伤　寒　论　编　译

诸吉庆

Deepseek　豆　包　元宝

注 册 会 计 师

注 册 评 估 师　　注 册 税 务 师

二零二六年一月

目　　录

伤寒论简介 1
第一章 总则 4
第一条 编排解读指导思想 4
第二条 适用范围及基本原则 4
第三条 天人合一整体观 4
第四条 阴阳 4
第五条 三阴三阳 5
第六条 五运六气 7
第七条 气 7
第八条 元气、宗气、营气、卫气 8
第九条 津液 9
第十条 虚实 9
第十一条 寒热 10
第十二条 表里 11
第十三条 伤寒 12
第十四条 三因制宜 12
第十五条 合病与并病 13
第十六条 变证 13
第十七条 脉诊 14
第十八条 八法【《伤寒论》第 90 条】 14
第十九条 五行治则 15
（一）五行相生类 15
（二）五行相克类 16
（三）五行方位/属性命名 17
第二章 太阳病 19
第一节 病机病名病位 19
第二十条 五运六气之太阳寒水 19
第二十一条 《黄帝内经》之太阳寒水 20
第二十二条 《伤寒论》之太阳寒水【《伤寒论》第 1、11 条】 22
第二十三条 太阳经证与太阳腑证 23
第二十四条 太阳经证分类【《伤寒论》第 2、3、6、176、303 条】 23
第二十五条 太阳腑证分类【《伤寒论》第 71、106、124 条】 25
第二十六条 病性 25
第二十七条 病位关联 25
第二节 传经 26
第二十八条 传经路径 26
（一）传经形式 26
（二）影响传经的关键因素 26
（三）预防传经的核心原则 26
（四）太阳病传经的具体表现与治法 26
第二十九条 传经时间【《伤寒论》第 4、5、7、8、10 条】 27
第三十条 传阳明【《伤寒论》第 181、185 条】 31

第三十一条 传少阳【《伤寒论》第96、266条】 32
第三十二条 传太阴【《伤寒论》第273条】 32
第三十三条 传少阴【《伤寒论》第281、282条】 32
第三十四条 传厥阴【《伤寒论》第326、337条】 32
第三十五条 由经传腑【《伤寒论》第71、106条】 32
第三节 太阳中风证 33
第三十六条 太阳中风定义【《伤寒论》第2、12、53条】 33
第三十七条 核心病机营卫不和 33
第三十八条 典型症状 33
第三十九条 桂枝汤功效 33
第四十条 桂枝汤证 34
（一）调和营卫【《伤寒论》第12、42、44、53、54、95条】 34
(二)余邪未尽【《伤寒论》第24、57条】 36
第四十一条 桂枝汤变证 37
（一）误汗【《伤寒论》第20、25、27、29、30、62、64、65、75条】 37
（二）误吐误下误针【《伤寒论》第15、21、22、23、45、117、112、118、120、121、122、28、43、67、91、159、160、161、162、163、240、279条】 45
（三）阳虚体质【伤寒论第175、177、178条】 64
第四十二条 桂枝汤拓展【《伤寒论》第13、56、102、174、274、276、372、387条】 68
第四十三条 桂枝汤加减化裁【《伤寒论》第14、18、164、234条】 73
第四十四条 桂枝汤禁忌【伤寒论第16、17、19条】 75
第四十五条 桂枝汤 75
（一）方剂 77
（二）方解 77
（三）服法 79
第四节 太阳伤寒证 80
第四十六条 太阳伤寒定义【《伤寒论》第1、2、3条】 80
第四十七条 核心病机 81
第四十八条 典型症状 82
第四十九条 麻黄汤功效 82
第五十条 麻黄汤证【《伤寒论》第35、37、46、47、48、55、51、52条】 82
第五十一条 麻黄汤变证 92
（一）自愈【《伤寒论》第58、59条】 92
（二）虚证【《伤寒论》第60、61、68、69条】 93
（三）虚实夹杂证【《伤寒论》第66条】 95
（四）实证【《伤寒论》第63、70条】 96
第五十二条 拓展 97
（一）葛根汤证【《伤寒论》第31条】 97
（二）太阳阳明合病【《伤寒论》第36、32、33条】 98
（三）大青龙汤证【《伤寒论》第38、39条】 99
（四）小青龙汤证【《伤寒论》第40、41条】 100
第五十三条 麻黄汤禁忌 102
（一）阳虚【《伤寒论》第49、88、89条】 102
（二）阴虚【《伤寒论》第50、83、84、86、285条】 103

（三）阴阳两虚【《伤寒论》第85、87、286条】 105
第五十四条 麻黄汤 107
（一）麻黄汤组成 107
（二）麻黄汤方解 107
第五节 太阳风温证 109
第五十五条 太阳风温古义【《伤寒论》第6条】 109
第五十六条 太阳风温今义 110
第五十七条 发展完善 111
第五十八条 上层应用 112
第六节 太阳蓄水证 114
第五十九条 太阳蓄水证定义 114
第六十条 五苓散证核心病机 114
第六十一条 五苓散证典型症状 114
第六十二条 五苓散功效 114
第六十三条 五苓散证解析【《伤寒论第71、72、73、74、127、156条》】 114
第六十四条 五苓散证与猪苓汤证的鉴别 118
（一） 阳明变证【《伤寒论》第223、224条》】 118
（二）少阴热化【《伤寒论》第319条》】 120
第六十五条 五苓散证与真武汤证的鉴别【《伤寒论》第82、316条】 120
第六十六条 拓展【《伤寒论》第386条】 122
第六十七条 五苓散禁忌【《伤寒论第84条、224、225条】 123
第六十八条 五苓散 124
第七节 太阳蓄血证 127
第六十九条 太阳蓄血证定义 127
第七十条 太阳蓄血轻证【《伤寒论》第106条】 127
第七十一条 太阳蓄血重证【《伤寒论第124、125条》】 127
第七十二条 太阳蓄血缓治之证【《伤寒论》第126条】 129
第七十三条 太阳蓄血证与太阳蓄水证的鉴别 129
第七十四条 桃核承气汤 130
第七十五条 抵当汤 131
第七十六条 抵当丸 132
第七十七条 桃核承气汤、抵当汤与血府逐瘀汤比对 133
第八节 火疗 134
第七十八条 火疗定义 134
第七十九条火疗致病【《伤寒论110-119条】 134
第八十条 关联条文精要【《伤寒论》第6、16、29条】 145
第八十一条 临床风险与治疗哲学【《伤寒论》第153条】 145
第三章 阳明病 148
第一节 病机病名病位 148
第八十二条 五运六气之阳明 148
第八十三条 《黄帝内经》之阳明 148
第八十四条 《伤寒论》之阳明 149
（一）阴阳【《伤寒论》第179、180、181、182、183、184、185、186、187、188条】 149
（二）寒热【《伤寒论》第189、190、191、192、194、195、196、197、198条】 157

（三）湿化【《伤寒论》第195、199、200条】 162
（四）脉象及禁下【《伤寒论》第201、202、203、204、205、206条】 163
第八十五条 阳明表里、经腑【《伤寒论》第235条】..... 166
第八十六条 保胃气存津液【《伤寒论》第224、245、246、247条】..... 167
第八十七条 六经为纲五行为用【《伤寒论》第256、4、8、96、97、273、277、281、323、326、338条】 172
第八十八条 热邪郁闭【《伤寒论》第257条】..... 176
第二节 阳明燥化证 178
第八十九条 阳明燥化证定义【《伤寒论》第180、181、205、239、249条】..... 178
第九十条 实燥 178
（一）白虎汤证【《伤寒论》第176、219、350条】 178
（二）非经非腑证【《伤寒论》第222、228、237条】 181
（三）承气汤证 185
1.热重实轻调胃承气汤证【《伤寒论》第70、93、94、105、123、207、248、249条】..... 185
2.热实相当小承气汤证【《伤寒论》第209、213、214、250、374、375条】 191
3.实重热灼大承气汤证【《伤寒论》第209、215、217、220、238、239、240、241、242、251、252、253、254、255、256条】.. 199
4.时间窗口【《伤寒论》第208、210、211、212、218、227条】 211
第九十一条 虚燥..... 220
（一）白虎加人参汤证【《伤寒论》第26、168、169、170、222条】..... 220
（二）无水行舟【《伤寒论》第233、320、321、322条】..... 224
第九十二条 白虎汤、白虎人参汤..... 227
第九十三条 调胃承气汤..... 228
第九十四条 小承气汤..... 229
第九十五条 大承气汤..... 229
第三节 阳明湿化证 231
第九十六条 阳明湿化证定义..... 231
第九十七条 阳明湿热证【《伤寒论》第199、221、236、260、261、262条】 231
第九十八条 阳明寒湿证【《伤寒论》第195、259、278、243条】..... 236
第九十九条 栀子豉汤、栀子柏皮汤 239
第一百条 茵陈蒿汤、茵陈五苓散..... 240
第一百零一条 吴茱萸汤 241
第四节 阳明燥湿互化证 243
第一百零二条 阳明燥湿互化证定义..... 243
第一百零三条 燥从湿化 【《伤寒论》第191、238、251条】 243
第一百零四条 湿从燥化 【《伤寒论》第187、199、236条】 245
第四章 少阳病 248
第一节 病机病名病位 248
第一百零五条 五运六气之少阳..... 248
第一百零六条 《黄帝内经》之少阳 248
第一百零七条 《伤寒论》之少阳【《伤寒论》第263、96、97条】..... 249
第二节 少阳升降失常证 253
第一百零八条 升降失常证定义【《伤寒论》第37、99、100、104、107、108、149、229、230、394条】 ... 253
第一百零九条 柴胡汤禁忌【《伤寒论》第98、99、101条】..... 268

第一百一十条 少阳病三禁【《伤寒论》第142、171、264、265、266、267条】 272
第一百一十一条 知常达变【《伤寒论》第146、147、148、173、268、269、270、271、379、231、232条】... 278
第一百一十二条 小柴胡汤..... 295
第三节 闭塞反作证..... 297
第一百一十三条 闭塞反作证定义【《伤寒论》第103、136、165条】 297
第一百一十四条 大柴胡汤..... 299
第五章 太阴病..... 301
第一节 病机病名病位..... 301
第一百一十五条 五运六气之太阴..... 301
第一百一十六条《黄帝内经》之太阴 301
第一百一十七条《伤寒论》之太阴【《伤寒论》第273、274、276、278条】..... 302
第二节 太阴寒湿证..... 308
第一百一十八条 太阴寒湿证定义【《伤寒论》第277、278条】..... 308
第一百一十九条 太阴病禁忌【《伤寒论》第279、280、364、366条】..... 309
第一百二十条 理中汤（丸）..... 315
第三节 太阴湿热证..... 316
第一百二十一条 太阴湿热证定义【《伤寒论》第149条】..... 316
第一百二十二条 以半夏泻心汤为代表的“泻心汤类方”【《伤寒论》第154、155、157、158条】. 317
第六章 少阴病..... 321
第一节 病机病名病位..... 321
第一百二十三条 五运六气之少阴..... 321
第一百二十四条 《黄帝内经》之少阴..... 321
第一百二十五条 《伤寒论》之少阴【《伤寒论》第281条】..... 322
第二节 少阴寒化证..... 321
第一百二十六条 少阴寒化证定义【《伤寒论》第282、284、285、286、287、288、289、290条】. 321
第一百二十七条 少阴病死证【《伤寒论》第295、296、297、298、299、300条】 327
第一百二十八条 少阴病禁忌【《伤寒论》第283、292、294、330条】..... 330
第一百二十九条 四逆汤证【《伤寒论》第323、324、353、354、91、92、225、226、277条】..... 334
第一百三十条 通脉四逆汤证【《伤寒论》第317、370、390条】 342
第一百三十一条 白通汤证【《伤寒论》第314、315条】 344
第一百三十一条 白通汤证【《伤寒论》第314、315条】 344
（一）白通汤证与四逆汤证的区别与联系..... 344
（二）白通汤证与通脉四逆汤证的区别与联系..... 345
（三）白通汤证的命名与引阳下行..... 346
（四）服汤脉暴出者死，微续者生..... 347
第一百三十二条 拓展【《伤寒论》第61、69、301-309、313、316、325条】..... 348
第三节 少阴热化证..... 363
第一百三十三条 少阴热化证定义【《伤寒论》第293、303、310-312、319-323条】... 363
第一百三十四条 阳郁四逆【《伤寒论》第318条】..... 371
第七章 厥阴病..... 374
第一节 病机病名病位..... 374
第一百三十五条 五运六气之厥阴..... 374
第一百三十六条 《黄帝内经》之厥阴..... 374

第一百三十七条 《伤寒论》之厥阴【《伤寒论》第326、337条】..... 375
第二节 厥阴寒热错杂证..... 379
第一百三十八条 厥阴寒热错杂证定义【《伤寒论》第327、334、332、337、338、341、342、357、359条】379
第一百三十九条 厥阴下利定义..... 390
第一百四十条 厥阴下利阳复三态【《伤寒论》第360-363、365-369条】..... 391
第一百四十一条 乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤、麻黄升麻汤区别..... 400
1. 乌梅丸..... 400
2. 干姜黄芩黄连人参汤..... 400
3. 麻黄升麻汤..... 402
第三节 厥阴纯寒与纯热证..... 406
第一百四十二条 厥阴纯寒与纯热证病机..... 406
第一百四十三条 纯寒证【《伤寒论》第340、351、352、358、377、378、380条】..... 406
第一百四十四条 纯热证【《伤寒论》第339、356条】..... 414
第四节 厥阴厥热胜复证..... 417
第一百四十五条 厥阴厥热胜复证核心病机【《伤寒论》第329、331、332条】..... 417
第五节 厥阴阴阳离决证..... 421
第一百四十六条 厥阴阴阳离决证核心病机【《伤寒论》第333-349条】..... 421
第八章 六经病机变证病..... 426
第一节 热郁气滞证..... 426
第一百四十七条 热郁气滞证定义..... 426
第一百四十八条 上焦热郁气滞证【《伤寒论》第76、77、78条】..... 426
第一百四十九条 中焦热郁气滞证【《伤寒论》第79、80、151、154条】..... 427
第一百五十条 下焦热郁气滞证【《伤寒论》第318条】..... 430
第一百五十一条 栀子汤证与瓜蒂散证比对【《伤寒论》第166、355条】..... 430
第一百五十二条 栀子汤证禁忌【《伤寒论》第81条】..... 432
第二节 水热互结证..... 433
第一百五十三条 水热互结证定义..... 433
第一百五十四条 结胸与藏结【《伤寒论》第128、129、130、167条】..... 433
第一百五十五条 水热互结..... 437
（一）大结胸【《伤寒论》第131、134、135、136、137条】..... 437
（二）小结胸【《伤寒论》第138条】..... 442
（三）结胸脉证互勘警示【《伤寒论》第139、140、141条】..... 443
（四）结胸治疗窗口【《伤寒论》第132、133、150条】..... 445
（五）猪苓汤证【《伤寒论》第223、319条】..... 447
（六）十枣汤证【《伤寒论》第152条】..... 449
第一百五十六条 温热互结【《伤寒论》第236、260、261、262、259条】..... 451
第一百五十七条 寒利热利定义..... 454
（一）纯里热利【《伤寒论》第371、373、172、258条】..... 454
（二）协热利【《伤寒论》第34、139、140条】..... 459
第一百五十八条 与寒利的鉴别【《伤寒论》第32、163条】..... 461
第一百五十九条 大陷胸汤与大陷胸丸..... 463
第一百六十条 小陷胸汤..... 464
第一百六十一条 三物白散..... 464
第一百六十二条 猪苓汤..... 465

第一百六十三条 茵陈蒿汤..... 466
第一百六十四条 白头翁汤..... 466
第三节 热入血室证..... 468
第一百六十五条 热入血室证定义 468
第一百六十六条 热入血室四个阶段【《伤寒论》第 143、144、145、216 条】..... 468
第一百六十七条 热入血室之危证【《伤寒论》第 106、124、125 条】 471
第四节 霍乱..... 473
第一百六十八条 霍乱定义【《伤寒论》第 382、383、384 条】 473
第一百六十九条 霍乱轻证【《伤寒论》第 386 条】..... 475
第一百七十条 霍乱危重证【《伤寒论》第 385、388、389、390 条】..... 475
第一百七十一条 霍乱转归【《伤寒论》第 387、391 条】 476
第五节 差后防复..... 478
第一百七十二条 差后防复定义【《伤寒论》第 392-398 条】 478
第一百七十三条 色复【《伤寒论》第 392 条】..... 478
第一百七十四条 劳复【《伤寒论》第 394、397 条】 480
第一百七十五条 食复【《伤寒论》第 398 条】..... 483
第一百七十六条 其他【《伤寒论》第 393、395、396 条】 484
第九章 时间节律..... 490
第一节 欲解时欲作时..... 490
第一百七十七条 欲解时定义【《伤寒论》第 9、193、272、275、291、328 条】..... 490
第一百七十八条 欲作时定义..... 492
第一百七十九条 进退..... 493
第二节 七日节律..... 495
第一百八十条 神秘而又神圣的 7..... 495
第一百八十一条 天人相应是七日节律的理念根据..... 497
第一百八十二条 法于阴阳和与术数..... 500
第一百八十三条 对七日节律的进一步理解..... 501
第一百八十四条 时间节律的应用..... 502
第三节 未病已病..... 505
第一百八十五条 能量的三个来源..... 505
（一）第一个误区食物是唯一来源..... 505
（二）第二个误区呼吸无需关注..... 505
（三）第三个误区不理解意念是能量的重要来源..... 506
第一百八十六条 三重境界..... 502
第一百八十七条 现代人健康理念的错位..... 509
后记..... 510

伤寒论简介

张仲景（约公元 150—219 年），名机，字仲景，东汉南阳郡涅阳县（今河南邓州）人。著名医学家，后人尊称为医圣，所著《伤寒杂病论》，是继《黄帝内经》之后，又一部最有影响的光辉医学典籍。

《伤寒杂病论》不仅是中医史上第一部理、法、方、药具备的经典，更是一部承载中华医道的精神丰碑。张仲景首创“六经辨证”体系，后世医家在此基础上深化发展，如明清温病学派补充卫气营血辨证，但其核心框架始终未变，赋予其新的生命力，使之成为贯通古今的医学瑰宝。张仲景“六经辨证”的智慧，至今仍在全球中医实践中熠熠生辉。

张仲景生活的东汉末年，是中国历史上一个极为动荡的时代。统治阶级内部出现了外戚与宦官相互争斗残杀的“党锢之祸”。军阀、豪强也为争霸中原而大动干戈。农民起义的烽火更是此起彼伏，一时里战乱频仍。百姓为避战乱而相继逃亡，流离失所者不下数百万。汉献帝初平元年（公元 190 年），董卓挟汉献帝及洛阳地区百万居民西迁长安，洛阳所有宫殿、民房都被焚毁，方圆二百里内尽为焦土，百姓死于流离途中者不可胜数。

据史书记载，东汉桓帝时大疫三次，灵帝时大疫五次，献帝建安年间疫病流行更甚。成千累万的人被病魔吞噬，以致造成了十室九空的空前劫难。其中尤以东汉灵帝（公元 168-188 年）时的公元 171 年、173 年、179 年、182 年、185 年等几次的疾病流行规模最大。南阳地区当时也接连发生瘟疫大流行，许多人因此丧生。张仲景的家族本来是个大族，人口多达二百余人。自从建安初年以来，不到十年，有三分之二的人因患疫症而死亡，其中死于伤寒者竟占十分之七。

张仲景出生于没落的官僚家庭，其父亲曾任朝廷官员，家境虽衰微但仍属书香门第，使其得以接触典籍。少年时，他目睹家族成员因疫病大量死亡，遂立志学医。据《何颙（yóng）别传》载，同乡名士何颙曾评价张仲景 “君用思精而韵不高，后将为良医”。 意思是说他才思过人，善思好学，聪明稳重，但是性格过于低调，有些木讷，不善于张扬，没有官员的气质和风采，不宜做官，只要专心学医，将来能成为良医。

10 岁，张仲景拜同郡名医张伯祖为师。张伯祖医术精湛、医德高尚，主张“诊处精审，疗皆十全”，对张仲景影响深远。他系统学习《黄帝内经》、《难经》

等经典，并参考《阴阳经》《胎胪药录》（今已亡佚）等古医籍，对民间喜用针刺、灸烙、温熨、药摩、坐药、洗浴、润导、浸足、灌耳、吹耳、舌下含药，导引等多种具体治法，都一一加以研究，广积资料。逐渐形成“勤求古训，博采众方”的治学理念。

其中《素问》对他的影响最大。《素问》说:“夫热病者，皆伤寒之类也。”又说:“人之伤于寒也，则为病热。”张仲景根据自己的实践对这个理论作了发展。他认为伤寒是一切热病的总名称，也就是说一切因为外感而引起的疾病，都可以叫做“伤寒”。他还对前人留下来的“辨证论治”的治病原则，认真地加以研究，从而提出了“六经论伤寒”的新见解。

学成后，张仲景游历各地，救治疫病。如洛阳水灾后，他通过预判疫病流行，指导孤儿李甫采集白茅根（清热生津之药），既治愈民众，又助其脱贫，展现“仁术济世”的智慧。据后世传说，张仲景曾任长沙太守，并开创“坐堂行医”传统。

晚年为避战乱，张仲景潜心整理毕生经验，著成《伤寒杂病论》。该书融合理论、诊断、方剂，首次系统提出“六经辨证”体系，将外感疾病与内伤杂病系统归类，奠定了中医临床学的基石。

《伤寒杂病论》成书以后，由于战乱频繁，在仲景逝世不久，原书便散失不全。曾任魏、晋两朝太医令的王叔和将搜集的残卷重新编次，侧重伤寒部分，定名《伤寒论》，原书杂病内容可能已散佚或另作整理。王叔和还将《伤寒论》的内容收入其所著的《脉经》之中。

唐代孙思邈撰《千金要方》时，仅引证了《伤寒论》的少数内容，尚未窥得全貌，故有“江南诸师秘仲景要方不传”的遗憾。孙思邈晚年获《伤寒论》传本，收入《千金翼方》，其卷九、卷十所载内容接近今本。

唐代王焘著《外台秘要》，不仅收入了《伤寒论》的内容，也收入了今本《金匮要略》的内容，今人称之为唐本《伤寒论》。王氏看到的可能是《伤寒杂病论》的另外一个传本。

宋代设立校正医书局，林亿、高保衡、孙奇等人校订了《伤寒论》，并在宋治平二年（公元 1065 年）刊行《伤寒论》。自此始有定本，此即“宋版”《伤寒论》，亦称“治平本”《伤寒论》。宋版《伤寒论》为现存最接近仲景原意的版本之一，但宋版原刻本今已不得见到。

金·成无己在宋版《伤寒论》的基础上全面作注，著成《注解伤寒论》，金皇统四年（公元 1144 年）刊行，这是第一个注解《伤寒论》的版本，人称“成注本”或“成本”，刻版本经明代汪济川校刊，又几经翻印，流传颇广。

明·赵开美在万历二十七年（公元 1599 年）刻有《仲景全书》一部。该书第一部分的内容即是《翻刻宋版伤寒论》，因其照宋版摹刻复刻应当是版的真面目。今称此本为“赵刻本”或“仲景全书本”。

此外，宋代校正医书局还校勘刻印了《金匮玉函经》八卷，它和《伤寒论》“同体而别名”，即内容相同，而书名不同，人称“玉函本”或《伤寒论》“别本”，后经清·陈世杰复制，流传至今。以上宋本、赵刻本、成注本、玉函本是《伤寒论》的主要版本。

在宋代，国家校正医书局还校勘刻印了《金匮要略方论》。其序中说:“翰林学士王洙在馆阁日，于蠹（dù）简中得仲景《金匮玉函要略》三卷，上则辨伤寒，中则论杂病，下则载其方并疗妇人。”“以其伤寒文多节略，故断自杂病以下，终于饮食禁忌，凡二十五篇，除重复合二百六十二方，勒成上中下三卷。依旧名曰《金匮方论》。”于是《金匮要略》始有定本。可见王所见蠹简，应是《伤寒杂病论》的另外一个传本。宋臣王洙将其杂病以下部分进行了校勘刻印，自此《伤寒杂病论》便正式被分成了《伤寒论》和《金匮要略》两书。

第一章 总则

第一条 中医发展可分为四个阶段：一治神，以巫、祝由为代表（上古）；二养生（先秦至汉），以治未病为代表 ；三祛邪（汉唐时期），以针灸、砭石为代表；四调和阴阳（宋元至今），以汤药为代表。随着是时代的发展，生产力的提高，人类驾御自然的能力在大幅提升，人们生活方式在不断地变化，中医治病的方式方法也在不断地变化。为规范外感病诊疗原则，建立六经辨证普适框架，促进中医经典生活化应用，重新编排与解读《伤寒论》。

第二条 适用于外感风寒所致疾病的辩证与治疗，其他外感病可参照适用，理法方药可延伸指导内伤杂病。外感病辨证应遵循六经传变规律，坚持“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的基本原则。

第三条 中医的架构是以天人合一为基本观念，以气为基，以阴阳为道，以五脏为中心的整体系统。

第四条 阴阳是代表互相对立又互相统一的两面，是一切事物和现象正反双方的概括，也是指事物的两种根本对立的矛盾属性。任何事物都具有阴阳对立的两个方面，阴阳的运动是事物生长、变化和消亡的根源。中医用这种正反两面的观点来说明人体和疾病现象的属性。

（一）阴阳属性的划分：一般而言，凡是活动的、上升的、明显的、进行的、机能亢进的、热的、兴奋的、强壮的、明亮的、无形的、轻的、在上的、在外的、向上的、增长的等等特性者都属于阳；但凡沉静的、下降的、隐晦的、退行性的、机能减退的、与此相反的则属阴。在中医理论中，人体的上部属阳，下部属阴；体表属阳，体内属阴；背部属阳，腹部属阴。五脏（心、肝、脾、肺、肾）属于阴，六腑（胃、胆、三焦、膀胱、大肠、小肠）属于阳。

（二）阴阳属性的相对性：事物的阴阳属性并非绝对不变，而是相对的、变化的，要根据一定的条件来决定。例如胸与腹相对而言，胸在上属阳，但与背相对而言，胸又属阴。再如背属阳，胸属阴，但在胸与腹的关系中，胸在上为阳，腹在下为阴。

（三）阴阳的互根：阴阳既有对立性，又有统一性，以对方作为自己存在的依据。没有阴，就不可能有阳，没有阳，也不可能有阴，“阴生于阳，阳生于阴”，“孤阴不生，独阳不长”。人体各种机能活动（阳），都必须有营养物质（阴）

作为基础，没有营养物质就无从产生机能活动；而机能活动又是化生营养物质之动力，没有脏腑的活动，饮食就不可能变成体内的营养物质。

（四）阴阳的消长：阴阳并不是处于静止不变的状态，而是不断地进行着“阳消阴长”或“阴消阳长”的竞争。阴阳既是处于不断消长的过程，因此阴阳只有相对的、动态的平衡，而没有绝对的、永久的平衡。人体中阴阳在一定限度内不断的有消有长，有盛有衰，这是生理活动的过程，这个活动过程出现异常，就会发生病理变化。

（五）阴阳的转化：中医认为“重阴必阳，重阳必阴”，“寒极生热、热极生寒”，阴阳可以各自向相反的方向变化。如肺炎病人，症见高热、面红、烦燥、脉数而有力，这些都是机体反应机能旺盛的表现，中医叫做实热证，应用寒凉的药物来治疗。但是当发展到严重阶段而出现毒性休克时，病人反而手足发凉、面色苍白、脉搏细弱、血压下降，也就是机体反应机能衰竭，实热证转化为虚寒证，应急用温热的药物“回阳救逆”。

第五条 三阴三阳是《黄帝内经》、《伤寒论》阴阳理论的重要组成部分，也是中国古代认识宇宙和自然的主要思想和方法。

《伤寒论》中的“三阴三阳”体系虽与《黄帝内经》、经络、脏腑的“三阴三阳”名称相同，但在理论内涵和应用范畴上存在显著差异。《内经》三阴三阳以自然六气（风、寒、暑、湿、燥、火）为外因，强调天人相应的整体观。《伤寒论》三阴三阳，在六气的基础上，更注重人体正气与外邪的互动关系，注重外感病传变规律与整体气化活动。

（一）《周易》：“易有太极，是生两仪，两仪生四象，四象生八卦。”太极一分为二，一阴一阳为两仪，阴为寒，阳为热；阴阳再一分为二，太阴、少阴、太阳、少阳为四象。四象表达阴阳的“量变”温为少阳，热为太阳；凉为少阴，寒为太阴。

（二）中医在四象的基础上增加“阳明”与“厥阴”，形成太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六经，以对应人体复杂的生理病理变化。阳明象征阳气由盛转衰的过渡阶段，厥阴代表阴气尽而复生的转折点，体现阴阳的极变与转化。中医通过“阳明”“厥阴”补充阴阳转化的关键节点，使理论既能承袭哲学框架，又能满足临床诊疗需求。

四象描述的是静态阴阳状态，三阴三阳强调动态的阴阳流转。按阳气量多少排序，太阳为三阳，阳明为二阳，少阳为一阳；按阴气量的多少排序，太阴为三阴，少阴为二阴，厥阴为一阴。

（三）中医的经络命名使用了三阴三阳，指代不同，不可混用。

手三阴三阳：手太阴肺经、手少阴心经、手厥阴心包经、手太阳小肠经、手阳明大肠经、手少阳三焦经。足三阴三阳：足太阴脾经、足少阴心经、足厥阴肝经、足太阳膀胱经、足阳明胃经、足少阳胆经。手足三阳经对应六腑，手足三阴经对应五脏（加上心包是六脏），三阳经主要行于四肢外侧，三阴经走在四肢内侧。

经络三阴三阳以手足十二经的循行分布为核心，强调人体表里、上下、左右的经络联系，如太阳经主表、少阳经主半表半里等。其病象多表现为特定经络循行部位的疼痛或功能障碍。

（四）五脏的太阳、太阴、少阳、少阴命名与经络的太阳、太阴、少阳、少阴命名，意义不同。

心为阳中之太阳：太阳者，日正中天之谓，火热特重，故称为阳脏，又称火脏，心以阳气为用。心主血脉：太阳的动力最足，心具太阳之气则可推动心脏搏动，温通血脉；心主神明，太阳光明，心阳可使神明志醒，如离日高悬，光照万物。太阳之脏，说明心的阳气量，生理上是偏多的，病理则表现为心火易旺。由于同气相求，易被火热之邪所扰。

肺为阴中之少阴 ：少阴是秋天与黄昏的意象，秋气转凉，日落西山，反映了阳渐消阴渐长，其气敛降的态势，正与肺五行属金，其气肃降之象类同。

肾为阴中之太阴：太阴之脏，意味着阴多阳少。虽然教科书强调肾阴肾阳的重要，但从中医发展脉络来看，肾阴肾阳，更看重的是肾阳，太阴之脏缺的是阳。

肝为阴中之少阳：少阳是春天、早晨的意象，好像太阳从地平线上升起，充满生发之意，且是往阳多的方向发展。这就与肝主疏泄、肝主生发、肝为刚脏的这些功能特性意象相近。肝体阴而用阳，决定了肝气、肝阳常有余，肝气易于升动太过的病理趋向。

脾为阴中之至阴：至阴，至是到的意思。至阴是从阳入阴、从阴出阳的阴阳交接，是脾的气机升降的枢纽，与胃同为中土。阴最盛是太阴，至阴不是阴最盛。

心为阳中之太阳，肺为阴中之少阴，肝为阴中之少阳，脾为阴中之至阴，肾为阴中之太阴，出自于《灵枢·阴阳系日月》。这种命名，超越简单的“上下分阴阳”或“功能定属性”，体现了中医“天人相应”“阴阳互根”的整体观，理解这一逻辑的关键在于：中医的阴阳是动态的、相对的、多层次的，而非机械的、绝对的、单维度的。但现代人难以理解，五脏配阴阳可以从五行及一气周流理解，脾居中央为土为枢纽，肝为木为少阳在左、左升、心为火为太阳在上，肺为金为少阴在右、右降，肾为水为太阴在下，人体五脏气机如同车轮，阳升阴降，左升右降、循环往复。

第六条 五运六气涉及天文、地理、历法、医学等各方面的知识，是中国古代研究气候变化及其与人体健康和疾病关系的学说，在中医学中占有比较重要的地位。、

五运六气学说的基本内容，是在中医整体观念的指导下，以阴阳五行学说为基础，运用天干地支等符号作为演绎工具，来推论气候变化规律及其对人体健康和疾病的影响。

五运六气，主要是由“五运”和“六气”两部分组成的。五运，即木、火、土、金、水五行的运动。六气，即风、寒、暑、湿、燥、火六种气候的变化。因为暑和火性质相同，所以六气是指风、君火、相火、湿、燥、寒。五行临御五方，合应五时，就产生了寒、暑、燥、湿、风五时气候更迭的主气，反映出一年中气候寒、热、温、凉的变化。五气和五行，分之则二，合之则一。化气为风、寒、湿、燥、火，成形为木、火、土、金、水。形气相感，形化气，气成形，形为阴，气为阳，阴阳的对立统一运动，推动着事物的发展，故曰：“神在天为风，在地为木，在天为热，在地为火，在天为湿，在地为土，在天为燥，在地为金，在天为寒，在地为水。故在天为气，在地成形，形气相感而化生万物。

第七条 基于万事万物都由“气”组成的基本观点，则阴阳的本质是阴阳气。事物变化的本质不过是不同的气与气之间，以不同的形式相互作用。中医将人体内的气和血统称为气血，气血是人体内的精微物质，由先天之精所化生，后天之精所转化，并由气和血两种基础物质所组成。气血被视为人体健康的基石，是维持生命活动的两大基本物质，《素问玄机原病式》中将气血称为人之神，是生命之根基。

（一）气是人体内运行不息的精微物质，由肾中的精气、脾胃吸收运化水谷之气和肺吸入的空气几部分组成，包括先天之气、水谷之气以及吸入人体的大自然气息。

气具有推动、调控、温养、防御、固摄、中介的作用，能保证人体表面的正常温度，抵御各种病毒的侵袭，为人体器官提供运作的动力，维持人体生命活动。同时，气的运动形式为升、降、出、入，气的运动停止意味着生命的结束。

如果体内的气失常，可能出现气虚、气滞、气逆、气陷、气闭或气脱等病理状态。其中，气虚主要表现为疲劳、乏力、气短等症状；气滞主要表现为胸闷、腹胀、情绪低落等症状。

（二）血是运行在人体经脉中的红色液态物质，来源于内脏，由水谷精微和肾精所化，是食物进入中焦经过脾胃的化生，分解成水谷精微，渗入血脉成为化生血液的基本成分，最终使血脉充盈，循环不息。

血内富含人体所需的各种营养物质，具有营养和滋润全身的生理功能，能濡养人体的各个器官、脏腑以及组织，帮助调节人体内多个生命体征的平衡，例如体温、水分、营养等，还有化神的作用，是构成人体的重要组成物质之一，是人体生命活动的根本保证。

一旦血失常，患者可能会出现血虚、血瘀、血热以及出血等病理变化。其中，血虚主要表现为面色苍白、头晕、心悸等症状；血瘀主要表现为疼痛、肿块、紫癜等症状。

（三）气和血的关系：气和血有着密不可分的关系，气为血之帅，血为气之母。气推动血的运行，是推动血液到达各个脏器的最好动力；血能载气，是将气的效能传递到全身各脏器的最好载体，血濡养气的充盛，两者相互依赖、相互协作。气血充足意味着身体强健，反之则身体虚弱。一旦气血不足、亏虚，就会影响身体健康，使人出现不同程度的身体不适。

第八条 在中医理论中，气是维持人体生命活动的重要物质，而元气、宗气、营气、卫气是人体气的重要组成部分。

（一）元气又名“原气”“真气”，是由肾中精气所化生，又得到后天精气之充养。肾中所藏的先天之精是元气生成的根本，而后天脾胃运化的水谷精气不断滋养，使元气得以充足。

元气是人体最重要、最根本的气，是生命活动的原动力。元气根于肾，通过三焦而流行于全身，内至脏腑，外达肌肤腠理。推动和促进人体的生长发育，温煦和激发各脏腑、经络等组织器官的生理活动。

（二）宗气是积于胸中之气，它是由肺所吸入的清气和脾胃运化而来的水谷精气结合而成的，属后天之气的范畴。其积聚之处称作“气海”。一是推动呼吸，凡语言、声音、呼吸的强弱，都与宗气的盛衰有关；二是贯心脉以行气血，凡气血的运行、肢体的寒温和活动能力、视听的感觉能力、心搏的强弱及其节律等，皆与宗气的盛衰有关。此外，还有资先天的作用。

（三）营气是与血共行于脉中的气，它是由脾胃运化的水谷精气中精华部分化生而来的。营气性质精纯，富有营养，具有营养全身和化生血液两个方面的功能。

（四）卫气也是由脾胃运化而来的水谷精微所化生，性质慓疾滑利，易于流行。不受脉管的约束，运行于皮肤、肌肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。其功能：一是护卫肌表，防御外邪侵袭；二是温养脏腑、肌肉、皮毛等；三是调节腠理的开合、汗液的排泄，以维持体温的相对恒定。

第九条 中医理论中，津液是人体重要的组成部分，对维持人体正常生理功能起着关键作用。

（一）津液是指机体内全部正常水液的总称，是构成人体和维持生命活动的基本物质之一，包括各脏腑组织的内在体液及正常分泌物。除了精与血，其余所有液体都属于津液，如血液以外的唾液、汗液、泪液、消化液、淋巴液等。

（二）津和液的区别：津液包括津和液两部分，二者在性质、分布和功能上略有不同。津：相对稀薄，质地较为清稀，流动性较大，主要存在于体表皮肤、肌肉和孔窍等部位，起到滋润的作用，如润泽皮肤、毛发、眼睛和口腔等，使其保持湿润和光泽。液：较为黏稠，质地较为浓稠，流动性较小，主要灌注在脏腑、脑、骨节、髓等深部组织和关节等部位，起到濡养的作用，滋养肌肉、关节和内脏，维持其正常功能。

第十条 虚实是用以辨别邪正盛衰的两个纲领，是对人体生理和病理状态的一种抽象概括，代表了疾病发展中的两种基本状态，即正气盛衰和邪气强弱。

（一）虚指正气不足，虚证便是正气不足所表现的证候。若从正邪双方力量对比来看，虚证虽是正气不足，但邪气也不盛。可能由先天因素、后天失养、疾病耗损等原因引起。如有些人天生脾虚，气血相对较差；经常熬夜导致气血亏虚；节食减肥使营养摄入不足；久坐不动影响血液循环；用脑过度、情绪不佳消耗气血等，都可能让身体变虚。具体可分为以下几类：

气虚：像人体的燃料不足，导致动力不足，大致包括肾虚、脾虚、肺虚。主要表现为“懒”，懒得说话、动弹，还有疲乏、自汗、气喘等，常伴有脾湿症状和齿痕舌，大都怕冷、易感冒。

血虚：如同人体的营养液不足，造成身体枯燥、营养不良。表现为面色发黄或发白，口唇色淡，头晕目眩，双目干涩，指甲淡白，皮肤干，兼有气虚症状，白天心悸、胸闷、健忘，晚上失眠多梦。

阴虚：相当于水和津液不足，出现燥热。典型特征是“燥”，有午后潮热、五心烦热、口干等表现。

阳虚：好比阳光不足，令人感到寒冷。是气虚的进一步发展，身体抵抗风寒能力变差，典型特征为怕冷，一般表现在脾肾上，会有腰膝冷痛等症状。

总体而言，虚证患者还可能出现面色淡白或萎黄、精神萎靡不振、疲乏无力、心悸气短、自汗、脉虚沉迟等症状。

（二）实指邪气过盛，实证便是由邪气过盛所表现的证候。实证虽是邪气过盛，但正气尚未衰，表现为正邪相争剧烈的证候。常见于外邪侵入或脏腑功能失调，导致痰饮、水湿、瘀血等病理产物在体内积聚。患者可能出现发热、腹胀痛拒按、胸闷、烦躁、大便秘结、小便不利、淋沥涩痛、舌苔厚腻、脉实有力等症状。

辨别虚实是中医治疗采用扶正（补虚）或攻邪（泻实）的依据，即“虚者补之，实者泻之”。

第十一条 寒热是中医学中用来描述疾病性质和指导治疗的重要理论之一。它不仅涉及到疾病的表征，还包括了病因、病机、病证属性等多个层面。在中医理论中，寒热是用来概括机体阴阳盛衰的两类证候。具体来说，寒证通常是指机体阳气不足或感受寒邪所表现出的一系列证候，如畏寒、形寒肢冷、口不渴或喜热饮

等；而热证则是指机体阳气偏盛或感受热邪所表现出的证候，如发热、不恶寒、烦躁不安、口渴喜冷饮等。

（一）寒证和热证还可以进一步分为实寒、虚寒、实热和虚热。实寒和实热是由外感或内伤引起的，而虚寒和虚热则多由体质虚弱所致。

（二）寒热与阴阳的关系：在中医理论中，寒与阴相对应，热与阳相对应。阴阳失衡是导致寒热证候的根本原因。寒属阴，热属阳，因此，寒证往往与阳气不足有关，而热证则与阳气过盛有关。

（三）寒热的病机与病因：寒邪具有凝滞、收引的特性，容易导致气血运行不畅，引起疼痛和关节屈伸不利等症状。而热邪则容易耗伤津液，导致出血、神昏等症状。寒邪和热邪都可以成为疾病的病因，它们可以通过不同的途径影响人体的阴阳平衡。

（四）寒热的辨证方法：中医通过望、闻、问、切四诊合参的方法来辨识寒热。例如，通过观察患者的面色、舌苔，听取患者的语音、呼吸声，询问患者的症状和病史，以及通过脉诊和触诊来确定寒热的性质。

（五）寒热的治疗原则：治疗寒证通常采用温热药物，如附子理中汤等，以温中祛寒；治疗热证则采用寒凉药物，如清肝泻火等，以清热解毒。这种治疗方法体现了“寒者热之，热者寒之”的原则。

（六）寒热在日常生活中的应用：中医的寒热概念也指导着人们的日常生活。例如，在饮食上，温性食物和药物有助于促进气血循环，增强体质；而寒性食物和药物则有收敛固涩、滋阴降火的功效。人们应该根据自身的体质和季节变化来调整饮食结构，避免长时间进食过于温热或寒凉的食物，以保持身体的阴阳平衡。

第十二条 中医学中的表里，是表证和里证的简称，是辨别病位外内、浅深的一对纲领。

（一）表证是风、寒、暑、湿、燥、火等外界自然因素、流感、虫毒等外在邪气，经皮毛、口鼻侵入人体，人体自我抵抗能力抗击外邪所表现出的轻浅证候，表证主要见于外感疾病的初期阶段。临床上表证一般具有起病急、病情较轻、病程较短、有感受外邪的因素可查等特点。以怕冷、怕风、发热、头身疼痛等为主要表现，部分患者会出现鼻塞、流涕、打喷嚏、咽喉痒痛、微咳等症状。由于表证病位浅而病情较轻，一般都能较快治愈。

（二）里证是泛指病变部位在身体内部，由脏腑、气血、骨髓等受致病因素影响所反映出来的证候。里证与表证相对，其概念非常笼统、范围非常广，一般认为除表证外，都可以属于里证范畴。里证多见于外感病的中、后期阶段或内伤疾病。不同的里证，表现各不相同，一般很难说哪几个症状就是里证的代表症状，总体来讲里证以脏腑症状为主要表现，病情一般较重，病程较长。

（三）表里辨证主要适用于外感病的临床诊断，其意义在于察知病情的轻重、深浅以及病理变化的趋势。表证病浅而轻，里证病深而重，表邪入里为病进，里邪出表为病退。了解表里之证，有助于患者了解自己疾病的轻重进退，掌握疾病的演变规律。

第十三条 中医伤寒是指感受寒邪所致的一系列外感病证，以恶寒、发热、无汗、头痛、肢体酸痛等为主要临床表现。当外感风寒之邪侵袭人体时，机体正气与病邪抗争，此时卫气被郁遏，不能正常宣发，故而出现恶寒、发热等症状。

（一）广义伤寒是泛指感受六淫之邪所引起的急性热病，即一切外感热性病的总称。如《素问·热论》记载“今夫热病者，皆伤寒之类也”，《难经·五十八难》提到“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病，其所苦各不同”，这里的“伤寒”均指广义伤寒。

（二）狭义伤寒是针对于中风和瘟病等作为鉴别诊断而出现的，主要是指感受寒邪所致的一系列外感病证，以外感风寒之邪侵袭人体，机体正气与病邪抗争，卫气被郁遏，不能正常宣发为主要病理机制，以恶寒、发热、无汗、头痛、肢体酸痛等为主要临床表现。

第十四条 中医学中的“三因制宜”理论是一种重要的治疗和护理原则，它强调根据疾病的性质、病因和患者的体质差异来制定相应的治疗和护理方案。

这一理论认为，疾病的发生、发展与转归受多种因素影响，包括时令气候、地理环境、体质强弱、年龄大小等。因此，在治疗和护理过程中，需要依据疾病与这些因素之间的关系，制定出适宜的方法，以达到预期的效果。

（一）因时制宜：指的是根据不同的季节和气候特点来调整治疗和护理方案。例如，春夏季节阳气升发，人体腠理疏松，用药不宜过用辛温；秋冬季节阴盛阳衰，人体腠理致密，解表药应温热服，并予热粥、热饮以助药力。

（二）因地制宜：指的是根据不同地区的地理环境和生活习惯来调整治疗和护理方案。例如，西北地区地势高而寒冷，护理时应注意保暖，防止冻伤；南方夏季时间较长，天气炎热，小儿易患暑热证，护理时应注意室内通风，保持凉爽。

（三）因人制宜：指的是根据患者的年龄、性别、体质、生活习惯等个体差异来制定治疗和护理方案。例如，小儿生机旺盛但气血未充，脏腑娇嫩，患病易寒易热，用药剂量轻小，不宜用峻泻、涌吐以及大温大补的药物；老人生机减退，气血亏虚，患病多虚证，用药剂量也比青壮年较轻，补益药较多用，祛邪峻猛药也须慎用。

第十五条 中医理论体系中，合病与并病是两个重要的概念，它们用于描述疾病在人体中的不同状态和相互关系。

（一）合病指的是两种或两种以上的疾病同时发生在一个人身上，无先后次序，症状表现同时存在，没有明显的主次之分。例如，太阳病与少阳病同时存在，称为太阳少阳合病。合病可以是全身性的，也可以是局部性的，可以是器质性的，也可以是功能性的。合病的发生与多种因素有关，如年龄、性别、遗传、环境、生活方式等。

（二）并病是指一个疾病的发展过程中，一经未罢又传他经，有先后次序，这些疾病的发生与原始疾病有一定的联系。例如，太阳病不解，又出现了阳明病，称为太阳阳明并病。并病是指两种或两种以上的疾病同时存在，但它们之间没有直接的因果关系，而是各自独立发展的情况。并病的治疗需要针对每种疾病分别进行治疗，而不是将它们视为一个整体进行治疗。

（三）合病与并病的主要区别在于它们之间的因果关系和相互影响程度。合病之间存在因果关系，病情相互影响，需要整体治疗；而并病之间没有直接的因果关系，需要分别治疗。合病与并病的联系在于它们都涉及到多种疾病的存在和相互影响，需要综合考虑患者的整体情况，采取综合治疗措施。

在治疗上，合病和并病都需要根据患者就诊时的刻下症而立法选方。当患者病情表现为表里同病时，治疗又应依据病情而定，或先表后里、或表里同治、或先里后表。

第十六条 变证通常指的是疾病在发展过程中，由于误治、体质差异、病邪变化等因素，导致原有证候发生根本性转变，出现新的病理状态。变证的病情变化不

按一般规律发展，可以出现多种复杂情况，既可能是单纯出现一种新的证候，也可能是原证候未解又增加了一种或以上的新证候。

第十七条 脉诊是中医诊断疾病的重要方法之一，属于“四诊”（望、闻、问、切）中的“切诊”。其核心是通过触按患者特定部位的脉搏（如桡动脉），观察脉象的形态、节律、力度等变化，以判断疾病的寒热虚实、病位深浅及气血盛衰。

首分表里 ：浮病在表，沉病在里。

二辨寒热：寒为紧、为迟（一息不足四至，实热结聚也可能出现迟脉）；热为数（一息超过五至）、洪。缓脉（一息四至且柔和）主湿证或脾胃虚弱。

三定虚实：虚证，脉象无力，如细、弱脉；实证，脉象有力，如洪、紧脉

四察脉形：洪脉，邪热炽盛；滑脉，痰浊、湿热或孕妇（孕脉）；涩脉，气滞血瘀；紧脉，寒、疼痛或食积；长脉，正气不衰，气血畅达；短脉，气虚或气滞血瘀；溢脉，阳气将散；覆脉，阴气将脱。

第十八条 中医八法包括汗法、吐法、下法、和法、温法、清法、消法和补法，是中医在辨证论治原则指导下的八种基本治疗大法的总称。

（一）汗法：汗法是通过身体的排汗而把外感六淫之邪排出体外，除此之外，还可以治疗麻疹初起、疹点隐隐不透、疮疡初起、水肿等病症。汗法经常和一些别的方法一起使用，因为汗法有辛温和辛凉的区分，而疾病和病人的体质也有所不同。

（二）吐法：吐法是通过患者的呕吐使积聚在胃脘、胸膈、咽喉等部位的毒物和痰等物质得以排出。一般采用给病人服用催吐药或者使用刺激让病人呕吐。吐法并不是一种使用特别广泛的方法，因为它毕竟对胃有一定的损伤，所以用时要慎重。

（三）下法：下法是通过大便或小便的排出而治疗疾病的一种方法，它所采用的药物主要有润下、泻下、攻逐的作用，使积聚于肠内的宿食、瘀结、瘀血、实热和水饮等得以排出。人们一般把下法和消法配合使用，因为二者所运用的原理比较相似，配合使用又能起到比较好的效果。

（四）和法：和法是一种使用比较广泛的治疗方法，通过运用和解或调和的方法，来达到治疗疾病的目的。和解主要是治疗一些处于半表半里的疾病，而调

和是指调节人体的生理功能和机能，所以能够治疗的疾病种类比较多，比如肝脾不和、气血阴阳不和、肠胃不和、营卫不和等。

（五）温法：温法是治疗里寒证的一种方法，主要作用是祛寒邪，使阳气恢复。

（六）清法：清法根据里热证不同的种类而产生很多治疗方法，比如清气分热、清营凉血、气血两清、清热解毒等，这些方法在治疗温热病时的效果最佳。清法经常和生津、益气的药物配用，因为里热病容易伤津耗液、伤气；清法还经常和滋阴等方法并用，这样才能起到更好的效果。

（七）消法：消法主要是治疗体内气、血、食、水、疾、虫等聚集而成的瘀结，并通过提高人体的消化能力来治疗这些病症。

（八）补法：补法是对身体进行补养的治疗方法，一般是补充体内气血阴阳、脏腑的虚损。补法以补虚为主，还能起到扶正祛邪的作用。经常采用的补法为补气、补血、补阳、补阴、气血双补和阴阳双补等。

《伤寒论》第 90 条：“本发汗，而复下之，此为逆也；若先发汗，治不为逆。本先下之，而反汗之，为逆；若先下之，治不为逆。”

病情的本质是表证为主，或表证急重，应当首先使用汗法解表，反而使用了攻下法治疗，这是错误的治疗。如果遵循“本应发汗”的原则，先以汗法解除表证，那么治疗就不算错误。

病情的本质是里证为主，或里证急重，应当首先使用下法攻里，反而先用了汗法解表，这也是错误的。如果遵循“本应先下”的原则，先以下法攻逐里实，那么治疗就不算错误。

本条是《伤寒论》中关于表证与里证同时存在（表里同病）时，如何确定治疗先后顺序的核心法则。它通过正误对比，确立了“急者先治”“标本有序”的治疗原则，是临床避免误治的关键，其精髓在于临证时必须精密权衡表里之缓急，果断抓住主要矛盾，汗下之序，决不可紊。

第十九条 中医五行相生相克治则是基于“虚则补其母，实则泻其子”“抑强扶弱”等理论确立，用于调整脏腑功能失衡。

（一）五行相生类治则（核心为“补母以生子”）

1. 补木生火

通过补肝脏（木）来滋养心脏（火），适用于肝（木）虚导致心（火）失所养的“木不生火”证（如心悸、头晕、乏力）。对应方剂：逍遥散（疏肝健脾、养血，间接补肝以助心；若肝血亏虚明显，可合用当归补血汤）。

2. 益火补土

“火”指肾阳（命门火），“土”指脾阳，通过温补肾阳来温煦脾阳，适用于肾阳不足导致脾阳虚弱的“火不生土”证（如畏寒、便溏、水肿）。对应方剂：四神丸（温肾暖脾、固肠止泻，针对脾肾阳虚泄泻）；或附子理中丸（温阳健脾，兼顾肾阳不足）。

3. 培土生金

通过补脾胃（土）来滋养肺脏（金），适用于脾（土）虚导致肺（金）气不足的“土不生金”证（如久咳、气短、食少）。对应方剂：六君子汤（益气健脾、燥湿化痰，健脾以助肺止咳）；或参苓白术散（健脾益气、渗湿止泻，兼顾补肺）。

4. 金水相生

通过补肺（金）或补肾（水），相互滋养（肺金能生肾水，肾水可养肺金），适用于肺肾阴虚证（如干咳少痰、腰膝酸软、潮热）。对应方剂：百合固金汤（滋养肺肾、止咳化痰，同时补肺金与肾水）。

5. 滋水涵木

通过滋补肾阴（水）来滋养肝阴（木），防止肝阳上亢，适用于肾阴不足导致肝阴亏虚、肝阳偏亢的“水不涵木”证（如头晕目眩、耳鸣、烦躁）。对应方剂：杞菊地黄丸（滋肾养肝明目，在六味地黄丸补肾阴基础上，加枸杞、菊花养肝）；或一贯煎（滋阴疏肝，侧重滋养肝肾阴）。

（二）五行相克类治则（核心为“抑强”或“扶弱”）

1. 抑木扶土

“木”指肝，“土”指脾，通过疏肝（抑肝之强）、健脾（扶脾之弱），治疗肝气郁结侵犯脾胃的“木旺乘土”证（如胁痛、腹胀、嗳气、腹泻）。对应方剂：柴胡疏肝散（疏肝理气、活血止痛，侧重抑木；若脾虚明显，可合用香砂六君子汤扶土）。

2. 培土制水

“土”指脾，“水”指肾（水湿），通过健脾益气（培土）来运化水湿（制

水），适用于脾虚不运导致水湿泛滥的“土虚水溢”证（如水肿、尿少、乏力）。对应方剂：实脾散（温阳健脾、行气利水，针对脾阳虚水湿内停）；或五苓散（利水渗湿、温阳化气，兼顾健脾制水）。

3. 壮水制火

“水”指肾阴，“火”指心火（或虚火），通过滋补肾阴（壮水）来制约心火（或虚火上炎），适用于肾阴不足、心火偏亢的“水不制火”证（如心烦、失眠、口舌生疮）。对应方剂：黄连阿胶汤（滋阴降火、除烦安神，滋肾阴、清心火）；或知柏地黄丸（滋阴降火，针对阴虚火旺）。

4. 泻火清金

“火”指心火（或肝火），“金”指肺，通过清泻心火/肝火（泻火）来清除肺中热邪（清金），适用于心火/肝火亢盛灼伤肺金的“火灼金”证（如咳嗽、痰黄、咽痛、心烦）。对应方剂：泻白散（清泻肺热、止咳平喘，若兼心火，可加黄连、莲子心；兼肝火，加龙胆草、栀子）。

5. 佐金平木

“金”指肺，“木”指肝，通过清肃肺气（佐金）来抑制肝气亢逆（平木），适用于肝火亢盛、反侮肺金的“木火刑金”证（如急躁易怒、咳嗽、咳血、胸胁痛）。对应方剂：黛蛤散（清肝泻肺、化痰止咳，青黛清肝，海蛤壳清肺，直接平木、佐金）；或合用泻白散增强清金之力。

（三）五行方位/属性命名

1. 泻南补北（对应“壮水制火”，但病机更聚焦）

“南”属火（对应心火），“北”属水（对应肾水）。通过清泻心火（泻南）、滋补肾水（补北），调整心肾不交、水火失济的失衡状态，核心是“泻心火之亢+补肾水之虚”。

与“壮水制火”的关联，二者均针对“水火失衡”，最终目的是通过补水制约火邪。区别在于，“壮水制火”更侧重“补北（肾水）”以制火（虚火为主），如肾阴不足导致的虚火上炎；“泻南补北”则是“泻南（心火）”与“补北（肾水）”并重，针对心火亢盛、同时肾水亏虚的实火兼虚证（如心烦失眠、口舌生疮伴腰膝酸软）。对应方剂：黄连阿胶汤（既用黄连、黄芩泻心火“泻南”，又用阿胶、芍药、鸡子黄滋肾水“补北”，是“泻南补北”的经典代表）。

2. 培中制水（与“培土制水”同义，命名角度不同）

“中”属土（对应脾胃），“水”指水湿。通过补益脾胃（培中）、运化水湿（制水），治疗脾虚不运导致的水湿内停，与“培土制水”完全同义，仅“中（脾胃居中央）”替代了“土”的表述。对应方剂：与“培土制水”一致，如实脾散（温阳健脾、行气利水）、参苓白术散（健脾渗湿）。

3. 抑东扶中（与“抑木扶土”同义，表述更直白）

“东”属木（对应肝脏，肝居东方），“中”属土（对应脾胃）。通过抑制肝气亢逆（抑东）、扶助脾胃运化（扶中），治疗“木旺乘土”或“土虚木乘”证，与“抑木扶土”核心一致，只是用“东（木）”“中（土）”替代了五行名称。对应方剂：与“抑木扶土”一致，如柴胡疏肝散（抑肝理气）、痛泻要方（补脾柔肝，针对脾虚肝旺的泄泻）。

综上，这些名称本质是五行属性（方位、元素）的不同表述，核心治则逻辑未变，其中“泻南补北”因同时包含“泻实”与“补虚”，需与侧重“补虚制火”的“壮水制火”明确区分，其余多为同义替代。

第二章 太阳病

第一节　病机病名病位

第二十条　五运六气之太阳寒水

太阳寒水，这一概念来源于五运六气学说中六气，初之气厥阴风木、二之气少阴君火、三之气太阴湿土、四之气少阳相火、五之气阳明燥金、终之气太阳寒水。

（一）太阳寒水是指地面上的阳热，在秋季时经过清气的收敛，全部降入地下水中。由于土下阳气渐多，因此被称为太阳。当阳热降入水中后，水会将其封藏而不泄。此时，大气压力降低，地下水之外处处寒气充塞，因此被称为寒水。

（二）在五运六气中，太阳是司天之气的一种称呼，寒水是代表一种五行属性和气候特征，即寒冷、湿润的水气。太阳寒水可司天，也可在泉。司天之气主上半年的气候，在泉之气主下半年的气候。当太阳寒水司天时，上半年的气候相对寒冷，若太阳寒水在泉时，则下半年的气候偏寒。

（三）在中医理论中，太阳经是主水的，水是由天上的蒸汽合化而来，蒸汽化为雨水之后，上层的空气自然降温就变成寒了。因此，太阳经所主的经络是一个由寒到水的变化过程，故将太阳经的功用简称曰太阳寒水或作为该经的代名词。

（四）在人体中，太阳寒水与膀胱相对应。膀胱为州都之官，津液藏焉，气化则能出矣，故为太阳。膀胱之水，以寒水主令，足太阳膀胱水也，手太阳小肠火也，水火异气，而以寒水统之。

（五）太阳为三阳，主开，寒水却主收主藏，太阳配寒水，一开一藏，一出一入，示阴阳气化之理。太阳之上，寒气治之，中见少阴，太阳寒水，标本异气，从寒从热，且太阳主一身之大表，六淫伤人，先犯太阳，故太阳寒水在病理状态下变化多端。

（六）太阳与少阴相表里。从气化角度，太阳本寒标阳，少阴本热标阴，二者标本异气。太阳经在发病过程中，会受到少阴经的影响，反之亦然，它们相互关联，共同维持人体的生理平衡。太阳少阴从本从标，即化生于本或有标本之化。如天之寒邪，是太阳之本气，若病在太阳之标阳，得太阳阳热之气，可反化为热

病，此时应根据“治反其本，得标之方”，用凉药治疗；若病在太阳，未得标阳之热化，则需用四逆汤及诸附子汤等以救太阳之本寒。

（七）人体有三个调节轴，分别是太阳和少阴、阳明和太阴、少阳和厥阴。太阳和少阴轴的特点是调节人体的寒热。太阳为寒气所主，少阴为热气所主，一寒一热相互协调，共同维持人体的寒热平衡。阳明与太阴轴的特点是调节人体的燥湿（或润燥），阳明（胃经、大肠经）主导津液的生成与输布，太阴（脾经、肺经）负责水湿运化和代谢，这对轴通过平衡体内水液分布，防止过燥或湿邪停滞。少阳与厥阴轴的特点是调节人体气机升降，少阳（三焦经、胆经）主司气机疏泄和枢转功能，厥阴（肝经、心包经）则负责调节气血的潜藏与升发，通过协调气机的上升与下降，维持人体脏腑功能的动态平衡。

（八）太阳寒水是中医用于解释自然界气候变化以及对人体生理病理影响的一个重要概念，体现了中医整体观念和天人相应的思想。

人体水系统在肺为汗排出体外，在膀胱为小便排出体外。足太阳膀胱经主一身之表，手太阴肺经主皮毛为一身之表。风寒之邪从肺经的皮毛而人，邪中太阳膀胱经，所以主管水外出的器官都受邪。

伤寒：毛孔闭塞，汗水出不去，逆流入肌肉，肌肉里有血管，神经（属于营阴）。汗水降低血管中的温气，温气出不来故表现发热，恶寒。治疗，以麻黄汤把逆流的汗水排出去。

中风：毛孔打开，汗水不收，汗水从汗腺到腠理出毛孔，一直往外走，结果肌肉水分少了，津液亏了，营阴热了，表现头疼，发热，汗出，恶风。治疗，以桂枝汤，达营中之郁，补脾精，和营血，补津液补水。

感受风寒，毛孔闭塞，汗水逆流，从腠理，毛孔，进入肌肉，进入胃肠。进入肌肉后停留，则出现项背强几几，无汗，恶风。治疗，以葛根汤把水从肌肉中提出去。进入胃肠，必自下利，治疗以葛根汤把水从胃肠中提出去。进入胃肠，不但下利，而且呕吐，治疗以葛根汤加半夏，从胃肠提水，从胃肠中利水。水干了，白虎汤；水结冰了，四逆汤。

第二十一条　《黄帝内经》之太阳寒水

在《黄帝内经》中，“太阳寒水”是 运气学说（五运六气） 中“六气”之一，用以描述自然界气候、物候及人体生理病理关系的理论模型。其表述散见于

《素问》的《天元纪大论》《五运行大论》《六微旨大论》《至真要大论》等篇章。

（一）天文与时空定位：太阳，阳气最盛之经，但本气为“寒水”，体现“标阳本寒”特性）。对应冬季与北方，气候寒冷，水性凝闭，万物收藏。在六气循环中，属于 终之气（主气时段：小雪至大寒），亦为 司天/在泉之气（如辰戌之年太阳司天，太阴在泉）。寒为冬令主气，水为五行之本，故“太阳”与“寒水”结合，形成“阳经配寒性”的辩证关系，体现阴阳互根之理。

（二）在人体中的对应：对应足太阳膀胱经、手太阳小肠经，并与肾（水脏）相通（《素问·热论》：“巨阳者，诸阳之属也……为诸阳主气”）。膀胱为“州都之官”，藏津液，靠阳气（太阳经气）蒸化水液，故太阳寒水失调易致水液代谢障碍。

生理特点：太阳主一身之表，为“六经之藩篱”，寒水之气固护体表阳气，维持温煦与防御功能。《灵枢·营卫生会》：“太阳主外”，寒水之气调节汗孔开阖，抵御外邪。

病理表现：外感寒邪，寒水之气过盛（或人体太阳经虚）时，易感寒邪，出现 恶寒、发热、头项强痛、脉浮紧（太阳伤寒），或 出汗恶风（太阳中风）。《素问·热论》：“伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强。”

水液代谢失常：寒水内停可致水肿、小便不利、渴不欲饮（如《伤寒论》太阳病篇的“蓄水证”）。寒凝经脉则见 肢体冷痛、痹证。

（三）运气异常的影响：太阳司天之年（辰戌年）：寒湿流行，气温偏低，“寒政大举，泽无阳焰”（《至真要大论》）。太阳在泉之年寒气偏胜，易发关节拘急、腰臀疼痛等寒凝下焦之症。

（四）深层哲学意涵：太阳为“标”属阳，寒水为“本”属阴，体现阴阳对立统一。太阳为“开”，主气向外宣发，但需寒水之敛固，防止阳气过耗。太阳寒水与少阴君火互为司天在泉（如太阳司天则少阴在泉），形成“寒热制化”的平衡关系。

《黄帝内经》中的“太阳寒水”并非单一概念，而是 融合天文、气候、人体、病理的系统模型，强调自然与人体通过“寒水”之气相互感应，是中医整体观与运气学说的重要支柱。理解时需结合《内经》其他篇章及后世《伤寒论》的

六经辨证，方能全面把握其临床意义。

第二十二条　《伤寒论》之太阳寒水

《伤寒论》第 1 条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”

（一）脉浮。浮脉，就是触肤即应的脉，李时珍《濒湖脉学》：“泛泛在上，如水漂木。“邪气犯表，阳气应之出表抗邪，脉便随阳而外浮。由此可知，邪之所在，即为阳之所在；而阳之所在，即为病之所在。故脉之在何处，如脉在三阳，则病亦在三阳；如脉在三阴，则病亦在三阴。阳加于阴谓之脉，脉无阴水无以成，脉无阳火无以动。一个水一个火，一个阳一个阴，构成脉的关键要素。

（二）项为太阳之专位。

从经络循行角度看：足太阳膀胱经起于睛明，上额交巅，然后下项。这表明太阳经的循行路线经过项部，使得项部成为太阳经所覆盖的特定部位，所以从经络分布的角度，项为太阳之专位。

