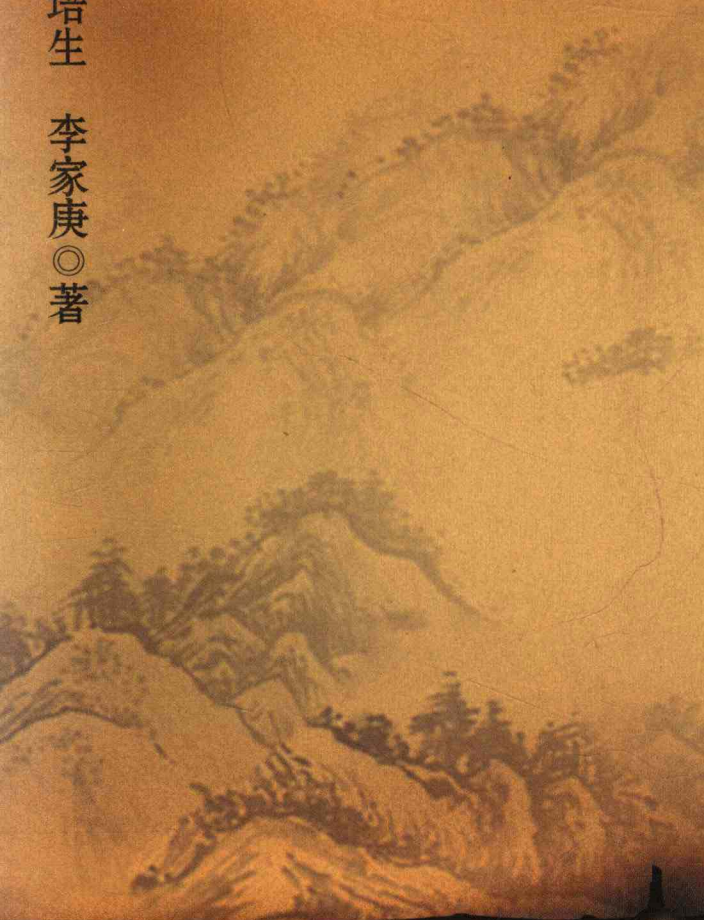


# 李培生

医论医案

李培生 李家庚◎著



忽者謂似有似無也忽亦數  
毫釐之數生其中老子曰  
大於度量里千之萬  
整雖小積而不已命數垂  
尺度斗量之繩準千之萬  
哉余聞精光之道  
口日不敢受也深敬  
靈蘭之室以傳保伯曰  
云按全元  
在第三卷  
節以成一歲人

科学出版社

# 李培生医论医案

李培生 李家庚 著

科学出版社

北京

## 内 容 简 介

本书为伤寒泰斗名老中医李培生医论医案全集,由其子及学术继承人李家庚教授搜集并整理而成。内容分为医典发微、伤寒方证通论、琴溪医话、医案拾遗等,主要介绍李老结合临床探讨和研究古典医籍的心得以及临床诊疗手记等。

本书可供中医临床医师和研究中医古典医籍者阅读,也可供养生保健及中医爱好者阅读使用。

### 图书在版编目(CIP)数据

李培生医论医案 / 李培生,李家庚著. —北京:科学出版社,2012. 10  
ISBN 978-7-03-035774-8

I. 李… II. ①李… ②李… III. ①医论-汇编-中国-现代 ②医案-汇编-中国-现代 IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 242566 号

责任编辑:郭海燕 / 责任校对:钟 洋  
责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码: 100717

<http://www.sciencep.com>

新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

\*

2012 年 10 月第 一 版 开本: 787×1092 1/16

2012 年 10 月第一次印刷 印张: 15 1/2

字数: 458 000

定价: 68.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

## 前 言

李培生教授是全国著名的中医学家，伤寒学界的泰山北斗。先生自幼随父读书习医，年近弱冠又拜近代名医恽铁樵先生为师。他熟识中医经典，精通伤寒之学。曾撰写《伤寒论注疏正》、《伤寒论翼笺正》、《伤寒附翼笺正》、《温病证治括要》（合称《李培生医书四种》），以及《李培生伤寒论讲稿》、《李培生医学文集》等。其主编教材有全国中医学院最早期统一教材《伤寒论选读》、《伤寒论讲义》与教学参考书《伤寒论》等，发表中医论文 80 余篇。先生教书育人，桃李满天下；行医治病，春暖杏林。

先生从医 80 余年。15 岁时即随父行医问诊；16 岁时父亲不幸病故，先生遂独自悬壶于汉阳城乡一带。在此期间，临证之余，他钻研了大量医学书籍，遍访名医。于 20 世纪 40 年代初期，中医名家冉雪峰先生、胡书臣先生等在武汉行医，名噪一方。先生虚心好学，四处收集他们的病案和药方，录存研习，以求进益。抗日战争爆发后，武汉沦陷，先生携全家避难于乡里，受邀至汉阳官桥李家集安怀堂药店坐堂行医。乡村环境异常艰苦，穷苦百姓缺医少药。先生感同身受，济世救人，尽平生所用；审疾问病，温良恭勤，不辞劳苦。不久声名鹊起，门庭以疾迎候者几无虚日。遇人邀诊，先生无不即往，虽雨雪载途，亦不为止。赴人之急，百里之外，无不相应者。普救含灵之苦，悲天悯人之心不敢或忘。

