汤20余剂控制了其病的哮喘，但血象始终未见改善，改用乌梅丸与服4剂而血象恢复正常，认为治病要多因多变，多方活用。张氏[747]通过治疗35例崩漏症（多属西医功能性子宫出血）的实践，观察到有些病人并不表现为单纯虚热或虚寒之证，而是呈显寒热错杂，其症经水淋漓不断，色黯红或有块，头晕耳鸣，咽干，恶心泛酸，饥不欲食，阵发性心悸烦乱，手足厥冷，便干尿黄，胃脘胀痛，脐部压痛，脉沉缓或濡滑，此等病人绝非单纯清热、凉血、温摄等所能取效，但每用乌梅丸加贯仲炭、棕炭而收到满意的效果。说明凡寒热错杂之症，无论何病，乌梅丸均可取效。这实际上也是中医治病，一病有多方，多病用一方的原因所

#### <二> 白头翁汤证

1.原文汇要

**370条 热利，下重者，白头翁汤主之。**

[词义] 下重：指里急后重。

热利是里有热而下利。言热利则有别于寒利。属热利而表现有里急后重为特点的，当用苦寒泄热的白头翁汤治疗。

**372条 下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。**

本条承370条辨别热利的特点。里有热邪必定渴欲饮水，如下利而又兼渴欲饮水，表明里热炽盛。但是，仅有下利口渴尚不能构成白头翁汤证，必须把里急后重联系到一起，才能以白头翁汤治疗。

本论中白头翁汤证仅上二条，述证太简略，兹据近人实践于“辨证要点”补明。

2.辨证要点

主症 下痢，便脓血，里急后重，小腹急迫，肛门灼热，小便短赤，舌红苔黄，脉滑数。

副症 发热，口渴，或苔灰黄，脉沉弦数。

白头翁汤证与乌梅丸证皆有下利，但前者为热利，后者为寒热错杂之利；前者为急性利，后者为慢性利，脉症迥别，治法各异，不难辨别。

白头翁汤证与桃花汤证皆有腹痛、下痢、便脓血，但前者里急后重，肛门灼热显著，后者呈滑脱不禁；前者常是舌红荅黄，脉滑数，后者常是舌淡白或苔灰黑，脉沉细；前者为热实，后者为里虚。

白头翁汤与黄芩汤证皆有下利、腹痛、肛门灼热，但前者使脓血，里急后重，后者便稀水，色如蛋花，无里急后重；前者常痛多在小腹，后者腹痛多在脐周，常兼呕吐；前者为湿热下迫，秽浊壅滞，后者为热迫肠道，或兼寒滞胃脘。

白头翁汤证与葛根芩连汤证皆有下利，肛门灼热，但前者为湿热下迫，秽浊壅滞，故便脓血而里急后重；后者为表里俱热，喘而汗出，下利多恶臭。

3.基本病理 湿热下迫，秽浊壅滞。

湿热为阳邪，下迫肠道，阴小于阳，优势的阳的温热性、动性，使肠道传化过速，故下利频繁，肛门灼热。里急后重、腹痛，则是由于湿热秽浊壅滞，气机不畅，气欲升不能，邪欲出不尽，所引起的矛盾现象。阳的动性损伤肠道脉络，故脓血杂下。有时由于优势的阳的发散性而引起发热、口渴、小便短黄。其舌象脉象均为阳占优势的表现。本证多属局部反应性増强性失调，但如兼发热、口渴，则属于局部和整体反应性共同构成证候。

4.药理方理

白头翁汤方：

白头翁6克 黄柏9克 黄连9克 秦皮9克 上四味，以水1400毫升，煮取400毫升，去滓，温服200毫升。不愈，更服200毫升。

本方四味药均为苦寒之性，而善走肠道。寒以泄热，迅速降低肠中阳的温热性、动性，以减慢肠道的传化，而治下利、胺血、肛灼等症；阳的发散性减弱，则整体性的发热、口渴以及舌脉等症亦得缓解。苦能燥湿，用以降低湿邪秽浊的粘滞静性，而除肠中的壅滞，使气机畅利，升者能升，降者能降，则腹痛、里急后重诸证可除。本方药虽四味，效著功宏，从来都是列为治湿热痢疾的首选方。

熊氏[748]指出，仲景规定白头翁汤只适于热痢而不适于寒痢，与今日科学之分析暗合。认为所谓热痢，是痢疾初起，有不等的热度，脉搏稍快，但并不细弱，体力尚旺之时的证候；而寒痢是当久痢不治，或治而不愈的时候，全身衰弱，贫血，体温低落，脉细缓时的证候。熊氏认为，由于过去用药根叶不分，白头翁叶含白头翁苷，与洋地黄作用极相近似，当寒痢时期，用之，则叶中之白头翁苷就会使衰弱的心脏突然加强收缩而停止跳动，造成严重不良后果。熊氏感叹古人不知经过多少年的艰苦实践才得出这个结论。熊氏之言可能有部分道理，但必不尽然，因今人用白头翁全草治慢性久痢，屡有报道，而未闻有此副作用。

5.现代应用

经过千百年，尤其是近三十年实践检验的临床事实，说明这样一个道理，在发明抗生素、磺胺药以前，中医治疗急性热病的疗效较之西方医学是遥遥领先的，即使现在在某些方面也并不逊色，白头翁汤证的应用就是一个明显的例子。

白头翁汤治疗细菌性痢疾疗效是肯定的。人们[70,749]普遍认为，中医所述“肠辟”、“下利”、“滞下”、“便脓血”属于今之痢疾一类，而湿热痢相当于急性菌痢，久痢或休息痢相当于慢性痢疾，疫毒痢相当于中毒性痢疾。笔者统计15个报道资料，用白头翁汤煎剂、片剂、糖浆、灌肠，或白头翁汤方中的组成药物，共治疗细菌性痢疾978例，治愈率80-100%。骆氏[750-754]等观察到用白头翁汤治疗菌痢，症状、体征消失快，大多在一日内退热，三日内腹泻停止，大便培养痢菌变为阴性的期限，亦不亚于甚或胜过现有西药磺胺和抗生素，认为白头翁汤是一植物性抗生素之大合剂，且无西药抗生素的各种副作用。

