



《中医名师讲课实录》丛书

帶脉起於季肋
如人束帶而前
如人束帶而前
如人束帶而前

王雪华

金匱要略

讲课实录



阿蘭陀外科書卷

寬政三年

十月吉日

白三ツリ足

右煉合使



王雪华 主编

中国中医药出版社

《中医名师讲课实录》丛书

王雪华金匱要略讲课实录

王雪华 主编

中国中医药出版社

· 北京 ·

图书在版编目(CIP)数据

王雪华金匱要略讲课实录/王雪华主编. —北京:中国
中医药出版社, 2009. 5

(中医名师讲课实录)

ISBN 978 - 7 - 80231 - 465 - 8

I. 王… II. 王… III. 金匱要略方论 - 研究 IV. R222. 39

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 142018 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

三河鑫鑫科达彩色印刷包装有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 787 × 960 1/16 印张 23.75 字数 390 千字

2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 465 - 8

定价 39.00 元

网址 www.cptcm.com

*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 010 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

《中医名师讲课实录》丛书

王雪华金匱要略讲课实录

编委会

主 编	王雪华				
执行主编	南 睿				
副 主 编	桑希生	祖 丹	李庆云		
编 委	白玉宾	于 涛	王俊志	王 锋	
	曲 苗	吕凤娟	陈 超	赵玉莹	
	高长玉	符 强	郭 磊	梁 伟	



编辑前言

从“中医课堂”到“临床实用”的直通车

——我们为什么出版《中医名师讲课实录》丛书？

中国中医药出版社 刘观涛

对于中医学子而言，中医名师的讲课，把“系统、条理、经典”的大学课本，转化为“实用、真切、生动”的中医课堂，并由此带领大家登上“临床实用”的直通车。——阅读大学教材和倾听名师讲课，其效果有着天壤之别。

一、以“当代临床常用”为要旨

《中医名师讲课实录》丛书，内容包括：《李德新中医基础理论讲课实录》、《朱文锋中医诊法学讲课实录》、《冯世纶伤寒论讲课实录》、《王雪华金匱要略讲课实录》等。作者为大学教科书的主编（如《中医基础理论》教材主编李德新教授、《中医诊断学》教材主编朱文锋教授）、著名临床家（如伤寒临床家、卫生部中日友好医院冯世纶教授）和国家中医药管理局示范课程主讲人（如《金匱要略精讲》主讲人、国家级精品课程主讲人王雪华教授）。

对于《中医名师讲课实录》丛书，我们的编辑宗旨是：根据当代临床实际，侧重进行“临床常用重点、难点”的深入生动讲述，不求面面俱到，但求说深说细。作者尽可能以“当代疾病谱系”为参照，使得所讲述的内容，能够直面临临床实际的疾病谱系。主讲老师除了论述教材上的经典案例，还大量列举自己或其他老师诊治的实例，还原当时诊治的实际过程，给学生们更多真切、生动的“真实再现案例”。



王雪华金匱要略讲课实录

二、以“临床思辨过程”为灵魂

大学教材的论述，特别讲求清晰、严密的“条理性”，这特别适合学生们进行学习。而到了实际临床，则除了教材所提到的典型情况，还会出现大量“相互矛盾、似是而非”的非典型症状。在实际临床思辨中，即便是名师名医，也会经历困惑犹豫、可能性分析、概率值分析，甚至误诊误治的情况。所以，《中医名师讲课实录》丛书特别强调：老师们要让学生们感同身受地体验“临床思辨过程”，通过列举实际案例，向学生讲述怎样进行“综合化思考”，而不只给学生一个标准答案。《中医名师讲课实录》丛书通过文字，还原老师在课堂上和学生们的坦诚交流，还原其临床思考的“真切过程”，甚至还有名师会真实地讲述自己如何在“左右为难、顾此失彼”的时候，进行“利弊分析、多种尝试”，甚至对疑难病症进行“冒险一搏”。

总之，开卷有益。能为振兴中医药事业，培育精英人才作出贡献，是我们的共同职责。



作者简介

王雪华，女，1943年生，哈尔滨人。教授，博士研究生导师。1961年考入黑龙江中医学院（现为黑龙江中医药大学）中医专业本科六年制。1972年6月起在校任教，从事中医临床、教学、科研工作四十余年。在中医内科、妇科临床及经典著作《金匱要略》、《中药学》的教学研究中造诣颇深，学验俱丰。曾应邀赴韩国、美国及澳门、台湾等地讲学，其学术影响和声誉遍及海内外。其主要研究方向为“张仲景辨证施治规律的研究”和“经方的临床应用与开发实验研究”，此研究有利于深入挖掘仲景学说的理论内涵，有利于深刻阐发张仲景对内伤杂病的证治规律。

临床：担任全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，其业绩已载入《当代名老中医图录》；教育部博士点专项基金项目评审专家。

教学：国家中医药现代远程教育示范课程《金匱要略精讲》主讲人，国家级精品课程主讲人；曾荣获黑龙江中医药大学首批优秀硕士研究生导师称号及教学优质奖、教学方法大奖赛一等奖。

科研：《中华现代临床医学杂志》特约编委，黑龙江省中医学会仲景学说专业委员会委员；已在国内外发表学术论文80余篇（“中药辨治坏死性淋巴结炎的验案一则”已于2008年12月10日网上发表，2009年2月SCI收录，出版社为KARGER，DOI号10.1159/000180018）；主审、主编、副主编大型辞书、专著、教材、教参等计20余部；主持并参与省级重大科研课题8项，获得黑龙江省政府科技进步三等奖1项、四等奖1项，黑龙江省中医药科技进步一等奖1项、二等奖4项。



最欣赏的中医格言

“医道精微，思贵专一，不容浅尝者问津；学贵沉潜，不容浮躁者涉猎。”

——清·程钟龄

青年寄语

思求经旨，精究方术。
见病知源，视死别生。
弘扬国粹，传承中医。
学习仲景，争当“上工”。

——参编《中国古代名医点评》（2000年1月，中国医药科技出版社）

个人感悟

走进现代社会，人们最关心的是生命质量的提高和绿色医药的可靠；作为医生面对的主题是亚健康 and 疑难病；作为教师研究的课题是教与学的理论和实践。

——《中医药高教研究》（2004年2月，讲好每一节课）



教学感言

有人问，人的一生有多长？
我琢磨，大概不过有三天。
那就是，昨天、今天和明天。

走过去的是昨天，
正在走的是今天，
将要迎来的是明天。

为了美好的明天，
请不要忘记昨天，
要好好把握今天。

昨天，我为求知和上进，
有不畏艰难的良好心态，
有师长、朋友和亲人的关爱。

今天，我愿讲好课，
为了青年学生绽开笑脸。
我愿治好病，
为了救死扶伤，积累经验。
我愿多奉献，
为了永葆青春，身体康健。

但愿到了明天，
所有的渴望和期待，
能如愿以偿地实现，
我依然在你的心间。

——2007 年暑期于台湾长庚大学中医学系 CM102 班留言



王雪华金匱要略讲课实录

与同道共勉

博学之，审问之，
慎思之，明辨之，
笃行之。

——2008年3月于美国纽约州执照针灸医师联合公会



目录



绪 论	/1
脏腑经络先后病脉证第一	/34
痉湿喝病脉证治第二	/62
百合狐惑阴阳毒病脉证治第三	/82
疟病脉证并治第四	/102
中风历节病脉证并治第五	/109
血痹虚劳病脉证并治第六	/124
肺痿肺痛咳嗽上气病脉证并治第七	/144
奔豚气病脉证治第八	/167
胸痹心痛短气病脉证治第九	/173
腹满寒疝宿食病脉证治第十	/187
五脏风寒积聚病脉证并治第十一	/204
痰饮咳嗽病脉证并治第十二	/215
消渴小便不利淋病脉证并治第十三	/241
水气病脉证并治第十四	/257
黄疸病脉证并治第十五	/278
惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六	/301
呕吐哕下利病脉证治第十七	/316
疮痈肠痈浸淫病脉证并治第十八	/337
跌蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治第十九	/345
附篇	/351
后 记	/366



绪论

同学们好！从今天开始，我们将共同来学习《金匱要略》这门课程。首先自我介绍一下，我是黑龙江中医药大学的王雪华教授，博士研究生导师。我把我们共同学习、研究经典著作《金匱要略》的好机会，看做是代表全国的同行们在这里作一次中心发言，作一次公开教学，愿抛砖引玉，并广泛听取宝贵意见。

好了，我们开始上课！内容是开头的话，绪论。学习《伤寒论》，讲沿革，我们已经了解到医圣张仲景在东汉时期著成了《伤寒杂病论》十六卷。其中，十卷是辨伤寒，六卷论杂病。由于历史的原因，原著已散佚，但是在长期的流传过程中自然地、逐渐地形成了我们现在所通用的《伤寒论》和《金匱要略方论》（又名《金匱要略》，本书中多以《金匱》代之）两本书。学术界已确认这是张仲景的著作，两者互为羽翼，堪称姊妹篇。这两本书，都是中医学伟大宝库当中的四大经典著作的重要组成部分，是学习中医学的必读之书。为了全面继承和发扬这一宝贵遗产，开篇的绪论，我准备讲四个问题。第一，《金匱要略方论》的性质与沿革；第二，本书的基本内容和编写体例；第三，有关本书的主要学术成就及贡献；最后，讲一下学习目的和方法。

一、《金匱要略方论》的性质与沿革

（一）《金匱要略方论》书名释义

在这个问题里，我首先从三方面讲一下书名释义。

1. “金匱”二字的金，就是指黄金而言，它是世间的珍宝。那么，作为匱（guì）这个字是“柜”的古字；如果念 kuì，通篋，指缺乏、不足。如“民生在勤，勤则不匱”。通常也可表示知识贫乏、缺憾之意。我觉得“金匱”一词在这里，一是名词的意义，一是形容词的意义。作为名词来看，是一种器具。比方说，我们现在要放书，还得有个书架、有个书柜



吧？这在古代是同样的。《周书·金縢》载：“乃纳册于金縢之匮中”。就是把一些珍贵的书册放到由黄金封缄的柜里，以示珍贵保藏。因此，用来藏放古代皇帝的圣训、玉牒、实录以及重要档案的地方或器具，都称为“金匱”。现在北京南河沿有北京皇史宬，那里就存放着明、清两代皇帝的重要档案，其实它是一个文物保护的地方，现在，那里仍然是蔚为可观！能够看到 153 个鎏金雕龙的金匱，特别大，像大箱子一样。不仅外形美观，而且在防蛀、保护、保密的程度上也可想而知，其传统文化的丰富底蕴令人叹为观止！就是说，“金匱”的含义，小到一个器具，如箱子、匣子，大到至今仍能看到的明、清两代皇史宬的金匱，总归是存放重要文献、档案的器具或处所。作为形容词的意义，用金匱作为书名，它就是比喻文献资料的价值珍贵，应当保慎，或者说应当慎重保藏。这是我把“金匱”作为名词及形容词的意义进行了解释。

从书名上来说，先于张仲景在《黄帝内经·素问》里有《金匱真言论》；《伤寒论》的别本有《金匱玉函经》；还有北宋王洙所发现的《金匱玉函要略方》三卷；清代陈士铎著有《石室秘录》等。所以，“金匱”、“玉函”、“石室”均可证明它要珍藏的文献资料相当宝贵。所以，宋代林亿等人在《金匱要略方论序》中有“缘仲景有金匱录，故以金匱玉函名，取宝而藏之之义也”。

2. “要略”的含义。要略，可想而知是简要书略的意思，它是经人删减，已不是一个全本，而是节略本。其实“要略”二字可以互训。陈修园说：“书之所以名为要略者，盖以握要之韬略在此也。”所以“要略者”，其内容相当精要，它是反映张仲景的治略思想的。为什么叫治略思想呢？比方说，西汉刘安著《淮南子》，在他的书末有“要略”一篇。到东汉的时候，有许慎注其篇名，对“要略”的释义：“要略者，乃谓其医学精要之中最精要者。”说明它不是一般的节略本，而是包含着医学精要部分里最精要的内容，所以要保慎。另外，还有高诱解释《淮南要略训》的“要略”二字，他认为是“略数其要，明其所指，序其微妙，论其大体也。”不是一般的把内容简明扼要概述一下就得了。我觉得，“略数其要”是要把精要部分的最精要的内容拿到《金匱要略》里面记载；“明其所指”是对各篇章所论述的内容要层次清楚，要便于检用。那么“序其微妙”，就是对其深奥的中医学理论、奥妙深幽之处要特别地加以阐发，启迪后人；“论其大体”，就是张仲景在中医学琳琅满目的宝库中，独创辨证论治的诊疗体系和卓越的学术成就，对中华民族及人类的繁衍、医疗保健事业立



下汗马功劳，对世界医学科学的发展作出重大贡献。可以毫不夸张地说，他首创的辨证论治的诊疗体系，不论对外感热病，还是对内伤杂病，都富有指导意义。所以，“要略”既表示内容精要，又能够阐明张仲景的治略思想。

3. “方论”，就是指有方有论，以方言治，以论言理。我们说杂病的诊疗体系，理法方药、脉因证治全备，因此这本书极其珍贵。我们不仅要慎重保藏它，更重要的是要好好学习它，深入研究它，挖掘整理它，发扬光大它，为现代人类的健康和医疗事业服务。

以上我从三个方面解释了书名叫做《金匱要略方论》的含义。概括起来讲，就是内容精要，有方有论，价值珍贵，应当慎重保藏。这就是我解释的第一个问题。

（二）本书的性质与沿革

《金匱要略方论》是我国东汉时代著名医学家张仲景所著《伤寒杂病论》的杂病部分，它是我国现存最早的一部诊治杂病的专书。同时，它也是世界上现存较早的一部诊治杂病的专书。所说专书，就意味着它是专讲杂病治疗学的。我认为，它既是杂病治疗学，也是张仲景杂病的辨证治疗学。这本书是张仲景在东汉末年完成并问世，具有首创性，也具有划时代的意义。称其为经典著作，我认为当之无愧！是我们中医药后学者、从业者、研究者的必读之书。为什么呢？原因有四，即权威性、指导性、科学性、探索性。

第一，权威性。《金匱》不管是对外感热病，还是对内伤杂病，都是中医药学的理论源头。到目前为止，它仍然是中医临床各科的基础，在临床应用上取之不尽，用之不竭，变化无穷，常读常新啊！所以，它具有非常鲜明的权威性，也是被世人所公认的。

第二，指导性。就是对中医的理论和临床实践均具有广泛而较高的指导意义。体现在《金匱要略》里的五个基本论点。这五个基本论点，我就点题：①天人合一的整体恒动观念；②以脏腑经络学说为理论基础、为指导；③辨证论治；④治病求本；⑤形神统一。从一定意义上讲，它们集中反映了中医学的特色和优势。

第三，科学性。就是张仲景创制了大量有效的经方，这些经方对热病、杂病的疗效，可以说到现在为止已经历1800多年了，不仅是时间的考验，更是临床实践的考验，证明其自身的实用价值，并决定了中医的灵魂在临床。所以说，经方具有无限的生命力和发展潜力。



第四，我补充说它的探索性。汉代张仲景的著作，它既是古代的，又是现代的；既是中国的，又是世界的。尤其对一些疑难杂证（症），经方的临床应用，常有意想不到的惊奇疗效。在理论认识上，往往又具备一定的前瞻性，值得努力探索。后世医家一致推崇它，赞誉它，称它是“方书之祖”、“医方之经”、“治疗杂病的典范”。这个问题将放在后面本书的学术成就和贡献中予以说明。

在中国医学发展史上，《金匱要略方论》是处在一个怎样的地位？有什么重大影响？在这里，给大家举几个例子。

古代神医华佗称张仲景的书为“真活人书也”，这就是对它具有神奇的疗效给予的高度赞赏。清代的徐灵胎告诫后学者说：“如果能通金匱之理，天下无难治之证。”目前，教育部、国家中医药管理局在学科目录的调整工作中，就把《伤寒论》、《金匱要略》、《温病学》合起来，作为中医临床基础学科加强建设，并提出更高要求，要在中医经典著作的教学、医疗、科研上大踏步地前进，要打好基础，重视经典的教学，重视经典方剂的学习，重视经典理论与经方的临床应用，而且要从科学研究的角度，从临床实践的疗效上着手，加以挖掘、整理和提高。我觉得，临床基础课的加强，不仅要提高中医药各层次学生的理论，而且要增强他们的动手能力，包括科研技术能力，这方面是很有道理的。

下面，简要谈一下沿革，分三个时期表述。先谈几个常识性问题。

第一，成书时间：公元3世纪初。我国著名学者马继兴先生的研究依据是仲景的《原序》说到“建安纪年以来犹未十稔”，因为建安纪年，是公元196年，十稔是什么意思呢？一稔是一年，十稔是十年。所以，犹未十稔，相当于公元206年前后。我觉得，这在考究的具体时间上，公元3世纪初的宽泛认识是比较合理的。这是作为常识来了解一下。

第二，散佚时间：由于战乱，知而未见其书。五版《讲义》强调的时间概念是“东汉到西晋这样一个很短的时间里，因战乱而未见其书。”借此机会，我介绍七部重要典籍：《伤寒论》、《脉经》、《肘后备急方》、《诸病源候论》、《备急千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》，便于帮助大家了解《金匱》关于杂病部分的全貌。

魏晋的太医令王叔和对《伤寒论》作了编次整理，出现十卷的《伤寒论》单行本行于世。同时，他的《脉经》保留了原著的杂病部分。经过医史的考证证实，王叔和与张仲景的关系相当密切。因为二人相距时间上下50年左右，所以，可能存在着同时代的师承关系。也就是说，王叔和有机



会、有能力从《伤寒杂病论》里把《伤寒论》十卷整理编次出来，并完成《脉经》那么大的一部重要的医学文献。尽管杂病的有关文字不那么完整，但是其主要内容，仍可作为我们今天研究的很好的文献学版本。葛洪的《肘后备急方》，从书名上顾名思义，就是屈肘可以拈来装在口袋里，可以专门用来应付临床急证的小方书。就这么一个方书，比方说，对疟病治疗有效的青蒿素的提取，现在的疗效要高于奎宁。青蒿对疟病治疗有效，能研究到现在这样的高精的水平上，临床被广泛运用，而且是处于世界领先水平，最原始的发现就是从《肘后备急方》来的。隋代巢元方的《诸病源候论》，等于在张仲景的《伤寒杂病论》之后，对病因病机学有很多深一步的阐发，这对我们深入研究杂病的病因病机有很好的借鉴作用。再有就是唐代著名医学家孙思邈，是继医圣张仲景之后集大成者。他三十年间完成了两部巨著，一部是《备急千金要方》，许多是他临床实践和理论研究的经验总结，而且他认为这些方剂都是有“备急”作用的，到你急用的时候，便于检用。那么，其后的《千金翼方》，作为高龄的孙思邈能够有这样的一个潜心研读的治学态度，就是在临床实践中，积极自觉地总结实践经验留给后人。不足之处是在他的《千金要方》里所引证的《金匱》文字，没有说是从哪里引来的，也没有说哪些是张仲景的，哪些是他自己的。而到《千金翼方》里就比较清楚了。所以也是给我们提供了一个非常好的原始资料。王焘在《外台秘要》中所说的《伤寒论》，实际上是指《伤寒杂病论》而言的。汉代及其前后相距不远时代的医学著述，作为我们今天来研究《杂病论》、《金匱要略方论》的文献学考证，可作为参阅，其可靠性、可信度是比较大的。

为什么说这些重要典籍在文献学上有贡献呢？因为这七部医学的专门著述都有张仲景关于杂病部分的内容，引用语言、文字、学术思想比较接近，因此可以互通。这方面的作用，一是有利于挖掘张仲景学术思想的理论内涵，便于理解原文精神；二是可以校正《金匱》中某些文字谬误，也可以补充某些残缺，使其能够对原貌有一个更好的呈现。以上对于研究《金匱》，特别是在散佚后的文字考据，是一个很重要的参阅资料，是比较可靠的考证依据。

关于散佚的原因问题，我们可以想象。我考虑是有四个方面的因素。①三国纷争。战乱使张仲景的故里，当时叫南阳郡，就是现在的河南省南阳市；一说涅阳古城，在今南阳市与邓县之间的粮乐镇，成为中心之城，纷争之地。②造纸术。虽然是在西汉发明的，但是民间抄书仍然习用竹



简，容易被虫蛀，容易散落，因为是用绳子捆的，经过战乱就容易被火焚。③交通、通讯极其不便利。当时的传承过程都是家承、师承，其数量有限，传播就更有限。④作为张仲景的《原序》，他提出：“怪当今居世之士，曾不留神医药”，说明了当时的统治者崇尚神仙之术，以求长生不老，既不重视医学典籍，也不注意医学典籍的保存和传播，更谈不上研究。所以致使《金匱要略》杂病部分隐现分合数百年。浙江中医药大学的老前辈何任教授曾经发表学术论文，他谈到，可惜这样的散佚，在宋元之际韬光匿彩达535年之久！看不到它的精华和精彩。后人只能在很小的范围里流传。

第三，整理校订。北宋初期，翰林学士王洙在馆阁日，于“蠹简”中发现了《金匱玉函要略方》三卷，被虫蛀的竹简，散落不齐了，原文可能有差错。《金匱玉函要略方》三卷中，上卷辨伤寒，因有王叔和整理的《伤寒论》单行本在流行，所以把它删除了，保留杂病篇、妇人篇。对方剂进行了重新的编排，就是分列于各证候之下，仍为上、中、下三卷。《中风病》篇的原文之间夹有“侯氏黑散、风引汤、防己地黄汤、崔氏八味丸、头风摩散”。而林亿等人整理后的附方，都是先说方名，再说主治证，然后再列方药、用量以及用法，是这么一个格式。而张仲景原著的方剂是怎么表述的呢？他是以原文为载体，论述各个主要疾病的分类、病因病机、症状、脉象、主方、方名、方药组成、用量、煎煮法、服用法以及药后反应等，有专门的“方后注”。这种编写体例，其优越性正如他在《原序》中提到的，目的是“仓促之间，便于检用”。这对医生来说，提供了很多方便，学习起来非常清楚、简明。把它放到案头上，遇到什么急证不清楚了，打开书一看便明了。当然那时候，书是左右竖排版的，方剂都是指右方如何……，而现在是横排版，就写成上方如何……。

《原序》落款提到三个人的名字：臣高保衡，尚书外郎臣孙奇，校理臣林亿等，他们是非常有地位的医官，受国家召集，受国家之命校正医书，先校定《伤寒论》，次校定《伤寒论》的别本《金匱玉函经》，然后校《金匱玉函要略方》三卷。他们做了很多的整理工作，比如说，采集各家方书中转载张仲景治疗杂病的医方以及后世的良方，分类附于每篇之末，目的就是“以广其法”。不是一方一法，而是启迪后学者要举一反三，开拓临床思路。举例来说，第五篇在〔附方〕里有崔氏八味丸，实际上就是现在大家共知的八味肾气丸，即金匱肾气丸的方剂。经过张仲景的临床应用之后，验之有效，且推广并扩大了治疗范围。《金匱》书中记载八味



肾气丸一共五用，给我们起到了很好的典范作用。还有非常著名的方剂，用来治疗肺癰的《千金》葶茎汤，它直接表明是从《千金要方》中转载过来的，也是张仲景时代应用有效的方剂。《痰饮》篇第一个〔附方〕《外台》茯苓饮也是非常切合病机，组方非常合理，临床应用不可小视的经方。《中风》篇第一个〔附方〕叫《古今录验》续命汤，我这么一说，大家都能有印象，甚至耳熟能详，这些都是临床行之有效，属于传世妙方。这些工作做完了，林亿等人将书名定为《金匱要略方论》。

我在开始已经向大家介绍了，《伤寒杂病论》在流传过程中，分成了《伤寒论》、《金匱要略》两书，既不是王叔和所分，也不是林亿等人所分，不能说因为王叔和编次了《伤寒论》，《伤寒杂病论》就丢了，而是可能与《伤寒杂病论》同时期在流传。我们现在通用的《金匱要略》讲义就是以宋代林亿等诠次，明代赵开美校刻的《金匱要略方论》为蓝本进行编写的。

二、《金匱要略方论》的基本内容及编写体例

这个问题，我作一般性的介绍。

（一）基本内容

原书一共是 25 篇。

第一篇为总论，相当于全书具有概论性质的篇章。

第二篇到第十七篇是辨治内科杂病。

第十八篇辨治外科杂病。

第十九篇是一些不便于归类的杂病，也可以说是杂病篇里的杂病。

第二十到二十二篇，是辨治妇产科的病证。

第二十三到二十五篇，为杂疗方与食物禁忌。

我们把重点放在第二十二篇以前的内容。有关方药的数字统计，仅供学习参考，此略。

（二）关于编写体例

1. 以合论和专论两种形式分篇

（1）合论：数病合篇——因病机相同、病位相近、证候相似、不便归纳者，用以比较与鉴别，使之同中求异，异中求同。

（2）专论：一病成篇——独立性强，临床特色鲜明。

2. 分篇论病，分条叙证，分证出方。这种写作方法具有分类简明、辨证切要、层次清楚、便于检用、文字质朴、经验可靠的优点。



《金匱》的编写体例到底有哪些作用呢？①对辨证施治有整体指导意义；②从整体出发，全面把握疾病演变规律；③有助于提高临床疗效，使辨证得以深化；④有利于总结、挖掘和推广中医的诊治经验，推动中医临床科研，提高其诊治水平。

清代陈修园加以称赞说：“全篇以此病例彼病”，“为启悟之捷法”。就是启发你要抓住病与病之间的一些特征，或者说便于抓住疾病的本质，说明这种编写体例有其优越性。

三、《金匱要略方论》的学术成就及贡献

在讲这个问题之前，我想应该解释一下什么叫“学术”，什么叫“学术特色”。

所谓“学术”，是指具有系统理论的专门学问，这种专门学问一定得具有系统的理论，也可以说，它得形成一种学术体系、理论体系。而“学术特色”是指这个理论体系当中，它有别于其他学问的显著特点。接下来我要谈张仲景的学术成就，需要分析张仲景的著作是怎样的一个理论体系。他又有别于其他学术、学问，有什么显著特点呢？

（一）首创了“以病为纲，病证结合”辨证论治的杂病诊疗体系

对于《金匱》来说，突出表现在对杂病的辨证论治诊疗体系。对外感热病亦是首创。他这个理论体系集中体现在他的《伤寒杂病论》里。

在这部经典医著的《原序》里，张仲景告诉我们成书有三个来源。一是“勤求古训”，撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》，还有《胎胪药录》等那么多的古医籍。实际上就是张仲景继承并全面地总结了汉代及其以前的古典中医药理论，从大量的古医籍中获取理论要素。这也是教给我们的学习方法，因为《伤寒杂病论》的形成，既有《内经》的《素问》、《灵枢》，还有《八十一难》，即《难经》。关于《胎胪药录》，有的说《胎胪》是有关妇产科的一本书，《药录》是有关药学知识的书。正是张仲景勤求古训的明证。

二是“博采众方”，就是他广泛地汲取汉代及其以前的医疗经验和有效方药，他努力做到继承前人的经验，又有自己的学习体会和临床经验的总结。范行准先生的研究成果指出：“《金匱》的内容是《汉书·艺文志》十一家经方的缩影”。证明张仲景真是博学多识，广泛涉猎，深入探究，并虚心学习前人的经验，总结自己的经验和体会，就是说直接的和间接的经验都体现在他的这部著作里了。他把博览群书的所得，关键是能够上升



为医学理论。

三是“平脉辨证”，是指张仲景亲自去实践，平其脉，辨其证的结果。在他的经典著作中，体现出他通过四诊合参，辨病与辨证相结合，以辨证为主的诊断方法。他依靠获得的医学真知，系统地总结了自己长期以来的临床实践经验，并在《伊尹汤液经》的基础上进行发展完善，和合成论十六卷的《伤寒杂病论》。它不是平白无故形成的，也不是抄袭别人的，而是含辛茹苦，用血汗换来的。

同学们，我们从以上分析看出，“勤求古训”突出一个“勤”字，并强调“思求经旨”，就是张仲景读了那么多的古医籍，通过勤思考，深切领会它的精神实质，变成自己的东西。“博采众方”，突出的是“博”字，就得“精究方术”，只收集各种方剂，仍然是人家的，不是你自己的，死记硬背，不好用，要精益求精，这里面又突出一个“精”字。可以说，在“勤”当中要“思”，在“博”里面要“精”，从广博化为简约，变成你自己消化了的知识，并转化为能力，才能求新、创新。

我觉得，中医界里有人刻意想成为“理论家”，但是他脱离临床实践，这个理论研究无法向深广度发展；反过来说，有的临床疗效很好的“临床家”，不注重从理论上总结和升华，仍然是不够全面的。张仲景正好是我们的最好榜样！《金匱》首篇开宗明义指出，“上工”要医德高尚、精通医理。当今对中医药事业的发展提出“三名”政策（名院、名科、名医），其中，名医要具备“高尚医德”、“高深理论”、“高超医技”、“高知名度”。总之，要远近闻名。

张仲景的学术成就，我说他首创，就是第一次把古医经和古医方冶于一炉，融为一体，创立了中医学理法方药全备的诊疗体系。在漫长的历史长河中，中医学已经进入了一个发展的新时期，在张仲景的方法论指导下，历代名医辈出。可以说，凡是在中医学领域内有所建树的人，没有一个不是依靠经典著作的深入研究，有继承、有创新、有独到见地，这样的人才能够在理论上和临床实践上有所创建。他们从不同角度、不同层面对辨证施治进行了继承和发挥，促进了整个理论体系的发展。形成的大量著述及文章，可以说浩如烟海，汗牛充栋。但是，作为《伤寒论》、《金匱要略》，它们确是伟大医学宝库中最重要的历史文献！也可以说它们集中地体现了祖国医药学的精髓。所以说，它是最有价值的古代文献，也可以说是开创临床医学先河的经典著作。

从篇名上看，《金匱要略》和《伤寒论》一样，篇名大多冠以“病脉



证治”或“并治”，均标志着“以病为纲，病证结合，脉证合参”的临床意义。这种“脉证合参”又不是孤立的，一定是病与脉证的合参，然后才是“辨证施治”，辨证与施治的紧密结合。

1. “以病为纲”，确立病名诊断在杂病中的纲领地位。要在杂病的诊断过程中确立中医病名的纲领地位，也就是先把病名搞清楚。原来我们说辨病与辨证相结合，是把西医诊断的病拿来，让中医来辨证，叫做辨病与辨证相结合。我认为，张仲景在汉代的时候，就已经从中医学的角度，一定先明确它是个什么样的疾病。然后，通过辨病与辨证相结合，以辨证为主，这就是中医的传统理论。从经典上说，是张仲景创立的。

2. 张仲景关于疾病的命名，有六种情况，包括病因、症状、病机、病位、疾病特征和发病特殊时期的不同命名。

(1) 以病因命名。如湿病，是外感湿邪所致。宿食病，由宿食所致。再比方说，肠寄生虫造成的蛔虫病。还有痰饮、水气、瘀血等病是因病理性产物，又是致病因素而得名。

(2) 症状命名。是由临床主症决定的。比如腹满病、心痛病、惊悸病、呕吐、啰、下利病都是症状命名。

(3) 病机命名。肺痿病，是指肺气痿弱不振的病机；肺胀病是指肺气胀满的病机；虚劳病的病机是劳伤所致五脏阴阳气血虚损，而且久虚不复。

(4) 病机和病位结合命名。比方说血痹、胸痹、肝着、肾着都是《金匮》里特有的疾病命名，均是病机、病位结合命名的。

(5) 疾病特征命名。中风病的命名是张仲景依据发病急骤的突然性，具有风邪特性，善行而数变，如同自然界的暴风有摧枯拉朽之势，非常猛烈，会造成枝干断摇，甚至会连根拔起，用以形容得了中风病以后，不同的病情确实有轻重浅深之别。现在看来，中风分成缺血性中风和出血性中风两种，缺血性中风出现了脑的梗塞；出血性中风出现脑溢血。直接明确病位，是“脑卒中”、“脑血管意外”的疾病。

(6) 以疾病发生的特定时期命名。喝（ye）病在内科杂病里面，它有严格的季节性，一定是夏季伤及暑热之邪。但是，它属于伤暑，而不是中暑，称作喝病。再有，特殊时期如妇人妊娠病、妇人产后病，有严格的特定时期。

我要说明的是，尽管《金匮》对疾病的命名不那么统一，它是多元的，但是在临床诊断上，张仲景注意到了病和证，毕竟是两个不同的概



念。因此，他一定要强调以辨病为前提，才能确定辨证的范围。尽管有的在临床上还不常用，或者说起来莫名其妙，但是作为我们中医的学者、研究者或是后学者，必须掌握，并经过实践，使其规范化。

3. 关于疾病的分科。全书除了对内科、外科、妇科疾病有分篇论述以外，具体地说，同为痈瘍，生在脏，有肺痈，属于内科疾患；在腑的有肠痈，属于外科疾病；在肌肤脉络的疮痈，中医学称疮疡外科，西医称皮肤外科。可见中西医学尽管相隔久远，但是有相似、相近之处。再如，寒疝和阴狐疝之间的比较，《说文解字》对“疝”字的解释是：“疝者，腹痛也”。就是指以病性与症状结合命名的，是一种寒性腹痛。当然，它有急性、发作性的特点，属于内科疾病，放在第十篇里了。而阴狐疝是腹痛，放在第十九篇里，形容以“偏有小大，时时上下”为临床特征，相当于西医学的小肠疝气。当男患站立时，小肠坠入阴囊，就偏有小大，因一侧的阴囊膨出了。当他卧在床上时，小肠又回到腹腔内，一如常人。一般情况下，中医可以保守治疗，属于内科范畴；如果出现嵌顿的情况，容易出现坏死，就应当及时进行外科治疗。因此放入第十九篇不便于归纳的杂病范围内。妇女也患疝气病的，就是腹股沟斜疝，有的可坠入阴唇处。可见，张仲景在杂病的分科上是很具有智慧的！说明张仲景时代的医学成就已经达到了一个相当高的水平。从中看出他的临床诊断是以脏腑经络辨证为核心的。

4. 关于“病证结合”的问题。首先明确概念。

(1) 什么是“病”？从中医学的认识上，应当具有一定的、可重复性的病因、病位、脉证和发展变化的规律，包括它特定的发病形式、病机及转归等过程。也就是说，它能够从总的方面动态地来反映机体的整体功能状态和异常的病理变化，是我们在辨证施治过程中要把握的杂病规律。我们现在讲《金匱》，目的就是让大家逐渐学会并把握杂病辨证施治的内在联系和它自身的演变规律。

(2) “证”的概念，在《金匱要略》里，主要是指证候，认为疾病证候的产生，是整体功能的失调，是脏腑经络病理变化的反映。具体地说，是指疾病发展过程中某一个阶段，把若干症状综合以后所体现出来的病因、病位、病性和协同关系的病理概括。所以，你在长期的临床实践经验积累当中，要把握疾病的全过程，才能成为一个高明的医生。

关于把握它的核心是“病与证相结合，以证为主”，要把病和证的概念分清楚，而且不仅是从病因、病位、病性方面，包括疾病的发生、发展



过程，还要考虑和体质因素非常密切。因为一个证候，包括了多种因素的影响，北京已故的名老中医赵锡武老先生在他的医疗经验集里写到：“有病始有证，而证必附于病，若舍病谈证，则皮之不存，毛将安附焉”，他指出病和证之间的关系。像著名的中医学大家、伤寒学家，也是我们仲景学说专业委员会的老主任委员，已故的刘渡舟教授说过，“由于病不能离开证而了然独存，所以我不承认辨病而与辨证的距离有天渊之别”，这都是先辈们集一生的理论和实践的经验总结。辨病与辨证相结合，以辨证为主的基本精神，就是掌握疾病的一般规律，又要辨证认识疾病的具体情况。也就是说，要把疾病的范围明确下来，而且你得把病名作为诊断的纲领，也要大致明确下来。正像清代徐灵胎所说，“欲知病者，必先识病之名”。

(3) 对辨病分证的优势，请从以下四方面加以深刻理解：①对辨证施治有整体指导意义。②从整体出发，全面把握疾病演变规律。③有助于提高临床疗效，使辨证得以深化。④有利于总结、挖掘和推广中医的诊治经验，推动中医临床科研，提高其诊治水平。

(4) 我对杂病临床辨证思维过程的理解。我想从八个方面进行说明，包括追溯病史、掌握脉证、分析病因、确定病位、分清属性、阐明病机、辨别证候、立法处方。

第一，追溯病史。包括既往史、现病史、个人嗜好、习惯，以及病人所居住或工作的环境，病人就诊时所处的季节、气候情况，都应在病史范围内加以综合。张仲景在《金匮》中是怎么体现的呢？比方说，第一篇讲“审因论治”的原则，他曾经举了一个例子，就是病人“素不应食，而反暴思之，必发热也”。说病人突然想吃自己平素不喜欢吃的东西，那就是一个病理状态，不是好现象了。假设你不问他平时喜欢吃什么，你怎么知道他现在吃得不对劲了呢？是一个病理反应了呢？还有就是“各随其所得”而“治之”的问题，服药很重要，护理也要跟上。在护理的原则上，必须“适其所喜”，就是顺应他自己的喜好，或者是在病理状态下顺应适宜他的护理条件。

第二，掌握脉证。在《痰饮病》篇里论述膈间支饮，张仲景注意了发病史“病得之数十日”，说明病程比较长了；治疗史“汗、下法病不愈”，可以帮助你从辨证施治的角度上重新考虑辨证是否对路。这与西医学允许药物诊断，试探性治疗法是一致的。如果在辨证上，不能马上认清的话，就应当把症状，包括舌苔、脉象以及体征进行综合分析，为辨证作准备。因为《金匮》杂病涉及的舌质、舌苔描述很少，临证时必须四诊合参，把



握诊断依据。

第三，分析病因。任何一个病人来看病，他肯定说不清是什么病因，他只能描述，他哪儿难受，我们通过他表现于外的一系列体征、症状、脉象、舌苔等进行病因分析。也就是审证求因的过程。

《金匱》全书对病因的论述大约有六个方面：一是除六淫之邪外，首篇提到了“五邪中人，各有法度”，所涉及的病因有风邪、寒邪、湿邪、雾邪、馨饪之邪（也有的叫做“谷饪之邪”，即宿食病的病因）。二是首篇涉及“千般灾难，不越三条”。是说疾病尽管有千万种，但是概括起来约有三条，这三条是什么基本内容呢？到课堂讲授时再给大家分析。三是《虚劳病》篇里大黄廑虫丸证原文提出了“五劳、七伤”。“五劳”是指五脏的劳损；亦说志劳、思劳、心劳、忧劳、疲劳；又《素问·宣明五气》云：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久行伤筋，久立伤骨，是谓五劳所伤。”六极见于首篇第十三条，指气极、血极、筋极、骨极、肌极、精极。极，是极度劳伤的意思。“七伤”就是食伤、饮伤、饥伤、劳伤、忧伤、房室伤、经络营卫气伤。这些包括了饮食的因素，有暴饮暴食所伤，也有饥饱失常，都属于饮食所伤。值得注意的是，张仲景将食伤和饮伤是分开论述的，这也是很有道理的。还有忧伤、房室所伤等导致经络营卫气伤，最终成为干血劳。四是痰饮、水气、瘀血既是病理产物，又是致病因素。五是妇人杂病的病因，张仲景提出：“虚，积冷，结气”。六是首篇提到“审因论治”的原则，提示了“审证求因”，病因辨证。同学们请看，我现在把散见于各篇章的条文凡涉及病因的内容稍加归纳，就有了一个大概的了解，有助于将来在临床上分析疾病的病因。

第四，确定病位。张仲景对证候的认知，是脏腑经络病理变化的反映，是整体功能的失调。按照《内经》有诸内必形于外的立论，那么病人的外在表现可以帮助你由表及里，由外达内来分析、测知病邪的性质和病位。比方说，“五邪中人，各有法度”，其中“湿流关节”、“湿伤于下”，就是明确指出湿邪本身的特性，容易伤人的下部，伤人的关节，这在病位上结合临床主症，对判断病因，诊断疾病，是有实际指导意义的。

再有讲痉病的病位，直接告诉你是在筋脉，所以，这有助于你确定治疗方案，有针对性地选方遣药，直达病所。

第五，分清属性。我认为，确定病性的问题，八纲辨证应当是以阴阳为纲，所以搞清证候的阴阳、表里、寒热、虚实，确定疾病的性质是治则治法的根本依据。拿什么作依据？临证时，不管运用脏腑经络辨证，还是



与八纲辨证结合的方法与思路，最终是要解决病机问题。在病性上，到底是心阳虚，还是心血虚，是气阴两虚，还是阴阳两虚？到学习各篇内容的时候，要辨病、辨证。比方说，同样一个胸痹病，它在辨证上有错综复杂的情况。遵仲师“有是证，用是药”，“添一证，添一药，易一证，易一药”之旨，都是非常明确的。他给你有示范，有规矩，尤其是明确病性，对治则治法的确定可提供依据。像首篇第1条就提出了“治未病”，“虚实异治”的原则，特别是“虚实异治”是对杂病提出的总的治疗原则，是在《内经》、《难经》的基础上，概括为“虚虚实实，补不足，损有余，是其义也。”对全书给了一个总的指导。所以，确定疾病的属性，就是分清病性是什么，对于内伤杂病而言，要以阴阳为纲，以脏腑经络辨证为核心。但是，一定要结合八纲辨证，至少要分清虚实寒热，分清属性。

第六，阐明病机。我认为，《金匮》的基本论点有五：一是整体恒动观念；二是脏腑经络学说；三是辨证施治；四是治病求本；五是形神统一。临床上一定是四诊合参，把你所看到的一些临床资料，具体地落实到脏腑经络的病变部位上。比方说，我举一个非常简短的条文吧，麦门冬汤是主治什么病证的经方呢？我们《讲义》上，一种认为是治疗虚热肺痿的主方；一种认为对虚火咳嗽也适用。原文说，“火逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之。”四句话，“火逆上气”指病机为虚火上炎，致使肺气上逆；虚火上炎则“咽喉不利”，是补出的一个症状。“止逆下气者”提示了治法；“麦门冬汤主之”，把主方拿出来了。四句话明辨病机，突出临床特征，确定治法、主治方药四步骤。正好体现了我前面所说临床诊疗思维的过程。如此把辨肺痿病具体落实到辨病属性上。

第七，辨别证候。张仲景原文将虚热肺痿与虚寒肺痿作鉴别诊断，是以“反有浊吐涎沫”而提出的。为什么呢？通常虚火上炎所致肺燥的咳嗽，应该有咽喉不利，但是咯痰不爽，或干咳无痰。而肺痿一定“反有浊吐涎沫”，还有“咽喉不利”。

第八，立法处方。对于虚热肺痿的治法，肯定以“止逆下气”为首务，为什么用麦门冬汤，而不用甘草干姜汤？这在病性上必须立足于分清属性，甘草干姜汤只能用于虚寒肺痿，这一系列思维过程完成期间，实际上你在构思施治方案，思考好是个什么证候，然后决定用什么治法，用什么方药。所以，当你把证候辨清的时候，法随证立，方从法出。我把我的体会说到这儿。

学习《金匮》的时候，我将如何引领大家呢？首先分析原文、讲好本



义；需要讲通理法方药、因机证治，然后具体落实在治法方药的分析上，就这么一个过程。所以，以麦门冬汤证为例，原文仅“寥寥数语”，却指明了疾病的理法方药和脉因证治，使杂病的辨证和施治有机地结合在一起，而且使丰富的中医临床实践经验得以上升为理论认识。

可以看出，原文是张仲景杂病辨证论治诊疗体系的载体，一切含在其中。若没有规矩，便不成方圆嘛！上升为理论认识，实现了中医临床医学在认识上的又一次飞跃。这就是脏腑经络辨证与八纲辨证相结合，辨病与辨证相结合，以辨证为主的典范。我认为，张仲景论述的脏腑经络辨证是最深刻的，操作性强。为什么呢？我们在《中医诊断学》学过的辨证方法有脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证、气血津液辨证以及病因辨证等。《金匮》首篇《脏腑经络先后病》将给你以启示，对内伤杂病至今习用脏腑经络辨证。清代的柯韵伯提出《伤寒论》397条原文中，凡不冠以“伤寒”二字的，均适用于杂病。我要说的是《金匮》和《伤寒论》又有数十个重复的方剂。你想，学习治疗杂病的经方，它的实用性和可操作性显然增大了。

病因辨证，可以指导你重视消除病因的治法。比如张仲景对外感疮病用栝蒌桂枝汤、葛根汤、大承气汤，就是针对病因而治。

张仲景在《金匮》里对肺病的三期分型体现了卫气营血辨证的雏形。比方说，表证期，他叫做“风伤皮毛”，“风中于卫”；酿脓期叫做“风舍于肺”，就是气分证阶段；“热之所过，血为之凝滞”，表现为溃脓期的时候，恰恰就是入营血阶段。所以，他为卫气营血辨证奠定了基础，一直到清代温病派兴起，再次理论飞跃，形成温病的卫气营血辨证及三焦辨证。

在《金匮》里张仲景对三焦辨证也有描述。如第十一篇里专门有“病在三焦”，“三焦竭部”，又是三焦辨证的雏形。所以，我觉得，张仲景在中医临床理论认识的飞跃上，确实作出了巨大贡献。总的来说，辨证是施治的前提和依据，施治是辨证的目的与结果。

我认为，辨证与施治相结合的思维过程，确定证候在八个步骤中，核心的东西是由辨病机来决定的。当然，是病因、病机决定了证候的属性和遣方用药的基本法则。所以辨证的核心要落实到证候的病因、病机上，因为病机不同，证候就不同，治法亦不同。后面我将要讲“同病异治”、“异病同治”的概念，作进一步的解释。

(5)《金匮》集中和具体反映了有关脉学的理论，并作为杂病诊断的重要依据之一，是全书的一大特色，内容相当丰富。比方说浙江的范永升



教授，他就做过一个统计，《金匮》有关脉的原文是145条，占三分之一以上的比例。《难经》对脉诊的部位，有“独取寸口”，因心营肺卫应于两寸，张仲景认为候上焦疾病，既方便又准确。《金匮》里候脾胃就用趺阳脉。水气病的病机涉及肺、脾、肾、三焦、膀胱的病变情况，他就用寸口脉、趺阳脉、少阴脉、少阳脉，包括颈脉就是人迎脉，加以表述是有道理的。张仲景还提到，同样的脉象，脉位不同，主病不同，诊病上有临床意义。

《金匮》中所涉及的脉象，首先肯定，它是所论疾病在临床的可见之脉，是张仲景临床实践经验的总结。概括说有六个作用：①诊断疾病；②推测病因；③确定病位；④阐述病机；⑤指导治疗；⑥判断预后。

总之，《金匮》原文作为一种表述方式，虽然不是一部脉学的专著，但是它所论的脉法却有不少精辟之处，对后世临床医学的发展有着重大的影响。当然，到了明代有《濒湖脉学》，它真正是一部脉学专著。而《金匮》是杂病诊治，是辨证施治诊疗体系其中的一个方面。后世总结说，“杂病重脉，时病重苔”。确实，《金匮》重脉，对舌苔、舌质的描述略略微微，非常少；而《温病学》重舌苔。我们临证时同样要重视舌脉，四诊合参，才会全面。关于原文中的脉学理论，要具体条文具体分析，不能一概而论。所以，这一部分的内容需要我们很好地继承，进行深入探讨。

（6）关于杂病的防治。《金匮》的基本精神提示两个方面：预防医学的思想，首篇“治未病”的思想包含未病防病、已病防传（变）、早期治疗三方面内容。关于重视人体正气，治病求本的思想，张仲景对发病学的认识，强调人体正气为主导，因正邪相争导致阴阳偏盛偏衰，阴阳失衡则病。所以，在辨病的过程中要“求本察机”，才有利于确定治则、治法。这一思想在全书中体现了重要的指导作用。比方说第六篇论虚劳病五脏的虚损，尤其重视脾肾。这是因为脾是后天之本，肾又是先天之本。张仲景在《伤寒论》里就重视保护胃气，而这个地方，他特别顾护脾胃，脏和腑一阴一阳，互为表里，都要顾护。有的是通过补后天来养先天，或者脾肾双补，这对恢复人体正气，促进疾病的向愈有很重要的意义。所以首创“以病为纲，病证结合，辨证施治的杂病诊疗体系”，是张仲景的重要学术成就和贡献。

（二）创制治疗杂病的众多经方

这就是说，他创制了众多治疗杂病的经方，其特点是配伍严谨，用药精当，化裁灵活，疗效卓著。



1. 为什么说《伤寒杂病论》是“医方之经”、“方书之祖”呢？它是在《内经》的理论指导下，规范了组方原则，成为方剂学的鼻祖。《内经》的理论指导主要见于《素问·至真要大论》定有“七方”。“七方”指“大方、小方、缓方、急方、奇方、偶方、重方”，后由成无己将“重方”改为“复方”，后世称此为“七方”。举个例子吧，“小方”有一物瓜蒂散、一物瓜蒂汤，一味药就是一个方。“大方”像大黄廑虫丸、鳖甲煎丸，都是二十好几味药。“重（chóng）方”呢，指两方合起来，或者几方合成的方子。“七方”里，每方各有所治。《金匱》中尤其体现八法运用，而且杂病都在八法的主要代表方剂的治疗范围中，可谓法中有法，还有加减法，非常灵活。

“四类”就是“大毒、常毒、小毒、无毒”。各有其意义，各类药物适合什么病，不适合什么病，用毒药的时候要注意什么事项，全说得很清楚。所以，张仲景规范了组方原则，体现了高度的原则性。就是一定要据证论理，依理立法，按法立方，照方配药。经方作为基础方，都是有规矩的，“方后注”记载了具体要求。

经方不仅具备高度的原则性，同时不乏鲜明的灵活性。为什么还有灵活性呢？就是因为它的治疗范围广泛，在“方后注”里面，体现有很多加减法。比方说，既能治疗风湿表虚证，也能治疗风水表虚证的防己黄芪汤，一方能治两种病。证候相同，病机相同，都属于表虚，是和风、水、湿相关的病证。防己黄芪汤的组成：防己、黄芪、白术、甘草、生姜、大枣六药。但是“方后注”里面提出其加减法：“喘加麻黄半两”，因麻黄辛温的性味，用以治疗寒邪或兼风邪外束的咳嗽，取其宣肺平喘的作用；“胃中不和者，加芍药”，因其缓急止痛，所以加芍药三分；“气上冲者”，等于教给你用平冲降逆的专药桂枝。可见，药物具有独特的作用，能反映张仲景用药的特有规律。“下有陈寒者，加细辛三分”。看得出来，配伍严谨，用药精当，六味药组成的防己黄芪汤，君臣有序，而且符合湿病当微汗的治法要求。《内经》有“汗者不宜奇”之说，就是不能用奇数的方，现在防己黄芪汤要祛除风湿、风水属于汗法的范围，应该是成双偶方，所以用六味药。其他像麻杏苡甘汤四味药，也体现灵活性。比方说，《千金》内补充当归建中汤是张仲景的方，他教给你当归和川芎没有的情况下，拿什么药物替代。这更符合我们现在的临床情况。有时候，药不全，方抓不齐，拿什么同类药物可以代替？张仲景“方后注”有说明。化裁灵活，可不是灵活无边，是以药简效宏，疗效卓著为标准。说它是“医方之经”，



就是在《内经》原则指导下拟定的经方，成为方剂学的鼻祖。关于《金匱》治法丰富，我认为，应分为三个层面来认识；①治法纲要——八法为用；②基本治法——是治疗疾病的方法，是治则的具体实施，只适用于某一类或某一种疾病的治疗；③具体治法——指病证结合，辨证施治，经方功效所确定的治法。

现在我给大家讲一个故事，就是《针灸甲乙经》的作者皇甫谧，他在这本书的《序》里讲到张仲景为一个侍中看病，这样写道：“时年，二十岁余，”叫什么名字呢？王仲宣。当张仲景见到他的时候，马上就说：“君有病，四十当眉落，眉落半年而死”。有资料表明，眉毛要脱落，是麻风病的诊断依据。张仲景“望而知之谓之神”啊！当时，张仲景嘱他喝“五石汤”，喝五石汤可免你侍中一死。但是呢，这个侍中不信，三天以后，张仲景见到他问喝了这个汤药没有，侍中说服了。后来张仲景说：“色候故非服汤诊”。说我看你的面色，我就知道你根本没喝这个汤药，王仲宣还是不信。果真二十年后，侍中眉落，“后，187天死亡。”187天，你算算，真就是20年后再过半年，眉落半年以后就死了。咱们不去考究它的真实程度，但是皇甫谧写的这个《序》，实际上也说明了张仲景的诊疗水平，以及他对方证如何准确施治于人，有这个把握，“其效如神”。侍中不服五石汤“果然如其所言”。

历代医家对张仲景的方药也给予很多溢美之词，给予高度评价。比如说以“少而精”著称的清代注家尤在泾，在他的《心典》里面就说张仲景的方，“方约而多验”。《医宗金鉴》作者吴谦指出，在张仲景书之前，有法无方，那么《伤寒论》、《金匱要略》之后呢，创立了方法、格式，才有法有方，也就是说从张仲景的《伤寒论》、《金匱要略》开始，才有法有方。吴谦称赞他“诚医宗之正派，启万世之法程，实医门之圣书也”。

我自己的体会，经方的特点就是在方剂的配伍上“君臣有序”，非“乌合之众”；切中病机，为“有制之师”。这就是我对“方书之祖，医方之经”这样高度概括的理解和诠释。

2. 《金匱》在方剂的应用上，体现“同病异治”，“异病同治”的精神。什么是“同病异治”？这个概念，是说同一种疾病，由于以下因素：人的体质，从“天人相应”的观点看，包括先天禀赋、后天养生的内在体质的不同；发病时间和地域的不同；病情发展阶段的不同；病机的不同；病位的不同。这些因素决定证候的核心问题是病机。病机不同则证候不同，证候不同，则治法不同。因此中心环节在病机上，我们不能被病名印



定眼目，而是通过病机不同、证候不同，决定治法不同。举一个例子，同一个胸痹病，如果出现“心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心”的情况，原文一证二方，为同病异治的范例。“枳实薤白桂枝汤主之；人参汤亦主之”。《方剂学》有枳实薤白三方，都源自《金匮》这一篇。对于气滞实证用枳实薤白桂枝汤，宣痹通阳，泄满降逆，为通法代表方剂。反过来说，人参汤就是理中丸为汤剂，突出了人参大补元气，补中助阳的作用。病机为因虚而气滞的气结在胸、胸满，胁下逆抢心的病证，采取补法，是“塞因塞用”法。所以，同样的一个临床表现，由于病情的虚实不同，关键是病机不同，因此通、补两法，同病异治。

下面来说“异病同治”。不同的疾病，病因、病机或病位相同，但是病名和症状倒不一定相同，请大家注意，不同的疾病可能在病名、症状上有不同，但关键的因素是病因、病机或病位相同，特别要强调病机相同，结果证候相同，所以治法相同。也就是说，证同治亦同。

最典型的例子，就是肾气丸在《金匮要略》中五用：

见《中风历节病》第五篇的附方：崔氏八味丸，与肾气丸的组成药味、用量比例、煎服法完全一致。主治“脚气上入，少腹不仁”。从中看到张仲景非常实事求是，八味丸是崔氏的，所治的脚气病，不是通常所说的烂脚丫儿。因与足少阴肾经的循行部位有关，腹之两侧谓少腹，不仁即拘急不舒，是肾气（阳）虚所致。经过张仲景的临床实践总结，发现八味肾气丸有更好的应用范围。

见《金匮·虚劳病》篇：“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者”。这个少腹拘急与少腹不仁，是同类症状，腰为肾之府嘛！肾阳虚则膀胱气化不利，所以小便不利。

见《金匮·痰饮病》篇：“夫短气有微饮，当从小便去之”，用八味肾气丸主治狭义痰饮轻证。

见《金匮·消渴病》篇：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗”。请大家看，前面提到的都是小便不利症，而消渴病小便反多，并用比喻法“以饮一斗，小便一斗”形容饮一溲一，喝多少，尿多少。说明病名不同，症状不同，但是我们在辨证施治过程中的着眼点，是强调病机相同，证候相同，治法相同。

见《金匮·妇科杂病》篇：“妇人转胞不得溺”。这个溺字，不能念成溺水的溺，是通假字，通“尿”。仍是肾阳虚导致的小便不利症，所以肾气丸主之。同学们，请思考一下，为什么肾气丸既能治疗“小便不利者”，



又能治疗“小便反多”呢？这是一个基础理论的知识，我们学习原文时再解释。这里就是以金匮肾气丸为例，明确异病同治的概念。

3. 重视药物专用与药物炮制、煎煮方法。我认为，张仲景是根据单味药物的独特作用，因病选药和随证加减。举个例子说，“百合病”的命名是因“百合一味而瘳此疾也”。所以百合病的主治方剂多以百合为主药，取它的什么作用呢？既能够润肺，又能够养心，有助于安神。苦参对于狐惑病的蚀烂证有解毒杀虫、清热燥湿的作用，不管是内服还是外洗，都是有效的。特别是肛阴的蚀烂，包括女性外阴的溃疡或是瘙痒症。还有《妇科杂病》篇提到蛇床子散，主治妇科阴疮的外洗药，目前临床应用于皮肤科，苦参、蛇床子的疗效也是肯定的。再比如茵陈蒿是治疗肝胆病的专药，退黄要药。为什么呢？对临床辨证为阳黄者可配合大黄、栀子、柏皮等药；阴黄就可以配合附子、白术这样的药物，组成茵陈术附汤、茵陈理中汤一类方剂。常山截疟，在《金匮·疟病》篇里把常山的幼苗——蜀漆作为主药，蜀漆散主治牝疟，而且在煎服法上有具体要求，体现张仲景治未病的思想。

近年来，对于肿瘤的研究，对于肝病特别是防治肝纤维化方面，对醋制鳖甲的应用，就是从治疗疟母的鳖甲煎丸得到的启发，它是消法的代表方剂。

关于药物的炮制，历代医家善用附子、乌头者，首推张仲景。我们说附子和乌头有毒，它的有毒成分，现在已经被药理实验证明，是乌头碱、次乌头碱。当今破坏乌头碱毒性的方法，就是长时间的煎煮，用高热处理、破坏乌头碱，却不减轻它的祛寒止痛力。但是，在张仲景时代，炮制办法是用白蜜解附子、乌头的毒，且延长疗效。要回阳救逆，你是选乌头，还是选附子啊？是选生附子，还是选制附子呢？回阳救逆一定是生附子，而且附子无干姜不热，要生附子再配干姜。而胸痹心痛急性发作时，是用生附子，还是炮附子呢？加强止痛作用就得是炮附子，也不需要和干姜配伍。在《胸痹心痛病》篇，我们看到了张仲景用辛温、辛热之品都是因病选药，随证加减的。开始用薤白、白酒等辛温药，之后再变化，就用桂枝，接着选用炮附子，如果“心痛彻背，背痛彻心”，用上乌头不算，还得加上一派辛热之品。治疗寒疝腹痛发作出现“绕脐痛，发则白汗出，肢冷厥逆”者，则用大乌头煎，选用个儿大的乌头五枚，那就是因病重，而且急症，量要大，下药是狠的。但是在“方后注”写明“强人”怎么服，“羸人”怎么服，“弱人”怎么用，在剂量上有严格要求。包括历节痛



用乌头汤也是这样，乌头的祛寒止痛力强于附子。

关于煎煮法的问题，仅举茵陈蒿为例，先煮的道理是通过延长煎煮时间，使茵陈蒿的有效成分充分溶解于水，增强缓除热中之湿的作用，有利于湿热之邪并除。后入栀子、大黄，煎煮时间相对缩短了。取大黄活血祛瘀之效，也有很好的泄热力，是通腑泄其瘀热的作用。治黄疸病一定要利湿退黄活血，血行黄易去。栀子显然是清三焦之火热，从小便排出。因湿邪的祛除较难，所以将茵陈蒿先下，这是经验之谈，也是张仲景从临床上积累总结出来的，所以是非常宝贵的。现在要贯彻科学发展观，中医药现代化要加强科学实验，在制剂方面，包括药物的提取、剂型改革、质量监控等方面，经过多学科合作，进展较快。经方为中医药的科研，包括经方的临床应用扩展，提供了宝贵的原始资料。所以应当引起我们重视。

（三）对中医学的发展产生重大影响

1. 后世医家对张仲景经方广为应用，并有所发挥。仅举一个例子，小建中汤、黄芪建中汤主治虚劳病见于脾的阴阳两虚证，一个是偏于阳虚的主方，一个是偏于气虚的主方，也可以说是补益脾胃的祖方。注重脾胃功能，一定会促进疾病的康复，对于防病，增强免疫功能很重要。所以，这是建中法的代表性方剂。历代医家中，孙思邈的《备急千金要方》里，补充了“内补当归建中汤”。这对后世有什么影响呢？当归补血汤化裁出来了，黄芪一两配当归二钱。此外，还有内补芎藭汤、大补中当归汤等，都是孙思邈由此发展而来。金元四大家补土派代表李东垣，创制了很多有效的著名方剂，如补中益气汤、升阳益胃汤、益气聪明汤等都是宗理中、建中之旨，创新组方，并在补益脾胃之剂里善用柴胡、升麻，升提阳气，鼓舞胃阳，同时还有风药的使用，如独活、羌活、防风，为什么？他在经方基础上发挥了，其意义在《方剂学》中学习过，请同学们回味一下。

有人认为张仲景是以扶助阳气为主，固护胃气为主，对于养阴有什么代表方剂呢？《金匮·虚劳病》里的炙甘草汤，又叫复脉汤，目前临床上对于心肌的病变，或者是心律不齐，炙甘草汤有非常明显的作用。《伤寒论》强调阴阳两虚，我认为，结合原文分析，临床辨证属于气阴两虚证的，疗效满意。又如在《妇人产后病》里，竹皮大丸是用竹茹，在《伤寒论》里面有竹叶石膏汤主治气阴两虚证。可以说对于朱丹溪主养阴的理论创新有重大影响，这些方剂是由张仲景经方变通而来。

比方说，赵献可和张景岳重视先天之本的问题，尽管他们各有千秋，但是金匮肾气丸对他们的影响太大了，万变不离其宗啊！不管是左归、右



归，不管是汤剂，还是丸剂，都是源于《金匱》。叶天士和吴鞠通的治络法，特别是叶天士对肝着病所用的旋覆花汤，那是应用得惟妙惟肖！旋覆花汤所体现的治法，是一个活血化瘀通络的治法，叶氏觉得方中之新绛的药源欠缺的话，可用藏红花、茜草根等药物代替活血之功，后来他又用桃仁、归尾活血，再后来，又加用虫类药。可以说是鳖甲煎丸给予的启发，专达胸胁部位，是从肝藏血的机理考虑的。

后世各家之学，无不师法于张仲景的《金匱》，所以也体现了原书有承前启后的功绩，其历史地位和作用不可低估。

2. 开创了临床医学发展的先河。老百姓都说，中医治慢性病治得好，慢性病找中医。我们现在来看《金匱》，有专篇论述虚劳病，它泛指一切慢性、虚损性疾病。为虚劳病创制的那些著名经方，和我们现在的《中医内科学》治虚劳的方剂没有重复的。从源到流是要发展的，但是源头没有把握好，岂不成了“无源之水”，“无本之木”？

回过头来我们再看，《金匱》所论的四十多种疾病，包括奇症，什么叫奇症呢？奇怪少见的病症。在第三篇要讲狐惑病，关于疾病的命名到底是狐惑病，还是狐惑（yù）病？到时候，再给大家解释。现在说张仲景对狐惑病的辨证要点，突出一个“蚀”字，蚀烂为主症，是临床主要特征。其病位涉及上下联合性病变。包括了咽喉、口腔、眼部以及前后二阴。请大家注意，1937年，土耳其的白塞氏（H·Behcet），他首次报道这是一种独立疾病，张仲景比他早了1700多年，不仅描述了主症、特征，而且对伴发症，临床所见全部综合进来，并提出了内、外治疗的有效方剂。对其病因、病机以及理、法、方、药，仅以四条原文230个汉字记载下来，这就是狐惑病。

此外，我还想举个例子，也是一个涉及外阴蚀烂的问题，就是女性溃疡。这个病是奥地利的一个皮肤科专家，在1918年首次报道，大家算算，这比张仲景《金匱要略·妇科杂病》篇里面提到的蛇床子散，还得晚上1700多年。原文说：“阴中即生疮”，这个“即”字，说明立即出现的意思，反映了妇女阴道长疮，是一个急性发作的溃疡症。他形容是什么样呢？“阴中蚀疮烂者，狼牙汤洗之”。见“方后注”记载：“以绵缠筋如茧”，“筋”（zhù），是指筷子，把棉纱缠到筷子头上，“如茧”大小，形容像茧那么大即可。沾着这个水煎药“沥阴中”，看到没有？非常讲卫生！让你沾着药液往阴部疮疡的部位淋洗，这可以说，是世界上最早的医用棉棒，很了不起！不仅是有效方已经出来了，关于使用方法，包括直达病



所，要在病变部位，病灶的局部给药。而且外洗剂，一定是新鲜的药液，是沥洗，不让你乱擦。然后，再把药液换掉，这完全符合现在的生殖健康卫生要求。而今这个病，看来已经不是少见病。刚才我说的狐惑病是少见或者是可见疾病，并不是常见病，在诊断上确实是很使人困惑的，病者也是很苦恼的。而作为阴道炎，包括滴虫、霉菌，其他杂菌造成的阴道炎，在已婚妇女、青年女性、育龄妇女中算作常见病。张仲景对外用药的剂型研究，仍有现实意义。当然，阴道炎、急性女性溃疡不是奇病，但是同样是外阴的蚀烂，病名不同，分篇不同，治法还有别。

《金匱》治疗急症，显而易见，就是指病情比较急重，病势比较危急，发病比较急骤的一类疾病。《金匱·杂疗方》中，载有“尸厥脉动而无气”的病情，脉在动，呼吸没有了，怎么抢救呢？“菖蒲屑，内鼻两孔中吹之”。然后再说，“令人以桂屑着舌下”。大家看，菖蒲屑、桂屑，用的是散剂，两药都是辛热、芳香之品，具有开窍、醒神、复苏的作用。因此，对尸厥有很好的治疗效果。现代对于冠心病心绞痛的急发，从西医角度抢救的话，首先选用的是亚硝酸异戊酯，这是世界范围内通用的治法，把玻璃棒安瓿搞碎以后，用手帕捂到病人的鼻子上，用鼻嗅。请想想看，我们现在讲的这个“纳鼻两孔中吹之”，一样不一样啊？给药途径完全一致，方法对头。那么，再看“桂屑着舌下”，又同什么西药一样呢？硝酸甘油舌下含服。多么了不起啊！这在当时，张仲景就用文字把它记载下来了！你说他是猜到的，还是想到的呢？这是通过临床实践从人身上试验出来的经验积累！“救自缢死”，什么是“自缢死”？不想活了，上吊。怎么解救？方法是“徐徐抱解”，就是把他缓缓地抱下来，不要着急去把绳子解开，把他安抚好，平卧，“一人以脚踏其两肩，手少挽其发，”需要把长发挽起来，因为古人男女都留有长发。然后“一人以手按据胸上，数动之”。这就是心脏按压的急救法！然后，“一人摩捋臂胫屈伸之，若已僵，但渐渐强屈之，并按其腹，如此一炊顷”，指一顿饭的工夫，“气从口出，呼吸眼开”。就把人给救治过来了，这说的是人工呼吸法。往下“救溺死方”。对于掉到江河里的人，怎么解救呢？也是和“自缢死”的方法一样。还说“并出自张仲景为之”。最后说：“实救人之大术矣！”这救人、急救的方法，绝对有效。西医从鸦片战争之后才传入我国，张仲景的方法已非常先进。

有关食物禁忌，《金匱》第二十四篇讲的是禽兽鱼虫禁忌，第二十五篇是果实菜谷禁忌。这都是和咱们每天的饮食紧密相关的，这个部分有它



王雪华金匱要略讲课实录

非常重要的养生、保健、食疗、药膳等诸多方面的宝贵经验。比方说，“食肥肉及热羹，不得饮冷水。”咱们现在一吃大餐的话，是冷热菜全上，张仲景建议吃肥肉、喝热羹、热汤时不要喝冷水，还是从脾胃的调养上着想。接下来指出：“六畜自死，皆疫死，则有毒，不可食之。”这是防疫的“疫”，对食品卫生是多么早的认识！他明确指出，对六畜病死的肉，坚决不能吃。又说：“桃子多食令人热。”说寿桃延年益寿，但吃多了会生热。再往下看，“梅多食，坏人齿。”保护牙齿的观念又体现得多么清楚！

再有一个，我去韩国讲学的时候，发现韩国人不吃香菜，他也不给你上香菜，但他们到我们中国来，餐厅做的菜，不是汤里有香菜，就是香菜炒肉丝，韩国朋友一筷子也不动，我就很奇怪，我问道：“你怎么不吃香菜啊？”他说：“那个吃不得啊。”我说：“怎么回事？”他说：“张仲景的书上就有。”我也感到挺奇妙的，张仲景的书上哪说过香菜啊？食物禁忌有“胡荽久食之，令人多忘”，“四月，八月勿食胡荽，伤人神”，“病人不可食胡荽及黄花菜。”其科学道理如何还有待于研究。还有“贪食，食多不消，心腹坚满痛”，相当于急性胃扩张，你得采取涌吐法，张仲景方里就是瓜蒂汤吐之。现在他教的方比较平稳，就是“盐一升，水三升”，3:1的比例，“上二味，煮令盐消”，就是把盐化好了，“分三服”，一次喝三分之一的量，然后“当吐出食，便差”。吐出来就好了。吃多了，尤其是小孩，简直是受不了，他就哭闹，想办法吐出来或用些消导药，张仲景治疗宿食病、胃肠病有专篇论述，并有相关的辨证施治。对于涌吐法，目前西医急诊室里常见洗胃法，使我联想到电影《追捕》（日本出品）杜丘教给你的办法更好，不管是误服了什么药，还是有害的食物，手指头一压嗓子，吐出去。所以涌吐的法则确是张仲景创制的。我再说他的不足。第二十四篇“禽兽虫鱼”的禁忌。本来我们讲营养谁都得吃鱼虾鸡肉。但是文中有“父母及身本命肉食之，令人神魂不安。”因为咱们东方文化里，对于人的生辰年月有一个属相问题。什么属鸡的、属猪的、属牛的，属羊的等，他认为你本人和你的父母不要吃自己“属相”的肉，吃了以后会神魂不安，这绝对是不科学的。你说是不是有点迷信？这个不可取，咱们要取其精华，去其糟粕。还有“猪肉共羊肝和食之令人心闷。”猪肉和羊肝不能在一起吃，吃了心闷。那么，猪肉和香菜同吃“烂人脐”。我看到有人专门吃猪肉香菜馅的饺子，吃得蛮香，没谁的肚脐眼儿烂了。所以实践是检验真理的标准，当然科学研究最有说服力，应该讲究吃得合理。对妊娠妇女来说，既要让她有营养，又要对母子健康有好处。再有，张仲景也



讲了一些很好的办法，比如说吃蟹子中毒怎么办？现实生活时有发生。“食蟹中毒治方”介绍了紫苏，把它煎煮成汁，喝汤。如果找不到紫苏的叶子，苏子也行，捣碎了以后，再把它煎汁也可以。还有一个方：冬瓜汁。没有的话，“冬瓜亦可。”在紧急情况下，你毕竟是中医，人家要向你讨方的时候，你至少能说出个一二来，当然严重者需要住院观察，甚至需要抢救，不可小视。

关于急症，《金匱》一书涉及痉病、中风、疟病、胸痹、奔豚气病、呕吐、下利、腹满病、寒疝病、风水、黄疸、吐血、衄血、肠痈及妇人产后病等，张仲景对急症不仅有方有论，而且用于临床行之有效，为后学者示范。

关于难症，是难以攻克，或者说不好治的病，古代医家总结了四大病症为四大难症，中医内科也强调过风、劳、臌、膈。这在《金匱要略》里全涉及了。风，指中风，心脑血管病，包括消渴病的合并症，都涉及中风问题。消渴病篇的瓜蒌瞿麦丸为肾气丸之变制方，虽治小便不利证，但是对消渴病的合并症，临床有意义。其他篇章有关的部分有虚劳专篇，所有的慢性病证都可以在这个范围里。臌，在《金匱·水气病》、《金匱·痰饮病》有五水和饮在五脏，特别是对肝、肾出现腹水，肝硬化腹水，甚至于肝癌的晚期，都属于臌证。膈，《金匱》第十七篇里对“胃反”的描述：“朝食暮吐，暮食朝吐”，轻者是一个功能性的幽门梗阻或者不全梗阻，也有属于神经性呕吐，可能会食入即吐，但是不属于膈；严重者属于器质性疾病，恶性的就是食道癌、贲门癌或转移食道癌，这是一类难治之症。

关于杂症。杂症是指病情复杂、病因不清、病机复杂、治法也不明确的一类病症。比如，《金匱》认为历节病相当于类风湿性关节炎，放在《金匱·中风病》里一起讨论，张仲景已经意识到这种病比较难治，因为它有先天体质因素的问题，肝肾亏虚为发病内因。国内生产的中成药“尪痹冲剂”，就是根据张仲景原文“身体尪羸”，称类风湿为尪痹而得名，这种病是国际攻关课题，就是因为它的致死率高，破坏劳动力水平，不亚于中风病。因为尪痹多发于青少年或妇女，发展到一定程度，真就丧失劳动力，甚至于关节僵直，疼痛难忍，不能活动，不仅四肢关节，包括腰脊的关节僵直。因此已引起国际医学界的高度重视，需要努力研究。

肝病，像乙肝这样的疾病都是疑难症。如北方呼吸四病为常见病、多发病，也属难治病证。总之，张仲景所论杂病的治疗范围是很广的。所以他创制的有效方剂都是我们可以深入研究和探讨的，在继承基础上创新



发展。

同学们，有关《金匱》一书的学术成就和贡献，我从三个方面已经讲完了。可以看出这本书不仅对中医方剂学和临床医学的发展起到了重大的推动作用，而且充实和完善了中医学的理论体系，使中医的基础理论、方药学、临床医学三位一体，形成了较为完整的、独具特色的诊疗技术和临床思维方法。在我的讲授当中，已经作了较具体的分析。所以说它是一部取之不尽、用之不竭、变化无穷、常读常新的经典著作。

四、学习《金匱要略方论》的目的与方法

（一）自我感受

当前，都是哪些病要看中医？我觉得，每次出门诊都有些体会值得回味。

1. 慢性病来看中医。哪些慢性病呢？老年病、肝炎、肾炎、支气管炎、慢性肠炎、胃炎，现在尤其对胃炎的说法非常多。而且，来的时候都带着一大堆检查结果的报告单，在西医院跑了好多地方了，现在来找中医大夫了，甚至有的说，哪个西医院的哪位专家希望我吃点中药，你看看，我怎么办？这是一类。

2. 大病初愈看中医。病好了，但是就是乏力，没精神，难受，特别是有关厌食、失眠、心悸、消化不良等一系列虚弱的现象，他要找中医调补调补，调理调理。

3. 儿科病，儿科就是小内科。比方说，我看妇科病的同时，或看内科病的同时，患者总要带小孩来，很客气地说：“您再给我的小孩看看吧！”现在的独生子女相当聪明，说起来都很逗乐。有一个小女孩，我觉得她也就是三四岁吧，我说：“你怎么啦？”“我没有胃口。”我说：“啥叫没有胃口？”“不想吃东西呀！”表达得非常好。但是，婴幼儿这一类，中医称作“哑科”，就是跟你哭闹，喂不进去饭，家长急得呀，不知道这孩子患什么毛病了，上西医院也没检查出什么阳性体征，看不明白，找中医！这中医越来越难当，解决不了的难题都得让你中医来解决。

4. 青少年生长发育期的疾患。在我这里，我就经常看痛经，月经不调，闭经，身体矮小，不长个子，还有就是学习压力造成记忆力下降，包括精神抑郁，甚至有的强迫症，不亚于成年人。也有一些精神抑郁症，包括围绝经期综合征，我觉得都是值得研究的一些疾病，这些又往往是中医的优势病种。



5. 有病难诊看中医。就是在西医院走了一大圈，甚至走几圈了，花了好多钱，甚至数千元、上万元的检查治疗费，最后没找出阳性指征，没法确诊，他要找你中医；有的诊断清楚，但没有确切的疗法。如 IgA 肾病，化验完了之后，诊断、治疗，尿蛋白不消除，血尿还是满视野，患者自个儿就着急了，找中医。西医同志也说：“你去找找中医吧”。有的因为西药疗效欠佳，或者明显的毒副作用。如结节病，1992 年暑期我接触病人的时候，我不知道什么叫结节病。但结节病的治疗上，西医《内科学》就说激素疗法。谁敢长期用激素疗法？若找中医治疗还真有效，真解决问题。现在临床上肝病、肾病，包括心血管病，明显是中西医结合效果最好。还有一些疑难杂症，像黄疸病的治疗，纯西药或者纯中药都没有中西医结合效果好。时间的关系，我就说这些。

（二）学习目的

1. 拓展临床思路，培养科学思维能力。

2. 学习并提高综合分析能力和诊治疑难杂症的能力。

3. 提高把握治疗疾病全过程的能力。现在我觉得，如果能把学生的素质提高以后，真的需要往全科医生的方向发展。因为我们的病房是有限的，而门诊特别需要你。在第一次接诊病人的时候，如果你能够把疾病的范围缩小到认准的情况下，然后采取辨病与辨证相结合，或者你能够从现代医学方面提出应该做些什么辅助检查，中医治疗上应该确定一个什么样的方案，希望病人有什么合作，坚持用药，给予指导等。

4. 提高阅读和利用古典医籍、文献资料的能力。查阅、利用古典文献的能力必须增强。因为 21 世纪是知识经济、信息时代，各行各业都坚持“科学发展观”，走持续发展的道路，科技要进步，严峻的挑战与竞争，对中医来说，也面对着一个生存问题，优胜劣汰。现在，老百姓的生活水平提高了，医疗方面的意识增强了，甚至处在生活医学化的程度了。中医怎么办？尤其对传统医学，古典医籍、经典著作到底怎么学习？怎么研究？怎么发展？作为西学中的优秀代表，天津急腹症研究所的创建人之一，中国工程院院士吴咸中教授，颇有预见地指出：“21 世纪中西医结合将更加普及。”所以说，你回避西医，或者说我就要坚持纯中医特色，那也是不确切的。咱们走自我发展道路，就是一定要在继承的基础上创新，不能抱残守缺。就张仲景当时，在他的《原序》里面，他特别对那些因循守旧，无所创见的人嗤之以鼻，他反对“终始顺旧，各承家技。”有关医德医风的内容写得非常好，特别有现实意义。我倒觉得，在当时写出来，可以说

是有历史意义，到今天，1800年以来更有现实意义。那么，吴咸中教授提出“21世纪中西医结合将更加普及，主要有三种形式”。第一种形式，是“交叉兼容”，中西医学之间交叉、兼容。咱们学中医也要对各家的观点、认识，或者对临床应用的成果，对现代研究的新进展等都要兼容并蓄；第二种形式，“中西医学互补”；第三种形式，“结合创新”。我觉得要结合创新不容易，但至少应当求新，就会有创新，当然需要一代一代地传承，需要团队的合作精神、拼搏精神。所以，通过我的讲授，我希望大家在古今中外的医学知识的交融中，去发现、理解并发扬《金匱》方面的理论优势和临床优势，方法问题是要“活到老，学到老”，“学无止境”。

（三）学习方法

1. 强化医古文学习的基本功，因为《金匱》的文字，它毕竟是汉代的文字，古奥，寓意比较深，不可能像读现代汉语文学那样，一目了然，很顺，很自然地就能理解。所以，要注意《金匱》原文在文法上的特点，我只举简单的例子说明。

（1）省文法。在竹简上写东西，不可能想说什么写什么。文字表达和语言表达是不一样的，要求简练明晰。那么，省文法在《金匱》里表现特别突出。比方《金匱·痉病》第1条、第2条说痉病的分类，文中表述的是太阳伤寒和太阳中风的特征，“刚痉”、“柔痉”就在一个“痉”字上，省文。所以，咱们就得在无字处找他没有言明的内容。像方和证之间的关系，需要从方测证，从证测方，这就是省文法给你的启发。

（2）倒装文法，也可以叫做倒序法。比方说，大黄牡丹汤治疗肠痈，原文很有意思，用脉象来区别是成脓的，还是未成脓的肠痈，接着说：“大黄牡丹汤主之”。这就是倒装文法，在学习具体条文的时候，我们再看它是怎样一个倒装。

（3）插笔，也叫插入法。《金匱·黄疸病》的第一条讲黄疸的病机，是用脉象来论述的，而原文以“痹非中风”作为插笔，突出鉴别诊断。

（4）喻笔法。就是比喻法。比方说，①喻脉：痉病的主脉，为“按之紧如弦”。“按”，实际上老先生都说“按”，读 en；“脉”，读 mo。“按之紧如弦，直上下行。”这里的“如”是“而”的意思。形容痉病全身强急，脉象弦急，一点不柔和。②喻症：描述症状的内容，那就多了。比如，形容狐惑病眼部的蚀烂症状，“初得之三、四日，目赤如鸠眼；”指眼睛红得像斑鸠的眼睛那样，“七、八日，目四眦黑”。这些全是一种形容，一种比喻。所以，《金匱》是张仲景临床的一个客观实录。就像我们记病



历似的，但不是流水账，而是记要点，记特征。文笔是经过推敲和锤炼的。③迭音词的应用。比如闻诊的举例，听声音“啞啞然”，“啞啞”是指声音很细小。《金匱·陰陽毒病》形容發斑疹的顏色是“面赤斑斑如錦紋”。你看，“斑斑”就是迭音詞，又形容皮下出血，先後不定期，在顏色和形狀上是多樣的，非常形象。我覺得張仲景不僅是一位偉大的醫學家，也可以說是一位文學家，文字表達的寓意都說得很精巧。

(5) 借賓定主法。在《金匱·黃疸病》主要講了黃疸的分類，有谷疸、酒疸、女勞疸，包括各疸久治不愈，又變成黑疸，還有狹義的黃疸，為後世對陰黃、陽黃的分類打下基礎。但虛勞小建中湯是治療萎黃的，而萎黃與黃疸的主要鑒別點在於面色萎黃，目不黃，小便自利。張仲景借用虛黃、萎黃來定黃疸病的特徵，突出鑒別診斷上的意義。

再如，奔豚氣病的病因，原文是“皆從驚發得之，”“皆從驚恐得之”。是與驚恐有關。原文中並列提出驚悸和吐膿，儘管對吐膿和驚之間的關係不好理解，但是“借賓定主”，是強調驚恐為其主要病因。

(6) 夾注文法。夾注，是張仲景對某一問題在原文里的自注。比方說，虛寒肺痿“咳吐涎沫”，應該咳嗽，但原文中又說“不咳”。怎麼理解？《金匱》第十四篇有個條文，張仲景解釋“上焦有寒，其口吐涎”。這八個字，不恰恰解釋了因“上焦有寒，肺中寒冷”，“上焦陽虛”所致口中吐涎嗎？原文的字里行間，學懂了，會發現好多自注內容。最明顯的一個夾注，就是婦人產後郁冒，一大段文字有遞進式的解釋。還有，對婦女有瘀血在少腹不去的分析，也是做夾注。“有瘀血在少腹不去”，“何以知之？”“唇口乾燥，故知之”。就這樣提出問題，自問自答，本身就是一種夾注文法。

(7) “互文見義”。比方說，在《金匱·虛勞病》桂枝加龍骨牡蠣湯條文說：“男子失精，女子夢交”。互文見義，提示桂枝加龍骨牡蠣湯是治療男子的夢失精，女子的夢交證。還有，首篇提到“極寒傷經，極熱傷絡”，是用以總結“同氣相求，同類相從”的一般規律。因此，“互文見義”有启发作用。文法的问题只是举例子让大家能听懂，具体条文还要涉及，以后再进一步学习。

2. 学会运用前后联系、对比、归纳的思维方法，把理解原文含义的基础打好。运用“前后联系”的学习方法很重要，是指条文之间上、下文的联系，篇章与篇章之间，病与病之间的联系。总之，把所学的知识融会贯通后，领会张仲景的学术思想、学术特色。今后，学会了，会用了，还



王雪华金匱要略讲课实录

要贴近临床；有意义的理论，正确的理论才能正确指导临床实践；如果没有正确的理论指导，辨证不清，是不可能产生好的疗效的。我临床体会，研究生也看出来了，若辨证准确，真就是意想不到，疗效会立竿见影。让你非常高兴！假设说，左一遍、右一遍地看，这症状改善得不太明显，有的患者非常相信你，坚持要你看，要的是疗效。所以，提高我们的辨证施治水平，辨证是个实践活动，施治更是一个实践活动。我当见习医生和住院医师时，我特别愿意参加大型会诊活动，最有经验的医生不在年长，哪怕他是一位主治医生，他能拿出一针见血的诊断、治疗意见，在理论和临床实践经验方面，对你都是莫大的帮助，甚至永生难忘，终身受益。他高明，就高明在鉴别诊断的水平上。最近，我看了一位老同志，午饭之后发现自己不对劲了，一试体温， 38.6°C ，她既没有嗓子痛，骨节疼痛，也不恶寒，连个先兆都没有。到西医院连白细胞都没检查，就开始静点安苄青霉素，点了三天，体温不降，下午又上到 38.6°C ，晚上再高一点。她自己跟我说：“给我开个方吧！”我从问诊中得知，她稍有点鼻涕，头不疼，就是发烧，我开双黄连成分清热解毒，然后加的是桔梗、甘草，就是张仲景主治肺痛的桔梗汤。我摸她下颌淋巴结有点大，我又加了马勃，我开了三剂药，结果两天内吃了一剂半的时候，电话告诉我：“现在一点也不烧了。”我建议她去住院，做系统检查。省医院做肺片显示：左肺野下见片状影，诊断为不典型肺炎。奇怪的是西医院为什么应该做的常规检查反而不检查了？又开了一周的点滴，刚点了四天，出现药疹，白细胞低了，只好停药。医院告诉说：“你去找中医调理调理。”你看肺感染的病，情况也不像书上讲的那样，就是说，人不照着书本得病。中医就得施展一下你怎么辨病又辨证，以辨证为主。我根据她腹泻一症，用参苓白术散为基础方，肺感染病灶终究是吸收了。怎么解释？参苓白术散提高机体的免疫功能，扶正以祛邪的作用，培土以生金吧。

我讲解张仲景原文的时候，一般程序是先讲原文的本义，然后，讲引申义，并侧重讲临床应用，还有，关于现代研究的内容作必要的介绍。对于文字上的某些错讹、衍文，要进行校勘。我觉得，五版《讲义》在这方面做得比较好。一定要在原文理解的基础上记熟，我坚决反对死记硬背，一定要学得活。尤其是年轻的朋友们，为了应付考试，记得快，忘得快，因为他没有临床体会，说忘就忘了。但是你必须记熟了，到临床才会用。熟能生巧，在“巧”字上下工夫。我觉得，作为名老中医的成才之路，告诉我们就是“千年磨砺”。张仲景到现在一千多年了，“磨砺出真知”。因



此，我们逐渐在理论与临床实践的过程中，观察、思考、总结，逐渐地提高自身素质和能力，就是在提高悟性。如果能够注意做到，你的进步就快了。

3. 《伤寒论》和《金匱要略》的联系和区别：

表 1 《伤寒论》与《金匱要略》异同比较表

		《伤寒论》	《金匱要略》
联 系		1. 两书内容此详彼略或彼详此略，互参有助于加深理解原意 2. 两书均以脏腑经络学说为指导，为理论基础 3. 两书均以“病脉证（并）治”标明篇名，体现了病证结合，以辨证为主的临床思维方法，并有共通及互补之处 4. 两书均以四诊合参，并结合八纲辨证	
区 别	病因	外感寒邪为主	内伤自病为主
	发病	多急骤，变化较多	多缓慢，变化较少
	病机	六经病机为主	脏腑经络病机为主
	辨证	六经辨证为主	脏腑经络辨证为主
	治疗	以祛邪为主，兼顾正气	以扶正为主，兼顾祛邪

需要说明的是，《伤寒论》中，治疗三阳证以祛邪为主；治疗三阴证以扶正为主。

4. 历代注释《金匱要略》的方式

（1）根据原文，逐条注释。比方说，《金匱要略方论本义》是清代注家魏荔彤写的；《金匱要略心典》是尤在泾，即尤怡注的。比较大部头的是《本义》，“少而精”为特点的是《心典》。

（2）是在自己的著作中，引用了《金匱要略》的部分内容加以阐发。比方说，《医门法律》是喻昌，即喻嘉言的著述，里面有《金匱》的文字；《张氏医通》，是张璐注的。它们不是专门的《金匱》著述，却有关于《金匱》内容的注解。

（3）集各家的注释加以评注。比方说，《金匱玉函要略辑义》，能够显示出张仲景的著作走向世界，引起日本学者的关注，并且写了注解，作了诠释。这就是《金匱玉函要略辑义》，简称《辑义》。南京的吴考槃老先生，他把《金匱要略》五十家注集中在一起，名为《金匱要略五十家注》。此外，他对《伤寒论》也有五十家注，很值得一看。这是属于集各家的注释，再加以评注的一类。等于让我们在原来学习的基础上，再看他的评



王雪华金匱要略讲课实录

述，学习起来很方便，很有意义，有启悟作用。

(4) 结合西医学方面的知识来注释《金匱要略》，可以说是最早的“衷中参西”。有的附加相关的医案，理论联系临床，可增强理解力和可信度。比方说《金匱发微》，是曹颖甫（曹家达）著。他这本书很有价值。再如《金匱要略今释》，陆渊雷注。

(5) 先注释原文正义，然后加作者的按语，对有关问题进行讨论。比方说，由李金庸、杨百荪担任主编的湖北中医学院的《金匱要略》讲义，1963年开始，就采取这种方式。现在我们用的五版《讲义》即是成都中医学院李克光主编，仍然沿用了这种形式。实际上是肇始于《金匱要略论注》，徐忠可（徐彬）注。以上各具特色，各有千秋，皆有阐发，足供博览。

我觉得，还应该向大家推荐几个比较容易见到，而且也是很有帮助的注本。首次对《金匱》作注的是明代·赵以德，他是朱丹溪的弟子。在相距319年之后，清代的周扬俊，他是喻嘉言的弟子，对《金匱》学有所成后，就在《金匱方论衍义》的基础上，有感而发，又作了《补注》。并将《衍义》与《补注》合二为一成《金匱玉函经二注》。请同学们注意，尽管在命名上也叫《金匱玉函经》，但绝不是《伤寒论》的别本。从注解到发挥，《金匱要略》与《伤寒论》相差悬殊。这主要是由于《金匱要略》所包含的内容相当广泛，再加上散佚的时间比较久，当人们发现它，或者阅读到它，再应用而有所体会时，已经来不及著书立说了。像成无己、朱丹溪都是这样的情况。因此，朱丹溪的弟子把他老师的经验反映在他的注解里了。还有，大家应该知道的，比方《医宗金鉴》，它有专门的一篇是《订正金匱要略注》，就等于起勘误作用的。对于我们发现问题，或者对于一些质疑的问题是有帮助的。黄元御著有《金匱悬解》、《素问悬解》、《灵枢悬解》、《伤寒悬解》等。什么叫“悬解”？就是对一些悬念、疑惑的问题进行思考，发表个人见解。“好为人师”，这是后人，或者同时代的人对他的微词。实际上，他给我们留下的这一系列《悬解》，是我们很好的学习参考书，值得一看。还有陈修园著《金匱要略浅注》，他很谦虚，觉得注解还不够深入，比较浅显，但是对我们后学者来说，是一本难得的、深入浅出的好书。在相距93年后，唐容川在此基础上进行了补正，书名为《金匱要略浅注补正》。唐容川的名言：“业医不知脏腑，则病源莫辨，用药无方。”深得张仲景脏腑经络学说之真谛。日人丹波元简著《金匱玉函要略辑义》，在相距35年后，又写出《金匱玉函要略述义》。两书



分别简称为《辑义》和《述义》。在 11 年后，又有日人尾台榕堂编注《类聚方广义》，这本书中，他对甘遂半夏汤有关甘遂、甘草相反的问题，在煎煮法上提出保证安全性用药的建议。还有，就是我们的老前辈，曾经任卫生部中医顾问的秦伯未老先生，他于 1957 年发表的《金匱要略简释》，实际上是他的课堂教学总结，很薄的小册子，但是，里面饱含了他一生的经验和智慧。至今有关《金匱要略》的教学参考资料、学习参考资料，《金匱要略》教材已连续七版之多。为我们学习、研究和应用奠定了很好的基础，功不可没！绪论讲完了，谢谢。



脏腑经络先后病脉证第一

第一篇的篇名叫“脏腑经络先后病脉证”，和各论篇名中的“病脉证治”是有区别的。因为它有概论的性质，对全书有纲领性的意义，重点是杂病的诊断、治则与肝虚治法，不谈具体证治。

一、篇名意义

为什么以“脏腑经络”命名呢？脏腑经络在人体生命活动中的地位和作用，从生理上说，脏腑经络是人体生理活动的中心；从病理上讲，它是疾病发生、发展的基础。

1. 篇名为“脏腑经络”，是要表明篇名的含义

(1) 以此学说作为理论指导、理论基础。

(2) 张仲景认为脏腑经络的病理变化是临床的诊断依据。因为证候是脏腑经络病理变化的反映，是整体功能的失调。

(3) 张仲景首创脏腑经络辨证的方法，临床应用较为全面，有利于辨明杂病的病性、病位。

2. 杂病的病因病机复杂

(1) 内伤杂病，病自内生，常见脏腑病变。需要脏腑辨证方法，来具体落实病变是在哪一脏、哪一腑。

(2) 时病转归及兼感外邪，可以兼见经络病变。需要脏腑经络辨证方法。

(3) “千般灾难，不越三条”中又提到“房室、金刃、虫兽所伤”为“不内外因”，是指意外创伤导致的病变，可见经络病变，亦可见脏腑病变，也可兼有之。

比方说，虫兽所伤，若叫熊瞎子给舔了一下，轻则就是皮肉损伤；若一下子把内脏都给吃了，你说这人还能活吗？根本就不存在辨证治疗的问题了。现代社会，车祸已成为常见病因，甚至已成为重要死因之一。可



见，不内外因另类划定是很有意义的。

学习《金匱》以后，对杂病的辨证一定要从整体观念出发，通过四诊合参、八纲辨证，把具体的临床表现都落实到脏腑、经络上，就是为了确定其病性、病位。

3. “先后病”是强调病有先后，治有缓急。第1、2条原文涉及疾病的传变规律有两个：一是脏腑病变的先后传变规律，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。二是经络先病，再传脏腑，又是一个先后传变规律，如“一者，经络受邪入脏腑，为内所因也”；第十四篇“经水前断，后病水，名曰血分”，“先病水，后经水断，名曰水分”，说明月经闭止与发生水肿有先后关系；其他，如近血、远血，是以大便之前见血，还是便后见血来区分；第十二篇论述痰饮呕吐，是以呕吐与口渴证发生的先后来判断痰饮病的预后。

先后病的规律对全书都有指导作用，具有纲领性的意义。通过学习《金匱》就要启迪思维，训练能力，延伸基础，贴近临床。为了把基础理论与临床实践更好地结合起来，书中蕴含着辨证治疗学的突出特点，是把病、脉、证、治结合起来论述的。

二、全篇内容简介

1. 预防医学与病因：第1、2条（一类）。
2. 病因病机：病因：第2条（一类），第8条、第13条第二段（二类）；病机：第10条（二类）。
3. 四诊举例：属二、三类条文。
4. 论治原则：第14、15条（一类），第16、17条（二类）。
5. 预后：第11、12条（三类）。

我把条文分为三类：一类条文重点掌握；二类条文要求熟悉；三类条文一般了解。预防医学思想非常先进，目前，我们国家的卫生工作方针仍然是以预防为主，讲预防医学，然后才是基础医学、临床医学、康复医学等。张仲景在《内经》、《难经》的理论指导下，开篇把预防医学思想放在首要的位置上，给予高度重视。

三、原文分析

（一）治疗原则

【原文】问曰：上工治未病，何也？师曰：夫治未病者，见肝之病，



知肝传脾，当先实脾。四季脾旺不受邪，即勿补之。中工不晓相传，见肝之病，不解实脾，惟治肝也。

夫肝之病，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。此治肝补脾之要妙也。肝虚则用此法，实则不在用之。

经曰：“虚虚实实，补不足，损有余”，是其义也。余脏准此。（1）（一类）

本条原文是从人体内部脏腑相关的整体观念出发，论述杂病的治疗原则。这个治疗原则体现在两个方面：一是从整体出发，诊断疾病；二是以肝病有虚、实不同为例，强调“治未病”。

【解读】这个条文一共三个自然段，我们首先来看第一段，“治未病”的问题。我想从三方面分析：为什么要“治未病”？如何治未病？治未病的目的是什么？

原文提到“上工”和“中工”，二者有什么区别呢？

在战国时期，对医生分等级有两种说法：

一种，对于精通医理、医技高明者，称为“上工”；次之是“中工”；再次之，“下工”也。

另一种，根据治愈率。达到十之九者为“上工”；十之七者，为“中工”；十之六者，为“下工”。

这个治愈率要求可真高啊！我们当代的名医，更应该这样。做名医的四大要素：高尚医德、高深理论、高超医技、高知名度。我看到一个2002年7月发表的资料报道：经专家评估世界误诊率的标准是25%，而我国误诊率多出世界标准2.8个百分点。其原因，我再给大家介绍。所以，张仲景的治愈率标准不低。

1. 为什么要“治未病”？我认为有五条依据：

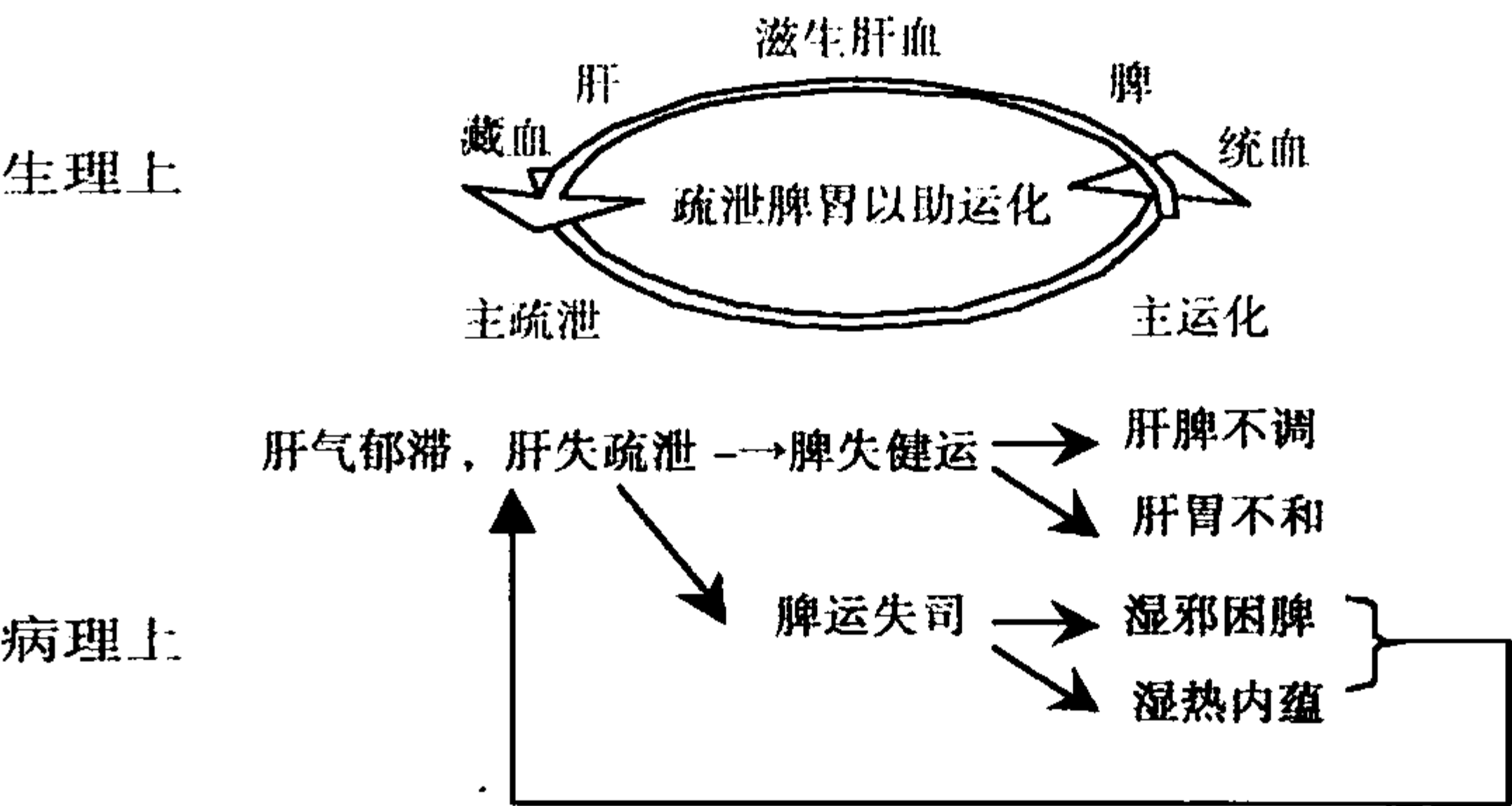
（1）理论依据：《素问·四气调神大论》：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。”

《难经·七十七难》：“见肝之病，则知肝当传之于脾，当先实其脾气，无令得受肝之邪。”

（2）整体观念：天人合一的整体恒动观，强调联系。作为人体的内在环境，脏腑之间是彼此联系又互相制约的。所以，一脏有病，必然影响他脏，诊断上要从整体出发，治疗时必须照顾整体。



(3) 脏腑经络学说：以肝病传脾为例。



临床上多见于肝胆病，《金匱》有湿热黄疸病；湿热下注的淋病；湿热下注大肠的痔疮；还有湿热虫毒，循肝经上扰、下注，以蚀烂为主证的狐惑病；湿热下注到关节的历节、黄汗和热痹等。可见《金匱》书里，对杂病涉及肝脾之间关系，以湿热为患的病种相当广泛，正说明肝脾之间的关系密切。

(4) 五行学说：在《金匱》首篇第1条原文中肝虚治法体现五行学说的生克制化原理是个典型范例，很有临床意义。所以，有必要学好五行学说。它不是机械推论的，而是“移皆有次”的。

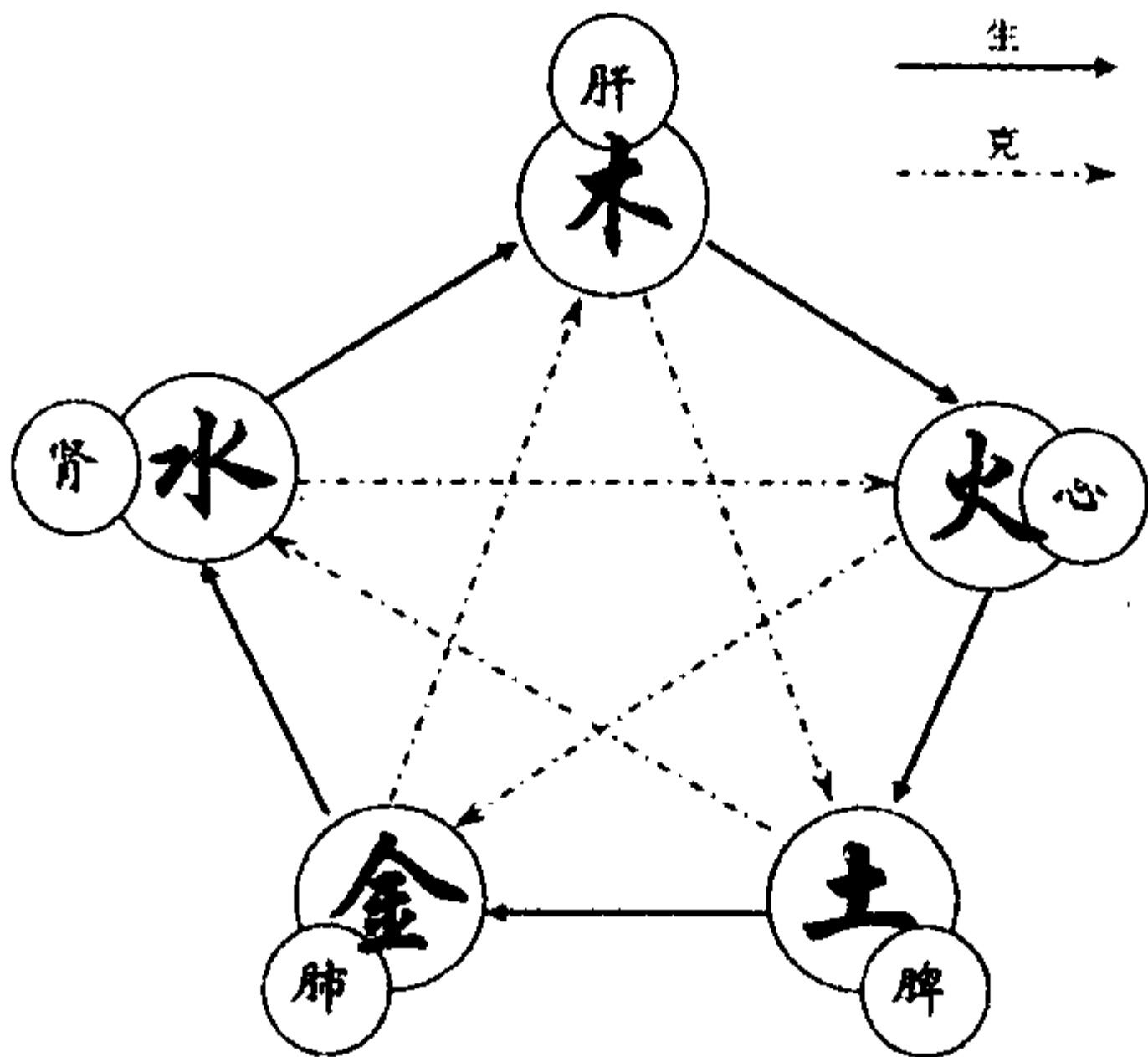


图1 五行生克制化图

(5) 临床实践证实：中医、西医在肝病对脾的影响问题上，已获得共识，上个世纪50年代就有科研资料报道。现在有关的临床报道，无论从数量、质量、深度及广度方面都有显著的提高。对肝病的治疗和研究，比如



急性黄疸型肝炎，据科学统计，临床症状依次出现的是厌油腻，食欲下降（纳呆）；疲倦（乏力），腹胀；便溏。这些症状在临床上出现的比例是81%~92%，证明脾虚的症状在临床上最先出现，且比重较大。而肝病自身固有的症状如肝区疼痛（胁痛），却往往居于第六位。所以，临床实践证明，肝病是要传脾的。

2. 怎么样“治未病”？“当先实脾”。这个“先”字，应当特别肯定的。因为肝病的传变规律有先后。那么，是“当先”治其本脏，还是“当先”治其未病的脏腑呢？答案是当先治其未病的脏腑，治脾脏。所以，病有先后，治有先后，当分缓急。

“实脾”是调补之意。因为脾为后天之本，气血生化的源泉，主运化水谷，不只是水液代谢依赖于脾，运化水谷化生精微，同样依赖于脾，所以，实脾是肯定的。

但是，张仲景为什么要“实脾”，而不说“补脾”呢？因为脾要运化一定涉及与脾相关的胃腑，脾主运化，胃主受纳，一脏一腑，在气机上一升一降。脾在五脏中作为枢纽，一定得顺畅，要运化正常，前提必须是肝的疏泄功能正常。为此，一定要保证脾脏“补而不滞”，所以是调补之意。

那么，什么药物具备“补而不滞”的作用呢？配合理气药，比方说，肝实证，因“实则泻之”，要泻肝，泻肝同时要调脾。后面，我们将结合临床应用体会的部分进一步解释。

3. “治未病”的目的是什么？张仲景提出“当先实脾”，就是让你要有预见性，看到肝已病之后，要治其未病的脏腑，就是清·叶天士所说的要“先安未受邪之地”，防止疾病的传变和蔓延，这就是“治未病”的目的。

“四季脾旺不受邪，即勿补之”。“旺”原文是“王”，“王”和“旺”为通假字。“四季”的原义有两个，一个是指每季度末的18天，为脾气当令，脾气旺盛之时，全年4个季度应该有72天为脾气当令。二是把它的词性活看一下，四季代表一年，就是一年的互词。也就是说，不必拘泥非得等到每季度末的18天为脾气当令，凡在一年当中，只要脾气旺盛的时候，都可以考虑暂时不去调补脾脏，而着重去泻肝。但是总体来说，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。就是让你时时顾护脾气，非常重要。

