# 序一

及门姜建国，以其新著《伤寒思辩》求正。予展阅一过，深觉此书对比过去有关《伤寒论》方面的著作，独具特色，略述于下，作为辨言。

《中庸》有云：“博学之，审问之，慎思之，明辨之，笃行之。”这几句话，当时虽然只为指导修身养性而言，但学、问、思、辨（古通辩）、行，这一系列的过程与方法，对于治学和科研来说，也同样值得提倡与研究。其中除“行”字是指学有心得之后的实践外，其余学、问、思、辨，都是治学成败的关键。

学问与思辩，阶段不同，目的不同，方法亦异，但是互相关联，不能脱节。学与问是思辩的基础，学而不博，问而不审（审是详查、细究），那就不具备思辩的条件。反之，若思而不慎，辩而不明，那末由学与问所得来的资料，就难免有鱼目混珠、珷玞乱玉之弊了。前者常夸夸其谈，却经不起寻根究底；后者则皓首穷经，却一事无成。近代曾出版过《百大名家注解伤寒论》一书，大名家称百，资料可谓丰富矣，但试问读过此书的学者，有一个是因此书而大彻大悟才有了真知灼见吗？此书之所以不起作用，就是缺乏启发学者思辩能力的缘故。

《伤寒思辩》引用的文献资料，既广且博，思辩方法，活而又准，这就成了探幽启秘之宝钥，有助于排难解惑。为了排难解惑，余曾著有《伤寒解惑论》一书，但重点只涉及到“传经”“发病”等几个较大方面的问题，不少细节，未遑论及，而此书则题无巨细，均加以思辩，所以是《解惑论》的补充，而且透彻明了，对于促进《伤寒论》的学习来说裨益尤多也。

李克绍书于济南古愚书屋

时年八十又六

1995年3月

# 序二

“文章应为时而作”，医学作品也应这样，才有实际意义和应用价值。余之忘年挚友姜建国同志专攻《伤寒》有素，鉴于古今医家对于《伤寒论》固然提出了许多寓有建设性的精辟意见，但也夹有许多悬想臆测内容，又大都各是其是，以致长期争议，一是难衷。为了解决这一是非问题，决定从新的角度，运用辩证思维方法对《伤寒论》原文及争议问题进行全面、系统、深入的分析研究，著成《伤寒思辩》，解决了很多争议问题，得出令入信服的结论。尤其可贵的是解决了对《伤寒论》理论价值的整体认识，指出“《伤寒论》的理论，何以能历久不衰？何以对临床各科具有广泛的指导意义？其根本缘因是《伤寒论》中所体现、所揭示的辨证论治的思维方法，这对中医的理论与临床有着普遍性的指导意义，本人完全赞同这一结论性的意见，果能循此以求，有些传统的不切实际的说法当不攻自破。

统观全书，无一不是贯穿辩证思维精神，如“探讨《伤寒论》的常变思维观，对于深刻理解六经辩证的基本精神，掌握《伤寒论》的诊治大法，具有重要意义。”又“理、法、方、药，丝丝入扣，一线相贯，处处体现了规矩而灵活的治疗大法：又“阐常简要，述变繁杂，阐常者少，述变者多。这与后世的医家著作，尤其现代的中医教科书的阐述方法及辨证思维大相迳庭。乃至成为仲景学说中最有特色的东西，……也同样是《伤寒论》虽距今两千年仍对中医的临床有很大意义的缘因所在。因为中医辨证法中，‘活’的与‘动’的精髓，主要体现在‘述变’之中”。这些论点，似乎“厚古薄今”，实系真知灼见，而且切中时弊。因此，不仅对学习、研究《伤寒论》有所助益，而且对整个中医学的发扬和发展都有一定的启迪作用。衷心祝愿建国同志由此而往，为发掘《伤寒论》理论精华作出更大的贡献！

陈亦人于南京中医药大学

1995年3月

# 前言

从事《伤寒论》的学习、研究及教学近二十年，特别从研究生开始进行的伤寒学说专项研究以来，可谓酸甜苦辣倍尝，曲折辛苦自知。常叹：治学难，治伤寒学尤难。面对历史悠久的伤寒学说、浩如烟海的注书文论、众说纷纭的争鸣论点、纠缠不清的疑难问题，只是拼命地学，死命地装，作笔记十数本，录卡片近万张，不分清红皂白，只知囫囵吞枣，结果对疑难问题，越学越糊里湖涂；对各家观点，越学越无所适从。后来才逐步学会运用各种“思维”方法，去分析、类别、论证，如此才渐渐入门，多多少少有了些体会与收获。孔子云：“学而不思则罔”，诚如所言也。

在治伤寒学中，我体会最深的有两点：第一，要注重运用常变观、相对观、恒动观、系统观等思维方法去研习《伤寒论》。亦即要善于运用张仲景的辨证思维方法去研究张仲景的辨证论治思维特征。一部《伤寒论》为什么能历千余年而不衰，有如此长久的生命力？仅仅仲景一家之言，为什么能使国内外无数学者孜孜而求？仅仅论病“伤寒”，为什么能对内外妇儿多科疾病具有广泛的指导意义？其根本缘因就在于，《伤寒论》中所体现、揭示、阐发的辨证论治的思维方法，对中医临床有着普遍性的指导意义。治伤寒学的任务与价值，就在于从《伤寒论》的分析中，提炼出其独特的辨证思维方法、特点、原则、规律，以古为今用。

第二，要注意运用历史唯物主义和辩证法的观点，去研究、对待历史悠久的《伤寒论》及伤寒学说。尤其是伤寒学说中的疑难争鸣问题。因为在研究中发现，有些问题争论的缘起，不在所争鸣问题的本身，而是研究者本身思维方式的差异，如此往往使引经据典、各有所本的学术争鸣，演变成无的放矢、毫无结果的争吵。

基于上述缘因，所以本书从选题内容，到论证过程，都注意了“思维”的辩析和辩析的“思维”，故定名为“伤寒思辩”。本书力戒空谈，结合《伤寒论》的病脉证治、理法方药的具体问题，采用专题论证的形式，提出一个问题，分析一个问题，解决一个问题，力求有观点，有分析，有结论。全书分“病证思辩”、“脉法思辩”、“方药思辩”、“读注思辩”、“临证思辩”五个部分，共选择六十四个专题。

本书撰写过程中，得到恩师、著名伤寒学家徐国仟教授、李克绍教授的指导及审正。书稿完成后，又承蒙李老及著名伤寒学家陈亦人教授赐序，特此一并表示衷心的谢意。

作为一个《伤寒论》的喜爱者，虽多年苦读，偶有所得，但对于博大精深的伤寒学说，穷毕生精力亦难登堂入室。何况学识尚浅，水平有限，所以本书所论，问题一定不少，敬请专家及同道指正之。

著者

1995年2月18日于山东中医学院

# 病证思辩

## 常变思维与六经辨证

知常达变，是中医辨证论治的基本思维方法之一。阐常述变，则是《伤寒论》六经辨证的基本特征之一。探讨《伤寒论》的常变思维观，对于深刻理解六经辨证的基本精神，掌握《伤寒论》的诊治大法，具有重要意义。

张仲景论六经，均以“辨XX病脉证并治”为题，本文试从病、脉、证、治四个方面，粗浅讨论之。

### 1.六经发病的常变思维观

外邪有风寒暑湿之分，机体有阴阳虚实之别。故邪之中人，因人而异，所以，疾病有常有变。六经发病，亦是如此。六经者，三阴三阳也。故六经辨证以阴阳为辨证之总纲。这就是“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者、发于阴也”（7条）。“发于阳”与“发于阴”，即概言三阴三阳。三阳，素体阳盛，其发病，阳气亢奋则“发热”，感受寒邪则“恶寒”。故三阳病总以“发热”为特征。本论提示了六经发病之常理，因此也是六经辨证之大法总纲。

然有其常，必有其变。三阳发病，也有“无热恶寒”者，如“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”（3条）。“未发热”，非是无热可发，这是因寒邪束表，初期的暂短现象，不久则会发热，可见，虽有“或未发热"，从病的本质而言，仍属“发于阳”。同样，三阴发病，也有“发热”者，如“少阴病，始得之，反发热，脉沉者”（301条）。是病发少阴，然发病之初，外邪郁闭卫阳，也会有暂短的“反发热”，虽云“发热”，从六经病而言，仍属“发于阴”。“反”字示其变也。

### 2.六经论证的常变思维观

证有常变。如桂枝汤证，“发热，汗出，恶风，脉缓”（2条）即是其常。其变，就桂枝汤本方应用而言：有“初服桂枝汤，反烦不解者”（24条），有“发汗已解，半日许复烦”者（57条），有“下之后，其气上冲者”（15条），有“病常自汗出者”（53条），也有“时发热自汗出者”（54条）。就桂枝汤加减应用而言：有兼“项背强几几”的桂枝加葛根汤证（14条），有兼“喘”的桂枝加厚朴杏于汤证（18条），有营气不足身痛脉迟的新加汤证（62条）。有“下之后，脉促，胸满”的桂枝去芍药汤证（21条），也有阳虚漏汗的桂枝加附子汤证（20条）。可见，证之常，示人以规矩；证之变，示人以圆活。柯琴云：“仲景作论大法，六经各立病机一条，提揭一经纲领，必择本经至当之脉症而表章之。”“至当之脉症”，是主脉主症，亦即常脉常症，提纲证的意义是存在的，但六经提纲证并不代表、也不可能代表整个六经病系统。故一经病的提纲证，与一经病的整个系统，就是常与变的关系。

会通全书，可以说，《伤寒论》的每一证都体现了这种常变观。提示我们掌握了证之常，辨证自有大法在胸；忽视了证之变，论治难以灵活圆通。而后者尤为重要，因为知常者易，达变者难也。

### 3.六经论脉的常变思锥观

六经脉法，在切诊部位、脉搏形象、主病方面，无不阐常述变。仅以脉象主病的常变观为例说明之。

脉象是疾病的外在反映。就病而言，一病之脉有常变之别；就脉而言，一脉主病有主次之分。这是因为临床上既有脉病相符，也有脉病相逆的缘故。而脉诊之难，全在于此。

以紧脉为例，紧脉主寒是其常，《金匮要咯》云：“寒令脉急”。“急”，即紧也。提示紧脉主病之原则。六经病论紧脉大致有22条，其中，有14条是主寒的。如表寒证之“太阳病，脉浮紧”（46条）。里寒证之“少阴病，脉紧”（287条）。但另外八条却阐发了紧脉主病之变。其中，有主阳明病之“脉浮而紧者，必潮热发作有时”（201条），主少阳病之“脉沉紧者，与小柴胡汤”（266条），主结胸证之“结胸热实，脉沉而紧”（135条），主肝乘脾之“寸口脉浮而紧”（108条），主痰结胸中之“脉乍紧者”（355条）等。紧脉以主寒为常，是因寒性凝敛收引，脉管为之束缩劲急使然。而紧脉主病之变的道理又是什么呢？从以上变证可以看出，其病理无非是气结、热结、燥结、痰结。可见，邪“结”是其共同的病理。寒性凝敛，可以使脉管为之束缩劲急，同样，邪气结聚，压迫脉道，也可使之束缩。至于劲急，乃邪盛之象。这就是紧脉主病之变的道理所在，也是紧脉为什么主病有常有变的理论根据。

由此可知，脉有常变，然脉理则一。医者若不明晰脉象这种常变的实质，临床上即使指下分明，亦难胸中了了。

### 4.六经论治的常变思维观

病有常变，证有常变，其治也必然有常变。六经论治，内容包括治法、方药、煎法、服法等。六经病中，汗吐下和温清补消八法俱全。每一法中，都用有主方，如汗法之麻黄汤，吐法之瓜蒂散，下法之承气汤，和法之柴胡汤，温法之四逆汤，清法之白虎汤，补法之炙甘草汤，消法之抵当汤，每一经病，都治有常法，如太阳治以汗，阳明治以下、少阳治以和，三阴治以温等。汗法为治太阳病之常法，但因太阳病分有表虚、表实两大证，故常法之中，又分有解肌发汗与发汗解表两大汗法。但证又有轻重兼夹之别，治有大小加减之法，方有奇偶峻缓之分，故常中有变。以轻重言之，又有三条太阳轻证，分别治以小发汗法，方有桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤。以兼夹言之，又有兼热、兼寒、兼虚，分别治以汗而兼清，方用大青龙汤；汗而兼温，方用桂枝加附子汤；汗而兼和，方用柴胡桂枝汤；汗而兼补，方用桂枝人参汤等变法。

总之，证变则治亦变，治变则方亦变，以方应治，以治应证。理、法、方、药，丝丝入扣，一线相贯，处处体现了规矩而灵活的治疗大法。

常变思维观是《伤寒论》六经辨证的基本辨证思维特征之一，推而广之，亦成为中医的基本辨证思维方法。以上仅从病、脉、证、治四方面，简要的论述了仲景的常变观。其实，这种辨证的常变思维观，体现于《伤寒论》的每段条文、每类脉证、每种治法及每个方剂之中，渗透于《伤寒论》的每个字句之中。

仲景论述常变思维观，还很有特点，即阐常简要，述变繁杂；阐常者少，述变者多。这与后世的医家著作、尤其现代的中医教科书的阐述方法及辨证思维大相迳庭。乃至成为仲景学说中最有特色的东西，也是《伤寒论》为何为历代医家奉为圭臬的重要缘因，也同样是《伤寒论》虽距今近两千年仍对中医的临床有很大指导意义的缘因所在。因为中医辨证法中，“活”的与“动”的精髓，主要体现在“述变”之中。

## 思维方法与去桂之争

治学大非易事，治伤寒学尤难。千百年来，之所以研究《伤寒论》流派众多、学说繁杂，思维方法不一恐为重要因素。在此结合桂枝去桂加茯苓白术汤证的分析，谈谈这个问题。

### 1.要用常变观研究伤寒论

张仲景论六经病，极善于阐常达变。桂枝去桂加茯苳白术汤证，就是很好的例证，本证外有表邪，须解肌发汗；内有水饮，须化气行水，此治法之常。桂枝外能解肌，内可化气，必当所用，此遗药之常。然而，本方却“去桂”，对这种大异常规的用药思维，就应从变中求索。细审之，本证并非单纯的表证与水证相加。其一，“服桂枝汤”而表证“仍”在，这就证明，若非水结之重，阳气被遏，是不会汗之无功的。其二，“心下”既“满”且“痛”，这就不是一般的心下有水气的问题。若非水结之重，绝不至此。其三，水气结在心下，胸阳被通，故汗之而枉然。可知，本证尽管外有表邪，但病机之要却在水结。因此，其治主在开结利水以通阳气，而不是拘于常法的既解表又利水（如五苓散之治）。病变则治亦变，治变则方亦变。

### 2.要用历史观看待伤寒论

作为东汉时期的《伤寒论》，必然具有汉代医药学、文字学等方面的特点，必须历史地去考察。

主张“去芍”之说，即是对芍药缺乏历史观的分析造成的。《伤寒论》对芍药的运用，反映了汉代本草学对芍药的认识。《本草经》云：“芍药，味苦平，主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热疝瘕，止痛，利小便，益气。”由此可知，芍药，其味苦非酸，其性泄非收。而所记述的诸多功效，皆与本证符合。本证主症为“小便不利”，芍药“利小便”；本证的“心下”之“痛”，是水邪阻滞经络使然，而芍药恰具“除血痹”、“止痛”之功，故本方之芍药必用。

### 3.要用矛盾观分析伤寒论

分析《伤寒论》应注意主要矛盾和次要矛盾的问题，在病与证之中，主症就是其主要矛盾，就是辨证的关键，就是辨证的眼目，所以抓主症（关键症），就等于抓住了病脉证治的主要矛盾。

桂枝去桂加茯苓白术汤证中，“小便不利”是关键症，是主症，说明内有水气。再参合“心下满微痛”，则水气内结无疑。故开结利水是解决主要矛盾之法。组方以芍药之开、白术之散、茯苓之利为主，意即在此。方后注：“小便利则愈”即是证明。

### 4.要用系统观认识伤寒论

《伤寒论》与《金匮要略》早期传本是同一系统，名曰《伤寒杂病论》。因此，必须用系统观研习《伤寒论》，即与《金匮要略》合参，籍以互证，启发思路。

《金匮》“水气病脉证并治”篇云：“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍加麻辛附子汤主之”。本证亦属水饮为病，与桂枝去桂加茯苓白术汤相比较，就会发现二者的治疗主旨（水饮出路）不同。“去桂”者，其方后注云：“小便利则愈”，显然，治以“洁净府”为主旨；“去芍”者，其方后注却云：“当汗出虫行皮中即愈”，可知，治以“开鬼门”为主旨。芍药味苦，偏于内泄，性平属阴，正应“洁净府”之治；桂枝味辛，主以外散，发越通阳，正应“开鬼门”之治。桂芍去留问题不言自明。

### 5.要用源流观探讨伤寒学

伤寒学说的发展，源远流长，注家迭出，学说繁杂，歧义众多。分清源流，实属必要。

治伤寒学，首先必须尊重《伤寒论》原著的本来意义。某些争论不休的问题，多是颠倒了原著与注家之说的关系，弃源追流，致使岐义迭出，愈解愈玄，令人无所适从。

如桂枝去桂加茯苓白术汤证的“桂芍皆不去之说”，从我们当代的用药看，桂枝既解表发汗，又化气行水，其方主治在于“洁净府”，用之何尝不可？但这是后世的认识，是我们现在的看法，并非《伤寒论》的本意。故而不能以此硬说本文之“去桂”是传抄之误。

以上常变观、历史观、矛盾观、系统观、源流观等，仅是结合“去桂”之争的举例而已。但通过“去桂”问题的分析，说明了辩证思维方法，对于治伤寒学的重要意义。特别某些争鸣问题，除原文本身涵义模糊的缘因外，可以说大多是由于人的治学思维方法各异，结论观点不同，争论由此而起。

## 思维方法与六经提纲

自方中行于《伤寒论条辩》注释太阳病第一条：“此揭太阳之总病，乃三篇之大纲”始，“提纲”之说，逐渐形成。柯韵伯会通全书立论：“仲景作论大法，各立病机一条，提揭一经纲领，必择本经至当之脉证而表彰之”。《医宗金鉴》则迳言“提纲”二字：“首揭此条，为太阳之提纲”。自此而始，并与阳明病180条、少阳病263条、太阴病273条、少阴病281条、厥阴病326条，统称之为六经提纲证。

考伤寒学说，称“纲”者，大致有“三纲”与“提纲”两说。关于“三纲”说，自孙思邈寓示，方中行倡言，喻嘉言确立，虽噪盛一时，然贬言者亦多。究其所因，缘于立论刻板偏执也。而“提纲”说，近年亦有质疑者，因涉及张仲景写作《伤寒论》的指导思想及治伤寒学的思维方法，值得一谈。

谈论“提纲”说，首先应该解决两点：其一，仲景原文本无“提纲”之辞，研究其本无的东西似属烦言。然而，研究不是简单的重复，而是规律与实质的探索。这就不可避免（也是必须）地要围绕研究对象的本身，依据研究内容的本意，提出一些新的名词、概念等。所以，“提纲”一词的提出，无可责言。其二，提出一种新说并不难，难就难在新说的立论根据是否能够足以证明此说的成立。作为“提纲”说，笔者认为是符合《伤寒论》的体例特征及仲景辨证思维的。

首先，六经病篇各具“之为病”一条，且屑唯一，决非偶然。因为从整个《伤寒论》的行文看，一字之设，并非随意，尚寓深义。

另外，从六经提纲证的内容看，无论述脉述症或提揭病机，基本上可称“至当”。将“提纲”证与全篇内容对比，符合张仲景阐常述变的辨证思想及其规律。以太阳提纲为例，整个太阳病篇的辨治内容都是围绕此“纲”而引发的。辨治发源：由“纲”而分类太阳两大主证，以此则太阳兼证、太阳变证、太阳类证随之串联引出，依次辨治，从而组成整个太阳病体系。辨治中心：主证依“纲”而分，兼证依“纲”而立，变证依“纲”而辨，类证依“纲”而别。无论表里寒热虚实，无论夹痰夹湿夹瘀，均依“提纲”而辨。

质疑者一个重要论据是，六经提纲，脉症不全，名不符实，难以称“纲”。但笔者却以为，恰恰是因为脉症不全，才可称“纲”。如果脉症齐全，无一遗漏，岂不连“目”而赅？一条之中，纲目并举，“纲”义何在？在太阳提纲证中若加上“发热、或已发热或未发热”，加上“汗出或无汗”，加上“呕逆或不呕”，加上“脉浮缓或浮紧或浮弱、浮数”等，这恐怕称“目”亦嫌罗嗦。

质疑者另一论据是，太阳病篇中并非单纯论述太阳病，所以，太阳提纲并不能包括、统领全篇，故无“纲”可言。笔者认为，整个《伤寒论》是一大系统，而每一病篇又是一小系统。《伤寒论》通篇唯谈辨证，从“辨”字看体例，从体例悟“辨”字，则通篇皆活，妙义层出。太阳病篇举纲张目，虽大多内容并非太阳本证，然仔细观之，却处处不离太阳，条条寓示辨证。如柴胡证，大多列于太阳病篇，这本身就是一种反常，反常才值得研究。可以说这也是仲景的思维方式特征，其寓意有三：一者，从病因学体现“辨”宇，即太阳病与柴胡证（少阳病）病因的相关性（如96条“伤寒五六日、中风）；二者，从合病观体现“辨”字，“即太、少两经发病的相关性（如146条“柴胡桂枝汤证”）；三者，从传变观体现“辨”字，即两病传变过程中的相关性。总之，不离“辨”字。“辨”就是鉴别。鉴别，首先要有标准，有对象，这是前提。太阳病篇列柴胡证，就是以太阳正病为标准，从病因、合病、传变的各个方面，辨析太、少两病的联系点，鉴别太、少两病的不同点。阳明病篇与厥阴病篇列柴胡证，其意义与此类同。假设将柴胡证全部列入少阳病篇，及六经各篇内容刻板归一，决不互参，那就不可能体会这种整体的、恒动的辨证观与发病观。

太阳提纲证中，简而脉象症状俱全，要而气化经络并病。脉浮，提示太阳病主脉、常脉；恶寒，乃太阳中于风寒必具之症；头项强痛，头系三阳之通位，项为太阳之专位，故是太阳经络本身受病之确证。不提兼脉，因“病”中又可分“证”也；不提“发热”是与第3条呼应，因伤寒早期可有“或未发热”，不提汗出与否，是因伤寒、中风两证表现不同。谨守纲旨，不牵零碎。所以，整个太阳病篇，虽论病繁多，然多面不乱；虽条文交错，然体例有序。如此纲举目张，常变有度，主次分明，浑然一体，真可谓大匠示入以规矩也。

可见，“纲”的意义是存在的。然而，所谓“纲”，只是一般，只是言常。切勿以纲作目，以常赅变。既要承认纲的存在，认识纲的意义，又要避免那种无限扩大“纲”的内涵，甚至一提太阳病，则只有第一条而别无其他。须知“纲”一且超过限界，就会失去“纲”的本意，势必与否认提纲者，殊途同归。

“提纲”质疑者就是因为担心“提纲”概念一旦确立，人们会只认“提纲”而别无其他。其实，这不在提纲本身，而在于研究者的认识与思维上。这与提纲证是否确立是两回事。总之，应该遵循张仲景的思维方法去研究仲景学说，具体到六经提纲证，则当从常与变的思维方法和辨证观去认识提纲的意义及正确对待提纲证。

## 辨异思维与太阳温病

第6条是“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”。后世伤寒学家多将此条与太阳中风、太阳伤寒鼎足而三，视为太阳病的三大类型。更有以此为据，引证于寒温学派的纷争中，问题不少。

第6条提出“温病”，我体会只是为了对比以辨异，没有鼎足而列的意思。—者从条文排列看，中风与伤寒是承接提纲证分述的，而温病则不然，是讲完“传”后（4、5条）才列出的。二者温病只出症状，未见方药，且详述汗下火诸法及变证（恐多是仲景亲身所验），说明当时仲景对这种“不恶寒”的发热温病，尚缺乏治疗经验与定见。

中风、伤寒、温病三者之间，中风与伤寒，是在提纲证“脉浮，头项强痛而恶寒”的前提下分述的。脉证与提纲证是一致的，而温病则竟然提出“不恶寒”与提纲证相悖，故不存在“承前”的涵义。

由于把中风、伤寒、温病鼎足而视，又囿于“太阳病”三字。大多注家对“不恶寒”疑惑不解。为了应合提纲证，也有改为“微恶寒”者。其实，“不恶寒”正是说明病“温”与伤“寒”的截然不同，大可不必用后世温病卫分证的框子强套太阳温病。何况仲景这里“温病”的概念与后世也未必尽同，所谓“风温”，就是证明。

尤在泾对此条的解释颇具见地，他认为于第6条方列出温病，“此正是伤寒对照处”，于是将温病归入“太阳类病法中”。尤氏言“对照”，称“类病”，殊近仲景本义。

近代有的学者，结合风寒暑湿燥火六淫邪气发病，联系《金匮要略》“痉湿暍”篇，将“太阳病”分类六种，即太阳中风、太阳伤寒、太阳温病与太阳痉病、太阳湿病、太阳中暍。然而，太阳温病与痉病（柔痉）均迳云“不恶寒”；太阳湿病则称“脉沉而细”；太阳中暍，虽恶寒，却治以白虎（加人参）汤。凡此种种，与太阳中风证、太阳伤寒证相比，或素体津亏复感外邪，或素蕴内热复感外邪，或风寒湿邪浸溃肌肉关节，均难以称的上名符其实的“太阳病”。但又与太阳病有类似之处，故当属“太阳类病法”，确有对照、鉴别、辨异的意味，

那么《伤寒论》中有无温病呢？答案是肯定的。除第6条明确指出“温病”概念外（尽管内涵与后世温病有所差别），如治三阳合病的白虎汤、治二阳合病的黄芩汤、治少阴热化的黄连阿胶汤及麻杏甘石汤等，均是治温名方。特别“合病”，从发病即见内热的特点看，颇似温病。但是须要说明的是：这些方子虽可治温，但并不能说明这些方证就一定是温病。因为是发自温邪，还是伤寒化热，仲景于原文中并未言明，所以，讨论《伤寒论》的温病，还是尊重原文为妥。象陆九芝那样肯定，似嫌勉强。

顺便谈一下寒温之争关子学术思维的一点看法。对待一种学说（或者观点），可以用诸多的方法、从不同的角度去分析研究，但必须有前提：一是要尊重学说本身所固有的东西，二是应尊重学说产生的社会与历史根缘，抛开这两种前提，争论者的思维就易出毛病，会使争论变成争吵。我们看一下叶天士与吴鞠通这两位温病学派的代表人物他们是如何看待寒与温的，或许能从中得出一点启示。叶、吴尽管另辟一径创立温病学，但他们却不排斥伤寒学。相反，在他们的思维中，伤寒与温病不是互争的问题，而是补充、相参、和合。他们创立温病学的前提是精通伤寒学。试观叶天十的《临证指南医案》，其运用仲景方之精、之活、之多，可以说是伤寒法、伤寒方的“临证指南”。吴鞠通则直言：“若真能识得伤寒，断不致疑麻桂之法不可用；若真能识得温病，断不致以辛温治伤寒之法治温病”。寒温关系摆得何等正确！可以说在他们的辨证思维中，寒与温达到了高度的统一，

当然，寒温之争，就搞活学术而言，利大于弊，对外感病学的发展起到了推动作用。我们要求人们的学术思维正确，并不是强求思维统一。假设人们的思维毫无差别，即使同处在一个高水平阈值上，对学术发展恐怕也无甚禆益。因为从某种角度讲，同处在高水平阈值，与低水平阈值，死水一潭，殊途同归。

## 辨异思维与冠称某病

《医宗金鉴》论注太阳篇首条（提纲证）指出：“凡称太阳病者，皆指此脉证而言也”。后世注家多沿是说，且类及其它病篇及提纲证，以致引起“提纲”名实问题的争呜。

问题出在“凡称”上。太阳篇中凡称“太阳病”者不少，但“皆指此脉证”却未必。如第6条“太阳”温病就是“不恶寒”，非但太阳提纲证所难赅，且恰恰与之相反，又如少阳提纲证虽云“口苦咽干目眩”，实质若不见目眩，只口苦咽干恐难称之为“少阳病”。这个问题牵扯到对六经体系及仲景辨证方法与思想的理解，因此有必要谈谈。

汇通全书讨论这个问题，说服力更大。如阳明病篇230条“阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔者；可与小柴胡汤。”本条尽管冠称“阳明病"，但病的实质是少阳。为什么在阳明病篇要设冠称“阳明病”却非阳明病的条文及证治呢？为什么“不大便”竟能治以小柴胡汤呢？这种有悖于常规的现象，才值得琢磨玩味。“不大便”，当属“胃家实”，可知，冠称“阳明病”，就提示这种辨证的一般规律与思维。但综析全证，胁下硬满与舌上白苔两症，又说明此“不大便”可能是少阳枢机不利，气机郁滞，津液不布，胃肠失和所致。治病求本，故与小柴胡汤。这种冠称阳明病又并非阳明病的不大便，提示了六经辨证的变法。仲景惟恐个中奥义人所不解，故于方后又阐明“上焦得通，津液得下，胃气因和，身澠然汗出而解”。可谓辨病异于相似之间，寓灵活于规矩之内。

少阴病篇之四逆散证，因症见“四逆”，又冠称“少阴”，于是钱天来云：“少阴病者，即前所谓脉微细、但欲寐之少阴病也”。也有的注家虽知四逆散确非治少阴之方，但拘于“少阴病”之冠称，或囫囵作注，或旁顾言它，还有不管冠称何病，不究何以冠称，统统以方归类，划入少阳或厥阴病中。如此则将仲景的同中辨异思维及冠称少阴的用意全部给抹杀了。至于钱氏所云则无须辨驳，因为真正的“脉微细但欲寐”的少阴病，则决非四逆散所宜。本条所冠称，是因四逆散证可见“四逆”之症（气机郁滞，阳气不达四末）而“四逆”症又是少阴寒化症的常见症，为了鉴别，为了辨异，于是就从“四逆”症的角度列出了这一条冠以少阴而又非少阴的四逆散证，论述之语相同，均称“少阴”；主治之症相同，均有“四逆”；命方之名相同，均称“四逆”。但一为“汤”，一为“散”，这又从“同”中提示“异”的一面，仲景其用意不昭然若揭了吗！

厥阴病篇冠称“厥阴病”者仅四条，但由于“凡称XX病”的概念已扩展至“凡是XX篇”，于是厥阴篇之白虎汤、四逆汤、瓜蒂散、茯苓甘草汤诸证之厥，是否属于厥阴病，则众说不一，成为悬案。张隐庵针对“脉滑而厥”的白虎汤证列入厥阴篇指出：“此间因厥，故复列于厥阴篇中，非厥阴之本病也”。张说虽未尽仲景之用意，却点明了泾渭之差别，非属厥阴病而列入厥阴篇，目的只能是从类似症辨异的角度突出厥证的辨证意识，

《金匮》论“痉湿暍”病也冠称“太阳病”。宋本《伤寒论》卷二复列“辨痉湿暍病脉证第四”中的第一条开宗明义：“伤寒所致太阳病，痉湿暍此三种，宜应别论，以为与伤寒相似，故此见之”。这就说明，冠称“太阳”者，是因“与伤寒相似”；虽与“伤寒相似”，实与伤寒有别。可知，冠称“太阳”之意，是从病因学、发病学辨析鉴别外感与内伤的区别。《金匮要略易解》针对痉病为何冠称“太阳”时就指出：“仲师偏屡提‘太阳病’三字，这又是什么意思？这分明是特别唤起人们注意，此是内伤津血酿成的痉病，是借外感而诱发的，纵有头项强痛恶寒的体表症状，究非（伤寒论》中单纯外因的太阳经病”。可谓先获仲景六经辨异之心法。

总之，同一病篇，凡称XX病，不一定皆是XX病，其中有强调对比分析、同中辨异的内容。最后借用清代伤寒学家高学山的一段话作为结束语：“其曰某经病、某经病者，间有注意不在此者也，匆以冠条三字所误”。

## 逻辑思维与发汗解表

由于历史的缘故，中医的很多名词术语涵义比较笼统，这对于目前的中医规范化是不利的。但有些名词术语，非属笼统问题，而是逻辑思维关系混乱，概念内涵不清，有必要甄别、理顺一下。

发汗与解表（包括解肌），是太阳病或表证的治则，也是麻黄、桂枝诸方的功能，然而，发汗与解表，详细分析之，概念有所区别，存在一种名词涵义的逻辑思维关系问题。发汗，应该说是一种方法、手段；而解表，则属一种目的、结果。也就是说，含有因果的辩证逻辑关系。我们通常称谓的发汗解表，其真实的涵义应该是；通过发汗以解散肌表邪气。因此，从治理逻辑上讲，只能称发汗解表。但目前常常混称之，尤其桂枝汤之治则，习惯上每每称之为解肌发汗，这是应该引为注意的。因为这非属一般的名词顺序颠倒问题，而是涉及到医理的逻辑性、概念的确定性。我们仍以麻黄为例讨论一下摆正发汗与解表的关系是何等重要。麻黄味辛性温，善于宣散发汗，外感表证用麻黄，就是为了发汗，发汗就是为了解表，但类似麻杏甘石汤、麻黄升麻汤等方用麻黄则不然，一者，并非为了发汗；二者，即使发汗亦非为了解表；三者，即使解表亦非解风寒外感之表。提示：发汗（方法、手段）与解表（目的）的因果辩证关系，证明：发汗只作为一种治疗方法，而所达到的治疗目的是多种多样的，决非解表（风寒表证）一种。《金匮》的越婢加术汤，仲景称主治“里水”。治“里”之水，那么麻黄所体现的则只能是发汗散水。如果象桂枝汤解肌发汗那样反称散水发汗，显然是不通的。

上述发汗与解表属思维概念因果关系的颠倒，还存在名词概念的相互矛盾问题。例如我们经常在教科书或医案中可以见到类似“脉浮弱”之类的描述，描述者的本意是言脉象浮而空虚乏力，但这种描述却犯了概念矛盾的错误。因为弱脉的概念是沉而细软无力，如果以浮沉二脉分类脉象的话，那么弱脉当属于沉脉的范畴。试问：浮脉与一种属于沉脉的脉象能同时并见吗？仲景论脉有“脉浮弱”的记述，但在汉代中医脉象并未完全定形，仲景所称弱脉者，只是脉搏应指乏力的意思，与现代弱脉概念有很大区别，所以，在中医学发展的今天，还出现类似“脉浮弱”这样概念矛盾的描述，是不允许的。

还有一种名词概念互换问匦，如把肝气犯胃（或脾）的病理常称之为“木克土”。既然运用五行学说阐述医理，就必须严格遵守五行学说的本来涵义。生与克，是用以阐述五行之间生理关系的；乘与侮，才是说明五行之间病理关系的，生理与病理概念截然相反，生克与乘侮涵义不可互换，因此，肝气犯胃（脾）的病理描述只能是木乘土，而非木克土。类似这种应该搞清、纠正，而且能够搞清、纠正的名词术语，就应该毫不犹豫地进行更正，否则必有碍于中医的规范化与现代化。

## 心病谵语与肝病谵语

《伤寒论》中论述谵语一症的条文达32条之多，分类一下，有虚有实。实者，多属热邪亢盛，扰乱心神。又有阳明之热与血分之热之别。虚者，或伤津，或亡阳，或竭精，导致心气散乱，神无所主。然而查阅伤寒注家之释，包括《伤寒论讲义》，发现谵语无论虚实，总关心神。那么，《内经》的“肝主语”一说，又如何理解？如何落实？

其实，谵语一症，按脏腑辨证，虽主乎心，又关乎肝，不可偏执一端。如《伤寒论》108条“肝乘脾”的“谵语”，就明确提示与肝相关。

我们着重讨论一下热入血室证的谵语问题。《伤寒论》143条云：“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”。145条云：“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”。由此可知，谵语是热入血室的常见症。大多数注家对此均从热入血分，血热上扰心神作释，《伤寒论讲义》就解释云：“血热上扰，神明不安，则发谵语”。尽管对何为“血室”争论不休，但热入血室证与肝有关，则无疑问。其一，肝为血脏，经脉环绕阴器。其二，症见胸胁下满与往来寒热。其三，治有刺期门与小柴胡汤。综观之，无论从病机、症状、治法均证明此证与心无甚关系，所以，把谵语如见鬼状归属于心神是讲不通的。之所以一直这样讲下去，是习惯与偏见使然。热入血室的谵语，是血室之热，循经上扰肝魂，魂乱则语言亦乱，这就是《内经广肝主语”的意义所在。

心病谵语与肝病谵语，虽均是胡言乱语，但既然病涉脏腑不同，临床上终有差异。其一，就症候表现而言，心病谵语多属热扰心神所致，故尔每见于高热重病危证中，常伴昏迷，甚至循衣摸床，撮空理线，直视喘促等动风、精竭、气脱之象。阳明病之谵语即属此类。如212条云：“伤寒，若吐、若下后，不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。”而肝病谵语一般无热，或虽有热病，病情较轻，不表现神志昏迷，而多是精神失常，也不会出现动风、精竭、气脱之危候。其二，就发病原因而言，心病谵语多与高热有关，亦关于痰蒙或精神刺激。而肝病谵语则多与精神刺激有关。其三，就谵语本身而言，心病谵语，或高声狂言，或低声呢喃（称郑声），语无伦次，无边无着。而肝病谵语，则多如见鬼状，虽属胡言，但状若对话，貌似条理。

引一自治验案为证。家乡某老，辛劳一生，一日下地挖菜，蹲下休息，竟致不能站起，众人扶回家后，终日自思已成废人，从而悲悲切切，郁郁寡欢，两三月后，两眼视物，视一为多，且转动不已，渐至胡言乱语，或言房上走鬼，或与死人对话，谈古论今，晚间尤甚，令家人毛骨森然，皆畏避之。适值回家探亲，进余诊治，经询问病因及诊察脉症，推测此属忧郁伤肝，肝失条达，魂无所主，乃肝病谵语之证。除作开导外，并与柴胡加龙骨牡蛎汤加减治之，十余帖后，谵语止而病愈。

谵语当辨心肝是有理论与临床意义的。全面理解谵语一症的脏腑相关理论，可以明确《内经》“肝主语”的理论价值。强调肝脏对精神与语言的调节作用。特别对谵语的病理影响。纠正临床辨证思维的偏见，分清心肝谵语在病因病机、症候表现及治法方药的异同，从而开拓疏肝解郁药对谵语的治疗。

## 五苓散与蓄水证

五苓散为利水名方，现代药理证明，若去掉方中桂枝，则利尿的作用会大大减弱，足见桂枝在此方中有举足重轻的作用，所以，后世方书解释五苓散，无不强调其化气行水之功，乃至注解《伤寒论》亦连累及之，这就不得不讨论一下。

五苓散于《伤寒论》属表里双解之剂（发汗、利小便）。有关五苓散证的八条中，除去156条“水痞”未具体言及表证外，其余71、72、73、74、141、244条，皆“有表里证”，即外而表邪未罢，内而水饮停蓄。这就证明：五苓散之桂枝，主要是发汗解表，不可但言化气行水。《金匮·消渴篇》迳言“宜利小便、发汗，五苓散主之”。此条与《伤寒论》71条大同，只多此“宜利小便，发汗”六字，而其“发汗”，则非桂枝莫属。仲景本意，跃然纸上。故尔，无论是“脉浮发热”的太阳蓄水证，还是“其热被劫不得去”的水寒郁热证，以及“头痛发热”的霍乱吐利证，桂枝均主在解表。当然，若说桂枝于解表同时尚兼以化气行水，亦未尝不可。但若不分外感内伤，不管脉证实质，硬云桂枝化气行水，则未免以偏赅全、反客为主。

那么，仲景用五苓散，其桂枝是否都是解表呢？也不是如此。如《金匮·痰饮篇》云：“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癲眩，此水也，五苓散主之。”此则纯属无表的蓄水证，方中桂枝自然是“温药和之”了。由此推论，《伤寒论》141条“水痞”证，若会通六经，讲成外兼表邪是可以的；若会通《金匮》，讲成无表之水痞证，亦未尝不可。

其次，谈谈五苓散证与蓄水证之别，无论外感内伤，五苓散总是主治蓄水证的，所以一旦提出五苓散，人们就归属于蓄水之治，于是以为五苓散证就是蓄水证。其实，这种看法是片面的、肤浅的，未及五苓散主治之本质。确切地讲，五苓散是一张调节与纠正水液代谢失常及分布失常的方子。所治虽不离水，然“水”病却不局限于“蓄”上。比如霍乱之治，若讲成蓄水，恐伯于理难通。霍乱之用五苓散，实是分利清浊、利小便面实大便。故治水虽同，却不能称之为“蓄水证”。可见，五苓散虽治蓄水证，但五苓散证的概念范围比之蓄水证更为广泛。因此，对五苓散及其证的认识，切勿局限在“蓄水”的框框里，只有这样，才能对五苓散证有一个正确认识，才能开拓五苓散的临床动用。

《伤寒解惑论》曾记载一例五苓散治皮肤“湿疹”案。湿疹发于皮肤，是水气分布失常，当下渗而不渗，外泛肌表使然。以桂枝配合二苓、泽泻、白术，淡渗利水，使水气从下窍而出，湿疹自然痊愈，可谓“用巧”之治。余亦曾遇一三焦气化不利、水液分布失常之“多尿”患者，从本求治，通因通用，以五苓散加麻黄、附子治愈。以上两证，虽均治以五苓散，但却不可称之为“蓄水证”。因水泛皮肤，多尿无度，是无水可“蓄”的。

## 藏津液与藏尿液

膀胱本藏“津液”。《素问·灵兰秘典论》云：“膀胱者，卅都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。言藏“津液”，语义深邃。

有的《内经》注解书，如《内难经选释》等为“津液”作注云：“此处亦指尿液”。这种解释亦无不可。但后又发现杂志刊登专论，明确纠误：认为中医传统的膀胱“津液藏焉”的学说，是错误的，应该改为藏“尿液”。如此言之凿凿，就有问题了。因为涉及到中医的整体观念及名词概念问题，所以需要议论一番。

津液，是人体生理正常水液的总体概念。饮入于胃，通过脾的化生，成为津液。又通过脾的运输，上归于肺。经肺的宣发，较清纯的布散周身；又经肺的肃降，较厚浊的下输膀胱。关键的是，下输膀胱的这部分津液，还不能称之为“尿液”。因为在膀胱本身的气化作用下，仍继续将浊中之清蒸腾布散上输，参于生理性的津液代谢，如此周而复始，只有当机体不需膀胱，这部分较浊的“津液”时，才排出体外。

中医关于体液的名词概念，有律、液、水、湿、饮、痰、血、汗、尿等，名称不一，概念亦有所别。其中的津、液、血，属生理性体液概念；水、湿、痰、饮，属病理性体液概念；而汗与尿，则属排出体外的体液概念。可知，所谓“尿液”，是意味着不再参与人体生理活动，应当排出体外的“浊”水。这就说明，只要藏于膀胱之内的水液，如果属于生理性水液，则应视为“津液”；如果属于病理性水液，则必属于“水饮”。《内经》所谓“津液藏焉”，自然指膀胱的生理活动而言。所以讲膀胱藏“津液”，在概念上比“尿液”要确切些。

不可否认，若论与水液代谢有关的三脏（肺脾肾）与二腑（三焦、膀胱）所主所藏之津液，膀胱之津是比较“浊”的。但却不能以此用“尿液”否定（或替代）“津液”。因为我们所说的“浊”，是与“清”相对而言的。这就是说，从宏观、广义的角度讲，人身就是一种“水液”（津液），无所谓清浊。所谓清浊，仅是根据阴阳升降理论分类的。《内经》云：“清阳发腠理，浊阴走五脏”。水液中清纯的、升发的部分，就称之为“清”；厚浊的、肃降的部分，就称之为“浊”。正是相对而言清浊，所以膀胱所藏的津液中，仍然气化蒸腾，参于体液化谢的部分，我们又称之为“浊”中之“清”。可知，膀胱所藏“津液”也罢，“尿液”也罢，只要尚未排出体外，尽管是“浊”的，它仍然是机体生理性水液的组成部分。既然如此，还是讲膀胱藏“津液”妥切。而硬性规定并改正“津液”为“尿液”，实无此必要。因为讲“津液”参于体内水液代谢，名正言顺；若讲“尿液”参于体内水液代谢，并还能蒸腾上输，则显然是不太合适的。

膀胱藏“津”还是藏“尿”，笼统言之，似不必强分，若硬性否定“津液”，必改“尿液”，则决非是简单的概念问题，而涉及到中医整体观的理论问题。整体观认为，膀胱所藏之津液，是人体整体水液代谢功能的一个重要环节。正因为如此，中医关于膀胱与大肠某些疾病的辨证论治，就是在这种整体观的指导下进行的。

《伤寒论》第159条论述“下利”证的治疗时指出“复不止者，当利其小便”。后世称之为“利小便实大便”，是中医治疗水泻病的方法之一。下利是大肠所主之病，小便乃由膀胱所司。一前阴一后阴，生理功能又截然不同的两个脏腑，为什么会在治疗上有这种关系？利小便又如何使大便变实？原来水泻证的基本病理是水液偏渗大肠。所谓偏渗，就是水液输布失常。所以治疗这种水泻，必须调整机体水液输布，纠正偏渗后阴。亦即分利水道，转输膀胱，使水走前阴，肠道干燥，大便转硬。可见，利小便是手段，实大便是结果，而其中道理，则是体内前后阴津液的输布调节，这用膀胱藏尿的观点是解释不通的。

《伤寒论》阳明病篇论述阳明实证大便硬否的辨证时，又有“小便利，尿定硬”的诊断方法。“小便利”，言小便畅利量多。那么“小便利”为什么可判断“屎定硬”呢？小便量多，标志着机体津液大量偏渗膀胱，于是进入后阴的津液自然减少，造成肠道干燥，大便自然结硬。所以才有“小便利，屎定硬”的辨证方法。而这种辨证方法的依据，即是津液前后阴分利输布的整体观。

可知，无论是“利小便实大便”的治疗方法，还是“小便利屎定硬”的辨证方法，都是在中医膀胱与大肠的整体观、津液代谢的整体观的基础上确立的，当然，也是在膀胱“津液藏焉”的前提下确立的。

主张膀胱藏尿者，实质上是把中医的膀胱的脏象理论拉向西医化，“现代化”的意味是有点了，但却违背了中医的脏腑观与整体观。西医学认为膀胱仅是一个单纯的贮尿、排尿器官而已，中医却把它视为人体的一个“水腑”（卅都之官），而非专司“尿液”者。对比之下，西医学的膀胱观有一定的局限性。

最后强调一点，本文讨论的中心意思，并非否认膀胱藏尿液、司小便的生理特性，而是不同意硬性改正膀胱“津液藏焉”的观点。因为从任何方面讲，藏津液比藏尿液义长。

## 蓄血证病位的辩正

太阳蓄血证，《伤寒论》述证四条，设方三张，实开活血化瘀法之先河，为后世医家所宗，然而，究竟血蓄何处，至今仍为仲景学说研究中争论的问题，

### 1.几种说法及析疑

关于血蓄何处，大致有四种说法，

（1）血蓄膀胱说：本说的根据是蓄血证中明言“热结膀胱”（109条）。并认为“血自下，下者愈”，当指膀胱下血。如成无己云：“太阳多热，热在膀胱，必与血枏搏，若血不为蓄，为热迫之，则血自下，血下，则热随血出而愈。若血不下者，则血为热搏，蓄积于下，而少腹急结，乃可攻之”。因膀胱为太阳之腑，故“太阳病不解，”表热可“随经”入腑，“热结膀胱”而致蓄血证，所以，血蓄膀胱说是有其病理基础的。然而，经文中又把“小便之利”否作为蓄血有无的重要鉴别症，明确指出“小便不利血证谛也。”（129条）。这就提出了一个问题：既然血蓄膀胱，为什么小便反利呢？难怪钱天来质问：“若果膀胱之血蓄而不行，则膀胱瘀塞，下文所谓少腹硬满，小便自利，又何自出乎？”可见，言血蓄膀胱，尚有此疑。

（2）血蓄下焦说：本说认为，但言血蓄膀胱似嫌局限。况经文亦有“热在下焦”之说，故当以血蓄下焦为妥，汪琥持是说，指出：“膀胱热结，在卫则尿不利，在荣则血不流，故作急结之形，为下焦蓄血之证谛也。所以用桃核承气汤，乃攻下焦蓄血，治少腹急结之药，实非通膀胱热结之药也”。血蓄下焦说较膀胱说为灵活。但血蓄下焦的具体病理过程是什么？下焦脏器数多，血蓄何脏？何旃？还是整个下焦全部蓄血？下焦出孔有三，“血自下”，是下自尿道？阴道？还是魄门？这些问题目前尚未在理论上得到解释。所以，血蓄下焦说疑义颊多。

（3）血蓄回肠说：钱天来力主此说，云：“愚谓仲景之意，盖以太阳在经之表邪未解，故热邪随经，内入于腑，而瘀热结於膀胱，则热在下焦，血受煎迫，故溢入回肠……”。尽管钱氏力阐其理：“阳明多气少血，肠胃为受盛之器，传化糟粕之浊道，百物之所汇，血热妄行，岂有不归肠胃者乎！”但是：“肠胃为受盛之器”，并非下血专道；勝胱属津液之腑，亦有尿血之变，何必非“溢入回肠”不可？是知此说也有可商之处。

（4）血蓄子宫说：此说以临床为据，认为蓄血证多见于妇人经水之瘀，下焦蓄血诸病，大都不能越此。而且蓄血三方的运用，下血亦多从前阴而出。张锡纯指出：“此证乃外感之热，循三焦脂膜下降，结于膀胱，膀胱上与胞室之脂膜相连，其热上蒸，以致胞室，亦蕴有实热，血蓄而不行。”即申述了此种观点。但是，尽管蓄血三方较多用于妇人少腹经瘀，这只是后世对经方的扩大应用，在仲景文中尚乏理论根据，这是其一。其二，三方应用于子宫瘀血，并不能证明太阳之蓄血必在子官。就象五苓散可治水蓄膀胱，却不能证明凡用五苓散之太阳蓄水证必在膀胱一祥。因此本说亦难云完善。

### 2.血蓄何处之辩正

四种说法为什么各具道理而又各有疑点？能否统一四种说法？要解决这些问题，个人认为，首先必须抓住蓄血证的具体病变部位及病理演变过程这两个关键问题。现分析如下。

“热结膀胱”一语，尚见于《金匮要略·妇人产后病脉证并治》中，云：“产后七八日，无太阳证，少腹坚痛，此恶露不尽……热在里，结在膀胱也。”（此“膀胱”显然泛指下焦少腹之部位）《伤寒论》中又有“冷结在膀胱关元”。以上三者，尽管结有冷、热之分，然而在膀胱之所却是一致的，即代表下焦少腹之邢位也。尽管如此，却不能笼统的说血蓄下焦，因为具体病理尚未明晰，疑义之处必然费解。

仲景在经文中解释蓄血病理时云：“所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也。”这里的“经”显然指经脉、脉络。随“里”，是个广泛的概念。109条的“热结膀胱”与128条的“热在下焦”，均属“里”之所在。“瘀”，乃血液停滞，是指血滞于脉络之中，总之，全句是说明本证之热邪是由经脉内传的，其血结亦在脉络之中，即注家所谓“病在血分。”所以，109条又云“少腹急结”，“急”，挛缩之状；“结”，板硬之谓。显然，只有局部脉络病变才会出现这种特有的征候。

“随经”一辞是关键，因为它指出了病理传变的具体途径与过程。这样，即使“热结”在膀胱本腑，亦必结于膀胱壁及其周围组织的脉络之中。那么，膀胱脉络之热亦可“随经”而传入下焦邻近各个脏捬，热与血搏结其脉络之中，这就是仲景不但云“热结膀胱”，亦云“热在下焦”的缘故所在，

以上分析证明，蓄血证的具体病变部位是“脉络”。其病理演变过程是太阳之热随经传入膀胱或波及下焦各脏腑之脉络，致成络瘀，从而形成下焦各脏腑不同的蓄血证。这就是所谓“瘀热在里”的涵义。

那么，经文云“血自下”，又“下”自何处呢？这就涉及到体质因素了，“太阳随经”，热邪内传，倘若素体没有下焦血行不畅或瘀血的因素，即使怎样热与血搏，也难成“结”而为蓄血。充其量也只能是“热在下焦”而已。甚至会恰恰相反，热迫血行，突破血络，导致出血证。“少阴病，八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。”（293条）就是例证。本条设若少阴阳复，热传膀胱之时，膀胱脉络素有瘀滞，则亦可形成蓄血证。因为外来之热与内复之热均可与血相搏，至于能否形成蓄血证，关键在素体如何。巢氏《病源》在论“伤寒内有瘀血候”时指出：“夫人先瘀结在内，因伤寒病。”可谓先获奥旨。

所以，“太阳随经”是一定的，血蓄脉络也是一定的。至于血蓄在何脏何腑？从何处下血？则取决于各脏腑的平素的具体情况。假若膀胱素有瘀血的因素，则必血蓄膀胱；回肠素有瘀血的因素，则必血蓄回肠；同样，子宫素有瘀血的因素，则必血蓄子宫。可见，如果讲血蓄何处，统而言之，则血蓄脉络；具体言之，则视下焦膀胱、回肠、子宫诸脏腑的具体情况而定。当然，其下血，血蓄于何脏腑，则从何道而下。仲景之所以但言“血自下”，而不具体指明血自何处下，其用心恐怕在于此。

谈谈“小便自利”的问题。小便自利与否，在仲景看来，是鉴别蓄血证与蓄水证的关键所在。如果血蓄膀胱，小便会“自利”吗？只要明确了血蓄于脉络之中，这个问题自会冰然释解。膀胱为水腑。腑，指空腔言，尿液所在，气化而出。而蓄血证是血热搏结于膀胱壁（或周围组织）之脉络中，其病变与腑腔水液无多大关系，即注家“不在血分”之谓。故尽管血蓄膀胱，而可“小便自利”。所以，可以此作为蓄血证与蓄水证之鉴别，这就是血蓄膀胱又为什么会“小便自利”的道理所在。

又须要指出的是，讲蓄血的主要部位在脉络，但有些蓄血证部分瘀血会溢于在脉络之外（称离经之血）凝结成块，所以，临证中有服用蓄血三方，未见下血而愈者，也有“下血乃愈”者，前者则有脉内瘀通和瘀血内消两种情况；后者则多属溢于脉外那部分瘀血随之而下。而这种瘀血如果结在膀胱之内，是不会“小便自利”的。即使不是结在膀胱本腑而血蓄于邻近膀胱的脏器压迫膀胱或尿道，也同样不会“小便自利”的。所以，“热结膀胱”的桃核承气证中，并无“小便自利”之文（注家多连累而及之），其用意恐怕不无与此相关。吴又可云：“小便不利，亦有蓄血者。非小便自利，便为蓄血也。”可谓经验之谈。

本文列举了关于太阳蓄血证的四种不同说法，分析了诸说各自立论的根据及其疑义之处，从而依据仲景原文提出“血蓄脉络”的观点。并指出血蓄何脏，当视下焦各脏腑具体情况（平素有无瘀血因素）而定的观点，以求以血蓄脉络说统一太阳蓄血证之争。

## 厥阴类似证的辩正

《伤寒论》的厥阴病篇，是伤寒学说研究的难题之一，有“千古之迷”之称。即使全国统编教材《伤寒论讲义》，在编写体例的分类上，前五个病篇均设列“本证”，而唯独厥阴病篇缺如。不是不设，而是难设。因为究竟什么是厥阴病本证，很难说得清；篇中众多“杂凑”的方证究竟是什么证，也很难说得清；为什么厥阴病篇独有这种极为特殊的表述现象，更难说得清。笔者地教学与研究中，对此问题略有体会，分述如下，

### 1.确立厥阴病本证的原则与本证

讨论厥阴病，首先必须分清什么是真正的厥阴病，这个问题困扰着历代伤寒注家和近代伤寒学者，争鸣不休，难以统一，笔者认为，要分清什么是厥阴病，首先应该确立分属厥阴病证的基本原则。没有规矩，难成方圆。所以应先定规矩（原则）。综观六经病篇，确立“本证”的基本原则有两点：其一，必须反映本经所属脏腑经络的生理病理特征。六经辨证虽以三阴三阳为纲，但具体的“病脉证治”，则必须落实到六经所属的脏腑经络上。以三阴病为例，太阴主论脾病，少阴主论心肾，那么厥阴为病就当以肝与心包（重点在肝）病为主了。换而言之，能体现肝脏经络气血、生理病理特征的疾病，就是厥阴病本证。

其二，必须反映本经所属阴阳气化的生理病理特征。这也是六经辨证不同于脏腑辨证的区别所在。六经辨证以“三阴三阳”为名，就体现“阴阳之气，各有多少”及各经的气化、联系、传变的待征。举阳明病与太阴病为例。阳明病本证，既要落实到“胃家”（脏腑）方面，又要反映出“两阳合明”与“主燥”的气化特定。而太阴病本证，既要体现“腹满面吐，食不下”的脾脏功能失常，又要反映“自利而渴”的太阴为“盛阴”和“主湿”的气化特点。

我们按上述两项原则，分类确立厥阴病本证，大致有四种证型：

第一，厥阴提纲（上热下寒）证此以“气上冲胸，心中疼热”，反映出木火炽盛、肝气冲逆的病理特征；以“消渴”，反映出“两阴交尽”的病理特性；并以寒热错杂，提示厥阴阳气进退失度、敷布失常的复杂病机。所以此证当属厥阴本证，

第二，厥与厥热胜复证（351、352、339、343、331、332、336、341、342）。此最能反映厥阴“阴尽阳生”的阴阳枢机的厥阴特征。少阳与厥阴相表里，同处于枢机部位。阳出发热则为少阳，阳入厥逆则属厥阴。正由于厥阴具有明阳之枢、阴阳之界、阴阳转换的特点，所以《内经》比喻为“一阴之绝作朔晦”。“作朔晦”，正是这种“阴尽阳生”现象的生动说明。因此，厥阴为病才有与少阳病“寒热往来”相对应的“厥热胜复”。少阳为表里之枢，故仅往来以“寒热”；厥阴为阴阳之枢，则胜复以“厥热”，证明厥与厥热胜复这一临床现象，是厥阴为病的一大特征，所以当属厥阴病本证。

第三，厥阴热利证（371、373）。此乃肝热下注大肠，肝性急而主泄，湿热郁滞，疏泄失常，虽里急而气不畅，故必有“下重”。又，以方测证，白头翁汤以白头翁、秦皮为主药，人肝经，走血分，善清肝解毒、凉血止利。所以从证到方，均说明此当属厥阴病本证。

第四，厥阴寒呕证（378）。此证属肝寒犯胃，寒浊上逆，病标在胃，病本在肝。“干呕吐涎沫”，凡呕多为肝胃失和或胆气犯胃，故呕吐一症于六经病中，以少阳病与厥阴病为常见。不过，少阳多为热呕，厥阴多为寒呕。“头痛”，反映厥阴经脉走巔顶的病理特性。又，以方测证，吴茱萸汤之主药吴茱萸，入肝经，降逆气，化寒浊，为治厥阴寒证之要药。所以此证当属厥阴本证。

以上四大证型，是根据确立“本证”的两个原则而分类归属的。一旦确立了“本证”，整个厥阴病篇就有了核心，下面分析围绕这个核心而设置的类似证。

### 2、类似证是厥阴病篇的主要内容及特征

厥阴病篇类似证最多，成为六经病篇中条文体例上的最大特点。这些大量的、复杂的、非厥阴本证的类似证，而反列述于厥阴病篇，于是引起注家的费解，于是有了“杂凑”之说。下面从三个方面讨论之。