程氏[755-757]等观察到，白头翁汤治疗菌痢不仅无任何副作用，反而可以增如食欲，而且对氣霉素、磺胺类发生抗药性的病人同样有效，在本方中加入马齿苋可以增强疗效。林氏报告1例“福氏杆菌痢疾”遍投诸抗生素无效，观其舌苔白黄，根部浊腻，前呈斑剥，脉濡小，是湿热久羁肠胃，脾土受克，引动肝木，以致健运失职，疏泄无权，用白头翁汤加扶正健脾药，治疗18天，而挽束手无策之危证，更体现了中医药突出的优点。骆氏[750]张氏[759-762]等报告,单用白头翁汤中的秦皮、或黄柏、或白头翁、或黄连，治疗急性菌痢，疗效相近，认为治疗菌痢采取其中任何一药即可。蒋氏[763]报告，用白头翁汤加青蒿、自薇治疗中毒性菌痢10例，确有良好效果，认为本病辨证虽可见虚象，然从舌苔、抽搐、神昏等综合分析，却以肠热里实之证居多，故非清热解毒，不足以奏功。朱氏[769]经验指出，白头翁汤对虚寒痢、休息痢、伤阴痢，并无良效。

吴氏[764-768]等报告，用白头翁汤原方煎剂内服或灌肠，或加苦参子（去壳包服），或单以白头翁汤服并灌肠，治疗阿米巴痢疾41例，疗效均较满意。一般2-3天退热，4-7天大便性状恢复正常，大便镜检多2-3天转为阴性。观察到用保留灌肠的效果较好，可使药物直达病所，而减少口服反受胃酸等中和作用削弱药力的弊病；同时灌肠后改变了肠内酸碱度，给病原体造成恶劣环境，从而提高药物的抑菌能力，且无任何副作用。认为值得推广应用。

程氏[756]用白头翁汤治疗肠炎144例，有效率93.8%，大部分在48小时症状消失，观察到本方去了黄连疗效并不逊色。徐氏[770]认为，慢性非特异性溃疡性结肠炎，为一顽固而重笃的慢性疾病，可按痢疾之法论治，也可按泄泻论治，列举—案，经用数种抗生素治疗未效，而用白头翁汤加育阴、导滞之品治愈，认为该病之所以难治，是由于湿热与积滞交结，薰蒸胶固，骤难排解所致。

除肠道疾病外，白头翁汤也用于其它多种病证的治疗。沈氏[771,772]等介绍，用“白头翁合剂”（白头翁、车前草、凤尾草、绵茵陈）或“复方白头翁注射液”（白头翁100O克，凤尾草500克，车前草500克，茵陈250克，制成注射剂）共治疗蚕豆病84例，取得满意效果，观察到本方确有代替输血、或减少输血量的治疗作用，而在改善贫血方面稍逊于输血，认为白头翁是起主要作用的。用白头翁与蚕豆同煮后食用，尚有预防作用。张氏[773]报告，用单味白头翁治疗颈淋巴结核、化脓性疾病，除有抗菌作用外，还有消肿、溃浓、收敛的作用。但市售白头翁有十六种之多，很混乱，张氏系用毛茛科植物、白头翁的干燥根。何氏[774]介绍白头翁汤既能治疗肝经实热下迫的脓血痢，也能治疗肝火上炎，肺热炽盛引起的眼红赤肿痛的证候。何氏治疗上迷眼疾多例无不应手取效。此外，还有[17]报告用白头翁汤加味，治愈属于肝热兼胃阴不足所致的大量阴道出血（血崩证）症。由上可见，凡属厥阴实热证，用白头翁汤治疗均可收到异病同治的效果，

#### <三> 四逆散证

1.原文汇要

**318条 少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。**

[词义] 四逆：即四肢不温，但还不及四肢厥冷或厥逆的程度。下重：与里急后重义同。

本条言少阴病，主要有四逆一症而得名。然此四逆，绝非寒厥、热厥之厥逆，乃是阳气郁于里，不能达于四肢，即所谓气郁致厥。“其人”以下各症均为气机不疏所引起。古今不少注家认为，本条汤证当以腹症为主，而其它各症均为副症。涉及上中下三焦，上焦气郁或咳或悸，中焦气郁或腹中痛、或泄利下重，下焦气郁小便不利，故主以四逆散调气机之郁滞。

2.辨证要点

主症 手足不温，胸胁满闷疼痛，或腹中痛，泄利下重，脉弦。

副症 或咳、或悸、或小便不利。

四逆散证为气郁致厥，故伴有胸腹满闷疼痛或腹中痛，其泄利下重也为气失调达引起，与寒厥之无热恶寒，脉微欲绝，但欲寐，厥逆下利不同；与热厥之四肢厥逆，但胸腹灼热，恶热烦躁，口渴，便秘，脉沉数亦不同，三者应区别开来。

3.基本病理 阳郁不伸，气机不疏。

本证阴大于阳。阳的发散性不足引起四肢不温，优势的阴的沉凝性、静性，在上焦引起肺气不宣、心气不调，则或咳或悸；在中焦引起肝脾不和，气机不疏，则胸胁满闷，疼痛、腹中痛、或泄利下重；在下焦引起气化不行，则小便不利。本证为多个病理层次构成的证候，属于不虚性失调的性质。

4.药理方理

四逆散方：

炙甘草 枳实 柴胡 芍药 上四味，各十分，捣筛，白饮和服5毫升（6克），日三次。咳者，加五味子、干姜各1.5克，并主下利。悸者加桂枝1.5克。小便不利者，加茯苓1.5克。腹中痛者，加附子（一枚，炮）9克。泄利下重者，先以水1000毫升，煮薤白600毫升，煮取600毫升，去滓，以散15毫升（18克），内汤中，煮取300毫升，分温再服。