张仲景又以“脾旺不受邪，即勿补之”，说明作为“上工”能够知常达变，不是一成不变的，而是灵活变通。也就是说，治肝病的常法应该“当先实脾”；但是当遇到脾气旺盛之时，可以灵活运用“即勿补之”的变



法。这说明张仲景本身既有原则性，又有灵活性，开篇以肝病为例，交代得很明确。

“脾旺不受邪”，本义是指脾气充盛则不受肝邪的侵害。其引申义有两个，一是增强人体的抗病能力，防止疾病的发生；二是“已病之后”，通过“当先实脾”，增强人体的康复能力，或者说病后的再生能力，防止疾病的发展。可以说相当于近代医学所主张的增强人体的免疫力。

“中工不晓相传，见肝之病，不解实脾，惟治肝也”。可见“中工”的水平，就差在他没有预见性，见肝病“惟治肝也”。张仲景那时候就指出“中工”的观点是和整体观念相悖的。“中工”不能从整体出发，看不到脏腑病变的传变规律，见肝病“惟治肝也”，是错误的。所以，他告诫你不要当“中工”，要力争当“上工”。

第二段讲肝虚的治法。“补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。”可以简称“酸甘焦苦并用法”或“调补助益法”。

请同学们想一想，为什么要“补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之”？是什么道理？为什么“肝虚则用此法，实则不再用之”？实际上，条文的前两段为最后一段的“虚虚实实，补不足，损有余”作了必要的铺垫。这是“虚实异治”的原则，以肝病为例，说明肝实证、肝虚证的治法不同。

本条作为一类原文，要求学生必须掌握，那么对其中的疑点或者难点的地方要反复琢磨，原文从“脾能伤肾，肾气微弱，则水不行”一直到“此治肝补脾之要妙也”。不同版本有的说17句，有的16句或15句，我们现在按照赵开美的影印本为准，请大家跟随我看，如何分析和理解其中的道理。

首先复习一下《中医基础理论》的知识：

五行	五脏	五气	五味
木	肝	臊	酸
火	心	焦	苦
土	脾	香	甘
金	肺	腥	辛
水	肾	腐	咸

1. 酸入肝——补其本味，补肝体。临床常用药物如酸枣仁、白芍、五味子、山萸肉等。



2. 助用焦苦 $\left\{\begin{array}{l}\text{气焦} \\ \text{味苦}\end{array}\right\}$ 入心经，心主血，肝藏血，母子关系。

从五行方面分析 $\left\{\begin{array}{l}(1) \text{“子令母实”，补心血，以养肝血。} \\ \text{临床常用药物如炒当归、炒熟地、炒丹参等，} \\ \text{“丹参一味，功同四物”。} \\ (2) \text{清心火，护肝阴。}\end{array}\right.$

3. 用甘味之药调之——甘味能缓、能补、能和，入脾经，是脾的本味。

这是“酸甘焦苦并用法”、“调补助益法”的本义。

《难经·十四难》：“损其肝者，缓其中”。对于肝虚证来说，更要注意顾脾、实脾（补脾、健脾）。

从五行方面分析 $\left\{\begin{array}{l}\text{补土荣木，可以通过培补脾气达到荣木养肝对肝，} \\ \text{有一个很好的滋补作用。} \\ \text{补土制水，培补脾脏以助运化水湿，也可制约肾之} \\ \text{寒水上犯。}\end{array}\right.$

所以必须要用甘味的药物调脾。临床常用药物有人参、炒白术、炙甘草、淮小麦、大枣、饴糖、蜂蜜等。

下面，我要分析以下原文的含义。

“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，此治肝补脾之要妙也。”

这一大段文字，在以前由于注家之间的争议，有持否定态度的，有持赞同态度的。五版《讲义》之前是用括号对文字保留，但是不做解释。自从五版《讲义》把这括号打开以后，要给同学们讲明白争议的焦点就在于一个“伤”字。对“伤”字的解释，如果按照“损害”、“伤害”的意思讲，确实令人感到肝虚证本来没治好，还会损害其他四脏，太不可思议了，因此持否定态度。

现在，我们有据可查：①《说文解字》：“伤，木束为伤”。什么叫“木束”呢？有“制约”、“约束”、“管制”之意。②宋代陈无择《三因极一病证方论》的《内所因·卷八》上直接有文字记载：“脾能制肾”。他干脆把“伤”字直接改成“制”字了。③《中华大字典》解释“伤”字也是“木束为伤”，约束之意。

所以这段文字显然有它的道理，集中体现的是五行生克制化原理，这



源于《素问·六微旨大论》：“亢则害，承乃制，制则生化，化生不病之理。”由于陈无择等人把这个“伤”字按照“制”字来解释，好多注家都同意这种观点，包括《医宗金鉴》吴谦等人就是按照五行生克制化原理来理解这段文字的。“脾能伤肾”，要理解为脾能制约肾的意义。因为脾对肾而言，肾为寒水之邪，只有通过补土以制水，或者说“燠土以胜水”，也就是使脾土得以温暖，就能制约寒水之邪上泛；寒水之邪不上泛了，心火就会旺盛了；心火旺盛则肺金受到制约，至此，强调肺被制约，对肝的伤害就减弱了，肝虚证自然得到保护，甚至可以达到“肝病自愈”，此“治肝补脾之要妙也”。

这段文字以调补助益，酸甘焦苦并用法，从肝、心、脾三脏入手治疗肝虚证，现在又从“补土制水”的方面制约肺金，间接地达到治疗肝虚证的目的，使肝病自愈。

【按语】学习五行生克制化原理，教给我们临证时，不但要以脏腑经络学说为理论指导，还要从五行生克制化原理上来考虑，多角度、多元化思索诊治方案，这对于提高临床疗效是有积极意义的。

比方说，对肝癌的治疗，大家都知道“当先实脾”，或者说当他出现腹水时，应该“补土制水”，“培土荣木”，这是中医临床所有的医生应当想到并首选的一种治法。现在学过这个条文以后，请大家注意，为了使病人的正气充盛，还可以通过补心血、养肝血。因为在肝病很多的慢性病变过程中，有贫血状态，所以补心血很有道理，也是扶助正气的作用。最不容易想到的就是制约肺金的问题。对肝实证采用制约肺金的治法，就是“清金抑木”法；对肝虚证采用制约肺金的治法，就是“清金益木”的治法。为了保证肝虚证得以缓解，通过“清金益木”，制约肺金来保护肝木。

在这个基础上，对生克制化原理后世又有发展。比如《医宗金鉴》从相生角度看母子关系，从心来治能达到“子令母实”；那么，从肾来治就是“滋水涵木”法。

《医宗金鉴》对肝虚治法提出“隔一法”、“隔二法”、“隔三法”。心是肝之子，焦苦入心，从心论治，称其为隔一法；甘入脾，从脾论治，取调补之意，就是隔二法；从肺论治，制约肺金，就成了隔三法。所以在临床上是很有意义的，给你拓展临床思路。

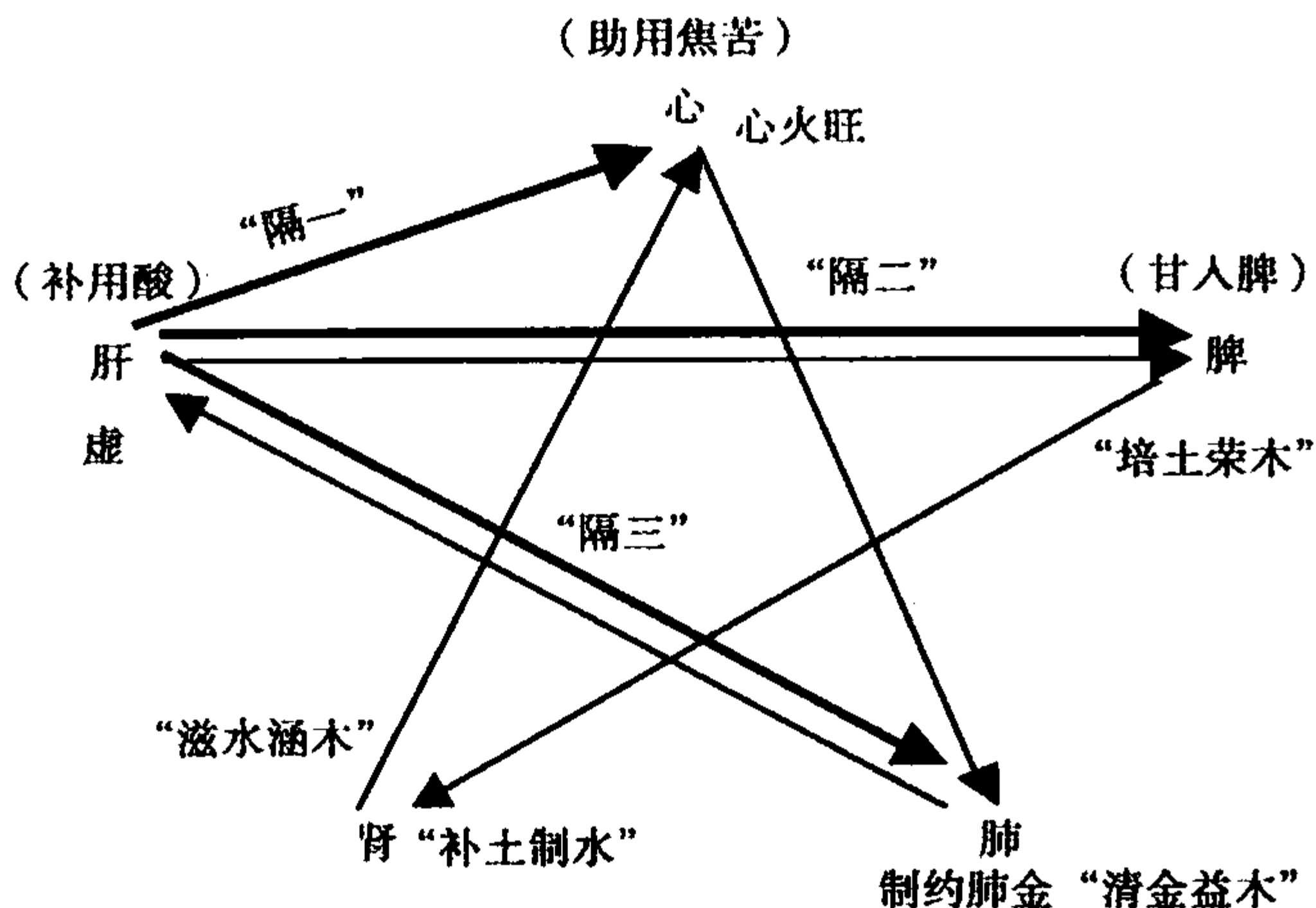


图2 隔一法、隔二法、隔三法

我们说第一篇以“脏腑经络”命名，开章明义，让你以这个学说、理论为指导，以脏腑经络来辨证，现在又用五行生克制化原理把肝虚的治法举例说明了，突出肝虚的治法，以上是原文的本义。

第三段，用“虚实异治”高度概括了杂病治疗的总治则。

原文讲“虚虚实实”，我首先从文法的角度给大家分析一下。

第一个“虚”和“实”是名词，讲“虚证”、“实证”；后面的“虚”和“实”，应该是名词活用为动词，使动用法，提示治法。

“经曰”包括《内经》、《难经》，因为《内经》和《难经》（八十一难）都有这个记载，但是有“勿虚虚，勿实实”或“无虚虚，无实实”之别。

张仲景认为，这是常识性的东西，所以他进行了一种省略，也是一种告诫，不要犯“虚虚实实”之诫。指出“虚实异治”的重要治则，使用泻法的话，会使虚证更虚；如果使用补法，会使实证更实。所以原文中尽管没有写出“勿”和“无”字来，但是能解释得通，不要犯“虚虚实实”之诫，而应该遵照杂病总的治疗原则，“补不足，损有余”。也就是我们通晓的“虚则补之，实则泻之”的原则，因此他说：“是其义也”。

这就是张仲景对杂病治疗是以肝病分虚实为例，对总治则的高度概括，对全书乃至对整个杂病治疗都是有实际指导意义的。

最后一句话“余脏准此”，是说以肝病为例，其他四脏是可以运用脏腑经络学说、五行生克制化原理推论的。但实际上，最有临床意义的还是



肝病传脾，心病传肺。

归纳起来看，原文本义第一条讲预防医学思想，阐述了两个治疗原则，就是“治未病”和“虚实异治”的原则；还有一个治法，就是肝虚的治法：“调补助益法”或“酸甘焦苦并用法”。

【按语】“肝病传脾”是有条件的。清代的尤怡在他的注解里说：“盖脏病惟虚者受之，而实者不受；脏邪惟实者能传，而虚则不传。”我的理解是，如果从脏病的方面说，必须是“邪气实则传”；如果从脏气的角度说，只有“虚则受传”，而“实则不受”。比如肝实证只有肝的邪气盛，它才能传脾。当脾气虚时，脾对肝邪的传变才会有受邪的可能。这是针对“肝病传脾”的问题，从脏气的本身看虚实，决定是否受邪；从邪气的盛衰，看是否传变。

“肝实”、“肝虚”，顾脾则一。肝实证泻肝实脾；肝虚证补肝顾脾。逍遥散方，实际是从张仲景的经方四逆散化裁而来。它有调和肝脾的作用，按照原意就是肝主疏泄的功能，有助于脾胃的消化，有利于脾胃气机的升降。逍遥散针对的是疏泄不及，脾的运化功能下降之证，因此要调和肝脾。用白术、炙甘草，有健脾、顾脾之意，茯苓补利兼优之品，既补又利。作为泻肝的药物，主要依赖柴胡，还有薄荷，是疏肝的道理。

临床对于头晕目眩者，不要过用苦寒药物。如果肝的疏泄太过，会出现三种情况：肝火上炎、肝阳上亢、肝风内动。

肝火上炎症，肯定是要用清火、泻火药，尤其是针对肝病，包括甲肝、乙肝，医生愿意开清热解毒药。现在，通过学习《金匱》，大家就应注意临床应用方面，清热解毒药要慎用，或者在用的时候，一定加用顾护脾气的药。因为病人本来就有食少、纳差，腹胀，便溏，乏力等脾虚症状，你再用苦寒药，不仅不能改善症状，反而会更加损伤脾胃。

那么，临床上使用清热解毒药，如何把握分寸呢？

以小柴胡汤为例 { 柴胡、黄芩——和解少阳，使少阳邪热不至于加剧——泻肝之意
人参、甘草、大枣——强脾土——益脾之意，且能助正以达邪

所以后来发展的柴胡疏肝散等都是临床有效方剂，常用的疏肝药有柴胡、青皮等。

如果有热——用川楝子、郁金。川楝子苦寒之性，行气止痛兼以清热；郁金，辛苦寒，活血行气以止痛。



王雪华金匮要略讲课实录

病程长、体质偏弱——用佛手、香橼一类的理气药，价钱上偏贵，但是作用柔和。

健脾和胃的药，从上世纪60年代开始，山西的中药研究所就已经把强肝丸、强肝汤拿出来，实际上是在这个原则指导下，用人参、黄芪补脾益气以扶正，用山药、焦白术等甘味调脾；为了防止补而腻膈，加用莱菔子、鸡内金、焦三仙等。

这是在方证相符的前提下，应注意的一些情况。

关于“四季脾旺不受邪”的重要立论。我已把本义和引申义给大家介绍了，现在我们推而广之来看，张仲景重视脾胃的观点在首篇第一条里鲜明地表现出来，对后世有重要的理论意义和临床指导意义。这个重要立论指导我们对于肝实证、肝虚证都应该重视脾旺的问题，因为这关系到后天之本，气血营卫生化的源泉是否旺盛，直接关系到病后的康复能力，人体的抗病能力，这与西医学所强调的提高免疫功能相一致。所以应用中医药调理脾胃，有西医药不可比拟的优势。

肝虚治法。请大家注意，这一治法体现的五行生克制化原理，一定要把那个“伤”字当作制约、约束，甚至管制来理解，绝不是管制五行生克制化原理，而是化生不病之理。

【现代研究】有学者认为，“治未病”思想不只限于一个肝实、肝虚的治法，也不仅仅限于摄生、防病的范畴，应该把它贯彻到整个治疗过程中。

清代医家叶天士提出：务“先安未受邪之地”。就是要教给你有预见性，不能看见肝病就治肝，一定要想到未受邪之地，脾就是预传之脏。临证时察其有预传之势，防止疾病的传变，就是要截断这个途径，不让它滋蔓。同时知传是治未病的前提。

关于整体调节是治未病的关键问题，我前面以逍遥散、小柴胡汤为例，都是说明从整体出发，看到脏腑之间的相关性，既联系又制约，互相滋生的关系。因此整体调节不是着眼于人体的局部。

关于五行学说的问题，因为在这以前，对五行学说有一个偏见，认为是机械推论，甚至在“文化大革命”的时候，持否定态度，就不让再讲了。实际上，可以看成是一个整体的、自稳的调控系统。所以，我们的方药既要有针对性，也要有好的疗效。

我讲的肝虚治法，为了体现五行生克制化的原理，我愿举例子说，《金匮·虚劳病》治疗肝阴虚、心血不足的不得眠证，用酸枣仁汤，方中



补用酸，以酸枣仁为主药，助用焦苦是炒知母，茯苓、炙甘草有益脾的作用。从病机分析和方药配伍上看，本方符合酸甘焦苦并用法；从中医基础理论上说“肝体阴而用阳”，川芎理其肝用，达到一个疏肝理气作用。可见，逍遥散用薄荷、本方用川芎的奇妙之处。

关于“助用焦苦”的问题，我想给大家补充说明疏泄太过而虚火内动。《临证指南》介绍了一个病案，就是为了防止肝风的问题，选用了牡蛎、白芍、炒生地、炒菊花，又有炙甘草和枣肉，名为“菊花汤”，来治疗肝虚内动。那么，炒生地和炒菊花就是取其“焦苦入心”的作用。

(二) 发病与病因

【原文】夫人禀五常，因风气而生长，风气虽能生万物，亦能害万物，如水能浮舟，亦能覆舟。若五脏元真通畅，人即安和；客气邪风，中人多死。千般灾难，不越三条：一者，经络受邪入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。以此详之，病由都尽。

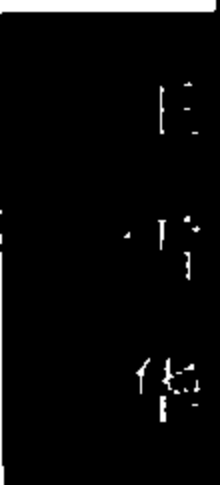
若人能养慎，不令邪风干忤经络，适中经络，未流传脏腑，即医治之。四肢才觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞；更能无犯王法、禽兽灾伤，房室勿令竭乏，服食节其冷、热、苦、酸、辛、甘，不遗形体有衰，病则无由入其腠理。腠者，是三焦通会元真之处，为血气所注；理者，是皮肤脏腑之文理也。(2) (一类)

这两个自然段又是从人与自然界内外环境相应、密切相关的整体观念出发，论述了疾病的发生原因，强调防重于治和早期治疗的思想。

【解读】“夫人禀五常”，“禀”，是禀受之意。“五常”在《辞海》里面有六种说法，比方说，西汉的董仲舒所指的“五常”是仁、义、礼、智、信；在我们黑龙江省有一个五常市；而本篇中的“五常”是指人类依赖自然界生活的基本物质：木、火、土、金、水，五行，所以“夫人禀五常”是言明人与自然界密切相关。

“因风气而生长”，“风气”，是指正常的气候，是保证人类生存的基本条件之一，人与自然界和谐则安。它如果超越人的适应能力，就会变成致病因素，成为六淫之邪。

所以，“风气虽能生万物，亦能害万物”。并用“如水能浮舟，亦能覆舟”加以比喻和形容。就像水，既对人有利，也有害，如水能使船航行，反过来，它也会使船颠覆。这个比喻多么形象，又多么浅显易懂啊！这就是讲了人与自然界的关系密不可分，息息相关。



下面讲发病的原理：“若五脏元真通畅，人即安和”，这是本条原文的经典句子。

“五脏元真通畅，人即安和”，正是《内经》“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，在发病学上以人体正气为主导思想的体现。那么，五脏的“元真”，就是五脏的正气，人体的正气。强调“通畅”二字，妙也！人体的气血津液通畅，人则不病，反之，不畅则病。所以，通畅则安的思想非常重要，它可以提示你在治略方面，以保证气血津液通畅为首务。

相对应的是互文，“客气邪风，中人多死。”“客”，外至为客，是说“邪风”，六淫之邪，泛指虚邪贼风。难道中人以后必然要死吗？“死”应该当“病”字来讲，活看。因为发病与否取决于人体的正气强盛与否，比如，一次流行性感冒，有人安然无恙，有人不慎患病，而患病后又有不同情况，有的人吃点儿药就好了，有的人可能变生他病。这就是体质决定正气的强弱。中医学认为，与先天禀赋、后天调养的差异有关。所以，发病学原理上就是正邪交争，邪正之间孰强孰弱的问题，一定要把握正气为主导的思想。

“千般灾难，不越三条”，我简称为“三条”：

{ 经络受邪 $\xrightarrow[\text{正气无力抗邪}]{\text{客气邪风(六淫)}}$ 入脏腑，为内所因也——发病途径
 { 四肢九窍，血脉相传 $\xrightarrow{\text{正气尚能抵御外邪}}$ 壅塞不通，为外皮肤所中也
 { 房室、金刃、虫兽所伤

“一者经络受邪，入脏腑，为内所因也”。这与《伤寒论》有相同的地方，就是把外邪作为主要致病因素，“客气邪风”侵入的途径，仍然是由表及里，由经络入脏腑。

现在，请大家考虑一下，“三条”是在说病因吗？这个邪是指六淫之邪，为外因，由经络传到脏腑，我已从发病学的角度让大家明白了，邪气由表及里，是因为正气无力抗邪导致的。所以，邪气由经络入脏腑“为内所因”，我们不能因为有“因”字，就把它看成是内因。因为“所”字结构的后面跟着的肯定是动词，而不是名词。病因应该是名词，现在是“为内所因也”，是动词，要说明六淫之邪是如何从经络进入了脏腑。是怎样的一个途径呢？是由于正气无力抗邪所致。因此，我说这里讲了一个发病途径。

“二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也。”大家想想，四肢九窍包括什么部位？九窍，有两目、鼻孔、口、两耳、前、后二



阴；四肢涉及人的体表部位，它受邪以后“血脉相传，壅塞不通”。但是并没有深入脏腑，是因为正气尚能抗邪，所以“为外皮肤所中也”。

“三者，房室、金刃、虫兽所伤”。就是后世“三因论”中的不内外因。

表 2 五邪中人，各有法度

五邪	属性	致病规律	临床特征
雾	清邪	居上、伤于上	伤皮腠
湿	浊邪	居下、伤于下	流关节
风	大邪	中表、中于前	令脉浮
寒	小邪	中里、中于暮	令脉急
宿食	谷饪之邪	从口入	伤脾胃

表 3 张仲景病因学与陈无择三因论的区别

名称		张仲景三条	陈无择三因
立论依据		以脏腑经络为内外，既强调正气，又不忽视“客气邪风”	以内伤外感为内外，合天人表里立论
分类	内	邪由经络入脏腑者，为深为内	五脏情志所伤
	外	邪自皮肤流传血脉者，为浅为外	六淫外感所伤
	其他	房室、金刃、虫兽所伤	不内外因（饮食、劳倦、房室、跌仆、金刃所触）

极寒伤经——寒气归阴

极热伤络——热气归阳

此为以阴从阴，以阳从阳的病因分类法。

上面把“五邪中人”的法度用表格形式概括出来了，就是五邪的属性以致病规律、临床特征、发病部位和脉象作以表述。关于“极寒伤经，极热伤络”的问题，是同气相求、以类相从，对临床上审证求因、病因辨证有指导作用。

总之，病因方面，除“三条”外，还有第 8 条原文的异常气候（二类，略），第 13 条第二段原文的“五邪中人，各有法度”（一类）的内容。

（三）病机

【原文】问曰：经云：“厥阳独行”何谓也？师曰：此为有阳无阴，故



称厥阳。(10)(二类)。

【解读】中医学认为，人体疾病的发生是阴阳的偏盛偏衰，是阴阳失调所致。正常人体应该是阴阳相互维系的，是一个生理相对平衡的状态，才能保证五脏的元真通畅。当阴阳一旦失去生理平衡，如阴气衰竭则阳失去依附，所以说“有阳无阴”，等于有升无降，叫做“厥阳独行”。就是说，阴阳失衡是杂病的基本病机，本条原文拿“厥阳独行”来举例说明的。大家通常知道的中风病突发，《素问》讲“血之与气，并走于上则为大厥”。

尽管第11、12条原文是讲预后，实际上，这三条原文是相互衔接的，请看第11条，讲到了“卒厥”。“卒厥”的概念是以脉象论述病机和预后，是一种突发性的，和“大厥”的病机相似。第12条又讲到“脉脱”，也是指卒厥而言。脉见沉大而滑，现在“脉脱”是说乍伏不见，为邪气阻遏正气，血脉一时不通了。以上都说到血、气不能周流了，发生一种病理状态，是阴阳失衡的表现。

临床所见，轻则肝阳上亢，可能是常见的高血压病。重则肝风内动，甚至于出血性中风，或者是缺血性中风。表现为突然昏倒，也有不经昏仆，随即出现半身不遂，口眼喎斜，语言不利的情况。按照《金匱》所讲的病机就是“厥阳独行”，可以概括为阴阳失衡所致。

【案例分析】有一高中女学生，平常学习不紧张，心情愉快的时候，一如常人。一旦学习紧张，特别是熬夜了，或者成绩不好、情绪变化的时候，她的血压不稳定，可达到180~220/90~120mmHg，西医降血压的药物用了好多种，根本没有效果。镇肝熄风汤、天麻钩藤饮及降压有效的中药，我都给她试用，效果不好。我让她到西医院做必要的检查，做CT或MRI看是否患有“嗜铬细胞瘤”，肾上腺查过两次，没找到病灶。有医生提示：“能不能异位生长了？扫描一下吧。”最后做的MRI，在腹主动脉上发现了非常小的嗜铬细胞瘤，手术非常顺利。我的体会是，中医的辨证施治有它固有的优势和特色，是西医西药无法比拟的，但是它不能解决所有的临床问题。为了减少误诊率，一定要中西医结合，对病人负责，这个病人给我的启发很大。医学科学发展到今天，我们中医也要主动学习，在诊断水平上努力提高。

(四) 四诊举例

关于四诊举例，使我联想到张仲景在《序》中所说，“余每览越人入虢之诊，望齐侯之色，未尝不慨然，叹其才秀也。”张仲景的才秀有四诊



原文作证。

1. 望诊

【原文】问曰：病人有气色见于面部，愿闻其说。鼻头色青，腹中痛，苦冷者死。鼻头色微黑者，有水气；色黄者，胸上有寒；色白者，亡血也，设微赤，非时者，死；其目正圆者，痉，不治。又色青为痛，色黑为劳，色赤为风，色黄者便难，色鲜明者，有留饮。(3) (二类)

【解读】为什么不说望面色，而称作望气色呢？《内经》说：“精明五色者，气之华也”。那就是说，得有神，有胃气，才是健康之色。另外，由于民族不同，或者说，不同国度的人，在面色上是有别的，包括地域，所处的环境不同，面色上也有不同，还有先天、后天的因素影响等。所以，只看面色不行。由于人体五脏六腑的精华气血，它要露于外，表现于面，所以，望气色是很重要的。在望气色方面：

(1) 注意部位，包括两个部位。①面部。实际上反映了五脏六腑的气血盛衰情况。②鼻头。这一部位有的认为是鼻尖；有的认为是整个鼻部，包括印堂；也有的认为鼻头包括整个前额。我认为他主要说明的问题是，因为鼻为面王，脾居中央，阳明胃经也确实行于前额、眉棱骨这一部位。所以望鼻头，包括前额及印堂，属于脾所主的部位。

(2) 望气色是否有神、有胃气。比方说，人走向衰老的过程，大概最明显就是皮肤的弹性减弱了，肌肉萎缩，开始出现皱褶。中医学认为，是脾胃化生营卫气血的功能衰减所致。现在对美容，特别注意容颜的青春永驻，我认为，首先得从脾胃上，从内环境上调理更为重要。

下面，重点讲解望诊对疾病诊断的意义。

首先，需要复习五脏与五色的关系，肝、心、脾、肺、肾，对应青、赤、黄、白、黑。

青色表现为肝之色，“腹中痛，苦冷者死”，肯定是脾胃病或胃肠病。提示病机为肝乘脾所致腹中冷痛。由于极度怕冷，属于阳气不足，所以“鼻头色微黑者，有水气”，就是指土不制水，水气停聚，甚至于泛滥。“色微黑”的黑，为肾之色外露，肾水反侮脾土，土不制水。后面提到“色青为痛”。在面色上，色青主疼痛。现在临床比较多见的剧烈疼痛，甚至会出现疼痛性休克。

“色黑为劳”。除了是肾劳的表现，为肾之色外露，又是瘀血的标志，很有临床意义。因为我看到的病人，在早期他没有任何自觉症状，就是面色越来越黑，建议他从肾的方面检查一下，结果确诊为肾上腺皮质肿瘤，



王雪华金匱要略讲课实录

最后死于此病。

一个暑假期间，我和我的研究生们看了一位女病人，她是博物馆的工作人员，可能接触到保护展品的某种试剂，因含有苯的成分，她的面色近几年越来越黑，而且面积越来越大，最后是在北京的某医院皮肤科诊断为黑色病变，还用了很多西药。但是，有一定的副作用，一点也没有好转。因为她已经是四十几岁的人了，她说：“我不为了美观，我就是为了防止病变的发展，你能不能有办法？”当时我就是两种考虑，第一，从肾之色外露，我要给她从肾调补；第二，因为她的舌质确实有紫暗、瘀斑的表现，所以，用活血化瘀药，这个疗效，简直使我意想不到！第一次方，我开了7剂，基础方是杞菊地黄汤，因为她的面部，包括颈部，全都是黑花纹啊，所以加活血化瘀药像归、芎、芍、桃仁等，一周后复诊，她好像白了，但我不敢确定，她一直向我微笑，我心想，这人今天可能化妆了，抹了什么美白产品了吧？她坐下来的第一句话：“你这方我怎么没想到，怎么就这么好使啊！”我问她：“你抹什么了？”她说：“自从得这病以后，任何化妆品我都不用，就是吃药，或者抹了西医提供的软膏类。从吃中药开始，什么也没抹过。”效不更方，一共看了三次，21剂，前额和两颊部位几乎没有沉着的褐色斑了，颈部略微有一些花纹，病人非常高兴。我觉得经典理论的指导性，在实践中得以印证，从中得到的启悟有时连自己都没想到。

“色黄者，胸上有寒”。后面有“色黄者便难。”我解释一下，“色黄”是脾之色，“胸上有寒”是指寒饮，痰饮的形成主要是脾运失司，不能化生精微而形成病理性产物。所以，“胸上有寒”是指寒饮，而不是寒邪。“色黄者便难”，是指与脾胃相关的黄疸病，可见便难，而且身黄、目黄、小便黄，仍然和病位在脾胃有关。

“色白者，亡血也”。从西医学讲面容，认为对贫血患者会一目了然，现在有实验室的检查，如果是血液病的话，可通过血常规、骨髓象分析，结合临床就能诊断。再生障碍性贫血，中医称为“血枯”，中医药的治疗方法非常好，从脾、肾扶正治本入手，治疗这种病疗效确切。对妇女崩漏，大失血也属亡血，有青春期的子宫功能性出血，如果不能得到控制，面色无华，就是色白者，为失血的征象。亡血有两种情况：一是失血，不仅仅见于妇女病，其他的血证也会造成面白。还有一类，血液病多见面色皓白无华者，是化源虚竭，血不上荣所致。

“设微赤，非时者死”。有的认为是面色极白，但两颧微赤。在张仲景



那个时代，肺癆病也就是肺结核病不可治，认为是一死证。这里的“非时者”是指病人的两颧微赤，不是因为室温高，也不是因为情绪激动，而是一种像林黛玉式的结核美，属于不治之症。

“其日正圆者，痉，不治”。痉病，《金匱》讲外感痉病，有一套治法。但是，张仲景意识到痉病的原因很多，比较复杂，为难治之症，或是不治之症。

最后这句话，“色鲜明者有留饮”。这不是说有光泽，很好看的那种鲜明，而是指水色，高度浮肿的病人，不知道大家见过没有，皮肤真就是极薄而且发亮，因为皮下有水液。所以，“留饮”就不是一般的留而不去，包括溢饮在四肢肌肤之间。

【按语】

(1) 望诊一定要注意是否有胃气、有神。为了鉴别病色，必须先把正常的气色搞清楚。因为五脏六腑的气血精华，能反映五脏的盛衰。

(2) 要注意望诊的部位，观察面部和鼻头气色如何。同一色泽部位不同，主病也不尽相同。

所以，还是要求四诊合参，完成辨证思维过程的八个步骤，全面考虑才为合理。

【原文】第5、6条察呼吸，望形态来辨别病位，以及疾病的预后吉凶顺逆。都是三类条文，略。

【按语】关于原文中提到“在上焦者，其吸促；在下焦者，其吸远，此皆难治。”临床常见的慢性呼吸疾病，当它发展到一定程度时，必然涉及肺、脾、肾。治病应该“急则治其标，缓则治其本”，当分缓急。

我看到一哮喘非常严重的病人，紧急的情况下，就针刺足三里穴，上病下取，这就是中医理论的特殊性！谁能想到喘得“呼哧呼哧”，吸不进气，一针足三里，就能马上缓解下来，具有定喘作用，这个道理就在于治病求本，临床很有意义。

2. 闻诊

有关闻诊，《金匱》里包括闻声音和闻气味，闻气味见于《金匱·肺痈》：咳吐脓血，状如米粥，其味腥臭。

【原文】师曰：病人语声寂然喜惊呼者，骨节间病；语声喑喑然不彻者，心膈间病；语声啾啾然细而长者，头中病。(4) (二类)

仍然是举例说明听声音来判别病位。

【解读】以前说，老中医真了不起，他怎么刚一看到我，就知道我病



在哪呢？因为他和病人见面的时候，四诊已经开始了。首先是望诊，之后闻诊，听你的声音，都有提示诊断依据的作用。加上切脉，实际是四诊合参。

“病人语声寂然喜惊呼者”，指病人安坐或安卧在那儿，不活动的话，寂静无声，当他一活动就惊叫！为什么？疼痛剧烈嘛！什么病？只有骨节间病。如颈椎病、腰椎间盘突出症或者是外伤的骨节疼痛，他不能动或一动就惊叫，就是“寂然喜惊呼者，骨节间病”。

“语声啾啾然不彻者”，是说有点声音，但是很低，不清澈，哪儿的病？“心膈间病”。为什么？因为心膈是心肺所居之处，心主血脉，肺朝百脉，主气，司呼吸，喉为声之门，肺系所主，所以，“语声啾啾然不彻者”是从心肺的功能上考虑，闻声音能提示病位。

“语声啾啾然细而长者，头中病”，谁都感冒头痛过，甚至有的患血管神经性头痛，或者严重的三叉神经痛，就是忍不住地哼哼着，呻吟着，似乎能够缓解点儿疼痛。“啾啾然”像小鸟叫似的，细小而长，诊断是“头中病”。因为病人如果声音大，一震动，头痛会更厉害。所以，闻声音对于疾病的定位、临床的诊断有一定的意义，证明了张仲景的临床经验都很生动、真实，简便易掌握，记录下来，到现在也能用得上。

按照中医的基本理论、基础知识、基本技能，可以把疾病缩小到一定范围。通过辨病与辨证相结合，采取有效的施治方案。

3. 切诊

【原文】师曰：病人脉浮，浮者在前，其病在表，浮者在后，其病在里，腰痛背强不能行，必短气而极也。（9）（二类）

【解读】同一个浮脉，由于脉位不同，主病不同。

关前寸脉见浮而有力，此为外感，“其病在表”。

“浮者在后，其病在里”，是指关后为尺脉，见浮脉就是病在里，《金匮》里有尺脉浮为血虚，女劳疸“尺脉浮为伤肾”。

此外，又举出“腰痛背强不能行，必短气而极也。”是因为肾藏精，主骨，腰为肾的外府，当肾气虚衰，肾精不足时，外府失去濡养，就出现腰痛，背强，酸软无力，不能行走等一系列的症状。特别是肾不纳气的虚喘，就是临床诊断的一个标志性症状。这是同一脉象，由于脉位不同，主病不同的举例，说明切诊对于诊病的意义。

4. 切诊与四时五色合参 大家要熟悉切诊与四时五色合参的诊病方法和临床意义。



【原文】师曰：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。(7) (二类)

【解读】“寸口脉动”是指独取手太阴动脉，包括两手的六部脉，寸、关、尺全含在其中。如果其他篇章里面，寸口、关上、尺中对举的话，这个“寸口”就单指寸脉而言。所以根据条文的具体内容，有具体说法。这里的“寸口”要和四时气候的变化相结合。

本条的关键词语是：“四时各随其色。”是从天人相应的整体观出发，在四诊合参的意义上强调“四时各随其色”，相应者万全也，不相应者病态也。

“非其时色脉，皆当病。”是说病理情况下不相宜了，出现非其旺时的色脉，就是病势转剧的凶兆。

“假令肝旺色青”是一个举例。假设春季肝旺时，没见正常的青色及弦脉，反而见到了秋季的色白而脉浮，可以通过察其脉症来寻找病因、病机。

【临床应用体会】我觉得，色脉变化必须与四时气候变化相应，才能够维持内外环境的统一性，如果违反这个规律，就属于病态。1969年春天，我在县级医院当小大夫出门诊时，突然来了一家子六七口人，还有两个人抱着双胞胎的婴儿。所有的病人都蒙着新的花毛巾进入我的诊室，把其他的病人吓得都躲开了。我掀开毛巾一看，每个病人的面色都特别红，而且肿胀得眼睛都睁不开了，“目不得睁”，口也张不开，因为唇黏膜是向外翻着的。我在城市长大，根本没见过。通过问诊得知，是吃灰菜中毒了。公社医院的医生要求他们住院点滴，因为没有钱，所以到县人民医院中医科来问有什么办法。我当时想，灰菜中毒，学中医也没讲过呀！这算什么病？用什么方呢？没办法，我就去请内科大主任，他是哈医大早年毕业的，临床很有经验。他告诉我：“这是日光性皮炎，需要大量的维生素C加葡萄糖点滴，两天见分晓，还得看有没有感染。”病人表示：“我们就是为了不点滴，省钱，来找办法。你们看，是中医解决，还是西医解决吧。”大主任毫不客气地说：“你中医给汤（趟）一汤（趟）吧。”这是双关语。我一想，老师讲《方剂学》曾提到大头瘟，大头瘟是什么样呢？我没见过。但是，我立刻想到《金匱》里说的望气色“面赤为风”。这些病人的面部、耳、项部红、肿、热，不是痛，是有点痒，我想应该是风热之邪所致。治大头瘟的方是普济消毒饮，清热解毒、疏散风热。把银翘散的成分加上了，真是虽不中，也不远矣！我记得好像就是开了5剂药，因为我心



里没准儿，病人问：“吃几天？”我说：“好了，就不用吃了。”结果三天以后，来了一个小伙儿对我说：“大夫，我们可真得谢谢你！”我说：“你谁啊？”为什么不认识呢？因为他们来的时候，我根本没看清他们的模样，现在看他五官长得挺端正的。他说：“我们都好了。”我曾告诉他们，把汤药熬好了当水喝，能喝多少就喝多少。所以他们好得很快，根本没有吃5剂。通过这个经历以后，我对致敏因素造成的荨麻疹等皮肤病，留意医药了。“色赤为风”的启发，在一瞬间发挥了作用，中医无创伤性的诊疗方法简便易行，疗效好，又省钱。同学们，现在我教给你，对临床所见的脉证，要从证（症）测其病因、病机，以便确定治法，按法开方用药。

前面我提到临床误诊率的问题，经专家评析，导致的因素达16种之多。其中，对青年医生，中、西医全在内，基本功不够扎实是一个主要原因。认为1/4是诊断经验不足，问诊和体格检查不够细致，占17.3%。因为你第一次接诊的时候，有的患者对中医有偏见，伸开胳膊就说：“你给我把把脉，看我得的啥病？”问诊时不予配合。你给他做耐心解释后，他能够合作，一定要坚持四诊合参。再一个就是，中医也应当选择有特异性的检查项目作辅助诊断，便于病证结合，辨证施治。在我们的知识领域里，有利于提高诊断水平的知识和技能，都应该掌握。当然，还要防止目前依赖于辅助检查的问题，否则就失掉了中医的精髓和灵魂，步西医的后尘，永远也赶不上，总是落在人家后面。我认为，中医学有别于西医学，或者说有自己的特色和优势，能发展到今天，就是它无创伤性的传统医学容易被病人接受。没有创伤而诊断的印象往往和物理、化学、影像等检查结果，真有殊途同归之感。所以中医还得保持自己的特色，并且要走中医现代化的创新之路，而不是一般意义上的中西医结合。这就要把基本功练好，从一点一滴做起，减少误诊率，提高诊断的能力和水平很重要。

（五）论治原则

1. 表里同病，当分缓急

【原文】问曰：病有急当救里救表者，何谓也？师曰：病，医下之，续得下利清谷不止，身体疼痛者，急当救里；后身体疼痛，清便自调者，急当救表也。（14）（一类）

【解读】这一条的精义就在一个“救”字。“救”就是急先救治的意思。这个条文，一见于《伤寒论·太阳病》；二见于《金匱要略·呕吐下利病》，重复的意义是对下利病提出的具体治法，温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤；三见于《金匱》首篇，对杂病提出的治疗原则。强调常法是当



先解表，后救里；现在是一个“变法”，里病为急，当先救里。

关键是把握三点：①辨病情轻重，重者为急；②辨病变主次，里证为急；③辨治疗先后。清代尤在泾在《金匮要略心典》中说：“治虚证者，以养正为急。”为什么要“以养正为急”？他又说：“盖正气不固，则无以御邪而却疾。”针对里虚寒证为急证，要“养正”就是“扶正”。“御邪”就是提高防御能力，提高抗病能力，以及病后的自然修复能力和对人体内外环境的适应能力，也可叫做应变能力。

为什么说，扶正法这么重要呢？张仲景一而再再而三，不厌其烦地强调扶正的重要性，道理在于内伤杂病直接关系到人体正气的强盛与否。因为在发病学上，正邪之间的消长、盛衰、交争都以正气为主导。比如胃肠道疾患不要完全用药物来治疗，调情志，生活有规律，饮食有节，糜粥自养等日常护理很重要。“里气通，表气也通”，表证也可能不药而愈，随之而解，这是临床的一个体会。当然，临床有表里同治法，此略。

2. 新旧同病，宜分先后

【原文】夫病痼疾加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也。（15）
（一类）

【解读】本条论述新旧同病的治则。“痼疾”，顾名思义，就是老百姓说的老病、旧病、久病，缠绵难愈的“沉痾痼疾”。“卒病”，卒然、突然得的新病。是指新病、急病说的。

在新旧同病的情况下，既会有脏腑的病变，也有经络病变，就是比较复杂的情况。为什么要“当先治其卒病，后乃治其痼病”呢？

我想从三个方面作比较。一般来说，旧病加新病，在治则上要分辨虚实，要分辨轻重缓急，以决定在治法上孰先孰后。

（1）从标本缓急上说，旧病为本、为缓；新病为标、为急，《内经》提出“急则治其标，缓则治其本”。因此，对于旧病来说，就用治本法，对于新病来说就应采取治标法。

（2）就病势而言，旧病迁延时间长。慢性病普遍发展缓慢，变化较少，病根难拔。老百姓还知道“得病如山倒，治病如抽丝”。对慢性病，急不得。卒病，病势急，稍缓就容易起变化，病情可能加重，甚至有危笃情况，你不得不防。因为预防为主，防重于治，治养结合才对。另外，要有预见性，要看到已病之脏，还要看到欲传之脏，并要兼顾它脏，这都是对旧同病，包括表里同病应该思考的问题。

（3）从治疗上说，二者谁好得快？新病，正气损伤的程度相对不重，



因此，病邪浅，容易获效；旧病日久，病根难除，不易奏效。尤在泾说得好，“勿使新邪得助旧疾也”。

【临床应用体会】

(1) 对患有肾炎、淋病这样的病人，诱发因素非常多，怕累、怕凉、怕上火，尤其是特别容易感冒，感冒对他的病情又有危害。这时候，如果你不去认真地问诊，不去了解他的发病史、既往史、治疗史，特别是现病史，只看到是表证，按表证进行发汗的话，非常容易导致血尿。因为有的患者，本来尿中有隐血没治愈，违背了张仲景关于“淋家、疮家、失血家不可发汗”之诫，我想，根源就在于正气受损了。不要只看到表证是实邪，而应该看到本虚和兼感外邪的复杂病机。所以“当先治其卒病，后乃治其痼疾也”。

(2) 介绍一个病例。一位乳腺癌患者，按照理论上讲乳腺癌的易发、易感人群，一是不生育的人，二是哺乳不完全，甚至未曾哺乳的人。这位女患在13年内生了两个儿子，完全是母乳喂养的。现在她回想，年轻的时候，1963年在北师大读有机化学硕士研究生期间，为了摸索一个实验方法，锲而不舍地搞33次实验，考虑是有害的化学物质埋下了祸根。在长达22年的治疗过程中，首选手术疗法，并进行化疗，但是四年间，两次复发。一次在胸骨柄部位进行了比较小范围的手术。第二次，是胸膜转移，有胸水也是很危险，但是她非常坚强，我觉得她没有“恐癌症”，也是她成为“抗癌明星”的重要因素。

近几年，该病人又出现了骨转移，她每月注射一次进口药，价格非常昂贵。但是，自始至终她坚信中西医结合综合疗法更为有效。因为她对西药的毒副作用特别敏感，我鼓励她带瘤生存。开始坚持服用补中益气丸和六味地黄丸，根据病情需要或换用知柏地黄丸、杞菊地黄丸。按照一次各1丸，一天2次，后来她觉得口干舌燥，就像“虚不受补”的那种感觉。我想，按照中医学理论讲，平旦以后，阳气升发，我让她服1丸补中益气丸；到傍晚的时候，阴气开始生长，我就给她1丸六味地黄丸或知柏地黄丸。补益脾肾的思想，符合《金匱》对慢性虚损性疾病的治本原则，坚持少量常服，“丸者缓也”的目的，时时顾护她的正气。2004年冬季，又患了流行性感冒，她咳嗽，咯黄黏痰，发烧不退，不敢用任何西药，于是找我开中药。我也非常慎重，按虚人感冒用人参败毒散，就开一剂药，因为是上午看的，就让她中午先把药熬两遍混合后，服二分之一量，余下在晚上睡觉前两个小时服完；第三遍的药量少些，等到第二天早上再服。结果



当天晚上，烧退下去了，她非常高兴！从那以后，她对服中药更坚定，更有信心了。所以，通过这个病例看出，新旧同病或者说内伤杂病兼感外邪，怎么对待？还是不离“辨证施治”。

3. 饮食与调护

【原文】师曰：五脏病各有所得者愈，五脏病各有所恶，各随其所不喜者为病。病者素不应食，而反暴思之，必发热也。(16) (二类)

【解读】本条论述饮食与调护。“五脏病”包括六腑病，它应当泛指一切内伤杂病。

“所得”，请大家注意，这一条的“所得”，和下一条的“所得”含义完全不同，一定要搞清楚。有关饮食与调护的“所得”，是护理方面的要求，就是指适合病人的饮食、居处。因为有关健康的范畴包括精神情志，饮食与调护，就是药物治疗外，护理也很重要，二者是不可分割的。药物的性味，包括时令和气候因素都要考虑有利于病人的康复要求。

“所恶”，是指病人所厌恶的饮食、居处。这一条可以说是中医有关护理学的较早记载。对辨证施护的理论提出原则性的指导意见。各篇章里的“方后注”，包括药物的煎煮法、药后反应，怎么处理等，都属于护理学的内容。所以这部分很值得研究和探讨。我仅作提示，比方说五脏的生理特性自有喜恶，补肝体喜用酸味药，理肝用就得用辛味药；脾恶湿而喜燥，胃喜润而恶燥；妊娠初期，恶心、择食，那是正常生理现象。反过来说，病理状态，肝病患者恶心、厌油腻，护理上要合理调节饮食、起居。因为五脏病“各有所恶”，这就是要根据五脏的特性和病理特点来选用药物，并进行恰当的护理才行。心病恶热，他就得穿薄衣、盖薄被；肺病的人，你看他穿得挺厚还说冷，脸还萎白，肺病的人恶寒、怕冷是特有的病理状态，有规律可循，而且是我们临床诊断的指征之一，绝对不要在望诊和问诊上忽视它。讲饮食调护的基本原则，就是按照原文的精神“近其所喜，远其所恶”，随其所喜而不病，才能够促进疾病向愈，防止病情恶化。

“病者素不应食而反暴思之，必发热也”。是讲病人突然想吃自己平时不爱吃的东西，出现发热症状。关于发热的问题，不要拘泥。它是一个病理状态，不一定必发热。

我分析有三种可能：

(1) 是病情加重之兆。相当于《伤寒论》讲的“除中”，因脏气被邪气所改变，食后助长病气，所以突然要吃平时不想吃的东西。

(2) 是将愈之兆。久病或者大病初愈，尤其是慢性的急重病症，一旦



有转机，这病人最想要吃点儿东西，或者吃得很香，甚至想多吃点。这时候，切记他的胃气还没有完全恢复好，胃肠的功能还比较虚弱，尽管他想吃很多，或者他特想吃平时不想吃的东西，要考虑到不胜谷气的问题，可以慢慢地按照正确的调护方法和措施促进病愈，防止恶化。

(3) 不祥之兆，老百姓都知道突然改常了，叫做“回光返照”。

4. 审因论治

【原文】夫诸病在脏，欲攻之，当随其所得而攻之，如渴者，与猪苓汤。余皆仿此。(17) (二类)

【解读】“在脏”是泛指在里的疾病；“攻”当治疗讲，救治之义。

“所得”有两方面的含义。①指病邪相结合。②清代的注家唐容川在他的《金匱要略浅注补正》中提到：“此云病在脏者，当随其所合之腑而攻治耳……渴系肾脏之病，而猪苓汤利膀胱，肾合膀胱故也。”是指五脏各有所合。这就等于唐氏提出了可以不从病因相结合的问题考虑，而是脏病治腑，腑病治脏。尽管所论不同，但是道理皆宜，都有临床意义。

我觉得，本条文的经典句就是“当随其所得而攻之”。强调的是在治法、治则上要求审因论治，审证求因，或者从治法上说，病在脏，治在腑，病在腑，治在脏。显然又拓展了一个临床思路。

“审证求因”，原文中举个例子，叫做“如渴者，与猪苓汤。”这是一种省文法。同学们想一想，渴的原因多了，都用猪苓汤吗？但是，张仲景对大家共知且已熟悉的内容点到为止。我们可以从方测症，猪苓汤所治的病证是什么呢？除了口渴而外，应当发热，最主要是小便不利，这就叫“审证”。在无字处把这些症状补充进来，把病因、病机分析出来。猪苓汤证的病因病机，我们在《伤寒论》的学习中已经清楚，是热邪为害的问题。一定要看到热邪和水邪相结合，这就是“随其所得”，把病邪的相结合，给他查清存在复合性的病因；还应看到热邪伤阴的问题。猪苓汤的方剂组成恰恰符合病机，有针对性的治疗作用，育阴清热而利小便，既解决口渴、发热，又解决小便不利。

所以“余皆仿此”，是要你“举一反三”。比方说，热邪和瘀血相结合，为“蓄血证”，用桃核承气汤；热邪和宿食互结是里实热结证，用大承气汤，还是小承气汤、调胃承气汤，就看热结的程度、体质的情况综合分析。热邪和痰邪互结，用小陷胸汤（连、夏、蒺）；用温胆汤行不行？临床见有痰热导致的精神神经症状，特别是失眠，用温胆汤，在《蒲辅周医案》中对冠心病的治疗，用十味温胆汤，这都是从痰热互结考虑的。关



于“相结合”是从脏腑相合来理解，把口渴、小便不利、发热等症认为是病在肾脏，由于肾为水脏，蓄水证是少阴热化，所以用猪苓汤从膀胱利小便法解决，是“脏病治腑法”的具体体现。

【临床应用体会】我觉得，“脏病治腑”、“腑病治脏”有临床实际意义，是中医治疗学的特色治法，又多出一条思路。比方说，在儿科常见的消化不良症，如慢性腹泻类，如果缠绵不愈一段时间，患儿口腔出现溃疡，中医称为口糜泻。不容易好，西医建议用核黄素（维生素 B₂），有的说给制霉菌素片。我们从中医基本理论考虑，病机是心热移于小肠，代表方导赤散，或者用导赤散配合核黄素，都比单一用药的疗效好，这有待于临床继续观察、总结。

肺热咳嗽的病人往往伴有大便干燥，或者有便秘的情况，这在儿科尤为突出。可以根据辨证施治，在底方的基础上加入像杏仁、瓜蒌仁以及桔梗等药。桔梗有开提肺气、疏通肠胃的作用，而且配甘草是《金匱》治肺痈祛痰排脓的著名经方，对扁桃体包括鼻黏膜的感染症也有很好的治疗作用，加减化裁，有“脏病取腑”、“腑病取脏”的治法意义。这些都是从“肺与大肠相表里”的基本理论、基础知识出发的，对启迪临床思维是很重要的，提供给大家将来在临床实践中加以应用和总结。



脏腑经络先后病脉证第一全篇小结

一、预防医学与病因

1. 治未病

- 治未病之人——未病防病
 - 四季脾旺不受邪 (1)
 - 若五脏元真通畅，人即安和 (2)
 - 若人能养慎，不令邪风干忤经络 (2)
 - 更能无犯王法，禽兽灾伤，房室勿令竭乏 (2)
 - 服食节其冷、热、苦、酸、辛、甘 (2)
 - 不遗形体有衰，病则无由入其腠理 (2)
- 治未病之脏腑——已病防 (传) 变——见肝之病，知肝传脾，当先实脾 (1)
- 早期治疗
 - 适中经络，未流传脏腑，即医治之 (2)
 - 四肢才觉重滞，即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞 (2)

2. 虚实异治：“虚虚实实，补不足，损有余”，是其义也 (1)

- 以肝病为例
 - 肝实证——见肝之病，知肝传脾，当先实脾 (1)
 - 肝虚证——补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之 (1)

3. 病因

- 千般灾难，不越三条
 - 经络受邪^{客气、邪风 (六淫)}正气无力抗邪→入脏腑，为内所因也 (2)
 - 四肢九窍，血脉相传^{正气尚能抵御外邪}→壅塞不通，为外皮肤所中也 (2)
 - 房室、金刃、虫兽所伤 (2)
- 反常气候：未至而至，至而不至，至而不去，至而太过 (8)
- 五邪中人，各有法度 (风、寒、湿、雾、穀饪之邪) (13 条第二段)

二、病机

阴阳失衡——有阳无阴——厥阳独行 (10)

三、四诊举例

- 望诊
 - 望气色
 - 面部 (3)
 - 鼻头
 - 望形态——呼吸 (5、6)
- 闻诊
 - 闻声音 (4)
 - 闻气味 (见肺痈篇)
- 问诊——所得、所恶、所不喜 (16)
- 切诊——同一脉象，脉位不同，主病不同 (9)
- 四诊合参——四时各随其色。非其时色脉，皆当病 (7)



四、论治原则

1. 治未病
2. 虚实异治
3. 表里同病——当分缓急，急者先治，当先救里（14）
4. 新旧同病——治有先后，先治卒病，后治痼疾（15）
5. 饮食与调护，各随其所得（16）
6. 审因论治，当随其所得而攻之（17）

五、转归、预后

- 卒厥（11）
- 浸淫疮（12）



痉湿喝病脉证治第二

第二篇讲了三个病：痉病、湿病、喝病。

这个篇章在《伤寒论》中有，在《金匱要略》的“各论”开篇再次出现，有的注家认为，本篇是了结《伤寒论》，进入杂病的一个过渡篇章。

本篇的合篇意义有三：①病因均与外感有关；②初起首见太阳表证；③辨证与治法类于《伤寒论》。所以也可称作“杂病篇的外感篇”。

痉 病

一、概念

是以颈项强急，口噤不开，甚则角弓反张为主症的一类疾病。

痉病的命名是张仲景提出的，分类有刚痉、柔痉，他在第8条原文里面描述痉病的临床主症为：“颈项强急，卒口噤，背反张也”，这三个主症，目前在中医、西医，国内、国际都公认的，也是张仲景的学术贡献之一。

为什么叫“痉”？《说文解字》说：“痉，强（jiang）急也”。病位在筋脉，也就是指筋脉的强急。因此，躯干部的表现非常突出，是自颈项到背部，甚至整个躯体的强急，角弓反张。

二、病因病机

1. 病因

（1）内因——素体津液不足或津液输布不利。

（2）外因——外感风寒之邪（有侧重寒邪、风邪的不同）。还有一个病因——误治。

内因是指素体的差异，作为前提；外因虽与风寒之邪有关，但是各证



候表现不尽相同。这就是说，体质因素加上外邪，就易感。疾病有自己发生、发展的过程和规律。

原文第4、5、6条讲误治的病因是误汗、误下耗伤津液，筋脉失养，均可导致痉病。第6条原文应该引起注意，“疮家，虽身疼痛，不可发汗”。这个“疮家”，是因为疮家发汗得的痉病？还是患痉病以后发汗所致的“疮家”？应是指素患疮疡或金刃创伤的患者，相当于破伤风引起的痉病，在此有鉴别诊断的意义。本篇所列方证只适用于外感痉病。

2. 病机 由于素体津液不足或津液输布不利，加上外感风寒之邪的内、外因，导致邪阻筋脉，津液不能濡养筋脉而成痉病。

通过我们学习过的中医基础理论可以知道，筋脉是靠津液和精血来濡养，津液和精血又是靠气来推动的。气、精、血、津液输布不利，不能保证五脏“元真通畅”；病机上不管是输布不利，还是津液被伤了，内因素体津液不足是决定发病的主因，外邪是诱因，最终导致邪阻筋脉，津液不能濡养筋脉，从而发为痉病。

三、分类

【原文】太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉。(1) (二类)

太阳病，发热汗出，而不恶寒，名曰柔痉。(2) (二类)

【解读】以上两条以省文法将痉病分为两种：刚痉和柔痉。一个“痉”字把它的主症涵盖在其中。提到“刚痉”，就是痉病的主症再加上太阳表实无汗证；提到“柔痉”，就是痉病的主症再加上太阳表虚有汗证。

第1条言明是“刚痉”，而不是太阳伤寒。为什么加个“反”字？说“反恶寒者”，是强调鉴别诊断。(第2条同义，略)

四、主症主脉

【原文】病者身热足寒，颈项强急，恶寒，时头热，面赤，目赤，独头动摇，卒口噤，背反张者，痉病也。(7) (二类)

【解读】讲痉病的本证，并论述外感痉病趋于热化的证候。

我们把主症从原文中提炼出来：

颈项强急，卒口噤：“卒”，表示发作性的，而且是急发的。
背反张即“角弓反张”，现代医学也是这么描述的。 } 这就是痉病的概念，可见，痉病是以症状命名的。

兼有症：身热足寒，时头热，恶寒，面赤，目赤：属于太阳表证，以



及痉病趋于热化的征象。

独头动摇伴随主症发生，为热邪伤筋，化燥动风的表现。以上是从是太阳经、阳明经循行部位进行的经络辨证。

【按语】清代吴谦主编的《医宗金鉴》说：“……故首揭之，以为要领”。他认为应该把第7条摆到前面，说明什么是痉病，主症是什么，病因是什么。然后，再说第1条、第2条的分类，这也是他的见解，供作参考。

【原文】夫痉脉，按之紧如弦，直上下行。(9) (二类)

【解读】论述痉病的主脉。

【校勘】“如”应为“而”，两字在古代往往互用。这里的“紧如弦”，是“按之紧而弦”，是指一种复合脉，绝不能把“如”当作比喻，是和筋脉拘急相一致。

五、证治

痉病证治涉及三个条文：栝蒌桂枝汤证（第11条）、葛根汤证（第12条）、大承气汤证（第13条）。原文分析此略。三方在病因疗法中，体现存津液、滋生津液是治本宗旨。对于葛根、栝楼根可以濡养筋脉以止痉的功效，对后世影响重大，足见经方的指导作用。

【临床应用体会】关于对葛根、栝楼根两个药物的临床应用，我谈一下个人看法。

1. 《神农本草经》中记载，葛根“起阴气”。怎么理解“起阴气”呢？其一，生津，就是取其滋生津液，濡养筋脉的作用；其二，升津，我们知道津液如果输布不利，是因为阳气推动不利。这个药有鼓舞阳气的作用。

2. 《中药学》中具有升阳功效的药物，我们曾经学过什么药呢？

葛根，是鼓舞胃阳的作用；柴胡，升举阳气的作用；升麻，升阳举陷。

我作个比喻，便于大家理解。就好比是体育比赛，举重现场，拉拉队的助威、呐喊，这就是葛根“鼓舞胃阳”的作用。轻量级的举重运动员，能完成他的既定目标，就是柴胡“升举阳气”的作用，但是再重的，他举不了。而作用最大的，是“升阳举陷”的升麻，能超纪录。这三者之间有这样的差别。

3. 葛根为什么会有升津的作用呢？它鼓舞胃阳，对气血营卫生化的源泉有鼓动作用，所以，对于项背津液输布不利或者津液匮乏者，筋脉失



去濡养的病证，首选葛根。

举例子说，对于一些不是颈椎病的患者，但是总要伏案书写，或者是坐姿不正确，肩背部肌肉紧张，就会发生酸痛，容易疲劳，筋脉不得舒展，有拘急感，这时选用葛根、升麻，我觉得，对于项背拘急不舒、筋急，甚至疼痛，这是必用的药物；再加上张仲景的芍药甘草汤缓急止痛，效果很好；还可以加些引经药，如果项背痛，用羌活，还可以随证加减。总之，在经方的启发下，药证相符，效果才好。

【现代研究】现代研究表明，葛根，特别是葛根汤，具有降低血清胆固醇，抗血栓形成，抑制血小板聚集的作用。

栝蒌根，生津止渴。在《金匱》第十三篇有栝蒌瞿麦丸，方中用栝蒌根。现代研究表明，花粉可以降血糖，对糖尿病患者见口渴、多饮症状的，在辨证用方的基础上，加用花粉以生津止渴，效果好。

【学习指导】我认为，体质是由先天遗传和后天获得所形成的，在形态结构、功能活动方面是固有的，而且是相对稳定的个体特征，并表现为与心理性格的相关性。

体质的表现有三方面：第一，在生理状态下，对外界刺激的反应和适应上有某些差异性。第二，在发病过程中，对某些致病因子有易罹性。第三，在病理发展中有倾向性。

在后天的因素中，主要与地理环境、年龄差异、饮食营养、精神状态、意志培养、体格锻炼、疾病的作用和药物影响等因素有关系。由于体质的相对稳定性，人体对于感受相同的外因，和经过同样的物质在不同人身上，表现为不同的证候，甚至不同的转归，不同的预后。这和体质因素息息相关。

所以，张仲景在他的“方后注”或者条文里面经常写到“尊荣人”、“盛人”、“羸人”、“强人”，包括“湿家”、“失精家”、“亡血家”、“淋家”、“疮家”等。这都是用来表示体质决定证候，是以证的形成与人的不同体质为基础的。这也是以“整体观念”，脏腑经络学说为理论基础的，体现在对证候的认识离不开体质。

湿 病

湿病，是本篇的重点，也是必须掌握的内容。



一、概念

湿病有外湿和内湿之别，我们重点掌握外湿的概念。它是以发热、身重、骨节疼烦为主症的一类疾病。

“发热”是因为病因和外邪相关。因外湿首犯太阳，有表证的发热。为什么“身重”？是湿邪所致；“骨节疼烦”，我们在“五邪中人，各有法度”里面讲了，湿邪的特点是“湿伤于下”，“湿流关节”，所以出现骨节疼烦的症状。

内湿，将来我们要学习的《痰饮病》、《水气病》、《黄疸病》等篇章，都涉及湿邪，那就是内湿，我们再详细讲解。

二、病因病机

1. 病因

(1) 外因——外感湿邪，湿邪不独伤人，可以兼夹风邪或者寒邪。

(2) 内因——素体阳气不足，脾运不健。

尤在泾《心典》：“中湿者，亦必先有内湿而后感外湿，故其人平日土德不及而湿动于中，由是气化不速而湿侵于外，外内合邪，为关节疼烦”，这是讲内外合邪所致的情况。内因源于谁呢？“土德不及”，是素体脾运不健，可见体质因素是发病的重要原因。为什么同样在一个潮湿的环境下工作了一段时间，有的人就得了风湿病，而有些人就无恙呢？就是因为体质的不同。

素体阳气不足，关键在脾阳。脾阳的运化功能不全，或者比较虚弱，一旦感受了湿邪，兼夹风邪，就变成风湿之邪；兼夹寒邪，就变成寒湿之邪。这是内、外因。

2. 病位在肌肉、关节。因脾主肌肉，主四肢，“湿伤于下”、“湿流关节”。

3. 病机为湿邪痹阻，阳气不通，不通则痛。

三、外湿基本治法

(一) 微汗法

【原文】风湿相搏，一身尽疼痛，法当汗出而解，值天阴雨不止，医云此可发汗，汗之病不愈者，何也？盖发其汗，汗大出者，但风气去，湿气在，是故不愈也。若治风湿者，发其汗，但微微似欲出汗者，风湿俱去也。(18) (一类)



【解读】 “风湿相搏”——病因。湿邪和风邪相合，侵犯于肌肉、关节。

“一身尽疼痛”——主症。“尽”字是范围副词，指肌肉、关节哪都疼痛。为什么？风湿犯表，侵犯在肌肉、关节。湿为阴邪，一定会阻遏阳气，或使阳气不通，不通则痛。

“法当汗出而解”——治法。用汗法。

但是，提出了一个问题，“汗之病不愈者，何也？”用了汗法，结果病没好，什么原因？

接下来，回答了影响汗法不愈的两种因素：

(1) 气候因素。“值天阴雨不止”，连雨天、多雨的季节，说明环境因素为外湿偏盛。这对于关节、肌肉间的湿邪，不利于宣散、宣泄。这是其一。

(2) 汗不得法。“盖发其汗，汗大出者，但风气去，湿气在”。大汗法的弊端：①风去湿存。为什么会这样？从中医基础理论知识来说，风为阳邪，其性轻扬，易于表散，按“五邪中人，各有法度”来说，风邪属于阳邪、大邪，容易表散，祛除快；湿邪为阴邪，其性重浊、黏滞，不易速去。②大汗出，阳气大泄，伤阴液。本来阴邪就容易伤人阳气，再令大汗出，更易伤阳，甚则亡阳。

外湿的正治法，汗法是毫无疑问，怎么能保证“风湿俱去”呢？下面他回答了，“若治风湿者，发其汗，但微微似欲出汗者”——用微汗法。

“似欲出汗”，“似”，怎么理解？似乎、好像，是吗？你说这汗，又像是出又没出来，那叫汗法吗？称不起汗。所以，这个“似”字通“嗣”，是连续不断的意思。但是绝不能大汗，是要连续不断地小汗。

【按语】

1. 微汗法是汗法的基本治法。

2. 微汗的具体要求：

(1) 是指服用发汗剂以后的汗出程度，并不是指药力。

(2) 汗之得法的关键。如“方后注”：①“覆取微似汗”。②“温令微汗”。特别是在关节上，遍身汗出，手足俱周。③汗出的时间：“一个时辰”，2个小时。④汗出的程度是指“汗出”，“微微似欲出汗”。是微微的小汗，连续不断地出来。

3. 重点讨论为什么“微汗法”就能保证“风湿俱去”？

(1) 尤在泾的《心典》说：“但使阳气内蒸而不骤泄，肌肉关节之间



充满流行，而湿邪自无地可容矣”。湿邪为阴邪，靠什么来推动呢？一定要靠阳气。我前面提到，大汗法，会使阳气大泄。微汗法，则使阳气缓缓地流行于肌肉、关节之间，“充满流行”，而且阳气“内蒸而不骤泄”，使湿邪无地以容。尤在泾说得非常好！“微汗法”就能达到这样的作用，凡是湿邪停留的地方，阳气若能到达，可以推动它慢慢地宣泄出来。

(2) 章虚谷在《本旨》中说：“治风湿者，必通其阳气”，我们学习的汗法、利小便法，都是给湿邪以出路。但是，最终要“通其阳气”，振奋其阳气。因为素体阳气不足，所以，“必通其阳气，调其营卫”。无论是邪阻，影响营卫的功能；还是营卫不和，容易招致外邪，都要“通其阳气”，“调其营卫”。

这两段话概括起来说，“微汗法”，能够保证阳气内蒸而不骤泄，在肌肉、关节之间，包括肌腠，充满流行，使湿邪无地以容。然后，让风湿之邪随之慢慢地得以宣泄出去。同时营卫通畅，阳气也通畅，我们说，令湿邪和风邪随之而解，达到“风湿俱去”的目的。

(二) 内湿——利小便法

【原文】太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细一作缓者，此名湿痹。湿痹之候，小便不利，大便反快，但当利其小便。(14) (二类)。

【解读】利小便到底是内湿的治法？还是外湿的治法？我们首先看湿痹的临床证候是什么，就是它的脉证表现。

“太阳病”三个字冠以条首，意味着邪气在表，首犯太阳。这是湿邪在表，首犯太阳。

主症是什么？“关节疼痛而烦”。为什么“烦”？由于疼痛剧烈而烦扰不宁。“烦”字通“繁”，表示症状重的意思。

“脉沉而细”，沉脉是湿邪趋于里的表现。细脉，是因湿邪郁滞在肌表，影响在表的营卫，不调和了。阳气被阻，肯定对营卫、气血的流行有影响。所以，见细脉，不是血虚。缓脉，应该和沉脉相结合来理解。

湿从外来，本应该出现浮缓的脉，现在变成了沉细的脉，为什么？

因为湿邪流入关节，内合于脾，这里仍是用脉象来说明内外合邪。

在内外合邪的情况下，到底是外湿重？还是内湿重？是里湿重。拿什么作标志？“小便不利，大便反快”。

“小便不利”因湿阻气化。

为什么出现“大便反快”呢？湿邪不能从小便排出，结果流注大肠了。脾虚湿胜则濡泄。所以，大便反快。是泻下如水，或是软便，不成



形，为湿胜的表现。因此，它和一般的急性肠炎的腹痛、水样便有区别。

“但当利其小便”——给湿邪以出路，在利小便的过程中，要使膀胱的气化功能得以恢复。

【按语】

1. 五苓散方化气兼解表。曹颖甫先生的《金匱发微》，建议五苓散倍用桂枝，以增强气化功能，达到表里分消的作用。

2. 著名医家李东垣，据仲景之法总结出“治湿不利小便，非其治也”。所以前后分利，通过利小便而实大便，是中医药的治疗特色。“通阳不在温，而在利小便”。

3. 关于“气化得行，则内外湿邪可除。”说明里湿去，阳气通，太阳膀胱经气自盛，关节湿痹亦除。

四、证治

(一) 头中寒湿

【原文】湿家病身疼发热，面黄而喘，头痛鼻塞而烦，其脉大，自能饮食，腹中和无病，病在头中寒湿，故鼻塞，内药鼻中则愈。(19) (二类)

【解读】本条论头中寒湿证治。

“头痛鼻塞而烦”，因肺开窍于鼻，清窍不利了，就鼻塞，而且影响到头疼。临床见于慢性鼻炎（鼻渊），属寒湿型。

“脉大”，不是虚证的脉大，是用来形容病在表、在上的意思。

“自能饮食，腹中和无病”，是说里阳没伤，饮食照常。所以，强调“病在头中寒湿”是湿邪在上、在表的情况。

什么治法？外治法，搐鼻，“内药到鼻中”。

【按语】

1. 瓜蒂散搐鼻。我当小大夫时，在县级医院治黄疸病，我跟赤脚医生学招儿。当时，我还很惊讶，这土办法怎么这么好用！就是拿瓜蒂退黄，未成熟的很苦，干燥后把它研成末，然后，用纸卷吹在鼻孔边上，这是一个办法。

还有一种办法，就是蘸着瓜蒂药汁，拿棉棒或者棉球，放在患者鼻子边上。比方说，放在左侧的鼻孔，就让患者的头向左侧倾斜，枕头要低，那黄水往外淌，可以加速退黄。若是纯西药疗法，它退黄的时间也得是几周以上。若配合搐鼻就两周以内，辨证用中药汤剂退黄效果好。咱们能眼见病人从鼻子里流出来的黄色如柏汁的液体。张仲景在本篇里告诉你，这



种搐鼻法对寒湿头痛者是宣泄寒湿的治法。那么，湿热型黄疸为什么也可以用呢？我认为，组方按照清利湿热法，以茵陈五苓散为基础方加味，祛其病因，这搐鼻法也可以用的。

2. 鹅不食草纳鼻。鹅不食草是中草药，现在药局提供的中药饮片，是属于规范的，入药典的一类。像鹅不食草属于民间中草药，鹅不食草具有祛风、散寒、胜湿的作用，对寒湿在头中证，切中病机，所以能够通鼻塞。还有一个作用，它能治眼目的云翳。再有，就是后世发明的一些嗅剂、喷雾的办法，或是中药散剂喷洒的办法，不都是搐鼻法吗？《证治准绳》的辛夷散，治疗鼻炎，尤其是寒湿型的，应选用辛温解表药。辛夷、苍耳子、白芷、细辛对寒湿型的适宜，这都是临床治疗慢性鼻炎的常用药、必用药。当然，鼻炎在分型上有好几种，必须是寒湿类型才有效。像贵阳的名老中医黄树曾先生，在《释义》中，他认为内服方再配合搐鼻法效果更好。

张仲景论外湿病，我想到他的高明处，对我们东北地区的三大常见病、多发病：关节炎、慢性鼻炎、气管炎，涉及鼻炎和关节炎。呼吸道的疾病，在《金匮》第七篇有论述，因地域寒冷，冬季过长，关节炎、鼻炎、慢性鼻炎，有的是过敏性鼻炎，搐鼻法在鼻科的治疗上有现实意义。

（二）寒湿在表

【原文】湿家身烦疼，可与麻黄加术汤发其汗为宜，慎不可以火攻之。
(20)（一类）

【解读】这条原文论述了寒湿在表表实证的证治。

“湿家”提示内因，素有脾运不健。它的主症：“身烦疼”，“烦”是因为疼痛剧烈而烦扰不宁。寒湿和风湿有别。区别在哪呢？寒湿为患，有寒邪的性质，又有湿邪的特性。寒邪属于阴邪，主收引，主疼痛，因此，疼痛剧烈，且固定不移；湿性黏滞，既痛剧，又重着，因此使病人烦扰不宁，疼痛剧烈又重着不移。

“可与麻黄加术汤发其汗为宜”，只是身烦疼就敢用麻黄加术汤吗？所以，这也是一种省文的形式，还得以方测证。

如果用麻黄汤作底方，除了“骨节疼烦”为主症外，它一定得有太阳伤寒的无汗表实证：发热，恶寒，无汗等。

麻黄加术汤中，麻黄汤为发汗峻剂，一定要遵照“微发其汗”的原则。使麻黄汤的发汗力减弱，不至于大汗或过汗才相宜。在配伍的妙用上，张仲景独具匠心。



“麻黄得术，虽发汗而不至于过汗，术得麻黄，并行表里之湿”已成为《中药学》、《方剂学》脍炙人口的配伍原理，符合“微汗法”原则。

既然麻黄加术汤治疗寒湿在表，而且一定兼有表实证，麻黄加术汤的功效：发汗解表，散寒除湿。

禁用法：

(1) 禁用大汗。

(2) 禁用火攻，“慎不可以火攻之”。不可强迫汗出，强迫汗出会使湿邪变生它证。两种变证，湿盛化热，容易发生黄疸；热盛了，就容易衄血。所以切记。

(三) 风湿在表

【原文】病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿。此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致也。可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。(21) (一类)

【解读】本条是论风湿在表表实证的证治。

“病者”，是指得了风湿病的病人，风湿合邪以游走性关节疼痛和身痛为临床特征。

“一身尽疼”，“尽”，范围副词，也是指周身的疼痛症。《内经》中说“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也”，风痹，疼痛呈游走性。

后面要学习的三附子汤证，它们所表现的仍然是风湿，但是疼痛的程度有别。比方说23条的桂枝附子汤证、白术附子汤证，是“疼烦”，“不能自转侧”，或者转侧疼痛加剧。甘草附子汤证，24条，“骨节疼烦掣痛，不得屈伸”，“掣痛”就是游走性疼痛，“不得屈伸”，是关节活动受限，而且“近之则痛剧”。说明风湿之邪在肌肉关节之间，都是风湿为患，随着时间的推移，病情的加剧，病情上并不完全一样。

如果和前面的寒湿在表表实证比较的话，前面的表实证，有发热、恶寒、无汗；麻杏苡甘汤证也发热，有什么区别呢？

“日晡所剧者”，“日晡所”是个时间概念，“晡，即申时”，申时相当于下午3点到5点，是傍晚时分。此时疼痛及发热就比上午重了，可以说“朝轻暮重”。为什么？因为这个时间属于阳明，阳明为多气多血之腑，湿邪容易化热、化燥。因此，就用“日晡所剧”来代表风湿有化热、化燥倾向，有伤阴的趋向。

因此不能完全用辛温剂来治疗。如何化裁？如何解决化热、化燥的问题？

麻黄汤去桂枝加薏苡仁，功效为轻清宣化，解表祛湿。



在张仲景这本书里，四用薏苡仁，除本方外，又治胸痹、肺痈、肠痈。功效有三：①主风湿痹证，可清湿热；②主筋脉拘挛以止痛；③消痈排脓。薏苡仁，味微甘而性微寒，治疗风湿痹证有化热、化燥倾向，必用；也能治筋急的拘挛疼痛。《本草求真》说：“薏苡仁专入肺、脾、胃经。书载上清肺热，下理脾湿，以其色白入肺，性寒泄热，味淡渗湿故也”。说明它入肺、脾、胃经，具有清化湿邪，配合活血化瘀药以利消痈排脓的作用。

本方为麻黄汤以薏苡仁易桂枝，使辛温剂变成了辛凉剂，你说妙不妙？可以说此为温病派兴起创制的三仁汤打下基础，方中有薏苡仁、杏仁、白蔻仁等，治疗湿温在气分的病证。

本条文指明风湿的病因：“此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致也”。比方说，夏季炎热，大家贪凉；或者冷饮过度，护理上应该加以注意，否则容易得风湿病证等。

【临床应用体会】治疗风湿痹证的麻杏苡甘汤，还可用于湿温病。薏苡仁配杏仁，再配上鱼腥草等，对肺感染，或者吐脓痰者，有很好的治疗作用。

临床上，我用薏苡仁治疗多发性扁平疣。现在用于食疗，特别是美容上，也都很注意苡米的药物功效。薏苡仁上能清泄肺热，下能祛除脾湿，所以，对湿热型的面部痤疮等皮肤病，这个方子也可以的。但是，麻黄、甘草的用量要适当减少或不用。

表 4 麻黄加术汤证与麻杏苡甘汤证比较表

	麻黄加术汤证	麻杏苡甘汤证
主治证	寒湿在表表实证	风湿在表表实证
病因病机	寒湿之邪着于肌表，阳气不通	风湿郁于肌表，阻遏阳气，化热化燥
症状特点	身烦疼，重着而固定不移，遇寒加重，发热，无朝暮之分，恶寒、无汗	一身尽疼，掣痛，不得屈伸（游走性），发热日晡所剧（朝轻暮重）
治 法	辛温散寒除湿	轻清宣化，解表除湿
配 伍	麻黄三两、桂枝二两、杏仁 70 个——辛温重剂	麻黄半两、苡米半两、杏仁 10 个——辛凉轻剂

（四）风湿表虚

【原文】 风湿，脉浮、身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之。（22）

（一类）



【解读】从方测证看得出来，防己黄芪汤证是一个表气虚证，为什么？方中有黄芪。亦有学者认为本方主治风湿兼气虚证。

“脉浮”，对于风湿病来说，是主表，主风邪与湿邪相合；风邪为重，也主脉浮。“身重”是湿盛的表现。

“汗出恶风”，是表气虚还是表阳虚？表气虚是卫气不固，腠理疏松，因此汗出，多汗且恶风。

在具体治法上，防己黄芪汤是益气固表，祛风除湿的功效。怎么体现出来的呢？

黄芪、白术相合益气固表。生黄芪走表，能够固表，能够益气。白术，健脾益气。两药都属于甘温补脾的药物，共奏益气固表，祛风除湿之功效。相须为用，针对表虚证而治。

白术、防己相合祛风除湿；甘草配姜、枣——调和营卫。

【按语】我们看“方后注”的煎服法，姜、枣在其中。关于用量就按照《伤寒论》所讲的汉代度量衡，现在在北方，一钱是5g，是按照十两制的进位，在南方，十六两制，3g是一钱。“方后注”中讲了几个加减法，比方说“喘者加麻黄半两”，取麻黄的平喘作用。“胃中不和者”，“加芍药三分”，芍药能够通血痹，而且原方里有甘草，芍药配甘草，具有缓急止痛作用。因为风湿“一身尽疼”，要解决疼痛问题，加芍药。同时对“胃中不和者”，能够缓急；对关节痛也能缓急止痛。“气上冲加桂枝三分”，这是取桂枝平冲降逆作用，治疗冲气上逆。“下有陈寒者加细辛三分”。细辛的作用，辛温发散。《中药学》教材中，有把细辛放在辛温解表药里，后来又放到温里药里，为什么会这样？作为细辛，按辛温药，有一种发散解表的作用；作为温里药，对于在阴经之里的寒邪，它可使其达外。

【临床应用体会】有位病人，是办公室工作人员，经常外出，有一个冬天，他总说小腿的里侧疼，不是转筋，但是走起路来，那地方发紧、发疼，怎么办好？我给他调理，底方都是治他失眠症的，刺五加20g，灵芝20g，五味子20g，还用了川牛膝，使它引药下行，木瓜，舒经活络。我加了细辛5g，就是在扶正的基础上，用了一些偏温，但比较平和的药。他这个症，就开了一次方，他说真就不疼了。细辛用在这位病人身上，当时我就想，他描述的疼痛部位，是不是足少阴肾经呢？我觉得细辛能使在阴经之里的阴邪、寒邪得以达外。所以，我就用了，并配上川牛膝，引药下行的活血作用。另外，木瓜可以使“筋急”症缓解。我为什么没用苡米呢？



王雪华金匮要略讲课实录

我看他应该是一个慢性的虚证、寒证，苡米偏寒。结果药后使他的神经系统比较稳定。整个方子，就是温中有通有散的作用，所以取效。

【按语】下面接着看“方后注”的反应，“服后当如虫行皮中，从腰下如冰。”

(1) 证明服药后，风湿之邪，开始向下排除。

(2) 说明防己黄芪汤是利小便法。湿邪为阴邪，要从“腰下”膀胱走出，所以有“如虫行皮中”的自觉症状，其范围明确在腰间，不是治坏了，是药物得效的标志。

(3) 证明此为张仲景临床的真实记录。

(4) 关于护理上应该注意让病人“后坐被上”，用一个被把腰围起来，助之以温，这符合“近其所喜，远其所恶”的护理原则。但要取其微汗之意。实际上，本方汗利并行，表里俱治之。

(5) 大家看防己黄芪汤的药量，参差不齐的，防己一两，甘草半两（炒），白术七钱半，黄芪一两一分，《讲义》的【校勘】向大家推荐了《千金·卷八·风痹门》的用量，写得非常简明，切合当今临床，实用性更强，可以借鉴。综上所述，“方后注”能体现张仲景的经方临床应用的具体要求和主要精神。

【临床应用体会】

防己黄芪汤，治风湿痹证毫无疑问。但是，①一定得针对脉浮，身重，汗出恶风的表气虚证，我们知道，“卫气者，所以温分肉，充皮肤，肥腠理，司开合也。”因素体卫气不固，肌腠疏松，故而汗出，且恶风不减，这与太阳中风的表虚证完全不同，所以益气固表，同时祛风湿。②对于风水，也得属于表气虚证的，才可用这个方治疗，为“异病同治”。

慢性肾炎，如果是尿蛋白不容易去除，防己黄芪汤有利水消肿的作用，黄芪还能帮助去除尿蛋白。特别是有的小儿肾病综合征，出现满月脸，激素又不能马上撤下来，这时候，用防己黄芪汤，加上收敛又能补肾的药物，如金樱子、芡实、山药等，往往对于改善尿检结果有一定疗效。另外，协助激素的慢慢撤除，保证患儿的正气来复，很有意义。

请注意防己含有马兜铃酸成分，对肾功的损伤不可不知。辨证选用粉防己；注意其用量；密切关注实验室检测指标的变化等做法都是可取的。

（五）风湿表阳虚及表里阳虚

【原文】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；若大便坚，小便自利者，去桂加白术汤



主之。(23)(二类)

【解读】三附子汤，作为二类原文熟悉。为什么要重复《伤寒论》方？“微发其汗”、利小便的基本治法，都是给湿邪以出路，但最终要通其阳气，助阳、扶阳，三附子汤体现得更为明确，但因篇幅所限，只作要点分析。

(1) 桂枝附子汤，方中桂枝，辛温通阳，能够辛散温通，祛除在表的风邪。炮附子，增强止痛力。“身体疼烦，不能自转侧”，一定得用炮附子止痛。辛热之品，针对风湿为患，我们强调它有温经助阳行痹的作用。甘草、生姜、大枣——调和营卫。

因此，桂枝附子汤证是风湿在表、表阳虚，风邪重于湿邪，用桂枝附子汤达到温经助阳，祛风除湿的作用。

(2) 白术附子汤，为什么去桂呢？加白术的道理是什么呢？

去桂是因为风邪已去，一证两方。已用桂枝附子汤把风邪祛除了，再用桂枝发散就有伤表的弊端。所以，为了防止徒伤在表之阳，必须把桂枝去掉。

表阳虚，湿邪重于风邪，或湿邪为重。要加白术的道理在于：①白术配炮附子，善去皮中之寒湿；②“若大便坚，小便自利者，去桂加白术汤主之”。在临床实践上已经摸索出来成熟经验，就是方中用生白术25~30g，水煎剂，日2次温服，有通便作用。

《中药学》讲到的通便药物，如寒下法的大黄，苦寒泻下；承气法的芒硝，性咸寒；热下法的巴豆；润下法，种仁类的药物；既能滋补，又能通便的，比如当归、肉苁蓉；还有，就是这个生白术。若想止泻，可以用健脾、补脾的焦白术（炒白术），这在儿科非常实用，你不一定方方为了通便，就用榔片，甚至于大黄后下，对患儿的脾胃有伤害。可以试着用生白术，根据他的脾胃情况，选用润肠通便作用的药物，这是从本方得出来的临床体会。所以，经方给后人的启发，在临床实践中再摸索，有很多经验可以总结。

我们再看这两张方子的用量，白术附子汤恰恰是桂枝附子汤的一半，白术附子汤为什么减量了呢？风邪已经祛除或减弱了，上方炮附子用到3枚，相当于60g，白术附子汤的用量一枚半，比较合理；药量减半也证明了桂枝附子汤用于风邪盛于湿邪者，表阳虚的程度比较重，所以它用量较大；当风邪已除或减弱时，疼痛也减轻的时候，它的用量就随之而减。所以，药量是很讲究的，一定要方证相符。



【原文】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。（24）（二类）

【解读】甘草附子汤证是风湿相搏，病邪由浅入深，表里阳气俱虚。表里阳气俱虚表现在“汗出”，“恶风不欲去衣”。什么叫“恶风不欲去衣”？汗出，还怕风，怕冷，得穿着衣服，还老觉得有风吹的感觉，这就是表阳虚证较重，卫外不固了。

“短气，小便不利”，“或身微肿”。这是湿盛的表现。为什么？里阳虚了，气化不利。

所以，甘草附子汤证的病机为表里阳气俱虚，风湿并重（两盛）。

甘草附子汤的组成四药齐备：甘草、白术、炮附子、桂枝，功效：温经扶阳，散寒祛风除湿。

甘草（炙）为君药，能补，健脾祛湿；能缓，缓急止痛。

白术，健脾祛湿，配合炙甘草，并以甘草命名本方，体现增强健脾祛湿的作用。

炮附子二枚，温经扶阳，散寒除湿止痛。桂枝，辛散温通，通阳化气，又能散寒。二者都是辛温、辛热之品，加强止痛力和散寒除湿的力量。

桂枝附子汤、白术附子汤与甘草附子汤三方，同治阳虚不能化湿的风湿相搏证，但是，主治的证候，各有不同，比如桂枝附子汤是治风邪重于湿邪的表阳虚证；而白术附子汤证也是表阳虚，但是湿邪重，或重于风邪；甘草附子汤治风湿两盛，表里阳气俱虚证。

【临床应用体会】治疗湿病应注意据证用药，比如：①寒邪较重时，可重用发散药，宜加用适量的补气助阳药以符合“微汗法”。②湿郁化热时，宜少用温散药，减少发散药用量，酌加清利湿热药。③化燥伤阴时，须明辨病机，伍用生津护阴的甘润之品。④对阳气已虚者，不用或少用发散药，如防己黄芪汤、甘草附子汤是其例证。

喝 病

一、概述

“喝病”，是指伤暑，不是大家通常所说的中暑。伤暑的特点，一定是在夏季，有严格的季节性。《素问·阴阳应象大论》说：“在天为热，在地



为火，其性为暑”，属于热性病的范畴。暑邪为阳邪，在初起的时候，也是首犯太阳。

喝病的三个条文，如果说张仲景对《内经》有继承、有发展，其表现：

(1) 继承的一面：认识到暑邪为阳邪，伤人阳气；暑邪兼夹湿邪，或暑热之邪。三条原文，一条讲到暑热之邪，两条讲到暑湿之邪。

(2) 发展的一面：看到伴有气虚证，造成气阴两虚，方有白虎加人参汤、一物瓜蒂汤，给后人以启发。

二、脉症

【原文】太阳中喝，发热恶寒，身重而疼痛，其脉弦细芤迟。小便已，洒洒然毛耸，手足逆冷，小有劳，身即热，口开，前板齿燥。若发其汗，则恶寒甚；加温针，则发热甚；数下之，则淋甚。(25) (三类)

【解读】这条原文是讲太阳中喝以后，主要的脉症以及误治后的变症。因篇幅所限，现将有关原文解析的部分略去。谈点个人临床体会。

【临床应用体会】原文中虽没有给出方剂，但临床能够见到的，比方说冠心病的诱发因素：一是寒冷刺激，二是饮食过饱，再就是精神刺激，过于激动。这三个因素，中医与西医是达成共识的。那么，作为老年的冠心病病人，在夏季为什么容易复发？而且症状也是连喘带咳，不能活动，稍事劳作，病就复发？这时就应按照伤暑、气阴两虚来对待。这样的老年人用什么方呢？清暑益气汤，此方有两个。

首先介绍李东垣的“清暑益气汤”，用于气阴两虚证。李东垣特别注意顾护脾胃之气。所以，对于元气本虚，又伤于暑湿，耗伤了气阴者，这个清暑益气汤非常有效；另一个，就是王孟英的“清暑益气汤”，这是温病派的，偏于辛凉，清热、清暑气，所以，这个方重在养阴生津，偏于凉润。

我认为冠心病、糖尿病的气阴两虚证，在夏季症重时，可以按照我们今天讲的治法针对伤暑后气阴两虚证，建议用清暑益气汤。如果本虚重，咱们就扶正固本生津，升阳益气除湿，这是按照暑湿之邪辨证，用王孟英的清暑益气汤，养阴生津。如果是老年夏季热，既没有冠心病，也没有糖尿病，就是夏季出现的热不退，属气阴两虚证。就像他说的，既恶寒，又发热，这样一种阳气虚馁的情况。可以从伤暑的角度考虑，以益气养阴法来治疗。小儿的夏季热，王孟英那个方子，就更适合小儿了。后世的方子



有效，更是发展的一面了。还有的认为“夏用香薷，冬用麻黄”。刚才讲的方子都是用麻黄、桂枝，甚至于炮附子等。现在告诉你，夏季的情况，就得善用香薷了，关于香薷，后面我再详细介绍。

三、证治

（一）伤暑热盛

【原文】太阳中热者，暍是也，汗出恶寒，身热而渴，白虎加人参汤主之。（26）（二类）

【解读】太阳中热，就是伤暑，名为暍病，用白虎加人参汤治疗。在《伤寒论》中学习主治阳明经热证，白虎汤，必须有四大症：身大热、口大渴、汗大出、脉洪大。从原文中可以看出，暍病具备汗出、发热、身热、渴，没说有脉洪大，但多出了一个“恶寒”。恶寒，证明是气虚，而且津液被伤。所以，白虎加人参汤是张仲景对肺胃气阴两虚证创制的著名经方。

白虎加人参汤在《金匮》里面，第一次见，是治疗伤暑之后气阴两虚证，是暑热之邪造成气阴两虚的，用白虎汤为基础方，清肺胃之热以存津。兼有气虚恶寒的必加用人参益气生津。需要注意，伤暑的汗出、恶寒，是汗出在先，因汗出而恶寒，与一般的表证恶寒、发热者不同。暑必发热，故其人发热；暑热伤津，又见口渴，这些都是暑病的主症。所以，一定不要和一般的伤寒的发热、恶寒混淆了。先汗出，后恶寒，而且恶寒伴发口渴是暑热的标志。由气阴两虚造成的，所以白虎汤加人参益气保津。

加人参，到底是加西洋参，还是太子参、党参呢？

有人研究过，包括《伤寒》、《金匮》28方所用的人参，全用的是党参。党参，它区别于其他参的作用，对虚不受补者，党参为最妙。而现在对糖尿病气阴两虚证，愿用西洋参，因为味甘、微苦、性寒，所以它可清火生津，补气而养阴。然而西洋参造价贵，对于普通的老百姓，尤其糖尿病需要终身治疗，还是适当用为宜。太子参就是孩儿参，也可叫童参，平性，量可适当多些。它入脾肺经，能补脾能润肺。关键是它不仅补气，而且还生津液、止渴。所以可以选用，这就是根据临证病人体质的情况，包括他对药物的承受能力，都应该综合考虑。

【按语】请大家注意，《素问·刺志论》说的“脉虚身热，得之伤暑”，就是为本条言明“暑热之邪为什么会导致气阴两虚”作一个理论根



据。亦是所有引文对《伤寒论》的白虎加人参汤从方义上帮助理解，怎么能够兼治气阴两虚证？徐灵胎的认识是“凡汗出多之病，无不恶寒者，以其恶寒、汗出而误认为寒，妄用热剂，则立危矣。”那就是治错了，会造成病情危重。

从以上方证的分析中，可以看到张仲景继承了《内经》的一些理论和基本认识，其发展的一面，指出了暑邪的这种严格的季节性，它一定要兼夹湿邪，成暑湿之邪，伤人后造成气阴两虚。暑热之邪伤人，也有气阴两虚的问题。

（二）伤暑湿盛

【原文】太阳中暍，身热疼重，而脉微弱，此以夏月伤冷水，水行皮中所致也。一物瓜蒂汤主之。（27）（三类）

【解读】“太阳中暍”的暑湿伤阳，在病因上，原文概括为“夏月伤冷水，水行皮中所致”。不管是饮冷，还是汗出入水中，都可以导致暑湿伤人，而且特别是伤阳。因此，表现为身热疼重，脉象微弱，说明阳气被遏。

请大家注意，《伤寒论》里也有这个条文，但是，没有“一物瓜蒂汤主之”这7个字，所以，有人怀疑这个方是不是后人给加进去的。但是我觉得，它毕竟是给你作出了一个范例。一物瓜蒂汤应该是吐法的代表方剂，用到这里，怎么能使暑湿之邪去掉呢？一种看法认为通过涌吐，全身汗出，所以能够散湿祛暑。

现在，临床上吐法的应用，包括西医，第一，是食物中毒者；第二，就是寻死的人，服用毒药，咱们给他洗胃，得涌吐；还有，就是急性胃扩张者，为了解决“宿食在上”的问题，“其在上者，因而越之”。由于一物瓜蒂汤这个方，很少有人想到用瓜蒂。

后人就想，怎么能够既祛暑又散湿，解决暑湿之邪呢？“夏用香薷”。

《太平惠民和剂局方·卷二》的香薷散，它的组成就三味药，香薷、白扁豆、厚朴，解表散寒，化湿和中。由于夏季贪凉饮冷，受寒凉了，外感于寒，内伤于湿所致，临床表现就像夏季的胃肠感冒，恶寒、发热，头痛、头重，胸闷，四肢倦怠，烦躁，脉浮，是个表象。舌苔什么样？暑湿之邪，又有热邪、湿邪，舌苔应该白腻，因湿邪为重。这样才能用香薷散，从中焦而治。

临床可以酌情加减，比方说针对湿邪很重，要化热了，就加上黄连。黄连清胃热，而且少量的黄连又有养胃、健胃的作用。根据舌苔情况，有



没有黄腻的表现，用四物香薷饮。因加上黄连，就变成“四物”了。加茯苓，再加甘草缓中，叫做五味香薷饮。夏季里，特别是关节痛、烦，若有转筋，木瓜就更应该用了，它祛湿，还能够缓解疼痛，加木瓜，就叫做六味香薷饮。再加术、参、芪，偏于脾虚湿盛，湿邪困脾要用温补；橘红，针对脾虚湿困，就是十味香薷饮。因此，夏季，对于小孩、老年人脾虚，湿邪又缠绵不去，这个方就比较稳妥了。

此方给后人的启发是：①从肺来治，宣肺化湿，而不是去涌吐。②从脾来治，芳香化湿。③从肾与膀胱来治，利水渗湿。所以，这样既全面又稳妥，而且适合于小儿和老年人这样的体虚体质。

痉湿喝病脉证治第二全篇小结

- 痉病
- 概念：以项背强急，口噤不开，甚则角弓反张为主症的一类疾病（7）

病因病机

内因：素体津液不足或输布不利

外因：外感风寒（或误治）

邪阻筋脉，筋失濡养，致筋脉强急

病位：筋脉

主脉：按之紧如弦，直上下行（9）

分类

太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉（1）

太阳病，发热汗出，而不恶寒，名曰柔痉（2）

辨证施治

柔痉——栝蒌桂枝汤——解肌祛风，调和营卫，清热生津，滋养筋脉（11）

欲作刚痉——葛根汤——开泄腠理，发汗除邪，滋养津液，舒缓筋脉（12）

里热成痉——大承气汤——通腑泄热，急下存阴（13）

误治与预后（3、4、5、6、8、10）



湿病	概念：以发热、身重、骨节疼烦为主症的一类疾病	
	病因病机	“湿伤于下”，“湿流关节”，湿邪痹阻，阳气不通，不通则痛
		外因：外感湿邪，可夹风邪或寒邪
		内因：素体阳气不足，脾运不健
	分类：外湿、内湿，本篇以外湿为主	
	病位：肌肉、关节	
	治法	内湿：小便不利，大便反快——但当利其小便（14）
		外湿——发其汗，但微微似欲出汗者（18）
	证治	头中寒湿——纳药鼻中（19）
		实证
		寒湿在表表实证——麻黄加术汤——发汗解表，散寒除湿（20）
		风湿在表表实证——麻黄杏仁薏苡甘草汤——轻清宣化，解表祛湿（21）
		虚证
		风湿在表表虚证——防己黄芪汤——益气固表，祛风除湿（22）
喝病	证治	风湿证
		表阳虚证
		风邪 > 湿邪——桂枝附子汤——温经助阳，祛风化湿（23）
		湿邪 > 风邪——白术附子汤——祛湿温经（23）
		表里阳气俱虚之风湿并重证——甘草附子汤——温经扶阳，祛风除湿（24）
		湿病发黄（15）
	误下变证（16、17）	
	概念：喝即伤暑，以发热身重，汗出烦渴，少气脉虚为主症的一类疾病（25）	
	证治	伤暑热盛，偏气阴两虚证——白虎加人参汤——清热祛暑，生津益气（26）
		伤暑湿盛证——一物瓜蒂汤——祛湿散水（27）
	误治变证（25）	



百合狐惑阴阳毒病脉证治第三

【合篇意义】

1. 这三种疾病病情复杂，变化多端。
 2. 症状相似。狐惑病和百合病，都有精神恍惚；狐惑病和阴阳毒均有咽喉症状。
 3. 病因上均与热有关。
 4. 治疗上属于杂病范畴。
- 这一篇属于杂病里别具一格的篇章，颇有研究价值。

百合病

一、概念

指精神恍惚不定，饮食、行动失调，以口苦、小便赤、脉微数为临床特征的一类疾病。

二、命名

关于命名，有三种看法：

1. 从治疗学角度 清代注家魏念庭说：“百合病用百合，盖古有百合病之名，即因百合一味而瘳此疾，因得名也”。“瘳”，治好、治愈的意思。百合一味药，能够治愈百合病，是从药物的疗效说起。
2. 从病机学角度 关于“百脉一宗”，尤在泾解释说：人体周身之脉，“分之则为百脉，合之则为一宗”，“百”加“合”为“百合病”。
3. 从症状学角度 因病情复杂，症状百出。

我觉得，以百合的疗效作为疾病命名的说法比较合理。



三、证候特点

1. 心神不宁证 症状百出，来去无凭。包括饮食、精神、起居、感觉等方面异常改变。

2. 阴虚内热证 “口苦、小便赤”，“其脉微数”为临床诊断依据。

单一的精神恍惚证，不称其为百合病；单一的阴虚内热证，也不是百合病。必须两者同时并见，才是张仲景所论述的百合病。

【基本治法】养阴清热，宁心安神。

【具体治法】

(1) 内治法——主方：百合地黄汤，变方：百合知母汤等。

(2) 外治法——百合洗方。

四、脉症与病机

【原文】论曰：百合病者，百脉一宗，悉致其病也。意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤，诸药不能治，得药则剧吐利，如有神灵者，身形如和，其脉微数。

每溺时头痛者，六十日乃愈；若溺时头不痛，渐然者，四十日愈；若溺快然，但头眩者，二十日愈。其证或未病而预见，或病四五日而出，或病二十日、或一月微见者，各随证治之。（一类）

【解读】本条论述了百合病的病因病机、脉证、治疗原则及预后，是百合病的总纲。首先看原文，共三个自然段。第一段：“论曰：百合病者，百脉一宗，悉致其病也”。

“悉致其病”，“悉”，范围副词，全、都的意思。是说得了百合病的人，就像全身都病了似的。为什么呢？由于“百脉一宗”。人体周身之脉，同出心肺，心主血脉，肺朝百脉。如果心肺功能正常，气血周流，人体就安然无恙。反之，心肺功能失常了，就好像全身都病了一样，症状百出。

1. 症状百出为一组心神不宁证（精神恍惚不定证）。

(1) 饮食上的改变——“意欲食复不能食”，“欲饮食，或有美时”，“不用闻食臭时”，是心肺阴虚，以心阴虚为主。由于心阴不足，神不守舍，则心神不宁。

病人睡不好，吃不好，莫可名状，不能正确表达自己所想、所愿。二是根据五行生克制化原理，心脾相生，心阴（血）不足，直接影响脾的运



化，心血不能滋养脾，造成脾气不足，脾运不健。所以出现饮食上的改变。

我们见到一个病人，她在半夜突然想要吃饺子，这是“或有美时”的表现，她丈夫为了安抚她，只好给她出去买，大费周章买回来已经过了一段时间，也不知道是因为时间长了而表现出极大的不耐烦，还真就是厌食了，她对饺子连看都不看，甚至连气味都不能闻。说这段情景的时候，她还挺委屈的。

这是从两个方面来理解饮食上的改变。

(2) 精神方面的改变——“常默默”。由肝郁气滞，影响肝的疏泄所致。

“默默”，精神抑郁、寡欢、少语、闷闷不乐，表现为一种抑郁状态；还有的人，表现为特别愿意说；也有的表现为非正常思维，这些都属于精神方面的改变。张仲景特别用“常”字，因为我们在生活中，每天都会遇到不遂自己心愿的事，经过自身的调节，会很快就过去。但是患了百合病的病人，自身调整心态的能力较差。所以，常常地会经过一段时日，或经过一段时间的治疗，却得不到纠正。

(3) 起居、行动方面的改变——“欲卧不能卧，欲行不能行”。心主神明，心阴不足，神失所养，神无所主，举止行为失调。

有一位女患者，她家住在楼上，在一个冬天里，她突然向他爱人提出：“这屋里空气不好，我得出去散散步”，她爱人怕她感冒，尝试劝阻，她就非要去开窗户，要跳出去。大家想，这个行为确实反常。精神病院确诊她没有精神分裂症，建议她来看中医。我觉得她这种“欲卧不能卧，欲行不能行”就是神识上的异常。有的表现为坐卧不安、焦虑失眠、烦躁等。当她心情比较平稳的时候，你若问她：“你刚才是怎么回事啊？”她自己也觉得挺后悔。

(4) 感觉方面的改变——“如寒无寒，如热无热”。为心阴不足导致精神恍惚不定，表现为异常感觉。病人可能感觉有点儿冷，但不是真正恶寒；又说他很热，实际上，也不是真正发热。张仲景用八个字把它概括得很贴切。

有这样一个病人，她到我门诊来，初诊来看病的时候，刚坐下就站起来，看看凳子，再瞧瞧我，然后坐下，再讲她是什么情况，请我给她好好看。还没有几分钟的功夫，又站起来，我也挺奇怪，就问她怎么了，她说：“我一坐下来，就觉得好像坐在气球上。”显然是种异常感觉。还有一



位女患，她自己表述，要是穿得少了，恶风的症状更明显，就在臀部，特别是走路时不敢快走，她就觉得有风在吹她，没办法， she 就把衣服再加厚一些，好像能减轻吹风样的感觉。

(5) “如有神灵者”——以上症状百出、病情复杂，像鬼神作祟一样。但张仲景是无神论者，反对迷信，用“如”字来形容症状变化多端。

(6) “身形如和”——是指四诊合参，看不出明显的病态。如果从西医的角度看，作一系列的相应检查，找不出阳性体征，无器质性病变，属于神经系统失调的表现。

所以，总结以上六项临床表现，张仲景对百合病心神不宁证的描述，即全面又细致，非常符合临床实际。到了 21 世纪，这个疾病有上升的趋势，很值得深入研究、探讨，并在临床实践中要进一步摸索。

可以说，这些是来去无凭的，不能作为临床诊断的依据，临床诊断的依据要看什么呢？

2. 一组阴虚内热证：“口苦、小便赤、其脉微数”。

“口苦”由心阴不足，致虚火上炎。其脉微数、小便赤，都是阴虚内热的表现。

“诸药不能治，得药则剧吐利”。是指治疗了很长时间，起效慢，或效果不显，这与临床实际是相吻合的。

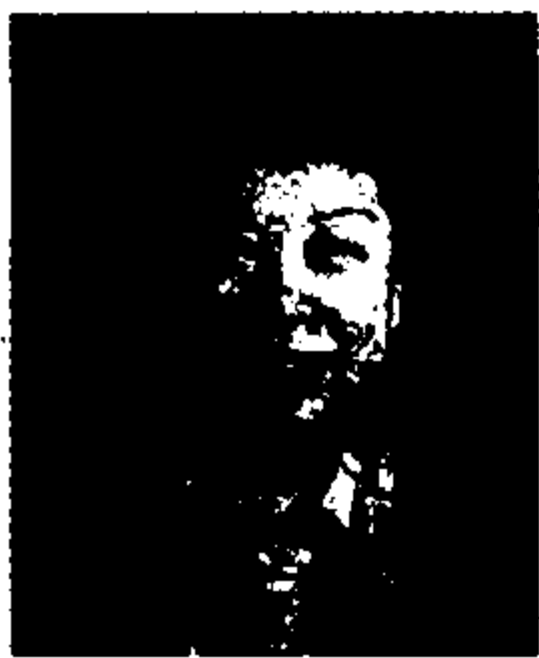
同时，又提示了误治。比方说，误认为“如寒无寒，如热无热”是表证，采用汗法治疗，犯了“虚虚”之戒；对饮食上的改变，误认为是里实证，采取了下法，就容易引起吐、泻；还有的认为，怪病多痰，用吐法。因此，“得药则剧吐利”，是误治的结果。

“诸药不能治”，到现在来说，的确在西医学领域内还没有特效的药物来治疗神经衰弱、精神衰弱、神经官能症，都是对症治疗，而中医药可以辨证施治，具体情况具体分析，特别是个性化的治疗，不仅看病，还要看得病的这个人，从整体上分析所患疾病的证候与病机。这条原文告诉我们，百合病的正治法为养阴清热、宁心安神。并提示了禁忌：汗、吐、下法。