第一，设立类似证是仲景写作体例的重要特点，是仲景辨证的重要方法。综观六经病篇，除少阳、太阴两病篇内容太少，无类似证外，其它病篇均设有类似证。如太阳病篇，太阳类似证就有“病如桂枝证”的瓜蒂散证及“头项强痛，翕翕发热”的桂枝去桂加白术汤证。痞证的类似证尤其多，围绕五泻心汤证，设有“心中痞硬”的大柴胡汤、桂枝人参汤、五苓散、十枣汤及赤石脂禹余粮汤证（条）等类似证。少阴病篇，围绕少阴寒化证“四肢厥逆”主症面设的类似证，就有“吐利厥逆”的吴茱萸汤证与“少阴病四逆”的四逆散证。

非但《伤寒论》如此，仲景另一部医书《金匮要略》，虽然辨证体系以脏腑为核心，但其写作体例及辨证方法则主要是类证鉴别，大多病篇都是把证候相似、类同而病机实质有别的病证，归类于一起，目的就在于同中辨异。由此可证，设置类似证，是仲景惯用的辨证方法及写作形式。

第二，厥阴病篇类似证列述。主要围绕厥阴病本证的上热下寒、厥逆、下利、呕吐四大证型而设置。

①上热下寒证的类似证：有麻黄升麻汤证（357）与干姜黄芩黄连汤证（359）。

②厥逆证的类似证：“厥”乃是厥阴为病的最大特征，故类似证也最多。有寒厥之四逆汤证（353、354），热厥之白虎汤证（350），蛔厥之乌梅丸证（338），痰厥之瓜蒂散证（355），水饮厥之茯苓甘草汤证（356）等。

③下利证的类似证：有“下利谵语”的小承气汤证（374）与“下利清谷”的通脉四逆汤证（370），及360至369诸条。

④呕吐证的类似证：有“呕而脉弱”的四逆汤证（374）与“呕而发热”的小柴胡汤证（379），及376、380、381诸条。

总之，厥阴病篇主要由本证与类似证构成，其中，以本证为核心，以类似证为最多。其它内容有欲解时、预后、治禁等少量条文。

### 3.厥阴病篇为什么要设众多的类似证

这个问题，首先联系太阳病篇讨论之。太阳病变证最多，占太阳病篇内容的绝大部分，其缘因可能是，凡病起于肤表，故其变必始自太阳，无论是自然演变，还是误治传变；无论是变虚变实，还是变寒变热，总由太阳发展下去。另外，在太阳病篇设置如此之多的变证，是最能反映疾病变化的动态性和复杂性，也是最能体现中医辨证思维的恒动观与常变观。

而太阳病篇首尾互应的厥阴病篇设置大量的类似证，也必然有其极深刻的涵义与道理，考虑缘因大致有二：其一，厥阴为病，所涉面广。厥阴属肝，肝主疏泄，疏泄主要言对气机运动的影响，而气机升降出入则无所不至。故厥阴发病，因疏泄失常，气机逆乱，上逆则“气上冲胸”，下逆则“热利下重”，横逆则“干呕吐涎”。虽病在厥阴肝脏，而症涉上下表里，极为繁杂。因此，临床就必须类证而鉴别，分清那些属厥阴本证，那些是其它杂病。其二，厥阴为枢，灵活极变。肝位中焦，上挂下连，有枢机之能，又具“阴尽阳生”之特性，主持阴阳之气的转换，故其证候变化多端，反复无常。其寒热错杂、厥热胜负这种阳气进退的特殊演变，就增加了临床诊断的困难性，因此，必须运用类似证鉴别的方法，分清那些属厥阴本证，那些是其它杂病。

可见，厥阴病篇设置大量的类似证，是有内在缘因和深邃涵义的。它反映了仲景独特的辨证思维方法。不了解这一点，就很难全面、深刻地理解厥阴病。综观六经病篇，只有太阳与厥阴病两篇的写作体例最为特殊。所不同的是，太阳病篇多变证，厥阴病篇多类似证。研习《伤寒论》，应该认识到仲景太阳与厥阴、首尾互应的两病篇的这种体例上的特殊性及其意义。

总之，厥阴病篇的方法条文，眉目清楚，杂而不乱，用意颇深，决非“杂凑”。

### 4.厥阴病篇内容疏理

六经病各篇的内容尽管有多有少、但总体写作的形式还是基本统一的。均有本证，并以本证为核心内容，辐射性的罗列兼证、变证、类似证。有主有次，有常有变，有详有略，形成了一个完备有序的六经辨证的整体系统。厥阴病篇作为六经辨证体系的一部分，其写作体例当然不能例外。

作为高等院校的《伤寒论》教材，大都以方证归类为纲而编写的，前五经病篇均设本证，而唯厥阴病篇空缺，这样非但体例前后不一，重要的是会导致厥阴病篇纲目混乱，使教者无所适从，学者概念不清。为此，根据以上所述，列出一个粗略的内容纲目，以供参考。

辨厥阴病脉证并治

概说

第一节 厥阴病纲要

一、厥阴病提纲（326）

二、厥阴病愈期（328）

三、厥阴病治禁（330、333、347）

第二节 厥阴病本证

一、厥阴病厥证（339、343、351、352）

二、厥阴热利证（371、373）

三、厥阴寒呕证（378）

第三节 厥阴病类似证

―、上热下寒证（357、359）

二、厥逆证

（一）厥证的病理与特征（337、335）

（二）厥证的分类与治疗（350、353、354、338、355、356）

三、下利证（372、370、374）

四、呕哕证（337、380、381）

第四节 厥阴病预后

一、阳回欲愈候（327、329、360、361、363、365、368）

二、阳亡不治证（344、345、346、362、368、369）

## 阳明病篇三阳阳明证的辩正

第179条是阳明病篇的第一条，是以问答形式谈阳明病分类的，但大多数注家乃至全国统编教材《伤寒论讲义》，均认为此条是旨在说明阳明病的成因和来路，这种已成定论的传统认识有悖仲景原义，同时在医理及思维逻辑上也存在问题。

“来路说”认为太阳阳明脾约是“由太阳转属而来，叫做太阳阳明”。并强为解释：“发汗解表之后，损伤津液，胃热肠燥，约束脾阴的转输功能而致大便秘结的，叫做脾约”。其实“脾约”的“来路”并非太阳，有仲景原文为证，247条“趺阳脉，浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之”。可见仲景论脾约，一未言来自太阳，二未言汗后伤津。问题在于；少阳误汗也会“损伤津液，胃热肠燥，约束脾阴的转输功能”，而且少阳与脾土的生理病理关系（木与土生克关系》比之太阳又更为密切，为什么少阳阳明不称为“脾约”？总之，脾约证，即太阳阳明的形成，一非来自太阳，二与汗吐下治疗关系不大，多缘于体质因素，既素体“胃气强”脾阴弱也。执凿太阳来路说是违背仲景原义的。

如果严格遵照仲景原义分析，三种阳明证中，真正由汗吐下治疗因素（伤津致燥）而形成的阳明病叫做“少阳阳明”。即“发汗、利小便已，胃中燥烦实，大便难是也”。来路说将此称之为少阳病误治。少阳误治伤津虽然可以形成阳明病，但问题是：作为少阳病能有多少“发汗利小便”之治呢？相反，真正误治伤津转属阳明者，以太阳最为多见。有仲景原文为证：181条“问曰：何缘得阳明病？答曰：太阳病，若发汗、若下、若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明”。185条“本太阳，初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也”。假若来路说能够成理的话，那么上述两条均属太阳转属阳明的“太阳阳明”，可仲景为何不称“群约”呢？其实，“少阳阳明”意在提示阳明病中尚有一种由汗、利（小便）伤律致燥的、病机较为单纯的、热邪较少的、只表现为“大便难”的阳明病类型。

我认为阳明篇第一条的意义简而言之就是“分类”。是将阳明病分类为太阳、少阳、正阳三种类型。因为同属不大便或大便难的阳明病，证候、病机，尤其是治疗有所差别，当辨证施治，不可执一。那么分类的标准是什么呢？既然以太阳、少阳、正阳为名，那么标准当与三阳经分类的意义相同，即：阳气之多少也。众所周知，阴阳之气，由一分三，缘于其气的盛衰与多少。即《内经》所谓“阴阳之气，各有多少，故曰三阴三阳也”。仲景冠称三阴三阳以六经统伤寒，其义也未出《内经》。同理，阳明病中又一分为三，以太阳、正阳、少阳冠称，毫无疑何，是以阳热之多少作为分类标准的。这种理论上的一致性，就证明：三种阳明的冠称，其意不在“来路”，而在分类，那么，这三种阳明的分类，在理法方药上有何区别、有何意义？原来，阳明病虽以不大便（大便硬）为基本特征，但同是不大便，同属阳明病，同具燥、实、结的病理特定，而胃家阳热的多少却有明显的差别。两阳合明，故以正阳阳明热邪最盛，是最为典型的阳明病，名称“胃家实”，治以承气汤（正阳阳明中又分类出大、小、调胃三种证型太少比较，太阳阳明热气较多，名称“脾约”证，治以麻子仁丸（以润燥为主，以清热为辅少阳，就是阳气较少之意，故而少阳阳明热邪最少，甚至单纯的伤津化燥便秘而无邪热，此种阳明治以外导即可（蜜煎等纯润通便之法）。仲景以上的分型证治、方药运用，就印证了阳明篇第一条分类三种阳明的用意。

顺便谈一下阳明提纲证。阳明病虽然分出三种类型，但从中比较，以“正阳阳明”燥、实、结、热具备，最充分地体现了阳明病的病理特征，是阳明病中最为典型、最具代表性的阳明病。正因为此，所以，紧承第一条分类之后的180条，就从三种“阳明”中拿出“正阳阳明”的“胃家实”，作为阳明病的提纲证，充分体现了提纲挈领的精神。

拘泥于冠名，不详究原义，是产生来路说思维的根缘所在。这种研究问题的思维，其毛病就出在孤立、简单化地看待第一条的内容，从而抛弃联系性，即没能会通全书，从仲景“六经”分类及阳明病全篇的证治中去推寻、分析阳明篇第一条的用意。

## 阳明病篇猪苓汤证的辩正

阳明篇列出猪苓汤证，仲景意在提示阳明易从燥化这一病理特征，并通过变证强调“利小便”是阳明病一大治禁。但此证在归类及注释上问题不少，须进行辩析并为之正名。

### 1.关于病证归类

较统一的认识（如五版教材《伤寒论讲义》等），是把猪苓汤证（223条）归属于“阳明病本证”中的“阳明热证”的范畴。《讲义》并注释：“本条是下后津液受伤，阳明余热犹存。”问题在于：若确属“阳明余热”的话，猪苓汤何以能治之？何况224条还有“阳明病”“不可与猪苓扬”之禁。可见，把猪苓汤证归类于“阳明热证”是张冠李戴，名实不符。

此证本属“阳明热证”下后，热陷膀胱水气内停的一种变证，即变为不是“阳明热证”的一种“证”。 其实，归属阳明病的这种认识是受柯韵伯的影响，柯氏称“桅子汤所不及者，白虎汤继之；白虎扬所不及者，猪苓汤继之，此阳明起手之法。”很多注家对此说推崇备至，.我是不赞成的。阳明“起手”怎能“起”到下焦膀胱病呢？病在膀胱的水气病，又怎能与病在胃肠的燥化病相提并论呢？

### 2.关于脉浮发热

猪苓汤证既然归类于“阳明热证”，那么“脉浮发热”自然是“阳明余热”了，《讲义》及多数注家均持此说。问题是：“阳明余热”，在猪苓汤之治中如何体现呢？且不说二苓、泽泻、阿胶，即使滑石，讲成清“阳明余热”也是不通的。其实，只要承认猪苓汤证有内热，那怕是热在下焦膀胱，也会通过经络（膀胱经本布于体表）外蒸升浮于肌表，而出现“脉浮发热”的，如此理顺成章，何必非要讲成“阳明余热”呢？

### 3.关于渴欲饮水

《讲义》把“渴”的机理也责之于“阳明余热”，意为热灼津亏。问题是：仲景治阳明热灼津亏之渴每加人参，而猪苓汤中却只有阿胶。更何况猪苓汤乃利水之方，若果是阳明津亏之渴，还能“猪苓汤主之”吗？其实，水气病的口渴，多属气不化津，津难上承。阳虚停水如此，夹热停水也如此。只是水停下焦膀胱的口渴，较之三焦气化失职蓄水五苓散证的“消渴”，程度较轻，仅“欲饮水”而已。这是因为水停下焦，但中、上二焦气化尚属正常，部分津液仍能布输于口舌的。

### 4.关于育阴利水

水本属阴，所以对本证的阴虚水停，本方的育阴利水，很是费解。仔细分析之，本证之“阴”乃言正气，所谓“阴虚”，是指人体正气中属于“阴”的那部分不足。而“水”乃言邪气，水停，是指人体水液变为病理之水邪。由此说来，“育阴”，就是扶正；“利水”，就是祛邪，所以猪苓汤是扶正祛邪兼施。生理之津与病理之水，在一定的条件下又可以互相转化，故中医又有“利水当防伤阴”之说。总之，既要分清正气与邪水，又要避免绝对视之，这就是中医的关于水液正邪转换及治疗的辩证法思维。

### 5.关于方证本义

真正体现阴虚停水的猪苓汤证，是在少阴病中（319条）论述的，属少阴热化的证型之一。而阳明病篇的猪苓汤证，在症状上并没有反映出“阴虚”的病机。所以我体会，仲景于阳明病篇列出猪苓汤证的真实用意，不在223条的证治，而在于224条的治禁。224条云：“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”。以“渴”为辨证指标揭示出治禁。在仲景看来，发汗与利小便是导致津液外出阳明燥化的重要缘因，于很多条文中论述了小便利与大便硬的病理联系，所以仲景于此强调类似猪苓汤一类的方药，在阳明病，尤其“汗出多而渴”的情况下，应当禁用。揭示了阳明易从燥化的病理特性及严防伤津的治疗特点。体现了《伤寒论》“存津液”的学术思想。

## 阳明病篇栀子豉汤证的辩正

栀子豉汤证，于太阳病篇作了重点论述，在阳明病篇又重出。但如何看待重出于阳明病篇的此方此证，却存在一定问题，有必要辩而正之。

221条云阳明病，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。”此本不难理解，自“阳明病”至“身重”，属阳明热证，是表热向里热转化过程中尚未定型的一组症候，特点是里而兼表、热而未实，而热又属无形之热。仲景对这种不典型的阳明热证，尚未指出主治之方，这恐怕与仲景囿于先解表后攻里的原则不无关系。对这种既有表又有里且不定型的热证，有些束手无策。但汗、下、温针诸法均试用过，并带来一系列变证。自“身重”以下就是谈汗下温针后的各种变证。而“下之”本身就有三种变证：栀子豉汤证、白虎加人参汤证（222条）、猪苓汤证（223条）。然而多数注家（包括五版教材《伤寒论讲义》）均把此条栀子豉汤证视为阳明病正治之方，并归属于“阳明热证”中的第一方证。对此颇难苟同，辩析如下。

原文紧承“下之”后称“胃中空虚，客气动膈”，“胃中”，言病涉阳明；“空虚”，言热之无形。无形之热，又兼表证，何以能下？故有表热内陷“客气动膈”之变。“动膈”二字，就明确指出邪陷部位，也就是病位。既是热陷胸膈，且有“心中懊憹”之虚烦主症，自然非栀子豉汤治之莫属了。可知，此本是阳明热证“下之”后的一个变证，将“变证”归类于“阳明病本证”，显然是概念颠倒。

《讲义》及注家之所以将其归类于阳明病，是本于柯韵伯之说。柯氏认为：“栀子豉汤主之，是总结上四段证，要知本汤是胃初受，双解表里之方，不只为误下后立法。盖阳明初病，不全在表，不全在里，诸证皆在里之半表间，汗下温针，皆在所禁，将何以治之？惟有吐之一法，为阳明表邪之出路耳。”把栀子豉汤讲成“胃家初受”之方，难以服人。一者，胃家即使“初受”，总是病在“胃家”，这与主治“客气动膈”的栀子豉汤，病位不符。二者，既言“不只为误下后立法”，就是说误治前的阳明热证，栀子豉汤可以治之。试问：出现“腹满而喘，发热汗出，不恶寒反恶热，身重”如此里热壅盛之症，仅栀子与豆豉两味药，难道不嫌病重药轻？更不用说药不对证了。

其实，细读一下柯注，就会发现他之所以这样讲，是把栀子豉汤看作“吐之一法”了，这才是问题的症结所在。而栀子豉汤决非吐剂，早有定论。

栀子豉汤主治阳明变证而非阳明热证，还可以从222、223条的联系上得到证明。222条白虎加人参汤证的“若”与223条猪苓汤证的“若”，均在语气上说明与221条下后的栀子豉汤证是相连贯的三个变证。三方均属这种不典型阳明热证误下后的救误之方。可以说未下之前，虽属阳明热证，连白虎加人参汤也不能用，更何况栀子豉汤。

正由于概念颠倒，名实不符，所以在解释中就难免自相矛盾，《讲义》虽在标题中把栀子豉汤证列入“阳明病本证”，但于原文“释义”中却说：“若认为腹满为腑实而误用下法，则下后胃中空虚，邪热乘虚郁于胸膈之间，出现心中懊憹不安，舌上生苔等证，当用栀子豉汤以清宣胸膈郁热”。让人迷惑不解：既然称栀子豉汤于此是“清宣胸膈郁热”，为何又归属于阳明本证？难道阳明为病不只限于胃肠，还可以包括“胸膈”？

那么，误治前的这种不典型、未定型的阳明病用什么治之比较适宜呢？沈尧封认为“此条当与风温及三阳合病参看，言无形之燥热为病，而胃无宿食也。故未经误治之时，本是白虎汤主治。”考虑外有表证未罢，还是白虎加桂枝汤或张锡纯的白虎汤加薄荷、连翘、蝉蜕，似乎更为适宜。

## 消渴一一随饮随消？

“消渴”症，于《伤寒论》，一见于五苓散证（71条），一见于厥阴提纲证（326条）。追源溯流，“消渴”，初出于《素问·奇病论》，又述于《金匮·消渴》篇，继见于《外台·消中消渴肾消方》。然而，尽管均称之为“消渴”，实质概念当有所别。那么《伤寒论》之“消渴”究作何解？

伤寒注家对《伤寒论》之“消渴”，大都释为“随饮随消”（或渴饮无度，或大量饮水）。这种解释悖于医理，也脱离临床，难以令人信服。考诸根缘，囿于《内经》以降对“消渴”的一般性认识上。

其实，《内经》之消渴，又称“消瘅”，或“痟渴”。是一种具有综合性概念的病证名称，宋元以后多称“三消”。泛指口渴易饥、多饮多食多尿、体瘦的疾病。《金匮》消渴病篇之肾气丸证及白虎加人参汤证，基本属此。而《伤寒论》之“消渴”，只是蓄水证与厥阴病中的一个症状，是对口渴程度的一种特殊描述而已。若混同于“消渴病”，讲成大量饮水，渴饮无度，乃至随饮随消，于医理不通。

五苓散证是气化不利之蓄水证，其“消渴”属气不化津、正津不布。蓄水之渴，虽然口渴在程度上可轻可重，但渴而不欲饮、或不多饮，是其特点。道理很简单，蓄水之渴，非热灼津亏无以润之，而是水气内结难以润之。正因为内有蓄水，所以稍微多饮，则出现“水入则吐，名曰水逆”的现象。试问：既名水逆，蓄水证何以能渴饮无度？若此证大量饮水，与白虎加人参汤证之“欲饮水数升”如何鉴别？蓄水证本来就小便不利，随饮随消，又从何道而消？

厥阴病之“消渴”，是木火内郁、心火不布、上焦热炽灼津使然。由于此渴属热耗津液，似乎当与白虎加人参汤证一样渴饮无度了。然而，本病上热下寒，膈上虽热炽而口渴益甚，膈下却虚寒必不受水。因此，厥阴病“消渴”，若硬讲成随饮随消，亦于理难通。

其实，《伤寒论》两证之“消渴”，只是对口渴程度比较严重的形容而已。病人口渴难忍，虽意欲饮水数升，而未必真正渴饮无度、随饮随消。我们不能脱离临床，囿于《内经》之义，围绕“消”字转圈圈。否则，真正是以辞害义，

或问；《金匮》“消渴篇”不是将五苓散、厥阴病之“消渴”与肾气丸、白虎加人参汤证之“消渴”相提并论吗？岂不知此就象阳明病篇列小柴胡扬证（不大便），少阴病篇列四逆散证（厥逆）、厥阴病篇列白虎汤证（厥）一样，目的是为辨证（鉴别诊断）。（现《金匮》之释大多混而论之，亦是不达经旨）以五苓散证与肾气丸证言之，虽然均有“消渴”，但五苓散证是“小便不利”，而肾气丸证是“小便反多甚至“以饮一斗，小便一斗”，这才是真正的随饮随消。可见，“消渴”内涵有天渊之别。况五苓散证又云“宜小便发汗”，试何：天下有治以“利小便发汗”的消渴病吗？

或问：后世有用五苓散治“尿崩症”者，其渴确是渴饮无度、随饮随消，这又作何解？“尿崩症”确属中医三焦气化紊乱者，可用五苓散治之。然“尿崩症”究竟不同于《伤寒论》之蓄水证。况且，“尿崩症”虽然“消渴”（渴饮无度），却有随消之外（多尿无度），与蓄水证之小便不利迥别。故不可与《伤寒论》五苓散证之“消渴”同日而语。

## 恶风——无风则安？

目前，对《伤寒论》“恶风”之释，比较统一的认识是“遇风则恶，无风则安”。此说似是而非，存在问题，关键是脱离临床，混淆内外伤之限界。

恶风寒，是风寒之邪侵袭肌表的见症，其病理总与卫阳相关。表证之汗自出，反映卫阳“司开合”功能失常；表证之恶风寒，则反映卫阳“温分肉”功能失职。由于邪气与体质因素的作用，又有轻重两种情况：一是阳浮表疏，虽恶而轻；一是寒遏阳郁，虽恶而重。前者可称“恶风”，后者则称“恶寒”。两者有轻重之别，而病理则一。

可见，恶风与恶寒均反映卫阳的功能性病变，即非阳虚无以“温分肉”，而是“卫强”不能“温分肉”。这与后世卫阳无邪而内虚之玉屏风散证之自汗恶风，有本质的区别。前者因外感而恶，后者因内伤而恶。

正由于外感之恶风，是卫阳本身的功能失常，一旦发病则与外在因素的影响关系不大，即使近火厚覆亦恶风寒不止。这与内伤阳虚之恶风怕冷是不同的。所以，外感之恶风，有风则恶，无风亦恶。如果把表证之恶风讲成“遇风则恶，无风则安”，势必混淆了外感恶风寒与内伤畏风寒的概念，给临床辨证带来混乱，总之，“恶风”，“遇风则恶”是矣，“无风则安”非也。

我认为恶风概念的本意，注家们并未讲清楚。这个问题不清楚，就谈不上区别恶风与恶寒。传统说法认为，怕冷重者，称恶寒；怕冷轻者，称恶风。此仅是恶风有别于恶寒的一个方而，尚未及本质。我们知道，统而言之，恶风与恶寒不必强分，故太阳伤寒证有恶风，太阳中风证亦有恶寒。分而言之，则二者之间的涵义有所区别。恶风，仲景有“淅淅恶风”的描述，仔细体会“淅淅”之义，则知恶风的概念，一者有风吹怕冷的感觉，二者有阵阵怕冷的感觉。即虽关门闭窗、厚覆衣被，亦感觉有风自外穿透衣被吹入而阵阵怕冷。实际有风否？当然没有。只是病人的自我感觉而已。总之，恶风，是临床上病人感受外邪后怕冷的一种特殊感觉。

## 第48条“但坐”的涵义

“但坐”，是在（48条）“发汗不彻，阳气郁不得越”的情况下出现的描述。原文是“其人躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得，其人短气但坐（或短气，但坐……），以汗出不彻故也”。

“但坐”之释，有两种代表性的观点：一者，言“但坐”属症状，与短气相连，形容短气难以平卧的状兄。二者，言“但坐”为虚词，即因、缘之义。“但坐”与“以汗出不彻故也”本是一体。原句大意为：只是因（缘）汗出不彻的缘故。成无己首先称：“但责以汗出不彻”。尤在径说的更明白：“坐，犹缘也，言躁烦、短气等症，但缘汗出不彻所致”。应该承认，成、尤所注皆有所本，古“坐”字，确有因、缘诸义，所以近来又有人引证古书典籍以作结论，考证“坐”字，非属症状，是一种虚词。再加之发汗不彻所致的短气是否会真的达到“但坐”不能卧这种程度，也值得怀疑。所以，目前后种说法似乎多被认可。笔者在这种文字考证下，也以为“但坐”不作症状解。

近来查阅资料竞又从仲景原文中找到夯证，于是这个问题还得重新提出来。《金匮》论述皂荚丸证指出：“咳逆上气，时时唾浊，但坐不得眠，皂荚丸主之”。这里的“但坐”，显然只能作症状解。那么，从校勘学的理较法分析，出自仲景一人手笔的如此特异的两字连词，当绝对排除偶然的因素，它是《伤寒论》第48条“但坐”词义的有力佐证。况且，“阳气怫郁”到了“躁烦不知痛处”的程度，病人岂能安卧？因此，结论只能是：“但坐”属症状描述。

注家称善读《伤寒论》者，当“会通全书”。我体会不但要会通《伤寒论》全书，还要会通《金匮要略》。虽然二者的辨证体系及基本内容上有所侧重，终究是出自仲景一人手笔，从名词术语，到辨证思维，有其共性，当互相参合，互为启发。

## 第18条“喘家”的涵义

第18条桂枝加厚朴杏子汤证，尽管述证简略（共12字），但由于句读不一，释义有别。尤其“喘家”，值得玩味，寓义颇深。

先谈句读问题。围绕“作”字有三种说法：一是言发作，指喘家有外感风寒引动宿疾发作，原文句读当是“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳。”二是言造作，指治以汤方，原文句读当是“喘家，作桂枝汤加厚朴杏子佳。”三是折衷，认为以上两说无碍大局，均可。然事关医理，还是不折衷的好。细察仲景处方用语，一种方前用“宜”字，示斟酌之意；一种方后用“主之”，示肯定之意。尚未见到用“作”字处方的例证。可知，第二种说法言“造作”者，不合仲景用辞特点。

从医理逻辑而言，喘家仅示宿疾，宿疾如果不发作的话，何以要用桂枝加厚朴杏子汤？此条只是以喘家提示宿疾（体质因素），以桂枝汤（以方测证）提示复感风寒外有表证。二者结合分析，方知这是外感引动宿疾的疾病，所以，当是“喘家作”。

另外，喘家之“家”还应与“佳”宇联系起来看。“佳”义何在？值得玩味。因为“喘家作”，并未言明是“作”于太阳伤寒，还是“作”于太阳中风。单就治以桂枝汤推测，似乎是作于太阳中风的。但与“家”字联系，则未必如此。因为凡喘能称之为“家”者，必非是一般性的喘病。久病之喘，由肺及肾，病多下虚。类似这种少阴不足的喘家，复感风寒外邪后，自然以桂枝加厚朴杏子汤证多见。关键问题在于即使是偶发伤寒者，由于内虚，亦不当只见伤寒之实，忽视久喘之虚，而迳用麻黄汤，仍然治以桂枝汤为“佳”。可见，“佳”字的言外之意是；凡喘家，无论作于伤寒，还是中风，均应治以桂枝汤加平喘药为妥当。从中体现了重体质、护正气的治疗学思想。

## 第73条“不渴”的意义

原文云：“伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之”。五苓散证与茯苓甘草汤证，同属蓄水证，同是治水方，仲景何以将辨证眼目印定在口渴与否上，其中道理值得探析。

程郊倩将“渴”分为“水气作渴”与“热蒸作渴”，可谓撮其大要耳。这说明水气为病有致渴的可能，所以，把“渴”否作为两个水证辨证眼目的本身，就辨证思维而言殊难索解。为此历代伤寒注家均曾作过探讨。张隐庵主张脾胃分病说，云：“此释上文之义，而申明助脾调胃之不同也。大汗出而渴者，乃津液之不能上输，用五苓散主之以助脾；不渴者，津液犹得上达，但调中和胃可也，茯苓甘草汤主之”。问题是五苓散证，如果讲成单纯膀胱蓄水的话，与“脾”何涉？如果视为三焦气化不利蓄水的话，其“渴”又何止涉脾？程郊倩提出阳水阴水说，云：“观厥阴条，厥而心下悸者，用茯苓甘草汤治水，是知此条之渴与不渴，有阳水阴水之别。”意为五苓散证属“热蓄膀胱”，故为阳水而渴。然而，一般说来，水证之渴，与“热”关系不大。五苓散证虽有“微热”，但属表热，不会致渴。至于“热蓄膀胱”，更属臆谈。试问五苓散乃温阳行水之方，何以能治“热蓄”？

《伤寒论讲义》释云：“外感病，水蓄下焦，气化不行，水不化律，津不上承。故见口渴；其水饮停于中焦，水律尚能敷布，则口不渴”。如此解释，等于未释。试问：“水蓄下焦，气化不行而口渴，难道水停中焦就气化正常？水蓄下焦津不上承而口渴，水停中焦，为何津能上承？可知，此释泛泛而论，未中要害。

本条渴与不渴之理，确关病位，然非在脾病胃病之分，而在上焦中焦之别也。五苓散证属三焦气化不利之蓄水证，下焦水气不化，则小便不利；中焦水气不化，则水入即吐；上焦水气不化，则津液难承口舌必见口渴。而且病涉三焦，脾肾诸经虽旁通于口，亦难输津于上，所以五苓散证之渴较为严重（故又称“消渴”）。茯苓甘草汤证则不然，此证仅单纯的胃内停水，上焦气化尚属正常，即使中焦津难上承，上焦津气亦会输于口舌的，另外，下焦津气亦可旁通经络输于上部。所以，茯苓甘草汤证尽管蓄水，一般不渴。或者说导致口渴的情况极少。或者说即便渴，与五苓散证相比亦微不足道。这就是仲景以口渴与否作为鉴别五苓散证与茯苓甘草汤证的原因所在，更为重要的是提示了“病位”在水气病口渴辨证中的意义，可谓别具匠心。

另外，也给五苓散证确属三焦蓄水，而非单纯的膀胱蓄水的观点，提供了有力的佐证。

## “辛以润之”解析

《内经》云：“肾苦燥，急食辛以润之。”可知，“辛以润之”，是《内经》针对“燥”证提出的具有特殊意义的治则。然而，“辛”味能升能散，性多偏温，何以能润？“辛”润之“燥”有何特殊性？仲景于六经论治中又如何体现“辛以润之”？值得探析。

“辛以润之”属润法之变。在谈变之前，首先要知常。《内经》指出：“燥者濡之”这是针对“燥”证提出的总治则。“燥者”，津液失润也，然失润之燥，又分两途：一是津液亏虚，无以润之；二是津本不虚，难以润之。前者生津滋阴润燥，属“濡之”之常法，而后者则不然，这种难润之燥，是津液分布不均所致，只要消除有津难润的各种因素，使津布正常，达于燥处，则“燥者”自然会“濡之”了。此可谓润法之变。但是，目前对“燥者濡之”的解释，只谈其常，未达其变；只浮于表面，未达其本质。由于理论的曲解，淡化了人们的辨治思维，目前临床上只要见“燥”，则不分青红皂白一律补津而润。如口渴之治，天花粉、沙参、麦冬之类，可谓千篇一律，几无例外。

仲景对渴证辨治的思维就比较全面。不但有生津润燥止渴之常法（加栝萎根、人参等），还体现了“辛以润之”之变法，如蓄水证之“消渴”，治以五苓散温阳化气，宣散水液。俾水精四布，上则消渴解，下则小便利，可谓见“渴”休治“渴”之范例。方中除桂枝辛以通阳，宣化水气外（解表为主），白术一药，不容忽视。邹澍称白术“辛能升散”“用术加术之意，总在使脾气散精，上归于脾，通调水道，下输膀胱而已”。（《本经疏证》）足证白术长于散精布水，是辛以润渴也。临床见苔白而渴者，多为痰阻饮遏使然，白术、半夏等辛散苦泄而达濡润之品，当为首选。

又如不大便一证，多属肠道乏津失于濡润所致，故有麻子仁丸润肠之治。然若由于气结致津液不输肠道而失润便难者（津液分布不均），则“润”肠又另具一法，如230条云：“阳明病，胁下硬满，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”。显然，本证肠道乏津，非因津虚，而是缘于少阳枢机不利，致上焦不通，水道不调，津液难下大肠。故本证之治，不必补津，而着眼于畅气，气调则运津，津输则肠润。肠润则便通，小柴胡汤辛散疏达，通气输津，自然有“上焦得通，津液得下，胃气因和”，大便得润的效果。可谓“辛以润之”的另一格局。

《金匮》温下寒结之大黄附子汤中的细辛，《局方》温通便结之半硫丸中的半夏，近人用治虚寒便秘的白通汤中的葱白，三药之功均在于辛以通气起津润肠而开结，即“辛以润之”也。

“辛”。命以能“润”？李时珍释云：“辛走气，能化液”，可谓一语中的。辛味性散行气，气行则津布，气行则液化。津得以布，液得以化，何患“燥者”不“濡”。

然而须知，上述之五苓散、小柴胡汤等，虽然在特殊情况下（有津难濡），对燥证可起到“濡之”的作用，但决不可因此将这类方称之为润剂。同样道理，类似白术、半夏、细辛、葱白等药，尽管均可“辛以润之”，但亦不可视为滋润之品。相反，此类药正是具有“燥”之性，才会有“润”之功，可谓以“燥”消“燥”也。

## “397法”概念解析

关于“三百九十七法”之说，始自林亿的“伤寒论序”。云：“今行校定张仲景伤寒论十卷，总二十二篇，证外合三百九十七法。”此说是不切实际的。然历代注家，不考其实，沿习已久。

明初医家王履曾就此说提出疑问，云：“及考成无已注本，则所谓三百九十七法者，茫然不知所在。于是询诸医流，亦不过熟诵此句而已，欲其条分缕析，以实其数，则未遇其人”。所以，于《医经溯洄集》中，特作“伤寒三百九十七法辨”。煞费苦心，“反复而推导之”，结果“多方求合而莫之遂”。于是指出：“纵使三百九十七法之言，不出于林亿等，而出于亿之前，亦不足用”。惜之，王氏之考证，未能引起后人的重视。

自方有执倡导“错简说”以来，治伤寒学者，多以六经病及霍乱、阴阳差后劳复病篇的三百九十七条为主要内容。这样，本来不切实际的“三百九十七法”之说，又生硬地与三百九十七条牵扯在一起了，甚至产生了“句句皆法”的说法。使之此说愈加违反科学。但至今仍有倡言者，值得一议。

首先，这种说法不符合《伤寒论》的客观实际。因为《伤寒论》的三百九十七条，并非条条皆可作法，也不可能条条皆可作法。《伤寒论》是伟大的，但却不可能条条都是正确的。其次，这种说法本身就违反思维逻辑，无限扩大了“法”的概念。中医的“法”，大致来说，应指辨证论治，遣方用药等方面的一些规则。如辩证法则、治疗法则、组方法则等。显然，将“条”与“法”等同起来是不妥当的。不但惟此，现代在关于伤寒学说治法方药的研究文章中，“法”的滥用现象也是存在的。以麻黄汤为例，药仅四味，就分别有列入“发汗法”者、“宣肺法”者、“平喘法”畚、“止咳法”者。其实从《伤寒论》原文来考证，麻黄汤只属“发汗法”者。余者皆是牵强。无论从医理上，还是在逻辑上，都不能称之为“法”。之所以产生这种诸多的“法”，一是没有尊重原著本义而任意发浑，二是混淆了整个方的组方法则与方中某一药功效的界限。正象“三百九十七法”之说一样，不讲逻辑，滥用了“法”的概念。

## “必苦里急”解析

急，《增韵》“迫也”。为拘迫挛急之状。如四逆汤证的“四肢拘急”，烧祥散证的“膝胫拘急”即是。蓄血证又有“少腹急结”（106条）。蓄水证亦有“小便少者，必苦里急”（127）。二证病位均在少腹，结合临床分析，“急”的涵义却迥然有别。

蓄血证之“少腹急结”，“急”，指少腹局部的肌肉拘挛不舒，是“太阳随经，瘀热在里”之故，反映了经脉病变的特点。“结”，言少腹局部的肌肉板结硬痛，是瘀血结于下焦的症候。可见，“急结”一症，是以少腹局部切诊的病变特征为重点。

蓄水证之“必苦里急”则不然。饮水多而小便少，水停膀胱，其“里急”是少腹满不适，欲小便不得的情“急”而已。可见，“急”，反映了病家的神情窘迫之状。因为本证之“急”，非蓄血证少腹局部拘挛板结硬痛可比，故不称“少腹”急，而但称“里”急。从“里”宇体会，情急之意尽在不言之中，窘迫之状跃然纸上。因此，蓄血证之“少腹急结”与蓄水证之“必苦里急”，尽管病位相同，言“急”亦同，但从临床的角度讲，因其病机有别，故“急”的症状涵义各异也。

## “解肌”涵义解析

《伤寒论》第16条桂枝汤禁例云：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热，汗不出者，不可与之也。”关于桂枝汤之用，仲景有“发汗”之称，也有“攻表”之说，前者属泛指，后者示里虚之误治。唯独于本条作为禁例强调“解肌”，显然目的在于说明桂枝汤之用有别于麻黄汤，所“别”即在于一“肌”字矣。何为“解肌”？注家言之不详，教材笼统而解，大多泛释云：指对有汗出表证的治疗。这种解释，忽视了“肌”宇的本意，曲解了仲景关于“解肌”的奥旨。并由此淡化了桂枝汤的组方施治特点，模糊了桂枝汤与麻黄汤的原则区别。

我们通常统称“肌表”，若详分之，“肌”与“表”又有所别。《素问·五脏生成》论五脏所合，有“肺之合皮”与“脾之合肉”之分，《素问·痹论》论五脏之痹，又有“肌痹”与“皮痹”之别，由此可证，肌（肉）与表（皮）的脏腑所主及部位层次是有深浅之差别的。一言以蔽之，“肌”，表皮之里也。卫主外，营主内。卫充皮肤而司开合，营行肌内而濡筋肉，本身亦体现内外深浅之别。桂枝汤证为“营弱卫强”，病涉营阴，故称“阴弱者汗自出”。方中芍药、大枣益阴气而治“营弱”，非若麻黄汤只开皮腠发表汗者可比。这就是“桂枝本为解肌”的涵义所在。柯韵伯说：“解肌者，解肌肉之汗也，内肤之汗自出，故不用麻黄”。称“内肤”，即皮肤之内也。皮肤之内，即肌肉也。营弱于此，汗出肌肉，故称“解肌肉之汗也”。殊近“解肌”之本意。总之，应从病位层次（肌深）、病理特点（营弱）、病症特征（汗出）、方药主治（益阴）等多方面来体会“解肌”之义，方不失仲景用心。

## 解渴通便话升降

仲景对《内经》升降出入学说的运用，不但于常规证治中尽阐其理，而且在特殊情况下（变法）也运用自如。以解渴通便为例，浅谈如下。

先谈由降达升解口渴。凡言口渴，总是津液乏亏，故多治以补津止渴，热性病中尤其如此。然而口渴仅指口中乏津失润，而导致口中乏津失润的因素却是多方面的。因津乏致渴的病机，除总体津亏、无津可输、连累口舌外，另有总体津本不亏，却因各种因素，如气滞不升、阳虚不化、痰饮内阻等，导致津气有降无升，虽有津却难以上承口舌，从而造成口舌局部乏津口渴的现象。对于这种口渴，显然其治应着眼于消除阻止津气上升的因素。具体说来，即着眼于津气升降的调节。升降正常，津气上达，口渴则迎刃而解。

如何升津，就要从本求治，不能象太阳病项背强几几那样，单纯的直接用葛根升提津气。而是因于气滞者，理气宣津；因于阳虚者，温阳化津；因于痰水者，化痰输津，在治本止渴的过程，尤要重视气机升降的调节。例如水饮之渴，重在治水，衍治水之道，一升一降。升者，开鬼门；降者，洁净腑。升者，自然水气上宣外达，口渴必止。而降者止渴的道理何在？实际是由降达升而已。具体过程是：水邪消降——气化复常——升降自如——津气上承——口渴自止。仲景五苓散消渴之治，即寓示了这种升降的机转。

五苓散证有小便不利和消渴两大主症，均属三焦气化失职、水气升降失常所致。三焦气滞不升，则津气难以上承，故消渴。三焦气滞不降，则水气难以下渗，故小便不利。五苓散化气行水，主以淡渗，洁净腑而去水邪，故方后注说：“小便利则愈。”津气下通而上达，所以本证本方之治，不补津而达润，不升津而止渴，由降达升，可谓深谙升降之旨，曲尽升降之妙。

再谈由升达降通大便。仲景论治便秘，有属热结者，有属津亏者。前者多以通下为治，如承气汤类；后者多以润下为治，如麻子仁丸类。无论通下或润下，大法总以降为原则，此乃通便之常法。然而除此之外，仲景还给我们提示了以升达降通便结的治例。如“阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白胎（苔）者，可与小柴胡汤……。”本证病机主在少阳，舌上白胎为辨证眼目。苔白，说明非属阳明热结；有苔，又说明非是阴津亏乏。结合胁下硬满及呕，知是少阳枢机不利，导致气津升降失常；气津升降失常，导致肠道津液亏乏；肠道津液亏乏，不大便自然难免。仲景惟恐人们难以理解这种由升达降的通便变法，特意自注说：“上焦得通，津液得下，胃气因和，身澉然汗出而解。”王孟英对柴胡汤升降之功颇有体会，他说：“疏通其气机，微助其升降，如小柴胡汤，以柴胡升于左，黄芩降于右，半夏助升降阴阳之力”。

凡属津液失布而导致的便秘，常与气机结滞，升降失常互为因果，所以，前人谓“气为水母”。这种便秘，自然不能一味通便，应着眼于调节气机升降，气升则津降，津降则肠润，大便自然易行。后世用四逆散治气结便秘，用补中益气汤治气虚便秘，其证治的理论根源均未出子仲景之右。

宋代史载之仅用一味紫菀治愈蔡京便秘宿疾，是由升达降通泻大便的另一范例，即宣提肺气，以降大肠，所谓“提壶揭盖”者是也。体现了脏腑相合辨证论治的整体观。

欲降先升，以升达降，或欲升先降，以降达升，只是升降学说运用于证治中的特殊情况，亦即变法。特别在欲升而不升，欲降而不降的情况下，就要考虑病结所在，变通升降之常法。例如紫菀通便，并非所有便秘，皆可用之，必须在便虽结于大肠，病却涉于肺气的特殊病理情况下，此时肺气不宣，通调失职，大肠难降，紫菀正应其治，尽管这种病理及升降之治，颇为少见，但能在见秘即下的习俗中，另辟一径。若非得仲景心法，必难至此。

## 汗出厥愈谈出入

伤寒之病，病表则当发汗，厥寒必须温煦，均反应了外感发病与治疗的常规辨治思维特征。若探析其机理，发汗是由津泄，津泄缘于阳通；厥寒多属阳虚，阳虚无以温外。可见，无论汗出还是厥寒，总与机体阳气内外出入之机转密切相关。以上所论，是气机出入之常，有常则有变。下面仍以汗出与厥寒为例，讨论一下气机出入的变法。

### 不汗而汗解表邪

汗出有两大要素，即阳气和津液。津液在阳气的鼓动下，由体内升腾出表，始有汗出。据此，祖国医学对寒邪闭表，卫阳郁遏的外感表证，以辛温发散药物宣通阳气，鼓动津液，开泄玄府，作汗驱邪。然而在某种特殊病理情况下，如邪气内结，或阴精内虚，常会汗而不汗。此时可根据表里气机出入的整体观，采取不汗面汗之治法，或开泄内结，疏通阳气，使之由内达外；或滋补阴精，鼓动正气，使之正复而外通。

前者如桂枝去桂加茯苓白术汤证治，本证“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗。”这种汗而不汗的现象必有缘由，通过“心下满微痛，小便不利，”得知其缘在于水饮内结心下，气机中枢穷废，阳气内外出入不能，津液上达下渗不通，故虽“服桂枝汤”，却汗而不汗。水闭气机，是本证之要，其治必以开散水结为主，故本方主以芍药之泄，白术之散，茯苓之降，只求水结一开，枢机活泼，阳气外通，律气升达，上则汗自出，下则小便利。汗出则表解，便利则水祛。即所谓“里气得通，邪气还表”（吴又可语）。所以，陈修园说：“此时须利水法中，大有转旋之妙用，而发汗亦在其中。”主旨虽不以发汗为治，却收到不汗而汗的结果。仲景惟恐人们不识这种颇为反常的治疗旨义，故特标明“去桂”。惜之即使如此，人多不解，竟由此引起后世去此留彼、喋喋不休的争论，实为可叹也。另外，服小柴胡汤、柴胡桂枝汤的“汗出而解”，亦均反应了这种通里还表、不汗而汗的机理。

小建中汤证治，则属阴精内虚不汗而汗者。原文说：“伤寒二三日，心中悸而不烦者，小建中汤主之。”《医宗金鉴》注云：“伤寒二三日，未经汗下，即心悸而烦，必其人中气素虚，虽有表证，亦不可汗之。盖心悸阳已微，心烦阴已弱，故小建中汤先建其中，兼调营卫也。”所以，后人称此方治为扶正托邪、寓汗于补。可知，本方虽冠“建中”，却有不汗而汗之寓意在其中，中枢得建，阴精得补，宣通出入，故可汗也。

### 2. 不温而温除厥逆

四肢厥寒，一般说来，是阳虚内寒失于温煦所致，故仲景创四逆汤类方，“寒者热之”，以温复厥，此为治厥之常。然而厥阴病理为阴阳气不相顺接，造成不相顺接的机制，又有虚实二途：虚者，阳气虚衰，无以温煦于外；实者，阳气郁遏，不能通达于外。显然实者属阳气的功能性病变，非无阳以温，是有阳难温。究其所难之缘，在于阳气出入之机失常。所以，类似这种厥逆，其治不在温，而在通。即着眼于消除阻止阳气内外出入的各种因素，只有升降出入正常，阳气就会由里达表，厥寒自复。如痰厥之瓜蒂散证、气厥之四逆散证，均寓示这种机理。以四逆散为例，本证为气陷内滞，使阳气内而不外，厥寒由生，故方以柴胡枢转气机、宜达阳气；芍药苦泄内结、开通滞气；枳实善于破滞畅行气机；甘草调中以顺接内外之气。俾气机得以通畅，阳气出入有常，不温而温，厥寒得除。诚如《医宗金鉴》说：“凡少阴四逆，虽阴盛不能外温，然亦有阳为阴郁，不行宣达，而令四肢逆冷者。但四逆而无诸寒热证，是既无可温之寒，又无可下之热，惟宜疏畅其阳，故可用四逆散主之。”

虽然气机出入之治，变化多端，奥妙无穷，但医理则一，即必须以升降出入学说的整体观为准绳，不汗而汗解表证，不温而温除厥寒，均证明了这一点。仲景对《内经》升降出入学说的巧思妙用，不但通过临证发展与证实了这一学说，同时也为后世树立了典范。

## 小便症的常变辨证思维

小便症是《伤寒论》之常见症论涉五十条，内容有：小便不利、小便复利、小便难、小便数、小便色白及尿如皂夹汁状等。历代注家对此症均较重视，近代亦有专论。下面从常与变的辨证思维探析此症。

### 1. 阳虚与小便的常变辨证

人体的水液代谢赖于阳气的蒸化宣运。小便是水液代谢的产物，其排泄当亦赖于阳气之蒸化。《内经》所说的“气化则能出”即是此意。所以，阳虚气化失司，水液代谢失常，最易产生小便不利之症。反之，从小便不利症的出现，则可推测出机体阳衰水停的病机。这是一般的常规辨证思维。例如脾阳不足水结中焦的桂枝去桂加茯苓白术汤证，及肾阳虚衰水气泛滥的真武汤证，其小便不利均为极有辨证意义的症状。总之，阳气、水液、小便三者之间的生理关系是：阳气→蒸化水液→小便通利；病理关系是：阳虚→失于气化→小便不利。三者之间的这种关系，即是仲景于方证中所揭示的小便症产生的一般规律及常规辨证思维方法。

《伤寒论》以重视述变为特点，提示知常达变。所以，仲景在同一阳虚病机的基础上，除了阐述阳虚导致小便不利之外，又论述了阳虚可导致小便复利（小便不禁）之变。如原文377条：“呕而脉弱，小便复利……四逆汤主之”。原文389条：“既吐且利，小便复利……四逆汤主之。”所谓“复利”，是小便淋漓不禁。小便复利之机理，以阳虚程度言之，多是阳虚较甚。成无己曰：“小便复利而大汗出，津液不禁，阳气大虚也。”以脏腑病位言之，多是病涉肾阳。肾主二便，肾阳衰微，失于固摄，关门不约，则小便失禁，程郊倩曰：“小便复利，少阴寒也。”可见，阳气一般性虚衰，则多表现为气化失司，症见小便不利；若阳气进而大衰（尤涉肾阳），则多表现为固摄失约，反见小便复利。所以就症状而言，同现小便之症，却有不利与复利之异；就病理而言，同属阳气虚衰，却有程度轻重之别。然在小便的不利、复利及阳虚程度的轻与重上，却提示了小便一症辨证的常法与变法

### 2. 阳亢与小便的常变辨证

以遗溺言之，阳虚失于固摄每多常见，是否也有因阳亢热盛而导致的遗溺症之变呢？原文219条：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，而垢，谵语，遗尿。……若自汗出者，白虎汤主之。”本证之遗尿，即小便遗淋不禁。此乃阳亢热盛，三阳合病中太阳之见症，程郊倩曰：“太阳之合，则见遗尿证，膀胱热而不守也。”寒易失于固摄，热亦可“不守”。只是后者临证少见，属于变症而已。

以小便不利言之，亢阳灼津，此乃病理之常。若惟言病理，则又常中有变，即阳亢之病未必尽见津亏小便难之症。湿热相合、水热互结之小便难，亦可见之。则说明阳亢热盛病中，小便不利之机制有常变之别。辨证自当知常达变。仲景对小便不利不但提示常变，并分出虚实。如阳亢实热茵陈蒿汤证的小便不利，及阳亢虚热猪苓汤证的小便不利。就亢阳灼津而言，阳亢热盛反致水病；从阳气化津来看，有阳反失去蒸化，确有悖医理之常。其道理，犹如《内经》中之“少火生气，壮火食气”一样。无论实热或虚热，虽性质属阳，然非生理之火，乃病理之火。亢阳邪热在特定病理清况下，既未灼津耗液，亦难化气行水，于是形成这种湿热互结或水热互结的变态病理状况。

综上所述，实际是阳亢→水液内耗、或内停→小便不利病理过程中的两种不同的机转，只不过有常变之分罢了。所以，从见症而言，阳亢有小便不禁之变证；从病理而言，阳亢亦有不能化水之变态。

### 3. 膀胱与小便的常变辨证

《灵枢·本输》云：“膀胱者，津液之腑也。”这就提示：其一，不要把膀胱视为单纯的蓄存与排泄尿液的器官。其二，不要把膀胱所蓄之水液视为单纯的尿液。这是中医对膀胱及其功能的独特认识。切勿抛弃中医的这种具有整体优势的特点，囿于现代医学关于膀胱的生理功能，而曲解中医膀胱主司小便的概念。

关于膀胱与小便，仲景所提示的不只是一种，而是常与变两种辨证思维。一是膀胱主司小便，然小便又不尽关乎膀胱，与整个机体密切相关。二是膀胱非专排泄尿液，而是机体水液代谢的环节之一。

以脏言之，肺脾肾三脏都与小便相关。肺脏通调水道，不输膀胱；肾脏主水，司理二便；脾脏主湿，升清降浊。任何一脏功能失常，或整体功能失常，水液代谢必然紊乱，此时即使膀胱本腑无病，其小便亦难通利正常。《灵抠·邪气脏腑病形》：“三焦病者，腹气满，小腹尤坚，不得小便，窘急……”就是例证，《伤寒论》中之外寒内饮的小青龙汤证，其小便不利，则属肺失肃降，水道通调失职，难以下输膀胱所致。上源不流，下水难畅，膀胱本腑未必有病。如水结中焦之苓桂术甘汤证，其小便不利则属脾阳不足，失于运化，水液难以下输所致。又如阳虚水泛之真武汤证，其小便与膀胱本身功能无关，病本在肾。以上三证小便不利，说明小便不离乎膀胱，然又不尽关乎膀胱。这就是小便与膀胱的常变关系。

### 4. 水液与小便的常变辨证

讲小便就离不开水液，水液过多或过少，均可导致小便异常。然而，水液与小便二者之间的生理病理，不是单一的，而是有主次、先后、因果的关系。在辨证思维上，又有常法与变法。

首先淡谈水饮病与小便不利的常变辨证思维。水饮是病，小便不利是症。一般说来，水饮为病是前因，小便不利属后果，这是病理之常。水气内结，气化不利，难以下输膀胱，常致小便不利。如五苓散证，属三焦膀胱气化不利，水饮内蓄，小便不利是其主症。

若从变法言之，小便不利也可致水饮为病，且不限于膀胱蓄水证。也就是说，因果关系颠倒过来了。小便是机体排泄水液的主要途径，膀胱功能如何，小便排多排少，会直接影响机体水液的蓄泄。若小便不利，应泄之水不得出，则易致水饮内停。这种反常病理与体质关系较大。平素气化功能低下，小便较少，体内存在生成水饮的因素，一旦寒湿外侵，内外合邪，易发水饮病。如阳虚水泛的真武汤证，发病之前每见小便不甚畅利的现象。

总之，水饮为病与小便不利，其于发病标本因果关系的辨、证，既有常规，亦有变法，不可执一而论。

津液亏乏与小便的辨证亦有常变。小便源于津液，所以，津亏液少，则多见小便涩少。如原文111条：“太阳病中风，以火劫发汗……两阳相熏灼……阴虚小便难。”即属此类。

须知阳明病虽有“须小便利，屎定硬”的辨证，但如果胃家实发展到急下存阴的程度，还去凿求须“小便利”，则无疑是刻舟求剑。因为此时非但小便短少，甚至会发展到不尿的危险境地。所以，在热性病中，小便通利与否，常是辨识机体津液存亡的标志，故111条“阴虚小便难”，其于后则指出“小便利者，其人可治”。这就是阴津亏乏与小便的常规辨证，

反之，亦有变法，即小便过多，也会耗损阴津而致津液亏虚。如原文233条：“阳明病，自汗出；若发汗，小便自利者，此为津液内竭，虽硬不可攻之，当须自欲大便，宜蜜煎导而通之”。显然，造成大肠乏津便硬的原因有二：一是发汗伤津，属治变之因素。一是小便自利伤津，津液偏渗膀胱，属体质之因素。两种伤津因素相合，于是导致大肠“津液内竭”而便硬。

可见病理机制反过来了，小便过利是前因，津亏便秘是后果。这种情况尽管少见，但却提示了一种津亏与小便的变通的辨证思维。

本文以常变观为出点，从阳虚、阳亢、膀胱、水液诸方而与小便的种种关系，论述了《伤寒论》小便的生理、病理、症状及治法的常变辩证思维问题。所谓常变辩证思维，实际体现了一种两分法的辨证思维。仲景关于小便症的论述，生动体现寓示了这种辨证思维方法。提示要从小便与阴阳、小便与脏腑、小便与水液的复杂关系上探析其奥妙所在，这就是常与变的辨证思维，

## 烦躁症的辨治及其概念

烦躁，是《伤寒论》中的重要症状之一，历代注家多有阐述，近时医家亦有专论。然笔者以为，从仲景对此症的辨证思维而言，仍有在理论及证治上进一步探讨之必要。

烦躁，是烦与躁的合称。烦，是一种自觉症，自觉心中扰乱不安、郁闷懊憹。躁，是一种他觉症，可见患者神志昏乱、扬手掷足等扰动现象。可知，烦轻躁重，临证以烦为多见。世人习惯统称烦躁，（仲景亦是）然须知统言烦躁者，一般指烦而言；只有单提躁时，方指神志错乱，手足躁扰之症。

以病理言之，凡烦躁者总与“阳热”相关。诚如柯韵伯所云：“合而言之，烦躁为热也。”阴寒之烦，间或有之，然多属邪扰使然。

六经病皆见烦躁症，三阳病之烦躁，多是阳热亢奋与邪交争或阳气内郁扰及心神所致。三阴病之烦躁，多是阴寒内盛、虚阳浮越或阳气回复、阴证转阳。前者主病危，如“少阴病……复烦躁不得卧寐者死”（300条）。后者示病愈，如“伤寒系在太阴”之“虽暴烦下利日数十行，必自止”（278条）。总之，烦躁多是阳热使然，但从辨证思维说来，又须一分为二视之，即虽属阳热，却有阴阳之分、虚实之别。

### 1. 烦躁的辨洽

（1）阳盛烦躁

多见于三阳病中。阳盛则烦，阳极则躁。

①阳邪亢奋：二阳合明，阳热最盛，且阳明经又上络于心，邪热扰心而发烦躁。故烦躁是阳明病常见症之一。如白虎加人参汤证的“大烦渴不解"（26条）“口躁渴心烦”（173条）等。陈修园释云：“胃络上通于心，故大烦。”又如调胃承气汤证之“不吐不下心烦”（212条），小承气汤证之“烦躁心下硬”（253条），大承气汤证之“心中懊憹而烦”（240条）。若阳明热极，不但发烦，且易见躁。如“若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安“（217条）”成无己称此证为“热大甚于内，”亦即热极则躁也。

阳盛也好，阳极也罢，泻热邪即所以止烦躁。白虎清无形之热邪于表里内外，承气泻有形之热结于胃肠之中，热祛则烦自止也。

②阳热内郁：多种因素均可致热郁之烦。以病邪而言，寒闭与水阻；以病机而言，治陷与气结。约而论之，《伤寒论》中阳郁之烦躁有四。其一，寒闭之烦躁。寒邪闭表过重，卫阳郁遏于内，于是症见烦躁。如大青龙汤证之“不汗出而烦躁”（38条）即属于此。尤在泾称其机理为“表不得通则闭热于经。”烦缘表闭，故重用麻黄以开表，表开则阳泄，阳泄则烦除。若内郁之阳仍不得解，则“其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。”烦躁不解于药汗，而解于红汗，“所以然者，阳气重故也。”烦躁属里症，表证见之，显示了邪已化热，病将内陷的机转，提示了一种辨证传变的思维。

其二，水阻之烦。水痰内结，阻遏阳气，也可生烦。如五苓散证之“六七日不解而烦”及瓜蒂散证之“心下满而烦”即是。痰水之烦躁，属于变症，故治当“伏其所主，”不必治烦，重在治水。水痰一祛，烦躁自止。所以，五苓散中虽“烦”而仍用桂枝。说明了阳郁之烦与阳亢之烦有所区别。提示了一种鉴别病机的辨证思维。五苓散之治，偏于渗利；瓜蒂散之治，主在涌吐。无论是渗利或是涌吐，阳气内外宣达而烦躁自止是其共同的结果，可谓途殊而归同也。

其三，内陷之烦。汗吐下致使表热内陷，扰及心神而生烦激。如“发汗、吐下后，虚烦不得眼”的栀子豉汤证。成无已注云：“发汗吐下后，邪热乘虚客于胸中，谓之虚烦者，热也，胸中烦热，郁闷而不得发散者是也。”本证“烦”是主症，热是病机，故治栀子苦寒以降热，豆豉辛凉以散郁，苦辛相合，降散并举，热清烦除。

其四，气结之烦。火阳为病，枢机不利，阳气不宣，郁而生烦。唐容川称之为“火不得外发，则返子心包，是以心烦。”所以，“烦”是少阳为病的常见证。如小柴胡汤证之“心烦喜呕”（98条），大柴胡汤证之“郁郁微烦”（106条），柴胡加龙骨牡蛎汤证之“胸满烦惊”（110条），柴胡桂枝干姜汤证之“心烦”（152条）等均是。烦因于气结阳郁，气机畅达，则烦必止。故治以柴胡升散疏达半表，黄苓清泻疏达半里，枢机得利，阳气宣达，心烦亦除。