临床处方用药，先生讲究轻灵平稳，思想主要受到李时珍、叶天士、吴鞠通及恽铁樵、曹颖甫等医家的影响，而较前人又有新的发挥。如他治湿热黄疸，在仲景成法基础上，提出分三焦论治；善用辛香宣上、芳化宽中、行滞导下之品，每可提高治病效果。药物用量一般为 6~15g，非大病重病不用大剂重剂，而且不轻易使用辛燥猛烈之剂，以防燥热燃起；同时亦反对长期使用大黄等苦寒类药，虑其有伤脾败胃之弊；至于滋阴补气之味，如黄芪、党参等，亦审慎用之，以免滋腻，助湿生满，加重病情。有人说先生用药量小谨慎，先生云治方有大小，病势有缓急，药量有轻重。古人谓病大药大，病毒药毒，为人医者，不可以滥投虎狼之剂而津津乐道。他赞赏近代名医施今墨、冉雪峰等名医的用药特点，以为药量不大，方不见奇，而有良效。感叹当今之士，处方用药，动辄三五十克，或以为胆大，殊不知误人之迹甚多，且造成中药材的浪费。因此，他在临证时，无问大小缓急之剂，当用则用，不当用则不用，既不畏峻剂重投，亦不以轻剂为敷衍藏拙。一生用药以廉、便、验为准则，以病人利益为最高利益。无论在城市或乡村，无论在民间或后来（1957 年）调入湖北中医药大学（原湖北中医学院），先生的这一信念从来未有动摇过。

20 世纪 90 年代初期，作为首届全国老中医药专家学术经验继承工作学术继承人之一，愚得以师从先生。由此能够更近距离、更深刻地学习与领会先生的师德风

范、学术思想、诊疗经验与为人医者的良苦用心。并将此予以整理,或记录于纸页,或公开发表于世,以为他日问难之资料,自习之章本云耳。现整理的这部《李培生医论医案》,内容涉及医论、医话、医案等部分。根据具体不同,书中又分医典发微、伤寒方证通论、琴溪医话、医案拾遗数端。医典发微,多为先生研究古典医籍心得,结合临床探讨,其中又以伤寒研究为重点;伤寒方证通论,为近来整理先生遗稿中发现,见其论述六经方证,细致入微,有发前人所未发者;琴溪医话,原因先生曾久居汉阳琴台,后又应某国家级刊物之约并以此为专栏名,撰写过不少医事文章发表,其间有先生亲自执笔者,亦有属我整理者,可为来者参考;医案拾遗,乃余随师临证诊疗记录,完全从实际中来,后经不断整理完善,从中选出部分以应世需,可为医者鉴。

先生于2009年离开尘世,享年96岁,迄今故去已经整整3年了。科学出版社决定出版这部有关先生医论医案的著作,这是对先生最好的纪念。我们心存感激!此书在整理、校对过程中,湖北中医药大学的樊讯博士、蒋跃文博士、陶春晖博士与李必健、李必佳、李必保医师等协助做了不少工作,在此一致谨致谢忱!

李家庚

2012年6月19日于武昌

# 目 录

## 前言

## 医 典 发 微

伤寒十辨 .....	(3)	试论《伤寒论》中恶寒发热的证治 .....	(70)
论《伤寒论》中之病与证 .....	(11)	略论《伤寒论》中之烦躁 .....	(75)
《伤寒论》合病、并病证治规律探讨 .....	(14)	麻杏类方治疗疑难杂病的经验 .....	(77)
试探《伤寒论》证治之常与变 .....	(16)	谈《伤寒论》结胸三方的临床运用 .....	(80)
《伤寒论》六经证治之异同辨 .....	(19)	谈“伤寒脉结代心动悸”用炙甘草汤 .....	(83)
略论《伤寒论》六经证候之传与不传 .....	(22)	附子汤的临床运用 .....	(87)
《伤寒论》397“法”探微 .....	(24)	辨《伤寒论》厥逆的证治 .....	(92)
谈谈《伤寒论》之法外有法 .....	(39)	辨治阳结阴结的经验 .....	(95)
谈李士材治泄泻 9 法及《伤寒论》治下利 之法的辨证运用 .....	(44)	谈理中汤(丸)之主证、方义与临床应用 .....	(97)
谈《伤寒论》中同病异治与异病同治 .....	(47)	谈厥阴冷结证与治法 .....	(100)
试论《伤寒论》同脉异治与异脉同治 .....	(51)	脏厥与蛔厥及两者兼见证的辨治 .....	(102)
论《伤寒论》中之脉与治 .....	(54)	略论《伤寒论》之汗 .....	(103)
标本学说在《伤寒论》中的具体运用 .....	(58)	学习《素问·咳论》辨治咳嗽的体会 .....	(107)
伤寒方可治杂病论 .....	(60)	《金匱要略》妇科方研讨 .....	(109)
论《伤寒论》中之制方有大小 .....	(66)	《伤寒论》的读法 .....	(117)

## 伤寒方证通论

太阳病方证通论 .....	(125)	太阴病方证通论 .....	(142)
阳明病方证通论 .....	(134)	少阴病方证通论 .....	(145)
少阳病方证通论 .....	(138)	厥阴病方证通论 .....	(149)

## 琴 溪 医 话

用小方、单方、草药治大病经验介绍 .....	(155)	谈啰逆 .....	(168)
汗法的运用和体会 .....	(158)	谈阳盛为狂 阳虚亦为狂 .....	(172)
吐法的临床运用与体会 .....	(160)	谈脱阳与脱阴的证治 .....	(175)
运用下法治疗鼓胀的体会 .....	(161)	冠心病的辨治经验 .....	(177)
对吴鞠通运用仲景下法而发展的体会 .....	(162)	心律失常辨治经验 .....	(180)
谈运用先攻后补、先补后攻的治验 .....	(164)	慢性咳嗽辨治经验 .....	(184)
经方疗梅核气病之我见 .....	(165)	慢性肝炎辨治经验 .....	(187)
运用经方治胃脘痛的经验 .....	(166)	慢性萎缩性胃炎治验 .....	(191)

