

中医师承学堂

一所没有围墙的大学

经典临床研究书系

全国中医师承示范项目

张磊

六经方剂讲记

阴阳者，中医之门径；方证者，中医之终极。

张磊◎著

如何以“六经辨证”的视野来解读《方剂学》教材的时方、经方？
如何以“六经辨证”的理论来应用时方，并进行“时方经方接轨”？

本书作者张磊医师以临床家的角度，对《方剂学》全部方剂进行了逐一批注，并为主讲专题讲课。本书即是“讲课实录”的文字版。

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

张磊六经方剂讲记

ZHANG LEI LIU JING FANG JI JIANG JI

张磊◎著



图书在版编目(CIP)数据

张磊六经方剂讲记/张磊著. —北京:中国中医药出版社, 2013. 8

ISBN 978-7-5132-1567-1

I. ①张… II. ①张… III. ①方剂学 IV. ①R289

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 161078 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

三河西华印务有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 710×1000 1/16 印张 15.25 字数 225 千字

2013 年 8 月第 1 版 2013 年 8 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978-7-5132-1567-1

*

定价 35.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装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

购书热线 010 64065415 010 64065413

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

内容简介

如何以“六经辨证”的视野来解读《方剂学》教材的时方、经方？

如何以“六经辨证”的理论来应用时方，并进行“时方经方接轨”？

本书作者张磊医师以临床家的角度，对《方剂学》全部方剂进行了逐一批注，并为其学生专题讲课。本书即是“讲课实录”的文字版。

为方便读者对比本书作者“六经分类”与《方剂学》教材“传统分类”的各自特色，本书在编排上以“六经为纲，以病机为目”，以便让读者从“熟悉的目录”中阅读出“意想不到的新意”，拓展临证思路灵活性。

序

对于中医的重视、中医经典的重视，从来没有像今天这般隆重、广泛，这般深远和透彻。从国家五十余年的中医院校学历教育，到国家五批师承教育以及第三批全国中医临床优才班，各省市、各中医院对人才培养的关注与投入均显示出极大的热忱。

中医的理念与方法，符合自然与人类和谐之道。敬畏自然、回归自然、回归人的本体、回归中医，已成为人类健康及社会可持续发展的共识。尤其中医与中国国学理念交融、渗透，是中华民族智慧的典范。传承中医学术，弘扬中华文化，如身体与灵魂般密不可分的一体两用，最具民族性，也是最具世界性。作为中医教育者，也是践行者，培养新人，服务临床，深感承载的历史使命与责任，义不容辞……

中医的发展迎来了真正的春天。在谈及中医未来发展时，国医大师邓铁涛老曾谈道：中医之源头在黄河，中医之崛起在长江，中医未来之发展必将从珠江，走向大海，传遍世界……广州，中国的南大门，改革开放的前沿，秉南方之火性与珠江海之水德，刚柔相得，水火既济，心肾相交，孕育

了中医繁荣之沃土，天华物茂，生机勃勃。作为全国首批“五老”中医高校之一的广州中医药大学，以敢为人先的气概，在经典教学与运用、推广方面做出了诸多探索和努力，令学术界侧目：率先创立中医经典回归临床的教学模式实行近三十年；创办全国经方班十二届、国际经方班两届；创建经典临床查房视频案例库已七年；创新《伤寒论》教材，首次将《伤寒论》改为《伤寒学》，并提出“伤寒学”概念；独创《伤寒论》DVD教材……

经过三代伤寒人努力，尤其构建了基于临床辨证能力培养的“六梯级”《伤寒论》课程体系，即突出“一”个特色理念，在实践中诠释、运用和发扬伤寒，使之成为具有强大生命力的活体知识；独创“二”个资源基地，即广州中医药大学第一附属医院经典临床病区、全国经方班专家查房指导基地，成为教材与教学创新原创思想库；搭建“三”个运用平台，即课堂、临床、网络学习，丰富教学空间；融入“四”种学习方法，即PBL教学、自主学习、讨论式学习与贯通学习，注入现代新的教学理念；拓展“五”级训练台阶，将中医经典教学由本科教学延伸至研究生、临床医师，形成本科早期-本科后期-硕士阶段-博士阶段-临床医师（继续教育）五阶段，搭建中医经典终身学习平台；构建“六”类成果推广模式，即平面教材、视频教材、网络教材、电视媒体、学术交流、图书出版。