本方柴胡苦平，升阳解郁，枳实微苦散积通滞，二药旨在提高阳的升散性、动性，使郁者得升，滞者得散，三焦气机得疏利；芍药、甘草酸甘和阴，以节制其升散疏利太过，是以阴调阳之义。为宜疏郁滞，平正通达之剂。

钟氏[775]对四逆散的五个加减法颇有研究，他说：第一，其人或咳者，加五味子、干姜，并止下痢。此咳与小柴胡证同，是因寒气犯肺而咳，故依照小柴胡汤的加减法，不加细辛。不同于真武汤的“咳”，真武汤是因肺有寒水，故如细辛以温散之。而本方上述加减后，能上止咳，下止痢，虽病位不同，而病机相似，同属因寒而并发，体现异病同治之理；第二，悸者加桂枝。这和小柴胡证不同。小柴胡证心下悸去芩加苓，是因水道不利，本证是因心阳不振所致，故加桂枝；第三，小便不利者，加茯苓。此与小柴胡证同，是《伤寒论》治小便不利的通法；第四，腹中痛者，加附子，是因寒气凝闭所致；第五，泄利下重者，加薤白。目的在于宣通中上二焦的阳气，使上焦通则下焦不泄，中焦通则不下重。钟氏指出，此五个加减法体现了上中下三焦的虚实寒热病变。

姜氏[776]对四逆散各组成药物进行实验研究指出，柴胡的粗制皂甙和芍药配糖体合用时，能降低柴胡粗制皂甙的毒性，缓和对胃肠的刺激，增强其镇痛作用；二者合用，即能加强镇咳效能和抑制消化性溃疡形成，又能降低毒性。

5.现代应用

郑氏[777]报告，用四逆散加乌梅、川楝，治疗胆道蛔虫病51例，全部治愈出院。郑氏指出仲景创四逆散系用于本郁土壅的因肢逆而不温，咳、悸、小便不利、腹中痛、泄利下重的少阴症，借用四逆败加乌梅、川楝治疗胆道蛔虫病，是取柴胡升阳达表，疏肝利胆，冀其奥狄氏括约肌松弛；得芍甘之酸甘能柔肝缓急而止痛；更配梅楝之酸苦，使蛔虫退出胆道；又助以枳壳宽中下气，使蛔虫从大便排出而愈。笔者认为，郑氏用四逆散加梅楝加得好，如胆道蛔虫病偏气郁，用本方较佳；而偏于寒热错杂者，用乌梅丸似较全面。方氏[778]报告，用四逆散合大黄甘草汤治愈肠梗阻3例，认为本病灌肠不通的原因，是由于燥矢停结于小肠的缘故，故治疗上虽然适合应用大黄通下，但不宜直攻大肠，为了不使药力迅速超过病所，必重用甘草以缓大黄之趋势。王氏[779]曾介绍老中医张君斗习用方：丹柏四逆散（四逆散加丹皮、黄柏），治愈52例急性单纯性阑尾炎，进行远期疗效观察，本组全部病例未曾用过抗生素，在急性期获得治愈后，多数未再复发（占61.5%），部分复发1、2次（占21.2%）再用本方仍可被迅速治愈面获得巩固的疗效，只有少数病例（占17.3%）多年后呈急性发作或短期内复发，需改行手术治疗。杨氏[780]介绍用四逆散加栝蒌、薤白、郁金治肋间神经痛2例。上述资料说明，四逆散是以治腹症为主的方剂。近年来对四逆散中的枳实研究很多，颇有苗头。湖南医学院第二附属医院[781]制成枳实注射液，用于治疗各种原因所致的休克94例，总有效率96.8%，其中显效占74.5%，观察到本组多数病例在静脉推注一定量后，10分钟内血压均有不同程度的上升，病人安静，脉转有力，尿量增多，四肢变暖，皮肤由紫绀、苍白、变为红润，说明全身微循环得到改善，且安全度大，未见严重的副作用或毒性反应。该院同事的这一创造，为中药剂型改革以适应抢救急重证的需要，提供了很好的前景。此外，袁氏[782]报告，用小柴胡汤加减治疗胁痛113例，治愈79例，好转34例，这些病例包括了西医的急慢性胆襄炎，胆道蛔虫症，胆石病，胆囊术后粘连等，主要表现为右上腹心窝处疼痛者。袁氏虽云用小柴胡汤加减，然其基本方：柴胡、黄芩、赤甘草，似更与四逆散接近，故笔者列之于此。袁氏在上述基本方中的加减法是：痛甚加玄胡、川楝；呕吐如半夏、竹茹、生姜；热偏盛加石膏、知母；湿偏盛加苍术、厚朴；气滞甚加香附、青皮、莪术；吐蛔虫加乌梅、川楝根皮、川椒；胆石加金钱草、鸡内金；黄疸如茵陈、栀子；便秘加大黄、枳实；纳差加山查、麦谷芽；小便短赤加木通、车前草；兼阴虚加沙参、麦冬；兼阳虚加党参、白术。袁氏此项报道，是立足于中医的“病”来进行大量总结的例子，对于提高中医辨证论治的疗效，诚属可取。

## 附篇

### 一、六经病机与传变

六经病，即太阳病、阳明病、少阳病（合称三阳病）、太阴病、少阴病、厥阴病（合称三阴病）。它是在《素问·热论》六经分证基础上发展起来的六种病证分类的纲领。

《伤寒论》并无“六经”提法。朱肱《活人书》把《伤寒论》三阴病三阳病解释成经络之病，首创“六经”之说，指出“六经”即是足太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经、足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经，并说“治伤寒先须识经络，不识经络，触途冥行，不知邪气之所在。”张景岳、汪琥等推广至手足十二经。这便是解释三阴病三阳病的划分、顺序、传变、病机和实质的经络说。人们也因此而习惯地称三阴病三阳病为“六经病”、“六经辨证”、“六经病机”……。但历代医家却有不同看法，有从脏腑、从气化、从八纲论三阴病三阳病的，近代更有人认为是病之阶段性、证候群等，从不同角度去理解，虽各有一定道理，但都不全面。