男性不育症证治杂谈	(193)	漫谈一药之师	(207)
辨治血小板减少性紫癜的经验	(196)	误补救治琐谈	(209)
谈肥胖病的病因、治法及应用效方	(198)	痧病证治漫谈	(211)
剧烈腹痛(胆囊扭转)案	(200)	血虚误攻救治举隅	(213)
腰以下奇冷案	(201)	浅谈晶痞与枯痞的证治体会	(214)
肺癌术后胸痛咳嗽案	(202)	谈安宫牛黄丸、紫雪丹的临床运用	(215)
恶性神经鞘瘤术后胸痛咳嗽案	(203)	李东垣清暑益气汤应用心得	(217)
验方寒凉止崩汤	(204)	缪仲淳吐血三要法小议	(218)
验方选介	(205)	附 树立信心,学好中医	(220)

### 医案拾遗

泄泻案	(225)	积聚案	(231)
便秘案	(227)	胆胀案	(231)
黄疸案	(228)	头痛案	(232)
胁痛案	(228)	心悸怔忡案	(234)
鼓胀案	(229)	胸痹心痛案	(239)







# 伤寒十辨

中医学的辨证论治,是根据患者各种不同的具体病况,经过审疾问病等正常诊断程序,做出正确判断和决定合理治疗措施的重要方法。千百年来,它为广大中医所掌握,一直沿用至今。辨证论治这一名词的最早提出,当来源于后汉末期张仲景所著的《伤寒论》。如该书六经篇首,首先标出有“辨太阳病脉证并治”、“辨阳明病脉证并治”等。所谓病,从六经涵义来说,即“太阳之为病”、“阳明之为病”。或简称为“太阳病”、“阳明病”。所谓证,如太阳病以“脉浮,头项强痛而恶寒”为提纲;如兼发热汗出恶风脉缓,则名为中风,即桂枝证;若兼或以发热,或未发热,身疼腰痛,无汗而喘,脉阴阳俱紧等名为伤寒,即麻黄证。所谓脉,如太阳表证以浮为主脉,但脉浮中又有浮紧、浮缓、浮数或脉浮而迟等种种不同。所谓治,如表病以发汗为大法,而汗法中又有辛温解表开泄腠理而发汗;或辛温解肌,调和营卫,而取藜藜微汗。从治法深入言之,更有主治、兼治、先治、后治、正治、反治等不同。《伤寒论》在六经的前提下,对于复杂的致病因素和病理机制的千变万化,运用辨证论治的法则于诊断治疗方面,探讨其一般规律和特殊规律,较为突出的约有以下几点:

## 一、辨 阴 阳

《内经》谓“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也,治病必求于本”。(《素问·阴阳应象大论》)《伤寒论》六经辨证论治的基本规律,主要在于审察机体阴阳的消长,邪正的进退,以判断病变的症结所在和决定采取的合理治疗措施。故辨阴阳一项,实为探本求源的必要之图。

阴阳的涵义:一般以疾病部位在表在上者为阳;在里在下者为阴。性质属热属实者为阳;属寒属虚者为阴。从六经总的划分:则太阳、阳明、少阳三阳病为阳;太阴、少阴、厥阴三阴病为阴。阳病多呈亢奋性进行性,故治法以祛邪为主,宜于汗吐下和;阴病多呈退行性衰减性,则治法自以扶正为主,或用温里扶阳,或宜育阴清热,或寒温并用,邪正兼治。阴阳这一概念,《伤寒论》在辨证论治的具体运用中,大抵可概括为病有阴阳、证有阴阳、脉有阴阳、治有阴阳等四个方面。例如《太阳篇》在辨太阳提纲及风寒温三证之后,紧接着提出“病有发热恶寒者,发于阳也;无热恶寒者,发于阴也”(引自宋本第7条,宋本条文下同)。盖阳病邪虽盛,正气犹实,卫外阳气反应较敏,故三阳病多有发热证。如太阳病恶寒发热,少阳病往来寒热,阳明病有身大热、汗自出、不恶寒、反恶热等是。阴病则病邪既盛,正气虚衰,抗病机能低下,故三阴病多无发热证。如三阴虚寒,恶寒蜷卧,甚至厥冷四逆。此为六经发病之通常病况。然太阳伤寒有或未发热者,阳明病有热深厥深者,少阳病有不往来寒热者。至于三阴,太阴病有手足温者,少阴病有反发热或里寒外热者,厥阴虚寒有先见厥利后转阳回而发热者,此又何故?盖六经病在其发展过程中,因致病因素略有差异,影响病机变化,往往可导致证候以另一形式出现,此则多为变局,似不可以此而否定发于阳、发于阴之非。故钱天来、柯韵伯等注家列此条为六经之首,提纲挈领,殊有卓见。

另有“病发于阳,而反下之,热入因作结胸;病发于阴,而反下之,因作痞也”(131条)。是因表证误下,阳热陷入,与心胸间痰水相结成实,证有心下胸肋硬满疼痛,此为热实结胸,故谓“病发于阳”。若表证误下,邪热内入,无水气相结,只为心下痞证,故谓“病发于阴”。是阴阳两者,又以结胸与痞之证候对勘而言,可以会意。

《内经》谓“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”(《素问·阴阳应象大论》)故仲景脉法,亦以阴阳为辨证纲领。《辨脉法》云:“凡脉大、浮、数、动、滑,此名阳也;脉沉、涩、弱、弦、微,此名阴也”。盖阳病病

位在表,受病较轻,正气充实,营卫气血流行滑利,故脉与之相应,多呈阳盛热实有余之象。反之出现沉涩等脉,则是病邪深入,阴盛阳微,不足之象,较为显著。此条虽属叔和所撰,实是仲景心法。