为顺应新的社会需求，充分发挥高校教学资源优势，广州中医药大学经典临床研究所包容、开放姿态，在全国聘任一批坚守临床、治学严谨、

脚踏实地、专有所攻，有独到学术见解和理论建树的学者担任本所客座教授，以组建强大的经典师资队伍。目前已聘冯世纶、刘方柏、余国俊、张磊、高建忠、张英栋等多位专家，旨在推动学术、推广经典、服务临床、资源共享。

由广州中医药大学经典临床研究所与中国中医药出版社联手，刘观涛通力策划，以广州中医药大学经典临床研究所、全国经方班为平台，汇聚海内外临床精英，着力推出“学经典、做临床、求创新”、与时俱进、原创、现代版中医临床系列读本，既是经典教学内容与环节的延伸，也是高校与出版媒体“强强”合作的新尝试。

作者有前贤长辈，也有后学新人。他们秉承经旨，以鲜活的案例，清新的格调、全新的视角、独到的思维，解读经典，布诚“玩味”，共享“绝活”，实实在在，实用实惠。宛如一壶酱香“老酒”，一滴在心，回味无穷……

中医伟业顶天立地，中医经典源远流长，中医学术推陈致新，中医队伍辈有英才。

经典不朽！学术长青！是仲景之愿、中医之愿、中国之愿也！是以为序。

李赛美

笔于2013年5月1日

前 言

阴阳入手，六经为纲，病机为目，方证乃终

“阴阳方证”：我的临床探索

“道生一，一生二，二生三，三生万物”。

中医的全部奥秘，用最精简的两个字来说，就是——阴阳。

阴阳还可再分为三（表、里、半表半里），阳者分为三阳：太阳、阳明、少阳；阴者分为三阴：太阴、少阴、厥阴。

病位 病性	表	里	半表半里
阳	表阳/太阳病 (如：麻黄汤，桂枝汤)	里阳/阳明病 (如：白虎汤、大承气汤)	半表半里阳/少阳病 (如：小柴胡汤)
阴	表阴/少阴病 (如：麻黄附子细辛汤， 桂枝加附子汤)	里阴/太阴病 (如：理中汤、四逆汤)	半表半里阴/厥阴病 (如：柴胡桂枝干 姜汤)

需要特别说明的是：本人学术体系的“太阴病（在里之阴性病）”，大致相当于传统教材中的“太阴病（局部中焦之阴性病）与少阴病（全身心肾之阴性病）”；本人学术体系的“少阴病（在表之阴性病）”，大致相当于传统教材中的“太少两感”（太阳病+少阴病）。其他，则和传统教材体系大致相同。

多数伤寒学家从“经络脏腑”入手来划分六经。从“阴阳”入手来划分六经者，古往今来，寥寥无几。然吾以阴阳分六经、用六经，在临床上极为得心应手、胸有成竹。

三阴三阳，也被后世称为六经辨证，能够统摄天下万病。“六经”又可兼夹各类“病机”，夹寒、夹热、夹气、夹血、夹水湿痰饮……

“阴阳入手，六经为纲，病机为目，方证乃终。”此“阴阳方证”之说大略也。

或云：伤寒诸多名家，皆以“六经辨证”用诸临床，君之所云“阴阳方证”有何特色？

倘若六经单纯为病，各家伤寒学说大致雷同。然而，当今多数疾病特别是疑难病证，常呈错综复杂之证。各家伤寒学说，对于错综复杂之证，虽言“合病、并病”，但临床应用时候多着眼于三阳合病。以广受欢迎的《伤寒论讲义》（五版教材，主编李培生）为例，对于两经或三经合病、并病有如是阐释：

合病和并病，都是不能单独用一经来归纳的复杂证候，凡两经或三经的证候同时出现者，称为合病。《伤寒论》中有太阳阳明合病、太阳少阳合病、阳明少阳合病和三阳合病四种。凡一经的病证未罢，而又出现另一经证候者，称为并病。《伤寒论》中有太阳阳明并病和太阳少阳并病两种。