其实，《伤寒论》六经病的全套理论，是承袭了《内经》全部阴阳概念，包括表里寒热虚实经络脏腑营卫气血邪正消长等，结合当时实践经验面形成的。诚如“导论”中指出的那样，三阴病三阳病是根据不同程度的阴阳量而划分的，实际上是近似的定量的观察分析和处理问题，因而能在大量的病因病理和临证现象中，抽象掉一些非本质的、偶然的、次要的因素，始终抓住反映疾病本质的、主要的、规律性的东西；其顺序则是根据阴阳层次的原则而排列的，即太阳病、阳明病、少阳病，太阴病、少阴病、厥阴病。这种排列顺序，反映出邪气和正气斗争双方力量对比和病情变化的关系，邪胜正衰则病进，病由表入里，由阳入阴；正胜邪衰则病退而愈，或从阴转阳。

关于少阳病和少阴病排列的位置，古今医家尚有不同见解，出现不少争议。有的认为少阳病应该在太阳病之后，阳明病之前，即太阳病、少阳病、阳明病，理由是少阳为枢，居半表半里。其实《伤寒论》只有“半在外，半在里”的提法，没有半表半里之说。《伤寒论》270条云“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”本条列于少阳病末，说明少阳是位于阳经与阴经之间，为由阳入阴之枢，而不是位于太阳与阳明之间，不是太阳与阳明之枢。这说明少阳应当在阳经与阴经之间。至于少阴病，有的认为应在厥阴病之后，即太阴、厥阴、少阴，理由是《内经》有“太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”的记载，自然界季节阴阳更迭也是以“少”、“太”为阴阳消长的“始”、“极”。不知厥者，尽也，厥阴为两阴交尽之所，厥阴病为极阴病证，更合符临床实际。故《伤寒论》原有之六经病顺序，不宜更改。

**（―）太阳病机** 人体面积以肤表最为广阔，而肤表又是营卫循行充斥的场所，故称“太阳为一身藩篱”。外邪侵入肤表，使卫阳被遏，营阴郁滞，邪热盛于表位，故称之为太阳病。《伤寒论》第4条说：“伤寒一日，太阳受之”，故太阳病又含有疾病初期的意思。

风寒外袭，营卫受邪，失其调和，是产生太阳病的基本病机。

营为阴，卫为阳，阴性沉降而静，阳性升散而动，二者充斥于一身之表，一升一降，一动一静，保持动态平衡，即正常的固外开阖的生理功能。所谓营卫受邪，失其调和，就是营或卫的某一方加入了一个因素，使其力量增强，造成人体肤表阴阳升降失调的状况。风伤卫，寒伤营。风性属阳，寒性属阴。感受阳性（风）外邪，自然使阳（卫）的升散性、动性增强而跃居优势，形成卫强营弱的痛机。感受阴性（寒）外邪，则使阴（营）的沉降性、静性增强而跃居优势，产生营强卫弱的病机。风寒两感，便形成营卫俱实的病机。这就是成无己所谓“风并于卫”“寒并于营”的道理。（《注解伤寒论》）

当卫强营弱之时，卫阳的升散性、动性占优势，浮盛于外故发热；弱势的营阴其沉凝性、静性不足，不能内守故自汗出，脉浮缓；自汗出后，卫阳部分散失，肌肤略失温煦故恶风，这便是所谓太阳表虚证。在营强卫弱之时，营阴的沉凝性、静性大于卫阳的升散性、动性，卫阳被郁于肤表之内，不得发散于外以温煦肤表，故恶寒；郁遇于内的阳气因不得外散而升高则发热。优势的营阴的沉凝性、静性引起无汗，脉浮紧，并使驱体血行不畅，而产生头身骨节疼痛，这就是所谓太阳表实证。如风寒两感，寒并于营，营阴的沉凝性、静性增强，则恶寒其而无汗；风并于卫，卫阳的升温性、动性增强，但因无汗阳热不得外泄而内郁，故发热高而烦躁，形成营卫俱实证。这些都称为太阳经证。

太阳为一身之藩篱，主肤表而统营卫，构成人体抵抗病邪的一道屏障。由于太阳领域辽阔，涉及面广，如因正气虚弱，邪气太盛，或因治不得法，致使屏障溃决，经证不解，邪气内传，则可引起种种复杂的传变机理。

病邪随太阳之经而侵入太阳之腑，影响到膀胱的气化功能，致使气结水停，则形成以小便不利为特征的蓄水证；如邪热侵入膀胱血分，瘀热阻于下焦，即产生小腹鞕满、小便自利的蓄血证。这些都属太阳腑证。

柯韵伯指出：“营卫行于表而发源于心肺，故太阳病则营卫病，营卫病则心肺病矣。”（《伤寒论翼》）故太阳病不解，邪气内传，多见心肺病症，心病则烦躁、心悸、逆满、狂谵，肺病则气喘、咳嗽。柯氏在说明太阳病与其它病系存在结构层次和病势传变上的联系时，使用的术语——“正面”和“底板”最富哲理性。他说：“太阳总纲以正面，阳明总纲以底板”，原因是“太阳以胸中为里……阳明以胸中为表”，存在结构层次上的联系。又说：“太阳病而脉反沉用四逆以急救其里，是太阳虚不能主外，又内伤真阳露出少阴底板；少阴病而表反热，用麻辛解其表，是少阴阴虚不能主内，外伤太阳之气，便假太阳之面目也。”（《伤寒论翼》）这就是所谓“太阳虚则是少阴，少阴实则是太阳”的道理，说明太阳少阴存在病势传变上的表里关系。总之，太阳病不解，其人正气旺盛，则传阳明；正气虚衰，则传少阴。