从病理表现角度看：太阳病的一个显著特点是头项强痛，且太阳的头痛往往连项而痛，这是太阳头痛区别于其他经头痛的重要特征。其他经的头痛一般不会连及于项，体现了项部与太阳经在病理表现上的特定关联，进一步说明项为太阳之专位。

从生理特性角度看：太阳主水，项如同江河的端口，高山雪水从这里流入江河，以这样的自然现象类比人体生理，突出了项部在太阳主水功能中的特殊地位。并且太阳之气与卫气相关，卫气有温暖肌肤、抗御外邪等作用，项部作为太阳之专位，也是卫气抵御外邪的重要部位之一，邪气侵犯太阳经时，项部容易出现不适，如项强等症状，这也佐证了项为太阳之专位。

（三）头项强痛。太阳的头痛往往连项而痛，不柔和、不舒缓为强。主要与寒气相关，物遇寒则强紧，遇温则舒缓。“诸痉项强，皆以属于湿”，项强除了与太阳相关还与太阴土湿相关。

（四）恶寒。表受邪，太阳开机受阻，阳气外出障碍，不敷机表，故有恶寒一证。又称之为表寒。有一分恶寒，便有一分表证，见恶寒即应考虑从表治之，从太阳治之。恶寒是一种主观感受，不代表客观存在。

《伤寒论》第 11 条：“病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。”

此条的核心是通过体表寒热感受与患者主观衣被需求的矛盾，辨别疾病本质的寒热真假。

1. 真寒假热证（热在皮肤，寒在骨髓）

患者体表摸起来有热感（身大热），但却反而想多穿衣服、盖被子（反欲得衣）。本质是体内（骨髓）阳气极度虚弱，寒邪内盛，体表出现虚浮的假热，属于“阴盛格阳”的危重证候，不可被表面热象误导而用寒凉药。

2. 真热假寒证（寒在皮肤，热在骨髓）

患者体表摸起来有凉感（身大寒），但却反而不想穿衣服、盖被子（反不欲近衣）。本质是体内（骨髓）热邪极度亢盛，阳气被郁闭在里无法达表，体表出现虚假的寒象，属于“阳盛格阴”的危重证候，不可被表面寒象误导而用温热药。

这条是中医“辨证论治”的经典依据，强调不能只看外在症状，必须结合患者主观感受，透过现象抓疾病本质。

第二十三条 太阳病分为太阳经证与太阳腑证两大类。

太阳经证是指外感病初起阶段，病邪侵袭太阳经表（足太阳膀胱经与手太阳小肠经），导致营卫失调、经气不利的病理状态，属于太阳病的表证阶段。

太阳腑证是指太阳经表证未解，或失治误治（如过汗、误下），邪气内传至太阳腑（膀胱），导致膀胱气化失常或瘀热互结的病理状态，属于太阳病的里证阶段。

太阳经证与腑证是太阳病不同阶段的病理表现。经证强调邪在表，以解表为要；腑证则反映邪入里，需通利或化瘀。

第二十四条 太阳经证分为中风、伤寒、温病三类。

（一）**《伤寒论》第 2 条：**“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”

太阳中风是指外感风邪侵袭太阳经表，导致营卫不和、腠理疏松的表虚证。风为阳邪，其性开泄，导致腠理疏松，卫外不固。卫气浮盛于外（“卫强”），与风邪相争而发热。腠理不固，营阴不能内守，故汗出。

卫气与风邪相争于表，正邪交争而发热（热度通常较太阳伤寒轻）；风性开泄，腠理疏松，营阴外泄而汗出；卫外不固，对风寒敏感，遇风则症状加重而恶风（寒）（需与太阳伤寒的“恶寒、无汗”相鉴别）；脉浮缓，浮主表证，缓因

汗出营阴耗伤，脉道松弛（与太阳伤寒的“脉浮紧”形成对比）；头项强痛，太阳经气不利，风邪客于头项（可伴鼻鸣、干呕等兼症）。

张仲景以“中风”命名此证，旨在强调风邪致病特点，与内伤杂病的中风（卒中）无涉。

（二）**《伤寒论》第 3 条：**“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。”

太阳伤寒是指外感寒邪侵袭太阳经表，导致卫阳被遏、腠理闭塞的表实证。寒为阴邪，其性收引，闭阻腠理，卫阳被遏。寒邪外束，卫阳不得宣发，正邪交争而发热。腠理闭塞，营阴运行受阻，故无汗、身痛。

寒邪外束，卫阳被遏，肌肤失温（恶寒重，得温不减）；正邪交争，卫阳郁而化热（发热可迟于恶寒出现，但必伴随）；腠理闭塞，津液不得外泄（与太阳中风的“汗出”形成鲜明对比）；寒性凝滞，太阳经气不利，气血运行受阻（疼痛剧烈，如头项强痛、骨节酸痛）；脉浮紧 浮主表证，紧为寒邪收引之象（与太阳中风的“脉浮缓”对比）；寒邪内迫胃气，胃失和降，故呕逆（非必然症状，见于部分患者）。

（三） **《伤寒论》第 6 条：**“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲；若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘛瘲；若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期。”

《伤寒论》中“温病”的定义以 “发热而渴，不恶寒” 为核心特征，本质为外感温热之邪初犯肺卫的表热证，与伤寒的“恶寒、无汗”形成鲜明对比。

温病因热邪伤津，若误用麻黄、桂枝等辛温药发汗，可转为“风温”，会进一步耗伤阴液，出现高热、自汗、神昏等热邪内陷之证，导致“身灼热、语言难出”等变证。

《伤寒论》第 176 条：“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”

《伤寒论》第 303 条：“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。“

张仲景虽未直接给出完整方剂，但隐含“清热保津”思路。白虎汤，可用于温病气分热盛证（后世发展）；黄连阿胶汤，可用于温病后期阴虚火旺的参考方。

张仲景虽未系统展开温病治法，但其对误治变证的警示（如禁用辛温发汗）及隐含的清热保津思想，为后世温病学派奠定理论基础。温病与伤寒的差异，体现了中医对外感病“辨因、辨性、辨位”的动态思维，二者共同构成外感热病的完整诊疗体系。

第二十五条 太阳腑证分为蓄水证与蓄血证两类。

（一）太阳蓄水证。病机：邪传膀胱，气化不利，水饮内停。主症：小便不利、口渴、微热、脉浮或浮数。治法：温阳化气，利水渗湿。方剂：五苓散。

《伤寒论》第 71 条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。“

（二）太阳蓄血证。病机：邪热内陷，瘀热互结下焦。主症：少腹急结或硬满、如狂发狂、小便自利、脉沉涩。治法：活血化瘀，泻热逐瘀。方剂：桃核承气汤/抵当汤。

《伤寒论》第 106 条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。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。”

《伤寒论》第 124 条：“太阳病六七日，表证仍在，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。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”

（三）辨证关键：小便情况-蓄水证小便不利，蓄血证小便自利；腹部体征-蓄血证见少腹硬满，经证无此表现。

第二十六条 太阳中风 “正虚邪乘”,太阳伤寒“邪实正不虚”。

第二十七条 太阳病的病位，传统上以太阳膀胱经、太阳膀胱腑为核心，太阳经属于表证，太阳腑属于里证，但不涉及手太阳小肠经；现实考量，肺的功能与太阳病存在不可分割的关联，肺为皮毛之凹陷，肺主皮毛为表，故病位涉及肺脏，太阳病治疗需兼顾肺的宣降。

第二节　传经

第二十八条　太阳病传经是指外感疾病从太阳经表证向其他五经（阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴）发展的病理过程。太阳病传经是外感疾病动态演变的核心环节，传经与否取决于正邪交争的态势、患者体质及治疗是否得当。

（一）传经形式（成无己《注解伤寒论》）

循经传：按六经顺序传变（太阳→阳明→少阳→太阴→少阴→厥阴）。

越经传：跳过某经直接传变（如太阳直传少阴）。

表里传：传至互为表里的经（如太阳传少阴，太阳与少阴为表里）。

直中：是指外感病邪不从阳经传入，而直接侵袭阴经发病。多因正气先虚，寒邪直中，损伤阳气，表现为三阴经的虚寒证候。例如寒邪直中太阴，可出现腹满而吐、食不下、自利、口不渴、时腹自痛等里虚寒证表现；直中少阴，会有无热恶寒、但欲寐、四肢厥冷、脉微细等少阴阳虚寒化证的症状；直中厥阴则可出现消渴、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食、食则吐蛔等表现。

（二）影响传经的关键因素

正气强弱：正气足则邪气外解，不传经；正气虚则邪气内陷，易传三阴。

治疗是否得当：误汗、误下、误吐均可加速传经；太阳病早期正确使用桂枝汤、麻黄汤可截断病程。

体质差异：阳虚体质易传少阴（寒化）；阴虚体质易传阳明（热化）。

（三）预防传经的核心原则

早期截断：太阳病初起及时解表，避免邪气深入。

顾护正气：发汗勿过，防止津液耗伤（如桂枝汤啜粥温覆）。

动态辨证：观察脉证变化，及时调整治法（如太阳病见少阳证，改用柴胡桂枝汤）。

（四）太阳病传经的具体表现与治法

1. 太阳传阳明

病机：表邪入里化热，津液耗伤。

症状：阳明经证-大热、大汗、大渴、脉洪大（白虎汤证）；阳明腑证-潮热、谵语、腹满痛、便秘（承气汤证）。

治法：清热生津（白虎汤）或通腑泻热（承气汤）。

2. 太阳传少阳

病机：邪犯半表半里，枢机不利。

症状：寒热往来、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕、脉弦。

治法：和解少阳（小柴胡汤）。

3. 太阳传太阴

病机：脾阳受损，寒湿内盛。

症状：腹满而吐、食不下、自利不渴、时腹自痛、脉沉缓。

治法：温中散寒（理中汤）。

4. 太阳传少阴

病机：少阴寒化证-心肾阳虚，阴寒内盛（四逆汤证）；少阴热化证-阴虚火旺，心肾不交（黄连阿胶汤证）。

症状：寒化-脉微细、但欲寐、四肢厥逆；热化-心烦不得眠、舌红少苔、脉细数。

治法：回阳救逆（四逆汤）或滋阴降火（黄连阿胶汤）。

5. 太阳传厥阴

病机：阴阳气不相顺接，寒热错杂。

症状：消渴、气上撞心、心中疼热、饥不欲食、下利（乌梅丸证）。

治法：寒热并调（乌梅丸）。

第二十九条 传经时间

《伤寒论》第 4 条：“伤寒一日，太阳受之，脉若静者为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。”

此条论述外感病（伤寒）初期，邪气是否传变的辨证要点，体现了张仲景“辨病传与不传”的动态诊疗思想。

“伤寒一日，太阳受之”：“伤寒”泛指外感寒邪，“一日”指发病初期，外邪首先侵犯太阳经。太阳主表，统摄营卫，为六经之藩篱，故病初多见恶寒、发热、头项强痛、脉浮等太阳表证。

“脉若静者，为不传”：“脉静”指脉象与太阳证相应（如浮缓或浮紧），且未现他经病脉。此说明正气尚足，邪气未深入，病情仍在太阳经，暂无传变趋势。

“颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也”：“颇欲吐”，提示邪气可能内犯少

阳（少阳病见喜呕）或阳明（胃气上逆）；“躁烦”，标志阳热亢盛，可能向阳明（里热扰神）或少阴（虚阳躁动）发展；“脉数急”，脉率增快、紧张，表示邪正相争加剧，病势进展。三者并见，说明邪气亢盛、正气抗邪激烈，病势已超越太阳经，向里传变。

张仲景提出“传”与“不传”的核心在于邪正盛衰与机体反应。“传”指病位、病性的演变，可循六经（如太阳→阳明→少阳）或直中他经。

辨证关键：脉证合参，以脉象（静与数急）结合症状（吐、躁烦）判断趋势，而非拘泥于病程日数；见微知著：“欲吐”“躁烦”为传变先兆，体现“治未病”思想，提示医者应提前干预。

《伤寒论》第 5 条：“伤寒二三日，阳明少阳证不见者，为不传也。”

此条是张仲景对伤寒病传变规律的早期判断方法，强调了辨证的动态观察

“伤寒二三日”:指外感寒邪发病初期，疾病可能仍停留在太阳表证阶段，也可能向里传变。“二三日”为约数，提示病情在数日内可能发生变化，需密切观察。

“阳明、少阳证不见者”:阳明证典型表现，如发热加重、口渴、大汗、脉洪大（经证），或腹胀痛、便秘、谵语（腑证）；少阳证典型表现，如口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满。若未出现这些里证或半表半里证，说明病邪尚未深入。

“为不传也”：疾病仍局限于太阳经表证，未发生传经，提示病情较轻，可继续以解表法治疗（如桂枝汤、麻黄汤类方）。

张仲景首创“六经传变”理论，疾病可能循“太阳→阳明→少阳→太阴→少阴→厥阴”的次序发展，也可能因正邪盛衰、治疗得当而停留在某一阶段。

本条强调动态辨证，即使病程历时数日，若未见他经证候，仍可断为未传变，避免过早使用攻里或和解法。

“有是证，用是方”，提示医生需每日详查脉证，亦不机械按日程推断病情，及时调整治则。

《伤寒论》第 7 条：病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。发于阳者，七日愈，发于阴者，六日愈，以阳数七，阴数六故也。

此条是《伤寒论》全书极为重要的辨证总纲，为三阴三阳病的分类与预后判

断奠定了基本原则。

“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”：发于阳，是指疾病发生于太阳、阳明、少阳三阳经，其本质是人体正气（阳气）尚充实，有能力与邪气交争，故在恶寒的同时必伴有发热。这是“阳证”的典型特征；发于阴，是指疾病发生于太阴、少阴、厥阴三阴经，其本质是人体正气（阳气）已虚衰，无力与邪气激烈抗争，故表现为只恶寒（甚或厥冷）而不发热，或初起有短暂虚热后即转为虚寒。这是“阴证”的典型特征。此为外感病乃至一切疾病提供了最简明的阴阳辨证纲领。首辨阴阳，提纲挈领，是张仲景“执简驭繁”思想的最高体现。

“发于阳，七日愈；发于阴，六日愈。以阳数七、阴数六故也”：
此部分涉及愈期预测，其理论依据是古代的“象数”观念（河图洛书理论：天一生水，地六成之；地二生火，天七成之）。水为阴，其数为六；火为阳，其数为七。故阳证愈期为“七”，阴证愈期为“六”。

从临床实际看，从个体体质差异看，不必拘泥于具体的“六日”、“七日”，其核心精神在于指出：阳证病在表、在腑，正气不衰，故病程相对较长但易愈；阴证病在里、在脏，正气已虚，故病程转归或慢或急，变化较多。“六、七”可理解为一种相对的时间周期概念。

在临床遇到任何疾病（尤其是外感病）时，首要问题不是确定方药，而是判断其基本性质属阳还是属阴。这是诊断的第一步，方向正确，后续的六经、脏腑、卫气营血辨证才能准确。

“发热”是阳气尚能与邪抗争的标志，是判断“发于阳”的直接依据。反之，单纯的、持续的“恶寒”是阳气衰微、阴寒内盛的标志，是判断“发于阴”的关键。这种以“全身性寒热反应”为标准的分类法，简单、客观、可操作性强，揭示了“寒热”在辨证中的关键地位。

本条虽短，却是进入《伤寒论》六经体系大门的总钥匙。它用“发热恶寒”与“无热恶寒”这一对最显著的症候，将纷繁复杂的疾病首先划分为阳证与阴证两大阵营。这不仅是分类学，更是治疗学的总则：阳证以祛邪为主，阴证以扶正为先。理解了这一条，就抓住了张仲景辨证论治思想的灵魂——先别阴阳，以定治则。后世“万病不离阴阳”之说，在此得到了最精炼、最直接的体现。

《伤寒论》第 8 条：“病有发太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。”

太阳病：指外感病初期，以脉浮、头项强痛、恶寒为提纲的证候。此处以“头痛”一症为代表。

七日以上自愈：此为古人观察的经验周期。外感病在正气不衰、未发生变证或误治的情况下，经过约七日（一个自然病程），邪气渐衰，正气得复，有自行痊愈的可能。

行其经尽：疾病在经历了 “七日以上”的进程后，可能出现两种结局，一是自愈，二是欲传。在“七日”这个周期内，疾病可能已经历了一个潜在的、隐性的“六经”循环试探，正如第 4、5 条所言，因始终没有出现“阳明、少阳证”等固定下来的里证，意味着邪气未能成功侵入他经，最终在太阳层面“经尽”而自愈。这解释了为什么有些病能“七日自愈”——因为它根本就没传出去，只是走了一个“虚”的周期。若“七日”周期已过，病不愈，反出现欲传的迹象（“欲作再经”），则意味着邪气力量强，即将真正传入下一经（“再经”，多指阳明）。此时需“针足阳明”，在下一经的门户处提前设防，这正是“治未病”（防止从太阳传阳明）的最高体现。

“若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈”：指病情出现了不向愈，反而可能向里传变的迹象（如发热不退、口渴、脉证转盛等），邪气有离开太阳，传入下一经（阳明经）的趋势。足阳明，指足阳明胃经，常取穴位为足三里。足三里是强壮要穴，可扶正以抗邪外出。针刺此穴，意在振奋阳明经气，鼓舞人体正气，使机体抗邪能力增强。通过振奋阳明正气，在太阳、阳明两经交界处建立起“防御工事”，从而阻止邪气从太阳传入阳明，使疾病仍在太阳层面被解决，故可痊愈。此为“截断疗法” 或 “治未病” 思想的典型体现。这不仅是治疗法则，更是一种积极、前瞻的临床思维模式。

《伤寒论》第 10 条：“风家，表解而不了了者，十二日愈。”

“风家”，是指患太阳中风证的病人；“表解”，是指表证已经解除，如恶寒、发热、头痛等症状消失；“不了了”意思是身体还不爽快，病好得不完全；“十二日愈”，是指太阳中风证患者，在表证解除后，若仍有不适之感，这可能是余邪尚未全清，也可能是正气尚未完全恢复。此时不必再用攻邪之药，只需让病人将

息调养，大约十二天左右即可自愈。

如第 8 条所述，太阳病自愈周期为七天，七日表解后，复过一候（五日为一候，三候为一节），而五脏元气始充。六经皆自七日解，而十二日愈。若误治，则不在此例。

中医有八纲辨证，有六经辩证。八纲就是阴阳表里虚实寒热，就是要判断是阴证还是阳证，是实还是虚，是寒还是热，是表还是里。六经就是要判断病邪到底是在太阳，还是在阳明少阳，还是在太阴少阴厥阴哪一层。外邪进入人体有一个路径，这个路径的顺序、次第就称之为六经。外邪进入人体最先受邪的是太阳，人的身体是很智能的，会将全身的能量、全身的正气，调到太阳层抵御病邪，如果这个层面守住了病就好了，外邪就被赶出去了。如果太阳没有守住，病邪就会向内到深的地方，有可能是进入阳明，也有可能是进入少阳；可以根据症状来判断，如果全身都很热，只有热证没有寒证，大便也很干燥拉不出来，说明进入了阳明；如果一会冷一会热，又不想吃饭，胸胁部位又不舒服，说明进入了少阳，少阳为半表半里；如果少阳还没有守住，继续往里入阴，就进入太阴脾土，脾胃受邪，气化不力，就会湿气很重，身体沉重；继续失守，病邪就到了少阴肾水，全身会很冷没有什么热了；最后是厥阴，就是最深的地方，到了厥阴反而会有一点点热，因为阴极生阳，厥阴症状很复杂，会寒热错结。

中医不是说去看每一个病毒长的什么样，不是要把病毒给消灭掉，如果病毒进入我们身体，我们把它请出去就好了；西方医学则是要把这个病毒杀死，但病毒是杀不完的，杀死病毒的同时也会损伤我们的身体。这就是两种不同的思维方式，也是两种截然不同的治疗方式。

第三十条　体质阳盛或误用温燥药（如过汗），邪气化热入里，传为阳明。

《伤寒论》第 181 条：“问曰：何缘得阳明病？答曰：太阳病，若发汗，若下，若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明。不更衣，内实，大便难者，此名阳明也。”（太阳传阳明）

《伤寒论》第 185 条：“本太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。伤寒发热无汗，呕不能食，而反汗出濈濈然者，是转属阳明也。”（太阳传阳明）

第三十一条　正气不足或太阳病误下，邪入半表半里，枢机不利，传少阳。

《伤寒论》第 96 条：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”（太阳传少阳）

《伤寒论》第 266 条：“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。”（太阳传少阳）

第三十二条 素体脾虚或太阳病误下，脾阳受损，寒湿内停，传太阴。

《伤寒论》第 273 条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。”（太阳传太阴）

第三十三条 体质阳虚或太阳病过汗亡阳，心肾阳虚或阴虚，正气衰微，传少阴。

《伤寒论》第 281 条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”（太阳传少阴）

《伤寒论》第 282 条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也，虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。”（太阳传少阴）

第三十四条 病程迁延或误治致阴阳逆乱，寒热错杂，阴阳气不相顺接，传厥阴。

《伤寒论》第 326 条：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止。”（太阳传厥阴）

《伤寒论》第 337 条：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也。”（太阳传厥阴）

第三十五条 太阳蓄水证和太阳蓄血证均为太阳病的变证，其“传变”是太阳经内部的表里传（由经传腑），并不是跨经传变。

《伤寒论》第 71 条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。”（蓄水）

《伤寒论》第 106 条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。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。”（蓄血）

第三节　太阳中风证

第三十六条　太阳中风是指外感风邪侵袭太阳经表，导致营卫不和、腠理疏松的表虚证。风为阳邪，其性开泄，导致腠理疏松，卫外不固，代表方剂为桂枝汤证。桂枝汤证为太阳中风外感风寒表虚证，本质是“表虚不固，营卫失和”，凡符合“汗出、恶风、脉浮缓”核心病机者，无论内伤外感皆可化裁使用。

《伤寒论》第 2 条：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。”

《伤寒论》第 12 条：“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者热自发，阴弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”

《伤寒论》第 53 条：“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者外不谐，以卫气不共荣气谐和故尔，以荣行脉中，卫行脉外，复发其汗，荣卫和则愈。”

在《伤寒论》及中医经典中，“营气”与“荣气”实为同一概念的不同书写形式，均指代人体内具有营养作用的精气，行于脉中，化生血液，滋养全身。二者的差异主要源于古汉语用字习惯及文献传抄讹误，非实质性的理论区分。

第三十七条　核心病机：营卫不和

卫气不固：风寒袭表，卫外功能失职，不能固护肌表，故恶风、恶寒。

营阴外泄：卫气失守，腠理开泄，营阴不能内守而汗出。

正邪交争：卫气抗邪，正邪相争于体表，故发热（热势不高，多伴汗出）。

动态特征：区别于麻黄汤证的“卫闭营郁”（无汗、脉浮紧），桂枝汤证属“卫强营弱”（有汗、脉浮缓）。

第三十八条　典型症状

汗出：营阴外泄，腠理开疏，区别于麻黄汤的无汗。

恶风/恶寒：卫气不固，温煦失职，恶风更甚，遇风加重。

发热：正邪相争于表，热势不高，多伴汗出。

头颈强痛：风寒客于太阳经输，但无项背僵硬。

鼻鸣干呕：肺气不利，胃气上逆，此非必见但提示病位在表。

脉浮缓/弱：浮主表证，缓主营卫失和，区别麻黄汤的脉浮紧。

第三十九条　桂枝汤功效

解肌发表：能够疏散肌表的风寒之邪，对于外感风寒表虚证，可缓解发热、头痛、恶风、汗出等症状。

调和营卫：营卫失和是导致多种疾病的重要因素，桂枝汤可使营卫功能恢复正常，达到治疗和预防疾病的目的。比如对于一些因营卫不和导致的自汗、容易感冒等情况有较好的调理作用。

温经止痛：桂枝汤中的桂枝能够入心、肺、膀胱经，与汤中的生姜的性热相结合，共同起到温经散寒止痛的功效，能治疗胃寒腹痛、血寒凝滞导致的月经不调、闭经、痛经等症状。

温中健胃：桂枝汤中的生姜和甘草等成分具有温中健胃的功效，在治疗脾胃虚弱、食欲不振、腹胀便溏等症状时具有良好的效果。

增强抵抗力：桂枝汤中的多种成分具有增强免疫力的功效，通过促进血液循环、调节身体内部环境，桂枝汤能够提升机体的抵抗力，增强机体的免疫功能。

第四十条　桂枝汤证

（一）调和营卫

《伤寒论》第 12 条：“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发；阴弱者，汗自出。啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。”

太阳病中风的脉象是阳浮而阴弱，阳是指浮取，阴是指沉取。太阳中风是风邪伤于卫，所以脉见浮脉，是阳浮。营阴不足，所以沉取脉就是迟缓无力、是阴弱。阳浮而阴弱是太阳中风脉浮缓的一个具体描写。

阳浮者热自发，阴弱者汗自出，说明中风的发热和汗出都比较快，和伤寒的阳气闭郁以后发热不同。阳浮就是卫受邪，风阳并于卫阳，所以发热快；营弱就是营阴外泄，所以发汗也快；但发热、汗出有先后次第之分。

中医基础理论，卫气的主要功能是防御外邪，温养肌肤，调节腠理开合。营气则行于脉中，滋养脏腑。在太阳中风的情况下，风邪侵袭，导致卫气不能固表，反而浮越于外，与邪气抗争，表现为发热。同时，营阴不能内守，导致汗出。太阳中风卫强营弱，卫强是卫气被激发而浮越，并非真正的强盛；营弱则是由于汗出导致营阴外泄而耗散，非营气生成之不足。

太阳中风发热汗出以后，毛窍开泄，会出现微恶风寒。啬啬指怯冷貌，是对恶寒的形容；淅淅是形容恶风的程度就像冷水浇身一样；翕翕发热，卫阳被风邪所伤，虽然发热快，但是热在表，不是蒸蒸发热，而是像穿衣盖被过厚所捂出来

的发热，所以叫翕翕发热。鼻鸣干呕，风邪上行，影响肺胃，肺气不利就会鼻鸣，胃气上逆就会干呕。

《伤寒论》第 42 条：“太阳病，外证未解，脉浮弱者，以汗解，宜桂枝汤。”

麻黄汤证称之为表证，桂枝汤证常称之为外证。桂枝汤本为解肌，病位在肌肉比表深，所以叫外证，以示区别。这一条的太阳病脉非浮紧而见浮弱，弱是缓弱之象，仍为太阳中风表虚证。

《伤寒论》第 44 条：“太阳病，外证未解，不可下也，下之为逆，欲解外者，宜桂枝汤。”

这一条论述表里同病，应先解外，治宜桂枝汤。凡是表证未解，又见到大便不利的里证时，不能先攻下。若先攻下，则犯了治疗上的错误。一般情况，邪客于表，应当汗之而解；邪气结于里，应当下之而愈；表里同病，应先解表后攻里。外证未解的情况，不可吃泻药，“下之为逆”，里气受伤，在表的邪气就容易乘虚内传，使病情复杂化，这是伤寒六经证治的一条很重要的治疗原则。

《伤寒论》第 53 条：“病常自汗出者，此为荣气和，荣气和者，外不谐，以卫气不共荣气谐和故尔。以荣行脉中，卫行脉外，复发其汗，荣卫和则愈。宜桂枝汤。”

经常出汗的病人是荣气无病，是在外的卫气与荣气不和谐。正常的生理情况下，荣行脉中为卫之守，卫行脉外为荣之使，荣滋卫而使卫气不亢，卫护荣而使荣阴不泄。两者相互为用，相互制约。如果卫气失却固外护荣的作用，使荣气不能内守，故常自汗出。虽然荣气本身无病，但卫气不能固密。这种荣卫不和的自汗出，可以用桂枝汤治疗。

桂枝汤名为发汗之剂，实为补气益血之剂。非太阳病，如果营卫气血不和，亦可用桂枝汤调理。

《伤寒论》第 54 条：“病人脏无他病，时发热自汗出而不愈者，此卫气不和也。先其时发汗则愈，宜桂枝汤。”

病人脏无他病，就是指内脏没有什么特殊的病是，饮食、二便、睡眠都正常，无内证可述，说明里气和。文中又没有提到太阳病或脉浮、恶风寒等表证，说明也不是太阳中风。病人只是出现时而发热、汗出的症状，而且缠绵不愈，吃了一些药也不见效。这是卫气不和，营卫失调的表现。营阴不制阳，则卫阳亢盛而发

热；阳不护阴，则营阴外越而汗出。治疗上应选用桂枝汤调和荣卫，但一定要在发热、汗出发作之前服药，阴阳荣卫才比较平衡稳定而易于调节，而且可以避免在发作时服药汗出太多而损伤正气。

这类疾患在临床上并不少见，尤以妇女更年期时更为多见，在使用滋阴、助阳、清热、敛汗的方法都难取效时，可以试试桂枝汤，往往有效。

《伤寒论》第 95 条：太阳病，发热汗出者，此为荣弱卫强，故使汗出，欲救邪风者，宜桂枝汤。

《伤寒论》第 12 条与第 95 条是张仲景“一病两文”的匠心设计：第 12 条授人以“症”（典型症状），第 95 条授人以“机”（核心病机），引导学者从“执症索方”向“审机论治”进阶；第 12 条为太阳中风之“体”（完整证候模板）；第 95 条为太阳中风之“用”（病机提炼与扩展应用）；二者看似重复，实则互为补充，共同揭示“病机统摄症状”的中医思维精髓。

（二）余邪未尽

《伤寒论》第 24 条：“太阳病，初服桂枝汤，反烦不解者，先刺风池、风府，却与桂枝汤则愈。”

太阳中风，应该用桂枝汤治疗。初服就是服第一次药，服完以后仍然是啜粥，温覆取汗。如果没有发出汗，风邪不解，就应当按照前法服第二次药。现在服第一次药后，不仅没有见到汗出病减，反而出现了烦热更重的症状。烦为热，反烦不解，就是说反而热势更重。

太阳中风用桂枝汤治疗是正治之方，吃了桂枝汤后病势反而加重，这是因为在经之风邪壅盛，而桂枝汤的药力比较轻，服药以后不仅没有发出汗，反而增加了风邪的势力。

针对这种情况，就不能再照原法给药，而应该在服药之前先针刺风池穴与风府穴。这两个穴位对于疏通经脉，发散风邪有非常卓越的疗效，刺之可开太阳经气之闭塞，泄太阳经中的风邪，削弱在经邪气的势力。然后再服桂枝汤，啜粥，温覆取汗。

《伤寒论》第 57 条：“伤寒，发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤。

太阳伤寒表实证，用麻黄汤发汗，汗后脉静身凉，说明表证已解。但仅仅半天左右的时间，又出现发热、脉浮数的证候。太阳中风脉浮缓，浮为表证，缓则代表营阴外泄，汗出；太阳伤寒脉浮紧，浮为表证，紧则主寒，说明寒邪束表，无汗。第 57 条中的脉浮数，浮主表，数主热或主寒，需要结合其他症状来判断。

如果传入阳明，会有大热、大汗、大渴、脉洪大等表现；如果传入少阳，则会有往来寒热、胸胁苦满、口苦咽干等症状。而这里发汗后复烦，脉浮数，可能因为发汗不彻底，或者发汗后正气受损，余邪未尽，此时虽然脉数，但无阳明或少阳的典型症状，所以仍属于太阳表证，但可能有轻微的化热倾向。余邪未尽，正气再次抗邪，故脉数。

无论是余邪复聚或者是复感外寒，只要表证再现，就仍然应当再发汗解表，故曰可更发汗。但是，前面已经用过麻黄汤发汗，腠理已开，不能耐受麻黄汤峻汗，应当选用桂枝汤调和营卫，解肌发表，祛邪而不伤正。这属于一汗不解可以再汗之法。凡服麻黄汤而表不解，解表就得用桂枝汤；凡服桂枝汤表不解，则不能用麻黄汤，还得用桂枝汤，这是定法。

第四十一条　桂枝汤变证

（一） 误汗

《伤寒论》第 20 条：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”

太阳中风桂枝汤证误用麻黄汤，阳不摄阴，卫不固表，于是遂漏不止，就是不可控制地出汗。卫阳受损，加之风邪又未解，因此恶风比没出汗以前更重。由于汗发的太多，既伤阳又伤阴，作为州都之官膀胱，所藏的津液少了，气也冷了，就会小便困难；既有阳气虚，又有津液少，肌肉、筋脉失于温煦濡养，诸阳之本的四肢微急，就是痉挛，难以屈伸。

主要矛盾在汗漏不止，应该用桂枝加附子汤。桂枝汤调和营卫，解肌祛风，加入辛温大热、能补少阴元阳的附子，加强扶阳温经固表的作用，使汗先止住。阳气能够固密津液，汗就不出来了，小便难、四肢微急，难以屈伸自然也就解决了。

虚证的出汗既有气虚，也有阳虚的。气虚出汗，可以用补中益气汤或保元汤止汗。肺气虚的出汗，可以用黄芪止汗。阳虚的汗漏不止，属于太阳的卫阳之

气不能固密津液，用黄芪、小麦、龙骨、牡蛎之类都无效，非用附子不可，因为漏汗已经有了亡阳的苗头。

第 20 条的病机应准确界定为太阳表阳虚证，其用附子意在温固卫阳，而非温补少阴。

《伤寒论》第 25 条：“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤如前法。若形似疟，一日再发者，汗出必解，宜桂枝二麻黄一汤。“

服桂枝汤后，发汗应该遍身絷絷微似有汗者益佳，不可令如水流漓。如果汗不得法，造成大汗出，不仅病不能消除，还可使疾病发生变化。

第 25 条“脉洪大”的本质是表郁阳浮、营卫未和，其脉象特点为浮取洪大、沉取缓弱，与阳明病的“浮沉皆洪大有力”有本质区别。如果出现烦渴的情况，则属大汗后阳明津伤，表热入里，为白虎汤证。如果脉浮取虽洪大而不烦渴，阳气仍盛于外，即所谓其气上冲的表现，则可判断为表邪仍在太阳，故仍可继续用桂枝汤。

服桂枝汤后，如果出现有如疟疾一样的恶寒发热，一天发作两次的证候，也就是所谓的一日再发，这说明营卫之间尚有小邪未解，但是比《伤寒论》之第 23 条所述桂枝麻黄各半汤证的一日二三度发的情况又稍稍轻些，而且已经是大汗出之后，因此用桂枝二麻黄一汤，调和营卫，兼祛小邪。

《伤寒论》第 27 条：“太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越婢一汤。“

太阳中风，发热汗出恶风，脉浮缓；太阳伤寒，或已发热或未发热，必恶寒，阴阳脉俱紧；此条发热恶寒，热多寒少，脉微弱，脉弱似中风，恶寒似伤寒。辨证关键，何以脉微弱？素体阳虚自汗，或服药发汗太过；阴为阳之守，阳为阴之使，阳不摄阴故无阳，无阳则说明已经亡失津液。发热，外邪有化热入里的趋势；恶寒，说明邪气尚未完全传变为阳明里热。表阳受损，无里虚寒象，故病位仍在表。不能使用大发汗的方法治疗，否则正气更易受损而加速传变，可选择桂枝二越婢一汤。

桂枝麻黄各半汤就是桂枝汤与麻黄汤，这两个证候相合，大致差不了什么，但是不可大发汗，是小发汗法，药量都特别轻。桂枝二麻黄一汤，是桂枝汤证多，而麻黄汤证少，也是小发汗法。此，不但有表证，里头也有热，热多寒少，有入

里之势，麻黄汤用不得，桂枝汤也不行，所以一方面用桂枝麻黄稍解其表，另一方面用石膏清其里热。

《伤寒论》第 29 条：“伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急，反与桂枝欲攻其表，此误也。得之便厥，咽中干，烦躁吐逆者，作甘草干姜汤与之，以复其阳。若厥愈足温者，更作芍药甘草汤与之，其脚即伸。若胃气不和，谵语者，少与调胃承气汤。若重发汗，复加烧针者，四逆汤主之。”

本条以误治为线索，展现了阴阳两虚之人误用汗法后出现的变证及救逆之法。

1、误治前的本证（阴阳两虚）

症状：伤寒脉浮、自汗出、微恶寒（类似表证），但兼见小便数、心烦、脚挛急。

病机关键：小便数、脚挛急 ⇒ 阳虚不能制水，阴虚筋脉失养（阴阳两虚）。虽有表证（脉浮、自汗、恶寒），实以里虚为本，属“虚人外感”。

正确治法：当扶正解表，或温阳益阴（如后世选用桂枝加附子汤类方）。

误治根源：医者仅见“脉浮、自汗、微恶寒”等表面症状，误辨为纯太阳中风证，用桂枝汤发汗攻表。

2、误治后的变证（阴阳更伤）

1） 首次误治：桂枝汤发汗

后果：汗后阳气阴液更伤，出现四肢厥冷（厥）、咽中干、烦躁吐逆。

机理：阳虚加重 ⇒ 四肢失温，胃气上逆（吐逆）。阴液耗损 ⇒ 咽干、烦躁。

救误第一步：甘草干姜汤（先复其阳）。

急温中阳，阳回则厥愈足温，体现“复阳为急”的原则。

2）. 阳复后的后续治疗

症状：厥愈足温后，脚挛急未解。

病机：阳虽暂复，阴血仍亏，筋脉失养。

救误第二步：芍药甘草汤（酸甘化阴，柔筋缓急）。阴阳兼顾，脚挛急得解。

3）. 误治的进一步恶化

若误用攻下或重发汗：伤津化燥，胃热上冲 ⇒ 谵语。轻者用调胃承气汤微和胃气。

若误用烧针等重发汗：阳气大伤，病入少阴 ⇒ 厥逆加重。急用四逆汤回阳救逆。

3、误治的启示

辨证核心：表里同病时，需辨虚实主次。本条“小便数、脚挛急”是里虚的关键指征，不可孤立看待表证。

治疗次第：阴阳两虚误治后，先救阳、后救阴（甘草干姜汤→芍药甘草汤），体现“阳固阴存”思想。

误治连锁反应：一误再误（汗、下、烧针），病机从太阳传入阳明（谵语）或陷入少阴（厥逆），方药随之转换。

张仲景的救误体系：

本条完整展示了“误汗后变证-分步救逆”的临床思维，为后世治疗坏病树立范例。

4、现代临床意义

虚人外感禁用单纯汗法，老年、久病者外感需兼顾阴阳。肢体挛急、小便频数伴汗出，需排查阳虚阴虚本质，而非简单解表。阶梯性救误思路（先阳后阴、先急后缓）对急症处理仍有指导价值。

综上，第 29 条以误治为镜，揭示了“治病必求于本”的深刻原则，凸显了《伤寒论》动态辨治的精髓。

《伤寒论》第 30 条：“问曰：证象阳旦，按法治之而增剧，厥逆，咽中干，两胫拘急而谵语。师曰：言夜半手足当温，两脚当伸。后如师言，何以知此？答曰：寸口脉浮而大，浮为风，大为虚，风则生微热，虚则两胫挛。病形象桂枝，因加附子参其间，增桂令汗出，附子温经，亡阳故也。厥逆，咽中干，烦躁，阳明内结，谵语烦乱，更饮甘草干姜汤。夜半阳气还，两足当热，胫尚微拘急，重与芍药甘草汤，尔乃胫伸。以承气汤微溏，则止其谵语，故知病可愈。”

30 条与 29 条的核心联系，从“叙事实录”到“答疑阐理”。29 条像一份完整的临床病例记录。

叙述顺序，初始病情 → 误治（用桂枝汤） → 变证（厥逆等） → 分步救逆（甘草干姜汤 → 芍药甘草汤 → 调胃承气汤/四逆汤）。直述过程，呈现“是什么”和“怎么办”。

30 条像一份围绕上一条病例的深入教学讨论。

叙述顺序，提出疑问（为何误治？为何能预测疗效？） → 分析初始脉症机理 → 揭示误治关键（误在“增桂令汗出”） → 重申救逆步骤与原理。阐发机理，解释“为什么”和“如何知”。30 条对误治角度的深化阐释。

1. 明确指出误诊的症结：“证象阳旦”

“阳旦”通常指桂枝汤或桂枝汤类证。条文指出，患者表现出的“脉浮、自汗、微恶寒”等症状，只是“像桂枝汤证”（病形象桂枝），但其本质是阴阳两虚（脉“大”为虚）。

2. 揭示更具体的误治操作：不当的“加法”

29 条只说“反与桂枝”，30 条进一步假想了一种错误操作：医者可能也意识到患者有虚，于是在桂枝汤的基础上加入附子，并增加桂枝的用量以强行发汗（“因加附子参其间，增桂令汗出”）。

误治机理：附子本可温经，但强行发汗（增桂令汗出）导致阳气随汗亡失（附子温经，亡阳故也）。这比单纯用桂枝汤发汗的错误更复杂，揭示了临床上“用对了药但用错了法”的常见误区。

3. 从脉象深入剖析病机

“寸口脉浮而大，浮为风，大为虚”：这是对 29 条“脉浮”的深度解读。“浮”主风邪在表（太阳）。“大”并非实大，而是空虚之大，主里虚（阴阳两虚）。脉象直接揭示了“表有风邪，里已虚损”的根本矛盾，点明不可单纯攻表。

4. 阐释疗效预测的根据：“夜半阳气还”

29 条未解释为何能用甘草干姜汤治愈，30 条点出“夜半阳气还”，这体现了中医“天人相应”思想。夜半子时（23-1 点）是一阳始生之时，此时服用温阳的甘草干姜汤，可借天地阳气升发之机，事半功倍。这解释了“师曰：言夜半手足当温”的预测依据。

5. 将“谵语”病机明确为“阳明内结”

29 条说“若胃气不和，谵语者”，30 条明确为“阳明内结，谵语烦乱”，更清晰地将其定位为阴伤化燥、邪结阳明之轻证，故用调胃承气汤“微溏”即可，中病即止。

两条条文构成的完整教学逻辑：

29 条重点展示过程，建立“阴阳两虚误汗后，先复阳、后复阴”的救误法度。提出典型案例，设定教学基础。

30 条阐发原理（误诊与救逆的机理）。揭示“浮大”脉的真假虚实，点明“增桂令汗出”的具体误操作，引入“夜半阳气还”的时空治疗观。对案例进行深度复盘和理论升华。

29 条和 30 条是不可分割的有机整体。29 条是“纲”，勾勒了阴阳两虚误治的完整演变路径和纠错阶梯。30 条是“目”，对 29 条中每一个关键节点（为何误诊、为何那样救、为何能预测）进行了抽丝剥茧的理论剖析。

从误治角度总结的启示：误治的根源在于“但见一证，便是”的片面性。只见“象阳旦”（表证），不见“脉大虚”（里虚本质）。

救逆的关键在于“知犯何逆，随证治之”的动态性：阳亡先救阳（甘草干姜汤），阴伤继养阴（芍药甘草汤），化燥再微和（调胃承气汤）。

辨证的精细在于脉症合参的鉴别：同样的“脉浮、自汗、恶寒”，必须参合“小便数、脚挛急、脉大”等里虚之象，方能避免误治。

因此，将两条对读，方能完整把握张仲景处理虚人外感误治的完整思维模型——既包括临床处置的“术”，更包括辨证析理的“道”。

《伤寒论》第 62 条：“发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。“

汗出表解，身疼痛就应该消失。如果发汗后仍有身疼痛，应当凭脉辨证。如果脉浮，是表不解，可以再发汗。如果脉沉而迟，沉主里病，迟为寒为血虚，需要考虑是否传里，传太阴、少阴或厥阴，排除没有里症的前提下，身疼痛而是发汗太过，夺汗亡血，提示表邪未尽而气血已伤，以致四肢百骸失养所致，属表里虚实夹杂的特殊状态。通过“太阳病兼里虚”的定位，直接指向“调和营卫+补益气血，表里同治，以表为重”的治法。桂枝新加汤以桂枝汤为底方，调和营卫，

加芍药生姜各一两人参三两，佐以补益气血。

桂枝汤安中养液鼓舞胃气，但是脉沉迟鼓舞胃气力道不够，非用人参大力健胃不可，生姜也是健胃药，生姜合和人参对于健胃更起作用。血少阴不足，芍药苦平微寒养阴。

桂枝汤里面重用芍药，重用生姜，专门用在发汗发太过津液伤失的处方；但如果发汗发太过，汗流不止，就得是用桂枝加附子汤。

第 62 条体现仲景四步动态辨证方法论：

1.观其脉症：收集当下症状（如身疼痛）与脉象（沉迟）；

2.追溯病史：明确发病过程（如汗后）；

3.排除他经：通过阴性症状（无厥逆、无下利）缩小病机范围；

4.方证锁定：选择与脉症高度契合的方剂（桂枝新加汤）。

仲景辨证方法论，揭示了《伤寒论》六经辨证的本质——通过动态观察与排除鉴别，在“脉-症-治”的三角关系中锁定病机，最终以方证相应实现精准治疗。

《伤寒论》第 64 条：“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸，欲得按者，桂枝甘草汤主之。“

桂枝汤证，汗不得法，会出现发汗过多，病人双手交叉盖在心脏的位置，因为心跳动不安，想要用手按住这种情况。汗多血就少，血不足以养心，心就跳；上体的水分丧失太多，下体的体液就会往上，气就会向上冲。治疗主方选择桂枝甘草汤。

桂枝甘草汤由桂枝、甘草组成。桂枝辛甘以补心阳，甘草甘温以滋心液，二药相合，辛甘合化为阳，以补阳为主，阳生阴化以奉于心。心阳得充，则悸动自安。

第 64 条的脉象可综合描述为： 浮取或显浮而无力，沉取则虚弱（沉弱）；若兼见急促，需辨其虚实——虚性急促（数而无力）可纳入本证范畴，实性急促则需另寻他因。此脉象反映了“心阳虚损、虚阳不敛”的核心病机，与桂枝甘草汤“辛甘化阳、温通心气”的治法高度契合。

《伤寒论》第 65 条：“发汗后，其人脐下悸者，欲作奔豚，茯苓桂枝甘草大枣汤主之。“

发汗后，病人脐下的位置自觉跳动，脐下就是关元、膀胱这个部位，这个地方跳，就是水之欲动将要发作奔豚之象，治疗主方选择苓桂枣甘汤。

豚，就是指小猪。奔豚，就是气的上冲有如小猪奔跑，是以“从少腹上冲咽喉，发作欲死，复还止者”为主要特征。脐下悸是奔豚病发作的前驱症状，是水与气相搏于脐下，欲上冲而未冲之证。

心为五脏六腑之大主，为阳中之太阳，坐镇于上，普照于下，使下焦水气安伏不动。脾为中土，运化水湿，像堤坝居中，可保护心阳不被下焦水寒之气所犯。如果过汗损伤心脾之阳，或素体心脾阳虚，心阳不能坐镇于上，脾土不能守护于中，下焦水寒之气就可能蠢蠢欲动，乘机上干而表现为脐下悸动。

出现这种情况或是因为在里素有水饮内停，或是因为阳气受损，水不化气而内停，有水故见脐下跳动不安。若是再用辛温发汗之药或其他诱因，引水气上冲则发奔豚。

茯苓桂枝甘草大枣汤以桂枝甘草汤为基础方，辛甘合化为阳，以补心阳乏虚。茯苓甘淡，健脾气，固堤坝，利水邪，行津液，还可安魂魄，养心神。用量达到半斤，又将其先煎，目的就在于增强健脾利水的作用，以制水于下。大枣健脾补中，使中焦气实，堤坝坚固，以防水气上泛。由于是水气为患，故用甘烂水而非普通水煎药，以防助邪之弊。甘烂水，也叫甘澜水或劳水，它的制作方法是将水放入盆中，用瓢将水扬之，水上有珠子五六千颗相逐，取而用之。

64 条病机：发汗过度，损伤心阳，心阳不振，虚无所主，故见心悸欲按（虚证喜按）。第 65 条病机：发汗后心阳不足，下焦水饮内动，欲上冲为“奔豚”（水气上冲之势）。心阳受损，虚阳外浮：发汗过多，阳气随汗外泄，虚阳浮越于表，故浮取可见“浮”象；但因阳气不足，推动无力，故浮而“无力”。阳气虚弱则推动力不足，血脉不充，故沉取虚弱，甚至细弱。第 65 条水饮内停，沉取可能兼见弦象（水饮之脉多弦），但以虚弱为底。

65 条“欲作奔豚”为水饮初动，脉象可见浮取无力、沉取弦弱；若水饮已冲逆（如奔豚已发），脉象或转为弦紧而急。

《伤寒论》第 75 条：“未持脉时，病人手叉自冒心，师因教试令咳而不咳者，此必两耳聋无闻也。所以然者，以重发汗，虚故如此。发汗后，饮水多必喘，以水灌之亦喘。”

来了一位患者，未把脉前，见其双手捂在心口，医生让他咳嗽，他却没有反应。若让其喝水，水进入胃就会气喘，因为胃里停水压迫横膈膜，致呼吸困难；若以水浇洗，古时水疗之法，毛孔闭塞亦会气喘。什么原因呢？因为误汗，过汗致虚，亡津液亡血液，而致气冲、心悸、耳聋。

本条通过外感病误治后的特殊体征（“手叉自冒心”“耳聋”），揭示了过汗导致气阴两虚的病机，是仲景对汗法禁忌与救误原则的重要警示。

“未持脉时，病人手叉自冒心”：患者双手交叉覆盖于心胸部位。病机推测为，心阳虚损，心气不足。心胸阳气虚衰，空豁不适，故以手按压护持，以求自安。此乃汗为心液，过汗损伤心阳，心失温养之象。

“师因教试令咳而不咳者，此必两耳聋无闻也”：医者试探，令患者咳嗽，患者不咳（排除耳聋未闻指令）。耳朵听不见，乃过汗重伤心肾阳气，精气不能上灌清窍所致。《灵枢》云：“精脱者耳聋”，此处为气阴两伤、清窍失养的虚性耳聋。

“所以然者，以重发汗，虚故如此”：最终辩证，是由“重发汗”（反复发汗或汗法过峻）导致。过汗损伤阳气与阴液，致气阴两虚。气伤则心阳、卫气耗散，见“手叉自冒心”；阴伤则耗损心阴、肾精，耳窍失养而聋。

治以“益气滋阴，交通心肾”。若偏重心阳虚的合桂枝甘草汤（桂枝、甘草辛甘化阳）；若气阴两虚明显的合用生脉散（人参、麦冬、五味子）；若精亏耳聋的加菖蒲、磁石等开窍滋肾。

75 条生动描述过汗致气阴两伤的动态过程，其核心在于汗法不当，先损心阳，继耗阴精，终成气阴两虚之候。临床见此“手叉自冒心”与“耳聋”并现，需洞察其虚的本质，以益气滋阴，保胃气、存津液为救误之纲。

（二） 误吐误下误针

《伤寒论》第 15 条：“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤。方用前法。若不上冲者，不可与之。”

太阳病就是表病，中风也好，伤寒也好，都应当发汗，而不应该泻下。误下之后，出现“其气上冲”，其气是指太阳之气，上冲则是和内陷做对比的。

太阳之气上冲，这和太阳的生理特点有关系。太阳之气来自于下焦，和邪气相争于表是由内向外，所以会出现其气上冲。邪客于表，太阳之气还能上冲，说

明正气还能和邪气斗争。这个气上冲是说明邪气在表，没有内陷成为结胸。太阳之气是主表的，所以太阳之气上冲不会上冲于胸、心、咽喉，或其他部位，而是气行于表，就意味着表邪还没内陷，正邪斗争还是在体表。条文“可与桂枝汤“反推气上冲在表而不在胸、心、咽喉等部位。

《伤寒论》用方的提法不同，有主之，有宜，有可与，意义也就不同。主之是临证决定的意思，也就是非此方不可。宜和主之较为接近，是应该的意思。可与和主之、宜就大不相同了，是设法预变的意思，带有一定商榷的口吻。可与桂枝汤就带有一定的商榷口吻。若不上冲者，不可与之，倘若没有上冲的症状，那就意味着表证已罢，而另有新的问题，就不可服桂枝汤了。

第 15 条，其气上冲没有讲述具体位，也没有讲述具体脉象，太阳之气来自下焦，主表卫外，误下后若阳气未衰，仍能向上向外与邪抗争，形成“上冲”之势，此为表证存在的关键依据。误下后，正气受挫但未完全衰败，阳气仍欲驱邪出表，故浮取可见洪大之象，此属正邪交争剧烈、阳气鼓动于外的表现。误下导致里气亏虚，血脉不得充养，故沉取脉沉，提示里虚为本。若沉中兼弦，则可能为下焦水饮内动（如第 65 条）。

第 15 条“气上冲”的本质是太阳表证未解的动态体现，脉象浮取洪大反映正气抗邪于表，沉取为沉提示里气已虚。此证属表里同病，但以表证为主，故用桂枝汤扶正解表。临床需注意与单纯表实证、里热证及水饮证鉴别，避免误治。脉象的浮沉变化与症状结合，是判断邪气进退、决定治法的关键依据。

《伤寒论》第 21 条：“太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之。”

太阳病，误用攻下的方法治疗后，会出现气上冲或不上冲的情况，表现为脉促和胸闷。脉促， “促”有“短与近”的意思， 显于寸、关位置，尺脉不显，即关以上较浮，而关以下较沉，有力主气郁，无力主气损”。胸闷为正邪纷争，表现为胸中气滞。原因在于太阳病误用攻下之法，阳气受损，向上、向外抵抗邪气和攻伐，但因力不足，难达肌表，而与邪气交争于胸中。主方可以选用桂枝汤治疗，但因阳气上升之力不足，而芍药味酸敛阴，入血分和阴分，对于胸阳之气不利，所以要减去。

第 21 条的脉促，还可理解为：浮取急促，反映正气上冲抗邪的趋势，脉位偏浮（主表、主阳位），脉势急促有力；沉取弱急，因误下伤及中焦阳气，里气

不足，故沉取脉势减弱，但整体仍显急促（正气抗邪未歇）。若正气充足，脉促有力，则邪气可被托出，病情向愈；若正气不支，脉促而弱，则邪气可能进一步内陷（如结胸、下利等）。

《伤寒论》第 22 条：“若微恶寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。“

《伤寒论》第 22 条条文在不同版本中，存在“微寒”与“微恶寒”的差异。赵开美本等一些版本作“若微寒者，桂枝去芍药加附子汤主之”，而成无己本则将其改为“若微恶寒者，桂枝去芍药加附子汤主之”。

部分医家认为“微寒”更合适，指的是病情微陷于阴寒证。从理论上分析，太阳病下之后，出现脉促、胸满，若只是微微恶寒，有可能是表未解，似乎没有必要加附子；而“微寒”则更能体现出病情有向阴寒证发展的趋势，此时加附子可起到预防亡阳之变的作用。

不过，也有医家认可“微恶寒”的表述，认为微微恶寒说明患者不仅有胸阳不振，而且已经出现了阳气虚损的情况，需要加入附子来温补阳气。

从文献考据、医理逻辑及临床实践看，“微寒”更符合条文原意，强调阳虚阴寒的病机，与加附子的治法一致。由于《伤寒论》成书年代久远，在流传过程中可能存在一些文字上的差异和演变，成无己本“微恶寒”可能是后世传抄误改。

第 22 条“微恶寒”的本质是太阳病误下后，胸阳郁闭兼表阳轻度受损，非单纯表邪未尽或里寒重症。加附子的目的在于温振胸阳与卫阳，防止邪气内陷，体现仲景“既病防变”的治未病思想。脾肾阳虚的典型症状（如食不化、水气上逆、脉沉）未见于本条，故不可混淆阳虚的定位。桂枝去芍药加附子汤的配伍，紧扣“通阳散郁、温补轻剂”的病机，是表里兼顾、扶正祛邪的典范。

《伤寒论》第 23 条：“太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，清便欲自可，一日二三度发，脉微缓者，为欲愈也。脉微而恶寒者，此阴阳俱虚，不可更发汗、更下、更吐也。面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。“

患太阳病八九天，像疟疾一样，定时出现发热恶寒，每天发作 2-3 次，发热时间长，恶寒时间相对短，说明阳气略强于邪气，没有呕吐，说明未传少阳，大小便正常说明未传阳明。如果此时脉象虽然微弱确实缓和的，形容脉静（脉若静者，为不传也），说明病未传变，还在太阳，快要痊愈了。

患太阳病八九天，如果出现微脉，持续的感到恶寒，出现了少阴病的表现，这是太阳和少阴均已亏虚的表现，不能再使用发汗、攻下、涌吐的方法治疗。

如果面色因发热而现红色，说明邪气尚未解除，原因在于一直没有汗出，邪气郁在体表，必然会出现身痒，这种情况适合选用桂枝麻黄各半汤。桂枝汤与麻黄汤，两个方子的剂量各取一半。其目的是使药不过于病。这就是小汗之法，也沟通了桂、麻的发汗之法。

第 23 条按照“愈→虚→未解”排列，体现了疾病由好转到恶化的递进关系。欲愈（脉微缓），邪退正复，无需干预；阴阳俱虚（脉微而恶寒），正气大衰，禁用汗吐下；未欲解（面有热色），余邪郁表，需小汗法。这种顺序符合“先吉后凶”的临床观察逻辑，即首先判断预后良好，再警示误治风险，最后给出治疗方向。原文顺序更侧重“预后判断→禁忌→治法”的临床警示。

也可以按“愈→未解→虚”排列，更符合病情轻重层次。 欲愈后，若未自愈，则有两种可能：余邪未尽（面有热色），需轻汗法；正虚邪陷（阴阳俱虚），需温补法。这种排列将“余邪未尽”置于“阴阳俱虚”之前，更贴近“未愈→分型治疗”的临床决策流程。若“面有热色”紧随“欲愈”之后，更符合“未愈则需干预”的临床思路，而“阴阳俱虚”作为最重情况置于最后，警示医者避免误治。调换顺序则更符合“表证→里虚”的传变规律。

《伤寒论》第 45 条：“太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈。浮为在外，而反下之，故令不愈。今脉浮，故知在外，当须解外则愈，宜桂枝汤。”

太阳病，医者汗法不解，发汗伤津，大便干结，于是用下法，就是给患者吃泻药。 汗、下误治后，脉浮，虽然里气受损，但邪气仍在表（如传阳明，脉象应为洪大或滑数），可用桂枝汤调和营卫。

桂枝汤证与麻黄汤证用药有个定法，发汗后，下之后，如果表不解，太阳病不解，不能再用麻黄汤，要用桂枝汤。

第 45 条的“脉浮”在原文中未明确分述寸关尺，但结合桂枝汤证的病机与临床实践，可得出以下结论：

1.整体脉浮：作为表证未解的核心指征，反映邪气仍在太阳肌表；

2.分部特点：因误下伤津或营卫不和，可能出现“寸关浮而尺缓弱”的表现，符合桂枝汤调和营卫、兼顾阴液的治法需求。

观其脉证，知犯何逆，随证治之，强调脉诊的重要性，这里体现仲景“脉证合参”的辨证原则及“随证治之”的灵活性。

《伤寒论》第 117 条：“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，更加桂二两也。“

烧针取汗，就是把针烧红了，然后就刺入让他出汗。患者心气因惊而虚，肾气乘寒气而动，发为奔豚，其气从少腹上冲心。针处被寒，核起而赤者，就是拔针以后又受了一些寒邪，针眼处起了一个红核。

奔豚之气上冲，一是心惊气乱，下焦寒气趁虚而上；二是针孔受寒，邪气针孔而入，诱发肾气发动。奔豚之气，上冲至肚腹尚能承受，上冲胸、心难以忍受，胸满、气短、心慌、憋气，上冲至嗓子眼，咽喉堵塞，有一种濒死的恐怖感。

桂枝汤外调和营卫，解肌祛风，内调和气血，调和脾胃，。桂枝一治上气，凡是往上来的，像咳逆，悸，心跳，只要气从底下往上来的，上气咳逆，桂枝都有下气的作用。二开气结，气结它能够开，气上它能够下。三是可以补中益气，有强健脾胃的作用。治疗方法应该在针刺红肿的位置灸一壮以散寒邪，同时服用桂枝加桂汤以降上冲之气。

第 117 条条文所述“烧针令其汗”后出现奔豚，本质是外感表证未解，误用烧针发汗，导致表寒内陷。奔豚病机为肾气上冲，阴寒内盛，常伴随气机逆乱。烧针发汗过度，心阳随汗外泄，导致心阳虚衰，不能制下焦寒水。

第 117 条的脉象虽未明文记载，但通过病机推演及注家经验，第 117 条脉象可归纳为：

1.浮而弦紧：表寒未解，气逆上冲；

2.沉弦或沉紧：阴寒内盛，肾气上逆；

3. 虚弱或细弱：心阳不足，气血亏虚；

4.寸关浮、尺部沉：上盛下虚，寒水不制。

其核心为“浮弦”或“沉弦”与“虚弱”并存，反映表寒、气逆、阳虚的复杂病机。治疗时以桂枝加桂汤调和营卫、平冲降逆。

《伤寒论》第 112 条：“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。”

伤寒脉浮，医不用麻、桂之药，而以火劫取汗，汗过亡阳，故见惊狂，起卧不安。此亡阳非麻黄汤过汗，亦非下之后亡肾阳，亡的是心阳。桂枝汤去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤主之。

桂枝甘草补心阳，姜枣调和营卫，去芍药，恐其阴性迟滞，兼制桂枝不能迅走其外，加龙、蛎镇静安神。蜀漆气寒味苦，寒能胜热，苦能降逆，加蜀漆意在祛痰。

根据病机，第 112 条亡心阳后的脉象可从以下角度推断：

1. 从“浮脉”转为“浮而无力”或“浮大而散”

火劫前脉浮为表实，火劫后阳气外越但已虚衰，脉浮但按之无力（浮为虚阳外越，无力为心阳不足）；若阳气浮越更甚，则脉浮大而散，重按无根（类似“芤脉”），反映阳不敛藏。

2. 或见“沉迟而弱”

心阳受损，鼓动无力，气血运行迟滞，脉沉迟而弱（沉主里，迟为阳虚，弱为气血不足）。

3. 兼夹痰浊的脉象

若痰浊内阻，脉可兼滑或弦（滑主痰，弦主气郁），形成“浮滑无力”或“沉弦而迟”之象。

4. 心阳暴脱的危重脉象

若心阳骤脱，脉或微细欲绝（脉微主阳衰，细主阴血亏），但此证以“惊狂”为主，未至阳脱，故更可能为浮弱而非微细。

故 112 条火劫亡心阳后，脉象从“浮”转为“浮而无力”或“浮大按之空豁”，可兼滑、数、促等，反映心阳外越、痰浊内扰的虚实夹杂之象。与亡肾阳（脉微细）、亡卫阳（脉缓弱）的脉象特征有显著区别。

《伤寒论》第 118 条：“火逆，下之，因烧针烦躁者，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。“

烧针烦躁，就是火逆。医以火迫劫之，亡阳，必惊狂。此条伤心阳，邪扰心神，心神不得潜敛，因此烦躁，但没达到惊狂程度。用桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。桂枝甘草补心阳，龙骨牡蛎潜敛神气、镇静安神而治烦躁。

118 条病机，火逆误下后复用烧针，导致心阳暴虚，阳气外越，但无痰浊内生（条文未提及痰象）。主症烦躁（心神不安但未至狂乱），属“纯虚证”。 心阳虚衰，阳气外浮，脉象浮而无力，或沉弱；无痰浊内阻，脉象无滑、弦。

112 条惊狂，虽表现剧烈，但因痰浊扰动，属“虚中夹实”，病情复杂但未必更危重。第 118 条烦躁，虽症状较缓，但属“纯阳虚衰”，阳气耗竭程度更深，病情更重，如未及时回阳，可发展为亡阳厥脱。

112 条属“急症”（症状重，虚实夹杂），118 条属“危证”（症状轻，纯虚易脱）；临证时，惊狂（112 条）需化痰镇惊，烦躁（118 条）需急温固阳。

《伤寒论》第 120 条：“太阳病，当恶寒发热，今自汗出，反不恶寒发热，关上脉细数者，以医吐之过也。一二日吐之者，腹中饥，口不能食；三四日吐之者，不喜糜粥，欲食冷食，朝食暮吐。以医吐之所致，此为小逆也。”

本条论述太阳病误用吐法导致的变证。太阳病初期本应有恶寒发热等表证，但患者出现“自汗出、不恶寒发热”，说明表证可能因误治而发生变化。此时“关上脉细数”（关上候脾胃，细数为虚热之象），提示误用吐法损伤胃气，导致胃虚虚热。

一二日误吐，病程短，胃气初伤，尚有饥饿感，但因胃气上逆、胃阴受损，故“口不能食”。三四日误吐，病程较长，胃气损伤更甚，虚热内生，出现“不喜糜粥，欲食冷食”（虚热扰胃，喜冷食似热证，实为虚热），但胃虚不能运化，导致“朝食暮吐”。

吐法是一种剧烈的、向上的治疗方法，其药力有“升散、发越”的特性。在强行催吐的过程中，这种升散之力，在某种程度上“意外地”达到了类似“发汗”的效果，将体表的邪气和卫阳一并宣散了出去。

在吐的过程中，体表的病邪（风寒）可能被解散，但也可能有一部分随着气机的逆乱而内陷入里。无论哪种情况，体表“正邪相争”（表现为恶寒发热）的局面被强行打破了，所以表证的症状（恶寒发热）消失了。这里的“不恶寒发热”并非是疾病向愈（如“热退身凉，脉静”），而是治疗手段粗暴地中止了表证进程，是一种“假性解除”。

剧烈呕吐最直接损伤的就是中焦的胃气（阳气）和胃阴（津液）。胃为水谷之海、津液生化之源，胃气受损，则气血生化乏源。津液受损，阴阳失衡：胃阴

（津液）大量丢失，导致体内阴液相对不足。阴不敛阳，就会产生虚热。这种虚热不是实火，而是阴亏导致的阳相对偏亢，即“虚阳”。

卫气来源于脾胃化生的水谷精微。胃气大伤，卫气的化生和固摄能力就会减弱。原本应该固护肌表、司开阖的卫气变得虚弱，无法固摄津液，所以津液很容易外泄，表现为“自汗出”。这时的汗，是不因劳作、不因热迫的虚汗。