第二段原文，较有争议，我讲我们的认识。

“每溺时头痛者，六十日乃愈；若溺时头不痛，渐然者，四十日愈；若溺快然，但头眩者，二十日愈”。“溺”，名词，和“尿”是通用的。

排尿时头痛为阴虚肝旺；头眩者是肝阳偏亢；渐然，同“如寒无寒”的异常感觉，属于神志不宁证。



我现在讲的，并不是指“排尿性晕厥”。从经络辨证来看，足太阳膀胱经的循行部位与头、足、膀胱有联系。肺有通调水道、下输膀胱的功能，而膀胱又外应皮毛，其脉上行于头，入络脑，故小便时会有头痛、恶风、头眩的症状产生。

百合病的愈期问题是不定的。一是要坚持治疗，二是心理调治。作为医生，要辨证求因，审因论治，饮食与调护并重，同时作思想开导工作，促进他向愈。

第三段，“其证或未病而预见”，“证”，是指百合病的两组证候。“病”指热病。百合病的证候，在没得热病以前就出现了，一种认为是热病的前驱症状；我认为它是百合病的原发性病因，是由情志不遂，郁而化火所致，和热病没关系。

“或病四五日而出，或病二十日或一月微见者”。“微”，通“复（復）”，提出在热病四五天、二十天，或热病后一个月，出现百合病的症状。说明是继发于热病后，为继发性病因，为热病之后，余热未清所致。

因此，情志不遂，郁而化火；热病之后，余热未清均可导致阴虚内热。从临床观察看，情志为病，药所难及，治疗棘手。对以心阴虚，神志不宁为主要表现的病人，采用养阴清热、宁心安神的治法是正确的。

20年前我曾看过一个非常典型的病人，到现在还记忆犹新。他是化脓性脑膜炎恢复期，属于热病后期，余热未清，化脓性脑膜炎的感染灶已经基本治愈，但是，神经症状仍然有表现。问诊的过程中，他跟我们说：“你看那白墙上，有三只黑羊在跑。”这是什么呢？幻视。是余热未清，所以治宜养阴清热，宁心安神。

五、证治

（一）百合病正治法

【原文】百合病，不经吐、下、发汗，病形如初者，百合地黄汤主之。

（5）（一类）

【解读】“不经吐、下、发汗”，未经误治。“病形如初”一指病情比较稳定，虽经一定时日，脉证变化不大；二指如同第1条所述的临床表现（两组证候）。“百合地黄汤主之”，为什么说百合地黄汤是百合病的主方？从五脏病机分析：



心阴虚为主→神志不宁证（辨病与辨证相结合，以辨证为主）

↓

脾气不足→脾运不健→饮食上的改变

肝气郁滞→肝失疏泄→“常默默”等精神上的改变

↓

肝郁化火→
 { 虚火上炎——口苦，小便赤
 { 阴虚肝旺——头痛、头眩

肺朝百脉，功能失常→下输膀胱不利→排尿异常

↘

在用药上，百合入心、肺二经，有清心、润肺功效

“百合地黄汤主之”——养阴清热，宁心安神，为正治法之主方。

方中百合——润肺清心安神。百合甘而微寒，入肺经，润肺止咳；入心经，有清心安神之效。《日华子本草》：“百合，安心，定胆，益智，安五脏”。生地黄汁滋肾水，养肾阴，益心阴，清血热。泉水，沁人心脾，取其清热、利小便的作用。

程门雪在《金匱篇解》中有一个独到见解：“见心之病，知心传肺，当先实其肺气”，百合地黄汤正体现了这一治疗作用。

百合，润肺清心，清气中之热；生地黄汁滋阴清热，清血中之热。同归心肺一宗，既清气分之热，又清血分之热，达到“当先实肺”。

“方后注”：①“中病，勿更服”。一是指中病后，效不更方，应当守方，坚持治愈；二是指病愈了就不必再服药了。我觉得临床上均有意义。②“大便当如漆”，怎么理解？张仲景有经验积累，嘱咐病人要坚持用药，如果见到大便色黑，你不要害怕，那是服用地黄造成的，停药后自然消失。

张仲景提出“各随证治之”的治则，仍是辨证施治基础上的灵活变通。是在主证不变的情况下，基本治法不变，“有是证（症），用是药”，与“对症治疗”不同。以下分有救治法和变治法，体现“随证治之”的精神。

（二）百合病的救治法

1. 误汗

【原文】百合病发汗后者，百合知母汤主之。（2）（一类）

【解读】误认为“如寒无寒，如热无热”是表实证，用了汗法，会使肺阴更加受伤，出现口燥；伤及心阴则心烦。



主证不变（心神不宁证 + 阴虚内热证）——百合主药不变，清心润肺，益气安神。

变证——心烦、口燥，没到口渴程度，误汗，致心肺阴虚更重了——加用知母，养阴清热，除烦润燥。

配合泉水，清热、利小便。

三药合用，共奏养阴清热、除烦润燥之功，这是百合知母汤。

2. 误下

【原文】百合病下之后者，滑石代赭汤主之。（3）（二类）

【解读】误解“意欲食复不能食”，“欲饮食，或有美食，或有不用闻食臭时”为里实热结证，用了苦寒泻下法。

主证不变；变证见呕吐、呃逆，是因误下伤及胃阴，胃气上逆所致。小便少，大便溏泻是由误下伤及肠道。

“滑石代赭汤”的方名有省略。因主证不变，方名应是“百合滑石代赭汤”。方中，百合配泉水，以泉水煎煮百合。现用水多为自来水，当然有条件者可用泉水，亦可在方中加用清热养阴之品，意在取清凉作用。

滑石，清热利尿而不伤阴，利小便又能实大便。代赭石，和胃、降逆、止呕。百合滑石代赭汤的功效：养阴清热，利尿降逆。

3. 误吐

【原文】百合病，吐之后者，用后方主之。（4）（二类）

【解读】误以为这是怪病，怪病多痰，用吐法，伤及胃阴，胃中不和，使阴虚的症状加重。出现了虚烦不安，胃中不和等症。

方中的百合、泉水不变，用以养阴润燥。鸡子黄，属于纯阴之品，具有益阴和阳的作用。养阴润燥，滋养胃阴，以安五脏。

百合鸡子汤——养阴润燥，以安脏气，令胃气和，脏气安。

（三）百合病变治法

1. 百合病变渴

【原文】百合病一月不解，变成渴者，百合洗方主之。（6）（三类）

【解读】百合病日久迁延不愈，和误治、热病没关系，阴虚内热证加重了，出现了口渴。为什么用外治法呢？是从肺合皮毛考虑的。依旧使用内服方，配合百合外洗。怎么洗？“渍之一宿，洗身。洗已，食煮饼”，这个煮饼，是面条。“勿以盐豉”，是适宜病人的饮食护理，有助于养阴生津。洗后防止汗出伤阴，用面食、面汤，不可食用过咸的豆豉酱类。



【原文】百合病，渴不差者，用后方主之。(7) (三类)

【解读】这条原文应当和第6条原文连贯起来理解，内服、外洗法都用了，口渴还是不好，是热盛伤津，药不胜病，用后方栝蒌牡蛎散治之。

选用栝蒌根（花粉）、牡蛎，“熬，等分”，变成了1:1的散剂。“熬”，在汉代张仲景时期，为“炒”之意，即是将牡蛎炒后，淬，便于制成散剂。

栝蒌根（花粉），有滋阴清热、生津止渴之效。牡蛎，咸寒，育阴潜阳，引热下行，具有清热作用。

证变方亦变，本方没用泉水、百合，但是可以用洗方再配合栝蒌牡蛎散，内外合治，足见其良苦用心。

2. 百合病变发热

【原文】百合病变发热者，百合滑石散主之。(8) (三类)

【解读】这个热是真热，不是“如热无热”了。说明百合病变证为有里热了。“百合滑石散主之”，再一次提到滑石的作用。①百合一两（炙），“炙”是烘和焙的意思。②炮制方法是剂型需要。③用散剂，饮服方寸匕，日三服。④“当微利者，止服，热则除”。注意不要分利太过，阴虚内热证，热有偏重，清热不伤阴，绝不是通利大便。应“中病即止”。

百合病的变证，变渴、变发热，都是病情在内热的程度上有所变化。张仲景用药轻，口燥了就用知母；变渴了，就用栝蒌根；当觉得泉水和百合清热下行的药力不够时，就改用滑石；若滑石药力不够，再用牡蛎。可见用药规律是清热不可再次伤阴，要顾护阴液。我想“各随证治之”的举例就说到这里。

(四) 百合病的基本治法

【原文】百合病见于阴者，以阳法救之；见于阳者，以阴法救之。见阳攻阴，复发其汗，此为逆；见阴攻阳，乃复下之，此亦为逆。(9) (三类)

【解读】第9条原文提出基本治法。我仅作提示：所谓“见于阳者，以阴法救之”，就是针对阴虚内热，治以养阴补其不足，用来调整阳的偏盛。本篇所列的经方，都是按着这个基本治法设立的。但是阴虚严重者，会阴损及阳的。所以“见于阴者，以阳法救之。”在治疗上宜用养阳之法，本篇对此并没有提出具体的治法。后世有温柔养阳法的研究，可供参考。

【治验举隅】有一女患，44岁，她是位很出色的女干部，由于工作压力和受挫，总想哭，不想见人，她已经吃了很多抗衰老及镇静的西药，效



王雪华金匱要略讲课实录

果越来越不好，出现闭经。经人介绍前来就诊。她连哭带诉，埋怨家庭和孩子。我观察她舌质偏红，舌苔薄黄，脉细数。

我是怎么考虑呢？首选，百合地黄汤加知母。因为她睡眠不好，加用酸枣仁汤，养阴为主的组方。为什么没用逍遥散方呢？我觉得，她经过了一段时间，肝阴被伤，辨证是以阴虚为主的。加了地黄、生龙骨、生牡蛎。

调和肝脾方面，用了张仲景在《金匱·妇科》的名方，当归芍药散。既能调血分，也能调水分。她闭经以后，总有浮肿现象，特别是眼睑、面部和手，所以用当归芍药散正好。

两周后，她感觉自己不怎么哭了。后来，合用甘麦大枣汤，治疗脏躁。大枣用6~10枚。

她觉得有点精神了，有信心了。我再配合心理疗法，效果非常好，4周28剂药，月经来了。这说明和情志不遂有关，病机为肝郁所致肝脾失调。

临证时，你不要拘泥，只要辨证属于阴虚内热证，基本治法正确，方药均可“随证治之”。

我觉得，百合病者，不一定是女患。

一男青年，26岁，仓库保管员，厂长信任他，他按厂长要求办，只要厂长写条子，他就发货。发了很长一段时间，他突然想起，得清理一下白条子，等清理完了，他吓坏了，18天，从早到晚瞪着眼睛不睡，就在担心。不能吃饭了，开始烦躁。家人带他到门诊来看病，查舌苔黄白相兼，厚腻，脉象滑利，问诊得知已有好多天不大便了。

我和他的亲属说，首先请厂长帮他解开心结，让他放松下来，然后吃药。我开的是礞石滚痰丸，清热祛痰。

第二次就诊时，告知大便通了。我又开导他，他说睡觉还不行，最近因为做生意，赔了很多钱，火上浇油。后来，我开方，又跟他家属沟通，想办法减轻他的心理压力。他真就是好了，现在正常工作。

有人认为，神经衰弱、精神衰弱是过度疲劳、紧张造成的。实际上，疲劳不是直接因素，心理调整才是最主要的。因此，中药的治疗，除了辨证治疗外，还有“各随证治之”。以失眠为主证的病人，用生龙骨、生牡蛎、磁石、珍珠母（先煎），效果都很好。对女患的阴虚、血虚，阿胶是应该用的；再就是“对药”，比如：酸枣仁配柏仁，夜交藤配合欢花、皮等。



情志不遂，若伴有耳鸣，甚至于幻听，可用柴胡加龙骨牡蛎汤。我曾看过一个小男孩，他因为考大学落榜，抑郁了。他看爷爷杀鸡的时候，就觉得下回该杀他了，耳朵里老在响：“你说你多窝囊，你多没出息，你就该杀”。这就是一种幻觉。我用柴胡加龙骨牡蛎汤，加上磁石，解决耳鸣的问题，用磁朱丸也可以。

【学习指导】排尿性晕厥，又称小便猝倒。是由于血管舒缩障碍造成低血压，导致大脑一时性供血不足引起。该病多发生于16~45岁的男性，偶尔也可见于老年人。患者常在清晨、夜间或午睡后起床排尿时，因意识短暂丧失而突然晕倒。多数患者在发病前可有头晕、恶心、心慌等不适感，但也有一些人在晕倒前无任何不适的先兆。

此种晕厥一般发生在排尿的终末期，也可发生在排尿前。晕厥持续的时间，少则数秒钟，多则半小时。该病虽有反复发作的倾向，但不同患者的发病频率有所不同，有的人在一个月中发作数次，有的人则在一年中仅发作1~2次。经临床观察发现，该病的诱发因素主要是饮酒、睡眠不足、过度疲劳、饮食减少及体位改变等。

至于排尿性晕厥究竟是如何引起的，目前尚无统一的结论。但绝大多数专家认为该病的发生主要与植物神经功能紊乱、心律失常、血压波动以及排尿时过度屏气而使胸腔的压力增高等有关。正是这些因素影响了患者心脏的排血量，使患者脑部缺血而发生晕厥。

狐惑病

𧈧字篆文似惑，五版《讲义》同意唐容川的认识，把狐惑病改成了狐惑病。大家知道，唐容川是清代的，作为一个注家的认识，是没有文字依据的。唯一的理由是，苦参、雄黄有杀虫、祛湿、解毒的作用，考虑是虫𧈧（nì）为患。

我前面讲过，必须用文献学的考证方法，这个文字价值应取之于和它相距不远时代的著述，如《脉经》等七部书。这些书都把这种病称之为狐惑病，现今华北、东北地区中医学术界称其为“狐惑病”。

一、概念

以人体上部（咽喉、眼目、口腔）、下部（前、后二阴）的蚀烂为主证，伴有精神恍惚，狐疑惑乱为特征的一类疾病。



原文说，“蚀于上为惑，蚀于下为狐”，常见唇舌黏膜蚀烂，有的涉及牙龈，甚至咽喉。上、下联合病变，才能叫做“狐惑病”。同时，也必须伴有精神症状。

二、命名

“狐惑病”——“诊之有疑”。必须是症状多样，如狐性出没无常。

“狐惑病”——虫蟹为患。从药测证，苦参、雄黄有解毒杀虫之效。

三、病因、病机

湿热内蕴 } 湿热虫毒 { 上扰^{目、喉} → 上部蚀烂——惑
虫毒感染 } 循肝经 { 下注^{二阴} → 下部蚀烂——狐

【基本治法】清热燥湿，杀虫解毒。

【具体治法】

(1) 内治法——内服主方，甘草泻心汤。当眼目和肛门上、下蚀烂，甚则成脓者，用赤豆当归散。

(2) 外治法——前阴蚀烂，用苦参汤外洗；肛门蚀烂，用雄黄熏法。

四、证治

狐惑病，4个条文，230个字，却比土耳其的皮肤科医生 Behcet 的报道，早了18个世纪；值得注意的是，Behcet 于1937年报道的仅是口、眼、生殖器的症状，并没有提及其他兼症；况且，至今西医学对其病因、治法不甚清楚。我们来学习张仲景提供的原始资料会显得更加宝贵。

(一) 临床表现和内服主方

【原文】狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐，不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白。蚀于上部则声喝，甘草泻心汤主之。(10) (一类)

【解读】“狐惑之为病”，是指得了狐惑病的病人。“状如伤寒”，病由湿热内蕴，虫毒感染所致。提示本病不是伤寒热病，特点是湿热之邪令病者身热不扬，病程缠绵。

“默默欲眠，目不得闭，卧起不安”，病人表现焦虑不安，失眠，甚至烦躁。

在症状上，和百合病精神恍惚不定有相似之处；在病因上，百合病讲



的是心肺阴虚，以心阴虚为主，扰及心神则神不守舍。

狐惑病以肝、心病变为主，是湿热循肝经上扰、下注所致。

“蚀于喉”为惑；“蚀于阴”为狐。

蚀烂的部位，“蚀于喉”，初起见舌尖、舌边甚或唇、口颊及齿龈的蚀烂，后期表现为声音嘶哑。“蚀于阴”，二阴蚀烂的面积大小与病情有相关性。

请同学们注意，只蚀烂在上部或下部，不称其为狐惑病。必须是上、下联合性病变，才是本病特征。

“不欲饮食，恶闻食臭（xiu）”。臭，是指食物的气味。因湿热蕴脾，脾运不健引起。

我对“其面目乍赤、乍黑、乍白”的理解，提出以下看法：

（1）“乍”字，我认为，学习经典，应当把文理和医理结合起来，以医理为主。这里，可以按着“或”字来理解，相当于选择连词。

乍赤——湿热胶着，热邪偏盛

乍黑——湿热交争，湿邪偏盛

乍白——当病情稳定、好转时，面色无显著变化

①湿热起伏

②虫毒内扰

③邪正交争所致

（2）“面目”，是一个偏正词组，偏于目。因此，这个条文不是单纯来说咽喉是上部病变，也看到了眼目的变化。原文第13条：“初得之三、四日，目赤如鸠眼；七、八日，目四眦黑”。“三、四日”，“七、八日”，都是约略词，代表疾病的进程有轻浅和深重的不同阶段。

在狐惑病的早期阶段，可见“目赤如鸠眼”，到了后期，会出现“目四眦黑”，指两目四个眼角色黑；是瘀血的表现。当湿热进入血分，则肉腐成脓。因和瘀血、热毒互结则酿脓。当成脓时，外观上，不一定看到色白。但是，这种认识似可作为临床研究的参考资料，绝不是勉强和白塞氏病画等号。

狐惑病内服主方：“蚀于上部则声喝（yè），甘草泻心汤主之”。“喝”是形容声音嘶哑，咽喉蚀烂到一定程度，发音出现问题。

咽喉、两目、二阴都属于人身的关窍所通。为什么这个部位容易蚀烂？怎么解释？

我觉得，咽喉、两目、二阴都是津液濡润之处，虫毒往往容易在此滋生而蚀烂。“喉为声之门”，当湿热虫毒在这个部位浸淫不去的时候，局部就易发生溃疡、蚀烂。

为什么“蚀于上部”用“声喝”来描述呢？病轻，蚀于喉则咽喉干



王雪华金匱要略讲课实录

燥、不利，或者疼痛；但是，一旦发展到声音嘶哑，上下蚀烂的程度也加重了。不只是上部声喝，才用甘草泻心汤。

我认为，整个条文所描述的临床表现，完全涵盖了上部（咽喉、眼目）、下部（二阴）的蚀烂，是上、下联合性病变，张仲景以省文形式表达的。同时，强调内服的主方是甘草泻心汤。

甘草泻心汤功效：清热解毒，安中化湿。

生甘草四两——主药，清热解毒；黄连一两、黄芩三两——清热解毒，燥湿泻火，辅助甘草，增强清热解毒之力；干姜三两、半夏半升——辛燥化湿；人参、大枣——调补脾胃，安中化湿。两个药对，体现了“辛开苦泄法”，以苦味为主，辛味为辅，二者不是等量的。

【按语】请大家注意以下几点：

（1）甘草泻心汤是临床常用的治疗狐惑病的内服主方。

（2）因体质不同，有的狐惑病病人，湿热较盛，不宜用辛燥的药物，可以选用《千金》的狐惑汤。用黄连配芳香化湿的佩兰；舌苔厚腻，可选用藿香配白蔻，化湿力更好。这仍是辛开苦泄法的体现。

（3）上世纪60年代初，王子和老先生在《中医杂志》上首先发表了他治疗狐惑病的临床经验。甘草为主药，他认为应该是生、炙各半，既取生甘草的清热解毒力，又要取炙甘草补益脾胃的作用，来配合人参和大枣以安中化湿。我认为，他的临床经验非常可取，实用性较强。

因为病程长，容易复发，要考虑时时顾护胃气。王老选用马尾连，而且用量要随着症状的轻重加减，5~15g；对口腔黏膜的蚀烂，他选用紫贝齿；对于肛、阴的蚀烂，用槐米配地榆或者地榆炭，这对肛门的病变有特效，可“直达病所”，有清热凉血止血的功效。

对于眼部化脓（前房积脓），他建议用羚羊角粉，煎水频服。《药性赋》中寒类药的第一句话就是：“犀角解乎心热，羚羊清乎肺肝”，“肝开窍于目”，用羚羊角合甘草泻心汤，有利于病灶的修复。

【学习指导】

（1）“辛开苦泄法”，此法始创于张仲景，后来，施今墨老先生从张仲景的《伤寒论》、《金匱要略》书里提出了好多药对配伍，到现在流传甚广，临床医生仍是非常喜欢用。此法在配伍上，一定是“以苦为主，以辛为辅”。

《素问·至真要大论》里关于中药的四气五味，按照阴阳属性分类，就是辛甘发散为阳，酸苦涌泻为阴。



苦寒药，如黄芩、黄连，清热燥湿，泻火解毒，坚阴止利，健胃。

辛温药，如干姜、半夏，在五泻心汤里面，多数用的是生姜和半夏。辛味药能散、能行，还能够行水蠲饮。像小青龙汤用的半夏、干姜行水蠲饮，温中散寒，燥湿化痰。在胃肠疾病里，《呕吐哕病》篇，要涉及辛散、温通的药物，就取它降逆止呕的作用。所以，辛辣之味，多则为害，适当食用，也能够刺激食欲。

两者配伍，符合脾胃之间脏、腑的生理特性，包括它的病理反应。一阴一阳，一寒一热，一升一降，一开一泄。对中焦脾胃而治，所要发挥的治疗作用，第一，斡旋中焦，调理气机，升清降浊；第二，疏通肠胃，增进食欲。所以，这个治法独具匠心。临床芩、连配伍用于治疗尿毒症可除痞满，助脾运。第三，“以苦为主，以辛为辅”，就是辛散无劫阴之弊，苦寒无碍阳之害，才能达到调和胃肠和肝胆气机的治疗作用。

以甘草泻心汤为例，辛开苦泄法临床应用的指征：①胃脘部的胀闷不舒；②干呕或者呕吐；③肠鸣或腹痛下利；④不欲食或饥不欲食。这四个临床指征，可以体现此法属于“和解法”范畴。我们不要一说“和解法”，就联想小柴胡汤为代表。

(2) 关于五泻心汤。在张仲景的原著里，《伤寒论》有五泻心汤。即大黄黄连泻心汤（无甘草）、附子泻心汤（无甘草）、半夏泻心汤（甘草三两）、生姜泻心汤（甘草三两）、甘草泻心汤（炙甘草四两）。

而《金匮》的甘草泻心汤，也是四两甘草，用的却是生甘草。所以，你看方名相同，组成相同，就在甘草上做文章，你说张仲景有没有思考？同样是甘草四两，《伤寒论》的甘草泻心汤，用炙甘草，强调补虚消痞的作用；本篇甘草泻心汤，用生甘草，强调解毒，配合辛开苦泄清热燥湿。

方中人参、大枣，是“益用甘味之药调之”的作用，分清泌浊，疏通肠胃，以利湿邪化除，脾气健运，这是调补之功。

(二) 外治法

【原文】蚀于下部则咽干，苦参汤洗之。(11)（一类）

蚀于肛者，雄黄熏之。(12)（一类）

【解读】外洗选用苦参。苦参，苦寒之性，功专清热燥湿，杀虫解毒。熏法用雄黄，杀虫、解毒、燥湿，解毒力强。第11条原文所指下部，到底是指前阴还是肛门？互文见义，第12条原文说“蚀于肛者”，因此，这个“蚀于下”应该是前阴蚀烂。

狐惑病必须是上、下联合性病变，可以配合外用药，内外合治。“苦



参洗之”，临床上对于滴虫性阴道炎，甲硝唑类的药物效果不好的情况下，可用苦参汤或复方外洗。也可加将苦参 10~15g 入内服方中用。

局部用药，将雄黄采取“为末，筒瓦二枚合之，烧，向肛熏之。”

在外治法上，张仲景的思路，就是以病灶近处就治，让它吸收快，取其速效，实际上也很方便。外用雄黄熏法，内服猪苓散，也是一种内外合治法。

（三）狐惑病酿脓证治

【原文】病者脉数，无热，微烦，默默但欲卧，汗出，初得之三、四日，目赤如鸠眼；七、八日，目四眦黑，若能食者，脓已成也，赤豆当归散主之。（13）（一类）

【解读】“病者脉数，无热”，狐惑病的病人，“脉数”意味着里有热，但是，湿热在里，肌肤无大热。

第 10 条原文说“状如伤寒”，可能有低热，或者其热不扬，现在，发展到后期阶段，湿热沉伏于里，又见热盛的情况。“微烦，默默但欲卧，汗出”，仍有精神抑郁的表现。现在，病情相对轻，仅微烦。汗出说明病邪不在表，是血分有热。但是湿热之邪局限到眼目了。

早期：“目赤如鸠眼”，形容热毒所致的眼目红肿、热痛——热盛，湿热蕴毒起伏。

后期：“目四眦黑”——湿热，热毒和瘀血搏结，溃腐成脓。

这个条文的疑点：“若能食者，脓已成也”。

实际上，不管是眼部酿脓，还是前、后二阴酿脓，肉眼观察就看见了，不用去问病人，你能不能吃饭啊？饮食的状况和成脓是没有直接关系的，但他为什么要这么写呢？

当湿热内蕴的时候，湿热困脾，对脾胃的影响大，所以“不欲饮食，恶闻食臭”。到眼部的症状明显时，这种湿热已经局限了，对脾胃的影响相对减弱，因此，“微烦”、“但欲卧”等，比先前轻了，而眼部的局部病灶严重了，说明已开始酿脓。

酿脓阶段怎么办？“赤豆当归散主之”。

赤小豆三升，“浸，令芽出，曝干”，能清热利湿，解毒排脓，这是“令芽出”用法才有的作用。《金匱·果实菜谷禁忌》指出：“久食小豆，令人枯燥。”

当归甘温——补血，苦温——活血行血，有去瘀生新之效。原文没有用量，依据《千金方》补出其量为三两。



浆水，“浆，酢也。”《本草纲目》中浆水又名酸浆，可清凉解毒。朱丹溪认为，浆水，解烦渴化滞物。服散剂方寸匕，相当于现今6~9g，日三次。

【临床应用体会】

1. 辛开苦泄法在临床应用较广泛，对胆汁返流性胃炎患者，不管你辨证用哪一个方子作底方，根据情况加减配伍药对，疗效很好。

2. 对狐惑病，在临床诊断上，首先要排除梅毒。我们读原文，同时要读注释，《医宗金鉴》有《订误·金匱要略》，唯独对狐惑病，在概念上，它给搞混了。把“蚀于上”说成是“牙疳”；把“蚀于下”，特别是外生殖器的蚀烂，认为是“下疳”，辨证歌诀说：“古名狐惑今为疳。”本病作梅毒血清反应，检验结果必定是阴性，不能混淆。用药上，除了用苦参、雄黄外，土茯苓和地肤子，也算个“对药”，配伍应用，疗效好。

3. 狐惑病，临床上诊断为什么难呢？因为它是一个逐渐发展的过程，而不是一下子就出现了三联，或者两联。口腔溃疡时，这病人往往到口腔科或者一般的内科去治疗，它和单纯的口腔炎是有别的，但是，易误诊。有的外阴蚀烂，女患者跑到妇科去了，男患者就去男性科了；肛门的蚀烂，到肛肠科去了。还有的病人因关节病变，他可能有结节性红斑，就按照风湿性关节炎去治疗。所以用激素，用抗菌素联合治疗，会有一定效果，但不理想，更无法根治，所以有医生考虑到是不是白塞氏病。

4. 中医辨证治疗。①如果在早期是肝经湿热所致，可以首选龙胆泻肝汤。②我刚才讲它发病的整个过程必然走向血分，因此，也可用芩连四物汤加双花、公英、连翘、薏苡仁，或土茯苓、地肤子、萆薢等，凡是有利于祛除湿热，就可选用加减。包括藿香、佩兰等芳香化湿药。③如果说脾虚，也可以用砂仁、白蔻等。④如果心热移于小肠，以口、舌的溃疡为重，可用导赤散。导赤散的应用，注意木通的问题，关木通，因为它有马兜铃酸的问题，对肾功能有很严重的危害，所以，最好用通草。⑤赤小豆一味，对大肠湿热，湿热下注证，或排便有种黏滞不爽的感觉，用张仲景提出的散剂方法，有解毒排脓作用，疗效也好。清利湿热的药，临床上可适当加减。

【学习指导】1975年，在日本东京召开的关于白塞氏病的诊断标准问题的学术会议，确认临床见二联就成立诊断。对白塞氏病的确诊标准，目前医学界较为常用的是1990年国际白塞氏病委员会分类诊断标准（国际标准）。



阴阳毒

一、概念

因感受时邪疫毒，经口鼻、咽喉侵入人体，蕴于血脉，热扰营血所致，以发斑、发热、咽喉痛为主症的急性、发斑性疾病。

二、命名

作为一种具有传染性的时邪疫毒，名为阴阳毒。这里的阳毒、阴毒同出一源，不是通常意义的阴、阳、表、里等相对比的概念。二者同属于热性病，同属于发热的、急性疫毒病。由于发斑的形态和伴有的全身症状有别，转归不同，治法上有别，所以，命名为阳毒、阴毒。

三、基本治法

清热解毒，活血散瘀。方药：阳毒——升麻鳖甲汤；阴毒——升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒。

四、证治

【原文】阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血。五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤主之。(14) (二类)

【原文】阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒主之。(15) (二类)

【解读】阴阳毒病，从病因上说，都是感受时邪疫毒，属于一种急性发斑性的疾患；在临床症状上，都有发热、发斑、咽喉痛。只不过阳毒有“唾脓血”，而阴毒没有。

关于“毒”，张仲景认识到它是一种传染病，发热和“疫毒”有关。尤在泾解释：“毒者，邪气蕴结不解之谓”。以其杀人最速为“毒”。《诸病源候论》：“若发赤斑，十生一死；若发黑斑，十死一生。”

两条原文均强调了一定要早期发现，早期诊断，早期治疗。提出“五日可治，七日不可治”的积极意义。

关于阳毒和阴毒的临床特征，共同特点：①发斑，有赤色、青色不同，阴毒、阳毒都发斑。②发热，为感受时邪疫毒所致高热。③同属于温



热之邪首犯人体上部，咽喉痛为共有症。④病位，在络脉。

不同特点如下：

(1) 阳毒：面赤斑斑如锦纹，斑疹透发完全，色赤鲜活为顺证。

咽喉痛——急证、热证，热毒壅于上。因咽喉为阴阳之要会，易被毒热熏灼。

唾脓血——热盛肉腐成脓，此症临床少见。

(2) 阴毒：面目青——血瘀，斑疹不鲜活是逆证。

身痛如被杖——疫毒侵袭血脉，瘀血凝滞，疼痛部位多在臀部、小腿腓肠肌处。

咽喉痛——急证、热证倾于上。

关于方药，阳毒：升麻鳖甲汤方，寒热并用，以阳从阳，取其速效，温热顺其病势，因势利导。

阴毒：升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒，以防损伤阴气。方中升麻善解时行疫病之毒（温病发斑），亦善发阳明肌腠之邪，具有轻清外散，又能清泄热毒之功。鳖甲咸寒，入肝经，滋阴潜阳清热，又能软坚散结；当归走血分，养血行血散斑；甘草清热解毒。

【学习参考】

(1) 从张仲景原文分析，病属疫毒所致，具有传染性。阳毒可见于烂喉丹痧（猩红热）、流行性出血热等；阴毒如斑疹伤寒（栓塞型）。

(2) 根据临床观察分析，阴阳毒并非均具有传染性。如紫癜、系统性红斑狼疮等。

(3) 升麻鳖甲汤是后世治疗瘟疫疫病的祖方，其基本治法为清热解毒，活血散瘀，具有重要指导意义。



百合狐惑阴阳毒病脉证治第三全篇小结

百合病

概念：以精神恍惚不定，饮食、行动失调，口苦，小便赤，其脉微数为特征的一类疾病

命名

- 治疗学——“因百合一味而瘳此疾”之“百合说”
- 病机学——“百脉一宗”说
- 症状学——临床所见症状百出

病因病机

- 情志不遂，郁而化火
- 热病之后，余热未尽

阴液耗伤→心肺阴虚内热
以心阴虚为主

主症

- “意欲食复不能食”“欲饮食，或有美时，或有不用闻食臭时”
- “常默默”
- “欲卧不能卧，欲行不能行”
- “如寒无寒，如热无热”（1）
- “口苦，小便赤”“其脉微数”
- “如有神灵者，身形如和”

治则

- “见于阳者，以阴法救之，见于阴者，以阳法救之”（9）
- 正治法——养阴清热，宁心安神
- “各随证治之”（1）
- 禁忌——汗、吐、下法

辨证施治

- 正治法——百合地黄汤——养阴清热，宁心安神（5）
- 误汗后——百合知母汤——补虚清热，养阴润燥（2）
- 误下后——滑石代赭汤——养阴清热，利尿降逆（3）
- 误吐后——百合鸡子汤——养阴润燥，以安脏气（4）
- 变渴；变发热（6、7、8）



狐惑病	概念：	以人体上部（口腔、喉、目）、下部（前后二阴）的蚀烂，甚或成脓为主症，伴有精神恍惚，狐疑惑乱为特征的一类疾病		
	病因病机：	湿热内蕴 虫毒感染	湿热虫毒 循肝经	$\left\{ \begin{array}{l} \text{上扰} \xrightarrow{\text{目、喉}} \text{上部蚀烂——惑} \\ \text{下注} \xrightarrow{\text{二阴}} \text{下部蚀烂——狐} \end{array} \right.$
	临床特征	“蚀于喉为惑，蚀于阴为狐”（10） “初得之三、四日，目赤如鸠眼；七、八日，目四眦黑”（13） “状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，不欲饮食，恶闻食臭，面目乍赤、乍黑、乍白”（10） “病者脉数，无热，微烦，默默但欲卧，汗出”（13）		
	辨证施治	蚀于上部则声喝——甘草泻心汤——清热解毒，安中化湿（10） 狐惑酿脓 $\xrightarrow{\text{目、肛}}$ 赤豆当归散——清热利湿，解毒排脓（13） 蚀于下部 $\xrightarrow{\text{前阴}}$ 苦参汤洗之——杀虫解毒化湿（11） 蚀于肛者——雄黄熏之——杀虫解毒燥湿（12）		内治法 外治法
	概念：	以发斑、发热、咽喉痛为主症的急性发斑性疾患		
阴阳毒	病因病机：	感受时邪疫毒，侵入血分，伤及血络，致肌肤发斑		
	分类：	阳毒、阴毒		
	证治	$\left\{ \begin{array}{l} \text{阳毒——升麻鳖甲汤——清热解毒，活血散瘀（14）} \\ \text{阴毒——升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒——解毒散瘀（15）} \end{array} \right.$		



疟病脉证并治第四

概 述

本篇专论疟病，是在《素问·疟论》、《素问·刺疟论》基础上的继承和发展。《内经》里对疟病的概念、临床特征有详论，本篇省略这部分内容，但对其分类及治法，论述较完整。特别是对疟母的记载，并创制著名经方鳖甲煎丸，为消法的代表方剂，为中医药诊治疟病及肝脾肿大等疑难病证提供重要的理论与实践依据。

一、概念

是以先寒战，后壮热，汗出而解，休作有时，凌（肆）疟于人为临床特征的一类疾病，叫做“疟病”。它是以临床特征命名的。这就和西医学命名的“疟疾”很接近了。

二、主脉与治法

【原文】师曰：疟脉自弦，弦数者多热；弦迟者多寒。弦小紧者下之差，弦迟者可温之，弦紧者可发汗、针灸也，浮大者可吐之，弦数者风发也，以饮食消息止之。（1）（三类）

【解读】本条是以脉象论述疟病的病机和治则。

《内经》提出疟病的针刺疗法，同时提到“疟脉缓大虚，便宜用药，而不宜用针”，但是对其具体用药和治法没有提及，本篇正好有一定发展。

“疟脉自弦”为疟病的主脉，并以弦脉提示病位在少阳。病机是疟邪搏结于少阳，由于这种认识，后世有“疟邪是在膜原，半表半里之间”的观点，也有的说“疟病不离少阳”，都是源自这条原文。



【按语】关于这条原文，我有几点看法：

1. 《素问·疟论》把疟病分为六经疟和脏腑疟，少阳疟是六经疟的一种，我认为，不能概括所有疟病的病位都在少阳，不可以偏概全，不合适。

【附方】有三张方子，①《外台秘要》的牡蛎汤，治疗牝疟，认为疟病兼有表证，可用汗法，方中有麻黄去节。②柴胡去半夏加栝蒌根汤，治疗“疟病发渴”，有栝蒌根（花粉）；“亦治劳疟”。是久疟不愈，反复发作，以致气血虚弱，就叫做劳疟，治法宜和解少阳。③柴胡桂姜汤：治疟“寒多微有热”、“但寒不热”，是牝疟和瘧疟适合用的方子，方中也有栝蒌根（花粉），生津止渴。到现在为止，我已经讲了五个方子用到栝蒌根，这就是专用药。

所以，疟脉自弦为疟病（少阳疟），提出治法，和法，和解少阳，止其寒热。

2. 少阳病的寒热往来，有的一日二发、三发，甚至于更多次，并没有规律可循，称不起周期性。作为疟病，它有一个先决的条件，必须有疟邪，得有疟原虫存在，且寒热休作有时，凌（肆），疟于人。所以，两者不可混同。

3. 《医宗金鉴》说：作为少阳病，一定要采取和解法，禁忌汗、吐、下法。而原文第1条提出了汗法、吐法、下法、清法、针法、灸法，再加饮食调理。和法，刚才已经说到了。补法和消法，将在第2条原文鳖甲煎丸主治疟母集中体现。因此我觉得，第1条原文，尽管是从脉象论述疟病，但是，可以说明在治法上，张仲景进行了补充和完善，是“八法”运用的一个典型例证。

从治疗学上看，作为疟病，绝对不能仅从少阳的病位，或者是膜原来考虑，因为它已经属于杂病范围了，应该用脏腑辨证，所以才有“八法”的运用；如果是单纯的“邪在少阳”，只能是和解，不可能又用汗、吐、下法。

4. 从《金匮》的脉法上说，我在“绪论”中讲了六个作用。其中有“平脉辨证（病）”的作用，比如：

（1）一病主多脉。

（2）一脉主多病。比方说，同一个弦脉，在《金匮》中，主痉病、疟病、虚劳病、胸痹、心痛、腹满、寒疝等。这就是说，弦脉不是疟病独有，是提示病机的。因而，四诊合参，脉证具备，才能有效；如果脉证不



符，那就不可与也。

弦脉是疟病主脉，同时要看相兼脉，以决定不同治法。

“弦数者风发也”，原文开头讲到弦数的脉，属于多热，应该用清法。原文结尾的时候，再一次提到“弦数者风发也”。

“风发”：风，泛指邪气。风发，是感受风邪而发热。

关于“风发”有两种解释：①“风为百病之长，属于阳邪，最易化热。”所以，感受风邪以后，就多热，确实应该用清法。②热盛生风者，也为风发。实际上，作为疟病临床少见，如果“生风”，得用平肝息风法，而不是清热解毒法。所以，我们同意第一种说法。

“以饮食消息止之”，感受风邪以后，或者是里热炽盛，应该用一些甘、寒的饮食来调理，“适其所宜”，也算护理方面的一个原则，是配合治法应该具备的护理常识。

三、证治

重点讲第2条，论疟母的形成和治法。

（一）疟母概念

疟病迁延过久，反复发作，必致正气渐衰，疟邪则可假血依痰，形成痞块，结于胁下，名曰疟母。

这个痞块，它必须是疟邪和瘀血、痰浊互结所致。“假”，是借的意思，“依”是依赖，也可以说疟邪和瘀血痰浊互结。这等于是最早的，对癥瘕有形之块形成机理的真实写照，这个描述非常切实。“疟母”的提法是比较新鲜的，而且它属于在《内经》基础上的一个发展，是张仲景的一个创建，把疟母的概念明确下来，并制定了有效的治则和方药。

我们现在对肿瘤的研究，不管是良性的肿物，还是恶性的肿瘤，都从痰、瘀相关的理论出发，治疗从化除瘀血、痰浊入手。然后再具体看，它是和热邪还是寒邪相结合。

疟母，一定得是和疟邪相结合。这是“审因论治”的原则。

（二）疟母治法

【原文】病疟以月一日发，当以十五日愈，设不差，当月尽解；如其不差，当云何？师曰：此结为癥瘕，名曰疟母，急治之，宜鳖甲煎丸。

（2）（一类）

【解读】请大家考虑几个问题：对疟病的发展与转归，条文中是怎么体现的？对疟母是怎么诊断的？鳖甲煎丸为什么是消法的代表方剂？



1. 疟病的发展与转归 疟病“以月一日发，当以十五日愈”。

(1) 人体正气的盛衰消长和自然界的节气息息相应。按照尤在泾的说法，“天气十五日一更，人之气亦十五日一更”。根据节令，五日为一候，三候为一气，十五天气更，所以十五天是一个周期。疟病应随着好转，或者不发，结果十五天没好，就要等到下个十五天，月底，看看能不能够尽解。

(2) 疟病的发展与转归。感受疟邪有轻重，人的体质有强弱，所以，转归也就有不同。

体质较强的，虽然感受疟邪，但是有一定的抵抗力，加上治疗得法，他就可以正盛而邪衰，疟邪会很快地被消除。

体质较弱的，如果再治疗不当，演变成邪盛正虚，他就是等到月底，也好不了，这就是反复发作，迁延的时间过久，疟邪和痰浊、瘀血互结，就会在胁下结为癥瘕痞块，这是疟病发展的必然趋势，形成了疟母。

2. 疟母的病机与诊断 我们简单复习一下痰、瘀相关的理论。“气为血之帅，血为气之母”，气载血运，就是说，血和津液的运行，都要靠气的推动。作为这两者之间，犹如水乳交融的关系，不可分离。

当血瘀日久的时候，就会影响气的生成、载运、调节，导致正气的耗损，瘀血停留，新血不生。“血不生，则阴不足以配阳，是必五脏齐损”，这就是为什么“瘀血停留，新血不生”的中医基本理论知识。

疟母的形成，实际上是一种虚、瘀共见的病证，因为正气不足，造成瘀血的停滞，迁延日久不愈，痰、瘀和疟邪互结。

所以，气虚、血瘀是一个复杂的病理现象，既不同于单纯的血瘀，也不同于单纯的气虚，更不是两者的相加，而是一种互为因果关系。血越瘀，则气越虚；气越虚，血越瘀，形成了一种恶性循环，应当“通补兼施”，或者“虚实并举”。要活血化瘀，一定要考虑到益气固本，癥瘕不是说一下子就可以祛除的，有正虚、气虚、血瘀，又有疟邪互结在一起。在方剂的组成上，所选择的活血破瘀药物是分层次的，配伍非常讲究。

3. 疟母的主方与治法 疟母为什么应当“急治之”？这个“急治之”的含义是什么？

形成痞块以后，更加影响到正虚，因此，必须急治，防止它按照自己的发展转归和趋势，使正气不易恢复。所以，这个“急治”有两层意思：

(1) 病重——对正气的危害大，要扶正，使正气不再被伤害。

(2) 邪实——瘀血、痰浊、痞块的祛除不是一日之功，需要缓缓图



王雪华金匱要略讲课实录

之，但也要采取积极措施，不可等闲视之。

下面，我们来看鳖甲煎丸——除痰消癥，行气化瘀，寒热并用，攻补兼施。

君药：醋炙鳖甲——入肝经，增强软坚散结之力。

煅灶下灰——消癥化瘀。

清酒——通血脉，行药势。

三药共奏软坚散结、活血化瘀之功（详见方后注。以上三药同前谓鳖甲煎）

臣药：小柴胡汤的柴胡、黄芩。

桂枝汤的桂枝、芍药。

大承气汤的大黄、硝石，此以赤硝（即火硝）代替芒硝，为增强其消瘀之力。去甘草之缓性，恐枳实破气力大而去之。

佐药：针对瘀血，植物类——活血化瘀药：大黄、桃仁、丹皮、赤芍、紫葳（凌霄花），共奏通行十二经，活血散瘀之功。

虫类药——廔虫、鼠妇、蜂窝、蛭螂——破瘀消坚，杀虫治疟。善用虫类药，也是张仲景的一大发明。他觉得，植物药如果活血化瘀、消癥力不够，就加用虫类药。

针对痰浊，选用乌扇（射干）——化痰。半夏——化痰、散结、降逆。葶苈子——取其泻肺、降逆、化痰之力。石韦、瞿麦——化痰行水。

厚朴——理气破滞。柴胡、黄芩、干姜、桂枝——止其寒热。人参配阿胶——补益气血。

同时，活血化瘀的丹皮、紫葳（凌霄花）去血中伏火，膈中实热，作用到胁下，为使药。

为什么说本方是“消法”的代表方剂，而不说是“消补兼施”的方子呢？“消法”意味着消除瘀血，消导积滞，本法显然是指前法而言。

鳖甲煎丸在补药的力量上、药味上显得太轻了，还是以攻法、破瘀消癥为主的，因此，它是消法的代表方剂。但是方中体现了寒热并用、消补兼施。

（三）牝疟证治

【原文】疟多寒者，名曰牝疟，蜀漆散主之。（5）（二类）

【解读】论牝疟的证治。《内经》将疟病分为寒疟、瘧疟、温疟，本篇又提出了疟母、牝疟。牝疟，寒多热少。用蜀漆散，截疟祛痰通阳。在《神农本草经》里面讲，“常山截疟”。现在是用常山的苗。蜀漆配云母、龙骨，1:1:1，等量，“杵为散”。服法详见《讲义》。



“方后注”中提到“温疟加蜀漆半分”，请注意，用于“温疟”的话，药不对证了，是错误的，应该是湿疟。因为温疟的特征，一定是“无寒但热”，是热多寒少。现在，之所以要用蜀漆散，特别是配合云母和龙骨，是治疗多寒的，寒多热少证。所说“湿疟”是从六经疟来辨，是太阴疟；从脏腑疟来辨就是脾疟。因此，是脾虚而湿盛，才能采取这个治法。治湿疟，可以把量加半分，半分就是三铢，相当于二钱，加大药量，增强它的祛湿力。其中“未发前”、“临发时”都体现了预防为主观点。所以，蜀漆散也是一方两治。

【临床应用体会】为什么疟母会出现肝、脾肿大？《希氏内科学》里讲，在慢性的疟疾中，脾脏是可以变得很大的，但是《西医内科学》里面，没有提出特殊的药物治疗。因此，我们中医学，特别是《金匱》提出的鳖甲煎丸，属“消法”的代表方剂。疟母是在胁下形成痞块了，有形之物，不管是肝脾的肿大，还是肝的肿瘤，如果不能手术，可用本方提示的治法思路，醋制鳖甲当为主药，可直入肝经，软坚散结。也可配合解毒、抗肿瘤药物及化痰理气消瘀等法，再配合一定的扶正药物治疗。因为只用攻法，不仅更加伤正，而且也不利于痞块消除。如果制成丸剂的话，应当遵照张仲景原意所指鳖甲煎的炮制法。临床证实，在中医药抗肿瘤方面，本方无疑提供了有价值的治法与思路。

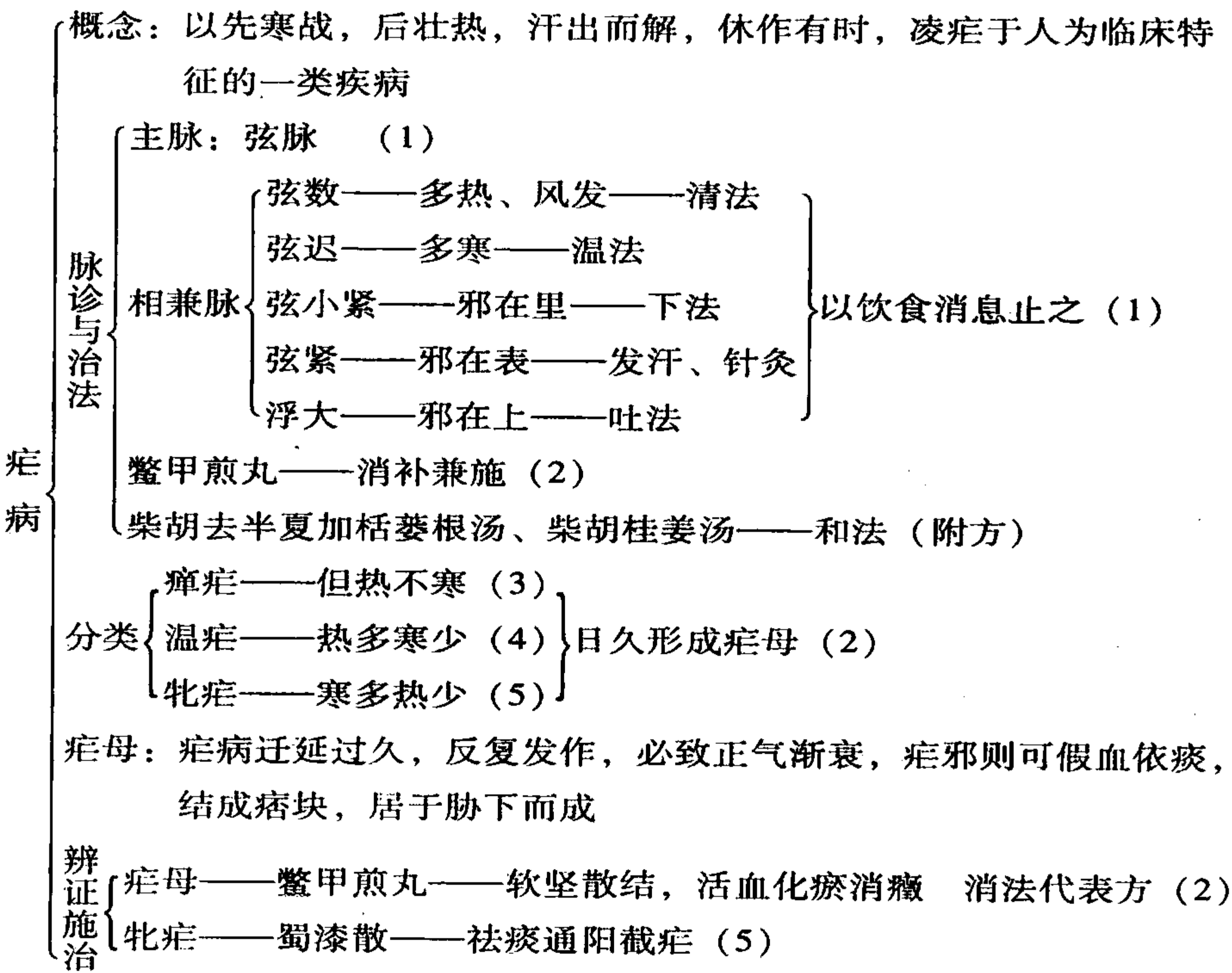
《神农本草经》最先提出“常山截疟”。我们学《金匱》时，就用常山苗了，有蜀漆散方，还是截疟作用。葛洪的《肘后备急方》，提到了“青蒿治疟”。对青蒿的科学研究，成功地提取了青蒿素。所以目前对疟病的治疗，青蒿素的疗效远远高于奎宁。青蒿素、青蒿甲素的制剂已经相当先进了。

广州中医药大学的李国桥教授在疟病的治疗上，可以说达到世界先进水平。他在西双版纳连续二十几个春秋，专门研究治疗疟性脑病的药，是我国中医界第一位“五·一劳动奖章”获得者，对疟病的治疗具有突出贡献。从临床疗效出发，钻研经典理论，去粗取精，对一方一药做深入探索，最终做剂型研究，开发成粉针剂，获得巨大成功。

他的成功，也给我们一个启发，经方里蕴藏着很多还没有挖掘出来的珍宝。所以，《金匱》大有研究的潜力。



疟病脉证并治第四全篇小结





中风历节病脉证并治第五

概 述

【合篇意义】

1. 中风病和历节病均属于广义风病范畴。

(1) 临床证候——具有风邪特征，善行数变，发病急骤，变化迅速。

(2) 致病因素都为正虚邪犯。

2. 病势发展与转归：有向愈；有肢体运动障碍；重则致残，甚至致死。

所以，一重一轻。在病情上，两者比较起来，中风病为重，而历节病相对为轻。

【概念】

1. 中风病 是指猝然昏倒，或未经昏仆，即出现半身不遂，口眼歪斜，语言不利为主症的一类疾病。

2. 历节病 是以递历关节疼痛为主症，甚则关节肿大变形，不可屈伸，身体羸瘦为特征的一类疾病。

中风病

一、脉证与病机

【原文】夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹。脉微而数，中风使然。(1) (一类)

【解读】这条原文，明确了中风病的脉证，以及和痹证的鉴别。

“夫风之为病”，这个“风”是指杂病范围的中风，不是太阳中风。得了中风病的病人，他的主症是什么样呢？一个“当”字，确定



主症。

“当半身不遂”，是半身的不能随意运动，也可以说是偏瘫。

“或但臂不遂者”，“或”有两种解释：

(1) 选择连词，“或者”——“此为痹”，与痹证的鉴别。

中风——以麻木为主，不能随意运动。“足曳不能步，手废不能握”。
——正虚邪中所致。（病情为重）

痹证——以疼痛为主症。“风、寒、湿三气杂至，合而为痹”。“手指掌握如常，举臂痛楚不已”（病情为轻）

风痹——呈游走性疼痛；寒痹——固定不移的疼痛；湿痹——重着，沉重的感觉。

(2) 虚指代词，“有的…有的…”指中风病的两种不同证候，轻重程度有别。

在中风病的发病过程中，有的猝然昏倒或者未经昏仆就半身不遂了。有的发病了，没有昏仆，就是胳膊抬不起来了，或者是一条腿活动不灵活了。“邪在于经，即重不胜”，为“单瘫”，是中风病较轻的病情。

下面，是用脉象来推论病因、病机。

“脉微而数”：“微”，正虚也；“数”，邪气盛也，邪气外中。

病因：正虚邪中或正虚风中。

“此为痹”，“痹”，《说文解字》：“痹者，闭也”。

所以，病机是经脉痹阻，瘀涩不通，气血不能畅行，经脉失养。

二、成因与辨证

【原文】寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚；寒虚相搏，邪在皮肤；浮者血虚，络脉空虚；贼邪不泻，或左或右；邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。(2)（二类）

邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人；邪入于脏，舌即难言，口吐涎。(2)（一类）

【解读】这一条，是从脉象进一步论述中风的发病与辨证分型。

第一段，通过脉象说明，中风的发病是因寒虚相搏，而“络脉空虚”，“贼邪不泻”是关键。虚处留邪不去，出现半身或单肢不遂，以及口眼喎斜。特别指出颜面的歪斜，从望诊得知，病在右向左歪，病在左向右歪。健侧为筋纵不开，患侧为筋弛不收。

我们重点来学习第二段，有关中风分证对目前临床诊断中风病，并指



导辨证施治，仍然有重要的指导意义。

1. 中风辨证

邪在于络^{营气不能运行于肌表}→肌肤不仁（感觉障碍）

邪在于经^{血气不能运行于肢体}→即重不胜（运动障碍）

邪入于腑<sup>痰浊蒙蔽清窍
神失清灵</sup>→即不识人（意识障碍）

邪入于脏^{心脾欲绝}→舌即难言，口吐涎（语言障碍）

在文字表述上，“在于络”，“在于经”，浅在之意，以示邪中人轻浅。

四个辨证分型用了三个“即”字，可见其发病急，有突然性。邪“入于腑”，“入于脏”，“入”字，深入之意，表示病情较重。

关于治疗的问题，我觉得，由于当时的认识水平，和后来在病因学的发展认识上是有距离的。关于侯氏黑散、风引汤、防己地黄汤、头风摩散，这几张方子，是夹在正文中间的，多数注家认为是张仲景的原方，不是林亿他们从《良方》里面增补来的。现在有人在研究风引汤、侯氏黑散，包括头风摩散，实际上对中风后遗症的治疗，包括治疗头风、头痛、顽固性头痛，都是有效的治疗措施和办法。

2. 复习中医学对中风病因的认识 张仲景提出中风的病因是正虚风中，“风中”不一定是风邪，应该看成是泛指外因。

常见的诱因包括：情绪激动，这可以是自外而发、寒邪刺激、饮食过饱。当然作为体质易感性也是不可忽视的。

《内经·灵枢》说：“正气不足，邪气独留”。《金匱》提出：“络脉空虚，贼邪不泻”，这是对正气不足，招致外风的认识，他有风引汤、侯氏黑散，还有《古今录验》续命汤，是从祛除外风，扶正以祛除外邪的角度考虑的，有它的一定道理。

唐、宋以后，特别是金、元时代，开始突出内风立论。主要有：

刘河间主火，认为是心火暴盛造成的。

李东垣主脾胃，认为是正气自虚，责之于脾胃。

朱丹溪主痰，认为湿痰容易生热，所以后世公认朱丹溪是滋阴派。

元代的王履，从病因学角度归类，提出真中、类中之说。

明代的张景岳质疑“外来之风邪”说。他认为风不是外来之风，应该是“非风论”，责之于内伤积损。还是没有离开正虚的范围，正虚邪犯，虚处留邪的观点是张仲景源于《内经》理论，发展而来，张景岳进一步



王雪华金匱要略讲课实录

传承。

以上是历代医家对中风病因的基本认识。

3. 关于中风的轻、重、浅、深 《内经》提出“中风有四”：“风痲”，表现有语言不利；“风懿”，表现为意识障碍；“偏枯”是中风后遗症，“足曳不能步，手废不能握”；“风痹”，就是痹证。

可见张仲景是在《内经》基础上进行发挥了。《金匱》的辨证分型，现代医学已经证实病位、病性决定病情的浅、深、轻、重。主要包括：

(1) 缺血性中风，就是瘀血阻塞所致。中医在治法上是益气活血，并在活血化瘀的同时，给予相应的辨证，扶正或者是通络。常用方剂有王清任的补阳还五汤，他考虑到病因是气虚而无力推动血行，造成血瘀。对病位的认识，已经看到是犯脑。特别是张锡纯，已经提出“上冲犯脑”。

(2) 脑出血，血溢于络外，变为病理性产物。有人提出，这种情况如果活血，再造成出血怎么办？中医有“止血不留瘀，活血不动血”、化瘀而不至于再出血的药，那就是以“汉三七”为代表的药物。

后来，我们在《中医内科学》里讲中风病，概括成两类，中经络、中脏腑，再分闭证、脱证等，进一步辨证施治。

总的来说，是在病因认识上的逐步提高。现在，对临床诊断的标准和疗效判定标准，更有进一步的深入研究。

王永炎院士主持的课题组，就对中风的临床诊断标准作了比较深入细致的基础性研究工作。他首次提出了类中风新概念：把不以传统中医中风五大主症为主要临床表现的脑卒中统归为类中风。在此基础上尝试着这样的理论构想：从广义上讲中医的中风病相当于西医的脑卒中；而从临床症状特征来分，则将以传统中风病的突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、语言蹇涩或不语、偏身麻木五大主症为主要临床表现的一类脑卒中称为中风，而将不能纳入传统中风概念的一类脑卒中统归为类中风。中风、类中风是广义中风病的二级病名。并根据统计数据，确定了类中风的主症为：眩晕，身体感觉障碍，剧烈头痛，视物异常，不能随意运动，精神障碍，癫痫样发作，失认失读失写八类症状体征。类中风新概念的提出以及对主症的探索，进一步完善了中医中风病的诊断，从而既可保持中医理论的理法方药完整统一，突出中医特色，又可与西医学研究一致，有利于中西医、国内外之间互相交流促进。

【临床应用体会】有一位病人，他是中医主任医师，退休以后，发生一些生活或工作上的麻烦，要去找领导谈话，谈话之间，情绪有些激动，



突然颜面出现口眼歪斜的情况，但他自己并没有感觉，那位领导说：“你有病了”。他当时气愤地说：“你才有病”！双方出现僵局，作为领导比较冷静，立即派工作人员把他推到 CT 室检查，结果诊断是脑出血，后来，医院院长决定立即把他送往省城抢救。因突发脑出血，结果在路上这个病人就昏迷了，是个“卒厥”的情况，为“血之与气，并走于上则为大厥”。当我们去探望他时，他讲述了入院后，立即又进行了 MIR 检查，以确定他的出血量和部位。马上开颅手术，取出不少瘀血块儿。人是醒过来了，两周以后，明确诊断：脑的恶性肿瘤，由于情绪激动，导致血管破裂。医生动员他出院。

【按语】临床见猝死的人，多从心脑血管意外考虑，对病史不清者，多从脑血管畸形考虑。脑肿瘤往往不易被发现，没有任何征兆。他本人并不知道真实病情，我问他：“你平时有没有什么症状？”他说在发病的前两天，抽烟时手指感觉，怎么拿烟卷也拿不住了。请大家注意，他的首发症状是手指不灵活了，属于“邪在于经，即重不胜”。接下来，情绪激动，一下子就出现了口眼歪斜，主症出现了。在送往省城的路上，病人很快昏厥了，就是直接入腑的标志。说明张仲景对中风病的辨证分型具有客观性和真实性。有关病机的认识是从阴阳失衡，甚至“卒厥”的阴阳离绝致死分析的。

1. 关于麻木症状的鉴别问题

(1) 邪在于络，肌肤不仁，指的是麻木不仁现象，叫做“小中风”，或是中风先兆，需要注意临床鉴别。该病人虽经抢救，醒来后意识清楚，没有意识障碍，但是病灶已无法根治。

①最常见的中老年人动脉硬化性的麻木，一侧上肢或者下肢“但臂不遂”，或者指尖、舌尖的麻木，一般持续几小时或者数天。

②中毒或者营养缺乏，会出现肌体的麻木。服用乌头、附子中毒，也会出现唇舌发麻或者是肢体、肢端的麻木。如果不重的话，那是药物得效的表现，瞑眩反应。但是，麻木，甚至出现呼吸困难，心跳加快，那可真就得用解毒的办法了。这是药源性的致病因素。

营养缺乏或不良出现的麻木。例如，小女孩，为了减肥保持体形美，吃得少，逐渐地就形成月经周期紊乱，甚至闭经，有的闭经长达半年、一年以上。由于营养缺乏，她也会出现肢体远端的麻木不仁，这和我们讲的中风先兆是两回事。这是应该注意鉴别的，而且是临床常见的。

③感染引起的神经炎性麻木。除了表现为肢体的麻木、感觉障碍以



外，还有原发病的特有症状。比如，急性、多发性的神经根炎的病人，首先出现的是发热。治疗不及时，就不仅是麻木了，可能出现下肢残废。所以，一定要引起重视。

④压迫性麻木。我亲身体会过，1984年，我突然站不起来了，足太阳膀胱经的循行部位，一直到脚指头，麻得就像触电一样，掣痛，不可屈伸。当时拍片子，看不出腰椎间盘突出有什么变化。骨科的老专家们告诉我说：“你这是退行性变，劳伤还是外伤？”我说：“肯定劳伤啦！”最严重发作的时候，干脆不能翻身，也不能动了，按照中医的牵引、推拿按摩进行治疗。我这个病现在已经20多年了，就是保守治疗。所以，我非常相信我们中医对于骨节间的病，治疗办法非常好。在护理方面要跟上，这是神经受压迫引起的麻木和疼痛。

所以，脊柱骨质增生性的麻木，腰椎间盘突出症，包括刚才讲的“风湿四病”，以疼痛为主症，有的影响到神经，也会兼有麻木的。

⑤植物神经功能紊乱的麻木，就是百合病的那种异常感觉。中、青年人比较多发，这种麻木，部位不固定，病情也时好时坏，好的时候，什么事也没有，要说犯病，他形容起来比谁都重。也有游走性疼痛的表现，但是部位不确定。做一些相应的检查，却查不出什么。这就属于植物神经功能紊乱症所表现的麻木。

(2)“邪在于经”及“中经络”。例如“腔梗”（腔隙性脑梗塞简称），发病率高，是一种常见的脑血管疾病。不一定非得猝然昏倒，未经昏仆，到自己感觉不正常的时候再去做脑CT，才看出是个“腔梗”。有的是多发性的，有的是初起，比较轻微的。所以，中经络，是属于“即重不胜”，或者是运动有点障碍，“不遂”的这一类。基本病因，就是持续性的高血压、高血脂，微动脉的粥样硬化，糖尿病的并发症等，“内伤积损”。

2. 关于中风的相关脏腑。按照五行生克制化原理来考虑，《素问·上古天真论》中记载：男子“五八肾气衰”，现在四十岁左右的人，甚至更为年轻的人就出现动脉硬化，有的出现中风，肾气衰是根本原因。

肾虚，水不涵木，木少滋荣。轻者是肝火上炎，重者就是肝阳上亢。治法上，滋水涵木，或者是清肝平木。

作为母子关系，由肝木又影响到心了，肝火偏旺，则心气大伤。有时候，有的老年病人表现为气阴两伤。冠心病、糖尿病，为什么气阴两虚型多见呢？和病机认识有关。

心气大伤以后，作为心主血脉的这个“司令部”出问题了，对脾、对



宗气的影响是最直接的。什么叫“宗气”？是以肺呼吸的自然界的清气，和脾胃生化的精微物质、精微之气聚于胸中（气海）而成。脾气散精，上归于肺，肺才能敷布。如果宗气不足，不能上升于脑，脑脉失养，况且，气虚则血涩，或者气虚而血瘀，清空失润。这就是为什么崇尚益气活血法与补阳还五汤为典型的例子。这对“腔梗”来说也是一个有效的基础方剂。

可以说，这个疾病的全过程和五脏之间的关系，正好和中风病的病因联系起来了。按照张仲景从整体观念出发，看到人体的内环境，五脏之间，脏腑之间，是相互联系、相互制约的。

3. 关于中风病的治疗

（1）作为“腔梗”，风、痰、瘀为标。中风的发病，为什么在治疗上要想到痰、瘀？实际上，原理是张仲景的“血不利则为水”，水血互患，也就是痰、瘀相关了。痰、瘀相关的理论，1981年董汉良在《中医杂志》上首先提出痰、瘀相关的理论研究思路。那篇文章给我的启发很大，当时我的先生正好做硕士研究生学位论文，课题就定为“痰阻、血瘀在中风发病与治疗中的地位”。当时有老专家提出疑问，要你回答脑出血还要活血化瘀吗？现在看来，真就是痰阻、血瘀在中风发病与治疗的整个过程中，的确占有重要地位。现在，溯本求源，张仲景在理论上就是一大贡献。所以，它会在临床上出现各种各样的相应症状，要根据证候，辨证施治。

就“腔梗”来说，风、痰、瘀为标的问题，是发生在肝、肾、心阴阳失调的基础上。比方说，情志不调了，郁而化火，急性发病，首先表现的就是肝阳化风，如果出现意识障碍，“即不识人”；恢复期的治疗，或者后遗症的治疗，语言蹇塞，口眼歪斜，半身不遂这个阶段，饮食失宜，伤及脾运，也是发病的因素之一。

怎么炼液成痰的？也是火灼津液，炼液成痰，风痰阻络，上蒙清窍。

原文中“邪入于腑，即不识人”，是属于痰浊蒙蔽清窍。如果说“入于腑”，咱们中医基础理论有六腑。六腑落在哪一腑上，才能痰蒙清窍？

应该是胃腑。胃腑属足阳明，为多气多血之腑。从经络辨证上，胃经的循行部位和心非常接近。胃脉上通于心，所以，风火上迫，气血逆乱，扰及神明，神失清灵；或者说痰蒙清窍，造成意识障碍。

“舌即难言，口吐涎”，强调了“舌为心之苗”，脾开窍于口，是心脾欲绝。实际上“诸阴之脉皆连舌本”，你说肾脉连不连于舌？所以，脏气绝，不达于舌下，就出现了“舌即难言，口吐涎”。



(2) 病情上，有三种情况。

①实证。“腔梗”的实证，是属于阳化内风，蒸液成痰，痰盛。

②当病情迁延日久以后，伤阴，由实证转为虚证。

③因虚而虚风内动，虚火上炎。

(3) 用药上——补阳还五汤为例。原方是“四两黄芪为主药”。作为“腔梗”，病程也是很长的，尤其是老年病人，你也不能急于求成，所以，黄芪的用量要稳妥，尤其是对高血压的病人。在每次用黄芪的时候，要先测量血压，决定黄芪的用量，从20g逐渐加量至30g。如果真是气虚，特别是脾运不健的情况，见眩晕等症，可以用到1两，注意结合病情需要加减用量。若是取它补脾的作用，一定用炙黄芪；若想走表利水，微发其汗，用生黄芪，固表止汗。

益气活血，是补阳还五汤的核心治法。也可以适当地加用党参、太子参，以推动宗气的运行。对于肝阳上亢为主的病人，平肝滋阴并用，促进其“阴平阳秘”。临床常用天麻，它药性甘、平，还有钩藤、僵蚕、罗布麻等；杜仲、桑寄生，本来是补肝肾的药物，又有降压作用；丹参20~25g，单味药水煎液，实验研究证明也有降压作用。但是，胃有寒的病人，丹参要慎用。大辛、大寒之品要少用，因为气虚血涩，要免伤阳气，防止加重病情。滋阴药，要滋而不膩，如枸杞子、天冬、麦冬、首乌、黄精等，使用时得配合一点儿防止气滞的药，如生山楂本身既能活血祛瘀，又能够行气消导，再如鸡内金、麦芽、谷芽、神曲等也可适当选用。

总的来说，中风病的这部分内容，尽管是短短的两条原文，但是临床的指导意义，包括在治法上的启发，很重要，张仲景教给你的，就是辨证施治的规律。

历节病

一、病因、病机

原文第4、5、6、7、9条论述历节病的病因、病机及与黄汗病、与外湿的鉴别。均为三类条文，略。

其主要内容可以归纳如下：

病因：



- 内因 { “沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝” ——肝肾先虚 (4)
 “味酸则伤筋，筋伤则缓” “咸则伤骨，骨伤则痿” ——内伤肝肾 (9)
 “盛人脉涩小，短气” ——气虚 } 气血 (7)
 “(脉) 弱则血不足” ——血虚 } 虚弱 (6)
 “(趺阳脉) 滑则谷气实” ——胃有蕴热，再感风湿 (5)
- 外因 { “汗出入水中” ——寒湿外侵 (4)
 “饮酒汗出当风” (7)
 “少阳脉浮……浮则为风” (6)
 “浮则汗自出” (5) } 风 (寒湿) 邪侵入

病机：

- “枯泄相搏” } 风寒湿搏结于筋骨关节，邪气久恋 (9)
 “风血相搏” } 气血、肝肾更虚，筋骨、关节、肌肉失养 (6)

二、证治

(一) 风湿历节证治

【原文】诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。(8) (一类)

【解读】“诸肢节疼痛”：“诸”字属范围副词。

“诸肢节”是指肢体的多个关节，代表了病位。

“疼痛”，为主症。

在病因、病机上，“枯泄相搏”，风水相搏，再加上风、寒、湿邪搏结在关节处，阻遏了气血的流通，筋骨失养所致。

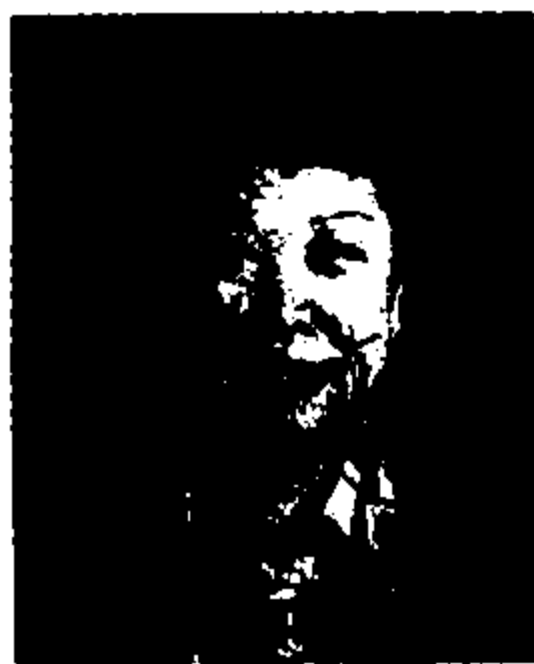
作为风湿历节，疼痛呈游走性，掣痛。风、湿合邪，关节局部不仅疼痛，而且有肿胀感。

临床上，如果没有关节变形，疼痛为主症的情况下，病人因活动受限及肿胀感，是临床常见的症状表现。

“身体尪羸”指身体羸瘦，关节肿大变形；独足肿大。

沈目南、尤在泾、《金鉴》吴谦等人的注，不是写的“尪羸”，而是“尪羸”。这个“尪”字也是形容关节肿大变形的意思。目前，国内中医药科研领域内，对类风湿的命名即据此称之为尪痹。在中医典籍里有“鼓椎风”、“鹤膝风”、白虎历节、骨痹、顽痹等称谓；而西医学里有“梭状指”、“竹节趾”、“鹰爪”等描述。

另外，关节肿大变形以后，屈伸不利了，原文里面提到“不可屈伸”，



是僵直的一种表现，甚至生活不能自理。因此这个病的致残率很高，在世界范围内，特别是发展中国家的发病率较高，值得重视，值得研究。

“脚肿如脱”，形容两脚肿胀，且又麻木不仁，似乎和身体要脱离一样。这里有两种情况：一是外观上，的确关节肿大；二是自觉症状，麻木和肿胀感。好像这个脚和自己的身体都要脱离了一样。

“头眩短气，温温欲吐”的病机是湿邪随风邪上犯，清阳不升，则头晕。

湿邪中阻，影响肺胃的气机，就出现“短气”和“温温欲吐”。

有一位中年女患，她得类风湿病已经长达8年之久了，腕关节、踝关节变粗，疼痛，行走困难，晨僵明显。问诊：“你头晕不晕啊？有没有想吐，胃不好受的感觉？”她说：“大夫，您怎么知道呢？我看了这么多年病，没有人问我这些症状的。”她真的有这些症状，使我体会到，张仲景不仅注重局部病变，也重视病人的整体变化。

桂枝芍药知母汤，为什么是其主方？这个方子的功效是什么？

为了帮助同学们理解和记忆，请看，方中有甘草附子汤的成分，能够祛风除湿，兼走表里，扶正达邪。主治表里阳气俱虚，风湿并重证。

现在针对风湿历节病，用麻黄配防风祛风而温散表湿；芍药配甘草缓急止痛；配知母益阴清热；生姜配甘草，和胃调中。因此，桂枝芍药知母汤对于防止风湿渐次化热，或者已经化热证都是基础方。能够祛风除湿，温经散寒，滋阴清热。

桂枝芍药知母汤中并没有补益肝肾的药物。它是从脾、肺来考虑，温散化湿。当急性期，或者是症状表现为风湿化热倾向时，是选用本方的时机；当缓解期的时候，应该以补益肝肾为主。

临床上，可以配合西药抗菌素加激素的疗法；对激素疗法敏感，副作用大的病人，可以本方为主，配以穿山龙30g。穿山龙，根入药，现代药理研究表明，它有激素样的作用，却没有激素的副作用。徐长卿20~30g，对于关节疼痛，不管是风湿性还是类风湿性关节炎，这两个药配合在一起，止痛效果很好。

【临床应用体会】

1. 方剂配伍 徐忠可在《论注》里说：“桂枝行阳，芍药养阴，方中药品颇多，独拏此三味以名方，以此证明，阴阳俱痹也。”

他还认为，想祛寒，用热药，但是对于化热、郁热已盛的情况就不利。反过来说，欲治其热，用寒药，又对肝肾先虚的情况不利。所以，用



桂枝、芍药、知母再加上炮附子，寒热并用，有辛散苦泄之意。可见，很有针对性。

因此，对于风湿历节，以桂枝芍药知母汤为基础方。汲取历代医家研究精华，进行药物筛选，对于类风湿性关节炎，就是对尪痹的研究，有很好的研究优势。

比如本方的配伍所发挥的作用有：桂枝配麻黄——发汗。但是，一定要遵照“微发其汗”的原则。桂枝配白术——温经通络，燥湿止痛。桂枝配炮附子——助肾阳，通阳行痹。

2. 临床应用于风湿四病（包括风湿寒性关节痛、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎）以及痛风性的、银屑病性的、反应性的关节炎，都可以按照对历节病的认识：内因——肝肾不足，气血虚弱；也有胃热内蕴的实证。外因——风、寒、湿邪侵袭乃至浸渍不去。病位——筋骨、关节。病情——本虚标实。

广州中医药大学在桂枝芍药知母汤的基础上，特别研究了强直性脊柱炎的中医辨证治疗。我简单介绍几个相关分型。

（1）湿热毒瘀型。比化热、化燥伤阴深入一步了。他们认为强直性脊柱炎在早期和中期急性活动期的时候所表现的症状，就像第8条原文所描述的那样，多个关节的疼痛剧烈、拒按、僵硬、屈伸不利，特别表现在腰、骶部的疼痛剧烈，而且夜间尤甚，我看到有些病人，多在凌晨3~4点钟因腰背疼痛而醒，活动后减轻。但是，严重的时候，不能活动。另外，也伴有下肢的关节肿痛，灼热，身重，发热，口干，口苦，温温欲吐，短气，脚肿如脱。舌质红或者暗红，舌苔黄腻或者是黄燥，脉弦数或者滑数，甚至濡数，这都是标志着疾病的进展期，也直接影响本病的发展和预后。因此，应该了解历节病最终的发展特征，同时，知道它的转归，尽量在选方用药上，截断疾病的发展过程。

这个阶段，因为疾病发展过程比较长，“久痛入络”，在治法上，就应该清热解毒，化湿通络，加上活血止痛。并建议在桂枝芍药知母汤的基础上，加用四妙丸（汤）。苡米，健脾利湿，解痉挛疼痛；牛膝，强腰膝，而且也有活血通络的作用。

如果湿邪偏盛，加上萆薢、茵陈、泽泻、威灵仙。湿盛者，选用木瓜。热盛者，就得选一些偏寒凉的药物，如忍冬藤（双花的藤）清热解毒，白花蛇舌草、赤芍、生地、柴胡、黄芩等。疼痛剧烈者就是瘀阻明显。久痛入络可以用汉三七化瘀止痛，丹参、姜黄、穿山甲等。



(2) 肾阳虚衰，经脉痹阻型。这是本虚，同时痹阻。应该温补肾阳，宣痹通络。如炮附子、桂枝、牛膝、威灵仙、熟地、白芍、仙灵脾、补骨脂、杜仲、川断这样的补肾药物。

寒温并用，炙南星、黄柏，加上芍药、甘草缓急止痛。如果关节变形的，又疼痛，不可屈伸，加上透骨草和寻骨风。

我临床体会也是，川断、杜仲、山药、寄生，加上狗脊，祛风湿，又能止腰痛。急性期、发作期的时候，为了控制病情的进展，用狗脊、鹿角胶。

(3) 缓解期。缓解期特点就是以正虚为主，应以扶正为主，因为它毕竟是一个自身免疫功能低下的全身性的疾病。一定要考虑到扶正固本，补肝肾，养气血。可以用六味地黄丸；肝肾阴虚，就用一贯煎。强腰膝，可以在这个底方的基础上，加上杜仲、怀牛膝，川断、寄生、仙灵脾、补骨脂；《金匱》肾气丸可达阴阳平补偏于温的功效；补益气血宜用八珍汤等。

(4) 在用药的体会上。初病的时候，有化燥伤阴倾向了，一定是桂枝芍药知母汤打底，切忌温补。久病的时候，治风应结合养血。“治风先治血，血行风自灭”。可以用鸡血藤，包括八珍汤，都有这样益气养血的作用。

治湿的时候，应结合健脾益气化湿。治热的时候，一定要结合滋阴解毒。所以，桂枝芍药知母汤，在配伍上，构思很全面。

对于日久关节变形，身体羸瘦，也应看到痰瘀互结，痹阻经络，并深入到骨骱。这时候，在用药上，要使用化痰、活血，甚至于通络、搜风的药。如：搜风药——虫类药；化痰药——南星、白芥子、半夏等；活血药——土鳖虫（虻虫）、乌梢蛇、蜈蚣、僵蚕等。

在使用这些药物的时候，一定要“衰其大半而止”，因为它容易伤正。用久了破气、耗血、伤阴，这样和病情就不符合了。同时配合滋养肝肾的药——制首乌、当归、地黄、黄精等。

另外，历节病患者还得坚持用药，时间至少2~3个月，防止它反复发作。反复，是病情进展的标志。因此，切忌操之过急，也不能求之过急。

3. 对病因的认识 北京的名老中医焦树德老先生，对历节病病因的认识提炼出两条，我觉得也是一个很好的启发，告诉我们对经典学习要重视，要学会用经方。

素体肾虚，寒邪深侵入骨，复感风寒湿之邪，内舍肝肾，遵《金匱》原意，应称“尪痹”。



总之，方药的应用以及新剂型的创制，我觉得，最终要达到“三小”：副作用小、毒性小、用量小。“三效”：速效、高效、长效。既要看到经方的优势，也要看到我们现在所面临的困难和问题，激起我们的钻研精神。

(二) 寒湿历节证治

【原文】病历节不可屈伸，疼痛，乌头汤主之。(10) (一类)

【解读】论寒湿历节，强调“不可屈伸，疼痛”。

是以寒邪为重，寒主收引，主凝滞，主疼痛，这种疼痛一定是剧烈的，而且是固定不移的。具有遇寒则重，得热则减，喜温热的特点，给一些温热的防护措施，这种疼痛可以缓解。

寒湿型在北方肯定比桂枝芍药知母汤证多见。明代的张景岳也提出，“然痹证本阴邪，故为寒者多，而热者少也”。寒邪和湿邪两个阴邪相加，一个主疼痛，一个凝滞重着，比较难祛。

“不可屈伸”，也是它的典型症状。就是僵硬，活动受限。

从方测证（症）来看，舌脉应该是苔白，脉紧，治宜“寒者热之”。

乌头汤的命名，一定要以乌头为主药。乌头和附子这类药必须要炮制，不炮制，乌头碱的毒性是容易引起病人中毒的，有毒的乌头配伍解毒的白蜜，增强祛寒止痛力，并延长疗效。

麻黄与黄芪相伍，虽发汗而不致过汗；白芍合炙甘草有缓急止痛之功。

乌头汤，六药合用，具有温经祛寒，除湿解痛之功效。

下面，把我们到目前为止学习过的涉及肢体的感觉，或是运动障碍的病证总结归纳一下，见图表：

表 5 肢体感觉或运动障碍

	外湿（痹证）	历节病	中风病
病位	肌肉、关节	筋骨，也涉及肌肉和关节	在络、在经、入腑、入脏，其病变部位是从轻浅到深入
病因病机	风、寒、湿三气杂至，合而为痹	风、寒、湿邪搏结于筋骨、关节，邪气久恋，气血、肝肾更虚，筋骨、关节、肌肉失养	正虚邪中，经脉痹阻，瘀涩不通，气血不能畅行，经脉失养



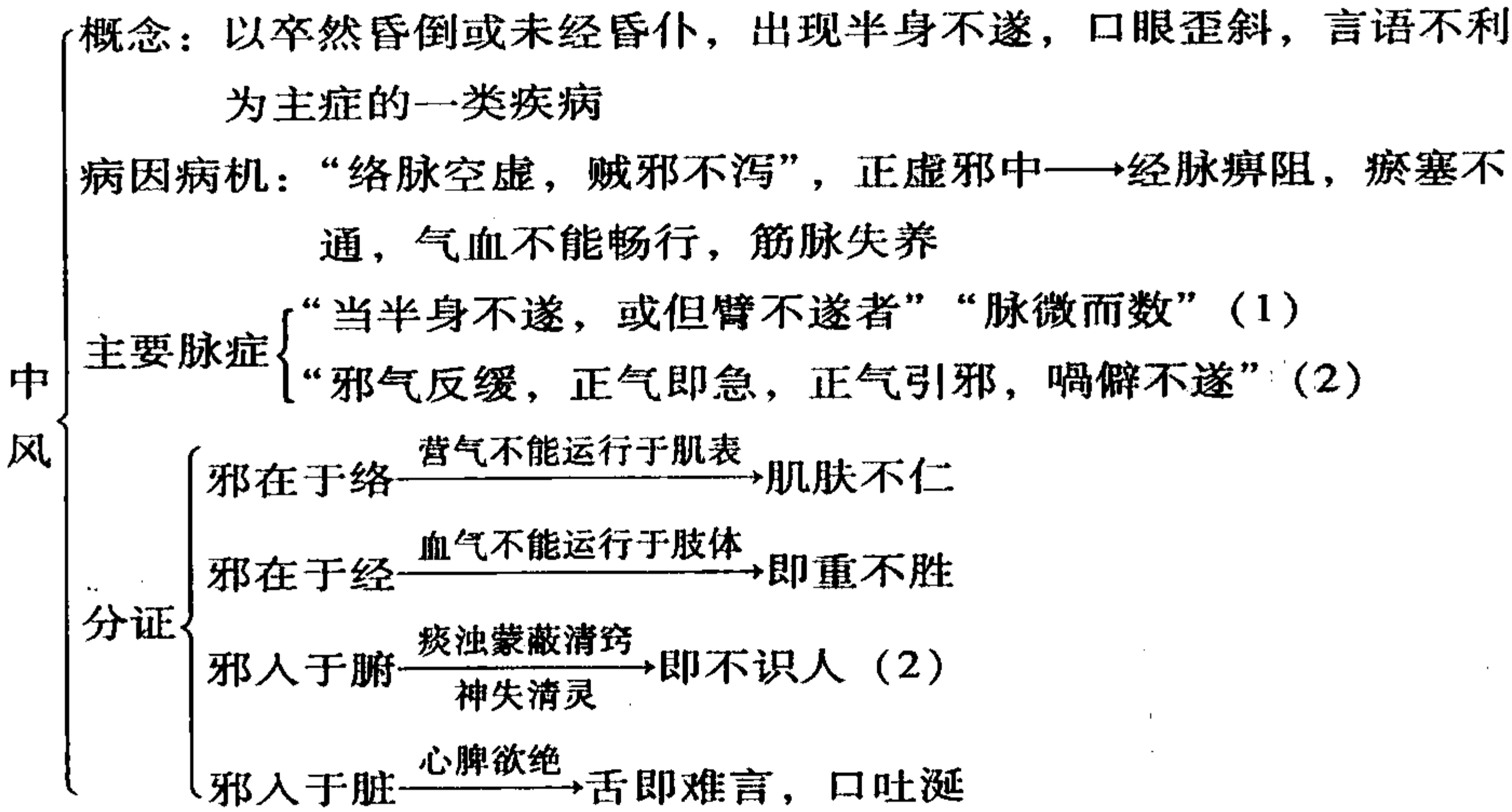
续表

症状	但臂不遂或肌肉、骨节的风湿，疼痛明显。“手指掌握如常，举臂则痛楚不已”	诸肢节疼痛，身体魁羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐 疼痛不可屈伸	半身不遂或但臂不遂，肌肤不仁；即重不胜；即不识人；舌即难言，口吐涎
病情	较轻	较重	重

【临床应用体会】乌头汤在北方是比较常用的，考虑到病人服用药物的时间较长，又不容易坚持，怎么办呢？我和我的研究生们，考虑把它制成贴剂，外用。原方为基础，用了穿山龙这类药，道地药材。为使局部的皮肤吸收药效更好，用冰片做透皮剂，并采用了新材料，不致敏；选用了赤芍、桃仁等活血药，疗效满意。比方说我患有腰椎间盘突出症，2006年夏天因为太热吹空调，正好吹到我的腰部，疼痛很重，活动受限，我就用了这个贴剂，我给它起名叫“痛痹贴”，对寒湿历节，或是寒湿性的关节疼痛，效果非常好。

所以，关于历节病的研究，要从不同角度，在不同辨证分型上研究，特别要注意中医的临床疗效观察，不能用个案进行研究，不仅要积累临床经验，更主要的是用科学研究来推动我们的理论和临床工作又好又快地进步。

中风历节病脉证并治第五金篇小结





历节病	概念：以遍历关节疼痛为主症，甚则关节肿大变形，不可屈伸，身体羸瘦为特征的一类疾病	
	病因病机	内因 { “沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝” ——肝肾先虚 (4) “味酸则伤筋，筋伤则缓” “咸则伤骨，骨伤则痿” ——内伤肝肾 (9) “盛人脉涩小，短气” ——气虚 } 气血 (7) “ (脉) 弱则血不足” ——血虚 } 虚弱 (6) “ (趺阳脉) 滑则谷气实” ——胃有蕴热，再感风湿 (5)
		外因 { “汗出入水中” ——寒湿外侵 (4) “饮酒汗出当风” (7) 因 “少阳脉浮……浮则为风” (6) } 风 (寒湿) 邪侵入 “浮则汗自出” (5)
		病机 { “枯泄相搏” } 风寒湿搏结于筋骨关节，邪气久恋 (9) “风血相搏” } 气血肝肾更虚，筋骨、关节、肌肉失养 (6)
	临床特征	“诸肢节疼痛，身体魁羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐” (8)
		“病历节不可屈伸，疼痛” (10) “疼痛如掣” (6) “身体羸瘦，独足肿大……假令发热，便为历节也” (9)
	辨证施治	风湿历节——桂枝芍药知母汤——祛风除湿，温经散寒，滋阴清热 (8) 寒湿历节——乌头汤——温经祛寒，除湿解痛 (10)



血痹虚劳病脉证并治第六

概 述

本篇主要论述血痹病、虚劳病的证治，对多种慢性疾病的治疗具有现实的指导意义。

【合篇意义】

1. 证候同属于虚损证。
2. 病情同属于慢性衰弱性疾病，然而，血痹为逸之为病；虚劳为劳伤致病。
3. 病机均与阴阳、气血虚损有关。
4. 治疗均以扶正为主。

《素问·五脏生成》：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹。”言明内因是久卧伤气，外因有风邪侵袭，病机为血行不畅，病位在肌肤，名曰痹。为此张仲景明确血痹的概念，辨证分有轻重，证治有针刺法及经方黄芪桂枝五物汤。可见，《金匮》源于《内经》，又高于《内经》。

本篇所论虚劳病的范围较广，它是在《内经》、《难经》的基础上发展而来，与已经学习过的《中医内科学》有别。特别是张仲景创制的经方，不仅成为历代医家论治虚劳病的经典大法，而且是当今中医药治疗慢性病、老年病及疑难杂病的准绳。因此本篇是重点篇章，个别属于三类的条文，我也给同学们作简要介绍，以便今后自学。

【概念】

1. 血痹病 血痹病是病位与病机结合命名。“血”提示病位在血分，在肢体的局部肌肤；《南阳活人书》说：“痹者，闭也，痹而不仁，故曰痹也”，揭示了血痹的病机。血痹病的概念是指以肢体局部肌肤麻木不仁，或兼有轻微疼痛为主症的一类疾病。



2. 虚劳病 虚劳是“虚损、劳伤”的简称，是因虚致损，积损成劳，久劳更虚，形成恶性循环，以致久虚不复。虚劳病可泛指一切慢性、虚损性、衰弱性的疾病。

血痹病

一、成因与轻证证治

【原文】问曰：血痹病从何得之？师曰：夫尊荣人骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。但以脉自微涩，在寸口、关上小紧，宜针引阳气，令脉和紧去则愈。（1）（二类）

【校勘】“重困”，《医统正脉本》作“重因”，可从。指又因疲劳汗出的意思。

【解读】本条论述血痹病的成因以及轻证的治法。

原文首先提出问题，血痹病是怎么得的呢？在回答上提出了体质因素——“尊荣人”。“尊荣人”和“盛人”一样，都是指养尊处优、好逸恶劳的人。“尊荣人”的体质特点是外强中干，体形虽丰满，但是多为脾运不健而致的痰湿体质。这是血痹病易感人群的特征原文提出“骨弱肌肤盛”的情况。这说明两点：第一，“骨弱”提示筋骨脆弱，脏腑不坚；第二，痰湿之体营卫虚弱，腠理不固，此为内因、为主因。“重因疲劳汗出”中的“重因”，一种认识是由于脾肾不足，容易感受风邪；另一种认为，“骨弱肌肤盛”的体质是不耐劳作，稍事活动就汗出，在本虚的基础上，汗出则易招致风邪。“卧不时动摇”，即思虑伤脾，睡卧不安，久而久之正气不足，抵抗力低下。“加被微风”，“加”，添加之意；“被”，感受的意思。是指外因感受了轻微的风邪。“遂得之”，于是就得了血痹病。以上回答了血痹病的病因，内因为营卫气血不足，外因为轻微的风邪侵袭。

病机该如何解释？即血行滞而不通。因脾主肌肉，主四肢，故肢体局部的肌肤麻木不仁，范围比较宽泛，可以是肢体的任何一个部位，不是所有的肌肤。这比较符合临床所见的一些病证，像末梢神经炎、皮神经损伤等，因此其病机是络脉阻滞，引起血行滞而不通。

为什么说这是血痹病的轻证呢？是从“加被微风”分析得出。一指轻微的风邪侵袭，引起血行滞而不通，使局部肌肤麻木不仁。二指本证是血痹轻证。



王雪华金匮要略讲课实录

下面的原文涉及句读。用脉象进一步论证这是血痹病的轻证。

此处有三种句读的形式。第一，是黄树曾的《释义》：“但以脉自微涩在寸口，关上小紧”；第二，尤在泾的《心典》：“但以脉自微，涩在寸口，关上小紧”；第三，《讲义》赵开美本的句读：“但以脉自微涩，在寸口、关上小紧”。基本上都是表示“微涩”是在寸口，而“关上小紧”。有所不同的是，尤氏认为“但以脉自微”、“涩在寸口，关上小紧”。而黄氏、尤氏的意见同是“关上小紧”。《讲义》认为寸口和关上小紧，表明病位偏于表。可见，由脉象论述表达了：①证候轻；②风邪浅表，中邪浅表；③风邪轻微。

“寸口”脉位提示，此为血痹病的轻证。“小紧”指稍紧，“紧”为风寒之邪。在寸口、关上同见稍紧之象，说明中邪轻浅。

“但以脉自微涩”，“脉自微”是营卫气血不足；“涩”是指血行滞而不通；根据黄氏句读分析，“微涩在寸口，关上小紧”的脉，是强调卫阳不足，感受微风所致血行不畅。他与尤氏的句读落点均在“关上小紧”，表示风邪稍重，不能表达血痹轻证是中邪浅表，风邪轻微这个原意。所以我同意《讲义》赵氏的句读，即形盛而气虚之人，脉微且涩，是指素体营卫气血不足，血行滞而不通，偶感微风，容易造成血痹病，所以“遂得之”。

治法是“针引阳气”。因为病在络脉，血行滞而不通。又“气为血之帅”，气滞则血瘀，所以用针刺法引动阳气，气行则血行。正如尤在泾在《心典》中说：“阳气者，卫外而为固也。乃因疲劳汗出，而阳气一伤，卧不时动摇，而阳气再伤，于是风气虽微，得以直入血中而为痹。经云：邪入于阴则痹也。脉微为阳微，涩为血滞，紧则邪之征也。血中之邪，始以阳气伤而得入，终必得阳气通而后出。”

我认为，微风侵袭是乘虚而入，但是邪气出，需靠阳气推动，这是在讲针刺法的机理。“而痹之为病，血既以风入而痹于外，阳亦以血痹而止于中，故必针以引阳使出，阳出而邪去，邪去而脉紧乃和，血痹乃通，以是知血分受痹，不当独治其血矣。”简言之，针刺引动阳气，气行则血行。所以，气血调和才有利于祛邪。“治风先治血，血行风自灭”。对于营卫气血不足之人，采用针刺法，是“急则治其标”。通过针刺法引导阳气，阳气行则邪气去，邪去则脉和而不紧，达到“令脉和紧去则愈”的目的。

【原文】血痹阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。（2）（一类）



【解读】本条论述血痹病较重证的临床特征和治法，指出血痹病的正治法。

“血痹阴阳俱微”论述血痹病的常见脉证。一般情况下，阴阳辨脉法有三种分类：一从脉位上说，寸脉为阳，尺脉为阴；二从脉的取法上看，浮取为阳，沉取为阴；三从脉象分类上看，浮脉、数脉、滑脉等为阳脉，沉脉、迟脉、紧脉、弦脉等为阴脉。而《心典》认为：“阴阳俱微，该人迎、趺阳、太溪而言。”即依据《内经》的遍身诊脉法或《难经》所言的三部九候诊脉法理解为人迎、趺阳、太溪。但是，我认为“阴阳”当从上述阴阳辨脉法分析。“阴阳俱微”意味着阴阳、气血、营卫俱不足。“寸口关上微”，是指“寸口”和“关上”，脉位为阳位。“微脉”为不足的脉象，提示阳气不足。“尺中小紧”，“小紧”指稍紧，“尺中”是阴位，阴位上见阴脉，意味着邪气偏盛。紧脉主寒邪，泛指风、寒之邪伤于血分。从脉象推论可知：一是指风寒之邪稍重；二是指邪中稍深，已达尺脉；三可提示此为血痹重证。

“外证身体不仁，如风痹状”，是血痹病重证的临床特征。“外证身体不仁”是指肢体局部肌肤的麻木不仁。“如风痹状”，这里的“如”是“好像”，并不是风痹，但具有风痹疼痛的特点。而血痹是以肢体局部肌肤麻木不仁为主症，可兼有轻微疼痛。正如《心典》所说，“寸口关上微，尺中小紧，即阳不足而阴为痹之象。不仁者，肢体顽痹，痛痒不觉，如风痹状，而实非风也。”

“黄芪桂枝五物汤”是由桂枝汤化裁而来。由桂枝汤去甘草，倍用生姜，加黄芪组成。方中黄芪3两，芍药3两，桂枝3两，生姜6两，大枣12枚。去掉甘草的甘缓之性，以免碍于血行；加用黄芪，甘温益气，以实卫气；倍用生姜的道理，在于与桂枝配伍通阳行卫，专走肌表。正体现桂枝汤“辛甘生阳，酸甘化阴”的配伍意义。生姜与大枣配伍调和营卫。芍药，和营理血，走血分。所以五药相合，温、补、通、调并用，具有益气通阳、和营行痹的功效。原文后面说“一方有人参”，目的是增强益气扶正之功。

《灵枢·邪气脏腑病形》指出：“阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药”。是说对“阴阳俱微者”不用针刺法，当“调以甘药”。张仲景深得要旨，创制黄芪桂枝五物汤以温阳行痹。

【按语】

1. 清代陆九芝指出：“世只知有劳病，而不知有逸病，然而逸之为



病，正不少也。”我认为，过度安逸致病，是由于缺乏体育锻炼，或完全不参加体力劳动的人，易引起气血运行不畅，常见筋骨脆弱，脾胃消化功能减退，或食欲不振等。正所谓“久卧伤气，久坐伤肉。”大医家孙思邈倡导“养性之道，常欲小劳。”而神医华佗早已明训，“动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生，譬犹户枢，终不朽也。”

2. 桂枝汤用于外证可调和营卫以实表，用于内证则调和阴阳而守中。黄芪桂枝五物汤为后世益气活血法代表方剂补阳还五汤的创立奠定基础。

【临床应用体会】

1. 黄芪桂枝五物汤五药相合，①既走阳分以通阳益气，又走阴分和营行痹；②既可补益正气，又可外驱风邪；③既可作用于五脏，又可走经脉、肌肉、肢节；④既可通阳气，又可养阴血。所以本方经适当加减，可应用于多脏器多系统疾病的治疗，并不仅仅用于治疗血痹病。

2. 黄芪桂枝五物汤应用于临床多种疾病。其主治证的相似处有：①在外多以身体疼痛，肢体麻木，舌淡紫或有瘀斑等血脉不和，甚至经脉瘀滞的临床表现为主；②在内多有体虚面白，四肢不温，喜暖畏寒，气短乏力，纳差便溏，舌淡或胖，苔白，脉沉细或沉弱无力等气虚证，甚至心、脾、肾阳虚的临床表现；③病机特点：气虚，阳虚，血瘀，风寒凝滞及营卫不和；④发病特点：多因虚伤风，感寒，淋雨等诱发，或遇寒冷则病情加重为特点；⑤治疗特色：“治血先治气，气行则血行”。治法：益气，温阳，通经络，行血脉，和营卫，祛风寒。

3. 黄芪桂枝五物汤常用于血痹患病日久者，加减药物有三类：

(1) 活血通络之品，如鸡血藤、当归、桃仁、红花、川芎、牛膝、姜黄、乳香、没药等。

(2) 温经散寒止痛之品，如威灵仙、伸筋草、防风、穿山甲、木瓜、僵蚕、全蝎、蜈蚣等；寒甚者可加细辛、炮乌头或炮附子。

(3) 补益五脏之品，如当归、党参、红参、白术、茯苓、炙甘草、山萸肉、菟丝子、杜仲等。

4. 临床上见末梢神经炎是以“手套式”、“袜套式”的肌肤麻木不仁为主证，与血痹的主证相近。①它可由呋喃西林、呋喃坦啶、痢特灵、雷米封等药物毒副作用引起；②营养不良、砷中毒以及皮神经损伤等亦可造成。但需要与脑动脉硬化、植物神经功能调节不良等症相鉴别。李东垣说：“麻者，气虚也。真气弱不能流通，堵塞经络，四肢俱虚。故见麻木不仁，或在手，或在足，或通身皮肤尽麻。”



【治验举隅】

1. 梁某，男，71岁，退休干部，2002年8月6日初诊。

主诉患有浅表萎缩性胃炎数年，因胃酸缺乏，长年依赖服用低浓度的稀盐酸以助消化。最近因双手呈手套式麻木感，经黑龙江省内著名西医院神经内科专家诊断为末梢神经炎。每遇寒凉或劳累后症重，乏力神疲，睡眠欠佳，有强迫症。望诊：形体偏瘦，面色少华，双手外观无异样改变。舌质淡暗，苔薄；切诊：脉沉细无力。中医辨证按血痹病，治宜黄芪桂枝五物汤加味。方药：黄芪30g，桂枝15g，赤、白芍各15g，当归20g，鸡血藤30g，地龙20g，木香5g，砂仁10g，苏梗15g，鸡内金15g，焦三仙各20g，大枣5枚，生姜10g，7剂，水煎服，日三次，温服。

二诊，双手麻木感有减轻，身有力些，精神好转，舌脉同前。14剂，煎服法同前。

三诊，患者告知有意外收获，每天可以不喝稀盐酸了，双手麻木感已不明显，胃中和，食纳可，大便基本正常，其舌脉较前好转。嘱守方制成蜜丸，重10g，每次1丸，日服2次，以巩固疗效。

体会：慢性萎缩性胃炎，属中医学“痞满”、“胃脘痛”等范畴，多因饮食不节、思虑劳倦所伤而致脾胃虚弱，升降失调，中焦郁滞。又脾主肌肉，脾主四肢；肢端为十二经脉阴阳衔接处，阳不布则血不行，故病人自觉双手麻木感。西医将其诊断为末梢神经炎，认为是由感染、中毒、营养障碍和全身疾病等因素引起的周围神经远端的对称性病变。观其脉证，本病符合《金匮》血痹的病机，故投以黄芪桂枝五物汤为基础方。加用当归、鸡血藤，既补血，又行血，补中有动，行中有补，为血中之良药；牛膝通利血脉，引血下行；与地龙、赤芍相合，可增强舒筋活络，祛瘀止痛之效。黄芪大补脾胃之元气，使气旺以促血行；又有木香、砂仁、苏梗、鸡内金、焦三仙、大枣、生姜等调理脾胃之品使其补而不滞，血活气行，标本兼顾，一箭双雕。我从中悟出，黄芪桂枝五物汤不仅为血痹病证的专用主方，而且经过适当加减，还可应用于多脏器系统疾病的治疗。

2. 顾某，男，44岁，下岗工人。

2006年6月，由父亲陪同前来就诊。望诊：口眼轻度歪斜，牙关紧，无法张口说话。其父代诉：发病近两周，只能进流食，幸其牙齿脱落不齐，可从齿缝进汤水等食物。既往史：3年前曾突发“脑栓塞”，经溶栓治疗好转，遗有轻度肢体运动不利等症。本次患病后，曾到原治疗单位神经内科请权威人士会诊，并经脑CT等相关检查，无诊断结果，建议五官科治疗。



但五官科常规检查和面部 X 线检查，均未见明显异常，处方以多种维生素营养神经治疗。因患者自觉症状无改善，故转来我处寻求中医药治疗。

问诊得知，该患因脑栓塞后肢体运动不利，整日无所事事，从春季 4、5 月份开始，每日在户外树荫下观看别人下中国象棋，风雨无阻，甚至不按时吃饭，也不午休。再问诊，局部是否疼痛？他摇头表示不疼；问他是否感觉麻木？他点头表示肯定。再问他麻木的程度？讲不清楚。我首先可以肯定他意识清楚，能正常应答。其父代诉，患者除了因无法正常进食导致明显消瘦，加上多家医院检查治疗，病情无好转，心情有些烦躁外，并无其他不适。查血压，在正常范围。

我考虑：①针灸学理论“头面合谷收”，当即针刺双侧合谷穴（手阳明大肠经），同时让该患做张口动作，患者牙关开阖稍有起色，再针刺双侧下关（足阳明胃经），感觉更佳。于是建议他到针灸科治疗。②处以黄芪桂枝五物汤加减方 7 剂，嘱其水煎后，日二次，饭后温服。③要求他于第二天空腹做“风湿系列”检查。④嘱其慎起居，避风寒，调饮食，节情志。

患者 3 日后复诊，风湿系列检查结果显示：抗“O”、血沉均略有升高，类风湿因子（-）提示：风湿性下颌关节炎。针灸科建议：因患者 20 余日无法正常进食，故予以普鲁卡因局部封闭治疗；继续服用中药汤剂，连续治疗 10 天后，诸症悉除，且经随访半年，病情并无反复。

体会：根据病情需要，针药结合是可行的。同时应详细掌握病史，中西医结合，发挥中医特色和优势，会有意想不到的收获。

虚劳病

一、脉象总纲

【原文】夫男子平人，脉大为劳，极虚亦为劳。（3）（一类）

【解读】本条论述虚劳病总的脉象，是虚劳病脉象总纲。“夫”是发语词。为什么要强调“男子”？因为从古至今，男人所承担的责任大，压力也大，这对于精血的耗损比较大，所以，发生虚劳的可能性就大。虚劳病因与先、后天因素密切相关，与脾、肾的虚损程度相关。因此，用“男子”二字概括虚劳的病因、病机。

“平人”是指外形看好像无病，其实内脏气血已虚。即《难经》所说，



“脉病形不病也”。这是提示早期诊断的临床意义，提醒医生重视从脉象上测知脾、肾的功能状态，了解其精血耗损的情况。关于“大脉”，是脉浮大或大而无力的脉，标志着真阴不足，虚阳外浮，是肾精亏虚所致。脉浮而无力，非常虚；“芤脉”像葱管一样，浮大中空，重按则极弱。“极虚脉”是精气内损的脉象，临床上表现为轻按则软，重按极无力。《内经》谓：“烦劳则张”，即劳伤脾气，精气内损，皆归于脾、肾虚损。

【按语】

1. 虚劳久病多见脉大或者极虚的脉，因“精气夺则虚”。凡属真阴不足，虚阳外浮者，多见大脉，或浮大或芤脉；属元阳不足，脉气不充者，脉多极虚，或沉迟，或紧，本条即以“脉大”、“极虚”概括虚劳病总的脉象，作为论述虚劳病的开端。

2. 虚劳病的病机复杂，临床常见复合脉。张仲景意在“以脉为纲，脉证合参，突出辨证。”

二、病机与辨证

（一）精血亏虚证

【原文】男子面色薄者，主渴及亡血，卒喘悸，脉浮者，里虚也。（4）
（二类）

【解读】本条论述精血亏虚证。《素问·五脏生成》提到，“心之合脉也，其荣色也”，血虚不能荣于面则“面色薄”，即面色淡白而无华。“主渴”，当指消渴病，属于虚劳范畴。“渴”及“亡血”并列，是同属于虚损病的范畴。“卒”，突然、立刻，或者是动则甚。“喘”为肾不纳气所致。心主血脉，主神明，血虚不能养心则“心悸”。“脉浮”，不是在寸脉，而是尺脉浮而无力，是精血亏损所致的“里虚证”。

（二）气血亏虚证

【原文】男子脉虚沉弦，无寒热，短气里急，小便不利，面色白，时目瞑，兼衄，少腹满，此为劳使之然。（5）（三类）

【解读】本条论述气血亏虚证。“脉虚沉弦”，是指在沉脉当中，带有弦而无力之象。这仍属于脉象总纲里面说的虚弱、极虚的脉象。如果没有外感，出现短气，这是气血两虚的表现。“面色白，时目瞑”是气血不足，面色不华，视物不清的表现。“兼衄”属于脾不统血，血不归经的表现。这种衄血，包括鼻衄、肌衄等。“小便不利……少腹满”，由于脾肾阳虚，不能使水液代谢正常运行，则出现短气、小便不利、少腹满症。这种病情

