

WEIXIANDAIYISHIYIJINGDIAN



为现代医师译经典

《伤寒论》分册

李国华◎编译



中医古籍出版社

Publishing House of Ancient Chinese Medical Books

为现代医师译经典

——《伤寒论》分册

李国华 编译

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

为现代医师译经典.《伤寒论》分册/李国华编译. - 北京:
中医古籍出版社, 2013.6

ISBN 978 - 7 - 5152 - 0362 - 1

I. ①为… II. ①李… III. ①《伤寒论》- 译文 IV. ①R2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 072132 号

为现代医师译经典——《伤寒论》分册

李国华 编译

责任编辑 孙志波

封面设计 映象视觉

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 三河市华东印刷厂

开 本 850mm × 1168mm 1/32

印 张 13.25

字 数 332 千字

版 次 2013 年 6 月第 1 版 2013 年 6 月第 1 次印刷

印 数 0001 ~ 2500 册

书 号 ISBN 978 - 7 - 5152 - 0362 - 1

定 价 22.00 元

作者简介

李国华，河北省任丘市人，中医主任医师，传统医学博士，世界中西医结合医学研究院教授。十三岁开始师承学医，读中医药学经典，后又经几次医学院校进修。40余年一直从医在医疗实践第一线。研制有4种药物申报了国家发明专利。2002年获得河北省“优秀发明创造奖”及第三届“优秀发明者”称号。

在国际国内专业核心杂志上发表学术论文十多篇，并且多次参加了国际国内学术研讨会。运用《伤寒论》理论，撰写中医是如何预防和纠正临床水、电解质、酸碱代谢失衡方面的专著《伤寒论特译》一书，2001年由国家级出版社出版发行。为了便于现代医师对经典古籍的理解及应用，编译《为现代医师译经典》丛书。为普及中医养生“治未病”理念，丰富大众的健康知识，主编《养生长寿红绿灯》一书。曾荣获“中国医学创新名医”等诸多称号。

行医40多年来，一直是视病人如亲人，以病人的利益为己任，特别是对孤寡老年人等弱势群体更是有特殊照顾。2005年荣获国家老龄委、中宣部、教育部等五部委主办的“全国孝亲敬老之星奖”；2008年入选由中央文明办等主办的“中国好人榜”、“2008河北省年度孝心人物”；2009年被评为任丘市“首届道德模范”。

为现代医师译经典

——《伤寒论》分册

编译原因及目的

中医学经典分别为《黄帝内经》《伤寒论》《金匱要略》等。经典典籍具有科学性、实用性、系统性、权威性、原始性、首创性等特点，其理论与方法含金量至高，并且经过了长时间的实践检验。在科学突飞猛进的今天，这些经典仍在有效地指导现代临床。中医经典为历代学习中医者的必读之书。

现在我们要读的是《伤寒论》。《伤寒论》原名为《伤寒杂病论》，为东汉时临床医学家张仲景所著，已有 1800 多年的历史。后西晋太医令王叔和将《伤寒杂病论》分为两部，将伤寒等部分编为《伤寒论》，将杂病等部分编为《金匱要略》。

《伤寒论》是讨论急性疾病、发热性疾病、感染性疾病的诊断与治疗的专著，并且也广泛涉及临床各科疾病。该书是祖国医学史上辨证论治，理、法、方、药的第一部典籍，也为祖国医学的创新带来了质的飞跃。其理论法则是真真正正地来自临床实践，其方剂药物是经无数次的临床筛选屡用屡效的精品结晶。所以，其书，从古至今一直为学医者的必读之书；其人，张仲景一直被奉为“医圣”之尊称。

然而，因历史的变革、社会的发展、国际交流等诸多原因，近百年来，人们对白话语文、数、理、化、外语等多有侧重，而对传统古文少有问津。越来越多的医生对传统医学的精华知之甚

少。长此下去，别说继承发展，怕是难免有消亡之虞！特别是加之西方医学的介入，致使医者大多数西化。这也是人家注重先翻译后教化的结果。

随着化学药品的耐药性问题、毒副作用问题、环境污染问题等等诸多问题的不断出现，迫使人类又重新关注了绿色药品。而我们的祖先有五千多年使用绿色药品的宝贵经验，可说是得天独厚。故重温传统医学文化，以求“古为今用”是非常必要、适时的。由于从头学习传统文化是很费时费力的事，加之读传统医学典籍，缺少有临床实践经验者的翻译，特别是缺少现代医学语言的翻译是很难入门的。如果总让这么好的经典闲置下去，成为镜中花、水中月，不能达到“古为今用”，不能继续为人类造福，实乃超级浪费！

