

# 代前言

应杨建宇老师(国医大师孙光荣传承工作室主任、中和医派掌门人，中华中医药学会光明中医杂志主编、中国中医药现代远程教育杂志主编，中国医药新闻信息协会中医药临床分会执行会长)之约，诊务之余，整理学研经典、临证之感悟。文集选录业已发表的论文三十二篇。分基本概念、基本方法、六经钩玄、用药心法、医案医话、学术争鸣、基金项目等七部分。其中六经钩玄贯穿伤寒论太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴全章节；医案医话多而繁琐、微信公众号可查，且多未正式发表，故未录入。收录之文，中医学者医者，若能沉心读取，或可有所裨益，是我最大的心愿。

## 作者简介：

李登岭，男，山东省莘县人。历任莘县中西医结合研究所所长，李登岭中医诊所主治医师。大学学历，中华中医药学会会员，中华中医药学会仲景分委委员，河北省中医药学会肿瘤专业委员会委员，聊城市科协科技项目评审专家库成员。县九、十、十一届政协委员，聊城法治文化交流促进会副会长。荣任仲景书院（国医黄埔军校）授课老师，应约讲授六经病串讲—《中医临床实战的灯塔》。曾应邀在聊城市人民医院、市中医医院、聊城大学开展学术讲座。历次担任国家级、省级中医药继教项目授课老师，及参与省级中医药科技发展计划项目。多次荣获国家级中医药科技期刊优秀论文奖、优秀作者奖。发表科核、国家级期刊学术论文 30 余篇，获县级科技进步奖一项，市级学术成果奖六项，国家发明专利一项【一种治疗顽固性头痛的药物(专利号：03143715x)】。入编《中华名人大典》第五卷。从事中医临床工作近 30 年，主治头痛、心脑血管病、肿瘤等内科及外科、妇科疾病。

# 目录

## 基本概念

一，谈谈《伤寒论》中的“合病”、“并病” ..... 5—9

探讨《伤寒论》“合病”“并病”的概念，溯源伤寒论的学术背景，重视以其原始概念，解说伤寒论学术思想的重要意义。

二，谈谈《伤寒论》中的“两感证” ..... 9—13

探讨《伤寒论》“两感证”的概念，明辨《内经》、《伤寒论》“两感”、“传经”概念之异同。

## 基本方法

三，小青龙汤方药加减管窥 ..... 13—16

以探讨“小青龙汤方药加减”为例，提示用历史发展的观点研究仲景学说。

四，宋本《伤寒论》十卷二十二篇“397法”考辨（文中涉及近、现代各中医名家的考证） ..... 16—31

首次提出宋本《伤寒论》“397法”标准答案。恩格斯：一个人如想研究科学问题，最要紧的是对于他所要利用的著作，学会照著者写这部著作的本来的样子去研读，并且最要紧的是不把著作中原来没有的东西塞进去。

## 六经钩玄

五，浅说桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤的发汗力大小 ..... 31—36

“桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤的发汗力大小”之百年误教误读，应当警醒中医人：独立思考的重要性；理论研究不可浮于表面；理论和临床不可脱节。否则，只会人云亦云、以讹传讹。

六，小议小陷胸汤证“按之则痛” ..... 36—39

探讨仲景学说小陷胸汤证“按之则痛”本意

七，再议小陷胸汤证“按之则痛” ..... 39—44

正确解读小陷胸汤证“按之则痛”，实事求是的引用刘老医案，善莫大焉！

八，《伤寒论教材》痞证之成因“无热可入”辩 ..... 44—46

理论出于临床，理论指导临床；临床是理论架构的基础，也是理论升华的始动力。

九，“项背强几几”如是说 ..... 46—53

思考：项背强几几证是太阳伤寒还是太阳中风？桂枝加葛根汤有无麻黄？先师王公没说清楚还是众臣林亿等没听明白？

十， 小议仲景方中“石膏如鸡子大”	53—60
请问：国家“十一五”科技支撑计划(2006BA121B03—12)资金援助项目“仲景方中“石膏如鸡子大”的折算研究”中，“石膏如鸡子大”到底有多大？这不是一个可有可无的问题！	
十一， 也说阳明病白虎汤、白虎人参汤证	61—67
以“白虎汤、白虎人参汤证”为例，考究“白虎汤、白虎人参汤证”和阳明病症有没有对等关系；阐明“白虎汤、白虎人参汤证”非“阳明经证”的临床意义。	
十二， 试论大柴胡汤证为少阳病本证	67—73
原以为此论题常识共识、人所共知，不意廿年前，刘老学术包容、慧眼慧视、诱掖后进。本文被评审为中国中医药学会第五次全国仲景思想研讨会大会宣读文章。二十年矢志研究，涉及多角度、多版本，均中规矩，偶有所获，余陋亦近常识。	
十三， 论大柴胡汤无通里攻下之用	73—76
第一次提出并论证大柴胡汤无通里攻下之用	
十四， 大柴胡汤证如是说	76—82
论证大柴胡汤证非为少阳阳明合病的临床意义	
十五， 答关于“论大柴胡汤无通里攻下之用”两个问题	82—86
《伤寒杂病论》堪称中医典籍中的科学。真理愈辩愈明，科学出现对立面、出现争鸣是科学的幸运。	
十六，《金匱玉函经》中的大柴胡汤证及大柴胡汤方探析	87—96
认识《金匱玉函经》中的大柴胡汤证和小柴胡汤证为并列关系，同属少阳病本证。确立大柴胡汤无通里攻下之用，大柴胡汤证为少阳病本证的相关理论。	
十七， 浅说成无己“注解伤寒论”和“伤寒明理论”中的大柴胡汤、证	97—104
通过疏理、分析《注解伤寒论》、《伤寒明理论》中，大柴胡汤、证的条文及注解，进一步推导大柴胡汤、证的汤方功效和汤证实质。从成氏对大柴胡、证的论述中，可以看出，成氏不认为大柴胡汤有通里攻下之用，而只有祛里热之功。但同时成氏认为小柴胡汤为和解少阳专方，不认为大柴胡汤专为和解少阳而设。	
十八， 从小建中汤证管窥“伤寒传经”及其汤方应用	104—111
探讨伤寒谓“传”和“传经”的不同含义及其对小建中汤应用的指导意义。学习李克绍老师的六经病前驱期、定型期的经界理论，对认识小建中汤汤方，药虽平淡，但适用范围宽泛，疗效确切，平中见奇，有重要的学术价值和现实意义。	
十九， 试说四逆散证为少阴病本证	112—122
正解四逆散证为少阴病本证，其病在少阴、证为阳虚致郁。改变了以往对少阴病四逆散证的认识，拓宽四逆散方的处方化裁思路及临床应用范围。	
二十， 经方大承气汤治疗慢性心力衰竭的体会	122—126

经方是活法变法！中西医结合治疗临幊上现代医学诊断的系统疾病，应以中医基础理论的辨证论治为核心，不仅不应局限于现代医学已知的治疗原则而去找相应功效的中药，而去找相应功效的方剂，而是可能启示现代临幊治疗的原则和方法的进一步拓展。

## 二十一，厥阴病实质考辨及治法探微·····127－138

从仲景学说的版本、学术的科学发展进程。考证辨识厥阴病实质及分析探讨厥阴病治法。可以洞明厥阴病“竟是千古疑案”一说，其因历史原因，受《伤寒论》版本及传播限制，致使其文献考辨大误，因而临幊理解有失偏颇。在文献研究、出版、发行如此发达的现代，厥阴病“千古疑案”可拨云见日、水落石出。

## 用药心法

### 二十二，从经方麻黄用量的变化揣度仲景表里用药心法···138－143

从经方中麻黄的用量变化探讨仲景治疗伤寒杂病表里证的用心法。发现仲景解表、清里用药之法安全稳妥、法度井然、高效速效。可知，经方一剂知，二、三剂止的疗效来源于仲师用药个体化方法和对药物使用的动态把握。

### 二十三，从“伤寒论”大黄量、煎、服、禁揣度仲景活用大黄心法·····

·····143－152

从经方中大黄的用量、煎法、服法、注意事项、量效关系，探析仲景之大黄用药心法。管窥经方“一剂知，二、三剂已”的疗效，来源于仲师用药个体化方法和对药物使用的动态把握。

### 二十四，小议仲景方中“半夏临床用药剂量” ····152－159

在学习国家科技计划支撑项目，《仲景方中半夏用药剂量及配伍比例研究》（项目编号 No.2006BA121B03-12）后。我个人依据“半夏二十株，本云五枚”，结合现代考古学研究成果，推导仲景方中半夏的临床用药剂量。较之于对比方，结论似更为合理。从而提示研究仲景学说，读原文、善思考的重要性。熟练掌握仲景学说是研究、运用仲景学术的基石。

### 二十五，浅说仲景方“一剂知，二、三剂已” ····159－164

通过疏理六经病中各经病典型方剂，分析用药作用取向、药后反应及其与测度疾病转归的关系。探讨六经病中各经病方剂典型、精准用药取向，并以药后反应为参照系，从而使疗效达到“一剂知，二、三剂已”。

### 二十六，甘草泻心汤治疗慢性肾功能衰竭两则·····164－169

依据《金匱要略》百合狐惑病脉证并治第十五，其理、法、方、药，正合肾衰病脾肾气虚、以至阴阳俱衰、湿浊邪毒内蕴之理，亦合其补脾益肾、清解浊毒之法，因之以方药验之临幊。疗效满意。故应进一步研究、使用，以便总结、归纳，进一步提高临幊疗效。

## 医案医话

限于篇幅，医案医话部分见微信公众号“执业医师李登岭”

## 学术争鸣

### 二十七，《脉弦滑质疑》辨析 ····169－171

“脉理精微，其体难辨”，脉象是一种形态的集合，也是一个运动过程的集合。后学者“诚能留心研究”方可“比踪先贤，代无夭横”。

## 二十八，就“少阳腑实证与仲景用大柴胡汤”与郝万山教授商榷……

.....171—176

研究发现“少阳腑实证与仲景用大柴胡汤”一文四个方面的观点，无一能够站得住脚！当然，我不能以一家之言反驳先生，而是尽量以仲景原文、释义，及临床事实等原始的材料作为论据，进行一些必要的论证。

## 二十九，就“试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”一文与王永炎等商榷.....177—189

论证新型冠状病毒肺炎非“寒疫”，暨“证伪‘试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎’的可行性研究。从武汉此疫气候状况，结合寒疫概念及此疫运气推演的认识，推断其“从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”无指导性、实用性、可行性。

## 三十，浅说“寒疫”.....190—200

中医经典的“寒疫”概念是明确的，且中国科学技术名词审定委员会审定的“中医药名词术语”，已有明确的“寒疫”、“湿疫”概念。据国家卫生健康委员会“2019年12月以来，湖北省武汉市出现了新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)疫情，截至2020年2月2日24时”的累计病例报告，其“新冠肺炎”属于中医学“寒疫”、“寒湿疫”的范畴尚待商榷；中医概念、术语规范化任重而道远。

## 基金项目

### 三十一，成无己里籍考.....200—204

### 三十二，论大柴胡汤应为治疗少阳证主方.....205—211

## 附篇

### 《和家氏伤寒论》仲景脉法述要.....212—223

仲景脉法，简明实用，质朴科学、不尚空谈。此篇结合拙论《辑录王叔和伤寒卒病论残卷》，及《和家氏伤寒论》97方，即是仲景学说脉、证并治之精华。约略万字，字字千金。诸君留意，则思过半矣！

## 基本概念：

### 一，谈谈《伤寒论》中的“合病”、“并病”

李登岭 赵红霞 李好 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨《伤寒论》中有关“合病”、“并病”的含义及意义。方法：通过对《伤寒论》条文中“合病”、“并病”概念的条文检索及应用举例，结合后世注家，及《伤寒论讲义》关于兼证、变证的分类讲解。对比研究分析。结果：《伤寒论》中“合病”、“并病”在伤寒大系疾病分类中的重要作用。结论：用《伤寒论》原始概念，追溯《伤寒论》的时代背景中，解说其学术思想有重要意义。

“合病”、“并病”是《伤寒论》六经辩证特有的中医学名词。用以表述不能用单用某一经来归纳的复杂证候，对阐明外感热病的发生和发展的连续性、复杂性，有不可或缺的意义。

合病是指两经或三经的证候，无先后之顺序同时出现，即视为同时出现的各经病的合病。《伤寒论》中凡见于太阳阳明合病，太阳少阳合病，少阳阳明合病，及三阳合病等。

并病是指一经的病证未罢，而又出现另一经的证候，其证候之出现有先后顺序。即视为两经之并病，称为“并病”，通常认为《伤寒论》中有太阳阳明并病和太阳少阳并病两种<sup>[1]</sup>。笔者发现尚有阳明少阳并病，如第 104 条讲柴胡证丸药误下后的少阳阳明并病证治[五版《伤寒论讲义》并不承认此条是少阳阳明并病（见该书 P6、147）]。就其病之由来去往，以及方药化裁，此当属阳明少阳并病。

先逐条列出《伤寒论》原文之合病。如太阳阳明合病：第 32 条，太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。第 33 条，太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之。第 36 条，太阳与阳明

合病，喘而胸满者，不可下，宜麻黄汤。如太阳少阳合病：第 172 条，太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤。若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。少阳阳明合病如：第 256 条，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。三阳合病如：第 189 条，阳明中风，口苦、咽干、腹满、微喘、发热、恶寒、脉浮而紧。若下之，则腹满小便难也。第 219 条三阳合病，腹满，身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。发汗，则谵语。下之，则额上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎汤主之。第 268 条，三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。

再逐条列出《伤寒论》原文之并病。如太阳与阳明并病：第 48 条，二阳并病，太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明，续自微汗出，不恶寒。若太阳病证不罢者……。第 220 条，二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足热汗出、大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤。如太阳与少阳并病如：第 142 条，太阳与少阳并病，头项强痛，或眩冒，时如结胸，心下痞鞭者，当刺大椎第一间、肺俞、肝俞，慎不可发汗。发汗则谵语，脉弦，五日谵语不止，与刺期门。第 150 条，太阳、少阳并病，而反下之，成结胸，心下硬，下利不止，水浆不下，其人心烦。第 171 条，太阳少阳并病，心下硬，颈项强而眩者，当刺大椎、肺俞、肝俞，慎勿下之。笔者认为，仲景原文未明确写出并病者，亦有是并病的条文。阳明少阳并病如：第 104 条，伤寒十三日不解，胸胁满而呕，日晡所，发潮热，已而微利，此本柴胡

证，下之以不得利，今反利者，知医以丸药下之，此非其治也。潮热者，实也。先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。本条所谓少阳兼里实证，即少阳阳明并病。

在合病者，三阳病中，两阳合病《伤寒论》之明文，凡见三类（太阳阳明合病，太阳少阳合病，少阳阳明合病），从三阳病取任意两阳病组合的角度讲，列述已饱和  $[C(2, 3) = 3]$ 。加上《伤寒论》中有三阳合病  $[C(3, 3) = 1]$  等，共四类合病，论述了合病的全部可能存在的情况，所以以合病论述病证的情况，仲景是全面而周道的。在并病者，三阳病中，二阳“并病”《伤寒论》之明文，凡见两类（太阳少阳并病、太阳阳明并病）。笔者认为尚有少阳阳明并病。当然，条文中仲景未明确“合病”、“并病”者，也有此类复杂证候。

我们试以“合病”、“并病”分析仲景条文。以第 146 条为例，“伤寒六七日，发热微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之”。本条各现代教材讲解，多以此条归类为少阳病兼变证，谓此条是阐述“少阳病兼表证”的证治。当然我们不否认六经皆有表里，但是在 96 条中，小柴胡汤的七个变法中有，“若不渴，外有微热者，去人参，加桂枝三两，温覆微汗愈”。此处已清晰的讲述了“少阳病兼表证”的证治方药。而第 146 条所述，一者，附方柴胡桂枝汤方后注有：“本云人参汤，作如桂枝法，加半夏、柴胡、黄芩，复如柴胡法。今用人参作半剂”，其用方为小柴胡汤和桂枝汤的各半量的合方，其治太阳、少阳经病无异；二者，加之本证是“伤寒六七日，发热微恶寒，支节烦疼”，太阳证未罢，又出现“微呕，

心下支结”等少阳病见证。此系太阳病未罢，又见少阳证。此属太阳少阳“并病”无异！从仲景习惯，柴胡桂枝汤方，应一方两法，偏表者，应取汗而愈，偏少阳者，应自有汗出，不必温覆！所以本云有“作如桂枝法……复如柴胡法……”云云。柴胡桂枝汤，实则柴胡桂枝各半汤。其条文中叠用两个“微”字，示此证为太少并病之轻者。此处看来，麻桂各半、桂二麻一等，均是仲师心法细微之处。

个人认为这种以“合病”、“并病”分析仲景条文，比从少阳病兼变证的角度，去阐述“少阳病兼表证”的证治，更贴近临床实际，更接近仲景本义。

《伤寒论》中，合病的明文只见于三阳病各条中，而三阴病中各条中未有合病明确条文。而《医宗金鉴》延展仲景合病的范畴，在其“辨合病并病脉证并治”中指出：“诚以人之藏府互根，阴阳相合，三阳既有合并之病，则三阴亦有合并之病，不待言矣。”“如太阳病脉反沉，少阴病反发热，是少阴太阳合病也”。清代医家柯琴，亦认为三阴病可组合、排列有“合病”、“并病”，在《伤寒来苏集》合并启微篇中有云：“病有定体，故立六经而分司之；病有变迁，更求合病、并病而互参之，此仲景之法而尽善也。夫阴阳互根，气随分而神自合，三阳之里，便是三阴，三阴之表，即是三阳。如太阳病而脉反沉，便合少阴；少阴病反发热，便合太阳；阳明脉迟，即合太阴；太阴脉缓，即合阳明；少阳脉小，是合厥阴，厥阴脉浮，是合少阳。虽无合、并之名，而有合、并之实”。可见“合病”、“并病”之说，演进愈来愈明。

《伤寒论》大系中,合病、并病为其原始概念，“兼”证、“兼”症，在《伤寒论》398条原文中并未出现，而“兼”字时有见于方后注中。后世所谓XX病兼证，是为讲解《伤寒论》而加入的概念。笔者认为，其原始概念合病、并病与“XX病兼证”多有重复，为尊重仲景原意、理顺仲景思路，似应强化其原始概念，以“合病”、“并病”类原始概念分解《伤寒论》章节、文意，这样会比解释为“XX病兼、变证”，更易接近仲景。並并溯洄仲景时代、廓清指导仲景的主流哲学思想，则注解《伤寒论》更附合仲景本论之实际！很多问题，按仲景本意理解，方能由博返约、心领神会、执简御繁<sup>[2]</sup>。

须知，传统中医思维做为研究传统中医药学的认识、方法论，是大有裨益的，对临床应用中医药也是正统的！当然不一定让它去做当代医学或当代中医学的主流，另外还因为目前也没有人可堪此重任！正如全国名中医、伤寒学大师王庆国先生，在2017年5月23日，晚间群聊中所说：“登岭说到点子上了。不同时代。主流哲学思想不同，在主流哲学指导下的证治思维亦不同。用当今辩证唯物主义指导下的证治思想理解仲景，鲜有不误者”。

#### 参考文献：

- [1] . 李培生, 刘渡舟. 伤寒论讲义 [M] . 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 6.
- [2] 李登岭. 也说那阳明病白虎汤、白虎加人参汤证 [J] . 国医论坛, 2012, 27 (3) : 6.

## 二，谈谈《伤寒论》中的“两感证”

李登岭 赵红霞 李好 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨《伤寒论》及其研究文献中有关“两感证”论述的含义及谬误。方法：通过对《内经》中“两感”概念的引证、分析，及引述、分析《伤寒论讲义》中所谓“两感证”的释义，溯源《伤寒论》伤寒例篇中的相关论述，论证《内经》中的“两感”概念和《伤寒论》伤寒例篇、《伤寒论讲义》中的“两感”概念的不同。结果：《内经》，与《伤寒论》及其相关文献中的“两感”、“传经”概念确有不同。结论：为理清少阴病表证的证候特征及麻黄细辛附子汤的适用提供理论依据。

我们常说起六经病，一提起太阳病，我们常常以为太阳病在表、属表证，继而演绎出太阳病就是表证、表证即是太阳病。病、证混同一谈，各家莫衷一是。诸如，我们谈及第301条，“少阴病始得之反发热脉沉者麻黄细辛附子汤主之”，古今很多学者以为此为太少两感。作为大学教材，《伤寒论讲义》（五版教材），亦称本条为“两感证”，那么两感是什么意思呢？

《素问·热论》有，“帝曰：其病两感于寒者，其脉应与其病形何如？岐伯曰：两感于寒者，病一日则巨阳与少阴俱病，则头痛口干而烦满；二日则阳明与太阴俱病，则腹满身热，不欲食谵言；三日则少阳与厥阴俱病，则耳聋囊缩而厥，水浆不入，不知人，六日死”<sup>[1]</sup>。在这里，“两感”是指互为表里的阴阳两经同时受邪。“太少两感”即“病一日则巨阳与少阴俱病”，且出现“头痛口干而烦满”。这里的两感指表里两经同时受邪发病。而《伤寒杂病论》注家，所说的两感和《素问·热论》中的“两感”应有不同。《素问·热论》两感于寒，“其两感于寒而病者，必不免于死”的结论，也可佐证《伤寒杂病论》中所谓的太少两感，亦即麻黄细辛附子汤证，绝非《素问·热

论》中的巨阳与少阴“两感于寒”，否则太少两感必死，也就没有以“麻黄细辛附子汤主之”的必要啦。笔者认为《伤寒论》第301条并非所谓“两感证”，而是少阴病表证，或曰：少阴体质的人感受寒邪而发的少阴病表证，亦即少阴体质的人伤寒而致的少阴病表证。《伤寒杂病论》中的六经之经，并非等同、也无法等同经络。

进一步分析《伤寒论》伤寒例篇、《伤寒论讲义》中所谓的“太少两感”，可以发现这是一个充满悖义的“假命题”。我们就第301条辨析，若把少阴病看成是一类或一种病，“少阴病，始得之”其应为“某人，始得少阴病”。这样看来，“太少两感”岂不成了，“某人，始得之少阴病和太阳病”。若单凭发热，就算是又有太阳病，显属不妥，而况条中有“反发热”之“反”字，“反”字恰恰说明此病非属太阳，若属太阳，发热为其可有之症状，何必称“反”！进一步讲，“反发热，脉沉者”其意是讲，本条为少阴病，因“发于阴者，无热恶寒”故本条中“发热”，称为“反发热”。“脉沉”为属阴、在里，为少阴病，“发热”为少阴病之表证。《伤寒杂病论》中六经病皆有伤寒、中风，皆有表证。同理，六经皆可有里证。只是这里的表、里是个广义、相对的概念，其如阴阳之分“数之可十，推之可百”，如《伤寒论》第92条，“病发热，头痛，脉反沉，若不瘥，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤”。本条讲太阳病变证“发热头痛脉反沉”的证治。病发热头痛者，“脉反沉”，太阳病脉浮为其常，脉沉为其变，故曰“反”。“发热头痛脉反沉若不瘥”，“若不瘥”，提示有“瘥”和“不瘥”有两种转归，故曰“若”。一，“发热头痛”脉

象转“沉”，是表邪渐退，疾病当“瘥”。二，若不“瘥”，除头痛发热且有身体疼痛。则脉沉则因于身体见虚，正气不支，故急当救里，宜四逆汤。本条和第（301）条互参，若第301条为“太少两感”证，第92条岂不也是“太少两感”证。然而此条虽系太阳之表，但里虚已甚，救急必须以四逆汤救里为先；彼条虽系少阴，但里虚尚不太甚，故以麻黄细辛附子汤外通内助、表里同治。笔者认为，《伤寒论》第301条和第92条均非所谓“两感证”，而是第301条为少阴病表证，第92条为太阳病里虚证。如此释义，既简洁明了，又便于指导临床用药，使得太阳病中兼有里虚证候势急者，急当救里，以四逆汤，回阳救里，赖以驱外邪；少阴病表证，以麻黄细辛附子汤解表、助阳并举，以扶正祛邪。

笔者研究发现，《伤寒论》所谓“两感”之说，囿于《伤寒论》“伤寒例”篇（此篇多认为是王叔和撰集，而非仲景手笔，后世多删而不讲）<sup>[2]</sup>，其中，如下论述，机械呆滞，脱离实际，尤为不可学习、效法：“阴阳俱病、表里俱伤者，为两感。以其阴阳两感，病则两证俱见。至于传经，则亦阴阳两经俱传也。始得一日，头痛者太阳，口干烦满而渴者少阴；至二日则太阳传于阳明，而少阴亦传于太阴，身热谵语者阳明，腹满不欲食者太阴；至三日阳明传于少阳，而太阴又传于厥阴……”。从“两感”到“传经”，更多的是脱离临床实际、忽悠后学的文字游戏！通读伤寒后，可以发现传经的概念素问和伤寒论不符、对素问五行学说仲景也不感冒，仲景偏于实证，也可以用时髦的话说叫接近科学。但在当时的大背景下，这叫离经背道，他恐怕

没这个勇气。国学大师章太炎发现了这个问题，在谈及伤寒传经问题时，他说伤寒论“是虽撰用素问，而实阴破其义”。“彼说（素问）日行一经，伤寒一日，巨阳受之……。二日阳明受之……。三日少阳受之……。三阳经络皆受病，未入于腑者，可汗而已。四日太阴受之……。五日少阴受之……。六日厥阴受之……。三阴经络皆受病，已入于腑者，可下而已。六日后则偏离六经”。此说（伤寒论）七日行其经尽，是七日为一经也。欲作再经者，亦即过经不愈者，仍在太阳，或热转向里，欲转属阳明，为防止病之深化，故针足阳明。素问在这里论经络受病之状，伤寒则以六经界开病症之表里寒热虚实。通俗地举个例子，这里所说的太阳病，不同价于太阳经的病证，也不同价于表证，而是一个新的范畴！也就是说，在并不复杂的经、传经问题上，伤寒、素问比度观之，大有不同。素问之“阴阳之气，各有多少，故曰三阴三阳也”，虽与伤寒不悖。但以六经阴阳一统病理，却与经络之经大不同，这也是内经上所未有的。以六经阴阳界开疾病，以六经阴阳一统病理，是仲景《伤寒论》对中医学的发展、创新，这也符合科学发展的渐进性规律。

故尔，仲景《伤寒杂病论》或许原无“两感”之说，后人加入“两感”、曲解“传经”，只会使后学者脱离临床、误释仲景本义，使这部少有的中医药学经典著作偏离科学的道路。

#### 参考文献：

- [1] 程士德 孟景春. 内经讲义 [M]. 上海：上海科学技术出版社，1994.
- [2] 李登岭 桂林二越婢一汤证刍议——兼谈《伤寒论教材》注解“脉微弱”之非 [J] 国医论坛, 2016, 31 (6) : 3.

## 基本方法

### 三，小青龙汤方药加减管窥

李登岭 赵红霞 李好 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

【本文发表在《仲景医学求真》（主编，王庆国）2007续三】

《伤寒论讲义》(李培生主编,上海科学技术出版社,1985年5月第1版,以下简称《讲义》)小青龙汤[方药]目中(p37)“若微利,去麻黄,加尧花,如一鸡子,熬令赤色。若噎者,去麻黄,加附子一枚,炮。若小便不利,少腹满者,去麻黄,加茯苓四两。若喘,去麻黄加杏仁半斤,去皮尖。且尧花不止利,麻黄主喘,今此语反之,疑非仲景意。”参考《伤寒论语译》(中华人民共和国卫生部中医研究院主编,人民卫生出版社,1963年6月第1版)及《中医十大经典全录》(陈振相、宋贵美编,学苑出版社出版,1995年1月第1版)等,知“且尧花不止利,麻黄主喘,今此语反之,疑非仲景意”为宋本《伤寒论》编校者按语,现就宋本《伤寒论》本条目所加按语,及《教材》采用的说法提出反意,理由如次。

小青龙汤治“伤寒表不解,心下有水气”之外有风寒、内客水饮之证。就仲景所处的年月而言,《神农本草经》为汉以前药学知识和经验的总结,是目前所知的仲景所能参考的重要资料。现将神农本草经所记麻黄、尧花、杏仁的功能列述如次,即可一目了然:

麻黄,“味苦,温,主中风伤寒头痛,温疟,发表,出汗,去邪热气,止咳逆上气,除寒热,破瘀坚积聚”。

杏仁,“味甘,温,主咳逆上气雷鸣,喉痹,下气,产乳,金疮,寒心,贲

豚”。

尧花，“味苦，平寒。主伤寒，温疟，下十二水，破积聚大坚、徵瘕，荡涤肠胃中留癖饮食，寒热邪气，利水道”。

杏仁，“主咳逆上气雷鸣”；麻黄，“止咳逆上气”。一个“主”字，分明在平喘上杏仁为优，麻黄其次，因而“若喘，去麻黄加杏仁半斤”与仲景原意不悖。

至于“若微利，去麻黄，加尧花”。因“微利”为水趋大肠所至，尧花“下十二水，破积聚大坚、徵瘕，荡涤肠胃中留癖饮食，寒热邪气，利水道”。故因势利导，祛内客之水饮，水饮去，则“微利”止；又尧花有“主伤寒”之说，类麻黄“中风伤寒”之用。故以尧花易麻黄切合仲景原意。

再者“若噎者，去麻黄，加附子一枚，炮。若小便不利，少腹满者，去麻黄，加茯苓四两”，从《神农本草经》看，附子有主伤寒头痛之用，因噎为水饮内停，寒饮上逆，故以附子易麻黄，外治伤寒表不解，内温中化水饮，并无不可。

另外“小便不利，少腹满者”是下焦气化失司，当远表就里，自小便而解，故去麻黄加茯苓淡渗利水，使水邪自小便而解，亦为合理。

最后“且尧花不止利，麻黄主喘”之说是宋本《伤寒论》编校者另有依据，不得而知。《教材》作者似是据现代医药学知识作出的论断，未免过于主观。

综上所述，小青龙汤附后的方药化裁甚为合理、万分精当。《教材》“且尧花不止利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意”，或是宋本《伤寒

论》编校者及《教材》曲解仲景本意,为画蛇添足之笔。我们不可以今日的医药学知识猜测古人的意思,而应以历史的观点善待和尊敬经典的原意。

## 四，宋本《伤寒论》十卷二十二篇“397法”考辨

李登岭，赵红霞，李乔

(莘县中西医结合研究所,山东莘县 252400)

**摘要** 目的：探讨宋本《伤寒论》“397法”之条目计数及法条实质。方法：通读《仲景全书·伤寒论》影印本复印件及参阅其他版本，对“397法”进行分类、统计及辨析法条的实质。结果：“397法”是宋本《伤寒论》特定称谓，其分类包括提纲“法”条、正文“原文”条和正文“校注”条三种。法条实质是宋校书之儒臣为洞明仲景《伤寒论》而编订的具有重要临床指导意义的纲领。结论：宋本《伤寒论》“397法”条目计数清晰、法条实质明确。

《伤寒论》“397法”一说，源自宋本《伤寒论》之“伤寒论序”。其条目计数、法条实质，伤寒名家多有探讨，远如王履、程德斋、方有执、陈修园等先生，近如金寿山、王庆国、钱超尘、李家庚等各位老师。历经数百年，各论精彩、莫衷一是。近年来，得蒙网络科技的快速发展，仲景书如中国中医科学院《仲景全书》、台湾故宫本《仲景全书》及日本仲景书各校本影印件皆可互连传真，真迹影像可现寻常百姓家，使用心之人，可有用心之处。可视起源、见本质，渐知仲景之学本为科学之作。笔者通过通读中国中医科学院图书馆收藏版，印有“中央卫生研究院图书馆藏”之《仲景全书·伤寒论》（赵开美复刻）影印本复印件，及近日查对台湾故宫本《仲景全书·伤寒论》

影印本复印件，悉心研究宋本《伤寒论》十卷二十二篇中“397 法”，终有所获，余不揣浅陋，与大家共勉。

## 1 《伤寒论》十卷二十二篇中“397 法”条目计数的标准答案

《伤寒论》十卷二十二篇中“397 法”之“标准答案”，并非无稽之谈。“397 法”，在宋本《伤寒论》十卷二十二篇中，有明确的文字记录和标识，并以三种方式存在于各篇篇目下及条文中。①见于各篇篇目下以“合 X 法”表述，如“辨太阳病脉证并治上第五”篇目下有“合 16 法”。②见于各篇篇目下以“并见 XX 合病法”表述，如“辨太阳病脉证并治中第六”篇目下有“并见太阳阳明合病法”。③见于各篇篇目后的某些第一提纲“法”条（“提纲‘法’条”的概念，见下文第 2.2 节，下同）下的“前有 4 法”、“前别有 2 法”等。我们把这三类法条，分别统计如下：①三阳病篇合 165 法，三阴病篇合 45 法，霍乱病篇合 6 法，阴阳易篇合 6 法，“可以不可”病诸篇总合 165 法，共计 387 法；②辨太阳病脉证并治中第六篇目下“并见太阳阳明合病法”1 法，辨太阳病脉证并治下第七篇目下“并见太阳少阳合病法”1 法，辨阳明病脉证并治第八篇目下“并见阳明少阳合病法”1 法，辨少阳病脉证并治第九篇目下“并见三阳合病法”1 法，合病法共计 4 法。三阳病中两阳合病凡见三类（太阳阳明合病，太阳少阳合病，阳明少阳合病），从三阳病取任意两阳病组合的角度讲，列述已饱和  $[C(2, 3) = 3]$ ，加上《伤寒论》中的三阳合病  $[C(3, 3) = 1]$ ，共 4 类合病<sup>[1]</sup>。正合此处合病法 4 法。③辨可发汗病脉证并治第十六篇第一提纲“法”条下有小注“五味。前有四法”4 法，

辨可下病脉证并治第二十一篇第一提纲“法”条下有小注“前别有二法”2法，共计6法。①、②、③合计“397法”。

至此，宋本《伤寒论》“397法”已澄彻洞明，是宋本《伤寒论》的特定称谓，是针对经宋臣校定的《伤寒论》一书之提纲“法”条而言，特指《伤寒论》篇目下及其第一提纲“法”条下所提及的“法”。确切地讲，未通读宋本《伤寒论》十卷二十二篇的学者，很难分清“397法”和“398条”的本质区别。现行伤寒论教材及读本，通常只摘录讲解宋本《伤寒论》六卷（自“伤寒论卷二”起，至“伤寒论卷七”止）中的十篇（自“辨太阳病脉证并治上第五”起，至“辨阴阳易差后劳复病脉并第十四”止），所以，学者对提纲“法”条和正文“原文”条（“正文‘原文’”条”的概念，见下文第2.2节，下同）、正文“校注”条（“正文‘校注’”条”的概念，见下文第2.2节，下同）分辨不清，甚则误以正文“原文”398条（计数方法见下文2.2节，概念2中）计作宋本《伤寒论》“397法”。若通读宋本《伤寒论》全文，细读“伤寒论序”原文“校定张仲景伤寒卒病论十卷，总二十二篇，证外合三百九十七法”，则不难看出，其“397法”是谓特定称谓。欲知其所以然，须辨章学术，考镜源流，赘述如下。

## 2 立《伤寒论》“397法”的考证方法

2.1 《伤寒论》“397法”是宋本《伤寒论》治法的特定称谓 《伤寒论》“397法”是宋本《伤寒论》治法的特定称谓，不了解这一点，就无法统计出正确的“397法”条目计数。因为我们现在通行的《伤寒论》398条各版本中的所谓《伤寒论》原文398条，只是宋本《伤

寒论》二十二篇中的部分内容。这些条文取自宋本《伤寒论》“辨太阳病脉证并治上第五”，至“辨阴阳易差后劳复病脉并第十四”十篇中，在各提纲“法”条条文后顶格竖排，条文计数恰好398条。另外，须厘清宋本《伤寒论》中“397法”的“法”及宋本《伤寒论》中的“证”的概念。宋本《伤寒论》“伤寒论序”原文记“校定张仲景伤寒卒病论十卷，总二十二篇，证外合三百九十七法”。其中“三百九十七法”之“法”为特定称谓，“证外合三百九十七法”之“证”字尤为值得注意。中国中医科学院李菲研究员在其《“伤寒论”与中医辨证特色》一文中指出：“《伤寒论》中‘证’的用法较为多样……千余年间，对伤寒病证的描述，从‘证’的用法和含义上看，鲜有出其右者。”其“证”，或指病名，或指方证，或指单一症状，或指一类症状，不一而足。此处之“证”在宋本《伤寒论》为“證”字，汉《说文解字》：證，告也，从言，登声。关于“告”，汉《说文解字》：告，牛觸人，角箸橫木，所以告人也，从口从牛。关于“言”，汉《说文解字》：直言曰言，论难曰语，从口丂声。据此，汉《说文解字》中“證”字，和今之“证”字，意本有不同。“證”意“告”也，似有告知、告诉、说明、表明、证明、证据之意；义部从“言”，直言曰言。“證”外，即“告知、告诉、说明、表明、证明、证据”之外，即“言”外，也可以理解为言外之意、弦外之音。笔者认为，“证外合三百九十七法”之“证外”，意为在仲景《伤寒论》原文之外，编校者提纲挈领，编订法条，合而计之“397法”。故而“397法”之“法”，意指宋本《伤寒论》篇目下、第一提纲“法”条下及正文“校

注”条下所提及的“法”。

2.2 引入概念，以便分门别类 伤寒论“397 法”，自古以来伤寒学家考证颇多，或曰实言，或曰虚指，或以为仲景言，或以为叔和撰，纷纷扰扰，已近不可考。不过，更有可能为宋校书之儒臣所为。所谓《伤寒论》“397 法”，赵刻宋本“伤寒论序”篇与正文中，已清晰可见，了然无可争辨。为辨识、统计“397 法”，我们须明确界定以下三个概念：①提纲“法”条（亦即宋本《伤寒论》，自“辨太阳病脉证并治上第五”起，至“辨发汗吐下后病脉证并治第二十二”止，这十八篇中，起自每篇目后开始的第一、第二及第 X、第 XX 条）。宋本排印这些提纲“法”条时，为明确强调与正文的区别，每行提纲“法”条，均降一字格排印。②正文“原文”条（亦即宋本《伤寒论》，自“辨太阳病脉证并治上第五”起，至“辨阴阳易差后劳复病脉并第十四”止，这十篇中，起自每篇目最后一个提纲“法”条后的各条正文）。③正文“校注”条（亦即宋本《伤寒论》，自“辨不可发汗病脉证并治第十五”起，至“辨发汗吐下后病脉证并治第二十二”止，这八篇中，起自每篇目最后一个提纲“法”条后的各条正文）。值得注意的是，“辨可吐第十九”篇，全篇共计七条条文，篇目下有小注“合二法五证”。“二法”系指“大法春宜下”（第一条）及“凡用吐汤，中病便止，不必尽剂也”（第二条），“五证”系指“二法”后仅有的五条条文。此篇简明，未列出提纲“法”条，篇中诸条均顶格排印。其“大法春宜下”及“凡用吐汤，中病便止，不必尽剂也”两条，正是在“辨可吐第十九”篇目下的“合二法”，“合二法”在

“397 法”之列。这也印证了“辨可发汗病脉证并治第十六”第一提纲“法”条下有小注“前有四法”，以及“辨可下病脉证并治第二十一”第一提纲“法”条下有小注“前别有两法”，这两篇中的“前有四法”、“前别有两法”亦未列为提纲“法”条，而是分别在其第一提纲“法”条下加注。但却和“辨可吐第十九”篇目下的“合二法”一样，必在“397 法”之列。“辨可吐第十九”篇目下的“二法”、“辨可发汗病脉证并治第十六”第一提纲“法”条小注“前有四法”、“辨可下病脉证并治第二十一”第一提纲“法”条小注“前别有两法”，这些正文“校注”条的编排形式的契合，深刻的反映了宋校书之儒臣提练《伤寒论》“397 法”良苦用心。

《伤寒论》正文“原文”条，“初看混然不可分，复看丝丝分明，三看混然一体”<sup>[2]</sup>。初看混混沌沌，是因为不经提纲挈领，不易分清“病脉证治”异同。若经前有提纲“法”条提挈，后有正文“校注”条备注说明，则条理分明。经如此精读，始觉正文“原文”条链接圆润、混然一体。在这三个概念的框架下，宋本《伤寒论》有“397 法”，其提纲“法”条 387 条，加之合病法 4 条，及隐于正文而未列为提纲“法”条，且于相关篇章第一提纲“法”条下有注明的 6 个法条。这样看来，宋本《伤寒论》“397 法”，先明确分出宋本《伤寒论》提纲“法”条、正文“原文”条、正文“校注”条三类条文；再从宋本《伤寒论》二十二篇中检索“合 X 法”、“并见 XX 合病法”、“前有四法”、“前别有二法”，最后统而计之，则其法条计数清晰分明。

2.3 统计《伤寒论》篇目录下小注之“法”、“方”、“合病法”，及每篇第一提纲“法”条下小注之内容。

### 一 辨太阳病脉证并治上第五

法（以下记作 a，下同）：合 16 法。方（以下记作 b，下同）：方 14 首。合病法（以下记作 c，下同）：0。第一提纲“法”条下的小注（以下记作 d，下同）：五味。前有太阳病一十一证。

### 二 辨太阳病脉证并治中第六

a：合 66 法。b：方 39 首。c：并见太阳阳明合病法 1 法。d：七味。

### 三，辨太阳病脉证并治下第七

a：合 39 法。b：方 30 首。c：并见太阳少阳合病法 1 法。d：六味。

前后有结胸藏结病六证。

### 四 辨阳明病脉证并治第八

a：合 44 法。b：方 10 首。c：并见阳明少阳合病法 1 法。d：三味。

前有阳明病二十七证。

### 五 辨少阳病脉证并治第九

a：0。b：方 1 首。c：并见三阳合病法 1 法。d：七味。

### 六 辨太阴病脉证并治第十

a：合 3 法。b：方 3 首。c：0。d：五味。前有太阴病三证。

### 七 辨少阴病脉证并治第十一

a：合 23 法。b：方 19 首。c：0。d：三味。前有少阴病二十证。

### 八 辨厥阴病脉证并治第十二

a：合 19 法。b：方 16 首。c：0。d：十味。前后有厥阴病四证。厥逆

一十九证。

九 辨霍乱病脉证并治第十三

a: 合 6 法。b: 方 6 首。c: 0。d: 四味。前有吐利三证。

十 辨阴阳易瘥后劳复病脉证并治第十四

a: 合 6 法。b: 方 6 首。c: 0。d: 一味。

十一 辨不可发汗病脉证并治第十五

a: 1 法。b: 方本阙。c: 0。d: 方本阙。前后有二十九病证。

十二 辨可发汗病脉证并治第十六

a: 合 41 法。b: 方 14 首。c: 0。d: 五味。前有 4 法。

十三，辨发汗后病脉证并治第十七

a: 合 25 法。b: 方 24 首。c: 0。d: 六味。前有八病证。

十四 辨不可吐第十八

篇目下有小注：合四证。

十五 辨可吐第十九

a: 合 2 法。b: 0。c: 0。d: 0。

十六，辨不可下病脉证并治第二十

a: 合 4 法。b: 方 6 首。c: 0。d: 大承气四味。小承气三味。前有四十病证。

十七 辨可下病脉证并治第二十一

a: 合 44 法。b: 方 11 首。c: 0。d: 加大黄。八味。一法用小承气汤。  
前别有 2 法。

十八 辨发汗吐下后病脉证并治第二十二

a: 合 48 法。b: 方 39 首。c: 0。d: 七味。前有二十二病证。

统计上文中的“法”、“合病法”、“各篇第一提纲“法”条下小注中的“法”，简单计算以上各“法”条，即可得出“397 法”的算术结论： $16 + 66 + 1 + 39 + 1 + 44 + 1 + 1 + 3 + 23 + 19 + 6 + 6 + 1 + 41 + 4 + 25 + 2 + 4 + 44 + 2 + 48 = 397$ 。

### 3 探源“397 法”法条实质及破解古今学者考辨迷乱之源

3.1 用 2.2 中的三个明确概念分析王履等“397 法考辨”之误 《伤寒论》“397 法”是宋本《伤寒论》治法的特定称谓。通读宋本《伤寒论》十卷二十二篇，是考辨“397 法”法条实质的前提。只有认清宋本《伤寒论》“397 法”这一特定称谓，厘清提纲“法”条、正文“原文”条、正文“校注”条这三个概念，探讨“397 法”才能把握实质、缕清法条。王履“余自幼童时……以为伤寒治法，如是之祥且备也。及考之成无己注本，则所谓三百九十七法者，茫然不知所在”。虽其考证详实，但因限于当时宋版《伤寒论》的发行、传播及内容完整性等问题，或限于考证“397 法”以成无己注本为参考底本，而成无己注本“有不少牵强附会之处，且对引用文字多处加以省略或改变”<sup>[3]</sup>，加之《注解伤寒论》<sup>[4]</sup>已打乱宋本《伤寒论》编排体例，略去本文所称的宋本《伤寒论》之提纲“法”条，致使以“成无己注本”为底本计数“397 法”近乎不可考。所以王履考证“397 法”失于精准。王履《医经溯洄集·伤寒三百九十七法辨》认为，“少阳篇有小柴胡汤一法，其不言者，恐脱误也”，是为大方之家百密一疏。笔者不赞同“脱误”之说。原因有二：①假若宋本《伤寒论》辨少阳病

脉证并治第九篇目下小注有“合一法”，则因其正文“原文”条“本太阳病，不解……与小柴胡汤。方一。”之前，尚有3条正文“原文”，那么按照宋本《伤寒论》编排惯例，辨少阳病脉证并治第九篇第一提纲“法”条下，应注有“前有少阳病三证”。（这在宋本《伤寒论》属编排惯例，如“辨太阳病脉证并治上第五”篇，因其正文“原文”条，第12条“太阳中风，阳浮而阴弱……桂枝汤方主之。方一。”之前，尚有11条正文“原文”，所以第一提纲“法”条下，注有“前有太阳病一十一证”。又如“辨阳明病脉证并治上第八”篇，因其正文“原文”条，第207条“阳明病，不吐不下，心烦者，可与调胃承气汤。方一。”之前，尚有27条正文“原文”，所以第一提纲“法”条下，注有“前有阳明病二十七证”。如是各条，恕不一一枚举）。而该篇第一提纲“法”条下，没有这种注明，故该篇篇目下理应没有“合一法”之小注，此绝非“脱误”，而理应不存在。假若该篇篇目下脱误“合一法”三字，则因“本太阳病，不解……与小柴胡汤。方一”条前尚有三条正文“原文”，那么按宋本《伤寒论》编排惯例，本篇第一提纲“法”条下应注有“前有少阳病三证”，但本篇第一提纲“法”条下，没有“前有少阳病三证”之注。所以，以上推论显示“脱误”一说显为臆断。少阳病之治疗大法不计作类似于“辨不可发汗病脉证并治第十五”篇目下之“一法”的根本原因，在于此法是谓“三阳合病法”（辨少阳病脉证并治第九篇目下，已有“并见三阳合病法”之注明）。②宋本《伤寒论》辨少阳病脉证并治第九篇目下小注“并见三阳合病法”即为“397法”之一，并未“脱误”。柴胡汤

法实为“三阳合病法”的认识，清《资生篇》中“和解者，合汗下之法而缓用者也……寒热并用、燥湿并用、升降敛散并用，非杂乱而无法也，正法之致妙也”的论述与之契合。著名中医学者赵洪钧认为，古人关于和解的认识以《资生篇》最为深刻<sup>[5]</sup>，并引戴北山之说“寒热并用谓之和，补泻合剂谓之和，表里双解谓之和，平其亢厉谓之和”诠释和法。总而言之，和解之法是一种“正法”、大法，同时亦是权衡并用几种方法的组合之法。和解之法如“合力”，“合力”产生于各“分力”，使用各分力的正确目的，是保证“合力”的方向和力量。

“和法”不是简单的“X法”加上“Y法”，而是以揣度权衡之能事，形成和解调理之法。其正如“合力”不同于各不同“分力”的方向和力量<sup>[6]</sup>。故而本篇“并见三阳合病法”，即为正文“原文”条（本太阳病，不解……与小柴胡汤。方一。）在该篇篇目下之注脚；也可以说，本篇篇目下小注“并见三阳合病法”，即为该篇正文“原文”条（本太阳病，不解……与小柴胡汤。方一。）的眼目。

再看诸家有398条皆法之说，如陈修园《伤寒论浅注》，有意写成397节，谓一节即是一法，可能是以“成无己注本”为底本研究《伤寒论》，或是未读宋本《伤寒论》，或读而未通宋本《伤寒论》之精神。程德斋所述不出王安道之右，方有执结论有类陈修园之说，恕不详评。此事说来，只要明晰提纲“法”条、正文“原文”条、正文“校注”条这三个概念，知其然并非难事。然而历代医家终不能知。如钱超尘认为《伤寒论》之397法，历代均未寻找出确切数目<sup>[7]</sup>。令人遗憾的是，钱氏在《伤寒论》“397法”的数目寻找中，其“有方曰法，

无方曰证”之统计标准也显有允妥。

3.2 用 2.2 中的三个明确概念试析近代学者之“397 法”考辨 笔者通过考证赵刻宋本《仲景全书·伤寒论》影印本复印件，得出“397 法”条目计数后，检索中国知网相关文献发现，伤寒大家王庆国老师，承袭王履“少阳篇有小柴胡汤一法，其不言者，恐脱误也”一说，且认为“少阳篇”篇首有一条“太阳病不解，转入少阳，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤，第一，七味”此显系一法，而篇名之下未记，属于脱误<sup>[8]</sup>。（笔者已在上文 3.1 中，对此说予以论述）。李家庚认为“三百九十七法”之说，当有所确指，而林氏未讲明“法”的划分标准<sup>[9]</sup>。董正华则认为三百九十七法中，应将少阴、厥阴病篇的刺灸条文列入法内<sup>[10]</sup>；姜建国认为三百九十七法之说“不切实际”<sup>[11]</sup>；俞长荣认为三百九十七法，概念不清、数据不实、逻辑不合理<sup>[12]</sup>；夏均宏等认同陈修园“始得确解”，并谓现《伤寒论》教材基本上采用“三百九十七条”即“三百九十七法”之说<sup>[13]</sup>。

近代学者多以“有方曰法，无方曰证”<sup>[14]</sup>为标准，以统计《伤寒论》“397 法”之数目，今仅破此标准，即可破解诸考证方法、结果错误之原因所在。

宋校书之儒臣怕后学者误解，尚有明确提示。例如一，篇目“辨可发汗病脉证并治第十六”提纲“法”条第一，下有小注：“五味。前有四法”。“前”是针对后面正文“校注”条而言，是说在本篇正文“校注”条第“方一”条（太阳病。外证未解。脉浮弱者。当以汗

解。桂枝汤方一。)前，有该篇提纲“法”条第一条所提及的“法”，计 4 法。分别为：1，“大法春夏宜发汗”。2，“凡发汗……不得重发汗也”。3，“凡服汤发汗……不必尽剂也”。4，“凡云可发汗……然不如汤随证良验”。此正文“校注”条之四条，在提纲“法”条中，无方亦曰法，何以见得“有方曰法，无方曰证”。例如二，篇目“辨可下病脉证并治第二十一”提纲“法”条第一，下有小注：“加大黄。八味。一法用小承气汤。别有二法”。“别”是针对后面正文“校注”条而言。是说在本篇正文“校注”条“方一”条(阳明病。发热汗多者。急下之。宜大柴胡方一。)之外，有该篇提纲“法”条第一条所提及的“法”，计 2 条。分别为：1，“大法秋宜下”。2，“凡可下者……不必尽剂也”。此正文“校注”条之两条，在提纲“法”条中，无方亦曰法，何以见得“有方曰法，无方曰证”。

近代名老中医金寿山先生，以为提纲“法”条“397 法”脱误 10 法，并在正文“原文”条及正文“校注”条中，找出所谓 10 法。又说“高保衡等所定 397 法的体例是不合理的。首先，是重复问题，……其次，自乱体例”<sup>[15]</sup>。金寿山先生虽功力扎实，方法却有失允妥，故而考证结果有待商榷。《伤寒论》“397 法”出自宋臣《伤寒论序》，我们必须在编校者的时代背景、语言环境、思辨标准下，以编校者的著述为依据，推导编校者的用意指归。诚如恩格斯在《资本论》第三卷序言中所说：一个人如想研究科学问题，最要紧的是对于他所要利用的著作，学会照著者写这部著作的本来的样子去研读，并且最要紧的是不把著作中原来没有的东西塞进去<sup>[16]</sup>。

3.3, 宋本“397 法”法条实质和后世 398 条的由来。宋本“397 法”的法条实质，是宋校书之儒臣为洞明仲景《伤寒论》而编订的具有重要临床指导意义的纲领。宋本《伤寒论》“397 法”为特定称谓，特指“伤寒论序”所言“校定张仲景伤寒卒病论十卷，总二十二篇，证外合三百九十七法”之“三百九十七法”，即是针对上文 2.1 节提到的，宋臣校定的《伤寒论》之提纲“法”条而言。具体说来，是指《伤寒论》篇目下及其第一提纲“法”条下，所提及的“法”。“397 法”中“法”的概念是特定的、明确的。宋本《伤寒论》398 条，是基于宋本《伤寒论》正文“原文”的 398 条。研读宋本《伤寒论》部分章节，自“辨太阳病脉证并治上第五”，至“辨阴阳易瘥后劳复病脉证并治第十四”，明确上文 2.2 中的概念，即可计数出 398 条。解放后，全国统编教材《伤寒论讲义》始编排为 397 条，后又划分为 398 条<sup>[17]</sup>。现存赵刻宋本中国中医科学院藏《仲景全书》、台湾故宫本《仲景全书》中的《伤寒论》，其 398 条是相对明显的（和“397 法”不是同一类条文）。正文“原文”条和提纲“法”条，在排版上有明显的区别，正文“原文”条文顶格竖排，而提纲“法”条则降一字格起竖排。值得再次提及的是，提纲“法”条之竖排的第 X 之各语句，是谓《伤寒论》正文“原文”条及正文“校注”条之纲领，以便于理解《伤寒论》正文。

总之，“397 法”是宋本《伤寒论》特定称谓，其分类包括提纲“法”条、正文“原文”条和正文“校注”条三种。法条实质是宋校

书之儒臣为洞明仲景《伤寒论》而编订的具有重要临床指导意义的纲领。

**参考文献：**

- [1] 李登岭，李好. 《伤寒论》“合病”“并病”小议 [J]. 河南中医, 2018, 38 (6) : 811–812.
- [2] 李登岭，李乔. 答关于“论大柴胡汤无通里攻下之用”一文中的两个问题 [J]. 国医论坛, 2017, 32 (4) : 3–6.
- [3] 梁永宣. 《金匱玉函经·证治总例》当出自仲景 [J]. 中医文献杂志, 2007, 25 (2) : 27.
- [4] 张机. 《注解伤寒论》 [M]. 北京：人民卫生出版社. 1956: 19–107.
- [5] 马堪温，赵洪钧. 伤寒论新解 [M]. 北京：中国中医药出版社. 1995: 217.
- [6] 李登岭，赵红霞. 浅说成无己“注解伤寒论”和“伤寒明理论”中的大柴胡汤、证 [J]. 国医论坛, 2019, 34 (6) : 5–7.
- [7] 钱超尘. 《伤寒论》397法的真实内容和统计方法 [J]. 中医文献杂志, 2003, 21 (3) : 6–8.
- [8] 王庆国. 《伤寒论》三百九十七法考辨 [J]. 北京中医学院学报, 1991, 14 (5) : 11–12
- [9] 李家庚. 《伤寒论》三百九十七法考释 [J]. 湖北中医杂志, 2004, 26 (9) : 4–5.
- [10] 董正华. 《伤寒论》三百九十七法探 [J]. 陕西中医学院学报, 1992, 15 (2) : 1–3.
- [11] 姜建国. 《伤寒论》“三百九十七法”小议 [J]. 中医杂志, 1984, 25 (7) : 78.
- [12] 俞长荣. 《伤寒论》三百九十七法质疑 [J]. 中国医药学报, 1989, 4 (5) : 59–60.
- [13] 夏均宏，夏幼周. 《伤寒论》三百九十七法考释 [J]. 贵阳中医学院学报, 1994, 16 (3) : 1–3.
- [14] 钱超尘. 伤寒论文献通考 [M]. 北京：学苑出版社. 1998: 431.
- [15] 金寿山. 《伤寒论》397法、113方之我见 [J]. 上海中医药杂志, 1962, 7 (3) : 28–30.