都是由“虚劳使然”。

（三）阴虚虚劳证

【原文】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。（6）（二类）

【解读】本条论述阴虚虚劳的脉证，体现了天人相应的理论，即病症的轻重程度和季节相关。比如阴虚内热的手足烦热，脉浮大，在春夏之际，因木升火炎，阳气外浮则不利于阴，故而病重；而秋冬季节，金水相生，阳气内藏，故病轻。“春夏剧，秋冬瘥”可帮助我们认证，这是阴虚虚劳的特征。又因肾藏精主骨，阴虚及阳则精关不固，肾虚骨弱则腰膝酸软，行动无力。“其脉浮大”，就是我们讲的虚劳病“大脉”，浮大而无力的，为肾阴虚证，所以临床表现为五心烦热，这是阴虚虚劳的典型症状。

（四）肾虚无子证

【原文】男子脉浮弱而涩，为无子，精气清冷。（7）（二类）

【解读】本条论述肾虚无子证，这是对男子不育的最早记载。张仲景将男子不育归结为精气清冷。包括：①精液本身质与量的问题；②性功能的障碍（阳痿、早泄）。阿根廷的一个报道，说明男子不育症患者众多的原因是不良的生活习惯，使精子的数量减少，而且质量下降。世界卫生组织有报道，认为原因有几个，比如：由于生活紧张，饮食差，劳动过强，穿紧身裤。还有饮酒过度，抑制性欲。香烟对精子的形成和运动，产生干扰作用。以及世界范围的空气污染，杀虫剂、农药及食物的污染等。

【临床应用体会】在辨证施治的基础上，因有抗体所致的女子不孕、男子不育症，可在底方中加用中药徐长卿，嘱咐患者泡水代茶饮，临床有效。

（五）虚劳盗汗证

【原文】男子平人，脉虚弱细微者，喜盗汗也。（9）（三类）

【解读】本条论述虚劳盗汗的脉象。“脉虚弱细微者”，是脉象总纲“极虚脉”的表现。它标志着病人阴阳、气血皆虚。“盗汗”为阳气不固，阴虚不守所致，属于阴阳、气血俱虚的范畴。这样的盗汗可用第8条原文提出的桂枝加龙骨牡蛎汤。《小品》中的方名为“二加龙骨牡蛎汤”。《心典》说：“平人，不病之人也，脉虚弱细数，则阴阳俱不足矣，阳不足者不能固，阴不足者不能守，是其人必善盗汗”。《难经》说：平人“脉病而形不病”，属虚劳病范畴。

【临床应用体会】如果属于阴虚火旺的盗汗，脉见浮数或弦细，症见



舌红、心烦者，可以用当归六黄汤治疗。《兰室秘藏》载：当归配黄芪、黄芩、黄连、黄柏、生地、熟地。为了帮助止汗，可以增加麻黄根、浮小麦、煅龙骨、煅牡蛎。煅牡蛎尤其适宜女患者更年期的出汗。值得说明的是，自1996年开始，WHO建议改称“妇女围绝经期综合征”。临证时，如果见有潮热，可加秦艽、白薇、银柴胡等清虚热药。阴虚证候明显者，可加黄精、麦冬、五味子等。

【按语】

1. 以上举例，涉及阴阳、气血两虚，且以脾肾两虚者居多，有临床实际意义。
2. 张仲景以脉参证，脉证合参，详析病机是一大特色，对虚劳久病的辨治有实用价值。

三、证治

（一）虚劳失精

【原文】夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩（一作目眶痛），发落，脉极虚芤迟，为清谷、亡血、失精。脉得诸芤动微紧，男子失精，女子梦交，桂枝加龙骨牡蛎汤主之。（8）（一类）

【解读】本条论述虚劳失精梦交的证治。“失精家”指经常梦遗和滑精的人。张仲景用“失精家”提示病因，指肾精过度耗损，阴损及阳，形成肾的阴阳两虚证。少腹是肾经的循行部位，需要阳气来温煦。肾阳虚则生寒，寒主收引、主疼痛，故有“少腹弦急”的表现。“阴头寒”即外阴寒凉，或是潮湿、多汗，仍是肾阳虚所致。五脏六腑之精华皆上注于目，精血充盈，目方能视。临床上可见，随着病人年龄的增长，衰老首先表现在眼目上，出现“老眼昏花”或者“人老珠黄”。所以，窍病的外象是人体内部脏腑、气血盛衰的反映。脱发的原因很多，如睡眠不足、洗发精或各种化学染发剂等引起。但是，按照《内经》有关正常生老变化现象来说，这是精亏血少的结果。所以“目眩，发落”是精血亏虚所致，当责之于脾和肾。

“脉极虚芤迟”，主清谷、亡血和失精，其中迟脉主下利清谷；芤脉主亡血。“失精家”属于虚劳范围肾的阴阳两虚证，所以，应该符合虚劳病的脉象总纲，极虚脉主失精。可见，虚劳病的一种脉象，可以见于多种疾病。“脉得诸芤动微紧”，动脉就像豆滚动一样，也是一种虚脉。微脉，指微小瘪瘪乎之脉。紧脉，像绳索，主寒。所以，失精家可见多种脉象。六



版《金匮讲义》认为，这四部脉象可以归纳为“芤动脉”和“微紧脉”。从脉象上、属性上、分类上来讲，芤动为阳，微紧为阴。对失精家来说，见芤动脉，即见于骤泄之时；见微紧脉，多为失精以后。

本条关键词是“男子失精，女子梦交”，可以用桂枝加龙骨牡蛎汤主之。按照文法上“互文见义”来理解，“男子失精”应指梦遗而言，因为有“梦交”一词相对应，就把“梦”字省略了。因此，桂枝加龙骨牡蛎汤是平调阴阳的经方，也是治男子梦遗较合理的方剂，取桂枝汤燮理阴阳的作用。方中龙骨和牡蛎，当以生龙牡重镇潜阳、摄纳固涩为佳。作为经方，本方有别于黄连阿胶汤及交泰丸。

【临床应用体会】正常情况下，阴阳互根，水火相济，升降协调。若心肾不交，阴阳失于维系，水火失于互济，就会出现一些失调的现象。

(1) 桂枝加龙骨牡蛎汤主治男子失精，女子梦交，不管有梦、无梦的遗精证，都可将本方作为基础方。

(2) 治疗妇女带下证时，若属于湿热型，后世有傅青主的“易黄汤”；属脾虚型，用“完带汤”；属于肾之阴阳两虚型，由肾之摄纳、封藏失司所致，即可应用本方。

(3) 妇女产后哺乳期见“乳泣”，表现为乳汁不足，又有漏出，可以用桂枝加龙骨牡蛎汤调和阴阳，潜镇摄纳分泌。

(4) 小儿遗尿，属于肾的阴阳两虚证，采取平调法，可在本方的基础上，增加缩尿的药物，如益智仁、桑螵蛸、补骨脂、五味子、山萸肉等。

(5) 小儿肺炎后期体弱者，肺部病灶长期不能吸收，表现为心阳不振，正虚邪恋，虚多实少，桂枝加龙骨牡蛎汤确有一定疗效。

临床上，“龙牡壮骨冲剂”、“龙牡壮骨颗粒”就是桂枝加龙骨牡蛎汤的成分，治疗小儿夜卧欠安，食欲不佳，汗多者，疗效好，且服用方便。

请同学们看天雄散方。《方药考》说：“此为补阳摄阴之方”，有潜镇摄纳之功。主治男子失精，腰膝冷痛。它和桂枝加龙骨牡蛎汤可以说“一证两方”。对男子梦失精，治疗梦遗，可用桂枝加龙牡汤；而天雄散是治疗无梦而遗的滑精者，如果不是脾肾阳虚的失精者，切勿轻易使用。

(二) 虚劳腹痛

【原文】虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢痠疼，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之。(13) (一类)

【解读】本条论述脾之阴阳两虚的虚劳证治。“虚劳里急”的“里”，提示病位在中焦，这是从方证中得知的。“急”是阳虚生寒造成的一种拘



急不舒症。病机是脾之阴阳两虚，偏于阳虚。确切地说，主症是脘腹部拘急疼痛，病位在脘腹部。“悸”、“衄”，是因心营不足所致，可由阴虚生热，热伤阳络引起，也可由脾不统血出现衄血，包括鼻衄和肌衄。“梦失精”责之于肾阳虚而阴不内守；阳虚不达四末可致四肢痠疼。“手足烦热，咽干口燥”，是阴虚内热证。关于辨证，本证既有阳虚生寒的症状，又有阴虚生热的症状，寒热交织，应以偏于阳虚生寒证为主。所以，在脾之阴阳两虚的情况下，实际上是阳损及阴。在治疗时，如果为了治寒证选用温热的药，会对阴津有伤害；如果用甘寒滋阴的药治其热证，对阳虚生寒证会有妨碍。在这个矛盾之中，张仲景出妙计，从中焦而治用小建中汤。因五脏之中，脾位于中，只要它正常运转，四运则畅通。因此，应该治其本，解决脾阳虚的问题。

此种治法是有理论根据的：

第一，《灵枢·终始》讲到，“阴阳俱不足，补阳则阴竭，泻阴则阳脱，如是者可将以甘药”。就是说，如果用温补药补阳，对阴液就有损耗；如果用甘寒之品泻阴，对阳虚则有害。那么在阴阳两虚、寒热错杂的情况下，应从中焦而治，用甘药就是建立中气之意。

第二，尤在泾的看法：“欲求阴阳之和者，必于中气，求中气之立者，必以建中也。”

第三，作用机制，建中法目的在于建立中气，使中气得以四运，从阴引阳，从阳引阴。阴阳得以协调，则寒热错杂证随之消失。

第四，小建中汤、黄芪建中汤、内补当归建中汤以及大建中汤，四个经方统称为张仲景创立的“建中法”。建中法包含了哪些治法呢？首先看小建中汤的组成，仍然是桂枝汤的类方，但这个方剂中，饴糖为主药，所有的建中汤都是饴糖为主药。小建中汤里芍药6两，炙甘草3两，因为是以阳虚为主，阳损及阴，主症是虚劳里急，脘腹部拘急疼痛不舒。因此，芍药甘草汤仍然是“缓急止痛”之义。“建中法”一定有调中的作用。对阴阳两虚证，《内经》提示一定要用甘药。甘味，能补、能和、能缓，恰恰切中病机和主症。所以，“建中法”是多种治法的综合，通过调中、补中、缓中、温中，才能够达到建立中气的功效。

小建中汤中何药为君药？《方剂学》强调，一定是以饴糖为君。这个理论根据源于《内经》。“急者缓之必以甘，不足者补之必以温。”所以，肯定是甘温的饴糖为君。配伍方面，为什么也一定要以甘、温为主药？依据《内经》“劳者温之，损者益之”的宗旨，用甘、温之品补益脾气，方



可保证阳气不虚馁。李东垣在《脾胃论》中讲：“小建中汤应当以芍药为君”，可以说有一定意义，临床上以饴糖为主药是对的，甘温之饴糖，和芍药同为君药，对于临床所见病证更为切中病机，且对主症缓急止痛的作用明显。方中配伍，有三组药对：一是饴糖与桂枝、炙甘草的配伍，是甘温补益，有“建中”之意；二是桂枝配芍药，酸甘化阴，又可调和营卫；三是生姜伍大枣，和胃中之阴阳。所以，不仅体现了“从阴引阳，从阳引阴”的作用，使其恢复“阴平阳秘”的状态，也体现了张仲景擅取刚柔相济之味，寓有并补阴阳的深意，使其化生气血的泉源不竭。

【原文】虚劳里急，诸不足，黄芪建中汤主之。（14）（一类）

【解读】本条论述脾之阴阳两虚偏于气虚的虚劳证治。“里急”，与上一条病机一致。“诸不足”，这是一种省文法，是指阴阳、气血、营卫俱不足，属于虚劳范畴。从方测证，说明是因脾的阴阳两虚，偏于气虚证，为气虚阳损所致。“虚劳里急”应具备中焦阳虚“里虚脉急，腹中当引痛也，诸不足者，阴阳诸脉并俱不足”的主症，以里急腹痛，脘腹疼痛为重点，还应兼有少气、自汗、身重、恶风、脉大而虚等症。“于小建中汤内加黄芪一两半，余依上法”，黄芪建中汤的组成即小建中汤加黄芪。小建中汤的功效是建中缓急，调和阴阳，黄芪有温中补虚的作用，正如《心典》谓：“里急者，急者缓之必以甘，不足者补之必以温，而充虚塞空，则黄芪尤有专长也。”所以，黄芪建中汤的温补、补气之力较小建中汤明显，功效为温中补虚，偏于主治脾之阴阳两虚，以气虚为主的虚劳腹痛证。

关于加减法，“气短胸满者加生姜”，本方加用生姜对胃肠功能有好处，性温而不是大热。所以，可增强小建中汤的温补之力。气短胸满者为什么要“建中”？培土可以生金，一定是由于脾胃虚寒，肺气不足导致气短胸满者。所以，基础方不变，建立中气，取其培土生金之意。甘温之剂用量太多，会令人中满，所以，腹满者去枣。但不能去饴糖，因为主方的功效不变。加茯苓补利兼优之品，补而不滞。“疗肺虚不足”，用半夏辛温，燥湿化痰。如何理解半夏的补肺作用呢？肺气虚损则布散津液的功能下降，就会生痰阻滞肺的宣降功能，因此，针对肺气不足而生痰涎的机理，用半夏来燥湿化痰，对肺的生理功能而言就是补其不足。因为半夏有三个作用，对肺气特别有利：①燥湿化痰，降逆消痞；②方中配伍生姜，生姜能解半夏毒，而半夏得生姜，又能增强降逆止呕和化痰的作用；③肺气既要向外宣发，同时又要保证肃降功能，所以半夏对肺气来说，是疗肺虚不足的功效。



【临床应用体会】

1. 秦伯未老先生在上世纪 60 年代初提出，小建中汤、黄芪建中汤最适合于治疗消化性溃疡病，包括胃溃疡、十二指肠球部溃疡属于虚寒证者。只要辨证准确，临床应用时，会得心应手。同时应指导患者，“损其脾者，调其饮食，适其寒温”（《难经·四十四难》）的护理养生理念很重要。

2. 中医学对慢性萎缩性胃炎的临床辨证分为脾胃虚弱证、肝胃不和证、胃阴不足证及湿热中阻证。对于脾胃虚弱证，我常以黄芪建中汤合四君子汤或香砂六君子汤加减，药局不备饴糖，可代之以甘温之药如蜂蜜，也有效果。同时结合现代医学知识，注意保护胃黏膜，应用一些具有杀灭或抑制幽门螺旋杆菌（HP）的中药，促进其消化功能。

（三）虚劳腰痛

【原文】虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。（15）
（一类）

【解读】本条论治虚劳腰痛。虚劳腰痛不是一般性的腰痛，是一个慢性的、肾气虚损的表现。为什么说是肾气虚？因为虚劳之人，损伤少阴肾气，是肾间动气损伤所致。腰为肾的外府，在肾经循行的部位，少腹拘急，肾阳虚生寒，寒主收引，主凝滞，主疼痛，因此，肾经所循行的部位，包括腰部、少腹部，就有拘急不舒、疼痛之感。“小便不利者”，是由于肾阳虚导致膀胱气化不利的典型症状。可见这是一脉相承，病机非常鲜明，就是肾气虚，以肾阳虚为主的病证。

关于八味肾气丸，大家都熟悉六味地黄丸的组成：“地八山山四，丹苓泽泻三”，本方另有炮附子、桂枝。用量少，但少许桂、附能起到温肾阳的作用，意在“微微生火以生肾气”。也是称作肾气丸而不叫肾阳丸的道理。为了帮助同学们理解好这个问题，我引用《素问·阴阳应象大论》“精化为气”的理论，精为阴，气为阳，肾藏精，精能化气。“少火生气”是以少量温肾药促进肾精转化为气之义；而应用大队滋阴药的配伍理论，可从明代大医家张景岳的理论升华中得到启悟，就是“善补阳者，必于阴中求阳”。方中地黄、山萸肉、山药合起来的用量有一斤，地黄入肾；山萸肉入肾、肝经；山药对肺、脾、肾阴阳平补，所以三药补其三阴，互资互助，达到调补、综合的效应。祛肾邪有丹皮、泽泻、茯苓。作为肾邪，是指水邪，即小便不利，由于膀胱气化不利，不能排泄所致。茯苓，补利兼优之品。丹皮和泽泻是针对虚火、相火妄动而设。“三泻”使其滋而不



滞，温而不燥。功效是阴阳平补，偏于温肾阳。尤在泾说得好，“补阴之虚以生气，助阳之弱以化水，乃补下制下之良剂。”所以本方有温阳滋阴益肾气之功。

【临床应用体会】

1. 八味肾气丸是补肾祖方，又是平补之剂，具有“善补阳者，必于阴中求阳”的特点。因而，肾阳虚损，包括关门不固，肾气丸均可主治。

2. 主治肾气亏损造成的目眩、发落、头晕，特别是耳鸣、耳聋的病证，而脚跟疼属于肾阴虚者，用六味地黄丸。即宋代钱乙针对小儿“稚阳之体”最易化热，小儿纯阳，无须益火之理，在八味肾气丸的基础上，去掉桂、附，演变成六味地黄丸。后世又衍化出杞菊地黄丸、知柏地黄丸、济生肾气丸等十余个方剂。（详见本书第十三篇）

3. 肾气亏虚的“老慢支”病人，本着“春夏养阳，秋冬养阴”的原则，用肾气丸治本，能防止病情的复发和加重。

4. 肾气虚所致遗尿，小便失禁或夜尿频，包括消渴病（糖尿病）及其并发症者，均可以本方为基础灵活化裁。

（四）虚劳不寐

【原文】虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之。（17）（一类）

【解读】本条论述虚劳不寐的证治。不得眠就是失眠。这是长时间的睡眠质量差，包括入睡困难，称“起始失眠”；睡不实称“间断失眠”；醒了以后不能再睡，称“终点失眠”。中医理论认为，肝藏血、藏魂，人卧则血归于肝，人能入寐。同时和心主神明、主血脉也有关系。所以对虚劳失眠，酸枣仁汤能够起到治疗作用。

从制方依据分析可见，因肝阴虚，重用酸枣仁入肝，能补其本味；知母可滋阴清心火，清热除烦；茯苓、甘草味甘补脾。如果没有脾虚证，或没有浮肿症，可以把茯苓改为茯神，至少20g。再配伍珍珠母、生龙骨、生牡蛎、石决明和钩藤。因“肝体阴而用阳”，肝疏泄太过，会出现肝火上炎或肝阳上亢，甚至肝风内动，按照“治未病”的原则，石决明和钩藤这样的药都可以用。

但是，“虚烦不得眠”的病机属于肝阴虚，又兼心血不足，这就是母病及子，是肝、心之间的功能性病变。临床也应考虑肝脾之间的关系，由于肝体阴用阳的特点，酸枣仁汤体、用兼顾。方中川芎是血中之气药，可理其肝用，使肝气调达。总之，酸枣仁汤的功效是养肝阴，清虚热，安神宁心。



【临床应用体会】

1. 酸枣仁有生、炒两用，“方后注”指出此方应先“以水八升，煮酸枣仁得六升，纳诸药”，说明用炒枣仁，或伍用炙柏子仁，则有滋养性安神作用，而生枣仁的作用与此不同。

2. 与《伤寒论》治“虚烦不得眠”的栀子豉汤如何鉴别？栀子豉汤主治虚烦不得眠偏于实证者，淡豆豉的除烦作用很好，栀子清三焦之火热，使之从小便排出。

3. 《金匱·百合狐惑阴阳毒病》中讲过的百合地黄汤、百合知母汤也可用，可以配合酸枣仁汤，但是，百合的用量一定要大，对于神经衰弱、神经调节不良、心身反应、心身障碍等疾病，配合心理疏导有较好的治疗作用。

（五）虚劳心悸

【原文】《千金翼》炙甘草汤，一云复脉汤：治虚劳不足，汗出而闷，脉结、悸，行动如常，不出百日，危急者十一日死。（附方）（一类）

【解读】本条论述心的气阴两虚证。“虚劳不足”，表示阴阳气血方面皆不足。“汗出而闷”，中医学认为，汗为心之液，汗出则伤及阴液，同时亦损耗心气。“肝体阴用阳”，其实心脏也有体阴用阳的特点。阴是心血、心阴，阳是心阳、心气。脉的充盈与否靠心阳、心气的推动。所以，心阳亏损，阴亏不足的情况下，脉道就不能够充盈，也不能相继。所以，临床常可见到心的气阴两虚证进而发展为阴阳两虚证，不仅有“心悸”，而且还会有“脉结代”的问题。脉学上“缓而时止，止无定数，”谓之“结”；“数而时止，止无定数，”谓之“促”；缓而时止，止有定数”，谓之“代”。“行动如常，不出百日，危急者十一日死”，张仲景指出了心病时缓时急，时发时止，缓解期一如常人；并对其预后作出判断，提醒医者、患者一定要引起重视，加紧治疗。因本方有复脉作用，故名复脉汤。

为什么炙甘草汤能够主治气阴两虚证？炙甘草为主药，温补又能燮理阴阳，能缓、能和；桂枝，辛散温通心阳；人参大补元气，生津养阴。如“虚不受补”者，用党参；气阴两虚者，用太子参，或配沙参更合理，尤其适宜小儿；条件允许可用西洋参，对气阴两虚证最为合理。方中配以生姜、大枣补阳、补气，以达到“气行则血行”，阳气旺盛，推动血脉的力量则加强。生地1斤，用量最重，有滋阴、清热、养血之功，配伍麦冬、阿胶、胡麻仁，发挥滋阴养心的作用。由此可见，复脉汤对气阴两虚，以滋阴药为主，温通药为辅，以“阴中求阳”，对心的体、用兼顾。在煎服法上，原文强调酒水同煎，由于麦冬和生地是滋阴药，酒属于热性，可行



药势，增强通血脉、利血气的作用。正如柯韵伯在《来苏集》里说：“地黄麦冬得酒良”，地黄和麦冬只有与酒、水同煎，才能更好地发挥滋阴养血、通阳复脉的功效。

【临床应用体会】对于各种原因导致的心律不齐，炙甘草汤是复脉的基础方。最适用于病毒性心肌炎缓解期或恢复期。冠心病的心肌缺血、心律不齐，包括传导阻滞、心房纤颤，也可以考虑用本方。

（六）虚劳风气

【原文】虚劳诸不足，风气百疾，薯蓣丸主之。（16）（一类）

【解读】本条论述虚劳风气百疾的证治。“虚劳诸不足”，提示久病以后，阴阳、气血、营卫俱不足，是虚损性、衰弱性疾病的总括，属于虚劳病范围。“风气百疾”，指“风为百病之长”，当正气不足的情况下，最易兼感外邪。即因虚而招邪致病，薯蓣丸是扶正祛邪法的代表方。

薯蓣丸中，薯蓣即山药，山药为君药，重在补益脾胃，突出扶正为本。再以补气的四君子汤为基础方，加归、芎、芍、地“四物”，即“八珍汤”；方中有桂枝，如果再加黄芪，就是十全大补汤，这些是后世在此方基础上进行提炼而得补气、补血、气血双补的基础方剂，足以说明经方的影响力和指导性是多么巨大啊！干姜、豆黄卷可以调节脾胃功能；大枣、神曲属于助消化、调中焦的作用；麦冬、阿胶滋阴养血；杏仁、桔梗、白芍行气；桂枝入太阳经，柴胡入少阳经，防风入阳明经，针对“风气百疾”，祛除外邪，达到温补而不呆补。对脾气来说，一定要采取“调补”，补益之中有调理之意。所以，本方是治在中焦，调补脾胃，扶正祛邪的名方。用蜜调制，“弹子大，空腹酒服”，黄酒或者醪糟的米酒最好。薯蓣丸配伍的别致之处是“补中有疏，静中有动”。

【治验举隅】

1. 有一女患，头痛病史长达数年，西医院确诊为“血管痉挛性头痛”。主症有头痛，包括太阳穴、眉棱骨、前额、颈部、头顶等部位，舌质淡、苔厚，脉无力。所以，处方为薯蓣丸加吴茱萸。7剂汤药服用以后，疼痛减轻。只是颈部酸痛、沉重，原方再加葛根、升麻。结果病情缓解，只是在劳累后头痛即发。因“久痛入络”，又加全蝎5g、僵蚕5g等活血药，疗效颇佳。这个病例给我的经验：第一，虚劳是慢性虚损性疾病，可由风气，或思虑、气结等其他因素导致；第二，器质性病变的患者，可由“久病必虚”、“久病必瘀”、“久痛入络”而加重，故应用活血化瘀药配合补益药有效；第三，对方中三阳药的应用和理解，深有启发。



2. 一男患，由于过度劳累，患空洞型肺结核，抗痨药物治疗后，副作用非常明显，出现乏力、怕冷、爱感冒以及耳鸣、头晕等症。我首选李中梓《医宗必读》的拯阴理劳汤，后来配合薯蓣丸服用，毒副反应症状很快消失，坚持治疗，顺利康复。

3. 治疗心律失常的病人，对心电图表现心功能低下者，炙甘草汤用一段时间，再用薯蓣丸化裁巩固疗效，不仅能达到扶正祛邪之功，有的患者心电图也有改善。

4. 我要引用前辈岳美中所说的话，“薯蓣丸是治疗老年病的主要方剂之一”。

（七）虚劳干血

【原文】五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络营卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。缓中补虚，大黄廑虫丸主之。（18）（一类）

【解读】本条论述虚劳干血的证治。“五劳”是指心、肝、脾、肺、肾五脏之劳损。“虚极羸瘦”，是由于五劳导致的“虚极”，出现形体极度消瘦，极度虚弱。“腹满不能饮食”，有两种情况：第一，是病人自身腹胀、腹满的感觉，是脾气虚弱的表现；第二，由于五脏极度虚损，可能出现大腹膨满，甚至臌胀。“七伤”，包括饮、食所伤。食伤，就是暴饮暴食或偏食；饮伤，是嗜酒过度，或冷饮过多；饥伤，是饮食不节或刻意减肥；忧伤是情志所伤；房室伤，房劳伤肾；劳伤，劳倦伤脾；经络营卫气伤，主要落实在“气伤”，如果长时间不能得到及时的理气解郁等治疗，最终会导致瘀血内停。“干血”是指失掉血液功能的死血，即瘀血，是病理产物。瘀血不去则新血不生，临床表现为“肌肤甲错”，形容肌肤像鳞甲一样粗糙，因瘀血内停，肌肤失于血的濡养而致。“两目黯黑”，“黑”是瘀血的标志，可有视物不清或眼圈发黑的症状。舌质是最重要的诊断标志，见舌质发紫、发暗，有瘀斑、瘀点，可提示瘀血内停。

“缓中补虚”，王晋三《古方选注》说：“缓”，“舒也，绰也”，指方中“宽胸润血之品言也”。“缓中”是对血分而言。尤在泾说：“润以濡其干”，也提示应用入血分的药物，可达到润以濡其干血的目的；“虫以动其瘀，通以祛其闭”，对大黄廑虫丸方中的药物进行分析，大黄活血、通瘀、泄热。方中用蒸大黄，所以，苦寒之性有所缓和，取其通行十二经，活血化瘀的作用。

方中植物类药物具有活血化瘀作用的有大黄、桃仁，张仲景擅用大黄



配桃仁。干漆也属于植物药范围里的活血化瘀药。酒蒸大黄和黄芩配伍，有清热、下瘀血之功。大黄配瘀虫，是张仲景擅用的“药对”。可以说，历代医家善用虫类药物，首推张仲景。瘀虫就是土虫、土鳖虫。虻虫、水蛭、蛰蛰，蛰蛰是金龟子的幼虫，这些虫类药，都是以攻为主，破瘀血。所以，植物类活血化瘀药物的作用需要增强的话，张仲景针对干血病证，加用虫类药共同发挥攻逐瘀血的作用。本方用量最大的是干地黄，特别是和芍药、甘草的配伍，有滋阴、养血、扶正的功效。“炼蜜和丸小豆大，酒饮服”，做成蜜丸。“酒”，如前所说，是考虑干地黄必须加酒才能更好地发挥治疗作用。杏仁，取“气行则血行”之理，散结气，通血络。所以“缓中补虚”，应以攻瘀为主，又不要伤正。瘀血去，新血才能得生。故大黄瘀虫丸是“祛瘀生新”法的代表方剂。

【学习指导】

1. 关于“缓中补虚”的不同认识：第一，《医宗金鉴》提出“缓中补虚”，应该放在原文“腹满不能食”之后。“内有干血，大黄瘀虫丸主之”，应该紧跟着“肌肤甲错，两目黯黑”，以强调大黄瘀虫丸祛瘀生新的作用。第二，程门雪《金匮篇解》的认识：因为“虚极羸瘦，腹满不能饮食”症，可证明脾气虚弱到衰败的程度，要“急治之”，又不能以攻为主，应先用大黄瘀虫丸攻逐瘀血，当“腹满不能饮食”症得到改善后，再攻补兼施。这是“攻中寓补”，或“先攻后补”的道理。从而强调大黄瘀虫丸是一个攻逐瘀血消癥的方子。方中用扶正的药物还是偏少。所以，对于久病血瘀者，作成丸剂，是“缓缓图之”之意，中医术语即峻剂丸服。

关于水蛭的应用，我在临床体会中发现，对血黏度高的病人，可把它研成粉末，随着汤剂冲服。近年来，在抗肿瘤的治疗上，大黄瘀虫丸可以辨证应用。

2. 《金匮·血痹虚劳病》论述虚劳病的特点。第一，以五脏阴阳气血虚损为发病机理，作为立论依据，此与《中医内科学》有相同之处。第二，在五脏虚损上，重视脾肾。第三，在病情上重视阴阳两虚及因虚夹实。因虚夹实包括两种情况，一种是因虚、极虚而招邪，如薯蓣丸证“风气百疾”；另一种是因虚而致瘀，“大虚有羸状”，即大黄瘀虫丸证。第四，在辨证上，“以脉为纲，脉证合参”。如炙甘草汤主治“心动悸，脉结代”，初始一如常人，但是若发猝死则措手不及；又举出虚劳病之脉象总纲，提示“脉病形不病”，当是早期诊断、早期治疗的学术思想体现，也是彰显“脉证结合，以脉参证，详析病机”的临床思维要领。第五，治法上，重



视甘温扶阳。如小建中汤、黄芪建中汤、八味肾气丸都是甘温扶阳法。“甘温扶阳法”体现了《内经》关于“阴阳之要，阳秘乃固”之旨。第六，擅用调补。本篇涉及的经方都不是一味地添补、呆补，而是达到既能充实元真之气，又能使五脏元真通畅的功效。如薯蓣丸里使用三阳的风药，对李东垣重视并发展《脾胃论》学术思想有重大影响。

血痹虚劳病脉证并治第六全篇小结

血痹病	概念：	以肢体局部肌肤麻木不仁或兼有轻微疼痛为主症的一类疾病		
	病因病机	{ 内因：营卫气血不足 外因：感受外邪	{ 血脉痹阻（1） 血分滞而不通	
	病位：	肌肤、血分		
	辨证施治	{ 轻证——针引阳气（1） 重证——黄芪桂枝五物汤——温阳行痹（2）		
虚劳病	概念：	为“虚损劳伤”的简称，泛指一切慢性虚损性、衰弱性疾病		
	病因病机	{ 先天禀赋不足 后天失养（饮食、起居、情志、劳倦、房室）	{ 五脏气血阴阳 虚损久虚不复	
	主脉：	大脉、极虚脉（3）		
	病机	{ 精血亏虚（4） 气血亏虚（5） 阴虚虚劳（6） 肾虚无子（7）		
		辨证	{ 虚劳盗汗（9） 脾肾阳虚（11） 大脉主病举例（10） 革脉主病举例（12）	
	证治	{ 肾阴阳两虚证——桂枝加龙骨牡蛎汤——调和阴阳，潜镇摄纳（8） 天雄散——温阳摄精		
		脾阴阳两虚	{ 偏阳虚证——小建中汤——建中缓急，调和阴阳（13） 偏气虚证——黄芪建中汤——温中补虚（14）	
			{ 肾气虚证——八味肾气丸——补肾益阴温阳（15） 肝阴虚证——酸枣仁汤——养阴清热，安神宁心（17）	
		{ 虚劳诸不足——薯蓣丸——扶正祛邪（16） 干血劳——大黄廑虫丸——缓中补虚，祛瘀生新（18）		
		{ 脉结悸——《千金翼》炙甘草汤——滋阴养血，益气复脉（附方）		



肺痿肺痛咳嗽上气病脉证并治第七

概 述

本篇讲肺痿、肺痛、咳嗽上气三种疾病。“肺”字，为左右结构，右边不是城市的“市”字，一定是一笔下来，才是“肺”字。咳嗽的“嗽”，念 sou，不念 suo，右边写成“欠”，而不是反文。作为医学大学生、研究生，经常书写病历，不能写错字。请大家看，张仲景那时候就没写错！

【合篇意义】

1. 在病位上，同属于肺系。
2. 在临床症状上，具备咳、痰、喘症。本篇对肺气胀满所致的疾病名为肺胀。
3. 在病因上，有内伤自病，或兼感外邪。而外邪常是诱发因素，情况错综复杂。
4. 病理变化存在着相互联系和相互转化的关系。比如，肺痛急证如果失治的话，可以变成肺痿，有虚热证、虚寒证之分，是取决于体质的不同。也有的长期咳嗽，有寒、热、虚、实、上、下之别。因此，在病机、病情上的相互转化，实际上是虚实的转化。

【概念】

1. 肺痿，顾名思义，是病位与病机的结合，病位在肺，病机是肺气痿弱不振。主症为咳吐浊唾涎沫，分类有虚热肺痿和虚寒肺痿两种。
2. 肺痛是指肺脏生有痈脓，就是西医学的肺化脓症、肺脓疡一类的疾病。病因病机是感受风热毒邪，蕴结肺中，肺气壅塞不通，热聚肺溃，蓄生痈脓。主症为咳嗽，胸痛，咳吐脓血，气味腥臭，而“振寒脉数”贯穿在疾病的整个过程中。



3. “咳嗽上气”既是一种症状，“上喘”的意思；又指病机而言，提示肺气上逆。“咳嗽上气”，有上、下、表、里、寒、热、虚、实的不同，情况比较复杂。但是，值得提出的是肺胀。张仲景自注：“肺胀，咳而上气”；“咳而上气，此为肺胀”，说明咳嗽上气，就是咳嗽、气喘。肺胀是指肺气胀满，以咳嗽上气，喉中痰鸣，甚则喘不得卧为主症的一类疾病。概括地说，具有咳、痰、喘、胀四大特点。

肺痿病

一、成因、脉证与鉴别

【原文】问曰：热在上焦者，因咳为肺痿。肺痿之病，从何得之？师曰：或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数；或从便难，又被快药下利，重亡津液，故得之。

曰：寸口脉数，其人咳，口中反有浊唾涎沫者何？师曰：为肺痿之病。若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痛，咳唾脓血。脉数虚者，为肺痿；数实者为肺痛。（1）（二类）

【解读】本条文有两个自然段。我首先讲肺痿成因有四种，“或从汗出”，“或从呕吐”，“或从消渴，小便利数”，“或从便难，又被快药下利”，或为重（zhòng）伤津液；为重（chóng）伤津液。虽有两种不同读音，但本质上均说明津液被严重耗伤是致病的原因。因为“消渴”，是指“三多一少”的消渴病，可以说是当今世界范围的富贵病（糖尿病）。中医学认为它属于“阴虚为本，燥热为标”，以小便反多为特征的是下消，又名肾消，精津过度损耗则阴损及阳。如果“便难”是属于津亏肠燥或因传化失职，推动无力者，应该用润下法，若误用“快药”，像大黄、芒硝一类寒下法，显然是错误的，会使津液更伤。

接下来讲，肺痿病为什么见“口中反有浊唾涎沫”。“浊唾”是指黏稠的痰，“涎沫”是指比较清稀或稀薄的痰。张仲景时代对于肺系咯出来的有形之痰，称为“浊唾”。

除本条原文外，第2条讲肺痈酿脓期有“多唾浊沫”；第7条，“咳逆上气，时时吐浊”，讲黏稠的痰为胶固之痰；第12条，讲肺痈证治，指出“时出浊唾腥臭”。

现在，请注意一个“反”字，它要突出鉴别诊断。首先看肺痿病“浊



唾涎沫”的病机是什么呢？为了回答这个问题，需要复习《素问·经脉别论》关于水液代谢的论述。

“饮入于胃”，是水谷入胃以后，要化生精微物质，就是“游溢精气，上输于脾”，脾的功能是“脾气散精”，散精以后得“上归于肺”。“上归于肺”，它又有什么作用呢？“通调水道，下输膀胱”，然后“水精四布，五经并行”。总之，水液代谢和肺、脾、肾有关，而且涉及三焦决渎、膀胱气化。《素问》用这样简短的文字，描述了水液代谢的过程。现在我要说，由于“精气上输于脾，脾气散精，上归于肺”的功能是正常的，没有问题！作为肺痿病，病在肺，问题就出在这里！由于肺气痿弱不振，不能很好地把津液和精微物质敷布到周身，同时，通调水道、下输膀胱的功能也受到影响，津精就变成了病理性产物。如果是虚寒肺痿，“上焦有寒，其口多涎”；如果是虚热肺痿，热灼的结果，炼液成痰，就变成了黏稠的痰。以上分析，说明肺痿，不论是虚热肺痿，还是虚寒肺痿，由于肺气痿弱不振，导致的不是燥咳，不是无痰，也不是少痰或咯痰不爽，而是“口中反有浊唾涎沫”。一个“反”字突出了肺痿与阴虚燥咳的鉴别诊断。

第二段，讲肺痛的脉证。大家看它的特征是：“若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痛，咳唾脓血”。“辟辟”，“隐隐”，在文法上，属于迭音词，用以形容和比喻。“辟辟”是口中干燥的样子，甚则发出声响。是由火性炎上，消烁津液，肺热壅盛所致。“咳即胸中隐隐痛”，说明咳嗽的同时伴胸痛，并随咳嗽而加剧。这是肺脏“发为痈脓”的临床特征。

关于发痈肿的早期症状，请看第十八篇，第1条原文说：“诸浮数脉，应当发热，而反洒淅恶寒，若有痛处，当发其痈。”明确指出初发痈肿时，首见表证：发热、恶寒、脉浮数。如果和一般的表证鉴别的话，关键在于“若有痛处，当发其痈”，现在肺痈初期见表证，痛有定处，因肺居胸中，故痛在胸。接着讲脉“反滑数”，是“数实”的意思。以“数实者为肺痈，数虚者为肺痿”进行鉴别。

历代医家，对“咳唾脓血”的认识，从句读上说有两种看法。一是，“脉反滑数，此为肺痈”，“咳唾脓血”句紧跟在后面，是肺痈的必见症状；二是，“咳唾脓血”另起一段，其义是指咳唾脓血不为肺痈专有，肺痿也可见咳唾脓血。

我认为，肺痈咳唾脓血，甚至“其味腥臭，状如米粥，”它必定是一种急证、热证、实证，说明病情已发展到酿脓、溃脓期了。作为肺痿，有



虚热、虚寒两种，病性属于虚证。“脉数虚者为肺痿”，指的是细数或数而无力的脉象，它即或出现脓血，应当其味不臭，或者量少，或者出现得较晚。为什么呢？这样的病情，基本上是虚热肺痿。如果复感风热之邪，使其化热，“虚实夹杂”，伤及脉络，可能会见到痰中带血，或者唾脓血。

我觉得，这个问题好像没有辩解的意义了。因为目前在呼吸疾患的检查方面，不管是 X 线透视、拍片，再加上 CT、ECT，还有痰培养等，都能作出较明确的鉴别诊断。但是，我现在讲的是张仲景在文字表述上所说明的问题。

表 6 肺痿与肺痛的鉴别

	病情	脉象	病机	典型特征
肺痿	虚	数虚	阴虚有热	咳吐浊唾涎沫，寸口脉数（无力）
肺痛	实	数实（滑数）	热聚肺溃	咳即胸中隐隐痛，口中辟辟燥，甚则咳吐脓血

【按语】

1. 关于命名 尤在泾对肺痿和肺痛在命名上是怎么理解的呢？《心典》说：“痿者，萎也，如草木之萎而不荣，为津灼而肺焦也；痛者壅也，如土之壅而不通，为热聚而肺溃也。故其脉象有虚实不同，而其数则一也”。

2. 关于脉象 作为肺痿，一定是虚热或虚寒病因所致，若是虚热在肺者，原文用“寸口脉数”来表示虚热在肺。

【临床应用体会】肺痛相当于近代医学的肺化脓症、肺脓疡，一些急性的肺感染，炎性改变的疾患，临床上有的不唾脓血，但中医辨证是一种实证、热证。肺痿病，有的学者讲到了肺叶焦的问题，我认为，肺痿不等于西医学所说的肺不张症，但是它可以包含在其中的虚嗽。其他的慢性咳嗽，相当于支气管炎，老慢支，年复一年的不能根治。因此肺痿如虚嗽、劳嗽属于虚热肺痿的范畴。

患肺不张症的病人，比如幼儿时因肺感染或肺 TB 引起的，是后天获得性的。当时患儿发热，咳嗽，吐不出痰，经抗炎治疗病情缓解，家长就疏忽了。结果由于患儿局部病灶，把小的支气管阻塞了，造成肺叶不张了。肺本身的代偿功能是很强的，所以，在他幼小时，看不出肺不张症对他的生长发育有什么影响。当他长到一定年龄的时候，比方说 16 岁，成人之前，你会发现他脊柱弯曲了，胸廓不对称了。也有的小孩儿初中做体检的时候，X 线检查，肺叶一片白色，才发现有肺不张病灶。但是，他的临



床症状，主要是慢性咳嗽，只要不感冒，不引起感染的话，它并不影响正常的生活、学习。什么时候出现典型的肺痿症状呢？当他反复的咳嗽，就像我们讲的咳嗽不已，他可以是因体质的因素，有虚热、虚寒之别。虚寒肺痿一般都是体质偏于阳虚，易从寒化。这种长期不愈的咳嗽，如果得不到治疗；或者是虚热肺痿失治的话，又可变为虚寒肺痿，由实转虚；也可以由肺痈治疗不当，转为肺痿。

二、证治

（一）虚寒肺痿

【原文】肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。若服汤已渴者，属消渴。（5）（二类）

【解读】论虚寒肺痿的证治。指出甘草干姜汤主治虚寒肺痿。从方测证（症），根据症状分析，虚寒肺痿的成因：或因体质因素，邪从寒化；或因虚热肺痿经久不愈，或者治疗不当，结果阴虚及阳，转为虚寒肺痿。这两种情况最终导致“上焦阳虚，肺中冷”，肺气痿弱则“上虚不能制下故也”。我这是用张仲景的原话加以概括的。

虚寒肺痿是气虚，“气沮而痿”。虚热肺痿是“气烁而痿”，但是，造成肺气痿弱不振的病机是相同的，只是在类型上有别。

临床症状方面，肺痿吐涎沫，是清稀的、稀薄的痰，或是泡沫样的痰。老慢支虚寒证的患者就这样。关于原文中“而不咳者”，我在给“西学中”的同志讲这段原文时，他们觉得不可思议，那痰要不咳，它怎么往外吐啊？它怎么能不咳呢？我认为，他咳而无力，强调多唾涎沫，相对而言是咳得轻了，所以“不咳”是比较而言。“其人不渴”，特别是伴随着遗尿，小便数，仍然是和上焦虚寒有关。因为“肺为水之上源”，“肺主治节”，肺气痿弱，肺就不能很好地发挥通调水道，下输膀胱的生理功能，是气化无权了，肺津不布，所以膀胱无制，而津液不藏，表现为小便数，遗尿。这一定得按照“上焦阳虚，肺中虚冷”，“上虚不能制下故也”来理解，就是肺气痿弱的结果，特别是“此为肺中冷”做了病理概括，即病机所在。

“肺中冷”是指肺中的阳气不足，肺失去温养，气化无权，气虚不能摄津，“上虚不能制下”，“必眩，多涎唾”。这个“必眩”是上虚则眩。后世说“无虚不作眩”，都是从这里来体会的。

甘草干姜汤，治在中焦，而不是直接治肺，为什么这么说呢？请大家



看，炙甘草4两，炮姜2两。炮姜和生姜的区别，就在于炮姜“守而不走”，生姜“走而不守”。现在炮姜守在中焦，起什么作用呢？温中、理中。而甘草干姜汤恰是理中之半，正是理中汤（丸），“理中乡”嘛！温中焦，温补脾胃。此为上焦虚寒，治在中焦，“培土生金”之义。张仲景在首篇，就提到五行学说在杂病治疗中的意义，后世发展脏腑间可从相生角度，按照“虚则补其母”、“实则泻其子”的治法入手，本方“培土生金”法，又是一个极好的范例。温脾达到温肺，温肺就能复气，从而改善和纠正因气虚不能摄津而遗尿，小便数等症；以及因上焦虚寒，肺中冷所致的多唾涎沫等病理变化。这是原文的本义。

【临床应用体会】

1. 虚寒肺痿相当于什么疾病？慢性咳嗽，包括虚嗽、虚咳，属于虚寒者。
2. 本方治在中焦，凡属于肺胃的虚寒证均可以应用。比方胃脘痛，吞酸，胀满疼痛，包括肠鸣、腹泻等胃肠道的病证。
3. 对下焦虚寒者，如劳淋、小儿遗尿、妇科痛经、闭经等证，甘草干姜汤同样可以发挥作用。

【现代研究】为什么干姜、甘草配伍，就能够达到这样的治疗作用呢？干姜、炮姜为辛热之品，辛温力量比较强，刺激口、舌和胃黏膜，引起反射性的交感神经兴奋，就可以起到对抗副交感神经的作用。现代研究表明，作为干姜、甘草、炙甘草，对于胃肠、子宫平滑肌有解痉作用。甘草的药性，味甘，能缓、能和、能补，所以它有解痉挛的作用。提供给大家参考。

（二）虚热肺痿

【原文】火逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之。（10）（一类）

【解读】论虚热肺痿证治。关于虚热肺痿的代表方，是麦门冬汤。讲《绪论》时，我曾经用这个条文给大家作过启发。原文“大逆上气”，请按【校勘】改为“火”字比较合理。讲病因是虚火上炎，属虚热肺痿。

“火逆上气”提示病机是虚热灼肺引起的虚热肺痿或虚火咳喘。也就是说虚火上炎，津液不足则肺胃阴虚，导致肺失宣降，肺气上逆。

“咽喉不利”，是补出的一个症状，因为虚热肺痿的主症，我已经反复强调了，是咳嗽不已，口中反有浊唾涎沫，寸口脉数，现补出“咽喉不利”症。



王雪华金匱要略讲课实录

为什么“咽喉不利”？为什么强调在咽喉？因为咽喉是呼吸之门，阴阳交会之处。当虚热灼肺的时候，咽喉首先被伤。所以清代的温病派指明：“温邪上受，首先犯肺。”咽喉干燥症，表现为咽喉痒，喜凉润，或者有痰，咯痰不爽。

“止逆下气”提出治法。“止逆下气者”的“者”字，是指患有虚热肺痿或虚火咳喘的病人，若采取“止逆下气”法治疗，用什么经方呢？“麦门冬汤主之”。请大家注意麦门冬汤的组成和方义。

方中，麦门冬为君药，专门滋养肺胃之阴。重用的目的是养阴润肺，而清其虚热。

请大家看，方中麦门冬7升，半夏1升。为什么要选半夏为臣药？而且两者的用量比例为7:1？半夏的性味，偏于温燥，功用能化湿痰，寒湿之痰。现在有“咽喉不利”症，肯定是虚热肺痿或虚火喘咳。为满足病机需要，在配伍上是“去性取用”，靠7倍的麦门冬为主药，以其甘寒之性，制约半夏辛温之“性”，取半夏既能化痰，又能降逆之用。方中又有人参、甘草、大枣、粳米等大队益气养阴之品，能助化源，使津液得生，并能去半夏的燥性伤阴之弊。

【治验举隅】谭某，女，31岁，1992年暑期初诊。

主诉：干咳，以频繁“清嗓”为临床特征。业经日本东京某医院诊断为结节病，因患者拒绝激素疗法而回国寻求中医药治疗。来诊前曾到过黑龙江省内著名西医院，专家会诊结论一致。

中医辨证所见：干咳无痰，咽喉不利，胸闷气短，倦怠乏力，面色少华，纳谷不香，月经量少，舌质微红，舌苔薄，脉弦细。从自带的东京某医院所作的X线片及胸部CT片清晰可见，两侧肺门和纵隔淋巴结肿大，呈2cm的结节状，对称地分布于两侧。血常规检查无明显异常。

一方投麦门冬加味方：麦冬20g，清半夏15g，太子参20g，沙参15g，甘草10g，白花蛇舌草30g，半枝莲30g，黄芪30g，白术20g，当归15g，每日1剂，水煎2次，早晚分服。

服方7剂，诸症同前。尤以咽喉不利，不能侧卧为重，遂将《外科真诠》的消瘰丸加入方中，有元参20g，生牡蛎40g，浙贝母25g，夏枯草20g，改黄芪50g，加酒制黄药子15g，以增强化痰散结，解毒消肿之力。

又服方7剂后来诊，该患笑容可掬。主诉：“清嗓”症状明显减轻，已有两夜醒来时发现自己可以侧卧。因假期临近，故提出带药请求。为了证实其临床疗效，把握病情，辨识证候，确定处方，令该患立即到附属医



院拍X线胸片作复查。结果显示：两侧肺门和纵隔淋巴结已缩小至1cm，边界呈模糊状，其他无著变。

为携带药品方便起见，建议制作冲剂。但因时间仓促不及，只好按原方投药30剂（一月量），如法水煎分装后，高压灭菌处理，并装箱空运至东京。

服用20余剂时，国际长途回电告知：其病情进一步好转，嘱其继服中药汤剂。为巩固疗效，在原方基础上随证加减，先后两次邮寄4个月的水煎药液，未曾使用其他中西药物。治疗期间日本某医院一直进行免费的病情跟踪，最终证实获愈，胸部检查完全恢复正常。现已归国工作多年，保持联系。

【按语】医学认为，结节病属多系统、多器官或组织受累的非干酪样坏死性肉芽肿性疾病，而侵犯胸部淋巴结的发生率高达80%~90%。结节病的发病率在黑人中高于白人。Edmonstone报道了1991年结节病发病率的状况，黑人为19.8人/10万人，白人仅1.5人/10万人，黄种人居中，为16.8人/10万人。因个体差异（年龄、性别、激素水平等）和机体免疫反应的调节作用，其临床表现可涉及多个器官的功能性损害，其预后有轻重之别。当前，临床重视与结核病、淋巴瘤、何杰金氏病及肺门转移性癌等鉴别诊断，有条件者，尽早做活体组织检查或经纤支镜肺活检（TBLB），有助于综合判断进行确诊。但是，由于对其病因不明，治疗上惟激素疗法用以控制病情进展，而临床长期应用易发生毒副作用等原因，所以，西医对本病的治疗仍处于无奈状态。

我认为，对肉芽肿病可视为中医之“痰核”、“瘰癧”、“肉癭”等范畴。病因病机尚无系统研究，有因忧思郁怒，痰湿凝结所致；而本病例由思虑、劳倦导致脾胃气虚，日久伤阴化燥。治宜解毒化痰，软坚散结。《外科真诠》消瘰丸主治阴虚火旺之瘰癧，以夏枯草、浙贝母化痰泄肝火；元参、生牡蛎解毒散结。此外，黄药子入心、肝经，化痰散结消瘰效佳。然该药对肝功能有损害，当慎用。因方中有当归配伍，可起到减毒增效作用。加黄芪、白术补益脾肺之气；加半枝莲、白花蛇舌草加速解毒消肿。临证时合麦门冬汤润肺清燥，益气养阴，紧扣病机，因而奏效。

以上我分析了主辅相伍的道理，在于“去性取用”。肺属金、主气，司呼吸，肺为娇脏，不耐寒热，现为虚火熏灼，肺胃之阴被伤了，因此，一定要以麦冬滋养肺胃之阴，清其肺胃之热。半夏下气化痰。为了制约它的辛燥之性，还得配有大队益气养阴之品，是“培土生金”法的体现。



【临床应用体会】在儿科、内科临床应用培土生金法是非常有效的。比如患儿体质较弱，特别是表现为舌红绛，脉细数，食欲差，或者病后总是咳嗽，早晚较重，你用麦门冬汤为基础方，加入二母宁嗽丸、泻白散的组成，就是“培土生金”法的应用。

1. 凡属虚咳劳嗽，久嗽不愈者；因肺气痿弱，偏于虚火型者，为本方的临床适应证。

2. 胃虚的呕吐，以及呃逆、胃胀，胃阴被伤的“饥不欲食”症，以本方为基础方，加用养胃阴的药物，可促进食欲，是一个治胃病的好方。

3. 大病后伤阴所致咽干口燥，咳嗽以早晚为重，痰少或咯痰不爽，以及放化疗损伤所致虚热征象，均可以本方化裁应用。

肺痈病

一、病因病机、脉症和预后

【原文】问曰：病咳逆，脉之何以知此为肺痈？当有脓血，吐之则死，其脉何类？师曰：寸口脉微而数，微则为风，数则为热；微则汗出，数则恶寒。风中于卫，呼气不入；热过于营，吸而不出。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。热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥。始萌可救，脓成则死。（2）（二类）

【解读】先把原文本义给大家理顺一下。咳嗽症见于肺痈病，你怎么知道他得的是这种病呢？“脉之”，就是诊脉。实际上，我们不能只通过脉诊来确认他是否得了肺痈病，临床诊断还是要四诊合参。“咳吐脓血”，“当有脓血”是肺痈的典型症状、临床特征。

“吐之则死”的“死”字，应该活看。虽然说明病情已经发展到一定阶段了，由热毒壅盛，发展到脓成腐溃，说明病重了，要引起重视，给予积极治疗。比如肺化脓症，临床上只要治疗得当，不出现败血症，是不会死人的。

以下原文对肺痈的辨证分期概括为三期：

1. 表证期，“风中于卫”，“风伤皮毛”。症见发热恶寒，有汗，口干，咳嗽胸痛，寸口脉浮数。

2. 酿脓期，“风舍于肺”。症见咳嗽，口干喘满，咽燥不渴，胸痛，



咳吐臭痰，时时振寒，脉数实。

3. 溃脓期，“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥”。症见咳嗽胸痛，振寒脉数，咽干不渴，气味腥臭，状如米粥。

肺痈的病变部位在肺，病因病机是外感风热毒邪，继而实热壅盛于肺，热毒和瘀血搏结在一起，则肉腐成脓，脓成肺溃。

可以说，张仲景对于肺痈的整个发病过程，具备了卫气营血辨证的雏形，为温病学派的卫气营血辨证，奠定了理论基础。

请同学们注意：条文里有三处“插入法”，强调提醒和鉴别。

一是“风中于卫，呼气不入；热过于营，吸而不出”，这句话是什么意思呢？说明病情由轻转重，是一个渐进的过程。“风中于卫”的阶段，正气尚盛，风热毒邪不至于深入于里，可以随着“呼气”，抗邪外出，是为“呼气不入”。以“肺主气，司呼吸”的正常生理功能来解释肺痈的早期病变。如果得到正确治疗是有转机的，不至于发展到“风舍于肺”的阶段。

但是，张仲景对肺痈表证期的治法和方药，原文未有提及。从病机分析并验之临床，我认为，肺痈的初期，解表法不能控制病情，会继续发展的。因风热毒邪所致，所以必须在辛凉解表法的基础上，提早运用清肺解毒的药物，可以截断肺痈的传变途径，尤为重要。

而“热过于营，吸而不出”，是说如果到了热入营血阶段，病情深重了，正气衰减，邪气转盛，即“吸而不出”，毒热之邪难除，病情转重，甚至咳唾脓血。这是两种不同病情，完全取决于正气的强弱。肺痈的转机，张仲景是用“呼气不入”、“吸而不出”来说明的。重申张仲景早期治疗、治未病的思想。

二是“风伤皮毛，热伤血脉”。指出肺痈轻浅阶段，仅仅是风热毒邪在皮毛，病位浅表，所以病情也轻。当“热伤血脉”阶段，病情危重，将要进入到成脓期了。所以，用这两句话来说明病情由轻转重，以及如何调动正气抗邪，使病情不至于深重。

三是“始萌可救，脓成则死”。“始萌”是指肺痈的初起阶段，应当抓紧治疗。再一次说明，早期诊断、早期治疗会向愈得快，而且预后好。“脓成则死”的“死”字又得活看，还是说脓成了，病情深重了。死与不死，取决于治疗方法是否得当，正气是否强盛。

【按语】原文第2条内容在第六版《金匱》讲义中被删除，考虑和《中医内科学》的肺痈有重复性。我觉得取消容易，但是对张仲景原文的



理解和临床应用就是一个不小的缺憾了。你想啊！在当时，没有现在这样先进的检查手段，完全靠着自己的临床观察，把病情的发展和不同时期的临床表现描述出来。现在临证时，中医、西医对本病的诊断分期，认识基本一致。可谓殊途同归，这是多么了不起的临床思维方法学啊！

【临床应用体会】关于肺痛的治法与方药：表证期宜辛凉解表法，一般用银翘散等为基础方，较为合理。根据发病在早期痛有定处，为了防止肺热转盛，尽早加用清肺解毒药。选用鱼腥草、金银花、黄芩、桔梗等药物有效。现在鱼腥草已经有针剂了，注射、点滴均可。鱼腥草水煎剂至少得用 20g，多则 30 ~ 50g，还可以用桑白皮、芦根。《千金》葶茎汤中的葶茎可以用芦根代替，清泄肺热。早期应用可以防微杜渐，遏制其病情进展。

二、证治

（一）邪实气闭

【原文】肺痛，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之。（11）（二类）

【解读】本条讲肺痛实证喘甚证。指出主症是“喘不得卧”。病因病机是风热毒邪壅滞于肺，气机被阻，所以喘咳不得平卧，是“邪实气闭”的表现。葶苈大枣泻肺汤是开肺、泻肺、泻实的方剂，作用力比较峻猛。虽然仅仅是两味药，但是，煎服法有具体要求。

“熬令黄色”，这个“熬”字，我再说一遍，还是“炒”的意思，把这个细小的药籽儿给炒黄了，然后捣成弹子大，12 枚大枣，加水 3 升，先煮枣，取 2 升，把枣去掉，用枣汤再来煎煮葶苈子，剩 1 升，一顿服下去。

那么，应用葶苈大枣泻肺汤的临床指征，如果只按“实证喘甚”辨治还不够。我认为，有三点必须掌握：第一，“喘不得卧”为标志，必须是“邪实气闭”证。第二，一定是表证已解。因为肺痛的表证期，要用辛凉解表法，当肺热壅盛，达到了邪实气闭，喘不得卧的程度，本方是一种“急则治标”的办法。第三，必须是“形证俱实”，正气未伤，才可用本方。

总体来说，在肺痛的早期，表证已解，病程短，正气没有大伤，“形证俱实”，“邪实气闭”，才能“急则治标”用葶苈大枣泻肺汤。本方治疗肺痛，还治支饮的喘不得卧、不得息，同样需要具备这三个条件才可以用。

现在请大家看第 15 条，仍然是讲葶苈大枣泻肺汤的主治证。

【原文】肺痛，胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。（15）（二类）



【解读】肺痈“胸满胀，一身面目浮肿”，这是因为气逆水亦逆，所以“面目浮肿”了。“鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛”，这到底是个表证，还是肺痈的兼有症呢？请大家想一想，“咳逆上气，喘鸣迫塞”，就相当于上条讲的“喘不得卧”，“邪实气闭”。

“方后注”的小字，“方见上，三日一剂”，葶苈大枣泻肺汤可以用到三四剂，“此先服小青龙汤一剂乃进。”从这些小字看出，是因病人感冒了，有表证，鼻塞或清涕出，或有鼻渊（鼻炎）的不闻香臭。说明有表邪在上、在表，当先解表，先用小青龙汤。表解后，邪实气闭证没有解除，就用葶苈大枣泻肺汤，这是一种理解。还有一种理解，认为肺痈的“痈”字，不应当是发为“痈脓”的“痈”，而是肺气胀满，壅塞不通的“壅”。尤在泾对肺痈的命名含义，是“如土之壅塞不通”，也就是说，只要病机为肺气壅塞不通者，用葶苈大枣泻肺汤泻肺，取其清泻、降泻的作用。葶苈子大寒，有清泻肺内蕴热，降泻肺内水饮、痰火的功效。用葶苈大枣泻肺汤，肯定是对的，通过泻肺逐邪，达到一个“急则治标”的目的。此仅供参考。

（二）肺痈脓溃

【原文】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，桔梗汤主之。（12）（一类）

【解读】这个条文，是论述肺痈成脓腐溃的证治。作为成脓期，是以咳吐脓血为标志，而在酿脓期的症状：“其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒”。因此，桔梗汤证的原文，实际上是对肺痈从酿脓到成脓整个阶段进行一个综合的表述。也就是说，前面讲的是酿脓阶段，“咳而胸满”，“其人则咳，口干喘满”，特别是“振寒脉数”，是贯穿于发病过程的始终，而且是病程进展的主要标志。上条原文说酿脓阶段，“不渴”，是因为津液不布，应结合临床。

“时出浊唾腥臭”，说明病人吐痰已经开始有腥臭味了，而且是经过了一段时日，久久才形成了腐溃成脓，且状如米粥样为肺痈。作为桔梗汤，有人说，必须成脓阶段才可以用。我认为，早期应用桔梗汤亦可。不管是酿脓期，还是成脓期，均可应用，或者和《千金》苇茎汤合方应用疗效尤佳。但是，包括《中医内科学》在内，均主张桔梗汤用于成脓期。

【按语】

1. “久久”二字，提示病势已由实热逐渐转为正气虚。主方为桔梗汤，从药物性味来说，觉得很轻、很平。但是，桔梗苦、辛、平，为舟楫



之品，载药上行。利咽喉，开提肺气，疏通肠胃，有祛瘀排脓作用。甘草用的是生甘草，用量恰是桔梗的两倍，这是1:2的比例。一是桔梗的排脓作用，一是重用甘草的解毒作用。由于热毒蕴蓄导致吐脓血，通过“吐脓血”提示本方具有很好的排脓作用，适用于成脓阶段。

2. 在中西医结合研究中，特别是上海“西学中”的优秀代表沈自尹教授，他在上世纪70年代，就采取支气管镜，找到肺化脓症的病灶，用甘桔冲剂，直接用到病灶上。研究结果表明，用本法比单独服用汤药、西药的效果都好。不知道大家注意了没有，很多肺化脓症都是因为肺的炎症，尽管一直在使用抗菌素，感染的症状却不能得到根本纠正，反复发作可以迁延几个月，甚至更长时间。

【临床应用体会】我看到的一位病人，经中药治疗非常显效。他是省体工队的运动员，长得非常高大，体格健壮。但是他连续发烧，开始38℃，然后高热，可达40℃左右。每次出现高热时，都是按急诊住进西医院点滴大剂量的红霉素、氨基苄等抗生素。但是，每次都是处在低热状态，就劝他出院，为什么呢？因为经过X线透视、拍片、断层等多项检查，都没能找到感染灶。连续三次住院，反复都是这样，长达两个半月。这病人，你看着他挺精神，但是他自己说：“我非常没有劲儿，也不咳嗽。每次只能点滴，控制感染。”因高热原因待查，来我教研室，请原副校长毛翼楷教授诊治。毛教授反复问诊，病人没有典型症状。他启发病人道：“那你口出气儿，或者鼻子出的气儿，有没有味呀？”请大家注意，“时出浊唾腥臭”这个典型症状一定要记住。在吐脓血之前，应有黏痰、黄痰，气味腥臭。这位病人马上想到，他说：“每次高热来临之前，我自己觉得，出气儿特别有味，臭烘烘的。”

我们的老师提笔就是芦根1两，按照《千金》苇茎汤的办法给用上了，其中，黄芪1两（50g），白及20g。请大家注意，黄芪配白及，是修复胃和肺组织的一种配伍方法，适用于消化系统的溃疡病属于虚寒者。对此多说两句，除了缓急止痛以外，要想制酸，应加上海螵蛸。当然，瓦楞子也制酸，然而临床上有胃虚的病人反映，对它敏感，对胃有刺激性。但是，海螵蛸就没有这个副作用。

那么，我的老师为什么提笔用黄芪配白及呢？他认为，病在初起，即或无痰，但有腥臭味；尽管没找着病灶，但通过脉证、体征分析，一定是与呼吸道有关，在这个范围内可能有酿脓，或者即将成脓的病变，就不要拘泥非得找到病灶。



结果这个方子用了以后，病人觉得非常轻松，就和同学聚会，喝啤酒。聚会过程中，他突然觉得好像有什么涌上来了，结果是半痰孟的脓血吐出来了。这个方子相当于《千金》苇茎汤的三仁：桃仁、冬瓜仁、薏苡仁，再加上苇茎。没有苇茎的时候，就开芦根，芦根的用量确实出奇的大，用了1两，但是老师考虑到寒凉药或者活血化瘀药对病人长达两三个月没治好的病程，就用黄芪1两，白及20g。结果病人喝啤酒，我觉得聚餐时情绪高涨，对他是一种刺激，还有酒性行药势。严格来说，服中药期间一定要禁忌辛辣、寒凉、油腻，特别是发物如海鲜类、羊肉类。结果兴奋加啤酒，当场他就觉得有物涌上，把朋友们都吓坏了，又送到西医院急诊室去了。但是，他跟医生说：“我现在吐出来以后，非常轻松，我好像病全好了！”但还是紧急住院观察。第二天病人亲自来找我的老师，问是好了，是坏了？我们感到诊断无误，药物发挥了应有作用。至于酒肉的作用，有无伤害，老师说：“你继续让医大给你找感染灶，观察观察吧。”他仅住了几天就出院了，什么问题也没有，检查一切正常。

所以我觉得，方证相对应，真就是这样，可能一药而愈了。当然，病人一直反复使用抗菌素，也控制感染，使病灶局限，不至于发展成严重的病变。而中药起到的解毒排脓作用，是以《千金》苇茎汤为基础方，加用黄芪和白及，用得好。既扶正，又对病灶有修复作用，所以使脓血一吐而愈。我到现在都能想起那小伙儿的状态，当我们看老师开这方的时候，还觉得老师是不是太武断了？人家都没找到病灶，你怎么能给他用《千金》苇茎汤呢？对这位病人的临床诊断依据是张仲景原文所说的“时出浊唾腥臭”，已经指明肺系有痈脓的病变，不一定吐出来的非得是黄痰、黏痰，或者是痰中带血，他出气腥臭，至少是热毒炽盛在肺系呼吸道。说明学会抓主症，学会方剂辨证，学活了真就是受益匪浅！像我的老师就问出一个代表性症状来，方开对了，马上就见效。学经方，学的是辨证施治的原则性和灵活性。

【按语】

1. 《外台》王焘的桔梗汤，是桔梗汤加地黄、当归、白术、败酱草、桑白皮、薏苡仁。从药物的加味上，你也会看得出来，所用的药物，对于目前临床所见的肺感染、肺脓疡的病灶，照样适用。

2. 有的用甘桔汤、甘桔冲剂，治疗咽喉疾病，对扁桃体化脓也有治疗作用，道理是一样的。



王雪华金匮要略讲课实录

(三)【附方】

1.《外台》桔梗白散

【原文】 治咳而胸满，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。（三类）

【解读】 本条和刚才讲过的第12条原文相差无几。桔梗白散，就是《伤寒论》的三物白散，两方组成一样。桔梗、贝母是等份的，加了点巴豆，这里面特别强调体质的问题，强人服“半钱匕”；“羸者”，即体弱者要减量。提到服用本方后，会有吐脓血；有的出现了巴豆的副作用，怎么解救？泻下严重者“饮冷水一杯则定”。因为巴豆属于热下药，制止巴豆的副作用，采取“饮冷水一杯”就解了。再看这个方比桔梗汤多出了什么药？川贝，我说可以用，热邪所致嘛！用以清热化痰。对巴豆的使用，尽管是张仲景的方，学习《伤寒论》讲过，这又列在《金匮》【附方】里，但还是要慎用。因为肺痈本身是由盛转虚，一定要考虑病情。

2.《千金》苇茎汤

【原文】 治咳有微热、烦满、胸中甲错，是为肺痈。（一类）

【解读】 肺痈的主症，我已经说得很清楚了。对“胸中甲错”怎么理解？前面讲大黄廑虫丸的时候，有干血内停，为干血劳。临床表现是“肌肤甲错，两目黯黑”，“甲错”是瘀血的特征。我们看肺痈也好，肠痈也好，即使长达几个月的病史，也不会在胸中这个部位出现“肌肤甲错”，但为什么要这么写呢？我觉得，张仲景还是提示肺痈的病因病机和瘀血相关。就是肺痈在成脓阶段，一定是热壅于血分，和瘀血搏结导致溃腐成脓。所以，苇茎可以拿芦根代替，因为都是芦苇嘛！不用茎，就用根，地下茎有类似功用，取其甘寒的性味，有清泄肺热、解毒排脓，特别是化湿排脓的作用。桃仁，是针对瘀血的问题，活血散瘀。瓜瓣排脓作用，善消内痈。

《千金》苇茎汤，它到底适合什么阶段的肺痈呢？可以肯定，本方治疗肺痈，疗效确切，不论肺痈脓将成或已成，只要防治其湿热蕴肺，均可服用。肺痈将成，可以加上鱼腥草、蒲公英、紫花地丁、双花、连翘等药物增强清热解毒之力，促进其消散；如果脓已成者，也可以加桔梗、甘草、贝母等增强化痰排脓之效。所以脓已成者，用桔梗汤。可以合《千金》苇茎汤。现在讲《千金》苇茎汤是酿脓期的代表方。

【临床应用体会】 临床对《千金》苇茎汤在肺痈的各阶段应当怎么用呢？



(1) 表证期，以清肺泄热为主要治法，银翘散合苇茎或芦根、桑白皮、蒲公英、紫花地丁等药，加强清热解毒作用。

(2) 酿脓期，以清热、解毒、消痈为主，用五味消毒饮加强清热解毒作用。

(3) 溃脓期，取其清肺解毒、祛瘀排脓之功，合桔梗汤效果更好，还可以加鱼腥草、贝母。若热痰壅盛，就用川贝；如果觉得肺痈日久，是不是里有结实的问题，就用大贝，即浙贝，祛痰散结力更强。

(4) 恢复期，以清肺解毒化痰，养阴益气为主。因为活血化瘀药久用容易伤气，所以把《千金》苇茎汤的桃仁去掉。如果肺痈由盛转虚，应该用什么呢？肺为娇脏，喜润而恶燥，应该用太子参、沙参、黄精、玉竹一类养阴的药物，更有利于病体的恢复。

咳嗽上气

一、辨证及预后

“咳嗽上气”的内容，首先说原文第3、4条（三类，略）是论虚、实两种不同病情。虚证，强调肾不纳气证；实证，以肺胀举例。大家一看就懂了，要注意鉴别。

二、证治

（一）寒饮郁肺

【原文】咳而上气，喉中水鸡声，射干麻黄汤主之。（6）（一类）

【解读】肺胀，是肺气胀满，是病机命名，也是症状命名，是以咳嗽、喘为主症，特别是“喉中痰鸣，如水鸡声”是射干麻黄汤证的代表症状，又是辨证要点。兼有胸膈满闷，不能平卧，舌淡苔白，脉浮弦或浮紧等。由于寒饮郁肺，痰碍其气，气触其痰，痰气相击，病机要点是肺失肃降。

为什么说寒饮咳喘而不是热饮咳喘呢？首先看这个方子是什么方化裁的呢？是小青龙汤。小青龙汤主治外有寒邪，肺有寒饮，内外皆寒，是一个表里双解的方子。那么，射干麻黄汤又是怎么加减变化的呢？比方说，解表得用麻黄配桂枝。现在没有桂枝，减掉它的道理是因为表证为轻，没有小青龙汤证的表寒那么重，所以，去掉桂枝，这是第一。第二，方中减去芍药、甘草。因为本证是寒饮郁肺，而芍药酸敛，甘草甘缓，不



利于饮邪的祛除。第三，把干姜换成生姜，并加了大枣，顾护胃气、安中，调和诸药，祛邪而不伤正。

我们说，小青龙汤有两对核心药物，无论怎么化裁，干姜、半夏、细辛、五味子这些核心药物不能丢。半夏，有降逆消痰饮的作用。辛散的作用靠姜。是用生姜，还是用干姜，是有区别的。配细辛取温散化饮的作用；为防止方中辛散药物作用太强，配以五味子收敛肺气。可见，药用辛散、酸收，有利于气机的宣发和肃降，正好符合肺的一呼一吸，一宣一降的正常生理功能。因此，小青龙汤验证于临床有效，这在方药的选择和配伍上十分讲究。方中生姜与麻黄伍用宣肺散寒；和细辛、半夏、五味子相合，达到辛散、酸收和降逆的作用，使之散中有收，不至于耗散肺气，而是增强化饮之力。

方中再有的变化，以苦寒入肺经的射干为主药，取消痰开结利咽之功，配合辛温之麻黄以宣肺平喘，仍是去性取用。加紫菀、款冬花是止嗽药对，目前临床广为习用。所以射干麻黄汤，是治疗寒饮郁肺之咳喘的有效方剂，具有散寒宣肺，降逆化痰的功效。

【临床应用体会】本方是小青龙汤的变方，大家一定要记牢。主治表证为轻的寒饮郁肺之咳喘证。

1. 本方对于儿科过敏性哮喘、支气管哮喘或喘息性支气管炎，我的两届研究生，用了四年多的时间，从汤剂作临床疗效观察，然后进行剂型改革研究做成冲剂，对其进行临床与基础实验研究，结果表明该方有较好的镇咳、祛痰、平喘作用。论文发表于《中医药学报》[1990(3)]，并载入国家级规划教材《金匱要略》(七版讲义)。我认为，对寒冷刺激非常敏感的患儿服用本方，有一定的抗过敏作用。临床辨证属于肺胀，患儿素有饮邪，多由外感风寒之邪诱发，加减化裁，疗效满意。

2. 我体会，脾肺气虚，卫气不固者，对麻黄、细辛等可少用或不用，应加用黄芪、党参、白术、防风等益气固表，可预防感冒；对表邪未解者，五味子当少用或不用为好。

【治验举隅】我想说一个非常典型的病例。2001年春，一位县级药厂的女厂长，已连续两年，当哮喘发作时，应用大剂量的抗菌素，从青霉素用到氨基苄、益萨林，也用抗过敏药，甚至静推葡萄糖酸钙或六合钙，效果不明显。来诊寻求中医药治疗，但是，我建议她马上作过敏源的检查，结果两组反应，吸入组有九项过敏。春季、秋季花粉全过敏，包括螨虫、灰尘等。抗过敏中药，我想到以射干麻黄汤为基础方。



病人是春季发病，在东北寒冷的时间长达半年以上，春季还是偏冷。我认为她是寒饮郁肺所致，是内外合邪，我给加了乌梅、石斛等抗过敏药。病人服了汤药7剂后，觉得能起一定的作用，然而还是躺不下。

那个期间我正在阅读中医临床家经验集，专家胡希恕看来对《金匱》很熟悉，我打开书，觉得有心灵相通的感觉。他对哮喘的治疗，写了几张方子，第一，是射干麻黄汤，然后是苓桂术甘汤。我觉得，他最奇妙的，就是大柴胡汤和桂枝茯苓丸的应用。在他的启发下，复诊时，我把酸涩的乌梅等抗过敏药去掉了。

我仔细看了病人的舌质，是瘀血舌。我问：“你心脏情况怎么样？”“冠心病”。我说：“有没有心绞痛发作的情况？”“有，就是在劳累、生气的时候犯，天气寒冷的时候也犯。”病人平时依赖速效救心丸。所以我用治疗胸痹的栝蒌薤白半夏汤合射干麻黄汤，服后病人挺满意，说：“这回我能躺下了，而且特别明显的是，胸背痛不那么明显了。”效不更方吧！

后来，我发现她什么症状都改善，就是口唇和舌质发紫、发黯没有改善。于是射干麻黄汤与桂枝茯苓丸合方，结果真是没有想到，效果非常好。后来病人建议，就把这个方固定下来，做成丸药。你看这个方，哪有抗过敏？哪有控制感染呀？在服用中药以前，病人已点滴很长一段时间了，白细胞一直在正常范围，还老点什么呀？就用汤药。所以，我讲这个病例的意思是什么呢？射干麻黄汤，不管是对内科、儿科，确实有一定的抗过敏作用。关键是不要把目光只盯在过敏的问题上，要注意寒饮郁肺兼有表证，特别是外寒诱发的问题，内外合邪，肺气胀满，结果肺气上逆就“咳而上气”。所以，本篇对此类病症按肺胀处理，通过我的实践体会，感觉很有道理。

桂枝茯苓丸在《金匱·妇人妊娠病》，是一个化瘀利水法的代表方剂，用在这位病人身上，给我的启发是：哮喘反复发作不愈，涉及痰、瘀。从理论指导上说，化痰除寒饮的同时，加用活血化瘀药物，疗效立竿见影。

（二）痰浊壅肺

【原文】咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，皂荚丸主之。（7）

（三类）

【解读】本条论痰浊壅肺的喘咳。“但坐不得眠”和葶苈大枣泻肺汤证比较，前者为重。病机为痰浊壅盛，肺失清肃，甚则痰壅气闭。

皂荚开窍力强。1961年我学习《中药学》时，同学拿皂荚这么一掰，马上就令我打喷嚏不断，足见其开窍作用！我的印象很深刻！皂荚辛咸，



宣壅导滞，利窍涤痰之力峻。方中用量很大，8两，刮去皮处理。煎服法的要求：第一，必须刮皮“酥炙”；第二，研末，做成蜜丸，蜜丸大小像梧桐子，小小的粒；第三，枣膏和服，咱们讲了，葶苈大枣泻肺汤得用枣，现在要求的是“枣膏”；第四，“日三夜一服”，一天得吃四次，相当于每6小时服一次。量小，但是服的次数多。可见对它的开窍力、除痰力要慎重。用枣膏调服，缓和其峻烈之性。同时，顾护胃气，不至于伤正。

【临床应用体会】对“但坐不得眠”的病人，我觉得，特别是肺心病心衰的病人，那脚肿得像小馒头似的。我用三子养亲汤，把那三种药籽儿研成末，让病人每天温服2~3次，每次一勺约3g，不要多吃。特别是老年的心衰病人，用散剂照这个服法，既方便，又经济，效果还好。

临证时，对痰邪壅盛、体质虚弱的病人，需要把痰浊清涤出去，皂荚丸给你的启发是，虽为单味药，药力较猛，祛痰同时，不要伤正，注意用“枣膏”配合。

（三）寒饮夹热

【原文】第8条、第9条（三类）（略）

【解读】两条均叙证简略，但是，如果结合《脉经》、《千金》有关条文，能够补出一系列的症状，帮助你对厚朴麻黄汤证、泽漆汤证的理解和应用。两方是为寒饮夹热的咳喘有偏表、偏里的不同而设。辨证要点：偏于表者则咳喘，胸满，烦躁，咽喉不利，痰声辘辘，但头汗出，倚息不能平卧；偏于里者则咳喘，脉沉，胸中引胁痛，胸中有水气，或见浮肿，小便不利等。病因病机：前者为寒饮夹热，上迫于肺，邪盛于上而近于表；后者为脾虚不运，饮停胸肺，肺失治节，宣降不利，故病偏于里。治法：前者宜散饮降逆，止咳平喘；后者宜逐水通阳，止咳平喘。

厚朴麻黄汤，也是小青龙汤化裁而来。方中厚朴用5两，配合麻黄、杏仁宣肺利气降逆；细辛、干姜、半夏化痰止咳；石膏用鸡子大的量，清热除烦；小麦养正安中，五味子收敛肺气。

泽漆汤方中，有几味药需要说明。泽漆，是峻下逐水药。请不要搞混，蜀漆是常山苗，泽漆是大戟的苗，是治疗肺癌必用的药物。因为大戟峻下逐水，能泻脏腑之水。而泽漆，特别适宜治疗咳喘有胸水的病证。这一治疗作用，我是在上世纪70年代看到《金匱》学专家，上海已故的金寿山老教授，在《中医杂志》上发表的学术论文。他认为，泽漆汤具有抗癌作用，特别是对肺癌见有胸水的情况，泽漆汤有很好的疗效。并且指出上海地区称大戟苗为猫眼草、五朵云，与大戟的功效略同，当然用泽漆汤



的话，它有选择性。

紫参，小字写“紫菀”。紫菀是止咳平喘药，而紫参的药力比紫菀大。确有紫参，与“紫菀”作用不完全一样。紫参的功效，《神农本草经》记载能清热解毒，利大小便以逐水。所以，它和大戟苗（泽漆）配伍，有相须作用，逐水力量就强了，且有清热解毒、活血化瘀的功效。因此对肺癌有疗效，与泽漆、紫参的协同作用分不开。我觉得，这还有待于今后从科学实验上进一步深入研究，从临床上加以总结和探索。

方中生姜、半夏、白前散饮平喘止咳；桂枝通阳降逆；人参、甘草健脾益气，辅助正气；黄芩苦寒以清泄肺热。在一派辛温之品中，有一味黄芩苦寒，颇有反佐之意。这种认知，我觉得很了不起！

【原文】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。（14）（一类）

【解读】小青龙加石膏汤，显然也是小青龙汤化裁的。因为肺胀是外邪引动内饮，内外合邪所致，所以必须表里双解。小青龙汤正好对内外皆寒证是一个主方。

“心下有水”，不是水气，而是有寒饮。所以，小青龙汤为基础方，加上石膏2两。说明寒饮夹热了，夹热的程度不重。本方证饮邪重于热邪，咳喘并重。

【临床应用体会】

1. 肺癌到一定程度有咯血，为了防止咯血，张仲景的黄土汤中有黄芩对炮附子的反佐。而泽漆汤方里，黄芩是对桂枝、半夏的反佐，很值得研究。临床上肺癌患者的干咳，咯血，需要用上三七、川贝等。我发现，配合大量的清热解毒、具有抗肿瘤作用的药物，对于肺癌确实有效。

2. 鼠妇，在鳖甲煎丸里用鼠妇，它是潮虫的干燥虫体，我们在临床上，就是用做丸剂，也可辨证组方与抗癌药物配用做水煎剂，都是有效的。我从上世纪80年代的《中医杂志》报道中看到，潮虫的新鲜浆液具有蚀赘疣的作用。看后我是记住了，但是，我觉得太恶心人了，怎么用呢？在一次本科教学课间休息时，有个女同学伸开双手背让我看，多发性扁平疣。她说：“越长越多，但有时它会自己掉一些。但是，什么药也不好使。”我说：“你若是不嫌弃的话，去抓潮虫。”她说：“那怎么行？”结果有些男同学说：“没关系！我给你抓去。”他们就把潮虫装在小瓶里，然后帮助她。他们所有的同学都要观察，不到两周时间，再见到她，她自己伸手给我看，真就是使她两手背的扁平疣脱掉了，任何痕迹都没有留下！



事实教育了我们，我觉得，这比动物实验更直观，这是在人体上的实验！张仲景的方有效、灵验，肯定来自于临床实践。所以，我们还得在药物、方剂的配伍上好好地去学习和研究。

（四）饮热迫肺

【原文】咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。（13）（一类）

【解读】越婢加半夏汤证是饮热迫肺，“其人喘，目如脱状”，这个形容很了不起！西医学里，看肺心病严重心衰的病人，对眼目的描述为“蛙目”。现在讲“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状。”我觉得，从临床表现上说，形容两目胀突，有如脱出之状。这确实如同西医学所说的高度缺氧，紫绀，同时伴有目突状。

这是本方证的辨证要点，说明喘重于咳，饮热迫肺，热重于饮，肺气胀满。治法：宣肺泄热，化饮降逆平喘。方中重用麻黄6两，石膏重用半斤，即八两，辛凉配伍可发越水气，兼清郁热；生姜、半夏散饮降逆；甘草、大枣安中以调和诸药。

【按语】本篇论咳嗽上气病，同用麻黄与石膏的方剂有3首：越婢加半夏汤、厚朴麻黄汤、小青龙加石膏汤。分别用石膏半斤，鸡子大，二两。其配伍意义：①对饮热迫肺证，重在宣泄肺热，降逆平喘；②对寒饮夹热近于表者，配有杏仁以宣肺解表清郁热；③对外寒内饮兼郁热之证，因其郁热不重，石膏量最小，表里双解。



肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七全篇小结

肺痿	概念：肺气痿弱。以咳嗽不已，多唾涎沫，脉数虚为主症的一类疾病。 “如草木之枯萎而不荣”	
	分类：虚热、虚寒	
	病因病机	虚热——“或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利”→重亡津液——阴虚内热—— “热在上焦”——肺失清肃 虚寒——素体阳虚，易从寒化 虚热肺痿，经久不愈， 阴虚及阳 “上焦阳虚，肺中冷” “上虚不能制下”
	治法	虚热——养阴清热 虚寒——益气温阳
肺痛	辨证施治	虚寒肺痿——甘草干姜汤——温肺复气（5） 虚热肺痿——麦门冬汤——清养肺胃，止逆下气（10） “培土生金”法
	概念：肺气壅塞不通，热聚肺溃。以振寒脉数（滑数或数实），咳嗽胸痛，咳吐脓血，其味腥臭，状如米粥为特征的一类疾病。“如土之壅而不通”	
	主症：“口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，咳唾脓血”（1）	
	病因病机：感受风热毒邪→邪热犯肺，蕴结不解，热壅血瘀，结聚成痈，腐溃脓出而成	
肺痛	辨证分期	表证期——“风伤皮毛” “风中于卫”→热邪在肺：恶寒发热，有汗，胸痛，咽喉干燥发痒，咳嗽，脉浮数（2） 酿脓期——“风舍于肺”→咳嗽口干，喘满，咽燥不渴，胸痛，咳吐臭痰，时时振寒，脉滑数或数实 溃脓期——“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓”→咳吐脓血，腥臭异常，状如米粥，脉滑数（仍有胸痛、时时振寒）
	证治	表证期——辛凉解表法加清肺泄热法（2） 酿脓期——实证喘甚，邪实气闭——葶苈大枣泻肺汤——开肺逐邪（11，15） 痈脓将成未成或已成——苇茎汤——清肺化痰，活血排脓（附方） 溃脓期——脓成溃后，正气已虚——桔梗汤——排脓解毒（12）



咳嗽上气

肺胀概念：肺气胀满。以咳嗽上气，喉中痰鸣，甚则喘不得卧为主症的一类疾病

咳嗽上气：言其病机——肺气上逆；明其症状——气喘、气急

病因病机：素有内饮，复感外邪→内外合邪，肺气胀满

分类：实证、虚证（3，4）

辨证施治
(肺胀)

寒饮郁肺——射干麻黄汤——散寒宣肺，降逆化痰（6）

痰浊壅肺——皂荚丸——涤痰浊（7）

(肺胀) 寒饮夹热 { 脉浮——在上——厚朴麻黄汤——散饮降逆，止咳平喘（8）

脉沉——在下——泽漆汤——逐水通阳，止咳平喘（9）

饮热迫肺（热>饮，喘>咳）——越婢加半夏汤——宣肺泄热，化饮降逆平喘（13）

寒饮夹热（饮>热，喘咳并重）——小青龙加石膏汤——解表化饮，清热除烦（14）



奔豚气病脉证治第八

概 述

奔豚气病首见于《灵枢·邪气脏腑病形》，但在书写上不完全一致，如《外台》、《诸病源候论》写成“贲豚”。这个“贲”字，同“奔”，是奔突之义。《说文解字》对“豚”释为：“豚，小豕也。”“豕”指猪的意思。所以，形容这个病发作的时候，就像有小猪在奔突一样。是一种突然发作性疾病，提示了有冲气上逆之势，是以症状特征命名的疾病。

【概念】奔豚气的概念，指病人自觉气从少腹上冲胸、咽，“发作欲死，复还止”为特征的发作性疾病。从原文上看，有的说气从少腹上冲心胸，有的说至咽喉，所以涉及两个部位：心胸、咽喉，可概括为胸咽。

原文第1条的第一段，是讲病因问题；第二段，言明“奔豚气”的命名和临床特征。现在，我要说一下“还”字。病人在发作时较痛苦，还不像胸痹病那么严重，不是一种濒死的感觉，只是难以忍受的一种状态。当这种冲气迅速地从少腹上冲至胸咽，经过治疗以后，冲气又返回到脐下或者少腹部位而静止，病人平静下来，这叫“复还(huán)止”，也是返回之意。如果把这个字念成 xuán 的音，是个时间副词，表示立即会怎么样，便怎么样之义。我认为这两种不同念法，意思没有质的区别。

【鉴别诊断】

1. 和冲气的鉴别 冲气应该贲之于肾。在发作的时候，不一定起包块，也不疼痛。两者有相近的地方，但是冲气属于肾之冲气。

2. 和冲疝鉴别 冲疝是以疝痛为主。冲气是肾气的上逆，称作肾之冲气。《素问·骨空论》说冲疝是“此生病，从少腹上冲心而痛”。发病的部位都是从少腹起，但是冲疝有疼痛，“不得前后”。“不得前后”是指大、小便不通利。请注意，冲疝从少腹起，疼痛，同时不得二便。



3. 和肾积奔豚鉴别 由《难经·五十六难》提出来的，指出发作时和奔豚气病在表现上一样，“发作欲死，复还止”。但是，由积块所致，发作后积块依然存在，所以称为肾积奔豚。三者有明显的区别。

一、病因及症状

【原文】师曰：病有奔豚，有吐脓，有惊怖，有火邪，此四部病，皆从惊发得之。(1) (二类)

师曰：奔豚病，从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之。(1) (一类)

【解读】具体来说，讲奔豚气病，为什么又并列出来“吐脓”、“惊怖”、“火邪”，“此四部病，皆从惊发得之”、“皆从惊恐得之”？上下两句话，提法有不同，但都是说明精神刺激的病因。本条文提示惊和恐为致病因素。按照中医学的理论，“惊则气乱”，“惊则伤心”，“恐则气下”，“恐则伤肾”。

现在，我说一下“吐脓”和“惊”、“恐”的关系。目前的认识有三种。第一，对“吐脓”的问题，有疑点，认为讲不通，以《医宗金鉴》为代表。第二，随文阐发，如《论注》、《二注》，“皆从惊发得之”，认为病位有所不同，病在心、在肾，还是病在肝？这种认识似是牵强，但临床辨证的确涉及肝、肾、心的病变。第三，“借宾定主”的笔法，这里把四种病相提并论，实际上是把其他三病列为“宾”，主要突出奔豚气病。贵阳已故的黄树曾老先生在他写的《释义》中，认为这个问题是一种“借宾定主”的说法，而且他认为，无论是肝气奔豚，还是肾气奔豚，都不离乎心。我也认为，奔豚气病与心、肝、肾，包括冲脉关系密切。他这种认识，可以帮助我们理解奔豚气病的病因、病机，而且在文法上，是符合张仲景的写作特点的。总的来说，从临床实践意义上看，吐脓是由于惊恐得的，于理难通。所以，我抱着第三种观点，能讲通多少是多少，讲不通的地方，有待于将来解决。现在我认为，惊恐造成惊悸病是存在的；惊恐所致奔豚气病也是肯定的了。

原文提到“奔豚病，从少腹起”，第2条又说：“奔豚气上冲胸”。为什么？主要是和冲脉的起始和循行部位相关。当肝气奔豚、肾气奔豚发作的时候，它就随着冲脉上逆了。《十四经发挥》：“冲脉者，起于胞中，上循脊里，其浮于外者，循腹上行，会于咽喉。”接下来，《十四经发挥》还有一句：“冲脉者，起于气街，挟脐上行”。挟脐正好是腹之两侧，即少



腹，至“胸中而散”到心胸。所以，此病令人逆气里急。就像奔豚气发作以后，气急胸满，而且困顿欲死，痛苦万分。

这里，我把奔豚气病和冲脉的关系，按照它的循行路线讲了。它所抵达的部位，恰恰是我们刚才说到的气从少腹上冲胸、咽，而且“发作欲死，复还止”。

二、主证主方

【原文】奔豚气上冲胸，腹痛，往来寒热，奔豚汤主之。(2)（一类）

【解读】论肝气奔豚的证治，首先说一下腹痛的问题，肝气奔豚属于热性奔豚，因肝气郁结导致郁而化火，或说郁而化热。因为“气有余便是火”，所以，五志化火是由肝气郁结造成的。化热以后，它就要随着冲气而上逆，出现气上冲胸，甚至到达咽喉，这是一个原因。第二，肝气郁结则气机不畅，因此，肝气犯胃或肝胃不和则腹痛。本条对奔豚气病的病因可以作补充了，是情志不遂所致，奔豚气病和心、肝、肾，以及冲脉的关系非常密切。

往来寒热是少阳证。因为情志不遂，肝气郁结，气结伤肝。肝和胆互为表里，所以这是从理论上讲少阳的归属关系。但是临床上，奔豚气发病的时候，往来寒热的情况很少见。奔豚气病人由于情志不遂，可能郁而化火，会有发热的表现，但不是往来寒热。我认为，张仲景说“往来寒热”，是要提示这是肝气奔豚，涉及病位和病性的问题。

下面讲“奔豚汤主之”。奔豚汤显然是张仲景为肝气奔豚提出的主方。而且从张仲景创制奔豚汤后，出现了一系列以李根白皮为主药的方剂主治奔豚气病。

李根白皮就是李子树根皮的韧皮部。这味药物在《别录》上有记载，“李根白皮大寒，主消渴，止心烦逆，奔豚气”。李根白皮其性大寒，味苦，有很好的清热作用。尽管往来寒热症未必兼见，但是，至少有肝郁气结化热、化火的情况。李根白皮的苦寒之性，能够清火、清热，所以为主药，证和药相对应。请同学们注意，张仲景在原方中提到甘李根白皮，我理解李子的果味甘，而根入药取其味苦性寒，为其主药。《别录》直接说它主奔豚气病，且能除心烦逆。就是说，不仅能治气从少腹上冲心胸，病人还会气急心烦，李根白皮恰有专长。为了帮助大家理解记忆这个主方的方义，我将编写的方歌教给大家，“奔豚汤用李根白皮，生姜半夏能降逆，归芍芍齐调肝血，芩葛清热草缓急”。



王雪华金匮要略讲课实录

请同学们思考两个问题，①经方中言“甘李根白皮”，《药性论》载，入药当是苦李根皮。《本经逢源》说：“仲景言甘，是言李之甘；《药性》言苦，是言根之苦。”可见，取其大寒之性，方可切中病机。并非“肝苦急，急食甘以缓之”之意。②肝气奔豚属情志为病，肝气随冲气上逆，要疏肝的话，为什么不用柴胡，而用葛根？我认为，柴胡虽然是疏肝的要药，但是它入肝胆经，发少阳之气，恐助肝气上冲。而葛根入脾胃经，能升脾胃清阳之气，与半夏、生姜相伍，可以升中焦之气，而没有升少阳之气的作用，所以也就没有助肝气上冲的弊端。

【按语】

1. 目前，药局里很少提供李根白皮，毕竟药源有限。在临床上我是这么办的，要取其寒性，就用桑白皮；若是为了疏肝解郁，行气止痛兼以清热就用川楝子，取其苦寒之性。

2. 张仲景在方药的配伍上，的确很有科学构想。我觉得，不管是肝气奔豚，还是肾气奔豚，用桂枝加桂汤，还是苓桂甘枣汤，实际上都是以平冲降逆为治本之法。所以，养血平肝，和胃降逆，最终是要平冲气。我认为，本方的功效应该加上“平冲”二字。

3. 第3、4条原文与《伤寒论》重复，这里只说一下茯苓桂枝甘草大枣汤、桂枝加桂汤两方证的比较。桂枝加桂汤证属心阳不足，下焦（肾）寒气上逆，为已作奔豚，病情较急、较重；所以用桂枝汤调和阴阳，重用桂枝，突出平冲降逆的功效。第4条，苓桂甘枣汤证也属心阳不足，但是下焦（肾）寒水上逆。本方可通阳降逆，培土制水。此证为欲作奔豚，病情较轻、较缓。所以重用茯苓，仍是苓桂剂群的代表方剂之一。二方证均有冲气内动，病机上都有心阳不足，下焦阴邪，包括寒气、寒水上逆，所以在病性上属寒，方药上都用了桂枝、甘草、大枣，意在温阳培土以平冲。因为病位上均与心、肾有关，这是同中求异，异中求同。从《伤寒论》原文补充到本篇，使其内容完整，加强鉴别诊断的意义，且特色鲜明。

【现代研究】临床观察、证候分析的结果认为，第一，丘脑下部功能失调；第二，植物神经功能调节失常；第三，交感神经功能偏亢；第四，腹腔丛神经机能紊乱，或者病损；第五，皮层内抑制过程减退，间脑释放所致。仅供参考

【临床应用体会】如果和现代医学沟通的话，我觉得，特别是看到一些神经官能症的病人，植物神经功能紊乱的病人，症状与本病相似。病人



大多是容易生闷气，有事想不开，性格比较内向。也就是说病人常在肝郁气滞的基础上发病。

妇人脏躁、梅核气，到《金匮·妇人杂病》我再给大家具体讲解。我想这类人群，特别是盆腔疾患，往往伴发交感神经的病症，她有时欲哭，面部烘热，有时多汗、焦虑等。有关神志方面的疾病，我们现已学习过“百合病”、“虚劳虚烦不得眠”的酸枣仁汤证，今天又学了“奔豚气病”。如果从中医辨病和辨证相结合的话，百合地黄汤证、百合知母汤证的病机必须是心肺阴虚，以心阴虚为主。酸枣仁汤证是以肝阴虚为主，兼心血不足。奔豚汤证的病机应是肝郁化热、冲气上逆，可以配合旋覆代赭汤来帮助重镇降逆。当然，如果说脾胃不虚，凡益气药物，比方说人参、甘草、粳米、大枣等药物可以减掉或少用。加强疏肝解郁清热作用，临床效果很好。因为这样的病人，需要在短时间内缓解郁结的状态，要不然他苦不堪言，总是趋向发病。

我把奔豚气病的发病特点归纳为四点：

(1) 呈发作性，和精神刺激有关，没有固定时间，他自己也不知道怎么就发作起来了。

(2) 典型症状一定是自觉症状，不易找到客观依据。

(3) 当冲气返回时，一如常人。

(4) 发作时，病势急重，发作欲死，难以忍受。因此医生对患者应给予同情。除了药物治疗外，一定配合心理调治，才能取效，而且注意防止由心身反应向心身障碍及心身疾病发展，减少误诊和医源性伤害，尽量避免不必要的医药费用支出。



奔豚气病脉证治第八全篇小结

奔豚气	概念：指病人自觉气从少腹上冲胸、咽，犹如小猪奔突之状，以“发作欲死，复还止”为特征的发作性疾病（1）			
	病因病机	精神刺激——“皆从惊发得之”“皆从惊恐得之”（1）	损伤阳气， 引动冲气 (与肝、肾、 心及冲脉有 关)	
		情志不遂——肝郁化热，循冲脉上逆（2）		
		误汗		素体阳虚，加烧针被寒（3）
				素有水饮在下焦（4）
基本治法：平冲降逆				
辨证施治	{	肝气奔豚——奔豚汤——养血平肝，和胃降逆平冲（2）		
		肾气奔豚		已作奔豚——桂枝加桂汤——调和阴阳，降逆平冲（3）
				欲作奔豚——苓桂甘枣汤——通阳降逆，培土制水（4）

损伤阳气，
引动冲气
(与肝、肾、
心及冲脉有
关)



胸痹心痛短气病脉证治第九

概 述

本篇论述胸痹病和心痛病的病因病机和辨治规律，尤以胸痹病为主。短气是胸痹病的伴发症状。

【合篇意义】

1. 病位相近，都在胸膈间。
2. 主症相似，都以疼痛为主症，且有相互联系或影响的关系。
3. 病因、病机相同，同属“阳微阴弦”，本虚标实。
4. 治法相同。应急则治其标，缓则治其本，或者标本兼顾，扶正祛邪。

【概念】

胸痹病：始见于《灵枢·本脏》，讲到“善病胸痹”这个字眼；胸痹是以胸膈部满闷窒塞，甚则疼痛为主症的一类疾病。在命名上，它属于病位与病机的结合。病位在胸膈部，指前胸、后背心肺所居之处；症状为满闷窒塞，甚则疼痛。“痹者，闭也”，痹阻不通，不通则痛。

心痛病：始见于《灵枢·五邪》，提到了“邪在心，则病心痛”。心痛的部位，原文里指出“心下”，即心窝部，剑突下。所以，心痛病指心下胃脘，或剑突下以疼痛为主症的一类疾病。

短气：是胸痹发病过程中的伴发症或兼症，即呼吸迫促。

【鉴别】

1. “真心痛”，病位在心。《灵枢·五邪》：“邪在心，则病心痛”。真心痛发作时，手足发青，一直青到足趾、手指尖，“旦发夕死，夕发旦死”，这类似于心梗的发作特点。轻者，病在“真心”，心脏本位上，和冠心病的心绞痛相类。



2. “厥心痛”，是由他脏病变所引发的心胃同病，包括糖尿病的合并症。所以，临床上对胃脘痛和相关疾病要注意鉴别，包括胰腺、胆道、胆囊病变等。其中胆囊炎病人，其疼痛常放射至右侧肩背部；冠心病疼痛主要在胸骨后，可波及心前区，常放射至左肩、左臂内侧。临床常见症也有胸闷、背部发沉，并无左右之分。

一、病因病机

【原文】夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。（1）（二类）

【解读】本条论述胸痹、心痛的病因、病机，是用脉象来推论的。不管太过，还是不及，都是非正常的脉。正常脉象，一定要有胃气，有神，有根。太过就是盛于正常；不及是不足于正常。太过主邪气盛；不足主正气虚。

关于“阴阳辨脉法”的问题，一是从脉位上说，关前寸脉为阳，关后尺脉为阴；二是从取脉法来说，浮取为阳，沉取为阴；三是从脉象类别上分为阴、阳。如浮、滑、数等脉为阳脉；沉、迟、微、弦、紧等脉为阴脉。“阳微阴弦”，即在阳位上，寸脉，浮取，见微脉。微脉，作为不足于正常的脉象，提示正气不足，寸脉提示病位在上焦。由于浮取为阳，寸口为阳，微脉为阴脉，即“阳得阴脉”，为上焦阳虚。“阴弦”，尺脉，沉取，见弦脉，为“阴得阴脉”，为阴之太过，说明邪气盛。即中、下焦阴邪偏盛，包括寒饮之邪。所以，“阳微阴弦”是指病因为“上焦阳虚，阴寒内盛”。“即胸痹而痛”，“即”，立即之意，饮邪、寒邪、水邪，都是阴邪，特别是寒邪主收引，主凝滞，主疼痛。胸阳本来就不足，阴邪痹阻胸阳，往往立即出现胸痹、心痛。“所以然者，责其极虚也”，责，指“责任”、“责怪”之意。“责其极虚”，强调既有上焦阳虚，还有阴寒内盛。两者比较，上焦阳虚为主导。“今阳虚知在上焦”，言明上焦阳虚是发病的主要方面。“所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。”又指出如果只有上焦阳虚，胸阳不振，还不足以发病，必须有阴寒之邪乘其上焦阳虚，乘袭阳位，侵犯到胸膈部的清旷之区，发生了痹阻胸阳的状态。痹阻者，不通也，不通则痛，方可发生胸痹、心痛。本条论述颇具哲理性，在此强调了上焦阳虚与阴寒内盛两个方面是缺一不可的。

病因、病机是什么？概括地说，上焦阳虚，阴寒内盛，阴乘阳位，痹



阻胸阳，不通则痛。所以就发生了以胸膈部满闷窒塞，甚至疼痛为主症的胸痹心痛病。先是胸满、胸闷，或有痞塞的感觉，重者疼痛，甚则心痛彻背。严重患者发作时，可有濒死的恐惧感、紧缩感、压榨感，这都是胸痹病的显著特征。

【原文】平人无寒热，短气不足以息者，实也。(2) (二类)

【解读】本条进一步论述胸痹、心痛的病因病机。所说“平人”，是指貌似无病的人，实际上已经患了胸痹心痛病，自己还没有发觉；并没有感冒，没有出现恶寒、发热等表证，更没有虚证的明显表现。总之，没有其他明确的病因，却突然出现短气不足以息的症状。“短气”指呼吸短促，“不足以息”是指呼吸显得紧促或有些困难，或长出一口气，才会使呼吸的感觉好受些，这是以“标实”为主、为急的临床症状。因此，“短气”是胸痹病的兼症、伴发症。所谓“实也”，不是纯实证，而是标实证。临床中可见到有些中青年患者，自己也觉得没有病，突然上不来气，心电图可能提示心肌缺血，这是胸痹病的发病特点，基本病机是“阳微阴弦”，疾病的本质是本虚标实，此以标实为重点。短气不足以息是胸痹病发病时最轻、最早出现的一种症状，病机是由阴寒之邪阻碍了心胸的气机升降所致，这种认识比较符合临床实际。但是，也有学者认为是借宾定主的文法，用作鉴别诊断。临证时，应注意与痰食中阻的宿食在上者加以区别。

【按语】

1. “阳微阴弦”是张仲景对胸痹心痛病的病因病机作出的高度概括。
2. 临床上，胸痹心痛病确有渐得缓起和卒作急发之别；所以，有虚实两种病情，而本虚标实是其本质。
3. 不可一见短气症，就从肺、肾立论，应当“谨守病机，各司其属”。
4. 现代临床报道：心肾亏损为病之本，痰浊、瘀血、肝郁气滞为病之标。实从本篇发展而来。

二、胸痹病证治

(一) 典型证候

【原文】胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，栝蒌薤白白酒汤主之。(3) (一类)

【解读】本条论述胸痹病的主症、主脉、主方。“胸痹之病”冠于条首，首先应该具备“阳微阴弦”的病因、病机，即上焦阳虚，阴寒内盛，阴乘阳位，痹阻胸阳，不通则痛。“喘息咳唾，胸背痛，短气”是典型证



候。“胸背痛”是胸痹病的主症，因胸中阳气痹阻，“上下之气不相顺接，前后不能贯通”所致。“短气”是胸痹病的兼症。“胸背痛，短气”是胸痹病的辨证关键。由于阴寒之邪，痹阻胸阳，影响肺的宣发、肃降，导致气机不利。所以，轻则短气，重则喘、咳嗽或吐痰。

“寸口脉沉而迟，关上小紧数”，是胸痹病的主脉。寸脉指上焦，“沉迟”，沉脉主里，迟脉主寒，提示胸阳不足，上焦阳虚。“关上”不拘于中焦，而是阴寒内盛之意，“小紧数”，“小”，稍稍的意思；“紧”，是说明阴寒，包括痰邪、饮邪，是阴寒内盛的意思；令人费解的是数脉。我怎么理解呢？它不是代表“至数”，而是一种动态，脉象的动态，表示邪气盛之意。因此，主脉，既是临床辨证属胸痹病的可见之脉，又是以脉象论述病机的。所以要体现“阳微阴弦”的机理，符合“阳微阴弦”的病因、病机。也就是说，当阴乘阳位时，会出现“喘息咳唾，胸背痛，短气”，不同病人可表现为沉迟脉象或弦紧等脉象。

栝蒌薤白白酒汤为宜痹通阳法的主方。栝蒌（全栝蒌）性偏寒、凉，具有清化热痰，利气宽胸散结，润肠通便的功效。但是不可“以寒治寒”，为了“去性取用”，选薤白，即小根蒜，辛温通阳，散结止痛。两药相伍，增强通阳散结，宽胸止痛作用。清代王朴庄言：“令人心气内洞”。另有“心病宜食薤”的记载。本方有薤白的辛温之性，可牵制栝蒌的寒凉之性。又“白酒七升”以行药势。按原方来讲，临床可用黄酒，即墨黄酒，加水同煎。不使用酒者，米醋也行，取其“行其药势”的作用。功效宣痹通阳，豁痰利气。因此，本方的主药是栝蒌，辅药是薤白，白酒行其药势，为佐使药。

（二）痰浊壅盛

【原文】胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。（4）（一类）

【解读】本条论述胸痹较重证。上条原文所说的“喘息咳唾，短气”者，可以说，病人还能躺得下；现已发展到“不得卧”，证明肺的肃降功能失常，病重了，这是一。第二，“心痛彻背”，此处病位特指“心痛”。“彻”，牵引之意，指疼痛的症状特点为放射性。心绞痛发作的病人，疼痛可向左上肢内侧或牙齿、颈部放射。典型者表现为胸骨柄后疼痛，这样的病人，有发生心梗或猝死的危险。由“胸背痛”发展到“心痛彻背”，整个症状表现为较重的程度。病机是什么？需从方测证。本方是在栝蒌薤白白酒汤基础上加半夏。半夏温化寒痰，降逆消痞散结。半夏增加进来，正



