

张仲景五十味药证

● 黄煌 编著

人民卫生出版社

宋 序

张仲景《伤寒论》、《金匱要略》是中医临床学的奠基著作，证治方药，法度严密，历代医家无不从此入手，奉为圭臬。徐灵胎曾指出：治伤寒之学，是“学医者第一功夫”，这是古今医家之共识。

构建在实践基础上的仲景学术，其精华之主要部分就在“证治”。《伤寒论》立六经“脉证并治”，《金匱要略》则立诸杂病之“脉证并治”，从而确立了中医学辨证论治的诊疗体系。仲景说：“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，明确指出了掌握“证治”二端，是临床医疗的重要环节。证是脉证，治乃方药。方是药的组合，药是方的基本。组方之义，不可不明；用药之要，更宜详究。故寇宗奭云：“识病知脉，药又相当，如此则应手取效。”落到实处，则“证治”的具体体现，无疑是“药与证对”。

历代研究仲景之学，不下百数十家。他们从各个不同角度，阐发仲景学术，为临床基础医学的完善和发展作出了巨大贡献。而中医药学的很多分支学科，也从仲景学术中汲取精华和成果，相互融合，充实提高。在本草方面，宋代苏颂《本草图经》首先引用仲景原文作为药物主治运用的佐证。清代以来则进一步从探索仲景临证用药之规律，以发展本草学的内容。如黄元御《长沙药解》、邹澍《本经疏证》、周岩《本草思辨录》等，都取得了一定成就。其共同特点是详于义理，而疏于证治。因此对于药、证之间的研究，尚难紧密联系。

黄煌先生于教学临证之余，潜心研究中医各家学说，而于仲景之学致力尤勤。临证擅用经方，每能得心应手，屡起沉痾。这

和他深得仲景的学术要领，强调“审证用药，务求的对”的要求是分不开的。

今黄煌先生据其治学成就、临证所得，撰著成《张仲景五十味药证》，在前人基础上，颇多创新。该书以药味为纲领，以仲景原文为依据，采用分析对比、综合归纳的方法，发掘仲景“随证用药”的规律，揭示药物的临证指标，有着较强的实践性和实用性，为研究仲景学术开拓新的途径，这更是清代三家所不能比拟的。书中还选择历代医家及作者自己的实践经验、用药心得，使经方的临床应用，既有规矩绳墨可循，又有权变活法可征。

该书付梓之前，读而有感，谨以为序，并希早日问世，以嘉惠后学。

南京中医药大学中医药研究院研究员 宋立人

1997 香港回归日

前 言

一、关于药证

——所谓药证，是中医用药的指征和证据，也称为药物主治，是中医辨证论治的基本单元。这个指征和证据不是来自理论的推测，也不是来自动物试验的数据，而是中国人几千年中与疾病作斗争的经验结晶，是经中国人用自己的身体亲自尝试得出结论。按此证用此药必定有效，所以也可以说药证就是必效证。所谓必效，是指服药后必定能解除因疾病导致的痛苦。这种痛苦，可能是肉体的痛苦，也可能是心理上的痛苦，不论是何种痛苦，服中药后能让人舒服，让人适应自然，使人与自然达到和谐统一的效果，那就是中医学所追求的有效的最终目标。可以这么说，中医治疗的不是“人的病”，而是“病的人”。药证是以“病的人”为前提和背景的。从《伤寒论》、《金匱要略》中“其人”、“瘦人”、“中寒家”、“湿家”、“尊荣人”、“强人”、“羸人”、“胃家”、“失精家”的诸多提法，就可以清楚地看到这一点。

——药证是客观的。药证不是哲学的概念，也不是宗教式的感悟，而是有目共睹的。药证可以证伪，可以通过实践进行验证，比如，如果是黄芪证，使用黄芪后应该有效，反之，就无效，或出现副作用。因此，药证容不得虚假，有如桴鼓之响，击钟之鸣。

——药证是具体的。药证有丰富的内涵，是构成现代中医学各种概念的最基本最重要的要素，药证是八纲、六经、病因、脏腑、气血津液、卫气营血、三焦等各种辨证方式的最具体的、最