- [16] 翟宇. 品读经典——浅谈科学研读马克思主义经典著作的几个要点 [J] 长春理工大学学报, 2014, 27 (12) : 53.
- [17] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社. 2017: 11.

收稿日期: 2019-09-10

## 六经钩玄：

### 五，浅说桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤的发汗力大小

李登岭 莘县中西医结合研究所 252400

桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤，为伤寒太阳病表郁轻症用方。《伤寒论讲义》（李培生主编，上海科学技术出版社，1985年5月第一版，以下简称《讲义》）第25条（桂枝二麻黄一汤条），[方义]中有“本方（桂枝二麻黄一汤）为桂枝汤与麻黄汤2比1用量的合方。较桂枝麻黄各半汤发汗力更微”。也就是说，《讲义》认为桂枝二麻黄一汤的发汗力，比桂枝麻黄各半汤发汗力小。现就二方发汗力大小的问题，陈述一下不同意见及理由，就教于同道。

不药物是决定方剂功用的主要元素，方剂中的药味增减变化或药量的增减变化，是决定方剂的药力大小的重要因素。而桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤两个方剂间，药味相同，因此方剂中的药物剂量不同是决定二方药力大小的主要因素。我们暂不讨论桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤的“煎、合先后”、煎煮时间及服药禁忌之不同对药力的影响，先对桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤所含主要药物（桂枝、麻黄）的生药剂量之别，做一对比分析，哪个方剂的药力大小，便可了然。

一，桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤“本云”中的麻黄、桂枝含量。

按《伤寒杂病论》经书“本云”计算。二方均为麻黄汤、桂枝汤的合方，并且为麻黄汤、桂枝汤煎煮完毕以后，按比例将药液勾兑而成。桂枝麻黄各半汤，“本云：桂枝汤三合，麻黄汤三合，并为六合，顿服，将息如上法”；桂枝二麻黄一汤，“本云：桂枝汤二分，麻黄汤一分，合为二升，分再服。今后合为一方。将息如前法”。如此算来，桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤每服所含麻黄、桂枝的量如下：

#### 1，麻黄汤原液、桂枝汤原液中每合所含麻黄、桂枝的量

麻黄汤方中含麻黄三两，煮取二升半，二升半为二十五合，每合含麻黄  $3/25$  两。亦即麻黄汤原液每合含麻黄  $3/25$  两。

麻黄汤方中含桂枝二两，煮取二升半，二升半为二十五合，每合含桂枝  $2/25$  两。亦即麻黄汤原液每合含桂枝  $2/25$  两。

桂枝汤方中含桂枝三两，煮取三升，三升为三十合，每合含桂枝  $3/30$  两。亦即桂枝汤原液每合含桂枝  $3/30$  两。

#### 2，桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤每服所含麻黄、桂枝的量

桂枝麻黄各半汤每服含麻黄汤原液三合，亦即桂枝麻黄各半汤每服含麻黄  $3/25 \times 3 = 9/25$  两。

桂枝麻黄各半汤每服含桂枝汤原液三合、麻黄汤原液三合，亦即桂枝麻黄各半汤每服含桂枝  $3/30 \times 3 + 2/25 \times 3 = 27/50 = 81/150$  两。

桂枝二麻黄一汤每剂二升（二升为二十合），含麻黄汤原液一份（占麻黄汤、桂枝汤合方总份数的 1/3），分两次服（分再服就是每剂分两服），亦即桂枝二麻黄一汤每服含麻黄  $3/25 \times 20 \times 1/3 \times 1/2 = 2/5 = 10/25$  两。

桂枝二麻黄一汤每剂二升（二升为二十合），含桂枝汤原液二份（占麻黄汤、桂枝汤合方总份数的 2/3），分两次服（分再服就是每剂分两服）；同时桂枝二麻黄一汤每剂二升（二升为二十合），含麻黄汤原液一份（占麻黄汤、桂枝汤合方总份数的 1/3），分两次服（分再服就是每剂分两服）。亦即桂枝二麻黄一汤每服含桂枝  $3/30 \times 20 \times 2/3 \times 1/2 + 2/25 \times 20 \times 1/3 \times 1/2 = 14/15 = 140/150$  两。

从以上计算可以得出这样的结论，就伤寒论“本云”而言，桂枝二麻黄一汤每服所含麻黄的量是 10/25 两，桂枝麻黄各半汤每服所含麻黄的量是 9/25 两，亦即桂枝二麻黄一汤的麻黄含量高于桂枝麻黄各半汤麻黄含量；桂枝二麻黄一汤每服所含桂枝的量是 140/150 两，桂枝麻黄各半汤所含桂枝的量是 81/150 两，亦即桂枝二麻黄一汤桂枝含量高于桂枝麻黄各半汤桂枝含量。总而言之，桂枝二麻黄一汤的麻黄、桂枝含量，高于桂枝麻黄各半汤的麻黄、桂枝含量。

二，桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤林亿等拆算后方剂中的麻黄、桂枝含量。

1，桂枝麻黄各半汤每服所含麻黄、桂枝量如下：桂枝麻黄各半汤方中每剂含麻黄一两，煮取一升八合，一升八合为十八合，每合含麻黄

1/18 两。桂枝麻黄各半汤方中每剂含桂枝一两十六铢，一两十六铢为 $(24+16)/24=5/3$  两，煮取一升八合，一升八合为十八合，每合含桂枝 $(5/3)/18=5/54$  两。

桂枝麻黄各半汤每服（每服六合）含麻黄  $1/18 \times 6 = 1/3$  两。

桂枝麻黄各半汤每服（每服六合）含桂枝  $5/54 \times 6 = 5/9 = 80/144$  两。

2，桂枝二麻黄一汤每服所含麻黄、桂枝量如下：桂枝二麻黄一汤每剂含麻黄十六铢，十六铢为  $16/24=2/3$  两，煮取二升，二升为二十合，每合含麻黄 $(2/3)/20=1/30$  两。桂枝二麻黄一汤每剂含桂枝一两十七铢，一两十七铢为  $(24+17)/24=41/24$  两，煮取二升，二升为二十合，每合含桂枝 $(41/24)/20=41/480$  两。

桂枝二麻黄一汤每服（每服一升，等于十合）含麻黄  $1/30 \times 10 = 1/3$  两。

桂枝二麻黄一汤每服（每服一升，等于十合）含桂枝  $41/480 \times 10 = 41/48 = 123/144$  两。

从以上计算可以得出这样的结论，就伤寒论桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤，林亿等拆算后所得出的麻黄、桂枝含量而言，桂枝二麻黄一汤每服所含麻黄的量是  $1/3$  两，桂枝麻黄各半汤每服所含麻黄的量是  $1/3$  两，亦即桂枝二麻黄一汤的麻黄含量等于桂枝麻黄各半汤麻黄含量；桂枝二麻黄一汤每服所含桂枝的量是  $123/144$  两，桂枝麻

黄各半汤所含桂枝的量是 80/144 两，亦即桂枝二麻黄一汤桂枝含量高于桂枝麻黄各半汤桂枝含量。总而言之，桂枝二麻黄一汤的麻黄含量相等于桂枝麻黄各半汤，桂枝二麻黄一汤的桂枝含量，高于桂枝麻黄各半汤的桂枝含量。

从以上一、二计算分析，我们不难看出，就桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤两个汤方而言，其中每服药剂中麻黄、桂枝的含量，不管是按《伤寒杂病论》经书“本云”计算，还是按林亿等拆算后的方药含量计算，桂枝二麻黄一汤的麻黄含量均不低于桂枝麻黄各半汤，桂枝二麻黄一汤的桂枝含量均明显高于桂枝麻黄各半汤。进而可以结论，《伤寒论讲义》所言桂枝二麻黄一汤发汗力量“较麻黄桂枝各半汤发汗力更微”是错误的。

细考《伤寒论讲义》桂枝二麻黄一汤“较桂枝麻黄各半汤发汗力更微”一语，始源于《医宗金鉴》，《医宗金鉴·伤寒论注》说：“服桂枝汤，大汗出，病不解，脉洪大，若烦渴者，则为表邪已入阳明，是白虎汤证也。今脉虽洪大而不烦渴，则为表邪仍在太阳，当更与桂枝汤如前法也。服汤不解，若形似症，日再发者，虽属经邪，然终是风寒所持，非汗出必不得解，故宜桂枝二麻黄一汤，小发营卫之汗。其不用桂枝麻黄各半汤者，盖因大汗已出也”。《伤寒论讲义》未经考究，因循旧说。《伤寒论教材》（姜建国编）人云亦云、因错就错，不仅说桂枝二麻黄一汤发汗力量更微，还谬解的更周详。

就以上的计算、分析及文献考究，我们可以断定《医宗金鉴》、

《伤寒论讲义》和《伤寒论教材》，对桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤哪个方剂发汗力大的问题，有显见的错误。读仲师书，非耐得寂寞、舍得浮华、沉下心来、学的进去不可，试想两个药方，哪个药力轻、哪个药力重都分不清，何谈准确精当的理论阐述和临床治疗！作为对仲师“活人书”的大家注解及大学教材出现如此粗陋的、低智商的错误，那临床医师如何仿效、如何应用。凡此种种，诚可见“脏腑若能语，医师色如土”。

## 六，小议小陷胸汤证“按之则痛”

李登岭 莘县中西医结合研究所 252400

《伤寒杂病论》是一部理、法、方、药、煎、服、禁俱全，理论联系实际的经典医学名著。笔者认为对原文的诵记和理解甚为重要，注释其意要忠于原著，深思熟虑，万不可妄加评说，曲解本意。窃以为《伤寒论讲义》（李培生主编，上海科学出版社，1985年5月第一版）小陷胸汤证的〔释义〕及〔参考资料〕项目中便有类似问题，试说理如下：

### 1 问题的提出

小陷胸汤证〔参考资料〕项目中有一验案，“老年妇人，五十余岁。正在心下胃脘部疼痛……心疑为癌，在等待钡透期间：因疼痛加剧不可忍，而请中医诊治……遂辩为小结胸证。服小陷胸汤2剂后，大便泻下黄涎甚多，痛止而包消。后作X线钡透，查无异常”。而小陷胸

汤证〔释义〕项目中将小陷胸汤证的病痛定为“心在硬满，按之则痛，不按则不痛。”假定病案中正在心下胃脘部疼痛是“按之则痛，不按则不痛”亦即是体征而非胃脘痛之症状。那么由“因疼痛加剧不可忍”则可以肯定的讲是“按之则痛，不按也一定痛了”。患者是不可能将“不按则不痛”按到“痛不可忍”而就医的。由此看来，病案中的患者不是“按之则痛，不按则不痛”，亦是说患者并非小陷胸汤证。更巧的是患者仅服药两剂，就“痛止包消”“X线钡透查无异常”了。诚或糊涂医治糊涂病乎？

## 2 问题的症结

问题的提出，使我们清楚的看到，小陷胸汤证的〔释义〕和〔参考资料〕中出现了悖义，可以肯定的说，二者至少有其一出现了错误，我们先看一下小陷胸汤原文：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”。短短 22 字，将小陷胸汤证的症状、体征及治疗汤方已交待的非常清楚。直译为现代汉语即为：小陷胸病，病痛在心窝部，按压就感觉疼痛，脉象浮滑，用小陷胸汤主治。语言及其质朴，说理及其清楚。而〔释义〕中却说：“其证心下硬满，按之则痛，不按则不痛”。在原文中只有“按之则痛”，而〔释义〕中有又加上了“不按则不痛”。“按之则痛”的内涵是“按，于是就痛”；其外延由两部分组成，“按，于是就痛，不按则不痛”和“按，于是就痛，不按亦痛”。如果非要把“按之则痛”限定为“按，于是就痛，不按则不痛”，那就缩小了小陷胸汤证的外延。错解了“按之则痛”这一概念，犯了外延过窄的错误，也就是说“不按则不痛”属

画蛇添足之笔，这也是〔释义〕和〔参考资料〕出现悖义的症结所在。

### 3. 解决的办法

笔者认为，“按之则痛”含有两层意思，一，“按，于是就痛，不按则不痛”，二，“按，于是就痛，不按亦痛”。《伤寒论讲义》〔释义〕中认为：“按之则痛”只有“其证心下硬满，按之则痛，不按则不痛”这一层意思。曾经有辩友问，假若仲师的意思含有另外一层意思有“不按也痛”，那么，他还有必要说一句‘按之则痛’吗？既然不按之前本来就痛，那就没有必要用“按之则痛”来限定“小陷胸汤证”了。言行甚谨、惜墨如金的仲师为何不把此条写成“小结胸病，正在心下，痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”呢。由此看来，仲师‘按之则痛’这句话另有其意，或会有所偏指。“按之则痛”之说，其弦外之音更偏指“按之则痛，不按则不痛”。但偏指第一层意思，并不是特指第一层意思。结合临床实际，更确切一点说，痛证若轻，不按不痛；痛证若重，不按亦痛；此证在此条文处，多见痛势较轻、不按则不痛者。这样看来，伤寒论讲义〔参考资料〕项目中这一验案，并非糊涂案。症结的根本，在于小陷胸汤证〔释义〕项目中，将小陷胸汤证的病痛定为“心在硬满，按之则痛，不按则不痛”。此处的解释属有余之笔，实当去之。

综上所述，〔释义〕对“按之则痛”的解释，错误是显而易见的，作为全国统编大学教材，这种错误有必要及时进行澄清，并于修订、再版时纠正。

## 七，再议小陷胸汤证“按之则痛”

李登岭 李好 赵红霞 莘县中西医结合研究所 252400

**摘要** 目的：探讨十三五规划教材《伤寒论讲义》小陷胸汤证“按之则痛”的含义。方法：通过对【医案选录】和【解析】的分析探究，对“按之则痛”的逻辑分析，及对临床实践中的识证过程解读，指出十三五规划教材第138条【解析】中，对“按之则痛”仍有过度解读、误读。结果：十三五规划教材小陷胸汤证条中，对“按之则痛”的【解析】有误。结论：正确解读、认识小陷胸汤证“按之则痛”，有一定的学术价值和临床意义。

十三五规划教材《伤寒论讲义》（李家庚主编，科学出版社，2017年6月第一版。以下简称十三五规划教材），承五版教材《伤寒论讲义》（李培生主编，上海科学出版社，1985年5月第一版。以下简称五版教材）之血脉，由李家庚教授主编，集天下才俊，精雕细琢，使仲师伤寒学术得以信、雅、达正传，值得珍藏，值得精读。然而鉴于教材编写难度，以及要照顾方方面面，实难调于众口。徒为仲景学术计，对小陷胸汤证“按之则痛”之小处，余不揣愚陋，简述拙识如下。

### 1，问题的提出

五版教材引用的病案：老年妇人，五十余岁。正在心下胃脘部疼痛……心疑为癌，在等待钡透期间，“因疼痛加剧不可忍，而请中医诊治……遂辩为小结胸证。服小陷胸汤2剂后，大便泻下黄涎甚多，痛止而包消。后作X线钡透，查无异常”<sup>[1]</sup>。

十三五规划教材引用病案：孙某，女，58岁。胃脘作痛，按之痛甚，其疼痛之处向外鼓起一包，大如鸡卵，濡软不硬。病人恐为癌变，急到医院做X线钡餐透视，“因需排队等候，心急如火，乃请中医治疗……胃脘之痛立止，鼓起之包遂消”<sup>[2]</sup>。

姑且不提十三五规划教材中，病案记录的更加具体详尽等优点。细读可以发现，病案进行了高明的修饰，如，五版教材中，患者请中医诊治的原因为：在等待钡透期间，因“疼痛加剧不可忍”；而十三五规划教材中，患者请中医诊治的原因为：在等待钡透期间，因“心急如火”。别小看“疼痛加剧不可忍”和“心急如火”两个不同版本的原因描述，前者（疼痛加剧不可忍）说明患者病症应该不含有、不存在“不按则不痛”的意思（五版教材【释义】中，将小陷胸汤中界定为心下“按之则痛，不按则不痛”。而其选录医案中，患者是不可能将“不按则不痛”按到“痛不可忍”而转请中医诊治的）；而后者（心急如火）则未描述患者是否存在“不按则不痛”（十三五规划教材【解析】中，仍将小陷胸汤中界定为心下“按之则痛，不按不痛”，而其【医案选录】中，患者“胃脘作痛，按之则痛甚”，亦示非“不按则不痛”，而只是按之疼痛会加重而已。其转诊中医，只因排队等候“心急如火”，而非如五版教材所描述的“疼痛加剧不可忍”）。因而我们可以清晰地看到，五版教材所引用病案患者症状为：按之则痛，不按亦痛；十三五规划教材所引用病案患者症状为：按之则痛（对不按“痛”或“不痛”予以回避）。这样十三五规划教材就回避了如五版教材该病案实际上的“不按亦痛”和小陷胸汤证条【释义】“按之则痛，不按则不痛”的不可调和性，使十三五规划教材病案中患者病症“胃脘作痛”，跳出了和【解析】中“按之则痛，不按不痛”相悖的怪圈！

这样，新问题来啦，既然十三五规划教材中，经修饰的病案，

患者病症为按之则痛（对不按是否“痛”或“不痛”予以回避），完全和仲师原文“正在心下，‘按之则痛’吻合。清扫了拙文《小议小陷胸汤“按之则痛”》一文中，提出的五版教材“按之则痛”【病案】和【释义】解释中的自相矛盾。亦即：十三五规划教材中，经修饰的【病案】和小陷胸汤证条【解析】已无悖义，那么是不是把仲景原文“按之则痛”，【解析】为“按之则痛，不按不痛”，就顺理成章、万事大吉了呢？当然不是！

十三五规划教材中，小陷胸汤证条【解析】仲师原文“按之则痛”为“按之则痛，不按不痛”，仍有显见的错误。【解析】中的误导，仍未得到彻底的解决。

## 2，问题的症结

十三五规划教材中，所引的、精修的病案，对于患者病症“按之则痛”来讲，无论解释为“按之则痛，不按不痛”，还是解释为“按之则痛，不按亦痛”，均完全适用，已无可挑剔。而十三五规划教材中，小陷胸汤证条【解析】小陷胸汤证“按之则痛”为“按之则痛，不按不痛”，仍有显见的错误，错误在于：“按之则痛”的内涵是“按，于是就痛”；其外延由两部分组成，“按，于是就痛，不按则不痛”和“按，于是就痛，不按亦痛”。如果非要把“按之则痛”限定为“按，于是就痛，不按则不痛”，那就缩小了小陷胸汤证的外延。错解了“按之则痛”这一概念，犯了外延过窄的错误<sup>[3]</sup>。

## 3，认识这个问题的学术价值和临床意义

《伤寒论》第138条，原文：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉

浮滑者，小陷胸汤主之”。短短 22 字，已将小陷胸汤证的症状、体征及治疗汤方交待的非常清楚。此病症“正在心下，按之则痛”，和第 135 条大陷胸汤证的病症“心下痛，按之石硬”互鉴。一般的，后者有“心下痛”的症状，这种症状“按与不按”均存在；而前者，有“按之则痛”的体征，不按则“可痛可不痛”。正如辨识脏结与结胸，多因阴阳不同而易别，辨识大、小陷胸汤证则多以痛之部位范围（如：“心下痛”，“正在心下”）；痛之轻重之别（如：“痛，按之石硬”，“按之则痛”）来加以识证。对“按之则痛”的正确认识，对于领会仲师本义是有一定的学术意义的。同时，在临幊上，结胸病人，尤以小陷胸汤证患者亦非鲜见，小陷胸汤加减变化，广泛应用于治疗现代医学之胃炎、食管炎、胰腺炎、胆囊炎、胆道蛔虫证、肝炎、肝硬化、胸膜炎、胸膜粘连、肺炎、冠心病，及外科、妇科、五官科疾病<sup>[4]</sup>。但凡静下心来，会意仲师医理、文理并非特别困难，试想，我们临幊上，针对前来求治结胸、痞满的患者，一般常以胃脘满而拒按、按之硬，或者满而不拒按、按之无形，进而作出大致的区分。至于“不按则不痛”、“不按亦痛”，并不做为区别结胸、痞满的有意义的选项。或者说，“不按不痛”是一句无用的话；进一步说，“不按不痛”是一句多余的话；更明白的说，“不按不痛”是一句错误解释仲景原意的话。作为全国统编大学教材，这种错误有必要及时进行澄清，并于修订、再版时纠正。

值得一提的是，笔者近日又读到刘渡舟先生该病案：孙某，女，58 岁。胃脘疼痛，按之加甚，且心下部位有一包块外鼓，大如鸡蛋，

按之濡软而不硬。饮食正常，但大便不爽，舌质红苔黄，脉弦滑。《伤寒论》说：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”。糖桔萎 30 克、黄连 9 克、半夏 9 克。服药二剂后，大便泻下黄涎许多，尔后胃痛止而包块消。（刘渡舟， 姜元安. 2013. 《经方临证指南》. 北京. 人民卫生出版社）此案和五版教材、十三五规划教材，分别提到“胃脘疼痛”、“心下胃脘部疼痛”、“胃脘作痛”，均未强调“不按则不痛”、“不按不痛”。看来，刘渡舟老师的病案本身，并不支持五版教材、十三五规划教材中，“不按则不痛”、“不按不痛”的【释义】、【解析】。五版教材中【释义】和【参考资料】选录医案存在悖义；十三五规划教材中【解析】和【医案选录】存在悖义。其根子在于【释义】、【解析】的过读解读、误读，而不在于刘渡舟老的医案本身，医案的客观真实大于天，“医案”也不应、不必去削足适履。

2018 年元月，承蒙十三五规划教材樊讯编委送书，並附主编李家庚老师赠言！甚感惶恐，更觉李老师、樊老师之至诚至谦之大家风范，学生诤言直抒己见，不妥之处，还望李老师、樊老师及编委会老师们海涵。

#### 参考文献：

- [1] 李培生. 伤寒论讲义 [M]. 上海：上海科学技术出版社，77.
- [2] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京：科学出版社，78.
- [3] 李登岭，水启盛，李娟. 小议小陷胸汤“按之则痛” [J] 国医论坛，2012, 27 (1) : 9.
- [4] 李嘉璞，吴修符，姚秀琴. 伤寒论临床辨略 [M]. 山东：山东科学技术出版社，369—376.

## 八，《伤寒论教材》痞证之成因“无热可入”辩

此文被收录于中华中医药学会第十五届仲景学术年会论文集

《伤寒论教材》（姜建国主编，南海出版公司，1991年12月第一版。以下简称《教材》）太阳病篇结胸证条目中，“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也。所以成结胸者，以下之太早故也”。（131条上）其在释义中指出，“病发于阴，下之无热可入，不会形成结胸，但有可能形成痞证”。在这里，“无热可入”成了不能“成结胸”但可“因作痞”的眼目。然而《教材》痞证条目下，大黄黄连泻心汤证释义中说，“心下痞，按之濡，其脉关上浮”，浮主热邪，示“无形之热”内陷。这里指出的“无形之热”内陷，显然和131条释义中的“无热可入”相矛盾。

教材中“无热可入”不可能“成结胸”但可“因作痞”的论断。参考了李克绍老先生《伤寒解惑论》的有关学术见解。李老认为“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也。所以成结胸者，以下之太早故也。（131条上）”，是借宾定主句式。“成结胸”为主句，“因作痞”为宾句。即是说“因成痞”句为“成结胸”句而设。亦是说“病发于阴，而反下之，因作痞也”是为了说明、强调“病发于阳，而反下之，热入因作结胸”而加入的，可以不予考究。《伤寒解惑论》同时指出，“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。（7）”是解释本条的基础。李老先生说，如果不是病发于阳，而是病发于阴的话。即使下之，也“无热可入”。笔者认为“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”的

“病”是指病人及其症状，并非指病因。不管是发热恶寒、无热恶寒，均有恶寒症状，均为表证。误用下法，均可引邪入里。有热、无热要看病因、病邪之性质，而非症状之有热、无热。“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。（7）”是说病人或者症状发热恶寒的人，发于阳也；病人或者症状无热恶寒的人，发于阴也。这里的“无热恶寒者”的无热，是指症状而非病因。李老先生把本为症状“无热恶寒”的“无热”误认为“无热可入”中作为病因的“无热”。是李老先生无意中偷换了概念，进而造就了“无热可入”因作痞的错误论断。

笔者认为“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也。（131条上）”是并列句式。“因成痞”和“成结胸”为并列关系，是结胸和痞证成因的总纲。此条的辨证眼目并非为“有热无热”，而是“病发阴阳”。仲景在此句中点出“热入因作结胸”除为了说明“热入”容易形成典型的结胸证外，别无他意。因为“热入”是形成结胸的既不充分也不必要条件。“热入”不一定形成结胸，“热入”除了可以形成结胸，尚可形成蓄水、蓄血、虚烦、热入膀胱；无热亦不一定不能形成结胸，如寒实结胸。由此看来，“有热”“无热”不是本条辨证的眼目，此条的辨证眼目是病发阴阳。

“病发于阳，而反下之，热入因作结胸”“病发于阳”是关键。即便无热，下之过早亦可行成寒实结胸。而“病发于阴，而反下之，因作痞也”。亦不是“无热可入”因而成痞。相反，气痞证之大黄黄连泻心汤证、附子泻心汤证，痞硬证之半夏泻心汤证、生姜泻心汤证、甘

草泻心汤证，无不是因“热入”而成痞。同样“病发于阴”是“因作痞”的关键。

在大量的临床实践中，笔者发现，病发于阳者，多阳盛体质。抗邪有力，误下者，每成结胸。病在胸膈。如上呼吸道感染后，病发心下，咳嗽、黄痰，小陷胸汤每应手取效。病发于阴者，多阳弱体质。抗邪和缓，无热恶寒，热邪壅聚，胃脘痞证形成。这也印证了痞证之成因“无热可入”之非；同时亦支持“成结胸”和“因作痞”与“有热无热”无关，“成结胸”和“因作痞”的关键在“病发阴阳”见解。

## 九，“项背强几几”如是说

莘县中西医结合研究所 李登岭 252400

伤寒论第十四条，“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”《伤寒论讲义》（李培生主编，上海科学技术出版社，1985年5月第一版，以下简称《讲义》）讲本条，因其证有“汗出恶风”，故本条之“项背强几几”为太阳中风兼证。并举宋本《伤寒论》（林亿校本）亦认为本条为太阳中风证。这样一来，因所用方剂桂枝加葛根汤中有“麻黄”一味，由此又推演说太阳中风证用麻黄不妥。也就是说，《讲义》采纳了宋林亿等的两个观点，一，本条项背强几几证为太阳中风兼证。二，用于治本条项背强几几证的方药（桂枝加葛根汤）不应当使用麻黄。这样看来，本条之“项背强几几”为

太阳中风证，是宋林亿等的第一个命题（先不讨论这个命题的真假）。接着，宋林亿等又在自认为第一个命题是真命题的基础上，推导出因本条之“项背强几几”为太阳中风证，所以对应的方剂桂枝加葛根汤中不应该使用麻黄。桂枝加葛根汤中无麻黄是林亿等的第二个命题（这个命题的成立，依赖于第一个命题的正确）。是这两个命题均为假命题，还是仲景接连出现了两个“错误”？辨析如下。

一，本条项背强几几证为太阳中风兼证，是第一个错误的命题。

1，太阳病项背强几几证，假若其为太阳中风兼证这一命题正确，众所周知，太阳中风证“汗出恶风”是一常理，“汗出恶风”为太阳中风证的特征症状，那么本条仲景原文何言“反汗出恶风”，“反”从何来，为何说太阳中风证“反”“汗出恶风”，难道“汗出恶风”不是太阳中风证的特征症状。所以仲景本意本证断不为太阳中风，更不屈就太阳中风兼证。“项背强几几证”邪在太阳经脉，邪客于表，经气不舒，无汗为其常，有汗是其变。在这里仲景的弦外之音，是在谈“证”，谈“项背强几几证”！这是仲景的着眼点！如果非要谈“兼”证，也不是谈什么兼“项背强几几证”而是谈“项背强几几证”兼“什么”。那也最多能谈“项背强几几证”兼“有汗或无汗”。

2，假若本条项背强几几证为太阳中风兼证，我们再退一步讲，假定宋林仪等桂枝加葛根汤中无麻黄这个命题也正确，也就是暂认为桂枝加葛根汤为桂枝类方，仲景此方用麻黄不当。那么桂枝加葛根汤方后

注和麻黄汤注方后一样“不须啜粥”，就不好解释啦。仲景经文治太阳中风用桂枝汤方后注“啜热稀粥”，治太阳伤寒用麻黄汤方后注“不须啜粥”，此处所注显有桂枝加葛根汤非为桂枝类方之意，亦有桂枝加葛根汤非为太阳中风而设之音。

二，桂枝加葛根汤中无麻黄同样是假命题。

桂枝加葛根汤中无麻黄是林亿等的第二个命题，这个命题的成立，依赖于第一个命题的正确。按理说，文章写到这里，第二个命题已经不待争辩、不攻自破啦。然而，宋林仪等一不看着眼点，二不闻弦外之音；《讲义》不假分析、依循就说；学者受此谬说已久，进一步反证第二个命题似有必要。旧说在假定第一命题（本条项背强几几证为太阳中风兼证）成立的前提下，发现仲景所用方药和所本条文所具症状不能吻合，即便在这个时候，宋林亿等仍觉得自己没理解错，而变本加利地谬认为仲景“又”错啦！并解释道，“臣亿等仅謹按仲景本论，太阳中风自汗用桂枝，伤寒无汗用麻黄，今证云无汗恶风，而方中有麻黄，恐非本意也。第三卷有葛根汤证云，无汗恶风正与方同，是合用麻黄也，此云桂枝加葛根汤，恐是桂枝中但加葛根耳。”，《讲义》鹦鹉学舌，人云亦云道：“此说为是，当无麻黄”。桂枝加葛根汤方中有麻黄三两，药物组成和葛根汤完全一样。这个“麻黄三两”难道是传抄之误？既便假定为传抄之误，各种版本的《伤寒论》书中仍在如此传抄，足以见的读书人抄书审慎有余，独立思考欠缺！

鉴于仲景“太阳中风自汗用桂枝，伤寒无汗用麻黄”，宋刻本有编辑者林亿等加按语，“麻黄三两”恐非仲景本意。是在首先默认第一命题（第14条之“项背强几几”为太阳中风证）成立的基础上加的按语。“此云桂枝加葛根汤者，恐是桂枝中但加葛根耳。”是对桂枝加葛根汤的进一步演义。总而言之，林亿等是说仲景本人的医学论著中，方证论述自相矛盾，以至于难于自圆其说，恐怕不是仲景原意。如此慎密的“医圣”级大师竟然在同一个论述中出现截然相反的用药取向，值得深究！

1，就仲景本论原意不能推断桂枝加葛根汤中无麻黄。

“太阳中风自汗用桂枝，伤寒无汗用麻黄”，并不是说太阳中风、自汗或者说有汗之证不能用麻黄。麻黄杏仁甘草石膏汤证，虽然不是太阳中风，但亦非太阳伤寒。其已表无寒邪，又兼汗出，其治疗汤方中仍含麻黄。是自汗可用麻黄这味药之证据。麻黄汤中有桂枝一味，是伤寒无汗亦可用桂枝这味药的明证。仲景本论“太阳中风自汗用桂枝”不是指太阳中风自汗用桂枝这味药，也不是指太阳中风自汗用桂枝汤这个方；“伤寒无汗用麻黄”不是指伤寒无汗用麻黄这味药，也不是指伤寒无汗用麻黄汤这个方。仲景本论是说太阳中风自汗用桂枝汤法，伤寒无汗用麻黄汤法。从仲景本论“太阳中风自汗用桂枝，伤寒无汗用麻黄”而言，不能推断桂枝加葛根汤中无麻黄，更不能臆断桂枝加葛根汤“恐是桂枝中但加葛根耳”。

2，若以方测证，本条（第14条）不为太阳中风证。

单就方药组成对比，本条（14）桂枝加葛根汤和第31条葛根汤完全相同。此既然林亿等及《伤寒论》五版教材的编辑，将第31条定为太阳伤寒，第14条定为太阳中风，那么二均证用葛根汤（桂枝加葛根汤）治疗确实似有不妥。窃以为表证见汗，似是体虚。先不分“项背强几几”之太阳伤寒、太阳中风，其所用方药虽一，而服法实有不同。第14条桂枝加葛根汤服法中，有和麻黄汤方后注一样的“不须啜粥”（啜热稀粥助药力，谷气内充，一助酿汗，一使已入之邪不得少留，将束之邪不得复入。），也就是不必借助米粥的补益，此方之组成中和桂枝汤比桂枝、白芍、甘草均已减量，和麻黄汤比麻黄量等，方中之葛根甘平之性（《神农本草经》）量大力专，正治项背强几几证。参考“桂枝汤”的用法中“啜热稀粥一升余”，本条“不须啜粥”是明示后人此法不是桂枝汤法！可以因而推演，本条虽有汗出，非为太阳中风证。若治太阳中风证，此方何能适宜！就药物组成而言，桂枝加葛根汤不适于太阳中风证（此说林亿等及《伤寒论》五版教材的编辑亦不否认）。

3，“项背强几几”证是独立的太阳病证。

第31条“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”《伤寒论》五版教材称此条为太阳伤寒兼太阳经气不舒证，葛根汤方释为桂枝汤加麻黄、葛根，疑问有三，一，即为伤寒，何用桂枝汤法，实际上在此方中麻黄用量和麻黄汤汤方中药量相等，倒是桂枝用量减少了三分之一。看来，《伤寒论》五版教材不必强扯本方是用桂枝汤化

裁，再谬解本条（第 31 条）虽属太阳伤寒兼证，为何用桂枝汤化裁，而不用麻黄汤加葛根而成。又解释说，是因麻黄汤为发汗峻剂，过汗更伤其阴，则有碍于生津濡经，故用桂枝汤加麻黄云云。二，项背强几几，项背拘急不舒俯仰不利（似当介于“强”和“痓”之间），和太阳病提纲证的“脉浮，头项强痛而恶寒。”中的“强”字相类，而程度略别。而和太阳伤寒证的主要脉证不符，太阳伤寒证的主要脉证有“或已发热、或未发热、必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧”此证不在其中。看来本条（第 31 条）是否属太阳伤寒兼证亦值得商榷。

三，就算本条（第 31 条）为太阳伤寒，第 14 条为太阳中风，亦即项背强几几分伤寒、中风，那么桂枝加厚朴杏子汤证分不分伤寒、中风，桂枝加桂汤证分不分伤寒、中风，桂枝加附子汤证分不分伤寒、中风，大青龙汤证分不分伤寒、中风，笔者认为不是所有的汤证都需分中风、伤寒。综合以上三点疑问及粗略的分析，可以断言，第 31 条、第 14 条“项背强几几”不一定非要分出个中风、伤寒。更不必臆断出一个太阳伤寒证，治法却用桂枝汤法。笔者认为，“项背强几几”证是独立的病证，其方药解表、疏表药剂之重不亚于麻黄汤。

4，进一步放胆来讲，项背强几几证如是非要分出是太阳中风证还是太阳伤寒证，那么项背强几几证只能是太阳伤寒证。有汗并不影响用麻黄，有汗并不影响用伤寒解表法，麻杏甘石汤与麻黄汤，既桂枝与石膏一味之差，而寒热各异，相同者，都治肺喘，一为恶寒无汗而喘，一为发热汗出而喘，这是有汗且是温热大汗之证用麻黄之明证！可知有汗和用伤寒解表法治疗不悖。现代医学治感冒，复方制剂诸如新康泰克、

三九感冒灵、复方氨酚黄那敏等，若是大剂量服用，无不具备发汗之烈性。临幊上各“项背强几几”等四肢酸楚，均以类似伤寒解表法治疗，均可用之有效。而况，从第 14 条桂枝加葛根汤证方后注来看，其服法中，有和麻黄汤方后注一样的“不须啜粥”。“不须啜粥”是明示桂枝加葛根汤的治法是麻黄汤法！再者“不须啜粥”之嘱，出现在容易令人误读为太阳中风的第 14 条，而在文意较明晰的俗称太阳伤寒的第 31 条却略去“不须啜粥”，即是互文其意，彰显第 14 条绝非太阳中风。从而强调桂枝加葛根汤的治法不是桂枝汤法！第 14 条桂枝加葛根汤证不是是太阳中风证。仲景如此明示，仍怕误读，故在第 14 条经文“汗出恶风”前加一“反”字，明言此证应该无“汗出恶风”，故曰“反”。从而可以看出用本条有“汗出恶风”推断此为太阳中风证，是何等的荒唐！这是本条太阳病之项背强几几证非为太阳中风证铁的的论据。由此可以结论，林亿等的第一个命题第 14 条“项背强几几”为太阳中风证，是一假命题。第二个命题（桂枝加葛根汤中无麻黄）也是一假命题。

综上所述，项背强几几证是一组独立的太阳病症，将其划归太阳中风属误读误解，进一步推论“桂枝加葛根汤中无麻黄”是因错就错。

## 十，小议仲景方中“石膏如鸡子大”

莘县中西医结合研究所 李登岭 252400

《神农本草经》载“石膏，味辛微寒。主中风寒热，心下逆气，惊喘，口干，苦焦，不能息，腹中坚痛，……，产乳，金创”。生石膏功擅清透阳明热邪，故为治疗阳明热证的圣药。《伤寒论杂病论》诸汤方中，约有 18 个方剂用到石膏。其中大青龙汤、木防己汤（石膏十二枚鸡子大，属错签）、厚朴麻黄汤三个汤方以“石膏如鸡子大”计量。现代研究者认为，这 3 个汤方的石膏剂量以实物为例类比计量，影响了后世学者对相关方剂药物剂量和配伍比例的研究。并且，近年来，《仲景方中“石膏如鸡子大”的折算研究》（国家项目 2006BA121B03-12），得出结论，“石膏如鸡子大”的重量厘定为 90g 为宜。（“厘定”，整理规定。厘，即整理、治理；定，即规定。）笔者颇有微词，现不揣愚陋，略述如下。

一，“‘石膏如鸡子大’的重量厘定为 90g 为宜”是一个错误的命题。

要知道如鸡子大一块石膏的重量，首先要知道鸡子的体积有多大。要说出一个鸡蛋的大小的标准数据，单就一个具体的鸡蛋而言比较容易，就不同的鸡蛋而言，大小没有标准数据，只有一个取值范围。这样看来，《仲景方中“石膏如鸡子大”的折算研究》中，“‘石膏如鸡子大’的重量厘定为 90g 为宜”，本身就是一个错误的命题。不

同的鸡下不同的蛋，相同的鸡所下的蛋亦不同。不同疾病的患者所需的药物也不同，同病同证的患者所需药物剂量亦不同（譬如若良医，病万变，药也万变。病变而药不变，向之寿民，今为殇子矣）。仲景如此以实物类比，来界定石膏的用量，若非仲景撰写、辑录失误，似乎或许另有用意。

仲景方中含有石膏的汤方及条文，容我简列于下：一，《伤寒论》中有：1，白虎汤（石膏一斤）。2，白虎加人参汤（石膏一斤）。3，竹叶石膏汤（石膏一斤）。4，大青龙汤（石膏如鸡子大）。5，桂枝二越婢一汤（石膏半斤）。6，麻黄杏仁甘草石膏汤（石膏半斤）。二，《金匱要略》诸篇中有：1，痓病脉证并治第二，白虎加桂枝汤方中，石膏一斤，诸药“上剗，每五钱，水一盞半，煎至八分，去滓，温服，汗出愈。2，中风历节病脉证并治第五，1），《古今录验》续命汤方中，石膏三两，煮取四升，温服一升，当小汗……；2），风引汤方中，石膏六两，诸药“取三指撮，井花水三升，煮三沸，温服一升。3，肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七，1），厚朴麻黄汤方中，石膏如鸡子大，煮取三升，温服一升；2），越婢加半夏汤方中，石膏半斤，煮取三升，分温三服；3），小青龙加石膏汤中，石膏二两，煮取三升，强人服一升，羸者减之，日三服，小儿服四合。4，水气病脉证并治第十四，1），越婢汤方中，石膏半斤，煮取三升，分温三服；2），越婢加术汤方（又见于中风历节病脉证并治第五）中，石膏半斤，煮取三升，分温三服。5，痰饮咳嗽病脉证并治第十二，1），

大青龙汤方中，石膏如鸡子大，煮取三升，去滓，温服一升；2），木防已汤方中，石膏剂量属错签。6，呕吐哕下利病脉证并治第十七，文蛤汤方中，石膏五两，煮取二升，温服一升，汗出即愈。7，妇人产后病脉证并治第二十一。竹皮大丸方方中，石膏二分，枣肉和丸弹子大，以饮服一丸，日三夜二服。这些汤方中，仲景多标出了药物的实际数值。这样看来，仲景在每一方中以当时的度量衡标准标注各方药的剂量为其常，而已实物类比标注方药的剂量剂量取值范围为其变。以度量衡标准标注方药剂量并不难，难的是仲景想出了以实物类比来动态的把握药物剂量的方法。

在这里，仲景善用石膏，石膏用量之张弛幅度大而有度。其用量，量小至二分（枣肉和丸分次吞服），大至石膏用量1斤。以实物类比来界定石膏的用量，不确指“石膏如鸡子大”的“准确”剂量，恰恰体现了仲师弛张灵活而法度井然的、动态把握药物剂量的用药准则！

二，‘石膏如鸡子大’是对石膏用量范围的界定，体现了用药个体化原则。

通观仲景使用石膏的十八个汤方，绝大多数给出了石膏的具体剂量。然而，大青龙汤、厚朴麻黄汤中，石膏用量用“如鸡子大”来界定，鸡子有多大呢？可以猜想，汉代一枚鸡子，即鸡蛋、土鸡蛋，应该比现代的杂交洋鸡蛋略小。现在的一个鸡蛋约50—80克，当时的应该更小些。也就是50克左右。我这种研究，无需耗材，推理简单，

数据不够精当。但我认为，这种不精当，恰恰是仲景思想所蕴含的精义所在。仲景用这种特殊的药物计量方法，结合了药物使用的个体化取向，从而使药物计量更符合临床实际，尤其是更符合当代的临床实际，使用以实物比度测量的方法，使临床用药更为严谨。在大青龙汤、厚朴麻黄汤中如此界定石膏的用量，也提示大青龙汤证、厚朴麻黄汤证中对石膏用量的具体要求，要动态的把握药物剂量的个体化使用。

2006年，北京中医药大学立项，国家“十一五”科技支撑计划(2006BA121B03-12)资金援助，郭明章 孙燕 李宇航 钟相根 刘晓辉 林亭秀 王毅等教授主持研究的《仲景方中“石膏如鸡子大”的折算研究》。和我的研究应该没多大差别，徒耗国家资财，并致使学问穿凿、死于言下、不可理喻。首先，先生们“选用河南省固始县的鸡蛋”，实测“鸡子大”的体积；其次对石膏的品种、产地进行考证，选用山东石膏实测其密度；最后用“鸡子大”的体积与石膏的密度乘积得出“鸡子大”的石膏的重量。并以大青龙汤为例对“石膏如鸡子大”的重量的合理性进行了讨论。结论认为“石膏如鸡子大”的重量厘定为90g为宜。这可以称是“三名”工程，名蛋--河南省固始县的鸡蛋，名石膏--山东石膏，名教授--北京中医药大学教授。先不说找蛋找石膏，是坐的飞机还是火车，也不谈讨论是开的会议还是做的计算。

单就这种“科学”闯劲而言，苦劳亦有。但大方向的错误，无功而返，不值推崇。浪费国家资财，不能赞赏。

### 三，要动态的把握石膏的用量。

在大青龙汤的方药中，仲景用石膏的量为“石膏如鸡子大”。作者认为，以“石膏如鸡子大”界定剂量，而不用度量衡单位，是仲景对石膏剂量范围的界定，不是一个计量数值的点，而是一个取值范围的线段。是对用药剂量范围的形象类比表达，是示人以活法。伤寒杂病论中，有大青龙汤、小青龙加石膏汤、白虎汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤、厚朴麻黄汤、木防己汤、越婢汤、越婢术加汤、越婢加半夏汤、越婢二麻黄一汤等等，这其中大青龙汤、木防己汤（属错签）、厚朴麻黄汤以“石膏如鸡子大”计量，其他均以斤两计算者。以斤两计算者和以实物为例类比计量者，其不同在于，以斤两计者剂量恒定，而以实物为例类比计量者剂量不是一个恒定值。诸汤方中，石膏量小者二分、24 铢，量大者半斤、一斤。细思之，以“石膏如鸡子大”计者，应有其弦外之音。“石膏如鸡子大”，一般的，小鸡蛋小不过一两，大鸡蛋大不过一斤。有计量单位而不用，仲景以“石膏如鸡子大”计量，是说这里的石膏剂量没有定值，而是以示和患者病证相适合的剂量，才是最恰当的剂量，显然这是一个变量，是一个取值范围。此示人以活法，是说剂量在此时，因人因病而个体化。在此时此病，对经方的绝对量没有规范考量的定论，更应注重相对量的确定。关于经方剂量的考证研究及度量衡的考古研究不可穿凿。有时候强调确切地计量，恰恰失去辽仲景本意。仲景在方后注中，多次提到“渐加”“以知为度”“汗后余勿服”“若不汗更服”“衄乃解”“不吐者

