

# 《伤寒论》 疑难解读

李心机 著

· 人民卫生出版社



■ 李心机 著

《伤寒论》疑



■ 人民卫生出版社



0151806

0151806

## 图书在版编目 (CIP) 数据

《伤寒论》疑难解读/李心机著.-北京:人民卫生出版社,1998

ISBN 7-117-03159-X

I. 伤… II. 李… III. 伤寒论-研究 IV. R222.29

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 31854 号

## 《伤寒论》疑难解读

李心机 著

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

三河市宏达印刷厂印刷

新华书店经销

850×1168 32 开本 10.5 印张 265 千字  
1999 年 3 月第 1 版 1999 年 3 月第 1 版第 1 次印刷  
印数: 00 001 - 3 000

ISBN 7-117-03159-X/R·3160 定价: 16.00 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 序

《伤寒杂病论》是东汉末年张仲景根据《内经》、《难经》的理论，结合自己的临床经验撰写而成的。后来在流传过程中析为《论寒论》和《金匱要略》两部分。它是一部理论与实践相结合的中医典籍，其伟大成就举世瞩目，为中医学树立了辨证论治的典范，对中医学的发展起到了承前启后的作用。

《伤寒论》内涵丰富多彩，蕴藏着中医学理论瑰宝和方药精华，故历代医家多研究之。在诸多的论著中，各家从不同的角度，运用不同的方法，探讨、阐发其奥理，发扬了仲景学术思想，扩大了《伤寒论》方药的临床应用，积累了宝贵的资料。

李心机教授从事《伤寒论》的研究和教学 20 余年，宗成《伤寒论疑难解读》一书。是书运用考辨与阐释相结合的方法，对《伤寒论》的理论思路进行了研究。作者对《伤寒论》的文化、理论渊源进行了纵深求索，特别对气的理论，从哲学与医学方面作了比较；对人体的气和医学理论中的气分别进行了独特的阐发；对三阴三阳理论，挖掘出宝贵的学术资料，进行了深刻而全面的论证并得出了全新的结论。本书对《伤寒论》研究史上的“误读传统”作了深入的剖析，对《伤寒论》中的具体方证进行了理论上的还原分析。作者独辟蹊径，提出并运用“让《伤寒论》自己诠释自己”的原则和方法，以寻绎仲景的理论思路，对后世的若干“误读现象”进行了驳正，并作出了全新的、合理

的、自然的解释，这有助于促进《伤寒论》学术研究从低水平的重复走向深刻。本书针对《伤寒论》中的句读和义理，进行了疏证，纠正了《伤寒论》研究史上，多遵汉唐义疏之例“注不破经，疏不破注”的随文敷衍之弊，提出了许多难能可贵的见解。

总之，本书内容新颖，观点独到，论据确凿，资料翔实，其研究方法具有创新性和启发性，是对《伤寒论》的难点、疑点进行解读和破译的极有价值的一部书。是书之刊行，实增辉于轩岐，沾溉杏林，功非浅鲜！真可谓“春色满园关不住，一枝红杏出墙来”。是为序。

张 珍 玉

戊寅季春于山东中医药大学

## 自序

第一次接触《伤寒论》是60年代初，那时在读大学本科一年级。我的中医学启蒙老师是张珍玉教授，教授在开设的《内经讲义》和《内经知要》两门课中，广征博引，常常引述《伤寒论》的内容以阐发《内经》的思想。就这样，在潜移默化中我逐渐知道了《伤寒论》是继《内经》之后又一部影响中医学术至深至远的经典著作。次年，李克绍教授开设《伤寒论》课，教授独到的见解，严谨的论证，深邃的学术思想紧紧地吸引着我，因此，在工作以后的数年里，一直希望能有跟教授进一步学习《伤寒论》的机会。

1978年，科学的春天到来，国家恢复研究生招生制度。这一年，我又考回母校作研究生，师从李克绍教授，读硕士学位，使我的夙愿成为现实。这个机会对于已经作了10年临床工作的我来说，宝贵异常，于是开始潜心探索深藏于《伤寒论》中的仲景理论思路。在以后的20年中，读了许多，想了许多，略有所得，弄懂了两点：

一是《伤寒论》的产生有两个大的背景：首先是以先秦文化为经纬编织成的中国传统文化背景，其次是以《黄帝内经》、《神农本草经》等医学文献融汇成的医学背景。中医学根植于中国传统文化这块丰沃的土壤生长繁茂，而《伤寒论》的基本理论既继承了传统文化的基因，又放大了《黄帝内经》、《神农本草经》等

医学文献的理论质点。因此，只有把《伤寒论》置于上述两个大背景中去认识，才有可能勾勒出它的理论轮廓，才有可能探测到它的理论深度。这就是说，研究《伤寒论》应当对其进行文化、医学层面的纵深阐释和挖掘，而不仅仅是就《伤寒论》而论《伤寒论》。只有这样，才有可能使《伤寒论》源于临床，回归临床，指导临床，使《伤寒论》的学术研究不断地走向繁荣。

二是朴实无华、意蕴深刻的《伤寒论》经过一代一代人的注疏，虽然在一定程度上阐发了《伤寒论》的奥旨，但在一些方面，也长期存在着违背历史与逻辑的作法，即把后世人的想法强加于《伤寒论》，尤其是把金元以后的思想强加于张仲景，于是注疏之作虽若汗牛充栋，而鱼目混珠者亦大有之。关于这一点，柯韵伯早就指出：

“何前此注疏诸家，不将仲景书始终理会，先后合参，但随文敷衍，故彼此矛盾，黑白不辨，令砭砭与美璞并登，鱼目与夜光同珍，前此之疑辨未明，继此之迷涂更远，学者将何赖焉！”

“夫仲景之道，至平至易，仲景之门，人人可入，而使之茅塞如此，令学者如夜行歧路，莫之指归，不深可悯耶！”

（《伤寒来苏集·自序》）

在《伤寒论》研究史上，因因相袭的思维定势尤为突出，注家们恪守“注不破经，疏不破注”的传统，往往不求甚解地承袭前人的注释，从而形成比较顽固的“误读传统”，它阻碍了对《伤寒论》理论的正确理解。

要打破这个“误读传统”，我想应当运用考辨与阐释相结合的方法从以下两个方面入手：

一是对《伤寒论》的大文化背景和医学文献背景进行再认识，运用人类文化学的考察资料、文献记载，在比较与文化、学术背景的还原分析中，探寻《伤寒论》的文化渊源、理论原旨和它的深层意蕴。譬如，《伤寒论》以及整个中医学理论中的“气”的含义是什么？一部《黄帝内经》“气”字 3000 余见，怎样理解

才能浮显其医学底蕴？医学的气源于哲学的气，但医学的气不同于哲学的气。其不同之处，就在于医学认为，人体有气才有生命，没有气就没有生命。在哲学看来，人死亡以后，精神也就消失了，但由物质构成的形体依然存在。而在医学看来，一个没有生命的尸体虽然它仍是由物质构成的，但却是没有气的。因此，结论是，在中医学理论中，人体的气具有生命力，气就是生命。又如，长期以来，《伤寒论》乃至于中医学学术界有一种说法，认为阴阳与三阴三阳源于《周易》。但事实上，《易经》与阴阳无涉，虽然《易传》讲阴阳，但那已经是《易经》之后 800 多年的事情。研究证实，阴、阳二字最早可见于殷商的契文。而三阴三阳之“三”，则有深层的文化底蕴，通过人类文化学方法挖掘出的翔实资料表明，“三”在先人的心底，蕴含着对宇宙的直觉感悟和理性的认知。

二是要找出误读的“源”和“流”。在对《伤寒论》六病诸篇、《辨脉法》、《平脉法》、《伤寒例》，诸可、诸不可各篇，以及《金匱玉函经》、《金匱要略》等出自仲景（或叔和）之手的文献进行较全面考察的基础上，找出由于误读而导致的疑点或难点，进行爬梳整理，尽量从仲景书中找出无可辩驳的墙证，在这些墙证的支持下，作出符合仲景理论思路的解释。譬如千百年来，注家们在论解“结胸证”时，都把“结胸证”的主要表现只讲成是心下与腕腹部的症状，试问，既然称之为“结胸”，怎么可能没有胸部症状呢？这就是误读的结果。其实，在《伤寒论》中，仲景早已明言，结胸证有胸胁痛、硬、满的症状。“膈内拒痛”之“拒痛”二字，自方有执讲成是膈气与邪气格拒以来，后世注家多因袭之。近世，则多讲成是“疼痛拒按”。实际上，拒，当训为支，拒痛就是支痛、拄痛，可引申为撑痛、胀痛，这才是结胸证的最基本、最主要、最具有特征的症状。又如“虚烦”和“懊侬”，注家们均论解为“心中烦乱不宁”等，但在《伤寒论》中，仲景有云：“懊侬而烦”，把“懊侬”与“烦”并列对举，说明在

仲景的理论思路上，“懊侬”决无“烦”意。又如《伤寒论》第73条云，“伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。”在这里，汗出而渴用五苓散可以理解，而不渴者，用茯苓甘草汤则不可解，因为不渴不是症状，一个不渴的人而用茯苓甘草汤，当从何说起呢？面对众说纷纭的后世注释，对诸如此类的疑点、难点，要作出合理的解释，正确的方法，应当是对《伤寒论》的理、法、方、药，在理论上进行还原分析，努力“让张仲景自己为自己作注释”，“让《伤寒论》自己诠释自己”。只有遵循这个原则，破译难点，解读疑点，才有可能寻绎到《伤寒论》作者的理论思路。

20年来，自己也只是在这一方面结合教学作了一些尝试、探索和努力，有了一点点体会。现在把它整理出来，其中的成败得失，恭候方家教正，至为盼矚。

书稿付梓之际，蒙张珍玉教授赐序，深表谢忱。

李 心 机

于山东中医药大学

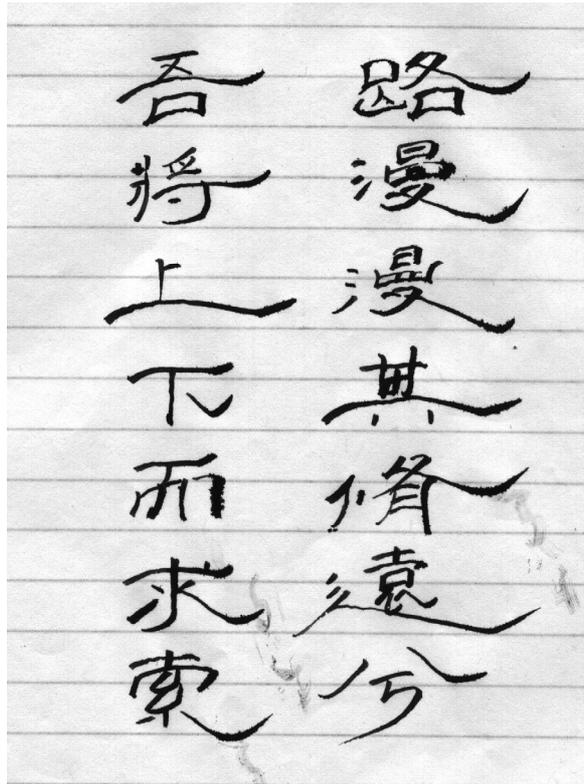
1998年1月18日

目的：为了我们的中医事业奉献自己的一份力量！

制作：伤寒论坛国医整理区

网址：<http://www.shanghan.net/index.php?>

会员 t88t88 制作



注明：版权归原作者及发布者所有

注明：本 t88t88 的制作纯属个人兴趣绝无商业行为！

# 目 录

上篇 理论探源与发微 .....	(1)
气与生命 .....	(3)
整体观念与脏象 .....	(13)
阴阳与三阴三阳 .....	(32)
发病与“传经” .....	(52)
六经提纲与非纲 .....	(69)
合病与并病 .....	(76)
发汗与汗法 .....	(86)
厥阴病篇与《伤寒论》传本 .....	(96)
中篇 方证思路与辨疑 .....	(109)
太阳伤寒与麻黄汤证 .....	(111)
太阳中风与桂枝汤证 .....	(125)
桂枝麻黄各半汤证 .....	(134)
桂枝二麻黄一汤证 .....	(139)
桂枝二越婢一汤证 .....	(145)
大青龙汤证 .....	(151)
小青龙汤证 .....	(161)

桂枝去桂加茯苓白术汤证·····	(172)
五苓散证·····	(182)
茯苓甘草汤证·····	(189)
大陷胸汤证与小陷胸汤证·····	(193)
十枣汤证·····	(200)
栀子豉汤证·····	(203)
白虎汤证与白虎加人参汤证·····	(217)
大承气汤与小承气汤·····	(220)
少阳病与柴胡汤证·····	(223)
桂枝去芍药汤与桂枝加芍药汤·····	(228)
少阴病吴茱萸汤证·····	(233)
四逆散证治·····	(239)
大建中汤与小建中汤·····	(247)
大半夏汤与小半夏汤·····	(251)
甘草与甘草汤·····	(255)
一方与二法·····	(259)
下篇 条文解读与义疏·····	(265)
伤寒与温病·····	(267)
寒在骨髓与热在骨髓·····	(272)
桂枝不中与之也·····	(274)
喘家作与喘家作桂枝汤·····	(276)
呕吐与咳吐·····	(278)
麻黄先煮去沫与“沫令人烦”·····	(286)
疑非仲景意·····	(291)
目瞑与瞑目·····	(294)
昼日烦躁不得眠·····	(295)
渴与消渴·····	(296)

---

不可余药与余勿服·····	(301)
妇人中风七八日续得寒热·····	(302)
脾约与脾弱·····	(304)
格阳与戴阳·····	(308)
热多欲饮水与寒多不用水·····	(310)
啰与干呕·····	(313)
条文中自注例·····	(318)
后记·····	(326)

上篇

理论探源与发微



## 气 与 生 命

气是中医学的重要概念,也是中医学理论大厦的最重要的支柱之一。一部《伤寒论》主要讲的是辨证论治。辨证就是研究发病机理及其证候特点。要阐述发病机理,不仅离不开阴阳,也离不开气。如《平脉法》有云:“趺阳脉浮而芤,浮者卫气虚,芤者营气伤,其身体瘦,肌肉甲错,浮芤相搏,宗气微衰,四属断绝。”关于气,论中40余见,如第15条<sup>①</sup>“太阳病,下之后,其气上冲”;第29条“若胃气不和谵语者,少与调胃承气汤”;第40条“伤寒表不解,心下有水气”;第46条“剧者必衄,衄乃解,所以然者,阳气重故也”;第48条“阳气怫郁不得越”;第50条“以营气不足,血少故也”;第54条“病人脏无他病,时发热自汗出而不愈者,此卫气不和也”;第67条“伤寒,若吐若下后,心下逆满,气上冲胸”;第111条“太阳病中风,以火劫发汗,邪风被火热,血气流溢”;第173条“伤寒,胸中有热,胃中有邪气”;第337条“凡厥者,阴阳气不相顺接,便为厥”等。特别是论中第97条:“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相搏”。本条讲的虽然是小柴胡汤证的发病机理,但是通过这3个“气”字所编织出的,却是整个中医发病学图谱的缩影。要理解伤寒发病及其病机,就必须对中医学理论的气有一个比较完整的认识。

中医学理论中关于气的学说,内容丰富,源远流长。但是在

<sup>①</sup> 本书所引《伤寒论》条文序号,悉依重庆人民出版社1955年第1版,重庆市中医学会新辑宋本《伤寒论》。

中国讲气，首先是哲学的气。作为中国传统文化重要内容的中医学，它的气学理论与中国古代哲学的气既是一脉相承，而又有自身的特点。

医学的气源于哲学的气。

哲学是研究世界本原的。世界本原是什么？西方古代哲学认为是有固定形体的物质或原子，而中国古代哲学则认为无固定形体的流动的气，气是中国古代哲学的基本范畴。

中国古代哲学的气概念形成得很早。原始的气，作为观念是从“云气、水气、烟气以及人的呼吸之气概括出来的”（张岱年先生语）。《说文》：“气，云气也，象形。”从云气以及与云气有共同形象的水气、烟气等自然现象抽象出气的概念，主要是依靠观察的方法，是建立在“观物取象”的基础上。这种“观物取象”的思维方法是确立气概念的最基本的方法，这种方法决定了气概念从一开始形成就是一个多相式的概念，它的内涵和外延难以确定，内涵所包含的成分难以穷尽，外延的轮廓难以廓清，因此造成了气的涵盖面极广。那么，这样的一个气在哲学上它的本质特点是什么？关于这一点，当代著名哲学家张岱年先生有一段极精辟的概括：“中国哲学中所谓气，可以说是最细微最流动的物质。以气解释宇宙，即以最细微最流动的物质为一切之根本。”<sup>①</sup>“气是中国古典哲学中的一个基本概念，指构成一切物类的原始材料。中国古典哲学中表示具体存在的概念有二，一是物，二是气。物指一个一个的东西。”“而构成万物的原始材料谓之气。”“气的观念与西方唯物论的主要观念‘原子’有很大的不同，原子是一个一个互相分别的，具有分离性，而‘气’具有连续性”，

<sup>①</sup> 张岱年，中国哲学大纲，中国社会科学出版社，1982.39

“气具有流动性，含有内在动力。”<sup>①</sup>

中医学的创生和发展与中国古代哲学有着密切联系。一方面，中国古代医学的观察和实践所形成的关于对气的理解，对中国古代哲学中作为观念的气的形成曾经有过某种启示，另一方面，哲学中关于气的学说对医学理论的建构有着深刻的影响。在中医学漫长的发展过程中，哲学的气对医学渗透入微，融汇贯通。这种打着哲学烙印，时时散发哲学气息，而又不同于哲学之气的医学中关于气的学说，成为中医学理论的最重要、最基本的内容之一。

先秦时代，哲学家对宇宙的理解是万物相通，天地一统的有机整体。人作为自然的一部分，在古代哲人的视野中，和天地同样都是气构成的，都是气存在和变化的形式，天地人的变化，也就是气的聚散升降运动的结果。早在西周时代，伯阳父就用天地之气的变化解释地震的产生，指出天地之气，应不失其序，若“阳伏而不能出，阴迫而不能蒸，于是有地震。”<sup>②</sup>《管子·内业》则认为：“凡人之生也，天出其精，地出其形，合此以为人。”在中国古代先哲那里，离开气，就难以认识世界，不论是唯物的还是唯心的。

生命活动这一最复杂的物质运动形式，在古人眼中，是何等的神秘！是何等的变化莫测！因此，中国古代哲学把灵与肉、生与死作为自己重要的思考对象是一件自然而然的事情。在许多古代哲学文献中，都有关于气与人体，气与生命的论述。例如《国语·周语下》有云：“口内味，而耳内声，声味生气，气在口为言，在目为明，言以信名，明以时动，名以成政，动以殖生。”《庄子·知北游》云：“人之生，气之聚也，聚则为生，散则为死。”《管子·枢言》则云：“有气则生，无气则死，生者以其气。”中国古代哲学关于气与人体、气与生命关系的论述成为古代气学理论

<sup>①</sup> 张岱年，中国古典哲学中的唯物论传统，甘肃社会科学，1993，（5）：1-4

<sup>②</sup> 《国语·周语上》

对医学渗透的先导，构架起气学理论从哲学向医学渗透的桥梁。气，一旦越过这个连接点，它已不再是纯哲学的范畴，尽管它可能仍带有哲学的印记，但，从本质上说，不再是哲学的气，而更突出了医学的特点。在医学理论中，气与血、精、神并列，如《灵枢·本脏》称：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。”把气与血、精、神并列，说明了中医学中气的最一般的意义。医学中的气源于哲学的气，但，医学中的气已经不同于哲学的气了。

## 二

医学的气不同于哲学的气。

哲学中关于气的学说对医学的渗透，对建立医学的气学理论起到了催化作用。哲学的气对医学的渗透是中国气学理论的嬗变，是从抽象程度极高的哲学范畴回归演化为医学理论的具体内容。当医学以气学理论观察生命、人体、健康与疾病时，其结果是发现人体中存在着实实在在的、望之可见、触之可及的气。因此，在医学领域中，从观察到思考，从具体到抽象，逐步建立起属于自己的气学理论。

有研究者统计，一部《黄帝内经》“气”字3000余见，气字在经典中频频出现，说明先贤对“气”理解之深刻，运用之灵活。但，若对每一个“气”字的运用进行分析和归纳，我则认为中医学的气学理论可以概括为两个大的方面。

其一是关于对人体气的认识，它的核心是气有生命力，气即是生命。在这里，气是以人体气的原型为基础，经过哲学思辨建构的思想模型，用以阐述人的生命活动中客观存在的气的性质、运动和功能，同时阐述人的生命过程中气的运动与功能的异常。

其二是关于对人体以外的，但与生命、健康、疾病有密切关系的气的认识。在这里，气主要是作为人的生命存在的大环境，是古

代辩证逻辑的理论工具,更富于哲学色彩。在中医学的重要经典《黄帝内经》中,气的这一方面含义,主要是阐述人与自然的统一,天人整体,从而揭示天人同源、同质、同构的底蕴,说明事物的性质和事物之间的关系。比如寒与气相连,称之为寒气,寒则被物质化了,被动力化了,寒作为一种气候性质,是难以袭人的,但寒气则是可以袭人的。上述气的两层含意既有联系,又有不同。

中医学理论肯定有生命的人体内存在着气,这就象肯定有生命的人体具有肌肉、血液、骨骼等一样。但肌肉、血液、骨骼视之可见,触之可及,而气是什么呢?从宏观上和微观上,从形态上和结构上,均难以作出肯定的回答。先贤们也许从未想到要回答这个问题。现代人希望弄明白它到底是什么,于是就有了一个充满哲学色彩的回答,或曰是“构成人体的基本物质”,或曰是“一种活动力很强的精微物质”等。而这种精微物质又是什么,人们并不深究。

我们是否可以这样理解:气是先贤们以人体气的原型为基础,经过哲学思辩建构的思想模型。所谓思想模型,是客观事物在人类头脑中的理想化、纯化的反映。它是通过思维对客体进行简化、猜测和联想的产物。古代希腊人为了探索世界本原,曾建立起自己想象中的“原子模型”,认为世界是“原子”构成的。中国古代哲学家为了探索世界本原,提出了自己的关于宇宙的“气模型”,认为世界是气构成的,“通天下之一气耳”。<sup>①</sup>古代的医学为了探索生命及其化育、健康与疾病,从而建立起关于生命的气模型,用气阐述生命的化育及其诸多现象。生命的气模型赋予气以生命。气具有生命力,气即是生命的认识超越了哲学对气的理解。

在中国古代,先哲们面对浩渺的宇宙,神奇的自然和生命实体,开始运用“观物取象”的思维方法认识世界,而所取得的“象”,作为抽象的结果已不再是原来的自然物,因为在“取象”

<sup>①</sup>《庄子·知北游》

的过程中，已经揉进了人的意识。气模型就是建立在对“气原型”的观察、思辩、猜测与联想的基础之上的。这里所说的“气原型”是什么呢？这是一些对于人的生命极其重要的、显而易见的、最容易体验到的现象。人们能够从呼吸、心跳、神志、消化、排泄、运动、生殖等现象中观察、体悟、感觉到气的存在。如：①人在呼吸时，能感受到气的存在，尤其是在天寒地冷时，可以见到冉冉缭绕的呵哈呼吸之气。人的呼气吸气是在自然而然地、不知不觉中进行着，人一旦被动停止呼吸，人就会感到憋闷窒息，呼吸一旦停止，生命也就终止了。②不论健康人或患病的人，在出汗时可见到蒸蒸热气之象。③在天寒地冻时，人排尿可见到伴随发散的热气。《灵枢·五癯津液别》有云，“天寒衣薄，则为溺与气”，又云，“天寒则腠理闭，气湿不行，水下留于膀胱则为溺与气”。④《灵枢·五味》云：“故谷不入，半日则气衰，一日则气少矣。”从食物入口到糟粕排出体外的过程中，可以推测、猜想到食物中的精微之物被人体摄取，因此人才能从事劳作。《灵枢·平人绝谷》云：“人之不食，七日而死”。《说文》：“氣，饋客刍米也，从米，气声。”日人藤堂明保《汉字字源辞典》认为“氣”字的原义是蒸米之时，锅中装不住，不断冒出的热气。<sup>①</sup>黑田源次在《气的研究》中，从对“氣”字的小学考察出发，以“氣”字的构成要素“米”和与“气”字通用的“既”字的构成要素“皂”都是以谷物为根据，提出了“气”是以饮食为基础的生气这样的论点。<sup>②</sup>⑤男子二八精气泄，女子二七天癸至，阴阳合，故能有子。⑥在战争中，肢体残伤和俘虏、奴隶被刑戮，体腔血气喷发。宰杀动物也会见到血气喷发现象，从而产生联想。⑦人一旦死亡，呼吸、心跳、神志、运动等现象全部消失，即意味着气的消失。死亡现象给先人的最重要的启示是有生

① 小野泽精一，等（日）. 气的思想. 上海人民出版社，1978.33

② 小野泽精一，等（日）. 气的思想. 上海人民出版社，1978.49

命的人体内存在着对生命来说至关重要的气。

上述这些可见和可联想之气，只是古人观察、体验到的一些不连贯的孤立的现象。我们把这些现象称之为中医学的“气原型”，它是中医学理论关于人体气的直接、原始的根据。而医学理论中，被纯化的、理想化的气，既涵括了这些呼吸、体表、体腔之气，生殖之精和饮食之精微，而又不与其完全相同。视之可见及可体察之气与理论中的纯化之气之间的关系，是具体与抽象、源与流、原型与模型之间的关系。

从认识论方面讲，中医学中人体的气是关于生命的思想模型。从气的实质方面讲，人体内的气就是生命。尽管在哲学看来，天地人一切物质都是气构成的，并不认为气就是生命，或有生命力。但是，在中医学看来，有气就有生命，没有气就没有生命。从局部讲，活的人体上的一块肌肉，因为它有气，所以它是“活”的，是有生命的；若没有气，那么，它就不能被称之为肌肉，而只能是一块“死肌”。同样道理，人体内的水液，有气则称之为津液，若无气则属于痰饮和水湿；有气的血，才能称之为血，而无气的血，只能称之为瘀，是“死阴”。人体内的气的运动，不再是一般意义的聚散，而是以升降出入为基本形式。出入废则神机化灭，升降息则气立孤危，气的运动已成为生命存在的形式。从整体讲，在哲学层次看来，人死亡之后，精神也就消亡了，但由物质构成的形体仍然存在。而在中医学看来，一个没有生命的尸体，虽然它仍是由物质构成的，但它却是没有气的。《灵枢·天年》有云：“百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。”因此，结论是，在中医学中，人体的气具有生命力，气就是生命。关于这一点，与哲学的高层次的更抽象的认识，显然是有所不同的。

在中医学理论中，除了研究人体的气以外，它还把气作为人生命存在的大环境和古代辩证逻辑的理论工具，在这一方面，它更富于哲学的思辩色彩。在这里，气不具有生命意义，而是与阴阳、五行一样都用于阐述人与自然的关系及天地人整体，阐述事

物的性质和事物之间的关系。《素问·天元纪大论》引用《太始天元册》阐述天体演化，“太虚寥廓，肇基化元，万物资始，五运终天，布气真灵，总统坤元……”；同书《五运行大论》：“地为人之下，太虚之中者也，……大气举之也”，《六节脏象论》：“夫六六之节，九九制会者，所以正天之度，气之数也”，《宝命全形论》：“天地合气，别为九野，分为四时，月有小大，日有短长”，《生气通天论》：“天地之间，六合之内，其气九州、九窍、五脏、十二节，皆通乎天气”等等。这些都是从气的角度认识宇宙、自然以及天人关系，从整体上对人生存的环境进行把握。

另外，在中医学理论中，诸如天气、地气、春气、夏气、秋气、冬气、金气、木气、水气、火气、土气、风气、热气、寒气、暑气、湿气等等，这其中的“气”，或表达物质性，或表达运动性，或表达功能性，或表达某种形象，但唯独没有生命的含义。例如春夏秋冬是四个季节，而与气相连，春气、夏气、秋气、冬气则不仅仅是四季的含义，而具有了形象性和一定的动力性。同样道理，木火土金水五行与气相连，成为木气、火气、土气、金气、水气，从而五行被“活化”了。又如谷气，不再仅仅是谷的含意，而是超越了“谷”，已经具有动力、功能性质。

在阐发疾病发生机理时，提出“正气存内，邪不可干”的理论，这里的正气不是人体的一种具体的气，这里的邪气也不是一种具体的病邪，而是泛指人体发病过程中，机体的抗病能力与致病因素（包括内在和外在的）之间的对比、对抗的辩证关系。

综上所述，中医学理论中的气有两个方面的含义，一是人体内的气，这里所说的人体内的气，不是指直观所见到的气，而是以人体直观可见之气为思维起点，进行猜测、联想、思辩所建构的关于人体气的理想化、纯化的气模型，具有生命意义；二是作为人生命存在的大环境，是古代辩证逻辑的理论工具，与阴阳五行一样，更突出哲学色彩，其意义在于表达天人合一的宇宙整体性、物质性和功能性。

### 三

中医学的人体气结构是以真气为内核。

人类生命的演化，起源于大自然。“人生于地，悬命于天，天地合气命之曰人”。个体生命的化育是气的聚合，“人始生，先成精，精成而脑髓生，骨为干，脉为营”，这个过程是“气合而有形”。在中医学中，人体的气是合之为一，分之有多。所谓合之为一，有两层含义：一是人体精、神、血、脉、津、液都是气。《灵枢·营卫生会》云：“血之与气异名同类焉。”《灵枢·本脏》云：“人之血气精神者，所以奉生而周于性命者也。”《灵枢·决气》云：“余闻人有精、气、津、液、血、脉，余意以为一气耳。”杨上善诠释此节时指出：“一气者，真气也。真气在人，分一以为六别。”<sup>①</sup> 这是说，人体的气，合之为一，为真气；分之有多，为精、气、津、液、血、脉六别。二是人体内不论是宗气、卫气、营气以及五脏之气、六腑之气、经络之气等等，合之都是一个气。这个气就是作为精、气、津、液、血、脉六别之一的气。

《灵枢·刺节真邪》云：“真气者，所受于天，与谷气并而充身者也。”这里的“天”是指自然属性，而非人工所为，是说真气的产生是大自然的造化，是人类生命漫长的自然演化的结果，并非通常理解的仅仅是指先天遗传、禀受父母和有限的自然环境。《庄子·秋水》有云：“牛马四足是谓天，落马首、穿牛鼻是谓人。”真气是人身生命之根本，是人体全部气的总根源，是人类生命演化的结果，它源于大自然的造化，依赖于水谷之精微的充养，具有生命意义。

真气是人体气结构的核心。这个核心的外层是精、气、津、液、血、脉。它们之间是相辅相成、相互化生的。这其中的气涵

<sup>①</sup> 杨上善，《黄帝内经太素·卷第二·六气》

括宗气、营气、卫气。宗气，宗，犹聚也，本也，归向汇聚之意。《书·禹贡》：“江汉朝宗于海”。《灵枢·邪客》说：“五谷入于胃也，其糟粕、津液、宗气分为三隧。故宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉而行呼吸焉。”《灵枢·刺节真邪》云：“宗气留于海，其下者，注于气街，其上者，走于息道。”《灵枢·海论》：“膻中者，为气之海。”李时珍在《奇经八脉考·释言》中释膻中为“胸中也”。这种积于胸中，汇聚于气海之宗气，它的最重要的功能就是“出于喉咙，以贯心脉而行呼吸”。《灵枢·五十营》云：“人一呼，脉再动，气行三寸；一吸，脉亦再动，气行三寸，呼吸定息，气行六寸。”《素问·平人氣象论》云：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”虚里“脉”宗气的脉，相联贯之意。综上所述，宗气总统人的呼吸、心跳、脉搏，是人体全身之气运行的动力，为生命之所系。而呼吸、心跳、脉搏则为宗气之外征，与生命同在。一方面全身的气依赖宗气的推动，另一方面，全身诸气汇聚于宗气，而朝宗于气海。

营气、卫气虽与宗气并出一源，但营卫的运行靠宗气的推动。营气和调于五脏，洒陈于六腑；卫气循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹，从而使水谷之精微，敷布于全身四末，以营养五脏六腑、四肢百骸、筋毛爪甲。

五脏之气、六腑之气、经络之气，均源于真气，所受于天，但它们需要营卫水谷精微的激发、滋养与补充，以不断化生脏腑经络之气。真气与生俱来，它的消耗是绝对的，它所得到的补充和化生是相对的。当真气消耗到一定程度，水谷精微的补充、化生难以补偿时，五脏六腑之功能必将由盛而虚而衰而竭，从而生命个体有生长壮老已之不可逆过程。

中医学人体气结构的最高层次是真气。在这一层次，气即是生命。第二层次是宗气、营气、卫气。这一层次，物质性与功能性并存是其特征。第三层次是脏气、腑气、经络之气、骨气、筋气等。在这一层次，主要体现的是功能性。但这仅仅从主要方

面、主要倾向而言，并不是绝对的。

中医学理论中的气，不论是人体内的气，或是作为理论工具的气，它的命名或以源命之，如谷气、水气、真气、宗气、天气、地气等；或以性命之，如清气、浊气、精气、悍气、正气、邪气、阴气、阳气等；或以用命之，如营气、卫气等；或以处命之，如脏气、腑气以及它们所包含的心气、肾气、肝气、脾气、肺气、胞气、胆气等等，还有经气、络气、骨气、脉气等。有一点需要指出，中医学经典中对气的命名有一定的随意性和不规范性，如同样是大气，由于出处不同，或指宗气，或指邪气；又如正气，或指人体的抗病能力，或指自然界的正风。正是由于这种随意性和不规范性，导致中医学理论及其经典中气字出现得多、运用得多、含义多、歧义多的纷杂现象。如《伤寒论》第97条：“血弱气尽腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，正邪分争”。本条3个“气”字，具有3种不同的含义：第一个“气”字是与血相对应的“精、气、津、液、血、脉”六别之中的气；后面的“正气”与“邪气”则是相对的，泛指人体发病过程中，机体抗病能力与致病因素之间的对抗关系。

## 整体观念与脏象

### —

《伤寒论》序中尝云：“夫天布五行，以运万类，人禀五常，以有五脏，经络府俞，阴阳会通，玄冥幽微，变化难极”。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》云：“人禀五常，因风气而生长，风气虽能生万物，亦能害万物”。《伤寒例》云：“但天地动静，阴阳

鼓击者，各正一气耳。是以彼春之暖，为夏之暑，彼秋之忿，为冬之怒。是故冬至之后，一阳爻升，一阴爻降也。夏至之后，一阳气下，一阴气上也。斯则冬夏二至，阴阳合也；春秋二分，阴阳离也。阴阳交易，人变病焉。”仲景所云“阴阳会通，玄冥幽微，变化难极”，这正是吸引他“勤求古训，博采众方”，对疾病的发生、发展、变化规律进行探幽索微的文化背景。仲景一方面“每览越人入虢之诊，望齐侯之色，未尝不慨然叹其才秀”，同时又指出，对“医药方术”的精究，“自非才高识妙，岂能探其理致哉！”实际上，仲景正是遵循序中所言，“孔子云，生而知之者上，学则亚之，多闻博识，知之次也。余宿尚方术，请事斯语”，通过自身的实践“思求经旨，以演其所知”，从而探求伤寒发病、传变、合病、并病、转属的理致。

医学是社会的产物，是民族文化的重要内容。中医学作为中国传统文化的重要内容之一，它在理论基础、学术特点、思维方式等方面，都与传统文化有着天然的一致性，它从一个侧面反映出整个中国传统文化的基本特征。《伤寒论》总结了汉代以前和汉代300年间的医学成就，是医学之集大成者，在一定意义上讲，是整个中医学的一个缩影。因此要理解《伤寒论》，就必须首先理解中医学赖以生存和发展的中国传统文化。

文化作为人类社会生活的成果，它的基本精神，主要来源于哲学的思考。中国传统文化是中国古代思想家所提炼出的理论化和非理论化的，并能影响整个社会，具有稳定结构的共同精神心理状态、思维方式和价值取向等精神成果的总和。早期的医学知识，虽然在不断地积累，但却失之于零散和肤浅，医学自身无法对此作出整体性的、深刻的说明。因此，同时代的哲学思想和观念渗透到医学领域成为历史的必然。先秦时代的哲学家对宇宙的理解是万物一体、天人合一的有机整体。先贤们运用哲学工具，使医学知识整体化、系统化、理论化。因此，中国古代哲学的气、阴阳、五行等哲学理论最终与医学融汇贯通，渗透入微。与

此同时，古代的辩证逻辑成为当时医学的理论工具。如果我们把太极图看作是中国传统文化的象征，那么它所蕴含的互补、转化、稳定和自我完善的精神，对中医学的影响则是非常深远的。如在仲景书中，有大青龙汤与小青龙汤，大陷胸汤与小陷胸汤，大柴胡汤与小柴胡汤，大承气汤与小承气汤，大建中汤与小建中汤，大半夏汤与小半夏汤等，仲景以大小命剂，既表明两个方剂在组成、应用方面的偶粘、互补关系，又通过大小强调二者之不同。又如，尽管三阴三阳六病各自具有自身的从表至里，从轻到重，从发病到转归的基本规律，但是由于疾病和体质方面的更复杂的因素，导致六病之间可以出现并病以至于转属，体现出疾病的转化。再如，《伤寒论》第49条“脉浮数者，法当汗出而愈。若下之，身重、心悸者，不可发汗，当自汗出乃解。所以然者，尺中脉微，此里虚。须表里实，津液自和，便自汗出愈”，第58条“凡病，若发汗，若吐，若下，若亡血，亡津液，阴阳自和者，必自愈”，第59条“大下之后，复发汗，小便不利者，亡津液也。勿治之，得小便利，必自愈”，均强调了疾病的自愈，分析了自愈的机制，体现出自我调节的思想，这与传统文化中的稳定和自我完善精神是一致的。中医学作为中国传统文化整体中的一部分，它不可能摆脱或超越文化整体的制约，而只能作为传统文化的特殊反映形式存在。在中医学产生和发展过程中，中国古代哲学、古代辩证逻辑作为方法成为中医学基础理论的密不可分的一部分。在《伤寒论》中，从辨三阴三阳病脉证并治，到“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，再到“有柴胡证，但见一证便是”以至“厥热胜复”等等，所透露出的无不是中国古代哲学和古代辩证逻辑的痕迹。

完整地理解以人为中心的宇宙有机体的整体性、有序性、和谐性是古代哲学千年探索的目标。在中国古代哲学家的思考中，人是自然的一部分，人与自然是一个整体，从而形成天人合一理

论。老子说：“人法地，地法天，天法道，道法自然。”<sup>①</sup> 在这里，“道法自然”反映出老子对宇宙和生命的理解，其真谛是追求天人一体。中国传统的有机自然观，坚信宇宙万物一体，人与自然一体，即物我同一，形神相融，表里无间。这其中既深寓老庄的通达超脱，又散发儒家的冲和精神。古代哲学在中国传统文化中所处的支配地位，决定了整个中国传统文化的有机整体观特色。中国古代的天文学、地学、医学、兵法、诗歌、戏曲、绘画、书法等，都有鲜明的有机整体观色彩，医学仅仅是其中之一。

以有机整体观为理论基础的中医学，无时不在强调“人与天地相应”，“人以天地之气生，四时之法成”。完整地理解以宇宙有机体为背景的人体、人体与环境的整体性、有序性和和谐性是中医学千年探索的目标。中医学在有机整体观这块基石上，研究人与自然、人与社会、精神与肉体的不可分离的整体性关系。离开这一基石，其理论将失去指导意义，其临床将失去依托而陷于迷茫和失误。在立足于有机整体观的中医学看来，每一个人都在宇宙中占有自己的时空位置，每一个人的生、长、壮、老、病、死，除了受自身的先天后天的各种因素的影响以外，无不受时空因素的制约，因此，每一个人都具有自己的性别、年龄、性格、心理、情感、气质等总而为一的，不同于他人的特点，作为一种决定性因素，无不影响疾病的发生、发展、变化以及预后。因此，在中医学中，没有任何两个病证是完全相同的，没有任何一个病证不是因人而异、因时而变的。这就是中医学辨证论治的立论根据。《伤寒论》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。”在这里，白虎汤证俨然是一个内外俱热之证，而第350条“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”中，“里有热”是仲景的诊断，面对“脉滑而厥”的

<sup>①</sup> 《道德经·第二十五章》

伤寒，能够诊断为“里有热”且投以白虎汤，这决不是对第 219 条三阳合病应用白虎汤的重复。而第 100 条“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤”，第 102 条“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之”，反映出小建中汤在不同的情况下，可运用于两种不同的病证。从中可见，中医临床，对每一个病人的辨证和治疗，都不是简单的重复过程，而是对一个个崭新对象的初次辨识和探索。因此说，正确的辨证论治，是一个创造性思维过程。

对于《伤寒论》第 9 条“太阳病欲解时，从巳至未上”，第 193 条“阳明病，欲解时，从申至戌上”，第 272 条“少阳病欲解时，从寅至辰上”，第 275 条“太阴病欲解时，从亥至丑上”，第 291 条，“少阴病欲解时，从子至寅上”，第 328 条“厥阴病欲解时，从丑至卯上”这 6 条，吾师李克绍先生从天人相应整体观进行阐释，发前人之未发。从巳至未上，属午前午后，午属南方，午时则日丽中天，阳光普照，是一日中阳气最盛之时，太阳病解于此时，是人体阳气随天阳而盛于外，亦犹太阳病得麻黄、桂枝可以助阳解表之意。从申至戌上，属酉前酉后，酉属西方，是日入之时，日入则阳气已虚，阳明病本属阳热过亢，其解于阳虚之时，亦犹得石膏、硝、黄可以泻热之意。从寅至辰上是卯前卯后，卯属东方，是日出阳升之时，少阳病解于此，是被郁之少火，随天阳之升而容易舒发，这和柴胡之发越郁阳有相同之处。从亥至丑上，属子前子后，《伤寒论》曰：“夜半阳气还”，子时是阳气又从内生的新开始，阳从内生，有如干姜之温脏。从子至寅上，属丑前丑后，与子时阳气初生对比，丑是阳之渐伸，故少阴病解于此时，有如走而不守的附子以振奋少阴之衰阳。从丑至卯上，属寅前寅后，寅在卯前，是太阳即将出地面的前奏，属阴尽阳生之象。<sup>①</sup>仲景把病人置于天地之间，时空之中，以其独有的方式加以

<sup>①</sup> 李克绍. 六经病欲解时的机理及其临床价值. 中华全国中医学会仲景学说讨论会论文集, 1982. 148

观察和思考，“六经病欲解时”集中地体现出仲景的天人相应的有机整体思想。

## 二

中医学的整体观念突出的是“联系”二字，一是强调人体自身的内在联系，二是强调人体与外界环境的联系。这种联系的建立，所依靠的主要不是逻辑，而是直觉思维。所谓直觉思维是以以往的知识经验为基础，从整体上跳跃地、直接而迅速地把握事物本质的思维方法。显而易见，这是一种建立在整体观基础上的思维方法。直觉思维在中国传统文化中，突出地表现为“悟”性。有人认为，中国古典直觉思维的一大特点就是所谓意会性和不可言传性，并把它归纳为“超逻辑性”和“超语言性”。<sup>①</sup>中国传统文化中的诗歌、绘画、戏曲、书法等，都存在一种只可意会，难以言传的神韵，要掌握它，就必须在静观默察之中，以整个身心去感受体悟。以太极拳为例，用学习广播体操或“迪斯科”的方法和身心状态去学习和理解它，是永远达不到动如行云流水，形神融汇一体的境界的。又如在传统戏曲的舞台上，神是人，鬼是人，人也是人，一二人千变万化；车亦步，马亦步，步亦为步，三五步四海九州；挥鞭作马，舞浆为船，七八个龙套代表千军万马；一个圆场便是走过千山万水，一记锣鼓则是数年而过；小则一针一线，大到江湖河海，上下几千年，纵横数万里。台上是以象表意，台下则是从象中求意，因此，要理解它，靠的是意会而不是逻辑。同样的道理，在中医学中，对人体，对人的生命活动，乃至对人的生命活动所依托的宇宙整体的把握，也存在着一种只可意会，难以言传的境界。在这里靠的是整个身心的体验和揣摩，靠的是心灵的悟解。以脏象为例，脏象虽不离脏

<sup>①</sup> 马文峰，单少杰，中国古典直觉思维概论，中国社会科学，1990，(2):91

腑，但它不同于脏腑，它突出“象”（见后文）。如果用学习解剖学的方法、思路和身心状态去学习或理解脏象，那么，永远也不能通过对“象”的深切体味、揣摩而领悟其所蕴含的深层联系和意义。中医学的最重要的经典《黄帝内经》，在阐述对中医学基本理论至关重要的阴阳学说时，是这样表述的：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”，“阴阳者，血气之男女也；左右者，阴阳之道路也；水火者，阴阳之征兆也；阴阳者，万物之能始也”，“天为阳，地为阴，日为阳，月为阴”；在阐述人体五脏活动时，是这样表述的：“心者，君主之官也，神明出焉；肺者，相傅之官，治节出焉；肝者，将军之官，谋虑出焉；胆者，中正之官，决断出焉；膻中者，臣使之官，喜乐出焉；脾胃者，仓廩之官，五味出焉；大肠者，传道之官，变化出焉；小肠者，受盛之官，化物出焉；肾者，作强之官，伎巧出焉；三焦者，决渎之官，水道出焉；膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。《内经》的作者们在这里，不是用清晰明确的语言来界定阴阳的概念，表述脏腑的功能究竟是什么，而是借用某些具体的物象暗示、象征、类比某些特征上相似或相联系的观念，把要表述的复杂内容，运用“象”的组合，从中产生超越“象”本身所直接具有的“意”。《伤寒论》中，一阳分为三阳，把伤寒发病过程中的发热恶寒者，分别以太阳、阳明、少阳命之；一阴分为三阴，把伤寒发病过程中的无热恶寒者，分别以太阴、少阴、厥阴命之，具有较深层次的文化意蕴（见下文《阴阳与三阴三阳》）。又，论中的“伤寒”、“中风”也决不仅仅是“伤了寒邪谓之伤寒”，“中了风邪谓之中风”（见中篇《大青龙汤证》）。在这里，仲景和《黄帝内经》的作者们所运用和驾驭的认识方法与思维方法，是把对抽象意义的表达，从具体的直观对象入手，并借助于直观对象本身的某些特点使人领悟其所要表达的抽象内涵。如果把前述的这种表达方式看作是直觉思维类比推理的合理主义倾向，那么，在中医学理论中还有另外

一种表达方式，这就是直觉思维无类比附的非理性主义倾向。比如《灵枢·邪客》曰：“愿闻人之肢节，以应天地奈何？伯高答曰：天圆地方，人头圆足方以应之。天有日月，人有两目。地有九州，人有九窍。天有风雨，人有喜怒。天有雷电，人有音声。天有四时，人有四肢。天有五音，人有五脏。天有六律，人有六腑。……岁有三百六十五日，人有三百六十节。地有高山，人有肩膝。……此人与天地相应者也”。又如《伤寒论》第7条“发于阳七日愈，发于阴六日愈。以阳数七，阴数六故也”。这种得一端而多连之，见一孔而博贯之的方法，表现出明显的主观随意性。这种“以象求意”的方法，在某些方面，尽管表现出一定的局限性，但它确实是作为中国传统文化内容的中医学所固有的思维方式。

上述表述方式，显然不能满足那些对这种表述方式缺乏了解和理解的人，要弄明白中医学中诸如阴阳、气、脏象、三焦“到底是什么”的愿望。中医学中一些独特的术语如三焦、命门、血海、募原等都具有难以言传的特点，人们热衷于讨论它们的“实质”，学术界对三焦的讨论持续数百年，希望能够确切地、明了地找出三焦的具体部位和形态结构，其结果是众所周知的令人失望。有人把募原讲成是“胸膜与膈肌之间的部位”，显而易见，这种不伦不类的解释，只能使人更加糊涂。

今人学习《伤寒论》的主要目的就是继承与创新。《伤寒论》的理论、思路与方法都是建立在有机整体观的基础上。学习《伤寒论》，就是研究它的理论、思路与方法，也就是研究张仲景是怎样思考和怎样实践的。仲景所追寻的是疾病的动态过程，他的用药依据是《神农本草经》。离开这一些，虽名曰研究《伤寒论》，实际上却是南辕北辙。在《伤寒论》教材中，讲麻黄含有生物碱和挥发油，讲桂枝扩张血管，讲杏仁含苦杏仁甙，在体内分解后产生微量氰氢酸云云，且不论中药的某些有机成分必须在有机溶媒中才能析出。但就其思路而言，与仲景所想所做也是格

格不入的。这些内容可不可以介绍或研究呢？当然可以，但不是《伤寒论》中，而是在《中药学》或《方剂学》中。

我们是否有必要从方法论和思维方式上反思一下：对中医学来说，包括《伤寒论》研究和教学在内，这种教学、科研、临床中探求“实质”的分析思路，是否悖逆了中医学基本理论的“实质”呢？对于作为传统文化的中医学，这种只能意会，难以言传的知识，只有靠反复的体味和琢磨，才有可能从模糊转向清晰，从误解转向理解，从肤浅走向深刻。这种只能意会，难以言传的知识，一旦用确切的语言表达出来，也许不可避免地要失去其原来的面目或部分地失去原来的面目，从而显得干瘪、苍白、毫无神韵。

《伤寒论》第73条：“伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。”仲景在这里通过渴与不渴的辨证，从而确定其证用五苓散还是用茯苓甘草汤。又如，在自利的情况下，仲景用渴与不渴辨病属太阴还是少阴等等。仲景往往以有限的几个症状或体征为基础，以类比和思维跳跃的方式，直接从整体上去把握疾病的本质。医学史研究显示，仲景以后，有成就的医家，不仅具有精湛的理论学识，丰富的临床阅历，而且还具有较高的哲学修养，其身心素质的理性和非理性方面都有充分的发展。

传统文化、传统文化的哲学支柱——有机整体观，以及在传统文化中占有重要地位的直觉思维，构成了中医学的不可脱离的文化背景。离开这个背景，就难以理解和掌握中医学，离开这个背景，一部活泼泼的《伤寒论》也只会剩下一些枯燥、干瘪、毫无生气的条文，也就更谈不上熏陶悟性和指导临床了。

### 三

中国传统文化造就了特色鲜明的中医学。

中国传统文化中诸如天文学、地学、诗歌、戏曲、书法等所展现的“象”，在哲学中是一个古老的范畴，在中医学理论中则是一个重要的基本概念。在《黄帝内经》中有“阴阳应象”、“六节脏象”、“平人氣象”，另外，诸如阴阳、五行、气、六淫、人体生命现象等无不是借用某些具体的物象暗示、象征、类比，以对其性质、内在和外在联系、以及变化规律进行阐释。脏象虽以脏腑为基础，但它突出的是象。《金匱要略》开篇第一章即是《脏腑经络先后病脉证》，文曰：“肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。酸入肝，焦苦入心，甘入脾。脾能伤肾，肾气微弱，则水不行；水不行，则心火气盛；心火气盛，则伤肺，肺被伤，则金气不行；金气不行，则肝气盛。故实脾，则肝自愈”。在这里把五脏功能的异常和治疗与五行、五味相联系。本篇又云：“寸口脉动者，因其旺时而动，假令肝旺色青，四时各随其色。肝色青而反色白，非其时色脉，皆当病”。本条阐述四时气候的变化可以影响脏腑功能，且都可反映在脉和色上。这些都突出了仲景的以脏腑为核心的整体联系的发病学思想。

《伤寒论》以三阳和三阴将外感病的发病和变化进行了分类，它突出的是过程，研究的是动态。虽然它以“伤寒一日，太阳受之”、“伤寒二三日，阳明少阳证不见者，为不传也”、“伤寒三日，阳明脉大”等形式表述伤寒发病的过程，但伤寒发病都离不开脏腑变化，都是以脏腑为核心的机体的整体性反应，且这种反应又是以天人相应关系为大背景的。“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者，名为伤寒”和“太阳病，头痛、发热、身疼、腰痛、骨节疼痛、恶风、无汗而喘者，麻黄汤主之”条文中，发热恶寒、体痛、头痛、身疼、喘、脉浮紧，虽不言肺，而肺主皮毛则自在其中。又“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之”，文中虽不言肾，而肾主水亦自在其中。又如第40条：

“伤寒表不解，心下有水气”，此处之“心下”当作何理解？是心的下面？胃的下面？还是胃的里面？等等。又如第 117 条，“……必发奔豚，气从少腹上冲心者”，此上冲之气，是通过什么样的通道而由少腹上冲至心？今人或问，从体腔之内？还是从体腔之外？是从肠道内？还是从肠道外？理解这样的问题，离开脏象无以正确地解答。又，今人讲第 199 条“阳明病，无汗，小便不利，心中懊恼者，身必发黄”时，对“身必发黄”常常讲成是“因湿热郁遏于中焦，影响肝胆疏泄，使胆汁外溢，故出现目黄、身黄、小便黄等黄疸症状”。在这里，用肝胆不能疏泄、胆汁外溢解释发黄的病机，不符合脏象理论。“胆汁外溢”是什么含义？“胆汁外溢”可以发黄，“胆汁”不外溢，是否也可以发黄？仲景书中的发黄者，是否都是胆汁外溢？要理解这些问题，若离开脏象，则使人误入迷途。

脏象作为中医学特有的概念，首见于《素问·六节脏象论》。脏象意蕴深而涵括广，脏与象相联，是以脏系象，以象明脏，它突出的是象。因此，脏象尽管是从脏腑理论发展而来，与脏腑密不可分，但脏象不同于脏腑。医学史研究显示，医学对脏象的认识，首先是从认识具体的脏开始的，我们可以把这个认识过程归纳为：脏—脏腑—脏象。

脏是以解剖术为基础，对人体内部器官的总概括，突出形态结构。史料证实，中医学对人体内部的认识始于原始的解剖术。在我国，医学的起源与农业、畜牧业的发展密不可分。可以认为，对动物施行解剖术，对动物内部结构的认识，这对于了解人体内部的结构和形态，有必然的启示，且必激发联想与推测。不论出于什么目的，先民最终还是自觉不自觉地对人体施行了解剖术。甲骨文有“𠄎”字。𠄎，《说文解字》作𠄎。典籍中每借施为𠄎。《庄子·胠篋》：“昔者龙逢斩，比干剖，胫弘施，子胥靡。”释文：“施本又作𠄎。崔云，读若拖，或作施字。施，裂也，《淮南子》曰：胫弘𠄎裂而死。司马云：施，剔也。一云刳肠曰施。”

按脍乃𠄎的后起字，以其割裂腹肠故从肉。𠄎训为剖腹支解，是说即剖其腹肠，而又支解其肢体。今验之于甲骨文，不仅割解牲畜，而且割解俘虏，以为祭牲。甲骨文另有“伐”字，凡祭祀言伐者，均指用人牲而砍其头言之。伐与𠄎有别，𠄎字既训为割解，就与其它杀牲的方法判然有别了<sup>①</sup>。先民在残虐地“𠄎”的过程中，被动地从视觉和感觉方面了解了人体形态结构。在甲骨文中，心字作“”，正象现代解剖学视野下的动物和人的心脏的直观轮廓形。甲骨文心字也省作“”，有时倒作“”、“”。商器祖乙爵作“”，父己爵作“”。<sup>②</sup>从甲骨文和金文中“心”字的象形和变化，可以窥视实物的心在先民的肉眼直观下，所取得的视觉效果。《说文解字》：心作，并谓“心，人心”，“在身之中，象形”。《灵枢·经水》记载：“若夫八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之，其脏之坚脆，腑之大小，骨之多少，脉之长短，血之清浊，气之多少……皆有大数”。在《灵枢·肠胃》中，有关于肠胃之形态、度量及其容量的记述。如描述“胃纡曲屈，伸之，长二尺六寸，大一尺五寸，径五寸，大容三斗五升；小肠后附脊，左环回周迭积”；“回肠当脐，左环回周叶积而下，回运环反十六曲”；“肠胃所入至所出，长六丈四寸四分，回曲环反，三十二曲也。”《灵枢·平人绝谷》中亦有类似的论述。在《难经·三十三难》中，根据直观结果指出：“肝得水而沉，肺得水而浮”。《灵枢·五味论》有对膀胱的直观描述：“膀胱之胞薄以懦”。《难经·三十九难》、《难经·四十二难》指出肾有两脏，胆在肝之短叶间，肺有两耳，并详细描述了肠胃之长短，肝心脾肺肾之重量。《难经·三十八难》在论及三焦时指出，三焦“有名而无形”，这句话

① 于省吾，甲骨文字释林，北京：中华书局，1979.161~167

② 于省吾，甲骨文字释林，北京：中华书局，1979.361~362

极有启发性，相对照之下，它明白无误地告诉我们，先人根据自己的实践，确切而肯定地认识到，人体心肝脾肺肾和肠胃膀胱胆等俱属视而可见、触而可得的既有名又有形之实体。

当早期医学在解剖实践的基础上对人体内部结构和形态有了一定的了解时，在认识上，首先对它进行概括，称之为“脏”。脏，在《马王堆汉墓帛书·阴阳脉死候》作“臧”，文曰：“三阴胃（腐）臧（臧）炼（烂）肠而主杀”。至《黄帝内经》时，“藏”字广泛出现，这一时期前后的许多文献中，如《管子》、《吕氏春秋》等对“藏”均有一定的认识。《管子·内业》有云：“精存自生，其外安荣，内藏以为泉原”。在这一时期人们的认识中，“藏”涵括了人体内全部的有形结构。《周礼·天官冢宰》云：“以五气、五声、五色视其死生，两之以九窍之变，参之以九脏之动。”郑玄注曰：正脏五，又有胃、膀胱、大肠、小肠。《素问》的“六节脏象论”和“三部九候论”均提出“九分为九野，九野为九脏，故形脏四，神脏五，合为九脏”。在诸多文献中，特别提出“九脏”。可见当先人们以解剖术为基础，以“藏”来涵括人体内部结构状况时，观察和思考的焦点首先是形态和结构。

在初步认识人体内部形态和结构的基础上，先人通过自身生存、生活的体验和对某些司空见惯的生命现象的观察，如对呼吸、心跳、饮食、排泄、生殖、生长、神志等观察、体验和联想、推测，逐步一一对应认识九脏的主要功能。当对功能有了初步的认识之后，回过头来又重新审视九脏的形态和结构的特点。知识的积累和认识的深化，促使先人们从形态、结构、功能方面对人体内部构造进一步概括，从而把早期概括形成的“脏”，逐渐分化为内涵和外延均与其不同的“脏”和“腑”。

#### 四

脏腑以生命现象为基础，强调体内结构的整体联系，突出功

能。对脏和腑的分化，早期并没有统一的认识。《韩诗外传》有一段关于六腑的记述：“何为六府？咽喉，入量之府；胃者，五谷之府；大肠，转输之府；小肠，受盛之府；胆，积精之府；膀胱，液之府也。”<sup>①</sup> 在此六腑中，有咽而无三焦。有学者指出，三焦在先秦文献中尚未被发现。在《素问·五脏别论》中曾有关于脏与腑分化的讨论与争鸣：“黄帝问曰：余闻方士，或以脑髓为脏，或以肠胃为脏，或以为府，敢问更相反，皆自谓是，不知其道，愿闻其说。”可见，在那个时期，脏和腑的概念及其分化尚未廓清。功能与结构是统一的，但对这种统一关系的认识，却需要一定的过程。《素问·调经论》提出心藏神，肺藏气，肝藏血，脾藏肉，肾藏志。而《灵枢·本神》则认为肝藏血，脾藏营，心藏脉，肺藏气，肾藏精。从中可见，其同中有异，异中有同。《灵枢·本神》指出：“五脏主藏精者，不可伤。”先人把脏看成是生命活动的物质基础——精、神、气、血的贮藏之所，是生命之根本。所以《灵枢·本脏》说：“五脏者，所以藏精神血气魂魄者也。”《灵枢·肠胃》把六腑称为“传谷者”。《灵枢·本脏》说：“六腑者，所以化水谷而行津液者也。”《灵枢·卫气》亦云：“六腑者，所以受水谷而行化物者也。”《素问·六节脏象论》对此进行了概括，把脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱等称之为“营之居也，名曰器”，主要功能是“化糟粕，转味而入出”。在这里把脾归属为“营之居”，称之为“器”。结合前述《韩诗外传》中把咽喉归属为六腑而无三焦，我们从中可以探寻古人对脏腑功能以及脏腑分化的认识轨迹。可以认为，五脏六腑各自涵括的内容，经过一个时期的讨论和思考积淀，从不统一逐步趋向统一，从不确定逐步走向确定。

当先人们的思考焦点从以内脏形态结构为主逐渐转向以功能为主时，脏与腑的外延逐渐廓清，概念逐渐明晰。《素问·五脏别

<sup>①</sup> 韩婴·《韩诗外传·补逸》

论》以“所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满”，作为脏与腑的主要区别。对脏与腑的功能认识，主要是建立在对人体内部结构之间的整体联系上。只有充分地认识和理解这种整体关系，才有可能认识和阐明脏与腑的各种复杂关系，如肺合大肠，心合小肠，肝合胆等等。《素问·经脉别论》通过饮食入胃，精微物质上输于脾，散精于肝，浊气归心，精气归肺，通调水道，下输膀胱等论述，突出脏腑之间只有通过整体联系，才能完成各自的功能。《素问·灵兰秘典论》完成了对脏腑主要功能的归纳：“心者，君主之官也，神明出焉；肺者，相傅之官，治节出焉……凡十二官不得相失。”在这里强调十二官相互联系、协调、制约，不得相失。从这些论述中，我们可以把脏腑理论的核心归纳为二点：一是强调联系，二是突出功能。虽然每一个脏腑的具体功能与其自身的形态结构不可分，但是正常运转的脏腑整体功能，从根本上说则是建立在脏腑之间的广泛而密切的联系上，没有这种联系，便没有脏腑的从简单到复杂的全部功能。从以强调形态结构为主要内涵的脏，到以突出功能为主要内涵的脏腑，这是先人对人体认识的深化，也是医学理论的深化。

《管子·心术》有云：“心之在体，君之位也。九窍之有职，官之分也……”《素问·灵兰秘典论》曰，“心者，君主之官也”。《灵枢·师传》云，“五脏六腑，心为之主”。中国古代社会，自进入奴隶制社会以后，君主即时时处于中心地位，如《素问·五运行大论》曰：“黄帝坐明堂，始正天纲，临观八极，考建五常”；《素问·征四失论》曰：“黄帝在明堂，雷公侍坐”；又《素问·气穴论》云，“帝乃辟左右而起”。从《黄帝内经》的论述中可见，黄帝在岐伯、雷公、鬼臾区等使臣之间，始终处于绝对的中心地位。由此可以推论，把心与君主联系起来，当源于两个方面的联想：一是  或  在人体中的位置居中。（事实上，现代解剖学已证明心脏约 2/3 在身体正中线的左侧，1/3 在正中线的右侧。）

二是  的实体，在直观上左右对称，含有一种内在的“中”的底蕴。这种直观的联系及由此引发的联想，是脏象理论中“心为君主之官”的基本的条件和依据。

《素问·痿论》有云：“肺者，脏之长也，为心之盖也”。《灵枢·师传》有云：“五脏六腑者，肺为之盖，巨肩陷咽，候见其外。”盖，《说文解字》曰：苫也，从草。原义谓用草苫房顶，引申为覆盖，蕴涵自高处下临之象。把肺称之为“心之盖”，“五脏六腑之盖”，“脏之长”，说明在先民的解剖视野中，肺居高处，在心之上，在诸脏之上，其形象如同苫房顶一样，自上而下覆盖心和诸脏。在肉眼视觉下，直观到肺在体腔内的位置及与肩、咽的关系。

文字是一种表意的符号。肺，《说文解字》：“人肉也，市声”。“市，鞞也。上古衣蔽前而已，市以象之”。又，“鞞，所以蔽前以草，下广二尺，上广一尺，其颈五寸。”市，“从巾，象连带之形”。“巾，佩巾也，从冂，丨，象系也”。

由此，可以悟解“肺”字的象形意义的3个方面：一是古人用“”形象地描画出“肺”自上而下，下垂以蔽心和其它脏器。二是从喉以下，由气管为系（），以“丨”相贯作  形。三是不论是自上而下之“蔽”，还是自上而下之“系”，都有一种上与下的关系，故在“”之上部加“一”，为“”。“一”，天也，意蕴高处。《灵枢·九针论》曰：“一者，天也。天者，阳也。五脏之应天者肺。肺者，五脏六腑之盖也”。经过理论思辩，在脏象理论中逐渐形成了肺为心之盖，为脏之长的观念，由于肺居高处，自然界中水向低处流，故有肺为水之上源之立论。肺居高处，虽高而非君，故命之曰相傅之官。相傅亦即傅相，功在傅佐。傅相居君之下，臣之上，其职，狭而论之，节制百官，广而论之，节制天下。肺与傅相比类，狭而论之，肺朝百脉，广而论之，肺主皮毛。

脏象的初始基础虽然是由原始的解剖知识作支撑，但，它后来的稳固和强化，则是先贤们以天人相应思想为骨架，以天才的

思辩智慧浇铸而成的。尽管在中国古代，曾有过解剖的实践，而且今人中不乏有对此津津乐道者，但是，中国古代的解剖术终究未能发展成为近代意义的解剖学。尽管先人们对人体的认识起始于古代解剖术，中医学的创生与古代解剖实践密切相关，但，中医学最终未能沿着解剖术所启示的思路发展。这其中的原因当然是多方面的，在先秦文化和哲学渗透的影响下，中医学只能沿着整体思维的轨迹运动、发展。在古人的视野中，作为生物的人，属于自然的一部分，所以古人在对自然界宇宙天地进行整体认识、整体把握时，对人体结构、人的生命活动，也只能进行整体认识和整体把握。中医学的理论大厦最终是建立在整体意义的脏象基础之上，而不是解剖意义的脏器之上。

## 五

脏象以天人相应为基础，强调人与自然的联系，突出人与天地相参。《素问·六节脏象论》以脏象命题，把脏和象相联系，这是中国古代哲学的“象”对中国医学的渗透。象的范畴在先秦就出现了，先哲有云：象者，象其事，比者，比其辞。《老子》曰：“惚兮恍兮，其中有象”。而在《周易》中，象具有更普遍的意义。《易·系辞上》有云：“圣人有以见天下之赜，而拟诸其形容，象其物宜，是故谓之象”。又云：“书不尽言，言不尽意”，“圣人立象以尽意”。先人用“拟诸其形容”，“象其物宜”的方法，从纷杂的自然界中观物取象，从而探索事物之间的广泛联系。有人把《诗》之比兴与《易》之象对举进行比较研究，认为《易》象通于《诗》之比兴。<sup>①</sup>作为一种认识方法，运用类比、联想和想象，通过对彼物的想象构思，来认识未知的此物，其意在于用简

<sup>①</sup> 李炳海.《诗经》的比、兴与《周易》卦、爻辞的象征. 东北师范大学学报(哲学版), 1989, (4):74

单的物象涵括自然界的广泛联系和演变规律。这种非逻辑的方法对中医学的理论形成和发展有着重要影响。中医学理论的孕育与形成主要是在先秦这个古代文化的轴心时代，作为同时代的哲学范畴的“象”，在医学中得到广泛的渗透。《易·系辞上》有云：“在天成象，在地成形，变化见矣。”《素问·五运行大论》则云：“夫变化之用，天垂象，地成形”，“形精之动，犹根本之与枝叶也，仰观其象，虽远可知也。”《素问·经脉别论》曰：“帝曰，太阳藏何象？岐伯曰，象三阳而浮也……”《素问·气交变大论》曰：“有喜有怒，有忧有丧，有泽有燥，此象之常也。”又，《素问·六微旨大论》亦曰：“本标不同，气应异象。”另外，在《黄帝内经》中，有以象命论题者，如“阴阳应象”，“六节脏象”，“平人氣象”等。从思维的层面说，取象已成为《黄帝内经》建构中医学理论的基本方法。

《黄帝内经》所依托的大文化背景是诸子蜂起，百家致力于辨古今之变化、穷天人相通的恢宏画面。《庄子》有云：“天地与我并生，万物与我为一。”《易·系辞下》：“天下同归而殊途，一致而百虑。”《管子》、《吕氏春秋》等，在其天人合一的思想中，认为人是自然的一部分，对人体结构、功能活动、生命现象特别关注。诸子百家的“道”、“一”、“太极”、“气”、“阴阳”、“五行”等纵横交错，编织成中医学赖以形成和发展的以古代有机自然观为主要内容的文化和哲学背景。《易·系辞下》：“天地絪縕，万物化醇，男女构精，万物化生。”这种宇宙观的核心就是人不在宇宙之外，宇宙也不在人之外，而是人身与天地息息相通，相应相符、顺应共同的变化规律。而《黄帝内经》中的“天人相应”观，实际上是先秦文化中天人合一的智慧之光在医学领域中的折射。在这天人相通的思想指导下，寻找人体及五脏六腑与天地自然的联系，成为基本的思路和探求的方向。而“象”作为沟通这种联系的纽带，成为这种基本思想和基本方法的具体体现。《吕氏春秋》有一段文字：“凡人三百六十节，九窍、五脏、

六腑，肌肤欲其比也。”<sup>①</sup>取象曰比。这里的一个“比”字，概括出古人探求人体自身，人体与自然界有机联系的基本思路和方法。《灵枢·邪客》篇运用类比的方法联想人体与自然天地、日月、星辰、山川、风雨、雷电、四时、寒热等整体联系，指出“此人与天地相应者也”。《素问·生气通天论》尝云：“夫自古通天者，生之本，本于阴阳，天地之间，六合之内，其气九州、九窍、五脏、十二节，皆通乎天气。”《灵枢·阴阳二十五人》篇强调，“天地之间，六合之内，不离于五，人亦应之”。《素问·阴阳应象大论》按五行归属把五脏与五气、五方、五味、五官、五志、五音等联系起来，以人身配天象地，强调天地之气与人相通，“天气通于肺，地气通于嗝，风气通于肝，雷气通于心，谷气通于脾，雨气通于肾，六经为川，肠胃为海，九州为水注之气”。《素问·六节脏象论》对人体五脏六腑与自然界天地的联系进行了概括，初步形成脏象理论的基本框架：“心者，生之本，神之变也，其华在面，其充在血脉，为阳中之太阳，通于夏气。肺者，气之本，魄之处也，其华在毛，其充在皮，为阳中之太阴，通于秋气。肾者，主蛰，封藏之本，精之处也，其华在发，其充在骨，为阴中之少阴，通于冬气。肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋，以生血气，其味酸，其色苍，此为阴中之少阳，通于春气。脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱，仓廩之本，营之居也，名曰器，能化糟粕，转味而入出者也，其华在唇四白，其充在肌，其味甘，其色黄，此至阴之类，通于土气。”这一段话在理论上进一步落实了“人与天地相参，与日月相应”的思想。此正如《灵枢·本藏》所说：“五脏者，所以参天地，副阴阳而连四时，化五节者也。”在这里，古人把人体以外的自然现象看成是一个象征，把人与自然纳入一个普遍联系的网络，而这个网络是在天人同源同构观念支配下，以象为纽带结成的。

<sup>①</sup>《吕氏春秋·卷二十·召类》

在脏象理论的建构过程中，运用观物取象的方法，近取诸身，远取诸物，取人体以及自然界天地万物表现出之物象，以虚实线并用，勾勒出诸如“东方生风，风生木，木生酸，酸生肝，肝生筋，筋生心，肝主目”等这样的人体结构、功能与自然界息息相通、相应的画面。这个画面，宛如人体脏腑映射于天地大幕之投影，亦实亦虚。只有以仰天俯地的视野才有可能领略它，而当脏象理论一旦形成，对脏象的理解和把握，则需要运用以象求意的方法从虚实线并用的巨大画面中寻求、领悟其中的蕴意。这里所谓的“虚实线并用”意欲表达这种取象方法只能是相对的，而不可能是绝对的，是实中有虚，虚中有实。所以，《易·系辞下》云：“象也者，像也。”这个“象”，只能是相对的像，而不可能是绝对的像。如果真以实象去求之，则必穿凿而过不可得，或貌似得象而实不像。因此，对脏象的把握，只能是一种悟解，而不是直解。正如东方生风，风生木，木生酸，酸生肝等这种关系，表层的联系和深层的蕴意是有所区别的。

## 阴阳与三阴三阳

在中医学理论中，言必阴阳。一部《黄帝内经》，离开阴阳，无以言医理。同样，一部《伤寒论》，离开阴阳，无以言辨证。《素问·阴阳应象大论》曰：“善诊者，察色按脉，先别阴阳”。《伤寒论》第7条则云：“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”《伤寒论》的基本理论框架是由三阴三阳构建的。所谓三阴三阳是指太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。要理解三阴三阳的意蕴，则必须首先理解阴阳。

中医学讲阴阳，但讲阴阳的绝不仅仅是中医学。源远流长的中国传统文化的巨大画卷，它的最基本的线条和框架是由气和阴阳勾勒出来的，而中医学仅仅是这个巨大画卷的局部画面。因此，要想理解中医学的理论和实践，理解中医学的学术特色，理解《伤寒论》的意蕴，则必须首先了解和理解中医学所依托的、赖以生存和发展的中国传统文化。

在中国讲传统文化，离不开阴阳。考古学研究业已证明，在殷商甲骨文中“阳”字和“阴”字。在甲骨文中“阳”字作“𠄎”、“𠄎”、“𠄎”等不同写法。如“十 𠄎 𠄎 𠄎 𠄎 𠄎 𠄎 𠄎”<sup>①</sup>郭沫若先生释之曰：“甲戌卜，穷贞，在易牧，蓍𠄎”<sup>②</sup>又“邛方 𠄎 𠄎 𠄎 示易”珠<sub>1182</sub><sup>③</sup>，“鬼 才 𠄎（鬼方易）”甲<sub>3343</sub><sup>④</sup>，“兹易伯牛”<sub>3393</sub><sup>⑤</sup>，辛巳卜 𠄎 贞惟易伯姦比”<sub>3381</sub><sup>⑥</sup>“阴”字作“𠄎、𠄎、𠄎”等不同的写法。如“戊戌卜其阴印翌启不见云”<sub>20988</sub><sup>⑦</sup>、“甲辰卜乙其 𠄎 佑 𠄎 在风印小风延阴”<sub>20769</sub><sup>⑧</sup>大量的殷商甲骨文资料证明，阴字和阳字在那个时代已经被广泛应用了。如阴字或指气

① 郭沫若，郭沫若全集·卜辞通纂，北京：科学出版社，1982.110

② 郭沫若，郭沫若全集·卜辞通纂，北京：科学出版社，1982.412

③ 陈梦家，殷墟卜辞综述，考古学专刊甲种·第二号，中国社会科学院考古研究所编辑，北京：科学出版社，1956.273

④ 陈梦家，殷墟卜辞综述，考古学专刊甲种·第二号，中国社会科学院考古研究所编辑，北京：科学出版社，1956.274

⑤ 姚孝遂主编，殷墟甲骨刻辞摹释总集，北京：中华书局影印，1988.95

⑥ 姚孝遂主编，殷墟甲骨刻辞摹释总集，北京：中华书局影印，1988.95

⑦ 姚孝遂主编，殷墟甲骨刻辞摹释总集，北京：中华书局影印，1988.459

⑧ 姚孝遂主编，殷墟甲骨刻辞摹释总集，北京：中华书局影印，1988.455

候，“启明阴迺步”。阳字或指地名，或言“易伯焱”，是说易方的酋长名焱，此外还有指部族名者。研究认为，阴阳二字联在一起使用，当始于西周前期。1969年在陕西省兰田县滨湖镇出土一件铜盂，经唐兰先生考定认为，这是公元前940年左右铸于西周恭王时期的“永盂”，内铸123个字，其中有阴阳两个字联用，指称一个地方为“阴阳洛”。唐兰先生释文为：“唯十有二年初吉丁卯，益公入即命于天子。公乃出厥命，锡畀师永厥田阴阳洛疆。𠄎师俗父田。厥𠄎公出厥命，邢伯、荣伯、尹氏、师俗父、遣仲。公乃命郑司徒南父、周人司工眉、攷史、师氏、邑人奎父、毕人师同，付永厥田。厥率口厥疆宋句。永拜稽首，对扬天子休命。永用作朕文考乙公尊盂。永其万年孙、子、永其率宝用。”<sup>①</sup>据考证，“阴阳洛”这个地方在今陕西省东南部洛水上游。研究认为，把阴字和阳字联在一起使用，这在西周前期的文物上还是第一次见到。

一部《诗经》，据近人梁启超考定，言阴者八，言阳者十四，言阴阳者一；而一部《尚书》，阴、阳各三见；《易经》中只见一个阴字。在《诗经》中也只出现一处“阴阳”二字联用，即见于《大雅·公刘》：“既景乃冈，相其阴阳。”其意是叙述在山冈的北面和南面察看日影，可以看到背阴和向阳两种不同的状态。可以认为，最初的阴阳，一是与太阳有关系，因为与人类生活关系密切的太阳是先民们最早关注的对象，太阳的出没和“移动”有规律地进行，启动了初民的最原始的“时间”意识，同时也是阴阳产生的最原始的根源；二是与观察密不可分，是观察的直接结果，不是观念的东西，所以《说文解字》云：“阴，暗也，水之南，山之北也。”水之南、山之北都是背阴的地方。又云“阳，高明也。”所谓高明是言地处高势，阳光照耀而明亮。与阴正相

<sup>①</sup>唐兰，《永盂铭文解释》，《文物》，1972，(1):58

对应。《说文解字》的雨部，把今人的阴字写作“霨”、“霨”，曰“霨，云覆日也。”在《说文解字》的勿部，把今人的阳字写作“易”，曰“易，开也。”段玉裁注曰：“此阴阳正字也，陰陽行而霨易废矣。”阳的初文、、、，从日、从丁。李孝定谓，丁疑古柯字，日在丁上，象日初昇之形（《甲骨文字集释》卷九）。阳，金文作，见西周早期的貉子。金文更增多而为，见权鼎，多殆象初日之光线。可见早期的阴阳二字不是观念的东西，不含哲理，它的具体原始的意义是以太阳为根据，用观察的方法，描绘直露的现象。

阴阳，从原始、简单的阴阳二字，嬗变为我国自然观发展史和文化发展史上独特的具有广泛包容性和普遍意义的哲学概念，经历了漫长的历史时期。有研究认为，大约至西周时期，阴阳二字的含义才逐渐开始从直观、原始意义向哲理演化，根据需要被赋予某些哲理，用以解释自然和社会现象。公元前 827 年，周宣王即位，“不籍千亩”，周卿士虢文公进谏：“夫民之大事在农，……古者，太史顺时颺土，阳瘳愤盈，土气震发，农祥晨正，日月底于天庙，土乃脉发。先时九日，太史告稷曰：自今至于初吉、阳气俱蒸，土膏其动。弗震弗渝，脉其满膏，谷乃不殖。……先时五日，瞽告有协风至，……稷则徧诫百姓，纪农协功，曰：阴阳分布，震雷出滞，土不备垦，辟在司寇。”<sup>①</sup> 研究认为：“阳气”作为概念在现存的先秦古籍中，这是第一次出现。在这里“阴阳分布”虽还只是表述春分时节日与夜长短均分，但与震雷出滞相联系，则始有一定程度的规律性宣示。公元前 780 年，“幽王二年，西周三川皆震，伯阳父曰：周将亡矣，夫天地之气，不失其序，若过其序，民乱之也，阳伏而不能出，阴迫而不能蒸，于是有地震。今三川实震，是阳失其所而镇阴也。阳失

<sup>①</sup>《国语·周语上》

而在阴，川源必塞，源塞，国必亡。”<sup>①</sup> 伯阳父用“阳伏而不能出，阴迫而不能蒸”来解释天地阴阳之气因失其序而发生地震。在伯阳父那里，阴阳之间蕴有了对立和依存的含义。从这些阴阳的运用，可见与其原始意义有了某种程度的不同，阴阳已含有了某些哲理。至春秋时期，对阴阳的认识和理解又进一步深化，阴阳概念的内涵开始丰富起来了，应用也更加灵活和泛化了。《管子》用阴阳论天时：“阴阳者，天地之大理也；四时者，阴阳之大经也”（《四时》）。“春秋冬夏，阴阳之推移也；时之短长，阴阳之利用也；日夜之移，阴阳之化也。然则阴阳正矣。虽不正，有余不可损，不足不可益也”（《乘马》）。《老子》用阴阳以论道，提出著名的命题：“道生一，一生二，二生三，三生万物，万物负阴而抱阳。” 孙子用阴阳以论兵法，认为：“天者，阴阳寒暑时制也”（《孙子·计篇》）。范蠡用阴阳以论用兵：“阳至而阴，阴至而阳，日困而还，月盈而匡，古之善用兵者，因天地之常与之俱行，后则用阴，先则用阳，近则用柔，远则用刚，后无阴蔽，先无阳察”（《国语·越语下》）。医和用阴阳以论医理，《左传》中记载医和给晋侯看病时的一段医理分析：“天有六气，降生五味，发为五色，征为五声，淫生六疾。六气曰阴、阳、风、雨、晦、明也。分为四时，序为五节，过则为灾：阴淫寒疾，阳淫热疾，风淫未疾，雨淫腹疾，晦淫惑疾，明淫心疾。” 在这一时期，诸子逐渐把一切具有对立性的事物和现象如天地、日月、晴阴、暑寒、昼夜、明晦、上下、外内、炎凉、胜负、男女、牝牡等进行抽象，按属性纳入阴阳的框架。这是一个漫长的演进过程，由于一个事物可有不同的属性，所以，按不同的属性纳入阴阳的框架，可得出不同的结果。1972年在山东省临沂银雀山，发掘汉墓两座，所出土的竹简中，有“天阴地阳”的记载，如 0761“天无为也，主静，行阴事。地生物，有