至于治法,《伤寒论》重在“阴阳自和”(参 58 条)。盖机体因感受外邪或内部脏器功能失调,而使阴阳气呈不相协调状态,即可出现六经中某一种病变。所谓“自和”,当非坐以待愈之谓。如阳实热盛者清下之,阴盛阳衰者温补之。此即《内经》“阳病治阴,阴病治阳”(《素问·阴阳应象大论》)之义。《金匱要略》谓“见于阴者,以阳法救之;见于阳者,以阴法救之”(《百合狐惑阴阳毒病证治第三》),亦与此义略同。盖治法总须根据阴阳消长、邪正盛衰之不同病况,以补偏救弊,促使阴阳气处于相对平衡之固有状态,此即《内经》所谓“阴平阳秘,精神乃治”(《素问·生气通天论》)。则病势虽重,自可恢复。凡此可知阴阳两者,实为《伤寒论》六经中辨证的纲领,论治之准则。

## 二、辨 表 里

表里上下,是指疾病的部位而说。《伤寒论》以太阳为六经之大表,其他各经都属于里。但表里的概念是相对的:如太阳主表,阳明主里,少阳则主半表半里。若阳明对太阴来说,则阳明主表,太阴主里。少阳对厥阴来说,则少阳主表,厥阴主里等是。表里用于辨证方面,还当结合疾病的属性与病邪的盛衰、正气的强弱来进行分析。如太阳主表:太阳病以自汗脉缓为表虚证,无汗、脉紧为表实证。少阴主里:少阴病以脉微细、但欲寐、恶寒、蜷卧、下利等为里虚寒证,若见脉细数、舌质绛、心烦不得眠、咽干、咽痛等则是里虚热证。

《伤寒论》在某一证候中,亦有表里之分。如太阳蓄水,主方用五苓散,提出“有表里证”(74 条),其表当指中风发热六七日不解;其里是指烦渴、水入则吐、小便不利等证。又如阳明燥热伤津,“表里俱热”(168 条),其表当指身大热、汗自出、恶热;其里是指大渴引饮,舌上干燥而烦等证。但病之重点为“热结在里”,故用白虎加人参汤直清阳明里热,兼以益气生津。

病有表里之分,则脉有浮沉之应。如太阳表病以浮为主脉。若脉浮而迟,则是表证里虚之象。沉为在里,然阳明燥热结实,则“脉沉实者,以下解之”。少阴阴衰阴盛,则“脉微细沉”,则用扶阳抑阴之法。

治法方面,一般在表里证同见之时,治则是先解其表,后治其里。例如,太阳蓄血,其病较轻者,则曰:“其外不解者,尚未可攻,当先解其外;外解已,但少腹急结者,乃可攻之,宜桃核承气汤”(106 条)者是。若蓄血证重而病势甚急者,如“太阳病六七日,表证仍在,脉微而沉,……其人发狂者,以热在下焦,少腹当硬满,小便自利者,下血乃愈,……抵当汤主之”(124 条)。则是表里证见,里证急剧,故用急则治里之法。此外表里证具,权衡其证候轻重相等,亦可采用同治之法,如少阳病兼表不解用柴胡桂枝汤,少阴病反发热脉沉用麻黄附子细辛汤,皆是其例。再者,表里同治之法,有根据证情而侧重于表者,亦有倾向于里者。前者如大青龙汤表里双解,发表清里,而以解表为主。后者如桂枝人参汤,亦属解表温里,表里同治之法,则是以温里为主。

## 三、辨 上 下

《内经》论脉有三部九候之诊,论病机有上下之属,并有“气反者,病在上取之下,病在下取之上,病在中傍取之”(《素问·五常政大论》)的治法。仲景撰用《素问》,对病机进行简要概括,亦有“上焦得通”(230 条),“理中者理中焦,此利在下焦”(159 条),“以热在下焦”(124 条)等。揆其词义,是此处之三焦,则上焦主胸胁,中焦主大腹脾胃,下焦指少腹大肠等而言,当是纯主疾病之部位,与手少阳经三焦,义自有别。此外,治法用于补偏救弊,或因势利导,根据病机上下之属,自有重要实际意义。如“伤寒不大便六七日,头痛有热者,与承气汤”(56 条)。治法是采取“高者抑之”(见《素问·至真要大论》下同)。若“少阴病,下利,脉微涩,呕而汗出,必数更衣,反少者,当温其上,灸之”(325 条)则是

宗“下者举之”的治法。

表里上下,是指机体调节功能的升降出入而言,若生理功能失常,即是病态。表里是偏于横的方面,上下则多指竖的方面。然而上与表、下与里又有千丝万缕的紧密联系。如“伤寒先厥后发热,下利必自止,而反汗出,咽中痛者,其喉为痹。发热无汗,而利必自止,若不止,必便脓血,便脓血者,其喉不痹”(334条)。是厥阴厥利,阳回发热。若阳复太过,则热势向外向上,迫津外泄则汗出,上扰咽部则为喉痹;若热郁于里则发热无汗,伤及在下之阴络,则为下利不止,便脓血。此种病机变化互相影响之规律,当可供人们之深入研究者。

## 四、辨 虚 实

外感热病整个发展的过程,就是邪正双方斗争激烈此胜彼衰的全过程。所谓邪,是指外感六淫之邪或因脏腑功能失调而产生的致病因素。所谓正,是指病人本身的正气及抗病能力强弱而言。《内经》谓“邪气盛则实,精气夺则虚”(《素问·通评虚实论》),故虚实两者,实为辨别邪正盛衰的纲领。