体内因阴液不足而产生的虚热（虚阳），会向上、向外浮动。这种浮越的阳气也会蒸腾津液，导致汗出。这种汗出可能伴有微微的燥热感，但绝非太阳病的发热。

所以，误吐后出现的“自汗出，反不恶寒发热”，是一个从“太阳表实/表郁”证，急转为“太阴/阳明（胃）里虚热”证的典型表现。相同的症状（如“自汗出”）在不同阶段可能有完全不同的病机，太阳中风是营卫不和，此处是胃虚阳浮。

通常胃热应当“消谷善饥”，为什么这里胃热反而“朝食暮吐”？

条文中的“欲食冷食”，容易让人直接联想到“胃有实火”。但结合整个病程和脉象来看，此“热”是虚热。误吐后，胃的津液（阴）和阳气（气）两伤。阴液亏损，无法制约阳气，导致阳气相对偏亢，浮越于上，形成一种“虚性亢奋”的假象。

“脉细数”，细主阴虚血少，数主有热。这是典型的阴虚虚热之脉，而非实热证的洪数、滑数。如果是阳明胃家实热，应该是“大渴、大热、大汗、脉洪大”，能食易饥，绝不会“朝食暮吐”。

朝食（早晨进食）：“欲食冷食”，这是虚热的表象。因为胃中有虚热浮越，患者自我感觉胃中嘈杂、烦热，所以本能地想用冷食来压制这种“热”的感觉。这恰恰是“真虚假热”的典型表现。胃气虚，受纳失权，虽然想吃冷的，但胃气在误吐中已大伤。“胃气”是受纳、腐熟水谷的根本动力。胃气虚弱，虽然能“纳”（想吃），但“受”和“腐熟”的功能已严重受损。

暮吐（傍晚吐出）：胃虚不磨，脾虚不运。吃进去的食物（哪怕是冷食），胃没有足够的气（阳）和津（阴）去腐熟它，脾也没有足够的气力去运化它。这些水谷就像一堆湿冷的柴火，扔进了一个火势微弱的炉子里（胃气虚寒为本），根本煮不熟。

胃的功能是“和降”，将初步腐熟的食物向下传导给小肠。现在胃气大伤，通降之职完全失司。停滞在胃中半日（朝至暮）的、未腐熟的食物，就成了浊阴之物。虚弱的胃气不仅无法通降，反而被这些浊阴所阻，导致“胃气上逆”，从而将食物原封不动或半腐熟地呕吐出来。这就是“朝食暮吐”的直接机制。

傍晚（暮）是阳气由盛转衰、阴气渐盛的时辰。人体阳气在此时更加虚弱，胃中那点残存的、勉力维持的腐熟之力也完全耗散，因此无力再留住食物，故而上逆吐出。这深刻体现了“阳虚”的本质。

所以，120 条描述的“三四日误吐”后的病机是：胃气（阳）与胃阴（津）两伤，以气虚为本，阴虚为次。阴虚导致虚热浮越（欲食冷食），气虚导致腐熟无能、通降失司（不喜糜粥、朝食暮吐）。

这完全是一个本虚标热、寒热错杂、虚实夹杂的复杂局面，且“虚寒”是本质，“虚热”是表象。张仲景用“朝食暮吐”这个极具鉴别意义的症状，明确告诉我们：这不是能消谷的实热，而是不能运化的虚热/假热。

这也警示后世医家：不可见“欲食冷食”就断为实热，必须四诊合参，尤其注意脉象和病史。治疗上，绝不能单纯清热，更不能再用吐、下之法。必须以温中补气、和胃降逆为主，佐以甘寒益胃生津。方如大半夏汤（半夏、人参、白蜜）合麦门冬汤的思路，或后世丁香透膈散等方的立意，都是针对这种胃虚气逆、寒热错杂的病机。

因为病邪尚未深入下焦或损伤少阴元阳，病变主要局限在脾胃，尚有调治回旋的余地（如用温中和胃、益胃生津之法）。若进一步发展，出现下利清谷、四肢厥逆，那就是“大逆”了。

《伤寒论》第 121 条：“太阳病吐之，但太阳病当恶寒，今反不恶寒，不欲近衣，此为吐之内烦也。”

太阳病的核心病位在肌表，病性多为风寒束表，治宜辛温解表（如麻黄汤、桂枝汤类），忌用吐法。吐法为“涌吐”之法，其作用趋向是向上向外，本用于痰涎、宿食壅滞胸膈之证；而太阳病病位在表，误用吐法会直接损伤脾胃阳气与津液——脾胃为后天之本，气血生化之源，误吐导致胃失和降、津液耗伤，同时吐法的升散之力会引动表邪入里，扰动胸膈、胃脘之阳气。

太阳病本证必有“恶寒”，源于风寒束表、卫阳被遏；误吐后反不恶寒，是因为表邪已因吐法的升散而入里，表证解除，卫阳不再被束。而“不欲近衣”的“内烦”，并非单纯的热证，而是胃津耗伤、虚热内生的表现。误吐伤津，胃阴不足则虚火扰动于内，热扰胸膈与胃脘，故见心烦、不欲近衣；此“热”为虚热，区别于阳明实热的大热大汗，其根源在误吐导致的脾胃津气两伤。

吐法所用药物（如瓜蒂、藜芦等）多为苦寒或辛温峻烈之品，苦寒易伤脾胃阳气，辛温则易耗伤胃津；从归经而言，此类药物多入胃经，直接作用于胃腑，导致胃经气血失常——胃经气逆则吐后脘痞，胃津耗伤则虚热内生，最终形成“内烦”的证候。

此条与 120 条“太阳病，当恶寒发热，今自汗出，反不恶寒发热，关上脉细数者，以医吐之过也”一脉相承，均属太阳病误吐后的传变；区别在于第 121 条更突出“虚热内扰”的“内烦”，病位侧重胃与胸膈，后续治法多以清养胃阴、和胃除烦为主（如竹叶石膏汤、栀子豉汤类加减，需结合具体兼证）。

简言之，121 条的核心是太阳病误吐→损伤脾胃津气→表邪入里化热→虚热内扰胸胃的病机链条，体现了《伤寒论》“辨证施治”的核心思想，以及误治后“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的应变原则。

《伤寒论》第 122 条：“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，脉仍数也。数为客热，不能消谷。以胃中虚冷，故吐也”

本条的核心是太阳病误汗损伤中焦阳气，引发胃虚冷而吐、脉数似热非热的病机矛盾，与前条误吐传变虽误治方式不同，但均属伤及脾胃的变证范畴。

1. 核心病机：误汗伤阳，胃虚冷为本，客热为标

汗法本为太阳表证而设，但发汗过量或误用（如阳虚者强发其汗），会导致卫阳外泄、中焦阳气耗损——脾胃为气血生化之源，膈气通于脾胃，阳气微则膈气虚，中焦温煦之力不足，进而形成胃中虚冷的核心病机。

脉数通常主热，热则胃腐熟功能亢进，当见“消谷引食”；但本条脉数是虚阳浮越所致的客热，因胃中虚寒，阳气不能内守而浮于脉道，故脉虽数却无力，与实热之数而有力截然不同。此“客热”无根无源，无法助胃腐熟水谷，反而因虚阳扰动胃气，导致胃气上逆而吐。

2. 证候矛盾的关键：“热象”与“虚寒本质”的对立

脉数是表象，源于虚阳浮越；胃中虚冷是本质，源于误汗伤阳。二者的矛盾体现了《伤寒论》“辨寒热真假”的核心思想，需结合“不能消谷、反吐”的证候判断，而非仅凭脉数断为热证。

膈为气机升降之关键，膈气虚则脾胃气机升降失常——胃阳不足，腐熟无权则不能消谷；胃气上逆则呕吐；虚阳浮于膈上则脉数，形成“胃冷-膈虚-客热”的病机链条。

《伤寒论》第 28 条：“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。“

太阳中风汗下后，头项强痛、翕翕发热表证未解，又出现无汗、心下满微痛、小便不利的症状，表明邪已入里。无汗说明津液不布，心下满微痛说明水饮停于心下，小便不利说明阳虚气化不力,辨证的要点在小便不利。

表里同病,治法是表里双解还是先治里？张仲景治表里同病时,若里证急(如水饮、结胸等)，常以治里为先。此处水饮内停已影响表里气机，利水即是通阳，水去则表邪自解。若表邪较重，可用桂枝配茯苓白术（如五苓散），但本条表证较轻，且汗下后津伤，故去桂枝防过汗，桂枝去桂加茯苓白术汤专攻水饮。

从六经辨证的动态视角，第 28 条的“太阳病误治致水饮内停”可归为“太阳与太阴并病。太阳病未解（表证仍在），太阴功能失调（脾虚水停，水饮内阻）。太阴病以虚寒下利为核心，属纯虚证。第 28 条以水饮内停属虚实夹杂（脾虚为本，水饮为标），病机重心在“水饮内停”而非“太阴虚寒”。

第 28 条条文未直接描述脉象，但可从病机推导：

1.浮脉：表证未解（若表证存在），但水饮内停可能使脉浮而不甚（因里证牵制）。

2.弦脉：水饮内停，气机壅滞，脉多弦或沉紧（弦主饮、主痛）。

3.综合脉象：

浮而弦：表邪未尽，水饮内结（符合“表里同病”）；沉而弦：水饮内停为主，表证轻微或已无表证。

《伤寒论》第 43 条：“太阳病，下之，微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴杏子汤主之。“

太阳病，只要外证还在，即使大便不利，也不可以先下，而应该先解表，表解才能泻下攻里。这就是所谓的汗宜早，下宜迟。如果表证仍然存在而误用了下法，那么就容易伤里气，使表邪乘虚内陷。

攻下的药吃了以后，全身的感觉很明显，血整个往下走，如果是体力比较好的人，下去以后又会回来一下，结果病人感觉微喘。微喘，说明在表的邪气已经稍稍入里，影响肺气不利而上逆。矛盾的主要方面还在于表，即表未解，因此治疗上仍以桂枝汤解肌发表为主，再加厚朴、杏仁降气平喘，厚朴燥脾湿，杏仁润肺气。由于下后正气受伤，故不可用麻黄汤峻汗。

第 43 条没有直接描述脉象，根据条文可以推断，表证未解，脉象应仍以浮 为主，提示邪气在表，误下后邪热内陷，壅滞肺气，可能出现浮而滑的脉象。

《伤寒论》第 67 条：“伤寒，若吐，若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”

伤寒若过发汗，如第 64 条会出现“心下悸，叉手冒心，脐下悸，欲作奔豚“等证。今误吐下，导致胸虚邪陷，心下逆满，气上冲于胸。

若脉浮紧，表仍不解，无汗当用麻黄汤，有汗当用桂枝汤。今脉沉紧，是其人必素有寒饮相挟而成。若不头眩，以瓜蒂散吐之，亦自可除。今起则头眩，说明水随气上犯于胃，胸中阳气已虚，既不可以吐亦不可以汗。

发汗则动经，动经就是动悸经脉。动悸经脉，就会身上振振摇，就是战振而摇摆。“发汗则动经”的机制应结合阳虚、水饮、经脉失养三方面理解，既非单纯体液丢失，也非直接夺血，而是误治后阳气与水液代谢失衡的综合结果。

水气上冲，阳虚水停，主之以苓桂术甘汤，涤饮与扶阳并施，调卫与和荣共治。苓桂术甘汤，茯苓、白术利水燥湿，桂枝、炙甘草既外解尚存的表邪、降冲逆的水气，又可补胸中之阳，以制水邪。

心肾不交，心阳不足（心火衰）无法下温肾水，肾水失于温化则上逆；脾失健运，脾阳虚不能运化水湿，致水饮内生；肝肺失调，肝木升发过亢，肺金肃降不及，加剧水饮上冲。故，温心阳 （桂枝）→恢复“心火下济肾水”；健脾土 （白术、茯苓）→重建“中焦斡旋”枢纽；利水湿 （茯苓）→促进“肝升肺降”复常，最终恢复“肾水得温上行，心火得阴下行”的生理循环。

辨证关键：“水气上冲”特征 ：头晕目眩伴胃脘胀满、心悸短气。与类似方剂鉴别 ：五苓散 ：口渴+表证（泽泻、猪苓清热利水）；茯苓甘草汤 ：不渴+中寒明显（重用生姜温中）。

第 67 条的本质是太阳表邪残留、太阴脾虚水停、少阴阳虚水泛的并病状态。三经病机环环相扣：太阳表邪内陷少阴，少阴阳虚加剧太阴水停，水饮上冲又引发太阳经气不利（“发汗则动经”）。茯苓桂枝白术甘草汤通过解表、温阳、利水的综合作用，实现三经同治。

《伤寒论》第 91 条：“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。”

太阳伤寒法当发汗解表，医误用攻下之法，接着出现下利不止的情况，便下未消化的谷物，提示里阳受损。太阳少阴为表里，少阴阳气虚寒，不能够蒸化水谷，此为少阴下利。

身疼痛者，提示太阳的表邪还未解。疼痛是太阳标寒，清谷不止是少阴本寒。表里同病，常规先解表后治里，防止表邪入里。此时里证重于表证，若发汗解表，则里阳更伤，有亡阳之势，所以应以温补里阳为主，治疗主方选择四逆汤。四逆汤回阳救逆，补少阴之阳，治下利清谷。

服了四逆汤之后，虽然下利清谷好了，但也可能表证的身疼痛还没好，表证就上升为主要矛盾。虽然现在大便已能自调，但毕竟已经发生过少阴阳虚的问题，如果不对表证给予应有的重视，邪气还要往里传。救表宜桂枝汤，虽然有身疼痛，也不能用麻黄汤，因为误下后，阳气刚恢复，不耐峻攻，只能用桂枝解肌和表。

第 91 条所述，太阳病误用下法导致表证未解、里虚寒盛，形成“表轻里重”的太阳与少阴并病状态。表证为“身疼痛”，属太阳病未解，脉象本应浮；里证“下利清谷不止”为少阴阳虚、阴寒内盛的表现，脉象以沉迟为主，沉脉主里，迟脉主寒，沉迟并见提示里虚寒极盛；综合脉象应为沉迟 ，反映里虚寒的本质，表证虽存，但脉象权重上以里证为主，无需单独强调浮脉。“脉证相参”，当表里证并存时，需以主证脉象为核心，而非机械叠加。

《伤寒论》第 159 条：“伤寒服汤药，下利不止，心下痞硬。服泻心汤已，复以他药下之，利不止。医以理中与之，利甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之。复不止者，当利其小便。”

159 条展示了一个十分危险的治疗过程，一个小小的感冒，可能因为误治发展为不治之证。

“麻黄汤”之误（或初始误下）：这是第一击。“伤寒服汤药”，现“下利不止，心下痞硬”的变证。患者平素就存在“中下焦阳气不足”或“下元不固”的内在体质（体素）。 就像一个地基不稳的房子，稍有风吹草动（误下），就出现严重的“塌陷”（滑脱下利），而非普通的墙体裂缝（心下痞）。

在表证阶段，不当的汗、吐、下，直接扰乱了人体抗邪于外的自然节律（卫气功能），破坏了“阴阳自和”的初始条件。

“泻心汤”之误：若患者素体中阳本虚、下焦虚寒，再用偏寒凉的芩连，虽配伍干姜半夏，仍可能进一步损伤中阳，导致下利根基更深。此为“见痞治痞，未察其本”。

“理中汤”之误：在需要固下时，错误地温中。如同在漏船的中段加固，而放任船底奔涌。这浪费了宝贵的正气（阳气与津液） 去修复一个非核心漏洞，导致根本的“下焦固摄力”（肾的封藏之能）进一步衰竭。

“赤石脂禹余粮汤”之试：此时试图“涩堵”，是意识到“门户洞开”，想用外力强行关门。但如果患者“自愈力”（肾阳气化与大肠收摄功能）已彻底瘫痪，这种“外力加固”是无效的。这显示了当自愈机制停摆，外部干预将徒劳无功。

“利小便”之试：这是最后的尝试，意图重启人体水液代谢的总开关（膀胱气化，三焦决渎）。如果连这都失败了，就证明人体最基础的水液气化与布散这一根本的“自和”机能，已宣告崩溃。

这一系列过程，正是患者“自我修复功能”这一武器一一卸除的过程，从干扰卫外，到扰乱中和，再到耗损精气，最后到机能停摆。当人体所有自卫的武器都被放下，人体就成了一个不设防的城池，任何风吹草动（残余的病邪、甚至食物的偏性）都足以带来致命一击。

医疗的终极目的，不是用药物去“杀死”疾病，而是用一切方法去“恢复”人体自我疗愈的机能。一旦这种机能永久性丧失，医疗的使命即告终结。

因此，159 条的最高警示在于：

医疗的第一原则是“无扰”：在能够自愈的情况下，慎用干预。在必须干预时，选择对“自和力”干扰最小、支持最大的方式。

动态辨证的核心是“察机”：不仅要察“病机”（邪气），更要察“生机”（正气自愈的趋向与能力）。治疗必须顺应并增强这种“生机”，而非对抗或取代它。

“不治”是一种深刻的医学认知：认识到“不治”，并给予患者安宁，避免无意义的、徒增痛苦的“折腾”，有时是比盲目治疗更高级的医学伦理。这需要医者既有精湛的技艺，更有承认极限的智慧与勇气。

《伤寒论》最伟大的智慧：“医者，非能生人也，能使人不自毙也；非能愈疾也，能使人不自伐也。” 这句话的意思是，医生不能创造生命，也不能治愈疾病，只能帮助患者避免自我毁灭。医生在治疗过程中，采取一些手段，帮助患者体内的正气战胜体内的邪气。主要和疾病斗争的还是患者自身。很多人根本不需要医生插手，自己也能通过身体的自愈本能，达到重病向轻，轻病向愈的结果。医生的独门绝技在于能够准确判断病情的发展趋势，无论是轻病还是重病，都能看出病情的发展趋势，而不是简单地根据病情的轻重来判断生死。

最好的治疗，是让患者重新拿起“自我修复”的武器，让生命自身的力量去战斗。而最坏的医疗，正如 159 条所展现的，通过一连串“看似合理”的干预，将患者这最后、也是最伟大的力量，一点点剥夺殆尽。

《伤寒论》第 160 条：“伤寒吐下后，发汗，虚烦，脉甚微。八九日，心下痞硬，胁下痛，气上冲咽喉，眩冒，经脉动惕者，久而成痿。”

本条，讲述误吐、误下，再误汗的一种转归，是一种患者体素尚好的一种转归，是一场“误治风暴”后的相对良局.

“伤寒吐下后，发汗”，先吐，再下，后汗。这相当于用汗、吐、下三法，对在表的伤寒进行了“全方位、无死角”的误攻。严重损伤了人体的阳气与津液，于是出现种种危象：

“虚烦，脉甚微”，这是阴阳气血俱虚的明证。“虚烦”是阴液亏虚，虚阳浮越；“脉甚微”是阳气大衰，鼓动无力。

“心下痞硬，胁下痛”，此为误治后，中焦气机严重紊乱，水饮与邪气互结，形成痞塞，并波及肝胆经气不利。

“气上冲咽喉，眩冒”，这是水气上冲的典型表现。因下焦阳虚，不能制水，寒水之邪上逆，冲击头目，故觉眩晕、昏冒，有气从下上冲之感。

“经脉动惕”，这是津液亏损，筋脉失养的征兆。筋肉失去阴血的濡养而出现不自觉的跳动。

远期预后（转归）“久而成痿”。即如果上述状态迁延不愈，最终会因气血大亏，筋脉长期失养，导致肢体痿弱不用。

在所有症状看似危重的情况下，条文为何没有直接断言“死证”或“不治”，而是给出一个“久而成痿”的慢性转归，这里隐含的前提是患者“体素尚好”。

抗邪能力犹存：经过如此猛烈的三法误治，患者没有出现“下利清谷、四肢厥逆”的亡阳危候，也没有“阴阳离决”的暴脱之象。这说明患者先天之本（肾气）与后天之本（胃气）尚未彻底崩溃，尚有根基可恃。

反应机制仍在：“气上冲咽喉”虽然是个坏症状，但它也从侧面说明，人体阳气尚有最后一丝抗争之力，试图将水饮邪气排出或抗争，而非一溃千里、毫无反应。

病机以“虚中夹实”为主：虽然“脉甚微”是极虚，但“心下痞硬、胁下痛、气上冲”是邪实（水饮、气结）的表现。这种虚实夹杂、正虚邪恋的局面，本身就意味着正气虽伤，但仍有与邪气对峙的“资本”，这需要一个相对尚可的体质作为平台。

简言之，正是因为患者体素尚可，才能在如此误治的暴风骤雨后，没有立即死亡，而是进入一个“阳虚水泛、气血亏虚、筋脉失养”的慢性迁延期。

面对 160 条所描述的这种复杂局面，张仲景未出方，但后世医家（如尤在泾、柯韵伯等）认为，这提示了治疗此类病证的大法方向：

急救其阳，化气行水：此为当务之急。必须用温阳之法来制伏上冲的水气。可考虑真武汤（温肾阳、利水气）或苓桂术甘汤（温心脾、化水饮）作为基础方，以解决“气上冲、眩冒、心下痞硬”的急症。

兼顾阴血，濡养筋脉：在温阳的同时，必须佐以滋阴养血、柔肝舒筋之品，如芍药、当归、阿胶、麦冬等，以治“虚烦、经脉动惕”，防止其向“痿证”发展。这体现了“扶阳不忘顾阴”的思想。

用药必须精当，避免再次误治：此时患者身体如风中残烛，切忌再用汗、吐、下等攻法，也忌用纯壅补或纯滋腻之品。用药当温润和平，阴阳并调，缓缓图之。

这条文的价值在于：

它揭示了在极端误治后，因患者体质尚可而形成的一种特定、复杂、慢性的“坏病”模型。其病机核心是阳虚水泛为本，津伤风动为标，最终的转归指向“痿证”。这不仅是疾病的描述，更是对医者的深刻警示。

误治的破坏力是巨大的，可导致从急症到慢性重症的连锁反应。治疗必须顾护人体的阴阳平衡，过用克伐，必致两伤。在复杂的虚损夹实证面前，治疗需有主次，通常以救阳为急，兼顾阴血，为人体自我修复创造最根本的条件。

此条与159条（下利不止的鉴别治疗）形成了鲜明对比：一者展示了误治后因体质尚可而迁延的慢性化过程（160条），一者展示了误治后因反复试错而急转直下的危重化过程（159条）。两者结合，完整勾勒出误治可能带来的两种主要不良转归，彰显了《伤寒论》辨证论治、保胃存津的至高智慧。

《伤寒论》第161条：“伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噫气不除者，旋覆代赭汤主之。”

伤寒本为太阳表证，当以辛温解表为正法。误用发汗、吐、下法，会损伤脾胃之气与中焦津液，导致气虚则运化无力，津液耗伤则痰浊内生，气机升降失常。清阳不升、浊阴不降，壅塞于胃脘，便形成心下痞硬；胃气上逆，就会出现噫气不除的症状。

此处的“痞硬”区别于半夏泻心汤类的寒热错杂痞，核心是脾虚痰阻、胃气上逆，无明显寒热偏盛。

方药旋覆代赭汤，由七味中药组成，旋覆花三两、人参二两、生姜五两、代赭石一两、甘草三两（炙）、半夏半升（洗）、大枣十二枚。

旋覆花： 咸、温，归肺、胃经。咸能软坚消痞硬，温能化痰降逆气，专攻胃气上逆之噫气 ；

代赭石： 苦、寒，归肝、胃经。 重镇降逆，辅助旋覆花降胃气，其寒性可制半夏、生姜之温燥，用量轻防伤胃 ；

半夏： 辛、温，归脾、胃、肺经。 燥湿化痰，散结消痞，助脾胃运化，配生姜增强降逆止呕之力 ；

生姜： 辛、温，归肺、脾、胃经。 温胃散饮，降逆止噫，且能制半夏毒性 ；

人参、炙甘草、大枣： 甘温，归脾、胃经。 益气健脾，补误治损伤的脾胃之气，以绝痰浊生化之源 。

全方配伍核心是 “降逆化痰+益气和胃”，性味上辛温化痰、甘温益气、咸寒软坚，归经紧扣脾胃，兼顾肺气以助气机升降，切中误治后脾虚痰阻、胃气上逆的核心病机。

《伤寒论》第 162 条：“下后，不可更行桂枝汤；若汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏子甘草石膏汤（麻杏石甘汤）。”

误下伤津，邪热内陷，肺热壅盛，肺失宣降而喘；热蒸于内、汗泄于外，故汗出；热郁于里而无大热（非表热，亦非阳明大热）。桂枝性温助热，里热者用之加重热壅，故禁用。

用麻杏石甘汤清宣肺热平喘，麻黄四两、杏仁五十个、炙甘草二两、石膏半斤（石膏用量重，清透里热）。麻黄宣肺平喘，石膏清透里热，杏仁降利肺气，甘草和中护津，共奏清宣肺热、降逆平喘之功。

162 条与 63 条（“发汗后，不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤”），两者病机、症状、治法、方药完全一致，仅诱因不同（一为误下，一为发汗），均属里热壅肺之证，故同治。。

麻杏石甘汤证与桂枝加厚朴杏子汤证：前者为里热致喘，伴汗出无大热；后者为表虚致喘，伴恶风、发热汗出，无里热表现。

麻杏石甘汤证与麻黄汤证：前者有汗，属热壅于肺；后者无汗，属寒束于表，寒热属性截然相反。

麻杏石甘汤证与小青龙汤证：前者为热喘，痰少黏稠；后者为寒饮喘，痰多稀白，一热一寒，治法迥异。

《伤寒论》第 163 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。“

太阳病，外证未除，而数下之，这是误治。而数下之，是错中加错。由于误治，遂协热而利，利下不止。协热，协表热而下利，就是太阳表证还有发热，同时又出现下利不止。下利不止，太阴脾胃虚寒，所以心下痞硬。

此条病机为太阳表证未解，误下伤及太阴，致表里证候并存。桂枝人参汤由桂枝、甘草、人参、白术、干姜五味药组成，以温太阴为主，兼解太阳表邪。

桂枝解肌表风寒之邪，人参、甘草补中益气，治脾气之虚，温散中焦寒邪之凝结，治心下的痞硬、下利，白术、干姜去寒湿之凝。

第 163 条，太阳病误下，太阳与太阴并病，太阴脾胃虚寒，水湿不化，湿性黏滞，故脉沉缓，脉势松弛无力。

《伤寒论》第 240 条：“病人烦热，汗出则解，又如疟状，日晡所发热者，属阳明也。脉实者，宜下之。脉浮虚者，宜发汗。下之与大承气汤，发汗宜桂枝汤。”

太阳中风或伤寒服药后汗出应解，但之后出现类似疟疾的定时发热，特别是在日晡时（下午 3-5 点）发热。日晡这个时段发热，既可以是阳明发热也可能是太阳发热（但无定时），以脉辨之，脉实者为阳明，脉虚者为太阳。脉实（沉实有力），反映阳明腑实，燥屎内结，气血壅滞，治宜攻下（大承气汤）；脉浮虚（浮而无力），反映表证未解，但正气已伤（如汗后津亏），卫外不固，治宜调和营卫（桂枝汤），而非单纯解表。

《伤寒论》第 279 条：“本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。”

太阳病法当汗法，医者误用下法，太阳邪气乘虚入里，导致太阴脾络气血失和，气不和则腹胀，血不和则时常伴有腹痛，辨证为太阴气血雍滞而不是脾虚寒湿。治以桂枝加芍药汤，桂枝汤升腾太阳陷下之邪，加芍药以和脾治腹痛；脾胃气机升降失调或兼轻微腑实，治以桂枝加大黄汤，轻用大黄通滞，而非攻下燥屎。

第 279 条太阳病误用下法后，表邪未解而内陷太阴脾经，形成表里同病。若患者素体脾阳不足，误下则直接损伤中焦阳气，导致脾虚气滞，表现为“腹满时痛”（虚痛）；若误下后表邪与宿食、瘀滞等实邪结合，则形成“大实痛”（实痛）。

虚痛与实痛的鉴别：

虚痛：症状，腹满时作时止，疼痛绵绵喜按，无燥屎结聚；脉象，脉沉而无力，腹部按之柔软无抵抗感；病机 ，脾虚气滞，气血运行不畅。

实痛：症状，腹满持续不减，疼痛剧烈拒按，可伴便秘或燥屎内结；脉象，脉沉而有力，腹部按之硬满有抵抗感；病机 ，表邪内陷与胃肠实邪相结，腑气不通。

治疗原则：

虚证，以调和营卫、缓急止痛为主，桂枝加芍药汤通过增加芍药用量（从三两增至六两）增强柔肝缓急、和脾止痛之力；实证 ，在调和营卫基础上，加少

量大黄（二两）通腑泄实，兼顾表里双解。

（三） 阳虚体质

《伤寒论》第 175 条：“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。”

此条文并非治疗单纯的外感风湿，而是治疗一种特殊阳虚体质之人，表里阳气俱虚，在感受风湿邪气后所出现的复杂变证。

卫阳虚弱，肌表卫外功能不固，平时易感冒、怕风、自汗；里阳不足，体内脏腑阳气亏虚，可能伴有畏寒、四肢不温、乏力、小便清长等特点；气化无力，阳气不足以运化水湿，体液代谢易生障碍。

这种体质，是疾病发生、发展与转归的内在基础。外感触发，正虚邪恋。当这种阳虚体质的人，感受了风寒湿邪（风湿） 之后，病情呈现出与常人完全不同的特点：

邪气深入：因阳气不足，卫外无力，风寒湿邪得以长驱直入，凝滞于骨节筋脉之间，故疼痛剧烈（“骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧”）。

卫阳不固：肌表失于温煦与固摄，故 “汗出”、“恶风不欲去衣”。此汗出并非热证，而是虚汗。

里阳不化： 心肾阳气不足，故呼吸浅短（“短气”）；膀胱气化失司，故 “小便不利”；水湿不化，泛溢肌肤，则 “身微肿”。

关键在于所有严重症状（剧痛、汗出、短气、小便不利）都是 “阳虚体质” 与 “风湿外邪” 相互作用的产物。邪气因虚而深陷，阳虚因邪而加剧，形成恶性循环。

面对这种 “阳虚之体患风湿” 的复杂局面，常规的祛风散寒除湿剂（如麻黄加术汤、麻杏苡甘汤）因其发汗力强，会进一步耗伤本已不足的阳气，属治疗禁忌。甘草附子汤的组方，正是完全针对“阳虚体质”这一核心而设：

附子（君药）：直温里阳，峻补元阳。这是治本的基石。附子能振奋全身脏腑机能，驱散深伏于筋骨间的寒湿，为祛邪提供根本动力。

桂枝：一药双关。与附子配伍，可温通表阳，助卫外，散肌表之风寒。与白术配伍，可通阳化气，助气化以利小便、消身肿。

白术：健脾燥湿。在附、桂温阳的基础上，白术能专门祛除已成之水湿，针

对“小便不利、身微肿”。

甘草（君药）：其作用至关重要，是体质调理思维的集中体现。一是缓急止痛，缓解关节筋肉之剧痛；二是益气和中，顾护脾胃，资助化源；三是制衡药性，它能缓和附子、桂枝的辛热燥烈之性，使全方“温阳而不助火，祛邪而不伤正”，成为一剂温和的、可持续的温阳祛湿剂，特别适合阳虚体质的慢性调理。

全方的宗旨，并非急攻其邪，而是以温补阳气为核心，徐徐化散风湿。正如方后注强调“恐一升多者，宜服六七合为始”，意在 “微汗”而非“大汗”，这正是照顾阳虚体质、防止过汗伤阳的体贴之法。是张仲景为“表里阳气俱虚体质者”感染风湿，制定的一套“扶正祛邪”标准治疗方案。

它告诉我们，“同病异治”的根源在体质。同样是“风湿”，在阳气充盛者和阳气虚弱者身上，表现和治法天差地别。治疗必须“以人为本”：当患者体质（阳虚）成为矛盾的主要方面时，匡复体质（温阳）就成为治疗的第一要务，祛邪（除风湿）必须在这一前提下温和进行。

对于阳虚体质的患者，温阳补气本身就是最有效的祛邪手段，“扶正”即是“祛邪”。阳气一复，则卫外可固，气化可行，留滞之邪自然易去。

临床中面对复杂病证时，中医“体质辨证”是“治病求本”思想的体现。要辨“人的病”，患者是什么样的体质底板？ 要辨“病的人”，当前的疾病（如外感）是如何与这个体质底板相互作用，产生了怎样的复杂局面？

《伤寒论》第 177 条：“伤寒脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”

《伤寒论》第 178 条：“脉按之来缓，时一止复来者，名曰结。又脉来动而中止，更来小数，中有还者反动，名曰结，阴也。脉来动而中止，不能自还，因而复动者，名曰代，阴也。得此脉者，必难治。”

这两条可以合并解释，首先要了解的是什么是结脉？什么是代脉？还有“阴”指代的是什么？

1. 结脉

特征一（主特征）：“脉按之来缓，时一止复来”。指脉搏在缓慢的节律中，偶尔出现一次停跳，停跳后立刻恢复原有节律，且停跳无规律。

特征二（补充描述）：“脉来动而中止，更来小数，中有还者反动”。指脉搏在跳动中突然中止，中止后再次跳动时，最初几次脉搏（“更来”）会稍微加快（“小

数”），以“补偿”那次停跳，然后恢复原节律。这也属于结脉。

核心要点：结脉的停跳是不规律的，且停跳后能够 “自还” ，即代偿性恢复，整体脉气未彻底断绝。

病机：“阴也”。此“阴”指阴盛，即阴寒、痰饮、瘀血等实邪凝结，阻滞心脉，导致气血运行不畅而间歇。属实证、阴证。

2. 代脉

特征：“脉来动而中止，不能自还，因而复动”。指脉搏在跳动中突然中止，中止后不能立刻恢复，而是经过一个完整的停歇周期后，才按原节律重新开始跳动。其停跳往往是有规律的，如“跳三下停一下”（促代）或“跳四下停一下”（结代）。

核心要点：代脉的停跳规律性较强，且 “不能自还” ，即没有代偿，脉气出现一次完整的“缺位”。

病机：同样是 “阴也” 。但此“阴”更侧重于脏气（尤其是心气、心阳）衰微，气血亏虚，无力连续推动血脉运行，故出现规律的“代偿不足”。属虚证、重证。

从现代医学看，结脉与代脉均属心律不齐，其病位无疑主要在心脏。从中医藏象理论看，“心主血脉”，脉搏的节律由心气、心阳的鼓动和心阴、心血的充盈所主导。因此，这两种脉象主要反映了心的功能状态。条文虽未明言“手少阴”，但实质是指心脏的功能性危象。

3. 代脉甚于结脉

结脉：多见于实证（痰凝、血瘀、寒滞）。虽然也是病重的信号，但若邪气去则脉可复，未必全是“危脉”。例如，偶感寒邪、情绪激动或体质因素也可能出现暂时性结脉。

代脉：主脏气衰微，尤其是心气、心阳将绝。张仲景明确指出“得此脉者，必难治”。这清楚地表明代脉是预后不良的危重征象，代表着根本动能的衰竭。

4. 治法差异

结脉以通为主（温通、化痰、逐瘀），如用枳实薤白桂枝汤、血府逐瘀汤等化裁。代脉以补为要（益气、温阳、复脉），炙甘草汤是治疗“脉结代、心动悸”的千古名方。

其次需了解 178 条为什么编排在 177 条之后？

177 条（炙甘草汤证） 是 “示证立方”，告诉你在“脉结代、心动悸”这个具体的危重病证面前，应该怎么办（治法与方药）。在临床遇到“脉结代，心动悸”的患者时，医者当首先想到救治此危重证的核心方剂——炙甘草汤。这是急则治其标，救危固本的体现。

178 条（结代脉辨析） 是 “析理明辨”，紧接着告诉你，为什么这个病如此危重，以及如何从脉象上更精细地判断其病机轻重与预后。它是对 177 条“脉结代”的理论深化和鉴别诊断。精确区分了“结脉”与“代脉”的细微差别（“止有定数”为代，“止无定数”为结；能“自还”为结，“不能自还”为代）。点明两者虽均为“阴也”（属阴证），但代脉“不能自还”，意味着脏气衰微更甚，心脉运行已无力为继，是更危险的信号。最终给出“得此脉者，必难治”的严峻判断。这里的“此脉”虽泛指结、代脉，但结合“不能自还”的描述，重点警示的是“代脉”。

这等于在告诉医者：用炙甘草汤时，如果脉象更符合“代脉”的特征（止有定数，不能自还），你要有更强的心理准备，此证“必难治”，需格外小心。这是对 177 条临床应用的重要补充和风险提示。

最为重要的是辩证的核心在于 “炙甘草汤”这个经典方证背后的体质逻辑。

对于一个健康人，外感风寒（太阳病）是正邪交争于表的“局部战争”，表现为发热、恶寒、脉浮。治疗是通过发汗（麻黄汤/桂枝汤）将邪气驱逐出去。但对于一个 “心之气血阴阳俱虚”体质的人，这个过程完全不同。

邪气长驱直入：本已虚弱的正气（尤其是心阳、卫气）无力在体表形成有效屏障，风寒之邪极易突破太阳藩篱，直中少阴（心肾）。

激发致命矛盾：外邪侵入，身体启动防御机制，本需鼓动气血抗邪。然而，虚弱的心脏（尤其是心气、心阳）无法承受这种突如其来的、强烈的代谢和搏动需求。这就像一个马力不足的发动机被强行拉到最高转速。

危象爆发：心脏在“虚”与“迫”的双重压力下，功能濒临崩溃，出现脉结代、心动悸。此时，“外感”这个诱因已退居次要，而“心之虚衰”这个根本矛盾被急剧放大，成为致命的危候。

故此类患者，虽外感风寒，却要禁用麻黄汤、桂枝汤。任何旨在“发汗”的

常规解表法，都是在 “虚其虚” ，都是在加速本已衰竭的、维持生命的最后能量（心之气血阴阳）的消耗。因此，“不可发汗”是绝对的铁律。

既然常规“祛邪”之路是死路，那么出路何在？张仲景给出的答案是：放弃一切祛邪的企图，转而全力、快速地“扶正”。这就是炙甘草汤的“复脉”大法。治疗目标不是去攻击“伤寒”这个外敌，而是去抢救“心”这个濒临崩溃的指挥部。

地、麦、胶、麻、枣（阴药团队）：提供高浓度的、滋腻的“阴”性营养物质（血与津），如同为心脏补充血液容量和细胞修复原料。用量极大，旨在“峻补其虚”。

参、草、桂、姜、酒（阳药团队）：提供温煦的、走窜的“阳”性动力（气与火），如同强心针和泵血动力。尤其清酒煎煮，能通行十二经，载药直达病所，助桂枝“通阳复脉”。

关键在于“阴阳相济，动静结合”：大量滋阴药得阳药之温运，则补而不腻，能化为可用之气血；少量阳药得阴药之涵养，则温而不燥，能持续鼓动而不耗散。

这是针对“气血阴阳俱虚”这一复杂体质的 “精密配伍”，这是一剂为极度虚弱的心脏量身定制的“强心剂”和“能量合剂”。通过大补气血阴阳，使心脏自身功能恢复，脉得以“复”，悸得以“止”。正气来复，则轻微的邪气或可自解，或再图后治。

因此，177 条与其说是一条治“伤寒”的条文，不如说是一条“辨体质以救逆”的示范。它告诉我们，当疾病遇到极度虚弱的体质时，治疗的首要乃至唯一目标，就是“保命”，就是“固本”。这体现了中医“以人为本”、“治病留人”的最高原则，也是“伤寒”学说中，从“治病”转向“治人”的巅峰智慧。

当患者的生命根基（在此处为核心脏器“心”的功能）因体质极度虚弱而面临崩溃时，任何针对“病邪”的常规攻击性治疗都是危险的。此时的最高策略，必须是“弃邪保正”，甚至“以补为攻”——通过全力修复和增强人体的核心功能（复脉），来获得生存的机会。正气一旦来复，或可自驱微邪，或为后续治疗赢得时间。

第四十二条　桂枝汤拓展

《伤寒论》第 13 条：“太阳病，头痛、发热、汗出、恶风，桂枝汤主之。”

第 13 条和第 12 条类似，但绝不是简单的重复，而是扩大了桂枝汤的治疗范围。第 12 条的桂枝汤证开头说太阳中风，阳浮而阴弱，治疗的只是太阳中风。这一条是太阳病，太阳病就是表病，并没说是中风、伤寒还是其他。因此，凡是太阳病，中风也好，伤寒也好，其他病也好，如果出现了头痛、发热、汗出、恶风，就可以用桂枝汤主之。

桂枝汤不局限于太阳中风一证具有广泛意义。邪气伤人是很复杂的，随着人体状态的变化，就会出现不同的情况，如果完全用风、寒这两法来衡量表证是不够的，也是不符合客观病理变化的。因此，在中风、伤寒以外另立一条，就是太阳病，头痛、发热、汗出、恶风，就可以用桂枝汤。

《伤寒论》第 56 条：“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。若头痛者，必衄。宜桂枝汤。”

此条未具体说是翕翕发热，还是蒸蒸发热，或是日晡(申时，下午 3-5 点)潮热，如果头痛有热是由阳明里热上熏所致，则小便必黄赤，发热必是蒸蒸发热或潮热，治疗自然应当用承气汤泻下。

鉴别表热、里热的最容易方法莫过于小便，如果阳明里热，则小便红赤；小便清者，则知病位不在里仍在表。里无燥热，其证应该是头项强痛、翕翕而热、恶风寒。

肺主宣发肃降，营卫不和会导致全身气化不利，影响肺气的正常宣降。肺气宣发可布散津液，肺气肃降则推动糟粕下行至大肠；肺气不降，则大肠传导无力，导致便秘。里无燥热，却六七天不大便，此便秘为肺气不降的“气秘”，而非阳明热结的“实秘”。此病机可以概括为营卫不和与肺失宣降。

故不可用泻下之法，而应考虑用桂枝汤发汗。如果太阳经邪不解，头痛不好，阳郁过甚，也可能出现鼻衄代汗自解的情况，鼻衄不解亦可服桂枝汤。

中医理论中，印堂位于前额正中，属于阳明经循行区域。印堂痛又名阙上痛常与阳明经病变相关。便秘导致大肠传导失司 、浊气不得下行，反逆上冲，阻滞清阳，发为头痛。印堂痛需与少阳头痛（两侧）、太阳头痛（后头）、厥阴头痛（巅顶）相鉴别。

《伤寒论》第 102 条：“伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。“

伤寒两三天，没有发汗、没有吐下，也没有传经，按理不会出现心慌心烦的

情况。患者素体脾阳虚弱、中焦虚寒、气血不足，外感伤寒后，正邪交争进一步耗伤营血，导致心失所养（心悸）、神不守舍（心烦），病邪有可能由表入里。

治疗的关键在于使虚损之体恢复抗邪能力，小建中汤为桂枝汤倍芍药加饴糖，饴糖甘温补中，配合桂枝汤调和营卫，倍芍药缓急止痛，从而在治疗素体脾阳不足和气血亏损的伤寒病症时，能够内外兼治，补虚与解表并重。将解表的桂枝汤转换为补中的核心方，体现了张仲景“治病求本”的智慧。

第 102 条虽以“伤寒”命名，但患者素体虚寒（中焦阳虚），此时若按常规伤寒治法使用麻黄汤发汗，会进一步耗伤营血，导致邪气内陷。因此，条文中的“伤寒”实为病因描述，而非病机定性。如果患者素体虚寒（中焦脾阳不足），无论外感“伤寒”或“中风”，均需禁用麻黄汤等峻汗法。

伤寒表实证，脉应浮紧，如果患者素体虚，可能表现为浮紧无力；如果是中风，脉浮缓而弱。故可体会脉诊辨表里辨虚实及三因辨证中因人而异的重要性。

《伤寒论》第 174 条：“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。若其人大便硬，小便自利者，去桂加白术汤主之。“

太阳伤寒八九天，理应自愈，没有呕吐说明未传少阳，没有口渴说明未传阳明。脉浮虚而涩，浮主表，按之无力谓虚，涩为阴邪为湿邪阻滞所致。脉浮虚而涩，主表阳不足。排除没有其他入阴的症状，可能是汗出不彻，可能是素体正气不足，也可能是外感湿邪，辨证为风湿在表。

风乘皮毛之虚，入犯肌肉而凝闭其腠理，水气留着肌肉而为湿，风邪和湿邪互相凝聚于体表，导致营卫不和，气血不通，不通则痛，所以身体疼痛，湿性重着，不能自行翻身转侧。主方使用桂枝附子汤治疗，重用桂枝以疏风，重用附子以行湿。

风湿在表，寒湿困脾，导致脾阳不能正常温化水液。脾主运化，脾阳不足时，津液无法上承滋润肠道，肠道失润则出现大便硬；湿邪未直接阻滞膀胱气化，反而因脾虚导致水湿下趋膀胱，又湿性趋下，若湿邪未完全郁于肌表，可能通过下焦膀胱排出，故小便自利，辨证为病邪入里，湿困脾胃。

桂枝原用于解表温阳，但小便自利提示表邪已不显著，故去桂枝；加白术健脾燥湿，恢复脾的运化功能，使津液得以输布至肠道，缓解大便干结，故去桂加

白术汤主之。

桂枝附子汤桂枝、附子、生姜、大枣、甘草五味药，不是第 20 条桂枝加附子汤桂枝、芍药、生姜、大枣、甘草、附子六味药，与第 21 条桂枝去芍药加附子汤药味相同但剂量不同，桂枝去芍药加附子汤药桂枝三两，甘草二两(炙)，生姜三两，大枣 12 枚(擘)，附子一枚，桂枝附子汤重用桂枝附子，桂枝四两，附子三枚。非重用透发肌理之桂枝，不足以疏外风，非重用善走之附子，不足以行里湿。生姜、甘草、大枣以扶脾而畅中，由里达表，以解风湿。

《伤寒论》第 274 条：“太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈。”
《伤寒论》第 276 条：“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。“

太阴中风不是中寒，不是太阳，不是阳明，也不是少阳，是太阴脾的中风。脾主四肢，风引末急，四肢是末梢，所以风邪中了太阴，反映到四肢部位，四肢疼得厉害，脉浮就是邪没入里，古人把这个叫做太阴的经表之证。

阳微者，是脉虽然还浮但微的很，说明在表之邪也衰了；阴涩者，涩为血少，丧失津液，虽然这个阴涩转属太阴而有虚之象，但是脉不短而长，说明胃气有恢复的倾向；表邪既微，而里气欲复，所以为欲愈。

第 274 条，病机，风邪侵袭太阴，脾虚湿滞，正邪交争；症状，四肢烦疼（脾主四肢，气血不足）；脉象：阳微阴涩而长（寸微尺涩、长为正气渐复）。

第 276 条，可理解为太阳与太阴并病，太阴病用桂枝汤，说明表证轻微，里虚不重，可先解表。桂枝汤调和营卫，调和气血，调和脾胃，既能解肌，又能治四肢的烦疼，所以太阴中风用桂枝汤是适合的。

第 276 条，亦可理解为太阴表证，病机 ：太阴里虚（脾阳不足）基础上，风邪外袭，正邪交争于表。脉浮 ：浮而缓弱，表邪轻浅，正气尚能抗邪。症状 ：或见轻微恶风、四肢酸困（脾主四肢），但无太阳头痛、项强。治法 ：调和营卫，扶正祛邪，桂枝汤 （外解表邪，内补脾胃）。

但需要辨别的是，太阴虚寒会导致阳气外浮，非真实表证，属“阴证见阳脉”。如果太阴病见脉浮而无力，或浮大中空，为里虚阳浮，虚阳外越，则不可发汗。不可用桂枝汤，而考虑用四逆汤。

六经统八纲，每一个病里都有表里、寒热、虚实、阴阳。太阳主表就是表纲，阳明主里就是里纲。六经病，一个经分一个病，也分表里、寒热、虚实。所以太

阳病主表，太阳也有里证、寒证、热证、虚证、实证。同理，太阴也有表里，故也会出现脉浮的状况，需仔细辨别真假沉浮。

《伤寒论》第 372 条:“下利、腹胀满、身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”

第 372 条，身体疼痛为表寒，下利腹胀满为里寒，太阳太阴合病。太阳表寒未解，寒邪束表，营卫不和；太阴虚寒，脾阳不足，运化失职，水谷不化而下利；脾虚气滞，寒湿内阻，气机不畅，故腹胀满。

第 372 条未列示脉象，主证为里虚寒，此条脉象应为沉迟无力。

中医治疗表里同病时，根据具体病情灵活选择治疗方法。先解表后治里，避免引邪入里。表证未解时，若先治里，可能会使在表之邪因药力作用而内陷入里，导致病情加重、变复杂。人体感受外邪，正气抗邪于表，此时解表可因势利导，使邪气从肌表而解，且解表后人体卫气恢复正常，也有助于增强抗邪能力，再治里时可更好发挥药效。

先解表后治里的前提是表证为主，里证为次。表证症状突出，如发热、恶寒、头痛、身痛、无汗或有汗等明显，而里证相对较轻，如仅有轻微的脘腹胀满、大便不畅等。里证无危急重症，如无剧烈腹痛、下利脓血、喘逆欲绝等急需救治的情况。

然而，在表里同病时，还有先治里后解表、表里同治等方法。如患者素体阳虚，又感外邪，出现恶寒、发热、无汗、手足厥冷、下利清谷等，此时阳虚里证为急，当先用四逆汤回阳救逆，后用桂枝汤解肌发表。所以，中医治疗表里同病需综合辨证，根据病情的轻重缓急、患者体质等因素来选择适宜的治疗方法。

《伤寒论》第 387 条:“吐利止,而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”

霍乱患者,上吐下泻已经停止,身体疼痛表证仍在,医者当对病情进行评估 ，动态调整、灵活斟酌（消息）治疗策略。吐利虽止，但患者气血津液已伤（霍乱吐泻耗损正气),需判断残余表邪轻重与正气恢复程度;身痛不休为表邪未解（太阳经气不利)，但不可贸然强发其汗（恐更伤津液)。

桂枝汤本为汗法，桂枝（辛甘温，通阳发汗） + 芍药（酸苦微寒，敛阴和营），发汗不伤正，敛阴不滞邪；生姜、大枣、甘草（补益中焦，生津护胃）， 修复吐泻后的脾胃虚损。

第 387 条和法与汗法的区别在于控制药量，桂枝汤原方基础上减少剂量（“小和之”），如桂枝、芍药各减为二钱，或桂枝汤加芍药、减桂枝。若患者仍微弱下利或脉沉微，需先固里，暂缓解表。

第四十三条　桂枝汤加减化裁

《伤寒论》第 14 条：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。“

项背强几几，说明邪气在太阳经由项及背，且比头项强痛严重。出现这些症状，一般就是寒邪为患，寒性收引，发生项背强急的同时还应该无汗，此条却“汗出恶风”，所以加个反字。说明这是风邪而非寒邪伤了太阳的经络，肌腠不舒。因为有汗出、恶风的主证，所以用桂枝汤解肌祛风；因为有项背强几几，所以加葛根解表舒经。

项背强几几，分为两种，一是太阳中风汗出伤津的项背强几几，一是太阳伤寒寒性收引无汗的项背强几几。第 14 条为太阳中风的项背强几几。

张仲景的原文以“症-方”对应为纲，病机隐而不显；现代解读则以“证-机”分析为要，病机显而不隐。古代汉语与现代汉语在表达上的差异，读《伤寒论》时，若能兼顾古代“以方测证”的思维和现代“病机显性化”的框架，则可更全面地把握仲景心法。

《伤寒论》第 18 条：“喘家作桂枝汤，加厚朴杏子佳。“

平时就有喘的人叫喘家，患者本有肺气不利，患了太阳中风，会加剧气喘。出现这种情况，在用桂枝汤解决太阳中风的同时，加厚朴、杏仁，可理气平喘。

佳，就是用厚朴、杏仁只是对症疗法，并不能从根本上解除喘病。临床上治喘有两个常用方，麻杏甘膏汤与桂枝加厚朴杏子汤。防止误用麻杏甘膏汤治疗桂枝加厚朴杏子汤证之喘。

《伤寒论》第 164 条：“伤寒大下后，复发汗，心下痞、恶寒者，表未解也。不可攻痞，当先解表，表解乃可攻痞。解表宜桂枝汤，攻痞宜大黄黄连泻心汤。”

在中医理论中，“痞”是指以自觉心下痞塞，胸膈胀满，触之无形，按之柔软，压之无痛为主要症状的一种病证。

痞的病位主要在胃脘部，与肝、脾等脏腑功能失调密切相关。其病因多为感受外邪、内伤饮食、情志失调等，导致中焦气机不利，脾胃升降失常而发为本病。根据其虚实情况，可分为实痞和虚痞。实痞多因食积、痰湿、气滞等实邪阻滞所致；虚痞则常由脾胃虚弱，运化无力引起。根据其寒热情况，可分为寒痞和实痞。寒痞多因外感寒邪，直中脾胃，或过食生冷，损伤脾胃阳气，导致中焦虚寒，气机阻滞而形成。热痞常因外感热邪，入里化热，或肝郁化火，横逆犯胃，或饮食不节，积滞化热，邪热壅滞于胃脘，阻滞气机而致。

第 164 条未提示脉象，结合病机与治法，可推断为浮数或浮滑（表邪未解 + 里热壅滞），若误治后气阴两伤，脉或浮而虚数（浮为表，虚数为津伤）

1. 表证未解（恶寒）：

脉浮：太阳表邪未解，正气抗邪于表；脉数：若里热壅盛（热痞），可兼数象（数主热）；

2. 误治伤正：

脉弱：误下、误汗后，津气受损，脉或浮而无力；脉滑：热痞内结，气机壅滞，脉可兼滑（滑主热实）。

第 164 条提示误治后需动态辨析表里虚实：

1.病机定位：太阳表邪未解（恶寒、脉浮） + 阳明热痞（心下痞、脉数滑），属太阳阳明并病；

2.心下痞性质：热痞、实痞，治以大黄黄连泻心汤（苦寒泻热）；

3.脉象特点：以浮为主，兼数、滑或弱，反映表里同病的虚实夹杂状态；

4.治疗原则：先解表（桂枝汤），表解后攻痞（泻心汤），体现仲景“表里先后”的治法思想。

中医辨证论治的核心问题——如何在有限的症状信息中提炼病机本质。仲景的条文往往高度凝练，需通过“以方测证”“以治测机”等思维工具，结合整体辨证逻辑补足隐含信息。仲景辨证思维的现代启示：

1.抓主症，重病机：症状有限时，通过核心症状（如恶寒、心下痞）与治法（先表后里）锁定病机本质。

2.动态观察，分步治疗：表里同病时，根据邪气轻重决定治疗顺序（先表后里或表里双解）。

3.方证对应，以药测机：方剂的选择直接反映病机性质（如大黄黄连泻心汤对应热痞）。

《伤寒论》第234条:“阳明病，脉迟、汗出多、微恶寒者，表未解也，可发汗，宜桂枝汤。”

阳明病的形成，除了外邪由表入里传入阳明外，还可因患者素体阳盛，或饮食不节等因素，导致阳明胃肠燥热内生而发病。阳明病以“胃家实”为主要病机，表现为胃肠燥热亢盛，不仅有大热大汗伤津，还存在胃肠糟粕内结等情况。

阳明病里热亢盛时，脉象多为洪大有力或滑数，洪大脉象是里热蒸腾、气血涌盛的表现，滑数则主热盛。当阳明病热结津亏，气血运行不畅时，也可见沉迟而实的脉象，沉主里，迟在这里并非是气血津液亏损运行不畅的单纯表现，而是热邪与糟粕互结，阻滞气机，气血运行受阻所致。

阳明大热大汗津亏气秘至实秘，气秘脉沉迟，微恶寒为阳明经表证，实秘脉洪大或滑数，大便燥结为阳明经里证。

太阳病的表证一般都是恶寒多，汗出少；阳明病的桂枝汤证就恰恰相反，它汗出多，恶风恶寒轻微。原因在于，太阳主表，阳明主里，阳明的表比太阳的表的部位就稍微的往里一点。邪气有向里了，就微有恶寒，汗出就多。

第234条所说的阳明病，是指汗多身热脉迟，为津液所伤的反应。汗出多，为营卫不和。微恶寒，是表尚未解。这种证候，实似太阳表虚证，故仍宜桂枝汤小发其汗，解表通阳，表解后里热或自退，或转用白虎汤清里热。

第234条辨证要点：

1. 抓主症：汗多（里热） + 微恶寒（表未解） + 脉迟（热结气滞）；
2. 鉴虚实：脉迟必沉实有力，排除虚寒；
3. 别表里：虽用桂枝汤，但本质是阳明里热兼表，非太阳表虚；
4. 明缓急：里实未成，故先解表，防误下伤正。

第四十四条　桂枝汤禁忌

《伤寒论》第 16 条：“太阳病三日，已发汗，若吐，若下，若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉证，知犯何逆，随证治之。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。”

太阳病三天，已经发过汗，而病未解，医者未详细检查为什么不解，误用吐、下、温针等非法治疗，以致病仍不解，于是形成逆治的坏病，此时已没有桂枝汤证，所以不可再与桂枝汤，应详审其脉症，辨明其所犯何逆，随证治之。

坏病，就是说它的正证已经治坏了。正证就是太阳表证，坏了就是已经不存在了。当然，并不是所有的误治都会形成坏病。通过观察脉证的综合分析，从而辨明其究竟是陷于什么证，然后，随证选择适当的方剂进行治疗。

桂枝汤本来是为解肌而设，若脉浮紧、发热、汗不出者，是表实证，则宜用麻黄汤以发其表，慎不可用桂枝汤以解其肌。若误与桂枝汤，必致实实之祸，故特告医家，常须识此，勿要妄施。

第 16 条提出“坏病”概念与动态辨证原则，强调中医诊疗的灵活性、个体化，体现了张仲景“病随证转、方随证立”的临床思维。其核心可概括为三点：一是动态辨证，疾病因误治或传变而复杂化，需根据病情变化调整诊断与治法；二是脉症互参，以脉象与症状的全面分析为辨证依据，不可拘泥于固定证型； 三是方证相应：方药需精准对应当下证候，即“有是证用是药”，而非固守原方。

太阳病误用吐、下、温针等法后，表证转为里证（坏病），此时需“观其脉证，随证治之”，不可再拘泥桂枝汤。桂枝性温动血，故呕血、便血、崩漏等出血性疾病患者亦应慎用。

桂枝汤为“解肌发汗”之剂，发汗力缓，适用于营卫不和的表虚证（太阳中风）。若误用于表实证，则汗不得出，反致邪气内闭，可能引发烦躁、斑黄狂乱等变证。

《伤寒论》第 17 条：“若酒客病，不可与桂枝汤，得之则呕，以酒客不喜甘故也。”

如果是经常饮酒的人，常常会出现发热，汗出的症状，不属于太阳中风的桂枝汤证，不能使用桂枝汤治疗，服用了可能会出现呕吐的情况，原因在于饮酒之人体内多有湿热之邪，桂枝汤属于甘温的方子，既助湿气又助热，湿热盛会出现呕吐的症状，这也是喝酒的人不喜欢甘味的原因。

第 17 条不仅限于嗜酒者，“酒客”代指湿热内盛体质者，凡湿热内盛脾胃壅滞，舌苔多黄腻、便溏臭秽者均禁用桂枝汤。

《伤寒论》第 19 条：“凡服桂枝汤而吐者，其后必吐脓血也。”

如果服用桂枝汤后出现呕吐的，继续服用可能会吐脓血。原因在于里有热，桂枝汤为甘温之剂，有助热的作用，胃热炽盛，胃气上逆则呕，甚至热盛灼（如肺痈、胃痈等化脓性疾病）伤血脉，迫血妄行而致吐脓血。此条强调“阳盛则毙”，即阳热体质或热毒内伏者禁用桂枝汤。

第四十五条　桂枝汤

（一）方剂

桂枝汤由桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣五味药组成。其中甘草要炙、生姜要切、大枣要擘；桂枝和白芍的剂量必须是相等的。

桂枝 9-15 克，白芍 9-15 克，生姜 9-12 克，炙甘草 6-9 克，大枣 12 枚。用 1200ml 水慢火煎煮一个小时大约得到 400ml 桂枝汤，分成两碗早晚各服用 200ml。

（二）方解

为什么用桂枝？桂枝这药可以壮心阳，所以心脏病的药一定会用到桂枝，桂枝一下去的时候，心脏的阳，也就是心脏的动能会加速，血一加速，我们的免疫系统就全部出去了，把滤过性病毒赶出去。

为什么用白芍？不能光让动脉加速流动，还要让静脉加速回来，所以，在《神农本草经》里面说：白芍轻用的时候，可以补血，重用的时候，可以活血、破血，就是破瘀。所以张仲景只要病人有腹痛，肚子痛，妇人的肚子痛，通通用白芍，芍药重用的时候可以活血化瘀，所以芍药在静脉里面走，可以让静脉的血加速流回心脏。桂枝、白芍这两味让血液循环加速，一加速把免疫系统带出去，很快的把滤过性病毒赶出去，但是加速产生的后遗症是排出汗来，为了怕津液丧失掉，后面又加了三味药同时补足它，并可以同时把肠子中已经坏死的食物分解掉。

因为人身上的动脉和静脉是等长的，所以桂枝白芍用等量，胖子用五钱，桂枝白芍等量，都用五钱，瘦子用三钱，小孩子可以开半钱。如果阳不足加重桂枝、阴不足加重白芍，所以可以调阴阳。

为什么用红枣？桂枝汤证，因为有汗，所以体液一直在丧失，要赶快利用红枣补足，肠胃里面有很多黏液，体液一直在耗散的时候，胃、小肠、大肠的黏液都会

跟着出去,红枣表面是红的,里面是黄的,火生土,而且红枣煮出来的汤液黏黏的,所以喝之后,等于是肠胃的津液,举凡在肠胃的津液快干掉的时候,要赶快用红枣补足。

为什么用甘草?《本草》里面写甘草解百毒,但解释不清楚,病人得到伤寒可能已经一段时间了,在感冒的这段时候里,胃口一定不好,因为本身的能量跑去抵抗外邪,能量减少了,肠胃的蠕动就减缓,有很多食物就会坏死在里面,而甘草可以解百毒,可以把食物分解掉,好的留下来坏的分解掉。

为什么用生姜?因为肠胃蠕动的能源都跑到表面了,生姜下去马上刺激肠胃所以生姜有发阳的功能,阳就是动能,它能让肠胃马上蠕动,这三种大枣、甘草、生姜下去,跟感冒没有关系,只是固本。

生姜开两片,不用开三片会太辣了,桂枝已经很辣了,不过辣些也无所谓,辣一下让肠胃的蠕动加强起来。如果病人得到感冒比较久了,甘草就用重一点,五钱,如果只两三天,就用二钱,甘草尽量少些,因为甘草会把其它药的药性减缓下来,甘草在《本草》里写有缓和的作用。所以有时候为了让药走的快些,不加甘草。炙甘草就是把甘草用蜂蜜炒过,甘草炙过后“性”很热,所以甘草炙过后可以增加发汗的力量,就会进入胸阳,胸是诸阳的通路,所以炙甘草马上跑到肺上面,马上把阳气发散到四肢,如果小孩吃“桂枝汤”太辣了,红枣可以加个十枚,让它甜一点?如果不用红枣,吃完桂枝汤后容易便秘,因为汗都发掉了,肠胃里的津液不足,所以后面三味完全是为了保持肠胃功能而设计的。

按照《内经》和《神农本草经》区分，辛甘发散的为阳药，酸苦涌泄的为阴药，有了这个观念后，经方第一方桂枝汤里，白芍----酸苦涌泄是阴药，桂枝----是辛甘发散为阳药，把阴阳分开后，剂量就好计算了。桂枝汤里----桂枝白芍炙甘草大枣生姜，经方里（的方剂）百分之六十以上都是从桂枝汤延伸而来，所以了解桂枝汤，就能运用百分之六十的处方，很娴熟。

桂枝汤的方意----桂枝汤一阴一阳，按照现代医学来看，把桂枝当成动脉，把白芍当成静脉，人身体动脉与静脉是等长的。所以桂枝芍药也是等量的，桂枝三钱，白芍也是三钱，光是这两味药去煮，静脉动脉的流速非常的快，跑的太快心脏受不了，所以要加炙甘草；甘草----甘味性缓，炙过，变苦味入心保护心脏不要跳的太快。 病人晚上抽筋，肝主筋，甘苦急，食甘以缓之；也可以买路边

榨的甘蔗汁来喝，抽筋就去掉了。炙甘草不需要重剂能够缓。 生姜----色黄入胃，能够补充因桂枝发汗后的胃中津液不足；大枣----色红，里面黄色也能够补足肠胃的津液。所以，光是桂枝汤不加生姜大枣炙甘草，心跳会很快，流汗，肠胃里津液干枯了，吃不下东西，加了这三味药，流汗的同时把肠胃的津液补足回来，就是桂枝汤的方意。

（三）服法

桂枝三两去皮 、芍药三两、 甘草二两炙、 生姜二两切、 大枣十二枚劈

用七碗水,用大火煮,古时候升柴火煮汤药,柴火的“微火”等于现在瓦斯炉的大火、煮成三碗渣拿掉,等温了再喝,一次服一碗。服了以后,等一下再喝热稀饭一碗,来帮忙药力。然后,被子盖起来,躺一时,差不多二个小时,全身微发汗。最好,把感冒病毒从汗排出来了,但是没有伤到体内的津液,这样最刚好。如果药开太重,一下子大汗出就不好了。汗出了以后,不能当风,也不能烤火,都不好。如果第一碗下去,好了就好了,不要把剩下的药喝掉。如果不流汗,再喝一碗,还不流汗,服后小促其间,就是缩短服的时间,就是三到四小时。半日许,令三服尽,十二小时喝三碗,若病重者,一日一夜服,周时观之,就是每四小时喝一次，日夜都服,服一剂尽,病证犹在者,更作服,再去煮,若汗不出,乃服至二三剂。喝桂枝汤中间禁冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物,臭恶就是腌制的东西、臭豆腐等,为什么要禁？桂枝汤是恢复胃阳、脾脏功能的药,就汤剂来看,桂枝壮心让动脉的血流出去,白芍让血回心脏,所以心脏的力量加强,火生土,土就是脾脏,所以桂枝汤喝下去,脾就充满了血,脾在胃下方,脾一充血,胃下面很多血管,一充血,胃就开始收缩,就肚子饿,想吃东西,所以桂枝汤是胃口恢复的药。生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物,这些东西都是容易腐败的。