<sup>①</sup> 《国语·周语上》

动,行阳事”(阴·一)。<sup>①</sup> 同时还有“日阴月阳”之说,如1964“……日,阴也,月,阳也,星,阴也,星阳口暝”(阴·一)。<sup>②</sup> “天阴地阳”与“日阴月阳”的发现,提示我们,阴阳的发生和发展,曾经历了一个矛盾、驳杂、抵牾的阶段,之后才逐步趋于规范有序,而成为抽象的一般概念。有学者认为,首先把阴阳作为一对哲学范畴来使用的是春秋初期的管仲。<sup>③</sup> 也有研究者提出,阴阳在老子那里被第一次上升为哲学范畴。<sup>④</sup>

在中医学学术界,多有人讲阴阳源于《周易》或《易经》,此说有误。《周易》包括《易经》和《易传》。《易经》六十四卦是由“—”和“--”两个符号排列组合成的。三次全排列,便形成八卦,六次全排列,则构成六十四卦。“—”和“--”两个符号在《易经》中并未明言其含义,所以引起两千年来学者的探究和猜测。而由“—”和“--”两个符号组成的卦,则是以象为法,隐喻其要表达的思想。把“—”理解为阳,把“--”理解为阴,这是《易经》之后大约800多年的《易传》所为。《易传》是诠释《易经》的专著。《易传》援阴阳入《易》,把阴阳溶于八卦符号之中,使阴阳成为解释宇宙的理论基础,明确和强化了阴阳刚柔、阴阳互根、阴阳转化的关系和意义,提出了“一阴一阳之谓道”的命题,以阴阳解释宇宙天地的变化规律。可以认为:《易经》“八卦成列,象在其中”,象虽含有某些阴阳互根、转化思想,但终究未明言阴阳。近人梁启超在本世纪30年代曾指出:“《易》卦辞爻辞皆未尝言阴阳”<sup>⑤</sup>,《易》之经的部分根本与阴阳无涉。梁氏所言极是。纵观《易经》的卦辞、爻辞,仅见一个阴字:“鸣鹤在阴,其子和之”(《中孚》)。如果说《易

① 吴九龙. 银雀山汉简释文. 北京: 文物出版社, 1985. 55

② 吴九龙. 银雀山汉简释文. 北京: 文物出版社, 1985. 114

③ 周立升, 等. 春秋哲学. 济南: 山东大学出版社, 1989. 30

④ 余敦康. 从易经到易传. 中国哲学第七辑, 北京: 三联书店, 1982. 1

⑤ 梁启超. 阴阳五行说之来历. 古史辨·第五期, 348

经》的卦辞、爻辞有某些阴阳观念的话,那么也只是通过出现在卦、爻辞中的具体事物暗示给人的。《易传》包括系辞部分,虽引入阴阳,但这是《易经》之后大约800多年的事情。因此,《易传》虽讲阴阳,并提出“一阴一阳之谓道”的命题,但,阴阳终究不是源于《易传》,这是显而易见的。我们提出阴阳不是始于《易传》,并不是说《易传》对阴阳和阴阳学说没有贡献,恰恰相反,《易传》对阴阳的阐释是系统而深刻的,它把阴阳确定为宇宙的根本规律的思想是深刻的。它对后世的影响,无论怎样评价也许都不会是过分的。《庄子》“易以道阴阳”,概括出《周易》(包括《易经》和《易传》)以隐喻或显现的方式对阴阳学说发展的贡献。有研究者认为,把阴阳提升为最高哲学范畴用来建立一个完整的哲学思想体系的是《易传》。“老子提出了‘万物负阴而抱阳’的命题,把阴阳看作是天地万物都内涵着的两种对立的势力,阴阳才第一次上升为哲学范畴。但是,在老子的哲学思想体系里,最高的哲学范畴是道而不是阴阳。第一次把阴阳提升成为哲学范畴,用来建立一个完整的哲学思想体系的是《易传》”<sup>①</sup>。

阴阳作为哲学范畴,并且建立了一个完整的哲学思想体系,从而发展成为阴阳学说。阴阳学说的发展和丰富使其成为中国传统文化的骨架。对此英国人李约瑟有一段概括得较为深刻的话:“从中国古籍来看,阴阳学说内在成就,乃是它在显出中国人是要在宇宙万物之中,寻出基本的统一与和谐,而非混乱与斗争。”<sup>②</sup> 宇宙的统一与和谐是中国文化千年探索的目标。2200年前屈原诘问道:“遂古之初,谁传道之,上下未形,向由考之?昭明暮暗,谁能极之,冯翼惟象,何由识之?阴阳三合,何本何化?”屈子探求的正是宇宙的本原。

阴阳作为中国传统文化的骨架和理论工具,诸子在驾驭和论及

<sup>①</sup> 余敦康.从易经到易传.中国哲学第七辑,北京:三联书店,1982.1

<sup>②</sup> 李约瑟(英).中国之科学与文明.第三册.台湾商务译本,1973.461

它时,从总体来说,基本上是在一阴一阳的整体层次上进行思辩。

但,也不尽然。《管子》对阴阳的理解有自己的心得,如《管子·侈靡》说:“珠者,阴之阳也,故胜火,玉者,阴之阴也,故胜水。”又,《文子·微明》亦有云:“德之中有道,道之中有德,其化不可极,阳中有阴,阴中有阳,万事尽然,不可胜明。”在银雀山汉墓出土的竹简中,有记载:0764“……阳也夫阴之中有阳,阳之中亦有阴”(阴·一)。①2490“……□阳中有阳,阴中有阴”(阴·一)。②1904“……阳者,阳之阳不胜阴之阳也”(阴·一)。③这几段文字给我们提供了阴阳再分阴阳的资料,这在现存的秦汉以前的文献中是少见的。这也足以说明阴阳再分阴阳之说,在先秦就已经初步形成了。从中使我们看到阴阳学说在这一时期的进一步完善和发展,从一阴一阳的整体层次已经深化到下一层次的阴阳。

《管子·侈靡》、《文子·微明》以及银雀山汉墓出土的有关竹简中的关于阴阳再分阴阳的记载,反映出那个时代阴阳学说的发展和水平,这必然地对医学典籍《黄帝内经》的阴阳学说产生影响。医学研究和思考的对象是人,先贤认识到人是宇宙的一部分,生命复杂而神秘,层次多而交叉。因此,仅仅固守一阴一阳之理,从一个层次上难以阐释清楚人的生命现象和人体的正常与异常。如果仍然象伯阳父用阴阳解释地震那样去阐述人体的正常变化与异常变化,显然是过于原始、简单和粗糙,所以《黄帝内经》根据医学实践自身的需要,大大发展了阴阳再分阴阳的思想,反映出这个时期思维水平的提高。《素问·金匱真言论》曰“阴中有阴,阳中有阳。平旦至日中,天之阳,阳中之阳也;日中至黄昏,天之阳,阳中之阴也;合夜至鸡鸣,天之阴,阴中之阴也;鸡鸣至平旦,天之阴,阴中之阳也。”又曰:“背为阳,阳

① 吴九龙.银雀山汉简释文.北京:文物出版社,1985.55

② 吴九龙.银雀山汉简释文.北京:文物出版社,1985.137

③ 吴九龙.银雀山汉简释文.北京:文物出版社,1985.112

中之阳，心也；背为阳，阳中之阴，肺也；腹为阴，阴中之阴，肾也；腹为阴，阴中之阳，肝也。”《素问·六节脏象论》把心称为阳中之太阳，把肺称为阳中之太阴，把肾称为阴中之少阴，把肝称为阴中之少阳。《灵枢·经水》曰：“海以北者为阴，湖以北者为阴中之阴，漳以南者为阳，河以北至漳者为阳中之阴，漯以南至江者为阳中之太阳，此一隅之阴阳也。”

虽然诸子论阴阳各有心得，但中医学的阴阳学说更体现出其自身的学术特点，在思维水平上更高出一层。尽管中医学只是博大精深的中国传统文化的一个分支，但就其阴阳学说所达到的高度来说，在整个中国传统文化中则是无与伦比的。概括起来讲，中医学的阴阳理论水平之高，表现在两个方面：一是中医学的阴阳理论特别强调阴阳再分阴阳，以适应阐述天人关系以及病机、发病、诊断、治疗之需要；二是把一阳分为三阳，把一阴分为三阴，即阴阳学说中的三阴三阳，即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，以适应认识事物与疾病，对事物、疾病进行比较分类之需要。这是中医学对阴阳学说的独有的阐释和贡献。

## 二

有研究认为，“在先秦没有形成三阴三阳说的史料是很多的，特别是已经出土的众多的汉墓医书，可以提供有力的证据。”<sup>①</sup>而1973年底，长沙马王堆三号汉墓出土大量帛书，其中有《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》。马继兴先生认为，这两部古灸经要早于《黄帝内经》<sup>②</sup>。在这两部古灸经中，用泰阳或钜阳、少阳、阳明、少阴、泰阴或太阴、带阴或厥阴命名经脉。这是目前在中医学医籍中首次见到的三阴三阳术语。它的表述和运

① 萧汉明. 医《易》会通之我见. 周易研究, 1994, (4): 60

② 马继兴. 马王堆古医书考释. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1992. 14

用比《黄帝内经》中对三阴三阳的表述和运用，要显得更为原始古朴。

把一阳分为三阳，把一阴分为三阴，即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，在《黄帝内经》中首见于《素问·阴阳离合论》：“今三阴三阳不应阴阳，其故何也？”又曰：“少阴之上，名曰太阳”；“太阴之前，名曰阳明”；“厥阴之表，名曰少阳”。一部《黄帝内经》，用太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，阐述天时变化、天人关系、脏象、经络、气血、形志、诊要、脉象、病能、标本，可谓之贯通全卷，渗透至微。《素问·天元纪大论》尝云：“愿闻其与三阴三阳之候，奈何合之？”又曰：“阴阳之气，各有多少，故曰三阴三阳也。”《素问·至真要大论》曰：“阴阳之三也，何谓？”曰：“气有多少，异用也。”把一阴分为三阴，把一阳分为三阳的依据是阴阳气之多少及其不同的功能。实际上，《素问》在这里回答的只是阴阳分为三阴三阳的依据是什么，而没有回答为什么要分成三阴三阳而不是四阴四阳或五阴五阳等等。这是一个长期被人们忽视的问题。“三”在这里有什么特别的意义呢？

在人类认识史上，许多古老民族仿佛对“三”和“五”这两个数字都发生过兴趣，并在自己的思想文化中刻有这样的痕迹。根据庞朴先生的研究：以现有材料推断，我们祖先商族对“五”的兴趣更大一些，而周族似较喜爱“三”。三、五两数中“五”之得青睐，显然是手指、脚趾的功劳，可谓毫无疑问，而“三”的神奇地位之获得，却应是思辩的结果。<sup>①</sup>如果从对事物的认识过程方面讲，把“三”视为思辩的结果无疑是正确的，但思辩的基础，说到底仍然是先民的生活实践经验。源于生活实践的“三”，比思辩的“三”要远古得多。

实际上，商族对“三”的兴趣并不亚于对“五”的兴趣。在

<sup>①</sup> 庞朴，说参，中国社会科学，1981，(5):173

殷甲骨卜辞里面，有一条曰：“乙巳卜，殷贞：王大令众人曰畀田，其受年，十一月。”（《续》2.28.5）。其中“众”字写作，作日下三人形。郭沫若先生认为，这是形象地说明农业奴隶们在田野赤身露体从事耕作。他们在耕作中用的是最简陋的工具，必须进行原始的简单协作，称之为“畀”，“畀”字象征三把木耒用力并耕的情景。在安阳侯家庄西北岗大墓出土的商代三件组成的方盃，分别铸着“左”、“”、“右”三字，表示各盃的陈列位置。左、中、右在商代是“三”的基本表现形式之一。在商代武乙、文丁时代的卜辞中有“王作三自（师）右左”的记录。（《粹》597）。

从人类认识的发展史看，先民在认识了火并且开始用火烧烤猎物时，原始思维曾驱动他们开始掘地为灶，或用一块石头，或用二块石头，或用三块、四块、五块或更多的石头支撑猎物以方便烧烤，但在漫长的生活实践中，最终发现用三块石头支撑最平稳、最牢固，且省力。在烧烤猎物时，也曾受到大自然的启示，或用一根木棒吊挂，或用两根木棒做支架吊挂，在实践中，最终认识到用三根木棒做支架最稳定、牢固、省力。

当人类开始种植农作物，农业出现以后，人类便开始以谷物作为食物。陶器的产生是为了适应炊煮谷物性食物的需要，这是陶器产生的根本原因。以鼎形陶器为代表的实足三足器是我国新石器时代文化遗存中富有特色的一种陶器。它与圆底器、平底器和圈足器不同，以其具有用于支撑的三足而引人注目。研究认为：这种三足器的起源，目前可以追溯到前仰韶时期，甚至更早，距今大约7000~8000年之间。笔者在山东省滕州市博物馆所见距今6100~7300年属于仰韶早期的北辛文化的三足陶器，主要是钵形鼎、盂形鼎、罐形鼎、盖鼎等三足器。在先民制做的这些工艺精美的陶器中，尽管在形态和结构上或有盖，或有把手，或是呈折腹状，或有大小、高矮之不同，但它们有一个共同的突出的特点，这就是普遍地做成三足，而不是两足、四足、五

足等。在三足陶器之外，还有大量的圆底陶器和三个一组的靴形陶支脚。

1991年至1994年，山东省章丘市小荆山遗址发掘、出土了数百计的石支脚，分别呈牛角形、馒头形和塔形。在F<sub>1</sub>和F<sub>14</sub>出土了3组埋栽在土中的石支脚，均完好整齐地呈“∴”排列。三角中心地面有大量草木灰。研究认为这是先民的灶坑。学术界认为，小荆山遗址或早于北辛文化，或与北辛文化同期。从类型学上推测，三足器的前身应是使用陶支座的圆底器，圆底器有了支座的支撑才能平稳，也便于升火烹煮。三个陶支脚支撑一个圆底器，就成了一个“三足器”。这时的陶支脚是一种活动的三足。当陶器有了固定的三足以后，陶支脚也就不再流行了。从思维轨迹可以推论，最早支撑圆底器的不是专门制做的陶支脚，而是选择大小适宜的三个石块。今人可以从中国的象形文字的特点中，领悟我们祖先创造的“鼎”字的意象，对以鼎为代表的三足器特征的把握是何等地简洁和准确。从中可见“鼎”的三足对先民的潜显意识的影响是何等的深刻。先民们在生活实践中朦胧地认识到“三”，认识到三点可以持一个平面的原理，<sup>①</sup>并给“三”蒙上了一层神秘的色彩。

《易经》的八卦是由三画而不是四画、五画、六画组成，这不是巧合或偶然，而是先民原始思维对神秘的“三”的关注，是“崇三”意识的显露。

不论后世人怎样评价《周易》，《周易》原本却是一部卜筮之书。占卜术起源于原始时代，考古发掘证明，早在新石器晚期的龙山文化中，就已经出现利用占卜来预测吉凶。这相当于传说中的伏羲时期。关于《周易》，按传统的说法是上古伏羲氏画八卦，中古周文王重为六十四卦，并作卦辞，周公作爻辞，下古孔子作十翼以解经，历时数千年之久。卜筮是先民生活、生产中不可缺

<sup>①</sup> 安志敏，略论华北的早期新石器文化，考古，1984，(4):939-941

少的活动。《尚书·洪范》尝云：“三人占，则从二人之言，汝则有大疑，谋及乃心，谋及卿士，谋及庶人，谋及卜筮，汝则从，龟从，筮从，卿士从，庶民从，是之谓大同。”而八卦则是筮法之后才有的，画卦当是揲筮的演化。揲筮之法最初得出的只是奇偶之数，由奇偶之数而定吉凶。这种卜筮方法仍可以在近代某些民族的卜筮方法中窥其大概。如苗族用一片木块劈成两片，视其落地，可以得出三种结果：一正一反，二正或二反。凉山彝族用“雷夫孜”筮占法，以判断行事的凶吉。方法是取细竹或草秆一束握于左手，右手随意分去一部分，看左手所剩余之数是奇是偶，如此运作三次，可得出八种结果，即偶三、奇三、奇偶偶、偶奇奇、奇偶奇、偶奇偶、奇奇偶、偶偶奇。这种被称之为“雷夫孜”的筮法，将数分为奇偶两种，而卜必三次。<sup>①</sup>可见中古《易经》中的由三画组成的卦爻符号是继承了上古原始的筮占而来。而系于卦爻符号之下的卦辞，其隐喻蕴深而丰富。卦辞中，千年来引起学者们猜测的“先甲三日，后甲三日”（《蛊》），“先庚三日，后庚三日”（《巽》），不论其含义如何，对其解释如何，而其对“三”的关注则是显而易见的。

下古的《易传·系辞下》有云：“易之为书也，广大悉备，有天道焉，有人道焉，有地道焉。兼三才而两之，故六。六者非它也，三才之道也。”在先贤的心目中，万物有灵，灵灵相通，天地人一体，合之为一，而分之则为三，所以立三才之道。“立天之道曰阴曰阳，立地之道曰柔曰刚，立人之道曰仁曰义”（《易传·说卦》）。三才思想对后世影响至深至远。“三”由潜意识走向了显意识。可以认为，整个一部《周易》发生史，从新石器文化晚期的原始卜筮，演化为殷周之际《易经》的卦爻符号，又发展为战国末年的《易传》，从卦画的演变组合，到三才思想的肇端，都与“三”有不解之缘。从混沌的原始智慧，到充满理性与悟性、形象与意象的《易传》，在潜意识和显

<sup>①</sup> 汪宁生，八卦起源，考古，1976，（4）：1

意识中无不贯串着神秘的“三”。

先民狩猎、稼穡需要观天，在浩瀚无际，冥冥神秘的天空中，有日、月、星三种不同的光或明亮。在日出而作，日落而息时代，日、月、星三辰无不影响着人们的生活、思想、思维和心理，这种影响贯串于物质和精神。日有日出、日中、日西；月有望、朔、晦；而星则有“参”。“参”字见于金文，作，“象参宿三星在人头上光芒下射之形”（朱芳圃：《金文释丛》）。或省人作（鱼鼎匕），或省光芒作（著参父乙盃），今音读 shēn，星宿名。“参字用于三，在《左传》、《国语》上已非罕见。参字可以作‘三’的一个显见的原因是它的造型。参宿凡七星，两颗零等亮度分列头尾对角，为参宿四和参宿七，其一二三星虽然只有二等亮度，却因连列宿中而特别显眼，以致名列前茅，成为本宿的代表。金文‘参’字头上的三颗星和‘参’之为三，皆由此来”。<sup>①</sup>

气是中国古代哲学的一个具有普遍意义的范畴，也是中医学理论中的一个重要内容。甲骨文研究者指出：甲骨文中的“三”字即是今之“气”字，它与数字之三的区别是中间的一划短。自东周以来，以其与三字易混，故一变作，取其左右对称，故再变作。<sup>②</sup>据李存山研究，气字在《说文解字》中写作，释为“云气也，象形”；段玉裁注云：象云起之貌，三之者，列多不过三之象也。甲骨文中云字，写作或，上从“二”，与“三”（气）字形近，下为云气回转之象。云字象形与“三”（气）字形近，说明“三”字也是象形。此外，古文之“曰”字写作，《说文解字》解为“从口，象口气出也。”可见，“”同云上之“二”和“三”字一样，也是对气体状态的一种描画。《说文解字》

① 庞朴，说参，中国社会科学，1981，(5)：174

② 于省吾，甲骨文字释林，北京：中华书局，1979，79～83

中还有对“フ”（フ）、“フ”（兮）、“フ”（于）等字的解释，都谓之为人所出之气的意思，如《说文解字》释“フ”（于）字为“象气之舒于，从フ从一，一者，其气平之也。”可见，古文字对气之描画有多种，横直者谓气平，弯曲者谓气曲，一横者谓气少，二横者谓气多，三横者（三）是对气更多的一种表示。更值得注意的是，古文“欠”字写作“𠂔”，《说文解字》释为“张口气悟也，象气从人上出之形”。“欠”即哈欠之气，因气足，故上有三横（稍曲）<sup>①</sup>。由此可见，一还具有多的含义。

《素问·阴阳应象大论》曰，肝在音为角，心在音为徵，脾在音为宫，肺在音为商，肾在音为羽。又，《灵枢·五音五味》等亦有五脏五音配属五行的记载。《吕氏春秋》有云：“音乐之所由来者远矣，生于度量，本于太一，太一出两仪，两仪出阴阳，阴阳变化，一上一下，合而成章。浑浑沌沌，离则复合，合则复离，是为天常。天地车轮，终则复始，极则复反，莫不咸当。日月星辰，或疾或徐，日月不同，以尽其行。四时代与，或暑或寒，或短或长，或柔或刚。万物所出，造于太一，化于阴阳。萌芽始震，凝寒以形。形体有处，莫不有声。声出于和，和出于适。和适，先王定乐，由此而生。”<sup>②</sup> 1973年、1977年，在浙江余姚河姆渡遗址两次考古发掘，发现了上百支用鸟禽肢骨做成的骨笛，研究认为，它们是公元前5000年的文化遗物，有的至今仍可吹出简单的音调<sup>③</sup>。1983~1987年，在河南舞阳贾湖村发现了16支骨笛，考定是公元前6000年的文化遗物。在中国古代，用“宫、商、角、徵、羽”作为音阶名称，当始于《管子·地员》。《管子》把“宫、商、角、徵、羽”由低到高的一列音，与家畜

① 李存山，《中国气论探源与发微》，中国社会科学出版社，1990，17

② 《吕氏春秋·卷五》

③ 河姆渡遗址考古队，《浙江河姆渡遗址第二期发掘的主要收获》，《文物》，1980，(5):1

鸣声相比拟：“凡听徵，如负猪豕，觉而骇。凡听羽，如鸣马在野。凡听宫，如牛鸣笳中。凡听商，如离群羊。凡听角，如雉登木以鸣，音疾以清。”并提出被后世称为“三分损益”生律之法：“凡将起五音，凡首，先主一而三之，四开以和九九，以是生黄钟小素之首，以成宫；三分而益之以一，为百有八，为徵；不无有三分而去其乘，适足以是生商；有三分而复于其所，以是成羽；有三分去其乘，适足以是成角。”<sup>①</sup>这段话的意思是说五声从一开始，而要形成为律，则必须“三之”。即把一根弦（或管）在长度上均为3段，舍其1/3，取其2/3。同样均为3段，加其1/3，成为4/3。如此继续相生而成各律。即四开以合九九（ $1 \times 3^4 = 9 \times 9 = 81$ ），以是生黄钟小素之首，以成宫。三分而益之以一，为百有八（ $81 \times \frac{4}{3} = 108$ ），为徵。

不无有三分而去其乘（ $108 \times \frac{2}{3} = 72$ ），适足以是生商。有三分而复于其所（ $72 \times \frac{4}{3} = 96$ ），以是成羽。有三分去其乘（ $96 \times \frac{2}{3} = 64$ ），适足以是成角。1961年在山西侯马上马村，出土晋国编钟9件，考证认为是春秋中叶的文化遗物<sup>②</sup>，经测定，其音阶系列的前五个音，刚好是《管子·地员》所论述的“徵、羽、宫、商、角”五声<sup>③</sup>。

五声含有“三”的要素。

公元前522年，周景王曾问律于伶州鸠，伶州鸠对曰：“律，所以立均（yūn）出度也，古之神瞽，考中声而量之以制，度律均钟，百官轨仪，纪之以三，平之以六，成于十二，天之道也。”<sup>④</sup>在这里，三、六、十二的含义是什么？伶州鸠自己认为

①《管子·地员》

② 山西省文物管理委员会侯马工作站，山西侯马上马村东周墓葬，考古，1963，（5）：图版三，8、242

③ 黄翔鹏，新石器和青铜时代的已知音响资料与我国音阶发展史问题，音乐论丛·第三集，1980，北京：人民音乐出版社，141～145

④《国语·周语下》

是“天之道也”吉联抗先生认为是：“用三分来计算，用六律来平准，完成于十二律。”<sup>①</sup>从认识论讲，“天之道”是先民在追求音调“和适”的实践中，在潜意识中的“三”的感悟下，巧合地寻觅到物体声音符合音律的自然频率，即音调规律。而“三”就在其中，此可谓之“涵三为一”。三、六、十二，说到底都是“三”。

“三”频频地出现在先民的生活之中，渗透到思想、精神和文化之中。老子终于感悟到“三”的存在和力量，石破天惊地呼喊出了“道生一，一生二，二生三，三生万物”的真谛，从而确立了宇宙万物源于“三”的思想。由于宇宙万物源于“三”，所以宇宙万物可以分为“三”。《素问·六节脏象论》云：“三而成天，三而成地，三而成人，三而三之，合则为九，九分为九野，九野为九脏。”“三”由人们的潜显意识，逐渐地固化为思维定势而积淀于先人的心底。西汉董仲舒把“三”推到极顶，称其为“天之大经”，文曰：“三起而成日，三日而成规，三旬而成月，三月而成时，三时而成功。寒暑与和三而成物，日月与星三而成光，天地与人三而成德，由此观之，三而一成，天之大经也。”<sup>②</sup>相比之下，南宋的陆象山总结得更为实际和直观，更耐人寻味。他说：“天地人为三才，日月星为三辰，卦三画而成，鼎三足而立，为老氏之说者，亦曰，一生二，二生三，三生万物，盖三者，变之始也。”<sup>③</sup>由此可以推断，在我们祖先的思维框架中，一只能分为三，而不可能是其它。《素问·至真要大论》中，黄帝问曰：“愿闻阴阳之三也，何谓？”答案是一阳只能分为三阳，一阴也只能分为三阴。这是先民在漫长的历史进程中，所形成的心理积淀。

① 吉联抗，《春秋战国音乐史料》，上海：上海文艺出版社，1980，47～48

② 董仲舒，《春秋繁露·卷七·官制象天》

③ 陆九渊，《陆象山集·卷二·一三五以变错综其数》

## 三

《素问·天元纪大论》云：“阴阳之气，各有多少，故曰三阴三阳。”按阴阳之气各有多少的不同，把阳分为太阳、阳明、少阳，把阴分为太阴、少阴、厥阴，这种命名是以观物取象为方法，以阴阳之气的多少为底蕴，对阴阳进行的原始的粗线条的定量。《素问·阴阳离合论》有云：“日为阳，月为阴”，以日月定阴阳，这是最原始最直观的阴阳。就阳来说，太阳宛若日丽中天，阳明则象征日蒸而盛，少阳有如旭日初升。就阴来说，太阴蕴浩月当空之象，少阴涵弦月高悬之意，而厥阴为下弦月隐，拟诸朔晦交互之形容。太阳意指阳气较多，少阳意指阳气较少，太与少是两极对立。那么阳明蕴意何在？《素问·至真要大论》有云：“阳明何谓也？岐伯曰：两阳合明也。”两阳合明，突出在“明”字上。所以本篇又曰：“两阳合明，故曰明。”明，阳也。合，并合、汇聚、重叠之象。《灵枢·阴阳系日月》尝云：“两火并合，故为阳明。”两阳相合而明，意象阳气之盛大状。太阳、少阳是阳气多少之两极，“合明”之后，则成为多、少、盛三极。两阳合明而盛之阳明包含有阳气主进之意。

太阴泛指阴气较多，少阴泛指阴气较少。那么厥阴是什么？《素问·至真要大论》曰：“厥阴何也？岐伯曰：两阴交尽也。”两阴交尽，突出的是“尽”字。尽，终也。本篇又云：“两阴交尽故曰幽。”幽，《说文解字》：“隐也，从山中兹。”“兹，微也，从二幺。”段玉裁注曰：“二幺者，幺之甚也。”《说文解字》又云：“幺，小也，象子初生之形。”幽，从山中兹者，微则隐也。两阴交尽，意象阴气衰变之状。与少阴相比，厥阴只能算是微阴。

厥阴又称一阴，《素问·阴阳类论》有云：“一阴至绝作朔晦。”张景岳释之曰：“阴阳消长之道，阴之尽也如月之晦，阳之生也如月之朔，既晦而朔，则绝而复生。”（《类经》）太阴、少阴是阴气

多少之两极，而“交尽”之后，便成为多、少、衰变三极。两阴交尽而衰变之厥阴，包涵有阴气主退，物极必反，阳生于阴，阴中有阳之意。

事物的本质是一分为二的，所以《易传》说“一阴一阳之谓道”。按，一分为二在中国传统文化中，当首见于杨上善注《黄帝内经太素·卷十九》。《黄帝内经太素·卷十九·知针石》有云：“天地合气，别为九野，分为四时，月有小大，日有短长，万物并至，不可胜量。”杨上善注曰：“从道生一，谓之朴也。一分为二，为天地也。”《素问·阴阳应象大论》曰：“阴阳者，天地之道也。”天地合之为气，为一，分之阴阳，为二。但是，事物的现象和思维过程则是一分为三的。所以《素问·生气通天论》一方面说：“生之本，本于阴阳”，同时又指出“其生五，其数三”。老子总结为“三生万物”。阴阳把宇宙万物分为事实上的两大类，而三阴三阳则又把事物按阴阳属性，各分为三类。分类是人类的一项基本的重要的认识活动，它是伴随人类生存、生产活动而开始的。人类精神世界由混沌走向有序，要经过曲折漫长的进化轨道，而精神世界有序化过程中最基本的程序之一，就是对生存过程中周围的事物进行分类和归纳。考古研究证明，在商代，先民们已经开始对疾病进行了分类。甲骨文学者胡厚宣曾统计“殷人之病，凡有头、眼、耳、口、牙、舌、喉、鼻、腹、足、趾、尿、产、妇、小儿、传染等十六种”（《殷人疾病考》）。从思维的层面看，三阴三阳理论的建构是以观物取象的认识方法为基础，用“象”来婉转含蓄地表征时空事物，因此，把太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴作为一种分类模式来认识所表征的对象时，可以联想到事物的原初形象及其属性和某些引申涵义。

由于“阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万，万之大，不可胜数”，所以阴阳在《黄帝内经》中，广而论之，则论天地人的关系、性质、变化、分合、盛衰、过去与未来；狭而论之，则论具体的人的生命、健康、疾病、治疗等，实

际上这是二分法分类。这些分类显然达不到现代意义上的“必然的联系”，而只是一种“事实上的联系”。因此，一个不可避免的显而易见的特征，就是它的相对性和多相性。同一个事物在不同的背景条件下，可有不同的分类结果，如心，在一定背景条件下属阳，而在另外的背景条件下属阴。同样的道理，由一阴演化的三阴和由一阳演化的三阳，也具有这种相对性和多相性。由此可以理解，为什么在《黄帝内经》中有这么多的相互交叉、错综重叠、前后牴牾的三阴三阳分类。王玉川先生从《黄帝内经》和中医古籍中，总结出 29 种 9 大类序次不同的三阴三阳，归纳为：经脉生理特征及其层次类、经脉长短浅深和气血盛衰类、病理反应类、脉诊部位类、日周期类、旬周期类、年周期类、6 年至 12 年周期类和其它等 9 类<sup>①</sup>。其涵括面从过去、现在、未来以及昼夜变化到天地人的相互交感；从自然界的气候变化到时令历法；从脏腑经络的定性定位到气血多少盛衰，无不以三阴三阳为经纬进行编织。其目的就是分类和归纳，以达到自成体系，纵横贯通。如肺，在《灵枢·经脉》中被称为太阴，在《素问·六节脏象论》中被称为阳中之太阴，而在《灵枢·阴阳系日月》中又被称为阴中之少阴。心，在《灵枢·经脉》中被称为少阴，在《素问·六节脏象论》和《灵枢·阴阳系日月》中被称为阳中之太阳。肾，在《灵枢·经脉》中被称为少阴，在《素问·六节脏象论》中被称为阴中之少阴，而在《灵枢·阴阳系日月》中则被称为阴中之太阴。肝在《灵枢·经脉》中被称为厥阴，在《素问·六节脏象论》中被称为阳中之少阳，在《灵枢·阴阳系日月》中又被称为阴中之少阳。《素问·五运行大论》有云：“夫数之可数者，人中之阴阳也，然所合，数之可得者也。夫阴阳者，数之可十，推之可百，数之可千，推之可万。天地阴阳者，不以数推，以象之谓也。”（吴崑根据“不以数推”径改为“以象求之”，可参。）《内

<sup>①</sup> 王玉川，关于三阴三阳，北京中医学院学报，1985，第 1 期～第 6 期

经》以三阴三阳从不同方面、不同层次、不同角度、不同参照背景阐述天地人的整体动态关系，阐述人体脏腑经络气血的生理病理变化，对疾病如热病、疟、厥等进行病机症状分类，在这里既运用“数推”之法，也运用“求象”之法。

笔者寡闻，就目前资料所见，三阴三阳首载于马王堆汉墓帛书。而至《黄帝内经》，三阴三阳理论得到发展并臻于完善，从而成为中医学理论中阴阳学说的一大特点。

在天人相应整体观念指导下，《黄帝内经》从自然界的阴阳推演到人体的阴阳，从人体的三阴三阳又推演到自然界的三阴三阳。按阴阳气的多少，用三阴三阳把宇宙天地和人体脏腑、经络、气血，构建成联系的网络，从而完善、丰富和深化了脏象学说。

从阴阳演化出的三阴三阳作为重要的说理工具和分类方法，当然是实践的产物。从阴阳学说的产生到三阴三阳的演化，医学在《黄帝内经》时期，在理论上进行了前所未有的总结，而至《伤寒论》时期，从理论到临床都有了新的飞跃和突破。尤其在建立一整套理法方药贯串一体的辨证论治理论方面，《伤寒论》在中医学领域中确立了自身的无可比拟的学术地位。尽管三阴三阳理论在《黄帝内经》中得到完善和发展，但，若没有《伤寒论》的三阴三阳分证，三阴三阳理论在中医学理论中则不可能有今天这样广泛的影响。

## 发病与“传经”

《伤寒论》在论述发病机制、发病过程和辨证治疗时，明显地受到《黄帝内经》的影响，尤其继承了以《素问·热论》为代表的三阴三阳分类思想，用仲景自己的说法是撰用《素问》、《九

卷)、《八十一难》等。张仲景所生活的年代，正是伤寒肆虐的时期，仲景自身深受其害，张氏宗族，向余二百，建安纪年以来，不到十稔，其死亡者三分有二，伤寒十居其七。因此，关于伤寒的发病、表现以及治疗是仲景观察与思考的重点之一。张仲景根据伤寒的发病规律对其进行分类、归纳，提出一整套具有规矩方圆的辨证和治疗方法。《伤寒论》借鉴了《黄帝内经》诸篇尤其是热论的三阴三阳分类方法。对伤寒发病的不同表现、不同过程、不同转归等进行了分类，从而建立了《伤寒论》独特的三阴三阳分类辨证体系。

—

《黄帝内经》所阐述的中医病因学原理是把致病的外因归纳为风寒暑湿燥火六淫。而六淫致病则是通过机体发挥作用，由机体的反应表现出来的，离开机体的反应，六淫也就徒有虚名。以寒为例，在同一寒冷环境下，可能致使某甲罹病，而未能致使某乙罹病。在这里，对某甲来说，是感受了寒邪，而对某乙来说则根本不存在寒邪。因此，在一定条件下，发病与否，主要是由机体决定的，此即所谓“五脏元真通畅，人即安和”之意。在《黄帝内经》则谓“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。机体的状况不同，对外邪侵袭的反应不同，在六淫作用下，之所以能发生具有不同特点的外感病，并循着一定规律发展，乃是与机体的反应分不开的。机体的这种反应，说明了邪正斗争的消长趋势。机体对外邪的反应大体可以分为3个方面：一是机体感受不同的外邪，可有不同的反应，产生不同的疾病。这是机体对外邪反应的特异性的一面。二是不同的外邪引发的疾病，在某一特定的过程中，可有相同的表现。三是同一性质的外邪，侵袭不同的机体，由于体质条件不同，以及体内诸多潜在因素的影响，可有不同的反应，疾病的最终结果不同。这后二者是机体对外邪反

应的非特异性的一面。《伤寒论》的三阳病与三阴病所表述的，主要是机体在外邪作用下的非特异性的反应。

临床经验显示，同一疾病在不同的人身上表现出很大的个体差异，这在一定的程度上取决于机体的体质特征。这种体质特征既能使机体对某些致病因素具有易感性，又可以决定疾病发展过程中所形成类型的趋向性。《灵枢·五变》说：“一时遇风，同时得病，其病各异。”由于体质不同，在同一致病因素作用下，既可能发病，又可能不发病，即使发病，在疾病的表现和经过方面也不尽相同。

张仲景通过观察和思考，认识到伤寒发病的错综复杂。同时感受外邪，有发病急、见症早、反应剧烈者；有发病迟、见症晚、反应和缓者；有发热恶寒者，有无热恶寒者；有壮热、口渴、大便硬者；有腹满、腹痛自利者；有脉浮、头痛者；有脉微细，但欲寐者；有口苦、咽干、目眩者；有气上撞心，心中疼热者等。仲景总结伤寒的发病规律，则必须首先对伤寒的错综复杂的动态变化进行归纳和分类。

伤寒发病最常见、最突出的症状是恶寒和发热。但，不论发热还是不发热，恶寒则是必有的症状。这是第一步的归纳。仲景用“发热恶寒者发于阳也，无热恶寒者发于阴也”（无热恶寒后世称之为畏寒），把伤寒发病分为两大类，即阳证和阴证。

阳证是邪气盛，阴证是精气夺。

阳证虽然都发热恶寒，但其表现形式和程度却有明显的不同。有的表现为发热、恶寒、脉浮，这些症状在一定时间内持续存在。有的表现为始虽恶寒，但二日自止，三日即脉大，不恶寒反恶热。有的表现为发热、恶寒、头痛、脉弦细，或往来寒热。阳证以发热为特点，这是邪气盛，邪气盛则实。

阴证以不发热为特点而突出了恶寒这个症状，且常见自利和呕吐。有的表现为恶寒、腹满、呕吐、自利、不渴。有的表现为恶寒、倦怠、恶心、呕吐、自利而渴。有的表现为恶寒、消渴、

呕吐。阴证以无热恶寒为特点，常伴见下利和呕吐，这是精气夺，精气夺则虚。

仲景援用了《黄帝内经》的三阴三阳分类法，根据伤寒发病见症时间之迟速，症状之寒热，反应程度之剧缓，创造性地把伤寒分为既有相对独立性，又有联系的6个临床类型：即太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病，以及一些亦此亦彼，非此非彼的混合型——合病。譬如寒邪侵袭不同的人体，会发生不同的反应，或患太阳病，或患阳明病，或患少阳病，或患太阴病，或患少阴病，或患厥阴病等。又如不同的外邪如风、寒、热、湿等侵袭人体，人体会发生既反映各自外邪性质特点，又有致病共性的反应，如风、寒、热等都能引发太阳病、阳明病、少阳病等。

三阴病与三阳病各自具有特异的典型症状，这与人体的脏腑、经络、气血的活动有着根本性的关系。日人丹波元简有云：“阴阳五行，汉儒好谈之，五脏六腑，经络流注，《史记·扁仓传》间及于此，《汉书·艺文志》亦多载其书目，仲景生于汉末，何独屏去之？”<sup>①</sup>丹波元简所论极是，仲景不能超越时代，仲景对三阴三阳的理解与应用，既继承了《黄帝内经》的思想和原则，又有自己的创新。所以丹波元简亦云：“盖欲明仲景阴阳之义，必先审《素问·热论》之旨，三阳三阴之目所由出也。夫三阳三阴之目，虽取之于彼，而其义则自有不同矣，故学者胸次必先了然于此，而始可读仲景书耳。”又曰：“仲景所谓阴阳也者，寒热之谓也。曰，病有发热恶寒者，发于阳也，有无热恶寒者，发于阴也，此则全经之大旨。”<sup>②</sup>又曰：“寒热者，病之情也，病有所在部位，人有体气强弱，故表里虚实相配，以为三阳三阴，而证状机变，于

<sup>①</sup> 丹波元简：《伤寒论辑义·综概》，北京：人民卫生出版社，1983.12

<sup>②</sup> 丹波元简：《伤寒论述义》，北京：人民卫生出版社，1983.3

是乎无不出于此。”<sup>①</sup>在仲景那里，三阴三阳不仅是对病证的分类和概括，也是对人体脏腑、经络、气血、虚实的分类和概括。《伤寒论·伤寒例》曰：尺寸俱浮者，太阳受病也，当一二日发。以其脉上连风府，故头项痛，腰脊强。尺寸俱长者，阳明受病也，当二三日发。以其脉夹鼻络于目，故身热、目疼、鼻干、不得卧。尺寸俱弦者，少阳受病也，当三四日发。以其脉循胁络于耳，故胸胁痛而耳聋。尺寸俱沉细者，太阴受病也，当四五日发。以其脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干。尺寸俱沉者，少阴受病也，当五六日发。以其脉贯肾，络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴。尺寸俱微缓者，厥阴受病也，当六七日发。以其脉循阴器，络于肝，故烦满而囊缩。由此也可见三阴三阳不仅涵括病证变化，也涵括人体脏腑、经络、气血、表里、虚实、部位等。

太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。平素正气比较充盛之机体，为外邪所袭，机体气血骤然趋向体表与邪相争，反应剧烈，发病急速。太阳之阳盛于内而达于外，在内盛于水火之气化，在外达于体表之营卫。在正常情况下，太阳之阳充实于表里，为机体之第一屏障。正气较充盛之机体，有强大的防御能力，但是，当外邪的侵袭突破机体的强大的防御时，就会引发机体的相应反应，主要表现为经络阻滞和气化紊乱，形成太阳病。

在生理上，少阴主水火二气，太阳之阳源于水火之气化。此即所谓“阴者藏精而起亟也，阳者卫外而为固也”。少阴水火不虚，则太阳之阳必盛，机体防御机能则健全。少阴水火虚衰，机体会出现全身性虚弱，抗病能力则低下。当外邪侵袭时，前者反应为脉浮、头项强痛而恶寒的太阳病，后者反应为脉微细、但欲寐的一派虚寒衰惫之少阴病。

阳明之为病，胃家实是也。阳明主胃，主受纳水谷。素体阳亢或素蕴内热之机体，阳盛而阴液暗耗，或肠道有留邪宿食，感

<sup>①</sup> 丹波元坚·伤寒论述义，北京：人民卫生出版社 1983.5

受外邪之后，反应激化，阳热炽盛，充斥内外，症见“身热，汗出，不恶寒反恶热”，其“本有宿食者”，热与宿食互结于肠道，形成以大热大实为特点的阳明病。本病隐伏阴气不足之机，实际上是实中见虚，这就是仲景用白虎汤有时要加用人参，用承气汤则要求“一服利，则止后服”的根本原因。

第278条，太阴当发身黄，若小便自利者，不能发黄，至七八日，虽暴烦下利，日十余行，必自止，以脾家实，腐秽当去故也。在此，脾家实，腐秽去，而太阴病愈。太阴主脾，主运化，主输布津液。太阴以阳气为贵，若素体脾阳不足，运化无能，感受外邪后，机体的典型反应是吐利、腹满、腹痛，形成太阴病。

少阳寓少火之象。《素问·阴阳应象大论》称“少火生气”。少火温煦条达，生气勃勃而不亢烈。若少火郁而失于条达，复感外邪以激荡，则郁而火壮，上窜空窍，症见口苦、咽干、目眩，发为少阳病。

厥阴寓阴尽阳生之象，阴阳之间的关系趋于不稳定状态。虚火浮动则被外邪激化，煎灼津液，病发消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，成为典型的厥阴病。

由于人体有阴阳之偏，脏腑有寒热之异，气血有虚实之别，所以伤寒发病因人而异，形成不同的类型。仲景按其生理特点，病证变化，用三阴三阳方法进行概括和分类，从而形成太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病和厥阴病等。

但是，任何分类都是在一定条件下的分类，都具有一定的局限性。仲景从自身的临床体悟中，认识到三阴三阳分证自不能截然划一，六个类型不足以概括伤寒发病的全部。临床上总是存在既是此又是彼、既非此又非彼的混合类型，仲景对此命之曰“合病”。合病从一个方面补充表述了伤寒发病的复杂性。（见本书《合病与并病》）

《伤寒论》强调内因，不唯内因，它以六经分证把病因学内容、发病学内容、症状学内容融合于一体，寓于三阴三阳之中，

从而使三阴三阳的内涵更加丰富，进一步确立了三阴三阳在中医学理论和方法论中的不可替代的地位。

## 二

病是过程的复合，是阴阳盛衰、正邪斗争不断变化的总过程。外感病（广义伤寒）的三阳病、三阴病有共同的变化规律。不论太阳病、阳明病、少阳病，还是太阴病、少阴病、厥阴病，尽管它们的症状表现各不相同，但它们却有共同的过程，即早期—典型症状期—转归期。在其早期，症状表现为周身违和、酸懒乏力、发热恶寒或无热恶寒。张仲景通过观察，发现“发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也”。从机体早期出现的基本症状，可以判断发热恶寒者将发展为三阳病，无热恶寒者将发展为三阴病。<sup>①</sup>

伤寒发病急、变化快，时间反映了病情的变化。因此，临床症状表现，因时而异，今天和昨天不同，早晨和晚间亦有差别。在伤寒发病中，日期和时间启示了在外邪侵袭下，不同机体的反应速度和反应状态，反映了脏腑、经络、气血、津液的变化。这些日期、时间是仲景在临床实践中，通过长期观察，所做的真实的记录，是有实践根据的临床资料。

伤寒一日，太阳受之。太阳病经过极短暂的早期过程即进入典型症状期过程，出现脉浮、头项强痛等典型症状。其进入转归期过程，则头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也（第8条），十日以去，脉浮细而嗜卧者，外已解也（第37条）。其变证可以出现血自下，下者愈（第106条），下血乃愈（第124条）。

阳明病始虽恶寒，二日自止（第184条），三日阳明脉大（第186条）。经过二三日之早期过程，即进入典型症状期过程，

<sup>①</sup> 李克绍，伤寒解感论，济南：山东科学技术出版社，1978.12

或表现为身热汗自出，不恶寒反恶热（第182条），或表现为大便必硬，硬则谵语（第213条），腹满而喘，有潮热（第208条），手足濇然汗出（第208条）等。进入转归期过程，或脉滑而厥（第350条），或直视谵语，喘满者死，下利者亦死（第210条），或独语如见鬼状，若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死（第212条）。阳明病里热充斥，伤阴耗津，其严重者，转归多危重，即使投入白虎、承气，有时亦不能逆转。其轻证也有自愈倾向，如津液能还入胃中，则大便不久出（第203条），下血谵语者，此为热入血室。但头汗出者，刺期门，随其实而泻之，濇然汗出则愈（第216条）。

伤寒三日，少阳脉小者，欲已也（第271条）。间接说明伤寒三日，若脉不小，则将发展成为典型的少阳病。少阳病经过三日之早期过程，便进入典型症状期，出现口苦、咽干、目眩（第263条）。在少阳伤寒则脉弦细，头痛发热（第365条）；在少阳中风则两耳无所闻，目赤，胸中满而烦（第264条）。其转归或由于正胜邪衰，疏泄利而气机畅，风火出表而自愈，或由于邪正纷争，正虚邪馁而病情迁延。

伤寒四五日，腹中痛，若转气下趋少腹者，此欲自利也（第358条）。太阴病经过四五日之早期过程，即进入典型症状期。自利不渴者，属太阴也（第277条），出现腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛（第273条）。其转归期，下利止而能食则愈。或虽暴烦下利，日十余行，必自止（第278条）。下利后，精神爽慧而病愈。在太阴中风则四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈（第274条）。阳脉转微，示外邪已衰，阴脉虽涩，但指下迢长，正胜邪却则病愈。

少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也（第282条）。少阴病经过五六日之早期过程，即进入典型症状期，出现脉微细，但欲寐，自利而渴，形成典型的少阴

病。进入转归期，至七八日自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去者，为欲解也，虽烦，下利，必自愈（第287条）。此属少阴病向愈的一面。少阴病的基本病机是水火阴阳俱虚，全身性的衰惫。因此，少阴病多危笃，死证较多。如可见吐利、躁烦、四逆者死（第296条）；下利止而头眩，时时自冒者死（第297条）；四逆，恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者死（第298条）；六七日息高者，死（第299条）。少阴病进入转归期出现的这些死证，均死于阴精耗竭、阳气脱散。在少阴中风，则心中烦，不得卧（第303条）；八九日，一身手足尽热（第293条）。其转归，脉阳微阴浮者，为欲愈（第290条），其预后多良好。

厥阴病经过六日之早期过程，进入典型症状期，其表现为消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食（第326条），其转归则渴欲饮水者，少少与之愈（第329条），厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈（第327条）。

伤寒三阴三阳六病进入转归期，系六病的最后阶段。在转归期，或由于机体自稳调节，正气恢复，抗病能力增强，达到阴阳自和而自愈；或由于邪正纷争相持，病久不愈；或由于正不胜邪，病情急剧发展而危重。一般说，三阳病机体正气较充盛，机体调节、修复功能尚好，除了阳明病有阴竭阳脱死证以外，大抵能正胜邪衰，因此死证比较少，向愈者比较多。三阴病机体正气虚馁，虽偶有正胜邪衰之转机而向愈，但是，终以阴竭阳脱，阴阳离决而死亡者，较三阳病为多。

感受外邪，罹患伤寒（广义），虽然因人因时而异，或有发为太阳病者，或有发为阳明病者，或有发为少阳病者，或有发为三阴病者，但是，不论体质强弱，性别长幼，天时地域，大抵有共同的发病规律，即早期—典型症状期—转归期。从具有非特异性症状的早期，到具有病证特点的典型症状期，继而到病情好转痊愈，或转剧恶化乃至死亡的转归期，这是伤寒发病的一般规律。

三阳病、三阴病各自由早期—典型症状期—转归期构成了一个疾病的纵向发展过程。这种纵向的发展，是伤寒发病过程中固有的、稳定的、必然的变化，所以它反映了伤寒发病的一般规律。仲景在《伤寒论》中，把这种纵向的发展称之为“传”。

《伤寒论》第4条，伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。第5条，伤寒二三日，阳明、少阳证不见者，为不传也。第8条，太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也，若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈等。在这几条中，“传”和“不传”都是表述伤寒的这种纵向发展。

### 三

后世人在研究《伤寒论》时，几乎无不言传经者。张令韶曾评论说：“人之言伤寒，动曰传经。”后世的“传经”是对《伤寒论》中“传”的误解。传，不是传经。此正如程应旆所言：“观其标篇，只云太阳、阳明等，太阳、阳明字下并无经字，何复言传！”<sup>①</sup>虽然《伤寒论》六病各篇有若干条文论及“传”、“行”、“经”、“作再经”、“过经”、“到后经”、“复过一经”等，但，终究没有“传经”一辞。

用“传经”解释伤寒三阳病三阴病的发病与变化当肇始于庞安时。庞安时在其《伤寒总病论》中，用经络解释伤寒发病和传变。他提出：“《足太阳为诸阳主气，其经夹脊膂，贯五脏六腑之膂，上入脑，故始则太阳受病也。以其经贯五脏六腑之膂，故病有脏腑传变之候。以其阳经先受病，故次第传入阴经。以阳主生，故足太阳水传足阳明土，土传足少阳木，为微邪。以阴主杀，故木传足太阴土，土传足少阴水，水传足厥阴木。至第六七

<sup>①</sup> 程应旆，《伤寒论后条辨·卷之四》

日，当传足厥阴肝，木必移气克于脾土，脾再受贼邪，则五脏六腑皆危殆矣。”<sup>①</sup>稍晚于庞安时的朱肱在其《类证活人书》中，亦有类似论述。《伤寒论》至宋代儒臣校正且颁行天下，将近80年之后，成无己首先全面注释，这是一项开拓性工作，对仲景学说的传播和发扬贡献尤大。但是其继承和发展的“传经”说则是谬讹流传。此正如闵庆芝所说：“成氏释仲景书，阐明奥旨，惠及后世多矣，独于传经少达，乃致穿凿之甚。”<sup>②</sup>

成无己在其《注解伤寒论》中，通过对有关条文的注解，经过反复论述阐释，从而形成了他的关于传经的系统观点。他在解释“太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，清便欲自可……”时说：“伤寒八九日，则邪传再经又遍，三阳欲传三阴之时也，传经次第，则三日传遍三阳，至四日阳去入阴，不入阴者为欲解。其传阴经，第六日传遍三阴，为传经尽而当解。其不解，传为再经者，至九日又遍三阳，阳不传阴则解。”<sup>③</sup>结合第4条、第5条、第8条等有关条文的注解，成无己的传经说内容可以概括为：伤寒按六经顺序循经相传，始于太阳终于厥阴，日传一经，六日传遍六经，六日不愈，则七日从厥阴再传太阳，以次相传。成无己的这个传经臆说，对后世影响极大。

全面接受并发挥成氏之传经说者当推李杲，他说：“太阳者，乃巨阳也，为诸阳之首，膀胱经病，若渴者，自入于本也，名曰传本”；“太阳传阳明胃土者，名曰循经传”；“太阳传少阳胆木者，名曰越经传”；“太阳传少阴肾水者，名曰表里传”；“太阳传太阴脾土者，名曰误下传”；“太阳传厥阴肝木者，为三阴不至于首，唯厥阴与督脉上行，与太阳相接，名曰循经得度传。”<sup>④</sup>传经说的

① 庞安时，《伤寒总病论·卷第一》

② 魏念庭，《伤寒论本义·卷之一·闵氏传经论》

③ 成无己，《注解伤寒论》北京：人民卫生出版社，1963.60

④ 王好古，《此事难知（影印本）》北京：人民卫生出版社，1956.13

另一个代表人物要算是吴绶，他引用《类证活人书》所云，并进一步发挥：“寒邪首尾只在一经而不传者有之，有间传一二经者有之，有传过一经而不再传者有之，有足经郁热而传入手经者亦有之，有误服药而致传变者多矣。故经曰，一日太阳受之，脉静者为不传也，若脉数急，躁烦欲吐者，传也。”盖太阳为诸经之首，传变居多，且热邪乘虚之经，则传也。若经实则不受邪而不传也，且夫太阳水传阳明土，乃妻传夫，谓之微邪。阳明土传少阳土，亦曰妻传夫，乃微邪也。少阳木传太阴土，乃夫传妻，谓之贼邪。太阴土传少阴水，亦曰夫传妻，乃贼邪也。少阴水传厥阴木，母传子，谓之虚邪。太阳水间传少阳木，乃母传子，亦曰虚邪也。太阳水越经而传太阴土，谓之微邪，又曰误下传也。太阳水传少阴水，此乃阴阳双传，即两感也。太阳水传厥阴木，乃母传子，谓之虚邪，又曰首尾传也。夫伤寒传至厥阴肝经为尾，盖厥者尽也。”<sup>①</sup>对此，魏荔彤驳正曰：“《蕴要》祖成氏之注其过经不解例曰，经言伤寒十三日不解，谓之过经。仲景焉有此语！是以成注为经矣。”<sup>②</sup>由成无己创立的日传一经，七日复传之传经说，经过李杲、吴绶等人的阐释和发挥，名目益多且离仲景原旨越远。

但是，医学毕竟是实践的学科，它的理论必须能够指导实践，它的实践又必须能够验证理论。成氏的传经说几经李杲、吴绶等人的发挥，变得既玄远又有些神秘，显然是难以令人信服的。所以李中梓作《辨成氏再传之说》与《六经七日病愈论》指出，“成氏云六日厥阴为传经尽，七日当愈，七日不愈者，再传太阳，传至十二日，复至厥阴为传经尽，十三日当愈，十三日不愈者，谓之过经，其说谬矣。”“成氏误认行其经尽为传遍六经，乃有自太阳再传之说耳。”他认为：“六经以次受病，其愈皆以七

① 吴家震重订，吴绶，《伤寒蕴要·卷一》

② 魏念廷，《伤寒论本义·卷之一·闵氏传经论》

日为期”，又曰“太阳受病于一日，至七日为行太阳经尽之例推之，则诸经皆可屈指而期矣。阳明受病于二日，至八日自愈者，行阳明经尽也；少阳受病于三日，至九日自愈者，行少阳经尽也；四五六日至三阴经，次第至十二日愈者，行厥阴经尽也；十三日大气皆去，精神爽慧之期。”他又特别指出：“《蕴要》（按，指吴绶《伤寒蕴要》）祖成氏之说，其过经不解例曰：经言十三日不解谓之过经，仲景实无此语，误以成注为经矣。千古承讹，后学聋瞽，故表而出之。”<sup>①</sup>李士材在所谓“传经”的问题上，明言“仲景实无此语，误以成注为经矣”。他的见解，为一些注家所推崇，如柯琴谓：“伤寒一日太阳，二日阳明，三日少阳者，是言见症之期，非传经之日也。”又曰：“旧说伤寒日传一经，六日至厥阴，七日再传太阳，八日再传阳明，谓之再经，自此说行，而仲景之堂无门可入矣。”<sup>②</sup>吴坤安亦云：“伤寒断无日传一经之理，仲景既无明文，其说始于误解经义。”<sup>③</sup>李士材、柯韵伯、吴坤安所论极是，惜未能彻底驳正成无己、李杲、吴绶之“传经”臆说，以至于其说蔓延，且仍在当今各类教科书、教材中盛行。虽然日传一经和七日后复传，已不再被过分强调，但是，太阳传阳明、阳明传少阳、少阳传太阴云云，仍为主流思想，仍未能脱离成氏注解的羁绊。究其原因，一是成无己首次全面注解《伤寒论》，其学术地位之高，后世学者推崇备至且有些盲目；二是成氏动引《内经》作注解，后人误认为其说源于《素问·热论》。实际上，《热论》并无“传经”一辞。正如吴坤安所论：“《素问·热论》篇云：伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。二日阳明受之，故身热目痛鼻干不得眠。三日少阳受之，故胸胁痛而耳聋，此言三阳受邪，发病之期有浅深先后之次序，非谓传

① 李士材，《伤寒括要·卷上》

② 柯琴，《伤寒来苏集·伤寒论注》，上海：上海科学技术出版社，1959，5~7

③ 吴坤安，《伤寒指掌·卷一》

经之日期也，故下文云，七日巨阳病衰，头痛少愈。八日阳明病衰，身热少愈。九日少阳病衰，耳聋微闻，此言病之向愈，大约以七日为期，以七日始行尽本经也，故太阳病至七日始衰而头痛少愈，则六日内只在本经，非传至厥阴明矣。”<sup>①</sup>而成无己、李杲等却把《素问·热论》之“受之”视为“传经”。成氏等认为，所谓“受之”就是受邪于前一经，一日、二日、三日……就是传经的日期。先师李克绍先生驳正曰：“这个说法是有问题的，因为日传一经，这不仅是自古以来临床所未见，而且从语法上讲，在《素问·热论》中也讲不通，试问‘受之’如果是指受邪于前一经的话，那么，‘一日巨阳受之’，这个巨阳又是受之于哪一经呢？”先生的诘问极有力量。先生把《素问·热论》“伤寒一日，巨阳受之”，“二日阳明受之”等文字和《伤寒论·伤寒例》“尺寸俱浮者，太阳受病也，当一二日发”，“尺寸俱长者，阳明受病也，当二三日发”等文字进行对比，指出，两者对于六经“受之”的日期，经络循行的取段，以及主症等，都完全一致，所不同的是《伤寒论·伤寒例》在各经之前都加上了脉象，把《素问·热论》的“几日受之”一律改成“当几日发”，这就证明，《素问·热论》所谓几日某经受之，不是指六经相传之日，而是指其本经感邪以后出现症状的发病之时。“受之”不等于“传经”，在《伤寒论·伤寒例》中还另有确证，试看在《素问·热论》的“其不两感于寒”之下，又加上了“更不传经不加异气者”九字，这是自有《伤寒论》以来第一次见到“传经”这个词。这个词是在一日巨阳、二日阳明、以至六日厥阴等“受之”之后提出的，已经“受之”了，又提出“更不传经”，显然《素问·热论》中所有的“受之”，都根本不同于后世注家所说的“传经”。<sup>②</sup>而《伤寒论·伤寒例》所讲的“传经”则是指从发病早期经过典型症状期而至转归

① 吴坤安.《伤寒指掌·卷一》

② 李克绍.论传经.山东中医学院学报,1985,(4):2

期的过程（见本文前一部分）。这和成氏传经说的太阳传阳明，阳明传少阳，少阳传太阴云云相去甚远。

那么成氏所讲的太阳传阳明，阳明传少阳，少阳传太阴……，这在伤寒发病过程中是否可见呢？如果摈弃日传一经、七日复传等内容，那么由太阳病发展为阳明病，或发展为少阳病，或发展为太阴病，或由少阳病发展为阳明病，等等，这在《伤寒论》中是可见到的，但论中不把它叫作“传经”，而把它称之为“并病”或“转属”。并病是表述伤寒从一种病发展变化为另一种病的量变过程，它可能的最终结果是“转属”，而转属则是质变。并病是转属的过程，转属是并病的结果。并病和转属在《伤寒论》中，可以发生，也可以不发生，可以这样发生，也可以那样发生。在伤寒发病的整体过程中，只是一种具体的可能性，而不具有普遍的、稳定的、固有的必然性。（参见本书《合病与并病》）

伤寒的并病和转属表述的是三阳三阴六病之间的横的关系，这种关系反映了伤寒发病的复杂性。在伤寒发病过程中，三阳三阴各自受邪，其纵向的发展一传，即早期——典型症状期——转归期的过程，这是伤寒发展变化的必然规律，而三阴三阳之间横向的发展即并病或转属则是一种不稳定的可能。

综上所述，《伤寒论》中只有传、并病和转属，而没有“传经”。仲景实无“传经”之语。所以发生“传经”之讹，乃因后世“误以成注为经矣”。

#### 四

在这里还有必要指出，由于成氏“传经”说的传播及影响，后世又把太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病等三阳三阴六病称之为太阳经病、阳明经病、少阳经病等，从而称为六经病。这在注家们的理解和潜意识中含有两层意思：一是既

然称之为六经病，当然就是六条经络发病；二是既然有传经说，当然就是邪气循经络传递。因此，把三阳三阴六病称为经络病，把论中的“经”字理解为经络，通过一代一代人认识上的逐渐积淀，最终形成了一种思维定势，即《伤寒论》的三阳三阴病就是六经病，在其潜意识中就是经络发病。这实际上已背离了经旨，仍然是“以成注为经矣”。

我们说三阴三阳不等于经络，论中的经字不是指经络言，并不是说伤寒发病与经络无关，恰恰相反，用三阴三阳表述的机体及发病过程，不仅离不开经络，也离不开脏腑和气化。离开经络、脏腑、气化的机体根本就不存在，又何谈其发病呢？就具体而言，《伤寒论》中的“经”字有两个含义：一是有经络之意，如第124条，“所以然者，以太阳随经瘀热在里故也，抵当汤主之”。又第67条，“发汗则动经，身为振振摇者”。第97条有云：“脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也”。脏腑是通过经络相连，因为有经络才有可能“邪高痛下”。由此可见，伤寒发病是离不开经络的。二是经字还有规律性的时间或过程之意，如第8条，“行其经尽故也”，第103条“过经十余日”，第105条“过经谵语者”，第114条“到经不解”，第123条“过经十余日”，第217条“过经乃可下之”，第384条“所以然者，经尽故也”，“到后经中，颇能食，复过一经能食，过之一日当愈”等。根据上述条文的规律性时间、日期，可以推论，这些“经”字是指六天为一过程，病过七日不愈为“欲作再经”。病过十三日不愈为“复过一经”。在这里，经，常也，意指伤寒发病其病机症状六日为一过程，具有规律性。李时珍对“经”字有这样一段阐释：“女子，阴类也，以血为主，其血上应太阴，下应海潮，月有盈亏，潮有朝夕，月事一月一行，与之相符，故谓之月水、月信、月经。经者，常也，有常轨也。”<sup>①</sup>徐灵胎则谓：“伤寒六日，

<sup>①</sup> 李时珍：《本草纲目》，北京：人民卫生出版社，1981.2952

经为一经。”近人章炳麟先生对《伤寒论》有独到见解，他说：“若其云‘过经不解’、‘使经不传’、‘欲作再经者’，此以六日、七日为一经，犹女子月事以一月为经，乃自其期候言，非自其形质言矣。”<sup>①</sup>章太炎先生作为一代经学大师对《伤寒论》中的“经”字的训释，对我们当不无启发。

实际上，把三阴三阳称之为经者，不是后世人的发明，当然也不同于后世人的理解。《素问·阴阳离合论》有云：“太阳为开，阳明为合，少阳为枢，三经者，不得相失也。”又曰：“太阴为开，厥阴为合，少阴为枢，三经者，不得相失也。”又，《伤寒论》第384条，“伤寒，其脉微涩者，本是霍乱，今是伤寒，却四五日至阴经上，转入阴必利。”若结合论中第270条，“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪，其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也”，和第358条，“伤寒四五日，腹中痛，若转气下趋少腹者，此欲自利也”来讨论，那么第384条“至阴经上”之“阴经”则是指太阴或三阴。不论《素问·阴阳离合论》把三阴三阳称之为经，还是《伤寒论》第384条之“阴经”，在这里，经字，都不存在经络的含义，而是具有道、理、常等含义。故该篇又曰“阴阳韪韪，积传为一周，气里形表，而为相成也”。若把这一段文字与《素问·阴阳应象大论》之“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也”相对照，可以得出这样一个结论：《黄帝内经》把三阴三阳称之为经，《伤寒论》第384条把太阴或者三阴也称之经，正是要突出阴阳以及三阴三阳“恒久之道”的意义。

由于《伤寒论》研究史上的误读积淀所形成的思维定势和习惯上的约定俗成，后世人包括今人，在论伤寒时，言必“六经辨证”。六经辨证已经成为中医学理论的基本概念，超越了《伤寒论》的范围，而渗透到目前的中医基础理论、中医诊断学、中药

<sup>①</sup> 章太炎，《章太炎医论》，北京：人民卫生出版社，1957.2

学、方剂学、中医内科学等各学科领域。当人们在谈论“六经辨证”时，在其潜意识中浮现出的影像尽管各不相同，但是，有一点，即由六条经络为主线所构成的模糊画面，几乎是一致的。这是《伤寒论》研究史上的一大误解。必须再次指出：这是历史上研究《伤寒论》的一些人强加给张仲景的一种说法，而并不是《伤寒论》中原来固有的内容。

本节讨论伤寒发病和“传经”，一是试图阐释伤寒发病的一般规律——传，和特殊规律——并病、转属；二是试图弄清楚所谓“传经”说的来龙去脉。从中我们可以发现，“传经”说不是源于张仲景，而是来自于庞安时、朱肱、成无己等人。后世人讲“传经”，研究的不是《伤寒论》，而是在研究成无己等人的注解。这正如李中梓所言：“误以成注为经矣”。

## 六经提纲与非纲

今人读《伤寒论》无不言“六经提纲”者。所谓六经提纲是指，《伤寒论》第1条“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”；第180条“阳明之为病，胃家实是也”；第263条“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也”；第273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬”；第281条“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”；第326条“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”。仲景在《伤寒论》中并未明言“提纲”二字，更未指称哪一条是“提纲”。提纲是后世人在研究《伤寒论》时，从中总结出来的。提纲说不是成无己提出来的，今人多认为是柯韵伯首论之，但就笔者所见，在方有执的《伤寒论条辨》中，已隐约可见

其雏形。方有执在解释第1条时称：“此揭太阳之总病，乃三篇之大纲，已下凡首称太阳病者，皆指此而言之也。”在解释“阳明之为病，胃家实是也”时，则谓：“故胃实反得以揭阳明之总，与太阳之揭总者，经病虽不同，要之，所以为揭例则一也。余经皆有总揭，其例则通乎二者而同推。”<sup>①</sup>喻昌《尚论篇》在诠释“太阳之为病”时亦云：“先挈太阳病之总脉总证，统中风伤寒为言也”。在诠释少阴之为病时云：“此少阴之总脉总证也。”<sup>②</sup>提纲说至柯韵伯时，则被全面发挥，使“六经提纲”才真正成为一说而被此后的注家所广泛接受。柯韵伯在其《伤寒来苏集》中提出“仲景立六经总纲法”，“仲景作论大法，六经各立病机一条，提揭一经纲领，必择本经至当之脉症而表章之。”<sup>③</sup>又曰“六经提纲各立一局”。<sup>④</sup>认为“阳明之为病，悉从胃实上得来，故以胃家实为阳明一经之总纲也”。“少阳居半表半里之位，仲景特揭口苦咽干目眩为提纲”。<sup>⑤</sup>至《医宗金鉴》时，则把“提纲”推到极顶，成为六病各自的总概括。《医宗金鉴》在解释太阳病第一条时说：“首揭此条，为太阳病之提纲，凡上、中、下三篇内称太阳病者，皆指此脉证而言也”。至此，提纲说在伤寒论学术界影响已经极大，几乎混同成为仲景之说。近世《伤寒论》教材亦承此说。因此，提纲说目前已居于所谓主流地位。

提纲说把《伤寒论》六病诸篇中的“之为病”条文，作为提纲置于居高临下的位置，欲以概括三阴三阳各病的全部内容。如在太阳病篇中，以提纲概括太阳伤寒和太阳中风；在阳明病篇中，以提纲概括阳明热证和阳明实证；在少阳病篇中，以提纲概括少阳伤寒和少阳中风，尤其想概括论中所有用柴胡汤的条证。

① 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.1、80

② 喻昌，尚论篇，上海：上海古籍出版社，1991.22、125

③ 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.8

④ 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论翼，上海：上海科学技术出版社，1959.5

⑤ 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.83、124

在三阴篇中，对“之为病”条文，也是立意于概括。如《医宗金鉴》在论述太阴病篇首条时，提出“此太阴病全篇之提纲，后凡称太阴病者，皆指此证而言也”。在论述少阴病篇首条时，提出“此少阴病之提纲，后凡称少阴病者，皆指此脉证而言也”。在论述厥阴病“之为病”条文时，提出“此条总言厥阴为病之大纲也”。<sup>①</sup>提纲说立意于高度概括，欲以“之为病”六条概括全论大意。实际上这只是后世某些注家的一种主观愿望，能不能概括六病大意，这应当是由“之为病”六条本身所固有的内涵来决定的。如“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”，柯韵伯称其“凡称太阳病者，皆指此脉证而言也”。但是，在仲景书中，太阳病的表现却是各有特点，恶寒也并非都是太阳病的必见之症。论中第6条，“太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病。”而《金匱要略·痉湿喝病脉证治》有云：“太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉。太阳病，发热汗出，而不恶寒，名曰柔痉。”可见太阳痉病也是可以不要恶寒的。同样道理，脉浮也并非都是太阳病的必见之症。如“太阳病，其证备，身体强，几几然，脉反沉迟，此为痉。”<sup>②</sup>又，“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名湿痹。”<sup>③</sup>后世注家把提纲置于居高临下的位置，立意于高度概括，一旦概括不了，而其脉证与提纲证不相符时，便曲解经意或径改经文，或把它排挤出本病之外，而名之曰“类证”以强加于仲景。如尤在泾即把第6条列在其所设置的“太阳类病法”一章内，认为“此正是伤寒对照处”。“伤寒阳为寒郁，故身发热而恶寒，温病阳为邪引，故发热而不恶寒也。然其脉浮、身热、头痛，则与伤寒相似，所以谓之伤寒类病云。”<sup>④</sup>尤在泾在这里用一

① 吴谦，等。医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.10、206、217、253

② 《金匱要略·痉湿喝病脉证治》

③ 同上

④ 尤在泾。伤寒贯珠集，上海：上海科学技术出版社，1959.76

个“类”字即把仲景的太阳温病曲解为“伤寒对照处”。究其原因，就是因为本病的“不恶寒”与第1条所谓提纲证的“恶寒”格格不入。

阳明之为病，胃家实是也。提纲说强调本条必“概括里热炽盛，弥漫内外但未与有形积滞相结的白虎汤证和里热炽盛与宿食粪便相结、阻滞肠道的承气汤证”。但是，实际上，胃家实所揭示的只是里热炽盛肠道结滞这样的病机，而白虎汤证热虽盛但弥漫全身，未与有形之邪相结，所以不具有“胃家实”的病机，此正如第179条所言，“正阳阳明者，胃家实是也”。如果把正阳阳明与本条所言之太阳阳明、少阳阳明对比，可见，正阳阳明者，是指承气汤证。因此，“胃家实”根本概括不了白虎汤证，它的内涵只是指热与积结滞于肠道。

有注家认为，因为实是邪气盛则实，而白虎汤证是邪气盛，所以胃家实包括“燥热未与有形之实滞相结而充斥于全身者”和“燥热之邪与肠中积滞相合，形成燥屎而阻结于肠道者。”这种想法源于提纲说的所谓“高度概括性”。其实，即使满足提纲说的愿望，把白虎汤证也概括进“胃家实”之中，那么对阳明中风、阳明中寒，又怎样能在“提纲”中为它们找到适当的位置呢？这种以“提纲”居高临下，高度概括的想法，貌似逻辑，实际上并不是仲景的思路。我们不能把后世人的想法，硬强加给古人。作为一种学习和研究方法，从《伤寒论》中提出具有提纲性质的条文，以便提纲挈领，这不失为一种学习和研究《伤寒论》的方法。但是显而易见，目前提纲说之“提纲”已超越了其“方法”性质，而俨然成为“仲景之说”。它的缺陷是不适当地扩大了“之为病”条文的内涵，以偏概全，其结果是欲概括而不能，从而在逻辑上陷于自相矛盾的境地。此正是：提纲说立意概括，实难概括。

近世有研究者提出“提纲非纲”说，指出所谓六经提纲，虽然称之为“提纲”，但其不能概括者尤多，如太阳病篇中的第23条桂枝麻黄各半汤证，第27条桂枝二越婢一汤证等均非提纲所

能概括。认为既称之为太阳病提纲，而不言发热，其纲领性与概括性已明显成为问题云云。有学者特别对“阳明之为病，胃家实是也”作为提纲提出质疑，认为，“历来所称六经提纲的条文，无论文字有简有繁，但其他五经的条文内容，都没有片字论述病因病机，并都直截了当地载明脉证，何独于阳明病既无脉又无证，而仅空泛地用胃家实三字的抽象名词来作为一经疾病的提纲？我们读《伤寒论》者都会知道它的体例非常严谨，方证药法条理井然，而独对于所谓“提纲”的条文，何以仲景反而自乱其例如此？！”<sup>①</sup>非纲说者从文理、逻辑、训诂、文字、语法等方面指出“之为病”条文在形式上，内容上本无纲意，因此，把“之为病”六条称之为六经提纲是名不符实，没有根据的。认为提纲说以“之为病”六条包罗、概括六病是有纲无目，因此，六经提纲之说是根本不能成立的。应当指出，非纲说者对提纲说提出不同看法，不是一点道理没有。但是，非纲说在否定提纲说的同时，却忽视了一个显而易见的问题，这就是“之为病”六条本身所具有的特殊性，从而对“之为病”六条在论中六病诸篇中的意义，没有给予应有的、足够的肯定。

对“之为病”六条，不论在文字、语法上怎样理解，它的表述方式在《伤寒论》六病诸篇中的每一篇，却都是独一无二的。这种独一无二的特殊表述方式不是偶然的或漫不经心的，而是仲景用心所在。应当指出，“之为病”六条是不是提纲是一回事，而这六条在形式上和意义上有没有特殊性是另一回事。不是提纲不等于它没有特殊性，有特殊性则不一定具有提纲的地位和意义。把“之为病”六条称之为“六经提纲”是后世注家的主观认识，而“之为病”六条在形式上的特殊性则是《伤寒论》中的客观存在。非纲说的偏颇之处，在于它把是不是提纲和有没有特殊

<sup>①</sup> 严世芸，对“伤寒六经提纲”的商榷，中华全国中医学会仲景学说讨论会论文汇编，1982，49

性混淆了，从而在否定“提纲”的同时，把“之为病”条文的存在或特殊性意义也给抹煞了。此正是：非纲说标榜无纲，失之偏颇。

综前所述，提纲说立意于高度概括，着力于概括、包容六病大意。非纲说则指出，所谓“提纲”起不到高度概括的作用，六病丰富而复杂的内容，此六条根本概括不进去。因此，“提纲”只是有其名而无其实。因为达不到高度概括的目的，所以“提纲”也就不存在。一言一蔽之，前者认为提纲高度概括，统摄六病大意；后者则认为所谓“提纲”的“之为病”六条不能概括六病的所有病证，所以不能称之为“纲”。由此观之，非纲说与提纲说尽管观点对立，但有一点是共同的，这就是二者都把“提纲”置于极顶的位置，都认为提纲必须高度概括。此二说均引经据典，论证纲的含义，引《书·盘庚》所言：“若网在纲，有条而不紊”。又引《韩非子·外储说》“善张网者，引其纲，不一一撮万目而后得”。虽二说均不离“纲”，但方向不同，分别执“纲”之两端而相争。

什么是纲？设纲提网。通俗讲，纲就是系网的大绳。《韩非子》说得甚得要领，欲要张网，有两个办法，一是“引其纲”，一是“一一撮万目”。而“善张网者，引其纲”，说明了在张网时，纲是何等的重要，纲一举而万目悉张。否则，必须一个一个地把目展开，该是何等的麻烦与紊乱。由此看来，举纲或提纲就是持其最重要的地方。因而“提纲”也就引申为“列举大要”之意，关键在“要”字上。可见，提纲似无“概括”之意，“高度”二字也就更无从说起了。

对“之为病”六条在《伤寒论》中的意义，应当既不拔高，人为地扩大其内涵，也不否认它在表述形式上的特殊性，而是实事求是地、客观地予以评价，力求体现仲景原旨。我认为，“之为病”六条不论称其为“提纲”或是“提要”或是其它什么名目，其意义都在于扼其要者，别异比类，举一反三。所谓扼其要

者，是说“之为病”六条是六病诸篇要点的提示，而不是六病内容的概括，是举其典型以比照其它，而不是包罗六病的全部。但举一可以反三，从而达到异者别之，类者比之，由此而及彼，举一反三而类推。此正如《素问·至真要大论》所云：“知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷。”“之为病”六条的真正意义在“要”字上。如“太阳之为病”是对太阳病的重点提示，是太阳病最典型的表现，而不是对太阳病的高度概括，它与太阳病的其它类型比类是同中有异，异中有同。故《金匮玉函经·辨痉湿喝第一》有云：“太阳病，痉湿喝三种，宜应别论，以为与伤寒相似，故此见之。”仲景在此讲得很清楚，太阳之为病，脉浮、头项强痛而恶寒，是以狭义伤寒为典型，以比照其它。痉湿喝属广义伤寒，它与狭义伤寒相似相近而不相同。虽同为太阳病，但各有特点。“阳明之为病”是最典型的阳明病的病机，与之相比、别异，可以类推阳明病的其它类型，如虽有热但尚不炽盛的栀子豉汤证；热虽炽热，但尚未结实的白虎汤证以及胃阳不足欲作痼瘕的阳明中寒证。同样的道理，少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病的“之为病”条文所阐述的内容都是本病的典型或要点，意欲别异比类，举其要者以比照其它。这正体现出传统和时代赋予仲景的以辩证逻辑为特点的思维方式。

以“之为病”的形式列举大要，还见于《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》：“伤寒阴阳易之为病，其人身体重，少气，少腹里急，或引阴中拘挛，热上冲胸，头重不欲举，眼中生花，膝胫拘急者，烧裨散主之。”《金匮要略》一书亦有多处，如：《血痹虚劳病脉证并治》：“劳之为病，其脉浮大，手足烦，春夏剧，秋冬瘥，阴寒精自出，酸削不能行。”《消渴小便利淋病脉证并治》篇：“淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。”《黄疸病脉证并治》篇：“谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄，为谷疸。”《跌蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治》篇：“转筋之为病，其人臂脚直，脉上下行，微弦。转筋

入腹者，鸡屎白散主之。”又同篇云：“虻虫之为病，令人吐涎，心痛发作有时，毒药不止，甘草粉蜜汤主之。”等等。这些“之为病”条文，都是对相关疾病的重点提示或例举大要，而不能概括相关疾病的全部。可与《伤寒论》六病诸篇“之为病”条文互参。

《伤寒论》研究中，所谓六经提纲、传经、蓄水、经证、腑证、类证等等诸如此类，都是后世研究《伤寒论》的医家个人体会，今人在学习和研究《伤寒论》时，不可避免地要接触它或借鉴它。但这些毕竟不是仲景书中固有的内容，因此不能与仲景学说混为一谈。我们不能违背历史和逻辑把后人的思想和观点强加在仲景名下，同时，也不能漠视仲景书中已有的东西，尤其不能把已有的，但目前还不能够理解的东西视为无稽，都应当如实地进行深入研究。

---

## 合病与并病

---

合病与并病是伤寒发病的重要表现形式之一，也是伤寒表现不典型的重要原因之一。

合病补充了三阴三阳分证的不足。

张仲景创立三阴三阳分证，不论对外感热病还是对内伤杂病，都具有重要的方法论意义。正如柯琴所说：“仲景约法，能合百病，兼该于六经，而不能逃六经之外。”<sup>①</sup>张仲景通过对伤寒发

---

<sup>①</sup> 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论翼，上海：上海科学技术出版社，1959.2

病的临床观察，认识到伤寒发病的复杂性，他在含有辩证法思想的中国古典哲学指导下，运用自然分类的方法，根据伤寒发病见症时间之迟速，症状之寒热，反应程度之剧缓，创造性地把伤寒分为既有相对的独立性，又有相互关联的六个临床类型，即太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病。六病是人群中，不同人体感受外邪以后，机体的不同反应态。把不同体质的人，感受外邪罹患伤寒之后，所产生的各种复杂的临床表现，用三阴三阳进行分类，从而概括为六大类，这就是六病。因此，这只能是从整体出发的粗线条的勾勒。所以，要把机体所表现出来的各种反应，都以六个类型完整地加以概括，这是不可能的，从而显示出它的不足之处或局限性。事实上，一些病证的临床表现，往往既是此证，又是彼证；既不是典型的此证，又不是典型的彼证，这就产生了一些混合型，即合病。《伤寒论》中关于合病的论述有7条：

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。”

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。”

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。”

第268条：“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。”

合病是对三阴三阳分证中所产生的各种混合型的总概括，它是对三阴三阳分证的补充。

为什么会产生这种混合型呢？机体是一个整体，疾病是机体的整体性反应。外邪侵袭人体以后，由于外邪强弱或体质盛衰等因素，可以引起较广泛的反应，出现较复杂的症状和脉象，从而形成二阳或三阳同时发病，这就是合病。成无己讲：“合病者，邪气甚也。”<sup>①</sup>