《伤寒论》在具体条文中,着重运用虚实理论而阐明病机变化的:如“发汗后,恶寒者,虚故也;不恶寒,但热者,实也,当和胃气,与调胃承气汤”(70条)。说明同患表病,同在发汗之后,在阳盛之体,往往能伤津化燥,转化为燥热实证。若阳虚之体,则汗后促使表阳更虚,又易转为虚寒之证。故此条前者属汗后阳虚恶寒,与“发汗病不解,反恶寒者,虚故也,芍药甘草附子汤主之”(68条)的病机略同;其严重者,并可发展为阳衰阴盛厥冷四逆的四逆汤证。后者汗后燥热成实,与“太阳病三日,发汗不解,蒸蒸发热者,属胃也,调胃承气汤主之”(248条)同一类型,同为阳明胃家实之证。

后之释《伤寒论》者,运用虚实理论常结合六经之发病原因、部位及属性而分。如前章所云太阳伤寒为表实,中风为表虚。少阴病有里虚寒证,又有里虚热证者是。又如结胸,主证为心下、胸肋硬满疼痛,大便不通,脉沉紧有力。若伴见烦躁懊恼,舌上干燥而渴,则是痰水与热结于心下胸肋间,仲景特显著标名为“结胸热实”(135条)。若见结胸主证而“无热证者”,则是寒痰结于心下,成为实证,病名“寒实结胸”(141条)者是。

《伤寒论》原文用于平脉辨证之中,有词句类似而其意义不同,甚至恰如反正之比者。例如,“阳明之为病,胃家实是也”(180条)。此条既指阳明病机总的为胃燥热实,又当赅有阳明主要脉证之身大热、汗自出、不恶寒、反恶热、脉滑数洪大等而言。若“脾家实”,则是太阴受病,脾阳得振,转输功能恢复,寒湿浊邪得以下趋为顺。故曰:“虽暴烦下利日十余行,必自止。以脾家实,腐秽当去故也”(278条)。胃家实是阳明热实,病势多值发展阶段,为病进。脾家实为太阴寒证,病势已向好的方面转化,为病退。又有“脉沉实者,以下解之”(394条)。其脉当指沉实有力,其证多有腹满痛,大便不通,小便黄赤,潮热,舌苔黄燥等燥结热实之象。若“伤寒下利日十余行,脉反实者,死”(369条)。则是阴寒邪盛,正气消索,脉见刚劲不柔之象,似即《内经》所谓真脏脉见,不仅脉不应病而已,与一般实脉自有本质的区别,故直断为死证。

此外,又有虚证似实或实证似虚者。前者如少阴虚寒脉微下利而面赤,证为阴盛阳浮,下寒上热,病名戴阳,亦即“至虚有盛候”,故用白通汤以破阴寒,而回阳气。若“大实有羸状”,在阳明胃燥热实,病久应下失下,往往见之。

## 五、辨 寒 热

寒热是辨别疾病性质的纲领。凡病势亢奋呈进行性的多为热证,病势衰减呈退行性的多为寒证。一般热证是病邪虽盛,而正气较为充实;若寒证则是邪盛正衰,抗病能力低下。故《内经》有“气实者,热也,气虚者,寒也”(《素问·刺志论》)及“其身多热者易已,多寒者难已”(《灵枢·论痛》)等

说。《伤寒论》在六经的前提下，往往提出主证，结合寒热，以探讨疾病之本质，而决定治疗的措施。例如下利：“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜服四逆辈”（277条）。“下利欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之”（373条）。一属太阴寒利，治宜温里扶阳；一属厥阴热利，方用苦寒清热。两者治法不容或紊。但汉代文字古朴，言简意赅。若进一步充实论证，分清寒热，当宗《内经》“诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒；诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”（《素问·至真要大论》）之病机进行辨析，则寒利除不渴外，当有大便稀溏、小便清白、腹满时痛等脏寒之象。热利亦应有大便臭秽，小便黄赤，里急后重，或下脓血，渴欲饮水等热象，方足为据。又如同少腹满亦有寒热之辨：如“太阳病六七日，……脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者，下血乃愈。……抵当汤主之”（124条）。“病者手足厥冷，言我不结胸，少腹满，按之痛者，此冷结在膀胱关元也”（340条）。前者为太阳邪热入于下焦，与血相结，而为蓄血，故呈现神志失常阳盛发狂之热象。后者为冷结证，当属厥阴阴寒范畴，故有手足厥冷之阴寒证象。两者都以不结胸为辨，因结胸证重者，有“从心下至少腹硬满而痛不可近”（137条）之故也。

寒热之见于脉者，一般热证多见滑数洪大之象。如“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之”（26条）。“阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之”（214条）。盖白虎、承气正以清下阳明里热。若寒证则见迟涩之象。如“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之”（225条），应急温少阴脏寒。盖其治法，正如《内经》“寒者热之，热者寒之”（《素问·至真要大论》）。亦即《本草经》“疗寒以热药，疗热以寒药”之义。因辨别疾病属性之寒热，实为中医入门下手诊病之第一工夫，不可忽视。

## 六、辨真假

在疾病发生发展过程中，一般病机属寒，则证候呈现为寒象；反之属热则为热象。亦有病程颇久，邪入较深，病情严重，外表所呈现之证候有与本质而不一致者。因此，六经病证中又有“真寒假热”、“真热假寒”之辨。例如，“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，……通脉四逆汤主之”（317条）。此条下利清谷，手足厥逆，脉微欲绝，是脾肾阳衰里寒危重之证。面色赤，身反不恶寒，则为外热。外热是假，里寒是真。里寒外热，实即阴盛格阳之象。故用通脉四逆汤以破沉重之阴寒，而回垂绝之阳气。再有“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”（350条）。此证厥冷似寒，但滑为阳脉。此条以脉括证，以方测证，当概括有口干舌燥，烦渴引饮，胸腹灼热，恶热，小便黄赤等热象在内，故云里有热，亦即“厥深者热亦深”（335条）之谓。热郁于里而不得外达，致使阴阳气不相顺接而为厥，是里真热而外假寒，故用白虎汤辛甘寒以清里除热。