就张仲景与《伤寒杂病论》而言：张仲景是名副其实的理论结合实践的临床医生，所以，现代临床这些疾病只是命名不同，但是这些病种他大都经历过。比如临床最常见的急性病：急性消化系疾病（包括急腹症）、急性呼吸系疾病、急性泌尿系疾病、急性传染性疾病等等，以及由这些病所致的临床水、电解质、酸、碱代谢紊乱；还有那些数不胜数的慢性病、虫兽灾伤等等，在1800年前同样发生过，这是不争的事实。后人“今人不见古时病，今病也曾坑古人”的描述是非常恰当的。因为这些疾病，张仲景曾经历过、实践过、研究过、诊治过，才将诊疗经验记载了下来，同时总结了前人的经验，写出了《伤寒杂病论》。

既然承认张仲景早已经历了上述疾病，并记载下来了对上述疾病的诊疗经验，但人家是用传统文化的语言文字方式成书的，所以，对我们当今这些学现代文化出身的人来说，全面理解是有困难的。最需要的是能用现代语言、现代病名、现代医学理论方式将其翻译过来，这样再对“经典”的理解、欣赏、学习、实

践、应用也就容易多了。如果再加上应用后的惊人效果，足以让学者产生废寝忘食的学习兴趣。正如蒲辅周前辈所说，一部《伤寒论》让他高兴了一辈子。这也是从中医“西化”到中医“化西”，再到“中西医结合、两条腿走路”的必由之路。但是，为保持传统医学文化的独特属性等多种原因，现代解释《伤寒论》及其他经典的大家们仍然是以传统医学的语言方式，所以不适合现代医师阅读。就好比是有食谱没厨师，有好车没司机，有宝库没钥匙。不知者不着急，知晓者着真急！因此，笔者才萌发了翻译经典著作的冲动。

这里不妨引用关幼波前辈的一段话：“中国的传统医学之所以是一个伟大的宝库，根本原因在于中医不仅具有几千年的实践经验，而且还有一套完整的、系统的、独特的理论体系。……当今，不少世界医林豪杰，对中国的传统医学……进行探索，以期打开中医理论的奥秘。……如果我们自己不去开掘，势必落在异国志士的后面，不要十年，二十年，我们反而要去向他们学习中医，岂不滑天下大稽哉！实在令人深思！实在令人发省！”

笔者参考多家同仁用《伤寒论》指导现代临床病种的诊疗经验，以及自己的解读方式并用于临床实践，已有四十余年，着实体验到了用经方治疗现代病的特殊效果，并且非常愿意与大家共同分享，更多地造福患者，所以，不耻管窥之见，不避牵强之嫌，不惧以小马拉大车之力，决心做这翻译事宜。若能起抛砖引玉之作用，能启发当代医师读“经典”的积极性，能体验用“经方”治病的特殊疗效，能达到“两条腿走路”之作用，吾愿足矣！

由于水平所限，偏见不妥之处实为难免，望吾界同仁多多指正！

编译者 李国华

2012年10月

目 录

脉象示意图简易说明	(2)
辨太阳病脉证并治 (上)	(20)
桂枝汤方	(24)
桂枝加葛根汤方	(30)
桂枝加附子汤	(34)
桂枝去芍药汤方	(36)
桂枝去芍药加附子汤方	(37)
桂枝麻黄各半汤方	(40)
桂枝二麻黄一汤方	(42)
白虎加人参汤方	(45)
桂枝二越婢一汤方	(47)
桂枝去桂加茯苓白术汤方	(49)
甘草干姜汤方	(52)
芍药甘草汤方	(55)
调胃承气汤方	(59)
四逆汤方	(62)
辨太阳病脉证并治 (中)	(69)
葛根汤方	(69)
葛根加半夏汤方	(73)
葛根黄芩黄连汤方	(75)
麻黄汤方	(78)
大青龙汤方	(82)