《伤寒论》第219条：“三阳合病，腹满身重，难以反侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。”第268条：“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。”成无己解释说：“腹满身重，难以反侧，口不仁，谵语者，阳明也。《针经》曰：少阳病甚，则面微尘。此面垢者，少阳也。遗尿者，太阳也。”<sup>②</sup>此后，诸家均宗此说。这样的解释，实际上是把合病看成是各种不同症状的累加或堆积，这既反映不出合病病机上的内在联系，也反映不出仲景诊断合病的临床思路。而《伤寒论》中有关三阳合病的表述，正反映出仲景由表及里，由此及彼的思维判断过程。一个外感病，具备上述症状，这是什么病呢？按三阴三阳分证原则，是太阳病？阳明病？少阳病？还是三阴病？根据症状分析，首先应当排除三阴病，而证属三阳。进一步分析，可知此既不是太阳病，又不是阳明病，也不是少阳病。这是机体在外邪作用下，同时发生的整体性反应，表现为热势燎原的三阳俱热，古人称之为三阳合邪。这正如《医宗金鉴》所称：“伤寒有六经之证，有六经之脉，证脉井然不杂，则可直指为某经之病。若二经、三经，阴阳混淆，不可以一经名者……，则名曰合病。”<sup>③</sup>李士材治吴玄水患伤寒，头痛，腹胀，身重不能转侧，口内不和，语言谵妄。有云表

① 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.66

② 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.137

③ 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.280

里俱有邪，宜以大柴胡汤下之。李曰，此三阳合病也，误下之，决不可救，乃以白虎汤连进两服，诸证渐减，更加天花粉、麦冬两剂而愈。<sup>①</sup> 马元仪治一人伤寒六日，两脉微弱不起，面垢，遗尿，自汗，谵语，身重，不能转侧，此三阳合病，汗下两不可用……盖三阳合邪，至遗尿谵语，其中州扰乱，真气与津液并伤可知……以汗则偏于阳而津液益伤，下则偏于阴而真气复损，唯白虎一法，解热而不碍表里。<sup>②</sup> 近人张锡纯先生治三阳合病有独到之处。一人年过三旬，于初春患伤寒证，经医调理不愈，七八日间，求治于先生。病人证见头痛，周身发热，恶心欲吐，心中时或烦躁，头即有汗，而身上无汗，脉象左右皆弦，右脉尤弦有力，重按甚实，关前甚浮。即此论脉，其左右皆弦者，少阳也；右脉重按甚实者，阳明也；关前之脉浮甚者，太阳也，此为三阳合病无疑。其既有少阳病，而无寒热往来者，缘与太阳、阳明相并，无所谓往，无所谓来也。遂为疏方：生石膏、玄参、连翘、茵陈、甘草。服后汗出遍体，诸证皆愈。<sup>③</sup> 从以上各例可见，三阳合病的证候表现，要比《伤寒论》中所述复杂得多。

太阳阳明合病，是太阳和阳明在外邪作用下，同时发生的相应的整体性反应。在太阳或营卫开合不利，在阳明或气机升降失调，症状上可见太阳之寒热，阳明之呕利、喘满。《伤寒论》第32条：太阳与阳明合病，必自下利；第33条：太阳与阳明合病，不下利但呕；第36条：太阳与阳明合病，喘而胸满。同样都是太阳阳明合病，但是症状表现各有不同，可以认为，《伤寒论》中关于太阳阳明合病的描述，仅仅是举例而已，不能看成是唯一的临床征象。在太阳阳明合病中，下利，不下利，喘，胸满，都是或然症，既可以出现这一部分症状，又可以出现另一部

① 李士材，《医宗必读·卷五》

② 魏之琇，《续名医类案·卷一》

③ 张锡纯，《医学衷中参西录（合订本）》，石家庄：河北人民出版社，1974.467

分症状，也可以出现其他能反映上述病机的任何症状。虽然病位有高下之分，病势有表里之别，但是，其病机都与气机升降失调有关，气行下则利，气逆上则呕，气机壅遏则喘而胸满。前者下利治以葛根汤，一则开太阳之表，以调营卫出入，一则调气机以升津液。后者喘而胸满，则因势利导，宣畅气机，方用麻黄汤。缪仲淳治一人，因受寒，发热，头痛如裂，两目俱痛，浑身骨内疼痛，下元尤甚，状如刀割，不可忍耐，口渴甚，大便日解一次，胸膈饱胀，下不解。缪遂疏一方：葛根三钱，石膏一两半，麦冬八钱，知母三钱半，羌活二钱半，大瓜蒌半个（连子打碎），枳壳一钱，桔梗一钱，竹叶一百片，河水煎服，四剂而平。此太阳阳明病也。<sup>①</sup> 王三尊治一妇人，忽腹大痛大泻，医投以消滞行气之品，愈甚。诊其脉浮数，且兼表证，知为太阳阳明合病。但仲景只云下利，并未言痛，然症与书，每每不能恰合，当以意消息得之，仍投以葛根汤，汗出而愈。<sup>②</sup> 太阳阳明合病，仲景虽有三论，但是，先贤临床实践证明，太阳阳明合病之临床表现，决非三论所能概全，所以，“证与书，每每不能恰合”。此非仲景之疏漏，乃仅举其一端耳。

太阳与少阳合病是机体感受外邪以后，太阳与少阳同时发生的相应的整体性反应。从病机和症状上看，它的病机重点在少阳。在外可见太阳营卫不和之寒热，在内则有少阳气机郁结之邪火。《伤寒论》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。”本条所论，邪火下迫及肠则利，横逆及胃则呕。可以认为，这是太少合病诸多表现之一斑。若不下利者可选用小柴胡汤以疏散邪火。1970年春夏之际，某地时值外感流行，病人症状类同，除寒热、头痛等症状之外，呕吐尤剧，兼有口苦，舌苔黄腻，偶有下利者，笔者宗仲景太少

① 缪仲淳，《先醒斋医学广笔记·卷之一》

② 裘庆元，《珍本医书集成·医权初编·卷下》

合病之论，选其脉浮数兼弦者，投以黄芩加半夏生姜汤加陈皮、竹茹，每获良效。由此始领悟，仲景太少合病之论，既不高深莫测，亦不虚玄空泛。

阳明少阳合病是机体感受外邪以后，阳明和少阳同时发生的相应的整体性反应。阳明之热与少阳邪火交炽，气机失于和顺，其病机重点或在阳明，或在少阳，表现出合病临床症状多样性的特点。孙文垣治一妇人，发热口渴，舌上燥裂，小腹痛，呕吐，药食不入口者七日，右寸脉绝不应指，关沉滑有力，左手弦数，此阳明少阳合病，邪热壅于上焦也。以柴胡、石膏各五钱，半夏、枳实、黄芩、黄连、葛根、竹茹、人参各二钱，姜三片，五更下黑粪数块，痛热减半，次日仍与前药，右寸脉亦起，改用小柴胡汤加橘红、竹茹、葛根，三帖而愈。<sup>①</sup> 林佩琴治一人伤寒发热，头重渴饮，胁满，脉微紧。谓曰：此阳明而兼少阳也。用局方柴胡升麻汤去黄芩、石膏，二服汗出而愈。<sup>②</sup>

《伤寒论》关于合病的论述，以及前人关于合病的临床实践，不仅说明了伤寒发病的复杂性，而且也指出了合病临床表现的多样性。这是由机体的整体性反应的侧重面不同所决定的。

三阴三阳分证是在整体观指导下的疾病自然分类，是根据疾病的本质特征或内部联系所进行的分类。在方法论上则是以比较为基础，根据机体反应的共同点和差异，将其区分为不同类型的逻辑方法。因此，三阴三阳分证，在某一深度、广度上，近似地反映了疾病的本质和变化规律。

但是，三阴三阳分证对伤寒发病的复杂过程和错综表现，所进行的模式表述，尽管起到了提纲挈领的作用，然而，由于三阴三阳病之间泾渭分明，又使得对伤寒发病的临床状态的表述，过于简化。因此，《伤寒论》合病概念的确立，从一个侧面阐释伤

① 孙文奎.《赤水玄珠·孙氏医案·卷一》

② 林佩琴.《类证治裁·卷一》

寒发病临床表现的复杂性和多样性，使《伤寒论》的三阴三阳分证更加臻于完善。

## 二

并病表述了伤寒发病的动态变化。

伤寒在发病过程中，邪正交争激烈，由于机体正气的衰减或治疗失当，以及体内诸多潜在因素的影响，会产生一系列非线性因果转化，一病未愈，又出现另一病，两种病症状并见，错综于一时。《伤寒论》把这种临床状态称之为并病。并病是一个动态概念。可以认为，并病是伤寒从一种病发展变化为另一种病的量变过程，它可能的最终结果是“转属”。《伤寒论》中关于并病的条文有5条：

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，不可下，下之为逆，如此可小发汗。设面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表，当解之熏之。若发汗不彻，不足言，阳气怫郁不得越，当汗不汗，其人躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得，其人短气但坐，以汗出不彻故也，更发汗则愈。何以知汗出不彻？以脉涩故知也。”

第142条：“太阳与少阳并病，头项强痛，或眩冒，时如结胸，心下痞硬者，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，当刺期门。”

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。”

第220条：“二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足濇濇汗出，大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤。”

本太阳病，初得病时发其汗，汗出不彻，太阳病未罢，又出现阳明病的临床征象，“微汗出，不恶寒”。《伤寒论》第208条指出：“若汗多微恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤。”若见汗出不恶寒，身重，短气，腹满而喘，潮热，则是外已解，可攻里也。此正值太阳病欲解而未解，阳明病将实而未实之际，恰切地反映出太阳阳明并病的动态过程。丁甘仁治李姓病人患伤寒夹滞，太阳阳明为病，身热十余日不解，脊背微寒，脉浮滑而数，口干不多饮，唇焦苔薄腻而黄，五六日不更衣。太阳之邪未罢，阳明之热熏蒸，肠中浊垢不得下达。投以桂枝白虎汤加减，外疏太阳之邪，内清阳明之热，助以通腑，方用桂枝、生甘草、元明粉、竹茹、石膏、瓜蒌、大黄、半夏、生姜、大枣。<sup>①</sup>

“太阳少阳并病，头项强痛或眩冒，时如结胸，心下痞硬……”“太阳少阳并病，心下硬，颈项强而眩……”上述两条虽然都是太阳少阳并病，但，它们所反映的，是并病中的不同动态。前条是“头项强痛”，后条则是“颈项强”；前条是“时如结胸，心下痞硬”，后条则是“心下硬”。可见前条是太阳少阳并病之初，证尚偏于太阳，而后条则为太阳少阳并病之渐，证已偏于少阳。

需要指出，并病和转属，在伤寒发病过程中，可以发生，可以不发生；可以这样发生，也可以那样发生。因此，它的发生，在伤寒发病的整个过程中，只是一种具体的可能性，而不具有普遍、稳定、固有的必然性。因此，并病的临床状态是多样的，同一种病，可以变化为不同的并病，如太阳病可以并病少阳，也可以并病阳明；同一并病，可呈现不同的临床见症。范中林先生曾治一江姓病人，素有腰酸痛史。1974年4月自觉头昏，腰酸痛，发热恶寒。某日用凉水浣洗时，稍动作，突觉腰部剧烈疼痛，僵直不能转动，经治无效，求治于先生。时腰部凉而痛甚，难以转

<sup>①</sup> 丁甘仁. 丁甘仁医案. 上海: 上海科学技术出版社, 1960. 3

侧，全身酸痛，头目晕眩，口干，不欲饮食，间歇发作低热，微恶寒，舌质偏淡，苔白腻，根部微黄，脉弦微浮。此原为风寒湿邪，郁久不解，积聚于腰部，太阳之邪未罢，复传至少阳，致二阳同病，投以柴胡桂枝汤与肾着汤加减，二剂证减，再作四剂而愈。<sup>①</sup>张锡纯治刘姓妇人患伤寒少阳证，寒热往来无定时，心中发热，呕吐痰涎，连连不竭，脉象沉弦，为开小柴胡汤原方，柴胡减半，加生石膏一两，茯苓片四钱。有知医者在座，疑而问曰：少阳经之症，未见有连连吐粘涎不竭者，今先生用小柴胡又加石膏、茯苓，将毋不但为少阳经病，或又兼它经之病乎？答曰：此乃少阳病而连太阴也，少阳之去路，原为太阴之经，太阴在腹为湿土之气，若与少阳相并，则湿热化合，即可多生粘涎，故于小柴胡汤中加石膏、茯苓以清少阳之热，即以利太阴之湿也。知医者闻之，甚为叹服。病家连服二剂而愈。<sup>②</sup>本例少阳太阴并病，由于素体太阴湿盛，所以出现少阳病之后的湿热化合的变化。

当代日本东洋医学研究学者藤平健先生对并病有自己的体会，他把并病定义为：并病是二药方证的并存，其症状表现为互相关连，其治疗应根据先后法则去处理。他说：“如果仔细阅读《伤寒论》中有关并病条文，我们可以发现，并病不仅限于太阳和阳明，而是能逐步作广泛的解释。因此，二个药方证的并存，则是并病的重要条件之一。所谓并，不是单纯的并列，而是正如前述，是在互相关连、互相交错情况下的并存。在如此交错的两药方证中，就有可能产生如同混血儿的证型，或出现在两药方证中所没有的证型。例如前面提到的桂麻各半汤证，是太阳病同病位的并病。这种证型在桂枝汤，或麻黄汤是没有的。‘面色反有

<sup>①</sup> 谢永新，等，范中林六经辨证医案选，沈阳：辽宁科学技术出版社，1984，53~54

<sup>②</sup> 张锡纯，医学衷中参西录（合订本），石家庄：河北人民出版社，1984，462

热色者’的状态，也就是面色潮红，以及身必痒的症状，在桂枝汤、麻黄汤不存在这样病态，而是均呈面色苍白的。由此可见，互相关连的结果，就可出现在两药方证中所没有的证型。因此我认为，互相交错关连是并病的重要条件之一。”<sup>①</sup>在藤平健先生那里，并病已经被泛化了，有远离仲景并病原旨的倾向，这也从一个方面可见中日《伤寒论》学术界在研究思路上的差异。

在《伤寒论》中，并病的概念所蕴含的是仲景的动态过程观念。仲景正是以并病来表述伤寒发病动态变化的特定过程，从而使并病成为伤寒发病的重要临床形态之一的。

自仲景书大行于世以来，合病并病作为仲景对疾病的一种认识，受到后世普遍重视。合病成为外感病的常见表现形式，成为临床外感病不典型的重要原因之一。但是，重视并不等于认识。张景岳深有体会地说：“余究心伤寒已久，初见合病并病之说，殊有不明，而今始悉之。夫所谓合病者，乃二阳三阳同病，病之相合者也。并病者，如太阳先病不解，又并入阳明、少阳之类也。”“凡并病者，由浅而深，由此而彼，势使之必然也。此合病并病之义而不知者，皆以此为罕见之证，又岂知今时之病，则皆合病并病耳。何以见之？盖自余临证以来，凡诊伤寒，初未见有单经挨次相传者，亦未见有表证悉罢止存里证者，若欲依经如式求证，则未见有如式之病而方治可相符者，所以令人致疑，愈难下手，是不知合病并病之义耳。”<sup>②</sup>张景岳一言切中要害，把合病并病从朦胧中廓清。

合病和并病在理论上揭示了伤寒发病的整体性反应和变化趋势，使三阴三阳分证更加完善。

① 藤平健（日），首届亚洲仲景学说学术会议论文

② 张介宾，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.130

## 发汗与汗法

仲景书中虽然没有明确地界定治法概念，但法寓方中，其具体治法则是非常成熟和丰富的。今人讲“八法”，这是清人程钟龄在《医学心悟》中提出来的，他说：“论病之原，以内伤外感四字括之，论病之情，则以寒热虚实表里阴阳八字统之，而论治病之方，则又以汗和下消吐清温补八法尽之。”<sup>①</sup> 仲景书虽未能明言总结出“八法”，但八法之用尽在其中，这也是学人皆知的。仲景施方用药之间，法掌握得最活，一方可涵两法，两方可归一法。而对汗法的应用，对后世影响最大，更具有开创性意义。

用发汗的方法治病是中医学的最古老的治疗方法之一。《马王堆汉墓帛书》有以熨取汗治疗瘧病的记载：“熨寒汗出，汗出多，能诘（屈）信（伸），止。”<sup>②</sup> 这是以熨发汗，而达到却病的目的。又，“伤胫（瘡）者，择薤一把，以敦（淳）酒半斗者（煮）澼（沸），〔饮〕之，即温衣陟（夹）坐四旁，汗出到足，乃□。”<sup>③</sup> 这是以酒煮药，内服，温覆取汗。可以认为，这是中医学早期的发汗法。

《内经》对用发汗的方法治病，有较广泛详尽的论述，对发汗的理论和运用都有比较系统的认识。《素问·阴阳应象大论》曰：“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之。”对此，张

<sup>①</sup> 程钟龄，《医学心悟·卷之一·医门八法》

<sup>②</sup> 马王堆汉墓帛书整理小组，五十二病方，北京：文物出版社，1979.36

<sup>③</sup> 马王堆汉墓帛书整理小组，五十二病方，北京：文物出版社，1979.39

志聪释之曰：“渍，浸也，古用汤液浸出汗以去其邪。”《素问·玉机真脏论》曰：“今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发也。”指出皮肤肌腠闭塞而热不得宣透，可发汗以宣泄。

另外，《内经》中还有用“摩之”、“浴之”取汗以解表热，用药熨取汗以治疗寒痹的论述。

用发汗的方法治病，虽源流古老，但在仲景以前，基本上还只是处于原始古朴阶段，在应用上也流于粗放。这种古朴粗放之风在仲景书中某种程度上也还留有痕迹，比如《伤寒论》第111条“太阳病中风，以火劫发汗”，第112条“伤寒，脉浮，医以火迫劫之”，第117条“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚”。《金匱要略·黄疸病脉证并治》篇“病黄疸，发热烦喘，胸满口燥者，以病发时，火劫其汗”。这些古老的劫汗之法，在仲景书中，都是产生变证的最直接的原因之一。

古人发汗的方法很多，有熨法、摩法、浴法、熏法、烧针、温针等等。严格地说这只能称之为发汗，还不能称之为汗法。汗法之所以称之为法，不仅仅是说它是一种发汗的方法，而更主要的是它具有规范的法度。真正的汗法，就目前所见，当是源于《伤寒论》。

张仲景在前人运用发汗治病的基础上，通过自己的实践，予以发展，尤其在发汗方法的应用指征和发汗的“度”的掌握上，做出了奠基性的贡献，从而使发汗的方法趋于规范，才真正成为汗法，成为后世的“八法”之首。

在《伤寒论》中，汗法是太阳病表证的常规治疗方法。典型的太阳病是机体营卫稳态失调。在正常的情况下，营卫循行有常道，卫气开合有常度，营卫之间的关系在一定的范围内自行调节，以适应外界环境，抵御外邪侵袭、干扰。当外邪侵袭，足以破坏肤表营卫的自稳调节功能，则卫气开合失其常度，一方面可以表现为发热、恶寒、无汗、身疼痛、脉浮紧等，这是外邪侵

袭，卫气合而不开，卫阳不得透越，郁而发热，营阴不得宣泄，闭而无汗。这是营卫之间关系的亢奋性失调，后世人称之为表实证。另一方面，可以表现为虽然发热，但热势不盛，虽然恶寒，但恶寒程度不严重，脉象浮缓或浮而不紧，多见汗出，这是外邪侵袭，卫气开而不合，卫阳不固，营阴外泄。这是营卫之间关系的衰急性失调，后世人称之为表虚证。

卫气合而不开形成的营卫失调，它的病机重点是肤表卫阳郁闭。寒邪外束是初始病机，从寒邪束表到肤表阳郁，这是病机上的因果转化。对于卫气合而不开的营卫失调，《伤寒论》是以麻黄汤温覆发汗以开腠理，发越郁阳，宣泄营阴。通过发汗，使失调的营卫恢复到适度稳态，诸多表证亦随之消失。

卫气开而不合形成的营卫失调，它的病机重点是肤表卫阳浮而不郁。这样的病机决定了其症状以汗出为特点，其表证反应不甚剧烈。这在《伤寒论》中，是以桂枝汤氤氲发汗解表。而论中第42条又指出：“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤。”这里，脉浮弱的一个“弱”字，恰到好处地点出了太阳中风桂枝汤证的病机重点，说明了机体对外邪侵袭的反应不甚激烈。所以论中不论有汗无汗，凡是外证未解，脉浮弱者，都是桂枝汤的适应证。如太阳伤寒表邪渐衰，将愈未愈；太阳病下后，其气上冲；表兼里寒，温补之后，再欲解外；产后风续续，数日不解者。上述种种，或汗下失宜，正气受挫，或里虚里寒，中焦化源不足，或产后阴阳气血俱虚，其脉浮而兼弱者，都可以用桂枝汤治疗。由此，可以窥见桂枝汤证中的潜在的虚的一面。

《伤寒论》中，不论是三阳病还是三阴病，只要具有表证，都予以解表。可以认为：表证的本质是机体在外邪侵袭下，肤表营卫适度稳态的失调。汗法的目的在于通过发汗，改变机体营卫对外邪侵袭的反应，使营卫之间的关系从失调达到新的稳态。

发汗具有温通三焦的作用。因此，在仲景书中，汗法除用于风寒束表之证以外，还用于治疗病势偏上偏表的水液停滞诸证。

湿、水气、饮，一源三歧，都是停水，只是存在和表现形式不同。在正常情况下，体内水液的调节、分流、转化、排泄，都处于适度稳态。这些调节活动主要是通过机体三焦气化功能实现的。三焦在上主司宣发，在中主司输布，在下主司泌别清浊，《内经》称之为“决渎之官，水道出焉”。张介宾释之为：“上焦不治则水泛高原，中焦不治则水留中脘，下焦不治则水乱二便。三焦气治，则脉络通而水道利，故曰决渎之官。”<sup>①</sup>三焦阳气通彻上下，出入内外，三焦功能正常，在很大程度上，保持体内水液代谢的适度稳态。若三焦阳气不振，气化功能失调，此即张介宾所谓“三焦不治”，引起体内水液调节、分流、转化、排泄功能紊乱，形成水液停蓄。

水液停蓄，除了具有水液停滞的一般见证外，其所谓病势偏上偏表者，盖因其多伴有表证。这些表证产生的原因，不排除外在湿邪的侵袭，但是，更重要的原因是水液停滞，三焦阳气不振，上焦不能如雾，不能熏肤、充身、泽毛，肤表失于温养，卫气失于卫固而产生的。这些表证，实质上是水液停滞的外在反映，其病位在三焦，尤其偏于上焦。

仲景以通阳发散之剂，温覆发汗，治疗病势偏上、偏表的水液停滞之证，虽属因势利导，但是，其立意在于通阳化气，振奋三焦阳气，调节三焦功能。如《伤寒论》第71条“脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之”方后注云：“多饮暖水，汗出愈。”《金匱要略·痉湿喝病脉证治》：“湿家身烦疼，可与麻黄加术汤发其汗为宜。”又“病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿……可与麻黄杏仁薏苡甘草汤”方后注云：“温服，有微汗，避风。”又“风湿，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之”方后注云：“温令微汗，差。”同书《痰饮咳嗽病脉证并治》篇“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之”方后注云：“温服一升，取微

<sup>①</sup> 张景岳·类经·北京：人民卫生出版社，1965.31

似汗。”《水气病脉证并治》篇，“里水，越婢加朮汤主之，甘草麻黄汤亦主之”方后注云：“重覆汗出，不汗，再服。”《伤寒论》第175条“风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣，或身微肿者，甘草附子汤主之”。方后注云：“初服得微汗则解”等等。

发散剂温覆取微汗治疗水液停蓄诸病证，其作用机制在于激发三焦阳气，强化三焦气化功能。实质在于通阳，在上加强宣发作用，在下加强疏通作用，使停滞的水液可望重新由静变动，由滞变通，使无气之停水变为有气之津液，重新参与气化过程，从而得以重新输布、分消，使在上在表者，汗而散之，在下在里者尿而泄之。汗尿的分利排泄，靠的是三焦阳气的温通和鼓舞。叶天士说：“通阳不在温，而在利小便。”实践证明，利小便能够通阳，通利小便的过程，就是振奋阳气的过程。同样，正确地施行发汗也能够激发阳气，发汗的过程，也就是振奋阳气的过程。水停诸证，服药后得以微汗，这是三焦阳气振奋的结果。

通过发汗、利尿振奋三焦阳气，成功地体现在五苓散的作用上。五苓散证是三焦阳气不振，水停三焦。《伤寒论》第71条要求服五苓散后，“多饮暖水，汗出愈”；《金匱要略·消渴小便利淋病脉证并治》又云：“脉浮，小便不利，微热，消渴者，宜利小便发汗，五苓散主之。”对比上述两条，文意虽基本相同，但《金匱要略》特别地突出了利小便与发汗并行不悖的思路。服五苓散后，令人周身汗出，且小便畅利，这在于通阳化气，使上中下三焦气化得行，水精四布，在上在表者为汗，在下在里者为尿，从而使陈积宿水得以上下内外分消。

## 二

在仲景书中，汗法一是强调温覆或饮暖水，二是强调取微汗，不可大汗淋漓。

组方用药是针对体质与病情特异性、复杂性的辨证论治，通过药物作用以求达到治疗目的。而温覆或饮暖水则可诱导药物发挥预期的治疗作用，强化药物效力。

《伤寒论》运用麻黄汤发汗，要求覆取微汗。纵观《伤寒论》、《金匱要略》属麻黄汤系的方剂，欲取微汗大都强调温覆，可见温覆对于取微汗有极重要意义。《医宗金鉴》在论及麻黄汤时，特别指出：“庸工不知其制在温覆取汗，若不温覆取汗，则不峻也。”近人张山雷对此独有见解，他说：“麻黄发汗，必热服温覆，乃始得汗，不加温覆，并不作汗。”<sup>①</sup>张氏一言中的，可谓独破仲景汗法之不宣之秘。《伤寒论》运用桂枝汤发汗，都强调要啜热稀粥，温覆，遍身皤皤微似有汗。张仲景凡用桂枝汤发汗，必强调“方用前法”，所谓“前法”是指《伤寒论》第12条方后注所示之法，若不用“前法”，即使桂枝汤更加桂二两，也是不能发汗的。仲景运用桂枝汤，有时不要求发汗，因此也就不需要温覆和啜热稀粥，这在《伤寒论》中被称之为“消息和解其外”或“小和之”，如论中第387条“吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”又《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》有云：“妇人得平脉，阴脉小弱，其人渴，不能食，无寒热，名妊娠，桂枝汤主之。”本条所述之证为妊娠恶阻，其人呕吐不能食，阴脉小弱，但“无寒热”，且脉象平和，此因经血归胞养胎，营血显得不足。心主营血，营血养胎，心必有所不足。本证治疗当属《难经·十四难》所论“损其心者，当调其营卫。”故在此用桂枝汤，文中虽曰“主之”，亦不在温覆取微汗之例。

强调发汗过程中温覆的必要性、重要性，并不是忽视药物特异的、肯定的治疗作用。临床证明：外感高热病例，辨证论治给予解表剂汗出之后，热退很少有反复。而表证发热用西药退热剂

①张山雷，《本草正义·卷三·湿草类上》

汗出之后，热虽可暂时下降，但往往旋即升高。<sup>①</sup>

仲景汗法特点是以具有特异治疗作用的发散方药，与具有非特异治疗作用的温覆、饮暖水等方法的融合。

发汗是以机体的津液和阳气相互作用的过程。《素问·阴阳应象大论》曰：“阳之汗以天地之雨名之”。《灵枢·决气》曰：“汗出溱溱是谓津。”清·吴塘尝云：“汗也者，合阳气阴精蒸化而出者也。”<sup>②</sup>因此，不论阳虚或阴亏都为汗法所禁。仲景在《伤寒论》中指出，淋家、亡血家、疮家、咽干者、身重心悸者、下利清谷者、尺中脉迟者等，都属于禁汗之例。虚证，或津液亏乏，或阳气虚损，或阴阳两虚，若发汗，不亡阳即亡阴。

里证亦为汗法所禁。《伤寒论》第 221 条：“阳明病，脉浮而紧，咽燥口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒，反恶热，身重，若发汗则躁，心愢愢，反谵语。”第 265 条：“少阳不可发汗，发汗则谵语”。第 335 条：“厥深者，热亦深；厥微者，热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。”发汗能激发、鼓舞阳气，因此，里热实证，妄用汗法，必致里热炽张，或谵语狂躁，或灼阴动血。可见，虚证、里证禁汗是仲景汗法的重要原则之一。

表兼里虚，当先温后汗，这在《伤寒论》中有不少条文论述。虽然有表证，但里虚里寒，中焦化源不足，阳气虚衰，妄自发汗则会导致阳气浮越，阴寒更盛。表兼里实，当先汗后下，仲景告诫：本发汗而复下之，此为逆。即使是极轻微的表邪，“面色反有热色”，“面色缘缘正赤”，也必须先解表。第 208 条指出：“若汗多，微发热恶寒者，外未解也；其热不潮，未可与承气汤”。第 106 条又强调：“其外不解者，尚未可攻，当先解其外”。若汗下颠倒，必导致表邪内陷，其变证在《伤寒论》中每每可

<sup>①</sup> 叶景华，等。中药治疗外感高热 116 例疗效观察。上海中医药杂志，1983，(3):4

<sup>②</sup> 吴塘。《温病条辨·卷四》

见，后世总结治伤寒“下不厌迟”，是对仲景先汗后下原则极为深刻的诠释。

事实上，在有表证的情况下，即使误用清法，也是能够引起变证的（参见本书《太阳伤寒与麻黄汤证》篇）。

仲景汗法的原则性，表现在虚证、里证的禁汗，表兼里虚的先温后汗，表兼里实的先汗后下。

仲景的汗法之诚，指出了汗法的原则，又在原则的指导下，立扶正发汗之法，以启迪后人，使汗法得以灵活运用。少阴病，值表证期，虽少阴火衰阳虚，但仍以汗法解表，方用麻黄附子甘草汤，取微汗以温少阴之衰阳，解少阴之表邪。《金匱要略·痉湿喝病脉证治》：“太阳病，其证备，身体强，几几然，脉反沉迟，此为痉。栝蒌桂枝汤主之。”太阳病，其证备，本当脉浮，今反见沉迟，说明其痉为病，属津液亏乏，筋脉失养所致。所以方中用栝蒌根滋养津液。栝蒌桂枝汤作为张仲景滋阴解表方剂，对后世不无启发。防己黄芪汤，治风湿表虚有汗，加减法中，桂芍同用，不失为桂枝汤的变方，实际上是桂枝汤系的方剂。本方“服后当如虫行皮中，从腰以下如冰，后坐被上，又以一被绕腰以下，温令微汗，差”。方中以黄芪益气，振奋卫阳，服后如虫行皮中是卫阳复振，即将作汗，风湿将解之象。仲景创制本方，开益气解表之先河。《金匱要略·妇人产后病脉证治》：“产后中风，发热，面正赤，喘而头痛，竹叶汤主之。”此属产后阴阳气血俱虚，感受外邪，若攻其表，则阳虚易脱；若补其里，则表邪尚未解。竹叶汤以葛根、防风、桔梗解其外邪，以桂枝、生姜、大枣、甘草和其营卫，用人参益气阴以扶正，用附子温阳固脱，合之，则内而调理阴阳气血，外而解表祛邪。

仲景一方面立禁汗之诚，另一方面又创扶正发汗之法，使汗法在《伤寒论》、《金匱要略》中既有可循的原则，又有可变的灵活。

## 三

如前所述，仲景汗法体现在以麻黄汤、桂枝汤等为代表的发汗解表诸方的运用中，因此，研究仲景汗法，必须首先理解仲景应用麻、桂二方的思路。纵观《伤寒论》有关麻黄汤和桂枝汤的若干条文，对比二证，从中可见，仲景把发热恶寒的表证分为两大类，一是发热恶寒症状较急重，无汗脉浮紧；一是发热恶寒症状较轻缓，汗出脉浮缓。这种把表证分为两大类的思路是有其深刻的文化渊源的，它源于中国古代的二分法辩证思想。对表证的这两种分类，反映出仲景对表证的病机、症状错综关系的认识。表证的这两种类型，相承相应，相比相得，相通相合，从而达到对表证的全面认识。

《伤寒论》对表证的认识是从比较开始的。表证是机体对外邪侵袭的一种复杂的反应，它的表现可见发热恶寒，头痛，身疼，肢节疼，咳嗽，有汗或无汗，脉浮紧、浮缓或浮数等。这些症状的产生不是孤立的，仲景用自己已经形成的观念，如从秦汉文化中，从医学典籍中接受的概念，继承前人的思维成果，以古代辩证法为思维导向，对表证的脉症进行比较和分类，从而确定表证中同中有异，异中有同的，既对立又互补的麻黄汤证与桂枝汤证。因此，《伤寒论》中治疗表证，从总的方面讲，或者选用麻黄汤，或者选用桂枝汤，非此即彼。这种对太阳表证一而二的思路，亦体现在对阳明病表证的治疗上，如第234条：“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也。可发汗，宜桂枝汤。”第235条：“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。”在《伤寒论》中，就表证而言，是选用麻黄汤还是选用桂枝汤，非此即彼的格局是显而易见的，反映出仲景在对立中把握互补的辩证思路。论中第42条：“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤。”这从正面说明在太阳病发热恶寒等表证未解

的情况下，脉浮弱者当用桂枝汤，不言而喻，这也从反面说明，太阳病表证不解，脉浮紧者当用麻黄汤。关于这一点，柯韵伯分析得很贴切，他说：“凡见脉浮迟、浮弱者用桂枝；浮紧、浮数者，用麻黄，不必于风寒之分，但从脉之虚实而施治，是仲景治法，亦是仲景定法。”<sup>①</sup>

《伤寒论》第16条：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热，汗不出者，不可与之也。”指出麻黄汤证不可用桂枝汤，若误用，不仅不能解表，反而能鼓动邪热。反过来，表证脉浮弱、汗出的桂枝汤证不宜用麻黄汤，否则峻汗亡阳，变证蜂起。这是麻黄汤与桂枝汤对立相反的一面。

《伤寒论》第57条：“伤寒，发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。”论中强调，表证无汗脉浮紧，用麻黄汤发汗虽已解，但由于残邪未尽，半日许复烦，因为此前发汗已经耗伤阳气，所以若要再解表，只能应用桂枝汤缓汗，不可再用麻黄汤。这是桂枝汤对麻黄汤治疗太阳伤寒的一个补充。

《伤寒论》治疗太阳表证应用麻黄汤或桂枝汤，非此即彼，这是从对立互补的大的方面来说的。实际上，表证的复杂多变，决定了对麻、桂二方的选用不是绝对的。仲景在麻、桂二方非此即彼的夹缝中，还把握住非此非彼，亦此亦彼的疾病状态，从而又形成了“执两用中”的思维格局，这就是麻黄桂枝各半汤、桂枝二麻黄一汤等麻桂复方的组成与应用。

就太阳病表证而言，《伤寒论》首先把握二极之分，一是麻黄汤证，一是桂枝汤证。在此基础上，顺应证候的变化，以麻黄汤和桂枝汤为基础，对具体的治疗原则和方药进行相应的调整，根据表证的诸多变化，按轻重缓急，进行比较，在治疗方面实施一整套的解表发汗方略，按解表发汗力量由强到弱，形成以下格局：大青龙汤—麻黄汤—葛根汤—桂枝加葛根汤—桂枝麻黄各半

<sup>①</sup> 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒论翼·上海：上海科学技术出版社，1959.25

汤—桂枝汤—小建中汤。从而建立起以“实人外感发其汗，虚人外感建其中”为思维路线的治疗表证的一整套由实到虚，由重到轻，由典型到不典型的解表发汗具体法则。

## 厥阴病篇与《伤寒论》传本

厥阴病篇在整个一部《伤寒论》中是一个突出的难点和疑点，学术界对本篇历来有不同的看法。近几年来，学术界对厥阴病的争论有增无减，有谓厥阴病的本质是热厥者，有谓厥阴病的本质是寒证者，有谓厥阴病的本质是阴阳错杂者。这些争论实际上是几百年来争论的延续。近人陆渊雷先生称：“伤寒厥阴篇竟是千古疑案，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。”又云“既以全身虚寒证为少阴，胃肠虚寒证为太阴，更无他种虚寒证堪当厥阴者，乃不得不出于凑合，此拘牵六经名数，削趾适履之过也”<sup>①</sup>。

陆说把厥阴病篇说成是“千古疑案”，未免消极一些。科技史研究表明，学术研究往往需要几代人、十几代人，乃至几十代人不间断地去求索，才有可能把原来不明白的问题逐渐梳理清楚。同时，他的关于厥阴篇“不得不出于凑合”的观点，违背了三阴三阳的内在逻辑，因此更显得武断。

陆氏的看法也不能算是他的发明。在前人的论述中，这样的观点早有蛛丝马迹的流露。王肯堂尝云：“凡阳明、少阳之病，皆

<sup>①</sup> 陆渊雷：《伤寒论今释》，北京：人民卫生出版社，1955.418

自太阳传来，故诸阳证不称名者，皆入其篇。厥阴为三阴之尾，凡太阴、少阴之病皆至厥阴传极，故诸阴证不称名者，皆入其篇。后人不悟是理，遂皆谓太阳篇诸证不称名者亦属太阳，而乱太阳病之真，厥阴篇诸证不称名者亦属厥阴，而乱厥阴病之真，为大失仲景之法也。”<sup>①</sup> 王肯堂是用传经的观点解释厥阴病的发病，而陆渊雷先生的关于厥阴病篇“不得不出于凑合”的观点与王氏的“皆入其篇”说，是一脉相承的。

研究《伤寒论》讲传经，从其影响来说，还得首推成无己。成无己指认厥阴病为热病，他在诠释第326条时说：“邪传厥阴，则热已深也。邪自太阳传至太阴则腹满而噤干，未成渴也；邪至少阴者，口燥舌干而渴，未成消也；至厥阴成消渴者，热甚能消水故也。”<sup>②</sup> 后世凡讲厥阴病为热者，成氏当为鼻祖。

以张志聪为代表的气化学派，用标本中气理论解释厥阴篇的内容，其结论与王肯堂的“皆入其篇”的说法正相反，认为厥阴病篇中，每一条讲的都是厥阴病。张氏认为，厥阴篇首条是厥阴病提纲，自此以下的四节“复申明首节之义”。再十八节，“皆论厥热，意谓厥阴者，阴之极也，阴极阳生，厥热相应，其病当愈”等。对厥阴篇的末条，“伤寒，嘔而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈”他解释说：“上文胃中寒冷而为嘔，此三焦气逆而为嘔，夫伤寒以胃气为本，厥阴从中见少阳之气。三焦者，少阳也。故言胃与三焦，以终此篇之义”<sup>③</sup>。对此，张锡驹、陈修园大加发挥，认为“此即一嘔通结六经之证”，“故于此单提嘔证一条，不特结厥阴一篇，而六篇之义俱从结煞，是伤寒全部之结穴处也。”<sup>④</sup> 张锡驹的发挥未免走得太远了。

① 王肯堂．《证治准绳·伤寒·凡例》

② 成无己．注解伤寒论．北京：人民卫生出版社，1963.169

③ 张志聪．《伤寒论集注·卷四》

④ 张锡驹．《伤寒论直解·卷五》

气化学派尽管力图把厥阴病篇每一条都讲成是厥阴病，但是，并非没有认识到其中一些条文的表述特点和内容寓意的跳跃不谐。张锡驹在注释本篇“厥阴病，渴欲饮水者，少少与之愈”一条时说：“厥阴篇自提纲后，只提此三节厥阴病，其余则曰伤寒、曰病、曰厥、曰下利，而不明言厥阴病者，以厥阴从中治，而不从标本也。”<sup>①</sup>其实张志聪尽管想把厥阴病篇各条都用气化理论贯串，但他也曾看出厥阴篇中存在的问题。他在诠释第350条“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”时说：“此章因厥故，复列于厥阴篇中，亦非厥阴之本病也”，又，在诠释第355条“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散”时说：“曰病人者，非厥阴之为病，而亦非外受之寒邪也，以手足厥冷，故列于厥阴篇中”。<sup>②</sup>

尤在泾虽然也力图把厥阴篇的内容婉转地讲成厥阴病，但他对于把厥阴篇的内容全部讲成是厥阴病的说法，也提出异议。他在《伤寒贯珠集·辨列厥阴条例大意》中，把厥阴篇的内容进行疏理，认为厥阴篇中的条文有不伦厥阴病者属“简误”，是太阴、少阴、太阳条文杂入厥阴篇中，且“传误已久，习焉不察”<sup>③</sup>。尤氏的见解应当说是比较大胆的，也颇有些启发性。其意义在于他特别明确地指出，厥阴篇中的条文有不伦厥阴病者。对于为什么会出现这种情况，他解释是“群分类聚”、“简误”。其后的沈尧封也认为：“厥阴病亦必内外证合见乃是真厥阴，其余或厥、或利、或呕，而内无气上撞心，心中疼热等证，皆似厥阴而实非厥阴也”。<sup>④</sup> 沈氏的看法肯定有不完善或需要讨论的地方，但是，

① 同③

② 张志聪，《伤寒宗印·卷七》

③ 尤在泾，《伤寒贯珠集》，上海：上海科学技术出版社，1959.159

④ 沈尧封，《伤寒论读·辨厥阴病脉证》，见《三三医书·第三集》

他认识到厥阴病篇中有“似厥阴而实非厥阴”的条文，认识到厥阴病与厥阴病篇不是完全一致的，这是很可贵的。这为进一步深入地认识厥阴病篇，提供了一种新的思路。

如前所述，自成无己以传经说提出“邪传厥阴，则热已深也”之后，除王肯堂因袭其说之外，方有执、汪琥、柯韵伯等均倡此说。方有执云：“厥阴之邪热甚，则肾水为之消，肾消则引水以自救，故消而且渴，渴不为水止也。”<sup>①</sup>汪琥在解释厥阴篇首条时则云：“此条厥阴病乃总言病热之大纲也。”<sup>②</sup>注家们虽云厥阴病属热证，但，对热的性质和病机认识不同，柯韵伯认为，“厥阴热证皆少阳相火内发也。”<sup>③</sup>张卿子则云：“尝见厥阴消渴数证，舌尽红赤，厥冷，脉微，渴甚，服白虎、黄连等汤皆不救”<sup>④</sup>，认为厥阴热证不同于单纯实热证。

张璐对张卿子的见解发其未尽之意。他说“张卿子曰，尝见厥阴消渴数证，舌尽红赤，厥冷脉微，渴甚，服白虎、黄连等汤皆不救，盖厥阴消渴皆是寒热错杂之邪，非纯阳亢热之证，岂白虎、黄连等药所能治乎？”<sup>⑤</sup>张璐提出的寒热错杂说对后世和今人影响很大。舒驰远在诠释厥阴篇首条时说：“按此条，阴阳杂错之证也。消渴者，膈有热也。厥阴邪气上逆，故上撞心，疼热者，热甚也。心中疼热，阳热在上也。饥而不欲食者，阴寒在胃也，强与之食，亦不能纳，必与饥蛔俱出，故食则吐蛔也。此证上热下寒，若因上热而误下之，则上热未必即去，而下寒必更加甚，故利不止也。”<sup>⑥</sup>《医宗金鉴》认为，“厥阴者，为阴尽阳生之脏，邪至其经，从阴化寒，从阳化热，故其为病，阴阳错杂，寒

① 方有执. 伤寒论条辨. 北京: 人民卫生出版社, 1957. 121

② 汪琥. 伤寒论辨证广注. 上海: 上海科学技术出版社, 1959. 173

③ 柯韵伯. 伤寒来苏集·伤寒论翼. 上海: 上海科学技术出版社, 1959. 45

④ 张卿子. 《张卿子伤寒论·卷六》

⑤ 张璐. 《伤寒续论·卷上》

⑥ 舒驰远. 《重订伤寒集注·厥阴经全篇》

热混淆也。”<sup>①</sup>当寒热错杂说兴起后，又大有替代热证说之势。目前学术界持寒热错杂说者众，从教科书中便可窥其一斑。

综上所述可见，对厥阴病篇的内容、性质，历来说法不一，有云厥阴篇内容是杂凑者；有曰厥阴篇“有似厥阴而非厥阴者”；有曰厥阴篇“一啜通结六经之证”者云云。而对其性质，有言热者，有言寒者，有言寒热错杂者。近有刘承仕提出，厥阴病性质是“邪热内闭，热极阴竭”<sup>②</sup>。赵开美复刻本《伤寒论》厥阴病篇总共55条，可谓之《伤寒论》研究史上一个解不开的难结。近世编教材者，勉为其难，把这55条纵横斟酌，前后徘徊，总想把它归纳成一个整体，列出标题，以求条理。但由于缺少贯通全篇的主线，故虽挖空心思寻觅一线贯通、圆满融汇，而这“一线”总求而不得。“一线”难求，原因何在？难道真如陆渊雷先生所言，厥阴病篇是杂凑而成的吗？有鉴于此，先师李克绍先生毫不兜圈子，以精彩之笔对厥阴病篇进行斧正。在前人论述的基础上，申明了“厥阴病篇不都是厥阴病”的观点。先生把厥阴病分为四个类型，一为消渴、心中疼热；二为热利下重；三是干呕、吐涎沫；四是胸胁烦满、默默不欲食。先生的关于厥阴病篇的研究思路，对当代《伤寒论》学术界有极大启发。

## 二

我们是否有必要，重新调整思路，转换新视角，重新审视、感悟厥阴病篇？

这里有一个本不应该忽视，但长期以来却被忽视的问题。几百年来，众注家对《伤寒论》的研究或阐释或是以赵开美复刻的所谓宋本为蓝本或是以成无己注本为蓝本。

<sup>①</sup> 吴谦，等．医宗金鉴．北京：人民卫生出版社，1982.253

<sup>②</sup> 刘承仕．伤寒论厥阴病实质探析．中医杂志，1997，(5):265

研究《伤寒论》，依据就是《伤寒论》原文。因此，版本研究就成为《伤寒论》研究的一项重要内容。从文献学、版本学角度看，学术界公认林亿等校勘的宋本为最佳，惜明清时已少流行，而今人更未能见到真正的林亿等校勘的原刻本。据钱超尘先生考证，自成无己《注解伤寒论》出，又有《伤寒明理论》作为辅翼，读者喜读成氏《注解伤寒论》，而罕读白文本《伤寒论》，于是宋本《伤寒论》流传日稀，约至明朝嘉靖、隆庆、万历年间，宋本《伤寒论》除少数藏书家偶或有之，社会上已极难见<sup>①</sup>。这也从一个方面揭示出，自明清以来众注家其说，是也，非也，终不离成氏之论的原因了。

时下所谓宋本，实际上是赵开美的复刻本。赵开美复刻《伤寒论》的背景，在其《刻仲景全书序》中陈述了究竟：“岁乙未，吾邑疫疠大作，予家减莠率六七就枕席。吾吴和缓明卿沈君南昉在海虞，藉其力而起死亡殆徧，予家得大造于沈君矣。不知沈君操何术而若斯之神，因询之。君曰：予岂探龙藏秘典，剖青囊奥旨而神斯也哉？特于仲景之《伤寒论》窥一斑两斑耳！予曰：吾闻是书于家大夫之日久矣，而书肆间绝不可得。君曰：予诚有之。予读而知其为成无己所解之书也。然而鱼亥不可正，句读不可离矣。已而购得数本，字为之正，句为之离，补其脱略，订其舛错。”赵开美阅读之后，才知道这是成无己注解的《伤寒论》，而不是宋版《伤寒论》。于是，赵氏把成无己注解的《伤寒论》和《金匱要略》一并合刻，命之曰《仲景全书》。既刻成，复得宋版《伤寒论》。“予曩固知成注非全文，及得是书，不啻拱璧，转卷间而后知成之荒也，因复并刻之。”按赵开美前文所言，第一，其时成无己注解的《伤寒论》书肆中流传，所以他能够“购得数本”。第二，宋版《伤寒论》“书肆间绝不可得”，而他在《仲景全书》既刻已，“复得宋版《伤寒论》”，“因复并刻之”。这里

<sup>①</sup> 钱超尘：《伤寒论文献通考》，北京：学苑出版社，1993.426

的问题是赵氏所得之《伤寒论》，虽是宋版，但是否就是林亿校勘的原刻版本，目前尚无法认定。所以马继兴先生指出：“至于赵氏所据宋本是否北宋原槧不详，其所影刻之本，也可能有个别文字的佚失。（如1308年《此事难知》“评热论藏字”一节，所引宋本的校注〔“新校正”〕一条，即不见于赵氏影宋本中）”<sup>①</sup>。张仲景所撰著的《伤寒杂病论》一十六卷，我们今天已无法准确确认其原貌。即使是王叔和搜集整理的仲景书，历经南北朝、隋、唐、五代的战乱，离散而面目全非。据钱超尘先生考证，王叔和亲自整理的仲景书，名为《张仲景方》，最接近《伤寒杂病论》原貌，其原始结构基本框架如下：

一、《伤寒论》

二、《杂病论》

三、药方部分

（一）《伤寒论》方 112 方居前

（二）《杂病论》方 262 方在后<sup>②</sup>

至宋代林亿校勘时，所依据的底本已决不可能是王叔和亲自整理撰次的原本。另据田思胜博士考证，林亿校勘时，所用底本当为《新唐书·艺文志》增录的《伤寒杂病论》十卷本。至宋仁宗景佑初年（1034年），欧阳修等人为撰写《新唐书》时，“悉发秘府之藏”，这才使藏于皇家秘府之《伤寒杂病论》十卷本被发现。钱超尘亦认为，北宋治平二年林亿等校定的《伤寒论》，选《伤寒论》十卷本为底本，即《新唐书·艺文志》著录的《伤寒杂病论》十卷，亦即阮孝绪《七录》之《辨伤寒》十卷。

就目前所见，除了前述赵开美复刻之宋本之外，《伤寒论》传本当还有王叔和的《脉经》本、《金匱玉函经》本、巢元方的《诸病源候论》本、《千金要方》本、《千金翼方》本、《外台秘

① 马继兴．伤寒论版本概说．北京中医学院学报，1982，（2）：1

② 钱超尘．伤寒论文献通考．北京：学苑出版社，1993.50

要》本、《太平圣惠方》本（高继冲本），以及康平本、康治本，另外还有敦煌残卷等。由于《伤寒论》流传史的复杂，分合隐显近1800年，由此决定了各种不同的传本所具有的不可替代的、不同的历史和学术价值。

如此说来，对众说纷纭、困结难解的厥阴病篇通过对不同版本进行比较研究是非常有必要的。而《金匱玉函经》则是研究《伤寒论》的一个具有极重要价值的古老传本。

据钱超尘先生考证，《宋史·艺文志》著录仲景著作中，有《金匱玉函经》八卷，是大约于五代时从王叔和撰次的《张仲景药方》十五卷中离析而出的。北宋高保衡、林亿于治平三年正月十八日校定毕《金匱玉函经》八卷，写有《校正金匱玉函经疏》云：“《金匱玉函经》与《伤寒论》同体而别名，欲人互相检阅而为表里，以防后世之亡逸。”又云：“先校定《伤寒论》，次校成此经，其文理或有与《伤寒论》不同者，然其意义皆通，圣贤之法，不敢臆断，故并两存之。凡八卷，以次旧目，总二十九篇，一百一十五方。”由此可以断定《金匱玉函经》是《伤寒论》的古本。田思胜博士通过比较，认为《脉经》本、《千金翼方》本、《太平圣惠方》本、《金匱玉函经》本在内容、体例、个别特殊用字上基本一致，似为同一流传系统，而与宋本《伤寒论》差别较大。可见，宋本是新发现的一个传本，是不同于《金匱玉函经》流传系统的一个传本。<sup>①</sup>

综上所述，由此决定了《金匱玉函经》在赵刻本《伤寒论》研究中的重要价值，尤其对疑难重重的厥阴病篇的研究更显出它的“欲人互检而为表里”的不容忽视、不可替代的价值。

### 三

《金匱玉函经·卷四·辨厥阴病形证治第九》仅列厥阴病4条：

<sup>①</sup> 田思胜，林亿校勘《伤寒论》及价值，山东中医药大学学报，1997，(1):63

“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。”

“厥阴中风，其脉微浮，为欲愈，不浮为未愈。”

“厥阴病，欲解时，从丑尽卯。”

“厥阴病，渴欲饮水者，少少与之即愈。”

在赵开美复刻的宋本《伤寒论》中，上述4条之后的厥利呕哕诸条文，在《金匱玉函经》中，另单列为“辨厥利呕哕病形证治第十”。从前面所述《金匱玉函经》的流传概况中可见，这种把厥利呕哕作为独立一篇与六病诸篇并列的体例是源远流长、由来已久的。

由于林亿等校定的宋本《伤寒论》至明代万历年间已少见，这就是说，此后的众注家中极少有人见到过林亿等校定的真正原版《伤寒论》。

由于赵开美翻刻的宋本《伤寒论》至清初已很少见，几近淹晦，至今已绝少于世，所以这一时期，几百年来注家们，也几乎极少有人见到过真正的赵开美翻刻的宋本《伤寒论》。自19世纪至本世纪80年代，所流通于世的注解本或校注本《伤寒论》以及各种教材，虽多自称“依据宋代治平本明代赵开美复刻本”云云，实际上真正能目睹“宋代治平本明代赵开美复刻本”的人恐怕是极少极微的。因此，所谓“依据宋代治平本明代赵开美复刻本”，也只能是一句装璜门面的空话。唯李克绍先生主编的《伤寒论语释》，在其编写说明中对读者秉直相告：“本书以重庆人民出版社一九五五年四月出版的新辑宋本《伤寒论》为蓝本。”先生治学严谨，在这里也是实话实说的。新辑的宋本毕竟不是赵开美的复刻本，赵开美翻刻的宋本《伤寒论》是没有条文序号的。笔者寡闻，《伤寒论》条文序号目前当有两个系统：一是1955年重庆市中医学会编注、重庆人民出版社出版的《新辑宋本伤寒论》；二是1964年由成都中医学院主编的上海科学技术出版社出版的中医学院试用教材重订本《伤寒论讲义》（即二版教

材)。版本学研究认为，今存世赵开美翻刻的宋本《伤寒论》仅数部。这就是说近300年来，真正目睹过赵开美翻刻的宋本《伤寒论》者绝少，至于对它进行深入研究者，也就更少了。注家们注释、诠释《伤寒论》，多是依据不同于宋本版本系统（或对宋本经过删节改写）的成无己《注解伤寒论》（近世多是依据重庆《新辑宋本伤寒论》）。而对厥阴病篇的种种议论和理解，也都是以成注本或《新辑宋本伤寒论》的格局为依据。

恰恰是这两种版本，缺少了对理解厥阴病篇至关重要的一行五个小字。

1988年由刘渡舟、钱超尘二位先生主持校注的《伤寒论》，是以北京图书馆藏赵开美原刻本《仲景全书》中的《伤寒论》为底本而校注的。由此，更多的人才有可能了解赵开美翻刻的宋版《伤寒论》的真正体貌。

今检恽铁樵先生1923年影印的赵开美翻刻宋版《伤寒论》，并与刘渡舟、钱超尘先生主编的《伤寒论校注》对照，可见赵刻宋版《伤寒论》卷六《辨厥阴病脉证并治第十二》标题之下，有“厥利呕哕附”5个小字。这5个小字对研究厥阴病篇有重要意义。而重庆市中医学学会校注的《新辑宋本伤寒论》、上海中医学院校注的《伤寒论》（1976年7月出版），均无此5个小字。

从《金匱玉函经》的“厥利呕哕”单独成篇，到赵开美翻刻的宋本《伤寒论》的“厥利呕哕附”在厥阴病篇之后，又至成无己注解本未见这关键的5个小字，引发了《伤寒论》学术界几百年来关于厥阴病篇的争纷。

实际上，学术界有识之士对此似隐约略有察觉。王履在《医经溯洄集》中尝云：“厥阴经中，下利、呕、哕诸条，却是叔和因其有厥逆而附，遂并无厥逆而同类者，亦附之耳”<sup>①</sup>。王履所言，关于王叔和的说法未必正确，但其思路中“因其有厥逆而附”之

<sup>①</sup> 王履.《医学溯洄集·张仲景伤寒立法考》

一个“附”字，则明白无误地表达了他对厥阴病篇的基本看法。清·咸丰年间浙江人莫文泉明言：“……厥阴独少，非略也。他经之兼太阳者，例不得入于他经，而厥阴之兼他经，而已分入各部者，例不得入于厥阴，则第纪其经症及解时、愈候而已。其自诸四逆以下，古另为一篇，《玉函》题曰‘平呕啰厥利脉症并治’。成本误并之，或据成本而犹以为少，不得其故，乃曰此仲景未成之书也，否则曰此王叔和之所乱也。”<sup>①</sup>莫文泉氏所言是也非也，在此暂且不论，而其所言“其自诸四逆以下，古另为一篇”的一个“古”字，道明了在那个时代已经有人认为，《金匱玉函经》是仲景书的另一个古老传本，且另有“平呕啰厥利脉证并治”一篇。目前学术界已普遍认为《金匱玉函经》不仅是一个不同于宋本的古老传本，而且尤为重要它是研究《伤寒论》的一个极有学术价值的传本。

近几百年来，关于厥阴病的讨论基本上都是在成无己注本的基础上进行的。今天我们非常有必要从误解的旋涡中自拔出来，以清醒的头脑，克服思维定势与逆反心理，摒弃偏狭的门户之见，以一种俯仰天地、贯通古今的气度客观地重新认识厥阴病篇。从这仅有的4条之中，去寻绎厥阴病的发病与变化。有人可能会有一种莫名的缺憾，如此厥阴病篇仅仅4条，何能自成其篇！实际上赵刻本太阴病篇不也只有8条吗？少阳病篇不也只有10条吗？我很欣赏钱超尘先生的一句话：“对厥阴篇与厥利呕啰篇来说，合之则两伤，分开乃两利”。回顾厥阴病研究史也确实如此。

《伤寒论》第7条：“发热恶寒者，发于阳也，无热恶寒者，发于阴也”。三阴病都是无热恶寒，就主要方面而言，太阴病突出的是局部阴寒内盛；少阴病突出的是全身性的阳气衰微，而厥阴病突出的是阴阳俱虚，阴阳之间处于一种不稳定状态，以虚火

<sup>①</sup> 莫枚士，《研经言·卷三·伤寒论六经解二》

浮动为特点。故第 326 条之“消渴，气上撞心，心中疼热”均反映出虚火浮动。张卿子所言是有道理的，因为不是实热，也不可能是实热，所以不能用白虎、黄连。至于所言“舌尽红赤”虽是他自己的体会，但符合厥阴病的病机。又因为本证是阴阳俱虚，所以整个病机和症状可以用一个“虚”字概括。病人的形象当是无热恶寒，乏力，不欲食，食则呕吐，若下之则阳虚不固，阴虚不守，故“利不止”。

第 327 条，厥阴中风，无热恶寒，脉必沉细，若脉浮则示阴阳由虚的水平趋向正常水平，阴阳之间关系由不稳定趋向稳定。故脉浮其病为欲愈，不浮为未愈。

第 328 条，厥阴病以无热恶寒、消渴为特征。丑至卯上，正值天阳萌生布达之时，伴随天时之阳生布达，而机体生机勃勃，阳生阴长，从阴阳不振而趋向阴布阳和，阴既濡阳既温，则恶寒息而消渴愈。

第 329 条，厥阴病将愈之时，由消渴而转为渴欲饮水，发病动因大势已去，阳气已通，阴气已达，必津液滋润而渴止，少少与饮之，意在冲和，导之之谓也。

此下厥利呕哕篇，不论外感内伤，就厥而论厥，就利而论利，就呕哕而论呕哕，如此一来，对厥阴病篇的理解，必将走向历史与逻辑的统一，必将出现新的转机。

从对厥阴病篇与《伤寒论》传本的讨论，引发如下一些思考。

目前高等中医药院校关于经典课的教学，包括《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等虽吸收各家注疏，但仍有恪守一个版本的倾向。以《伤寒论讲义》为例，不论是否目睹过赵开美复刻的宋本，均自称以赵开美复刻的宋本为蓝本，而实际上过去学术界很少有人真正见到过真正的赵刻宋本，这不能不说是一件耐人寻味的事情。既然作为讲义，既然是传授《伤寒论》的知识而不是进行《伤寒论》传本或版本研究，那么为什么《伤寒论讲义》

不可以突破版本或传本的框框择其善而从之，兼收并蓄呢？如桂枝加葛根汤，赵刻宋本中有麻黄，对此，林亿有大段按语予以说明。而《金匱玉函经》、康平本《伤寒论》、康治本《伤寒论》均无麻黄。又第176条：“伤寒，脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”本条理、法、方、药牴牾，所以林亿校勘时认为“此云脉浮滑，表有热，里有寒者，必表里字差矣”。林亿又旁引阳明篇、少阴篇云：“阳明一证云，脉浮迟，表热里寒，四逆汤主之。又少阴一证云，里寒外热，通脉四逆汤主之。以此表里自差明矣”。学术界有人为了自圆其说，硬是把“寒”指认为“痰”，而某些《伤寒论讲义》则云“本条里有寒当作里热解为是”，作为研究方法，此法不足取。但是在康平本《伤寒论》中本条则作“伤寒，脉浮滑，白虎汤主之”。对比起来，康平本作为仲景书的古老传本之一，单就本条而言，是否更具学术和校勘价值。它的价值所在，说到底就是它对本条的表述，理法方药一致，既符合仲景用白虎汤的理法要旨，又有传本依据。作为讲义是否可径直采用，或注明本条出自何种版本。至于文献学、版本学教学则可另当别论。由此而论，若从版本学角度审视，言《伤寒论》是字字珠机，丝丝入扣是否言过其实？作为讲义或教材本来就应当在内容上以精当为准，而不应当受版本或传本的羁绊。是否在思路上和认识方法上应当调整一下？

中篇

方证思路与辨疑



## 太阳伤寒与麻黄汤证

《伤寒论》中第3条：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”第35条：“太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”后世医家在诠释时，把这两条混同起来，因此把第35条麻黄汤证径指为太阳伤寒的证治，把第3条太阳伤寒径指为麻黄汤证。从《伤寒论》的整体结构和逻辑上分析，这种把太阳伤寒和麻黄汤证等同起来的观点，是不妥当的。

关于太阳伤寒的论治，是太阳病篇中的重要内容之一。太阳伤寒作为机体感受外邪后的一个重要过程，它的表现是复杂多变的。但是学术界有这样一种倾向，即把第35条及与其相关的条文所表述的麻黄汤证，看成是太阳伤寒唯一的证。这种忽视太阳伤寒发病多样性表现的观点，有失偏颇。应当指出，通过第3条和第35条概括出来的麻黄汤证，只是太阳伤寒的典型表现，而不是太阳伤寒的全部表现。麻黄汤是治疗太阳伤寒最重要、最基本的方剂，但不是治疗太阳伤寒的唯一方剂。太阳伤寒作为一个发病过程，在《伤寒论》中，不仅仅只用麻黄汤治疗。由于许多潜在因素的影响，机体感受外邪发为太阳伤寒时，呈多种表现，从而形成太阳伤寒的不同的证，因此必须选用不同的方剂治疗。

比如大青龙汤证。论中第38条：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。”第39条：“伤寒脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发

之。”这两条所表述的脉证是太阳伤寒中不同于麻黄汤证的重型伤寒。第38条的特点是烦躁，要散其壅除其烦，麻黄汤不仅力不能及，反而会有鼓动邪热之弊端。第39条的特点是身不疼，但重，要宣散滞塞日久之营卫，就必须加大发越力量。所以以上两条所述之证用大青龙汤主治，从而确立了太阳伤寒的大青龙汤证。又如论中第40条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”本条所论的也是太阳伤寒，但不是麻黄汤证。本证在症状上突出咳，在病机上强调“心下有水气”，所以本条所论的太阳伤寒，在治法上采用解表行水，用小青龙汤主治，从而确立了太阳伤寒的小青龙汤证。又，论中第31条：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”本条所论，为风寒外束肌腠，卫阳被遏，营阴郁滞，经输不利，虽内有太阳伤寒之病机，外有太阳伤寒之症状，但它不是麻黄汤证，而是葛根汤证。

《伤寒论》第102条：“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。”本条所论，为伤寒里虚，气血不足。这样的伤寒既不能用麻黄汤，也不能用大青龙汤和葛根汤。论中第50条特别指出：“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之，假令尺中迟者，不可发汗，何以知然？以荣气不足，血少故也。”仲景告诫，伤寒里虚，不可发汗。许叔微治“丘生者，病伤寒，予为诊视，发热、头疼、烦渴，脉虽浮数而无力，尺以下迟而弱，予曰，虽属麻黄证（应属太阳伤寒——笔者注），而尺迟弱。仲景云，尺中迟者，营气不足，血气微少，未可发汗。予于建中汤加当归、黄芪，令饮。翌日脉尚尔。其家煎迫，日夜督发汗药，言儿不逊矣。予忍之，但只用建中调营而已，至五日尺部方应，遂投麻黄汤，啜第二服，发狂，须臾稍定，略睡已得汗矣”。<sup>①</sup>许氏此案不足之处，未免太阳伤寒与麻黄汤证混同之误。它的可贵之处，在于把太阳

<sup>①</sup> 许叔微，《普济本事方·卷第八》

伤寒看作是一个过程，根据病情的变化，观其脉证，随证治之。本案属太阳伤寒，初起阶段为建中汤证，如同论中第102条、第50条所述。经过调治，病又变化为麻黄汤证。本案有力地说明了太阳伤寒也可以出现小建中汤证。

综上所述，麻黄汤证只是太阳伤寒最典型、最重要的证，但却不是太阳伤寒唯一的证。在麻黄汤证之外，太阳伤寒还有大青龙汤证、小青龙汤证等，此仅举其一端耳。因此，从《伤寒论》整体结构和逻辑上分析，把太阳伤寒和麻黄汤证混同起来的观点是不正确的。

麻黄汤，柯韵伯称“治风寒在表，头痛项强，发热，身痛，腰痛，骨节烦疼，恶风恶寒，无汗，胸满而喘，其脉浮紧浮数者，此为开表逐邪发汗之峻剂也”。<sup>①</sup>冉雪峰先生认为“此为《伤寒论》发表出汗，驱寒除热第一方”<sup>②</sup>。论中第51条：“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”后世在诠释本条时，多讲成是太阳病，如方有执：“表，太阳也，伤寒脉本紧，不紧而浮，则邪见还表而欲散可知矣。”<sup>③</sup>目前学术界亦多认为脉浮是代表病在太阳。应当说，这样理解不无道理。但若从深层理解，还是有距离的。“邪在表”和“太阳病”是两个概念，不能等同。脉浮，说明邪在表，而邪在表却不一定都是太阳伤寒。论中第235条：“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。”尤在泾在解释本条和第234条“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也。可发汗，宜桂枝汤”时说：“此二条乃风寒初中阳明之证，其见证与太阳中风伤寒相类，而阳明比太阳稍深，故中风之脉不浮而迟，伤寒之脉不紧而浮，以风寒之气入肌肉之分，则闭固之力少，而壅遏之力多也。而其治法则必与太阳少异。”<sup>④</sup>尤氏解释的可贵之处，在于通过“相类”和“少异”

① 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒附翼·上海：上海科学技术出版社，1959.3

② 冉雪峰·冉注伤寒论·北京：科学技术文献出版社，1982.111

③ 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.37

④ 尤在泾·伤寒贯珠集·上海：上海科学技术出版社，1959.103

明确指出,此处用麻黄汤不是治疗太阳伤寒,而是治疗阳明表证。柯韵伯在解释上述二条时,径直指出“此阳明之表证、表脉也”。“要知二方专为表邪而设,不为太阳而设,见麻黄证,即用麻黄汤,见桂枝证,即用桂枝汤,不必问其为太阳、阳明也”<sup>①</sup>。柯氏的诠释极有见地。实际上,《伤寒论》中,麻黄汤的应用不仅仅局限在太阳伤寒,论中第231条和第232条相连贯表述的病机、症状均极为复杂的阳明中风“脉弦浮大而短气,腹都满,肋下及心痛,久按之气不通,鼻干,不得汗,嗜卧,一身及目悉黄,小便难,有潮热,时时哕,耳前后肿”,在经过针刺治疗,症状略有缓解而又服小柴胡汤之后,当表邪仍未尽时,若“脉但浮,无余证者”仍“与麻黄汤”。

综上所述,《伤寒论》中,麻黄汤固然是治疗太阳伤寒的最重要的方剂,但是,用麻黄汤所治之病证并非都属于太阳伤寒。由于麻黄汤“配伍精当,意义周到”(冉雪峰语),优于开腠解表发汗,所以论中不论太阳伤寒、阳明表证,还是太阳阳明合病,凡表邪不解,脉浮无汗,均选用麻黄汤主治。从这一方面理解,麻黄汤所治之证并非都是太阳伤寒。

本节强调太阳伤寒是一个过程,在它的发展变化中,可以出现多个不同的证,麻黄汤证仅是其中之一;阐明麻黄汤在《伤寒论》中的应用,并不局限于太阳伤寒,在阳明病的发展变化中,也可以出现应用麻黄汤的指征。因此,从《伤寒论》的整体结构和逻辑上讲,太阳伤寒和麻黄汤证是两个不同的概念。

## 二

通过第3条和第35条概括出来的麻黄汤证,严格说并不能算是完整的麻黄汤证。一个完整的、典型的麻黄汤证还应当涵括第52条所表述的脉象:“脉浮而数者,可发汗,宜麻黄汤。”这就

<sup>①</sup> 柯韵伯,《伤寒来苏集·伤寒论注》,上海:上海科学技术出版社,1959.91

是说，一个典型的麻黄汤证，除了具有头痛、发热、恶寒、身痛、无汗以外，脉象应当浮紧，尤其应当浮紧而数。而后世注家对麻黄汤证之浮数脉，缺乏正确认识。比如，柯韵伯认为，脉数用麻黄汤发汗，于理不通，故训数为紧。他说：“数者，急也，即紧也。紧则为寒，指受寒而言；数则为热，指发热而言。辞虽异而意则同，故脉浮紧者，即是麻黄汤证。”<sup>①</sup>柯氏在这里的解释强辞夺理，把“数”迂回讲成“紧”，有偷梁换柱之嫌。《医宗金鉴》则认为：“浮数似不在发汗之列，然视其病，皆伤寒无汗之表实，则不妨略脉而从证，亦可用麻黄汤汗之。”<sup>②</sup>不论是柯韵伯的训数为紧，还是《医宗金鉴》的略脉从证，他们有一点是共同的，这就是都认为麻黄汤证不应当有浮数脉。其实在柯韵伯和《医宗金鉴》之前的张介宾早有论析，他说：“凡欲察表邪者，不宜单据浮沉，只当以紧数与否为辨，方为的确。盖寒邪在表，脉皆紧数，紧数甚者，邪亦甚，紧数微者，邪亦微。”<sup>③</sup>张介宾的解释是极有道理的，惜未引起后世学者的注意。就临床所见，数脉确系麻黄汤证的常见脉象。何廉臣选编的《全国名医验案类编》载近人南昌陈作仁治周保善伤寒案：感受风寒，发热头痛，遍身酸疼，项强恶寒，蒙被数层，战栗无汗，病势甚暴，脉象左寸浮紧而数，右关尺两脉亦紧数，诊为“风寒两伤太阳之经证”，投以麻黄桂枝各半汤。<sup>④</sup>麻桂用量较少，仅用八分，桂枝只用一钱。按上述发热恶寒，头痛项强，遍体酸痛，脉浮紧而数，若合脉症而细参之，实属太阳伤寒麻黄汤证。然，医者选用麻黄桂枝各半汤，且麻黄用量偏少，此所谓因地、因人制宜故也。又，岳美中先生曾谈到，1972年夏秋之间，丰城尚庄煤矿发生流感，患者

① 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.35

② 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.59

③ 张介宾，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.110

④ 何廉臣，全国名医验案类编，上海：上海科学技术出版社，1959.70

多为青年矿工，平素身体壮实，发病多急骤，恶寒发热，或但寒不热，寒热俱甚，寒战高热达 $40^{\circ}\text{C}$ 以上，头痛身痛，有紧束感，鼻塞喷嚏流涕，无汗，不渴或渴，舌苔白或薄黄，脉浮紧或数。开始用桑菊、银翘等成药治疗，有的有效，有的服后病情加重。审其证，有效的属表热，无效的属表寒，故对表寒者改投荆防败毒散加减，但疗效仍不满意。后改服麻黄汤，一般病例2~3剂，即汗出热退而愈。<sup>①</sup>现代论医者，虽然将“流感”多归之于“温病”，但是，本例发热恶寒，头痛身痛无汗，脉浮紧或数，则显然是麻黄汤证，施治者不囿于“伤寒”或“温病”，辨证论治，有是证，用是药，所以投麻黄汤获效。又如郭某，男，42岁，农民。1969年12月某日晨，病发高热，恶寒，头痛，周身酸痛，鼻塞流涕，卧床不起，其妻邀笔者诊治。患者以推车为业，平素身体健壮，其时呈急性病容，面赤气粗，胸腹部潮红，口不甚渴，体温 $40.1^{\circ}\text{C}$ ，舌苔薄白，诊其脉浮紧而数，诊为“太阳伤寒”。其时笔者临证不久，对太阳伤寒出现数脉颇为不解，但是，斟酌再三，仍诊断为麻黄汤证，遂试投麻黄汤1剂。次日高热见退，恶寒消失，头痛、身疼等症悉减。遂再投1剂，食欲明显见好，病势大去，继之调养二三日而愈。此后笔者对风寒外感留意观察，凡遇外感而属风寒，症见发热恶寒，头痛身疼，脉浮紧者，无不兼见数脉。至此，方悟出：太阳伤寒麻黄汤证，脉数实属其常，盖因风寒束表，毛窍闭塞，卫阳郁于肤表而致热所为。

证之于临床，张介宾所论极是。他说：“真正风寒外感者，脉反不浮，但其紧数而略兼浮者，便是表邪，其证必发热、无汗，或身有酸疼是其候也。”<sup>②</sup>

“伤寒但见发热，恶寒，脉紧数，无汗，头项痛，腰脊强，

① 王琦，等．经方应用．银川：宁夏人民出版社，1981.76

② 张介宾．景岳全书．上海：上海科学技术出版社，1959.87

或肢体酸软者，便是表证，不拘日数多寡，即当解散。”<sup>①</sup>

如前所述，太阳伤寒麻黄汤证，脉数是其常，张介宾的阐释也极有道理，但是麻黄汤证为什么能够出现脉数，张氏未能论及。这也就是说，《伤寒论》第52条，“脉浮数者，可发汗，宜麻黄汤”仍未能得到满意的诠释。

伤寒发病早期，初受风寒，机体即时反应是肤表紧束，腠理闭拒，症见恶寒、体痛、脉紧、不发热或发热不明显。随之，机体阳气趋于肤表，以与外邪抗争，阳气郁聚肤表不得宣泄，因而形成肤表阳郁。这时的病机重点已由寒邪外束，转化为肤表阳郁，症见发热、恶寒、呕逆、脉浮数，发热成为其主要症状之一。故《伤寒论》第3条在论述太阳伤寒时，有“或已发热，或未发热”两种可能。从寒邪外束到肤表阳郁，这是病机上的非线性因果转化，此即《素问·水热穴论》所谓“人伤于寒而传为热。”刘完素所论极是：“寒主闭藏，而腠理闭塞，阳气怫郁不能通畅，怫然内作，故身热燥而无汗。故经曰：人之伤于寒也，则为病热。”<sup>②</sup>因此，这样的病机反映在脉象上，必定是浮紧而数。

《名医类案》载陶节庵治一人伤寒四五日，吐血不止，医以犀角地黄汤等治，而反剧，陶切其脉，浮紧而数。若不汗出，邪由何解？遂用麻黄汤，一服汗出而愈。《伤寒论》第46条：“太阳病，脉浮紧，无汗发热身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已，微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解，所以然者，阳气重故也，麻黄汤主之。”第47条：“太阳病，脉浮紧，发热身无汗，自衄者愈。”第55条：“伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”本案伤寒四五日，脉浮紧而数，必见发热、恶寒、无汗、体痛等症状。与此同时，兼见吐血不止，这里的吐血不是风寒外袭的直接结果，而是风寒外束，腠理闭拒，

<sup>①</sup> 张介宾，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.131

<sup>②</sup> 刘完素，《伤寒直格·卷中》

卫阳郁遏不得宣泄，以致外而发热脉浮数，内而迫营吐衄血。成无己在解释第47条尝曰：“风寒在经，不得汗解，郁而变热，衄则热随血散。”<sup>①</sup>成氏的解释是很有道理的。

尽管论中第3条讲“太阳病，或已发热，或未发热”，但是，典型的太阳伤寒或早或迟，总是要发热的。发热是因为腠理闭拒，肤表阳郁。至“阳气重”时，则必将鼓动经脉，迫及营分，还可能出现衄血。不论衄血，还是不衄血，只要具备上述病机，那么，反映在脉象上，不仅是浮紧，而且必定兼数。因此，在太阳伤寒的典型过程中，发热和脉数是相对应的，是同步出现的。可以认为，在有外感表证的情况下，脉浮紧，尤其是脉浮紧而数，这是应用麻黄汤的重要指征。那么，是否说太阳伤寒麻黄汤证的脉象都必定兼数呢？答曰：不尽然。《医宗金鉴》在论及“太阳病，或已发热，或未发热”时指出：“已发热者，寒邪束于皮毛，元府闭密，阳气郁而为热也。未发热者，寒邪初入，尚未郁而为热，顷之即发热也。”<sup>②</sup>我认为：已发热者，脉必数；未发热者，脉不仅不数，而且浮象也不明显，但紧而已。

《素问·玉机真脏论》曰：“风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发也。”这里指出了病因是“风寒客于人”，病机是“皮肤闭”，症状是“毫毛毕直”和“热”。“毫毛毕直”是对恶风的形象描述。同时指出了治疗原则是“可汗而发也”。但是，《内经》没有提供可行的方药。参照《伤寒论》，此当投以麻黄汤。麻黄汤中，麻桂并用，温通辛散。麻黄，《神农本草经》谓其主中风伤寒头痛，温疟，发表出汗，去邪热，止咳逆上气，除寒热。《名医别录》谓其通腠理，疏伤寒头痛，解肌，洩邪恶气。仲景在麻黄汤中，用其开泄皮毛、肌肉、腠理之闭拒紧敛。桂枝辛温，气味俱厚，《素问·阴阳应象大论》曰：味

<sup>①</sup> 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.72

<sup>②</sup> 吴谦，等，医宗金鉴，人民卫生出版社，1982.54～55

厚则泄，气厚则发热。仲景在麻黄汤中，用其温通肌表，发汗解肌，治风寒表邪。麻桂配伍，以麻黄开腠发汗，遍彻皮毛；桂甘协同，辛甘发散，透达营卫；合之并用，则在于温通以开腠理，辛散以泄郁热。腠理得开，遍身黎黎微汗，则风寒束表引致的脉紧、诸疼痛等症状得以缓解；随着汗出，则肤表郁热得以泄越，脉数、发热等症状亦随即消失。

对太阳伤寒典型过程的治疗，欲泄热，必开腠，欲开腠，必温散。张介宾说得好：“仲景表汗之条，缕悉尚多……第其所用汗剂，不曰麻黄则曰桂枝，此寒邪初感，温散之妙法也。”<sup>①</sup>

### 三

《伤寒论》第 51 条有云：“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”脉但浮而应用麻黄汤者，还可见于第 37 条：“太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也；设胸满胁痛者，与小柴胡汤；脉但浮者，与麻黄汤”；第 232 条：“脉但浮，无余证者，与麻黄汤”；第 235 条：“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤”。上述各条表明，虽然如前所述，脉浮紧或脉紧而数是应用麻黄汤的重要指征，但是，《伤寒论》中又同时蕴含着应用麻黄汤的活法，这就是在一些情况下，脉象但浮不紧者也可以应用麻黄汤。那么，怎样掌握这但浮不紧的“度”呢？在这里我们可以借用柯韵伯的一段话来说明这个问题。在诠释第 42 条“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤”时，他说：“此条是桂枝本脉，明脉为主，今人辨脉不明，故于症不合。伤寒中风杂病，皆有外证，太阳主表，表证咸统于太阳。然必脉浮弱者，可用此解外，如但浮不弱或浮而紧者，便是麻黄证。”<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 张介宾，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.117

<sup>②</sup> 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.13

柯氏的这段话，尽管有不恰当的地方，但是，他明白地指出脉“但浮不弱”也是麻黄汤证，则是非常正确的。这“但浮不弱”与“浮而紧”形成了麻黄汤证的两个方面。“但浮不弱”恰到好处地勾勒出了脉“但浮不紧”的“度”，即“不紧”的程度。因此，脉“但浮不弱”作为对“但浮不紧”的限制、规范，与脉浮紧相对而言，则显示出麻黄汤应用的灵活性。脉浮紧固然可以应用麻黄汤，脉但浮，虽不紧，但也不弱者，也可以应用麻黄汤。正确、深入地理解这两个方面，将有助于掌握麻黄汤的应用活法，提高麻黄汤的应用技巧。

今有论及麻黄汤者，或曰麻黄汤宜北方不宜南方；或曰宜彼地，不宜此地；或曰宜古人，不宜今人，凡此种种。世人多说江南人体质弱嫩，肌腠疏松，不宜麻黄汤之峻剂，又云江南多湿，无伤寒可治。其说不免失之偏颇。江南近代名医曹颖甫先生在《经方实验录》中载麻黄汤验案数则，兹录两案：一人患伤寒，迁延月余，察其脉浮紧，头痛，恶寒，发热不甚，治以麻黄汤，因病久胃气弱，又加生姜三片，红枣两枚，急煎热服，盖被而卧，果一刻后，其疾若失。又，黄汉栋，夜行风雪中，冒寒，因而恶寒，时欲呕，脉浮紧，宜麻黄汤。服汤后，汗出，继以桔梗五钱，甘草三钱，泡汤饮之，愈。先生指出，发热恶寒无汗，而两脉浮紧者，投以麻黄汤，无不应手奏效。伤寒始病，脉之所以浮紧者，以邪正交争于皮毛肌腠之间，相持而不下也。一汗之后，则皮毛肌腠已开，而邪正之交争者解矣。世人相传麻黄多用亡阳，而悬为厉禁，然则病太阳伤寒者，将何自而愈乎？他说，每年冬季气候严寒之日，患伤寒者特多，我率以麻黄汤一剂愈之。先生诘问道：“谁说江南无正伤寒哉？”<sup>①</sup>事实上，江南医生善用麻黄汤者不乏其人。江西肖德发治一人，恶风寒无汗，头身痛，四肢关节尤甚，稍有咳嗽，自述不发热，然身着重棉，头裹