另外《伤寒论》中，有证为阴寒而见阳脉者，亦有阳热实证而见阴脉者。如“病人脉数，数为热，当消谷引食。而反吐者，此以发汗，令阳气微，膈气虚，脉乃数也。数为客热，不能消谷，以胃中虚冷，故吐也”（122条）。此是中虚胃寒，虚阳上扰，不能消谷而反作吐，故脉现阴躁而数之象。又“脉迟为寒”（333条），但有“阳明病，脉迟，虽汗出，不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也；手足濇然汗出者，此大便已硬也。大承气汤主之”（208条）。此病为阳明燥热成实。燥屎阻塞肠道，热结于里，阻碍营卫气血流行之机，故脉迟。然阳热实证脉迟必按而有力，阴寒虚证脉数必按之无力，此从脉体中又当加以细审者。

## 七、辨类似

六经病中，辨相类似之证，篇幅最繁。如前所举“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”（7条）是病有恶寒而以证候之发热与否而辨阴阳也。“伤寒不大便六七日，头痛有热者，与承气汤。其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗，……宜桂枝汤。”（56条）是同具头痛发热不大

便之证，而以小便清否有表里之分也。它如虚实寒热亦然。故有同属一经之病，因病因机理不同，则治法自有不同。例如，太阳病，发热汗出恶风脉缓者，名为中风。太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。前者主用桂枝汤辛甘温以解肌祛风调和营卫。后者用麻黄汤辛温之剂，以开泄腠理，解表发汗。两者同属太阳表病，而病脉有风寒之别，证候有自汗脉缓、无汗脉紧之异，则其治法不容或紊。故曰：“桂枝本为解肌，若其人脉浮紧，发热汗不出者，不可与之也。常须识此，勿令误也。”（16条）又如五苓与抵挡两证，病位同在下焦少腹，后世均列为太阳腑证；但前者属蓄水证，病表邪入膀胱水蓄，阳气不得宣化。其主证有少腹里急，烦渴，或渴欲饮水，水入则吐，小便不利。后者由太阳邪热随经入里，与血相结，而为蓄血。其主证有神志失常发狂或喜忘，少腹硬满疼痛。两者证情类似而实有不同。故蓄血证数条，均以小便自利为辨证眼目。再如“阴明病，口燥，但欲漱水，不欲咽者，此必衄。”（202条）盖阳明为多血多气之经，故阳明热证，有气分之热者，亦有热在血分者。此为阳明热邪熏灼血分，因血属流质，津液尚能自润，故口燥但欲漱水，不欲咽；热灼血分，损伤阳络，故为衄血。是与阳明气分之热，病有口干舌燥，大烦渴不解者，自有不同。

亦有不属一经之病，但其证候相类，病情在疑似之间者。如太阳蓄水证有烦渴，小便不利，与胃热津干之口渴心烦，大相类似。但一属太阳蓄水，治宜通阳利水；一为胃热津伤，治须和胃生津。两者性质不同，故五苓证首先提出胃中干烦渴与蓄水证之辨，可以会意。另如“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”（101条）。其少阳病，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦，喜呕等，皆为柴胡证之一。故有“设胸满胁痛者，与小柴胡汤”（37条）。“呕而发热者，柴胡汤证具”（149条）等互为补充之条。然有类似柴胡证而不可用和解法者。如“得病六七日，脉迟浮弱，恶风寒，手足温。医二三下之，不能食，而胁下满痛，面目及身黄，颈项强，小便难者，与柴胡汤，后必下重。本渴饮水而呕者，柴胡汤不中与也，食谷者哕”（98条）。此条上段病属太阴里虚而兼表证。因误下更伤脾气，使脾阳功能不得充分运化水谷精微，湿不下行，进而影响肝胆疏泄功能，郁而不达，故出现有面、目、身黄，胁下满痛等变证。下段为中虚水寒相搏而呕。此两例均与柴胡证类似而实不同，故仲景特为提出，以资鉴别。此外，如“胸中实”（324条）可吐证：或有恶风发热汗出而类似表证，但以头不痛项不强为异；或有饮食入口即吐，心下温温欲吐，复不能吐，手足厥冷，脉弦迟等，类似少阴阳微，寒饮上逆。然此病属胸中实，自必有“胸中痞硬，气上冲咽喉不得息”（166条），或“心下满而烦，饥不能食者”（355条）等主证确实可凭，故可因势利导，处以酸苦涌吐之法，而主用瓜蒂散。

## 八、辨主次兼夹

六经辨证，往往从错综复杂的病候中，突出最关紧要之处，分清疾病中的主要矛盾和次要矛盾，从而制定合理的治疗措施及其相适应之方药。此种例子，在合并病中，尤为显见。例如，“太阳与阳明合病，必自下利，葛根汤主之”（32条）。“太阳与阳明合病，不下利但呕者，葛根加半夏汤主之”（33条）。上条自下利是病已涉及阳明。但以方测证，必有头项（背部）强痛、恶寒发热无汗等主证在内，是病之重心主要在表，故用葛根汤以解表发汗为主，而主药葛根升发清阳，鼓舞胃气，实有兼治下利的作用。而下条合病不下利而呕逆，自是承接上条文意，故仍主葛根汤解表，而加半夏以降逆止呕。再有合并病之名，而无合并病之实者。如“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿，……若自汗出者，白虎汤主之”（219条）。因太阳主背，少阳主侧，阳明主腹。今热邪弥漫于表里，充斥于全身，故腹满身重，难以转侧。其口不仁，面垢，谵语遗尿，自汗出，是高热熏蒸，神识昏蒙，为阳明燥热独盛之象。故主用白虎汤以直清里热。亦有无并发病之名，而有并发病之实者。如“伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之”（99条）。此证身热恶风项强属太阳之表；手足温而渴，病已涉及阳明；其胁下满、颈强则属少阳，故以和解为大法，而主用小柴胡汤。但病已涉其他经，治法似以兼顾为宜。故柯琴谓“当用小柴胡去参、夏加桂枝、瓜蒌根以两解之”是也。少阳病有“或渴”（96条）证，治法照加减法如小柴胡去半夏加人参、瓜蒌根之例。若少阳病去而