太阳病是人体最大的病理反应层次，其传变几乎涉及各个部位。桂枝汤证类外涉营卫肌腠，内干脏腑经络气血津液，为太阳病中最复杂的证候系统，所以列于太阳病之首。麻黄汤证类位在肤表肺卫，栀豉、陷胸位在胸中，泻心、黄芩位在心下、肠道，十枣位在两胁，抵当位在少腹，五苓位在膀胱……这些汤证，或是起因不同，或因气血津液失调及寒热虚实性质不同，虽然都属于太阳病，但都有其相对特性。由此可见，太阳病的病机变化，具有多质、多因素、多层次的特点。

**（二）阳明病机** 阳明经包括手阳明大肠和足阳明胃的领域。阳者热也，明者虽著也。高亢之阳热发于阳明之位形成的病理反应，称为阳明病。故阳明病多从热化，恒以里热、胃实为基本病机。

阳明病的传变由来有三：一为太阳病失治误治，耗伤津液，胃中干燥，化热成实，而转入阳明，称为太阳阳明；二为少阳病误用汗、吐、下、利等法，致使胃燥成实，转属阳明，叫做少阳阳明；三是不因误治，邪热自实，直犯阳明，是为正阳阳明。说明阳明病是太阳病、少阳病的进一步发展。也有原发性的。不管来源如何，总之，阳明病是疾病过程中，阳气亢旺，邪热最盛的一个病理反应层次。邪热初入阳明分野，郁结于胸膈之闻，不得发越，则胸中之阳大于阴，优势的阳的升温性、动性引起心神不宁，则出现虚烦不得眠，心中懊憹，甚至反复颠倒等症状。如阳明经无形之邪热高亢，极端优势之阳，其温热性引起大热，其发散性引起大汗出，脉洪大，以致津液消烁而大烦渴不解，谓之阳明经证。如邪热随经入腑，燥结成实，出现潮热、腹满、便秘、谵语等症状，便是阳明腑证。由此可见，阳明病机是以热实为特点。

阳明与太阴互为表里，二者经脉相连，其气相通，疾病时则可互相传变。阳明病邪热不解，若与太阴脾湿相合，以致湿热蕴蒸，可引起发黄、小便不利等症状。阳明病误攻或攻下过早过猛，常可损伤脾阳而转为太阴病。《伤寒论》214条“若不转矢气者，此但初头鞕，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。”其中胀满不能食，大便溏等，就是阳明病转太阴病的证候。太阴病在正胜邪衰之时，也多有转成阳明病的。阳明病属热证实证，太明病属虚证寒证，二者存在互相传变的机理，故有“阳明虚则是太阴，太阴实则是阳明”之说。不仅如此，三阴病皆可转阳明而提示着预后好转之机，故《伤寒论》189条说：“阳明居中，主土也，万物所归，无所复传。”就是这个道理。

**（三）少阳病机** 少阳经包括胆、三焦，与厥阴互为表里，其经脉循人身之两侧，是半在外、半在里的病理反应层次。其外邻太阳、阳明，内近三阴，为病邪从外入里，由阳入阴，或自里出外，由阴传阳的枢机。少者微少之意，意味着阳热不如太阳、阳明之亢旺，故称少阳病。邪气与正气分争于内外之间，相持不下，致使枢机不利，为少阳病的基本病机。

少阳病的传变由来，有邪自表入者，如《伤寒论》第267条“本太阳病，不解，转入少阳者。”即是；有原发于少阳者，如《伤寒论》第266条“《伤寒，脉弦细，头痛发热者，属少阳”即是。少阳病失治或误治，其传变的关键在脾胃的虚实，《伤寒论》第270条“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”因其能食而不呕，表明脾胃不虚，故不传三阴。一般说，脾虚阴盛，则易入三阴之脏：胃实阳盛，则易传阳明之腑。如正气太虚，邪气太盛，病可自少阳而逆传厥阴；厥阴阳复热盛，亦能转属少阳，为预后之佳兆。因少阳厥阴互为表里，故有“少阳虚则是厥阴，厥阴实则是少阳”之说。

少阳病，历来没有明确分出经证和腑证。但少阳病亦在三阳之列，胆腑亦为六腑之一，如果说太阳病阳明病有经腑证之分，少阳病理应分经腑证。

邪气侵犯少阳领域，胆火上炎，可引起口苦、咽干、目眩；胆气不降，胃气上逆，即《灵枢》所谓“邪在胆，逆在胃”，而引起心烦喜呕；枢机不利，则胸胁苦满；正邪分争于内外之间，出阳则热，入阴则寒，相持不下，则往来寒热，休作有时。这些都可称为少阳经证。

少阳腑证必在胆腑。《伤寒论》第106条“……呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”第170条“……心下痞鞕，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”就是热结胆腑之证。因少阳胆经之脉“下胸中，贯膈，络肝属胆，”故胆腑位于心下。所谓“心下急”“心下痞鞭”显然与胆腑气机郁滞有关，实际上就是少阳腑证。过去有人认为火柴胡汤证属少阳阳明并病，但其证三条（106、140、170条）均无胃肠燥结，大便不通的叙述，可见病未涉及阳明。病不在阳明而用大柴胡汤下之，是借通下利导以泄胆腑结热之义。只有少阳经证禁下，腑证不禁下，不可不知。