<sup>①</sup> 曹颖甫. 经方实验录. 上海: 上海科学技术出版社, 1979. 11~13

围巾，抚其额，热而炙手，体温 39.7℃，口不渴，舌苔薄白润，脉浮数，以麻黄汤一剂，次日诸症悉减，继服原方减量，一剂而愈。<sup>①</sup> 广东谭维之治一人，身体疼痛，骨节疼痛，恶风发热，头痛无汗而喘，脉紧，经用西药，热势未减，予麻黄汤一剂而病减半，两剂而愈。<sup>②</sup> 四川任正明治一低热病人，低热一年之久，证见畏寒、发热、无汗、关节疼痛，脉浮紧，治以开腠发汗，方用麻黄汤，服药两剂后，身汗出，诸症减，脉细缓，以桂枝汤加味调理而愈。<sup>③</sup> 上述引证各例，正合曹颖甫先生所言：“谁说江南无正伤寒哉？”

清代乾隆、嘉庆年间的吴鞠通，是温病学派的代表人物之一，其一生经历多次温病流行，亲人亦有殁于温病者，其致力于温热病的研究，创导了温热病的三焦辨证理论及清热养阴的治疗法则，撰著《温病条辨》。就是这样一位在温病学理论方面极有建树的临床大家，对治疗伤寒的麻黄汤亦有极深刻的理解。他治一人头项强痛而恶寒，脉浮而紧，无汗。议论道：“法当发汗，何得妄为冬温而恣用凉药？”遂投以麻黄汤原方，尽剂而汗至足。次日，头项痛已解，脉不浮紧，胃亦开。<sup>④</sup> 由此可见，麻黄汤在温病学家那里，与凉散的桑菊、银翘是具有同等意义的。

麻黄汤的应用，不仅在脉象方面有定法和活法之变，在症状方面也有常变之殊。张锡纯在《医学衷中参西录》中载：一人年近四旬，初得外感，内外俱觉寒凉，头痛，气息微喘，周身微形寒战，诊其脉，六部皆无，重按亦不见，愚不禁骇然，问其心中，除觉寒凉外，别无所苦，知犹可治，不至有意外之虑，遂予麻黄汤原方中，加生黄芪一两，服药后，六脉皆出，周身得微

① 肖德法，太阳病或已发热或未发热的临床体会，江西中医药，1981，(4):22

② 沈炎南，伤寒论医案选评，广东中医，1963，(2):38

③ 任正明，太阳发热治验，四川中医，1986，(5):14

④ 吴鞠通，《吴鞠通医案·上卷》

汗，病遂愈。<sup>①</sup>又，李风林等用麻黄汤治疗小儿发热 167 例，其中发热恶寒无汗，脉浮数者 84 例；发热恶热无汗，脉浮数者 70 例；发热无汗，脉浮数，无明显恶寒恶热，口不渴者 13 例。服药 1~3 次，当天痊愈者 91 例，服药 4~6 次痊愈者 73 例。<sup>②</sup>上述两例脉症与《伤寒论》麻黄汤证的固有脉症对比，有常变之殊。对这种常变关系，曹颖甫先生的弟子姜佐景氏的分析很透彻，他说：麻黄汤全部脉证固如前案拙按所云（前案指曹氏验案：范左伤寒，六七日，形寒发热，无汗，而喘，头项腰脊强痛，两脉浮紧，为不传也，麻黄汤主之），但并不谓必如此诸状悉具乃可用本汤，若缺其一，即不可施也。反之，若病者体内之变化，确属麻黄汤证之病理，则虽见证稍异，亦可以用之而效。缘病者体气不同，各如其面，加以受邪有轻重之别，时令有寒热之殊，故虽同一汤证，彼此亦有差池。<sup>③</sup>

《伤寒论》第 35 条方后注指出，服麻黄汤仅需要温服，覆取微似有汗，不需啜粥，余如桂枝法将息。第 38 条大青龙汤方后注则强调温服取微似汗，汗出多者，温粉粉之。一服汗者，停后服；若复服，汗多亡阳，遂虚，恶风，烦躁不得眠。相比之下，麻黄汤显得平和得多。那么为什么后世许多人一边称麻黄汤为开腠发汗之良剂，一边又以其峻猛而束之高阁呢？我认为与下列因素有关：一是不适当地强调麻黄汤的禁忌证；二是对外感病，偏用辛凉，疏于温散。

《伤寒论》中，有关不可发汗条文有若干条，后世有总结为 7 条者，有称 9 条者不一。如果把这些理解为麻黄汤的禁忌证，那么又何止 7 条、9 条呢？第 364 条就讲，下利清谷，不可攻表，汗出必胀满。把《伤寒论》中的“不可发汗”理解为麻黄汤

① 张锡纯. 医学衷中参西录（合订本）. 石家庄：河北人民出版社，1974. 400

② 李风林，等. 麻黄汤治疗小儿发热 167 例疗效观察. 新中医，1985，（9）：28

③ 曹颖甫. 经方实验录. 上海：上海科学技术出版社，1979. 11

的禁忌证，在道理上是说得通的，但是，在治法之中，哪一法没有自己的禁忌证呢？实际上，禁忌证与适应证是对立统一的。离开禁忌证片面强调适应证，临床上施方用药将失去法度。同样，离开适应证，片面强调禁忌证，宛若作茧自缚。后世不少方书及《伤寒论》注疏，在论及麻黄汤时，都强调此方为峻剂，用之不当则变证蜂起。其实，用之不当而引起变证又何止麻黄汤！麻黄汤作为开腠发汗解表之温散剂，对于阳虚里寒，阴虚血少者总是不宜，关键在于医生的诊断是否准确。方之峻与不峻，药之毒与不毒，这仅仅是一个方面，更重要的是对病情、脉证是否真正把握，服药将息是否如法。关于麻黄汤峻与不峻，《医宗金鉴》说得极好：“此方为仲景开表逐邪发汗第一峻药也。庸工不知其制在温覆取汗，若不温覆取汗则不峻也。”<sup>①</sup>可见，麻黄汤与其他方药一样，峻与不峻是有条件的，是相对的。片面夸大副作用是影响麻黄汤应用的重要原因。

近世有人一遇外感，往往不辨寒热，概用金银花、连翘、桑叶、菊花、大青叶、山梔、板蓝根之类。姜佐景氏在本世纪30年代曾引当时《现代中医月刊》第二卷第九期上发表的何公度作《悼恽铁樵先生》一文中的一段话，虽时隔60余年，其文中之精义对今人当仍有某些启示。文曰：“……越年，二公子三公子相继病伤寒。先生痛定思痛，乃苦攻《伤寒论》。……如是者有年，而四公子又病伤寒，发热，无汗，而喘。遍请诸医家，其所疏方，仍不外乎历次所用之豆豉、山梔、豆卷、桑叶、菊花、薄荷、连翘、杏仁、象贝等味。服药后，热势依然，喘益加剧。先生乃终夜不寝，绕室踌躇，迨天微明，乃毅然曰：此非《伤寒论》‘太阳病，头痛、发热、身疼、腰痛、骨节疼痛、恶风、无汗而喘者，麻黄汤主之’之病而何？乃援笔书：麻黄七分，桂枝七分，杏仁三钱，炙草五分。持方与夫人曰：吾三儿皆死于是，

① 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.57

今四儿病，医家又谢不敏，与其坐而待毙，曷若含药而亡！夫人默然，嗣以计无他出，乃即配药煎服。先生则仍至商务印书馆服务。及归，见病儿喘较平，肌肤有润意，乃更续予药，竟得汗出喘平而愈。四公子既庆更生，先生乃益信伤寒方”。姜佐景氏在引述了这段文字之后，议论道：“以上所引文字，不过寥寥数行，然而以吾观之，其中含蓄之精义实多。时医遇风热轻证，能以桑菊梔翘愈之，一遇伤寒重恙，遂不能用麻黄主方。罹其殃者，夫岂惟恽氏三儿而已哉？此其一也。恽先生苦攻《伤寒论》有年，及用轻剂麻黄汤，尚且绕室踌躇，足见医学之难。此其二义也。”<sup>①</sup>姜氏的评述颇有入木三分之感。近人蒲辅周先生曾会诊一男幼，当是之时高热40℃，无汗，面色青黄，咳而喘满，膈动足凉，口周围色青，唇淡，脉浮滑，指纹青，直透气关以上，舌质淡，苔灰白，胸腹满。蒲老先生在分析病情时指出：“此属感受风寒，始宜辛温疏解，反用辛凉苦寒，以致表郁邪陷，肺卫不宣。”<sup>②</sup>本案以及蒲老先生的评述不正好是对恽氏案几经波折的最好的诠释吗？后世，尤其是目前，对外感表证疏于温散、偏用寒凉的一个重要原因，是对外感风寒见到浮紧兼数或浮数不弱而又紧象不明显的脉象认识不足，多误以风热论治。实际上，即使对温病早期，温邪郁表，肺卫失宣，表闭无汗者，也多避免用一派寒凉，而是在辛凉之剂中配以辛温药为导，以期强化开表发汗散邪之力，其目的在于防止辛凉苦寒，遏闭表邪。银翘散中用荆芥穗即蕴此意。

无庸讳言，目前临床上，中医传统的辨证论治正趋于淡化，临床诊断往往不遵循四诊互参，八纲分析，以致诊断治疗时，理法方药失于一体，辨证论治名不副实。这是目前对外感风寒表证滥用辛凉苦寒的另一个重要原因。许叔微在治疗一例被前医屡次

① 曹颖甫，《经方实验录》，上海：上海科学技术出版社，1979.10

② 高辉远，等，《蒲辅周医案》，北京：人民卫生出版社，1982.189

误治的病人时，见前医曾仓皇失措，先生曰：“太阳病，下之，表未解，微喘者，桂枝加厚朴杏子汤。此仲景之法也。”遂指令前医急治药，一啜喘定，再啜粳粳微汗，至晚身凉而脉已和。前医曰：某平生不曾用仲景方，不知其神捷如此。先生曰：“仲景之法，岂诳后人也哉！人自寡学，无以发明耳。”<sup>①</sup> 当我们在称许前医诚实和讥其寡学的同时，许叔微先生的这段话对今人不也是耐人寻味和令人深思的吗？

## 太阳中风与桂枝汤证

《伤寒论》中第2条：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”第12条：“太阳中风，阳浮而阴弱。阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”由此，后世注家把太阳中风与桂枝汤证等同起来，当今一些教科书亦是如此。这是误解，不论是从《伤寒论》整体结构来看，还是从逻辑上理解，这种把太阳中风与桂枝汤证等同起来的观点，都是不妥当的。应当指出，太阳中风与桂枝汤证是两个不同的概念。

太阳中风是一个具体的病证，典型的太阳中风的表现在第1条、第2条和第12条中概括出来，是在太阳病表证的基础上突出汗出和脉浮缓的脉症。它的病机特点是营弱卫强。典型的太阳中风的常规治法是发汗解肌，调和营卫，桂枝汤是治疗太阳

<sup>①</sup> 许叔微，《普济本事方·卷第八》

中风的最基本的方剂。

我们说桂枝汤是治疗太阳中风的基本方剂，并不认为它是治疗太阳中风的唯一方剂。在这一点上，后世医家多有牵混。太阳中风作为一个比较复杂的病证，《伤寒论》并不是仅仅选用桂枝汤治疗。太阳中风是一个过程，由于太阳中风在其自身发展变化中的不同表现，以及太阳中风在发病过程中各种潜在因素的影响，所以能够形成太阳中风的若干个不同的证。如第14条：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”本条太阳病，汗出、恶风为营弱卫强，属太阳中风的表现，而项背强几几，则属太阳经气不舒，津液失于正常敷布所致。本证系太阳中风兼太阳经气不舒，以桂枝加葛根汤主之。又如第74条：“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。”后世注家在讨论本条时，几乎完全忽视了“中风发热”六七日不解，而把注意力全部集中在“水逆”，热衷于讨论所谓“蓄水”问题。这不能不说是失于片面。应当指出，本条首先是太阳中风，文中标明“中风发热，六七日不解而烦，有表里证”。中风发热，六七日不解，这里的“有表里证”之表证，涵括太阳中风恶寒、发热、汗出等症状。本条所论的证候本质当是太阳中风兼水停三焦。冉雪峰先生指出：“方注不曰小便利愈，而曰汗出愈，义可深思。”<sup>①</sup>冉氏所论确实令我辈深思。单就本条停水而言，这是太阳中风发展变化的一个过程，实属太阳中风的又一个证。

第96条：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕……。”第101条：“伤寒、中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”上述两条表明，在太阳中风的发病过程中，在表证不解的情况下，若邪结胁下，不论出现一个或数个症状，均以小柴胡汤主治。此属太阳中风表不解而兼邪结胁下

<sup>①</sup> 冉雪峰. 冉注伤寒论. 北京: 科学技术文献出版社, 1982. 182

之证。这说明了两个方面的问题：一是从小柴胡汤方面说，小柴胡能够治疗太阳中风；二是从太阳中风方面说，太阳中风能够形成小柴胡汤证。但，后世人一见到小柴胡汤，就认为是治少阳病。关于这一点，张隐庵说得极好，他说，“前人何据，谓小柴胡为少阳之主方耶？”<sup>①</sup> 冉雪峰言简意赅地指出：“太阳有柴胡证，柴胡方”<sup>②</sup>。他在解释第 96 条时又指出：“此条是太阳的柴胡证，不是柴胡的少阳证”<sup>③</sup>。当我们重新调整思路，重新审视小柴胡汤证时，就会发现，在太阳中风的发病过程中，可以形成柴胡汤证。

综上所述，桂枝汤证是太阳中风的最典型、最重要的证，但不是唯一的证。在桂枝汤证之外，还有五苓散证、小柴胡汤证等等。从这个层面上说，太阳中风不等同于桂枝汤证。

桂枝汤，柯韵伯称：“此为仲景群方之魁，乃滋阴和阳，调和营卫，解肌发汗之总方也。凡头痛、发热、恶风、恶寒，其脉浮而弱，汗自出者，不拘何经，不论中风、伤寒、杂病，咸得用此发汗。若妄汗、妄下，而表不解者，仍当用此解肌。”<sup>④</sup> 论中第 15 条：“太阳病，下之后，其气上冲者”，不论伤寒、中风，皆治之以桂枝汤。又如第 57 条：“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤”。本条伤寒，发汗虽解，但余邪未尽，半日许复烦，虽属伤寒，也只能改用桂枝汤发汗。第 42 条：“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤。”表明不论伤寒、中风，不论有汗无汗，不论已未汗下，只要表证未解，脉浮弱，均属桂枝汤所治。

桂枝汤不仅在治疗太阳病方面运用灵活，而且在整个一部

① 张志聪·《伤寒论集注·卷三》

② 冉雪峰·冉注伤寒论·北京：科学技术文献出版社，1982.562

③ 冉雪峰·冉注伤寒论·北京：科学技术文献出版社，1982.217

④ 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒附翼·上海：上海科学技术出版社，1959.1~2

《伤寒论》中，应用更为广泛。如第 234 条：“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也。可发汗，宜桂枝汤。”第 240 条：“病人烦热，汗出则解；又如疟状，日晡所发热者，属阳明也。脉实者，宜下之；脉浮虚者，宜发汗。下之与大承气汤，发汗宜桂枝汤。”第 276 条：“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。”第 372 条：“下利，腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”第 387 条：“吐利止，而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”引证上述各条，旨在说明，在《伤寒论》中，除典型的太阳中风，卫强营弱，用桂枝汤主治以外，在六病之中，不论伤寒、中风，若需要应用桂枝汤，有两个前提：一是表证仍在，在治疗原则上仍当解表；二是这些表证因各种因素决定了不宜用麻黄汤解表。这些可谓之《伤寒论》中应用桂枝汤的通则。因此，从这一个层面上讲，桂枝汤所治疗的证候也并不都是太阳中风。

## 二

本论第 2 条云：“太阳病，发热、汗出、恶风、脉缓者，名为中风。”与太阳伤寒对比，汗出是典型的太阳中风的重要特征之一。如前所述，桂枝汤是治疗典型的太阳中风的基本方剂。但是，纵观《伤寒论》，用桂枝汤却不在于有汗。前人有云：“无汗不得用桂枝”，其说当源于对《伤寒论》第 16 条后半部分的曲解。第 16 条的后半部分是这样表述的：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热汗不出者，不可与之也，常须识此，勿令误也。”“桂枝本为解肌”，此处桂枝系指桂枝汤而言。肌肉与腠理相对应，肌肉、腠理和脏腑对比，肌腠属表，脏腑属里。而肌与腠对比，则有肌深腠浅之不同。《名医别录》谓葛根疗伤寒中风头痛，解肌发表，出汗开腠理；称麻黄通腠理，疏伤寒头痛，解肌，洩邪恶气。在此，开通腠理与解肌并列，说明二者之不同。解，开

也，缓也，宽纵之意。解肌谓缓纵肌肉之紧敛，这是一个相对而言比较和缓的过程。开腠谓开启腠理之闭塞，这是一个相对来说比较急骤的过程。本条原旨是警示后学，太阳伤寒是禁用桂枝汤的。“脉浮紧，发热，汗不出者”，属太阳伤寒腠理闭塞之证，当以麻黄汤开腠发汗。而桂枝汤鼓荡阳气，调和营卫，虽有发汗之力，但与麻黄汤的开腠发汗之峻烈相比，则要缓和得多，且要求啜热稀粥以助药力，温覆令一时许，这是一个和缓的氤氲过程。因此，太阳伤寒若用桂枝汤治疗，则不仅不能达到开腠理发汗，宣发其外的目的，而且还有鼓荡邪热炽盛之弊端。所以，对于典型太阳伤寒来说，桂枝汤当禁用。在这里“脉浮紧，发热，汗不出者”，是对太阳伤寒的概括，因此，这三项脉症是不可分割的。而“无汗不可用桂枝”之说，独取“无汗”这一症状，作为桂枝汤应用的禁例，这是对本条断章取义的曲解。

实际上，在《伤寒论》中，桂枝汤的应用指征并不在于有汗无汗，无汗也可以应用桂枝汤。论中第2条的太阳中风，第12条、第13条、第95条阐述的桂枝汤的应用，都是有汗出症状的。而第56条：“伤寒，不大便六七日，头痛有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗；若头痛者，必衄。宜桂枝汤。”第57条：“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。”这些都没有自汗出的症状。更能说明问题的是第276条：“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。”论曰：“阴不得有汗”，三阴病若见自汗出则属亡阳。王肯堂对本条的解释极为精当，他说：“此脉浮，当亦无汗，而不言者，谓阴不得有汗，不必言也。不用麻黄而用桂枝者，以阴病不当更发其阳也，须识无汗亦有用桂枝证。”<sup>①</sup>近人张锡纯先生从临床角度体验出：“桂枝汤证之出汗，不过间有出汗之时，非时时皆出汗也。”<sup>②</sup>

① 王肯堂·证治准绳·伤寒·上海：上海科学技术出版社，1959.157

② 张锡纯·医学衷中参西录(合订本)·石家庄：河北人民出版社，1974.397

有汗可用桂枝汤，无汗亦可用桂枝汤，那么临床上怎样掌握呢？《伤寒论》第42条的表述可作为应用指征：“太阳病，外证未解，脉浮弱者，当以汗解，宜桂枝汤。”要点在于脉浮弱。脉浮弱含有浮而不紧之意。表证见脉浮紧，就是麻黄汤证；见脉浮弱或浮而不紧就是桂枝汤证。在有表证的情况下，只要有自汗出的症状，脉象是紧不起来的，因此，不会是浮紧，只能是浮弱。表证经过汗、吐、下后，虽然表证仍在，但正气耗伤，因此不论其原来的脉象是否浮紧，经过这些治疗之后，脉象只能是浮弱，或浮而不紧，而决不会是浮紧的。论中第15条：“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤。”第44条：“太阳病，其外未解，不可下也，下之为逆。欲解外者，宜桂枝汤。”都是根据这个原则应用桂枝汤的。

因此，应用桂枝汤不在于有汗。只要表证未解，脉浮弱或浮而不紧，不论有汗无汗，都应当用桂枝汤。

如此说来，在此等情况下，用桂枝汤的目的是否都在于发汗呢？从整个《伤寒论》来看也不尽然。《伤寒论》对桂枝汤的应用，在服用方法上，提出了两种不同的要求。

一是以第12条为代表的服用方法。桂枝汤在该条的应用，主要是治疗外邪侵袭，卫气开而不合，卫阳不固，营阴外泄而形成的虽发热，但热势不盛，虽恶寒，但恶寒程度不甚，脉象浮缓的太阳中风证。第12条方后注规定治疗本证，桂枝汤的服用法是“适寒温，服一升，服已须臾啜热稀粥一升余，以助药力，温覆令一时许，遍身皦皦微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。”论中凡用桂枝汤多注明“方用前法”，从而使第12条规定的服用方法成为桂枝汤的常规服用方法。论中指出，若不温覆，不啜热稀粥，即使桂枝加桂汤，更加桂二两，也是不发汗的。这说明温覆和啜热稀粥是应用桂枝汤发汗的一个不可缺少的环节。（见本书《发汗与汗法》篇）

桂枝汤的另一种服用方法体现在第387条中，“吐利止而身

痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”本证霍乱吐利止，说明里气已趋于安和；身痛不休，则言残邪仍稽留未解。其时，机体的总的状况是正气已虚，邪气亦微。运用桂枝汤要求“小和之”，意在调和阴阳营卫，宽纵解肌，皆在潜移默化，顺其自然之中氤氲而成。所以不需发汗，不宜发汗。本条中仲景未要求“方用前法”，这在《伤寒论》所有运用桂枝汤的条文中，是唯此仅有的。而在《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》亦有云：“妇人得平脉，阴脉小弱，其人渴，不能食，无寒热，名妊娠，桂枝汤主之。”本证妇人妊娠，平脉，无寒热，虽有不适，但不是病，纵有轻微症状，亦可自行缓解，逐渐消失。因此，此处之用桂枝汤不在于发汗，而意在冲和气机，平调阴阳，氤氲和胃以将息之。仲景书中，这仅有的两条，体现出的却是仲景运用桂枝汤的重要思路。

### 三

在仲景书中，恶寒是诊断表证的重要的指征之一。论中第1条即曰：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”第3条又曰：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆……”。又第208条：“……若汗多，微发热恶寒者，外未解也”。可见，恶寒说明了邪在表。

成无己在解释第3条时云：“风则伤卫，寒则伤营，卫虚者恶风，营虚者恶寒，营伤寒者，必恶寒也。”<sup>①</sup>方有执在解释第12条时则谓：“原太阳本恶寒，而明其所以亦恶风之情状也。嗇嗇言恶寒出于内气馁，不足以耽当其渗逼，而恶之甚之意。渐渐言恶风由于外体疏，犹惊恨雨水卒然淅沥其身，而恶之切之意。盖风动则寒生，寒生则肤粟，恶则皆恶，未有恶寒而不恶风，恶风而

<sup>①</sup> 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.54

不恶寒者，所以经皆互文而互言之，不偏此偏彼而立说也。”<sup>①</sup>喻昌在重复了方有执啻啻恶寒、渐渐恶风之解之后，又认为：“虽寒与风并举，义重恶风，恶风未有不恶寒者，所以中篇伤寒证中亦互云恶风，又见恶寒未有不恶风者。后人相传谓伤风恶风，伤寒恶寒苟简辨证，误人多矣。”<sup>②</sup>成无己用风伤卫、寒伤营解说恶寒、恶风，不啻引人入迷阵，此不赘述（见本书《大青龙汤证》篇），而单从病机上讲把恶寒恶风对立起来，这也是不妥的。方有执、喻昌把恶风与恶寒又简单地认为是“互文而互言之”，无疑，这又混淆了二者之间的不同。

论中第2条既强调太阳伤寒“必恶寒”，第35条又特别指出太阳伤寒麻黄汤证“恶风”，如果把这看成是方有执、喻嘉言所言之互文的话，那么第12条啻啻恶寒、渐渐恶风并列，又当如何理解？实际上，恶寒与恶风虽然病机上有一致性，但在表现上却是有区别的。关于这一点，成无己从风伤卫，寒伤营切入，强调了二者在病机上的对立，他在注释第12条时认为：“卫虚则恶风，营虚则恶寒。”其所言对后世影响较大。在《伤寒明理论》中又说：“恶风、恶寒二者均为表证，其恶风则比之恶寒而轻也。恶寒者，啻啻然憎寒也，虽不当风而自然寒矣。恶风者，谓常居密室之中，帟帐之内，则舒缓而无所畏也，一或用扇，一或当风，渐渐然而恶者，此为恶风者也。”<sup>③</sup>成无己对恶寒恶风的解释，影响至今。今人把这种说法精炼为“当风则恶，无风则安”。这种理解有明显的不贴切之处：一是把恶风简单地解释成怕风，把恶寒简单地解释成怕寒。所谓当风则恶，如同身置寒处则怕冷，这些都不能笼统地看成是症状，因为正常人也是如此。二是外邪致病是通过机体的反应表现出来的，当基本病机形成之后，

① 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.3

② 喻昌·尚论篇·上海：上海古籍出版社，1991.24

③ 成无己·伤寒明理论·上海：上海科学技术出版社，1959.3

疾病的全部症状都是由病机决定的，而不是外邪的持续影响。因此，恶寒、恶风与头痛、汗出、脉浮等，都是由病机决定的。恶风不是由当风引起的，恶寒也不是身置寒处所致。而是身居密室亦恶风，覆被向火犹恶寒。

恶风与恶寒在病机上虽有一致性，但在表现上却是有区别的。寒性凝敛，属静，所以恶寒是来自体内的持续或连续的寒冷感，严重时可出现振战鼓栗，覆被向火亦不得缓解。仲景用啬啬形容寒冷貌，正是描述其蜷缩不展的样子。风性善行不居，属动，所以恶风来自体表的时时或阵阵微冷感。在这里是取风之象以比善动不居、时有时无之意，这是一种类比。仲景用“淅淅”形容恶风之轻微，入理至甚。《灵枢·百病始生》有云：“毛发立则淅然。”这就是说，“淅淅”是毛发立所给人的一种感觉。《素问·调经论》云：“邪客于形，洒淅起于毫毛”。“洒淅”也是毫毛耸立给人的一种感觉。又《素问·诊要经终论》亦有云：“秋刺冬分，病不已，令人洒洒时寒”。洒洒，寒冷感。而“时寒”则谓“洒洒”之时有时无，亦如《金匱要略·痉湿喝病脉证治》之“洒洒然毛耸”。由此可见，洒洒与淅淅所描述的都是人体肤粟毛耸的寒冷感，宛若风之阵阵袭来。恶风是肤粟毛耸的结果，而肤粟毛耸则是卫气不能正常地温分肉、充皮肤、肥腠理的结果。肤粟毛耸也可见于惊恐，这是由于惊则气乱，恐则气下，神不守舍，心无所主，卫气一时失调所致。另外，小便之后，热随尿失，阳气一时虚馁，亦能令人自觉毛耸形寒。《金匱要略·痉湿喝病脉证治》有云：“小便已，洒洒然毛耸”。这样的形象与感觉，只能用恶风来概括，而不能用恶寒来概括的。

成无己所言“其恶风则比之恶寒而轻也”，几为后世注家所取，我认为此言有误。若以轻重言恶风恶寒，那么在逻辑上，必是当病情较轻而仅恶风时，必不至恶寒的程度。而当病情较重而至恶寒的程度时，则必不恶风。但是，《伤寒论》第12条中“啬啬恶寒”与“淅淅恶风”并见，因此成氏所解之谬误处，当是不

言自明的了。

《伤寒论》第12条啬啬恶寒与淅淅恶风，并列对举，是说在持续恶寒，肢体蜷缩不展的过程中，同时出现阵阵肤粟毛耸。在这里突出的是恶寒与恶风的不同。第35条太阳伤寒麻黄汤证，只讲恶风，不讲恶寒，这既不是互文，也不是本证不恶寒，而是因为第3条已明确地指出了“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒”。说明了第35条证的恶风是在恶寒过程中的阵阵肤粟毛耸。

因此，把恶风与恶寒以轻重区别或讲成是“互文”都是不妥的。

## 桂枝麻黄各半汤证

《伤寒论》第23条：“太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，清便欲自可，一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也。脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”

本条有两个问题应当讨论。

第一是，条文最后要求本证应用桂枝麻黄各半汤，这就提出了一个问题，条文起始之太阳病应当是太阳伤寒，还是太阳中风？对这个问题，历来没有讲清楚。成无己说成是“伤寒八九日，则邪传再经又遍，三阳欲传三阴之时也。”<sup>①</sup>方有执认为“发热恶寒，热多寒少者，风寒俱有而寒少风多也”，“桂枝麻黄各半

① 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.60

汤者，总风寒而两解之之谓也”<sup>①</sup>。喻嘉言则谓：“此亦风多寒少之证，以其风虽外薄，为寒所持而不能散，所以面显佛郁之热色，宜总风寒而两解之也。”<sup>②</sup>许宏《金镜内台方议》则云：“桂枝汤治表虚，麻黄汤治表实，二者均曰解表，霄壤之异也，今此二方合而用之者，乃解其表不虚不实者也”<sup>③</sup>。今人在解释本条时，对这个问题一带而过，实属回避。而冉雪峰先生亦认为“本条为风寒两伤久羁的轻证，故用风寒两伤麻桂各半合用的轻治法。分一方为两方，合两法为一法”。<sup>④</sup>对本证的发病过程，成无己虽然指出是伤寒八九日，但用传经说解释，则引人误入歧途。至于“邪传再经又遍”云云，在此暂且不论（详见本书《发病与‘传经’》篇）。成无己之后，许多注家多从风多寒少来解释，这样就把本来容易理解的问题，反而弄复杂了。这种解释的立足点，就是认为麻黄汤治寒，桂枝汤治风，而本方在药物用量上桂枝多于麻黄，所以得出的结论是寒少风多。这种风寒分离，风寒分治的说法，虽然听起来似有些道理，但，背离了仲景的临床思路。一部《伤寒论》强调的是辨脉辨证，风与寒作为外邪六淫，虽然它们各自具有不同的特性，但若风寒杂至合而致病，则是难分难离，因此，用风多寒少解释本证的发病及病机是有失经旨的。按条文本意，只有太阳伤寒，才有可能经过八九日之后，出现条文中所表述的一系列症状：发热恶寒，热多寒少，一日二三次发，脉微缓。这些症状的产生过程是从典型的太阳伤寒，发热恶寒、寒热并重、持续发作，在八九日之间，逐渐变化为发热恶寒、热多寒少、休作有时；脉象由典型的浮紧逐渐变化为略微弛缓。

所谓如疟状当有两层含义。按，疟是古老的病名，在甲骨文

① 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.65

② 喻昌·尚论篇·上海：上海古籍出版社，1991.66

③ 许宏·金镜内台方议·北京：人民卫生出版社，1986.17

④ 冉雪峰·冉注伤寒论·北京：科学技术文献出版社，1982.77

中即有疟字，《山海经》中有关于疟病的记载，《黄帝内经》在《素问·疟论》、《素问·刺疟论》及《灵枢·岁露》等篇中，对疟的发病、病机、症状都进行了较详细的论述。仲景在《金匱要略·疟病脉证并治》篇中，对疟的辨证论治更为详细，提出具体治法。纵观仲景以及仲景以前时代对疟的认识，可以概括为两个方面，一是疟的发热恶寒，有热多寒少和寒多热少之别；二是这种特有的发热恶寒不是持续发作而是休作有时。根据这种寒热发作休作有时的不同，《素问·疟论》把它分为单日疟、间日疟、三日疟等。所以本条“如疟状”一是指发热恶寒，热多寒少，二是指这种发热恶寒作止有时，一日二三次发。另外，疟在《金匱要略》中，又称为疟病。而“疟疾”这个术语出现得较晚，当首见于宋代《太平圣惠方》。目前许多教科书把此处之疟解成疟疾，恐不甚贴切。疟的含义比后世的疟疾要宽泛得多，它以发热恶寒、休作有时为特征。故《说文解字》把疟归释为“寒热休作”。而寒热休作者，不仅仅只是指后世之疟疾。

根据条文表述，本证当是发作时发热恶寒，呈太阳伤寒腠理闭塞之状，不发作时，只是身痛不休，营卫失调，周身违和之状，略同《伤寒论》第387条所述：“吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”当此之时，不可不汗，亦不可多汗，不汗则腠理难以启闭，且阳气怫郁在表，此非桂枝汤所能为；多汗则伤正，邪微至一日二三次发，又非麻黄汤原方所宜。此等状态，是由太阳伤寒迁延日久形成的。所以仲景在麻桂二方中斟酌，在温服的一次量六合药物之中，桂枝汤和麻黄汤仅仅各占三合，可见其用药量之轻，从而达到发作时，意在开其腠理；不发作时，意在调其营卫，其过程均在氤氲之中。由此可见，本条起始之太阳病，只能是太阳伤寒，不可能是太阳中风。

第二个问题是，对条文中“脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗，更下，更吐也”应当怎样理解。目前对本条比较通行的解释是：太阳病得之八九日，日久不愈，表邪不解，发热恶寒

变为间歇发作，如症状，一日二三度发，热多寒少，此时可出现3种转归，一是，脉由浮紧变为缓和，是寒邪衰退，正气将复，预测病症欲愈。二是，脉由浮紧变为微弱，恶寒加重，这是表里俱虚，故禁用发汗、攻下、涌吐之法。三是，面色反有热色，无汗身痒，这是当汗失汗，故邪不解，阳气怫郁在表，不得宣泄，此即太阳病轻证，仍当解表。

这种讲法有两点难以自圆其说。一是所谓第一个转归，脉由浮紧变为缓和，寒邪衰退，正气将复，预测病证欲愈，这种情况需不需要治疗？因为正气将复，意味着尚未复，病证欲愈，说明尚未愈。二是，所谓第二个转归，作为一种疾病转归，试问一个八九日不解的太阳病，发热恶寒，热多寒少，一日二三度发，这样一个邪郁不解的表证实证，是否可能突然逆转为“脉由浮紧变为微弱，恶寒加重，表里俱虚”？突然逆转，病情急转直下，这在《伤寒论》中也是有的，但多是在误治之后，如第61条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”又如第70条：“发汗后，恶寒者，虚故也”。若从临床上看，由实证急速转化为虚证，由阳证急速转化为阴证，也是有的，这是邪盛正虚，正不胜邪，在邪正相搏交争过程中，正气被迅速耗伤所致，脉症可见四肢厥冷，面色苍白或冷汗淋漓，脉至微弱，此属阴阳俱虚，亡阳在即。但从本条表述所见，在本证的整体变化中，没有形成这种转归的动因。这就是说太阳病，经过八九日，由持续的发热恶寒变化为一日二三度，发且热多寒少，这样一个太阳病过程，根本不存在这种向“脉微而恶寒者，此阴阳俱虚”转化的可能性。

前述那种乍听起来似合理，仔细一分析很不合理的通行说法，在《伤寒论》学术界却是很有影响的。众注家也多是人云亦云，因因相袭，说明这个说法还是有些源流的。赵嗣真《活人释疑》曰，仲景之意，盖得病之八九日，如症状，发热恶寒，热多寒少十六字，为自初至今之证。下文乃是已后拟病防变之辞，当

分作三截看，若其人不呕，清便欲自可，一日二三度发，脉浮缓为欲愈。此一节乃表和无病。而脉微者，邪气微缓也，阴阳同等，脉证皆向安之兆，可不待汗，而欲自愈。若脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更汗更下更吐之，此一节宜温之。若面色反有热色者，未欲解也，以其不能得少汗出，其身必痒。宜桂枝麻黄各半汤，此一节，必待汗而愈。按，赵嗣真，汪琥称其是元末人，所著其书不传，其辨《活人》两感伤寒治法之误，又其论合病、并病、伤寒变温热病，能反复发明仲景大旨，其说载刘宗厚《玉机微义》中。此后，明·王肯堂接受此说云：“首一节至寒少止，为自初至今之证，下文皆拟病防变之辞，当分作三截看，至欲愈也，是不须治；至吐也，是宜温之；至末是小汗之”<sup>①</sup>。由此程应旆则称“作一头，下面分三脚，其说盖原于赵氏”。看来此一说法来源于赵嗣真当是确凿无疑的了。如果仍循赵嗣真之“一头三脚论”来分析，但就这所谓第二只脚的理解，那么陈修园的解释是比较有代表性的，他说：“设脉但见其微，而不见其缓，是邪衰而正亦衰也；不见其发热，而但见其恶寒者，是客胜主负也，盖太阳底面即是少阴，今脉微即露少阴脉沉细之机，恶寒即伏少阴厥逆及背寒之兆，此不独太阳虚，而少阴与太阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。”<sup>②</sup>陈修园的分析，似很有些说服力的，但是，恰恰是这样一种太阳、少阴俱虚，厥逆及背寒出现在即的状态，更不可能在“自初至今之证”的基础上发生。

那么怎样理解才比较妥当呢？“脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。”这是仲景的自注句。是对前文“脉微”的进一步阐释。以作告诫警示，在表达方式上是夹叙夹议，其体例如同大青龙汤证“若脉微弱，汗出恶风者，不可服之，服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也”。又与第67条“发汗则

① 王肯堂·证治准绳·伤寒·上海：上海科学技术出版社，1959.67

② 陈修园·《伤寒论浅注·卷一》

动经，身为振振摇者”相似。这种文中“自注句”形式，在中国古代经籍、史籍中多见（参见本书《条文中自注例》篇）。先师李克绍先生把这一句作夹注处理，这样，文气贯通，条文的义理也就顺畅了。“脉微缓者，为欲愈也；面色反有热色者，未欲解也。”这样，既符合条文本义，又符合临床，先生的见解极有见地。

## 桂枝二麻黄一汤证

《伤寒论》第25条：“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤，如前法。若形似疟，一日再发者，汗出必解，宜桂枝二麻黄一汤。”本条也有两个问题需要讨论。

一是本条前半部分所述内容及表达形式与第26条类同，而为什么本条之证以桂枝汤主之，第26条却与白虎加人参汤呢？二是本条起首所云服桂枝汤之前应当是什么证？是太阳伤寒麻黄汤证，还是太阳中风桂枝汤证？如果是太阳伤寒，为什么服桂枝汤？如果不是太阳伤寒而是太阳中风证，那么最后为什么可以服含有麻黄汤的桂枝二麻黄一汤？因为《伤寒论》用药，麻黄汤中有桂枝，桂枝汤中无麻黄，有麻黄汤之后用桂枝汤法，无桂枝汤之后用麻黄汤法。

关于第一个问题。第26条云：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，与白虎加人参汤。”第25条前半段与第26条对比，文字相似但治法迥异。对此，后世人多有评论。成无己在注解第26条时说：“大汗出，脉洪大而不渴，邪气犹在表也，可更与桂枝汤，若大汗出，脉洪大，而烦渴不解者，表里有热，

不可更与桂枝汤，可与白虎加人参汤”<sup>①</sup>。成无己分析二者之不同，把着眼点放在渴与不渴上。方有执在解释第26条时曰：“此与上条（指第25条——笔者注）同而多大烦渴，盖比上条汗更出过多，亡津液而表里燥热更甚，所以用白虎两解表里之热，加人参润其燥而消其渴也”<sup>②</sup>。方氏除了强调二者大烦渴之有无，还认为第26条比第25条汗出更多。汪琥承袭了成无己的说法，认为第25条“服桂枝汤，汗大出者，此出汗不得其法，所以中风之脉，本浮缓而反得洪大，可见病不除而风热愈盛，必再与桂枝汤如前法”。又曰：“此条（第26条——笔者注）当是太阳证罢转属阳明之证，因上条（指第25条——笔者注）大汗出后，脉洪大，虽与桂枝汤，已有传入阳明之势，此增烦渴，系白虎汤证，而非太阳病矣”<sup>③</sup>。《医宗金鉴》对这一观点进一步归纳强化，认为“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”<sup>④</sup>。前人的这些解释都是从辨表证与里证来讨论用桂枝汤与用白虎汤的不同。这种辨表里的方向是对的，但作为具体思路，从烦渴与不烦渴上来辨析则是缺乏说服力的。

黄元御在阐述桂枝二麻黄一汤证这一条时，则认为：“服桂枝汤，大汗出而表未解，而脉又洪大，是表有寒而里有热。”黄氏在这里特别对脉洪大加以注释：“洪大即脉浮之变文。”<sup>⑤</sup>这也许是开从洪大脉之不同解释此二证区别的先河。今人在解释第25条与第26条之区别时，多从这二证洪大脉之不同，作为理解二者区别的切入点。认为，这两证的脉洪大有质的区别，第25条

① 成无己. 注解伤寒论. 北京: 人民卫生出版社, 1963. 61

② 方有执. 伤寒论条辨. 北京: 人民卫生出版社, 1957. 67

③ 汪琥. 伤寒论辨证广注. 上海: 上海科学技术出版社, 1959. 62~63

④ 吴谦, 等. 医宗金鉴. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 105

⑤ 黄元御. 《伤寒悬解·卷三》

桂枝汤证之脉洪大是来盛去衰，而第26条白虎加人参汤证之脉洪大是滔滔满指，来去俱盛。洪脉在今本仲景书中多次出现，除上述两条外，尚有《金匱要略·疮痈肠痈浸淫病脉证并治》：“肠痈……脉洪数者，脓已成，不可下也，大黄牡丹汤主之。”又《金匱要略·水气病脉证并治》：“脉浮而洪，浮则为风，洪则为气，风气相搏。”另外，《伤寒论·辨脉法》：“立夏得洪大脉，是其本位”，“立夏脉洪大，是其时脉”，《伤寒论·平脉法》：“其脉洪大而长，是心脉也”。按，《内经》论脉，无洪脉一辞，而其意象则是粗大。粗大脉见于《素问·脉要精微论》：“粗大者，阴不足，阳有余，为热中也”。张景岳释之曰：“粗大者，浮洪之类，阳实阴虚，故为内热”<sup>①</sup>。又，其义曰钩，见《素问·玉机真脏论》：“夏脉如钩，何如而钩？岐伯曰，夏脉者，心也，南方火也，万物之所以盛长也，故其气来盛去衰，故曰钩”。张景岳释之曰：“钩者，举指来盛，去势似衰，盖脉盛于外而去则无力，阳之盛也。”<sup>②</sup>王叔和《脉经》云：“洪脉，极大在指下。一曰浮而大”<sup>③</sup>。孙思邈对洪脉的描述是：“按之浮大，在指下而满”<sup>④</sup>。王叔和对洪脉的描述当最能贴近仲景洪脉之意象。此后，六朝人，高阳生《脉诀》把浮、芤、滑、实、弦、紧、洪称之为“七表”。至南宋·崔嘉彦以《难经》和高阳生《脉诀》述及的浮沉迟数为纲，以统七表八里，把洪脉描述为“洪较之浮，大而力健”，“浮而无力，是名芤脉，有力为洪。”<sup>⑤</sup>崔氏《脉诀》影响很大，连以杂记见闻琐事、书画文艺考证著称的陶宗仪《辍耕录》对此都特别详细地予以引载。<sup>⑥</sup>元代滑寿对洪脉的理解是“大而实也，

① 张景岳·类经·北京：人民卫生出版社，1965.161

② 张景岳·类经·北京：人民卫生出版社，1965.131

③ 王叔和·《脉经·卷一》

④ 孙思邈·千金翼方·（影印本）·北京：人民卫生出版社，1955.301

⑤ 《东垣十书·脉诀》

⑥ 陶宗仪·《辍耕录·卷十九》



举按有余，来至大而去且长，腾上满指。”<sup>①</sup>及至明代《脉诀汇辨》言：“洪脉极大，状如洪水，来盛去衰，滔滔满指。”<sup>②</sup>后世尤其是今人，对洪脉的理解与仲景洪脉之意象有相当差距。洪与浮、沉都是以形象意。洪的意象就是洪水其来，逆流而视，波涛汹涌，其势浮盛浩大；洪水其去，顺流而视，宽阔满盈，其势平展急落远逝。这种来去之势，虽被称之为来盛去衰，其实并无衰意。用洪水之形以象脉意，则是脉体阔大、滔滔满指、来盛去衰。此正如吴山甫所云：“洪犹洪水之洪，脉来大而鼓也。若不鼓，则脉形虽阔大，不足以言洪。如江河之大，若无波涛汹涌，不得谓之洪。”<sup>③</sup>吴氏对洪脉的描述极为形象贴切，但他仍未能脱离“洪”而有力为实，洪而无能为力为虚之窠臼。既然浮而有力为洪，那么就不存在洪而无能为力之说，亦即“浮而有力之无力”不知何云。实际上，洪脉的指诊特征是：轻触即得，按之来势充实有力，应指形大满指，但脉去骤然，有下陷之感，亦所谓来盛去衰。因此可以认为，在先贤那里洪脉是不可分为所谓滔滔满指之洪与来盛去衰之洪的。

综上所述，第25条与第26条都是服桂枝汤后，大汗出，都是脉洪大，一用桂枝汤，如前法，一用白虎加人参汤，其辨证根据，一不是渴之有无，二不是脉洪大之不同，那么应当是什么呢？答曰：应当是表证之有无。第12条方后有注云：服桂枝汤当“遍身黎黎微似有汗者益佳，不可令如水流离，病必不除”。第25条所言是大汗后，病必不除，表证仍在，故复与桂枝汤，方用前法。而第26条所言则是大汗后，伤阴耗津，表邪“传而为热”，表证已去，而见大烦渴不解，故选用白虎加人参汤。关键是表证已去。若表证不去是绝不能用白虎汤的，关于这一点，

① 滑寿·诊家枢要·上海：上海卫生出版社，1958.16

② 李延昆·脉诀汇辨·上海：上海科学技术出版社，1963.65

③ 吴崑·《脉语·上卷》

本论第 170 条特别予以强调，曰：“伤寒脉浮，发热无汗，其表不解，不可与白虎汤，渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。”尽管已经渴欲饮水，但若有表证，仍然是不能用白虎汤的。即使是比白虎汤证更加急重的大承气汤证，仲景亦是一再强调“若汗多，微发热恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤”（第 208 条）。又曰：“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。”（第 234 条）纵观《伤寒论》，在运用白虎汤与承气汤方面，有一个共同的原则，这就是：“其表不解者，不可与”。近人岳美中先生对此极有体验。先生曾治一被确诊为“流行性乙型脑炎”的 3 岁男孩，高热达 40℃，有汗，口渴，面赤，唇干，呕吐，舌苔黄润，大便日 2 次，微溏。脉数，右大于左。诊为暑邪已入阳明气分，予以辛凉重剂，白虎汤加味。方用生石膏 45g，知母 6g，山药 9g，连翘 9g，粳米 9g，炙甘草 3g。次日晨二诊，热反加高到 40.5℃，舌黄而腻，大便日 3 次，溏薄。仍进原方，石膏量加至 60g。午后再诊，体温升至 40.9℃，更加入人参服之，热仍如故，大便溏泄不减。三日再复诊：前后大剂白虎汤连用 2 天，高热不但不退，而且溏便增至 4 次，闻声惊惕，气粗呕恶，病势趋向恶化。但汗出、口渴、高热、舌黄、脉大而数，均是白虎汤之适应证，何以服后诸证不减反有加重呢？先生苦思良久，忽悟到患儿人迎脉数，面赤、高热、汗出、微喘，是表有邪；舌黄不燥，呕恶上逆，大便溏泻且次数多，是脾胃蕴有暑湿，乃挟热下利证。前次屡投清阳明经热之白虎，既犯不顾表邪之错误，又犯膏、母凉润助湿之禁忌，无怪服药后高热和溏泄反有增无减。患儿属挟热下利，纯系葛根芩连汤证。因亟处方葛根 12g，黄芩 9g，黄连 1.5g，甘草 3g，1 剂甫下，热即减至 39.4℃，2 剂又减至 38.8℃，大便转佳，呕恶亦止，很快痊愈出院。<sup>①</sup> 本例从临床角度对《伤寒论》第 170 条“其表不解，不可与白虎汤”进行诠释，发人深省，同时对理解第 25 条之用桂枝汤，第 26

① 中医研究院编，岳美中医案集，北京：人民卫生出版社，1978.123

条之用白虎加人参汤亦圈点出恰到好处的切入点。

再讲第二个问题。张仲景在《伤寒论》第16条中告诫：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热，汗不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。”由此可见，桂枝汤是不可用于脉浮紧、发热、无汗的太阳伤寒的。所以，本条起首服桂枝汤之前，不可能是太阳伤寒麻黄汤证，而只能是太阳中风桂枝汤证。这样一个桂枝汤证，尽管服药不如法，以致大汗出，其表不解，发热恶寒，日再发，形似疟，但在病情变化上，终无应用麻黄汤的转机。而在本证的治疗方面却应用桂枝二麻黄一汤，在这里，尽管麻黄汤用量极少，但它终究是麻黄汤，这也就说明仲景认为本证在病机上，有必须应用麻黄汤之动因。对这个问题，后世注家多回避。方有执说：“形如疟日再发者，邪居浅而外向，终为微寒所持，故曰汗出必解，言须发之也。桂枝二麻黄一汤者，重解风而轻于散寒也。”<sup>①</sup>汪琥则认为：“此条是外寒束其风热，乃营卫俱伤之证，但风邪多而寒气少耳。法当微发其汗，汗出必解。”<sup>②</sup>至舒驰远则认为“大汗出，大字有误，当是不字，若大汗出之症，不藉汗解，可知必是不汗出，故宜汗解。”<sup>③</sup>上述这些讲法，均未能弄明白，为什么一个桂枝汤证，服桂枝汤大汗出后，还有可能再使用少量的麻黄汤以开腠理？关于这一点，冉雪峰先生总结得好，他说：“伤寒规律，麻黄汤中用桂枝，桂枝汤中不用麻黄。有用麻黄汤后用桂枝汤法，无用桂枝汤后用麻黄汤法。”<sup>④</sup>那么为什么在本证的治疗过程中，在用桂枝汤之后，又用麻黄汤呢？实际上，这是将息失宜，风寒复闭，是大汗之后，旋即表闭无汗，是一种轻微的复感，即旧邪未去，复感新邪。近似于《素问·移精变气论》

① 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.67

② 汪琥，伤寒论辨证广注，上海：上海科学技术出版社，1959.62

③ 舒驰远，《新增伤寒集注·卷三》

④ 冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982.77

所云：“故病未已，新病复起。”对此柯韵伯有一段论述讲得比较清楚，他认为是“桂枝证未罢，当仍与之，乘其势而更汗之，汗自淅淅，邪不留矣。是法也，可以发汗，汗生于谷也；即可以止汗，精胜而邪却也。若不用此法，使风寒乘汗客于玄府，必复恶寒发热如症状”<sup>①</sup>。柯氏指出，服桂枝汤大汗出后，发热恶寒如症状，这是风寒乘汗复客于玄府所致，此可谓发前人之所未发，见解独到，其说符合仲景条文蕴意，符合仲景之桂枝汤后无用麻黄汤法的规律。

我们可以从仲景用桂枝二麻黄一汤的基本思路中领悟，本证除了具有发热恶寒症状之外，还有一个特点，就是“无汗”。本证的无汗是从大汗出变化来的。由大汗出而变为无汗，这是一个几被忽略而又非常重要的过程。由于大汗后肌腠疏松，复感微邪，肌腠旋即闭拒，导致肌腠整体弛张失调，发热恶寒时肌腠处于一定程度的紧敛状态，发热恶寒休止时，肌腠闭拒缓解，周身处于不适、违和状态。本证与第23条桂枝麻黄各半汤证对比，此为邪虽衰而未已，正气尚未恢复而复客微邪，正邪相搏，如症状；彼是正气未复，微邪不解，正邪纷争，如症状。两证的病机同中有异，异中有同，而其用药相类相似不相同，终因病势有浅深之别。

## 桂枝二越婢一汤证

《伤寒论》第27条云：“太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越婢一汤。”对本条的理解，历来注家们分歧很大，分歧的焦点是怎样理解“脉微弱者，

<sup>①</sup> 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.22

此无阳也”。成无己开全面注解《伤寒论》之先河，功不可没，对后世注家的影响不可估量。严器之对他的《注解伤寒论》评价为“分析异同，彰明隐奥，调陈脉理，区别阴阳，使表里以昭然，俾汗下而灼见。百一十二方之后，通明名号之由，彰显药性之主。十剂轻重之攸分，七情制用之斯见，别气味之所宜，明补泻之所适。又皆引《内经》，旁牵众说，方法之辨，莫不允当，实前贤所未言，后学所未识，是得仲景之深意者也”。<sup>①</sup> 正是这样一位在《伤寒论》研究史上功高盖世的成无己，对本条一字未解，只是对桂枝二越婢一汤略陈一辞，可见本条本证在理、法、方、药上都确实存在难解之处。方有执尝曰：“发热恶寒，热多寒少与上条（指桂麻各半汤证——笔者注）同，上条以脉微而恶寒为阴阳俱虚，此以脉微弱为无阳，两皆不可更汗亦同，然风为阳，病属太阳，而曰无阳，诚不可晓，阙疑可也。”<sup>②</sup> 尽管方有执刻意诠释，逐条辨析，重订《伤寒论》而名于世，但对本条本证亦处于无奈之中，他说：“法则谓之无阳，方则谓之越婢，且是汤也，名虽越婢之辅桂枝，实则桂枝麻黄之合济，乃大青龙以芍药易杏仁之变制耳。”<sup>③</sup> 喻嘉言曰：“此亦风多寒少之证，无阳二字，仲景言之不一，后人不解，皆置为阙疑，不知乃亡津液之通称也。故以不可更汗为戒，然非汗则风寒终不解，唯取桂枝之二以治风，越婢之一以治寒，乃为合法。”<sup>④</sup> 喻嘉言把无阳解为亡津液，对后世亦颇有些影响。此后汪琥、王子接均承袭此说，汪琥云：“无阳则津液少耳”，王子接则言：“无阳者，阳分亡津之谓。”<sup>⑤</sup> 而柯韵伯则指认无阳为阳已虚，他说：“无阳是阳已虚而阴不虚，不烦不躁，何得妄用石膏。观麻黄桂枝合半、桂枝二麻

① 严器之，《注解伤寒论·序》

② 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.66

③ 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.66

④ 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991.66

⑤ 王子接，《绛雪园古方选注·七卷》

黄一二方，皆当汗之证，此言不可发汗，何得妄用麻黄。凡读古人书，须传信阙疑，不可文饰，况为性命所关者乎。且此等脉症最多，无阳不可发汗，便是仲景法旨。”<sup>①</sup>钱潢则认为：“无阳者，命门真阳之气衰少也，真阳既衰，其升发之卫气浸弱，故云不可更汗，汗之则阳气必败矣。”<sup>②</sup>舒驰远亦认为无阳有误，指出：“热多寒少四字是条中关键。必其人平素热盛津衰，故方中用石膏，以保其津液也。但无阳二字有误，如果无阳，则必寒多热少，当用附子，石膏又在所禁矣。”<sup>③</sup>丹波元简对此有一个简要概括，他说：“无阳，方氏亦尝疑之，然犹释为疾在阴而无在阳之义；张志聪、张锡驹从其说为解；喻氏、周氏（谓扬俊也——笔者注）、张璐则曰无津液之谓；《金鉴》亦云，无太阳表脉。皆强解也。程氏云，正阳虚；钱氏云，命门真阳之虚。果然，则安有用石膏之理乎？其他魏氏（荔彤也——笔者注）、汪氏辈，皆属附会。只成氏于此一条，不下注解，盖有所见也。至于柯氏，断然阙疑，可谓卓越之识矣。”<sup>④</sup>综上所述，可略见本条本证难解之一斑。

纵观本条所论，结合本证用药，遵循仲景桂枝汤后无用麻黄法之原则，本条所言之太阳病只能是太阳伤寒，而不可能是太阳中风。本证太阳伤寒，发热恶寒、热多寒少，从字面上看与第23条表述的是一个含义，但若从方药用量上看，则本证的症状是极轻微的。桂枝二越婢一汤是由桂枝汤与越婢汤按比例合成，或称合方。发热恶寒这个症状不论从《内经》、《伤寒论》，还是从临床上看都有明显的轻重、缓急之不同，在《伤寒论》中发热急重，恶寒亦急重者，莫过于第38条的大青龙汤证。大青龙汤证由于阳气郁闭较重，以致出现烦躁。而第39条用大青龙汤意

① 柯韵伯. 伤寒来苏集·伤寒论注. 上海: 上海科学技术出版社, 1959. 19

② 钱潢. 伤寒溯源集. 北京: 人民卫生出版社, 1957. 130

③ 舒驰远. 《新增伤寒集注·卷三》

④ 丹波元简. 伤寒论辑义(合订本). 北京: 人民卫生出版社, 1983. 30~31

在“发之”。“发之”，发越之意，发越什么呢？发越阳气。

麻黄汤证发热恶寒也比较重，但与大青龙汤证发热恶寒的急重程度对比，则略轻微一些，在病机上，麻黄汤证的阳气郁闭程度也比较重，以至于达到第46条所表述的程度：“太阳病，脉浮紧，无汗，发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已，微除，其人发烦目瞑，剧者必衄。衄乃解，所以然者，阳气重故也”。麻黄汤证阳气郁闭以至于热迫血行而致衄，正如第55条所云：“伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”尽管如此，麻黄汤证阳气郁闭的程度比大青龙汤证还是轻缓的。

桂枝汤证啻啻恶寒，淅淅恶风，翕翕发热。发热恶寒的程度比麻黄汤证又轻缓一些。在病机上是“阳浮者，热自发”，也属阳郁，故发热。与麻黄汤证对比，桂枝汤证阳气郁闭的程度又更轻微一些。

在方药应用方面，大青龙汤主要用药为麻黄六两，桂枝二两，生姜三两，石膏如鸡子大。温服一升，取微似汗，汗出多者，温粉粉之。一服汗者，停后服。若复服，汗多亡阳。

麻黄汤主要用药为麻黄三两，桂枝二两，温服八合，覆取微似汗，不须啜粥。麻黄汤与大青龙汤对比，大青龙汤发汗力大峻猛，表现在服药后不用“覆”，即可取微似汗。而麻黄汤服后，需要“覆取微似汗”，虽不用啜粥，但“余如桂枝法将息”。

桂枝汤主要用药为桂枝三两，芍药三两，生姜三两，适寒温，服一升，服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力，温覆令一时许，遍身皦皦微似有汗者益佳。桂枝汤与麻黄汤对比，麻黄汤发汗力峻，表现在“不需啜热稀粥”即能发汗。而桂枝汤发汗则必须啜热稀粥，若不温覆、不啜热稀粥，服桂枝汤就达不到发汗的目的，论中第387条称其为“消息和解其外”，只能达到“小和之”的目的。论中第117条桂枝加桂汤，因为不要求温覆和啜热稀粥，所以桂枝汤即使更加桂二两也是不发汗的。温覆与啜热粥对于发汗，有重要意义。《金匮要略·痉湿喝病脉证治》防己黄芪汤方：防

己一两，甘草半两，白术七钱半，黄芪一两一分。本方白术黄芪虽走表，但发汗力极微，在或有或无之间。方后注云：服后当如虫行皮中，从腰下如冰。后坐被上，又以一被绕腰以下，温令微汗，差。本方之发汗，主要在温覆之法。又，同篇栝楼桂枝汤方：栝楼根二两，桂枝三两，芍药三两，甘草二两，生姜三两，大枣十二枚。本方系桂枝汤原方原量加栝楼根二两。方后注云：取微汗，汗不出，食顷，啜热粥发之。本方取微汗，当是温覆取微汗，若汗不出，需啜热粥，可见本方之发汗又在啜热粥。

越婢汤见于《金匮要略·水气病脉证并治》：“风水，恶风，一身悉肿，脉浮，不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之。”越婢汤，麻黄六两，石膏半斤，生姜三两，大枣十五枚，甘草二两。方中虽用石膏，但本证脉浮不渴，续自汗出，无大热，可以认为本证虽有热，但热象不明显，且方后注云“恶风者加附子一枚”，从中可见本证或有阳虚的因素。从本证“续自汗出”和服后不温覆、不发汗可见，本方在立意上并不在于发汗。

以越婢汤和大青龙汤对比，麻黄同为六两，生姜同为三两，甘草同为二两，越婢汤用石膏半斤（八两），大青龙汤用石膏如鸡子大，越婢汤无桂枝、杏仁，大青龙汤用桂枝二两，杏仁四十枚。按：柯雪帆以上海中医药大学中药标本室所藏，测定石膏如鸡子大，为56g。<sup>①</sup>据柯氏研究，东汉一两为15.625g，一斤为250g。<sup>②</sup>由此可得如鸡子大、56g的石膏约为东汉3.58两。以二方对比，大青龙汤之发汗力峻全在于六两麻黄与二两桂枝的配伍，与麻黄汤对比亦在于此，且更有三两生姜辛散相助。

以越婢汤和麻黄汤对比，麻黄的用量虽为6:3，但，越婢汤重用石膏至半斤（八两），从而监制六两麻黄的辛温发汗。同理，

① 柯雪帆主编：《伤寒论选读》，上海：上海科学技术出版社，1996，207

② 柯雪帆，等：《伤寒论》和《金匮要略》中的药物剂量问题，上海中医药杂志，1983，（12）：36

麻杏石甘汤，麻黄四两，石膏半斤，杏仁五十个，其功亦不在发汗。对此，清·邹澍曾有评论：“说者谓麻黄得石膏则发散不猛，此言虽不经见，然以麻杏甘膏汤之汗出而喘，越婢汤之续自汗出证之，则不可谓无据矣”<sup>①</sup>。

由桂枝汤二份越婢汤一份合成的桂枝二越婢一汤，按林亿在《伤寒论》桂枝二越婢一汤方后校语中所云：“今以算法约之，桂枝汤取四分之一，即得桂枝、芍药、生姜各十八铢，大枣三枚。越婢汤取八分之一，即得麻黄十八铢，生姜九铢，甘草六铢，石膏二十四铢，大枣一枚八分之七，弃之。二汤所取相合，即得桂枝、芍药、甘草、麻黄各十八铢，生姜一两三铢，石膏二十四铢，大枣四枚。”按《汉书·律历志》定二十四铢为两，十六两为斤，即得桂、麻均不足一两，石膏恰合一两。

由上可见，桂枝二越婢一汤，麻、桂各十八铢，石膏一两，与麻黄六两，桂枝二两，石膏 3.58 两的大青龙汤；与麻黄三两，桂枝二两的麻黄汤；与麻黄六两，石膏八两的越婢汤相比较，其发越郁阳之力，不可等同而言。我们是否可以得出这样一个结论：桂枝二越婢一汤根本就不是发汗剂，而只是一个轻疏微散之平剂。

比较是区分事物之间的相同点和不同点的逻辑方法，通过比较，我们能在表面上差异很大的事物之间，揭示它们在本质上的共同点；或在表面上极为相似的事物之间揭示它们本质上的差异点。在整个中医学中，其理论的阐释离不开比较。阴与阳，表与里，寒与热，虚与实，正与邪，标与本，动与静等，都是在比较中理解、深化。同样道理，临床诊断亦离不开比较，离开比较就无从认识疾病。综上所述，比较是认识和理解本条本证的重要方法。通过上述大青龙汤、麻黄汤、桂枝汤以及越婢汤方证的比较，可以对桂枝二越婢一汤方证有一个基本的认识。本证当是感

<sup>①</sup> 邹澍，《本经疏证》，上海：上海科学技术出版社，1957.128

邪之后，迁延日久，至八九日之多，正邪交争乏力，与大青龙汤证、麻黄汤证、桂枝汤证比较，证见微热微寒，其曰热多寒少乃是相对而言。所谓“无阳”即是指称这种阳郁几微的状态，其反映在脉象上，亦不同于大青龙汤证、麻黄汤证之浮紧而数。对此沈尧封尝曰：“脉微弱为无阳证，故用此方，较大青龙为制之小也”，又曰“不可更汗，对大青龙言”<sup>①</sup>。其说是有道理的。

关于“无阳”，《伤寒论·辨脉法》有云：“脉浮而迟，面热赤而战惕者，六七日当汗出而解，反发热者，差迟。迟为无阳，不能作汗，其身必痒也。”此条所言无阳，为阳气不足不能作汗。而此所谓“阳气不足”亦是比较而言，既不是阳气大虚，更不是后世所谓命门火衰。又第153条，“太阳病，医发汗，遂发热，恶寒，因复下之，心下痞。表里俱虚，阴阳气并竭，无阳则阴独。”此处之“无阳”系指阳气大虚。由此可见，无阳在《伤寒论》中的含义是多相的，其蕴意体现在对比之中。

“无阳”是第27条的疑点和难点。明白了“无阳”的含义，那么本条也就不难理解了。正因为本证病机是阳郁几微，所以不可发汗，只宜选用温散力不及麻桂，凉透力不及越婢，并非汗剂的桂枝二越婢一汤平散之。

## 大青龙汤证

今本仲景书中，有关大青龙汤方证的条文共有3条，一是《伤寒论》第38条：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。”二是《伤寒论》第39条：“伤寒

<sup>①</sup> 沈尧封，《伤寒论读》，见《三三医书·第三集》

脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。”三是《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之；小青龙汤亦主之。”仲景书问世后，几经散失、分合、整理、编次，至宋代才真正开始进行全面系统的校勘和注释，并得到广泛的传播。仲景书自从有了诠解释义，对大青龙汤方证的理解就产生了歧义，尤其是对《伤寒论》第38条、第39条的理解，有极大的差距。对2000年前张仲景讲过的这几段话，有不同的理解，是很自然的。这些诠释无不掺进研究者本人的学术观点。从学术发展的观点来看，应当承认各种不同学术观点存在的价值。量中有质，只有拥有相当数量的观点，才能产生具有相当质量的观点。在学术发展中，知识需要互补，思维需要共振。

—

成无己首先对《伤寒论》进行全面的诠释。他在解释第38条时说：“此中风见寒脉也。浮则为风，风则伤卫；紧则为寒，寒则伤荣。荣卫俱病，故发热恶寒，身疼痛也。风并于卫者，为荣弱卫强；寒并于荣者，为荣强卫弱。今风寒两伤，则荣卫俱实，故不汗出而烦躁也。与大青龙汤发汗，以除荣卫风寒。”<sup>①</sup>在解释第39条时则云：“此伤寒见风脉也。伤寒者身疼，此以风胜，故身不疼；中风者身重，此以兼风，故乍有轻时；不发厥吐利，无少阴里证者，为风寒外甚也。与大青龙汤，以发散表中风寒。”<sup>②</sup>成无己以其在《伤寒论》研究史中特有的学术地位，以风伤卫，寒伤营，风寒两伤，荣卫俱实，解释大青龙汤证的病机，对后世影响极大。许叔微尝云：“仲景论治伤寒，一则桂枝，二则麻黄，

① 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.69

② 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.70

三则大青龙。桂枝治中风，麻黄治伤寒，大青龙治中风见寒脉、伤寒见风脉，三者如鼎立。”<sup>①</sup> 此后方有执、喻昌均承此说，且有所发挥。方有执在其《伤寒论条辨》中，根据风伤卫，寒伤营，风寒两伤营卫之说把桂枝汤证、麻黄汤证、大青龙汤证各分立为卫中风、营伤寒、营卫俱中伤风寒上中下三篇。认为“太阳一经，风寒所始，营卫二道，各自中伤。风则中卫，故以卫中风而病者为上篇”。“太阳统摄之荣卫，乃风寒始入之两途，寒则伤荣，故以营伤于寒而病者为中篇”。“中风者，单只卫中于风而病也；伤寒者，单只荣伤于寒而病也。若风寒俱有而中伤，则荣卫皆受而俱病，故以荣卫俱中伤风寒而病者为下篇”<sup>②</sup>。方氏之说颇得喻昌之赞誉，喻氏说：“仲景立桂枝汤、麻黄汤、大青龙汤，鼎足大纲三法，分论三证。”<sup>③</sup> 从而形成了被后世注家称为“三纲鼎立”之说。作为清代钦定教科书的《医宗金鉴》承取此说，使风伤卫，寒伤营，风寒两伤，营卫同病的观点得以强化和倡行。当今《伤寒论》学术界持此论者仍不乏其人。世人皆称此说发端于成无己，如尤在泾说：“按伤寒分立三纲，桂枝主风伤卫，麻黄主寒伤营，大青龙主风寒两伤营卫，其说始于成氏、许氏，而成于方氏、喻氏。”<sup>④</sup> 实际上，风伤卫，寒伤营系出自《伤寒论·辨脉法》，文中曰：“寸口脉浮而紧，浮则为风，紧则为寒，风则伤卫，寒则伤荣，荣卫俱病，骨节烦疼，当发其汗也”。《辨脉法》只是从脉象讨论营卫发病的病机。唐·孙思邈提出凡疗伤寒不出三方，“一则桂枝，二则麻黄，三则青龙。”<sup>⑤</sup> 而朱肱《类证活人书》则把风伤卫、寒伤营与桂枝、麻黄、青龙三方强扯在一起，提出“大抵感外风者为伤风，感寒冷者为伤寒，故风则伤卫，寒

① 许叔微，《普济本事方·卷第八》

② 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.1，35、61

③ 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991.22

④ 尤在泾，《伤寒贯珠集》，上海：上海科学技术出版社，1959.22

⑤ 孙思邈，《千金翼方·卷九·伤寒上》

则伤营，桂枝主伤卫，麻黄主伤营，大青龙主营卫俱伤故也”<sup>①</sup>。此则实为“三纲鼎立”说之滥觞。由于以三纲鼎立说诠释大青龙汤脉证方药，有如此之学术源流，有如此之上下承袭，从而使其成为《伤寒论》研究史上，理解大青龙汤脉证的主流观点。

而非主流观点对此则不以为然，提出各自的看法。程应旆在论及第38条之烦躁时认为：“若云伤风见寒，则论中所云风则伤卫，寒则伤营，营卫俱伤，骨节烦疼，当发其汗者，何以祇言骨节烦疼而已？”在论及第39条时，程应旆把第39条径改为小青龙汤发之，并指出：“坊本俱作大青龙，余幼读古本实是小青龙，观条中脉证，总非大青龙病。宜世人有伤风见寒之说，近并得友人张路玉一订其讹，喜其先得我心，不止孙吴之暗合也。”<sup>②</sup>程氏不仅对三纲鼎立提出疑问，而且对本证用大青龙汤也提出疑问。而张路玉在《伤寒续论》中亦把第39条的大青龙汤径改为小青龙汤。<sup>③</sup>徐大椿也认为第39条“必有误”，他说：“何必投以青龙险峻之剂，此必另有主方而误以大青龙当之者也。”<sup>④</sup>丹波元简认为：“成氏注解所原，其来久矣，然风寒营卫两伤，尤不可信据，何则脉浮紧，发热恶寒，身疼痛不汗出者，伤寒之候。烦躁亦非中风之候，虽曰太阳中风，并无中风之候证，盖中风二字，诸家纷纭，无有的据显证，故姑置之阙疑之例而可已。”<sup>⑤</sup>而柯韵伯刻意提出自己的见解：“仲景凭脉辨证，只审虚实，不论中风伤寒，脉之紧缓，但于指下有力者为实，脉弱无力者为虚，不汗出而烦躁者为实，汗出多而烦躁者为虚……实者可服大青龙，虚者便不可服，此最易晓也。要知仲景立方，因症而设，不专因脉而设。”在这里柯韵伯用虚实二字巧妙地绕过了“中风脉浮

① 朱肱：《类证活人书》（影印本），北京：人民卫生出版社，1955.97

② 程应旆：《伤寒论后条辨·卷六》

③ 张路玉：《伤寒续论·卷上》

④ 徐大椿：《伤寒论类方·卷一》

⑤ 丹波元简：《伤寒论辑义》（合订本），北京：人民卫生出版社，1983.52

紧”，“伤寒脉浮缓”的难题。他指责许叔微：“大青龙症之不明于世者，许叔微始作之俑也。”<sup>①</sup>柯氏运用淡化伤寒与中风之间的差异，强调二者之间相同之处的方法，试图解开这个结，指出“伤寒无定脉也。然脉浮紧者必身疼，脉浮缓者身不疼，中风伤寒皆然，又可谓之定脉定症矣”，他以“诊者勿执一以拘也”<sup>②</sup>为由淡化了“伤寒”、“中风”的差异。张隐庵则断然否定成注的见解，认为“成氏谓风寒两感，营卫俱伤，宜大青龙汤则悖谬殊甚”。他进一步指出，“所以致悖谬者，只因原本未清。其始有风伤卫，寒伤营，伤寒脉紧无汗，宜麻黄汤，中风脉缓有汗，宜桂枝汤之说，因遂有风寒两感，营卫俱伤，宜大青龙汤之说矣”。同时感叹道，“所谓始差毫厘，终失千里，使仲祖本论蒙蔽不明，直至今日良可悲已”<sup>③</sup>。如此众说纷纭，仲景若有灵感知，不知要作何感想。

对第38条、第39条的理解，由于“太阳中风脉浮紧”、“伤寒脉浮缓”与论中麻黄汤证、桂枝汤证的表述相悖，所以后世注家煞费苦心，亦难以自圆其说，成为《伤寒论》研究史上的一大困惑。

## 二

《伤寒论》对病证的讨论，重点是辨证和发病过程，而不是病因。论中第7条：“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”通过“发热恶寒”和“无热恶寒”这两组症状，讨论疾病发生的不同机制。论中以大量篇幅，论述机体感受外邪以后，机体的不同反应。从机体的反应来讨论发病，这种方法源于《内经》。《素问·至真要大论》中，“诸风掉眩，皆属于肝”，“诸热瞀瘛，皆属于火”等等，讨论的都是以机体的反应为主。外邪

① 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒论注·上海：上海科学技术出版社，1959.49~50

② 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒论注·上海：上海科学技术出版社，1959.48

③ 张志聪·《伤寒论集注·凡例》

致病是通过机体的反应表现出来的，有什么样的反应，就有什么样的病机。以“诸风掉眩，皆属于肝”为例，这里的风既不是六气之风，也不是六淫之风，而是涵括眩晕、动摇、抽搐等症状和病机的疾病整体状态。从这样角度悟解，太阳伤寒、太阳中风，实际上是对机体感受外邪以后所产生若干脉证及病机的整体概括，它的意蕴是深层的。因此，如果把伤寒和中风理解成伤了寒或中了风，仅仅看成是病因，认为伤寒是由寒邪引起的，中风是由风邪引起的，那必将流入肤浅。从方法论的角度看，六淫是一种比类取象，“象者，象其事；比者，比其辞”，作为一种认识方法，运用类比、联想和想象，通过对彼物的构思，来认识未知的事物，其意在于用简单的物象去涵括自然界包括人体生理病理在内的广泛联系和变化规律。从某种意义上说，六淫所指的风寒暑湿燥火，已经远离了自然界本原之“质”，而强化了其“性”，使其“性”的表现更加抽象化，更倾向于“象”，实际上已经“象化”了。因此对“中风脉浮紧”，“伤寒脉浮缓”的理解和把握，只能运用以象求意的方法，从“中风”和“伤寒”的一系列脉症中去求索，领悟其中深层的蕴意。

对《伤寒论》中第38条的中风和第39条的伤寒，注家历来以麻黄汤证和桂枝汤证去框套，这是一种刻舟求剑的方法，以致矛盾丛生。实际上，伤寒、中风作为疾病的分类方法在《伤寒论》中得到比较广泛的应用，它不仅仅包括太阳病篇中的麻黄汤证和桂枝汤证，同时在阳明病篇中有阳明中风、阳明中寒（伤寒），在少阳病篇中有少阳中风和少阳伤寒，在太阴病篇中有太阴中风、太阴伤寒等。《伤寒论》中的伤寒和中风，如同《内经》中的阴阳一样，是古代的两分法辩证逻辑在医学领域中的应用。中风和伤寒可见于三阴三阳各病，它反映的是疾病的状态和过程的对立统一，可以说是“古代的两点论”在《伤寒论》中的应用，这种对立统一是以涵括疾病整体属性的“象”为基础的。简化之，则是动者属阳，属中风；静者属阴，属伤寒。在这一点

上，持“三纲鼎立”说的有影响的注家方有执歪打正着，略有领悟，他在解释第38条和第39条的区别时说：“均是龙也，而一则曰主之，一则曰发之，何也？主之者，以烦躁之急疾属动而言；发之者，以但重之沉默属静而言之也”<sup>①</sup>。第39条强调，必须与少阴病相鉴别（“无少阴证者”），而少阴病是“脉微细，但欲寐”，可见其“沉默”与“静”的程度。在这里，方有执无意中点出了第38条脉症为什么被称之为“中风”，第39条脉症为什么被称之为“伤寒”，同时也不言自明地指出了第39条脉症中是绝对不会有“烦躁”这一属“动”的症状的。在这里，对中风和伤寒的把握只能是一种悟解，而不可以直解。

后世不少注家认为，第38条因为有烦躁症状而用大青龙汤，那么第39条用大青龙汤，其症状中也必有烦躁，这样就把大青龙汤牢牢地钉在烦躁这个症状之上。他们强调“惟烦躁是本证所独”<sup>②</sup>；“此汤非为烦躁设，为不汗出之烦躁设”<sup>③</sup>；《金镜内台方议》用问答的形式，疑而问曰：“何为中风见寒？答曰：中风症反见伤寒脉也。如有自汗恶风，乃中风证，脉当浮缓，今反见脉浮紧者，乃伤寒脉也，故曰中风见寒，属大青龙汤。问曰：何为伤寒见风？答曰：伤寒症反见中风脉也。如无汗恶寒，乃伤寒证，脉当浮紧，今反见浮缓者，乃中风脉也，故曰伤寒见风，属大青龙汤。问曰：二者皆见，若不烦躁者，此可用乎？答曰：既无烦躁，可除石膏勿用也。”<sup>④</sup>在这里且不论所谓“中风见寒，伤寒见风”之悖谬，单是大青龙汤如果去了石膏，又何以能称其为大青龙汤呢？不言而喻，这实际是肯定：没有烦躁是不可以用大青龙汤的。这些论述在《伤寒论》研究史上，形成了几乎一边倒的注

① 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.63

② 柯韵伯，《伤寒来苏集·伤寒论注》，上海：上海科学技术出版社，1959.47

③ 程应旻，《伤寒论后条辨·卷六》

④ 许宏，《金镜内台方议》，北京：人民卫生出版社，1986.49~50

疏倾向。但是，若进一步思考，其结论却不尽然。清·尤在泾在解释第39条时，高出诸家一筹，他说：“伤寒脉浮缓者，脉紧去而成缓，为寒欲变热之证，经曰：脉缓者多热是也，伤寒邪在表则身疼，邪入里则身重，寒已变热而脉缓，经脉不为拘急，故身不疼而但重，而其脉犹浮，则邪气在或进或退之时，故身体有乍重乍轻之候也。”<sup>①</sup>尤氏解释的可贵之处，在于为我们提供了一个前所未有的全新的思路。他根据原文，合理地诠释了“伤寒脉浮缓”，令人信服地排除了第39条必有烦躁这个症状。

太阳伤寒是脉浮紧，身疼痛。这是机体感邪以后，肤表腠理骤然闭塞、紧敛的结果，此属其常。但是，若治疗不及时，迁延日久，表邪不解，肤表腠理持续闭塞紧张，致使紧极则缓，闭极则弛。在症状上表现为脉由浮紧逐渐变为浮缓，身疼逐渐变为身重，在病机上表现为营卫更加滞涩不通，这是太阳伤寒之变证。如果把第38条看作是太阳伤寒重证的急性过程，那么对第39条可以理解为太阳伤寒重证的慢性过程或亚急性过程，实属形轻而实重，症轻而病重。尤在泾在解释第39条时，不但没有提出把烦躁症状强塞进去，而且从他提出的“脉紧去变缓”，“身疼变重”的论断中，可以领悟出第39条的营卫更加滞涩，表邪已有顽固难拔之势。这就不是麻黄汤证，而必须改用大青龙汤。条文中强调“大青龙汤发之”，“发之”二字不用在第38条，而用在第39条，这就说明，第39条脉症是非“发之”而不能除。此正合方有执所言“发之者，以但重之沉默，属静而言之也”。从语意思维看，“发之”一词的语意只能用于“身不疼，但重”，而决不能用于“烦躁”。这一点是需要通过意会才能领悟的。“现代信息论表明，语言文字所‘蕴’的，即所负载的思想信息（意）有一个层次结构。一般人从这种载体（言、象）中只能得到表层的信息，经过一定修养的人，则可以得到较深一层的信息。修养越

<sup>①</sup> 尤在泾：《伤寒贯珠集》，上海：上海科学技术出版社，1959.23

深，所得信息愈深。这里表层表意相对于深层就是间接的。若意义全在字面上，只要不是非正常人，所及信息应是一样的。可见言也是不可直接表意的，反过来说，字面背后的意义是不能靠文字直接表现的”。<sup>①</sup>这段文字对我们理解第38条、第39条，在方法上当不无启发。

### 三

大青龙汤由麻黄、桂枝、甘草、杏仁、生姜、大枣、石膏组成。组方的基本思路，是以麻黄汤的组成做基础框架，配以姜、枣和石膏。本方用姜、枣在于加强通营和卫的力量，而全方重心在石膏。第38条症候特点是烦躁，要散其壅滞而除烦，麻黄汤不仅力不能及，反而会有鼓荡邪热之弊端，所以加石膏之凉透。仲景因烦躁而加石膏，还可见于《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》：“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”若仅外感风寒，内停水饮，则用小青龙汤散寒化饮即可；若饮郁化热，症见烦躁，则在小青龙汤中加石膏以泄郁热而除其烦。此二方中在麻黄、桂枝配伍石膏方面有异曲同工之妙。关于这一点，程应旸有一段很好的论述：“烦躁须汗出而解，汗剂无如麻黄汤，然而辛热之性散寒虽有余，而壮热则愈甚，一用之而斑黄狂闷之证随汗势而燎原，奈何？故加石膏于麻黄汤中名曰大青龙汤，使辛热之剂变为辛凉，则寒得麻黄汤之辛热而外出，热得石膏之甘寒而内解，龙升雨降，郁热顿除矣。”<sup>②</sup>石膏，“其辛散凉润之性，既能助麻、桂达表，又善化胸中蕴蓄之热为汗，随麻桂透表而出也，为有云腾致雨之象，是以