但笔者认为：合病和并病不仅限于三阳经的范围，也包含阳经与阴经的“阴阳组合”。

但是，从古到今，伤寒临床界运用六经合病并病，通常多为“三阳经合病并病”。至于“阴阳合病并病”这个体现病机错综复杂的领域，却在古今临床实践中应用较少、涉足不深。——而我们认为，在病机交错的“阴阳合病并病”方面，一定要体现“无所不可组合、无所不可合并”的突出特色，才能使临床应用走向更宽更广更有效的新天地。

“六经组合”不但可两经组合，而且可以三经、四经……任意组合，以和错综复杂的病机相对应。笔者认为，这就是运用伤寒能够大幅度提高临床疗效的“不传之秘”。

其中，特别要向读者交代的是，对于六经的界定，各家学说见仁见智，众口不一。比如说，对于“虚热”的六经归属问题，就有多种归类方式：

一种是以寒热分阴阳，则“虚热”属热而归属“阳明病”。

一种是以虚实分阴阳，则“虚热”属虚而归属“太阴病”。

一种是将“虚热”按其阴阳错杂之性质而归属“厥阴病”。

事实上，笔者在不同时期，曾有过不同的归类方式。其实，以上三种分类方式，各有利弊，不分高低。本书最后经过再三权衡，还是把“虚热”归为阳明病之“里虚”。

热	阳明病	里实（如实热）	虚 实
		里虚（如虚热）	
寒	太阴病	里实（如实寒）	
		里虚（如虚寒）	

当然，把“虚热”归为厥阴病（阴阳错杂）似乎相对更为贴切。为什么呢？对于“虚热”诸方，如六味地黄丸、知柏地黄丸、杞菊地黄丸、麦味地黄丸、都气丸、左归丸、左归饮、大补阴丸、虎潜丸、大定风珠、酸枣仁汤、三甲复脉汤等，以上之方，皆为温补之剂，既有虚之象，又存热之候，病位可上、可下，涉及诸多病证。据《伤寒》之理，只有少阳、厥阴半表半里之处，涉及面最广。然少阳多热少虚，厥阴则寒热错杂、虚实同存。据厥阴提纲言“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼痛，饥而不能食，食则吐蛔，下之利不止”，可见“消渴”二字，因厥阴病为津血不足于里，虚故饮水自救之渴，当为虚热之象，以上诸方皆为虚热之候夹诸多症状，故将之归为厥阴，似乎颇为合理。——但是，若如此归类，则阳明病“里虚类”将荡然无存，和太阴病“里实类”无法形成比肩之势。故反复权衡之后，还是将虚热归入阳明病“里虚”。对六经分类历代医家向来争论不休，笔者的分类方式，也只是一家之言而已，不足之处，敬请指正。

让我们把话题转回到“阴阳方证”的不传之秘：

为数相当多的年轻医生大惑不解：相对于名老中医的“效如桴鼓”，为什么自己一直疗效不高、甚至效失参半？

他们最大的困惑是：同样辨证论治，就那么些辨证要素（虚实、寒热、气血津液、表里上下、脏腑经络……）如果说名医辨证出十分之八，那我们至少也辨证出十分之五，也就是十分之三的差距啊！但实际疗效的差别绝非“十分之三”，而是“天壤之别”：

名老中医的疗效为“明显效果”，而年轻医生的疗效为“不见显效（或曰无效）”。疗效相差之大，一个天上，一个地下。为什么会这样呢？

“两军对垒”还是“愚公移山”：疗效高低的“不传之秘”

医生和疾病，如同正邪相争，两军对决。在实际临床中，特别是面对疑难病证时，往往并非辨证出“十分之六”就取得“百分之六十”的疗效，辨证出“十分之九”，就取得“百分之九十”的疗效。

治病如敌我“两军对垒”，而不是静态的“愚公移山”，并不是敌人有一个连（合计共十个班），我今天消灭敌人一个班，明天再消灭一个班，十天就能把敌人的一个连全部消灭掉。为什么呢？因为当你消灭敌人一个班的时候，你会惊动敌人的另外力量，说不定敌人的其他九个班联合起来歼灭你。——治病也是如此，当你辨证出部分病机（比如上热），而没有辨别出其他病机（下寒），那么仅治疗“上热”，则“上热”虽得缓解，“下寒”则会加重，总体上疾病的疗效仍然为“零”。这就是上述很多医生困惑的缘由。