**（四）太阴病机** 太阴主脾所生病，其位在里。太者初也、甚也，阴者虚也、寒也。虚寒初盛于里，始病三阴，故称之为太阴病。而脾胃虚寒，也就是太阴病的基本病机。

太阴病的传变由来有三：一为“脏有寒”，邪气直中太阴；二为太阳病误下，脾阳受戕，传变而来，《伤寒论》第279条“本太阳病，医反下之，因尔腹时痛者，属太阴也。”即是；三为阳明攻下太过，损伤脾阳，可转化为太阴，而太阴过用温燥，病可转属阳明，是太阴脾与阳明胃互为表里之故。《伤寒论》第192条“伤寒，脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴……至七八日，大便鞭者，为阳明病也。”就是太阴、阳明互相传变的证候。所谓虚则太阴，实则阳明之说，确也客观存在。如太阴不治，吐利不止，亡阳液脱，则传少阴、厥阴，病势更加危重。

脾胃虚寒，寒湿内盛，运化失司，气机郁滞，可发生吐、利、满、痛、食不下等运化紊乱症状。

**（五）少阴病机** 少阴属心肾，统水火二气，为三阴之枢。病入少阴，心肾衰惫，阳气不振，阴血不足，全身正气明显降低，为疾病的危重过程。阳气不振，则脉微；阴血虚衰，则脉细；阴阳气血不足，则神失所养，可发生疲惫模糊的“但欲寐”状态。故“脉微细，但欲寐”为少阴病共同的临床特征。少阴统水火，本阴而标阳，如本体阳虚，病邪从水化寒，阴寒内盛，阳气衰微，可出现无热恶寒，踡卧厥逆，下利呕吐，唇微欲绝等，一派寒化证。如寒盛虚极，残存之阳气浮于外叫“格阳”，越于上叫“戴阳”，可出现面红、身热、躁扰等症状，属真寒假热的病机。如本体阴虚，病邪从火化热，虚阳上亢，则引起心烦、不得眠、咽痛、舌红、脉细数等，一派热化证。少阴病虽有寒化热化两种病机，两种证候，毕竟本体以阳虚为主，寒化居多，故寒化证是少阴正局，而热化证是少阴变局。故少阴病以心肾虚衰，阴寒内盛为基本病机。

根据少阴基本病机，其预后如何，当然要看阴阳回复的情况而定。阳回则生，阳亡则死，阴竭亦死。如手足由厥转温，恶寒踡卧转为时烦欲去衣，下利清谷渐止；脉由阴象转为阳象，都是阳气回复之候，预后佳良。如手足厥冷不回，下利不止，恶寒更盛，脉欲绝，大汗出，为阳气将脱之候；如下利虽止，病情不减，脉不至，反见眩冒是真阴内竭之征，预后严重。

少阴病的传变途径有三：一为素体阳虚，病邪直中少阴；二为它经失治误治传经而来；三为少阴热化转阳明形成急下诹，或寒化成厥，传入厥阴。

**（六）厥阴病机** 厥阴包括心包和肝，为六经中的最后一个病理反应层次，也是邪正斗争消长的最后关头。究其传变由来，一为寒邪直中厥阴，但较少见；二为太阴、少阴病势日甚，传至厥阴；三为少阳病虚转入厥阴。

对于厥阴病的病机本质，历来认识不一。有认为厥阴是两阴交尽，为阴之极，本质为寒厥；有主张厥阴之上风气主之，中见少阳火化，本质是热厥，而亡阳寒厥主要是在少阴病讨论；有认为厥阴阴尽阳生，阳气来复，复气有太过不及，则病机有寒热错杂，阴胜复。其实，厥阴病中，有热极之白虎汤、承气汤、白头翁汤证；有寒极之吴茱萸汤、四逆辈证；有寒热错杂之干姜黄芩黄连人参汤、乌梅丸证等。这是由于厥阴为两阴交尽，本阴而标热，故可寒极化热，热极化寒而发生的。少阴病也有寒化热化病钒，但尚未至“极”。“物极必反”，极则生变，故两种“极化”实为厥阴特征。因此，把厥阴的病机本质仅仅定为热厥或寒厥是不够完备的。可以认为，病至厥阴，两阴交尽，阴阳极其偏颇，二气不相顺接，导致厥热胜复、寒热错杂为其基本病机。

热厥是阳热盛极，拒阴于外而引起的。厥指手足逆冷，热是通身发热。热厥常先发热而其热是真热，寒是假寒，但可以转化为寒厥而死亡。寒厥为阴寒盛极，真阳衰竭，无阳以温四末而引起的。寒厥常无热而厥，或先厥后热，如阴盛格阳，残阳浮越，可出现面红、身热等症状，但其热是假热，寒是真寒。脏厥属寒厥的范畴。

寒热错杂成厥者，也是厥阴病的特殊之处。一般说，传经形成者，因其热极生寒，热未已之时，正气不支，内寒则生；由直中发生者，则寒极而阳复生热，寒未巳，热已生，均可发生寒热错杂的病机。如蛔厥之乌梅丸证，痰厥之瓜蒂散证，上热下寒之麻黄升麻汤证等均是。

厥热胜复，是一切厥证邪正消长，阴阳进退的转变机理。观察厥与热的多少，则是判断一切厥证预后转归的指标。所谓“厥”是四肢厥逆，表明阴盛；“热”是发热，阳亢的机转。《伤寒论》中“热几日，厥几日”，就是比较厥和热的多少而言的。

对热厥来说，初期其发热为热扬，发厥为热郁，且热深（甚）厥深（甚），热微厥亦微，叫做厥热往来，此时不可以热与厥之多少论病之进退，也不可因热与厥的时间相等而判断其“必愈”。但至后期逐渐出现寒多热少，厥热胜复，实际上是热厥向寒厥的转化。

对寒厥来说，其“厥”是阴盛，其发热是阳复。厥多热少为阳复不足，邪胜正虚，其病为进。厥热相等，阳复适当，其病当愈。厥少热多为阳复太过，仍属正胜邪却，预后佳良。但厥无热，是阴长阳消，邪胜正负，预后严重，属“厥不止者死”的范围。