吃了肉类,会有浮热产生,对病情恢复有影响；如果吃了生冷的东西,会抵消阳药发汗的效果,因都要避免。喝完桂枝汤,为什么喝热稀饭？在中医的观念认为稀饭、白饭是最好的营养,肠最能吸收的是稀饭。平时吃蕃薯稀饭可以保护脾胃,蕃薯与稀饭各一半,对养生很好。桂枝汤最明显的表证就是有汗,代表皮肤毛孔没病的,是滤过性病毒在肌肉里面,因此桂枝汤是解肌的。如果滤过性病毒在皮肤毛孔,皮肤毛孔就封闭起来了,就会没有汗。红枣（朱雀）,就是保护胃的,红枣的加

减很重要,红枣是甘饴的东西,很甜,平常肚子（焦）湿热比较盛的人。如果加了红枣会增甘加腻、遇到这种情形,把红枣拿掉。

第四节　太阳伤寒证

第四十六条 太阳伤寒是指外感寒邪侵袭太阳经表，导致卫阳被遏、腠理闭塞的表实证，代表方剂为麻黄汤证。麻黄汤证本质是风寒之邪侵袭人体肌表，导致卫阳被遏、营阴郁滞，肺气失宣，凡符合“无汗、恶寒、脉浮紧”为主要病机者，无论内伤外感皆可化裁使用。

《伤寒论》第 1-3 条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。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。”

中医的“虚”和“实”是对人体健康状态的描述。其中，“实”主要指邪气旺盛而正气未衰，多见于新患之疾，如风、寒、暑、湿、燥、火、痰饮、气滞、淤血、食积、寄生虫等；“虚”主要指正气不足，多见于慢性消耗性疾病，如阳虚、阴虚、气虚、血虚、津液亏虚、精髓亏虚、营虚、卫气虚等。实证以邪气充盛、停积为主，但正气尚未虚衰，有充分的抗邪能力，故邪正斗争一般较为剧烈，而表现为有余、强烈、停聚的特点；虚证反映人体正气虚弱、不足而邪气并不明显。根据正气虚损的程度不同，临床又有不足、亏虚、虚弱、虚衰、亡脱之类模糊定量描述。虚证的形成，可以由先天禀赋不足所导致，但主要是由后天失调和疾病耗损所产生。

太阳中风与太阳伤寒中虚与实的含义：

“虚”：主要是指卫气不固，营阴外泄。人体感受风邪后，卫气奋起抗邪，但因风性开泄，致使卫气不能正常固护肌表，营阴不能内守而外泄，从而出现自汗出等表现。这种“虚”并非是人体正气整体虚弱，而是卫气在抗邪过程中出现了功能失调，固摄作用减弱。

“实”：指的是风寒之邪侵袭人体，卫阳被遏，营阴郁滞，正邪交争剧烈，而人体正气不虚，能够奋起抗邪，呈现出的一种邪气盛实的状态。

第四十七条　核心病机

风寒外束：风寒邪气侵袭肌表，卫阳被遏，腠理闭塞，导致无汗。

营阴郁滞：卫气不能外达，营阴运行受阻，气血不畅，引发身痛、骨节疼痛。

肺气失宣：肺合皮毛，表闭则肺气不降，出现喘促。

病机本质：外感风寒，表闭阳郁，属表寒实证。

第四十八条　典型症状

表寒实证：风寒束表，卫阳被遏，腠理闭塞，导致机体失于温煦，故恶寒（必见）、无汗（关键指征）、头痛、脉浮紧。

经气不利：营卫郁滞，气血运行不畅，故头项强痛、身疼、腰痛、骨节疼痛；

肺气失宣：表闭影响肺气宣降，故喘促、咳嗽；

正邪交争：阳气郁而化热，抗邪于表，故发热（可伴随恶寒，热势可高可低）。

第四十九条　麻黄汤功效

解表散寒：人体在感受风寒之邪后，风寒束表，导致卫阳被遏，毛窍闭塞，从而出现恶寒、发热、无汗等症状。麻黄汤可以打开毛窍，通过汗液的排出，解除肌表的郁滞，将肌表的风寒之邪驱散出去。对于外感风寒所致的感冒、发热、恶寒、头痛、全身酸疼、流行性感冒、无汗等症状有很好的治疗效果。

宣肺排痰：麻黄汤中的君药麻黄可入肺经，能疏通肺的郁气，具有宣发肺气的作用；杏仁则有降气止咳平喘的功效。二者一宣一降，调节肺气的升降出入，恢复肺的正常功能，从而达到平喘的效果。可用于治疗气喘、急性支气管炎、支气管哮喘等疾病。

温经止痛：麻黄汤的主要功效是发汗解表和宣肺平喘，但它在某些情况下也可以起到温经止痛的作用。这主要是因为麻黄汤中的成分具有温通经络、散寒止痛的效果。麻黄发汗解表、宣肺平喘的同时也能温通经络；桂枝具有温经散寒、通阳化气的作用。

第五十条　麻黄汤证

《伤寒论》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。”

第 35 条列示头痛 、发热、身疼、腰痛、骨节疼痛、恶风、无汗、气喘等伤寒病的典型八个证候。这八证可概括为诸痛、寒热与无汗而喘三组。

中风风邪伤卫，伤寒寒邪伤营。寒邪由卫透营，外闭卫阳内伤营血。寒性凝滞、收引，主痛。寒邪袭表，营血运行不畅，经脉筋肉拘紧，故见诸痛证。头项、腰脊是太阳经脉循行之处，寒伤太阳，经输不利，故头项强痛，腰脊疼痛。太阳主筋所生病，故太阳感寒则身疼，骨节疼痛。寒为阴邪，卫阳被伤以后就会出现恶寒。寒主收引闭敛，可闭塞全身毛窍腠理，故见无汗。卫阳之气被寒邪闭郁，

不得宣泄，故见发热。肺合皮毛而主表，表闭无汗，影响肺气的宣发，故作喘。无汗而喘既提出了两个单独的证候，同时也揭示了无汗与喘的因果关系。一旦汗出表解，肺气恢复宣降功能，气喘则愈。第 35 条详于证而略于脉，与第 3 条合参，可知太阳伤寒证应见浮紧之脉，而且寸关尺三部都浮紧。

第 35 条列举麻黄汤证八大症状，发热、恶风、恶寒、头痛、腰痛，骨节疼痛、无汗、气喘，以症状推导病机。外感风寒正气调动至体表抗邪，气血津液水气随之上达于体表，人体升降出入气机平衡被打破，也可以从寒热、燥湿、升降三个维度分析病机推导症状。阳气上冲至头，所以会头痛；水到皮肤表面排不出去，渗到肌肉就会感觉身疼，腰痛，骨节疼痛，全身关节都会痛；肺主皮毛，皮肤毛孔肺在管，肺受寒，皮毛和肺俱闭，不能宣泄，肺的津液散不出去，肺的呼吸受到影响，就有气喘的外证。

《伤寒论第 37 条》：”太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也。……脉但浮者，与麻黄汤。”

太阳伤寒已过十日，脉由浮紧变为浮细，也就是说脉虽浮，但不那么紧急有力，同时仅见乏力而嗜卧，而恶寒之证已除。脉证说明，表邪已去，正气渐复，故谓“外已解也”。既然外邪已解，虽然觉得略有不适，也不需要服药，只要安心静养即可。

太阳伤寒虽已过十日，但还见伤寒的浮紧之脉，并以此暗示太阳伤寒的恶寒发热、头身疼痛诸证仍在。既然脉证仍在，病仍在太阳，属伤寒表未解，故治法与方药也应该不变，仍应考虑使用麻黄汤。但由于十日已去，病程日久，即使伤寒诸证仍在，可以再用麻黄汤发汗，也应当谨慎使用。因此不说主之，而说与，这是有区别的。

“表证仍在”是使用麻黄汤的前提，即使病程迁延（如“八九日不解”），只要表实证未传变，仍可发汗解表，这与太阳病“脉若静者为不传”的传变判断原则一致。

《伤寒论第 46 条》：“太阳病，脉浮紧，无汗发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗。服药已微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。所以然者，阳气重故也。麻黄汤主之。”

46 条可能因为传抄笔误，可调整为：“太阳病，脉浮紧，无汗发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗，麻黄汤主之。服药已微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。所以然者，阳气重故也。”

本条论述太阳伤寒表实证迁延多日未解，仍以麻黄汤发汗，服药后出现“发烦目瞑”或“衄血”的反应机制，并揭示“阳气重”是内在关键病机。

太阳伤寒，“脉浮紧、无汗、发热、身疼痛”，典型太阳伤寒表实证，寒邪束表，卫阳被遏，营阴郁滞，腠理闭塞。“八九日不解，表证仍在”，伤寒七日为一个周期，一个周期已过，病程迁延，但邪未传经，未化热入里，仍为纯表实证，故“当发其汗”，主方仍用麻黄汤。此体现仲景“表证未罢，先解其表”的原则。

“服药已微除”：服用麻黄汤后，表邪稍挫而病有减轻，但未全解。“发烦目瞑”，患者出现心烦、闭目畏光之症。此为阳郁加剧，正邪剧烈交争之象。寒邪闭表日久，阳气内郁已甚（即“阳气重”）。麻黄汤辛温开表，激荡郁阳，正气奋力抗邪，阳热上扰，故心烦；阳气冲逆，目受其扰，故不欲睁眼（瞑）。此反应提示邪气顽固，阳气郁闭程度较重。

“剧者必衄”，严重者会出现鼻衄。寒邪郁表，阳气不得宣散，郁而化热，热伤阳络（鼻为肺窍，太阳主表，肺开窍于鼻）。麻黄汤助阳气鼓动，郁热寻窍而出，迫血上行，从鼻衄得泄，此即“红汗”之说。衄血相当于自发性泄热开郁，替代了汗液泄邪的途径。

衄后邪热随血外泄，郁阳得伸，表闭得开，“衄乃解“，故病可愈。此属机体自然代偿的汗法，与“汗出而解”异曲同工。

“阳气重故也”，阳气重为本条眼目，指阳气郁闭程度较重。非阳气有余，而是寒邪束表，阳气郁积于内，不得宣散。日久则郁热内生，形成“表寒外束，阳气内郁”之势。与“阳盛”不同：此“重”强调郁滞之甚，属实证；若阳热化热入里，则可能转为阳明证。此处虽郁热，但表寒仍为主，故仍用麻黄汤。

衄血后若表未解，仲景在后文指出“衄家不可汗”（亡血忌汗），但本条衄血为郁热外泄，属自愈机转；若衄后表仍未解，则需斟酌，不可贸然再汗。

46 条完整呈现了太阳伤寒表实→迁延不愈（阳气重）→服麻黄汤后正邪剧争（发烦目瞑）→郁热寻窍出衄（衄乃解）的动态病机过程，核心在于“阳气重”

导致的邪闭与郁热并存，治疗仍守表里先后原则，以开表为第一要义。

46 条，’服药已微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解“，若发烦目瞑（眩晕，状态很吓人），但未鼻衄，医者是否还敢让他再服麻黄汤？

患者仍觉恶寒，这是表证存在的金指标。脉象仍为浮紧有力，这是阳气仍被郁闭、正气不衰的关键证据。皮肤灼热干燥，仍然完全无汗。那么病根未去，病机未变，治疗大法（辛温发汗）就绝不能改变。此时若因畏惧反应而停药或改方，等于前功尽弃，甚至可能使邪气内陷。仲景立此条，正是为了教导后学在此种情况下须 “守方” 的定见。

胆大心细，精准调整。在确认“表证仍在”且为“瞑眩”而非“危证”后，并非简单机械地原方照服，而应采取更精细的策略：

1.调整服药方法——频服与小剂量探病。减量续服，将第二次的麻黄汤剂量减半或减至三分之一，以“小制其剂”的方式，继续推动正气，避免再次引发剧烈反应。频服观察，采用“少量多次”的服药法。如每次服用一两口，每隔一两个小时观察一次。若见周身微微潮润、患者感觉舒畅，即达到“得汗”目的，立即停后服。此法见于《伤寒论》桂枝汤服法，用于峻剂时更为稳妥。

2.活用经方思路——合方与变通。合用轻剂，考虑使用张仲景的 “小汗法”方剂。若症状介于表郁与轻微化热之间时，可选用桂枝二麻黄一汤或 桂枝麻黄各半汤。这些方子麻、桂用量极轻，旨在“轻宣郁阳”，既能继续解表，又能缓和药性，避免过度辛散。兼清郁热，因“阳气重”已有化热之势，且出现“发烦”，可在麻黄汤中微佐清透之品，如少加生石膏（即合大青龙汤法之意，但石膏量宜轻），或加黄芩、连翘，给内郁之热一个出路，防止其全力上冲导致剧衄或烦躁加重。

3.后世温病学启发——分消走泄。可以借鉴后世医家处理“表寒未解，里热已郁”的思路。在保证解表（麻、桂）力量的同时，加入如芦根、白茅根等既能凉润、又能导热下行的药物。这相当于在“向上向外发散”的主力军中，派出一支小队向下疏通，减轻上焦压力，可能使邪气从衄血、小便等多渠道化解，而非独攻鼻窍。

《伤寒论》第 47 条：“太阳病，脉浮紧，发热，身无汗，自衄者，愈。”

此条紧承第 46 条，共同阐述了太阳伤寒表实证中，“衄以代汗” 这一特殊的自然转愈机制。本证为典型的太阳伤寒表实证（麻黄汤证）。脉浮紧、发热、无汗，是风寒之邪束表，卫阳闭郁，营阴郁滞的明证。邪正相争于表，郁热不得外泄。

条文虽未明言，但结合临床与 46 条“阳气重”的提示，此种转归多见于素体阳气强盛、腠理固密之人。因阳气被寒邪郁闭甚重，正邪交争剧烈，体内热势蓄积。人体是一个具有自我调节能力的有机整体。当表邪闭郁，汗孔闭塞，邪无出路之时，体内的郁热会寻隙而发。

“衄” 即鼻出血，此处是机体自我调节、泄热以解热郁的重要途径。足太阳膀胱经上额交巅，络脑，其经脉与鼻相通。郁闭于表的阳热，不得从皮毛汗孔（玄府）宣泄，便循经上冲，迫血妄行，从阳经所过、脉络丰富的鼻黏膜（“阳经之窍”）而出。

血汗同源，皆为阴液。衄血之时，热随血泄，表闭得开，郁热得散，其效等同于“发汗”。一旦热泄，卫气得以宣通，表邪随之而解，故曰“自衄者愈”。此条描述了疾病在特定体质与病情下，不经服药而自然向愈的一种可能。提示医者，在诊治过程中，需注意观察病情自身发展变化的规律。

“衄乃解”是特定条件下的转归机制描述，而非治疗手段。医者不可坐等患者衄血，或主动放血以求愈病。刺络放血疗法，它用最直接、迅捷的方式，调整气血的“交通堵塞”和“能量淤积”，尤其在急救关头，往往能起到“四两拨千斤”、“血出症减”的奇效。这种“因势利导，邪有出路” 的思想，正是中医宝库中一颗璀璨而锋利的明珠。

1、从“自衄”到“刺血”，核心理念一致，泻热、决郁、通络。

自衄是郁闭在表的阳热，自行寻络脉薄弱处（鼻络）破血而出，热随血泄，从而打通了闭塞的气机。刺络放血是医者主动用针具，在特定的经络穴位或血络（浅表小血管）处刺破，放出少量血液，以达成同样的目的——疏通瘀滞、清泄热毒、调和气血。

2、从“代偿”到“主导”。

“自衄”是身体在无路可走时的自我“代偿机制”，具有偶然性，且衄血量与病情未必匹配。“刺血”则是医者主动创造一条“高速通路”，引导病邪（热、毒、瘀）循最便捷的路径排出。它是对身体自我调节机制的强化与精准引导。

3、刺络放血疗法的经典用穴，体现了“经络辨证”和“局部取穴”的精髓。

少商（手太阴肺经井穴）：泻肺卫之热。常用于急性咽喉肿痛、扁桃体炎、发热、中风昏迷。是开窍泄热要穴。

曲池（手阳明大肠经合穴）：清泄阳明气分热毒。用于高热、目赤、皮肤病、上肢热痹。

太阳（奇穴）：清利头目，通络止痛。是治疗头痛、目赤肿痛、偏头痛的局部特效穴。

大椎（督脉，诸阳之会）：总督一身之阳。刺血可通阳解表、清泻高热，尤其对外感高热、疟疾等有奇效。

耳尖（奇穴）：清热解毒、镇静止痛。常用于急性结膜炎（红眼病）、麦粒肿、高热、血压骤升的急救处理。

这正是刺络放血疗法最具特色的优势之一。在缺医少药或病情急骤时，它堪称“物理性急救术”：

高热神昏：急刺十宣（十指尖）、耳尖、大椎放血，可迅速退热、醒神开窍。

中暑（暑厥）：刺曲泽（肘窝大血管处）、委中（腘窝）放血，可清泻暑热，缓解痉厥。

急性喉痹（喉头水肿窒息风险）：刺少商、商阳放血，可迅速缓解咽喉肿痛，开通气道。

高血压危象（面红目赤、头痛欲裂）：刺耳尖、太阳、百会点刺出血，可快速降压、缓解症状。

急性腰扭伤、软组织损伤：在患处或委中穴找瘀络刺血，可活血化瘀、通则不痛。

4、疗法的精髓与原则。

刺络放血并非简单的“见血就行”，其背后有严谨的法度。

辨证为先：必须辨别是实热、瘀血、毒壅等实证，方可使用。虚证、血证患者忌用。

针具与手法：多用三棱针，手法有点刺、散刺、挑刺、刺络（刺小血管）等。

量宜适度：“血变而止”，即放出血液颜色由暗红、粘稠变为鲜红、稀薄即可，通常仅数滴至数毫升，绝非大量放血。

严格无菌：现代操作必须遵循无菌原则，防止感染。

47 条以极其精炼的文字，揭示了太阳伤寒表实证中，机体在阳气郁闭较重时，通过“衄血”这一自我调节的“代偿性汗出” 途径，泄越郁热、开散表邪，从而达到不药而愈的自然转归。它体现了《伤寒论》对人体自愈潜能的深刻观察，以及“给邪以出路”的治疗思想，是“阴阳自和者必自愈”理论在太阳病中的具体体现之一。学习此条，重在理解其揭示的病机转变规律，而非将其视为常规愈病之法。

《伤寒论》第 48 条：“二阳并病，太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明，续自微汗出，不恶寒。若太阳病证不罢者，不可下，下之为逆，如此可小发汗。设面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表，当解之熏之。若发汗不彻，不足言，阳气怫郁不得越，当汗不汗，其人躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得，其人短气，但坐以汗出不彻故也，更发汗则愈。何以知汗出不彻？以脉涩故知也。”

太阳病初期本应发汗解表，但“汗出不彻”，未能驱邪尽出，导致表邪未除、郁而化热，热邪循经内传阳明，形成“太阳未罢、阳明已起”的二阳并病。

阳明病主里热，热迫津液外泄，故“续自微汗出，不恶寒”，标志阳明里热证已初步形成。若太阳表证（如恶寒、头项强痛）仍在，说明仍有表证，此时若误用下法（针对阳明燥实），会损伤正气、引邪深入，导致变证（如虚烦、痞证等），故为“逆治”。

因以太阳表证为主、阳明里热尚轻，故用“小发汗”法（如桂枝汤类），既能轻清表邪，又避免过汗伤津（防止加重阳明燥化），以契合“表证未解、里热初萌”的病机。

邪气内郁，部分未解的表邪，郁闭在肌表，导致“阳气怫郁在表”（卫阳被郁遏），表现为“面色缘缘正赤”（满脸持续通红）。对于“阳气怫郁在表”突出的情况，除了内服药，还可以配合外用方法，“解之熏之”。如用药汤熏蒸体表，帮助疏通腠理，发散郁热。

“汗出不彻”的加重病情，“若发汗不彻，不足言，阳气怫郁不得越，当汗不汗，其人躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得”。表邪反复郁闭、阳气始终不得宣泄，郁热内扰心神则“躁烦”；阳气郁滞、气血运行不畅，导致痛无定处（“乍在腹中、乍在四肢”），此为“郁热扰神、气机阻滞”的表现，核心仍在“表邪未解、阳气怫郁”。

阳气郁闭、气机升降受阻，故“短气但坐”（气短不足以息，只能端坐呼吸），根本原因仍是“汗出不彻”；因此需“更发汗”（再次恰当解表），宣通郁闭的阳气与表邪，气机通畅则诸症自愈。

“何以知汗出不彻？以脉涩故知也。”“脉涩”，主气血运行不畅，因表邪郁闭、阳气不得宣通，气血循行受阻，故脉象涩滞，这是“汗出不彻、邪郁气机”在脉象上的直接反映。

48 条核心病机是太阳病未解，邪热内传阳明，形成太阳与阳明并病。揭示了外感病治疗中一个常见的误治转归，核心治则太阳表证不罢者，绝对不可下，“表里同病”时“先解表后攻里”。具体治法采用小发汗（如桂麻各半汤）或“解之熏之”等法，因势利导。治疗目标通彻表邪，使郁热随汗而散，表里两解。

《伤寒论》中“发汗不彻”的状态，涉及辨证、用药、剂量乃至服药方法等多个环节。简单来说，辨证方向的错误是根本，用药和剂量的不当是直接原因，而患者的体质与护理则构成了重要的影响因素。

1、辨证层面：方向性错误的可能性较低

“太阳病”的诊断（脉浮、头项强痛而恶寒）通常比较明确，用汗法的治疗大方向是正确的。因此，纯粹将太阳病误诊为里证（如阳明腑实证）而用下法，这种情况不属于“发汗不彻”，而是“误下”，是另一种误治。所以，在“发汗不彻”的语境下，辨证的主要问题可能在于：

对病邪性质与病位深浅的辨识不够精细：例如，未能细辨是纯表寒（麻黄汤证），还是表寒里饮（小青龙汤证），或是表寒里热（大青龙汤证）。如果病机夹杂其他因素，仅用单纯的辛温发汗方，力量可能不“对焦”，导致发汗不彻底。

对正气（阳气）强弱判断不足：患者本身阳气偏弱，推动力不足，使用标准剂量的发汗药，也可能因“火力”不够而汗出不透。

在“发汗不彻”的场景中，核心问题通常不在“是否该用汗法”这一战略层

面，而在“如何用好汗法”这一战术层面。

2、用药与剂量层面：这是导致“不彻”最直接、最常见的原因

用药不专，方不对证：该用麻黄汤（强力开腠理、发汗散寒）时，却用了桂枝汤（解肌和营卫，发汗力较缓）。桂枝汤适用于“汗出、恶风”的表虚证，对于“无汗、身痛”的表实证，其发汗力度就不够，必然导致“不彻”。

剂量过轻，力有不逮：即使方剂选对（如麻黄汤），但其中关键发汗药物（如麻黄、桂枝）的剂量不足。药力不足以完全冲破寒邪的郁闭，则汗出必不畅快、不彻底，邪气自然不能随汗而尽。

煎服与调护失误：未遵“温覆”，服药后没有加盖衣被以助汗出。

未达“汗出”标准：张仲景对汗法要求非常严格，如“遍身絷絷微似有汗者益佳，不可令如水流漓”。若仅见局部微汗，或汗出时间太短，都算不得“透彻”。

中病未即止：一见汗出就停药，没有维持足够的药力以彻底驱邪。

3、患者体质层面：内在的决定性因素

这是最容易被忽略但至关重要的一点。《伤寒论》的治法是基于“正气抗邪”的反应。同样的方药剂量，在不同人身上效果迥异：

素体阳虚或津血不足者：阳气是发汗的动力，津液是汗液的化源。这类患者即使用了“正确”的方药，也可能因动力或材料不足，而无法做出“透彻”的出汗反应。此时强行发汗，甚至会导致亡阳或伤津的变证。

“阳气怫郁”体质：患者本身气机容易郁滞，表邪一束，内外阳气郁遏更甚。这不是单纯的药力不足，而是病机更为复杂，需要发散郁热的特殊处理（如 48 条提到的“解之熏之”）。

4、《伤寒论》的启示与现代临床意义

仲景提出“发汗不彻”，其深意在于告诉我们：治疗不是一个机械的“开方-服药”过程，而是一个动态的“观察-调整”过程。

治疗是“滴定”艺术：医生开出处方和初始剂量，只是一个起点。必须根据患者服药后的反应（是否汗出、汗出程度、症状变化）来实时判断。是“病重药轻”需加重？是“方证相合”需守方？还是出现了新情况需变方？

“汗出不彻”是一个重要的临床信号：它提示我们，当前的治疗力度与疾病的态势、患者的反应状态不匹配。需要重新评估，是加大发汗力度（如增加剂量、

改用峻汗方），还是需要辅以他法（如清里、化饮、扶正）。

个体化原则的体现：没有放之四海而皆准的“标准剂量”。理想的“透彻”发汗，是在正确辨证指导下，以恰到好处的方药剂量，激发患者自身适度的抗病反应（微微持续汗出）。这需要医者对病机、方药、人体有深刻的理解。

“发汗不彻”的核心，首先最可能源于用药（选方）或剂量不当，未能匹配病邪的强度和病机的复杂度。它是在辨证大方向正确的前提下，在具体战术执行上出现的偏差。同时，必须将患者的个体反应（体质） 作为关键变量纳入考量。这提醒每一位医者，处方后必须密切追访，根据“药后反应”来验证并调整治疗，这正是《伤寒论》动态治疗观的精髓所在。

《伤寒论第 55 条》：“伤寒，脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”

太阳伤寒，寒邪束表，肺失宣降。肺开窍在鼻，肺被寒束，肺热无法宣泄则上行，如果病人表寒较盛，阳气不衰，无汗或者未经发汗，就会出现流鼻血的现象。衄泛指人体各部位出血，此特指流鼻血。

太阳伤寒脉浮紧，邪在表，当与麻黄汤发汗；若不发汗，则邪无从出，壅甚于经，迫血妄行，因而致衄。如果在未衄之先，以麻黄汤发汗，汗出则解，必不致衄，或者如第 47 条自衄而解，无须用药，或者如第 55 条由于病人无汗，或者虽经治疗，但未用麻黄汤发汗，表证不得汗出，阳气被寒邪闭郁，虽衄但表邪不解。衄而不解，可能是衄的程度较轻，鼻血较少，起不到热随血减的作用。故当用麻黄汤发汗，以分消太阳经中之邪。汗出邪散，则鼻衄自止，热退病愈。

《伤寒论》第 51 条：“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”

《伤寒论》第 52 条：“脉浮数者，可发汗，宜麻黄汤。”

第 51 条为简文，扩展后可表述为“太阳伤寒，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，无汗，脉浮者，可发汗，宜麻黄汤。”解读的关键在“脉浮”与“宜”。

太阳中风、太阳伤寒病位在表，故脉浮，中风脉浮缓、伤寒阴阳脉俱紧，紧为寒。51 条为“脉浮”，未明确脉浮缓还是脉浮紧，从麻黄汤方剂可推测脉为浮紧，为什么只写脉浮不写脉浮紧？脉象可能存在脉浮紧而数或其他脉型。

“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。告诫人们考察脉型的变化，判断是否传阳明或少阳，是否有传经的迹象，故在方剂前加“宜”，宜具有商量斟酌之意。

条文未明确“脉紧”，可能暗示邪气仍在太阳表而未完全入里，但需警惕传经倾向。此时用“宜麻黄汤”强调及时解表的重要性，防止病情深入。条文用“宜”提醒医者需综合观察患者体质、病程、兼症（如是否口渴、二便情况等），避免单一症状定方。

第 51 条和 52 条，脉象不同（浮和浮数），但都宜用麻黄汤。两条均属于表实证，核心指征“无汗”。脉浮数可能表示邪气较盛或有化热趋势，但尚未达到需要改变方剂的程度，只要表实无汗存在，仍可用麻黄汤。麻黄汤适用于体质壮实、症状较重的患者，脉数反映的是正气抗邪的激烈反应。

第 51 条和 52 条，均指向外感风寒表实证，核心病机为风寒束表、腠理闭塞，表现为恶寒发热、头身疼痛、无汗等典型症状，需用麻黄汤开腠发汗，解除表邪。

第 51 条脉浮，反映卫阳与邪气交争于体表，为太阳表实证典型脉象；第 52 条脉浮而数，提示邪气较盛或有化热趋势，但尚未形成里热证。数脉可解释为寒邪闭郁阳气较重，机体抗邪反应激烈，并非必然提示热证。只要无汗存在，仍可判定为表实证；若脉数伴随口渴、咽痛等症，需警惕寒邪化热，需调整方剂（如大青龙汤）。

麻黄汤辨证的要点必须无汗，自汗、盗汗、表虚证禁用：脉象为脉紧或脉数，细弱脉、虚脉禁用；体质为正气未虚，疮家、衄家、亡血家禁用；兼症适用于喘咳明显者，里热证（如口渴烦躁）禁用。

第五十一条　麻黄汤变证

（一）自愈

《伤寒论》第 58 条：“凡病，若发汗、若吐、若下，若亡血、亡津液，阴阳自和者，必自愈。”

无论什么病，不单指中风、伤寒，汗、吐、下是攻实去病的大法。汗吐下用之得当，是治病祛邪之法，可以调阴和阳而达到治疗目的。如果使用不当，又可损伤正气，如伤阴、伤阳、伤血、伤气等。如果邪去正衰，就不一定非要再用药物治疗，可以通过饮食调补、休息疗养，等待人体阴阳自我调节而达到新的平衡，即可自愈。此即所谓的于不治中治之。

“阴阳自和”，就是胃气得以恢复，何以判断：一是病人感觉到饿；二是病人会微微发汗；三是舌苔变的比较薄白；四是脉象是平和，一息四至，就是有胃脉。

《伤寒论》第 59 条：“大下之后，复发汗，小便不利者，亡津液故也。勿治之，得小便利，必自愈。”

表里同病，当先解表后攻里。如果先下后汗，为治疗失序。大下之后又发汗，亡津液、亡血液，津液体液亡失太多，所以小便不利，这是因为汗下津伤所致，而不是水饮内停。

小便不利，当然要利小便，但是由于亡失体液造成的小便不利，千万不可再利小便，故诫之“勿治”。这种状况，当以饮食水谷调养为主，待体内津液慢慢恢复，小便必然通利。小便通利反映阴阳已经自和，所以说得小便利，必自愈。

（二）虚证

《伤寒论》第 60 条：“下之后，复发汗，必振寒，脉微细。所以然者，以内外俱虚故也。”

太阳病，下后复汗，治疗失序，如果邪气虽去，正气也会损伤。下之伤其里，就是里虚；复发汗，又虚其表，表里俱虚，所以“必振寒，脉微细”。振寒，就是寒冷而振慄，是表阳不足之证；脉微细，是里阳虚衰的脉象。病人在经过泻下与发汗后出现了表里阳气俱虚的脉证，因此仲景断为内外俱虚之证。

太阳病，如果吃了泻药，表不解，气上冲可以服桂枝汤，但是不可服麻黄汤。治疗不当会导致伤阴、伤阳及阴阳失和的种种变证。

《伤寒论》第 61 条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”

下之后，复发汗，攻下后又发表，造成昼日烦躁不得眠，这是阳虚。阳虚，虚热往上跑，冲到胸部就烦躁，冲到头部就是不能睡觉。昼是气、夜是血，昼是阳、夜是阴。如果一个人晚上很好，白天有问题，一定是阳不足；如果一个人白天很好，晚上有问题，一定是阴不足。所以可以利用病人的昼夜好坏，来判断是阳不足还是阴不足。

昼日阳气主外，虚阳借天阳之助与阴寒相争，故“昼日烦躁”；夜间阴气主内，虚阳无力抗争，故“夜而安静”。烦躁的本质是虚阳外越，神不守舍（非实

热扰动）。

不呕，代表肠胃没有问题，不渴，津液也没有丧失掉，无表证，脉沉微，身无大热者，就是阳虚掉了。

肾为阴阳之根，如果阴盛阳衰至甚，阳气难藏，就有离根之险。根之虚阳外越，被逼于上，为戴阳；被格于外，为格阳，两者均是阳亡的先兆。戴阳于上，面红如妆；格阳于外，身大热而欲得近衣。这一条说身无大热者，就是说尚有微热，说明残存之阳幸而没有完全外越。

下法直接损伤脾胃及下焦阳气，汗法则耗散卫阳，导致阳气骤虚（以少阴阳虚为主）；下法导致肠道津液流失，汗法使肌表津液外泄，但此类“伤阴”属暂时性津液耗损 ，非“阴虚火旺”的病理状态。此条辨病机以阳虚寒化为主，阴伤为次。因此，干姜附子汤主之，以干姜附子辛热纯剂急煎顿服，力挽残阳于万一。干姜壮脾阳，附子壮肾阳与心阳。阳不足补阳，不需要用炙甘草来补津液。

干姜附子汤由干姜、附子组成。姜、附都是大辛大热之品，能复先后天脾肾之阳。附子生用则力量更加峻猛。一次顿服，使药力集中，收效迅速。本方加上甘草就是四逆汤，加上葱白就是白通汤。没有阴盛阳郁之象，故不用白通汤；阴寒很盛，顷刻就要亡阳，治当急温，故也不用四逆汤。本证阳气暴虚，阴寒独盛，寒极发躁，残阳欲亡，故不用甘草之恋缓，单取姜附之迅猛，急以扶阳抑阴为先。

阴虚者，当救阴。阴阳两虚者当阴阳两救。只有阳虚、则当救其阳，救阳急不宜缓，以阳主生化，无阳则不化。

《伤寒论》第 68 条：“发汗，病不解，反恶寒者，虚故也，芍药甘草附子汤主之。”

第 68 条未特指具体发汗方剂 ，而是强调“过汗致虚”的病机。麻黄汤、大青龙汤峻汗后 ，因发汗力强更易伤阳；若桂枝汤误用（如体质虚者）亦可导致过汗。发汗治疗后，病没有解除，却更恶寒，此恶寒非表证恶寒（发热、头项强痛、脉浮），而是里恶寒（无发热，恶寒程度更甚，伴四肢冷、脉微细）。误汗后表证消失，转为少阴里虚（阳虚为主，阴亦不足），以芍药甘草附子汤温阳益阴。

芍药甘草附子汤，芍药、炙甘草各三两，炮附子一枚。附子温少阴之阳，散寒固本；芍药合甘草以补营血，酸甘化阴，缓急止痛（针对误汗后可能出现的筋

脉失养、四肢拘急）；与附子相配，阴阳双补，既温阳护阴，又防止附子燥烈伤阴。

芍药甘草附子汤用于肾阳虚之轻证，兼有阴伤（如汗后筋脉失养），四逆汤（附子、干姜、甘草）用于少阴阳衰重证（下利清谷、四肢厥逆、脉微欲绝）。

《伤寒论》第 69 条：“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”

发汗若下之，不是两次误治，先用汗法再用下法，而是或者发汗，或者下之，只是一次误治。病仍不解，不是表证未解，而是表证传里，里证未解。出现下利、四肢厥冷、烦躁等症状，其中烦躁这个症状比较突出。这是由于误汗或者误下之后伤了阳气，不仅涉及心肾阳虚，也伤了脾气。阳虚则阴盛，阴阳相搏，故见烦躁。

大青龙汤证，恶风烦躁；干姜附子汤证，昼日烦躁不得眠。久病见到烦躁，往往是阳气将亡，阴气独盛的反应，是一个很危险的现象。相比而言，干姜附子汤证是脉沉微，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕、不渴、无表证，身无大热者，已有亡阳的征兆，烦躁通常较重。茯苓四逆汤证的烦躁，只是阴阳两虚，烦躁通常较轻。

针对这种情况，应当以茯苓四逆汤主之。茯苓四逆汤就是四逆汤加上人参、茯苓。四逆汤回阳救逆，人参、茯苓补中益气，茯苓还能安神定志。用四逆汤以补阳，用人参和茯苓以补阴，是阴阳两补之法。

（三）虚实夹杂证

《伤寒论》第 66 条：“发汗后，腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之。”

腹胀满为临床常见症状，病机有寒热虚实的不同。大便燥结，腑气不畅，腹中痞满，疼痛拒按，是阳明胃家实证；便溏下利，腹中胀满，疼痛喜按，是太阴脾家虚证。但是，此条所说的腹胀满与以上两种都不同，是由于发汗损伤了脾气，或者脾气素虚，因而运化水湿的功能低下，湿留生痰，痰湿中阻，气机被遏所致。

以实证辨，有脾气不足的一面；以虚证辨，又有痰湿凝结，气机壅滞的一面。此证非虚非实，属于虚实夹杂之证。虚与实之间，可以虚三实七来看待。

治以健脾利气、温运宽中，用厚朴生姜甘草半夏人参汤。在厚朴生姜甘草半夏人参汤中，厚朴下气燥湿，消满除胀；生姜辛散通阳，健胃以散痰水；半夏和

胃开结燥湿去痰。这三味药的用量均较重，以开痰气之滞。人参、甘草是半个理中汤，有健脾气，促运化之能。如果单用消痰利气之药，恐怕会使脾气愈虚，因此必须配甘补；如果多配甘补，又恐怕使中满益甚，因此参、草之量都不宜过重。全方轻重配伍，共成三补七消之法，攻补兼施，堪称是虚中夹实证治之典范。

（四）实证

《伤寒论》第 63 条：“发汗后，不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”

第 63 条可调整为： “发汗后，汗出而喘，无大热者，不可更行桂枝汤，可与麻黄杏仁石膏甘草汤。”

太阳伤寒，使用发汗的方法治疗。如果麻黄汤发汗不当或未彻底，导致表邪部分入里化热，壅滞于肺；或者误用桂枝汤发汗，因桂枝汤解肌力缓，可能导致表邪未解，反助热入里。于是出现汗出而喘的症状，若仍有恶寒、恶风、发热等表邪未解的表现，应该使用桂枝加厚朴杏子汤治疗。

“无大热者”一是理解为“无表证”，所以“不可更行桂枝汤”；二是理解为“无阳明大热”，阳明之热蒸蒸而出，麻杏石甘汤中有石膏半斤，虽然没有白虎汤中一斤石膏的量大，若无阳明之热，亦不需用。所以可以理解为有里热，尚未蒸蒸而发，无表证，使用麻杏甘石汤治疗。

麻杏石甘汤由麻黄、杏仁、石膏、甘草四味药组成，以清肺热、平喘为主。方中麻黄不配姜桂，是因为并不以其发汗，而是以其宣肺平喘。无论寒喘、热喘，只要配伍得宜，麻黄都可以用。麻黄配石膏，清宣肺中郁热，可以治疗热喘。石膏剂量用到半斤，超过麻黄用量的一倍，清肺热的效力就显而易见；杏仁降肺气之逆，佐麻黄以平喘咳；甘草调和诸药，补中益气。临床用这个方子治疗肺热作喘效果很好，尤其对小儿麻疹并发肺炎属于肺热者更有可靠的疗效。

《伤寒论》第 70 条：“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。”

第 68 条误汗后表证消失，转为少阴里虚；第 70 条误汗后表证消失，转为阳明经证。过汗伤阳伤阴，可以转为虚证，也可以转为实证。《伤寒论》有一汗不愈而再汗、一下不愈可以再下之说。如果脉不浮，反见沉、迟，则恶寒就是虚故也，应当以芍药甘草附子汤主之。不恶寒，但热者，强调只有发热，没有恶寒。

发汗以后，津液耗伤，胃中干燥，虽表解而里未和，就会出现蒸蒸而热，也就是但热者。实也，阳明胃家实。虽然是阳明实证，但还没达到大便燥结的程度，只是蒸蒸而热，所以既不能用小承气汤治大便硬，也不能用大承气汤治大便燥结，只需用调胃承气汤微和胃气，清胃泄热即可。

调胃承气汤主要用于阳明里实轻证，症状包括发热、口渴、心烦，但没有腹痛和便秘。它的组成是甘草、芒硝和石膏，作用是清热和胃，润燥通便，药性较温和。

小承气汤适用于阳明里实的中期，症状包括发热、腹胀、便秘。组成有大黄、厚朴和枳实，能够泻热通便，行气消胀，药力比调胃承气汤稍强。

大承气汤用于阳明里实重证，症状包括高热、谵语、腹痛拒按、便秘。它由大黄、芒硝、厚朴和枳实组成，能够峻下热结，泻热通便，药力最强。

大黄没有芒硝，就像快刀不开刃，攻破的力量不够，大黄配芒硝泻下力量较重。大小承气汤意在急攻，不配甘草，防其减缓药力。第 70 条为阳明里实轻证，芒硝同石膏均为寒性，石膏解热的作用强但没有泻下作用，芒硝泻下，甘草配芒硝以缓和芒硝药力。

第五十二条　拓展

（一）葛根汤证

《伤寒论》第 31 条：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之。”

太阳伤寒表实证，寒邪侵袭太阳经表，导致卫阳被遏、玄府（腠理）闭塞，表现为无汗、恶风寒；寒邪凝滞导致经脉气血不利，气血无法濡养筋脉，故项背拘急僵硬。

麻黄汤证的核心病机是寒邪闭表、卫阳被遏，以“无汗而喘”为特征，需麻黄配桂枝强力开表发汗，杏仁宣肺平喘。葛根汤证虽同为表实，但寒邪不仅闭表，还郁滞太阳经输（足太阳膀胱经），导致“项背强几几”（筋脉拘急）。此时需在解表的同时，升津液、舒筋脉，故重用葛根。

同为太阳伤寒表实证，为何不用麻黄汤作为基础方，却选择桂枝汤为底方？葛根汤为桂枝汤加葛根、麻黄，桂枝汤（桂枝、芍药、生姜、大枣、甘草）能调和营卫、补充津液，为发汗提供物质基础；若以麻黄汤（麻黄、桂枝、杏仁、甘草）为基础加葛根，则发汗过猛，则加重津液耗损，反不利缓解项背拘急。

（二）太阳阳明合病

《伤寒论》第 36 条：太阳与阳明合病，喘而胸闷者，不可下，宜麻黄汤。

太阳伤寒，肺失宣降则胸满而喘，肺与大肠相表里，肺失宣降大肠腑气不利则见大便不下；阳明胃家实，大肠实则见便秘，胃实则见腹满而喘；36 条胸满而非腹满，虽然证见便秘，但未完全里实。

太阳经表与阳明经表同病，以太阳表寒证为主，阳明表证为次。寒邪束表，肺气失宣（太阳）与阳明经气不利（表证层面）并存。虽涉及阳明，但病位仍在表，未形成阳明腑实（如腹满、燥屎等里实证），故不可用下法，以防表邪内陷。用麻黄汤开腠发汗，表解则肺气宣、大肠自通。

《伤寒论》第 32 条：“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”

两经或两经以上病证同时发生，无先后次第之分者，谓之合病。太阳与阳明合病，也就是太阳与阳明两经同时受邪。

太阳伤寒表实证以恶寒、无汗、脉浮紧 为特征，病机为寒邪外束，卫阳郁闭；阳明经表证属于阳明病的表证阶段，尚未入里化燥成实（腑实证），其特点包括：外邪侵袭阳明经表 ，如项背强痛，邪迫大肠导致下利 ，但无燥屎内结；第 32 条为太阳伤寒表实证与阳明经表证合病。

第 32 条核心病机是太阳表邪未解，内迫阳明，导致气机升降失常与水液代谢紊乱 。阳明经表受邪，阳气抗邪于表，不能顾护胃肠之里，致里气不和而下利；表邪束闭表水在体表出不去，回流小肠，小肠本身不是受水，水到小肠就听到咕噜咕噜的拉出来，“寒郁化热”出现“热利”。

太阳伤寒表实证与阳明经表证合病，若见下利，葛根汤主之。葛根汤解经表之邪，升阳明之气。表解则里和，下利必自止。

《伤寒论》第 33 条：“太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之。”

太阳伤寒表实证与阳明经表证合病，如果出呕吐的症状，葛根加半夏汤主之。呕吐是胃气不降、表里不和，治疗当解两经之表。半夏止呕，葛根汤加半夏和胃降逆以止呕吐。外邪得解，里气自和，升降复常，呕吐自止。

葛根加半夏汤就是在葛根汤原方原量基础上加半夏半斤。仲景在伤寒论里面，所用的半夏是“生半夏”，现在在药行买的都是“姜半夏”， 半夏生用有毒，生姜可以解半夏之毒，所以如果开姜半夏，可不用再加生姜。

太阳伤寒表实证与阳明经表证合病，不下利但呕，葛根加半夏汤主之；太阳伤寒表实证与阳明经表证合病，既有下利也有呕吐，也可以用葛根加半夏汤。葛根升清止利，半夏止呕亦可以温化水饮、燥湿化痰间接消除水湿。

(三)大青龙汤证

《伤寒论》第 38 条：“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。若脉微弱，汗出恶风者，不可服之，服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。”

太阳伤寒（非中风），脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，汗不得出。寒邪闭于表而不能入里，阳气郁于内而不能外泄，热不得外越，发烦且躁，但躁不至口渴引饮等阳明里证，故为太阳伤寒表实兼阳郁化热证。

大青龙汤是麻黄汤与越婢汤的合方。麻黄汤是麻黄、桂枝、杏仁、甘草，越婢汤是麻黄、石膏、甘草、生姜、大枣。大青龙汤为发汗之峻剂，倍用麻黄，佐桂枝、生姜，辛温发汗，散寒以启表闭；石膏辛寒，既配麻黄解肌以开阳郁，又可清热以除烦躁；甘草、大枣和中以滋汗源。麻黄汤用麻黄三钱，大青龙汤用麻黄六钱。大青龙汤里麻黄的一半和杏仁走表，一半与石膏走里，走表流汗，走里则从小便排出来。

如果喝完大青龙汤,汗出太多,药开太过了或运动流汗太多,用“温粉”擦。温粉：倪海厦“牡蛎、龙骨(马骨）、糯米三味磨粉等量”；孙思邈“备急千金方”为“锻牡蛎、生黄芪各三钱，粳米粉一两，共研细末，和匀，以稀疏绢包，缓缓扑于肌肤”；《孝慈备览》扑身止汗法“麸皮糯米粉二合，牡蛎、龙骨各二两，共为极细末，以疏绢包裹，周身扑之，其汗自止。”

如果脉象微弱，伴有汗出恶风，属太阳中风，切不可服用大青龙汤。服后必然大汗出，本就阳气不足脉微弱，大汗后必然亡阴亡阳，出现肢体厥逆，肌肉痉挛跳动，这是错误的治疗方法。表虚里寒，可选择桂枝汤加附子。

《伤寒论》第 39 条：“伤寒，脉浮缓，身不疼、但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之。”

太阳伤寒，脉由浮紧变为浮缓，证由身痛变为身重而且偶有减轻之时，虽然寒邪逐渐化热，却尚未入里，病位仍在表，病机为外寒内热夹湿。寒邪闭表，卫阳被遏（无汗、恶寒）；阳郁化热（烦躁、口渴）；肺失宣降，水气不化（身重、小便不利）；表寒未解，但湿邪与里热影响脉象，故非太阳伤寒之浮紧，里热夹湿扰动，脉浮缓或浮滑。

少阴证脉微细、四肢厥逆、精神不振，也会出现身重烦躁等症，排除少阴证以大青龙汤发之。

辨有无少阴证的意义在于，少阴多有水湿之患，但少阴本身阳气不足，若用麻黄发汗、石膏清热，可能会出现亡阳的表现，所以少阴证不能用大青龙汤发汗祛湿。

（四）小青龙汤证

《伤寒论》第 40 条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”

小青龙汤证病机外寒兼内饮，心下有水气就是胃脘部有寒饮，寒饮扰胃，胃气上逆，故见干呕；水寒射肺，肺失宣降，故见咳嗽。水饮之邪变动不居，可随三焦气机升降出入，因此尚有众多或见之证。水饮不化，津液不滋，故见渴，但不欲饮水；水走大肠，清浊不分，故见下利；水寒滞气，气机失畅，故见噎；水饮内停，气化不利，故见小便不利，甚或少腹胀满；寒饮迫肺，肺气上逆，故见喘。咳、喘、渴、噎都是上焦的证候；干呕是中焦的证候；小便不利、少腹满、下利是下焦的证候。证候虽多，关键都是水气所致。治以小青龙汤外散在表之寒邪，内消心下之水饮。这是发汗消饮，表里两治之法。

小青龙汤由麻黄汤去杏仁，加干姜、细辛、五味子、芍药、半夏所组成。麻黄发汗解表，宣肺平喘，兼以利水；桂枝可增强宣散寒邪，通畅阳气的作用；干姜配半夏，温化中焦的水寒之邪，治心下水气；细辛味辛而散，温散上中下三焦水寒之邪。由于恐怕药物辛散太过，耗阴动阳，损伤正气，故用炙甘草甘温以守中扶正，芍药酸敛以护肝阴，五味子酸敛以护肾阴，使本方有温散寒饮而不伤正气的特点。小青龙汤以麻黄芍药甘草来解表，细辛、干姜、五味子、半夏去饮也治咳。

水寒郁遏阳气，则面色多见青色或黧黑之色，或下眼睑处出现青黯之色，谓之水色；寒饮阻滞，营卫气血运行不利，则面部可出现对称性的色素沉着，谓之水斑；水气停留于皮下，则见面部虚浮，眼睑轻肿，谓之水气。水色、水斑、水气的出现，是使用小青龙汤时的望诊依据。

小青龙汤证的脉象以 “浮紧”或“浮弦” 为主，反映外寒与内饮并存。浮紧：表寒偏重，风寒闭表；浮弦：内饮偏重，水饮上犯；浮滑：表里俱盛，寒饮壅滞。

1.外寒偏重：脉浮紧，恶寒无汗显著；治法侧重解表散寒，可稍增麻黄、桂枝用量，或加羌活、防风增强散寒力；代表方：小青龙汤原方，麻黄、桂枝为主力。

2.内饮偏重：脉浮弦或沉弦，咳喘痰多；治法侧重温化水饮，可加茯苓、白术健脾利水，或重用干姜、细辛温肺化饮；代表方：小青龙汤合苓甘五味姜辛汤。

3.表里俱盛：脉浮紧滑，表里症状并重；治法表里双解，维持原方比例，麻黄、桂枝与干姜、细辛并重。

4.素体阳虚：脉浮弱或浮大无力，治法温阳化饮解表，加附子（如小青龙汤加附子），或合真武汤。

本方麻桂并用，又配以细辛，虽有芍药、甘草、五味子相佐，毕竟还是辛散峻烈之剂。因此，在服法上要求水煎分三次服，使药力不致太猛。尽管如此，在临证时对于年高体弱、婴幼儿童，特别是心肾功能虚衰的患者，仍然要慎用，恐有拔肾气，动冲气，耗阴动阳之弊。对于一般的病人，使用本方也只是在喘咳急性发作时的救急之法，不可久服多用。一旦疾病缓解，就应当改用苓桂剂（如苓桂术甘汤、苓桂杏甘汤、苓桂味甘汤、苓桂薏甘汤、苓桂枣甘汤等）温化寒饮，以善其后。

《伤寒论》第 41 条：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴。服汤已，渴者，此寒去欲解也。小青龙汤主之。”

第 41 条将“小青龙汤主之”置于句末，易误解为“服汤已渴”也属于小青龙汤的适应证。可调整为：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，小青龙汤主之。服汤已，渴者，此寒去欲解也。”

伤寒表邪未解，胃中留有水饮，出现咳嗽、喘、发热，口不渴的症状，主方选择小青龙汤。服后出现口渴的表现，说明寒水之邪快要解除。开始不渴，后来渴的原因在于，水湿之邪在里，未阻津液上荣孔窍，故不渴；小青龙汤有温化水饮的作用，水饮温化之后，胃中干，新的津液尚以速生，故而见渴，可不治自愈，少少与饮水即可。如果喝水喝得太多了，则有郁遏胃阳，导致水饮复聚之患。

40 条与 41 条均属小青龙汤证，40 条 “渴”与第 41 条“不渴”反映了 水饮内停的不同程度及阳气状态。40 条“或渴”：水饮内停于心下（胃脘），未完全阻滞津液上承，但因水饮阻碍气机，津液输布不畅，患者可能感到轻微口渴（“或渴”），虽觉口干，但多不欲饮，或饮水后不适（因水饮内停，非真正津亏）。第 41 条“不渴→渴”： 水饮内停较重，阳气被遏，无力推动津液上承，故初起“不渴”；服小青龙汤后，外寒得散，内饮得化，阳气恢复，津液得以正常输布，故出现短暂口渴（“寒去欲解”），“服汤已渴”是正胜邪退的标志，提示水饮消散、气机通畅，非病情加重。动态观察“口渴”变化有助于判断病情进退，体现仲景“观其脉证，知犯何逆”的诊疗精髓。

第五十三条　麻黄汤禁忌

（一） 阳虚

《伤寒论》第 49 条：“脉浮数者，法当汗出而愈。若下之，身重心悸者，不可发汗，当自汗出乃解。假令尺中脉微，此里虚，须表里实，津液自和，便自汗出愈。”

太阳伤寒，未发热，寒盛，脉多浮紧；已发热，热盛，脉多浮数；脉浮数，浮紧之脉略带数象；以麻黄汤发汗则愈。如果误用下法，就会伤里气，脾阳虚生湿，则见身重；心阳虚血不足，血不足则见心悸。如果表邪仍在，那就是伤寒夹虚之证，不能再用发汗之法。

误下后正气亏虚，不仅会表现为身重、心悸，而且从尺中脉微也可以得到证实。尺部候左肾与命门（右肾），尺部脉微是肾元不足、命火（肾火）衰微的表现，因为命火之气的不足，无力运行生生之气，所以病人身重，命火是心火之根，命火不足，则心阳自衰而不振，所以病人心悸。

借助于饮食调养，待正气恢复，阴阳自和，表里正气充实，能祛邪外出，就可以自汗出而愈。如果不能自愈，虽等待日久，正气仍不能恢复，表邪也不能自

解，宜小建中汤扶中补虚，外调荣卫，此即所谓的实人伤寒发其汗，虚人伤寒建其中。

“麻黄汤”是发越阳气之药，峻汗之剂，若阳虚者用之，势必导致阳亡而竭。太阳伤寒兼素体阳虚者，治宜扶阳解表，切忌但用麻黄汤峻汗。

《伤寒论》第 88 条：“汗家，重发汗，必恍惚心乱，小便已阴疼，与禹余粮丸。”

“汗家”指素体多汗之人，其核心病机为阳气不固，津液已伤 。汗为心液，过汗则阳气外泄，心阳不足，卫外不固，心神不能自主，注意力不能集中，则恍惚心乱。津液大亏则膀胱失于濡养，尿道干涩，小便时阴部（尿道）因缺乏润滑而涩痛；汗家本已阴虚，重发汗更劫其阴，虚火内生下灼膀胱与尿道，“热结水道”小便后阴部灼痛；过汗心阳受损，心火不能下温肾水，肾阴因汗出而更虚，肾水不能上济心火，虚火独亢于下，灼伤尿道；过汗耗气，气虚无以推动津液运行，则膀胱气化不利，小便排出不畅，残尿滞留刺激尿道，亦致疼痛，所以小便后阴部疼痛。

重汗后，津液枯涸、虚火内生、水道失润，虚热灼络，气随津脱气化无力，急当固涩止汗、滋阴降火，而非继续发汗。

《伤寒论》第 89 条：“病人有寒，复发汗，胃中冷，必吐蛔。”

“麻黄汤”虽是温热之剂，但并不是温中益阳之药。“麻黄”之温热，在于宣散肌表，而宣散之用，最易使体内正阳之气散逸外失，所以“麻黄汤”有“体若燔炭，汗出而散”之力。中焦脾胃虚寒者，不可用“麻黄汤”发汗，若误用之，必致中阳更虚，寒冷益甚，中寒则蛔不安，故易生吐蛔之变证。

素体阳虚者，本已“阳不制阴”，误用麻黄汤发汗，阳气耗散，阴寒内盛，不仅吐蛔，还可能因阳虚程度不同，出现心悸（心阳虚）、水肿（肾阳虚）、腹痛（脾肾阳虚）、呕吐、下利、四肢厥逆等症。

外感病治疗需辨表里虚实，体质阳虚者即使有表证，亦需慎汗。

（二） 阴虚

《伤寒论》第 50 条：“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之。假令尺中迟者，不可发汗。何以知然?以荣气不足，血少故也。”

伤寒表实，寒邪凝滞，营卫不利，必见身疼痛之证，应该用麻黄汤发汗。浮沉以候表里，关的前后也候表里。关以上浮是表证，关以下浮其上不浮则不是表证。寸、关、尺三脉都浮，方可以麻黄汤发汗。

如果患者脉象并非阴阳俱紧，而是尺中脉迟，尺以候里，尺迟而无力是营血涩滞不足之象，故为里虚之征。虚人外感，虽有表邪，也忌汗法。否则，强发虚人之汗，犯了夺汗者无血的禁忌，就会更伤营血而有劫阴之变。血虚外感，宜桂枝加芍药生姜人参新加汤。

“麻黄汤”主要作用在于发汗，而汗之与血，异流同源，有互化之机，营血既已不足，再汗必夺其血，会致营血愈虚，而犯“虚虚”之戒。阴虚之体罹病伤寒，治宜滋阴解表，切忌以麻黄汤治疗。

《伤寒论》第 83 条：“咽喉干燥者，不可发汗。”

咽喉干燥，核心病机是阴津不足，涉及肺、胃、肾的阴虚或津液亏虚。咽喉为肺胃之门户，肺主宣发津液，胃主腐熟水谷，若肺胃津液不足，咽喉失于濡润，则干燥不适；足少阴肾经循喉咙，肾阴亏虚则咽喉失养，表现为干燥不润，此类患者常伴腰膝酸软、舌红少苔等少阴病特征；阳明燥热灼伤津液，可致咽喉干燥，但此类多伴口渴、脉洪大等实热症状；脾肾阳虚，阳不敛阴，虚火上炎，咽喉虽干但不红肿，反见畏寒、便溏等虚寒之象；若外感表证（如太阳中风）兼有咽喉干燥，需谨慎辨证。

汗血同源，伤阴动血，发汗不仅耗津，更可能因“夺汗者无血”导致血虚加重，甚则出血（如便血、衄血）；三阴经虚，不可妄汗，咽喉为三阴经所系，若少阴（肾）、太阴（脾）精血不足，发汗会直接损伤根本，引发心悸、厥逆等危候；即使存在表证，若里虚（阴虚或阳虚）为主，需以扶正为先，或表里同治。

《伤寒论》第 84 条：“淋家，不可发汗，发汗必便血。”

淋家是素患淋病的人，泛指小便频数、短涩、淋漓刺痛者，包括热淋（尿路感染）、石淋（泌尿系结石）、劳淋（慢性泌尿系疾病）等；现代对应为尿路感染、前列腺炎、泌尿系结石、慢性肾炎等以小便不利为主症的疾病。

淋家多因湿热久蕴或久病伤阴，导致肾阴亏虚，虚火灼伤脉络。发汗耗津，阴液更亏，虚火愈炽，迫血妄行，出现尿血；湿热内蕴者，发汗后津液耗伤，湿

热化燥，灼伤血络，亦可致尿血；久淋耗气伤阴，发汗后气随津脱，气不摄血，血溢脉外。

“汗出必便血”，强调淋证患者阴液不足或湿热内蕴的病机特点，发汗会加重津伤血热，导致尿血。淋家治疗以“保津液、清湿热、固根本”为主，禁忌麻黄汤峻汗。必便血非绝对会出现，提示医者峻汗后的风险。

《伤寒论》第 86 条：“衄家，不可发汗，汗出必额上陷，脉急紧，直视不能眴，不得眠。”

衄家是指平素经常鼻子出血的人。 这种人经常鼻子出血，常常有阴血不足，这里是举衄家为例提示阴血亏虚，阴血不足的禁用辛温发汗。“汗出必额上陷”，“脉急紧”。

“额上陷”，额部为足阳明胃经所过，胃为气血生化之源。衄家阴血本虚，误汗后胃气更伤，气血生化无源，阳明经气不充，故额部凹陷；“脉急紧”，因为阴伤，而又用了辛温的药，所以脉出现了拘急的这种表现；“直视不能眴（xuàn）”，两个眼睛瞪得圆圆的，不能够转眼，不能够眨眼；“不得眠”，这个眠通瞑，不是睡觉的意思，瞑就是闭目，这个不得眠就是不能够闭目。 这是和“直视不能眴”，眴是眨眼睛，相同的一个症状，这是一种阴虚火旺的一种表现，阴虚火旺，虚火上扰的一种表现。

治疗当以滋阴养血、益气生津为主，禁用辛温发汗，体现仲景“存津液、保胃气”的学术思想。临床遇衄家兼表证，可选用滋阴解表法（如加减葳蕤汤），而非单纯发汗。

《伤寒论》第 285 条：“少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗。”

少阴病，脉细沉数，细脉主阴液不足，沉脉主里，数脉主热，细沉数脉即阴虚内热，病属少阴在里，不能使用发汗治疗。

（三） 阴阳两虚

《伤寒论》第 85 条：“疮家，虽身疼痛，不可发汗，汗出则痉。”

疮家，是指久患疮疡长期流脓流血之人。身疼痛，是因为长期流脓流血损伤营卫，不能充养肢体；又可能疮家患了伤寒，寒邪束表。不管如何，如果误发虚人之汗，就会发生痉病。痉既属于外感，也属于内伤杂病。即使疮家不发汗，也有出现痉证的可能。因此，要是再误发其汗，就会促使痉病的出现。

“痉”是一种抽风的病，角弓反张，口噤不开，四肢抽搐，卧不着席。平躺着后背不能挨床。体表长期溃烂导致气血两伤 （血虚、津亏、气耗），脓血外流不仅耗损阴血，亦因“血汗同源”“气随血脱”而暗损阳气，形成气血阴阳俱虚的体质。

疮疡虽在体表，但其“表”非太阳表证，实为气血不荣之虚损状态，误汗则虚其虚，终致筋脉失养而痉。此条警示临证须辨清“表证”虚实，不可见病在表即贸然发汗。痉病的治疗，禁用辛温发汗的麻黄汤，宜桂枝加葛根汤 或者栝楼桂枝汤。

桂枝加葛根汤适应病机 ：疮家兼有太阳表虚证（汗出、恶风），且津液不足，筋脉失养，出现“项背强几几”（颈背僵硬拘急）。桂枝汤 ，调和营卫，解肌发表，发汗力缓，不伤正气；葛根 ，升津舒筋，鼓舞胃气，生津液以濡养筋脉。

栝楼桂枝汤（桂枝汤加天花粉）适应病机 ：疮家气血两虚，津液亏甚，筋脉失养而发痉，兼见口干、舌燥等阴伤之象。桂枝汤 ，调和营卫，扶正解表；天花粉 ，清热生津，润燥止渴，专补阴液以解痉。

《伤寒论》第 87 条：“亡血家，不可发汗，发汗则寒栗而振。”

亡血家，是指平素经常有出血病的人，或者月经过多，或者便血，或者尿血，或者皮下出血，甚至包括鼻衄，平素就经常患有出血疾病的人。人之一身，惟血最热，少年血盛则耐寒，老年血衰则畏寒。这种病人，不仅血虚，气也虚，阳也虚。

亡血者本已血虚气弱，发汗进一步耗伤阳气，卫阳不固，肌肤失于温煦，故见畏寒战栗；血虚不能濡养筋脉，阳虚不能温运四肢，故见震颤、肢体拘急（如《金匮要略》中“血痹”之状）；脉微细或浮大中空（芤脉），沉取无力。麻黄汤发汗力峻，亡血者用之必致阳气暴脱，故为首禁。

若亡血发汗后未及时救治，阴损及阳至极，可致阴不敛阳，虚阳浮越于外，出现“真寒假热”之象。出现面赤如妆、身热反欲盖衣被、口渴不欲饮、脉浮大无根的症状。凉血药性寒，易冰伏阳气，加重阴寒内盛，使虚阳更浮，故真寒假热时禁用。

亡血发汗非仅致“寒栗而振”，更为阴竭阳亡之危候，临证当以“存津液，保胃气”为要，防微杜渐。

《伤寒论》第 286 条：“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也。阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下之。”

“少阴病，脉微”，是指脉微欲绝那个微，不是“少阴病，脉微细”那个微。没有津液，在外的阳已虚，故“不可发汗”。

尺脉以候里，尺脉弱涩，弱脉主气血不足，涩脉主血虚，弱涩脉则主阴阳两虚，同样不可发汗，也不能使用攻下之法。

第五十四条　麻黄汤

（一）麻黄汤组成

麻黄（9 克） 桂枝（6 克） 杏仁（12 克） 炙甘草（3 克）

上四味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升半，去滓，温服八合。覆取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息。

（二）麻黄汤方解

麻黄汤为发汗散寒，解表逐邪的峻剂，是治疗太阳伤寒证的主方。麻黄发汗散寒，开毛窍，启闭平喘；桂枝通阳，助麻黄以发散风寒；杏仁利肺平喘，并且可助麻桂解表发汗；甘草和中护正。

应用此方时一定要恰当掌握药量的比例，一般情况下以麻黄：桂枝：甘草=3：2：1 为宜。如果比例不当，则可能影响发汗解表的治疗效果。本方发汗力强，药后只需温覆就可发汗，不需啜粥。其他注意事项、发汗的要求与禁忌，与桂枝汤相同。煎药时要注意先煎麻黄去上沫，以免令人心烦。

麻黄汤由麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草四味药组成。麻黄味辛、微苦，性温，归肺经、膀胱经。麻黄辛温发散，开泄腠理，发汗解表，为君药；桂枝味辛甘性温，温经散寒、助麻黄发汗解表，为臣药；杏仁味苦性温，宣降肺气，与麻黄一宣一降，助麻黄平喘，为佐药；生甘草味甘性偏寒凉，炙甘草味甘性平，归心经、肺经、脾经、胃经。

麻黄汤作为发汗解表的代表方剂，麻黄与桂枝的配伍具有强烈的辛温发散作用，若药性过于峻猛可能导致过汗伤及正气。炙甘草在此方中既能辅助麻黄、杏仁宣降肺气，又能通过甘缓之性制约麻、桂的辛烈，使发汗作用趋于缓和，避免