少加之得快吐乃止”，无不是为了动态的把握用药剂量的科学性和准确性。看看博导和博士的研究，心如五味杂陈。

#### 四，要在科学指导下和临床实践中摸索药物的使用剂量。

大宗研究表明，古今度量衡的考证，结论不太一致，或者说太不一致，临床运用各执一词、各行其是，治疗效果据说都有效。强调根据病情、体质等因素而定用药剂量，仍未逃出经验值藩篱。观其著述，同一药物，其计量单位亦不尽一致，如厚朴有一尺、半斤之异，石膏有如鸡子大、一斤之别等，竹叶有一把之量等，即可知其计量单位不一。时至今日仲景方之剂量，日本惯以一两折合 1.3 克，国内习于一两折算为 3 克（五版教材伤寒论讲义如是），近代柯雪帆教授首倡一两即为 15.6 克，到底哪一个更接近经方原来用量。古今折算众说纷纭、莫衷一是，从一两折算为 1.3 克到 15.6 克，12 倍的跨度，一定不是误差，而是显见的错误，谬误范围之大，堪称“医学奇迹”。奇迹不仅在处方剂量差别之大，而在用之临床“比比皆效”！至今亦无标准可信的参考解答。有鉴于此，相关专家认为，今后的研究，不宜过分强调计量之考，而应以临床为基础，以实验研究、临床观察、应用体会为手段，注重总结不同剂量、不同比例的方药疗效。也可以以动物模型为实验对象，进行量效比较、古今剂量的对比研究、方药配比研究，或不同地域、不同气候条件等因素影响的相关研究等。以期获得对临床有意义剂量标准及量效的关系的结果。

五，正确的、经典的理论指导和有效地、充足的用药剂量是中医药回归的必由之路。

时下的“中医理论”，任由各媒体的各“某某堂”的医学泰斗、武林至尊扇风造势，中医的思想理论鱼龙混杂、泥沙俱下。中医经典理论的研究还远远不够或背道而驰，中医经典的地位还远远没有体现出来。必须进一步重视仲景学术学说的研究和传播。才有利于中医学术的发展、中国影响的壮大。没有正确的、经典的理论指导，中医不可能复兴。

医学的魅力最终体现在临幊上，临幊用药的疗效一定程度上、最终体现在药量上。但药物剂量的研究和规范还很不够。笔者注意到，《伤寒论讲义》（统编五版）末页的古今剂量折算表，汉代剂量‘一方寸匕’指米制克剂量‘6克至9克’。‘一方寸匕’是容量单位，‘一方寸匕’烧禪散的质量会是‘6克至9克’吗？！‘一方寸匕’烧禪散和‘一方寸匕’五苓散的质量会一样吗？！大学教材尚如此，其他书籍就更不好说啦。

盖自时珍“古之一两，今之一钱”以来，伤寒诸方之用，剂量错，药效失。药效即失，只有责怪古方余欺，遂求诸时方，抑或医者临床靠嘴。没有它医挤兑，道还罢了，清末以来，渐渐西学东渐，西医侵来。学术出现对立，是学术的幸运，应该促进医学的发展，但中医失

去了太多的机会，也没能和近、现代科学相结合。在中西医融合交锋的过程中，又渐渐迷失了方向，其所没落，势为必然。

《绍奇医话》中有这么一段“……如石膏的用量，……大清气热的白虎汤中石膏用量为一斤，照现在这样的药量折算则为一两，……为 30 克。鸡子大一块石膏，今日实秤为 50 多克，……用石膏不过是清其郁热的厚朴麻黄汤，却用鸡子大一枚，比白虎汤的的石膏还多，有是理乎？……今人于急性热病，当用石膏者，远不止 30 克之量，张锡纯治‘脑膜炎’用至每剂 120 克；蒲辅周治“乙脑”暑热型，虽 9 岁儿童亦用至 60 克。因此，按汉 1 两约等于今 1 钱即 3 克的折算法，1 斤等于 16 两，则仲景白虎汤之一斤只合今 30 克就恐怕是‘病重药轻’了”。可见有见地的医家，早已经发现了这个问题，可是几百年来，以如此小的剂量应对临床，疗效只能在嘴上，以如此小的剂量治病无异于隔靴搔痒！仅靠少数人难以唤醒中医界的沉睡，而况睡的最香的，还是“说一句顶一百句”的假大学问家，在这样的形势下，难怪中医的主导地位已经无力回天啦！中医令人痛惜的没落，原因之一盖源于此吧。

# 十一，也说阳明病白虎汤、白虎人参汤证

山东省莘县中西医结合研究所 252400 李登岭

白虎汤、白虎人参汤出自《伤寒论杂病论》。宋·林亿校本《伤寒论》凡有八条提及，原为“热结于里，里实未成”而设，用以治疗外邪由表入里化热化燥，无形燥热炽盛及真热假寒之热厥。仲景伤寒论中从未提及阳明经证，更未将阳明病分为阳明经证（和、或阳明热证）、阳明腑证。白虎汤、白虎人参汤证属阳明经证一说，概属后世医家附会杜撰而来。本文就白虎汤、白虎人参汤证是否隶属阳明病做一分析，以和同道交流。

## 一，白虎汤、白虎人参汤证非专属阳明经证

### 1，宋本《伤寒论》中白虎汤、白虎人参汤证的条目编次及相关医家阐述

在《伤寒论》中，关于白虎汤、白虎加人参汤汤证，第(26) (168) (169) (170) (176) (219) (222) (350) 均有专述。第(26) (168) (169) (170) (176) 条见于太阳病篇，第(350) 条见于厥阴病篇，在《伤寒论》八条白虎汤、白虎加人参汤汤证经文中，只有第(219)、(222) 条两条见于阳明病篇。由此可见，至少宋·林亿等校勘《伤寒论》诸君，未把白虎汤、白虎人参汤和阳明病勾画对等关系。有些医家将阳明病分成阳明经证和阳明腑证，医家认为白虎汤、白虎加人参汤证不在阳明之腑，而在阳明之经，似系臆断而来。考究伤寒论六经

病症分腑证、经证，始源于晋·王叔和《伤寒例》（此篇多认为非仲景之作），自“此三经皆受病，未入于腑……此三经皆受病，已入于腑，可下而已”，始有腑证、经证一说。《伤寒论》“行其经尽……欲作再经……使经不传……”、“过经不解”、“太阳随经”等“经”字，与“经证、腑证”之“经”风马牛不相及，《伤寒论》通篇更无一处提及阳明“经”证。《和剂局方》、《三因方》、《医学入门》，无一将白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证对等。直至《方函口诀》载“白虎汤之邪热散漫于肌肉之间，发大热大渴，脉洪大，或滑数者，是故白虎与承气为表里之剂，同属阳明之位表里俱热，与三阳合病，皆用此方皆胃不实而近于表者也”。后世温病学家进一步用之治疗温病，视之为辛凉重剂。辛寒清热，主治气分阳明热盛证。至此“白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证对等”之说几成定势。现代伤寒教科书亦将白虎汤、白虎加人参汤证编入阳明病篇讲解。著名伤寒学家刘渡舟教授认为“白虎汤症并非阳明经络之热”。看来白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证的概念大不同，白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证混为一谈尚待商榷。

## 2. 《伤寒论》阳明病的辨识标准

《伤寒论》第（179）条，“问曰：病有太阳阳明，有正阳阳明，有少阳阳明，何谓也？答曰：太阳阳明者，脾约是也；正阳阳明者，胃家实是也；少阳阳明者……胃中燥、烦、实、大便难是也”。由此推导，不管太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明，“正”阳明、“偏”阳

明，不论脾约、胃家实、大便难，均有内实之证。此和白虎汤、白虎人参汤证的“热结而里实未成”相比，泾渭分明。白虎汤、白虎人参汤证属于现在通行的所谓阳明经证的概念，概非伤寒论本意。

退一步讲，即便阳明病有阳明经证，那么，我们知道，《伤寒论》第（182）条有“问曰：阳明病外证云何，答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也”。第（168）条有“伤寒若吐若下后，……时时恶风……白虎加人参汤主之”。第（169）条又有“伤寒无大热……背微恶寒者……白虎加人参汤主之”。这里的第（182）条明确提出了，阳明病外证的标准表象“不恶寒，反恶热”，而第（168）、（169）白虎加人参汤证条反而清楚地注明，具有“时时恶风”、“背微恶寒”，可见白虎人参汤所见症状不符合阳明病的外证辨识标准。因而可以断定第（168）、（169）条白虎加人参汤证不属于阳明证。

### 3. 白虎汤、白虎人参汤证证侯分析

进一步分析“时时恶风”、“背微恶寒”甚至第（350）条的“厥”之症状，无不可见白虎汤、白虎加人参汤证的症状不属阳明病症。第（169）的“背微恶寒”系伤寒后，寒邪入里化热，热结在里、卫阳失司所致。卫阳与热纠结，阳气外达于背受扰，故见“背微恶寒”。关于第（168）条“时时恶风”（和第（169）条“背微恶寒”互参），有解释为汗出表疏故觉时时恶风；有解释为表证不解故时时恶风。后者解释为表证不解终归不妥，因其和第（170）条互参不能自圆其说，第（170）条有“……其表不解，不可与白虎汤……无表证

者，白虎加人参汤主之”。若解释为表证不解，则不为白虎汤、白虎人参汤证，当然也不能用白虎汤、白虎人参汤方。第（168）条和第（169）条通解，以卫阳与热纠结，阳气外达受扰，故见“时时恶风”、“背微恶寒”更合医理、文理。在厥阴病篇（350）热结于里，阳郁“见”厥；太阳病篇热结于里（168），卫阳与热纠结，阳气外达于背受扰“背微恶寒”；太阳病篇热结于里（169）卫阳与热纠结，阳气外达受扰而“时时恶风”；三者均是“热结而里实未成”所致的症状。既然是“热结而里实未成”所致之症状，其和胃家实所致之症状当然不同。看来，只要承认“阳明之为病，胃家实是也”统领阳明病全篇，白虎汤、白虎加人参汤证的症状就均不符合阳明病的症状标准。笔者认为，白虎汤、白虎人参汤证，不独在阳明，更可在太阳、少阳，甚或见于厥阴病证中。《伤寒论》亦可见，白虎汤、白虎人参汤证条文散见于太阳病篇、阳明病篇及厥阴病篇中。白虎汤、白虎人参汤可用于治疗“热结而里实未成”之证，非独治疗“阳明经证”。

#### 4，白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证的病机比较

进一步考究白虎汤、白虎加人参汤证的病机，可以发现，阳明病证的基本病机是“胃家实”。第（180）条明确指出“阳明之为病，胃家实是也”。而如第（26）白虎加人参汤证条，讲太阳病过汗化热伤津之变证之治，此证虽有里热，尚未蒸腾，未必必成阳明胃家实之证。第（168）、（169）条虽均热结在里，但结而未实，亦未必必成阳明胃家实之证。由第（170）条有“……其表不解，不可与白虎汤……无

表证者，白虎加人参汤主之”，又可以推断，白虎汤、白虎加人参汤证一定不属太阳表证。据此，可知，白虎汤、白虎加人参汤证既不属太阳病表证，又不是阳明病胃家实，当属医之变证无疑。有医家认为白虎汤、白虎加人参汤证不在阳明之腑，而在阳明之经，实属牵强。

## 5，白虎汤、白虎加人参汤证和阳明病证的汗出症状鉴别

胃家实之汗，“汗自出，不恶寒，反恶热”（182），“汗出而恶热”（183），“濶然汗出”（188）。而在白虎汤、白虎加人参汤证第（26）条，只有“大汗出”后的“大烦渴”的记述，此“汗”非指病症，而是指病因。第（219）条，三阳合病的“自汗”出，因于“无形热结”充斥上下内外，而非热实之“胃家实”。第（168）、（169）、（170）、（176）、（222）、（350）条，均无阳明病“胃家实”特征性汗出的论述。胃家实之“濶然汗出”，即不是大汗淋漓，也不同于时断时续的黎黎汗出。阳明之热因胃家实而发，由内而外不恶寒反恶热，阳明病之汗因内实不去连绵不断。濶然汗出是内实之热引起的蒸热微汗、一阵接着一阵，在临床上有鲜明的特征，是辨识阳明病证的重要参考依据之一。

## 二，认定白虎汤、白虎人参汤证非属阳明经证的意义

### 1，可还原仲景对白虎汤、白虎人参汤证的认识

通过对伤寒论所见八条白虎汤、白虎人参汤证经文的分析，我们可以得出这样的结论。第（26）、（168）（169）（222）条侧重于伤

寒误治后的变证的论述，详于津液耗伤、热结于里。第（170）（176）条侧重于白虎汤、白虎人参汤证病机及治禁。第（219）、（350）汤侧重于热结三阳合病及热结致厥症状论述。通篇看来，白虎汤、白虎人参汤证病因、病机、症状清晰可见，仔细阅读便可了然于心。其病因多因于伤寒后演变、误治而伤津液、三阳合病。其病机是为津伤、“热结而里实未成”。其脉症可见浮滑、滑、洪大，渴、燥渴、烦渴、渴欲饮水，发热，烦、心烦，背微恶寒、时时恶风、手足逆冷甚或厥，以及三阳合病的腹满，身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。

## 2，可更准确的把握白虎汤、白虎人参汤主治范围

潘雪在《方剂辨证论治方法体系之建立——白虎汤证的辨证论治方法研究》中，运用现代统计学方法对所收集的310例白虎汤验案归纳、整理，发现白虎汤脉证较多，而并见“大热、大汗、大渴、脉洪大”四大症的患者不足1/10。有潘雪的这个结论我们可以体会到，白虎汤、白虎人参汤证，不必拘泥为运用白虎汤、白虎人参汤必见“四大症”。结论也提示，临床医家也未必见到“四大症”才会用白虎汤、白虎人参汤。而是只要见到主要症状，且有“热结于里而里实未成”的病机，便可使用。其主治范围不受阳明病症的局限，摒弃白虎汤、白虎人参汤证和阳明病症的对等关系，有益于为白虎汤证辨证诊断提供更充分而必要的依据，有益于拓展白虎汤、白虎人参汤更大的主治范围。

## 3，可更灵活的化裁变通白虎汤、白虎人参汤治疗方药

学习白虎汤、白虎人参汤的临床使用，应该看到，麻黄汤、桂枝二越婢一汤、大青龙汤、白虎汤、白虎人参汤证所治表证、表里同病、里热证是一个渐进过程。太阳、少阳、阳明甚至厥阴病均可见到白虎汤、白虎人参汤证，非独白虎汤、白虎人参汤证必定属于阳明病“阳明经证”。基于这种认识，我们在临幊上就可清晰、灵活地掌握仲景遣方用药精神，诸如第（170）条“伤寒，脉浮……其表不解，不可与白虎汤……无表证者，白虎加人参汤主之”，其意应为伤寒有表证者，不宜独行白虎汤，而应解表清里共投，可考虑桂枝二越婢一汤、大青龙汤。认识白虎汤、白虎人参汤证非属阳明经证，而是可见于太阳、少阳、阳明甚至厥阴病诸变证中，要从其汤证和麻黄汤证、大青龙汤证的鉴别及使用原则上来对比分析，才能条理分明、了然于心。才易于化裁方药、灵活应用。白虎汤、白虎人参汤证属热结于里，症状前说已详，不再赘述。麻黄汤证与大青龙汤证皆在表或兼表，皆有脉浮，发热。麻黄汤证发热、恶寒，大青龙汤证发热、烦躁，此两证皆有“表实”。烦躁一症见于大青龙汤证、白虎汤、白虎人参汤证。此三证又皆有“里热”也就是说，麻黄汤证纯属表；大青龙汤证除有表寒外，尚有里热（故见烦躁）；白虎汤、白虎人参汤证纯属里热。逐条由表及里，逐渐过渡，用方化裁进退，条理分明。可见在伤寒论中，解表、解表清里、清里各有偏重表述的很清楚。桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤的用药更是基本达到了比例、量化的水平。

伤寒论中，关于对各经病的认识，条理分明，思路清晰，太阳病就是脉浮头项强痛而恶寒，阳明病必待胃家实已在，少阴病定有脉

微细但欲寐之虚。不必再谬加白虎汤、白虎人参汤证属“阳明经证”的论述，很多问题，按仲景本意理解，方能由博返约、心领神会、执简御繁。切不可任人教唆、迷失自我、糊涂全因读书多。

## 十二，试论大柴胡汤证为少阳病本证

此文被评选为中国中医药学会第五届全国仲景学术思想研讨会大会宣读论文

现行全国统编《伤寒论讲义》(李培生主编,上海科学技术出版社,1985年5月第一版,以下简称《讲义》)质量较高,实用性强,然而《讲义》不可避免得以存在着不足,兹就大柴胡汤证归属少阳病兼变证的问题陈述一下不同意见和理由,就教于同道。

### 1 大小柴胡汤属并列关系

《讲义》(103)条讲述,“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤,呕不止,心不急,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”“仍”说明二三下之之前为柴胡证,柴胡证禁用下法,故曰“反”。好在“反二三下之”后,“柴胡证仍在”未成坏证,仍可以柴胡汤治之。“为未解也”提示柴胡证并未因用小柴胡汤而治愈,故仍为柴胡证,“与大柴胡汤下之则愈”说明大柴胡汤和小柴胡汤是同一辈分的治柴胡证的方剂无疑,故大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证。

参阅(101)条内容,对(103)条进行分析说理,)我们可以清楚的看

到大柴胡汤证和小柴胡汤的并列关系，（101）条示：“……凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却复发热汗出而解”。 “凡……必……”句说明“复与柴胡汤”是柴胡证误下后柴胡证仍在者获愈的充分条件。图示为：



若将这里的“与柴胡汤”单单理解为“小柴胡汤”，则由（103）条可以推出相反的结论：“先与小柴胡汤，呕不止，心不急，为未解也”。即：



可见，“与小柴胡汤”不是“误下后柴胡证仍在者获愈”的充分条件。显然，“与柴胡汤”和“与小柴胡汤”不是同一概念。仲景（101）条中的“复与柴胡汤”不单指小柴胡汤，而是包括了大柴胡汤和小柴胡汤，大柴胡汤证和小柴胡汤是并列关系。基于这种认识，（103）条可图示为：



按照这种并列关系理解大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本

证，就不至于陷于对仲景学说的解释不能自圆其说的境地。

细心的读者会发现这样一个问题，即然在（101）条中，柴胡汤含大、小柴胡汤两方，那么，与大柴胡汤后，患者怎么会出现“蒸蒸而振，却发热汗出而解”，的结局呢？其实这是古汉语的一种修辞手法，即“举一义或局部之义而其意周遍”称为举隅。（101）条只说了小柴胡汤的病愈方式，而省略了大柴胡汤“得屎而解”的病愈方式。这也是历来曲解柴胡汤为小柴胡汤的原因所在。

## 2 大柴胡汤非为通里攻下之剂

大柴胡汤一贯被视为和解少阳兼通里攻下之剂。然而，我们认为大柴胡汤法非为下法，大柴胡汤纯为和解少阳之剂。

2.1 少阳病禁用下法，是众说周知的事实，（103）条“与大柴胡汤下之则愈”当段为“与大柴胡汤，下之则愈”。因为下为结果，非为手段，不是运用的下法，而是有致下的结果。（148）条云“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，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……可与小柴胡汤，设不了了者，得屎而解”。这里的“得屎”之法亦非为攻下之法，而是运用了大柴胡汤后，结得散，热得彻，少阳得以枢转，大便自然得下。此治少阳病偏于半里者，以大便得下测度枢机以利，胃气因和，和小柴胡汤治偏于半表者（230）条所示小柴胡汤下后“濁然汗出”，借以揣度小柴胡汤证“而解”，论述方法相同。

2.2 综观仲景所设下剂，无不详述其过下伤正，大承气汤后有“得下，余勿服”，小承气汤方后云“初服汤当更衣，不尔尽饮之，若更衣者，

勿服之”，调胃承气汤方后注“少少温服之”，而大柴胡汤方后注“去滓，再煎，温服一升”和小柴胡汤方后注“去滓，再煎”的论述一致，“去滓，再煎”取其药性醇和，以利枢机之意，而非为通里攻下之用。

2.3 从大柴胡汤的用药上讲，关键在于对枳实、芍药、大黄药性的认识上。本经云，枳实“除寒热，止利”，芍药“主邪气、腹痛，除血痹，破坚积、寒热，止痛，利小便”，二者均非通里攻下之药，而有除寒热，破结滞之功，故用于和解少阳和仲景本义不悖。至于大黄，宋本所载王叔和语“一方，加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤”，而《讲义》“考《金匱要略》及《肘后方》《千金》《外台》诸书，大柴胡汤均有大黄，故此说可从”。试想王叔和尚不敢断定大黄有无，《金匱要略》和《伤寒论》同出宋·林亿之手，且《金匱要略》的校勘在《伤寒论》之后，借以考证《伤寒论》，当然不妥。《肘后方》成书于三世纪末，和《伤寒杂病论》年代相近，而所用方剂与仲景之书出入较大。《千金》《外台》无不参考王叔和整理的伤寒论。因此大黄“荡涤肠胃、推陈致新”之说，虽未本经所注，借以推论大柴胡汤有通里攻下之用，为时尚早，不足为据。退一步讲，即便大柴胡汤中有大黄，药仅6克，久经煎煮（以水1斗2升，煮取6升），每服1升（约200毫升），每服含1克大黄。一克大黄，绝非通里攻下之意，无通里攻下作用。

《讲义》p145，大柴胡汤证条认为，大柴胡汤为“少阳病少阳病兼里实”两解之剂。就《讲义》辩少阳病脉证并治篇，概说中所示“少阳病亦半

表半里证”，那么大柴胡汤证即是半表半里兼阳明里实证。又因为（103）条云“呕不止，心不急”，故可知本条为表里同病之急证。这里的表指“半表半里”，里指“阳明里实”。就仲景习惯，表里同病里实者先治其表。若兼用通里攻下之法，恐有引邪入里之嫌，故先治少阳证，在所必须。若大柴胡汤不治少阳病，则只有用小柴胡汤，而仲景却说“与大柴胡汤下之则愈”。分明是告诫人们（103）条所述“呕不止，心下急”属少阳病本证，而非少阳兼阳明证。大柴胡汤纯为和解少阳，调理枢机之剂。柴胡证的治法有两个，偏于半表，有外解之势者，以小柴胡汤；偏于半里，有内彻之势者以大柴胡汤。

### 3 大柴胡汤证为少阳病本证。

综上所述，通过对《伤寒论》条文的逻辑学分析，仲景笔法的阐述及对条文断句，大柴胡汤的煎煮方法，大柴胡汤的药物组成，仲景治表里证的用药习惯等六个方面的论证，充分证明，大柴胡汤非为少阳兼阳明两解之剂，大柴胡汤纯为和解少阳、调理枢机之方。进而可知，大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证。大柴胡汤和小柴胡汤同为和解少阳之剂。细微的差别在于，小柴胡汤是从外祛邪出表，故伍以人参、甘草一鼓作气，使枢机得利，少阳证得解。而大柴胡汤是从下驱邪出里，故伍以枳实、芍药泄热散结，使枢机得利，少阳之邪得屎而解，开阖得宜。

#### 病例举例：

李氏，莘县北街，女，45岁。1998年12月23号。

夜寐不安，上腹胀满，时时头眩，发作1月余，加重10天。曾经中

西医治疗，疗效不显，口苦，大便质稀，小便可，苔白略厚，脉弦滑。证属少阳，治宜和解少阳。药用柴胡 48g 黄芩 24g 半夏 24g 枳实 48g 白芍 24g 生姜 6 片 大枣 12 枚。服药一剂即明显好转，三剂下后其症若失。继以原方合四君子汤 调理 4 剂而愈。

虞 x x，河北大名，女，26岁。1997年10月11号。

上腹部饱胀、疼痛半年余，加重 10 天胆囊炎、胃炎、十二指肠溃疡病史，曾服中西药，数月无效。看其中药汤方，曾服平胃散、半夏泻心汤、六君子汤、大柴胡汤等药 10 张。曾服用大柴胡汤 20 余剂（每服含大黄 24—30g 不等），腹胀不减，便次增多，大便质稀，反见消瘦。间知口苦仍在，易急躁，改大柴胡汤原方进三剂。如下：柴胡 48g 黄芩 20g 半夏 24g 生姜 6 片 枳实 24g 白芍 20g 大枣 12 枚。药后腹痛减轻，体质改善，体力恢复，继以上方配合六君子丸叠进 20 剂，患者康复。

### 十三，论大柴胡汤无通里攻下之用

李登岭 李乔 莘县中西医结合研究所 山东莘县

大柴胡汤出自《伤寒杂病论》。《方剂学》（许济群主编，上海科学技术出版社，1985 年 6 月第 1 版）将其归为解表攻里剂；《伤寒论讲义》（李培生主编，上海科学技术出版社，1985 年 5 月第 1 版，以下简称《讲义》）亦将其界定为和解少阳、通下里实之剂。教科书的观点亦代表了伤寒学界的一贯认识。然而，笔者认为，大柴胡汤法不含下法，大柴胡汤没有通里攻下之用。理由如下。

其一，少阳病禁用下法，是众所周知的事实，《伤寒论》103条：“与大柴胡汤下之则愈”当句读为“与大柴胡汤，下之则愈”。因为下为结果，非为手段，不是运用的下法，而是有致下的结果。148条云：

“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……可与小柴胡汤。设不了了者，得屎而解。”这里的“得屎”之法亦非为攻下之法，而是运用了大柴胡汤后，结得散，热得彻，少阳得以枢转，大便自然得下。此治少阳病偏于半里者，以大便得下测度枢机已利，胃气因和，与小柴胡汤治偏于半表者（230条）所示小柴胡汤下后“濁然汗出”，借以揣度小柴胡汤证“而解”，论述方法相同。

其二，综观仲景所设下剂，无不详述其过下伤正，药后用调护之法。如大承气汤后有“得下，余勿服”，小承气汤方后有“初服汤当更衣，不尔尽饮之，若更衣者，勿服之”，调胃承气汤方后注“少少温服之”。而大柴胡汤方后注为“去滓，再煎，温服一升”，与小柴胡汤方后注“去滓，再煎”的论述一致，“去滓，再煎”取其药性醇和，以利枢机之意，而非为通里攻下之用。

其三，从大柴胡汤用枳实、芍药、大黄分析，亦非攻下之意。《本经》云，枳实“除寒热，止利”，芍药“主邪气、腹痛，除血痹，破坚积、寒热，止痛，利小便”，二者均非通里攻下之药，而有除寒热、破结滞之功，故用于和解少阳，与仲景本义不悖。至于大黄，宋本所载王叔和语“一方，加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤”；而《讲义》中说“考《金匱要略》及《肘后方》《千金》《外台》诸书，大柴胡

汤均有大黄，故此说可从”。试想王叔和尚不敢断定大黄有无，《金匱要略》和《伤寒论》同出林亿之手，且《金匱要略》的校勘在《伤寒论》之后，借以考证《伤寒论》，当然不妥。《肘后方》成书于三世纪末，与《伤寒杂病论》年代相近，而所用方剂与仲景之书出入较大。《千金》《外台》无不参考王叔和整理的《伤寒论》。因此大黄“荡涤肠胃、推陈致新”之说，虽为本经所注，借以推论大柴胡汤有通里攻下之用，为时尚早，不足为据。退一步讲，即便大柴胡汤中有大黄，药仅6g，久经煎煮（以水1斗2升，煮取6升），每服1升（约200mL），每服仅有1g大黄。如此剂量，绝非通里攻下之意，亦无通里攻下作用。即便按一两折合15.625g计算，每服5.2g大黄，仲景时代药物只煎煮一次，据此相当于现在处方中约5g大黄，久经煎煮，攻下显失药力。

其四，《讲义》大柴胡汤证条认为，大柴胡汤为“少阳病兼里实”两解之剂。就《讲义》内《辨少阳病脉证并治》篇概说中所示“少阳病亦半表半里证”，那么大柴胡汤证即是半表半里兼阳明里实证；又因为103条云：“呕不止，心下急”，故可知大柴胡汤证条为表里同病之急证。此处表指“半表半里”，里指“阳明里实”。

就仲景习惯，表里同病里实者先治其表，若兼用通里攻下之法，恐有引邪入里之嫌，故先治少阳证，在所必须。若大柴胡汤不治少阳病，则只有用小柴胡汤，而仲景却说“与大柴胡汤，下之则愈”。旨在告诫后人，103条所述“呕不止，心下急”非少阳兼阳明证。

综上所述，通过对《伤寒论》大柴胡汤的条文拆析，对《伤寒论》下

剂方后注的通读，对大柴胡汤的组成药物功效的论述，以及仲景治表里证的用药习惯等 4 个方面的论证，认为大柴胡汤没有通里攻下之用，大柴胡汤非为少阳兼阳明两解之剂，大柴胡汤非为解表攻里两解之剂。

## 十四，“大柴胡汤证”如是说

李登岭 莘县中西医结合研究所 252400 电话 13969533158

全国统编《伤寒论讲义》(李培生主编,上海科学技术出版社,1985 年 5 月第一版,以下简称《讲义》)质量较高,实用性强,然而《讲义》不可避免得以存在着不足。《讲义》中,小柴胡汤证归属少阳病本证,大柴胡汤证归属少阳病兼变证。笔者认为,分清汤证及汤方的辈分,是准确掌握汤证和认识汤方功效的基础。兹就大柴胡汤证归属少阳病兼变证的问题及理清这一问题的意义陈述一下不同意见和理由,就教于同道。

一, 大柴胡汤证不应归属少阳病兼变证。

1, 《伤寒杂病论》原文可以确切推论大、小柴胡汤属并列关系。《讲义》(103) 条讲述,“太阳病,过经十余日,反二三下之,后四五日,柴胡证仍在者,先与小柴胡汤,呕不止,心不急,为未解也,与大柴胡汤下之则愈。”“仍”说明二三下之之前为柴胡证,柴胡证禁用下法,故曰“反”。好在“反二三下之”后,“柴胡证仍在”未成坏证,仍可以柴胡汤治之。“为未解也”提示柴胡证并未因用小柴胡汤

而治愈，故仍为柴胡证，“与大柴胡汤下之则愈”说明大柴胡汤和小柴胡汤是同一辈分的治柴胡证的方剂无疑，故大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证。

参阅（101）条内容，对（103）条进行分析说理，我们可以清楚的看到大柴胡汤证和小柴胡汤证的并列关系，（101）条示：“……凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却复发热汗出而解”。 “凡……必……”句说明“复与柴胡汤”是柴胡证误下后柴胡证仍在者获愈的充分条件。图示为：

$$\boxed{\text{与柴胡汤}} = = \boxed{\text{误下后柴胡证仍在者，获愈}} >$$

若将这里的“与柴胡汤”单单理解为“小柴胡汤”，则由（103）条可以推出相反的结论：“先与小柴胡汤，呕不止，心不急，为未解也”。即：

$$\boxed{\text{与小柴胡汤}} =/=> \boxed{\text{误下后柴胡证仍在者，获愈}}$$

可见，“与小柴胡汤”不是“误下后柴胡证仍在者获愈”的充分条件。显然，“与柴胡汤”和“与小柴胡汤”不是同一概念。仲景（101）条中的“复与柴胡汤”不单指小柴胡汤，而是包括了大柴胡汤和小柴胡汤，大柴胡汤证和小柴胡汤是并列关系。基于这种认识，（103）条

可图示为：



按照这种并列关系理解大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证，就不至于陷于对仲景学说的解释不能自圆其说的境地。

细心的读者会发现这样一个问题，即然在（101）条中，柴胡汤含大、小柴胡汤两方，那么，与大柴胡汤后，患者怎么会出现“蒸蒸而振，却发热汗出而解”的结局呢？其实这是古汉语的一种修辞手法，即“举一义或局部之义而其意周遍”，称为举隅。（101）条只说了小柴胡汤的病愈方式（“蒸蒸而振，却发热汗出而解”），而省略了大柴胡汤“得屎而解”的病愈方式。这也是历来曲解柴胡汤为小柴胡汤的原因所在。

那么大柴胡汤证即是半表半里兼阳明里实证。又因为（103）条云“呕不止，心不急”，故可知本条为表里同病之急证。这里的表指“半表半里”，里指“阳明里实”。就仲景习惯，表里同病里实者先治其表。若兼用通里攻下之法，恐有引邪入里之嫌，故先治少阳证，在所必须。若大柴胡汤不治少阳病，则只有用小柴胡汤，而仲景却说“与大柴胡汤下之则愈”。分明是告诫人们（103）条所述“呕不止，心下急”属少阳病本证，而非少阳兼阳明证。大柴胡汤纯为和解少阳，调理枢机之剂。柴胡证的治法有两个，偏于半表，有外解之势者，以小柴胡汤；偏于半里，

有内彻之势者以大柴胡汤。

2，《伤寒杂病论》原文第（148）条可以佐证大、小柴胡汤汤证及汤方属于同一辈份的汤证及汤方。

仲景《伤寒杂病论》原文第（148）条中，仲师首先阐述“阳微结”的脉证——“伤寒五六日，头汗出……脉细者，此为阳微结，必有表，复有里也”；接着对“阳微结”做鉴别诊断，辨析“阳微结”和“纯阴结”的鉴别要点——“脉沉亦在里也……故知非少阴也”；最后仲师明确指出“阳微结”的治法，治法有两个，一为“可与小柴胡汤”，使“上焦得通，津液得下，胃气因和，濁然汗出而解”，一为小柴胡汤下后，“不了了者”，当为使用大柴胡汤【结合第（101）、（103）条分析】，“得屎而解”。

3，大柴胡汤无通里攻下之用可推导大柴胡汤证不应归属少阳病兼变证（拙文见《国医论坛》2014年第6期第1页，此不赘述）。《伤寒杂病论》汤方大柴胡汤和小柴胡汤均为和解少阳、调理枢机之方。大柴胡汤非为少阳兼阳明两解之剂。大柴胡汤纯为和解少阳、调理枢机而设，若须攻下燥屎以去潮热，《伤寒杂病论》尚有柴胡加芒硝汤，攻下之法更精当的论述更在大小陷胸汤、抵当汤、诸承气汤等汤方篇中。而况，仲景诸攻下之法中，已认识到大黄“久煎”和“后入”的不同，从其汤方煎、服、禁的医嘱也可以看出大柴胡汤和攻下剂的大不同。

4，鉴于上文中，我们对《伤寒杂病论》第（101）、（103）条条文的逻辑学分析，及对仲景笔法、条文断句特点的阐述；以及以《伤寒杂病

论》第（148）条加以佐证；同时结合对大柴胡汤非为少阳兼阳明两解之剂、大柴胡汤证无通里攻下之用的确认，可以得出以下结论：（1），《讲义》（101）条“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具……”句中，“柴胡证”指“大柴胡汤证或小柴胡汤证”。（2），“柴胡证”应用“柴胡汤”后的症状转归迹象有二，亦即应用小柴胡汤后的“蒸蒸而振，却发热汗出而解”和应用大柴胡汤后的“得屎而解”。（3）大柴胡汤纯为和解少阳、调理枢机之方。进而可知，大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证，大柴胡汤和小柴胡汤同为和解少阳之剂。细微的差别在于，小柴胡汤是从外祛邪出表，故伍以人参、甘草一鼓作气，使枢机得利，少阳证得解。而大柴胡汤是从下驱邪出里，故伍以枳实、芍药泄热散结，使枢机得利，少阳之邪得屎而解，开阖得宜。

## 二， 辨识大柴胡汤证不应归属少阳病兼变证的意义。

1，基于以往我们对大柴胡汤汤证及汤方的错误认识，在中医临幊上，我们惯用大柴胡汤治疗需要通腑泻结的病症，已把大柴胡汤改得面目全非，如孙广全等《大柴胡汤证证治规律的研究：古今大柴胡汤证医案 476 例统计分析》（《辽宁中医杂志》1989 年 第 11 期）中记载的 476 例病患中，280 例有便秘症状，450 例使用了大黄（最高处方量 30 克，均量 9、8 克），基本治疗原则是和解攻下，药后有排便记载着 130 例，一般在药后 3—8 小时排便。如张志圣《加减大柴胡汤治疗胆道术后残余结石 26 例疗效观察》（《中医杂志》1984 年第 5 期）中介绍，其所用基本方含大黄 20 克（后下），芒硝 6 克（冲服），鉴于其大黄的剂量、煎煮方法已背离仲景大柴胡汤方义，又加之含芒硝 6

克（冲服），其意已不合仲景大柴胡汤证经旨。不了然仲景学说、甚至错误理解学说要义的基础上使用经方，无异于盲人夜行。

2，分清大柴胡汤汤证及汤方的辈分，是准确掌握汤证和认识其汤方功效的基础。理清大、小柴胡汤的并列关系，是对临幊上有些医生常开小柴胡汤，大有一柴胡汤定天下之势，可以做一分为二的分析。柴胡证之形成，源于“血弱气尽，邪正相搏，结于胁下”（第 97 条）或“热结于里”（第 136 条），临幊工作中，少阳柴胡证绝非鲜见，如能理清小柴胡汤趋邪从外调枢机，大柴胡汤趋邪从下调枢机，则大、小柴胡汤调解枢机，治疗一切少阳枢机不利，以及对于太阳病可以藉以小柴胡汤从外出表、阳明病可以藉以大柴胡汤证从下走里，就有了理论基础。甚至可以通俗的解释伤寒杂病厥阴出少阳“呕而发热”宜用柴胡汤。

3，认识大柴胡汤证为和小柴胡汤证的并列关系，大柴胡汤纯为调解枢机而设而无通里攻下之用，可以拓宽大柴胡汤的适用范围。一可以补充以往小柴胡汤调理枢机适用范围之不足，二可以纠正以往使用大柴胡汤通里攻下之谬误。1997 年 10 月 11 日。曾诊治一河北省大名县患者，虞 xx，女，26 岁。上腹部饱胀、疼痛半年余，加重 10 天。胆囊炎、胃炎、十二指肠溃疡病史，曾服中西药，数月无效。看其中药汤方，曾服平胃散、半夏泻心汤、六君子汤、“大柴胡汤”等药 10 张。曾服用“大柴胡汤”20 余剂（每服含大黄 24—30g 不等），腹胀不减，大便质稀，反见消瘦。问知口苦仍在，易急躁，改大柴胡汤原方进三剂。处方如下：柴胡 48g 黄芩 20g 半夏 24g 生姜 6 片 枳实

24g 白芍 20g 大枣 12 枚。 药后腹痛减轻，体质改善，体力恢复，继以上方配合六君子丸叠进 20 剂，患者康复。

三，就仲景对大柴胡汤证的清晰、精当的论述，结合临床应用大柴胡汤的失与得的体会，《讲义》将大柴胡汤证归属少阳病兼变证，应属不当。后世医家，多以大柴胡汤证为少阳兼里实之证，大柴胡汤为和解少阳兼通下里实之方，其误学误用，足以警示后学者人云亦云之贻误，独立思考欠缺之大害！

## 十五，答关于“论大柴胡汤无通里攻下之用”两个问题

李登岭 李乔 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

《论大柴胡汤无通里攻下之用》发表在《国医论坛》杂志 2014 年 11 月第 6 期。其论点为大柴胡汤没有通里攻下之用，亦即否定了《方剂学》[许济群主编，上海科学技术出版社，1985 年 6 月第 1 版，以下简称《方剂学》（五版教材）] 将其归为解表攻里剂；也否定了《伤寒论讲义》[李培生主编，上海科学技术出版社，1985 年 5 月第 1 版，以下简称《伤寒论讲义》（五版教材）] 将其界定为和解少阳、通下里实之剂。其论据有四：一是少阳病禁用下法；二是仲景凡用攻下剂后，均注重药后调护；三是大柴胡汤所用的枳实、芍药、大黄亦非攻下之意；四是表里同病当先治其表才符合仲景用药习惯。

文章发表后，收到一些回应，以下两点颇具代表性，笔者认为有必要公开作出答复。其一是关于通里攻下的概念应重申；其二是关于

对《金匱要略》腹满寒疝宿食病脉证并治第十节第十二条，有“原文”

“按之心下满痛者，此为实，当下之，宜大柴胡汤”的考证，有必要进一步的进行说明。

第一，2016年11月，寄出《论大柴胡汤无通里攻下之用》，北京中医药大学肖相如教授审阅后接：作者认为大柴胡汤没有通里攻下作用，其下的作用是和解的表现，与小柴胡汤“上焦得通，津液得下，胃气因和，身濶然汗出”相同。欢迎大家讨论！我认为大柴胡汤有下的作用，只是下的不是阳明，而是少阳的热结。我回复肖老师的公开留言：肖老师既然认为“大柴胡汤有下的作用，只是下的不是阳明，而是少阳的热结”，那么，既然肖老师说“下的不是阳明，而是少阳的热结”！这也就和拙文中的论述一样，否定了《方剂学》（五版教材）将大柴胡汤归类为解表攻里剂、主治少阳阳明合病！同时也否定了《伤寒论讲义》（五版教材）大柴胡汤〔释义〕中的“通下阳明里实”和〔方义〕中的“兼解阳明里实”之说。肖老师身在北京中医药大学、博导加身、尚带着团队，还有很多人在讲着大柴胡汤的“正统课”和“故事”，您能这样理解，已是很敢说话的人啦。毕竟，“大柴胡汤无通里攻下之用”现在是“非正统”、“非主流”，上升为正统、主流，尚需时日！

这就要对通里攻下的概念，作一简要说明，这里的通里攻下属于下法范畴，是个狭义的概念。应理解为《方剂学》（五版教材）中指出的“下法”概念。“下法是通过荡涤肠胃，泻出肠中的积滞，或积水、

衃血，使停留于肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、停水等从下窍而出，以祛邪除病的一种治疗方法”<sup>(1)</sup>。而不应理解为类似于清高士宗的《医学真传》中解释的“通”的概念，“夫通则不痛，理也。但通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也，若必以下泄为通，则妄矣”。

第二，《金匱要略》腹满寒疝宿食病脉证并治第十第十二条：按之心下满痛者，此为实，当下之，宜大柴胡汤。有人提出，“当下之，宜大柴胡汤”为《金匱要略》“原文”，难道不能说明大柴胡汤有下的作用吗？初看似有道理！但我们知道，《伤寒杂病论》十六卷，约成书于三世纪初。（全书十六卷，十卷论伤寒，六卷论杂病）。在东汉至西晋时期，由于战乱，原书一度散佚不全，后虽经西晋·王叔和搜集编次，但后人仅看到《伤寒论》十卷，而未见到杂病部分。北宋初期，王洙在翰林院所存残旧书籍中得到《金匱玉函要略方》，其后又经林亿等删减、校订、编次，始成《金匱要略方论》。《金匱要略方论》就是后世通行的《金匱要略》。可见《金匱要略》所谓的“原文”，已和仲景原书相去甚远。即便是和西晋·王叔和搜集编次的《伤寒论》、《脉经》相较，亦有明显出入。

日本汉方医学界考证学派著名汉医学家丹波元简（1755-1810），客观参考前人注释，以文献考证学态度择其精当内容撰写而成的《金匱玉函要略辑义》，卷二腹满寒疝宿食病脉证治第十中有较充分的论证：按之心下满痛者。此为实也。当下之。宜大柴胡汤。（脉经。

无宜大柴胡汤五字。接前七物汤三物汤为一条。伤寒论可下编。作病腹中满痛者。宜下有大承气三字）。此处括号中的内容指出，此条中的“宜大柴胡汤”五字，和《脉经》中的此条内容相校，文理医理相悖。同时文中引用我国清代医家魏荔彤观点，“金鉴谓满痛之下。当有有潮热之三字。若无此三字。则不当与大柴胡汤。此尤有理。然今据脉经。而味经旨。此亦浓朴三物汤之证。宜大柴胡汤五字。恐是衍文。其方亦错出”。指出“宜大柴胡汤五字。恐是衍文”。

成无己先生以经注论、经论结合，是伤寒注家中中肯、理性的的大师级人物。他在《伤寒明理论》方论大柴胡汤证条中说：“虚者补之。实者泻之。……大满大实。坚有燥屎。非峻剂则不能泄。……如不至大坚满邪热甚。而须攻下者。又非承气汤之可投。必也轻缓之剂攻之。大柴胡汤缓。用以逐邪热也”。在这里成无己先生亦明确体会到：大柴胡汤“缓”。用以逐“邪热”也。进一步讲，成氏亦不认为大柴胡汤，“荡涤肠胃，泻出肠中的积滞，或积水、衃血，使停留于肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、停水”，而是“缓”以逐“邪热”。

成氏又曰：“一方加大黄。以大黄有将军之号。而功专于荡涤。不加大黄。恐难攻下。必应以大黄为使也”。同时大柴胡汤方后又注：“一方加大黄二两。若不加。恐不名大柴胡汤”。“不加大黄，恐难攻下”，表明成无己先生认为大柴胡汤方攻下之功有赖于大黄；“若不加，恐不名大柴胡汤”更是强调大柴胡汤攻下之名仰仗大黄立功。其实，在

《论大柴胡汤无通里攻下之用》一文中，我们已经较充分的讨论了大黄的有无，更有甚者，进一步讲了即便有大黄，亦不一定能善此通下阳明之功。

时下，我们临床上的大柴胡汤汤方、证治和仲景学说中的大柴胡汤汤方、证治或已走偏。个人私下里认为看伤寒论“初看混然不可分，复看丝丝分明，三看混然一体”。若不分明功用，何谈精当用药。大柴胡汤在伤寒论原著中，我粗浅的研究结论是无通里攻下之用问题并不复杂，仲景所设下剂，无不祥述其过下伤正：大承气汤后有“得下，余勿服”；小承气汤方后云“初服汤当更衣，不尔尽饮之，若更衣者，勿服之”；调胃承气汤方后注“少少温服之”<sup>(2)</sup>；即便麻子仁丸，也有“饮服 10 丸，日三服，渐加，以知为度”；柴胡加芒硝汤亦不忘“不解，更作”！而大柴胡汤方后注“去滓，再煎，温服一升，日三服”。静下心来想一想，下法那有不论深浅、日三服用之理。下剂哪会有不看药后反应、日三次之嘱。

一直以来，我认为《伤寒杂病论》堪称中医典籍中的科学。真理愈辩愈明，科学出现对立面、出现争鸣是科学的幸运。愿仲师之学越走越远，仲师之书常读常新！

#### 参考文献：

- 1.许济群主编。方剂学 [M] . 上海：上海科学技术出版社，1985：2.
- 2，李登岭。《论大柴胡汤无通里攻下之用》 [J] . 《国医论坛》,2014,29(6):1.