基本表现形式。不熟悉药证，就无法理解中医学。

——药证是综合的。药证既包括了现代中医界通行的“证”，也包括西医所认识的“病”，还包括症状、综合征、体质等概念在内。也就是说，有的药证，就是西医的所说的某种病名，有的则是某种症候群，有的干脆是某个症状，而有的是某种体质。药证就是药证，不可能用以上任何一种概念来替代或解释。药证是切近临床的，因而是朴实的，同时又是真实的。

——药证是稳定的。人类有文明以来，疾病谱已经发生了多次变化，一些疾病被控制了，另一些新的疾病又发生了。过去没有艾滋病，没有埃博拉病毒，没有 0—157 大肠菌，但现在出现了，可见疾病种类是不断变化的，而人的机体在疾病中的病理反应是几乎不变的。药证是由症状构成的，所反映的是“人”的病理反应，而不是“病”的病原体，所以，药证几千年来几乎是不变的，并不会随着疾病的变化而变化。不论在什么时代，是什么疾病，只要出现柴胡证、桂枝证，就可以用柴胡，就可以用桂枝，张仲景时代是这样，我们这个时代也如此。所以，药证是最经得起重复的。清代名医徐灵胎说：“方之治病有定，而病之变迁无定，知其一定之治，随其病之千变万化，而应用不爽”。（《伤寒论类方》自序）就是这个道理。

——药证是科学的。所谓科学，就是人们对客观世界的认识，是反映客观事实和规律的知识。达尔文曾说“科学就是整理事实，以便从中得出普遍的规律或结论。”所谓规律，就是客观事实之间的联系，这种联系是事物发展过程中事实之间内在的、本质的、必然的联系，是在一定条件下可以反复出现的，是客观的。药证来源于大量临床的事实，反映了药物与疾病之间的必然的联系，有极强的科学性，是中医学中极具魅力的部分。

——以药名证的方法，源于汉代名医张仲景。《伤寒论》中有“桂枝证”、“柴胡证”的提法，《金匱要略》中有“百合病”的名称，这就是药证。中医的初学者大多认为中医的用药是严格地按照理一法一方一药的程序进行的，但实际却恰恰相反，在临床医生的眼里，首先看到的是“某某药证”或“某某方证”，然

后才上升为“某某治法”或“某某理论”。所以，药证的识别极为重要，邹澍说：“不知一病有一病之方，一方有一方之药，一药有一药之效，不能审药，何以定方？不能定方，何以治病？”（《本经疏证·序》）

——药证是构成方证的基础，方证是放大的药证。两者在本质上是一致的。所以，宋代名医朱肱将药证和方证是合称的。他说：“所谓药证者，药方前有证也，如某方治某病是也。”（《类证活人书》）但是，单味药证与方证是有区别的。方证不是几味药证的简单叠加，而是一个复杂的组合，它们是新的整体，所以必须将方证看作是一味药证。

二、关于药证相应

——药证相应是取效的前提。要取得疗效，药与证必须相应，药与证本是一体的。《伤寒论》所谓“病皆与方相应者，乃服之”（317条），即用此药比有此证，见此证必用此药。中医的临床疗效往往取决于药证是否相应，也就是人们所说的“对证下药”。如把桂枝比作箭，桂枝证就是目标，目标对准了，命中率就高，同样，药证、方证相对了，疗效自然会出现。换句话说，药证相对了，这就是必效药、特效药；不对应，则是无效药。这是中医取效的关键。

——药证相应是天然药物的临床应用原则。天然药物的成分极其复杂，药物下咽究竟起到何种效应？要真正解明其中奥妙，恐怕相当困难。所以，若以实验室的动物试验数据，加上西医学现阶段对人体生理病理的认识，去指导对人体的天然药物的传统使用（煎剂、丸剂、散剂的传统剂型），其可靠性是值得怀疑的。更何况，我们让患者服用的是饮片，是没有分离过的天然药物，几乎所有的药物成分均要下咽，所以，希望其中某种成分起作用只是良好的愿望，事实如何又是另一回事了。科学的态度应当是尊重前人在长期实践中形成的行之有效的经验和久住实践证明的事实，总结其中的规律。药证相应的临床应用原则是不容忽视的。

——药证相应体现了中医学诊断与治疗的一体性原则。现代医学出现有诊断而无治疗的情况是不必见怪的，中医有诊断就有治疗也是天经地义的。所以，与其说药证是应用药物的指征，倒不如说是人的病情。应用科学的方法研究药证，必然揭示现代医学尚未发现的人体病理变化的新规律。