耗伤津液和正气。缓和麻桂的峻烈之性。生甘草具有较强的泻火解毒作用，这在某些情况下可能是必要的，但在麻黄汤的配方中，主要目的是发汗解表，而不是清热解毒。因此，使用生甘草可能会影响方剂的主要功效。

甘草主要产区为内蒙古自治区、山西、甘肃、宁夏各省，以及东北各省，春秋二月、八月为最佳采集季节，整个华北北部地区，二月尚未开冻，八月已下霜雪，这两个季节挖掘出来的甘草，一般不容易在短期内晒干。况且甘草又多含粉质及糖分，如不及早使其干燥，则易于霉烂、虫蛀。古人为了尽快使其干燥，则分别铡成段，于火上烘烤或火炕上烘干，贮存于通风处。

古人不言烘而言炙，不言烘甘草而言炙甘草，由此可见，古人所谓炙甘草，实际上是经过烘烤而干燥的生甘草，其性，味甘平冲和，故而古人有：“热药用之以缓其热，寒药用之以缓其寒”之说。

然而今天的炙甘草，是把甘草一药炒成老黄色，然后再加蜜炒，这样炮制，甘草便失去了它的甘平冲和之性。所以今人有“生则泻火，熟则温中”的论点。

四药协同，表寒得散，肺气宣通，症状自解。其核心机制在于发汗解表的同时恢复肺气宣降功能。

麻黄汤适用于外感风寒表实证，典型症状包括恶寒发热、无汗而喘、头身酸痛、脉浮紧。临床常用于治疗风寒感冒、急性支气管炎、支气管哮喘等属表寒实证者。需注意，若患者出现胸满胁痛或表证迁延，需结合小柴胡汤等方剂调整；表虚自汗、体虚者禁用，以防过汗伤正。

麻黄汤为发汗峻剂，禁忌证包括表虚自汗、血虚、疮疡、淋证及误下后体虚者。现代医学认为，麻黄碱的拟肾上腺素作用可能导致大汗脱水，加重呼吸道分泌物黏稠，故需严格辨证使用。服药后若症状缓解即停用，未愈者可改用桂枝汤，避免过汗伤阴。

临床可根据症状调整配伍：若喘咳痰多、表证不显，去桂枝加半夏、苏子以降气化痰；兼湿邪骨节重痛，加苍术、羌活祛湿止痛；鼻塞头痛甚者，加白芷、辛夷通窍。此类化裁体现了“异病同治”原则，适用于关节炎疼痛等属表寒实证的扩展应用。

第五节　太阳风温证

第五十五条 风温，特指外感“温病”初起，因医者误辨为“伤寒”而施用辛温发汗法，导致津液重伤、热邪炽盛，从而出现以身灼热、自汗、脉浮盛、神昏嗜睡、语言难出为特征的误治危重变证。这是基于过程的古代定义，强调诊疗行为的禁忌。

仲景的时代，对温热病独立、系统的理论体系尚未形成。他敏锐地观察到了这种“热病误用热药”导致的危重状态，但尚未能或未在《伤寒论》中将其作为一个独立疾病的完整传变链条来阐述。因此，将其作为“坏病”来警示后人。

在“伤寒”占主流的诊疗背景下，用辛温发汗治一切外感是普遍的潜在错误。仲景以“风温”为“错误示范”，旨在用最触目惊心的方式，建立“寒温异治”的铁律。

《伤寒论》第 6 条：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。发汗已，身灼热者，名风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲；若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘛瘲；若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期。”

太阳温病初起，发热、口渴、不恶寒。温热之邪直犯太阳肌表，热邪易灼伤津液，故见口渴；温热为阳邪，侵袭人体后正邪交争迅速，寒象不显，故不恶寒。此句先界定温病的原始证型，为后续“误汗成风温”埋下伏笔——温病本应辛凉解表，若误用伤寒风寒证的辛温发汗法，便会引发变证。

误用辛温发汗后，发热加重，身体呈现灼热感，是风温与原始温病的核心区别。温病本有热邪，辛温发汗之剂（如桂枝汤类）性温助热，导致邪热更炽，蒸腾于肌表，故身灼热；热邪裹挟风邪，耗气伤津，形成“风温”变证。以治风寒的发汗法治疗温病，属于“逆证施治”，温病得辛温之品，犹如“火上浇油”，致热邪鸱张，演变出风温。

风温为病，阳邪充斥表里，气血外涌（脉阴阳俱浮）；热迫津液外泄，“自汗出”，非表虚不固，为热盛津泄之象；热盛耗津，经脉失濡，气机被郁，肢体失养而沉重（身重）；热扰心神，心神昏愦，神识不清而嗜卧（多眠睡）；热壅肺胃，气道不利则鼾（鼻息必鼾）；热灼津伤，舌体失润、心神受扰则言语不利（语言难出）。

若误认里实而用下法（如承气类），津液耗竭，无以下输膀胱（小便不利）；津枯目系失养，神明失用(直视)；肾气不固，膀胱失约，小便失禁(失溲)。

若误用烧针、艾灸、火熏等火疗，热上加热，热郁熏蒸，胆汁外溢，皮肤微发黄色；剧则热极生风，心神被扰，发为惊痫、手足抽搐（瘛疭）。

若火熏（亦属火疗误治），热邪更盛。一逆（一次误治）尚可迁延时日；再逆（汗、下、火反复误治）则阴竭阳脱，加速死亡（再逆促命期）。

温病以热盛津伤为核心，误汗转风温，再误下、误火则津枯动风、神明失守，预后极差，层层递进，强调辨证施治、禁用温热攻伐的原则。

第五十六条 风温，是一种以风热病邪为首发外因，以肺卫表热证为初起特征，病理演变中易出现热炽津伤、肺气郁闭，甚则逆传心包的外感热病。其本质是热邪充斥表里，进而内扰心包，外迫津液。这是基于病机的后世定义，揭示了疾病的内在矛盾，指导医生如何正确认识和处理这种状态。

后世温病学的“正名”，恰恰是数百年后温病学家们的共识。叶天士、吴鞠通等医家，正是看到了“风温”作为一种“病”的内在规律（从肺卫表热到逆传心包），才将其从“误治变证”的因果框架中解放出来，赋予了它独立疾病的发生、发展、传变规律，从而建立了完整的“风温病”理论。

这个定义剥离了“误治”的因果外衣，直接指向了其证候背后的病理实质。核心病性-纯热无寒（故发热、脉浮）。核心病机-热盛：身灼热，脉阴阳俱浮。津伤-自汗出（迫津外泄），渴（条文中温病初起即渴）。气机壅闭-身重（热盛伤气，气机滞重）。邪闭心包-多眠睡，语言难出（热扰心神，机窍不利）。肺气不利-鼻息必鼾（肺热壅盛，呼吸不利）。

“风温”的古今双重定义，是中医学术发展的一个缩影。古义，是血泪教训的结晶，是“不能做什么”的禁令，它保障了治疗的安全底线。今义，是理论创新的成果，是“应该怎么做”的指南，它提升了治疗的效能上限。这是中医理论从经验教训（不要做什么）向系统理论（这是什么，该怎么办）发展的必然路径。前者是历史的、临床教训的定格；后者是理论的、病机分析的升华。二者结合，我们方能更完整地理解“风温”：既知其何以发生（因误治），更知其是何状态（热闭津伤）。一位成熟的中医，其思维中应同时具备这两种定义：以“今义”为舟，循证施治，畅游病机之河；以“古义”为锚，慎思明辨，规避诊疗之礁。

第五十七条 在《伤寒论》的原始条文中，除第 6 条外，没有其他任何一条明确地、直接地以“风温”为名进行论述。张仲景并未将“风温”作为一个独立的病种来展开系统性的辨证论治。

然而，这绝不意味着《伤寒论》中缺乏对“风温”所代表的 “里热炽盛、津伤神昏” 这一核心病机状态的治法。后世温病学家正是从《伤寒论》的许多相关条文中，汲取了治疗温热病的方剂与思路，并将其发展完善。

在《伤寒论》398 条原文中，只有第 6 条提及了“风温”这个病证名称。 它是一个孤立的、警示性的描述，未成系统。

虽然无其名，但《伤寒论》中大量处理阳明热盛、热扰心神、气阴两伤等证候的条文与方剂，实质上为治疗“风温”病（按后世定义的重症阶段）提供了核心武器。温病学的“清气分热”、“清营凉血”、“益气生津”等法，均源于此。

以下是与“风温”危重阶段（里热炽盛、津伤神昏）病机高度相关的《伤寒论》条文与方剂，可视为其治疗的 “理法渊源”：

相关病机对应《伤寒论》条文与方剂后世温病学中的应用与发挥：

1. 气分大热，充斥表里

219 条（对应“身灼热、脉阴阳俱浮、汗出”）： 三阳合病，腹满身重……谵语遗尿，白虎汤主之。

350 条： 脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。白虎汤成为温病学 “清气分热” 的祖方。治疗风温病传入气分，出现大热、大渴、大汗、脉洪大的核心方剂。

2. 热结腑实，谵语神昏

212 条（对应“语言难出”、热闭加重）： 伤寒若吐若下后不解……独语如见鬼状……大承气汤主之。

217 条： 汗出谵语者……以有燥屎在胃中……大承气汤主之。承气汤类方（大、小、调胃）演化为温病学 “通腑泄热” 及 “急下存阴” 大法的基础。用于热结阳明，上扰神明之重症。

3. 热灼营阴，心烦不寐

303 条（向“多眠睡”神昏过渡）： 少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。此方被后世视为 “清心火、滋肾水” 的经典配伍，为

温病学治疗 “热入营分，阴液已伤” 提供了思路，是清营汤类方的先导。

4. 余热未清，气津两伤

397 条（对应误汗伤津后的恢复期）： 伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。此方直接转化为温病后期 “清热生津、益气和胃” 的善后要方，用于热病后低热、口渴、虚羸少气。

5. 阴竭阳脱，危重之候

390 条（为风温误治最坏转归）： 吐已下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者，通脉四逆加猪胆汁汤主之。此方展示了在真阴耗竭、真阳外越的危象时，“回阳救逆、益阴和阳” 的极端救逆之法，为后世处理温病亡阴亡阳提供了思路。

《伤寒论》的贡献：张仲景在第 6 条提出了“风温”之名，并警示了“温病忌汗”的原则。同时，在全书中系统建立了治疗 “实热、腑实、津伤、阴亏、神昏” 等证候的理法方药体系，为后世治疗所有温热病（包括风温）奠定了坚实的临床基础。可以说，《伤寒论》贡献了治疗“风温”重症的“弹药库”。

温病学的发展：后世医家（特别是明清温病学派）所做的工作是：

正名与独立：将“风温”从“误治变证”提升为一种独立的“新感温病”。

完善体系：补充了《伤寒论》相对薄弱的 “卫分证” （辛凉解表，如银翘散）和 “营血分证” （清营凉血、开窍息风，如清营汤、安宫牛黄丸）的辨证与方剂。

系统整合：将《伤寒论》的“弹药”与自创的“新武器”相结合，形成了从卫、气、营、血全程辨治风温等温病的完整理论体系——卫气营血辨证。

《伤寒论》中治疗阳明热盛、热扰心神、津气两伤的大量条文与方剂，构成了后世辨治“风温病”重症阶段的核心理论与方法源泉。 风温证从“有名无方”到“有法有方”，二者形成了“源”与“流”的关系。

第五十八条 《伤寒论》提供了治疗 “热、实、燥、闭、厥” 这些核心病理环节的经典方药与法则。后世温病学家治疗风温重症，本质上就是在不同的病程阶段（气分、营分、血分），调用并优化这套“底层算法”，并补充了《伤寒论》时代相对薄弱的 “轻清宣透（卫分）” 和 “凉血散血（血分）” 等“上层应用”。

1. 清气分大热法，代表方剂白虎汤（辛寒清热）。后世风温病治疗中成为气分热盛期的绝对主方。温病学在此基础上，衍生出白虎加人参汤（气津两伤）、化斑汤（气血两燔）等，应用更精细。

2. 通腑泄热存阴法，代表方剂承气汤类（苦寒攻下）。后世风温病治疗中发展为温病学 “急下存阴” 三大法（凉膈、宣白、导赤承气等），并强调“下之宜早”、“勿拘结粪”，思路更为机动。

3. 清热育阴除烦法，代表方剂黄连阿胶汤（清心火，滋肾水）。后世风温病治疗中为“清营养阴”之祖方。直接启发了清营汤（清营透热）、青蒿鳖甲汤（滋阴透热）等营血分名方的创立。

4. 益气生津和胃法，代表方剂竹叶石膏汤（清热生津，益气和胃），后世风温病治疗中直接移用为温病后期余热未清、气津两伤的善后首选方，是病后调治的典范。

5.开窍与救逆的雏形（神昏、失溲、直视） ，为识别“邪闭心包”、“肝肾阴竭”危候提供了最早的症状学描述 ，代表方剂通脉四逆加猪胆汁汤（回阳救阴）。后世风温病治疗中则展示了阴阳离决时“反佐咸寒”的救逆思路，启发了后世安宫牛黄丸（凉开）与大定风珠（滋液熄风）等方的创制。

第六节　太阳蓄水证

第五十九条　太阳蓄水证是指太阳表邪不解，内传膀胱，导致膀胱气化不利，水液停聚。辨证要点为小便不利、少腹胀满、口渴、脉浮，代表方剂五苓散。

第六十条　五苓散证核心病机

五苓散证的病机主要是表邪未解、膀胱气化不利，水湿内停、津液输布障碍。人体的水液代谢与肺、脾、肾、膀胱等脏腑密切相关。其中，膀胱具有贮藏和排泄尿液的功能，其气化功能正常，则水液代谢正常。当外邪侵袭太阳经，表邪不解，循经入腑，影响膀胱气化功能，导致膀胱气化失司，水液不能正常排泄，从而形成蓄水证。此时，水湿内停，泛溢周身，可出现水肿；水湿停于胃肠，清浊不分，则可导致泄泻；水湿上逆，蒙蔽清窍，可引起头目眩晕；水湿内停，津液不能上承，故见烦渴欲饮，而饮水后，因水湿不化，又可出现水入即吐等症状。

第六十一条　五苓散证典型症状

口渴欲饮：因津不上承，虽饮水不解渴，甚至“水入即吐”（水逆）。

小便异常：可表现为小便不利（尿少）或小便频多（如尿崩症），二者均因气化失司，开合失度所致。

脉浮或浮数：提示表邪未解或阳气外越。

第六十二条　五苓散功效

利水渗湿：促进水液代谢，使体内多余的水湿通过尿液排出，可改善小便不利、水肿等症状。

温阳化气：能温通阳气，助膀胱气化，使阳气得以宣通，促进水液的正常输布和排泄，缓解因阳气不化、水湿内停所致的诸多病症，如痰饮、泄泻等。

第六十三条　五苓散证解析

《伤寒论》第 71 条：“太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之。”

太阳病发汗，汗出太过，胃中津液伤失，胃中干；胃为水谷之海，津液干涸，阳气有余，故烦躁不得眠。胃中津液干涸，求诸于外，欲得饮水，就要喝水来滋润胃燥。胃气不和，如果喝急喝多了，就容易产生停水的问题，故需少少与饮之。少饮慢饮，水到胃里，胃燥缓解，胃气和病就好了，实际上就是阴阳自和者必自

愈。胃燥较轻，尚能化生津液，可以通过这种补水法来治疗，不必用药。如果太阳病转为阳明病，胃燥的病位在阳明胃，在中焦，胃燥较重，通常补水也不能自愈，要考虑用白虎汤、白虎加人参汤来治疗。

如果脉浮，小便不利，微热消渴者，脉浮、微热，说明表不解。太阳经表之证不解入腑，加之大汗，膀胱腑气不利，气化功能失常，就会出现小便不利。小便不利形成蓄水，就是膀胱里停水；膀胱停水，津液就不能敷布。津液就不行，就又会出现消渴。五苓散证的病位在太阳膀胱，在下焦，实际上就是太阳的表里证，或者说是太阳的经腑证，外有太阳经证，内有膀胱气化不利的腑证，治当发汗利小便，以五苓散主之。

五苓散是两解之法，既发汗又利小便，外窍利而下窍通。外窍就是皮毛腠理，下窍就是尿道。五苓散的组方意义和小青龙汤有一定共性，小青龙汤是外解表寒，内散寒饮；五苓散也是外散表邪，内利水气，都是表里两解之剂。如果没有表证，只是小便不利的蓄水之证，五苓散也可用，不要被表证所限。

《伤寒论》第 72 条：”发汗已，脉浮数，烦渴者，五苓散主之。”

第 72 条在第 71 条的基础上增加了脉象，但省略了“小便不利”，可表述为”发汗已，脉浮数，小便不利、烦渴者，五苓散主之。”

脉浮数，浮主表，数主热，说明表证未解，还存在里热。

五苓散的核心病机是表邪未解（太阳病） 、 膀胱气化不利，水停下焦（蓄水） 。反映“蓄水”这一核心病机的最直接、最典型、最具鉴别诊断意义的症状就是“小便不利” （如尿少、排尿不畅、尿频尿急但量少等）。白虎汤证口舌干燥，烦渴，脉也浮数，增加“小便不利”以示区别。口渴是由于膀胱气化不利，水停下焦，津液不能正常输布上承所致。

《伤寒论》第 73 条：“伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。”

第 73 条条文过于精练，以方推证，都是水液代谢障碍，五苓散证病位在下焦膀胱，茯苓甘草汤证病位在中焦脾胃；鉴别的要点在于渴与不渴、小便不利与小便自利。

五苓散证：下焦膀胱气化不利，导致津液输布障碍(“气化不行则津液不布”)，水液虽然停聚，但津液不能上承于口舌，故见口渴。这种渴的特点是“渴欲饮水

或水入则吐”（水逆），喝水后不解渴甚至加重不适。膀胱气化不利，水蓄下焦，直接影响州都之官的排尿功能，必然导致小便排出不畅、尿少。这是五苓散证必备的症状。

五苓散： 茯苓、猪苓、泽泻 ——利水渗湿 ；白术——健脾燥湿 ；桂枝——温阳化气 。其核心功效在于通阳化气，利水渗湿 。五苓散的利水化气，方中利水药为主，且用桂枝通阳化膀胱之气。

茯苓甘草汤证：中焦胃阳不足，水停中焦胃脘，并未严重影响到整体津液的输布上行，故口不渴。其核心症状是水停局部（心下）引起的心下悸动（胃脘部悸动感）、欲作奔豚（气上冲感）、或可见呕吐清水等。水停的位置离口较近，阻隔不如下焦深远，且未伤及气化升津的根本，故口不渴。病位在中焦脾胃，下焦膀胱气化功能并未受损，故小便通利如常。这是一个重要的排除指征，用于区别于五苓散的下焦蓄水证。

茯苓甘草汤： 茯苓 ——健脾利水 ；桂枝 ——温通心阳兼化气 ；生姜 ——温胃散水 ；甘草——益气和中 。此方重用生姜（仲景方中生姜用量最大者之一），核心在于温胃散水 ，茯苓、桂枝协同化饮。

《伤寒论》第 74 条：“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。”

太阳中风六七日，已服（或未服）桂枝汤，病当解；若渴欲饮水，如第 71 条之胃干，少少与饮，令胃和则愈。若不解而烦，则既有表证又有里证；若口渴欲饮，水入则吐，吐后仍渴，再饮再吐，则称为水逆，这就是里证。

水逆即水邪上逆作吐之意，其临床表现特点是饮水即吐，进食却不吐，一般吐水而不吐食。病因非痰、非火、非食、非郁、非寒，而是由水邪上逆所致，故以水逆命名。“水入则吐”的原因，根本在于下焦水停气滞，新饮之水无路可降（不能正常气化、输布、排泄），反被逆乱之气逼迫上冲 ，通过胃呕出。这是病位在下焦，影响在上焦（吐）的表现。“进食不吐”的原因，病机核心在水液代谢障碍，而非消化障碍。 呕吐是针对水液的上逆。固体食物的代谢路径（胃受纳腐熟 -> 脾运化精微/糟粕）与膀胱气化功能直接关联性较小 ，受下焦蓄水、气化不利的影响相对轻微或路径不同，故能正常进行而不引发上逆呕吐。这恰恰

反证了病位不在于中焦胃本身 （如单纯的胃寒停饮、食积等引起的呕吐通常会厌食或食入即吐），而在于下焦水液代谢系统的严重失调 。

由于此证为水蓄膀胱，气化不行，所以在渴饮的同时必见小便不利一证。此证水遏于下而气化不利，上迫于胃而胃气不降，故见吐水；津不上承，故见口渴不止，从而形成再饮再吐，而渴仍不解之证。这种吐水而饮不解，简称水吐。五苓散辛甘淡渗之品，外解内利，多服暖水，令其汗出尿通，则表里两解。

水性润下，火性炎上，是事物的普遍性。但是，当膀胱蓄水，小便不利，下窍不通之时，水邪也可犯于上而发生种种上逆的病证，是事物的特殊性。水邪上逆，不但可形成水逆证，若影响肺气不降，也可见胸闷而喘；影响头目清阳之气不利，还可见眩晕。证候虽异，原因却同。

《伤寒论》第 127 条：“太阳病，小便利者，以饮水多，必心下悸；小便少者，必苦里急也。”

太阳病，正气抗邪于表，如果患者素体胃阳不衰，所饮之水，可以敷布于外，作汗而解；如果患者素体中焦阳气不足（胃阳不振、脾气虚弱），喝水太多，来不及气化，就可能水停在中焦，造成了水停胃脘、水停中焦的证候；如果患者素体下焦阳气不足（膀胱气化功能低下），喝水太多，就可能造成水停膀胱的表现。所以太阳病饮水多，既可能出现中焦停水，也可能出现膀胱蓄水。

如果小便利，那是中焦停水，而不是下焦停水，所以必心下悸。因为水饮停聚胃脘，水气凌心（胃），或水邪与胃阳相搏，扰动不安，导致心下（胃脘部）悸动不宁；如果小便少，那就是患太阳表证期间喝水太多，导致了膀胱来不及气化，水停在下焦，进一步影响膀胱的气化功能，形成蓄水证。膀胱气化不利，就造成了小便不利，小便少。太阳蓄水证的小便不利指的是小便少，尿少。水蓄下焦，下焦的气机不畅，所以有少腹苦里急的感觉。所谓苦里急，就是因为水蓄下焦，膀胱过度充盈，气机被水邪阻滞不通，导致少腹部出现胀满、拘急、疼痛、有强烈便意或尿意却排解不畅的难受感觉。

《伤寒论》第 156 条： “本以下之，故心下痞，与泻心汤，痞不解。其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之。”

156 条的标点符号可稍作调整，“本以下之，故心下痞，与泻心汤。痞不解，其人渴而口燥烦，小便不利者，五苓散主之。”

因下法导致心下痞，与泻心汤。这里未说是什么泻心汤，可能是指大黄黄连泻心汤。大黄黄连泻心汤证主要是邪热内盛，充斥于中焦及上焦，导致心胃火炽、迫血妄行，或热壅气滞而出现痞证等。其核心病机在于火热之邪为患，病位多与心、胃等脏腑相关。大黄黄连泻心汤主要由大黄、黄连、黄芩组成。方中大黄苦寒，可泻下攻积、清热泻火，直折上炎之火；黄连、黄芩苦寒，清热燥湿、泻火解毒，尤善清泄心胃之热。三药合用，共奏泻火解毒、燥湿泄热之功，使邪热从大便而去。

中医的痞，是指胸腹部（尤其心下部）出现　闷塞不舒、按之柔软无硬块、无固定形质的自觉症状。痞的核心指征为“满而不痛“，满闷阻塞，似有物堵塞，但无形质可触；无痛感，与结胸（硬痛拒按）不同，痞证按之不痛；关键病机为脾胃气机升降失常，中焦气滞。

痞可分为实痞、虚痞、热痞、水痞。实痞的病机特点为实证阻滞，气滞、痰湿、食积等邪壅塞中焦；典型表现为脘腹胀满拒按，嗳气酸腐，便秘或便溏臭秽。虚痞的病机特点为虚证失运，脾胃气虚或阳虚，气机无力升降；典型表现为痞闷时轻时重，喜温喜按，食欲不振，乏力便溏。热痞的病机特点为纯热郁结，邪热壅滞心下，气机不通；典型表现为心下灼热痞满，口干口苦，心烦尿赤，舌红苔黄。水痞的病机特点为水饮停聚，水气内停，阻滞中焦气机；典型表现为心下痞满伴振水声，呕吐清水，小便不利。热痞、水痞多在心下（胃脘）；实痞可波及全腹；虚痞常伴全身气虚症状。

泻心汤适用于热痞，如果服用泻心汤病仍不解，需重新审证。“其人渴而口燥烦”，此烦非因热而烦，应指口渴口干燥的程度严重。“小便不利”，提示水蓄于下而气逆于上，此为水痞，辨证仍为太阳蓄水，故以五苓散解之。

第六十四条　五苓散证与猪苓汤证的鉴别

五苓散证与猪苓汤证病机共同之处为水饮内停。然五苓散为寒水互结，水蓄膀胱，而猪苓汤为水热互结，郁热伤阴。五苓散证与猪苓汤证都有小便不利，发热脉浮，渴欲饮水之症。但五苓散证小便清淡，舌质淡苔薄白，而猪苓汤小便短赤，甚则灼热疼痛，舌红少苔，脉细数。

（一）阳明变证

《伤寒论》第 223 条：“若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。“

“跳跃式省略”是《伤寒论》行文的典型特点，研读《伤寒论》需结合全书体系予以理解。第 223 条省略了前置条件，可调整为“阳明病误下后，若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。“

223 条承《伤寒论》221 条，论阳明病误下后阴津耗伤而水热互结的证治。误下后阳明余热犹存，故脉浮发热，渴欲饮水；水热互结于下焦，水液不能下行，故小便不利。猪苓汤证，热结则渴欲饮水，水结则小便不利，故水热互结是病之关键。治宜清热利水，育阴润燥。

猪苓汤即五苓散去温燥之桂枝、白术，加育阴清热的阿胶、滑石组成。方中用猪苓、茯苓、泽泻甘淡渗湿以利水泄热；阿胶甘平，育阴以润燥；滑石甘淡性寒，清热通窍利小便。诸药相合，育阴而不碍利水，利水而不伤阴，清热而不劫阳，此乃猪苓汤之突出优势，可使水去而热无依附，则热邪自散。

五苓散与猪苓汤均为邪与水互结膀胱，前者是邪初入而阴未伤，表邪尚未尽解，寒水互结膀胱；后者是水郁日久化热，抑或热入久而阴已伤，纯系里证。两方均以猪苓、茯苓、泽泻利水为主，其区别在于五苓散配以桂枝通阳化气利水，兼以发汗解表，故曰“利小便发汗”；猪苓汤配以滑石清热利窍，阿胶滋阴润燥，共奏育阴利水之功。

五苓散证与猪苓汤证都有脉浮、口渴、小便不利之共同症状，鉴别的要点：五苓散证在表，有恶寒、头痛等表证；猪苓证汤在里，纯里热或阴虚；五苓散证渴不欲饮，甚至“水入即吐”（水逆），猪苓汤证渴欲饮水；五苓散证小便无痛，猪苓汤证尿痛尿血；五苓散证脉浮缓，猪苓汤证脉浮数，理解猪苓汤证“脉浮”的含义，需要跳出“浮脉必主表证”的思维定式。

《伤寒论》第 224 条：“阳明病，汗出多而渴者，不可与猪苓汤。以汗多胃中燥　，猪苓汤复利其小便故也。”

阳明病，重在亡津液。如果汗出（量不多或不突出），口渴（渴欲饮水但饮水量不多或不解渴），小便不利(尿少、尿频、尿痛、尿赤)，可与猪苓汤。

如果阳明热盛， 汗多（持续、大量、难止），口渴（大渴冷饮），小便不利(尿少或无尿)，可以判断病位在中焦，中焦胃燥。则不可以用猪苓汤，是因为猪苓汤可以利小便，利小便会更会损伤津液的缘故。

这是猪苓汤的禁忌证，同时告诫分辨与五苓散证口渴的细微差异。五苓散证的“渴”是水停不化津，“渴不欲饮”；猪苓汤证的“渴”是热伤津液，需大量饮水自救。掌握此点，可避免“见渴治渴”之误。

（二）少阴热化

《伤寒论》第 319 条：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”

少阴病以心肾阳虚、虚寒内盛为基本病机，由于肾阳不足无法温煦脾土，导致″火不生土″，常表现为下利清谷、小便清长、四肢厥冷等虚寒症状。如果长期下利未愈，可能因津液过度耗损，导致阴亏液涸，阴不制阳，虚热内生。阴亏后，体内阳气相对偏亢，与残余水湿之邪结合，形成“水热互结”的病理状态。此时表现为口渴（阴虚内热、水津不化）、心烦不得眠（热扰心神）、咳（水气犯肺）而呕（水气犯胃）等热象。

少阴病分为寒化证和热化证，寒化证下利常见，而热化证也可能出现下利，此时下利（稀便或水样便）是水热互结下迫肠道的表现，与寒化证的下利清谷有本质区别，同时应伴有小便不利。猪苓汤升水降火，通理三焦。

第六十五条　五苓散证与真武汤证的鉴别

五苓散与真武汤都是治疗下焦水湿的，不同的是五苓散证是表邪入里，膀胱气化失职，引起的小便不利，还有少腹里急，又有表邪未解。真武汤治的是肾阳虚，阳不化气的水湿，正因为肾阳虚，就会表现出下利，脚水肿，腹痛，四肢沉重等，尺脉是沉微或者无力。

《伤寒论》第 82 条：“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤 shùn 动，振振欲擗地者，真武汤主之。”

太阳发汗是正治之法，汗出不解仍发热，可能有三种情况，一是汗出不彻表证仍在，二是过汗亡阳里虚，三是素体阳虚水停。如果汗出不彻，“其人仍发热”说明表邪未解，但没有出现悸、眩、瞤动等里证的表现，继用发汗剂治疗即可，不应选择真武汤；如果过汗亡阳里虚，应表现为畏寒、肢冷，也不应选择真武汤；

如果患者素体阳虚水停，发汗后加重阳虚，虚阳外浮而发热，水饮上凌于心则心下悸，上犯清阳则头眩，浸渍筋肉则身瞤动，甚至站立不稳（振振欲擗地）。阳虚水停时，气化失司常导致小便不利，但部分患者可能因水邪走窜肠道而暂时不显。

真武汤附子 1 枚（9 克），白术二两（6 克），白芍、生姜、茯苓各三两（9 克）。

附子温阳化气。温少阴心肾之阳，温命门真火，肾阳得温则气化得行，阳气恢复则气化功能逐渐恢复。白术温脾除湿，温肾阳虽能化气行水，但如果没有其他各脏的协同配合，水液仍停滞为患。水液的运行有赖于肾阳的气化，脾气的转输，肺气的宣降，肝的疏泄。附子虽温阳化气，但仍需依赖白术的健脾除湿，生姜的温胃散水，使脾输转津液的功能恢复，使脾能散精，上归于肺。生姜除了温胃散水，还可解表。肺主皮毛，生姜辛开，有开宣肺气的作用，启上闸以开水源；再用茯苓通调水道，使水液下输膀胱。

为何用生姜不用干姜？治疗水湿为患，腰以上者应发汗，腰以下者应利小便。生姜开宣肺气，开宣毛窍，使水湿从毛窍而去，使发汗利水用于一方，干姜则无此意义。

《伤寒论》第 316 条：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气。其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”

“二三日不已，至四五日”，可以明确的是病程迁延，从二三日至四五日，病情未愈且进展加重。根据《伤寒论》的写作习惯和临床实际，这种“迁延不愈”或“病情进展”常常隐含着“失治”或“误治”的背景。 在“二三日”这个病程阶段，医生可能根据当时的部分症状进行了治疗，但治疗方向错误，未能阻止病情发展，甚至可能加重了阳虚水停。

误汗： 如果医生看到“四肢沉重疼痛”，误以为是表证未解（太阳病），而使用了发汗剂（如麻黄汤、桂枝汤等）。但少阴病本质是里虚寒，发汗会重伤阳气，使阳虚水停急剧加重，迅速出现真武汤证。这与第 82 条太阳病误汗转少阴真武汤证有内在联系。

误下： 如果医生看到“腹痛”、“自下利”，误以为是阳明腑实热结，而使用了苦寒攻下的药物（如承气汤类）。这对少阴阳虚患者是灾难性的，会急剧损伤脾肾阳气，导致水气泛滥更甚。

误用苦寒清热药： 可能因某些热象，如虚阳浮越的假热，被误用黄芩、黄连等寒凉药，同样会伤阳助水。

无论“二三日不已”的具体背景是自然进展还是误治所致，条文的核心目的是描述少阴病发展到阳虚水泛阶段所出现的典型证候群：

主症： 腹痛、小便不利、四肢沉重疼痛、自下利。这些是水气内停，浸渍脏腑、肌肉、四肢、肠道的表现。

或然症： 或咳（水气犯肺）、或小便利（肾阳大衰，失于固摄，反而可能表现为小便清长或失禁）、或下利（水走肠间，下利可能更甚）、或呕（水气犯胃）。这些“或然症”进一步说明了水邪为患的广泛性和不确定性。

真武汤的功效是温肾助阳，健脾利水，是治疗“少阴阳虚水泛证”的代表方剂。其应用关键在于抓住阳虚，畏寒肢冷、精神萎靡、脉沉细微等与水停的主症、或然症并见的病机。

第六十六条 拓展

《伤寒论》第 386 条： “霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。”

此霍乱不能望文生义，中医所说的霍乱也就是上吐下泻为主要指征，外感邪气、内伤饮食等导致脾胃功能失调，清浊相干，升降失常所致。如饱食之后，饮冷水，或冰啤酒，或冰淇淋，冷热参杂，外感六淫，突发上吐下泻。其发病急骤，变化迅速，病情较为严重。

第 386 条为表里同病，“头痛发热身疼痛，热多欲饮水者”， 此渴是胃中有热，五苓散解表为主兼以分清泌浊，通过恢复膀胱气化功能，使水液代谢恢复正常，清者（津液）上升输布则渴止，浊者（水湿）下输膀胱则小便通利，以达止吐泻的目的；“寒多不用水者” ，此不口渴是胃中有寒，理中丸以解里为主，温补中焦脾胃。五苓散分其清浊，理中丸温其阳气。

霍乱的核心病机是脾胃升降逆乱：

五苓散证： 水湿内停，困阻中焦，清气不升则泻，浊气不降则吐；气化不行则渴；表邪外束则头痛发热身疼。五苓散分其清浊，化气行水兼解表。

理中丸证： 中阳衰微，寒湿内盛，清气下陷则泻利清冷，浊阴上逆则呕吐、不欲食；阳虚失温则畏寒、腹痛。理中丸温其阳气，温中散寒。

《金匮要略·黄疸病脉证并治第十五》第 18 条：“黄疸病，茵陈五苓散主之。”

黄疸是以目黄、身黄、小便黄为主症的一种病证，其中目睛黄染尤为本病的重要特征。黄疸基本病机是湿邪困遏脾胃，肝胆疏泄失常，胆汁不循常道，外溢肌肤而发为黄疸。根据其病因、症状及病情轻重等不同，又有阳黄、阴黄、急黄等不同的辨证分类。

从条文本身看，仲景只简单说“黄疸病”用茵陈五苓散，没有明确区分阴阳，还省略了“小便不利”的关键症状，可能认为是五苓散主症应不言自明。

茵陈五苓散，茵陈蒿末十分、五苓散五分。临证参考用量为茵陈 30 克、泽泻 15 克、茯苓 9 克、猪苓 9 克、白术 9 克、桂枝 6 克。

茵陈蒿，苦微寒，是清利湿热，退黄的要药。五苓散，泽泻、茯苓、猪苓，甘淡渗湿、利水渗湿；白术，苦温、健脾燥湿；桂枝，辛温、温阳化气，助膀胱气化以利水湿。

茵陈五苓散为治黄疸湿重于热之主方，二者相协，利湿之功胜于清热，制散剂药力较缓，主治偏于“湿重于热”的阳黄。

第六十七条　五苓散禁忌

《伤寒论》第 84 条：“淋家，不可发汗，发汗则必便血。”

淋家多有下焦湿热或肾阴不足，阴液已伤，若再用五苓散等发汗利水，会重伤阴液，导致变证。五苓散有化气行水之功，也可能影响阴液，故在此种情况下当慎用或禁用。

《伤寒论》第 224 条：“阳明病，汗出多而渴者，不可与猪苓汤。以汗多胃中燥 ，猪苓汤复利其小便故也。”

此处直接提及的是猪苓汤，但五苓散与猪苓汤利水原理有相似之处。阳明病汗出多而渴，是津液损伤，胃中燥热，此时用五苓散利小便会更伤津液，故为禁忌。

《伤寒论》第 225 条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”

这种情况是里有虚寒，阴寒内盛，治当回阳救逆，此时不可用五苓散利水，否则会使阳气更伤，里寒更甚。

第六十八条　五苓散

五苓散由五味中药材组成，分别是：泽泻 15 克，茯苓、猪苓、白术各 9g，桂枝 6g。

泽泻：味甘、淡，性寒；归肾、膀胱经；利水渗湿，泄热。用于水肿，小便不利，泄泻，淋证及痰饮等。本品甘补淡渗、利水渗湿作用较茯苓强且性寒能泄肾与膀胱热，下焦湿热者尤宜，多与薏苡仁、猪苓等同用。治水湿痰饮眩晕多与茯苓、白术同用，如泽泻汤。

茯苓：味甘、淡，性平；归心、脾、肾经；利水渗湿，健脾安神。用于各种水肿。本品甘补淡渗，性平和缓，无寒热之偏，故可用于寒热虚实各种水肿。若表邪不解，随经入腑之膀胱蓄水证，或水肿，小便不利，多与猪苓、白术、泽泻等用；若水热互结，阴虚水肿，小便不利，可与滑石、阿胶、泽泻同用；若脾肾阳虚水肿，可与附子、生姜同用，如真武汤。用于脾虚诸症，能健脾补中，常与人参、白术、甘草等用；若脾虚停饮，多与桂枝同用；若脾虚泄泻可与山药、白术、薏苡仁同用，如参苓白术散。

猪苓：味甘、淡，性平；归肾、膀胱经；利水渗湿。用于水肿，小便不利，泄泻，淋证等。本品甘补淡渗，利水渗湿作用较茯苓强，凡水湿滞留均可应用，若脾虚水肿，小便不利等，多与茯苓、白术、泽泻同用；若水湿泄泻可与苍术、厚朴等同用，如胃苓汤；阴虚有热小便不利，淋证等，多与滑石、阿胶同用，如猪苓汤。

白术：味苦、甘，性温；归脾、胃经；补气健脾，燥湿利水，止汗，安胎。用于脾虚水停，而为痰饮、水肿、小便不利。白术可补气健脾，又能燥湿利水，故用之宜。治痰饮，常配桂枝、茯苓等. 以温脾化饮；治水肿，常配茯苓、泽泻等，以健脾利湿。

桂枝：味辛、甘，性温；归心、肺、膀胱经；发汗解肌，温通经脉，助阳化气。用于痰饮蓄水证。本品甘温能助阳化气以行水，除痰饮之邪。如脾阳不运，

痰饮眩悸者，常与白术、茯苓同用，如苓桂术甘汤；若膀胱气化不行，水肿小便不利者，每与猪苓、泽泻等同用，如五苓散。

五苓散为治疗水湿内停之主要方剂。以水肿，小便不利，烦渴欲饮，小腹胀满，头痛发热，苔白，脉浮为据。本方用茯苓，白术健脾利水，猪苓，泽泻渗湿利水，桂枝通阳化气，兼解表邪。制为散剂，多饮暖水，以求迅速发散而汗出，可奏化气行水，通里达表之功。方中用药五味，以苓为主，所以叫五苓散。

方中泽泻为君药，直达肾与膀胱利水渗湿；猪苓、茯苓为臣药，协助和加强利水渗湿之功;白术、桂枝为佐药，健脾而运化水湿之邪，温阳化气而利水，外散风寒以解表。

简单来说，方中桂枝温阳化气，犹如太阳一样，能将一切阴霾化散，而且还能够防止水饮上犯，治疗头晕、气短、咳嗽等在上面的症状。白术、茯苓以健脾利水，调整中焦水液代谢的枢纽，就像大坝的水电站一样，将汹涌的河水转化成电力供给千家万户，将灾害转化成有用的东西。猪苓、泽泻以利水消肿，就犹如河道上的泄洪大坝一样，将多余的水泄到下游河道。所以全方共同起到调节人体的水液代谢，将异常的水液转化成正常的、对人体有用的物质。

五苓散堪称“治水”第一方，一以健脾而运化水湿之邪，一以温阳化气而利水，外散风寒以解表。可温阳、利水，温阳为治本，利水则是治标。

“君臣佐使”是中医的组方原则。就像治理一个国家一样，要有政府部门的合理结构，同时也像打仗一样，要把各位将帅安排得当，兵力的部署也要恰到好处，这样才能打胜仗。君药指方剂中针对主证起主要治疗作用的药物。臣药指辅助君药治疗主证的药物。佐药指配合君臣药治疗兼证，或抑制君臣药毒性的药物。使药指调和诸药或引药归经的药物。

五苓散为什么不用汤剂而用散剂？

仲景用散剂绝非随意，而是基于五苓散证的特殊病机：它既是水液代谢障碍，又存在津液分布不均（下焦停水、上焦缺津）。散剂能巧妙平衡“利水”和“护津”这对矛盾，同时散剂缓慢释放药性避免了一味利水伤津的弊端。

利于解表（桂枝）： 部分有效成分（如挥发油）在煎煮过程中易散失。散剂中桂枝以粉末形式服用，其辛散解表的效能可能得到更好的保留。

避免利水伤津： 泽泻、猪苓、茯苓利水力强。若用汤剂，其利水作用迅猛，

在气化未复、津液未布之时，过度通利小便可能加重口渴感，甚至轻微伤阴（尽管程度远轻于承气汤类）。散剂作用缓和，在持续促进气化的同时，更不易骤然利水过度 ，符合“通阳化气以行水，水行则津布渴止”的渐进过程。

温化之力缓而持久：五苓散中桂枝温阳化气，白术、茯苓、猪苓、泽泻利水渗湿。散剂的特性使得药物在体内缓慢释放，温阳化气的作用缓和而持久，有助于持续恢复膀胱气化功能。膀胱气化功能的恢复是一个逐渐的过程，散剂这种缓而持久的药效，更符合治疗水湿内停因膀胱气化不利所致的慢性病理状态。

还需注意两个细节：一是“白饮和服”（即米汤送服），这既能顾护胃气又能助药力输布；二是药后“多饮暖水”的医嘱，通过补充身体代谢水源来强化“气化则水行”的效果。这些配套用法都是散剂发挥最佳疗效的关键。

五苓散的应用非常广泛，五苓散和五苓散丸有何不同呢？

五苓散与五苓散丸的区别是它们的剂型不同，但是药物的功效和作用基本上都是相似的，都具有温阳化气、利水渗湿的功效。但散剂的作用比丸剂的利水作用更强，而丸剂作为中成药，服用方便，很受现代人青睐。

五苓散和五苓散丸的本质区别在于剂型 ，它们是基于同一张经典方剂（五苓散）的不同物理形态，核心药物组成（茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝/肉桂）和基本功效（通阳化气，利水渗湿）是相同的。

五苓散： 传统剂型是粉末状 （散剂）。服用时需要用温水、米汤或热水调服（称为“煮散”或“白饮和服”）。粉末剂型，表面积大，溶解或分散迅速，药物成分能较快被胃肠吸收进入血液循环，因此起效通常更快 。尤其适用于症状较急、需要快速缓解的情况（如急性水饮内停、尿少、呕吐、泄泻），起效相对较快。

五苓散丸： 是将药物粉末混合后加入粘合剂（如蜂蜜、水、米糊等）制成的固体丸粒 （如小蜜丸、水丸或浓缩丸）。服用时通常用温水直接送服 ，吞服即可，服用更方便。丸剂需要在胃肠道中先溶散成颗粒或粉末，再被吸收，这个过程需要一定时间，因此起效相对较慢 ，更适合病情相对缓和或需要长期调理巩固的情况。

第七节　太阳蓄血证

第六十九条　太阳蓄血证是指太阳病表邪不解，入里化热，邪热内传，与血相结于下焦少腹部位，而出现的以少腹急结或硬满、其人如狂或发狂、小便自利等为主要表现的一种证候。

第七十条　太阳蓄血轻证

《伤寒论》第106条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。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。”

太阳病不解，这是太阳的经证不解；热结膀胱，意指表邪入里化热，结于下焦少腹部位，是表邪入里。病位在下焦“少腹”，涵盖膀胱、小肠、大肠、女子胞（胞宫）等空腔器官及其周围血络，非单指解剖学之膀胱。客热之邪循经入膀胱之腑后，按照“邪之所凑，其气必虚”的规律，热邪便寻找它的进攻点，膀胱气化无病，拒邪不受，转而血分受之。客于潜伏之下焦血分病灶，侵及少腹一带的血脉，致使血流不循常道而溢于脉外，形成蓄血证。

此阶段热势偏盛，瘀血初结未甚，属热重于瘀的轻证。瘀结膀胱，小便自利可见尿血、瘀结大肠可见便血或便秘，瘀结胞宫可见月经异常、崩漏。

热与血结是实证，虽然是结于下焦，但是浊邪浊热上扰于心，影响心神，就出现如狂的证候。其人如狂，语言动静，或是或非，言语行为有时正确，有时离奇，有点儿狂妄不羁，还不至于打人毁物，弃衣登高、不避亲疏的发狂状态，故称之为如狂。

如果瘀血自行下排，热随血行而泄，邪热自解，神明自清，病当自愈；如果热与血结，又有发热恶寒无汗之表证，当先解其表邪，表解后方可攻里，此乃先表后里的治疗原则；如果表证已解，仅为少腹急结（按之硬痛），热与血结没有一个自我作解的机会，可与桃核承气汤攻下，血下乃愈。

第七十一条　太阳蓄血重证

《伤寒论》第124条：“太阳病六七日，表证仍在，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。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”

太阳病六七日，是邪气传里之时。“脉微而沉”，沉为在里，微是血液受阻，沉微是里有所结，由表转里。“反不结胸”，说明太阳病内陷越过了水热互结于中上焦结胸的中间阶段，太阳随经之热入里，热与血结，瘀热直达下焦的缘故。

热与血结而偏于热的，是桃核承气汤证；热与血结而瘀血偏重的，是抵当汤证。抵当汤证与桃核承气汤证的主要区别在于神志失常程度的差异。桃核承气汤证是如狂，抵当汤证是发狂，即出现打人毁物，弃衣登高、不避亲疏的狂躁状态。

小腹硬满有两种情况，一种小便不利，影响到膀胱的蓄水；一种是小便自利，与水无关，是因为血瘀。小便自利者，与抵当汤以下蓄血。

《伤寒论》第 125 条：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬。小便不利者，为无血也。小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”

太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬。如果小便不利，不是蓄血证；如果小便自利，且其人如狂，可以判断为蓄血证，抵当汤主之。此条为第 124 条抵当汤证补充症状及鉴别要点。

身黄有两种可能，一是湿热发黄，一是瘀血发黄。卫气不行，湿热郁蒸，湿热留于皮肤而发黄；营气不敷，瘀血内阻，燥血结于膀胱而发黄。湿热发黄为阳黄，身黄如橘子色；瘀血发黄为阴黄，黄而不鲜而晦黯。湿热凝结的发黄有小便不利，热重的可与茵陈蒿汤，湿偏重的可与茵陈五苓散。

湿热与瘀血，都可以出现少腹硬。湿热发黄少腹硬，当有小便不利以及其他方面湿热的表现，水湿停聚下焦的胀满硬，拒按程度相对较轻，或按之濡软有水声；瘀血发黄少腹硬，则为小便通利，瘀血凝结成实的少腹硬，坚硬、压痛、抵抗感强（甚或可触及包块），拒按明显。

124 条脉沉微，125 条脉沉结，沉为里为下焦是其共性。第 124 条脉沉微，为瘀血结实于内，气血被郁遏，向外鼓动的力量减弱，故脉现微弱之象；第 125 条脉沉结，为气血运行被瘀血结块阻滞脉道，气血运行至此受阻，脉气出现不规则的停顿，脉气不能接续的表现。

124 条“脉沉微”的核心在于瘀血深结，严重郁遏气血运行，导致脉气鼓动无力，反映的是深度郁遏、整体不畅的状态；第 125 条“脉沉结”的核心在于瘀血结块直接阻滞脉道，导致气血运行时有间歇，反映的是有形阻塞、局部不通的状态。两者虽有差异（“沉微”偏重郁遏无力，“沉结”偏重阻滞中断），但本

质统一于“瘀血阻滞导致气血运行严重不畅” 这一抵当汤证的核心病机，深刻反映了瘀血阻滞程度、病势深浅及气血运行状态的不同。脉沉微提示瘀结更深、更弥漫，气血郁遏更甚，可能病情更重或病程较长。

第七十二条　太阳蓄血缓治之证

《伤寒论》第 126 条：“伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。”

下焦蓄血，热重于瘀是桃核承气汤，瘀重于热是抵当汤，瘀热互结病势较缓或瘀结较深但病势不急迫是抵当丸。第 126 条与太阳蓄水证相鉴别：伤寒有热，续发少腹胀满。少腹胀满，如果属于蓄水，应当小便不利；今反利者，不是有水，而是属于蓄血。

126 条与抵当汤证相鉴别：轻证的 106 条，神志如狂、少腹急结（按之抵抗感）；重证 124 条、125 条，神志发狂，少腹硬满。126 条界于轻证与重证之间，故少腹满而不硬，条文中应省略如狂、发狂的症状。故 126 条可简要表述为：“伤寒有热，少腹满，小便不利者，为太阳蓄水证，宜五苓散；小便自利者，则为蓄血证。　若蓄血证见少腹满而不硬，且未见如狂、发狂等急迫症状者，提示瘀热互结但病势较缓，非桃核承气汤证（热重于瘀）或抵当汤证（瘀热俱重/急迫），宜用抵当丸峻药缓图。

不可余药有三层意思：一是不可过度投用峻下瘀血之药，二是不可待蓄血的症状全部出现再用药，三是服药时连药渣（丸药）一并服尽。

第七十三条　太阳蓄血证与太阳蓄水证的鉴别

太阳蓄水证与太阳蓄血证同属太阳腑证，邪入膀胱，但病机、病位、证候、治法截然不同：

太阳蓄水证，太阳表邪未解，内传膀胱，导致气化失司、水停于下焦，蓄水在气分；太阳蓄血证，太阳表邪入里化热，导致下焦热与血结，瘀阻膀胱、小肠、大肠、女子胞（胞宫）等空腔器官及其周围血络，蓄血在血分。

太阳蓄水证，膀胱气化不力，水液无法正常排泄，导致小便不利；太阳蓄血证，病在血分，膀胱气化功能正常，故小便自利。太阳蓄水证，水停于下焦，未扰乱心神，故无神志方面的症状；太阳蓄血证，瘀热上扰心神，故轻者如狂、重者发狂。太阳蓄水证与太阳蓄血证均有少腹满的症状，太阳蓄水证按压柔软无压

痛；太阳蓄血证轻证少腹急结、按之有抵抗感，重证硬满、按之痛剧，缓治之证少腹满而不硬。太阳蓄水证，膀胱气化不力，津不上承，故消渴，口渴多饮，但饮而不解，甚则"水入则吐"；太阳蓄血证，病在血分，不影响津液输布，故不口渴。脉象，太阳蓄水证浮数或浮紧，太阳蓄血证沉微或沉结。

太阳蓄水证代表方剂五苓散，以温阳化气行水；太阳蓄水证代表方剂，轻证桃核承气汤、重证抵当汤、缓治之证抵当丸，以逐瘀泻热。如果将蓄血证误判为蓄水证而用五苓散利水，加重瘀热，会进一步耗伤阴血，甚者可能因利水而助热，使瘀热上攻加剧神昏。

第七十四条　桃核承气汤

桃核承气汤是一种经典的中医方剂，最早记载于《伤寒论》，由张仲景所创。此方主要用于治疗下焦蓄血证，其组成包括桃仁（20 克）、大黄（40 克）、桂枝（10 克）、芒硝（14 克）和炙甘草（10 克）五味中药。此为参考剂量，具体用量需临证化裁。

方剂组成与配伍：

君药：桃仁（活血化瘀）。

桃仁味苦、甘，性平；苦能泄降，主入血分，破血逐瘀；甘能缓和药性，润燥滑肠。归心、肝、肺、大肠经。心主血、肝藏血，直入血分，破瘀血、通血脉；肺与大肠相表里，兼润肠通便，助大黄、芒硝通腑泻热。

臣药：大黄（泻热通便）、芒硝（泻热软坚）、桂枝（温通血脉）。

大黄味苦，性寒。苦能降泄通下，荡涤实热，攻逐瘀积；寒能清泻血分瘀热。归脾、胃、大肠、肝、心包经。归脾胃、大肠经，泻热通便，引瘀热从肠道排出；归肝、心包经，入血分，凉血活血，破瘀通经（“将军”之性）。

芒硝味咸、苦，性寒。咸，软坚散结，破除燥屎瘀块；苦寒，泻热通便，助大黄攻下。归胃、大肠经，专入中下焦，软化坚硬积滞，通腑泻热。

桂枝味辛、甘，性温。辛能发散行气，温通血脉；甘能缓和辛烈之性；温，散寒通阳，防寒药冰伏瘀血。归心、肺、膀胱经。温通心阳，推动血行；引药入下焦膀胱，散结通瘀。

佐使药：甘草（调和诸药）。

甘草味甘，性平。甘能缓和大黄、芒硝峻烈药性，护胃安中；平能调和诸药寒温偏性。归心、肺、脾、胃经。补中益气，护胃缓峻，防大黄、芒硝伤胃气，防攻下伤正；通行十二经：协调全方药力。

全方共奏活血化瘀、通腑泄热之效。主治下焦蓄血证，此证多由外感风寒之邪入里化热，与瘀血互结于下焦所致。热邪与瘀血互结，导致气血瘀滞，出现少腹急结等症状；瘀血内停，心神被扰，则可见其人如狂；热邪虽结于下焦，但未影响膀胱气化功能，故小便自利；脉沉实或涩则是瘀热内结之象。桃核承气汤将通腑泄热药与活血逐瘀药并用，使瘀热并治，气血同调，升降相因，去性存用，从而达到治疗下焦蓄血证的目的。

桃核承气汤可拓展急性盆腔炎、胎盘滞留、肠梗阻等瘀热互结、腑气不通者。本方为攻下逐瘀之剂，孕妇禁用、体虚者慎用（可配伍扶正药）、中病即止，防伤正气。

第七十五条　抵当汤

抵当汤是《伤寒论》里的经典破血逐瘀方，此方主要用于治疗下焦蓄血重证，其组成包括水蛭：30 个（炒褐色约 6g），虻虫 30 个（去翅足，炒约 3g），桃仁 20 个（去皮尖），大黄：三两（酒浸），这些药材共同作用，旨在破血逐瘀、泻热通便。

水蛭、虻虫为君。水蛭咸苦平，归肝经。咸苦入血，咸能软坚散结，苦能泄降，专攻瘀血死血；虻虫苦微寒，也入肝经。苦寒走窜，清热破瘀。这两味虫类药，破血力量峻猛。水蛭善破深层瘀血，虻虫偏走络脉，合能全面攻坚。

桃仁为臣，苦甘平，归心肝大肠经。苦泄血瘀，甘润缓急，润肠通便，既能助水蛭虻虫活血，又能润肠防大黄过燥。

大黄为佐使，苦寒，归脾、胃、大肠、肝、心包经。苦寒泻热，能泻下攻积，推陈致新，引瘀血下行，同时可清泻瘀热，使邪有出路。

全方以苦为主，水蛭、虻虫、桃仁、大黄均具苦味，苦能泄、能降、能坚，主攻瘀血闭阻，泻热通滞。归经集中于肝与下焦，水蛭、虻虫、桃仁、大黄皆入肝经，肝主藏血，瘀血重证多责之于肝。桃仁、大黄归大肠经，通导瘀热从肠道而出，体现“瘀血当下之”的原则。大黄入心包经，瘀热扰神之“发狂”“如狂”，需清心泻热。全方药性偏寒凉，虻虫微寒、大黄苦寒，清热逐瘀，针对“瘀热互

结”之病机。通过虫药破血、桃仁润活、大黄导下，形成“破瘀、泻热、通便”的合力，为峻逐瘀血的经典配伍。抵当汤为峻攻之剂，虚证、孕妇忌用，水蛭、虻虫有小毒，需中病即止。

桃核承气汤证，腑气不通，气机升降阻滞，瘀热初结，气滞为主；抵当汤证，蓄血成形，气机完全窒塞，死血胶结，络阻为急。抵当汤证，弃桂枝调和气分，专注破血。故服用抵当汤后，以 “糜粥自养”，依赖胃气生化气血，实现“破而后立”。当舌底静脉曲张减轻、狂躁转静、大便颜色由黑转黄，瘀血已去大半，当根据患者当下气血阴阳状态，及时调整方药，或予扶正为主兼清余邪，如气虚血瘀可用补阳还五汤加减，黄芪补气防复瘀；阴虚血瘀可用复元活血汤加减，天花粉、当归养阴活血。破与立一体两面，不可偏废。

第七十六条　抵当丸

太阳蓄血证，瘀热内结的病情有轻重缓急，其治法与用药亦有所不同。太阳蓄血轻证，其人如狂状，方用桃核承气汤活血化瘀，通下瘀热；太阳蓄血重证，其人发狂，病势急迫者，方用抵当汤破血逐瘀，泄热祛实；若太阳蓄血证，其病势较缓者，方用抵当丸泄热逐瘀，峻药缓攻。

抵当丸方：水蛭二十个（熬）、虻虫二十个（去翅足，熬）、桃仁二十五个（去皮尖）、大黄三两。上四味，捣分四丸，以水一升，煮一丸，取七合服之，晬（zuì24 小时）时当下血，若不下者，更服。

抵当丸，水蛭、虻虫由抵当汤的三十个减至二十个，桃仁由抵当汤的二十个增至二十五个，大黄三两不变。上四味药，捣研细末，分作四丸，以水一升煮一丸，不要一下子都吃，取药汁十分之七及药渣一并服下。时经一昼夜，当有下血，若不下血者，再继续服药。

抵当丸药物组成与抵当汤完全相同，但方中水蛭、虻虫的剂量减少，桃仁剂量增加，还改汤为丸。煮丸并取部分药液服用，药汁与药渣同时服下，能起到峻药缓攻的作用。因为抵当丸证与抵当汤证相似，但病势较为轻缓，所以采用这种方式，使药力缓慢而持久地发挥破血逐瘀的功效。

抵当丸证为“蓄血证”之缓治者，病势较抵当汤证稍缓，但仍需持续攻瘀。丸剂煮汤既避免纯汤剂药力迅猛伤正，又避免纯丸剂药效过缓贻误病情。方有执“欲缓不缓，不荡而荡”八字，精辟概括了抵当丸剂型设计的奥妙。以丸剂之“缓”

制峻药之烈，以煮汤之“急”破瘀结之滞，最终达“不荡而荡”之效。这种“丸者煮汤”法，是仲景针对蓄血缓治之证，平衡“峻药”与“缓攻”的智慧结晶，至今对疑难瘀血病证的剂型选择仍有重要启示。

第七十七条　桃核承气汤、抵当汤与血府逐瘀汤比对

血府逐瘀汤出自清代著名中医大家王清任的《医林改错》。属于行气活血的代表方剂，尤其擅长治疗胸中（血府） 的气滞血瘀证。

桃核承气汤、抵当汤出自东汉张仲景的《伤寒论》。桃核承气汤用于太阳蓄血证气血瘀滞之轻证、抵当汤属于太阳蓄血证破血逐瘀的重证。

血府逐瘀汤药物可分为两类，一类是桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、生地、牛膝等活血化瘀药，一类是柴胡、枳壳、桔梗行气解郁药。从药物组成和配伍看，活血化瘀药是主体和核心，行气解郁药是为活血化瘀服务，处于辅助与协同地位。王清任创制血府逐瘀汤的根本目的是解决“胸中血府血瘀”的问题，“血府逐瘀”之名也直指其核心。行气解郁药的加入，体现了“气行则血行”的治法，是针对病机中“气滞”环节的重要补充，但并非主导。上焦瘀血容易化热伤阴，不像下焦蓄血纯属实热，故血府逐瘀汤需考虑增加生地黄以活血凉血。

从太阳蓄血证分轻证、重证以及缓治之证看，上焦胸中气滞血瘀也应有轻重之别；从血府逐瘀汤组方的特点分析，逐瘀为主，行气为辅，兼顾扶正。如与桃核承气汤、抵当汤相比较，应属于胸中血瘀证之轻证。

处方的核心，是对病机、病位、病性、病势的精准定位，敏锐权衡“标本缓急”，方可加减化裁，得心应手。

第八节　火疗

第七十八条　火疗，特指东汉及此前医学实践中，将“寒则温之”治法推向物理性极致的、一组以明火或高热物体为源，通过体表直接施加热刺激以求发汗解表的外治技术集合。它是中医早期探索“温法”时，所采用的以明火高热为工具的、一组不可逆且剂量难控的物理发汗疗法。

它并非单一疗法，而是一套 “热攻”战术群，包括：烧针（刺入性热刺激）、艾灸（穴位性热灼）、温熨（大面积热敷）、火熏（环境性热蒸）以及最猛烈的火劫（直接烤灼）。其共同点是利用当时最强大的外部能量——火，对人体进行 “不可逆” 的热干预。

其理论预设是线性的，外寒束表 → 以火攻寒 → 腠理开泄 → 汗出邪退。它绕过了对复杂病机（如津液储备、阳气状态、传变趋势）的精细分析，是一种追求 “速效” 的物理对抗思维。

与现代医学或成熟方药学的“剂量滴定”思想相比，古代火疗本质上是“无精准剂量” 的疗法。其“剂量”取决于操作者的经验与患者的耐受，无法量化、难以中途调节、更无法快速撤销。这导致了其效果在“治愈”与“致害”间剧烈摇摆，安全边界极为模糊。

在《伤寒论》中，主要作为 “疗法失控”导致“治法异化”的深刻教训。它标志着中医主流治疗学，从依赖物理暴力的粗犷对抗，向依靠方药化学进行精准调控的关键转折。

我们要否定的，是“粗野、失控、伤害正气的疗法执行方式”。我们要继承的，是“正确的治法思想”（如寒则温之）。我们要发展与优化的，是“安全、精准、可控的疗法技术”。

第七十九条　《伤寒论》第 110 至 119 条，集中论述了因误用“火疗”而导致的各类“坏病”。此一组条文，并非记载一种被推荐的疗法，而是系统性地展示了一种原始、峻烈且难以控度的物理疗法，如何将简单的表证，引向复杂、危重的里证与变证。　其核心价值，在于确立“保胃气、存津液”的根本原则，并警示后人：任何脱离精准病机辨证的粗暴治疗，皆可成为“医源之疾”的源头。

《伤寒论》第 110 条：“太阳病二日，反躁，凡熨其背而大汗出。大热入胃，胃中水竭，躁烦，必发谵语，十余日，振栗自下利者，此为欲解也。故其汗，从

腰以下不得汗，欲小便不得，反呕，欲失溲，足下恶风，大便硬，小便当数，而反不数及不多。大便已，头卓然而痛，其人足心必热，谷气下流故也。“

110 条记录了太阳病外感伤寒因火疗误治引发变证，最终呈现正气历经艰难、自我修复并驱邪外出的动态转归过程。

1. 误治致变阶段：太阳病二日，反躁，就是阳热有余，邪气就要入里，就倾向于阳明。在这样的情况下，反熨其背而令大汗出。熨背，汉代一般都用瓦，把瓦烧热的时候，用布把它包好，然后贴在皮肤，瓦往外散热比较慢，后背为阳，这么一燔，这人就要出汗，这叫瓦熨，也叫瓦煨。

医生采用熨背逼汗的疗法，导致患者大汗淋漓。这种方式不仅没祛邪，反而让火热之邪侵入胃腑，耗竭胃中津液，进而引发躁烦加剧、胡言乱语的阳明燥热证，病情加重。

2. 变证复杂阶段：此时患者还伴随多种失调症状，腰以下无法出汗，因为火迫劫之，阳热之势力偏于上，正气、真正的阳气不能够下达，就成了一个隔绝的病态。所以出汗在上边，头上也可能出点儿汗，脖子上头也能出点儿汗，阳气不能下达了，所以从腰以下就不得汗。阳气不能下达，而被火邪郁积于上，阳气上逆，所以反呕。阳气不能下达，在下边就出现失溲（包括大便、小便），脚下怕风。同时大便干结，按常理大便硬时小便会偏多，可患者小便既不频繁也量少，这都是热邪内郁、津液分布失常，阳气与阴液运行不畅导致的。

3. 正气来复欲解阶段：

病程迁延十余日后，患者出现身体振颤发抖且自行腹泻的情况，这是正气（胃里的津液）逐渐恢复、与邪气相争并驱邪外出的征兆，意味着病情即将好转，通过下利把邪气排出体外。

当干结大便排出后，空出一段，阳气下行填补，患者会突然头痛，且脚心必定发热。原本壅滞在上的阳气下行，谷气也随之向下输布，阴阳逐渐趋于调和，身体在向痊愈过渡。

《伤寒论》第 111 条：“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。”

本条论述太阳中风证误用火疗法强迫发汗，导致火邪与风热相合，耗伤阴血、扰动阳气，引发一系列危重变证的病理过程。

“太阳病中风，以火劫发汗”，风邪与火邪均为阳热之邪，相互结合，熏灼人体，邪风被火热，血气流溢，失其常度，导致气血运行紊乱，耗伤阴津。

“其身发黄”：火热内攻，湿热郁蒸于内，可发为黄疸（阳黄）。

“阳盛则欲衄”：热盛迫血妄行，可见鼻衄。

“阴虚小便难”：阴液耗伤，津液匮乏，故小便短少不利。

“阴阳俱虚竭，身体则枯燥”：后期阴津耗伤，阳气亦损，全身失养，肌肤干燥枯槁。

“但头汗出，剂颈而还”：热郁于内不得外散，仅头部汗出，颈部以下无汗，是热邪上壅、津液匮乏之象。

“腹满微喘，口干咽烂”：热邪内壅，气机不畅则腹满；热灼肺胃则喘、口干、咽喉溃烂。

“或不大便，久则谵语”：热结阳明，腑气不通，可致便秘；热扰心神则谵语。

“甚者至哕，手足躁扰，捻衣摸床”：胃气衰败则呃逆；阴竭阳浮，神明失守，出现躁动不安、神志昏乱的危候。

“小便利者，其人可治”：若小便尚通利，说明阴液未全竭，化源犹存，尚有救治之机；若小便全无，则阴竭阳脱，预后凶险。

太阳表证应遵“其在皮者，汗而发之”的原则，但忌用火法强发其汗，尤其对阴虚、里热或津液不足者。

火疗法（如温灸、熏蒸）仍广泛应用于中医临床，但必须辨证使用。对于实热、血热、阴虚或湿热内蕴者，火法可能加重病情。此条展现了张仲景对误治后病机演变的深刻观察，强调“保胃气、存津液”的治疗思想，对急症和危重症的辨治仍有重要指导价值。