## 十六，《金匱玉函经》中的大柴胡汤证及大柴胡汤方探析

李登岭 李乔 李好 莘县中西医结合研究所 252400

**摘要** 目的：认识《金匱玉函经》中的大柴胡汤证和小柴胡汤证为并列关系，同属少阳病本证，以及大柴胡汤方无通里攻下之用。方法：列述并分析《金匱玉函经》“三阳三阴”及“可与不可”病形证治篇条文，计算大柴胡汤方每剂、每服含大黄的量，对其同时代的同医书中同类药物进行量效比较，以及分析其相关对立观点的出处、荒谬及可信度，确立大柴胡汤无通里攻下之用及大柴胡汤证的证候范畴。结果：大柴胡汤无通里攻下之用，大柴胡汤证为少阳病本证。结论：确立大柴胡汤无通里攻下之用，大柴胡汤证为少阳病本证的相关理论。

《金匱玉函经》中大柴胡汤证条文及大柴胡汤汤方，分别见于《金匱玉函经》中辨“三阳三阴”病形证治篇、辨不可下病形证治第十七篇、辨可下病形证治第十八篇，及其卷七·方药炮制篇。笔者就大柴胡汤方无通里攻下之用，及大柴胡汤证和小柴胡汤证为并列关系，同属少阳病本证的问题，略陈一管之见，求教于大方之家。

1，《金匱玉函经》中大柴胡汤证条文例析。

大柴胡汤证在《金匱玉函经》中，见于辨“三阳三阴”病形证治篇，及辨可下病形证治篇，见诸条文及分析如下：

1.1，“太阳病，过经十余日，及二三下之，后四五日柴胡证仍在，先与小柴胡汤，呕止小安，其人郁微烦者，为未解，与大柴胡汤下之，愈”。

本条经文中，“太阳病，过经十余日”，“二三下之”后，……柴胡证“仍”在。“仍”说明“二三下之”之前为柴胡证，好在“及二三下之”后，“柴胡证仍在”未成坏证，仍可以柴胡汤治之。“为未解”提示柴胡证并未因用小柴胡汤而治愈，故仍为柴胡证，“小

安”提示应用小柴胡汤后，少阳之邪已稍解，“微烦”，提示少阳之邪邪假汗道虽稍解而未尽，尚须大柴胡汤祛余邪。“与大柴胡汤下之，愈”，说明大柴胡汤和小柴胡汤是同一辈分的治柴胡证的方剂无疑，故大柴胡汤证和小柴胡汤证均属少阳病本证<sup>[1]</sup>。本条所讲少阳病大柴胡汤证的证治。重在提示，小柴胡汤下后，少阳之邪邪没有完全解除，服用大柴胡汤，少阳之邪假肠道而得以和解消退，得下后，病即痊愈。若以为此为通里攻下之法，则妄矣。大柴胡汤证尚有含“下利”之症状者，其用大柴胡汤治疗，显系非为通里攻下之用（见本文第1.3小节）。

1.2，伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。但结胸无大热，此为水结在胸胁。头微汗出，大陷胸汤主之。

本条讲大柴胡汤证和大陷胸汤证的证治异同。大柴胡汤证热结在里，在这种病机基础上出现往来寒热，为少阳病见证（此不为少阳阳明并病，大柴胡汤亦有热结在里的病机，但“结于胁下”、“胸胁苦满”，和阳明腹满腑实是有显著区别的）。而大结胸证则心下痛较之大柴胡汤证的“胁下拘急、按之较硬而不痛”及“往来寒热”大有不同，此结胸除证在“水结胸胁”、“无大热”但“头微汗出”外，尚和大柴胡汤证有病位不同。应当明了，陷胸汤证病位偏高、邪在胸中、波及胸胁，柴胡汤证病位偏侧、邪在胁下、波及胸胁，泻心汤病位在心下，承气汤病位在胃肠。成无己曰：“结胸为高邪，陷下以平之，故治结胸曰陷胸汤”，“凡陷胸汤攻结也，泻心汤攻痞也……痞与结胸，有高下焉，结胸者，邪结胸中……痞者，邪留在心下”。

1.3，伤寒，发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐下利者，大柴胡汤主之。

本条讲心下痞坚之大柴胡汤证的证治。伤寒少阳病柴胡证有内彻之势，发热，虽汗出而不解，心下痞坚，呕吐下利，是邪结少阳、上下不交、上可见呕、下可见利、枢机不利之明证。即见本条呕吐而“下利”，治之以大柴胡汤，则可反推，大柴胡汤不为下法，而是解除痞坚之法。上文 1.1 小节条文中，先以小柴胡汤”，“呕止小安，……与大柴胡汤下之，愈”应段为“……呕止小安，……与大柴胡汤，下之愈”。其“先以小柴胡汤”假汗道出表，虽“呕止小安”，仍余邪未尽“郁微微烦”，后“与大柴胡汤”假肠道走里而解。本条与 1.1 小节条文互参，更可见仲师设大柴胡汤主治心下痞坚偏于半里的柴胡证之用心。也支持大柴胡汤证为少阳病本证的论点。另外，《金匱玉函经》辨厥利呕哕病形证治第十篇有：“呕而发热者，小柴胡汤主之”。而本条有“呕”、“发热”，而用大柴胡汤。其理在于，但本条“呕吐、发热”，又有“下利”，“汗出不解”提示已失于假汗道外解之法，“呕吐而下利”、“心下痞坚”更适合假肠道彻热而枢解少阳之邪，故用大柴胡汤主之。

1.4，见于辨不可下病形证治篇中的大柴胡汤，和见于辨可下病形证治篇中的大柴胡汤。

《金匱玉函经》辨不可下病形证治第十七中有：“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻下”。结合上文 1.3 条，“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之”。一，我们若将 1.3 条中

的呕吐而下利者“伤寒呕多，虽有阳明证”（亦可段为“伤寒，呕，多虽有阳明证”），视为阳明证，则此条是不能用大柴胡汤的。而此条中确断然使用大柴胡汤“主之”！此证非阳明证，而是邪结少阳、上下不交、上可见呕、下可见利、枢机不利之明证！故此为少阳大柴胡汤证。二，即便我们将“伤寒呕多，虽有阳明证”视为阳明证，再谬用大柴胡汤，结合文中“虽有阳明证，不可攻下”<sup>[2]</sup>，仍可推导大柴胡非为通里攻下之用，而是起和解枢机之攻。攻下之法有严格的禁忌，辨不可下病形证治第十七即有：诸虚者不可下……，诸外实者，不可下……，动气在右，不可下……，动气在左，不可下……，动气在上，不可下……，动气在下，不可下……，四逆厥者不可下……，等等不一而足。即便此篇中谈及用小承气汤，以其首次服用，每服含大黄 4/3 两的用量，仍曰“以小承气汤和之”。而大柴胡汤每服含大黄 2/3 两（仅为小承气汤的半量）。据此而论，和小承气汤相较而言，《金匱玉函经》辨不可下病形证治第十七，亦有弦外之音，大柴胡汤断不为通里攻下而设，其功在和解少阳一途。

然而，《金匱玉函经》辨可下病形证治第十八，其论述却大异于通篇《金匱玉函经》，甚至有背离仲景、自相矛盾之处，篇中有：一，少阴病，下利清水，色青者，……宜大柴胡汤、承气汤。（在《金匱玉函经》辨少阴病形证治第八篇有：“少阴病，下利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，急下之，宜大承气汤〈此处原文不是'宜大柴胡汤、承气汤'〉”，《金匱玉函经》辨少阴病形证治第八篇，和《金匱玉函经》辨可下病形证治第十八篇，此处原文相比，显系自相矛盾。

另外，此少阴热化，燥屎内结，宜承气汤釜底抽薪、急下存阴。《金匱玉函经》辨可下病形证治第十八篇中，条文中有宜用大柴胡汤，纯属误治！）二，脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大柴胡汤、承气汤。三，腹满不减，减不足言，当下之，宜大柴胡汤、承气汤。四，伤寒六七日，目不了了，睛不和，……急下之，宜大柴胡汤、承气汤。五，汗出而谵语者，有燥屎在胃中，过经乃可下之……，宜大柴胡汤、承气汤。六，病者烦热，得汗出即解，复如症状，……宜大柴胡汤、承气汤。七，得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证而烦，心下坚……未定其成坚，……定坚，乃可攻之，宜大柴胡汤、承气汤。以上凡此七处，大柴胡汤、承气汤并列而论，虽未对诸证言“主之”之用，即便以“宜”论之，也似乎过于粗疏。另外诸如“病腹中满痛者为实，当下之，宜大柴胡汤”，以及“伤寒后，脉沉者，沉实者下之解，宜大柴胡汤”此两条更是出乎仲景！

《金匱玉函经》辨不可下病形证治第十七，《金匱玉函经》辨可下病形证治第十八，同属《金匱玉函经》的“可”与“不可”篇章。《金匱玉函经》中的“可”与“不可”，则是王叔和“撰次仲景遗论”之后，把它附在仲景的“三阴三阳”之后的<sup>[3]</sup>。钱超尘先生同时指出，在他（王叔和）重新编排《伤寒论》中的“可”与“不可”条文的同时，也把那些不属于仲景《伤寒论》“三阴三阳”中的条文，只要是关于“可”与“不可”治法的，也收录进来。孙思邈《千金翼方》卷九—十所辑《伤寒论》原文，尽行删去王叔和所集“可”与“不可”之论，其文伤寒宜忌篇，忌下第五、宜下第六中，均未提任何汤

方，遑论大柴胡汤有通里攻下之用。清·陆九芝《校正王朴庄伤寒论注》有“王叔和重集诸可与不可，有不能强解者，真人别作宜忌一册，尽行删却……正不必谓叔和之语定可从也”。

《金匱玉函经》辨可下病形证治第十八，关于大柴胡汤与下剂承气汤并列而论的条文，确有不妥之处。此类篇章，在讲解伤寒学术时，自明代以后，伤寒论学者多删而不谈。仲景学说固然是仲景学术的基石，仲景学说亦是为仲景学术服务的，莫论叔和，即便仲景学说，亦必当去伪存真、去粗取精、日臻完善。

2，《金匱玉函经》中的大柴胡汤汤方分析。大柴胡汤汤方在《金匱玉函经》中，见于卷七，方药炮制篇。对其中含大黄的诸方剂，及其同类方剂中的大黄进行量效比较分析，列述如下：

2.1，《金匱玉函经》中大柴胡汤汤方，每剂、每服含大黄的量。

大柴胡汤汤方在《金匱玉函经》中，为第三十四方，其大柴胡汤方药组成除生姜五两（宋本《伤寒论》本方含生姜三两）。其中对是否含大黄一味，和宋本《伤寒论》，语气不同！其方后注中，语气肯定；并强调指出，不容减去大黄，“一方无大黄，然不加不得名大柴胡汤也”！其煎、服、禁之嘱中，尤为明确指出“去滓，再煎取三升，温服一升”，宋本《伤寒论》“去滓，再煎”后，无“取三升”三字。宋本《伤寒论》每服药的量是每剂有的量的六分之一；而《金匱玉函经》中此处“取三升”三字，使得《金匱玉函经》中大柴胡汤汤方，每服药的量是每剂药的量的三分之一。也就是说，假定从两个版本中每剂大柴胡汤汤方均含大黄二两之说，《金匱玉函经》所注，其每服

含大黄三分之二两。其每服用量，恰恰是宋本《伤寒论》大柴胡汤每服用量的一倍。我们退一步，按《金匱玉函经》大柴胡汤大黄的量推算，按《伤寒论讲义》剂量的折算标准，大柴胡汤中有大黄二两，折算为6克，久经煎煮，方后注“以水1斗2升煮，取六升，去滓再煎取三升，温服一升（折算为约200毫升），每服含两克大黄。两克大黄，绝非通里攻下之意，也没有通里攻下的作用。

如果我们，按一两折合15.625克计算，每服10.5克大黄，仲景时代药物煎煮并不第二次煎煮〈翻煎〉，据此相当于现在处方中约10克多一点，这样好象有了一些攻下的意思。好象终于，给认为“大柴胡汤为少阳兼阳明两解之剂，大柴胡汤为解表攻里两解之剂”的学者，找到了点“依据”。接下来的分析，仍会另看到“依据”的学者失望。不管参考哪种剂量折算标准，都是一种学术学说推理，而依据书作时代的同类药物进行量效比较，则是客观的！

2.2，通过和《金匱玉函经》中其它所含大黄的汤方的比较，揣度大黄通里攻下所用剂量的范围，以及大黄在大柴胡汤中的功用。

《金匱玉函经》卷第七、第八中，大陷胸汤（第五十三）汤方，每剂含大黄六两，方后注有“得快利，止后服”；大陷胸丸（第五十四），每剂含大黄半斤，方后注有“顿服，一宿乃下”；抵当汤（第八十三）汤方，每剂含大黄三两，每服含大黄一两，方后注有“不下更服”；抵当丸（第八十二），每剂含大黄三两，每服含大黄3/4两，方后注有“当下血，若不下，更服”；大承气汤（第七十五）汤方，每剂含大黄四两，每服含大黄二两，方后注有“得下，余勿服”；小

承气汤（第七十六）汤方，每剂含大黄四两，每服含大黄 $4/3-8/3$ 两，方后注有“初服汤当更衣，不尔者尽饮之；若更衣者，勿服之”；调胃承气汤方（第七十七），每剂含大黄四两，每服含大黄四两，方后注有“少少温服”。

以上七方，每服剂量约合二两，且方后注紧紧围绕通下大便与否，显系有通下里实之用。而大柴胡汤（第三十四）汤方，每剂含大黄二两，每服含大黄一两，且方后注并未见与通下大便相关的内容。大柴胡汤每服药物所含大黄的量约合以上诸方中的半量左右，若谈通里攻下，显失效力。尤其应当指出的是，仲景文小承气汤（第七十六）方后注中，已有大黄通下里实所用剂量范围的清晰描述。其为：小承气汤每服含大黄 $4/3$ 两，“初服汤当更衣”，亦即服用每服含大黄 $4/3$ 两的小承气汤，当有通下大便之效；“不尔者尽饮之”，亦即若服用每服含大黄 $4/3$ 两的小承气汤，仍未通下大便，则“尽饮之”，“尽饮之”即一次饮服首次服药后余下“两服”药，也就是说，这次服用的本服小承气汤含大黄 $8/3$ 两。我们可以推断，仲景认为，每服汤药，大黄约在 $4/3-8/3$ 两之间，一般的就达到了通下作用。

大柴胡汤（第三十四）汤方，每剂含大黄二两，每服含大黄 $2/3$ 两，方后注亦未见与通下大便相关的内容。显然，大柴胡汤汤方中大黄的量，尚未达到仲景方中大黄通下里实所用大黄剂量，因而仲景方后注中不应、亦不必赘述与通下大便相关的内容！大柴胡汤每服所含大黄的量，和仲景大陷胸汤、抵当汤、大承气汤、小承气汤中，每服含大黄的量相较。相差数倍之多，远远还不能谈通里攻下！

2.3，桃仁承气汤、麻子仁丸，大黄泻心汤、附子泻心汤，柴胡加龙骨牡蛎汤。其用大黄，各有所主。

桃仁承气汤（第七十八），以调胃承气汤加桂枝、桃仁，温通血脉、化瘀祛热，攻逐蓄血，方后注“当微利”以揣度药力；麻子仁丸（第八十一），以小承气汤和麻仁、杏仁、芍药润肠行津液，其治脾约，方后注“渐加，以和为度”。二方均是缓缓取其微利、润下。

大黄泻心汤，大黄、黄连以麻沸汤二升渍之，温服而泻热消痞。附子泻心汤，大黄、黄连、黄芩、附子以麻沸渍之，温服而泻热消痞兼以扶阳。柴胡加龙骨牡蛎汤，含大黄二两，后入轻煎，以清泻里热。三方均取大黄寒之锐气以泻热，前两方兼以消痞，后方用以清里。

2.4，大柴胡汤、茵陈蒿汤、桂枝加大黄汤中的大黄功效比较。

茵陈蒿汤，每剂含大黄二两，每服含大黄 2/3 两，方后注有“一宿腹减，黄从小便去也”。并未明言药后大便状况，而是强调“黄从小便去也”。此汤方、或者说此处大黄之用，在于泻热逐瘀，甚至可稍加大黄用量且增加煎煮时间，减其泻实之功、增其泻热之效，以泻代清。“清”、“祛热逐瘀”才是目的，而非通里攻下。

桂枝加大黄汤，每剂含大黄二两，每服含大黄 2/3 两。此方治太阴阴寒内盛（外邪侵入、阴寒内盛）。治以温阳和络，可以桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤，此病位在脐周、病因在寒凝、证属阴实，大黄用于逐瘀和络止痛，而非通里攻下。

大柴胡汤，每剂含大黄二两，每服含大黄 2/3 两。大柴胡汤每剂、每服药中大黄的量，在 2.1 中已经论述；在 2.2 中也已推理了大柴胡汤

中大黄的功效状况；在 2.3 中又分析了仲景方中大黄的其它用法。总之，大黄因其剂量、煎煮方法、煎煮时间之不同，而疗效各异。而茵陈蒿汤、桂枝加大黄汤，每剂、每服用量和大柴胡汤相同，且大柴胡汤中的大黄煎煮时间更长，更不可见通里攻下之用。其功在和络、逐瘀、彻热，作为大柴胡汤和解少阳这一“和力”中的一个组成部分，共奏和解少阳、安和五脏之功，而非通里攻下之用。

总之，历年来，笔者发文《试论大柴胡汤证为少阳病本证》，《论大柴胡汤无通里攻下之用》，《“大柴胡汤证”如是说》，《答关于“论大柴胡汤无通里攻下之用”一文中的两个问题》，《就“论少阳腑实证和仲景用大柴胡汤”一文与郝万山教授商榷》等等。近日，通过再次研读《金匱玉函经》，研究《金匱玉函经》中，仲景方大柴胡汤无通里攻下之用，确立大柴胡汤证为少阳病本证的相关理论。此必将为顺畅解释《伤寒论》有关大柴胡汤、证原文上的掣肘提供理论基础，并且亦将为纠正临床应用与以往的《伤寒论》有关大柴胡汤、证理论的脱节提供新的理论依据。

#### 参考文献：

- [1] 李登岭. 试论大柴胡汤证为少阳病本证. 见：刘渡舟编. 99 仲景学术论坛. 台北：富群文化事业出版社，1999.173–174.
- [2] 张仲景著，李顺保校注. 金匱玉函经. [M]. 北京：学苑出版社，2013: 117.
- [3] 钱超尘著. 伤寒论文献通考. [M]. 学苑出版社，1998: 54–55.

# 十七，《浅说成无己“注解伤寒论”和“伤寒明理论”中的大柴胡汤、证》

李登岭 赵红霞 李乔 莘县中西医结合研究所 252400

**摘要** 目的：阐明仲景大柴胡汤、证的汤方功效和汤证实质。方法：疏理、分析《注解伤寒论》、《伤寒明理论》中，大柴胡汤、证的条文及注解。据《方剂学》界定“下法”、“和法”的概念，进一步推导大柴胡汤、证的汤方功效和汤证实质。结果：从成氏对大柴胡、证的论述中，可以看出，成氏不认为大柴胡汤有通里攻下之用，而只有祛里热之功。但同时成氏认为小柴胡汤为和解少阳专方，不认为大柴胡汤专为和解少阳而设。结论：从成无己对大柴胡汤、证的认识，结合《论大柴胡汤证为少阳病本证》、《“大柴胡汤、证”如是说》、《答关于“论大柴胡汤证为少阳病本证”一文中的两个问题》、《“金匮玉函经”中的大柴胡汤证及大柴胡汤方》等系列文章，较完整的论述了仲景大柴胡汤方无通里攻下之用，大柴胡汤证为少阳病本证。

大柴胡汤方、证，凡见于《注解伤寒论》计 8 条，太阳病篇 4 条，阳明、少阴病篇各 1 条，辩可下病篇 2 条。《伤寒明理论》诸药方论有大柴胡汤条。

1，先逐条分析《注解伤寒论》的大柴胡汤方证。

1.1，《注解伤寒论》卷三 辩太阳病脉证并治法第六

1.1.1，太阳病未解，脉阴阳俱停，（赵本注：“一作微”）必先振栗，汗出而解。但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微（赵本注：“一作尺脉实”）者，下之而解。若欲下之，宜调胃承气汤主之。（赵本无“主之”二字，又赵本注：“一云，用大柴胡汤”）

笔者注：本条讲辨太阳病脉（阳脉微、阴脉微）证（战汗）的预后及证治。和宋本《伤寒论》第 68、70 条比对阅读，可知，前者可以芍药甘草附子汤，后者宜调胃承气汤。《注解伤寒论》本段落中，成氏仅录入赵本注：“一云，用大柴胡汤”。

1.1.2，太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。（赵本无“汤”字）呕不止，心下急，（赵本注：“一云：呕止小安”）郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之，则愈。

日数过多，累经攻下，而柴胡证不罢者，亦须先与小柴胡汤，以解其表。经曰：凡柴胡汤疾，（医统本作“病”）证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡者，（医统本作“汤”）是也。呕止者，表里和也；若呕不止，郁微烦者，里热已甚，结于胃中也，与大柴胡汤下其里热则愈。

大柴胡汤方：柴胡（半斤。味甘平） 黄芩（三两。味苦寒） 芍药（三两。味酸，微寒） 半夏（半升，洗。味辛温） 生姜（五两，切。味辛温） 枳实（四枚，炙。味苦寒） 大枣（十二枚，擘。医统本有“味”字，甘温） 大黄（二两。味苦寒，赵本无“大黄”一药） 上八味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎，温服一升，日三服。一方用（赵本作“加”）大黄二两。若不加大黄，（赵本无“大黄”二字）恐不为大柴胡汤也。（赵本无“也”字）

笔者注：本条讲少阳病大柴胡汤证的证治。太阳病，表证已罢十多天，病已入少阳，反接二连三的使用下法，又经过四、五天，柴胡汤的适应证仍然存在，先服用小柴胡汤。呕吐不止、胃上脘部拘急不快或疼痛，心中微觉烦闷，表示病邪没有解除，服用大柴胡汤，得下后，病就会痊愈。和宋本《伤寒论》第165条比对阅读可以清晰的看到，本条所述大、小柴胡汤的并列关系和大、小柴胡证的并列关系。本条大柴胡汤方后注“加大黄二两”，即便以大柴胡汤含大黄而论，

其和宋本《伤寒论》第 279 条桂枝加大黄汤方（方药）中“大黄二两”，功效相类，对读之下，其用益明。此处之此剂量大黄，每服仅含六分之一两大黄，六分之一两大黄，并非通里攻下，至多是假道阳明，给其里热以出路。《注解伤寒论》本段落中，成氏仅论“与大柴胡汤下其里热则愈”。

## 1.2. 《注解伤寒论》卷四 辩太阳病脉证并治法第七

1.2.1，伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。（赵本有“大柴胡汤方”详见本书卷三）但结胸无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。

伤寒十余日，热结在里，是可下之证，复往来寒热，为正邪分争，未全敛结，与大柴胡汤下之。但结胸无大热者，非热结也，是水饮结于胸胁，谓之水结胸。周身汗出者，是水饮外散，则愈；若但头微汗出，余处无汗，是水饮不得外泄，停蓄而不行也，与大陷胸汤以逐其水。

笔者注：本条讲大柴胡汤证和大陷胸汤证的证治异同。大柴胡汤证为热结在里，在这种病机基础上出现往来寒热，为少阳病见证（此不为少阳阳明并病，大柴胡汤亦有热结在里的病机，只是没有腹满腑实），用大柴胡汤治疗。而大结胸证则心下痛较之大柴胡汤证“胁下拘急、按之较硬而不痛”及“往来寒热”大有不同。结胸水结胸胁，无大热者，热势不甚。但头微汗出者，为水饮不得周身汗出外散而愈，无外解之势，只有顺势以大陷胸汤逐水。此“热结在里”为“热结在少阳”。一阳少阳相火，少阳从本为相火，少阳病标本司气分属为火，

“火”是少阳诸病之眼目。《注解伤寒论》本段落中，成氏“与大柴胡汤下之”之意，仍如上条之“下其里热”。而非“通里攻下”。

1.2.2，伤寒，发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。

伤寒发热，寒已成热也。汗出不解，表和而里病也。吐利，心腹濡软为里虚；呕吐而下利，心下痞硬者，是里实也，与大柴胡汤以下里热。

笔者注：本条讲心中痞硬之大柴胡汤证的证治。伤寒少阳病柴胡证有内彻之势，发热，虽汗出而不解，心中痞硬，呕吐下利，是邪结少阳、上下不交、上可见呕、下可见利、枢机不利之明证。即见本条呕吐而“下利”，治之以大柴胡汤，则可反推，大柴胡汤不为下法，而是解除痞硬之法。对读宋本《伤寒论》第103条可见，103条明晰的表述了大、小柴胡汤的并列关系和大、小柴胡证的并列关系。第(103)条“先以小柴胡”，“呕不止，心下急，……与大柴胡汤下之，则愈”应段为“……呕不止，心下急，……与大柴胡汤，下之则愈”。其“先以小柴胡”假汗道出表，后“与大柴胡汤”假肠道走里而解。本条和第(103)条互参，更可见仲师设大柴胡汤主治心中痞硬偏于半里的柴胡证之用心。也支持大柴胡汤证为少阳病本证的论点。《医宗金鉴》云，下利之“下”字，当是“不”字。若是“下”字，岂有上吐下利，而以大柴胡汤下之之理乎。可见《医宗金鉴》尚不明此理，此为方家万密一疏。另，宋本《伤寒论》第379，“呕而发热者，小柴胡汤主之”。彼条为厥阴“六呕”之一；本条“呕”、“发热”，而用大柴

胡汤。但本条“呕吐而下利”、“汗出不解”则失于假汗道外解之势；“呕吐而下利”、“心中痞硬”更适合假肠道彻热而枢解少阳之邪，必以大柴胡汤主之。《注解伤寒论》本段落中，成氏明言“是里实也，与大柴胡汤以下里热”。亦说明成氏认为此“里实”为“里热”。此“里热”并非中医学“通里攻下”概念中的“标底物”，诸如“积滞，或积水、衃血，使停留于肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、停水”等等<sup>[1]</sup>。

### 1.3，《注解伤寒论》卷五 辨阳明病脉证并治法第八

伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也。急下之，宜大承气汤。（赵本注：“一云：大柴胡汤”）

笔者注：本条讲燥屎证见睛不和的辨治。伤寒六七日，证见目中不了了，睛不和，是目失所养，真精不能上注于目所致。真精耗竭的原因是热结于腑、腑热炽盛，宜大承气汤急下以救阴。此处无表里证，当偏指，为无表证。《注解伤寒论》本段落中，成氏仅录赵本注：“一云：大柴胡汤”。是留存待考。

### 1.4，《注解伤寒论》卷六 辨少阴病脉证并治法第十一

少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，急（赵本作“可”）下之，宜大承气汤。（赵本注：“一法用大柴胡”）

笔者注：本条讲热结旁流、火炽津枯的证治。自利清水，是燥屎内结、迫津旁流所致。腑气壅塞，故心下痛。燥热内炽，灼伤真阴，故口干燥。燥屎已成，当急下，宜大承气汤。如上段所述，《注解伤寒论》本段落中，成氏仅录赵本注：“一法用大柴胡”。留存待考。

## 1.5，《注解伤寒论》卷九 辩可下病脉证并治法第二十一

1.5.1 病腹中满痛者，此为实也，当下之，宜大承气（赵本有“大柴胡”三字）汤。

1.5.2，伤寒后，脉沉沉者，内实也，下解之，（赵本作“之解”）宜大柴胡汤。

伤寒后，为表已解，脉沉为里未和，与大柴胡汤，以下内实。经曰：伤寒瘥以后更发热，脉沉实者，以下解之。

笔者注：本段 1.5.1，1.5.2 之论，后世学者多认为非仲景原文，故删而不讲。钱超尘先生在《伤寒论文献通考》中指出，在他（王叔和）重新编排《伤寒论》中的“可”与“不可”条文的同时，也把那些不属于仲景《伤寒论》“三阴三阳”中的条文，只要是关于“可”与“不可”治法的，也收录进来<sup>[2]</sup>。

2，再分析《伤寒明理论》大柴胡汤方解。

《伤寒明理论》药方论序中，仅用“七方”、“十剂”之说。仅以大、小、缓、急、奇、耦、复，以及宣、通、补、泻、轻、重、涩、滑、燥、湿等框定、分类方剂。彼时尚未有明确的“和法”概念。诸药方论中尚有“和”、“和解”之萌芽。直至清·程钟龄始有“八法”之专论。

成氏在小柴胡汤方论中认为：“伤寒邪气在表者。必渍形以为汗。邪气在里者。必荡涤以为利。其于不外不内。半表半里。既非发汗之所宜。又非吐下之所对。是当和解则可矣”。并谓小柴胡汤中人参、炙甘草、半夏“佐柴胡以和里”，生姜、大枣“辅柴胡以和表”，即

“小柴胡为和解表里之剂”也。成氏又云：“邪在半表半里。则半成熟矣。热气内传。攻之不可。则迎而夺之。必先散热。是以苦寒为主。故以柴胡为君。黄芩为臣。以成彻然发表之剂”。在这里成无己把小柴胡汤说成彻然发表之剂，和把大柴胡汤说成“大柴胡为下剂之缓也”。但成氏亦不认为大柴胡汤有通里攻下之用，“荡涤肠胃，泻出肠中的积滞，或积水、衃血，使停留于肠胃的宿食、燥屎、冷积、瘀血、结痰、停水”，而是“缓”以逐“邪热”。笔者认为，大、小柴胡汤证，均为半表半里之证，均有半表半里之邪。和解之法，亦必使邪必有出路，要么假汗道出表，要么假阳明彻热。而不可能去无出路而自消<sup>[3]</sup>。和法是通过和解或调和的作用以祛除病邪为目的的一种方法。仲景之和解少阳之大、小柴胡汤，实谓小柴胡和解少阳假汗道出表，大柴胡汤和解少阳假肠道出里。否则成氏无法自圆其说。和解之法如“合力”，“合力”产生于各“分力”，使用各分力的正确目的，是保证“合力”的方向和力量。“和法”不是简单的“X法”加上“Y法”，而是以揣度权衡之能事，形成和解调理之法。其正如“合力”不同于各不同“分力”的方向和力量。关于大柴胡汤、证，成氏理解中肯、公允，只是成氏尚没有明确完整的论述而已。

成氏在大柴胡汤方论中指出，大柴胡汤“不加大黄，恐难攻下”。 “不加大黄，恐难攻下”，表明成无己先生认为大柴胡汤方攻下之功有赖于大黄；“若不加，恐不名大柴胡汤”更是强调大柴胡汤攻下之名仰仗大黄立功。其实，在《论大柴胡汤无通里攻下之用》一文中，我们已经较充分的讨论了大黄的有无，更有甚者，进一步讲了即便有

大黄，亦不一定能善此通下阳明之功。

总之，关于大柴胡汤、证，成氏不认为大柴胡汤有通里攻下之用，而只有祛里热之功。但同时成氏认为仅小柴胡汤为和解少阳专方，不认为大柴胡汤专为和解少阳而设。虽然尚没有明确完整的论述，但成氏理解中肯、公允，堪称治学严谨的伤寒学大师。成氏力图按照写这部著作（《伤寒论》）的本来样子去研究，并且不把论中没有的东西包括进去，这是非常质朴的科学态度<sup>[4]</sup>。但限于历史观和科学观的局限性，还是不可避免的存在：有不少牵强附会之处，且对引用文字多处加以省略或改变<sup>[5]</sup>。

#### 参考文献：

- [1] 许济群. 方剂学 [M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：2.
- [2] 钱超尘. 伤寒论文献通考. [M]. 学苑出版社，1998：54—55.
- [3] 李登岭. “大柴胡汤证”如是说 [J] 国医论坛，2015，30 (4) : 7.
- [4] 任应秋. 中医各家学说 [M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：21.

## 十八，从小建中汤证管窥“伤寒传经”及其汤方应用

李登岭 赵红霞 李乔 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨伤寒谓“传”和“传经”的不同含义及其对小建中汤应用的指导意义。方法：从《伤寒论》小建中汤证条文入手，结合李克绍老师有关“传”和“传经”的学术见解，论证“传”和“传经”的不同，并引证仲景太阴虚寒腹痛与邪结少阳腹痛辩治的条文，及其后世医家相关病案，论述小建中汤应用范围的宽泛。结果：《伤寒论》之“传”，实为由伤寒的前驱期，变成可以明确划分为某一经病的症状定型期。这样就更易理解仲景使用小建中汤的心法。结论：《伤寒论》中“传”和“传经”确有不同，李克绍老师的六经病前驱期、定型期的经界理论，有重要的学术价值和现实意义。小建中汤汤方，药虽平淡，但适用范围宽泛，疗效确切，平中见奇。

小建中汤证，在《伤寒论》凡见于第100、102两条，在《金匮要略》血痹虚劳病脉证并治第六、黄疸病脉证并治第十五、妇人产后病脉证并治第二十一、妇人杂病脉证并治第二十二等四篇中，均有论述。

仲师在经文中，对小建中汤汤方的适用及其类证辩证应用有专门论述，后世医家亦多有发挥。兹就从小建中汤证条文看“伤寒传经”及其对小建中汤汤方运用的指导意义，略陈一管之见，就教于大方之家。

## 1，从《伤寒论》小建中汤证条文看“伤寒传经”

### 1.1，《伤寒论》第 102 条“心中悸而烦”者，病在哪一经？

在《金匱要略》中，小建中汤方用于治疗“虚劳里急”、“男子黄，小便自利”、“产后少腹里急”、“妇人腹中痛”。以上诸条，均可见，其用于治疗太阴虚寒里急腹痛之证。而在《伤寒论》中，第 102 条有：伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。本条文中的“心中悸而烦”，《伤寒论》条文中屡有提及。诸如：第 49 条禁汗之“心悸者”，第 64 条过汗致“心下悸”，第 82 条“心下悸、头眩”之真武汤证，第 96 条小柴胡汤证之“心下悸、小便不利”，第 127 条“太阳病，小便利者，以饮水多，必心下悸”，第 177 条“脉结、代，心动悸”，第 264 条误下致“悸而惊”，第 356 条“厥而心下悸”。而“烦”多为邪郁所致，多发生在桂枝汤后有外解之势而未能外解之时，或有郁而化热之变者。

《伤寒论》第 102 条：“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之”。我们从仲景原文第 102 条的描述中，即便是联系上下文，也并不能看到其为六经中的何经之病。按学界通行的“传经”观点：《伤寒论》第 5 条讲，“伤寒二、三日，阳明少阳证不见者，为不传也。第 4 条又有“……脉若静者，为不传，颇欲吐，若躁烦脉数急者，为传也”。今《伤寒论》第 102 条见“悸而烦”，“悸”者，脉不静，

“烦”知“躁烦”现，“躁烦脉数急”，依据《伤寒论》第4、5条原文及“传经”理论共识，足见此证已非太阳证。那么“传经”传到哪里了呢？是不是传入少阳？是不是传入阳明？均无明证，亦即无解！看来伤寒一日，病在太阳，并非确指，二、三日燥烦者，亦未必是指传经到少阳、阳明。

这样看来，我们有必要重新审视一下“传”的概念、意义。传，多以“传经”而言，一般认为，传就是六经中由受病的一经，传变到另一经……传与不传，主要根据脉象和症状<sup>[1]</sup>。喻昌谓“脉静者，邪在本经……颇欲吐……燥烦脉数，寒邪受热，必传经也”，沈明宗谓“若颇欲吐，或烦躁，而脉数急，则邪机向里已著，势必传经为病也”。这里所说的“传”，均是指邪在本经而传到他经为病。但就上段文字中可知，这种解释并不能自圆其说。

1.2，《伤寒论》第102条“心中悸而烦”者，病在尚未定型的前驱期。

李克绍老师认为，《伤寒论》中的“传”和后世所释的“传经”不是同一概念。先生认为，三阳病的出现，有一个发热恶寒的前驱期；三阴病的出现，有一个无热恶寒的前驱期。由前驱期进入出现各经症状定型期，叫“传”。并结合《内经·水穴热论》“人伤于寒，传而为热”之“传”，指出：“传”即为“变化”之义，进一步明确提出：由三阳病或三阴病共有的前驱期，变成可以明确划分为某一经病的症状定型期，这就叫“传”<sup>[2]</sup>。应用李克绍老师的学术见解，来解释第102条，“伤寒二三日，心中悸而烦者”，可作如下释义。本条所讲伤寒二三日，此处是指病在外感初起，其见心中悸而烦，为里虚邪

扰而成。悸而烦为本条主证，营卫不足，虚则内怯，抗邪无力，郁而不解，故心中悸而烦。三阳为病即可见发热恶寒、悸而烦，三阴为病即可见无热恶寒、悸而烦。也就是说，第 102 条，“伤寒二三日，心中悸而烦”，可以认为处在伤寒六经病尚不定型的前驱期。

### 1.3，处于“尚未定型的前驱期”的小建中汤证转归趋势。

按照李克绍老师的学术见解，我们理解第 102 条，“伤寒二三日，心中悸而烦”，认为处在伤寒六经病尚不定型的前驱期，就泛化了本条的证候。据“传”非传经、转属，而是为定型说，此证尚在前驱期，此时可有两种转归，一种从阳化热，悸而烦，郁热不解，出现“阳微结”或郁热转属阳明；一种从阴生虚寒，转属太阴。如第 270 条所讲，“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪”，其人“反能食而不呕”，是脾胃之阳不衰，故“三阴不受邪”。本条“伤寒二三日，心中悸而烦”若有纳差、便溏等，则是脾阳虚寒，又为外有伤寒之邪所扰。防第一种转归，以小建中汤，外御寒邪，内护里虚；防第二种转归，以小建中汤温中补虚，和气血，即治悸而烦，又有防其定型传变入阴之妙。

### 1.4，《伤寒论》第 100 条“先与小建中汤”，提示小建中汤适应证的宽泛。

此条正解为“悸而烦”处在不定型期，反证以小建中汤治“悸而烦”的宽泛，亦说明正阳旦汤汤方使用的宽泛。这种解释亦可从仲景原文中得到印证。如《伤寒论》第 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。分析该条可

知：在这里，仲师亦不能断定，使用小建中汤能不能尽“差”“腹中急痛”，故仲师又云“不差者，小柴胡汤主之”；在这里，仲师旨在告戒后学，“腹中急痛”的辩证及选择用药的先后之定法；在这里，亦可读出仲师使用小建中汤的规则下的宽泛。关于此条之解，后世医家多有发挥，汪苓友云：此条乃少阳病兼挟里虚之证。……弦本少阳之脉，宜与小柴胡汤，兹但阴脉弦而阳脉涩，……涩主气血之虚少，……先温补矣，而弦脉不除，……为不瘥。……后与小柴汤去黄芩加芍药以和解之。……愚以先补后解，乃仲景之妙法”。此条中，“阳脉涩、阴脉弦”，“腹中急痛”，可见于少阳病，亦可见于太阴里虚，依据仲师习惯，表里同病里虚者先救其里，故先用小建中汤治疗，如果不能痊愈，是邪在少阳，当和解枢机，再以小柴胡汤治之。按李克绍老师将六经病由前驱期进入各经病定型期的理论论述，结合将《伤寒论》第102条“心中悸而烦”者，视为病在尚未定型的前驱期的观点，分析《伤寒论》第100条“腹中急痛”案例；以病在尚未定型的前驱期界定此案例；即便是尚不能定型为病在少阳，或病在太阴，亦即其处在伤寒六经病尚不定型的前驱期。那么先用小建中汤治疗，恰恰体现了小建中汤汤方应用的宽泛，其契合仲景“先用小建中汤”之意，仍然是合情入理的。我甚至私下里想，某种意义上，小建中汤方有类现代医学的“能量合剂”，广泛应用于临床，甚或有时寓杂病于不治之中收全功。

## 2，小建中汤的汤方运用

### 2.1，小建中汤在《伤寒杂病论》诸篇中的应用。

《金匱要略》诸篇中，血痹虛劳病脉证并治第六，以小建中汤主治虛劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢痠疼，手足烦热，咽干口燥等。程林谓，《伤寒杂病论》经文中，小建中汤治以上诸虚，“里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢痠疼，手足烦热”，是脾虛；“悸”是心虛；“衄”，是肝虛；“失精”，是肾虛；“咽干口燥”是肺虛。此五脏皆虛，先建其脾土。此与上文中，窃以为“某种意义上，小建中汤方有类现代医学的“能量合剂”，广泛应用于临床，甚或有时寓杂病于不治之中收全功”相契合。《灵枢·终始》篇有“阴阳俱不足，补阳则阴竭，泻阴则阳脱，如是者可将以甘药”，此处仲景立法和《灵枢·终始》篇本义相同。

黄疸病脉证并治第十五，“男子黄，小便自利，当与虛劳小建中汤”。此以小建中汤建运中焦，化生气血，治虛劳萎黄。《伤寒论》第187条，有：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身当发黄。若小便自利者，不能发黄；至七八日，大便硬者，为阳明病也”。太阴主湿，湿邪郁滯，应当身体发黄。但如果小便通利，就不会出现身体发黄的现象，到第七、八天，大便干硬的，是已转属阳明病的证侯。而在《金匱要略》黄疸病脉证并治第十五中，虽“小便自利”，仍有“男子黄”。说明病在太阴脾土，为虛寒而致面色萎黄，小建中汤正切合病机。

妇人产后病脉证并治第二十一、妇人杂病脉证并治第二十二中，以小建中汤治妇人产后及杂病腹中痛。也显示小建中汤方药平稳、几无副作用之伤人之虞。仲师在妇人产后、杂病的证治中，无不立意于

此方着眼中焦阳气，阴阳气血并治，故而用药平淡、用途广泛、疗效确切、平中见奇。

## 2.2，后世医家在小建中汤临床应用中的发挥。

伤寒学达人许叔微，《伤寒九十论》麻黄汤证第四有案，曾治乡人邱忠臣。……病伤寒。予为诊视。其发热。头疼。烦渴。脉虽浮数无力。自尺以下不至。予曰虽麻黄证。而尺迟弱。仲景云。尺中迟者。营气不足。血气微少。未可发汗。予于建中汤。……翌日病者不耐。其家晓夜督发汗药。其言至不逊。予以乡人隐忍之，但以建中调理而已。及六七日。尺脉方应。遂投以麻黄汤。啜第二服。狂言烦躁且闷。须臾稍定。已中汗矣。五日愈”。徐叔微此案中，患者邱XX，病太阳伤寒麻黄证，然而“脉尺中迟”，属麻黄汤禁例。针对此局，徐叔微先生先以小建中汤开手，待营血来复，尺脉方应，再造麻黄汤证、投以麻黄汤！继而病愈。从此案中，我们可以看出徐叔微对伤寒论 398 法的尊崇，更应该看得到、看得出，小建中汤适应证候的宽泛。

## 2.2，现代临幊上小建中汤的广泛应用。

我们现代临幊上，内、外、妇、儿科疾病，均有使用小建中汤的报道。其所治内科发热、自汗、盗汗、咳嗽、胃痛、肋痛、腹痛、胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、眩晕、黄疸、结核、中风、过敏、肿瘤等；外科痈痛、脱疽；妇科痛经和不孕症；儿科节段性小儿肠炎；及五官疾病不一而足<sup>[3]</sup>。而治疗外感伤寒类疾病的报道并不多，可见仲景用其治疗伤寒六经病的心法，诸如用其治伤寒悸而烦，不待辨其在太阳、少阳，甚或太阴，即可开手用小建中汤而不误。其治诸如

《伤寒论》第 100 条之表里同病，亦当先用小建中汤治疗，如不痊愈，再枢解少阳，治以小柴胡汤（今日之临床，多诸法共施、杂合以治，这种体会和验证尚不多见）。其诸般症治，均可以应用，小建中汤汤证处于“病在尚未定型的前驱期”进行合理解释。这种释疑解惑的合理性，亦可显示李克绍老师六经病前驱期、定型期划分的理论价值，和进一步完善李克绍老师这种经界理论的必要性和现实意义。

需要指出的是，在坊间，有“小建中汤败脾阳之说，说“小建中汤太寒了，药用生白芍的小建中汤喝了容易拉肚子”。白芍性微寒，阳衰虚寒者不宜单独大量应用，小建中汤药用白芍六两，每服二两（合 30 多克），难免有“败脾阳”之势，坊间有将生白芍换成了炒白芍者，以缓和白芍之寒性，不至于药后拉肚子。有的小店年售小建中汤上万份。有的为防止其寒，和理中汤合方售出。凡此种种、花样百出。若不思考究仲师圣方，必至临床迷惑。应知小建中汤汤方中，“古之桂枝即今之肉桂”，小建中汤若用肉桂之热易桂枝之温，则一假甘辛大热，折白芍之寒性，二以阳热走而不守，宣导百药，自然也就不会有“败脾阳”、“致腹泻”之流弊。如此看来，小建中汤汤方中，重用胶饴，倍加芍药，温养中焦、益营血、和阴阳，仲师以肉桂配芍药成小建中汤，堪称绝配。

#### 参考文献：

- [1] 中华人民共和国卫生部中医研究院. 伤寒论语译 [M]. 北京：人民卫生出版社，1963：2.
- [2] 李克绍. 伤寒解惑论 [M]. 山东：山东科学技术出版社，1978：15.
- [3] 李嘉璞. 伤寒论临床辨略 [M]. 山东：山东科学技术出版社，1995：62—65.

## 十九，试说四逆散证为少阴病本证

李登岭 赵红霞 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨四逆散证为少阴病本证，其病在少阴、证为阳虚致郁。方法：通过分析论证《伤寒论教材》、《伤寒论讲义》将四逆散证划归少阴病类似证、兼变证，及划归厥阴病等的谬误；结合少阴、少阴病本质，及四逆散方药组成及化裁加减，进行考量比对。结果：四逆散证为少阴病本证。结论：改变了以往对少阴病四逆散证的认识，拓宽四逆散方的处方化裁思路及临床应用范围。

四逆散证见于《伤寒论》少阴病篇，且原文有“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之”。五版《伤寒论讲义》<sup>[1]</sup>（以下简称五版《讲义》）将此条此证划归少阴病兼变证；《伤寒论教材》<sup>[2]</sup>（以下简称《教材》）将此条此证划归少阴病类似证；普通高教十三五规划教材《伤寒论讲义》<sup>[3]</sup>（以下简称七版《讲义》）将此条此证划归厥阴病阳郁致厥证。伤寒学界多认为，此条此证中“四逆”为主症、必然症，“咳、悸、小便不利、腹中痛、泄利下重”皆为或然症。此条四逆散证的归类，五版《讲义》、《教材》及七版《讲义》说法不一，且七版《讲义》较五版《讲义》之归类显著不同。可见诸家观点均无定见且莫衷一是。细考原文，通读诸篇，笔者认为《教材》、《讲义》之论，均失之偏颇，考辩如下。

1，首论《教材》将四逆散证条划归少阴病类似证之非。

《教材》将四逆散证条划归为少阴病类似证，错误是显而易见的。第一，所谓类似、疑似必有此条此证和彼条彼证的类似之处，同时此条此证和彼条彼证又不能完全相等，正如“其子酷似其父，但同时其子又不能是其父”一样，只可相类、相似，不可相等。在整部《伤寒

论》中，铁定的类似证有三，如瓜蒂散证(第 166 条)，论有“病 ‘如’桂枝汤证”，字句清晰，一目了然。但用时指出此“宜瓜蒂散”，确认其非为桂枝汤证，而是桂枝汤证的类似证。再如十枣汤证（第 152 条），原文先说“太阳中风……表解者，乃可攻之”，再言“汗出……头痛……干呕短气（但不恶寒）”，又言“此表解里未和也”，说明“汗出……头痛……干呕短气（但不恶寒）”非为表不解之证，而是表已解之太阳表证相似之证。同时指出此证“十枣汤主之”。又如桂枝去桂加茯苓白术汤证（第 28 条）。论有“‘仍’头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者”，“仍”即是说“服桂枝汤，或下之” 前后，“头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利” 诸证均有，此为相似之处。同时指出“服桂枝汤，或下之”的治法不当，此证非桂枝汤证或宜下之证，当“桂枝去桂加茯苓白术汤主之”。以上三条，均为类似证。尚有它处之类似证，当从无字句处读书。第二，而针对本条（第 318 条）而言，列为《教材》第五章辨少阴病脉证并治，第四节少阴病类似证，显有不妥。姜建国老师说“本条只提‘四逆’一个主证，这种极为特异的表达方式，就说明此条是以‘四逆’为辨证指标，揭示四逆散所治四逆与四逆汤所治四逆的根本区别”。此处姜老师并没有讲出此条和少阴病的类似之处，也没讲出此条不是少阴病之因。说到底，只是用“极为特异”来代替无话可说。只就这“四逆”两个字，就断言此四逆（四逆散证）和彼四逆（四逆汤证）相似，殊不知，若此四逆散证条真为少阴病类似证，仲景为何不采用其惯用的论述方式，阐明症状之间的相似之处和细微差别，

指出辨识此彼的关键所在呢。难道仲景会通过在条文之前冠以“少阴病”，来告诉大家此条是类似证？这真是“你不说我倒还明白，你越说我越糊涂”起来。须要特别指出的是，姜老师赖以勉强解释此“四逆”非彼“四逆”的所谓“四逆”，康平本有明显标识：“四逆”二字并非原文之“正文”，而是原文之“旁注”。<sup>[4]</sup>第三，《教材》同样把（第230条）冠以阳明病的小柴胡汤证条，划归为阳明病类似证。我们知道，伤寒论（第101条）有“伤寒中风，有柴胡汤证，但见一证便是，不必悉具”，仲景没说只有“少阳病”才有柴胡证，而是说“伤寒中风”有柴胡汤证。仲景伤寒论中六经皆有“伤寒、中风”。此处用“伤寒中风，有柴胡汤证”而不用“少阳病，有柴胡汤证”，分明是告诫大家，柴胡证可见于其他六经病中。这样看来阳明病可见柴胡证，此条以阳明病见“胁下硬满”，符合“但见一证便是”的原则。即便阳明病，若见柴胡一证，可以治以小柴胡汤。由以上论述可知，冠以阳明病的（第230条）是阳明病之柴胡证，而非阳明病类似证。将仲景冠以阳明病的小柴胡汤证（第230条）划归为阳明病类似证，和将冠以少阴病的四逆散证（第318条）划归为少阴病类似证，错误如出一辙，足见编校者未跳出病、证混乱的藩篱。笔者相信，仲景不会将所谓“阳明病类似证”条文，冠以“阳明病”；不会将所谓“少阴病类似证”条文，冠以“少阴病”。借以毫无意义的指鹿为马、混淆视听。

2，再论五版《讲义》将四逆散证条此证划归少阴病兼变证之过。

2.1，四逆散证非热厥轻证。

所谓少阴病兼变证，是指以少阴为主，又兼夹某证，或因失治误治病情发展变化者。五版《讲义》将此条此证划归少阴病兼变证。同时指出：“本条四逆属热厥轻证，虽冠以少阴病却不同于阳虚阴盛证”。五版《讲义》意为，此条为少阴病，同时不同少阴病中的“阳虚阴盛证”。当属学者审慎之见，说的相当中肯。已无意中道出，此证和四逆汤证大不同，同时亦可推论四逆散证之“四逆”，和四逆汤之“四逆”有不同。并指出此证有气机不利、阳气内郁不达之机。但细考之，五版《讲义》虽论证合理，然而其将此条此证划归少阴病兼变证热厥轻症的论点，却似与论证不符。试问何以见得此属热厥轻症，为何不为寒厥轻症？若真为热厥轻症，四逆散之方药加减中，桂枝、干姜、薤白甚至附子为何证而设，热证用热药（此非热因热用）？热证用干姜、薤白甚至附子？剂量加之如四逆汤之多，又用散剂。方药化裁中，其剂量之大、用药之急切，足有喧宾夺主之势。其化裁之旨，完全背离了原方的功能主治！难道仲景四逆散确有微寒而治热厥轻症之功？难道仲景四逆散确为治疗热厥轻症而设？非也！就仲景四逆散方药组成及化裁旨意，足以见得此证非热厥轻症无疑！

## 2.2，四逆散方药组成及化裁。

从四逆散方药组成及化裁来看，四逆散证不是热厥轻症，也不是寒厥轻证。四逆散方中，柴胡，“味苦平，主心腹，去肠胃中结气，饮食积聚，寒热邪气，推陈致新”；枳实，“味苦寒，……除寒热结，止利，……长肌肉，利五脏，益气轻身。生川泽。除寒热结”；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”；甘草，

“甘平，主五脏六腑寒热邪气，坚筋骨，长肌肉，倍力，久服轻身延年”。可以见得四逆散原方无热药，四逆散不为寒厥轻症而设，亦无温脏腑、散寒邪之功！故而，四逆散证不为寒厥轻症。同时，其方药化裁中，加用热药桂枝、干姜、薤白甚至附子，薤白剂量大至三升，大致无法服用散剂而取汤！附子剂量加之如四逆汤之多，又用散剂。故而，四逆散之加减，又不为热厥轻症而设。这样看来，四逆散证即非寒厥轻症，又非热厥轻证。

### 2.3，四逆散着眼疏利调达三阴之枢机。

李杲曰：“四逆者，四肢不温也……其四逆散，以凉药而治四肢不温；其四逆汤，以热药而治寒极而成逆厥者也”。显然，李杲认为，四逆散所用之药偏凉散，和四逆汤用药温热迥异；四逆散所治之证非虚寒，和四逆汤治阳虚寒化证大不同。致病之机理显有差别。笔者认为：李杲的认识接近四逆散证治之理，但仍不够精准。四逆散处方之药虽偏凉散，但其化裁中，却显有温热。四逆散着眼开郁以利其枢机，使郁阳得舒、通达四末。四逆散、汤证是为少阴病本证，和少阳病之大、小柴胡汤证同为少阳病本证一样，只有枢机之开阖之别<sup>[5]</sup>；此四逆散、汤证，同为少阴病本证，亦只有枢机开阖之别。这个命题的论证，上文中，我们已对四逆散证非为少阴病类似证进行论证，已对四逆散证非为少阴病兼变证进行了分析。

### 3，七版《讲义》将此条此证划归为厥阴病之厥证。

七版《讲义》认为，此条此证为阳郁致厥证。一则“本证实非少阴病……”（关于此条此证应归功属少阴病，笔者已在小标题1中，

进行驳斥，此不赘述）。二则七版《讲义》已认识到“本条以‘少阴病’冠首，以‘四逆’为主证，然从其后所用方药分析，并无温阳之品，可知本证并非虚寒”。这一点，同笔者观点相同，意即否定了五版《讲义》，将此条划为少阴病兼变证。总之，笔者认同七版《讲义》对五版《讲义》四逆散证划为少阴病兼变证的否定；同时否定七版《讲义》将四逆散证划归为厥阴病。