① 许艾琼，“言不尽意论”的辩护，辽宁大学学报（哲学版），1991，（3）：99～100

② 程应旸，《伤寒论后条辨·卷六》

名为大青龙也”<sup>①</sup>。由于营卫滞涩严重，为防发越不彻，又在麻黄汤的基础之上再倍加麻黄，于是壅开、滞散、热溃，作汗而解。李克绍先生指出，第39条的症候特点是“身重”，要宣散滞塞日久之营卫，就必须加大发越力量，条文中以“发之”来表达治法的立意，所以在麻黄汤中倍加麻黄以增进开腠、发越之力。与此同时，为了防止大剂量麻黄辛热之弊，所以又佐以石膏以监制之。<sup>②</sup>第38条和第39条虽然都运用大青龙汤，但是，组方思路不同，前者立意于“烦躁”，后者立意于“身重”，只有理解这一点，才能把大青龙汤的应用从烦躁的束缚中解脱出来。

有研究者认为，第39条脉症的病机是水湿在表，原文中的“发之”蕴含发越在表水湿之意，根据是《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”。从表浅的层面理解似乎有道理，但是从思维路线上看却是把本末倒置了。《伤寒论》第38条、第39条所表述的脉症是太阳伤寒中用麻黄汤力不能及的重型伤寒，根据脉症的需要，对麻黄汤进行调整改造，构建成大青龙汤来治疗，从而使理法方药在理论上、实践上统一起来。如果我们把第38条称之为典型的大青龙汤证，那么第39条可以看成是非典型的大青龙汤证。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中用大青龙汤治疗溢饮，仅仅是大青龙汤的又一具体应用。应当说，溢饮作为一个病，可以发生在不同的病人身上，在其不同的发展变化过程中能够形成若干个证，可以有不同的治法，所以本条提出“大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”。溢饮的病机是水湿在表，文中强调“当发其汗”，意在发散宣泄在表之水湿。

张介宾发挥了吴崑之说，尝云：“上焦不治则水泛高原，中焦

① 张锡纯. 医学衷中参西录（合订本），石家庄：河北人民出版社，1974.407

② 李克绍. 伤寒解惑论. 济南：山东科学技术出版社，1978.51

不治则水留中脘，下焦不治则水乱二便”<sup>①</sup>。溢饮除了水湿停滞的一般见症外，尚伴有表证，病势偏上偏表。这些表证的产生，不排除外在湿邪的侵袭，但是，更重要的原因是水湿停滞，三焦阳气不振，上焦不能如雾，不能熏肤、充身，肤表失于温养，卫气失于卫固而产生的。这些表证实质上是水液停滞的外在反应，其病位在三焦，病势偏于上焦。溢饮病的若干症状只是三焦整体气化功能失调的局部表现。仲景用大青龙汤“发其汗”治疗溢饮，属因势利导，宣散水湿，但其深层意义乃在于通阳化气，振奋三焦，调节三焦整体功能。而服大青龙汤“取微似汗”，则是三焦阳气振奋的结果。

“大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”，这是提示溢饮不仅可以用大青龙汤，也可以用小青龙汤，怎样掌握？概言之，偏热者用大青龙汤振奋三焦阳气以治本，宣透郁热以治标；偏寒者用小青龙汤振奋三焦阳气以治本，温阳发散以治标。这也说明溢饮病用大青龙汤发汗只是一种用药上的选择，这与《伤寒论》第38条和第39条的用方立意显然是不同的。因此，用溢饮病的病机来诠释《伤寒论》第39条的脉症机理是难以令人信服的。

## 小青龙汤证

小青龙汤首见于《伤寒论》第40条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”次见于第41条：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已，渴者，此寒去欲解也，小青

<sup>①</sup> 张介宾·类经·北京：人民卫生出版社，1965.31

龙汤主之。”在今本仲景书中，小青龙汤还见于《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”又，“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：“妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其吐涎沫，小青龙汤主之。”《伤寒论》第40条小青龙汤方后注有云：“若渴，去半夏，加栝蒌根三两；若微利，去麻黄，加薤花，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，加杏仁半升，去皮尖。”

后世人对本方的方后加减用药曾提出疑问：“且薤花不治利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意。”此语可能是王叔和在整理仲景遗论时所按。（见《疑非仲景意》）虽然宋·林亿等在校勘时曾指出：“岂非仲景意也”。对其真实性与合理性予以肯定，但，后世仍有怀疑和不解者。今略释之。

—

渴去半夏加栝蒌根。后世多认为半夏化痰涤饮，而小青龙汤证之咳，系“水饮内停，不能化生津液”所致，故用半夏化饮治水，当是药证相符，为何去之？多有不解。实际上，以半夏化饮治水而用其止“水饮内停，不能化生津液”之渴，这只是今人的想当然的臆测，而不是仲景的用药思路。仲景虽言“内半夏以治其水”，但对此不能断章取义，仲景在这里内半夏治水的目的不是治渴，而是治呕。原文云“支饮者，法当冒，冒者必呕，呕者复内半夏，以去其水。”（见《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》）在今本仲景书中，呕加半夏，渴去半夏几成通则，如《伤寒论》第33条，不下利但呕者，葛根加半夏汤主之；第146条，柴胡桂枝汤证微呕，方中用半夏；第172条，太阳与少阳合病，若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之；而第96条小柴胡汤证，若胸中烦

而不呕，小柴胡汤去半夏；第147条，柴胡桂枝干姜汤证渴而不呕，本方是小柴胡汤的变方，但，由于本证渴而不呕，所以亦不用半夏。

纵观《伤寒论》、《金匱要略》，用半夏者约40余方，其中内服汤剂约37方，方中半夏后只载一个“洗”字。至《名医别录》时，才对“洗”字提出具体要求，“用之皆汤洗十许过，令滑尽，不尔戟人咽喉”。在其序录中讲得更详细一些：“以热汤洗去上滑，手接之，皮释随剥去，更复易汤接之，令滑尽，不尔，戟人咽。旧方廿许过，今六七过，便足，亦可直煮之，沸易水，如此三过，仍接洗毕便讫。”<sup>①</sup>生半夏置于口中，很容易尝到它特有的麻辣味。古人早已知道它有毒，所以早在《灵枢·邪客》篇的半夏秫米汤中用的是“治半夏”。这里的“治半夏”只不过是生半夏用水洗令滑尽而已，它对人的口舌刺激程度是可想而知的。它不同于后世的“制半夏”。后世载半夏制法：“用大半夏一斤，石灰一斤，滚水七八碗，入盆内搅匀，凉冷澄清，将半夏入盆内手搅之，日晒夜露，一七日足，捞出，并花水洗净，三四次，泡三日，每日换水三次，捞起控干，用白矾四两，皮硝一斤，滚水七八碗，将矾硝共入盆内搅凉温，将半夏入内浸七日，日晒夜露，日足，取出，清水洗三四次，泡三日，每日换水三次，日足取出，控干入药”。引证这样一段极烦琐的记述，意在强调仲景时代所用之洗半夏，与后世之制半夏的巨大差异。如此复杂的制半夏过程，其目的就是为了消除意味其毒性的麻辣味。《伤寒论》第313条半夏散及汤方后，有后世人（疑为叔和）的按语云：“半夏有毒，不当散服”。由此亦可以知道，仲景所用的洗半夏的麻辣味之甚。所以尽管半夏能化饮治水，但仲景只用其止呕，而决不用其治渴，且反复强调“渴去半夏”。试想，若渴不去麻辣之半夏，岂不犹火上浇油、饮鸩止渴欤？

<sup>①</sup> 陶弘景，本草经集注（尚志钧辑校），北京：人民卫生出版社，1994.49

栝蒌根，《神农本草经》谓味苦性寒，主消渴。《名医别录》谓主唇干口燥。仲景书中用栝蒌根计 10 方（含附方），文中明言渴者 7 证，如小柴胡汤证、小青龙汤证、柴胡桂枝干姜汤证，栝蒌牡蛎散证、柴胡去半夏加栝蒌根证、三黄汤证、栝蒌瞿麦丸证等。一方面，百合病，渴不差者，热盛伤津用之；另一方面，小便不利，有水气，其人若渴，服栝蒌瞿麦丸，栝蒌根与附子并用，“腹中温为知”，在此，里阳不足亦用之。可见，栝蒌根之用，视其配伍可寒可热。五苓散证之消渴，白虎加人参汤证之大烦渴不解，或欲饮水数升，仲景均不用栝蒌根，其意在于求其本，或化气行水以治渴，或大补阴津以治渴，而对比之下，仲景用栝蒌根止渴，仅属治标之举耳。论中第 96 条，小柴胡汤方后注明示渴去半夏，既加人参合前成四两半，又加栝蒌根四两，此又体现出仲景治渴标本兼治之思路。

小青龙汤证之口渴，除了水饮内停，气不化津以外，还有另外一种可能性，就是水饮内停，郁而化热所致。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证并治》有云：“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水气，小青龙加石膏汤主之。”本证外有风寒表证，内有水停心下，且饮邪郁而化热，用小青龙汤解表化饮，加石膏以清热除烦。本证虽未明言口渴，但热至烦躁，出现或轻或重之口渴则是在不言之中的。按仲景命方思路，是先有小青龙汤，而后才有小青龙加石膏汤。此虽未明言去半夏加栝蒌根，而饮邪郁久化热之烦躁口渴，其口渴则必定要去麻辣之半夏，复加寒润之栝蒌根以缓解标渴之急的。因此，第 40 条小青龙汤证之口渴，虽为水饮内停，但亦可有寒热之分。加石膏可视为小青龙汤又一斟酌的用法。

微利加薤花。薤花，《神农本草经》谓主治伤寒，温疟，下十二水，荡涤肠胃中留癖，利水道。《名医别录》谓治痰饮咳嗽。本证伤寒表不解，心下有水气，若下利，则加薤花。由于本方方后有后世人按语云：“薤花不治利”，从而“疑非仲景意”，尽管林

亿等在校勘时，特别指出“小青龙汤，大要治水，又按《本草》，薏花下十二水，若水去则利止也。”但，因为后世人几不识薏花，少用或不用，故对本方用薏花多有疑惑。本证利加薏花可与第316条真武汤证利加干姜对比，从中可寻绎仲景治利之用药思路。论中第159条有云，“伤寒，服汤药，下利不止，心下痞硬，服泻心汤已，复以他药下之，利不止，医以理中与之，利益甚，理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之。复不止者，当利其小便。”如此，真武汤证下利加干姜是循理中之法，而小青龙汤证下利加薏花则属利小便之法。或问，利小便药何其多，仲景为什么不用茯苓、泽泻之类，而单单用这样一味后世人少用的薏花呢？回答这个问题不能应用金元以后，尤其是今人的思考方式和体验去测度仲景的用药思路。关于这一点可以从仲景书中得到某些启示。如第395条，牡蛎泽泻散方中之用商陆；第112条，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤之用蜀漆；第107条，柴胡加龙骨牡蛎汤之用铅丹；第262条，麻黄连翘赤小豆汤之用生梓白皮以及《金匱要略·奔豚气病脉证治》奔豚汤之用甘李根白皮等，这些药物的应用反映出仲景用药之医学、文化氛围和历史、时代的特征。由此可以联想到“葵”这味药物，《素问·藏气法时论》尝曰：“五菜为充”。所谓五菜者，曰葵、韭、薤、藿、葱，其与五谷、五果、五畜并列，足可见其对民生之重要，故早在《诗·豳风·七月》中，先民即唱曰：“七月烹葵及菽。”北魏贾思勰《齐民要术》以“种葵”列蔬菜第一篇，元代王桢之《农书》称其为“百菜之主”。而至《本草纲目》时，李时珍对其则曰“诚蔬茹之要品，民生之资益者也，而今人不复食之，亦无种者。”<sup>①</sup>故将其列于草类。从葵由百菜之主而沦为草类，对今人理解仲景用薏花治利，当不无启发。至言及薏花，李时珍又曰：“按苏颂《图经》言，绛州所出薏花黄色，谓之黄薏花。其图小

<sup>①</sup> 李时珍·本草纲目·北京：人民卫生出版社，1977.1039

株，花成簇生，恐即此堇花也。”<sup>①</sup>连李时珍在此处都用一个“恐”字，以表达其不能确定之意，说明其时堇花已不为人知到了何等程度。

综前所述，小青龙汤证下利加堇花，所体现出的仲景用药思路，可以从以下3个方面理解：一、仲景用药的依据是《神农本草经》，且融入自己的体会，对此，梁·陶弘景有云：“张仲景一部，最为众方之祖宗，又悉依《本草》。但其善诊脉，明气候，以意消息之耳”<sup>②</sup>。《神农本草经》谓堇花下十二水，荡涤肠胃中留癖，利水道。故对已下趋大肠作利之邪水，堇花荡涤而驱之，水去则利止。二、对正欲下趋而尚未下趋大肠之水气，堇花利水道，溺而泄之，清浊分利，水去而利自止。三、堇花，《名医别录》将其与半夏、生姜、枳实、茯苓等并列为治痰通用药。本品虽泄水之力较峻，且《名医别录》又将其与大戟、甘遂等并列为治大腹水肿通用药，但《神农本草经》称其主治伤寒、温疟、饮食寒热邪气，故虽能泄水治利，却无表邪内陷之弊。宋·寇宗奭对此曾有评论，他说：“张仲景《伤寒论》以堇花治利者，以其行水也，水去则利止，其意如此。”<sup>③</sup>寇氏所言切中，“其意如此”，即此为仲景用药思路而非他人之想法。

噎加附子一枚，炮。《伤寒论·辨脉法》云：“趺阳脉浮，浮则为虚，浮虚相搏，故令气噎”。又云：“水得寒气，冷必相搏，其人即噎”。噎，同噎。其状如《金匱要略·水气病脉证并治》所云：“气上冲咽，状如炙肉。”“肾气上冲，喉咽塞噎。”此为下焦阳虚，水寒之气上逆所致，不同于食不下之饭窒。此乃为阳虚水寒之象。附子，《神农本草经》谓辛温，主治风寒咳逆。《名医别录》谓其大热，主治腰脊风寒，心腹冷痛。仲景用其温阳制水，

① 李时珍，本草纲目，北京：人民卫生出版社，1977.1217

② 陶弘景，本草经集注（尚志钧辑校），北京：人民卫生出版社，1994.24

③ 寇宗奭，本草衍义，北京：人民卫生出版社，1990.69

以平抑水寒冲逆之气。本方加附子实蕴含真武汤壮阳镇水变制之意。

喘加杏仁。《神农本草经》谓杏仁下气，主咳逆上气。《别录》谓主时行头痛，解肌，消心下急。纵观《神农本草经》、《名医别录》，杏仁解表散邪降气。与麻黄的功效对比，虽有强弱之分，却有共同之处。所以陶弘景在他首创的“诸病通用药”的分类中，把麻黄、杏仁分别同列于“治伤寒通用”和“治上气咳嗽通用”之中。仲景治喘，善用麻黄，如麻杏石甘汤，越婢加半夏汤等，尤其在《金匮要略·痉湿喝病脉证治》之防己黄芪汤证中，风湿伤于肌表，肺气不宣之喘，明言加麻黄半两。而在小青龙汤证中，其喘症在病机上因有不宜麻黄之处（详见后文），故去麻黄以杏仁代之，此可视为权宜之策，不得已而为之。如同《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》所云：“其证应内麻黄，以其人遂痹，故不内之”。于是以杏仁代之。这里用一个“应”字，把用杏仁的思路交待清楚了。可以认为，这是仲景用药之替代法，这在思路上，与渴去半夏加栝蒌根，小便不利、少腹满去麻黄加茯苓，有所不同。

另外，本证若小便不利，少腹满者，加茯苓四两。仲景善用茯苓，四逆散证、小柴胡汤证小便不利加茯苓；真武汤证小便利去茯苓，一加一减，其意于消息之间。

## 二

麻黄，《神农本草经》谓主治中风伤寒头痛，发表出汗，去邪热气，止咳逆上气，除寒热。《名医别录》谓其通腠理，疏伤寒头痛，解肌。是小青龙汤主要药物之一，但在方后注中则要求，微利，噎，小便不利，小腹满，喘者，分别去麻黄，此多令后世人不解。

小青龙汤证虽属太阳伤寒，但，从或然症状之错综，药物加

减之多变，足可见其病机之复杂。本证由于内外合邪，外感风寒牵动在里久积水寒之气，水、湿、饮一源三歧，阴寒凝滞，易伤下焦阳气。条文虽无明言阳虚之脉症，但，方后注中，噫加炮附子一枚和仲景对一贯放手使用的麻黄所表现出的特别审慎的态度，对我们当有所启示，即小青龙汤证的病机中具有潜在的阳虚因素。论中第316条：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”方后云：“若咳者，加五味子半升，细辛一两，干姜一两；若小便利者，去茯苓；若下利者，去芍药，加干姜二两；若呕者，去附子，加生姜足前成半斤。”把本条真武汤方证和第40条小青龙汤方证及用药加减对比，虽二证之间有阴阳、表里、虚实之分，但仍可见二者之间的内在联系和若干相似之处。真武汤证是少阴伤寒，无热恶寒，水气内停，阳虚水泛；小青龙汤证是太阳伤寒，发热恶寒，水气内停，变动不居。在症状方面都具有咳、呕、利和小便不利。在病机方面，真武汤证是里寒阳虚为本，水气泛滥为标；小青龙汤证是表寒水气为本，阳气不振为标。从小青龙汤去麻黄加附子、茯苓的底面，折射出隐约可见的真武汤及其加减的影子。小青龙汤去麻黄即蕴此意。关于这一点，王子接有一段话，讲得比较深刻，他说：“小青龙汤治太阳表里俱寒，方义迥异于大青龙之治里热也。盖水寒上逆，即涉少阴，肾虚不得已而发表，岂可不相绾照，独泄卫气，立铲孤阳之根乎？故于麻桂二汤内，不但留芍药之收，拘其散表之猛，再复干姜五味摄太阳之气，监制其逆，细辛、半夏辛滑香幽，导纳药深入少阴，温散水寒从阴出阳。推测全方，是不欲发汗之意。推原神妙，亦在乎阳剂而以敛阴为用。偶方小制，故称之曰小青龙。”<sup>①</sup>王氏所论未必完全正确，但他把小青龙汤证与少阴阳虚联系起来认识，却是极有道理的。

<sup>①</sup> 王子接，《绛雪园古方选注·上卷》

运用小青龙汤，根据病情的需要去麻黄，这是仲景的临床体悟，其中既有经验也有教训。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》对水饮病证而服用小青龙汤以后的变化，进行了详细的记述和讨论。文曰：“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”。本证外寒内饮，咳逆不得卧，治以小青龙汤，解表散寒化饮，本当表解饮去，咳逆平息。但是，服青龙汤之后，“多唾口燥，寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，气从小腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者，与茯苓桂枝五味甘草汤治其气冲。”茯苓桂枝五味甘草汤实际上是在前方小青龙汤去麻黄基础上的加减变方。从上述两条可见，初证虽属小青龙汤证，但初服小青龙汤后，未能收到预期的效果而产生了一系列的变证：一是寸脉沉、尺脉微，手足厥逆，二是气从小腹上冲胸咽。前者说明了服小青龙汤发散之后，潜在的里阳不足之病机，通过脉症显露出来；后者说明了服小青龙汤之后，虽咳逆暂息，多唾口燥，水饮有将去之象，但，由于小青龙汤发越阳气，所以致使虚阳冲逆，说明本证病机有下焦阳虚，水饮上盛之势，这是一种下虚上实之证。对于所产生的这些变证，仲景给予桂苓五味甘草汤。服桂苓五味甘草汤之后，“冲气即低，而反更咳、胸满”，在此情况下，仲景随证治之，对方药再次加减，前方去桂加干姜细辛，即成苓甘五味姜辛汤，以治其咳满，此仍不离小青龙汤之藩篱。服汤已，“咳满即止，而更复渴”，此为水饮将去，而终未能去，“渴反止者，为支饮也，支饮者，法当冒，冒者必呕，呕者复内半夏以去其水。”渴去半夏，呕内半夏，仍属小青龙汤之加减。“水去呕止，其人形肿者，加杏仁主之”。在此，仲景特别自注加以说明，“其证应内麻黄，以其人遂痹，故不内之，若逆而内之者，必厥”。为什么呢？仲景又指出：“以其人血虚，麻黄发其阳故也。”其实何止血虚！仲景在论中反复告诫，不论阴虚血少，还是阳虚气衰，凡正气不足均不宜动其阳。本证上盛下虚，通过这一段治疗过程以及所出现的各种变证，对其不宜用麻黄动其阳，仲景是

有所领悟的。对此，清·尤在泾有一段话评论曰：“服青龙汤已，设其人下实不虚，则邪解而病除，若虚则麻黄细辛辛甘温散之品，虽能发越外邪，亦易动人冲气”他接着又分析道：“仲景以为渴而冲气动者，自当治其冲气。不渴而冒与呕者则当治其水饮。故内半夏以去其水，而所以治渴而冲气动者，惜未之及也。约而言之，冲气为麻黄所发者，治之如桂苓五味甘草，从其气而导之矣。”<sup>①</sup> 尤在泾的这一段话恰切地说到点子上。仲景正是从这些小青龙汤的应用中得到了体验。《伤寒论》第40条所述，“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳”，这是一般见证。在此基础上的若干个或然证，或个别出现，或同时出现，反映出本证病机的复杂性。其复杂性表现在正面是伤寒表不解，心下有水气，而在其底面则是下焦阳气不足，具有下虚上实之势，这正是喘、噎、小便不利、少腹满去麻黄的根本原因。

清·喻嘉言对小青龙汤的诠释纵贯《伤寒论》、《金匱要略》，颇具独到之处，亦得仲景要旨，他说：“风寒不解，心下有水气，水即饮也。水寒相搏必伤其肺，或为多证者，人身所积之饮或上或下或中或热或冷各不相同。”<sup>②</sup> 沈目南亦云：“盖人身积饮在胃，或表里上下中间，寒热诸证，皆赖肺气通调而为总司。”<sup>③</sup> 喻、沈二家皆指出小青龙汤证有或寒或热之变。而或然证则是疾病病机整体性反应的一部分。近人张锡纯得益于此论，他在初为人治病，而偶用小青龙汤得效后云：“愚从此知小青龙汤之神妙，自咎看书未到。遂广阅《伤寒论》诸家注疏。至喻嘉言《尚论篇》论小青龙汤处，不觉狂喜起舞，因叹曰，使愚早见此名论，何至不知用小青龙汤也。从此以后，凡遇外感喘证，可治以小青龙汤者，莫不投以小青龙汤，而临证细心品验，知外感痰喘之夹热

① 尤在泾，《金匱要略心典·卷中》

② 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991.71

③ 沈明宗，《伤寒六经辨证治法·卷三》

者，其肺必胀，当仿《金匱》用小青龙汤之加石膏。且必重加生石膏方效”。他又议论曰：“特是医家治外感痰喘喜用麻黄，而以小青龙汤治外感之喘，转去麻黄加杏仁，恒令用者生疑。近见有彰明登诸医报而议其非者，以为既减去麻黄，将恃何者以治外感之喘乎？不知《神农本草经》谓桂枝主上气咳逆，吐吸，是桂枝原能降气定喘也。诚以喘虽由于外感，亦恒兼因元气虚损不能固摄，麻黄虽能定喘，其得力处，在于泻肺，恐于元气素虚者不宜。是以不取麻黄之泻肺，但取桂枝之降肺，更加杏仁能降肺兼能利痰祛邪之品以为之辅佐，是以能稳重建功也。”<sup>①</sup>张锡纯对喻嘉言所论小青龙汤证“人身所积之饮或上或下或中或热或冷各不相同”，尤其对“或热或冷”的体会是极深刻的，而对“去麻黄”认为是“恐于元气素虚者不宜”则是完全正确的。

综上所述，我们还是用尤在泾的那一段话来结束本题目：“服青龙汤已，设其人下实不虚，则邪解而病除，若虚则麻黄细辛甘温散之品，虽能发越外邪，亦易动人冲气”。在这里，尤氏用了一个“设”字和一个“若”字破译了仲景用小青龙汤之不宣之秘，即外寒内饮，下焦阳气不虚，则留用麻黄；若外寒内饮，下焦阳气不足，则去麻黄，此正是小青龙汤之一方两法。因可谓之曰：用麻黄者，以麻黄发其阳故也，不用麻黄者，亦因麻黄发其阳故也。

大青龙汤与小青龙汤均以青龙名之，而又以大小别之，既强调了二者的内在联系，又突出了二者之间的区别。龙，萌也，阴中之阳，故言龙举而云兴；青，东方之色，生发升散意。阳之汗以天地之雨名之，以青龙命方，应行水之象，寓发汗行水之意。大小青龙汤内在联系的纽带是麻黄和桂枝，二者功在发汗解表。《金匱要略》云：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之。”“亦主之”三字对二者之间的相同之处，不言而喻。

<sup>①</sup> 张锡纯·医学衷中参西录（合订本），石家庄：河北人民出版社，1974. 410~411

中。大小青龙汤的不同之处，在于大青龙汤重用石膏，其性偏凉，重在泄郁热；小青龙汤偏重芍药、干姜、细辛，其性偏温，重在化寒饮。故柯韵伯总结指出：两青龙俱两解表里法，大青龙治里热，小青龙治里寒。故发表之药同，而治里之药殊也。<sup>①</sup> 是以大青龙汤汗在胸中，乃内扰之阳气；小青龙汤汗在心下，乃内蓄之水气。柯氏的分析极为精当。

## 桂枝去桂加茯苓白术汤证

《伤寒论》第28条：“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白术汤主之。”自成无己注释《伤寒论》以来，对本条的理解就产生了歧义，800多年以来，学术界争纷不息。

成无己在解释本条时说：“头项强痛，翕翕发热，虽经汗下，为邪气仍在表也。心下满微痛，小便利者，则欲成结胸。今外证未罢，无汗，小便不利，则心下满微痛，为停饮也。与桂枝汤以解外，加茯苓白术利小便行留饮。”<sup>②</sup> 成氏观点的核心是把原文所用的桂枝去桂加茯苓白术汤径改为桂枝汤加茯苓白术，由此引发了后世对本条怀疑和臆改之风。钱潢对本条所述之证以“桂枝去桂加茯苓白术汤主之”的真实性表示怀疑，他说：“治之以桂枝汤去桂加茯苓白术汤，未详其义，恐是后人传写之误，未可知也。

① 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒附翼·上海：上海科学技术出版社，1959.9

② 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.62

即或用之，恐亦未能必效也。”“仲景立法，岂方不对证，而能为后世训乎。余窃疑之，大约是历年久远，后人舛误所致，非仲景本来所系原方，近代名家，悉遵成氏之训，俱强解以合其说，谓用之而诸证悉愈，吾不信也。”<sup>①</sup>

《医宗金鉴》继承了发端于成无己的疑古之风，对本证用方以断然肯定的口气说：“去桂当是去芍药。此方去桂，将何以治仍头项强痛，发热无汗之表乎？细玩服此汤，曰余依桂枝汤法煎服，其意自见。服桂枝汤已，温覆令一时许，通身皦皦微似有汗，此服桂枝汤法也。若去桂则是芍药、甘草、茯苓、白术，并无辛甘走营卫之品，而曰余依桂枝汤法，无所谓也。且论中有脉促胸满，汗出恶寒之证，用桂枝去芍药加附子汤主之。去芍药者，为胸满也。此条证虽稍异，而其满则同，为去芍药可知矣。”<sup>②</sup>对《医宗金鉴》把去桂枝改为去芍药的作法，丹波元简曾评论说：“《金鉴》则依桂枝去芍药之例，为去芍药之误，其说亦难从矣。”<sup>③</sup>

与上述疑古而径改原文的作法不同，一些医家对本条进行刻意地阐释以诠释其意，其中主要以方有执、喻昌、柯韵伯、尤在泾等为代表。如方有执云：“服桂枝汤，病不解而证变者，不独中风而且有寒也。又或下之，益误也。仍头项强痛，翕翕发热，无汗者，风寒之表皆在而未除也。心下满微痛者，误下而证入里也，小便不利，下后亡津液而水饮停也。”<sup>④</sup>柯韵伯云：“心下之水气凝结，故反无汗而外不解，心下满而微痛也。”“如小便不利，病为在里，是太阳之本病，而非桂枝证未罢也，故去桂枝而君以苓术。”“此水结中焦，只可利而不可散。”“但得膀胱水去，而太

① 钱潢，伤寒溯源集，上海：上海卫生出版社，1957.133~134

② 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.73

③ 丹波元简，伤寒论辑义（合订本），北京：人民卫生出版社，1983.32

④ 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.67

阳表里证悉除。”<sup>①</sup>王子接谓此方：“苓术芍甘，治太阳里水法也。解肌或下，水邪不去而反变症，是非解肌者矣。当去桂枝而以苓术生姜代桂枝行阳，存芍药以收阴，不取辛甘发散于表，取苓芍约阴利水，甘枣培土制水，即太阳入里用五苓表里两解之义也。”<sup>②</sup>诸家注释各倡其说，各有不同。对此，吕震名指出：“方中行谓中风兼寒，故桂枝及下法皆误，喻嘉言亦从其解，而程郊倩又以中气虚津液少立论，总觉牵强附会，与方义不甚相合，惟柯韵伯主太阳府病立论，王晋三亦以为治太阳里水法，则理路乃觉清晰，而方义亦属熨贴。”<sup>③</sup>其实被吕震名略加推崇的柯韵伯、王晋三，对本条的理解也是自相矛盾的，亦未能讲清楚为什么要去桂枝。

去桂去芍之争由来已久，它是本条所述之证有无表证和如何解表问题的具体化。去桂去芍之争虽由《医宗金鉴》所引发，但其思路与成无己之桂枝汤不去桂加茯苓白术的思维路线却是一脉相承的，都是怀疑原方的真实性、可靠性和合理性。

纵观诸家对本条所述之证的不同看法，就主要倾向而言，可以进行如下的归纳：

第一，几乎所有的注家都认同这样一个基本观点：即本证具有水饮内停的病机。尽管在水饮形成的原因、存在的形式和部位方面还有不同的认识。

关于这一点，丹波元简曾有概括，他说：“王肯堂以降，多为水饮所致，然无的据。”<sup>④</sup>而清代的章虚谷，在本证病机的认识上，却不同意有水饮内停。他说：“太阳外邪不解而无汗者，必有恶寒；里有水邪上逆，必有心悸，或咳或呕等证，如小青龙、五苓散各条之证可见也。此条外证无恶寒，内证无心悸、咳呕，其

① 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒论注·上海：上海科学技术出版社，1959.25

② 王子接·《绛雪园古方选注·上卷》

③ 吕震名·《伤寒寻源·下集》

④ 丹波元简·伤寒论辑义·北京：人民卫生出版社，1983.32

非水邪上逆，表邪不解可知矣。其心下满微痛者，由误下而邪陷三焦表里之间也”，他认为，“三焦邪阻，脾胃之气不能行于营卫经络，故内则心下满微痛，外则头项强痛，发热无汗，中则水道不通，而小便不利也。所以此方专主助脾和胃以生津液，宣化三焦之气，使津气周流，表里通达，小便自利，其邪亦解，故曰小便利即愈。”<sup>①</sup>章氏之论刻意用心地指出太阳外邪不解，必有恶寒，这是非常正确的，但把本方讲成是助脾和胃以生津液，宣化三焦之气则于方义不合。本方由芍药、甘草、生姜、白术、茯苓、大枣 6 味组成，助脾和胃则通，以生津液则不通。而“宣化”更无从说起，尤其一个“宣”字，似离谱太远。三焦为水火之通路，三焦不通则水道必不行，津气既不得周流，则必气滞而津停，津停则必为饮。说到底，章氏之论尽管不讲水饮内停而讲三焦邪阻，但其底蕴仍不离水饮。如此说来，章氏之论仍有可取之处。

第二，在有无表证的问题上，可以分为两种不同的观点：一是坚持有表证，二是坚持无表证。

在坚持有表证的基本观点中，在如何解表的问题上，又存在 3 种截然不同的看法。

其一是由成无己发端。如前所述，他认为本证是外有表邪，内有停饮，“今外证未罢，无汗，小便不利，则心下满微痛，为停饮也”。在治疗上用桂枝汤以解外，加茯苓、白术利小便行留饮。对此，丹波元简指出：“成注不及去桂之义。但云桂枝汤以解外，则成所注本，无去桂二字欤？”<sup>②</sup>成氏基本观点是改变经文治法原旨，把原文中的桂枝去桂加茯苓白术汤改易为桂枝汤加茯苓白术。

其二是以尤在泾、陈修园、唐容川等一些医家为代表的观

<sup>①</sup> 章虚谷·《医门棒喝·伤寒论本旨·卷九》

<sup>②</sup> 丹波元简·《伤寒论辑义》·北京：人民卫生出版社，1983.32

点：认为本证的病机是外有表邪，内有水饮，用桂枝去桂加茯苓白术汤，利水中寓有解表。尤在泾有云：“头项强痛，翕翕发热，无汗，邪在表也；心下满微痛，饮在里也。此表间之邪与心下之饮相得不解，是以发之而不从表出，夺之而不从下出也。夫表邪夹饮者，不可攻表，必治其饮而后表可解。桂枝汤去桂加茯苓白术，则不欲散邪于表，而但逐饮于里，饮去则不特满痛除，而表邪无附，亦自解矣。”<sup>①</sup>而陈修园则谓：“无汗则表邪无外出之路，小便不利则里邪无下出之路，总由邪陷于脾，失其转输之用，以致膀胱不得气化而外出，三焦不行决渎而下出。《内经》云：三焦、膀胱者，腠理毫毛其应，是言通体之太阳也。此时须知利水法中大有转旋之妙用，而发汗亦在其中。”<sup>②</sup>唐容川则提出“此方是太阳之水不下行，故去桂枝，重加苓术，以行太阳之水，水下运行则气自外达，而头痛发热等证自然解散”。“此方重在苓术以利水，利水即所以发汗也。”<sup>③</sup>这些注家们观点中共同之处，认为本证病机是表邪未解，内有停饮，主以桂枝去桂加茯苓白术汤，在利水中虽不解表，而表自解。

其三则是如前所述《医宗金鉴》的观点，认为“去桂枝是去芍药，此方去桂将何以治仍头项强痛，发热无汗之表乎？”《医宗金鉴》的作者们感到在本条表证不解的情况下，径去具有解表作用的桂枝，似乎于理于法不通，所以断言提出“去桂当是去芍药”。与成无己提出的桂枝汤加茯苓白术对比，一个是留桂一个是去芍，一留一去虽然视角不同，但思路确有共同之处，均与经义不合。

而以张兼善、柯韵伯为代表的观点，认为桂枝去桂加茯苓白术汤证无表证。

① 尤在泾，《伤寒贯珠集》，上海，上海科学技术出版社，1959.32

② 陈修园，《伤寒论浅注·卷一》

③ 唐容川，《中西汇通医书五种·伤寒论浅注补正·卷一》

明·张兼善，《中国医籍考》载其撰有“《伤寒发明》二卷，未见”。明·叶盛《筴竹堂书目》中载其人与书名。张氏之《伤寒发明》虽不可见，但其说则散载于明·王肯堂之《证治准绳·伤寒》中。《张卿子伤寒论》与丹波元简之《伤寒论辑义》中有关张兼善的论述均转引自《证治准绳》。张兼善对第28条有一段不容忽视的论述。他用设问的方式提出：“或问上条所云头项强痛，此邪气仍在表也，虽经汗下而未解，犹宜解散之，何故去桂加茯苓白术汤主之，是无意于表也？予曰，此非桂枝证，乃属饮家也。夫头项强痛既经汗下而不解，心下满而微痛，小便不利，此为水饮内蓄，邪不在表，故云去桂枝加茯苓白术，若得小便利，水饮行，腹满减而热自除，则头项强痛悉愈矣。”<sup>①</sup>王肯堂对张兼善之论多有推崇，所以多择其善者而采掇之。王氏评论说：“解释仲景书者，惟成无己最为详明，虽随文顺释，自相矛盾者时或有之，亦白璧微瑕，固无损于连城也。后此赵嗣真（撰《活人释疑》佚——笔者注）、张兼善之流皆有发明，并可为成氏忠臣，张公耳孙故多采掇，使学者一览洞然而一得之，愚亦时附焉。”<sup>②</sup>张兼善明确地排除了桂枝去桂加茯苓白术汤证有表证，可算是独辟蹊径，不失为引人走出困惑的一条思路。可惜后世医家多未曾注意，唯有柯韵伯看到这一点。柯氏虽然把本证病机和膀胱停水扯在一起，认为“病机实在膀胱，由膀胱之水不行，致中焦之气不运，营卫之汗反无，乃太阳之腑病”有失允当，但他明确指出本证“非桂枝证未罢也”，认为“病不在经，不当发汗，病已入腑，法当利水，故于桂枝汤去桂而加苓术，则姜芍即为利水散邪之佐，甘枣得效培土制水之功，非复辛甘发散之剂矣。”<sup>③</sup>柯氏之论，虽有可以商讨的地方，但他的可贵之处在于明确地指出了本

① 王肯堂·证治准绳·伤寒·上海：上海科学技术出版社，1959.96

② 王肯堂·证治准绳·伤寒·上海：上海科学技术出版社，1959.凡例.3

③ 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒附翼·上海：上海科学技术出版社，1959.18

证无表证。

综上所述，研究经典，首先应当遵循经典，以经典为依据。研究《伤寒论》的依据就是各个版本的《伤寒论》原文。在缺乏文献根据的情况下，臆改经典原文不能算是作学问的严谨做法。因此，不足取。研究《伤寒论》第28条桂枝去桂加茯苓白术汤证的证候、治法、方药等，只能以第28条原文为依据。《医宗金鉴》提出的“去桂当是去芍药”，态度失之审慎。与此相对比，那些遵循《伤寒论》原文，对第28条的病机、症状、治法、方药进行刻意阐释者，尽管其阐释尚未能令人信服，但其忠实于原著的研究方法，却是应当称道的。

## 二

对本条的理解，当今学术界主要倾向于尤在泾、陈修园、唐容川之说。我则认为此说亦未能讲清楚病机要害，而理路也欠清晰畅达。尤其陈修园以“利水法中大有转旋之妙用，而发汗亦在其中”的说法来解释本条，笼统而模棱两可，玄机难悟，大有令人转旋目眩之惑。

实质上，本条原文是记叙仲景对本证的治疗过程，它反映的是仲景的临床思路。从本条文字表述上看，具有医案性质，是治疗经过的如实记录。文中用一个“或”字和一个“仍”字，勾勒出本病的治疗全过程，清楚地表述了治疗的先后顺序，并对治疗前后的症状进行了对比。这个对比过程就是诊断本证的临床思维过程。方后注中有一句引人注目的话：“小便利则愈”，有的注家认为这是仲景在用本方之前，胸有成竹地对治疗后结果作出的判断或预言。这是把仲景作为医圣而抱有的理想化的美好愿望，是一种心理积淀的流露。实际上，“小便利则愈”是治疗后的记述，它记录了治疗后的病情变化，包含有讨论和总结病情之意。从本条文字表述形式看，整个治疗过程既有正确的治疗，也有误诊或误治。对《伤寒论》中许多关于误治的记述，后世学者多认为都

是“前医”所为，而仲景是医圣，是不会出现误诊误治的，这种看法是违背认识规律的。把仲景尊奉为医圣，这只是对《伤寒论》在中医学发展中的地位的高度评价。而仲景毕竟不是神仙，仲景对疾病的认识也要经历一个从不认识到认识，从认识不正确到认识正确，从认识肤浅到认识深刻的过程。对他来说，诊断和治疗疾病的过程也是一个不断修正诊断、调整治法，不断总结经验、教训的过程。这种由表及里、由浅入深的认识过程是人类认识事物的共同规律。

从条文中“仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利”中的“仍”字，可以看到，这些症状在服桂枝汤之前就已存在。那么，是否说服桂枝汤之前与服桂枝汤之后的两组症状完全相同呢？注家们完全忽视了这非常重要的一点。实际上是有本质区别的。本条所述之证为什么一开始服用桂枝汤治疗？难道仅仅是因为“头项强痛”和“翕翕发热”这组症状吗？论中第166条有云：“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲咽喉不得息者”，从这里我们可以得到启示：一个“头不痛，项不强”而又很象桂枝汤证的“证”，到底应当具有哪些症状与桂枝汤证相似？如果与第12条相对照，应当是“啬啬恶寒，淅淅恶风”。论中第152条：“太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之，其人漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之”。这里的太阳中风，不言而喻当包括发热、脉浮、头痛等症状，但更重要的是包括具有特殊意义的“恶寒”这一症状。所以当第152条原文要求“表解者，乃可攻之”时，是以什么为根据来判断表邪已解呢？根据就是由原来的恶寒变化为不恶寒。第152条从“其人漉漉汗出”以下罗列的一系列症状中，只有“不恶寒者”说明“表解”，而其他症状均表明是“里未和”。

从这些启示，我们可以领悟，第28条在服用桂枝汤之前，有一个具有特别意义的、极为重要的症状，这就是恶寒。恶寒在

《伤寒论》中，对诊断表证具有决定性的意义。如第164条：“伤寒大下后，复发汗，心下痞，恶寒者，表未解也。”第208条：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也。手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之；若汗多，微发热恶寒者，外未解也。”第234条：“阳明病，脉迟，汗出多，微恶寒者，表未解也。”对此，后世学者进行了归纳，提出了“有一分恶寒便有一分表证”的论断。对第28条来说，正是因为恶寒这个极重要的症状被忽略了，才导致800多年来的无端争纷，以致谬误流传。本条端首明言，服桂枝汤，其后仍头项强痛、翕翕发热等，在详细罗列的一系列症状中，没有恶寒这一症状，这不是偶然的或仲景的疏漏，而是因为服用桂枝汤之后表证已解，恶寒症状已经消失。

由此可见，本条所述，初始服桂枝汤之前的证，既有发热、恶寒、头项强痛的表证，又有心下满微痛、小便不利之里证，这是一个太阳中风兼心下有水气之证。按本论所遵循的原则，表兼里实者，当先解表，后攻里，解表宜桂枝汤。服桂枝汤之后，不再恶寒，说明表证已解，此时之证当属“表解里未和”。而“心下满微痛，小便不利”虽属里证，但属于什么性质最初尚不甚清晰。按先解表后攻里的原则，因症见心下满微痛而用下法，但下后诸证仍在，说明治不得法，属于误治。遵循第16条所论“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的原则，调整思路，认识到此时之证是水饮内停，头项强痛，翕翕发热均为水饮所致。所以在此前所运用的桂枝汤的基础上进行药物调整，加减斟酌，去解肌发汗之桂枝，加主治心下结痛，利小便，开胸膈的茯苓（见《神农本草经》、《名医别录》），和消痰水除心下急满之白术（见《名医别录》），服汤后，小便得利，水饮去而病愈。

有注家以本证有翕翕发热、头项强痛，而认为本证具有表证，特别是把翕翕发热与第12条翕翕发热联系在一起，从而把这一症状看成是桂枝汤证所独有。其实，翕翕发热只是表述发热

的轻微程度。本论第 192 条云：“翕翕如有热状”，一个“如”字，令人领悟发热程度之轻微。《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》之心中风、脾中风，其发热均作翕翕然状。因此，并非只有桂枝汤证才可见翕翕发热。

桂枝去桂加茯苓白术汤的命名具有特点，桂枝汤去了桂枝而仍以桂枝命名，这也是一些注家主张本方去芍药的论据之一。即，既去桂枝，又何以桂枝命名？即使许多主张去桂的注家们的心中，也存有一缕莫名的疑惑。徐大椿曾感叹曰：“凡方中有加减法，皆佐使之药，若去其君药，则另立方名，今去桂枝，而仍以桂枝为名，所不可解。”<sup>①</sup>徐大椿的感叹道出了注家们心中的无奈。

实际上，去桂枝仍以桂枝命名方者，在今本仲景书中尚有两处，惜未引起注家们的注意。

一是本论第 174 条：“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。若其人大便硬，小便自利者，去桂加白术汤主之。”这里的“去桂加白术汤”是以桂枝附子汤为前提，去桂加白术汤不能算是方剂的全称，桂枝附子去桂加白术汤才是本方的真正方名。桂枝附子去桂加白术汤不论其组成还是命名都是建立在先前所应用的桂枝附子汤的基础上。若没有先前所应用的桂枝附子汤，那么其后的去桂加白术汤也就无从说起。

二是《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中的桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤。此方命名之由来，当从篇中小青龙汤说起。“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”（第 30 条）“青龙汤下已，多唾口燥，寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，气从小腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者，与茯苓桂枝五味甘草汤，治其气冲。”（第 36 条）“冲气即低，而反更咳、胸满者，用桂苓五味甘草汤去桂加干姜、细辛，以治其咳

<sup>①</sup> 徐大椿，《伤寒论类方·卷一》

满。”(第37条)“咳满即止，而更复渴，……呕者复内半夏以去其水。”(第38条)方用桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤。由上述诸条共同表述的病情变化和治疗过程，反映了仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的临床思维活动。从方药的加减应用以及方剂的命名可以求索仲景临床思维之轨迹。其中桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤的组成和命名是以前所应用的桂枝茯苓五味甘草汤为根据。若没有先前的桂枝茯苓五味甘草汤，那么其后的桂苓五味甘草去桂加姜辛夏汤不论其方或名也都无从说起。

与此同理，在本论第28条所述的治疗过程中，若没有先前服用桂枝汤这一环节，那么就不可能有其后的桂枝去桂这一思维过程。

综上所述，若孤立地看待桂枝去桂加茯苓白术汤之证与方，则不可解；若把本条所论之全部治疗过程联系起来看，则充分显示出仲景临床思维的轨迹。通过上述分析可见，《伤寒论》第28条桂枝去桂加茯苓白术汤证原文服桂枝汤之前的证候，是表兼里证，具有以恶寒为特征的表邪未解的症状。服桂枝汤之后，表证消失。根据“恶寒者，表未解也；当先解表，表解乃可攻里”的原则，本条之证服桂枝汤是一个不可缺少的重要的治疗环节。服桂枝汤恶寒消失之后的症状属于“表解里未和”。桂枝去桂加茯苓白术汤功在利水，方药对证。本方之特殊命名源于此前所服用的桂枝汤，若没有这一重要的治疗过程，就不可能产生“去桂”这一临床思路。由此可见，本条服桂枝汤之前有表证，而桂枝去桂加茯苓白术汤证则无表证。原文去桂当毋庸置疑，去芍药当属曲解。

## 五苓散证

《伤寒论》中只有五苓散证，论中条文无“蓄水”一辞，更

无“膀胱蓄水”一说。根据《伤寒论》柴胡汤证、桂枝汤证等以方名证的通例，五苓散证是由若干有关原文所阐述的症状、病机等构成的。第71条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。”第72条：“发汗已，脉浮数，烦渴者，五苓散主之。”第73条：“伤寒，汗出而渴者，五苓散主之。”第74条：“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。”上述这些条文所表述的脉浮、发热、渴欲饮水或水入则吐等脉症，根据所应用的五苓散，概括为五苓散证。五苓散证的命名从表浅层次上看是由脉症和方药两部分组成。实质上，在脉症和方药的深处或底面，蕴含着更重要的因素，这就是病机。对本证病机的不同理解，成为《伤寒论》研究史上的难点之一。其中对本证病机的一个很有影响的说法就是“太阳膀胱蓄水”、“膀胱蓄水”或“太阳蓄水”。而“蓄水”一辞并不见于《伤寒论》原文。把五苓散证称为“太阳膀胱蓄水证”，实际上是后世人提出并强加于《伤寒论》的。

在《伤寒论》研究史上，对五苓散证的认识有一个不断深化的过程。学术界对五苓散证的讨论从来没有停止过。所以钱潢在解释第72条时说：“此条义理深微，最不易解，若以常法论之，则脉之浮数，当云浮则为风，数则为热，似与上文（指第52条——笔者注）脉浮而数可发汗用麻黄汤之同类矣。以证之烦渴论之，则烦为热邪在里，渴则胃中热燥，又当与白虎加人参汤证相类矣。而长沙以五苓散主之，似乎以热治热，其义令人不解，所以历代注家俱不得其旨。”为此，他感叹说“仲景之旨晦而不彰者久矣。”<sup>①</sup>

成无己把五苓散证的病机主要概括为两个方面：一是“亡津

<sup>①</sup> 钱潢，伤寒溯源集，上海：上海卫生出版社，1957.65～66

液，胃燥”。在他看来用五苓散是在于“生津液和表里”，“和表润燥”。他说：“若脉浮者，表未解也；饮水多而小便少者，谓之消渴，里热甚实也；微热消渴者，热未成实，上焦燥也。”若邪气传里，则会亡津液胃燥，而出现汗出而渴。二是成氏在解释“水逆”的病机时，又认为是“里热少，则不能消水，停积不散，饮而吐水也”<sup>①</sup>。他说：“水饮内蓄，须当渗泄之，必以甘淡为主，是以茯苓为君，猪苓为臣；白术味甘温，脾恶湿，水饮内蓄，则脾气不治，益脾胜湿，必以甘为助，故以白术为佐；泽泻味咸寒，《内经》曰，咸味下泄为阴，泄饮导溺，必以咸为助，故以泽泻为使；桂味辛热，肾恶燥，水蓄不行，则肾气燥，《内经》曰，肾恶燥，急食辛以润之，散湿润燥，故以桂枝为使；多饮暖水，令汗出愈者，以辛散水气外泄，是以汗润而解也。”<sup>②</sup>

应当指出，成无己对五苓散证病机的认识，触及到“饮停不散”，这是很可贵的。但是，他又认为是“亡津液，胃燥”，这显然自相矛盾，难以自圆其说。对此，钱潢提出质疑：“愚窃谓津液既亡，四苓之淡渗下走，如何可滋，津液既燥，一桂之辛散温热如何治燥！”<sup>③</sup>

成无己对五苓散证的看法，归纳起来对后世有两个方面的影响：

一是方有执几乎全面接受了他的观点。方氏认为：“烦者，汗出过多，亡津液而内燥也”。“欲饮水者，燥甚而渴，希救故也。吐，伏饮内作，故外者不得入也，盖饮亦水也，以水得水，涌溢而为格拒”。五苓散“导湿滋干，功兼其全也，干得滋而湿得导，则热不期退而自退，病不言愈而愈可知”<sup>④</sup>。

① 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.80~81

② 成无己，伤寒明理论，上海：上海科学技术出版社，1959.64

③ 钱潢，伤寒溯源集，上海：上海卫生出版社，1957.66

④ 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.10.13

二是后世不少注家根据成氏“饮停不散”的论述，予以发挥，提出若干不同的说法。其中饮停膀胱即源于此，且有一定影响。把渴证与膀胱联系起来，可能始于王好古。王好古与李杲学医于张元素，由于李杲长王好古 20 岁，故王好古对李杲以师事之，尽得其传。王好古编辑的《此事难知》是李杲的医学论述和学术思想。因此，李士材把他引证的下面一段话说成是李杲的。“太阳者，乃巨阳也，为诸阳之首。膀胱经病，若渴者，自入于本也，名曰传本”。“五苓散为下药，乃太阳里之下药也，太阳高则汗发之，下则引而竭之。渴者，邪入太阳本也，当下之，使从膀胱出也”。又曰：“假令太阳证伤寒自外入，标本有二说，以主言之，膀胱为本，经络为标；以邪言之，先得者为本，后得者为标，此标先受之即是本也，后入于膀胱本却为标也。”<sup>①</sup>这种“渴为太阳之本证”，“膀胱为太阳之本”的说法对程应旆产生很大影响。程氏有云：“夫五苓散之利小便，为太阳犯本而设也，不知太阳犯本之证，舍五苓散尚更有其法焉。”程应旆从《内经》的标本理论提出：“太阳一经有标有本，何为标，太阳是也，何为本，膀胱是也。中风发热，标受邪也，六七日不解而烦，标邪转入膀胱矣，是谓犯本，犯本者，热入膀胱，其人必渴，必小便不利”，“水入则吐者，缘邪热入里未深，膀胱内水邪方盛，以故外格而不入也。”程氏一面讲“邪热入里未深，膀胱内水邪方盛”，同时他又认为“热微消渴者，是则热入膀胱而燥其津液，乃成消渴，谓水入即消，渴不为止，膀胱无邪水之蓄可知”<sup>②</sup>。程氏突出地强调了本证的各个症状与膀胱的关系，使后世多数人在论述本证的病机时，都围绕着膀胱阐发。关于这个问题，汪琥在《伤寒论辩证广注》中进行了几乎同样的论述。<sup>③</sup>最终在《医宗金鉴》中

① 王好古，《此事难知·卷上》

② 程应旆，《伤寒论后条辨·卷五》

③ 汪琥，《伤寒论辩证广注》，上海：上海科学技术出版社，1959.78~80

得到较全面而充分的阐释：“若脉浮，小便不利，微热消渴者，则是太阳表邪未罢，膀胱里饮已成也。经曰，膀胱者，津液之府，气化则能出矣。今邪热熏灼，燥其现有之津，饮水不化，绝其未生之液，津液告匱，求水自救，所以水入即消，渴而不止也。用五苓散者，以其能外解表热，内输水府，则气化津生，热渴止而小便利矣。”<sup>①</sup>《医宗金鉴》编写得系统而通俗，便于中医入门教育和普及，所以使五苓散证是太阳膀胱蓄水之说更加倡行。本世纪50年代国内创办中医学院，在《伤寒论》的教材建设方面取得了很大成绩，也不同程度地受到《医宗金鉴》的影响。1964年出版的中医学院试用教材重订本《伤寒论讲义》，在阐释第71、第72、第73、第74条时，把五苓散证的主要病机讲成是水饮内蓄或蓄水，但通篇未提“膀胱”二字<sup>②</sup>，这不是偶然的。它反映出本讲义的编写者们对既往的水蓄膀胱和膀胱蓄水观点的某种保留。1979年出版的全国高等医药院校试用教材《伤寒论选读》在解释上述有关五苓散证的若干条文时，把本证主要病机讲成是“表邪未尽，太阳之邪随经入腑，影响膀胱气化功能，水道失调，邪与水结而成蓄水所致”<sup>③</sup>。这里的一句“太阳之邪随经入腑”，就把太阳病分为太阳经证和太阳腑证。本讲义把五苓散证的若干条文，置于“太阳腑证”的标题下讨论，那么本证的病机是所谓太阳腑证即膀胱蓄水则不言自明了。1985年出版的高等医药院校教材《伤寒论讲义》把有关五苓散证的若干条文置于“蓄水证”的标题下，把它的主要病机讲成是“病人脉象浮数，既说明太阳病未解，也反证其原患太阳表证；心烦、口渴，用通里达表利水剂为主治疗，反映外邪入里，与水停蓄于膀胱，水道不利，水不化津”。更有甚者，有人在五苓散证的症状中臆加

① 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.23

② 成都中医学院主编，伤寒论讲义，上海：上海科学技术出版社，1964.63~65

③ 湖北中医学院主编，伤寒论选读，上海：上海科学技术出版社，1997.29~30

“少腹满”，从而更加强调有形质的水停蓄在有形质的膀胱之中。这样无形中就把一个能通达上下，能表里分消的五苓散牢牢地钉在膀胱上了。

实际上，自成无己提出饮停不散之后，饮停何处，不独有前面所述的水停膀胱一说。张隐庵另辟蹊径，提出“大汗出而渴者，乃津液之不能上输”、“盖发汗而渴，津液竭于胃，必藉脾气之转输，而后能四布也”。用五苓散之目的在于“取其四散之意，多饮暖水汗出者，助水津之四布”<sup>①</sup>。张隐庵的论述强调渴和小便不利是“脾虚不能为胃行其津液”，津液不得输布，于是用五苓散“取其四散之意，多饮暖水汗出者，助水津之四布也”。张氏之“助水津之四布”不言而喻地说明了他对本证病机的理解是水津不能四布，而不是水蓄膀胱。张令韶亦对五苓散证进行了自己的阐述：“以脉浮在表，故微热，以脾不转输，故小便不利而消渴，宜五苓散布散其水气。散者，取四散之意也。”认为五苓散的作用是“助脾气以转输”<sup>②</sup>。陈修园继承了张隐庵、张令韶阐发的脾不转输的见解，提出五苓散证的病机是“脾不转输而水津不能布散也”。认为“五苓散降而能升，山泽通气之谓也，通即转输而布散之，不专在下行而渗泄也”。陈修园提出五苓散的作用是“降而能升”，既具转输布散之功，又有下行而渗泄之力，其观点是很高明的。他还特别指出“近注以太阳为表为标，膀胱为里为本，此证名为犯本，又名为表里传，反多歧节，与本论之旨不同”<sup>③</sup>。

综上所述，自成无己全面注解《伤寒论》以来，对五苓散证的理解可以说主要是以上两大流派。客观地评价，以张隐庵、张令韶、陈修园为代表的脾不转输说比起水蓄膀胱说当更符合本论

① 张志聪，《伤寒论集注·卷一》

② 张令韶，《伤寒论直解·卷二》

③ 陈修园，《伤寒论浅注·卷二》

之旨。特别是陈修园关于五苓散降而能升的观点，当更能启迪思路。

而除了上述以成无己、张隐庵等为代表的两大流派外，与张隐庵同时代且又为其浙江同乡的柯韵伯，尽管他的《伤寒论注》四卷，《伤寒论翼》二卷，《伤寒附翼》二卷（合称《伤寒来苏集》）成就卓然，受到后世的赞誉，但他对五苓散证的别开生面，令人耳目一新的阐释，却未能引起世人的注意。柯氏在解释第71条时说：“若发汗后，脉仍浮而微热，犹在表未尽除也，虽不烦而渴特甚，饮多即消，小便反不利，水气未散也。”“小便由于气化，肺气不化，金不生水，不能下输膀胱，心气不化，离中水虚，不能下交于坎。必上焦得通，津液得下。”五苓散“散于胸中，必先上焦如雾，然后下焦如渎，何有烦渴癃闭之患哉？”<sup>①</sup>。在解释第74条时他说：“邪水凝结于内，水饮拒绝于外，既不能外输于玄府，又不能上输于口舌，亦不能下输于膀胱，此水逆所由名也。”用五苓散一方面渗泄其水，一方面“推陈而致新，斯水精四布而烦渴解，输精皮毛而汗自出，一汗而表里顿除”。他特别指出“五苓因水气不舒而设，是小发汗，不是生津液；是逐水气，不是利水道”<sup>②</sup>。柯氏之论的独到与高明之处，在于他明确指出五苓散证的病机是水气未散，水气不舒。不是膀胱蓄水，而是水不能下输膀胱，是上焦不通导致津液不下。用五苓散的目的首先是使上焦如雾，然后致下焦如渎。

先师李克绍先生总结了前人的论述，吸收了张隐庵、张令韶、陈修园等人关于五苓散证的合理的阐释，融汇了柯韵伯对五苓散证的认识，指出，把五苓散证的病机看作是三焦不利，比看作是水蓄膀胱更有说服力。他对五苓散证作出了全新的阐释。他说，三焦是行水之道，膀胱是贮水之器，水的排泄是通过上、

<sup>①</sup> 柯韵伯．伤寒来苏集·伤寒论注．上海：上海科学技术出版社，1959.55

<sup>②</sup> 柯韵伯．伤寒来苏集·伤寒论注．上海：上海科学技术出版社，1959.54

中、下三焦，最后进入膀胱贮存起来，到一定程度，再排出体外。如果水道不畅，水就不仅会郁在下焦，而且还会郁滞人体上、中、下各部组织内，使上焦不能如雾，中焦不能如沕，下焦也不能如渑。如果不是三焦不利，而仅仅是膀胱不能排泄的话，那就会形成尿潴留，出现小便难、小腹满等症状。尤其是小腹满这一症状，膀胱蓄水时必然存在，而在三焦水道不畅的情况下，其水下输膀胱的功能迟滞，是不能，或很少可能形成小腹满的。<sup>①</sup>因此，五苓散的作用是“内通三焦，外达皮肤，通阳化气，行水散湿”<sup>②</sup>。先生的阐释极有说服力，为正确地理解五苓散证提供了明晰的思路，为临床上正确地应用五苓散提供了理论依据。

## 茯苓甘草汤证

茯苓甘草汤的应用，在《伤寒论》中有两条。一是第73条：“伤寒汗出而渴者，五苓散主之，不渴者，茯苓甘草汤主之。”二是第356条：“伤寒，厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥。不尔，水渍入胃，必作利也。”而第73条“不渴者，茯苓甘草汤主之”，意犹未尽，原因是本方所治之证的具体症状难以确定。口渴是症状，而本条所述之“口不渴”则不能认为是症状。这就象头痛是症状，发热是症状，但不能把头不痛和不发热讲成是症状一样。显然，不能把本条之“不渴”作为茯苓甘草汤证应用的指征。由此产生了一个问题：茯苓甘草汤证应当具有

① 李克绍：《伤寒解惑论》，济南：山东科学技术出版社，1978.68~69

② 李克绍：《伤寒解惑论》，济南：山东科学技术出版社，1978.55

哪些症状？于是注家蜂起，各有所论。张隐庵随文顺释说：“不渴者，津液犹能上达，但调和中胃可也，茯苓甘草汤主之，方中四味主调和中胃而通利三焦”。<sup>①</sup>试问，一个口不渴的人，无端调中和胃，当从何说起呢？因此，张隐庵的解释未能触及问题的实质。柯韵伯提出“汗出下，当有心下悸三字”，“不然，汗出而渴是白虎汤证，汗后不渴而无他证是病已差”<sup>②</sup>。柯韵伯对原文妄加窜改，法不可取，且无根据。对此丹波元简提出异议，指出“柯氏，汗出下，补心下悸三字，其说难凭，盖因厥阴篇，伤寒厥而心下悸者，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥。不尔，水渍入胃，必作利也一条，而生此说耳”<sup>③</sup>。徐灵胎叹息曰：“此方之义从未有能诠释者，盖汗出之后而渴不止，与五苓人所易知也，乃汗出之后并无渴证，又未指明别有何证，忽无端而与茯苓甘草汤，此意何居？”<sup>④</sup>徐灵胎虽忠实于原文，但，认为“此方之义从未有能诠释者”，不免过于消极。近人陆渊雷先生认为“茯苓甘草证，则必有阙文矣，厥阴篇云，伤寒厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却治其厥，不尔，水渍入胃，必作利也，据此知茯苓甘草汤，本是治水饮之方，其证有心下悸。”<sup>⑤</sup>陆氏之说实本于柯韵伯。此说影响较大，似成为主流观点，目前一些教科书也以此说为解。

一个明显的道理，第356条伤寒厥而心下悸用茯苓甘草汤，但并不能以此推论，第73条之不渴者用茯苓甘草汤治疗，则一定有心下悸症状。这就象第96条往来寒热用小柴胡汤，而第379条呕而发热用小柴胡汤则不一定必有往来寒热症状。又如第74条，渴欲饮水，水入则吐之水逆证用五苓散，而第71条及第

① 张志聪，《伤寒论集注·卷一》

② 柯韵伯，《伤寒来苏集·伤寒论注》，上海：上海科学技术出版社，1959，56

③ 丹波元简，《伤寒论辑义（合订本）》，北京：人民卫生出版社，1983，89

④ 徐大椿，《伤寒论类方·卷三》

⑤ 陆渊雷，《伤寒论今释》，北京：人民卫生出版社，1955，113

72 条用五苓散则并没有水入则吐的症状。第 73 条是茯苓甘草汤证，而第 356 条运用茯苓甘草汤，是针对厥而心下悸作出的一种用药上的选择，这其中的道理是显而易见的。第 73 条是用对比的方法阐述五苓散证与茯苓甘草汤证的不同，这种对比方法的特点是把相同之处有意识地进行忽略，而突出不同之处，从而形成较明显的反差，以达到鉴别的目的。第 73 条的茯苓甘草汤证作为一个证的系统症状，不应当简单、勉强地从厥阴篇中的第 356 条中去生拉硬扯，而应当遵循条文表述过程中所蕴含的思路，在与五苓散证的对比中去求索。

五苓散证，论中第 71 条，太阳病，发汗后，大汗出，脉浮，小便不利，微热，消渴，用五苓散治疗。概括起来，五苓散证应当是微热，消渴，脉浮或浮数，小便不利。而第 73 条“伤寒汗出而渴者，五苓散主之，不渴者，茯苓甘草汤主之”，是把五苓散证和茯苓甘草汤证相同的症状加以省略，从而突出渴与不渴的反差，用渴与不渴鉴别五苓散证和茯苓甘草汤证的不同。由此可以得出这样的结论：茯苓甘草汤证应当是脉浮，微热，小便不利。关于这一点，《医宗金鉴》的解释是“伤寒发汗后，脉浮数，汗出烦渴，小便不利者，五苓散主之，今唯口汗出者，省文也。渴而不烦是饮盛于热，故亦以五苓散主之，利水以化津也，若不烦且不渴者，是里无热也，唯脉浮数，汗出，小便不利是营卫不和也，故主以茯苓甘草汤和表以利水也。”又云：“有脉浮数汗出之表，故主以桂枝。去大枣、芍药者，因有小便不利之里，恐滞敛而有碍于癰闭也。五苓去术、泽、猪苓者，因不渴不烦，里饮无多，唯小便一利可愈，恐过干燥渗伤阴也”<sup>①</sup>。《医宗金鉴》的解释不能说是完善圆满，但它给予了我们一个已被众注家所忽视的启示：①五苓散证与茯苓甘草汤证均有脉浮数、微热、汗出、小便不利的症状。②五苓散证与茯苓甘草汤证都是外有轻微的表

① 吴谦，等．医宗金鉴．北京：人民卫生出版社，1982.66

证，内有停饮。③在停饮方面，五苓散证较重，所以口渴；茯苓甘草汤证较轻，《医宗金鉴》称其“饮无多”，所以没有口渴的症状。水饮或水气为病，本来就存在渴与不渴的两种可能，如第40条、第41条，伤寒表不解，心下有水气的小青龙汤证，或渴或不渴两种可能都可以出现。渴是水饮结聚重笃，影响津液上承；不渴是水饮结聚轻缓，“里饮无多”，津液尚犹能上承。水饮或水气致病，渴与不渴不可一概而论，而是因病情而异的。如《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》有云：“呕家本渴，今反不渴者，以心下有支饮故也，此属支饮。”又曰：“胃反，吐而渴欲饮水者，茯苓泽泻汤主之。”

五苓散证与茯苓甘草汤证虽然均属表证兼有水饮内停，但五苓散证表证更轻微，而停饮则显得突出，以小便不利和口渴为特点，故仅用桂枝解散轻微之表邪，且通阳化气，以振奋三焦阳气，用茯苓、猪苓、泽泻利水蠲饮，用白术散水逐饮。茯苓甘草汤证，表证与里证对比，表证更突出一些，而停饮则显得较轻微，水饮结聚不甚，津液尚能上承，故未至于口渴的程度，仅小便不利耳，所以用生姜桂枝甘草以解散表邪，仅用一味茯苓渗利停饮。

至于第356条“伤寒，厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤”，如前所述，这是根据厥而心下悸所作出的用药上的选择，“当服”二字有选择、斟酌之意。伤寒水停心下，阳气不得宣通，四肢厥冷，选用桂枝、生姜宣通阳气；心下停水，心阳不足，心下悸，一方面选用茯苓、生姜行水以定心悸，一方面选用桂枝配甘草壮心阳以安心神。二条虽然均运用茯苓甘草汤，但思路和立意却是有区别的。

关于第73条渴用五苓散，不渴用茯苓甘草汤，近人冉雪峰先生对此有一段精辟的论述。他说：“渴用五苓，不渴用茯苓甘草，所以然者，气不化水，是两证所同。用茯苓桂枝，亦是两方所同，五苓水不化气，气不上滋，故用茯苓的渗利，必佐猪苓的

润利，又必须借白术的斡运，以资上输，泽泻的引导，以资上达。若水能化气，气有上滋，则三药可无须，知五苓必用此三药的意义，即知本方不用此三药的意义”<sup>①</sup>。冉先生所论极是，一方面阐述了五苓散证为什么渴，茯苓甘草汤证为什么不渴，说理透彻明达，不用拐弯抹角；另一方面极有信心地回答了徐灵胎的“北方之义从未有能诠释”之叹息：“或谓此方从无人能诠释，吾斯之未能信”<sup>②</sup>。余斯之亦然。

## 大陷胸汤证与小陷胸汤证

大陷胸汤首见于《伤寒论》第134条：“太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚。头痛发热，微盗汗出，而反恶寒者，表未解也。医反下之，动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气躁烦，心中懊悵，阳气内陷，心下因硬，则为结胸，大陷胸汤主之。”本条所表述的是太阳病表证未解，因误下而表邪内陷。在《伤寒论》中，太阳病表证未解，误下能够伤阳、伤阴形成各种变证。本证病机特点不在于误下伤阳伤阴致虚，而是误下邪陷内结。其病机突出在“结”上。在《伤寒论》中，因误下邪陷内结而引起的变证，不只是结胸，另外还有痞，如半夏泻心汤证、甘草泻心汤证等。就一般意义上讲，痞证也是邪结，但其结的程度与结胸证对比要轻得多，它突出的是痞塞满闷，以塞为主，痞而不痛，所以《伤寒论》第149条有云，若心下满而硬痛者，此为结胸，但满而不痛者，此为痞。在《伤寒论》中，另外还有所谓的“虚烦证”，即第76

① 冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982，180

② 同上

条栀子豉汤证,也属于表邪未解,误治邪陷,但陷而未尽,故以虚烦、懊恼为主要症状(见本书《栀子豉汤证》篇),其严重者,可偶见胸中窒(第77条)、心中结痛(第78条)等,但终未至于“结”的程度。

结胸证除因误下而形成以外,也可以自然形成,如第135条,“伤寒六七日,结胸热实,脉沉而紧,心下痛,按之石硬者,大陷胸汤主之。”不论误下邪陷,还是自然形成,其病机特点都是“结”,此正如第135条所云:“结胸热实”。所谓“结胸热实”亦即热与实结于胸。在此,实者,水也。即如第136条所云:“此为水结在胸胁也”。

在《伤寒论》中,病机突出“结”的病证还有“脏结”。所以,论中把“结胸”和“脏结”对举进行比较。第128条有云:“问曰:病有结胸,有脏结,其状何如?答曰:按之痛,寸脉浮,关脉沉,名为结胸也。”而脏结则“如结胸状,饮食如故,时时下利,寸脉浮,关脉小细沉紧,名曰脏结”(第129条)。脏结“如结胸状”,那么结胸其状又何如?纵观《伤寒论》,关于结胸证的症状似仅描述为按之痛(第128条)、心下痛,按之石硬(第135条),从心下至少腹硬满而痛不可近(第137条)、心下满而硬痛(第149条)。由此而产生了在《伤寒论》研究史上又一个令人困惑的问题,即,既称之曰结胸,为何没有胸胁症状,而仅是一些胃脘、腹部症状呢?于是注家各尽其说,论者哓哓。如汪琥云,夫曰膈内,曰心中,曰心下,皆胸之分也,名曰结胸,其邪实陷于胃,胃中真气虚,斯阳邪从而陷入于胸,作结硬之形也。<sup>①</sup>尤在泾亦云,大陷胸与大承气,其用有心下与胃中之分。仲景所云心下者,正胃之谓,所云胃中者,正大小肠之谓也。<sup>②</sup>汪琥把心下指认为胸,尤在泾把大陷胸汤之用直指为胃,可见,历代注家均不得其解。至近世,有研究者再次提出,结胸

① 汪琥,《伤寒论辩证广注》,上海:上海科学技术出版社,1959.91

② 尤在泾,《伤寒贯珠集》,上海:上海科学技术出版社,1959.48

证结在何处？于是，有以胸概腹论者谓，胸包括腹，所以从心下至少腹的症状，当然也就是胸的症状；有以前后论胸腹者云，人身后为背，身前为胸，所以胸自然而然地包括腹在内；又有径指胸为腹者曰，结胸即是结腹，云云。这些诠释都是为了曲意符合条文所表述的“心下痛，按之石硬”或“从心下至少腹硬满而痛不可近。”注家们在解释第133条“结胸证悉具，烦躁者亦死”时，把“悉具”理解为仅仅是上述之心腹硬痛，或不大便，或舌上燥而渴，日晡小有潮热等诸症悉具。这些解释的悖谬之处，在于他们认为结胸证的主要症状全部是心下及腹部症状。

而结胸证恰如同其命名，它的主要症状应当表现在胸胁部。

那么，结胸证表现在胸胁部的主要是些什么样的症状呢？要确定结胸证的主要症状，应当从语意思维寻绎，从解读“结胸”二字开始。

从仲景对本证的命名和对本证病机的表述，可以得出这样一个结论：结胸即胸结。胸不当结而结，所以痛、硬、满当自在其中。兹分述如下：

1. 结胸证有胸痛症状。《伤寒论》第134条有云：“医反下之，动数变迟，膈内拒痛”。方有执把膈内拒痛讲成“拒，格拒也，言邪气入膈，膈气与邪气相格拒，而为痛也。”<sup>①</sup>喻昌亦云：“膈中之气与外入之邪两相格斗，故为拒痛。”<sup>②</sup>唐容川释之曰：“胸膈间为正气往来之路，为邪所入，正气拒之，则为拒痛。”<sup>③</sup>今人则把“膈内拒痛”讲成是“胸膈部疼痛拒按。”上述诸说，把“拒”或讲成格拒，或讲成拒按，其说有误，均未达条文本旨。按拒，推而向外之意。《韩非子·杨权》：“数披其木，无使木枝外拒。”注曰：“拒，谓枝之旁生者也。”在“膈内拒痛”中，

① 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.22

② 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991.40

③ 唐容川，《伤寒论浅注补正·卷一·太阳篇下》

拒，可训为支，可引申为撑、胀，拒痛即是表述由内向外的支痛、撑痛或胀痛。《素问·六元正纪大论》有云：“厥阴所至，为支痛。”王冰注曰：“支，柱妨也。”按，柱通拄。拄妨，支撑也。《伤寒论》之拒痛，犹《六元正纪大论》之支痛。由此可以确定，结胸证具有胸膈内支撑疼痛症状。

2. 结胸证有胸胁坚硬症状。在《伤寒论》的另一个古老传本《金匱玉函经》中，大陷胸汤有二，除赵开美复刻宋本中的大陷胸汤之外，“又大陷胸汤方第五十五，桂枝四两，甘遂四两，大枣十二枚，栝蒌实一枚去皮，人参四两。”方后自注云：“胸中无坚勿服之。”《金匱玉函经》治热实结胸之二方均以甘遂为主药，驱水为治，可谓是仲景治热实结胸之一法两方。而一直未引起注家们注意的“胸中无坚勿服之”7个字，尽管是仲景警示用本方的禁忌，但，更重要的是它为我们提供了结胸证必有胸部板硬这一症状的无可辩驳的确证。

3. 结胸证有胸胁下满症状。《伤寒论》第143条有云：“胸胁下满，如结胸状”。纵观第143条，妇人中风诸症，能够称得上“如结胸状”的症状，唯“胸胁下满”。又，第136条：“但结胸无大热者，此为水结在胸胁也”。由于结胸证的基本病机是“热入”（第131条），和“水结在胸胁”（第136条），所以，胸胁下满也是结胸证的必有症状。

4. 《伤寒论》第340条云：“病者手足厥冷，言我不结胸，小腹满，按之痛者，此冷结在膀胱关元也。”本条之“言我不结胸”一句，是病人对自觉症状的陈述，自称不结胸。此处之“结胸”二字出自病人之口，因此，既不可能是病名，也不可能是病机，而是言表症状。自称“不结胸”是病人陈述自身胸胁部不痛、不硬、不满。

综上所述，结胸即“胸结”。胸为清阳之所聚，《灵枢·邪客》云：宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉而行呼吸焉。若热与水结于胸胁，最常见的症状莫过于胸胁痛、硬、满及短气躁烦，对此，仲景以结胸二字名之。“结胸”二字把胸部痛、硬、满诸症

悉予涵括，而“心下痛，按之石硬”或“从心下至少腹硬满而痛不可近”，则只是结胸证的伴见症状。由此可见，结胸证是以胸肋部的痛、硬、满为主，上连及头项颈部，下累及心胃脘腹及少腹，其证可谓之急重，故仲景治以大陷胸汤之峻剂。

本论重点论述热实结胸——大陷胸汤证。而通过比照，旁及小结胸——小陷胸汤证。后世注家鉴于论中有称小结胸者且治以小陷胸汤，故把热实结胸之大陷胸汤证称之为大结胸。第138条：“小结胸病，正在心下，按之则痛”，与大结胸证“从心下至少腹硬满而痛不可近”相对比，其症状范围比较局限。但既称之为“结胸”，尽管是小结胸，那么其胸肋坚满是不言而喻的。若仅仅认为是心下按之则痛，不按不痛，岂不混同于第78条心中结痛的栀子豉汤证！小陷胸汤虽不用甘遂以逐水，但却用大栝蒌实一枚，其意则仍在开破胸中之实。

大陷胸汤由大黄、芒硝、甘遂组成。本证病势急，胸肋硬且坚，痛而满。本方以用甘遂为特点，与调胃承气汤对比，在药物组成上仅甘草、甘遂一字之差，但其功效则相去甚远，有天壤之别。仲景书中用甘遂方计五，曰大陷胸汤、大陷胸丸、十枣汤、甘遂半夏汤、大黄甘遂汤。十枣汤证水停肋下，心下痞硬满，引肋下痛；甘遂半夏汤证“虽利，心下续坚满如敦状，水与血结于血室”。仲景用甘遂意在逐水。甘遂，《本草经》主大腹疝瘕，腹满，面目浮肿，留饮宿食，破癥坚积聚，利水谷道。汪琥对甘遂有一段评述，较深刻地揭示了秦汉时期对甘遂通逐水邪的理解：“甘遂，若夫间之遂。考《周礼》，凡治野，夫间有遂。注云，自一夫至千夫之田，为遂沟洫浚，所以通水于川。遂者，通水之道也，广深各三尺曰遂（按，《周礼》郑注曰，广深各二尺。）。则是甘遂，乃通水之要药。陷胸汤中，以之为君，乃知结胸证，非但实热，此系水邪结于心下故也。”<sup>①</sup>了解了“遂”的含义，亦即理解了古人对甘

① 汪琥：《伤寒论辨证广注》，上海：上海科学技术出版社，1959.92

遂的认识,这样才能真正领悟仲景在大陷胸汤中用甘遂的立意。

曹颖甫《经方实验录》载,王季寅先生曾作《同是泻药》篇曰,某日,狂风大作,余因事外出,当时冒风,腹中暴疼。服当归芍药汤加生军一剂,不应。时已初更,疼忽加剧,至午夜,疼如刀绞,转侧床头,号痛欲绝。无奈,饮自己小便一盅,始稍安。已而复作,状仍如前。黎明,延医针刺中脘以及各穴,行针历五时,痛始止。该医云,腹部坚硬如石,针虽止疼一时,而破坚开结,非药不克奏功。因服顺气消导之方,不效。翌日,余谓:腹坚硬如石,唯大承气或可见功,因自拟生军三钱,枳实二钱,厚朴三钱,芒硝五分。服后,时许,下积物甚多,胸腹稍畅。次日,胸腹仍觉满闷硬疼,又进二剂,复下陈积数次。元气顿形不支,因改服六君子汤三剂。元气稍复,而胸腹满疼,仍自若也。更服大承气二剂,不惟疼痛丝毫未减,腹中满硬如故。忽忆伤寒小结胸病,正在心下,按之则痛,大结胸则从心下至少腹硬满,不待按,即痛不可近。余之初病,即胸腹坚硬如石,号痛欲绝,得毋类是?惟大结胸以大陷胸汤为主治,此汤之药仅大黄、芒硝、甘遂三味。硝黄余已频服之矣。其结果既如上述,加少许甘遂,即能却病回生耶?遂决计一试,方用生军二钱,芒硝五分,甘遂末一分,药煎成,一饮而尽。服后,顿觉此药与前大不相同,盖前所服硝黄各剂,下咽即觉药力直达少腹,以硝黄之性下行最速故也。今服此药,硝黄之力竟不下行,盘旋胸腹之间,一若寻病者然。逾时,忽下黑色如棉油者碗许,顿觉胸中豁朗,痛苦大减,四五剂后,饮食倍增,精神焕发。<sup>①</sup>本例王季寅先生以自身的体验诠释了大陷胸汤证“胸腹坚硬如石”之症状和甘遂在大陷胸汤中不可替代之作用。

辽宁省生物医学工程学会的《伤寒论》现代研究“网络”临床实验组,1983年9月~1984年4月,在沈阳市传染病院防治流行性出

<sup>①</sup> 曹颖甫. 经方实验录. 上海: 上海科学技术出版社, 1979. 73

血热的工作中,对结胸证进行了深入的临床研究。曾治一高姓女病人,32岁,入院诊断为流行性出血热重型。经服四逆汤、猪苓汤、桃核承气汤后,体温复常,血压稳定,尿量增多,但患者出现胸痛、气短、不能平卧、面色晦黯,从心下至少腹硬满而痛,舌红,苔薄,脉沉滑,即投大陷胸汤一剂,得快利后,胸痛解,气平得卧,精神好转,面色复常。但次日查房时,患者诉腹痛剧烈。医者欲按其腹,患者急以双手护腹,惶恐拒按。投枳实理中汤二剂而愈。该文作者按,“服大陷胸汤以挽救急重证之后,临床常见到从心下至少腹疼痛一症依然存在。此并非‘结胸’证仍在,不可更下。仲景云,‘得快利,止后服’,当遵此明训。当此之际,服理中汤加枳实甚效。对此,前贤有经验记载,如《伤寒百问歌》云:“陷汤下之病不去,毒气小攻及结聚。枳实理中调其气,次疗诸疾应手愈”。<sup>①</sup>本例从现代临床角度有力地阐明了在仲景所论的典型结胸证中,胸痛、短气是不可缺少的症状,并再次证明了“结胸证必有胸结”这个结论的正确性。