《伤寒论》第 112 条：“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。”

本条论述了伤寒表证误用火法强迫发汗，导致心阳亡失、心神浮越而出现“惊狂”等主证，并给出了具体的救治方剂。

外感风寒，邪气在表，正气抗邪于外，故脉象应浮。医者错误地使用了火法（如烧针、艾灸、热熨等）强迫发汗。

心为阳脏，主神明。火法为热，强行发汗，汗为心之液。火热之邪内外夹攻，一方面逼迫津液（心液）大量外泄，另一方面直接扰动心神。汗出过多，不仅伤阴，更使心阳随汗液浮越外泄而亡失。

由于心阳亡失，心神失去了阳气的温煦和固摄，导致浮越躁动，不能安藏，从而出现惊恐不安、狂躁不宁、卧起不安等精神症状。心阳虚衰，心神浮越，兼有痰浊扰动（条文方药中隐含此意）。

应对方剂为桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤， “救逆”二字，点明此方用于救治因误治（火劫）导致的变证、逆证，即“惊狂”这一危重证候。

本方可以看作是 桂枝甘草龙骨牡蛎汤（治疗心阳虚烦躁）的加强版，去芍药加蜀漆而成。

桂枝、甘草：辛甘化阳，为核心药对。用以温复心阳，益气和中，使浮越的阳气得以回归本位。桂枝温通心阳，炙甘草补益心气。

龙骨、牡蛎：重镇安神，固摄浮阳。二者质量沉降，能将浮越躁动的心神收敛、镇潜下来，是治疗“惊狂”不可或缺的要药。

去芍药：芍药性微寒，酸敛阴柔，不利于紧急情况下温通、振奋已虚之心阳。故去之，使方剂药力专于温阳复脉、镇惊安神。

加蜀漆：这是本方点睛之笔。蜀漆为常山苗，有涤痰、开结、豁痰之功。张仲景认为，在火劫亡阳、心神浮越的过程中，火热之邪可能炼液为痰，痰浊上扰，与浮阳相结，会加重“惊狂”的症状。蜀漆能祛除痰浊，使神明不为痰扰，心神更易安定。现代因蜀漆有催吐等副作用，临床常以胆南星、石菖蒲、远志等化痰开窍药替代其涤痰之功。

本条确立了 “温复心阳，潜镇安神，兼以涤痰” 法，治疗心阳虚衰、心神浮越所致精神障碍的基本大法。这不仅是中医治疗“惊狂”的经典思路，也对后世治疗心悸、失眠、焦虑、神经官能症等属于心阳虚、神不守舍者，具有重要指导意义。

《伤寒论》第 113 条：“形作伤寒，其脉不弦紧而弱，弱者必渴，被火者必谵语。弱者，发热脉浮，解之，当汗出愈。“

本条通过“形作伤寒”这一假象，借“脉弱”这一真机，揭示了温病（或阴虚外感）误辨为伤寒，再误用火疗的严重后果。

“形作伤寒”：患者表现出类似太阳伤寒的症状，如发热、恶寒、身痛等。

“其脉不弦紧而弱”：这是最关键的鉴别点。如果是典型的太阳伤寒（表实证），脉象应为浮紧。这里的“弱”，描述的是脉象缺乏那种寒邪束表所致的紧张、拘急、有力的状态。它并非指脉的搏动力量真的虚弱到不及于指，而是不紧、不弦，可能表现为浮数、浮滑，这 “弱”是相对于“伤寒之紧”而言的“柔和”或“细数”，是鉴别伤寒与温病（或阴虚外感）的 核心指征”。这是一种比较语境下的描述。直接否定了寒邪束表的病机。

“弱者必渴”：其病机是温邪犯表，津液已伤。热邪迫津则渴。

“被火必谵语”：这是核心的误治警示。对于这种“形作伤寒、脉弱口渴”的温病（或阴虚外感），如果医生辨证错误，误用火疗法（如艾灸、火熏、温针）来强迫发汗，将导致灾难性后果。

火为热极，两热相合（内伏之热+外加之火），必然重伤津液，扰动心神。阴津被火热严重灼伤，心主神明，为火热所扰，则出现“谵语”（胡言乱语、神志不清）的危重症状。这与第 111 条、112 条的火劫坏病一脉相承。

“弱者发热、脉浮，解之，当汗出愈”：此句是倒装，应理解为：对于这种“脉弱、发热、脉浮”的病证，治疗大法仍然是“解表”，应当通过“汗出”而痊愈。

病在表，当从表解。但因是温病内热（脉弱示热、口渴），解表时绝不能用辛温发汗或火攻，而必须用能顾护津液、清透热邪的“汗法”（实为辛凉解表或养阴透热），如此方能“汗出愈”。

《伤寒论》第 114 条：“太阳病，以火熏之，不得汗，其人必躁，到经不解，必清血，名为火邪。”

《伤寒论》第 115 条：“脉浮热甚，而反灸之，此为实，实以虚治，因火而动，必咽燥吐血。”

114 条、115 条论述了火疗误治导致出血的变证。114 条热伤阴络，115 条热伤阳络。两条均论述了太阳表证误用火法强迫发汗，致火热内陷，邪热迫血妄行，灼伤脉络，引发出血。其核心在于火热内迫，血络受损。

“阴络”、“阳络”的概念源于《内经》及后世温病学说，用以阐释不同部位出血的病机。阳络多指居于人体上部、浅表或属阳分的脉络（如头面、体表、上焦的血管）。阴络多指居于人体下部、内部或属阴分的脉络（如内脏、下焦、阴部的血管）。热伤阳络则血上溢，热伤阴络则血下泄。

太阳病是表证，以火熏之，是为了发汗。熏可以出汗，也可能不出汗。不出汗，邪热就无从外越，火熏的热，又助长了阳邪的势力，阳郁不宣，所以其人必然燥动不安。

《伤寒论》第 8 条，“太阳病，头痛至七日已上自愈者，以行其经尽故也。”是说太阳病经过七天，又回到了太阳经，邪气应该行其经尽，正气恢复，邪气退却而病解。第七天，到经不解，没能够行其经尽，发热、头痛、烦躁这些症状不解。

要是下伤阴络，必清血，大便下血，要知道“名为火邪”。由于这个熏蒸，使阳热闭郁，汗不得出，阳热不宣而往里攻，下伤阴络，热迫血行，大便就要下血。这是由火邪来的大便下血。核心是治火邪，和一般的大便下血要有所分别。

115 条“脉浮热甚”是核心辨证要点，此为太阳病热邪亢盛之实热证——脉浮提示热邪在表、正邪交争于肌表，热甚则表明邪热炽盛、充斥表里，此时病性属“实”，治当以辛凉解表、清热透邪为法，忌用温热之法。

艾灸属于温热火疗，其性辛热，本用于治疗虚寒证（如阳虚寒凝、寒湿痹阻等），通过温阳散寒、温通经络起效。而本条反以艾灸治疗热实证，属于典型的“实以虚治”——以温热之法逆治热盛之证，不仅无法祛邪，反而会助长邪热，形成“火邪与里热相合”的局面，此即“因火而动”的核心病机。误治的本质，实以虚治，火邪助虐。

火邪伤津动血，上灼清窍，热伤阳络。火为阳邪，其性炎上，与内热相合后会迅速耗伤人体津液、灼伤血络。津液耗伤则咽喉失于濡润，故见咽燥；血络被灼则血溢脉外，热邪循经上冲于肺胃，血随火逆，故见吐血。

《伤寒论》第 116 条：“微数之脉，慎不可灸，因火为邪，则为烦逆。追虚逐实，血散脉中，火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋，血难复也。脉浮，宜以汗解之，用火灸之，邪无从出，因火而盛，病从腰以下必重而痹，名火逆也。欲自解者，必当先烦，烦乃有汗而解。何以知之?脉浮，故知汗出解。”

116 条是继 114、115 条之后，对“火逆”坏证的进一步深化和补充。本条的核心在于明确指出，对于某些特定病证，误用“火疗”不仅无效，反而会导致疾病急剧加重，出现“焦骨伤筋，血气难复”的严重后果。 “微数之脉，慎不可灸”，是本条提出的纲领性治疗法则，为后世确立了不可逾越的禁忌原则。

1. 对“阴虚内热证”误用火疗的剖析（疗法禁忌一）

“微数之脉”——脉“微”提示阴血虚少，脉“数”提示虚热内生。此为典型的阴虚内热证。对此类病证，本应“壮水之主，以制阳光”，用滋阴清热法。若误用具有温补、助阳特性的灸法，则犯了“实实”之戒（用热法治热证）。

“追虚”：本已阴虚（“虚”），用火法则更灼伤阴液，是追着虚处进一步损耗。即“以热治阴血之虚，是谓追虚”。

“逐实”：本有虚热（“实”指热邪为实），用火法则如同抱薪救火，使内热更盛。即“以热治虚热之实，是谓逐实”。

火邪内攻，煎熬阴血，使血行散乱（“血散脉中”），筋骨失于濡养，终致“焦骨伤筋，血难复也”。这是从生理层面描述了阴血大伤、形体受损的不可逆病理状态，强调了误治后果的严重性。

2. 对“太阳表实证”误用火疗的剖析（疗法禁忌二）

“脉浮”——此为太阳表证的主脉，提示正气抗邪于表，病位在表。应遵循“其在皮者，汗而发之”的原则，采用发汗解表法（如麻黄汤、桂枝汤类）。此弃正确的汗法不用，而误用固摄温通的灸法。

闭门留寇：灸法的温通之力，在表证时反会固闭腠理，使在表之邪气（风寒）无出路（“邪无从出”）。

助热化火：郁闭在表的气机与灸火相结合，郁而化热，使邪气因火而更加亢盛（“因火而盛”）。

郁热内迫，加之气机被火法所郁，不能通达于下，故出现“病从腰以下必重而痹”。“重”是沉重，“痹”是麻木不仁，此乃气血壅滞、筋脉失养之象。此证被命名为“火逆”，即因误用火法而导致的逆证。

116 条从正反两方面，阐述了中医治疗学的核心智慧。

“辨证论治”是根本法则：治疗决策必须完全基于对病机（阴阳、表里、寒热、虚实）的精确判断。“微数之脉”与“脉浮”病机截然不同，绝不可一见“虚”（微脉）或一见“寒”（灸法常治寒）就滥用灸法。

“疗法”有其严格的适应症与禁忌症：灸法作为温通补阳的利器，其适应证主要是虚寒证、阴证、寒湿痹痛。对于阴虚、热证、表实，则为禁忌。本条用严重后果警示了逾越这一禁忌的危害。

“因势利导”的治疗思想：对于表证（脉浮），病势向外，治疗就应顺其势用汗法，使邪从表出。误用灸法，是逆其病势而治，必然导致邪气内陷、变生他病。这体现了《内经》“因其轻而扬之”的思想。

对“坏病”的认知与预后判断：条文最后提到“欲自解者，必当先烦，烦乃有汗而解”，这并非鼓励等待自愈，而是指出在误治后，若人体正气尚能奋起抗邪（脉浮仍在），仍有通过正邪交争（烦）、继而汗出而解的可能。这为判断误治后的病情转归提供了思路。

116 条，绝非简单的火法禁忌。它是中医治疗学“辨证施治”原则的经典示范，深刻揭示了“疗法”与“病机”必须高度契合的核心规律。它告诫医者：对阴虚内热者，误用火法如同竭泽而渔，会耗竭根本；对太阳表实者，误用火法如同闭门揖盗，会变生痹阻。

此条与 114、115 条共同构成了对“火逆”变证的完整论述体系，成为中医临床规避治疗错误、确保医疗安全的一座永恒警钟。

《伤寒论》第 117 条：“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，更加桂二两也。”

117 条的核心，是张仲景为“烧针”这一误治法所导致的典型变证，提供了一个具体的救逆方剂——桂枝加桂汤。本条是“火逆”变证中，从论述病机转向确立具体治法的关键一环，具有重要的临床指导价值。

用“烧针”（即温针，一种古代疗法）强迫发汗以治表证，此为误治。针刺的局部因感受寒邪（“被寒”），出现“核起而赤”——红肿如核的炎性反应。症状是“气从少腹上冲心”——患者自觉有气从下腹（少腹）向上冲撞，直抵心胸，常伴心悸、恐惧感。

烧针强迫发汗，不仅伤阴液，更易损伤卫外和镇摄的阳气。心为阳脏，主一身之阳，心阳一虚，则下焦阴寒之气（或水寒之气）失去镇慑。针孔开张，外寒乘虚而入，进一步引动下焦阴寒之气。下焦（肾所主）的阴寒水气，乘上焦心阳之虚，向上冲逆，形成一股“气”从少腹上冲心胸，“必发奔豚”的典型症状。这本质是阳虚阴乘，下寒上逆。

桂枝加桂汤，即在桂枝汤的基础之上加加重桂枝的用量，这是治疗此证的画龙点睛之笔，体现了“外调营卫，内平冲逆”的治法。

桂枝汤打底：用于调和被误治扰乱的身体基本面——“营卫”。无论发汗过多还是外邪内侵，都导致营卫失和，桂枝汤可重建阴阳营卫的平衡。

“更加桂二两”是关键：桂枝本身有平冲降逆之功，加重其量，可强力镇压上冲的阴寒逆气，直折“奔豚”之势。这是针对主症的直接治疗。桂枝色赤入心，性温通，重用可温通心阳，以治本虚。心阳振作，自能下温肾水，镇摄下焦阴寒。外用灸法，散局部之寒凝；内服桂枝加桂汤，复心阳、和营卫、平冲逆。局部与整体兼顾，治标与治本同行。与“灸其核上”相呼应，内外同治，共散寒邪。

117 条开创了以调和营卫方为基础，加重通阳药物以平冲降逆的“和营平冲”法。在《伤寒论》中首次系统论述“奔豚”病因病机与治疗的专条，为后世诊治此类疾病（常见于神经官能症、更年期综合征、心悸等）提供了经典范例。

《伤寒论》第 118 条：“火逆，下之，因烧针烦躁者，桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之。”

118 条承接前几条火逆证之后，论述另一个因误用“火疗”而损伤心阳，导致心神浮越、烦躁不安的危重变证。本条的核心在于明确指出，当误治导致心阳虚衰、心神失守时，必须采用急温心阳、潜镇安神的方法来救逆，并给出了代表方剂——桂枝甘草龙骨牡蛎汤。

“火逆，下之”，患者先因误用火法而成为“火逆”坏病。医者见其有热象或里实之疑似证，又错误地使用了攻下法（“下之”），一误再误。先以火劫汗，重伤其阳；再妄用下法，更损其里。

心为阳脏，主藏神。心阳严重不足，则阴寒内盛。虚弱的阳气不能安居于内，被阴寒格拒而浮越于外，扰动心神，故见烦躁不安、坐卧不宁。这种烦躁常伴有心悸、惊恐、自汗、乏力、畏寒、脉浮弱或数而无力等虚象。这种烦躁不是热盛

实证的狂躁，而是阳气欲脱的危重征兆。阳明实热或火邪内盛的烦躁，多伴有高热、大汗、大渴、脉洪大有力或沉实。二者病机虚实迥异，治法天壤之别。

“桂枝甘草龙骨牡蛎汤主之”，这是张仲景“温潜法”的代表方之一，药简力专，旨在急复心阳，潜镇安神。由桂枝、甘草、龙骨、牡蛎四味中药构成。温补与潜镇并用，用桂枝、甘草温补已虚之心阳，用龙骨、牡蛎潜镇浮越之神气。补其不足，镇其浮越，标本兼治。

君药 - 桂枝：辛甘而温，直入心经，能温通心阳，振奋阳气。是治疗心阳虚的根本。

臣药 - 炙甘草：甘温，既能益气补中，资助化源以生阳，又能与桂枝相配，形成“桂枝甘草”药对，辛甘化阳，专补心阳。这是本方温补心阳的核心结构。

佐使药 - 龙骨、牡蛎：二者质量沉降，功能重镇安神，潜敛浮阳。能将因虚而浮越、躁动不安的心神“镇摄”下来，引其归位。同时，牡蛎略有咸寒之性，可防桂枝、甘草之温燥，并育阴以潜阳。

118 条通过“火逆复下”致“烦躁”的实例，深刻揭示了误治导致心阳虚衰、心神浮越这一危重变证的病机与治法。桂枝甘草龙骨牡蛎汤作为温补心阳、潜镇安神的祖方，其“温阳以固本，潜镇以安神”的配伍思想，为中医治疗虚性亢奋、心神不安类疾病奠定了核心理论与方剂基础。本条与 117 条（桂枝加桂汤治奔豚）共同构成了心阳虚两大变证（一为下寒上冲，一为虚阳上浮）的证治体系，彰显了张仲景辨证之精、立法之严、用药之准。

《伤寒论》第 119 条：“太阳伤寒者，加温针必惊也。”

本条条文极为精炼，含义却非常深刻。“太阳伤寒者”，指的是典型的太阳表实证，以恶寒、发热、无汗、脉浮紧为特征。病机是寒邪束表，卫阳被郁。“加温针”，即用烧针、火针等火疗法强行发汗。这是不当的治疗。“必惊也”，是必然导致“惊”的症状。“惊”在这里指精神惊惧不安、心悸动惕，是心神被扰动的表现。

内容高度概括，它不像其前的 114、115、116、117、118 条那样，具体描述了火逆后“吐血”、“便血”、“焦骨伤筋”、“奔豚”、“烦躁”等复杂变证。它只点出了最直接、最常见的初级反应——“惊”。这更像是首先指出火疗最易引发的共性、基础性变证。

理想的编排顺序，往往是从简单到复杂，从一般到特殊。119 条讲的“惊”，是火邪扰动心神的最直接、相对较轻的表现。而后的条文（114-118）则是在此基础上，或因体质不同，或因误治叠加（如下法），发展出的更严重、更具体的变证（如动血、奔豚、阳虚烦躁等）。先讲“必惊”这一普遍反应，再展开讲各种可能的重症，逻辑上更顺。

放在前，可作为 113-118 条一系列“火逆”证的总起或引言。“警告太阳伤寒用温针，首先会扰动心神致‘惊’，如果处理不当或体质有偏，还可能进一步导致如下更严重的变证……”，这样读起来一气呵成。

放在后，在详细论述了各种严重变证（动血、伤阴、奔豚、烦躁）之后，突然又回归到一个相对基础的“惊”证，在行文上确有突兀和总结回顾的意味，仿佛在说：“以上种种，其初始的、常见的扰动就是‘惊’。”

虽然在编排顺序上看似“错位”，但现存的顺序也并非全无道理，可能反映了张仲景或其整理者的另一种深意。

“由重及轻”，可能是为了先强调火逆的严重后果。编者（如王叔和）将最触目惊心的“动血”（114、115 条）、“焦骨伤筋”（116 条）、“奔豚”（117 条）、“烦躁”（118 条）这些危重坏病放在前面，以强烈的视觉冲击来警示医者火疗误用的危害性。之后，再用 119 条这个简洁的论断作为概括和点睛，指出所有这些复杂变证的共同始动环节或基础病机——火邪迫心致“惊”。这相当于说：严重后果你们看到了，而其开端，往往就是“加温针必惊”。

《伤寒论》成书于战乱，后经王叔和整理。现存顺序可能有条文辑录、归类排列的考虑。可能 119 条是另一处关于“惊”的专论，被整理者置于“火逆”证候群的末尾，作为对这一组病症在“神志影响”方面的一个补充和呼应。

从临床看，医者可能先遇到复杂重证（如出血、奔豚），在探究其根源时，追溯出“曾用温针”的病史，并认识到“惊”是其早期信号。现行编排或反映了这种从结果回溯原因和早期表现的认知过程。

现存顺序亦有其逻辑，它可能是一种“从具体严重后果反推基础病机”的编纂思路，旨在先用重证示诫，再点明其共通的核心病机（火邪扰心），同样具有深刻的警示和总结意义。

无论顺序如何，119 条的理论价值毫发无损。它精准地抓住了太阳伤寒误用温针的核心病机矛盾：外寒内热，火邪迫心。并与《内经》“诸病惊骇，皆属于火”的理论一脉相承。其所提示的“惊”，是诊断火逆致病的早期关键指征。

因此，在学习和研究时，我们可以将第 119 条理解为贯穿 110-118 条的一条红线，即所有这些变证，在其发生发展过程中，都可能伴随或始于“惊”或“烦躁”这类心神被扰的表现。这有助于我们更整体地把握“火逆”致病的规律。

119 条编排于火疗之尾，可能蕴含着教学法深意：先以触目惊心的严重后果示警，再点出其最普遍、最初始的病机，让读者在震撼中牢记，在思考中贯通。

第八十条　关联条文精要

《伤寒论》第 6 条（温病禁忌）：“若火熏之，一逆尚引日，再逆促命期。”强调火法对温病危害的递进性与致命性。

《伤寒论》第 16 条（坏病治则）：“太阳病三日……若温针，仍不解者，此为坏病……观其脉证，知犯何逆，随证治之。”确立了包括火逆在内的一切“坏病”之根本救治原则。

《伤寒论》第 29 条（亡阳救逆）：“若重发汗，复加烧针者，四逆汤主之。”指出火疗过度导致少阴阳衰阴盛（亡阳）时，必须用四逆汤回阳救逆。

第八十一条 纵观《伤寒论》“火疗”诸条，其留给后世的绝非具体技术，而是一套深刻的　临床风险控制与治疗哲学体系。

1.疗法必须服从治法：“寒则温之”的治法正确，但绝不意味着任何“温”的手段（如火疗）都可用。疗法是仆，治法是主，病机是令。

2.“度”是医术的灵魂：火疗之害，本质在于“过度”——过度发汗、过度温热。它警示，一切治疗（包括方药）都必须以　“正气”为度的标尺，追求“微似有汗”、“中病即止”，严防“疗法之热，灼伤治法之根”。

3.辨证是唯一的保护伞：第 116 条以“微数之脉”与“脉浮”为例，划定了灸法的绝对禁区。这告诉我们，脱离精细辨证，任何疗法都可能从“治病”转向“致病”。

4.“坏病”思维是临床必备：面对复杂病症，医者需有“侦探思维”，主动追问“是否经历过不当治疗？（如现代过度输液、滥用抗生素）”。救误之道，在于“知犯何逆，随证治之”。

《伤寒论》第 153 条：“太阳病，医发汗，遂发热恶寒。因复下之，心下痞，表里俱虚，阴阳气并竭。无阳则阴独，复加烧针，因胸烦，面色青黄，肤瞤者，难治；今色微黄，手足温者，易愈。”

本条以太阳病误治为主线，逐步揭示因医者误用汗、下、烧针等治法，导致表里俱虚、阴阳两伤的病机演变。其核心在于警示：误治不仅加重病情，还可能因体质差异出现“难治”或“易愈”的不同转归。

第一阶段：误汗伤阳（太阳病→过汗）

初始病情：太阳病，本应发汗解表，但需适度。

误治关键：“医发汗，遂发热恶寒”——此处“遂”字暗指过汗或不当发汗（如用辛温峻剂或对虚人发汗过度），导致汗后阳气外泄，卫阳不固，反而出现持续的“发热恶寒”。此非表证未解，而是阳气已伤，正虚不固的表现。

误治后果：汗法本欲祛邪，反伤阳气，为后续“表里俱虚”埋下伏笔。

第二阶段：误下伤里（复下致痞）

误治关键：医见汗后不解，误以为里有实邪，复用下法。

误治后果：“心下痞”，下法重伤里气，脾胃中焦气机紊乱，形成虚性痞塞（与实热结胸不同）。“表里俱虚，阴阳气并竭”，汗伤表阳，下伤里阴，导致阴阳两伤、气血俱亏。“无阳则阴独”，指阳气虚衰，阴寒内盛，阴阳失衡，病势由表入里、由阳转阴。

第三阶段：误用烧针（再伤阳气）

误治关键：在阴阳俱虚的情况下，医者复用烧针（温针、火劫等法），意图强行温通。

误治后果：“胸烦”，烧针劫夺阴液，扰动虚阳，虚热上扰心胸。“面色青黄，肤瞤（肌肉跳动）”，青为肝色，主寒凝、血瘀；黄为脾色，主虚衰。面色青黄并见，提示肝脾两伤，气滞血瘀。“肤瞤”是阳虚筋脉失养，虚风内动之兆。此时阴阳俱损，正虚邪陷，兼有虚风扰动，救治困难。

“难治”，标志肝脾衰败，阳气殆尽，已现“阴阳离决”之危。治法需慎用攻伐，当以扶阳益阴、调和肝脾为主。

“易愈”，“色微黄”，面色仅微黄，无青色，提示脾胃之气尚存；“手足温”，表明阳气未绝，犹可四布。此时虽经误治，但中焦未败，尚有自复之机，故曰“易愈”。

综上，《伤寒论》火疗诸条，其价值远超“禁用火法”的告诫。它是一面永恒的镜子，映照出医学中“善意”与“伤害”有时仅有一线之隔。这界限，便是对病机的精准洞察，对人体正气的无限敬畏，以及对“治疗之度”永无止境的追寻。

第一节　病机病名病位

第八十二条　五运六气之阳明

阳明燥金，这一概念来源于五运六气学说中的五之气，初之气厥阴风木、二之气少阴君火、三之气少阳相火、四之气太阴湿土、五之气阳明燥金、终之气太阳寒水。

气候方面：阳明燥金对应五之气，包括秋分、寒露、霜降、立冬四个节气，此时地面阳气逐步沉降于地下，湿气减少，燥气集结，气候特点是天干气燥，寒霜渐临，整体呈现清凉劲急之象。

五行属性方面：在五行中属金，其性为凉，其德为清。阳明燥金之气是由盛夏的相火之火与立秋之后太阴湿土之湿相合而成，其本质并非完全干燥，而是燥湿相合，且其性属凉，为凉燥而非燥热。

人体脏腑对应方面：与人体的肺和大肠相对应，阳明以燥金主令，胃土从令而化燥，太阴以湿土主令，肺金从令而化湿。若中气旺盛，肺可免受燥气伤害，胃可免受湿气伤害；若中气衰败，则可能出现燥湿失调的情况。

运气变化方面：在运气变化中，卯酉之年阳明燥金司天。若阳明燥金在泉，则下半年气候偏于干燥清凉，燥气盛行，容易损伤人体津液，引发口干、咽干、皮肤干燥等症状，呼吸系统和消化系统也易受影响。

第八十三条　《黄帝内经》之阳明

燥气为本：《素问·天元纪大论》“阳明之上，燥气主之”，说明阳明是以燥为本气。燥是秋天的主气，对应肺金，肺和大肠系统主燥气。燥气性凉，属于次寒，本性属阴而主肃降。当肺的宣发和肃降功能失常时，会影响六腑的通降，出现“胃家实”等病变，这便是阳明病的重要病理基础，基于阳明与燥气的这种关系，将相关病症命名为阳明病。

两阳合明：《素问·至真要大论》中岐伯将阳明解释为“两阳合明也”。这里的“两阳”指太阳与少阳，“合”是合拢、聚合之意，即将阳气从生发、释放状态收拢聚合，使其转入蓄积收藏状态。在人体中，以阳气入内、下降为主的生理功能主要与胃肠相关，胃肠通过阳气腐熟、传化水谷，以通降为和。当这些功能发生异常变化，出现阳气当合而不能合等情况时，就属于阳明病，这也体现了阳明病命名中“两阳合明”的气化特点。

外感病常太阳与阳明同时发病，有太阳阳明在表的合病、并病等情况，从这个层面也丰富了阳明病的内涵，使其命名不仅仅局限于里证，还与体表相关病症有联系，是对其病位和发病特点的一种体现。

第八十四条 《伤寒论》之阳明

（一）阴阳

《伤寒论》第 179 条：“问曰：病有太阳阳明，有正阳阳明，有少阳阳明，何谓也？答曰：太阳阳明者，脾约是也；正阳阳明者，胃家实是也；少阳阳明者，发汗、利小便已，胃中燥烦实，大便难是也。”

太阳阳明，指的是原本有太阳病（比如感冒初期的表证），后来影响到脾胃，导致脾胃津液不足、肠道干燥，出现大便干结，也就是“脾约”。脾约是个证候名，张仲景对于五脏都有个病，脾叫脾约，肾有肾着，肝叫肝着，肺有肺痈肺痿，心有心伤（金匮要略）。脾约，就是胃里素燥，胃的燥热太盛，脾阴受了约束，就被胃的强大的燥热所约束。脾约的约，有两层意思，一是约束，脾胃相表里，胃为阳脾为阴，脾的津液（阴分），被胃的燥热所约束，津液不能还于胃中，肠胃就干燥。二是节约，肠胃的燥热逼迫津液下渗，导致小便偏多、大便干燥，大便越解不下来，小便反而越多。太阳病是以发汗为原则，由于发汗而亡失津液，这种阳明病是由太阳转属阳明，太阳病未罢，大便不通，故称之为太阳阳明，“太阳阳明者，脾约是也”。

正阳阳明，是肠胃本身出了问题，里面有积滞（比如吃多了不消化，或者热邪导致大便干硬），也就是“胃家实”（胃肠里有实邪堵着）。正阳阳明就是阳明的阳明，这个病不是太阳的脾约，也不是由于少阳的发汗利小便引起，是由阳明的本身构成的胃家实，所以叫正阳阳明，这个“正”排除太阳阳明和少阳阳明这两条传经的途径。正阳阳明，即没有表证，也没有半表半里证。胃的部位按之满、按之痛、拒按，“胃家实是也”。

少阳阳明，是原本有少阳病（比如往来寒热、胸胁苦满），治疗时用了发汗或利小便的方法，“发汗、利小便已”，导致体内津液耗伤，“胃中燥烦实，大便难”。胃中燥，人就烦，所以烦也是阳明病的证候，少阳阳明“实”的程度通常较“胃家实”为轻，更多是燥屎内阻导致“大便难”，尚未达到“痞、满、燥、实、坚”俱全的大承气汤证程度，故称之为少阳阳明。

简单说，这三种都是阳明病（以胃肠热、大便干为主要表现），但源头不同：一个和太阳病、津液不足有关，一个是胃肠本身有积滞，一个是少阳病治疗后津液耗伤导致的。

《伤寒论》第 180 条：“阳明之为病，胃家实是也。”

饮食水谷入于胃，胃实肠虚，水谷腐熟下移传导至小肠、大肠，肠实胃虚。这种消化吸收的过程，有虚有实，虚实交替更迭，从胃至肠，由上至下，营养被吸收后，糟粕从肛门排泄出去，这是正常的生理功能。五脏“藏精气而不泻”，六腑“传化物而不藏”，胃肠消化排泄的通道，以通为用，以降为顺，为五脏精气的充足提供了保障。

从病理角度看，阳明病多因邪热入里，耗伤津液，导致胃肠干燥（胃燥），粪便在肠道内燥结不行（肠实），表现为大便秘结、腹满痛等症状。这里的“燥”是关键病理基础，正是由于胃中津液被耗，胃肠失于濡润，才使得糟粕积滞肠道形成“实”。因此，“胃家实”是胃燥与肠实并存的病理状态，二者相互关联，共同构成了阳明病热盛津伤、燥屎内结的核心特征。

从六经传变途径看，阳明之为病，有三阳的太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明，也有三阴的太阴阳明、少阴阳明、厥阴阳明。

如 179 条所述，太阳阳明，患太阳病影响到脾胃，导致脾胃津液不足、肠道干燥，出现大便干结。正阳阳明，是肠胃本身的问题，里面有积滞形成“胃家实”。少阳阳明，患少阳病，误治导致体内津液耗伤，肠胃变干燥，出现大便困难。

三阴病（太阴、少阴、厥阴）引起的“胃家实”，多因病情发展中阴阳转化、寒热变化或治疗失当所致。

太阴病转阳明胃家实：太阴病本为脾阳虚寒，表现为腹满而吐、食不下、自利等。若太阴病失治或误治（如过用温燥药物），可能导致脾阳恢复太过，或寒邪郁而化热，进而累及阳明，使胃肠积热成实，形成“胃家实”。

少阴病转阳明胃家实：少阴病分寒化、热化两类，少阴寒化证若阳气逐渐恢复，寒邪退去，可能余热未尽，传入阳明，导致胃肠热实，形成“胃家实”；少阴热化证（如阴虚火旺）若热势进一步发展，灼伤津液，胃肠失润，也可能形成燥屎内结的阳明实证，表现为便秘、烦躁等。

厥阴病转阳明胃家实：厥阴病病机复杂，多为寒热错杂、阴阳进退。若厥阴病中阳热偏盛，或治疗后阳气回复，余热传入阳明，可导致胃肠热结，形成“胃家实”。

三阴病引起的“胃家实”，本质是病情发展中阴阳转化的结果——或由寒化热，或由虚转实，最终导致阳明胃肠热结。其关键在于“邪入阳明”、“热实内结”，与阳明病本身的“胃家实”在病机上虽有源头差异，但最终均以胃肠实热为核心表现。

仲景六经源自《黄帝内经》，又不等同于《黄帝内经》，既非纯经络，亦非纯脏腑，而是以病位为经、病性为纬，兼融表里寒热虚实动态演变的临床辨证系统。以“XX 阳明”命名，实为病机溯源诊断法，揭示邪气来路与正气强弱。辨来路定治法，此乃仲景六经体系超越《内经》的临床生命力所在！

《伤寒论》第 181 条：“问曰：何缘得阳明病？答曰：太阳病，若发汗，若下，若利小便，此亡津液，胃中干燥，因转属阳明。不更衣，内实，大便难者，此名阳明也。”

患太阳病，或发汗不当，或误下，或过于通利小便，导致津液亡失，胃中干燥，病由太阳转属阳明，形成太阳阳明并病。

不更衣就是不上厕所，古人衣服宽大，上厕所的时候要把衣服换下来，完后再把衣服穿上，更衣就是上厕所，不更衣就是不上厕所。不上厕所就意味不大便，不大便是因为内实，大便秘结。由太阳病误治引起的“不更衣，内实，大便难者”，命名为“太阳阳明”。

《伤寒论》第 182 条：“问曰：阳明病外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也。”

阳明外证，“身热汗自出，不恶寒反恶热”，非表邪未解，与太阳表证、太阳阳明并病有别。太阳病，发热恶寒并见，桂枝汤证汗少不畅，麻黄汤证无汗必恶寒。太阳阳明并病，阳明初结，太阳表邪未解，微恶风寒，头颈、手足局部汗出。若将阳明外证的汗出，误认为风邪在表，以承气汤下之，则会引邪入里，腹泻不止，气随津脱。

阳明外证，特指里热外蒸，但热不寒，但热不实，与胃家实阳明病里证同为阳明病。外证又可称之为阳明经证，里证又可称之为阳明腑证。

经证向腑证的转化是个动态过程，阳明经证患者，可能同时出现大汗、烦渴与轻度腹胀（腑实初起），“但热不实”，尚未达到燥屎内结典型腑实证的状态。外证出汗是全身持续大汗，腑实证出汗可能是手足濈然汗出；外证脉洪大，腑实脉多沉实。

经证是腑证之渐，腑证是经证之极。见阳明经证，急用白虎汤以阻断热邪内结成实；见阳明腑证，误用白虎汤清热，燥结不除，热结旁流，可致昏迷，还可能表现为“下利清水、色纯青”的危急证候。

《伤寒论》第 183 条：“问曰：病有得之一日，不发热而恶寒者，何也？答曰：虽得之一日，恶寒将自罢，即自汗出而恶热也。”

疾病是一个动态的过程，阳明病也是一个由外证至里证，由经证至腑证的渐进过程。“虽得之一日，恶寒将自罢，即自汗出而恶热也”，为 182 条“身热汗自出，不恶寒反恶热”阳明外证的另一种表达方式。

反推“病有得之一日”，指的不是初得太阳病，太阳伤寒的“或已发热或未发热必恶寒”的“不发热而恶寒”，而是指阳明病初起阶段，太阳要传阳明的时候，邪气还没完全入里，但是它有入里的倾向。“恶寒将自罢”，在邪气还没有完全入到肠胃里的时候，它可能有一点恶寒，但是这个时间很短，很快就要停止，就会出现阳明外证的证候。

若将阳明病初起阶段的短暂恶寒误判为太阳病而发汗，可致津液更伤，加速化燥成实。

《伤寒论》第 184 条：“问曰：恶寒何故自罢？答曰：阳明居中，主土也，万物所归，无所复传，始虽恶寒，二日自止，此为阳明病也。”

《黄帝内经·素问·阴阳离合论》，“两阳合明谓之阳明”，是对阳明生理特性和病理特点的核心概括。用《易经》乾卦、坤卦卦辞，天行健君子以自强不息、地势坤君子以厚德载物，来解释“阳明居中主土，万物所归无所复传”比较贴切。

生理角度，天行健君子以自强不息。

“两阳”指太阳和少阳，“合明”指两阳之气汇聚而形成“阳明”的“明”（光明、明亮之意，象征阳气旺盛、功能强盛）。阳明是太阳（表阳）、少阳（半表半里之阳）阳气的汇聚，因此阳明是三阳中阳气最盛最充沛，被称为“多气多血之经”，故“始虽恶寒，二日自止”，其在胃与大肠中，体现为腐熟水谷、传导

糟粕的强大功能。阳明主“明”与“降”，“明”指阳明阳气能温煦、运化，使水谷精微得以化生，如太阳主开、少阳主枢，阳明则主“合”，通过收敛阳气以完成消化吸收；“降”是阳明的核心运动方式，胃降则受纳正常，大肠降则糟粕排出，若不降则易生病变。

病理角度， 地势坤君子以厚德载物。

当阳明阳气过盛或运动失常，“两阳合明”的平衡被打破。两阳之气过盛，易化燥生热，形成“阳明病”，如外感病中，邪入阳明可出现高热、大汗、口渴、便秘等“阳明燥实证”（热结胃肠），这是因为阳气过盛，灼伤津液，导致胃肠燥结。若阳明主“降”的功能失调，胃气上逆则见呕吐、胃脘胀；大肠传导失司则见便秘或泄泻（清气不升、浊气不降），本质是“合明”失常，阳气不能正常收敛、下行。

“病入阳明则不传”是《伤寒论》中关于外感病传变的重要观点。阳明阳气最盛，能“御邪于内”，当病邪传入阳明时，阳明旺盛的阳气可与邪气相争，若正气足以遏制邪气，便不会再向其他脏腑传变。就像“堡垒最坚固的地方不易被攻破”，阳明的强盛阳气如同人体内部的强大防线，能将病邪局限在本经，阻止其进一步深入，如传入三阴经。

病入阳明后，邪热与胃肠糟粕结合，多形成“燥实”之证（如高热、便秘等），此时病邪已从表入里，且邪正斗争以“实热”为核心，病变部位明确（胃肠），邪气不再游走扩散。这种情况下，病邪被“固定”在阳明所属的脏腑，失去了传变的动力，故不传。但若阳明正气不足，或邪热过盛耗伤阳气，也可能进一步传变（如转为三阴病），但多数情况下，阳明病因其“阳气盛、病位实”而不传。

简言之，阳明的生理核心是“阳气汇聚而主降、主运化”，病理核心则多因阳气过盛或不降，导致燥热、气机阻滞。取象比类，阳明具有土的属性，化生万物而又包容万物。

《伤寒论》第 185 条：“本太阳初得病时，发其汗，汗先出不彻，因转属阳明也。伤寒发热无汗，呕不能食，而反汗出濈濈然者，是转属阳明也。”

太阳病发汗，这是正治；太阳病过汗，这是误治；“汗先出不彻”，这也是误治。彻可作不彻底讲，就是汗出不到位。虽然发了汗，邪气未解除，病情进一步

发展，“因转属阳明也”，由太阳传至阳明。因为汗出不彻，津液受损不重，没有伤到胃中的津液，这个“因转属阳明”属于太阳阳明之阳明经证。

185 条分为两句，第一句讲述的是太阳病误汗形成的阳明经证，第二句讲述的是太阳转属阳明腑证。

太阳伤寒，风寒束表，导致肌表腠理闭塞，卫气不得宣发。卫气源于中焦，其宣发受阻，必然会影响中焦脾胃的气机升降。胃气以降为顺，表气郁闭，胃气不得顺降，反而上逆，于是发生“呕逆”，这是表邪影响胃气的结果。阳明燥热炽盛于内，必然扰乱脏腑气机。胃为阳明之腑，喜润恶燥，燥热灼伤胃津，胃失濡润，“和降”功能受损；有形燥屎结于肠道，下窍腑气壅滞不通，浊气必然上逆犯胃，迫使胃气上逆，胃的受纳功能被抑制，故 “呕不能食”。

此呕不能食不同于少阳病的呕不能食。少阳属胆与三焦，病位在半表半里，正邪相争，胆火上炎，影响脾胃，导致胃失和降而呕吐；少阳枢机不利，气机阻滞，脾胃运化受影响，故不能食。多伴有半表半里证的特点，如往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、口苦咽干、目眩、舌苔薄白或微黄、脉弦等。阳明病的呕不能食是“里热扰胃”，以里实热证为主，呕吐剧烈、完全不能进食；少阳病的是“胆火犯胃、气机逆乱”，以半表半里的寒热往来、胸胁不适为核心，喜呕（阵阵恶心欲吐）、不欲饮食。阳明之呕是“热壅气逆”的必然结果，需泻实以止呕；少阳之呕是“气郁火动”的或然症状，需和解以调枢。

太阳伤寒本应“无汗”，如果在病程中，患者反而出现连绵不断“濈濈然”（常伴手足心汗）的汗出，这是病邪由太阳表证转属阳明里热证的关键标志。阳明里热实证，病位在胃肠，当邪热入里，与胃肠糟粕相结，导致里热炽盛。热邪具有升散、蒸腾的特性，会持续逼迫体内津液通过皮肤毛孔外泄，形成连绵不断的汗出。“汗出濈濈然”前加“反”，提示病情的发展，由太阳表证直传阳明腑实证。若患者先现少阳证（如往来寒热、胸胁满），后出现“汗出濈濈然、呕不能食”，传变途径则为太阳传少阳再传阳明。

《伤寒论》第 186 条：“伤寒三日，阳明脉大。”

179 条至 185 条，讲的是阳明证候，证分外证与里证，亦或经证与腑证， 185 条讲的是阳明脉证。

“伤寒三日，阳明脉大”，伤寒三日说的是过程，说的是疾病发展的趋势与节点。第 4 条“伤寒一日，太阳受之；脉若静者为不传”，第 5 条“伤寒二三日，阳明少阳证不见者，为不传也”，意思是说到了三天，如果传经，就可以传到阳明。太阳阳明传变，有太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明。此条应排除太阳阳明之浮大与少阳阳明之弦大，而是正阳阳明之脉大，阳明腑证之脉大。

邪传阳明，阳明的阳气昌盛，胃的气血充盈，所以抗邪有力，阳气有余，形成阳热证，故“阳明脉大”。

阳明腑证的脉象是大脉，“大”包括现在所说的洪脉，“水之大者谓之洪”，用洪水类比，洪水泛滥，河面宽阔，波涛汹涌，比喻患者的脉象、脉状，脉的面积很大，来盛去衰如波澜一样。

大脉和实脉不同，大脉不等于实脉。实脉言其力量，“比比而坚”，“比比”是说脉搏跳动连续不断、节律规整，没有歇止或停顿，强调脉搏的连贯性和节律的正常；“而坚”形容脉搏搏动有力、坚实，触摸时感觉脉管紧张度较高，搏动冲击手指的力量较强。大（洪）脉是来盛去衰，力量不如实脉。

大脉重“形”，脉管扩张，如水管充水膨胀；洪脉重“势”，来势猛而退速，如潮水拍岸；实脉重“力”，持续顶指，沉按不衰，如触绷紧绳索。

正阳阳明之脉大，经证洪大，以清透热邪；腑证沉实，以急下行阴。

《伤寒论》第 187 条：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身当发黄；若小便自利者，不能发黄；至七八日，大便硬者，为阳明病也。”

中医理论中，太阴病出现身体发黄的机理，核心在于太阴湿阻，寒湿郁滞，肝胆失疏，胆汁外溢肌肤。太阴主湿，其病多与脾阳不足、寒湿内盛相关。脾主运化水湿，若脾阳虚弱，运化失常，湿邪内生，形成寒湿困脾的病理状态。寒湿阻滞中焦，会影响肝胆的疏泄功能。肝主疏泄，能调节胆汁的分泌与排泄，若湿邪（尤其是寒湿）郁滞，可导致肝胆气机不畅，胆汁无法正常疏泄于肠道，反而逆入血脉，随血液运行溢于肌肤、巩膜，从而出现身体发黄。因属寒湿为患，多表现为黄色晦暗如烟熏，与湿热导致的鲜明如橘子色黄疸不同，常伴随腹胀、便溏、畏寒、乏力等太阴寒湿的症状。

在太阴病发黄的机理中，小便是否通利是重要的前提条件。中医认为，湿邪的排泄与小便关系密切。太阴病以脾阳虚弱、寒湿内停为核心。脾主运化水湿，

若脾阳不足，湿邪内生，此时若小便不利，湿邪失去了重要的排泄途径，就会在体内郁滞，与寒邪相结，进一步阻碍肝胆疏泄，导致胆汁外溢而发黄；反之，若小便自利，说明湿邪能通过尿液顺利排出，没有过度郁滞于体内，便不易发黄。这一特点体现了中医“湿有出路则不郁”的思想，小便通利与否直接关系到湿邪的代谢，进而影响发黄的形成。

“至七八日”，这是阴阳转化临界点，即太阴传阳明的时间节点，“手足自温”为其鉴别要点。太阴寒证本应肢冷，太阴手足自温示阳存可化热，阳气来复，阳气鼓动气血外达，脉由沉细转浮缓。

小便不利有湿，小便自利湿去热留，从湿热变成燥热，从太阴寒质转为阳明实热，故“大便硬”。太阴主里，阳明主表，邪气由里出表，由阴出阳，“是为系在太阴”，是说此阳明病的来自太阴，为太阴阳明。由此可见阳明与太阴的表里关系与内在联系。

若见手足自温与小便自利　，可预判“七日当燥”，早用滋阴通便（麻子仁丸）：若见大便初硬后溏　，此为脾虚未复（理中汤证）需停攻下。

《伤寒论》第 188 条：“伤寒转系阳明者，其人濈然微汗出也。”

从六经传变的途径角度，阳明病既有三阳阳明（太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明），也有三阴阳明（太阴阳明、少阴阳明、厥阴阳明）。三阳阳明病邪来源或性质属阳（热、实），三阴阳明病邪来源或本质属阴（寒、虚）。

三阳阳明与三阴阳明虽然都是连绵不绝的出汗，“濈然”，但出汗的程度不同。“大汗”是三阳阳明热盛已成的标志，“微汗”则是三阴阳明热证初起（源于阴证转化）　的标志，体现了疾病发展不同阶段、不同来源的差异。“伤寒转系阳明者”之伤寒，不可误读为太阳伤寒之伤寒。

三阳阳明核心病机，正邪交争剧烈，热邪亢盛，迫津外泄。核心指征大汗，汗出量多、势猛，常伴全身汗出，多清稀。多伴随明显热象，如高热、口渴喜冷饮、烦躁、脉洪大等。如正阳阳明为胃肠热盛，热迫津液大量外泄，出现“蒸蒸发热，汗出”。

三阴阳明核心病机，阴出于阳，阳气初复，热势未炽。核心指征微汗，汗出量少、势缓，多为局部汗出（如头汗）或间断汗出，质地清稀。常伴虚寒或湿阻表现，如畏寒肢冷、口不渴或喜热饮、腹胀便溏、精神倦怠、脉弱等。如太阴阳

明多因脾阳虚湿阻，阳气不能正常布散，湿浊郁蒸而见少量汗出，伴脘腹胀满、便溏等。

若见“濈然微汗出”，尤其在虚寒体质患者或病程迁延的患者中，应高度警惕其可能处于阴证向阳证（阳明）转化的关键节点，需动态观察，既不可过用寒凉（恐伤初复之阳），也要预见热势可能发展（早做预案）。

（二）寒热

《伤寒论》第 189 条：“阳明中风，口苦咽干，腹满微喘，发热恶寒，脉浮而紧，若下之，则腹满小便难也。”**《伤寒论》第 190 条：**“阳明病，若能食，名中风，不能食，名中寒。”

从 179 条得知，三阳阳明（太阳阳明、正阳阳明、少阳阳明）是依据病邪传入阳明的途径或来源进行分类。太阳病有太阳中风桂枝汤证、太阳伤寒麻黄汤证之分，但“太阳阳明”是指太阳病已传入阳明的阶段，此时太阳表证已罢，或未罢但里证为主，病位在里（阳明）。

189 条之阳明中风与 190 条之阳明中寒，并非太阳阳明的亚分类（太阳中风阳明、太阳伤寒阳明），而是按阳明本经受邪后的病性反应（寒热属性）分类，与传入途径无关，与“正阳阳明”关系密切。病邪直犯阳明本经，对邪气的反应，或化热，或从寒。

“阳明病，若能食，名中风，不能食，名中寒。”风是阳邪，阳邪中了阳明，阳气杀谷，就能够运谷、化谷，所以就能食。寒邪伤了胃阳，胃阳虚了就不能消谷，所以就不能食。是中风还是中寒，实际是在分析疾病的寒、热的性质。

阳明为腑病，它的来路有两个方面，一个是传经之邪，一个是自受之邪。传经之邪都是风寒化热入里，所以多见于热性病，阳明自受之邪不是从传经来的，阳明本身自受之邪，不见得非得化热，阳明可能是被热所伤，也可能被寒所伤，也可能与患者的体质、胃气的盛衰有关，所以不受化热的限制。能食者一般是热，属阳；不能食，属于寒，属于阴。

辨别能食与否，在于规避误治风险。能食（阳明中风/热证），治则以清法、下法为主（如白虎汤、承气汤类）；不能食（阳明中寒/寒证），治则以温法、补法为主（如吴茱萸汤、理中汤类），绝对禁用苦寒攻下（否则必致“胀满不能食”、“哕逆”等变证）。

阳明中风是阳明受阳邪所伤，阳明伤寒是阳明被阴邪所伤。阳邪所伤化热，也会出现类似少阳病“口苦咽干”的症状。肺与大肠相表里，气机不利，影响肺气，故“腹满微喘”，此腹满为热郁气滞。腑热外蒸汗出，卫气外敛、胃家阳虚，故“脉缓而紧”。如果下之过早，津液受伤，致有形实阻燥结腹满，小便困难。

无形热盛（白虎汤证）若误用承气汤攻下，轻者热邪内陷成腑实（转为承气汤证），重者伤阳致利（太阴病）、热陷胸膈（栀子豉汤证）等变证。

《伤寒论》第 191 条：阳明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濈然汗出，此欲作固瘕，必大便初硬后溏。所以然者，以胃中冷，水谷不别故也。

阳明分虚实寒热，所虑者只辨其阳其热恐其亡津液，不辨其阴其寒不虑其不能化液。190 条阳明中风为阳为热为能食，阳明伤寒为阴为寒为不能食。胃实则中热，故能消谷；胃虚则中寒，故不能食。191 条补充阳明伤寒其他典型症状。

阳明中寒以胃阳不足、寒邪内盛为核心病机。阳明虚寒时，水湿不被正常吸收，更多向下渗注肠道，导致膀胱津液来源减少，尿液生成不足，表现为 “小便不利”。阳气虚弱，气化无力，膀胱的排尿依赖阳气的推动，胃阳不足可累及肾阳或膀胱阳气，导致膀胱气化功能减弱，尿液排泄不畅，进一步加重小便异常。

胃阳虚弱，阳气不能充分布达全身，导致周身阳气亏虚、卫表不固无力，汗液生成无源，致躯干不出汗。“手足濈然汗出”，是因为胃中残存的少量阳气（或寒邪郁遏导致的局部阳气偏盛）被寒邪逼迫，还因为手足作为阳明经气汇聚之处，只能从手足部位外泄（类似“阳气被郁、就近外泄”），这种汗出并非热盛蒸腾所致，而是虚寒状态下阳气失于统摄、局部外泄的表现。因此，汗液多为清稀、偏凉（与热证的“汗出热而黏”相反），常伴随腹中冷痛、喜温喜按、舌淡苔白等寒象。

阳明中寒，胃阳不足，但肠道仍有少量余热（或寒邪郁滞化热），导致肠道上段（近肛门处）津液相对不足，粪便在肠道上段因水分被轻度耗伤而初结为硬便；因胃阳虚弱，腐熟无力，水湿不能正常运化而持续下注肠道下段，使下段粪便被多余水湿濡润，表现为溏薄，形成“大便初硬后溏”。“痼瘕”，痼为坚固，瘕为气聚，此谓初硬后溏。

“所以然者，以胃中冷，水谷不别故也”。大肠禀阳明之燥，中脘受太阴之湿。若攻其下燥，中脘之湿必且随之俱下。不急温之，恐成寒湿下利。

《伤寒论》第 192 条：“阳明病，初欲食，小便反不利，大便自调，其人骨节疼，翕翕如有热状，奄然发狂，濈然汗出而解者，此水不胜谷气，与汗共并，脉紧则愈。”

192 条核心病机为阳明中风兼水湿，与 191 条阳明中寒对仗。

阳明病多为里热实证，热邪易伤津耗液，且阳明主燥，正常情况下，热盛伤津会导致小便短赤、量少，但此处“小便不利”并非因热盛津伤，而是水湿内停、气机阻滞，导致水液代谢失常（气不化水）。这种“水湿导致的小便不利”与阳明病常见的“热盛津伤小便少”形成反差。

“阳明病，初能食”，说明胃气尚和，病邪未深入阳明之里；同时“大便自调”，提示大肠传导功能正常。按常理，阳明病初起、胃气未伤时，水液代谢不应出现明显障碍，但此处却出现“小便不利”，且伴随“骨节疼”（水湿痹阻），这种“水湿内停”的表现与阳明病初期的一般状态不吻合，故用“反”字突出病机的特殊性——病位虽涉及阳明，但核心是“中风兼水湿”，而非单纯阳明热证，水湿阻滞才是小便不利的真正原因。

简言之，“反”字通过对比和强调矛盾，提示医者此小便不利并非阳明病的典型表现，需从“水湿内停”而非“热盛津伤”的角度理解病机，避免误判。

“其人骨节疼，翕翕如有热状”，是水湿浸淫骨节，壅阻经气脉络所致。“翕翕如有热状”为水湿侵入骨节，正气奋起抗邪，正邪交争产生的肌表发热现象。

“奄然发狂，濈然汗出而解者，此水不胜谷气，与汗共并，脉紧则愈。” 阳明为多气多血之府，正气蓄积力量抗邪，邪气乘正气蓄积而肆虐，上扰心神则“奄然发狂”。当正气恢复战胜邪气，水湿随汗而出，疾病得解，即“濈然汗出而解”。这是因为正气积力抗邪，水湿不得留结，只能与汗共并外泄。此处脉紧并非伤寒脉紧，而是正气蓄积力量抗邪的表现，提示正气振奋有力，能驱邪外出，是疾病向愈的脉象。

《伤寒论》第 194 条：“阳明病，不能食，攻其热必哕。所以然者，胃中虚冷故也。以其人本虚，攻其热必哕。”

此条承第 191 条，讲述胃中虚冷反攻其热产生的不良后果。

第 191 条病机为阳明阳虚中寒，胃中寒冷，腐熟无权，故不能食。同时，胃寒影响及脾，脾运失职，导致水谷不别，清浊不分，进而出现小便不利、大便初

硬后溏的症状。此外，胃阳虚不能固摄津液，故手足濈然汗出，此汗为冷汗，与阳明燥热实证的手足热汗不同。胃阳本虚，如果攻下，胃阳之气就会更虚。

第 194 条病机主要强调胃中虚冷，“其人本虚”，患者本就脾胃气虚，胃阳不足，不能消化饮食，故不能食。本来胃里有寒，误将其当作阳明热证而用苦寒之药（大承气汤）攻下，胃阳愈虚，胃寒愈盛，导致胃气上逆，从而出现哕逆的症状。

总体而言，第 191 条病机重点在于胃寒致水谷不别，涉及脾胃运化功能失常，症状表现为二便及汗液的异常；第 194 条病机关键在于胃中虚冷，强调误治对胃阳的损伤及胃气上逆的后果，突出误治后的变证哕逆。阳明病见“不能食”者，慎察手足汗之冷热、大便之溏硬，若寒汗溏便，急温中焦如救水火，禁用苦寒攻下！

《伤寒论》第 195 条：“阳明病，脉迟，食难用饱，饱则微烦头眩，必小便难，此欲作谷瘅。虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。”

此条与 191 条同为阳明中寒。第 191 条病机为胃中寒冷，影响脾的运化，导致水谷不别。第 195 条病机是阳明中寒，阳气不足，运化无力，进而导致水湿代谢失常，同时伴有食滞中焦，浊气上逆。

第 191 条以不能食、小便不利、手足濈然汗出、大便初硬后溏为主症。其中手足汗出是因胃阳虚不能固摄津液所致。第 195 条则以脉迟、食难用饱、饱则微烦头眩、小便难为主症，是将要发生谷疸的表现。其微烦头眩是因水谷不化，滞于中焦，浊气郁蒸所致。

195 条“食难用饱”是难以吃饱、不敢吃饱，“饱则微烦头眩”，饱了心里就烦，头也眩晕。因为胃气虚寒兼水湿，胃气既要消化水谷，又不能腐熟水谷，胃气低迷，胃气郁遏，就出现了微烦，头眩。阳明中寒一般不能吃东西，有寒还能吃，但不能吃饱，一吃饱就微烦头眩，实际上还是不能吃，此与阳明中风“能食”有别。

阳明病，本应脉大而现脉迟，脉迟主寒主湿，寒湿困阻、气机滞涩。因为脉迟，有寒有湿，膀胱气化不力，“必小便难”，腹满（肚子还胀满）。“此欲作谷疸”，就是要发黄，由于胃气不能消谷，水谷不能变成精微而成湿邪，所以成了一种寒湿性的黄疸，是叫做谷疸。胃虚不能够消谷，这就叫作谷疸。

“虽下之，腹满如故”。肚子胀满，用泻下之药治疗，肚子胀满如故。泻下是祛实，此为虚寒、寒湿，所以越是泻下肚子越是胀满。“所以然者，脉迟故也”，脉迟属于脾胃气虚而有寒湿，寒湿之邪使脾胃之气不运，肚子胀满，所以这个病不能用泻下法，应该用温中的方法。

《伤寒论》第 196 条：阳明病，法多汗，反无汗，其身如虫行皮中状者，此以久虚故也。

阳明为多气多血之经，邪入阳明化热，热势炽盛，会迫使体内津液通过毛孔外泄，形成“汗出”。典型表现为“蒸蒸发热，汗出连绵”，因热邪持续蒸腾津液，故汗出量多且持续。

阳明病，热迫津液外泄，故“法多汗”。“反无汗”是说阳明病本应多汗，却无汗的反常现象。“此以久虚故也”，胃为水谷之海，津液来自于胃，胃阳虚弱，不能消化水谷，胃气亏虚日久，津液化生不足难以达于肌表。同时伴随“其身如虫行皮中状”，这是因为热邪欲向外透发却被津液不足所阻，热邪在肌肤郁滞所致。阳明病有汗和无汗的关键在于胃气的盛虚，胃气盛就有汗，胃气虚就没有汗，胃气为汗化之源！

从病机看，196 条本质是胃虚为本、郁热为标。其“无汗”不同于 191 条的手足冷汗，而是全身性无汗；“虫行感”更是虚热郁闭的特征。而 191 条重点在水谷不别，195 条在寒湿发黄，196 条实际是阳明虚热证。可以这样比喻：191 条是冰山（纯寒），196 条是冰下暗火（寒包热），195 条是冻土生苔（寒湿）。若将 196 条误判为阳明中寒，误用理中汤，干姜辛燥伤阴，津枯热炽，痉厥动风。

《伤寒论》第 197 条：“阳明病，反无汗，而小便利，二三日呕而咳，手足厥者，必苦头痛。若不咳不呕，手足不厥者，头不痛。”

阳明病正邪相争于胃肠，正气强则汗出，正气弱则不汗出，不论是否汗出身必热，汗出热达于外，不汗出热郁于内，人体升降出入气机发生紊乱，水液代谢失常。

小便利说明热未与水结、热未与湿结，水液代谢失常程度较轻。197 条解读的核心在于“二三日”，胃气不降则呕，肺气不降则咳，气机逆行热蒸于上故头痛，脾阳不布故手足厥。头痛与不头痛，不在于两种不同的症状，而在于提示病情的发展，阳明的传变。

197 条通过头痛这个单一症状，构建了阳明病虚寒传变的预警系统：呕咳厥是黄灯，将传厥阴；头痛是红灯，已传厥阴。见呕即当防传变，吴茱萸汤截断，咳厥四逆汤救逆，头痛吴茱萸汤合当归四逆。

《伤寒论》第 198 条：“阳明病，但头眩，不恶寒，故能食而咳，其人咽必痛。若不咳者，咽不痛。”

197 条与 198 条，一个是阴寒上逆，一个是火热上攻；一个是不能食，一个是能食；一个有手足厥冷，一个有不恶寒；一个是苦头痛，一个是但头眩。寒邪伤阳，就以头疼为主；热邪动风，就以眩晕为主。

197 条核心病机是阳明中寒。胃阳虚衰、寒邪（或寒饮）内停，无汗因阳虚不能蒸化津液，小便利提示无湿邪郁滞，呕、咳因寒邪（或寒饮）阻滞，胃气、肺气不降，手足厥为脾阳不布，头痛则是寒邪（或阳虚生寒，浊阴上逆）上扰，整体属寒实（或虚寒） 范畴。

198 条核心病机是阳明中风。阳明里热、风热（或热邪）上扰，不恶寒、能食是中风（热邪）特征，咳、咽痛因热邪犯肺、胃气上逆，头眩为热郁化火、上扰清窍，整体属实热范畴。

头痛与头眩的鉴别：头痛为巅顶痛（足厥阴肝经），头眩为前额晕（足阳明胃经）。“热则寒之、寒则热之”，197 条可以吴茱萸汤温降，198 条可以栀子豉汤清宣。

咽与喉的鉴别：在汉代医学文献中，“咽”多指食管入口（胃系），“喉”指气管入口（肺系）。198 条同时出现“咽痛”和“咳”，提示病变涉及胃肺两系。但条文将“咽痛”列在“咳”前，说明疼痛以咽部为主。结合病机看，阳明郁热主要影响足阳明经脉循行的咽峡部，喉痛是肺失清肃的次要表现。198 条虽未明言呕，但咽痛位置偏下（近胸骨后），与胃气上冲关系更大；咳嗽是郁热波及肺系的次要表现，所以疼痛程度应是咽痛大于喉痛。患者往往主诉“嗓子深处痛”，吞咽时明显，可能伴异物感（胃气逆）；而喉源性痛会声哑、痒咳突出（肺气逆）。治疗时用栀子豉汤清胃热，若喉痛明显需加桔梗。

（三）湿化

《伤寒论》第 195 条：“阳明病，脉迟，食难用饱，饱则微烦头眩，必小便难，此欲作谷瘅。虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。”**《伤寒论》第 199**

条：“阳明病，无汗，小便不利，心中懊憹者，身必发黄。”**《伤寒论》第 200 条：**“阳明病，被火，额上微汗出，而小便不利者，必发黄。”

195 条、199 条、200 条共性阳明发黄，因阳明果发黄，热不得外越，热不得下泄（小便不利），热与湿结而发黄。阳明首辨有汗无汗，正气不足、胃阳不足则无汗。正气不足也有轻重之别，故并非全身无汗。正气不足轻者，热郁上蒸就会出现，“额上微汗出”，“但头汗出齐颈而还”。核心病机阳明中寒，此三条共同揭示以阳明中寒为基，湿郁热伏为标的发黄机制，而“汗出异常”是判断寒热轻重的关键风向标。

195 条寒重热轻，胃阳大虚，无力蒸津，全身无汗，易发阴黄；199 条寒热并重，虚阳郁而上蒸，但头汗出，将发阳黄；200 条，强发其汗，热邪内陷，急黄动风，亡阳脱汗，神昏痉厥，或成危候。

195 条寒重热轻无心中懊憹，199 条寒热并重且心中懊憹，先有心中懊憹，后有周身发黄，此虚寒兼湿热之故，郁热在里，有湿有热，二者结合身必发黄。

200 条被火，就是火疗，火疗是古代的物理疗法。被火以后，如果汗出很多，火就助长了阳明的燥热，燥热由里向外蒸腾，溅溅汗出，燥热成实，大便燥结就会形成阳明的实证。此“额上微汗出”，只是前脑门微微出一点汗，其他部位没有汗，热郁于内，不能发越于外，火劫也不出汗。原因是小便不利，小便不利就有湿结。热郁和湿结，湿热相蒸，所以周身发黄。

阳明病有燥化与湿化之别。燥化，燥热逼迫津液法当多汗、周身出汗；湿化，津液不受伤，热与湿结，既不见汗又不见小便利。

（四）脉象及禁下

《伤寒论》第 201 条：“阳明病，脉浮而紧者，必潮热发作有时。但浮者，必盗汗出。”

阳明病，“脉浮而紧”与“但浮者”是对比而言。“脉浮而紧”，脉浮并非太阳表证之脉浮，而是热邪尚未完全入里，仍有向外透达之势；脉紧也非太阳表寒脉紧，太阳紧脉多伴有恶寒无汗，属寒邪束表，这是阳明热邪与燥屎初结、气机郁滞的反映。紧脉主“实”、主“郁”，阳明里热渐盛，开始与肠中糟粕相结，导致腑气不畅、气血郁滞，故脉现紧象。“脉浮而紧”的核心含义是提示邪热趋于