（2）阳虚烦躁

凡烦躁多与阳热有关，然“热”又分虚实，阳虚之烦，则属虚“热”。以脏腑分类，有心阳虚烦躁与肾阳虚烦躁。

①心阳虚之烦躁：多见病发太阳，火劫迫汗，损及心阳，动揺心神所致。如“火逆下之，因烧针烦躁者”的桂枝甘草龙骨牡蛎汤证（122条），更有“火迫劫之，亡阳，必惊狂，卧起不安”的桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证。尤在泾释云：“亡阳者，火气通于心，神被火迫而不守，与发汗亡阳者不同，发汗者，摇其精，被火者，动其神，所以，治以桂甘助心阳，龙牡镇心神。因非真阳外亡，故无须姜附，桂甘即可。以甘辛相合，阳气乃生，此为益心之法也。

②肾阳虚之烦躁：多见于太阳误治损及肾阳，或少阴发病虚阳上浮。喻嘉言称之为“阴求侣不得，所谓阴躁者也。”虽名曰“阴躁，”实为肾阳极虚，阴阳相离，虚阳上浮，扰乱心神所致。故肾阳虚之烦躁，因病涉元阳，其证多属危候，仲景常称之为“死”证。如“少阴病，吐利烦躁四逆者，死”（296条），“下利厥逆，躁不得卧者，死”（344）。此时当重用干姜附子急急回阳，切勿拘于常规，惑于烦躁属阳热之表面现象，而治之以寒。历代医家于此十分重视，如李东垣云：“阴躁之极，故欲坐井中，是阳已先亡，医犹不悟，复认为热，重以寒药投之，其死何疑语”

阳虚烦躁，有其特点，多“昼日烦躁不得眠，夜而安静”（61）。这是因为，阳主于昼，虚阳得天阳之助，奋而抗邪。阴主于夜，虚阳无助而难于抗争，故尔，昼烦夜安，提示了一种烦躁虚实的辨证思维。

（3）阴虚烦嫌

火热生烦，不但责之于阳，也可责之于阴。因为“阴虚生内热”也。阴虚烦躁，主要见于少阴热化证，病理是心肾不交，火水失调。如“心中烦，不得卧”的黄连阿胶汤证即是。烦躁虽生子“心”，病本却责之于“肾”。故治以胶、芍、鸡子黄滋养下焦之真阴，黄连、贫芩清泻上焦之心火，则火水既济，心烦自祛。另有阴虚水结之烦的猪苓汤证及阴虚咽痛之烦的猪肤汤证等。

（4）阴阳俱虚烦躁

阴阳俱虚，昼夜俱烦。与阴虚之“心中烦（夜）不得卧”及阳虚之“昼日烦躁不得眠”不同。

阴阳俱虚生烦，有治变与素体两种不同情况。前者如“发汗若下之，病乃不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之”（69条）。成无已注云：“发汗外虚阳气，下之内虚阴气，阴阳俱虚，邪毒不解，故生烦躁。”所以，方用四逆回阳气，人参生阴气，茯苓保心气，以回阳益阴、宁心除烦。本证因属治变，病情较急，烦躁较重，又有平素中气不足，营卫不继，阴阳俱虚，证见“心中悸而烦”的小建中汤证。此方用桂甘辛甘化阳，芍甘苦甘化阴，君怡糖甘温建中，使姜枣调中和爾，以求中气充足，阴阳自和，烦除悸定。所以，柯韵伯说：“离中真水不藏，故悸；离中真火不足，故烦。非辛温以助阳，酸苦以维阴，则中气亡矣。

《伤寒论》中关于烦躁症的辨证论治基本上可分上述四种情况，从中可以着出，无论阴阳之或虚或实，从病性的辨证思维来说，总与“阳热”相关，从病位的辨证思维来说，总与“心神”相关。

### 2. 烦躁与躁烦

无论是三阳病，或是三阴病，无论是阳证烦躁，或是阴证烦躁，总是烦轻躁重，烦极则躁。烦与躁其概念以及程度总有差别。然而，须要指出的是，《伤寒论》中的“烦躁”与“躁烦”并无差别。后世注家总是认为“躁烦”比“烦躁”危重，且习习相因，凿求以别。甚至于烦和躁的位置先后上大作文章。如柯韵伯就提出：“所谓烦躁者，谓先烦渐至躁也；所谓躁烦者，谓先发躁而迤逦复烦也”。这是脱离实际的，文字穿凿，不足为凭。又有据“少阴病，吐利躁烦四逆者，死”（296条）及“少阴病吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之”（309条）两条，认为一云死证，一去可治，所以“烦躁较轻，躁烦较重”。这实属求深反凿，因为296条是少阴阴盛阳脱之危证，其“躁烦”的特点是时有手足躁动、烦乱不安，但必伴神志不清、身倦息微，脉微欲绝等症。而309条是胃寒生浊，列入少阴病篇且冠以“少阴病”，但却非少阴本病，而是为了与少阴阳亡之吐利烦躁鉴别辨证。所以，309条之“烦躁”是吐利交作而致，其特点是神志清醒，欲吐不吐，喊叫不已，难受砍死。二者病本相异，病位各别，虚实不同。辨证不求其本，脱离临床，偏偏在烦与躁的孰先轨后上大作文章，这是一种形而上学的思维。是中医辨证法的反对，也是对仲景烦躁症辨证思维的反对。

“烦躁”与“躁烦”，在《伤寒论》中没有特别用心的分类，因此，二者不存在轻重之分。综观六经病，“烦躁”亦见于死证。如300条“烦躁不得卧寐者，死”。343条“烦躁，灸厥阴，厥不还者，死”。137条“结胸证悉具，烦躁者亦死。”相反，《伤寒论》共五处云“躁烦”者，除296条是死证外，余者均非言“死”。如第4条“若躁烦，脉数急者，为传也”。269条“伤寒无大热，其人躁烦者，此阳去入阴故也”等等。可见，“烦躁”与“躁烦”，按仲景之本意而言实无强求区别之必要。

治伤寒学，应该遵重原文，避免臆猜假说；应该注重结合临床实际验证，避免文字穿凿。一句话，应该按照张仲景的辨证思维去探索张仲景的学术思想。烦躁症如是，其他亦如是。

## 呕吐症的辨证及其治疗

《伤寒认》全书于六十五条中记述了呕吐证治的内容。呕者，声物俱出；吐者，有物无声。二者既然表现不同，其病理亦必然有异。成无己言其大概云：“伤寒呕有责于热者，有责于寒者；至于吐家悉言虚冷也”。呕吐病位在胃，病机是胃气上逆。然而，导致胃气上逆的病因却是复杂的。因此，呕吐一症，貌似平常，但临证要做到辨析详透，用药恰切，却大非易事。

### 1. 综析病因病机

综观六十余条中的呕吐症，探求其病因病机，大致有以下几个方面：

（1）胆气犯胃 足少阳胆，秉肝之气，主持枢机，性喜疏泄。阳气内外通达，气机上下升降，有赖于此。邪犯少阳，枢机不利，疏泄失常，胆气犯胃，致胃气不降，则逆而作呕。第99条所谓：“邪高痛下，故使呕也”，即属此类。尤在泾云：“邪高谓病所来处，痛下谓病所结处。”尤氏要言不繁，从病因到病机至症候，一释无余。这也是呕吐一症为什么属于少阳病主症的缘由所在。仲景云：“呕而发热者，柴胡汤证具”（154条）。联系以上所析，对此条“具”的涵义，则一目了然。论中98、106、107、151、154、170、233、267诸条之呕吐，其病机皆属胆气犯胃。

（2）胃寒气逆 胃本为阳土，其气以通为用，以降为和，寒邪犯胃，寒性收引，与胃府本性相悖，悖则不顺，不顺则逆而作呕。故《伤寒论》三阴病无有例外均具呕吐症。太阴脾阳虚衰，寒湿内盛，则“腹满而吐”（273条）；少阴心肾阳虚，阴寒气逆，“法当咽痛而复吐利”。（283条）；厥阴肝寒犯胃，浊阴上逆，故“干呕，吐涎沫”。（377条）尽管三阴病均有呕吐，然就病机而言，同中有异，当细心揣摩。此外三阴病呕吐有其特点：一则多吐利交作；二则多吐痰涎；三则呕吐剧烈易于吐蛔，三者皆体现了寒邪为病的特征。

（3）浊热犯胃 热为阳邪，性本弛张，本不当阻滞气机。但若与胃肠中宿食糟粕相结，则又当别论。所以，太阳、少阳误治或失治，热邪传入胃腑，与宿食糟粕相结，则气滞不行，胃失和降，逆而作呕。如190条：“伤寒发热无汗，呕不能食，而反汗出澉澉然者。是转属阳明也”。即属浊热犯胃之呕，热呕还有另外一种情况，即胸膈郁热波及胃腑，气逆作呕，此尽管非热结扬胃，但因热性炎上，且胸膈邻胃之上口，故可导致胃气上逆。病本在膈，病标在胃，故多随证治之。78条：“若呕者，栀子生姜豉汤主之，可见，热呕虽为热邪犯胃，但又有轻重之别，标本之异。这种同中之异，若不深究而通论之，乃粗工所为也。

（4）水饮内阻 水饮非阳不化，所以一旦阳虚失于温化，水饮留聚胃捬，则胃气失和，逆而作呕。如40、74、100、157、324诸条之呕吐，其病机盖属于此。水饮内阻之呕的特点有二：一则渴而饮水则呕；二则“水入即吐”，即吐水。这是因为胃内停水，气不化津，津不上承，故渴；因渴而饮，内水则拒而不纳故呕。诚如《金匮要略》所说“先渴却呕者，为水停心下，此属饮家。”简明扼要地揭示了水饮内阻呕吐的临床特点及病机。《伤寒论》则称之为“水逆”（74条），并于100条中专门提示水饮致呕与柴胡证之呕的辨证要点，指出：“本渴饮水而呕者，柴胡不中与也”。一呕吐症，仲师辨证如此详尽，无非示人以规矩耳。

（5）寒热失和 中焦为气机升降出入之枢纽，而寒热之邪又最易在此纠缠，或为相互格拒，或为逆乱不调，二者均可影响胃气和降而上逆作呕。寒热格拒作呕者，如178条：“胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者。”358条：“寒格，更逆吐下，若食入口即吐。”其病机正如《医宗金鉴》所云：“此热邪在胸，寒邪在胃，阴阳之气不得，失其升降之常。”

须知，以上病因病机的综析，只是略举其大旨而已。六经为病，纵横进退，难以概全。我们今天研究的目的，贵在举一反三耳。

### 2. 分析临床特点

因呕吐症之病因病机复杂多端，故其临床表现亦各具特征，此即所谓“有诸内必形诸外。”我们就是通过辨析这些特征；探求病机的实质，这就是所谓“审证求本”。

（1）辨其吐物

呕吐乃胃气上逆，一般说来，胃中之物多伴随气逆而吐出。但不同病机之呕吐，其吐物必不尽同。因此，辨其吐物则可知其胃腑之寒热虚实。就《伤寒论》中所记述的吐物有以下几种：

①吐涎沬 多系浊历上泛而致。症属肝寒犯胃，是厥阴呕吐的特点。如柯韵伯说：“吐惟涎沬，胃寒可知矣。”吴茱萸汤是其主治之方，

②吐蛔 蛔性喜温恶寒，故吐蛔病机多属上热下寒。膈上有热，脾胃有寒，“其蛔因胃底虚寒，浮游于上，故有易吐之势。”（魏念庭）治以乌梅丸，斯方寒温并用，辛苦酸俱备。因蛔虫得酸则静，得辛则伏，遇苦则下，故不治吐而吐自止矣。

③吐水 这是水饮内阻呕吐最为突出的特征。方有执云：“伏饮内作，则外者不得入，盖饮亦水也，以水得水，涌溢而为格拒，所以谓之水逆。”五苓散是其主方，以温阳化气，水精四布，不止吐而吐止，不止渴而渴解。

④吐脓血 热腐则为脓，血热则妄行，故吐脓血多属热证。《伤寒论》中则见于内热素盛，误服桂枝汤发汗的变证，柯韵伯云：“凡热淫于内者，用甘温辛热以助其阳……热势所主，致伤阳络，则吐脓血可必也，所谓桂枝下咽，阳盛则毙者以此。”这里仲景惟示人内热者，禁用辛温，以防变证百出，

⑤干呕 有声无物谓之干呕。仲景记述了三种情况：一是胃虚无物可吐，常见于脾胃虚寒证。如315条少阴病之“干呕烦者”，以及163、317、377诸条之干呕悉属于此。如柯韵伯云：“呕而无物，胃虚可知矣。”二是胸膈有邪波及胃腑，如40条水饮阻肺之干呕，152条饮停胸胁之干呕，及324条“膈上有寒饮干呕者”均属此类。三是表气不和影响胃气上逆。如太阳中风证之“鼻鸣干呕”（12）。后两种仅属标证，或然证，故呕亦轻浅。

（2）观察吐势

病机不同，吐势有缓有急，有轻有重。一般地说，实证之吐，其势多暴急而重；虚证之吐，其势多缓纵而轻。因此，观吐势如何，可知邪气之进退出入，病气之浅深轻重。如小柴胡汤证之“喜呕”，程郊倩云：“不曰呕，而曰喜呕，则非真呕可比。”喜呕，形容心中烦乱满闷，以呕为快，是邪气初入少阳呕吐之特点。若邪气深入，则变为“呕不止”的大柴胡汤证。由“喜呕”至“呕不止”，提示了少阳病由浅入深的传变过程。

此外，尚有呕吐逐渐息止者，这是里气已和的佳象，如386条：“吐利止，而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”然而这只是问题的一方面，亦有病势危重阴竭无物可吐而自止者，如389条霍乱“吐已下断”。张令韶云：“吐已下断者，阴阳气血俱虚，水谷津液俱竭，无有可吐而自己……”。可见，同一呕止，却有病愈与病危两种截然相反的病机。真是辨失毫里，差之千里。

吐势亦有缓急之分，这与病位和病性有关。若食入即吐者，吐势暴急，多属肺上有邪或胃中有热。如324条“饮食入口则吐”，即是“痰涎在胸”所致；358条寒格证则属寒盛于下，格热于上，故饮食不纳面“食入即吐”。王太仆云：“食入即吐，是有火也”。揭示了吐势暴急的病机。若朝食暮吐者，吐势纵缓，多是脾胃虚寒，纳谷不化，积而气滞，久而作逆所致。如124条吐伤胃气的“朝食暮吐”。可见，吐势缓急不同，病机往往相反。所以，辨吐势也是呕吐辨证的一个重要内容，不可轻视。

（3）参辨他症

中医辨证，重视每一症状的辨析，而且更为强调的是整体辨证，这就是中医辨证的整体观。《伤寒论》在这方面为后世树立了楷模。

呕吐作为主症时，只有参合他证而辨，方能切中病机。如呕吐与下利并见，发病急骤，挥霍撩乱者，此属霍乱（381·382）；兼腹满时痛，食不下者，则为太阴病（273）；兼手足厥冷，脉沉微者，则为少阴病（283·387·388），若呕吐与往来寒热，胸胁苦满并见者，则属少阳病（267·98）；兼潮热、便秘、诡语者，则属阳明病（190）。

总之，由于呕吐病情夏杂，只有参合其他症状进行整体辨证，才能全面、系统、准确地分析呕吐的不同病理机制，掌握呕吐在六经发病中的规律。

### 3. 提示临床意义

呕吐症作为六经病中的一个常见症状，有其本身的临床意义。因此，在六经辨证中，有时常以此症作为推测病机，指导治疗的标志。

（1）推测病邪传变 呕吐一症的存在与否，尚可作为判断病邪传变的依据。如“伤寒一日，太阳受之。……颇欲吐……为传也”（4）。“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”。（270）由不呕到颇欲吐，传机已现，示表病传里；伤寒三日，“若能食而不呕”，正能胜邪，示不传三阴。因脾胃为六经病气进退之屏障，而呕与不呕，又是胃气正常与否的标志，故可推测六经病气进退之机转。论中23、179，190诸条均属于此，不一一赘述。

（2）指导证治遣方 呕吐作为方证或鉴别症时，亦可作指导遣方用药的标志。如呕吐是少阳病的主症，故常以此作为运用小柴胡汤的标志，论中有“呕而发热者，小柴胡汤主之”之明训。徐灵胎注“但发热而非往来寒热，则与太阳阳明同，惟呕则少阳所独，故亦用此汤。”从而，体现了中医在辨证中抓主证而审证求本的辨证方法与特征。209条又指出：“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”以呕多，提示少阳未解。仲景治法，“外未解者，当先解外”。所以，强调不可攻下。但这只是概言一般，当知阳明燥结，腑气不通，有时亦可致呕。然与少阳之呕，有主次、常变之别，不可混为一谈，

4. 概论治疗规律

呕吐尽管只是一个症状，但在《伤寒论》中，仍有一定的治疗规律可循。根据其作为主症、兼症、或然症的不同，其治法大、致分为三种类型：

（1）从本而治 这是呕吐作为兼症出现时的治法。如五苓散证、十枣汤证、猪苓汤证、真武汤证之呕吐，其机理均是水气犯胃而致。此时惟在治水，不必止呕，以求气化水行，胃气得和，则不治呕而呕亦必自止，此即谓从本而治。同样，四逆汤证、白通汤证、白通加猪胆汁汤证，虽亦有呕吐，然其立方主旨在于扶阳抑阴，俟其阳气回复，阴寒之气消散，则呕亦自然随之而愈。

（2）标本同治 这是呕吐作为主症时的治法。如少阳病、痞证、寒格证之呕吐，多属标本同治之例。柴胡汤类，既有柴胡、黄芩清解半表半里之邪以治本，又有半夏、生姜和胃降逆以治标；泻心汤类，用干姜、芩连寒热并用、辛开苦降以治本，伍半夏、生姜以治标；寒格证之黄连汤、干姜黄连黄芩人参汤，组方之旨大致如此。呕吐作为主症时，多病主中焦，且吐势较重，非标本同治，则不能速克其病。

（3）随症治之 这是呕吐作为或然症时的治法。如栀子生姜豉汤证，理中汤证、通脉四逆汤证等，均在其主治方剂中，随症加生姜以和胃止呕治其标。

总之，《伤寒论》呕吐症的治疗规律是：属于主症，则多标本同治；属于兼症，则多从本而治；属于或然症，则多随症治之。从而体现了张仲景既严谨而又灵活的辨证论治特点。

## 发热症的机理及其辨证

六经病中涉及发热症的条文达一百二三十条。关于发热的描述，有发热、身热、烦热、恶热、微热、潮热、无大热、及往来寒热等。这些描述的本身，有的只是用词上的差异，不必细究，但也有寓涵着较深的辨证意义。本文从发热、无大热、潮热、往来寒热四个方面分析之。

### 1.发热

《伤寒论》在发病学上是以外感邪气为主因的。感受外邪，阳气内郁，几乎没有不发热的。所以，发热是六经病、尤其是太阳病的主要症状之一。综析六经病发热，主要见于四种情况。

（1）表证。发热一症，最多见于太阳表证。但对于表证发热的机理，各种《讲义》解释不一，大致有三种说法：阳气被郁说、正邪交争说、阳气浮盛说。仔细分析，阳气被郁说解释太阳伤寒证颇为合拍，寒凝闭表，阻遏阳气，阳气郁而不伸，发热势在必然。但解释太阳中风证则不然，因为风性开泄，若再讲成阳气被郁就不太合适了。正邪交争说对于太阳伤寒与中风证都可解的通，但此说太过泛泛，因为凡病无不是正邪交争，里寒证虽不发热，就病机而言也是正邪交争。所以，比较恰切的还是阳气浮盛说。中风也罢，伤寒也罢，只要外邪侵袭，机体阳气浮盛于肌表，以抵御外邪，故尔外症必见发热。这就是仲景所讲的“阳浮者，热自发”。我看用张仲景的话解释表证发热的机理最为妥切。即使里证发热，也是阳热浮盛于外。《内经》讲“有诸内必形诸外”，试问：里热若不是通过经络肌肉透达于外，我们何以能知之热邪壅盛于里呢？

探讨表证发热，还要注意两个问题。—是病型不同，发热程度不一。太阳中风证发热较之伤寒证就轻些，原文称作“翕翕发热”（2条）。翕翕，形容发热之轻柔。究其原因，一者与风性疏泄有关，阳气有外泄之出路，故发热不重。二者与体质较弱有关（中风证又称之为表虚证），卫阳本身不强，所以感邪后其内应亢奋的程度也不甚浮盛，自然发热不重。伤寒表证则不然，每见于体质较强腠理致密之人，又加之寒性凝敛，闭遏卫阳，使阳气不得外泄而郁积亢盛，所以伤寒表证一般发热较重（恶寒也相对加重）。

二是感邪不同，发热迟早不一。风性善行数变，所以太阳中风证发热应之较速，与其它表症同时出现。伤寒表证就有个“或未发热”（3条）的问题。或未发热，并非不发热，而是言由于寒性凝敛阻遏阳气的缘故，有时在头身疼痛、恶寒鼻塞诸表症均已出现的情况下，却未见发热。说明在病理演变过程中，阳气浮盛于肌表的迟滞。

发热是表证的重要临床见症，对于表证的辨证举足轻重。仲景常以此作为病在肌表的指征以进行辨证施治。如论述少阴表证，就仅以“反发热”（301条），与“脉沉”相对应，以脉症相逆的形式，告诉我们即使少阴病这种以里虚寒为主要病理的疾病，也会出现肌表阳郁的证候，也要用麻黄这种表药发汗。只不过应配伍附子、细辛助阳以解表。

发热不但作为表证的重要辨证指征，还作为病发阴阳的重要辨证指征。如第7条“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，于阴也”。无论病发于阴还是病发于阳，“恶寒”是一定的，唯一可资鉴别的就在于“发热”与否。只要“发热”，就说明阳气浮盛，病理反应中有阳气浮盛这种机转，就提示疾病的演变必然走向“阳”的方面，这就是所谓“病发于阳”的根据所在。反之，则说明阳气内虚，阳虚则生寒，自然疾病向“阴”的方面转化。足见发热一症，对于六经病的阴阳辨证是十分重要的，所以人们习惯上把此条视为整个六经辨证的“总纲”。有的注家认为此条乃专指太阳病而言，“无热恶寒”的“病发于阴”指太阳伤寒证，“发热恶寒”的“病发于阳”指太阳中风证，此条所言的发热就专指表证的发热。这种说法似欠妥当，一者将伤寒证与中执证分类阴阳病是不符合阴阳的本义与实际，因为伤寒证与中风证均属阳病（病发于昭）的范畴。二者，伤寒证虽有“或未发热”，但那是特殊、暂短的临床现象，不足以此就确定“病发于阴”。

表证发热，除见于太阳病外，还见于少阴病表证（301条）、霍乱表未解（386条）及营卫不和所引起的“时发热”。

（2）半表半里证。邪入半表半里，少阳之阳气奋起抗邪，正邪分争于枢机部位，互有进退，故尔少阳半表半里证的热型常是往来寒热。但理解这个问题应运用一下逻辑思维法。就往来寒热一症而言，它的出现可以肯定是邪入半表半里，因为正邪只有分争于枢机这个部位，才会出现这种正邪互有进退的热型。然而，就少阳一病（或半表半里证）而言，它的热型就不只限于往来寒热了。换言之，少阳病也可只见到“发热”的。

265条指出“伤寒脉弦细，头痛发热者，属少阳”。379条又指出“呕而发热者，小柴胡汤主之”。以上两条都没涉及往来寒热，面是迳称“发热”。这说明；少阳半表半里证，在其病理演变过程中，除了有正邪拉锯式地分争于枢机这种机转外，还可有少火内郁而外蒸、厥阴阳热转出少阳及枢机不利阳气进退障碍等因素而引起的发热。

即使热入血室证，因热在血室，实在肝脏，病机与肝经相关，故其热型既有“续得寒热”（144条），又有“妇人伤寒发热”（145条）

以上所论，就是解决一个问题：少阳半表半里证的热型，既有往来寒热，又有单纯的发热。切不可以常赅变、以偏赅全而犯辨证思维的错误。

（3）热证。此指里热证。凡热证，热邪内炽，透达内外，大都有发热的。用仲景的话说叫做“热结在里，表里俱热”。（168条）就病机而言，又可分为以下几种情况。

①阳明热证。三阳病中，唯阳明热邪最盛，总以发热为重要的临床特征。所以，仲景专设阳明外证一条阐述此理，云“身热，汗自出，不恶寒，反恶热”（182条）。不但言“身热”，，还指出“恶热”（整个六经病篇仅此言恶热），无疑，此以“身热”与“恶热，”说明这是热邪炽盛于里、也是热在阳明的重要辨证指标。

除去“恶热”外，这种热炽于里的阳明之热，临床上还有一个特点、那就是热势颇高，原文称作“蒸蒸发热”（248条），这与太阳表证的“翕翕发热”迥然有别。

②郁热连表。阳热郁于胸膈，胸膈属肺，肺合皮毛，故胸膈郁热常外连于机表。如虚烦证的“身热不去，心中结痛”（78条）就属于此。虚烦证之发热还常有“烦热”（77条）的感觉。

③阳复太过。阴病贵在阳气来复，而阳复贵在适度。若阳复太过，病机就会向反面转化，由阴转阳，由寒变热，而出现先恶寒倦卧，后发热动血的现象。如“其热不罢者……必发脓也”（332条）、“热不除者，必便脓血”（341条）等。

④阴阳胜复。这种发热见于厥阴病，厥阴乃阴尽阳生之脏，易作“朔晦”，每有阴阳胜复之变化，外象则发热与厥逆交替出现。此时的发热，则是厥阴阳热亢盛由内达外的征象。如“伤寒先发热六日，厥反九日而利”（332条）、“伤寒先厥后发热”（334条）等。

另外，里证发热尚有温病误汗的“身灼热”（6条）差后余热复发的“更发热”（394条）等。

（4）寒证。寒证不应发热，此是辨证之常规。但寒证病机若深化发展到一定程度，就会反常的出现发热。这种发热与前所谈的阴病阳气来复不同。阳复是病机本质上的转化，而这里所说的寒证发热并非如此，而是阴盛格阳虚阳外浮的假热。仲景于十余段条文中阐述了这种濒临阴阳离决而又极易寒热误辩的假热症。

寒证假热，仲景有“身大热”（11条）与“暴热”（332条）的描述。“身大热”应相对的理解，原文云“病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也”。（11条）显然，这段条文用反差的语言方式，旨在说明寒热真假的辨证，用辞自然有所夸张，所以分析与理解不要太过求“实”。因为阴盛格阳的假热，就发热本身而言，一般不会太“大”，原文常称“微热”（366、377条）。但临床验案中也有身躁热难忍欲卧泥水的记载。

所谓“暴热”，暴，乃突然之意。暴热，言热至太速。这种来势突然的发热，在阴寒病中多非佳兆。因为阳气来复每多渐渐而至，其热也微缓。而暴热则每是残阳暴脱的反应，所以暴热也常是假热的反应形式。故仲景提醒云“恐暴热来出而复去也”（332条）。

### 2.无大热

仲景在六经病篇共有六段条文谈及“无大热”的。这种特殊的发热描述，并非信手写来，而是别具旨意，所以有必要提出讨论之。

无大热的提法本身，寓示着应该有大热的意味。所以六段条文中有五条是见于真正的大热证的，大热证却肤表“无大热”，仲景就是通过这种异于常规的描述，提醒人们注意这种热证辨证中的极为特殊的、表里不一的临床现象。

“无大热”见于三种情况：

（1）热邪内结。热邪在里可通过经络外传于表，而形成蒸蒸发热的大热症。若是里热结滞、内陷郁遏，则难以达于肤表，因尔尽管是热邪炽盛的大热证，但肤表上却无大热。可见，“热结”是这种无大热的关键因素。如“汗出而喘，无大热”（63、162条）的麻杏甘石汤证，此属热壅于肺；“但结胸，无大热”（136条）的大结胸证，此属水热互结；“伤寒无大热，口燥渴”（196条）的白虎汤证，此属阳明气热内结。

（2）表热内陷。邪在肤表，卫阳亢奋，阳气浮盛，是要发热的，有时发热还颇重。若是表热内陷，从表入里，因在表之热悉入于里，身热反而不甚明显，此时也会出现“无大热”的。如“伤寒六七日，无大热，其人躁烦者，此为阳去入阴故也”（269条）。这里运用身热的轻重变化，结合躁烦，来推测病机的表里转化。

（3）虚阳外浮。这是唯一例外的一条，意在提示阳虚发热。原文云：“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”（61条）。汗下以前，是表热证；汗下之后，是阳虚证。不谈其它辨证因素，单就发热而言，通过身热的变化，由伤寒的发热变为身无大热，以测知病已由表入里、由实转虚、由热转寒，可知，此条的“身无大热”与前五条虽然见证不同，但均寓有特殊的辨证意义，

“无大热”，若从实处理解，就是“微热”。综观六经病称之为“微热”的，大致有四种情况：一是表邪虽解，余热未尽（71、96、208条）。二是里虚寒证，阳气初复（360、361条）。三是阴盛格阳，虚阳外浮（366、377条）。四是阳明府实，燥热内结（244、252条）。后与“无大热”的第一种见证类同，撖热也罢，无大热也罢，都说明大热结在里而无“热越”的出路，如此很易导致动风、动血、神昏、竭阴等危重证候。

### 3.潮热

潮热，乃定时发热之谓。以似潮水之涨退有时而名之。潮热发作之时多在午后日晡，所以又叫做日晡潮热，或午后潮热。

潮热，在伤寒中见于阳明腑实，在温病中见于湿温，在杂病中见于阴虚。现在着重讨论阳明腑实证潮热的机理。

从天人相应的理论看，三阳各有主时，阳明主于申酉戌时，酉属西方，是日入之时，亦称日晡。阳明之气旺于此时，若阳明邪气亢盛，此时机体内外弛张之热，必随天阳下降而内陷于里，使阳明胃腑之热更加炽张，由身热变为潮热。所以，潮热是阳明腑实重要外象之一。原文中涉及潮热的条文达十一条之多，无论从何种角度论述这个问题，凡见潮热者，均是阳明腑实热证，无一例外。说明潮热确是阳明之热深结于腑的热型标志。

正因为潮热对阳明腑证的诊断有十分重要的意义。所以，仲景以此作为能否运用大承气汤攻下的主要依据。明确指出“其热不潮，未可与承气汤”（208条）。热不潮，说明胃外之热尚未全入胃腑之中，典型的阳明腑热燥实证尚未形成，因尔药力竣猛的大承气汤就不宜使用。强调潮热一症对阳明腑证辨证论治的指导意义。

### 4. 往来寒热

前面我们讨论发热可见于半表半里证时涉及到这个问题。原文中论及往来寒热的条文有五条（96、97、136、147、266条）。全部见于少阳半表半里证。尽管有合阳明者（136条），有兼水饮者（147条），却无一不是邪入少阳的标志。

往来寒热的机理，前面已讨论过，只有邪气进入半表半里枢机这种特殊部位，才会出现往来寒热这种正胜则热、邪胜则寒、正邪分争的特殊热型。

由此可知，往来寒热对于少阳半表半里证的辨证，是有特殊的诊断意义的。仲景在运用小柴胡汤的原则中强调“但见一证便是，不必悉具”（101条），可以说“但见”往来寒热这一症，其它脉症就可以“不必悉具”，尽可运用小柴胡汤。

关于《伤寒论》发热症的基本情况及疑难点的分析就到此为至。最后，还要谈一下“不发热”的问题。

不发热，是与发热相反的一种描述，是以发热的否定形式作为辨证（鉴别诊断）的一种依据。共有五段条文论及不发热。其中，除伤寒初感的“或未发热”（3条）（可以理解为暂不发热）、辨别病发阴阳的“无热恶寒”（7条）外（前均已谈及），尚有三种情况：①“热除而脉迟身凉”（134条）。这是论述热入血室证的。“热除”，说明；以前发过热，现在表热内入血室，肌表上反而不热了，所以热除并非是热邪消除，只是讲表热没了，以此说明热邪入里的病机。与前面所谈的无大热、微热一样，都有一种邪气深入、病情深重的机转。

②“阳明病有得之一日，不发热而恶寒”（183条）。这是论述阳明病的。“病有得之一日”，言阳明初起。众所周知，阳明是以发热为待征的，“不发热面恶寒”，这是一种反常现象。是说阳明病在初起之时，阳热未盛，内热不应，此时邪气仅束于肌表，故尔可有暂短的不发热现象。意在说明：即使是阳明病，也会有不发热的情况。无疑，随着病程的深化，阳明燥热的本质，很快就会显露出来，于是仲景又云：虽得之一日，恶寒将自罢，即汗出而恶热也”（183条）。

③“凡厥利者，当不能食，今反能食者，恐为除中，食以索饼，不发热者”（332条）。这里谈的是阴寒重证予后问题的。厥逆下利证，自然“当不能食”，若病家此时求食，这种反常现象有两种予后，一是除中，即胃气败绝的死候；一是阳复，即胃阳初复的佳兆。而判断吉凶，只有看“食以索饼”后病家的反应。若食后暴热来至，则多是残阳暴脱，予后不良；若食后不发热者（或微微发热），则多是胃气尚在，予后良好。可知，此条以“不发热”作为推测疾病转归的一个标志。

以上从发热、无大热、潮热、往来寒热四个方而，讨论了《伤寒论》关于发热证的机理及在各种病证中的表现、运用和辨证意义。讨论尽管是粗浅的，但从中可以看出，发热这个六经病中的大症，所包涵的内容是丰富的，存在的难题也不少，尚须进一步探析之。

## 心下诸症的概念及其辨治

《伤寒论》中，心下诸症，包括痞、满、硬、痛、悸五种。五症的辨证论治，由于均位于“心下”，所以，虽然各具特征，但又相互关联，有其本身固有的规律与特点。

### 1. 病位的辨析

仲景于六经病篇提出了“心下”、“心中”及“心”三个病位的名词概念。

心下：亦称“心中”。其部位大致指剑突下及其周围（俗称心口窝），亦即胃脘部。如胃阳虚水气内停的茯苓甘草汤证之“心下悸”（356条），过经误吐所致的“心下温温欲吐”（123条）等，其悸、吐均属明显的胃之病变。

心：凡言“心”者，包涵心脏功能失常的病理、病证及病位多种概念。与心下（心中）有所区别。如心主神志，故有“心烦”之症。《金匮要略》中尚有：“心气虚者，其人则畏，合目则眠，梦远行而精神离散，魂魄妄行”之说。这是神志异常的病理及病证。心主血脉，如太阳病下伤阴血的“心悸”（49条），伤寒心阴阳两虚的“心动悸”（49条）等，显然这都是心血亏虚，心失所养的病理及见证。

然而，《伤寒论》中的心与心下（心中）的部位概念，有时又较为模糊，难以截然分开。如汗伤心阳桂枝甘草汤证之“心下悸”，此悸动部位当是胸中之“心”部，而非胃脘部。故虽云心“下”，却是泛指。以上虽属混称，但部位尚明确。而水气为病的真武汤证的“心下悸”，则很难明确分清其“悸”，是在“心”部，还是在“心下”部。这是因为水气泛滥冲逆所致的“悸”，“心”部与“心下”部皆可出现。水凌于心，自然心部悸动；水气犯胃，自然心下悸动。若水气凌于“脐下”部，还会发生“脐下悸”的。

总之，对待《伤寒论》的心、心下、心中等部位名称概念，要既原则又灵活。应视具体情况具体分析，不要胶柱鼓瑟，脱离病证而空谈病位。

### 2. 五症的辨治

（1）痞与满

痞，是自觉心下部有阻塞感。满，是心下部支撑胀闷。痞与满时常并见，仲景亦云：“但满而不痛者，此为痞”。故合述之。

心下部之所以易生痞满之病，与心下部的生理及位置特征有关。以生理功能言之，心下属胃，为水谷之海，所以食物、水湿、痰浊等均可停滞于胃，形成痞满之病。以位置特点言之，心下属中焦，是气机升降出入之枢纽，所以，枢机失常，气机阻滞，也易生心下痞满。心下痞满之病机及辨治，不外气滞、湿壅、水停、痰结等。

①气滞：指由各种因素导致的中焦气机壅阻结滞。气滞是无形之邪结滞，与痰、水、湿、食诸郁有别。气滞有三种证治。

A、热陷气痞：多因太阳病汗下致使表热陷于心下，阻滞中焦气机，形成气热痞证。其证候特点是“心下痞，按之濡”，反映无形之气滞；其脉象特点是“关上浮”，“关”候中焦，“浮”示病热。方用大黄黄连泻心汤清泻热痞。大黄与黄连均属苦寒味厚之品，于无形之气热痞证有药重病轻之弊，于是不煎而渍，取其味薄轻清之气，泻痞而不伤正。用药之巧，足见匠心。若兼“恶寒汗出”表阳虚者，治以附子泻心汤，方中三黄仍然渍之，附子“别煮取汁”，又体现了表里同治、寒热并用、渍煮各取的用药妙义。

B、少阳气痞，少阳位主胸胁，然少阳为半表半里，所谓“半里”者，即迫近中焦也。所以，病偏半里的大柴胡汤证，因少阳枢机不利，气结半里，故常见“心中痞硬”之症。治以大柴胡汤，即在小柴胡汤的基础上，因痞满去参、草，加枳实、芍药、大黄，苦泄开结，泻痞除满。“心下”与“胸胁”，是大小柴胡汤证病位深浅辨证的标志；“痞硬”与“苦满”，又是大小柴胡汤证病情轻重辨证的特征，

C、气陷结痞：指由“外证未除，而数下之”所导致的气陷于下、邪结于中的“协热而利”、“心下痞硬”。此证以寒利为重，以痞结为轻，故治以桂枝人参汤，其中干姜、白术辛燥性散，有疏气消痞之功。

②湿壅：脾胃主运化水湿，汗下伤及脾胃，则脾难升清，胃失降浊，湿浊壅阻，从而形成“心下痞硬”之证。代表方是半夏泻心汤，方中半夏、干姜辛燥，散湿开结；黄连、黄芩苦寒，燥湿泄痞，辛开苦降，共奏开结泻痞之功。若水气较重，加生姜散水，名生姜泻心汤；若泻利较频加重甘草，名甘草泻心汤。此三方为泻心消痞名方，临床可随证加减运用于中焦湿壅诸证。须说明两点：其一，中焦湿邪壅滞，临床表现多样，只要认准病机，不必拘泥“痞”之有无。其二，仲景虽云：“但满而不痛者此为痞”，然这是汉代仲景对“痞”的认识，现今临床证明，确有既满且痛之痞，所以，只要认准湿壅之痞，不必拘泥于“痛”之有无。总之，对泻心汤的运用，既要抓住“痞满”的主症，又要视具体脉症灵活地对待，避免刻舟求剑，死守教条。

③水停；中焦乃水液升降运行之枢，故病则常见水饮停蓄，为痞为满。如脾阳虚停水“心下逆满”的苓桂术甘汤证；气化不利，水阻中焦成痞的五苓散证；水停胸胁，攻窜心下成痞的十枣汤证等。水痞之治，以求本为要，水去则痞消，以上三方之治均体现这一原则。

④痰结：中焦为生痰之源，故病亦可见痰结之痞满，如“心下痞硬，噫气不除”的旋复代赭汤证。本证痰结气逆，以噫气为主症，方中除旋复花、代赭石消痰下气外，尚有半夏、生姜涤痰开结。仲景列此证于泻心汤证之后，有与“泻心”之痞类证鉴别的意义。

（2）硬与痛

硬，指心下部板结紧硬，多伴有触痛，甚者痛不可近，故此硬痛并论，另，半夏泻心汤诸证之“痞”，亦有“硬”的特点，然究以痞塞中满为主，故“心下痞硬”证未列入此。

凡见心下硬痛者，多属有形之邪结滞。虽亦偶见之于无形之邪结，然必结之甚重方可致此。心下硬痛以病机分类，有水热结、痰热结、燥热结、气热结及厥阴气冲等。

①水热结：如大结胸证，一般说来，大结胸“为水结在胸胁也”。但水热结甚，病位就会涉及“心下”，甚至“少腹”，而出现“从心下至少腹硬满而痛不可近者”。水热结滞重证，非大陷胸汤中大黄之泻、甘遂之荡，不足以“得快利”。

②痰热结：如“正在心下，按之则痛，脉浮滑”的小结胸证。饮聚为痰，热痰互结，故其病亦局限，“正在心下”；其症亦轻浅，“按之则痛”。治以小陷胸汤，方以黄连泻心，半夏涤痰，瓜萎开结。

③燥热结：阳明腑实证“心下必痛”即属于此。应该指出，阳明腑证，尽管仲景称“胃中必有燥屎五六枚”，其“胃中”泛指胃肠，病位主下。所以，阳明腑证一般是腹胀满、绕脐痛，极少出现“心下”之症的。正因为此，故205条强调“心下硬满者，不可攻之”。可知，阳明燥热内结出现“心下必痛”属特殊情况。说明胃肠燥结气闭极其严重，病已由腹部波及“心下”，反映病情的深化，故须“急下”。

④气热结：一般说来，气热结滞，多见痞满，少见硬痛，因邪属无形。但在特殊情况下，如虚烦重证之“心中结痛”，无形之气热，不但郁于胸膈，且已波及“心中”，阻滞气机了。此时清泻透达气热、即所以开结止痛，故仍治以栀子豉汤。栀子厚朴汤或枳实栀子汤，则更为合拍。

⑤厥阴气冲：厥阴为病，肝气横逆，木邪乘土，相火内迫，亦症见“心中疼热”。这是肝邪犯胃，“心中”即胃脘也。本证可治以乌梅丸养肝、柔肝、疏肝、清肝，肝平则胃和，“心中疼热”自然痊愈。

（3）悸

悸，指“心”部自觉惊悸跳动、慌乱不安。或“心下”部有悸跳、冲动之感。前者多病在心，后者实病在胃。

①心悸：以阴阳气血虚衰心失所养而致者为多。具体文可分：

A、心阳虚：多属太阳过汗，伤及心阳。如桂枝甘草汤证“叉手行冒心，心下悸欲得按”。以桂枝之辛，佐甘草之甘，取辛甘化阳之义，急复心阳。药仅二味，方义深然，为温复心阳之祖方。

B、心阴虚：中焦化源不足，荣血亏虚，心失所养。如小建中汤证“心中悸而烦。”方中以饴糖为君，合芍药益营，温建中焦以生血气。

C、心阴阳两虚：平素阴阳气血内虚，外邪复伤心脉，遂致“脉结代，心动悸”。治以炙甘草汤，滋养心阴，温通心阳，复脉止悸。此方为补心之名方。

②心下悸：多见于水气为病，水寒之气攻冲凌泛，致心下部悸跳动冲。如胃内停水“厥而心下悸”的茯苓甘草汤证；少阴阳虚水泛“心下悸”的真武汤证。此二证均属水气为病，故组方主治皆重治水。另，少阳病气机不利，也有发生水气内停“心下悸”的或然症，可于小柴胡汤中去黄芩之苦寒，加茯苓之淡渗。

### 3. 病治的特点

心下五症，既然均病发“心下”，尽管症侯表现各异，但在发病、病理、证治诸方面必具有与“心下”生理位置密切相关的一些特点，总结如下：

（1）发病特点：《伤寒论》心下诸症的形成，多与治疗用药有关。常见于太阳病未解误用（或属正常治疗）汗、吐、下之法，或使邪气内陷中焦“心下”，或直接伤损中焦之气。因为攻泻之药，必先入胃中，而后才发挥功用，所以，无论邪陷还是伤正，胃部（心下）首当其冲。换言之，误治是心下诸症主要的致病因素，从侧面提示了“医病”的危害性。另外，体质因素也不容忽视，如中焦素体虚衰，或潜状湿食之郁，极易内外合邪，而发“心下”症。

（2）病理特点：主要有四方面：①从脏腑辨证看，多见脾胃肝胆疾患。因为脾胃肝胆同居中焦，心下诸症则必反映与脏腑病位相应的特点。所以，辨治心下症，勿忘脾胃肝胆，②脾胃为气机上下升降之枢，肝胆又为气机内外出入之枢，故四脏失调，常见心下气机阻滞之症。痞满硬痛，无不与气滞相关。③中焦为水谷之海，故发病往往以气、水、湿、食郁滞为特点。④多伴有消化失常，如呕吐、下利、肠鸣、嗳气及不欲饮食等症，与脾胃收纳运化功能低下，紊乱相关，

（3）证治特点：主要有两点：①注重和解。心下脾胃，一阴一阳，一升一降，一湿一燫，相反相成，共同完成饮食物的消化吸收。其病则多协同而并发，脾胃不和，升降失常。因此，通方用药当注重和解，如半夏泻心汤之辛开苦降，即反映“和解”的证治思想。如少阳半里之气结，所治大柴胡汤，亦寓“和解”之意。与半夏泻心汤乏区别，一则和解脾胃，一则和解少阳。②注重护中。心下诸证，如痞满碴痛等，均属实证，治则消痞散结、泻热逐水，重在祛邪，故遣方用药当注意固护中气，防祛邪伤正。另外，心下之症，多由吐下所致，即使实证，亦多夹虚，此时尤当护中。否则，邪末祛，正已伤，必致变证蜂起。所以，治心下诸方，如半夏、生姜、甘草泻心汤、旋复代赭汤、桂枝人参汤等，皆有人参、甘草等补虚护正。另外，陷胸诸汤方后注“得快利，止后服”，亦反映了护正气、保胃气的治疗思想，值得我们重视。

# 脉法思辩

## 《伤寒论》的脉法特点辩析

《伤寒论》脉象的论述，集中体现了仲景脉学思想及脉诊特点，为后世脉学的发展与形成奠定了基础，但其脉象的主病、脉象的涵义和运用方法，与后世脉学相比又有独到的特征。辩析如下，

### 1. 主病的多重性

《伤寒论纲目》指出：“病气之阴阳既成，脉之阴阳必应。”说明病脉是正邪斗争消长，脏腑气血盛衰的外在反应。这种反映有其规律性。如浮主表、沉主里、数主热、迟主寒。《洞垣全书·脉诀阐微》指出：“脉理甚微，原非一言可尽；人病多变，又岂一脉能包。”《伤寒论》以其精辟的论述，独到的见解，灵活的思维，常变的观点，阐明了脉象主病的多重性，突破了脉象主病的一般性认识，揭示了脉同而病异的病理机理。现举浮、迟二脉为例，探讨这一主病特点。

（1）浮脉

浮脉主表是其常，在《伤寒论》中又有多种特殊的主病意义。

①主热邪充斥于外。热邪壅盛于内，充斥于外，热连肌表，脉呈浮象。如176条“伤寒脉浮滑，此表有热，里有寒（热）、白虎汤主之。”《医宗金鉴》说：“脉浮滑者，浮为表有热之脉，滑为里有热之脉。”阳明府证连经，亦可出现浮脉。如201条“阳明病，脉浮而紧者，必潮热发作有时”就是。

[病案引证] 曹颖甫治俞哲生，太咁病，二诊，表证已罢，惟大便三日不行，胸闷恶热，脉浮大，宜承气湯。（《经方实验录》）

此案表证已罢，转属阳阴，阳明府热连经，充斥表里，故证见恶热，脉见浮大。

②主虚阳浮越于外。病至阴盛格阳，虚阳外浮，阳浮表热则脉浮。如225条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”《伤寒贯珠集》说：“阳为阴迫，则其表反热也。”《脉原》亦说：“浮为热，迟为寒……格阳于外而下利清谷也。”是知浮脉既可主里实热证，亦可见于里虚寒证。此浮与阳病之脉浮相比，必浮而虚大无力。《脉经》“诸浮脉无根者死。”即属此类浮脉。

[病案引证] 王野溪病伤寒六七曰。已发表矣。忽身热烦躁，口渴咽干……又发谵语，手足厥，谓热深之故，拟用承气下之。陆（养愚）脉之浮数六七至，按之而空，此阴盛格阳证也，下之立毙……急用大料参术姜附峻补回阳……月余而起。（《续名医类案》）

此案脉浮即反映了虚阳外浮之病机。故浮与数并见且“按之而空。”格阳危证，脉症易假，至此死生反掌间，当慎辨之。

③主阴退阳气来复。里虚寒证，阳虚阴盛，其病在脏，主脉当沉。若阴邪渐衰，阳气来复，从阴出阳，由里达表。阳气达表则脉呈浮象。如290条：“少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈。”《伤寒论本旨》：“阳微者，寸微也；阴浮者，尺浮也。少阴在里，故欲愈也。”须知，阳气来复之脉浮，因阳气初复，故亦多浮而无力。当注意脉症相参，以别于阳气虚脱之脉浮。前者示病愈，浮而渐续，伴利止、厥回、微热等阴退阳回证；后者主病危，浮而虚散，伴下利、厥逆、面赤等阴盛格阳证。

综上所述，浮脉之所以在六经发病中具有这些特殊的主病意义，是由于具备了与表证脉浮同样的病理机制，即阳气趋表病机在脉象上的反映。浮脉的涵义，简而言之，即“表”与“阳”。《脉象统类》说：“浮为阳为表。”《诊家直诀》说：“阳不能降，则脉见于浮”。如外邪在表，里热充斥于表、格阳于表等。因此，可以说，浮脉就其出现的部位而言，是浮在肌表；就其反映的病机而言，是阳气趋表。

所以，六经发病均可出现浮脉，非太阳一经之所专。卫阳抗邪于表与热邪充斥于表，是浮在三阳之病机。虚阳浮越于外与阴退阳气耒复，是浮在三阴之病机，尽管浮在阳经与浮在阴经，脉势强弱截然不同，然而，证明了脉同而主病各异。提示我们审脉应别阴阳，辨浮当分六经。

如何洞彻浮脉主病的寒热虚实之机，必须注意以下几方面。①部位：即浮脉在寸关尺三部的不同表现。《金匮要略》说：“病人脉，浮者在前，其病在表；浮者在后，其病在里。”可知从浮脉出现于关前关后的不同，可辨病气表里传变之机转。如“太阴中风……阴涩而长者，为欲愈。”“少阴中风……阴浮者，为欲愈。”以尺脉候阴，阴脉变“长”变“浮”，知是阳气来复之象，“阴病见阳脉者生，”故“为欲愈。”②脉体：即辨强弱之势。《四诊抉微》说：“浮而有力为风……浮面无力为虚。”以六经病言，三阳病阳气盛，脉必浮而有力。三阴病阳气虚，即使见浮，亦多浮而无力。③兼脉：即结合兼脉而辨；一般说来，单纯脉浮无多大临床意义，与兼脉合辨才有诊断价值。如浮缓为中风，浮紧为伤寒等。④合症：即脉症合参。这是辨证的关键，尤其在脉象主病复杂化的情况下，舍此，则难求病本。正如《脉法》所说：“凡浮脉，固主表也。然有感寒邪之甚者，拘束卫气脉不能达，亦沉而兼紧，但以发热头痛等表证参合自可辨之，切不可概以浮为表论。”

任应秋教授指出：“浮脉主表，应给以新的解释。浮脉轻取即得，从脉象出现的部位来说，是在肌表。表，仅指脉出现的部位而言，至于究竟是表证、里证、外感、内伤，便必须观察其所兼之象，是浮缓、浮紧、浮迟、浮数，并结合其所出现的症状来加以分析”（“略谈色脉诊”）。这种见解，可作为《伤寒也》浮脉涵义的总概括。

值得提出，浮脉，浮在肌表，轻手即得。但《伤寒论》某些浮脉具有相对性。往往寸关尺三部对比，不沉即谓之浮。故虽云浮，其脉搏形象未必轻手即得。这种相对性，后而将专章讨论。

（2）迟脉

迟脉主寒。仲景亦说：“脉迟为寒。”然而迟脉主寒仅是迟脉主病的一个方面，是迟脉对病气的一般性反映。迟，只说明了脉行迟缓，至于导致脉行迟缓的因素则是多方面的。是迟未必尽执于寒。另外，《伤寒论》某些迟脉不仅限于一息三至，而且还有脉行滞涩而不流利的涵义。是迟又未必尽执于至数。下面举例论证。

①主热结。热则鼓脉，脉动疾数。但在热邪内结或阳气内陷的情况下，脉反变迟。如208条“阳明病，脉迟……此大便已硬也，这是因为热聚肠胃，邪气已结，阻遏脉道，故脉行迟缓滞涩。迟脉见于热结诸证，后世个别医家亦有所认识。《四诊抉微》说：“迟脉属脏主寒，此一定之理，乃其常也，若论其变，又有主热之证治，不可不知……所以然者，以热邪壅结，隧道不利，失其常度，脉反变迟矣。”可见，脉见迟象者，不可尽执于寒。

关于234条“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表末解也，可发汗，宜桂枝汤。”有的注家否认“脉迟”是至数之迟。《伤寒论本旨》说：“脉迟与缓相类。”其意以迟作缓，以迎合桂枝汤之用。也可能是避免“脉迟为寒”这一定义。却不知对“数则为虚”说来，迟则为实。且桂枝汤证脉浮缓之“缓”，非仅仅是缓慢意，乃指脉体缓纵言。故以迟作缓未免失当。

阳气内陷，阻滞脉道，脉亦呈迟象。如357条“伤寒……大下后，寸脉沉而迟……下部脉不至。”《伤寒贯珠集》说：“阳气陷故寸脉沉而迟。”《尚论篇》说：“脉沉而迟，明是阳气入阴之故，非阳气衰微可拟。”二家之说，颇合经旨，此大下后，表阳因下而内陷，陷而内郁，故“寸脉沉而迟下部脉不至。”此证非《平脉法》“寸脉下不至关为阳绝”可比，而与《难经》“上部有脉，下部无脉”同义。《难经》后云：“其人当吐，不吐者死。”“吐”，乃内陷之阳外出之征，故吐者愈，不吐者死。此仲景立麻黄升麻汤，“特于阴中提出其阳，得汗出而错杂之邪内解也”《尚论篇》与《难经》吐法异曲同工。

迟主热实证，是有条件的。必须热邪内聚结实，且阻滞了气血运行，方可见迟。若弛张之热则无脉迟之理。如133条：“太阳病，脉浮而动数……数则为虚，”“医反下之”后，脉由“动数变迟。”这是下后“阳气内陷，心下因硬，则为结胸”的缘故。表热脉数之“虚”，是针对热结脉迟之实而言的。张锡纯说：“愚临证实验以来，知阳明病既当下，其脉迟者固可下，即脉不迟而又不数者，亦可下，惟脉数及六至，则不可下，即强下之，病必不解或病更加剧。而愚对此等病，原有变通之下法，即白虎加人参汤。”（《医学衷中参西录》张氏之说，即是对“数则为虚，”迟则为实的最好注脚。可见，一数一迟反映了热邪由表陷里、由弛张至内结，及血行由流畅至滞涩的病理机转。亦证明了迟脉在这里具有缓慢与滞涩两种涵义。

[病案引证] 阳贯之治张心源。夏月病热，因前医误治将阳邪引入少阴心经。症候有舌生芒刺，谵语不休，发热燥渴，白昼稍轻，晚间加剧……察其脉两寸俱无，两关之脉时而紧疾，时而迟细，有不可捉摸之状。此热邪陷入三阴者也，当善下之。后用承气汤佐热药下后调理获愈。（《全国名医验案类编》）

此案“热邪陷入三阴”，是《素问·热论》之三阴，在《伤寒论》则属热结阳明兼入血分。“脉迟细”，是热在阳明，病入血分。“时而紧疾，时而迟细”，反映了热邪时出阳明，时入血分之病机。

②主血虚。血虚，是一个血量减少与血的功能不足的概念，血既不能充盈脉道，又不能濡养心脉，心脉失养则运血无力，血行缓慢则脉见迟象。《脉症参》指出：“血虚少火则动迟，血多火旺则动速”。此举出血之多少与火之旺衰皆可影响脉之迟速，可谓卓见。如62条“发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之”。此属汗伤荣血，血虚失运而脉见沉迟。正如《脉学指南》所说：“然使脉中之血不足，即呼吸平匀，其往来亦难流利而不迟滞，是迟数二字，不独辨气之盛衰，又可验血之多寡也……发汗后，身疼痛则属汗后伤血，血虚不运也。其脉沉迟，又无寒证，是血不充脉，荣气衰少也，故以桂枝加芍药生姜人参新加汤主之，使血运则痊愈。

关于50条“尺中迟者……以荣气不足，血少故也。”有的注家认为未有“尺中迟”而寸关不迟者。所以，此“迟”不可作至数解。《脉简补义》指出：“向来医家叙病，脉有言尺迟寸数者，左迟右数者，沉迟浮数者，即仲景书中亦往往寸口趺阳迟数并见，夫迟则皆迟，数则皆数，不但左右尺寸浮沉不能有二，即周身动脉俱不能少有参差。”其实，此云“尺中迟”，不过是尺以候阴。仲景突出迟部，以示阴血虚少，不可发汗罢了。言“尺中迟”，非寸不迟，须于无字处求之。

此“迟”有滞涩之义。《脉诀启悟注释》说：“迟而不流利则涩脉”。联系《金匮要略》“涩为血不足”及363条“尺中自涩”为伤血，与“尺中迟”“荣气不足”涵义相同，说明了血虚心脉失养，血脉运行缓慢滞涩的病机。

[病案引证] 乡下邱生者，病伤寒。许（叔微）为诊视，发热头痛烦渴，脉虽浮数而无力，尺中下迟而弱，许曰，虽麻黄证而尺迟弱，仲景云：尺中迟者，荣气不足，血气微少，未可发汗，用建中汤加当归黄芪令饮。翌日脉尚尔，其家煎迫，曰夜督发汗药，言几不逊矣。许忍之。但只用建中调荣而已，至五日，尺部才应，遂投麻黄场，啜二服，发狂须臾稍定，略睡已得汗矣。（《名医类案》）。

许氏辨治惟遵经旨，以“尺迟弱”，知“荣气不足”，先用建中调荣，“尺部方应”后，才用麻黄发汗。这里的“尺中下迟而弱”，即属涩而弱之脉。不可作至数解。因为寸关尺仅三指间，而寸见数，尺则迟，是不可能的。

③主血瘀。血瘀经脉，脉道滞涩，血行不畅，脉亦迟缓。《诊宗三昧》说：“迟涩为血病。”《脉学指南》说：“脉迟者，血滞也。”在《伤寒论》则见于妇人中风，经水适来，“热入血室，其血必结”，遂使“热除而脉迟身凉”，《伤寒论译释》指出：“此处脉迟和脉静不同，迟为血行阻滞。”可见，瘀血证因其瘀阻脉道可出现迟脉。

《金匮要略》“脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血”。“肠痈者，少腹肿痞，按之即痛……其脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血”。此又是迟脉见于瘀血证之明验也。

[病案引证] 胡XX，从汽车上掉下，伤及右侧头部，出血不止，人事不知。由XX医院抢救而血止神清，继即头部偏右抽痛，日夜不止，隔二三天定期地发作昏厥，口吐痰沫，约二小时后才苏联，经常诉头目眩晕，右耳听觉不灵，不能工作，退休在家。诊得脉沉迟而实，舌红边紫苔黄，形休瘦弱，便结而尿赤，后用桃仁、赤芍、川芎、大黄、桂枝等活血祛淤葯治愈。（《浙江中医杂志》66—5）

治者按：本案发于脑震荡之后，且痛如针锥，古紫，脉沉迟涩，当为瘀血留滞。

综合上所述，寒、热、虚、瘀诸证皆可脉迟，阐明了迟脉主病的多重性。其脉同而病异的机制，是无论何种因素只要影响了、阻滞了血脉的运行，即可出现迟脉。如寒凝经脉，血失鼓动；热邪内结，阻滞气血；血气不足，心脉失养；血瘀经脉，血行不畅等。这就是寒、热、虚、瘀均可致迟的共同的病理机制，亦是同脉异病的道理所在。所以，迟脉只是在脉象上说明了脉行缓慢一息三至，至于其主病之寒热虚实，则当结合脉体、兼脉、症状进行辨证。

《脉诊选要》注释《脉经》”涩脉，细而迟，往来难且散”条说：“迟，非迟速之谓，乃言其迟钝不前之意，故又曰往来难且散”。通过迟脉特殊主病的探讨，证明《伤寒论》迟脉即有“迟钝不前”“往来难”的涵义。这一十分重要的独到涵义，从血流动力学的角度，反映了迟脉的机制，开阔了人的思路，使人对迟脉及其主病有了更深一层的认识。