小陷胸汤由黄连、半夏、栝蒌实组成。由于小结胸证比大结胸证轻缓且局限,故不用破癥坚积聚逐水力速的甘遂,而改用开胸散结清热的栝蒌实;清热不用荡实力速之硝、黄,而改用清泄热气之黄连,更用下气开结之半夏。本方重心是栝蒌实。栝蒌实,仲景书中凡五见:小陷胸汤,小柴胡汤证胸中烦而不呕加栝蒌实一枚,另外如《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》之栝蒌薤白白酒汤、栝蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤(均用于胸痹、胸痛、胸满的治疗)。从中可见,仲景用栝蒌实,意在开胸散结、清热涤痰,故小陷胸汤所治在痰不在水,是痰结不是水结。

郭彤氏治一女性病人,45岁,诉其一周前患感冒,曾服板蓝根冲剂、羚羊感冒片等病愈。继感上脘、两胁撑胀疼痛,拒按、心烦,不思饮食,脉弦滑,苔淡黄腻,误认为是余邪未尽客肺,气机失宣,投以豆豉、连翘、桔梗、枳壳等清解宣肺,服药

<sup>①</sup> 杨麦青,《伤寒论现代临床研究》,北京:中国中医药出版社,1992,204

数剂无效。改用疏肝和胃理气之品，烦躁反增，遂细审病机。患者外感过服寒凉之品，致邪热内陷与体内水饮相结而成结胸。《伤寒论》第138条：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”故用黄连9g，姜半夏10g，全瓜蒌20g。服药3剂，疼痛明显减轻，继服3剂而愈。<sup>①</sup>

按，本证小结胸病，上脘、两胁撑胀、疼痛、拒按是其特点，故治以小陷胸汤取效。又，本证脉弦滑，舌苔淡黄腻当是热与痰互结为是，故用全蒌20g，功在清热涤痰。

结胸病，证之高下，胸胁脘腹硬满痛之轻重，脉之浮沉紧弦滑，其差异在泾渭之间，故其证有大小之分，其方有大小之剂，其治有缓急之策。其证称之为结胸，以陷邪为治，以用命方，故曰陷胸汤，谓高者陷之，以平为期。

## 十枣汤证

《伤寒论》第152条：“太阳中风，下利，呕逆，表解者，乃可攻之。其人漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕，短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”近世论者，多把本条说成是太阳病类似证，而所谓太阳病类似证，其本身界定并不清楚。即太阳病类似证是不是太阳病？如果是太阳病，那么这里所谓的“类似证”当从何说起？如果不是太阳病，那么本条起始冠以太阳中风，又当属何病？显然，把本条所述之证看成是太阳病类似证是难以自圆其说的。

<sup>①</sup> 郭彤，运用仲景经方治验案例，全国第四届仲景学术思想研讨会论文汇编，1997，33

本条起首冠以“太阳中风”，四字凿凿，明确指出本证是太阳中风，这一点当毋庸置疑。但从条文的表述来看，又不是典型的太阳中风，而是太阳中风发病过程中的一个特殊过程。从总体讲，病是过程的复合，太阳病是由若干个过程组成的。在太阳病发生发展过程中，由于机体条件不同，如体质强弱以及体内各种潜在因素的影响，可引起不同的临床表现或症状，而不同症状的质的差异和变化中暂时相对的稳定状态，又形成了太阳病的若干不同过程，即若干个证。太阳伤寒可有麻黄汤证、大青龙汤证、小青龙汤证等，太阳中风可有桂枝汤证、桂枝加葛根汤证等。

本条表述的是在太阳中风的发病过程中，最终形成的水饮内停胸胁证。这足以说明两点：一是本条所述之证具有太阳中风的病机和症状特征，包括营卫不和所致的发热、恶寒、头痛、汗出、脉浮等。二是表证未解，又有可下之征。关于表里先后的治疗原则，《伤寒论》中反复强调先解表后攻里。体现这一治疗原则的条文，都既有应当外解的表证，又有可下之里证。如第106条：“其外不解者，尚未可攻，当先解其外，外解已，但少腹急结者，乃可攻之”。本条与第106条有相似之处。此两条都是外有当解之表证，内有可下之里证。严格地说，本条所述之证不应当笼统称之为十枣汤证。第106条所述之证，也不应当笼统地称之为桃核承气汤证。第106条是太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，少腹硬满，讲的是太阳病的发病过程中（包括太阳中风、太阳伤寒）最终形成表证未解，内有下焦蓄血。而所谓的桃核承气汤证只是表证已解之后的局部过程。本条太阳中风表证仍在，下利呕逆，心下痞硬满，引胁下痛，讲的是太阳中风的发病过程中，最终形成的表证未解而内有胸胁停水，所谓十枣汤证只是外证已解之后的局部过程。而表明外证已解的最显著特征是“不恶寒”。

从太阳中风表证未解，兼有里证这一过程来说，本条的表述和第74条的表述有相似之处。第74条：“中风发热，六七日不解

而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之”。此两条的发病过程都是太阳中风，都有表里证，不同的是，第74条是表里同治，用五苓散内外分消，而本条是先解表，后逐水，表里分治。

从外有表证内有停饮方面讲，本条之证与第40条的“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳”的小青龙汤证和第28条的“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利”的桂枝去桂加茯苓白术汤证有相似之处。不同的是，第40条的小青龙汤证是解表散饮，表里同治，而第28条和本条是根据发病过程和症状特点采取先解表后逐水的治疗原则。（参见本书《桂枝去桂加茯苓白术汤证》篇）

十枣汤证停水特点是有形之水客居胸胁，引胁下痛，病急证重，在治法上急病急治，非攻逐不能克伐，所以重在逐水，选用专于攻逐有形之水的甘遂、芫花、大戟。甘遂，《神农本草经》称其“主大腹疝瘕，腹满，面目浮肿，留饮宿食，破癥坚积聚，利水谷道”。芫花，《神农本草经》称其“主咳逆上气，喉鸣喘，咽肿短气”。大戟，《神农本草经》称其“主十二水，腹满急痛，积聚”。后世《本草纲目》对其功效进行归纳阐释，认为“芫花、大戟、甘遂之性，逐水泄湿，能直达水饮窠囊隐僻之处，但可徐徐用之，取效甚捷。不可过剂，泄人真元也。”<sup>①</sup>对芫花、甘遂、大戟逐水的特点，李时珍分析得极为精辟。凡这样的逐水之品，必下气，水随气下，气水并泄，因此，逐水之品过则泄人真元，轻则致表邪内陷。所以，必须在无表证的情况下方可应用逐水之品。文中告诫“表解者，乃可攻之”，一方面强调，攻逐水饮是治疗水停胸胁证的根本选择；另一方面又强调，表证已解是这个选择的必不可少的前提和条件。

综上所述，本条的意义完全不在于所谓的“头痛，汗出，哕

<sup>①</sup> 李时珍，本草纲目，北京：人民卫生出版社，1977.1215

逆与太阳中风有类似之处”，从而把十枣汤证讲成是太阳病的类似证，进行所谓的鉴别。由于本条所述是太阳中风过程中，出现胸胁停水的全过程，其证候可概括为太阳中风兼胸胁停水。而十枣汤证仅是这个全过程中表解之后的局部过程。因此，把上述全过程或局部过程之证候列为太阳病的类似证，这在逻辑上显得自相矛盾，所谓鉴别则似更无从说起。

实际上，本条的意义主要在于阐述太阳中风兼胸胁停饮的发病过程、诊断要点和治疗原则。表未解，不可攻；表解者，乃可攻；不恶寒者，表已解，而“表解里未和”者才是真正的十枣汤证。对这个全过程的讨论所体现出的意义，乃是《伤寒论》的永恒主题：观其脉证，知犯何逆，随证治之。

## 梔子豉汤证

梔子豉汤，今本仲景书首见于《伤寒论》第76条：“发汗后，水药不得入口，为逆，若更发汗，必吐下不止。发汗、吐下后，虚烦不得眠；若剧者，必反复颠倒，心中懊侬，梔子豉汤主之。若少气者，梔子甘草豉汤主之。若呕者，梔子生姜豉汤主之”。其次还见于第77条：“发汗，若下之，而烦热胸中窒者，梔子豉汤主之。”第78条：“伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也，梔子豉汤主之”。第221条：“阳明病，脉浮而紧，咽燥口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒，反恶热，身重。若发汗则躁，心愞愞反谵语；若加温针，必怵惕，烦躁不得眠；若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊侬。舌上苔者，梔子豉汤主之。”第228条：“阳明病，下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊侬，饥不能食，但头汗出者，梔子豉汤主之。”第

375条：“下利后，更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜栀子豉汤。”（本条还见于《金匱要略·呕吐下利病脉证治》）本证的疑点在虚烦和懊侬。许叔微把懊侬称为“仲景论中极有难晓处”之一。我们向病人问诊：您头痛吗？您发热吗？您腹痛吗？凡是神志正常的病人都能够根据自身的感觉，准确地回答出来。但是，若向病人询问，您虚烦吗？您懊侬吗？恐怕不仅病人不知如何回答，即使一名研究《伤寒论》的学者，也会茫然不知所云，因为虚烦和懊侬是一个什么样的症状，自成无己以来一直没有讲清楚。

—

虚烦在仲景书中还见于《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“虚劳，虚烦不得眠，酸枣仁汤主之。”本证之虚烦属阴血不足，阴虚内热而烦。此处虚烦，是以病机言症状，以虚释烦，与《伤寒论》第76条等之虚烦含义不同。第76条等之虚烦可以援引第375条诠释：“按之心下濡者，为虚烦也”。

成无己在解释第76条时尝云：“发汗吐下后，邪热乘虚客于胸中，谓之虚烦者，热也，胸中烦热、郁闷而不得发散者是也。热气伏于里者，则喜睡，今热气浮于上，烦扰阳气，故不得眠。心恶热，热甚则必神昏，是以剧者，反复颠倒而不安，心中懊侬而愤闷。”<sup>①</sup>又曰：“伤寒虚烦何以明之，虚烦者，心中郁郁而烦也。有胸中烦，有心中烦，有虚烦，诸如此者，皆热也。若止云烦者，表热也，及其邪热传里，故有胸中烦，心中烦，虚烦之别。”<sup>②</sup>成无己关于虚烦之论是把虚烦看成是心中烦躁的一种表现，此论对后世影响极大。方有执对虚烦则谓：“虚烦不得眠者，

① 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963·82

② 成无己·伤寒明理论·上海：上海科学技术出版社，1959·19

大邪乍退，正气暴虚，余热闷乱，胃中干而不和也。”<sup>①</sup>方氏把虚烦讲成是正气暴虚显然是不对的，但“余热闷乱，胃中干而不和也”则给人以启发。柯韵伯在解释第76条时说：“虚烦是阳明之坏病，便从栀子汤随证治之。”“栀豉汤本为治烦躁设，又可以治虚烦”。那么，虚烦是何意呢？柯氏在此处没作正面解释，他说：“反复颠倒四字切肖不得眠之状，为虚烦二字传神。”在他看来虚烦就是反复颠倒不得眠。不过他在解释第375条时，则说到点子上。他说：“阳明虚烦，对胃家实热而言，是空虚之虚，不是虚弱之虚。”<sup>②</sup>柯韵伯用“空虚之虚，不是虚弱之虚”来解释虚烦是很有见地的。汪琥在解释第76条时则云：“虽经汗吐且下，而伤寒之邪热犹未解也，邪热未解，必乘其人之虚而客于胸中，胸中郁热，因生烦躁，阳气扰乱，不得眠也。”他特别对成无己所讲的“心恶热，热甚则必神昏，是以剧者，反复颠倒”进行驳正，他说：“殊不知反复颠倒，非神昏也，乃心胸中郁热烦闷，懊懊恹恹，欲作吐之状耳。”又曰：“虚者，正气之虚；烦者，邪气之实。邪热郁于胸中，是为吐证。”并表明：“愚以虚烦二字，不可作真虚看。”<sup>③</sup>汪琥其言有可取之处，指出反复颠倒不是神昏，而是“懊懊恹恹，欲作吐之状耳”是很有道理的。但亦有自相矛盾之处，如既言“必乘其人之虚而客于胸中”，“虚者，正气之虚”，又曰“虚烦二字不可作真虚看”云云。《医宗金鉴》提出：“未经汗吐下之烦多属热，谓之热烦；已经汗吐下之烦多属虚，谓之虚烦。”<sup>④</sup>《医宗金鉴》以“虚”诠释本条之虚烦完全是顺文释义，文义不属。

以上注家对虚烦的解释，虽各尽其说，亦或各有可取之处，

① 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.48

② 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.102~103

③ 汪琥，伤寒论辩证广注，上海：上海科学技术出版社，1959.80~81

④ 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.76

但是，基本上未能把虚烦讲清楚。尽管有的注家在其诠释中曾偶尔涉及到问题的实质，但由于在理论上缺乏自觉性，所以往往一提而过，因此也未能引起后世注家的重视。

那么虚烦之状当是一种什么样的症状呢？论中第 375 条有云：“按之心下濡，为虚烦也。”在此，仲景为什么不切按其它部位而单单切按“心下”呢？这是因为病人自述“心下不适”。按之濡，谓胃脘部不硬，对比之下有空虚感。此处的“按之心下濡”与第 221 条之“胃中空虚”互为映照，所以文曰：“为虚烦也。”《金匱要略·水气病脉证并治》有云：“医以为留饮而下之，气击不去，其病不除，后重吐之，胃家虚烦，咽燥欲饮水。”这里讲得很清楚，是“胃家虚烦”，说明虚烦的部位在胃家。而“胃家虚烦”一不是虚，二不是烦，不是情志症状，而是胃的受纳腐熟功能失调的见症之一。实际上，关于虚烦，成无己还有一段更为重要的论述，惜未引起后世注家的注意，他说：“虚烦之状，心中温温然欲吐，愠愠然无奈，欲呕不呕，扰扰乱乱。”<sup>①</sup>而方有执则谓：“胃中干而不和也。”成、方二家尽管在虚烦的整体认识上，论述尚不透彻或有缺陷，但是他们在不自觉中却把“虚烦”与主神明之“心”剥离开，而看到虚烦与“心中饥，食即呕吐”（《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》）之“心”的关系，则是很难得的。这里的“心”即是指胃脘部，是“胃”。即《伤寒论》第 71 条“胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈”之中的胃。清·吕震名尝云：“虚烦者，其人无大热，心中温温欲吐而又不能吐，致内扰而烦。”<sup>②</sup>其说甚是。此处之烦，搅扰纠结貌。《史记·乐书》有云：“水烦则鱼鳖不大。”注曰：“烦，犹数搅动也。”（见本书《麻黄先煮去沫与“沫令人烦”》篇）虚烦是胃脘部搅扰纠结、饥饿空虚、欲吐不吐、恶心

① 成无己，《伤寒明理论》，上海：上海科学技术出版社，1959.19

② 吕震名，《伤寒寻源·中集》

之感。

虚烦在《伤寒论》中还见于第160条：“伤寒吐下后，发汗，虚烦，脉甚微，八九日心下痞硬，胁下痛，气上冲咽喉，眩冒，经脉动惕者，久而成痿。”此处之虚烦是因吐下后，发汗伤及脾胃所致，八九日后，出现心下痞硬，胁痛，气上冲咽喉。本证虚烦病机之形成与第76条同，其虚烦之含义亦与第76条同，但两条之证有浅深轻重之别。

与虚烦的关系极为密切的另一个症状是心中懊恼。懊恼虽然不是虚烦的特异症状，但却是一个非常重要的症状。懊恼首见于《素问·六元正纪大论》：“火郁之发……目赤心热，甚则昏闷懊恼，善暴死。”此处之懊恼解作心中烦乱为是，此属其本义。懊恼，在仲景书中，除见于第76条、第221条、第228条之外，还见于《伤寒论》第134条：“太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚，头痛发热，微盗汗出，而反恶寒者，表未解也。医反下之，动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气躁烦，心中懊恼，阳气内陷，心下因硬”，第199条：“阳明病，无汗，小便不利，心中懊恼者，身必发黄”，第238条：“阳明病，下之，心中懊恼而烦，胃中有燥屎者，可攻”，《金匱要略·黄疸病脉证并治》：“心中懊恼而热，不能食，时欲吐，名曰酒疸”和“酒黄疸，心中懊恼，或热痛，梔子大黄汤主之。”懊恼，成无己谓：“懊者，懊恼之懊，恼者，郁闷之貌。即心中懊懊恼恼，烦烦懊懊，郁郁然不舒畅，愤愤然无奈，比之烦闷而甚者。”<sup>①</sup>方有执曰：“胸膈壅滞不得舒快也”<sup>②</sup>，这些解释对后世影响很大，近世许多教材承袭此说。或讲成“心中烦郁至甚，扰乱不宁，莫可言喻”，或“心里烦郁特甚，使人有无可奈何之感”，或谓“烦乱不宁”，“心中烦乱不安至甚”云云。而

① 成无己，伤寒明理论，上海：上海科学技术出版社，1959.21

② 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.48

“烦乱不宁”说，当承袭于刘完素。刘完素尝云：“懊悵者，烦心热燥，闷乱不宁也，甚则似中巴豆、草乌头之类毒药之状也。”<sup>①</sup>总之，这些说法，因因相袭，都是把懊悵理解为心中烦躁，或烦乱不宁，把它看成是一个神志方面的症状。

但是，《伤寒论》第238条有云：“懊悵而烦”，在这里特别突出地把“懊悵”与“烦”并列对举，说明懊悵不同于烦，在仲景的理论思路中，懊悵并无烦意。因此，可以得出结论：懊悵不是烦乱不宁。可见，《伤寒论》中的懊悵与《素问·六元正纪大论》中的懊悵含义不同，辞义已发生转移。

《金匱要略·黄疸病脉证并治》：“酒疸，下之，久久为黑疸，目青面黑，心中如噉蒜齏状……”。何为“噉蒜齏状”？尤在泾有一段精辟论释：“虽曰黑疸，而其原，则仍是酒家，故心中热气熏灼，如啖蒜状，一如懊悵之无奈也。”<sup>②</sup>赵以德对“心中如噉蒜齏状”则释之曰：“味变于心、咽作嘈杂，心辣如噉蒜齏状。”<sup>③</sup>又《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》：“心中寒者，其人苦病心，如噉蒜状，剧者，心痛彻背，背痛彻心，譬如虫注，其脉浮者，自吐乃愈。”周扬俊曰：“心主散，寒入而火郁矣，郁则气既不舒，而津液聚为浊饮，故其苦病如噉蒜状，正形容心中懊悵，不得舒坦，若为辛浊所伤也。”<sup>④</sup>对此，尤在泾释之曰：“心中如啖蒜者，寒束于外，火郁于内，似痛非痛，似热非热，懊悵无奈，甚者心背彻痛也。”<sup>⑤</sup>这种“自吐乃愈”的“苦病心如噉蒜状”之心痛彻背，背痛彻心，譬如虫注，其痛当是来自于胃脘。而其“懊悵无奈”，此正是赵以德所言之“嘈杂”之状。

仲景书中，讲到心，多用“心下”，如“心下有水气”、“心下悸”、

① 刘完素，《伤寒直格·卷中》

② 尤在泾，《金匱要略心典·卷下》

③ 赵以德、周扬俊，《金匱玉函经二注·卷十五》

④ 赵以德、周扬俊，《金匱玉函经二注·卷十一》

⑤ 尤在泾，《金匱要略心典·卷中》

“心下痞”、“心下痞硬”、“心下满”，而少用“心中”，（用“心中”者如第102条“伤寒二三日，心中悸而烦者”；第326条“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食”。）而懊侬则均见于“心中”，都是心中懊侬。这里的“心中”是指胃或胃脘。正如《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》中所言：“心中风者，翕翕发热，不能起，心中饥，食则呕吐”。这里的“心中饥，食则呕吐”，描述的正是胃的受纳和腐熟功能失调的状态。

本论第221条，“心中懊侬”与“胃中空虚”并列，第228条，“心中懊侬”与“饥不能食”并列，这反映出在仲景的理论思路中，懊侬和胃的内在联系。许叔微似看到了这一点，所以他对懊侬释之曰：“伤寒懊侬意忡忡，或实或虚病胃中”<sup>①</sup>。徐春甫亦指出：“懊侬胃虚”<sup>②</sup>。属实还是属虚，当观其脉证而定。而把懊侬这个症状定位于胃，则无疑是正确的。由此，可以得出这样一个结论：心中懊侬就是胃脘部的嘈杂感。

如前所述，元·赵以德以“嘈杂”释“心中如噉蒜齶状”在前，周扬俊、尤在泾以“懊侬之无奈”释“心中热气熏灼，如噉蒜状”在后。而在周扬俊、尤在泾之前，明初虞抟以懊侬诠释嘈杂，则显得更为直接明白。虞氏曰：“夫嘈杂之为证也，似饥不饥，似痛不痛，而有懊侬不自宁之状者是也。其证或兼暖气，或兼痞满，或兼恶心，渐至胃脘作痛。”<sup>③</sup>徐春甫继承了虞抟的认识，他说：“夫嘈杂之为证也，倏而腹中如火发，腔内空空，若无一物，似辣非辣，似饥非饥，似痛不痛，而有懊侬不自宁之状，得食暂止者是也。其证有兼暖气，或兼恶心，渐至胃脘作痛而成膈噎，此其由也。”<sup>④</sup>张景岳承袭虞、徐二家之说，云：“嘈杂一

① 许叔微，许叔微伤寒论三种，北京：人民卫生出版社，1993.69

② 徐春甫，古今医统大全，北京：人民卫生出版社，1991.714

③ 虞抟，医学正传，北京：人民卫生出版社，1965.136

④ 徐春甫，古今医统大全，北京：人民卫生出版社，1991.913--914

证，或作或止，其为病也，则腹中空空，若无一物，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，而胸膈懊悵莫可名状，或得食而暂止，或食已而复嘈，或兼恶心而渐见胃脘作痛。”<sup>①</sup> 虞抟、徐春甫、张景岳以嘈杂与懊悵互训，可谓之不胶古人陈迹，敢于点化出新。此后丹波元简在解释第76条时，亦指出懊悵“此似后世所谓嘈杂。《医学统旨》曰：嘈者，似饥而甚，似躁而轻，有懊悵不自宁之况，皆因心下有痰火而动，或食郁而有热故作。是也。”丹波元简接受了《医学统旨》关于嘈杂和懊悵的论析。<sup>②</sup> 按，《医学统旨》，明·叶文令著。笔者寡闻，虞、徐、张其说似本于此。又按，嘈杂本义为喧闹声，引申为不安宁。叶、虞、徐、张借用嘈杂描述胃脘部的搅扰不宁，以懊悵诠释嘈杂，十分贴切，符合《伤寒论》条文原旨。那么《伤寒论》条文的原旨是什么呢？

当后世注家们沸沸扬扬议论虚烦和懊悵时，他们绕了一个大圈子，却忽略了一个根本性的事实：即《伤寒论》本身已经对懊悵作出了注解。《伤寒论·辨不可发汗病脉证并治第十五》有云：“伤寒头痛，翕翕发热，形象中风，常微汗出，自呕者，下之益烦，心懊悵如饥，……”<sup>③</sup> 本条亦见于《金匱玉函经·卷五·辨不可发汗病形证治第十三》，另见于王叔和《脉经·卷七·病不可发汗证第一》。《金匱玉函经》曰：“下之益烦，懊悵如饥。”《脉经》曰：“下之益烦，心懊悵如饥。”按，《伤寒论》“可”与“不可”诸篇，学术界有人认为出自仲景之手，有人认为系叔和所集。虽诸说并存，但这一句“心懊悵如饥”，对于理解本论栀子豉汤证的学术价值却是不容低估的。如此一句“心懊悵如饥”，讲清楚了两个问题：一是能引发饥饿感的当是胃。所以此处之“心”是指“胃”而言，正如同“心中疼热，饥而不欲食”之心。二是胃

① 张景岳：《景岳全书》，上海：上海科学技术出版社，1959，390

② 丹波元简：《伤寒论辑义（合订本）》，北京：人民卫生出版社，1983，93

③ 恽铁樵影印，赵开美翻刻：《伤寒论·卷第七》，上海：商务印书馆，1923

脘部的“懊侬如饥”，即似饥非饥，只能是嘈杂感而不可能是烦躁不宁或其它什么症状。如此以来，何为“心”？何为“懊侬”？千年疑团，涣然冰释。嗟嗟！仲景之明言，何以至今日才得恍然明于世焉！

又，今河南省南阳地区方言把胃脘部的嘈杂感称为“hēnaor”。“hēnaor”与懊侬语音相近，“hēnaor”是否是由懊侬音转而来，当有待进一步研究。

综上所述，可以得出这样一个结论：第76条之虚烦是胃脘部空虚饥饿感与欲吐不吐、恶心搅扰纠结之状，是胃的受纳腐熟功能失调，而不是神志症状之所谓心中郁郁而烦。懊侬则是比虚烦更加严重的胃脘嘈杂如饥之状。

## 二

由于胃脘搅扰纠结不适，故卧不安寐，病人精神疲惫，语言声低气馁无力，此谓之“少气”。“少气”，既不是短气，也不是气息微弱，而是气不足以言，语无后音，底气不足。故加甘草，其意主要不在补气，而在和胃缓中。本证始终有恶心呕吐倾向，若呕不能自制时，则加生姜以和胃止呕。若心中嘈杂灼热至甚，可伴有胸中窒塞不畅或心下结塞而痛，或腹满，这些症状也都是胃脘嘈杂灼热的不同程度的表述。

梔子豉汤方后有云：“得吐者，止后服。”成无己把本方径指为吐剂，尝云：“《内经》曰：其高者，因而越之，与梔子豉汤以吐胸中之邪。”又云：“酸苦涌泄为阴，苦以涌吐，寒以胜热，梔子豉汤相合，吐剂宜矣。”<sup>①</sup>他把梔子豉汤与瓜蒂散并举曰：“下利后，更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜梔子豉汤；脉乍结，心中满而烦，饥不能食者，病在胸中，瓜蒂散。二者症均是烦也，

<sup>①</sup> 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.82

药均是吐也，而又轻重之不同。吐下发汗后，邪气乘虚而入为烦者，则谓之虚烦，与栀子豉汤则是吐剂之轻者；不因吐下发汗后，邪气结于胸中，则为膈实，与瓜蒂散，则是吐剂之重者。”<sup>①</sup>此后方有方有执亦承袭此说：“反复颠倒，心中懊悒者，胸膈壅滞不得舒快也，所以用栀子豉，高者因而越之之法也。”<sup>②</sup>王肯堂则曰：“若发汗、吐下后，邪气乘虚留于胸中，则谓之虚烦，应以栀子豉汤吐之，此吐胸中虚烦者也。”<sup>③</sup>张卿子重复了成无己之说：栀子豉汤能“吐胸中之邪”，“酸苦涌泄为阴，苦以涌吐，寒以胜热，栀子豉汤相合，吐剂宜矣”<sup>④</sup>。程应旆亦云：“栀子气味轻越，合以香豉能化浊为清，但使涌去客邪，气升则液化而郁闷得舒矣。”<sup>⑤</sup>在众多注家几乎一面倒地认为栀子豉汤为吐剂的声言中，几乎听不到不同声音。唯比成无己稍晚的刘完素曾提出过不同看法，他认为：“或吐者，止后服，凡诸栀子汤，皆非吐人之药，以其燥热郁结之甚，而药顿攻之，不能开通，则郁发而吐。”<sup>⑥</sup>可惜刘完素的看法在一派栀子豉汤为吐剂的声言中被湮没。此后，王好古一方面认为栀子豉汤为吐剂，另一方面又认为栀子本非吐药。为此刻意曲解，以求圆通其说，他言：“仲景用栀子治烦，胸为至高之分也，故易老云轻浮而象肺也，色赤而象火，故能泻肺中之火。《本草》不言吐，仲景用此为吐药，栀子本非吐药，为邪气在上，拒而不下，故令上吐，邪因得以出。”<sup>⑦</sup>好古言“仲景用此为吐药”颇有以己意强加仲景之嫌。汪琥通过临床实践，提出自己的看法：“栀子豉汤，仲景虽用以吐虚烦之药，余曾调此汤

① 成无己，《伤寒明理论》，上海：上海科学技术出版社，1959.19

② 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.48

③ 王肯堂，《证治准绳·伤寒》，上海：上海科学技术出版社，1959.241~242

④ 张卿子，《张卿子伤寒论·卷三》

⑤ 程应旆，《伤寒论后条辨·卷六》

⑥ 刘完素，《伤寒直格·卷下》

⑦ 王好古，《汤液本草·卷下》

与病人服之，未必能吐，何也？盖梔子之性苦寒，能清胃火润燥；豉性苦寒，微甘，能泻热而兼下气调中，所以其苦未必能使人吐也，医工必欲升散火郁，当于病人喉中探之，使吐可耳。”<sup>①</sup>汪琥虽能提出疑问，且在自己的实践中证明本方“未必能吐”，但仍未能脱离前人指认梔子豉汤为吐剂的羁绊。至张志聪时，他对梔子豉汤为吐剂的说法，提出质疑，发表了与他的老师张卿子不同的见解，他说：“旧本有一服得吐止后服七字，此因瓜蒂散中有香豉而误传于此也，今为删正。”又云：“元人王好古曰，‘本草中并不言梔子能吐’，奚仲景用为吐药？嗟嗟！仲祖何曾为吐药耶？即六节中并不言一吐字，如瓜蒂散证，则曰‘此为胸有寒也，当吐之’，况既汗吐后，焉有复吐之理，此因讹传讹，宜为改正。”<sup>②</sup>对此，后世曾有人评论，张氏在学术上虽有守旧倾向，但在理论研究上，并非人云亦云，而能独立思考，提出看法。张志聪的“侣山堂”同学张锡驹亦持有同样的看法，认为：“梔子豉汤，旧说指为吐药，即王好古之高明，亦云《本草》并不言梔子能吐，奚仲景用为吐药，此皆不能思维经旨，以讹传讹者也。”<sup>③</sup>二张极辩梔子豉汤为吐剂之误，力断梔子豉汤非为吐剂是非常正确的。由于张志聪设“侣山堂”，召集同学门第论医，自顺治中至康熙初年，数十年间，学者趋往者众，因此其说影响广泛。对此丹波元简曾给予评价曰：“成氏而降诸家，率以为吐剂，特志聪、锡驹断为非吐剂，可谓卓见矣。”<sup>④</sup>由于二张此说影响较广泛，丹波元简的评论当不无道理。但是必须指出，在二张之前约500年的刘完素对此早已指出：“凡诸梔子汤，皆非吐人之药。”刘完素与成无己几乎为同时代人，但在《伤寒论》研究方面的影

① 汪琥，伤寒论辨证广注，上海：上海科学技术出版社，1959.81

② 张志聪，《伤寒论集注·卷一》

③ 张锡驹，《伤寒论直解·卷二》

④ 丹波元简，伤寒论辑义（合订本），北京：人民卫生出版社，1983.94

响却远不及成无己。

张志聪虽断梔子豉汤非为吐剂且具影响，但是，他终未能理解“得吐者，止后服”之深意，认为吐下之后虚烦，无复吐之理，此因瓜蒂散用香豉而误传之也，从而认为这是《伤寒论》传说，故断言“今为删正”。而此举颇伤武断，矫枉过正，有失允当。其实第79条梔子厚朴汤，第80条梔子干姜汤，虽均无香豉，而方后注仍有“得吐者，止后服”六字。这说明，此六字并不象张志聪所云：“因瓜蒂散用香豉，而误传之也。”

本证虚烦乃胃脘空虚饥饿之状，搅扰纠结、恶心欲吐之感；懊憹乃虚烦之甚，系胃脘灼热嘈杂，欲吐不吐之感。在此状态下，得梔子豉汤偶有呕吐，则是非常合乎病情变化的。故汪琥据实践指出“与病人服之未必能吐”。其言外亦含“未必不吐”之意。对此，陈元犀尝云：“愚每用此方，服之不吐者多，亦或有时而吐，要之吐与不吐，皆药力胜病之效也。”<sup>①</sup>火郁胃脘，灼热嘈杂之证，服梔子豉汤得吐后，病情必得缓解，在此情况下，“止后服”，在理法之中。所谓“得吐者”，并非药入即吐，一个“得”字，蕴含着服梔子豉汤后由不吐而至吐之过程。

梔子，《神农本草经》谓：苦寒，主五脏邪气，胃中热气；《名医别录》谓：大寒，治胸中、心、大小肠，大热，心中烦闷，胃中热气。豉，《名医别录》谓：苦寒，主治伤寒头痛寒热，瘴气恶毒，烦躁满闷，虚劳喘吸。关于服梔子豉汤得吐，众注家多不是从病情切入，而是从方药探究。尤其是从豆豉上找原因，或谓豆豉气味轻薄，或谓豆豉腐臭令人恶心云云。汪琥的观点极具代表性，他说：“用豉法，须陈腐极臭者，能使人吐。方中云香豉，恐医工用豉，反取新制而气不臭者，无怪乎其不能使人吐也。”<sup>②</sup>汪氏所言差矣，若但以极臭法令人生吐，何必独用豉焉！

<sup>①</sup> 陈元犀，《长沙方歌括·卷三》

<sup>②</sup> 汪琥，《伤寒论辨证广注》，上海：上海科学技术出版社，1959.81

按，豉，《神农本草经》不载，且仲景所用之香豉，其制做方法、气味今已不可确考，但距其约 300 年的陶弘景所论之豆豉，对今人理解仲景用豉，当不无启发。陶弘景尝云：“豉，食中之常用，春夏天气不和，蒸炒以酒渍服之，至佳。”又云：“依康伯法，先以酢、酒漉蒸曝燥，麻油和，又蒸曝，凡三过，乃末椒、干姜屑合和以进食，胜今作油豉也。”<sup>①</sup>可见仲景至陶弘景时代所用之香豉是以酒醋浸沃蒸制，可作进食佐肴，并不以腐臭为特征。所以仲景称其为“香豉”。这与汪琥等清代注家所见、所言之豆豉当有所不同。清代药肆中豆豉作法，当是如《本草纲目》所载之“造淡豉法”：“用黑大豆二三斗，六月内淘净，水浸一宿，沥干，蒸熟取出摊席上，候微温，蒿覆，每三日一看。候黄衣上遍，不可太过。取晒簸净，以水拌，干湿得所，以汁出指间为准。安瓮中，筑实。桑叶盖，厚三寸，密封泥，于日中晒七日，取出，曝一时，又以水拌入瓮。如此七次，再蒸过，摊去火气，瓮收筑封即成矣。”<sup>②</sup>经过这样酿蒸曝晒加工的豆豉，外皮黑色，上有黄灰色膜状物，质脆，有霉臭味。不言而喻，用这样的方法所制作的豆豉绝不是仲景所用之“香豉”。

正如王好古所云，《神农本草经》不言梔子能吐，同样，《名医别录》亦不言豆豉味臭催吐。所以，本证用本方得吐，全不在方药之力，而在于胃脘搅扰纠结、嘈杂恶心欲吐之病势。或问，豆豉若不能吐，瓜蒂散用之何意？答曰，《伤寒论》第 166 条、第 355 条用瓜蒂散，方用“香豉一合，用热汤七合，煮作稀糜，去滓，取汁合散”。此用香豉不是以臭味或腐味催吐，而是“煮作稀糜去滓取汁合散”，意在既顾护胃气而又不碍吐。仲景用香豉和胃调中之秘，在 1300 年之后的《本草纲目》中才被认识到。

① 陶弘景，本草经集注（尚志均辑校），北京：人民卫生出版社，1994.504

② 李时珍，本草纲目，北京：人民卫生出版社，1978.1527

李时珍把它概括为“下气调中”<sup>①</sup>。瓜蒂散之吐力，全在瓜蒂不在豆豉，当已明晰。而《金匱要略·痉湿喝病脉证治》之一物瓜蒂汤更可为之佐证。又，本论第393条，大病差后劳复者，枳实栀子豉汤主之。方用枳实炙三枚，栀子十四个，豉一升。与栀子豉汤对比，栀子用量相同，栀子豉汤用豉仅四合。与第79条栀子厚朴汤对比，栀子厚朴汤有厚朴四两，虽无豆豉，但方后亦云“得吐者，止后服”。相比之下，枳实栀子豉汤虽用豉达一升之多，但服后并不言吐。从中亦可见，吐与不吐不在栀子和豆豉，而在病势。

栀子豉汤，栀子、豆豉配伍，外能宣透肌表浮游之热，内能清泄胃脘积郁之火，安中和胃以调治胃脘之虚烦懊侬，亦即搅扰纠结、嘈杂恶心欲吐之状。张德超先生治一人，因强食热物后，曾吐血数口，旋即膈内拒痛，连及胃脘，食入则膈痛加剧，脘痞嘈杂，懊侬不安，不欲饮食，舌质红，苔薄黄，脉滑。用栀子豉汤加黄连1.5g，蒲公英9g，3剂膈痛痊愈，亦能进食。<sup>②</sup>又，俞长荣先生治病人郑某，胃脘痛，医治不减，反增便秘。证见，胸中满闷不舒，懊侬欲吐，辗转难卧，食少神疲，历七八日，按其脉沉弦而滑，验其舌黄腻而浊，检其方多桂附香砂之属，此本系宿食为患，初只须消导之品，或可获愈。今迁延多日，酿成夹食致虚，补之固不可，下之亦不宜，乃针对心中懊侬欲吐二证，投以栀子生姜豉汤，生栀子三钱，生姜三钱，香豉五钱，分温作两服。服药进剂后，诸证均瘥，昨夜安然入睡，今晨大便已下，并进食少许。<sup>③</sup>上述两例栀子豉汤的应用均在胃脘部的疼痛、嘈杂欲吐。第二例特别指出，病人服栀子豉汤之后，未发生呕吐。对于栀子豉汤的应用，冉雪峰先生有一段话说得极好：“盖病为吐

① 李时珍，本草纲目，北京：人民卫生出版社，1978.1528

② 王琦，等，经方应用，银川：宁夏人民出版社，1981.223

③ 俞长荣，伤寒论汇要分析，福州：福建科学技术出版社，1985.106

病，而方非吐方，故有吐有不吐，用于本证吐，用于它证并不吐，吐则郁闭开，胸膈松快，中病即止，勿俾过量，得吐止后服，气相合为得，吐而曰得，吐原不误。不吐之吐，吐不大吐，恰到好处。”<sup>①</sup>冉先生的评论也是恰到好处的。

## 白虎汤证与白虎加人参汤证

白虎汤始见于《伤寒论》第176条：“伤寒，脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”此条多数注家认为“里有寒”传写有误。本证浮滑的脉象，反映出里热炽盛，充斥内外之病机，且以白虎汤主之，因此“里有寒”不可解，阙疑可也。而康平本《伤寒论》，本条则作“伤寒，脉浮滑，白虎汤主之。”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。”若结合本条讨论，那么白虎汤证的主要表现是身热，汗出，口渴，脉滑。如果再结合第350条“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”来看，白虎汤证是一个动态过程，当白虎汤证的病势进一步发展时，则会出现脉伏、肢体厥冷等真热假寒征象。这时，里热已不仅仅是炽盛，而且已达到结聚的程度。吴塘撰著《温病条辨》，结合温病的治疗，对白虎汤的应用进行了阐释，提出：“太阴温病，脉浮洪，舌黄，渴甚，大汗，面赤，恶热者，辛凉重剂白虎汤主之。”又“形似伤寒，但右脉洪大而数，左脉反小于右，口渴甚，面赤，汗大出者，名曰暑温，在手太阴，白虎汤主之。”又“白虎本为达热出表，若其人脉浮弦而细者，不可与也；脉沉

<sup>①</sup>冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982.186

者，不可与也；不渴者，不可与也；汗不出者，不可与也。常须识此，勿令误也。”吴塘用白虎汤治疗温病，并对其进行的阐释无疑是正确的，但后人据此把《伤寒论》白虎汤证的证候表现归纳成所谓的“四大症”即大热、大汗、大渴、脉洪大，其说显然与仲景书原旨相悖，与《伤寒论》有关白虎汤证的论述相对照，不难发现，在白虎汤证中，热、渴、汗、脉滑都是有的，这是阳明里热炽盛所致。在热、汗、渴的前面冠以“大”字，其目的是表述热、渴、汗程度之严重。但若证见大汗、大渴、脉洪大，则已非白虎汤所能及了。病情至此，则说明了病机已不仅仅是里热炽盛，而已达到耗津伤阴，壮火食气的程度了，此已属白虎加人参汤证的范围。

《伤寒论》第26条：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”第168条：“伤寒若吐若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。”第169条：“伤寒，无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。”第170条：“伤寒脉浮，发热无汗，其表不解者，不可与白虎汤。渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。”第222条：“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。”《金匱要略·痉湿喝病脉证治》：“太阳中热者，喝是也，汗出恶寒，身热而渴，白虎加人参汤主之。”纵观仲景书对白虎加人参汤证的论述可见，白虎汤证与白虎加人参汤证，在症状方面的最显著差别，就是口渴的程度不同。仲景为揭示渴的程度不同，对白虎加人参汤证口渴作了突出的表述：“大烦渴不解”，“大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升”，“烦渴”，“渴欲饮水，口干舌燥”等等。在白虎汤证中，虽然也有口渴症状，但这个口渴决不会口干舌燥，或欲饮水数升，故仲景仅表述为“口不仁”而已，即口干、口舌不敏之感。

分析仲景对白虎汤证的论述，可见，后世注家以及当今一些教科书把大热、大汗、大渴、脉洪大所谓四大症，指称为白虎汤证的主症，是缺乏根据的。这不仅混淆了白虎汤证与白虎加人参汤证的应

用指征,而更重要的是把大汗与大热并列,已远远地脱离了临床。

仲景组方,法度严谨,已为后世所称道。在仲景书中,因一味药物之有无,因一味药物用量之多少,而构成不同的方剂,这是不乏其例的,这些方剂都有自己不同的应用指征,形成不同的证候规范。如桂枝汤证兼见太阳经输不利之项背强几几时,仲景在桂枝汤的组成中,调整药物用量,再加一味葛根,以升津液,而命之曰桂枝加葛根汤,从而形成了与桂枝汤主治不同的新的证候规范,这就是桂枝加葛根汤证。后世几乎没有人把桂枝汤证与桂枝加葛根汤证相混同。但是,把白虎汤证与白虎加人参汤证混同者却是大有人在。这是一种误解,其影响及于临床和教学。

张锡纯先生“精细体验白虎汤的用法”,尝云:“凡服白虎汤之脉,皆当有滑象脉。滑者,中有热也。”先生曾治一人患伤寒热入阳明之腑,脉象有力而兼硬,时作谵语,按此等脉,原宜投以白虎加人参汤,而竟投大量的白虎汤,分数次温饮下,翌日视之,热已见退,而脉搏转数,谵语更甚,乃恍然悟会,改投白虎加人参汤,煎一大剂,分三次徐徐温饮下,尽剂而愈。先生深有体会地指出“白虎汤证其脉宜见滑象,脉有硬象即非滑矣。此中原有阴亏之象,是以宜治以白虎加人参汤,而不可但治以白虎汤也。自治愈此案之后,凡遇其人脉数或弦硬,或年过五旬,或在劳心劳力之余,或其人身形素羸弱,即非在汗吐下后,渴而心烦者,当用白虎汤时,皆宜加人参。”<sup>①</sup>

先生此段议论,对认识白虎汤证和白虎加人参汤证之病机,当不无启发。

由汗出发展至大汗,由渴发展为大渴,这不仅仅说明里热炽盛,而更重要的是,反映出在病机方面,在实热的底面,还潜在有阴虚津亏的因素。若一方面立足于实热,一方面又把握住这个

<sup>①</sup> 张锡纯,医学衷中参西录(合订本),石家庄:河北人民出版社,1974.440—

“虚”字，那么，白虎汤证与白虎加人参汤证则是不辨而自明矣，非独拘于大渴大汗之一症也。

分析本例与仲景书中关于白虎汤证以及白虎加人参汤证的论述，可见，即使把所谓“四大症”冠于白虎加人参汤证之上，也是违背临床的。若把“四大症”作为临床辨证用药之依据，则又更陷于谬误之中了。

## 大承气汤与小承气汤

大承气汤，仲景书中约见 32 次之多，其中《伤寒论》约 21 见。其最主要的功用是通便泄热，用于肠道燥结，或热结旁流或燥热内盛之发痉。《伤寒论》中运用大承气汤的代表条文是第 208 条：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘。有潮热者，此外欲解，可攻里也。手足濇然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。”小承气汤，仲景书中包括附方凡 8 见，论中有代表性的条文是第 213 条：“阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必硬，硬则谵语，小承气汤主之。”其主要功效在于行气导滞通便。大承气汤与小承气汤均以承气命名，又以大小别之，说明二者之间的内在联系和区别。承，从手，上奉之意。承气，意在使胃肠之气上下接续相贯。肠道滞结不通是因为气不得相贯。《灵枢·平人绝谷》云：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更虚更满，故气得上下，五脏安定，血脉和利，精神乃居。”若胃肠但满不虚，气不得上下，必结滞不通。大小承气汤均有大黄、枳实、厚朴，若与调胃承气汤对看，曰承气，根由全在大黄。邹澍指出：“有用枳朴者，有不用枳朴者，有用芒硝者，有不用芒硝者，有用甘草者，有不用甘草者，唯大黄则无不

用，是承气之名，固当属之大黄。”<sup>①</sup>岂止三承气，若结合桃核承气汤看，此确属精论。

大黄，《神农本草经》称，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。曰承气虽缘于大黄，但由于大小承气汤中大黄用量均是四两，所以曰大小则不在于大黄，而在于枳朴的用量和芒硝的有无。大承气汤重用枳朴且加用芒硝，所以力峻为攻，小承气汤与大承气汤相比，枳朴用量偏少，且无芒硝，故力缓为和。

小承气汤的应用，比大承气汤，显得灵活而多变。在特定情况下，小承气汤对大承气汤有一定的补充作用和替代功能。小承气汤的常规用法是以第 208 条的服用方法为代表。第 208 条云：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，……若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。”方用大黄四两，厚朴二两，枳实三枚，“以水四升，煮取一升二合，去滓，分温二服”。这种每服六合的用法，目的在于和胃导滞通便，此正如成无己所云：“大热结实者，与大承气汤；小热结实者，与小承气汤。”<sup>②</sup>

小承气汤的第 2 种服用法是以第 209 条和第 251 条的用法为代表。特点是服用量不足六合。第 209 条云：“阳明病，潮热，大便微硬者，可与大承气汤。不硬者，不可与之。若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之。”第 251 条：“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与，微和之，令小安。”第 209 条强调阳明病必须是大便硬与潮热并见，才能说明肠道有燥屎，才可以应用大承气汤。如果不大便六七日，未见潮热，肠道是否有燥屎？如果有燥

① 邹澍·本经疏证，上海：上海科学技术出版社，1957.262

② 成无己·注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.133

屎又怎样用药？第208条指出：“其热不潮，未可与承气汤。”在这里仲景提出了一个变通的方法，即用小承气汤以低于常规服法的用量，少少与之进行试探，这就是论中所谓的“欲知之法”。汤入腹中，若转矢气，说明肠道中有燥屎，“乃可攻之”，可以放手使用大承气汤；若不转矢气，则说明肠道无燥屎。仲景告诫：“不转矢气者，慎不可攻也。”本法的应用目的在于试探。

第251条，“烦躁，心下硬”，说明阳明有热。但心下硬，又不同于腹满不通，同时脉搏尚未充实有力，而显得“弱”，所以选用小承气汤，“少少与，微和之”，少量服用，以达微和少安之目的。本法的应用目的不是试探，而是一种权宜的缓急之法。待大承气汤的应用指征具备，再选用大承气汤。小承气汤的这种用法体现出了它对大承气汤应用的补充作用。

小承气汤的第3种用法是以第214条和第215条中间一节所体现出的服用法。第214条：“阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之。因与承气汤一升，腹中转气者，更服一升。”第251条是“先少少与，微和之，令小安，至六日与承气汤一升。”此两处服用法的特点是在用量上均大于六合的常规服用量。第214条谵语发潮热，按第215条、第220条所论，谵语与潮热并见，当是大便已硬或有燥屎，腑实已成，本当投以大承气汤，但大承气汤证脉象当沉实有力。而本条则为脉滑而疾，滑虽提示有热，但脉疾一息七八至之多，其虚象堪虑，虽然诸症状似实，但有潜在阴虚之病机。故弃大承气汤而改用小承气汤加大服用量至一升以替代大承气汤。这样，一方面可以达到荡涤实热结滞之目的，同时又避免了大承气汤峻下伤正之虞。第251条，得病二三日，出现烦躁、心下硬，至四五日，先以少量小承气汤和之，缓解病情而令小安。若仍不大便，诸症仍在，则以小承气汤一升服之。此处的用法在于弥补这样的一种不足：用大承气汤必须掌握“须小便利，屎定硬”的时机，否则“未定成硬，攻之必溏”。而若用小承气汤按常规量服用（六合），则对“烦躁心下硬，不大便六七日”这样的病情、病势力不能及，所以用变通之法，选用

小承气汤加大服用量至一升,以弥补选方用药上的不足。在这里,小承气汤起到了替代大承气汤的作用。这种先服小剂,后服大剂的治疗方法与柴胡汤同,而以小剂加大服用量替代大剂的方法,则是小承气汤独具之特点。

## 少阳病与柴胡汤证

《伤寒论》中每一个方都有自己的主治,这是通过有关条文的表述而形成的。如论中“病如桂枝证,头不痛,项不强……”,“有柴胡证,但见一证便是”等。这种以方命证的方法,被后世学者所接受并因袭效仿。据此,后世学者从《伤寒论》中总结出麻黄汤证、葛根汤证、白虎汤证、承气汤证,等等。太阳病有麻黄汤证和桂枝汤证。麻黄汤证、桂枝汤证虽属于太阳病,但却不等同于太阳病,这在逻辑上是毋庸置疑的。但是,在少阳病与柴胡证的关系方面,在逻辑上陷于矛盾之中者,却不乏其人。

《伤寒论》中,少阳病和柴胡汤证,既有联系又不相同。这从条文内容的表述和条文序列中可见。太阳病篇、少阳病篇、阳明病篇、厥阴病篇,以及阴阳易差后劳复病篇中,都有关于小柴胡汤证的论述。后世注家多把柴胡汤证统称为少阳病,这种认识,在《伤寒论》研究史上颇有影响。溯其源,柴胡汤证和少阳病的关系混淆当始于方有执。方氏把太阳病篇中的第96条“伤寒五六日,中风,往来寒热……”指认为少阳病,认为“此少阳之初证,叔和以无少阳明文,故犹类此,凡如此者,今皆从之”<sup>①</sup>。方氏《伤寒论条辨》致启后人改窜移易曲解之渐。此后,

<sup>①</sup> 方有执. 伤寒论条辨. 北京:人民卫生出版社,1957.30

各注家多将有小柴胡汤字样的条文移窜于少阳病篇内。喻嘉言称：“仲景少阳经之原文，叔和大半编入太阳经中，昌殊不得其解。”“此等处窃不敢仍叔和之旧”，于是“将治少阳之法悉归本篇”<sup>①</sup>。这样，喻嘉言就把有关柴胡汤证治的条文都归并于少阳病篇内。从方有执指责王叔和编次有误，至喻嘉言付之于行动而重新编次，从而使少阳病与柴胡证的概念相互牵混。喻嘉言把太阳病篇第96条，“伤寒五六日，中风，往来寒热……”作为少阳病提纲而移至少阳病篇首。至程应旆时，则又将本条列在“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也”之后<sup>②</sup>。而舒驰远则又对程氏之编次提出异议云：“初则从之，今觉有误，当复易转”<sup>③</sup>。这样又把第96条列为少阳病篇首。至《医宗金鉴》时，作为一个时期的钦定教科书，把有关柴胡汤的条文都归并于少阳病篇内，影响极大。由此在《伤寒论》研究史上，注家们多根据自己的理解，把有关柴胡汤证的条文和少阳病条文混编在一起。虽然这些编次的具体序列不同，但其指导思想则是一致的，即柴胡证就是少阳病，少阳病也就是柴胡证。

张隐庵用气化学说解释少阳病和柴胡汤证的发生机理，以及它们之间的关系。与方有执、喻嘉言的看法不同，张氏的阐发虽有晦涩之感，但他所表达的观点则给人以启迪。他诘问道：“前人何据，谓小柴胡为少阳之主方耶？”<sup>④</sup>他提出，小柴胡汤的作用是“从枢转而达太阳之气于外者也”<sup>⑤</sup>。认为小柴胡汤是调动少阳的枢转机制而使太阳之气畅达于外。这就是说，小柴胡汤治疗的是太阳病，是把太阳之逆气，藉少阳之枢转而畅达于外。关于这一点，陈修园阐发得更为明确，他说：“太阳之气不能从胸出入，逆

① 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991，103

② 程应旆，《伤寒论后条辨·卷九》

③ 舒驰远，《新增伤寒集注·卷七》

④ 张志聪，《伤寒论集注·卷三》

⑤ 张志聪，《伤寒论集注·卷二》

于胸膈之间，内干动于脏气，当藉少阳之枢转而外出也。”<sup>①</sup>在张隐庵、陈修园看来，小柴胡汤治疗的不是少阳病，而是太阳之气运行失调。他们认为，小柴胡汤证不是少阳病。

冉雪峰先生对此阐述得更为明确，他说：“不得以太阳的少阳证为正值的少阳证，亦不得以阳明的少阳证为正值的少阳证。界畔必须分明，义理务求贯通。”<sup>②</sup>冉氏的意思是：太阳病的柴胡证、阳明病的柴胡证，不可以和典型的（正值的）少阳病相混。冉氏在解释小柴胡汤方药时指出：“太阳有柴胡证、柴胡方，阳明亦有柴胡证、柴胡方”，“彼为太阳柴胡证，不是少阳病，有是证用是药，此为少阳病，少阳病不仅局限柴胡一方，在他篇有柴胡加桂枝，柴胡桂姜汤，柴胡加龙牡，柴胡加芒硝，大柴胡用大黄等等。”<sup>③</sup>冉雪峰先生在这里道出了柴胡证与少阳病的异同，为正确认识柴胡证和少阳病之间的关系，提供了一个前所未有的思路。

第264条：“少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦者，不可吐下，吐下则悸而惊。”张隐庵解释说：“此少阳自受之风邪，盖少阳初阳之气，自下而上，由内至外，则耳目聪明，若中于风，则少阳之气反从上而下，从外而内。”他在诠解第265条，伤寒脉弦细，头痛发热者，属少阳时说：“此少阳自受之寒邪，伤寒脉弦细者，少阳之脉弦，气为邪伤则弦细，夫脉弦细而头痛发热，此属寒伤少阳。”<sup>④</sup>在众多的注释中，张隐庵的解释尤为恰当。他指出，少阳病是外邪直接中于少阳，少阳初阳之气被外邪郁闭而成。少阳初阳之气就是少火，少火被郁，则会出现口苦、咽干、目眩。

① 陈修园，《伤寒论浅注·卷二》

② 冉雪峰，《冉注伤寒论》，北京：科学技术文献出版社，1982.553

③ 冉雪峰，《冉注伤寒论》，北京：科学技术文献出版社，1982.562~563

④ 张志聪，《伤寒论集注·卷三》

少阳病是少阳自受外邪而发的，是少阳气化之为病，以口苦、咽干、目眩为代表症状。柴胡汤证是由太阳病或其它病演变发展而来的，其发生的主要机制是邪结胁下，阳气出入枢机不利，是少阳分野之为病，以往来寒热为特点。

柴胡汤证是气结为患，病有痛处，邪结胁下为其常。由于胁下为少阳之分野，所以若泛称柴胡汤证为少阳病亦未尝不可，但柴胡证终不属“正值的少阳证，界畔必须分明”。

治少阳病和柴胡证都用小柴胡汤。但“方同义同，用法不同，目的不同”<sup>①</sup>。治少阳病意在升散郁火，治柴胡证意在枢转达邪于外。论中第101条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。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。”本条柴胡汤证误用下法，正气受挫，复用柴胡汤，可蒸蒸而振，战汗而解，这反映的是正邪交争，正胜邪退，这正是小柴胡汤的枢转作用的体现。

小柴胡汤能治少阳病，但小柴胡汤证不都属于少阳病。我们还是借用张隐庵的那句话来总结这个论题，“前人何据，谓小柴胡为少阳之主方耶”！

柴胡汤虽有大小之分，但均以柴胡为正药，方以药名，体现出同中有异和异中有同之格局。柴胡，在中药学、方剂学中讲入肝胆经，疏肝解郁升阳，这是对的。但药物归经学说源于宋金时代的张元素。张氏著《脏腑标本寒热虚实用药式》，系统阐述药物性味的作用和归经的关系。在其《珍珠囊》中指出柴胡“入足少阳胆、足厥阴肝、手少阳三焦、手厥阴心包络”。而讲柴胡疏肝解郁升阳则基本上是《滇南本草》和《本草纲目》的认识。因此，用这样的认识去理解《伤寒论》中的柴胡，有强加于古人之嫌，不符合张仲景用柴胡的思路。柴胡，《神农本草经》味苦、平，主心腹，去肠胃中结气，饮食积聚，寒热邪气，推陈致新。

① 冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982.217

仲景之后，陶弘景总结了仲景时代及其之后 300 多年的实践对柴胡的认识：“除伤寒心下烦热，诸痰热结实、胸中邪逆，五脏间游气，大肠停积水胀”等。前者是仲景用柴胡的依据，后者包涵了仲景及其同时代人对柴胡的理解和体会。《伤寒论》第 97 条：“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下，正邪分争，往来寒热，休作有时，嘿嘿不欲饮食，脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也，小柴胡汤主之。”本证服小柴胡汤之后，上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。上焦不通则气阻不行，寒热邪气结聚，必致肠胃结气，饮食积聚，故嘿嘿不欲食，心下烦热，心下急，郁郁而烦；由于胸中邪逆，五脏间游气，故胸胁苦满，心下痞硬。

大小柴胡汤，虽均属枢转内外、两解表里之剂，但小柴胡汤以黄芩、半夏为佐，意在调气，其势向外。大柴胡汤以枳实、芍药为辅，意在降泄，其势偏里。大柴胡汤仲景书凡 4 见。《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。”第 165 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。”第 103 条：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。”《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证并治》：“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。”大柴胡汤由柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣组成或加大黄。本方功在枢转并开心下结气，其治疗重心不在胁下而在心下或心中，故曰心下急，心中痞硬。与小柴胡汤比较，其证更偏里一些。故《医宗金鉴》有云：“柴胡证在，又复有里，故立少阳两解之法。以小柴胡汤加枳实、芍药者，解其外以和其内也。”<sup>①</sup>实际上仲景是先立小柴胡汤，后设大柴胡汤，大柴胡汤是小柴胡汤加减而制。对此，钱天来尝云：“大

① 吴谦，等，医宗金鉴，北京：人民卫生出版社，1982.197

柴胡者，以小柴胡为主治而增减以大其用也”<sup>①</sup>。大柴胡汤对于小柴胡汤来说，有补充性，在一定情况下，可据病情递进应用，先用小柴胡汤平调气机，再接着用大柴胡汤降气通下。如第103条，太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡，呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。这种以大补小，递进应用的方式，成为柴胡汤大小命剂的特点之一。

## 桂枝去芍药汤与桂枝加芍药汤

桂枝去芍药汤与桂枝加芍药汤，一减一加其思路源于桂枝汤。因此，要讨论桂枝去芍药和桂枝加芍药，首先必须从桂枝汤讲起。在仲景书中，桂枝汤之所以称之为桂枝汤，就是因为桂枝三两、芍药三两。本方桂枝与芍药用量一旦变化，那么在仲景的思路中，已不再是桂枝汤了。所以在仲景书中，桂枝去芍药、桂枝加芍药与桂枝去桂、桂枝加桂，它所表达和强调的，都是桂枝和芍药之间的关系。

桂枝汤中桂枝三两、芍药三两，其立意在于寒热并用，平调阴阳，用于阳浮而阴弱或卫强营弱。《金匮要略·水气病脉证并治》有云：“黄汗之为病，身体肿。发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉自沉，何从得之？师曰：以汗出入水中浴，水从汗孔入得之，宜芪芍桂酒汤主之。”芪芍桂酒汤由黄芪五两，芍药三两，桂枝三两，苦酒一升组成。本方虽以黄芪为君，但其基本结构却是芍药、桂枝各三两。本证身肿，状如风

<sup>①</sup> 钱潢：《伤寒溯源集》，上海：上海卫生出版社，1957：261

水，系水湿外侵，营卫失调；营行脉中，卫行脉外，营卫运行不畅，水湿滞而不行。本方用桂芍之立意仍宗桂枝汤。

桂枝汤中用桂枝、甘草、生姜泄其亢浮之卫阳；用芍药、甘草、大枣调其走泄之营阴。桂枝与芍药寒热互制，动静相宜，其意在求一个“和”字。仲景明言，桂枝汤证的病机是“阳浮而阴弱”或“营弱卫强”亦即“卫气不共营气谐和故尔”。用桂枝、芍药各二两的目的就是要把阳浮阴弱或营弱卫强的状态，重新调整为阴平阳秘、营卫协和的状态。

第29条有云：“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝，欲攻其表，此误也。得之便厥。咽中干，烦躁，吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸”。此处用芍药甘草汤虽未明言“以复其阴”，但与前文甘草干姜汤“以复其阳”相对照，则芍药甘草汤之“以复其阴”当是省文，不言而喻。由此可见，芍药在桂枝汤中的作用是“益阴气”。尽管《神农本草经》只言芍药“益气”，但由于其味苦性寒，所以仲景在桂枝汤中、在芍药甘草汤中用芍药，意在益阴气则是显而易见的。

本论第21条：“太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之。”本证属太阳病下后，阳气受挫，但不甚严重，从脉促胸满中，可见其病机仍有向上向外之趋势，故仲景用桂枝汤去性寒阴沉之芍药。桂枝汤去掉芍药，单用桂枝、生姜、甘草、大枣，则动而无静，几成纯阳发散之剂，意在强化其振奋阳气之功，以挽受挫之胸阳。若受挫程度比此更严重一些，再加附子一枚以温生阳，这就是桂枝去芍药加附子汤。从本方加用辛热温阳的附子，可进一步领略仲景去芍药之要义。

桂枝附子汤的基本结构虽然仍是桂枝去芍药加附子汤，但由于本方重用桂枝和附子，桂枝用到四两，比前者多一两，附子用三枚，比前者多一枚，所以其立意一方面振奋阳气，而另一方面更突出了驱寒逐湿之力。第174条曰：“伤寒八九日，风湿相

搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕，不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。”本证阳虚湿盛，当治以温阳化湿。本方不用芍药也在于避其阴寒之性。

第112条：“伤寒，脉浮，医以火迫劫之，亡阳，必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。”本证是火劫发汗导致亡阳，心神浮越，病机重点是亡阳，故用桂枝、甘草以壮心阳，芍药阴寒有抑阳之嫌故去之。

《金匱要略·水气病脉证并治》有云：“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍加麻辛附子汤主之。”本证阴寒内盛，阳虚至甚，水不化气，水停为饮，滞留心下，故心下坚，大如盘。本证几近水寒肆虐，桂枝汤去阴寒之芍药加麻黄细辛附子，一派辛热，意在温通周身阳气，彻表彻里，通利气机，发散水邪，重在“通”和“散”上，服后当汗出。方中虽无利水之品，但阳气一通，水饮四散，内外分消，此属治本之法，虽不利水，而水自去。本方纯热辛散，走而不守，故芍药在必去之中。

综上所述，仲景用桂枝汤去芍药，不论再加用什么药物，其立意都在于突出或强化桂枝配甘草的温阳作用。从而说明在仲景的用药思路中，桂枝汤去芍药意在避其助寒抑阳之弊。

第62条云：“发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。”本证汗后营虚血少而身疼，仲景于桂枝汤中，重用芍药、生姜，再加补五脏、安精神、定魂魄的人参，变平调阴阳的桂枝汤为补益营血之剂。在三两桂枝、四两人参、四两生姜的监制下，芍药益阴而不抑阳，行滞而不开破。

第279条：“本太阳病，医反下之，因而腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之。”本条与第21条对比，都是太阳病误下，但下后变证不同，第21条所述之证是脉促胸满，表邪将陷而未陷。第34条有云，“脉促者，表未解也”。故桂枝汤去阴寒

抑阳的芍药，独振受挫欲伸之胸阳，因势利导以散表邪。而本条之证属太阳病下后邪陷太阴，邪气结滞，腹满时痛。桂枝汤再加芍药三两，功在破滞。第 21 条胸满去芍药，本条腹满加芍药，可见芍药之用不在满。第 96 条，小柴胡汤证，腹中痛者，加芍药三两。第 317 条，通脉四逆汤证，腹中痛加芍药二两。《金匱要略·痉湿暍病脉证治》中，防己黄芪汤证，胃中不和者，加芍药三分，同书《水气病脉证并治》篇中，又指出本方腹痛加芍药。可见仲景在《伤寒论》第 279 条中，腹满时痛治以桂枝加芍药汤，重用芍药六两，其立意在于腹痛而不是腹满。芍药，《神农本草经》主邪气腹痛，除血痹，破坚积寒热，止痛，利小便。《名医别录》谓其酸寒，通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血。张志聪称其“气味苦平。风木之邪，伤其中土，致脾络不能从经脉而外行，则腹痛，芍药疏通经脉，则邪气在腹而痛者可治也”。<sup>①</sup>

邹澍对仲景用芍药的 60 余方进行了分析，归纳芍药“其功在合桂枝以破营分之结，合甘草以破肠胃之结，合附子以破下焦之结，其余合利水药则利水，合通瘀药则通瘀。其体阴则既破，而又有容纳之善。其用阳则能布，而无燥烈之虞”。邹氏进一步把它归纳为“破阴凝，布阳和”，“阴结破则阳气布”。<sup>②</sup>

先师李克绍先生在《神农本草经》和《名医别录》的基础上，总结了张志聪和邹澍的认识，指出仲景用芍药在于“破阴结、通脾络、益阴气、利小便”。先生归纳的十二个字，言简意赅，且深刻至甚。

芍药在附子汤中，重在破阴结以治身疼；在真武汤中，重在通脾络以治腹痛，配茯苓以利小便。真武汤方后注云：“下利去芍药”。本论第 280 条云：“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当

① 张志聪，《本草崇原·卷中》

② 邹澍，《本经疏证》，上海：上海科学技术出版社，1957.161

行大黄、芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也。”又《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》有云：“病者脉伏，其人欲自利，利反快，虽利，心下续坚满，此为留饮欲去故也，甘遂半夏汤主之。”本证“欲自利，利反快，虽利，心下续坚满”，甘遂半夏汤重用芍药五枚。上述仲景对芍药的慎用和重用，从不同的侧面反映出仲景对芍药开破之性的认识和理解。

在桂枝加芍药汤中再加饴糖一升即小建中汤。建中汤意在建中，之所以称之为建中汤，就是因为方中有饴糖一升。在仲景书中无饴不称建中（见本书《小建中汤与大建中汤》篇）。在小建中汤中，以一升饴糖冲和了六两芍药的开破之性，从而使其具有补和通的二重性。实际上，小建中汤是从以开破为主的桂枝加芍药汤向桂枝汤的另一层意义上的回归，故《伤寒论》第102条有云，伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。在此，小建中汤建补中焦以散表邪。又，小建中汤建补中气而兼通络行滞止痛，故在《金匱要略》中用于“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸痛，手足烦热，咽干口燥”；“男子黄，小便自利”；“妇人腹中痛”等。在《伤寒论》第100条中，用于伤寒，阳脉涩，阴脉弦，腹中急痛等。同时，在《金匱要略》中，还有建中汤系列方如虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之；妇人产后，虚羸不足，腹中刺痛不止，吸吸少气，或苦少腹中急摩、痛引腰背，不能食饮等，内补当归建中汤主之。在仲景书中，小建中汤，以及小建中汤系列方之用芍药，其功能皆不出上述之“破阴结、通脾络、益阴气、利小便”十二字。

综上所述，桂枝汤苦辛化合，寒热互济，功在平调阴阳；桂枝去芍药汤突出桂枝甘草之辛甘发散，意在温阳气；桂枝加芍药汤重用芍药酸苦涌泄为阴，意在破阴结；小建中汤方后注云：“呕家不可用建中汤，以甜故也”，所以建中汤味甘，功在甘缓建中，补虚通络止痛。

## 少阴病吴茱萸汤证

《伤寒论》第309条：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”本条历来是伤寒论研究和教学的难点之一。首先，本论把这一条所述之证归属于少阴病，为历来研究者所困惑。沈明宗曰：“此少阴并夹厥阴而乘胃也”，“用吴茱萸专驱肝肾之寒而下逆气。”<sup>①</sup>王子接口：“吴茱萸汤，厥阴阳明药也。厥阴为两阴交尽，而一阳生气实寓于中，故仲景治厥阴以护生气为重。”<sup>②</sup>《医宗金鉴》认为本证“名曰少阴病，主厥阴药者，以少阴、厥阴多合病，证同情异而治别也。少阴有吐利，厥阴亦有吐利；少阴有厥逆，厥阴亦有厥逆；少阴有烦躁，厥阴亦有烦躁。此合病而证同者也。少阴之厥有微甚，厥阴之厥有寒热；少阴之烦躁则多躁，厥阴之烦躁则多烦。盖少阴之病，多阴盛格阳，故主以四逆之姜附，逐阴以回阳也；厥阴之病，多阴盛郁阳，故主以吴茱萸之辛烈，迅散以通阳也”。《医宗金鉴》绕了一个大圈子，就是要说明本条之证不是少阴病而是厥阴病，或是少阴厥阴合病。“所以不用四逆汤，而用吴茱萸汤也”<sup>③</sup>。此后，学者亦多认为本条所述之证“并不是少阴病正治方法”，并再次提出疑问“本条冠以少阴，一派虚寒证，何以不用四逆汤而用吴茱萸汤？”因此又有学者提出，本条之证不是厥阴病，也不是少阴病，而是把它称之为类少阴病。其次是把本条和第296条对比。第296

① 沈明宗，《伤寒六经辨证治法·卷七》

② 王子接，《绛雪园古方选注·上卷》

③ 吴谦，等，《医宗金鉴》，北京：人民卫生出版社，1982，234

条：“少阴病，吐利，躁烦，四逆者，死。”有学者提出，同样都是少阴病，吐利、四逆、烦躁，为什么本条之证可用吴茱萸汤治疗，而第296条所述之证是死证呢？比如张璐诘问道：此条（第296条）与吴茱萸汤一条不殊，“何彼可治，而此不可治耶？”<sup>①</sup>舒驰远认定：“案此条（第296条）与前吴茱萸汤证无异，彼证未言死，此证胡为乎不主吴茱萸汤而断之曰死？是何理也？于中疑有缺文”<sup>②</sup>。总之，后世学者，在对比中，对本条所述之证与治，多有疑惑，致使本条成为伤寒论研究和教学疑点之一。

## —

下利与呕吐。

下利与呕吐在《伤寒论》中属常见症状，可有寒热虚实之分。在典型的少阴病中，下利与呕吐是阳虚阴寒内盛的外在表现之一。在《伤寒论》中，对阳虚内寒的下利治疗有两大法门。病在太阴，重在温中散寒，应用以干姜白术为主要结构的理中汤；病在少阴，重在驱寒回阳，应用以干姜附子为主要结构的四逆汤（包括通脉四逆汤和白通汤）。所以第159条有云：“……利不止，医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之”。利在中焦是局部虚寒，利在下焦是全身性虚寒，对全身性虚寒的下利，常规治法本当用四逆汤，驱寒回阳救逆以治本，然本条下利已经是滑脱不禁，故应用赤石脂禹余粮汤，涩肠固脱止利，此属治标应急之策，非治本之法。下利这个症状对于少阴病来说，具有特别的意义，所以论中第282条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日，自利而渴者，属少阴也。”由此可见，在少阴病的发病过程中，只吐不利，还不能算是典型

① 张璐玉·《伤寒续论·卷上》

② 舒驰远·《新增伤寒集注·卷九》

的少阴病，只有五六日出现自利而渴的症状，才是少阴病形悉具，才是典型的少阴病。因此，下利才是少阴病的主要症状。在治疗上，把下利作为重点，以回阳救逆治本为法。阳回寒祛，下利自止，呕吐自平。所以后世有学者指出，四逆汤以治下利为主。日人尾台榕堂认为“四逆汤主以下利逆冷”<sup>①</sup>，此论极有道理。

呕吐是少阴病的常见症状，但不是主要症状。纵观少阴病篇诸条文，呕吐或是作为或然症状出现，或是作为下利的伴随症状出现，或是表现轻微，“欲吐不吐”，“干呕”等，多属少阴里寒迫胃所致。唯有第309条吴茱萸汤证的呕吐具有明显的特点，而成为本证的最主要的症状，即呕吐剧烈，乃至于烦躁呼号欲死。本证呕吐，在病机上不仅仅是少阴阳虚阴寒之邪上逆迫胃所致，而更重要的是外邪侵袭，病发少阴，由于少阴病是全身性虚寒，所以在少阴病的发病总体过程中，形成了胃虚寒凝的局部过程，（当然也可以形成其他过程如真武汤证、四逆散证等），本证伴有胃脘部疼痛无疑。从标本关系上讲，少阴病的基本病机为本，胃虚寒凝为标。少阴病的基本症状下利、手足逆冷为本，呕吐、烦躁为标。但是，由于呕吐急迫，烦躁欲死，所以遵循急则治标的原则，先以吴茱萸汤温胃散寒下气止痛以治标，待呕吐平降以后，再以四逆汤驱寒回阳救逆以治其本。

吴茱萸汤论中凡三见，合计《金匮要略》不重复的条文，今本仲景书中共有四条，不论是阳明病的食谷欲呕，还是厥阴病篇的呕吐涎沫，或是《呕吐哕下利》篇中的“呕而胸满”，它们的共同之处都是以呕吐为主要症状，都是以胃虚寒凝气逆为主要病机。可以认为，吴茱萸汤是仲景治疗胃虚寒凝呕吐的专用方药。吴茱萸，《神农本草经》称其“温中下气，止痛”。与生姜配伍意在温胃散寒下气。今人讲《伤寒论》言吴茱萸入厥阴经，温肝云云，有误，脱离了仲景时代的用药背景。吴茱萸入厥阴肝经温

① 尾台榕堂，类聚方广义，日本大友株式会社，日·昭和37年，125

肝，这是宋代以后的认识，仲景时代尚无此说，因此不可与《伤寒论》原旨相混。论中第352条，“其人内有久寒者，当归四逆加吴茱萸生姜汤主之。”在手足厥寒，脉细欲绝的同时，病机突出阴寒痼冷，在原方当归四逆汤的基础上再加吴茱萸生姜，其意在于逐阴散寒，温化痼冷。而《金匱要略·妇人杂病脉证并治》中的温经汤，重用吴茱萸三两，其意仍在于“其人内有久寒”，用之散寒止痛，缓解少腹里急。清人周岩讲：“不知妇人之病，多因虚积冷结气，瘀血在少腹不去，其为有久寒可知。”<sup>①</sup>其实仲景早已在温经汤方后注点明：本方“亦主妇人少腹寒，久不受胎”。

## 二

烦躁与躁烦。

论中第309条：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。”第296条：“少阴病，吐利，躁烦，四逆者，死。”为了研究为什么第309条“烦躁欲死”不是死证，应用吴茱萸汤治疗，而第296条躁烦却是死证，后世注家把注意力集中到烦躁和躁烦的不同上。今人对烦和躁通常连用，其意融汇。但从小学的角度考察，烦与躁确有不同。烦，《说文解字》作热头痛也，从页从火，引申为烦闷，心烦意乱。躁，《说文解字》作𨇗，疾也。《释名》：躁，燥也，物燥而动，而飞扬也。引申为躁动不宁。从中可见烦是表述内在的情志状态，躁是表述外在的动作状态。烦和躁作为疾病的症状，不仅形象不同，在病机上也是有区别的，烦属阳，躁属阴。所以论中有时根据烦与躁的有无，作出不同的诊断，如第298条，“少阴病，四逆，恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者死”。“不烦而躁”在本条的含义，是表述疾病在阴阳离决之际，病人默默地循衣摸床、撮空理线的状态。又如第289条，“少阴

<sup>①</sup> 周岩：《本草思辨录》，北京：人民卫生出版社，1960.109

病，恶寒而蜷，时自烦，欲去衣被者，可治”。本条的“时自烦”表述少阴病虽阴盛阳衰，但机体虚阳仍与邪抗争，有阳回之势，故心中时有烦闷不宁之感。而烦与躁连用，在论中却是大量存在，它的最一般意义就在于表述内在的和外在的不安宁。

论中除了烦与躁连用之外，还有躁与烦连用，从而形成了鲜明的对照。其中具有代表性的就是本条吴茱萸汤证的烦躁和第296条的躁烦，几乎成为所有注家思考的焦点。成无己首先提出：“所谓烦躁者，谓先烦渐至躁也，所谓躁烦者，谓先发躁而迺复烦者也。”<sup>①</sup>成氏之说对后世影响颇大，众注家多从此说。若离开临床，孤立地用学究式的思维方式思考，此说似有些道理，但若从临床角度看，则没有道理。且不说询问一个有烦躁症状的普通病人，即使询问一位伤寒论专家，恐怕也是难以回答出自身的先烦后躁或是先躁后烦的不同体验。实际上，《伤寒论》中烦躁和躁烦是混用的。如论中第4条：“若躁烦，脉数急者，为传也”。第48条：“其人躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢。”第110条：“胃中水竭，躁烦必发谵语。”第134条：“客气动膈，短气躁烦。”第269条：“其人躁烦者，此为阳去入阴故也。”又，《伤寒论·辨脉法》有云：“营气微者，加烧针，则血流不行，更发热而躁烦也。”又，《伤寒论·辨不可发汗病脉证并治》曰：“微则阳气不足，涩则无血，阳气反微，中风汗出，而反躁烦，……”在《伤寒论·辨不可下病脉证治》中，此语又复出。纵观《伤寒论》，不仅躁烦有死证，如第296条，烦躁亦有死证，如第133条，“结胸证悉具，烦躁者亦死。”又如第300条，“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。”又如第343条，“伤寒六七日，脉微，手足厥冷，烦躁，灸厥阴，厥不还者，死。”烦躁虽有死证，但烦躁绝不都是正气溃散；同样道理，躁烦亦有死证，而躁烦也不都是微阳外

① 成无己，《伤寒明理论》，上海：上海科学技术出版社，1959.20

脱。要正确认识烦躁和躁烦的意义，主要还应当结合临床把它置于全部症状之中，全面认识。实际上，这是一个词汇前后两个字颠倒使用，如第48条原文在《伤寒论·辨发汗后病脉证并治》中复出时，“其人躁烦”作“其人烦躁”。又，第239条：“病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁发作有时，此有燥屎，故使不大便也。”本条在《金匱玉函经·卷三》中，烦躁作躁烦。而恰恰是第296条“少阴病，吐利，躁烦，四逆者，死”，在《金匱玉函经·卷四》中，恰作烦躁。这绝不是误讹。这种一个词汇前后两个字相互置换使用的现象，不仅仅见于烦躁和躁烦。在仲景书中，眩冒和冒眩，手叉和叉手等也是意义相同的。这是否可以认为是仲景生活环境的方言习惯或语言现象？

### 三

死与欲死。

第296条：“少阴病，吐利，躁烦，四逆者，死。”本条可有两个方面的理解，一是少阴病濒临死亡之际，对预后的判断，即将死亡已成为不可逆转的事实，突出的是“死”字。这是在以往经验的基础上，对病人的病情和病机进行分析所得出的结论。二是死亡之后的记录，是回顾性的总结。这是一个少阴病病人在整个发病过程中，虽经治疗，但终于未能控制病情，从而经历这样一个短暂的过程，突出的是“过程”。我们在研究本条时，应当从死亡这个事实出发，遵循条文所启示的思路，研究这个过程。本证的表现是：①神志不清，手足躁动不宁，捻衣摸床，撮空理线。②呕吐清水，声音低微。③下利清水，滑脱不禁。④四肢逆冷。总的病机是少阴阳虚里寒，纯虚无实，纯阴无阳。

第309条，虽是欲死，但毕竟没有死。“欲死”在论中是表述痛苦难忍程度之甚。《神农本草经》天名精条云：“血瘕欲死”。《金匱要略·奔豚气病脉证治》：“奔豚病，从少腹起，上冲咽喉，

发作欲死”。这些“欲死”的表述都没有死证的含义，都是表述痛苦难忍的程度。这种表达形式，今人仍习用，俗谓“烦死了”、“疼死了”等，是其例。遵循条文所启示的思路，本证具有少阴病最一般的特征：下利和四肢厥冷。但它更突出的是一般少阴病所不具有的泛泛恶心不能自持，阵阵呕吐窘迫难忍，气机逆乱、心神不胜扰动而烦躁至极，无以言表而呼号欲死。它的病机是少阴病阳虚阴寒内盛为本，胃逆阴寒痼冷为标，是虚中夹实。由此可见，第309条吴茱萸汤证与第296条之死证不论在病机方面，还是临床形象方面都完全不同。

综上所述，典型的少阴病是以下利和四肢逆冷为特点，用四逆汤治疗，意在治本，但四逆汤证不是少阴病的全部。少阴病是过程的复合，它包含若干个过程，而吴茱萸汤证是其过程之一，属少阴病胃寒证，是少阴病局部阴寒痼冷，应用吴茱萸汤意在治标。标急缓解之后，仍当治本，治本宜四逆汤。

本证属少阴病无庸置疑。这也体现出《伤寒论》观其脉证，知犯何逆，随证治之的总原则。

## 四逆散证治

四逆散始见于《伤寒论》第318条：“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”后世注家对本证病机及本方的功用，在认识上分歧很大，其重要的原因，一是条文中冠以少阴病，而证候表现与少阴病的典型表现，如被后世称之为少阴病提纲证的第281条“少阴之为病，脉微细，但欲寐也”，相距甚远；二是条文对主要症状陈述过于简略，仅述“四逆”一个症状，使人难以把握；三是相比之