好针对较重的病情。尤怡谓本证的病机是“过多的痰饮为之援也”，“援”，援助、支援之意，此可理解为有痰饮过盛，源源不断之意。本方为了切中病机，又将白酒从七升增至一斗，共同发挥宣痹通阳，降逆逐饮的功效。

（三）气结在胸

【原文】胸痹心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之；人参汤亦主之。（5）（一类）

【解读】本条一证两方，提出了枳实薤白桂枝汤和人参汤主治胸痹虚实不同病证。

【校勘】《千金》：“心中痞，气结在心”，没有“留”字。《医统正脉本》：“痞”下有“气”字。《玉函》作“心下痞气，气结在胸”。那么，“留”字当什么讲？“留”，意味着胸中的寒饮羁留，阻滞气机。赵开美本就有“留”字，与【校勘】相对应以后，为了帮助本科生的记忆，我认为可从“联珠笔法”，也称“顶针”，就是指一句话的尾字，是下一句话开头的字。那么，原文是“胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之；人参汤亦主之”。“胸痹”二字冠以条首，首先是具备胸痹的病因、病机和典型证候，病位在胸膈部。

“心中痞气”，“心中”即“心下”，病势范围从胸膈部往下扩展了。“气结”，是气滞的意思。“气结在胸”，就是气滞在胸，有虚、实两种不同病情。偏重实证的，为气滞重证，枳实薤白桂枝汤主之。人参汤所主治的虚证是因虚而气滞。因为胸痹的病机是“本虚标实”，那么气滞的实证、重症，应当兼有一派实证的临床表现。又因为影响到气机的通利，存在着咳唾、短气等肺失清肃的症状，所以偏重于标实证者，用枳实薤白桂枝汤主之；另一类是偏重于本虚证为主的患者，应当用人参汤主之；如果病情稳定时，既有本虚，又有标实，也可以两方合用，标本兼治。

原文提示本条所指病位已经扩展，“心中痞气”，应该包括心下、胃脘，“胁下逆抢心”，说明由于气滞，又引起了气逆。抢（qiāng，第一音），是气逆、冲逆的意思。病位的扩展，也证明了病势加重。气滞而又出现了气逆的原因是“气结在胸”。作为气滞的重证或实证，对于胸中的寒饮羁留，特别是痹阻的状态、阻滞气机的情况加重了。说明肺气的宣降功能受到阻滞，所以，气滞的结果，气机不通畅，便逆而向上，就出现气滞、气逆。

枳实薤白桂枝汤证，是气滞的实证、重症。应当强调的是，当胁下气逆而上冲的时候，就形成了胸胃或心胃合并证候了，这就是胸痹、心痛合



并发作，也叫做“胸胃同病证候”。治疗时，应视其兼症的不同，分别虚实异治。偏于实者，病情表现较急，应在上述诸症的基础上，兼有腹胀、大便不畅、舌苔厚腻、脉象弦紧，为阴寒邪气偏盛，宜急速治其标实，法当宣痹通阳开结，泄满降逆，这里强调通法的作用。关于应用宣痹通阳法的适应证，临床中见这么重的病情，舌质可能会变紫，变暗。治疗上应在化痰的基础上，兼用活血化瘀药则疗效显著。

枳实薤白桂枝汤的主治证里，因有气逆，所以把白酒去掉；为了通阳化气，平冲降逆，张仲景最善于用桂枝。桂枝是本证的必用药，那为什么加用枳实、厚朴呢？因为“心中痞气，气结在胸，胸满”，说明“满”、“闷”、“胀”症都存在，急需消痞散结，行气除胀满的枳实、厚朴。

从方测证，人参汤证是本虚证。本虚证，是胸痹病本虚标实，以本虚为主的临床表现。病势相对缓和，即在缓解期的时候，用人参汤。如何理解本证的病机为“气结在胸”？是因虚而气滞，中焦阳气无力推动，阳气不能发挥行血、行津液的作用。也可以理解为胸胃同病的实质是宗气不足。因此，治病求本，必从中焦入手，温补助阳，振奋阳气。兼症为一派虚象：四肢不温，倦怠少气，语声低微，大便溏，舌质淡，脉弱而迟等。关于舌质发紫的虚、实之别，虚证是淡紫而暗的舌，舌体可胖大。因为心主血脉，当为中焦阳气衰减，运血不够通利所致。所以“缓则治其本”。人参汤的组成，恰恰是理中丸，“理中丸主理中乡”。张仲景在《伤寒论》里，为了强调中焦要温运，就叫理中汤、理中丸。现在要强调人参大补元气的作用，特别是胸膈部，为清旷之区，若要使宗气运转，得从脾论治，尽管有胸满，气结在胸等气滞、气逆症，用人参汤，采取温补法、“塞因塞用”法，属治本之法。

【按语】张仲景治疗胸痹心痛的一般规律：

1. “宣痹通阳”法里不用甘草，惟有人参汤里用甘草。因为“大气一转，其气乃散”，要散其阴寒之邪，不要去补。病在胸膈部，还没到心下部位时，不轻易用甘草。如茯苓杏仁甘草汤用甘草，是为了解决宗气的阳气运转、以消阴寒之邪。为了祛除阴寒之邪，当选用辛温、温热的药物。首先用薤白、白酒，辛温；出现寒逆，则用桂枝、枳实、厚朴；肺饮太盛，加用半夏；还要讲到急证用薏苡附子散，又用炮附子。若“心痛彻背，背痛彻心”的沉寒痼结重证，不仅用炮附子与乌头相伍，而且要一派辛热之品联合应用，使方药的逐寒止痛力极强，这是一种分层次、递进的用药规律。



2. 辨证论治方面：第一，辨病位，涉及胸膺部、胸背、心下、两胁等不同部位，病情有不同。第二，辨虚实，辨标本。“阳微阴弦”是胸痹心痛的基本病因病机，属于本虚标实，因体质不同，同一“气结在胸”的胸痹病，确有虚、实不同证候。第三，辨新久，有新病以短气标实为重的证候特点；有喘息咳唾、胸背痛、短气为典型证候者。第四，辨轻重，临床证候有病位不同，病邪有侧重，病情有轻重之别。在主方基础上，随证治之。第五，辨缓急，急则治其标；缓则治其本，立通、补两法，即宣痹通阳法与扶正固本法。可先通后补，或通补兼施。

【鉴别】

表 7 枳实薤白桂枝汤证与人参汤证的异同点鉴别

		枳实薤白桂枝汤证	人参汤证
病机	同	气结在胸	
	异	阴寒之邪偏盛，停痰蓄饮为患	中焦阳气衰弱，无形气痞为患
症状	同	胸背痛，短气（喘息咳唾），心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心	
	异	伴腹胀，大便不畅，舌苔厚腻，脉弦紧	伴四肢不温，倦怠少气，语声低微，大便溏，舌质淡，脉弱而迟
治法		宣痹通阳，泄满降逆	补中助阳，扶正固本
药物		栝蒌、薤白、枳实、厚朴、桂枝	党参、干姜、白术、甘草

（四）胸痹轻证

【原文】胸痹，胸中气塞，短气，茯苓杏仁甘草汤主之；橘枳姜汤亦主之。（6）（二类）

【解读】本条论述胸痹轻证。“胸中气塞”是病人长出一口气，觉得呼吸就通畅些，胸中气塞或满闷的症状似乎可以减轻。《医宗金鉴》：“胸痹之轻者，即今之胸满；重者，即今之胸痛”。病机从“气滞则血瘀”方面理解，胸满就是气滞的表现，胸痹本有胸背痛、短气，设“宣痹通阳”法是解决阴寒内盛的痰邪、寒邪、饮邪，一定是化痰法，所以用栝蒌为主药，解决“以其阴弦故也”的病因。现在“胸中气塞”为什么是轻证？一证两方，均以药物组成而命名。从方测证（症）得知，病机是饮阻气滞，但有偏饮邪盛者，有偏于气滞重者。如果短气为重，胸中气塞轻浅者，多兼咳逆、吐涎沫，小便不利等症，此为饮邪偏盛，兼以气滞，病位在肺，



用茯苓杏仁甘草汤宣肺化饮。方中主药是茯苓三两，补利兼优，可针对水饮偏盛而治；杏仁利肺气，使之肃降，能通调水道，下输膀胱，还能治疗咳嗽短气。因为是胸痹的轻证，并影响到胸膈部以下的部位，所以用甘草。

如果以胸中气塞为重，短气为轻者，多兼有心下痞闷、呕吐，气逆等症，此为气滞偏盛，有水饮停蓄，胃气不降，病位在胃，用橘枳姜汤行气化饮，和胃降逆。方中所用橘皮，即陈皮，一斤的量为主药，重在解决气滞偏盛的问题。枳实也是行气药，能泄满散结；生姜以其辛温之性散寒饮之邪，可使气行而饮除。

这是病位不同，病机上因饮阻与气滞二者各有偏重，又存在着互为因果的关系，实际临床上很难截然划分。虽然原文以一证二方的形式再次阐述同病异治的例证，但是在临床运用这两首方剂的时候，可分可合。同时，也可根据病情与栝蒌薤白半夏汤配合运用。

【临床应用体会】对胸中气塞证，如果临床上不加注意，容易漏诊。一个小伙子，三十几岁，一上楼梯，腿就乏力，气喘吁吁，上楼梯竟成了负担。查心功、心电没问题，心血管专家给他诊断为功能性疾病。他自诉有时不自主地长出气，没有什么愁事，也没有压力。这就是“胸中气塞”。心电图和临床表现均无阳性征，但症状上，是胸中气塞、短气症，四诊合参，未发现其他典型症状。脉沉缓，投以经方茯苓杏仁甘草汤合橘枳姜汤，加栝蒌、薤白和半夏，用量均轻，结果治疗2周后症状消失。深感方药不在奇，用量不在重，只要辨证与施治对头，经方用巧，疗效卓见。

【鉴别】

表 8 茯苓杏仁甘草汤证与橘枳姜汤证的异同点鉴别

		茯苓杏仁甘草汤证	橘枳姜汤证
病机	同	饮阻气滞	
	异	痰饮内阻，上乘于肺（饮重）	水饮停蓄，胃气不降（气滞重）
症状	同	胸痹轻证，以胸中气塞、短气为主症	
	异	伴咳逆吐涎沫，小便不利，短气甚	伴心下痞满，呕吐气逆，气塞甚
治法		宣肺化饮	行气化饮，和胃降逆
药物		茯苓、杏仁、甘草	橘皮、枳实、生姜



(五) 胸痹急证

【原文】胸痹缓急者，薤苡附子散主之。(7) (一类)

【解读】本条论述胸痹急证的治法。

“缓急”的含义是什么？有四种意见。第一，认为本病属于发作性疾病，时缓时急。第二，认为是胸痹的急证发作。第三，是发作时出现四肢抽搐，口眼引纵，病情危重。第四，提出治法的问题。要进行救急，缓解其疼痛，以薤苡附子散主之。

在病因病机上怎么理解？是寒湿之邪阻遏胸阳，乘踞阳位，痹阻胸阳，不通则痛，从方测证得知应当为寒湿胸痹。薤苡仁，除湿宣痹，缓解筋脉拘挛以止痛，但因性偏寒凉，用薤苡仁15两，这与寒邪上乘于阳位的病情及其治法上似有矛盾，必须去性取用，以10枚辛热的炮附子为其主药，取其祛寒止痛力强，能温经助阳。用二药共合为散，以应急，达到温经祛寒、助阳止痛。在剂型上，前面所讲的经方全是用汤剂，唯独这个是散剂，散者散也。优点是：①携带方便；②取其速效；③药力厚，作用大。这两个药相合有通阳温经散寒，缓急止痛之效，此为“温通止痛”法。

【按语】

1. 归纳本篇对胸痹病有三种治法：第一，“宣痹通阳”法，栝蒌薤白三方。第二，“扶正固本”法，由人参汤体现。第三，“温通止痛”法，即薤苡附子散为代表。

2. 近代发展，如“冠心苏合丸”、“速效救心丸”等，应用①芳香开窍类药物：如苏合香、降香、檀香、冰片等；②温通类药物：如细辛、良姜、荜茇等；③止痛类药物：如元胡、三七化瘀止痛为临床常用。张仲景原著里，有菖蒲屑、桂屑的应用，取芳香之意。民间有治疗牙痛的“哭来笑去散”。它的组成是30两荜茇，加良姜、元胡、檀香各15两，细辛5两，冰片30g，研成散剂，装入0.3g的胶囊。从一个胶囊开始服用，根据止痛的效果，因证的轻重来决定服用量，1粒或2粒，一天三次，四周为一疗程。本方是治牙疼的，现在用来治疗胸痹病、心痛病。这个方子体现薤苡附子散的温通止痛作用，且有芳香开窍之意，所以效果很好。因此新药的开发与研制已由此衍化成芳香温通止痛法了。但请注意，有研究报告，对冠心苏合丸警惕马兜铃酸成分的危害性。



三、心痛病证治

(一) 寒饮气逆

【原文】心中痞，诸逆心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之。(8) (二类)

【解读】本条论述寒饮上逆心痛的证治。“心中痞”，是心下痞闷不舒的感觉。由寒饮内停，胃气不降所致。“诸逆”，气逆抢心，干呕气塞，由于心下的水饮或寒邪向上冲逆所致。它是以心窝部疼痛为主症的一类疾病。

“心悬痛”，指心窝部向上牵引疼痛。部位一定是在心下、胃脘，以疼痛为主症。“心中痞，诸逆心悬痛”，其中有冲逆之气，使这种疼痛有牵引性。

桂枝生姜枳实汤的方义是桂枝温阳散饮，平冲降逆；生姜和胃降逆，化饮止呕；枳实行气泄满。本证与枳实薤白桂枝汤证的作用部位，有明显的差异。本证部位是在心下，也有牵引疼痛，但气滞的程度没有枳实薤白桂枝汤证严重。枳实薤白桂枝汤证病位在胸膈部，并扩展到胃脘及两胁，是气滞重证，而桂枝生姜枳实汤证比较平和。组成上，桂枝生姜枳实汤中，桂枝3两，枳实5枚，生姜3两。桂枝和生姜是1:1。枳实薤白桂枝汤，有栝蒌、薤白、厚朴，此外，桂枝1两，枳实4枚。

桂枝生姜枳实汤与橘枳姜汤比较，相同点是枳实、生姜同用。但橘枳姜汤配橘皮理气散结，以“胸中气塞”为主症。桂枝生姜枳实汤配桂枝以通阳降逆，治疗心痛兼有气逆证。

(二) 阴寒痼结

【原文】心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之。(9) (二类)

【解读】本条论述阴寒痼结心痛重证的证治。本证特点有五：

1. 疼痛程度 《医宗金鉴》注释：“心痛彻背，背痛彻心，是连连痛而不休。”不是偶尔发作一次。本证比栝蒌薤白半夏汤证严重。
2. 疼痛部位 心胸和肩背部牵引性剧烈疼痛，以胃脘痛为主。
3. 病程 经久不愈，反复发作而迁延。
4. 病因病机上为阴寒痼结 《医宗金鉴》形容“则为阴寒邪甚，浸淫乎阳光欲息”，“非薤白白酒之所能治也”。
5. 方药上 一派辛热药物联合应用。集中体现了张仲景擅用大辛、大热之品的用药特点。这是在全书里面比较少见的。说明阴寒痼结日久，疼痛剧烈者必用本方的道理。



乌头赤石脂丸，有蜀椒一两，一法二分；炮乌头一分；炮附子半两，一法一分；干姜一两，一法一分；赤石脂一两，一法二分。炮附子和炮乌头同用，又加干姜和蜀椒，协同发挥作用，温阳、逐寒、止痛之力极强。赤石脂的作用是由两方面来体现的，正如尤在泾注解：除了固涩阳气的作用以外，取其安心气的作用。因为阴寒之邪痼结在里，经久不愈，为使寒气阴邪散除而不伤正，所以用丸剂，从小量开始。

【按语】我觉得，《寿世保元·卷五·心胃痛》的注释，可作为学习参考，帮助同学们理解张仲景本意。“寒邪冷气入乘心络，或脏腑暴感风寒，上乘于心，令人卒然心痛，或引背膂”，所涉及的病位在心下（胃脘）、胸部，加上肩、背部。“甚至经年不瘥”，反复发作而不愈，这是顽固性的阴寒极甚那种心痛。这种心痛多为剧烈的胃寒疼痛，可以用本方治疗。

【医案鉴赏】“桂附丸西园公屡验”：有一个桂附丸验方运用的体会。“本方再加官桂，蜜丸如梧桐子大，每服三十丸，温水下，觉至痛处即止，若是朝服，无所觉，至午后再进二十丸，终身不发，治心痛彻背如神。”

我认为，服用乌头赤石脂丸，如果嫌药力不足，加用官桂，为蜜丸，一次吃30粒儿，这个用量远大于原方的服用量。服后，疼痛马上就止了。如果心痛日久不止，还可加用到50粒，止痛得效为止。但是在服药期间，应注意防止发生毒性反应。说明本方温阳散寒，是治疗阴寒痼冷心痛的有效良方。

【临床应用体会】

1. 对胸痹心痛病人的问诊首先注意疼痛部位。以便确定适应证，本篇所列方证可用于西医学认为的肋间神经痛、胸膜病变、胸骨病变、心脏病变、乳腺病变及脾胃病变等。

2. 问疼痛性质。心绞痛是一种钝痛，可伴有压迫感，憋闷或阻塞感。也有人感觉，是紧缩的同时有一种热灼感。所以，有人主张用小陷胸汤治疗。应当综合病人的舌质、舌苔及体质的情况。反复发作的病人，可伴有大汗出，甚至有濒死的恐惧感，程度较重。一定要问清性质，用心电图或者心功能检测辅助诊断。

3. 疼痛持续的时间。心绞痛发作由轻到重，之后逐渐缓解，一般持续3~5分钟。如果发作超过20分钟，应该注意到冠脉痉挛或心梗的发生，予以急救措施。

4. 诱发因素。体力活动是最常见的诱因；精神因素刺激，如过于激动，生气，烦恼，忧愁；寒冷，饱餐，酗酒，吸烟等。总结出发作的诱



因，可以帮助患者在护理、生活起居等各方面注意，以防止发病。

5. 临证个人点滴

(1) 针对本虚标实的病情，如果单用宣痹通阳法、活血化瘀法临床有效，但是两法合用疗效更佳，然而连续应用会伤人正气。所以在缓解期、恢复期一定坚持标本兼治。近年来，对于王清任的血府逐瘀汤，若增减合理，疗效显著。

(2) 血府逐瘀汤是“通治一切气滞血瘀的要方”。原方是桃红四物汤，行气药用枳壳；桔梗载药上行，柴胡升达清阳。因为病位往往由“胸膈部”涉及“两胁”，所以对于心绞痛较适宜。用牛膝引血下行，引药下行。冠心病胸阳不振为主，“上焦阳虚”，“阴寒内盛”，寒凝气滞，当然会导致瘀血。所以，尽管本篇里面没有提示活血化瘀法以及代表方，但在《金匱》第十一篇，有关“肝着”的命名，以及旋覆花汤的作用，可以说是补充的活血化瘀法。此法也可补充《胸痹病》的治法，应用到冠心病的心绞痛治疗上。因为阴寒之邪导致气滞血瘀，应当用“温通法”，并加用栝蒌、薤白、桂枝等药。为加强活血化瘀止痛作用，亦可加失笑散（蒲黄、五灵脂），生用。为了取其芳香温通的作用，临床上，我愿意在汤剂中，用檀香10g，后下。还有三七粉，可以用1钱到2钱，为末，冲服。止痛作用均好。

“男子五八肾气衰”，年过四十，“阴气自半也”。胸痹心痛病者，胸阳不振或不足，或者阳虚。中医学理论认为，“阳虚因寒血必凝，阴虚因火血必滞”，作为阳虚而寒，阴虚而热同样可以导致血凝、血滞。因此，活血化瘀法一定要配合应用。

(3) 关于胸痹、心痛病人的舌、脉。

①关于舌苔的问题。胸痹病、心痛病“阳微阴弦”，舌苔应该是白苔作底儿，是阴寒之邪的标志。白苔，说明是浊阴上干于清阳之区，白苔上有一层薄黄苔。一般多滋润，它是欲阳化的假象，不是实热证标志。阳虚发热、气虚发热的病例，舌质淡、苔白，但上面有薄黄苔，甚至有“腻”苔的感觉，那是假象。

为什么会呈现黄苔？怎么理解？我认为是阴邪乘踞阳位所致，是一种表面阳化的征象，也可以说是阴浊逼胸中阳气上腾，是一种浮阳外越的现象。可以提示阳气虚弱，无力驱除阴邪，需要温阳、助阳、通阳的一系列药物来廓清阳位。如果把这种黄苔误认为是实热所致，用苦寒药、清凉药，那就“差之毫厘，谬之千里”了。特别是乌头赤石脂丸，联合用药，



大辛、大热之品，一定要识别这种薄黄苔的假象，不能见苔黄就用清凉苦寒之剂。

舌质提供的信息非常重要。西医专家们，也注意看舌质、看指甲，进行微循环的研究。医者不要只看到冠状动脉硬化，其实大、中、小血管的硬化状态都要影响到血液循环。因此舌质紫暗，舌边有瘀斑或瘀点，不仅仅出现于冠心病的病人，妇科病人也会出现。如果病人舌质提示有瘀血，就可以应用活血化瘀药。有时候患者舌尖、一侧或两侧舌面出现瘀点、瘀斑，都是诊断瘀血证的依据，是用活血化瘀药的指征。舌象不仅帮助诊断，同时也帮助判断临床疗效。用了一周或两周中药，观察舌的紫色，是否变为淡紫、微暗，颜色是否轻浅，紫斑或瘀点的大小，有无减少的变化等，可以指导临床用药。

②关于脉法的问题，“阳微阴弦”非常切合实际。常见的滑脉，是平均动脉压增高的表现。微脉，正好是一个相反的情况，它标志着心脏功能低下，脉道鼓动无力。所以“微微瘪瘪乎”，摸不清，虚弱。弦脉，是阴脉，像弦一样，又能拉起，似有力量，为什么还说它是阴脉呢？如果从临床的心功检查来看，这类病人虽见弦脉，可提示动脉血管内的压力和阻力增高，但从病情和心功测定所显示的情况看，多是心功能低下的表现。



胸痹心痛短气病脉证治第九全篇小结

胸痹病	概念：胸膺部满闷窒塞，甚至疼痛为主症的一类疾病	
	病因病机：“阳微阴弦”——上焦阳虚，阴寒内盛，阴乘阳位，痹阻胸阳（1）	
	病变特点：本虚标实，虚实夹杂（1、2）	
	主症：“喘息咳唾，胸背痛，短气”（3）	
	主脉：“寸口脉沉而迟，关上小紧数”（3）	
	辨证施治	胸痹典型证候——栝蒌薤白白酒汤——宣痹通阳，豁痰下气（3）
		胸痹痰浊壅盛证——栝蒌薤白半夏汤——宣痹通阳，逐饮降逆（4）
		胸痹气结 { 偏实——枳实薤白桂枝汤——宣痹通阳，泄满降逆（5）
		在胸证 { 偏虚——人参汤——补中助阳，扶正固本（5）
		胸痹 { 饮邪偏重，兼见气滞——茯苓杏仁甘草汤——宣肺化饮（6）
心痛	辨证施治	轻证 { 气滞偏盛，水饮停蓄——橘枳姜汤——行气化饮，和胃降逆（6）
		胸痹急证——薤苡附子散——温通止痛，除湿宣痹（7）
		概念：指心下（胃脘部）疼痛为主症的一类疾病
	辨证施治	病因病机：“阳微阴弦”（1）
		{ 寒饮气逆——桂枝生姜枳实汤——温化水饮，下气降逆（8）
	辨证施治	{ 阴寒痼结——乌头赤石脂丸——温阳散寒，峻逐阴邪（9）



腹满寒疝宿食病脉证治第十

概 述

本篇论述腹满、寒疝、宿食病的病因、脉症、诊断和治疗。

【合篇意义】

1. 病位相近，和脾（胃、肠）有关；病机涉及肝、肾。
2. 症状相似或相同。患者多以腹胀满或疼痛为主症。
3. 方治多可互用。以大承气汤为例，可用于治疗实热性腹满病，痞、满、燥、实证俱备；也可治疗宿食病“在下者”。又比方说，附子粳米汤、大建中汤，既可治疗虚寒性的腹满病，也可治疗虚寒性的寒疝病。

【概念】

1. 腹满病 有狭义和广义之分。狭义是指多种疾病过程中，出现的腹部胀满的症状。而本篇从广义上说，特指以腹部胀满为主症的一类疾病，同时可以兼见痛、闭、呕等症。

《素问·太阴阳明论》提出“阳道实、阴道虚”的理论，是把腹满病大致分为两类。实，“实则阳明”，是实证、热证的病变，与胃、肠有关，是阳明胃，涉及肠，或兼表。比方说大柴胡汤证，它是少阳、阳明合病，而厚朴七物汤证，是太阳、阳明合病。所以，这里说“阳明”，是阳明病变，但可以涉及太阳或少阳，这是“兼表”的意思。“阴道虚”，“虚则太阴”，指太阴脾。在脏腑辨证上，与脾、肾有关，也可涉及肝。多属于虚证、寒证的腹满。实际上，太阴脾也有实证，阳明胃也有虚证。张仲景是在《内经》基础上，将腹满病概括为虚（寒）证、实（热）证两类。

2. 寒疝病 《说文解字》说：“疝，腹痛也”。顾名思义，寒疝是指寒性的腹痛。这是一类急性、发作性的腹痛。后世医家认为，凡属于寒气攻冲作痛的，统称寒疝。还有医家认为，当寒性腹痛发作时，寒气攻冲。



在腹形上，腹起包块，如丘陵之起伏，名曰“疝”也。

3. 宿食病 指伤食、食积。是由饮食引起的腹部胀闷、噎腐吞酸，或者伴有吐、利、腹痛等症的一类疾病。伤食、食积一类病证属于脾胃运化功能差，吃得不一定多，亦不能消化；有的运化功能尚可，但是不注意饮食卫生，或过饱，像西医学讲的急性胃扩张症，也属于中医学的宿食病，均涉及脾胃的功能问题。

腹满病

一、辨证与治则

（一）虚寒证

【原文】趺阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两胁疼痛，此虚寒从下上也，当以温药服之。（1）（二类）

【解读】本条论述腹满、寒疝的总病机、辨证和治则。

趺阳脉候脾胃，主中焦。“微”，指中阳不足。弦脉属肝，是指气机郁滞，主寒，主疼痛。提示病机涉及中焦脾胃，也涉及肝气上逆。“法当腹满”，说明腹满是肯定的。“不满者必便难，两胁疼痛”，腹不满者，表现为便难，由于阴寒凝聚，肠道传化不及造成的。出现便难，同时有两胁疼痛。“两胁”指什么部位呢？是在腋下当臂的地方。《说文解字》：“古腋字，下也”，腋下的部位，因此是“胁”。《素问》王冰注：“胁，谓肋上也”。即胸肋两旁当臂之处。这个部位应该归肝所属。从症状上，也反映了和中焦脾胃有关。上、下文是前后呼应的。“此虚寒从下上也”与“趺阳脉微弦”共同揭示病因、病机是中焦的虚寒，影响到肝气从下往上冲逆。“当以温药服之”，提出治则。温药，是针对虚寒的病机，用温中祛寒法。若具体分析，有两种情况，一是虚寒性腹满病，当用温补、温运，临床可用理中丸（汤）、附子理中丸（汤）。寒疝病，属虚寒证者也应“温补”。但腹满、寒疝病如果见寒邪与实邪互结，出现便难者，就应采取“温下”法。如大黄附子汤。

【原文】腹满时减，复如故，此为寒，当与温药。（3）（一类）

【解读】本条论述虚寒性腹满病的证治。

“腹满时减”，说明腹满有减轻的时候，但最终怎又“复如故”？是指恢复到原来仍有胀满症的状态。为什么？“脏寒生满病”，这是虚寒性腹满



病的特征，在病机上，脾胃虚寒，气滞不运，寒气攻冲所致。当寒气攻冲时，胀满就明显。气聚则满，气散则减。若用药物治疗，或饮食中有温热的食物，会有利于寒气的减弱，胀满的症状也随之减轻，所以“时满时减”，交替出现。

第3条和第1条原文结合起来，论述虚寒性腹满。辨证有什么特点呢？一是“法当腹满”，指出应该有腹满；若腹不满，也应该有便难。便难是因为阴寒凝聚，传化不及，也有失治的问题。兼有肝气上逆则两胁疼痛。现在又强调，腹满的特征是“时减，复如故”。因此，治法为“当与温药”，是特指温补、温运法；宜服四逆辈，如理中汤或附子理中汤化裁应用。

（二）实热证

【原文】病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。舌黄未下者，下之黄自去。（2）（一类）

【解读】本条论述腹满病的辨证及实热性腹满的证治。

首先看“病者腹满，按之不痛为虚”，“按之”是提示腹诊。需看腹部是柔软的，还是板硬的？是平坦的，还是膨胀的？“按之不痛为虚，痛者为实”，这是腹诊与问诊结合。“痛者为实，可下之”，用下法。“下之黄自去”，“黄”，是指舌苔黄而干燥，甚至焦黑起刺。“可下之”，一定是寒下法，承气汤系列。关于“下之黄未去”有以下三点含义：第一，“下之黄未去”，可能是病重而药轻，如果再用攻法，拿舌苔黄作为疗效判定标准。它这种有形之邪没有尽去，必然是腹满按之痛，且大便难，所以还须“下之”。第二，苔黄的情况，需要具体分析。若胸痹病出现薄黄苔，是阳化的假象，不能用寒下法。况且，患有瘀血、饮重、水盛者需要攻逐法治疗，舌苔未必发黄。第三，湿热病，包括湿温，一定是黄腻苔，湿热没有成实，禁下。以上张仲景论述实证腹满，除胀满拒按以外，必须结合舌诊，舌黄是热邪结聚之象，此时可下之证已具，下之黄苔自去。但是，舌黄未经攻下，才能使用下法，如果已经攻下，必须考虑舌黄是否当下，或下法是否确当，是否合适，或者有无并发证候。所以说，“舌黄未下者，下之黄自去”，这两句是辨证施治的关键。说明张仲景之所以重视腹诊，同时要结合问诊，还要看舌诊，看下后结果并需进行具体分析。总之，实热性腹满，除了“按之痛为实”以外，舌苔黄是一个标志；关于腹满减与不减的问题，要和虚寒性腹满作对比、鉴别，这在第13条有详细论述。



二、证治

(一) 里实积胀俱重

【原文】腹满不减，减不足言，当须下之，宜大承气汤。(13) (一类)

【解读】本条论述腹满积胀俱重的证治。

“腹满不减”要和虚寒性腹满严格区别开来。腹满不减，是因宿食停于胃，燥屎积于肠道，有形之邪不去，所以腹满不减。

“减不足言”，一见吴谦《医宗金鉴》，认为“腹满常常而满，实满也。腹满不减，减不足言，谓腹满不减，虽减不过稍减，不足言减也。”强调有减轻的时候，不过小小的、稍微的有点减，或者说还谈不上减轻。二见徐忠可《论注》，认为“虽减不过稍减”。第三种说法认为“微微轻减，而腹中仍实”。这三种说法，均承认有减轻的时候。我认为如果有减轻的时候，那和虚寒性腹满还有什么区别呢？因此，这种理解是错误的。关于“减不足言”，关键是在“不足言”，谈不上之义。这是一个插笔法。我认为，是用这句话来突出第一句话，腹满是不减的。对于实热性腹满，因为有形之邪在里，如果不通过下法解除，腹满就没有减轻的时候。如果有减轻，就谈不上是实热性腹满了。可见张仲景把实热性腹满的基本特征概括为：痛而不移，满而不减，按之痛剧。所以，“当须下之”。指出必须采用下法，而且是苦寒泻下。但是，关于用什么方，是大承气汤，还是小承气汤，还是增液承气汤？请考虑随证变通。“宜大承气汤”。方中大黄苦寒泻下，芒硝咸寒软坚；六腑以通为用，以和降为顺，本证为“积胀俱重”，提示了积滞和气滞并重，所以又用枳实和厚朴，枳实解决胸满，厚朴解决腹满。

【鉴别】

表9 腹满病寒、热、虚、实证的鉴别

证型		实热性腹满	虚寒性腹满
病机		实热内结，腑气不通	脾胃虚寒，气滞不运
症状	问诊	腹满不减，减不足言	腹满时减，复如故
	腹诊	按之痛（痛剧，拒按）	按之不痛（痛减，喜按）
	舌诊	舌苔黄厚而燥，或焦黑起刺	舌淡，苔白滑
	补充	大便秘结，烦躁，潮热汗出，脉沉实有力或沉迟等（脉微弦）	畏寒肢冷，口吐清水，下利清谷，脉沉细等
治则		可下之	当与温药
治法		通里攻下（承气类）	温运脾阳（四逆辈）



(二) 里实兼表寒

【原文】病腹满，发热十日，脉浮而数，饮食如故，厚朴七物汤主之。

(9) (二类)

【解读】本条论述腹满里实兼表寒的证治。

首先要弄清发热与腹满的先后情况，问其病史，如果先有发热，“病腹满”，应该脉浮，“浮而数”和发热，不能只看成外感风热。脉浮而数，说明邪气盛。而且，邪气是在肠间，而不在胃，因为“饮食如故”。因此，这是表里同病，且里证重于表证。本方是桂枝汤去掉芍药，再和厚朴三物汤合成。厚朴三物汤中，厚朴8两，大黄4两，枳实5枚；本方厚朴半斤，也就是8两，大黄3两，枳实5枚。可见本方的大黄用量比厚朴三物汤的用量少一两。为什么去掉芍药呢？本证以腹中胀满为主症，腹部不疼，所以去掉芍药。“方后注”里“呕者加半夏”，“下利去大黄”，“寒多者加生姜至半斤”，体现出大黄不能多用，证明表证经过了一段时日，正气有伤。所以，大黄的量要小些，防止脾胃更伤，如果出现呕吐，加半夏，调理脾胃气机。寒多者，生姜加量，以温散寒邪，调理脾胃以温胃止呕。

【临床应用体会】厚朴七物汤临床适用于表里同病。对排便黏滞不爽为特点的病人，本方也有效。我认为，在儿科，患儿发烧减轻，但是邪未尽除，不愿意吃饭，腹胀满，腹诊不太硬，大便不畅，这时用这个方子，等于表里双解。关于大黄的使用问题怎么办？为了使湿滞及里邪尽除，大黄单包，根据大便的情况，酌用后下。如果大便已通，则不用大黄，用榔片比较稳妥。助消化的药，可用鸡内金、焦三仙，在这个方子的基础上变通，非常适宜。服用1~2剂。如果脾胃素虚，爱感冒的患儿，用香砂四君子汤或香砂六君子汤化裁均可。

(三) 里实胀重于积

【原文】痛而闭者，厚朴三物汤主之。(11) (一类)

【解读】本条论述腹满病胀重于积的证治。从方测证可知，它应该以腹部胀满为主症，这是省文法。厚朴8两为君，行气除胀满，说明气滞重于积滞。“痛”，指腹痛，有形之邪阻滞，有大便秘结和腹痛，是实热性腹满。厚朴三物汤和小承气汤比较：厚朴三物汤用量，按照朴、实、黄的顺序，8两、5枚、4两；小承气汤中，大黄为君，4两、3枚、2两的比例。厚朴三物汤以行气除胀满的厚朴为君，重在行气；小承气汤以4两大黄为君，为轻下热结之效。正如尤在泾所说，厚朴三物汤重在行气，小承气汤意在荡实。



【临床应用体会】

1. 2006年春，一中年男患，因不全性肠梗阻已在黑龙江省三级甲等医院普外科先后3次住院，进行胃肠减压及抗炎治疗，并确诊为2型糖尿病合并胃肠功能失调。出院后，寻求中医药治疗。我予以标本兼治法，即以厚朴三物汤行气除胀满，合益气养阴法得效。服用21剂汤药后，改用散剂巩固疗效，并嘱其按糖尿病防护措施严格要求自己，未再住院。

2. 有一位老年顽固性便秘的患者，中西医的通便药用尽了。她自己用番泻叶沏茶喝，蜂蜜、豆油、芦荟及叶等各种方法均疗效不显。有医生给她开类似于麻子仁丸类的药物，用上好使，不用就便秘。她强调，大便一通即精神，三天不通就精神不振，嗜睡。这使我想到了，复方大承气汤里有活血的桃仁、赤芍，但因赤芍性偏凉而不用；用当归和寸芸（内茯苓）补益。老年人气虚血不足，肠道的传化功能减退，出现肠燥便秘得用火麻仁、郁李仁这样滋润的药。因此，我又用了太子参配玄参、生白术、杏仁。半个月后，又出现三天没排便，来找我，我让她将大黄包上，根据大便情况决定煎药的用量后下。得效半个月，又来找我，说病情好转，希望进一步调治，我建议她将玄明粉10g配合前方冲服，后来用蜜丸巩固疗效。

我体会用复方大承气汤，比直接使用大承气汤更符合当前临床需要。因为里实热结的严重情况，一般病人不会马上来找中医。所以，复方大承气汤的加减法，以这位老年患者为例，给我以启发。临床凡见单纯性肠梗阻或病因不明确的不全肠梗阻病人，以气胀为主，腹胀严重，一般使用灌肠法，因其位置偏高而罔效。此时应用厚朴三物汤为基础方，往往对缓解症状可取得满意疗效。

（四）里实兼少阴证

【原文】按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。（12）（一类）

【解读】本条论述里实兼少阳证的证治。“按之心下满痛”，满，指胀满为主症的腹满病，同时兼有疼痛。胀满、疼痛的部位在心下。“心下”，特指胃脘部。结合《伤寒论》的大柴胡汤证，心下急，还伴有郁郁微烦等症。从方测证看出，病位是偏高的。五版《讲义》将病位特定在胸胁，疼痛与胀满的范围涉及胸腹部。《伤寒论》结胸证：“从心下至少腹，硬满而痛，不可近者”。这是大陷胸汤证。《伤寒论》103条说：“呕不止，心下急，郁郁微烦者，”与大柴胡汤下之则愈。“呕不止”是指少阳病小柴胡汤证的“喜呕”症状加重，并不是阳明腑实证的临床特征。“心下急”是指



上腹部痛如刀割，其势急骤。再加少阳证：郁郁微烦、胸胁苦满、寒热往来、心烦喜呕等症。所以“心下”部位要比一般的腹部病位偏高，即胃、腹及两胁。可以说，由少阳胆热伤津，津伤化燥，因燥成实，邪热与胆腑精汁相结，成为少阳胆腑热实证，郝万山教授认为此属少阳腑实证。我认为，肝胆相表里，胆为六腑之一，为清净之腑，属奇恒之府，内藏精汁，有代理肝权之能。因此，大柴胡汤在临床应用时，见胃部的病变，如胃溃疡穿孔；在胸胁偏于右侧的，多见于急性或慢性胆囊炎、胆石症；偏于左侧的，多见于急性或慢性胰腺炎。特别是慢性胰腺炎，属热结又兼少阳证者才可用。根据实热性腹满病辨证符合“此为实也，当下之”，即可用大柴胡汤化裁。

大柴胡汤的组成，是小柴胡汤去掉人参、甘草补益之性的药物，又增加生姜的用量至5两，再加芍药、大黄、枳实。为什么要增加生姜的用量呢？是为了配合柴胡、黄芩、半夏共同和解少阳；为什么要加芍药？因为“满痛”，“腹痛加芍药”是张仲景的用药规律，芍药通血痹，止腹痛。加大黄、枳实，可泻下通里，除胀满。大柴胡汤的功效，《金匱》讲义认为是内泄阳明，和解少阳。方后注“日三服”，为的是少阳、阳明两解。我认为，由于实邪郁滞胆胃，所以本方有和枢机，解郁结，泻里实之功。陈修园对大柴胡汤的理解说得比较贴切，“大柴胡汤，下其邪气，而不攻其大便而愈。”所以，对于肝、胆和胃、肠的疾患，尽管用了大黄、枳实这一类的药，是下其邪气的作用，并不是通便。大柴胡汤，根本目的是在疏肝利胆，解决气滞和荡涤肠胃的实热，下其邪气。

【临床应用体会】

1. 胆系疾患 临床应用大柴胡汤为基础方，对肝胆疾患，特别是胆石症疗效显著。胆囊的结石、胆总管的结石，以泥沙样排出更为容易。往往由于饮食不节、情志刺激或过劳诱发。对肝郁气滞的患者，通过疏利肝胆气机再加上溶石、排石的药物，如鸡内金、海金沙、金钱草等效佳。

临床证实，中西医结合治疗方案为妥，慎防排石不当，导致急腹症，必用手术疗法。

2. 对于慢性乙肝的病人，出现食欲不振，甚至胸胁胀满疼痛，大便秘结者，可用大柴胡汤化裁。

3. 胰腺炎 在过去，西医对急性水肿型的胰腺炎，包括出血性、坏死性的胰腺炎，坚持饥渴疗法，效果不尽如人意。大柴胡汤，特别是复方大柴胡汤的临床应用，对胰腺炎的治疗有了突破。所以，此类患者只要允



许观察，可用复方大柴胡汤、复方大承气汤、复方厚朴三物汤等为基本方加减治疗，可免去手术治疗。

【鉴别】

表 10 腹满里实证的鉴别

	厚朴七物汤证	厚朴三物汤证	大柴胡汤证	大承气汤证
病机	里实兼表证	里实气滞证	里实兼少阳证	里实积胀俱重证
主治	发热、腹满、脉浮数 里证 > 表证	胀、痛、闭 气滞 > 积滞	心下满痛、拒按、便秘	腹满不减 积胀俱重
病位	肠	胃肠（脘腹）	心下（两胁、胃、胆）、腹	大腹（肠）
功效	解表通里	行气除满通下	和解少阳、清泄里热	攻下热结
方药	桂枝汤 - 芍药 + 厚朴 三物汤（+ 生姜量）	厚朴、枳实、 大黄	小柴胡汤 - 人参、 甘草 + 芍药、枳实、 大黄（+ 生姜量）	大黄、芒硝、 枳实、厚朴

（五）中焦空饮逆满

【原文】腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐，附子粳米汤主之。

（10）（二类）

【解读】本条论述中焦寒饮逆满的证治。“雷鸣切痛”，像刀割一样的疼，形容疼痛特别剧烈，但是喜温喜按，还伴有肠鸣音。“胸胁逆满”，是指腹部胀满，且有逆气上冲，呕吐清水稀涎，四肢逆冷，舌苔白滑，脉细而迟。其病机要点为阳虚夹湿，是由脾胃虚寒，水饮停聚所致。方用附子粳米汤，温中散寒，化饮降逆。张仲景用炮附子、半夏辛热、辛温之品，温阳散寒以止痛，化饮降逆以止呕，两者具有相反相成的配伍意义。作为初学者，临床经验不够丰富的医生，对“十八反”之训，还是要慎重。张仲景又用甘草、大枣、粳米补益脾胃，保护胃气。

我认为学经方，就是学方剂配伍，学它的主治证，学病机是怎么分析出来的，怎么达到理、法、方、药的一致性，丝丝入扣。为什么本方也可以主治寒疝病呢？因为病机相同，寒疝病不仅有中焦虚寒，还有厥阴肝气上逆。正如《灵枢·五邪》所说，“邪在脾胃，阳气不足，阴气有余，则中寒肠鸣腹痛。”



【临床应用体会】本方治疗呕吐泄泻的虚寒证。关于理中汤、附子粳米汤两证如何鉴别的问题，理中汤主治中焦虚寒证，解决下利的问题；而附子粳米汤主治阳虚夹湿证，解决呕吐的问题。都是治疗中焦虚寒证，都用了炮附子。临床上，我觉得对于老年的虚寒腹痛，小儿的寒饮腹痛，本方应用时要慎重。

（六）寒饮厥逆腹痛

【原文】寒气厥逆，赤丸主之。（16）（二类）

【解读】本条论述寒饮厥逆腹痛的证治。“寒气”属于“腹中寒气”，“厥逆”有两种含义。一指病机；二指症状。从方测证，因寒气而腹满痛，肢厥，呕吐，舌淡苔白，脉沉迟。可见其病机要点是脾肾虚寒，水饮上逆。因此，本证属于寒饮腹痛证。这个经方，又遇到了半夏和乌头相反相成的配伍。再加一两细辛，共驱陈寒痼冷，以止痛救逆；茯苓配半夏，化饮降逆以止呕；本方为什么叫“赤丸”呢？方后注：“内真朱为色”，是指朱砂色赤，用朱砂为外衣，所以叫“赤丸”。这里用朱砂的目的是重镇以降逆，且有解毒防腐作用。

（七）寒实内结腹痛

【原文】胁下偏痛，发热，其脉紧弦，此寒也，以温药下之，宜大黄附子汤。（15）（二类）

【解读】本条论述寒实内结的腹满痛证治。“胁下偏痛”，疼痛的部位在胁下。“偏”字说明疼痛可以偏于一侧。要和近代医学沟通的话，偏右侧胸胁部位多见肝、胆病证；偏左侧则见胰腺或脾脏病变。关于发热一症，应和脉象“其脉紧弦”结合起来分析。发热，如果是太阳表证发热，脉象不会紧弦。受了风寒的发热，是浮紧而不是紧弦。如果是里实证，它应该是沉实有力的脉，或者沉迟，也不是紧弦。原文中所说的“发热”，是由寒实内结，阳气不行，营卫不和所致。结合临床看，寒实内结证主症应该是大便不通，伴有一派寒象，当见恶寒肢冷，舌苔黏腻等症状，这就是从方测证得知的。因此，服用本方得效的标志是大便得通。

这里请同学们思考一下，大黄附子细辛汤与《伤寒论》麻黄附子细辛汤的鉴别。主治证是一表一里。大黄附子汤的功效是温阳通便，或称温下寒积。从治法上来说，是温阳通便法，为张仲景首创温下法的代表方剂。麻黄附子细辛汤，重点在于温散寒邪，从表而解，是温经解表法。

【临床应用体会】

1. 胆石症 临床上此类患者寻求中医药治疗时，往往已经过大剂量



的西药点滴，或口服苦寒的消炎利胆片等中成药，效果欠佳；也有胆石症重者，用清热解郁及攻下方，可能诱发冠心病心绞痛发作，为什么？因为胃胆的经脉循行部位和心脉非常接近，寒凉药物可刺激诱发。应该酌加什么药能纠正呢？此时，大黄附子汤就是一个有效经方。我从老中医临床家的经验中学到吴茱萸和苏梗配伍，吴茱萸对肝寒可温通，有很好的治疗作用；苏梗，调理中焦气滞疗效好，因此通过温药调理，能保护脾胃宜疏宜通。临证时，对于胆石症中医辨证属于寒湿内结证者，禁用苦寒药；对于寒热错杂证，疏肝利胆时不可过用苦寒药，这是大黄附子汤温下法给我们的启示。

2. 慢性肾炎 有一位亲属年轻的时候，居住条件差，又不注意保暖，得了隐匿性肾炎。自己却不知道，还拼命工作和学习。在他婚后4~5年，突然发现浮肿，贫血，高血压。当时就按高血压治疗，血压不降。在住院过程中发现他的尿素氮和肌酐特别高，已经是尿毒症阶段。经西医治疗症状缓解后，大夫告诉他，顶多能活8~9年。因为一旦有感染，或者尿蛋白增加，血压升高就会加速慢性肾衰的进程。后来，我们请全国著名中医学专家张琪教授为其诊治，张老用益肾化浊法。因为尿素氮排不出去不行，用大黄同煎，取其泻下排毒，活血化瘀之力。在芳香化湿药物的运用上，有草果、藿香或佩兰；或用白蔻、薏苡仁，但是不用杏仁，因杏仁偏于辛温。在大黄的用量上，方方都用10g或15g，是同煎的。就这样维持到13年的时候，中西医结合治疗，把尿素氮和肌酐控制到比较低的水平。后来又做了一年的透析，最后换肾成功。现在，病人已过花甲之年，仍坚持在工作岗位上，这是中西医结合创造的奇迹。

我认为大黄附子汤对慢性肾衰、尿毒症有效，但要随证加减。中医的泻法，通过灌肠的办法，使毒素得以排出。所以，现在西医也开始应用，中医的泻下化瘀利水法，对尿毒症的治疗很有临床指导意义。

（八）虚寒性腹满痛

【原文】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。（14）（一类）

【解读】本条论述虚寒性腹满痛的证治。它既适合虚寒性的腹满病，也适合虚寒性的寒疝病。原文首先讲：“心胸中大寒痛”，“腹中寒”。寒气充斥内外，说明病位涉及的范围广泛；病性是大寒的；主症是由心胸到腹部剧烈疼痛，这是本条的重点。“呕不能饮食”是一种格拒的现象，是由寒气攻冲，胃失和降所致。“上冲皮起，出见有头足”，形容腹起包块，像



有头足样的块状物。它是本条的一个难点，既然是寒气攻冲作痛，为什么还会出现腹起包块的情况呢？尤在泾认为是阴凝“成象”的标志。这个块状物，我认为是阴寒至盛所致。它属于虚寒性腹痛，特点是腹满，且时满时减。虽然有胀满和游走性包块，均是气滞、气聚的结果。所以，这种“成象”的症状，是一时性的，是寒气充斥严重时出现的胀满；当寒气散开时，胀满症则不明显了，所以这是一个假象。“上下痛而不可触近”，是一种拒按的情况，那么，这是实热性的腹满，还是虚寒性的腹满呢？拒按的情况，一定是实热证腹满的特点。本证属中虚寒甚，寒气充斥。怎么解释“上下”？正是虚寒性腹满时减时聚的症状特点。“痛而不可触近”是假象，是病人的一种心理障碍，因惧怕疼痛而出现的“拒按”，所以也是一个假阳性的体征。

我们学习过的小建中汤、黄芪建中汤都是以饴糖为主药。大建中汤仍然是饴糖为主药，方中有蜀椒、干姜辛热之品，专治中焦脾胃虚寒，加人参参与饴糖相伍，温补脾胃。方名为“大建中汤”，是大建中气之义。靠谁来大建中气？脾胃阳虚，阴寒内盛，针对虚寒，要温中散寒；饴糖1升，重在建中缓急，而且缓和蜀椒、干姜的燥烈之性。

【按语】

1. 用药规律应注意三点：一是治虚寒性的腹痛，炮附子不如干姜，因为干姜“守而不走”，专取温中散寒作用；二是治虚寒性呕吐，半夏不如蜀椒，温热之性蜀椒为优；三是温养脾胃，甘草、粳米、大枣不如饴糖配人参。在方剂配伍选药上，仲师颇具匠心。

2. 小建中汤、黄芪建中汤和大建中汤，有四个共同点：①都是以中焦虚寒为病机要点，小建中汤证属脾之阴阳两虚偏于阳虚证；黄芪建中汤证属脾之阴阳两虚偏于气虚证，加黄芪增强补气的作用；大建中汤证属中焦虚寒甚者，虚的程度和寒的程度都较重。②三者都有脾胃虚寒，里急腹痛的症状。“心胸中大寒痛”、“腹中寒”，就点出了虚寒的程度。③三者都以建立中气为主要治法。④三者都是以饴糖为主药。

【临床应用体会】

1. 对原文的理解 “上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”，而且“呕不能饮食”，疼痛剧烈，正是临床所见肠梗阻的典型证候。张仲景对此症的描述可以说惟妙惟肖！我认为，大建中汤可与厚朴三物汤合方化裁用于治疗不全性肠梗阻，包括无法手术的肿瘤压迫所致的机械性肠梗阻；另一类，是蛔虫症所致不全梗阻，对缓解症状有一定疗效。



2. 蛔虫病 应用大建中汤治疗蛔虫引起的肠梗阻，理由有四：

(1) 脏气虚寒，特别是中焦脏气虚寒，容易引起蛔动。

(2) 蛔虫症的腹起包块，和“出见有头足，上下痛而不可触近”，非常吻合。

(3) 临床特点有四：①呕吐，蛔虫病患者，常口吐清涎；重者，呕吐胃内容物。②剧烈腹痛，绕脐痛，或是胃、胆区的疼痛；再就是“成象”，“上冲皮起，出见有头足”，腹起包块儿。③发作性疼痛、拒按。④疼痛缓解后，患者常喜温喜按，这是虚寒性腹痛的标志。

(4) 前提是有肠寄生虫——蛔虫的存在。确定诊断的依据：①检查粪便有虫卵；②病史有便蛔或吐蛔。

寒疝病

一、病机与证治

【原文】腹痛，脉弦而紧，弦则卫气不行，即恶寒，紧则不欲食，邪正相搏，即为寒疝。(三类)

绕脐痛，若发则白汗出，手足厥冷，其脉沉弦者，大乌头煎主之。(17)(二类)

【解读】本条论述寒疝的病机和证治。重点在第二段，论寒疝发作时的典型证候及其治法。寒疝发病的部位集中在脐周围，说明病在腹中、肠间。“脉弦而紧”，是阴寒内盛的表现。但是，具体来讲，“弦则卫气不行”，表现为恶寒；“紧则不欲食”，是一个症状。就是用弦脉提示卫气不行，在外表现为恶寒。用紧脉说明里寒胃气不和。在病因病机上，归纳成卫阳与胃阳并衰，外寒与内寒俱盛，邪正相搏的结果。由脉象推论的病机为阴寒内结，阳气不行。

第二段，“寒疝绕脐痛”，提示阳虚寒盛。“若发”，指出寒疝为发作性疾患。当发作时“白汗出”。“白”字，为什么念成 b6 呢？相当于《素问·阴阳别论》说：“魄汗未尽”，讲的“魄汗”，是“白汗”的意思。《素问·经脉别论》又说：“发为白汗”，也是这个“白汗”。古字“白”、“薄”、“魄”是同音同义，都相当于逼迫之义。说明寒疝发作时，病人绕脐疼痛剧烈，逼迫汗出。“手足厥冷”，也是因为疼痛剧烈而肢冷汗出。是寒气内结，阳气不行所致，阳虚则阳气不能行于外，不达于四末，表现为手



足厥冷。“其脉沉紧者”，是指脉象由“弦紧”发展到“沉紧”，病情比较深重了。所以用“大乌头煎主之”，针对沉寒痼冷，只有乌头才能破积、散寒、止痛，温通经脉。以白蜜缓急补虚，并佐制乌头之毒性，还能延长药效。

【现代研究】对于乌头的用量大者5枚，且不呖咀，是为了“急则治其标”，止痛作用最好。炮乌头15g，加蜜30g，加1000ml水，用文火煎1小时，或1.5小时。水煎液按照1次100ml口服，1天最多服2次。每次都可以再煎，然后温服，有很好的止疝痛作用，这是一个救急的方。

为什么一定用蜜来解乌头毒呢？《直解》程云来认为，甘味能解毒药，蜜煎专制乌头之大热大毒。现在临床所用的乌头及炮附子，已经炮制好了，但是也要在方上注明“先煎”，至少先煎40分钟，它的药效不减，毒性更为降低，使用安全性大。

二、证治

（一）血虚寒疝

【原文】寒疝腹中痛，及胁痛里急者，当归生姜羊肉汤主之。（18）

（二类）

【解读】本条论述血虚寒疝的证治。“腹中痛”涉及“胁痛里急”，表现为拘急腹痛。部位在腹中偏于两胁，包括胃脘。肝脉布两胁，因此肝血虚，血虚生内寒而疝痛，从方测证可知，其特点是疼痛势缓，绵绵作痛，喜温熨，喜揉按。临床观察，此证亦多见于女患，夜间发作，痛势较剧。由于肝血虚，筋脉失于濡润、濡养，所以不荣则痛，脉细、涩，或弦而无力。

当归生姜羊肉汤属于补方，不仅适合于血虚寒疝，也适合于产后的血虚腹痛，因为它属于“形精俱补”的有情之品。《素问·阴阳应象大论》说：“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。”这三味药，达到形精俱补的目的。当归，补血养血，补而不滞，和血行血；生姜，起温中作用，和当归同用有补虚之效；羊肉，补血作用非常好，而且是温补之性。羊肉1斤，加生姜5两，当归3两，一起熬会使药味浓。我的老师告诉我，生姜和羊肉一起煮，能解羊肉的膻味。吃了羊肉汤，再喝当归汤，尤其对产妇的血虚腹痛有效。这种煎服法，便于服用，同时达到养血、散寒、止痛的作用。

（二）寒疝兼表

【原文】寒疝腹中痛，逆冷，手足不仁，若身疼痛，灸刺诸药不能治，



抵当乌头桂枝汤主之。(19)(二类)

【解读】本条论寒疝兼表证的证治。首先说“乌头桂枝汤”前面的两个字“抵当”，是衍文。用灸刺法或者用药，是因为治疗不当，所以效果不好。乌头桂枝汤，就是乌头，再加上桂枝汤，是针对表里皆寒或寒疝兼有表证者。辨证要点当有绕脐剧痛，身疼痛，肢冷不仁。取桂枝汤和营卫，散表寒；乌头驱寒以止痛。

三、附方

【原文】《外台》乌头汤：治寒疝腹中绞痛，贼风入攻五脏，拘急不得转侧，发作有时，使人阴缩，手足厥逆。(附方)(三类)

【解读】论述疝痛剧烈发作时，造成生殖器上缩，是由寒邪所致。本方组成和乌头桂枝汤药味相同，但在药量上不同。注家有的认为这是另一个方，主治证有所不同；也有注家认为，是取大乌头煎的用意。因疼痛程度剧烈，“犯寒辄发”，导致表里皆寒。

【原文】《外台》柴胡桂枝汤：治心腹卒中痛者。(附方)(三类)

【解读】从方药的组成上看，是太、少合病，而且要求微汗效果最好。本方适用于外感性的胸腹、两胁疼痛证，因小柴胡汤既疏表又治腹胁疼痛，合上桂枝汤能调和营卫，疏解外邪，共奏和胃止腹痛之效。刘渡舟老前辈认为，当归四逆汤可用于治疗雷诺氏病，《外台》柴胡桂枝汤也可用于治疗此病；还有发热待查、产后高热，在本方基础上加葛根效果更好。因为黄芩、桂枝、柴胡、葛根是临床用于退热的常用药物，特别是原因不明的发热，如果从太阳、少阳两经入手，往往得效。

宿食病

一、宿食在下

【原文】问曰：人病有宿食，何以别之？师曰：寸口脉浮而大，按之反涩，尺中亦微而涩，故知有宿食，大承气汤主之。(21)(三类)

脉数而滑者，实也，此有宿食，下之愈，宜大承气汤。(22)(三类)

下利不欲食者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。(23)(三类)

【解读】这三条原文用脉象论述宿食在下的脉证和治法。为什么用涩脉和滑脉说明宿食在下呢？因为宿食新停，壅滞不太严重，病情比较轻浅



时脉象就滑利。如果食积较久，胃肠气滞不通，易化毒邪，损伤精血，病位较深，故反见涩脉。宜大承气汤，可考虑下法。但是否使用大承气汤，应结合病情具体分析，斟酌处理为宜。

二、宿食在上

【原文】宿食在上脘，当吐之，宜瓜蒂散。(24) (二类)

【解读】本条论述宿食在上的治法。瓜蒂和赤小豆两药均有催吐作用。“以快吐为度而止”，不要涌吐得过分。关于宿食的病因、病机，是素体脾胃虚弱，再加上饮食不节，脾胃运化功能失常，食物经宿不消，停积于胃肠。在临床上，多见于食物积滞引起，以腹部胀闷，包括胃脘不舒，甚至泛泛欲吐，噯腐吐酸等为主症的疾病。有时也伴有腹痛，或者吐、利。因其病位在上脘，故用吐法；病在肠、在下，必用下法，提示“因势利导”法。后世发展为“消导”法，特别是对于儿科消化不良造成的食积，或者是急性胃扩张引起的宿食，采用消导法更为合理。如用保和散、平胃散；或兼热者用芩连平胃散；寒热错杂者，用辛开苦泄法：半夏泻心汤合平胃散等均为辨证施治的有效方药。



腹满寒疝宿食病脉证治第十金篇小结

腹满病	概念	狭义：指腹部胀满的症状，可出现于多种不同的病变过程中 广义：以腹部胀满为主症，兼疼痛，便闭（难）或呕吐等症的一类疾病
	虚寒性腹满、寒疝的病因病机：	脾胃虚寒，厥阴（肝）之气上逆所致（1）
	分类：	虚（寒）证、实（热）证
	治则	虚寒性腹满——当以温药服之——温补（1、3） 寒实内结——温下（15） 实热性腹满——可下之——寒下（2）
腹满病	辨证要点	虚寒性腹满——按之不痛为虚，腹满时减，复如故（2、3） 实热性腹满——（按之）痛者为实，腹满不减，减不足言，舌黄（2、13）
	辨证施治	实热性腹满 里实兼表证——厚朴七物汤——解表通里（9） 里实胀重于积证——厚朴三物汤——行气除满通下（11） 里实兼少阳证——大柴胡汤——和解少阳，清泄里热（12） 里实积胀俱重证——大承气汤——攻下热结（13） 寒饮逆满证——附子粳米汤——散寒降逆，温中止痛（10） 寒饮腹痛证——赤丸——散寒止痛，化饮降逆（16） 寒实内结证——大黄附子汤——温阳通便（15）
	概念：	“疝，腹痛也”。指急性、发作性、阴寒性腹痛。凡寒气攻冲作痛者，以发作时腹起包块，痛不可近为特征的一类疾病
	病因病机：	卫阳与胃阳并衰，外寒与内寒俱盛→阳虚寒盛，腹中急痛（17）（阴寒内结，阳气不行，邪正相搏，寒气攻冲）
寒疝病	中虚寒甚证——	大建中汤——温中散寒，大建中气（14）
	辨证施治	阴寒痼结，寒疝发作——大乌头煎——破积散寒止痛（17） 血虚寒疝证——当归生姜羊肉汤——养血散寒止痛（18） 寒疝兼表证——乌头桂枝汤——两解表里寒邪（19）

宿食病

概念：即伤食、食积。指因食物积滞而引起的腹部胀闷、噎腐吞酸，或伴有吐利、腹痛等症的一类疾病

病因病机 { 素体脾胃虚弱 } 脾胃运化功能失常
 { 饮食不节 } 食物经宿不消，停积于胃肠

辨证施治 { 宿食在上脘——瓜蒂散——吐法（24） } 因势利导法
 { 宿食在下——大承气汤——下法（21、22、23） } 后世消导法



五脏风寒积聚病脉证并治第十一

概 述

【合篇意义】所述病证均与脏腑经络有关，且较危重，或难治，故合篇论述。

特点有三 { 着重以五脏为纲，对疾病进行分类
体现五脏为核心的辨证方法
内容脱简较多或略而不详

【内容简介】

1. 五脏风寒

(1) 五脏中风：肺中风原文（1），肝中风原文（4），心中风原文（8），脾中风原文（13），缺少：肾中风。

(2) 五脏中寒：肺中寒原文（2），肝中寒原文（5），心中寒原文（9），缺少：脾中寒、肾中寒原文。

2. 五脏病证治举例

(1) 肝着（7）一类

(2) 脾约（15）二类

(3) 肾着（16）一类

(4) 心伤（10）二类

(5) 邪哭、癫狂（12）二类

缺少：肺的病证。

3. 三焦病证举例

(1) 三焦竭部（18）三类

(2) 热在三焦与大、小肠寒热（19）三类

4. 积、聚、谷气（20）二类



5. 五脏死脉（略）

6. 费解的几个概念

（1）五脏中风：指阳邪、热邪、实邪作用于人体所产生的五脏病证。

（2）五脏中寒：指阴邪、寒邪、虚邪作用于人体所产生的五脏病证。

（3）五脏死脉：是指阳气或是真气将竭的脉象，表现为无根、无神、无胃气。可称为“绝脉”，或是“真脏脉”。在《金匱》称为死脉。

有关肝着、肾着、心伤、邪哭及癫狂，积、聚、谷气的概念将结合原文分析解释。脾约已在《伤寒论》中学习过，属于复习内容。

（一）肝着

【原文】肝着，其人常欲蹈其胸上，先未苦时，但欲饮热，旋覆花汤主之。（7）（一类）

【解读】 本条论述肝着病的证治。“着”，是附着留滞不去的意思。为什么叫“肝着”病？肝脉的循行部位在胸胁。有什么邪气附着留滞不去呢？从方测证，和气滞、血瘀有关。

肝着的概念：是指病邪附着留滞在肝（包括肝经、肝脏），影响肝的疏泄功能，气血郁滞，着而不行，以致胸胁痞闷不舒，甚或胀痛、刺痛为主症的一类疾病。

原文说“其人常欲蹈其胸上”，足踏为“蹈”。“蹈”字，有两个含义，第一，不否认有足踏的问题，实际上也是“重按”的意思，有“搯”（táo）之说法。病邪影响到肝的疏泄，病人想要自救，打一打、捶一捶，使这个症状能得到缓解，这是临床的一个特征。借助这种捶打可以舒利气机，以促其血行，使气机得以舒展，令郁滞的肝气得以条达，就能缓解症状，所以是一种自救的情况；第二，经常看到病人用手来捶打，与足踏只是程度的差异，此症临床更为多见。

“先未苦时，但欲饮热”。是肝着病还没发展到严重的程度，没有发作之前或是发作初期，轻浅的时候，除了病人愿意捶打、按压胸胁以外，还非常愿意喝些热汤、热水，借助它来温运气机，解除郁滞造成的痞闷不舒症状，这又是一种自救的方式。但是，如果到了刺痛的程度，说明病情已发展到气滞血瘀的阶段，必须用旋覆花汤为主方进行治疗。

方中重点，旋覆花为主药。我们学中药已经知道，诸“花”皆主升，唯独旋覆花主降。本方用旋覆花为主药，是因为它走肝经，通肝络，祛邪气，达到止痛的作用。葱白14茎，作为辅药，取辛散温通止痛之功，协助旋覆花达到辛温通阳的作用。新绛是什么药？两种说法，一种认为是帛，丝织品，要把它染成红色，在古代必须拿新的丝织物，用动物类的猩猩



血，或用植物类苏木、藏红花等药物为染料。所以，当药局不能提供新绛的时候，可用新染成的大红色丝织物入药，这是原意。陶弘景认为，新绛是新割的茜草，目前临床用茜草、苏木、红花一类的活血化瘀药代替。

由旋覆花汤得到的启发是，对于久病入络的疼痛，达到难忍的程度，必须采取通络止痛、活血化瘀法治疗。这是张仲景为内伤杂病、疑难病证的诊治提出的重要的治略思想。

【按语】

1. 结合胸痹病的治法，第九篇提出了宣痹通阳法、扶正固本法、温通止痛法，还应当补出的就是活血化瘀法。

2. 肝着的病位以及临床特点，是先有痞闷不舒，症轻时病人喜热饮，或喜捶打、按压胸胁部位，之后由气滞而血瘀会导致刺痛。此时，自救方法已无济于事，张仲景对这种病证，选用善通肝络而行气止痛的专药，那就是旋覆花，但它有一定的致敏性，不可不知。所用辅药是葱白，目的是辛散温通以加强止痛。

肝着病与胸痹病有联系，又有区别。对胸膈部的病变，以栝蒌为主药，开胸散结，豁痰利气，是以化痰为主，善用半夏；通阳、助阳、温阳的药物有桂枝、白酒、炮附子、炮乌头，甚至大辛大热之品联合应用；行气药有薤白、枳实、厚朴、橘皮、杏仁等。

【医案鉴赏】

1. 王清任《医林改错》：血府逐瘀汤验案

(1) 胸不任物：江西巡府阿霖公，年七十四，夜卧露胸可睡，盖一层布则不能睡，五剂痊愈。

(2) 胸任重物：一女二十二岁，夜卧令仆妇坐于胸上方睡，三剂而愈。

点评：血府，脉也，两则验案，虽症状迥异，然病机相同，证候相同，故治法相同，均以血府逐瘀汤显效而愈。血府逐瘀汤是一切气滞血瘀证的通用方，临证时可灵活化裁。

2. 陶葆荪《金匱要略易解》：通窍活血汤验案

胸不任物：我确曾见此症，患者病发时，必要人用足蹈其胸始渐安，后亦用通窍活血汤治愈。不能以己未见，即以为无此理。

点评：通窍活血汤全凭好麝香，与血府逐瘀汤方药组成有别，然同属于活血化瘀止痛法的传世良方。殊途同归，足见其辨证施治的妙用。

3. 叶天士《临证指南医案》：治胁痛擅用辛温通络法、温柔（润）通补法、辛泄通瘀法等。叶氏提出络病为内伤疑难杂病的病机概念，并发展



了络病的治法用药，体现他的圆机活法。

4. 学习参考：陈克正主编《叶天士诊治大全》（中国中医药出版社）

（1）辛温通络：桂枝、高良姜、元胡、丁香、草果等组成，如桂枝桃仁方：加归须、薤白汁、茯苓。

主治：血瘀入络，胃痛。

（2）辛香通络：归须、薤白、桂枝、蜀漆、川乌、鹿角等组成，如桃仁牡蛎方：加归须、半夏、橘红、降香、小茴香、白芥子等。

主治：久病痰瘀入络、胁肋痛。

点评：以上均从旋覆花汤行气活血，通阳散结法的基础上发展而来。当代以吴以岭为代表的中医药专家们，倡导络病学说，进行了一系列的科学研究，包括理论、临床、实验研究，有继承有创新。提出八大络病基本病机：①络气郁滞；②络脉瘀阻；③络脉绌急；④络脉瘀塞；⑤络息成积；⑥热毒滞络；⑦络脉损伤；⑧络虚不荣。病机特点：易滞易瘀，易入易出，易积成形。基本治则：“络以通为用”。

【临床应用体会】

1. 治疗瘀血所致崩漏，包括妇人半产漏下，如流产后子宫残留物不尽者；胸胁痛，如肋间神经痛、干性胸膜炎、乳腺结构不良症等。但是，久痛不愈者，应尽早除外胸壁的原发性或转移性恶性肿瘤。

2. 冠心病、慢性肝胆疾患、肝脓疡等可合方应用。

3. 我临证应用本方及血府逐瘀汤等，从中悟出化瘀可以通塞，活血可以通络的道理。

（二）肾着

【原文】肾著之病，其人身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦，身劳汗出，衣里冷湿，久久得之，腰以下冷痛，腰重如带五千钱，甘姜苓术汤主之。（16）（一类）

【校勘】《脉经》、《千金》应为“腰重如带五千钱”，因腰为肾的外府。

【解读】本条论述肾着病的成因和证治。首先看原文中的“肾著”，是“著”字，仍念 zhuó。其意有二：附着留滞不去；强调湿邪黏滞重浊，令腰部沉重。

肾着的概念：是指寒湿之邪，痹着于肾的外府——腰部，以腰冷、腰痛、腰重，形如水状为临床特征的一类疾病。

病位在腰部皮间络脉；病机为寒湿阻滞，阳气不行，不通则痛。

为什么会腰冷、腰痛、腰重呢？因为寒邪为阴邪，主凝滞，主收引，



主疼痛；湿邪，亦为阴邪，同气相求，使疼痛加重，且腰冷、腰重的感觉更为明显。又因“湿伤于下”，“湿流关节”，湿伤肌肉。

“腰中冷，形如水状”，是指患肾着的病人，腰中冷，就是凉津津冰冷的感觉。“形如水状”，“如”是“好像”的意思，证明不是水气病，用作鉴别诊断。临床上经常会看到一些病人，说他早上起床后脸发紧，手发胀，或者说眼泡像刚睡醒的感觉，这都有可能。但是，绝对不是患了水气病，更不像风水出现“目窠上微拥”的症状。没到那程度，只是湿盛的标志。

“如带五千钱”，又是一种比喻，形容腰部的沉重感。具体地说，一千枚铜钱等于一贯，所以五千钱等于五贯。并非是沉重到五千钱的重量，以此形容寒湿性腰痛的病人，包括腰大肌风湿，以及关节疼痛，特别是常见的腰痛病、退行性病变，受到寒湿、劳累因素影响，则疼痛剧烈。而且，它的特点是：坐下、起立都发沉、发重。这就是肾着病的“四有症”。特别是原文中以“如坐水中”、“形如水状”、“腰重如带五千钱”加以形容比喻，就是帮助你加深印象，牢记证候特点。

“反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦”，这同样是一系列的鉴别。阐述了肾着病无口渴症，无小便不利症，无饮食异常的表现。“口不渴”，提示病不在上焦；无小便不利症，提示病不在下焦；饮食如故，又提示病不在中焦。所说的“病属下焦”，不是指在肝肾，而是在肾的外府——腰部。

病因：“身劳汗出，衣里冷湿，久久得之”。“身劳汗出”，我们说，任何人经常会由于紧张、疲劳，或者天气炎热、室温过高而出汗的。关键在于“久久”二字，冷湿久渍，害人腰部，同时提示了体质的因素。

“甘姜苓术汤主之”，经方的组成是四药。生甘草和干姜相伍，常用干姜守而不走，意在温中散寒。茯苓和白术相合，温中健脾以除湿。治在哪里？是治肾脏？还是治在中焦？当然治在中焦。注家尤怡指出这是“燠土以胜水”的治法。“燠”，火热的意思。给脾土以温热，就能达到胜水、制水的作用。李时珍讲：“脾土爱暖而喜芳香”，脾土喜欢温暖而恶寒湿；“喜芳香”，是取芳香化湿之义。所以，李时珍对于脾土的用药特点，归纳得非常明确。“燠土以胜水”实际就是补土可以制水。因此，既不去补肾、温肾，也不专门使用补肝肾、壮腰膝的川断、寄生、杜仲等。只需要温化祛除肌腠、经络间的寒湿之邪，阳气得温则行，这就是从中焦而治的机理。

【临床应用体会】本方又名肾着汤。适用于寒湿所致的多种病症，比



如腰大肌风湿，西医多按照急性炎症处理，用抗菌素或加激素。本人用此方为底方治愈者不乏其例。坐骨神经痛，或与劳累、着凉有关，可用本方作基础方，然后根据病情加减。对于内科疾患，辨证属于寒湿性疾患的慢性胃肠炎，肠功能紊乱，均有主治作用。妇科患者，可考虑带脉为病。因带脉系于腰又属脾，人以胃气为本，治在中焦温脾胃为主，有治疗意义。所以对寒湿带下证，可以在此方基础上，加用完带汤，如白果、山药、车前子、芡实、海螵蛸之类的药，效佳。妇人妊娠期的下肢浮肿，属于寒湿型者，也可适当酌用。

（三）心伤

【原文】心伤者，其人劳倦，即头面赤而下重，心中痛而自烦，发热，当脐跳，其脉弦，此为心脏伤所致也。（10）（三类）

【解读】本条论述心伤的证候。“其人劳倦，面赤而下重”，说明此类病人不耐劳作，容易疲劳，而且“头面赤”，“发热”，是阳浮于上的表现，临床常看到，劳心过度的人，心血不足，气无所附，神无所藏，甚则心脏损伤，此类病人有属于功能性改变，也有属于器质性病变。肾气动于下，常有脐跳不适感。上盛下虚，中气不足，所以，下肢沉重无力。

我认为，“心中痛而自烦，发热”是辨证要点。孙思邈在《千金方·十三卷·心脏脉论》里提到：“心中痛彻背，自烦，发热”，多出“彻背”二字。实际上，把心伤和胸痹病的心痛彻背症吻合起来。所以，上海金寿山教授指出，这一条所说的心伤，可以和现代医学所称的心肌损伤、心绞痛相通。我认为心伤就是指心气不足，阴火上浮，而清气下陷所致的病证，可用张锡纯的升陷汤加味方。因为心是阳脏，“体阴用阳”，心气损伤就不耐劳作，稍有劳倦就虚阳上浮，出现头面赤，而身体沉重无力。心又与小肠相表里，当清气下陷时，有注家认为，这个“下重”应该指脱肛。就是说有两种解释：一是指下肢乏力，容易疲倦，不耐劳作，是心气损伤所致；二是指心与小肠相表里，清气下陷导致脱肛。心血失养所致心中痛，而且彻背，自烦，发热，中医辨证为心的气阴两伤证候。

（四）邪哭与癫狂

【原文】邪哭使魂魄不安者，血气少也；血气少者属于心，心气虚者，其人则畏，合目欲眠，梦远行而精神离散，魂魄妄行。阴气衰者为癫，阳气衰者为狂。（12）（三类）

【解读】本条论述邪哭和癫狂的病证。“邪”，不正为邪。“邪哭”，为不正常的哭泣，有如邪鬼作祟，无故悲伤哭泣，这个命名是症状命名。前面我们学习过有关的神志病有哪些呢？百合病，精神恍惚不定，“如有神



灵者，而身形如和”一样。那是按照心肺阴虚以心阴虚为主辨证；虚劳虚烦不得眠证，为肝阴虚，心血不足所致。

“邪哭使魂魄不安者”，魂藏于肝，魄藏于肺。邪哭怎么能使魂魄不安了呢？肝与肺的不足。“血气少者，属于心”，尽管是五脏所藏有所区别，心气虚者，其人则恐惧，想睡，又睡不好，失眠、多梦，甚至出现惊惕，这都属于“合目欲眠，梦远行而精神离散”。在睡眠质量上出现一系列问题，概括为“梦远行”，做恶梦，害怕，惊惕。总结为“精神离散，魂魄妄行”。所以，这是一种精神、神经系统病变出现的不正常哭泣，严重者出现癫狂。

《中医内科学》讲：“阳盛则狂，阴盛则癫”。本条原文说：“阴气衰者为癫，阳气衰者为狂”。“衰”字，不是衰弱之义，不然的话，和中医理论完全相反了，于理难通。这个“衰”字，什么意思呢？按象形字解释，就好像一个人，头戴斗笠，身穿蓑衣。形象为蓑（suō），在训诂学上，查《说文解字》的“衣部”，你会查到，它是“草雨衣”之义，“草雨衣”，即蓑衣。所以这里的“衰”当“重叠”讲。湖北中医学院李今庸教授，在《山东中医学院学报》1978年第一期35页上发表了她的独到见解。1982年我有幸去武汉参加全国师资班，亲自聆听了李老的演讲。阴气衰者如癫，阳气衰者为狂，正是《难经·二十难》所谓“重阳者狂，重阴者癫”之义也。因此，当精神、神经方面出现了离散，甚至于魂魄妄行这种邪哭，严重的话，它就是一种癫狂症。所以，可以按照精神、神经系统的神经官能症，精神衰弱等疾病对待，甚至表现为精神抑郁或狂躁，有的就属于精神分裂症的范围。

清代注家程云来在《直解》中从病机认识上作区别，可作参考。

尤怡的《心典》认为：“……经云邪入于阳则狂，邪入于阴则癫，此云阴气衰者为癫，阳气衰者为狂。盖必正气虚而后邪气入。经言其为病之故，此言其致病之原也。”是说人体阴气不足，邪易入阴而为癫；阳气不足，邪易入阳而为狂。所以《难经》的癫狂属实，本条所指属虚，二者要区别开。

黄树曾的《释义》认为：“……癫狂，皆病名，各有二种，一为阴盛之癫……难经所谓重阴者癫指此”，这时宜用什么方呢？可用《中风病》篇的“风引汤”加减。“一为心阴气衰之颠，其状先不乐，头重痛，目赤，心烦，语言错乱，神志不宁，脉来细弱者是，”此节之癫，即属之，治法上“宜养心血安神志，如酸枣仁、生地黄、当归身、红枣肉、小麦、茯神、甘草、远志、菖蒲、牡蛎、菊花、莲子心、灯心、竹茹之类。一为阳



盛之狂……《难经》第二十难所谓重阳者狂，即指此，治宜重用生铁落、胡黄连、洋芦荟、灵磁石、龙胆草等，大苦大寒之品，折其上盛之威。”还有一类，就是“阳气衰之狂，目妄见，耳妄闻，”这相当于幻视、幻听。“善呼，或多食，善见鬼神，善笑而不发于外者是。”此节之狂，属于后者，治宜用桂枝、甘草、高丽参、五味子、白茯苓、龙眼肉、龙骨、牡蛎等味，振其心阳，补其心气。我觉得，李今庸老师在训诂学上的考证和黄树曾老师的临床经验值得学习。

（五）脾约

【原文】趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约，麻子仁丸主之。（15）（二类）

【解读】本条论脾约的病机和证治，辨证要点是大便干结，小便频数。病因病机是胃强脾弱。用麻子仁丸取泻热润燥，缓通大便之效。

二、三焦病证举例

（一）三焦竭部

【原文】问曰：三焦竭部，上焦竭善噫，何谓也？师曰：上焦受中焦气未和，不能消谷，故能噫耳。下焦竭，即遗溺失便，其气不和，不能自禁制，不须治，久则愈。（18）（三类）

【解读】本条论上、中、下三焦各部脏腑生理机能衰退，相互影响或直接发生的病变。例如：上焦受气于中焦，如中焦脾胃机能衰退，不能消化水谷，而胃中腐浊之气，不能和降，反逆冲上而成噫气、呃逆之证。噫气虽出上焦，病机实在中焦不和。

又如下焦所属的脏腑，是肾、膀胱、小肠、大肠等。如果这些脏腑的机能衰退，功能失调，就会出现遗尿或大便失禁的病证。以上病证与三焦所属脏腑功能有关。

如因功能暂时失调，则不必急于药物治疗，待脏腑气机和畅，功能协调会不药而愈；如果病程日久，则应审其阴阳，观其脉症，随证施治，故“不须治”亦当活看。

（二）热在三焦与大、小肠寒热

【原文】热在上焦者，因咳为肺痿；热在中焦者，则为坚；热在下焦者，则为尿血，亦令淋秘不通。大肠有寒者，多鹜溏；有热者，便肠垢；小肠有寒者，其人下重便血，有热者，必痔。（19）（三类）

【解读】本条举例说明了热在三焦和大、小肠有寒、有热的证候。

“热在上焦者，因咳为肺痿”，是指虚热灼肺，肺气痿弱。“热在中焦



者，则为坚”，是指大便秘结。“热在下焦者”，则为“尿血，亦令淋秘不通”。尿血的原因有实热，也有湿热。淋是指小便滴沥涩痛，癃闭，为小便闭而不通。“秘”字是指小便不通的癃闭。

下面是三焦病证的举例，涉及大肠、小肠的病证。大家知道，大肠为传导之官，小肠为受盛之官，临床辨证有寒热之分。“鹜溇”，像鸭子粪似的，水粪杂下。里虚寒证，则下利清谷不止；“有热者，便肠垢”，是因湿热胶结，肠中黏液垢腻，便而不畅，为肠垢。

如果小肠有寒，“其人下重便血”，下重还可以标志清气下陷而脱肛；气不摄血，阴血下行会导致便血。热滞脉络，结于肛门，就会发生痔疮。

三、积、聚、谷气

【原文】问曰：病有积、有聚、有穀气，何谓也？师曰：积者，脏病也，终不移；聚者，腑病也，发作有时，辗转痛移，为可治；谷气者，胁下痛，按之则愈，复发为谷气。诸积大法，脉来细而附骨者，乃积也……
(20) (二类)

【解读】本条指出积、聚、谷气三者的区别和积病的主要脉象。

根据《难经》进行归纳：积，有形之邪，病在脏。痛有定处，推之不移。病位深，而且在血分，比较难治。

聚，是无形之气，病在腑。痛无定处，推之则移。病位较浅，在气分，较易治。

谷气，是谷气壅塞脾胃，肝气郁结而胁下痛，为无形之邪，按之痛暂缓，气复结而痛再作，必消其谷气以根治。与宿食的鉴别是，宿食为有形之邪停积，按之痛剧。总之，病在脏属阴，血瘀气滞，病深入里，故脉细而沉伏。



五脏风寒积聚病脉证治第十一全篇小结

五脏病举例

- 肝着

概念：因肝脉布胁络胸，有病邪留滞附着而得名。以胸胁痞闷不舒，甚则刺痛，并“常欲蹈其胸上”或“欲饮热”为特征的一类疾病

病因病机：肝脏受邪，疏泄失职，则影响肝的经脉，以致气血瘀滞，着而不行

临床特征：“其人常欲蹈其胸上，先未苦时，但欲饮热”（7）

证治：旋覆花汤——行气活血，通阳散结（7）
- 肾着

概念：寒湿之邪痹着于肾之外府腰部而得名。以腰痛、腰冷、腰重、形如水状为主症的一类疾病

病因病机：身劳汗出，衣里冷湿，久久得之——寒湿之邪痹着于腰部，阳气不行

临床特征：腰以下冷痛，腰重如带五千钱，身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，反不渴，小便自利，饮食如故

证治：甘姜苓术汤（肾着汤）——温中散寒，健脾除湿（16）
- 脾约

概念：因胃强脾弱所致小便数，大便坚，趺阳脉浮而涩为主症的一类疾病

病因病机：脾之转输功能为胃热所约束，不能为胃行其津液，津液偏渗膀胱，致肠道失濡

证治：麻子仁丸——泄热润燥，缓通大便（15）
- 心伤

病因病机：因情志、劳倦耗伤心气心血，阴火上浮而清气下陷

临床特征：劳倦，头面赤而下重，心中痛（彻背）而自烦，发热，脉弦（10）
- 邪哭

概念：指因血气虚少所致，以无故悲伤哭泣为主症的一类疾病

病因病机：“人的精神魂魄统主于心”，因血虚则肝不藏魂，气少则肺不藏魄，血气虚少，则心神不足，致精神离散，魂魄妄行，甚则癫狂（12）



- 三焦病症举例
- 热在上焦——因咳为肺痿

热在中焦——大便坚

热在下焦
 - 小便
 - 尿血
 - 淋秘不通（19）
 - 大肠
 - 有寒——鹜溏
 - 有热——便肠垢
 - 小肠
 - 有寒——下重便血
 - 有热——必痔
- 积聚谷气鉴别
- 积——有形之邪，病在脏。痛有定处，推之不移。病位深，在血分，难治

聚——无形之气，病在腑。痛无定处，推之则移。病位较浅，在气分，较易治

谷气——谷气壅塞脾胃，肝气郁结而胁下痛，无形之邪，按之痛暂缓，不久气复结而痛再作，必消其谷气以根治（20）



痰饮咳嗽病脉证并治第十二

概 述

第十二篇是全书的一个重点篇章，它包含的内容较广，涉及41条原文。

本篇专论痰饮病，为什么提到咳嗽？这里特指和痰饮相关的咳嗽，是痰饮所致的一类咳嗽。

“痰”字，同“澹”，念 dàn，是水液流动之貌，水液动荡的样子。第七篇张仲景把肺系能咳出来的有形之痰称之为“浊”，或“浊唾”、“唾浊”，已讲过。《千金》、《外台》中，有痰饮、“淡”饮、饮的记载。

张仲景在本篇，对饮邪为患的疾病赋予的含义有三：①饮邪疾患以命名；②为病理性产物；③是致病因素。

【概念】痰饮，有广义、狭义之分。广义痰饮，泛指饮邪为患的一类疾病，是四饮（痰饮、悬饮、溢饮、支饮）的总称。狭义痰饮，指饮邪停留在心下，是四饮之一的“痰”饮。

广义痰饮病有四饮，我认为，首先应当明确四饮分类的依据有二，一是饮邪停留的部位（饮留部位），二是临床表现的典型病证（临床特征）。

狭义痰饮的饮邪停留在“心下”（胃）、肠，临床主症是“素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声”等。

【命名】四饮：狭义痰饮、悬饮、溢饮、支饮，以及留饮、伏饮、微饮、肺饮等。

留饮、伏饮具有共同的特征：①饮留部位较深；②病程较长；③病势较重；④一般的药物难以攻除。

不同之处：留饮，是指饮邪留而不去，它分属于四饮之中。伏饮是指饮邪潜伏不出，属支饮的一个类型。



微饮，指狭义痰饮的轻证。第17条原文：“夫短气微饮，当从小便去之”。

肺饮，指支饮的轻证。原文说：“其脉平也”。

说明不是四饮之外又有的另类，是涵盖在四饮之中的。以上诸饮的饮留部位不同，临床表现的脉证不同，而有不同的称谓。

【鉴别】《实用中医内科学》把痰饮归为一种水液代谢失常所致的疾患，指水液在体内运化输布失常，停聚于人体局部的一类病证。

作为湿病，特别是外湿，在病位上，是少量水分沾着于肌肉、关节间。在症状上，以发热、身重、骨节疼烦为主症。

而饮病，是指一定量的比较清稀的水液，停聚于人体的局部。病机要点责之于脾。

水气病，以大量的更为清稀的水液，泛滥于人体的四肢、周身肌肤之间。以水肿为特征，病机要点责之于肾。

总之，水液代谢失常，会出现相似的疾病。由于病位、主症不同，其命名不同，治法也不同。

外湿的基本治法：微发其汗，“使风湿俱去也”。

饮病的基本治法：“病痰饮者，当以温药和之”。

水气病的基本治法：“腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。

张仲景对内湿，特别是饮病的论述较系统和全面，对应用相关的理法方药指导多种疾病的辨证施治，确有良好的治疗效果。

一、痰饮的分类及主要脉证

（一）分类及主要脉证

【原文】问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮。（1）（一类）

【解读】“夫饮有四”指篇名的广义痰饮，有四种分类：狭义痰饮、悬饮、溢饮、支饮。

【原文】问曰：四饮何以为异？师曰：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。（2）（一类）

“四饮何以为异？”一定得痰饮鉴别强调饮停的部位和它的临床主症。



表 11 痰饮鉴别

	饮停部位	临床主症
狭义痰饮	饮停心下 (胃)、肠	“其人素盛今瘦”——饮入于胃，脾运失司，不能充养肌肉，不能化生精微物质营养周身，变成病理性产物、致病因素。“水走肠间，沥沥有声”——肠鸣音，气过水声，清稀的水液由胃走向肠间发出声响
悬饮	饮停胸胁	“咳唾引痛”，咳嗽、吐痰，胸痛，并随之加剧——肺气不降，肝气不畅，升降失和
溢饮	饮流于四肢、 周身肌表	“身体疼重”（四肢肿），“无汗”——肺气失宣，脾气不运则四肢肿疼
支饮	饮留胸肺	“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿”——饮聚凌心射肺，气逆饮亦逆

从临床实践看，狭义痰饮与胃肠功能紊乱的十二指肠壅滞症相似。

悬饮饮留部位是胸胁。原文说“胁下”，我认为“胸胁”更为合理。涉及肺肝的气机升降，左肝而右肺。若气机失和，肺的宣降受到影响时，肺气上逆，要咳嗽、吐痰。因肝脉布两胁，肝气不畅，则胸胁痛。临床常见于结核性胸膜炎的胸水，包括肺癌出现的胸水。

溢饮，是水液停聚在体表，见四肢肿，“身体疼重”。“当汗出而不汗出”，因“肺合皮毛”，司毛孔开合，饮邪没有出路。这提示了溢饮的正治法当发汗。

支饮，饮聚胸中，影响肺的宣降，心阳不振，所以主症为：咳逆，短气，都属于呼吸异常的表现，即呼吸急促而困难；倚息，是必须靠着东西，呈半卧位的状态。“不得卧”，是病人躺不下。这种姿势是顺应呼吸，凭倚呼吸，以减轻呼吸困难的状态。“其形如肿”是“气逆水也逆”，因此也肿。

(二) 水在五脏

【原文】第3~7条（略）（三类），论述四饮波及五脏时，临床所见的外候。说明水在五脏与四饮之间关系密切，四饮强调饮停部位，水在五脏表明受累之脏，对临床辨证有指导意义。

【解读】第3条，“水在心”，指狭义痰饮，又见“心下坚”，因饮邪停留在心下，有一种支撑、胀满感。而“心下坚筑”，为筑筑然而跳动，是心悸的表现，水气凌心所致。把狭义痰饮的症状补出胸胁支满，心悸。

第4条，“水在肺”，应该是支饮，饮留在胸肺，“吐涎沫，欲饮水”。



这也符合临床实际，慢性支气管炎的病人，吐涎沫，清稀的痰涎较多。“欲饮水”，总有口干燥的感觉，是水液阻遏，肺失宣降，气不布津，津不上承的结果。

第5条，“水在脾，少气身重”，溢饮和狭义痰饮都有这样的外候。因为涉及脾，中气不足则少气，水饮浸渍肌肉，必“身重”；脾气散精、化生精微的功能失常，所以少气、身重。

第6条，“水在肝，胁下支满，噎而痛”。悬饮的饮留部位在胸胁，它和肝、肺的气机升降有关系。肝肺失和，肝气被遏，则噎而痛。

第7条，“水在肾”，水饮上犯，气化失常，病人会出现“脐下悸”。所以，它应属于狭义痰饮的范围。

（三）留饮

【原文】夫心下有留饮，其人背寒冷如手掌大。（8）（二类）

多数注家同意把它改为“如掌大”，符合临床实际。

【解读】“心下有留饮”，指狭义痰饮的留饮；“背寒冷如掌大”为饮邪久蓄，留而不去，阳气被遏，不能展布，出现背寒冷。

腧穴是人体脏腑、经络气血输注、出入之所，五脏六腑的腧穴行于背；背为胸之府，诸阳受气于胸中，又是阳气出入之所。因为狭义痰饮，饮留在心下（胃），阳气不能转行于背，不能正常展布，则出现背部有寒冷感。影响督脉的温煦功能。

“背寒冷如掌大”，能见于很多情况，当审因论治。

我见过一位空洞型肺结核的病人，他总说后背有一巴掌大的地方凉。肺结核应该偏于虚热，长期不愈，则阳气不足，也表现为局部的寒冷感，特别是背部，是阳气不得舒展的标志。

我校的一位老书记患有冠心病，他说背寒冷，用了许多温阳的治法，自己用一些小型医疗器械局部温暖，效果均不佳。那是一种衰老的现象，不仅要看到心阳虚的问题，也有肾阳虚的问题。

所以，临床上要具体分析。见“背寒冷如掌大”，首先应该想到是狭义痰饮的典型症状，然后，结合病人的体质因素和病证情况施治。

【原文】留饮者，胁下痛引缺盆，咳嗽则辄已。（9）（二类）

【解读】从“胁下痛”的部位可见，本条是论悬饮的留饮。

“缺盆”在锁骨上窝中央，距前正中线4寸。和胸胁的悬饮有什么关系呢？肝、胆相表里。足厥阴肝经属肝，络胆，上贯膈，布胁肋；足少阳胆经分支合缺盆，下胸中，贯膈，络肝、属胆，循胁肋里。



悬饮和胸水的临床表现紧密相关，疼痛部位牵引缺盆，证明病情较深重，这是悬饮的留饮。

“咳嗽则辄已”另作“咳嗽则转甚”。“辄”，指立即。描述一种自救的状态，不敢深咳嗽、打喷嚏，为使胸痛得以缓解或减轻。

关于治疗，陶葆荪《金匱要略易解》中的观点：不能因为咳嗽使胸痛加重，而不咳或镇咳，要促进饮邪排出。这种悬饮的饮邪，除了通过药物化除以外，也应该促使它的病因尽量顺利排除，可作借鉴。

【原文】胸中有留饮，其人短气而渴；四肢历节痛。脉沉者，有留饮。（10）（二类）

“胸中有留饮，其人短气而渴”是讲支饮的留饮。饮留部位在胸肺。

“其人短气而渴”，肺气不利而“短气”，是出现呼吸疾病肺气不降应有的症状。因肺为水之上源，当气不布津，必出现口渴，且渴不欲饮。

“四肢历节痛”，是溢饮的留饮，因为饮留的部位在四肢肌肤累及骨节间，经脉痹阻，阳气不通，所以历节痛为它的临床主症。

溢饮是经络的饮邪所致，肢体的局部可能出现顽麻、疼痛；没有汗出，应该用汗法来治疗，由于饮邪为阴邪，所以这种关节痛没有鲜明的与季节、气候变化相关的特点。

“脉沉者，有留饮”。因为有饮邪深聚于里，所以表现为脉沉。不管是哪一种留饮，脉象均见沉。

（四）伏饮

【原文】膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，背痛腰疼，目泣自出，其人振振身瞤剧，必有伏饮。（11）（二类）

【解读】伏饮是支饮的一个类型，支饮的饮留部位在胸肺，因此，饮留于“膈上”，也是“胸中”。

“病痰”的“痰”指饮邪流动貌，是清稀的水液停在胸肺，属于支饮范畴。

支饮的主证本来就“咳逆倚息，短气不得卧”，所以，它有胸满、咳嗽、喘、吐痰等症。不管是支饮的主证，还是支饮的留饮，都应该有这一系列饮阻于肺的表现。

“发则寒热，背痛腰疼，目泣自出”，指出伏饮是一种发作性疾患。发作时，伴有寒热，背痛腰疼，甚至目泣自出，说明由外感因素诱发。

前面强调“膈上病痰，满喘咳吐”，是素有饮邪停聚在胸肺，又被外邪诱发，所以，见一派太阳经脉表证。这就是表里同病，内外合邪。



“其人振振身𦐇𦐇”，是指病体肌肉颤动不自主，有时甚至牵拉跳动，此因阳气不得宣通所致。

本条论伏饮，是外寒引动内饮，外寒是诱因，而饮久阳虚，易招致外寒，这是本证致病的实质。本条有论无方，陈修园说：“俗为哮喘”。这个病是哮喘病（寒哮），应当主张表里兼治，用小青龙汤。若再喘甚，表证已解，用葶苈大枣泻肺汤。结合本篇，可以用支饮重证的木防己汤加减治疗。如果不效，可考虑用小青龙汤，随证加减。病情缓和以后，治本，“苓桂术甘汤主之”；为了善其后，也可以根据冬病夏治，用肾气丸；也可脾肾双补，用《伤寒论》的真武汤，我觉得对本条的理解都有帮助。

（五）肺饮

【原文】第13条（三类）（略）

肺饮脉“不弦”，指脉象上不表现为饮病的主脉，即偏弦之脉，仅在症状上“苦喘短气”。病人喘得不太重，是支饮轻证。

【解读】肺饮、支饮，临床常见于慢性支气管炎，尽管在缓解期时，病人呼吸状态还是不同于常人，表现为短气，或稍咳、喘，但脉不病，就等于病情较轻微，或是缓解期没有发作。这是很有见地的，说明支饮也好，伏饮也好，属发作性的疾病，有缓解期，有发作期。

【原文】支饮亦喘而不能卧，加短气，其脉平也。（14）（二类）

【解读】“脉平”，说脉象不一定偏弦，在临床症状上，还是保持了支饮的典型症状：喘而不能卧，“咳逆以息，短气不得卧”。

原文强调了支饮的轻证，可以“脉平”，可以“不弦”，只要出现“喘不得卧”，甚至“短气”，即“有是证，便用是药”。这种慢性病，应该坚持用药，或终身用药，才能对呼吸系统疾病的发生、发展有所遏制，从而达到临床控制病情，并颐养天年的疗效。

二、成因与基本治法

（一）成因

【原文】夫病人饮水多，必暴喘满。凡食少饮多，水停心下。甚者则悸，微者短气。脉双弦者寒也，皆大下后善虚。脉偏弦者饮也。（12）（二类）

【解读】本条关键词在“凡食少饮多，水停心下”。

“食少”——脾运失司（素体的中阳不足）。提示内因
“饮多”——运化水湿功能减退

水停心下 { 甚者则悸
 微者短气



饮停心下，属狭义痰饮的范围，补出的两个典型症状：重则心下悸；轻则短气。说明短气不是支饮所独有，狭义痰饮也会出现短气。

“脉双弦者寒也，皆大下后善虚”，是为衬托痰饮病的主脉是偏弦所作的一种对举。为凸显弦脉既是痰饮病的主脉，在虚寒证病人身上，也能够见到弦脉。目的是从脉象上对寒与饮加以鉴别。一个“偏”字，强调饮邪停留在人体的局部。

（二）基本治法

【原文】病痰饮者，当以温药和之。（15）（一类）

【解读】这是对痰饮一类疾病提出的基本治法。

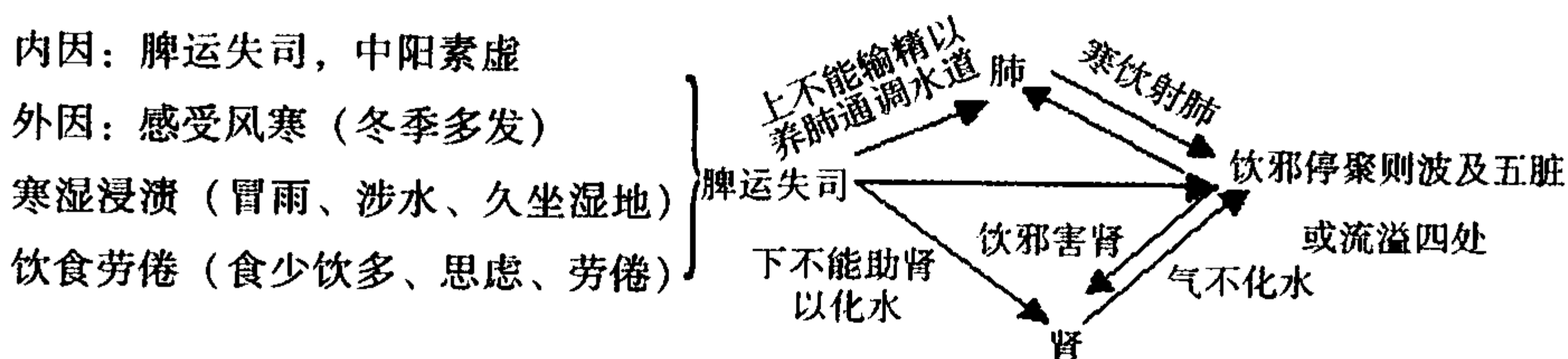
“病痰饮者”，是指得了痰饮病的病人，或者说痰饮病，它应当出现的一系列临床表现，如上所述。

基本治法上，强调“以温药和之”。为什么温药“和之”，而不叫“补之”？我想从几个方面来解释当用温药的道理。

1. 解释“当用温药”

第一，从痰饮的形成来看。

第12条已经作了简要提示，现在，我按照中医学理论，用一个图表作示意：



清代邹澍（润安）著有《本经疏证》，是关于中药及经方应用的疏解。书中对水液代谢过程的诠释，实为《素问·经脉别论》的具体发挥。我认为，值得学习。

他说：“饮入于胃，分布于脾，通调于肺，流行于三焦，滤于肾，出于皮毛，归于膀胱”。“水者，节制于肺，输引于脾，敷布于肾，通调于三焦、膀胱”。把水液代谢中肺、脾、肾、三焦、膀胱的关系说得很精辟。

第二，从饮邪的病理特性来看。

①质地清稀，为有形之邪；②饮为阴邪，轻则阻遏阳气，重则伤人阳气；③病机要点，源于脾运失司，停于人体局部；④饮邪“得温则行，得寒则聚”，这一点，是明代的赵以德提出的。



王雪华金匮要略讲课实录

第三，温药的治疗意义。

魏荔彤的《本义》说：“痰生于胃寒，饮存于脾湿，温药者，补胃阳，燥脾土，兼擅其长之剂也”。他讲到温药的作用，能补胃阳，燥脾土。赵以德《衍义》说：“痰饮由水停也，得寒则聚，得温则行，况水从乎气，温药能发越阳气、开腠理、通水道也”。

我认为补胃阳，包括脾、肾之阳：甘、温，能温、能补、能和。——针对本虚，阳衰饮聚。

燥脾土：苦、温，燥湿，助阳化湿，兼顾脾胃。

发越阳气：辛、温，行散水湿，通过发汗、利水药物，开腠理，利水道。后两者针对“标实”，给饮邪以出路。

总之，温药有扶助阳气，振奋阳气的作用，使阳气得到舒展，使肺的通调得以下降，脾的转输得以上升，肾的蒸化开合，气化功能才能够得以恢复。那么，饮邪得除，又可绝痰饮滋生之源。这是温药对整个水液代谢的影响和作用。

2. “和之”的含义

“和之”是平和、调和之意。《说文解字》讲：“和，相应也”。

《本义》：“言和之则不专事温补，即有行消之品，亦概其例义于温药之中，方谓之和之而不可谓之补之益之也。盖痰饮之邪，因虚而成，而痰亦实物，必少有开导，总不出温药和之四字，其法尽矣。”

我认为，不要把温燥药，甘、温补益药物用得太多，也不要行消开导的药物用得太过偏，应该使两者平衡，达到相应的水平，是最合理的。

不可专事温补，以防碍邪（不利于饮邪排出）
不可过于刚燥，免伤正气

}在温补之中，酌加行、

消、开、导之品。概括起来说，行者，行其气也；消者，消其饮也；开者，开其阳也；导者，通导二便也。以达到温补助阳，行水蠲饮之功。

这就是“和之”，而不曰“补之”的意思。

高学山《高注金匮要略》说：“温药和之则阳回气化，而饮自去矣。盖指后文，苓桂术甘汤、肾气丸及大小青龙汤等剂也。”所以，“温药和之”也有温运、温化之义。

【按语】

1. “温药和之”是痰饮病治本大法，这一篇没有离开从脾肾阳虚立论。从苓桂术甘汤、肾气丸看，是温补脾、肾之阳以化饮的代表性方剂，因此，本篇也体现了张仲景的学术思想，要解决脾肾阳虚的根本问题。气



不化水，一定要从阳气的振奋、从温补作用入手，同时给饮邪以出路。关于治本之途，从温脾、温肾入手，对后世有重大影响。

2. 根据这个总的基本治法，临床上，病浅者治脾，病深者治肾。或直接体现温脾阳以化饮、温肾阳以化饮。

叶天士提倡：“外饮温脾，内饮温肾”。清代李用粹的《证治汇补》中专门有《饮病篇》，他提到：“初宜分消，次宜调养。虚宜补中，久宜暖肾”。

湖北中医学院的《金匮要略集释》直接把饮停部位从上、中、下分别说明治肺、治脾、治肾。《中医内科学》里认为饮病，标在肺，制在脾，本在肾，久病必须温肾。这个说法，与“重点在脾”都是从本篇温脾阳以化饮，苓桂术甘汤主之；温肾阳以化饮，肾气丸法得来的，皆为治本之大法，尤要注意补肾的问题。

3. 关于“冬病夏治”，即“春夏养阳，秋冬养阴”的思想源于《素问·四气调神大论》。在夏季开始服用肾气丸，会使支饮及狭义痰饮延缓发作，或症状减轻，甚至不发病，也是从治其本，化饮来考虑的。临床验证，疗效肯定，也是对张仲景“治未病”学术思想的具体运用。

三、证治

（一）狭义痰饮证治

1. 苓桂术甘汤证

【原文】心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。（16）

（一类）

【解读】“心下有痰饮”——饮留部位在心下，说明为狭义痰饮。

主症 { “胸胁支满”，心下坚筑——饮邪停在心下，阻遏阳气，饮气交结
“目眩”——饮邪阻遏阳气，清阳不升。后世有“无痰不作眩”，由此而来
小便不利——“方后注”讲“分温三服，小便则利”，说明了有此症
——影响到肾的气化
还应有：其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，短气，恶水不欲饮，
其人背寒冷如掌大，脉偏弦，舌淡，苔白厚而滑等狭义痰饮症状

用苓桂术甘汤治疗，注家说：“天下化饮第一方，苓桂术甘汤也。”为什么称作“天下化饮第一方”呢？

茯苓、桂枝——温阳蠲饮；甘草、白术——健脾利水。苓桂术甘汤的四药具有温阳蠲饮、健脾利水的作用，取“温药和之”之义，本方是温通



脾阳以化饮的代表方剂。

它是怎么体现“温药和之”之义的？桂枝、甘草、白术，均为甘、温。茯苓，属利导之效，是在甘温、补益、健脾之中，加行消利导、甘淡渗利的茯苓。而且，茯苓补利兼优，它既健脾，又利水，因此，这个方子非常平和，可治疗本虚，而且是健脾、温脾化饮的代表方剂。

苓桂剂群中具有温阳化气利水作用的有哪些？《金匮》一书涉及的苓桂剂有12方之多，除薯蓣丸方尚有加强补药作用；侯氏黑散用以温阳健脾散寒外，余者多为温阳化饮、化气利水作用。我们已学过的有：肾气丸、苓桂术甘汤、五苓散、苓桂甘枣汤、苓桂甘味汤、木防己去石膏加茯苓芒硝汤。这都属于苓桂剂群的方子，皆取温阳化饮、化气利水的作用。而苓桂术甘汤这个化饮第一方，体现的是温阳化饮，健脾利水之功，是从脾而治。后世也有认为苓桂术甘汤为四君子汤类方，即去人参，加桂枝组成。

2. 微饮、狭义痰饮轻证的证治

【原文】夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之；肾气丸亦主之。（17）（一类）

【解读】肾气丸证和苓桂术甘汤证，一证两方，体现“同病异治”的原则。

短气，“微者短气”指“微饮”，提示是狭义痰饮的轻证。

狭义痰饮的轻证因水饮轻微内阻，阳气不化，责之脾胃，临床表现：

短气——水饮停留，妨碍升降之气；小便不利——阳气不化。这两个症均有，怎么来区别是用苓桂术甘汤温脾阳以化饮，还是用温肾阳以化饮的肾气丸呢？需要看“短气”的状态和程度，两者有什么区别呢？