《伤寒论》浮、迟二脉主病的多重性，揭示了两个重要问题。

第一，提示在脉象常变混杂的情况下，临床辨脉应如何知常达变。脉象主病虽有多重性，但又有一定规律可循。故脉象主病有主次常变之分。如浮脉。虽六经病皆可出现，然而，浮主太阳是其常脉，浮在他经则属变脉。六经病各有常脉变脉，反映了脉象主病的必然性与偶然性。所谓必然性，是指每一脉对某一病说来有固定的主病意义，亦即每经病都有一定的常脉反映疾病的本质。所谓偶然性，是指一脉可以反映多种不同的疾病，亦即每一病可因机体差异、发病缓急、兼症夹邪、病气传变的不同，而出现常脉以外的复杂脉象，这就是变脉。因此，常脉对某一病来说，具有必然的、固定的、有规律的主病意义。之所以说浮脉是太阳病的常脉，这是因为卫阳抗邪于表是太阳的主要病机。舍此就不是太阳病。而卫阳抗邪于表又是出现浮脉的必然机制，所以我们说浮脉是太阳病的常脉。而变脉则未必尽然。众所周知，人体是一个有机的统一体，根据“有诸内必形诸外”的理论，脉象是病气的外在反映。但由于疾病过程中受多种因素的影响，即在特殊的情况下，脉象对病气的反映往往不是直接的、统一的，而是以侧而的、特殊的，甚至是以相反的形式反映病气。这时以现象对本质而言，特殊对一般而言，我们就称作“变”。甚至把某些变脉又称作“假”脉。但是，就脉象反映病机而言，真正的假脉是不存在的。所谓“假”，只不过是对病气以另外的形式反映罢了。如我们常把少阴病阴盛格阳、虚阳上浮所出现的数脉称作假脉，这是因为它违反了脉象反映病气的一般规律。通常说来，病寒则外见寒证寒脉，病热则外见热证热脉。因此，所谓“假”，是指表面现象（热）对疾病本质（寒）而言。实质呢，“假”脉也反映了虚阳外浮之病机。从这点说来，又并非假。否则脉象岂不成了无源之水，无本之木？疾病尽管有“假”象出现，但亦必定有直接反映病机的真象。如“虚阳浮越于外”所举病案，脉虽“浮数六七至”却“按之而空”，后者直接的、无可置疑的反映了少阴病阴盛格阳，虚阳外浮的病机。因为变脉非属脉象反映疾病的一般规律，极易在辨证中以变作常而致误诊。因此，变脉反而具有更为重要的临床意义。此时尤当注重脉症合参。这就是《伤寒论》脉象主病多重性所体现的“平脉辨证”的基本精神及辨证思维。

以上通过浮迟二脉特殊主病的深讨，举一反三，以揭示《伤寒论》脉象主病多重性的意义。《伤寒论》不惟浮迟，还有很多脉在主病方面具有持点，如细脉主少阳病；紧脉主阳阴府实证、又主少阳病等。体现了仲景宝贵的脉诊经验。应该引起我们广泛的重视并加以研讨，以继承《伤寒论》脉象这一珍贵的遗产。

### 2. 脉义的特殊性

指脉搏形象、脉理及主病有与后世脉象不同的独待涵义。是《伤寒论》脉象第二大特定。本文举促脉为例，探讨这一问题。

《伤寒论》中关于促脉的条文共四条。

21条：太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之。

34条：太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也……。

140条：太阳病，下之，其脉促，不结胸者，此为欲解也……。

349条：伤寒脉促，手足厥逆，可灸之。

促脉形象，《脉经》指出：“促脉，来去数，时一止复来”。历代注家，多持此说，以解释《伤寒论》促脉。如《注解伤寒论》说：“脉来数，时一止复来者，名曰促。促为阳盛”。尤在泾、陈修园、唐容川、周禹载等注家亦均相沿叔和之说，把“数中一止”作为《伤寒论》促脉的定义。

促脉是否必定有止歇呢？经文指出“脉促者，表未解也”。是知“表未解”是太阳病下后表邪尚在，才有可能形成促脉，由此推论，下后之“促”，必是由浮脉变来，“促”是浮之变脉。证明《伤寒论》促脉与后世所论促脉之病机并不相同。对待变脉变证，必须注意联系其脉证变之前及变之后的全过程。只有这样，才能以恒动的观点去认识六经病传变过程中脉象的演变，并由此推断病机及脉象的真实涵义。

《伤寒溯源集》说：“脉促者，非脉来数，时一止复来之促也，即急促亦可谓之促也。”日人川越衡山《伤寒脉症式》说：“凡促之为脉，言催促势迫于表也。”丹波元简《脉学辑要》亦说；“辨脉法并王氏脉经，以促脉为数中一止之脉，非也。素问平人气象论曰，寸口脉中手促上击……此促，急促之义，故脉诀为并居寸口之谓，今详促无歇止之义，脉诀为得矣”。上述医家否认促脉为“数中一止”，而解为急促之促，可谓一语中的。尤其《脉学辑要》之“中手促上击”及“并居寸口”，更生动、准确地描述了促脉的形象。

太阳病下后，有三种情况。其一，表邪内陷而为结胸或痞证等。其二，表邪不陷，证见“其气上冲”（15条），“脉浮者不愈”（45条）。仍以桂枝汤解肌发汗。第三种情况是介于二者之间。表邪陷而求神，证见“脉促”、“胸满”。这是因为，太阳病下之正气受到一定程度的损伤和抑郁。然损而尚能抗邪，郁而不陷求伸，又因正气终受所伤，故脉壅两寸（并居寸口），关尺渐弱；气机不陷而急趋于外，故数而急促。下前不促，下后反促，正说明了正气不陷求伸趋表驱邪之病机。故140条指出“太阳病，下后，其脉促，不结胸者，此为欲解也”。

“促”字义，《说文》“迫也”。《汉书·栾布传注》“急也”。又通趋，速也。《荀于·哀公》“趋驾召颜渊”。趋，读为促。《内经》、《伤寒论》所言促脉之“促”，皆未出此意。所以，《脉简补义》说：“曰并居、曰上击、曰有来无去，皆气争于上而不下之义，《内经》所谓鼓且搏者类也，于促字义甚切，但与数中一止者，主病恣不相侔”。

关于349条，并非太阳病下后，亦出现促脉。其机制众说纷纭。《伤寒贯珠集》认为是阳郁，说：“手足厥逆而脉促者，非阳之虚，乃阳之郁而不通也，灸之，所以引阳外出”。此说有语病。因为“阳之虚”，是相对为虚；“阳之郁”，指阳被表寒所郁。不然，阳郁之厥，证属热厥，而用灸法，难合医理。故《伤寒溯源集》说此条之脉促，偏见于手足厥逆，似乎脉不应证，或谓脉促而手足厥逆，乃热厥也，然则何云可灸之耶！仲景之于阳郁最忌火劫，已见于太阳篇矣。岂有阳盛则促之热厥而反有灸之理。此所谓脉促者，非结促之促，乃短促之促也，阴邪太盛，孤阳不守故脉作短促，当急救其垂绝之虚阳，故云可灸”。此批驳“阳郁”热厥，言之有理。而认为“孤阳不守”，又值得推敲。因为病至“孤阳不守”，服白通汤，通脉四逆汤，尚恐救之不及，况仅用灸法。

此条证属里阳不足，表有客寒。阳气趋外以逐寒邪，又不足而勉强，故脉壅两寸，数而急促；外有客寒加之里阳不足，故手足发凉。既然是阳争而勉强，所以，需要灸以助阳。与桂枝去芍药汤法同而治异。此条与前三条虽有下与未下之别，但均属外有表邪，里阳亏欠，郁而求伸，争而外趋。这就是《伤寒论》四条促脉共同的病理脉理机制。由此而推论，349条若非里阳不足，仅外有客寒，则根本不会出现手足厥逆；前三条若非下后正气尚能趋表抗邪，也根本不会出现促脉。可见，349条阳气虚弱尚未至“孤阳不守”；前三条正气受损尚未至虚不胜邪。

促脉既然是数而急促，古人常云脉疾可时有一蹶。所以，出现“数中一止”亦属可能。日人大西葆光《脉原》引黄星阳语：“促者，促于寸口，出于鱼际，寻之数急，似止而复来”。大西葆光按：“促脉，似止而未必止。或人曰，促者，数也、急也、迫也。”因此，决不能以“时止”作为《伤寒论》促脉之根据，《脉简补义》指出：“后世以促为数中一止。遂专于止中求促，而不知止者，促脉之偶然也，非促脉之本义也”。真乃要言不烦。一“偶然”之词，准确地阐明了促脉的“时止”问题。故法宗经旨，促脉当以脉壅两寸，数而急促为主要形象。如果执于“时止”，则把《伤寒论》活泼泼的脉象讲得教条呆板了，

总而言之，《伤寒论》促脉的概念与后世不尽相同。因此，不能以后世促脉的概念强解《伤寒论》促脉，以免曲解经文的精神实质。

脉义的特殊性，不惟促脉。如迟脉即有脉行滞涩的涵义。又如微脉，除了有极轻极软，似有似无，主病阳虚与后世相同的涵义外，还有示邪退；意沉伏；作比较等独到的概念。这些下面将分别讨论。

脉义的特殊性，强调我们客观认识《伤寒论》脉象的必要性。另外，其独到脉搏形象、脉理机制、主病意义都值得我们重新认识，深入研究。

### 3. 设脉的灵活性

《伤寒论》的脉象运用，别具一格，灵活不拘。形成了仲景脉诊的独特风格。主要表现形式五个方面。

（1）藉脉象示病机

所谓藉脉象，是假藉某一脉之名，以示疾病之机转。而所指实非具体的某一脉象。故虽亦冠以某脉，但已失去了此脉的本来概念和主病意义。这和后世脉书、医书中的脉诊迥然不同。因此，切不可与脉象反映病机混为一谈。藉脉象示病机有两种形式。

①所藉脉象是二十五种主要脉象的范畴。这种情况尤当注意分析鉴别。如251条“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤……至六日，与（大）承气汤一升”，显然，“脉弱”非小承气汤证之脉。“得病二三日”“至四五日”，说明邪结已深，故与大承气汤攻之。由此可见，“二三日脉弱”，只不过是对“六日”邪实的比较而已。邪不实即为“弱”，以表示小承气汤证邪结尚浅之病机。并无“弱”脉本身的主病意义。不认识这一设脉特点，此条则拫本无法理解。

②将一些特殊的形容词冠以“脉”，以示病机。这种情况很多，且概念较为复杂。如“脉平”（391条）、“脉自和”（211条）、“脉解”（398条），则是表示邪解病愈之机；“脉静”（4），表示病情无变化之机；“脉负”与“不负”（256条），表示阳明与少阳“互相克贼”之机，“脉暴出”与“脉微续”（315条），表示少阴病服白通加猪胆汁汤后，阳气暴脱与阳气新复之机；“脉不至”（292条）、“脉不还”（298条）、“脉绝”（363条），表示真阳垂绝或气血一时不能接续之机。凡此种种，皆是藉脉象以表示六经病邪气进退之机转的。

（2）藉脉象作比较

凡是作比较的脉象，亦失去了本脉的概念和主病意义。其目的为了阐述、说明、鉴别证候和病之机转。表现形式亦有两种。

①所藉脉象是二十五种主要脉象的范畴。如245条“脉阳微而汗出少者，为自和也；汗出多者，为太过，阳脉实因发其汗，出多者，亦为太过。”《难经》说：“关之前者，阳之动也，脉当见九分而浮”。所以，《尚论篇》指出：“阳微者，中风之脉，阳微缓也；阳实者，伤寒之脉，阳紧实也”。显然，“微”与“实”，虽言脉象，而实质却是太阳中风与太阳伤寒脉浮而有力与无力的比较而已。是比较之词，并无微脉与实脉本来的概念与主病意义。文中“阳微”曰“汗出”，“阳实”曰“发其汗”即是证明。

尤其值得探讨的是94条“太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗，汗出而解，但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微者，下之而解，若欲下之，宜调胃承气汤”。此条关于“脉阴阳俱停”，注家认识较统一。是正被邪阻，壅闭脉道。脉象处于一种暂时的似停状态（即伏而难寻意）。与痛极气闭脉伏而不见类同，反映了正被邪阻较甚的病机。和阴阳气并竭之脉绝不可相提并论。只是“但阳脉微者”句以下，注家认为文义未明，多存疑不释。此即属藉脉象作比较的范畴。脉阴阳指寸为阳，尺为阴。脉“微”是比较脉“停”而言，“微”是微动之意。重点讲在太阳病未解，正气较虚，气血被阻，脉寸关尺俱停的情况下，邪气欲解（战汗）的趋势及处理办法。脉由“停”而转至“微”动，是邪气有外出之征。若寸脉微微而动，说明病势向表，故可“汗出而解”若邪结尤深，内壅较甚，邪气欲解时，必尺脉微微而动，故“但阴脉微者，下之而解”。正如《脉学刍议》所说：“本节阳脉指寸，阴脉指尺，寸主表，尺主里，亦仲景沿用《内经》寸尺部位代表表里的例子。当邪久郁伏欲外解之刹那间，寸脉微动为邪从表解之予兆；尺脉微动为邪从里解的予兆”。“邪从里解宜调胃承气汤”。因下后才可战汗自汗而解。即叶天士“若其邪始终在气分流连者，可冀其战汗透邪，法宜益胃”之意，（《外感温热篇》）关于“益胃”，王盂英按之谓：“胃为阳土，宜降宜通，所谓腑以通为补也。故下章即分消走泄以开战汗门户云云”（《温热经纬》）。吴又可称为“内壅不汗”。认为“里气壅滞，阳气不能敷布于外……务宜承气汤，先通其里，里气一通，不待发散，多有自能得汗而解者”。（《温疫论》）此所谓里气得通，邪气还表。

总之，本条以“微”作微脉解，则大失经旨。更为重要的是会贻误病机，《脉诀启悟注释》指出：“有阴阳俱停邪气不传而脉反微者，若以微为虚衰，不行攻发，何以通邪气之滞耶！”当引起我们的重视。

[病案引证] 张路玉治一人，伤寒恶寒，三日不止。已服过发散药二剂，至第七日，躁扰不宁，六脉不至，手足厥送，独左寸厥厥动搖。知是欲作站汗之候，勿股药，但与热姜汤，助其作汙。果愈，（《脉简补义》）

此案“六脉不至”，即“脉阴阳俱停”。邪闭其脉，不得外发可知。“左寸厥厥动揺”，这是很形象的描述，与阳脉微微而动同义，表示病势向外。因此，“知是欲作战汗之候”。此案证明了阳脉阴脉之“微”，确系比较“脉阴阳俱停”之“停”而言。

②将一些特殊的形容词冠以“脉”，以做比较。如105条“伤寒十三日，过经谵语者，以有热也，当以汤下之，若小便利者，大便当硬，而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，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。”此条属阳明府证“反下利”。下利而“脉调和”，其非虚寒利可知。故云“若自下利者，脉当微厥，今反和者，此为内实”。显然，“脉调和”是与虚寒利之“脉微”比较而言的，意思是脉不微者“此为内实”，当用调胃承气汤。可见，“脉调和”，既非承气之脉，亦非无病之意，惟作比较而已。

（3）设脉的相对性

这一特点，寓意颇深，非常形象、突出的体现了仲景脉法的灵活性。如太阳中风脉浮缓，太阳伤寒脉浮紧，缓与紧即具有相对性。是以感邪不同为标尺，分类中风与伤寒的，而实质病发中风与伤寒基本取决于机体营卫之气的强弱（当然也不能否认外邪的因素）。如桂枝汤证之脉，除了浮缓外，尚有“浮弱”（42条）、“浮虚”（240条）。皆属虚象（与麻黄汤证脉比较）。而45条“先发汗不解而复下之，脉浮”。52条“发汗已解……脉浮数”。276条“太阳病，脉浮”。三脉则非为虚，但45与57条属汗下以后，一经汗下，正气必损。276条属太阴表证，本身阳气不足。由此可知，桂枝汤证脉象的特点是浮而缓弱，或一经汗下及素体虚弱者即使脉势尚可，亦当考虑用桂枝杨。反之，亦证明了麻黄汤证脉象特点是浮而紧实，或未经汗下及素体不虚者，即当用麻黄汤。未必尽拘于“浮紧”。如37条“脉但浮”，51条与235条“脉浮”，甚至52条“脉浮而数”都是证明。“浮数”虽为有热之脉，然属表闭过重，阳郁化热，以浮作证，病机仍在表。故宜麻黄汤开表发汗，汗出郁热得泻而病去。《伤寒论条辨》说：“浮与上同，而此多数，数者，伤寒之欲传也，可发汗而宜麻黄汤者，言乘寒邪有向表之浮，当散其数而不令其至于传也”。因此，但言“浮数”意在提示麻黄汤证之脉不必拘于浮紧，只要浮而有力即可用麻黄汤。

可见，以感邪不同而言，中风之“缓”与伤寒之“紧”是相对的；以正气强弱而言，桂枝汤证之浮而缓弱与麻黄汤证之浮而有力亦是相对的。而后者的相对性，往往对临床的指导意义较大。

287条“少阴病，脉紧至七八日自下利，脉暴微，手足自温，脉紧反去者，为欲解也”。紧与微二脉均属少阴病主脉，据此推论，脉由紧变微“为欲解”就讲不通了。所以，此条紧与微具有相对性。“紧”表示阴寒内盛。至七八日后，“紧”反去”，“脉暴微”，是阴寒之邪已退之兆。可知，“微”非微脉本意，只是与“紧”相对而言，“紧反去”了即是“微”。正如《脉原》所说：“微非幽微之微，曰紧去小也”。

有的脉的相对性是与传经及治疗前的脉比较而言的。要注意脉象的前后变化，尤其要联系脉变的由来，只有这样才能深刻理解脉象主病的内在涵义。如154条“心下痞，按之濡，其脉关上浮。”痞证多为太阳病下后所致。未下之前病属太阳，脉寸关尺俱浮。下后悉属入里，仍“其脉关上浮”，这是热结心下的缘故。关脉浮在这里俱有两种相对的概念。其一，此浮非太阳病之脉浮可比，只是与下后邪陷脉当沉伏相对而言。其二，因热结心下，故浮在关上。此又是与寸、尺二部之沉相对而言。其浮未必轻手即得。不沉即为浮。与结胸“寸脉浮，关脉沉”意同。所以，对于此条的理解，应着眼于关脉的形象变化与心下病位的关系，而浮则是相对的。

《伤寒论》设脉的相对性，在脉诊运用中具有普遍意义。如前面所述的251条“脉弱”，欠实即为弱；瓜蒂散证的“寸脉微浮”与结胸证的“寸脉浮”，对比关尺为浮；105条的“脉调和”与“脉微”；245条的“脉阳微”与“阳脉实”04条的“脉停”与“脉微”等等，无不包含着相对的概念。

（4）具有特殊意义的设脉

指所设之脉，亦失去本身的概念和主病意义，而表示一种新的涵义。如124条太阳蓄血证的“脉微而沉”。蓄血证是热与血结于下焦，属大实之证，脉当沉结有力。显然，此“微”非极轻极软之微脉、而是形容热与血结，气血阻滞，脉搏沉伏，难以触指。《脉学刍议》指出：“脉微沉，是沉面有滞象，脉搏不起，是由于蓄血而使脉道壅遏血行不利所致。和气血不足的脉微，阳气衰微的脉微，都是绝对的不同”。

微脉属虚脉范畴。“大实有贏状”，就脉而言，在邪实内结，气血阻滞的情况下，亦往往反会出现类似微脉的形象。其机理与热实内结之脉迟类同。《脉义简摩》说：“微细类虚，而凡痛极气闭，荣卫壅滞不通者，脉必伏匿，是伏未必虚也”。不但微细如此，凡沉、伏、迟、涩诸脉皆可见于邪陷、痛闭、瘀血、水结等疾病。所以，我们反复强调临床辨证当脉症合参，否则，势必造成以实作虚，虚实反辨的恶果。

[病案引证] 张意田治角口焦姓人，七月间，患壮热舌赤，少腹闷满，小便自利，目赤发狂，已卅余日，初服解散，继则攻下，因得微汗，而疼终不解。诊之，脉至沉微，重按疾急，夫表证仍在，脉反沉微者，邪陷于阴也……此随经瘀血结于少腹也。宜服抵当场……渐得平复。（《古方医案类编》）

此案以脉沉微，知“邪陷于阴”，证属蓄血。说明此“微”，义同伏脉，表示脉搏沉伏难寻。又以“重按疾急”，知非极轻极软之微脉。

（5）具有副词意义的描述

此本不属脉象的范畴。但这个问题对如何正确理解《伤寒论》脉象关系极大。不可忽之。

《伤寒论》中某些“脉微”的字样，其实质不是脉象，而是用以修饰脉象的副词。具有微微或稍微的意思。不引为重视，极易鱼目混珠，以假乱真。如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。”《伤寒脉症式》说：“微缓之微，犹如瓜蒂散所谓微浮之微，言其脉带缓也。”《脉原》说：“微者，小也；缓者，缓纵也。脉状渐欲缓。”又如166条“寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲喉咽不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”《脉原》说：“微浮，谓其小浮也。”《脉学刍义》说：“诊其脉，寸部独隐隐有浮象，关尺则否。”可见，此二条之“微”均为副词。作微微解，这是因为，太阳病与瓜蒂散证均属实证，决无脉微之理。

327条“厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈。”厥阴病可以出现微脉。但微脉沉而轻软似无，必不能与浮脉并见。所以，此“徵”亦是副词。意为厥阴中风脉微微见浮者，示邪退阳复为欲愈。《脉学刍议》指出：“脉微浮者，微有浮象，不是微脉兼浮脉，是阳气徐徐来复的征象。正气逐渐占居优势，邪气逐渐处于劣势地位，正胜邪负，邪气由里出表，所以，病可向愈。‘阴病见阳脉者生’，即此道理。”

总而言之，《伤寒论》“脉之微有二，形之微小也，力之微弱也，此皆作实字（真微）解，其作虚字（假微）解者，不甚之谓也。仲景书中微紧微缓诸文，皆不甚之义……”（《脉简补义》）。

综上所述，仲景独具匠心的设脉特点，给了我们如下启示：

①由于设脉的灵活性所表现的五个方面，在《伤寒论》中具有普遍性的意义，所以，了解这些设脉持点，辨明所设之脉的真正涵义，对于学习《伤寒论》脉法，正确理解原文精神是十分重要的。

②除了设脉的相对性外，余者四方面虽冠以脉，但已失去了本脉的涵义，往往赋予一种新的概念。这是《伤寒论》脉诊运用中最突出的特点。切不可不加分析，不辨真伪，皆作为脉象理解。

③设脉的相对性十分重要。使我们从恒动的观点去认识六经病传变过程中，脉象反映病机的规律及其变化。并能客观地体会《伤寒论》某些脉象的真实涵义。而且，充分体现了“平脉”的辨证法思想。

《伤寒论》脉法，遵《内》《难》而不泥古人，灵活机变又不离轨范。使脉诊成为《伤寒论》六经辨证体系最灵活、最富有生命力的部分。本文在主病方面，通过浮、迟二脉特殊主病意义的探讨，阐发了脉象主病多重性的意义，揭示了同脉异病的病理机制，从而强调了临床辨脉及脉证合参的重要性，并指出其特殊的主病意义值得后世脉学借鉴。在脉义方面，主要例举探讨、论证了促脉的真实涵义，认为促脉形象是脉壅两寸，数而急促；脉理机制是表邪未解，阳郁求伸，由此阐发了《伤寒论》脉义的特殊性，从而强调客观认识《伤寒论》脉象的必要性。在设脉方面，探讨了《伤寒论》脉诊中别具一格的五个特点，并由此体现了仲景脉法的灵活性。从而强调了掌握仲景设脉特定对学习《伤寒论》，理解经文精神的重要意义。

## 《伤寒论》平脉辨证的几个问题

《伤寒论》脉法在脉理、脉义、主病等方面颇具独到之处，现讨论关于平脉辨证的几个特殊问题。

### 1. 常脉与变脉的主病不同

虽然六经病脉象主病有主次常变之分，一脉可主数病，一病亦可见数脉，但其中自有一定规律可循。这说明了脉象主病的必然性与偶然性。所谓必然性，是指每一脉都必然有一定的主病意义，如浮主表，沉主里，数主热，迟主寒等，这是以一脉对某一病来说，我们称作常脉，所谓偶然性，是指一脉在特殊情况下可反映多种不同的疾病，亦即每一经病在其复杂的病理变化中可出现多种常脉以外的脉象，这就是变脉。

因此，常脉对某一经病来说，具有必然性的主病意义。这是因为常脉直接反映疾病的主要病机，即病之本质。在六经病中，除厥阴病寒热错杂、虚实并见而脉无定体外，其他皆有主脉常脉，如太阳病脉浮，阳明病脉大，少阳病脉弦，太阴病脉缓，少阴病脉微细等。而变脉则未必尽然，它是在复杂特殊病理情况下，对病证的偶然一种特殊反映。如迟脉主寒证是其常脉，仲景亦云“脉迟为寒。”然而，在六经病中迟脉又可见于阳热郁证（208、234条），血虚证（50、62条），热入血室证（143条），此为变脉。《四诊抉微》指出：“迟脉属脏主寒，此一定之理，乃其常也；若论其变，又有主热之证治，不可不知。”

无论常脉或变脉，均是病证形之于外的表现，其病理基础是一致的，只不过反映的形式不同罢了。如浮脉，阳气趋表即是浮脉的病理基础，卫阳抗邪于表是太阳病的主要病机，故浮脉是太阳病之主脉常脉。而在其他经阳气趋表仅是可能出现的一种病理机转，故浮脉对其他经病说来，则属变脉。

变脉，因为它不符合脉象反映病证的一般规律，因此，在临床辨证中造成一定困难，易导致误诊。从这个角度讲，变脉在辨证上反而具有更为重要的意义。这就是强调在平脉辨证中要知常达变、审脉求本的原因所在。

### 2. 脉症的详略叙述

脉与症是临床辨证的依据。然而，脉的临床表现是复杂的。《难经》就有“人形病，脉不病”，“脉病，形不病”的说法。《伤寒论》则设症论脉详略不同，或详脉略症，或详症略脉。因此，在平脉辨证中要重视脉症互测，脉症合参。只有这样，才能全面了解病情，洞彻病机。

《伤寒论》在要强调、突出某脉主病的某种特定的意义时，常详脉略症。此时需要注重在辨证中以脉测症，以浮脉主病为例。51条，“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤”，此是强调浮脉主表的意义。42条，“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤”，此是突出太阳表虚证主脉之特点。52条，“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤”，此是提示太阳伤寒证不必拘于脉浮紧，既便兼有浮数，病机在表，即可用麻黄汤。276条，“太阳病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤，”此属太阴表证，提示不管阳经、阴经，只要表邪尚在，则脉多呈浮象，从而强调浮脉主表的意义。上述四条均是详脉略症，我们既要领会仲景详脉略症的用意所在，又要在辨证中注重以脉测症。而且42条明确指出“外症未解”，故以脉测症当有发热恶寒、头痛身痛、无汗或汗出等症。

《伤寒论》在要强调、突出某症的特定辨证意义时，常详症略脉。此时需要注重在辨证中以症测脉。如桂枝加葛根汤证与葛根汤证。前者云“太阳病，项背强几几，反汗出恶风”。后者云“太阳病，项背强几几，无汗恶风”。在这里首先突出“项背强几几”一症，说明邪气已入太阳经输。这是二方之所以用葛根，并强调了“反汗出”与“无汗”二症以鉴别桂枝加葛根汤证与葛根汤证的辨证依据。可见，为了突出症状的辨证意义，故略述脉象。若以症测脉，前者脉同桂枝杨证，后者脉同麻黄汤证。

脉症互测，体现了平脉辨证的整体观，阐明了六经辨证会通全书、脉症合参的重要性。是辨证应该引为重视的问题。

### 3. 脉症的从会鉴别

脉症有时由于反映病证形式的不同，而出现脉症不符，甚至脉症相逆的情况。此时，平脉辨证法宜随机应变，从舍得当。否则，恐有毫厘千里之失。因此，张景岳一再强调“当舍当从，孰知其要，医有迷途，莫此为甚。”脉症从舍是针对逆脉逆症而平脉辨证的一种方法。从舍，包括从脉舍症与从症舍脉。

在主脉主病或难从症辨的情况下，当从脉舍症而辨。正如罗国纲所云：“凡症即难辨，当参之脉理。”如100条“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。”腹中急痛”一症，并非少阳病主症，之所以“不差者”能用小柴胡汤，显然是从脉而辨，以“阴脉弦”故也。正如《伤寒论类方》所云：“治太阴不愈变而治少阳，所以疏土中之木也，以脉弦故用此法。”又如92条“病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，四逆汤方。”《医宗必读》指出：“表证汗之，此其常也。仲景曰：病发热头痛，脉反沉，身体疼痛，当救其里，用四逆汤，此从脉之沉也。”

在症显脉变的情况下，又常从症舍脉而辨。如阳明病195条与208条均是“脉迟”。然而，195条以“食难用饱，饱则微烦头眩，必小便难”诸症，可辨知此属阳明中寒证，故此“脉迟”是“迟则为寒”，脉症相符，病机显见。208条以“腹满而喘”、“潮热”、“手足渑然汗出”诸症，可辨知此属阳明府实证，故此“脉迟”是燥实内结、腑气不通、气血阻滞所致，属变脉，脉症不符，所以，当注意从症而辨。

必须明了，脉症从舍并不是不要脉症合参，从舍，只不过是针对复杂脉症表现的一种辨证方法与审脉审症思维。它的意义就在于在复杂的脉症中抓住直接反映病机的方面（或脉或症）进行辨证，亦即抓住脉症表现与病机相吻合的方面，这是揭示病机最有利的方面，是辨证的主要方面。只有抓住了这个，辨证求本的问题就会迎刃而解。因此，所谓脉症从舍仅是辨证有所偏重而已。被舍之脉症并不是舍之不察，亦当合参之。如208条的“腹满”、“潮热”、“手足澉然汗出”等阳明腑实症，只有在这些症状的基础上而脉见“迟”象，才进一步证明了燥热之结已到了很严重的地步，当放心用大承气汤以攻之。因为若非燥热结甚是决不会出现迟脉的，

所以，我们不能将脉症从舍与脉症合参对立起来。我们强调脉症合参而不应否定脉症从舍，反之，重视脉症从舍又不应忽视脉症合参。因为脉症从舍是辨证方法，脉症合参是辨证原则。而任何辨证方法.都不能脱离脉症合参这一原则。

## 《伤寒论》“反脉”的辨证意义

何谓“反脉”？按照唯物辩证法的观点，事物都具有两重性。脉象主病亦是如此。阳病见阳脉，阴病见阴脉，这是脉象反映疾病的一般规律。但在特殊情况下，却常常阳病反见阴脉，阴病反见阳脉。以脉对病言，这就是“反脉”。《内经》有“脉从而病反”之说。我认为病为本，脉为标，以脉作“反”，则为适当，故立“反脉”概念。

一般说来，脉病相符为顺，脉病相反为逆。《灵枢·五禁》篇论有脉病相反五逆。《素问·平人气象论》还指出：“脉从阴阳，病易已；脉逆阴阳，病难已。”这是因为反脉逆病，稍有不慎，则其辨南辕北辙，其治虚虚实实。所以，辨析“反脉”，揭示脉病相逆时的辨证特点，具有重要意义。而《伤寒论》脉法，对此有精辟的论述，在此以八纲脉（阴阳浮沉迟数虚实）为目讨论之。

### 1. 阳病见阴脉

“辨脉法”云：“问曰：脉有阴阳者，何谓也。答曰：凡脉大、浮、数、动、滑，此名阳也；脉沉、涩、弱、弦、微，此名阴也”。这是阴脉阳脉的大致分类举例，但不可拘泥，如弦脉就不尽属阴。又云：“凡阴病见阳脉者生，阳病见阴脉者死”。其机理，有从正气盛衰阐发者，《伤寒论纲目》云：“阴病在脏在里，得阳脉则正气有余；阳病在腑在表，得阴脉则正气不足”。有从邪气进退阐发者，《注解伤寒论》云：“阴病见阳脉而主生者，则邪气自里之表，欲汗而解也，如厥阴中风，脉微浮，为欲愈，不浮，为未愈者是也。阳病见阴脉而主死者，则邪气自表入里，正虚邪胜，如谵言、妄语、脉沉细者死是也”。无论从正气立论或从邪气立论，其理则一。因为疾病过程就是正邪斗争过.程，正胜则邪却，邪胜则正衰。

可见，“阳病见阴脉者死”，一般是指三阳病过程中，脉象由表现为阳气亢奋、搏指有力的“阳脉”，转为气息微弱、应指乏力的“阴脉”，反映了正气衰败、“阳去入阴”、病势深重的病机，故称死候。即《灵枢·动输篇》“阳病而阳脉小者为逆”之意。因为此时病机转化的主要矛盾在正气衰方面，所以，“阳病见阴脉者死”，具有一般性的临床指导意义。

但是，事物的两重性告诉我们，如果病机转化的主要矛盾在邪气衰方面，那么，“阳病见阴脉”就未必死，反而是病邪欲解，正气来复之佳兆。如271条“伤寒三日，少阳脉小者：欲已也”。《内经》云：“大则病进”，以脉大示邪气盛故病进。由此可知，伤寒三日，是病传少阳之时，不见脉之弦劲，反面“脉小”，说明邪气衰退，病不内传，眛“欲已也”。

正盛邪实的“阳病”，亦可因邪气结聚、气血阻滞面出现类似“阴脉”的现象。如94条“太阳病未解，脉阴阳倶停”就属正邪交争，气血被阻。吴又可称之为“内壅不汗”。此种情况，若执以“阳病见阴脉者死”，何以通邪气之滞？而仲景“但阴脉微者，下之而解”就难以理解了。诚如陶华所云：“夫头疼发热恶寒，或一手无脉，两手全无者，廉俗以为阳证得阴脉，便呼为死证不治，殊不知此因寒邪不得发越，便为阴伏，故脉伏，必有邪汗也，当攻之”。

即使阳病见阳脉亦当活看。如132条“结胸证，其脉浮大者，不可下，下之则死”。结胸证脉当沉紧而反“浮大”，知正气不支，虽结胸亦不可下，下之正气衰败故死。可知“阳脉”是个相对的概念，“浮大”虽属阳脉，但在结构证，对比沉紧说来，“浮大”为虚。

总之，“阳病见阴脉”，当一分为二识之，脉症合参辨之，不必尽执于“死”。

### 2. 阴病见拓脉

“阴病见阳脉者生”，三阴病篇均有论证。如274条“太阴中风……（脉）阳微阴涩而长者，为欲愈”。《注解伤寒论》云：“长者阳也，阴病见阳脉则生，以阴得阳则解，故云欲愈”。总之阴证而见浮大数动洪滑之阳脉，虽脉与证反，在伤寒说来多为阳气来复，从阴出阳之象。

即在伤寒，“阴病见阳脉者生”，亦是有条件的，必须是病势稳定，正胜邪却，阳气徐徐来复。若病势沉重，正气衰竭，而骤见阳脉，却往往是残阳暴脱之死候。如315条“少阴病……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……”。《伤寒贯珠集》云：“脉暴出者，无根之阳，发露不遗，故死”。《素问·通评虚实论》；“帝曰：肠辟下白沫何如？岐伯曰；脉沉则生，脉浮则死”。经论昭昭，联系起来更当引为重视。

若以邪气言，“阴病见阳脉”亦未必尽为佳象。《灵枢·动输篇》就有“阴病而阴脉大者为逆”之说。《伤寒论》365条“下利，脉沉弦者，下重也；脉大者，为未止；脉微弱数者，为欲自止”。此“下利”证，见阳脉（大）反“为未止”，而见阴脉（微弱数）却“欲自止”，颇为反常。其实，此“大”非正气渐复之脉，而是邪气方盛之象，故利不止；而“微弱数”恰恰相反，是正复邪退的反映，故利自止。与360条“下利有微热而渴，脉弱者，今自愈”同一道理。

总之，阴病无论见阳脉，还是见阴脉，其证之逆顺，病之死生，应当根据病气进退趋势，形气神色变化，脉症相参，以决安危。

### 3. 浮脉不独主表

《伤寒论丨辨脉法》云：“浮为在外”。阐明了浮脉主病的原则性。所以，《脉诀启悟注释》指出：“见太阳一经，咸以浮为本脉”。

然而，综观六经病皆有浮脉，非太阳一经之所专。可见，仲景在阐明浮脉主表原则性的同时，又提出了浮脉主病的变通性。并多次明示，以期引起视。如257条“病人无表里证，发热七八日，虽脉浮数者，可下之……”。“无表里证”，无头痛恶寒之太阳证与腹满谵语之阳明证也。前提已定，而“虽脉浮数者，可下之”一词，寓有深意。其一，说明浮为表脉，一般不当下；其二，无表证，可下之，此“浮”又非表脉无疑。诚如《伤寒贯珠集》所云：“发热七八日，而无太阳表证，知其热盛於外”，准确阐明了里热证脉浮之机理，亦说明了浮脉不独主表。

《脉简补义》指出：“浮者，病机外出也”。一语揭出浮脉脉理之真缔。作为伤寒病，阳气趋外（表）就是出现浮脉的病机。因此，无论三阳三阴，阳衰阳盛，只要有阳气趋外（表）的病机，就有出现浮脉之可能。这就是浮脉不独主表的理论根据。

关於浮脉主病的常变问题，日本学者川越衡山谈得最为明确，云：“凡脉浮者，精气胜於邪气之所令然也，是故不但於太阳，如少阳阳明，亦皆不得不浮，虽然，浮之为浮者，独在於太阳，而不专於少阳阳明也”。

所以，我们既要充分认识浮脉主表的一般规律，又不可尽凿於此，机械地以浮定表。当结合症状、兼脉、舌苔而辨之为妥。

### 4. 沉脉非专属里

《伤寒论·辨脉法》云：“沉为在里”。阐明了沉脉主病的原则性。所以，《脉简补义》指出：“沉者，病机内向也。”

然而，沉脉主病又有其变，变者，非专属里也。如《脉诊选要》云：“每见表邪初感之际，风寒外束，经络壅盛，脉必先见沉紧……此沉脉之疑似，不可不辨也”。《伤寒论》于92条提示“病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤。”此“沉”属表邪轻浅（或邪退），脉不应病。这种情况，常阴阳自和而表邪自解。如《千金翼方》所云：“夫病者发热身体疼痛，此为表有病，其脉当浮大，今脉反沉迟，故知当愈若不差”，沉为里脉无疑，故“当救其里”，用四逆汤。由此可知表病亦有脉沉之时。此条与“反发热，脉沉”表里兼治的麻黄附子细辛汤证参看，又别具旨义。

表证脉沉之机理大致有四：一是邪气衰微或中病轻浅，仅有轻微表证，而脉象尚无反应或反应微弱，浮不明显。如《温疫论》所云：“表证脉不浮者，可汗而解，以邪气微，不能牵引正气，故脉不应。”二是寒邪太甚，拘束肌表，营卫滞涩。如《景岳全书·脉神章》云：“其有寒邪外感，阳为阴蔽，脉见沉紧而数及有头疼身热等证者，正属表邪，不得以沉为里也”。三是肌肥之人，素体脉沉，初感风寒，气不应脉。如张璐指出：“肥盛之人，肌肉丰厚，胃气沉潜，纵受风寒，未得即见表脉”。四是太阳夹湿，湿性闭阻，经络滞涩，脉气不应。如《金匮要略》“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉细者，此名湿痹”。

总之，沉脉非专属里，若以脉定病，非温即下，必致表里反治，坏证蜂起。

### 5. 数脉有主寒之时

《伤寒论》122条云；“数为热”。阐明了数脉主病的原则性。数为阳脉，阳盛之象，即《素问·生气通天论》所云：“阴不胜其阳，则脉流薄疾”。

然而，“数主热，”仅是数脉主病的主要方面，在特殊病理情况下，也可见于虚寒证。《诊宗三昧》指出：“人见数脉，悉以为热，不知亦有胃虚及阴盛拒阳者”。仲景在阐明“数主热”的同时，又提示了“数为客热”主病虚寒。如122条：“病人脉数，数为热，当消谷引食而反吐者，此以发汗，令阳气微，膈气虚，脉乃数也，数为客热，不能消谷，以胃中虚冷，故吐也”。此证属汗伤膈阳，胃中虚寒。胃中寒气内通，膈气虚而阳上浮，故脉呈虚数状态，诚如程郊倩云：“数为热脉，无力则为虚脉，膈虚阳乘于上，不能下温，故令胃中虚冷”。

数脉主寒，脉必无力，证必虚寒。如120条：“关上脉细数者，以医吐之过也”。是吐伤胃阳，虚阳躁动之象，数非热也。故后有“朝食暮吐”等脾胃虚寒之症。所以，虚损之证，常见脉数。或胃气虚弱，虚阳躁动；或少阴虚寒，虚阳外浮；或津脱亡血，不敛虚阳等，但必以数而无力为特征。《医门法律》“愈数者愈虚，愈虚者愈数，是数不可以概言热“即是此意。《内经》云：“脉至而从，按之不鼓，诸阳皆然。”，以“按之不鼓”，虚象毕露，尽管出现阳脉，亦知非热。

数脉有主寒之时，自仲景后，医家通过临床亦有体会。张景岳就指出“数脉有阴有阳，”并分类云；“滑数、洪数者多热，涩数、细数者多寒。”同时以临床验证“凡见内热伏火等证，脉反不数而惟洪滑有力”，所以，断言之“数为热，而真热者未必数”。张氏不拘俗说，突破数主热之藩篱，符合经旨，开人思路。

### 6. 迟脉有主热之候

《伤寒论》333条云：“脉迟为寒。”阐明了迟脉主病的原则性。如三阴病，迟属主脉。经文中皆有论证，兹不赘述。

迟脉属脏主寒是其常。然而，《伤寒论》中又有主热之论述。如208条“阳明病，脉迟”。134条“动数变迟……则为结胸，阳明府证与结胸证皆属实热证，反见迟脉，这是热邪内结、阻滞脉道的缘故。若内外驰张之热则必无见迟之理。

迟脉主热，脉必有力，症必实热。《脉简补义》云：“迟脉有邪聚热结，腹满胃实阻塞经隧而然者，症瘕痃癖尤多见之，窃谓凡此类者，其脉必中手有力，按之必实。”揭示了病热脉迟之特征。

《四诊抉微》引储种山语：“凡病寒热，当以迟数为标，虚实为本。”从《伤寒论》数迟反脉主病寒热的论述看，储氏之说，确为历验之言。

### 7. 实脉可见于虚证

“至虚有盛候”，就脉而言，在阴阳内困、正气极虚的病理状态下，常可出现“实”象。这种反常的现象，常常是正气暴脱，阴阳离决之征。仲景在论述中尤重于此。如厥阴病369条“伤寒下利日十余行，脉反实者，死。”下利日十余行，正气虚甚可知，脉当微弱，今“脉反实”，脉实与下利并见，脉症相反，知非正气来复，乃是胃阳垂绝、真脏脉见，故称“死”。诚如钱天来云：“所谓实者，乃阴寒下利，真阳已败，中气已伤，胃阳绝而真脏脉现也。”

实脉见于虚证并非皆凶，在病情稳定的情况下，是“阴病见阳脉”，属于正气来复的象征。如192条“阳明病，初欲食，小便反不利，大便自调，其人骨节疼，翕翕如有热状，奄然发狂，激然汗出而解者，此水不胜谷气与汗共并，脉紧则愈。”此属阳明中风水湿证，“奄然发狂，澉然汗出”，正气不足可知，推其脉必虚涩或迟缓之类，而云“脉紧”（示有力之脉），实脉中见，说明胃气渐盛，力足祛邪，故“水不胜谷气”。诚如喻嘉言所云：“脉紧则愈，言不迟也；脉紧疾则胃气强盛，所以肌肉开而激然大汗”。

可见，虚中见实，本属“反脉”，反脉之中，又寓二机，是愈是危，惟在辨证。

### 8. 虚脉可见于实证

“大实有贏状”，就脉而言，在邪实内结、气血阻滞、营卫凝涩的病理状态下，往往反会出现类似虚脉的形象。如太阳蓄血证124条“脉微而沉”即属此种情况。蓄血为实，反见“微”象，非正气衰败，而是血滞所致，实际是脉搏不起，沉而有滞的描述，不可作阳衰脉微解。实证见虚脉，虽貌似“虚”象，其中必有实征可见，当注意脉势变化并参合症状进行辨证。

涩为虚脉，主阴虚血亏气不足，但在气滞、血瘀、湿壅、食停及营卫凝涩等实证中亦可见涩。如48条“二阳并病……若太阳病证不罢者，……阳气拂郁在表……若发汗不彻……以脉涩故知也。”此处“脉涩”，是“阳气拂郁”，营卫滞涩的缘故。《注解伤寒论》指出《内经》曰‘诸过者切之，涩者，阳气有余，为身热无汗。’是以脉涩知阳气拥郁而汗出不彻。”若执以涩脉主虚，不行攻发，而妄补之，何以解卫阳拂郁之邪！

《伤寒论》虚脉可见于实证的论述，唯周学海深明仲景之意，说：“马元仪印机草曰：三阳病脉当浮大，而微弱不起者，以邪热抑遏，不得外达，非阳衰脉微之比，待清其壅，则脉自起矣，此可谓通明之论矣。”并举例：“张石顽亦有治伤暑停食，六脉虚涩模糊，因胸硬舌刺，而决其内实者。”是知在脉象上大实可见贏伏，当引为重视。否则，其辨治势必以实作虚，遗人夭殃。

病有阴阳表里寒热虚实，脉有阴阳浮沉迟数虚实，病有主脉，脉有主病，此皆病脉之常。若论其变，则有脉病不符，反脉逆病。本文以病为本，以脉为标，提出“反脉”概念，并用两分法，以八纲脉为目，粗浅讨论了《伤寒论》有关“反脉”主病的论述及其辨证意义。

本文强调“反脉”的辨证意义，并不否定脉病的一般规律。《伤寒论》论述脉象主病既有高度的原则性，又表现出极大的灵活性。如条文中对浮沉迟数等脉的主病都明确的、原则性的论述：“浮为在外”、“沉为在里”、“迟则为寒”、“数为热”。反之，尽管在条文中有阳明病脉迟、虚寒证见数这样的论述，却无迟则为热，数则为寒这样的说法。这种脉象主病的严谨与变通，生动体现了仲景脉法特点及辨脉思维。本文仅是在脉象主病原则性的基础上，阐发了脉象主病的两重性，以提示脉病相逆的辨证特点，强调诊脉知常达变，辨证脉症合参的重要意义。

## 兼脉·脉部·脉势的辨证意义

中医脉诊，是一种复杂的诊断形式。不仅应该知道切法、脉象、脉理等基本内容，对于兼脉、脉部、脉势等脉法内容亦应当有所认识，如此方能适应临床需要，《伤寒论》对此作了较为充分的阐发。

### 1. 兼脉之辨

疾病的成因往往是多种的，病理反应也是千变万化的，所以脉象时常是十分复杂的。至于二脉乃至数脉兼见，理当首先辨析清楚，方不至误珍。兼脉之辨，《伤寒论》垂示范例，不胜枚举。

如太阳病脉浮，浮而兼缓则为太阳中风，浮而兼紧则为太阳伤寒。浮而兼弱则为太阳表虚，浮而有力则为太阳表实。诚如《脉诀启悟注释》所云：“凡浮脉主病，皆属于表……风寒营卫之辨，全以浮缓浮紧分别”。可见，兼脉不可不细加辨析。又如246条“脉浮而芤，浮为阳，芤为阴，浮芤相搏，胃气生热，其阳则绝”。钱天来指出：“浮为阳邪盛，芤为阴血虚，阳邪盛则胃气生热，阴血虚则津液内竭，故其阳则绝……”。浮芤兼见之脉，仲景判其相搏，阐发阳邪与阴血相互作用的病机，生动提示了辨明兼脉以区别不同疾病的重要作用。

再如116条“微数之脉，慎不可灸”，“微”主阳衰，灸之无过。但“微”而兼数，则不可灸，以“数”主火热，灸之，则“追虚逐实，血散脉中”。可见，兼脉之辨，亦常为治禁之依据。

总之，《伤寒论》运用兼脉之辨确定病性、指导治疗的论述比比皆是，如“脉浮而缓……系在太阳”（187条）“。脉沉结……血证缔也”（125条）“下利，脉沉弦者，下重也”（365条）等等，医者必当谨记，并举一反三，不可稍有疏忽。

### 2. 脉部之辨

脉部之辨，重在推断病位。《伤寒论》结胸证之“寸脉浮”，寸候上焦，是胸中有热；关部候中，“关脉沉”，是水结胸下。再如心下痞之“其脉关上浮”、痰结胸中瓜蒂散证之“寸脉微浮”等等，均是以脉部之辨而确定病位的。

又如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……”。尺以候血，尺脉迟者，血虚心脉失养可如，故后云：荣气不足，血少故也”。诚如方中行所云：“尺以候血，迟为不足，血，阴也，营主血，汗者，血之汗，尺迟不可发汗者，嫌夺血也”。又如49条”尺中脉微，此里虚”；124条“关上脉细数者，以医吐之过也”；286条“尺脉弱涩者，不可下之”；362条“下利，寸脉反浮数，尺中自涩者，必清脓血”等等，都是以不同脉部的脉象变化辨析病机，从而指导治疗的。

脉部之辨还可判断疾病之予后，如“太阴病，四肢烦疼，脉阳微阴涩而长者，为欲愈”（270条）。“少阴病，脉阳微阴浮者，为欲愈”（290条）。条尺为阴，故三阴病多反映于尺脉。阴病而尺（阴）脉见“浮”或“长”，是“阴病见阳脉”，故“为欲愈”。

《伤寒论》脉部之辨，有言寸关尺者，主在病位之辨。也有但言阴阳变化之机，如“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”（100条）。阳脉涩，示阳气不足；阴脉弦，主阴寒木横。阳衰腹痛，故“先与小建中汤”。不差者，则属木横土衰，故“小柴胡汤主之”。又如前述（274条）的“脉阳微阴涩而长”（290条）的“脉阳微阴浮”，亦从六经病阳气阴气盛衰进退的角度，揭示阴病阳复，从阴出阳的机理。

### 3. 脉势之辨

脉势，指脉搏的鼓动之势。从脉势之变化，可推测正气之盛衰，邪气之消长，病气之进退。大致可分为三种情况：

（1）疾病传变过程中的脉势变化

六经病的发病与传变，是有一定规律的，如太阳一二日、阳明二三日、少阳三四日……。在本经病发病之日，即可据脉势之演变，推测疾病之传变。如271条“伤寒三日，少阳脉小者，欲已也”。此“三日”，本当少阳发病之日，“脉小”，说明邪气衰退，故称“欲已”。诚如《注解伤寒论》所云：“《内经》曰：大则邪至，小则平。伤寒三日，邪传少阳，脉当弦紧，今脉小者，邪气微而欲已也”。再如287条“少阴病脉紧，至七八日，自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去者，为欲解也”。此“脉紧”是寒邪内盛，七八日后，“脉暴微”，脉势由紧盛而转弱，显然，是寒邪衰退的征兆。从脉势的这种变化上，推知“为欲解也”。本条的“脉紧反去”四字，极生动揭示了脉势变化对诊断疾病的意义。

（2）脉势主病的双相性变化

脉势主病具双相性，是说同一脉势可以反映病机相反的两种疾病。如同为少阴病，既有由“紧”至“暴微”这种脉势由实转虚的“为欲解”，又有“厥逆无脉”服白通加猪胆汁汤后“脉暴出”的，这是真阳将脱的脉势。可见同一“暴”势，则有两种不同的结果。

（3）脉势主病相对性的变化

脉势的相对性变化，是指所出现的阴阳相对之脉势而言的。如94条：“太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗，汗出而解。但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微者，下之而解……”此言阳脉微乃是相对阴脉之微而言的，反之亦然。可见根据脉势的相对性变化，从中可推测出病气进退之趋势。

## “脉浮数可发汗”的启示

风寒表证脉浮紧，风热表证脉浮数，这是目前中医教科书（如全国统编教材《诊断学》《内科学》）关于表证脉象寒热辨证所规定的诊断标准。若验之于临床，就会发现有问题：风寒表证非但脉浮紧，亦多脉浮数。类似这种脱离临床、闭门造车的现象，实质上是中医脉诊辨证思维的退化，把中医活泼泼的脉诊，给“规范”成刻板的教条了。早在《伤寒论》就明确指出风寒表证脉见浮数，且宜辛温发汗（49、52、57、72、134条）。

第57条“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤”。说明汗后邪气虽衰，表寒郁阳渐重，故症见复烦，脉现浮数。同时也证明了即使桂枝汤证，也不必尽拘泥于“脉浮缓”。

第52条“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤”。又一次强调风寒表证脉亦见数。设此条之意是唯恐人们执凿中风脉缓、伤寒脉紧的惯例，从而曲解太阳伤寒之脉。但是大多数注家仍然惑于伤“寒”，泥于脉“紧”，既不敢承认伤于寒邪也会出现数脉，又不便于说这是经文之误，于是只得弯弯转转曲为解释。如柯韵伯注云：“数者，急也，即紧也。紧则为寒，指受寒而言；数则为热，指发热而言，词虽异而意则同”。且不说“数”者非“紧”，―指受寒，一指发热，“意”又何同？黄坤载则干脆指出脉数即浮紧之变文，紧则必不迟缓，亦可言数。”如此推论，则数必不迟缓，岂不亦可言紧？可见，于理不通。

1982年冬季在临床带教，适值寒流侵袭，风寒外感者甚多，诊治间学生就提出疑问：为何风寒表证脉搏也数，道理是什么？这个道理并不复杂，只是人们的辨证思维过于局限了。寒邪袭表，因寒性收引之故，脉搏必缩敛劲紧。但“人之伤于寒，则为病热”。寒遏阳气，阳浮热郁则发热，热即发则脉必数。所以，寒邪愈甚，阳郁愈重，热邪愈盛，脉搏愈数。临床也证明，外感表证愈是恶寒重的，其热度愈高，脉搏益见数促。但问题是，若说伤寒表证有发热，无人质疑；若说伤寒表证脉搏数，则人多不解。“寒”（邪）与“数”（脉）竟对立到如此程度，难道不是辨证思维的毛病？试问一下，能有发起热来脉反“静”的道理吗？

方不执说过：“数者，伤寒之欲传也。可发汗而宜麻黄汤者，言承寒邪有向表之浮，当散其数而不令其至于传也”。以上所论，尽管有“寒邪有向表之浮”的费解之语，但对伤寒脉数的转归及用麻黄汤散热的道理，却是一语中的。同是发热脉数，伤寒与温病、风寒与风热大相径庭。伤寒（或风寒）是由寒致热，寒为因，热为果，因此伤寒发热脉数之治，当着眼于寒，与麻黄汤辛温开表散寒透热，即方氏“当散其数”之谓也。

当然，风寒表证，在伤寒初期、感邪轻微、表邪已衰、老人外感、阳虚外感及兼夹痰水等特殊情况下，脉也未必见数，甚至可有不浮者。但在古今伤寒验案中，言脉浮数者了了无几，甚至热度很高者，脉亦必称浮紧，这就存在有意无意述脉不够全面的情况。

风寒表证中，就象发热与恶寒同时存在一样，脉数与脉紧亦常同时并见，即脉搏劲敛而数促。古人论脉常言紧必带数，颇有些道理。但紧言脉体，数指至数。伤寒遏阳，紧数可以并见。阴寒内结，则但紧不数。

## “脉微”的特殊涵义

《伤寒论》论微脉共三十四条，分别兼以弱、涩、沉、细、缓、数等。多主阳气衰弱。如“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳也”。（286条）其脉理和主病与后世脉同。然而，尚有几种特殊的涵义，值得注意。

### 1. 示邪退

287条云：“少阴病，脉紧，至七八日自下利，脉暴微，手足自温，脉紧反去者，为欲解也。”脉紧主寒，由紧变微，是寒邪已退之兆，故“为欲解”。又365条“下利，脉沉弦者，下重也；脉大者，为未止；脉微弱数者，为欲自止，虽发热不死。”汪友苓云：“脉微弱数者，是阳邪之热已退，真阴之气将复，故为利自止也。”脉微示邪退，是与前脉比较而言，具有相对意义。阴寒证脉由紧变微，下利证脉由沉弦大变微弱数，均说明此“脉微”非主阳气微而示邪气退。

### 2. 意沉伏

太阳蓄血证是热与血结于下焦，脉当沉结而有力。然124条却云“脉微而沉”。微脉主阳气虚，与蓄血证病机恰恰相反。显然，此“脉微”决不可作“极轻极软”之微脉解，而是形容热与血结，气血阻滞，脉沉伏不起，难以触指。正如陈平伯云：“微者，举之不足；沉者，按之有余。不得作沉微解。”

### 3. 作比较

245条云：“脉阳微而汗出少者，为自和也，汗出多者，为太过；阳脉实因发其汗，出多者，亦为太过，太过者，为阳绝于里，亡津液，大便因硬也。”关前为阳主浮脉，故“阳微者，中风之脉，阳微缓也。阳实者，伤寒之脉，阳紧实也。”（喻嘉言）显然，此条脉“微”与“实”，虽言脉象，其实质是太阳中风证与太阳伤寒证脉之有力与无力的比较而已，是比较之词，非微脉与实脉。何以证之？文中脉阳微曰“汗出”，脉阳实曰“发其汗”，不正是太阳中风自汗与太阳伤寒发汗吗！既属太阳表证，脉岂能微、实！

### 4. 是副词

23条云：“太阳病得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其不呕，清便欲自可，一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也。”166条云：“寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲喉咽不得息者，此为胸中有寒也，当吐之，宜瓜蒂散”。此二条脉微之“微”，实是副词，决非脉象，作稍微、微微解。这是因为太阳病与寒痰结于胸中的瓜蒂散证均属实证，不可能出现微脉。23条是太阳病已八九日了，且证见“热多寒少，一日二三度发”，说明太阳伤寒，正气将复，邪气已退，表闭亦轻，故脉微微地呈现缓象，脉由紧变缓，示病向愈，故云“为欲愈也”。166条寒痰内结，脉当沉紧或弦紧，因病位在胸，寸主上焦，故寸部与关尺相比脉稍微见浮。

值得推敲的是327条“厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈”。厥阴病可以出现微脉，而微脉极轻极软，沉而难寻恐不当与浮并见。笔者认为此条“脉微浮”有两种解释。其一，微是副词，非指脉象，即厥阴中风脉微微见浮者，示邪退阳复，故“为欲愈”。其二，可能句逗有误。如改为“厥阴中风，脉微，浮为欲愈，不浮为未愈”，亦合乎道理。正如《医宗金鉴》所云：“脉微，厥阴脉也；浮，表阳脉也。厥阴之病，既得阳浮之脉，是其邪已还于表，故为欲愈。”

总之，《伤寒论》脉微，不惟专主阳气虚，尚有示邪退、意沉伏、作比较以及只是副词非指脉象等特殊涵义。体现了张仲景设脉论脉的灵活性。

## “弱脉”的特殊涵义

确切地说，弱脉，在《内经》、《难经》及《伤寒论》中，仅是个脉气不足，应指无力的笼统涵义，与脉“虚”无多大区别。王叔和在《脉经》中，才给弱脉确定了“极软而沉细，按之欲绝指下”的概念，并与濡脉对称，这一概念，基本上为后世沿用至今。因此，我们对《伤寒论》弱脉的理解，应该用历史观去分析看待，就不能生搬硬套“沉而细软”的弱脉概念。如98条“得病六七日，脉迟浮弱……”。这里的“迟浮弱”，只是言脉浮迟无力而已。若执以后世弱脉概念，则“弱”属沉脉范畴，是不可能与“浮”脉并见的。