#### 4，四逆散证为少阴病本证。

##### 4.1，少阴为三阴之枢。

少阴为《易·系辞》之“四象”之一，伏羲六十四卦次序图<sup>[6]</sup>中，由“阴”分出“太阴”、“少阴”。《素问》有“阴阳之气各有多少，故曰三阴三阳”。《素问·阴阳离合论篇第六》<sup>[7]</sup>：“是故三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”。《内经时代》<sup>[8]</sup>“关于三阴三阳”，基于《易》理，查阅《史记》、《汉书》，博及五行学派、道家阴阳派、儒家阴阳派综合分析，吸收“阴阳之气各有多少，故曰三阴三阳”之硬核，第一次说清了“‘伤寒论’之‘六经’”与“‘内经’之‘六经’”之异同。与笔者浅视“厥阴为阴阳之枢，而非为三阴之枢。三阴之枢为少阴，阴阳之枢为厥阴”<sup>[9]</sup>暗合。是赵洪钧老师先获我心！在《内经》“是故三阳之离合也，太阳为开，阳明为阖，少阳为枢；……是故三阴之离合也，太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”，而《伤寒论》演绎为：太阳为开，是谓太阳主一身之表，阳明为阖，是谓两阳合明，阳热蓄于内，少阳为枢，是谓少阳在三阳表里之间，如枢机之开阖出入；太阴为开，是太阴在阴分最外，厥阴

为阖，是谓两阴交尽，阴尽于里，少阴为枢，是谓少阴居三阴之表里之间。而厥阴在阴阳之间，主生死也。

#### 4.2，四逆散为少阴之虚郁而设。

余通观晋王叔和整理之仲景伤寒论少阴病篇，除方名冠以“四逆”之四逆汤、四逆加人参汤、通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汤、当归四逆汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤外，就是有四逆散一方。如此之命名使后世之浅薄者误读。常疑惑于四逆散和四逆汤的大不同，似乎是误认为四逆汤偏于治疗阳亡之危急重症，而四逆散所治诸证似乎病情较轻，和危重症差之甚远。作者看来，仲景本论四逆散所治之少阴病，亦是虚衰性疾病，伤寒论四逆散所治之少阴之阳郁之证，较之三阳诸病，亦属大虚之证。当然，四逆散亦可用于六经病之它经枢机不利。

其如四逆汤类方，在厥阴有四逆汤类方，在太阴亦用“四逆辈”，四逆汤并非少阴专属；四逆散类方，在它经之病似亦可应用。在少阴病篇逐条中，仅有 296、298、318 三条提到“四逆”症状、证候，前两条为死证，后一条是四逆散证。似可见，少阴见“四逆”之证，一可见于可用四逆散利其枢机、疏解郁滞可治之证；一可见四逆汤回阳救逆，救治不力之死证。少阴病的归属问题，因一病案，使集思顿悟。

2011 年 7 月 20 日，某男，85 岁，咳喘气短，心悸胸闷，四逆，腹痛，精神萎靡，舌瘀苔白略厚，脉沉细。生命征正常范围，患者要求先在家治疗几天，若效果差就住院。予以服用简便中药，以观后效。四逆散原方做粉 60 克，为一日量，温水下，分三次服。次日患者精神转佳，患者家属又来求药。予以理气舒心片 4 盒，6 片，每日三次；附

予理中丸6克，每日三次。患者竟愈。

得之矣！四逆散证为厥之将成之证！四逆散为少阴之虚郁而设！其无寒热之别，却有虚郁之势，为少阴枢机之证！其阴枢不利，从阳化热致热证；从阴化寒致寒证。须指出的是，伤寒论更重视六经诸疾之阳气，以人之大宝“阳气”为主线条。伤寒病的扶阳治疗，多用辛温方药，……护阳益气法在《伤寒论》中占有十分重要的位置<sup>[9]</sup> 邪气郁滞，正气不行，“阴阳气不相顺接”，四肢失于温养，故见四逆之证。盖伤寒在少阳，枢机不利，可见大、小柴胡证，利其枢机，可外解（小柴胡汤）或内彻（大柴胡汤）少阳之疾；伤寒在少阴，枢机不利，可见四逆散、汤证，利其枢机，可疏解郁滞（四逆散）自阴转阳或回阳救逆（四逆汤）救死于水火。四逆散证和四逆汤证之机理不同，但同属少阴，四逆散证当为少阴病之本证。深究四逆散证条无论是从冠以“少阴病”之明示，还是从“必”、“或”然证，抑或方后加减用药，都可以看出四逆散证为少阴阳虚、因虚致郁而成。故是少阴病通病虚寒、阳气不足（阳虚）的基础上的气机郁滞、温热不达（气郁）。可称阳郁。此条只列“四逆”，可知是少阴本症。少阴虚郁之证，邪结三阴之表里之间。真阳虚郁不得外展，故见四逆之证；肺失温煦，肺寒气逆，故咳；心阳失养，故见心下悸；阳虚寒凝，故见腹中痛等等。此处之腹中痛、心下悸、咳，均为虚郁所致，治法方药加入干姜、桂枝、附子，无不有温阳求本而治之功。加之于四逆散本方四药，透达郁阳，辗转枢机，使真阳通利、阳气来复，使少阴之虚郁得解、四逆得愈。诸证临床治愈后，可顾护气滞、缓补其阳。

4.3，四逆散证为少阴病本证及临床意义。

从少阴为三阴之枢，四逆散证为厥之将成之证！四逆散为少阴之虚郁而设！可以得出四逆散证为少阴病本证的结论。四逆散证和四逆汤证同为少阴病本证。前者开郁以利其枢机，使郁阳得舒、通达四末；后者温阳以利其枢机，使虚阳得壮、温暖周身。

现代临幊上，四逆散在阳郁诸证的辨治中，未发挥应有的作用，而偏于治疗阳证气机郁滞之证。对于阴证之阳虚气郁之证鲜有使用。此和仲景之说实差之千里。此三阴枢机专用之剂，却在阳证之“他山”作“玉石”之用。现代临幊有待于开发用于少阴病全身虚衰状态的有效中成药，可以广泛应用于虚衰状态将以成厥、厥之初成之证，有效防止诸如慢性心衰病人的进展，使多数患者防患于未然，减少住院率，以填补此领域之空白。

四逆散、汤不仅治少阴四逆，亦治阴证之枢机不利厥阴之厥证，甚至可以治疗太阴病的某些病症，太阴病篇第 277 条有“自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之，宜服四逆辈”。这里的四逆辈当包括四逆散、汤无疑。伤寒论第 337 条有“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也”。厥之将成，少阴枢机不利，可致“阴阳气不相顺接”。理三阴之枢重在权变，阳郁（阳气郁滞）者，四逆散解其郁滞，调理枢机，使其阳气通达，四肢复温，四逆可去；阳虚（阳气不足）者，四逆汤姜附温之，调理枢机。使其阳热得补，四肢复温，四逆可去。是谓六经诸病中，少阴多见危候。少阴之枢机之调，至为重要，伤寒第（294）条，“少阴病，但厥，无汗，而强发之，必

动其血。未知从何道出，或从口鼻，或从目出者，是名下厥上竭，为难治（294）”，为难治之症。伤寒六大死症 295---300 是枢机不利偏于阳虚之危候。1，少阴病，恶寒、身蜷而利、手足逆冷者，不治（295）。 （和 289 条相较）。2.少阴病，吐、利、躁烦、四逆者，死（296）。3.少阴病，下利止而头眩，时时自冒者，死（297）。4.少阴病，四逆、恶寒而身、脉不至、不烦而躁者，死（298）。5.少阴病六七日，息高者，死（299）。6. 少阴病，脉微细沉、但欲卧、汗出不烦、自欲吐，至五六日自利，复烦躁不得卧寐者，死（300）。上少阴病六大死症，“身蜷而利、手足逆冷”，“吐、利、躁烦、四逆”，“头眩…自冒”，“脉不至” “息高” “复烦躁不得卧寐”，无不因真阳将竭而死。少阴病可见功能衰弱，少阴病四逆，多见衰竭危候。即便四逆散所治“或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重”诸或然证，也是在“脉微细、但欲寐、四逆”的基础上叠加的衰弱性重症。仲景所指四逆散所主之证，绝非今人临床四逆散所主治的诸多轻症。也就是说，四逆散也是可以治疗重症的重要方剂。

总而言之，少阴为三阴之枢，四逆散为少阴之虚郁而设，四逆散证为少阴病本证。四逆散调理少阴之枢机，使气机得畅，升降正常，水火既济，病即得除。鉴于对四逆散证的争论较多，临幊上使用四逆散方药广泛且杂乱，内科如治疗肝胆疾患、胃肠疾患、心血管疾病患、内分泌疾患等，外科如治疗肠梗阻、胰腺、阑尾等疾病，妇科如治疗经、带、不孕等疾患<sup>[11]</sup>。四逆散虽运用广泛，治疗病种不胜枚举，但仍未针对其证治实质，拓展其在急危重证中应有的使用价值。故而

立足仲景学说，对少阴病实质及治法研究，仍有重要的现实意义。

**参考文献：**

- [1] 李培生, 刘渡舟. 伤寒论讲义 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985.
- [2] 姜建国. 伤寒论教材 [M]. 海南: 南海出版公司, 1991.
- [3] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社, 2007.
- [4] 张仲景. 古本康平伤寒论 [M]. 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988: 105.
- [5] 李登岭. 试论大柴胡汤证为少阳病本证 [C]. 台北: 仲景学术论坛, 1999: 173-174.
- [6] 周士一, 潘启明. 《周易参同契》新探 [M]. 长沙: 湖南教育出版社, 1985: 6-7.
- [7] 陈振相, 宋贵美. 中医十大精典全录 [M]. 北京: 学苑出版社, 1995: 16.
- [8] 赵洪钧. 内经时代 [M]. 北京: 学苑出版社, 2012: 171-178.
- [9] 李登岭. 《伤寒论》厥阴病篇考辨 [J]. 中医文献杂志, 2020, 36 (8) : 48.
- [10] 金香兰, 王左原, 李志更. 《伤寒论》保“阳”医学思想浅探 [J]. 中用中医基础医学杂志, 2009, 15 (1) : 20.
- [11] 李嘉璞. 伤寒论临床辨略 [M]. 山东: 山东科学技术出版社, 1995: 268-276.

## 二十，经方大承气汤治疗慢性心力衰竭的体会

莘县中西医结合研究所 252400 李登岭 赵红霞

大承气汤出自张仲景《伤寒杂病论》，为攻下实热、荡涤燥结之剂。用于治疗急腹症的报道颇多，而以此方治疗慢性心力衰竭的资料鲜有，笔者用此方治疗慢性心力衰竭 2 例，疗效显著。报告如下：

宋姓，女，94岁，1995年10月18日初诊，呼吸困难，心慌，不能平卧1周，加重2天。风心病史60年，2周前无明显诱因出现活动后气喘，渐加重。1周前休息时亦感呼吸困难，心慌胸闷，不能平卧，剑突下胀满，已18日未大便。血常规、尿常规无异常，心电示窦速1

12 次/分，电轴右偏，左心房肥大，右心室肥大。B 超示二尖瓣狭窄伴关闭不全。入住莘县人民医院心内科。初步诊断：风湿性心脏病，二尖瓣狭窄伴关闭不全，心力衰竭三度（心功能四级），窦性心动过速 112 次/分。经吸氧、西地兰、速尿等强心、利尿配合四逆汤加味治疗两日无效。1995 年 10 月 20 日，患者要求转中医治疗。邀余诊治。望其面色红赤，闻语声低微，问知咽干口燥，心下热，已 20 日未大便，腹中胀满，按之痛甚，舌苔黄厚，脉弦硬。余观之前医所用四逆汤，未免风马牛不相及。语声低微，咽干口燥，心下热，腹中胀满，按之痛甚，已 20 日未大便，舌苔黄厚，脉弦硬，舌、脉、证皆显为实证，其用四逆汤两剂，还妄说四逆汤现代药理研究有强心作用，此等“中西结合”，真是恣意发挥、胆大妄为！同事赵医师以患者胸闷、剑突下胀满，以腹胀便结，舌苔黄厚，再参阅脉弦硬，似有少阳阳明合病之势，当用大柴胡汤。余悉心讲解大柴胡证原委。以腹胀便结，舌苔黄厚，应为阳明热邪结聚，痞满而实为承气汤证，并言大柴胡汤宋本载每剂含大黄 2 两，按《伤寒论讲义》（李培生主编 5 版教材）换算为 6 克，久经煎煮（以水 1 斗 2 升，煮取 6 升），每服 1 升（约 200 毫升），每服含 1 克大黄。一克大黄，无通里攻下作用，仲景大柴胡亦无通里攻下之意<sup>[1]</sup>。并劝其观阅伤寒论条文（大柴胡汤无通里攻下作用的这种认识，经总结提炼成文，1999 年发表在刘渡舟老师主编的《99 仲景学术论坛上》），随后和赵医师商定治疗方案。以案有语声低微，咽干口燥，心下热，腹中胀满，按之痛甚，已 20 日未大便，舌苔黄厚，脉弦硬。此虽年事已高，为其痞满燥实俱在，

仍当法下。大黄 10（后下）枳实 24 厚朴 12 芒硝 10（溶服）。95 年 10 月 21 日下午复诊，神昏谵语，视物不清，腹满拒按，舌苔黄厚，脉沉略数。其家属陈述，药后，胃脘胀满难忍，间断返流约 40 小口，少量泻下。疑为药量不足，与服药后药液反流有关，间断返流约 40 小口是药力不足之因。经云：“腹满时减，减不足言，当下之，宜大承气汤”况腹满不减乎！遂处方：大黄 24 芒硝 24 枳实 24 厚朴 24 水煎大黄后下，芒硝溶化，分 2 次服，间隔 4 小时。首次服药 40 分钟后，大便黑水约 600ML，间有大便结块十数枚，色黑质硬。未再服药，大便又下约 200ML。患者感腑通气和，胃脘舒畅，当晚已能平卧。改生脉散加当归、寸云、核桃肉、柏子仁加减用药 6 剂而愈。

李某，女，79岁，1998年3月17日初诊，胃脘满闷，呼吸困难，不能平卧，发作7日余。7日前感冒，经输液治疗（具体药物不祥）3天，发热症状好转，胃脘痛加重，大便色黑，质稀如水。1998年3月14日配合四逆汤和参苓白术散化裁三剂不见好转，转中医治疗。余诊之，呼吸困难，端坐呼吸，双侧颈静脉怒张并可见颈动脉搏动，肝—颈静脉回流征阳性，此现代医学之心衰。而望其精神萎靡，闻其语声低微，问知心下痛甚，口燥咽干，大便质稀如水，切脉滑数，按知腹中硬满，此病属少阴，证为热结旁流，非四逆汤所主，当以大承气汤，大黄 10（后下）枳实 24 厚朴 12 芒硝 10（溶服）。水煎出 200ML，顿服。药后 3 小时，大便下，有结块。感清爽异常，纳谷亦香，精神好转，以生脉饮加减调理 3 剂而愈。

笔者在临床实践中体会到，慢性心力衰竭除有左心衰时的呼吸困难症状，右心衰时的水肿体征外，精神萎靡、疲乏无力亦是常有症状。极似“少阴之为病，脉微细，但欲寐”的描述。而因为心力衰竭胃肠功能相对减弱，腹满腑实症状并非鲜见，类似少阴病的三急下证。此时为真虚（衰弱状态）、真实（腹满腑实），攻下之法非为不妥，当属必须。中西医结合临幊上从“心衰———强心———强心武”而推出“心衰———阳虚———回阳———四逆汤”，只是拘于现代药理研究的惯性思维，对少阴寒化证回阳救逆的肯定，强调了少阴病救治中的回阳，而对少阴病救治中的急下之法重视不够忽视了少阴病救治中的救阴思想。把以整体观、辩证观、恒动观为核心的辨证论治简单化、机械化了。以上两例患者的腹气不通、坚、满、实，是在一定条件下造成心衰的重要病理环节，在一定程度上是造成心衰的决定因素，在此处此时已上升为亟待解决的主要矛盾。现代研究亦发现，大承气汤可使胃肠附近的脏器充血，产生诱导作用，以治疗其他部位的充血<sup>[2]</sup>。因此以大承气汤攻下实热、荡涤燥结是减轻心脏负荷，打断此恶性循环的关键方法之一。

现代医学在治疗心力衰竭的探索中，曾一度陷入困惑，“有些严重的心力衰竭患者，继续增加洋地黄和利尿剂已无任何效验，而只能表现出中毒征象，面对这样惨淡的前景……<sup>[3]</sup>”，通过医学工作者的努力探索，至少到了七十年代初期，人们才想到应用血管扩张剂改善心脏功能的方法。这样现代医学治疗心衰的方法就由强心、利尿扩

展到强心、利尿、扩血管。可以断言，治疗心衰的方法还有很多，只是尚未发现。

现代医学是通过实验和应用新的科学成果，而达到今日的水平的。而中医学虽然没有摆脱形象思维和类比推理的古代哲学框架，但其对临床经验的天才的总结，仍值得我们发掘其科学内涵，尤其是《伤寒论》的科学内涵，“其质朴的学术，直逼实验科学的堂奥（岳美中语）”。这也是其屹立于世界医学之林的原因。

在临床工作中，我们发现附子、葶苈子有强心作用，枳实尚有利尿作用，因而用于治疗心衰，这只是现代医学对中医的同化，而不应成为中西医结合的主流。应用经方必须坚持以经方的理论为指导，以伤寒论的精义为指导。中西医结合治疗临幊上现代医学诊断的系统疾病，应以中医基础理论的辨证论治为核心，不仅不应局限于现代医学已知的治疗原则而去找相应功效的中药，而去找相应功效的方剂，而是可能启示现代临床治疗的原则和方法的进一步拓展。

#### 参考文献：

1. 李登岭，试论大柴胡汤证为少阳病本证。见刘渡舟编，99 仲景学术论坛，台北，富群文化事业出版社，1999.173—174.
2. 李嘉璞等，伤寒论临床辩略，济南，山东科学技术出版社，1995.321—322.
3. 王贤才译，希氏内科学（5），呼和浩特，内蒙古人民出版社，1985：53.

## 二十一，厥阴病实质考辨及治法探微

李登岭 赵红霞 莘县中西医结合研究所 252400

**摘要** 目的：考证辨识厥阴病实质及分析探讨厥阴病治法。方法：检索考证康治本、康平本、宋本《伤寒论》及《金匮玉函经》中的厥阴病条文，并分析、考辨，同时充实证据，探讨厥阴及厥阴病医理，从临床病案揭示其治法的简洁、合理性。结果：厥阴病实质在寒厥、热厥、寒热错杂证，且分类简明、临床适用。结论：从仲景学说的版本、学术的科学发展进程。可以洞明厥阴病“竟是千古疑案”一说，其因历史原因，受《伤寒论》版本及传播限制，致使其文献考辨大误，因而临床理解有失偏颇。在文献研究、出版、发行如此发达的现代，厥阴病“千古疑案”可拨云见日、水落石出。

厥阴病篇“竟是千古疑案”<sup>[1]</sup>一说，源于民国医家陆渊雷《伤寒论今释》。后世医家，特别是当代学者，多有发挥，以“千古疑案”特指伤寒论厥阴病篇纷繁凌乱、杂凑成篇、隐晦曲折、古奥难懂。厥阴病篇，究其实质，诸如厥阴病纲要、本证、治法、主方，伤寒学界仍假说纷呈、莫衷一是。《伤寒论教材》<sup>[2]</sup>划分本证、变证、类似证，罔顾赵刻宋本伤寒论（以下称宋本《伤寒论》）之原文精神，编排该篇显失谬误。即便是精品之作现行全国统编七版《伤寒论讲义》<sup>[3]</sup>，辨太阳病脉证并治、辨阳明病脉证并治、辨少阳病脉证并治、辨太阴病脉证并治、辨少阴病脉证并治等，这五个章节中，均是将篇中各病分为XX病纲要、本证、变证或兼变证讲解。而唯有“辨厥阴病证治”一篇中，分为厥阴病纲要、辨厥热胜复、辨厥、辨下利、辨呕哕、预后等讲解。因为伤寒学界对厥阴病的纲要、本证、变证或兼变证，并没有统一的认识。时至今日，伤寒学文献研究和临床研究的不断发展及进步，使厥阴实质考辨及厥阴病治法探索有了极大的便利，使破解厥阴“千古疑案”成为可能。我们从不同版本研究厥阴病篇，诸条医理及临床应用两个方面，对康治本伤寒论（以下称康治本

《伤寒论》），古本康平伤寒论<sup>[4]</sup>（以下简称康平本《伤寒论》），宋本《伤寒论》，及《金匱玉函经》<sup>[5]</sup>各版本条文医理、临床应用，做如下分析。

1. 康治本、康平本、宋本《伤寒论》及《金匱玉函经》中的厥阴病条文，并分析、考辨。

1.1，康治本中的厥阴病条文及分析、考辨。

康治本《伤寒论》厥阴病条文仅三条。

第一条为：“厥阴之为病消渴气上撞心中疼热饥而不欲食食则吐下之利不止”。

第二条为：“发汗若下之后烦热胸中窒者梔子豉汤主之”。

第三条为：“伤寒脉滑厥者里有热也白虎汤主之”。

康治本《伤寒论》全本仅有 65 条条文，诸条文全属六经病篇，起自太阳病、终于厥阴病，诸篇首条为该篇提纲证。

在康治本《伤寒论》中，厥阴病篇仅录入三条条文，第一条为厥阴病提纲证。第二条为“烦热胸中窒”梔子豉汤证。第三条为热厥白虎汤证。康治本伤寒论仅有厥阴之“热”证的论治，第二、三条，仅举治“烦热”、“热厥”之法。此种举例，以梔子豉汤、白虎汤治厥阴病证，也可以从一个侧面窥见梔子豉汤和白虎汤所同之处在于，白虎汤证“一定不属于太阳表证……又不是阳明病胃家实，当属医之变证无异”，白虎汤证……不独在阳明，更可在太阳、少阳，甚或见于厥阴病中<sup>[6]</sup>。了解了这一铁律，就可以知道，清·柯琴《伤寒来苏集》注解伤寒论第 223 条时“梔子豉汤所不及者，白虎汤继之”。其所谓此阳

明起手之法，在厥阴病亦可酌情使用。进而可知，伤寒汤方用法，是在辨识病机，以六经病中的证候为标的物，而不应局限于麻桂必用在太阳经，承气必用在阳明经，小柴胡必用在少阳经等等，诸如桂枝汤在太阴病，承气汤在少阴病，栀子豉汤、白虎汤、小柴胡汤在厥阴病，均可识病机见证候而酌情使用。

## 1.2，康平本中的厥阴病条文及分析、考辨。

康平本《伤寒论》厥阴病条文仅五条。

第一条为：厥阴之为病。（消渴）。气上撞心。心中疼热。饥而不欲食。食则吐。（吐衄）。下之。利不止。

第二条为：伤寒脉滑而厥者。里有热也。白虎汤主之。

第三条为：手足厥寒。脉细欲绝者。当归四逆汤主之。

第四条为：若其人内有久寒者。宜当归四逆加吴茱萸生姜汤。

第五条为：伤寒本自寒下。医复吐下之。寒格更逆吐下。若食人口即吐。干姜黄芩黄连人参汤主之。

细读康平本《伤寒论》，可以发现全书由仲景原文（顶格书写、竖排二十七字）、后世附注（降一、二格书写，竖排二十六、二十五字），及对仲景原文旁注、嵌注，等等四类文字组成。笔者认为，在康治本、康平本、赵刻宋本这三类版本中，《古本康平伤寒论》最能反映伤寒论原貌。从康平本伤寒论中，我们以上所集录厥阴病5条条文（均为书中降一格书写的仲景原文）。第一条为厥阴病提纲证，且“消渴”、“吐衄”为旁注，而非仲景原文。“吐衄”既为后人旁注，则对厥阴病提纲证“食则吐衄”的理解，将冰释厥阴病主证是蛔厥、主方是乌

梅丸的认识误区。更能说明问题的是，康平本伤寒论并未将乌梅丸条列为仲景原文。第二条为厥阴病热厥证。第三条、第四条为厥阴病寒厥证。第五条为厥阴病寒热错杂证。这样看康平本伤寒论厥阴病篇，由“提纲证”、“热厥”、“寒厥”、“寒热错杂”证共同构成；且“热厥用白虎汤”、“寒厥用当归四逆汤及当归四逆加吴茱萸生姜汤”、“寒热错杂用干姜黄芩黄连人参汤”等。论述精当、内容完备、易学易用、紧贴临床。其符合“仲景论广汤液”<sup>[7]</sup>成《伤寒论》，符合“昔南阳张机，依此诸方（二旦、四神大小等汤）撰写《伤寒论》一部”<sup>[8]</sup>，符合“张仲景本为一师式《汤液经法》的民间草医”的考证<sup>[9]</sup>。笔者认为，正视仲景为一师式民间中医高手，而不是被神化的中医形象，善莫大焉。因为医学终归要回归理性、回归临床、回归到生活中来。康平本《伤寒论》对仲景原文、叔和附注、旁注、嵌注的特别标注及排印方式，科学的反映了仲景学术学说的发展变化，便后学者视起源、见本质、明于医理、验于临床，为其提高临床疗效这一硬核，提供了极大的便利。从而可以理解后世伤寒学对仲景学说的过分解读，及构建运气框架、以经注论等时代原因。伤寒学理论的形成和演变，是一个复杂的过程。仲景学说质朴、凝练，不要说今天的无限扩展。即使王叔和，已架构了自己的体系！更不用说宋人更数倍加重了仲景体量<sup>[10]</sup>。

### 1.3，宋本《伤寒论》中的厥阴病条文及分析、考辨。

宋本《伤寒论》中的厥阴病条文总计五十六条，仅以下四条属于专门论述厥阴病的条文（此四条中的后三条，在康平本《伤寒论》中均非

仲景原文，而为后世附注）。

326. 厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热。饥而不欲食；食则吐蛔；下之利不止。

327. 厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈。

328. 厥阴病，欲解时，从丑至卯上。

329. 厥阴病，渴欲饮水者，少少与之，愈。

此四条，属于宋本《伤寒论》“辨厥阴病脉证并治第十二”篇中正文“原文”条<sup>【10】</sup>。“辨厥阴病脉证并治第十二”篇目下有小注：“厥利呕哕附”，意指本篇正文“原文”条 56 条文（第 326—381 条）中，除有“厥阴病”条文外，尚附有“厥利呕哕”条文。这些内容在该篇提纲“法”条均有明确注明，如第一提纲“法”条<sup>【10】</sup>下有“前后有厥阴病四证，厥逆一十九证”，提示正文“原文”乌梅丸证条（第 338 条）前后，以及白虎汤证条（第 350 条）前的 24 条条文（第 324—349 条），正合正文“原文”乌梅丸证条前有 13 条，乌梅丸证条后有 10 条，加上乌梅丸证条 1 条，总计 24 条。如上所述，我们本段落前引用的四条是“厥阴病”条文；一十九条为“厥逆”条文；其余如“下利”，在该篇第九、第十提纲“法”条下有注明；“呕”该篇第十七提纲“法”条下有注明；“哕”该篇第十九提纲“法”条下有注明。厥阴病篇 56 条条文，可以在篇目下的小注、提纲“法”条下的小注提示下，在正文“原文”条中分辨的清清楚楚。因为诸提纲“法”条下的小注，明确标注了正文“原文”属厥阴病、厥逆、下利、呕、哕等的不同排列，所以我们可以把宋本《伤寒论》“辨厥阴病脉证并

治第十二”篇正文“原文”56条中，分别属于六经厥阴病、厥、利、呕、哕的内容，看得历历在目，为考辨厥阴病实质，提供了先决条件。需要再次说明的是，宋本《伤寒论》六经病脉证并治篇（起自“辨太阳病脉证并治上第五”起，至“辨阴阳易差后劳复病脉并第十四”止）篇目下，只有厥阴病篇，因其条文纷繁杂乱，宋校书之儒臣在该篇篇目下，加有小注“‘厥利呕哕附’”。而且在该篇第一提纲“法”条下加注“前后有厥阴病四证。厥逆一十九证”；在该篇第九、十提纲“法”条下加注“下有欲自利一证”、“下有下利一十病证”；在该篇第十七提纲“法”条下加注“前有呕胀一证”；在该篇第十九提纲“法”条下加注“下有哕二证”。这些篇目下的小注，以及提纲“法”条下的小注，为理清厥阴病篇纷繁杂乱的条文，提供了必要的线索和极大的便利。这也是宋代“广招天下鸿儒硕老……讲求微义，殚精极神，参之古今……重为注解……如揭日月于上，而学者庶乎得其门而入也”<sup>[11]</sup>，在精研仲景之学、编校仲师之书的具体体现。

但是，还应看到，在见到康平本《伤寒论》之前，第326条很难讲通，本条为厥阴病提纲证。“消渴，气上撞心，心中疼热”意为：厥阴病所表现的症状为消谷善饥、烦渴引饮，胃脘部有气体向上撞逆，胃脘近心窝部灼热不适等等，尚可理解。后句中的“食则吐蛔”则显然割裂了本条为提纲证的实质。一般说来，伤寒六经病，不会以蛔虫病为某经主病，更不会是提纲证。随之，会臆断各种解释。如把提纲证分解为，以“饥而不欲食”为热厥、痰食厥；以“食则吐蛔”为蛔厥；以“下之利不止”为寒厥。总之，为贯通上下文，以“消渴，气

上撞心，心中疼热”讲厥阴之共性、必然症；“饥而不欲食；食则吐蛔；下之利不止”讲厥阴之个性、或然症。只有在见到康平本伤寒论后，因其中明确标示“吐蛔”为旁注，才恍然明白，没有“吐蛔”二字的该条，作为厥阴病提纲证，则自然贯通。同理，参阅康平本《伤寒论》可知，宋本《伤寒论》第327、328、329条，在康平本《伤寒论》中，较正文原文条，均降两字格排印，以示区别，故此类条文，疑为宋本篡入之内容。

#### 1.4，《金匱玉函经》中的厥阴病条文及分析、考辨。

《金匱玉函经》厥阴病条文总计四条。

第一条为：厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥不欲食，甚者食则吐蛔，下之不肯止。

第二条为：厥阴中风，其脉微浮为欲愈，不浮为未愈。

第三条为：厥阴病欲解时，从丑尽卯。

第四条为：厥阴病，渴欲饮水者，少少与之即愈。

《金匱玉函经》和宋本《伤寒论》均为宋·高保衡、孙奇、林亿等同时代校本，且《金匱玉函经》之校订在宋本《伤寒论》之后。而宋本《伤寒论》厥阴病篇条文总计五十六条，而《金匱玉函经》中的厥阴病篇条文总计四条，而其余五十二条列入《辨厥利呕哕病形证治》第十，恰恰印证了一个事实，亦即：宋本《伤寒论》和《金匱玉函经》文理不同，是为“圣贤之法，不敢臆断，故两并存之”。“两并存之”更能彰显厥阴病实质，而破解所谓“千古疑案”。

#### 2. 厥阴病诸条医理及临床治法举例。

## 2.1 厥阴及厥阴病

《素问·至真要大论篇》：“帝曰：厥阴何也？岐伯曰：两阴交尽也”。《素问》中又有“三阳为表，二阴为里，一阴至绝，作朔晦，却具合以正其理”<sup>[12]</sup>。此两段经文，谓“两阴交尽”、“一阴至绝”，均寓厥阴阳气最少之意。李克绍先生谓：“一阴至绝，作朔晦”，“由晦到朔，这很形象地刻画出厥阴是阴阳的转折点，涵有阴尽阳生、阴中有阳的含义”<sup>[13]</sup>。笔者亦认为厥阴为阴阳之枢，而非为三阴之枢。三阴之枢为少阴，阴阳之枢为厥阴！此恰恰和《素问·阴阳离合论》之“太阴为开，厥阴为阖，少阴为枢”不悖。总之，厥阴是低水平的阴阳稳态，厥阴病是低水平的阴阳稳态出现病状。康治本《伤寒论》从临床证治记录条文；康平本《伤寒论》分类录入条文，一类条文为仲景原文，二类条文为附注、旁注、嵌注，贴近实际和学术发展；宋本《伤寒论》、《金匱玉函经》校注中改变和加重了仲景学说体量。各版本讲述厥阴病，在统一的厥阴病提纲条下，厥热胜复讲病势及病机转化；寒热错杂讲病位及病机特点。白虎汤治热极阳邪内闭热厥，当归四逆汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤治阳虚寒邪凝滞之寒厥，干姜黄芩黄连人参汤理上下寒热格拒。从临床证治角度，简明的概括了厥阴病证治。笔者认为，宋本《伤寒论》及《金匱玉函经》窜入了编校者的理论认识，所附厥利呕哕亦不易被把握。且主方亦有篡变之嫌。乌梅丸条是干姜黄芩黄连人参汤的演义深化，干姜黄芩黄连人参汤才是乌梅丸的精华版。所以我们依照康平本《伤寒论》一类条文，结合厥阴篇临床证治，进一步揭示厥阴病实质，进一步阐明仲景之作原为

临床实用方书（病案见下文）。

## 2.2 白虎汤案

宋某，男，79岁。2015年5月10日初诊。发热、咳、痰、喘，发生20余日。患者2015年4月16日15时18分入住莘县人民医院（病案号：201509095），入院诊断：1，昏迷待查。2，肺部感染。3，呼吸衰竭。4，电解质紊乱、低钠血症。5，混合性酸碱平衡失调。6，轻度贫血。2015年4月30日14时25分出院，出院诊断：1，肺部感染。2，呼吸衰竭。3，电解质紊乱、低钠血症。4，混合性酸碱平衡失调。5，轻度贫血。据患者家属讲，因首次昏迷疑为入院后药物过敏，后发热持续存在，意识模糊时轻时重，医院疑为“脑干梗阻”，病情不见好转出院。刻下：但热不寒，“身重，难以转侧，口不仁，面垢”，手足逆冷，大便日一行，小便可。舌瘀苔黄，脉滑数。诊断：此热厥白虎汤证，日久致虚，热势不甚，不必惊慌，无死证。处方：半夏12g 瓜蒌12g 杏仁10g（打碎） 石膏30g 知母20g 炙甘草6g 黄芩12g 水煎服，煎出200ml，每日2剂，日服2次。2015年5月13日二诊。患者病情大有好转，发热已退，药后咳、痰、喘均有显效。患者来诊时，因惧怕外伤风寒，穿棉衣而来，有汗出，舌瘀苔黄，脉滑。处方：半夏12g 瓜蒌18g 杏仁10g（打碎） 石膏20g 知母20g 炙甘草6g 黄芩12g 云苓20g 黄芪20g 石斛20g 水煎服×7，日1剂，煎出600ml，分2次服。七日后，患者告愈。

## 2.3 当归四逆加吴茱萸生姜汤案

王某，女，2019年7月5日初诊。手足厥寒，自膝关节至足冷甚月余。

2月前小产，调理不慎。近一个月来，口渴，时有上脘烧灼感，让撞胸，饮而不欲食，纳食稍多，即胸脘不适加重。余无显著不适。舌淡润苔白，脉沉迟略弱。诊断：厥阴病厥冷证。当归四逆加吴茱萸生姜汤证。处方：桂枝 10g 肉桂 10g 当归 15g 白芍 12g 炙甘草 6g 吴茱萸 6g 细辛 3g 水煎服×7，日 1 剂，煎出 400ml，分 2 次服。如此加减调理一月病愈。

#### 2.4 干姜黄芩黄连人参汤案<sup>[14]</sup>

李 XX，2岁，于 1993 年 9 月 4 日来院住院治疗，住院号 1325，主症发热、腹泻呕吐，已两天，大便呈黄水样便，一日 20 多次，有时喷射状，进食则吐，极渴，小便 1 日未解。体检 T38C，面色苍白，精神萎靡，皮肤弹性差，两眼眶和前囱显著凹陷、唇干，哭泪少、呼吸深长，咽（-），心音略低钝，肤软，肝（-），脾（-），肛周显红，指纹红，大便镜检脂肪球（-），白细胞（3+），舌质尖红，苔白。诊断：婴儿腹泻，合并重度脱水，给液体 200 毫升，患儿仍呕吐、腹泻，给中药干姜 3g，黄芩 4g，黄连 3g，苡米 5g，党参 6g，车前子 3g。水煎分 3 次服，日三次，第二天呕吐止，腹泻 4 次，第二天按原方 1 剂而愈。

总之，我们回头再看“千古疑案”。陆渊雷《伤寒论今释》卷八，辨厥阴病脉证并治篇有：“伤寒厥阴病篇，竟是千古疑案，篇中明称厥阴病者仅四条，除首条提纲有证候外，余三条文略而理不清，无可研索，以下诸条，皆不称为厥阴病，《玉函》且别有一篇，题曰辨厥利呕哕病形证治第十，然其论意与序次，厘然可辨”。据《伤寒

论今释》·叙例，可知陆渊雷所称“宋本”即“恽铁樵氏影印伤寒论”。据叶橘泉考证“恽铁樵氏影印伤寒论，号称明赵开美本，实则……恽氏固未见赵刻原书耳”（见《古本康平伤寒论》原序）<sup>[15]</sup>；另据钱超尘考证，“1923年恽铁樵影印本不是依赵开美翻刻本影印”<sup>[16]</sup>。今见陆渊雷“千古疑案”论述中，称《玉函》“辨厥利呕哕病形证治第十，然其论意与序次，厘然可辨”，而不见宋本《伤寒论》厥阴病篇“附厥利呕逆”论述之详备，足见陆渊雷参考版本，断非赵刻宋本《伤寒论》影印件。足见陆渊雷厥阴病篇“千古疑案”的判定，依据版本不当，考证事实不清，结果判定错误。厥阴病篇“千古疑案”一说子虚乌有。笔者认为，《玉函》厥阴病形证治篇仅四条条文，且不出证治，显系过简。宋本《伤寒论》收录厥利呕哕诸条，成56条条文，又显系过繁（繁而不乱）。不过，话说过来，读者若融会贯通六经各篇，则《玉函》之作以提挈纲领、突出厥阴病本质见长；而宋本《伤寒论》，以厥阴病临床复杂多变，厥、利、呕、哕诸证均可于厥阴病，于一篇中讲述，更宜使后学者提高认识层次和辨别能力，从而集中体现各种治法的精致细微及运用适度。而康平本《伤寒论》中，仲景原文、后世附注，及仲景原文之旁注、嵌注等等，主次有序、经谓分明，以平实、科学的态度，将仲景之学传于后世，重于实际、不尚浮华，力求原貌传世，不加浮夸修饰，更能破解所谓“千古疑案”于无形。

值得一提的是，被称为废除中医第一人的余云岫参与康平本《伤寒论》校对，叶橘泉老在二次重印附言中说“愿将手边仅存之本，赠

予重印，并力求存其旧有面目以饗学者”。余云岫先生、叶橘泉老人，践行着这样的科学精神：科学绝不是一种自私自利的享乐，有幸能够致力于科学的研究的人，首先应该拿自己的学识为人类服务。

#### 参考文献：

- [1] 陆渊雷. 伤寒论今释 [M]. 北京: 学苑出版社, 2008: 428.
- [2] 姜建国. 伤寒论教材 [M]. 海口: 南海出版公司, 1991: 157.
- [3] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社, 2017: 11.
- [4] 张仲景. 古本康平伤寒论 [M]. 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988: 108-121.
- [5] 张仲景. 金匱玉函经 [M]. 李顺保, 校注. 北京: 学苑出版社, 2013: 57-62.
- [6] 李登岭, 赵红霞. 也说阳明病白虎汤、白虎加入参汤证 [J] 国医论坛, 2012, 27 (3) : 6.
- [7] 段逸山. 医古文 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1990: 134.
- [8] 石琳. 大小勾陈大小螣蛇出处考 [J] 世界中西医结合杂志, 2008, 3 (7) : 380.
- [9] 申景旺, 吴敏. 要正确解读《伤寒论》与《金匱要略》必须首先搞清其历史背景和学术渊源 [J] 国医论坛, 2017, 32 (4) : 2.
- [10] 李登岭, 赵红霞. 宋本《伤寒论》十卷二十二篇“397法”考辨 [J] 国医论坛, 2020, 35 (2) : 1-5.
- [11] 曾枣庄, 刘琳. 全宋文(第十册) [M] 成都: 巴蜀书社, 1990: 247-248.
- [12] 陈振相, 宋贵美. 中医十大精典全录 [M]. 北京: 学苑出版社, 1995: 143.
- [13] 李克绍. 伤寒解惑论 [M]. 山东: 山东科学技术出版社, 1978: 116.
- [14] 张洪洲. 干姜黄芩黄连人参汤临床新用 [J] 光明中医, 1994, 9 (6) : 28.
- [15] 张仲景. 古本康平伤寒论 [M]. 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988: 6-9.
- [16] 钱超尘. 20世纪四本《伤寒论》所据底本揭秘 [J] 河南中医, 2006, 26 (11) : 1-3.

## 用药心法

### 二十二，从经方麻黄用量的变化揣度仲景表里用药心法

莘县中西医结合研究所 山东莘县 李登岭 李乔 252400

**摘要** 目的：从经方中麻黄的用量变化探讨仲景治疗伤寒杂病表里证的用药心法。方法：通过对《伤寒杂病论》某些含麻黄的方剂中，麻黄用量及其煎、服、禁的分析及理论推导，探析其用药心法。结果：发现仲景解表、清里用药之法安全稳妥、法度井然、高效速效。结论：经方一剂知，二、三剂止的疗效来源于仲师用药个体化方法和对药物使用的动态把握。

《淮南子·人间训》有，“凡人之举事，莫不先以其知规虑揣度，而后敢以定谋”。仲景《伤寒论》、《金匱要略》中所有涉及麻黄的方剂 30 余首，其中《伤寒论》所用涉及麻黄的方剂凡 14 例。其运用麻黄之量的变化及煎、服、禁之嘱，法度井然而变化精微。其变化之中必有定法，其用量之秘、用法之妙，非揣度难有定谋。

我们举例说明，现代中医临幊上，尤其是所谓“经方派”中医，使用过麻黄杏仁甘草石膏汤、大青龙汤、越婢汤者应该比比皆是。但要问及仲师三方中，患者每服汤药、亦即每服用一次的药液中，其含麻黄的量哪一个大、哪一个小？业医者倒不一定能马上答出来！看似近乎穿凿的一个问题却能引出经方用量的“千古不传之秘”，与其说“不传，不如说后来者”不留心医药”、“精究方术”，故而难得仲师心法。

仲景方中，麻黄杏仁甘草石膏汤、大青龙汤、越婢汤三方中每服汤药、亦即每服用一次的药液中，其含麻黄是等量的。为更清楚的厘

清《伤寒杂病论》诸方剂中，麻黄的用法渐次变化的关系。我们将这部分方剂中每服汤药的麻黄含量简列如下：

- 1，大青龙汤，麻黄六两（去节）……煮取三升……温服一升…… [按]  
每服含麻黄二两。
- 2，麻黄杏仁甘草石膏汤，麻黄四两（去节）……煮取二升……温服一升…… [按] 每服含麻黄二两。
- 3，越婢汤，麻黄六两……煮取三升，分温三服…… [按] 每服含麻黄二两。
- 4，麻黄汤，麻黄三两（去节）……煮取二升半……温服八合…… [按]  
每服含麻黄约一两。
- 5，葛根汤，……麻黄三两（去节）……煮取三升……温服一升…… [按]  
每服含麻黄一两。
- 6，葛根加半夏汤，……麻黄三两（去节）……煮取三升……温服一升  
…… [按] 每服含麻黄一两。
- 7，桂枝加葛根汤，……麻黄三两（去节）……煮取三升……温服一升  
…… [按] 每服含麻黄一两。
- 8，小青龙汤，麻黄三两（去节）……煮取三升……温服一升…… [按]  
每服含麻黄一两。
- 9，麻黄细辛附子汤，……麻黄二两（去节）……煮取三升……温服一升…… [按] 每服含麻黄 2 / 3 两。
- 10，麻黄附子甘草汤，……麻黄二两（去节）……煮取三升……温服一升…… [按] 每服含麻黄 2 / 3 两。

11，麻黄连翘赤小豆汤，……麻黄二两（去节）……煮取三升……分温三服…… [按] 每服含麻黄 2/3 两。

12，麻黄升麻汤，……麻黄二两半（去节）……煮取三升……温服一升…… [按] 每服含麻黄 5/6 两。

分析汤方 1、2、3 中麻黄的用量，我们可以清楚的看到，大青龙汤每服药中的麻黄含量和麻黄杏仁甘草石膏汤相等，且大青龙汤中有一为变量的药物石膏<sup>[1]</sup>，这样以来以为大青龙汤发汗峻猛、畏手畏脚不敢使用的疑惑，可以做一分为二的分析。同时亦当悟出麻黄杏仁甘草石膏汤对脉微、弱，汗出恶风阳虚者亦当慎用！

分析汤方 4、5、6、7、8 中麻黄的用量，我们可以清楚的看到，虽麻黄汤每服含麻黄的量稍少于一两，但方后注以“覆取微汗”为度，以及“余如桂枝法将息”，即已示人以活法。“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……”之嘱，亦适用于麻黄汤将息，其重在于以微汗为度。需要指出的是，在现代中医临幊上，这种必要而周到的将息法，已失于粗疏。而 5、6、7、8 四方，每服含麻黄的量均为一两，可见仲景常用解表药中，麻黄的量有一定之法。药物剂量使用中的“定法”和“变法”，是保证药物的有效性和安全性的客观基础，但鉴于即便等量药物因有质量差异而产生不同的客观疗效，感官分析、化学分析、生物分析中，仲景时代对药物的质量把控以感观观察分析为主，其客观性不如化学、生物分析客观精准。然而，仲师以观察汗、下、吐等药后反应的方法把控药物量的精准性，却堪比现代的疗效分析方法。这种观察无

疑是动态的！了解仲景方中药物剂量的确定性及如何动态把握这一点，也是探析仲景心法的必经之路。准确的、动态的把握方药剂量，就是我们临幊上常说的“剂量是经方的不传之秘”。

分析汤方 9、10、11、12 中麻黄的用量，我们以看出麻黄细辛附子汤、麻黄附子甘草汤、麻黄升麻汤，每服含麻黄约 2/3 两，比麻黄汤每服含量少约 1/3，也提示仲师在对三阴病中使用解表药时更加审慎、稳妥。

至于桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤更是麻桂诸方的细微功夫，其组方、剂量、用法更是且行且变、唯变不变的典范！若非悉心揣度、循其定法，是无法通晓经方意义的。正因如此，即便是现代通行的大学的教材，诸如《伤寒论讲义》、《伤寒学》，对桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤的效用之别，亦有显见的谬误<sup>[2]</sup>。

仲景方中药物剂量换算，日本惯以一两折合 1.3 克，国内习于一两折合 3 克（五版教材《伤寒论讲义》如是），近代柯雪帆教授首倡一两即 15.625 克。跨度如此之大，学者莫衷于是，更当临床比度观察、揣度仲师心法。

纵观仲师麻黄各方证候，麻黄汤证纯属表寒；大青龙汤证除有表寒外，尚有里热、烦躁。而麻黄汤方药纯以麻黄、桂枝、杏仁、甘草解表宣肺；大青龙汤方药在麻黄、桂枝、杏仁、甘草、生姜、大枣解表宣肺辛散和营的基础上，尚有石膏清里热、除烦躁，且方中石膏是一变量。此证处在由表及里的过渡期。仲景时代解表之麻黄汤、桂枝汤，虚实各有偏重。虚实的掌握也相当科学，基本达到了比例、量化

的水平，如桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤。而单纯解表、解表清里之麻黄汤、大青龙汤，层次递进分明。讲解表时分虚实，讲表里时又有一个表里渐进、表里参差分明的过程。近代施今墨氏七解三清、六解四清、半解半清、四解六清、三解七清，将解表药、清里药，甚至辛温药、辛凉药（其清药中即含清热药，又含辛凉解表药）烩为一盘菜，其条理性及科学性和仲景书之精微不可同日而语。

方药有其固有的作用，但用之于人，药物的疗效如何，除取决于组方中药物之间的相互作用、药物剂型、给药途径、生物利用度等，方药的剂量尤是一重要环节，而药物的剂量尤和机体因素密切相关，如何全面的、辩证的、动态的把握经方用量，无疑是安全、有效使用经方的重要内容。故而，从经方主药用量的变化揣度仲景用药心法实有裨益。

#### 参考文献：

- [1] 李登岭. 小议仲景方中“石膏如鸡子大” [J] 河南中医, 2013, 33 (8) : 1202.
- [2] 李登岭. 也谈桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤发汗力之大小 [J] 国医论坛, 2011, 26 (5) : 7.