虽然不能说所有的疾病治疗，都符合上述“两军对垒”的动态原则。但是我们敢肯定，多数疾病治疗，特别是绝大多数疑难病证的治疗，都不是静态的“愚公移山”型，并不是你辨治了十分之几，就会取得“十分之几”的疗效（当然，少部分的比较简单、清晰的疾病，可能符合“愚公移山”类型，也就是说，只要你辨证出某些病机，就能取得相应的疗效）。

下面我就通过一个案例来具体说明。

患者，女，35岁，初诊日期：2013年3月6日。主诉：过敏性鼻炎多年不愈。多年来患过敏性鼻炎，鼻塞流涕，嗅觉丧失，服用各种中西药疗效欠佳，现症见鼻塞，咽痒，眼痒，盗汗，睡眠不实，颈项强，舌淡红，苔白腻，脉弦细略滑。

从患者表现来分析，颈项强，流涕为太阳病；孔窍不利，脉弦为少阳病；汗出，苔白腻为阳明病。

综合辨证为三阳合病。

方用葛根汤合小柴胡汤加苍耳子、辛夷花、白芷、生石膏。

患者因疾病经年不愈，对是否能见效心存疑虑，结果服完7剂后，鼻塞、流涕症状大减，其余伴随症状也明显减轻，又继续调理一段时间，嗅觉也逐渐

恢复了。

有人会问，为什么这个患者曾经找过很多名医诊治而疗效欠佳呢？问题到底出在哪里呢？对于长期鼻炎的患者，辨为太阳病，用荆、防、银翘很多见，但是如果考虑不到少阳病和阳明病，患者的鼻炎是不可能有着色的。

按理说，其他医家辨出了“太阳病”，也算对了近一半，但为什么就基本毫无疗效呢？

“两军对垒”和“愚公移山”的不同之处在于，“两军对垒”不看重一城一池的得失，而看最终战争的整体胜败。在本案中，我们辨出了病机的“绝大多数”，取得了明显疗效。而其他医生能辨出病机的“半壁江山”却基本无效（而非“明显疗效”的一半效果）。此乃“成则为王，败则为寇”也。医生治病的时候，只有辨治到“十之八九”的程度，才能够战胜为王。而如果辨证到“十之三五”的程度，超过半数的情况下，不会战胜为王，而是失败为寇。

两军对垒的关键在于“击中要害”，“疾病要害”多藏身于“动态病机”

上述疗效高低的“不传之秘”，我们用“两军对垒”或是“愚公移山”作比喻。这只是从横向的角度来谈，所论及的是病机的“全面性”。

还有一个纵向的角度，同样值得临床医生高度重视。这就是病机的“动态性”。大多数疾病的病机是错综复杂的，这就需要对病机和病机之间的动态关系予以分析。北京中医药大学王绵之教授在《王绵之方剂学讲稿》中，深有体会地说：“逍遥散证既有肝郁，又有血虚，还有脾虚，是先血虚还是先肝郁，是由血虚导致了肝郁，还是由肝郁导致血虚，都有可能。”——对于病机之间动态关系的分析，其实解决的是“病从哪里来，病又要到哪里去”的核心问题，面对错综复杂的病机组合，何为因，何为果？何为主，何为次？何为先，何为后？何为本，何为标？……只有如此动态分析，才能够在治病的时候，从容不迫地抓住重点，擒贼先擒王。还能够“走一步，看三步”，本诊就能对未来的二诊、三诊心中有数，未雨绸缪。

还是用刚才那个鼻炎的病例来分析，横向的全面性问题我们已经探讨过了，再来看看纵向的动态性问题。

这位患者鼻炎已经有了明显的好转，但是由于其出差中断了服药，并且在这

期间又患了感冒，使病机出现了转变。在就诊时其症状表现为：鼻塞增重，大便时溏，足冷，口干，舌苔薄白而干，脉沉细，寸口微浮。

这就从刚才所说的三阳合病转向了少阴病。因此用麻黄附子细辛汤合四逆散加味。

处方：柴胡15克，枳实10克，白芍15克，炙甘草3克，大黄2克，麻黄5克，附子5克（先煎），细辛4克，苍耳子10克，辛夷花10克，白芷10克，薄荷3克，葱白1茎。