正因为《伤寒论》中“弱”脉概念比较笼统，故而其临床意义也较复杂。大致有以下几种：其一，主正气虚弱。是弱脉主病之常，如“太阴为病，脉弱”（280条）。其二，示邪结尚浅。251条“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下鞭；至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与，微和之，令小安；至六日，与承气汤一升。……”此“弱”，既不是沉而细软，也非应指无力，而是脉尚未结实强劲即为“弱”也。以此说明“二三日”虽“烦躁、心下鞭”，但阳明邪气尚浅，热结未实。可以推测，“至四五日”，其脉必不“弱”了，故“虽能食”仍“以小承气汤一升”。其三，示邪气衰退。365条“下利，脉沉弦者，下重也；脉大者，为未止，脉微弱数者，为欲自止，虽发热不死”。显然。本条之“弱”，是与“弦”、“大”比较而言，可以说，脉不弦大了，即为“弱”。说明邪气衰退，其病进邪盛之脉气（弦大）亦随之而减弱了。其四，示脉有胃气。平脉法云：“濡弱何以反适十一头？”（77条）“十一头”，即五脏六腑也。这里的“濡弱”，即是脉气柔软和缓之意。五脏六腑皆藉胃气以生，其脉亦皆以有胃气为贵，故云：“反适十一头”。如平脉法论“东方肝脉”的“其脉微弦濡弱而长，是肝脉也。肝病自得濡弱者，愈也”（48条）。以及《内经》的“脉弱以滑，是有胃气”。均是以“弱”为柔和，示脉有胃气也。

## “辨脉法”串解

“辨脉法”为《伤寒论》诸篇之首，历代伤寒注家多认为非出自仲录之手，是王叔和所撰集。由此而贬者多，褒者少，研究者更是寥寥无几。细考“辨脉法”，内容尽管与辨六病诸篇有所不同。然而，作为脉法总论，内容不乏精妙，体例亦具章法。纵是叔和所集，其学术价值亦不可低估，实有研究探析之必要。

称“辨脉法”者，具有旨义。《医宗金鉴》指出：“辨者，别也。辨脉者，辨别诸脉之名也。法者，诸脉部位、至数，形状、相类、相反，别之各有其法也。”综观全篇三十四条，重在一“辨”字，所辨内容，按体例顺序而言，大致分四类，现串解如下。

### 1. 辨脉象之阴阳（1〜3）

《素问·阴阳应象大论》云：“阴阳者，万物之纲纪”。故“辨脉法”首辨脉象阴阳。内容有三。

（1）辨脉象以阴阳为大纲

开篇即指出：“问曰：脉有阴阳者，何谓也。答曰：凡脉大、浮、数、动、滑，此名阳也；脉沉、涩、弱、弦、微，此名阴也”。脉分阴阳之说，首见《内经》、《难经》。《素问·阴阳别论》云：“脉有阴阳……所谓阴阳者，去者为阴，至者为阳；静者为阴，动者为阳；迟者为阴，数者为阳。”《难经·四难》云：“脉有阴阳之法，何谓也？……浮者阳也、滑者阳也，长者阳也，沉者阴也，短者阴也，湿者阴也。”《内经》举去、至、静、动、迟、数六种不同，《难经》举浮、滑、长、沉、短、淀六种脉象，“辨脉法”推而广之，举阴阳十脉。比之《内》《难》又趋详细。受此影响，后世愈详。滑寿《诊家枢要》分举动静、刚柔、升降、前后、上下、左右、数迟、表里、至去、进退。李中梓《脉法心参》分举数躁、迟慢、有力、无力、长大、短小。诸家之分，大同小异。约而言之，凡脉象呈亢奋、升浮状态者，则为阳；呈抑制、沉潜状态者，则为阴。此脉象分属阴阳之纲也。李中梓指出脉分阴阳“博而考之，虽二十四字未尽其精洋。经曰，知其要者，一言而终，不知其要者，流散无穷，此之谓也”。其要者，阴阳两纲也。

《素问·脉要精微论》云：“微妙在脉，不可不察，察之有纪，从阴阳始”。只有“从阴阳始”，才能纲举目张。因为病之阴阳既成，脉之阴阳必应。病为本，脉为标，是病必从切辨脉之阴阳，而推断病之阴阳。这就是“谨熟阴阳，无与众谋”的涵义。

由于阳脉反映阳气（正气）的亢盛，阴脉反映阳气（正气）的衰退。所以，“辨脉法”又指出：“凡阴病见阳脉者生，阳病见阴脉者死。”这是脉病反映的一般规律。以六经病言之，三阳病属表，为正气亢奋；三阴病在里，为正气衰退。三阳病见沉细微诸脉，多为正气不支，病向三阴转化；三阴病见浮长大诸脉，多为正气来复，病气从里出表。可见，邪气进退，阴阳消长，脉之阴阳必有所现。所以，以脉阴阳之变，则可推断病气阴阳之化也。

（2）辨脉象之阴阳各结

前立脉象阴阳大纲，再论脉象阴阳各结，“问曰：脉有阳结阴结者，何以别之？答曰：其脉浮而数，能食，不大便者，此为实，名曰阳结也，期十七日当剧；其脉沉而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结也，期十四日当剧。”《注解伤寒论》释云：“浮数，阳脉也；能食而不大便，里实也。为阳气结固，阳不得而杂之，是名阳结。沉迟，阴脉也；不能食，身体重，阴病也，阳病见阴脉，则当下利，今大便硬者，为阴气结固，阳不得而杂之，是名阴结。”可知，这是以浮对沉、数对迟脉之阴阳分类及对比，鉴别阳气固结与阴气固结之病机及症状。

结者，注家多释为“大便硬”。无阴则阳无所制，无阳则阴无以滋，都可导致大便硬。这就是“结”分阴阳之道理。对于阴结阳结脉象的“沉而迟”与“浮而数”，只是从大体上讲是如此，不可凿求。从临床看，阳结不必尽“浮数”，阴结不必尽“沉迟”。如《金匮要略》寒实内结的大黄附子汤证即属于阴结，其脉就不是“沉迟”，而是“紧弦”。阳结尽管可出现“浮数”脉，如太阳阳明之脾约证，就是“趺阳脉浮而数”。但既为“结”证，则经隧气血不畅，沉紧细涩之脉亦可见之。甚至有时还会出现类似阴结之迟脉。“阳明病，脉迟”之大承气汤证及水热搏结于胸中“动数变迟”的大结胸证，就是阳结脉迟之明证。

太阳病篇还提到了“阳微结”与“纯阴结”。云：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也。脉沉，亦在里也。汗出，为阳微，假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里……”之所以称“微结”者，是外证未解，阳结尚浅，病机主在少阳，故后云“可与小柴胡汤”。是取“上焦得通，津液得下，胃气因和，身激然汗出”，则“阳微结”可解。“设不了了者”，胃气未和也，可继与调胃承气汤，“得屎而解”。本条揭示结证的脉象特征，是符合临床的。无论阳结阴结，结势愈深，脉势愈沉，甚至脉伏而不见。《金匮要略》云：“诸积大法，脉来细而附骨者，乃积也”。可进一步说明这个问题。

对于“阳结”“十七日当剧”、“阴结”“十四日当剧”，章虚谷以“阳七阴六”来解释，张令韶竟以六经传经日期来计算，其实，这是古阴阳家之学说在王叔和遗著中的影响，大可不必强解。如其求深反晦，不如存疑待考。

还要说明一点，凡称之为“结”，不论阴结或阳结，必有物质基础，如水结、痰结、血结等。本条以大便硬为结，亦不过是举例而已。

（3）辨脉象之阴阳相乘

脉有阴阳各结，亦有阴阳相乘。何为“相乘”？“辨脉法”以辨析恶寒发热症，阐发其机理。云：“问曰：病有洒淅恶寒，而复发热者何？答曰：阴脉不足，阳往从之，阳脉不足，阴往乘之。曰：何谓阳不足？答曰：假令寸口脉微，名曰阳不足，阴气上入阳中，则洒淅恶寒也。曰：何谓阴不足？答曰：尺脉弱，名曰阴不足，阳气下陷入阴中，则发热也”。由此而知，脉之阴阳结者，是阴阳偏盛，各自为结；脉之阴阳乘者，是阴阳偏虚，彼此相乘。《素问·调经论》指出：“阳虚则外寒，阴虚则内热”。脉寸为阳，尺为阴，是故阳虚则寸脉不足（微）；阴虚则尺脉不足（弱）。阳不足则生外寒，即所谓“阴气上入阳中”；阴不足则生内热，即所谓“阳气下陷阴中”。太阳病篇“发汗后，必振寒，脉微细”，即是阳不足阴往乘之；少阴病篇“一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也”，即是阴不足阳往从之。

《难经》亦有脉阴阳相乘说。“二十难”云：“脉居阴部而反阳脉见者，为阳乘阴也……脉居阳部而反阴脉见者，为阴乘阳也”。“脉居阴部”，即指尺脉：“脉居阳部”，即指寸脉。尺部见阳脉，即为“阳乘阴”；寸部见阴脉，即为“阴乘阳”。这里，以脉部阴阳与脉象阴阳的交互相乘来阐述阴阳交错的复杂病机。与“辨脉法”相较，互有发挥。

### 2. 辨相对脉主病（4、5）

相对脉，言脉部、脉势、脉形之相对也。通过种种相对脉主病意义的分析、辨别，以反映脉病相应之机理。

（1）辨脉部相对的主病意义

“辨脉法”云：“阳脉浮，阴脉弱者，则血虚，血虚则筋急也”。“阳脉浮”者，寸脉浮也；“阴脉弱”者，尺脉弱也。寸主阳气，尺候阴血。脉部相对，阴阳互根，气血相依。血虚于内则“阴脉弱”，气浮于外则“阳脉浮”，阴血不足而阳热亢盛则“筋急”也。这里以脉象寸尺二部相对主病的不同，对比辨析阴血不足导致阳气亢浮之病机。与《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中所指出的“男子面色薄者，主渴及亡血，卒喘悸，脉浮者，里虚也”的浮脉有相同之处。

（2）辨脉势相对的主病意义

寸尺者，脉部之上下也；浮沉者，脉势之内外也。“辨脉法”云：“其脉沉者，荣气微也；其脉浮，而汗出如流珠者，卫气衰也……”。卫属阳主外，其脉应浮；荣属阴主内，其脉应沉。诚如《注解伤寒论》云：“浮主候卫，沉主候荣，以浮沉别荣卫之衰微，理固然矣”。《内经》云：“精气夺则虚”。既虚，其脉沉必微细而不足，其脉浮必空豁而无力。这里以浮沉脉势相对的不同，以辨析荣卫病机相对的各异。

（3）辨脉形相对的主病意义 ‘

“辨脉法”云：“脉蔼蔼如车盖者，名曰阳结也；脉累累如循长竿者，名曰阴结也。脉瞥瞥如羹上肥者，阳气微也；脉萦萦如蜘蛛丝者，阳气衰也。脉绵绵如泻漆之绝者，亡其血也”。这里脉“蔼蔼”与“累累”相对；脉“瞥瞥”与“萦紫”相对。

①“蔼蔼”与“累累”。“蔼蔼”，《毛传》“犹济济也”。《中华大辞典》“茂盛貌”。《文选束暂诗》“其林蔼蔼”。知是盛多之意。“累累”，《说文》“一曰大索也”。《礼乐记》“累累乎瑞如贯珠”。知是贯长之意。脉气洪盛为阳象，阳气壅郁可知，故“名曰阳结也”。脉气弦直为阴象，阴气壅郁可知，故“名曰阴结也”。可见，这里以“蔼蔼”与“累累”二者脉体胀度与脉势长度的相对，阐发阴结、阳结病机之不同。

本条“阳结”之“脉蔼蔼”，可与上述“阳结”之“脉浮而数”及脾约证之“趺阳脉浮而数”联系起来理解。而“阴结”之“脉累累”，又可与《金匮要略》大黄附子汤证之“其脉紧弦”联系起来理解。

②“瞥瞥”与“萦萦”。“瞥瞥”，空虚之貌。形容脉应指极轻极软，故云“如羹上肥”。是浮虚之状，主病“阳气微也”。“萦萦”，旋绕之意。形容脉应指细如丝线，故云“如蜘蛛丝”。是细脉之状，主病“阴气衰也”。原文作“阳气衰”，赵本注“一云阴气”，当从赵说。如厥阴病篇指出：“手足厥寒，脉细如绝者，当归四逆汤主之。”这是血虚寒厥，本证的辨证眼目唯在“脉细”，若改“细”为“微”，则是典型的四逆汤证了。因而，脉“萦萦”当为“阴气衰”。同样，这里以“瞀瞀”与“萦萦”二者脉体力度与脉体形状相对，阐发“阳气微”与“阴气衰”病机之不同。

“绵绵”，柔软之貌。《注解伤寒论》云：“绵绵者，连绵而软也，如泻漆之绝者，前大而后细也……为阳气有余，而阴气不足，是知亡血”。前大后细，类漆书之蝌蚪文。前后，即“至者”、“去者”之谓。有似芤脉之形象，故而主“亡其血也”。

总之，以上“辨脉法”例举两条，分别辨析脉部、脉势、脉体之相对。采用这种对比的方法，以鉴别、阐发相对脉象具有相对意义的病理机制，颇能开人思路，

### 3. 辨相似脉体象（6~10）

古人常云诊脉每有胸中了了，指下难明之苦。之所以难明者，脉体有相似也。脉体相似，然而主病迥别，若误诊必失之毫厘而差之千里。所以，“辨脉法”例举促、结、动、数、缓、弦、紧、芤、革诸脉，辨析其相似之脉搏体象，以揭示诊脉明察秋毫之要。

（1）辨促与结

云：“脉来缓，时一止复来者，名曰结，脉来数，时一止复来者，名曰促。脉，阳盛则促，阴盛则结，此皆病脉”。“缓”与“数”，至数相对，辨别结与促脉。《注解伤寒论》云：“阳行也速，阴行也缓。缓以候阴，若阴气盛，而阳不能相续，则脉来缓而时一止；数以候阳，若阳气盛，而阴不能相续，则脉来数而时一止。”这里促与结脉的概念，与《脉经》所论相同，亦为后世所宗。结脉，太阳病篇又分为“更来小数，中有还者反动”及“脉按之来缓，时一止复来”两种。促脉，六经病中只有主病之论，而无脉体之描述。据主病条文分析，所论促脉形象有可能“数中一止”，但不一定必须数中一止，而应以《素问·平人气象论》所说“中手促不击”为妥，即从脉势上辨促，不应仅从至数上辨促。至于主病亦非止“阳盛”，而主要是“表未解也”。论中且有“可灸之”的促脉可证。同为促，“辨脉法”与伤寒六经病所论不尽相同。

（2）辨动与数

以数辨动，动者必数。但数脉三部皆数，动脉一部突出。故云：“若数脉见于关上，上下无头尾，如豆大，厥厥动揺者，名曰动也”。是知动脉是寸尺稍伏，关部突起，滑数如豆，指下有鼓击之势。其脉理为“阴阳相搏”。“辨脉法”又云：“阳动则汗出，阴动则发热”。后世每以“阳动”“阴动”释为寸尺二部。如方有执云：“阴阳相搏之阴阳，以二气言；阳动阴动之阴阳，以部位言”。此说与“见于关上，上下无头尾”相悖。其实，“阳动”“阴动”无非是承“阴阳相搏”之后，解释伴随动脉所出现的症状罢了。亦有据《内经》“手少脉动甚者，妊子也”。为左寸“动”之佐证。其实，这与《金匮要略》“寸口脉动者，因其王时而动”之“动”相同，非指“动脉”，乃是“鼓动”之意。

太阳病篇云：“动则为痛”。《金匮要略》云：“动即为惊”。是知动脉主痛主惊。痛为阴阳不和，惊则气血逆乱，“辨脉法”则以“阴阳相搏”，一言以蔽之。

（3）辨缓与浮大而濡

缓脉，综合诸家之说，大致有三义；一为怠缓，主湿气；二为和缓，主胃气；三为弛缓，主风气。三者虽有所别，但不刚不数，是其共性，舍此则无以称缓。故“辨脉法”云：“阳脉浮大而濡，阴脉浮大而濡，阴脉与阳脉同等者，名曰缓也。“濡”与软通，“阴脉与阳脉同等者”，脉寸关尺三部气势相同。即脉寸关尺浮大而软为缓脉。成无己称此缓是“阴阳气和”，王肯堂称此缓为“无邪之诊”。均认为是平人和缓无病之脉。然而，即云“浮”，恐为中风使然；“大”，脉形驰缓之象；“濡”，脉体宽软之象。风邪袭人，卫阳外应则脉气亢浮；肌腠开泄，则脉形宽大；汗出荣弱，则按之而软。所以，“浮大而濡”，未必是无病之脉，应结合症状，作具体分析。

（4）辨紧与弦

弦紧相类，但主病迥别。古今医家苦于指下难明，在脉法中常反复论析，以求其详。“辨脉法”首先指出弦紧相类，云：“脉浮而紧者，名曰弦也”。应该说浮紧为弦，理论上难以讲通，临床上亦不好分辨。所以，《医宗金鉴》指出：“此非谓浮紧即弦脉，乃谓浮而动紧，弦之状也”。这是对的，簪如说“伤寒脉浮紧”，就不能说是伤寒脉弦。为了进一步分辨弦紧一脉形状之不同，“辨脉法”又指出：“弦者状如弓弦，按之不移也。脉紧者，如转索无常也”。《医宗金鉴》云：“弦紧相类，恐人将弦作紧，紧作弦，故并举相形，以别之也。紧者如转索，则不能似端直，其为劲急则同，所以相类也”。

太阳病篇论伤寒“肝乘脾”称“寸口脉浮而紧”，少阳病篇论太阳病转入少阳“脉沉紧者，与小柴胡汤”这都是因为肝主筋脉，肝胆不和，气血不利，筋脉挛急之故。弦为肝胆之主脉，而紧脉亦可见于肝胆病，但是，又不能以此将紧作弦，或弦紧不分。这就是“辨脉法”辨析弦紧相类而又相别的意义所在。

（5）辨革与弦而大

革脉以浮而且大，外劲中空，如按鼓革而得名。为了准确描述革脉形象，“辨脉法”云：“脉弦而大，弦细为减，大则为芤，减则为寒，芤则为虚，寒虚相搏，此名为革。妇人则半产、漏下，男子则亡血、失精”。以弦、大、减、芤、寒、虚的依次相述，阐发脉理病理之机转，是仲景脉法特点之一。本条还见于《金匮要略》。李克绍老师讲过：脉弦而大之下“弦则为减，大则为芤”两句，就是解释“弦”“大”脉理、病理的对偶句。即“弦”的病理是“减”，即阳气衰减。“大”的病理是“芤”，芤，即葱也，《本草纲目》称其“外直中空”。可知，此处之芤，不作脉名用，乃中空之形容词。“弦则为减，大则为芤”，是说虽弦而不足，虽大而中空。弦而不足为寒，大而中空为虚。这就是说，就主病而言是虚寒，就脉形而言是革脉。

### 4. 辨脉病相应之机（11〜34）

这部分内容校多，“辨脉法”以精辟的论述，辨证地阐发了脉象反映疾病的种种复杂情况，很能给人以启迪，归纳之有七个方而的内容。

（1）辨战汗脉病之机（11〜14）

战汗，是外感病作汗的特殊现象。其病理机制为表邪外束，正气内虚。然而，虽虚尚能抗邪，又因不足而极为勉强，故正邪交争激烈，形成发战。正胜则阳气外达，一战而汗，汗出病解。这就是“辨脉法”所说的：“其人本虚，是以发战，以脉浮，故当汗出而解也”的意思。“脉浮”，是阳气外达之象。那么，反映战汗病机的脉象特征是什么呢？“辨脉法”指出：“脉浮而紧，按之反芤”。“浮紧”，为外邪束表；“反芤”，是正气内虚。

反之，“若脉浮而数，按之不芤，此人本不虚，若欲自解，但汗出耳，不发战”。“辨脉法”在这里从脉象特征的正反两个方面，反复阐发战汗的病机，是颊具匠心的。

接着，又以三问的形式，进一步辨析病有不战汗出而解、不战不汗而解以及“激然汗出”“能食”“大汗出”而解的三种不同情况的脉象特征。

一问，“问曰：病有不战而汗出解者，何也？答曰：脉大而浮数，故知不战汗出而解也”。汗出前脉大而浮数，按之并无“芤”象，正气亢盛可知，则不必发战而可汗也。

二问，“问曰：病有不战，不汗出而解者，何也？答曰：其脉自微，此以曾经发汗，若吐、若下、若亡血，以内无津液，此阴阳自和，必自愈，故不战”。《注解伤寒论》云“：脉微者，邪气微也”（此微当是脉已不浮盛之意）。因为“曾经发汗”，汗后脉微为邪衰，邪衰加之津液不足，故而不战不汗而解。此“微”，与《伤寒论》少阴病之“脉暴微”同意也。

三问，“问曰：伤寒三日，脉浮数而微，病人身凉和者，何也？答曰：此为欲解也。解以夜半。脉浮而解者，濰然汗出也；脉数而解者，必能食也；脉微而解者，必大汗出也”。本问有一定问题。一是“脉浮数而微”。叔和《脉经》自云：“浮脉举之有余，按之不足”，“微脉极细而软，或欲绝，若有若无。”如此，则“浮数”与“微”脉怎能兼见呢？且这样的象与临床亦难相符。这可能是列举三种脉，或浮数与微两种脉。因而，有的注家就将浮、数、微三脉孤立看待，二是“答曰”以下，俱系予揣之辞。释其大意：病人身凉和者，是已解之征。渑然汗出而解者，未解之前必是脉浮；能食而解者，将解之前必是脉数；解后身凉脉微者，知曾大汗出也（邪气已退）。即如《伤寒论译释》所云；“浮为邪在表，数为胃气盛，微为邪气衰，总的来说，正胜邪衰，所以澉然大汗出而病解”。

（2）辨脉病愈否之机（15〜17）

脉病相应，是以诊脉之阴阳，可测知病之阴阳。所以，“辨脉法”指出：“脉病欲知愈未愈者，何以别之？答曰：寸口、关上、尺中三处，大小、浮沉、迟数同等，虽有寒热不解者，此脉阴阳为和平，虽剧当愈。”这里“脉阴阳”即“寸口、关上、尺中”之谓也。“大小、浮沉、迟数同等”，即如程知所云，盖大不甚大，小不甚小，浮不甚浮，沉不甚沉，迟不甚迟，数不甚数，为冲和平等之象也。”在一般情況下，脉象反映机体气血阴阳之变化较之症状为速，所以，“虽有寒热不解”，但脉见“同等”，即知“阴阳为和平”，故而“虽剧为愈”。

“辨脉法”云：“师曰：立夏得洪大脉，是其本位，其人病身体苦疼重者，须发其汗，若明日身不疼不重者，不须发汗。若汗澉澉自出者，明日便解矣，何以言之，立夏洪大，是其脉，故使然也。四时仿此。”上条以脉阴阳“同等”测病愈之机，此条则以脉应四时测病愈之机。人应天气，脉应四时，春弦夏洪秋毛冬石也。即《金匮要略》“寸口脉动者，因其王时而动”之意，本条举夏脉为例，夏脉洪大，古称“勾脉”，是一种来盛去衰的脉象。以此说明若脉应四时，虽感邪而病亦顺。诚如程知所云：“春弦夏洪秋毛冬石，当其时得之则为平脉，虽感寒邪，但微汗出自愈耳，重则治之，轻则不必治也。《内经》曰：脉得四时之顺者，此也。”

第17条则云：“问曰：凡病欲知何时得，何时愈？答曰：假令夜半得病者，明日日中愈，日中得病者夜半愈。何以言之，日中得病夜半愈者，以阳得阴则解也，夜半得病明日日中愈者，以阴得阳则解也。”本条紧承上条，是进一步用“阳和阴”“阴和阳”的道理，阐发阴阳平等则病愈的机转。阳盛时病重，阳衰时则愈，反之亦然。之所以如此，阴阳由偏盛或偏衰，藉天时阴阳变化而转至平和也。因此，成无己注云：“日中得病者，阳受之，夜半得病者，阴受之。阳不和，得阴则和，是解以夜半；阴不和，得阳则和，是解以日中。经曰：用阳和阴，用阴和阳”。

（3）辨脉示病位之机（18〜19）

病有表里脏捬之分，脉有浮沉迟数之别。所以，“辨脉法”云：“寸口脉，浮为在表，沉为在里，数为在腑，迟为在脏，假令脉迟，此为在脏也”。这是以脉象辨析病位的原则分类。表为阳位，浮为阳脉，故“浮为在表”。里为阴位，沉为阴脉，故“沉为在里”。同样，腑为阳位，数为阳脉，故“数为在腑”，脏为阴位，迟为阴脉，故“迟为在脏”。此说源于《难经》，“九难”云：“何以别知脏腑之病耶？然：数者，腑也；迟者，脏也。数则为热，迟则为寒，诸阳为热，诸阴为寒，故以别知脏腑之病也。

仲景脉法有时遵《内经》的三部之诊，即寸口、趺阳、少阴。趺阳脉专候病位是中焦，少阴脉专候病位是下焦。为了阐述趺阳、少阴脉主病的问题，“辨脉法”云：“趺阳脉浮而涩，少阴脉如经者，其病在脾，法当下利。何以知之？若脉浮大者，气实血虚也，今趺阳脉浮而湿，故知脾气不足，胃气虚也；以少阴脉弦而浮才见，此为调脉，故称如经也。若反滑而数者，故知当屎脓也。”本条举“趺阳者，足阳明冲和之脉，动于足趺，故名趺阳”（张隐庵）。专主脾胃之病。故而本条指出“今趺阳脉浮而涩，故知脾气不足，胃气虚也”。所以，“法当下利。”此时还应与少阴脉合参，若少阴脉“弦而浮”，此为调脉，故称“如经”。张隐庵说：“夫所谓如经者，以少阴脉弦而浮，得春生上达之象”。可知这是少阴气治的象征。即如阳明病篇“脉弦者生”及少阴病篇“脉阳微阴浮者为欲愈”的意义相同。因此，少阴脉如经，未利可以预防，已利可能自止。反之，在“气实血虚”的情况下，若少阴有热，必伤经络。《伤寒论》云：“下利脉数而渴者，今自愈，设不差，必清脓血，以有热故也。”少阴脉滑而数，为热气有余，故当屎脓也，

本条与阳明病篇“趺阳脉，浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数；浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻于仁丸主之。”以及《金匮要略》“趺阳脉浮而涩，浮则为虚，淫则伤脾，脾伤则不磨，朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化，名曰胃反……”相合参，不难看出脉部相同（趺阳），脉象相同（浮涩）、病位相同（脾胃），但病机与主症却迥然有别：一为“脾气不足”而“下利”；一为“胃气强”而便硬；一为“伤脾”而“朝食暮吐”。提示了脉同而主病各异，是需要与它部脉象合参，才能决定诊断。

（4）辨脉示病邪之机（20）

外感病邪，风寒暑湿燥火也。伤寒发病因素，主要是风寒之邪。风为阳邪，风寒之邪侵袭肌表在脉象上必有相应的反映。这就是“辨脉法”所说的：“寸口脉浮而紧，浮则为风，紧则为寒，风则伤卫，寒则伤荣，荣卫俱病，骨节烦疼，当发其汗也”。风性开泄，故脉浮；寒性收引，故脉紧。与《金匮要略》“风令脉浮，寒令脉急”（急即紧）的意义相同。这就是浮紧二脉反映病邪性质的原则论述。

（5）辨医源脉病变化之机（21〜22）

病变，脉亦变。然病有治变者，有自变者。二者脉象反映不尽相同。伤寒自变之脉，一般是由浮变沉，由紧变数，即病由表入里，由寒转热的渐变过程。这可因六经病自然传变有大概日数以作证明。如太阳病篇“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。”

治变则不然，脉象常呈突然性、反常性的变化。这是药物与机体气血相互作用的应激性结果。如太阳病，由“下之后，复发汗”所导致的“脉沉微”的阳气骤亡之干姜附子汤证。脉浮突然转至“沉微”，是汗之亡阳的征兆。再如“太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之。”下后出现“脉促”，这又是反常之象。“促”是浮之变脉，是“中手促上击”也。是由下药所致的机体正气的应激性反映。这是因为，太阳病误下后，正气受挫，但因外邪未陷，故而受挫之正气仍趋表抗邪，气冲于上，寸部促击；伤而不足，关尺渐弱。于是就形成了“中手促上击”这种特殊的脉象。毫无疑问，太阳病自变是不会突然出现这种“促”脉的（有说数极为促者，则应别论）。

“辨脉法”21、22两条又举例阐述由医者误治而造成的复杂的脉象变化，并据这些脉象变化，结合变证，以辨析复杂的病机及脉理。

首举趺阳脉为例，指出趺阳脉迟而缓，胃气如经也，“经”者，常也，言趺阳脉迟而缓为有胃气之常脉。后则以常言变，云：“趺阳脉浮而数，浮则伤胃，数则动脾，此非本病，医特下之所为也。荣卫内陷，其数先微，脉反但浮，其人必大便硬，气噫而除。何以言之？本以数脉动脾。其数先微，故知脾气不治，大便硬，气噫而除。今脉反浮，其数改微，邪气独留，心中则饥，邪热不杀谷，潮热发渴……”。趺阳脉由“如经”之“迟缓”，突然变为“浮数”，叩不迟不缓。之所以胃气不能如经，是根据脉象“浮则伤胃，数则动脾”。称“伤胃”与“动脾”，有以下症状来证实，如其人大便硬，心中则饥等。这些脉与症，非脾胃本身自生之病，故知由于“医特下之所为也”。但下后怎能出现浮数的趺阳之脉呢？浮数脉出现的原因，是这样的：下后荣卫内陷，其数先是出现“微”，即“微数”。趺阳脉微数，是脾气受挫，即原文“脾气不治”。脾气受挫，不能运化输津，故“其人必大便硬”。大便硬则腹满气滞，故可以“气噫而除”。大便既硬，即脾约胃强，胃既强，脉也就变了，不是原先之“微”，而是“脉反但浮”。“反”字，就有变的意思。“脉反但浮”，其实不仅仅是浮，也当浮中见数，因为已是“动脾”了。之所以说“动脾”能出现脉数，不但是数则为虚，也是“胃气生热，其阳则绝”大便硬的结果。“何以言之”以下，则是病理脉象的详细解释。即：“本以数脉动脾”，其数之“先”，本是“微”脉，“故知脾气不冶”，导致“大便硬，气噫而除”。今脉由不浮，变为胃气强的“脉反浮，”其数又“改”变了下后出现之“微”，就不是微数，而是浮数，可知是正气受挫，“邪气独留”。因胃有热，故“心中则饥”，但此非胃气旺盛，实质正虚邪盛，“邪热不杀谷”，故出现邪盛之“潮热发渴”等症，总而言之，现在之数脉，本当迟缓如经，皆由“医特下之所为也”。

21条举“特下”之变，22条则举“汗下”之变。云：“师曰：病人脉微而涩者，此为医所病也。大发其汗，又数大下之，其人亡血，病当恶寒，后乃发热，无休止时。夏月盛热，欲着复衣，冬月盛寒，欲裸其身。所以然者，阳微则恶寒，阴弱则发热，此医发其汗，使阳气微，又大下之，令阴气弱……。”“脉微而涩”是阴阳两虚之脉，但何以知“为医所病”呢？“病当恶寒，后乃发热，无休止时”可证也。这是因为先“恶寒”后“发热”而“无休止”，是内伤之寒热，也就是说“阳微”与“阴弱”的原因，必是“医发其汗，使阳气微，又大下之，令阴气弱”。至于“夏月盛热，欲着复衣；冬月盛寒，欲裸其身”的现象。毫无疑问，若非汗之骤伤其阳，“以是气内微，不能胜冷”；下之大伤其阴，“以阴气内弱，不能胜热，”是不会出现这些症状的。结合脉象，推得“病人脉微而涩者，此为医所病也”。由此也可证明，临床脉证合参是多么重要。换言之，若不是“恶寒”“发热”，而且“无休止时”，则“脉微而涩”，就不一定是医疗错误所致。

“辨脉法”最后又强调“阴脉迟涩，故知亡血也”。《注解伤寒论》云：“气为阳，血为阴，阳脉以候气，阴脉以候血，阴脉迟涩，为荣血不足，故知亡血。”与太阳病篇“尺中迟者，不可发汗，以荣气不足，血少故也”，前后互应。

（6）辨浮脉主病之机（23〜28、32〜33）

“浮为在表”，这是浮脉主病之常，反映了浮脉主病的原则性。然而，“辨脉法”又以较大篇幅，从几个不同角度，阐述了浮脉主病的变化之机。

①浮脉主里实热之变。云：“脉浮而大，心下反硬，有热属脏者，攻之，不令发汗，属腑者，不令溲数，溲数则大便硬，汗多则热愈，汗少则便难，脉迟尚未可攻。”浮为阳脉，“浮而大”，是阳气充斥于外的反映。故而里实热证阳热内外壅盛亦可见浮。阳明病篇就有“阳明病，脉浮而紧者，必潮热发作有时”的论述。本条之所以云“攻之，不令发汗”，就是示人“脉浮而大”，非表证之浮，而是里热充斥于外的反映。“属腑”者，又可能有“大便硬”，但若“汗少而便难”者，即使“大便硬”，亦当慎攻。当参合脉诊，若“脉迟”（必迟而细涩），则“尚未可攻”。因为迟为不足，结合“汗少”，可知阴血虚亏，故“未可攻”。

②浮脉主真脏气脱之变。云：“脉浮而洪，身汗如油，喘而不休，水浆不入，形体不仁，乍静乍乱，此为病绝。”下面又举肺、心、肝、脾、肾五脏气绝之证，以分别论述生命将绝与五脏相关的各种脉证。为什么在脏气将绝、真气砍脱的危重时刻，也会出现浮脉呢？其原因正如周学海在《脉简补义》中所说的“浮者，病机外出也”。在表证中是气血外浮以驱邪的反映，在里热证是阳热充斥于外的反映，而在危重证中则是脏气外脱的表现。所以，王肯堂注释本条云：“火之将灭也必明，脉来浮洪涌盛，此将去人体之兆也。”本条浮脉主病之论，与《素问·通评虚实论》帝曰：“肠僻下白沫何如？歧伯曰：脉沉则生，脉浮则死。”《内经》“诸浮脉无根者，皆死。”及少阴病篇“脉暴出者死。”是同一道理。

③浮主血虚气浮，寒胜阳浮之变。云；“寸口脉浮大，而医反下之，此为大逆。浮则无血，大则为寒，寒气相搏，则为肠鸣……”。这是“辨脉法”又提示了浮（大）脉主病的另一种变法，即在血虚而气浮于外，或寒盛而阳浮于外的情况下，也会出现浮（大）脉的。这就是所谓的“浮则为虚”。此时若执以浮大主表，“而反饮冷水，令大汗出”，必犯虚虚之戒。

本条所论“浮则无血，”颇值得玩味。浮为阳脉，血属阴物，脉浮何以示血病？这就要从血与气的关系上认识。气为血之帅，血为气之母。气血阴阳相互作用，任何一方发生病变，都会影响另一方。由于血以载气，气存血中，当血虚不能载气，气无所附则必然外浮，气浮则脉气亦浮。病标在气，病本在血，这与《金匮要略·中风历节篇》的“浮者血虚，络脉空虚”之机制是相同的。明于此，则当归补血汤，名曰“补血”，何其气药五倍于血药之道理，当了然于胸中。可见，“辨脉法”云“浮则无血”，是提示我们要从疾病的根本上认识脉象的变化。反之，又要从脉象的变化上辩证地分析疾病的根本。揭示了浮为变脉主病的另一个方面。

④浮数脉主痈脓之变。云：“诸脉浮数，当发热而洒淅恶寒。若有痛处，饮食如常者，蓄积有脓也。”“浮数”，为风热表证之常脉，当伴有发热、恶寒时，其表证之诊断，几乎无疑。然面，在特殊情况下，特别是“若有痛处”，这时的“脉浮数”，却常是内有痈脓的病理反映。血热肉腐，其脉焉能不浮数！这是浮（数）脉主病之变，当倍加注意，稍不有慎，必致表里反治，遗人夭殃。正如程郊倩所云：“脉证似伤寒，若不与若有痛处，饮食如常之证参酌，而误以辛温发散，助其阳热，或则误以寒凉彻热，遏住邪气，滋害深矣。”本条与《金匮要略·疮痈浸淫病篇》的第一条所论内容基本相同，只是立论点有所区别。在此着重强调浮数脉主病之变，在彼则是全面论述痈脓的脉证及诊法。

阳明病篇指出：“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。”徐灵胎注云：“脉虽浮数，面无表里证，则其热竟属里实矣。”可知，本证“脉浮数”是热郁血中所致。联系“辨脉法”浮数脉主血热肉腐而成痈脓之证，我们从中可以体会浮数脉主病的灵活性。

⑤浮而迟脉主表证兼里阳虚之变，云：“脉浮面迟，面热赤而战惕者，六七日当汗出而解；反发热者差迟，迟为无阳，不能作汗，其身必痒也。”程知云：“此言阳虚不能作汗之脉也。浮则邪在肌表，迟则阳虚，气怫郁不得越，则面热赤，正与邪争而不得出，则身战惕，至六七日传经尽，当汗解之时，乃不得汗，反发热者，其差必迟，盖阳虚不能令之汗外出，其热即浮于肌肤，必作身痒也。”程氏所论甚切。《内经》指出：“阳加于阴谓之汗。”是以作汗必须有两个条件：一为阳气，一为阴津。二者缺―，则难以作汗。故本条指出“迟为无阳，不能作汗”。即使“阳明病，法当汗”，有时也会出现“反无汗，其身如虫行皮中状者”。究其所因，“此以久虚故也”。本条的“面热赤”“身必痒”，就是阳气不足以驱邪，郁于肌表欲汗而不能所致。太阳病篇云：“而色反有热色者，未欲解也，以其不得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”参考本证，因“迟为无阳”，可酌加附子助阳发汗解表。本条云“六七日当汗出而解”，六七日是病过一经阴阳之气逐渐充实之时，故“当汗出而解”。

脉浮迟相兼，在六经病中仅一见，即“脉浮面迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”“脉浮”以应“表热”，“脉迟”以应“里寒”。证明浮迟相兼之“迟”，非主表寒而为“无阳”之征也。但是，有些脉书，以浮沉主表里，迟数主寒热，于是推论出浮数为表热，浮迟为表寒的理论来。这种形而上学的推论，是不符合临床的，亦与仲景脉法相悖。惜乎后世不辨真伪，不加纠正。浮数主表热则是，浮迟为表寒则非。表寒证之脉应位浮而兼紧，即仲景所云；“脉阴阳俱紧者，名曰伤寒。”若出现浮而兼迟之脉，是表证而兼里阳不足。前者，辛温发汗治太阳即可；后者，则必须解表而兼扶里阳。

⑥浮而兼数脉主表证兼里气虚之变。云：“脉浮而数，浮为风，数为虚，风为热，虚为寒，风寒相搏，则洒淅恶寒也。”浮数脉是风热表证之常脉，前论有主痈脓之变，此又阐述浮数脉有时又是兼虚之候。临床常可见到体质虚弱之人感受风寒，尽管非属风热证，因虚不胜邪，却出现脉搏数促的现象。这就是“辨脉法”所说的“浮为风，数为虚”的涵义。如太阳病篇“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。”就属于这种情况。至于“虚为寒”，则是针对阳气郁表，而在里之阳气反相对不足而言。非太阳病篇122条之“阳气微，膈气虚”的“数为客热”可此。后者才是真正的胃寒极盛，虚阳外浮的“数为虚”“虚为寒”。

⑦浮而兼滑脉主“阳实”之变，云：“脉浮而滑，浮为阳，浮为实，阳实相搏，其脉数疾，卫气失度，浮滑之脉数疾，发热汗出者，此为不治”。张令韶云：“此言热伤经脉，阴液消亡，有阳无阴也。脉浮而滑，浮为阳热在外，滑为热实于经，阳实相搏，则脉流薄疾，卫气失其行阴行阳之常度矣。卫气失其常度，则不止浮滑，而更加数疾，此阴阳乖错度数不循其常也。发热者，阳气盛也；汗出者，阴液亡也。孤阳无阴，故为不治……”。前论浮而大主里实热证，此又阐述浮而滑主“阳实”证。反复强调这种浮脉的主病之变，应该引起我们的重视。

后云“浮滑之脉数疾，发热汗出者，此为不治”。张令韶已将其病理阐发详尽，亦进一步说明了脉“数为虚”。

⑧肤阳脉浮主病虚寒之变。云：“趺阳脉浮，浮则为虚，浮虚相搏，故令气噎，言胃气虚竭也……。”趺阳脉主胃气，胃为阳府，浮属阳脉，那么，趺阳脉浮，按一般规律当是胃阳亢盛。而本条却明确指出“浮则为虚”，主病“胃气虚竭”。无疑，此“浮”是胃中虚阳外浮的反映。必以浮而空豁无力为其特征。诚如《伤寒论译释》注云：“趺阳脉浮，浮是阳气虚，阳虚里寒，气结而上逆，所以发生噎塞。总的说来，是胃气虚竭”。本条所论，与《金匮要略》“跌阳脉浮而涩，浮则为虚，涩则伤脾”的病机脉理基本相同。然而，必须说明，除“辨脉法”外，仲景在三阴三阳六篇中所论趺阳脉浮大都主胃阳亢盛。如脾约证“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强”。“浮则胃气强”，才是趺阳脉浮主病之常。以上从趺阳脉浮主病的常变不同，说明临床诊脉知常达变是多么重要。

综上所述，“辨脉法”从八个方面论述了浮脉主病之变。基本上概括了浮脉作为变脉主病的两种情况：一是“浮为阳”，二是“浮则为虚”。前者包括主“有热属脏”，主痈脓之证，主“阳实”之证。后者包括主真脏气脱，主血虚气浮，主寒盛阳浮，主表兼里阳不足或兼里气虚弱等，这样结合六经病及《金匮要略》所论，使我们对浮脉主病的常与变，原则性与灵活性，有一个较为全面的认识。

（7）辨阴阳俱紧脉主病之机（29~31）

《金匮要略》明确指出：“紧则为寒”。这是仲景阐述的紧脉主病原则。“辨脉法”中例举三条“阴阳俱紧”之脉，论述紧脉主病，并从脉阴阳三部的脉象变化，反映表里上下寒邪为病之不同。首论，阴寒之邪中于上下二焦脉阴阳俱紧及其病理变化。即论中所云：“寸口脉阴阳俱紧者，法当清邪中于上焦，浊邪中于下焦……”。《金匮要略》云：“清邪居上，浊邪居下”。又云：“湿伤于下，雾伤于上”。是知“雾”为“清邪”，而多伤于上也；“湿”为“浊邪”，而多伤于下也。“雾”“湿”之邪，性属阴寒，中人发病，脉象必紧。阳脉（寸）主病位在上，阴脉（尺）主病位在下，所以，“寸口脉阴阳俱紧”。

次论，阴寒之邪中于表里内外的脉阴阳俱紧及其病理变化。云：“脉阴阳俱紧者，口中气出，唇口干燥，足倦卧足冷，鼻中涕出，舌上胎滑，勿妄治也……”。后以“微发热”与“大发热”，辨病之“欲解”与“难治”；以“恶寒”与“腹内痛”，辨病寒之邪在表在里。《伤寒论译释》注云：“脉尺寸倶紧，是邪盛的脉象，鼻塞流涕，用口呼吸，以致唇口干燥，是表邪闭郁的缘故。倦卧足冷，舌上苔滑，是里寒阳虚的现象”。寸为阳，表为阳；尺为阴，里为阴。故病表里俱寒，脉阴阳必紧。

三论，病阴寒吐利脉阴阳倶紧及其预后的脉象变化。云：“脉阴阳俱紧，至于吐利，其脉独不解；紧去人安，此为欲解”。紧脉与吐利并见，阴寒内盛可知。假若寒邪消退，则脉之紧象亦必缓解，即“紧去人安”之谓。本论与少阴病篇“少阴病脉紧，至七八日自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去者，为欲解也，虽烦、下利，必自愈”的基本精神是一致的：两条相参，可以充分领会仲景反复阐发紧脉主寒的辨证意义。

（8）辨脉散形损死候之机（34）

这是“辨脉法”的最后一条，云：“伤寒咳逆上气，其脉散者死，谓其形损故也。”“咳逆上气”，是属肺症，本非死候。但若伴随出现散脉，则要考虑非仅仅是一般肺疾。因散脉主气血耗散，阳虚不敛，脏腑衰绝。所以，这时的“咳逆上气”，常常是真脏气绝脱散的反映。少阴病篇“少阴病六七日，息高者，死”。就属于这种情况。正如《诊宗三昧·师传三十二则》所云：“散为元气离散之象，故伤寒咳逆上气，其脉散者死，谓其形损故也，可知散脉为必死之候”。

关于散脉形状，一般认为最早的描述见于《脉经》，并列于二十四脉之中，云：“散脉大而散，散者气实血虚，有表无里”。其实，《素问·平人气象论》“死肺脉来如物之浮，如风吹毛”。《金匮要略》“肺死脏，浮之虚，按之弱如葱叶，下无根者死。”即是散脉描述。只不过述其脉象而未明其脉名而已。《脉经》对散脉的描述也很笼统，后世医家综合前人所论，对散脉作了较详细的补充，如《诊家枢要·脉阴阳类成》指出：“散，不聚也。有阳无阴，按之满指，散而不聚，来去不明，漫无根底”。散脉主病，大都是危候、死证。《素问·脉要精微论》云：“浮而散者为眴仆”。“眴仆”，眩晕昏厥也，是脏捬气绝的反映。至于《难经·四难》中所说的：“浮而大散者心也”。这里的“散”，是大而舒散之象，以此形容心之常脉，非“散而不聚”“漫无根底”之谓，另当别论。

以上依据“辨脉法”的条文有排列，联系《内经》、《难经》、《金匮要略》及六经病脉法，分四个方面串解了“辨脉法”的述脉大论，探析了其学术思想。纵观全篇有以下特点：一、突出“平脉辨证”思想，重在一“辨”字。揭示外感病脉法大纲及其脉证规则，作脉法总论。二、立论（与平脉法相较）偏于脉象属性、主病方面。三、广集《内经》《难经》论脉之精华，承前启后，四、体例严谨，排列有序，论脉条理，阐发精辟，堪作大法。

总之，学习“辨脉法”，更能深刻领会仲景脉学思想及脉诊特点，对继承发扬仲景学说，对纠正现时普遍忽视脉诊的倾向，不无裨益。

## “平脉法”串解

“平脉法”与“辨脉法”并列于《伤寒论》卷首。由于种种原因，未被历代伤寒研究者所重视。其实，“平脉法”与“辨脉法”尽管述脉内容有所侧重，但同作为脉法总论，其脉学理论及脉诊大法各有其精华之处，很有探讨之必要。

平，《中华大辞典》“通辨”。知“平”者，亦“辨”之义。“平脉”即辨脉。言“平脉”者，是以内容与“辨脉法”有所侧重须分为二之故。

《医宗金鉴》指出：“平者，又准之谓也。言诊者，诚能以诸平脉准诸不平之脉，则凡太过不及之差，呼吸尺寸之乖，莫不了然于心手之间，而无少差谬”。据此，“平”字与“辨”字相比较，又有与标准脉相衡量之意。

“平脉法”述脉44条，按其条文排列顺序，所论内容大致可分为五个部分，串解如下。

### 1. 立平脉大纲

“平脉法”侧重论述临床脉象表现及其脉理分析。因此，其开篇即以问答形式立平脉大纲，主论脉病相应之理。

“问曰：脉有三部，阴阳相乘，荣卫血气，在人体躬，呼吸出入，上下于中，因息游布，津液流通，随时动作，效象形容。春弦秋浮，冬沉夏洪，察色观脉，大小不同，一时之间，变无经常，尺寸参差，或短或长，上下乖错，或存或亡，病辄改易，进退低昂，心迷意惑，动失纪纲，愿为具陈，令得分明”。本问提出了三个问题，下面结合师答之文分别讨论之。

（1）提示诊脉部位

“辨脉法”开篇即问“脉有阴阳”，以此辨立脉分阴阳之大纲。而“平脉法”则首提“脉有三部”，以此辨立临证诊脉之大纲。二者比较可以看出，“辨脉法”主在辨析脉象的阴阳理论，“平脉法”则重在论述临床诊脉的具体问题。

本问“脉有三部”与《素问·三部九候论》的“人有三部，部有三候”不同。师答之曰：“脉有三部，尺寸及关”。指出诊脉只限于寸口部位，这符合仲景诊脉大法的基本特点，诊脉“独取寸口”及其寸关尺三部之分的理论，始于《难经》。“一难”指出：“独取寸口，以决五脏六脏死生之法”。“二难”接着论述了三部之分，“尺寸者，脉之大要会也。从关至尺是尺内，阴之所治也；从关至鱼际是寸内，阳之所治也”。三部既有阴阳之分，那么，病则必有阴阳相乘。诚如《医宗金鉴》所云：“此总叙平脉之根源，借问答以示其法也……三部者，寸为上部，关为中部，尺为下部也。三部既定，阴阳属焉，上部为阳，下部为阴。阴阳平则相易，阴阳偏则相乘.相易则和，相乘则病。”

（2）论述脉之生理

对于“荣卫血气”、“因息游布”、“效象形容”的道理，师答之曰：“营卫流行，不失衡铨，肾沉心洪，肺浮肝弦，此自经常，不失铢分，出入升降，漏刻周旋，水下百刻，一周循环，当复寸口，虚实见焉”。以上是古人根据经脉长度，气息出入，漏水计时，循环为周，而计算气血在人体内流动循环注复寸口而为之脉的理论。此说亦源于《难经》，“一难”在阐发“法取于寸口”的机制时就指出：“人一呼脉行三寸，一吸脉行三寸，呼吸定息，脉行六寸。人一日一夜，凡一万三千五百息，脉行五十度，周于身。漏水下百刻，荣卫行阳二十五度，行阴亦二十五度，为一周也，故五十度复会于手太阴。寸口者，五脏六腑之所终始，故法取于寸口也”。

针对“春弦秋浮，冬沉夏洪”的四时脉之间，师以“肾沉心洪，肺浮肝弦”的四脏脉相应答之。《素问·宝命全形论》指出：“人以天地之气生，四时之法成”。《灵枢·顺气一日分为四时篇》又云：“春生夏长，秋收冬藏，是气之常也，人亦应之”。所以，人应天气，则脉应人气，于是就有四时脉与四脏脉。这是极有临床意义的。以“春弦”为例，《素问·四气调神大论》云：“春三月，此谓发陈，天地俱生，万物以荣”，在人体肝气疏达条和以应之。因尔春天是阳气“发陈”之时，人之气血亦充盈畅达，脉搏则多现弦长之象。即《素问·平人气象论》所谓“春胃微弦曰平”。“辨脉法”将以阴脉弦而浮”称之为“如经”。阳明病篇论燥结阴竭危证则指出：“脉弦者生”，其道理即在于此。

（3）阐发脉之病理

通过脉象会出现“一时之间，变无经常”，“尺寸参差”，“上下乖错”，“病辄改易，进退低昂”的这些反常的现象，以阐发“变化相乘，阴阳相干”之病理与脉理。并分别从病邪的角度—“风则浮虚，寒则牢坚”、疾病的角度一一“沉潜水蓄，支饮急弦”、症状的角度——“动则为痛，数则热烦”举例说明之。

另外，进一步指出：“设有不应，知变所缘”，这是十分重要的，提示我们诊脉须知达常变。因上述之脉病举例是讲的脉病相应之常，假若临床上出现了如中风并非“浮虚”，支饮并非“急弦”的反常现象，即是脉病“不应”。这时要详查细诊，“知变所缘”，从而采取相应的措施。

对于“尺寸参差”，“上下乖错”的现象，师答之曰：“三部不同，病各异端，太过可怪，不及亦然”。三部者，寸关尺也。故而脉部不同，是病位各异也。如六经病中，痰结于胸，病位在上之“寸脉微浮”；气结心下，病痞于中之“其脉关上浮”；下伤元气，身重里虚之“尺中脉微”等等，都是“三部不同，病各异端”之例证。

须知，在同一病中，也会有“尺寸参差”“上下乖错”的现象出现，如厥阴病篇麻黄升麻汤证的“寸脉沉而迟”“下部脉不至”，以及363条的下利，“寸脉反浮数，尺中自涩者，必清脓血”。前者为下后阳气内陷，正虚津亏，寸主阳气，阳气内而不外，故“寸脉沉而迟”；尺脉候里，正气虚乏于里，故“下部脉不至”。后者为阴病阳复太过，灼伤阴血。寸主阳气，“寸脉反浮数”，是阳复太过；尺候阴血，“尺中自涩者”，是热灼阴血。可见，之所以同一病中有“尺寸参差”“上下乖错”的现象，实是同病之中气血参差、阴阳乖错在寸部与尺部的不同反应。同样，临证就是以脉部的“参差”与“乖错”，测知机体内阴阳气血病变的具体情况。即“平脉法”“知其所舍”之谓也。

病变则脉必变，这就是‘病辄改易，进退低昂”。亦即师之所答“邪不空见，终必有奸”的意思，“邪”，言脉之病象。脉现病象，必非偶然。如“进退低昂”之见，一定是体内病气变异之故，即“终必有奸”也。所以，脉诊是个“消息诊看，料度脏腑”的过程，也是个由表及里极为复杂的思维过程。医者只有通哓脉理，指下分明，才能达到“平脉法”所说的“独见若神”的境界。这也是“平脉法”立诊脉大纲的意义所在。

“平脉法”大纲之论，尚见于《脉经》“卷五”之中，王叔和列为“张仲景论脉第一”。然观其文字特点，显然与六经各篇不同。

### 2. 论诊脉之法（36〜39）

《淮南子·泰族训篇》云：“所以贵扁鹊者，非贵其随病而调药，贵其埵息脉血知疾之所从生也”。可见，古人是十分推崇和重视诊脉的。然而诊脉有法，《内经》有“诊以平旦”“呼吸定息”，《诊家枢要》提出“持脉三要”（举、按、寻），《冯氏锦囊秘录》指定“七诊之法”，如“静其心存其神也”、“忘其意无思虑也”、“纳呼吸定其气也”等等，都属于诊脉之法。另外，平脉辨证是个综合诊断过程，须要望闻问切四诊合参，这也属于诊脉之法的内容之一。“平脉法”举四个临床诊断的具体例子，说明医者临床应如何诊脉断病。

（1）呼吸定息，以脉之来去疾迟测气之内外虚实。（36）

诊脉首要呼吸定息，即以平人之正常呼吸，测知病者之脉搏至数。在平脉大纲中，“平脉法”已指出荣卫血气”随“呼吸出入”而“上下于中”。是以脉气之流行，与气息相关。所以本条指出：“呼吸者，脉之头也”。《医宗金鉴》云：“非呼吸不能定其至数，持脉时必以此始，故曰；“呼吸者，脉之头也。”

“平脉法”下则云：“初持脉，来疾去迟，此出疾入迟，名曰内虚外实也。初持脉，来迟去疾，此出迟入疾，名曰内实外虚也。”举例说明“呼吸者，脉之头”的意义所在。脉疾为有余而实，脉迟为不足而虚，所以，持脉，脉气“来疾去迟”者（或出疾入迟），则知正气“内虚外实也”；反之，脉气“来迟去疾”者（或出迟入疾），则知正气“内实外虚也”。诚如章虚谷所云：“如初按脉自沉而浮者，为气之来，此从内出外也；自浮而沉者，为气之去，此从外入内也。以气有升降，故脉有出入也。出疾入迟者，其气外出速而内入迟，以势盛于身表，故为内虚外实也；出迟入疾者，其气外出迟而内入速，以势盛于身里，故为内实外虚也，则其气之出入多寡，皆可知也”。故而，具体言之，来去疾迟，系指脉势，从脉出现到鼓指为“来”，鼓指之后又脉落为“去”。须要说明两个问题：其一，此内外之虚实是相对而言，非“精气夺则虚”“邪气盛则实”之虚实。例如夏脉之洪，又称钩脉，因“来盛去弱”而名。阳旺于夏，人应天气，则机体阳气亢奋，血气驰张，盛于外，相对而言，则虚于内，于是脉象上就出现了“来盛去衰”的洪大之脉。“来盛去衰”，实际是来较去盛、去较来衰，这就是所谓“内虚外实”气机的外在反映。其二，“来”“去”“出”“入”，注家多以“呼吸定息”释之，以呼出为来，吸入为去。如方有执云：“呼者，气之出，脉之来也；吸者，气之入，脉之去也”。张令韶亦云：“去来者，脉之去来也；出入者，呼吸之出入也。”这种解释令人费解。因为“呼吸定息脉五动”，显然，“定息”与脉“动”频率不同，不可能出现呼者气出脉来，吸者气入脉去的现象。个人体会，来去出入，皆言脉之气势，如章虚谷所云：“以气有升降，故脉有出入也”。本条所说的：“呼吸者，脉之头”，意在呼吸定息而决“疾”“迟”。当理解其大意，有可过于凿求。即使脉气来去之“疾”与“迟”，亦不可过于拘执至数的概念，而应从太过（盛则疾）与不及（虚则迟）方而理解。因为“来”“去”的时间之差，只能以秒以下单位计算，这种表现在来去出入上的疾迟，能明确分辨出来是不容易的，

（2）脉症合参，以脉与症的相反测知病的将愈之机（37）

病有望而知之，向而知之，脉而知之，为什么呢？“平脉法”举脉症相反的表现为例，阐述平脉辨证须要脉症合参的重要性。云：“师曰：病家人请云，病人苦发热，身体疼，病人自卧，师到诊其脉，沉而迟者，知其差也。何以知之？若表有病者，脉当浮大，今脉反沉迟，故知愈也。假令病人云腹中卒痛，病人自坐，师到脉之，浮而大者，知其差也，何以知之？若里有病者，脉当沉而细，今脉浮大，故知愈也”。这段论述充满了朴素的辩证法思想；首先，言表病脉沉当愈。通过问诊——苦发热、身体疼；望诊一一病人自卧；切诊一脉沉而迟，获得了诊断疾病的第一手材料。身体疼，是为表病，然表病者，“脉当浮大，今脉反沉迟”。也就是说，问、切二诊合参，脉症恰恰相反。这就有问题了，脉症不符，以脉病相应而言，是反常之象。无非有两种可能：一是病情恶化，即所谓“阳病见阴脉”。二是邪气衰退，乃病情向愈佳兆，这时结合望诊“病人自卧”（必神清气爽），可“知其差也”。因为“自卧”，往往是邪气已衰正气未复的一种现象。“太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也”可证。只是本条脉气尚浮，但已现细象，细，古称小脉，小则病退也。

须说明两点：其一，临证但凭“脉沉而迟”，是不足以判断表病当愈的，应参合症状而辨之。因为一者，脉症不符，本身就有两种预后，难以断其良恶。如章虚谷指出此明其大端，非定理也。如太阳下篇有头痛发热身疼之表邪，而脉反沉，为阳证见阴脉，用四逆汤救里者。故必兼审外证，才可断之”。二者，邪气衰退，除脉象外，在外症上亦必然有所表现。如张令韶所云：“何以说得愈也？答曰：是必望其有恬然嗜卧之状，问其有热除身凉之意，而后合脉以断其愈也”。其二，对“脉沉而迟”当活看。古人谈脉，往往为了说明某一问题而采用对比的方式，加之当时的脉象描述尚处于一种初期的“效象形容”阶段，所以，对于某些脉象的记述，不可拘于现代脉法而按图索驥。本条的“脉沉而迟”就是如此。是相对表病“脉当浮大”而言，即表邪衰退，正气内敛，脉已不浮不大之谓。

对于里病脉浮当愈，以“腹中卒痛”为例，腹疼属于里病，“脉当沉而细”，然却“浮而大”，又是脉症相反，里病脉浮，是“阴病见阳脉”，再参看望诊，病人安然自坐，这是腹已不痛，里气调和之征。里气既和，则气血畅达，脉必应之。所以说“今脉浮大，故知愈也”诚如张隐庵所云：“腹内痛，里病也：浮而大，表脉也。以里病而得表脉，乃气外达之候也，故知当愈”。本条之脉“浮大”，亦应与“沉细”相对来看，不为“沉细”即为“浮大”。

总之，“平脉法”的这段论述，主要是以脉症相反的临床表现为例，阐发平脉辨证当脉症合参的重要意义，生动地体现了中医的辨证精神。

（3）四诊合参，诊察疾病之真假虚实（38、39）

“平脉法”列举两条，非常具体、生动地记述了四诊合参临床诊察疾病的过程。

首先，以发热病为例，提示病愈与诈病的判断方法。云：“师曰：病家人来请云，病人发热烦极。明日师到，病人向壁卧，此热已去也。设令脉不和，处言已愈”。虽“发热烦极”，但“病人向壁卧”，此静卧必是身凉神清，这时即“设令脉不和”，也只是脉未净而已，故知“此热已去也”，可“处言已愈”。因为若是病进热盛，必躁不得卧；若是阳证转阴，其“向壁卧”必是似睡非睡，呈少阴病的“但欲寐”状态。可见，“向壁卧”的精神状态是辨证的关键。

另外，还有一种“诈病”者，提醒医者注意，由于现实意义不大，故从略。

39条则云“持脉”与闻诊、望诊结合。以“师持脉”结合闻诊：“呻者”“病也”；“言迟者”，“风也”，“言迟”是“风寒客于中，则经络急，舌强难运用也”（成无己）。风疾“言迟”，又常见于内伤之风疾阻滞，肝风内动、阴虚风动等。结合望诊：“揺头言者，里痛也”；“行迟者，表强也”；“坐而伏者，短气也”；“坐而下一脚者，腰疼也”；“里实护腹，如怀卵物者，心痛也”。章虚谷释其理云：“痛难忍，故摇头而言也。表气强急不和，故行迟不捷也。气短不得息，故坐而伏也。腰痛不能正坐，故下一脚也。两手护腹，如怀有卵物，以里有实而心痛也”。

以上“平脉法”以四段条文，从呼吸定息、脉症相参、四诊合参诸方面举例论述了诊脉大法，开人思路。

### 3. 平特异病脉（40〜43）

这部分内容，举伏气病及临床的各种特异状态为例，阐发脉象反映机体内邪气隐伏、气血升降、阴津盈亏的种种不同情况。

首论“伏气为病”。云：“师曰：伏气之病，以意候之，今月之内，欲有伏气。假令旧有伏气，当须脉之。若脉微弱者，当喉中痛，似伤，非喉痹也。病人云：实咽中痛。虽尔，今复欲下利”。“伏气”，是言感邪不即发病，邪气伏于体内，过时而发。“伤寒例”所说的：“中而即病者，名曰伤寒，不即病者，寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病……春夏多温热病者，皆由冬时触寒而致，非时行之气也”即是属此。后世温病学家，依据《内经》“冬伤于寒，春必病温”的理论，秉承王叔和“伏气”之说，逐渐发展成为温病中的一种发病学说。这种学说，在古代是名符其实的“以意候之”，而在后世则据以解释温病起病突然、一发则表里俱热等特点。

“伏气”，从体质学说的角度讲，由于隐伏着病邪，则素体阴阳气血必有某种程度上的失调，这时往往在脉象上亦有某种程度的反映。因此，本条指出“假令旧有伏气，当须脉之”。“若脉微弱者”，是少阴精气亏虚，至春阳气升发之际，复感温热之邪而触发。《伤寒论》云：“形作伤寒，其脉不弦紧而弱，弱者必渴”是其例。少阴（肾）主司二便，经脉循喉咙，阴精不足，虚火上炎则“当喉中痛”。亦可热化作利，即“今复欲下利”之谓。如少阴病篇“少阴病，下利，咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之”。即属少阴阴精亏虚之虚热咽痛、热化下利。尽管猪肤汤证尚不宜断言皆属“伏气”，但平素阴精不足，热化体质容易罹此是无可置疑的。

次论“人恐怖者，其脉何状？师曰：脉形如循丝累累然，其面白脱色也”。心主血藏神，血气不足，心失所养，神无所主，易患恐怖。如《金匮·五脏风寒积聚》所说：“心气虚者，其人则畏”就是。因为血气不足，所以，其脉“形如循丝累累然”，即是细脉之状。细主血虚，又“恐则气下”，本以血亏，加之血随气下，则必面色苍白。

细脉，脉理大致有二；一是阴津荣血虚少，致使络脉空虚，脉呈细象，主病为虚。这是细脉主病之常。如厥阴病篇血虚寒厥之“脉细欲绝”；太阳病篇医吐伤损胃阴之“关上脉细数”；少阴病提纲证之“脉微细”等等，都是细主阴津荣血虚少之例证。另有，并非络脉内空虚，而是邪气郁闭，气血不能内外畅达扩散之故，如阳气壅郁、湿邪闭阻等。前者如太阳病篇“脉细者，此为阳微结”。后者如《金匮要略》“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名湿痹”。可见，细脉主病有常变之别，虚实之分。因此，临床诊得细脉，不要不加分析地执凿于血虚。除了与症状合参外，而应诊其有力与无力，细而无力，则多是血虚；细而有力，则往往是实证或虚中夹实。

三论；“人愧者，其脉何类？师曰：脉浮而面色乍白乍赤”。愧者，羞惭也，在这种精神状态下，常常心跳怦怦然，神气慌慌然。神不安则血气乱，于是心气浮动，则脉气亦浮。血气紊乱则“面色乍白乍赤”。.