肾阳虚的短气——肾不纳气，吸气短，同时伴肾阳虚证。

脾阳虚的短气——呼气短，伴脾阳虚证。如《伤寒论》中提到心下逆满，起即头眩等症。

《金匮》原文指出：苓桂术甘汤证，短气是以呼气短，小便不利为主要表现，因中阳不运，水停为饮，伴有胸胁支满、目眩、纳少便溏、倦怠乏力等症。功效为温阳化饮，通阳健脾利水。和肾气丸比较，是温脾阳以化饮的作用。

肾阳虚证，吸气短，小便不利，腰膝酸痛，拘急不舒，畏寒肢冷，少腹拘急等，以肾气丸主之。和苓桂术甘汤证比较，是温肾阳以化饮的作用。



“当从小便去之”，再次重申治法，不仅要温脾阳、温肾阳，还要给饮邪以出路，所以，他有三点启发：

(1) 提示症状，当有小便不利。

(2) 治法上，要给饮邪以出路。

(3) 小便得利，提示气化恢复。包括脾的运化、肺的宣化、肾的蒸化、膀胱的气化以及三焦的通化，治在脾、肾，促进一身的水液代谢功能协调。

肾气丸怎么体现“温药和之”之义呢？

“温”，是桂枝、炮附子，温肾阳，为了“阴中求阳”，以生肾气；地黄、山茱萸、山药，滋补肾阴；茯苓、泽泻、丹皮为行消开导之品，泻肾邪，使之补中有泻，补而不滞。阴阳相济，则生化无穷。正是“补阴之虚，可以生气；助阳之弱，可以利水”。

所以，肾气丸法，遵照了治疗痰饮“当以温药和之”的基本治法。

3. 留饮欲去，狭义痰饮的治标方剂——甘遂半夏汤、己椒苈黄丸

【原文】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。(18) (二类)

【解读】“病者脉伏”，留饮者应该是脉沉；痰饮的主脉是偏弦。而“病者脉伏”，是沉伏于里，比沉脉重。

从原文分析，饮留部位在心下。怎么知道是“心下”呢？因为不是一般的饮邪，是狭义痰饮的留饮。

其根据有四：①饮留部位在“心下”、胃，这是狭义痰饮的饮留部位；②“此为留饮欲去故也”；③心下坚满，如苓桂术甘汤证的胸胁支满；④留饮的标志，脉伏。

既然是狭义痰饮的留饮，首先应具备狭义痰饮主症。

“其人欲自利，利反快”，病人有正邪相搏之征。但“虽利，心下续坚满”，有自救之势，当时利下一些饮邪，虽能暂时减轻症状，而“续”字，表示继续，接着。说明本有心下坚满，利后，旧饮能稍去，不能尽除，会继续有新的饮邪生成。这说明邪有进退，乍有轻时。所以，“此为留饮欲去故也”，点明病因病机。这种趋势，是狭义痰饮的留饮有欲去之势，所以，根据《素问·至真要大论》“留者攻之，结者散之”，要因势利导，急则治标。使饮邪从大便排出，“甘遂半夏汤主之”。

甘遂大者三枚——峻下逐水药，通泄二便；甘草（与甘遂相反）——取其相反相成的配伍意义，促使留饮得以尽去；芍药、白蜜——酸收甘缓



以安中，也能缓和甘遂的毒性；半夏——散结除痰，既能降逆，又能蠲饮散结，是治饮的要药。

这几味药组成的功效，体现本方为攻破利导之剂，使水饮有去路，解决留饮欲去不去的问题。甘遂治痰饮之标，《本草纲目》指出：“不可过服，中病则止可也。”

【按语】

(1) 注意煎煮法：在《类聚方广义》里，日本·尾台榕堂说：“此方之妙，在于用蜜，故若不用蜜，则不特不效，且瞑眩而生变，宜遵守古法”，古法，就是用蜜来煎煮。《千金》、《今释》提出，芍药、甘草一起煎，甘遂和半夏在一块煎，之后，把两个药汁加蜂蜜同煎，此法就避开了甘遂、甘草相反的问题，较为安全。有的注家认为，就按照张仲景原方煎法，“上四味，以水二升，煮取半升，去滓，以蜜半升，和药汁煎取八合”。

(2) 关于甘遂、甘草相反相成：现代动物实验过程中，没有发现甘遂和甘草同用有什么不良反应。历代医案里，只有一位日本学者在他的书里面提到了控涎丹（甘遂、大戟、白芥子），是从甘遂半夏汤里得到的启发，觉得控涎丹更合理，这仅供参考。

(3) 关于峻下逐水药：大戟、甘遂、芫花的用量与用法：张仲景在十枣汤用其药末，且用量非常小，“强人服一钱匕”，用十个大枣煮水冲服，以顾护胃气。而在甘遂半夏汤中，用甘遂大者三枚，用量远远大于十枣汤，我于上世纪70年代《新医学》杂志上看到北京有关科研机构报道的实验结果证实：此三味药的有效成分难溶于水，因此作散剂、胶囊剂等中成药剂量要小；作汤剂用量宜大些。

【医案鉴赏】高某，女，32岁。1968年5月，因产后体弱缺乳，自用民间方红糖、蜂蜜、猪油各四两，合温顿服，由于三物过腻，勉强服下2/3，其后即患腹泻。医院诊为神经性腹泻，中西医多方治疗未效。

1971年3月4日初诊：面色苍白无华，消瘦羸弱，轻度浮肿，体倦神怠，晨起即泻，日三五行，腹泻时无痛感。心下满痛，辘辘有声，短气，口干不饮，恶心不吐，身半以上自汗，头部尤著。脉沉伏，右脉似有似无，微细已极，左脉略兼细滑之象，苔白滑。当时误以为此证久泻脱阴伤阳，即用六君子汤加减，重用人参，以为中气复健，证或可挽，不料服后转甚。

复诊：药后心下满痛益增，腹泻加剧，达日十余行。衣老诊之，分析



为留饮致泻，其根据有五：一是其证虽虚，然必有留饮未去，故补其正，反助其邪，所谓虚不受补也；二则心下满痛拒按，是留饮结聚属实；三则口虽干不欲饮，属饮阻气化，津不上潮；四则身半以上自汗，属蓄饮阻隔，阳不下通，徒蒸于上；五则脉沉伏而左兼细滑，伏为饮阻，滑为有余，里当有所除。细询患者，泻后反觉轻松，心下满痛亦得略减，继则腹满如故。如此反复作痛，痛苦非常。乃根据《金匮·痰饮咳嗽病》“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”，定峻下留饮一法，用甘遂半夏汤：甘草 10g，半夏 10g，白芍 15g，甘遂 3.5g，蜂蜜 150g，1 剂。先煎甘草、半夏、白芍，取汤 100ml 合蜜，将甘遂研末兑入，再微火煎沸，空腹顿服。

三诊：药后腹微痛，心下鸣响加剧，两小时后连泻 7~8 次。排出脓水样便，泻后痛楚悉去，自觉三年来从未如此轻松。后竟不泻，调养一月康复。〔衣宸寰：久泻、急痧及瘀血发狂等治验。上海中医药杂志，1980；(3)：17〕

4. 肠间饮热成实

【原文】腹满，口舌干燥，此肠间有水气，己椒苈黄丸主之。(29)
(二类)

【解读】本条论治肠间有水气，饮聚成实的己椒苈黄丸证。

怎么知道它也属于狭义痰饮的范围呢？

主症：水走肠间，沥沥有声——狭义痰饮，饮留部位从胃流向肠间。

腹满症——饮邪停于腹、肠间，饮结郁热。

口舌干燥——气不布津，水气不化，津液不能上承。

大便不利/瘀血——以方测证，取大黄泻下、泄热、活血化瘀的作用。

饮邪不仅阻遏津液的运行和输布，也阻遏血行。因为津血同源，都要靠气的推动，所以饮邪会阻遏阳气和血行。饮阻气结而口干舌燥。本方用于狭义痰饮的饮热互结于肠间，气机壅滞的实证，是急则治标的方子。

己椒苈黄丸，防己、椒目、葶苈子（炒）、大黄各一两，做成小丸，梧桐子大。

防己、椒目——辛宣苦泄，导水从小便而出。

汉防己、木防己均有利水消肿的作用，汉防己长于祛寒湿；木防己长于消肿、化饮、利水。

葶苈子、大黄——攻坚决壅，逐水从大便而去。

诸药合用，前后分消，使脾气转输，津液自生。尽管急则治其标，但



恐怕作用力猛，做成了小丸，而且在用量上，仍是告诫，从小量开始服用。方后注“口中有津液”，是饮去病解之征，证明饮邪被化除，气化功能好转，包括气推动津血的功能无力的情况，亦得到了改善。如果症状没减轻，反而口渴，则是病重而药轻。“热淫于内，治以咸寒”，加芒硝半两，以咸寒软坚破结，给水邪以出路，特别是肠间的水气，采取芒硝配大黄。

《二注》说：“肺与大肠，合为表里。肺本通调水道，下输膀胱，今不输膀胱，反从其合，积于肠间，水积则金气不宣，腠郁成热为腹满。津液遂不上行，以成口燥舌干。用防己、椒目、葶苈皆能利水，行积聚结气，而葶苈尤能利小肠，然肠胃受水谷之气，若邪实腹满者，非轻剂所能治，必加芒硝以泻之”。是从腹满来理解有热，不是一般的狭义痰饮在肠间。急则治标，若大黄不能解决口舌干燥，反而变渴者，必须是硝、黄配伍才能解决。

【临床应用体会】中西医结合对己椒苈黄丸的研究，认为前后分消的作用，是一个很好的强心利尿剂。对肺气肿、肺心病失代偿期，心衰、水肿、小便少，己椒苈黄丸急则治其标，有很好的缓解症状的作用。我曾经医治过的病人，她是患心包炎造成的心包积液，腹满，口舌干燥，二便不通。我先用己椒苈黄丸，后来用十枣汤。这两个方应用在这个病人身上，使其症状缓解，腹水的症状减轻。她说只要二便通利，就非常轻快。但是，长期这样治，病人的体质会减弱，所以建议她用一些水解蛋白来支持，正气恢复时，择期手术，这病人现在已康复。所以，中药给她“急则治标”，又“扶正固本”，是中西医结合治疗，使这位病人获愈。

5. 痰饮冒眩

【原文】心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。(25)（一类）

【解读】如前所说，对饮病的诊断依据，第一是饮留部位，第二是临床主症。对本条原文的理解，着眼点应该放到“心下”，一定是饮留部位在心下。

“心下”，还是属于狭义痰饮的范畴。饮留部位是“心下”了，为什么还说有支饮呢？苓桂术甘汤证，“心下有痰饮”，第一个症是“胸胁支满”，因为心下（胃）有停饮，病人会感觉有一种支撑胀满感。我觉得，不能因为支饮也有支撑胀满感，而把心下有痰饮，胸胁支满证，列为支饮范围。

因此，我认为泽泻汤证是治疗狭义痰饮所伴有的冒眩证。

什么叫“苦冒眩”？苦，指痛苦，病症为重；冒，如有物冒蔽；眩，



视物旋转。而头晕、目眩，在临床上不能截然分开。所以，“苦冒眩”，是指苦于头晕、目眩症为重，是本方的辨证要点。

既然是水饮停留在心下，为什么“苦冒眩”？脾虚饮犯，蒙蔽清阳，清阳不升。后世总结“无痰不作眩”，浊阴上冒，清阳不升。《心典》说：“水饮之邪，上乘清阳之位，则为冒眩。冒者，昏冒而神不清，如有物冒蔽之也；眩者，目眩转而乍见玄黑也。泽泻泻水气，白术补土气以胜水也”。

泽泻五两重用，行消利导，导浊阴下行，为主药；白术二两，甘温之品，补脾制水，培土以化饮。

泽泻汤是否体现“温药和之”之义？

白术，甘、温，酌加行消利导之品（泽泻），给水邪以出路。尽管是两味药组成的泽泻汤，相当于“病在上而治在下”，“上病下取”，治法很高明。

【临床应用体会】

(1) 刘渡舟教授用泽泻汤治疗美尼尔氏综合征，耳性眩晕效果很好。耳性眩晕和一般的眩晕不同在哪呢？中医辨证它一定是饮邪所致，清阳不升，浊阴上冒。耳性眩晕最典型的症状是颠倒性眩晕，不敢睁眼睛，恶心欲吐，有的病人伴有听力减弱，耳鸣。但是，最典型的症是“苦冒眩”。

原方药量是五两泽泻，二两白术。刘渡舟老先生用30g以上的泽泻，白术15~20g，他还用小柴胡汤合本方治疗耳性眩晕的经验，供大家参考。

(2) 我诊治一位某大厦服务人员，眩晕，经耳科检查后，不能诊断是美尼尔氏病。但从症状上看，是旋转性的，一睁眼，便自觉旋转而且欲吐。胸胁苦满，郁郁微烦，伴呕吐症，所以，我用小柴胡汤合泽泻汤，泽泻20~25g，生白术15~20g，既和解少阳，又能清泄，利水除饮邪，症状缓解非常快。

(3) 临证时，我按照《中医内科学》化裁的半夏白术天麻汤，合经方泽泻汤，效果也很好；包括二陈汤，配泽泻汤，对美尼尔氏病都有治疗作用。

6. 饮停脐下

【原文】假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也，五苓散主之。

(31) (二类)

【解读】“瘦人”指脾阳虚的体质，提示了属于狭义痰饮范围。“癫



眩”指头目眩晕剧烈，饮邪上犯，扰乱清空。下焦的水逆，病机为气化不利，水饮逆动。治本，用肾气丸；治标，用五苓散表里内外分消。

【临床应用体会】老年男子前列腺的良性增生症，“前列腺肥大”，表现为小便不利；重则出现尿潴留，病人很痛苦。发病严重者都是50岁以上的病人，随着年龄的增长，越来越严重。西医可以通过超声诊断。急证发作，允许药物治疗时，可以用五苓散利尿化气，温阳通阳利水，对于老年人很适合。缓则治其本，用肾气丸。有的病人，排尿也改善一些，但总还有尿有余沥的感觉，甚至下肢活动之后，有浮肿现象，怎么办？肾气丸合五苓散。如果伴发炎症，可以用银翘地黄汤合五苓散。

7. 痰饮呕吐

【原文】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。(28)(二类)

【原文】卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之。(30)(一类)

【原文】先渴后呕，为水停心下，此属饮家，小半夏茯苓汤主之。(41)(一类)

【解读】28条、30条、41条，论述饮逆致呕，是痰饮呕吐的证治。这几条原文很明确地讲，水停心下，属狭义痰饮。而“膈间”、“膈上”、“胸膈”，作为饮留部位，是支饮的病位，在胸肺。所以，也被认为“膈间有水，支饮也”。

小半夏茯苓汤，可以理解为，既能治疗狭义痰饮，又能治疗支饮。

小半夏汤、小半夏加茯苓汤，为什么是治疗饮呕的主方？因为半夏和生姜的配伍，相须又相畏，两味药组成的祖方，的确是呕家之圣方。

三条原文的辨证要点是：呕吐或不渴或渴而呕者，心下痞，眩悸者。病因病机为脾阳不运，饮盛阳弱，或饮阻阳郁。呕家，最易伤及胃阴，本应当渴。但是痰饮呕吐的病人，通过呕吐可以使在胃的饮邪减轻些。所以有“欲解”的可能性。

如果有新饮在增加，饮停部位在胃，是狭义痰饮，“小半夏汤主之”。功效在于和胃止呕，散饮降逆。

对于“眩悸者”及饮家，指出饮邪有新久的不同，用小半夏茯苓汤主之，和胃止呕而蠲饮降逆之力胜于小半夏汤。“眩”——清阳不升，浊阴不降。“悸”——水气凌心所致。加茯苓导饮下行，使饮邪有出路，才能解决呕吐。所以，小半夏加茯苓汤是一种标本兼治的经方，体现了温利法。



8. 善后调理《外台》茯苓饮

【原文】“治心胸中有停痰宿水，自吐出水后，心胸间虚，气满，不能食，消痰气，令能食。”（附方）（二类）

【解读】《外台》茯苓饮已被证实是张仲景方。讲的是狭义痰饮。“心胸中有停痰宿水”，“痰”，非有形之痰，实为饮邪。停宿的时间已久，证明有正虚的表现。

“自吐出水后，心胸间虚，气满，不能食”，饮邪，总用化饮的药行消开导，会更伤正气，使“心胸间虚，气满，不能食”，为什么？因为脾胃气虚，纳运失常，必出现脘腹胀闷不能食等症，所以，“消痰气”，更需益气健脾。

《外台》茯苓饮方的组成，是由四君子汤去甘草，加橘枳姜汤，体现扶正补气，对病位在胃者具有选择性。功效是调理气机，消补兼施。所以本方为治狭义痰饮病后脾虚的善后调理方，对邪少虚多者较平稳。嘱其少量分温三服，间隔时间一小时左右为宜。

【临床应用体会】有位病人，一发病手脚就发紧，目光呆滞，主症为不想吃饭，形体瘦。很多西医院怀疑他是癫痫小发作，而且怀疑他有遗传因素。做脑电，也无法证明是癫痫小发作，也用了抗癫痫的药物，这个症状还是不定期地反复发作。遇劳累或情志所伤，就发作。舌脉偏于脾虚象。

和外感疟病不一样，他没有发寒热的表现。后来，他找到我的时候，我就考虑病因与痰有关，用《外台》茯苓饮。他间断服用，病情时好时坏。后来，我用自己创制的抗癫痫的方子，里面有青礞石，还有行气药及二丑等，压成药面，作成30张面饼，烙了，加红糖还具有补血、活血的作用。每天晨起空腹服用，令他维持了好多年没有发作。

这回是出现什么情况呢？突然昏迷，和中风病人一样，面红而喘，当地医院认为他脑出血，送到我们医院，做头部CT，不是脑出血。血压不高，脉微弱。他家属想起来，他昏睡时，喂他些饭，他慢慢就醒过来。这一个症状给我们启发，马上验血糖，结果是低血糖。再查病因，是胰岛B细胞瘤。

胰岛B细胞瘤的临床表现，西医诊断是三联征：①阵发性低血糖或者昏迷。②急性发作时，血糖低于2.75mmol/L。③口服或静脉注射葡萄糖后，症状可以立即消失。胰岛素分泌亢进，引起血糖低是本病各种临床表现的基本原因。为什么在诊断上困难呢？因为在检查手段上有一定难度，



要显示肿瘤的部位和体积，须经腹腔动脉造影，费用较高。另一个检测手段，是做糖耐量试验。

所以，遇到抽搐、昏迷的病人，除了神经科诊断以外，也应考虑内分泌系统的肿瘤。

（二）悬饮证治

《说文解字》：“悬，系也”。指水饮作为悬饮，饮留部位不在胃中，也不是肠间或膀胱，饮积胸胁，悬结不散，因而得名。主方是十枣汤。

【原文】脉沉而弦者，悬饮内痛。（21）（一类）

病悬饮者，十枣汤主之。（22）（一类）

【解读】“脉沉而弦者”，证明饮病发于里，水饮内结。“悬饮内痛”结合第2条原文，“悬饮”症状有“咳唾引痛”，“内痛”，病机为肺气闭郁，累及肝气不升，导致胸胁牵引而痛，还可导致“噎而痛”，是悬饮的临床可见之症。张仲景在原文的描述上比较形象，这是饮邪潴留在胸胁之间，阻滞气机，对肝络的条达及肺气的宣发、肃降有影响而出现的一系列症状。

用十枣汤，破积逐饮。组成：甘遂、大戟、芫花，缓其毒性是用醋炒，三味药是等份的。方后注：“上三味，捣筛，以水一升五合，先煮肥大枣十枚，取九合，去滓，内药末”。防止峻下之剂损伤正气，佐以大枣十枚，安中而调和诸药，所以方名为十枣汤，是十个大枣煮水，冲服三味药的药末。甘遂、大戟、芫花用量非常小，“强人服一钱匕，羸人服半钱，平旦温服之；不下者，明日更加半钱。得快下后，糜粥自养”，还得用糜粥保护胃气，仅有大枣还不够。

（三）溢饮证治

《说文解字》：“溢，器满也”，指饮邪渗溢到四肢、周身肌表，所以称作“溢饮”。

【原文】病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之；小青龙汤亦主之。（23）（一类）

【解读】“病溢饮者”，首先应具备溢饮的特征，饮流于四肢、周身肌表，有身体疼重，四肢肿，无汗等症。大、小青龙汤同为“当发其汗”的治法。邪在其表，“其在皮者，汗而发之”。当发其汗，也是因势利导之义，急则治其标。

大、小青龙汤证，一定得符合饮邪在表，脉应有浮象。但水饮阻遏阳气，此浮脉不像纯粹表证那么明显。同时兼有脉浮紧、发热、恶寒、身疼痛、不汗出而喘、烦躁之症，这是饮邪在表，又兼有郁热的表现。



麻黄六两——辛、温，发越水气，开腠理，通调水道；石膏如鸡子大——辛、大寒之品，清热而不伤阴。二者配伍，发越水气兼清郁热。

饮邪为阴邪，知其常，要体现“温药和之”之意。于甘温药物里，酌加行消开导之品。但是，也有饮邪郁久化热的问题，这是饮病的变，要“知其常，达其变”。

大青龙汤含有麻黄汤的成分（麻黄、桂枝、杏仁、甘草），且麻黄倍其量，开表祛邪，发汗利尿的作用比较明显，可以一汗而解，以姜、枣调和营卫，石膏鸡子大，直清里热，而不伤阴，共奏发汗兼清郁热之效。

所以，大青龙汤不仅是病溢饮兼有郁热的主方；对于表寒里热，或将化热而没入里的，为表闭热郁证，也是适应证。为什么叫大青龙汤？是指汗解之前，病人有郁蒸之感，似“云兴雨作”，汗出饮去热清，故名。

小青龙汤证是表寒与里饮，寒饮并重，所以，除身体疼重，四肢肿，无汗主症外，兼见恶寒、发热、胸痞、干呕、咳喘并重之症，取其发汗兼温化里饮之功。

柯韵柏《伤寒来苏集》对大青龙汤和小青龙汤的解释：“……能化胸中之热气而为汗，故名大青龙；能化心下之水气而为汗，故名小青龙。盖大青龙表证多，只烦躁是里证”。实际上，病人烦躁是饮邪为重。“小青龙里证多，只发热是表证，故有大、小发汗之殊耳。”这是指在发汗力上有区别。

《医宗金鉴》又说：“溢饮病属经表，虽当发汗，然不无寒热之别也。热者以辛凉发其汗，大青龙汤；寒者以辛温发其汗，小青龙汤。故曰大青龙汤主之；小青龙汤亦主之也。”

（四）支饮证治

1. 支饮主方

【原文】咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。（35）（一类）

【解读】直接阐明支饮的临床主症，确定支饮的主方。

支饮的饮停部位在胸肺，它直接影响肺气的宣发和肃降，因此，出现一系列呼吸困难的临床特征。

小青龙汤针对表有外寒，里有寒饮，内外合邪，一定要表里双解，温化饮邪，符合“温药和之”之义。方中行消开导之品，以辛散之品为多，属于温散的方子。

2. 支饮不得息

【原文】支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之。（27）（二类）



葶苈大枣泻肺汤，为什么既可以治疗肺痈，又可以治疗支饮呢？肺痈是因为肺生痈脓，阻遏肺气，肺气被壅遏；支饮是饮邪阻遏在胸肺，痰涎壅盛，肺气不利。病因不同，一个是肺生痈脓；一个是支饮，饮停胸肺。但是，病机相同，都属于肺气壅滞不通利。证候相同，异病同治，均用葶苈大枣泻肺汤，泻肺逐饮。（方解略）

【临床应用体会】有一位年轻人，由于双亲短时间内双亡，过于悲痛，突然出现自发性气胸。经过急诊抢救，症状有所缓解，但呼吸时还是张口抬肩，伴低热。排除了一系列相关的疾病，考虑他的体质、年龄、既往史，我建议用葶苈大枣泻肺汤。葶苈子 15g，苏子 15g，大枣用 10 枚，又加化痰药，川贝 15g，蜜炙紫菀 15g，炙甘草 6g，白及粉 3g（冲服），日 1 剂，分两次服用。两天后，咳、喘、胸闷这些症状全都消失。复查胸片时，患侧的肺脏恢复正常了。

一位老师，因连续上课，过劳而患了气胸。西医院建议手术治疗，但他坚持用中药，自己建议用升陷汤，服了三剂药，效佳。

自发性气胸，一个是悲伤所致，一个是过劳，一实一虚，分别用葶苈大枣泻肺汤和升陷汤，虚者按照中气下陷证开的方，几剂药就好了。所以不要把葶苈大枣泻肺汤、十枣汤的药力理解得特别严重，只要药证相符合，真是验之临床效如神！

3. 支饮腹满

【原文】支饮腹满者，厚朴大黄汤主之。（26）（二类）

“支饮”，应见有支饮主症，胸满，咳逆短气不得卧。

【解读】《医宗金鉴》有【校勘】，胸满应当作“腹满”。

为什么？从方测证得知。支饮，饮停胸肺，会有胸满症，不用重复说明；从方测证，方中有大黄，当兼有便秘或便干、腹满等一些胃家实的症状。

本方组成与厚朴三物汤及小承气汤相同，但药量不同，主辅佐使的地位不同，因而主治证各有不同。比较如下：厚朴三物汤：厚朴 8 两，枳实 5 枚，大黄 4 两；小承气汤：大黄为君 4 两，枳实大者 3 枚，厚朴 2 两，去皮。厚朴大黄汤中大黄是 6 两，枳实 4 枚，厚朴 1 尺（相当于 1 两）。

厚朴大黄汤的主药是厚朴、大黄，方剂作用在于疏导肠胃。因积胀俱重，肺与大肠相表里，大便秘通，有利于“喘不得卧”，“短气不得卧”甚至于“其形如肿”等症的缓解，必先荡涤实邪。

厚朴三物汤，行气除胀满，并泄热止痛，厚朴为君，是胀重于积证；



小承气汤，轻下热结，是积重于胀证，故用大黄为君。

4. 支饮重证

【原文】膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈，木防己汤主之。虚者即愈，实者三日复发，复与不愈者，宜木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤主之。(24)(二类)

【解读】这个重证，是针对支饮，一是“虚者”，一是“实者”。何为“虚者”？何为“实者”？为什么一方两用？

“膈间支饮”指饮邪停留在胸肺，像有物支撑一样。

伏饮是“膈上病痰”，“痰”是饮邪的意思。这又说“膈间”，不管“膈间”、“膈上”、“胸膈”，我们都把支饮的饮停部位定在胸肺。以下原文分析，体现出张仲景对疑难重证的临床思维过程，值得玩味。

“支饮”，“其人喘满”，是呼吸短促音粗，喘声重——闻诊。水饮内停所致。

“心下痞坚”，“胸满”，或心下（胃）逆满。饮邪上迫于肺所致——问诊、触诊。

“面色黧黑”——望诊。黑为肾之色，也是瘀血标志，为饮聚于膈，营卫瘀滞。

“其脉沉紧”——切诊。因寒饮伏于里，结聚不散。

“得之数十日”，约略词，表示病程日久——发病史。

“医吐下之不愈”，病人经过误治，而伤正——治疗史。

四诊合参提示：①病程缠绵，不易治愈。②误用吐、下，容易伤正。

“虚者”，没结实的支饮，用木防己汤治疗，补虚散结，清热利水。

方中，木防己3两——利水消肿，化饮力量强，利导的药物；桂枝2两——配合木防己，一苦一辛，降逆，通阳利水；石膏十二枚鸡子大（用量为疑点）——作用是清热不伤阴；人参4两——取其补虚扶正的作用。

注：有关石膏用量，详见【学习指导】。

“虚者即愈”，是指病人如果服用木防己汤能够得愈，说明心下的饮邪还没有结实，服了木防己汤有效后，见心下虚软。

“实者三日复发，复与不愈者”。服木防己汤后，仍见心下痞坚，其人喘满，面色黧黑等，说明病重药轻，饮邪已日久结实。所以既要照顾正虚的体质，也要将饮邪化除。

可在木防己汤的基础上，加茯苓和芒硝，使其攻破的力度加大，方名为木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤，有行水散结消坚之效。



王雪华金匱要略讲课实录

木防己汤去石膏，因其辛散苦泄行水，况且里热已解，所以去辛凉之石膏；茯苓可导水下行；芒硝咸寒软坚。尤在泾：“以坚投坚而不破者，以软投坚，即破也”。

“方后注”要求，当汤药熬好以后，芒硝三合后下，或微煎，分温再服。临床上可冲服。“微利则愈”，得效。

原方两个加减法，说明在病因病机的分析上，同一证，有未结实和结实的轻、重之别，所以“虚者”、“实者”，以一方加减运用。木防己汤属于温利法，而木防己去石膏加茯苓芒硝汤是温化加行消之品，属于温消法。

【学习指导】关于木防己汤中的石膏用量值得分析和斟酌。

湖南省岳阳地区但旭昉老中医，他首先质疑这个方子的石膏用量，因为他看到王焘《外台秘要》的版本里，把石膏改成三枚。这就证明，王焘当时已经发现了石膏的用量肯定有误。第一，临床谁也不能用这么大量。第二，根据病情来看，“数十日不愈”，有郁久化热的倾向，应该用石膏。但治疗慢性过程形成的支饮，加大石膏用量，实际上是重坠痰饮，适可而止。

从张仲景的用药规律来看，石膏的量，小则2两，如小青龙加石膏汤；多则如鸡蛋大；或半斤8两，如越婢加半夏汤；最多用一斤，如白虎汤方。所以，用到12枚鸡子大的石膏，不符合张仲景用药规律。

从病情上分析，支饮久病有正虚问题，已经要补虚，化饮的基础上兼以清热，石膏的用量不应该是最大。

但旭昉先生看到教科书没照王焘将石膏的用量改动，就直接给秦伯未（时任中医司的顾问）写信表达个人意见：不要误人子弟，请把《讲义》的石膏用量改过来，写出原因。

到1983年12月，五版《金匱要略》编审会议于成都中医学院召开的时候，我被特邀列席，有幸听到专家们的审议。贵阳中医学院金匱教研室主任罗老师，曾派本科生专程去湖南拜访但旭昉老先生，副主编湖北中医学院杨百荪教授也赞成听取但老的意见。但是，在这次审定会上，专家及编委会成员认为没有文献根据。不能拿《外台》自行改动的用量来作为本方药量的根据。在版本学上、文献学上，依据不可靠，故《外台秘要》人民卫生出版社再版时，石膏用量恢复原貌。

大家也觉得，目前临床实际也不是这样，但为什么不能轻易改动呢？存疑待考，不要轻易改动原著，也希望有待于将来考证。



后来，大家都同意把这个意见通过学生发表论文作为学术争鸣。结果由贵阳中医学院罗老师的学生把但老的意见发表在《贵阳中医学院学报》上[1983(3), 45~46]。

在方解上：从张仲景的用药规律上，包括条文对病情分析上的论述，石膏用这么大的量，原量肯定是不合理的。他们提出一个建议，考虑是一种误抄。“石膏鸡子大，大枣十二枚”，是不是把“大枣”二字丢了？因为方中有补虚之义，而且张仲景在顾护胃气方面也是用大枣，十二枚是他经常用的中间量，仅供参考。这值得我们在今后的理论探讨、临床实践中进一步摸索。

5. 支饮实证

【原文】32条、33条（略）（三类）

【解读】“咳家其脉弦”，包括“夫有支饮家”，都是讲不管支饮迁延多少年，仍然是实证，就可以用十枣汤来急则治标，峻下其饮。说明十枣汤既是治疗悬饮的主方，又是支饮家久嗽属实证的可用之方，亦属异病同治之例。

6. 支饮病案举例 继35条小青龙汤证后，一共讲了五变。

【原文】第36、37、38、39、40条（略）（二类）

【解读】第一变（36条），小青龙汤用过以后，表证已解，饮证为轻，有冲气上逆，所以，在原方基础上去麻黄、芍药、半夏、细辛、干姜，加茯苓，变成了苓桂甘味汤。

第二变（37条），冲气解决了，但是喘满的本证复发，就在苓桂甘味汤的基础上，去桂枝，把小青龙汤的核心药物添上干姜和细辛，变成了苓甘五味姜辛汤。是临床用于支饮体虚无表证的有效经方。

第三变（38条），因为眩冒加呕吐（简称“冒呕”）。冒呕证就是痰饮过多，寒饮过盛，因此，在原方基础上又把半夏加回，使小青龙汤的核心药物四味齐全。组成为苓甘五味姜辛加半夏汤。

第四变（39条），“身形如肿”的情况比较突出，为了宣利肺气以消肿，方中又加了杏仁。方名随药加成苓甘五味姜辛半夏杏仁汤。该方不仅加了杏仁，而且把干姜、细辛的用量增加到三两，目的是加强温化寒饮的作用。

第五变（40条），面赤如醉酒样，是胃热上熏所致，因此，再加大黄。

这五变，以例证形式，对理解张仲景的学术思想很有用。充分体现辨证论治精神，法随证变，药随方加减，依据是辨证准确细致，病机把握恰



当全面。

【临床应用体会】

(1) 第十二篇内容相当广泛，涉及内科杂病各系统疾病。我以病例形式或个人体会的方式，作了中、西医学方面的相关对照，仅供参考。篇中仲师关于小青龙汤的案例，我觉得是值得回味的。它充分体现了张仲景的“辨病与辨证相结合，以辨证为主”的临床思维方法，特别是对辨证施治理论指导下的“各随证治之”原则的体现。

我所讲到的一些经方，可以说是耳熟能详的，都是已经学过的著名经方。我认为，就应当按照这个临床思维方法，抓住我所讲的狭义痰饮的十大症（咳、喘、满、肿、疼、眩、悸、呕、瘦、小便不利）。所以，具体运用，去临床实践、理论提高，以加深体会。

(2) 关于广义痰饮的治法及代表方剂

①温阳化饮法，代表方剂是“治本”的两首方剂。温脾阳以化饮的苓桂术甘汤；温肾阳以化饮的肾气丸，这是温阳化饮以治本。

②“治标”，体现“温药和之”之义，但是，在行消开导方面比较突出。对于标实，利水降浊法，包括“苦冒眩”的泽泻汤证；“瘦人”的癫眩，五苓散证；治痰饮呕吐的小半夏汤，小半夏加茯苓汤；《外台》茯苓饮，是狭义痰饮的善后调理方。《外台》茯苓饮和木防己汤有相同的地方，即适宜久病涉及正虚，或因误治使正气更伤者，有健脾扶正之功。

③从中医的辨证思维上，扶正祛饮法的体现，见木防己汤，“虚者即愈，实者三日复发”，病重而药轻，怎么办？热已解，去掉石膏，加茯苓导水下行，加芒硝以软投坚，这种结实即破，即是木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤的用意。

④表里双解法，对于溢饮“当发其汗”，用小青龙汤、大青龙汤。而小青龙汤又是支饮的主方。

⑤泻水逐饮法。狭义痰饮里有两个治标的方，在胃、心下有留饮，用甘遂半夏汤；若肠间有水气，用己椒苈黄丸，这两个方也可以和苓桂术甘汤、肾气丸治本之方合起来记，是治疗狭义痰饮的代表方。

悬饮的主方，是十枣汤；支饮的重证、实证也可用十枣汤，体现异病同治的精神。

支饮当服小青龙汤，当表证已解，仍存在着邪实气闭，形证俱实的情况，肺气壅塞是由于支饮停于胸肺所致，“葶苈大枣泻肺汤主之”。

支饮胸满，咳逆倚息，短气不得卧，兼有腹满便结者，用厚朴大



黄汤。

痰饮咳嗽病脉证并治第十二全篇小结

痰饮病	概念	广义：泛指饮邪为患的一类疾病，是痰饮、悬饮、溢饮、支饮的总称		
		狭义：仅指饮邪停聚于心下（胃）、肠的病变		
	分类：痰饮（狭义）、悬饮、溢饮、支饮（1）			
	诊断依据	狭义痰饮：饮停于心下（胃）、肠；素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声		
		悬饮：饮停于胸胁；咳唾引痛（2）		
		溢饮：饮流于四肢肌表；身体疼重（四肢肿），无汗		
		支饮：饮停于胸肺；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿		
	留饮	指饮邪留而不去		
		分属于四饮中	心下有留饮，其人背寒冷如掌大	
	伏饮		胸下有留饮，其人短气而渴	
指饮邪潜伏不出，特指支饮的一个类型（11）				
病因病机：食少饮多，脾运失司，阳衰饮聚，本虚邪实（12）				
主脉：脉偏弦（12）				
基本治法：当以温药和之，温补之中酌加行消利导之品——温补助阳，行水蠲饮（15）				



证治:		饮停心下——苓桂术甘汤——温脾阳以化饮 (16)	
痰饮病	痰饮	微饮短气 { 偏脾阳虚 ↗ 偏肾阳虚——肾气丸——温肾阳以化饮 (17) }	{ (本虚) 温化
		(心下) 留饮欲去——甘遂半夏汤——攻破利导 (18)	{ (标实) 利导
		肠间有水气——己椒苈黄丸——前后分消 (29) ——分消利导	
		痰饮冒眩——泽泻汤——利水除饮, 补脾制水 (25) ——上病下取	{ 温利
		饮停脐下——五苓散——化气利水 (31) ——表里分消	
		痰饮呕吐 { 呕家不渴——小半夏汤——和胃止呕, 散饮降逆 (28) 温降 呕吐眩悸——小半夏加茯苓汤——和胃止呕, 引水下行 (30) 先渴后呕——小半夏茯苓汤——行水止呕 (41) }	{ 温利
		悬饮——十枣汤——峻下逐水 (21、22) 温逐	
	溢饮	治法: 当发其汗	
		证 { 饮盛于表兼郁热——大青龙汤——发汗兼清郁热 (23) 治 { 表寒里饮俱盛——小青龙汤——发汗兼温化里饮 }	{ 温开 (散)
	支饮	外寒引动内饮——小青龙汤——解外寒而除内饮 ↗ (35)	
		{ 支饮不得息——葶苈大枣泻肺汤——泻肺逐饮 (27) 支饮腹满——厚朴大黄汤——疏导肠胃, 荡涤实邪 (26) }	{ 温 下
		支饮重证 { 虚者——木防己汤——补虚清热, 通阳利水 (24) 实者——木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤—— 行水散结消坚 (24) }	{ 温利 温消
		支饮实证——十枣汤——峻下逐水 (32、33)	
		病案 { 饮邪暂解, 冲气上逆——苓桂甘味汤——敛气平冲, 兼以 化饮 (36) 支饮复出——苓甘五味姜辛汤——温肺蠲饮, 泄满止咳 (37) 支饮冒呕——苓甘五味姜辛半夏汤——温肺逐饮, 降逆 止呕 (38) 支饮形肿——苓甘五味姜辛夏杏汤——蠲饮宣肺 (39) 支饮兼胃热——苓甘五味姜辛夏杏大黄汤——蠲饮泄热 (40)	



消渴小便不利淋病脉证并治第十三

概 述

【篇名校注】赵开美的影印本，篇名是“消渴小便利淋病脉证并治”。消渴病，三多一少为临床特征，本身有小便利、多尿症。可以说，本篇讲了消渴病和淋病。但是，篇中内容有小便利病的辨治。因此，从多数注家意见，将篇名改为“小便不利”，讲述消渴病、小便不利病、淋病三种疾病。

【合篇意义】

1. 在症状上，都涉及口渴和小便的变化。
2. 在病位上，皆与肾和膀胱关系密切。
3. 在方治上可以互通。

比如肾气丸，可以治疗下消，又可用于肾气虚的小便不利病及石淋。

五苓散既可治疗热病过程中的消渴症，又可用于小便不利病及石淋。

【概念】

1. 消渴 有广义、狭义之分。广义消渴是疾病名，特指多饮、多食、多尿、消瘦，即以“三多一少”为临床特征的一类疾病。

狭义消渴是症状名，指热病过程中口渴引饮的症状。

作为糖尿病或者说消渴病的“多饮”，和狭义消渴症中“口渴引饮”的症状，在程度上、病情上截然不同。消渴病的“多饮”是渴饮无度，如原文所讲“饮一斗，小便一斗”，喝多少，尿多少，仍然不能解决口渴的问题。《伤寒论》有关原文涉及“消渴”，实际是指狭义消渴的症状，共涉及5条原文，用来和消渴病鉴别。

2. 小便不利 小便不利也有广义、狭义之分。广义是指疾病名，指小便困难，量少或点滴、短少，尿道不痛为特征的一类疾病，但是势缓，是一个慢性过程。



狭义是指疾病过程中的症状。时病也好，杂病也好，都会出现小便不利的症状。

本篇所讲的小便不利是疾病名，原文具体分析了它的可见证候及证治，体现了辨病与辨证相结合的原则。

3. 淋病 是指小便点滴，淋漓涩痛，甚则刺痛为主症的一类疾病。临床具有尿急、尿频、尿痛等泌尿系刺激症状的特点。本篇有关方证可用于血淋、热淋、劳淋及石淋。

【比较鉴别】从举例说起，一般而言，男子50岁以后，易患前列腺良性增生症，也称前列腺肥大。症轻的话，小便时有种欲出未尽的感觉，小便淋漓，尿有余沥，或者尿等待，但它不属于淋证，而属于小便不利证。重的话，可以是小便不通，称为“癃闭”，又和小便不利有区别。癃闭，出现的势急。小便不利势缓，其概念还要注意和淋病相鉴别。在《中医内科学》中淋病有五淋、六淋。包括血淋、石淋、热淋、气淋、劳淋或膏淋。本篇虽然在小便不利和淋病的症状上区分严格，但在证治上，提到的方治，需要注意在相互联系中比较鉴别。

消渴病

一、病机与脉症

【原文】寸口脉浮而迟，浮即为虚，迟即为劳；虚则卫气不足，劳则营气竭。(2) (三类)

趺阳脉浮而数，浮即为气，数即消谷而大坚；气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴。(2) (二类)

【解读】本条用脉象推论消渴病的病机。

第一段，从脉象上说，寸口脉主心、肺，寸口脉浮，标志着阳虚气浮，是胃气不足之象。迟为血脉不充，提示营气不足。病机在于营卫两虚，燥热内生；这一段要说明的关键问题，是指出本病为虚劳，属慢性虚损性疾患。

第二段，“趺阳脉浮而数”。趺阳脉候脾胃，浮则胃气有余，数则胃热亢盛，“气有余便是火”，水为火迫，偏渗于膀胱，就会出现溲数。胃热气盛，消谷灼津，则大便坚硬，小便频数，消谷善饥。这是论述病机和中消的临床特征。

本条突现“三多一少”的临床特征与病机。概括地说，消渴病的命



名，包含着消烁津液而多饮，消谷善饥而多食，偏渗膀胱，或者说直趋下源而多尿，消耗精气而消瘦。总之，由于消烁津液，而燥热内生，阴虚火旺。从病名和主症的角度，把消渴病的病机概括为“阴虚为本，燥热为标”。到目前，对糖尿病，包括1型和2型，临床所见确实是气阴两虚型为多见，当然最终也会导致阴阳两虚。在病机上，基本是“阴虚为本，燥热为标”的认识，这是张仲景在《内经》理论与实践基础上的发展。

消渴病的范围比西医学所指的糖尿病要宽广。它不仅包括1型和2型糖尿病，而且2型糖尿病为临床常见病，中医药辨证治疗，疗效较好。而1型糖尿病为胰岛素依赖型，有的年龄偏小，并发症出现得较早，病情比较复杂，而针对合并症的控制，中医药治疗具有一定优势。再有，涵盖了症状类似糖尿病，却是由于内分泌系统的肿瘤造成的，如脑垂体瘤出现的多饮、多尿、消瘦，这又需要和糖尿病相鉴别。还有一类，临床和实验室检查确诊不了，但有“阴虚为本、燥热为标”的具体症状。这些病证如果按照本篇的精神实质辨证施治，确能取得很好的临床疗效，实为中医药治疗和研究糖尿病及其合并症、类似证提供了宝贵的原始资料。

二、病因

本篇对消渴病的论述并未提到病因，为什么呢？这是一种省文。因为早在《内经》中，就有六个篇章涉及消渴病的病因。如：《素问·奇病论》、《素问·气厥论》、《素问·脉要精微论》、《素问·刺热论》、《灵枢·邪气脏腑病形》、《灵枢·五变》。我认为，尽管《内经》有其论而无其治，但是在某种意义上说，足见其自身是有前瞻性和先进性的。

《内经》中已经分出上、中、下三消。认为上消主肺；中消主胃；下消主肾。有人提出“消瘴”，指消谷善饥，是中消。但《灵枢·五变》提出“五脏皆柔弱者，善病消瘴”，“瘴者，热也”。实际上讲出了易感人群的病因，就是强调燥热的问题。

《灵枢·本脏》记载了同样的话：“五脏脆则善病消瘴”。这也是从易感人群的病因上指出与体质因素、五脏脆弱相关。“脏腑精质论”，实际上是早期的遗传学认识。西医学也认为，糖尿病的易感人群有遗传因素，或者说有基因问题。

《素问·奇病论》比较早地提出关于“食甘美而多肥”的病因，即饮食结构不合理，多食肥甘导致消渴病。肥，就是膏粱厚味则生热，甘令人生满。饮食失节，结构不合理是一个诱发因素。



另外，还涉及情志问题，情志所伤。目前，我们临床看到的一些糖尿病病人，当他激怒的时候，或者忧郁的时候，病情进展，症状显著，空腹血糖升高已成规律，这在《灵枢·五变》里面有所描述：“其心刚，刚则多怒，怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流，腹皮充胀。血脉不行，转而为热，热消肌肤，故为消瘴”，说明情志失调，郁而化火，为消渴发病的又一致病因素。

所以，《内经》的理论对于我们认识消渴病的病因病机大有裨益，可以充实本篇原文的内容，帮助我们加深理解经典著作的理论内涵。

《金匮》第2条原文，如上分析，病机是“阴虚为本，燥热为标”；主症是“消谷引食”即多食，有“大便坚”而“溲数”，是指精微物质从小便流失后导致消瘦。即指出“中消”有多饮、多食、多尿症，而以消谷善饥为重。对中消证并没有出方。那么，中消证拿什么法来治？也没有提出。后世发展认为调胃承气汤为主方。关于治法，程钟龄在《医学心悟》中指出：“治中消者，宜清其胃，兼滋其肾。”确有实践意义。我认为，不能把着眼点落在消谷善饥就是胃热上，光清胃热不行，必须得滋阴。因为要切中“阴虚为本，燥热为标”的病机，更要“治未病”。所以，滋其肾，养其肾阴，才有利于清除阴虚的火热，包括胃热。

三、证治

（一）肾气亏虚（下消）

【原文】男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗，肾气丸主之。

（3）（一类）

【解读】本条论述下消证治。以“男子”二字冠以条首，和我们讲“男子虚劳”的寓意一样，消渴病女人也得，为什么要强调“男子”？就是要强调肾为本，肾阴被耗损是关键。“下消”，包括糖尿病肾病，亦称“肾消”，病因病机可从房劳伤肾，精气亏虚的本质去考虑。所以消渴病者，有渴饮无度为特征的问题，是肾阳衰微，气化功能失常，不能蒸腾津液以上润所致。还有喝进一斗，尿出一斗，即“饮一溲一”的问题，严重消烁津液。此病机是由肾阴虚日久不愈，阴损及阳所致。临床表现“小便反多”，张仲景善用“反”字，前面已经讲了多个有“反”字的条文。凡有这种字样的出现，就是强调鉴别诊断，在此标志着小便反其常，出现了“多”，多到什么程度呢？“以饮一斗，小便一斗”。“斗”，是个量词，但是，又不是真的去拿斗量，是要说明进和出的量几乎均衡，喝多少尿多



少，尿得很多。

那么，消渴病，阴虚为本，为什么用肾气丸？这是大家容易忽略的地方，也是值得深究的问题，因为肾藏精，为水火之脏，内寄元阴元阳，如果火能蒸腾，精气就能上承，心肺得润；气能摄精，那么真水充而不能下流。如果肾虚阳微，则不能蒸腾以上润，津不上承必渴饮；肾虚阳不化气，气不摄精，就会失去制约，所以，水趋下源而小便反多。这就是肾阴虚→阴损及阳→肾阳虚→肾气不足，并以肾气虚为主的下消证。

这时候怎么治？用八味肾气丸，方中有桂枝和炮附子。近年来，遵《千金》、《和剂局方》之旨，又有人将桂枝改为肉桂，取其引火归源之功。

肾气丸在本书有五见，为异病同治的范例。消渴病是其中一见，另外四病，全都出现小便不利症，但是这种症状差异，不是辨证施治的关键，关键是要辨病机，病机相同，证候相同，治法相同。

为什么“小便反多”，肾气丸也能治？我想，用《内经》的说法，给大家做提示。

《素问·水热穴论》中指出：“肾者，胃之关也”，张介宾在《类经·二十一卷》提到：“关者，门户要会之处，所以司启闭出入也”。“启”，打开；“闭”，关上；“出”、“入”，指小便的通利，即正常“启闭出入也”。“肾主下焦，开窍于二阴”，即肾司二阴。“水谷入胃，清者由前阴而出，浊者由后阴而出”。是说胃具有降浊的功能，浊中之清是尿液，从前阴排出；浊中之浊，从大便排出。升清降浊，包括水液代谢和水谷运化，其中，脾、胃是斡旋中焦的枢纽。那么，“肾气化则二阴通，肾气不化则二阴闭”。这是说“启闭出入”的生理功能和气化相关。“肾气壮则二阴调”，身体健康则二便通调。所以，中医问诊要问二便，从中可以了解脏腑的功能情况。当“肾气虚则二阴不禁”，可以说张介宾的回答“肾气化则二阴通，肾气不化则二阴闭，肾气壮则二阴调，肾气虚则二阴不禁”，就是对“肾者，胃之关也”的最好诠释。

肾主水，司开合，肾阳虚，膀胱气化不利则小便不利。现在是“小便反多”，原因是开合失司，摄水的功能失常，气不摄津，肾虚不能化气以摄水。所以这就是肾气虚，肾虚导致气不摄津，小便反多者，还用肾气丸治疗的道理。

【临床应用体会】

1. 鉴别诊断 消渴病日久见肾气（阳）虚的临床表现，以夜尿多为特点，每夜超过5次以上。这样的“洩数”，要注意和淋病鉴别开。糖尿



病的小便频数，特点是尿甜，尿中有沉淀物，又要和膏淋区别。尿甜和尿中有沉淀物都是尿糖造成的。

50 岁以上的男性患有前列腺肥大症，由于前列腺增生导致的梗阻，小便不畅，尿不尽，以尿频、多尿来就诊，应做前列腺方面的检查。假设既患有糖尿病，又患有前列腺肥大症，应以“痼疾加以卒病”，当先治其新病的原则来对待。如果说，前列腺增生症为缓、为轻，要把糖尿病放在首要位置。如果糖尿病为轻，而前列腺增生症重，要按照中西医结合的疗法处理。这是临床常见的，应注意鉴别诊断。在治法上，要把握是兼治，还是分先后缓急。

2. 对金匱肾气丸治疗消渴病的粗浅认识

(1) 阴虚型糖尿病常夹有痰湿、水饮、瘀血等证，当随证治之。

(2) 凡阴阳两虚型糖尿病，多属患病日久，阴损及阳而来，治疗难求速效。

(3) 糖尿病酮症或气阴两虚证，或阴虚火旺证当去方中桂、附，取六味地黄丸“壮水之主，以制阳光”之治。

(4) 1 型糖尿病病人，在使用胰岛素治疗中，常出现肾气不足，血脉凝涩之证，治当配以温通之品。

3. 对消渴病基本病机的认识为阴虚燥热。本虚方面，有肾阴虚而致肾阳虚，脾肾气虚、肺胃之气阴两虚、阴阳两虚等，但以气阴两虚为临床常见证候；而标实方面，有燥热、水饮、痰浊、瘀血，也有新说“糖毒”等。《金匱要略》除本篇讨论消渴病证治外，其他篇章有“血不利则为水”、“水血互患”、“痰瘀相关”、“痰瘀互结”的重要立论，经方黄芪桂枝五物汤、麦门冬汤、栝蒌瞿麦丸、白虎加人参汤，以及治法和方药配伍酸甘化阴等对消渴病的诊治均有重大的理论与现实意义。

4. 对消渴病合并症的认识

(1) 肾气丸法的应用：《中医内科学》中反复强调，消渴病的病因是肺、胃、肾的阴虚，有些医生没有学懂张仲景的著作，不敢开金匱肾气丸（汤）方。我体会，临床见消渴病日久的病人典型症状就是夜尿多，而且病人的全身症状也呈虚寒象：肢冷，腰痛不温，舌质淡，苔白或白腻，舌边有齿痕；临床常有视物不清或双目干涩或有黑影、异物等症状，应建议到眼科做相应检查，往往是糖尿病性视网膜病变；还有女性往往以阴痒为主诉就诊，结果尿常规检查发现有尿糖；也可以见到伴有尿常规检查 Pro 阳性或微量 Pro 阳性，或不仅是尿多，且大便或坚，或消化不好。中医临



床辨证是肾气（阴）（阳）虚的表现。用肾气丸为主，加桑螵蛸 30g；尿蛋白明显增多时，加黄芪、炒薏米、芡实、石莲子、金银花等；属肾阳虚而水肿者，合防己黄芪汤加减治疗；兼有四肢麻木或疼痛，舌质暗者，合黄芪桂枝五物汤加水蛭 3 ~ 6g 冲服，加穿山龙 30 ~ 50g；对视物不清者或视物有飞虫感者，可酌加青葙子、枸杞子、菊花、三七粉等。

（2）对消渴病合并症的病机认识：①关于并发肺癆或肺气痿弱，引起虚嗽的病机，是因患消渴病日久，肺阴亏耗，燥热内生，损伤肺络，这和肺痿的病因病机认识，“重亡津液”所致相似，而且“燥热为标”是在肺，是燥热损伤肺络，肺阴亏耗的结果。②发为雀目，或表现为耳聋。因为中医学认为，肝开窍于目，肾开窍于耳，消渴病日久，肝肾阴虚，精血亏耗，不能上行濡养、滋润耳、目，因此病人出现视物不清，甚至于目盲、耳聋。③发为疮疡和痈疽，也是临床最应该注意的。消渴之病，耗伤津液，气阴两虚。因为肺主表，合皮毛，所以病在肺的话，营卫亏虚，甚则虚竭，气阴两虚，燥热内结，造成蕴毒和瘀血搏结成脓，发为痈疡。④“中风”和“偏枯”，包括血痹，是由于消渴病日久出现阴虚阳亢，阳热灼伤津液，则炼液成痰，痰阻经络，甚至于痰蒙心窍。如果痹阻影响血行，甚至瘀血阻络，气虚无力推动血行，就形成血痹，以肢体局部麻木、疼痛为主症。⑤发为水肿，特别是久病消渴，阴损及阳，脾肾阳虚，水湿潴留，泛滥肌肤，发为水肿，需要紧密结合临床所见辨证施治。对于出现的酮症、尿毒症、肾功衰竭的情况，应该通过中、西医两法配合治疗，会比单一的治疗方法效果好。因为现在对于降糖的手段很多，难题出在合并症的治疗上，而中医药在这方面有优势。所以，学习本篇要和《西医内科学》、《中医内科学》所介绍的内容结合起来。

施今墨老先生治糖尿病，总结本病的临床特点为：（1）“症见尿频清长”。（2）“朝夕不断”，不分早晚。有的人会像尿崩症一样。（3）尿液上浮一层脂膏，是糖尿病患者的特点。（4）不欲饮食，舌淡而不红，有脾虚证，苔薄白，或润或不润，气短音低，大便时溏，四肢厥冷。六脉沉迟，尺部尤甚，说明肾阳虚，以虚寒证为主。

他将方中桂枝变成肉桂 24g，切碎蒸汁兑入。煎煮时间短，且单用肉桂汁，再和汤剂兑在一起，取其辛热之性，引火归源之效。炮附子 18g，少于肉桂用量，加参、茸。

关于人参的使用，根据病情需要和病人的经济条件来决定，最好用西洋参。鹿茸粉，以滋肾为主。生茸既可健脾，又可壮肾阳，鹿茸粉用量



3g，分两次冲服。其他如淮山药 30g，山萸肉 12g，配伍桑螵蛸、金樱子、芡实、补骨脂、覆盆子、巴戟。施老认为：补骨脂配巴戟，能够通命门，暖丹田。不用丹皮、泽泻，如果用，在汤剂里仅用 9g。《本草纲目》还提到，巴戟和补骨脂有壮筋骨、益元气的作用。这是针对虚寒，下元虚损而治。关于补脾、健脾的药，用白术、炙甘草、山药、人参、鹿茸，脾肾均补，健脾益气，使中气充沛。所以，施今墨老先生治糖尿病的经验值得推崇。他说：“宗仲景之法，壮火补虚，固脱填精”。这是对张仲景关于诊治阴损及阳的下消证的临床发挥。他的经验集里提出了降糖药对，苍术配玄参，可降血糖；黄芪配山药或者黄芪配地黄以降尿糖。关于用生地黄，还是熟地黄，根据病情和体质来决定。阴阳相济，益阴以摄阳，壮阳而不伤阴，是阴生阳长的基本理论，体现了用肾气丸的道理。李用粹在《证治汇补》的“消渴篇”里面，提出久病要滋肾养脾。可见施今墨老先生熟谙经典著作，对历代医家的见解深思熟虑，他的方中体现了“久病宜滋肾养脾，盖五脏之津液，皆本乎肾，故肾气丸为消渴良方也。”

《孙东宿》医案选：下消证，法当温补下焦。

君：熟地六两

臣：鹿角霜、山萸肉各四两，桑螵蛸、鹿角胶、人参、茯苓、枸杞子、远志、菟丝子、山药各三两

佐：益智仁一两

使：桂、附各七钱

蜜丸，早晚盐汤送下，4~5 钱

治一年过五十的书辨，“不终剂而愈”，“此证由下元不足，无气升腾于上，故渴而多饮，以饮多小便亦多也。今补下元，使阳气充盛，熏蒸于上，则津生而渴止矣。”

俞东扶曰：“此案，实宗仲景‘饮一斗，小便亦一斗，肾气丸主之’之法也”。

5. 历代医家对金匱肾气丸的衍化方，可用于消渴病及合并症之举隅：

(1) 地黄饮子 = 原方去泽泻、丹皮、山药；加麦冬、五味子、菖蒲、远志、巴戟、肉苁蓉、石斛、生姜、大枣

主治：暗瘕，中风不语，偏瘫属于阴阳俱虚。若偏阳虚，痰火盛者，去炮附子、肉桂；加鳖甲、旱莲草、竹沥、胆星等；气虚者加黄芪、党参或太子参、西洋参。



(2) 济生肾气丸 = 原方 + 牛膝、车前子

功效：温阳利水，补肾填精。

主治：肾虚脾弱，臌证，慢性肾炎等。

(3) 六味地黄丸 = 原方去桂枝、附子

主治：肝肾不足，真阴亏损。

(4) 七味都气丸 = 六味 + 五味子

主治：阴虚气喘，咳嗽等。

(5) 知柏地黄丸 = 六味 + 知母、黄柏

主治：阴虚火旺，劳热骨蒸盗汗，口干舌燥证。

(6) 杞菊地黄丸 = 六味 + 枸杞子、菊花

主治：肝肾不足、阴亏之头目诸证。

(7) 明目地黄丸 = 六味 + 甘菊花、枸杞子、石决明、白蒺藜

主治：肝肾不足之视物不清、昏花等。

(8) 归芍地黄丸 = 六味 + 当归、芍药

主治：肝肾阴虚诸证。

(9) 麦味地黄丸 = 六味 + 麦冬、五味子

主治：肺肾阴虚之咳喘，痰中带血，梦遗，盗汗等。

(10) 参麦地黄丸 = 六味 + 人参（沙参）麦冬

主治：肺肾两亏、气阴不足之咳喘劳热。

(11) 地黄青娥汤 = 六味 + 枸杞、麦冬、五味子、补骨脂、胡桃肉、甘草

主治：颤抖症，腿痿软，视物模糊。

(12) 参芪六黄汤 = 六味 + 人参、黄芪

主治：消渴病气阴两虚证。

(13) 银翘地黄汤 = 六味 + 双花、连翘

主治：消渴病泌尿系感染及慢性肾盂肾炎复发病。

【治验举隅】男患，61岁，哈尔滨人，干部，2002年4月12日初诊，门诊号：3231。

糖尿病诊断已被否定，但是具备糖尿病样的症状。前来求诊中医药治疗。主诉：突然出现口干，饮水多，总想喝水才觉得舒服。夜尿6~7次，体重在一个月下降4kg，大便不爽或便干，舌红、苔黄，舌右侧有瘀点，脉弦。

第一方，知柏地黄汤为基础方滋阴清热，因其大便干且不爽，加增液



王雪华金匮要略讲课实录

汤。地黄 30g，麦冬、玄参各 20g，生石膏 30g（先煎），丹参 20g，葛根 20g，花粉 20g，桑螵蛸 25g，7 剂，水煎服，日两次，早晚分服。

二诊，检查血糖。因为初诊时仅凭自带的检查报告单作中医辨证处方参考的。为什么呢？因为糖尿病的诊断，不是以尿糖为标准，而是以空腹血糖升高为依据，并需参考餐后 2 小时血糖及糖耐量检测结果综合分析，他的血糖化验结果是 4.84mmol/L，没有超过上限 6.01mmol/L，属正常范围。需要说明，现国际标准：空腹血糖为 5.6mmol/L，餐后 2 小时为 7.8 ~ 11.1mmol/L，糖耐量介于二者之间。原来尿中呈弱阳性的蛋白没有了。服了 5 剂汤药后，夜尿少至 3 次；口干减轻，但仍比以往喝得多。B 超示：双肾小结石，其余无显著变，主诉腰、腹部有疼痛感。原舌质深红，苔黄，现舌苔已变薄，略有薄黄。舌的瘀斑有所减轻，但是仍然存在。在上方基础上加减，去增液汤成分，加金钱草 1 两，威灵仙 40g，琥珀 5g（分两次冲服，一次 2.5g，有活血利尿通淋的作用），另加桃仁 15g，石韦 20g。7 剂，煎服法同前。

三诊时病人感觉特别好，主诉饮水少了，口也不渴了，基本上能够控制在正常饮水量，夜尿还有 1 ~ 2 次，腰酸疼减轻，舌边小瘀点非常轻浅，舌红，苔薄黄，脉弦。仍以知柏地黄汤为底方，加花粉 20g，丹参、葛根各 20g，桃仁 15g，琥珀 5g 冲服，先后用桑螵蛸、益智仁、五倍子，7 剂，煎服法同前。

他问我：“你究竟是给我按糖尿病治的，还是按什么治的？我血糖、尿糖都正常，怎么会有这些症状呢？”我说：“根据西医方面，该检查的都检查到了，不承认你是糖尿病。我现在就是辨证施治，随证加减。‘有是证使用是药’就对了。”这位病人就看 3 次门诊，效果满意，症状消失。随访至今 6 年余，仅有慢性胃炎，余无著变。这个病例对我的学生们在消渴病的认识上影响很大，就是不要专门同糖尿病对号入座。

（二）肺胃热盛，津气两伤（上消）

【原文】渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。（2）（二类）

【解读】本条论述气阴两虚的上消证治。

在《金匮》里，这是第二次见白虎加人参汤证。太阳中暍，伤暑后出现的气阴两虚证，“白虎加人参汤主之”。而本篇所见的“渴欲饮水”为消渴病，渴饮无度，不是热病过程中的症状。但是也有学者认为本条是《伤寒论》原文的重复，只要证候相同，病机同属于气阴两虚的消渴病和热病过程中的口渴引饮证，均可用本方治疗。



上消强调渴饮无度，以多饮为主症、为特征的口干舌燥者，当然有多尿症，为气阴两虚证，是肺、胃热盛导致的。燥热为标，责之于肺，连及于胃，因此，白虎汤为底方，加人参，西洋参最好，其次用太子参，不能用红参。加人参的道理，就是益气生津的作用。

【临床应用体会】白虎加人参汤的功效，清热止渴，生津益气。有动物实验报道，白虎加人参汤去掉甘草，其降糖作用不明显；但是，临床上用于某些病人会有血糖升高现象，需要进一步探索。

在辨证施治方面，经方肾气丸和白虎加人参汤是专为消渴病辨证治疗而设。

下面讲治疗小便不利的栝蒌瞿麦丸。它是肾气丸的一个变方，也可用于消渴病的治疗。

小便不利

一、证治

(一) 上燥下寒水停

【原文】小便不利者，有水气，其人苦渴，栝蒌瞿麦丸主之。（10）

（二类）

【解读】本条论述小便不利，上燥下寒水停的证治。首先看《讲义》的【校勘】，“其人若渴”，万历年间刻印的徐镛本是“苦渴”，合理！请同学们注意，张仲景善用“反”字，还善用“苦”字。用以表示疾病或症状重的意思，这是肾气丸的变方，所以，我们要知其常还得达其变。这是怎么变的呢？他在原方温肾阳、滋肾阴以益肾气、泻肾邪的基础上，保留了炮附子一枚，山药三两，茯苓三两，加瞿麦一两清热而利尿，因肾不化气造成小便不利而“有水气”内停，津液不能上承，则加用栝蒌根治“苦渴”，以生津止渴。

从方测证可知，由于肾气虚，失开合，则小便不利，不能蒸化津液以上承，上焦反生燥热而苦渴，为下寒上燥证候，因此方中保留了山药，可益脾助肾以制水，炮附子温肾阳而化气以疗下寒，茯苓、瞿麦以利水，特别是瞿麦有清热利尿作用，如同临床治疗热淋的八正散，用篇蓄、瞿麦清热利尿。针对上燥用栝蒌根，即花粉润燥生津止渴。本方重在滋阴润燥，化气益脾，有润燥生津，温阳利水的功效。为了使肺、脾、肾三者兼顾，在配伍上堪称温、润、利并举，即温阳不伤津，润燥不碍阳，渗湿不劫



阴，可以说，是阴阳并调，补利兼施的良方。

另外，请大家注意“方后注”，有“以小便利，腹中温为知”的记载，说明除了原文所提到的症状外，还有肾阳虚所致的腹及腰部的寒冷感，或腰以下的浮肿等症状，服用本方后，“腹中温”，小便“得利”，才是有效的标志。

【临床应用体会】

1. 临证时，此方亦丸亦汤皆可用，以下寒上热证为辨证要点，对下消病人尤为适宜，可用作糖尿病肾病的基础方。如果出现尿毒症，可酌加草果、大黄、佩兰等药物。

2. 治疗慢性肾炎属脾肾阳虚证者，可酌加桂枝、白术、怀牛膝、车前子等。

（二）湿热夹瘀，脾肾亏虚

【原文】小便不利，蒲灰散主之；滑石白鱼散、茯苓戎盐汤并主之。
(11)（二类）

【解读】本条论述小便不利的三种治法，体现同病异治的精神。

从方测证可知，蒲灰散主治湿热兼瘀血的小便不利，也适用于热淋。方中蒲灰和滑石相伍。蒲灰即蒲黄，生蒲黄凉血化瘀，消肿止痛；滑石，清热利尿而不伤阴。专治湿热兼瘀血引起的小便不利，化瘀利窍泄热，以通为主，也可用于热淋。但不能把小便不利和热淋的概念混淆了。

滑石白鱼散，由滑石、白鱼、烧乱发三味药组成。滑石的作用上方已经说明，况且在百合病的证治中已体现了张仲景用滑石的目的就是清热利尿而不伤阴。白鱼是放久的书籍、衣帛，不经常清理生出的小书虫，叫蠹虫，具有消瘀行血，清热利尿的作用。还有一味药就是乱发，在《本经》称为发鬘，为上品。《金匮》一书治黄疸用猪膏发煎，即是取其散瘀利湿而退黄的作用。服用方法是将乱发用猪油高温熔化后兑服，有化瘀利水的作用。而血余炭是将乱发煅烧后研极细末使用，取止血散瘀，补阴利尿的作用。所以，滑石白鱼散不仅可以清热利尿，还可以化瘀止血，适用于湿热夹瘀的小便不利，以及血淋的治疗。现在中药局没有白鱼这味药，我在临床上多用三七代替血余炭和白鱼。

临床对血尿应注意鉴别诊断，有时治血尿效果不好，需要做膀胱和肾脏的B超检查，看有没有结石、结核和肿瘤的发生。比如用三七化瘀止血，如果无痛性血尿不仅没有减少，反而血量增加，可能是膀胱癌、肾癌引起。所以不能见血就止血，要多方面考虑。



茯苓戎盐汤，由茯苓、白术、戎盐组成，说明脾肾亏虚较重，因中焦脾虚，下焦湿盛所致。方中白术配茯苓，针对脾肾亏虚，可健脾益肾，有补后天以补先天之意。《神农本草经》记载戎盐是大青盐，性味咸寒，“咸入肾”，可助肾脏，益精气，能治疗尿血、吐血。取其“以通为补”的作用。用“弹丸大一枚”，量不少，此种用法可供参考。因为按西医学的认识，凡肾病，要求低盐、卧床，以减轻肾脏负担，从而有利于病人康复，这是有道理的。茯苓戎盐汤，针对脾肾亏虚而治，具有利湿清热、健脾益肾的作用，可用于膏淋和劳淋。

淋病

一、证治

(一) 石淋

【原文】淋之为病，小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中。(7) (二类)

【解读】本条论述石淋发作时的典型症状。

讲石淋，但未提出治法。但是，如前所说，如五苓散、肾气丸等治小便不利的经方，辨证用药，可以互通。“小便如粟状”，这是石淋的典型症状。我补充说明“小便如粟状”有两种解释，一是小便排出粟状之物，细小的如米粒样大小或蓖麻籽大小的结石通过尿道排出体外，肉眼可见；再者，尿道有不通畅的感觉，有梗阻的情况，病人疼痛加剧，正如原文中描述的伴有“少腹弦急，痛引脐中”的症状，非常符合临床实际。

清代黄坤载在《金匱要略悬解》中记载了小便如粟状，尿道排尿时有梗阻感，不那么通畅。所以，石淋确实有这样的症状，特别是结石经过输尿管生理性狭窄的部位，疼痛加重，即“小腹弦急，痛引脐中”，正是指出有放射性疼痛。实际上就是引起了“肾绞痛”的临床表现。一般大于0.6cm的结石在经过输尿管生理性狭窄部位，尤其是第二狭窄处，也就是髂血管与输尿管的交界处时，会引起小腹、少腹拘急不舒，还有腰部，以及结石所通过的部位。如果在下段尿道有梗阻，病人更是苦不堪言。所以，这个症状的描述非常合理。关于肾结石，包括胆结石，西医学讲得很清楚，有的结石是胆固醇成分，有的是盐类，最常见的是草酸钙，其次是亚硝酸盐和磷酸盐、碳酸盐等，所以有的结石非常坚硬，排石时也有一定的困难。而中药有化石、溶石、排石的一系列药物。所以，对石淋，细小的结石，通过中药排石、溶石可以解决。这是中医药无创性治疗的优势，



当然，对于由结石引起的肾积水，同样会随着结石症及其并发感染症的有效治疗而得到痊愈。

【临床应用体会】

1. 对泌尿系结石的治疗，包括肾结石、膀胱结石、输尿管结石、尿道结石症，五苓散和猪苓汤各有侧重，阴虚体质的病人用猪苓汤，育阴清热而利小便；若是青壮年病人，多用五苓散化气兼解表，两方均可加上利于排石的药物，往往收效快，效果好。

2. 对慢性肾盂肾炎的病人，特别是女患，因湿热下注而急发者，可用三仁汤为主方，配合金银花、连翘、白花蛇舌草等治疗有效。我在临床治疗时常用此法排石，亲见患者排除的结石很多，因梗阻在尿道口，病人无法站立，在家人帮助下，用硬物将结石弄碎，排除后，在复诊时带给我看，颜色偏黄，形状不规则。我见过的多是灰白色结石排出，层层包裹，相当坚硬，有的已经是椭圆形的了。

【治验举隅】杜某，女，43岁，黑龙江省海伦市人，2007年10月19日初诊。

患者因肾结石、肾积水，左肾无功能，于2006年7月在其县医院行左肾切除术。近5~6个月右侧腰部胀痛，夜尿多，再次查B超示：右肾积水，多发结石，最大者0.7cm。因患者曾因死胎致宫腔感染行子宫次全切术，又因肾积水致左肾无功能行左肾切除术，故不能接受外科治疗，要求中医诊治。现腰痛，夜尿3次，便秘，三日一行，舌体大，质红，有齿痕，舌苔白，脉沉弱。尿常规示：白细胞成堆，50个以上/HP，上皮（+）。首诊处以银翘地黄汤为基础方，加白花蛇舌草35g，皂刺15g，桃仁20g，益母草20g，内金20g（研末冲服），三七5g（冲服），14剂，水煎分两次温服。

11月2日复诊，服前方自觉夜尿稍减，大便已调，每日一行，但右腰部仍觉胀痛，舌脉同前。尿常规示：镜下白细胞40个/HP，可见成堆，上皮（+），于上方加大腹皮25g，猪苓15g，怀牛膝15g，7剂，煎服法同前。

11月9日三诊：主诉：右腰部胀痛已减轻，大便正常，夜尿1次或无，精神好转，舌体正常，无明显胖大，质微红，苔薄白，脉沉细。B超示：右肾积水消失。原方基础上加金钱草30g，威灵仙20g，7剂，煎服法同前。

11月14日四诊：尿常规示：白细胞30个左右/HP，上皮（+），亚



硝酸盐(++)，说明有细小结石排除，患者要求带1个月中药回家继续治疗。12月6日电话告知，仍在坚持服药，症状已消失，可从事家务劳动，嘱其慎起居，节情志，防过劳，调饮食。

消渴小便不利淋病脉证并治第十三全篇小结

消渴病	概念		广义——疾病名，指以多饮、多食、多尿、消瘦（即三多一少症）为特征的一类疾病
			狭义——症状名，指热病过程中，口渴引饮的症状
	分证		上消、中消、下消
	病因病机		五脏柔弱，善病消瘵 营卫两虚，气血不足 过食肥甘，饮食失宜 燥热内生，阴虚火旺（2）
	病变特点		阴虚为本 燥热为标 肺胃热盛，津气两伤——上消（12） 胃热气盛——中消（2、8） 肾气虚（阴损及阳）——下消（3）
	辨证施治		上消 临床特征：渴欲饮水，口干舌燥——消烁津液而多饮 病变脏腑：肺、胃（12） 证治：气阴两伤——白虎加人参汤——益气生津，清热止渴 中消 临床特征：消谷引食，大便必坚，小便即数——消谷善饥故多食 病变脏腑：胃（2、8） 下消 临床特征：小便反多，以饮一斗，小便一斗——水趋下源即多尿 病变脏腑：肺、胃、肾（3） 证治：肾气虚衰——肾气丸——补肾之虚，温养肾阳

消耗精气则消瘦



- 小便不利

概念：

指小便困难，量少或点滴，短少，势缓，但尿道不疼为特征的一类疾病。亦是时病和杂病中的一个症状

辨证施治

下寒上燥——栝蒌瞿麦丸——化气利水润燥（10）

湿热——蒲灰散——化瘀利窍泄热（可治热淋）

湿热夹瘀——滑石白鱼散——利水消瘀止血（11）（可治血淋）

脾肾两虚——茯苓戎盐汤——健脾利湿益肾（可治膏淋、血淋）

热病小便不利

膀胱气化不行——五苓散——

化气行水利小便（4、5）

水热互结，郁热伤阴——猪苓汤

——滋阴清热利小便（13）
- 淋病

概念：

以小便点滴，淋漓涩痛，甚则刺痛为主症的一类疾病

分类：

石淋、血淋、热淋、膏淋、劳淋（气淋）

石淋主症：

小便如粟状，小腹弦急，痛引脐中（7）

禁忌：

淋家禁汗（9）



水气病脉证并治第十四

概 述

【本篇特色】《金匱·水气病》独立成篇。水气病是中医临床的常见病，在治法上独具特色。

1. 从命名上看，《金匱》是以病机命名，由于肾和膀胱气化功能失职，气不化水，造成水湿泛溢而称为“水气病”；《中医内科学》是以症状命名，凡水肿为主症的一类疾病，统称“水肿病”。可见，同一类疾病从病机或症状两个不同角度进行命名，其称谓有所不同。

2. 水气病和痰饮病同属于水液代谢失调引起的疾病，均与肺、脾、肾、三焦、膀胱关系密切。两者的区别在于：

(1) 痰饮病为脾运失司，水谷不化精微，反而停聚为饮。临床特征是饮停人体局部，也可波及五脏。

(2) 水气病由肾阳虚衰，气化失职，水泛周身而成水肿。临床特征以周身浮肿为主症，多兼有小便不利。

(3) 联系湿病，《金匱》所论外湿是以外感湿邪，多夹风邪或寒邪所致。因体质差异，兼邪不同，其病变有不同（风、寒、湿、热）。一般而言，是指少量的水分沾着于肌肉、关节之间。临床特征是以发热身重、骨节疼烦为主症。

3. 水气病的概念 是因肾不化气，气不行水所致，体内有较多的、更为清稀的水液潴留，泛溢于周身肌肤，引起以水肿为主症的一类疾病。

4. 本篇内容的特点

(1) 以病之表、里、虚、实，肿势在上、在下为纲。

(2) 基本治法提出“腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。

(3) 妇人病水，当分辨血分病与水分病。



(4) 水气病的分类，有风水、皮水、正水、石水，还涉及黄汗。

(5) 论及与水气病相关的气分病证治。可见，其病证范围、治略思想、辨治思路以及内容的综合性及其深广度均有自身特点。

本篇的教学要求，重点掌握四水的脉证和风水、皮水的主方；水气病的基本治法；熟悉妇人病水的血分、水分以及气分病的概念。关于黄汗的有关内容按三类条文对待，请同学们自学。本篇共32条原文，我将对主要内容做重点讲授。

一、四水的分类和辨证

【原文】师曰：病有风水、有皮水、有正水、有石水、有黄汗。风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风；皮水，其脉亦浮，外证胛肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗。正水其脉沉迟，外证自喘；石水其脉自沉，外证腹满不喘。黄汗其脉沉迟，身发热，胸满，四肢头面肿，久不愈，必致痈脓。(1) (一类)

【解读】本条论述水气病的分类。按照原文的意思，除了四水以外，还包括黄汗共五种。我重点讲四水及其主要脉证。

1. 风水 风水的命名，顾名思义，内有水气，外有风邪；具有风邪致病特点，其病势急骤，变化迅速；病因病机是风邪阻滞肺卫，肺失宣降而病水。脏腑辨证属肺；病性为表中之表。

主要脉证：“风水其脉自浮”。风水病人见浮脉，是风邪袭表，标志初起病在表、脏腑辨证属肺，肺合皮毛，肺失宣降而病水。“恶风”是风邪袭表所致。“外证骨节疼痛”，当有身体酸重，四肢浮肿。是由风邪和水邪搏结，水湿流注关节，阻遏阳气，经脉不通，不通则痛。本条文需要注意的是皆用“水”字作风水之省文。

2. 皮水 皮水的命名，指皮里之水，与外感湿邪有关；病势较缓；病因病机是脾失健运，肺失通调，水气潴留于皮中；脏腑辨证属脾和肺；病性为表中之里。主要脉证：“皮水，其脉亦浮”，提示病位在表，水在皮中，病因与外感湿邪有关。“外证胛肿，按之没指”突出以下肢先肿，或者以下肢肿甚为特征。请大家注意，原文写的是“胛”字，指肌肤按之没指，是浮肿之义；而“跗”字指足背或足踝肿甚，也可以说以下肢肿甚为特点。“不恶风”是指皮水与风邪无关，是外感湿邪所致；具有湿邪的致病特点，所以起病较缓，这是风水与皮水的鉴别点。“其腹如鼓”这里应该【校勘】，“如鼓”应该是“如故”。因为风水是表中之表，阳中之阳；



而皮水，是表中之里，阳中之阴。无论是风水，还是皮水，都属于在表之水，不应该有腹部的水肿，所以应该是“其腹如故”。病机是湿阻脾络，水在皮肤四肢所致。只有当病情发展到正水、石水阶段，才会出现腹满。“不渴，当发其汗”说明里无郁热，皮水病在表，当因势利导，用汗法治疗。

【原文】寸口脉沉滑者，中有水气，面目肿大，有热，名曰风水。视人之目窠上微拥，如蚕新卧起状，其颈脉动，时时咳，按其手足上，陷而不起者，风水。(3)（一类）

【解读】本条继续论述风水的机理和脉证。应和第1条结合起来学习。

风水初起时，和风邪相关，病在表，水邪停聚肌表，所以寸口脉浮。现在“寸口脉沉滑者”，是说风水起病急骤，特点善行而数变，水肿立即蔓延起来而“中有水气”。“中”，也是说明风水已经开始蔓延到体表肌肤了。而水湿留滞于胸颈以上，卫气被郁，故有“面目肿大”的症状。“有热”，指水邪和风邪兼夹，所以发热。因为“目窠”指眼胞部位，就是上眼睑肿起来了。“蚕”字经过【校勘】，《脉经·卷八》无“蚕”字。而其他版本的书，包括《金匱要略》讲义，都认为是眼胞肿起，像蚕匍匐拱起卧在眼胞上的样子。实际上不能这样理解，应该是“如新卧起状”，形容眼胞肿的样子，就像刚睡醒、刚起床那样，微肿。因此，这个“蚕”字为衍文。风水的特点：起于面目，目窠先肿，以眼胞（眼睑）肿甚。病机是脾不制水，水气上泛所致。“按其手足上，陷而不起者”，是指水气迅速泛滥四肢，具有凹陷性水肿的特点。指明对水肿病的诊断方法，应有切肤诊法。“其颈脉动，时时咳”，颈脉是足阳明胃经循行所过之处，喉结两侧的部位是人迎脉。水湿留滞于胸颈以上，造成肺的宣发功能失职。所以水渍于肺，会有咳嗽。

【临床应用体会】

1. 临床所见，风水发热常见，而咳嗽症不一定兼有，原文用来提示脏腑辨证与肺相关。

2. 风水的临床特征有三：特点一：恶风，关节痛，发热身重；特点二：面目先肿，眼胞肿甚；特点三：起病急骤，发展迅速。

3. 与现代医学比较，风水相当于急性肾小球肾炎，是一种变态反应性疾病，往往由咽峡部的链球菌感染所致，其发病及临床症状与张仲景对风水的描述相符。

【原文】里水者，一身面目黄肿，其脉沉，小便不利，故令病水。假



如小便自利，此亡津液，故令渴也。越婢加术汤主之。(5) (一类)

【解读】本条应与第1条结合起来学习，是论述皮水的证治。

【校勘】“黄肿”，《脉经》“黄”作“洪”。实为书写中的讹误。这里一定是“一身面目洪肿”。什么叫“洪肿”呢？形容水势蔓延较快，不一定像洪水那样猛烈，只是比喻而已。这里的“里水者”，不是说正水、石水那种里水，而是指皮里之水，因此，是指皮水症状而言。

因脏腑辨证涉及脾和肺，脾虚不运水湿，肺虚不能通调水道，“小便不利”导致周身及面目水肿，所以“一身面目洪肿”。“故令病水”，一定是指皮水，因为水气滞留于皮中。“其脉沉”，从“脉亦浮”到“脉沉”，说明水势迅速蔓延，从皮毛已经深入到皮里。而且又有“脾失健运，肺失通调”，水湿之邪既不能从皮毛外泄，又不能从小便通利，所以聚水湿而发为水肿。

【按语】

1. 原文第5条应用夹注的笔法指出：“假如小便自利，此亡津液，故令渴也”，是气虚津伤的表现。我认为，①消渴病在临床上有小便自利与口渴症同见，辨证多属气阴两伤。若兼见有水肿症，往往是消渴病之合并症，当禁用越婢加术汤。②如果服用越婢加术汤后，见小便自利而口渴症，提示津液已伤，不可连续用药，应中病即止。

2. 风水、皮水的鉴别。归纳原文第1、3、5条，鉴别风水、皮水。(见下表)

表 12 风水与皮水之异同

鉴别		风水（表中之表）	皮水（表中之里）
相同		脉浮，同属病在表；当发其汗	
不同	病因	外感风邪，内有水气	水湿留于皮中；外湿引动内湿，水湿滞留肌肤
	症状	表证 + 颜面先肿，眼胞肿甚	无表证 + 身肿，以下肢肿甚
	特点	起病急	起病较缓
	相关脏腑	肺、脾	脾、肺

（三）正水

正水的命名，正因为肾脏功能失职，气不化水所致，以水肿为主症而得名；病因病机是肾阳衰弱，水气停蓄；脏腑辨证属肾，涉及肺或脾；病



性为里中之表。

主要脉证：“正水，其脉沉迟”，因沉主里，主水，迟主寒，提示脾肾阳虚，水气失于温化，停聚为水。“外证自喘”是因水气潴留以后，上射于肺，肺失肃降，气逆而喘；与石水“互文见义”得知，当有浮肿、腹满症，是由脾肾阳虚，水气内停所致，必有腹水胀大症。正水发病缓慢，肿势明显，正气不足，预后欠佳。

（四）石水

石水的命名，“石”字表示水肿居于少腹，形容肿满坚硬的程度像石板一样。因水血瘀阻，凝结于下焦，少腹坚硬胀满如石而得名。病因病机是阴寒凝聚下焦，结于少腹；脏腑辨证属肝肾。病性为里中之里。

主要脉证：“石水，其脉自沉”，还当补出浮肿，身体肿重以及第10条原文指出的“脉得诸沉，当责有水，身体肿重，”说明水势严重，病情危重，是阴寒水气，凝结在下焦所致。“外证腹满不喘”是指腹满如石，面色晦暗，提示肝失疏泄，肾气虚衰，水血瘀阻。“不喘”是因下焦水甚，责之肝肾。可见石水的病情危重，腹水难消，正气虚衰，预后不良。

【临床应用体会】

1. 正水常见于肾病综合征，通过实验室辅助检查尿常规可发现顽固性大量蛋白尿，肾功不全。患儿常伴有低蛋白血症，还有高胆固醇血症以及明显浮肿的共同特征。因为患者多依赖激素疗法，往往造成满月脸、多毛现象等。治法应以清热利尿，活血解毒为宜，慎用温补。其他如慢性肾炎、心源性水肿等疾病从中医药治疗，可按“本在肾，标在肺，制在脾”入手，对改善症状，缓解病情确有疗效。中西医结合治疗已见可喜苗头。

2. 石水可见于肝肾综合征，肝硬化或肝癌的腹水以及结核性腹膜炎腹水等，临床见四肢消瘦，腹大如鼓，其形如蛙，面色晦暗。病人带着求生的期待目光，渴望医生有回天之力，然而实属难治之证。我们应努力研究加以攻克，这是中医、西医共同的职责。

二、五脏水

临床多有小便难，病情为重。因本脏先病，而后引起水肿病。有关五脏水的原文属于三类，作一般了解。但是对于临床识证、辨证有实际意义。

【原文】心水者，其身重而少气，不得卧，烦而躁，其人阴肿。（13）
（三类）



王雪华金匮要略讲课实录

【原文】肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通。(14) (三类)

【原文】肺水者，其身肿，小便难，时时鸭蹠。(15) (三类)

【原文】脾水者，其腹大，四肢苦重。津液不生，但苦少气，小便难。(16) (三类)

【原文】肾水者，其腹大，脐肿腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦。(17) (三类)

我觉得，不管水是在哪一脏，它共有的症状都是水肿，小便不利，或小便难；如果病情加重的话，必然出现腹水。现在我要说，不要与西医学的相关病名对号：“心水”是不是心脏性水肿啊？“肝水”是不是肝性的腹水啊？“肾水”是不是肾性腹水啊？不能这样理解。但是，它可以启发你，脏腑经络辨证在临床所见的一些表象。比方说，“肾水者，其腹大，脐肿腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦”，这都是按照足少阴肾经所循行的部位，包括腰、脐、外阴及足、面部，对其临床症状进行描述和概括的。“手足逆冷”是肾阳虚衰的表现。这些仅作参考，大家自学。

三、病因病机

下面，请同学们看，原文第19条专论水气病的病因病机。

这个条文集中体现用脉象论述水气病和肺、脾、肾、三焦、膀胱之间的关系，而且讲到了“血不利则为水”的血分概念。

【原文】师曰：寸口脉沉而迟，沉则为水，迟则为寒，寒水相搏。趺阳脉伏，水谷不化，脾气衰则鹜溏，胃气衰则身肿，少阳脉卑，少阴脉细，男子则小便不利，妇人则经水不通。经为血，血不利则为水，名曰血分。(19) (二类)

【解读】原文中“经为血，血不利则为水，名曰血分”为一类，因为它是张仲景提出的重要立论，很珍贵。需要和原文第20条结合起来学习，明确什么叫“血分”，什么叫“水分”。我现在要讲的是有关水气病的病因病机。

“寸口脉沉而迟”，寸口脉为阳，主肺。“沉则为水，迟则为寒”，沉脉提示肺失通调，水气凝聚，寒水内盛；迟脉提示肺气虚弱，血脉运行不畅。总体来说，病机是肺气不宣，肺失治节，水湿溢于肌表而发生水肿。“趺阳脉伏，水谷不化”提示脾胃阳气衰弱。“脾气衰则鹜溏，胃气衰则身



肿”，是互文见义的笔法，说明脾胃俱虚，临床见水粪杂下的鹜溏，是因纳运失常，不能腐熟运化水谷所致；不能分清泌浊所致的身肿。“少阳脉卑”，以少阳脉主三焦，“三焦决渎之官，水道出焉”，脉卑指少阳脉弱，提示三焦决渎功能失职，或指功能低下，直接影响水液代谢，而发生水肿。“少阴脉细”，主心肾。“少阴脉细”指精血不足，血虚精少。“男子则小便不利，妇人则经水不通”，因为少阴脉主心肾，当见细脉时，意味着肾虚而血少。在男子则小便不利，责之于肾虚，肾气不足，膀胱气化不利；妇人经水不通原因很多，此条所言是由寒气客于胞门所致，因冲为血海，“冲脉者，十二经之海也。”肾虚可使冲脉虚衰，阳气不足，寒凝血瘀则经闭。“经为血，血不利则为水，名曰血分。”是说妇女月经为血，其体为水，水病则血不行，那么血亦化为水。说明水血互患，乃至痰瘀相关的理论研究，源于本条原文，很有启发意义。

以上通过寸口脉主肺，趺阳脉候脾胃，特别是胃气衰则身肿，落实在肾的关门不利，“故聚水而从其类也。”少阳脉候三焦，少阴脉细，意味着心肾不足，血虚精少。

总之，水气病的病因不外内、外两个方面，内因与阳气虚衰，阳气郁滞，肺、脾、肾、三焦、膀胱等脏腑气化失职有关，也可因血病及水；外因与感受风寒或风热等邪气有关。二者可能互为因果，相互影响。

四、血分、水分与气分

【原文】问曰：病有血分水分，何也？师曰：经水前断，后病水，名曰血分，此病难治；先病水，后经水断，名曰水分，此病易治。何以故？去水，其经自下。（20）（二类）

【解读】

1. 首先明确血分的概念，“经水前断，后病水，名曰血分”，是指女子因月经闭止而引起的水肿。说明是由血病而影响到水病。病因病机，“经为血，血不利则为水，名曰血分”。是血分不通，瘀血阻滞水道所致。也就是说，什么叫“血分”呢？请大家一定要记住，“经水前断，后病水”。特点为血分深而难通，“此病难治”。

2. 水分的概念是什么呢？“先病水，后经水断，名曰水分”，是指女子因水气病而引起月经闭止。说明是由水病而影响到血病。病因病机是水病及血，水液阻滞血道所致。特点是水病浅而易行，此病易治。提示治法：去水，月经自下。可以通过行水散湿的治法，使水去则经水自通。



【按语】

1. 本条提示治法，当用化瘀利水法，其代表方剂在《金匮》中有三：①《金匮·妇人妊娠病》和《妇人杂病》有当归芍药散；②《妇人妊娠病》有桂枝茯苓丸；③《妇人杂病》有大黄甘遂汤。

2. 妇人经水先断原因有二：①血脉壅塞不通；②冲任亏损，气虚血少。所以因血先病，而后病水，名为血分。由于瘀血者难化，血虚者难补，所以血分深而难通，血不通则水不行，“此病难治”。

为了便于对问题的集中讨论，下面讲气分病，涉及原文第30条、31条、32条。

首先明确气分病的概念：是由阳虚阴凝，大气不转所致心下坚，大如杯盘，恶寒身冷，骨节疼痛为主症的一类疾病。

下面，我们从第30条原文，学习气分病的治疗原则。简要地说，气分病的病因病机，是阳气衰微，寒气凝滞，大气不转所致。这个“大气不转”，是指胸中之宗气不转。特点是气病与水病可以互相影响，互相转化。在治疗原则上，就是条文的倒数第二行提到了：“阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散。”（此句为二类）希望大家熟悉，这是张仲景提出的又一个重要治则。如何理解呢？因为人体的阴阳是互相维系的，不得相失。由于气分病是阳气衰微，寒气凝滞，大气不转所致。况且气分病经久不愈，可转为水病。所以对气分病通过温运阳气，可以达到调和营卫，转运大气的作用，使之阴阳相得，以便恢复人体阳气的功能，使气行津布，水气消散。

【临床应用体会】我认为，张仲景对气分病提出的重要治则：“阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散。”就是温运阳气，调营卫，转大气的治法。临床上不仅适用于水肿病的治疗，依照张仲景关于“五脏元真通畅，人即安和”的理论根据，这一治则还可用于血痹、胸痹、虚劳、痰饮等疾病的治疗。

（四）气分证治

1. 阳虚阴凝

【原文】气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻辛附子汤主之。（31）（二类）

【解读】本条论述气分病属阳虚阴凝的证治。

什么叫“旋杯”？就是复杯，形容心下有水饮凝聚的形状，表现为“心下坚”，是指心下痞坚证；“大如盘，边如旋杯，水饮所作”是种比喻



法，提示腹水的范围如杯如盘。从方测证（症），还应当有手足逆冷，腹满肠鸣，恶寒身冷，骨节疼痛，四肢麻木不仁，舌淡苔白，脉沉迟等。总结病因病机：第一，水饮为患，水饮是怎么造成的呢？因为大气不转，饮邪停聚；第二，饮停部位在心下。

本方仍是桂枝汤为基础方，为什么去掉芍药呢？原因是芍药酸、柔，性微寒，与本证病机不符，也不利于饮邪的化除；为了利气机，行水饮，当去芍药的酸敛之性。为什么要加“麻辛附子汤”呢？为了助阳温经发汗。麻黄、细辛是辛散温通的药物，炮附子能够振奋阳气，能够温经，所以有发汗、散水的作用。为了使阳气通行，阴凝解散，水饮自消，必须通彻表里。也就是说，通过麻辛附子汤能温发里阳，振奋卫阳，再和桂枝汤去芍药相配，是经方与经方相合，取协同作用，达到温阳散寒，通利气机，宣行水饮的功效。也就是令阳气振奋，“大气一转，其气乃散”，水饮、阴凝才能得解。

【按语】“方后注”提到：“当汗出，如虫行皮中，即愈。”我们前面讲过防己黄芪汤服用后有“如虫行皮中”的感觉，是得效的标志。说明阳气得助，被振奋了，流行于周身，会推动阴凝之邪外达肌肤。特别是细辛，温经散寒能使在阴经之里的寒邪、饮邪外达。况且与麻黄相伍，更增强了这种作用，所以说“即愈”。本方体现“阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散”的重要治则。对于寒饮乘阳虚而积结在气分者，可应用辛甘发散，温阳化气的药物给以根治。这对于胀病，是审因论治的治则，是一个有效范例。

【临床应用体会】

(1) 《金匮方歌括》在原方基础上加知母。滋阴清热，除烦止渴，方名为消水圣愈汤。是治疗水肿第一方。寓有“大气一转，其气乃散”之意。

(2) 《医门法律》在原方基础上加大炮附子用量，是治疗胀病阳衰阴盛证的首选方，取炮附子振奋阳气的作用。

(3) 临证应用本方时，见轻证，像一般性的感冒、慢性支气管炎、痹证等属寒湿型的可适当加味，取其温阳散寒力强的功效；对于阳虚阴凝的肝硬化腹水、肝肾综合征、风心病或肺心病的情况，见证与本方证的病因病机相符者可化裁应用。

(4) 临证时，见脾虚呕恶属阳虚阴凝者，可在本方基础上加半夏、陈皮等，以加强化饮、化痰作用，有效。



2. 脾虚气滞

【原文】心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮所作，枳术汤主之。(32)

(二类)

【解读】仍然在讲气分病，本条论述气分病属脾虚气滞的证治。

原文把“气分”二字省略，仍是指气分病的病证。但是，病机为脾虚气滞，失于转输，是中焦气滞所致，因此兼见脘腹痞满而胀，食后胀甚等症。原文说：“心下坚，大如盘，边如旋盘”，“水饮所作”，再一次强调水饮痞结于心下，为脾虚气滞证。

“枳术汤主之。”本方由枳实、白术两药组成，枳实行气消痞，白术健脾化饮，功效如是。

【按语】

(1) 枳术汤治在中焦水饮所作的气滞证。我体会，治饮、治痰当注重调气，气顺、气行则饮消、痰消。因此本方体现“气水同治”。对后世“行气利水”法的建立，及其有效方剂的研制，起到奠基作用。有学者认为，它是消法的代表方，实为消补兼施之治。

(2) 金代著名医家张元素（洁古）在他的《医学启源》中有枳术丸，主治脾不健运，脾虚气滞，不思饮食，气滞饮聚，心下痞闷或脏腑虚弱者，李东垣《脾胃论》加以引证。还有《摄生秘剖》有香砂枳术丸等，均是从本方而来。

【临床应用体会】

1. “心下坚，大如盘”，是心下胃脘气滞的主症，我在临床常见于中年妇女，或伏案工作者，大多数病人表现为自觉症状，应用芳香化湿导滞药物，往往对改善症状能取得满意疗效。枳术汤中二药均有行气健胃的作用，服药后如果出现断续的噎气和矢气症状，病情会很快得到缓解。如果在原方中加入一味桔梗，疗效佳；无吞酸者可加用山楂；腹胀者酌加乌药或槟榔片。《别录》说：枳实“破结实，消胀满。”因此，不是体壮邪实者应慎用。

2. 枳术汤可用于胃下垂病人。《中药学》认为枳实、枳壳是破气药。破气药怎么能治胃下垂呢？动物实验结果表明：①能增强胃、肠、子宫平滑肌收缩力，提高肌张力，因此，可用于治疗脏器下垂，包括胃下垂、横结肠下垂、子宫脱垂、脱肛。由于使胃肠节律性蠕动增强，所以可治疗胆石症，胃肠功能失调。②其行气作用，有利于肠内气体及粪便的排除；又可治疗小肠疝气。③另有升高血压的作用，因而对气虚下陷的低血压病人



应与补气药同用。

3. 《痰饮病》我曾讲过泽泻汤，是泽泻配白术，针对痰饮所引起的苦冒眩证，水气凌心证，采用“上病下取”的治法。本证为病在中焦，枳实配白术，有行气散结、健脾利水化饮之功，因此也为临床常用的“药对”。

下面，我们重点要讲水气病的基本治法，涉及第18条、第11条原文。

五、基本治法

（一）利小便、发汗

【原文】师曰：诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。（18）（一类）

【解读】这是对水气病提出的基本治法，目前临床仍在习用，具有指导意义。“诸有水者”，泛指一切水气病，“腰以下肿”提示病位在下、在里；属性为阴；脏腑辨证：与肾、膀胱关系密切。那么，为什么拿“腰部”为界呢？腰为肾之外府。病机要点责之于肾，以腰部为界便于判断水气病的阴阳属性及脏腑辨证关系。“当利小便”是因势利导的治法，张仲景祛邪之道均以邪气所居之近处而驱之。腰以下肿，病位离膀胱近，所以就应该“利小便”。这是《素问·汤液醪醴论》提出的“洁净府”办法，正是《素问·至真要大论》所说，“在下者，引而竭之”的体现。使水邪有出路，像打开闸门一样，让小便得以通利，水邪排出有利于消肿。

“腰以上肿，当发汗乃愈。”同样道理，提示病位在上、在表；属性为阳；脏腑辨证：与肺关系密切，肺合皮毛。对于体表的水邪，要打开出路，就得用汗法。这是《素问·汤液醪醴论》提出的“开鬼门”的治法，也是《素问·至真要大论》所说，“在表者，汗而发之”的体现。以上不管是发汗，还是利小便，都是“因势利导”法。

【按语】

1. 张仲景对水气病提出的基本治法，并不能代替水气病的具体治法。因为人体的脏腑经络、内外上下是密切联系的，所以对于汗、利两法，往往不能截然分开。临证时要具体分析，对于实证或病初者，才可应用。

2. 元代医家朱丹溪执简驭繁对水气病的分类，据本篇的精神实质将其概括为阳水和阴水。风水、皮水为阳水；正水、石水为阴水。五脏水中，心、肺居于上，属阳，偏于表，临床上见心、肺病水多有身肿、身重、烦躁不得卧等症；肝、脾、肾属阴，偏于里，因此临床上见肝、脾、肾病水者，均有小便不利、腹大等症。本篇对正水、石水、五脏水的治法都没有列出方

药，临床上必须辨清阴阳、表里、寒热、虚实，当审时度势以治之。

（二）攻下逐水

【原文】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。（11）（二类）

【解读】本条论述水气病可下的脉证。

主症：“目下有卧蚕”，形容眼目水肿明显，像卧蚕一样。因为下眼胞属胃脉，脾所主，水湿困于脾胃，泛滥于目胞，所以见目下如卧蚕。“面目鲜泽”是指水肿的外象光亮，和留饮“面目鲜泽”的意思是一样的，是水证。“其人消渴”，一是因水气郁遏阳气，气不化津；二是由气郁可能化热伤津引起。加之“小便不利”，因膀胱气化不利所致，水湿蓄积于内，郁结积滞，壅而不行，则“病水腹大”。脉象：由“脉伏”到“其脉沉绝者”，都是说明脉象潜伏很深，难以切取，提示水势加剧，阻遏脉道。“有水，可下之”，是指水气偏盛，正气未虚者，同时说明本法的适应证必须是实证、重证，当急则治其标，用攻下逐水法。理论依据是《素问·汤液醪醴论》：“去宛陈莖”。此法提示要把这种瘀滞打开，必须通利水道。由于一般的利小便法已无济于事，所以要攻逐水邪，用峻下逐水法，名为“可下之”。原文中没有列出具体方药。什么方子可以借鉴呢？把《金匮·水气病》和《痰饮病》前后联系起来学习，你会发现，如《痰饮病》的十枣汤、己椒苈黄丸、甘遂半夏汤等可以给予启示。临证时，应根据病情辨证加以遣方用药。

六、证治

（一）风水

1. 风水表虚

【原文】风水，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之。腹痛加芍药。（22）（一类）

【解读】防己黄芪汤在第二篇讲过，主治风湿在表表虚证，本篇再一次提到它，主治风水在表表虚证，“水”与“湿”仅一字之差，说明“异病同治”的原则是不同的疾病，由于病因病机相同，证候相同，所以治法相同。

请大家注意：防己黄芪汤既可主治风水在表表虚证，又可主治风湿在表表虚证，一定强调的是表虚证。不过，风水当有面目肿，或手足浮肿，并兼见“脉浮身重，汗出恶风”等症状。是由风邪客表，表虚卫气不固，



肺失宣降，水湿泛滥肌表所致。两证的鉴别点在于：风水表虚证是以面目肿，按其手足上，陷而不起为特征，药物上选用汉防己，突出利水消肿作用为佳；风湿表虚证，是以关节疼痛而烦为主症，药物选用木防己，突出祛风止痛作用为妙。所以异病同治，治法相同。取防己黄芪汤益气固表，利水消肿的功效。腹痛加芍药是张仲景的用药规律，此因水阻血痹而腹痛，取芍药通血痹，缓急止痛的作用。

【临床应用体会】本方常用于急、慢性肾炎偏于表虚、气虚证的治疗，对于尿常规中蛋白难去者，可在本方基础上加用芡实、金樱子等药物，临床有效。对于妇科病引起的某些水肿证，以及原因不明的头面、四肢虚浮者，可酌加活血药、祛风药物有利于消肿。

2. 风水夹热

【原文】风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热，越婢汤主之。(23)（一类）

【解读】本条提出风水夹有郁热的证治。

首先【校勘】，《心典》说：“脉浮而渴”。为什么“而渴”？这“不渴”和“而渴”，可是两回事啊！这得有根据。怎么知道他得有渴证呢？越婢汤里用了半斤（八两）的石膏，一定内有郁热，所以肯定有口渴症。若不渴，就等于方证不符了。“风水恶风”，“脉浮”是因风致水，初起在表，说明风水和外感风邪相关，风主疏泄，风为阳邪，所以，因风而致水，病在表。“一身悉肿”，因水为风激，泛滥四溢所致，全身都肿了。“而渴”是由郁热伤津引起的，这种郁热一是风邪化热，二是表邪化热，故口渴。“续自汗出”，由里热逼迫津液外泄所致，又因热随汗泄，肌肤无大热，所以原文说“无大热”。方药“越婢汤主之”，本方由麻杏石甘汤去掉杏仁，加姜、枣组成。方中麻黄六两，生姜三两，用以发越水气；石膏半斤（八两）兼清郁热；大枣十五枚，甘草二两，和中益气，以助药力。本方的功效就是发越水气，兼清郁热。配伍的特点是石膏用量八两，重于麻黄的用量六两，才可达到既发越水气，又兼清郁热的作用。

请看“方后注”：“恶风者加炮附子一枚”。为什么强调“恶风者”？为什么要加炮附子呢？因为原文分析我已经解释了因郁热逼迫汗出，并不是表虚、气虚的自汗出，而汗出多以后，容易伤阳导致恶风。所以可加用炮附子，是温阳、复阳的道理，能达到止汗之效。

再说“风水加术四两”，这在张仲景时代，“术”是指白术，不是苍术。加白术是什么作用呢？就是更好地健脾祛湿，表里同治。



【鉴别】

表 13 风水表虚证与风水夹热表实证的鉴别

		风水表虚证	风水夹热、表实证
相同		症状：恶风、汗出、脉浮	
不同	症状	身重，浮肿，表虚汗出	一身悉肿，口渴，热蒸汗出，无大热
	病机	风水表虚不固	风水夹有郁热
	方药	防己黄芪汤	越婢汤
	功效	益气固表，利水消肿	发越水气，兼清郁热

(二) 皮水

1. 皮水夹热

【原文】里水者，一身面目黄肿，其脉沉，小便不利，故令病水。假如小便自利，此亡津液，故令渴也。越婢加术汤主之。(5) (一类)

【解读】这条原文，我们在解读皮水脉证时已经讲过了，现在作简要的回顾。皮里之水责之于脾、肺，临床表现为一身面目洪肿，小便不利，其脉沉，水郁于内而化热，所以要用越婢汤发越水气，兼清郁热；如果水邪偏重，配用白术加强健脾运化水湿之力。

【临床应用体会】

(1) 根据张仲景本意，临床凡见风水、皮水兼有郁热者皆可用越婢加术汤主之。

(2) 对于慢性肾炎急性发作性水肿，颜面浮肿明显，尿少，腹胀或脾虚水肿兼有热象者，本方疗效较好。

2. 皮水表实

【原文】里水，越婢加术汤主之；甘草麻黄汤亦主之。(25) (二类)

【解读】请大家看一下，“里水”二字冠以条首，意味着皮水当有一身面目洪肿，脉沉，小便不利等症。从方测证可以看出，甘草麻黄汤所主治的证，是什么证呢？方剂只有甘草和麻黄两味药组成，其比例是1:2，甘草二两，麻黄四两。用麻黄的道理显而易见，通过它的发汗力，解除在表的水湿。甘草和中，且对麻黄的发汗力有一定的牵制作用。此方是主治皮水表实无汗证的。两方比较，越婢加术汤证是兼有肺胃之郁热，治法上一定在发汗之中，兼清郁热；而甘草麻黄汤证是无汗表实，又无郁热者，取



发汗宣肺，利水和中的作用。可见，因为没有郁热，要针对在表的水湿，所以用汗法。

请同学们注意一下，本篇 10 首经方，有 6 首应用麻黄，可见麻黄发汗、平喘、利水的作用在本篇显示其主药的功效。甘草麻黄汤在煎煮法的要求上，依然是张仲景的一贯作法，就是“先煮麻黄，去上沫”。我们在讲葛根汤的时候说过了，用意是要防止由次麻黄碱作用引起的心烦症。接下来，再把甘草纳入，“煮取三升，温服一升”，服用 1/3 的药量。然后说“重覆汗出，不汗，再服，慎风寒”。可见，在没有服用甘草麻黄汤之前，本证是无汗的。为了保证水气能够一汗而尽解，应配合甘草麻黄汤的发汗力，盖好被，令病人发汗，切不可“如水流漓”。在发汗过程中，要注意慎风寒，防止外邪侵袭。