**（七）六经病的传变因素** 疾病是作为一个矛盾运动过程而存在的，每日每时地不断变化发展着，并依一定条件向其反面转化。这种变化发展，这种转化，在《伤寒论》中叫做“传”、“转属”、“转入”。李氏[788]指出，凡三阳病或三阴病共有的前驱期（如出现发热恶寒，无热恶寒等不典型症状时），变为可以明确划分为某一经的症状定型期，就是“传”，意思是同一证候由不明显到明显之谓，而不是这一经病传给另一经发病的“传经”；由这一经病传给另一经病，则叫做“转属”或“转入”。无论“传”、“转属”、“转入”，以及形成的“坏病”、“变证”等，都是证候的转化。习惯上统称为“传变”。

影响传变的因素很多，病人的休质不同，有无兼夹证或合并其它病证，是否失治误治，以及自然界气候的变异，各种疾病的特殊病程经过等，都可以影响传变的性质和方向，使得传变的形式十分复杂，而不一定按六经病的顺序传变。古代医家提出所谓“循经传”、“越经传”、“表里传”“直中”、“合病”、“并病”等，正说明传变的复杂性。综合《伤寒论》条文看出，六经病之间皆可互相传变，没有固定的传变模式。

无论影响传变的因素多么复杂，其根本原因就在于阴阳升降失调。而阴阳升降失调则是阴阳量的差异性引起的，这在“导论”中已述及。究其传变的条件性，《伤寒论》多归昝于误治，如误汗、误下、误吐、误利等，同时与人体正气的强弱，病因的性质，感邪的轻重，亦有密切关系。一般说，邪胜正衰的传变规律是：由浅入深，自表传里，从阳转阴；正复邪衰的情况则与此相反，常由里出表，从阴转阳。例如，190条“本太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。”是汗不得法，病由太阳之表传阳明之里。290条“少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈也。”即是少阴转太阳。

### 二、六经病的病机治法

《伤寒论》六经病在治法上有汗法，如麻黄汤等；吐法，如瓜蒂散等；下法，如承气汤等；和法，如小柴胡汤等；温法如四逆汤等；清法，如白虎汤等；消法，如五苓散、抵挡汤等；补法，如小建中汤等。这是从方药的作用功效归纳的治法，即传统的八法。

但是，如从六经病的病机病势的角度去认识，则可见另有一套治法。笔者认为这套治法才是《伤寒论》治法的精神实质所在。

**（一）顺势法** 《伤寒论》承袭《内经》要旨：“从阴阳则生，逆阴阳则死，从之则治，逆之则乱。”提出“观其脉证，知犯何逆，随证冶之”的原则。大意是要顺从病势治疗，不要逆其病势治疗。怎么叫逆其病势呢？仲景自己有具体解释：“太阳病，外证未解，不可下也，下之为逆”（44条）；“本先下之而反汗之，为逆，若先下之，治不为逆条”（92条）。意思是病位在表，其病势向上向外，就应顺其病势，因势利导，从表而解，若反其病势趋向，用通里攻下治疗，则为“逆”；同理，如病位在里，病势向下向内，就应顺其病势，因势利导，一下而解，若反其病势趋向，用发汗解表治疗，也是“逆”。这种顺从病势趋向的治疗，叫做顺势法。

太阳表证，病势向上向外，治宜发汗解表，忌攻下；阳明里热证，病势向内向下，治宜清下两法，不可发汗，利小便；少阳半表半里证，病势相持于内外之间，治宜和解，意用汗吐下法……都属于顺势法的治疗原则。治病不順势，会引起种种逆证。例如，太阳表证误下引起“脉促胸满”的桂枝去芍药汤证；“利遂不止”的葛根黄芩黄连汤证；“遂协热而利，利下不止”的桂枝人参汤证等，都是逆其病势引起的变证，这是一方面，另一方面，虽然顺势治疗，但因太过而引起不良后果，这种情况也叫做“逆”。例如第38条所述过汗“服之则厥，筋惕肉瞤，此为逆也”就是一例。所以论中用桂枝汤只取“微汗”，用承气汤“得下，余勿服”，用瓜蒂散“不吐者，少少加”……都是防其太过，怕超过病势的措施。

**（二）相反法** 相反法就是用与病机性质相反的方药进行治疗的法则。如“寒者热之”，用四逆、理中；“热者寒之”用栀豉、白虎；“虚者补之”，用建中、炙草；“实者泻之”，用陷胸、十枣等，反其病因、病性以平调阴阳，就是相反治法。但《伤寒论》六经病的相反治法，还有另一层巧妙之处，那就是针对病势，用与病势趋向相反的方药进行治疗。例如，74条的五苓散证，其证“中风发热，六七日不解而烦”是病势向外；“水入则吐者，名曰水逆”是病势向上，不和胃从上治，不发汗从表解，而用五苓散化气行水，使水气下行，自不上逆，这是上病下取的治法。32条“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”病势下趋，不用芩连清下治利，而用葛根汤发汗解表，使其表解里自和，这是下病上取的治法。后世治痢的所谓“逆流挽舟法”便是从此悟出来的。如此等等，都属于反其病势趋向进行治疗的相反法。

应当指出，这里所述的顺势法和相反法，不同于国外曾流行一时，现在还流行于印度等国的“顺势疗法”和“对抗疗法”。侯氏[785]指出，上世纪由德国人纳尼曼创立的“顺势疗法”认为，某药物大剂量可以引起某种症状的话，那么，用该药的小剂量就可以治疗该种症状。“对抗疗法”认为，用能引起与疾病症状相反的药物，可达到治疗目的，如治疗便秘可用能引起腹泻的药物。显然，这种疗法是针对症状的，而《伤寒论》六经病的“顺势法”和“相反法”，则是针对病机的，二者本质不同。