## 二十三，从“伤寒论”大黄量、煎、服、禁揣度仲景活用大黄心法

李登岭<sup>1</sup>, 李瑞锋<sup>2</sup>, 李乔<sup>1</sup>

1. 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

2. 山东省莘县第三人民医院 山东莘县 252427

**摘要** 目的：从经方中大黄的用量、煎法、服法、注意事项、量效关系，探析仲景之大黄用药心法。方法：通过研究《伤寒论》含大黄的方剂中，大黄用量及其煎、服、禁，探析其大黄用药心法。结果：发现仲景使用大黄临床用量之张弛有度，煎法、服法、禁法彰显其临床

效用之趋向，以及仲景从大黄的用量、制法、药后反应动态把握之活法。结论：经方“一剂知，二、三剂已”的疗效，来源于仲师用药个体化方法和对药物使用的动态把握。

《伤寒杂病论》是我国第一部理法方药齐备的中医经典著作。书中多次使用大黄，仅《伤寒论》中，含大黄之方达 15 首之多。读仲景之书，贵在悟仲师心法。而只读理、法、方、药。不了解药物的剂量、煎法、服法、注意事项、量效关系、药后反应及随机服药剂量之调整，他就走不到临床，成不了“活泼泼的伤寒论”（李克绍语）。所以从理、法、方、药，读到煎、服、禁，才能读懂其千古不易之理，读出其千古不传之秘。才能把《伤寒论》读成“活人书”。

大黄，泻下攻积、清热泻火、凉血解毒、通经活血。《本经》谓其：“味苦，寒。主下瘀血，血闭，寒热，破癥瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。生山谷”<sup>[1]</sup>。近年来，对大黄的成分研究，如研究生、酒大黄对大承气汤的泻下作用的影响有差异<sup>[2]</sup>；对大黄的作用机制研究，诸如研究大黄“生泻熟缓”的作用机制<sup>[3]</sup>，阐明生、熟大黄饮片及其活性组分的双向调节作用特征<sup>[4]</sup>；以及从《伤寒论》大黄和其它药物的配伍中探讨规律等<sup>[5]</sup>。本文则试从经方中大黄的用量、煎法、服法、注意事项、量效关系，探析仲景之大黄用药心法。仲景《伤寒论》使用大黄凡 15 方：1，大陷胸汤。2，大陷胸丸。3，大承气汤。4，小承气汤。5，调胃承气汤。6，桃核承气汤。7，抵当汤。8，抵当丸。9，大黄黄连泻心汤。10，附子泻心汤。11，茵陈蒿汤。12，桂枝加大黄汤。13，柴胡加龙骨牡蛎汤。14，麻子仁丸。15，枳实栀子汤。有人认为尚有大柴胡汤。若问及含大黄诸汤方中，单就每服汤药，亦即每服用一次的

药液中，其含大黄的量哪个最大？哪个汤方性最烈？方后注因功效取向而有何不同？您还真不一定清楚。

### 一，从其每剂、每服大黄的含量，看大黄临床用量之张弛。

1，大陷胸汤：大黄六两（去皮）……煮……取二升……温服一升。[按]大陷胸汤每剂含大黄6两，每服3两。2，大陷胸丸：大黄半斤……和散……取如弹丸一枚……水二升，煮取一升，温顿服之。[按]大陷胸丸每剂含大黄8两，每服量待考。3，大承气汤：大黄四两（酒洗）……更煮取二升，分温再服。[按]大承气汤每剂含大黄4两，每服2两。4，小承气汤：大黄四两（酒洗）……煮取一升二合……分温二服。初服汤当更衣，不尔者尽饮之……。[按]小承气汤每剂含大黄4两，每服2两或 $\frac{4}{3}$ 两或 $\frac{8}{3}$ 两（以宋本《伤寒论》“分温两服”计，则每服2两；以《金匱玉函经》<sup>[6]</sup>“分温三服”计，则初服 $\frac{4}{3}$ 两，“不尔尽饮之”再服为 $\frac{8}{3}$ 两）。5，调胃承气汤：大黄四两（去皮，清酒洗）……煮取一升……少少温服之（一法温顿服之）。[按]调胃承气汤每剂含大黄4两，每服的量是变量（详述见下文中）。6，桃核承气汤：大黄四两……煮取二升半……先食，温服五合，日三服。[按]桃核承气汤每剂含大黄4两，每服 $\frac{4}{5}$ 两。7，抵当汤：大黄三两（酒洗）……煮取三升……温服一升。[按]抵当汤每剂含大黄3两，每服1两。8，抵当丸：大黄三两……捣分四丸，以水一升煮一丸，取七合服之。[按]抵当丸每剂含大黄3两，每服 $\frac{3}{4}$ 两。9，大黄黄连泻心汤：大黄二两……以麻沸汤二升渍之……分温再服。[按]大黄黄连泻心汤每剂含大黄2两，每服1两。10，附子泻心汤：大黄二

两……以麻沸汤二升渍之……分温再服。 [按] 附子泻心汤每剂含大黄 2 两，每服 1 两。11，茵陈蒿汤：大黄二两（去皮）……煮取三升……分三服。 [按] 茵陈蒿汤每剂含大黄 2 两，每服 2/3 两。12，桂枝加大黄汤：大黄 2 两……煮取三升……温服一升，日三服。 [按] 桂枝加大黄汤每剂含大黄 2 两，每服 2/3 两。13，柴胡加龙骨牡蛎汤：大黄二两……煮取四升……温服一升。 [按] 柴胡加龙骨牡蛎汤每剂含大黄 2 两，每服 2/4=1/2 两。14，麻子仁丸：大黄一斤（去皮）……蜜和丸，如梧桐子大。饮服十九，日三服，渐加，以知为度。 [按] 麻子仁丸每剂含大黄 16 两，每服待考。15，枳实栀子汤加减：若有宿食者，加大黄如博棋子大五六枚。 [按] 枳实栀子汤每剂每服含大黄量待考。

有人认为尚有大柴胡汤：大黄二两……煮取六升……温服一升。 [按] 大柴胡汤每剂含大黄 2 两，每服 1/3 两（按《古本康平伤寒论》<sup>17</sup>大柴胡汤方后注计，每服含大黄 1/3 两。若按《金匱玉函经》大柴胡汤方后注计，每服含大黄 2/3 两）。

就以上每剂、每服大黄的含量，我们可以看出以下粗线条的量效关系分类。其中，第 1 方大陷胸汤，每服药用 3 两大黄，其力迅猛，是攻积破结之用。第 3、4、5 方，三承气汤，每服药用 2 两大黄及有 4/3—8/3 两之变，尚有大量顿服之法。药量之张弛变化，突显其临床活法。<sup>18</sup> 调胃承气汤的用量和我们通常的理解大有差距。调胃承气汤（方药）两见于《伤寒论》条文中，其服法载有两种。第 29 条取“少少温服之”，第 207 条采取“温顿服之”。第 29 条仅有“少与调

胃承气汤”、汤方服法中有“少少温服之”。而第 207 条有“阳明病，不吐不下，心烦者，可与调胃承气汤”，且汤方服法为“顿服”。需要强调的是这里用调胃承气汤是“与”、“可与”，并非“主之”。第 207 条方后注之服法为“顿服”。既然汤方尚不确定，其服法“少少温服之”、“顿服”亦不确指。调胃承气汤，凡有七条（第 29、30、70、94、105、123、248 条）使用，应理清文意、结合临床，从而确定采取何种服法。调胃承气汤“少少温服之”多用于和胃泄热；若“顿服”，每服大黄用量是大承气汤的二倍，其芒硝用至半升，每服芒硝用量是大承气汤的三倍还要多，其性威猛，有泻实之功！第 6、7、8 方，桃核承气汤、抵当汤、抵当丸，每服药用约 1 两大黄，其长于化瘀血之用。第 9、10 方，泻心汤方，每服药用 1 两大黄，且浸渍取其气，显为泻热除痞之法。第 11、12 方，每服药用 2/3 两大黄，以及大柴胡汤方，每服药用 2/3 两大黄（按《金匱玉函经》计，每服含大黄 2/3 两），显系退其黄、通其络、或彻其热。李克绍先生认为，此处（桂枝加大黄汤），大黄是血分药……，破阴结、通脾络之外，还要泻经脉的“灵气”<sup>[9]</sup>。第 13 方，柴胡加龙骨牡蛎汤中，每服大黄为 1/2 两，量偏小而生用后入，是取其泻热清里之功<sup>[10]</sup>。第 14 方，麻子仁丸，内含大黄、枳实、厚朴，用量以“渐加，以知为度”，取其解其脾约、通利水谷之意。第 15 方，枳实栀子汤，“若有宿食者，内大黄……”，取大黄“下其积滞”<sup>[11]</sup>，以推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。

二，从其煎法之生用、去皮、酒洗、先煎、同煎、后入，看大黄临床

效用之趋向。

从 1、2 看：1，大陷胸汤中大黄生用，去皮，先煎。2，大陷胸丸中大黄生用，同煎。大陷胸汤以大黄生用取其攻下之猛，去皮则强其攻下之力而用其精华，先煎是缓其烈性防其攻下太过；而大陷胸丸中大黄生用取其攻下之猛，而用丸同煎则是缓其烈性。从 3、4、5 看：3，大承气汤中大黄酒洗，后入。4，小承气汤中大黄酒洗，同煎。5，调胃承气汤中大黄酒洗，先煎。此三承气汤，大黄均酒洗。而大承气汤大黄后入，后入则大黄气锐而先行，更长于通腑泻实；小承气汤大黄同煎，则稍减其通腑泻实之力；调胃承气汤大黄先煎，则是在煎法上佐制了大黄通腑泻实之用。

从 6、7、8 看：6，桃核承气汤中大黄生用，先煎。7，抵当汤中大黄酒洗，同煎。8，抵当丸中大黄生用，同煎。这样看来，桃核承气汤先煎大黄，是为缓其泻下、强其化瘀。而抵当汤中，虽每服大黄 1 两（稍大于桃核承气汤、抵当丸），酒洗则能饱和其化瘀之力，更加“缓其泻下、强其化瘀”之功。致使其用药取向攻逐下焦“瘀热”之力更大于、快于抵当丸。

从 9、10 看：9，大黄黄连泻心汤中大黄生用，浸渍。10，附子泻心汤中大黄生用，浸渍。此两方，功在泄热消痞，故以麻沸汤浸渍苦寒诸药，取其轻薄之性，薄其寒厚之味，避大黄寒泻之流弊，而功专泄上部无形之邪热。

从 11、12 看：12，桂枝加大黄汤中大黄生用，同煎。11，茵陈蒿汤中大黄生用，后入。此中大黄每服含量，不及承气汤之半，非取其泻下，

而旨在化瘀、通络、导滞，或疏逐湿热蕴结。

从 13、14、15 看：13，柴胡加龙骨牡蛎汤中大黄生用，后入。14，麻子仁丸中大黄入丸。15，枳实栀子汤中大黄生用，同煎。13、14、15 中，大黄生用、后入，其意为假肠道泻热清里以引邪外出。另外，大柴胡汤中大黄生用，同煎，似和 13、14、15 中作用相类。大黄“剂量之中，暗藏玄机，多则泻下，少则性收”<sup>【12】</sup>

### 三，从其服、禁法之初服、再服、止后服，看仲师用大黄审慎而精准。

从 1、2 看：1，大陷胸汤方后嘱“温服一升。得快利，止后服”。2，大陷胸丸方后嘱“煮取一升，温顿服之。一宿乃下。如不下，更服，取下为效。禁如药法”。即言其药后反应、随机应变之法，又嘱下后止服，防过下伤正。从 3、4、5 看：3，大承气汤方后嘱：“分温再服。得下，余勿服”。4，小承气汤方后嘱“分温二服。初服汤当更衣，不尔者尽饮之；若更衣者，勿服之”。5，调胃承气汤方后嘱“少少温服之”，另有“温顿服之”。无不详述其过下伤正，以资和“大黄非攻下之用者”鉴别。从 6、7、8 看：6，桃核承气汤方后嘱“先食，温服五合，日三服，当微利”。7，抵当汤方后嘱“温服一升，不下更服”。8，抵当丸方后嘱“以水一升煮一丸。取七合服之。猝时，当下血，若不下者，更服”。三方之方后注，清晰可见，桃核承气汤“先食……日三服”因其方功在化瘀而非泻下，且化瘀较为平稳；抵当汤攻逐之力较猛，故有“下不更服”；抵当丸效用大小在以上二方之间，故有“若不下者，更服”。从 9、10 看：9，大黄黄连泻心汤“分温再服”。10，附子泻心汤分温再服。无药后中病即止，停后服之嘱，从而可知，

二方是为泄热消痞，而非通下里实之方。从 11、12 看：11，茵陈蒿汤“分三服”。而候“小便当利，尿如皂莢汁状，色正赤，一宿腹减，黄从小便去也”，则是通过对药后大、小便的观察，通过药后反应，揆度量效关系。仲师以观察汗、下、吐等药后反应的方法，把控药物量的精准性，却堪比现代的疗效分析方法。<sup>[13]</sup> 12，桂枝加大黄汤。桂枝加大黄汤温服一升，日三服。和 9、10 方后注一样，无药后中病即止，停后服之嘱，其为通脾络之用，亦非通下里实之方。从 13、14、15 看：13，柴胡加龙骨牡蛎汤，宋本《伤寒论》方后注“煮取四升……温服一升”；而《金匱玉函经》为“煮取二升……温服一升”，似以《金匱玉函经》为是。14，麻子仁丸如梧桐子大。饮服十丸，日三服，渐加，以知为度。15，枳实栀子汤温分再服，覆令微似汗。是候微汗出，而知余热得清。而“若有宿食者，加大黄如博棋子大五六枚”，是因“余热未尽，宿食停滞”<sup>[14]</sup> 而行变通之法，为后世方药化裁之变，行权变之计，故加用大黄。

#### 四，从《伤寒论》方后注、煎服禁，读出仲师用药心法。

仲景使用大黄，从剂量而言，以小承气汤通下里实为例，小承气汤每服含大黄量为 4/3—8/3 两（以《金匱玉函经》方后注计，见上文中）。参考汉代度量衡重量的古今折算（1 两为 15g）<sup>[15]</sup>，则大黄量 4/3—8/3 两折算为 20-40g。虽然仲景时代，药物仅煎煮一次（不翻煎），但是，就现代临床看来，这个药量下大便，仍然是药量充足、疗效可靠的。从煎法来看，大黄酒洗、同煎，则缓其通下之力。从服禁之法来看，以“更衣”为度，监测用药反应，揣度药用是否足量、是否中病。

故而在《金匱玉函经》一书中，此方后注，“初服汤当更衣”，意即：初次服用含有 4/3 两大黄的小承气汤，当会大便得下”；若大便不下，“不尔者尽饮之”，亦即服用余下的含有“8/3 两大黄的小承气汤”；为防其过下伤正，仲景接下来又嘱，“若更衣者勿服之”。仲景含大黄诸方，“煎、服、禁”之法极其周祥，大黄之酒洗、去皮、先煎、后下，服用之分服、渐加、顿服，禁法之密切观察药后反应等等。无不是和患者保持沟通、互动，示人以活法。从而达到最简化的药物，最精当的使用，最优化的疗效。笔者认为，对仲景学术学说的研究和中医药科学实验，同样服务临床、促进中医药发展，同等重要、不可偏废，“科学研究服务于中医发展，中医发展以中医经典为根基，……应立足经典，如章次公先生说‘欲求融合，必先求我之卓然而立’。进而‘把中医中药的知识和西医西药的知识结合起来，创造我国统一的新医学新药学’”<sup>[16]</sup>。对仲景学术学说的研究，应在一定语言学、史学、科学基础上，密切结合临床，精研经典，参悟前贤心法，活用经典理法，服务现代临床。今从仲师使用大黄量的变化，药的修制，煎煮的考究，服法的灵活，禁忌的管控，从而揣度仲景活用大黄的要妙玄机，是中医执业医师在临床实践中不可或缺的悟性！今从仲师使用大黄的量、煎、服、禁揣度仲景活用大黄心法，也适用于对经方其它方药的研究体悟。这也许就是经方“一剂知、二三剂已”的千古不传之秘之所在。

#### 参考文献：

- [1] 陈振相 宋贵美. 中医十大精典全录 [M]. 北京：学苑出版社，1995：299.
- [2] 生、酒大黄对大承气汤小鼠泻下作用的比较研究 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 41 (2): 326–329.

- [3] 吴晓青 胡昌江等. 生、熟大黄泻下作用及其机制研究 [J]. 中药材, 2014, 37 (9) : 1592.
- [4] 扶娅东 张晶 刘颖. 生、熟大黄饮片及其活性组分的泻涩双向调节作用分析 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25 (11) : 127–132.
- [5] 庞莉. 《伤寒论》中大黄配伍规律的探析 [J]. 中国中医急症, 2017, 26 (6) : 1002–1004.
- [6] 张仲景. 金匱玉函经 [M]. 李顺保, 校注. 北京: 学苑出版社, 2013:117.
- [7] 张仲景. 古本康平伤寒论 [M]. 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988:48.
- [8] 李登岭 李乔 李好. 《金匱玉函经》中大柴胡汤证及大柴胡汤方探析 [J]. 国医论坛, 2018, 33 (2) : 3.
- [9] 李克绍. 伤寒解惑论 [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1978: 61-62.
- [10] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社, 2017: 155.
- [11] 姜建国. 伤寒论教材 [M]. 海口: 南海出版公司, 1991: 157.
- [12] 陈晓辉 刘兴兴等. 张仲景活用大黄探微 [J]. 河南中医, 2017, 37 (7) : 4.
- [13] 李登岭. 从麻黄用量揣度仲景表里用药心法 [J]. 河南中医, 2017, 37 (11) :1872.
- [14] 崔文臣. 大黄在《伤寒论》中的应用探析 [J]. 国医论坛, 2018, 33 (4) : 2.
- [15] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社, 2017: 237.
- [16] 李登岭 赵红霞. 小议仲景方中“半夏临床用药剂量” [J]. 国医论坛, 2019, 34 (5): 3.

## 二十四，小议仲景方中“半夏临床用药剂量”

李登岭 赵红霞 李乔 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探析仲景方中半夏的临床用药剂量。方法：依据药典中药材性状半夏和原材料半夏的直径，计算出单个药材性状半夏和原材料半夏的体积，结合仲景方中半升半夏个数，推演半夏体积与个数折算的是否合理；依据“半夏二十铢，本云五枚”，结合现代考古学研究成果，推导仲景方中半夏的临床用药剂量。结果：推演证实，仲景方中半夏体积与个数的折算有合理性；推导得出：仲景方中“半夏一升”的重量是 78.125g，“半夏半升”约是 39g。结论：研究仲景学说，读原文、善思考的重要性。熟练掌握仲景学说是研究、运用仲景学术的基石。

《神农本草经》载“半夏，味辛平。主伤寒寒热，心下坚，下气，喉咽肿痛，头眩，胸胀，咳逆，肠鸣，止汗”。半夏功擅降逆止呕、燥湿化痰、消痞散结，仲景以其为止呕、消痞、除咽喉肿痛要药。《伤寒论》对症止咳，非用半夏，而多以干姜、细辛、五味子。近年来，为建立仲景方的古今剂量折算标准，李宇航教授牵头的国家科技计划

支撑项目，《仲景方中半夏用药剂量及配伍比例研究》（项目编号 No.2006BA121B03-12），将仲景方中的“半升半夏”定为 61g。同时说明，2005 年版《中华人民共和国药典》半夏的临床安全用量是此标准化折算量（“半升半夏”定为 61g）的七分之一。据此可知，2005 年版《中华人民共和国药典》半夏的临床常用量，是此标准化折算量（“半升半夏”定为 61g）的七分之一到二十分之一。由此可见，古今用量差距之大若此，令人唏嘘。

通过反复学习、推导，笔者发现，宋本《伤寒论》、《金匱要略》原文已有明确标示，“半升半夏”的重量折算方法就在字里行间，其标准之折算及其合理性推演，完全可据《伤寒论》、《金匱要略》、《金匱玉函经》推导定夺。故而，研究仲景学术的根基在于熟练掌握仲景学说，“读原文、读大家”的重要性不言而喻。我们做以下研究分析，“半夏的临床用药剂量”便可了然。

一，我们先理论化计算一下单个药材性状半夏和原材料半夏的体积

现在伤寒学界公认，仲景方中所用半夏为天南星科植物半夏的干燥块茎，且生用水洗。《国家药典中药使用手册》<sup>[1]</sup>载：原植物半夏，块茎近球形，直径 1~2cm。药材性状半夏，块茎近球形或有的偏斜，直径 1~1.5cm。

以药材性状半夏粗略的计算，一枚半夏的体积：

1，取最小值，其直径为 1cm，则其体积为， $4/3 \times 3.14 \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm}$  × 0.5cm；

2，取最大值，其直径为 1.5cm，则其体积为， $4/3 \times 3.14 \times 0.75\text{cm} \times$

$0.75\text{cm} \times 0.75\text{cm}$ ;

3，取平均值，其直径为 1. 则其体积为，

$1/2 \times (4/3 \times 3.14 \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} + 4/3 \times 3.14 \times 0.75\text{cm} \times 0.75\text{cm} \times 0.75\text{cm})$ 。

以原材料半夏粗略的计算，一枚半夏的体积：

1，取最小值，其直径为 1cm，则其体积为， $4/3 \times 3.14 \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm}$ ；

2，取最大值，其直径为 2cm，则其体积为， $4/3 \times 3.14 \times 1\text{cm} \times 1\text{cm} \times 1\text{cm}$ ；

3，取平均值，其直径为 1. 则其体积为  $1/2 \times (4/3 \times 3.14 \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} + 4/3 \times 3.14 \times 1\text{cm} \times 1\text{cm} \times 1\text{cm})$ 。

二，我们粗略的估算一下，放入十五枚大小混装半夏的容器和放八枚个头大的半夏的容器，体积是否基本相当。

因仲景方中以植物半夏的干燥块茎，生用水洗，故以原材料半夏粗略的计算，较为接近仲景意。《伤寒论》、《金匮要略》中，仲景以半夏个数计量的方剂有：苦酒汤，柴胡加芒硝汤，射干麻黄汤，甘遂半夏汤。其中《伤寒论》第 104 条柴胡加芒硝汤方药组成：柴胡二两十六铢 黄芩一两 人参一两 甘草一两，炙 生姜一两，切 半夏二十铢，本云五枚，洗 大枣四枚，擘 芒硝二两。结合第 96 条小柴胡汤方药组成：柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升，洗 甘草，炙 生姜，切各三两 大枣十二枚，擘。我们知道，柴胡加芒硝汤为  $1/3$  量的小柴胡汤加芒硝而成。因为而可知，柴胡加芒硝中的半夏体积折合为：半升  $\times 1/3$ ，“本云五枚”。可以推出：半升半夏约合十五枚。

文中未指明半夏的大小，取其平均值，半升（十五枚）半夏的体积：  
$$1/2 \times (4/3 \times 3.14 \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} \times 0.5\text{cm} + 4/3 \times 3.14 \times 1\text{cm} \times 1\text{cm} \times 1\text{cm}) \times 15 = 35.32 \text{ 立方厘米。}$$

《金匱要略》肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治第七·射干麻黄汤方药组成：射干十三枚，一法三两 麻黄四两 生姜四两 细辛、紫菀、款冬花各三两 五味子半升 大枣七枚 半夏（大者，洗）八枚，一法半升。“半夏（大者洗）八枚，一法半升”，此处已点明：每八枚“个大的半夏”容量约合半升！意即“每八枚半夏（个头大）容量约合半升。因文中指明半夏大者，故取其最大值，半升〔八枚（个头大）〕半夏的体积： $(4/3 \times 3.14 \times 1\text{cm} \times 1\text{cm} \times 1\text{cm}) \times 8 = 33.49 \text{ 立方厘米。}$

从以上计算可以看出，十五枚半夏的体积 35.32 立方厘米；八枚（个头大）半夏的体积 33.49 立方厘米。如此看来，十五枚大小混合盛装的半夏，和八枚个头大的半夏，体积基本吻合，容器的大小亦基本吻合。这样看来，半升个头大的半夏为约八枚，半升大小混合装的半夏约十五枚。基本附合半夏的体积及存放半夏的容器（减去球体排列空隙）的合理化推论。因此《伤寒论》、《金匱要略》、《金匱玉函经》中的半夏剂量折算是明确的，也是符合临床实际的。也就是说，这一经过宋·高保衡、孙奇、林亿等校定校正的，“国家召儒臣校正医书”的国家项目，以半夏个数计半夏的量的方法，完全符合半夏体积与个数折算的临床实际。

### 三，“半夏一升”的重量是 78.125g

从《伤寒论》、《金匱要略》原文中研究分析，参考度量衡考古

学相关研究成果，对半夏的剂量折算推演，是最原始、最可靠、最经济的方法。宋本及宋本校定参考用书已给出了半夏的剂量折算结果，只是教授专家或并未看出，或视而不见，或惘然不顾。我们知道赵刻宋本《伤寒论》中屡见“本云”、“一云”、“一作”。章太炎先生说：本云者，是仲景原本如此。我们认为，“本云”是指与今本不同的相关底本的文字描述。“一云”、“一作”是指与今本不同的相关参考本的文字描述。审查半夏计量的“升”、“个”、“铢”，可以发现宋本《伤寒论》、《金匱要略》已经对半夏的体积、重量、个数，进行了“通约”。宋本《伤寒论》第 104 条柴胡加芒硝汤方药组成：参考《金匱玉函经》中柴胡加芒硝汤方中，半夏以个数计“半夏五枚”<sup>[2]</sup>，在这里，宋本《伤寒论》中的“本云”，恰是《金匱玉函经》中柴胡加芒硝汤方的原文字半夏“五枚”（宋本《伤寒论》中的“本云”恰是《金匱玉函经》中的“原文”，尚有它例，并非孤证）。一说明校刊《金匱玉函经》的底本更古老，更能说明宋·林亿等，对半夏的“体积、重量、个数”换算比例是非常明晰的。因宋本《伤寒论》中，第 104 条柴胡加芒硝汤的方药组成中，有“半夏二十铢，本云五枚”，明确指出此半夏五枚重量为二十铢。可以推出，十五枚重量为六十铢（二两半），结合柴胡芒硝汤汤方组成，实为 1/3 量的小柴胡汤加芒硝而成。进而可知，柴胡加芒硝汤中的半夏量乘以 3，即等价于小柴胡汤中半夏的量（半夏半升）。亦即半夏半升、半夏十五枚、半夏六十铢（二两半），是三个等价概念。从而可知半夏半升的重量是二两半！参考现代考古学成果<sup>[3]</sup>，仲景方中每升约合现代 200ml，

每半升约合现代 100ml，半夏一两约合 15.625g。可以确定：“半夏半升的重量是二两半”折算为“半夏 100ml 的重量是 39.0625g；半夏 200ml 的重量是 78.125g。

**四，只有这个推理符合仲景临床半夏剂量的实际，且可有效指导现代临床。**

在现代经方家的临幊上，实际上医生依据个人经验，各人开具自己的经验剂量。因为药典记载用量偏小（每剂半夏 3—9g），临幊使用半夏的剂量，加之半夏品类，和仲景相比，似为“搔不着痒之品”，而现代中医伤寒论大专家，《仲景方中半夏用药剂量及配伍比例研究》（项目编号 No.2006BA121B03—12）考证的量又偏大（就小柴胡汤而言，每剂半夏折合 61g），加之原方半夏生用，现代临幊已几乎找不到这种使用文献案例。

我们依据宋本《伤寒论》的原文为据，考证“半夏二十铢（本云五枚）”；依据《金匱要略》、《金匱玉函经》“半夏五枚”，“半夏（大者，洗）八枚”的体积合理性推导。得出结论：“半夏一升”的重量是 78.125g，“半夏半升”的重量约是 39g。这个推导充分依赖对仲景学说的研究，而结论，显然比将“仲景方中的半升半夏定为 61g”，要更准确，更贴近临幊实际！这使我反思，对自己五年前的认识“不宜过分强调计量之考，而应以临幊为基础，以实验研究、临幊观察、应用体会为手段……以期获得对临幊有意义的剂量标准及量效关系的结果”<sup>[4]</sup>。进行了重新思考，认识到我们现在对仲景学说的熟练程度和独立思考还差的远，对仲原文的熟悉和掌握还差的太

远。

仲景《伤寒论》、《金匱要略》，半夏用量小若苦酒汤（半夏一枚）“少少含咽之”、半夏散及汤（半夏……等分）“少少咽之”，大至半夏用量半斤的栝蒌薤白半夏汤、温经汤及药用半夏二升的大半夏汤。仅《伤寒论》含半夏的 18 个汤方中，使用半夏，均有要旨，容我简列于下：1，葛根加半夏汤……半夏半升（洗）。2，小青龙汤……半夏半升（洗）。3，厚朴生姜半夏甘草人参汤……半夏半升（洗）。4，小柴胡汤……半夏半升（洗）。5，大柴胡汤……半夏半升（洗）。6，柴胡加芒硝汤……半夏二十铢（本云五枚，洗）。7，柴胡加龙骨牡蛎汤……半夏二合半（洗）。8，柴胡桂枝汤……半夏二合半（洗）。9，小陷胸汤……半夏半升（洗）。10，半夏泻心汤……半夏半升（洗）。11，生姜泻心汤……半夏半升（洗）。12，甘草泻心汤……半夏半升（洗）。13，旋覆代赭汤……半夏半升（洗）。14，黄芩加半夏生姜汤……半夏半升（洗）。15，黄连汤……半夏半升（洗）。16，苦酒汤……半夏一枚（洗，破如枣核……）。17，半夏散及汤……半夏等分（洗）。18，竹叶石膏汤……半夏半升（洗）。十八个汤方中，半夏均以“洗”为要，仲景以“洗”之制法去其毒，且常有配伍生姜、干姜、甘草等，以解其毒。和《内经》之半夏秫米汤用“治半夏”，虽量至五合，但初服小量，逐渐加量，以知为度<sup>[5]</sup>。充分体现了半夏剂量的考究、半夏炮制的特点及半夏使用的活法。

仲景时代，药物并不翻煎，而我们现在土法煎药多采取第二次煎煮，其煎出有效成分，一般多于仲景之煎煮法，且有人考证煎煮出的

药物可多出3—4成。这样看来，以半夏泻心汤为例，方中药用半夏半升，按本文推论折合半夏39g，结合今古煎煮方法之别，临床开具半夏泻心汤半夏用量24g，比例完全相当。

科学研究服务于中医发展，中医发展以中医经典为根基，科学研  
究不应把中医引向歧途，而应立足经典，如章次公先生说“欲求融合，  
必先求我之卓然自立”。进而“把中医中药的知识和西医西药的知识  
结合起来，创造我国统一的新医学新药学”（毛泽东语）。

#### 参考文献：

- [1] 刘永新. 国家药典中药使用手册 [M]. 北京：中国古籍出版社，2011：359.
- [2] 张仲景. 金匱玉函经 [M]. 北京：学苑出版社，2013：119.
- [3] 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京：科学出版社，2017. 6：237.
- [4] 李登岭. 小议仲景方中“石膏如鸡子大” [J]. 河南中医,2013,33(8):1202.
- [5] 程士德，孟景春. 内经讲义 [M]. 上海：上海科学出版社，1984：209.

## 二十五，浅说仲景方“一剂知，二、三剂已”

李登岭 李乔 赵红霞 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨仲景方“一剂知，二、三剂已”的精准用药规律及药效原理。方法：疏理六经病中各经病典型方剂，分析用药作用取向、药后反应及其与测度疾病转归的关系。结果：六经病中各经病方剂有典型的、精准用药取向，并以药后反应测度药物疗效。结论：仲景六经病在精准用药的基础上，药后反应的参照系明确，疗效可以达到“一剂知，二、三剂已”。

说起仲景方“一剂知，二、三剂已”，有些人不了解中医的人不以为然，有些身为中医的人也可能不知其所以然。其实，用仲景方，中医辩证精当、病机明了、应手取效，亦为常态。诸如：太阳病汗以麻、桂诸方；阳明病下以脾约丸、煎导方、承气汤类；太阴病温运以四逆辈；少阴病表证以麻黄细辛附子汤、麻黄附子甘草汤，回阳救逆以四逆汤；少阳病枢以柴胡剂；厥阴病治以麻黄升麻汤斡旋内外、清

上温下。这些方药治疗相应疾病，仲景以慎密的理、法、方、药、煎、服、禁断后，疗效确切、取效迅捷。我们先分别试以太阳病、阳明病、太阴病、少阴病、少阳及厥阴病证治为例，通过其治疗方药及注意事项，分析其应手取效，势为必然的内在规律。

一，先从太阳病桂枝汤证的服法说起，桂枝汤煎好后，“适寒温，服 1 升。服已须臾，啜热稀粥 1 升余，以助药力。温覆令一时许，遍身微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病者不除”。“若一服汗出病差，停后服，不必尽剂；若不汗，更服依前法，又不汗，后服小促其间，半日许令 3 服尽。若病重者，1 日 1 夜服，周时观之。服 1 剂尽，病证犹在者，更作服，若不汗出，乃服至 2-3 剂”。先不谈“啜粥、温覆”取汗之妙。但就第二部分而言，“一服汗出……不必尽剂；不汗……更服，又不汗，后服小促其间……病重者，日夜服……周时观……不汗出，乃服至 2-3 剂”。这种灵活掌握，以“汗”为度的服药方法，具有极强的伸展性。是外感病的服药原则。以“汗”为度，临幊上哪有“汗”后病情不缓解之理；以“汗”为度，某种意义上就是以有效为度；以有效为度，自然就不会无效啦。不效之理何来？焉有不效之理！

再说太阳病麻黄汤证的的服法精义，麻黄汤含麻黄三两，桂枝、甘草（炙）、杏仁均性温，方后注“温服、覆取微似汗”，此以汗法为治，必当“取汗”无疑。含麻黄的方剂使用，并非均以取汗为度，如越婢汤含麻黄六两，治“风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热者”，既然是治“续自汗出”，方后注“温服”还可以，

是不会再强调“取汗”的。然而，亦有必以取汗为度者，如甘草麻黄汤含麻黄四两，方后注“温服一升、重覆汗出，不汗，再服”。此方和越婢汤同治“水气病”，此方“麻黄四两”取汗，每服用量三分之四两，比越婢汤每服少三分之二两。其确保“取汗”的妙处不在加大麻黄的用量，而在“重覆”。越婢加术汤“麻黄六两”不“重覆”取汗，也不一定汗出！更直白点讲，你就是喝一升（汉制一升约200毫升）白开水，也可以“覆取微似汗”，“重覆汗出”。这也足以见得麻黄诸汤的取汗不单单在“药”，而在“用”。要不要取汗，用不用取汗，不单靠加重麻黄的用量，或者说不主要靠加重麻黄的用量。重要的是看服用方法，亦既看方后注的叮嘱。

麻黄汤“温服”是指趁热服，“温热”的程度和本方的效果成正比，越热效果越快、越好；越凉效果就会越差。“越热越好”，只要不要烫破舌头就可以。这和桂枝汤服法中的“适寒温”是有区别的。

学习《伤寒论》，各篇均有必悟之理、必学之法。本篇要诀，余谓之：麻桂不见汗，一切都完蛋；发表不得法，见汗也白搭。实际上服用麻黄汤、桂枝汤后，人的体温是上升的。正是这种升温的方式，诱导机体发挥自身机能，祛邪外出！仲师之法，完全是模拟人的天然的抗病之法！完全是协助人的天然的抗病之法！完全是强化人的天然的抗病之法！有谓汗法不重要乎？！再者，在太阳，身强体壮者，表实、抵抗力强，用药亦烈、亦重攻邪；身体虚弱者，表虚、抵抗力弱，用药亦缓、亦重补虚。仲师之说有不法于自然乎？！

二，再说阳明病脾约证，麻子仁丸，“蜜和丸，如梧桐子大。饮

服十丸，日三服，渐加，以知为度”，以知为度，即以取效为度。蜜煎导方，“手捻作挺，令头锐，大如指，长二寸许，当热时急作，冷则硬，以内谷道中，以手急抱，欲大便时乃去之”，欲大便时乃去之，即为有便意，有效，方才罢手。诸承气汤证，以大承气汤方后注为例，“分温再服。得下，余勿服”。方后注有，“得下，余勿服”，说明以得下大便为期，当无不效之理。若辨证精当、处方合理，若两服不效，是你用药剂量不足，或煎不如法。

三，三说太阴病，其桂枝汤证，前文已有所述。其太阴病四逆辈证（《医宗金鉴》谓，四逆辈者，指四逆、理中、附子等汤而言也），以四逆辈理中丸（汤）为例，太阴病理中丸（汤）证方后注有，“研碎，温服之。日三四，夜二服。腹中未热，益至三四丸，然不及汤。……服汤后，如食顷，饮热粥一升许，微自温……”，其服丸后“温服”，至“腹中热”，以及服汤后，至“微自温”，均如腹中冷，犹如热敷腹部取效之，其至简之法，亦为至理之治。

四，四说少阴病，麻黄细辛附子汤证、麻黄附子甘草汤证，第301条，麻黄细辛附子汤证条，有“反发热，脉沉”。“反”发热，说明病属少阴，病证为太阴表热。第302条，麻黄附子甘草汤证条，有“麻黄附子甘草汤微发汗。以二三日无证，故微发汗也”。“微发汗”是本条眼目！此条之治法经旨，亦即少阴伤寒表证，早期有出表之势者，可以麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤助阳解表；以助阳、助阳解表之法治疗少阴表证均有彰显顺其出表之势。通过微汗出而解表之法（当然不可过汗），微汗出，则“发热”等表证则可随汗而解，应手

取效。这也就自然可见，“一剂知，二、三剂已”收效脉络。

五，五说少阳病、厥阴病，少阳病以大、小柴胡汤，参阅《试论大柴胡汤证为少阳病本证》<sup>[1]</sup>，《论大柴胡汤无通里攻下之用》，《大柴胡汤证如是说》，《见答关于论大柴胡汤无通里攻下之用两个问题》，诸篇中已充分表述和反复论证：少阳有外解之势，多治以小柴胡汤类方，籍以出表，解于濶然汗出；少阳病有内彻之势，多治以大柴胡汤类方，籍以假道阳明彻里，当见得屎而解。这样看来，解少阳病亦有可参之物，亦即参考“汗”、“屎”，见证疗效，并非慢无参照、非遥遥无期。厥阴病以麻黄升麻汤为例，其治伤寒误下、上热下寒证。药用多至十四味，而单味药计量细化至分、铢，似示麻黄升麻汤证的复杂、深重，亦显示仲师用方的全面、精细。方中麻桂辛温散阴邪出表，又以石膏、黄芩彻里热；以当归、天冬、萎蕤、知母滋阴存津液，又以理中之法温里止泄利。足见其调理上下、斡旋内外、从阴出阳之审慎。其方后注有，“分温三服。相去如炊三斗米顷，令尽，汗出愈”<sup>[2]</sup>，提示，厥阴病之解亦有可侧可待之候，药后汗出，厥逆、喉不利、泄利、唾脓血即可好转。《金匱玉函经》亦以“见汗”候疗效，指出“分温三服，一饭间，当出汗愈”<sup>[3]</sup>。

另外，需要说明的是，伤寒六经病治疗中，药后反应即是疾病转归的表现，也为判断预测疾病进展的提供了数据，有的甚至为条文辨证进行了补充说明。以药后反应、药后见证，测度病之进退、药之疗效，此类论述，《伤寒论》条文及方后注中比比皆是，而且谈的即具体又平实，并无丝毫自诩之词。

最后，对于仲景方“一剂知，二、三剂已”，尚须有清醒的认识，对于急性热病及功能性杂病，药后“知”、“已”，即已临床治愈，再疏方善后调理亦无不可；而对于器质性、慢性代谢性疾病、恶性占位性病变，对症用药取效，和临床治愈、病愈，不是同一概念。即便是《伤寒杂病论》中原文论述，也有诸如侯氏黑散、薯蓣丸、脾约丸、乌梅丸等等，其每一剂即为一个月左右的药量，亦即按“月”计算疗程，其临床用药朴实而科学。其临床实际，不是所谓时下各路大神对经方用药的神化和虚妄，亦不是诸如患者对所有疾病使用经方一、二剂即痊愈的过度期望。

#### 参考文献：

- [1] 李登岭，试论大柴胡汤证为少阳病本证。见刘渡舟编，99 仲景学术论坛，台北，富群文化事业出版社，1999.173–174.
- [2] 中华人民共和国卫生部中医研究院. 伤寒论语译 [M]. 北京：人民卫生出版社，1963: 130.
- [3] 张仲景著，李顺保校注. 金匱玉函经. [M]. 北京：学苑出版社，2013: 117.

## 二十六，甘草泻心汤治疗慢性肾功能衰竭两则

李登岭 李乔 赵红霞 莘县中西医结合研究所 山东莘县 252400

**摘要** 目的：探讨传统医学经典著作《伤寒杂病论》中，治疗慢性肾功能衰竭的理论依据、有效方药。方法：参考中华全国中医学会，第三次中医肾病学术会议意见制定的标准。受临床医家对慢性肾衰、尿毒症临床表现中的湿浊、浊毒的深入认识，及其临床治疗合理性的影响。依据《金匱要略》百合狐惑病脉证并治第十五，狐惑病的脉证特点，及历代诸多医家对狐惑病“非虫”说的精典论述。笔者详为研读、思辨，发现其理、法、方、药，正合肾衰病脾肾气虚、以至阴阳俱衰、湿浊邪毒内蕴之理，亦合其补脾益肾、清解浊毒之法，故因之以方药验之临床。结果：使用甘草泻心汤配合中药灌肠治疗慢性肾功能衰竭，疗效满意。结论：《金匱要略》狐惑病的经典辨证及治疗方法确有指导意义，应进一步研究、使用，以便总结、归纳，进一步提高临床疗效。

慢性肾功能衰竭（CRF）是各种慢性肾脏病引起的进展性肾功能减退、直至衰竭的临床综合征。传统医学针对其系列临床表现，治法各异、疗效欠佳且很难准确统计。据何绍奇主编的《现代中医内科学》尿毒症篇载：“中医药治疗慢性肾功能衰竭的显效率约在 11.9—13.2% 之间”。甘草泻心汤见于《伤寒论》、《金匱要略》中，用药略有出入。在《伤寒论》中用以治疗痞证，药用炙甘草，方中无人参；在《金匱要略》中用以治疗狐惑病，方用生甘草四两，且有人参三两，重以培补正气、清解浊毒。今用甘草泻心汤配合中药灌肠治疗肾功能衰竭患者两例，疗效满意，报告如下：

病案一：李某，女，27岁，农民，2016年10月10日就诊。主诉：恶心欲呕，心下满，纳差，精神不振月余，加重10天。现病史：2年前，曾以胃病治疗数日，疗效差。2015年5月，在莘县人民医院行血生化检查发现肾功能异常，随即到北京大学第一医院检查示慢性肾脏病、肾功能衰竭。经北大一院等处中、西医治疗年余，2016年7月26日北大一院血检示：血红蛋白浓度 79g/L，尿素 25.34mmol/L，肌苷 440ummol/L，全段甲状旁腺素 542.90pg/ml。现嘱其血检后再诊。今日莘县人民医院血检示：血红蛋白 72g/L，尿素 36mmol/L，肌苷 625.7ummol/L。尿检示：蛋白++，潜血++。

刻下：恶呕，纳差，乏力，精神不振，时有烦躁，无恶寒、发热，时自汗出，无头痛，大便略干，日一次，小便频，夜尿 2~3 次，月经适来，经量少、色淡，经期 20 日左右；面色暗，舌淡胖有齿印，苔薄略黄；语声低，言语少；脉沉略弱。血尿素 36mmol/L、肌

昔  $625.7\text{ummmol/L}$ 。诊断：肾功能不全（三期），辨证：脾肾气虚，兼有浊毒。

辨证依据：依据“乏力、精神不振”，“时自汗出”，“懒言”；恶呕、，纳差；以及“小便频、夜尿多”，肾功能检查示血尿素、肌昔升高；及舌、脉表现辩证为脾肾气虚。依据中华全国中医学术第三次中医肾病学术会议意见，慢性肾衰中医邪实兼证辩证诊断标准<sup>[1]</sup>（浊毒：恶心呕吐；口有尿味；皮肤瘙痒；血尿素氮、肌昔增高。凡具备两项即可诊断），因其恶呕，血尿素  $36\text{mmol/L}$ 、肌昔  $625.7\text{ummmol/L}$ ，辨证兼有浊毒。

治疗以健脾益气、化浊攻毒。处方：1生、炙甘草各  $6\text{g}$  半夏  $9\text{g}$  干姜  $9\text{g}$  黄芩  $9\text{g}$  黄连  $6\text{g}$  大枣 7 枚(擘)制附子  $9\text{g}$  黄芪  $40\text{g}$  冬虫夏草 1 条（另炖）

10 剂，水煎服，日一剂，分两次服，每次服  $200\text{ml}$ 。2，大黄  $20\text{g}$  肉桂  $10\text{g}$  丹参  $20\text{g}$  坤草  $20\text{g}$  10 剂，水煎保留灌肠，每日二次，每次  $150\text{ml}$ 。3，并建议患者联系上级医院做动静脉内瘘，以备做血液透析。2016 年 10 月 20 日复诊，恶呕好转，纳可，乏力，时有心悸，大便稍稀，日 2-3 次，小便频好转，月经淋漓已十余日，量少，色淡，质稀；面色稍暗，舌淡胖有齿印，苔薄略黄；脉沉；血红蛋白  $60.5\text{g/L}$ ，尿素  $30\text{mmol/L}$ ，肌昔  $506\text{ummmol/L}$ 。上方口服之中药减去冬虫夏草 1 条，加当归  $6\text{g}$  仙鹤草  $30\text{g}$  继续使用；中药保留灌肠继续使用；2016 年 10 月 27 日，联系好山东省立医院明日去济南

做动静脉内瘘，省立医院肾内科嘱其即日起停服中药。2016年11月1号入住山东省立医院肾内科（住院号6227468），做动静脉内瘘成形术，术前检查示：尿素氮33.9mmol/L，肌苷461.9ummol/L。此案，患者在服用中药期间，疗效明显，内服中药配合灌肠16日，尿素自36mmol/L降至33.9mmol/L，最低达到30mmol/L；肌苷但自625.7ummol/L降至461.9ummol/L，最大降幅达163.8ummol/L。但因笔者医治本病断无把握、鉴于医事规范不便挽留；亦因做动静脉内瘘期间的主治医生，出于各种原因未能支持患者继续服用中药。因而治疗中断，甚为遗憾。

病案二：孙某，男，48岁，干部，2015年7月4日就诊。主诉：晨起眼睑浮肿，食欲不振，3月前检查尿素氮22mmol/L肌苷326ummol/L，加重10天。在某门诊服用中药3个月，不见好转。

刻下：眼睑轻度浮肿，食欲不振，无恶寒、发热，大便、小便正常，面色暗，舌紫暗瘀点苔黄，脉沉涩。尿素氮22mmol/L、肌苷371ummol/L。诊断：肾功能不全（二期），辨证：脾肾气虚，兼有瘀血、浊毒。治疗以健脾益气、祛瘀化浊。处方：1生、炙甘草各6g 半夏9g 干姜9g 黄芩9g 黄连6g 桃仁9g 红花9g 丹参15g

10剂，水煎服，日一剂，分两次服，每次服200ml。2，大黄20g 肉桂10g 丹参20g 坤草20g 10剂，水煎保留灌肠，每日二次，每次150ml。化裁进退用药50余剂。2015年8月31日检查尿素

氮 15.97mmol/L、肌苷 195.3ummol / L。嘱调情志、节饮食、适起居，改用金水宝胶囊每次 4 粒，每日 3 次，大黄苏打片 6 片，每日 3 次善后。随访一年，无复发、加重。

体会：慢性肾功能衰竭是各种慢性肾脏病引起的肾小球滤过率下降及其代谢紊乱而形成的临床综合征。中医认为慢性肾功能衰竭的基础是脾肾阴阳俱虚，气血两亏<sup>[2]</sup>。脾主运化水湿，肾主分清泌浊，脾肾阴阳衰败，气化严重障碍分清泌浊减退，二便失司致湿浊毒邪内蕴<sup>[3]</sup>。甘草泻心汤方出自《金匮要略》百合狐惑阴阳毒病脉证并治第三，“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑……不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白，蚀于上部则声喝。甘草泻心汤主之”。笔者发现，慢性肾衰的消化系统症状诸如消化功能紊乱及粘膜炎症、溃疡等，有类于狐惑之描述；其神经系统症状疲乏、头晕、精神萎靡及精神运动行为障碍有类于狐惑之描述；其血液系统症状常见的贫血貌及其酸碱平衡、内分泌失调、电解质紊乱等所带来的症状亦有类于狐惑之描述；尿毒症患者的皮肤损害诸如尿素性红斑、尿毒症性丘疹样红斑亦非常普遍。由表象触及仲景学术说精神，仲景对狐惑病脉证并治的阐述全在脾肾正虚、湿浊成毒一途。陶汉华老师在《金医要略研读心悟》“狐惑病”病机与证治中，源引高学山、黄坤、《千金要方》之观点，指出狐惑一病并不一定是由虫毒，列举出“无虫说”<sup>[4]</sup>。指出：高学山《高注金匮要略》认为，“蚀者非真有虫蚀之意，谓淫热败物有湿朽霉烂之象”；黄坤《金匮悬解》认为，“狐惑者……状如伤寒，而病实在里，湿气遏郁……

蚀于下部，其病在肾”；《千金要方》认为，“此皆湿毒气所为也”。甘草泻心汤以生、炙甘草、大枣健脾益气、清解浊毒，以生姜、半夏、黄芩、黄连升降斡旋中焦，加制附子壮肾中阳气。甘草泻心汤方正合脾肾阴阳俱虚之病机，配合中药保留灌肠以降尿素氮、肌酐之居高之势。标本兼治，故可取得满意疗效。值得注意的是甘草泻心汤在《金匱要略》中为生甘草，在《伤寒论》中为炙甘草，前者重清解浊毒，后者偏补益脾胃之气。运用之妙，不可不察。

#### 参考文献：

- [1] 何绍芳. 现代中医内科学. 第二版, 北京: 中国中医药科技出版社, 1991: 369.
- [2] 任开明. 肾脏病中西医结合治疗学 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 235.
- [3] 阳晓, 朱文锋, 周小舟等. 慢性肾衰患者不同阶段病机证候特点临床分析. 中医杂志, 2000, 41 (6) : 350.
- [4] 陶汉华. 金匱要略研读心悟 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 82.