下，条文中的或然症状比主要症状多且杂，主要症状及或然症状与本证所用之四逆散原方及其方后药物加减之间，有似不相符合之处。因此，对本证的发病与病机众说纷纭。

## —

后世人一提及少阴病，必是脉微细，但欲寐，或是真武汤证、通脉四逆汤证或是白通汤证，当是一派虚寒之象，面对本条本证本方，颇有无以释言之感。成无己对四逆释之曰：“四逆者，四肢不温也。伤寒邪在三阳，则手足必热；传到太阴，手足自温；至少阴则邪热渐深，故四肢逆而不温也。”<sup>①</sup>连自称“广益见闻，虑积久长，晚忽豁悟”的方有执也只能阿附成无己的传经之说，而顺文释义：“人之四肢，温和为顺，故以不温和为逆，但不温和而未至于厥冷，则热犹为未入深也。”<sup>②</sup>至喻嘉言则明确提出，“传经热邪至于手足，四逆最当辨悉，若见咳利种种之证，其为热证无疑矣。然，虽四逆而不至于厥，其热未深，故主此方为和解”。<sup>③</sup>自此以后，众注家多沿袭其说。如徐灵胎亦云：“此乃少阴传经之热邪。”<sup>④</sup>汪琥撰著《中寒论辩证广注》，提出：“中寒、伤寒截然两途”，“中寒者，其证内外皆寒而多虚；伤寒者，其证外寒内热而多实。”他在解释第20条时尝曰：“此条病乃太阳真寒证，风寒之邪由背而入，直中少阴，少停于表即头项痛，腰脊强，其与热病有别者，止微痛微强耳。”<sup>⑤</sup>他把四逆散证看成是伤寒证，认定“此条少阴病乃伤寒邪在少阳，传入少阴之证”。

① 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.166

② 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.119

③ 喻嘉言·尚论篇·上海：上海古籍出版社，1991.128

④ 徐大椿·《伤寒论类方·卷三》

⑤ 汪琥·《中寒论辩证广注·卷上》（注：附于《伤寒论辩证广注》之末）

又云，四逆散方“虽云治少阴，实阳明、少阳药也”。<sup>①</sup>沈明宗则认为：“此少阴邪气夹木乘胃也”。他认定是少阴、厥阴、阳明相关同病。<sup>②</sup>而《医宗金鉴》却认为：“此则少阳、厥阴，故君柴胡以疏肝之阳，臣芍药以泻肝之阴，佐甘草以缓肝之气，使枳实以破肝之逆。三物得柴胡，能外走少阳之阳，内走厥阴之阴，则肝胆疏泄之性遂，而厥可通也。”<sup>③</sup>《医宗金鉴》实际上不认为本证是少阴病，而是厥阴、少阳肝胆失调。把本证看成是肝胆失调，不是《医宗金鉴》的发明，而是承袭李士材之说。李士材在《伤寒括要》中说：四逆散“此本肝胆之剂，而少阴用之者，为水木同源也。”<sup>④</sup>

张路玉又认为：“此证虽属少阴，而实脾胃不和，故尔清阳之气不能通于四末。”<sup>⑤</sup>这样，在病机上又涉及到脾胃。至近代，陆渊雷先生提出“其病盖少阳之类证，决非少阴”。又云：“经文以腹痛泄利下重为或然证，以四逆为正证，复冒以少阴之名。”<sup>⑥</sup>陆氏的说法，对今人影响较大。有人对本条提出：“至于首句少阴病，不能拘泥地看作脉微细，但欲寐，很多注家认为本条是少阳病一类的证候。”<sup>⑦</sup>至1964年，中医学院试用教材（二版）对本条的解释力求平允：“少阴四逆，皆由阳虚不能敷布四末之证。而本证所重在阳郁于里，不能达于四肢，其或咳或悸或小便不利，是气机不宣；或腹中痛或泄利下重是气血郁滞，故用四逆散宣散气血之郁滞。本方为宣达郁滞之剂，方中用柴胡宣阳解郁，使阳气外达。”不难看出，本教材编撰者用心之良苦，他的成功之处

① 汪琥·伤寒论辩证广注·上海科学技术出版社，1959.168、169

② 沈明宗·《伤寒六经辨证治法·卷六》

③ 吴谦，等·医宗金鉴·北京：人民卫生出版社，1982.243

④ 李士材·《伤寒括要·卷下》

⑤ 张路玉·《伤寒续论·卷上》

⑥ 陆渊雷·伤寒论今释·北京：人民卫生出版社，1955.409

⑦ 江苏省中医学校主编·伤寒论释义·南京：江苏人民出版社，1958.229

在于超越众注家之说，试图用“阳郁”勾描前人认识上的交汇点。可惜本教材的观点未能得到进一步的深化。至1979年全国高等医药院校试用教材《伤寒论选读》倒退了一大步，把本条从《伤寒论》少阴病篇原序列中扯裂到厥阴病篇，认为：“虽然冠名少阴病，但与心肾阳虚阴盛的厥逆根本不同，乃肝气郁结，气机不利，阳郁于里，不能布达四肢所致”。条文的这种排列，对当时的中医学术界一代人有极深刻的影响。至1985年版《伤寒论讲义》（五版），又把本条重新移回到少阴病篇。从本条在现代中医教育的《伤寒论》教材中序列的变化，可以窥见前人关于本条的认识对今人的影响，可以鸟瞰当今《伤寒论》学术界对本条认识的基本脉络。

然而，由于本条冠以“少阴病”，三字凿凿，因此，任何离开少阴病的解释，既背离仲景原旨，又难以自圆其说。

中医发病学思想是强调内因，不唯内因。外邪致病是通过机体的反应表现出来的。因此，证是机体感受外邪以后机体所呈现出的反应态。少阴是水火之脏，机体感邪以后，之所以能发为少阴病而不是其他，这与少阴水火本有虚的因素是有根本性关系的。少阴发病以后，可以形成若干类型，实际上，这是机体感邪以后，机体的不同反应态。这些不同的反应，是由少阴水火阴阳的盛衰以及它们之间的关系来决定的。机体受邪以后，少阴发病，依据少阴水火两虚的偏重不同，病势向寒热两极从化。若少阴素禀阳虚，则病势从寒化，形成少阴病的阴寒内盛证，表现为脉微细，但欲寐，恶寒蜷卧，下利清谷等，这就是后世所谓之典型的少阴寒化证，它的基本病机可概括为阴盛阳衰，如附子汤证、真武汤证等，阴盛格阳如通脉四逆汤证等。若少阴素禀阴虚，则病势从热化，形成少阴水亏火旺，表现为心烦，不得眠，口燥，咽痛，舌红少苔，尿赤，脉沉细数等，这就是后世所谓之典型的少阴热化证，它的基本病机可概括为阴虚火旺，如黄连阿胶汤证。可以说，上述的少阴寒热两极从化，所形成的少阴寒化

证和热化证，只是少阴病寒热对立的两个方面，虽然是非常重要的两个方面，但并非少阴发病的全部。由于寒化和热化是少阴病发病的动态过程，所以少阴病除了寒热两极从化之外，还有第三个方面，即寒热从化不全。当机体少阴水火偏虚，水火之间处于假性的稳定状态时，这是一种低于正常水平的变态平衡，在这种情况下，少阴发病，病势的寒热从化，虽有倾向和趋势，但比较起来不甚明显，笔者把这种类型称之为寒热从化不全。这种类型，既不是典型的寒化证，也不是典型的热化证。但是在一些方面，既表现出寒化的倾向，又可见热化的趋势，症状以寒热并见为特点。程应旆称之为“固非热证，亦非深寒”。<sup>①</sup>《医宗金鉴》谓之“既无可温之寒，又无可下之热”。<sup>②</sup>这是少阴病水火失调的又一种表现，它的病机可以概括为阴遏阳郁，这是少阴病中较为复杂的一个类型。《伤寒论》四逆散证是这个类型的典型表现之一。

## 二

由于本条叙证简略，如前所述，这也是引起后世注家争纷的重要原因之一。柯韵伯称：“条中无主症，而皆是或然症，四逆下必有阙文。”<sup>③</sup>柯氏之解尤多卓识，而此条之论则颇伤武断。

四逆散证以四逆为主症，而以咳、悸、小便不利、腹痛、泄利下重为或然症。这说明四逆作为本证的主要症状与其它各或然症比起来，是一个更常见的症状。但是，仅以四逆这个症状，不足以揭示本证的病机。证作为病的一个过程，它的症状产生不是孤立的，它的病机变化不是线性因果关系。因此，或然症和主症

① 程应旆，《伤寒论后条辨·卷十一》

② 吴谦，等，《医宗金鉴》，北京：人民卫生出版社，1982.242

③ 柯韵伯，《伤寒来苏集·伤寒论注》，上海：上海科学技术出版社，1959.172

虽然各有其病机根据，但是，在总的病机方面，在动态变化和整体联系上，它们却是不能间断、不可分离的。因此，本证尽管就某一个具体的症状来说，可能是或然的，或出现或不出现，然而这些或然症作为病机上的一个相关联整体，与主要症状四逆的关系却不是或然的，而是存在着内在的必然联系，只有把握住这一点，才能认识到本证的病机深层。

由于本证有较复杂的或然症，所以本方复立加减法以治其或然症，而正是在这些治疗或然症的加减用药中，蕴藏着理解本证病机的钥匙。如前所述，本证病机是阴遏阳郁，而这郁遏阳气之阴邪是六淫之中哪一种具体的邪气呢？为回答这个问题，兹对本方加减用药分析如下：

咳加干姜、五味子。干姜、五味子，仲景书还用于小青龙汤、小柴胡汤、真武汤、厚朴麻黄汤、小青龙加石膏汤、苓甘五味姜辛汤、苓甘五味甘草去桂加姜辛夏汤、苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤、苓甘五味加姜辛半夏大黄汤等。上述诸方所治之证，在症状上都有不同程度的咳满或上气，在病机上都与水饮有关系。水、湿、饮，同源三歧，均属水寒阴冷之邪。干姜，《神农本草经》谓辛温，主治胸满、咳逆上气，温中。仲景在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中特别指出：“干姜，为热药也。”同书《肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》亦云，“肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。”本方治肺中冷，其温肺之功全在干姜。四逆散证咳加干姜，其意即在温通宣发阳气，以消阴翳水寒之邪。五味子，《神农本草经》谓其酸温，主咳逆上气。本品虽五味咸俱之，但以酸为胜。《内经》有云：肺欲收，急食酸以收之。本证肺寒气逆而咳，故用干姜配五味子之酸以收逆气，安肺而止咳。李杲则曰：五味子“酸以收逆气，肺寒气逆，则以此药与干姜同用治之。”<sup>①</sup>

<sup>①</sup> 王好古，《汤液本草·卷中》

腹痛加附子。附子，《神农本草经》谓辛温，主风寒咳逆、邪气、温中、破癥瘕积聚、血瘦、寒湿。《名医别录》谓其辛甘温大热，主治心腹冷痛。仲景在《伤寒论》中的应用，概括起来，不外乎温阳以逐阴，后世人谓其益火之源以消阴翳。腹痛加附子，意在温阳散寒化湿，配芍药以破阴结而止腹痛。邹澍尝云：附子、芍药得真武汤之半，抑少阴方兴之水气。<sup>①</sup>

芍药，《神农本草经》谓苦平，主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热疝瘕，止痛，利小便，益气。《名医别录》谓其酸微寒，通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱、大小肠等等。纵观《神农本草经》、《名医别录》，自南北朝上溯晋魏至仲景延及汉秦，先贤对芍药的基本认识，虽曰或平或寒，能益气，但，更突出的则是其具有的开破之性。仲景在本方用其利小便，去水气，邹澍疏其谓“破阴凝，布阳气”，是为至理。

枳实，《神农本草经》谓苦寒，除寒热结。《名医别录》谓除胸胁痰癖，逐停水，破结实，消胀满，心下急，痞痛，逆气，胁风痛，安胃痛，止溏泄。纵观上两书，枳实突出的是降泄之性，功在利气开结，导水下行，故能除寒热结。与芍药配伍意在开破，与柴胡配伍一升一降。升，升发郁遏难伸之阳；降，降泄阴寒水湿之邪。

小便不利加茯苓。仲景指出，本证有小便不利之可能性，说明本证在病机上有水饮内停，水湿不行之倾向，如同小青龙汤证之小便不利，故加茯苓利水湿而通小便。

悸加桂枝。本证心悸与厥并见，为水气凌心，加桂枝意在通阳行水，壮心阳以定心悸。

纵观本方用芍药、枳实，又，咳加干姜、五味子，腹痛加附子，小便不利加茯苓，心悸加桂枝，可见本证病机中有阴寒水湿的一面。

<sup>①</sup> 邹澍·本经疏证·上海：上海科学技术出版社，1957.164

本方用柴胡意在发泄郁阳。邹澍谓“柴胡为用，必阴气不舒致阳气不达者，乃为恰对。”又云“柴胡既以升阳为用”，则“能达阴中之阳者，何止举阳之透阴而出哉？即举阴之包阳而藏者，悉皆托出矣。”他认为：“柴胡非徒畅阳，实能举阴；非徒畅郁阳，以化滞阴，并能俾阳唱阴随，是以心腹肠胃之间，无结不解，无陈不新。譬之春气一转，万化改观，自有不期然而然者矣。”“咳，悸，小便不利，不降也；腹中痛、泄利下重，不升也。病同一源，或为不升，或为不降，亦可见其为中枢不旋矣。旋其中枢，舍柴胡其谁与归！”<sup>①</sup>，润安先生六易寒暑，克成是编，为古圣贤阐发义理，其对柴胡之笈疏辩论可谓至细至精。本证四逆用柴胡，说明在病机上有阳郁之势。

泄利下重，加薤白。薤白，《神农本草经》谓主金疮疮败。《名医别录》谓除寒热，去水气，温中散结。仲景用薤白凡4方，除本论用于本方之外，在《金匮要略》中还有栝蒌薤白白酒汤、栝蒌薤白半夏汤和枳实薤白桂枝汤。仲景用薤白，意在疏郁散结，通行阳气。实际上，《神农本草经》之“金疮疮败”即属阳气内陷之证，用薤白功在通阳内托。钱潢在分析了仲景用薤白诸方之后，指出：“用薤白通行阳气，即白通汤用葱白之意也。”<sup>②</sup>钱氏之论宛若点睛传神之笔。

纵观本方之用柴胡和方后注泄利下重之加薤白，可见本证病机还有阳气郁结不得宣通的一面。

结合症状、治疗、方药加减讨论，本证四逆是阳气郁结不能外达以温四末所致，其基本病机是阴遏阳郁，阳气被阴寒水湿所阻。本方柴胡、芍药、枳实、甘草配伍应用，意在消阴霾，畅阳气，升清降浊。根据主症和出现的不同或然症所反映的病机特点，把握阴遏阳郁的两个不同侧面的病机偏重，选用干姜、五味

① 邹澍·本经疏证·上海：上海科学技术出版社，1957.38～39

② 钱潢·伤寒溯源集·上海：上海卫生出版社，1957.329

子、附子、桂枝、薤白，或强化原方消阴霾的方面，或强化原方畅阳气的方面，虽然根据病情对原方功效的强化偏重不同，但总不离其基本原则：消阴霾、畅阳气、升清降浊。

后世人把原方和方后注的药物加减割裂开来研究和应用四逆散，讲柴胡入肝胆经，疏肝解郁，讲芍药敛阴养血柔肝，讲枳实理气解郁，泄热破结，讲甘草调和诸药，益脾和中，综合四药，共奏透邪解郁，疏肝理脾之效，从而把四逆散讲成调和肝脾，疏解少阳之剂。如果在《方剂学》中这样讲，无疑是正确的，因为《方剂学》的任务是研究方剂的配伍规律及临床应用，它既讲源又讲流，而重点在流，研究千年来方剂的不断开发和扩大应用。如果研究《伤寒论》或在《伤寒论》的教学中也这样讲解，则是不妥当的。因为这样诠释的不是仲景的用药思路。讲柴胡入肝胆经，疏肝解郁，讲芍药敛阴养血柔肝，这是金元时期张元素的认识，又经过李东垣、王好古的发展，通过《本草纲目》的整理总结而形成的。金元以后的中药理论，与《神农本草经》、《名医别录》对比，有了很大的发展；尤其归经理论的建立和发展，更显示出金元以后与东汉时期在药物认识方面的差异。不仅研究四逆散存在这样一个问题，研究《伤寒论》中其它方剂也存在同样的问题。

## 大建中汤与小建中汤

建中汤，名曰建中，意在补中焦，建中气。由于证有轻重，治有缓急，所以方有大小，组方用药立意不同。

大建中汤见于《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》：“心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下

痛而不可触近，大建中汤主之。”本证的症状特点是“大寒痛”。其痛上连及心胸，下连及腹部，彻内彻外，自觉寒凝之气上下攻冲、绞结、游窜。其痛时，腹部可结成有形之块状，上冲皮起，宛若“有头足”形，手不可近。称其为“大寒痛”，一是言其性属寒凝结聚；二是言其痛势急剧暴烈。本证病机属中焦阳气衰微，阴寒内盛，寒凝之气游窜攻冲。故方用大建中汤以驱逐寒邪，建补中阳，力峻势猛。

大建中汤由蜀椒、干姜、人参、饴糖组成。蜀椒，《神农本草经》谓其辛温大热，主邪气咳逆，温中，逐骨节皮肤死肌寒湿痹痛，下气。《名医别录》称其除六腑寒冷，伤寒温疟，大风，汗不止，心腹留饮，宿食肠澼，散风邪痼结，水肿黄疸。本方用蜀椒配以干姜，取其阳中之阳性，大制阴寒之气；又用人参、饴糖建中阳以和气血。方后注云：“如一炊顷，可饮粥二升，后更服，当一日食糜，温覆之。”从服后“饮粥二升”、“温覆”可以推知，本证之所以称为“大寒痛”还当有恶寒、厥逆、脉伏等症状。广州邓鹤芝先生曾治一女性病人，时年67岁，患胸腹剧痛二天，呕吐涎沫，不能进食，舌苔白，脉弦迟。诊断为上中二焦阳气虚，阴寒上乘，予以大建中汤。二诊时，胸腹痛减半，呕止，但仍吐涎沫，稍能食，脉弦迟已减，仍拟大建中汤加半夏以降逆去涎沫。速服二剂痊愈。<sup>①</sup>按：本证以胸腹剧痛为特点，舌苔白，脉弦迟，均提示本证病机为阴寒凝滞。二诊，治以大建中汤加半夏，实属《千金》大建中汤。《千金要方》载大建中汤治虚劳，寒澼，饮在胁下，泱泱有声，饮已，如从一边下，泱泱然也，有头并冲皮起，引两乳内痛，里急，善梦，失精，气短，目眈眈忽忽，多忘。其方后注曰：里急拘引，加芍药、桂心各三两；手足

<sup>①</sup> 邓鹤芝，大建中汤治心胸中大寒痛、呕不能饮食经验，广东中医，1959，(2):46

厥，腰背冷，加附子一枚；劳者加黄芪一两。<sup>①</sup>这些症状，都可为《金匱》大建中汤证之“大寒痛”作参证，同时又可以为上述邓鹤芝先生之治案作诠释。

田仁德先生曾治一病人，时年42岁。发病年余，腹胀、腹痛、呕吐、便溏，腹部常有包块时起时消，肠鸣拒按，纳呆不渴，畏寒，面色晄白，憔悴，少气息短，语怯，脉象沉细而缓，舌淡苔白。诊断为中阳虚衰，阴寒内盛，方用大建中汤。连用20剂，病愈未发，以附子理中丸善后<sup>②</sup>。此证以腹痛、时有包块、拒按为特点，即仲景所述之“大寒痛”，“出见有头足，痛而不可触近”的典型实例。

大建中汤证的突出特点是寒和虚，由于中阳虚衰，阴寒内盛，故出现“心胸中大寒痛”，“上下痛而不可触近”。如此暴痛者，在《伤寒论》中还见于大陷胸汤证“膈内拒痛”、“从心下至少腹硬满而痛不可近”和太阴病桂枝加大黄汤证之“大实痛”。三者相比，大陷胸汤证是热与水结，与其它二证有寒热之别。而桂枝加大黄汤证突出寒和实，故重用芍药和大黄以通络破结；大建中汤证虽曰大寒痛，但在病机上更突出虚。

小建中汤，仲景书凡五见。用于虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥；男子黄，小便自利；妇人腹中痛；伤寒阳脉涩，阴脉弦，腹中急痛；伤寒二三日，心中悸而烦等。其应用比大建中汤更为广泛。仲景用小建中汤不论是治虚人外感还是虚劳里急，妇人腹痛，其立意都是补中气建中阳。其所主之证虽有寒象，但突出的是虚。陈大启先生曾治一女性病人，时年34岁，脘腹胀痛二年，时作时休，纳呆食少，倦怠乏力，畏寒肢冷，心悸气短，健忘失眠，大便溏泄，面色淡黄无华，舌淡苔白，脉沉细，诊断为中焦虚寒，气血两虚，

① 孙思邈，备急千金要方，北京：人民卫生出版社影印，1955.349

② 田仁德，大建中汤治愈克隆病二例，山东中医学院学报，1983（3）：62

治以小建中汤，连服 20 剂，诸症皆除。<sup>①</sup>又，湖南吴达昌先生治一男性病人，腹痛伴呕吐反复发作 5 年。即时症见脐周疼痛，按之痛减，痛甚时伴呕吐，食少便溏，面色萎黄，舌质淡，苔薄白，脉沉细。诊为中焦虚寒，治以温中补虚，缓急止痛，方用小建中汤，10 余剂后诸症悉除<sup>②</sup>。按：此二例症状中皆有腹痛，其特点是时作时休或按之痛减，属仲景之虚劳腹痛，与大建中汤之剧痛、大寒痛，不可触近迥异。故以小建中汤建中补虚。中焦乃气血化生之源，《灵枢·决气》云：“中焦受气取汁，变化而赤是为血。”中焦建则气血自生，营卫自和。所以小建中汤又能调补气血阴阳。

大、小建中汤，仲景命之曰“建中”，有其思想文化渊源。中，在中国传统文化中有其丰富的底蕴。中，即是根本，有了根本才有一切。《伤寒论》第 184 条有云：“阳明居中主土，万物所归”。建中，从局部讲是建补中焦，从整体讲是调整阴阳，燮理全身，培补根本。

大、小建中汤其立意均在建中，其核心是饴糖。饴糖，《神农本草经》称其味甘，主补虚乏，止渴去血。今本仲景书用饴糖者，唯建中汤。除大、小建中汤之外，尚有黄芪建中汤，以及《金匱》附方内补当归建中汤。小建中汤若无饴糖则是桂枝加芍药汤。桂枝加芍药汤在太阴病中用于破阴结，通脾络以止痛，加饴糖才名曰建中。故邹澍指出：“建中固以饴糖得名耳。”<sup>③</sup>明·汪切庵尝云：“今人用建中者，绝不用饴糖，失仲景遗意矣。”<sup>④</sup>对此，姜佐景评论说：“近古已然，曷胜叹息。夫小建中汤之不用饴糖，犹桂枝汤之不用桂枝，有是理乎？”<sup>⑤</sup>

① 王孝绥等，陈大启老师运用小建中汤的经验，北京中医杂志，1989，(2):5

② 吴达昌，小建中汤治愈二则，湖南中医杂志，1991，(6):34

③ 邹澍，本经疏证，上海：上海科学技术出版社，1957.121

④ 汪切庵，医方集解，上海：上海卫生出版社，1957.163

⑤ 曹颖甫，经方实验录，上海：上海科学技术出版社，1979.62

由上所述，可见大建中汤功在驱散寒邪以建中阳，专用于中脏寒盛之证。周岩尝云：“温脾无过干姜，补脾无过人参、胶饴，椒能由脾达肾，以消饮而杀虫，亦温脾之要药，此四物大温大补，不出中宫，建中有大于是者乎！”<sup>①</sup>周岩的评说虽然掺进了后世人的认识，但亦探得汉末仲景大建中汤之底蕴。小建中汤功在调和阴阳气血，建补中焦，故所治者广，用于虚人外感、虚劳、血痹、黄疸、妇人杂病等。与大建中汤相比，小建中汤散寒，桂枝、生姜不及蜀椒、干姜；补虚，大枣、芍药不及人参；同时，虽均用饴糖一升，然用法不同。大建中汤以水四升煮取二升，去滓，内（纳）胶饴一升，微火煎取一升半，浓缩之程度大，胶饴之含量高，最后煎成的药液几近膏腴。小建中汤以水七升煮取三升，去滓内（纳）饴，更上微火消解即成，无浓缩过程。故建中汤以胶饴得名，力峻者为大，力缓者为小。

## 大半夏汤与小半夏汤

仲景书中以大小命方者计有青龙、柴胡、建中、陷胸、承气、半夏诸方。其中青龙、柴胡、陷胸、承气、建中诸方，除大建中汤之外，均见于《伤寒论》，前已论及。唯大小半夏汤仅见于《金匱要略》。仲景以大小命方，体现出古代二分法辩证思想，也从一个侧面反映出其用药思路。为比较起见，在此对大小半夏汤一并略论之。

大半夏汤见于《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》：“胃反呕吐者，大半夏汤主之。”大半夏汤由半夏二升，人参三两，白蜜

<sup>①</sup>周岩，本草思辨录，北京：人民卫生出版社，1960.86

一升组成。在大半夏汤中，半夏用量大是本方特点之一。在仲景书用半夏之约36方中，用量达二升者仅此一方。半夏，《神农本草经》谓主伤寒寒热，心下坚，下气，咽喉肿痛，头眩，胸胀，咳逆，肠鸣，止汗。在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中，支饮用苓甘五味姜辛汤之后，有云：“呕者，复内半夏以去其水。”由此可见，半夏止呕之功似在于其能去水。半夏去水，这是仲景的经验，亦为后世的实践所证实。但若从深层理解，半夏去水之力全在其开结下气之功。纵观《神农本草经》对半夏的论述，无不是以开结、下气而显其功力。故大半夏汤、葛根加半夏汤、黄芩加半夏生姜汤和小柴胡汤证烦而不呕去半夏等，其用半夏或去半夏，均立意于下气。

大半夏汤的另一个特点是其独特的煎服法。其方后注云：“上三味以水一斗二升，和蜜扬之二百四十遍，煮取二升半，温服一升，余分再服。”扬之二百四十遍，意在水与蜜搅拌时间较长。白蜜一升加水一斗二升，共一斗三升，煮药至二升半，约减其4/5，这是一个较长时间的浓缩过程。其浓缩程度可与小柴胡汤相比照。小柴胡汤六味药物共二十八两，另加大枣十二枚，方大约多，虽用水也是一斗二升，但体均势分，煮取六升，去滓，再煎取三升。从对比中可见，大半夏汤几经浓缩，近成膏腴，其中蕴含降中有润、破中有补之意。

仲景在本方中所用的半夏是生半夏，其云“洗完用”，当是水洗净滑尽。生半夏重用至二升，不仅有“戟人咽”之虞，更有致命之危。《伤寒论》第313条有云“半夏有毒”。所以此处用白蜜还有解半夏毒之意。《金匱要略》之乌头汤、大乌头煎、乌头桂枝汤、甘遂半夏汤等均用白蜜，其意均在于解乌头、甘遂之毒性。

大半夏汤证重笃危急，“胃反”二字说明呕吐之顽固性和严重性，故重用半夏二升开结降气止呕吐。《名医别录》称其消心腹胸膈痰热满结，咳嗽上气，心下急痛坚痞，时气呕逆。与《神

农本草经》对比,《名医别录》对半夏的记载更突出了仲景及其同时代人对半夏的认识。

黄福斌氏曾治一女性病人,病患呕吐10年。食入即吐,反复发作。X线钡餐检查诊为“贲门失弛缓症”,久治无效。病人食水难入,入即呕吐,腕痞,气短无力,形体消瘦,面皓白无光,舌质淡,苔薄白,脉弦细。证属胃虚气逆,方用大半夏汤,半夏30g、人参10g,白蜜10ml。3剂后呕吐好转,继服3剂,呕吐渐止,饮食大增,继以六君子汤善后。1年后随访未复发。<sup>①</sup>按,大半夏汤方小、量大、药奇、力峻,仲景在方后注特别要求:“以水一斗二升,和蜜扬之二百四十遍。”刘献琳教授用大半夏汤治噎膈证,食入即吐,有良效。服药后气降呕平,进食不吐。先生尝云,用大半夏汤,水蜜相和必须扬之,不扬则效不显。

小半夏汤见于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》:“呕家本渴,渴者为欲解,今反不渴,心下有支饮故也,小半夏汤主之。”同书《黄疸病脉证并治》篇:“黄疸病,小便色不变,欲自利,腹满而喘,不可除热,热除必哕。哕者,小半夏汤主之。”同书《呕吐哕下利病脉证治》篇:“诸呕吐,谷不得下者,小半夏汤主之。”小半夏汤由半夏一升,生姜半斤组成。在仲景书中,半夏用量除了大半夏汤用至二升以外,达一升者也只有小半夏汤、麦门冬汤和半夏厚朴汤。而方小量大者仅此小半夏汤。本方用半夏一升配生姜半斤,功在散寒、降气、止呕。《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》厚朴七物汤方后注有云:“呕者加半夏五合”,“寒多者加生姜至半斤”。从中可见,仲景用小半夏汤不仅去水止呕以治标,而且散寒、降气以治本。在仲景书中,半夏、生姜配伍,且与小半夏汤有可比性的还有生姜半夏汤,见于《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》,文曰:“病人胸中似喘不喘,似呕不

<sup>①</sup> 黄福斌,大半夏汤治愈顽固性贲门失弛缓症,江苏中医杂志,1986,(11):16

呕，似嘔不嘔，彻心中愠愠然无奈者，生姜半夏汤主之。”方用半夏半升，生姜汁一升。本证“似喘不喘，似呕不呕，似嘔不嘔，彻心中愠愠然无奈者”，表述的是欲吐不吐恶心之状。按，“恶心”这个术语出现得较晚，《灵枢》、《素问》及仲景书中均未见及。经典中没有这个术语，并不能说明那个时期的病人没有这个症状（见本书《麻黄先煮去沫与“沫令人烦”》篇）。本方重用生姜汁一升，意在降气和胃止呕。生姜，在仲景书中是最常用的几味药物之一，在《伤寒论》中凡 39 见，在《金匱要略》中约 51 见。《神农本草经》在干姜的条目下仅云“生者尤良”。《名医别录》主伤寒头痛，鼻塞，咳逆上气，止呕吐。与《神农本草经》对比，《名医别录》对生姜的认识有发展，从中可见生姜止呕吐，当是仲景和他的同代人的经验而被收入《名医别录》。半夏、生姜均有降气止呕之功，二味配伍，相得益彰，止呕力更强。陈嘉栋先生曾治一病人，眩晕，呕吐频繁，呕吐清水涎沫，量多盈盆，合目卧床，稍转动则感觉天眩地转。其形体胖，苔薄白腻，脉沉软滑。诊为水饮停胃，浊邪上僭，清空不清，治以和胃化饮，方用小半夏汤，制半夏 12g，生姜 10g。服 2 剂后，眩晕、呕吐止。原方加茯苓 12g 续服 2 剂，并以二陈汤加白术姜汁丸内服。追访 2 年未复发。<sup>①</sup>按，本证水饮内停，清阳不升，胃失和降，故眩晕恶心、呕吐。用小半夏汤降气和胃散水止呕。水饮去，眩晕自平。又，复诊原方加茯苓 12g，即《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇之小半夏加茯苓汤。文曰：“卒呕吐，心下痞，膈间有停水，眩晕者，小半夏加茯苓汤主之。”此亦为治水降气止呕良方。

大半夏汤与小半夏汤均治呕吐。大者，半夏用量大，以下气散结补虚为本，其所治之证重笃危急。小者，半夏用量较少，以下气散水和胃为本，所治之证较轻缓。

<sup>①</sup> 陈嘉栋，眩晕十则，中医杂志，1980，（7）：16

仲景设方以大小命剂的辩证思路，对后世有较大影响，如后世之和中饮、分清饮、活络丹、定风珠等均以大小名剂。在中国医学史上，以大小命名的方剂，以百论计。这种既对立又统一的以大小命方的思路，既是对仲景的二分法辩证思想的继承，又从一个侧面透散出传统文化的气息。

## 甘草与甘草汤

甘草，平淡无奇，今本仲景书凡 158 见，《伤寒论》70 见，《金匮要略》88 见，是仲景应用最广泛、次数最多的药物。甘草汤见于《伤寒论》第 311 条：“少阴病，二三日，咽痛者，可与甘草汤。”方用甘草二两，以水三升，煮取一升半，去滓，温服七合，日二服。方与药，其区别就在于单味为药，复之为方。这仅仅是就一般意义而言，若深层次理解，则“泛治药味之一般功用者，无论其缀拾多少，只能谓之为药；虽药仅一味，而是在治则指导下施治于证者，皆称之为方。”<sup>①</sup>所以，药之所以为药，方之所以为方，主要不在药味之多少，而在用药之法度。

仲景用甘草可归纳为强固、监制、缓急、协和八字法度。

甘草的所谓强固作用是指甘草与某些药物配伍，能使其某一方面的功效更突出，且被固化、稳定。如甘草与桂枝的配伍，后世注家在解释其配伍意义时，多用辛甘化阳来概括。桂枝性温，本来就具有通阳的作用，这一个“化”字其意何在？原来桂枝得甘草，不仅强化了其原有的通阳作用，而且能把这种通阳作用保持在稳定状态。桂枝的这种被强化和固化的通阳作用，可以归纳

<sup>①</sup> 任应秋，方剂肤论，北京中医学院学报，1982，(3):1

为两种形式：一曰发散。在解表剂中，桂枝配甘草辛甘发散，通阳散寒，解表散邪，治外感风寒不论有汗无汗。二曰壮心阳。桂枝得甘草固化稳定其温通以壮心阳的作用，治心阳不振之心悸不安。若单用桂枝无甘草为佐，虽仍具温阳作用，但其壮心阳作用难以突出且不稳定。论中第64条云：“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。”本方若无甘草，那么桂枝的作用或偏向散，或偏向降，难以稳定在壮心阳的功效上。论中大凡壮心阳的方剂，多不离桂甘配伍结构，如桂枝加桂汤、苓桂术甘汤、桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤等。

同样的道理，在《金匮要略·水气病脉证并治》中，甘草麻黄汤治“里水”，若四两麻黄无二两甘草的固化，就难能以稳定的发汗作用达到治里水的目的。

芍药配甘草，后世概括为苦甘化阴或酸甘化阴。《伤寒论》第29条云：“……若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸”，此即得益于其益阴作用。若芍药用量独重，再佐以甘草，则突出固化其止痛作用。论中小建中汤、桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤等均重用芍药配伍甘草以求止痛效果。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》之甘遂半夏汤证，“病者脉伏，其人欲自利，利反快，虽利，心下续坚满，此为留饮欲去故也，甘遂半夏汤主之。”本证水留为饮，虽有欲去之势，证见自利，利反快，但病机仍在，证见心下续坚满。仲景以甘遂为君，攻水逐饮，伍以甘草。《神农本草经》云，甘遂反甘草。陶弘景在《本草经集注·序录》中云，“勿用相恶、相反者”。而仲景恰恰是用甘遂配甘草，取其相反以求相激而相用，其意即在本条这个“留”字上。仲景书中“饮”有多种，均为停而不散，滞而不行，无气之“死水”。而仲景独把本条之证称之为“留饮”，说明在仲景看来，本证水邪停聚，沉痼约戕，根深缠恋，顽固难除，故一反常规，用甘遂配甘草相反以求激荡，使沉痼缠恋之留饮随激荡之势得以尽去。甘草在此，意在强化甘遂逐水之

力。

经云“寒者热之，热者寒之”，此属以偏救弊，以求其和。但是用药之道，虽用其偏，但不可以过，过则或戕伐正气或寒热格拒。所以，仲景用甘草的另一个重要目的是监制药性之偏激，以求钝化其激荡不羁之偏性，使其更加突出所需求的功效，减少毒性或副作用。如第 29 条：“……得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之。”本方重用甘草四两，而干姜用量只有二两，但要达到“以复其阳”的目的，所依靠的主要药物是干姜，而不是甘草。本方重用甘草，其目的即在使干姜守中而复阳，既防其上潜，又防其走表。又，干姜附子汤与四逆汤比较，在药物组成上只少一味甘草，第 61 条有云：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”本证先下后汗，误治引起突发的正气衰败，亡阳于顷刻之间，发病虽急，但不属痼疾，故急用姜附大热回阳，以求其力锐效捷。四逆汤虽有回阳之功，但仲景多用于开辟积阴沉寒以回阳，所以用姜附配以甘草，急中有缓，锐中有柔，一则守中，二则缓姜附走窜之锐气，以防寒热格拒。

白虎汤用大寒之石膏、知母，功在清泄里热，为防其寒中，所以用甘草缓其性，合粳米以护中。调胃承气汤之大黄、芒硝功在荡实涤热，配甘草缓其性，以防速下，突出调胃之意。

《伤寒论》中，在症状急迫之际，习用甘草缓急以治标。论中第 158 条：“……其人下利，日数十行……干呕心烦不得安”，病机虽然与半夏泻心汤证同，但由于症状急迫，下利以至于“日数十行”，干呕心烦以至“不得安”的程度，所以，在半夏泻心汤原方的基础上，再加重甘草用量，使之居于君药地位，突出缓急之功。《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》曰：“食已即吐者，大黄甘草汤主之。”本证食入即吐，属实热壅阻，积热为火，腑气不通，气不得下，气与火激迫冲逆，故食后旋即冲逆而吐。方用

大黄甘草汤：大黄四两，甘草一两。用大黄通腑，清热降火，甘草缓急和中，使通下而不致有过。又，《伤寒论》第175条：“风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣，或身微肿者，甘草附子汤主之。”此为风湿流注关节，症状剧而急，故用甘草，一则缓急止痛以治标，二则病势顽固，以图缓治。

《伤寒论》在并用寒热反差较大的药物时，佐以甘草以作纽结中介。寒热不同的药物通过甘草的协调冲和，建立起联系，使方剂成为一个整体结构，从而能在整体水平上发挥作用。如柴胡桂枝干姜汤、小柴胡汤、黄连汤、半夏泻心汤等方剂，药物较多，配伍关系较复杂，寒热并用，以甘草作纽结中介，全方位地联结、网络、总括着每一位药物，使方剂浑然一体。

仲景对甘草的运用，超出了《神农本草经》对甘草的认识。《名医别录》总结甘草：“温中下气，烦满短气，伤脏咳嗽，止渴，通经脉，利血气，解百药毒。”从中可以追寻《伤寒论》、《金匮要略》中甘草出没的踪迹。

一味甘草，被仲景运用得纵横融汇，左右逢源。从小处看是一味药，从大处看是一个方。作为一味药，它在不同的配伍结构中发挥出不同的功效。作为一个方，它体现出的则是内在的法度。第311条，少阴病，外邪客热咽痛，虚中有实，在此，虚不宜补，热不宜泄，用生甘草清淡之品轻拂以除之，若拂之不去，再加桔梗苦以清之，辛以散之，甘以缓之，这就是后世治咽痛之祖方——桔梗汤。

在《伤寒论》用甘草的70方中，唯甘草汤之甘草生用，生用即求其清淡而凉和，用于少阴病外邪客热咽痛，从中显出平中见奇之效。

## 一方与二法

本节所论的一方两法，是指目前流传的据赵开美复刻的宋本《伤寒论》的排印本或校注本中，方剂的药物组成相同，只是药物的用量略有不同或服用方法不同，因而治疗作用显示出差异的用药方法。

### 调胃承气汤

调胃承气汤在《伤寒论》中凡八见，如第 29 条、第 70 条、第 94 条、第 105 条、第 123 条、第 207 条、第 248 条、第 249 条等。主要应用是在阳明病篇中。论中对调胃承气汤的服用有两种不同的要求。

一是以第 207 条为代表的服用方法。第 207 条：“阳明病，不吐，不下，心烦者，可与调胃承气汤。”本证是阳明病胃家实的主要表现之一。病机特点是胃肠热结为主，所以用调胃承气汤和胃开结涤热。因为是胃家实，肠道实热，所以在具体用法上，方后注强调“温顿服之，以调胃气”。这里的“顿服之”是要求原方三味以水三升，煮二物至一升，去滓，内芒硝，更上火一二沸，温顿服之。这就是说，一升药液，一次内服，其目的是取药力集中，开结涤热效捷。这是调胃承气汤的典型服用方法。

调胃承气汤的另外一种服用方法是第 29 条方后注规定的方法。第 29 条云：“……若胃气不和谵语者，少与调胃承气汤”。方后注云：“少少温服之。”本条调胃承气汤所治，在于“由自汗小便数，胃先自津液下少，又服干姜性燥之药，以致阳明内结谵语，然非邪实大满，故但用调胃承气汤以调之，仍少与之也”

(赵嗣真语)。在本证一系列的误治过程中，尽管在症状表现上，以阳虚为急，但在病机上具有潜在的阴虚因素，所以过用辛热以后，阳复太过，终于暴露出阴虚肠燥而谵语的底面。因此，在病机上，本证与第 207 条相比有自己的特点。这就是经过一系列的误治，正气在一定程度上受损，因此，要求在运用调胃承气汤时，在具体服用法上有所斟酌，“少少温服之”以求药力持续而和缓，正如本论第 30 条所云：“以承气汤微溲，则止其谵语。”目前的教科书，只讲前一种服用方法，而忽视了后一种方法，有失允当，这不能算是对调胃承气汤的全面了解和把握。从某种意义上说，后一种服用方法更体现出调胃的意蕴。

### 理中丸

理中丸首见于《伤寒论》第 386 条：“霍乱，头痛，发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之。寒多不用水者，理中丸主之。”次见于第 396 条：“大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。”理中丸在上述两条中的具体服用法是有区别的，大体分为 3 种用法。

服用法之一。第 386 条是以理中丸治疗霍乱寒多不用水者。霍乱，仲景有云：“呕吐而利”，发病急骤，吐利剧烈交作。其阳虚里寒者，用理中丸温中散寒，燮理中焦，恢复脾胃的升降功能。由于发病急，症状变化快，所以论中要求“以沸汤数合，和一丸，研碎，温服之，日三四，夜二服；腹中未热，益至三四丸”。此处的服用方法有两个特点，一是昼夜连续服用，二是根据病情变化，增加每次的服用量“益至三四丸”。

用法之二。由于霍乱病情危急，所以仲景又强调指出理中丸虽方证相合，“然不及汤”。并详列理中汤的制作及煮服方法：“以四物依两数切，用水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。”汤法在此处有两个方面的优点，一是急病急治，药效迅捷；二是可据病情特点，随证加减，从而显示出更大的灵活性和应变

性，“若脐上筑者，肾气动也，去术加桂四两；吐多者，去术加生姜三两；下多者还用术；悸者，加茯苓二两；渴欲得水者，加术，足前成四两半；腹中痛者，加人参，足前成四两半；寒者，加干姜，足前成四两半；腹满者，去术，加附子一枚”。不言而喻，如此加减，随证治之，其治疗效果将会更加显著。

用法之三。体现在论中第 396 条中：“大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。”本条讲，大病愈后，虽然诸证悉去，但病后脾胃虚寒，阳气不振，水津上泛，时时喜唾，绵延不愈，久不了了，形成慢性过程。与第 386 条霍乱相比，本证病情久延，故图之以缓，在应用理中丸时，要求“以沸汤数合，合一丸，研碎，温服之，日三服”，比之前述两法，不论在服用量上，或服用方法上，都体现出缓病缓治的原则。

### 抵挡汤与抵挡丸

《伤寒论》运用抵挡汤、丸者，凡 5 条，计有第 124、第 125、第 126、第 237、第 257 条。其中第 124 条、第 125 条属太阳病蓄血证。论云：“太阳随经，瘀热在里”，形成少腹硬满，小便自利，如狂或发狂，脉沉微或沉结，方用抵挡汤破血逐瘀。本方用水蛭、虻虫各 30 个，桃仁 20 个，大黄三两，以水五升，煮取三升，温服一升。论中第 126 条也是太阳病蓄血证，但与前两条相比，在症状上有轻重之别。第 124 条是少腹硬满，第 125 条是少腹硬，而第 126 条仅仅是少腹满，还未到硬的程度。所以在治法上，改抵挡汤为丸，对药物用量进行调整。其中主要的活血祛瘀药物水蛭、虻虫由原来的各 30 个，减为各 20 个。桃仁由原来的 20 个增加为 25 个（主要是赋型的需要，增加粘着力），大黄用量不变。上述各味药物，按量分制四丸，以水一升，煮一丸，取七合服之。对比药物的用量、用法以及服用量，显而易见，抵挡丸比抵挡汤的药效要和缓一些，从而形成抵挡一方，汤丸两种用法。对此，清人尤在泾曾有精辟论述：“此条证治（指第

126条——笔者注)，与前条（第125条——笔者注）大同，而变汤为丸，未详何谓，尝考其制，抵当丸中水蛭、虻虫，减汤方三分之一，而所服之数，又居汤方十分之六，是缓急之分，不特在汤丸之故矣。”<sup>①</sup>

#### 四逆汤与通脉四逆汤

四逆汤首见于《伤寒论》第29条，论中运用本方13处之多，是论中回阳救逆首选方。方用甘草二两，干姜一两半，附子一枚。对药物的用量，原方特别注明，强人可用大附子一枚，干姜可增至三两。论中第91、92、225、323、324、353、354、372、377、388等条，均提出应用四逆汤治疗。而第225条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”；第354条：“大汗，若大下，利而厥冷者，四逆汤主之”；第389条：“既吐且利，小便复利而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。”这些条文所述之证，对四逆汤的应用可以说是最为典型的。

与四逆汤相对比，仅仅在药物用量上有差别，而治疗目标基本一致的方剂是通脉四逆汤。可以说，四逆汤与通脉四逆汤的关系是统之为—，分之—为二。通脉四逆汤见于第317条和第370条。第317条云：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”第370条：“下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。”通脉四逆汤，甘草二两，附子大者一枚，干姜三两，强人可四两。对比两方的组成，药物用量，以及临床功效，四逆汤一方两法的格局清晰可见。通脉四逆汤所治证候与四逆汤相比，显得更加严重和凶险。病人“下利清谷，手足厥逆，脉微欲绝”，反映出阴寒内盛，阳气斯灭

<sup>①</sup> 尤在泾：《伤寒贯珠集》，上海：上海科学技术出版社，1959，45

之势，“身反不恶寒，其人面色赤”则说明虚阳浮越于外之势。从而形成了真寒假热之象。为此，论中对四逆汤的药物用量，进行调整，加大附子和干姜用量，目的在于通阳复脉，急回顷刻浮散之亡阳。

对第 389 条，后世的注家如张路玉、山田正珍、丹波元简等认为，“内寒外热，脉微欲绝”，“四逆恐力不胜”，当用通脉四逆汤。实际上，论中对四逆汤的主要药物干姜和附子的用量规定，有一定的灵活性，这种独特的规定，在论中是绝无仅有的。后人有人认为通脉四逆汤当有葱白，此纯属臆测，文献依据不足。清·汪琥引武陵陈氏一段话，对此论述颇精：“通脉四逆即四逆汤也。其异于四逆者，附子云大，甘草干姜之分量加重（按：赵刻宋本《伤寒论》原方，甘草用量二方同），然有何大异，而加通脉以别之？曰四逆汤者，治四肢逆也。论曰：阴阳之气不相顺接，便为厥。厥者，阳气虚也，故以四逆益真阳，使其气相顺接，而厥逆愈矣。至于里寒之甚者，不独气不相顺接，并脉亦不相顺接，其证更剧，故用四逆汤而制大其剂，如是则能通脉矣。同一药耳，加重则其治不同，命名亦别，方亦灵怪矣哉。”<sup>①</sup>可见，四逆汤与通脉四逆汤虽名为二方，实则为一方两法。按：汪琥所引陈氏，乃陈亮斯，康熙年间人（1662—1722 年），著有《伤寒论注》，佚。汪琥曰：“康熙中，武陵陈亮斯著其书，尚未刊版。偶于友人周孝斌处抄得草稿二本，其注仲景论，能独出己见，而不蹈袭成氏方氏喻氏诸家之说，每经病，必依叔和原次反覆详解，极为入理，惜其书不全，所抄者，止阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴五经病耳。琥欲泛棹武陵访其人，传其书而未能，不意孝斌又作故人。自嗟岁月不待，立言之念愈急，终不能全见其书之为恨耳。”

《伤寒论》中，除上述之调胃承气汤、理中丸、抵当汤、四

<sup>①</sup>汪琥·中寒论辨证广注·卷中

逆汤有一方两法之用，另外桂枝汤、小承气汤亦有一方两法之用，详见本书《太阳中风与桂枝汤证》和《大承气汤与小承气汤》篇，此不赘述。同时，仲景书中桂枝加桂汤、桂枝加芍药汤、厚朴三物汤、厚朴大黄汤等，其组方、用法已超出一方两法范围，故不在此讨论。从仲景的一方两法之用，可以从一个侧面揭示《伤寒论》在理、法、方、药中所蕴含的规矩与方圆、常法与变法。

下篇

条文解读与义疏



## 伤寒与温病

温病在《伤寒论》中，仅见于第6条，文曰：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲；若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘧疾，若火熏之。一逆尚引日，再逆促命期。”本条温病，冠在太阳病下，故属太阳温病。与第2条“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”和第3条“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”对比，这3条在表现形式上是一致的。从《伤寒论》角度看，这里的太阳伤寒、太阳中风、太阳温病，都是伤寒。由此决定了，《伤寒论》之“伤寒”二字具有更为宽泛的含义，也就是说，太阳伤寒不等同于伤寒，这似乎有些白马非马的意味，但若从逻辑上讲，确实如此。太阳伤寒是一个具体的病，而伤寒则是涵括中风、伤寒、温病的总称。

太阳病，发热而渴，不恶寒者为温病。“发热而渴，不恶寒者”在伤寒属于阳明病，而在温病则属于太阳病，说明在仲景的认识中，温病与伤寒的不同。文曰“不恶寒”，反映出“冬伤于寒，春必病温”的病机特点；其症状之发热而渴，反映出“壮热为病”的过程。伤寒发病，风寒束表之初，可有“未发热”的过程。而温病由于“寒毒藏于肌肤，至春变为温病”，所以不发则已，一发则壮热口渴不恶寒。

本条太阳温病，其证以发热而渴、不恶寒为特点（参本书《六经提纲与“非纲”》篇）。对本条之温病，不能完全用明清以

后的温病概念去框套。《伤寒论·伤寒例》有云：“中而即病者，名曰伤寒。不即病者，寒毒藏于肌肤，至春变为温病，至夏变为暑病。暑病者，热极重于温也。”又云：“从立春节后，其中无暴大寒，又不冰雪，而有人壮热为病者，此属春时阳气，发于冬时伏寒，变为温病。”从这两段话中，可以看出公元3世纪前后，中医学对温病的认识和理解。

伤寒与温病作为两个术语或病名同见于《黄帝内经》。关于伤寒的论述，以《素问·热论》的内容为代表。而关于温病，则散见于《黄帝内经》各篇，如《素问·生气通天论》有云：“冬伤于寒，春必温病。”《素问·阴阳应象大论》则曰：“冬伤于寒，春必病温。”《素问·六元正纪大论》亦云：“初之气，地气迁，气乃大温，草乃早荣，民乃疠，温病乃作。”又云：“初之气，地气迁，风胜乃摇，寒乃去，候乃大温，草木早荣，寒来不杀，温病乃起。”关于伤寒与温病的关系，《素问·热论》有云：“凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑。”对此，该篇又作出界定：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”在这里，“伤寒之类”的含义是什么？《难经·五十八难》作出了诠释：“伤寒有五，有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病。”从中可见，在《黄帝内经》至《伤寒论》时代，中风、伤寒、湿温、热病、温病等热病，都属于伤寒的范围。实际上伤寒所包括的范围还要更宽泛一些，晋代葛洪曾有云：“伤寒、时行、温疫，三名同一种耳。而源本小异，其冬月伤于暴寒，或疾行力作，汗出得风冷，至春夏发，名为伤寒。其冬月不甚寒，多暖气及西南风，使人骨节缓堕受邪，至春发，名为时气。其年岁月中，有疠气，兼夹鬼毒相注，名为温病。如此诊候并相似，又贵胜雅言，总名伤寒，世俗因号为时行。”<sup>①</sup>其所以会有不同的名称，是因为“贵胜雅言，总名伤寒，世俗因号为时行。”几乎与《备急肘后方》同时

<sup>①</sup> 葛洪，《备急肘后方·卷二》

代的《小品方》对此似有不同的看法：“古今相传，称伤寒为难疗之病，天行瘟疫是毒病之气，而论疗者不别伤寒与天行瘟疫为异气耳，云伤寒是雅士之辞，云天行瘟疫是田舍间号耳，不说病之异同也。考之众经，其实殊矣，所宜不同，方说宜辨。”<sup>①</sup>

纵观上述各种认识可见，从那个时代就已经开始了关于伤寒与温病关系的讨论。但是，人们对伤寒的认识，似显得更为深刻，以寒统温的倾向似更为突出。这种倾向历经秦汉、魏晋、南北朝、隋唐五代，一直延续到宋代。在这千余年间，实际上凡是外感病统称为伤寒，在治疗原则方面，虽有所发展，但对外感病的论治，几乎都从伤寒之法。

本证治法，仲景告戒不可发汗，“若发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。”什么是“风温”？成无己释之曰：“风伤于上，而阳受风气，风与温相合则伤卫，脉阴阳俱浮，自汗出者，卫受邪也。”<sup>②</sup>方有执则云：“风温，谓触犯于温而有风也。”<sup>③</sup>喻昌对上述诸家把风温之“风”，解为外受之邪，颇有异议，故曰：“至于风温二字，取义更微，与《内经》劳风之义颇同。劳风者，劳其肾而生风也。然则冬不藏精之人，詎非劳其肾，而风先内炽欤？故才一发汗即带出自汗、身重、多眠、鼻鼾、语难诸多肾经之症。故设不发则诸症尚隐伏，不尽透出也。夫肾中之风邪内炽而以外感，汗、下及火攻之法治之，宁不促其亡也？后人不知风温为何病，反谓温症之外更有风温、湿温、温毒、温疫四证。观其言曰重感于风，变为风温，则是外受之邪与身重、鼻鼾、多眠、少语之故，绝不相涉，可知是梦中说梦也。”<sup>④</sup>从本条文义及风温的形

① 陈延之，《小品方·卷四》（高文柱辑校）

② 成无己，《注解伤寒论》，北京：人民卫生出版社，1963.55

③ 方有执，《伤寒论条辨》，北京：人民卫生出版社，1957.134

④ 喻昌，《尚论篇》，上海：上海古籍出版社，1991.156

成、症状看，喻昌所言是有一定道理的，但他把风温与劳风对举则有失允当。后世的章虚谷持有类似的观点：“乃误发其汗，反伤津气，助其邪势，故身更灼热，因而勾起其肝风，鼓动其温邪，故名曰风温。”章虚谷与喻昌对风温看法的共同之处，是他们都从“内”论风。在中医发病学理论中，虽有“风从内生”之说，但从本条文义来看，风温之“风”与内风无涉。在众多的注家中，程应旆首先明确：“风温即温病之坏病，非温病外又有风温也。”<sup>①</sup>对此，丹波元简特有评说：“诸家以温病、风温为二证，特程注以风温为温病之坏证。今考宋版及《玉函》，温病、风温连接为一条，且据若发汗已之若字，则程注为得矣。”<sup>②</sup>当代陈亦人先生认为：“结合证候特点命名，既然太阳病自汗脉缓，可名中风，那么，温病误汗后，灼热自汗，因名风温，似亦无不可”。<sup>③</sup>先生的阐释是极有道理的，本条温病误治之后，汗出脉浮，恰应风性疏泄之象，以风命温，既明病机又明病象，这正是仲景风温之底蕴。（参本书《大青龙汤证》篇）

不论是什么原因，今本《伤寒论》六病诸篇关于温病的论述，仅此1条。这在后世人看来，《伤寒论》是详于寒而略于温，这的确是一个实实在在的事实。自宋代林亿等校定《张仲景伤寒论》十卷总二十二篇以来，在《伤寒论》流传的千余年间，这个事实对温病的认识和治疗，产生了不可避免的影响。由于《伤寒论》第6条只告诫温病不可发汗，未明确指出其具体治法，所以，一方面导致了后世对温病的治疗存在着某种程度的盲目性，另一方面，又极大限度地提供了理论与实践的思考空间：或遵循《伤寒论》的理论、原则、方法，治疗温病；或在治疗温病的实践中探索新的理论、原则和方法。庞安时认为：“桂枝汤自西北二

① 程应旆，《伤寒论后条辨·卷四》

② 丹波元简，《伤寒论辑义（合订本）》，北京：人民卫生出版社，1983.6

③ 陈亦人，《伤寒论译释》，第3版，上海：上海科学技术出版社，1992.317

方居人，四时行之，无不应验，自江淮间地偏暖处，惟冬及春可行之，自春末及夏至以前，桂枝、麻黄、青龙内宜黄芩也。自夏至以后桂枝内故须随证增知母、大青、石膏、升麻辈取汗也。”<sup>①</sup>朱肱《类证活人书》重复了庞安时的说法。<sup>②</sup>至金代，刘完素极力反对用辛温的方法治疗温病。他从庞安时和朱肱关于夏至以后有桂枝汤证，用桂枝汤加石膏、知母的论述中得到启发，在《局方》凉膈散的基础上加味组成防风通圣散和双解散等凉性方剂，用以治疗外感热病。<sup>③</sup>对此，汪琥曾评论说：“下卷则自仲景麻黄、桂枝汤外，复载益元散、凉膈散、桂苓甘露饮，共三十四方。推其意，以仲景论寒热二证不分其方，又过于辛热，是书之作实为大变仲景之法者也。”<sup>④</sup>

明·王安道提出，温病不得混称伤寒，“伤寒即发于天令寒冷之时，而寒邪在表，闭其腠理，故非辛甘温之剂，不足以散之，此仲景桂枝、麻黄等汤之所以必用也；温病、热病后发于天令暄热之时，佛热自内而达于外，郁其腠理，无寒在表，故非辛凉或苦寒或酸苦之剂，不足以解之，此仲景桂枝、麻黄等汤，独治外者之所以不可用，而后人所处水解散、大黄汤、千金汤、防风通圣散之类，兼治内外者之所以可用也。”又云：“余每见世人治温热病，虽误攻其里，亦无大害，误发其表，变不可言。”<sup>⑤</sup>至明代开始，在前人关于温病论述的基础上，温病与伤寒在理论、原则以及方法等方面逐渐分向两歧。

至清代乾隆年间，江南出现一批有勇气、有作为的医家，如叶桂、余师愚、薛生白、陈平白、吴鞠通、王孟英等。他们在临床中，不断摸索，总结经验，并以自己的主张、创见，著书立

① 庞安时，《伤寒总病论·卷一》

② 朱肱，《类证活人书·卷六》

③ 刘完素，《伤寒直格·卷下》

④ 汪琥，《伤寒论辨证广注·卷首》

⑤ 王安道，《医经溯洄集·伤寒温病热病说》

说，从而造就了中国医学史上珍贵的温病学经典之作，创立了温病学说。从温病学说的发展史看，温病学当是源于《伤寒论》；从《伤寒论》研究史看，温病学说补充了《伤寒论》关于温病的理论与方法的不足。自温病学说的经典问世以后，治温病主要应当循温病学说的理论与方法。但是，由于《伤寒论》对温病学说的创立和发展所产生的影响，以及《伤寒论》关于壮热、谵语、血证、烦渴、大小便等证的理论、方法，对温病的治疗仍有指导意义，因此，《伤寒论》与温病学经典在治疗外感热病方面更具有互补性。所以有人把二者的关系概括为：“仅读伤寒书，不足以治温病，不读伤寒书，亦不足以治温病。”此可谓至理名言。

## 寒在骨髓与热在骨髓

此语出自《伤寒论》第11条：“病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”成无己注曰：“皮肤言浅，骨髓言深；皮肤言外，骨髓言内。身热欲得衣者，表热里寒也；身寒不欲衣者，表寒里热也。”<sup>①</sup>成无己以寒热内外浅深释之，无疑是正确的，其不足之处是未免迂拘，未能得其深蕴。程应旸释之曰：“以寒热辨阴阳，表里诚莫逃矣。然有真热，即有假热；有真寒，即有假寒，不察乎人之苦欲，无以测真寒真热之所在而定本标也。病人身大热，反欲得近衣者，沉阴内锢而阳外浮，此曰表热里寒；身大寒，反不欲近衣者，阳邪内菟而阴外凝，此曰表寒里热。寒热之在皮肤者，属标属假，寒热之在骨髓者，属本属真，本真不可得而见，

<sup>①</sup> 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963，56

而标假易惑我以形，故直从欲不欲处断之。”<sup>①</sup>程氏所论，以寒热真假得其要领，但亦过拘于皮肤、骨髓内外，亦即把本条所述看成是一个具体的证，未能活看。而汪琥则认为：身大热是太阳病发热之时，欲得近衣是表恶风寒，故仲景法宜用麻黄汤以汗之。身寒不欲近衣是邪已入腑，表无热也，是寒在皮肤，内热亢甚，肤表反作冷也，宜大柴胡汤或三承气汤以下之。<sup>②</sup>汪琥指责成无己、程应旆的说法是“悖谬极矣”。实际上，汪琥忽略了一个极为重要的细节，即条文中的两个“反”字。“反欲得衣”与“反不欲近衣”，它所强调和提示的正是疾病的一种特殊过程或表现。

汪琥又指出，有人认为“此条非仲景论，系叔和所增入者。”汪琥其说亦不是没有一点根据，康平本即低二格写。所以冉雪峰先生亦认为本节，康平本系低二格写，似非仲景原书正文，吾人试咀嚼细读，大可体会领略其低写的蕴蓄旨趣。辨寒热内外，虚实真假，扼要钩元，以少许胜人多许，迥非唐宗后注家所可企及。虽非原书正文，亦是先代长期经验阅历。<sup>③</sup>冉氏评论大气平允，强调本条的蕴蓄旨趣，所谓“旨趣”者，当决不是汪琥所言之发热恶寒，麻黄汤证之明白显现之谓。

本条不论出自仲景还是出自叔和，其意义都不在于具体的一病一证的诊断，而是集伤寒寒热表里错杂之贖，而拟诸于典型，赋之于“象”化。

本条对寒热真假的表述，反差极大，从而形成鲜明的对比。因此，不能把这些看成是临床上具体的寒热真假症状的描述。否则，将失去其一般性意义。本条是对临床上寒热真假，复杂疑似表现的大大简化和抽象化，用极鲜明的对比勾勒出寒热真假的反

① 程应旆：《伤寒论后条辨·卷四》

② 汪琥：《伤寒论辩证广注》，上海：上海科学技术出版社，1959.57

③ 冉雪峰：《冉注伤寒论》，北京：科学技术文献出版社，1981.50

差。从而突出伤寒发病中寒热真假的特殊过程和特殊的临床意义。

假象是疾病过程中所呈现出的与即时病机不一致的症状和征象。假象的产生，有一定的病机基础。疾病之所以能产生各种不同的、甚至互相矛盾的症状，这是因为它具有各种不同的本质规定。一方面，疾病的病机本质都要通过一定的现象，即症状和脉象表现出来；另一方面，任何症状或征象，又都是从特定的方面表现着病机本质。因此，假象也是病机本质的一个规定、一个方面。从这个意义上讲，假象并不假。

《伤寒论》中典型的真寒假热是以第 317 条少阴病通脉四逆汤证为代表。典型的真热假寒证是以第 350 条，伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之为代表。诊断寒热真假，要根据脉象、症状，见微知著。《续名医类案》载一人患伤寒，多治不效，烦躁面赤，乱闷欲绝，时索冷水，脉洪大无伦，按之如丝，李士材诊之曰：浮大沉小，阴证似阳也。指出，温剂犹生，凉剂立毙，遂用理中汤加入参附子，煎成，入井水中冷，与饮，甫及一时，狂躁定，再剂而神爽。此例李士材从脉浮大沉小之细微处，独拓思路，并获全功。与此对比，《伤寒论》第 11 条所述，只能算是一个经过简化的寒热真假的示意图，用以概括伤寒发病寒热真假的病机与表现，不能把本条所述看成是一个具体的疾病过程。

## 桂枝不中与之也

语出《伤寒论》第 16 条：“太阳病三日，已发汗，若吐、若下、若温针仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉证，知犯何逆，随证治之。桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热，汗

不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。”本条文中“桂枝不中与之也”的“不中”二字，后世多误解其义。又，“不中”二字还见于第98条，“……本渴饮水而呕者，柴胡汤不中与也。”第149条，“但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之。”方有执云，“不中，犹言不当也”。近世有编教材者释之为：“不能再给病人服用”，或谓：“不中用之意”，或谓：“不再给予”云云。这些讲法均不符合文义。其实首注《伤寒论》的成无己对此注解得非常正确，成氏解“桂枝不中与之也”为“不可复与桂枝汤”。把“不中”解成“不可”，尤为恰切。成氏的注解是有所本的，惜未为今人所取。而柯韵伯、程知独具学术慧眼以成注为解。对此，丹波元简曾有一段简明评述：“不中，方氏解为不当，是恐不尔。萧参《希通录》云：俚谈以不可用，为不中用，自晋时已有此语。《左传》成二年，郤子曰：克于先大夫，无能为役。杜预注：不中为之役使。王充耘《读书管见》云：中土见事之当其可者，谓之中；其不可者，谓之不中。于物之好恶，人之贤不肖，皆以之目焉。简按，不中用，见始皇本纪、韩延寿传等。”<sup>①</sup>上述丹波元简的简略考证，是正确的。王充耘《读书管见》所云之“中土”，当属黄河流域，今河南省中原之地。有研究者指出，在现今河南省南阳方言中，“中”与“不中”仍习用。详王充耘，元人，潜心《尚书》，考订《蔡传》，名曰《读书管见》。又，萧参《希通录》所言之“俚谈”，当属中土方言无疑。按，萧参，宋人，著《希通录》一卷，今见《说郛》卷十七。

其实仲景在第16条中，对“不中”已作出自注，惜未引起注家们的注意，所以才舍近求远或曲意为解。仲景在本条后半段云：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧、发热汗不出者，不可与之也。”此处的“不可”，不就是与前文“不中”相对应而为之作出注解吗？清人俞樾著《古书疑义举例》指出：古书有上下文异字

<sup>①</sup> 丹波元简·伤寒论辑义（合订本），北京：人民卫生出版社，1983.19

同义者<sup>①</sup>，据此可知，本论第16条之“中”与“可”，虽上下文异字，而实同义也。

## 喘家作与喘家作桂枝汤

《伤寒论》第18条：“喘家作桂枝汤加厚朴杏子佳。”上海科学技术出版社据上海图书馆藏岳峙楼本影印流通的《景岳全书·伤寒典》、上海古籍出版社据《四库全书》文渊阁本影印出版的喻昌《尚论篇》，均作此读。今所见流通的方有执《伤寒论条辨》、汪琥的《伤寒论辩证广注》、钱潢的《伤寒溯源集》、沈金鳌的《伤寒论纲目》、陈修园的《伤寒论浅注》以及人民卫生出版社1983年排印本丹波元简的《伤寒论辑义》，桂枝汤均属上读，文作“喘家作桂枝汤，加厚朴、杏子佳”，或作“喘家，作桂枝汤，加厚朴杏子佳”。这两种句断无实质性差别，其共同之处都是以“作桂枝汤”四字为一读。

50年代末60年代初，任应秋先生撰著的《伤寒论语译》、成都中医学院主编的中医学院试用教材（即所谓二版教材）《伤寒论讲义》句读亦如此。

另有人民卫生出版社排印本《医宗金鉴》、黄竹斋《伤寒论集注》、中医研究院主编的《伤寒论语译》、江苏中医学校主编的《伤寒论释义》等，桂枝汤三字均属下读，以“喘家作”三字为一读，句断为“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳”。湖北中医学院主编的《伤寒论选读》以及五版教材《伤寒论讲义》亦作此处理。

<sup>①</sup> 俞樾，《古书疑义举例·卷一》

韩愈尝云：“句读之不知，惑之不解。”（《师说》）李匡义亦云：“学问何如观点书。”（《资暇录·字辨》见《说郛》宛委山堂本，弓十四）“喘家作”与“喘家作桂枝汤”，句读不同，涉及到条文所表达的理与法不同。

“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳”，是言有喘息宿疾的病人，喘息发作，用桂枝汤加厚朴杏子治疗效果佳或最好。（条文中的“作”字，当“发作”解）。此属外感新邪引动宿疾喘息发作。按这样理解，用桂枝汤加厚朴杏子的目的是治疗喘息，且有用桂枝汤加厚朴杏子统治喘家喘息发作的含义。既然如此，为什么条文不用“喘家作，桂枝加厚朴杏子汤主之”？而在《伤寒论》中，“主之”才是最佳选择之意，亦是其最常用的表述方式。

这种把桂枝汤加厚朴杏子瞄准“喘”的看法，视野是否狭窄了一些？桂枝汤加厚朴杏子在仲景的心目中是否真是治喘的最佳选择或最佳方剂？在仲景书中，治喘之法与方决不独此一个。《金匮要略》中之射干麻黄汤、皂荚丸、麦门冬汤、小青龙加石膏汤等均属治喘之方。喘家发作之喘，既有寒热虚实之分，也有错杂而作，因此，决不会只有一种“桂枝汤加厚朴杏子佳”之喘。由此看来，把本条句读为“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳”不合条文原本文意，亦不合仲景用“桂枝汤加厚朴杏子”之思路。

“喘家作桂枝汤”，作，用也。《伤寒论》第29条，“……反与桂枝，欲攻其表，此误也。得之便厥、咽中干、烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳，若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸。”第104条，柴胡加芒硝汤方后注云：“右八味，以水四升，煮取二升，去滓，内芒硝，更煮微沸，分温再服，不解更作。”又，《伤寒论·平脉法》有云：“假令人病，脉得太阳，与形证相应，因为作汤……”又，《伤寒论·伤寒例》亦有云：“凡作汤药，不可避晨夜，觉病须臾，即宜便治，……”又云：“如服一剂，病证犹在，故当复作本汤服之。”上述这些“作”字，均当“用”讲，都可为“喘家作桂枝汤”作参证。

本条所述之喘家，之所以要用桂枝汤或加厚朴杏子，不是因喘证发作，而是因为在这个喘家感受了外邪，具有桂枝汤的适应证。有一点必须指出，喘家感受外邪容易引发喘息，但不是必发喘息。所谓喘家只是表述这个病人既往有喘息的病史，并非是指其具有现症的喘息。就本条所述而言，本证病人只有桂枝汤证，而并未发作喘息，因此本证用桂枝汤的目的在于解表，之所以要加用厚朴、杏仁，这是因为本证病人素有喘息宿疾，加厚朴杏仁降气以防宿疾发作，有未病先防之意。所以文曰“桂枝汤加厚朴杏子佳”，而不曰“桂枝加厚朴杏子汤主之”。与此对比，第43条：“太阳病下之，微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴杏子汤主之。”本证的主要症状是“微喘”，病机是“表未解”，所以用桂枝加厚朴杏子汤的目的是解表平喘，此属正治之法，故文曰“主之”，而不曰“佳”。同时有必要指出，桂枝加厚朴杏子汤所治之喘也只能是表证未解的“微喘”，而喘家发作之喘息却绝不仅仅只是“微喘”，因此，对喘家发作之喘，只用桂枝汤加厚朴杏子决不会是“佳”。

从第18条文气看，这当只是一种最佳的选择，而不是唯一的选择。根据条文所述，本证喘家的证候表现，仅仅是一个桂枝汤证，因而若选用桂枝汤治疗，也决非误治，只是在仲景的思路中，尚不属于最“佳”罢了。

## 呕吐与咳吐

吐，《说文》：“寫也”，排除之意。泛泛地讲，凡从口排弃，

均可称之为吐。如果与呕吐和咳吐对比讨论，则吐可有广义狭义之分。前面讲的吐，可称之为广义之吐。而所谓狭义之吐，则是指从口排弃之物仅源出于口或口腔。排弃之物为口中泛水、泛酸、涎沫，或源于口、咽、齿龈之血。如《伤寒论》第 357 条：“喉咽不利，唾脓血……”唾，吐也；《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之”；《伤寒论》第 378 条：“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之”；《金匱要略·跌蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治》：“蚘虫之为病，令人吐涎心痛，发作有时，毒药不止，甘草粉蜜汤主之”；同书《中风历节病脉证并治》篇：“邪入于脏，舌即难言，口吐涎”；同书《百合狐惑阴阳毒病脉证治》篇：“咽喉痛，唾脓血”等。

呕吐是指有声有物，排弃之物源于胃，由于胃气上逆，伴随“呕啊”之声，胃内容之物涌溢于口，从口泻弃于外。《金匱要略》有《呕吐哕下利病脉证治》篇，其中有“诸呕吐，谷不得下者，小半夏汤主之”，“呕吐而病在膈上，后思水者，解，急与之。思水者，猪苓散主之”。在今本仲景书中，把呕吐多简化为“呕”，如《伤寒论》第 33 条：“太阳与阳明合病，不下利，但呕者”；第 146 条：“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，微呕……”；第 149 条：“伤寒五六日，呕而发热者”；第 185 条：“伤寒，发热无汗，呕不能食”。另外，第 172 条、第 173 条、第 230 条、第 377 条、第 379 条等均论及呕。《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之”等。

在仲景书中，有时还把呕吐简称为“吐”。如：《伤寒论》第 74 条：“中风，发热六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆”；第 324 条：“少阴病，饮食入口则吐……”；第 359 条，“伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下；若食入口即吐……”；《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》：“食已即吐者，大黄甘草汤主之”，“吐后，渴欲得水而贪饮者，

文蛤汤主之”等。另外与呕吐有关联的症状，还有欲吐不吐，心中温温欲吐。如《伤寒论》第282条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐……”，第123条：“太阳病，过经十余日，心中温温欲吐”，第324条：“少阴病，饮食入口则吐，心中温温欲吐”等。这些症状当是与呕吐有密切关系的恶心。按，恶心，秦汉以前医典不载，当始见于巢氏《诸病源候论》（见本书《麻黄先煮去沫与“沫令人烦”》篇）。

与呕相关的还有干呕。《伤寒论》第40条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕……”；第152条：“太阳中风，下利，呕逆，表解者，乃可攻之，其人漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕……”；第158条：“伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕……”；第324条：“……若膈上有寒饮，干呕者，不可吐也……”；第378条：“干呕，吐涎沫……”；《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》：“干呕而利者，黄芩加半夏生姜汤主之”，又：“干呕，吐逆，吐涎沫，半夏干姜散主之”。按，干呕为有声无物，虽有胃气上逆而作“呕啊”声，但无胃内容物涌溢，后世李中梓对其描述为“干呕……呕而无所出。”

在仲景书中还有另一个症状术语，既包括有声有物之呕吐，又包括有声无物之干呕，这就是呕逆。如《伤寒论》第3条：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆……”，第152条：“太阳中风，下利、呕逆……”。综上所述，在仲景书中，呕吐，或简称为呕，或简称为吐（广义），不论其病机是表、里、虚、实、寒、热、水、湿、饮等，只要影响胃气升降，胃气上逆就有可能导致胃内容物涌溢而泻弃于外。

咳，古作欬。《说文解字》欬，“逆气也”。含吸之欲其下，而气乃逆上是曰咳。《素问》有《咳论》篇，专论咳的病因、病机、症状，指出“五脏六腑皆令人咳”：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚则唾血”，“肾咳之状，咳则腰背相引而痛，甚则咳涎”

等。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》曰：“息引胸中上气者，咳。”若仅仅气逆上而咳，既无痰涎，也无脓血，此为咳逆上气，即后世所谓之干咳。若伴随气逆上而有痰涎、脓血咳呛于口中，则必须吐出，这就是咳吐。如前述之肺咳之状，甚则唾血（唾，吐也。此处为咳吐）；肾咳之状，甚则咳涎。涎，本作口液，又作粘液。因咳而口中有痰涎，虽不言吐，而吐则是在必然之中的。《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》：“若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痈，咳唾脓血”；又，“咳逆上气，时时吐浊”；同书《胸痹心痛短气病脉证治》篇：“胸痹之病，喘息咳唾”；同书《痰饮咳嗽病脉证并治》篇：“膈上病痰，满喘咳吐”等，表述的都是一个症状，即先咳而后遂吐。在这里，吐弃之物不是口中自生，亦不是胃中涌溢，而是通过气逆上之咳，气道与肺中之物逆呛于口中。

综上所述，仲景书中虽经常以“吐”来泛指呕吐和咳吐，但是，吐、呕吐和咳吐是有区别的。本节不惜笔墨来疏理仲景书中呕吐、咳吐以及吐之不同，在于试图论析《伤寒论》第19条“凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也”之含义，以及它所表述的发病过程与发病机理，而这正是本节的真正目的。

## 二

《伤寒论》第19条，文字虽然不多，总共14个字，但自成无己全面注释《伤寒论》以来，几乎从未能讲清楚。成无己释之曰：“内热者，服桂枝汤则吐，如酒客之类也。既亡津液，又为热所搏，其后必吐脓血。吐脓血，谓之肺痿。《金匱要略》曰：热在上焦为肺痿，谓或从汗或从呕吐，重亡津液，故得之。”<sup>①</sup>此后方有执则云：“桂枝辛甘大热，胃家湿热本甚者，复得桂枝之大

<sup>①</sup> 成无己：《注解伤寒论》，北京：人民卫生出版社，1963.59

热，则两热相搏于中宫，搏则必伤，甘又令人中满壅气而上溢，所以胃不司纳，反上涌而逆出也。然胃属土，土者金之母，肺属金，金者土之子，母病固传子，胃家湿热甚，则必传之肺，肺受胃之湿热，与邪热搏郁而蒸，久热为火，肺为金，脓血者，金逢火化也。”<sup>①</sup>喻嘉言则谓：“桂枝辛甘，本胃所爱，服之反吐，其人湿热素盛可知矣。湿热素盛，更服桂枝则两热相合，满而不行，势必上逆而吐，吐逆则其热愈淫溢于上焦，蒸为败浊，故必吐脓血，此一大禁也。”<sup>②</sup>成无己、方有执、喻嘉言，都认为本证是湿热素盛，而桂枝又辛甘大热，以热及热，两热相搏，蒸为败浊，故吐脓血。这样讲法，乍听起来也似乎有些道理，但就“吐”而言，两热相搏，也只能热迫血行，若吐血则似通，若吐脓则不通。脓，从何而来？因此，均未得经文本旨。钱天来似已看出这一点，不满意诸家的解释，他说：“各注家俱言胃家湿热素盛，更服桂枝，则两热相搏，中满不行，势必上逆而吐，热愈淫溢，蒸为败浊，必吐脓血，此一大禁也。”同时又反诘道：“不知桂枝随已吐出，何曾留着于胸中，岂可云更服桂枝，两热相搏乎？前人遂以此条列为桂枝四禁，岂不谬乎？”他认为“其后必吐脓血句，乃未至而逆料之词也，言桂枝性本甘温，设太阳中风，投之以桂枝汤而吐者，知其人本阳邪独盛于上，因热壅上焦，以热拒热，故吐出而不能容受也。若邪久不衰，薰灼肺胃，必作痈脓，故曰其后必吐脓血也。此以不受桂枝而知之，非误用桂枝而致之也。”<sup>③</sup>钱天来的反诘对后世是有一定启发的，《医宗金鉴》的作者对桂枝是不是“随已吐出”和“其后必吐脓血”的问题上留有了余地。故云：“凡酒客得桂枝汤而呕者，以辛甘之品能动热助涌故也。若其人内热素盛，服桂枝汤又不即时呕出，则益助其热，

① 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.5

② 喻昌·尚论篇·上海：上海古籍出版社，1991.25

③ 钱潢·伤寒溯源集·上海：上海卫生出版社，1957.13

所以其后必吐脓血也。然亦有不吐脓血者，则是所伤者轻，而热不甚也。”<sup>①</sup>《医宗金鉴》尽管受到钱天来的启发，在吐脓血和不吐脓血问题上比方有执、喻嘉言灵活而留有余地，但其对条文的理解仍没有超出方、喻的认识。核心问题仍然是怎样理解“吐脓血”，才符合经文本旨。

由于历代注家屡屡找不到合理的解释，所以，有注家开始对本条提出怀疑。首先提出问题的当是舒绍，他说：“酒客病，不可与桂枝，得汤则呕者，其后果必吐脓血乎？盖积饮素盛之人，误服表药，以耗其阳，而动其饮，上逆而吐，亦常有之，若吐脓血者，从未之见也，定知叔和有错。”<sup>②</sup>丹波元简对舒绍的说法认为：“此说有理。”又，近人恽铁樵亦认为：“吐脓血当求其理，体工之变化原多不可思议之事，然不能言其理，当求其经验，若二者皆无，当阙疑耳。”<sup>③</sup>舒绍、丹波元简、恽铁樵等终于看到本条的要紧处，他们能对吐脓血进行深思，并对以往的随文顺释之说提出质疑，实属可贵。但是，把暂时还不能理解的问题，轻易地认为是“叔和有错”或是传写舛误有讹，似有失允当。

详叶天士曾有一条服桂枝汤失血案载于《临证指南医案》，文曰：“周<sub>34</sub>，屡屡失血，饮食如故，形瘦面赤，禀质木火，阴不配阳，据说服桂枝汤治外感，即得此恙。凡辛温气味宜戒，无妨。六味加阿胶、龟甲、天冬、麦冬。”<sup>④</sup>按，叶氏本案，虽云失血，但明言“禀质木火，阴不配阳”，且“饮食如故”，而其用药又为六味地黄汤加阿胶、龟甲、二冬，一派滋肾润肺之品，因此，可以断言，本证当是肺肾阴虚，阴虚火旺之咳血，而非咳吐脓血。咳血，作为一个症状术语，出现的时间较晚，似首见于