**（三）阻断法** 就是阻断病机传变的治法。《伤寒论》第8条“……欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。”是典型的阻断治法，103条“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”就是当太阳病出现传少阳的征兆（即一证便是）时，就用属少阳的柴胡汤治疗，这是力图把传变制止在萌芽状态的阻断治法。《伤寒论》在太阳病阶段，几乎釆用了其他各经的主方，如阳明的白虎、承气，少阳的柴胡，少阴的四逆等，就寓有阻断之义。柯韵伯对这点很有认识，指出“仲景于太阳经中用石膏以清胃火，是预保阳明之先着；加姜枣以培中，又虑乎转太阴矣。”因为太阳主一身之表，为人体之藩篱，乃人体第一道防御屏障，也是疾病传变的起点，把好太阳病这一关，必然成为治疗的关键。所以《伤寒论》特别重视太阳病的治疗，列汤证76个，占全书汤证总数二分之一强。其中有关其它各经主方的运用，目的就在于阻断其传变。

阻断法有很大的实践意义，特别是一些暴急病证，传变迅速，未及治表，已传入里，如按常法，尾随其后，则始终被动。《伤寒论》主张出现传变征兆时，即予以阻断治疗，是一着高超的手段。近人杜氏[790]等主张治温病用“截断法”“把好气分关”，实际上与阻断法同义。

**（四）先后法** 就是当表里同病或两经以上同病之时，按其病机缓急分先后程序的治法。这种治法的原则，早在《内经》已有之，大体是说：从内之外而盛于外者，先调其内，后治其外；从外之内而盛于内者，先治其外，后调其内。关键在一个“盛”字，那里“盛”就先治那里。《伤寒论》就是遵循这条原则处理临床问题的。如106条“先与小柴胡汤”，后“与大柴胡汤下之则愈”；160条“……当先解表，表解乃可攻痞”等，属于从外之内而盛于内，先治其外，后调其内的治法。93条“……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。”371条“下利腹胀满，身疼痛者，先温其里，乃攻其表……”等，属于从内之外而盛于外者，先治其内，后调其外的治法。也有为解决主要矛盾扫清道路，而先解决次要矛盾的。如109条桃核承气汤证，外有表证，内有少腹急结；157条十枣汤证，外有表证内有心下痞鞕满，引胁下痛，显然二者的内证是主要的，在这里采取先表后里的治沬，旨在为转化主要矛盾创造条件，这是对《内经》原则的发挥。

正是《伤寒论》六经病治法分先后步骤，所以组方严谨，效用精专，药味少而精。实际所见，临床证候常以多质、多因素、多层次表现出来，如遣方用药，不分先后程序，力求面面周到，必然开出大队药物，结果疗效并不满意。原因是药味多了，其作用互相抵销了。所以成无己深有体会地说：“医人不依次第而治之，则不中病。”

**（五）试探法** 有两层意思，一是无适当方药，试与某方进行治疗；二是探测病势，以辨明证情。《伤寒论》第214条“……若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之；若不转矢气……不可攻之。”就是用试探法探测病势的典型。《伤寒论》全书共遣方227次，其用语提某汤“主之”者，131次；提“宜”某汤者，55次；提“与”某汤者，41次。这些不同的遣方用语包含着不同的意义。某汤“主之”，表明是最适当的主方，即首选方。“宜”某汤，是说较为适宜可用，但非最理想的方剂。“与”某汤，是说无适当方剂，可试与治疗。例如，第12条属典型的太阳病营卫不和证，用桂枝汤，提“主之”。第24条服桂枝汤出现“反烦不解”，25条服洼枝汤出现“大汗出，脉洪大”，虽说未具口渴一痖，证明不属阳明里热作祟，而是表热太甚，阳盛于外的反应，但毕竟属于阳明病的征兆，继续使用桂枝汤总不算很理想，故提“与”桂枝汤，即试与治疗之意。已经出现阳明病的征兆，试服桂枝汤后，究竟转不转属阳明，是一个未知数。所以紧接着在第26条补充说：“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。”旨在防其试与桂枝之变局。由此可见，“与”某汤实际上是一种试探治法。

试探法有很大的实际意义。在临床上，有许多不确定因素影响着对证候的判断，就往往要运用试探法。但试探法绝不是盲目的。而是有根据地试探。如上述服桂枝汤引起的反应，继续用桂枝汤治疗，就是以未见口渴一症为根据，从而判断其属表热而不属里热的。

**（六）自愈法** 就是根据病机趋势不药而待期自愈的法则。在《伤寒论》中有如下几种情况：（1）病邪已除，正气未复，不药而待期自愈。如第10条“风家表解而不了了者，十二日愈。”59条；“大下后，复发汗，小便不利者，亡津液也，勿治之，得小便利，必自愈。”前者是表邪已解，正气暂时未复；后者是汗下之后，邪气已去，津液损伤，都可以等待正复津回而自然痊愈；（2）病虽未除，但出现自愈征象，可不药自愈。如47条“太阳病……自衄者愈”，是热盛致衄，邪随衄解之征；197条“阳明病……脉紧则愈”是抗病力强，自可克邪制胜；287条“少阴病……手足反温，脉紧反去者，为欲解也，虽烦，下利必自愈。”出现阳气复，邪气退的征象；326条“伤寒病，厥五日，热亦五日……故知自愈。”是厥热相等，阴阳有平衡趋势。如此等等，已出现自愈征象，故可不药而愈；（3）病邪巳去，尚须饮食调理自愈，如329条“厥阴病，渴欲饮水者，少少与之愈。”是津不上承，须缓缓补充水液自愈；397条“病人脉已解……损谷则愈”是病已解，脾胃弱，只须调理饮食自愈。不用药，待期自愈的措施，奥妙何在呢？就在于分析了邪正消长的趋势，抓住了自愈征象。如287条“脉紧反去者”表明寒气退却；“手足反温”是由厥冷转温暖，表明阳气回复，故可作出不药而“必自愈”的判断。

## 附：参考文献