——药证识别是检验一个中医临床医生实际工作能力的标志。前人常以“丝丝入扣”“辨证精细”等词来形容名医的用药功夫，但由于药证识别的准确率常与人们的临床经验、思想方法、即时精神状态等有关，故绝对的药证相应仅是一种理想状态。药证相应是中医临床工作者始终追求的目标。

三、关于仲景药证

——严格地讲，所有的称为“中药”的药物应该都有药证，但事实不是如此。中医学在长期的临床实践中仅仅发现了一部分天然药物的药证，这些已经发现的、并在临床上起着重要指导作用的药证，主要集中在《伤寒论》、《金匱要略》中，我们称之为仲景药证。

——张仲景的药证是中医的经典药证。《伤寒论》、《金匱要略》非一人一时之作，仲景既勤求古训，博采众方在前，王叔和、“江南诸师”补充在后，故仲景药证也非仲景一人之经验，而是总结了汉代以前的用药经验，而且经过后世数千年无数医家的临床验证被证实并发展。所以，成无己说：“仲景之方，最为众方之祖。”张元素说：“仲景药为万世法。”王好古说：“执中汤液，万世不易之法，当以仲景为祖。”徐灵胎说的更为明白：“古圣治病之法，其可考者，唯此两书。”可以这么说，仲景药证是构成后世各方证的基础，《伤寒论》、《金匱要略》中有明确药证的药物是典型的中药。用中药治病，若不明仲景药证，无疑是掩目而捕燕雀，乱摸而已。

——《伤寒论》、《金匱要略》的用药十分严格，有是证，则用是药；无是证，则不用是药，加药或减药，都以临床见证的变化而变化，决不能想当然地随意加减。故恶风、汗出、脉浮用桂

枝汤，如汗出多，恶寒关节痛者，必加附子，名桂枝加附子汤。如发汗后，身疼痛，脉沉迟者，又必加人参，名新加汤。如无汗而小便不利者，则要去桂枝，加白术茯苓，这就是桂枝去桂加茯苓白术汤。茯苓桂枝白术甘草汤主治心下悸，茯苓桂枝五味甘草汤则为咳逆上气。大剂量药与小剂量药的主治也不相同，同样是桂枝汤的组成，但桂枝加桂汤的桂枝5两，其主治为气从少腹上冲心者；桂枝汤倍芍药主治腹中急痛，方名也改为小建中汤。又虽用过某药，但其证未去，则仍可继续使用某药，如《伤寒论》“凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤……”（101条），“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤，……若不上冲者，不得与之”（15条）。这种用药法，体现了张仲景用药的极为严格的经验性。《伤寒论》、《金匱要略》是研究药证的最佳临床资料。

——《神农本草经》虽然是最古的本草书，但毕竟不是“疾医”所著。全书收药物365味，与一年天数相应，分上、中、下三品，书中有“轻身”、“不老”、“延年”、“通神仙”等语，掺杂不少道家黄老之学。在如何使用这些药物方面的论述，略而不详。而《伤寒论》、《金匱要略》在记载病情上忠于临床事实，表述客观，完全是临床家的书，虽为方书，但通过适当的研究方法，完全可以研讨张仲景用药的规律，破译出一本《中医经典临床药理学》。

——张仲景药证的研究主要采用比较归纳的方法，通过同中求异、异中求同，互文参照，来分析仲景用药的规律。以下的原则可以参照。

□最大量原则 《伤寒论》、《金匱要略》中同一剂型中的最大用量方，其指征可视为该药药证。例如仲景汤方中，桂枝加桂汤中桂枝5两，为《伤寒论》中桂枝最大量方，主治气从少腹上冲心者。原文“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。气从少腹上冲心者，灸其核上各一壮，与桂枝加桂汤。”（117条）则其气从少腹上冲心是桂枝证的主要内容。

□最简方原则 配伍最简单的处方，其指征可视为该药药

证。如桂枝甘草汤（2 味）主治“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者”。（64 条）则心下悸，欲得按为桂枝证的主要内容。此外，桔梗汤证对桔梗证的研究，四逆汤证对附子证的研究，都具有特别的意义。