小青龙汤方	(86)
桂枝加厚朴杏子汤方	(89)
干姜附子汤方	(98)
桂枝加芍药生姜人参新加汤方	(99)
麻黄杏仁甘草石膏汤方	(103)
桂枝甘草汤方	(107)
茯苓桂枝甘草大枣汤方	(109)
厚朴生姜甘草半夏人参汤方	(112)
茯苓桂枝白术甘草汤方	(115)
芍药甘草附子汤方	(118)
茯苓四逆汤方	(120)
五苓散方	(122)
茯苓甘草汤方	(126)
梔子豉汤方	(130)
梔子甘草豉汤方	(132)
梔子生姜豉汤方	(132)
梔子厚朴汤方	(134)
梔子干姜汤方	(135)
真武汤方	(136)
小柴胡汤方	(146)
小建中汤方	(156)
大柴胡汤方	(160)
柴胡加芒硝汤方	(166)
桃核承气汤方	(168)
柴胡加龙骨牡蛎汤方	(173)
桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤方	(179)
桂枝加桂汤方	(184)
桂枝甘草龙骨牡蛎汤方	(187)

抵当汤方	(191)
抵当丸方	(195)
辨太阳病脉证并治 (下)	(198)
大陷胸丸方	(199)
大陷胸汤方	(202)
小陷胸汤方	(207)
文蛤散方	(211)
白 散 方	(212)
柴胡桂枝汤方	(216)
柴胡桂枝干姜汤	(220)
半夏泻心汤方	(222)
十枣汤方	(227)
大黄黄连泻心汤	(230)
附子泻心汤方	(235)
生姜泻心汤方	(237)
甘草泻心汤方	(240)
赤石脂禹余粮汤方	(242)
旋复代赭汤方	(243)
桂枝人参汤方	(246)
瓜 蒂 散	(248)
黄芩汤方	(251)
黄芩加半夏生姜汤	(251)
黄连汤方	(252)
桂枝附子汤方	(254)
桂枝附子去桂加白术汤方	(256)
甘草附子汤	(257)
白虎汤方	(259)

炙甘草汤方	(266)
辨阳明病脉证并治	(272)
大承气汤方	(283)
小承气汤方	(287)
猪苓汤方	(295)
蜜煎导方、猪胆汁方	(300)
茵陈蒿汤方	(302)
麻仁丸方	(308)
栀子柏皮汤方	(314)
麻黄连轺赤小豆汤方	(315)
辨少阳病脉证并治	(319)
辨太阴病脉证并治	(322)
桂枝加芍药汤方	(324)
桂枝加大黄汤方	(326)
辨少阴病脉证并治	(328)
麻黄附子细辛汤方	(334)
麻黄附子甘草汤方	(336)
黄连阿胶汤方	(337)
附子汤方	(339)
桃花汤方	(341)
吴茱萸汤方	(344)
猪肤汤方	(347)
甘草汤方	(349)
桔梗汤方	(349)
苦酒汤方	(351)
半夏散及汤方	(352)

白通汤、白通加猪胆汁汤方	(354)
真武汤方见前	(356)
通脉四逆汤方	(357)
四逆散方	(359)
辨厥阴病脉证并治	(365)
乌梅丸方	(370)
当归四逆汤方	(376)
当归四逆加吴茱萸生姜汤方	(378)
麻黄升麻汤方	(381)
干姜黄芩黄连人参汤方	(383)
白头翁汤方	(387)
辨霍乱病脉证并治	(392)
四逆加人参汤方	(394)
理中丸方	(395)
通脉四逆加猪胆汁汤方	(398)
辨阴阳易差后劳复病脉证并治	(401)
烧裨散方	(401)
枳实栀子豉汤方	(402)
牡蛎泽泻散方	(404)
竹叶石膏汤方	(406)

为了便于现代医师及初学中医者对《伤寒论》中脉象的认识，特将有关脉象的内容放在学习《伤寒论》的开头，这样对阅读全文时比较容易理解。

《伤寒论》是以“辨病、脉、证、治”的论述而成书的。“辨病”是指先辨别太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六病中属于哪种病；“辨脉”是通过脉位、脉形、脉率、脉律等综合分析，而作为诊断疾病的重要依据；“辨证”是结合临床症状、体征仔细辨别，然后才给予适当的“施治”，也就创造了“辨证施治”。