3. 皮水阳郁

【原文】皮水为病，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者，防己茯苓汤主之。(24) (一类)

【解读】“四肢聂聂动”：聂聂动是形容其动而轻微，不自主的肌肉跳动。这是怎么发生的呢？我认为，皮水在表的阳气有阻遏，所以，这个方证，我们给它定为皮水阳郁证。关于“皮水为病，四肢肿”，和前面所讲的“一身面目洪肿”是一个意思。肿在四肢，而且在皮肤中。所以，张仲景用原文把它表述得很清楚。讲的是皮水，见四肢肿，聂聂动者。这和脾主肌肉、脾主四肢是紧密相关的，脾运的功能不健，脾不运水，水湿归于四肢，而表现为胛肿，水湿郁遏阳气，卫气与水气相争的结果造成四肢聂聂动。

防己茯苓汤的作用是什么呢？方中有桂枝、茯苓，而且茯苓是六两，通阳化气利水之义。桂枝配茯苓，茯苓又是重剂，通阳化气利水，能使水气从小便而去的作用是客观存在的。阳气被郁的情况怎么解决？防己、黄芪相伍，走表行水，行皮中水气；黄芪配桂枝通阳行痹，鼓舞胃阳，总起来说有表里分消之意。甘草调药，协同黄芪以健脾，既可以使脾旺有利于制水，亦可使肾水不至于泛滥。所以，防己茯苓汤的功效是通阳化气，表里分消。

【按语】

(1) 明代著名医家张景岳说：“水惟畏土，其制在脾。”就是说脾健能制水。临床上，对于病程迁延的慢性反复发作性的泌尿系感染患者，中医辨证属脾阳虚，湿热未清之证。常见晨起面部眼睑浮肿，午后下肢有轻度



浮肿，气短汗出，食欲不振，便溏，劳累后小便次数增多，但是并无尿路刺激征，脉沉缓或弦大，舌体大，边有齿痕，苔白。可在此方基础上加党参、白术、陈皮、炒麦芽等健脾益气；用连翘、败酱草、赤小豆、车前草等利湿解毒。另外，还可用益智仁、枸杞子固肾填精，善其后。

(2) 关于防己茯苓汤证和防己黄芪汤证，两方证有什么异同点呢？下面，我用表格形式来给大家作以归纳。

表 14 防己茯苓汤证与防己黄芪汤证鉴别

		防己茯苓汤证	防己黄芪汤证
相同		病机：水气在表；药物：均有防己、黄芪、甘草	
不同	证候	皮水阳郁	风水表虚
	脉症	皮水，小便不利 四肢肿、聂聂动	风水，脉浮，身重 汗出，恶风
	病机	阳气郁遏，皮间水气不行	表虚不固，水湿滞于肌表
	方药	防己黄芪汤减白术、姜、枣 加茯苓、桂枝	防己、黄芪、甘草、白术 生姜、大枣
	用量	防己、黄芪各三两，茯苓六两，桂枝三两，甘草二两	防己一两，黄芪一两一分，白术七钱半，炒甘草半两，生姜四片，大枣一枚
	病情	肿势重，以肌表之水为甚	脉浮身重，汗出恶风重
	功效	通阳化气，表里分消	益气固表，利水消肿

4. 湿热阳郁

【原文】厥而皮水者，蒲灰散主之。(27)（三类）

【解读】本条论述皮水湿热阳郁的证治。

同学们一定会记得，我刚刚讲过第十三篇治疗小便不利证，提到了“小便不利，蒲灰散主之”。还有“滑石白鱼散、茯苓戎盐汤并主之”。一证三方，属于同病异治的范例。篇中提出的“蒲灰散”，我讲到本方治疗湿热小便不利，也可用于后世所说的热淋。

现在我们要看“厥而皮水者”，是说皮水有身肿，兼有手足逆冷，但是没达到厥冷的程度，那为什么还叫“厥”呢？是由水湿停聚，湿热内壅，阳气被郁，不能达于四末所致，而不是阳虚引起的，也不伴有恶寒、



自汗等症。应当兼有小便短少、或黄或热、舌苔薄黄微腻等湿热的症状。所以蒲灰散清利湿热，利小便以通阳，手足逆冷症能随之而解。由此说明本方既可用于治疗湿热性的小便不利，又可治疗热淋、湿热淋。

【临床应用体会】

(1) 叶天士总结“通阳不在温，而在利小便”。我觉得，本条蒲灰散证体现得非常清楚，蒲灰散通过清湿热，利小便以通阳，解决湿热阳郁的问题；而防己茯苓汤要解决皮水阳郁的病机，加重茯苓用量到六两，再配上桂枝化气通阳，利小便给水邪以出路。这是张仲景苓桂剂群组方的特色。

(2) 关于蒲灰散的法。它可内服，也可外用，这在医案里都有记载。临证时，用生蒲黄可以化瘀利水；用炒蒲黄可以止血。剂型取其速效，“散者散也”，是利小便给湿、热、瘀之邪以通路的妙用。

(三) 正水与风水

【原文】水之为病，其脉沉小，属少阴；浮者为风，无水虚胀者，为风。水，发其汗即已。脉沉者，宜麻黄附子汤；浮者，宜杏子汤。(26) (三类)

【解读】本条论述正水与风水的不同治法，以及水肿和气肿的鉴别。它涉及的两张方子，一个是麻黄附子汤，一个是杏子汤。杏子汤有方名而没有药物，我就不作解释了。后世医家有的认为，杏子汤是麻杏石甘汤，可存疑待考。我要说的是麻黄附子汤，就是正水和风水之间，在阴阳属性上是有别的。风水为阳中之阳，而正水为阴中之阳，都属于水气偏盛，正气尚未虚衰，可用汗法，因势利导，急则治标。但是，脉沉小，而兼喘，辨证施治提示，这显然是正水，责之于肾主水的功能失职。治宜发汗温经，兼顾肾阳；用麻黄附子汤三味药，麻黄、炮附子和甘草配伍，麻黄发汗，炮附子温经，甘草缓和，助阳而不伤阴，发汗而不损阳，这一点很重要。

【医案鉴赏】任应秋教授生前，在他的《医疗经验集》中，关于给水邪以出路的问题，提出两个案例的体会，很值得深思。

(1) 任老曾治疗一位水气病的患者，见全身浮肿，经其他医生一再以真武汤和五苓散合用，但是浮肿不仅没有消退，而且出现了脉沉细弦，时有恶风寒的症状，舌苔薄白。辨证为阳气郁表所致。任老采用麻黄附子汤原方：麻黄四钱，炮附子三钱，炙甘草二钱。连服两剂，汗出而水肿全消。



点评：风水和正水都有兼表的问题。但是，作为正水，阳气郁表时，水气不能宣发了。本证为阳郁于表，宜温补与辛散合用，而不得用淡渗利水法。这就是说给水邪的出路要合理。前者（其他医生）是用真武汤加五苓散，欲从利小便解决浮肿问题，结果适得其反。任老改成温补之中合以辛散的法则，汗出而肿消。

（2）任老又治一位痰饮病的患者，病人经久服用术附汤，乃至上百剂，不但饮邪没解，反而日渐浮肿。经人介绍，前来请任老诊治。当时诊脉，见沉弦有力，望舌干而少津。问诊得知，该患长期应用术附汤，只去补益脾肾之阳，激发痰水四溢。任老马上投五苓散重剂：桂枝三钱，猪苓一两，茯苓一两，泽泻五钱，白术三钱。仅4剂，小便通利，浮肿尽消。

点评：我们可以看出，同样是浮肿，一个病痰饮，一个病水气，痰饮和水气是同源异流的。由于给水邪的出路不当，难以取效。实践证明，临证时该用辛散药时，如果错误地应用苦降、淡渗之性的药物，或者只补不泄，过于鼓舞阳气，皆可造成邪无出路而水肿或痰饮不消的不良后果。因此，我们不仅要从中引以为戒，更要学懂、学会有关的基本治法和具体治法。

七、预后

【原文】脉得诸沉，当责有水，身体肿重。水病脉出者，死。（10）
（二类）

【解读】本条提示：“水病脉出者，死。”脉出者，一为盛大无根的脉，也是无胃气的脉。形容脉暴出，指下感觉上有而下绝无。二指病机为阴盛格阳，是真气涣散之征。因脉证不符，所以预后不良。值得注意的是，“脉得诸沉，当责有水，身体肿重”是水气病具有的标志性脉证。

最后，关于本篇论述黄汗的内容，请同学们自学。



水气病脉证并治第十四全篇小结

水气病	四水脉证	阳水	风水	病因病机：内有水气，外感风邪——风邪阻滞肺卫，肺失宣降而病水 主要脉证：脉浮或寸口脉沉滑，恶风，骨节疼痛（身体酸重），有热（汗出），以浮肿为主症，面目肿大，目窠上微拥，如新卧起状（肿起于头面，目窠先肿，波及全身），按其手足上，陷而不起，其颈脉动，时时咳（1、3） 脏腑辨证：肺 病性：表中之表 病势：起病急骤，变化迅速	
			皮水	病因病机：内有水气，溢于皮中，外感湿邪——脾失健运，肺失通调，水气潴留于皮中 主要脉证：脉亦浮或沉，不恶风（不汗出），外证胕（跗）肿，按之没指（足背、足踝先肿或肿甚），一身面目洪肿，其腹如故，不（而）渴，小便不利（1、5） 脏腑辨证：脾、肺 病性：表中之里 病势：起病较缓	
			阴水	正水	病因病机：肾阳衰弱，水气停蓄 主要脉证：喘（腹满，浮肿甚），脉沉迟（1） 脏腑辨证：肾 病性：里中之表
				石水	病因病机：阴寒凝聚下焦，结于少腹 主要脉证：腹满不喘，脉自沉（1） 脏腑辨证：肝、肾 病性：里中之里



水气病

病因：与风、水、湿、热有关

病机：肺、脾、肾、三焦、膀胱气化失调，致津液运行不利，水气停蓄，泛滥人体各部（9、19）

要点：肾虚气不化水

脉症与预后：脉得诸沉，当责有水，身体肿重。水病脉出者，死（10）

基本治法 { 腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈（18）
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（11）

风水夹热证——越婢汤——发越水气，兼清郁热（23）

发汗法

风水在表表虚证——防己黄芪汤——益气固表，利水消肿（22）

汗、利两法

皮水夹热证——越婢加术汤——发汗清热，除湿利水（5、25）

发汗法

皮水表实无汗证——甘草麻黄汤——宣肺利水，和中补脾（25）

发汗法

皮水阳郁证——防己茯苓汤——通阳化气，表里分消（24）

利小便法

皮水手足逆冷证——蒲灰散——清湿热，利小便（27）

利小便法

正水表有水气证——麻黄附子汤——温经发汗（26）

发汗法

血分概念：经水前断，后病水，名曰血分，此病难治（20）

水分概念：先病水，后经水断，名曰水分，此病易治（20）

病因病机：阳气衰微，大气不转

治疗原则：阴阳相得，其气乃行，大气一转，其气乃散（30）

气分病

辨证施治：水饮所作

阳虚阴凝——桂枝去芍药加麻辛附子汤

——温阳散寒，通利气机（31）

脾弱气滞——枳术汤——行气散结，

健脾利水（32）



黄汗	{	病因病机与脉证 (1、2、4)	
		辨证施治 {	卫郁营热，表虚湿遏——芪芍桂酒汤——调和营卫，祛散水湿 (28)
			气虚湿盛阳郁——桂枝加黄芪汤——通阳益气，化湿解肌 (29)



黄疸病脉证并治第十五

概 述

《黄疸病》所论述的内容相当广泛，较系统地阐述了黄疸病的脉、因、证、治，而且同《伤寒论》的《阳明病》、《太阴病》以及《内经》相关内容有联系。

本篇所论黄疸有广义、狭义之分。篇名是指广义的黄疸，而条文中提到的黄疸，指狭义黄疸。

《素问·平人氣象论》直接谈到，“溺黄赤，安卧者，黄疸”；“目黄者，曰黄疸”；其中，“尿黄、目黄”，提出了黄疸的主要症状。

《灵枢·论疾诊尺》说：“寒热，身痛而色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也。”指出身黄伴有齿垢及爪甲黄。现在中西医学已获得共识，黄疸病的概念是以目黄、身黄、小便黄为主症的一类疾病，目黄为临床诊断的依据，因为这是最早出现，又最晚消失的一个临床指征。

关于黄疸的分类，《灵枢·经脉》指出，足太阴脉和足少阴脉皆主疸。本篇从病因分类提到的三疸，我们看得出来，谷疸、酒疸属脾，女劳疸属肾。从转归上分类，又有黑疸和黄疸兼夹证。可见，在《内经》理论的指导下，对黄疸病的分类及辨证与施治均有指导意义。

从病机上分类，有湿热发黄、寒湿发黄、火劫发黄、燥结发黄、女劳发黄，还有虚黄。但是，目前临床最常见的证候类型仍然是湿热发黄，足见其临床实用价值。

随着历代医家对黄疸病认识的进步，巢氏《诸病源候论》将发黄分为二十八候；《圣济总录》分为九疸三十六黄，越分越多，很不统一。当然，对急黄的提出很有临床意义，重症肝炎即属这一类；而且阴黄的证候已引起了医家的注意。最终，元代罗天益的《卫生宝鉴》，将黄疸分为阴黄、



阳黄两大类。这在本篇的第9条、第10条原文中有所体现，可谓张仲景为阴黄、阳黄的辨证已奠定基础。《金匮要略》的重点，是论述内伤杂病的黄疸。

一、病因病机、分类与辨证

(一) 湿热发黄

【原文】寸口脉浮而缓，浮则为风，缓则为痹。痹非中风。四肢苦烦，脾色必黄，瘀热以行。(1)(一类)

【解读】本条论述湿热发黄的病因病机，主要是从脉象上进行分析的。

“寸口脉浮而缓，浮则为风，缓则为痹”，寸口脉浮主风，脉缓主湿。“寸口脉浮而缓”，是外感风邪，里有湿邪。黄疸病因可由外感时邪所致。外因和风邪有关，风为百病之长，最易化热；内湿郁久亦可化热，湿热熏蒸的结果是黄疸发病的常见证候。

“痹非中风”，是插笔法，用作鉴别诊断。①脉象浮缓，应与《伤寒论》中的太阳中风表虚证鉴别；②应与外感风寒湿邪的痹症鉴别；③此为湿热闭阻郁滞于脾胃的黄疸病病因。

病因为脾湿胃热，可以说湿热黄疸的发病源于脾胃。那么，病机是什么呢？张仲景提出了“瘀热以行”的重要立论。

“瘀”说明湿热陷入血分的病机，这种认识是很有道理的。张仲景在《伤寒杂病论》中提到“瘀热”一共四见。《金匮要略》就这一条涉及了；《伤寒论》中有三见，①125条的抵挡汤证，“瘀热在里”；②238条的茵陈蒿汤证，提到“瘀热在里”；③263条麻黄连翘赤小豆汤证指出“瘀热在里”。“瘀热在里”实际上包括现在的各种病毒性肝炎，都是湿热疫毒瘀于血分而发病，具有传染性，一定是陷于血分，和瘀血相结，才发为黄疸。临床治疗应立足于张仲景的理论，选用经方，治疗各种类型的黄疸病。

北京的著名肝病专家关幼波教授，总结他的临床经验体会是：“治黄必治血，血行黄易却”，包括凉血活血、养血活血、温通血脉等治法。著名伤寒学家、一代名医刘渡舟教授的第一位硕士研究生裴永清，就是我们黑龙江中医药大学63级的本科生，毕业后在基层工作多年，师从于刘渡舟教授后，现已是国内著名学者、中医临床家。当年他的学位论文，对张仲景关于黄疸病的病因病机及经方如茵陈蒿汤等证的诠释提出深刻见解。所以，对于经典著作的深研细读，才能从理论上提高和升华，有利于临床应用与拓展。五版《金匮》讲义【选注】特别指出唐容川对“瘀热以行”



王雪华金匮要略讲课实录

的理解，认为“便见黄皆发于血分，凡气分之热不得称瘀。小便黄赤短涩而不发黄者多矣。脾为太阴湿土，土统血，热陷血分，脾湿郁遏，乃为发黄。”我体会，脾为病湿的渊藪，后世医家总结“无湿不作疸”就是从仲景学说发展而来。张仲景对黄疸的病机提出“瘀热以行”的重要立论，与《中医内科学》、《中医诊断学》所讲的“肝胆疏泄失常，胆汁不循常道外溢而发生黄疸”的机理是不一样的。所以请大家好好玩味，加以理解和应用。

请同学们注意，唐容川这段话中提到“凡气分之热不得称瘀”，而“郁”字是指邪在气分，后世医家如陆渊雷认为，“瘀”字又暗含郁滞之意，说明黄疸病的病变有从气分到血分的演变过程。

由于“瘀热以行”导致“四肢苦烦”、“脾色必黄”。为什么呢？因为脾主肌肉，脾主四肢，湿热郁滞于脾胃，所以临床见病人有一种疲乏、倦怠的感觉，四肢不痛，而是苦烦不安；黄为太阴脾土的本色，湿热熏蒸于外，身目尽黄。比如急性黄疸型肝炎，初期可能有发热或者是恶寒的表证，很快就会有酸软无力，疲倦，乏力，不愿意睁眼睛，不想说话等表现。

有关湿热为患的疾病，我们已学习过的有：①狐惑病，并不发黄，而是以上、下蚀烂为主证，兼精神恍惚证；②湿热下注膀胱，会出现淋病血尿；③湿热下注大肠，便肠垢、下利；④湿热留滞小肠则病痔疮；⑤湿热流注关节，发生痹证等。以上所列举的病证都不发黄。

综上所述可以看出，本条的论述既有深度，又有广度。着重论述了黄疸的发病源于脾胃；病因病机是外感时邪，与风邪有关，最易化热，脾湿胃热，闭阻郁滞于脾胃，蕴蒸日久，陷于血分，经脾的转输，行于周身，淫于皮肤，发为黄疸；病位在血分。对于疏利肝胆气机，《金匮》原文没有提及，但是《伤寒论》中的小柴胡汤、四逆散可作为基础方化裁应用。

（二）火劫发黄

【原文】病黄疸，发热烦喘，胸满口燥者，以病发时，火劫其汗，两热所得。然黄家所得，从湿得之。一身尽发热而黄，肚热，热在里，当下之。（8）（三类）

【解读】本条论述火劫发黄的证候与治则，按三类原文作一般了解。但是，“然黄家所得，从湿得之”，“热在里，当下之。”要求按一类原文掌握。

黄疸病伴发热烦喘，胸满口燥，属热盛之证。其病缘于误用火劫，如



温针、烧针，包括一些辛热的疗法，强迫出汗，结果里热不得外解，反与火邪相搏，两热相得，其热愈增，所以一身尽发热而黄及肚热等，为里热炽盛伤及血分之征，治当清下里热。

“然黄家所得，从湿得之”又是一个插笔。和本篇第16条原文提出的“诸病黄家，但当利其小便”为前后呼应。和《伤寒论》第200条原文“阳明病，……而小便不利者，必发黄”相联系，可以说如果小便利者，就不易发黄。所以本条提示：①黄疸病的正治法是利小便法；②给湿热之邪以出路，有助于退黄；③调整脏腑生理功能，有利于疾病向愈。

（三）寒湿发黄

【原文】 阳明病，脉迟者，食难用饱，饱则发烦头眩，小便必难，此欲作谷疸。虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。（3）（一类）

【解读】 本条论述寒湿发黄的病因病机与脉证。

“阳明病，脉迟者”，请同学们回忆一下，我在第十篇讲实热性腹满，见舌苔黄厚而燥，或焦黑起刺，脉沉迟有力的，是因为有形之邪阻于胃肠，必须通腑泄热，用承气汤攻下。而寒湿发黄见于阳明病脉迟，可以是沉迟的脉象，是由“脏寒生满病”所致，以其脾的虚寒为病机要点。因素体中阳不足，湿从寒化；或湿热发黄，过用苦寒，失治转归而成。寒湿中阻，久郁气滞则食难用饱，腹满喜温、喜按，小便必难，欲作谷疸。关于谷疸的概念将在第二条原文中分析。

现在我要讲一下寒湿发黄的证治。太阴虚寒而“食难用饱”，因脾主运化，胃主受纳，脾胃虚寒，水谷不消，必纳少；如果勉强进食，升清降浊的功能失职，浊阴上犯，清阳不升，故“饱则发烦头眩”。“小便必难”是湿浊没有去路，气化失司所致；小便不通利，“必发黄也”。这些都是“欲作谷疸”，即谷疸将作未作，是发病早期的临床表现，说明谷疸既有湿热型，又有此类的寒湿型。治疗上“当以温药服之”，我讲虚寒性腹满时，提出用温补法，绝对不能用下法。若误用苦寒攻下，则犯虚虚之戒。

“所以然者，脉迟故也”，再一次强调辨证要点为太阴脾的虚寒，当以温补法治之，具体方药没有提出，但在《伤寒论》第259条中“于寒湿中求之”的治则，就是温补之中散寒湿，可称为温阳散寒退黄法。清代程钟龄的《医学心悟》提出茵陈术附汤、茵陈四逆汤、茵陈理中汤等为其代表方剂，均以茵陈蒿为退黄的主药、专药。

本条虽然是论寒湿黄疸，提示了谷疸的命名和病因，同时也补充说明了谷疸有湿热发黄、寒湿发黄两种病情。如果按后世所论阴黄、阳黄的隶



属关系来说，湿热谷疸，属于阳黄范畴；寒湿谷疸，属于阴黄范畴。

（四）黄疸的分类和主症（2、3、4）

【原文】趺阳脉紧而数，数则为热，热则消谷，紧则为寒，食即为满。尺脉浮为伤肾，趺阳脉紧为伤脾。风寒相搏，食谷即眩，谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸。

额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸；腹如水状不治。

心中懊憹而热，不能食，时欲吐，名曰酒疸。（2）（一类）

夫病酒黄疸，必小便不利，其候心中热，足下热，是其证也。（4）（二类）

【解读】第2条原文分三个自然段：第一段，讲谷疸临床所见的脉证，也是从脉象来论述其病因病机；第二段，论女劳疸的脉证；第三段，与第4条原文合论酒疸的脉证。

1. 谷疸 命名与饮食有关；病因病机为饮食不节、不洁所致脾胃湿热陷于血分，或寒湿中阻，脾失运化；这是因体质因素不同造成的，有湿从热化或湿从寒化之分。

主症：食谷即眩，谷气不消，胃中苦浊，小便不通，身体尽黄。（2）或食即为满，食难用饱，小便必难，脉迟。（3）

2. 酒疸 命名由嗜酒过度，湿热蕴蒸发为黄疸；病因病机为嗜酒伤中，湿热内蕴，清浊升降失常所致。

主症：心中懊憹而热或热痛，不能食，时欲吐，小便不利，脉浮或沉弦（2、4、5、6、15）

3. 女劳疸 命名因房劳伤肾所致。我认为，只从病因考虑是不全面的，从临床上，此病多由黄疸后期，五脏之伤，穷必及肾所致，所以也应从病机考虑，是黄疸病发展到后期的临床征象；病因病机：①房劳伤肾致肾虚有热；②黄疸后期，精亏血瘀。

主症：额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，小便自利，腹如水状不治，尺脉浮。（2）

以下我按照第2条原文顺序作进一步的分析。“尺脉浮为伤肾，趺阳脉紧为伤脾”，又是一个插笔，通过脉象对谷疸和女劳疸进行鉴别诊断。病因病机的区别，关键在伤肾，还是伤脾。《金匮》首篇曾指出脉位不同，主病不同。举浮脉为例，关前为寸脉，寸脉浮，如果浮而有力则为外感；



关后为尺脉，如果尺脉浮，浮而无力为血虚。引《金匱·虚劳病》“尺脉浮为血虚”。正常情况下，尺脉摸起来相对于寸、关弱一些，这是正常的生理现象。如果尺脉浮而无力，就不是正常脉象，而是伤肾。提示房劳伤肾，肾虚有热所致女劳疸。

“趺阳脉紧为伤脾”，趺阳脉专候脾胃，谷疸伤脾，不论是湿热型，还是寒湿型，最终影响脾运。

“风寒相搏，食谷即眩，谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通，阴被其寒，热流膀胱，身体尽黄，名曰谷疸。”这是讲湿热谷疸的临床特征。“风寒相搏”与第1条原文所指的“寸口脉浮而缓”相呼应，指出病机脾湿胃热是发病的根源。

湿热阻于中焦，郁闭于脾，造成食谷即眩，“眩”，清阳不升，浊阴不降，“谷气不消”，不能运化，不能消谷。“胃中苦浊”，苦作病解，浊指湿热。用“苦”字表示症状比较重，比较突出。“浊气下流”的“浊气”，也是指湿热之邪。那么，这种湿热之邪蕴积、郁闭在中焦，影响脾胃的运化功能，而当它下流到膀胱，水液代谢就受到影响，出现小便不通。因此说“热流膀胱”。“阴被其寒”是指太阴脾寒不能运湿，又与胃热搏结，流注于膀胱，则小便不利，湿热无从排泄，所以就发生了谷疸。

谷疸的最突出特征是身体尽黄，即指目黄、身黄、小便黄而言。湿热谷疸的肤色应该是鲜明如橘子色；寒湿谷疸的肤色应是晦暗如烟熏。关于“阴被其寒”，是指太阴脾湿的问题。

女劳疸见“额上黑”，是因房劳伤肾，肾之色外露，表现为面部前额色黑；“微汗出，手足中热，薄暮即发”是说女劳疸病人一到傍晚，或晚上即烦热，手足心热，再加上潮热汗出，是阴虚内热的典型脉症。特别需要注意的是，黄疸的发病均与小便不利，或小便必难造成湿邪无从排泄有关，这是发为黄疸的主因。但是，女劳疸为房劳伤肾所致，小便当自利而膀胱有急迫之感。因疾病发展累及肾，故“腹如水状不治”，说明出现腹水，病情严重，为脾肾两败的表现，那确实是不好治。临床多见于肝硬化腹水病情恶化者。

酒疸以“心中懊恼而热”，“或热痛”为主症。因酒能助湿生热，所以，酒疸只有湿热型一种，没有寒湿型。湿热熏蒸于上则心中郁闷，烦热不宁而懊恼，因气机不畅而热痛；当湿热中阻，胃失和降则“不能食，时欲吐”；湿热下注则足下热；膀胱气化不行，则小便不利。

总之，《金匱》对黄疸从病因分类有三疸：谷疸、女劳疸、酒疸。从



转归上分类又有黑疸和黄疸（狭义）。

4. 黑疸

【原文】酒疸下之，久久为黑疸，目青面黑，心中如噉蒜齬状，大便正黑，皮肤爪之不仁，其脉浮弱，虽黑微黄，故知之。（7）（二类）

【解读】本条是从转归分类，指出黑疸的成因和脉证。“酒疸下之，久久为黑疸”，因势利导法治疗酒疸，必有可下之证，但是下法不当，会引起湿热内陷，邪入血分之瘀滞，变为黑疸。可见黑疸的发生、发展需要经过一个过程。

黑疸的命名是因目青面黑、大便正黑等主症而得名。病因：①由酒疸误下转归而来；②各种黄疸失治迁延不愈。病机为湿热夹瘀所致。主症：目青面黑（虽黑微黄），心中如噉蒜齬状，大便正黑，皮肤爪之不仁，其脉浮弱。

按照原文解读，“目青面黑，皮肤爪之不仁”，由于黑疸是一个渐进的过程，久病及肾，久病必瘀，所以血瘀于内，不荣于外必见“目青面黑”，表现为虽黑微黄；“皮肤爪之不仁”是指搔抓皮肤不如正常皮肤感觉那么灵敏，搔之无痛痒感。

“心中如噉蒜齬状”，“噉”（dàn），读四声，是吃的意思。可写作“啖”，也是吃的意思。“齬”，读 jǐ，读一声，把蒜、姜、韭菜等捣成绒、细末末，比吃大蒜瓣还辣。形容酒疸误下之后，症状由心中热、心中懊恼或热痛，变成“心中如噉蒜齬状”，此言胃中有灼热不舒的感觉。仍然是从“心中懊恼”变证而来，一种心（胃）中不舒服的感觉，有灼热感，是瘀热内蕴，上蒸于心所致。

“大便正黑”，大便呈现黑色，为瘀热内积，流滞于肠腑所致，因此，是瘀血的标志。

“目青面黑……大便正黑”，这是一种症状，并不是黄疸中的一种。黑疸是酒疸误下后的变证。

“其脉浮弱”，作为酒疸湿热内蕴，不应该见“浮弱”的脉象。但由于酒疸误下，变成黑疸，是湿热之邪有上攻之势，血分受伤。

5. 黄疸 兼夹证（16、20、21）放在本篇的辨证施治中讲解。

（五）辨证

湿热与寒湿发黄

【原文】脉沉，渴欲饮水，小便不利者，皆发黄。（9）（二类）

【原文】腹满，舌痿黄，燥不得睡，属黄家。（10）（二类）



【解读】黄疸的辨证，从病机和病性上分类，有湿热发黄与寒湿发黄两种，第9条为湿热发黄；第10条为寒湿发黄。原文用简略的语言加以概括，为后世阴黄、阳黄的分类奠定了基础。

第9条，“脉沉”提示湿热发黄不是外感发黄，是内伤发黄。陈修园认为本条可作为黄疸病早期诊断的参考，他说：“疸病将未成，必有一二证而可卜之。凡病在里脉沉，里热则渴欲饮水，饮水多而小便不利者，水无去路则郁于里而为湿，湿与热合，交相争郁，皆可卜其发黄。”仅仅根据渴与小便不利症预测黄疸病的发生显然不够，然而对黄疸病的临床辨证确有意义。因为小便不利既是湿热黄疸病的一个临床表现，又是湿热无从排泄形成黄疸病的重要病机。湿热郁滞于里，蕴蒸日久陷于血分，“皆发黄”。

第10条，对“舌痿黄”的【校勘】有两种观点：第一，“舌痿黄”校为“身萎黄”。因为寒湿发黄，黄色晦滞。一些注家同意“舌痿黄”应是“身萎黄”，并强调寒湿发黄的特点是身黄、色晦暗，同时伴有倦怠、乏力、脉沉迟。第二，尤在泾、魏荔彤、曹颖甫、黄树曾等一些比较有见地的注家，同意将“舌痿黄”校为“舌萎黄”。痿黄即萎黄之义，正如《金匱·腹满病》原文第4条所言，“病者痿黄，躁而不渴”的【词解】“痿黄”的“痿”与“萎”是相通的，指肤色枯黄，黯淡而无光泽。理由有四：①发黄之前，先见舌质、舌面萎黄，属于黄疸病的先兆。望舌是中医的一大特色，是由表及里的一种诊断方法，抓住疾病的表象，最早的一种先兆，具有诊断意义。可以突出辨证要点。②舌萎黄是指舌体少津，并非枯燥；舌质黄不是苔黄。中医学认为人体内部的变化，可以首先表现于舌部。③舌为心之苗，脾的脉络系舌本，散舌下。脾经出现了血分湿热，表现于舌，就是湿热熏蒸于上，津液不能上潮，因而表现为舌体萎黄。④古人对黄疸病，查看舌苔，似乎与近代医学察看结膜巩膜黄染的意义相同。所以，黄疸分为阳黄、阴黄。

第10条寒湿发黄的“腹满”，应与第9条原文上下“互文见义”的笔法进行理解。虽然第9条湿热发黄没有腹满症状的描述，但应有腹满症。另外，不仅要问小便，还要问大便的情况。目的就是重视脾胃，通过饮食和二便的情况，看脾胃、胃肠的功能状态，所以这是应当补充的症状。

“燥不得睡”，根据《金匱·腹满病》原文第4条“病者痿黄，躁而不渴”进行【校勘】，本条的“燥”应为“躁”，可以佐证，寒湿发黄的病机责之于脾。因为脾虚不运，寒湿郁结所致，病人有腹胀满、睡不安稳的



不宁感觉，这是我对“躁不得睡”的理解。

“属黄家”，说明病程较长，迁延难愈，腹满而黄色晦暗属寒湿发黄，故曰“属黄家”。

【按语】以上两条，从病机而论，前条是湿热熏蒸，后条是寒湿伤阳，虽皆属于发黄的范围，但有一实一虚的不同，如果根据后世对黄疸分类的认识，似可以分属于阳黄和阴黄。至于后条的病机，后世注家也有认为是湿热发黄的。这是病情上的鉴别，仅作参考。

【黄疸鉴别】

表 15 湿热发黄与寒湿发黄比较

	湿热发黄（阳黄）	寒湿发黄（阴黄）
肤色	黄色鲜明如橘子色	黄而晦暗
渴饮	渴欲饮水，多不喜热饮	喜热饮或不渴
腹满	腹满硬而胀，拒按	腹满不硬，按之软
二便	大便干结或溏而不爽，小便不利，短赤而黄	大便溏薄，小便必难，淡黄或混黄
舌脉	舌红苔黄腻，脉滑数有力	舌淡苔白腻，脉沉迟
治法	清热利湿退黄	温阳化湿退黄

二、证治

在本科教学中，学习黄疸病的概念、发病、辨证要点，特别是主要经方的功效分析等，大概经历了《中医基础理论》、《中医诊断学》、《内经》、《中药学》、《方剂学》、《伤寒论》、《中医内科学》等多门课程，从不同角度、不同方面的讲授，到《金匮》的解读和诠释，是从流到源、溯本求源的思索。显然，避免重复是困难的，但是讲出新意又是必须的。为了集中问题讨论黄疸病的辨证施治及其代表方剂，我把张仲景退黄八法的内容制成图表展现在大屏幕上，汗、吐、下、和、温、清、补、消齐备，且法中有法。让同学们马上看得出来，在《伤寒论》基础上，张仲景又有了新的拓展。仅以清热利湿退黄法为例，《伤寒论》有三方：茵陈蒿汤、茵陈五苓散、栀子柏皮汤。而《金匮》对饮食失节所致的谷疸属于湿热两盛者用茵陈蒿汤；对湿重于热证的黄疸用茵陈五苓散；对热重于湿证的酒



疸补出栀子大黄汤。实际上，我已打破统编教材的原有框架，是以张仲景病证结合，以辨证为主的临床思维方法重新组合，进行以问题为中心的串讲，更具有临床实用价值。请同学们看张仲景退黄八法。

表 16 八法比较

	《伤寒论》	《金匱要略》
汗法（解表退黄法）	麻黄连翘赤小豆汤	桂枝加黄芪汤《千金》 麻黄醇酒汤
吐法（搐鼻退黄法）		瓜蒂散
下法（通腑消瘀退黄）		大黄硝石汤/猪膏发煎
和法（和解退黄法）		宜柴胡汤
温法（温阳化湿退黄）	《伤寒论》第 259 条：“于寒湿中求之” 《医学心悟》茵陈术附汤、茵陈理中汤等	
清法（清泄退黄法）	湿热两盛型：茵陈蒿汤 热 > 湿型：栀子柏皮汤 湿 > 热型：茵陈五苓散	热重于湿型栀子大黄汤
补法（建中退黄法）		小建中汤
消法（消瘀化湿法）	抵当汤	硝石矾石散

（一）湿热两盛谷疸证治

【原文】谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄为谷疸，茵陈蒿汤主之。（13）（一类）

【解读】茵陈蒿汤是治疗谷疸属湿热两盛证的主方。“谷疸之为病，寒热不食”提示谷疸的病因有二：一是外感邪毒，可从传染而来；二是内伤饮食，由于饮食失节（不洁、不节），病机是“寒热”：①指脾湿胃热，不是一般的表证；②营卫壅塞不利所致。所以湿热郁蒸（在气分），脾失健运则不食。临证时见谷疸食欲减退者，应以清淡为宜。如果勉强进食，反增逆满，这是运化不及，助其湿热导致的。所以第二条原文说：“食即为满”。第三条原文“食难用饱，饱则发烦头眩”，本条说：“食即头眩”都是指湿热之邪上冲，浊气不降的临床表现。当浊气上熏则心胸不安，湿热内困中焦，就是闭阻、郁滞之意，气机升降受阻。“久久发黄为谷疸”：①指湿热壅遏中焦，不能从二便排泄，日久发为谷疸；②因治不得法，或迁延失治，说明谷疸的形成需要有一个湿热蕴蒸的过程。就是湿热内蕴郁蒸，溢于血分，淫于肌肤，发为黄疸。所以及时清泄湿热，利小便可以避



免发黄，有治未病之意；如果已病，则可利于退黄，促进向愈。

“方后注”：“小便当利，尿如皂角汁状，色正赤，一宿腹减，黄从小便去也。”据此补出“腹满，小便黄赤而不利”的症状，临床见湿热为患的病证很多，但不一定发黄。比如虽见小便黄赤、短涩但却不发黄。所以这里是为了重申，脾为病湿的渊藪，脾为太阴湿土，脾湿则易郁遏；又因脾土统血，湿热陷于血分，瘀热以行，故发黄。总之，湿热蕴结是谷疸的病因，湿热陷于血分，瘀热以行是谷疸的病机要点。所以治法当为清泄湿热。

方药组成：茵陈蒿六两，①为主药，是清利湿热，利胆退黄之要药、专药。②茵陈蒿的用量是大黄用量的三倍。③先煮茵陈蒿，后入栀子、大黄，在绪论中我已讲过，茵陈蒿先煎的道理是可峻攻其热；久煮有利于缓除其热中之湿。因其苦、微寒，入脾胃、肝胆经，所以有清利湿热而解郁热之功。栀子十四枚，苦寒，入血分凉血，清三焦火热，与茵陈蒿相伍，能利水道，可使湿热之邪从小便排出，完全符合小便通利则不发黄的机理；亦符合张仲景“诸病黄家，但利其小便”的正治法要求。大黄2两，清胃热，下积滞。通行十二经，入血分，除热活血祛瘀，使瘀热湿浊从大便而去。三药苦寒，协同作用，重点在于将湿热之邪从小便而出，如同方后注所云，“黄从小便去也。”因此，茵陈蒿汤不仅是治疗谷疸湿热两盛证的主方，更是黄疸病临床辨证，凡属湿热两盛证的常用、有效、著名经方。

（二）湿重于热黄疸证治

【原文】黄疸病，茵陈五苓散主之。（18）（一类）

【解读】“黄疸病”三字冠以条首，可以说明三个问题：①只言病，提示具备身目皆黄，湿热阳黄的特点。②未言症。从方测证（症）当有：腹满，困倦，食少纳呆，恶心，小便不利，苔腻不渴等临床表现。③不必拘泥谷疸、酒疸之称谓，重在辨证。方药：茵陈五苓散方有二：一是茵陈蒿末十分，五苓散五分；二是经方与经方相合，即是茵陈蒿汤与五苓散方合用。请同学们注意，一方中茵陈蒿末的用量是五苓散方的二倍，显然是突出茵陈蒿清热利湿退黄的作用，加上五苓散化气利水，共奏利水湿清热退黄之功。此为治疗湿热黄疸偏于湿盛的通治方。

【治验举隅】在教学过程中，我体会强化案例教学，通过具体案例（即个案）的启发性、实践性、真实性、动态性会使辨病与辨证的原则性与灵活性紧密结合。通过比较、鉴别、综合、分析、概括、归纳、示范，



尤其有助于理论与实践的有机结合，可以帮助学生深化已获得的理论知识，有助于开启拓展学生的诊治思路，活化思维，训练辨证能力，促进其贴近临床。

黄疸（重症乙型肝炎）案：

周某，男，52岁，干部，1999年9月28日初次会诊。

既往史：乙肝表面抗原阳性16年，一直正常工作。

现病史：因在兴修水利第一线过劳而突发黄疸，于是1999年9月8日在黑龙江省三级甲等医院感染科住院治疗，通过20余日输血、静脉点滴胸腺肽、中药制剂（茵栀黄、丹参、黄芪注射液，口服保肝药物）等综合治疗方案，病情有所控制。

辅助检查：①肝功：谷丙转氨酶已由3692IU/L降为180IU/L，谷草转氨酶200IU/L降为134IU/L，碱性磷酸酶137IU/L降为124IU/L，总胆汁酸308IU/L降为264IU/L，总胆红素225IU/L反增为515.8IU/L。②乙肝五项：表面抗原阳性。③B超显示：肝脏弥漫性病变，肝右叶长88mm，厚60.9mm，腹水。轻度胆囊炎。脾厚57mm。

主诉：不欲食，消瘦，腹胀，乏力，不发热，尿黄色如豆油，量不多，白便。

望诊：目黄，身色黄略暗，精神状态尚佳。舌质深红，苔薄润；切诊：脉沉小弦。

西医诊断：重症乙型肝炎，亚急性肝坏死？

中医诊断：黄疸病；辨证：阳黄，湿重于热证。

治法：健脾行气，清热化湿，活血退黄。

方药：茵陈五苓散加减：茵陈蒿50g，金钱草30g，茯苓30g，猪苓15g，泽泻15g，丹参15g，郁金20g，鸡内金15g，党参20g，黄芪30g，佛手15g，焦三仙各20g。姜枣为引，水煎服，日2次温服。其中前5剂中药，10天服完后有食欲了，尿色转为茶色，无白色便，大便成条。即有转机，“有胃气则生”。先后辨证调方加减用药45剂，黄疸显退，乏力减轻，食欲尚好，大便正常，尿色与尿量均好转。服用中药2个月后，复查肝功：谷丙转氨酶88IU/L，谷草转氨酶69IU/L，碱性磷酸酶75IU/L，总胆汁酸19IU/L，总胆红素46.5IU/L。

病人坚持服用汤剂，又在上方基础上去猪苓，改茵陈蒿20g，丹参30g，加当归20g，川芎20g，赤芍15g，厚朴20g，炙鳖甲15~20g，砂仁10g。30剂后改制蜜丸，重10g，日三次。一月后临床症状完全消失，体力



大增。

辅助检查：肝功（-）；乙肝五项：表面抗原阳性；B超示：（-）。恢复正常工作，至今追访9年，肝功正常，现已退休，身体无不适。

【案例收获】

1. 本病例疗效卓著，是中西医结合的成功范例，对我及研究生、徒弟们的教育是生动而深刻的。

2. 经方茵陈五苓散，主治黄疸，可用于中医辨证为湿重于热证或介于阳黄、阴黄之间者，均用汤剂为基础方加减化裁。

3. 临证时，对瘀热在里不去，湿重难化，病程尚短，谷丙转氨酶等诸项指标急剧升高，黄疸严重者，即以茵陈蒿汤与五苓散两方合用，并酌加活血化瘀、疏肝解郁、芳化健脾等药物。

4. 加减法

（1）瘀热不重者，减大黄、栀子用量。

（2）宗仲景之旨“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”“而小便不利者，必发黄。”临证常予疏肝理气药如柴胡、川楝子、青皮、佛手、香橼等；健脾和胃药如白豆蔻、砂仁、黄芪、白术、山药、鸡内金、莱菔子、焦三仙等均可随方选用，使之缩短病程，促进病体康复。

（3）湿多热少，小便不利，黄色晦滞，或兼轻度腹水者，均以倍用茵陈蒿（50~100g）与五苓散合方，并酌加芳化醒脾，活血行气药物配伍，切不可利水、利尿等中西药物并用。

（4）对于临床症状明显改善，各项检验指标接近正常的患者，但见乏力，面色萎黄症，可参照《金匱》“当与虚劳小建中汤”补脾建中，以资化源，对黄疸恢复期的调理至关重要。

【临床应用体会】

1. 本篇提出：茵陈蒿汤主治谷疸湿热两盛证候；茵陈五苓散主治黄疸湿重于热证候。

2. 临床适用于阳黄范畴的急性黄疸型肝炎、梗阻性黄疸（泥沙样胆石症），随证加减，效佳。

3. 临床应用有拓展，还可治疗湿热痤疮、荨麻疹、皮肤瘙痒等。

【问题讨论】在十多年前，西医同志已临床应用茵栀黄注射液、丹参注射液、黄芪注射液配合保肝西药，以及输血、静点胸腺肽以提高病人的免疫功能，显示出中西医对疑难病、难治病的求索精神。实践证明，坚持科学发展观，中医的灵魂在于临床，办中医药大学中医临床专业，无论在



阶段性和层次上都有不同要求，但是，向社会输送合格的中医临床实用型人才是必需的。起码应达到中医药的看家本领不能丢，西医药的常规处置有了解，走向工作岗位能够尽快适应客观需要并发挥专长。

为了让同学们明白晓畅，坚持科学发展观，中医药走继承、创新之路，任重而道远。我以该病人服用茵陈五苓散化裁方，是按照传统剂型的原煎服法要求为例，为什么能取得满意疗效？我校副校长王喜军教授于2005年夏在我校召开的全国仲景学术研讨会上，报告了关于经方包括茵陈蒿汤等中药血清化学的研究成果，提出动物实验研究结果表明，经方服用后，在胃肠道代谢所产生的体内直接作用物质，对于肝肠循环存在影响的问题，证明了经方配伍的必要性与合理性，并为进一步揭示其作用机制提供科学依据，很有说服力。

2008年6月，国家中医药管理局编印的《地震灾后常见病多发病中医药治疗手册》中第一项关于病毒性肝炎（甲型、戊型），惟一推荐的中成药，就是茵栀黄口服液。黄疸较重者，茵栀黄注射液静脉滴注。用法：40ml 茵栀黄注射液 + 10% 葡萄糖 100ml 静点，每天1次，15天为一疗程。

剂型改革的优越性显而易见。知识要不断更新，我个人要坚持学习，并鼓励学生，包括我的博士、硕士研究生都要带着问题学，主动学习，自主学习，不耻下问，“君子渔之”大有裨益。

（三）热重于湿酒疸证治

【原文】酒黄疸，心中懊恼或热痛，栀子大黄汤主之。（15）（一类）

【解读】酒疸是因嗜酒过度，湿热伤中所致，由于酒性属热助湿，酒疸易热化；阳热偏盛，病多热化，所以，酒疸以“心中懊恼或热痛”为主症，是湿热蕴结中焦，上熏于心而心中郁闷，烦乱不宁；湿热中阻，气机不利而心中热痛。原文第2条指出：“心中懊恼而热”。这些都是因为胃热炽盛，出现的酒疸热化之候，也是酒疸必具的症状。

“不能食，时欲吐，腹满”是湿热中阻，脾胃升降失职的表现。湿热下注“必小便不利”，“足下热”，这是第4条原文对酒疸的症状描述，我对病机作了简要分析。治法：清泄实热。方药：栀子大黄汤。方中栀子的用量与茵陈蒿汤相同，都是用十四枚，取其利小便，使郁热从下而走；栀子与豆豉相伍，是栀子豉汤的清心除烦作用。提示只用栀子豉汤治疗热重于湿、病位偏上、尚未成实的酒疸，是难以奏效的。所以本方中有大黄一两，枳实五枚，达到通大便，使实热从后而去，可清泄胃肠实热积滞。



【按语】

1. 综合第2、4、5、6条原文，栀子大黄汤所治酒疸应包含以下三组症状：

第一组，“心中懊侬而热”，“心中懊侬或热痛”，“心中热”。

病位确定在“心中”，临床上，除了“心中”，包括心下（胃），所以病位偏上。而且，标志酒疸具备湿热上蒸的证候，是一种烦热、郁闷不宁的表现，就是“心中懊侬而热”。

第二组，“不能食，食欲吐”，包括“腹满”。

由于湿热中阻，影响气机升降，浊气不能下行，胃气反而上逆，所以，“不能食，食欲吐”，包括脘腹部的胀满。

第三组，“小便不利，足下热”。酒疸湿热下注，导致本组症状的发生。

栀子大黄汤治疗酒疸热重于湿型，属于阳黄范围。

2. 原文第5、6条属三类条文，作一般了解。在治疗上，张仲景提出因势利导法，如“鼻燥脉浮而欲吐者”，是病势趋于上，当用吐法；如“腹满，脉沉弦者”，是病势趋于下，当用下法。临证时应权衡轻重，灵活采用具体治法。这是顺应病势的有效疗法，篇中有吐法用瓜蒂散，下法可用大黄硝石汤。

（四）热盛里实黄疸证治

【原文】黄疸腹满，小便不利而赤，自汗出，此为表和里实，当下之，宜大黄硝石汤。（19）（二类）

【解读】大黄硝石汤治疗热盛里实之黄疸，是以腹满、小便不利而赤、自汗为特征。大黄硝石汤辨证要点是“表和里实”。关于里实“腹满”的病位，偏于中下（肠）。具备实热性腹满的特征，病机是里热结实，内热壅盛，中焦气机滞涩。小便不利是发生黄疸的主要原因，强调“赤”，黄赤是热盛的标志。病机是湿热下注，因内热较重，消烁津液，膀胱气化不利所致。症见小便量少，色黄如茶。自汗出为里热熏蒸，迫汗外出引起。因此，里热偏盛，且有结实的情况，所以，方中有承气法的硝、黄组合，各用四两。也有《伤寒论》栀子柏皮汤中栀子和黄柏的配伍。本证在病情上更为急重，所以治法有“急下”之义。

以上四方都是治疗湿热发黄证，下面用表格进行鉴别比较。



表 17 湿热发黄四方证鉴别

	茵陈蒿汤证	茵陈五苓散证	栀子大黄汤证	大黄硝石汤证
证候	湿热两盛	湿重于热	热重于湿	热盛里实
主症	寒热不食，食即头眩，心胸不安，腹满，小便黄赤，身体尽黄，色鲜明	纳呆便溏，不渴，小便不利，苔白腻，黄色暗滞	心中懊悵而热，或热痛，大便干，小便黄赤，黄色鲜明	小便短赤，大便干结，或发热（汗出），黄色鲜明
病位	脾、大肠	脾、膀胱	胃肠	脾、大肠
病情	发病较速	发病稍缓	较轻	较重
功效	清热利湿退黄，长于清其瘀热	利湿清热退黄，长于运脾利湿	泄热清心除烦，长于泄热除烦	通腑泄热消瘀退黄，药力最强
方药	茵陈蒿六两，栀子十四枚，大黄二两	茵陈蒿末 + 五苓散，或茵陈蒿汤 + 五苓散	栀子十四枚，大黄一两，枳实五枚，豆豉一升	大黄四两，硝石四两，栀子十五枚，黄柏四两

（五）女劳疸证治

【原文】黄家日晡所发热，而反恶寒，此为女劳得之；膀胱急，少腹满，身尽黄，额上黑，足下热，因作黑疸，其腹胀如水状，大便必黑，时溏，此女劳之病，非水也。腹满者难治。硝石矾石散主之。（14）（二类）

【解读】硝石矾石散证，是女劳疸见有瘀血和湿热的一种变证。现在把原文分成四段进行讲解。

第一段，从“黄家日晡所发热”，到“此为女劳得之”。是讲女劳疸和其他黄疸的鉴别；第二段从“膀胱急，少腹满”到“因作黑疸”。是女劳疸和黑疸的鉴别；第三段从“其腹胀如水状，大便必黑”一直到“非水也”，是女劳疸与水胀的鉴别；第四段，“腹满者难治。硝石矾石散主之。”是女劳疸的预后和治法。

第一段“黄家日晡所发热”，说明女劳疸发热的时间性是“薄暮即发”，“薄暮”和“日晡所”都是指傍晚时分。说明女劳疸的发热属阴虚



发热。湿热黄疸邪郁阳明，表现为日晡所发热，并不恶寒；“而反恶寒”是女劳疸由阴损及阳，偏肾阳虚的表现。偏阴虚的发热应表现为“手足中热”。这就是女劳疸和湿热黄疸的鉴别。

第二段，女劳疸和黑疸的鉴别。形成黑疸的原因有二：第一，酒疸误下；第二，各种疸病迁延日久不愈。而“膀胱急，少腹满”，是女劳疸应该有的症状。“身尽黄，额上黑”，是日久不愈变成黑疸。

女劳疸和黑疸都有“额上黑”的症状，如果鉴别的话，黑疸是“目青面黑”，表现为黑里透黄之色，因为它毕竟是湿热的酒疸误下，湿热夹瘀，所以，黑疸是“虽黑微黄”的颜色，和女劳疸的额上黑不一样。

女劳疸和黑疸都有“大便正黑”，“皮肤爪之不仁”症，均是瘀血的征象，但有不同：①女劳疸因肾虚，必以手足心热，额上黑，反恶寒等症状为突出表现。膀胱急，少腹满，大便必黑，时溇，是内有瘀血的表现。②如果黑疸“大便正黑”，夹有瘀血，且有湿热，大便可能是软便；而女劳疸是溇便。

第三段是女劳疸与水胀鉴别。女劳疸后期，可见腹胀如水鼓，大便色黑，时溇等肾虚夹瘀之症，但与水肿病的身肿腹胀满不同，所以原文说“非水也”。

第四段女劳疸预后，“腹满者难治”。这是倒装的文法，应该在“非水也”后面，“此女劳之病，非水也，硝石矾石散主之。”然后，是女劳疸的预后，如果见腹满者，难治。这是女劳疸后期脾肾两败的标志，脾失转输，肾失主水的功能，则真水渐亏，水湿停聚导致腹满，所以其预后不良，为难治。

硝石矾石散，两味药组成。硝石在本篇有两次应用，矾石在《金匮》中四见：①硝石矾石散用白矾；②侯氏黑散用白矾；③治“脚气冲心”的矾石汤用白矾；④《金匮·妇人杂病》篇的矾石丸；外用药止白带，用烧矾石就是枯矾。

硝石指火硝，性寒，味苦、咸，入血分，功效消坚散结。矾石，入气分，化湿行水。两药1:1为散剂，因为均是石药，有碍胃之弊，为了保护胃气，使其攻邪不伤正，本方用大麦粥汁和服，使全方具有消瘀退黄，化湿和胃之效。从药测证可知，本病同瘀和湿邪有关。所以两药相伍既能消瘀，又能化湿；既走气分，又走血分；水血同治，有化瘀利水之功。方后注说：“病随大小便去，小便正黄，大便正黑，是候也。”

对方中应用矾石有两种主张：白矾和皂矾。白矾如果烧了，就叫明



矾；皮肤科、妇科，用于燥湿止痒，要煅烧，将水分全去掉，就叫做“枯矾”，取其收敛作用。本方用“皂矾”，也叫“绿矾”、“青矾”。这是从颜色上，有绿、青两种。皂矾性寒，味酸涩，有燥湿退热，补血杀虫，除骨髓之痼热之功，本方取其入气分，化湿利水的作用。

【按语】关于女劳疸的正治法，原文没有提出。因为肾虚有阳虚、阴虚之分，如果肾阳虚，可用金匱肾气丸（汤）治疗，也可以用后世的右归丸（汤）。如果肾阴虚，可用六味地黄丸（汤），或左归丸（汤）治疗。作为虚劳用方，对疸病后期表现为肾虚的病证，当辨证属肾阴虚，抑或肾阳虚，分别治之，为其正治法。

【临床应用体会】

1. 现在的用法，把硝石矾石散做成梧桐子大的丸药，用大麦汁熬成粥调服。临床在本方基础上，加用槟榔、雷丸等驱虫药，可用于治疗脑囊虫病，有一定疗效。

2. 硝石矾石散加减治疗胆石症，特别是泥沙样结石导致的梗阻性黄疸，配合茵陈五苓散，疗效明显。

（六）黄疸兼证

1. 兼表证

【原文】诸病黄家，但利其小便，假令脉浮，当以汗解之，宜桂枝加黄芪汤主之。（16）（二类）

【解读】本条论述黄疸病的正治法及兼表虚的证治。“诸病黄家，但利其小便”为一类原文，要求掌握。

“诸病黄家”应指湿邪为患的黄疸，或湿热发黄，或寒湿发黄，或湿瘀发黄，总之离不开湿邪。“然黄家所得，从湿得之”，强调湿邪贯穿于黄疸病的始终。所以通过利小便法给湿邪以出路，有利于退黄，为其正治法。

到底是什么样的表证？如果从桂枝汤来讲，《伤寒论》中提到“酒客”，禁忌桂枝汤。因为酒客是属于湿热偏盛，提示桂枝汤不能用于湿热黄疸。用桂枝汤解表，说明本方适用于寒湿发黄，或湿重于热的黄疸。是黄疸兼有恶寒发热，脉浮自汗的表虚证，才能用本方。从方测证，本方最适用于寒湿发黄的表虚证。用黄芪扶正，助气托邪，而不是益气固表。桂枝加黄芪汤，既调和营卫，又助气托邪，符合张仲景退黄八法中的解表退黄法。

【按语】值得提出的是，〔附方〕有《千金》麻黄醇酒汤：“治黄疸。



麻黄三两，上一味，以美清酒五升，煮取二升半，顿服尽。冬月用酒，春月用水煮之。”似乎是针对表实无汗证提出的解表退黄法。

【临床应用体会】我在临床中，应用桂枝加黄芪汤，治疗因甲亢病人服用地巴唑，癌症患者应用放、化疗，某些血液病人等引起的白细胞下降者。根据中医理论，“气能生血”，“中焦受气取汁，变化而赤是谓血。”辨证加入黄芪、当归身（当归补血汤之意），合四物汤及阿胶等益气养血之品；又“肾藏精”，“血为精所化”，所以加用麦冬、五味子、女贞子、枸杞子等补益肝肾的药物，一般在2~4周后，可达到“升白”的目的。

2. 兼少阳证

【原文】诸黄，腹痛而呕者，宜柴胡汤。（21）（二类）

【解读】本条论述黄疸兼少阳证的证治，治宜和解少阳，方用小柴胡汤。

临床见黄疸诸多兼证，还是以少阳兼证为最多，因为黄疸病与脾胃关系密切，而且多累及肝胆枢机不利，少阳失和。所以“腹痛而呕”。

【临床应用体会】

（1）临床见黄疸里热渐盛，大便秘结者，辨证属少阳阳明并病，可用大柴胡汤化裁治疗。

（2）小柴胡汤临床应用相当广泛，适用于内外妇儿科多种疾病，但必须方证相符，《伤寒论》指出往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食；口苦，咽干，目眩也；但见一证便是，不必悉具。《金匱要略》除本条治黄疸兼少阳证，腹痛而呕者，又治热郁少阳的呕而发热者。这些都是张仲景对外感病、内伤杂病，辨证施治的至理名言，只要成竹在胸，临证应用时会效如桴鼓。

3. 兼燥结血瘀证

【原文】诸黄，猪膏发煎主之。（17）（三类）

【解读】本条论述胃肠燥结兼瘀血的黄疸证治。

“诸黄”，不可用于治疗湿热黄疸，也就是说它不可能治疗所有的黄疸病。从方测证，它应属于萎黄范畴。可见皮肤萎黄，大便秘结，少腹急满等症。猪膏发煎的应用方法，猪膏，就是把肥肉燂（kào）了以后变成的猪油；然后把像鸡子大的乱发三团，放到锅里一起油煎，乱发就熔解到猪油里了。这样做并不是取血余炭的作用，而是取其入血分消瘀之功。对于大便燥结不通者，生活中常有喝生豆油、香油的做法，取油脂类润肠通便的作用；而猪膏的应用，也是润肠通便作用。乱发能够消瘀结，通大便。



猪油，能够利血脉，解风热，润燥结。所以两药配伍，润而不致瘀，通利不伤阴。

（七）黄疸误治成哕

【原文】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。（20）（二类）

【解读】本条论述黄疸误治成哕的证治。

“小便色不变”，强调小便颜色接近正常。“欲自利”是脾胃虚寒所致。因此本条发黄是指寒湿发黄，“腹满”兼有喘证，均属虚寒，我认为这些在临床上不难鉴别。如果辨证不清，将本来就是脾胃虚寒的寒湿发黄证，再用苦寒药治疗，犯“虚虚之戒”，伤了胃气，胃气失和，最容易变成了哕证。原文提出“哕者”，用小半夏汤。“哕”，是胃气上逆的表现，即使没有达到“欲呕”、呕吐的程度，宜用小半夏汤，以温胃化饮，降逆止哕。

【临床应用体会】临床所见，不一定都是因为误治所致，疾病本身可有此症。误治举例，我曾见一位因吃海鲜不当而诱发戊肝的男患，在诊断上，一定要配合西医学的实验室检查作为辅助诊断。中医辨证为湿热发黄，偏于湿盛型，当用茵陈五苓散主治，然而以茵陈蒿汤为主方，过于苦寒，病人就哕了。

实际上，应当少用栀子，或去掉大黄。总之，本条原文提示了寒湿发黄者，禁用苦寒；湿热发黄者，不可过用苦寒，以防变证丛生。

（八）虚黄

虚黄也叫“萎黄”，在《绪论》中，我讲到借宾定主法。张仲景在本篇强调，虚劳萎黄不是黄疸病，它是由脾胃气血虚弱，肌肤失荣所致，不仅见于男子，凡因气血虚损，血不外荣者，都可发为虚劳萎黄。特点是这种萎黄，属于“脾之色外露”，血不荣于外，肌肤失荣。萎黄的辨证关键，一是小便自利，二是目不黄。

【原文】男子黄，小便自利，当与虚劳小建中汤。（22）（一类）

【解读】“男子黄”，用“男子”二字代表虚劳之义，当然不是女劳疸的小便自利，见于虚黄，并兼有中焦脾胃虚寒的一派征象。如身倦，乏力，纳呆，少气，腹痛，或者腹满而软，喜温喜按，大便溏泄等症状。

治疗用虚劳小建中汤。补脾建中，以滋化源。化源充足了，气血充足。气血充足，正气来复，正气旺盛，疾病就向愈。所以叫做“脾旺不受邪”，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。

【临床应用体会】临床上见黄疸病恢复期，一是黄疸残留，辅助检查



胆红素已经下降很多，却没有达到正常指标，这时候，用虚劳小建中汤。通过温补，建立中气的办法，促进病人康复。二是黄疸恢复期，脾胃消化功能减弱，用小建中汤为基础方，调整脾胃功能。取调补之义，是对肝胆病不可缺少的治法。

【按语】

1. 关于建中治疸的问题。尤在泾对于虚黄提出补法，是一个重要的见解。“夫黄疸之病，湿热所郁也，故在表者汗而发之，在里者攻而去之，此大法也。”按照“八法归纳”，他提出：①“在表者汗而发之”。②“在里者攻而去之”。③“乃亦有不湿而燥者”，变清利为润导，像猪膏发煎。④“不热而寒，不实而虚者，变攻为补，变寒为温，如小建中汤之法也。”由此将补法列入黄疸的治疗中。⑤“其有兼证错出者，则先治兼证而后治本证，如小半夏及小柴胡之治也。”说明应用“随证治之”的原则，见呕者，用小半夏汤；见腹痛而呕者，用小柴胡汤。所以，尤氏的观点正是启发我对张仲景退黄八法的归纳整理。

2. 小建中汤治疗小儿溶血性黄疸。关于今人和历代医家，均有验案可查，比如《中医杂志》1958年7月曾报道了黄芪建中汤、归芪建中汤合真武汤加茵陈蒿等药物治疗小儿溶血性黄疸，疗效满意。《中医内科学》反复强调了用小建中汤、养荣汤、八珍汤、十全大补汤治疗虚劳萎黄，均有治疗意义。再如清代王旭高医案，提到用小建中汤辨治虚黄的案例，疗效肯定。现提供给大家学习应用参考。



黄疸病脉证并治第十五金篇小结

黄疸	概念	念：以目黄、身黄、小便黄为主症的一类疾病	
	分类	类：谷疸、酒疸、女劳疸（黑疸、黄疸）	
黄疸	湿热黄疸病因病机	外感时邪	风邪化热，湿热之邪郁闭于脾， 饮食失节、不洁 } 陷于血分——“瘀热以行”（1）
各种黄疸临床特征	谷疸	病因病机	因饮食失节、不洁，湿热或寒湿内阻中焦，郁蒸所致
		主 症	食谷即眩，谷气不消，胃中苦浊，小便不通，身体尽黄（2）或食即为满，食难用饱，小便必难，脉迟（3）
	酒疸	病因病机	因嗜酒伤中，湿热内蕴，清浊升降失常所致
		主 症	心中懊恼而热（或热痛），不能食，时欲吐，小便不利，临床脉浮或沉弦（2、4、5、6、15）
	女劳疸	病因病机	因房劳伤肾，致肾虚有热
主 症		身尽黄，额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，小便自利，腹如水状不治，尺脉浮（2）	
黑疸	病因病机	因酒疸误下或各种黄疸迁延日久不愈，致湿热夹瘀	
	主 症	目青面黑（虽黑微黄），心中如噉蒜齏状，大便正黑，皮肤爪之不仁，其脉浮弱（7）	
黄疸鉴别	湿热黄疸	主 症	渴欲饮水（不喜热饮）；腹满（硬、胀、拒按，偏实热）；小便不利；大便多燥结；脉弦数有力或沉弦；色如橘色（鲜明，属阳黄）
		病因病机	脾湿胃热，瘀热以行
	寒湿黄疸	治 则	清泄湿热退黄（3、9）
		主 症	喜热饮或不渴；腹满（不硬而软，属虚寒）；舌（身）萎黄；躁而不得睡；小便难；大便多溏；脉沉迟（无力）；色如烟熏（晦暗，属阴黄）
	寒湿黄疸	病因病机	素体脾胃虚寒，或寒湿伤阳→湿从寒化
治 则		温中散寒，除湿退黄（3、10）	
病因	因：然黄家所得，从湿得之（8）		
基本治法	诸病黄家，但利其小便（16）		
	热在里，当下之（8）		
	酒黄疸者……其脉浮者先吐之，沉弦者先下之（5）		



黄疸	辨证施治	湿热两盛之谷疸——茵陈蒿汤—— 清利湿热退黄（长于泄热）（13）
		湿重于热之黄疸——茵陈五苓散—— 利湿退黄（长于利湿）（18）
		热重于湿之酒疸——栀子大黄汤—— 泄热清心除烦（重在除烦）（15）
		热盛里实之黄疸——大黄硝石汤—— 通腑泄热退黄（重在攻下瘀热）（19）
		黄疸兼表虚——桂枝加黄芪汤—— 调和营卫，助气托邪（16）
		女劳疸兼瘀血湿热——硝石矾 石散——消瘀化湿（14）
		黄疸见腹痛而呕——柴胡汤——和解少阳（21）
		黄疸误治变证 变哕——小半夏汤 ——温胃化饮，降逆止哕（20）
		外治——瓜蒂散搐鼻〔附方〕
		预后（11、12）
	萎黄	虚劳萎黄——小建中汤——补脾建中，以资化源（22）
		胃肠燥结兼瘀血——猪膏发煎——润肠消瘀（17）



惊悸吐血衄血下血胸满 瘀血病脉证治第十六

概 述

【合篇意义】

1. 惊悸病可以是功能性的，也可以是器质性的，这是从心主血脉，心主神明的理论去认识的。
2. 不论是吐血、衄血、下血，还是瘀血（胸满是它的兼症），这些疾病与心和血脉的关系密切，故合篇论述。

惊 悸

一、概念

惊证，一般来说，发于外，有所触，往往有外因刺激，病人马上表现为惊恐，精神不定，卧起不安等精神症状，伴有心悸。

悸，指心悸，出现以心悸为主症，源于内，为内伤杂病。特别是病人没有外因刺激，自己就感觉悸动不宁，心跳加快。

【原文】寸口脉动而弱，动即为惊，弱则为悸。(1) (二类)

【解读】第1条原文以脉象论述是有道理的。动脉按之如豆状，弱脉按起来虚软无力，二者均属虚劳范畴。

《金匱》有关“悸”的问题，描述为“筑筑然而跳动”，“心中悸”，“心下悸”，“脐下悸”，都是说心悸不安的症状。关于“脐下悸”，首见于《金匱·奔豚气病》的苓桂甘枣汤证，必有气从少腹上冲胸咽，有冲气上逆的感觉；二见于《金匱·痰饮病》的五苓散证，见小便不利而癫眩症。



二、病机

1. 虚证，因血虚，心失所养。

2. 实证，因水饮上犯，此类又有两种情况，除心悸以外，①应伴有奔豚气的冲逆症，②兼有小便不利，癫眩症，这在临床表现上是不一样的。

总起来说，临床上对惊和悸的区分并不严格，也不是完全凭脉象来诊断。当然，病人若不介绍病情，医生也可摸脉而知。比方说，“悸”发作时，多数患者自觉心跳加快（一息脉来五至以上），感到特别难受。所以，不应拘泥在脉是动还是弱来区分惊和悸，经常看到的是惊悸病证互相影响，互为因果。

那么，究竟什么叫“惊悸”？就是症见精神惶恐，坐卧不安，心中悸动不宁。本篇讲了两个方证，一个是半夏麻黄丸证；一个是桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤证，简称桂枝救逆汤证。此篇所论是以症状命名的疾病，而且涉及的范围较广。

三、证治

（一）火邪致悸

【原文】火邪者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。（12）
（二类）

【解读】“火邪者”，是指惊悸病的发生由火邪致惊。在病因上，用火针、烧针、熏、熨等方法逼迫出汗导致惊病。它的症状有什么？原文没提，就得从方测症。桂枝去芍药，为什么去芍药？为什么加蜀漆、牡蛎、龙骨？而且还强调叫“救逆”？由于本病起病急，在治法上，对惊证一定得镇住，所以方中加用龙牡的目的显而易见。由于误治，或者逆治导致了惊病，所以要用桂枝汤加减法。从方测症，我觉得，一定是惊惕不安的。病人为什么会惊惕不安呢？因汗为心之液，火劫发汗损伤心阳。心阳不足，则心失所养，神气浮越，出现坐卧不宁、惊狂、心悸这样的症状。去芍药的原因，是因为它有阴柔酸敛之性。要用桂枝汤急温心阳，助心阳。又因心阳被伤，痰浊易阻，加用蜀漆可以涤痰逐邪，有利于止惊。

临床上常会遇到卒发重症，心悸不宁，气短，四肢不温，而且脉来疾数，心电图表现为阵发性室性或室上性心动过速，在抗心律失常药物难以控制的情况下，可以考虑用本方，具有通阳镇惊安神的作用，而且蜀漆有



破瘀结的功效。如果没有蜀漆，用常山也可以。但是常山有致吐的副作用，不可不知。特别是吐后，痰涎也能裹出一些药汁，心动过速旋即好转，心悸的症状会有改善。所以，为什么这个方叫做“救逆汤”？与该方效果比较迅速，能够治疗突发心悸证有关。

（二）水饮致悸

【原文】心下悸者，半夏麻黄丸主之。（13）（二类）

【解读】因为本条原文没有提症状，我们还得从方测症。本证是水饮致悸，不要见到心悸就以为是虚证。水饮之悸，用半夏麻黄丸。就功效而言，半夏蠲饮降逆。因为水饮上犯，水气凌心；心阳被遏，要依靠麻黄的宣发之性，使心阳得宣。麻黄具体怎么用？取其宣发之性，就用生麻黄；若要定喘，用蜜麻黄。为了减弱它的副作用，一是先煎去沫；二是在炮制上，用捣碎后的麻黄绒可减轻它的发汗力，取其宣发阳气的作用。半夏麻黄丸的兼症，应该有咳唾清痰、涎沫，胸脘痞闷，以及或喘、或呕，因为“水气凌心，心阳被遏”为根本病机，所以，用这个方子，半夏蠲饮而降逆，麻黄宣发阳气。关于水气凌心的问题，在《金匱·痰饮病》里，我们学习了苓桂术甘汤，特别是眩悸者，用小半夏加茯苓汤类的方子，有利于解决水气凌心证。

【按语】

1. 《金匱》有三方用桂枝汤去芍药：①厚朴七物汤，是桂枝汤和厚朴三物汤相合去芍药。因为治疗腹满病见表里同病，有腹满，但不痛，所以去掉芍药。张仲景的用药规律是腹痛加芍药，取其通血痹，缓急止痛的作用。②《金匱·水气病》讲了气分病，桂枝去芍药加麻辛附子汤。这个方子去芍药是什么道理？首先，病机是阳虚阴凝，大气不转，导致饮停心下，所以，必须解决通利气机的问题，才能使饮邪易散。就是原文指出的“大气一转，其气乃散”嘛！所以，对气分病来说，重点一定放在通利气机上，解决它阳虚阴凝的问题，而芍药酸敛，不利于通利气机。③“惊则必有瘀结，故加蜀漆破血”。本方加蜀漆，有涤痰作用，也有破血作用。若有芍药在里，不利于破血，也不利于桂枝汤助心阳。加龙骨、牡蛎的道理是龙骨质甘而涩平，牡蛎质酸而咸寒，一阳一阴，以交其心肾；况且龙骨、牡蛎的配伍有潜镇摄纳作用。可见，本方去芍药，是去其酸敛之性。

2. 《金匱》对心悸的证治有六：①水饮致悸，在脾，温脾阳以化饮，苓桂术甘汤主之；在肾，肾气丸温肾阳以化饮；水饮在肺兼有喘证，用半夏麻黄丸；邪实气闭、表证已解的喘证，水饮在肺的实证，用葶苈大枣泻



肺汤；若见呕证，用小半夏汤、小半夏加茯苓汤，特别是眩悸者，一定要加茯苓。现在用半夏麻黄丸，为什么？是水气凌心，心阳被遏，肺气郁闭，胃失和降所致。可见标在肺，见心悸，也见喘、呕。所以，用半夏蠲饮降逆，还用麻黄宣发阳气。加减要有变化，注意阳气不能过于宣发，水气又不能速消，用丸剂小量缓图之。治本的方肯定是苓桂术甘汤、肾气丸；作为标在肺，我觉得，对于肺气郁闭，胃失和降出现的心悸，是饮邪致悸，用半夏麻黄丸。

(2) 阳虚致悸，《伤寒论》里也提到了桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，这个方子用于损伤心阳，火劫致悸；还有桂枝甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤，张仲景对于镇惊，善用龙骨、牡蛎这个药对，能潜镇摄纳。还有茯苓甘草汤，对心阳虚，饮停心下的心悸是同理的。心脾阳虚，水停脐下，一个是苓桂甘枣汤，一个是五苓散。心肾阳虚，饮停下焦，用《伤寒论》的真武汤可以脾肾双补。

(3) 阴虚致悸，张仲景提出阴虚致悸证，但是没有提出方治。我觉得，临床上最常见的，是一种功能性的心动过速，如天王补心丹证；有的疑诊为心肌炎，但病人出现乏力、汗出、心慌，可以用天王补心丹与柏子养心丸合用。另外有种功能性的，心电图有轻微改变，用生脉饮加六味地黄丸，这都是中成药有效的一类，符合阴虚致悸的；也有的功能性心动过速，特别是中年以上的妇女，可以用甘麦大枣汤送服天王补心丸。这对改善症状有效，因为它有一个慢性过程，用丸药慢慢取效，对调整植物神经功能紊乱的心悸有帮助。为了给病人稳住心悸，让他对你有信心，可加生铁落。用磁石也行，磁石最少用30g。治疗到一定程度，“衰其大半”就用丸药巩固。我觉得，心悸在中医辨证上，灵活加减的机会较多。

(4) 气阴两虚致悸，《虚劳病》谈到了炙甘草汤，也称“复脉汤”，《伤寒论》辨证讲阴阳两虚，我认为属气阴两虚型的心肌炎，临床符合心肌炎恢复期伴有心律失常者，炙甘草汤是基础方，可进行加减应用。

(5) 阴阳两虚致悸，在《虚劳病》里，脾之阴阳两虚偏于阳虚，用小建中汤；偏于气虚，加黄芪，为黄芪建中汤，再加当归补血，取当归补血汤之意；血虚，用归脾丸、归脾汤，以补益心脾。总之，对于心悸证，不要就盯在心悸这个症状上，还得从整体出发，辨病与辨证相结合，以辨证为主，搞清楚它究竟属于哪个证候类型，就选哪个方药加减应用。

(6) 阳气郁遏致悸，见四肢逆冷，甚至厥逆的用四逆汤。特别是用生附子的问题，不管是从温心阳，还是救逆上，都是非常合理的，起到急救



的作用。

【临床应用体会】

1. 我想讲一位病人，她在外企工作，心理总是处于紧张状态。她来看病时，已用过好多西药，催眠镇静效果不好。问诊得知她就是害怕，胆怯，甚至害怕自己非常心爱的小狗；自己不敢独居，得让她爱人每天早上把她送到母亲家，爱人下班后，再把她接回来；好几个月不敢看电视，一看惊险的镜头，病情加重，心悸特别厉害。所以，她以惊为主要临床表现，伴发心悸；反过来，心悸加重时，她又特别害怕，睡不好觉。我觉得这就是非常典型的惊悸证，首先给她镇惊。由于精神、神经、心理方面的病变，使她表现出多种症状。我刚才说的几个方，都可以在临床上随证加减。

2. 我想介绍一个名方，是著名专家陈泽霖的“健心汤”，对于病态窦房结综合征，简称病窦、心动过缓有效，但不一定必须是病窦的那种心动过缓。方歌是：“健心汤治心动缓，党参桂枝淡附片。枳实炙草补心气，活血川芎桃红丹”。因张仲景方里的人参都用党参，所以，党参对于“虚不受补”者最好，其次是太子参，不要用西洋参，因为是治心动过缓。第三句“枳实炙草补心气”，大家一定觉得，枳实补什么心气呀？实际上，全方温补之中，有枳实行气，与炙草配合，是以通为补。活血药用了川芎、桃仁、红花、丹参，效果确实很好。以上说明，心悸不一定全是气血亏虚所致。

吐衄下血

一、概念

血证的概念，是指血不循经，自九窍排出体外，或渗溢于肌肤所致的各种出血证。

篇中对证治部分，基本上是以举例说明的。在病因病机和临床辨证上分为虚、实两大类，是《金匱》对于血证辨证施治提出的两大法门，可以说是对后世在辨证治疗学上的一大贡献。

二、证治

（一）虚寒吐血

【原文】吐血不止者，柏叶汤主之。（14）（一类）



【解读】这是对虚寒吐血证的方治。柏叶汤用的是侧柏叶，还用了干姜。柏叶和干姜各三两；“艾三把”，即艾叶三把。“方后注”：“取马通汁一升”，马通汁是什么？一云：马尿，首载于《别录》；二见《新修本草》：“屎，名马通。”当时是把马粪用清水灌上，用木棒反复搅碎以后，使马粪的渣滓沉淀，取上清液，即为“马通汁”。现在药局不提供，可用童子便，取其止血的作用。实际上，我们学的止血药多了，不一定非得用它。但是，张仲景时代，认为这三味药，再加上马通汁，有很好的止血作用。我觉得不用马通汁，就用这三味药，侧柏叶、干姜和艾叶，炮制炒炭，止血效力增强，同时也能帮助温中。

吐血不止，从方测证，属于虚寒吐血。那么，虚寒吐血的临床见症应该是什么？不管是吐血，还是妇女的崩漏，因为是大失血，病人有一派虚寒征象。如：面色淡白无华或萎黄；血色是浅淡的。在精神方面，病人萎靡不振，是个虚象。失血过多以后，舌质淡或苔润；脉微弱或虚细无力，这才是柏叶汤证应该见到的症状。

方中，干姜、艾叶，是温性的，与虚寒证病机吻合。侧柏叶偏凉，但炒炭以后，它的寒凉之性减弱，而且有马通汁的佐制。临床中血热的出血，也可用侧柏炭，20~30g，特别是妇女的经血过多，崩中漏下，还有属于便血者效佳，可用侧柏炭配地榆炭。

（二）热盛吐衄

【原文】心气不足，吐血、衄血，泻心汤主之。（17）（一类）

【解读】本条讲的是热盛吐衄的证治。陈修园称赞这个方子是“吐衄之神方”，止血效果快。当然，必须属于火热亢盛那一类。既然是热盛吐衄，怎么“心气不足”呢？显然需要【校勘】。若“心气不足”，应该补心血、安心神，怎能用一派苦寒药组成的泻心汤呢？从方测证不符合。那么，“心气不足”到底是什么？《千金》孙思邈看出来，“足”上面少了一点，应是“心气不定”，讹为“心气不足”。这又是一个省文法，属于火热亢盛的吐血、衄血，伴着一派实热证，一定得有“火性炎上”的表现。比如，血色鲜红，病人心烦不安，烦躁；面赤而气粗，或烦渴，便秘，舌红苔黄，脉数有力，这才是泻心汤证。

药用大黄、黄芩、黄连。大黄为主药，且不是酒制，量重于黄芩、黄连。临床上，我们根据病人的体质和出血的情况决定。泻心汤用“三黄”，都是苦寒类的要药，取其清泄作用，直折在里、在上的火热。

陈修园在《十药神书》里说，他治疗吐血，“诸药不止者，用金匱泻



心汤百试百效，其效在生大黄之多”，不用其他的炮制法，用生大黄“以行瘀也”。在国内有口服生大黄粉治疗上消化道出血的报道，实为活用泻心汤消瘀止血之效。大黄泄热力强，又是活血化瘀药，对于瘀血不去，吐血不止的患者很适宜。因为既可清泄火热，又有化瘀止血的作用，使瘀血去，新血得生。陈修园真是讲到妙处了，止血而不留瘀，否则，仅从字面上看，一派苦寒，何以称止血良方？

【临床应用体会】国内研究，除治疗上消化道出血外，大黄的应用范围非常广。

1. 生大黄粉的作用，我用于降血脂。怎么用呢？把生大黄研成粉末，装0.25g的胶囊里。开始服用量大一些，2粒/次，日服2次；一周之后，减量成1粒/次，使其大便基本调适。大黄本身有继发性便秘的问题！所以，一开始的时候，可能有点便秘，但是，不至于造成腹泻。大便正常了，用量就变成1粒/次，一天三次，坚持一个月，30天一个疗程，因人而异，有的患者血脂降得非常好，有的需要加一个疗程。

2. 习惯性便秘的患者，有时需要依赖泻药，常见偏于上火者。用大黄粉胶囊，1粒/次，还是2粒/次？因人而异。单独用生大黄粉的胶囊，既可以降血脂，又可以令大便通畅，可谓保健良药。

（三）虚寒便血

【原文】下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。（15）（一类）

【解读】《中医内科学》里讲了近血、远血，但是，《金匮》本篇是张仲景提出的近血、远血证治的原始资料。以粪便与下血、便血的先后辨证。正如首篇所论，病要分先后，治当分缓急。在便血的问题上，要辨大便和下血的先后，分辨下血证的虚、实。我们看黄土汤的组成。虚寒便血的远血，温补用炮附子配白术，主药是灶心土，原文写的是繁体字的“竈”，“竈中黄土半斤”。现在若想用灶心土，没有药源，可以拿赤石脂代。这不是我自己的发明，是有据可证的。

陈修园的《浅注》说：“愚每用此方，以赤石脂一斤，代黄土如神，或以干姜代附子，或加鲜竹茹、侧柏叶各四两”。这就是在方药的替代上，陈修园做了举例，把他自己的体会供给我们参考。但是，他说赤石脂一斤，我觉得量太大了。他说的是治疗便血，我觉得妇人的崩中漏下，特别是功能性出血，反复而且血量很大，这时候黄土汤的用法，用赤石脂一两，配三七粉5~10g，见效特别快。黄土偏于温中涩肠止血。赤石脂的作用，也是温涩，即温中、收涩。方中炮附子配白术，温阳健脾以摄血，针

对病机为虚寒便血。地黄，就看你怎么用。如果为了滋阴养血，就用熟地配阿胶，滋阴养血以止血。甘草，量不用太大，甘缓以和中。

本方既用了热药炮附子，又用了苦寒的黄芩，《方剂学》里，特别讲了黄芩的反佐作用。黄芩虽为反佐，但药量不少。如果药局不能提供炒黄芩，可以单包黄芩片，病人回家自己炒一下，称作“烧存性”。不但起反佐作用，还能帮助止血。黄土汤就妙在温清两用。尤其血不止的时候，一定用炒黄芩。

对失血程度重者，为了治其本，可用熟地配阿胶；女患功能性出血的，用阿胶不如三七，既化瘀又止血，药量可以5~10g冲服。这个方子是值得学习和运用的。

（四）湿热便血

【原文】下血，先血后便，此近血也，赤小豆当归散主之。（16）（一类）

【解读】赤小豆当归散，我们学习《金匱》第三篇狐惑病酿脓证用本方，第一，功效为清热利湿，凉血排脓。可治眼部酿脓；又可治疗肛阴蚀烂；以及治疗湿热下注大肠的近血。近血应当符合湿热下注的病因病机。第二，有活血化瘀作用，可祛瘀生新。第三，排脓作用。一定要把赤小豆用水浸泡以后，给它萌出点小芽来，然后将它晒干，再研成散剂。这个用法很特别，临床有效。

四个方在血证里面，柏叶汤温中止血；泻心汤清热、凉血、止血；黄土汤温脾摄血；赤小豆当归散清热利湿，凉血排脓。请同学们思考一下，对于虚寒性的失血，要温脾摄血，为什么不用归脾汤，而用黄土汤呢？这在临床实践的时候，我曾经和学生专门讨论过，归脾汤不是也可以引血归经吗？对心脾两虚，月经量过多，常用归脾汤、归脾丸。为什么一定要用黄土汤？黄土汤以温涩药灶心土及附子、白术为主组成，且有反佐的黄芩，是温清之中直接摄血，适合治疗脾阳不足所致的虚寒便血，其止血效果更优；而归脾汤，是以黄芪、人参等益气健脾药为主组成，适合于脾气不足，气不摄血之证。本证属于虚寒便血，故用黄土汤。



瘀 血

一、原文分析

【原文】病人胸满，唇痿舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有瘀血。(10) (二类)

【解读】“唇痿舌青”，这在望诊上，首先点明看口唇、看舌，要你直观发现有无瘀血标志，非常有临床诊断意义。有瘀血的患者，唇发暗，发紫；有的颜色不均匀，表现在舌质、舌尖、舌边，有瘀点、瘀斑，有的会成片。“痿”呢，是要看口唇的形，因为瘀血不去，新血不生，不能外荣，病人的唇形可能有些干瘪，可以理解成“萎”或是缩、瘪，这是唇形。张仲景把瘀血的典型症状从唇舌上点明了。我觉得这是临床诊断意义非常明确的条文。

“口燥，但欲漱水不欲咽”，张仲景总结得非常实际。口燥，既不是热盛伤津，又不是水液内停以后的津不上承，而是瘀血所致。口燥的特点是“但欲漱水”，就是含口水漱漱口，不想咽下去。这就是瘀血内结的表现，是瘀血证的一个特点。

正如《心典》所说，“口燥欲漱水者，血结则气燥也”，是用瘀血的病因病机解释它。另一个特点，就是“无寒热”，它不是由于热证、热邪伤津所致。“无寒热”也不是外感所致，而是再一次强调这种“口燥，但欲漱水不欲咽”，是瘀血内结所致。

“脉微大”是指脉来不流利，是涩脉的标志。“微大”不是大脉，是血行不畅的表现。之后，原文又讲“腹不满，其人言我满”。我为什么没讲第一个“胸满”呢？这病人有两种情况，一个是表示自觉胸满；另一个，他确实有胸满的症状。又说“腹不满”，也是病人自己表述的症状。

【按语】关于“胸满”，约有五种原因造成：①风寒所致的胸满。必定兼喘，即“表寒无汗，胸满而喘者，风寒之胸满也”。②实热内结的胸满。“热壅之胸满也”，“里实便涩，胸满烦热者”，得用承气法。③停饮胸满，“面目浮肿，胸满喘不得卧者，停饮之胸满也”。④气滞胸满，“呼吸不快，胸满太息而稍宽者”。⑤“病人无寒热它病”，是说没有外感，也没有热盛，“惟胸满”，标志在于“唇痿、舌青、口燥、漱水而不欲咽，乃瘀血之胸满也”。以上见于《医宗金鉴》中的《订误·金匱要略》专篇。我觉得



它这个分析，就是带有鉴别诊断之义，很值得参考的。

【原文】病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也，当下之。(11)(二类)

【解读】这里的“如热状”，口渴，比原来的“但欲漱水不欲咽”稍重，发展到口渴症了。脉象上，反而无热，这叫“阴伏”。

“阴伏”是什么概念？作为有瘀血的病人，他“如热状”，自觉心烦、口干、口渴，像个热证，但是“如”字值得推敲。张仲景在用词上非常讲究，告诉我们不要被假象所迷惑，病机是瘀久化热，郁热不得宣泄，他才口干、口渴、心烦，不是真正的热证，而是瘀血证。因此，11条的证，要比第10条的证重了。第10条是讲了瘀血的一般脉证，现在讲瘀血化热的脉证。“其脉反无热，此为阴伏”，即热不在气分，而在血分。如果热在气分则脉洪大。现在以“反无热”，说明此脉不是热象的洪大脉，而是瘀血阻滞日久，瘀而化热的表现，是血分所致。在脉象上，是一种瘀血的脉，为涩脉，上下对比，这就叫“阴伏”。

关于阴伏，黄树曾在他的《金匱要略释义》里说：“血属阴，血瘀于内，故曰阴伏”。黄树曾的说法比较正确，直接说“因为血属阴，血瘀于内”，就叫做阴伏了。既然有瘀血不去，中医基本理论，包括《内经》提出的主要治法，就是“留者攻之”，“血实者，宜决之”。因此，采取攻逐瘀血法。诸如经方桃核承气汤、下瘀血汤、温经汤、红兰花酒、抵当汤、抵当丸等散见于《金匱》与《伤寒论》篇章中。

二、学习参考

张仲景为瘀血理论奠定基础。

(一) 关于命名

我觉得，应该综合归纳张仲景著作里体现瘀血理论的有关内容。比方说，《金匱要略》提到的干血劳，“经络营卫气伤，内有干血”，干血指的是瘀血，是因虚而致瘀。《伤寒论》提到蓄血证，蓄血也是瘀血。《妇科三篇》提到的“衄血”，也是指瘀血而言。当然《内经》的理论之后，还有积血、留血、恶血、死血等，这些都是瘀血的不同称谓，张仲景在本篇明确将其统称为瘀血。

瘀血是指病理性产物，又是致病因素。而血瘀是指病机而言，两者不可混为一谈。



(二) 发病问题

1. 是血液运行不畅，瘀滞于脏腑，或停积于局部。

2. 是血液不循脉道，妄行于脉外，但又没有流出之血，是一种“离经之血”。像外伤，没破皮，但是皮肤青一块、紫一块，瘀血在内，是血溢于络外。升麻鳖甲汤加减两个方的功效是清热解毒、活血化瘀，针对“面赤斑斑如锦文”，皮下出血形成了斑疹施治。

3. 污秽之血。妇科的崩漏下血，属于污秽。像高脂血症，在中医学里可以按照污秽之血、瘀血来对待。为什么大黄是泻下药、泄热药，又是活血、止血药，也可以考虑它能够降脂呢？就是因为它还有化瘀止血的作用。

4. 内结为瘀血。如出血性中风，以及癥瘕痞块。包括疟母，是和疟邪在一起，不是单一的瘀血，而是痰瘀互结，很复杂。

(三) 瘀血脉证

瘀血脉证，除舌诊是主要标志以外，其余方面如下：

1. 疼痛。瘀血的疼痛，“通则不痛，不通则痛”，这在《血证论》所里提到，“瘀血在经络、脏腑之间，周身作痛，以其堵塞气之往来，故滞碍而痛。”它的疼痛特点是：①疼痛，痛有定处，久而不愈，反复发作。针刺样疼痛，有的疼痛如刀割，或如钝痛、绞痛，痛处拒按；②常和气候、过劳有关，当寒风、阴雨天气，或过劳、情绪不好时发作，表现为昼轻夜重；③“得温暖则舒，遇寒湿加重”；④单纯用行气止痛药，疗效不显著，必须合用活血药才能取效。

2. 发热，口燥，口渴。因为属于内伤杂病的一种慢性过程，渐积而来。所以要注意瘀积的部位、病程和耗伤气血的程度，来决定选哪一类药。①瘀血在腠理、肌肉，使营卫失和，血行不畅，表现为恶寒、发热，但头不疼，与外感者有别。重则壅遏气血，郁滞气机。虽发热，而无脉洪大的表现，伴脉微大而来迟，是涩脉。②发展到瘀血耗伤阴血，可见虚热、手足心热、夜来尤甚。表现为稽留热、弛张热、间歇热等各种热型。正如《血证论》说，“瘀血在里则口渴，所以然者，血与气本不相离，内有瘀血，故气不得通，不能载水津上升，是以发渴，瘀血去则不渴矣。”

3. 健忘，包括《伤寒论》提出的“其人喜忘者，必有蓄血也”。《血证论》：“凡心有瘀血亦会健忘……夫人之不忘者，神（脑）清故也……失血家猝然健忘，每有瘀血。”说明脑部疾患可使人健忘。

4. 精神神经症状，表现为健忘或狂、烦。



5. 麻木，由于肌肤，特别是四末失于血的濡养所致。

6. 唇舌青紫；皮肤、眼目表现为“肌肤甲错，两目黯黑”。

7. 经血不调。经期提前或错后，或经量涩少，时来时止。

8. 瘀血导致的出血，是瘀血阻碍血行，发生了血滞和离经外溢。肝硬化失代偿期表现为门静脉高压的患者，由于食管胃底静脉破裂所致的呕血属于此类。

9. 积聚、癥瘕，特别是有形之块。《血证论》中唐容川说：“气不行不能结块，结块者，必有形之血也”，所以，结块是瘀血所致，而且是瘀瘀互结为患。

10. 咳喘，《血证论》：“须知痰水之壅由瘀血使然，但去瘀血则痰水自消。”说明瘀血阻滞气道，有碍气机出入，壅塞为咳为喘。如肺心病、肺气肿、肺癰之咳喘。

11. 痈肿、溃疡。

12. 脉象：脉无定论，多弦细或涩中带弦。

（四）关于活血化瘀药的选用

1. 通用于一般的血瘀证。桃仁、红花、赤芍、当归、丹参，这是一般性的血瘀证所常用的药物。

2. 行气消瘀药。如川芎、姜黄。治肝病，可考虑郁金配姜黄，玄胡配姜黄，或三棱、莪术，都属于行气消瘀，效果非常好。例如，活络效灵丹，要注意乳香和没药对脾胃的刺激性。

3. 通络散瘀药，如穿山甲、汉三七、姜黄、苏木等。

4. 破瘀通经药。妇科常用王不留行、刘寄奴、益母草、当归、川芎、牛膝、地龙这类药，既破瘀通经，又止痛。

5. 祛瘀破癥药，用于治疗有形之痞块。如水蛭、虻虫、三棱、莪术、土鳖虫。

6. 止血化瘀药。“瘀血不去，新血不生”，病人仍出血怎么办？选三七或茜草炭 5 ~ 10g，以止血消瘀。炒蒲黄亦可。用于患者时，应分清药性，区别对待；肝病严重者，活血而防其出血，可配藕节。

7. 凉血散血药。像丹皮、丹参、赤芍、郁金等。

8. 化瘀利水药。如益母草、泽兰等。

9. 活血补血药。如当归、鸡血藤、丹参。四肢麻木者，用鸡血藤。

10. 祛瘀止痛药。如乳香、没药、红花、五灵脂、三七、血竭、苏木等，骨伤科、妇科均常用。



11. 散血消肿药。如刘寄奴、大蓟、小蓟、马齿苋、败酱草、赤小豆、鹿角霜或鹿角胶等。

(五) 注意事项

应用活血化瘀药，还应结合瘀血部位，适当配合行气、通络、解郁药。一般说来：①瘀在头部可配白芷、升麻、桔梗等。②瘀在上肢偏寒性可选桂枝，偏温性应选桑枝。③瘀在下肢宜用牛膝配寄生等。④胸肋部的瘀血，重用赤芍和川芎，也可配行气药，像柴胡，青、陈皮，枳壳、郁金、桔梗等。⑤腕腹部瘀血，除虫类药外，还应重用桃仁、红花、乳香、没药。配香附、乌药以行气止痛。⑥少腹部的瘀血，可选官桂、小茴香、艾叶、炮姜等。⑦瘀阻，肺气上逆。呼吸四病里的咳、痰、喘症状，可用桂枝茯苓丸，或用旋覆花、新绛、三七等。⑧瘀积，肝肿胁痛者，用丹参、郁金、地鳖虫、九香虫、鳖甲以防肝纤维化。重者，可以用水蛭，研末服。⑨脾肿坚硬者，轻则用三棱、莪术，重则加水蛭、虻虫。

(六) 关于化瘀法的分类

1. 本法，即活血化瘀法，适合于跌打损伤引起的瘀滞疼痛，包括癥积、痈肿、产后瘀血腹痛。

2. 行气活血法，行气药和活血药合用，针对气滞引起的瘀血，包括慢肝、肝硬化等，症见胸肋疼痛、肝脾肿大。可用柴胡疏肝散、逍遥散加丹参、桃仁、郁金、香附等。

3. 益气祛瘀法，补气药和活血药合用，针对气虚血瘀证，典型方是黄芪桂枝五物汤、补阳还五汤。

4. 温经祛瘀法，温通经脉药和活血药合用，适合因寒而血瘀的寒性瘀血阻滞证，以生化汤为代表方，作用是活血化瘀，温经止痛。

5. 清热祛瘀法，清热药和活血化瘀药合用，适于瘀血阻滞偏热者，如桃核承气汤。

6. 养血祛瘀法，养血药和祛瘀药合用，对于体弱又失血过多者，用滋阴养血药加活血化瘀药，如急性粒细胞白血病，包括再生障碍性贫血者均可用此法。

7. 祛瘀止血法，止血药和活血药合用，使瘀血去，新血生，达到止血目的。如“失笑散”，包括升麻鳖甲汤，也是活血化瘀，达到祛斑作用。

8. 软坚祛瘀法，软坚散结药加破血逐瘀药。对有形之痞块、癥块，要软坚散结，如鳖甲煎丸。

9. 渗利祛瘀法，或叫化瘀利水法，利水药和活血药合用，《金匱》有



3 个代表性方剂：当归芍药散、桂枝茯苓丸、大黄甘遂汤，后者用于水血互结于血室者。也可以用血府逐瘀汤加五苓散，用复方同样能达到利水药和活血药的协同作用。对治肾病的水肿，此法是值得考虑的，有利于疾病康复。

10. 解毒祛瘀法。如升麻鳖甲汤，是对于感染性疾病所采用的方法。治肠痈用大黄牡丹汤，也属这一类，清热解毒，活血化瘀。

11. 祛瘀止痛法，治疗因气血滞塞而致血瘀疼痛。如身痛逐瘀汤、血府逐瘀汤、通窍活血汤等，包括活络效灵丹、失笑散等方，都是这类。

12. 通窍活血法，热闭心包所致昏迷的病人，出现动血、发斑的情况时，以清营凉血药和活血药合用，采取鼻饲法给安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等，属于此法。

13. 祛瘀定志法，安神药与活血药同用，可用于治疗头部外伤、人事不省；或口鼻出血，或头痛眩晕之证；还可用于脑震荡后遗症、癫狂证（精神分裂症）；部分怔忡病人，用一般安神药治之不效时，亦可选用此法。

当前，对活血化瘀法及其方药的研究已取得长足进步和令人瞩目的重大研究成果，对防治疑难杂证、延年益寿、增进健康发挥了重要作用，值得深入系统地继承与创新。

惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六

惊悸	{	概念	惊——发于外，有所触，指惊恐，精神不定，卧起不安（1） 悸——在于内，无所触，指自觉心中跳动 惊悸——精神惶恐，坐卧不安，心中悸动不宁
		病因病机	惊——“寸口脉……动则为惊” 大惊卒恐，血气逆乱 悸——“寸口脉……弱则为悸” 气血不足，心失所养（1）
		辨证施治	火劫致惊，心阳不足——桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤——通阳镇惊安神（12） 水饮致悸——半夏麻黄丸——蠲饮降逆，宣通阳气（13）



血证概念：血不循经，自九窍排出体外，或渗溢于肌肤所致

病因病机 { 火热亢盛，迫血妄行 (17) [湿热——酒客 (7)、近血 (16)]
脾气虚寒，气不摄血 (14、15)

主症：吐血、衄血、下血 (远血、近血)

脉证与预后 (5、2、6)

吐血下 { 辨证施治 { 虚寒吐血 { 主症：吐血不止 (血色浅淡，面色苍白或萎黄，精神萎靡，舌淡而润，脉微弱或虚弱无力)
方治：柏叶汤——温中止血 (14)
热盛吐衄 { 主症：吐血、衄血 (血色鲜红，心烦不安，面赤气粗，烦渴便秘，舌红苔黄，脉数有力)
方治：泻心汤——泄热凉血止血 (17)
虚寒便血 { 远血：下血，先便后血，此远血也。(多位于小肠、胃，因距肛门较远故名)
主症：先便后血，(血量多，色暗紫稀薄，腹冷痛，面色无华，便溏，神疲懒言，手足不温，舌淡脉细弱、迟)
方治：黄土汤——温脾摄血 (15)
湿热便血 { 近血：下血，先血后便，此近血也 (多位于大肠、直肠，因距肛门较近故名)
主症：先血后便 (血量少，色鲜红，或兼脓液，神不衰，面如常，大便不畅，苔黄腻，脉滑数)
方治：赤小豆当归散——清热利湿，活血化瘀 (16)

瘀血 { 瘀血脉证：唇萎舌青，口燥，但欲漱水不欲咽，无寒热，脉微大来迟，(兼) 胸满，腹不满，其人言我满 (10)
瘀血化热脉证：烦满，口干燥而渴，其脉反无寒热 (11)



呕吐哕下利病脉证治第十七

概 述

本篇论述了呕吐、哕、下利，包括泄泻和痢疾四种病证。是《金匮》全书原文最多的篇章。学习时，应与《腹满寒疝宿食病》的内容结合起来，以便充分理解并认真传承张仲景重视脾胃的学术思想，把握其中较丰富的辨治规律，对其理论深化，临床科学研究会有重大指导意义。

【合篇意义】

1. 病位均在胃肠——从脏腑辨证上，主要是脾胃升降失常所致；也有肾阳不足或与肝胆病变有关者。我觉得，如果单纯理解为肝胆疏泄不利的病机是不够的，应属于肝胆病变。因为临床上，很多的疾病会出现呕、吐、哕、下利症。

2. 病因病机相似——责之于脾、肾、肝、胆。

3. 方证可互补——本篇47条原文。其中，和《伤寒论》重复的原文涉及太阳病、阳明病、厥阴病三个篇章；还有《金匮·痰饮病》重复的内容。

前23条原文论述呕、吐、哕的辨证施治，其中关于呕吐的病证内容最多，涉及的有关经方最多（13首），除了文蛤汤有争议，其余都学习过。张仲景为什么要重复呢？就是为了使内容更加系统，便于专题研究，便于掌握，使之利于临床应用。

“哕”证内容较少，仅有三条（第7条、22条、23条）。

24条以后的原文专论下利。

【概念】

1. 呕吐 严格来说，呕和吐是有区别的，呕，有声有物；吐，有物无声。因为病位同属于胃，有时呕和吐是并发的，因此，不容易严格区分。



2. 哕 在名称上有阶段性。《内经》有多篇涉及“哕”，比方说《素问·宣明五气》、《灵枢·九针论》有“胃为气逆哕”的记载。确定“哕”的病位在胃，病机是胃气上逆。

《伤寒论》380条：“所以然者，胃中寒冷故也”。是对误汗伤阳，胃寒致哕的阐述。381条：“哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈”。《金匮》重复说明，强调治哕证，首先得搞清病位。在《金匮》第十五篇论黄疸病的变证，见“哕者”，用小半夏汤，显而易见，张仲景认为“哕”是由胃寒所致。

从何时把哕证和呃逆并称了呢？是在宋以后。朱丹溪发明了“咳逆”这个词，他认为是属于“哕”的范畴。现在我们认为，咳逆应属于肺系的病证。“咳逆上气”，“咳逆倚息不得卧”，小青龙汤证。但是，他提出了这样一个含混的称谓。仅供参考。

所以，到明代以后，把“呃逆”和“哕”统称为“哕”，而且分成六种：寒呃、热呃、气呃、痰呃、郁呃和虚呃。脾胃虚寒，仅是呃逆病证的一种类型。

3. 下利 包括泄泻、痢疾。但是，张仲景当时的认识，泄与泻是有区别的。

泄，指大便溏泄，时作时止；泻，指水样便，洞泻。《病机十九条》强调“暴注下迫，皆属于热”，是其中的一类。所以，水谷不化，属于这个泻证范围。

一般来说，泄泻也有腹痛，因为便的次数多，肛门有不舒服的感觉，或伴有较轻微的腹痛，但没有里急后重。而痢疾，初起时，里急后重为重，脓血便（下利赤白），是痢疾的临床特征。

【病因病机】

1. 呕证的病因，偏重于水饮多，实热少。
2. 吐证的病因，虚寒偏多，实热偏少；肝胃不和，由积热所致。
3. 张仲景提出“胃反”的病名，虚寒加水饮，胃气不和，胃气不降而上逆，则朝食暮吐、暮食朝吐，治用大半夏汤。而茯苓泽泻汤证之胃反当与之鉴别。
4. 溏泄的病因，多属脾虚，也有脾肾俱虚者，出现便溏，持续时间较长，且恢复较慢。
5. 水泻，要具体分析。这个“泻”，指洞泻的一类，水样便，甚至“泻下如注”。一般来说，多属于实热或湿热，像急性胃肠炎，初起是实热



为患，治疗不恰当，就会由实转虚。这时，形体消瘦就明显了。所以，脾胃虚弱进一步发展，会耗伤气阴。这就是整个病理转化过程，是一个必然趋势。

6. 痢疾，初起多侧重于湿热；稍久者，易转成脾胃虚弱；脾胃虚弱者的病位虽然在肠，但和肝血、肺气失调，甚至和脾肾功能紊乱都有关系，痢疾的内容就显得很复杂了。

呕 吐

一、成因与脉证

【原文】先呕却渴者，此为欲解。先渴却呕者，为水停心下，此属饮家。呕家本渴，今反不渴者，以心下有支饮故也，此属支饮。(2) (三类)

【解读】论饮邪致呕的辨证方法。

先呕后渴——胃有停饮而呕吐，呕后水饮尽去，胃阳恢复，出现口渴——病欲解。

先渴后呕——胃有停饮，气化受阻，津液不能上承则口渴。

由渴饮水，饮聚不化，上犯而呕吐——此属饮家。

呕家本渴，今反不渴——水饮内盛——此属支饮。

本条在第十二篇属痰饮呕吐，简称“饮呕”。临床上可以根据渴与呕出现的先后来鉴别和判断病情是否欲解。但是，我认为，辨证关键还应该看“心下痞”的症状是不是最终能够解决，才能证明饮邪是否尽除。

本条未立治法，可参照《痰饮病》的小半夏汤、小半夏加茯苓汤。

二、证治

(一) 胃反

1. 脉证 第3条，原文通过脉象来分析胃反的病机，把假热当作实热，用苦寒药误下导致胃阳衰微，不能腐熟水谷，出现朝食暮吐的胃反病。(三类，略)

【原文】趺阳脉浮而涩，浮则为虚，涩则伤脾，脾伤则不磨，朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化，名曰胃反。脉紧而涩，其病难治。(5) (二类)

【解读】趺阳脉浮，为虚——胃阳不足，朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化；涩则伤脾——“不磨”，脾阴亏虚，名曰胃反。



临床往往一见脾阳虚证，就用温补法，而没有考虑脾阴不足及胃燥的问题。“胃反”为什么复杂呢？它不仅有胃阳不足，还有脾阴亏虚，两相结合呈现胃寒脾燥。

“朝食暮吐，暮食朝吐”，描述呕吐证的严重性及其临床特征。“宿谷不化”，和宿食、食积、经宿不化不同。宿食、经宿不化，用消导法，或根据病势，因势利导，用吐法或下法能够解决；“胃反”不那么简单。

这里强调“脉紧而涩，其病难治”。为什么？

脉紧：阳虚而寒——吐；脉涩：津亏而燥——大便不通。

用脉象提示病因病机。这两种情况如果并列在一起，矛盾在于，上有胃寒，下有津亏而燥。如果为了解决胃寒，需要温阳，温补太过，阴津更亏；滋阴时，偏甘寒的药物，对胃阳不足不利，所以，治疗上难度大。临证时，不可单凭脉象论断病情进展。

其具体治法怎么办？初起时，温养脾胃，降逆止呕；后期，应当补养胃气，兼以滋脾润燥。

2. 虚寒胃反

【原文】胃反呕吐者，大半夏汤主之。(16)（一类）

【解读】胃反，主症为朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化；病机为胃阳衰微，脾阴亏虚，不能腐熟运化水谷，重则心下痞硬，大便燥结。这是胃反作为一个独立的疾病，首要明确概念。