渴不止,审为阳明热盛伤津之证,则白虎加人参汤,清里热,益元气,生津液,又为必用之法。如“服柴胡汤已,渴者属阳明,以法治之”(97条)。是同一为渴,有以渴为主证者,有作为其次者。主次不同,治法有别。又如“太阳病,外证未除,而数下之,遂协热而利,利下不止,心下痞硬,表里不解者,桂枝人参汤主之。”(168条)此病在初期阶段,自以表证为主。今因数下损伤脾胃之阳,遂见协热下利,表里不解。方用桂枝人参汤,是以温里为主,而又兼治其表。综上所述,是辨证之主次中,治法有针对主证,而又隐括治其次者。有用一法治其主证,而于方中略作加减,可以兼治其次者。更有突出治其主证,而不问其余者。亦有疾病矛盾转化,次证转为主证,又应以主证治之。盖病机变化纷纭复杂,故治法亦应适合病情,随证而变。

六经分证,每一主证立一主方。若有兼证,可于方中随证加减。如太阳病中风,以发热汗出、恶风、脉缓为主证。主方用桂枝汤,治法是取其解肌祛风,调和营卫。兼项背强则加葛根以疏通太阳经腠;兼微喘加厚朴、杏仁以平喘降逆;兼漏汗恶风,小便难,四肢微急,难以屈伸,则加附子以温经复阳;兼大实痛则加芍药、大黄以通下里实,缓和腹痛。又如下后脉促胸满,则去芍药以避中寒;若微(脉)恶寒,又直加附子以复阳等。又如少阳病有五主证七或然证,其或然证亦当属于兼证范畴,故小柴胡汤多加减法。然须与上段辨主次之证合看。

水血痰食气郁等病,为杂病中常见之证。六经病中,有挟痰饮、挟宿食、挟瘀血等为患者,故论中具备有消水气、涤痰饮、去宿滞、活瘀血、舒郁理气等法。此类相挟之证,有因外感热病而致者,亦有属于宿疾因外感触发而加剧者。例如,蓄血有“以太阳随经,郁热在里故也”(124条),亦有“本有久瘀血”(237条)。其他如水气、痰饮、宿食等亦然,可以仿此类推。

## 九、辨轻重缓急

《伤寒论》在六经的前提下,审其病候有轻重,病势有缓急,则治法有差等,而制方有大小以适应治之。例如,“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之”(38条)。“伤寒表不解,心下有水气,干呕发热而咳,……或喘者,小青龙汤主之”(40条)。此两条一为表寒里饮证。寒实于表,阳郁于里,产生内热而引起神志不安,以“不汗出而烦躁”为主证。因表证偏重,故治法表里双解而偏重于表。用大青龙汤,方即麻黄汤倍麻黄、减杏仁、合姜枣以解表寒,用石膏以清内热。一则属于表寒里饮证。以伤寒表不解,心下有水气,干呕咳喘等为主证。用小青龙汤,取麻桂芍草,解表散寒,以调和营卫;姜辛夏味,温中降逆,而温化水饮。是其太阳表证自较大青龙为轻矣。又如“阳明病,脉迟,虽汗出不恶寒者,其身必重,短气,腹满而喘,有潮热者,此外欲解,可攻里也,手足濇然汗出者,此大便已硬也。大承气汤主之。……若腹大满不通者,可与小承气汤,微和胃气,勿令致大泄下”(208条)。此是阳明腑热燥结成实,下证全具,自可用大承气汤以峻下热结。若潮热、手足濇然汗出等燥实证未全具,只有阳明腑实腹满不通之证存在,则应用小承气汤以和下为宜。

此外,同一表病,其发病原因、机理略同,因所续发证候中有轻重之殊,则治法自有缓急之异。如“伤寒,医下之,续得下利清谷不止,身疼痛者,急当救里;后身疼痛,清便自调者,急当救表。救里,宜四逆汤;救表,宜桂枝汤。”(91条)“太阳病,外证未除,而数下之,遂协热而利,利下不止,心下痞硬,表里不解者,桂枝人参汤主之。”(163条)以上两者同为表病误下而表证不解,下利不止。但前者病为脾阳衰微,火不煨土,已属少阴虚寒重证。虽有表证,亦当先救其里,后解其表,是里急治里之治法。后者下利不止,心下痞硬,是下后脾阳受伤,不能转输水谷运化精微所致。病情略轻而病势稍缓,故主用桂枝人参汤温里解表。此法虽偏于治里,但仍属表里双解之治法。

又有同一种类病,亦有轻重缓急之异。例如,太阳蓄血:“其人如狂”、“少腹急结”(106条)是蓄血轻证。故当先解其外,后用桃核承气汤以下其瘀热。若“少腹硬满”,或疼痛,“其人发狂”,则是蓄血重证而病势甚急,虽“表证仍在”(124条),亦宜急用抵当汤以破血消瘀。若蓄血证“少腹满”(126条),此条以方括证,当伴有神志失常或发狂喜忘等证。但病势略缓,或属久病瘀血,不能一下而使病