《伤寒论》主要是讨论急性病、发热性病、感染性疾病的轻重进退等演变过程，而脉象又能直接反映病素的性质、病理位置、感染毒性强弱、患者体质如何、抵抗力如何、血容量如何、血循环如何等等，所以辨脉对判断疾病的轻重缓急、发展演变显得非常重要。

为了便于初学者理解，故将脉位、脉形、脉率、脉律等用示意图的形式予以表达，以供参考。

脉象示意图简易说明

一、脉位及一息的时间

这里指寸口脉的脉位，寸口脉指前臂内侧腕后桡侧动脉，脉位分寸、关、尺，浮、中、沉。桡骨茎突为关脉位，关前是寸脉，关后为尺脉，如示意图（图1）。由于动脉有浮浅的如浮脉等，也有沉伏的如沉脉等，所以脉位又分浮、中、沉等，如示意图。由于脉率的快慢用呼吸时间“一息”而定（古时没手表等，所以不能用分秒计算），用正常人的一吸一呼的时间作为一息。如果一息脉率超过6次为心率快，称数脉或疾脉；一息低于3次为心率慢，称迟脉。此示意图将寸、关、尺三格的长度作为一息时间，如果以后此三格中见到6个波峰那就代表数脉，为脉搏快；如果是3个波峰代表迟脉，为脉搏慢。

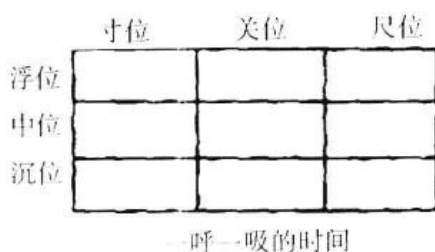


图1 脉位及一息的时间

注：以后未标有脉位及一息时间的示意图均按标有理解。

二、曲线

表示脉管的搏动情况。如脉率快慢、脉律是否规整，脉形的虚、实、洪、微等形象，以及出现在浮、中、沉，寸、关、尺的位置。



图2 曲线代表脉管搏动

三、曲线位置

如图3的曲线(1)，曲线在浮位的寸、关、尺出现，为寸关尺俱浮脉，也称阴阳俱浮，总称浮脉；如曲线(2)，曲线虽在沉位但只是在尺部出现，称尺脉沉，如在寸、关、尺部均出现，则总称沉脉。

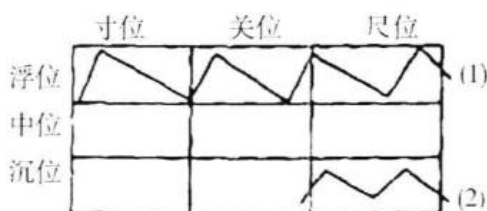


图3 曲线位置

四、波峰疏密

在一息时间内，波峰距离的疏密，表示脉率的快慢。如在一息时间出现6个以上波峰表示脉率快，如数脉。如一息时间出现3个波峰表示脉率慢，如迟脉。



图4 波峰疏密

五、波峰距离不等

表示脉律不整，有歇止。如促、结、代脉等。现代临床多见于室性早搏、心律不齐、心房纤颤等。



图5 波峰距离不等

六、曲线的升降陡斜

上升支表示血管舒张时的“来”，下降支表示血管收缩时的“去”，如图6中的曲线（1）；曲线上升支陡直说明血管舒张时间短，表示血流速度快，如曲线（2）；上升支斜度愈大，说明血管舒张时间长，表示血流速度愈慢。如曲线（3）。



图6 曲线的升降陡斜

七、滑、涩波形

如上升支很陡，表示上升时间很短，血流速度快，下降支有

重搏波，表示血管有弹性，不硬化，如滑脉；如上升支很斜，上升时间很长，下降支也没重搏波，波幅较低，表示血流速度慢，如涩脉。



图7 滑、涩波形

八、虚、实脉形

曲线的色浅淡，表示虚，如虚脉；曲线的色深、浓表示实，如实脉。



图8 虚、实脉形

九、长、短脉形

曲线超出寸关尺的位置，表示长脉；曲线不满寸关尺的位置，或只在关部出现，表示短脉。



图9 长、短脉形