① 吴谦，等，《医宗金鉴》，北京：人民卫生出版社，1982.20~21

② 舒驰远，《新增伤寒集注·卷一·太阳上》

③ 恽铁樵，《伤寒论辑义按·卷一》

④ 叶天士，《临证指南医案·卷二》

《丹溪心法》，但作为一种疾病表现，它的出现，当可以追溯到人类远古。在《金匱要略》中，咳血被包括在吐血中。该书《惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇有云：“夫吐血，咳逆上气，其脉数而有热，不得卧者，死。”又，“夫酒客咳者，必致吐血，此因极饮过度所致也”。此处之吐血当是指咳血。在《金匱要略》同一篇中，还有另外一种意义的吐血，实为呕血，如“吐血不止者，柏叶汤主之”；“心气不足，吐血、衄血，泻心汤主之”。

洄溪老人在评述叶氏本案时，曾有一段评语云：“风嗽夹火者，服桂枝必吐血，百试百验。”按，本为“风嗽”，所以服桂枝汤后之“吐血”，当是咳血无疑。而“风嗽夹火者”若误服桂枝汤，其咳血诚如洄溪老人所言“百试百验”，但由于无热毒酿脓之病机，所以只能咳血而不能咳脓，绝不会脓血并见。由此可见，洄溪老人之评语亦不能诠释《伤寒论》第19条之吐脓血。

实际上，在方有执的注释中，曾淡淡地提到一个我认为极为重要的论点，惜未能展开和深化，亦未能引起后世注家的注意。这个论点，就蕴涵在方有执对本条注释中的最后一句话中：“肺为金，脓血者，金逢火化也”。此前，在成无己的注释中曾论及到肺痿，在病机方面也想到了肺，但本证却不是肺痿，在《金匱要略》中，肺痿虽咳，但不吐脓血，而是口中浊，唾涎沫。钱天来在驳评了方有执、喻嘉言之论后，在讨论吐脓血的病机时，也论及到了肺，他说：“若邪久不衰，重灼肺胃，必作痈脓”。这些注家的论述虽然在一定的程度上把吐脓血和肺联系起来，但由于在理论上是盲目的，不自觉的，因此其诠释极为肤浅，一带而过。方、钱之后，在这个问题上有见地的当推尤在泾。尤在泾在解释本条时说：“凡服桂枝汤吐者，不必尽是酒客，此其脾胃素有湿热蕴蓄，可知桂枝汤其甘足以酿湿，其温足以助热。设误服之而致吐，其湿热之积，上攻肺中，与表之邪风相得，蒸郁不解，发为

肺痈，咳吐脓血，势有必至者矣，仲景因酒客复申其说如此。”<sup>①</sup>尤在泾的论释可谓发前人之所未发，其可贵之处，在于他机智地自觉地意识到第19条之吐脓血与肺痈之间的内在联系。把“吐”从呕吐的笼套中解脱出来，诠释为咳吐，从而在一定程度上把握住了仲景在本条中所阐述的服桂枝汤之后吐脓血的思路。明·孙一奎有一呕脓案：“予一族嫂，中年患此半载，咳嗽呕脓血，后竟无事，此亦肺痈症也，脓尽即愈。”<sup>②</sup>此处之咳嗽呕脓血即是咳吐脓血无疑。

《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》云：“咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥样，为肺痈。”又曰：“若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痈，咳唾脓血。”上述之脉证为肺痈热聚成脓之期。而肺痈之早期表现，则是“寸口脉微（浮）而数，微（浮）则为风，数则为热；微（浮）则汗出，数则恶寒”，“风伤皮毛，热伤血脉，风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒”。如果对上述脉症进行归纳，肺痈的早期或表证期表现当是：“风伤皮毛”，恶寒发热，时时振寒，汗出，咽燥口干，咳喘，多唾浊沫，脉浮而数。不难看出，这样一个“风伤皮毛”的早期肺痈与太阳中风桂枝汤证是何等的相似！由此可见，《伤寒论》第19条“凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也”所表述的过程，当是肺痈早期“风伤皮毛”的阶段，反被误诊为太阳中风，误服了桂枝汤所引发的变证。《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》曰：“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥。”这样一个风热初客，发热、恶寒、汗出、咳喘，脉浮数之早期肺痈，误服桂枝汤，必助其热，热伤脉络，则必动其血，加速血热结聚蓄毒酿脓之过程。所以第19条误服桂枝汤之证，咳吐脓血当是在必

① 尤在泾，《伤寒贯珠集》，上海：上海科学技术出版社，1959.8

② 孙一奎，《赤水玄珠·卷四》

然之中。

本条“凡服桂枝汤吐者”之“凡”字，作发语辞解义胜。这样一个肺痈早期病人，误服桂枝汤之后，在病情变化上由咳喘多唾浊沫而变生咳吐脓血的过程，在病机上则是血热结聚蓄毒酿脓的过程。所以服桂枝汤之后，不是即时吐脓血而是“其后必吐脓血”。

## 麻黄先煮去沫与“沫令人烦”

麻黄先煮去沫，语出《伤寒论》若干应用麻黄的方剂方后注。如第35条麻黄汤方后注云：“先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药……”首先对先煮麻黄去沫进行诠释的是陶弘景。他认为，麻黄“色青而多沫”，“先煮一两沸，去上沫，沫令人烦。”在仲景书中，仅简略地提到先煮麻黄，去上沫，或去白沫（第31条、第33条、第232条），至于为什么要先煮去沫，仲景没有讲。经陶弘景这样一诠释，使本来也许不是什么问题的“去沫”，反而引起后世注家们的关注而成为一个问题。金·张元素在《医学启源》中，重复了陶弘景的说法：“煮二三沸，去上沫，不然，令人烦心。”<sup>①</sup>此后王肯堂云：“凡用麻黄，去节，先滚醋烫，略浸片时，捞起以备后用，庶免大发。”<sup>②</sup>张景岳亦云：“制用之法，须折去粗根，入滚汤中，煮三五沸，以竹片掠去浮沫，晒干用之，不尔令人动烦”。<sup>③</sup>柯韵伯认为“去沫者，止取其清阳发媵

① 张元素，医学启源，北京：人民卫生出版社，1978.176

② 王肯堂，证治准绳·伤寒，上海科学技术出版社，1959.63

③ 张景岳，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.923

理之义也。”<sup>①</sup>汪昂在《本草备要》中提出：“煮十余沸，掠去浮沫，或醋汤略泡，晒干备用。”吴仪洛在《成方切用》中，重复了王肯堂和汪昂的说法：“凡用麻黄，去节，醋汤略泡，晒干备用，庶免大发。”<sup>②</sup>上述王肯堂、张景岳、汪昂以及吴仪洛等，从仲景的先煮麻黄去沫，发展演化为对麻黄的煮、烫、泡、晒的加工炮制方法，把生麻黄变成“制麻黄”，其目的是“庶免大发”和“不尔令人动烦”。至近世，张锡纯进行了一些臆测，认为：“麻黄发汗力甚猛烈，先煮之去其浮沫，因其沫中含有发表之猛力，去之所以缓麻黄发表之性也。”又云：“古方中有麻黄，皆先将麻黄煮数沸，吹去沸沫，然后纳他药，盖以其所浮之沫发性过烈，去之所以使其性归和平也。”<sup>③</sup>自陶弘景以降，近1500年来，对先煮麻黄去沫的认识，要么停留在陶弘景的认识上，要么对其进行某些臆测。其说均未能令人信服。

在仲景书中，用麻黄的方剂约36方。《伤寒论》中之用麻黄者13方，无一例外均要求“先煮麻黄，去上沫”。《金匱要略》中，用麻黄者约23方，其中约有9方未要求“先煮去上沫”，在那些未要求“先煮去上沫”的方剂中，除去丸剂之外，有一个共同的特点，即方剂中药物味数相对比较多，麻黄的用量相对比较少。如麻黄杏仁薏苡甘草汤四味药物组成，麻黄仅用半两，且上五味剉麻豆大，每服四钱匕，水盞半，煮八分，去滓；黄芪防己汤四味药物组成，麻黄半两；桂枝芍药知母汤九味药物组成，麻黄二两；乌头汤，五味药物组成，外加蜜二升，麻黄三两；厚朴麻黄汤九味药物组成，麻黄四两；文蛤汤七味药物组成，麻黄三两。综合各种因素，麻黄用量相对比较大的方剂，方后注要求先

① 柯韵伯，伤寒来苏集·伤寒论注，上海：上海科学技术出版社，1959.47

② 吴仪洛，《成方切用·卷二·上》

③ 张锡纯，医学衷中参西录（合订本），石家庄：河北人民出版社，1974.399，

煮麻黄去沫；麻黄用量相对比较少的方剂，方后注一般不要求先煮麻黄去沫。在这些麻黄用量较多与较少之间，还有一些麻黄的用量比多的要少，比少的要多的一些方剂，对这种情况，仲景似随机地或先煮去沫，或不先煮不去沫，量偏多的则先煮，有沫则去之；量偏少的则不先煮，沫极少则无须去之。

千年来，注家们把麻黄先煮与去沫套叠在一起认识，且把注意力投向“去沫”二字。实际上，先煮麻黄与去沫是两个环节。纵观仲景书，先煮的药物何止麻黄一味！除了麻黄之外，还有葛根、茵陈、茯苓、蜀漆、栝蒌、大枣、栀子、大黄、枳实、厚朴、乌头等。其道理当是多方面的，或因药物质地坚硬，或因质轻量大不先煮不足以煮透取效；或因不先煮，不足以强化气味之效力；或因不先煮不足以顿化药物之锐性。亦有所谓先煮，是与后入药物对比而言，实际上是强调后入，等等。麻黄，《名医别录》谓，产晋地及河东，虽为草本状，但多系小灌木，质地比较坚硬（考古发掘，多次发现距今约3800年前的墓葬麻黄<sup>①</sup>）。在《伤寒论》中，大抵开腠发汗必取其力峻迅猛，故大青龙汤、麻黄汤，以水九升，先煮麻黄，减二升；小青龙汤，以水一斗，先煮麻黄减二升。上述三方麻黄煮的时间较长，蒸发消耗水液二升。而桂枝麻黄各半汤、桂枝二麻黄一汤、桂枝二越婢一汤，均以水五升，仅先煮麻黄一二沸。又麻黄升麻汤以水一斗，仅先煮麻黄亦一二沸；麻黄连轺赤小豆汤，以潦水一斗，先煮麻黄再沸；麻黄附子甘草汤以水七升，先煮麻黄一二沸等，上述诸方仅先煮麻黄一二沸，其意均在轻煮取其力缓。宋·寇宗奭《本草衍义》载治病疮疱倒靨黑者方一则，麻黄（去节）半两，以蜜一匙匕，同炒良久，以水半升煎，俟沸，去上沫，再煎，去三分之

<sup>①</sup> 夏雷鸣，古楼兰人对生态环境的适应——罗布泊地区墓葬麻黄的文化思考，中国社会科学，1997，（3）：115

…，不用滓。<sup>①</sup>《本草衍义》在本方中，对麻黄的用法，与其说强调“去沫”，不如说强调“再煎”。

《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治》有百合知母汤、滑石代赭汤、百合鸡子汤、百合地黄汤。其中百合凡入汤剂，“先以水洗百合，渍一宿，当白沫出，去其水。”又，同书《妇人产后病脉证治》篇，竹叶汤“用大附子一枚，破之如豆大，煎药，扬去沫。”这就是说，在仲景书中，不独有麻黄先煮，去上沫，而且还有百合先泡，去白沫，亦有附子“煎药扬去沫”。为什么要去沫？一个非常简单的问题被复杂化了，以至于柯韵伯臆说“取其清阳发腠理之义也”，张锡纯悖谬“沫中含有发表之猛力”云云。实际上，沫能令人生厌，难以入口饮服。不独麻黄之沫，凡沫恐均令人难以下咽，不论古人还是今人都是如此，所以，“沫”要去之。它的道理就象“去滓”一样，因为药滓也是难以下咽的。

其实，前贤早已有人认识到这个浅显得不能再浅显的问题。今本《金匱玉函经·卷七》有“方药炮制”一段文字，学者考证，此虽非出自仲景、叔和之手，但必在林亿之前，当为隋唐时人所为。文曰：“凡煎药，皆去沫，沫浊难饮，令人烦。”嗟嗟！此言何等通彻明白，惜未能为今人所闻。

“沫”能令人生厌，所以华阳居士谓“沫令人烦”。此言一出，后世注家附会者众，均诠释为“沫令人心烦”，意思是沫能使人心里烦躁云云。因而“沫中含有发表之猛力”、沫能“大发”、“令人动烦”等臆说纷起。实际上，华阳居士所谓“沫令人烦”之“烦”字，并非一般意义上的心烦或心里烦躁，而是恶心的意思。

详“恶心”这个术语，就目前所见，当首见于巢元方《诸病源候论·第二十一卷·恶心候》：“恶心者，由心下有停水积饮所为也”，“心中澹澹然欲吐，名为恶心也。”在此前的《内经》和仲

<sup>①</sup> 寇宗奭·本草衍义·北京：人民卫生出版社，1990.58

景书中，尚未见到这个术语。没有这个术语，并不能说那个时代不存在这个症状、古人没有这样泛泛欲呕的感觉，或此前没有关于它的表述。恰恰相反，仲景书中对于恶心这个症状的表述十分精当、贴切、准确。比如第 282 条之“欲吐不吐”，第 324 条之“温温欲吐”，《金匱要略·呕吐哕下利病脉证治》之“似呕不呕，似哕不哕”及同书《肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》篇之“心中温温液液”。按，温温欲吐，温又作愠。日人尾台榕堂云：“愠愠，盖谓恶心、愤闷之状也。”<sup>①</sup>

我认为，在仲景书中，“心烦”这个术语，在特定的条件下，有时是对“恶心”的表述，这在前人的论述中，尚未认识到。

烦，仲景书中习见。若循“因文释顺”原则，烦字在仲景书中可有三义。它的最一般的含义就是心烦，或心里烦躁，属于现代所说的精神症状范围。如论中第 24 条：“太阳病，初服桂枝汤，反烦不解”；第 38 条，“不汗出而烦躁之大青龙汤证”；第 46 条：“服药已，微除，其人发烦目瞑”；第 118 条，“火逆。下之，因烧针烦躁”之桂枝甘草龙骨牡蛎汤证；第 102 条，“心中悸而烦”之小建中汤证；第 107 条，“胸满、烦惊、小便不利、谵语”之柴胡加龙骨牡蛎汤证；第 264 条，“胸中满而烦”之少阳中风证等。

其次，烦还有表示严重程度的意思。如第 146 条，“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结”之柴胡桂枝汤证；第 174 条，“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦”之桂枝附子汤证；第 175 条，“风湿相搏，骨节疼烦”之甘草附子汤证等。在这里，烦，表述疼痛严重。第 156 条：“其人渴而口燥烦”，此处之烦是表述口燥的严重程度。

心烦的第三个含义就是恶心。烦，搅扰纠结貌。《史记·乐书》：“水烦则鱼鳖不大。”张守节注曰：“烦，犹数搅动也。”心烦犹胃脘搅扰翻腾难耐、恶心欲吐之状，论中第 96 条：“伤寒五六

<sup>①</sup> 尾台榕堂·类聚方广义·大安株式会社（日），昭和 37.94

日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕或胸中烦而不呕”之小柴胡汤证。本证之心烦，历来被解释为心中烦躁，但若把条文前后连贯起来分析，与“不欲饮食”和“喜呕”并见的“心烦”，当是恶心之意。这里的“心”不是主神明之心，而是第326条的“气上撞心，心中疼热，饥而不欲食”之心，亦即指“胃”而言。若与“胸中烦而不呕”对举，则“胸中烦”才是指“心里烦躁”之意，所以但烦不呕。第282条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐”。本证之“心烦”历来被诠释为心中烦躁，但，若与“欲吐不吐”相连贯，则此处之“心烦”当是“下焦虚有寒”，浊阴上逆，胃失和降而欲吐不吐之恶心。第315条：“少阴病，下利，脉微者，与白通汤；利不止，厥逆无脉，干呕，烦者，白通加猪胆汁汤主之。”此处之“烦”，历来被认为是服白通汤之后，阴阳格拒所导致的心中烦躁，但，若与“干呕”并见之“烦”，当是恶心之意。又，第355条，病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散。本证虽邪结胸中，病在胸中，但满在“心下”，烦亦在“心下”，此处之“烦”与心下满、饥不欲食并见，当是恶心之意。因为本证病人恶心，有欲吐不吐之感，故用瓜蒂散因势利导以吐之。

综上所述，浊沫令人生厌，难以下咽，故令人恶心。在隋·巢元方以前的医学文献中，烦和心烦，根据文义和具体病证，有“恶心”之意。由此可见，陶弘景先生所言之“沫令人烦”，当是浊沫令人恶心之意。

## 疑非仲景意

在今所见赵开美复刻的宋本《伤寒论》中，第40条，小青

龙汤方后注有云：“且薏花不治利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意。”第68条，芍药甘草附子汤方后注有云：“右三味，以水五升，煮取一升五合，去滓，分温三服。疑非仲景方。”第173条，黄连汤方后注有云：“右七味，以水一斗，煮取六升，去滓，温服，昼三夜二。疑非仲景方。”第233条，蜜煎导方方后注云：“右一味，于铜器内微火煎，当须凝如饴状，搅之勿令焦著，欲可丸，并手捻作挺，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。疑非仲景意，已试甚良。”上述之“疑非仲景意”、“疑非仲景方”这几个字不是仲景所为无疑。另外，第103条，大柴胡汤方后注有云：“一方加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤。”又，第174条，去桂加白术汤方后注云：“此本一方两法，以大便硬，小便自利，去桂也；以大便不硬，小便不利，当加桂。附子三枚恐多也，虚弱家及产妇，宜减服之。”第313条，半夏散及汤方后注有云：“半夏有毒，不当散服。”这些文字和内容从语气、逻辑上看亦不是仲景所为。

那么，上述这些文字当出自于何人之手？近世有编书人把它说成是林亿所为，在注释第40条小青龙汤方后注时，认为：“疑点颇多，故林亿注‘疑非仲景意’，当存疑待考。”而林亿针对本条方后注最后一句：“今此语反之，疑非仲景意”，早已有按语云：“臣亿等谨按，小青龙汤大要治水。又按《本草》，薏花下十二水，若水去，利则止也。又按《千金》，形肿者，应内麻黄，乃内杏仁者，以麻黄发其阳故也。以此证之，岂非仲景意也。”从林亿的这一段按语中，凿凿可见，方后注的“疑非仲景意”一句，绝非林亿所言，当昭然已明。故认为“疑非仲景意”为林亿注，显为悖谬。

在《金匱玉函经·辨太阳病形证治上第三》中，小青龙汤方后注亦有云：“薏花不治利，麻黄定喘，今反之者，疑非仲景意。”唐朝人王焘编撰的《外台秘要·卷九·咳嗽门》亦有此语：“薏花不

主利，麻黄止喘，今语反之，疑非仲景意加减。”康平本《伤寒论》在本方后注“若喘者，去麻黄加杏仁（旁注‘去皮尖’）半升”后，有嵌注：“且薤花不治利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意。”可见，此语出现的时间当在林亿前很久。

许叔微认为此类按语出自王叔和。许氏在《普济本事方·卷七》大柴胡汤条目中，尝曰：“仲景云伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤，三服而病除。大黄荡涤蕴热，伤寒中要药。王叔和云，若不用大黄，恐不名大柴胡。”大柴胡汤方后注有“一方加大黄二两，若不加，恐不为大柴胡汤”一语，许氏把这句话指认为叔和所言，是有一定道理的。就目前所见，千余年间，仲景书在流传中，历经分合、析出，在林亿之前，真正称得上系统整理过仲景书者，恐唯叔和一人。

对此，19世纪末叶，日人丹波元简曾有过评述，认为：“薤花以下二十字，盖是叔和语。大柴胡汤方后云，不加大黄，恐不为大柴胡汤，许氏《本事方》引王叔和语，此段语气，亦与彼条相类，可证也。且《玉函》、《外台》并有此语，可见不出于后人手。”

又，第173条，黄连汤方后注亦云：“疑非仲景方。”而《金匱玉函经》、《千金翼方》、康平本《伤寒论》在本方后，均无此语。第233条，蜜煎导方后注亦有云“疑非仲景意”，《金匱玉函经》、《千金翼方》、成无己《注解伤寒论》均无，在康平本《伤寒论》中，在“已试甚良”旁，作小字旁注“疑非仲景意”。林亿等校勘医书，认真严谨，态度审慎，在《金匱玉函经疏》中尝云：“圣贤之法，不敢臆断”。在《千金翼方序》中亦云：“至于汤药，小小不达，则后人受弊不少，是医方不可以轻议也。臣等不敢肆臆见，妄加涂窜。取神农以来书行于世者而质之，有所未至，以俟来者。”今检恽氏影印赵开美翻刻宋本《伤寒论》可见，文中凡出自林亿等之手的大段文字，率以“臣亿等谨按”标明，如第14条、第23条、第25条、第27条、第40条、第104条、

第154条、第158条、第176条等条后按语均作此式。而大量的校语短句均作小字夹注于正文之中，以示与正文区别。如第38条大青龙汤方后注，“汗多亡阳，遂一作逆虚”。第179条，“脾约一云络是也”。又如第180条，“胃家实一作寒是也”等。由此亦可见，以大字混于正文的诸如“疑非仲景意”之类的按语，由来久矣，在林亿之前，无庸置疑。虽无法证明是叔和所按，但决非林亿所为。

## 目瞑与瞑目

目瞑，语出《伤寒论》第46条：“太阳病，脉浮紧，无汗发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已，微除，其人发烦目瞑，剧者必衄。衄乃解，所以然者，阳气重故也”。本证属风寒外束，腠理闭拒，卫阳郁遏不得宣泄。郁阳内扰心神则烦，上干清窍则可见白睛轻微红赤，且视物昏花。瞑，成无己释为“视不明也”，是正确的。按，瞑，既可作闭目解，亦可作目力昏花解。《灵枢·邪客》云：“今厥气客于五脏六腑，则卫气独卫其外，行于阳，不得入于阴。行于阳则阳气盛，阳气盛则阳骄满，不得入于阴，阴气虚，故目不瞑。”按因文顺释原则，此处之“瞑”，作闭目解义胜。而本论第46条之目瞑，按文义作视物昏花解为是。近世有解作“闭目懒睁，有畏光感，不喜强光刺激”云云，非也。《集韵》：“瞑，目不明也。”“目不明”即视物不清，目瞑即是眼睛视物昏花。而所谓“闭目懒睁”当为“瞑目”作解为是。

## 昼日烦躁不得眠

不得眠，论中见于第 71 条：“发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠”；第 76 条：“发汗，吐下后，虚烦不得眠”；第 86 条：“衄家，不可发汗，汗出必额上陷脉急紧，直视不能眴，不得眠”；第 221 条：“阳明病，脉浮而紧，咽燥，口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒反恶热，身重。……若加温针，必怵惕，烦躁不得眠”；第 319 条：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠”。上述诸条不得眠，作不得寐解，似无疑义。

《金匱要略·水气病脉证并治》尝云：“身肿而冷，状如周痹，胸中窒，不能食，反聚痛，暮躁不得眠。”此处之“不得眠”文中特别强调是发于“暮”时，所以，此处之“眠”字亦作睡眠解为是。

《伤寒论》第 61 条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕、不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”“昼日烦躁不得眠”，表述的是烦躁程度和烦躁发作的时间。其病机是阳虚阴盛，阳欲争而无力，得天阳之助方能与阴相争，故昼日烦躁不得眠。此处之“眠”字作睡眠解，亦为历代注家及今人所接受。但是，人类自从在地球上直立起来以后，初民们便是按日、月、星三辰的“移动”而劳作生息。逐渐形成了日出而作，日落而息的生活习性。因此，在仲景时代，人昼日即使不烦躁也是不睡眠的，况且在烦躁的情况下岂能得安眠哉！

因此，本条之“眠”字不应当作睡眠解，而作“偃卧”、“卧息”解为是。《类篇》曰：眠，“偃息也”。《三辅旧事》有云：“汉苑中有柳，状如人形，号曰人柳，一日三眠三起。”<sup>①</sup>可参。

<sup>①</sup> 张澍辑佚，《三辅旧事》（见《丛书集成》3205）

“昼日烦躁不得眠”解作昼日因烦躁展转不宁，不得安卧。义胜。

## 渴 与 消 渴

渴，古字作𩚑。《说文解字》：𩚑，欲饮也。这是一般意义的口渴、口干思饮。

消渴是口干思饮，饮不解渴，故饮后仍思饮，是一种极严重的口渴。与消渴对比，渴是饮能解渴，渴解之后不再思饮。但是，作为症状，渴与消渴之间没有绝对的界限。

渴，在仲景书中是一个常见症状，也是一个具有重要诊断意义的症状。其病机大体可以分为以下几个方面。一是以热盛为主，伤津不甚明显。这样的口渴比较轻微，一饮即解，如《伤寒论》第6条：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”，第373条：“下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之”。另外第38条大青龙汤证、第63条和第162条麻杏石甘汤证，尽管条文中未言渴，但出现轻微的口渴是符合病机和病情的。二是热盛伤津。这样的口渴，虽渴甚，但饮水可解，而津伤严重时也可见饮而不解者（见后文）。如《金匱要略·痉湿喝病脉证治》：“太阳中热者，喝是也，汗出恶寒，身热而渴，白虎加人参汤主之。”又如《伤寒论》第168条：“伤寒若吐若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。”三是阴虚内热，阴津亏竭。如《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治》：“百合病，渴不差者，栝楼牡蛎散主之。”四是水饮内停，气不化津。如《伤寒论》第40条小青龙汤证：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴或

利……”又如《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》：“先渴后呕，为水停心下，此属饮家，小半夏茯苓汤主之。”五是阳虚不能蒸化津液。如《伤寒论》第282条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日，自利而渴者，属少阴也。”以上只是大体划分，也只是相对而言，若再细分，还可以分出更多的类型。

消渴，语出《素问·奇病论》：“肥者，令人内热，甘者，令人中满，故其气上溢，转为消渴。”在《伤寒论》中，消渴首见于第71条：“……若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。”又见于第326条：“厥阴之为病，消渴，气上撞心……”在《金匱要略》中，专列《消渴小便利淋病脉证并治》篇。详消渴，原本是一个症状，用现代汉语语法分析，可以把它看成是一个动宾结构的词组。消，《说文解字》谓：尽也，从水”。段玉裁注曰：“未尽而将尽也”。《广雅·释诂》：“消，减也”。可引申为消除、解除之意。渴是口干思饮的状态。消渴的本意当是表述渴与饮之间的关系和过程。因渴而思饮，饮水以消除口渴，但由于饮后渴仍不除，故再饮以求消除口渴，从而形成了这样一个随渴随消，随消随渴的病态过程。在这里，消不是消失、消耗之意，而是消除、解除之意。渴是状态，消是解除渴这样一个状态的过程。先贤通过建构这样一个辞或术语来表述口渴思饮，饮不解渴，故再饮以求解渴的形象。消渴这个辞在结构上和搔痒有共同之处。搔痒本作搔痒，也是一个症状，其特点是因奇痒难忍，故搔之以求解除其痒，但因搔之而不能解痒，故再搔之，或不停地搔之。

消渴虽然原本是一个症状，是表述口渴思饮，饮不解渴的过程或状态，但，后来以症命病，逐渐由症状转化为病名，这是概念的转化。在《内经》中，作为症状的消渴和作为病名的消渴并存。这种概念转化的现象，在《内经》中是常见的，如“黄疸”，原本也是一个症状，后来以症状命病，这样以来，黄疸既是症状又是病名。

消渴虽然它的动因是渴，但突出的是消，即饮水救渴的过程

和形象。因此，在《内经》中，消渴有时被简约为“消”。《素问·阴阳别论》有云：“二阳结谓之消”。张景岳释之曰：“阳邪留结肠胃，则消渴善饥，其病曰消。”<sup>①</sup>高士宗亦曰：“结则燥气独盛，故饮水过多，而谓之消。”<sup>②</sup>《淮南子·说山》尝云：“嫁女于病消者。”可见在《内经》时代，秦汉之际，消渴可以简称为消。由于消作为概念被确立，并且在某种程度上替代了消渴，所以在《内经》中，还有一些以消为核心，结合病机构建的术语或概念，对消渴进行分类，如“消中”（《腹中论》、《脉要精微论》）、“消瘕”（《评热病论》、《本脏》）、膈消、肺消（《气厥论》）等。这种命名方式如同“瘙痒”证中有“风瘙”一样，“风瘙”是由风引起的瘙痒。《诸病源候论》列《风瘙》一章云“邪气客于皮肤，复逢风寒相折，则起风瘙隐疹”。

《内经》中的消渴或消，作为一个病，在其发病过程中，可以出现口渴难忍，饮不解渴的症状，但，这样的症状并不一定贯穿疾病的全过程。

《外台秘要》引《古今录验》云：消渴病有三，一、渴而饮水多，小便数，无脂似麸片，甜者，皆是消渴病也。二、吃食多，不甚渴，小便少，似有油而数者，此是消中病也。三、渴饮水不能多，但腿肿，脚先瘦小，阴痿弱，数小便者，此是肾消病也<sup>③</sup>。按《古今录验》，今不可见，当系隋朝甄立言所作。其所论消渴，反映出南北朝至隋这一时期对消渴的认识。宋·许叔微在《普济本事方》中亦转引这一段文字<sup>④</sup>，说明其对消渴病的认识影响之深远。刘完素之《三消论》在此基础上又进一步阐释：“若饮水多而小便多者，名曰消渴；若饮食多而不甚饥，小便数

① 张景岳·类经·北京：人民卫生出版社，1965.399

② 高士宗·黄帝素问直解·北京：科学技术文献出版社，1980.58

③ 王焘·外台秘要·北京：人民卫生出版社影印，1955.310

④ 许叔微·普济本事方·上海：上海科学技术出版社，1959.84

而渐瘦者，名曰消中；若渴而饮水不绝，腿消瘦而小便有脂液者，名为肾消。”<sup>①</sup>至王肯堂《证治准绳》，对上消、中消、下消的病机、表现，分别进行了较详细的论述<sup>②</sup>。

今人对消渴的理解，仍不出此藩篱，且以这样的认识去理解仲景书中的消渴。

但是，在仲景书中，消渴不是这个涵义。仲景书中的消渴泛指一切渴思饮水，饮不解渴之病状。后世人，包括今人对仲景书中的消渴，按隋唐以后的认识进行理解，把它分为所谓的“真正的消渴”即消渴病，和“不是真正的消渴”即非消渴病。这种划分，反映的不是仲景的思路，而只是后世人的想法。

那么，仲景关于消渴的思路是什么？仲景在其撰著的《伤寒杂病论》中，（——五代以后析出的《伤寒论》中），阐述外感病过程中的五苓散证时指出，五苓散证可以出现消渴，如第71条：“若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。”又，第74条：“渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。”本条与第71条对比，虽无消渴二字，但仲景仍把它列于《金匱要略·消渴小便利淋病脉证并治》篇，说明在仲景看来，本证是渴欲饮水，饮不解渴而再饮，以至于到了水入则吐的程度。文中虽未言消渴，而仲景把它收列于消渴篇中，则水逆证之消渴已在不言之中。

五苓散证作为一个过程，它可以出现消渴，但并不是必须出现消渴，或是消渴这个症状必须贯串其病证过程之始终。五苓散证可以出现消渴，也可以出现一般性的口渴，这是由病机深浅和病情的轻重决定的。五苓散是化气行水之剂，若所治之证属气不化水，水饮内停，阻遏正津不布，那么口渴则是在所必然。当病情严重时，则会出现渴欲饮水，而饮又不能消解其渴，本能地欲

① 刘完素，《三消论》（见《周氏医学丛书》二集）

② 王肯堂，《证治准绳·杂病》，上海：上海科学技术出版社，1959.353~356

再饮水以消解其渴之状态。刘渡舟先生曾治一张姓病人，口渴欲饮，饮后又渴，咽喉似痛非痛，如有物梗，小便不利，脉来沉弦，舌苔水滑，先生诊为气寒津液不化之证，悉摒生津止渴之药，为疏五苓散方，茯苓 30g，桂枝 12g，泽泻 15g，白术 10g，猪苓 15g。服 6 剂后，小便畅利，其病痊愈<sup>①</sup>。不仅五苓散证可以出现消渴，凡水运失调，气不能化水，水不能化气，水停不运，不论以什么形态存在，只要是阻遏正津输布，都有可能出现消渴。如《金匱要略·水气病脉证并治》有云：“夫水病人，目下有卧蚕，面目鲜泽，脉伏，其人消渴。病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之。”可见，关于水病能引起消渴，这在仲景看来，是不容置疑的。

仲景在阐述厥阴之为病时，消渴与气上撞心，心中疼热，饥而不欲食并列，从而揭示厥阴病的基本病机是阴虚有热。同样道理，厥阴病可以出现消渴，但并不意味着消渴这个症状，贯串于厥阴病之全过程。

仲景把伤寒发病过程中出现的消渴与杂病中出现的消渴并列于《金匱要略·消渴小便利淋病脉证并治》篇集中讨论。仲景把他所见到的消渴即渴欲饮水，饮不解渴之病状均列于此，这是一种症状分类。其分类的依据是共同具有的渴欲饮水、饮不解渴、而又欲再饮的过程和形象。纵观《金匱要略》22 篇，其体例、分合基本上是按症状进行分类，所以在该书《消渴小便利淋病脉证并治》篇中，把《伤寒论》中的第 326 条厥阴病之消渴，第 71 条、第 74 条五苓散证之消渴，第 222 条白虎加人参汤证之渴欲饮水和第 223 条猪苓汤证之渴欲饮水均与杂病诸消渴证并列对举讨论，这在仲景看来是自然而然的事情。

综上所述可见，在仲景的思路中，不论什么原因或病机，只要具有渴欲饮水，且饮不能消解其渴者，都是名副其实的消渴。

<sup>①</sup> 刘渡舟·伤寒论临证指要·北京：学苑出版社，1993.5

## 不可余药与余勿服

《伤寒论》第126条：“伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。”“不可余药”义颇难解，历来歧义纷出。成无己云：“然此无身黄屎黑，又无喜忘发狂，是未至于甚。故不可余快峻之药也。可与抵当丸，小可下之也。”<sup>①</sup>方有执云：“变汤为丸，然名虽丸也，犹煮汤焉。夫汤，荡也。丸，缓也。变汤为丸而犹不离乎汤，其取欲缓不缓，不荡而荡之意也。且曰不可余药，言即使如上篇之用汤（按，抵当汤），犹未为对，必如是而后可，亦奇制也。”<sup>②</sup>喻昌曰：“伤寒蓄血较中风蓄血更为凝滞，故变上篇之抵当汤为丸，煮而连滓服之，与结胸项强似柔痉用大陷胸丸同意。”“其曰不可余药者，即本汤不变为丸不可得矣。”<sup>③</sup>程应旆云：“随经之血，热气所过而遗也，有热之血，热气先聚而结也。故虽上条（按，第106条）之桃核承气汤、抵当汤，皆属余药，不可与也。宜从抵当汤变易为丸，煮而连滓服之。使之直达病所，化血而出。”<sup>④</sup>钱潢云：“不可余药者，言既无如狂、喜忘及身黄之证，不须以桃仁承气及抵当汤之快剂荡涤之，但宜以抵当作丸，小其制而又分其势以缓下之，庶无太过之弊而无伤于正气也。”<sup>⑤</sup>近有学者认为，“不可余药”之“余”通“与”，即“不可与药”，其语气与《金匱要略·腹

① 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.101

② 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.79

③ 喻昌，尚论篇，上海：上海古籍出版社，1991.60

④ 程应旆，伤寒论后条辨·卷五

⑤ 钱潢，伤寒溯源集，上海：上海卫生出版社，1957.80

《伤寒论·满寒疝宿食病脉证治》篇：“寒疝腹中痛，逆冷，手足不仁，若身疼痛，灸刺诸药不能治……”中之“不能治”相同。其说亦牵强。

上述诸说均难达文意。《伤寒论》中第306条，桃花汤方后注有云：“右三味，以水七升，煮米令熟，去滓，温服七合，内赤石脂末方寸匕，日三服。若一服愈，余勿服。”在此，仲景明言，本方可以日三服，但，根据病情变化，若服一次病愈，那么，就不需要再服药了。因此“余勿服”是说“余药勿服”，亦即剩余的药不再服。（又，“余勿服”，还见于论中208条大承气汤方后注。义同。）与第126条之“不可余药”对照，二者恰是正反两个方面。“不可余药”正是“药不可余”之意。此处之“药不可余”，当有两层含义，一是煮取的七合药液，要全部服用，不可剩余；二是由于抵当丸是以水煮丸，所以破碎后的药丸渣滓细末，也不可剩余。这样，既有内服丸药的特点，把药末全部服下，又有汤剂的特点，药效捷速，因此，才有“啐时，当下血”的可能。

## 妇人中风七八日续得寒热

语出《伤寒论》第144条：“妇人中风七八日，续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室。其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之。”成无己释之曰：“中风七八日，邪气传里之时，本无寒热，而续得寒热，经水适断者，此为表邪乘血室虚，入于血室，与血相搏，而血结不行，经水所以断也。”<sup>①</sup>成无己讲成是中风七八日，本无寒热，而续得寒热，经水适断。这就是说经水适断于中风七八日，文义不属。方有执谓：“适断言值

<sup>①</sup> 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.110

经水正来，适然又断止也。”<sup>①</sup>方氏所言与原文“中风七八日”亦难相符，也不合经义。柯韵伯曰：“中风至七八日，寒热已过，复得寒热发作有期，与前之往来寒热无定期者不侔，此不在气分而在血分矣。凡诊妇人，必问月事。经水适断于寒热时，是不当止而止也。必其月事下而血室虚，热气乘虚而入，其余血之未下者，干结于内，故适断耳。”<sup>②</sup>柯氏注意到了本证病机与中风七八日之间的内在关系，其言：“经水适断于寒热时，是不止而止也。”似有一些道理，但仍不透彻。今人释此条谓：妇人患中风病，已经七八天，又出现恶寒发热之证，而且发作有定时，经水恰巧在此时停止，此为热入血室。或谓：妇人中风，当发热恶寒，若七八日之后，出现往来寒热，若伴经水适断，此为热入血室云云。这些解释的共同之处是“中风七八日之后经水适断”，此既不合文义亦不合病情。

这里有一个问题需要弄清楚，即“经水适断”与发热“如疟状，发作有时”这两个症状之间的关系。上述这些解释均认为妇人中风七八日之后出现往来寒热，或谓“经水恰巧此时停止”，或谓“若伴经水适断”等，这样的讲法属本末倒置。条文中明言“经水适断者，此为热入血室。其血必结，故使如疟状，发作有时”。这里的一个“故”字把因果关系说得很明白，“经水适断”这个症状的出现，反映“热入血室”病机的存在，而“热入血室”病机一旦形成，表现在症状上，它的热型就会从发热恶寒逐渐变化为寒热发作有时。

那么“经水适断”，不当断而断于何时才符合本证的病机呢？近世注家多认为经水恰断于中风七八日或认为发热之初经水适来，发病之后，热邪陷于血室与血相结而经水适断。这种理解与病机不相符。

① 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.79

② 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒论注·上海：上海科学技术出版社，1959.131

今人女性月经经期大约3~7天（东汉末年，女性月经经期未可详考）。若按此推论，以成无己及今人所言，中风七八日，经水适断，那么，本证病人经水当是何时而来？若是正值中风之日适来，或中风三四日适来，此岂不与本论第143条“妇人中风，发热恶寒，经水适来”一样？

那么“适”在何时，才符合文义与病机呢？若与第143条“妇人中风，发热恶寒，经水适来”比照，本证当恰是在妇人中风之前经水适来，中风之后，发热恶寒，热入血室，经水适断，不当断而断，其血必结，至七八日由发热恶寒逐渐变化为寒热发作有时。由此可以得出这样一个结论：本证热入血室病机、症状的因果关系当是：经水适来——中风——发热恶寒——热入血室——经水适断——寒热发作有时。

## 脾约与脾弱

脾约，首见于《伤寒论》第179条：“太阳阳明者，脾约是也”。对其脉证分析，施方用药则见于第247条：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”本条另见于《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》篇。

对本证病机的认识，后世看法不一。成无己的注释，对后世影响较大，后世不少注家原文转录成氏的文字。成氏云：“趺阳者，脾胃之脉，诊浮为阳，知胃气强；涩为阴，知脾为约。约者，俭约之约，又约束之约。《内经》曰：饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输于膀胱，水精四布，五经并行，是脾主为胃行其津液者也。今胃强脾弱，约束

津液，不得四布，但输膀胱，致小便数，大便难。”<sup>①</sup>此后，方有执承袭成说云：“浮为盛阳，故主胃强，涩为阴虚，故小便数。约，约束也，胃为脾之合，脾主为胃以行其津液，胃强则脾弱，脾弱则不能为胃行其津液以四布，使其得以偏渗于膀胱，为小便数，大便干而胃实，犹之反被胃家之约束而受其制，故曰其脾为约。”<sup>②</sup>汪琥对成说之胃强脾弱进行诠释：“成注以胃强脾弱，为脾约作解，推其意，以胃中之邪热盛为阳强，故见脉浮，脾家之津液少为阴弱，故见脉涩。仲景用麻仁丸者，以泻胃之阳，而扶脾之阴也。”<sup>③</sup>经过汪琥的诠释，成无己的脾弱变成为“脾家之津液少而为阴弱”。至程郊倩则始明言，脾约为脾阴不足。程曰：“脾约者，脾阴外渗，无液以滋，脾家先自干槁了，何能以余阴荫及肠胃，所以胃火盛而肠枯，大便坚而粪粒小也。麻仁丸宽肠润燥以软其坚，欲使脾阴从内转耳。”<sup>④</sup>

自成无己把脾约解作为脾弱以来，注家们对成氏之说多有阐释、发挥而少有异议和驳正者。唯喻昌对成氏之说颇不以为然，曾就这个问题答门人问：“门人问脾约一症，胃强脾弱，脾不为胃行其津液，如懦夫受其悍妻之约束，宁不为家之索乎？余曰：何以见之？曰：仲景云，趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便为难，其脾为约，麻仁丸主之。以是知胃强脾弱也。余曰：脾弱即当补矣，何为麻仁丸中反用大黄、枳实、厚朴乎？”“仲景说胃强，原未说脾弱”，“设脾气弱即当便泄矣，岂有反难之理乎？相传谓脾弱不能约束胃中之水，何以反能约束胃中之谷耶？”<sup>⑤</sup>喻氏的反诘有理而有力，所言“相传谓”不就是指自成说之后方有执等因袭之相传吗？这一“相传”而至今日，

① 成无己，注解伤寒论，北京：人民卫生出版社，1963.145

② 方有执，伤寒论条辨，北京：人民卫生出版社，1957.96

③ 汪琥，伤寒论辨证广注，上海：上海科学技术出版社，1959.138

④ 程应旂，（伤寒论后条辨·卷七）

⑤ 喻昌，尚论篇，上海：上海科学技术出版社，1991.101

目前教科书中流行的说法仍不离成说之窠臼。喻昌之诘问，虽历经 350 年之久，但今天读起来，仍显得是那样的有理有力。

脾约不是脾弱，更不是脾虚。

本证的主要脉证是趺阳脉浮而涩，大便硬，小便数。仲景把本证的病机归纳为“其脾为约”。自成无己把“脾约”讲成“脾弱”，谓“今胃强脾弱，约束津液不得四布”以来，历经方、汪、柯、程等的阐释，仲景书中的“脾约”被置换成“脾弱”进而又变作“脾阴虚”。近人又把脾约讲成是“脾虚津亏肠燥，而致大便坚硬难出”，又有云：“涩主脾阴不足，且胃热约束脾之转输功能，不能为胃行其津液，使津液偏渗膀胱”等等。由“脾约”——“脾弱”——“脾阴虚”恰似一个“偷梁换柱”的过程。

本证的主要症状是大便硬和小便数。仲景对大便与小便之间的内在关系深有认识。《伤寒论》第 105 条云：“若小便利者，大便当硬”。第 244 条云：“小便数者，大便必硬”。第 250 条：“太阳病，若吐，若下，若发汗后，微烦，小便数，大便因硬者，与小承气汤和之愈。”第 251 条：“若不大便六七日，小便少者，虽不受食，但初头硬，后必溏，未定成硬，攻之必溏；须小便利，屎定硬，乃可攻之”。第 174 条方后注云：“以大便硬，小便自利，去桂也；以大便不硬，小便不利，当加桂。”又《金匱要略·痉湿喝病脉证治》云：“湿痹之候，小便不利，大便反快，但当利其小便。”从以上各条文可见，在仲景的认识中，大便的溏与硬和小便量的多与少是互为因果的。大便溏，小便量必少；大便硬，小便量必多。大便硬，小便数，其病在胃；大便溏，小便少其病在脾。

如果把脾约证的病机讲成是脾弱或脾虚，那么它的主要症状应当是大便溏，小便少。此正应喻昌所言，“设脾气弱，即当便泄矣”，而本证原文的表述恰恰与此相反。有人讲，涩主脾阴不足，从而把本证的病机讲成是脾阴虚。按，脾阴虚的病机当是在

仲景之后大约 1500 年才认识到的。其代表人物当是与方有执几乎同时代的缪希雍。脾阴虚与胃阴虚、脾阳虚长期混淆，至明清以后才从实践到理论逐渐被认识，至现代才予以明确和鉴别。显然，用脾阴虚解释仲景之脾约，既违背了历史与逻辑，又违背了仲景的思路。而且，脾阴虚具有众所周知的临床症状以及相应的治疗方法与方药，这与本证原文所表述的主要症状、治法和方药显然悖逆。单就麻子仁丸来说，不论怎样兜圈子，要把它讲成是滋养脾阴的方剂，都是难以自圆其说的。

本证的脉涩，这是小便量多，津液过多耗损的外在反映。冉雪峰先生指出：“濇缘小便数，不是濇乃小便数，因果未容倒置。”<sup>①</sup>而为什么小便数？注家门并未作出深入的解释，方有执有一个令人难以信服的说法是“津液偏渗膀胱”。至于为什么会“偏”渗膀胱，并未言及。这里的一个“偏”字宛若盾牌而遮盖了一切，最终还是以脾虚或脾阴虚为由。

脾约证的病机重点在胃而不在脾。

太阴主湿，功在运化。运化主要是输布津液的过程。阳明主燥，功在燥化。燥化主要是调节、消耗津液的过程。运化和燥化是水液在体内的输布、气化、濡润、耗散、排泄总过程的两个方面。前者是“供”，后者是“需”。这“供”和“需”之间的稳定关系既是脏腑功能活动正常的标志，又是脏腑功能活动必不可少的条件。如果脾虚，运化功能低下，津液不能正常输布，则水液流衍停而为饮，如苓桂术甘汤证就属于这个类型。不言而喻，其病机重点在输布的过程。在症状上，一方面，由于水液内停水不化气而大便鹜溏，小便量少，如《金匱要略·水气病脉证并治》所云：“趺阳脉伏，水谷不化，脾气衰则鹜溏”；另一方面，由于输布不利，水液不能满足阳明燥化的正常需要而口渴。

如果脾的运化功能正常，津液得以正常输布，但由于阳明燥

<sup>①</sup> 冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982.523

化不足，津液的正常耗散降低，调节失宜，也能导致水液泛滥而为饮。这时病机重点则在燥化过程。阳明病篇中的第243条吴茱萸汤证就属于这个类型的典型表现。对此，冉雪峰先生曾有论述：“燥从湿化，湿胜则燥从其化，燥盛则湿反其化。本燥屎栏（指第238条、239条、240条、241条、242条——笔者注），即是燥化太过，本条（指第243条——笔者注）又兜转穷到燥化不及。”<sup>①</sup>如果把吴茱萸汤证的基本病机概括为燥化不及，那么与此恰恰相反的脾约证的病机则应当概括为燥化太过。具体说，就是脾的运化功能正常，津液虽得以输布，但由于阳明燥化太过，加速了津液的耗散和排泄，因而体内对水液需求增大，反映在脉象上就是“趺阳脉涩”。阳明燥化功能亢奋，即“胃气强”，反映在脉象上就是趺阳脉浮。与阳明燥化功能亢奋对比，太阴运化功能则相对不足，津液输布“供不应求”，太阴脾的运化功能受到阳明胃的燥化功能的制约。这才是“趺阳脉浮而涩”，“其脾为约”的机制。

应当看到，肠道干涩仅是整体病机变化的局部反映。如果把吴茱萸汤证和脾约证对比来看，前者是胃阳不足，阳明燥化不及；后者则是胃阳病理性亢奋，阳明燥化太过。因此二者基本病机都在阳明胃，而不在太阴脾。

## 格阳与戴阳

《伤寒论》第317条：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤；或腹痛，或干呕，

<sup>①</sup> 冉雪峰，冉注伤寒论，北京：科学技术文献出版社，1982.516

或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”

柯韵伯对此提出：“若反不恶寒或咽痛、干呕是为亡阳，其人面赤色，是为戴阳，此下焦虚极矣。”<sup>①</sup>柯韵伯引“戴阳”这个术语解释“其人面色赤”，对后世有一定影响。林澜在解释第317条时说：“盖格者，拒格不相入也。亦曰隔阳，阴阳间隔欲离绝也。”又曰：“戴阳，浮于上部如戴也。”<sup>②</sup>钱潢亦持同论，曰：“寒甚则面不当赤，而反赤色，虚阳上浮而戴阳也。”<sup>③</sup>后世由此引申为格阳于外为格阳，格阳于上为戴阳。由于通脉四逆汤方后注云：“面赤加葱九茎”，而第314条之白通汤中有葱白四茎，因此又有注家云：第314条少阴病白通汤证必有面赤这个症状，并且把它的病机概括为“阴盛戴阳证”。如此以来，戴阳也就成为格阳的一个别称，或称格阳于上为戴阳。此解有误。

其实，成无己对本条的诠释较为允妥，他在解释“面色赤”时尝曰：“身热，不恶寒，面色赤为外热，此阴甚于内，格阳于外，不相通也。”<sup>④</sup>方有执云：“身反不恶寒，面色赤而外热者，格阳于外也。”<sup>⑤</sup>喻昌曰：“系群阴格阳于外，不能内返也。”<sup>⑥</sup>成、方、喻诸家用格阳来解释“面色赤”是正确的。仲景在条文中把病机概括为“里寒外热”，上述诸家用“阴盛格阳”来阐释其病机可谓言简意赅。《灵枢·脉度》有云：“阴气太盛，则阳气不能荣也，故曰关。阳气太盛，则阴气弗能荣也，故曰格”。关，隔也，格亦隔也。本证属阴盛于内，阳气被格拒于外。

文献研究证实，“戴阳”《灵枢》、《素问》不载，似首见于《伤寒论》第366条：“下利脉沉而迟，其人面少赤，身有微热，

① 柯韵伯·伤寒来苏集·伤寒附翼·上海：上海科学技术出版社，1959.58

② 林澜·《伤寒折衷·卷八》

③ 钱潢·伤寒溯源集·上海：上海卫生出版社，1957.315

④ 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.165

⑤ 方有执·伤寒论条辨·北京：人民卫生出版社，1957.118

⑥ 喻昌·尚论篇·上海：上海古籍出版社，1991.123

下利清谷者，必郁冒汗出而解，病人必微厥，所以然者，其面戴阳，下虚故也。”本证戴阳之病机，从“必郁冒汗出而解”和“下虚故也”来看，一方面下焦虚寒，另一方面微邪郁表。《伤寒论》第93条：“太阳病，先下之而不愈，因复发汗，以此表里俱虚，其人因致冒，冒家汗出自愈。”又《金匱要略·妇人产后病脉证治》：“新产妇人有三病，一者病瘕，二者病郁冒，三者大便难”，“亡血复汗，寒多，故令郁冒。”综上所述，郁冒的形成有两个因素：一是体虚，二是微邪郁表，其证虽可有热，必不甚，阳气拂郁，故面少赤。对此汪琥有一段论述颇有些道理：“面少赤，身微热，下焦虚寒，无根失守之火浮于上、越于表也，以少赤微热之故。其人阳气虽虚，犹能与阴寒相争，必作郁冒汗出而解。郁冒者，头目之际郁然昏冒，乃真阳之气能胜寒邪，里阳回而表和顺，故能解也。”<sup>①</sup>由此可见，其面戴阳是由郁冒所致，郁冒是由外邪所致。虽有虚的因素，但尚不到阴盛格阳的程度，所以能够通过郁冒汗出而解。若是阴盛格阳，绝不可汗出，若汗出必致亡阳。由此可见，戴阳不是格阳，也不是格阳于上。戴阳是阴中有阳，汗出邪散。格阳是纯阴无阳，汗出则浮阳亡散于顷刻。

因此，用戴阳解说通脉四逆汤证和白通汤证以及白通加猪胆汁汤证有误。

## 热多欲饮水与寒多不用水

语出《伤寒论》第386条：“霍乱，头痛、发热、身疼痛，热

<sup>①</sup> 汪琥，《中寒论辩证广注·卷中》

多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。”本条热多与寒多歧义纷出。沈明宗云：“此言霍乱须分寒热而治也。头痛、发热、身疼痛者，风寒伤于表也。外风而夹内热，食痰以致吐利，必欲饮水，当以五苓两解表里，使邪从汗出，里邪即从小便而去。不欲饮水者，寒多无热，胃阳气虚，当以理中丸温中散寒为主。此以表里寒热辨证治病则霍乱一证毕矣。”<sup>①</sup> 沈明宗把霍乱以热多寒多分为寒热而治，于理中丸似可解而于五苓散则不可解。钱潢谓：“热多欲饮水者，非阳明胃热渴欲饮水之证也”，而是“因寒邪内犯太阳之腑，故膀胱为津液之所藏，寒在下焦，气液不能上腾而为涕唾，所以虚阳在上，热多而欲饮水，即如太阳中篇所谓脉浮数而烦渴者，五苓散主之之义也。”<sup>②</sup> 钱潢绕了一个大圈子，就是为了把本条五苓散的应用与第 72 条联系起来，用以说明“热多欲饮水者”即是第 72 条的脉浮数而烦渴。钱潢的思路有误，因为仲景在此处用五苓散的立意不在于水饮内停。近世有解释为：热多欲饮水，小便不利者，为表邪不解，里气不和，内杂水湿，以致气机不利，清浊失利而主以五苓散；若寒多不用水而吐利较重，则表明邪在阴分，太阴阳虚，中焦虚寒，寒湿内盛，而不得运化所致。亦即“自利不渴者，属太阴也”的互文。又有云：“热多”与“寒多”是相对而言等等，其说不一，亦不达经旨。

仲景对霍乱的基本认识可以从第 382 条、第 383 条的表述中概括。第 382 条有云：“问曰：病有霍乱者何？答曰：呕吐而利，此名霍乱。”第 383 条亦云：“问曰：病发热、头痛、身疼、恶寒、吐利者，此属何病？答曰：此名霍乱。霍乱自吐下，又利止，复更发热也。”从中可见，霍乱既有突出的里证“呕吐而利”，又有典型的表证“发热恶寒”。而仲景对霍乱的辨治，主要是依据发

① 沈明宗，《金匱要略编注·卷二》

② 钱潢，《伤寒溯源集》，上海：上海卫生出版社，1957.295~296

热恶寒的不同表现。条文中的“热多”与“寒多”就是对发热恶寒不同状态的表述。霍乱的症状特点是“呕吐而利”，但其发热恶寒的表证却有热多寒少与寒多热少的不同。这种不同，反映出邪正关系的不同状态。热多寒少欲饮水，反映的是正邪相搏，正气抗邪有力的状态；寒多热少不用水，反映的是正虚邪盛，有阳虚里寒之趋势。

不论是热多欲饮水，还是寒多不用水，其共同的症状都是“呕吐而利”，且小便必短少不利。但是，当病情进一步发展，正气大虚，阴寒内盛严重，而至阳气失于固摄时，小便可由不利而利，量由少而变多。此正如第389条所言：“既吐且利，小便复利而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。”这与寒多不用水者，理中丸主之之霍乱相对比，此时的霍乱已不再是寒多热少不用水，而是阴寒内盛，无热恶寒而蜷卧，或虚阳浮越而烦躁不得卧寐，亡阳或在顷刻。

由此可见，仲景治霍乱，仍不离第159条的治利思路：“伤寒服汤药，下利不止，心下痞硬，服泻心汤已，复以他药下之，利不止；医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之。复不止者，当利其小便。”若遵循本条所体现出的仲景治利思路对其辨治霍乱进行分析，则热多欲饮水者，正气抗邪有力，用五苓散意在调节三焦气机，振奋三焦阳气，分利小便而止水泄；寒多不用水者，有阳虚里寒之势，用理中丸燮理中焦，温中阳以止利；若既吐且利，小便复利，内寒外热，脉微欲绝，有虚阳外脱，亡阳于顷刻之势，当急救回阳，治以四逆汤或通脉四逆汤。由此可以清晰地显现出仲景关于霍乱的一整套轻则分利，重则理中，危则回阳的辨治方略。

## 嘔 与 干 呕

嘔，始见于《素问·宣明五气篇》：“胃为气逆为嘔。”在《素问》与《灵枢》中，另有若干篇论及嘔。在《伤寒论》中首见于第98条：“得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，与柴胡汤，后必下重。本渴饮水而呕者，柴胡汤不中与也。食谷者嘔。”另见于，第111条：“太阳病，中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度，两阳相熏灼，其身发黄。阳盛则欲衄，阴虚小便难。阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，剂颈而还，腹满、微喘，口干、咽烂，或不大便，久则谵语，甚者至嘔”；第194条：“阳明病，不能食，攻其热必嘔”；第209条：“若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。欲饮水者，与水则嘔”；第226条：“若胃中虚冷，不能食者，饮水则嘔”；第231条：“阳明中风，脉弦浮大而短气，腹都满，胁下及心痛，久按之气不通，鼻干，不得汗，嗜卧，一身及目悉黄，小便难，有潮热，时时嘔”；第232条：“脉但浮，无余证者，与麻黄汤。若不尿，腹满加嘔者，不治”；第380条：“伤寒，大吐，大下之，极虚，复极汗者，其人外气怫郁，复与之水以发其汗，因得嘔”；第381条：“伤寒，嘔而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈”。在《金匱要略》中有《呕吐嘔下利病脉证治》篇，该篇中收有与《伤寒论》第381条相同的条文。《金匱要略·脏腑经络先后病脉证》中有云：“阴病十八，何谓也？师曰：咳、上气、喘、嘔、咽、肠鸣胀满、心痛拘急”。同书《呕吐嘔下利病脉证治》篇云：“干呕、嘔，若手足厥者，橘皮汤

主之”，又云：“哕逆者，橘皮竹茹汤主之”。纵观《灵枢》、《素问》、《伤寒论》以及《金匱要略》，对哕证的病机、治疗都有较详细的论述，但后世对哕证的理解，歧义纷杂。

有以哕为咳逆者。朱肱说：“咳逆者，仲景所谓哕者是也。”<sup>①</sup>《伤寒论》六病诸篇中，无咳逆二字，仅见于《辨脉法》和《平脉法》两篇。《辨脉法》云：“伤寒咳逆上气，其脉散者死”。《平脉法》云：“营卫俱微，则根叶枯槁，而寒栗咳逆”。朱肱指称：“咳逆者，仲景所谓哕者是也。”毫无根据，这是朱肱自己的臆断。由于《伤寒论》六病诸篇中，但有哕而无咳逆，所以《类证活人书》误以咳逆为哕。其又曰：“伤寒咳逆，此证极恶，仲景经中不载，孙真人云：咳逆遍寻方论，无此名称。深穷其状，咳逆者，哕逆之名，盖古人以咳逆为哕耳。大抵咳逆者，古人所谓哕是也。”<sup>②</sup>成无己在解释《辨脉法》上述这段话时，引用《千金方》云：“以喘嗽为咳逆。”<sup>③</sup>又曰：“哕者，俗谓之咳逆者是也。”<sup>④</sup>此后，严用和在《济生方》中重复了朱肱的说法：“夫咳逆之病，考详诸书，无载者，唯孙真人云：咳逆，遍寻方论，无此名称，但古人以咳逆为哕耳。”<sup>⑤</sup>详严氏著《济生方》，值宝佑癸丑即公元1253年，此已去掌禹锡、林亿等校勘《灵枢》、《素问》、《太素》、《伤寒论》、《金匱要略》近200年。《素问·气交变大论》曰：“岁金太过……甚则喘咳逆气……咳逆甚血溢。”《素问·六元正纪大论》曰：“血溢目赤，咳逆头痛，血崩胁满……其病热郁于上，咳逆呕吐”，“民病咳逆，心胁满引少腹”。《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》有云：“病咳逆，脉之何以知此为肺痈？”“咳逆上气，时时吐浊”，又曰：“鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳

① 朱肱·《类证活人书·卷十一》

② 朱肱·《类证活人书·卷十一》

③ 成无己·注解伤寒论·北京：人民卫生出版社，1963.16

④ 成无己·伤寒明理论·上海：上海科学技术出版社，1959.24

⑤ 严用和·《济生方·卷二》

逆上气，喘鸣迫塞。”《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”又曰：“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”同书《惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇曰：“夫吐血，咳逆上气，其脉数而有热，不得卧者，死。”《本草经》亦有云：桂，“主上气咳逆”。孙真人所云之“方论”当是指他所见到的“仲景要方”。如果说生活在隋末唐初的孙思邈云：“咳逆，遍寻方论，无此名称”，尚可因，那么南宋末年的严用和云“考详诸书，无咳载者”，则其论有失详察。上述这些有关咳逆的论述都是指咳嗽气逆，是咳嗽气逆的简约称谓，而非指哕意。哕在秦汉以前是和“噫、噎、咳”并列的不同症状，《礼·内则》尝云：“不敢哕、噫、嚏、咳。”

以有哕作干呕者，此说似当始于李东垣。在王好古编辑其业师李杲的医学著述《此事难知》中，释吐为“有物无声”，呕为“有物有声”，哕为“无物有声”<sup>①</sup>。陶华曰：哕者，“即干呕之甚，其声浊恶而长，呕则声短而小，呕为轻，哕为重，皆有声而无物出。”<sup>②</sup>又曰：“夫呃逆者，俗谓之呃忒是也，才发声于咽喉，则剧止，轧轧然连续数声，其声短促不长，古谓之哕，非也。哕与干呕无异，但其声浊恶而长，比之呃忒大有径庭矣，若将呃逆紊为哕与咳逆，误人尤多。”<sup>③</sup>这种以干呕释哕，对后世影响很大。

但是，在仲景书中，哕和干呕是两个不同的症状，反映出不同的病机。《伤寒论》第40条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕”，第12条太阳中风，桂枝汤证之“鼻鸣干呕”，第152条十枣汤证之“头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕，短气”，第317条通脉四逆汤证之“或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不止者”，第324条：“若膈上有寒饮，干呕者，不可吐也，当温之，宜四逆汤”，第378条：“干呕吐涎

① 王好古·《此事难知·卷上》

② 陶华·《伤寒全生集·卷之二》

③ 陶华·《伤寒全生集·卷之三》

沫，头痛者，吴茱萸汤主之”，第266条：“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食”，第158条：“心下痞硬而满，干呕心烦不得安”，第315条：“利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。”《金匱要略》干呕凡七见。如《呕吐哕下利病脉证治》篇：“干呕、吐逆、吐涎沫，半夏干姜散主之。”又如《妇人产后病脉证治》篇：“产后风续续，数十日不解，头微痛，恶寒，时时有热，心下闷，干呕”。综上所述可见，哕和干呕是并列的两个不同的症状。尤其在《呕吐哕下利病脉证治》篇中：“干呕，哕，若手足厥者，橘皮汤主之”。干呕和哕作为两个症状，在同一条中并列出现，就更能说明其二者之间的不同。

纵观《灵枢》、《素问》、《伤寒论》、《金匱要略》有关咳逆、哕、干呕的论述及后人的释义，考其是非，则可见，在经典中上述三个症状各有论述，条分缕析，并无牵混。而其牵混则始于后世人的误植。成无己把哕描绘成“吃吃然有声”；严用和则把咳逆描述为“哕至八九声相连，收气不回”；<sup>①</sup>而王好古则云：“咳逆，孙真人断之为哕逆，哕者，干呕是也，即非咳逆也。夫咳逆者多种，或水渍于肺而心痞，或连咳不已而气逆，或喜笑过多而气噎，或咽饮错喉而气呛，或急食干物而气塞，皆能作咳逆之声，世呼谓之吃吃是也。”<sup>②</sup>经过后世人的误植，今人从中可见，咳逆、哕、干呕是何等地牵混。以朱丹溪为例，朱丹溪一方面认为：“有声有物谓之呕吐，有声无物谓之哕”，另一方面又云：“咳逆为病，古谓之哕，近谓之呃。”<sup>③</sup>对此，张景岳颇有些微词：“及观丹溪之言，在《纂要》则曰，孙真人误以哕为咳逆。是谓哕非咳逆也。在《心法·附录》则曰，咳逆为病，古谓之哕，近谓之呃。此又谓哕即咳逆也。在《呕吐门》则又曰，有声有物谓

① 严用和，《济生方·卷二》

② 王好古，《阴证略例·少阴咳逆》（见《济生拔粹·卷十一》）

③ 朱丹溪，《丹溪心法·卷三》

之呕吐，有声无物谓之哕。此又以干呕为哕也。”故此他驳评曰：“前后不一，何其自谬若此”。同时，他又指出“海藏、河间诸公有以哕为干呕者，有以咳逆为噫者，总皆谬矣。”为此，张景岳提出了自己的看法：“余析而判之曰，哕者，呃逆也，非咳逆也；咳逆者，咳嗽之甚者也，非呃逆也；干呕者，无物之吐，即呕也，非哕也。”<sup>①</sup>张景岳的解释是正确的。

哕，《说文解字》：“气辘也”。辘，逆也。哕的本意是气逆，但不是一般的气逆，它有自己的特点。这种气逆的表现可以从《灵枢·杂病》对哕的三种不同的治法中得到启示。该篇说：“哕，以草刺鼻，嚏，嚏而愈；无息而疾迎引之，立已；大惊之亦可已。”第一种治法是以草刺鼻，令打喷嚏而哕愈。第二种治法是屏气片刻，待气逆将发时，以快而深的吸气迎之则哕愈。第三种治法是出其不意，突然惊吓之则哕愈。可以肯定，这三种治法既不可以用于治疗咳嗽气逆，亦不能治干呕之甚者。它所治疗的气逆是气上冲声门，发出呃呃声者。呃呃，以声象意。以呃呃声来表述这种气逆的特点，十分恰切，所以张景岳有云：“因其呃呃连声，故今以呃逆名之”。又云：“呃逆一证，古无是名，其在《内经》本谓之哕。”<sup>②</sup>清·刘奎在《松峰说疫》中另有治呃逆之法：用煎成的汤药或白水入碗中，用筷子“十”字架在碗上，令病人自持碗，屏息，于筷子四空处，每空吸药一口，圆转换次吸之，持碗不得换手，一顺吸去。<sup>③</sup>此法实无神秘之处，而在于屏息以调气机，这与《灵枢·杂病》篇，以“无息而疾迎引之”之法治哕可谓是异曲同工。刘奎虽提出一个简单易行而有效的治哕之法，但他并不认为哕就是呃逆。他有一段辩文尝曰：“至于哕之一症，经中杂病篇直作呃逆，而河间、海藏则以哕为干呕。张景岳

① 张景岳，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.350

② 张景岳，景岳全书，上海：上海科学技术出版社，1959.350

③ 刘奎，《松峰说疫·卷二》

谓呃逆古无是名，其在《内经》即谓之哕，是特古今之称名不同。而哕与呃逆断不可混为一症也。哕，虽以河间、海藏说为是，而《东垣十书·溯洄集》中，则谓哕之声浊恶长而有力，直至气尽而后止，非如干呕之轻而不甚也。是较之刘、王所说，则更明白晓畅矣。至于呃逆，即东垣所谓吃忒者，是此症称名不一，随其方言而呼之，有曰格得者，有曰打呃者，有曰打歌得者，总与哕为二症，明系今之所谓打呃是也”。<sup>①</sup>松峰山人提出哕与呃逆断不可混为一症，把张景岳基本上已梳理清楚的问题又一次搅扰乱了，以致近世仍有称哕为干呕者。

在不同时期的医学著述中，哕的概念几经有变，或以哕作干呕，或以咳逆作哕，从而致使哕、干呕、咳逆乃至干噫、噎互相牵混。实际上，哕之本意是呃呃有声之气逆，王肯堂、张景岳谓之呃逆，俗谓打呃忒，现代医学所谓之“膈肌痉挛”是也。

## 条文中自注例

读《伤寒论》，条文时有冗复，有的条文前后不顺畅，文气不贯。这是仲景在撰著《伤寒杂病论》时，受时代的文化传统影响，在著文时夹入了注释说明的词句。抑或后世人整理、传抄时，窜入己意以作诠释，以致今人读起来，某些条文有晦涩不畅或跳跃不谐之感，这也是形成后世歧义争纷的原因之一。

以研究古汉语语法及文字训诂学著称的近代学者杨树达先生撰著的《古书疑义举例续补》中，有“文中自注例”一节，文曰：“古人行文，中有自注，不善读书者，疑其文气不贯，而实非

<sup>①</sup> 刘奎，《松峰说疫·卷四》

也。”史学界认为这是杨氏的一大发现，如他指出《史记·卷五十八·梁孝王世家》：“自山以东，游说之士，莫不毕至。齐人羊胜、公孙诡、邹阳之属，公孙诡多奇邪计。”这句话直读下去，语气不贯。吴汝纶在《评点史记》中，甚至怀疑“齐人”句下有脱字。其实，这句话是解释上句“自山以东游说之士，莫不毕至”的。今为加句读如下：

自山以东，游说之士莫不毕至——齐人羊胜、公孙诡、邹阳之属——公孙诡多奇邪计。

《史记·卷一百四·田叔传》叙及田仁事云：“月余，上迁拜为司直，数岁，坐太子事，时左丞相自将兵，令司直田仁主闭守城门，坐纵太子，下吏诛死。”上文既云“坐太子事”，下文又云“坐纵太子”，语意有若复沓，其实正文乃为“坐太子事，下吏诛死”。“时左丞相”三句乃注文，所以详述“坐太子事”四字者也。今用新标点法表之：则为“数岁，坐太子事——时左丞相自将兵，令司直田仁主闭守城门，坐纵太子——下吏诛死。”

又《史记·卷二十八·封禅书》：“天下名山八而三在蛮夷，五在中国。中国华山、首山、太室、泰山、东莱，此五山，黄帝之所常游，与神会。”现句读如下：“天下名山八，而三在蛮夷，五在中国——中国华山、首山、太室、泰山、东莱——此五山，黄帝之所常游，与神会。”“中国华山、首山、太室、泰山、东莱”是上文“五在中国”的注文。<sup>①</sup>

史学界对杨先生的发现予以很高评价，认为这种义例的发现，极有价值，确能说明问题，解决问题，对阅读历史书籍的人们启示了一个新方法。<sup>②</sup>

其实杨树达先生发现的“文中自注例”不仅见于中国古代史籍、经籍，由于文化传统的影响，在中医古典医籍中也存在这种

① 杨树达，《古书疑义举例续补·卷二》

② 张舜徽，《中国古代史籍校读法》，上海：上海古籍出版社，1962.215

“文中自注例”。今师其例，试于《伤寒论》中，得义十数例，对于理解论中条文当有意义。

第23条：“太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少。其人不可吐，清便欲自可，一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也。脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。”

对本条，学术界歧义纷争。自赵嗣真以降，多认为“仲景之意，盖得病之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少十六字为自初至今之证。下文乃是拟病防变之辞，当分作三截看。”程应旸把这种观点归纳为“作一头，下面分三脚”（参本书《桂枝麻黄各半汤证》）。按“自注例”分析，本条中的“脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也”一句是前文“脉微者”的注文，是对“脉微者”的进一步阐释和鉴别。

第30条：“问曰：证象阳旦，按法治之而增剧，厥逆，咽中干，两胫拘急而谵语。师曰：言夜半手足当温，两脚当伸。后如师言，何以知此？答曰：寸口脉浮而大，浮为风，大为虚，风则生微热，虚则两胫挛，病形象桂枝，因加附子参其间。增桂令汗出，附子温经，亡阳故也。厥逆，咽中干，烦躁，阳明内结，谵语烦乱，更饮甘草干姜汤，夜半阳气还，两足当热，胫尚微拘急，重与芍药甘草汤，尔乃胫伸，以承气汤微溲，则止其谵语，故知病可愈。”

本条文字冗复，长期以来，学术界认为本条义理前后牴牾，一直是《伤寒论》难点之一。本条通过问答的形式对第29条进行解释。“证象阳旦”，毕竟不是阳旦，这同第166条所云“病如桂枝证”一样，虽象而不是。所以第29条，伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，与桂枝汤治之而增剧，出现一系列变证：厥逆，咽中干，两胫拘急而谵语。本条的难点在“病形象桂枝，因加附子参其间。增桂令汗出，附子温经。亡阳故

也”。根据第 29 条和本条文义，可以断定，“病形象桂枝，因加附子参其间”是对第 29 条的第一段和本条的第一句的阐释。而“增桂令汗出，附子温经”是对前一句的自注文。“增桂令汗出”是阐述“病形象桂枝”和“反与桂枝攻其表”误治的后果。“附子温经”是说明“因加附子参其间”的目的。试师杨树达先生“自注例”，本节当是“病形象桂枝，因加附子参其间——增桂令汗出，附子温经——亡阳故也”。其正文乃是“病形象桂枝，因加附子参其间，亡阳故也。”

又，条文中，“厥逆、咽中干、烦躁、阳明内结、谵语烦乱”一句，是对第 29 条甘草干姜汤证、芍药甘草汤证和调胃承气汤证的若干症状的罗列、归纳。结合第 29 条和本条前半部分讨论，可以知道，在上述若干症状中，还应当有“脚挛急”或“两胫拘急”。文中甘草干姜汤、芍药甘草汤与调胃承气汤并列，与前半段文字中罗列的若干症状，它们之间的关系，在语法上称之为“下文分承上文”，是分别对应关系。即“厥逆、咽中干、烦躁”者，甘草干姜汤主之，“夜半阳气还，两足当热”。“胫尚微拘急，重与芍药甘草汤，尔乃胫伸”。“阳明内结，谵语烦乱”，是对第 29 条“胃气不和”的阐释，当“以承气汤微溲，则止其谵语”。如此诠释，则本条文气相贯，医理、文义自当通顺。

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

本条“服汤已，渴者，此寒去欲解也”，是对前文“不渴”的自注，对“不渴”作进一步解释。若不这样理解，本条文意不贯，“小青龙汤主之”一句有若悬空，前后不着边际。

第 45 条：“太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈。浮为在外，而反下之，故令不愈，今脉浮，故在外。当须解外则愈，宜桂枝汤。”本条“浮为在外”以下至“故在外”一句，是对前文“脉浮者不愈”的自注。

第 53 条：“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者，外不谐，

以卫气不共荣气谐和故尔。以荣行脉中，卫行脉外，复发其汗，荣卫和则愈，宜桂枝汤。”本条“以荣行脉中，卫行脉外”是对前文“卫气不共荣气谐和”的注释。

第67条：“伤寒，若吐、若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”

本条“发汗则动经，身为振振摇者”与后文“茯苓桂枝白术甘草汤主之”，文意不顺。此是一句自注文，警示本证不可发汗。

第98条：“得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温，医二三下之，不能食，而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，与柴胡汤，后必下重。本渴饮水而呕者，柴胡不中与也。食谷者哕。”

本条所述之证不是柴胡汤证，所以“与柴胡汤，后必下重。”行文至此，仲景又旁及到不宜用柴胡汤的，还有其他证，其中包括“本渴饮水而呕者，柴胡不中与也”。这是对前文中的“与柴胡汤”一句的注文。所以，“食谷者哕”在文气上与前文“后必下重”相贯。

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。先宜小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。”

本条“潮热者，实也”，与前文“此非其治也”，文气不贯。若仔细推敲，当与“日晡所发潮热，已而微利”相贯续。由此可知，自“此本柴胡证”以下至“此非其治也”，当属自注文，是对前文的“潮热”和“微利”作进一步注释。

第116条：“微数之脉，慎不可灸，因火为邪，则为烦逆。迫虚逐实，血散脉中，火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。脉浮，宜以汗解，用火灸之，邪无从出，因火而盛，病从腰以下必重而痹，名火逆也。欲自解者，必当先烦，烦乃有汗而

解，何以知之，脉浮故知汗出解。”

本条“追虚逐实，血散脉中，火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也”一句是对前文“因火为邪，则为烦逆”的注文，对火逆的病机作进一步阐释。下文“脉浮，宜以汗解”在文气上与“因火为邪，则为烦逆”相贯。

第118条：“火逆。下之，因烧针烦躁者，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。”

本条句读多作“火逆下之，因烧针烦躁者，……但“火逆”与“下之”，以及与“因烧针烦躁者”之间，文气不贯。在第116条，火逆作为病名出现：“脉浮，宜以汗解，用火灸之，邪无从出，因火而盛，病从腰以下必重而痹，名火逆也”。因此，“火逆下之”作一读，于医理难通。对此注家的解释多有歧义。又，因为本条文字简略，缺少回旋的余地，所以一直是《伤寒论》难点之一。注家们多释为“先是火攻，又复下，再烧针”，这样就产生了一个问题：火逆的含义是什么？烧针是不是火逆？按此解释，便成为“火逆，下之，再火逆”。因此在道理上有自相矛盾之处。若按“文中自注例”推敲，本条“下之，因烧针烦躁者”一句，当是前文“火逆”的注文。本条正文是“火逆，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”。此与《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇中的“火逆，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”例同。

第120条：“太阳病，当恶寒发热，今自汗出，反不恶寒发热，关上脉细数者，以医吐之过也。一二日吐之者，腹中饥，口不能食；三四日吐之者，不喜糜粥，欲食冷食，朝食暮吐，以医吐之所致也。此为小逆。”

本条前有“以医吐之过也”，后又有“以医吐之所致也”，读起来似文理复查，实际上本条从“一二日吐之者”至“以医吐之所致也”一节是前文“以医吐之过也”的注文，是对误吐的进一步的分析，指出发病后不同日期的误吐可导致不同的变证。

第203条：“阳明病，本自汗出，医更重发汗，病已差，尚微烦不了了者，此必大便硬故也。以亡津液，胃中干燥，故令大便硬。当问其小便日几行，若本小便日三四行，今日再行，故知大便不久出。今为小便数少，以津液当还入胃中，故知不久必大便也。”

本条中“以亡津液，胃中干燥，故令大便硬”一句是前文“此必大便硬故也”的注文，以解释大便硬的病机。后文“当问其小便日几行”，文气与前文“此必大便硬故也”相贯。

第210条：“夫实则谵语，虚则郑声。郑声者，重语也。直视谵语，喘满者死，下利者亦死。”

本条中，“郑声者，重语也”是对前文“虚则郑声”的注释说明。本条虽是谵语与郑声对举，但重点是阐述谵语及其不良的预后。故正文当是：夫实则谵语，虚则郑声。直视谵语，喘满者死，下利者亦死。

第217条：“汗出谵语者，以有燥屎在胃中，此为风也。须下者，过经乃可下之。下之若早，语言必乱，以表虚里实故也。下之愈，宜大承气汤。”

本条“下之若早，语言必乱，以表虚里实故也”一句是前文“过经乃可下之”的注文。因为本证汗出是“此为风也”，表证未解，所以注文进一步强调，“下之若早，语言必乱”。如此句读，“下之愈，宜大承气汤”一句在文气上与“过经乃可下之”相贯续。

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。”

本条“若自汗出者”与前文“下之，则额上生汗，手足逆冷”文气不贯。实际上“发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷”一句是对前文的注释，告诫本证当禁汗禁下。“若自汗出者”在文气上与前文“谵语遗尿”相贯。

第244条：“太阳病，寸缓、关浮、尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕，但心下痞者，此以医下之也。如其不下者，病人不恶寒而渴者，此转属阳明也。小便数者，大便必硬，不更衣十日，无所苦也。渴欲饮水，少少与之，但以法救之。渴者，宜五苓散。”

本条自“如其不下者”至“无所苦也”，当是前文“但心下痞者，此以医下之也”一句的注文，意在阐释本证若不经误下，可转属为阳明病脾约证。前曰“心下痞”，后续“渴欲饮水者，少少与饮之，但以法救之。渴者，宜五苓散。”如此句读，文气贯通。若与第156条“本以下之，故心下痞，与泻心汤，痞不解。其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之”互参，本证之理法方药一如明了。

第282条：“少阴病，欲吐不吐，心烦但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。”

本条中的“虚故引水自救”一句，前后文气不贯，属注文，以释前文“自利而渴”之机制。又“小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也”一节是对前文“小便色白者”的注释。若对本条重新句读当是如下：

少阴病，欲吐不吐，心烦但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。——虚故引水自救——若小便色白者，少阴病形悉具。——小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。

依据“文中自注”之例研究《伤寒论》，可以理顺难解冗沓的条文，可以化解无端的争纷。当然，今天看这些“文中自注”，或确出自仲景之手，或出自叔和之手，抑或出自后世人之手，此不可一概而论。杨树达先生发现的古文“文中自注”之例，对于破读今本《伤寒论》，当有重要意义。

## 后 记

校读完了人民卫生出版社寄来的清样之后,心里油然而产生了一种言犹未尽之感。是书虽名曰《伤寒论疑难解读》,但却做不到把《伤寒论》中的全部疑难问题都做出自己满意的解释。这就是说,还有不少疑难问题,如少阴病三急下证、火逆证等,本书还未能涉及到,这尚有待于学术界同仁共同努力。另外,即便是本书已经论及到的问题,也只是我个人读书、研究的体会,尚属一家之言,读者欲从“误读传统”中走出来,并理解本书所阐述的观点,或许还需要一个过程。

书中所引《伤寒论》原文,均引自重庆人民出版社 1955 年出版、重庆市中医学会新辑宋本《伤寒论》,并参考了人民卫生出版社 1991 年出版、刘渡舟教授主编的《伤寒论校注》。《金匱要略》原文,引自上海科学技术出版社 1963 年出版、湖北中医学院主编的《金匱要略讲义》,并参考了人民卫生出版社 1983 年出版、丹波元简编撰的《伤寒论辑义》,以及人民卫生出版社 1956 年影印本《金匱要略方论》。本书所引《灵枢》、《素问》原文以及诸家之说,由于版本不同,个别文字亦略有出入,故此说明。

李 心 机

于山东中医药大学中医文献研究所

1998 年 12 月 2 日