患者服药后，症状得到了明显控制，并且嗅觉恢复。

可见这个患者以少阳病为静态病机或基本病机，而其动态病机分别出现过太阳病、阳明病、少阴病。如果拘泥于静态病机，而不能掌握动态病机，及时调整用药，就会使疗效大打折扣，而在治疗中逐渐失去方向。

再举例来说，我治疗瘀热在里所致的少阳阳明合病夹瘀血的月经不调时，经常会用到小柴胡汤合桂枝茯苓丸加生石膏。按“动态病机”来分析，首先我会分析出患者的少阳病、阳明病、瘀血三者的关系，哪个为主？哪个为次？哪个为因？哪个为果？其次，我会根据该患者的动态病机来指导下一步或下两步……的治疗。比如：若患者先由于瘀血内阻日久化热，形成瘀热在里之阳明病，瘀热在里又导致热在半表半里之少阳病，治疗上我会根据少阳病和阳明病的轻重，可能会用小柴胡汤合桂枝茯苓丸加生石膏同时治疗少阳阳明合病及瘀血；亦可能会先用小柴胡汤加生石膏治疗少阳阳明合病，待少阳阳明病解后，再用桂枝茯苓丸治疗瘀血症；还可能先用桂枝茯苓丸加生石膏治疗瘀热在里之阳明病，里热减轻后，有可能少阳病自然就缓解了。治病就是这样，有时走一步看三步，如果不能把握住动态病机，预后、治疗效果及对该病的信心必然就会差很多。

从横向“全面性”来看，名老中医辨出“十分之八”，普通医生辨出“十分之五”；从纵向“动态性”来看，虽然普通医生也能大致辨出病机之间的关系，相当于辨别出“十分之五”以上的动态关系，而名老中医则能辨别出病机之间更精细的关系，从而胸有成竹地知晓病机的因果、标本、预后、转归，相当于辨别出“十分之八”以上的动态关系。

表面上看起来，名老中医和普通医生的差距，也就是“十分之八：十分之

五”，即8：5（1.6倍）的差距。但是，大家都知道：“明显疗效”和“不见显效（或曰无效）”的实际差距，说是10倍、100倍的差距，也不过分啊！

正如两军对垒，真正决定战争胜负的关键，既在于对敌人“全部力量”的打击，更在于对敌人“核心力量”的打击，所谓“击中要害”（比如：擒贼擒王、断其粮草等），皆是指对敌人核心力量的重创。决定战争胜负（即治病疗效）的关键，在于对战争全局的把握，能够掌握敌人的动态，找出敌人的致命弱点，才能取得最后的胜利。那么，“疾病要害”到底藏身何处呢？在对“全面病机”分析的基础上，“动态病机”是疾病要害最常见的藏身之处。找到了疾病要害，治病的时候才可以“一通百通，势如破竹”。名老中医和普通医生表面上只有“十分之三”的区别，但是实际上差别已经达到了十倍、几十倍。打个比喻，就像消灭敌人的三个“士兵”和消灭敌人两个“将领”的差别那么大。

近年来，笔者正是由于特别重视上述“全面病机”与“动态病机”，并将其自觉纳入本人辨证的必经流程，才使自己在临床上较为得心应手。不敢自秘，故将自己所探索的“阴阳方证体系”介绍如下：

具体来说，我的学术体系从阴阳入手，到方证乃终。其中最重要的环节是：以“六经”为纲，以“病机”为目。纲举而目张，纲目绝不能颠倒。

打个比喻，“六经”在我的学术体系中的地位相当于“宪法”，“八纲气血津液”相当于法律，“脏腑经络”相当于“法规”。阴阳方证的具体运用，相当于以最高的“宪法”（六经），来统领精细的“法律、法规”（病机）。

一、明阴阳，辨六经

《内经》言：谨守阴阳，无与众谋。无论任何病，首先要分清阴阳。这里所说的阴阳，即是阴性病、阳性病，其中，阴性病里面又分为太阴病、少阴病、厥阴病，阳性病里面亦分为太阳病、阳明病、少阳病。其实，这里的六经包含有病位和病性两个方面，病位为：表、里、半表半里；病性为：阴、阳。六经的具体概念即为：太阳病（表阳证）、阳明病（里阳证）、少阳病（半表半里阳证）、少阴病（表阴证）、太阴病（里阴证）、厥阴病（半表半里阴证）。