悉除，故用抵当丸缓而攻之。

少阴三急下证用大承气汤后，紧接“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤”（323条）一条，殊有深意存焉。盖少阴病属里虚，热证宜急消亢阳以救阴液，寒证宜急温阳气以祛阴寒。救阴救阳，其用皆不可缓。从上所举大承气、四逆汤之例，又可说明同一经方，其所主证候与治法，亦有轻重缓急之殊。此即伤寒注家所谓法中之法、方外之方欤，值得深入研究。

## 十、辨 预 后

六经辨证，首在利用正确的诊断，分析病机变化的全过程，增强对疾病的预见性，决定可治与否的程度，殊有必要。故少阴虚寒证，《伤寒论》中分为自愈、可治、难治、不治、死证等各种不同证型。如“少阴病，脉紧，至七八日，自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去者，为欲解也，虽烦下利，必自愈”（287条）。少阴脉紧下利，是阴寒内盛。脉暴微正指脉紧反去说，是七八日后病邪向衰。手足温而烦，为阳气来复之证，与太阴病手足温暴烦下利必自止（见278条）的病机略同，故断其欲愈。又“少阴病，下利。若利自止，恶寒而蜷卧，手足温者，可治。”（288条）“少阴病，恶寒而蜷，时自烦，欲去衣被者，可治。”（289条）少阴下利，恶寒蜷卧，是阴寒内盛；若利止，手足温自烦，是里阳欲复。故此二条均属可治之例。再有“少阴病，吐利，手足不逆冷，反发热者，不死。脉不至者，灸少阴七壮。”（292条）少阴病，吐利，脉不至。此是阴寒暴中，吐利交作，一时正气不相接续所致。手足不逆冷，反发热，是阳气未至衰竭程度，并有来复之象，故断其不死。但须急以药物与温灸并用，以回阳气，而祛阴寒为妥。若“少阴病，但厥无汗，而强发之，必动其血，未知从何道出，或从口鼻，或从目出者，是为下厥上竭，为难治”（294条）。少阴但厥无汗，是少阴虚寒，阴阳气血并损。不可认为表证而用汗法。若误用辛温发汗之剂，则激动营血，冲激阳络，使血上出而上竭；更虚下焦阳气而为下厥。虚虚之患，故称难治。然而育阴液，益阳气，阴阳气血兼顾之剂，又当急用以治矣。若“少阴病，恶寒身蜷而利，手足逆冷者，不治”（295条）。则是少阴虚寒，纯阴无阳，病趋危重，故曰不治。但从病情细致分析，尚未达到阳越阴竭的程度。治宜急投辛甘温热之剂，如参附并用，回阳救逆，扶正祛邪，庶可望其好转。其“少阴病，吐利躁烦，四逆者死”（296条）；“少阴病，下利止而头眩，时时自冒者，死”（297条）；“少阴病，四逆恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者，死”（298条）；“少阴病，六七日，息高者，死”（299条）；“少阴病，脉微细沉，但欲卧，汗出不烦，自欲吐；至五六日自利，复烦躁不得卧寐者，死”（300）等五条，病属少阴虚寒，已至末期阶段，呈现“阴阳离决，精气乃绝”之危候，故直断为死证。

又有热证，有实热、虚热之分，亦当审辨其预后。如“伤寒若吐下后不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状；若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。微者，但发热谵语者，大承气汤主之。若一服利，则止后服”（212条）。此是阳明燥热腑实之证。阳热亢极，阴液潜消，病情相当严重。脉弦是病属热实，津液未至枯竭，正邪犹能相争，若得泻热去实之剂，尚可回生；脉涩是津液已竭，故曰死证。此外虚热之证，《伤寒论》载于少阴篇，然简略而不详。若太阳火逆证，似可窥其底蕴。如“太阳病中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度。两阳相熏灼，其身发黄，阳盛则欲衄，阴虚小便难，阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，剂颈而还，腹满微喘，口干咽烂，或不大便。久则谵语，甚则至哕，手足躁扰，捻衣摸床，小便利者，其人可治”（111条）。此条所载手足躁扰、捻衣摸床、发黄、哕逆等多属热病坏证常见之症状。仲景如实描写，实为后人研究病机变化规律之宝贵资料。其谓“小便利者，其人可治”，是以津液之存亡，决病情之生死，故治热病当明救津液的重要。

综上所述，是知诊外感热病，对于决病情之生死，审预后之顺逆，多取决于病邪之轻重，正气之强弱，以及与治疗适当与否有关。从此可以说明《伤寒论》六经有扶阳气存阴液两大重要法门。救阳救阴，均须图之于早，不可稍缓。若证候严重，病情已到危险程度，又必须大力图维，尽力抢救，不可因循推诿不治。



 结 语

《伤寒论》根据外感热病在整个病变的全过程,着重进用脏腑经络阴阳气血等理论,对于生理功能失常所反映的病理变化机转,在《素问·热论》的基础上,创立了六经分证。故六经篇章之首,标明有“辨太阳病脉证并治”、“辨阳明病脉证并治”等。但对六经具体的病证、脉象、治法等应当怎样辨?为什么要辨?今试用中医理论,结合原条文,对六经辨证论治的某些基本规律和使用方法,做了些初步探讨。首先认为“治病必求于本”,故列辨阴阳为辨证总纲,并分病有阴阳、证有阴阳、脉有阴阳、治有阴阳等四个方面阐述。次对病位的表里上下,邪正的虚实,属性的寒热,做出了分析比较,推理阐述。末对六经证候中的主次兼挟、轻重缓急、真假类似、预后生死等,都做了辨析和阐明。可以使人清楚认识到《伤寒论》六经辨证准确,立法有自,遣方有本,用药精当,为深入研究仲景学说打下良好基础。

六经辨证,不仅限于以上几种,其他如辨异同、辨常变等,愚因另有专题阐述,故未附入。

由于笔者水平有限,仓猝草就,错误之处,祈指正为荷!