以上两条，“平脉法”例举“恐怖”与“愧者”两种特殊精神状态下的脉象特征，反映了心一神一血一脉四者间的互为因果的密切关系。

“平脉法”还指出“人不饮”导致阴津虚少的脉象特征。云：“问曰：人不饮，其脉何类？师曰：脉自涩，唇口干燥也”。关于“人不饮”，《医宗金鉴》云：“此因不饮面然，非由此而不饮也”。《素问·经脉别论》指出：“饮入于胃，游溢精气……水精四布，五经并行”，平素不喜饮水或有某种原因饮水较少，而导致津液缺乏，精气无以游溢，水精无以四布，脏腑无以濡养，经脉无以润泽，脉道则涩而不利，唇口干燥”之症，在所难免。诚如张令韶所云：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾肺，布散于五经，今胃虚不饮，肺无以布，脾无以输，脉道不利，津液不行，故脉涩而唇口干燥也”。

本部分大都以“某某情况，其脉何类？”作论的，是知本部分是以病情为立论出发点来辨析脉象表现特征的。其病情的选择很有特殊性，如伏邪因素的影响、精神因素的影响、人为因素（不饮）的影响等。这种举例性的提示，尽管不太典型，但也从某个方面揭示了脉象与病情之间的关系及其特异性。

### 4. 平脉象类别（44〜54，56）

前者以特异病状立论，本部分则主要以变异脉象立论，以说明临床脉象表现的复杂性。其内容大致分六种.

（1）平脉象特异状况

①脉有轻重。（44）

“问曰：《经》说脉有三菽、六菽重者，何谓也？师曰：脉，人以指按之，如三菽之重者，肺气也；如六菽之重者，心气也；如九菽之重者，脾气也；如十二菽之重者，肝气也；按之至骨者，肾气也。假令下利，寸口、关上、尺中悉不见脉，然尺中时一小见，脉再举头者，肾气也；若见损脉来至，为难治”。此说源于《难经》，文字大同小异，故称“经说”（仅此证明“平脉法”有集前人之论而为之）。菽，豆类之总称。以菽之多少大略衡量、标示按脉指力之轻重。所么，《难经》直称“脉有轻重”。五脏之气，各有深浅；五脏所主，层次各别。是以五脏脉气之浮沉，也必是不同。这就是脏脉轻重不同的缘因所在。下指轻重以“菽”喻之，当理解其大意。“与皮毛相得者，肺部也”，其气最为轻浅，故称“如三菽之重”。“与血脉相得者，心部也”，其气较为轻浅，故称“如六菽之重”。“与肌肉相得者，脾部也”，其气不浮不沉，故称“如九菽之重”。“与筋平者，肝部也”，其气较为沉伏，故称“如十二菽之重”。“与骨相得者，肾也”，其气最沉，故称“按之至骨”。即如张令韶所云：“盖言五脏有高下之不同，按脉有浮中沉之各异也”。

这种以下指脉之轻重分候五脏，是有临床意义的。后世大抵以浮中沉分类，即浮取候心肺，中取候脾胃，沉取候肝肾。以肾脉为例，肾位于下焦，内寓元阴元阳，为人之根本。因此，肾脉的有无，对于判断疾病的预后至为重要。古人有“脉根”之说，一以尺部为根，以尺部候肾也；一以沉候为根，以沉取候肾也。“平脉法”此论也说明了这两个问题。尺部与沉候，一是从脉部所主而言，一是从下指轻重立论。说法各别，其意则一，李中梓在《医宗必读·脉法心参》中论述了脉根二说，指出：“一以尺中为根，人之有尺，犹树之有根，水为天一之元，先天命根也。王叔和曰，寸关虽无，尺犹不绝，如此之流，何忧殒灭，谓其有根也。若肾脉独败，是无根矣。一以沉候为根，《经》曰；诸脉浮无根者皆死，是谓有表无里，是谓孤阳不生。造化所以亘万古而不息者，一阴一阳互为其根也，阴既绝矣，孤阳岂能独存乎。二说似乎不同，实则一致。两尺为肾部，沉候之六脉皆肾也。然则二尺之无根，与沉取之无根，总之肾水绝也”。李氏所论，很能说明问题。“假令下利”的“尺中时一小见”，而云是“肾气也”，就是本此。

可知，临床诊查脏气寒热虚实，除了要注重脉寸关尺三部所主不同外，还要注重下指的轻重不同以分辨之。

②脉有相乘，有纵檢，有顺逆。（45）

“问曰：脉有相乘，有纵有横，有逆有顺，何谓也？”。这又是“平脉法”以五行乘克理论，来阐发、辨析脏脉之顺逆及疾病之吉凶的。乘，克贼也。至于“纵”“横”“逆”“顺”，则各有其意。“平脉法”下面又依次举例论述水火金木的相互乘克。云：“水行乘火，金行乘木，名曰纵；火行乘水，木行乘金，名曰横；水行乘金，火行乘木，名曰逆；金行乘水，木行乘火，名曰顺也”。可见，乘其所胜，则名曰“纵”，即五行顺次相乘，所谓“水行乘火，金行乘木”也。反乘其不胜，则名曰“横”，即五行逆次相乘，所谓“火行乘木，木行乘金”也。与太阳病篇“此肝乘脾也，名曰纵”，“此肝乘肺也，名曰横”的意义相同。所别者，一者言脉，一者言病。上之“纵”“横”，是以五行相克的关系论之；下之“逆”“顺”，又是以五行相生的关系论之。子行乘母，则名“逆”，即所谓“水行乘金，火行乘木”也。母行乘子，则“名曰顺”，即所谓“金行乘水，木行乘火”也，

脉有相乘，具有临床意义。阳明病篇云：“阳明少阳合病，必下利。其脉不负者，为顺也，负者，失也。互相克贼，名为负也。脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤”。本条的脉“负”与“不负”，即是脉有相乘、病有顺逆的证明。阳明主土，少阳为木，两者合病，若下利而脉滑数者，是“脉不负”，以阳明为主，木不克土，下之可愈，易治为顺；若下利而脉弦数者，即为脉“负”，是少阳为主，木胜克土，宿食当下，但少阳脉胜，阳明脉负，又不可下，故难治为“失”，这就是“互相克贼，名为负也”的涵义。

可见临床上根据脉象的这种相乘现象、纵横顺逆关系，不但可辨别疾病的吉凶，还可指导疾病的治疗。

③脉有残贼。（46）

所谓“残贼”，是概言病气之脉而已。“问曰：脉有残贼，何谓也？师曰：脉有弦紧浮滑沉涩，此六脉名曰残贼，能为诸脉作病也”。关于所例举的“弦紧浮滑沉涩”六脉的主病，注家有从内外病因论者，有从阴阳虚实论者，然而，脉同而病异，病同而脉异，无论从何解释，都只能言其大概耳。—般说来，弦为肝逆，紧为寒胜，浮为病表，滑为痰壅，沉为病里，淀为血滞。所谓“能为诸脉作病”，似有此六脉为临证之主脉，且常与他脉并见之义。

④脉有灾怪。（47）

“脉有残贼”是讲的在疾病过程中的病脉常规反映，而“脉有灾怪”，则是讲在疾病过程中的反常的、奇怪的脉证表现。云：“脉有灾怪，何谓也？师曰：假令人病，脉得太阳，与形证相应，因为作汤，此还送汤如食顷，病人乃大吐，若下利，腹中痛。师曰：我前来不见此证，今乃变异，是名灾怪”。脉与形证相应，方与脉证相合，却出现吐利、腹痛诸证，这种悖于常理的“变异”，故名之曰“灾怪”。查其缘因，则可能是“或有旧时服药，今乃发作”。论中仅例举了“灾怪”之症，而须知“灾怪”之脉，尽在不言之中。

“脉有灾怪”，提示了医者临证应询问病史，病家述病应毫无讳隐。只有这样，才能避免“灾怪”脉症的出现，或见“灾”不怪，正确处置。

（2）平脏脉形状特征

脏气有深浅，脉气有浮沉，这是脏脉高下轻重之诊。脏气有阴阳之别，脏脉有形态之异，这又是脏脉形状之沴。“平脉法”例举了肝、心、肺三脏，辨析了脏脉形状，包括平脏脉、病脏脉及死脏脉的特征。

1. 东方肝脉。（48）

“问曰：东方肝脉，其形何似？师曰：肝者，木也，名厥阴，其脉微弦濡弱而长，是肝脉也”。肝脏之气，犹春生之阳、木叶之发而具畅达柔和之性。气则如此，脉必应之，故“其脉微弦潘弱而长，是肝脉也”。这是肝之平脉，以弦长（气血畅达）而濡弱（性之柔和）为特征，濡弱柔和，是胃气之象，所以后则云：“肝病自得廉弱者，愈也。假令得纯弦脉者死”。“纯弦脉”，是病肝、死肝之脉，成无己云：“纯弦者，为如弦直而不软，是中无胃气，为真脏之脉”。亦即《难经》“但弦无胃气曰死”之谓。

须要说明两点：一是“微弦廉弱而长”之“微”与“濡”，“微”，非微脉，属副词，稍微之意。“微弦”即稍稍弦之，非“急益劲”之弦也。“濡”，亦是形容词，柔软之意，言弦而柔和也，后世论脉有以“濡”为浮而细软无力，“弱”为沉而细软无力者，与此有别。

二是“肝病自得濡弱者，愈也”。是与下文之“纯弦脉”相对，言肝病脉弦而得“濡弱”（柔软）者，是脉有胃气之象，不可作单纯的“濡弱”脉来理解。

关于肝脏本脉，《内经》《难经》均有论述。《素问·平人气象论》指出：“平肝脉来，突弱招招，如揭长竿末稍，曰肝平，春以胃气为本。病肝脉来，盈实而滑，如循长竿，曰肝病。死肝脉来，急益劲，如新张弓弦，曰肝死”。这里，“吴弱招招”，即与“濡弱”同义，言脉有胃气；“急益劲，如新张弓弦”，即与“纯弦脉”同义，言脉无胃气。总之，肝脉为弦，而其平、病、死肝之别，在于胃气之多少，这就是《内经》所说的“春胃微弦曰平，弦多胃少曰肝病，但弦无胃曰死”的涵义。

1. 南方心脉。（49）

云：“南方心脉，其形何似？师曰：心者，火也，名少阴，其脉洪大而长，是心脉也。心脉自得洪大者愈也。假令脉来微去大，故名反，病在里也……”。心应夏气，阳气洪盛，万物荣茂，生机勃勃，故脉应之“洪大而长”也。《内经》云：“心部于表”，洪大之脉，即是心气外部肌表的反映。即成无己所云：“心旺于夏，夏则阳外胜，气血淖溢，故其脉来洪大而长也”。心脉，古又称“钩脉”，意为来盛去衰。如《难经》“夏脉钩者，心南方火也，万物之所茂，垂枝布叶，皆下曲如钩，故其脉之来疾去迟，故曰钩”。“疾”为有余，“迟”为不足，“来疾去迟”亦即“来盛去衰”也。

来盛去衰之钩脉为心之平脉，所以，“假令脉来微去大，故名反”。“反”为“病在里”，这是因为心气郁于里虚于外，与“心部于表”的心气盛于外而虚于里之来盛去衰正相反也。诚如张隐庵的所说：“此心气内郁，不充于外，故病在里也”。

本条后面又有“脉来头小本大……”等语，记述心气内外虚实的病理现象，只是所论颇难理解，当予存疑，

③西方肺脉。（45）

肺应秋气，其气轻清升浮，那么，“西方肺脉，其形何似？师曰：肺者，金也，名太阴，其脉毛浮也。肺病自得此脉，若得缓迟者皆愈”。“其脉毛浮”，即肺之主脉，《内经》形容之为“厌厌聂聂，如落榆荚”。至于“若得缓迟者皆愈”，“缓迟”，柔软和缓之象，即脉有胃气。这就是《素问·平人气象论》“秋以胃气为本”的涵义。说明肺脏之脉，其平、病、死脉之分，亦在胃气之多少，即《内经》“秋胃微毛曰平，毛多胃少曰肺病，但毛无胃曰死”之谓也。

肺病最忌数脉，以数主火盛，用五行学说解释，数为心脉，心克肺，火刑金，可见，肺病浮中见“缓迟”是土金相生；而浮中见数脉，则是火金相刑。故“平脉法”后云：“若得数者则剧，何以知之？数者南方火，火克西方金，法当痈肿，为难治也”。《金匮要略》在“肺痿肺痈”病中指出：“脉数虚者为肺痿，数实者为肺痈”俱是肺病见数脉之临床例证。

另外，“平脉法”还论及了“二月得毛浮脉，何以处言至秋当死”的问题。“此以四时脉气属五行生克应病，以主吉凶生死之理”。（方有执）所以，也是非其时而见脏脉的预后的问题。至于“至秋当死”的道理，“平脉法”云：“二月肝用事，肝属木，脉应濡弱，反得毛浮脉者，是肺脉也，肺属金，金来克木，故知至秋死”。因“至秋”金气愈旺，木气愈衰，乘克金甚，故而“当死”。一言以蔽之，即《金匮要略》“非其时色脉，皆当病”之意也。

（3）平体质肥瘦脉象不同（51）

体质因素对脉象亦有影响，为了说明这个问题，“平脉法”举肥人、瘦人为例，云：“师曰：脉肥人责浮，瘦人责沉。肥人当沉，今反浮，瘦人当浮，今反沉，故责之。”黄坤载曰：“肥人肌肉丰厚，故脉气沉深；瘦人肌肉浅薄，故脉气浮浅。沉者浮，而浮者沉，是谓反常，反常则病，故责之”。提示我们形体的厚薄，对脉象确有影响。如《金匮要略》“水气病”中云：“脉得诸沉，当责有水，身体肿重，水病脉出者死”。水病脉沉，固然是水属阴邪，阻遏阳气所致，但“身体肿重”也不能不说是“脉得诸沉”的一个原因，所以，“水病脉出者死”寓有“责浮”的涵义。

但是，还有另外一种情况，如肥胖之人感受外邪而患太阳病，却脉气深沉，这种脉搏浮不起来的原因，即在于素体脉沉，虽感外邪，然气不应脉。这时又不能尽执“肥人责浮”。当浮不浮，则又是“责沉”了。

可见，“平脉法”的肥人、瘦人、“责浮”、“责沉”的论述，有一定的临床意义，同时，提示了医者临床诊脉应注意体质因素对脉象的影响。

（4）平脉部阳绝阴绝之不同（52）

脉部的阴阳之变，在寸尺二部之诊。“平脉法”指出：“寸脉下不至关为阳绝。尺脉上不至关为阴绝，此皆不治，决死也”。阴升阳降，则水火既济，乃生理之常。若寸脉下不至关，为阳绝于下；尺脉上不至关，为阴绝于上。夫上有阳而无阴，下有阴而无闭，乃火水未济阴阳不交之象，即阴阳离决之意也。故而决断“此皆不治，决死也”。

这是言其一般，《难经·十四难》指出：“上部有脉，下部无脉，其人当吐，不吐者死。上部无脉，下部有脉，虽困无能为害……”。“上部有脉，下部无脉”与“寸脉下不至关”同，然却非尽是“阳绝”。如果属于实邪阻滞，中焦不通，气机内闭，使气不应脉，导致“上部有脉，下部无脉”，这时“其人当吐”，吐，是中焦得通，浊邪涌泄之征，此气机已开，阳气出入有常，自然，脉气寸关尺皆出也。同样，如果“不吐者”，则非当吐之证，确属“阳绝”，难以施治，故称“死”。

“上部无脉，下部有脉”与“尺脉上不至关”同，亦非尽属“阴绝”。相反，《难经》继而指出：“所以然者，人之有尺，臂如树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生。脉有根本，人有元气，故知不死”。这段生动、形象的论证，说明了尺脉的重要。以尺脉为根的理论根据，即源于此。

（5）平脉病与人病预后之不同（53）

“人病”，指形病也。形与脉，在疾病的情况下，形病的反映为“症状”，脉病的反映为“病脉”。一般说来，形病与脉病相应。然“脉者，血之府也”。对比形症而言，脉象能较真实、迅速地反映机体内气血阴阳的变异，特别在疾病的危重阶段，脉象对预后的诊断尤为重要。所以，形脉为病，是有区别的。这就是“平脉法”所说的：“师曰：脉病人不病，名日行尸，以无王气，卒眩仆，不识人者，短命则死。人病脉不病，名曰内虚，以无谷神，虽困无苦”。“脉病人不病”，是言脉已现病象，而外形未病。然脉者人之根本，脉已现病，尽管“人不病”，也能预示和推测到这可能是根本已坏，脏腑气绝。以内“无王气”，外形似健，故“名曰行尸”，言虽生犹死也。所以，有“短命则死”的预后。

值得提出的是，从临床的角度讲，对于“脉病人不病”的理解，应注意两点：其一，“脉病”与“人不病”是相对而言。主旨在于强调脉象对疾病诊断与预后的重要性。可见“人不病”，并非是人健康如故，只是与脉象对比，病象不十分明显罢了。其二，如果其预后就象“平脉法”所讲的“卒眩仆，不识人者，短命则死”。那么，这种“脉病”，就绝对不会是一般的病脉之象，多是真脏脉外现。如《脉经·扁鹃诊诸反逆死脉要诀》中所说的“脉病人不病，脉来如屋漏雀啄者死”。“屋漏雀啄”，是脏腑气绝之象，只有此类之“脉病”，尽管“人不病”，才会有“卒眩仆”的预后。现代医学由心肌梗塞、严重心律失常所引起的骤死，大致属于这种情况。

“人病脉不病”，是言人形体瘦困倦似病，相对之下，脉象有胃、有神、有根，是先天、后天之气尚在，知此“人病”，仅是“以无谷神”的“内虚”而已，故云“虽困无苦”，预后良好。诚如《医宗金鉴》所云：“人病脉不病，谓外形嬴瘦似病，其脉自和，以根本尚固，不过谷气不充，名曰内虚，非行尸可比，虽困无害，胃气复，谷气充，自然安矣”。这种情况多见于素质瘦癯及营养不良者。

从临床的角度来讲，对于“人病脉不病”之“虽困无苦”亦当活看。若大肉已脱，形如柴立，尽管脉尚和缓，终是土崩脾绝之征，预后恐难“无害"。《素问·三部九候论》说：“形肉已脱，九候虽调犹死”，就是指此而言的。

“平脉法”的这段论述，与《素问·方盛衰论》“形气有余，脉气不足死；脉气有余，形气不足生”的涵义是一致的。我们既要正确理解经论的要旨，重视脉象反映脏腑气血变化和疾病预后上的重要意义。又要灵活掌握“脉病”与“人病”的“生”与“死”之间的辩证关系，切忌以偏概全。

（6）平滑脉形象及两种机转的不同（54）

滑脉，“流利展转”（《脉经》），古人形容之如“盘中走珠”，如“荷叶承露”《洄溪脉学》），颇为生动、形象。“平脉法”则有“翕奄沉"以形容之。云：“翕奄沉，名曰滑，何谓也？师曰：沉为纯阴，翕为正阳，阴阳和合，故令利滑，关尺自平。阳明脉微沉，食饮自可；少阴脉微滑，滑者，紧之浮名也，此为阴实，其人必股内汗出，阴下湿也”。由于一字多义，注家对“翕奄沉”三字涵义解释不尽相同。“奄”，《说文》“忽也，遽也”。“沉”，其义自明。因此，主要分歧在“翕”字上。翕，《说文》”起也”，浮升之义。《尔雅释诂》“合也”，聚敛之义。张隐庵释云：“翕，聚也；奄，忽也。翁奄沉者，脉体聚而忽沉，名曰滑也”。李廷是《脉诀汇辨》其注亦同。这种解释似是而非，让人难以琢磨。“翕”，如果与“沉”以及“沉为纯阴，翕为正阳”联系起来看，“翕”，实际“沉”相对，前者，脉气浮升为“正阳”；后者，脉气沉潜为“纯阴”。这样，阴阳相搏（和合），浮沉起伏如波浪状于奄忽之问，于是，就形成了流利展转的滑脉。即如李中梓《诊家正眼》所云：“张仲景以翕奄沉为滑，而人莫能解，盖翕者，浮也；奄者，忽也。请忽焉而沉，摩写往来流利之状。”黄坤载亦指出：“翕者浮动之义，脉正浮动，忽然而沉，其名曰滑”。与《脉简补义》描述滑脉之状滑者脉之浮沉起状，婉转流利也”正相吻合。

须要说明化是，滑脉浮取沉取皆得，因此，“翕奄沉”只是形容脉的起伏之状。不可与浮脉、沉脉混淆而论。

“阳明脉微沉”以下，文意令人费解。如果按《医宗金鉴》所注，把“滑者，紧之浮名也，此为阴实”二句，作为错简而刪掉，尚可勉强讲通。即；阳明脉滑而偏沉（不言滑，语承上文，知滑在其中），是阴气稍盛，未至太过，故“食饮自可”。少阴脉微滑而不沉（不言浮，相对“微沉”，知意在偏浮），则肾邪有余，故“股内汗出”而“阴下湿”。

（7）平脉荣卫气盛、气弱、气和之不同

卫主气为阳，荣主血为阴，“平脉法”这里藉脉象以卫气荣气“盛”、“衰”、“和”的不同，分别阐发气血阴阳过盛、衰损与平和的各种机制。云：“寸口卫气盛名曰高，荣气盛名曰章，高章相搏名曰纲。卫气弱名曰惵，荣气弱名曰卑，惵卑相搏名曰损。卫气和名曰缓，荣气和名曰迟，迟缓相搏名曰沉”。“高”，形容脉气浮盛，气浮为阳，故“卫气盛名曰高”。“章”，形容脉形充实，形满为阴，故“荣气盛名曰章”。“纲”，张隐庵云：“荣卫气盛，总搏一身之大纲也”。《医宗金鉴》云；“纲者，荣卫倶有余，有总揽之意也”。诸家将“纲”作正气解，与上下文意不合。“纲”与“损”对，以此形容气血壅盛（即“高章相搏”）而经脉满急强盛也。可以说是“邪气盛则实”的病理反映与脉象描述。

“惵”，怯也；“卑”，愧也。不足之征。是荣卫气血俱虚的形容词。故“惵卑相搏名曰损”。“损”者，以病理言，荣卫气血俱虚弱；以脉象言，脉气脉形均不足。黄坤载云：“卫气弱，名曰惵，惵者，恇怯之意，阳弱则恇怯也；荣气弱，名曰卑，卑者，柔退之意，阴弱则柔退也。恇卑相合，名曰损，是诸阴脉之削弱者也”。总而言之，惵、卑、损，是“精气夺则虚”的病理反映与脉象描述。

“缓”，中和之象；“迟”从容之意，故是“卫气和”与“荣气和”表现。“迟缓相搏名曰沉、《素问·生气通天论》云：“阴阳之要，阳密乃固，阴平阳秘，精神乃治”。卫“缓”与荣“迟”，是“阴平阳秘”之象，故“沉”者，“阳密乃固”之变辞也。联系《难经》“冬脉石也，肾北方水也，万物之所藏也”。以及“脉有根本，人有元气”。则荣卫气和，“迟缓相搏”之所以称“沉”，其意不解自明。诚如黄坤载所云：“人之元气宜秘，不宜泄，泄则浮而秘则沉”。

以上，平脉象类别这部分内容，较为复杂，但“平脉法”通过生动的举例，精辟的阐发，辩证的分析，掲示了临床可能出现的种种异常的、复杂的脉象及其脉理、病理，确能给人以启迪。

### 5. 平诸脉主病（55，57〜78）

“平脉法”以二十余段条文，分别辨析了寸口，趺阳、少阴三脉各种不同脉象的主病。

（1）平寸口脉主病

①平紧脉主病（55）。“平脉法”以“曾为人所难，紧脉从何而来”为问，举例答述紧脉主寒邪为病的原则性。云：“师曰：假令亡汗若吐，以肺里寒，故令脉紧也；假令咳者，坐饮冷水，故令脉紧也；假令下利，以胃虚冷，故令脉紧也”。指出了“肺里寒”、或“坐饮冷水”或“胃虚冷”，均属于寒邪为病，“故令脉紧”。

紧脉主寒是其常，少阴病篇“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也，此属少阴……”即是例证。《金匮要略》就明确指出：“寒令脉急”。“急”，紧也。《内经》云：“寒则气收”。是以寒性凝敛收引，经脉为之收缩挛急，故脉搏呈紧急之箄。即《脉诊选要》所云：“盖气周于外，血贯脉中，气为寒束，故脉来劲而搏指，是紧脉由感受寒邪使然”。

卢其慎《脉学指南》指出：“盖紧为绞结迫切之脉，不单主寒”。又提示了紧脉主病之变。所以，张仲景也有“脉虽沉紧，不得为少阴病”之训。《脉经》在“平杂病脉”中就列举了紧脉主病的多种情况。如“涩而紧痹病”、“驶而紧积聚有击痛”、“盛而紧曰胀”、“紧而滑者吐逆”、“弦而紧胁痛脏伤瘀血”等等。

即使在阳热证中，有时亦可出现紧脉。如“阳明病，脉浮而紧者，必潮热发作有时”。《脉学指南》云：“邪入阳明而现阳明证，其脉应大，今浮而紧，浮则主热，紧为邪气固结，乃胃家已实。不能以浮则主表，紧则为痛论也”。

另外，紧数二脉尚可并见。如风寒表证，寒邪过甚，郁闭肌表，卫阳内遏，脉常浮中兼以紧数。《脉经·平杂病脉》“紧数者，发其汗”，即属这种情况。所以，“平脉法”此条只揭余了紧脉主病的规律性，而未涉其特殊性。因此，我们对于紧脉主病应有个正确认识。

②平寸口脉缓而迟所主（57）。本条论述了寸口“如经”之脉。云：“寸口脉缓而迟，缓则阳气长，其色鲜，其颜光，其声商，毛发长；迟则阴气盛，骨髄生，血满，肌肉紧薄鲜硬。阴阳相抱，营卫俱行，刚柔相得，名曰强也”。“辨脉法”曾指出：“肤阳脉迟而缓，胃气如经也”。本条诊在寸口，是荣卫血气“如经”也。故“缓”主有“色鲜”、“颜光”、“声商”、“毛发长”，“迟”主有“髓生”、“血满”、“肌肉紧薄鲜硬”。呈现一派气血长盛的强健之象，故“名曰强也”。

须知，本条所论的“缓”、“迟”，具有特定涵义。“缓”，言脉气柔和调匀；“迟”，言脉动从容不迫。《脉经》“脾旺之时，其脉大，阿阿而缓，名曰平脉”即此。因而，“迟”，不必执于一息三至，就象《金匮要咯》瘀血病“脉微大来迟”之“迟”一样，只是形容瘀血阻络，脉行缓慢迟滞而已，非必一息三至。若缓为怠滞迂缓，迟为一息三至，则绝非“阳气长”“阴气盛”之象，必为病脉。如《脉经》“迟而缓，有寒”。《脉如》”缓迟者，伤湿也”。即是例证。

③平寸口脉浮而大主病（59、61）。59条指出：“寸口脉浮而大，浮为虚，大为实，在尺为关，在寸为格。关则不得小便，格则吐逆”。这里“浮为虚”，言正气虚；“大为实”，言邪气实。正虚邪实，气机升降失常，浮大脉劲于尺部，是邪实闭于下焦，正虚气化不利，故“在尺为关”而“不得小便”。浮大脉劲于寸部，是邪实壅郁上焦，正虚气逆不降，故“在寸为格”，而为“吐逆”。

此浮大，当是浮大有力之脉。所谓“浮为虚，大为实”，并非按之又无力又有力。盖邪气之实，正由于正气之虚，这种情况并非少见。所谓祛邪即所以扶正者，即此是类。可见，“浮为虚，大为实”，正是以脉阐发正气与邪气的这种病理虚实关系的。

同时，对浮大相兼脉，还应与病症结合辨析，以别其虚实，假若浮大脉见于表实证中，则多是“阳浮”的反映，脉病相应为顺。假若浮大（无力）脉见于实邪结聚病中，是脉病不符，脉应沉结反见浮大，则应考虑是否为正气不支，虚而外脱。如太阳病篇“结胸证，其脉浮大者，不可下，下之为逆”就属于这种情况。

61条则云：“脉浮而大，浮为风虚，大为气强，风气相搏，必成隐疹，身体为痒，痒者名泄风，久久为痂癩”。本条的浮大脉，主病风邪强盛，在外感病中，是其常。“浮为风虚”，言卫虚而感风；“大为气强”，言邪气强盛。“风气相搏”于肌腠之间，故发隐疹。风胜则痒，故“身体为痒”。可用麻桂各半汤治疗此证。若邪闭过久，营气郁热，则皮肤溃烂结痂，即“久久为痂癞”之谓也。

此条尚见于《金匮要略·水气病脉证并治》中，只是“浮大”为“浮洪”。云：“脉浮而洪，浮则为风，洪则为气，风气相搏，风强则为隐疹，身体为痒，痒为泄风，久为痂癩”。《金匮要略》“风强则为隐疹”一语，从病理上更加突出了风邪与隐疹之间的发病关系。

④平寸口脉弱而迟主病（62）“平脉法”云：“寸口脉弱而迟，弱者卫气微，迟者荣中寒，荣为血，血寒则发热；卫为气，气微者心中饥，饥而虚满，不能食也”。本条的“血寒则发热”一语，颇难理解。张隐庵注云：“夫荣为血，其气外交于卫，故血寒则发热于外矣”。荣气交于卫何以能发热？黄坤载释之：“血寒则温气外泄而发热”。荣血既“寒”，哪来的“温气”以“外泄”？成无己则讲：“迟者荣中寒，以中客邪也，荣客寒邪，搏而发热也”。仔细思之，此说亦难圆满。因为“荣客寒邪，搏而发热”，其脉不应“弱而迟”，而必是紧数。黄宫绣在《脉理求真》中曾说：“弱为阳气衰微，凡见是脉必须用温补以固其阳”。可知，“弱者卫气微”与“迟者荣中寒”，在这里并列提示脏腑气血之虚寒，不能把“弱”与“迟”分开而孤立的看待。这样，“血寒则发热”，实质是虚寒在里，格阳于外，虚阳外浮之“热”。诚如戴起宗《脉诀刊误》所云：“仲景曰诸弱发热，乃弱为阳虚，虚而发热，非实热也，大抵阳少阴多，皆为不足之候”。

《脉经》在“平三关病候并治宜”中还分别论述了寸关尺脉弱，主病阳虚发热。论关脉时说：“关脉弱，胃气虚，胃中有客热，脉弱为虚热作病”。联系“平脉法”本条所论，其“心内饥”，是“胃中有客热”也；而“饥而虚满，不能食”，则是“脉弱为虚热”，“虚热”不能消谷之故。《脉经》论尺脉时则说：“尺脉弱，阳气少，发热，骨烦”。这又与“血寒则发热”的机制相同。

⑤平寸口脉弱而缓主病（64）。“平脉法”云：“寸口脉弱而缓，弱者阳气不足，缓者胃气有余，噫而吞酸，食卒不下，气填于膈上也”。“缓者胃气有余”，若不是在本条这种特证的情况下，毫无疑问是言胃气脉。然而，缓与弱脉并见，且参合“噫而吞酸，食卒不下”之症，显然，“缓”，不是胃气脉。同样，“胃气有余”之“胃气”，亦非指胃之正气。而“有余”，也不可能是正气强盛之义。方有执云：“胃气以胃中谷气言，有余，言有宿食也”。所言甚是。联系“弱者阳气不足”，阳能消谷，阳气不足，谷食不消，壅积于中，胃气满逆，故症见“噫气吞酸”、饮食不下，《三指禅》云：“凡遇噎嗝反胃，脉未有不缓者”。可为本论之佐证。

⑥平寸口脉微而涩主病（66、68）。凡微与涩脉相兼，其“涩”必为血枯。因此，66条云：“寸口脉微而涩，微者卫气不行，涩者荣气不逮”。“逮”，《说文》：“及也”。“荣气不逮”，即荣气不足之意。68条则直言：“微者卫气衰，涩者荣气不足”。接下两条又分别论述了伴随脉“微而涩”所出现的气血俱虚之症。

66条论“荣气不逮”，筋脉失养，心虚舌蹇，所致“烦疼口难言”。“卫气虚者”，不能卫外，神失所养，所致“恶寒数欠”以及“荣卫不能相将，三焦无所仰”所导致的“上焦不归者，噫而酢吞；中焦不归者，不能消谷引食；下焦不归者，则遗溲”等证候。此说本之《金匮要略》“五脏风寒积聚篇”中的“三焦竭，善噫，何谓也？师曰：上焦受中焦气，未和，不能消谷，故能噫耳；下焦竭，即遗溺失便……”只是“平脉法”指出了其病因，即“荣卫不能相将”而“三焦无所仰”也。

68条主论荣卫俱虚的气色变化。“卫气衰，面色黄；荣气不足，面色青”。黄坤载释其理云：“卫生于胃，卫衰则戊土虚而面色黄；营藏于肝，营不足则乙木枯而面色青”。另外68条还指出：“荣为根，卫为叶，荣卫俱微，则根叶枯槁而寒栗咳逆，唾腥吐涎沬也”。荣卫皆脾土精微所化，脾土已败，“荣卫俱微”，不能生金，故证见“寒栗咳逆，唾腥吐涎沫也”。

⑦平寸口脉微而缓主病（70）。微缓兼见，以现代脉法讲，很难想象在若有若无之“微”脉中又能体会出“缓”象来。因此“微”与“缓”脉是不能兼见的。而“平脉法”本条则云：“寸口脉微而缓，微者卫气疏，疏则其肤空；缓者胃气实，实则谷消而水化也。谷入于胃，脉道乃行，水入于经，其血乃成。荣盛则其肤必疏，三焦绝经，名曰血崩”。其实，本条之“微”，充其量也只能象《脉经》所说的：“极细而软”。惟其细软之“微”中尚有柔和轻软之气，是以尽管“微”主“卫气疏”，但因脉仍有胃气，这说明“食气入胃”尚能够“淫精于脉”。这就是条文中所说的“谷入于胃，脉道乃行，水入于经，其血乃成”的涵义。从而也形成了相对的所谓“荣盛”。气血互根，卫疏而荣盛，则气血失其经常之道（“三焦绝经”），可导致“血崩”的变证。须知，此条之“胃气实”，即相对而言，不虚则为“实”。

总之，对于本条的“微”与“缓”的理解，不能死于句下，否则，“微者卫气疏”，“缓者胃气实”，这一“疏”一“实”，就十分费解。

⑧平寸脉微、尺脉紧主病（75）。“平脉法”云：“寸口脉微，尺脉紧，其人虚损多汗，知阴常在，绝不见阳也”。凡寸口与关尺相对言时，则“寸口”即指寸部脉。寸为阳，“微”主阳虚；尺为阴，“紧”主阴盛。阴寒盛于内，虚阳亡于外，故而证见“虚损多汗”。这就是“阴常在，绝不见阳也”。本条所论可与少阴病篇“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也”。和“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也”，相合参。《伤寒论译释》指出：“故除上述脉证外，当伴有手足逆冷，下利清谷等证，此时救治当不出四逆辈回阳救逆”。可谓举一反三。

⑨平寸口脉微、濡、弱、紧主病（76）。本条是分别列举四种脉的各自主病，云：“寸口诸微亡阳，诸濡亡血，诸弱发热，诸紧为寒，诸乘寒者则为厥，郁冒不仁，以胃无谷气，脾涩不通急不能言，战而栗也”。阳气亡损亦属于寒，“微”与“紧”脉尽管均主寒病，但病寒有虚实之别，虚者，阳虚也；实者，阴盛也。所以，“微”称“亡阳”；“紧”称为“寒”。紧、微、迟三脉同主寒病，促相对说来，紧脉多主寒邪盛，微与迟脉多主元阳虚。

“诸濡亡血”，《医宗金鉴》提出异义：“濡，浮而无力，候阳虚也，岂有亡血之理”。濡，《内经》称“耍”，《脉经》名“软”，后世谓“濡”。濡之义，有比“如白衣在水中轻手相得”。其实，这只是濡脉脉势的形容，未能言明濡脉形状。《脉经》最早给濡脉定了概念，云：“软脉，极软而浮细”。《医宗金鉴》仅提出“浮而无力”，忽视了“细”的概念。而“细”主血虚，血虚非但不能敛气，亦损及于气，气脱而“浮”，气损而“软”，故“软而浮细”，正是“亡血”之脉，岂有不主“亡血”之理！退一步说，即使是“浮而无力，”亦有主血虚之时，不必尽候“阳虚”。“辨脉法”云“浮则无血”，就是证明。另外，芤脉本身也具有“浮”与“无力”的因素，却正是名符其实的“亡血”之脉。大凡血虚精亏、损阴脱液之病，可见濡脉。如《脉诀汇辨》云：“濡主阴虚、髓竭、精伤”。

“诸弱发热”，《脉经》云：“弱脉极软而沉细，按之欲绝指下”。故弱脉主阴阳气血俱虚。若为阴虚，阳亢而发虚热；若为阳虚，阳浮亦发虚热。所以，“诸弱发热”，虽以阴虚之热多见，然亦不可忽视其阳虚之热。

至于“诸乘寒者”之“寒”字，是指下文“胃无谷气，脾涩不通”而言。意思是说，“胃无谷气，脾涩不通”之阳虚血少之人，更被寒邪所乘，则易致厥逆昏冒、战栗口噤诸证。

⑩平濡弱脉“反适十一头”之机制（77）。“平脉法”云：“问曰：儒弱何以反适十一头？师曰：五脏六腑相乘，故令十一'成无己注云"头者，五脏六腑，共有十一也”。“反适十一头”，是言濡弱脉为什么反而适合于十一脏之气的变化。只是本条所答语意未尽，似有阙文。“濡弱”，濡，浮中有“软”之意；弱，沉中有“软”之意。“软”，是柔和之象。所以，“濡弱”，即标示胃气之征。五脏六腑皆藉胃气而生，五脏六腑之脉又皆以有胃气为贵，这就是“濡弱何以反适十一头”的道理所在。

须知“濡弱”，非言濡脉与弱脉。只取其软而柔和之意。如《内经》：“脉弱以滑，是有胃气”。即言滑而应指柔和（滑亦非主邪之滑），是胃气之象。若执以《脉经》“浮而细软”或“沉而细软”的濡、弱脉概念，则恐难为“有胃气”也。

⑪平浮数与迟涩脉之乘脏乘腑（78），病入于腑与病入于脏不同，因腑为阳，脏为阴，其发病多有阴阳之分，其病脉亦有阴阳之别。故“平脉法”云：“何以知乘腑？何以知乘脏？师曰：诸阳浮数为乘腑，诸阴迟涩为乘脏也”。是说“浮数”属阳脉，以应腑病；“迟涩”属阴脉，以应脏病。本条所论，与“辨脉法”之“数为在腑，迟为在脏”及《难经》“数者，腑也；迟者，脏也”大意类同。

诸阳浮数为乘腑，诸阴迟涩为乘脏”，也为中医临床诊病的脏腑归类提示了依据。譬如同是肠道疾患之泻利，得诸阳浮数之脉，则属腑，应清泄肠胃；若得诸阴迟涩之脉，则属脏，宜温补脾肾等。

尽管本条揭示了阳脉以应阳腑之病，阴脉以应阴脏之病的一般发病规律，但临床上，阴脏可有热证，阳贿也有寒证。所以，属腑属脏，应从阴阳概念上作归纳，而不应从脏腑的实质脏器上凿求。

（2）平趺阳脉主病

趺阳脉，是仲景三部脉诊之一，主候脾胃之病。“平脉法”例举八段条文，阐发趺阳脉主脾胃病种种表现及其机转。分别辨析如下。

①平趺阳脉滑而紧主病（58）。滑脉，圆滑鼓盛；紧脉，劲急挺指，大多主邪实之患。若是趺阳脉滑紧，则为脾胃邪盛。即“平脉法”所云：“趺阳脉滑而紧，滑则胃气实，紧则脾气强”。这里的“胃气”与“脾气”，非指脾胃之正气，乃言胃中谷气实，脾脏邪气盛。其病证表现多为宿食积滞、大便秘结之类。《金匮要略》“脉数而滑者，实也，此有宿食”。“脉紧如转索无常者，有宿食也”。即是“滑者胃气实，紧者脾气强”之临床例证，

“平脉法”云：“持实击强，痛还自伤，以手把刃，坐作疮也”。这是讲脾胃同居中州，在生理上升降相宜，燥湿互济；在病理上交互相乘，互相影响。脏邪传腑，腑邪传脏，“实”“强”相击而病。故喻以“以手把刃”导致“自伤”“作疮”。

因为紧脉以至寒为常，有的注家就把“紧者脾气强”，释为脾中有寒。其实，验之临床，热实内结之证也常见劲急搏指之紧脉。如太阳病篇的大结胸证“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬”即是证明。可知，本条之“紧者脾气强”，未必是脾中有寒。

②平趺阳脉伏而涩主病（60）。伏脉，推筋着骨始见，伏涩脉相兼，多为邪闭气结之象。《金匮要略》“脉来细而附骨者，乃积也”可证。肤阳脉伏而涩，必是中焦食积气闭的反映。故“平脉法”云：“趺阳脉伏而涩，伏则吐逆，水谷不化，涩则食不得入，名曰关格”。胃气以降为顺，气闭不降，不化之水谷逆上作呕，即“伏则吐逆，水谷不化”。脾气以运为贵，气涩不运，则不思饮食，即“涩则食不得入”。气闭中焦，上下不通，故“名曰关格”。

第59条论寸口脉主病亦有“关格”一证。言“寸口脉浮而大”，“在尺在关，在寸为格。关则小便不利，格则吐逆”。这是以寸口脉主论上中下三焦气机不通。而本条是以趺阳脉专论中焦气机不通，故“关格”之症稍异。前者关为小便不利，后者则仅言食停中焦，不得下入肠中。

伏脉值得研究，脉伏多有邪伏。《景岳全书·脉神.章》指出：“伏脉，如有如无，附骨乃见，此阴阳潜伏阻隔闭塞之候，或火闭而伏，或寒闭而伏，或气闭而伏。为痛极，为霍乱，为疝瘕，为闭结，为气逆，为食滞，为忿怒，为厥逆水气”。然而，脉伏亦主气绝。如《脉经》云：“心衰则伏”。《脉简补义》亦云：“久伏致脱”。但是，推筋至骨之伏，如系无力，必不可见，所以，“心衰”与“脱证”之伏，只是概言脉搏沉微躭绝，难以寻指罢了，仅此可证，本条之伏而兼涩，必是涩而有力。因为邪闭中焦也。

③平趺阳脉大而紧主病（63）。“平脉法”云；“趺阳脉大而紧者，当即下利，为难治”。“大”与“紧”脉，均为邪盛之象。若症见宿食积滞、大便下利，并不难治。此云“难治”，当是“伤寒下利日十余行，脉反实者，死”。“反”，意味着脉病相逆，之所以称“死”，是阴阳气绝，真脏脉见。这就是本条“下利”脉“大而紧”，而为什么称其“难治”的缘因所在，

④平趺阳脉紧而浮主病（65）。“平脉法”云：“趺阳脉紧而浮，浮为气，紧为寒，浮为腹满，紧为绞痛，浮紧相搏，肠鸣而转，转即气动，膈气乃下。少阴脉不出，其阴肿大而虚也”。“浮为气”，是言气滞中焦，故病“为腹满”；“紧为寒”，是指脾胃寒盛，故病“为绞痛”。本证实质是脏寒生满病，由于脾胃虚寒（浮紧相搏）则“腹满”、“绞痛”、“肠鸣”、“气动”诸证随之而生。本证可与《金匮要略》“趺阳脉当伏，今反紧，本自有寒，疝瘕腹中痛……”相合参。

⑤平趺阳脉沉而数主病（67）。沉主里，数主热，趺阳脉沉而数，是脾胃有热之象，但“热”又有虚实之别。脾胃虚热与实热，其见证绝不相同。“平脉法”云：“趺阳脉沉而数，沉为实，数消谷，紧者病难治”。能“消谷”之“数”，必是实热。所以说“沉为实”。这与太阳病篇“病人脉数，数为热，当消谷引食”意义相同。但太阳病篇在此条又指出了脾胃虚热（阳虚之热）而“数”，此“数”虽然也是“数为热”，却是虚阳躁动所致，不但不能消谷，反会出现寒凝食滞、上逆作呕等症。即“数为客热，不能消谷，以胃中虚冷，故吐也”。

至于“紧者病难治”，是寒邪伤残脾胃之气，饮食难入，谷气不继，故为“难治”。《金匮要略》“趺阳脉紧为伤脾”亦即属此，

⑥平趺阳脉浮而芤主病（69）。浮脉，主阳、主表、主虚。浮芤相兼，则大多主虚。故“平脉法”云：“趺阳脉浮而芤，浮者卫气虚，乳者荣气伤，其身体瘦，肌肉甲错。浮芤相搏，宗气微衰，四属断绝”。趺阳脉主脾胃，脾胃为荣卫气血生化之源，浮芤脉见，荣卫气血必皆虚弱。因此，“浮芤相搏”，就会出现“宗气微衰，四属断绝”及“身体瘦，肌肉甲错”等荣卫气血不足、筋脉肌肉失养的证候。

阳明病篇云：“脉浮而芤，浮为阳，芤为阴，浮芤相搏，胃气生热，其阳则绝”。这是脾约证的脉象及病理，“浮为阳”，示阳气有余；“芤为阴”，示脾津不足。胃热有余，脾津不足，就形成了大便即硬的脾约证。“其阳则绝”的脾约证，虽不至于“肌肉甲错”，也必全身燥涩。大便则硬与“四属断绝”，均为脾约不能散精之故。脉象则一，病理则一，症状各别也。参而较之，对趺阳脉浮而芤主病的体会则更深了。

⑦平趺阳脉微而紧主病（71）。“平脉法”云：“趺阳脉微而紧，紧则为寒，微则为虚，敢紧相搏，则为短气”。黄坤载注云：“微紧相合，虚而且寒，浊阴凝塞，清气不升，则为短气”。黄氏随文顺释，将“寒”解“寒”。虽提及“浊阴”，然终未尽义。会通六经病篇，仲景有时将“寒”指作“痰饮”。本条之“寒”，似可作“痰饮”解。中焦阳虚饮停，水气上逆，故有“短气”之症见。

然命，本条所论，值得商榷。其一，“微”“紧”二脉，不能并见。若按《脉经》“微脉极细而软，或欲绝，若有若无”。在这种形象中，毫无疑问，是不可能体会“数如切绳状”、“往来有力，左右弹”之紧脉来的。即使此“微”非属“欲绝”之象，仅是形容脉虚而乏力，也难与紧脉相兼。

其二，仲景脉法，在某特殊情况下，为了对比说明两种脉象形象与主病的不同，常以貌似两脉相兼的形式论述。如《金匮要咯》“肤阳紧而数，数则为热，热则消谷，紧则为寒，食即为满”。仲景论脉，凡说明两种脉象之共同病理，则多有“相搏”之语。“相搏”一词，即提示是两祌不同脉象所主的两种不同邪气相互作用而产生的共同的病理及证候。而《金匮要咯》本条之“紧数”，未提“相搏”，所以，实质是分别论述“紧”与“数”二脉的各自主病。“数则为热，热则消谷”，这是胃热；“紧则为寒，食即为满”，这是脾寒。由于胃热脾寒这种特殊病理，从而形成了“趺阳脉紧而数”这种脉象。而“平脉法”此条却有“微紧相搏”之语，并有“短气”（共同病理证候反映）一症。显然，是讲的“微”与“紧”脉相兼主病。因此，从仲景论脉特点及规律来看，“平脉法”此论确具疑义。

在“平脉法”中，类似“微”“紧”相兼这类教条式的论述是存在的。有些是由古代脉法的特殊性所决定，有些确实属于空洞、晦涩的理论。我们应该结合临床，用历史唯物主义态度辩证地分析、研究、认识，取其精华，祛其糟粕。

⑧平趺阳脉不出之主病（73）。“脉不出”，是脉伏匿不见，其病理有二，一为气闭，一为气脱。气闭者，如太阳病篇的“太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振栗，汗出而解”即是。“平脉法”所论属于后者，云：“趺阳脉不出，脾不上下，身冷肤硬”。脾主运化，“脾不上下”，是脾气将绝，“化”而不能，“运”而无力，水谷精微不得上下输濡，营卫之气不得升降出入。至于“身冷肤硬”，成无己云：“身冷者，卫气不温也；肤硬者，荣血不濡也”。

脾为后天之本，“趺阳脉不出”，是裉根将绝之征，故而预后多有不良。

《灵枢·本输篇》云：“胃脉过冲阳”。“平脉法”以上关于趺阳脉主病的论述，就说明了趺阳脉在脾胃病诊断上的重要意义。李中梓在《医宗必读》中记载了一例诊趺阳脉断病的病案，很有启发。云：“社友韩茂运，伤寒，九日以来，口不能言，目不能视，体不能动，四肢俱冷。众皆曰阴证，比余诊之，六脉皆无，以手按腹，两手护之，眉皱作楚，按其趺阳，大而有力，乃知腹有燥尿也。欲与大承气汤，病家惶惧不敢进。余曰：吾郡能辨是证者，惟施笠泽耳。延至诊之，与余言若合符节，遂下之，得燥屎六七枚，口能言，体能动矣。故按手不及足者，何以教此垂绝之证耶”。本例有力地证明了跌阳脉的临床诊断价值，惜手我们现在对于趺阳脉已经弃之不用了。严格地说，这是中医脉诊学上的一个倒退。张仲景在“伤寒论序”中的“握手不及足，人迎趺阳三部不参”的批评，至今也有极大的现实意义。

（3）平少阴脉主病

少阴脉，即太溪穴部位，主候肾病。“平脉法”例举两条，阐述诊候此脉的辨证意义。

①平少阴脉弱而涩主病（72）。“平脉法”云：“少阴脉弱而涩，弱者微烦，涩者厥逆”。少阴脉属肾，肾是水火之脏，内涵元阴元阳，为人之根本。弱，为肾阴不足，水不济火，火扰心神，故“弱者微烦”。涩，为元阳内虚，脉道迟滞，四肢失温，故“涩者厥逆”。如《医宗金鉴》所云：“弱者肾阴虚，故微烦也；涩者脉道滞，故肢冷也”。

②平少阴脒不至主病（74）。肾病多虚，故少阴脉不至，多为肾中精气不足。“平脉法”云：“少阴脉不至，肾气微，少精血，奔气促迫，上入胸膈，宗气反聚，血结心下，阳气退下，热归阴股，与阴相动，令身不仁，此为尸厥，当刺期门、巨阙”。肾少精气，则阴不涵阳，致“奔气促迫，上入胸膈”。逆气难合宗气以行呼吸，却使“宗气反聚”。“宗气反聚”，又难以贯心肺行心血，遂致“血结心下”。胸膈气聚、血结遏阻清阳上升，又迫使“阳气退下，热归阴股”。“阳气退下”，清阳难以升发，则内外不得温煦；“热归阴股”，与阴气两相郁遏（与阴相动），则肢体不得温养，遂致通体厥冷，毫无知觉，状若死人，即所谓“尸厥”，本病之源虽在少阴，然既发“尸厥”，当治以通“厥”为急。故刺期门，以通心下结血；刺巨阙，以行胸中宗气。气血畅通，清阳宣达，厥气自然退矣。

“少阴脉不至”，属于危象，常为肾气虚弱，甚至为根本将绝之候。反之，临床上对于一些重危病人，若少阴脉尚动，则说明肾气未绝，根本仍在，病虽危重，仍有生机。贺本绪有一医案很能说明这一问题：数年前，余曾抢救一宫外孕大出血妇女，虽经西医多方抢救，病人仍濒于重危之中，但唯一令人安慰的是，一摸太溪脉有微动，立即用“可挽救生命于瞬息之间”的独参汤，两剂，半日内很快转机，可见诊太溪脉对重危病人的意义。此案参合“平脉法”所论，我们应当对少脉的诊断价值，有—个恰当的认识和客观的评价。

以上基本依据“平脉法”的条文排列顺序，从平脉大纲、诊脉之法、特异病脉、脉象类别、诸脉主病五个方面，粗浅讨论、串解了“平脉法”的脉法大论及其脉学思想。可以看出，“平脉法”立论偏重于临床脉诊的一些具体问题。如诊脉辨证的具体方法、临床怪异的脉象表现、各种脉象的主病特点等等。生动而具体，条理而精辟，确能给人以启迪，但是，“平脉法”中，也确有令人费解、脱离临床的晦涩之论。另外，“平脉法”与“辨脉法”一样，体例均是先论脉后及病。这种体例，人多不易接受。这都是“平脉法”之所以为后世伤寒注家贬诬的缘因。其实，对此我们应该用历史唯物主义的态度，辩证地分析认识。

# 方药思辩

## 桂枝的药与用问题

说起桂枝，实属老生常谈，似乎乏味。但近阅杂志，发现对桂枝是止汗药还是发汗药，仍然争论不休。我觉得关键问题在于药与用的关系未搞清楚。这个问题在伤寒药物研究思维上带有普遍性，值得一谈。

止汗之说，缘于桂枝汤。推理逻辑是这样的：桂枝是桂枝汤的主药，桂枝汤是主治太阳中风证的，而太阳中风证又多见自汗出，那么，桂枝汤就不属发汗之方，而桂枝自然是止汗之药了，李东垣、陶华、方有执等注家均持此说，更有甚者如喻嘉言和《医宗金鉴》，竟认为桂枝非但止汗，还能监制麻黄发汗。问题在于：麻黄与桂枝同属辛温之品，一个峻汗，另一个却止汗，逻辑何在？桂枝二麻黄一汤，桂枝的用量远远超过麻黄，此方究竟是发汗方，还是止汗方？李东垣虽然否认桂枝汤是发汗之方，但若云桂枝是止汗之药，恐怕他也不会同意的，因为他还讲过：“气之薄者，桂枝也……气薄则发泄，桂枝上行而发表。”

或问：桂枝甘草汤治发汗过多的心悸证，若桂枝是发汗的又何以用之？难道不怕复汗更伤心阳？这就牵扯到桂枝的“药”与“用”的问题了，药，指药物本身固有的功能；用，指药物临证的具体运用。中医临证用药，“用”的学问远远大于“药”的学问。这是因为“药”是定规的，“用”却是活泛的，而中医的一点学问，几乎全在这个“活”字上。药物功能倒背如流，临床不会用药者不在少数，其缘因全在于此。桂枝就药物本身性味及功能而言属发汗药，但并非说凡用桂枝就必是发汗，也并非说凡有桂枝的方子就必是发汗方。药与用、药与方的概念不尽相同，必须分清。桂枝甘草汤证心悸，发汗多是病因，心阳虚是病机，病由外感转为内伤。外无表证，桂枝的辛散解肌功能就无病与之相应，而其温通心阳的功能就会充分发挥，所以桂枝于此方功在温通心阳。可知，这里还涵示着一种药与病的关系问题。

肯定桂枝止汗（收汗），其思维只囿于表面现象而未及本质。试问：桂枝味辛温通，收汗之理何在？若通过现象看本质，桂枝无汗能发则是，有汗能收则非。太阳中风自汗或内伤营卫不和自汗，其机理均是卫分司开合功能失常，而桂枝外散风邪，内通卫阳，即使能收汗止汗，也是在辛散解肌和卫的基础上以止汗的。《本草衍义补遗》指出。“卫有风邪，故病自汗，非桂枝能收汗而治之。”说的何等明白，可惜人多忽之。