## 医案医话

限于篇幅，医案医话部分见微信公众号“执业医师李登岭”

## 学术争鸣

### 二十七，脉弦滑质疑”辨析

莘县中西医结合研究所 252400 李登岭 赵红霞

中医杂志》2000年9月第41卷第9期“脉弦滑质疑”一文,论点是“脉弦滑实际上是不存在的”,论证方法采取了演绎法和引证法。兹就演绎论证中的大前提错误及引证论证的断章取义,作一简要分析,脉弦滑存在与否,便可了然。

“在具有位、数、形、势不同特点的脉象的组合才能形成相兼脉”是其演绎推理中的大前提,这一大前提并不成立。简单的讲,脉象以位分浮、濡、芤、革、沉、伏、牢,以数分数、疾、迟、促、结、代,以形分洪、细、滑、涩、弦、紧、缓,以势分实、虚、弱、微、散。一般来说,脉位的浮、沉不可并见,脉率的迟、数不能同现,脉律的促与结,促与代亦不能形成相兼脉。因为这些对举的脉象有相反的意义。濡、芤、革与浮,伏、牢与沉,是一种包含和被含关系,脉濡、脉芤、脉革都包含有脉浮的意思,脉伏、脉牢都包含有脉沉的意思,其中的“浮”“沉”两字是多余的重复,自不必言“浮濡”“沉牢”等等。而脉形和脉势中的相兼脉就相对复杂一些,因为对脉形、脉势的论述,可以从不同的角度入手,或者描述的深度不尽相同。对脉象这一集合的描述,诸如洪、细、滑、涩、弦、紧、实、虚、弱、微、散,也会出现一些脉象之间有相悖的意义,如滑和涩、紧和缓、实和虚不能形成相兼脉,而其义不悖的细和涩,弦和紧、弦和滑均可并见。如《脉

经》中所提及的“脉弦而紧”，“脉微涩”，“脉微弱而涩”，“脉虚弱细微”，“紧而滑”，“浮滑疾紧”等等。如果“具有位、数、形、势不同特点的脉象的组合才能形成相兼脉”，那么脉经的论述就出现了太多的谬误，孰是孰非贤哲明察。

就脉弦滑而言，《脉经》指出“弦脉举之无有，按之如弓弦状”。 “滑脉往来前却，流利展转替替然，与数相似”。二者体象截然不同，但其意并不相悖。这正如铁路上行驶的火车，甲说火车长又大，乙说火车跑的快，甲乙所说截然不同，但甲和乙的话加起来更能说明火车的状态。弦脉和滑脉又为何不能同时出现呢？！《脉经》脾足太阴经病症第五，原文有“寸口脉弦而滑，弦则为痛，滑则为实。痛即为实，实即为踊，痛踊相搏，即胸胁抢急”。脉“弦而滑”不是弦滑，又能是什么呢？！笔者体会，临幊上肝风挟痰，风阳上扰，痰热内蕴证患者，脉弦滑者，绝非鲜见。

“脉理精微，其体难辨”，脉象是一种形态的集合，也是一个运动过程的集合，对脉象的描述离不开医家的临床探索。对有些脉象，并不能用简单的数或迟，紧和缓来概括，古代医家用类比的方法，对这种形态和过程作了更深刻的描述，如重形态的鱼翔、虾游，重过程的雀啄、解索，以及弹石、屋漏、釜沸等，可谓用心良苦，穷极所思。后学者“诚能留心研究”方可“比踪先贤，代无夭横”。

综上所述，脉弦滑在《脉经》中有鲜明论述，这种组合是可以存在的；进而言之“具有位、数、形、势不同特点的脉象的组合才能形成相兼脉”也是一种错误的论断。

# 二十八，就“论少阳腑实证与仲景用大柴胡汤”一文与郝万山教授商榷

李登岭 赵红霞 李乔

李登岭中医诊所 山东莘县 252400

我本不想写这篇文章，既然写了，徒为仲景学术计，就希望发表，以期争鸣，引来凤凰。我是第三次看到郝万山先生这篇文章，才有现在这个想法的。先生这篇文章多次见诸《中国中医药现代远程教育》、《仲景学说国际研讨会论文集》、《中国中医药报》。文中，先生亦承认，在伤寒学界，大柴胡汤“治疗少阳不和兼阳明腑实的说法，使得人们不仅在解释《伤寒论》原文上掣肘，而且和临床应用也有一定的脱节”。但是针对此“乱象”，先生研究发现的四个方面的观点，笔者认为无一能够站得住脚！当然，我不能以一家之言反驳先生，而是尽量以仲景原文、释义，及临床事实这些原始的材料作为论据，进行一些必要的论证。

1，先生的论点一：（大柴胡汤）治疗“少阳不和兼阳明腑实证”。

其论据（容我引用先生原文）：（1），既然叫“大柴胡汤”那就一定要用大黄。（2），毫无疑问，仲景当然会用“大柴胡汤”治疗少阳不和兼阳明里实证。（3），（《伤寒论》第104条汤证）这就是“大柴胡汤”的适应证之一。（4），《伤寒论》第136条，“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。”热结在里是热结在阳明。

驳先生的论点一，从驳先生的论据开始。

其论据（1），“既然叫大柴胡汤，那就一定要用大黄”。是对王叔和语“若不加，恐不为大柴胡汤”<sup>[1]</sup>，注水后的翻版！既然先生知道《翻刻宋版伤寒论》所载“大柴胡汤”药物组成中没有大黄，方后注有“一方，加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤”。那么王叔和等尚不敢断定大黄的有无，故曰“恐”不为大柴胡汤，“恐”即“恐怕、不一定”！和先生所解释的，既然叫“大柴胡汤”，那就“一定”要用大黄，看来出入不小。先生所说的“一定”，一定是“不一定”。

其论据（2），“毫无疑问，仲景当然会用大柴胡汤治疗少阳不和兼阳明里实证”。先生的理由为：枳实和大黄又可以看成是半个“大承气汤”，有通泄里实的功效……所以说，它具有和解少阳、通泻阳明的作用是顺理成章的。在这里先生是在假定其论据（1）（“既然叫大柴胡汤，那就一定要用大黄”）一定成立的基础上的，虽然我们已经有过分析，我们仍退一步，假定大柴胡汤有大黄。先生“枳实和大黄又可以看成是半个大承气汤”的说法，在这里仍不成立，此汤方（大柴胡汤）方中枳实2枚、大黄二两，煮取六升，每服一升，每服约三分之一枚枳实、三分之一两大黄；而彼方（大承气汤）方中枳实5枚、大黄四两，煮取二升，分温二服，每服二分之五枚枳实、二两大黄。大柴胡汤中，此两味药的含量，仅仅约为大承气汤药此两味药含量的六分之一到七分之一，哪来的先生所谓“枳实和大黄又可以看成是半个大承气汤”！这样看来先生的此条论据，亦即“毫无疑问，仲景当然会用大柴胡汤治疗少阳不和兼阳明里实证”，也就毫无疑问

的不是“毫无疑问”啦。

其论据（3），《伤寒论》104条，先生谓：日晡所发潮热，这是典型的“阳明里实证”的热型。这就是少阳不和兼有阳明里实。这是学界共视！但仲景治疗此少阳不和兼阳明里实证，并未使用大柴胡汤。临幊上我们治疗日晡潮热者，偏表可以葛根汤化裁；热结而里实未成者可以白虎汤化裁；胃家实可以承气汤化裁；即便是按先生所说治疗少阳不和兼阳明里实证，仲景《伤寒论》中，也不是用大柴胡汤“主之”，仲景怕后人糊涂，专门有明文，“后以柴胡加芒硝汤主之”！

其论据（4），《伤寒论》第136条曰：“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。”热结在里是热结在阳明。先生所谓“热结在里是热结在阳明”为一家之言，《伤寒论》中散见于第124、259条中，有“瘀热在里”、“寒湿在里”，第56、285条中，有“知不在里”、“病为在里”，还有第148条中“半在表半在里”等等条文。本条（136条）中“热结在里”同时仲景原文还有“复往来寒热”，为何不能说是半在表半在里的少阳证呢？

2，先生的论点二：（大柴胡汤）治疗“少阳胆腑热实证”。

其文中有：应当说，传统注家并没有“少阳胆腑热实证”的说法，但我（郝教授）认为，少阳胆腑作为六腑之一也可以有热实证。据笔者所知，此说并非新说，早在1980年前后，《湖北中医杂志》连续发表洪子云、梅国强先生的两篇文章，《论少阳腑证》和《再论少阳腑证》，均有梅国强老师执笔，已经论述的非常清楚，并答复了各种疑问。作为仲景学说学术的发展，有益临床、别开生面，附合科学发展

的渐进规律。同时洪老、梅老亦指出《伤寒论》中以六经辩证为主，并无经、腑之分。

### 3，先生的论点三：（大柴胡汤）治疗差后复发而脉沉实者。

郝万山教授认为，第394条所说的“伤寒差以后更发热，小柴胡汤主之。脉浮者，以汗解之；脉沉实者，以下解之”。在这里没有提到“以下解之”用什么方子。在《辨可下病脉证并治篇》里说：“伤寒后，脉沉。沉者，内实也，下之解，宜大柴胡汤。”大柴胡汤和枢机，解郁结，泻里实，既兼有小柴胡汤的解热效果，又兼有承气汤的泻实作用。对病后复发而脉沉实，内有里实的，用之是非常合适的。

我非常尊敬郝教授，但此条之解，实不敢苟同。仲景并未指出“脉沉者，以下解之”是指以大柴胡汤治疗。“脉浮者，以汗解之；脉沉者，以下解之”内涵为“脉浮见表证者，用汗法治疗，脉沉见里证者，以下法治疗”。“若见脉浮，说明有表邪不解，治当发汗以解表；若见脉沉，说明里有积滞，治当泻下以和里”<sup>[2]</sup>。现在退一步讲，先认为郝万山老师说得对，那么，“脉浮者，以汗解之”是不是以小柴胡汤解之，如果郝教授不这样认为，那理由是什么？你看将上文直译为：伤寒差后发热，用小柴胡汤治疗，脉浮者，以小柴胡汤辗转枢机“湛湛汗出”而解；脉沉者，以大柴胡汤辗转枢机“下之”而解。另外如言本方泻实，又说含半个承气汤，那半个承气汤泻不泻阳明？它含的是半个承气汤吗？你对比剂量了吗？究竟是“调和”还是“泻”？说明此方不泻阳明最好的证据正是《伤寒论》原文第104条，其兼治阳明之实，仲景有柴胡加芒硝汤这一专方。笔者认为大柴胡汤

无通里攻下之用<sup>[3]</sup>。

4，先生的论点四：（大柴胡汤）代替“承气汤”使用，用于治疗阳明腑实以及杂病腹满属实证者。

暂切不论其论据如何（据考证《辨可下病脉证并治篇》、“汗、吐、下可与不可”等条文非仲景笔，系王叔和编撰增入，故自明代以后多删而不录）。单就仲景方之精微而论，用方以“主之”、“宜”、“与”、“可与”、“不中与之”、“不得与之”等审慎，何来用“大柴胡汤代替承气汤使用”之论！“代替”缘于何？缘何来“代替”！此处似勿需再论。

早在 1999 年，中国中医药学会第五次全国仲景学术思想研讨会上（郝万山老师参加了这次会议），笔者就曾撰文《试论大柴胡汤证为少阳病本证》<sup>[4]</sup>，并被选为大会宣读论文。本次大会论文集上，笔者也看到了郝教授的文章。转眼已近二十年，先生又发文《论少阳腑实证和仲景用大柴胡汤》，既然是论“仲景用大柴胡汤”，我们确有必要学习一下，学习一下经典原文，学习仲景如何用大柴胡汤。如郝教授所说，疏理一下伤寒学界大柴胡汤通行的“说法”，纠正一下其“不仅在解释《伤寒论》原文上的掣肘，而且和临床应用上的脱节”。笔者只有两点郑重的提醒：一者，大家临床应用“脱节”的大柴胡汤还是不是仲景所用的经典意义上的大柴胡汤？！二者，大家所用的“出规”的大柴胡汤治疗的“少阳腑实证”还是不是仲景所论的大柴胡汤证？！

#### 参考文献：

- [1] . 中华人民共和国卫生部中医研究院. 《伤寒论语译》 [M] 北京：人民卫生出版社，

1963: 43.

- [2] . 李培生, 刘渡舟. 伤寒论讲义 [M] . 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 221.
- [3] 李登岭, 李乔. 论大柴胡汤无通里攻下之用 [J] 国医论坛, 2014, 29 (6) : 1.
- [4] .李登岭, 试论大柴胡汤证为少阳病本证。见刘渡舟编, 99 仲景学术论坛, 台北, 富群文化事业出版社, 1999.173-174.

## 二十九，就“试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”一文与王永炎院士等商榷

李登岭 [1] , 赵红霞 [1] , 张耀文 [2]

1.莘县中西医结合研究所, 山东莘县 252400; 2.聊城市中医医院, 山东聊城 252000

**摘要** 目的: 论证新型冠状病毒肺炎非“寒疫”, 暨“证伪‘试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎’的可行性研究”。方法: 从王院士等行文中的“寒疫”概念入手, 论证其引用仲景《伤寒论》、《重订通俗伤寒论》之“寒疫”概念有误; 解读《伤寒论》、《重订通俗伤寒论》之“伤寒”、“冬温”、“时行寒疫”概念不当。并结合武汉此疫气候状况, 参考经典著作进行运气推演。结果: 推断出王院士该文对新型冠状病毒肺炎从“寒疫”论治有待商榷。结论: 鉴于对其寒疫概念及此疫运气推演的认识进而可知其“从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”无指导性、实用性、可行性。

《试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎》<sup>[1]</sup>一文, 刊登于《中医杂志》2020年第5期, 通讯作者为王永炎院士, 第一作者为范逸品, 因笔者对王永炎等所著文章观点之“寒疫论”一说, 有重要质疑且有确切依据, 故提出商榷意见。

王永炎等认为新型冠状病毒肺炎属于中医“寒疫”范畴, 依据为武汉2019年下半年的气候状况及本次疫病的症状特点, 并称其参阅相关疫病文献。这是王永炎等“试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”一文的理论支撑点。若新型冠状病毒肺炎非属中医“寒疫”范畴, 虽不影响

经典伤寒学说对疾病诊治的重要指导意义，然则此文“从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”的指导性、实用性、可行性，则是荒谬的。谨慎起见，笔者再次查阅其文中所涉及文献。从其“寒疫”概念混乱、且其中无一正确认识，及运气推演对此疫的“寒疫”判定错误这两个方面进行论述，籍以推翻其新型冠状病毒肺炎属于中医“寒疫”范畴的论断。从而推翻其“从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”的指导性、实用性、可行性。进而推断：其所论此疫相关病因、病机、治法方药亦属不当。

## 1，王永炎等对“寒疫”概念的认识。

### 1.1，王永炎等“寒疫”概念的引入。

王永炎等文中 1.1 小节有：“汉代张仲景在《伤寒论》序中述其宗族亡者众多，伤寒十居其七，说明张氏家族所患伤寒非普通外感伤寒，应属寒性疫病”；并称《伤寒论》“伤寒例”篇中，首次明确提出“寒疫”概念。意即，此处“伤寒十居其七”中的“伤寒”，不是“普通外感伤寒”，而属“寒性疫病”，是“寒疫”。笔者检索，持这种观点的学者，如仝小林认为：《伤寒论》之“伤寒”是一种传染病（下）<sup>[2]</sup>，且认为：流行性出血热无论从传变特点还是疾病演变史上来看，均与仲景“伤寒病”一致，用流行性出血热来解释仲景“伤寒”，不仅对研究《伤寒论》六经实质起重要作用，更为我们准确理解和运用经方指明了新航向。在仝小林发文 14 年前，戚学文先生即在《国医论坛》发表论文：《伤寒论》是我国最早论述鼠疫的不朽著作<sup>[3]</sup>。笔者认为：戚学文先生和仝小林院士之文，均为对仲景所论“伤寒病”的科学推断，而非《伤寒论》的学术内涵和精神实质。遑论当今伤寒学术，

因为仅就宋本《伤寒论》而言，亦已绝非专研传染病之书，因为仲景伤寒学理论的形成和演变，是一个复杂的过程。仲景学说质朴、凝练，不要说今天的无限扩展。即使王叔和，业已架构了自己的体系！更不用说宋人更数倍加重了仲景体量<sup>[4]</sup>。宋本《伤寒论》之“伤寒”概念，已是一个包括“寒疫”在内大概念，且《伤寒论》·伤寒例篇中已有明确的“寒疫”概念。

我们总结为一句话：从《伤寒论》原书、原文本义上看，王永炎等文中的“寒疫”概念之一（寒疫的第一种情况是感受非时暴寒导致的疫病），亦是包含于《伤寒论》之伤寒大概念之内的小概念“时行寒疫”。只是对寒疫的第一种情况之因“非时暴寒”一词，作了概念更换和引申（详述见拙文3.3小节）。

## 1.2，王永炎等“寒疫”概念的定义。

王永炎等在其文1.1节中，称其参考《重订通俗伤寒论》，进一步明确“寒疫”的概念及“病因”、“传染性”。并总结：“梳理历代疫病相关文献，寒疫可以归纳为因感受非时暴寒或阴寒疫毒之气所致的急性流行性传染性外感疾病的总称”。又补充说“寒疫的第一种情况是感受非时暴寒导致的疫病”；“寒疫的第二种情况是感受寒性的疫毒之气导致的疫病”

## 2，王永炎等对“寒疫”概念的误读。

### 2.1，王永炎等对《伤寒论》“寒疫”概念的误读。

笔者拙文1.1、1.2小节中有，王永炎等采纳了《伤寒论》中的概念，且参考《重订通俗伤寒论》明确“寒疫”病因为“非时暴寒或阴寒疫

毒”。我这里依次引入《伤寒论》·伤寒例篇几段原文，并作分析如下：

原文 1，“凡春气温和。夏气暑热。秋气漓冷。冬气冰冽。此则四时正气之序也。冬时严寒。万类深藏。君子固密。则不伤寒。触冒之者。乃名伤寒耳。其于伤四时之气。皆能为病。以伤寒为毒者。以其最成杀厉之气也”。此段讲“四时正气”所致疾病。论述显示，“四时之气”，皆能为病，因冬时严寒，触冒之者，病“伤寒”，伤寒之名，源于“伤于寒”。后世医家又有“大伤寒”、“小伤寒”、“正伤寒”等等说法。

原文 2，“凡时行者。春时应暖而反大寒。夏时应热而反大凉。秋时应凉。而反大热。冬时应寒而反大温。此非其时而有其气。是以一岁之中，长幼之病。多相似者也。曰此则时行之气也” [5]。此段讲“非其时而有其气”所致疾病。论述显示，“时行疫气”，致病“长幼之病。多相似者”，即为“时行”，时行疫气致病。属后世之疫病。

原文 3，“夫欲候知四时正气为病。及时行疫气之法。皆当按斗历占之……从霜降以后，至春分以前，凡有触冒霜露，体中寒即病者，谓之伤寒也……此以冬时不调，适有伤寒之人即为病也。其冬有非节之暖者，名曰冬温。……从春分以后，至秋分节前，天有暴寒者，皆为时行寒疫也”。论述显示，时行疫气致病，“寒疫”有明确的发病时段，即“从春分—秋分”；且因“非时之寒”导致“寒疫”发生。

以上三段原文及分析，明确了两个具体问题：一，四时之气所致伤寒和时行疫病，宋本《伤寒论》有清晰的概念，且原文中有明确的

“寒疫”概念。二，宋本《伤寒论》对寒疫发病的时间节段有明确的时间界定，即是从春分到秋分；对寒疫发病原因有明确的说明为“非其时而有其气”、“天有暴寒”（此寒为温暖季节而发生的反季节之寒邪，且非冬季之寒）。不难看出，就宋本《伤寒论》而言，不管是从时间节点推断，还是从武汉气候特征分析。新型冠状病毒肺炎“寒疫”之定性皆不能成立。（详述见下文第3小节）

## 2.2，王永炎等对《重订通俗伤寒论》之“寒疫”概念的误读。

我们再进一步看《重订通俗伤寒论》，可见王永炎等之引文，不得不让人疑其断章取义，强拉硬扯经典为伪论站台！王永炎等文中称“《重订通俗伤寒论》指出，寒疫是寒邪同化戾气或秽湿所发生的传染性疾病”。而《重订通俗伤寒论》中对疫的论述，无时不在强调“时行伤寒。通称寒疫”；发病之因“春应温而反寒。夏应热而反凉”、“病虽与伤寒相类，而因则同中有异”；发病时段“春分后挟厉风而发”、“秋分前挟秽湿而发”。且【秀按】中有“时行寒疫。俞君区别挟厉风挟秽湿两因。按时求原”；“寒疫多发于四五六七四个月”。【廉勘】中有“春应温而反寒。夏应热而反凉。感此非时之寒为寒疫。秋应凉而反热。冬应寒而反温。感此非时之暖为温疫”；“此皆四时之常疫也。通称时疫。近世寒疫少。温疫多。医者尤宜注意”。文中可见，其对“寒疫”概念的认识，及发病的时间阶段，和宋本《伤寒论》完全一致。

## 2.3，王永炎等对《松峰说疫》之“寒疫”概念的误读。

王永炎等引文是，“《松峰说疫》曰：‘寒疫。不论春夏秋冬，天色忽热，众人毛窍方开，倏而暴寒，被凉气所逼即头痛、身热、脊强。感于风者有汗，感于寒者无汗’”。其文似是假借《松峰说疫》所论，说明寒疫是因为感受触冒暴寒邪气所致的急性流行性疾病，似无不妥。但是《松峰说疫》原文之不论春夏秋冬，意在强调此病为“天作之孽”，并非特指“寒疫”之因为我“寒冷”及四季均可发病。原文是：“……其病千变万化约言之则有三焉。一曰瘟疫……二曰寒疫。不论春夏秋冬，天气忽热，众人毛窍方开，倏而暴寒，被冷气所逼即头痛、身热、脊强。感于风者有汗，感于寒者无汗，此病亦与太阳伤寒伤风相似，但系天作之孽，众人所病皆同，且间有冬月而发疹者，故亦得以疫称焉。其治法则有发散、解肌之殊，其轻者或喘嗽气壅，或鼻塞声重，虽不治，亦自愈。又有病发于夏秋之间，其症亦与瘟疫相似，而不受凉药，未能一汗即解，缠绵多日而始愈者，此皆所谓寒疫也”。原文中“不论春夏秋冬”，是用于修饰、限定、说明“天气忽热”的。这种“天气忽热……倏而暴寒”是为诱因，“此病……系天作之孽，众人所病皆同，且间有冬月而发疹者，故亦得以疫称焉”，是强调此病的传染性及其和仲景“太阴伤寒伤风”有不同。为防止后学者误读，后文中“又有病发于夏秋之间，其症亦与瘟疫相似，而不受凉药，未能一汗即解，缠绵多日而始愈者，此皆所谓寒疫也”。这里的“与瘟疫相似”的、发于夏秋之间的“寒疫”，在发病时段上，和宋本《伤寒论》之“寒疫”吻合。

《松峰说疫》又专有“寒疫”节：“世之言疫者，将瘟疫二字读滑，

随曰疫止有瘟而无寒也。岂知疫有三而瘟其一焉。尚有寒疫、杂疫二者，而人自不体认耳。兹专说寒疫，吴又可言：春夏秋三时，偶感暴寒，但可谓感冒，不当另立寒疫之名固已，但感训触，冒训犯，系人不慎风寒自取之。至于当天气方温热之时，而凄风苦雨骤至，毛窍正开，为寒气所束，众人同病，乃天实为之，故亦得以疫名也”。此处发于春、夏、秋的疾病，仲景称“时行寒疫”，而吴又可持不同意见，而强调仲景所称“时行寒疫”，和戾气所致疫病不同。《松峰说疫》识别疫之寒、温，与吴又可之不同在于：刘奎是在认可此病非不慎调摄而发病的基础上，进一步强调此病“天实为之”之传染性。二者并不矛盾。

3，新型冠状病毒肺炎非属中医疫病中的“寒疫”范畴（我们先以宋本《伤寒论》中的“寒疫”经典概念为依据，推断新型冠状病毒肺炎的中医学疾病病名归属）。

3.1，我们先从新冠肺炎发生的时间阶段和及发病时段的气候特征，推断其“寒疫”命名的不当。一，王永炎等引文转述《科学》“新型冠状病毒，武汉华南海鲜市场或非唯一来源”一文，指出“武汉首例患者确诊时间是 2019 年 12 月 1 号，可以判断 2019 年 12 月份之前此次疫病就发生了”。从此疫发生的时间阶段看，显非“寒疫”，非宋本《伤寒论》明确称谓的发生在春分—秋分的“寒疫”。二，据仝小林“从‘寒湿疫’角度探讨新型冠状病毒（2019-nCoV）感染的肺炎的中医药防治策略”<sup>[6]</sup>一文，其文中称 2019 年武汉为“暖冬”！冬季严寒，反见非时之暖”。据宋本《伤寒论》不难辨识，此为《伤寒论》所称

之冬温，断非《伤寒论》所称之“寒疫”，非宋本《伤寒论》明确表述之因“非其时而有其气”、“天有暴寒”之“寒疫”。

3.2，我们再从新冠肺炎发生的时间阶段和及发病时段的气候特征，推断其中医经典医学命名。一，武汉首例新冠肺炎病 2019 年 12 月 1 号，在小雪后发病，属二十四节气霜降—春分之间。若全小林，李修洋等《从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎的中医药防治策略》一文中，据所谓数“九九”这种谚语，说明气候寒冷，推断病属寒疫的说法，恐无法自圆其说。而况“数九九”主要针对北方，湖北全境在南方，针对武汉“数九九”，显然是不适用的！加之 2019 年武汉冬季为“暖冬”，为非时之气、非时之暖为病。依宋本《伤寒论》、《重订通俗伤寒论》均称其为温病之“冬温”。二，国家卫生健康委员会和国家中医药管理局发布的《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）》<sup>[7]</sup> 中，新冠肺炎临床治疗期，初期为寒湿郁肺。临床表现有：恶寒发热，或无热，干咳，咽干，倦怠乏力，胸闷，脘痞，或呕恶便溏，舌质淡或淡红，苔白腻，脉濡。以温病学经典著作《薛生白湿热病篇》识之，此症状和该篇湿热证大纲第一条吻合，即可参照湿热（湿温）病之阴湿、表湿证。且依据温病学著作《温病学》<sup>[8]</sup>，其有明确记述，“湿温一年四季皆可发生”。新冠肺炎寒疫论一说，或是迷于“恶寒”症状、“阴湿”。所以新冠肺炎疫邪性湿似为定论。然而将湿温（湿热）表湿、阴湿，误以为为伤寒或寒湿者屡屡有之。

3.3，问题的症结在于“寒疫”新概念有待商榷。

据 3.1、3.2 小节中论述可知，新型冠状病毒肺炎非属中医经典论著中

的疫病“寒疫”范畴。亦即不属于王永炎等定义（寒疫可以归纳为因感受非时暴寒或阴寒疫毒之气所致的急性流行性传染性外感疾病的总称）的第一种情况（寒疫的第一种情况是感受非时暴寒导致的疫病）。那么，我们再看此疫是否属于王永炎等定义的第二种情况：“寒疫的第二种情况是感受寒性的疫毒之气导致的疫病”。笔者认为：王永炎等新概念中寒疫的第二种情况，巧妙的避开了疫病的发病时段限制，从而使经典的寒疫概念作伪。试想寒疫指伤于“阴寒疫毒”，则何为“阴寒疫毒”？以“阴寒疫毒”解释定义“寒疫”，岂不成了循环论证之法，岂不是造成了病因病性不分的混乱。这正如王永炎等寒疫概念的第一种情况中，不能界定“非时暴寒”到底是四时正气之“寒”，还是“非其时而有其气”之“寒”一样，概念完全脱离了中医基本理论中的天人合一观念，脱离了论述疫病寒热与发病时间、气候特征的关联。简直成了科学主义的典范。籍此可知，中医语言现代化、规范化任重而道远。值得一提的是，若附合王永炎等谈及疫病之运气推演，则其意甚明甚简：《温病条辨》卷首·原病篇，开篇首条即引用《内经》原文：“《六元正纪大论》曰：辰戌之岁，初之气，民厉温病。卯酉之岁，二之气，厉大至，民善暴死，终之气，其病温。寅申之岁，初之气，温病乃起。丑未之岁，二之气，温厉大行，远近咸若。子午之岁，五之气，其病温。巳亥之岁，终之气，其病温厉”。引文中最后一句为“巳亥之岁，终之气，其病温厉”，新型冠状病毒肺炎发病的年份恰是12年一循环的岁运“亥年”，季节恰在小雪一大寒节的“终之气”，“其病温厉”是指多发温疫之疾。此处勿须

多论。

### 3.4，前述已失，莫谈治法方药。

因王永炎等，所采用“寒疫”的学术内涵，认为“寒疫”包括流行而不传染的“时行寒疫”和流行并传染的“疠病寒疫”<sup>[9]</sup>。所以就新冠肺炎传染性而言，此病为“疠病寒疫”。而疠病寒疫分为寒疠疫、寒湿疫、寒燥湿疫、阴毒疫等四类。寒疠疫分初、中、末三期辨证论治。初期分疠气侵犯气道，外透太阳；疠气侵犯气道，表寒里热两种证候论治。中期分疠气侵犯气道，邪郁阳明；疠气侵犯气道，邪郁少阳；疠气侵犯气道，外透三阳；疠气郁于三焦，表里俱热四种证候论治。末期以邪犯三阴，阳虚血瘀证候论治。寒湿疫分寒湿犯表，困遏中焦；寒湿伏于膜原；寒湿疠毒侵袭气道，郁伏三焦三种证候论治<sup>[10]</sup>。以上为范逸品老师对寒疫的治法论述，而反观本篇论文中湿寒犯表之治法，则出尔返尔，并不和上法合辙，因为新冠肺炎依寒厉疫而论，初期应该使用用荆防败毒散，而王永炎等文中，却依寒湿疫而论。进一步讲，其依寒湿疫而论，和范逸品硕士论文中所论一致。然而，通读范逸品硕士论文《寒疫理论研究》，其寒湿疫章节中，寒湿犯表困遏中焦证治、寒湿伏于膜原证治、寒湿疠毒郁伏三焦证治，其实质无不是温病学湿热证治的翻版。前述已失，余无意再谈其治法方药。

王院士等同时指出，疫毒邪气可以具有寒热属性，也可以不具有寒热属性。而其讨论的是“试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”，若是疫毒邪气、疫病不具有寒热属性，则何须所谓“从寒疫论治”！再者王院士等，即便先以给定的寒疫概念（“感受非时暴寒或阴寒疫毒

之气所致的急性流行性传染性外感疾病的总称”）确立寒疫之命名，那么中管局推行之清肺排毒汤，又会使之陷入不能自圆其说的境地。因为国家卫生健康委员会办公厅和国家中医药管理局办公厅 2020 年 2 月 7 日发布的《关于推荐在中西医结合救治新型冠状病毒感染的肺炎中使用“清肺排毒汤”的通知》，写入 2020 年 2 月 19 日《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第六版）》<sup>[11]</sup>，且适用于轻型、普通型、重型。试问清肺排毒汤何以适用于治寒湿郁肺、寒湿阻肺？以石膏治寒思路何在？病机尚不清楚，清肺排毒汤如何针对所谓“核心病机”？仲景用药，断无堆垒用药之法，“治有先后，发表攻里，本自不同，而执迷妄者，乃云神丹、甘遂，合而饮之，且解其表，又除其里，言巧似是，其理实违”<sup>[12]</sup>。散温、清温用“米”有异。即便大米，白虎汤中之用，行文者恐尚不入仲景医学之门墙。

4，伤寒学、温病学经典认识，足以可资借鉴治疗新冠肺炎。

在温病学发展史上，吴又可《温疫论》，学出伤寒，出道转手倡疫倡温，他简直是指出类似于现代医学传染病病原体的假想！是科学的！他提出伤寒略于治疫，虽有偏颇，但是为立己论破前贤。他化裁仲景用方，虽是剂量有不尽人意，但化裁之法仍左右逢源。他推断戾气受自口鼻，伏于募原”<sup>[13]</sup>，创制达原饮，出三阳加法，加柴胡、加葛根、加羌活，三消饮消内消外消不内外！尽大手笔。吴有可之论，可见伤寒学、温病学仍是中医治疫之法的渊源，吴又可虽论“温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”，但仍以经典理论指导中医治疗！中医整体观念、司外揣内、病证结合的立

足点，必须坚守。若舍去整体观念，舍去天人合一、人和自然合一的观念。只去谈疫—传染病，不辨或诡辩疫之寒、热属性。则中医理论即会消亡！而代之以废医存药，药也必就随即失去了中医理论指导，而成了死药！

单就王永炎等文中，所提供的武汉新型冠状病毒肺炎之临床一线症状信息及武汉的气候特点。依据仲景《伤寒论》相关论述，可以断定。此疫，是在冬季，感非时之暖，名“冬温”。此系仲景伤寒论原文所论。又因仲景伤寒论重点述治伤寒，而略于温，故又当参考后世温病学相关论著，始可万全。一，结合病例所见，如前线张伯礼认为“通过对不同病情分级患者中医证候信息的分析，有以下结论：本次疫病是以湿毒为主要表现的“湿毒疫”。轻症表现为湿邪初起，以肺气宣发失常为主，主要证型为寒湿郁肺和湿热蕴肺为主；普通型为邪正交争，主要证型为湿毒阻肺，临床症状以咳嗽、乏力、胸闷气短、低热、纳呆，舌苔黄腻或白腻，脉滑或濡；重症为邪气偏胜，毒邪阻闭肺气，主要证型为疫毒闭肺，邪从热化明显，临床主症为喘促、气短、乏力、咳嗽、纳呆，舌红苔黄腻为主……”。二，结合发病时节武汉“多湿”、“暖冬”的气候特点。此新冠肺炎一疫，应属热病学之湿温（湿热），临床初期所见，恶寒、头痛、乏力、身热不扬、干咳等症状，实为湿温（湿热）病之表湿（阴湿）证。治疗轻型、普通型、重型统一使用“清肺排毒汤”，亦当防其凉遏、冰伏。

此疫之治，治疫解毒为第一要务，治湿以一贯之，伤寒学、温病学均可参阅，因伤寒学、温病学本是一家，外感热病学包括伤寒学、

温病学。伤寒学、温病学共用于给一切外感热病治疗提供理论依据和案例参考。我们决不能将热病体系的伤寒、温病割裂、甚至对立起来。对瘟疫定性并非伤寒、温病之争，因为伤寒、温病理论均可供治疫参考。诚如吴瑭《温病条辨》·凡例所言，各温病学著作如《温病条辨》一样，“虽为温病而设，实可羽翼伤寒”<sup>[14]</sup>。各伤寒学、温病学论著统一于热病救治；热病救治中伤寒理论、温病理论共容互鉴。热病学寒温统一是辩证论治思想的统一，不是混称寒热，不是寒热病性不分、表里病位不分、虚实真假不分、常变规律不分、阴阳属性不分。现已所发各版的《新型冠状病毒肺炎诊疗方案中》中，含有中医学的部分，均未认为新冠肺炎的中医病名为寒疫，而是仅称为疫病。最新《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第七版）》<sup>[15]</sup>，亦是仅称“本病属于中医‘疫’病范畴”，而不提寒湿疫、湿热疫之分。然而后文中轻型、普通型、危重型分型辩证论治部分，分明就是现代版的湿温（湿热）病辨证论治提纲。

#### 参考文献：

- 1, 范逸品, 王燕平等. 试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎 [J] 中医杂志, 2020, 61 (5) : 1-5.
- 2, 全小林.《伤寒论》之“伤寒”是一种传染病（下）。中国中医药报, 2013-1-21: (4).
- 3, 戚学文。《伤寒论》是我国最早论述鼠疫的不朽著作 [J] 国医论坛, 1999, 14 (1) : 39 -40.
- 4, 李登岭, 赵红霞.《伤寒论》厥阴病篇考辨 [J] 中医文献杂志, 2020, 35 (6) : 46-49.
- 5, 张仲景. 古本康平伤寒论 [M] . 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988; 4-5.
- 6, 全小林, 李修洋等.从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎的中医药防治策略 [J] . 中医杂志, 2020, 61 (6) : 465-470.
- 7, 国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗 方案（试行第五版）的通知. (2020-02-05) [2020-02-06].
- 8, 董锡玑, 李嘉璞. 温病学 [M] . 海南: 南海出版公司出版, 1991: 138-140.
- 9, 范逸品, 李冬梅等. “疫”及“寒疫”的学术内涵 [J] 上海中医药杂志, 2012, 46 (2): 19-21.
- 10, 范逸品. 寒疫理论研究 [博士论文] . 北京: 中国中医科学院, 2012.

- 11 国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)的通知. (2020-02-19) [2020-02-19].
- 12, 成无己. 成无己医学全书 [M] . 苏风琴, 刘兰海, 等. 校注. 太原: 山西科学技术出版社, 2013:62.
- 13, 江苏省中医药学校温病教研组. 温病学新编 [M] . 南京: 江苏人民出版社, 1958; 11.
- 14, (清) 吴瑭. 温病条辨 [M] . 闫松, 主编. 北京: 线装书局, 2012; (2) : 37. 。
- 15 国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)的通知. (2020-03-03) [2020-03-03].

### 三十，浅说“寒疫”

【本文发表在《湖南省中医基础专业委员会学术研讨会论文集》2020年12月】

李登岭<sup>1</sup> 李好<sup>2\*</sup> 李乔<sup>1</sup> 赵红霞<sup>1</sup>

1, 莘县中西医结合研究所 2, 山东中医药大学

**摘要** 目的: 探讨“寒疫”概念及新冠肺炎的“寒疫”、“湿疫”归属。方法: 对历史有关“寒疫”概念的文献检索、查阅、对比、归纳, 及对现代规范化、标准化中医药学名词“寒疫”、“湿疫”概念进行解析。结果: 认为中医经典的“寒疫”概念是明确的, 且中国科学技术名词审定委员会审定的“中医药名词术语”, 已有明确的“寒疫”、“湿疫”概念。结论: 据国家卫生健康委员会“2019年12月以来, 湖北省武汉市出现了新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)疫情, 截至2020年2月2日24时”的累计病例报告。其“新冠肺炎”属于中医学“寒疫”、“寒湿疫”的范畴尚待商榷; 中医概念、术语规范化任重而道远。

新冠肺炎疫情以来, 中医药早期全程、广泛介入成了这次疫情防控的中国特色。在没有特效药和疫苗的情况下, 中医药的参与, 彰显了抗疫的中国智慧。“中西医结合、中西药并用, 是这次疫情医疗救治的一大特点, 也是中医药传承精华、守正创新的生动实践”。疫情是中医药发展的机遇和挑战, 也反映了当代中医学界疫病相关的中医理论和临床水平之不足。本文依照中医经典文献及现代规范化、标准化的中医药学名词“寒疫”概念, 结合“2019年12月以来, 湖北省武汉市出现了新型冠状病毒肺炎(简称新冠肺炎)疫情, 截至2020年2月

2日24时”<sup>[1]</sup>的累计病例报告资料。浅谈一下我们有关新冠肺炎是否属于寒疫的一些看法。

## 1，疫、寒疫概念的历史演革。

《素问·刺法论篇第七十二》有“天地迭移、三年化疫”；有“五疫之至，皆相染易，无间大小，病状相似”；又有小金丹方“……服十粒，无疫干也”之说。但后世多认为“素问·刺法论篇第七十二篇”为后世续貂之作<sup>[2]</sup>，这也许是“五疫分类”方法，后世未得到发展的真正原因。因为隋、唐、宋本皆无此篇，文为后世补入。既然《内经》隋、唐、宋本无此篇，则“五疫分类”无以指导该时期疫病理论的发展。

隋·巢元方《诸病源候论》有“伤寒病诸侯”、“时气病诸侯”、“热病诸侯”、“温病诸侯”，另有“疫疠病诸侯”。宋本《伤寒论》与其篇中对疫、时行寒疫的论述一致。唐·孙思邈《备急千金要方》认为“伤寒”与“温疫”有别。文中有关于“伤寒例第一”引王叔和语：“夫阳盛阴虚（《外台》作表和里病），汗之则死，下之则愈。阳虚阴盛（《外台》作里和表病），汗之则愈，下之则死。……桂枝下咽，阳盛则毙（《外台》作表和则毙）。承气入胃，阴盛以亡（《外台》作里和已亡）。且又有“辟温第二”篇。从经典中医著作分析及临证心悟可得，唐代及唐代以前，经典中医对伤寒、温病的发病原因、传变途径、初期症状，认识趋于一致。且认为时气病是和季节相关的特殊“温病”<sup>[3]</sup>。

寒疫一词首见于《伤寒论》之“伤寒例”篇。北宋之前，经王叔和整理的《伤寒论》版本不一、差异甚多，北宋官方校正医书局，全面、系统的校正出定型、统一、标准的宋本《伤寒论》<sup>[4]</sup>。至宋本《伤寒论》问世。“伤寒例”篇中已将伤寒分出“伤寒”、“伏寒化温”、“四时正气为病”及“非时之气为病”。详如：其伤于四时之气，皆能为病。以伤寒为毒者，以其最成杀厉之气也。中而即病者，名曰伤寒；不即病者……至春变为温病，至夏变为暑病。……凡时行者，春时应暖，而复大寒；夏时应大热，而反大凉；秋时应凉，而反大热；冬时应寒，而反大温。此非其时而有其气，……此则时行之气也。夫欲候知四时正气为病，及时行疫气之法，皆当按斗历占之。……从霜降以后，至春分以前，凡有触冒霜露，体中寒即病者，谓之伤寒也。……其冬有非节之暖者，名曰冬温。冬温之毒，与伤寒大异，冬温复有先后，更相重沓，亦有轻重，为治不同，证如后章。……从春分以后，至秋分节前，天有暴寒者，皆为时行寒疫也<sup>[5]</sup>。宋本伤寒论的编校者，辨识伤寒、伏寒化温、冬温、时行寒疫等等，已经架构了自己的体系<sup>[6]</sup>。正因为宋本《伤寒论》的全面、系统，堪称完美的阐释了热病，致使其颁行传播后，学术界“遂开以《伤寒论》统治温病之风，这也是后世寒、温学派争论的根由”<sup>[7]</sup>。

朱肱在《伤寒类证活人书》中指出，不可拘泥使用经方。王安道在《医经溯洄集》中明确指出，温病不可混称伤寒。直至明清温病学名篇《温疫论》、《温热论》、《湿热病篇》、《温病条辨》、《温热经纬》等著述问世。这样，温病，源于《内经》、《难经》，经汉

仲景之说，隋唐以降，至明清时期，温病学形成独立学科。致使热病学自“温疫概寒疫”，到“《伤寒论》统治温病”，再到“温病学形成独立学科”。热病学术学说在学术争鸣中进步、发展，形成两个独立的学科。

须要指出的是：吴又可虽论“温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”，但仍以《内经》、《难经》经典理论伤寒学、温病学为指导中医治疗<sup>[8]</sup>，且多化裁仲景用方；叶天士《温热论》有“论卫气营血与伤寒同”；薛雪之《湿热病篇》、吴瑭之《温病条辨》无不是深谙经典，学出仲景伤寒学，而又天才的丰富和发展了仲景学说。笔者同时认为：宋本《伤寒论》讲疫病，伤寒例篇原文将伤寒首先分出四时正气为病和时行疫气为病；将疫病单列为时行疫气，又将时行疫气分为冬温和时行寒疫。分类明确、临床适用。

高飞老师《说寒疫》中有：寒疫是感受寒性疫邪所引起的具有较强染易性、易引起大流性的一类急性发热性疾病；其发病与天时运气、季节、气候密切相关，其辨治可参考《伤寒论》的辨证体系进行<sup>[9]</sup>。笔者认为，其“寒疫”概念，虽然将“非时之气”换成“寒性疫邪”，对疫病概念的认识和仲景学说不相吻合。但仍支持其“寒疫论治可参考《伤寒论》的辨证体系进行”的学术观点。在支持邱模炎、高飞老师“辨证仍按伤寒论的辨证体系进行”的同时，笔者认为六经辨证和卫气营血、三焦辨证可共容互鉴，应充分借鉴后世温病学发展了的论治思想。

## 2，对现代规范化、标准化中医药学名词“寒疫”、“湿疫”概念的解析。

认识“寒疫”，我们有必要学习一下全国科学技术名词审定委员会·中医药学名词审定委员会（中医药学名词审定委员会于2000年8月正式成立，王永炎院士任第一、二、三届主任委员），审定的规范性中医药名词“寒疫”、“湿疫”概念。

寒疫（cold pestilence）是指感受寒邪疠气，以头痛，身痛，寒热无汗，状如伤寒等为主要表现的疫病。

湿疫（damp pestilence）是指感受湿温疠邪，以乍寒乍热，损伤肺气，暴嗽呕逆，或体热发癍，喘咳引气等为主要表现的疫病。

显而易见，“寒疫”概念在科学技术名词审定委员会审定的中医药学名词（第二版）中已有定论；该在中医药学名词（第二版）中“湿疫”概念与“寒疫”概念之相对；且在中医药学名词（第二版）中无“温疫”概念，而有瘟疫统称为疫。亦即寒疫（感受寒邪疠气）、湿疫（感受湿温疠邪）同属瘟疫（疫），是一对相对的概念。应当明确一个问题：湿疫之“湿”，似“湿”非“湿”。湿疫之“湿”，并非“六淫”之“湿”，更非“六气”之“湿”，乃“疠气”之“湿”也<sup>[10]</sup>。正如后面章节中，有学者始认为新冠肺炎是“湿疫”，后又改为新冠肺炎是“寒疫”、“寒湿疫”。若从规范的概念来看，极易造成概念和逻辑的混乱。中国中医科学院西苑医院、北京中医药大学循证医学中心相关学者，《立足“湿疫”分析新型冠状病毒肺炎各中医诊疗方案及专家建议》<sup>[11]</sup>一文，已经发现了这个问题，并试图立足

“湿疫”，以“湿疫”为核心病机协调各个方面。中国中医科学院广安门医院齐文升教授认为：新冠肺炎属“湿疫”“天行感冒”，为“瘟疫”的一种<sup>[12]</sup>；杨华升等总结北京地区27例患者的临床证候，认为北京地区病例的中医病性为“湿热”<sup>[13]</sup>；张侠等归纳南京地区42例患者证型为湿困肺卫证和热毒郁肺证；发热以中、低热为主，咯痰以白痰多见，兼见疲劳乏力、纳差、恶心、腹泻，此为湿浊困阻之象；再察舌象，舌质红但舌苔多白腻，为有湿有热<sup>[14]</sup>；卢幼然等通过对新冠肺炎国内中医药界一线救治资料进行的整理与回顾，认为本病属于疫病范畴，疫疠毒邪的性质以湿毒为主，六淫等为发病诱因，核心病机为“湿、毒、热、痰、瘀、虚”<sup>[15]</sup>；天津中医药大学循证医学中心郑文科、张俊华等亦认为应从湿毒疫论证新型冠状病毒肺炎<sup>[16]</sup>。

### 3，“新冠肺炎”属于中医学“寒疫”、“湿疫”范畴的解析。

2019年12月份以来，湖北省武汉市陆续发现COVID-19以来，有关COVID-19此疫的寒疫、温疫之争即已显现。如有作者认为“武汉区域内河湖较多，湿气较重，恰逢异常气候，冬季气温偏高，当寒不寒，湿热蕴蒸，异常气候为温疫爆发流行创造了有利条件”<sup>[17]</sup>。新冠肺炎(COVID-19)是一种变症快、人群普遍易感的呼吸道急性传染疾病。根据此次疾病的病症特点，其当属中医“温疫”范畴<sup>[18]</sup>。我们暂不争论COVID-19是谓温病还是温疫（瘟疫），因为在新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第五版）<sup>[19]</sup>，新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第六版）<sup>[20]</sup>，以及新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（试行第七版）<sup>[21]</sup>，对COVID-19是谓“疫病”已有定论。此处针对中国中

医科学院专家组王永炎院士等关于新冠肺炎寒疫、寒湿疫之论，做一简要分析，其中原委，便可了然。

王永炎院士等以下两点认识寒疫：一，汉代张仲景在《伤寒论》序中述其宗族亡者众多，伤寒十居其七，说明张氏家族所患伤寒非普通外感伤寒，应属寒性疫病”<sup>[22]</sup>。二，吸纳《伤寒论》伤寒例篇中的“时行寒疫”概念，做为“第一种情况”入王永炎院士等界定的“寒疫”概念中。王院士等似将其“寒疫”概念等同于《伤寒论》之“伤寒”大概念，即伤寒=寒疫，用《难经》“‘伤寒’有五”之“伤寒”大概念等同于“寒疫”。则从这个寒疫（等同于伤寒）大概念论治新冠肺炎，则终于可以讲通了“新冠肺炎寒疫论”，然则这无疑于讲“天下疫均是‘寒疫’”！这种貌似尊崇仲景学术学说的观点，其实质是无视仲景学说学术的发展。殊不知：若不以历史、发展的眼光看问题，伤寒例中有：“凡伤寒之病。多从风寒得之。始表中风寒。入里则不消，然未有温覆而当不消散者”。您如何能讲的通？寒疫都能因“温覆适当而消散”如何理解？读仲景书，必须洞明：仲景之作，从临床中来，始为临床方书，后世为使其指导临床有普通性，故架构更大更完备的理论，进行了大量的修正，时至今日，他已经是一种对付疾病、尤其是外感热病的一个方案！必须明白一个浅显的道理：认识新冠是否为寒疫，或者说认为新冠非属寒疫，或者说认为新冠属于广义温病，这一切，并不影响仲景学说对新冠肺炎诊治的指导意义！

宋本《伤寒论》之“伤寒论序”为宋校书之儒臣高保衡、孙奇、林亿等，校定《伤寒论》时所作。其“以为百病之急，无急于伤寒，

今先校定张仲景《伤寒论》……”<sup>[23]</sup>。其书名中有“伤寒”这一大概念。同时本书“伤寒例”篇有“寒疫”小概念。今以“寒疫”大概念等同于伤寒论书名之大概念“伤寒”显系荒谬！若以“汉代张仲景在《伤寒论》序中述其宗族亡者众多，伤寒十居其七，说明张氏家族所患伤寒非普通外感伤寒，应属寒性疫病”。又以“晋代王叔和在《伤寒例》中首次明确提出‘寒疫’概念”，视其寒疫概念为大概念第一种情况，则显系逻辑混乱。这也反映了对仲景学说认识的狭隘思维！新冠肺炎寒疫论者，若通读过宋本《伤寒论》，即不会遑论寒疫的概念视同为《伤寒论》书名之“伤寒”；新冠肺炎寒疫论者，若粗通仲景学说发展史，即不会遑论“伤寒论是专研传染病之书”<sup>[24]</sup>；如果还给传统中医学留一点独立空间，就不会将新冠肺炎的中医病名，以科学主义命名为“寒疫”。一易寒暑，当时“据所谓数‘九九’这种谚语，说明气候寒冷，推断病属寒疫的说法，恐无法自圆其说”<sup>[8]</sup>；今年的夏天北京新发地“新冠肺炎”，时间和气候特征使原作者这种推导结论，不攻自破，因为这种所谓的“严冬发病、气候寒冷已不复存在。可喜的是，2020年入夏以来，北京新发地新冠肺炎发生后，北京市中医管理局新方案<sup>[25]</sup>已去“寒疫”化。也没有推荐清肺排毒汤。在纽约中医论坛新冠专题讲座第十二讲中，齐文升教授对2019年末发生的武汉疫情有专门论述：2019年12月21日，刘清泉、齐文升做为第一批专家组队长、副队长到武汉诊治新冠肺炎，提出诊疗方案，指出新冠肺炎属疫病、湿疫、湿毒疫，齐文升为薛伯寿国医大师的学术继承人，齐文升对“新冠肺炎属疫病、湿疫、湿毒疫”的认识（笔者主张以疫病认识新冠肺炎）。

炎，但对新冠肺炎对应寒疫还是湿疫，不持态度。仅就张伯礼院士团队发表的病例样本，认为其证候符合湿温特点，可参阅薛生白《湿热病篇》论治（见纽约中医论坛新冠专题讲座第二十一讲，主讲人：李登岭），也验证了薛伯寿起初认为“新冠肺炎属疫病、湿疫”，后在王永炎院士 1 月 26 日在中国中医科学院会议室会议上，附合将“湿疫”改为“寒湿疫”的说法<sup>[26]</sup>。值得注意的是，按规范化、标准化中医药学名词“寒疫”、“湿疫”概念，湿疫和寒疫不相能！必须再次强调一个问题：湿疫之“湿”，并非“六淫”之“湿”，更非“六气”之“湿”，乃“疠气”之“湿”也<sup>[10]</sup>

我们常以《难经》界定广义的伤寒概念：伤寒有五，有中风、伤寒、湿温、热病、温病。认为《伤寒论》涵盖广义伤寒，而仲景论伤寒、中风之治法详备，而略于论述温病证治。窃以为是仲景以阳气为“大宝”，侧重于述寒之伤人，重人之阳气，重温散表寒于外，重扶阳；对“寒之化热，保阴津，清泄里热，保胃气”略论而不缺失。重视、突出仲景学说在新冠肺炎救治中的地位，不必谬说新冠肺炎是“寒疫”！且使自己陷入无法自圆其说的境地！而应该认识到“伤寒学、温病学本是一家，外感热病学包括伤寒学、温病学……各温病学著作如《温病条辨》一样，‘虽为温病而设，实可羽翼伤寒’<sup>[8]</sup>。也就是说，没有伤寒、温病学派之争，温病学是出于临床、在仲景学说的基础上发展起来的，是对仲景学说的进一步发展和补充说明。就中医学发展之今天看来，再立“寒疫”一说，首先要确切把握“时行寒疫”、“寒疫”、“湿疫”、“瘟疫”的基本概念，而不应因新冠肺炎

炎“寒疫”论的不当，而再造“寒湿疫”论。

笔者认为，现阶段有必要重视研究讨论以下问题：废除习惯上的疫病二元、多元概念，以疫一统之；参照热病辨治方法（包括伤寒、温病）整合论治思路，如伤寒重扶阳亦不忘救阴，同样温病顾阴尤重、亦须防伤阳；三是两条腿走路，保持中西医结合中的科学探索，同时坚持以中医经典学说为根基发展中医。中医概念、术语规范化任重而道远！

#### 参考文献：

- [1]，国家卫生健康委员会.截至2月2日24时新型冠状病毒感染的肺炎疫情最新情况[EB/OL].(2020-02-03)[2020-02-04].<http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202002>
- [2]，明·吴琨.内经素问吴注[M].山东中医药学院中医文献研究室，校点.济南：山东科学技术出版社1984：340.
- [3]王明炯，余钰.论《伤寒论》对后世“温病”的启迪（下）[J]河南中医，2019，39（4）：1-3.
- [4]张仲景著，李顺保校注.金匱玉函经.[M].北京：学苑出版社，2013：4-5.
- [5]，张仲景.古本康平伤寒论[M].黄一九，编辑.长沙：湖南科学技术出版社，1988：4-5.
- [6]，李登岭，赵红霞.《伤寒论》厥阴病篇考辨[J]中医文献杂志，2020，38（6）46-49:.
- [7]，邱模炎，刘美娣等.疫病学中医名著选编[M].北京：中国医药科技出版社，2020：4.
- [8]，李登岭，赵红霞，张耀文.就“试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎”一文与王永炎等商榷[J]国医论坛，2020，35（3）：22.
- [9]，高飞.说寒疫[J]北京中医药大学学报，2007，30（5）：296.
- [10]，黄飞，张亚强等.新型冠状病毒肺炎之似“湿”非“湿”浅析[J]北京中医药：<https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5635.R.20200814.1148.004.html>
- [11]，宋卓，许云，唐末，等.立足“湿疫”分析新型冠状病毒肺炎各中医诊疗方案及专家建议[J]江苏中医药，2020，52（4）：65-69.
- [12]，邓彦，杨金亮，石嘉恒，齐文升.从邪伏膜原理论探讨新型冠状病毒肺炎的证治特点.北京中医药.<https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5635.R.20200731.1434.006.html>
- [13]杨华升，李丽等.北京地区新型冠状病毒肺炎中医证候及病机特点初探[J].北京中医药，2020，39（2）：115-118.
- [14]张侠，周仲瑛等.南京地区42例新型冠状病毒肺炎临床特征及中医证候初探[J].南京中医药大学学报，2020，36（2）：145-148.
- [15]卢幼然，王玉光等.新型冠状病毒肺炎中医证治研究进展[J]中医杂志.2020, 61 (21): 1850.
- [16]，郑文科，张俊华，杨丰文，等.从湿毒疫论证新型冠状病毒肺炎[J]中医杂志.2020, 61 (12) : 1024.
- [17]，苗青，丛晓东，王冰，等.新型冠状病毒肺炎的中医认识与思考[J].中医杂志,2020,61(4):286-288.