成实，与阳明燥屎初结相关。这种“脉浮而紧”的脉象，对应“必潮热，发作有时”，提示阳明燥实已成趋势，热邪定时蒸腾（潮热），是阳明腑实证的早期表现。

“但浮者”则是热邪未与糟粕相结，仅为热郁于里。两者通过脉象区分阳明热邪的不同阶段，“但浮者”反映的是初结，“脉浮而紧”反映的是未结，若“脉沉而紧”伴随腹满痛、不大便，潮热、谵语，反映的是腑实已结。

入睡出汗，醒后汗止，谓之盗汗。阳明病盗汗的核心病机，入睡后阳气内敛入里，与郁热相合，蒸腾津液；同时，因热邪未至极盛，正气未被全遏，醒后阳气外达，热势暂减，故汗止，形成盗汗。

阳明盗汗区别于阴虚火旺的盗汗。阴虚火旺盗汗核心是阴虚不能制阳，虚火内生，夜间阳气入里，虚火蒸腾津液外泄，导致盗汗，本质是“虚热”，源于阴液亏虚。阳明盗汗，多因阳明里热炽盛（实热），热邪迫津外泄，夜间虽阳气入里，但阳明热势不减，仍蒸腾津液而致汗出，本质是“实热”，源于胃肠燥热内结。

但浮者，热浪弥胸，以栀子豉汤扬汤止沸；浮而紧者，燥结初成，以小承气汤釜底抽薪；沉而紧者，腑实闭阻，以大承气汤破门逐寇。

《伤寒论》第 202 条：“阳明病，口燥，但欲漱水不欲咽者，此必衄。”

“口燥，但欲漱水不欲咽”， 虽然口里干燥，但欲漱水，润一润口，不往下咽，说明发热、汗出、津伤、口渴的程度不重，轻度口渴说明热未完全化燥伤津，实为 “郁热不得透泄”，汗出不彻为主要矛盾。

故产生鼻衄的主要原因在于气机通道受阻，热不得从皮肤汗出，亦不能从小便下泄，另外一个途径，足阳明胃经受邪，鼻衄成为通道代偿机制。

为什么鼻衄？因为阳明的经脉和鼻子有联系。足阳明胃经，起于鼻，络于口，沿面部、胸腹、下肢外侧下行，止于足次趾外侧端。主司消化吸收，与脾胃功能密切相关，涉及气血生成、经络通畅及体表病症调理，是中医调理胃肠疾病、面瘫、热病等的关键经络。

《伤寒论》第 203 条：“阳明病，本自汗出，医更重发汗，病已差，尚微烦不了了者，此必大便硬故也。以亡津液，胃中干燥，故令大便硬。当问其小便日几行，若本小便日三四行，今日再行，故知大便不久出。今为小便数少，以津液当还入胃中，故知不久必大便也。”

1800 年前的《伤寒论》语言高度凝练，其术语含义、表达习惯、特别是蕴含其中的精微辨证逻辑，与现代汉语和现代医学思维存在显著差异。

按现代汉语表述：太阳中风本自汗出，医误发其汗，太阳表证的发热、恶寒、头痛的症状暂时缓解或减轻，但病人还有“微烦不了了”，说明表证并没有完全解除，只是主要症状（汗出等）可能因发汗而暂时减轻。胃肠干燥，大便硬，这是发汗伤津造成的，而非阳明燥结，只是大便硬症状相似而已。大便干结，是否攻下，需辨其二便。若小便平时每日三四次，今日二次，小便次数减少，人体自我调节，津液返于胃肠，故知不久将大便。

《伤寒论》第 204 条：“伤寒呕多，虽有阳明证，不可攻之。”**《伤寒论》第 205 条：**“阳明病，心下硬满者，不可攻之。攻之，利遂不止者死，利止者愈。”**《伤寒论》第 206 条：**“阳明病，面合色赤，不可攻之。必发热，色黄者，小便不利也。”

阳明就象一根管子，一根从口至肛门的一根管子，似一条生产流水线，食管、胃、小肠、大肠等是这条流水线上环环相扣的不同车间，虽然都定义为阳明，但有上下、高低、功能之异。阳明病胃家实是这条生产线上最后环节的问题，而不通指阳明病问题。

承气汤类攻下药就像强力疏通管道末端的工具，若故障发生在上游（呕多）或能源供应环节（小便自利提示津液分配异常），盲目疏通只会导致全线崩溃，“利遂不止者死”。误攻后的虚寒下利，则更像是整条流水线处于断电停产的状态。

204 条、205 条“呕多”、“心下硬满”，是阳明经证或相关上焦病证的表现，病位未及大肠，故“不可攻之”。病位在上，攻下药（大黄、芒硝）难以作用于中上焦，反伤胃气。上焦邪热本可透散（如清热、和解），攻下反迫邪内陷胸膈或下焦。

206 条“面合色赤”，即满面赤红，是阳气郁闭不能外发的表现，治疗当用发汗的方法。也可能是太阳汗出不彻转属阳明，也可能是素有湿邪，闭阻阳气。若是误用攻下之法治疗，邪热内陷，必然发热，本欲外泄的汗液或滞留在表的湿邪，都会随之入里，邪热与湿邪相合，必发黄疸，小便不利。

第八十五条 阳明病按病位深浅可分为阳明表证与阳明里证，阳明里证按病机性质可分为阳明经证和阳明腑证。临床辨证时，先辨表里，再辨经腑。

1. 阳明表证是指邪气侵袭阳明经表，导致阳明经气郁闭，表邪未解，但里热未盛的证候。核心病机为阳明经气郁闭，表邪未解。代表方剂麻黄汤。

2. 阳明里证是指邪气完全入里，病位在阳明之里的证候总称。包括经证、腑证等所有里证类型。核心病机为阳明里热炽盛。代表方剂白虎汤、承气汤类。

3. 阳明经证是指阳明里热炽盛，无形邪热弥漫全身，但尚未与肠道糟粕搏结成实的证候。属于阳明里证中的无形热盛证。核心病机为无形邪热弥漫。代表方剂白虎汤。

4. 阳明腑证是指阳明里热与肠道糟粕搏结，形成有形燥屎，导致腑气不通的证候。属于阳明里证中的有形热结证。核心病机为有形燥屎内结，腑气不通。代表方承气汤类。

《伤寒论》第 235 条：“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤”。

此条的核心在于了解阳明病的分类。“阳明病胃家实也”，这一提纲自然理解为阳明病涉及肠胃消化系统。这一系统又可分为阳明经证(白虎汤证)与阳明腑证(承气汤类证)。基于这一认知，235 条的阳明病(麻黄汤证)似乎不好理解，关键在于对阳明病新的认知与分类。阳明病应首分表里(病位深浅)，里症再分经腑(病性轻重)，故 235 条为阳明病表证。

“阳明病胃家实”是阳明里证的总纲，而 235 条的阳明病，是风寒之邪初犯阳明之表（阳明经循行于面、颈、胸、腹等部位），病位尚浅未入里化热成实，故仍可用麻黄汤发散表邪，这与阳明里证的经证（热盛津伤、无燥屎）、腑证（热结腑实、燥屎内停）形成病位与病性的层级区分。这种“表里-经腑”的分层分类逻辑，打破了“阳明病即里热实证”的局限认知，也体现了仲景辨证“先分病位、再辨病性”的严谨思路。

脉浮：浮脉主表，风寒束表，营卫之气趋于体表抗邪，故脉浮；此脉无太阳表证“浮紧”之象的典型寒凝程度，也无阳明里证“洪大”“沉实”的热盛/腑实之征，是阳明表证的核心脉象依据。

无汗而喘：风寒外闭阳明肌表，毛窍闭塞则无汗；阳明与肺相表里，表邪郁滞导致肺气宣降失常，故发为喘；此喘与太阳麻黄汤证之喘机理相近，但病位根

源在阳明之表，而非太阳营卫郁滞。

发汗则愈，宜麻黄汤：病位在表、邪未入里，故以发汗解表为治则；麻黄汤辛温发散，开泄毛窍、宣通肺气，可解阳明表寒之郁滞，邪去则诸症自愈。

与太阳病麻黄汤证区别：症状相似（脉浮紧、无汗、喘），但归经与病所倾向不同。太阳病侧重于头项强痛、身疼腰痛；阳明病则可能更多伴见面赤、额痛、口干等阳明经气郁阻的表现。临床虽可异病同治，但认识其归属有助于判断传变趋势。

阳明表证用“汗”法，阳明经证用“清”法，阳明腑证用“下”法。此阶段治疗关键在于 “开表发汗” ，使邪从皮毛而解，防止其内传化热。误用清下，则引邪深入。

235 条的核心价值在于：

1、破除了“阳明病=里热实证”的思维定式，恢复了六经作为“病位”框架的原始含义，使阳明病的辨证更加完整。

2、明确了辨证的先后次序：临床见到“阳明病”，首先应问汗、察表，区分表里。若有表证（无汗），当先解表。这是“其在皮者，汗而发之”和“表里同病，先解其表”原则在阳明篇的具体体现。

3、解释了麻黄汤出现在阳明病篇的逻辑，它不是为了治疗“胃家实”，而是为了治疗 “阳明表实” 。这体现了张仲景“以六经钤百病”，每经皆有表里寒热虚实变化的宏大而精密的辩证体系。

第八十六条 保胃气存津液

《伤寒论》第 244 条：“太阳病，寸缓关浮尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕，但心下痞者，此以医下之也。如其不下者，病人不恶寒而渴者，此转属阳明也。小便数者，大便必硬，不更衣十日，无所苦也。渴欲饮水，少少与之，但以法救之。渴者，宜五苓散。”

244 条信息量极大，表面看似零散，实则模拟了临床诊病时，医者面对一个“太阳病后”复杂病情，需要逐步鉴别、层层排除的思维过程。其核心挑战在于：如何区分水液代谢失常与燥热内生成实这两种均可导致“口渴”、“大便硬”的病机。鉴此，244 条可表述为：

太阳病，渴者，宜五苓散。如其不下者，病人不恶寒而渴者，此转属阳明也。寸缓关浮尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕，但心下痞者，此以医下之也。小便数者，大便必硬，不更衣十日，无所苦也。渴欲饮水，少少与之，但以法救之。

情景一：太阳病后，口渴——辨水蓄膀胱与热入阳明

关键症状：太阳病后出现“渴”。

鉴别诊断：

1.太阳蓄水证（五苓散证）：其渴是因膀胱气化不利，津液不上承。必有小便不利作为核心兼症。治宜化气行水，“宜五苓散”。

2.转属阳明证：其渴是因胃中燥热，耗伤津液。其标志是“不恶寒”（表证已罢，纯属里热）。治当清下阳明。

情景二：太阳病后，出现“心下痞”——辨误下伤中与津亏便结

关键脉症：“寸缓关浮尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕，但心下痞”。

分析：

1.“发热汗出，复恶寒”：表证未解。

2.“不呕”：排除少阳病。

3.“心下痞”：为何会出现？条文给出答案“此以医下之也”。这是误用下法，损伤中气，导致气机痞塞，是“痞证”（如泻心汤类证）的成因。

4.此时病机重心在“表未解而中已伤”，治疗当根据具体情况，或先解表后治痞，或表里同治（但绝非承气类攻下）。

情景三：太阳病后，“大便硬”——辨津亏燥结与热实内结

关键症状：“小便数者，大便必硬”。

分析：

1.这是另一种导致大便硬的常见机制：津液偏渗。因小便频数，津液从膀胱流失过多，不能濡润肠道，导致大便干燥。这与阳明燥热炼灼津液而成的“燥屎”不同。

2.核心鉴别点：“不更衣十日，无所苦也”。虽然十天不大便，但没有明显的腹痛、胀满、潮热、烦躁等痛苦。这证明其“硬”源于津液不足的“燥”，而非热邪与糟粕搏结的“实”。因此，它不属于承气汤的攻下范畴。

3.治法：对于这种津亏便秘，强行攻下会重伤津液。正确的处理是“渴欲饮水，少少与之”，通过少量多次饮水，令胃气渐渐恢复，津液得以滋生濡润，大便自通。这即是“但以法救之”的内涵——用养护津液的方法来救治。

“渴欲饮水，少少与之，但以法救之”，体现了张仲景在面对复杂津液伤病时“保胃气，存津液”的核心治疗思想。无论是五苓散证还是转属阳明，治疗中都需顾护津液。五苓散化气行水，正是恢复津液正常输布；治疗阳明热证，清下之中也须谨防过剂伤津；误下已伤津液，后续治疗更忌再次伤津。因此，这句话应作为一条贯穿始终的总则，而非仅仅隶属于某个情景之后。它是《伤寒论》中训练高级鉴别诊断思维的典范，它教会我们：

1.同症异治：同样的“口渴”或“大便硬”，病机可能天差地别（膀胱蓄水 vs 阳明热盛；津亏燥结 vs 热实内结）。

2.重视问诊：必须通过关键兼症（小便利与不利、恶寒与否、有无痛苦）来穿透迷雾。

3.详查病史：问明是否经过误治（“此以医下之也”）至关重要。

4.严守治疗底线：始终贯彻 “保胃气，存津液” 的原则，尤其在情况未明时，“渴欲饮水，少少与之”是一种安全而智慧的权宜之法。

《伤寒论》第 245 条：“脉阳微而汗出少者，为自和也；汗出多者，为太过。阳脉实，因发其汗，出多者，亦为太过。太过者，为阳绝于里，亡津液，大便因硬也。”

此条病机为表虚自过多，表实发汗太过。提示汗法以微似汗出为度，忌大汗。若见脉浮缓弱、汗出少，可待其自愈，勿妄治。若过汗致津伤便硬，先养津，慎用苦寒攻下。治则需始终贯穿保胃气、存津液，防伤正生变。

脉阳微而汗出少者，为自和也：“阳”指浮取之脉；“微”为浮而无力，多属太阳中风、表邪已微、正气渐复。汗出少为津液未伤，正邪自和，勿再发汗。

汗出多者，为太过：汗出过多为过汗，必亡津液，致表邪虽解而里津已伤，易生变证。

阳脉实，因发其汗，出多者，亦为太过：“阳脉实”指浮而紧实有力，属太阳伤寒、表实需发汗。即便表实，发汗亦当中病即止，大汗出仍为过，同样伤津。

太过者，为阳绝于里，亡津液，大便因硬也：“阳绝于里”非真阳竭，而是过汗致津液暴亡，里阳失津濡润而偏亢，肠道失润，大便硬，病转阳明燥结。

《伤寒论》 第 246 条：“脉浮而芤，浮为阳，芤为阴，浮芤相搏，胃气生热，其阳则绝。”

此条病机为阴虚阳亢，津伤胃燥，阴阳失和，为阳明病津液内虚、虚热内生的脉象辨证。提示阳明病不可妄下，宜用麻子仁丸等润下之剂，或蜜煎导法等外治，以顾护津液、调和阴阳。

脉浮而芤：轻取即得为浮，主阳热亢盛、阳气浮越；浮大中空、按之如葱管为芤，主阴液（津血）亏虚。此脉是阳热有余、阴液不足的典型表现，多见于亡津、失血之后。

浮为阳：浮脉属阳，提示里热偏盛、虚阳外越，非表证之浮，而是热盛鼓动气血外涌之象。

芤为阴：芤脉属阴，提示阴液、阴血已亏，脉道失充，按之空虚。

浮芤相搏：阳热浮越与阴液亏虚相互影响，形成恶性循环：阴虚不能制阳，致阳更浮；阳浮更耗阴液，使阴虚更甚。

胃气生热：胃中津液枯涸失于濡润，化燥生热，此热为津伤化燥的虚热，非外来实火。

其阳则绝：“绝”非阳气断绝，而是阳热与阴液不相维系、阴阳离绝之兆，阳热独盛于里，阴液耗竭，致“阳绝于里”，常见大便干结，治当润下，忌用苦寒攻下。

《伤寒论》第 247 条：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”

此条病机为胃热亢盛，脾津被约，肠燥津亏，属阳明病的缓证，与阳明腑实的大承气汤证（痞满燥实坚俱全）有本质区别。强调阳明病并非皆可峻下，津亏肠燥者需用润下之法，体现仲景“保胃气，存津液”的治疗原则。

趺阳脉浮而涩：趺阳脉是候脾胃之气的脉象，位于足背冲阳穴处；浮脉提示胃热气盛、阳气亢盛，涩脉提示脾之津液亏少、脉道失润。此脉合参，专指脾胃功能失调的病理状态。

浮则胃气强：趺阳脉浮，对应胃腑燥热亢盛，“胃气强”并非指胃气充盛，而是胃热过盛、耗伤津液的病理表现，热邪会进一步灼耗胃肠津液。

涩则小便数：趺阳脉涩，源于脾津被胃热所耗，不能正常输布津液；脾约失权，津液偏渗于膀胱，就会出现小便频数的症状，这也是大便干结的重要诱因。

浮涩相搏：胃热亢盛与脾津不足相互作用，胃热愈盛则愈耗脾津，脾津愈亏则愈难制约胃热，形成“胃强脾弱”的病理循环。

大便则硬：胃肠津液被热邪耗伤，又因小便数而进一步流失，肠道失于濡润，糟粕干结不行，故见大便坚硬。

其脾为约：“约”是约束、受限之意，指脾的运化、输布津液功能被胃热所约束，不能为肠道布津润燥，这是本条的核心病机。

麻子仁丸主之：针对“胃强脾弱、津亏肠燥”的病机，治以麻子仁丸润肠泄热、行气通便，此方为缓下之剂，兼顾润燥与清热，避免峻下伤津。

245 条、246 条、247 条均聚焦阳明胃燥津亏，围绕“亡津液→阳绝于里”的核心病理链条展开，贯穿《伤寒论》“保胃气、存津液”的核心治则，均由津亏致阳失制衡或濡养，进而引发阳明燥热之证。

三条均以津亏阳明为核心病机，误治多因违背“保胃气、存津液”原则，核心均是无视津亏本质，妄用伤津、伤阳、伤气之法。纠正需紧扣“养阴不碍胃，补阳不耗津，攻邪不伤正”原则，始终以顾护脾胃津液为第一要义。

245 条见大便硬误判为阳明腑实重证，妄用大承气汤峻下，苦寒攻下损伤脾阳，致津亏+阳虚，出现大便虽通但溏薄、畏寒、口干不欲饮。纠正思路：甘温生津+健脾温阳，用麻子仁丸合理中丸，减大黄用量，加党参、干姜顾护脾阳。见脉仍浮，误认表证未解，复用麻黄汤、桂枝汤辛温发汗。进一步耗伤津液与心阳，致津竭阳脱，出现心悸、烦躁、皮肤干燥、大便更硬。纠正思路：益气养阴+温通心阳，用炙甘草汤，补气血、滋津液、通心脉，忌再用汗、下之剂。

246 条见胃热口干，误投白虎汤苦寒清热，寒凉之品损伤胃阳，致胃热未除+脾阳受损，出现胃中嘈杂、食少腹胀、大便溏而不爽。纠正思路：酸甘化阴+温胃和中，用芍药甘草汤合小建中汤，白芍、甘草养阴，桂枝、饴糖温胃，忌再用寒凉。忽略营阴本虚，误用承气汤攻下热结，攻下耗伤肠津与正气，致阴亏气耗，出现心悸、乏力、口干咽燥加重、大便秘结不通。纠正思路：益气养阴+润

肠通便，用生脉散合增液汤，人参、麦冬、五味子益气养阴，玄参、生地、麦冬增液润燥，忌再用攻下。

247 条见小便数，误判为膀胱气化不利，妄用五苓散温阳化气利水；五苓散辛温利水，进一步耗伤脾津，致津亏更甚，出现小便更多、大便坚硬如羊屎、口干舌燥。纠正思路：润肠泄热+健脾生津，用麻子仁丸合参苓白术散，加山药、莲子健脾，减枳实、厚朴用量，忌再用利水剂。见大便硬，误用大承气汤峻下热结，攻下损伤脾之运化功能，致胃热未去+脾虚加重，出现腹满、大便时硬时溏、食欲不振。纠正思路：健脾益气+缓通大便，用补中益气汤合麻子仁丸，黄芪、白术健脾益气，麻子仁、杏仁润肠，忌再用峻下之品。

第八十七条　六经为纲五行为用

《伤寒论》第 256 条：“阳明少阳合病，必下利，其脉不负者，为顺也；负者，失也，互相克贼，名为负也；脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。”

本条以木土生克为核心，借脉象判断正邪盛衰与预后，以通腑泻实为治，体现五行生克指导辨证论治的中医思维。

1.五行配属与生理关系

阳明属土（胃土），主受纳腐熟，脉当大/实。

少阳属木（胆木），主疏泄，脉当弦。

生理：木疏土，胆气疏泄助胃土运化，胃土健运则能制木，维持中焦升降枢机。

2.病理核心：木土乘侮与下利

阳明少阳合病，病在阳明（土）与少阳（木）两经，“木来克土” 或 “木邪乘土”少阳胆火郁滞，疏泄失常，横逆侵犯阳明胃肠，导致其传导功能紊乱，清浊不分，故必下利。

脉不负：土气尚旺，脉大而实，木未克土，为顺，预后佳。

脉负：阳明脉象虚弱（如见弦细），而少阳弦脉独盛，显示木气过亢，土气被乘。此为“失”，名为“负”，提示木土关系失衡，病势较重或复杂。

互相克贼：木盛克土，土虚亦反侮木，两败俱伤，皆为负。

3.脉症与治则的五行逻辑

脉滑而数：无论之前脉象如何（顺或负），医者现在诊得 “脉滑而数” 。

滑主食积，数主有热。这明确指示，在“木克土”引发下利的背景下，胃肠中已有宿食停滞，并已化热成实。此时，疾病的主要矛盾已从“少阳木邪克犯阳明”（导致下利）的气机紊乱，转变为 “宿食热结实滞于阳明肠道” 的有形实邪壅塞。下利可能表现为“热结旁流”式的利下不畅或臭秽。

治法：根据“急则治其标”、“有是证用是方”的原则，当前最紧急、最核心的任务是攻下肠中宿食热结。故“当下之，宜大承气汤”。这并不是否定前面的“木土”病机，而是在疾病演变的当前阶段，抓住了最突出的“实邪”矛盾。通因通用，用大承气汤泻土实、通腑气，恢复土之健运，使木不克土，中焦枢机复常。

256 条在《伤寒论》条文中"显得特别"，是因为它将六经合病、脉象顺逆、五行生克、方药运用浓缩在一条中，语言直白、论述集中，成为全书最典型的"示范条文"。256 条不应仅视为阳明篇的孤例，而应作为六经辨证与五行生克结合的典型范例，通过它可系统理解《伤寒论》"六经为纲、五行为用"的核心理念。

1.从 256 条出发，系统理解六经各篇的五行生克

太阳篇：水为体，火土为用。太阳寒水，得火土之温则化，故欲解时在巳午未（火土当令，）防传针足阳明（土能制水），体现"土能制水"的五行防传思想。

阳明篇：土为体，木火为用。阳明燥土，得木火之疏泄则运，木火太过则克土。

少阳篇：木为体，火土为用。少阳相火，得土之制则不上炎，土虚则木火横逆。小柴胡汤证"胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食"即木克土之象。

太阴篇：土为体，火金为用。太阴湿土，得火之温则运，得金之敛则降。"自利益甚，时腹自痛"为土虚木乘，木克土之象。

少阴篇：水火为体，土金为用。少阴心肾，水火既济，得土之运、金之敛则交泰。脉微细、但欲寐为水火不交，火不生土。

厥阴篇：木为体，火土金为用。厥阴风木，得火之温则疏，得土之制则不上逆，得金之敛则不过亢。"消渴，气上撞心，心中疼热"为木火刑金，寒热错杂。

2.以第 256 条为起点，构建"六经为纲、五行为用"的系统理解框架

六经定位（纲）：三阳经：太阳、阳明、少阳——主表、里、半表半里；三阴经：太阴、少阴、厥阴——主里虚、里寒、寒热错杂

五行定机（用）：

木火相生：少阳相火，厥阴风木，木郁化火

木土相克：木克土（第256条典型），土虚木乘

土金相生：土生金，土虚则金不生

金水相生：金生水，金虚则水不化

水火既济：心肾相交，水火不交则阴阳离决

3.256条在阳明篇以"木克土"直白论顺逆，为“六经为纲、五行为用”的典型代表，其他各篇则通过欲解时、脉象、色诊、动气、方药配伍等多种形式体现五行生克。

太阳篇：六经传变中的五行生克

第4条："伤寒一日，太阳受之……若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈"——通过针刺阳明经，防止太阳病传阳明，体现"土能制水"的五行防传思想。

第8条："太阳病，头痛至七日以上自愈者，以行其经尽故也。若欲作再经者，针足阳明，使经不传"——再次强调针阳明防传，体现五行防传的治未病思想。

少阳篇：木火相生与木土相克

第96条小柴胡汤证："往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕"——少阳木郁，横逆犯胃（木克土），故见不欲饮食、喜呕。

第97条："血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下"——木郁化火，火性炎上，故见口苦、咽干、目眩。

太阴篇：土虚木乘与土不生金

第273条："太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛"——太阴脾土虚寒，运化失职，水湿下注，故自利；土虚木乘，故腹满时痛。

第277条："自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之，宜四逆辈"——太阴寒湿，土不生金，肺气不宣，故不渴。

少阴篇：水火既济与火不生土

第281条："少阴之为病，脉微细，但欲寐也"——少阴心肾水火不交，阳虚阴盛。

第323条："少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤"——少阴阳虚，火不生土，脾肾阳虚，故用四逆汤温肾暖土。

厥阴篇：寒热错杂与木火刑金

第 326 条："厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔"——厥阴肝木横逆，上热下寒，木火刑金，故消渴、气上撞心。

第 338 条乌梅丸证："蛔厥者，乌梅丸主之"——寒热错杂，木火刑金，故用乌梅酸敛肝木，黄连、黄柏清上热，干姜、附子温下寒。

4.全书层面的五行生克：欲解时、脉象、色诊、动气

1）欲解时条文（六经各篇均有）

太阳病欲解时：从巳至未上（巳午未属火，火能生土，土能制水）。

阳明病欲解时：从申至戌上（申酉戌属金，金能制木）。

少阳病欲解时：从寅至辰上（寅卯辰属木，木气当令）。

太阴病欲解时：从亥至丑上（亥子丑属水，水能生木）。

少阴病欲解时：从子至寅上（子丑寅属水木，水能生木）。

厥阴病欲解时：从丑至卯上（丑寅卯属木，木气当令）。

这些欲解时条文，以地支时辰对应五行方位，体现"法天象地"的五行时空观。

2）脉有相乘条文（直接论五行乘侮）

"水行乘火，金行乘木，名曰纵；火行乘水，木行乘金，名曰横"——直接以五行乘侮关系解释脉象顺逆

3）色诊条文（五色配五脏五行）

"鼻头色青，腹中痛，苦冷者死"——青色属肝木，木克土，故腹中痛。

"色青为痛，色黑为劳，色赤为风，色黄者便难"——五色配五脏，判断病位与预后

4）动气条文（方位对应五脏五行）

"动气在右，不可下之"——右属肺金，下之伤金

"动气在左，不可下之"——左属肝木，下之伤木

《伤寒论》六经各篇均有其五行体用关系，阳明篇以木土相克最为突出，其他各篇则各有侧重，系统地梳理各篇的五行生克关系，才能真正理解《伤寒论》"六经为纲、五行为用"的完整体系。

六经是静态的坐标系，五行是动态的变换法则。不识六经，病无定位；不辨五行，病无以系。唯有纲举目张，方能洞察疾病全局与演变。

第八十八条　热邪郁闭

伤寒论第 257 条：“病人无表里证，发热七八日，虽脉浮数者，可下之。假令已下，脉数不解，合热则消谷喜饥。至六七日不大便者，有瘀血，宜抵当汤。”

这是一个特殊的、非典型的“里实证”——“热邪郁闭证。“病人无表里证”，这不是说没有表证也没有里证，而是”无恶寒、身疼“，故非表证；”无腹痛、便硬、谵语“，故非典型的阳明腑实证，但“持续高热、无汗、脉浮数”。

“浮”非表证，此处的“浮”，是里热炽盛，鼓动气血外涌所致，是“热盛于内，气蒸于外”的假象。如同锅炉内火太旺，蒸汽（气血）顶得压力表（脉管）指针（脉搏）外浮。“数”主热盛，明确指示体内有热。在“无表证”（无恶寒等）的前提下，脉浮数就不能解释为表热，而应解释为“里热极盛，外见假象”。

郁热在里，既无汗出从表以外出，亦无从下以外泄，热势持续不解，可以下法泄其热。若虽以下法去其热，但热邪未完全消除，表现为消谷善饥，此郁闭之热，若不能及时清泄，其可能转归有二：一是深入血分，下迫为协热利或便脓血；二是与旧有瘀血相搏，形成阳明蓄血证（喜忘、黑便）。当病情继续发展，至六七日不大便，可形成阳明蓄血证，热与血结，大便色黑，可选择抵当汤攻其瘀血。

此条的核心在于下法的运用时机，当热邪被完全郁闭在体内（表现为高热无汗），常规的散热途径（发汗、利尿）似乎都已关闭。只有最后一条通路——肠道，可作为泄热的突破口时，在高烧持续不退的状态下，急则救其标，选择下法，提前截断其向阳明腑实、阳明蓄血的路径。

此“下法”，不是攻下燥屎，而是 “通腑泄热” 。通过泻下，疏通气机，打开肠道这个“后门”，让郁闭在内的、无处可去的壅盛热邪，能随糟粕而有路可出。通过通腑泄热，为郁闭之邪开辟出路，此谓”火郁发之“（从下而发），亦是”给邪以出路“的最高体现。

调胃承气汤：这是最可能的选择。适用于热结初成，以燥热为主，痞满不显。其证可见发热、心烦、口干，或大便偏干但非不通，腹部无明显胀痛。方中大黄、芒硝泻热软坚，甘草和中，是“以泻代清”的典范。

小承气汤：如果伴有轻微的腹部痞满不适，但燥结不重，可考虑小承气汤，重在通腑泄热，行气除满。

大柴胡汤：如果发热伴有心烦喜呕、胸胁苦满等少阳枢机不利之象，则属少阳阳明合病，宜用大柴胡汤和解与攻下并行。

慎用大承气汤：如果持续高热、神志改变（如烦躁、谵语）、舌红苔黄燥、脉数有力，即使腹满不甚，亦可考虑大承气汤攻下泄热。

第二节　阳明燥化证

第八十九条　阳明燥化证是指外感病邪传入阳明，或素体阳盛，导致阳明胃肠津液耗伤、燥热内结，以“燥胜则干”为核心病机，以腑气不通、津伤热炽为特征的一类病证。其本质是阳明多气多血之体在病理状态下，阳气亢盛化燥，劫灼津液，使胃肠传化失常的病变过程。阳明主燥，燥胜则干，干则闭，闭则逆。初阶燥热炽盛，中阶燥结成实，终阶津竭燥结。

燥热内生：《伤寒论》第 180 条：“阳明之为病，胃家实是也。”

津液耗伤：《伤寒论》第 181 条：“亡津液，胃中干燥，因转属阳明。”

腑气壅滞：《伤寒论》第 205、239、249 条：“腹满痛，绕脐痛，燥屎内结。”

第九十条　实燥

实燥是阳明燥化证的典型状态，指燥热邪气与肠中糟粕搏结，形成有形实邪，导致腑气壅塞不通的实证。其核心是“燥结成实，邪正俱盛”，病机关键在于：

燥热内炽：阳明阳气亢盛化火，灼津炼液。

糟粕化燥：津伤致粪便干结成燥屎。

腑闭气逆：燥屎阻滞胃肠，气机壅滞，通降失常。

实燥看“闭”，关注　“痛、闭、热”三联征（腹痛、便闭、潮热），治法当泻！

（一）白虎汤证

《伤寒论》第 176 条：“伤寒脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”

本条因传抄之误，可调整为：伤寒脉浮滑，此以表有热，里有热，白虎汤主之。

176 条的“伤寒”并非太阳表证未解，而是外感邪气初犯太阳，后因邪热亢盛，或患者素体阳盛，表邪已完全入里化热，无恶寒、无汗等表证残留，即“太阳表证已罢”，热邪壅聚于阳明气分，形成阳明热证。

“脉浮”并非表证之浮，表证浮脉多伴紧、数，且有恶寒，而是阳明气分热盛，热迫气血向外涌盛，脉象浮露于外，如“浮大”“浮滑”，属里热外显之象；“脉滑”为热邪亢盛、津液尚未极度耗竭，仍有一定濡润，气血运行湍急之象，与白虎汤证“热盛而津伤未甚”的阶段相符。“表有热”是里热外达于肌表的表

现（如高热、汗出），而非太阳表证之热，本质是阳明热盛充斥内外，故无表寒，纯为里热。

太阳阳明表不解时，病邪仍有外邪束表的情况（如恶寒、无汗等表证未除），此时治疗需优先解表（如发汗散邪）。白虎汤的作用是清泻阳明气分的亢盛实热（针对高热、大汗、口渴等里热证），无发散表邪之力。若表证未解与白虎汤，会导致表邪不得宣泄，反而可能被寒凉药物闭郁于内，加重病情。

白虎汤由石膏、知母等寒凉药物组成，性偏寒凉。表证未解时，人体正气尚需向外抗邪，此时误用寒凉，可能损伤阳气，削弱机体抗邪能力，导致表邪更难解除，甚至引发其他变证。因此，中医强调“先表后里”的治则，太阳阳明表不解时，需先解表，待表证解除、里热独显（如无恶寒、但热不寒等），方可使用白虎汤清泻里热。

《伤寒论》第 219 条：“三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷。若自汗出者，白虎汤主之。”

按现代语序，219 条可表述为：三阳合病，腹满身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。自汗出者，白虎汤主之。若发汗则谵语，下之则额上生汗，手足逆冷。

219 条的核心是“三阳合病，阳明热盛兼湿热”，治疗需紧扣清热生津（白虎汤），忌用汗、下法，体现《伤寒论》“观其脉证，知犯何逆，随证治之”及“抓主要矛盾”的诊疗思想。

本证病机为阳明气分大热，热势弥漫，因热极津伤、气机壅滞，可兼见热郁湿阻之象。其“湿”由热生，随热而减。

太阳、少阳、阳明同时受邪，病机以阳明热盛为主要矛盾，太阳、少阳症状为热邪波及所致。阳明热盛，热邪充斥阳明，波及表里，耗伤津液、扰乱气机。

阳明热盛波及三阳，热盛壅滞胃肠，气机不通而“腹满”。热盛耗气致筋脉失养，同时湿热黏滞重浊，阻遏少阳经气，少阳主枢，湿阻则转侧不利，故“身重，难以转侧”。阳明热邪上蒸，灼伤津液则口舌麻木，故“口不仁”；湿热郁蒸面部则油腻污浊，故“面垢”；热扰心神则神志不清，故“谵语”；热盛耗气，膀

胱失约，或湿热影响太阳膀胱功能，故“遗尿”；阳明热盛迫津外泄，为内热蒸腾的特征，故“自汗出”（区别于太阳表证的自汗）。

本证以阳明热盛、表里俱热为核心，无明显表邪（太阳）或腑实燥结（阳明腑证），故需清热生津，兼顾透邪。方中石膏清泻阳明大热，知母清热生津，甘草、粳米护胃，共奏清热生津、透热外达之效，使热去则津液复、气机畅，兼夹之湿邪因热去而孤，间接缓解湿阻症状。因湿由热生，故治疗上只需白虎汤清热保津，热清则湿浊自散，无需另加祛湿之药。

本证为阳明里热为主，无太阳表寒，若误用发汗（如麻黄汤类），会进一步耗伤津液，使里热更炽，加重热扰心神的程度，导致“谵语”加剧。

虽有“腹满”，但为热（或湿热）壅滞气机，而非阳明腑实（无燥屎硬满、不大便等表现）。若误用攻下（如承气汤类），会损伤脾胃阳气，湿邪失于温化而郁滞更甚，与虚阳相搏，致虚阳被格拒而上浮，表现为“额上生汗”；阳气虚衰且被湿邪阻滞，不能温煦四肢，故“手足逆冷”。

《伤寒论》第 350 条：“伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”

中医中的热厥与寒厥都可能出现手足厥冷的表现，但二者的病因、病机及伴随症状有本质区别。

寒厥，多因阳气衰微，不能温煦四肢所致。常表现为手足厥冷程度较重，可蔓延至肘膝，同时伴有怕冷、面色苍白、精神萎靡、大便稀溏、小便清长、舌淡苔白、脉沉迟等寒象。

热厥，多因邪热内盛，阳气被遏，不能达于四肢而致（即“热深厥亦深”）。其手足厥冷程度相对较轻，或仅手足冰凉，同时伴有高热、口渴喜冷饮、烦躁不安、大便干结、小便短赤、舌红苔黄、脉数等热象。

二者虽都有手足厥冷，但通过伴随的寒热症状、舌脉等可加以鉴别，治疗原则也截然不同（寒厥需温阳散寒，热厥需清热透邪）。

本条所述“伤寒”，初始为太阳表证（外感寒邪，邪在肌表），但随着病情发展，邪气入里化热，已由太阳病转入阳明病阶段。阳明为“多气多血之经”，主里、主燥，邪入阳明易从燥化、热化，形成阳明热证。

邪热内聚阳明，里热炽盛，故“里有热”。此时热邪并非浮于表，而是深伏于里，属于阳明气分热证。阳明热盛，脉道因热而充盈流利，故“脉滑”（滑脉

主热、主实）；同时，里热过盛反而会遏阻阳气，使阳气不能畅达于四肢，“热深厥亦深”，导致手足厥冷。此处的“厥”并非寒厥，而是热邪闭郁阳气的表现，属于阳明热证的特殊征象。

350 条的病机核心是太阳病邪入阳明，化热成实，热邪闭郁阳气致厥，属阳明热厥，故以白虎汤清解阳明里热为治。

白虎汤由知母、石膏、甘草、粳米组成，功效清热生津，针对阳明气分热盛证。方中石膏清泻阳明大热，知母清热生津，使里热得清，阳气畅达，厥逆自除，体现了“热者寒之”的治则，也印证了本条厥逆的本质是阳明热盛而非太阳寒邪或阳虚寒盛。

（二） 非经非腑证

《伤寒论》第 222 条：“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。”

222 条并非典型的“阳明经证”，而是“阳明经证”向“腑证”或“上焦气分热证”发展、以无形邪热为主，但已灼伤阴津的特殊阶段。其病位偏上（胸膈），尚未成腑实，但热势已盛，津伤已显。阳明为燥金之经，邪入阳明，无论经、腑，皆易从燥化热。此条热势已盛，但未与肠道糟粕结为燥屎，故属无形邪热，与承气汤的“有形热结”相对。

渴欲饮水：并非普通口渴，而是 “大渴” ，是体内热邪炽盛，强烈耗伤津液，机体自救的反应。这标志热盛（气分热）与津伤并存。

口干舌燥：这是比“口渴”更严重的体征。“燥”字是关键，说明津伤已到一定程度，口腔、舌面失去濡润。这不仅是“热盛”的表现，更是 “津伤”的确凿证据。

“渴欲饮水，口干舌燥”这八个字，精准勾勒出“热”与“伤”并存的病机，阳明燥热（因）灼伤人体津液（果）。

白虎汤证是阳明经证的纲领，其典型表现为“四大症”：大热、大汗、大渴、脉洪大。其病机是 “里热炽盛，充斥内外” ，津伤相对较轻或处于早期。

222 条白虎加人参汤证，核心病机阳明燥热，津气两伤（以“津伤”为突出矛盾）阳明气分大热（以“热盛”为绝对矛盾）。 “口干舌燥”（燥象显著，津伤已形于外），“大汗、脉洪大”（ 热势嚣张，向外张扬，条文未言，为应有之脉象），渴感极为剧烈，饮水未必能解。治疗侧重清热与益气生津并重。

与白虎汤比对，白虎汤证是“大火熊熊燃烧”，治疗是“泼水灭火”（清热）；白虎加人参汤证是“大火燃烧后，不仅火势仍大，而且锅里的水（津液）已被烧干大半”，治疗必须 “一边泼水灭火，一边紧急加水”（清热+益气生津）。此时若只用白虎汤清热，恐有“热未退而津气先竭”之虞。加入人参，益气生津，方能托邪外出，并防止热邪因津亏而内陷成实。若此时失治，津液进一步枯涸，肠道失润，热邪与宿食糟粕相结合，便会迅速转入承气汤证的“大便硬、谵语”等腑实阶段。它警示我们，治疗不当会将疾病推向更燥、更虚的方向。

白虎汤中，石膏、知母为君臣，清热滋阴；加入人参，使其与甘草、粳米共同构成强大的益气生津布液的后勤保障体系。清热是祛邪，益气生津是扶正保津，两者并行不悖，体现了张仲景在急症中“扶正以助祛邪，存津以护生机”的至高智慧。

222 条，以 “渴欲饮水，口干舌燥” 这八个字，精准定义了阳明燥热证中，热盛与津气两伤并重的特殊阶段。它超越了单纯清热的白虎汤证，开创了清热与益气生津合法的治法，这是张仲景对阳明病辨治的又一精微贡献。

临床中，见到大热、大渴，必须细察是否有“燥”象（口干舌燥、皮肤弹性差、尿少），若有，则白虎汤中必加人参，此乃取效关键。这正是“有是证，用是药”的典范。

222 条是“介于白虎汤证与承气汤证之间，因误下等因素加速形成的、以津气两伤为突出矛盾的阳明燥热证”。它不是一个静态的、孤立的证型，而是阳明病热化过程中，津液损伤达到临界点的一个动态、关键的病理阶段。其治疗方药白虎加人参汤，也因此具备了 “截断扭转” 的战略意义：既清气分大热以治其标，又益气生津以固其本，从而阻止病情向更危重的腑实证或阴竭证发展。

这正是《伤寒论》辨证论治的精细之处：在疾病的动态演变中，精确捕捉病机转换的节点，并给予最精准的干预。

《伤寒论》第 228 条：“阳明病，下之，其外有热，手足温，不结胸，心中懊憹，饥不能食，但头汗出者，栀子豉汤主之。”

228 条与 222 条均介于非经非腑两者之间，均属阳明病，但非典型经证（白虎汤）亦非腑证（承气汤），是阳明热化过程中的特殊阶段。

222 条白虎加人参汤证，核心病机阳明燥热，津气两伤。病位重心偏于中焦

气分，波及全身津液。关键症状大渴，口干舌燥（燥伤津液的确证）。“不典型”之处虽有“四大症”之“大热、大渴”，但无大汗、脉洪大（或脉已转虚），反见“口干舌燥”之燥象，提示热盛与津伤并重，已非纯实。白虎加人参汤，清热 + 益气生津（标本兼顾），不可单纯清热（恐伤气），更不可攻下（津伤忌下）。防止热邪因津亏而内结成实（向承气汤证发展）。

228 条栀子豉汤证，热扰胸膈，郁而不宣（无形热邪郁于上焦，气机壅滞）。病位重心偏于上焦胸膈，气机郁闭。关键症状心中懊憹，饥不能食，但头汗出（热郁气扰的明证）。“不典型”之处虽有阳明病“发热、汗出”，但身无汗，仅头汗出；虽有“胃不和”，但是“饥”而非“不食”，是“不能食”而非“腹满痛”，提示热未结实，气机郁闭。栀子豉汤，宣透郁热 + 解郁除烦（轻清宣散），不可发汗（汗出伤阳，热不除），不可攻下（下之则虚其里，引邪深入）。给郁热以出路（从上宣散），防止其下结于腑（向承气汤证发展）或内扰心神。

228 条栀子豉汤是“火郁发之”的典范。

栀子：苦寒，清透三焦郁热，导热下行，从小便而出。其性是“清”中带“降”。

豆豉：辛甘微苦，轻宣透热，解郁除烦。其性是“宣”中带“散”。

两药相合，一宣一降，一散一清，如同为郁闭的屋子 “打开一扇窗（宣散），同时疏通下水道（清降）” ，使郁热有外透之机，亦有下泄之路。其力轻清，不犯汗、下之禁，正对“热扰胸膈”之病所。

222 条与 228 条，一上一下，一燥一郁，共同揭示了阳明病在“经证”与“腑证”两大主战场之间，还存在两个必须警惕的 “战略要地”：

若热盛伤及气津根本（出现口干舌燥），病向“燥化”发展，需用白虎加人参汤 急急 “清热保津”，以防竭脱。若热郁扰于胸膈气机（出现心中懊憹、但头汗出），病向“郁闭”发展，需用栀子豉汤轻轻 “宣郁散热”，以防内结。

两者的共同警示是：在阳明病的治疗中，绝不能只有“清热（白虎）”和“攻下（承气）”两种粗放思维。必须明察秋毫，精准识别热邪是弥漫、是燥结、是伤津，还是郁闭。一旦误判，汗、下皆为大忌。

因此，在阳明病的洪流中，如何驾驶一叶扁舟，精准地绕开“发汗”与“攻下”这两大暗礁，在“经”与“腑”的险峡之间，找到那条安全而有效的航道。这正是《伤寒论》辨证论治艺术化、精细化的巅峰体现。

《伤寒论》第 237 条：“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血。所以然者，本有久瘀血，故令喜忘。屎虽硬，大便反易，其色必黑者，宜抵当汤下之。”

一个素有“久瘀血”宿疾的患者，在感受外邪后，邪气内传，影响了阳明胃肠功能，从而显现出某些类似阳明病，但又与典型阳明病截然不同的征象。其内涵并非“胃家实”的燥热或腑实，而是“病位涉及阳明胃肠，症状表现与阳明相关”的一种状态。其本质矛盾在于“下焦久瘀”，阳明症状只是瘀血化热、影响肠腑的一种外在表现。

关键指证：“喜忘”，这并非阳明热盛之“谵语”，而是瘀血扰心的特有症状，直接指向血分有瘀。“其色必黑”，这是宿疾瘀血的直接证据（离经之血与粪便混合）。这两点结合，构成了诊断“瘀血宿疾”的充分条件。

医者见到发热、汗出等全身热象，会自然联想到阳明经腑病。“大便硬”，更易强化对“腑实”的判断。若误判为阳明腑实承气汤证而攻下，后果主要有三：

1.瘀血不去，蓄血加重

只能泻下燥屎，不能祛除瘀血，反而可能引邪深入，使瘀血更结，蓄血证候（喜忘、黑便等）加重。

2.气损伤，变生虚寒

承气汤为峻下热结之剂，药性苦寒攻伐。若本无燥屎内结，或虽有便硬但属瘀血润滑之“硬而易排”，误用承气汤攻下，必伤脾胃阳气，导致中焦虚寒，出现腹胀、不能食、下利不止等变证，甚则“利遂不止”而危及生命。

3.热邪内陷，变证丛生

阳明蓄血证虽有热象，但热在血分，不在腑实。误下后，表邪或余热内陷，可致热与水、痰、湿等相结，出现结胸、痞证、协热下利等复杂变证，或热邪深入营血，动血耗阴，使病情由实转虚、由轻转重。

237 条属阳明蓄血证，治当“下瘀血”而非“下燥屎”。误用承气汤攻下，轻则瘀血不除、病势缠绵，重则伤阳致利、变证百出，故仲景强调“宜抵当汤下之”，而禁用承气汤。

若“屎虽硬”，但“大便反易”，一个医术不精的医者，又可能会因此排除“腑实”，转而考虑“阳明经证”。因为经证热在气分，未结燥屎，大便未必困难。误判为“阳明经证”，而投以白虎汤大寒清热之剂， 后果主要有三：

1.瘀血不除，蓄血加重

本条病机是“本有久瘀血”，热与瘀血互结于阳明肠道，治当用抵当汤破血逐瘀。若误用白虎汤辛寒清热，只能清阳明气分之热，不能祛除瘀血，反而可能引邪深入，使瘀血更结，蓄血证候（喜忘、黑便等）加重。

2.寒凉伤中，变生虚寒

白虎汤为辛寒重剂，药性寒凉。若本无阳明经证大热、大渴、大汗、脉洪大之证，误用白虎汤，必伤脾胃阳气，导致中焦虚寒，出现腹胀、不能食、下利不止等变证，甚则“利遂不止”而危及生命。

3.热邪内陷，变证丛生

阳明蓄血证虽有热象，但热在血分，不在气分。误用白虎汤后，表邪或余热内陷，可致热与水、痰、湿等相结，出现结胸、痞证、协热下利等复杂变证，或热邪深入营血，动血耗阴，使病情由实转虚、由轻转重。

237 条属阳明蓄血证，治当“下瘀血”而非“清气分热”。误用白虎汤，轻则瘀血不除、病势缠绵，重则伤阳致利、变证百出，故仲景强调“宜抵当汤下之”，而禁用白虎汤。

本条与太阳蓄血证（桃核承气汤、抵当汤证）均属“蓄血证”，皆可见神志异常（如狂、发狂或喜忘）及下血。太阳蓄血证，病由太阳表邪随经入里化热，与血结于下焦（膀胱部位）。病势较急，以“少腹急结或硬满”为突出表现，神志症状多为“如狂、发狂”。阳明蓄血证（237 条），强调“本有久瘀血”的宿疾，与阳明热邪相结合。病位更深、更久，以“喜忘”和黑便为核心特征，腹部症状未必突出。太阳蓄血为 “新瘀”，病势急，病位偏下（少腹），神志狂躁；阳明蓄血为 “久瘀”，病势缓，病位在肠腑血络，神志健忘。两者治法虽可互通（皆可攻瘀），但病因、病程与侧重不同。

针对“本有久瘀血”这个病根，选择峻猛的破血逐瘀剂（抵当汤）攻下瘀血。方中大黄虽有通便作用，但整体药力集中于水蛭、虻虫的破血搜剔，旨在攻逐下焦深伏之瘀血。瘀血一去，阻滞消除，则新血得生，气机得畅，依附于瘀血的郁热自然消散，所谓的“阳明证”（发热、大便异常）也就随之而解。

（三） 承气汤证

1、热重实轻调胃承气汤证

《伤寒论》第 70 条：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。

太阳病本应发汗解表，若误治有两种转归。一是过汗伤阳转为虚证，一是过汗伤津化燥，转为阳明实证。两种转归辨证的关键为恶寒与否，“恶寒者虚故也”，“不恶寒但热者实也”。

虚证，汗后阳气亏虚，失于温煦，故恶寒。条辨未明言适用方剂，当用温补之法。表阳虚恶寒，宜桂枝加附子汤，以扶阳解表；中焦虚寒，宜理中汤或小建中汤，以温中补虚。

实证，邪入阳明化热，过汗伤津，胃中津液亏损，燥热内生，津伤化燥，或有轻微便秘、腹胀（但无腹痛拒按），尚未形成大承气汤的“痞满燥实坚”，属“阳明燥热初结”，与调胃承气汤，泻下力缓，侧重和胃气。大黄泻下通便，泻阳明之燥热；芒硝软坚润燥，缓解津伤便结；炙甘草防过下伤正，缓硝黄峻烈，以护胃气。

此为太阳阳明之轻证，言太阳阳明以知其来路，素体阳虚者易转虚，素体阳盛者易化热，虚实分治以现同病异治之精髓。

《伤寒论》第 93 条：“太阳病，先下而不愈，因复发汗，以此表里俱虚，其人因致冒。冒家汗出自愈，所以然者，汗出表和故也。里未和，然后复下之。”**《伤寒论》第 94 条：“**太阳病未解，脉阴阳俱停，必先振慄汗出而解。但阳脉微者，先汗出而解。但阴脉微者，下之而解。若欲下之，宜调胃承气汤。”

《伤寒论》第 93 条、第 94 条主要讨论太阳伤寒误治后的证候变化及纠偏，误治后的病机转归与应对思路，体现了张仲景对误治后病情演变的细致观察，其核心在于通过分析误治后的症状，判断病机走向，为后续纠偏治疗提供依据。

太阳病本应解表，却先误用攻下（“先下之”），导致里气受伤；攻下后病未愈，又误用发汗（“复发汗”），进一步损伤表气，形成“表里俱虚”。误治后，“其人因致冒”——“冒”指头目昏眩、视物不清，是表里俱虚、清阳不升、浊阴上蒙所致。表虚则阳气不宣，里虚则清气不升，浊气上扰清空。

若“冒家汗出自愈”，是因为人体正气渐复，表气调和，通过自身出汗排出残余表邪，清阳得升，浊阴得降，故冒证自除。若汗出后表已和但里仍未和（如

仍有腹满、便溏等里证），再根据里证情况用下法调理，体现“先表后里”“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的纠偏原则。

94 条接 93 条， 太阳病误治后，正气与邪气相争的不同转归，其纠偏核心在于判断邪正盛衰与病位（表或里），指导后续治法。

太阳伤寒脉阴阳俱紧因误治演变为“脉阴阳俱停”，“停”指脉暂伏不起，是正邪相争剧烈、正气蓄力欲驱邪的表现，此时先见“振栗”（寒战），而后汗出邪解（正邪相争，阳气鼓动，先寒战后汗出，即“战汗”）。

“但阳脉微者”，阳脉（寸脉）微，提示邪偏于表，正气欲从表解，故“先汗出而解”，此时需顺应病机，可辅助解表，若自汗出则不须药，若汗不出可轻剂解表。

“但阴脉微者”，阴脉（尺脉）微，提示邪偏于里（胃肠有热结），正气欲从里解，故“下之而解”，宜用调胃承气汤缓下热结，体现里热成实后的纠偏治法（避免峻下伤正）。

误治后，需根据证候（如“冒”“脉停”“振栗”）判断表里虚实、邪正盛衰，而非固守原病。纠偏需顺应人体自愈趋势，若正气能自行恢复（如冒家汗出、战汗而解），则不须妄用药物；若病位偏表或偏里，则分别采用解表或攻下（缓下），体现“因势利导”“随证治之”的误治纠偏原则。

此因误治而形成的太阳阳明轻证，是否适用调胃承气汤，仍需进一步辩证，故 94 条“宜调胃承气汤”，而非调胃承气汤主之。

《伤寒论》第 105 条：“伤寒十三日，过经，谵语者，以有热也，当以汤下之。若小便利者，大便当硬，而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也。若自下利者，脉当微厥；今反和者，此为内实也，调胃承气汤主之。”

此条不仅是一条方证，更是一则完整的临床误治救治案例，深刻体现了《伤寒论》“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的救治原则，对临床处理复杂病证、尤其是误治后的变证，具有极高的指导价值。

1、十三日过经，体质尚好，正气充足。

“十三日”已超过“传经”的一般周期（通常认为六经传变以六七日为一周期，如第 10 条，风家，表解不了了者，十二日愈。）故曰“过经”。此时病邪仍在阳明，未传少阳或少阴、厥阴等阴经，这本身就证明了患者正气（阳气）相

对充足，能够将邪气抗拒在阳经的范畴内，没有内陷。这是后续一切分析与治疗的前提，也是仲景立法用药的基石——正气存内，方可攻邪。

2、病性判断错误，导致用药错误

患者“而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也”。关键在于“丸药”。汉代常用的攻下丸药多为巴豆制剂（如备急丸类），其性大热，泻下峻猛，重在“温下寒积”。病性与药性的错位，患者本为阳明里热实证（“以有热也”），理应使用寒凉攻下的汤剂（如承气汤类）。但医者误用了性属温热的峻下丸药，这是根本性的错误。

温下丸药虽能强力通便，暂时排出部分积滞，但其热性助长了内热，而其峻猛之性又损伤了肠胃之气津，导致出现了“下利”的表象。这个“下利”并非虚寒下利，而是热结旁流或误下后肠胃功能紊乱的假象。

3、在误治情形下，为何选择调胃承气汤？

排除虚寒：“若自下利者，脉当微厥”。如果是阳气衰微、阴寒内盛导致的自发下利，其脉象应当是微细欲绝、手足厥冷。但患者“脉反和者”，说明脉象并未出现虚寒之象，反而相对和调（实指脉象不微不厥，仍有力或滑数），排除了阴证、虚证。

确诊里实：“此为内实也”。这是仲景下的最终诊断。尽管有“下利”的迷惑性症状，但综合来看，原有阳明热邪并未因误下而解除。温热的丸药反而助热，热邪更甚。谵语仍在，说明热扰心神，腑中仍有浊热结滞未去（可能表现为燥屎初结或热与糟粕初结，尚未至大实大满）。

仲景通过层层辨析，揭示了“内实”的本质，并精准选方。在“内实”兼有“误下后胃气津液受损”的复杂局面下，三承气汤中，唯有调胃承气汤最为贴切。针对“热”与“实”，方中大黄苦寒，泻热通便；芒硝咸寒，软坚润燥。二者合用，可清泄阳明残留的实热结滞，治其根本。方中甘草（炙）甘缓，顾护“胃气”与“津液。其作用有二：一是缓和硝、黄的峻猛之性，使泻下之力更为和缓持久，避免再次重伤已损的胃气；二是甘以守中，保护胃气，兼能益津。这正是“调胃”一词的核心所指——调和胃气，而非攻伐无度。

调胃承气汤常注明“少少温服之”，也体现了在误治后谨慎用药、中病即止的原则，旨在缓下热结，调和胃气。

《伤寒论》第 123 条：太阳病，过经十余日，心下温温欲吐，而胸中痛，大便反溏，腹微满，郁郁微烦。先此时自极吐下者，与调胃承气汤。若不尔者，不可与。但欲呕，胸中痛，微溏者，此非柴胡汤证，以呕，故知极吐下也。

此条不太好解释，主要在于病机、病位模糊。“太阳病过经十余日”，从时间轴来看，有三种转归：一是正复邪退自愈，二是传阴（太阴或少阴），三是传阳（少阳或阳明）。“若不尔者，不可与”，是排除传阴，不对传阴展开详细叙述。

从症状看，心下温温欲吐、胸中痛似病位在上焦，大便溏又似有里虚或下焦病变，腹微满则病位可能在腹部胃肠，症状表现较为复杂，难以直接明确病性病位。但根据原文，若有极吐下病史（误用猛峻的药催吐、攻下），其病性主要是胃燥津伤、燥热内结，病位主要在胃肠，属阳明病变，从来路讲属少阳阳明轻证。虽有类似上焦实热表现，但大便溏是热结旁流，腹微满、郁郁微烦为里热内扰、气机不畅，故用调胃承气汤泄热和胃。

若没有极吐下病史，出现“但欲呕，胸中痛，微溏”等症状，不能使用调胃承气汤。因无误吐下，病机就不是胃肠燥热内结，此时病性、病位与前者不同，需重新辨证选方，原文未言方剂，提示应根据具体病情另行判断。

文中虽未明确提及使用吐下法是误作少阳病，但从“此非柴胡汤证，以呕故知极吐下也”可推测，可能是医者见患者有欲呕等症状，误将其当作少阳病，而使用了吐下法。实际上，这些症状是极吐下后的变证，并非柴胡汤证。

《伤寒论》第 207 条：阳明病，不吐不下，心烦者，可与调胃承气汤。

《伤寒论》将阳明病分为太阳阳明（脾约）、正阳阳明（胃家实）、少阳阳明（发汗利小便已，胃中燥烦实）。“不吐不下”提示无太阳、少阳误治史，病邪直接侵袭阳明，或本经自病，导致胃肠热盛、燥屎初结，符合“正阳阳明”“胃家实”的本质——即邪热独盛于阳明，无他经转属的因素，故病机归为正阳阳明。

胃燥热结，热郁中焦，上扰心神而致“心烦”；虽无便秘腹痛，但必有舌红苔黄燥、小便短赤、脉滑数等燥热之象；“心烦”为持续性燥热扰心，区别于虚烦之栀子豉汤证或郁烦之柴胡汤证。

调胃承气汤证（心烦、腹胀满、不大便等）正是正阳阳明中热结较轻、以燥热为主的阶段，通过泻热和胃、润燥软坚，针对正阳阳明的早期燥热内结的病机。

《伤寒论》第 248 条：“太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也，调胃承气汤主之。”

此条以发热为特定指征，调胃承气汤特定发热指征为“蒸蒸发热”，就像蒸笼，里热向外蒸腾。这种热不同于胆热、膀胱热或心脏热，只有胃燥发热才可能出现蒸蒸发热，故言病位在胃。

若按此简略，阳明热实相当以发热为特定指征，可表述为“阳明病，潮热腹胀（日晡加剧），属小肠者，小承气汤主之”；阳明实重热灼以发热为特定指征，可表述为“阳明病，日晡潮热及手足濈然汗出，属大肠者，大承气汤主之”。

“热重实轻”可能发热更急、热势较高，伴口渴、心烦等热象突出，而腹满、便硬等“实”象尚轻；“热实相当”则发热与腹满、潮热、便结等实象程度均衡，如“潮热腹胀（日晡加剧）”；“实重热灼”可能热势虽未必最烈，但热与燥屎互结，发热多呈“日晡潮热”且持续，伴手足濈然汗出、腹满痛等实象更著，热邪被燥屎“郁遏”而显“灼”象。调胃承气汤　攻胃中无形燥热以蒸蒸发热为旗，小承气汤破肠间气滞热结以潮热腹胀为征，大承气汤　荡　大肠有形热毒以日晡潮热与濈然汗出为凭。

综上，阳明病以发热为“纲”、其他症状为“目”，抓住阳明病热象的“主线”，既突出了发热的鉴别价值，又不排斥痞、满、燥、实等兼症，让分型更具可操作性。

《伤寒论》第 249 条：“伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤。”

太阳表证本应发汗解表，但却误用吐法。

太阳表证可见恶寒、发热、头身痛等，若患者同时伴有轻微的胸膈满闷、恶心欲呕（可能因表邪影响气机升降所致），医者可能误判为“上焦有实邪阻滞”，认为吐法可通过涌吐清除上焦之邪，从而错误选用吐法（如瓜蒂散类），而非解表法。

太阳表证病位在肌表，若医者对表里定位不清，将表证的某些症状（如头痛、项强）误归为“邪在膈上”，或认为“高者因而越之”（《素问·阴阳应象大论》）可通治上部病证，便可能误用吐法攻上，忽略表邪需从汗解的原则。

吐法本用于治疗痰涎、宿食等停聚于胸膈胃脘的实证（如《伤寒论》中瓜蒂散证的“胸中痞硬、气上冲咽喉不得息”）。若医者过度扩大吐法的应用范围，认为其可“驱邪外出”，而不辨邪在表还是在里，便可能在太阳表证中误施吐法。

另外，太阳表证初期，症状可能不典型，或兼夹轻微里证，医者若经验不足，未能细致辨别“表邪为主”的本质，仓促采用吐法试图快速祛邪，也会导致误治。

误用吐法的核心在于对太阳表证的病机、病位和吐法适用范围认识不清，辨证失误导致治疗偏差。249 条接着讲述太阳表证误用吐法的一种转归疗法。

不当吐而误用吐法，吐后气向上向外汗出，也有解表的可能性。但吐既会伤胃液，也会伤胃气。吐后病机，一是虚，吐伤胃气 ，运化无力，气滞腹胀之基；二是燥，吐伤胃津 ，肠道失润，便干非燥屎；三是滞，胃虚失降 ，腑气壅塞，腹满不痛。

吐后表解而胃液受伤，津伤化燥，主要症状是腹胀满，使得阳明腑气不通，但尚未达到腹部胀痛、绕脐痛等严重程度，属于阳明腑实轻证。一般不会伴有疼痛，若疼痛则多为大、小承气汤证。

治宜泻热通便、调和胃气，方用调胃承气汤，体现张仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的辨证精髓，强调治疗需紧扣病机核心，即胃燥津伤与气滞腹胀的矛盾，以“和”法精准施治。

2、热实相当小承气汤证

《伤寒论》第 209 条：“阳明病，潮热，大便微硬者，可与大承气汤，不硬者，不可与之。若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转失气者，此有燥屎也，乃可攻之。若不转失气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也，欲饮水者，与水则哕。其后发热者，必大便复硬而少也，以小承气汤和之。不转失气者，慎不可攻也。”

209 讲述大小承气汤适应证，核心指征为“失气”。

注家将“失气”释为“矢气”，主要依据古代文字通假现象（“失”与“矢”音近义通），这在中医文献中并非孤例，如《素问》中亦有类似用法。这种解读更多是从文字训诂角度出发，试图明确条文所指的生理现象。

《伤寒论》中对“失气”的描述，多与疾病过程中的气机变化相关（如阳明病腑气不通，或药物攻下后的反应），其核心并非单纯描述生理排气，而是通过

这一现象判断病位、病性及治疗反应。这里的“转失气”显然是病理状态下（燥屎内结）的反应，与正常排气有本质区别，前者提示腑气虽阻但仍有通降之机，后者则是脾胃运化正常的表现。

正常矢气依赖胃气通降、肠腑传导有序；而病理状态下的“失气”（如频作、无矢气或矢气异常），则反映胃气壅滞、肠腑不通或通降失常。注家释“失气”为“矢气”，更多是明确现象本身，而不是生理与病理的区分。

从阳明病的病机来看，无论是燥屎内结还是腑气壅滞，核心都是“胃家实”，即胃肠气机不畅、浊气不得正常下行。当浊气逆而上冲时，除了肠腑传导失常导致的“转失气”（肠道排气异常），还可能伴随胃气上逆的表现：如口臭（胃中浊热上蒸）、嗳气酸腐、甚至呕逆等。这些症状共同构成了“浊气内停、升降失常”的病理链条，而非单一的排气现象。注家多聚焦“矢气”，可能是为了突出肠腑传导的变化，与攻下法的适应症直接相关，但从病机完整性而言，口臭等上逆之象也是“失气”所反映的浊气内蕴状态的延伸。

失气不等同于矢气，更符合中医“整体观”，胃肠本为一体，浊气停滞既可表现为下窍的排气异常，也可体现为上窍的浊气外泄。将两者结合，能更全面地把握阳明病腑气不畅的病理本质，也为临床辨证提供了更丰富的依据，如见口臭伴矢气异常，更支持浊气内结的判断。