为什么用大半夏汤？大半夏汤里，半夏重用为二升。这个二升不是容量，是指重量（经方的用量标准参照《伤寒论·讲义》）。而且要考虑半夏有毒，要求洗后再用半夏。

现在临床上很少用生半夏，多为外用药。半夏有不同的炮制方法，在治疗选药上有意义。止呕吐，有寒饮者用姜半夏；还有清半夏、法半夏、竹沥半夏等。

半夏二升（洗）开结降逆；人参三两、白蜜一升补虚润燥，共奏补脾和胃，降逆止呕之功。

白蜜有养血润燥的作用。“方后注”：“和蜜扬之二百四十遍”，是对煎药法的要求；“如行七、八里”，“如行三、四里”，是对服药法间隔的时间要求。

大半夏汤的功效，补脾和胃，降逆止呕。人参、白蜜治其本；半夏降逆止呕，因其毒性一定要考虑用量。用白蜜解半夏毒，标本兼治。

【临床应用体会】临床上对于病机符合胃阳衰微，脾阴不足的神经性



呕吐、贲门失弛缓症、幽门不全梗阻、幽门梗阻以及贲门癌、食道癌等病，出现呕吐症状，都适合应用本方化裁治疗。对待这种呕吐，不要去追究它是否“朝食暮吐，暮食朝吐”。大半夏汤标本兼治，补虚并降逆止呕。

实际上，单用这几味药，力量还不足，应该把张仲景的经方，如旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤，配合应用。如果气虚重者可加黄芪、白术等；偏阴虚者可加麦冬、石斛、玉竹等；如果大便燥结者，可加当归、肉苁蓉、生白术等。也可加火麻仁、郁李仁等润燥通便药；如果日久不愈，兼有瘀血者，可考虑赤芍、桃仁、红花等药。

（二）呕渴并见之胃反

【原文】胃反，吐而渴欲饮水者，茯苓泽泻汤主之。（18）（一类）

【解读】前面所讲的胃反是虚寒胃反，用一派温补药物。茯苓泽泻汤，恰是五苓散的变方，是五苓散减猪苓加甘草二两、生姜四两组成，也可以说是茯苓甘草汤加泽泻汤。所以，这个“胃反”，不是大半夏汤主治的“胃反”。

那是什么胃反？“胃反”冠以条首，要强调反复呕吐的这种重症，病因是停饮的呕吐。我为什么开始请大家复习痰饮呕吐？我们在《痰饮病》里学习的两个经方，一个是呕家圣方小半夏汤；一个是“眩悸者加茯苓”的小半夏加茯苓汤。而停饮呕吐又称“胃反”，但不是“朝食暮吐，暮食朝吐”的虚寒胃反，而是饮阻气逆，呕渴并见的“胃反”。要注意鉴别。

“吐而渴欲饮水”是水饮内停，津不上承所致，表现为饮不去，渴不止。

所以，辨别痰饮呕吐，一定要看渴与呕之间的关系，呕了之后，饮邪有没去掉？心下痞证是不是解除了？这是鉴别要点。

现在这个“渴欲饮水”，要和消渴病的“渴饮无度”、热病伤津的“口渴引饮”区别。本条是脾虚饮停，津不上承的口渴，饮邪不去，且渴呕并见。实际上，饮、渴和呕三者之间是相互关联的，甚至是一种恶性循环。

用茯苓泽泻汤，通阳化饮，健脾和胃。方中，五苓散去猪苓，通阳化气利水；甘草二两、生姜四两，和胃止呕。可谓温利法，因为化饮必须遵照“温药和之”之义。



表 18 五苓散证和茯苓泽泻汤证比较

	五苓散证	茯苓泽泻汤证
药物	猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝	泽泻、白术、茯苓、桂枝、甘草、生姜
主症	小便不利	呕、渴和饮不已，恶性循环
病机	膀胱的气化不行	胃有停饮，脾运不健
方剂特点	以泽泻的用量为重，偏于通利小便	茯苓、泽泻为君，偏于温胃化饮和止呕，补利兼优

【临床应用体会】有报道说，茯苓泽泻汤主治原发性低血压，表现为头晕、恶心、健忘、失眠、心悸、耳鸣。可以在原方基础上，加黄芪、川芎为基本方。应用时首先必须排除气阴两虚型、心血亏损型、肝阳上亢型（肝阳上亢的高血压，有时一味降压，亦会造成低血压）。属于饮阻气逆者适宜。所以，应通阳化饮；健脾和胃。仅供参考。

临床常见气虚所致的低血压表现为疲倦、健忘、失眠、心悸、耳鸣、眩晕症状，我认为可用补中益气汤为基础方，结合茯苓泽泻汤应用。因泽泻配白术，取泽泻汤之意，治疗眩晕、耳鸣有效。

（三）虚寒证

1. 肝胃虚寒

【原文】呕而胸满者，茱萸汤主之。（8）（一类）

【原文】干呕，吐涎沫，头痛者，茱萸汤主之。（9）（一类）

【解读】吴茱萸汤证，在《伤寒论》有三个条文讲到。①治阳明病的食谷欲呕，肝胃虚寒；②治疗少阴病的吐利，伴有手足逆冷，烦躁欲死；③治厥阴病头痛，干呕，吐涎沫。

我们看第 8 条，“呕而胸满者”，用吴茱萸汤。呕为寒饮中阻，胃气上逆；胸满是胸阳被饮邪阻遏。

大家回想一下，第十篇《腹满寒疝病》论述虚寒性腹满和寒疝的病因病机，是中阳不足，肝寒上逆，“此虚寒从下上也”。由于中阳虚寒，肝寒横逆犯胃致呕、逆或者头痛、吐涎沫。吴茱萸汤里一派温补药，方中吴茱萸一升（18～30g），散寒止痛，温中止呕为君药。治疗厥阴头痛，是引经药；人参、生姜、大枣，补气和胃，温胃散寒，所以本方恰是治疗肝寒、脾胃虚寒的著名经方，用以散寒降逆，温中补虚。

请大家看一下十七篇里，有多少经方用了生姜、大枣？用了甘草配大枣？有的用了干姜，或者生姜汁，或者人参、粳米、姜、枣、甘草都用，



什么道理？为什么不离姜、枣？用意是很清楚的。正如第一篇第1条强调“脾旺不受邪”，时时顾护胃气的重要性不能忽视。

秦伯未《医文集》（湖南科技出版社，1983年7月第1版）中提到，肝的气虚和阳虚，对于老年病的诊治，其代表方，像吴茱萸汤，人参再配其他的温补药是很有道理的，帮助我们理解，虚寒性腹满为什么会伴随着肝气上逆。仅供参考。

【临床应用体会】

（1）关于厥阴头痛的问题：厥阴头痛严重时，表现为巅顶痛重，可以加重吴茱萸的用量，解决肝阳、肝气的郁滞或是肝寒的问题，同时取其降浊阴之逆气的作用；因为川芎是血中之气药，而且上行于头，也是辛温之品，是头痛的引经药。临床常用川芎10~30g，因吴茱萸是厥阴头痛的引经药，同川芎相伍效果良好。也可与藁本20~25g同用，有利于达巅顶，止疼痛。由于细辛善于走窜，祛风散寒，温经止痛力强，对于少阴经头痛为必用的引经药，但是与吴茱萸配伍也适于厥阴头痛者。总之，临证时需根据病情及头痛的程度选方遣药。

（2）伴有血虚的头痛，用吴茱萸汤加补血药。方中若有川芎，可以配伍当归、白芍、枸杞等，有很好的补肝作用。肝本身“体阴用阳”，所以，从肝寒方面，考虑温补。至于用白芍还是赤芍，或两药同用，可根据病情而定。一般而言，缓急止痛用白芍；加强活血用赤芍。

这是我个人治疗头痛的经验。只要把握好病因病机，一定有效。

（3）阳虚寒重头痛者，需要加强温补力，可以加用炮附子、肉桂，不要用生附子，是在原方基础上加强祛寒、温阳、温经的作用。

（4）呕吐重者，病属虚寒，可以配合旋覆代赭汤；寒呕重者，加姜半夏和砂仁。

（5）气虚者，加用党参、黄芪。

这是关于吴茱萸汤证，属于肝胃虚寒的，临床有意义，我提出自己的看法，仅供参考。

2. 阴盛格阳

【原文】呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者，难治，四逆汤主之。（14）（一类）

【解读】这是和《伤寒论》重复的条文。

呕而脉弱，脉弱提示胃虚，由胃虚气逆所致的呕吐。

呕本伤津，应小便少。现在“小便复利”，为什么？因阳气大虚，肾



失固摄，只开不合所致。说明此证的病因病机不仅在胃虚，还涉及肾阳虚。

“身有微热，见厥者，难治”，病人身有微热，四肢厥逆，为病已危急，阴盛格阳，有阳气欲脱的倾向，所以为“难治”。用四逆汤，散寒温中，回阳救逆。

请大家注意“方后注”：强人可用大附子一枚，干姜三两。干姜如果从一两半增加到三两，正好组成通脉四逆汤。这就证明，张仲景在回阳救逆法的应用上，也要根据体质，根据厥逆的程度而定。

从两方的用量看出，张仲景治病求本的精神。同样是呕吐，对于阴盛格阳的厥逆和身有微热来说，呕吐仅是一个症状表现。“本”在哪儿呢？是阴阳之气不相顺接的阴盛格阳问题。所以，要用四逆汤回阳救逆，而不是去止呕，没用一个止呕药物。干姜温中，守而不走；附子走而不守。甘草，一是安中益气，二是牵制附子、干姜的燥烈之性。发挥四逆汤回阳救逆，主治阴盛格阳证的功效。

（四）实热证

1. 胃肠实热

【原文】食已即吐者，大黄甘草汤主之。（17）（一类）

【解读】大黄甘草汤，方名即方药组成。生大黄、生甘草，用量比例是4:1，用来治疗胃肠实热，泻热去实。所以从方测证，这是个实热证。本证特点是“食已即吐”，指立即就吐，吃不进去。

《内经·病机十九条》：“诸逆冲上，皆属于火。”因属于火热，属于实证，所以，用大黄清泄里热，达到止吐作用。在临床上遇到这个症状，你再看体质、舌脉，只要属于实证、热证，应想到用大黄甘草汤。

【临床应用体会】2002年5月，我看到一位23岁小伙儿，他食后就吐已经一周了，西药用了好多，没解决问题。到我这里就诊时，见他行为焦躁，面色泛黄，舌质偏红，口中少津。我就用大黄甘草汤，再加上橘皮、竹茹。试探性地开了3剂汤药，水煎，嘱其少量频服。结果在服用一剂半汤药时，就不频繁呕吐了，症状缓解了。

因此我认为，只要属于实证、热证的“食已即吐”，形证俱实者，就可以用本方。

（1）泻火就是治病求本。呕吐是一个症状，但是，病属火热，就用大黄清热泻火。是审因论治原则给予的启发。

（2）本篇提出治疗禁忌：“病人欲吐者，不可下之。”（6）（一类）。



而本条是“食入即吐”，同学们想一想，为什么用大黄？有没有矛盾呢？

实际上，此“食入即吐”应有胃脘灼热疼痛，口苦口臭，大便干燥等实热征象，病根在胃肠实热，这提示了“审证求因，审因论治，因势利导”的治则。

(3) 临床应用时，热盛者加黄芩、黄连；渴饮重者，石膏配知母；呕吐甚者，加竹茹、代赭石；呕吐物酸苦，伴口干口苦，舌质红，苔燥者，可用黄连配吴茱萸。

在诊治脾胃病的时候，首辨病性的虚实寒热；再看与肝胆是否相关，以便选用适当方药，以利疾病向愈。

2. 热郁少阳

【原文】呕而发热者，小柴胡汤主之。(15)（一类）

【解读】本条论述热郁少阳而出现呕吐的病证。

在《伤寒论》里讲小柴胡汤证症状有很多：口苦，咽干，目眩，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕等，还强调了寒热往来的问题。

第十五篇有“诸黄，腹痛而呕者，宜柴胡汤。”是通过小柴胡汤和解少阳，治疗腹痛兼呕，是黄疸的一种兼症。现在有“呕而发热”，呕吐为主的病证，兼有发热，还是用小柴胡汤和解少阳。是因为少阳邪热，迫胃呕吐所致。如果按之心下满痛，大便干结者，当用大柴胡汤和解少阳，内泄阳明。

3. 热利兼呕

【原文】干呕而利者，黄芩加半夏生姜汤主之。(11)（一类）

【解读】《伤寒论》已经辨干呕，辨哕，辨下利，辨得很清楚了，张仲景又将它们合在这一篇里，就是为了较全面地启发你的临床思路。

干呕而利，是胃肠俱病，邪热内犯胃肠，一则热迫于肠，出现下利，偏于灼热，利下臭秽，而且伴有腹痛，病位在肠；二则胃被热扰，出现干呕，病位在胃。下利与呕吐并见，是治利，还是治呕？从黄芩汤加味的主方看出，是治在肠的热利为主。黄芩汤见于《伤寒论》172条，论太少合病的热利，本方在清热止利的基础上，加上半夏、生姜以和胃降逆，是为呕吐一症而加味的；变成黄芩加半夏生姜汤，主治大肠湿热下利，肠鸣腹痛兼有水饮停胃的呕吐。方中有姜、枣，请大家注意，姜、枣不仅调和脾胃，还可益心脾，所以，姜枣既入气分，又入血分，生姜入气分，大枣入血分，以调和营卫。

按照《中医基础理论》所讲，热利的特点，第一，“暴注下迫皆属于



火”；第二，具备下利腐臭的特点。黄芩加半夏生姜汤，既治热利，又治热扰于胃而呕，对于急性胃肠炎属热者效果非常好。

另外，临床上对于热利初起，下利赤白比较轻微，兼有口苦，舌质偏红，舌苔黄，可以在本方基础上，加上白头翁汤。白头翁汤治湿热（毒热）痢疾，对于大肠湿热，或下利有脓血者，能起到防治作用。

（五）寒热错杂

【原文】呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。（10）（一类）

【解读】这个方证，上有呕吐，下有肠鸣，中心下痞，张仲景不去治上，也不治下，而从中焦治起，用半夏泻心汤，仍是黄芩、黄连配干姜、半夏的“辛开苦降法”治其呕吐，具有斡旋中焦的作用，能够解决中焦气机升降问题，而且对寒热互结所致心中痞症，呕吐兼肠鸣泄泻者，有开结除痞，和胃降逆之效。

“方后注”里提到，一斗煮取六升后，去滓再煮取三升。实际上要求浓煎的意思。实践证明，对呕吐病人，要少量、频服，止呕效果好，这是很有意义的。尽管文中没有明说，你可以体会出来。

【临床应用体会】

（1）凡“呕而肠鸣”，或呕又兼下利者，心下痞满的症状比较突出，可以用半夏泻心汤。同时可以按照病情需要将四味核心药物的用量进行增减：为了止呕，配半夏，还是配干姜？根据情况决定。

（2）如果症见“心下痞，按之痛”，舌苔黄腻，可以合用小陷胸汤，以解决热的问题。

（3）寒热错杂，用半夏泻心汤，取开结除痞，和胃降逆之功。适宜各种胃肠道疾患，如浅表性胃炎、慢性胃肠炎，中医辨证有热象或寒热错杂者。

慢性胃肠炎本来偏于虚寒者多见，如果以热象为主者，不管是急性、慢性胃肠炎，还是胃或十二指肠球部溃疡病，都可以考虑用本方化裁治疗。

比方说，有的上消化道出血是由于胃溃疡造成的，病情急的时候，必先止血，可以用大黄黄芩黄连泻心汤止血，然后再修复病人的胃黏膜，用黄芪、白及；制酸，加乌贼骨；疼痛，加元胡。如果病人有呕、不欲食症，加半夏、生姜等。

（4）对于患有口腔溃疡、口腔炎属于寒热错杂证者，特别是兼有心火亢盛的，也可用导赤散配半夏泻心汤，效果也很好。



（六）寒饮内停

1. 寒饮停胃

【原文】诸呕吐，谷不得下者，小半夏汤主之。（12）（一类）

【解读】“诸呕吐，谷不得下者”，足见呕吐的程度，已无法吃东西了，是不是所有的呕吐都可以用小半夏汤呢？从方测证，呕吐物当以清稀痰涎为特点，属寒饮停胃的呕吐才相宜。临床上，可通过审证求因，病因辨证来决定何方治疗，作为小半夏汤是呕家圣方，以加强止呕的作用。

小半夏汤的原方是半夏一升，生姜半斤。半夏、生姜合用，是相须、相畏的配伍。相须以增强温胃降逆止呕作用；相畏是生姜能解半夏毒。

2. 寒饮内盛

【原文】干呕，吐逆，吐涎沫，半夏干姜散主之。（20）（一类）

【解读】本方是散剂，①从剂型上说，取其速效；②从组成上说，半夏、干姜，1:1等分；③从配伍上看，换用干姜，比生姜温中作用力强，配半夏可标本兼治；④煎服法，有说法：“杵为散，取方寸匕，浆水一升半”，再“煮取七合，顿服之”。是想真正起到温中散寒，降逆止呕的作用，要用浆水煮。我们讲赤豆当归散时，说过浆水有清凉解毒的作用，取其甘酸之性，调中止呕。现在要求“顿服之”就是要集中药力，取其速效。

3. 寒饮搏结胸中

【原文】病人胸中似喘不喘，似呕不呕，似哕不哕，彻心中愤愤然无奈者，生姜半夏汤主之。（21）（一类）

【解读】这是汤剂，方中用了生姜汁。什么叫做“似喘不喘，似呕不呕，似哕不哕，彻心中愤愤然无奈者”？彻，是通彻之意，指病人自觉心胸中郁闷烦乱，有一种无可奈何的感觉，以至于喘不像喘，呕不像呕，哕也不像哕，极度烦闷不适。这就是因寒饮搏结于胸胃所致。

小半夏汤证、干姜半夏散证和生姜半夏汤证都和寒饮有关。小半夏汤证，是寒饮呕吐；半夏干姜散证，是寒饮内盛，所以，它温中的力量要加强，将生姜换成干姜，守而不走；生姜半夏汤证是寒饮搏结于胸胃，病位扩大了。饮为阴邪，轻则阻遏阳气，重则伤人阳气，所以病人烦闷不堪，无可奈何。在病机和病位上，三者有区别，因此，有的用生姜，有的用干姜，而本方重用生姜汁一升，辛散寒饮，佐以半夏，开结降逆，可以祛除寒饮，使阳气布展，寒饮祛除，病人心胸中的郁闷、烦乱得以解除。“方后注”提出“小冷”，是“治寒以热，凉而行之”的反佐法，防止热药格



拒引起呕吐；又嘱其“分四服”，仍以少量频服，以发挥药力。

表 19 小半夏汤证、生姜半夏汤证和干姜半夏散证比较

	小半夏汤证	生姜半夏汤证	干姜半夏散证
药 物	半夏一升、生姜半斤	半夏半升、生姜汁一升	半夏、干姜等分
证 治	诸呕吐、谷不得下、心下痞	似喘不喘，似呕不呕，似哕不哕，彻心中愤愤然无奈者	干呕、吐逆、吐涎沫
病 机	胃寒停饮（中焦）	寒饮搏结于胸胃（中、上二焦）	胃中虚寒
功 效	散寒化饮，降逆止呕	辛散寒饮，开结降逆	温中散寒，降逆止呕
方剂特点	走而不守	生姜汁走而不守，后下，“小冷”	守而不走
煎服法	久煎，浓煎	“日三夜一服，止，停后服”	散剂、浆水煮、顿服

三方证比较，等于用具体的方药举例，彰显张仲景先师在方剂配伍、辨证施治上的原则性和灵活性。

三、呕后调治

1. 饮邪阻胃

【原文】 呕吐而病在膈上，后思水者，解，急与之。思水者，猪苓散主之。（13）（二类）

【解读】 猪苓散组成为猪苓、茯苓、白术各等分，散剂，一次饮服方寸匕，相当于6~9g，一天三服。这是对于停饮造成的呕吐，要进行调理治疗。

“病在膈上”，饮停在膈上阻胃。停在哪儿为“膈上”呢？我们讲《痰饮病》时，对饮停胸肺称为支饮，原文提到“膈间有水”、“膈上病痰”，包括病在胸膈，虽然都是支饮的特点，但是，“卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，小半夏加茯苓汤主之”。因此我们认为，此处的“膈上”应该是指饮停心下、胃的狭义痰饮，以及饮在胸肺的支饮。

这个条文说明，作为这一类的呕吐，止吐以后，仍然应该考虑是狭义痰饮的范围。所以，小半夏加茯苓汤是正治法，如果饮邪少了，症轻了，想调治的话，“思水者”，就用猪苓散，健脾利水。

请大家不必去追究“膈上”、“膈间”的具体部位，临床见支饮眩悸、呕吐者；更多见于狭义痰饮呕吐者，是饮停心下出现的“心下痞”，呕吐



没有完全解除，但是“思水者”，指呕吐后口渴，特想饮水，如果是因为饮邪阻遏阳气，气不化津所致的，就用猪苓散进行治疗。以预防新饮复生，这是标本兼治之法，健脾祛饮。

2. 吐后贪饮（略）

四、治疗原则及禁忌

【原文】夫呕家有痈脓，不可治呕，脓尽自愈。（1）（一类）

【解读】提示呕吐的治疗原则及禁忌。这是重复《伤寒论》的条文。

开门见山讲，呕吐不一定是胃气上逆所致，作为呕家，指呕吐严重的病人，如果胃有痈脓，不可见呕止呕，采取沉降法，应该去治他的痈脓，采取消痈排脓法为正治，强调病因辨证，审因论治，因势利导为原则。

临床见内痈发生在脏，有肺痈、肝痈等；生于腑者有肠痈、胃痈等，应当治其脓疡，而不应该去治呕。呕是病人自救的表现，是正邪交争的结果。有脓必排，脓尽自愈，而不要止呕。重申既是治疗原则，又要告诫治疗禁忌。

【原文】病人欲吐者，不可下之。（6）（一类）

【解读】说明治法要因势利导，“其在上者，因而越之”，不能逆其病势，若治反了，反而加剧病情。

哕

一、治则

【原文】哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈。（7）（一类）

【解读】本条强调哕的治则。

张仲景时代，“哕”是指哕逆，是胃气上逆之证，而且偏于对虚寒病机的认识。

“视其前后”，是指要看病人的大、小便情况。

六腑以通为用。由实邪内阻，下部不利者必腹满；气机壅滞，浊气上逆必哕。如果“哕而腹满”，兼有小便不利，属于水湿阻滞气机，水道不利，就得通利小便，哕和腹满症才能缓解；如果兼大便不通，是因为胃肠有积滞，下闭而上逆，病人大便秘结，且有哕逆，所以通利大便的办法，



可使哕和腹满症得以解除。“知何部不利，利之即愈”为辨证要点。

我觉得，不能把“哕”限定在“呃逆”上，因为呃逆的病位在膈。张仲景论述的“哕”病，它的范围要大于呃逆。《中医内科学》完全是用呃逆代替张仲景所说的哕病。

二、证治

【原文】干呕、哕，若手足厥者，橘皮汤主之。(22) (二类)

【原文】哕逆者，橘皮竹茹汤主之。(23) (一类)

【解读】治哕方，一个是橘皮汤，一个是橘皮竹茹汤。在组成上，橘皮汤与橘枳姜汤类似，橘枳姜汤是治疗气滞偏盛，水饮停蓄导致胃气不降的胸痹轻证。现在用橘皮、生姜，没有枳实，说明满症不明显，是以干呕和哕症为主。所以，针对胃寒气逆的病机治宜通阳和胃法。

“手足厥”，不同于四逆汤证。寒邪在胃，胃失和降不仅会哕、呕，而且，胃阳被阻遏，出现手足欠温、发凉的感觉。生姜用量半斤（八两），多于橘皮，是针对寒饮气逆的哕证，能够通阳和胃，散寒止哕。

哕证，有寒、热、虚、实之分，也有新病、久病之别。所以临证时要具体问题具体分析。比方说，对于虚证的虚哕，可用四逆汤；如果有湿邪，由寒饮所致的干呕、哕，可用橘皮汤。

【临床应用体会】有个加减方称作“大橘皮汤”，是在橘皮汤的基础上，加入参和甘草，治疗呕、哕、胸满、心动不安。里寒盛，四肢厥冷明显者，就加温热药，如吴茱萸、肉桂等。若呃逆频作，胃脘胀满，纳差的，就配合旋覆代赭汤等。临床上我习惯用苏梗配吴茱萸，效果不错，首先解决呕的问题，止呕速度快，病人心理上，包括症状改善上也快；如果饮盛，就用半夏、茯苓；病久不愈兼有瘀血者，就加活血药，如桃仁、红花、当归、川芎、赤芍等，这往往有利于康复。

【治验举隅】一女患，55岁，干部。于2006年3月22日胃镜诊断：胆汁返流性胃炎，食管返流症。B超提示：慢性胆囊炎，脂肪肝。主诉：晨起呕吐，不能进食一个月，伴口苦，胃部灼热感。在食后2小时症重。服用中药汤剂数十剂，呕吐未止；西药服用吗叮啉、西沙必利，仍然无效，而且胸胁窜痛，舌质暗淡，有齿痕，苔薄黄，少津液，脉弦滑。

病人拒服中药汤剂，我用中药颗粒剂，嘱她频服少用，从1/4量开始。方中有姜半夏10g，旋覆花6g，代赭石30g，党参20g，姜竹茹6g，陈皮6g，黄连3g。寓有半夏泻心汤、旋覆代赭汤、橘皮竹茹汤之意。黄连少



许，有清胃热养胃的作用。

二诊时，患者说非常好，不吐了，可以吃东西了，有精神了。又经我院查知她患有乙肝小三阳，慢性病变。住院治疗，配合西药洛赛克、雷尼替叮，每晚睡前一次，以上诸症均已明显好转，出院后以蜜丸巩固疗效。可见橘皮竹茹汤、旋覆代赭汤用于治疗呕吐，确实为有效常用方药，对此类病人合用半夏泻心汤，并配伍益气安中药，体现“当先实脾”之意。

【按语】中医的诊疗水平体现在辨证上，就是你对这个病证的病机认识准不准。如果说病人服药得效快，就是你辨证准确。通过对本篇的学习，对胃肠道疾患、脾胃病的诊治有了较全面、较系统的整理，希望同学们能举一反三，提高辨证水平、诊治水平。

下 利

下利包括泄泻和痢疾。病机责之于脾胃的纳运失职，肠道的传化失司。

一、治法

【原文】下利气者，当利其小便。(31) (二类)

【解读】这一条讲湿滞气利的治法。什么叫“下利气者”呢？下利气，是指下利的同时矢气频频。这是一个病理性状态，由于脾虚不运，湿滞气阻于肠道，湿无出路，因此，伴有肠鸣、腹胀，小便不利，大便黏滞不爽，量少。这是病在胃、肠。

那么，采取什么办法能够使气利得治呢？首先，得把湿滞的问题解决，祛湿的出路在于利小便。所以，李东垣说：“治湿不利小便，非其治也。”张仲景在第二篇所讲的“小便不利，大便反快”，内湿与外湿合病，以里湿为重，同样是“但当利其小便”，给湿邪以出路。所以本篇对湿滞气利也要“当利其小便”，这个道理就好理解了。

利小便，应该用什么方？下利，涉及胃肠，平胃散、五苓散合起来的胃苓汤更为合理。“利小便而实大便”的治法，这里就得到印证了。

二、证治

(一) 虚寒证

1. 虚寒下利兼有表证

【原文】36条 (一类) 已于第一篇讲授。(略)



2. 寒厥下利，阴盛格阳证

【原文】下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。（45）
（二类）

【解读】寒厥下利，这个下利是真寒假热，里寒外热。就是说，真寒在里，不能腐熟水谷而下利清谷；汗出而厥，指四肢厥冷，与假热并见，是身微热，汗出，面色像有热的样子，这是由阴盛格阳所致的危重证。因此，急用通脉四逆汤，是在四逆汤的基础上，把干姜的用量由一两半变成了三两，强人又可增加到四两，目的是大温中阳，才会达到脉通厥回之效，所以方名称作通脉四逆汤。同时，体现出张仲景因体质、因病证不同对经方进行加减，很有意义。

【临床应用体会】作为通脉四逆汤证，不要拘泥于条文。不要非得等着病人下利，手足厥逆，或者有汗。临证时，只要见到汗出不止，脉微欲绝者，都应该首先想到急用四逆汤、通脉四逆汤。

对于下利清谷，伴有汗出过多不止，四肢厥逆，脉微欲绝者，辨证为外假热，里真寒，治疗上重点解决里真寒问题。所以用药上，可以配伍人参大补元气，又能生津；龙骨、牡蛎重镇摄纳；五味子酸敛止汗。下利不止者，用黄土汤，如果没有灶心土，拿赤石脂代，要重用。再就是下面我们要讲的“气利”，用诃梨勒散，从中得到启发，用赤石脂配煨诃子，取其收涩作用以止利；如果水肿者，尿少，就加利水药，像茯苓、泽泻等；为了通阳化气行水，可加桂枝。选用苓、桂配伍的剂群，是张仲景的经方特色，就像“药对”一样加进你的底方中，很有针对性。

3. 虚寒肠滑气利

【原文】气利，诃梨勒散主之。（47）（二类）

【解读】诃梨勒散，用诃梨勒 10 枚，药量较大，顿服。煨法，是拿湿纸或者用湿面糊上，在火上烤，起一种去油的作用，能抑制它的副作用。在服法上，“为散，粥饮和”，就是用米粥汤饮调和。益肠胃，健中气。因为本证病机是中气下陷，气虚不固而下利，所以治宜敛肺涩肠，止利固脱。

临床上对于久虚，以久咳、久利、久泻、失禁滑脱的病证，均可在此法基础上，急则治标可用诃子配罂粟壳 5~10g，每天两次，症状减轻后可改用一次，效果非常好，但是，病好了，“勿更服”，以免形成药瘾。

这是讲下利，一个属于“急开支河”法，利小便，实大便；一个是固脱收涩止利法，专治气虚滑脱证。



4. 虚寒下利脓血

【原文】下利便脓血者，桃花汤主之。(42) (二类)

【解读】“下利便脓血”，属于痢疾病范畴。在《伤寒论》里面论述少阴虚寒，下利便脓血证活。“少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之。”原文一样，只是多出“少阴病”三字。我觉得，《伤寒论》说少阴病见脓血，更有指导意义。

这个方为什么叫桃花汤？因为赤石脂经火煨水飞成散剂，是暗红色。

在用量上，张仲景真是非常精明！精明在哪儿啊？一斤的赤石脂，量很大。一半剉，变成细面，一半筛末，然后用干姜一两，粳米一升。功效为涩肠固脱，温中暖脾，又养胃和中。

请同学们注意，煎煮法上，“上三味，以水七升，煮米令熟”，这三味，包括赤石脂、干姜、粳米在一起，用七升的水煮，煮到粳米烂了的时候，去渣滓，温服七合，这里已经有赤石脂的量了，再服用筛细的药末，一次方寸匕，日三服。

服用汤剂的同时，再加上赤石脂末，充分发挥赤石脂的固涩、止泻、止利之效。如果疗效不显著时，我们可以采取这种方法，水煎一部分，再用细末冲服，汤散并用，能提高疗效。

【临床应用体会】

(1) 本方煎服法给予的启示，使我对黄土汤用法的理解又进了一层。因为黄土汤证是由脾气虚寒不能统摄所致便血，对方中的炮附子虽有黄芩反佐，如果不想用炮附子，可用干姜代，以加强温中暖脾之力。用赤石脂代灶心土，以取固摄止血的作用。

(2) 关于休息痢，由于病情反反复复，导致病人脾肾阳虚，气不固摄。治疗时可用桃花汤合吴茱萸汤。吴茱萸汤对肝寒犯胃，脾胃虚寒，包括对大肠失约，有治疗意义。另外，可以用米壳、诃子，甚至为了燥湿以健脾，苍术、白术加进去治本，更有意义。下利赤白者，是脓血便，为了加强止血，可以加艾叶炭，临床疗效比单一用方，或单一针对虚寒而治，效果都好。如果脾肾阳虚重者，也可以加上炮附子、肉桂、肉豆蔻等；腹痛厉害者加白芍；若是滑脱日久气虚，病人虚弱得很厉害，四肢乏力，面黄肌瘦，不能食，乏力，需用黄芪、人参等。

(3) 患儿细菌性痢疾后期，病情有反复，不可一味扶脾止泻，应酌以白头翁汤清热燥湿，凉血解毒以止痢才对。



(二) 实热证

第37、38、39、40条是“通因通用”法的应用，告诉我们“必伏其所主，先其所因”。当然，中病即止，否则容易伤正。对于反复的下利，应该引起重视。原文略。

1. 实积下利

【原文】下利谵语者，有燥屎也，小承气汤主之。(41) (二类)

【解读】此属于“通因通用”法的运用。

【临床应用体会】上世纪70年代初，我在黑龙江省基层医院工作时，在一个夏季，一位男同志领来一个9岁小男孩，非常着急。患儿面黄肌瘦，肚大脐细。原来他在香瓜地里，一直在吃香瓜，不吃饭，也不喝水。吃到什么程度呢？整个肛门括约肌是松弛、张开的，完全被香瓜籽塞住了，粪水顺着瓜籽缝往下淌，肚子很大，站不住，坐不稳，西医没什么好办法，让他来找中医。

在这以前，我没看过这么严重的，粪水往下淌，我突然想起“热结旁流”是不是就这样子？小孩才9岁，一剂小承气汤喝下去，瓜籽便下来了。对热结旁流，我现在深深地记住了。张仲景记录的都是事实，临床实用、有效，你只要辨证对了，真就是其效若神啊！尽管我们现在可能见不到这样的病人了，但是，你对整个承气法的理解，为什么对于急证，对感染性的疾患，它也有疗效？很值得研究。

2. 湿热毒痢

【原文】热利下重者，白头翁汤主之。(43) (一类)

【解读】《方剂学》中学过白头翁汤，因为热蕴肠腑造成的蒸腐血络，则便脓血；壅滞气机，就出现发热，口渴，里急后重，这种下利赤白的脓血便。在舌质、舌苔上，一定是偏于大肠湿热。以下痢脓血，里急后重为主症。方中白头翁清热凉血解毒，配秦皮，专治湿热痢疾。白头翁汤功效是清热燥湿，凉血解毒止痢。

秦皮配伍白头翁，一个清，一个涩，清利湿热，同时，秦皮也有清热而涩肠止痢的作用，一主一辅。黄连、黄柏，清热燥湿坚阴。在此不要考虑苦寒伤脾胃，它还有坚阴厚肠胃的作用，可谓急祛其实邪的病因疗法。

【临床应用体会】关于白头翁的药用，不仅治痢疾，如果偏于湿热的妇科盆腔炎缠绵不愈，可以配伍茵陈蒿等药清热利湿。所以说，只要属于湿热为患，白头翁与茵陈蒿可以相须为用。也说明茵陈蒿不只是退黄专药。



【治验举隅】2002年春，18个月的女幼儿，曾因发热、腹泻在儿童医院住院治疗，当时，大便见血，怀疑是痢疾。

一天早上，患儿的姥姥带着她的粪便来化验，化验结果为红细胞满视野，杂菌很多，建议临床按痢疾治疗。因行动不便，她没抱患儿前来就诊，但希望开中药治疗。我只好通过问诊了解病情。“这小孩哭闹不哭闹？”“不哭闹。”我说：“吃饭怎么样？”姥姥说：“该玩的时候玩，该吃的时候吃。”“发烧不发烧？”“发烧，低热，不是很高，38℃左右。”我说：“怎么引起的？”她说：“从儿童医院回来时挺好，但是，她就愿意吃柿子”，因为春季需要把买回的柿子放在冰箱里保存，患儿非要吃的时候，姥姥着急了，洗干净就给吃了。可见，生冷食物是诱发因素。本来没有完全恢复好，又吃凉柿子诱发了。

我感觉，这小孩不哭闹，是不是脾胃虚寒？她愿意吃柿子，凉的也不怕，证明有里热。用什么方呢？第一方，黄土汤去炮附子，用赤石脂配干姜，桃花汤之意温补脾胃，固摄一下。考虑病后湿热未尽，合葛根芩连汤，止血药用茅根。就开了2剂。并嘱她：“有什么情况随时和我取得联系，如果大便的黏液和血见少的话，可用汤剂冲服扶脾止泻散（我校附属医院自制验方）。 ”

患儿仅用半剂药就不发烧了。因为我没看到患儿，采取寒温并用法，针对脾胃的虚寒，又有湿热未尽。结果汤药没服完，姥姥电话告知：“我们不用去了，孩子什么都好了，不发烧了，大便正常了，也愿意吃东西了。”我嘱咐她继续服用扶脾止泻散，控制饮食。

【临床应用体会】这些年我体会，什么样的小孩爱感冒呢？一冷就捂，小孩的抗寒能力、适应能力差，体质也越来越差。再一个，饮食控制不好。应当让他吃八分饱，不要撑着，不要吃生冷食物，防止伤了脾胃。“饮食自倍，肠胃乃伤”的病，可不是一方、两方治得过来的。

儿科单一的病因相对好治，好治在哪儿呢？他没有其他因素干扰，多是呼吸道或胃肠道的疾患，常与季节气候变化有关，你把握住“培土生金”法，往往容易见效；儿科脾胃病，一个脾虚，一个胃弱，再就是胃肠积滞需要消导。所以，传承张仲景重视脾胃的思想，有深刻的理论与临床指导意义。

（三）利后虚烦

【原文】下利后更烦，按之心下濡，为虚烦也，栀子豉汤主之。（44）

（一类）



【解读】《伤寒论·太阳病》，这一条是变热证，本来就烦，下利后为什么更烦？因为实热造成的下利，病人应当有心烦。下利以后，实邪如果能够尽去，心烦也就止了，现在没有尽去，因此心烦加重。

所以，对于余邪停留在心膈，扰及心神者，用梔子豉汤，梔子十四枚，清心除烦，能清三焦之火热从小便而出。香豆豉绵裹，宣泄胸中郁热，共同除烦清热。说明本证是以热邪内扰为辨证要点的。

整个十七篇，47 条原文，我按照呕吐、哕、下利三部分，给大家分别讲了一些主要的方证。

呕吐哕下利病脉证治第十七全篇小结

呕	概念	指饮食、痰涎等物自胃中上涌，从口而出的一类疾病
	成因与脉证	饮邪致呕——“此属饮家”饮停心下，饮阻气逆，胃失和降发为呕吐（2） 虚寒胃反——“脉乃数，数为客热”，“脉弦者，虚也”。即胃中虚，不能腐熟水谷，反逆而出，症见朝食暮吐，暮食朝吐（3、4、5）
吐	辨证施治	虚寒呕吐 { 虚寒胃反——大半夏汤——补脾和胃，降逆止呕（16） 肝胃虚寒——茱萸汤——散寒降逆，温中补虚（8、9） 阴盛格阳——四逆汤——温阳救逆（14） 实热呕吐 { 胃肠实热——大黄甘草汤——泻热去实（17） 热郁少阳——小柴胡汤——疏解清热，和胃降逆（15） 热利兼呕——黄芩加半夏生姜汤——清热止利，和胃降逆（11） 寒热错杂——半夏泻心汤——开结除痞，和胃降逆（10） 饮邪呕吐 { 寒饮呕吐——小半夏汤——散寒化饮，和胃降逆止呕（12） 寒邪内盛——半夏干姜散——温中散寒，降逆止呕（20） 寒邪搏结胸胃——生姜半夏汤——辛散寒饮，开结降逆（21） 呕后调理——猪苓散——健脾利水（13） 饮阻气逆、呕渴并见——茯苓泽泻汤——通阳化饮，健脾和胃（18） 吐后贪饮——文蛤汤——发散祛邪，清热止渴（19）——〔争议〕
	治疗禁忌	因痈脓致呕者，不可止吐（1） 治吐当因势利导，即“欲吐者，不可下之”（6）
	胃反预后	脉紧而弦，其病难治（5）



- 下利
- 概念：指下利，是脾胃气逆之证
- 下利实证治则：视其前后，知何部不利，利之即愈（7）
- 辨证施治
- 胃寒气逆——橘皮汤——通阳和胃，散寒止下（22）
- 胃虚有热——橘皮竹茹汤——补虚清热，和胃降逆（23）
- 概念：包括泄泻和痢疾
- 病机：脾胃纳运失职，肠道传运失司
- 下利气治法：当利其小便（31）
- 辨证施治
- 实积下利
- 大承气汤——攻下里实，通腑泄热（37、38、39、40）
- 小承气汤——攻下热结（41）
- 湿热毒痢——白头翁汤——清热燥湿，凉血解毒止痢（43）
- 利后虚烦——栀子豉汤——透邪泄热，解郁除烦（44）
- 虚寒下利
- 兼表证
- 先用四逆汤——温里
- 后用桂枝汤——解表
- 先温其里，乃攻其表（36）
- 便脓血——桃花汤——温中涩肠以固脱（42）
- 虚寒性肠滑气利——诃梨勒散——涩肠固脱止利（47）
- 寒厥下利，阴盛格阳——通脉四逆汤——回阳救逆（45）
- 下利肺痛——紫参汤——清热缓急止痛（46）——〔争议〕
- 虚寒下利治禁（33）



疮痈肠痈浸淫病脉证并治第十八

概 述

本篇专门论述了外科疾病，包括：痈肿、肠痈、金疮、浸淫病四方面内容。我重点讲肠痈。

疮 痈

一、痈肿初起的脉证

中医外科将疮痈分为内痈和外痈，也分在脏、在腑、在肌肤、在经脉。都是依据脏腑经络辨证的思想，进行辨病与辨证相结合。

【原文】诸浮数脉，应当发热，而反洒淅恶寒，若有痛处，当发其痈。

(1) (二类)

【解读】这里讲的“浮数脉，应当发热，而反洒淅恶寒”，是一个表证。但是，要和一般的表证区别开来。一般的浮数脉，外感风热，发热重，恶寒轻；现在加一个“反”字，“而反洒淅恶寒”，提示恶寒重，发热相对为轻。“若有痛处，当发其痈”。“有痛处”，说明是痛有定处。是痈肿辨证的关键所在。把握“浮数脉”、“恶寒重”、“有痛处”这三个特点，就是痈肿初期与一般表证区别的辨证要点。所以，本条文虽然讲的是痈肿初起的脉证，但它可以推而广之，凡生有痈肿、痈脓的病证，在初起阶段一定会有这样的特点。

原文中“当发其痈”的“发”字，历代医家有争议。大体可以归纳为三种意见：第一，从治疗学上说，疮疡初起时，应使用像连翘这样的“疮家之圣药”，给它解毒，让疮痈托起，消散。因此，这个“发”，应该是通



过药物起到消散的作用。第二，从诊断学上讲。首先要意识到，它是否痛有定处？和一般表证要进行鉴别。发热同时，看是发热重，还是恶寒重？而不拘泥在浮数脉的问题上。这是提倡早期诊断，早期治疗。第三，请看【校勘】最后一句话，“当发其痛”作“蓄积有脓也”，认为本来是一个痈肿初起阶段，要看到它蓄积成脓。“蓄”字，它写了个“畜”，不能念chù。就像肺痈“热之所过……蓄结痈脓”中的“蓄”字一样。我认为，这三种意见，不管是持哪一种意见，对我们认识痈肿，都是有临床意义的。

二、痈肿的辨别方法

【原文】师曰：诸痈肿，欲知有脓无脓，以手掩肿上，热者为有脓，不热者为无脓。（2）（二类）

【解读】这个条文教给大家一种辨别痈肿有脓、无脓的方法。是一个鉴别方法，就是直接对局部的痈肿进行按诊，“欲知有脓无脓，以手掩肿上”的方法。实际是切肤法，为中医的临床基本技能，必须熟悉和掌握。

鉴别要点是“热者为有脓，不热者为无脓”。也就是说，有脓、无脓，可以通过热和不热来鉴别。我觉得这应该和上一条的发热联系起来看，为了强调痈肿初起和一般表证有别，强调了“反洒淅恶寒”，为恶寒重。实际上，若是发为痈肿，甚至成痈，都是要伴随着发热的，而且，在痈肿的局部也有热。《灵枢·痈疽》说：“热胜则肉腐，肉腐则成脓”。所以，有脓、无脓，和热、毒、瘀血相关。说明热毒壅盛，营卫阻滞，进而血瘀容易导致肉腐，肉腐便成脓，这是对病机的概括。

【按语】现在的中医外科临床还用以下几种方法帮助鉴别诊断：①无脓者，按之硬，颜色红，疼痛轻，按之不应手（无波动感）；②成脓者，按之软，颜色由红到白，疼痛剧烈，按之应手（有波动感）。这两方面，对于有脓、无脓，在“热者”和“不热者”的基础上，又具体地从按之硬与软，皮肤颜色的红与白，病者感觉痛与不痛，医者感觉病灶局部陷与起等方面进行了补充，便于实际操作，更有临床指导意义。

肠 痛

《中医外科学》强调，肠痈是指阑尾炎，疼痛仅仅是在右少腹部。

我认为，《金匱要略》里面说的少腹痛，不局限在右少腹，腹之两侧



为少腹，包括腹腔、盆腔的病变，只要符合它的病机要点，篇中提到的方治都可以应用。

一、概念

肠痈是指痈肿发生在肠，症见少腹肿痞，按之即痛，甚则肠内有痈脓为特征的一类疾病。

二、证治

（一）脓未成证治

【原文】肠痈者，少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调，时时发热，自汗出，复恶寒。其脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血。脉洪数者，脓已成，不可下也。大黄牡丹汤主之。（4）（一类）

【解读】为了理顺条文，讲清本义，请同学们注意了，这又有一个倒装文法，就是“大黄牡丹汤主之”这几个字，应该在“脓未成，可下之”之后。强调大黄牡丹汤是治疗肠痈脓未成的主方，是采取下法的代表方剂，后面针对脉象进行了鉴别。

肠痈的主症是“少腹肿痞，按之即痛”，为什么用“肿痞”二字来形容？因为它是发生在肠的病变，包括肠内、肠外生有的痈肿，不像积、癥有形之块那样坚硬。痈肿在肠，就意味着存在热毒内壅，营血阻滞瘀结的病机，是要有成痈的病变。按之即痛，因为它属于热毒壅盛以后，营卫阻滞，所以不通则痛。是实热证腹痛的特点，而且一定是拒按的。

文中特别指出“按之即痛如淋”，是对肠痈和淋病作以鉴别诊断。为什么呢？因为淋病腹痛，它一定伴有尿路的刺激性疼痛，而且有排尿的短、涩、少等一系列症状。而肠痈疼痛，也有放射性，容易和淋病混淆。又因肠痈的病位在肠，不在膀胱，所以“小便自调”。一句简短的“小便自调”，就说明了这不是淋病，而是肠痈。

“时时发热，自汗出，复恶寒”，说明肠痈的初起，可以见到痈肿初起的脉证，同样具有普遍意义的。“时时发热”，不是说总在发热，它会有几种情况。在同一病人身上，发热的热型，或是先发热，或有轻有重。“自汗出”不是虚；紧接着就是，如果说恶寒重，是随着体温的升高。在肠痈开始阶段的表证期恶寒重，意味着高热伴随而来。所以痛有定处，痛在少腹，伴随的症，有发热、汗出、恶寒意味着高热。

最后，用脉象加以肯定，叫做“脉迟紧者，脓未成”。脉迟有力的



“迟”应该为寒，但在这儿相当于脉涩。因为《灵枢·痈疽》，对于成脓以及痈疽发生、发展的病机解释，是血涩不行，脉不得流利，因此，不能看成迟脉、紧脉主寒，而是归结到热毒深伏于里，和瘀血搏结，认为热伏血瘀，正是肠痈未成脓阶段的病机，是以“脉迟紧”表达和概括的。

那么，治法上，“可下之”。方药，大黄牡丹汤，这个方子是从“六腑以通为用”的角度考虑的。大黄配芒硝，通腑泻下，攻积导滞。大黄配桃仁、丹皮，既能凉血，又可活血化瘀。关于瓜仁有两种说法：现在临床上都同意用冬瓜仁，但是，冬瓜仁的功效是利小便。利小便怎么能够排脓解毒呢？冬瓜仁性凉，性凉就能清热；同时，“血不利则为水”，水血互患，因此，它利水的过程，也能够帮助清热、排脓。

还有人认为瓜仁应该是瓜蒌仁。因为瓜蒌仁是寒凉之性，要比甘凉之性更具备清热作用，而且它专入肺、大肠经，不仅清热，而且有润便、通便的作用。临证时，也可以既用冬瓜仁，又用瓜蒌仁。那就是说，加强硝黄的泻下作用，又要瓜蒌仁加强清热解毒作用。我觉得，这对大便有干结证的病人更为合理。因为硝、黄配伍的力量已经够强了。

由此可知，大黄牡丹汤之所以对急性肠痈能够免除手术疗法，是因为抓住了病理变化过程的三个环节：①瘀滞；②梗阻；③血运障碍。因此，大黄牡丹汤的功效就突出表现在针对感染的炎症、梗阻、血液循环的障碍这三个病理环节上，共同发挥治疗作用。

下面，我来说煎服法。煮取以后，内芒硝。临床上一般是把芒硝用汤药冲服。这里，张仲景要求“内芒硝”，再煎服，烧开，一起喝下去，“顿服”。总之，大黄牡丹汤的功效，应归纳为荡热解毒，消痈排脓，逐瘀攻下。

“未成脓”者，用大黄牡丹汤。实际上，成脓的也可以。根据“方后注”所言，“有脓当下，无脓当下血”。原文强调了“脓未成，可下之”，大黄牡丹汤攻下后，“无脓当下血”。所以，未成脓或已成脓，当然已成脓得未溃者相宜，才可用大黄牡丹汤。

现在临床上，对于肠痈没成脓的实热证，有效药物是选择性很强的红藤、败酱草、蒲公英。早期应用败酱草，也是取其清热解毒作用。蒲公英，其消痈的力量，比连翘、双花还好。因为双花，特别是连翘，尽管是“疮家之圣药”，但是偏于走表。蒲公英，对内痈的治疗效果是非常好的。在“急则治标”的前提下，一定要加大药力，不要考虑苦寒是不是会伤脾胃啊？因为它是热证、实证，而且，将成而未成脓的阶段，这一定要用大



黄牡丹汤为主方。在加减应用上，要加大清热解毒药的用量。汤剂服后，如果得效，病人一定会说，他大便偏黑，或者偏稀、偏黏了，那就好得快。在粪便的颜色上，是随着汤药的颜色，根本不是说脓血随着大便排出。这是中医疮疡科里面所用的方药，所发挥的疗效很神奇。不要去追究“你是不是下血了？你是不是排脓了？”不是那样的。你应该问二便的情况，就是小便的量和颜色，大便的质与量，伴发的症状，这有助于判断得效与否，有助于辨证用药。

【临床应用体会】本方对于中西医结合方面所给予的启发，特别是对阑尾炎的治疗，现在已经走向成熟的认识阶段。主要经验，在于分期论治，随症加减。

1. 瘀滞期 就是热伏血瘀，如果是单纯性阑尾炎，治法以行气活血为主，辅以清热解毒，大黄牡丹汤为基础方。

2. 蕴热期 此期一般是化脓性阑尾炎的早期，开始酿脓，还没有成脓的阶段，表现为以热重为主，应加大清热解毒药的用量，治法以清热解毒为主，辅以活血化瘀。

3. 毒热期 一般是阑尾周围脓肿，甚至于阑尾炎化脓后破溃，并发腹膜炎，如果失掉手术机会以后，中药怎么治？毒热期的阶段，重用清热解毒，通腑攻下，还是大黄牡丹汤为底方，加减法，围绕清热解毒、活血化瘀、通腑攻下三方面，孰有轻重。

用药的机理是清热解毒药可控制感染；加强活血化瘀作用，能改善病人的血液循环；通腑攻下是为了解决梗阻情况，要攻积导滞。这在中医学里，是属于无创伤性的，或者说，它不是开放性的诊断，同样也可以达到认证准确，治疗有效。我们学《金匱要略》，学内伤杂病的治法、方药，出发点和目的就在这里。

（二）脓已成证治

【原文】肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡（念 ruan）。如肿状，腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈脓，薏苡附子败酱散主之。

（3）（一类）

【解读】从行文的语气上说，本条原文确实应该在大黄牡丹汤证前。但是，我先讲大黄牡丹汤就是因为目前临床上，单纯性的热证、实证的肠痈，大黄牡丹汤是应该先用的。请同学们注意，“腹皮急，按之濡”是一组症状；“如肿状，腹无积聚”，又是一组症状；“身无热，脉数”。共三组症状，这是似中别非，在疑似症里进行了鉴别。



王雪华金匱要略讲课实录

实际上，我们看肠痈病人，没看谁肌肤甲错。用“甲错”来提示什么呢？病机上，和瘀血相关。如果我们先讲第3条，张仲景首先指出：“肠痈之为病”，得了肠痈病，是因为有瘀血，才“其身甲错”。“腹皮急，按之濡”，这在鉴别诊断上很有意义。在疑似证中，“腹皮急”，很像现在说的腹肌紧张，拒按，特别是有压痛、反跳痛的临床表现。但是，原文提到“按之濡”，是因为它是痈肿，而不是积聚。“如肿状，腹无积聚”，这种鉴别方法和现代医学对阑尾炎等急腹症的触诊与鉴别诊断是一致的。

“身无热”是全身无大热，脉象为数而无力，表示正不胜邪。因为已经到了肉腐成脓阶段，正气有被伤的情况，所以说，“此为肠内有痈脓”。《金匱要略》薏苡附子散治疗胸痹急证，现在加一味败酱草，比例不一样了，用薏苡仁的药量较大。讲原文的本义，就是对肠痈成脓期，以薏苡附子败酱散为主方，适当配合红藤、蒲公英等以加强清热解毒作用。

薏苡仁的性质偏寒凉，能清热排脓，善治内痈。痈者，一定要清热解毒。至于用不用附子，要根据临证需要。若是病体正气不衰，或者是体质好的人，就不用。而且，薏苡附子败酱散可以与大黄牡丹汤合起来用。如果是体弱者，或是正气已伤，阳气不振者，就应该用。方中药量为10:2:5，附子的用量较小。

【临床应用体会】薏苡附子败酱散适用于慢性阑尾炎的吸收期。已经化脓了可以用这个方；也可以用在肿块已经形成的阶段，它能够促进脓汁的排泄和吸收。对于阑尾的化脓，阑尾周围的脓肿也可用。我认为，对于盆腔的炎性包块，包括妇科的附件炎、慢性盆腔炎较重者，疼痛剧烈的，也可以用薏苡附子败酱散，因为本方是寒温并用，所以可取。另外，也有人认为，薏苡附子败酱散如果和《千金》苇茎汤，或者和桔梗汤配伍，也可以用于肺脓疡的治疗。两方合用，既有桔梗、甘草利于排脓，也可用丹皮、桃仁、瓜仁、红藤等，以加强活血化瘀，凉血解毒排脓的作用。

总体来说，肠痈，病势缓慢的，允许临床观察的，用薏苡附子败酱散打底；急发的，疼痛剧烈的，热证、实证明显的，就用大黄牡丹汤打底。但是，病人若是处于重型的，急性化脓性的，甚至于坏疽性的阑尾炎，那你一定得用西医的手术治疗。对于孕妇、老年人、体质虚弱的，手术应当慎重，若用中药配合治疗的话，在用量上、选药上，应当顾护正气。



金 疮

一、概念

金疮是指因刀斧、金刃等利器所致经脉肌肤断伤的一类外科疾病。

二、治法

篇中提到了王不留行散。方中蒴藋细叶就是接骨木，桑东南根白皮就是桑白皮，因为生长于东南方向，长得相对粗大，药性偏凉。

“方后注”说，桑根白皮以上三味药，一定把它烧灰存性，以加强止血的作用。同时，还提到几个条件，①“小疮即粉之”，要求制成外用涂搽的散剂，将以上中药烧灰存性后，再把其他的药都杵为散，合在一起。小疮，指创面小的就外敷；如果是大疮，也可以内服。②“产后亦可服”，证明它是个止血方。③“如风寒，桑根勿取之”，因为桑白皮是偏寒凉性的，感寒的话，不要“以寒治寒”。④还有就是“前三物”，是新鲜的植物需要一百日，经过晾干，然后再烧灰存性，与其他药合成散剂。

浸淫疮

一、概念

浸淫疮是指发于肌肤，初生甚小，先痒后痛而成疮，汁出浸淫肌肉，渐及遍体的一种皮肤病。相当于西医学的湿疹。

二、预后

判断本病的预后，与《金匱》首篇重复。是指从口流向四肢者，可治；从四肢流来入口者，不可治。这就是向心者病重；向四肢者为轻。

三、治法

关于浸淫疮的外治法，尽管对黄连粉的方药组成没有指明，但我们知道，黄连本身是清热泻火，解毒燥湿药，方方面面的作用都具备。《素问·至真要大论》说：“诸痛痒疮，皆属于心”，因此，浸淫疮是属于火热类



的，用黄连外敷、内用都是可以的，适用的。

也有医家记载黄柏散，我们现在的外科临床上，应用三黄散是由黄芩、黄连、黄柏合成的药粉，效果不错。但要注意的是黄连内服、外用，都应该针对湿热火毒之证。

疮 痈 肠 痈 浸 淫 病 脉 证 并 治 第 十 八 全 篇 小 结

- 痈肿

痈肿初起脉证：诸浮数脉，应当发热，而反洒淅恶寒，若有痛处，当发其痈（1）

病机：热毒壅塞，营卫阻滞，进而血瘀，肉腐成脓

辨别有脓无脓：诸痈肿，欲知有脓无脓，以手掩肿上

热者为有脓

不热者为无脓（2）
- 肠痈

概念：指痈肿发生在肠，症见少腹肿痞，按之即痛，甚则肠内有痈脓为特征的一类疾病

治则：脉迟紧者，脓未成，可下之，当有血。脉洪数，脓已成，不可下也（4）

辨证施治

肠痈脓未成——大黄牡丹汤——荡热解毒，消痈排脓，逐瘀攻下（4）

肠痈脓已成——薏苡附子败酱散——排脓消痈，振奋阳气（3）
- 金疮

概念：指刀斧、金刃等物所致经脉肌肤断伤的一类外科疾病

治：王不留行散——消瘀止血镇痛（6）
- 浸淫疮

概念：指发于肌肤，初生甚小，先痒后痛而成疮，汁出浸淫肌肉，渐及遍体的一种皮肤病

预后： “从口流向四肢者，可治；从四肢流来入口者，不可治”（7）

治：黄连粉——清热燥湿解毒（8）



跌蹶手指臂肿转筋 阴狐疝虫病脉证治第十九

概 述

这一篇将不便于归纳的杂病合在一起。关于跌蹶，有的注家写的是“跌厥”，但是，大多数注家都同意原著里面所提出来的，叫“跌蹶”，所以，我们也遵从这个提法，【词解】跌，指的是足背。这个“蹶”是僵的意思。跌蹶是指足背僵直，不便于行动的疾病。特点是“但能前，不能却”，往前走可以，往后退不行。总的来说，是脚这个部位，关节的活动受限，是运动失灵的表现。我觉得，它和前面我们所讲的中风、历节、外湿的湿痹等都属于运动障碍性疾病，但明显有别。

关于本病，这里只讲了一个治法：“太阳经伤”，可以用针刺法治疗。针刺腓（念 shuàn 或 chuài），腓指腓肠肌。我觉得就是针刺承山穴。原文说刺“入二寸”。

虯虫病

一、临床特征

【原文】问曰：病腹痛有虫，其脉何以别之？师曰：腹中痛，其脉当沉若弦，反洪大，故有虯虫。（5）（二类）

【解读】首先，它强调了蛔虫病的前提条件，是病人得有蛔虫史。“腹痛有虫”，包括蛔厥，吐蛔，或便蛔。“师曰：腹中痛”，是由于虫动引起的腹痛。再结合下一条，讲的是“虯虫之为病，令人吐涎，心痛发作有时”。因蛔虫常寄生在肠，表现为腹痛，特别是绕脐痛，或者腹痛起包块。



当虫动，它要上蹿入膈，膈不是指胸腔，而是膈下的胃、胆。

为什么虫要扰动、蹿动？一般是由于肠寒，不利于它生存了。所以，腹中痛的部位，讲到“心痛”，应该是脘腹，或者是涉及胆和胃的部位。我认为，作为肠寄生虫，应该是心腹的疼痛，而且，疼痛剧烈的时候，如同下一条所讲“令人吐涎”。

患儿有虫病，确实症见口吐清涎。还有很多的异嗜癖：有的患儿吃报纸，吃墙灰，这都是虫积的表现。还有的表现为皮肤不那么滋润了，有的在眼结膜上有灰斑，或者手指甲上长些斑点，临床上常有相对应的表现。实验室检查粪便虫卵有利于早期诊断、早期治疗。不应该排斥应用先进的科学方法。

关于“脉当沉若弦，反洪大”，是说有虫病的脉象，表现为沉，或是弦脉，这是腹痛的脉象；现在，见洪大的脉，不是热盛的征象，而是说明虫动，蹿扰的结果，我认为，脉诊不是关键，先决条件得有虫，然后，再看伴发的一系列体征，才能鉴别。所以应该把原文看成是对蛔虫病腹痛的诊断。我把第5条和第6条原文联合起来，将蛔虫病的概念归纳出来。特别是“发作有时”，是和虫动有关。

二、证治辨析

（一）心腹痛证

【原文】蛔虫之为病，令人吐涎，心痛发作有时，毒药不止，甘草粉蜜汤主之。（6）（二类）

【解读】学习这一条，我从文献方面，提供一下参考。首先看，甘草粉蜜汤的成分，有甘草、粉和蜜三种药。在煎服法上，先煮甘草，三升的水煮成两升，去渣滓以后，纳粉和蜜。煮完甘草以后，再把粉和蜜加进去，搅和好了，“煎如薄粥”。就是说，这个汤药熬成像粥状了。然后“温服一升，差即止”。《讲义》中的【释义】里面同意这个“粉”是米粉。【按语】里面同意是铅粉。那么，到底是米粉，还是铅粉呢？

各有各的道理，同意米粉的，认为作为蛔虫病，发作有时，当发作的时候，曾经用过毒药杀虫，现在不行。既然用毒药不止，为了安蛔，认为是米粉配合甘草和蜂蜜，可以缓痛，或者缓和之后再杀虫。同意用铅粉的，都是各注家里的大家，包括曹颖甫、秦伯未这些老先生。他们认为，甘草和蜂蜜，先是甘、缓，同时又有铅粉的杀虫作用。其依据是后面说的“差即止”，因为铅粉有毒，所以，好了就不要吃了。



怎么看待这个问题？

1. 关于张仲景用米粉的规律，有四条原文，《伤寒论》两条，《金匱要略》两条。《伤寒论》的两见，①《太阳病》的大青龙汤，“方后注”里面写到“温粉粉之”；成无己版本，写的是“温粉扑之”。这就证明，张仲景是用粉来外用，因为汗出特别多，所以，强调用“温粉”外敷，起一个止汗的作用。温，是防止用大青龙汤而汗出过多，所以要戒冷。②《伤寒论》的第二见，是在《少阴病》下利的条文里面，就针对下利，“咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之”。猪肤是指猪肉皮而言，它有润燥、养肺的功效，张仲景在猪肤汤“方后注”写的用白粉，而且，他特别标上了“米粉五合”，“熬香”。这就是张仲景对米粉的第二用。猪肤汤里也加白蜜一升，正好是米粉和白蜜再加上猪皮才能熬香。③在《金匱要略》里面，第三见，就是甘草粉蜜汤，我们认为用米粉。米粉在甘草粉蜜汤里是用来解毒的，因为它前面有“毒药不止”，现在用米粉配合甘草和白蜜，用于解毒。④在妇科杂病篇里面，有蛇床子散做成坐药，是用白粉少许，然后和蛇床子，用白粉，还是指米粉，两药相得以后，做成枣那么大，棉裹，纳入阴道。这就是作为一种赋形剂。

2. 米粉，是将五六月份的米研为极细的散剂。

3. 从《千金要方》、《外台秘要》的文献记载上来看，甘草粉蜜汤所用的“粉”，比方说《千金要方·卷二十四》，它是放在解百药毒上，写的是“粮米粉一升”；《千金翼方·虫毒第二》也写“粮米粉一合”。“百药毒”，是百药有毒了，拿什么解？甘草粉蜜汤。

4. 有关铅粉的几个问题。①铅粉有毒，都是做丸、散剂用，没有人汤剂的。我认为，本条文的方后注说：“煎如薄粥”，铅粉要沉淀，是煎不成粥的。②在《本草》中“铅粉”都写成“细粉”。再者，杀虫有很多的药物，比如杀蛔虫，可以用乌梅、使君子、榧子等，不一定非用铅粉，尤其是儿科方面更应该谨慎。③铅粉的颜色肯定不白。因为它讲到了，纳粉以后，“煎如薄粥”，况且不是米粉，怎能炒香呢？铅粉能炒香吗？所以，我们同意是米粉。还有，坚持铅粉意见的学者会说，“方后注”讲“差即止”，我觉得，好多的方药，好了就是好了，不能一吃就没完了。所以不能拿“差即止”来说事。

关于米粉在临床上的应用，1965年第8期的《中医杂志》上，报道了儿科治疗小儿蛔虫病肠梗阻，方剂叫做大黄粉蜜合剂。也就是甘草粉蜜汤中没用甘草，用粉和蜜，已经是甘、缓之意了，用大黄通便泻下，让虫体



随大便排出。在用量上，是生大黄粉5钱，炒米粉3钱，调蜂蜜2两，加上适量的温开水，搅匀。剂量上，按12次/天，1次/小时服用，这样才能取大黄的急下作用。如果不见排虫，接着再服。结果，70%左右患儿，全靠这个方，就排出虫体，此方也没有用杀虫药物，就等于安抚了蛔虫，不让它扰动，让虫体随着排泄物排出体外，这就是甘草粉蜜汤给予的启发。现在，甘草粉蜜汤可以作为安蛔缓痛的方剂来应用。同时，也可以作为解百药毒的一个有效方剂。就像湖北李今庸教授提出的“药毒不止，甘草粉蜜汤主之”。这也是一种意见，供作参考。

（二）蛔厥证

【原文】蚘厥者，当吐蚘，令病者静而复时烦，此为脏寒。蚘止入膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蚘闻食臭出，其人常自吐蚘。（7）（一类）

蚘厥者，乌梅丸主之。（8）（一类）

【解读】以上两条原文论述蛔厥证治。

用乌梅丸治疗，这个方子和《伤寒论》的338条有出入，它没有讲前面，也没有讲后面“主久利”，而是从中间哪说起呢？“蚘厥者，当吐蚘”，这等于再次证明我所说的，一定得有蛔虫在肠内寄生，作为先决条件。“令病者静而复时烦，此为脏寒，蚘上入膈”，这个病位是很明确的。“故烦；须臾复止，得食而呕，又烦者，蚘闻食臭出，其人当自吐蚘。”前面说“吐蚘”，后面又是“当自吐蚘”，都是强调前提要有蛔虫。

原文里提到了三个“烦”，①“烦”是“病者静而复时烦”，和虫动有关，虫若不动，病人也挺安静的；若虫动了，病人就痛了，也就烦了。这是第一个烦。“此为脏寒”，这个“脏寒”应该理解成是脾脏的寒，蛔虫踴扰所致，四肢虽厥，但是，周身的皮肤不冷，这是蛔厥的概念，这种蛔厥，也叫阴阳之气不相顺接，但应和脏厥严格区别。②“烦”，“蚘上入膈，故烦”，脾脏虚寒，不适合蛔虫在肠中生存，就向上踴扰。入膈，“心下急”，“心下切痛”，应该和《伤寒论》有关的描述结合起来思考。像西医学讲胆道蛔虫症，描述成钻顶样疼痛。我觉得，和张仲景形容的“心下急”，“心下切痛”完全一致。③“烦”，“须臾复止”，一会儿安静，一会儿又烦了。烦了以后停止，然后，什么时候又出现烦了呢？饮食之后有呕，包括他平时有口吐清涎。得食以后，为什么又烦了呢？蛔闻食臭出，食物诱发蛔虫扰动和上踴，所以，这是和进食有关的，伴发呕吐和烦。有的蛔虫随着呕吐物吐出，出现吐蛔。从乌梅丸方剂配伍中，我们得出的结



论就是“蛔虫得酸则静，得苦则下，得辛则伏”。

为什么用“乌梅丸”？以酸，使虫静，酸入肝。我觉得，对于胆道蛔虫症，部位在膈下，很有道理。乌梅丸的用量，按照做成中成药的比例，是300个，而且，在“方后注”里，他提到了苦酒（米醋）。乌梅加上米醋，这个酸劲儿，使主药的力量加强，而且专入肝经的，可使虫静。我说这个病情“本虚标实”，是“上热下寒”，因为我已经强调了，因为肠寒，不适合蛔虫生存了，所以它要上蹿到胃，可以说，下寒是肠寒，上热是胃热，或者是胆热，因此，这种本虚标实证，需要寒热并用的配伍。

主药，选酸味的乌梅，包括米醋。那么，针对上热肯定是选用苦寒性的药物。黄连、黄柏，是入胃经。黄连，除了清胃火，还能清心火；配合黄柏，苦寒以安蛔。再需选用的辅药，是针对下寒、脏寒，选用了蜀椒、细辛，而且蜀椒有杀虫、驱虫的作用。温脏祛寒，选用了炮附子、干姜、桂枝，相当温热；因为病情是本虚标实，又选用人参、当归补气养血，作为佐使药，以达祛邪而不伤正之妙。

我发现，乌梅丸里有米粉、白蜜。在“方后注”里面讲，“蒸之五升米下”，五升的米，得把这个米煮烂，捣成泥状。还有蜂蜜，“与蜜杵二千下”。这里也是取米粉，甘、缓之意，同样有祛邪不伤正的作用。因此，乌梅丸作为丸药，它有“丸者缓之”之图。我觉得，它寒温并用的结果，是安蛔止痛止利，也有止厥的作用。在《伤寒论》的338条原文后载有“又主久利”之说，证明患有痢疾者也可以用本方。当然，我认为应该符合寒热错杂的病机才适宜。

【临床应用体会】

1. 蛔厥相当于西医学所指的胆道蛔虫症、肠蛔虫症、蛔虫所致的肠梗阻。

2. 慢性结肠炎，包括慢性溃疡性结肠炎。我在临床应用时，一是经方与有效的时方相合，把本方合着真人养脏汤；有的溃疡性结肠炎，包括溃疡性的直肠炎，有的怀疑是不是患肠癌了，就可以用乌梅丸配合四神丸，甚至加上痛泻要方，解决他的腹痛，腹痛即便，即便就有脓血，但在辨证上，一定是下焦虚寒造成胃肠道的传化失职，或者是偏于虚寒者。

3. 宫颈癌术后，腹痛，呕吐，体质下降者。

4. 妇女崩漏，属于寒热错杂者。我觉得，就是慢性盆腔炎的反复发作，属寒热错杂证的，乌梅丸的疗效也是非同凡响的。总之，现在临床上对乌梅丸的应用范围很广，只要符合寒热错杂的病机，都可以适当应用，



而且它具有祛邪不伤正的优点。

跌蹶手指臂肿转筋阴狐疝蚘虫病脉证治
第十九全篇小结

- 跌蹶：指足背僵直，不便于行动的疾病（1）
- 手指臂肿：一种手指臂部关节肿胀，并作震颤，全身肌肉也发生牵动的病证（2）
- 转筋：即抽筋，是一种筋脉挛急，四肢拘挛作痛的病证（3）
- 阴狐疝气：简称狐疝，是一种阴囊偏有小大，时时上下的病证（4）
- 蚘虫病

{

概念：由体内蚘虫所致心腹疼痛，令人吐涎，发作有时，腹起包块为特征的一类疾病（5、6）

蚘厥：因蚘虫窜扰而致四肢厥冷，但周身皮肤不冷，吐蚘（或便蚘），病者“静而复时烦，得食而呕，又烦”的寒热错杂证

证治{

蚘动心腹痛——甘草粉蜜汤——安蚘缓痛（6）

蚘厥——乌梅丸——寒温并用，安蚘止痛（7、8）



附 篇

学好，讲好《金匱要略方论》

讲好每一节课是对任课教师的基本要求，更是一个高标准要求，因为工夫在课外。如果下力气精心设计、精心准备一节示范课，估计大多数教师都能够展示自己的才华和最高的水平。但是，在讲授的过程中，往往还会暴露些许不应有的纰漏和弱点，真是“看花容易绣花难”。可见，讲好一节课并非轻而易举的事情。讲好每一节课，更不是一蹴而就的。所以，力争成为一名受欢迎、信得过的教师，不仅要胜任教书育人的职责，还必须保证每一节课都讲得精彩、精练，乃至为精品，事实是它与一门课程的优劣密切相关。

现将个人在教学实践中的体会，总结为“讲通、讲透、讲精、讲活”四方面，以略陈管见，恳请指正。

1. 讲通 《金匱要略方论》（以下简称《金匱》）作为中医临床基础学科的经典课程之一，它既不同于偏重医理阐述的《内经》，又不同于有着较完整体系的《伤寒论》。《金匱》所载原文较为散乱且详略不一，是以内科杂病为主，涉及外科、妇科等计40多种病证的辨证论治规律和杂病的主要治则、治法与方药。它是我国现存最早诊治内伤杂病的专著，对后世临床医学的发展有重大贡献和深远影响。因其权威性、指导性、科学性、探索性，自古迄今被誉为医方之经、方书之祖、治疗杂病的典范、临床实践的准绳。其课程性质既不同于基础课，也不同于临床课，而是介于二者之间偏于临床的一门综合提高课。况且，因其年代久远，文字古奥，需要一个反复研读、反复实践，逐步加深理解的过程。基于《金匱》这些特殊之处，在教学上无疑增加了不少难度。面对不同层次、不同专业的学生，尤其是本科大四的学生初次接触《金匱》，用什么方式能够在有限的教学时数中更加有效地实现师生互动，达到教学大纲、统编教材及教学周历的



规定要求及培养目标呢？

(1) 讲通张仲景原意：《金匱》的课堂教学，讲原文是核心。首先划分一、二、三类原文，明确其掌握、熟悉、了解等不同要求，分清主次。或逐条解释，或综合串讲，均应质朴无华，明白晓畅，切忌平淡、枯燥乏味。

(2) 讲通中医药的“三基”：《金匱》对每个病证的论述，围绕命名、概念、因、机、证（主症、兼症、舌、脉、体质等）、治（治则、治法）、方、药诸多方面，总要联系到中医药的基本理论、基础知识、基本技能，包括中医基础理论、诊断学、中药学、方剂学、中医临床各科及西医药学的相关内容，所以备课时不能轻视必要的查阅和确认。作为老教师要顺应时代的发展，对随之而来的知识和信息，要有研究超越的期盼和能力。近几年的教材编写有好的变化，也有互不衔接，甚至自相矛盾之处，因此，课堂讲授要注意对所学知识的连贯性、一致性，不要简单重复或片面概括，要引导学生客观地以全面的、发展的观点看到《金匱》在中医药学术发展史中，有承前启后的作用，其整体恒动观念、脏腑经络学说、辨证论治、治病求本、形神统一是自身学科的特色和优势，也是具备属性特征的科学内涵，必须讲通。

(3) 讲通文中疑点：历来医家、学者对张仲景原文中的疑点，因其费解而存疑待考。其中，有的因脱简或传说；有的文义未尽；有的众说纷纭，莫衷一是；有的从文理或医理难以验证等。近年来，中医药事业从人才培养的理念、模式与实践有了明显的转变，作为经典课的教学改革受到各级领导不同程度的重视，作为任课教师无论从文献研究、理论研究，还是临床研究、实验研究所取得的直接经验或间接成果，均对张仲景原文的认真梳理和学习理解有所帮助，甚至有所突破，对某些难解或存疑之处已有了新知，并赋予深义，不再是“以经解经”，咬文嚼字，而是有理有据地能讲通多少就讲多少，以便启迪思路，教给方法，培养兴趣，摆正继承与发展的关系。

2. 讲透

(1) 讲透医理，沟通中西：以针灸推拿专业本科大四学生为例，《金匱》开课之时，面对着《中医内科学》、《西医诊断学基础》、针推专业课及《神经定位诊断学》等重点课程的挑战，《金匱》教学必须符合专业需要，讲好常见病、多发病的诊断与治疗。比如，张仲景对中风病的论述仅有2条原文，却是画龙点睛之笔，其命名、主症、病因病机、辨证分型一



目了然，而在释义中却有不同表述。于是，我将文理与医理结合，以医理为主演绎经典之精华，并联系《神经定位诊断学》的知识讲明偏瘫与单瘫及“喎僻不遂”的机理，按《中基》、《中内》的知识鉴别中风与痹证，并以临床所见某些恶性脑肿瘤病人急性发病过程中出现“喎僻不遂”、“即重不胜”、“即不识人”、“舌即难言”等特征，让同学们体味张仲景原文中对“邪在于络”、“邪在于经”、“邪入于腑”、“邪入于脏”的浅在与深入之寓意。本篇中另有方药记载，因学术界的认识见仁见智，故省去不讲。我就从源流发展上作简要提示，让同学们自习中风的病因病机与辨证治疗进展，说明辨证论治还不能解决所有临床问题，但中西医之间有着很强的互补性，我们必须兼收并蓄，趋利避害求发展。

(2) 注重鉴别，吃透精神：《金匱》一书，我个人理解，它是一部实用价值较高的“杂病辨证治疗学”和“杂病鉴别诊断学”。所以，为吃透张仲景学术思想的基本精神，讲授时要注重鉴别诊断的有关内容。我由浅入深，循序渐进地交代了传统医学与现代医学的差异性；《金匱要略》与《伤寒论》的联系和区别；类证鉴别、类方鉴别以及结合专业特点将外湿病、中风病、历节病、血痹病、跌蹶、手指臂肿、转筋等病证作图表鉴别；将神志方面疾患：百合病，包括狐惑病以及奔豚气、梅核气、脏躁、邪哭、癲狂、惊悸、虚劳不得眠等归类鉴别，使其零散的内容被集中起来，对其专病、专方、专药有个较系统的整理，从而为学生巩固专业知识，进行理论与应用研究打下良好基础。

3. 讲精

(1) 精讲要点，把握辨治规律：我从临床实践中感悟到，人们最关心的是生存质量的提高和绿色医药的可靠。作为医生面对的两大主题是亚健康 and 疑难病。有时候西医认为很难的问题，中医却能够迎刃而解；而一些中医认为很难的问题，西医则能手到病除。课堂上我不会喧宾夺主，但是我会以实例鼓舞同学们学习现代医药学相关领域的知识，为我所用，立志成为“上工”、名医，这就要从一点一滴积累。我在完成《金匱要略精讲》VCD 影像教材后，在研究生协助下对本科教学的电子教案重新提炼。以《虚劳病》为例，突出临床辨治要领与思路，结合方证分析总结出六大特点，列举经方治大病的体会是：对功能性失调的病证治法多样，但都以“调和阴阳”，“以平为期”为法则；对疑难杂症的治疗，即运用张仲景辨病与辨证相结合（包括西医辨病与中医辨证的结合），以辨证为主的思维方法治病求本，综合治疗而获效，这是现代医药学所难以比拟和替代的。



王雪华金匮要略讲课实录

因而对同学们的教育是生动、具体的。

(2) 精讲特色，利于理论升华：《金匮》中别具特色的重要立论值得进一步探索和深化。历史的原因，《金匮》曾韬光匿彩数百年，其研究水平远不如《伤寒论》那样系统、广泛，正因如此，它为我们后学者提供了机遇。作为任课教师就要认清这种探索是无止境的，为学生肩负领引和正本清源的责任是永恒的。

《金匮》首篇开章明义强调“上工治未病”的预防医学思想，实际上也是中医学特有的最高治疗原则。讲授中较精细地分析了未病防病、已病防传、早期治疗的理论内涵和临床意义；对“治肝补脾之要妙”的推理，揭示了张仲景根据五脏一体、相承相制原理所作的精巧发挥；讲解“脾旺不受邪”的本义和引申义，体现“肝病传脾，当先实脾”的原则性和灵活性。作为张仲景的重要立论，体现在重视脾胃为后天之本的意义是：①提高机体的抗病能力；②提高病后的康复能力和再生能力。在讲授《黄疸病》篇时，总结归纳了《伤寒论》与《金匮要略》治疸退黄八法，其中对虚黄（痿黄）“当与虚劳小建中汤”的运用和理解不仅是“借宾定主”用作鉴别的含义，而且是补脾建中退黄法对黄疸恢复期的有效治法之一。足见理论升华对临床指导的实际意义尚需几代人的努力，而任课教师坚持临床应用经方化裁辨治常见病、多发病、疑难病、难治病，乃是不断提高临床疗效和自身素质的必由之路。

4. 讲活

(1) 活跃思维，勇于创新：创新是学科建设的动力，继承是创新的基础。教师对学生既要传承优秀的精华，又要引导学生敢于质疑，提出问题和发现问题，即从多方位、多角度去思考、分析某一问题，有利于培养学生的综合思维、求异思维，增强其灵活性、开拓性和创新性。课堂讲授法要具有艺术性、技巧性，决不能为了综合就贪多，将占有的资料机械堆砌；也不能脱离实际地追求新、奇、特。对多媒体课件的制作应集思广益，调动积极因素大胆探索，在实践中研究其合理性、先进性，为提高教学质量服务，为提高学科整体水平增辉。

(2) 组织教学，灵活多样：教师依据教学大纲、统编教材、教学计划和周历、课程表的安排组织教学天经地义，但在认真执行的大前提下，可不必拘泥。应允许教师对教材、大纲的不同理解，体现个人教学经验、风格与特长以及地域特色。比如《金匮·疟病》可省略，但是消法代表性方剂——鳖甲煎丸主治疟母的组方原理，不仅适宜于肝脾肿大者，亦可扩展



用于抗肿瘤治疗等，尤其青蒿素治疟的卓著疗效已处在世界领先水平，恰是从源到流方药创新、发展的奇迹。如此驾驭教材、驾驭课堂的能力得到不断提高，学生的学习热情和兴趣才会被激发起来。同时，也应想方设法抓好阶段复习和总复习，以及课间的临床见习。我曾在针灸推拿专业本科、中西医结合专业本科多个年级或班级分别尝试1学时的集中提问和抢答，对各类题型的练习有促进作用，从而有利于知识的融会贯通，取得了较好效果。

最后，让我们以清·程钟龄先辈之训共勉：“医道精微，思贵专一，不容浅尝者问津；学贵沉潜，不容浮躁者涉猎。”

——《仲景学术探赜》，黑龙江科技出版社，2005年7月



《金匱要略》治则治法辨析

《金匱要略》(以下简称《金匱》)作为中医临床基础学科的经典课程之一,自古迄今被誉为医方之经、方书之祖,是治疗杂病的典范,临床实践的准绳。可以说,它又是一部实用价值较高的“杂病辨证治疗学”和“杂病鉴别诊断学”^[1]。然而,由于历史和现实的原因,教学上仍有一些难点、疑点尚存歧义,某些公开发行的出版物上时有概念混淆或滥用等现象。关于杂病的治则与治法,是《金匱》全书的重要组成部分,具有纲领性的意义。但因所载原文详略不一,需要对相关内容加以认真梳理,反复研读,深刻理解,反复应用。鉴于此,本文将从《金匱》一书的基本论点、杂病治则治法的概念、《金匱》治则内容概要、《金匱》治法内容概要四方面作理论探讨,敬请教正。

1. 《金匱》一书的基本论点 近年来,中医药事业在人才培养的理念、模式与实践方面有了明显的转变。作为经典课程的教学改革,受到各级领导不同程度的重视,教材编写有好的变化,但也有互不衔接,甚至自相矛盾之处。因此,面对本科高年级学生、硕士、博士研究生以及在岗从业人员学习、温习《金匱》,要注重对所学知识的连贯性、一致性,不可简单重复或片面概括,要引领学习者、钻研者客观地以全面的、发展的观点,看到《金匱》在中医药学术发展史中有承前启后的作用,它对《内经》、《难经》的重大理论问题有继承、有发挥。正如张仲景在《伤寒杂病论集序》中针砭时弊,反对“各承家技,终始顺旧”。倡导“思求经旨”、“精究方术”、“见病知源”、“视死别生”,要在继承基础上创新发展。对于《金匱》一书的基本论点,应当如何概括?

笔者认为,整体恒动观念、脏腑经络学说、辨证论治、治病求本、形神统一,这些是具备属性特征的科学内涵,亦是中医药学的特色和优势,即独特的思维方式和诊疗方法,是现代医药学所难以比拟和替代的,它是发展中医药事业的基础。我们应当把握张仲景学术思想的精髓与核心内容,阐明这部经典著作对后世临床医学发展的重大贡献和深远影响。并在继承的基础上,应用现代科学技术创新发展中医理论和技术,以适应人们医疗需求的变化。



2. 杂病治则治法的概念 《内经》是中医理论体系的奠基石，对治则治法的论述甚多，但散见于具体篇章中。历代学者虽然对其作了深入的研究和阐发，但对治则治法的概念及其范畴缺乏明确而清晰的规范^[2]。笔者认为，治则应指临床治疗疾病的基本原则，它是仲景学术思想在杂病辨证治疗学上的具体体现和实际运用，有着重要的理论与临床价值。治法应指临床治疗疾病的方法，它是治则的具体实施，但只适用于某一类或某种疾病的治疗。然治法所包含的内容比较复杂，从《金匱》相关内容进行辨析，为了便于概念的界定和内容的规范，似可划分三个层面对治法进行整理。

(1) 治法纲要：《伤寒杂病论》是以八法为用，汗、吐、下、和、温、清、消、补为其高度概括，各具代表性，且运用灵活，堪称法中有法。仅以《金匱》为例，创制 205 首/262 首经方，可涵盖现代方剂学的分类达 18 种之多，示医者以规矩，启治法之变途^[3]。其治疗手段包括药物、针灸、饮食调养、重视护理等；其给药途径包括内服药剂如汤、丸、散、酒、膏等；外治药剂如熏、洗、坐、敷、摩、搐鼻、点药等。可见，这是一类适用范围较广泛、带有一定治则性指导意义的治疗方法。

(2) 基本治法：是针对某一类具有相同病机或病性的疾病或病证而确立的治疗方法。诸如“病痰饮者，当以温药和之”，“诸病黄家，但利其小便”，“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”，“病水腹大，小便不利，其脉沉绝者，有水，可下之”等，在目前临床应用已成惯例。

(3) 具体治法：是针对某一病种或某一病证而设立的治疗方法。以百合病为例，病机为心肺阴虚，以心阴虚为主，立百合地黄汤为主方，为其正治法；以百合知母汤、（百合）滑石代赭汤、百合鸡子汤为代表的救治法；还有瓜蒌牡蛎散、百合滑石散、百合洗方的变治法；“方后注”中又嘱其“中病勿更服”、“大便当如漆”的护理要求等。当今临床已重视对病人的心理调治及综合疗法，均说明对疑难病证、难治病证以及亚健康状态，应遵循辨证论治的基本原则，即张仲景的圆机活法：“有是证，用是药。”而“百合病见于阴者，以阳法救之；见于阳者，以阴法救之。见阳攻阴，复发其汗，此为逆；见阴攻阳，乃复下之，此亦为逆。”当是百合病的基本治法，不应归为治疗原则。而百合病的具体治法，以百合地黄汤为代表的主方，即确立为养阴清热、宁心安神之法。

总之，治则是整个中医治疗学的根本原则和指导思想，具有适用于治



疗任何疾病和任何治疗手段的普遍意义；治法应是治疗疾病的具体理法或手段，尽管某些治法带有法则性的指导作用，可以适用于多种疾病，但是仍缺乏普遍性意义。故治疗法则也应归属于治法范畴，而不应纳入治则的内容。同样，习称《金匮》首篇 16 条所言“审因论治”的法则，却不是治法，正是《金匮》治疗杂病的重要治则之一。所以，应改正为是。

以上举例可以说明，治法范畴中的各层面之间有着相应的指导、制约关系，即治法纲要指导、制约基本治法，基本治法又指导、制约具体治法。丝丝入扣，大大丰富了关于张仲景对杂病的治则治法研究。

3. 《金匮》治则内容概要 《金匮·脏腑经络先后病》有第 1、2、14、15、16、17 共六条原文论及杂病的治疗原则：①治未病；②虚实异治；③表里同病，当分缓急；④新旧同病，宜分先后；⑤饮食与调护；⑥审因论治。因篇幅关系，本文只对“治未病”的治则略陈管见。第 1、2 条以大段原文开章明义强调预防医学思想，实际上也是中医学特有的最高治疗原则。所以应从未病防病、已病防传、早期诊治三个方面精细分析其理论内涵和临床意义。不能为了解释“治未病”的治则问题，而将两条原文割裂开来。因为这种串解方式，只会突出“预防为主，防重于治”，表明与我国卫生工作方针的主旨一致。而《金匮》对《内经》、《难经》治未病思想的继承与发展，彼此之间鲜明的渊源关系，无形中会被削弱。况且，“早期发现，早期诊断，早期治疗”这一现代先进的诊疗理念是“治未病”的重要方面，张仲景在其他篇章里亦有相关的文字记载。如：阴阳毒病“五日可治，七日不可治”，狐惑病“初得之三、四日，目赤如鸠眼；七、八日，目四眦黑”，“黄疸之病，当以十八日为期，治之十日以上瘥，反剧为难治”等，足见张仲景对“治未病”的论述贯穿于杂病的预防、诊断、治疗及预后。如此精辟和深邃，已大大超过了治则本身的含义。此外，还不容忽视两条原文共同体现了中医学的整体观念，即人体内部脏腑相关的整体观念和人与自然和谐统一的整体观念；揭示了两个传变规律，即肝病传脾的先后病规律和经络受邪入脏腑的先后病规律；奠定了发病学“三因论”的理论基础等。

诸如此类宝贵的祖国医学之精华，与治则治法融为一体，方能形成张仲景首创的理法方药全备的杂病辨证论治的诊疗体系。《金匮》治则在全书中还体现了同病异治与异病同治，更多的是同病同治与异病异治，以及因势利导，“各随证治之”（第三篇第 1 条），均是为了更好地分清标本缓急，治病求本。三因（因人、因时、因地）制宜，调理人体阴阳、气血、



脏腑功能，皆是从整体观念出发。在临床辨治杂病时，既要有原则性，又要有灵活性。因疾病过程是由邪正消长和阴阳盛衰这两组基本矛盾构成的，故可以根据其程度的差异来决定：①扶正以祛邪；②祛邪以安正；③扶阳以抑阴；④益阴以和阳；⑤平调阴阳，重视建中等。总之，遵照《素问·至真要大论》的处理原则，“谨察阴阳所在而调之，以平为期”。以上内容虽是概要，但是与现代中医基本理论范畴中的治则学说相吻合，说明深入研究并弘扬仲景学术思想大有裨益。

4. 《金匱》治法内容概要 按照笔者如前所述对治法概念的理解，纵观《金匱》全书，可粗略归纳为三个方面。

(1) 治法纲要：即活用八法（汗、吐、下、和、温、清、消、补），包括内治法、外治法、针灸法、食疗法、内外合治法、精神调治法等，不一而足，恕不赘述。

(2) 基本治法：大致有以下 17 种之多：①肝虚治法。可概括为酸甘焦苦并用法或调补助益法。②微汗法。针对外湿病，可使“风湿俱去也”。③利小便法。是对“小便不利，大便反快”的湿痹证候，先去其内湿的治法，后世引申为“利小便所以实大便也”。临证时可根据外湿、内湿的孰轻孰重来决定汗、利两法的先后缓急或并用法。④张仲景依据《内经》理论为水气病提出发汗、利小便、逐水法。并针对气、血、水三者气化相因，病理联系密切，提出“血不利则为水”、“大气一转，其气乃散”的重要立论。⑤笔者认为《金匱》中当归芍药散、桂枝茯苓丸、大黄甘遂汤即是化瘀利水法的代表方剂，不应拘泥于对原文本意的理解。此法已被公认，临床应用广泛，疗效卓著，当予以重视，并作系统深入的研究。⑥《金匱》对黄疸病机的认识有画龙点睛之理，“瘀热以行”提示湿热黄疸的治疗，宜酌配凉血活血化瘀法，利于退黄。⑦“然黄家所得，从湿得之”，“诸病黄家，但利其小便”。⑧“病痰饮者，当以温药和之”应作为基本治法重点讨论。⑨对虚劳病宗“虚虚实实，补不足，损有余”之旨，当以补法为重点。其补脾益肾、甘温扶阳法的鼻祖之方有：小建中汤、黄芪建中汤、八味肾气丸，已为临床辨治慢性虚损性、衰弱性、消耗性疾病的治本之方。⑩对虚劳病由虚招邪夹风者，张仲景创薯蓣丸，为扶正祛邪法。⑪对虚劳病由虚致瘀成干血劳者，治宜大黄䭩虫丸为祛瘀生新法。⑫对胸痹心痛病有栝蒌薤白三方的宣痹通阳法。⑬有人参汤的扶正固本法。⑭有薤苡附子散的温通止痛法。⑮治肝着的旋覆花汤，即是活血通络法，不失为胸痹心痛病补出的活血化瘀法。⑯对感受时邪疫毒所致急性、



发斑性疾患的阴阳毒，设清热解毒、活血散瘀法，当今适用于临床多种急症、重症、热病，是中医药发挥治疗优势的有效方法和途径。⑰其他如：上病下取（苦冒眩者，泽泻汤），下病上取（必遗尿，小便数者，甘草干姜汤），内病外治（百合洗方），外病内治（狐惑病甘草泻心汤、赤小豆当归散、苦参汤日三服），以及反治法的塞因塞用（人参汤）、通因通用（大、小承气汤）、热因热用（通脉四逆汤）、寒因寒用（《伤寒论》白通加猪胆汁汤）等，可谓读仲景书，常读常新，取之不尽，用之不竭。

（3）具体治法：为了说明治法纲要与基本治法、具体治法之间的关系，现以八法之一的温法为例作简要表述。温法在八法中多以温补建功，《金匮》中的具体治法有：①温里回阳之大乌头煎、通脉四逆汤；②温里散寒之四逆汤；③温肺复气之甘草干姜汤；④温中胜水之甘姜苓术汤（肾着汤）；⑤补气助阳、振奋阳气之人参汤等，均是从中焦施以温补的治法。但张仲景“法中有法”不胜枚举，为了集中问题的辨析，笔者仍从《痰饮病篇》、《虚劳病篇》说起。以往对痰饮病“当以温药和之”，总以治疗原则、总治则或治疗大法称谓。现笔者认为，当属基本治法为妥。其理法分析可从痰饮病的形成、饮邪特性、温药的治疗意义三方面理解其选用甘温、苦温、辛温药物的道理。名曰“和之”，不称“补之”，是取其平和、调和、谐和之意，要在温补之中酌加行、消、开、导之品，达到温补助阳，行水蠲饮之效^[4]。

若将四饮证治的具体治法加以归纳的话，可包括：

温阳化饮法：针对脾肾阳虚证，当分轻重。①脾阳虚者，以苓桂术甘汤温阳蠲饮，健脾利水；②浊阴上冒、清阳不升者，以泽泻汤利水补脾；③下焦饮逆证用五苓散化气利水；④饮积胃脘者，宜用小半夏汤温胃散饮；⑤饮邪较甚，眩晕者，则以小半夏加茯苓汤导饮下行；⑥肾阳虚，气化不行者，用肾气丸温肾蠲饮，化气利水。

表里双解法：①内饮外寒的支饮、溢饮，当以小青龙汤化饮解表；②外寒内饮兼郁热的溢饮，以大青龙汤发汗清热除饮。

疏导肠胃法：①狭义痰饮停聚成实者，用己椒苈黄丸前后分消，攻坚逐饮；②支饮腹满者，以厚朴大黄汤疏导肠胃，荡涤实邪。

泻水逐饮法：①支饮不得息者，用葶苈大枣泻肺汤泻肺逐饮；②狭义痰饮之留饮欲去者，以甘遂半夏汤急则治标，因势利导；③胸胁积饮，属悬饮，支饮久咳，邪盛正实者，均以十枣汤攻下逐饮或祛饮止咳。

扶正祛饮法：适用于支饮痞坚，虚实错杂证。①虚者以木防己汤补虚



清热，通阳利水；②实者则在原方中去石膏加茯苓芒硝汤行水散结，消坚补虚。

毋庸置疑，本篇为后世痰饮学说的形成奠定了基础。《金匱·血痹虚劳病》将气血虚损所致的疾患合篇论述，但血痹为逸之患，虚劳为劳之疾。张仲景对血痹治法提出针引阳气或以黄芪桂枝五物汤治疗其重证，为益气通阳、和营行痹之法。而对虚劳病的证治9方，无一用填补、呆补法，确是善用调补法。

此外，对剂型的选择，很值得玩味。如汤剂3方中，桂枝加龙牡汤证有“少腹弦急”；小建中汤证、黄芪建中汤证中有“虚劳里急”。“急”者，荡也（汤剂）。而八味肾气丸证“少腹拘急，小便不利者”为肾阳虚证，采用阴中求阳以生肾气的配伍法则治其本，已被临床所验证，可丸可汤。而薯蓣丸和大黄虚虫丸，意在扶正祛邪和祛瘀生新，故缓缓图之。为了促进仲景学说研究，使其治则治法的理论探讨有所规范，今揣度抛砖引玉，以期引起学术争鸣。

参考文献：

- [1] 王雪华. 讲好每一节课 [J]. 中医药高教研究, 2004, 1 (2): 59 ~ 60.
- [2] 吴弥漫. 简论《内经》治则治法学说的规范 [J]. 中国医药学报, 1990, 5 (1): 55 ~ 58.
- [3] 聂惠民. 仲景学术研究 [M]. 北京: 学苑出版社, 2003: 115.
- [4] 王雪华, 祖丹, 桑希生. 《金匱要略》痰饮病篇概要 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2003, 1 (7): 15 ~ 17.



探寻中医药人才成长的一般规律

中医药人才的培养有其特殊的培养方式和成长过程，为探寻其一般规律，试从以下几个角度进行思索：

1. 从历史的角度看 中医理论的创新和延续，深刻体现其时代背景。从四大经典谈起，先秦时期诸子百家，与医学结合形成了《黄帝内经》，奠定了中医理论基础；东汉末年，伤寒大流行，医圣张仲景在大量的临床实践中，“勤求古训”、“博采众方”、“平脉辨证”，著成《伤寒杂病论》，开创了临床医学辨证论治体系的先河；金元时期学术争鸣形成了四大医家（刘完素、张从正、李东垣、朱丹溪）为代表的学派，其理论建树对后世临床影响非凡；明清时期温热病流行，又出现了温病辨证施治的新理论，突破原有框架，自成体系。可见，在不同的历史时期，由于自然环境、社会环境、生存环境的变化，疾病谱亦在发生改变，因而新的医学理论便随之产生，并不断地应用于临床实践，在指导临床实践的过程中有所发现、有所提高、有所创新，在继承中发扬，在发展中继承。继承是基础，是成才之本，是成就名医的必由之路。其规律大抵有六：①自有师承，源流清晰；②顺应社会发展需求；③有代表著作，留传后世；④创新论点，风格独特；⑤经科学实践，社会公认；⑥培养传人，延续发展，成为后学者的楷模。^[1]

2. 从教与学的角度看 古代至近代的传统中医教育是以“师徒授受”和“家传”方式进行，即师傅言传身教，徒弟从小耳濡目染，认药抓药，学习和背诵《药性赋》、《汤头歌诀》、《脉诀》、《医宗金鉴》等，高深者研习四大经典著作，苦练“童子功”。跟师抄方，是由理论通向临床的重要步骤，对所学知识逐渐有了实际体会，从可观的临床疗效中树立起做一名中医大夫的自信心和责任感。再经过师傅指点，在诊治疾病的临床实习中独立思考，成熟后毕业出师方可从业。因医药不分家，必须做到医药皆通。为了用药安全，为了衣食生计，师徒均崇尚医德，“精究方术”，对临床技能的培养是很严格的。遇上聪明睿智的徒弟，在理论与临床上亦多有发挥。如朱丹溪，44岁时拜刘完素的再传弟子罗知悌为师，他一生著作颇丰，创立“阳有余阴不足论”和“相火论”。他对仲景书推崇备至，称其为“万世医门之规矩准绳……仲景之书，载道者也，医之良者，引例推



类，可谓无穷之应用”（《局方发挥》）。在《金匱钩玄》一书中，他对杂证治验的记述，博得“杂病用丹溪”之誉。他的弟子赵以德成为注释《金匱要略方论》的第一人（明代《金匱方衍义》）。

笔者认为，师徒授受方式的可取之处有三：①确立学习目标的策略。有明确具体的学习目标，对其学习状态易于把握。②培养学习方法的策略。将枯燥的知识编成口诀歌赋，让学生带着问题学，促进其博闻强记，可开发潜能，激发兴趣。③建立良好的认知结构的策略。师徒对桌应诊，切磋学问，学中干，干中学，实现能力的发展。

古代官方的中医教育始于南北朝，隋唐时期，政府设太医署，以基础课程分科学习，临床分有医科、针科、按摩科、咒禁科等。至明清时代建有太医院，学生须经考试择优选入，并设教习所讲授经典课程。^[2]此外，还有日人著述阐释经典著作之疑难，可谓中医药走向世界的较早记载。总之，以上两种培养方式比较单一，有许多局限性，发展缓慢，成才率较低。但是，确使中医药学得以传承，并经得起时间和实践的考验。

在几千年发展历程中形成的中医药理论体系，包括中医文化与哲学、中医思维与生命观、疾病观、治疗观、养生观等内容丰富多彩，颇具科学性、前瞻性、指导性和实用性，且拥有自主知识产权和中药资源优势。系统完整的中医药理论，具有自身的特点和优势，我在实践中感悟到，当前人们最关心的是生存质量的提高和绿色医药的可靠；作为医生面对的两大主题是亚健康 and 疑难病；^[3]作为教师值得研究的课题是教与学的理论和实践。因为我们面对的授课对象，以中医本科学生为例，他们是在完成12年现代普通基础教育后，又经过国家统一考试按着志愿择优录取来校学习的。他们精力旺盛，进取心强，具有文化科技知识，可塑性强。身为教师的职责是教书育人，既要授业传道解惑，更要引领学生向着中医药人才高要求、高素质、高水平的培养目标进发，缩短成才期，提高成才率。这就要从自身做起，不断总结和积累经验，反复推敲和锤炼教学内容，研究和改进教学方法，激发学生学好中医专业的兴趣和志向，端正学习目的，学会自主学习的方法。对学生之间存在的差异性应给予疏导、鼓励、因材施教，使之经过不懈的努力能够感受到学习进步的愉悦。我个人体会，好学生的特征或者优秀学生群体的共同特点是：①品德好。好学生最后竞争的是一种品德。如果自私、自负、不信其师、不信其道，再聪明亦难以成器。②适应能力强。要身心健康，吃苦耐劳，包容，有不怕挫折的精神。③习惯好。包括从小养成的良好的生活、学习、自律的习惯。当然还有很



好的思维习惯。④做事严谨、认真。知道自己该做的和不该做的，不达目的不罢休。⑤自觉反思自己的错误。保持思想敏锐、活跃的状态，不断增强自信心和竞争意识。总之，优秀人才是培养出来的，不是选拔出来的。在以人为本的办学理念中，教师为主导，学生为主体，就是“教师第一”。要让教师的发展第一，教师的地位第一，教师的人生价值实现第一，教师创造辉煌业绩第一；学生是一切教育活动的主体，学校的一切工作都是为学生服务的，教师的一切言行都要有利于学生的成长与终生发展。因为教师的人格魅力对学生的影响是直接的，又是在潜移默化中让学生接受其做人的道理，为人的高尚。

3. 从课程设置角度看 1992年8月由我主持完成的“中医专业课程结构优化”的课题研究中，曾对课程结构改革提出了方向性原则、发展性原则、以智能培养为前提的三个基本原则。对于应处理好的五个关系，初步认识到：①基础学科之间的关系；②经典著作与其他学科的关系；③基础课与临床课的关系；④中医专业人才知识的内核结构与外围结构的关系；⑤必修课与选修课的关系。认为必修课当力求深化，选修课应区分指导性选修课、限制性选修课和自由选修课，其范围宜适当扩大，但力戒浮躁。同时注意设置相互渗透的边缘学科课程。

2005年，我校在坚持教学工作中心地位，集46年办学经验并取得累累硕果的基础上，推出631教学改革行动计划，其宏伟目标和发展前景令人振奋！它集中体现了中医药管理人才立足当代、功在千秋的胆识与卓见。为了具有长远的、持续的竞争势头，培育我校自己的核心竞争力，必须上下一条心，转变观念，增强凝聚力，跟进时代发展的步伐。

现在看来，中医药的发展越来越受到世人的关注，同时亦为中医药的生存与发展而担忧。毋庸讳言，中医本科学制5年，学习内容与时空概念似有矛盾。教学计划规定1年的临床实习（不含课间见习），寒暑假每年3个月，4年是12个月；每年36周课堂教学，其中有36个双休日，每年共72天，5年内享有360个双休日，除外“五·一”、“十·一”长假。再有每年2周考试时间，4年共占用8周时间；况且，本科大四、大五期间，部分本科生积极备考硕士研究生，若能考取则有继续深造的机会，若不能考取或未能及时就业者，试想其真正学习中医药理论、训练和加强临床诊疗技能的时间到底能有多少？诚然，“功夫在课外”，“师傅领进门，修行在个人”。

笔者认为，中医的灵魂在于临床，办中医药大学中医临床专业，无论



在阶段性和层次性上都有不同要求，但是，向社会输送合格的中医临床实用型人才是必需的。起码应达到中医药的看家本领不能丢，西医药的常规处置有了解，走向工作岗位能够尽快适应客观需要并发挥专长。

长期以来，在课程设置中对中西医课程之比一直存有争议，这只有在教育教学改革的实践中大胆探索。由于中西医学是两种不同的医学体系，只能并存共荣、整合互补，不可强求统一。为了培养一大批中医药专业的复合型人才，并力求从中产生一些尖子人才，使之在中西医学知识的交融中，在中西医学思维模式的碰撞中，将分析与综合、宏观与微观结合的方法应用于中医的理法方药研究中，会利于中医药的创新发展。从近年我国防治非典、禽流感 and 艾滋病方面，有疫苗的研制，更有中医药所发挥的独特作用，取得的临床疗效是有说服力的。

综上所述，作为世界传统医学的重要组成部分，中医药的创新也将推动整个人类医学领域的创新发展。我国是中医药起源和发展的基地，理应是中医药继承和创新的集散地。面对来自国内外的挑战和机遇，人才的培养和成长是中医药事业发展的基石。

参考文献

- [1] 刘弼臣. 继承发扬，走名医之路. 《中国中医药报》. 2006.
- [2] 周志彬. 回归传统，走出现代中医教育困局. 《中国中医药报》. 2005.
- [3] 王雪华. 学好、讲好《金匱要略方论》. 《仲景学术探赜》. 第1版. 黑龙江科技出版社. 2005: 313

(发表于《中医药高教研究》2006.1: 16~18.)



后 记

君子渔之

——先秦《石鼓文之二》

一个理论，一个经验，一个知识，乃至一个结论，
在理论上要能站住脚，要把好四道关：

实践标准检验关；

科学世界观关；

科学理论根据关；

逻辑证明关。

——《五十年学术远航》，许立人著，2007年，中国科学出版社出版。
著者为我的大学老师，《自然辩证法》专业教授，硕士生导师。



策划编辑：刘观涛

责任编辑：魏 杰

特约编辑：林 晶

封面设计：艾林视觉

《中医名师讲课实录》丛书

《李德新 中医基础理论讲课实录》

李德新著

《朱文锋 中医诊法学讲课实录》

朱文锋著

《朱文锋 中医辨证学讲课实录》

朱文锋著

《冯世纶 伤寒论讲课实录》

冯世纶著

《王雪华 金匮要略讲课实录》

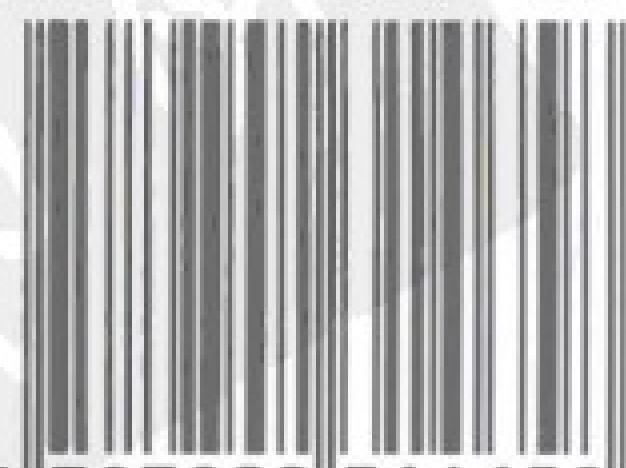
王雪华主编

.....

（更多精品，敬请期待）

上架建议：中医临床

ISBN 978-7-80231-465-8



9 787802 314658 >

定价：39.00元

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=王雪华金匱要略讲课实录

作者=王雪华主编

页数= 3 6 6

s s 号= 1 2 2 6 4 8 7 6

出版社=中国中医药出版社

出版日期= 2 0 0 9 . 0 5

东里书斋（[h t t p : / / d l s z . 5 d 6 d . c o m /](http://dl.sz.5d6d.com/)）收集于网上。