否定桂技发汗，除上述因素外，还与名家影响有关。邹澍总结桂枝“其用之道有六，曰和营、曰通阳、曰利水、曰下气、曰行瘀、曰补中。”（唯独不提发汗）此语为后世医家所赞同，广为引用。其实，仔细分析一下，存在问题。首先是不分药与用，不分主与次，而面俱到，未及本质。六种“用之道”，“通阳”才是桂枝的本质，至于其它则大多是“通阳”作用下的间接效应，属药物之“用”的范畴。另外，邹澍还认为“其功之最大，施之最广，无如桂枝汤，则和营其首功也”。“和营”，就桂枝汤而言，与苦泄益阴的芍药相比，桂枝主在和卫，芍药才是和营。

总之，讨论桂枝的发汗与止汗，当分清药与用的关系，以及药与方、药与病的关系，当抓住桂枝辛温宣通卫阳的本质。否则，在讨论中势必形成各有所本、互难信服、无休无止的争吵局面。

## 杏仁的药与用问题

当前探讨伤寒用药，形成一种习惯方式：或将某药的种种证治一一归纳罗列，或将某药与他药的配伍一一归纳罗列。此种方式，固然可取，但缺少分析，使人读后有一种述而不作的感觉。这是研究思维未能进入推理阶段的缘故。杏仁一药，虽然平易，但药理、治理未逮之处甚多，其缘因如同上述。在此试作探析。

《伤寒论》中用杏仁达10方（次）、归纳其治有四种：①解表（麻黄汤类）。②平喘（桂枝加厚朴杏子汤、麻杏甘石汤类）。③通便（麻子仁丸）。④利水（大陷胸丸、麻黄连轺赤小豆汤）。这里存在两个问题：一者，杏仁为何一药而具四种证治？二者，杏仁能解表吗？我们先辨析第二个问题。

麻黄汤是解表方，但方中杏仁却非解表药：那么杏仁于此方的作用是什么呢？所有注家包括教科书皆云“平喘”，这是自古至今的统一认识，所以，在麻黄汤主治或治则上，除辛温发汗外，总要加上“宣肺平喘”一条。但问题是，“喘”对太阳伤寒证说来（或风寒表证）并非主症、常见症，《伤寒论》原文也只第35条提出“无汗而喘”，验之临床风寒表证见喘者也稀少。这就带来了问题；喘既非麻黄汤证的常见症，那么麻黄汤中杏仁的“平喘”之功岂不是无用武之地？这种无的放矢的解释怎能令人信服呢？可见，杏仁在麻黄汤中究竟是何作用，尚须深入探求。

清代医药学家邹澍试图从麻、杏的配合上阐明其理，他子《本经疏证》中说：“麻黄杏仁并用，盖麻黄主开散，其力悉在毛窍，非籍杏仁伸其血络中气，则其行反濡缓而有所伤。则可谓麻黄之于杏仁，犹桂枝之于芍药”。杏仁何以能“伸其血络中气”？见解虽然独到，未免带玄。但把麻、杏视作“犹桂枝之于芍药”，却是不凡，麻黄汤的配伍中，麻黄与桂枝是相须而协力，麻黄与杏仁却是相反而相成。麻黄味辛，宣肺主升散；杏仁味苦，肃肺主降下。可知，麻杏配伍，一宣一降，主调肺气，肺主皮毛，通卫气，风寒之邪侵袭肺卫而为病，麻黄宣卫开表发汗必借肺气之宣降出入有常。由此推论，杏仁之于麻黄汤，有喘则宣降调肺以平喘，无喘则宣降调肺助解表。这体现了从本求治的治疗学思维及整体求治的方剂配伍运用的思路。专于平喘的桂枝加厚朴杏子汤及麻杏甘石汤，杏仁的用量为50粒。而不专于平喘的麻黄汤，杏仁竞用达70粒，这种反常的药量就体现了杏仁的整体调肺解表的作用。当然，杏仁并非表药，它之所以能起到解表作用，是在与麻黄的配伍的基础上，通过调节肺气间接使之，离开了这种特定的情况（风寒袭肺卫、与麻黄配伍），杏仁也就不存在什么“解表”功能，体现了中医中药“用”的科学与奥妙。总之，简单地以“平喘”解释麻黄汤中的杏仁作用，就淡化了麻黄汤的配伍意义。

杏仁与麻黄配伍除麻黄汤外，还有麻杏甘石汤与麻黄连轺赤小豆汤，前者宣降调肺以清热平喘，后者宣降调肺外透热邪内降水湿以治阳黄。

杏仁具有四种证治，与其本身的特征有关。杏仁，论部位，属上焦药；论脏腑，主入肺经；论气血，偏走气分。味甘而不燥，正应肺金之体；味苦而性降，正合肃降之用。一言以敝之，杏仁主降肺气。即《神农本草经》“下气”之谓也。解表、平喘、通便、利水四种证冶，皆根于此。，喘家作或肺热作喘者，用之降肺气以平喘；脾约证大便硬者，用之降肺气以应大肠，下津液以润大便。既提示脏腑相应之机，又体现下病上取之治，且寓示气机升降之理。一味杏仁，一旦用活，奥义无穷。结胸证而水在上部者，用之降肺气以调水道，气降则水降，治气以治水。

综上所述，杏仁在伤寒证治中的种种功用，无不与其入肺经、降肺气密切相关。抓住这个精髄，就会较深刻理解伤寒用杏仁的旨义，就可以于临证中用活杏仁。

## 术、桂之治表里辩

桂枝附子汤与去桂如白术汤，因牵扯到“大便硬”“小便自利”的问题，引起争辩，对此李克绍教授的《伤寒解惑论》已作了专门分析。这里仅从桂、术药用思维上的偏见及表里之治的角度，略述己见。

### 1. 结合《金匮》谈桂枝

伤寒风湿三证复列于《金匮》“痉湿暍病”中。《金匮》论湿，分为三类：即风湿表实证（麻黄加术汤证等），风湿表虚证（防己黄芪汤证）、湿痹阳虚证（桂枝附子汤三证）。由此可知，除“风湿相搏”于肌表肢节外，风湿三证均有阳虚里水不化的内在因素，不渴症与浮虚脉便是证明。而桂枝附子汤中，除附于“走皮肉”逐寒湿外，通阳化气行水利湿治里者，则非桂枝莫属。用量达四两之多亦可为证（解表通常用量是三两这样，结合“若其人大便硬，小便自利”，以及《金匮》“湿痹之候，小便不利，大便反快，但当利其小便”，则桂枝附于汤证里阳不足内湿不化、桂枝温通里阳宣化内湿勿庸置疑。那么在大便硬（基本成形）和小便自利（阳通湿化）的情况下，去桂加术在所必然。诚如程门雪所云：“小便不利，为膀胱气化不宣，桂枝通阳化气，故治小便不利，今小便自利，去桂当也”。

桂枝作为一味既解肌发汗治表又通阳利水治里的药物，于方证药治中，究竟是解表还是治里，当视其具体方证具体分析之。如治太阳蓄水证的五苓散，假若把方中桂枝单纯释为通阳化气行水治里，则又悖于药理走向另一极端。因为太阳蓄水证具有“脉浮微热”的表症，而方中诸药只桂枝一味解表，所以于五苓散中，桂枝一身二用：即解表发汗，又温阳利水，即《金匮》五苓散证“发汗、利小便”之谓也。

现在是由于受桂枝汤的影响，连累而及，人们对桂枝的药用思维往往局限于“解表”的框框里难以自拔，乃至凡见桂枝，无一例外，概而论之。连治蓄血证的桃核承气汤，原文明确指出“外不解者尚未可攻”，现既已“可攻”，何“表"之有？但方中桂枝仍有注家释为解表。足证：囿于“表”药的思维，这就是对去桂加白术汤的“去桂”发生曲解的根本缘因。

### 2. 结合《本经》谈白术

用药思维的简单化，对白术也存在片面认识。汉代（及其以前）“术”并非一单纯的治里之药。《神农本草经》“术”条下云：“主风寒湿痹死肌”，这就是治表。故仲景又用于风湿之证，并于方后注中明确指出“附于、术并走皮内”。这证明在“大便硬小便自利”的情况下加白术，实质是在里湿消除的基础上，加强对“皮内”湿气治疗所采取的一种应变措施。《金匮》治“湿家身烦疼”的麻黄加术汤，方中白术用至四两，亦是术走皮内“主风寒湿痹”的例证。

另外，附子汤与真武汤方证同属少阴病寒化证，均于方中配伍白术。但真武汤属阳虚水泛，是典型的水气证，所以白术用量较小，主在补土制水。而附子汤则不然，湿气偏外，以寒湿郁浸肌肉关节的“身体痛、关节痛”为主症，所以方中白术（与附子配伍）属主药，用量较大，明显是“主风寒湿痹”，提示了治“表”湿的功用与配伍。

关于“术”，后世分为苍、白两种。一般地讲，白术功在健脾燥湿，属治里之药。而苍术辛散香燥之性特强，祛湿燥湿之力特大，为治“风寒湿痹”之常用药。这与《伤寒论》用“术”是有所区别的，亦当历史地看待。

总之。因为药物功能和药物运用，有主次常变的区别，所以，本文所谈只想提示一个问题：对伤寒用药的理解，切忌执凿偏面，或以表（药）赅里（治），或以里（药）赅表（治）。

## 麻黄之治表里辩

谈及麻黄，自然属表药，且列《中药学》“解表药”之首，但由此给麻黄药用之解带来问题：即使病证非表，也要以药测证，硬释为“表”，仿佛不这样解释，麻黄就没有着落。连全国统编教材《伤寒论讲义》及《方剂学》都存在这个问题，值得辩析。

问题的关键在于分清麻黄解表与从表求治的关系。考《伤寒论》用麻黄14方，虽其中大多为解表而设，但麻杏甘石汤、麻黄连轺赤小豆汤及麻黄升麻汤三方例外。

麻杏甘石汤主治太阳汗后“汗出而喘”。病属邪热壅肺、肺气不利。但因麻黄的缘故，有些注家（如程郊清）却作解表论之。清代温病学家吴鞠通将此方与桑菊饮、银翘散并列，称为“辛凉重剂”，迳归之于辛凉表剂。受此影响，《方剂学》（五版）也将此方列入“解表剂”中。足见难脱麻黄表药之藩篱，其实，仲景原文在“汗出而喘”之前，加有“发汗后”三字，这就排除了太阳表证之喘。又接续”不可更行桂枝汤”一句，又进一步否定此方证非属太阳表证。所以麻黄于此方只能是：配合杏仁宣降相成以调气平喘，配合石膏宣清相合以透达肺热，平喘与散热才是此方麻黄之用。当然，仅就药物而言，更动一下麻、石药量的配伍（甚至不更动），此方也可用于解表，但本方主治与本方可治，这是有区别的两种涵义。所以不究原文、原证、原方本义，因药（麻黄）而将此方视作解表剂，则属概念性错误。李时珍对此早已作了驳正：“麻黄乃肺经专药……（麻杏甘石汤）乃泻肺肃肺之剂，非麻黄汤及大青龙汤之汗也。世俗不晓，惑于《活入书》及陶节庵之说，但见一味麻黄，即以为汗剂，畏而避之。”李氏舍表从肺论证麻黄之治，可谓不凡。尤“但见一味麻黄即以为汗剂”一语，真乃一计见血。雄辩地阐明了麻黄表里之治的不同。

麻黄连轺赤小豆汤主治“瘀热在里”的阳黄证。因药用麻黄，且以之名方，于是《伤寒论讲义》则谓此属“阳黄兼表”。并引证《医宗金鉴》之注解；“湿热发黄，无表里证，热盛者清之，小便不利者利之，表实者汗之，里实者下之，皆无非为病求去路也，用麻黄汤以开其表，使黄从外而散……”。仔细分析，就会发现上注“无表里证”之“表”，与“用麻黄汤以开其表”之“表”，其概念的实质不同。前者专指风寒外感表证，后者泛言从表求治。从表求治，就不是专指外感表证，凡里证（包括阳黄证）可以从表而解者均可适用这一治则，自然均可视为麻黄（或麻黄汤）的适应证。这还提示：麻黄汤虽属汗剂，但具体运用中，亦非专治太阳表证，也可开表透热散湿主治阳黄里证，即《金鉴》所言“使黄从外而散”。《讲义》虽引证了《金鉴》的注解，但由于囿于麻黄解表，且未细究注中“表”义的差别，结果导致病证方解及引注的一系列失误。当然，并不是说麻黄连轺赤小豆汤在临床上不能治阳黄确兼表证者，但于此证、此方、此药，未能阐明麻黄启上源、降水湿、开毛窍、散湿热的治黄药理，则未免淡化经旨，曲解原义。另外，原文中提出“瘀热在里”，我个人体会，这个“里”字是与方名中的“麻黄”相对，提示此麻黄之用不是解表而是从表求治。换言之，即是治“里”之“瘀热”。本方与茵陈蒿汤、栀子柏皮汤对比，实质上又指出了治湿热阳黄的另一途径，即从表、从下分消湿热。方名本身就体现了这一治疗思想。

其实，在《金匮要略》中，仲景运用麻黄从表求治里邪的方证较多。尤其“水气证”的治疗，如“诸有水者……腰以上肿，当发汗乃愈。”方如越婢汤、越婢加术汤、甘草麻黄汤、麻黄附子汤等，均属“发汗”从表以治里水的方例，即《内经》”开鬼门”之谓也。很明显，以上诸方之麻黄，虽然仍可谓之“发汗”，但却非针对外感表证的“解表”，所治均属里证，只是邪气郁滞偏表、偏上而已。由此可以得出结论：麻黄的“解表”功用，不单指外感表证的治疗，具有广义的意味。即凡邪气在表、偏表者，无论表证、里证，皆可运用麻黄（或其他解表方药）解表以祛邪。

麻黄升麻汤则提示麻黄尚可发越胸中郁阳。尽管方后注中称“汗出愈”，但因此证非表，所以“汗出”是麻黄、升麻、桂枝宣发升达阳气使然。这就证明：麻黄于此证此方，只可称发越阳气，不可言发汗解表。我们可以作个比较：麻黄升麻汤证非表、无汗，服药后“汗出”，这绝非麻黄发汗之功；麻杏甘石汤证非表、汗出，而麻黄又更非发汗之用，这正反强烈的对比，不是很耐人寻味吗？

麻黄，质轻气薄，善于走上、走表；味辛性散，长于宣肺、发汗。我们若将麻黄的药理作用赅括一下，六字足以，即“宣肺窍、开毛窍”。其解表之功，在子开毛窍；平喘之功，在于宣肺窍；利水之功，则二者兼具（肺外合皮毛，为水之上源）。

以上所论麻黄的功能及运用，是仅根于《伤寒论》的麻黄之治，分析总结的。随着医学的发展，麻黄的药用范围早已超越了仲景用法，也超越了原有的“解表、平喘、利水”三大功能的框子。如后世治阴疽之“阳和汤”，此方用麻黄是取其辛温通阳之功，以宣畅四末阳气、通利肌表血脉的。

当前，随着中药理论与临床的发展变化，给麻黄治疗内伤杂病带来了广阔的前景，但又因对麻黄解表认识上的偏见，人为地限制了麻黄的临证运用。最后借用邹澍《本经疏证》的一句话作为结论：“麻黄非特治表也，凡里病可使从表分消者，皆可用之”。

## 芍药的酸敛与苦泄问题

《伤寒论》中芍药的运用比较广泛，运用率仅次于甘草、桂枝、大枣、生姜四药，达33方（次），涉及52条之多。历代医家对芍药在经方中的应用及配伍，均从不同的角度作过探讨。但对芍药是酸敛还是苦泄，有没有止汗功能，尚未定论，仍然需，要进一步讨论之。

讲芍药酸收，是缘于其能“止汗”；讲芍药止汗，又缘于桂枝汤治疗“自汗”。所以，探析一下桂枝汤所治的“自汗”是什么机理，就能澄清芍药的酸收止汗能否成理。

桂枝汤主治太阳中风证，名为“中风”，是因证候中有汗出、脉缓等反映风性疏泄特征的脉症，仲景讲“阳浮者，热自发；阴弱者，汗自出”，可知桂枝汤证“汗自出”的病理是“阴弱”（营弱），故尔仲景又称其病理为“荣弱卫强”。那么桂枝汤主治就属“调和营卫”。所谓“调卫”，指方中桂枝的发汗解肌、作用于卫的功能；所谓“和营”，指方中芍药的补益阴气、作用于营的功能。卫强则泄之，营弱则补之，是谓“调和”。由此可知，芍药之于桂枝汤中，是针对“阴弱”而设的，与大枣相须配伍，主在益阴和营而已。而真正主治“自汗”的，应该说是桂枝，是桂枝的发汗调卫。因为“自汗”仅提示营阴外泄的“阴弱”，而汗出的根缘却在于“卫强”。即卫阳处于病理性亢进状态，其“司开合”的功能失常使然。无汗与自汗均关于“卫”，而芍药乃血分药，只作用于“营”，既然芍药与“卫”无涉，如何“敛汗”？退一步说，即使芍药能够止汗，亦非其本身直接有酸收止汗之功，也是与桂枝相伍，通过调和营卫，恢复卫气的司开合的正常功能而间接达到止汗目的的。

辨证论治是中医的特色与灵魂，对自汗证亦必须辨证审因而求治。自汗证大致有不固与营卫不和两种类型，肺卫不固者，确应收涩固表以止汗，而营卫不和者，则不以收涩固表为治，而主在“调和”。两种类型的病理不同，治疗原则亦迥异，怎能一见“自汗出”，就非要认定其方药必须是“酸收”的呢？再退一步说，即使自汗证治要收涩，其用药也不一定必是“酸”味的。如主治胂卫不固自汗证的玉屏风散，就无一味药是“酸”而收敛的。非但知此，诸如止汗专药黄芪、麻黄根、煅牡蛎等，又何尝是“酸”味的？既然如此，又为什么非要舍本求末、确定桂枝汤中的芍药是味“酸”而收敛止汗的呢？！

为什么不可以把芍药讲成酸敛，尤其桂枝汤中的芍药。这是因为，若视芍药味酸收敛止汗，则抹杀了太阳中风证与内伤自汗证之所以“自汗出”的病理本质，就混清了自汗证病理的“不和”与“不固”的原则区别，也淡化了芍药在桂枝汤及其证治中的真正作用，并由此造成药与治脱节、方与证脱节、辨证思维不清、病理概念混乱，如《中药学》（五版）讲白芍，就指明，其有“敛阴止汗”的功能，且例举桂枝汤。其实，假设芍药真的酸敛止汗的话，那么仲景主治汗液“遂漏不止”的桂枝加附子汤，就不应只加附子，还应加重芍药了。

讲芍药酸敛，大概始于成无己的《注解伤寒论》。他解释桂枝汤时，就于芍药之后标明“味苦酸”。并引《内经》“风淫所胜，平以辛，佐以苦甘，以甘缓之，以酸收之”的理论作注云：“是以桂枝为主，芍药甘草为佐也”。成氏善以经释经，此是其所长，亦是其所短。所谓短者，是有时不免有生搬硬套之嫌。《内经》的此段话，只是对五味所治的原则上的指导性论述而已。但成氏为了恰合经旨，非要将“以酸收之”落实于桂枝汤中，于是芍药就“味苦酸”了。但成氏尚未讲其收敛止汗，而“酸收止汗”这又是后世注家据此演绎发挥而确立的。

以上是根据病理、药理分析的，因为讨论的是《伤寒论》的芍药，亦即汉代的芍药，所以应结合《神农本草经》进一步分析之。《本经》谓：“芍药，味苦平，主邪气腹痛，除血瘀，破坚积、寒热疝瘕，止痛；利小便；益气”。可证：其一；古代芍药，味苦不酸。其二，主要功能，非但不收敛，而以苦泄为主。其“除”、“破”、“利”，均是“泄”的功能的具体体现。其三，所谓“益气”，指益营阴之气，因芍药入营血、走经络，这正是桂枝汤中芍药的“和营”之功。由此可知，古代芍药不具酸收之特性，仲景之用，亦是如此。用芍药33方中，除桂枝汤、新加汤、小建中汤、麻子仁丸、当归四逆汤、黄连阿胶汤等方体现补益营阴的功能外，余者大部分方治均以“泄”为主。如大柴胡汤的苦泄开结、通泻实邪，桂枝去桂加茯苓白术汤的苦泄散结、通利水邪，黄芩汤的苦泄祛滞、通达脾络，四逆散的苦泄疏达、通阳导滞；桂枝加芍药汤的苦泄破滞、通络止痛等。尤其芍药之“主邪气腹痛”，也是仲景随证加减用药的规律。如小柴胡汤、通脉四逆汤、三物白散的加减法中，均“腹中痛，加芍药”。腹痛是脾络不通，气血瘀滞，即不通则痛之谓。以芍药入血分，性苦泄之“通”，达到通则不痛之治疗目的，试问：如果芍药为味酸收敛，何以治经脉凝敛不通的“腹中痛”？又腹痛本缘于经脉凝敛引急，又治以酸收，有此理否？

《内经》谓“酸入肝”，或问：芍药不酸，为何归经子肝呢？又何以为养肝柔肝之要药呢？芍药确实入肝经，善治肝病。但芍药入肝经治肝病，却非因于味“酸”，而是芍药本身属血分药，又善通达经络。肝主藏血，且主筋脉，故尔芍药乃治肝病之要药，《内经》的“酸入肝”是五味归属五脏，只是说辛甘酸苦咸五味比较，酸味善入肝经而已。且不可理解为所有的入肝之药都是“酸”味的。换言之，酸味的药大多善入肝经，而凡入肝经的药并非皆“酸”。从肝体阴而用阳的特性而言，治肝之病，运用既苦泄疏达，又补益肝血的药，则更为适宜。因酸敛滋腻之品，与肝脏的“用阳”疏泄特性不尽合拍。所以，历代疏肝名方，如四逆散、逍遥散、柴胡疏肝散中所用的血分药，乃芍药、当归、川芎，而非熟地、首乌、枸杞，就足以证明了这个问题。

必须指出，以上所论，其中心思想并非在于芍药的味酸与否，而是芍药的“收”“泄”与否，即芍药究竟有没有酸敛止汗的功用，其实，即使芍药味“酸”，就其功用来看，也未必收敛，更不能讲成其有什么“止汗”功能。

## 小青龙汤的加减用药问题

《伤寒论》中的疑难问题不宜轻率否定，不可解者，当予存疑，切勿强解，存疑并非为了省事，而是体现了实事求是的治学态度。若牵强附会，则往往越解疑义越多，反使问题复杂化。小青龙汤五加减证及其治疗，即属于此。下而谈三个问题：

### 1. “若渴；去半夏；加括蒌根”

小青龙汤证属外寒内饮，本不当渴，故第41条云“发热不渴”。可见，“若渴”于水饮之病，属反常现象、或然变症。大多注家及全国高校统编教材均将此“渴”释为水饮内蓄，气不化津使然，问题是：水饮之渴，为什么“去半夏加栝蒌根？”半夏味辛性燥，善治痰饮，《金匮》明言“内半夏以去其水”，水去津自承，可谓从本治渴之道，何以去之？栝蒌根“味苦寒”（《本草经》），不宜外寒；体滋润，不宜内饮，又何以用之？足见证释与药用脱节。

以药测证，本证“若渴”，是属局部乏津口燥，这种口燥之渴，既与一般性水气病舌苔薄白、渴欲饮水有别，又与白虎加人参汤证焦裂起刺、口干舌燥不同，而是口中燥渴有胶粘不爽之感。反映既有水痰内结、又乏津致燥的特证。这便是栝蒌根之主治。本药开痰结、滋燥渴，凡水气病之渴而类此者，仲景常习用之。如柴胡桂枝干姜汤、牡蛎泽泻散及《金匮》栝蒌瞿麦丸等均是证明。《药徵续编》称括蒌根治口中燥渴及粘者，“粘者”之渴，大致属此。

总之，小青龙汤证“若渴”，虽与水饮栢关，又确然属燥，单纯讲成水饮内蓄，气不化津，结合栝萎根之治，忧未达一间耳。

### 2. “若微利”、“若噎”“若小便不利少腹满”，“去麻黄”

“微利”与“少腹满”，为饮停于下，加荛花下水、茯苓淡渗，是为正治。“噎”，是水气阻膈，加附子温运，无可厚非。然“去麻黄”，则无论如何难圆其理。《医宗金鉴》释为“远表而就里”。勿庸置疑，仲景于外表内饮证有“远表而就里”之治，如桂枝去桂加茯苓白术汤即是。然“远表而就里”，要有“远表”的缘因，要有“就里”的道理，必须是水结不开表邪难拔的特殊情况下，方可适用。而本证主在解表兼化水饮，无须“远表”。《伤寒论临床实验录》则称“麻黄发汗伤阳，于寒饮盛者不宜，故祛之”。但麻黄发汗伤阳，是针对表虚过汗而言的，与本证实际不符，即使真正“寒饮内盛”，麻黄辛温，有开鬼门、宣肺气、启上源、调水道之功，《金匮》“病溢饮者，当发其汗……小青龙汤亦主之”。更证明麻黄乃治饮要药，何以祛之？总之，以上或然三症“去麻黄”颇为费解，当予存疑为妥，切勿强解。

### 3. “若喘，去麻黄加杏仁”

此有三疑。麻黄乃平喘要药，《本草经》称其“止咳逆上气。”麻杏甘石汤及《金匮》之射干麻黄汤、越婢加半夏汤可证。而且，治“肺胀，咳而上气，烦躁而喘”的小青龙加石膏汤亦未尝祛麻黄，况本证非仅平喘尚须麻黄解表散寒，何以祛之？此疑之一。

麻黄、杏仁、厚朴三药，均属仲景习用的平喘药，去此用彼，必有缘由，仅凭“若喘”，难以解释。所以，本证方后注有云：“麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意”。此疑之二。

《金匮》有“祛麻黄加杏仁”之治例，“痰饮咳嗽”篇，服小青龙汤后出现“寸脉沉，尺脉微，手足痹”之“血虚”“形肿”变证者，“加杏仁主之”。道理是“其证应内麻黄，以其人遂痹，故不内之。若逆而内之者，必厥。所以然者，以其人血虚，麻黄发其阳故也。”又一次证明虚人禁用麻黄。但本证仅是“若喘”，无“遂痹”之“血虚”，何优“发其阳”？祛麻黄根据不足。至于林亿所按：“《千金》形肿者应内麻黄，乃内杏仁者，以麻黄发其阳故也，以此证之，岂非仲景意也”。这是不究实质，只求附会的强解，难以服人。此疑之三。

需要指出，“若喘”，如果属“喘家作”的话，那么，“祛麻黄加杏仁”，则顺理成章。为凡“喘”而可称之为“家”者，大多上买下虚，肾不纳气。麻黄峻汗，祛邪伤正，易生变证。且麻黄升散宜拔肾气加重下虚，乃致正脱。诚如尤在泾云：“服青龙汤已，设其人下实不虚，则邪解而病除；若虚，则麻黄细辛等温散之品，虽能发越外邪，亦易动人冲气”。故宜用杏仁代之。仲景说“喘家作，桂枝加厚朴杏子佳”，“佳”者何意？就是相对而言比较适宜。与谁比较？平喘三药，惟有麻黄了。

综上所述，小青龙加减五证，除“若渴，去半夏加栝蒌根”方证注释脱节外，其余四证之“祛麻黄”，根据不足，皆当存疑。

## “无汗不得用桂枝（汤）”’辩谬

后人研究（伤寒论》，总结出不少带有规律性、概念性的名词术语，有些是好的，有些则悖于原文、曲解经义，并带来不少问题（如经证腑证分类）。“无汗不得用桂枝（汤）”就是伤寒注家针对桂枝汤证治归纳总结出的一条运用桂枝（汤）的原则，意在说明桂枝（汤）与麻黄（汤）的区别所在，这个结论性的原则，弊大于利。然而至今仍颇有影响，被伤寒学者所承认、引证，并由此搅乱了桂枝药、方、证、治的一系列辨证思维。有必要辩析一下。

先从药谈，就桂枝一药说来，存在着以药代方，方药概念互换、混淆的问题。由于体质因素（营卫作用）与邪气因素（风寒疏敛）的相互作用，太阳发病可以见到无汗与自汗两种情况。一般说来，无汗是表闭，多属伤寒表实证；自汗是表疏，多属中风表虚证。前者治以麻黄汤，后者治以桂枝汤。可见，就汗出与否而言，可以作为运用麻、桂两方的一个标准。假设“无汗不得用桂枝”能够成理，那么“桂枝”只能是桂枝汤，而决非指桂枝一药。不然，麻黄、葛根、青龙等“无汗”之证，在发汗之治中皆有桂枝，又作何解？《本经逢原》对此批驳云：“世俗以伤寒无汗不得用桂枝者，非也。桂枝辛甘发散为阳，寒伤营血，亦不可少之药，麻黄、葛根汤未尝缺此”。

就方而言，桂枝汤的“无汗不得用”，也值得商榷。众所周知，桂枝汤主治太阳中风证，太阳中风证临床的重要（非绝对）特征之一，就是“阴弱者汗自出”。而且“病常自汗出”和“时发热自汗出”，均属运用桂枝汤的适应证。正因自汗这一特征，所以后人据此拟一名词，称之为“中风表虚证”（中风表虚之表虚涵义，非《伤寒论》所原有，《伤寒论》原称表虚者，是与里实相对而言，寓示表无病）。但这其中有一种逻辑辩证关系必须搞清。自汗出仅是辨证太阳中风表虚证的证据之一，从自汗出的角度讲，凡见自汗者则多说明是表虚证，从表虚证的角度讲，凡表虚证却不一定必见自汗出。据此推论，后人以“自汗”拟称“表虚”也存在一定问题的，仲景在论述太阳中风自汗的同时，还提示了种种无汗而运用桂枝汤的例证。如第57条“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤”。主症是复烦，脉象是浮数，而宜桂枝汤的唯一依据则是“发汗已解”。一经发汗，正气必挫，虽邪气复焰，斟酌权衡一下（“宜”字涵有此义），还是治以桂枝汤调和一下营卫较为适宜。至于自汗出与否，不必考虑。第276条“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤”。仲景讲过“阴不得有汗”。所以太阴表证因阳气不足多难见汗，尽管是属无汗的表证，但病涉太阴，正气不足，自然不宜峻汗之麻黄汤而用桂枝汤。第387条“吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之”。霍乱吐利后的表未和，正气已伤，阴阳不足，难以出汗，故只见身痛不休。尽管无汗，只可小和以桂枝汤。以上治例证明：表虚证可以不见自汗出，桂枝汤证营卫不和的表现形式也非刻板划一。表虚证或桂枝汤证，只能说多见自汗，而不能绝对肯定必见汗出。临床证实，一些年老体弱、阴津素亏、表邪渐衰或兼症夹邪的外感患者，未必尽见汗出，但只能用桂枝汤缓汗解肌。以上讨论意在说明：对桂枝汤的运用，辨证中自然要重视自汗出，但不能过于拘泥。应该透过现象察本质，从整体上认识桂枝汤证。辨证的总则不在自汗，而在于是否真属于“营弱”。把“无汗不得用桂枝（汤）”视为金科玉律，是舍本求末，去仲景甚远矣。

“无汗不得用桂枝（汤）”还混淆了桂枝汤证与太阳中风证的概念。桂枝汤虽是太阳中风证的主治之方，但桂枝汤证并不等同于太阳中风证。如276条只可称太阴表证，387条只是霍乱吐利后的表不和，均难以太阳中风证而称之。所以，太阳中风证虽见自汗，而桂枝汤证却未必尽然，这是因为，从证候涵义而言，桂枝汤证的涵义广泛，而太阳中风证的涵义局限，二者当有所别。

综上所述，关键要搞清三个关系：①桂枝汤主治太阳中风证是对的，桂枝汤证等同于太阳中风证是错的。②太阳中风证多自汗是对的，桂枝汤证必汗出是错的。③桂枝汤善治自汗证是对的，无汗不得用桂枝汤是错的。这即是桂枝汤运用的辩证要点与辩证思维。

谈一点题外话，与“无汗不得用桂枝（汤）”相对应的“有开不得用麻黄（汤）”，仅就外感表证说来，是正确的。这是因为，外感表证凡见汗出必是营弱表虚，因此，有汗者，麻黄汤不得用之。

## 麻黄的发汗亡阳问题

大致缘于《伤寒论》，后世对麻黄的使用非常审慎，唯恐过汗亡阳。其实，麻黄是否能引起过汗亡阳，不在药，而在用。这是因为仲景对运用麻黄嘱防过汗，是以体质强弱与病气虚实为标准的。如：同是“取微似汗”，桂枝汤发汗力远不及麻黄汤，但桂枝汤方后注却更强调“不可令如水流离。”盖因桂枝证“阴弱”之故。“脉浮数”及“脉浮紧者”，均“宜以汗解之”。然“尺中脉微”、“尺中脉迟”，“此里虚”，则当汗亦“不可发汗”。自83条始连列7条禁汗证，多属素体阴阳气血虚衰可称之为“家”者，由此可证，仲景对慎汗还是有明确标准的。

综观仲景用麻黄，除用量多达6两（大青龙汤）的特殊情况外，对3两用量的麻黄汤，甚至发少阴表汗的麻黄细辛附子汤，并未作过汗亡阳之戒。3两麻黄，按古今剂量习惯折算为3钱（9克），况现今一剂麻黄汤又分作二服，何虑过汗？

1983年冬季寒流侵袭，风寒外感者众，以素体强壮、腠理致密的近郊农民患者为多。我每日开出麻黄汤、葛根汤及大青龙汤方数张至十数张，麻黄用量视人、视病而定。一般9克，多者15克，未见一例“遂漏不止”过汗亡阳者。临床证实，凡太阳伤寒证，多发于体质较壮之人，只要辨证准确，取汗适当，是不会有过汗亡阳之变的。

用麻黄还要注意人的耐受性，一般人9克麻黄（生）稍加温覆即可作汗，但也曾遇一例增至18克，方见汗出。至于二服之中，或一服即汗，或二服汗出，则更是因人而异。另外，麻黄之生炙、新陈，对其发汗力均有影响亦当注意。麻黄取汗，必须“温覆”，最宜多喝热开水促汗。麻黄汗剂，可分作两服，若一服不汗者，间隔2至4小时即可服二服，使药力接续。切勿死拘常规，早晚分服，徒延病情。当然，麻黄终是汗药，平素心阳不足、表虚多汗者，确当慎用。

另外，若不按古今药量习惯折算，而按汉代度量衡折算（尚未定论），汉代之一两相当于现代之16克左右，亦即半两多。那么仲景麻黄汤中麻黄是三两，相当于现代一两半，即45克多。如此大量的麻黄，在临证运用中，确实应当注意过汗亡阳的问题。难怪仲景于大青龙汤证中（麻黄剂量达六两），特意提醒人们“若脉微弱，汗出恶风者，不可服之，服之则厥逆，筋惕肉润，此为逆也”。也难怪仲景于《伤寒论》中，反复强调大汗亡阳的危害性及过汗伤阳变证的救治。

## 麻黄的“先煎祛沬”问题

麻黄每每先煎，且必言“祛沫”，仲景未述其理，古书不见旁证，虽属小题，竞成千古疑案。由于牵扯到逻辑思维问题，略作分析。

考证前人注解，颇具影响者有两说：一是陶弘景认为“沫令人烦”。二是张锡纯指出“沫中含有发表之猛力”。陶氏之说可能属亲历之谈，因为麻黄汤证多是寒邪闭表，均有不同程度的阳气郁遏因素，而麻黄又性属辛温，汗中助热，在服药将汗未汗之时，也可能会出现“令人烦”的现象。然而，这里尚存在三个问题：其一，即是逻辑思维问题，用麻黄的方证可谓多矣，不属表证、不具阳郁病机者，难能生烦，何以治表治里之麻黄皆“祛沫”？其二，“令人烦”是否当责之于“沫”，证据尚嫌不足。其三，今人煎服麻黄诸汤，皆不法沫，也未见每每令人烦者。可见，陶氏之说难以令人信服。

张氏之说，则更是于理不通。麻黄汤之所以用麻黄，就是针对寒闭肌表开腠发汗，换言之，正是用的麻黄“发表之猛力”。若果然“沫中含有发表之猛力”的话，岂不正应其治？怎能祛之呢？或曰：祛之以防麻黄发表太过，那么，治寒闭尤甚乃至遏阳生热的大青龙汤，为了峻汗开表，麻黄一举用至六两，可谓正需“猛力”，为何也“祛上沫”呢？可见，张氏之说也属臆断。

麻黄先煎祛沫问题，应结合《内经》历史地看待。仲景著《伤寒论》“撰用素问九卷”，在理论上与《内经》有着千丝万缕的联系，《素问·阴阳应象大论》中说：“清阳发腠理，浊阴走五脏”。又说：“阴昧出下窍，阳气出上窍”。仲景把这种药物气味阴阳、清浊升降的理论运用于经方的证治之中，由此推论，麻黄的先煎祛沫，首先是麻黄在煎煮过程中出现“沫”，而仲景（或仲景前之医家）凭直观认为沫乃属浊物，必有碍于升发，祛之以取麻黄气之轻清，而有利于发腠理、出上窍。诚如柯韵伯所云：“祛沫者，止取其清阳发腠理之义也”。可谓一语中的。

联系整个《伤寒论》的用药，也可以证实，仲景对《内经》的药物清浊升降理论十分重视，不唯麻黄的“祛沫”问题。如大黄黄连泻心汤与附子泻心汤的“麻沸汤渍之”，黄连汤与干姜黄连黄芩人参汤的只煎一次，均体现了这一用药思想。前者意在取轻清之气，以利于泻心消痞；后者意在取轻清之气，以利于分驰上下。与麻黄的先煎祛沫，意义颇有相同之处。

除《金匮》的厚朴麻黄汤方后注未提及先煎祛沫外（恐属遗漏），其它用麻黄者，无一例外，足见仲景对此问题的重视。那么我们今天应如何看待这个问题呢？首先，应该承认并搞清《伤寒论》麻黄祛沫的客观存在及其涵义。至于麻黄之“沫”，是否属于浊物？是否有碍于升清？当结合现代药理进一步探讨。就目前的麻黄用药经验来看，对祛沫与否，不必斤斤计较、泥古不化。

## 关于“方后注”的探析

读《伤寒论》者，常易忽略方后注。其实，方后注内容丰富，用意精巧，是张仲景辨证论治思想和处方用药规律的重要组成部分。试作探讨如下。

### 1. 关于煎法

（1）时间

《伤寒论》药物的煎煮时间是以煎去溶剂的数量多少作为标准的。即通过控制消水量拿握煎煮时间。这是因为消水量比较直观。方后注是以“以水X升，煎取X升”的形式表示该量，从而确定各方的煎煮时间。其时间又根据各方药量及功效而异。一般情况，要煎去溶剂量的大半或三分之二。如桂枝汤、四逆汤、当归四逆汤、桂枝附子汤、黄连阿胶汤等均如此。煎煮时间最长的是炙甘草汤，其消水量相当溶剂的五分之四。因为滋补药宜久煎，而且，此方药多量大质厚，须长时间加热方能溶出全部有效成份。煎煮时间除以消水量控制外，尚有特殊标准，如白虎汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤、桃花汤均以“煮米熟”为煎煮时间的标准。

（2）煎取量

煎取量是煎液的最终体积。其多少取决病情的轻重缓急，反映了治疗需要。一般情况，多在三升左右。其规律是方大药缓者，一般煎取量大，多是病情不急缓图之方。如桂枝汤类及青龙、理中、真武诸方。方小药锐者，一般煎取量小，多是病情急骤速取之方。如桂枝甘萆汤、干姜附子汤、四逆汤类及三承气诸方。

（3）先煎

与病情、药物特异性及方药配伍三者密切相关，《伤寒论》有六药先煎。其意义大致有二。①去掉药物某种副作用或悍烈之性。如麻黄诸方其方后注均云“先煎麻黄，减二升，去上沫”。另蜀漆一药，《别录》云：“有毒”。故仲景除“洗去腥外”，取先煎更去其悍烈之腥味或减少其毒性，②为将某些主药有效成份完全溶出。徐灵胎云：“凡方中专重之药，法必先煎”。药如苓桂甘枣汤之茯苓；葛根汤诸方之葛根；茵陈蒿汤之茵陈；小陷胸汤之瓜萎等。其中茯苓、葛根有效成份较难溶出，尤宜先煎。

（4）后入

《伤寒论》某些方中药物煎煮的次第先后，其意义不在先煎之药而在后入药。如豆豉、大黄、桂枝三药即是。三药后入，意义又各不相同。豆豉后入是因为其药质地疏松易脱落使溶剂呈糊状，从而影晌他药有效成份的溶出。因此，除了“绵裹”，还须后入。另外，煎煮时间短，意在取轻清之“气”以宣上。大黄后入则取“生者气锐”，以增强泻下攻滞之；三承气汤唯大承气汤大黄后入，即可证明。如柯韵伯云：“大承气之先后作三次煎者，何哉？盖生者气锐而先行，熟者气钝而和缓。欲使芒硝先化燥屎，大黄继通地道，而后枳朴除其痞满也。”柴胡加龙骨牡蛎汤，大黄虽亦后入，然其意义与大承气汤不同。此方大黄后入只“更煮一二沸”。与大黄黄连泻心汤用“麻沸汤渍之”的意义类同。不是取其厚味以攻下，而取其薄气以治中。同一大黄后入意义又各不相同，足见仲景用药之妙。桂枝人参汤中桂枝后入，其意义如柯韵伯所云：“先煮四味，后纳桂枝，使和中之力饶，而解肌之力锐，于以奏双解表里之功”。

（5）渍法

即用“麻沸汤渍之”的方法。不煎而渍，舍其重浊之味，以取轻清之气。治“心下痞”的大黄黄连泻心汤与附子泻心汤均用此法。徐灵胎云：“此又法之最奇者，不取煎而取泡，欲其轻扬清淡，以涤上焦之邪。”尤其附于泻心汤，别具奥义，三黄渍之取气，以清气分之热痞；附子“别煮取汁”，以温肌表之阳气。正如尤在泾云：“方以麻沸汤渍寒药，别煮附子取汁，合和与服，则寒热异其气，生熟异其性，药虽同行，而功则各奏，乃先圣之妙用也。”仲景据病情而变法，分煎渍而适病；用药之妙，确为后世榜样。

（6）浓缩法

即仲景云“去滓再煎”法。其意义医家认识不一。张锡纯云：“小柴胡汤去滓再煎，所以减其发汗之力也。”岳美中氏不同意此说，他认为“去滓再煎本身也具有调和之义，施于柴胡和解之剂，固具双重作用”。并由此推论柴胡、泻心诸和解剂的意义均同此。个人认为，纵观《伤寒论》“去滓再煎”之大小柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤、三泻心汤、旋复代赭汤、竹叶石膏汤八方，均有呕吐之症状或有脾胃不和易致呕吐之病机。因此，“去滓再煎”的意义是缩小煎取量，以避免病人服药时可能产生的呕吐反应。再观栀子豉汤类，虽不“去滓再煎”，但只取药量“一升半”，联系方后注“得吐者止后服”，其意义恐与上同。

（7）溶剂

最常用的是普通水溶剂。除此，尚有一些特殊的溶剂。①特殊水溶剂。A、“潦水”。李时珍云：“潦水乃雨水所积”。“甘平无毒，煎调脾胃，去湿热之药”。尤在泾云：“用潦水者，取其味薄而不助水气也”。故麻黄连翘赤小豆汤煎用之，不助湿气而退黄。B、“甘澜水”。《本经疏证》云；”急流水置大盆内，以杓扬之，水上有珠子相逐，取珠子用之，名曰甘澜水……凡水气不受土防而上逆者，取其润下之性”。钱天来云：“煎用甘澜水者，扬之无力，取不助肾气也”。故苓桂甘枣场煎用之，取其降逆之性以治奔豚。C、“清浆水”。仪洛云：“一名酸浆水，炊粟米熟，投冷水中浸五六日，味酸生花，色类浆，故名。若浸至败者害人。其性凉善走，能调中宣气，通关开胃，解烦渴，化滞物”。李时珍云其：“调中引气……通关开胃止渴……消宿食……解烦。”故治劳复热气浮越，烦渴脘痞之枳实栀子汤煎用之，以取其性凉走泄、调中和胃、消痞除烦之功。②水酒混合溶剂，。“清酒”，《别录》云：“主行药势。”故水酒溶剂多取其引药畅行、通脉活血、驱寒破结之功。如炙甘草场、当归四逆加吴茱萸生姜汤均煎用之。《本经疏证》云：“《伤寒》《金匮要略》两书，凡水酒合煮之汤三：炙甘草汤用酒七升、水八升；当归四逆加吴茱萸生姜汤酒水各六升；芎归胶艾汤酒三升、水五升。即此可见，补阴剂中，以此通药性之迟滞；散寒剂中，以此破伏寒之凝结。”

《伤寒论》方后注中关于药物煎法，颇具匠心，是张仲景辨证论治、遣方用药的一个组成部分。它和严谨的组方法度巧妙地结合在一起，形成了《伤寒论》独有的用药特点及辨治思维。

### 2. 关子服法

（1）服药次数

一般情况，分“日再眼”或“三次眼”。沉疴痼疾者取药量大，须多次服。如治“内有久寒”的当归四逆加吴茱萸生姜汤，煮取五升，分五次服，以缓祛其久寒。反之，若骤病势急者，则多一次“顿服”，以速克其病。如桂枝甘草汤“顿服”，急复心阳；干姜附子汤亦“顿服”，喻嘉言形容其意在“取飞骑突入重围，搴旗树帜，使既散之阳望而争趋，顷之复全耳。”

（2）服药时间

分日服与夜服。常根据病情及药性灵活掌握。如十枣汤“平旦服”，其意义如徐灵胎云：“通利之药，欲化其积滞而达于下也，必空腹顿服，使药力鼓动，推其垢浊。”调胃承气汤则不拘时间“少少温服之”。其旨不在攻下而在和胃。还有规定在一定时间内服尽者。如麻黄连翘赤小豆扬“半日服尽”；麻黄升麻汤“相去如炊三斗米顷，令尽。”

（3）丸散服法

五种丸剂服法不同，别具一格。乌梅丸、理中丸、麻子仁丸均“饮服”其丸，此属常法。而大陷胸丸、抵挡丸却“煮而连滓服之”。本来由汤改丸，是“以荡涤之体，为和缓之用”（尤在泾）。为什么又煮其丸呢？这可能是用汤虑其力过猛，用丸又嫌其力过缓，因而采用煮丸的折中法。是一种竣药缓剂速攻的独特的用药方法。充分体现了仲景用药其章严、其法活的特点。八种散剂多“白饮和服”。唯瓜蒂散“以香豉一合，用热汤七合，煮作稀糜去滓，取汁合散，温顿服之”。香豉轻清宣泄，味甘益胃。前者，不碍瓜蒂涌吐之势；后者，又防吐法伤人胃气。用意颇深，开人思路。

（4）服药禁忌

这是在中医临床治疗上，仲景首次具体提出关于服药禁忌的内容。如桂枝汤“禁生冷粘滑肉面五辛酒酪臭恶等物。”乌梅丸“禁生冷滑物臭食等”。这些禁忌，非惟两方，可作为我们临床通常的服药禁忌。另外，还有针对性较强的服药禁忌。如小建中汤“呕家不可用”。为什么呢？“以甜故也”。瓜蒂散“诸亡血家虚家不可与”。这是因为此方峻吐，易伤津耗气，故亡血与体虚者当慎之，

我们将煎法与服法联系起来，可以看到《伤寒论》从辨证立法组方到临床煎服应用，丝丝入扣，一线相贯。每一环节均有章法可循，又灵活多变。

### 3. 药味加减

《伤寒论》有加减六方：小青龙汤、小柴胡汤、理中汤、真武汤、四逆散、通脉四逆汤。从其方后注用药加减中，一方面可以看出《伤寒论》随证加减用药的某些规律，如呕吐者加生姜；心悸者加桂枝、茯苓；咳者加五味子、干姜、杏仁；渴者加瓜蒌根、人参；小便不利者加茯苓等。另一方面可以看出《伤寒论》用药加減的一个重要原则，是根据病机而辨证加减用药。体现了治疗整体观和治必求本的精神。如同一腹痛，药有加芍药、人参、附子之不同。通脉四逆汤证与小柴胡汤证腹痛属阴寒凝结，脉络不通，加芍药破阴结、通脉络以止痛。理中汤证腹痛则“是因气不足之故”（徐灵胎），加人参补中气止虚痛。四逆散证腹痛，则属木邪乘土，土气郁结，加附子温通太阴，开通气结以止痛。又同一下利，理中汤仍用术；真武汤去芍药加干姜；四逆散加薤白；小靑龙汤则去麻黄加荛花。仲景辨证用药，同病异治，对后学颇有启发。

### 4. 其他方面

（1）特殊情况的处理

如白通加猪胆汁汤方后注云：“无胆亦可用之。”此句甚妙。因为病至阴盛格阳乃至拒药不纳的危重阶段，此生死反掌间，进药贵速，而猪胆汁一药常难随手而得，恐人按图索骥，以误病机，故于方后注特设此句，示人不必拘泥猪胆汁一药，惟在设法速进热药以救病人。四逆汤方后注云：“强人可大附子一枚，干姜三两。”枳实栀子汤方后注云：“若有宿食者，内大黄如博棋子五六枚，服之愈。”均示人临床遣方用药随机应变。

（2）药后反应的处理

如柴胡桂枝干姜汤方后注云：“初服微烦，复服汗出便愈。”示人药后见烦，非药不对证，乃是药入病中，驱邪外出的反应，此时当复服，必正胜邪退，汗出而愈，桂枝附子去桂加术汤方后注云：“其人如冒状，勿怪，此以附子、术并走皮内，逐水气未得除，故使之耳，法当加桂四两”等等均是。

（3）药物疗效的标准

据各种方剂不同的作用而异。发汗剂：如麻黄、桂枝、青龙诸方后注云：“微汗佳”、“取微似汗”，使邪祛而不伤正。利水剂；如桂枝去桂加茯苓白术汤方后注云：“小便利则愈。”逐血剂：如桃核承气汤方后注云“当微利”；抵挡丸方后注云“啐时当下血”等等，均示人掌握遣方用药的刻度，达到用药中病而不伤正气之目的。

（4）辨证内容的补充

如236条茵陈蒿场方后注云：“小便当利，尿如皂荚状，色正赤，一宿腹减，黄从小便去，”不但阐明了茵陈蒿汤的治疗机理一“黄从小便去”。而且补充了茵陈蒿汤证两个重要的辨证内容：一是“尿如皂荚状，色正赤”，说明236条当有小便黄一症；二是“一宿腹减”，说明236条当有腹满一症，与260条“腹微满”正相吻合。尤在泾云学习《伤寒论》“当会通全书而求之，不可拘于一文一宇之间”，确为经验之谈。

（5）体现护正的精神

在汗吐下诸方后注中尤能体现这一精神，具体表现三方面：①药不尽剂，中病即止，如发汗剂麻黄、桂枝、葛根、大青龙诸方后注云：“一服汗者，停后服。”涌吐剂瓜蒂散方后注云：“得快吐，乃止。”攻下剂三承气汤、大陷胸汤方后注云：“得下余勿服。”②注重保护胃气。逐水剂十枣汤不但“选大枣之大肥者为君，预培脾土之虚，且制水势之横，又和诸药之毒”（柯韵伯）。而且，方后注云：“得快利后，糜粥自养。”③因人而异，弱者减量。三物白散方后注云：“强人半钱匕，赢者减之。”十枣汤方后注亦云：“强人一钱匕，贏者半钱。”唯恐虚不胜药，伤人正气，而致虚虚之变。

总之，《伤寒论》方后注，是《伤寒论》辨证论治体系不可缺少的组成部分。尤其在药物的具体临床应用上，为后世树立了典范，奠定了基础，应当加以重视。

## 关于服药时间的思考

在临床工作中，疗效问题是每个医生极为关心的。其中，辨证是否正确，处方是否恰当，无疑是影咱疗效的主要因素，也是为每个医生所重视的。但影响疗效的因素，远不只这两个方面。辨证、遣方都很正确，而疗效却不令人满意的情况是屡见不鲜的，这就需要我们加以分析，找出其原因所在。在此结合《伤寒论》，提出一个目前不为人们所重视但却直接与疗效相关的问题——中药的服药时间。

药物的剂量、给药的方法（包括服药时间）及体内的过程，决定药物的体内浓度，从而影响药物作用的强弱、快慢、久暂等。所以，药物的体内浓度合适与否，是药物能否发挥最佳治疗作用的关键一环。为了维持药物在单位时间内的体内浓度，保证药效，就必须重复给药。

西医药，根据药物的特点、机体的排泄速度、病人的具体情况，严格地规定了每一种药物的不同剂量、给药时间及次数，以保证体内的有效浓度。

中医药，则根据药物的性味归经，组成不同的方剂，从而在机体内发挥着调整阴阳、扶正祛邪的种种作用，达到治疗之目的，同样，药物在体内也一定有吸收、分解、代谢、排泄这样一个过程。不同的药物（方剂）的体内过程绝不相同。因此，为了体内保持有效的浓度，根据疾病和药物的具体情況，严格的、科学的药物剂量、给药次数及服药时间，是保证这一切的基本前提。

目前，我们中医对服药时间，是不太重视而且相当刻板的。不分疾病种类，病情轻重，不论药物特性，方剂作用，大都是每日一剂，水煎，早晚分两次口服。当对病人服药后的效果感到不满意时，又往往只从辨证、用药方面调整，很少从服药时间对疗效的影响这方面加以考虑。特别对中医急症、危症的治疗用药也是如此。造成中医疗效下降以及所谓中医不能治急症等令人心痛的局面，而服药时间的非科学化不能不说是一个重要原因。这种情况的严重性，我们中医界确乎不能再等闲视之了。

《伤寒论》在112方的152个方后注（有一方多注者）中，详尽地记述了每一方或同一方在不同情况下的各种原则又灵活的服药时间。经统计，有每日一次顿服，有每日二次、三次、四次、五次、六次以及时间不定或限定某时服药的多种形式。其中，每日顿服者6方，二次服者26方，三次服者48方，五次服者3方，六次服者1方，服药时间不定者27方，限定某时服药者2方。可见，最习惯的服药时间是每日三次服。其服药时间的确定，大致有五种情况。

### 1. 根据病情轻重缓急而确定不同的服药时间

在病情轻重缓急不太明显的一般情况下，服药时间大多为每日三次，如泻心汤类，柴胡汤类。而病情稍偏重急，为了保证足够的治疗药量，其服药时间则多每日二次，如四逆汤类，承气汤类。在病情特别危急的情况下，不但要求药力竣猛，面且在服药时间上要求果断、快速。如治汗下阳气骤亡的干姜附子汤，即采用“顿服”，俾药力集中，使将散之阳，顷刻复全。

### 2. 根据服药后病情变化而确定不同的服药时间

外感发病，以邪气盛为主，其治多是汗吐下一类祛邪之方。但这类方药又大都有伤正之弊，为了治疗恰到好处，在服药时间上多采用不定时服药。也就是说初服后，再根据服药后的病情变化而确定是否再次用药及用药的剂量、方法和时间。如桂枝汤类、麻黄汤类、抵当汤类。以桂枝汤为例，“若一服汗出病差，停后服，不必尽剂；若不汗，更服依前法；又不汗，后服小促其间，半日许令三脤尽。若病重者，一日一夜服……。”这里的“小促其间”，“半日许令三服尽”，“若病重者，一日一夜服”等，都是根据药后具体情况而确定的不同的服药时间。试问；现在临床上象张仲景这样运用桂枝汤的医生能有几人呢？难怪疗效欠佳！

### 3. 相同的方剂根据不间的病情而确定不同的服药时问

法随病而立，方随法而设，是以病有主方，方有主病。然而，即使相同的方剂，病情不同，其服药时间亦有区别。如调胃承气汤，其方后注在《伤寒论》中凡三见，其中服药时间就有两种：29条胃家本自阴津亏少，又因先服甘草干姜汤，则可能使邪燥化。但这也仅是“胃中不和”而已。尽管亦用调胃承气汤，却与阳明病“胃家实”之用调胃承气汤有别。故而前者是不拘时间的“少少温服之”，取清热润燥之力，调胃和中，以知为度，慎防过寒伤正。而后者则采取不定时的“顿服”（一次服完），取硝黄泻热破结之力，以峻下胃家之实。是以同方因病情不同而服药时间各别也。

### 4. 根据疾病的不同而确定不同的服药时间

一般来说，疾病不同，治法有别，方药各异（也有异病同治者）。在《伤寒论》，其服药时间亦有相当严格的限定。以三阳病为例，是以邪气盛为主，然而，三者又有区别。比较而言，太阳病与阳明病，邪气盛而正不虚。但太阳病属表，邪气尚浅；阳明病属里，邪气较深，尽管一汗一下之治，而太阳病则采取不定时的服药方式，这是因为病浅，多能达到“一服汗出病差”的效果。阳明病则采取每日早晚二次的服药方式。这是因为病深，一般是不可能一服而愈的。即使得“快利”，亦有胃肠余热未尽的可能，也当减方药之量，继清余热。少阳病则是“血弱气尽腠理开，邪气因入”而致，邪气盛而正亦虚，不但在方药上（柴胡汤）扶正祛邪并用，而且，在服药时间上亦采取习惯的每日三服。

### 5. 根据药物（方剂）特性的不同而确定不同的服药时间

就药物而言，有寒凉温热之气，有大常小毒之别；就方剂而言，有汗吐下和之用，有汤丸膏散之分。为了达到药物（方剂）恰中病机，且又不致产生副作用，不但要掌握好方药配伍、煎取得当等环节，在服药时间上也要有科学的安排。如理中丸与扬，药物相同，剂型各别。汤者，荡也，药效迅速；丸者，缓也，药效和缓。所以，要达到同样的治疗效果，其服药时间就不能―样。丸药是“日三四，夜二服；腹中未热，益至三四丸”。汤药是“日三服”。从中可以看出，丸药比汤药服药的间隔时间短，服药次数多。即使这样，亦可能“腹中未热”，还要增加药量“至三四丸”。难怪仲景自云“然不及汤”。

白虎加人参汤，由于药性大寒，除所规定的“日三服”常规服药时间外，还指出“此方立夏后，立秋前，乃可服；立秋后不可服；正月、二月，三月，尚凛冷，亦不可与服之”。这种根据药性而确定的特殊服药时间的限制，是《素问·六元正纪大论》“用寒远寒”治则临床运用的具体体现。

其他，如十枣汤的“平旦服”，麻黄连轺赤小豆汤的“半日服尽”，麻黄升麻汤则要求“相去如炊三斗米顷令尽”等，都是为了使药力在单位时间内达到或保持治疗水平而确定的特珠服药时间。

通过以上《伤寒论》服药时间的讨论，可知服药时间大致可分为两种，即：定时服药与不定时服药。^

（1）定时服药

①一般定时服药：这是中药最惯常的服药方式。如每曰二次、三次、四次等，即属于此。目前，大都习惯于每日二次服。但据《伤寒论》的服药时间分析，一般说来，早、午、晚三时服药对一般疾病来说，是较为适宜的。

②特殊定时服药：对于某些疾病的用药，其服药时间就不能千篇一律地采用每日三次。为了适应病情，就必须在特殊的时间内服药，使药力的作用与疾病的发作正好相应，从而达到最佳治疗效果。如治疟疾，其服药时间在疟疾发作前最为适宜。《金匮要咯》治“牡疟”之蜀漆散，方后注云：“临发时服一钱匕”就是例证。李克绍老师在“胃肠病漫话”中指出：“凡治五更泻，必须在临睡之前服药。若服在起床之后，距离腹泻时间太长，效果就差”。这也是运用特殊定时服药治疗疾病的经验之谈。

《伤寒论》的“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”也属于这种情况。由于病情是“时发热，自汗出”，其服药时间就相应确定为“先其时发汗”。这样药力就能在邪气发作之时，发挥驱邪的作用。如果正当发作之际，或发作之后，药物下咽，但邪气已经衰退，营卫暂时处于协调之时，桂枝汤就失掉其发挥作用的机会了。