□量证变化原则 即症状随药量变化而变化者，该症状可视为该药药证。如黄芪最大量方（5 两）的黄芪芍药桂枝苦酒汤主治“黄汗之为病，身体肿，发热汗出而渴，状如风水，汗沾衣，色正黄如柏汁，脉自沉”。（第十四）其浮肿是全身性的，因风水为“一身悉肿”。其证之二为汗出，汗出沾衣，可见其汗出的量较多。桂枝加黄芪汤（2 两）主治“身重汗出已，辄轻者，久久必身瞤，瞤即胸中痛，有从腰以上必汗出，下无汗，腰髀弛痛，如有物在皮中状，剧者不能食，身疼痛，烦躁，小便不利，此为黄汗”，“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”。（第十四）腰以下无汗出，而且治法当以汗法，可见其出汗的程度是较轻的，所以黄芪仅用 2 两。可见黄芪用于治疗自汗，汗出的程度越重用量越大。又如葛根，葛根黄芩黄连汤为葛根的最大量方，用 8 两，主治“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也。喘而汗出者”（34 条）。利遂不止，指泄泻不止。葛根剂中用于下利的有葛根汤。原文为“太阳与阳明合病者，必自下利。”（32 条）自下利，为未经攻下而大便自然溏薄者，其程度要比葛根黄芩黄连汤证的“利遂不止”为轻，故用量仅为 4 两。可见葛根用于下利，下利的程度越重，其用量也越大。

□味证变化原则 即药物的增减变化带来应用指征的变化，则随之增减的指征可视为该药药证。如《伤寒论》理中汤条下有“若脐上筑者，肾气动也，去术加桂四两”。（386 条）四逆散条下有“悸者加桂枝五分”，《金匱要略》防己黄芪汤条下有“气上冲者加桂枝三分”（第二），可见脐上筑、悸、气上冲，均为桂枝主治。《伤寒论》中有桂枝去桂加茯苓白术汤，原文为：“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白术汤主之。”（28 条）可见无冲逆证，

无自汗证不能用桂枝，反证出冲逆、自汗是桂枝药证。

□频率原则 应用统计方法，凡频率越高，其属于该药药证的可能性越大。如柴胡类方中，凡大剂量柴胡与黄芩同用，其指征都有往来寒热，并有呕而胸胁苦满。如除去黄芩证，则柴胡证自明。

——仲景药证是比较成熟的药证，需要运用现代科技手段去搞清其所以然，这样可以发现一些现代医学尚未发现的病症，也可揭示出人体生理病理上的某些规律，还可使药证的识别趋于客观化，并使药物的临床应用范围更清晰。通过现代研究，有的药物可能成为治疗现代某种疾病的特效药，有的则可能成为改善体质的新型药物，而有的可能还一下弄不清楚，还必须按照传统的药证用下去。要完全揭示药证的实质，恐怕需要相当长的时间。所以，传统的药证需要继承，特别是仲景药证更应认真继承，充分发挥。

四、关于本书宗旨

——《伤寒论》114方，有名有药者113方，91味药，其中1方次36药，2方次以上65药。《金匱要略》205方，有名有药者199方，156味药，其中1方次62药，2方次以上94药。本书选择临床常用且仲景叙述药证比较明确的药物50味，分原文考证、药证发挥、仲景配伍、常用配方四部分重点论述药物主治。虽说仅50味，但每味药均为常用药，只要掌握好每药的主治和常用配伍，则在临床自能演化出无数新方。

——“旧书不厌百回读，熟读深思子自知”。（宋·苏轼）由于《伤寒论》、《金匱要略》是临床实践的真实记录，故历代医家都主张对仲景书要反复研读，特别在临床上认真研究，能不断取得新的认识。陈修园说他读仲景书“常读常新”，就是这个意思。本书中的药证发挥，为笔者的研究心得，其中肯定有许多不当之处，随着研究的深入，临床经验的增加，必然要有改进，这点必须说明。