- [18] , 黄倩倩, 于滔, 等. 从湿温论治新冠肺炎探析中医膜原病症 [J] 贵州中医药大学学报, 2020, 42 (4) : 5.
- [19] 国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第五版)的通知. (2020-02-05) [2020-02-06].
- [20] 国家国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)的通知. (2020-02-19) [2020-02-19].
- [21] 国家国家卫生健康委员会. 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第七版)的通知. (2020-03-03) [2020-03-03].
- [22] , 范逸品, 王燕平等. 试析从寒疫论治新型冠状病毒肺炎 [J] 中医杂志, 2020, 61 (5): 1-5.
- [23] , 闫松. 伤寒论 [M] . 北京: 线装书局, 2012.4.
- [24] , 全小林. 《伤寒论》之“伤寒”是一种传染病(下) [N] . 中国中医药报, 2013 -1-21 (4) .
- [22] , 李秀惠, 刘清泉. 北京市新型冠状病毒肺炎中医药防治方案(试行第五版) [J] 北京中医药. 2020,35 (7) .
- [26] , 薛伯寿, 刘魁武等. “清肺排毒汤”快速有效治疗新型冠状病毒肺炎的中医理论分析 [J] 中医杂志. 2020, 61 (6) : 461.

## 基金项目

### 三十一，成无己里籍考

**成无己里籍考【山东省中医药科技发展计划项目(2015—494)】**

袁恒勇 孙玉霞 谷万里<sup>1</sup> 李登岭<sup>2</sup>(通讯作者) 邓伟哲<sup>3</sup>

山东省茌平县洪官屯卫生院

1 山东省聊城市人民医院

2 莘县中西医结合研究所

**摘要** 目的：考证聊摄成无己籍里的具体位置。方法：搜集、查阅史志及相关文献资料，走访多位学者，奔赴多地考察。结果：聊摄即茌平县洪官屯镇成庄村所在地。结论：聊摄成无己籍里具体位置，即茌平县洪官屯镇成庄村所在地，这一认定，为开发成无己的学术文化研究起到推动作用，有利于成无己学术思想研究，有利于成无己故里的开发建设。

成无己，宋金时期著名的中医学家。因全面注解《伤寒论》而为杏林所熟知。和仲景先师一样，成无己史书无传。其生平事迹鲜为人知。所幸金刻本《注解伤寒论》序文，给我们留下了些许线索。关于成无己生平籍里考证的文献，多是根据金刻本的序文，从不同的侧面解读，而得出了多个不同的结论。

#### 1，成无己籍贯

严器之《注解伤寒论序》中有“后者邂逅聊摄成公，议论该博，术业精通，而有家学，注成《伤寒论》十卷”。严器之所言“聊摄成公”，“成公”即成无己，聊摄即成无己之里籍。但其故里是什么地方？多数文献篇未明确指出。即便有文献指出，其故里在今山东省聊城市茌平县西洪官屯镇成庄<sup>[1]</sup>，但如何考证却言之不详。《聊城市志》载：《左传》有“聊、摄二城，齐之西鄙也”的记载；聊摄今为

聊城，摄在聊城北茌平西之地；唐贞观二年（628年）茌平县并入聊城，到金代茌平县方恢复、划出。查《聊城市志》人物卷，成无己条目中有，成氏家谱“先祖为摄国臣民，世业医”。综合看来，成无己故里即今聊城市茌平县洪官屯镇成庄，应该是可以明确的。根据先辈传下的说法，成家非山西洪洞县迁来，乃成庄原住民，该村曾有石碑和牌楼，这一带民间流传着“成爷进宫救皇妃”，“成爷义救候三母”等传说，也有“成爷舍药救民”等故事。

## 2，成无己故里的具体位置

史书记载，成无己为聊摄人。关于聊摄之名称由来及具体位置，唐经学家孔颖达在《五经正义疏》中说：“聊、摄、姑、尤皆邑名”。唐·张守节在《史记正义》括地志中解释说“春秋时本齐西界，聊摄地也。战国时亦为齐地，秦汉皆为东郡之聊城也”。有史记载的“聊”为邑名，距今2500余年。古聊摄地，齐之西境也。秦置聊城县，属东郡城县附郭。聊摄在县东北。《左传》记载，僖元年，齐人、宋人、曹人师次于聂，北救邢。又昭二十年，齐晏子云：聊、聂以东，姑、尤以西。聊、聂，盖儿邑也。《太平寰宇记》记载，聂城，博平县西25里。据2001年出版的《地方史志资料丛书 聊城》中所记述，“聊城”名称之由来有两种不同版本的传说。一曰，春秋为齐国西境聊摄地，即《春秋左传》所载的“聊摄二城，齐之西鄙也。”后为齐国吞并，因国衍城，故曰“聊城”。二曰，此城因位于聊合之西岸，由河及名。《姓纂》中记载：“宋微子之后有成氏，宋朝时期的南蛮中即有成氏在史籍”。春秋时期，聊城城北有一个郭摄庄，现洪官屯镇郭庄村，

因郭姓在摄城故城址处立村。由于茌平古县历史悠久，决定了境内地名多具有古老的特征。经过对全县 1058 个自然村考证和分析统计，除 122 个自然村无据可考，占总自然村的 11.6%，600 年以上的有 865 个自然村，占总自然村的 81.6%，百年以上 71 个自然村，占总自然村的 6.8%。据考证位于运河两岸洪官屯镇郭庄、成庄历史较早，在郭庄、成庄挖河取土时经常刨到青砖陶块，是茌平县原住民地带的可能性较大。史书记载，宋金时期的成无已是聊摄人，聊摄即茌平县洪官屯镇成庄所在地并无不妥。

《聊城地区志》<sup>[2]</sup> 记载，“中医中药在境内有着悠久的历史……宋金时期聊摄（今茌平成庄）人成无己，最早注解《伤寒论》者，对《伤寒论》的传播和祖国医学的发展做出了贡献”。值得注意的是，这是至今发现记载中第一次将成无己籍贯具体到“成庄”，《茌平县志》<sup>[3]</sup> 记载了成无己的事迹，生卒(1063-1156),宋著名医学家，洪屯乡老成庄人，成家世代行医，无己尤精，是中国最早注释《伤寒论》的医学家。《山东省志·卫生志》<sup>[4]</sup> 在伤寒论一节中记载，成无己根据《难经》、《素问》、《灵枢》等籍，注释阐发《伤寒论》，编著《伤寒论注》，使许多疑窦豁然洞明，为国内最早注本。以上各种资料显示，成无己籍里即为聊城市茌平县洪官屯镇成庄。

《聊城市志》人物传略部分,前两位分别是东汉末度辽将军贾琮、唐朝大臣孙逖,第三位就是成无己。传略是这样写的：成无己（1063-1156），宋代名医，祖籍茌平。成氏家谱记载：“先祖为摄国臣民，世业医”。成无己于 1063 年（北宋嘉佑百年）出生成庄（今属茌

平）。青年习医，中年定居聊城，坐堂应诊 60 余年。1126 年（宋靖康年间聊城沦为金地，以后以著书为主，写有《注解伤寒论》十卷、《伤寒明理论》四卷（卷四为药方论）。成无己约 1155 或 1156 年被掳到金国临潢。……（成无己）对东汉张仲景的《伤寒论》从伦理上阐述各种症候的病机、病变及处方用药等，辨证的揭示了伤寒论的奥秘。成氏住宅坐落在城内西北隅，占地 50 余亩，院内绿树丛丛、花草芳香、清雅宜人，人称“成家花园”。民国期间仍有宅垣遗迹。因此，《辞海》载：“成无己，宋医学家，聊城（今属山东）人”。这篇传略的信息量很大，这里指明了成无己确切的生卒时间，大约为 1063 年-1156 年。

### 3，成无己的学术成就

成无己的医疗经历对中医学术向北方的传播有一定影响。《内蒙古自治区志·卫生志》中有明确的记载：“赤峰市的地方史志中就记载有辽、金时期的名医韩匡嗣、成无己、赵大中等在有关京州行医的史实”。据载成无己给皇室诊病要和蒙医大夫共同诊治得到蒙医的认可。并煎药让汉人服用，再让皇室人员服用，虽然对成无己诊病是监督过程，但在无形之中是蒙医人员对中医进行的学习过程。成无己在他乡行医百无一失，其声名远播，对当时北方的游牧民主要医学(蒙医)的发展起到了一定的作用。

成无己从自己的视角，引《内经》《难经》注解《伤寒论》，一改以往众医家研究伤寒病，侧重于相关素材的收集和经验积累，而略于理论研究。而成无己以《内经》《难经》为基础注解伤寒论，可谓

有理、有法、有方、有药，其以《内经》、《难经》的相关论述为基础，从五运六气、脏腑经络、营卫气血等角度，对《伤寒论》的病因病机加以阐释，使《伤寒论》理法方药得以呈现世人眼前，并开创了由研究探讨伤寒病，转为研究《伤寒论》一书的学风。成无己先生以经注论、经论结合，是伤寒注家中中肯、理性的大师级人物<sup>[5]</sup>。虽然章太炎氏认为，成“依据古经，言必有则，而不能通仲景之意，则成无己是也”。把成无己和张志聪、陈修园，以六经气化学说，“假借运气，附会岁露，以实效之书变为玄谈”，并称成无己之注为“三谬之一”。但成无己对伤寒学术传播的贡献，确是不可磨灭的。

#### 参考文献：

- [1]，张海鹏 成无己生卒年考 [J] 中华医史杂志 2010,40 (4) : 256.
- [2]，山东聊城地区地方史志委员会编，聊城地区志 [M] . 济南：齐鲁书社，1997: 822.
- [3]，项玉强，李玉龙. 茌平县志 [M] . 北京：中华书局，2008: 537.
- [4]，山东省地方史志编制委员会. 山东省志卫生志 [M] . 山东人民出版社，1995: 306.
- [5]，《李登岭，李乔，刘新，等. 答关于“论大柴胡汤无通里攻下”一文两个问题 [J] . 国医论坛，2017，32 (4) : 6.

## 三十二，论大柴胡汤应为治疗少阳证主方

原以为此论题常识共识、人所共知，不意廿年前，刘老学术包容、慧眼慧视、诱掖后进。今之偶遇，是为机缘！二十年矢志研究，涉及多角度、多版本，均中规矩，偶有所获，余陋亦近常识。

[https://mp.weixin.qq.com/s/J0\\_u2i49h5yy6X05jJtlvg](https://mp.weixin.qq.com/s/J0_u2i49h5yy6X05jJtlvg)

<https://mp.weixin.qq.com/s/VgNzBSjzL68wcaIB7frNmA>

[https://mp.weixin.qq.com/s/Iw0NwYzO8MR2-dDaU\\_iw0A](https://mp.weixin.qq.com/s/Iw0NwYzO8MR2-dDaU_iw0A)

我们的标的是：大学统编课本相关内容改版

我赞同曲教授的说法！应越来越好越深入！

李兄登岭，中华中医药学会仲景分会委员，钻研伤寒论颇深，热心传承中医。我院致知论坛学子撰文认为大柴胡汤为治疗少阳三焦(与脑肠轴 Gut-Brain axis 相关) 之方，以此结缘李兄，深入讨论后，叹相知恨晚。值此《登岭中医论文集》出版之际，仅以此文祝贺李兄，愿并肩传承中医，守正创新！

-- 南方医科大学 曲宏达

### 论大柴胡汤应为治疗少阳证主方【国家自然基金重点课题(81230085)】

林佳鑫，董晓飞，陈庆虹，郑睿瑟，仲梦婷，

曲宏达（通讯作者）

（南方医科大学中医药学院，广东 510515）

**摘要：**大柴胡汤出自于《伤寒杂病论》，是临床常用的经方之一。历来的医家认为大柴胡汤是治疗少阳阳明合病的主方，但通过文献考证、方义分析、现代临床与药理研究等方法，我们认为大柴胡汤并非治疗少阳阳明合病，而为治疗少阳病的主方，其依据主要来自以下部分：大柴胡汤组成药物归经性味研究发现其主要组成药物均归少阳或厥阴经，争议药物“大黄”的药理研究发现久煎大黄主要药理作用为泻热而非通腑，仲景对于该方服药后的禁忌并未提示防其过下伤正而叮嘱服后得效即止等。

**关键词：**大柴胡汤；小柴胡汤；经方研究；少阳证；下法

Da chaihu decoction is actually used for Shaoyang syndrome  
LIN Jia-xin, DONG Xiao-fei, CHEN Qing-hong, ZHENG Rui-se, ZHONG Meng-ting,

QU Hong-da(corresponding author)

(School of Chinese medicine, Southern Medical University, Guangdong 510515, China)

**Abstract:** Da Chai Hu decoction, one of the most commonly used classical prescriptions in clinical applications, is widely known as a formula for combined Shaoyang–Yangming syndrome. In our research, it is concluded that Da Chai Hu decoction is not actually used for combined Shaoyang–Yangming syndrome but for Shaoyang syndrome, based on a set of analysis from literature review, formula significance, and modern clinical and pharmacological research, etc. The evidences discussed for this conclusion mainly come from the following parts: The main components of Da Chai Hu decoction were found to belong to Shaoyang or Jueyin meridian, by studying on the meridian tropism and flavor of the decoction. The pharmacological study of the controversial drug "rhubarb" found that the main pharmacological action of the rhubarb decocted for a long time is to relieve heat rather than to tonify. Zhongjing's contraindication tips after taking medicine do not give a hint to avoid damaging healthy Qi due to excessive using of the purgation method and stop taking the medicine when it takes effect, etc.

**Keywords:** Da Chaihu decoction; Xiao Chaihu decoction; study on classical prescription; Shaoyang syndrome; purgation method

大柴胡汤是《伤寒论》中 6 个柴胡汤类方之一，其证分别见于 103 条、136 条和 165 条，是仲景名方。在临幊上主要治疗胆石症、胆囊炎、急性胰腺炎、反流性胃病、抑郁症、焦虑症、神经衰弱、顽固性失眠、糖尿病及周围神经病变、高脂血症、荨麻疹、肝癌及肝癌栓塞后综合征、黄疸、支气管哮喘、高血压脑出血等内科疾病；当临幊出现口干苦，不欲饮食，心烦，下利等症状时，是其应用指征。<sup>[1, 2]</sup>因其组成药物肿含有大黄、枳实，现在多版本教材皆认为该方为主治少阳阳明合病，我们的经方研

究以及临床实践提示该方非少阳阳明合病，而应为治疗少阳实热证的主方，其理由如下：

### 1 从条文主治上

许多医家根据原文第 103 条曰：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止，心下急（一云呕止小安），郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。”则认为大柴胡汤之下为攻下阳明，其实不然。原文第 179 条曰“少阳阳明者，发汗利小便已，胃中燥烦实，大便难是也。”由此可见少阳阳明合病的症状应当是有烦躁、大便难等证，且阳明腑实证的病位在腹部而非心下，<sup>[3]</sup>而对照原文中大柴胡汤诸条文，其中并无“大便难、不下利”等词，相反在第 165 条文中却有“呕吐而下利”的症状。在教材中认为下利为热结旁流，其下利必当污浊臭秽，而热结旁流者，为燥屎内结逼迫津液从燥屎旁流下所致，此时，其腹部应该可见拒按且疼痛的腑实证，<sup>[4]</sup>而纵观大柴胡汤的相关条文，并无谈及明显的腹满腹痛之证。且根据原文第 204 条“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”及 205 条“阳明病，心下硬满者，不可攻之。攻之利遂不止者死，利止者愈。”的阳明病下法禁忌证可证明大柴胡汤并无攻下之功；而在《脾胃论·脾胃虚实传变论》中指出：“胆者，少阳春升之气，春气升则万物化安……胆气不升，则飧泄肠澼”此可以解释第 165 条文中下利乃是胆热郁结，胆气不升而导致的下利<sup>[5]</sup>由此可知大柴胡并没有攻下阳明之意；那这里的下之则愈是什么呢？

笔者认为本条大柴胡汤证的“下”是相对前面的小柴胡汤而言的，原文中“柴胡证仍在”与小柴胡汤，“呕不止，心下急，郁微烦者”与大柴胡汤，“呕不止”说明此时应用小柴胡汤已是病重药轻故应用少阳重剂大柴胡汤。柯琴在《伤寒附翼·大柴胡汤》中亦道：“此方是治三焦无形之热邪，非治胃肠有形之实邪也”<sup>[6]</sup>胆与三焦皆属少阳，以此可见大小柴胡皆为解少阳而设，只是病位，病势有所不同。

## 2 从药物组成上

从药物上看，大柴胡的用量为柴胡（半斤）黄芩（三两）芍药（三两）半夏（半升，洗）生姜（五两，切）枳实（四枚，炙）大枣（十二枚，擘）大黄（二两），大柴胡汤可理解为小柴胡汤合四逆散(柴胡、枳实、芍药)去参草加大黄。四逆散在《伤寒论》中是治肝胃气滞，阳气不达于外所致的“四逆”，中医疏肝理气第一方。且大家公认四逆散非治阳明病。<sup>[7]</sup>而在大柴胡中，不少医家们认为有大黄，必有通下阳明之意，但纵观《本经》中大黄主下瘀血，血闭，寒热，破癥瘕积聚，留饮，宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。仲景用大黄之方，有用六两的大陷胸汤，有用四两的厚朴三物汤、大黄甘遂汤、承气汤证、大黄硝石汤、抵当汤等，有和大柴胡汤一样用二两的桂枝加大黄汤、大黄黄连泻心汤、下瘀血汤等。凡用之泻阳明通大便，均用四两，如承气汤类方。凡用之清热解毒、活血、化瘀，一般用二三两，如大黄黄连泻心汤、抵当汤、桂枝加大黄汤

<sup>[7]</sup>；桂枝加大黃汤基本病机太阴病脾虛气滞，方中大黃亦非为通里攻下，乃是泻热、破瘀、通络之用<sup>[8]</sup>而下瘀血汤主要为产后干血着脐下，大黃为泻热、行气、破血；在泻心汤里，大黃功效为泻热、止血。<sup>[9]</sup>可推测仲景取大黃二两之意并非攻下阳明，而是假借阳明之道泻少阳之热从而清解少阳之热。进一步可佐证大柴胡汤无攻下阳明之意，而大柴胡汤中大黃为清少阳之热。

### 3 煎煮法

仲景在有大黃的煎煮法主要有麻沸汤渍之，先煎，同煎以及后下；而大柴胡汤的煎煮法为“以水一斗二升，煮取六升，去滓再煎，温服一升，日三服”应为先煎久煎之剂。大黃的现代药理研究证实大黃久煎其结合型蒽醌会被分解为游离型蒽醌从而大肠推进率大大降低，而其抗菌抗炎能力增强<sup>[10]</sup>故由大柴胡的煎煮法可以佐证大柴胡并无通下阳明腑证之意。

### 4 服药后禁忌

仲景所设下剂，无不详述为防其过下伤正而叮嘱服后得效即止，如大承气汤后有“得下，余勿服”之嘱；小承气汤方后云“初服汤当更衣，不尔尽饮之，若更衣者，勿服之”；调胃承气汤方后注“少少温服之”；麻子仁丸，详告“饮服十丸，日三服，渐加，以知为度”；大陷胸汤方后嘱“得快利，止后服”；抵当汤嘱“温服一升，不下更服；柴胡加芒硝汤方后注亦嘱“分温再服，不解更作”。由此亦可知仲景对于下法皆为得效即止，而大柴胡汤方后

却云“去滓，再煎，温服一升，日三服”这并不符合仲景对阳明下法服药规律，从而可佐证大柴胡汤无攻下之意。<sup>[11]</sup>

## 5 关于少阳病

关于少阳病，其提纲证为少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。我们认为其病主要病在少阳三焦，主要原因有：少阳之气被称为相火：寄于胆，宣布于三焦，内而五脏六腑，外而四肢百骸。三焦为元气之别使，水谷之通道，输布相火，司气化，其作用具有全身性。在现代公认的少阳病的主方小柴胡汤在临床实践中，其应用范围涵盖了癫痫，抑郁症，心率失常，胸膜炎，肋间神经痛，肝炎，尿道综合征，<sup>[12, 13]</sup>且在临床可见胆囊切除术后患者仍可见少阳证，这从少阳三焦来讨论分析少阳之病变，较从少阳胆来论述更为通畅直接。<sup>[14]</sup>从现代医学进展来看，我们认为少阳三焦和脑肠轴密切相关<sup>[15]</sup>，以脑肠轴的功能可以解释为何小柴胡汤可以治疗如此广的三焦疾病。且我们认为大柴胡汤在清解少阳热邪的能力上较小柴胡汤更强，是治疗少阳热证的重剂。

## 6 小结

大柴胡汤从条文上分析：大柴胡汤之下乃下少阳之热，二两大黄并非通泻阳明腑实之用，久煎乃去大黄通里攻下之功，服药后并无观察通便情况反佐其无攻下阳明，最终可提示大柴胡汤与小柴胡汤同为治疗少阳证主方，大柴胡汤主降少阳之热。所以临床应用大柴胡汤上，腹满、大便干结并非其使用指征，口干苦，不欲饮食，心烦，下利等症状才是其适应症状。

## 参考文献：

- [1] 吕晶, 刘昱材, 周登威. 《伤寒论》与《金匮要略》大柴胡汤临床应用病症初探[J]. 辽宁中医杂志, 2015,42(11):2112–2113.
- [2] 李东峰. 《伤寒论》大柴胡汤的临床运用心得[J]. 中医研究, 2016,29(10):43–48.
- [3] 郝万山. 论少阳腑实证和仲景用大柴胡汤[J]. 中国中医药现代远程教育, 2003,1(03):17–18.
- [4] 张迎泉. 热结旁流证概念探讨[J]. 世界中西医结合杂志, 2011,6(06):464–465.
- [5] 陈阔, 侯东升, 张涛. 《伤寒论》第 165 条之我见[J]. 环球中医药, 2017,10(01):108–109.
- [6] 瑚婉君, 都广礼. 基于中医多元对称性思想的大柴胡汤证治解析[J]. 江苏中医药, 2018,50(11):68–70.
- [7] 马贻超, 姜建国, 鲁晓明. 柴胡汤类方证及和法若干问题的探讨[J]. 山东中医药大学学报, 2003(01):21–23.
- [8] 陈玉书, 潘险峰. 《伤寒论》桂枝加大黄汤方证浅析[J]. 国医论坛, 2002(04):6–7.
- [9] 詹达法, 黄彦平. 浅谈仲景对《神农本草经》中大黄用法的发挥[J]. 云南中医药杂志, 2018,39(03):104–105.
- [10] 刘晓军. 不同炮制方法和煎煮时间对大黄沉降药性的影响[J]. 中国民康医学, 2018,30(03):86–89.
- [11] 李登岭, 李乔, 刘新. 答关于“论大柴胡汤无通里攻下之用”一文中的两个问题[J]. 国医论坛, 2017,32(04):4–6.
- [12] HOON 郑秀芬 TEH SIEW. 小柴胡汤方证与应用规律研究[D]. 南京中医药大学, 2018.
- [13] 马宁. 六腑的胚胎发生学探析[J]. 山东中医药大学学报, 2018,42(06):488–495.
- [14] 江尔逊. 少阳病位纵横谈[J]. 四川中医, 1985(04):2–3.
- [15] Clemmensen C, Muller T D, Woods S C, et al. Gut–Brain Cross–Talk in Metabolic Control[J]. Cell, 2017,168(5):758–774.

## 附 篇

### 《和家氏伤寒论》仲景脉法述要

李登岭<sup>1</sup> 李好<sup>2</sup> \* 李乔<sup>1</sup> 赵红霞<sup>1</sup>

1, 莘县中西医结合研究所 2, 山东中医药大学

**摘要** 目的：探讨仲景脉法的实用、科学性本质，以及其可操作、传承性。方法：通过对《和家氏伤寒论》有关“脉”的条文检索、分类、整理、归纳，结合《脉经》及后世宋本《伤寒论》中“辨脉法”、“平脉法”的相关论述，进行研究、探析、述评。结果：整理可见仲景脉法的实用、科学本质，以及后世传承中的异化变迁。结论：系统整理仲景脉法及后世发挥之间的差异。从探索真知的角度，用唯物辩证科学的思维方法及历史发展的观点，认识仲景脉学。为防止中医脉学发展走向神秘化和简单化两个极端、异端，提供客观、充实、强而有力的仲景学术实践经验和仲景学说理论支撑。

《和家氏伤寒论》1854年再抄本，现藏书于德国柏林国家图书馆，但限于收藏而未见刊印。庚子年末，笔者将该书照片打印装订成册。对该书仲景脉法进行了系统研究。近年来，中医政策大好，中医热势较高，而多有脉学大师夸张其辞，妄谈脉法，神秘化、玄幻化脉法脉术，以至于号称“单凭诊脉，……号出十二指肠球部溃疡”、“号出患者的前世今生”、“号出左颈动脉斑块”、“诊脉验孕”、“诊脉辨胎儿男女”……。且时有以“仲景脉法”为旗号，肆意“加入己说”，歪曲仲师本论之仲景脉法【本文以《和家氏伤寒论》一类条文（定义见下文）中引用的脉象脉理为仲景脉法】。此股歪风，对社会人士多有误导，对中医学子毒害尤深！以至谬种流传！害人不浅。鉴于此。笔者愿意发表有关“仲景脉法”一管之见，就教于大方之家。

《和家氏伤寒论》分乾（上）、坤（下）两册，上册58页、下册72页，共分：1，桂圆逸士井上澈之“前言”，2，伤寒卒病论“序”，

3, 伤寒例, 4, 辨大阳病·痉湿喝, 5, 辨大阳病, 6, 辨大阳病·结胸, 7, 辨阳明病, 8, 辨少阳病, 9, 辨大阴病, 10, 辨少阴病, 11, 辨厥阴病, 12, 辨厥阴病·霍乱, 13, 辨阴阳易差后劳复病。计 13 部分。4—12 为六经病三阴三阳部分。和宋本《伤寒论》相较, 《和家氏伤寒论》“痉湿喝”属于“辨大阳病”, “霍乱”属于“辨厥阴病”部分。

为系统整理仲景脉法, 我们对《和家氏伤寒论》凡涉及“脉”字的部分, 以及和脉有关的条文进行归类(为方便检视、讨论, 在下文中: 我们把《和家氏伤寒论》中顶格书写的文字部分, 称为一类条文; 降一格书写的文字部分, 称为二类条文; 降二格书写的文字部分, 称为三类条文)。

## 1, 《和家氏伤寒论》一类条文中的仲景脉法

### 1.1, 《和家氏伤寒论》一类条文的脉象统计

仲景脉法, 从“4, 辨大阳病·痉湿喝”篇开始, 至“13, 辨阴阳易差后劳复病”, 一类条文总计条目 176 条。其中涉及脉法的条文达 57 条。其中四条中每条提及二次, 一条中提及三次, 总提及次数 63 次。一类条文涉及脉象如次【(为方便统计, 我们将篇目之 1—13 及每篇中的一类条文依次标注的条码, 标示出“乾 (A) 坤 (B) —篇目—条文条码”, 如乾本第 4 篇第 1 条, 标示为 (A—4—1) )】。乾本有: 1, 脉沉而细 (A—4—1), 2, 脉沉而细 (A—4—4), 3, 脉大 (A—4—7), 4, 脉微弱 (A—4—10), 5, 脉弦细 (A—4—11); 6, 脉浮 (A—5—1), 7, 脉缓 (A—5—2), 8, 脉阴阳俱紧 (A—5—3), 9, 脉阴阳俱浮 (A—5—5),

10, 脉阳浮而阴弱 (A-5-6), 11, 脉促 (A-5-12), 12, 脉洪大 (A-5-14),  
13, 脉洪大 (A-5-15), 14, 脉微弱 (A-5-16), 15, 脉缓 (A-5-17),  
16, 脉浮紧……脉微弱 (A-5-23), 17, 脉浮缓 (A-5-24), 18, 脉  
浮弱 (A-5-27), 19, 脉浮紧 (A-5-30), 20, 脉浮紧 (A-5-32),  
21, 脉沉紧 (A-5-33), 22, 脉浮 (A-5-34), 23, 脉浮数 (A-5-35),  
24, 脉微细……脉沉微 (A-5-42), 25, 脉阴阳俱停 (A-5-46), 26,  
阳脉濇阴脉弦 (A-5-49), 27, 脉浮 (A-5-58), 28, 脉细数 (A-5-62),  
29, 脉微而沉 (A-5-64), 30, 脉沉结 (A-5-65)。坤本有：1, 脉  
浮而动数……动数变迟 (B-6-1), 2, 脉沉而紧 (B-6-2), 3, 脉  
浮滑 (B-6-4), 4, 脉微弱 (B-6-5), 5, 脉促 (B-6-6), 6, 脉  
细 (B-6-11), 7, 脉浮 (B-6-15), 8, 脉浮 (B-6-25), 9, 脉浮  
虚而涩 (B-6-28), 10, 脉浮滑 (B-6-30), 11, 脉结代 (B-6-31);  
12, 脉迟 (B-7-1), 13, 脉浮而紧 (B-7-7), 14, 脉弦浮大而短…  
…脉续浮……脉但浮 (B-7-10); 15, 脉沉紧 (B-8-2), 16, 脉微  
细 (B-10-1), 17, 脉沉 (B-10-2), 18, 脉沉 (B-10-6), 19,  
脉微 (B-10-13), 20, 脉微欲绝 (B-10-15), 21, 脉沉 (B-10-19),  
22 脉弦迟 (B-10-20); 23 脉滑 (B-11-2), 24, 脉细欲绝 (B-11-3);  
25, 脉微 (B-12-1), 26, 脉微欲绝 (B-12-4), 27, 脉平 (B-12-5);  
28, 脉浮……脉沉实 (B-13-2)。

## 1.2, 仲景脉法一类条文中的单一脉位数形势分析

单一脉(除去重复) 共计 12 种 (其中脉阴阳俱紧、脉阴阳俱浮、  
脉阴阳俱停, 是强调寸、关、尺三部均现紧、浮、停, 仍做为单一脉

整理；脉细欲绝、脉微欲绝，是指脉极细、脉微，亦做为单一脉整理）：浮、沉、缓、紧、促、迟、细、大、微、滑、平、停。此 12 种单一脉象中，除了有“脉平”之述，对病脉认识亦极其质朴、科学、实用！一，从脉位言，浮、沉之别，简明实用、可操作、易传承带教。又有脉“停”，文中叔和夹注“但阳脉微者，先汗出而解；但阴脉微者，下之而解”。据此可推断“停”脉非脉搏停止搏动，而正如《脉经》所言“极重指按之，着骨乃得”<sup>[1]</sup>，甚至其脉伏而不见。是“伏脉”！《和家氏伤寒论》以夹注形势原样留于后世，正是解开诸多仲景学说迷团的关键所在。二，从脉数（率）言，迟、缓之殊，厘然可辨，亦无玄虚。易学易用易指导临床。又有脉“促”，《脉经》谓“来去数，时一止复来”，结合《和家氏伤寒论》一类文“大阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之”，“大阳病，下之，其脉促，不结胸……”，及葛根黄芩黄连汤条叔和旁注“脉促者表未解也”，从这些条文可见，仲景所言“脉促”，绝非叔和《脉经》中“促脉”之释。三，从脉形脉势看，大、微、细、滑、紧，其中各脉用于描述脉证病态，均是极简、极实、极贴近生活、极贴近临床，而断无虚玄之意，此平实科学的医风，确属医中之楷模。

### 1.3，仲景脉法一类条文中的复合脉位数形势分析

二合脉（除去重复）19 种，（其中脉阳浮而阴弱、阳脉濇阴脉弦、脉浮而…迟，而是强调脉三部浮、弱之不同，濇、弦之不同，仍做为二合脉整理；脉结代，以叔和之脉经所释，结、代脉不能复合，而《和家氏伤寒论》抄本中，亦结代并称，故仍录于二合脉中。）：沉细、

微弱、弦细、洪大、浮紧、浮缓、浮弱、沉紧、浮数、微细、沉微、细数、沉结、浮滑、结代、弦迟、浮迟、沉实、濇弦。此 19 种二合脉中，比对可知，除单一脉中的 12 种脉象元素，又增加了弱、弦、洪、结、代、实等 6 种。这些脉象元素，在一定条件下，可以共同描述脉象形态与过程。除表示脉率快慢、脉位深浅、脉来强弱的“脉”的形象，还可以生动的描述“脉”的过程。因为“脉象是一种形态的集合，也是一个运动过程的集合”<sup>[2]</sup>。

三合脉有“脉浮而动数”、“脉浮虚而涩”。四合脉有“脉弦浮大而短”、“脉续浮”。其中，结合文理、医理可知“脉续浮”是指脉象在“浮”的基础上，继续有“弦大而短”，小柴胡汤脉证并俱，故条文后用方小柴胡汤；若脉只有“浮”象，而无“弦大而短”象，且无它证，则用麻黄汤方。故而此处“脉续浮”，仍是指代前文中的“脉弦浮大而短”的脉证特征性病证。仲景脉法中的弦脉，和后世亦有不同含义。《和家氏伤寒论》中有“脉弦浮大而短”，说明“弦”脉之含义并非“举之无有”，若“举之无有”，何以见“弦浮”，故而仲景脉法中的弦脉，当不分浮中沉，只言“端直以长”的脉形，当释为“端直以长，如按琴弦”。而并非叔和所注“举之无有接之如弓弦状”。

夫脉之大、小、滑、涩、浮、沉，可以指别<sup>[3]</sup>。分析仲景脉法一类条文中的位、数、形、势，诚可见《和家氏伤寒论》仲景论脉简洁、明了、科学、实用。以浮沉、迟数、虚实分类比度观之，仲景脉法称得上“古代科学的瑰宝”的称谓。较之后世浮、濡、芤、革、洪、

散、沉、伏、牢、弱、迟、缓、涩、结、数、促、动、疾、虚、微、细、代、短、实、滑、紧、长、弦 28 脉<sup>[4]</sup>。仲景脉法极精极简极实用！稍加留意，假以临证实践揣度，即可成手。非“玄而又玄”之法，实谓传统中医人道之“不二法门”。

## 2，《和家氏伤寒论》二类条文中关于仲景脉法的补充

二类条文有关脉法的部分列述如次：一，伤寒例篇中，没有一类条文，这和后世多认为此篇非仲景原作一致<sup>[5]</sup>此篇中二类条文提及“录其证候诊脉声色”，亦有“从服药后脉象变化观测病证转愈”的相关记述。二，辨大阳病篇二类条文中，提及“寸口脉”，且对脉象“浮而大”进行解释为“浮为风大为虚”。提及“尺中迟”，且对脉象“尺中迟”进行解释为“荣卫不足，血少故也”。这种对脉的解释，正如宋本第 48 条<sup>[6]</sup>之夹注“何以知汗出不彻，以脉涩故知也”行文方式同。本篇二类条文中所涉及脉象尚有脉浮数、沉、沉迟、迟浮弱等。其中，有“形作伤寒其脉不弦坚而弱”，或坚为紧误笔。三，辨大阳病·结胸篇二类条文中，提及以“脉浮”推断“结胸”、“脉紧”推断“咽痛”。正如宋本第 134 条之夹注“脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚”<sup>[7]</sup>，以脉“浮”推断为“风”、“数”推断为“热”、“动”推断为“痛”。四，辨阳明病篇二类条文中，涉及“脉沉”、“脉浮而迟”、“脉实”、“脉浮虚”、“脉滑而数”。五，辨少阳病篇二类条文中，涉及“脉弦细”、“脉浮大”。六，辨大阴病篇二类条文中，涉及“脉浮”、“脉浮而缓”。七，辨少阴病篇二类条文中，有一处以服药后诊脉推测患者预后。八，辨厥阴病篇

二类条文中，涉及“脉微而厥”、“脉乍紧”、“脉沉而迟”、“脉不至”。九，辨厥阴病·霍乱篇二类条文中，脉象缺如。十，辨阴阳易差后劳复病篇二类条文中，仅有“脉已解”。

《和家氏伤寒论》二类条文中，伤寒例篇可见“搜集仲景旧论”，以此可见二类条文而非仲经“经文”，是为叔和后世所论。且二类条文夹注格式为“注……例（‘例’字后为‘例文’）”、“注……论（‘论’字后为‘后世所论’）”。然而，一类条文夹注格式中均为“注……经（‘经’字后为仲景‘经文’）”。此即说明二类条本身即是对一类条文的补充。二类条文有关脉法的部分，亦是对仲景脉法的补充。

### 3，《和家氏伤寒论》三类条文中关于仲景脉法的再补充

三类条文为后世补录，其条文无注（除“辨大阳病·痉湿喝”篇“值天阴雨未止”一处）。三类条文有关脉的部分列述如次：一，伤寒卒病论“序”之三类条文中，有关于脉诊的叙述“按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参，动数发息，不满五十”，此句正和阳明病篇三类条文麻子仁丸条“趺阳脉浮而濇”之“趺阳脉相呼应，这也是全篇中仅有的提到“趺阳脉”的两个部分。二，伤寒例篇三类条文中，依次提及“尺寸俱浮大”之大阳脉；“尺寸俱长”之阳明脉；“尺寸俱弦”之少阳脉；“尺寸俱沉细”之大阴脉；“尺寸俱沉”之少阴脉；“尺寸俱微缓”之厥阴脉。这也是伤寒论中首次提到寸口脉的“尺”、“寸”部位分属。《和家氏伤寒论》伤寒例篇三类条文，还录入过经脉之“寸尺陷”、“阴阳俱盛”、“阳脉浮滑”、“阴脉濡

弱”、“阳脉洪数”、“阴脉实大”、“阳脉濡弱”、“阴脉弦坚”，又有“脉盛……脉虚”，“脉四损……五损……六损”等及其它伤寒热病死候之脉。三，辨大阳病篇三类条文中，有关于“脉若静”、“脉数急”的论述。有提及“脉浮”，且对脉象“浮”进行解释为“浮为在外”。又有“脉微”，且对脉象“微”进行解释为“此里虚”。本篇三类条文所涉及脉象尚有浮、沉、沉迟、浮而紧等。四，辨大阳病·结胸篇三类条文中，以“寸脉浮关脉沉”和“寸脉浮关脉小细沉紧”来区别结胸和脏结。有关于结脉、代脉的详细描述。五，辨阳明病篇三类条文中，涉及“脉大”、“脉浮而缓”、“脉浮而紧”、“脉弱”、“脉浮数”。六，辨少阳病篇三类条文中，涉及“伤寒三日，少阳脉小”。与阳明病篇三类条文“伤寒三日，少阳脉小”相对举。七，辨大阴病篇三类条文中，涉及“脉阳微阴濡而长”、“脉弱”。八，辨少阴病篇三类条文中，涉及“脉阴阳俱紧”、“脉细沉数”、“脉微”、“脉弱濡”、“脉紧”、“脉暴微”、“脉阳微阴浮”、“脉不至”、“脉微细沉”、“脉微濡”。九，辨厥阴病篇三类条文中，涉及“脉微浮”、“脉数”、“脉迟”、“脉微”、“脉虚”、“脉促”、“脉弱”、“脉不还反微”、“寸脉反浮数尺中自濡”、“脉沉弦”、“脉大”、“脉迟弱数”、“脉沉而迟”、“脉绝”、“脉不还”、“脉反实”。十，辨厥阴病·霍乱篇三类条文中，脉象缺如。辨阴阳易差后劳复病篇二类条文中，脉象缺如。通过以上整理，可知《和家氏伤寒论》三类条文中见到的趺阳脉及寸口脉的“寸、关、尺”分属，在整部《和家氏伤寒论》一类条文中，是见不到的。笔者认为，

这些三类条文当是后世对仲景原作（一类条文）的补充和注释，其中有清晰的被改动、被异化的信息。笔者同时看到：仲景脉法更接近《内经》所论“寸口脉诊法”。有研究指出，源于《黄帝内经》的寸口脉诊法，在《内经》时期寸口不讲寸关尺<sup>[8]</sup>。这一说法，支持仲景脉法和《内经》“寸口脉诊法”的一致性。也说明《和家氏伤寒论》三类条文应是后世医家为了仲景本论的完整性，而进行了补充与修订，多是对仲景学说的发挥和演义。《内经》唯一列出专篇并详尽讨论的脉法是“三部九侯脉诊法”<sup>[9]</sup>。《难经》提出“独取寸口”，且将寸口分出“寸、关、尺”，每部以“轻、中、重”指力按脉，又分出“浮、中、沉”。这样三部九侯法在寸口脉诊法中又赋予了新的含义。颜之亨等曾统计5部医籍中的4600例医案，发现中医名家用寸口分候法诊脉的病案约略10%<sup>[10]</sup>。因而寸口诊脉法中的分候诊法，中医名家临床使用并不多，寸口诊脉法中的分候诊法至多算是寸口诊脉法中的一种，不具有普遍意义。《和家氏伤寒论》一类条文中，寸口诊脉法，没有寸、关、尺分属，个人认为，仲景脉法更贴近临床，更接近实际，更便于学习和传承。

#### 4. 《脉经》、宋本《伤寒论》对仲景脉法的影响

前文以述，本文以《和家氏伤寒论》一类条文中引用的脉象脉理为仲景脉法，而观《和家氏伤寒论》方药附于条文后，方证同条，其似在唐本以后。而诸如《千金要方》、《千金翼方》亦均为宋之再校本，故其并不能以之确定《和家氏伤寒论》和隋唐本《伤寒论》之先后，更不能确定二者孰优孰劣、孰真孰伪。笔者直觉《和家氏伤寒论》之

内容版式，似在唐本之后，最迟亦在宋本刊印之前，抑或是宋本版式草稿之一。仲景作为医者，医术精湛，医理阐述平实。在历史社会大背景下，后世之发挥、演义。其表现在仲景脉法方面如：

本文 1.2 小节之《和家氏伤寒论》一类条文所涉及之 12 种单一脉，除平脉，大脉，其它脉象均可在《脉经·卷一·脉形状指下秘诀第一》列述的 24 种单一脉范畴内有解。文中篇目有又《脉经·卷五·张仲景论脉第一》，其中对张仲景脉法赞赏有加！这也印证《脉经》是西晋·王叔和集汉以前(包括仲景脉法在内)脉学之大成之作。《脉经》对诊脉方法、脉学理论及脉诊临床意义作出了统一规范和明确阐释<sup>[11]</sup>，同时，对仲景脉法，亦多有发挥，如：仲景一类条文中无脉象脉法之“寸、关、尺”三字。其中倒是有“关节疼痛”中之“关”字一处。宋本《伤寒论》第 154 条“心下痞，按之濡，其脉关上浮……”之“关上”二字，在《和家氏伤寒论》中，实为“辨太阴病·结胸”篇一类条文之旁注；宋本《伤寒论》第 268 条“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗”中之“上关上”三字，在《和家氏伤寒论》中，实为“辨少阳病”篇二类条文之旁注。笔者认为，《和家氏伤寒论》二、三类条文为后世演义、发挥，而一类条文约略万字，才是仲景学说的重中之重，其言简、其意赅、逻辑严密、体系完备，“故于医书莫出‘此书’右焉”，这里所说的此书，便是指《和家氏伤寒论》一类条文，笔者称之为“仲景学说万字书”。仲景脉法较之前世《内经》、《难经》，承袭寸口脉诊法，且又略于寸口脉诊法中的分侯辨脉，其更贴近临床适用、易体会、易学习、易传承；较之

后世《脉经》、《濒湖脉学》，仲景脉法，在《和家氏伤寒论》各篇临证条文中，以脉法来提示病机、摹画病机，更能启示医生通过脉象来揣测病机。

## 5，如何看待当代中医脉学

科技飞速发展，历史潮流滚滚向前，但科技发展与文化、情感进程的同步，仍难以万全。中医四诊不仅是一种科学方式、方法，更是中医的一面旗帜、镜子。在当时的医疗条件下，四诊之望（眼）、闻（耳鼻）、问（口）、切（手），无非是充分利用人的“眼耳口鼻手”一切感觉器官，去尽可能的搜集“充分且必要”的资料，为医事活动服务。四诊如此，切诊切脉也不例外。时至今日，传统中医脉诊仍有其特定的医学价值和人文价值。现代诊断学血管检查触诊中，也有诸如洪脉、水冲脉、奇脉、交替脉、重搏脉等内容<sup>[12]</sup>，固不可废弃。中医人不仅要立足脉诊科学实用的现实意义，还要发挥其医者仁心的文化、人文价值！在举国大好政策、形势下，在发展中医的洪流中，中医人应摒弃神化中医带来即得利益的短视，立足理性、着眼长远、稳步推进、顺势而为。牢牢把握对脉诊实用性的重视和对神化脉学的批判，即不妄自历史虚无，也不盲信故弄玄虚。我们知道用现代手段检测脉象，是国家七五、八五计划的重点攻关课题，但至今，尚无一台脉象仪以临床医疗器之名，获得医疗器械管理部门的注册<sup>[13]</sup>。究其原因，笔者认为，虽然多有学者对脉象进行客观化、标准化研究，如《陶汉华教授脉诊学术思想研究》一文中可见，有学者“通过对脉学文献的深入理解和实验研究的资料总结，将构成各种脉象的主要因素

大致归纳为脉象的部位、至数、长度、宽度、力度、流利度、紧张度、均匀度<sup>[14-15]</sup>”等诸多方面。但脉诊思维的特征并非一一对应的线性关系，且经典脉学“一脉多义”的脉象表征意义宽泛、脉病对应关系不清晰<sup>[16]</sup>。所以中医脉学可客观量化的内容，可以以现代科技替代。然而，人的主观能动性仍不可偏废，且在一定客观条件下，仲景脉法仍有不可或缺的现实意义。

### 参考文献

- 1, 陈振相, 宋贵美. 中医十大精典全录 [M]. 北京: 学苑出版社, 1995: 520-563.
- 2, 李登岭, 赵红霞. “脉弦滑质疑”辨析 [J] 河南中医, 2012, 32 (3) : 296.
- 3, 佚名. 黄帝内经 [M]. 闫松, 主编. 北京: 线装书局, 2012: 40.
- 4, 邓铁涛, 郭振球. 中医诊断学 [M] 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 60-66.
- 5, 李登岭, 赵红霞. 也说阳明病白虎汤、白虎加人参汤证 [J] 国医论坛, 2012, 27 (3) :
- 6, 李家庚. 伤寒论讲义 [M]. 北京: 科学出版社, 2017.
- 7, 张仲景. 古本康平伤寒论 [M]. 黄一九, 编辑. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1988.
- 8, 陈欣然. 中医脉诊起源及《脉经》以前各脉诊法本文研究, 北京: 北京中医药大学, 2017.
- 9, 林铭振. 三部九候脉诊法探析及客观化研究, 广州: 广州中医药大学, 2011.
- 10, 颜之亨. 脉诊“六部脏腑分属定位法”的临床经验 [J] 北京中医学院学报, 1985, 8 (5):
- 11, 佚名. 神农本草经 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 1.
- 12, 王学永, 李玉德. 现代诊断学 [M]. 海口: 南海出版公司, 1991: 78-79.
- 13, 高也陶. 看中医还是看西医 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2007: 60.
- 14, 朱文锋. 中医诊断学[M].北京:中国中医药出版社, 2007:108.
- 15, 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 346.
- 16, 赵艳青, 滕晶. 经典脉学探颐 [J] 辽宁中医杂志, 2014: 41 (3) : 438.