（2）不定时服药

这种服药方式常适应于急性外感病的治疗。外感病，其病，病程短；其方，药力峻。所以，用药就要看实际情况而灵活对待。如前而所述的桂、麻二方就是如此。

不定时服药的另一种情况是适宜一些病情、病位特殊的疾病。如治少阴咽痛的苦酒汤和半夏汤（散），因为病位在喉，为了使药力在病变局部持续发挥作用，就采取了不定时的“少少含咽”的用药方式。后世治疗咽炎等喉疾也常采用这种服法，即所谓的“煎汤代荼”。

现在看来，服药时间是个科学性很强的问题，也是个较为复杂的治疗学问题。为什么目前普遍认为中医治愈疾病较慢？这种影响疗效，延长病愈时向的现象，除去其他因素外，服药时间问题恐怕也是一个重要因素。因此，服药时间的科学化，不能不说是一个亟待解决的问题。

我们从仲景的经验总结中可以看出，不管是定时服药，还是不定时服药，所确定的依据，一是病情需要，二是方药特性，所以，我们初步设想，除了要普遍重视实践经验外。还要组织专门科研机构，从病与药（方）两方面入手，用现代科学的技术，对中药服药时间进行研究，以求得出较为确凿的客观结果，指导中医用药，提高中药疗效。

总之，目前在中医临床中，忽视服药时间带有普遍性，甚至连教科书中也只写“水煎服”，而无服药时间的具体规定。因此，结合《伤寒论》讨论服药时间在治疗学上的重大意义，对现代中医临床大有裨益。

## 关于经方药量的管见

历代度量衡是有差别的，所以，虽经多方考证，《伤寒论》的药量折算至今尚未统一标准。考证《伤寒论》的用药剂量折算当今克量的问题，确属必要，起码会促进《伤寒论》用药的研究，相信这个问题终究会被证实和统一的，然而，考证是为了治病，况古今药物的质量与种类，病人的体质与病情，气候的高下与冷暖，均有所变异，经方之用，应遵古而不泥。所以，我认为：

### 1. 不必凿求经方原量

历代医药学家临证用药，其经量掌握多随当代度量衡的变化及经验性的用药习惯而变化，当然这种变化是有规矩方圆的，不能随心所欲。所以，对经方药量不必凿求。实际有的也无法凿求，如石膏“如鸡子大”，鸡子尚有大小之别，“如鸡子大”，究是多大（量）？附子“大者一枚”，何谓“大者”？

### 2. 以临证药效为准

现今医者运用经方大多按《伤寒论讲义》的折算标准，即论中一两，折今一钱（3克）……。临床证实这种折算无论从疾病、药物，还是从疗效说来，都是基本合理的。

### 3. 注重原量比例

中医不传之秘在量上，《伤寒论》药量之秘，尤为深邃。然衡量有变，比例不变，所以，只要掌握经方药量比例，则不传之秘，知其大要也。如桂枝加桂汤“更加桂二两”，依药量习惯折算及药量比例，桂枝用至五钱（15克）即可。

尽管历代度量衡有异，《伤寒论》药量折算说法不同，而经方之用却历千年而不衰。其根本原因在于医者能重心法而不拘死量，遵经旨而不泥古说。

# 读注思辩

## 运用经方贵在变通

——读《经方实验录》

《经方实验录》是近代名医曹颖甫及其门人医案治验，系门人姜佐景辑记阐发，曹氏复加语评而成。曹颖甫，名家达，号拙巢。深钻《伤寒论》、《金匮要略》，颇得仲景心法。行医遵经旨而不拘泥，遣经方而善变通。笔者始学仲景之说，其医理之深，常茫然不解。自读此书，探受启发，方知此书确有助于加深理解仲景辨证论治之精神，树立运用经方之信心，

此书精妙遍是，处处体现了运用经方贵在变通的精神。曹氏自云：“读书能观其通，则思过半矣”。此曹氏善用经方之诀窍，真善读书者。

下面仅就曹氏治验，试举数例，略见其法遵仲景，辨证灵活，运用经方之一端，

### 1. 异病同治活用经方

医案选录：妇患脑疽病，周围蔓延，其径近尺许，启其所盖膏药，则热气蒸蒸上冒。头项不能转侧。余与余鸿孙先生会诊之，三日不见大效。四日诊时，天色已晚，见病者伏被中不肯出。询其故，侍者曰，每日此时恶寒发热汗出。余乃悟此为啬啬恶寒、翕翕发热之桂枝汤证。即用桂枝五分、芍药一钱，加姜草枣轻剂投之。次日，病大减。遂逐日增加药量，至桂枝三钱、芍药五钱，余三味亦如之，不曾加他药。数日后，竟告痊愈云。

按语：仲景桂枝汤原为太阳中风而设。“乃滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗之总方”（柯琴）。本案抓住“伏被中不肯出”、“恶寒发热汗出”诸症，用此轻方薄剂治愈“径近尺许”的脑疽病，可谓善辨善治者。其辨不失经旨，其治活用经方。

本论云：“惟严格言之，桂枝汤证四字，其义较广，中风二字，其义较狭。易言之，中风特桂枝汤证之一耳。”真要言不烦，令人顿开茅塞。后世医家亦提出桂枝汤诸方，不惟专治外感病，杂病亦可用之。柯琴云：“凡头痛发热，恶风恶寒，其脉浮而弱，汗自出者，不拘何经，不论中风、伤寒、杂病咸得用此，惟以脉弱自汗为主耳”。本验案又其一证也。

### 2. 不拘日数 凭证遣方

医案选录：予友沈镜英之房客某君；十二月起，即患伤寒。因贫无力延医，延至一月之久。沈先生见其未愈乃代延余义务诊诒，察其脉浮紧，头痛，恶寒，发热不甚，据云初得病时即如是。因予：麻黄二钱、桂枝二钱、杏仁二钱、甘草一钱。又因其病久胃气弱也，嘱自加生姜三片、红枣两枚。急煎热服，盖被而卧。果一刻后，其病若失。

按语：仲景受《内经·热论》影响，结合临床实践，创六经辨证。认为伤寒六经发病是有一定日数的。这些日数反映了感受外邪后，机体阴阳气血变化的规律。《伤寒论》中此类条文比比皆是。如“一、二日”“三、四日”……等等。后世医家根据临床实践多指出日数问题，既有一定参考价值，又不可过于拘泥，应灵活看待。曹氏上例即如此。按照一般规律，“伤寒一日太阳受之。”“七日巨阳病衰，头痛少愈。”可此患者“延至一月之久”，尚不愈。曹氏不拘日数，有其证则用其药。果然效如桴鼓。不深得仲景心法，何能如此！若拘于日数，虑其变证，则经方无用武之地矣，故本论云：“《内经》一日太阳，二日阳明，三日少阳……之说，殊不足以为训。若本案所示，其人作麻黄汤证，不服药者，一月之久。而麻黄汤证依然存在。乃投以麻黄汤，一剂而愈。其效又依然如响，是盖其人正气本旺，故能与邪久持也。”曹氏此案又说明，学仲景之学，关键在于学其“辨证”思想。若拘于《伤寒论》《金匮要略》一字一句之间，仲景之门，必不能入。

### 3. 法随证变 方随法移

医案选录：余在广益医院施诊。曾遇一小儿惊厥之恙。目瞠神呆，大便不行，危在旦夕。选用承气下之，白虎清之，数日方定。旋竟转为少阳寒热往来之证，予以小柴胡汤加味。如是数日，又略安，意其愈矣。某日偶巡视邻近某善堂，惊见此小儿又在就医调理。予更细察其病情，则寒热日数度发，又是麻桂各半汤之证矣。

按语：仲景六经论治，表证治表，里证治里，表里同病，视其缓急，或先治表，或先救里，井然有序，章法不乱。此案治遵仲景，立法严谨，证变则法亦变，法变则方亦变。外感病的病理变化有一定的规律性。故辨有六经，治有八法，然而章法并非教条。临床施治，若不顾章法，则为乱治；若拘于章法，则为死治。医之难者，在于循章而不乱，执法而不拘。曹氏堪称于此。

### 4. 审其病势急治于先

医案选录：孙宝宝。初诊，满舌生疮，环唇纹裂，不能吮饮，饮则痛哭，身热，溲少，脉洪而数，常烦躁不安，大便自可，拟葛根芩连汤加味。粉葛根四钱、淡黄芩钱半、小川连六分、生甘草三钱、灯心一尺、活芦根一尺。

二诊：口疮，投葛根芩连汤，不见大效，宜进一步合承气法。（方略）……又次日，孙君来吿，此方之效乃无出其右，服后一小时许，能饮水而不作痛状，夜寐甚安。越宿醒来，舌疮大退，肯吮乳。嘱减量再眼，遂愈。

按语：本案在初诊之前，因身热、咳嗽、口渴，曾给予辛凉之剂葛根芩连汤，至二诊仍不差，又合承气法。可以看出，本案分证论治，章法无误。然病重药轻，致表热内传，病势转重。二诊虽无阳明府实证，但审其邪热内传之势，里实将成之机，合方重药锐之大承气汤治之于先。正如本论云：“葛根汤证化热，为葛根芩连汤证。葛根芩连汤证化热，则为承气汤证。我因失治缓治于先，故补治急治于后。不待其大便秘结而审其即将闭结，预用硝黄以图之，此急治补治之说也。然没使我能及时重用葛根芩连，又何需乎硝黄？我能及时重用葛根汤，又何需乎芩连？”因此，治疗外感病，既要治遵法度，有时又要根据病势，急治于先。

### 5. 凭脉辨证 知常达变

医案选录：友人施君，崇明人也。服务上海电报局。甲戎孟秋某晚，匆匆邀诊乃弟病。入其室，见病者，仰卧榻上，叩其所苦绝无应。余心疑之私谓施君曰：乃弟久耳聋，无所闻乎，抑舌蹇不能言乎？则皆曰：否，余益惊异。按其脉，一乎洪大，一手沉细，孰左孰右，今已莫能记忆。因询家人，以致病之由，曰：渠前任某军电职，因事受惊，遂觉神志恍惚。每客来，恒默然相对，客去则歌唱无序，饮食二便悉如常人，惟食时阙上时有热气蒸腾，轻则如出岫朝云，甚则如窑中烟，状颇怪待，前曾将渠送往本市著名医院诊治，经二十余日，医者终不识其为何病。既无术以疗，故于昨日迁出，请先生一断。余细按其腹，绝不胀满，更不拒按。沉思良久，竟莫洞其症结。于是遂谢不敏，郝然告辞。越日，施君吿余曰：舍弟之病，昨已延曹颖甫先生诊治，服药后，大泄，阙上热气减，。余闻而愕然。遂急访之。并视所服方，忆其案尾略日：此张仲景所谓阳明病也，宜下之，主以大承气汤。（按：此证，后又以小柴胡汤、桂枝加龙牡汤善其后而愈。）

按语：凭脉辨证是《伤寒论》脉法运用特点之一。本论云：“顾饮食二便如常，腹不痛，又不拒按。谁复有胆，敢用承气？”曹氏自云：“此证予亦不能识，惟诊其脉，则右极洪大，左极微细，阴不足而阳有余。意其为少阴负趺阳正属阳明，与右脉之洪大正合。决为大承气汤的证，而不料其应乃如响也。”便硬、谏语、潮热、腹痛诸症乃大承气汤证之常。前医称必得俱“痞满燥实坚。”观曹氏此安案，大可不必。这是因为，病有其常，亦有其变。善医者，应知常达变。只知其常不知其变，遇变则必束手无策，莫然不知所从。

### 6. 治遵经旨 不拘习说

医案选录：同乡姻亲高长顺之女嫁王鹿萍长子，住西门路，产后六七日，体健能食，无病，忽觉胃纳反佳，食肉甚多。数日后，日晡所，觉身热烦躁，中夜略瘥，次日又如是。延恽医诊，断为阴亏阳越。投药五六剂，不效。改请同乡朱医，谓此乃桂枝证，如何可用养阴药？即予轻剂桂枝汤。内有桂枝五分、白芍一钱。二十日许，病益剧。长顾之弟长利与余善，乃延余诊，知其产后恶露不多，腹胀。予桃核承气汤，次日稍愈。但仍发热，脉大。乃疑《金匮》有产后大承气汤条，得毋指此证乎？即予之，方用：生大黄五钱、枳实三钱、芒硝三钱、厚朴二钱。方成，病家不敢服，请示于恽医。恽曰：不可服。病家迟疑，取决于长顺。长顺主与服，并愿负责，服后，当夜不下，次早，方下一次。干燥而黑。午时又来请诊，谓热已退，但觉腹中胀，脉仍洪大。嘱仍服原方，实则依余意，当加重大黄，以病家胆小，姑从轻。次日大下五六次，得溏薄之黑粪，粪后得水，能起坐，调理而愈。

按语：妇人产后失血亡津病则多虚。故有产后宜温补之说。然而产后多虚并非产后无实，产后多寒亦并非产后无热。仲景立法，既有当归生姜羊肉汤、当归建中汤之温养补虚，又有大承气汤、下瘀血汤之泻热逐寒，医家不可执凿于一端。故曹氏云：“产后亦温之说，举世相传牢不可破。而生化汤一方，几视为金科玉律。何怪遇大实大热之证，而束手无策也。”曹氏此案治遵经旨，不拘习说，重在辨证，依法遗方，先与桃核承气汤，后据《金匮》产后大承气汤条，值重方竣药而不顾忌，放胆用之，而获奇功。经方值曹氏之手，真尽其用也。

### 7. 辨背经旨 治用经方

医案选录：予昔治肉庄范阿良妇十五日不大便，终日呕吐，渴而饮水，吐尤甚。予诊其脉洪大而实。用承气汤。生军三钱、枳实三钱、川朴二钱、芒硝三钱。以其不能进药也，先用吴萸三钱，令其煎好先服，一剂愈。

后治菜市街福兴祥衣庄男子，大热，脉实，大便七日不行，亦以其茶水入口即吐也。先用姜汁半夏三钱、吴萸一钱、川连三分，令其先行煎眼。然后用大黄三钱、枳实四钱、厚朴一钱、芒硝三钱。亦以一剂愈。

按语：《伤寒论》云：“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”（204条）而上二案曹氏虽遣经方而施治，然背经旨而辨证。曹氏云：“予每遇此证，或先用一味吴萸汤，间亦有肝胆郁热而用萸连汤。呕吐既止，然后服用大承气，阳明实热乃得一下而尽，须知，‘有阳明证’四字，即隐示人以可攻，若不于无字处求之，但狃于胃气之虚，视芒硝大黄如蛇蝎，真瞌睡汉耳。”曹氏明知阳明呕多可攻，为避离经之嫌，却注不破经，只好强言“于无字处求之。”此条历代注家多有阐发。沈明宗云：“呕多则气已上逆，邪气偏侵上脘，或带少阳。”章虚谷云：“胃寒则呕多。”若阳明兼少阳而呕或胃寒而呕，则不可攻。仲景此条只能如此理解。若阳明里实尽管呕吐，应当攻不疑。肠道不通，腑气上逆，安有不呕之理？不以承气下其燥屎，通其腑气，其呕何以能止？若拘于有呕而不敢用承气攻之，无疑划地为牢，作茧自缚。

### 8. 巧用经方 求无二殒

医案选录：丁卯新秋，无锡华宗海之母停经十月。腹不甚大而胀。始由丁医用疏气行血药，即不觉胀满，饮食如常人。经西医考验，则谓腹中有胎，为腐败之物压住，不得长大。欲攻而去之，势必伤胎。宗海邀余赴锡诊之。脉涩不滑，不类妊娠。当晚与丁医商进桃核承气汤。晨起下白物如胶痰。更进抵当汤，下白物更多。胀满悉除，而腹忽大。月余，生一女，母子俱安。

按语：桃核承气汤与抵当汤为太阳蓄血之方。其方有桃仁、桂枝通经活血；大黄、芒硝泻热破结；更有水蛭、虻虫破血逐瘀。用此等活血攻瘀之峻剂，治孕妇之疾，非庸医之所能也。观其治验，之所以敢用此者，并非盲目投药，以求侥幸。而是审其病史，诊其脉象，观其治疗，方断其内有瘀物。不攻则病不得祛，病不祛则胎不得安。遂遵《内经》“有故无殒，亦无殒”之训。大胆起用经方，巧攻浊物，保其貽元，正如曹氏自云：“然当时非经西医之考验，乃丁医用破血药之有效，亦断然不敢用此。而竟以此奏效，其亦有故无殒，亦无殒也之义乎。”

曹氏辨证施治精妙处甚多，以上略举数案，仅示其运用经方贵在变通之精神。亦说明经方确实立法严谨，药简效宏。只要辨证正确，无有不效者。仲景方置上工之手，确有起死回生之妙。先贤称仲景书为“活人书”，并不过誉，

总之，《经方实验录》一书，尽管某些治案较平凡，某些立论尚可推敲，但无疑这是一本运用经方的极好治验，也是学习仲景辨证论治思维极好的参考书。值得一读。

## 黄元御治伤寒学思想研讨

清代医家黄元御，“考镜灵兰之秘，讵读仲景伤寒”，治学勤奋，著述甚丰，终成一代名医。

缘于“古圣之书晦于训诂者固多，而后人之心误于笺疏者不少，”黄氏苦心研读《伤寒论》，“一言不解，遂乃博搜笺注，倾历群言，纵观近古伤寒注家数十百种，”历经“十载幽思”，于乾隆十三年（1748）著成《伤寒悬解》。六年之后，即乾隆十九年（1754），又完成《伤寒说意》的写作。

《伤寒悬解》（以下简称《悬解》）十六卷，基本是依宋本条文原例依次顺解注释。《伤寒说意》（以下简称《说意》），则是综合分类六经病篇阐发经意大旨。两书集中反映了黄元御治伤寒学的基本思想及其观点。

### 1. 力驳传经为热

传经为热，直中为寒，是伤寒传经学说的内容之一，且为大多伤寒注家所赞同。黄氏则反其道而行之，指出：“叔和混热病于伤寒……启后来传经为热之讹，注伤寒者数十百家，无不背仲景而遵叔和，一误之误，遗祸千古”。于是不拘习说，另辟一径，从脏腑阴阳决定感邪后的传化不同，力驳传经为热说，力阐内因病传论。

《说意》“里气解”中指出：“风寒之伤人也，不能为寒，不能为热，视乎人之里气为变者也。里气和平，则腑热不作，脏阴不动，始终在经，不能内传……里气非平，而表邪外来，腑阳盛者，则阳郁而生内热；脏阴盛者，则阴郁而生内寒……后世庸工，悖谬不通，乃有传经为热、直中为寒种种胡说，千载不解。”此说是正确的，撤开传经与直中本身涵义的差异且不说，就以古人的传经与直中的概念而言，阳明病的“不能食，名中寒”，岂不是传经为寒？少阴热化证的“心中烦，不得卧"，又岂不是直中为热？可见，传经为热与直中为寒，难以解释六经发病的基本现象，因而也就不能成为概括六经发病的一种规律。更为可贵的是，黄氏还强调了“里气”即内因，在发病与病传中的作用，体现了朴素的辩证唯物观。

黄氏力驳传经为热说，与其重阳气的思想密切相关。《悬解》云：“阳生阴杀，显见之理，后世庸工，乃至滋阴而伐阳，泄火而补水，一临伤寒，先有传经为热语，横塞胸中，至于证脉阴阳，丝毫不解，人随药死，枉杀多矣。”这显然强调必须重视阳生阴杀之理，根据证脉阴阳以断病，切勿拘于传经为热，不问青红皂白，一味清热杀阳，致人于亡阳之境地。这是黄氏责阳贱阴思想在传经学说中的体现。

### 2. 大倡风寒营卫

风伤卫、寒伤营与风寒两伤营卫，被称作伤寒三纲鼎立说，孙思邈首开倪端，方中行继倡于后，喻嘉言完善其说。黄氏则论有专篇，理涉脏腑，大张其说，竟成为其治伤寒学的重要学术思想，并具以下特点。

（1）体例有变

黄氏将大青龙汤证排除三纲之外，认为其属“风而火郁”证。提出：“太阳经病不过风寒二者而已，风用桂枝，寒用麻黄，风而兼寒，寒而兼风，则有桂麻各半之方”。显然，此种分类，较之前人似近理一步。

（2）论涉脏腑

黄氏认为“肝司营血，肺司卫气……风则伤卫，卫气秉肺金之气，其性清降而收敛，得风邪之疏泄而卫气愈敛，则营郁而发热……寒则伤营，营秉肝木之气，其性温升而发散，得寒邪之束闭而营血愈发，则卫郁而恶寒。”这里将营卫与脏腑相联，体现营卫生理病理的整体观，是可贵的。然其过于牵扯，执凿肝肺，乃至麻桂二汤及其类方之释，亦不离肝肺，这就求深反凿，脱离临床了。

风则伤卫，寒则伤营，本身是形而上学的，是讲不通的。若硬要讲得通，就必然牵强附会，且矛盾百出。如其解释太阳病“汗出”机理云：“风为阳邪，卫为阳气，风邪中人，则阳气受之，故伤卫气，卫气秉肺气，其气收敛，风鼓卫气，失其收敛之职，是以汗出。”然释“发热”则云：“风愈泄而卫愈敛，则内遏营血，郁蒸而为热。”发热与汗出同时存在，汗出是卫“失其收敛之职”，发热则是“卫愈敛”，那么，此时此刻卫气是失敛呢？还是愈敛？如此矛盾，即使黄氏再生，亦恐难有遁辞。

3. 善用气化学说

用气化学说注释六经，始自明代张志聪，以后代有传人，自成流派，黄氏亦是其中代表。并具如下特点。

（1）篇首统以气化

大凡重要学术观点，黄氏必于卷首总论部分专篇论之，而关气化，不但总论作有专篇，而且每经病之篇首亦均以气化学说开篇，体现气化统六经的指导思想。如少阴病开篇则云：“少阴以癸水而化于君火，无病之时，丁火下降而交水，癸水上升而交火，水火互根，阴阳交济，二气合为一气，故火不上热而水不下寒。及其病则丁火上炎而为热，癸水下润以为寒，遂成冰炭矣。”这样用气化学说，将少阴心肾水火之生理关系，病理影响，从化本源，均阐述的较为明确，为下面整个少阴病篇的注释，定下了理论基调。

（2）六经即是六气

黄氏认为；“人有十二经，仲景伤寒但立六经者，从六气也。”“经有十二，六气统之，两经一气，故亦曰六经”。这就是说仲景立三阴三阳六经的理论根据就是气化学说，换言之，六经即是六气，六气总统六经。所以六经发病，“太阴是寒，阳明是燥，少阳是火，太阴是湿，厥阴是风，而惟少阴则不从热化而从寒化”。

黄氏运用气化学说，是有其特点的，然亦存在一定问题。比如阳明与太阴生理病理气化的认识，他说：“阳明从燥金化气，是为燥土；太阴以湿土主令，是为湿土”。所以，“实者是阳明病，虚者名为阳明而实太阴也”。于是将阳明病篇之虚寒证均视为太阴病。这样一来，就将实则阳明、虚则太阴绝对化了，将阳明主燥、太阴主湿绝对化了，从而在阳明太阴气化理论上走向形而上学。仲景明言“阳明中寒”，就提示我们：阳明虽为阳腑，虽性属燥金，虽以“胃家实”为主要病理特征，然阳明胃土为病亦见虚见寒，不可执一。就象太阴湿土用事，亦有“脾家实”；少阴水寒润下，亦见“反发热”一样。孤立、静止、片面地看问题，是《伤寒论》辨证思维之反对，气化学说虽能解释六妤奸多问题，但如果处处套用，偏执求释，则会适得其反，必然成为一种空洞乏味的玄学。

### 4. 推崇中阳二气

推崇中气，贵阳贱阴，是黄氏医学思想的又一大特色，其治伤寒学亦处处体现这种学术观点。其推崇中气体现如下方面：

（1）传经寒热，取决中气

黄氏作“里气解”，强调“里气和平”则邪气不能内传，“里气非平”则邪气内传寒热。此所谓“里气”，实指中气。所以传经“寒热之分途，全在乎中气，太阴以湿土主令，阳明从燥金化气……故火盛则燥热传于戊土，水盛则湿寒传于己土，此脏腑寒热之所由来也。”力阐中气于传经寒热的重要意义，无疑是对仲景“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，若其人能食而不呕者，此为三阴不受邪也”的传经理论的一个发挥与发展。

（2）水火不交，缘于中土

中土既为水火升降之枢纽，那么，中气与水火上下交通就密切相关，黄氏尤重于此，特别在少阴病篇竭力阐述这一观点。并把重气化与崇中气两种学术思想融合一起，成为解释少阴寒化、热化证的理论支柱。如注释少阴水火胜负之机时指出：“水之所以不胜火者，全赖乎土，水虽有胜火之权，而中州之土提其阴邪，则寒水不至泛滥。而君火不至渐亡，盖土旺则水邪不作，少阴不病也。”此从水火土之间的整体病理观解析少阴发病，理论又深一层。

然而，某些提法亦过于偏激，如断云；“少阴之死证总因土气之败也”，就难以成理。“土气之败”，固然是导致少阴死证的因素之一，但却非决定性和唯一的因素。道理很简单，少阴之死证，总因心肾气（阳）之败也。

（3）阴阳不接，责在中气

仲景云：“凡厥者，阴阳气不相顺接便为厥”。何谓“阴阳气不相顺接”？注家众说不一，黄氏则认为：“足三阳以下行为顺，足三阴以上行为顺，顺行则接，逆行则阴阳离析，两不相接，其所以逆行而不接者，中气之不运也……中气不运，胃逆脾陷，阴阳不接之原也”。强调“中气不运”为“阴阳不接之原”，立论新颖，作为一说，堪作参考。然“厥”终非尽“中气不运”使然，所以黄氏此说亦颇片面。

其贵阳贱阴的学术思想具有以下特点：

在以阴阳盛衰、寒热变化为特征的伤寒病中，黄氏贵阳气思想表现的尤为突出。

（1）六气从化阳易衰

《说意》“六气解”中，根据六气从化，认为：“阴易盛而阳易衰，凡人之病阴盛者多，阳盛者少”。并举例：“太阳之病，足太阳主令于寒水者，十之六七；手太阳化气于君火者，十之二三。阳明之病，足阳明化气于燥金者，十之一二；手阳明化气于湿土者，十之八九……”。其实，六气从化并不能说明“阳易衰”。如太阳化气于寒水者多，则是对的；但说阳明化气于燥金者十之一二，则属臆说。假设此说成理的话，那么“阳明之为病，胃家实是也”，如何交代？其实，三阳多从阳化，少从阴化；三阴多从阴化，少从阳化，于此难判阴阳之贵贱。当然，从伤寒六经发病的总体上，阳气是占有主导地位的，这是无庸置疑的。

（2）胃家言实寓贵阳

黄氏认为阳明病篇证分寒热虚实，而之所以揭出提纲“阳明之为病，胃家实是也”，即寓示了贵阳贱阴之旨义。他说：“仲景于阳明之为病，冷热虚实两立而俱存之，而提纲则曰胃家实也，其崇阳黜阴之意，具见于文字之外矣。”这样认识阳明“胃家实”，亦无不可。然说其“崇阳”，尚有道理（因阳明就是以阳病为主）；但说其“黜阴”，则有些强加于仲景了。

（3）补火泄水为主法

黄氏认为六经病治法，应以补火泄水为主。如少阴病“肾水有泄而无补，凡人之死，死于水寒之盛也，仲景伤寒少阴但有泄水补火之法，而无泄火补水之方”。如果作为少阴病一般规律而言，黄氏此说亦不无道理。但是断然否定仲景伤寒少阴“无泄火补水之方”，也未免太武断了，黄连阿皎汤就是“泄火补水”之例证。

黄氏贵阳贱阴思想，可谓根深蒂固，对后世泄火滋阴之治，每加痛责，乃至“每检医方，辄为怒发”。并哀叹“口众我寡，但积悲叹耳”。用历史唯物主义的观点看，黄氏“贵阳”并无大错，而“贱阴”则未免偏执。至于“怒发”“悲叹”云云，则大可不必。因为历史在前进，学术在发展，后人总是要超过前人的。

### 5. 主分经病腑病

六经病分经腑，是黄氏治伤寒学的又一重要思想。

（1）六经必分经腑

黄氏认为伤寒与温病发病不同，“温病内热素积，感必尽得”。而“风寒之象，起于外感，不缘内伤”。因此伤寒发病之初，邪气稽留肌表，多有较为明显的经病阶段，只有当“里气不平”时，才由经病传于脏腑，形成脏病腑病。这是因为：“人之经脉至皮毛，以至筋骨，不过六层……风寒感袭，受自皮毛，故太阳先病经，郁隆不得外泄，次第浸淫，相因而发”。此从六经生理层次论及六经病理阶段，论证了六经病分类经腑，阐发了六经经腑学说。尽管这种观点，尚存在不少问题，但也不能一概否之。

（2）太阳总统经病

黄氏认为：“伤寒六经分篇非皆经病也，六经之经病总统于太阳一经，其人不入脏廚而但在经脉者，虽遍传六经而未经汗解，则必有太阳之表证，既有太阳之表证，则不拘传至何经，凡在六七日之内者，中风用桂枝，伤寒倶用麻黄，此太阳之经病，而实统六经之经病，不须另立六经之法也”。此段文字谈了四个问题：①肯定六经皆有经病。②认为六经经病均与太阳表证相关。③六经经病治无差异，④太阳总统六经经病。这些观点，在具体概念上，虽有可商之处，然从六经发病的整体着眼，亦不无道理，有提纲挈领之妙。

（3）腑病可以连经

经病腑病断然有别，又非决然可分，故六经发病，常有经病连脏，腑病连经的现象。如“三阴篇全言脏病，太阴之桂枝，少阴之麻黄细辛，厥阴之麻黄升麻诸证，皆脏病之连经，非第经病也”。提出“连经”概念，反映了六经发病的复杂性和六经分证的双向性，寓意颇深，足资启迪。

当然，这种分类经腑的方法，也有欠妥之处，如过分肯定经病就是病“在经脉者”。果是单纯的经脉病，恐难尽统于太阳。可知，“经”的概念尚嫌模糊。

### 6. 侈谈肝胆风木

黄氏认为：“营司于肝为卫之根，卫司于肺为营之叶”，“营卫分司于金木而皆统于太阳”。病则“风伤卫气”，“卫被风敛则内闭营阴”。治则桂枝汤，除生姜“调脏腑而宣经络”外，其余四药则明言治在营肝。甘草大枣“滋肝血”，桂枝“达营郁”，芍药“清营热”。不但太阳病与肝相关，并由此推理，连及整个六经病。

首先，所有桂枝汤类方证，其病机、证释、方解，均不离肝营。如五苓散之“木郁风动耗伤肺津”；新加汤之“肝陷”；桂枝去桂加茯苓白术汤之“肝郁不能泄水”“胆郁不能降浊”；桂枝加附子汤之“桂枝达肝木之郁陷”；芍药甘草附子汤之芍药“清风而敛营血”；苓桂术甘汤之“风木郁动”；桂枝甘草汤之“风木上行升路郁阻”；苓桂甘枣汤与桂枝加桂汤之奔豚“纯是肝气”；桂枝甘草龙骨牡蛎汤之桂枝“疏乙木”等等。

甚至某些非桂枝汤类方证，亦套用肝营，大谈风木。如真武汤之腹痛是“风木贼土”；“小便不利”是“木不能泄”。最令人费解者，是证机本无风木之热，而方中芍药却云“清乙木之风也”。真可谓无的放矢。

分析黄氏侈谈肝胆风木之根源，大致有二、其一，钻进风伤卫、寒伤营、营属肝、桂治营、芍治肝的框框里难以自拔。因而，凡方中有桂枝、芍药者，其脉证、病机、方治，都必定与肝有关。甚至病机与肝无涉，也要撇开病机脉证，大谈桂枝疏肝、芍药清风。其二，执凿风性动、肝主筋，凡证见眩、悸、吐、奔豚、动摇、拘急等，不管其实质如何，统统责之子“风生”。

黄氏侈谈肝胆风木，与其迷信风伤卫、寒伤营学说有关，显示了黄氏治伤寒学理论上的连贯性。可惜偏激之至，几乎达到无证不肝胆，无方不清风的千篇一律的程度。这样势必失去其理论与临床价值，使《悬解》、《说意》两书减色不少。

用历史唯物主义的观点看待、分析、评述黄元御治伤寒学的思想，首先应该肯定，黄氏对仲景伤寒学多有发挥，亦不乏独到见解。如论传经、倡荣卫、分经腑、重内因等，更为可贵的是，其能将贵阳气、崇中气、重气化等学术思想，贯穿、融会到伤寒学中，极大发展了仲景学说。尽管其中有些问题的提法尚欠妥当，某些注释亦掺杂谬误，行文显得枝蔓虚玄，但从黄氏所处的时代来看，也是难能可贵的。我们不能割断历史，去苛求古人。

研究、评述前人的学术思想，我认为不在于列述其有几种观点，说了多少精采的话，更为重要的是研究前人为什么有这些观点？我们现在如何分析认识这些观点？换言之，即着眼于前人治学的思路和方法，吸取其学术与思维上的经验及教训，以作前车之鉴，以推后学之进。所以，有必要从思维方法论的角度总结一下黄氏治伤寒学的得失。我体会主要有两方面；

一是厚古薄今。“厚古”，无可厚非，后人就是要在继承前人精华的基础上，推动学术的发展。黄氏的传经理论、气化学说等，都是厚古的成果。但另一方面，厚古要有尺度、有分寸，若厚古厚到精华糟粕不分，或是因厚古而薄今、非今，这就必然导致在学术上泥古而不化，薄今不求新。黄氏迷信风寒营卫，曲解太闲；大批“后世庸工”，持论欠公，均与此相关。

二是片面偏激。一种学术观点的形成，往往需要反复论证，重复强调，才能确立。但这种观点又往往是有前提条件的，有相对意义的，因此不可强调太过，否则容易犯肯定一切与否定一切的错误。黄氏的主气化、贵阳气、崇中气、重肝胆等学说，一方面由于反复的论证，强化了这些观点，完善了这些理论。另一方面，在某些地方未免失之偏激，陷入片面性，从而大大降底了这些理论的科学性，我以为上述两点，是通过研究黄氏治伤寒学，我们应该引以为鉴的。

## 《医宗金鉴·订正伤寒论注》评析

《医宗金鉴》系清·吴谦等集体编撰，全书分十五种，共九十卷，是一部论理精要、通俗实用的医学丛书。《订正伤寒论注》（以下简称《论注》）为丛书之首（1〜17卷），专以阐注《伤寒论》。认为此“系千载遗书，错误颇多”，“书中辞精义奥，注释诚难”。鉴于此，故依方有执《条辨》，并变通其次序先后进行订正，援引《本经》进行注释。现将其主要学术思想及订注特点作一大要述评，

### 1. 重视内因 强调邪从脏化

《论注》强调机体的内在因素是外感热病发病与传变的先决条件，提出了“邪从脏化”的观点。如云：“六气之邪，感人虽同，人受之而生病有异者，何也？盖人之形有厚薄，气有盛衰，脏有寒热，所受之邪每从其人之脏气而化，故生病各异也，是以或从虚化，或从实化，或从寒化，或从热化”。这种联系人体形、气、脏之厚薄、盛衰及寒热禀性的差异，阐发六经发病阴.阳、传变虚实、证候寒热的观点，是十分可贵的，体现了中医的辨证思维特点，符合外感热病的发病规律。六经证候的产生无不是外感病邪与人体脏捬经络、气血津液相互作用的结果，正如《伤寒论》云：“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”。这种以素体阴阳之偏盛偏衰来决定病发阴阳的认识，《论注》提出“邪从脏化”的理论又给予了进一步的发挥。

### 2. 阴可相传 驳斥千古定论

伤寒传经为热，直中为寒，可谓千古定论，为众多伤寒注家所沿称，《论注》对此则提出质疑：“自后汉迄今，千载以来，皆谓三阴寒邪不传，且以伤寒传经阴邪谓为直中，抑知直中乃中寒之证，非传经之邪耶！是皆未曾熟读仲景之书，故有此说耳。”并打破旧论，主张“阴可相传”，为六经病传变提出了新的理论，丰富了传经内容。

“传经为热，直中为寒”，是受六经病循径传变理论的影响。三阳病在前，自然无阴邪内传之理。其实，三阳发病并非无寒，三阴发病亦并非无热，所谓传寒传热，重在见症，岂有热传寒不传之理！《伤寒论》270条云：“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪”。318条：“伤寒四五日，腹中痛，若转气下趋少腹者，此欲自利也。”384条：“伤寒……却四五，至阴经上，转入阴必利。”等等，均是阴可相传、传经为寒之明证。至于由于失治误治而阳从阴化、寒邪内传、病入阴经者，更是屡屡可见。

总之，传经有热亦有寒，直中有寒亦有热，不可执求一端，划地为牢，自缚手足。《论注》勇于破旧立新，申张“阴可相传”，其治学胆略，实可嘉许。

### 3. 厥阴必厥 揭示厥阴本质

关于厥阴病之实质，至今仍属争鸣的问题。《论注》认为：“厥阴一病，不问寒热皆有厥，若无厥非厥阴也。”并阐述其理：“厥阴者，阴尽阳生之脏”，“厥阴阴极阳生，故寒厥热厥均有之，凡厥者，阴阳寒热之厥也”。《论注》抓住厥阴“阴极生阳”之特点，又进一步指出：“其为病，阴阳错杂，寒热混淆，邪至其经，从化各异。若其人素偏于热，则邪从阳化，故消渴，气上撞心，心中疼热，蛔厥，口烂，咽痛，喉痹，痈脓，便血等阳证见矣，若其人素偏于寒，则邪从阴化，故手足厥冷，脉微欲绝，肤冷，脏厥，下利，除中等阴证见矣。”同时揭示厥阴与少阳表里关系，指出：“少阳不解，传变厥阴而病危；厥阴病衰，转属少阳为欲愈”。申明厥阴病之预后，认为二阴交尽，正虚已极，“阴阳消长，大伏危机”。

可见，《论注》对厥阴病的病理本质、阴阳转化、寒热见证以及脏腑相合、预后转机等，都作了系统而精辟的论述，作为一家之说，对后学不无启迪。

### 4. 释方有道 惟明君臣佐使

《伤寒论》有“方书之祖”之称，《论注》尤为推崇经方之制，认为经方“规距变化之妙，立法成方之旨，各有精义”。所以每释一方，必承仲圣之旨，以萌后学之心。特点是“于每方必审其立方主治之理，君臣佐使之相辅，功能性味之相合”。如释白虎汤云：“石膏辛寒，辛能解肌热，寒能胜胃火……故以为君；知母苦润，苦以泻火，润以滋燥，故用为臣；甘草粳米调和于中宫，且能土中泻火，稼樯作甘，寒剂得之缓其寒，苦剂得之平其苦，使味为佐，庶大寒大苦之品，无伤损脾胃之虑也”。君臣相应，辛苦相对，使主药主治，明白畅晓。它如麻黄汤、桂枝汤、附子汤、四逆散、承气汤、当归四逆汤及白头翁汤等方，均以君臣佐使，层层明折；相须相得，井然有序，堪称善释经方者。

### 6. 治学严谨 特设“正误存疑”

《论注》有鉴于《伤寒论》代远年湮，“传写多讹”，甚至“其有全节文义不相符合，绝难意解者”，特设立“正误存疑篇”于卷末，以备参考。可谓别具一格。篇中对“承讹袭谬”之七十一段条文，予以“正误”；对“证不与脉符，药不与证合”之三十五段条文，予以“存疑”。兹举“订正”经文两例以见一斑。

（1）订正寒实结胸治方

云：“与三物陷胸汤，当是三物白散，‘小晓胸汤’四字当是错简。桔梗、贝母、巴豆三物，其色皆白，三物白散之义，温而能攻，与寒实之理相合。小陷胸汤乃瓜蒌、黄连，皆性寒之品，岂可治寒实结胸之证耶？‘亦可服’三字，亦衍也，倶当删之”。考《千金翼方》本条即“与三物小白散”，足见《论注》之“订正”有所本，并非简单、武断之论，而是以药理“订”之，以治理“正”之，显示了治学的大匠之风

（2）订正桂枝“去皮”说

云：“桂枝气味辛甘，全在于皮，若去皮是枯木矣，如何行解肌发汗之功耶？当删之”。其说虽误（古之桂枝即今之肉桂，“去皮”当是去外之粗皮，即风化皮），但因《论注》不解于此，故提出质疑。也可为其严谨学风的具体的表现。

凡事均应以两分法视之，评述《论注》亦是如此。综观全书，笔者以为主要存在两个问题。

①行文通俗简明，难免随文释义。如传经问题，注解第8条云：“太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也，谓太阳病，其邪传行六日，三阳、三阴经尽。至七日以上，三阳、三阴之病衰，大邪皆去，此不必再经，故自愈也。”此解就是随文顺释，难符医理，注家早有批驳。

②订正精辟大胆，难免偏颇之见。如大黄黄连泻心汤证，认为心下痞“按之濡，”是按之不濡。若按之濡乃虚痞也，补之不暇，岂有用大黄泻之之理乎？”其实，此处“按之濡”乃与按之结硬之结胸证比较而言，具有相对意义，非可补之虚痞。大黄黄连不煎而渍，是舍味取气，意在泻心，不在攻下。

# 临床思辩

## 柴胡加龙牡汤治惊厥案（一）

王XX，男49岁。1981年2月10日就诊。

五年前连丧一儿一女，遂懊怵为病，神志恍惚，喜怒无常。后经治疗，病情减轻，只是性情异常焦躁，近因其侄女从外地探家，像貌颇似其亡女，触动心思，旧病复发，彻夜不寐，闻其声则惊，甚则卒然昏迷，瞬时即醒，每日发作达数次之多，自觉两足灼热难忍。舌边红赤，苔黄腻，中有裂纹，六脉弦大有力。脉证合参，证属肝胆痰热惊厥。忆及徐灵胎曾云柴胡加龙骨牡蛎汤“能治肝胆之惊厥”。遂加减处方：柴胡12克、黄芩9克、制半夏6克、茯芩9克、大黄9克、龙骨30克、牡蛎30克、生姜6克、远志9克、石菖蒲9克、朱砂0.5克（冲），三剂后，头目稍清，睡眠好转，烦惊大减，昏厥仅发一次。续服十五剂，诸证若失。随访三年，一切正常。

## 柴胡加龙牡汤治脏躁案（二）

王XX，女，38岁。1986年7月14日初诊。

悲泣不止，不能自主二个月余。患者在镇办工厂与厂长家属吵仗，未占上风，自觉憋气，回家每每思之，暗暗哭泣，逐渐神思恍惚，郁郁不乐，悲伤落泪，不能自主。后来病情发展至每天都要去公公婆婆坟上哭泣一场，家人劝说无效，似鬼神所驱。先医院诊治，后请神烧香，均无效验。邀余就诊，见舌质暗红，苔薄黄，脉弦细。此情志刺激，肝郁不舒，神魂不宁，乃妇人脏躁证。治以柴胡加龙牡汤合甘麦大枣汤：柴胡12克、黄芩12克、生龙骨30克、生牡蛎30克、大枣20枚、郁金12克、半夏9克、小麦30克、甘草10克。服药6帖，悲泣基本能自制，心情亦好转，夜寐不安多梦，上方加合欢花30克、夜交藤30克、朱砂2克（分冲），继眼6帖。三诊，诸症消失，倦怠乏力。仍以上方稍作加减，又服12帖，完全治愈。追访二年，正常上班，病未复发。

## 柴胡加龙牡汤治视惑案（三）

盛XX，男，72岁.1988年2月25日初诊。

两眼见鬼见妖，满口胡言乱语月余。患者辛劳一生，虽年愈古稀，从未因病而休息过，日前独自一人去菜园挖菜，劳作间隙蹲下休息，约十余分钟后竟站立不起，跌倒在地，被人发现后背回家中。自思年迈已成废人，终日郁郁寡欢，渐至悲悲切切，后发现两眼视物不清，且视一为二。急去县医院诊查，称“眼底动脉硬化”，但服药无效。两眼看什么都是成片成群的，且都是在不停转动的，或盘中走猪，或墙上跑羊，到了晚间，则见鬼见妖，言之凿凿，家人无不毛脅森然，皆恐而避之。白日又自思已见鬼妖，必距死不远，更是心情颓丧，哭泣不止，病情日益加重。其子与余同窗，急邀余往诊。观舌边尖红赤，苔黄，六脉弦劲。此情志不遂，郁而伤肝，肝失疏泄，肝魂不安，乃肝病谵语之证。亦属《内经》之“视惑”证。当治以柴胡加龙骨牡蛎汤：柴胡12克、黄芩9克、大黄6克、生龙骨30克、生牡蛎30克、茯苓12克、天竺黄9克、郁金9克、半夏9克、醋香附9克、炒山栀6克、甘草3克。一月后接函称：服药15帖，心情明显好转，两眼视物恢复正常，亦不胡说八道。效不更方，稍作加减，回函嘱再服6〜10帖善后。随访一年，未再复发。

按；上述惊厥、脏躁、视惑三案，均属怪病奇证，尽管病症有别，但病因均为精神刺激，致情志不遂，抑郁为病。病机均为肝失条达，神魂不宁。《内经》云“肝藏血，血舍魂，虚则恐，实则怒”。故为病或惊或厥、或悲或泣。又《内经》云“肝主语”，魂乱无主，语言失控，故为病胡言乱语，如鬼所作。又《内经》云“肝在窍为目”，肝魂迷乱，两目视惑。凡此种种，虽临床表现不一，但病因病机大同，故可异病而同治。

柴胡加龙骨牡蛎汤，为伤寒误下、热壅少阳、肝胆失疏、烦惊谵语而设，乃小柴胡汤去甘草，加龙骨、牡蛎、铅丹、桂枝、茯苓、大黄组成。柴胡、黄芩，枢转少阳，条达肝气，清泄郁火。龙骨、牡蛎、铅丹，质重下沉，安镇神魂。半夏祛痰、大黄泻热、茯苓养心、桂枝平冲。参、枣、萎三味，益气扶正。临床运用，每去铅丹之毒、参枣之壅、桂枝之辛。然后根据具体病情，或加祛痰宁心之品，如远志、菖蒲、天竺黄、南星等；或加疏达肝郁之品，如郁金、香附、白芍、枳壳等；或加安神催眠之品，如枣仁、朱砂、夜交藤、合欢花等；或合甘草、小麦、大枣等味甘益气之品。总之，应加减变通，使方证相合。本方疏（肝）、镇（魂）、清（热）、养（心）具备，为治肝胆失疏，情志不遂所致“怪病”之良方。

## 小柴胡汤治妇人热入血室案

孟XX，女，52岁，1982年11月22日初诊。

感冒头痛，咳嗽乏力，鼻塞流涕达五十余天。且时伴夜间寒热，项背不舒，耳鸣腰痛，口干心烦，寐中多梦。舌淡红，苔薄黄，脉沉弦，重按较虚。查阅以往病例，历经十余诊，服药达四十余剂，且解表、理气、疏肝、养血诸法遍施。久久思之，竟方无从出。遂又详问病史，患者云近两年经水紊乱，其中10月底至11月初前后间隔6天，又连续阴道流血两次，量多，色暗，夹有血块，随之寒热诸症加重。猛然悟出：此为热入血室。遂与小柴胡场加减：柴胡12克、黄芩9克、党参9克、半夏9克、生姜5克、大枣4枚、当归10克、赤芍10克。服三剂，寒热诸证即除，惟鼻流清涕，两目发胀，药已中的，原方加减续服六剂，延至两月之病，竞告痊愈。

按：小柴胡汤本是少阳病主方，亦可治“妇人中风七八日，续得寒热，发作有时，经水适断”的热入血室证。本例患者尽管是更年期经水紊乱，而非正常行经，但其热人血室的病理却是相同的。皆因经水下泄，血室空虚，表热内陷，结于血室。虽然证候较为杂乱，但夜间寒热如疟，即属“但见一证便是”，故以小柴胡汤得汗而解。

## 吴茱萸汤治眩晕案（一）

王XX，女，47岁，淄博市红旗印刷厂工人。1982年12月13日初诊，门诊号009210。

主诉：头痛、目胀三年，近日加重。伴全身酸胀发紧，失眠多梦，心烦易怒，大便偏干。素有高血压病史，现血压170/110毫米汞柱。查阅以往病例，前医曾治以龙胆泻肝汤，但血压反升，症状不减，大便亦溏，胃中嘈杂。复又给予天麻勾藤饮，服六剂后，又出现颜面浮肿，皮肤发紧，难以忍受，血压升2190/110毫米汞柱。前车有辙，结合病人舌淡胖、苔薄白，遂改用吴茱萸汤试治之：吴茱萸9克，党参10克，大枣5枚，生姜5片，葛根12克，泽泻12克，云苓20克。二帖，分早、午、晚三次服。

12月16日二诊：头痛若失，目胀减轻，小便增多，脉由弦劲转为弦滑，血压降至145/100毫米汞柱4共服药12帖，除偶有心烦外，余皆平妥。

吴茱萸汤治眩晕案（二）

高XX，男，35岁，1982年11月15日初诊。

患者于八年前饮酒后遂罹眩晕病，经医院检查诊为高血压病。以后经常复发，每发则眩牵头痛，头重脚轻，耳如蝉鸣，手指麻木。每于冬季加重，夏季减轻，查舌淡苔薄白滑，左脉滑，右脉沉弦细，血压150/100毫米汞柱。因舌苔白滑，诊为肝胃寒浊上逆清阳不升之眩晕证，治以吴茱萸汤加减：吴茱萸12克、党参12克、生姜5片、大枣4枚、葛根10克、杜仲15克、菟丝子20克，服上方三剂，眩晕、头痛、耳鸣三症若失，唯血压未降。药已中病，续服三剂，血压降至140/94毫米汞柱，先后服药12剂，血压降至130/90毫米汞柱。随访两个月未再复发。

按；吴茱萸汤之治三见于《伤寒论》：“食谷欲呕者，属阳明”。“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死”。“干呕，吐涎沫，头痛””。三者分经不同，见证各别，而病机则一，即肝寒挟胃浊上逆。第二例见白滑寒浊之苔，肝寒之机显然，故治以温寒降浊的吴茱萸汤效应桴鼓。第一例则不然，前医不顾病人客观实际，执凿于肝阳上亢，给予龙胆泻肝汤、天麻勾藤饮等泻火潜阳之方，由于以寒治寒，结果非但无效，血压反而上升，病症日益加重。此例证治说明，辨证思维的正确与否，是十分重要的。目前有一种把西医的高血压病与中医之肝阳上亢等同视之的现象，对本病之治往往按图索骥，皆以平肝潜阳。确是肝阳上亢者自然有效。非属肝阳上亢者（如寒浊上逆、清阳下陷、湿痰内郁等），则其治必然适得其反，越是“平肝”，肝越不“平、越是“潜阳”，“阳”反上亢。这种教训是不少的，应当引为重视，概念务必分清，临证首在辨证，本治即是证明。

## 当归四逆加吴茱萸生姜汤治关节脱位案

冯XX，女，19岁。1982年12月8日就诊。

一月以前患感冒愈后，遂发关节脱位，近每因体力过重或体位不适而频频发作，尤以左侧髋、腕关节较甚，脱位时惊恐万分，痛疼不可转侧，伴冷汗淋漓，有时每日脱位竟达数次之多，必以手法整复适可复位。中西药跟近月余毫无效验。本证颇怪，未敢孟浪，经详查细诊，发现其手足常年欠温，冬季尤甚，时眩晕头重，舌淡苔白，六脉沉细，显属血虚内寒。既无对症之方，当从整体施治，遂与当归四逆加吴茱萸生姜汤：桂枝15克、赤白芍各20克，当归15克、细辛3克、生姜5片、大枣5枚、炙甘草20克、路路通15克、吴茱萸6克。上方服三剂，手足转温，关节仅脱位一次，两小腿腓肠肌有缩引疼痛感，原方继服六剂。后因诊治他病，问知患者尔后关节从未脱位。

按：《伤寒论》云：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。若其人内有久寒者，宜当归四加吴茱萸生姜汤”。肢厥是内寒，脉细属血虚，久寒则言素体阳虚也，是知本证病机为内外合邪，血虚寒厥。关节脱位，证属罕见，但从手足凉，脉沉细，联系“久寒”，知本患者是素体阳虚血亏，感受伤寒后，更伤阳气阴血，遂致筋脉失养，不能维系关节，从而生产脱位怪证。病虽各异，理则一致，故遣以本方，竟收良效，体现了异病同治之妙。

## 厚朴生姜半夏甘草人参汤治虚胀案（一）

董XX，女35岁，演员1982年4月30日初诊。

胃脘撑胀牵引两胁数年，时好时犯，每因饱食、受凉或情志不遂诱发或加重、倦怠乏力，食欲不振，呃气频作，舌淡苔薄，右脉沉，左脉反关。诊为肝胃不和，与柴胡疏肝散加消导、温中之品，三剂。二诊，胃脘倍胀，呃气不止，手足怕冷，病家第三剂药竟未敢服用。愈疏愈胀，无疑是犯了虚虚之戒。遂改拟厚朴生姜半夏甘草人参汤加茯苓、炒白术、良姜、丁香，三剂。腹胀减轻，食欲好转。续服九剂，腹胀消失，仅纳凉、过饱胃脘稍有不适，改附子理中丸善后。

## 厚朴生姜半夏甘草人参汤治虚胀案（二）

姚XX，男44岁，工人，1982年6月10日初诊。

脘腹胀满半年余，初病食后加重，现在不食也胀，稍一进食则撑胀难忍，且伴有下坠感，饮食逐渐减少，消瘦，体力下降，时恶心，眩晕，大便时干时稀，舌淡红，苔薄，脉沉弱。钡餐透视：胃炎。屡经中药（多为消导行气之品）及西药治疗无效。本证迁延日久，且屡用消导之品克伐胃气，属虚胀无疑，当补虚消胀，与厚朴生姜半夏甘草人参汤加炒枳壳、炒白术、陈皮、石斛，三剂。进食后腹胀减轻，续服六剂，进食仅稍有下坠感，后以人参归脾丸调理而安。

按：1. 腹胀须分虚实。胀，多是暴饮暴食，超过胃的正常负担，致使食物及气体停积于胃而形成胀病。即《内经》“饮食自倍，肠胃乃伤”之谓。也有大便秘结，腑气不通，影响胃肠的传导功能，使食物、糟粕及气体停积于胃肠而形成胀满病。此均属实胀，分别治以消导、通下，较易治愈。虚胀，多是因虚而胀，本虚标实，脾胃气虚是本，腹膨胀满是标。辨证稍有不慎，极易将标作本，以消为治，而犯虚虚之戒。例一、例二就是这样，其结果是愈消愈虚，愈虚愈胀。特别是例一，病家竟连药都不敢脤用，足见在脾胃虚弱的情况下，消导疏气药克伐胃气是很严重的。李克绍老师在《胃肠病漫话》中说过：“消食宽胀药，只有在胃肠消化功能还不算太虚的情况下，才能发挥消饮食的作用，如胃肠虚弱的程度已很重，那只能先健补脾胃，不能奢想撇开胃肠的作用，只靠一包神曲、麦芽就能把所进的食物消化掉。相反地，在胃肠功能极为衰弱的情况下，这些药非但不能消食，而且还能消耗胃气。”这确为经验之谈.所以，治疗胀满病，当服用消导药、理气药无效，或愈服病情愈重时，就应想到这可能是属于虚胀。

2. 补以消胀，为虚胀之治疗大法。这在《内经》中称之为“塞因塞用”。虚胀，是因虚而胀，补虚虽为正治，但由于脾胃功能极度衰弱，有时会出现虚不受补的情况。虚胀之治，若一味消胀，会愈消愈胀；同样，若一味守补，也会造成虚不受补。这也是由脾胃生理特性及本病病机特点所决定的。胃主受纳，脾主运化，脾胃之气，一升一降，才能使精微得布，糟粕得下，以共同完成饮食的消化吸收。因而，只有顺应其生理特性，补中有通。这样，脾胃则受纳运化有度，升降出入有常。另外，本病属本虚标实，补虚治本固然重要，而消胀治标亦不可轻视。当以补为主，补消兼施，标本同治。叶天土云：“通补则宜，守补见谬”。可作为虚胀证治之圭臬。

3. 厚朴生姜半夏甘草人参扬载于《伤寒论》。原文云：“发汗后，腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参场主之。”是知本方为发汗致阳气外泄，脾虚不运，气滞腹胀而设。尤在泾释之云：“发汗后，表邪虽解而腹胀满者，汗多伤阳，气窒不行也。是不可以徒补，补之虚气愈窒。亦不可径攻，攻则阳气益伤。故以人参、甘草、生姜助阳气，厚朴、半夏行滞气，乃补泄兼行之法也。”诚如所言，人参、甘草，补虚以治本；厚朴、半夏、生姜，消滞以治标。全方以补为主，补中有消，正合“通补”之旨，使中气健，滞气消，胀满除。上述二例，少者仅服六剂，多者十五剂，即告治愈。说明本方确是治疗虚性腹胀的一张有效方剂。

在治疗中尚要注意几个：①原方原朴与生萎用量较大，偏于行气通滞。然而，经方之用，贵在变通。临床可根据实际情况，决定其补与泻之偏重及药物之加减。②虚胀之治应善于守方，不可急于求成。若图一时之快，必适得其反。③胀满消除后，要根据具体情况，丸药善后，以防复发。

## 桃核承气汤治便血案

马XX，男，34岁，山东省定陶县西关农民，1982年5月18日初诊。

大便下血四个多月，色或鲜红，或暗红，脐腹偏左部位阵发性隐痛。历经县市级医院诊治无效，又经本地中医治疗，病渐加重。遂来省人民医院检查，诊为“溃疡性结肠炎”。患者见所开之药，仍如前服过之药，便来中医院求治于中医。复査大便常规：OB卅，脓细胞少许，白细胞少许，红细胞卅。舌苔如常，但脉沉而滞涩。检阅以往病例，发现所治，除消炎外无论中医西医，竟全是一派止血药。针对此种情况，结合脉涩、腹痛，考虑当属“下焦蓄血证”。治宜通因通用，活血止血，予桃核承气汤加减：赤白芍15克、桃仁9克、大黄6克、丹皮12克、桂枝6克、炙甘草6克、炮姜炭6克、生黄芪30克、二七粉4克（分冲）。6帖，水煎，分早午晚三次服。患者带药返回家乡。

6月2日接函称：服至第二剂，腹痛剧烈，随后解下“很多就象黑凉粉似的病块”。以后每服一帖药后，都解下此种块状物，但逐渐减少，鲜血也随之减少，询问能否续服上方，需要改方与否。遂于前方去桂枝、丹皮，加当归9克，嘱继服6帖。

6月17日又接函称：服完药后，周身轻快，至今未见大便下血，去当地医院化验大便亦正常。后改汤为丸，继服一个月，复查病愈。

按：桃核承气汤主治下焦蓄血证，蓄血即瘀血也。病如症瘕积聚（肿瘤、宫外孕、附件炎等）之类。《伤寒论》指出的蓄血证的辨证指征为“少腹拘急”或“少腹硬满”。们本例仅脐腹部隐痛，并不见包块肿硬，亦不见“如狂”之类的症状。且为肠炎便血病，当属“血证”的范畴。所以此证之辨之治，出于常规之外。之所以诊为下焦蓄血证，治以活血祛瘀、通因通用。主要的辨证思维有二：一是前医按血证常规治法，行清热止血治疗无效。二是虽瘀象不典型，但仍有腹痛、脉涩的蓄血脉症可辨。服药之后，出现“腹痛剧列”，并大便排出“黑凉粉”状物、而随之便血亦逐渐减少、消失，肠炎治愈。证明本例之辨证论治的思维还是基本正确的。由于本证属“血证”，蓄血的特征并不明显、所以桃核承气汤之用亦当加减。大便不硬，故去芒硝之咸寒软坚。另加赤白芍、丹皮凉血活血；加三七以祛瘀止血；佐炮姜炭以温通止血；加黄芪以补气摄血。由于灵活加减，尚属得当，故取效亦速。

书名：伤寒思辩

作者：姜建国

页数：294

SS号：10721288

出版日期：1995年12月第1版