——规范化是一门学科发展的必要条件，药证的研究就是试

图建立中医临床用药的规范。清代伤寒家的崛起，近代经方家的出现，日本古方派的实践，都是为了建立一种理论与临床的规范，促使医学的健康发展。代表者是清代医家邹澍的《本经疏证》和日本的古方派大家吉益东洞的《药征》。本人的工作，是在他们的基础上进行的。当前，中医学庸俗化的趋向比较突出，青年中医往往在不切实际的一些理论中纠缠不清，辨证论治成为一种踏虚蹈空式的游戏，而临床疗效的不明显，又极大地挫伤了他们研究中医药的热情。究其原因，主要应归结为《伤寒论》、《金匱要略》的功底不深，特别是对仲景药证缺乏研究。如此以往，中医学的实用价值必将大大降低。另外，许多中医的实验研究，选择的“证”大多是含糊模棱的，往往缺乏特异性的方药相对应，而表现在实验动物身上的“证”更是缺乏必要的可信度，其研究结果不能让人十分信服，这也影响了中医现代化的进程。有慨于此，而作此书。希望通过本人的工作，唤起大家对古典中医学的重视。继往才能开来，根深才能叶茂，中医学的发展离不开对古代优秀遗产的继承，因为这里有中医学的根。

黄 煌

1996年7月于南京中医药大学

凡 例

1. 为节省篇幅，正文中所引《伤寒论》、《金匱要略》方剂的组成、剂量、煎服法等均未注明，请查阅仲景原书。

2. 本书《伤寒论》原文，以明代赵开美复刻的宋本《伤寒论》为准（上海科学技术出版社 1983 年出版），每条注明阿拉伯数字文号。《金匱要略》以人民卫生出版社 1963 年出版的《金匱要略方论》为准，每条以中文注明篇号。

3. 原文考证为根据《伤寒论》、《金匱要略》原文，归纳分析仲景药物的主治。其主治尽可能采用仲景原有的术语。每味药物的主治，均为传统内服剂型的主治，至于外用剂型的主治则另需研究，本书没有涉及。

4. 药证发挥为结合临床对仲景主治进行的阐述和解释。为了临床应用和记忆，笔者将一些比较客观的用药指征，直接冠以某某舌、某某脉、某某腹、某某体质的名称，诸如“桂枝证”、“大黄舌”、“附子脉”、“黄芪腹”、“柴胡体质”等。这种提法，参照了《伤寒论》、《金匱要略》中“桂枝证”“病形像桂枝”等说法。这本是一种略称，并非中医固有术语。

5. 仲景配伍系根据原文，总结归纳出的仲景关于药物的配伍规律，并附有配伍一览表；对方次数较少的用药，则略去归纳，读者可直接参阅配伍一览表。

6. 常用配方为临床常用的配方，其中有的是《伤寒论》、《金匱要略》中的方剂，有的则是后世常用方，也有笔者的经验配伍。主治为笔者认定的经验方证。常用配方中药物剂量为笔者常用成人一日量，每味药物的常用配方下均有参考病症，此为该

方证易于出现的疾病名称或种类，挂一漏万，在所难免，仅供参考而已，万万不可拘泥于此。

7. 传统中药学对药物的功效有丰富的认识和独到的解释，现代中药药理研究成果更为丰硕，这些都是研究药证极为重要的资料，有兴趣的读者可以查考这方面的专著和报道，必将加深对仲景药证的理解。

目 录

1. 桂枝	(1)	24. 黄芩	(104)
2. 芍药	(9)	25. 黄柏	(108)
3. 甘草	(14)	26. 梔子	(110)
4. 大枣	(19)	27. 大黄	(114)
5. 麻黄	(21)	28. 芒硝	(122)
6. 附子	(28)	29. 厚朴	(124)
7. 乌头	(35)	30. 枳实	(128)
8. 干姜	(37)	31. 栝蒌实	(133)
9. 生姜	(42)	32. 薤白	(135)
10. 细辛	(44)	33. 石膏	(137)
11. 吴茱萸	(48)	34. 知母	(142)
12. 柴胡	(51)	35. 龙骨	(145)
13. 半夏	(57)	36. 牡蛎	(148)
14. 黄芪	(64)	37. 人参	(151)
15. 白术	(69)	38. 麦门冬	(158)
16. 茯苓	(77)	39. 阿胶	(160)
17. 猪苓	(84)	40. 地黄	(164)
18. 泽泻	(86)	41. 当归	(167)
19. 滑石	(88)	42. 川芎	(170)
20. 防己	(90)	43. 牡丹皮	(173)
21. 葛根	(93)	44. 杏仁	(176)
22. 栝蒌根	(96)	45. 五味子	(180)
23. 黄连	(99)	46. 桔梗	(183)