二、析病机，观动态

在辨出六经之后，还要具体分析患者的病机，这里所说的病机主要包括

气虚、血虚、津液虚、阴虚、阳虚以及气滞、血瘀、痰饮水湿食积和实寒、实热。

三、辨方证，识药证

辨六经、析病机之后，要针对相应的六经、病机、症状选用对应的方剂和药物，方证的选择亦是关键的一步。认识疾病在于证，治疗疾病在于方，方与证是历代医家都非常重视的。此不赘述。

总而言之，阴阳入手，六经为纲，病机（八纲气血津液、脏腑经络）为目，方证乃终。

张磊

2013年4月25日

导 论

六经医案直入“伤寒之门”

要想把《伤寒论》这本书看明白，非从实证入手不可。我临床大量用的是经方，从临床来看，病人的返诊率很高，治疗效果也比较好。

《伤寒论》这本书，提出了阴阳的概念，阴阳是个大纲，阴阳统六经，阴阳统八纲。三阳为阳证，三阴为阴证。阳证多热证、顺证，顺证就易治；阴证多寒证、逆证，逆证就难治，治起来比较复杂，变化也较快。

《伤寒论》这部书，就是这么个线条，三阴、三阳：表阳证、表阴证、里阳证、里阴证、半表半里阳证，半表半里阴证。共分为六个证型。

病位 病情	表	里	半表半里 (虚实错杂)
阳	表阳/太阳病 (表实：如麻黄汤) (表虚：如桂枝汤)	里阳/阳明病 (里实：如白虎汤) (里虚：如“虚热”， 猪肤汤)	半表半里阳/少阳病 (如：小柴胡汤)
阴	表阴/少阴病 (表实：如麻黄附子细 辛汤) (表虚：如桂枝加附子汤)	里阴/太阴病 (里实，如“实寒”， 三物白散) (里虚：如四逆汤)	半表半里阴/厥阴病 (如：柴胡桂枝干 姜汤)

太阳病（表阳证）——麻黄汤证：研究导弹的老科学家“30年头痛”怎么办？

有一位病人是个研究导弹的老科学家，他的病就是头痛，顽固性头痛达30年，头痛以后脑勺疼痛为主，后脑疼痛得最厉害，一直治不好。后来找到我让我看。我看到他曾经找遍了京城名医看病，而且这些人有些是名副其实的中医泰斗，医术之高，深受患者爱戴。

我看了他们开的方子，觉得思路都很正确，比如有人用过柴胡剂、用过后世的川芎茶调散……不过，据患者说效果都不好。

我说你有没有怕冷？你出汗不出汗？

他说我不出汗，就是头痛，遇冷遇风寒头痛加重。

我给他摸脉，发现寸脉略微有点浮象，脉浮带点紧象。

寸脉略微有点浮象，脉浮带点紧象，不出汗，遇冷遇风寒头痛加重，这是太阳伤寒麻黄汤证。

从另一种角度思考：他这头痛以后脑勺疼痛为主，后脑疼痛得最厉害，这时我就考虑，太阳主表，项背为阳，所以老是后脑痛。

根据脉象和太阳病位，就可以考虑此病可能为太阳病麻黄汤证。

所以，我就开了麻黄汤的处方，因为麻黄汤发汗劲急，所以我开得不多，只给他开了3剂。我说你别多吃，吃3剂，等我下礼拜出门诊的时候你再来。然后我告诉他麻黄汤的煎服法，麻黄先煎去上沫。等到这位老科学家第二次再来复诊的时候，告诉我他没想到这3剂麻黄汤就把他这30年的头痛给治好了！

学生：那你是抓住病人哪个关键之处了呢？

医生（编者按医生即本书作者，下同）：主要是患病的部位，后脑疼痛，所以思路往太阳病上去想；还有就是不出汗，而且脉浮紧，这是麻黄汤证。

但这个病情并不是完全符合《伤寒论》条文的描述：第35条“太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”这怎么办呢？这就要抓主症嘛，《伤寒论》有一个条文，在101条，被视为一项伤寒临证法则：“但见一证便是，不必悉具。”麻黄汤证一般指发热、无汗……才能用麻黄汤，一定要有表证，但是不是一定要发热、一定要无汗、一定要身体骨节疼痛才用麻黄汤呢？也不见得，本例就是一个很好的例证。