47. 葶苈子·····	(186)	49. 廩虫·····	(191)
48. 桃仁·····	(187)	50. 水蛭·····	(192)

1. 桂 枝

桂枝为樟科植物肉桂的嫩枝，主产于我国广东、广西等地。其幼嫩而香气浓郁者，品质较佳。《神农本草经》谓桂枝“治上气咳逆，结气，喉痹吐吸，利关节”。《伤寒论》入 43 方次，《金匱要略》入 56 方次。

●原文考证

最简方（2 味） 桂枝甘草汤

桂枝甘草汤主治“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者”（64 条）。这里的发汗过多，不仅指误用发汗药，也指患者自汗量多。心下悸，主要指心脏的动悸感，但不仅指心悸，而且包括胃脘部、脐腹部的跳动感。

最大量方（5 两） 桂枝加桂汤

桂枝加桂汤主治气从少腹上冲心者。原文“烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚。气从少腹上冲心者，灸其核上各一壮，与桂枝加桂汤”（117 条）。奔豚，为古病名，《金匱要略》有记载：“奔豚病从少腹起，上冲咽喉，发作欲死。复还止，皆从惊恐得之。”（第八）。“发作欲死”，是说有精神障碍性症状，如一时性的昏厥等，亦指病人感觉相当痛苦。“复还止”，是说其病时发时止。“皆从惊恐得之”，不仅指外来的精神刺激，亦指患者内在的易惊易恐的素质。《诸病源候论》说：“夫奔豚气者，……起于惊恐，忧思所生。”可见大剂量桂枝主要用于治疗气上冲。

加味方 《伤寒论》理中汤条下有“若脐上筑者，肾气动也，去术加桂四两”（386 条）。筑，古时一指捣土的杵，一指古击弦乐器，两者均有敲击的意思。脐上筑，是脐腹部之搏动。四逆散条下有“悸者加桂枝五分”（318 条）。《金匱要略》防己黄

芪汤条下有“气上冲者加桂枝三分”（第二）。脐上筑、悸、气上冲，均为同一类症状。

去桂枝方 《伤寒论》中有桂枝去桂加茯苓白术汤，原文为：“服桂枝汤，或下之，仍头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满微痛，小便不利者，桂枝去桂加茯苓白术汤主之”（28条）。可见无冲逆证，也无自汗证，故不用桂枝。

●药证发挥

桂枝主治**气上冲而脉浮缓虚**。所谓气上冲，是一种患者的自我感觉，其组成有二：①上冲感。气从少腹上冲胸，病人的咽喉、胸膈、腹部有气室感、胀痛感、甚至气喘，咳逆倚息不得卧；②搏动感。自觉心胸动悸，按压后舒适；或病人全身出现搏动感或感觉到明显的脐腹部的跳动感，即所谓脐筑。心律可见异常。脉浮缓虚，指脉形较大，但缺乏底力，患者常感心动悸，但脉不数或有结代，有时相反较慢。有些患者可伴见自汗、恶风，天气并不热，也未服用发汗药物，但尚微微汗出，而汗出又恶风畏寒，关节疼痛、烦躁。

桂枝证的出现，与体质因素的关系密切。参照《金匱要略》桂枝龙骨牡蛎汤证“失精家”的特征，对桂枝体质可作如下描述：患者肤色白而缺乏红光，纹理较细，湿润而不干燥，体型偏瘦者多，肌肉比较紧，一般无浮肿，腹部平，腹肌较硬而缺乏底力，如同鼓皮，严重者腹扁平而两腹直肌拘急，如同纸糊灯笼状，笔者称为“桂枝腹”。其人脉浮易得，脉形较大，脉率不数，或有结代。舌质淡红或暗淡，舌体较柔软，舌面湿润，舌苔薄白，笔者称之为“桂枝舌”，是使用桂枝的重要指征，如舌红而坚老者，或舌苔厚腻焦黄者，或舌质红绛无苔者，则桂枝一般不宜使用。其人常常易于惊狂、失眠、多梦、烦躁不安，易于出汗、自觉发热而又恶风，对寒冷敏感，对疼痛敏感，常表现为关节痛、头痛、腹痛或少腹拘急，并易有脱发、昏眩、失血、咳嗽等。临床应在有桂枝主治证和桂枝体质的情况下，才能考虑使用