阳明腑实证，发热汗出津伤。小承气汤证也好，大承气也罢，不同于调胃承气汤证之腹满，而是腹痛，绕脐痛。从解剖位置看，小肠盘曲于腹腔下部，大肠的横结肠横亘于小肠之上，而脐周正是小肠与大肠（尤其是横结肠、降结肠起始部）分布的关键区域。当热邪结于肠腑（无论小肠或大肠），导致燥屎内停，腑气壅滞不通时，气机阻滞的部位恰好对应脐周，这里既是肠道生理位置的集中区，也是气血运行于肠腑的关键节点。热结越甚，燥屎越坚，腑气壅滞越重，脐周的气血阻滞就越明显，“不通则痛”，绕脐痛也就越剧烈。

辨别大小承气汤的另一个指征，大便硬否，大便硬者与大承气汤，大便不硬者不可与大承气汤。“不大便六七日，恐有燥屎”，虽然不大便六七日，并不能判定为有燥屎，故用少量小承气汤试探。若大便已硬（干结），燥屎之间存在空隙，气机虽滞但尚有通路，服药后腑气稍通，可见排气（放屁）；若大便未硬

（未干结），多为肠中津液未极度耗伤，粪便被肠中液体（如湿浊、未燥化的糟粕）阻隔，气机完全闭塞无隙，则服药后无排气。

这种通过“有无失气”判断大便是否干结的方法，本质是通过气机能否暂时通畅，反推肠中燥结的程度，能排气提示燥屎成实但气机未完全闭阻，可进一步用承气汤攻下；无矢气则说明肠中并非燥屎硬结，可能为湿滞或未成实，不宜贸然用峻下之剂。这一“试探法”体现了张仲景辨证的严谨性，也反映了中医对“腑气通降”与“燥结程度”关系的精准把握。

“若不转失气者”，应会出现大便初硬后溏症状，外见阳明之燥，中含太阴之湿，热与湿结，若用大承气汤峻下，必伤脾胃之气、必伤脾胃之阳。脾胃气伤，就肚子胀满，不能吃东西，不但不能吃东西，欲饮水者，与水则哕，甚至喝水就呃逆。意在言外，中焦变寒，所以饮水则哕。

如果服小承气汤后，转失气，可用大承气汤攻下。攻下后又出现发热，必然是阳明余热未清，大便又硬，因为之前已经泻下所以燥屎减少，“必大便复硬而少也”，此时不能再用大承气汤，频繁攻下恐伤胃肠之气，可以服用小承气汤调和胃肠之气。

最后一句，“不转失气，慎不可攻也”，这是叮咛嘱咐之词。核心在于凸显中医“辨证施治、谨守病机”的严谨性，尤其是对阳明腑实证攻下治法的审慎态度。

用小承气汤试探后“不转失气”，提示肠中并非干结的燥屎，而是粪便未硬（可能为湿浊、稀软糟粕或肠中积液），此时腑气阻滞是因“湿滞”“液阻”而非“燥结”。若误判为燥屎而用承气汤攻下，会损伤胃肠正气，导致脾胃运化失常，出现“胀满不能食”等变证，这是对“误攻危害”的具体警示。

阳明病的攻下法（如承气汤类）针对的是“燥屎内结、腑气闭塞”的实证，其核心病机是“热结燥屎”。若“不转失气”，说明病机不符（无燥屎），攻下则属“虚虚实实”之误：一方面，肠中无燥屎而强攻，会耗伤胃肠阳气与津液；另一方面，脾胃受损后，运化失常，水湿更易停滞，导致“胀满不能食”等新的病证。

张仲景反复叮嘱“慎不可攻”，正是为了强调，攻下之法必须严格对应“燥屎内结”的病机，若病机不具，绝不可贸然使用，体现了中医“治则随病机而变”“无实证则忌攻”的原则。

总之，这一强调是对“误攻危害”的再次警示，也是对阳明病攻下法“病机对应”原则的严格恪守，体现了张仲景辨证论治的精准性与临床思维的严谨性。

《伤寒论》第213条：“阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必硬，硬则谵语，小承气汤主之。若一服，谵语止者，更莫复服。”

209条从便的维度讲述小承气汤适应证，213条从汗的维度讲述小承气汤的适应证。

阳明病的“汗”由热邪蒸腾津液所致，汗出的量、性质与热势强弱、津液耗伤程度直接相关，进而反映燥结的轻重。

调胃承气汤证，热势偏于“燥热”，以无形热邪为主，汗出多为“微汗”或“汗出不著”，因燥结初成，热邪未极度亢奋，津液外泄较缓，如248条“小便自利者，其人多汗”，侧重燥热伤津，燥结轻。

小承气汤证，“其人多汗”，说明热势较调胃承气汤证更盛，热邪蒸腾津液的力量更强，导致津液外泄增多，“津液外出”；但尚未到“大热”“热极”的程度，故汗出虽多，却无大承气汤证的“手足濈然汗出”，热聚于内，迫津从四肢持续外泄。

大承气汤证，热势为“热极燥结”，热邪与燥屎互结，热聚于内而不外散，故汗出多表现为“手足濈然汗出”（四肢持续小汗），因全身津液已被严重耗伤，无法大量外泄，仅余局部津液被热邪逼迫而出，如220条“手足濈然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之”。

本条“多汗”是因，“胃中燥，大便必硬”是果，热邪导致汗出过多，津液随汗外泄，胃肠失去濡润而燥结，形成“大便硬”，而非“燥屎”。

与调胃承气汤证对比，调胃承气汤证的燥结多为“燥而未坚”，汗出较少，津液耗伤较轻。

与大承气汤证对比，大承气汤证的燥结是“热与燥屎互结”，大便为“燥屎”（坚硬难下），其汗出是因热邪与燥屎内结，逼迫津液外泄，且燥结程度重

（需峻下通腑），而本条“大便硬”是津液耗伤导致的燥结，尚未形成“燥屎”，故用小承气汤轻下（“小承气汤主之”）。

汗多津伤胃燥，热邪上扰心神，故谵语。本条谵语由热邪与中等燥结共同导致，热势未到“热入心包”或“热极神昏”的程度，故一服小承气汤后，若谵语止，说明热邪得泄，无需再服，“更莫复服”。

大承气汤证的谵语则因“燥屎内结，热邪鸱张”，多为“循衣摸床，惕而不安”等严重神志异常，需峻下燥屎才能止谵语。

213 条以“多汗”为关键指征，通过汗出量较多，但非手足濈然汗出，提示热势中等、津液耗伤较调胃承气汤证为重，燥结程度为“大便硬”（非燥屎），热扰心神致谵语但未至极重，故对应小承气汤“轻下热结”的治法，体现了阳明病从汗出维度辨别热势与燥结程度的辨证逻辑。

《伤寒论》第 214 条：阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之。因与承气汤一升，腹中转气者，更服一升，若不转气者，勿更与之。明日又不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也。

214 条从热的维度以及脉的维度讲述小承汤证。

《伤寒论》中三承气汤证的核心病机均与阳明热结相关，而“热”的程度、性质及与“结”的关系，是区分三者的关键维度。

小承气汤证，热势较盛，但尚未形成极度炽盛的燥热。表现为“发潮热”（午后发热，提示热在阳明）、“谵语”（热扰心神），说明热邪已影响神志，但程度不及大承气汤证的“独语如见鬼状”或神昏。

热邪与肠中糟粕相结，但“结”的程度较轻，腑气不畅而非完全闭塞。脉“滑而疾”提示热结尚浅，“滑”主热与有形之物相结，“疾”（快而有力）说明热势仍较活跃，而非大承气汤证“沉迟”的热结深伏、气机阻滞严重。

调胃承气汤证，热势更盛，兼有形结滞。以“蒸蒸发热”（热从内向外蒸腾，遍及全身）为主，伴心烦、口渴，热扰心神的程度较轻（多为烦躁而非谵语），提示热邪弥漫阳明，尚未与糟粕深度相结。热为主要矛盾，结为次要矛盾，肠中糟粕初结，腑气阻滞不重）脉多“实”（热盛），无明显“滑”象。

大承气汤证，热邪被结滞所遏，不得外达，故发热多为“日晡所发潮热”（热势集中于午后，更显深重），伴“独语如见鬼状”“循衣摸床”等严重神昏谵语（热

邪深扰心神），甚至“手足濈然汗出”（热迫津液外泄，但因腑气闭塞，汗出局限于手足）。与肠中糟粕形成严重阻滞，热与结互为因果，程度最重。“热”为“燥热内结，热深伏于里”，热邪因结而愈炽，脉“沉迟有力”而伴腹满痛拒按、大便燥结等。

“阳明病，谵语，发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之”，言外之意，“脉滑而疾” 与典型的大承气汤证脉沉实、脉沉紧相比，燥实是否形成还不能确定，故不可与大承气汤。

“因与承气汤一升”，以小承气汤试探，“腹中转气者”说明燥实已成，可“更服一升”（不可改服大承气汤，恐伤胃气）。“若不转气者”说明燥实未成，“勿更与之”，不能再服。

若第二天大便依然未下，脉象反而由滑疾转为微涩，说明是气血津液不足，正虚邪实，这种情况下不能再使用大承气汤攻下，属于难治之病。气血两虚时峻下会导致气随液脱，仲景未给出方剂，后世陶节庵在《伤寒六书》提出这个病可以用黄龙汤（黄龙汤：大黄 9 克，芒硝 12 克，枳实 6 克，厚朴 3 克，当归 9 克，人参 6 克，甘草 3 克），补气补血再下大便。

《伤寒论》第 250 条：“太阳病，若吐，若下，若发汗后，微烦，小便数，大便因硬者，与小承气汤和之愈。”

此为太阳阳明之轻证。太阳病误治（误吐、误下、误汗）后，正气受损，脾胃功能失调，导致运化失常，水谷精微不能正常输布，形成“胃家实”的早期轻症。此时外邪虽有入里趋势，但病位尚浅，邪热初扰胃肠，气机略有阻滞，尚未形成大热、大实的阳明重症，因此仅表现为“微烦”。

“微烦”与阳明病典型的“心烦”“烦躁”相比，“微烦”的不适感更轻微，多为间歇性或持续性的轻度烦闷，而非剧烈的烦躁不安。此“烦”并非单纯的情志异常，而是邪热扰动胃肠，影响其正常通降功能所致，常伴随轻微的腹胀、食少等胃肠功能失调的表现。

热入于里，斥津外排，故小便数。小便数，津液亡失，津液在小便数和大便硬是互为因果，此消彼长，故“大便因硬”。大便硬，尚未形成燥屎，可先与小承气汤调和肠胃。

《伤寒论》第 374 条：“下利，谵语者，有燥屎也，宜小承气汤。”

这是张仲景“通因通用”治疗思想的典范。之所以仅凭“下利”与“谵语”两个看似矛盾的症状即可断为“燥屎”，关键在于对病机的深刻把握，而非症状的简单罗列。

关键病机：热结旁流，这是理解本条的核心。所谓“燥屎”，是阳明腑实热结的最终产物，指燥热邪气与肠道糟粕搏结成坚硬的粪块，阻塞肠道。其核心病机并非单纯的“大便不通”，而是 “实热内结，腑气不通”。

“谵语”的根源：燥屎阻塞肠腑，导致浊热上攻，扰乱心神，故发谵语。这是阳明腑实证的典型表现，标志“热”与“实”俱重。

“下利”的真相：此“下利”并非虚寒或湿热下利。其成因是燥屎阻塞于肠中某处，导致腑气严重不通。但肠道为了自救，会绕过燥屎的阻塞部位，强迫性地排出其下游尚未完全燥结的稀便、臭水。这种下利的特点是量少、臭秽难闻、泻下不爽（里急后重）、泻后腹痛不减或反而加重。它本质是肠中“燥结”与“旁流”同时存在的矛盾状态。

张仲景将这两个症状并列，正是为了揭示其内在矛盾，从而抓住“热结”的本质。

逻辑悖论：一般虚寒下利会伴有精神萎靡（但欲寐），而此证却是“下利”与热扰心神的“谵语”并存。这强烈提示，下利是假象，内在的热结才是真相。

病位判断：“谵语”是关键指征，将病位牢牢锁定在阳明腑（胃肠）。若无谵语，仅有下利，则需考虑太阴、少阴或厥阴等下利。

病性判断：“谵语”同时明确了病性为“实热”。因此，这种下利绝非虚证。

既然本质是“燥屎内结”，治疗就当“攻下热结”。选用小承气汤（大黄、枳实、厚朴）的目的在于：大黄，泻热通腑，攻下燥结。枳实、厚朴，行气除满，疏通腑气。三药合用，力量较缓，既能通下燥屎，又不过于峻猛，适用于燥结初成、气滞明显的“热结旁流”证。一旦燥屎得下，腑气通畅，则“旁流”自止，谵语亦除。

374 条展示了张仲景极高明的辨证艺术。“下利”是假象（旁流），“谵语”是真相（热结）。通过这对矛盾症状，直指“热结旁流”的核心病机。它警示后人：临床必须透过现象看本质，当出现下利与里实热证（如潮热、谵语、腹满痛、脉滑数等）并存的矛盾现象时，必须高度怀疑“燥屎”（实热内结）的存在。这

正是“通因通用”治法的经典应用场景。

《伤寒论》第 375 条：“下利后，更烦，按之心下濡者，为虚烦也，宜栀子豉汤。”

此条与 374 条（热结旁流）形成鲜明对比，是阳明篇中极为精妙的“同病异治”之范例。其辨证要点在于，通过两个相似症状和一个关键体征的细微差异，准确区分了 “实”与“虚” （此处虚指无形邪热，非正气虚）两种性质完全不同的“烦”。

本条病机的核心，是余热未清，郁扰胸膈，属于“虚烦”（即“无形的热郁”）。其形成多有两种途径：

下利之后：可能是 374 条所述之“热结旁流”证，经用下法后，燥屎虽去，但余热未净，上扰胸膈。

其他热病之后：任何阳明病或热性病，经汗、吐、下后，实邪虽去，但残留的无形邪热郁于胸膈之间。

374 条（燥屎腑实）：腹部硬满疼痛（腹痛不减，减不足言），拒按。热结浊气上攻，神明被扰之谵语。下利是“热结旁流”所致，是燥屎内阻的伴随症状，利下臭秽不畅。

375 条（虚烦）：心下（胃脘部）濡软，按之不痛不硬。这是最关键的鉴别点。“按之心下濡”直接否定了有形的“燥屎”或“实邪”结聚。病位由“肠”转为“胸膈”。“更烦”，强调下利后心烦反而加重。此烦是余热郁于胸膈，扰动心神，属郁热扰心。程度可重（甚至类似谵语），但根源不同。“下利后”，提示有形实邪（燥屎）可能已去，但余热未解。下利是“前因”而非“现状”。

既然病机是余热郁于胸膈，治疗就当 “清宣郁热” ，而非“攻下实结”。方剂栀子豉汤。

栀子：苦寒，清透胸膈郁热，导热下行，使热从小便而出。主“清”。

香豉：轻清宣散，宣发郁热，透邪外出。主“宣”。

两药相合，一降一宣，使郁结于胸膈的无形邪热得以清解消散，其“烦”自除。

375 条的精髓在于 “按之心下濡” 这一腹诊体征。它雄辩地证明，在阳明病体系中，腹诊（切诊）是辨别有形实邪与无形热邪的“金标准”。这启示后人，

面对“下利”与“烦”并见的复杂病证，绝不能见“烦”即攻，见“利”即止。必须四诊合参，尤其要重视腹诊，仔细探查有无“实邪”结聚的客观证据，方能透过现象抓住“实”与“郁”这两种截然不同的病机本质，从而避免“虚虚实实”之误。

374 条只提“下利，谵语”，而不提“腹满痛”，不是被“省略”了，而是在紧急或典型情况下，有时一个或两个特异性极高的主症就足以做出诊断，不必面面俱到。在阳明腑实重症时，“谵语”往往比“腹满痛”更能反映热邪的深度和病情的严重性。仲景此处是抓“谵语”之“神”变，以概“腹满痛”之“形”证，体现了抓主要矛盾的临床思维。

另外，“隐藏”了一条必须通过亲手诊察（腹诊）来验证的临床指令。 它要求医者不能只停留在问诊，必须动手检查。这使得两条条文形成一个完美的临床思维闭环。

3、实重热灼大承气汤证

《伤寒论》第 209 条：“阳明病，潮热，大便微硬者，可与大承气汤，不硬者，不可与之。”

在中医理论中，潮热是指按时发热，或按时热势加重，如潮汐之有定时的症状。潮热多因阴虚、湿热、胃肠实热等所致。

阴虚潮热，多表现为午后或夜间定时发热，手足心热，心烦失眠，盗汗（入睡后汗出异常，醒来后汗出停止），口干咽燥，舌红少苔等，多由阴虚阳亢，虚火内扰所致。

湿温潮热，午后发热明显，身热不扬（肌肤初扪之不觉很热，但扪之稍久即感灼手），兼见头身困重、胸闷呕恶、便溏等，多由湿遏热伏，热难透达引起。

阳明潮热（胃肠实热），常于日晡（下午 3～5 时，申时）发热明显，热势较高，又称“日晡潮热”。在人体的经络气血运行规律中，申时是足阳明胃经气血旺盛的时段，此时阳明经气正盛，正邪斗争剧烈，使得热势在这个特定时间明显升高。就如同两军交战，在对方力量最强的时候，战斗会变得更加激烈，反映在人体上就是发热加剧。

当外邪入里化热，侵犯阳明胃肠，胃肠中的津液会被热邪煎灼，导致肠中糟粕因缺乏津液的濡润而变得干结，与热邪相互搏结，形成燥屎。燥屎阻滞肠道，使得腑气不通，气机不畅，郁而化热，从而产生持续的发热症状。

大承气汤由大黄、芒硝、枳实、厚朴组成，药力峻猛，针对的是“热结胃肠、燥屎内结、腑气不通”的实证，其核心是“通腑气、泻燥结”。

当“大便微硬”时，燥结程度较轻，腑气虽滞但未完全闭塞，正气尚足以承受峻下之力，此时用大承气汤可及时攻下，避免燥结加重。

若大便“纯硬”（燥屎严重），需先确认是否为“真实假虚”（即燥屎内结但正气未衰）。若未经试探，如未用小承气汤观察是否转气，盲目使用大承气汤，可能因燥结过甚、腑气闭塞，导致药物无法有效发挥作用，或因峻下损伤脾胃之气，反而加重病情。通过“少与小承气汤”试探，确认有燥屎且腑气可通后，再用大承气汤。大承气汤的使用关键在于“热结程度与腑气闭塞状态的匹配度”，需避免峻下伤正或药不对证。体现中医“辨证施治、中病即止”的谨慎原则。

“不硬者，不可与之”。大便不硬，说明肠道中尚未形成燥屎，或者燥热内结的程度较轻，没有达到大承气汤证“燥、实”的程度。此时使用大承气汤峻下，会过度攻伐人体正气，损伤脾胃功能，引发一系列变证。

脾胃为后天之本，气血生化之源。峻下过度，不仅损伤脾胃之气（中阳、中气），也可能损伤阴液（津液）。大便不硬时，人体脾胃之气相对未被燥热完全耗伤。若贸然使用大承气汤峻下，会使脾胃之气更虚。脾胃运化功能失常，就会出现腹部胀满、不能进食等症状。脾胃受损后，水液代谢功能也会受到影响。患者可能会出现口渴欲饮水的表现，但由于脾胃运化无力，饮水后不能正常运化，反而会导致水饮上逆，出现呃逆的症状。

《伤寒论》第 215 条：“阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也。若能食者，但硬耳，宜大承气汤下之。”

从寒热的角度分析：

阳明中寒，以“不能食”为核心，胃阳不足，寒邪凝滞，胃失腐熟、脾失运化，故以“不能食”为典型表现。其“不能食”是因寒邪阻滞、胃腑失于通降，无明显热结，常伴呕吐、手足厥冷等寒象，治疗需温化散寒（如吴茱萸汤）。

阳明中风，以“能食”为基础，热结后可转为“不能食”。胃有热邪、腐熟功能亢进，初期表现为“能食”（热盛消谷）。若热邪进一步发展，耗伤肠中津液，导致燥屎内结，此时“能食”可转为“不能食”，燥屎阻滞胃肠，腑气不通，胃失和降，故不能食前加反字，相对于阳明中风初期能食而言。

阳明病以“胃家实”为总纲，但因寒热属性不同，分为“阳明中风”（热证）与“阳明中寒”（寒证），二者在“食”的表现上截然相反。215 条的“食”象（能食/不能食），是阳明中风（热证）发展中燥结程度的判断指标，与阳明中寒因寒凝导致的“不能食”病机不同。此时“不能食”是热结燥屎阻滞的结果，属实证，结合伴随症状“潮热、谵语”等热象综合判断，故以大承气汤攻下，体现阳明病“热者寒之”“实则泻之”的治则。

从病位的角度分析：

阳明腑实是一个渐进过程，是一个由轻转重的过程，由调胃承气汤证转小承气汤证，再转大承气汤证的过程。简略而言，人体消化系统似一条生产管线，分为胃、小肠、大肠上中下三个部分，调胃承气汤阶段无形燥热（上空中空下空）、小承气汤阶段气滞初结（上空中实下空）、大承气汤阶段燥屎锢结（上中下皆实），由浅入深、由无形到有形的传变。故“不能食”表明上中下皆实，符合大承气汤适用的条件。

调胃承气汤证，燥热初结于胃，以“蒸蒸发热”“心烦”为主，肠中尚未形成有形燥结（“上空中空下空”），胃气未被严重阻滞，故无明显不能食，治以泻热和胃，润燥软坚。

小承气汤证，热结渐深，气滞明显，肠中已有燥硬但未完全锢结（“上空中实下空”），腑气不畅初显，此时胃气尚可，故“能食”，治以通腑导滞，行气除满。

大承气汤证，燥屎完全形成，阻塞胃肠，“上中下皆实”，胃气逆乱而不能受纳，故“反不能食”，伴谵语、潮热等，治以峻下热结，荡涤燥屎。

215 条“阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也。若能食者，但硬耳，宜大承气汤下之。”因传抄之误，可调整为“阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也，宜大承气汤下之。若能食者，但硬耳。” 阳明燥热导致津液受损，无水则舟难自行，燥屎阻塞肠中，腑气不通，

胃气不降，所以出现不能食。大便虽硬，津液未虚，有水则舟尚可行，肠中之气尚可内转，胃气可降，所以能食。

《伤寒论》第 217 条：“汗出谵语者，以有燥屎在胃中，此为风也，须下者，过经乃可下之。下之若早，语言必乱，以表虚里实故也。下之愈，宜大承气汤。”

“汗出谵语者，……，此为风也。”此汗出，非阳明里热迫津之“手足濈然汗出”，而是 太阳中风表虚未解之征，提示表证未解（太阳中风）；谵语，是阳明腑实，燥热内结，上扰神明的典型里证，提示阳明里实已成，“以有燥屎在胃中”。

太阳表证阶段，若发汗太过，导致津液外泄，胃中津液亏虚，邪热趁机入里，转为阳明病。此时若表邪未完全解除，太阳表证（中风未解）与阳明里实（燥屎内结）并存，即 “太阳阳明并病”。表： 风邪未解，卫气不固（汗出、恶风）。里： 燥屎内阻，腑气不通，浊热上攻（谵语、潮热、腹满痛）。若忽视表证存在，仅见谵语便断为纯阳明病，则为误治之源。

“须下者，过经乃可下之”。过经，强调必须等待表证完全解除后（太阳经病已过），才可攻下里实。伤寒论治则强调“先表后里”，即表证未解时，即使里证已现，也需先解其表。太阳阳明并病，其前期阶段（表邪未罢、里热初起）应先解表，如用桂枝汤，待表邪解除后，再治阳明里实。掌握好时机，“下之愈，宜大承气汤”。

中医治法有句“汗不厌早，下不厌迟。“汗不厌早”，是指表证初起，应尽早发汗解表，以免表邪传里；“下不厌迟”，是指里实初成时，需待病势明确、里实已成，再行攻下，避免过早攻下损伤正气或引邪内陷。表证需早治，防止传变；里实需待其成，避免误下，二者均以“护正祛邪”为核心，体现伤寒论因时制宜、因病制宜的治疗智慧。

217 条可能传抄之误，可调整为“汗出谵语者，以有燥屎在胃中，此为风也，须下者，过经乃可下之。下之愈，宜大承气汤。下之若早，语言必乱，以表虚里实故也。”

若表证未解而早下，正气因攻下而虚，在表之邪气乘虚内陷，形成变证。外邪内陷，谵语更重，“语言必乱”，那是因为“表虚里实故也”。

《伤寒论》第 220 条：“二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足漐漐汗出，大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤。”

当太阳与阳明并病时，若表证仍在（如发热、恶寒等），即使有阳明里热表现，也不可贸然使用攻下之法，需先解表或表里兼顾，避免表邪内陷加重病情。这体现了张仲景“先表后里”“表未解者不可攻里”的重要治则。

条文提示，不能仅凭“大便难”就判断为腑实而攻下，需四证（潮热、手足汗出、谵语、大便难）俱备，才能确认邪热与糟粕互结的阳明腑实证，此时攻下（如用大承气汤）才恰当。这体现了张仲景辨证的严谨性，避免误攻伤正。

大承气汤之用，如虎狼之药，非四证俱全，不可轻举！　此条之简，恰为警示后人：辨证失之毫厘，攻下谬以千里。

《伤寒论》第 238 条：“阳明病，下之，心中懊憹而烦。胃中有燥屎者，可攻。腹微满，初头硬，后必溏，不可攻之。若有燥屎者，宜大承气汤。”

简而言之：阳明病，下之（下之失当），心中懊憹而烦。（再辨证）胃中有燥屎（实）者，可攻（一下再下），宜大承气汤；腹微满（虚或虚实杂夹），初头硬，后必溏，不可攻之（胀满不能食）。

阳明病多为里热实证，治疗常需清下热结。若“下之失当”（如过早攻下、攻下力度不足或过度等），会导致病情变化，出现“心中懊憹而烦”，即患者自觉心中烦闷不安，有无形热邪扰心的表现。

下之后病情发生变化，可能是邪去正安，可能是邪气残留，也可能是正气受伤。医者必须根据新的证据重新审因论治。

若进一步辨证发现，患者胃中（肠道）有燥屎内结，属于实证（表现可能有腹胀满痛、拒按，大便不通，潮热，谵语等），说明误下后并未解决热结问题，燥屎仍在，此时仍需用攻下法（即使之前已攻下，只要实证仍在，可再次攻下），适宜用大承气汤。大承气汤由大黄、芒硝、厚朴、枳实组成，能峻下热结，清除肠道内的燥屎和热邪。

若患者仅表现为腹部胀满，辨证为虚证或虚实夹杂证（如脾胃虚弱，运化失常），且大便“初头硬，后必溏”（大便开头稍硬，后面则稀溏），说明肠道内并非完全的燥屎内结，而是有虚的成分（如脾虚失运）。这种情况下不可再用攻下法，若误用攻下，会进一步损伤脾胃之气，加重腹胀满、不能进食等症状。此心

中懊憹而烦，是因为下后胃气亏虚，邪气聚在胸中，邪热扰心所致，属于虚烦范畴，不可判为实证的心中懊憹而烦而一下再下，治疗应侧重调理脾胃（理中汤类），虚烦可以考虑选择栀子豉汤。

《伤寒论》第 239 条：“病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。”

“不大便五六日”：提示病程，腑气不通已有数日，为燥结提供了时间基础。

“绕脐痛”：这是病位在肠、实邪内结的定位性症状。脐周为肠腑所居，疼痛而非胀满，提示实邪（燥屎）有形，阻塞气机，不通则痛。

“烦躁”：阳明浊热上扰心神。单纯的“烦”可见于经证，但“躁”多属实证，是里热壅盛、心神被扰的较重表现。

239 条解读的焦点在“发作有时”，可以解读为一阵疼一阵不疼，可以解读为阳明病日晡所潮热发作，亦可以解读为腑气时通时不通。这是从不同角度阐释同一病机，都指向阳明腑实、燥屎内结、气机壅滞的病机本质。临床不必拘泥于某一种解释，关键在于抓住“绕脐痛，烦躁，燥屎”等阳明腑实主证，果断用大承气汤攻下。

此条的核心在于把握大承气汤用药时机，警示误用小承气汤试探之弊。若此时误用小承气汤，药轻病重，攻而不下，反致气机逆乱，则病势缠绵，变证丛生。意在警示医者辨证要准、时机要当。

《伤寒论》第 240 条：“病人烦热，汗出则解，又如疟状，日晡所发热者，属阳明也。脉实者，宜下之。脉浮虚者，宜发汗。下之与大承气汤，发汗宜桂枝汤。”

从病机及病的来路分析：

“病人烦热，汗出则解，又如疟状”。“烦热”说明热势较甚，太阳表证，发汗后表邪得解，烦热可消除。但汗出后又出现类似疟疾的寒热往来症状，表明太阳表邪未尽，仍有部分邪气郁于肌表，未能完全解除，是太阳表郁未彻的表现。

少阳为半表半里，主枢机，若枢机不利，会影响气机的升降出入。此处病邪有往来如疟之象，与少阳病寒热往来的病机有相似之处，可推测存在少阳枢机不利的情况，影响了人体阳气的正常运行，阻碍太阳表邪外透，加剧阳明里热内结，导致发热呈现出如疟状的特点。

“日晡所发热者，属阳明也”。日晡时分是阳明经气当旺之时，此时发热，说明病邪已入阳明，阳明燥热逐渐形成。但未提及严重的腹满、便秘等阳明腑实重症，提示可能只是燥热初结。

综上，可以判断此条为太阳、少阳、阳明并病，而非纯阳明病，或者说此阳明由太阳、少阳传入。

从脉象分析：

“脉实者，宜下之，与大承气汤”。“实”指　沉取有力、形质充盈，提示正气充盛，里实显著，正气不虚，则能耐受攻下，轻则当和胃气与调胃承气汤，重则可与大承气汤以泻燥实。

“脉浮虚者，宜发汗，发汗宜桂枝汤”，“浮虚”指　浮取无力、按之空虚，提示正气已虚（卫阳不足），表邪未解（太阳为主），故当先解表发汗（如桂枝汤），故宜桂枝汤。

综上，根据脉象判断三阳并病中不同证型的主次，进而确定治疗方法，也反映三阳并病状态下病情的复杂性和辨证论治的重要性。

《伤寒论》第 241 条：大下后，六七日不大便，烦不解，腹满痛者，此有燥屎也。所以然者，本有宿食故也，宜大承气汤。

“大下后，六七日不大便”，是说初次使用大承气汤攻下后，患者仍六七日不大便，肠中燥屎未完全排出；可能是攻下力度不足，也可能是燥屎坚硬程度较重。表现为“烦不解”（热扰心神，烦躁未缓解）和“腹满痛”（燥屎积滞肠道，气机阻滞，腹部胀满疼痛），提示阳明热结的病理状态持续存在。

“所以然者，本有宿食故也”，此宿食不能理解为胃寒不能消谷，而如 215 条所述是胃部也堵实了，大肠小肠胃（下中上）都堵了。原有宿食积滞，在阳明热邪作用下，进一步化燥成屎，导致燥结程度的加重。

阳明病邪热与肠中糟粕相结，形成燥屎，若初次攻下未能彻底清除燥结，邪热持续蒸腾津液，会使燥屎更硬，阻滞气机，单次攻下难以奏效，因此需再次攻下以破除积滞，恢复肠道通降功能。

阳明病本身多为阳热亢盛、正气尚足的阶段，邪正斗争以“热结”为主要矛盾。若正气已虚（如出现神疲乏力、脉微弱、畏寒等虚象），则不耐峻下之剂，此时需兼顾扶正，而非单纯重复攻下。241 条中患者虽经大下后，仍表现出“烦

不解”“腹满痛”等阳明热结的亢奋状态，提示正气未衰、尚能与邪抗争，这才具备再次使用大承气汤峻下的条件。既有燥屎残留、腑实未除、本有宿食的病理基础，又有正气不虚、能耐受攻下的体质条件，方可一下再下。

《伤寒论》第 242 条：“病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒，不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤。”

242 条的病机非阳明腑实，而是以脾胃气虚为基础，燥屎阻滞为核心，虚实夹杂且以实邪（燥结）为主导。

患者素体正气不足，尤以脾胃气虚为核心。脾胃主运化、司升降，气虚则运化乏力，胃肠传导功能减弱，易致糟粕停滞。同时，气虚推动无力，使得燥屎难以顺畅排出，形成“大便乍难”；而偶尔因气虚不能固摄，或燥屎间夹杂稀溏之物，又出现“乍易”，此“易”非正常排便，实为气虚失运的反常表现。

阳明病典型发热为“蒸蒸发热”“日晡所发潮热”，属实热蒸腾；本条“时有微热”，非实热亢盛，而是正气亏虚、无力透邪，余热郁于里所致。

喘冒不能卧，一方面因燥屎阻滞气机，肺胃之气不降而上逆（实邪为患）；另一方面，正气亏虚（尤其肺气不足），无力纳气归元，加重喘促；清气不升、浊气上扰则发为“冒”（头目昏眩），虚实相兼导致症状加剧。

胃肠运化失常，糟粕停留日久化燥，形成“燥屎”，这是本条的核心实邪。燥屎阻滞肠道，导致腑气不通，影响膀胱气化，出现“小便不利”（实邪阻滞三焦水道）；浊气上冲则冒，肺气不降则喘，气机逆乱而“不能卧”。

除上述“大便乍易”“微热”外，正气亏虚还可能隐含脉证（如脉虽实但按之乏力，或伴神疲、纳差等，原文未明言，但可从病机推演）。虚实之间相互影响：正气亏虚加重实邪停滞（无力祛邪），实邪阻滞又耗伤正气（浊气耗损清气），形成恶性循环。

尽管存在正气亏虚，但本条核心矛盾是“燥屎阻滞”这一实邪。燥屎不除，则气机阻滞不解，喘冒、微热等症状难消，甚至进一步耗伤正气（“实邪不去，正气难复”）。

此时“有燥屎也”是关键判断，提示实邪（燥结）为当前主要矛盾，虽有正气亏虚，但尚未到纯虚或以虚为主的程度。因此，治疗需以“通腑泻实”为首要

目标，通过大承气汤攻下燥屎，去除阻滞，使气机通畅，既解实邪之患，又为正气恢复创造条件（“邪去则正安”）。

大承气汤虽为峻下之剂，看似针对实邪，但在“虚实夹杂、以实为主”的病机下，其应用暗含对正气的保护。攻下燥屎可解除气机阻滞，避免实邪进一步耗伤正气；腑气通畅则升降复常，脾胃运化功能可随气机恢复而渐复，间接助正气回升。此即“通腑以调气，调气以助正”，体现《伤寒论》“急则治标”“祛邪以安正”的治则，而非单纯补虚或攻实。

《伤寒论》第 251 条：“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与，微和之，令小安，至六日，与承气汤一升。若不大便六七日，小便少者，虽不受食，但初头硬，后必溏，未定成硬，攻之必溏；须小便利，屎定硬，乃可攻之，宜大承气汤。”

251 条围绕阳明腑实证的发展过程，通过时间轴动态观察病情变化，结合寒热、表里、虚实（虚实夹杂，慎攻护正）的辨别，强调阳明病治疗中“辨证施治、轻重适宜、勿伤正气”的原则。

“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬。”太阳表证未传少阳，邪气初入阳明，但病势尚浅，正气偏虚（脉弱提示正气不足），胃肠已有阻滞（心下硬），热扰心神（烦躁）。

“至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与，微和之，令小安。”邪热渐盛，但腑实程度较轻，“虽能食”，提示胃中尚有热，腐熟功能未受严重影响，因脉弱正气不足，故不宜峻攻。少与小承气汤后，不那么烦躁，微微调和。此以小承气汤试探，而不是治病，恐泻下厉害伤了脾胃，故“令小安”。

“至六日，与承气汤一升。”第六天，烦燥减轻，也没有出现虚寒的现象，小承气汤剂量增至一升（正常七八合），再行观察。

“若不大便六七日，小便少者，虽不受食，但初头硬，后必溏，未定成硬，攻之必溏。” 若迁延至六七天仍不大便，而且已“不受食”，说明里实已重，是否可与大承气汤攻之，还得看大便是否已硬再作定夺。若小便少者，此时与大承气汤攻之为时尚早，强攻之则溏泄不止。

阳明病中，胃肠与膀胱同属六腑，均参与津液代谢。津液的生成、输布与排泄存在“此消彼长”的关系。若小便短少：提示津液更多停留在胃肠（或因热结

而不能正常排泄），胃肠津液相对充足，大便可能不致过于燥结，或初硬后溏。若小便数多，提示津液通过膀胱大量流失，胃肠津液因耗伤而亏虚，粪便失于濡润，易形成燥屎（如《伤寒论》其他阳明病条文所述“小便数者，大便必硬”）。

从“素体阳虚，膀胱气化不力”而言，阳虚则寒，膀胱依赖阳气的温煦才能正常气化排尿，若阳气不足，膀胱功能受限，自然出现小便少，这与中医“阳化气，阴成形”的理论一致，强调了阳气在水液代谢中的推动作用。

小便既可以反映胃肠津液动态平衡状态，也可以反映患者的体质状况，若脾胃阳虚，虚则生寒，“攻之必溏”，形成其他变证。

“须小便利，屎定硬，乃可攻之，宜大承气汤。”通过上述连续的辨证，排除寒证后（小便利），故可以大承气汤攻之。

《伤寒论》第 252 条：“伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也，急下之，宜大承气汤。”

此为厥阴阳明之危重证。阳明燥屎内结是病理基础，肝阴被耗、目失所养是病情危重的标志，身微热为素体体弱或久病正衰邪锢，伤寒六七日只为导火索。

“目中不了了，睛不和”。目中不了了，是病人自觉症状，看不清东西，但这个自觉症状可以通过客观来了解。睛不和，是一个客观的他觉症状，患者瞳仁不能活动，看东西发直，只能直线地看一个方向而不能转动。肝开窍于目，目得血而能视，目中不了了，肝的阴血不能上注，睛不和，患者气机升降出入受阻，如同钟将停摆。

三阳阳明蒸蒸发热，病性为阳，正气激烈抗争；身微热，病性在阴，正气无力反抗，似“无表里证”，胃肠沉降的功能丧失，故“大便难”。病在阴，津液无生化之源，故大便燥结，“此为实也”。

若不及时攻下燥屎，疏通堵塞胃肠通道，整体气机阻断，危及生命，故“急下之”。通过攻下阳明燥实，釜底抽薪，腑通浊降，神机得苏，再图善后。此非治病，实为“破锢救焚”之战场急救术！

《伤寒论》第 253 条：“阳明病，发热汗多者，急下之，宜大承气汤。”**《伤寒论》第 254 条：**“发汗不解，腹满痛者，急下之，宜大承气汤。”

阳明病法当多汗，如果汗出太多，就要伤阴，汗是阴液，汗出越多，里面燥热就越盛，燥热越盛阴液越伤，阴液亡了就无汗可出。见微知著，急下之，肠胃的燥热一去，津液就不能外渗，保存了阴液，人就不会发生危险。

太阳病法当发汗，发汗不解，随之而来的是腹满痛，这种传变不是伤寒五六日、七八日，不大便多少日，然后才腹满疼痛，这是发汗不解即腹满疼痛。如果不因而夺之，用急下之法以杀其燥热的势力，就会出现循衣摸床，惕而不安，微喘直视等一系列险恶的伤阴症状，那时再泻下，为时已晚。所以，燥热来势汹涌，不能等待，不能放之任之，急下之，急杀之，以杀其势。要有预见性，泻燥热以存阴气。

阳明病多为热邪入里、与肠中糟粕结合形成“阳明腑实”（如大便秘结、腹胀等）。若腑实未完全形成（如仅发热、口渴而无明显便秘），过早使用攻下法可能损伤正气，故需等待腑实已成（症状典型）再用药，即“下不厌迟”。

253 条、254 条“急下之”属于“阳明急下证”，此时热邪极盛、不仅形成腑实，还迅速耗伤人体津液，若不及时攻下泻热，会导致津液枯竭、病情危重。这种情况下，攻下的目的不仅是通腑，而是“泻热存津”，必须快速用药，故“急下之”。

阳明病不宜过早攻下，也不宜过迟攻下，当断不断反受其乱。如孙思邈所说，“胆欲大而心欲小，行欲方而志欲圆”。 既要有智力辨证准确，又要有胆力敢于决断，更要有心力光明磊落，既不因“下不厌迟”而贻误病情，也不因“急下之”而不辨病机病势。

《伤寒论》第 255 条：“腹满不减，减不足言，当下之，宜大承气汤。”

通过自身的病历解释《伤寒论》第 255 条。

时间：2025 年 8 月 14 日，介于立秋至处暑中点。

病因：下班到家吃了几口西瓜，十几分钟后又吃几口，晚饭吃了三四片干切牛肉（可能不消化），临睡前又吃了几口西瓜。

症状：腹部（肚脐四周）疼痛。腹部疼痛如潮水一般长潮与落潮，长潮时疼，落潮时也疼，中间相对和缓，“腹满不减，减不足言”。

病性：寒。

病名：正阳阳明腹痛之轻证。

病机： 胃肠受寒及消化不良，正气前往病位腹部抗邪，正气聚于腹部，可称之为腑气，于是腹部鼓起（非肠道鼓起）。这是人体的自救功能，想通过腑气驱邪从肛门排出。腑气聚腹部胀至长潮尽头疼痛加剧，此因邪气阻挡无法继续前行；腑气退腹部胀的程度减轻至退潮尽头疼痛较长潮是稍轻，原因是退潮时气机逆行。

治则：热者寒通，寒者热通，亦可气通（自我调节）。宜大承气汤，这里是宜，而不是大承气汤主之。根据症状可调胃承气汤，也可小承气汤，或者大承气汤。

自救：用手轻轻按摩肚脐四周，顺时针按摩，因为小肠大肠九曲十八弯，大肠的升结肠在右腹部，然后向上至小肠之上为横结肠，左侧向下为降结肠至肛门。

腑气一进一退，不通则痛，反反复复，折腾至凌晨两三点，终于放了一串屁，说明邪气在退，肠道被打通。继尔肚脐四周又疼，可能是邪气复聚。再轻轻按摩（不连续按，按一会停一会，以不影响腑气运行为度），让浊气慢慢从肛门排出（无明显放屁感觉）。四点半解了一次大便，便后微汗出，可能是正气恢复升降出入常态，也可能是部分邪气随汗排出。折腾一夜后（也可能思考解释 252 条，影响了气机运行），终于平息。

阳明腹满，首当辨寒热虚实，拒按为实，喜按为虚；脉沉实为热，脉虚浮为寒。误虚为实，将太阴“腹满时减”误作“减不足言” ，误下致下利不止；误寒为热，寒实结胸“从心下至少腹硬满”误用大承气 ，伤阳厥逆。

《伤寒论》第 256 条：阳明少阳合病，必下利，其脉不负者，为顺也。负者，失也，互相克贼，名为负也。脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤。

从五行角度分析：

阳明属土，主胃肠，司受纳腐熟；少阳属木，主胆，司疏泄。阳明少阳合病时，少阳木火之气亢盛，可横逆犯胃，影响胃肠的正常传导功能，导致胃气不和，进而出现下利。这是木克土的表现，胆的病变影响到胃，使胃肠之气下趋，引发下利症状。

阳明病多有燥热内结，若阳明与少阳合病，少阳枢机不利，可致阳明燥热更盛，燥屎内结。此时，肠道内的津液为燥热所迫，不能正常参与粪便的形成，即

“热结旁流”。这种下利通常伴有潮热、腹满疼痛、不欲食、恶闻食臭等症状，下利之物多臭秽难闻。

从少阳枢机不利分析：

阳明“蒸蒸发热”是燥热内盛、蒸腾于外的表现，核心是“里热炽盛”，易伤津液而致燥结；少阳“往来寒热”是枢机不利、正邪交争的体现，核心是“胆火内郁”，可影响脾胃升降。

二者合病时，少阳胆火横逆犯胃，使胃肠传导失常，清气不升、浊气不降，糟粕被迫下趋，形成下利；阳明热盛虽易伤津，但少阳枢机不利会阻碍阳明燥热完全“成实”（即燥屎未完全形成），此时热邪仍可逼迫津液下泄，表现为下利（而非典型燥结的便秘）。

这里的关键是“少阳影响阳明的传导”，热邪始终存在（阳明热+少阳火），只是因少阳枢机问题，燥热未完全聚集成实，转而以“热迫津液下利”为主要表现，同时可能伴有腹痛、下利臭秽等热象，体现了合病时“少阳不利为本，阳明热扰为标”的病机特点。反之，我们可以根据热结旁流之下利，推断其为少阳阳明。

最后一句，“脉滑而数者，有宿食也，当下之，宜大承气汤”，亦是少阳枢机不利，少阳胆火横逆犯胃，而致宿食。这就可以理解，为什么存在下利腑通的情况，还存在“宿食”这一矛盾现象。“脉滑而数”，仅是从脉象的角度而言“宿食”，并未从机理辨证。

4、时间窗口

《伤寒论》第 208 条：“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。手足濈然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。若汗多，微发热恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤。若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。”

208 条是《伤寒论》中关于阳明腑实证“攻下时机的黄金法则”，它明确界定了何时必须急下、何时可以缓攻、何时又绝对不可攻下的“时间窗口”。

第一步：辨明病位——外已解，方可攻里

“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒”。“汗出不恶寒”是标志，说明表证（太阳病）的典型特征“恶寒”已消失，病邪已完全传入阳明。

“潮热”是关键中的关键。它指发热如潮水般定时高涨（常于日晡所，即下午 3-5 点）。这标志着阳明燥热已成，里实热证已完全形成，是可攻里的明确信号。“有潮热者，此外欲解，可攻里也。”

第二步：辨明燥结程度——大便已硬，方用峻下

在潮热基础上，出现“手足持续不断地出汗”（濈然汗出）。这非同寻常，因为阳明热盛 ，本应全身大汗，但若津液被燥屎严重耗伤，全身无津可出，唯有脾胃所主之四肢还能勉强蒸发出少许津液。此症是燥屎内结、腑气不通已极的明证，必须用最峻猛的大承气汤急下存阴。进阶指征：“手足濈然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。”

第三步：排除禁忌与变通方案

如果还有明显出汗、发热且怕冷，说明表证未解。只要没有“潮热”，就绝对不可攻下，否则会引表邪内陷，变生诸证。禁忌：“若汗多，微发热恶寒者，外未解也，其热不潮，未可与承气汤。”

如果症状以“腹部极度胀满，大便不通”为主，但没有典型的“潮热”和“手足濈然汗出”，说明燥实内结尚不严重，或津伤未甚。此时不可贸用大承气汤，而应选用药力较缓的小承气汤，轻下通便，调和胃气即可，避免过下伤正。替代方案：“若腹大满不通者，可与小承气汤，微和胃气，勿令至大泄下。”

“攻下时间窗口”：

潮热是“总开关”：潮热是阳明腑实从“可下”到“必下”的分水岭。无潮热，攻下法免谈。它代表里热已集中、炽盛。

手足汗是“催化剂”：手足濈然汗出，是判断燥屎已成、必须用大承气汤峻下的“临门一脚”。它提示津液大伤，病情危重，不急下则阴液有涸竭之危。

表证是“红灯”：只要有一分表证（恶寒），就绝对不可攻下。这是“伤寒下不厌迟”原则的体现，是防止误治的铁律。

腹满与燥结的区分：条文精准区分了“腹满”（气滞为主，用小承气汤）和“燥结”（热实津伤并存，用大承气汤）。这体现了根据病机轻重选择方药剂量的精准治疗思想。

208 条不仅是一个用方条款，更是一套关于 “在正确的时间，用正确的方式，做正确的干预”的决策要素。它定义了阳明病攻下的“时间窗口”——以潮

热为开启，以手足濈然汗出为紧急信号，以表证未解为绝对禁令。这是中医精准治疗、动态决策的典范。

《伤寒论》第 210 条：“夫实则谵语，虚则郑声。郑声者，重语也。直视谵语，喘满者死，下利者亦死。”

本条深刻地揭示了阳明病危重阶段，通过“言语、声音”这一症状来鉴别虚实、判断生死的关键法则。这条文虽短，但字字千钧，分三层递进，逻辑严密：

第一层：以言语辨虚实（诊断基础）

实则谵语：表现为患者神志不清，胡言乱语，声音高亢，内容荒诞，或怒骂不休。常见“妄有所见”的幻觉。病机是阳明腑实，热扰心神。燥热内结，浊热上冲，扰乱神明。这是“实”证，是“有东西”（燥屎、热结）在里壅堵的结果。治疗方向是攻下（用承气汤类），泻其实热，神志自清。

虚则郑声：表现为患者神萎，意识模糊，语言重复，声音低微，断断续续，仿佛在自言自语，反复说同一件琐事（“重语也”）。病机是心气散乱，神不守舍。这是“虚”证，常见于大汗、大下、大吐或久病之后，阴阳气血严重耗伤，心神失养，无力内守。此为“无东西”可下，治疗必须固脱扶正（如用独参汤、生脉散等）。若误用下法，必致虚脱而死。

此条首辨虚实，意在警示医者，面对神昏谵语，绝非一概用下，郑声是攻下的绝对禁忌。这是“下法”应用前必须通过的第一次生死筛选。

第二层：以兼症判死候（预后判断）

在“实则谵语”的基础上，如果出现以下两个兼症之一，则提示病情从“危”转“死”，预后极差。

直视谵语，喘满者死：“直视”，双眼凝视固定，不能转动。此为 “精不荣于目” 。肝主筋，开窍于目，肝肾之阴精被燥热灼烧殆尽，无法上注于目，故目睛失润而直视。是真阴耗竭的危象。“喘满”，呼吸急促，胸腹胀满。此为 “气脱于上，邪实于中” 。燥热壅肺则喘，腑实不通则满。但在此死候中，喘满是正气（肺气）欲脱，邪气（燥结）仍盛，上下关格、升降息绝的绝境。病机是阳热亢极，阴液枯涸，气机壅绝。攻下则恐气随津脱，不攻则热极焚身。已失去治疗窗口，故曰“死”。

直视谵语，下利者亦死：此症更为凶险和具有迷惑性。背景是“谵语”，本

应大便不通，现在反而“下利”。此“下利”绝非病愈，而是 “热结旁流” 的极端表现。肠道燥屎坚结太甚，粪水从旁渗下，泻出少量臭秽粪水。是腑实未去，津液下脱。

“直视” 再次出现，意味着在津液下脱的同时，阴精已彻底枯涸。病机是燥热锢结，阴液下竭，阴阳离决。正气（阴液）从下脱尽，邪气（燥结）仍固结不去。攻补两难，生机已绝，故“亦死”。

210 条是一部精微的“临床危重症鉴别与预后诊断学”。它首先树立了 “实则谵语，虚则郑声” 的鉴别诊断学大纲，守护了“虚证禁下”的治疗底线。进而，它揭示了在阳明腑实这一重症中，当出现 “阴精耗竭”（直视） 与 “气机离绝”（喘满） 或 “阴阳离决”（下利） 相结合时，病情已步入死境的客观规律。此条文不仅指导用药，更是教导医者 “见微知著，预判生死” ，体现了古代医家对疾病本质与生命极限的深刻洞察。

《伤寒论》第 211 条：“发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语，脉短者死；脉自和者不死。”

本条以“脉证”组合，来预判阳明病的生死转归，与 210 条（以言语辨生死）互为表里，共同构成了张仲景判断阳明病危候的“脉证双纲”。这条文虽仅 24 字，却勾勒出一幅从误治到危候，再到生死预判的完整图景。

第一层：病因病机（亡其阳）

“发汗多，若重发汗者”：指出了病由——过度的、错误的发汗。在阳明病本已里热津伤的情况下，或太阳病阶段过度发汗，都会导致津液外泄，气随津脱。

“亡其阳”：这是核心病机。这里的“阳”，并非单指阳气，而是人体赖以生存的根本阳气与阴津的统称，即“阴阳气血”的根基。过汗导致 “阳加于阴谓之汗” 的过程失控，使根本之气外泄消亡，故曰“亡其阳”。 不但亡阴也亡阳，不但亡血，也亡气。这是气阴两竭、阴阳离决的危重状态。

第二层：核心危证（谵语）

“谵语”：在“亡其阳”的基础上出现神昏谵语。此处的谵语，已非 210 条的“实则谵语”（阳明腑实，热扰心神），而是 “虚则郑声”的极端表现，是 “心神无主，阴阳离决” 时精神涣散的危象。它与“亡其阳”并见，提示病情已从“邪实”转为 “正脱” ，病性发生了根本逆转。

第三层：生死预判（以脉为决）

这是本条的精髓所在：在“亡其阳，谵语”这一危重平台上，以脉象作为判断正气存亡、预知生死的最终依据。

脉短者死：“短脉”指脉搏首尾俱短，不及本位，应指仅有关部，寸、尺两部模糊或难及。寸脉主心肺（上焦），尺脉主肾与命门（下焦）。脉短，意味着上焦宗气、下焦元气均已衰竭，无法充盈于脉道。这是 “阴阳之气不相接续”，根本之气已绝的明确信号。正气（阴阳气血）已彻底溃散，无法恢复。故断为“死”。

脉自和者不死： “自和”并非指脉象完全正常，而是指在危重之中，脉象仍能保持 “从容和缓，有胃、有神、有根” 的基本态势。例如，虽可能细弱，但尺部不绝；虽可能数急，但节律齐整、来去分明。此脉象表明，尽管经过误治重创，但人体的 “胃气”未绝，根本尚存。胃气是后天之本，是“阴阳自和”的内在动力。有胃气则生。正气虽伤但未竭，尚有自我修复的生机。故断为 “不死”，即还有救治的希望。

211 条是中医“脉证合参，以决生死”的典范。它超越了单纯的症状分析，直指生命根本——胃气与阴阳之根的存亡。它教导医者，在危重症的纷繁表象中，必须抓住 “脉象” 这一反映生命根本动力的客观指标，方能做出最接近本质的预后判断。这体现了古代医学在缺乏现代监测设备时，对生命指征深刻而精准的把握能力。

《伤寒论》第 212 条：“伤寒若吐若下后不解，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。”

这一条是《伤寒论》中关于阳明病攻下时机最经典、最详尽的论述，堪称“攻下法临床决策的总纲”。它不仅讲“该如何做”，更透彻地分析了“做错或不做”的严重后果。

第一部分：阳明腑实重证的确立（当下之证）

“伤寒若吐若下后不解”——患者经历过误治（吐、下），伤津耗液，病情未解，反而内陷。不大便五六日，上至十余日——腑气不通；日晡所发潮热（下

午 3-5 点定时高热）——里热成潮；不恶寒——表证已罢；独语如见鬼状（自言自语，妄见妄闻）——热扰神明。

此时，典型的阳明腑实证已经铁板钉钉，燥热与糟粕结为“燥屎”，堵塞肠道，灼伤津液，上扰心神。攻下的“时间窗口”已经完全打开，必须立即使用大承气汤峻下热结。这是“当下”而不容犹豫的时刻。

第二部分：延误攻下的危重变证（当下不下的危害）

条文紧接着描述了如果此时仍不及时攻下，病情将急剧恶化，出现两种危重情况：

“若剧者”：神志崩溃，病情暴发加重。“发则不识人，循衣摸床，惕而不安”——意识完全丧失，出现无意识的摸弄衣被、床沿的虚性兴奋动作（循衣摸床），并伴有恐惧不安。这是 “阴竭阳浮，神不守舍” 的濒危征象。

气阴耗竭：“微喘直视”——微微气喘（肺气将绝），双目直视固定（肝肾阴精枯涸，不能上荣于目）。与 210 条比对，这个病有谵语，也有直视，也有喘，但是这个喘是微喘，210 条的喘是暴喘，有轻重之别。虽然都是胃的燥热伤了肺阴，从程度来看，和前者比是轻的，但是这个问题依然很严重，微喘、直视、谵语，肝肾之阴、肺阴、心阴，再加上中焦的脾胃之阴，五脏之阴都有一些涸竭。

此即“当下而不下”的恶果，热邪持续灼烧，津液被劫殆尽，由“腑实”转为“阴竭阳脱”的死证前兆。

第三部分：生死预判的终极脉诊（伤阴后的预后）

在“循衣摸床，惕而不安，微喘直视”的绝境中，脉象成为判断有无一线生机的 “最后法眼”：

脉弦者生：“弦脉”在此绝境中，并非主肝病，弦脉端直以长，脉搏还比较长，而是 “阴液虽伤未尽，阳气尚存一丝郁勃之机” 。脉道因津亏而拘急，但气血尚有奋力搏动之力。此脉提示真阴未全竭，胃气尚存，若急用大承气汤釜底抽薪，或合用大剂滋阴之品（后世吴鞠通创新加黄龙汤即为此设），尚有背水一战、绝处逢生的可能。

脉涩者死：“涩脉”往来艰涩，如轻刀刮竹。此乃 “津液、血液、精气三者俱已枯涸” ，脉道无以充盈，气血运行彻底衰竭。是 “阴阳离决，精气乃绝”的明确信号。此时已无物可下，攻补两难，故断为“死”。这印证了“存得一分

阴液，便有一分生机”的温病学古训。

第四部分：峻下之法的精准控量（中病即止的告诫）

“微者，但发热谵语者，大承气汤主之。”——回到较轻的情况（仅潮热谵语，无危象），明确用大承气汤。

“若一服利，则止后服。”——这是本条文的点睛之笔和最高级操作指南。意为：如此峻猛之剂，只要服一次后大便通利、热退神清，就必须立刻停药，不可再服第二服。攻下是 “以药物之偏性，纠身体之亢盛” ，其目标是 “泻实热，存阴液” ，而非一味泻下。若已中病（大便通）而继续用药，则过下必伤人体正气与阴液，从“治病”转为“造病”。这体现了 “衰其大半而止” 的至高治疗智慧，也是中医“中和”思想在危重治疗中的极致体现。

212 条不仅是阳明病篇的巅峰，更是整部《伤寒论》 “辨证-决策-执行-预后” 体系最凝练的展示。它告诉我们：一个伟大的医生，不仅要知道“何时该出手”，更要知道“出手的力度”和“何时该收手”。这其中的审时度势、胆大心细、见微知著，正是中医临床智慧最精妙的体现。

《伤寒论》第 218 条:“伤寒四五日，脉沉而喘满，沉为在里，而反发其汗，津液越出，大便为难，表虚里实，久则谵语。”

此条文是《伤寒论》中又一个关于 “误治” 的经典案例，深刻地揭示了“病已传变而医不察” 所导致的严重后果。

第一环：疾病自身的发展（病已传里）

时间节点:“伤寒四五日”——这正是外感病发展过程中一个关键的 “传变期” 。太阳表证可能仍在，也可能已开始内传。

关键脉证:“脉沉而喘满”

脉沉:这是决定性证据 。“沉为在里”,脉象已从表证的“浮”转为“沉”，明确提示病邪已不在体表，而深入于里。

喘满：呼吸急促（喘）与腹部胀满（满）。此“满”并非表证的身痛，而是里气壅滞的表现。喘可以是肺气不宣，也可以是里实（如腑气不通）迫肺所致。

病机判断：此时病机已非单纯太阳表证。

或已传阳明：里热或里实初成，导致气机壅滞（满）而上逆（喘）。病位主要在阳明胃肠。

或太阳阳明并病：表邪未完全解除，但里证（阳明）已非常显著。病位在表里之间，但矛盾重心已转向“里”。

当下的正确治法是“治里”或“表里双解”，绝对不能再以发汗为第一要务。

第二环：医者的致命误判（误汗）

错误决策：“而反发其汗”——医者忽视了“脉沉”这个里证的铁证，仍将“喘满”机械地理解为表证未解（如麻黄汤证的喘），错误地使用了汗法。

误治机理：在病已入里、津液可能已伤的情况下，强行发汗。

第三环：误治后的连锁反应（变证丛生）

第一次打击（伤津）：“津液越出”——汗为津液所化。不当的发汗，导致本可用于濡润肠道的津液从体表大量流失。

病理演变：“大便为难”——津液外泄，肠道失润，导致大便干燥困难。这标志着一个新的、更严重的病机形成：从“里热/里实”演变为“里实热结”。

病机定性：“表虚里实”。表虚非指太阳中风证的表虚，而是指因误汗导致卫表津气耗伤的虚弱状态。里实是指肠道燥屎结聚的阳明腑实证正式形成。

至此，疾病从一个可能可解的“里证”，因误治而固结为一个典型的、需要攻下的“里实证”。

第四环：最终恶果（危证出现）

最终结局：“久则谵语”——若此“表虚里实”的状态持续，燥热浊气上攻，扰乱心神，最终导致患者胡言乱语、神志不清。此为阳明腑实重症的典型危候。

本条文显示医者“该发汗时却不发汗，不该发汗时却发汗” 的典型误判。

外感病是发展的，“伤寒四五日”是一个需要高度警惕的窗口期。医者思维不能停留在初诊印象，必须根据现有脉证重新审视病位。

脉沉是判断病位由表入里的金标准。症状（如喘）可能有歧义，但脉象是更本质的证据。医者必须 “脉证合参” ，且在某些关键时刻，脉象的权重高于症状。

汗法并非万能，且代价巨大（耗伤津液）。在里热、阴虚、气血亏虚等情况下，发汗如同“火上浇油”或“釜底抽薪”，是导致病情复杂化、危重化的重要原因。

它告诫后世医者，治疗不是机械地套用“有表证就发汗”的公式，而是一个需要精密侦察（辨证）、准确判断（知犯何逆）、动态干预（随证治之） 的连续决策过程。任何一次脱离当下病机的治疗，都可能将患者推入深渊。这正是中医辨证论治思想中，最严谨、最科学的内核。

《伤寒论》第 227 条：“脉浮发热，口干鼻燥，能食者则衄。”

此条讲述的是“阳明经热自寻出路而解”“自愈”的辨证要点，是《伤寒论》中“衄解”理论在阳明病篇的具体体现。这条文虽仅 13 字，却蕴含了丰富的病机与自愈逻辑。

第一环：病位与性质的确定（阳明经热证）

“脉浮发热”：脉浮主表，发热为热。但此处的“浮”并非太阳表证之浮紧或浮缓，而是 “阳明热盛，气血涌盛于外” 所致。是里热外扬的征象。

“口干鼻燥”：这是 阳明经热上炎，灼伤津液的典型定位症状。

阳明经脉起于鼻，环口挟唇。热邪循经上扰，津液被灼，故口干、鼻腔干燥。

“能食者”：这是鉴别诊断的关键。“能食”意味着胃气未伤，热在阳明之“经”（气分），尚未传入阳明之“腑”（胃与大肠），胃腑功能尚健，故能食。若是阳明腑实证（承气汤证），因腑气不通，浊气上攻，常伴有“不欲食”甚至“谵语”。能食则排除了腑实。

至此，诊断明确：这是一个典型的阳明经表热证。热邪充斥于阳明经脉（主要在气分），表现为一派热象，但尚未形成腑实，胃气尚存。

第二环：自愈的途径与机制（热随衄解），这是条文的核心，也是中医“给邪以出路”思想的自然体现。

病理逻辑：阳明热盛，气血沸腾。若热邪不能从体表（汗）或二便（下）而解，则可能循其经络上冲于鼻（鼻中血管最丰富、最表浅之处）。鼻衄并非单纯的出血症状，在此特定情境下，它是一种 “自我泄热” 的生理代偿机制。通过少量出血，使得壅盛于上的阳热之邪随之外泄。热邪有了出路，亢盛之势顿减。

“能食者则衄”的内在逻辑：“能食”代表正气不衰，胃气尚旺。正气充足，才能有力驱邪外出，也才能有“衄而解”的转归。如果是一个胃气衰败、正气不足的人，即使热盛，也可能无力引发衄血，若衄后热热不退反增、神昏，则可能为热入营血、动血耗阴的危重证（如犀角地黄汤证），不可概以为自愈。

太阳病不出汗，鼻子出血作衄而解，阳明病也有作衄而解。46 条太阳经作衄而解“发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。所以然者，阳气重故也”之说。阳明经和太阳经虽然都是经表，阳明比较深，二者有所分别。

第三环：治疗原则的昭示（不药而解，静观其变）

既然疾病的进程已经展现出一种 通过自身调节（衄血）来清除病邪（热） 的趋势，且胃气尚在（能食），说明机体自身有化解疾病的能力。此时，最佳的治疗就是“不治疗” ，即 “勿治之，使其自愈”。人为的、不当的干预（如误用发汗或攻下），反而可能扰乱机体自身的调节机制，变生他病。这体现了中医 “因势利导” 和 “重视自愈力” 的最高原则。

227 条看似简单，实则深刻。它教会我们三个至关重要的临床思维：

精准鉴别：通过 “能食” 这一关键症状，将阳明经热证与腑实证、虚证等严格区分开来。

洞察转机：认识到 “衄” 在某些特定条件下（如阳明经热、正气不虚），不是病情加重的标志，而是 疾病向愈的“佳兆”。

无为而治：当机体展现出明确的、良性的自愈趋势时，高明的医者应懂得“静观其变，待其自愈”，避免过度医疗。

因此，这条文是《伤寒论》中 “自然疗能” 思想的精彩展现，提醒医者要相信并尊重人体自身强大的调节与修复能力。

第九十一条　虚燥

虚燥**是阳明燥化证的变局，**指津液亏耗致肠道失润，但无燥热实邪搏结的虚证或虚实夹杂证。其本质是**“津枯失濡，无水行舟”**，病机核心为：

津液化源不足：脾弱不运/过汗吐下亡津。

肠道干涩失润：糟粕因津亏而涩滞，非热结所致。

燥结不伴热炽：无潮热、谵语等实热征象。

虚燥看“枯”，抓住 “干、涩、弱”三要素（口干、便涩、脉弱），治法当润或滋！

(一)白虎加人参汤证

《伤寒论》第 26 条：“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。”

本条为太阳病误治后，邪热入里，耗伤气阴所致。太阳中风本应服桂枝汤解表，若服药后大汗出，不仅未能解表，反而因汗出过多，导致津液外泄，同时表邪随汗入里化热，形成阳明气分热盛之证。热邪炽盛，灼伤津液，故见“大烦渴不解”；热邪鼓动气血，故“脉洪大”（洪大而茎）。

此条的核心解释在于“口渴”，白虎汤的口渴，单纯阳明气分热盛，热邪蒸腾津液，导致津液暂时不能上承于口（热盛津伤，但以热盛为主，津伤程度较轻，无明显气虚）；口渴欲饮，但饮后可稍缓解，程度相对较轻，多伴高热、汗出、脉洪大等热盛表现。白虎人参汤的口渴，在气分热盛基础上，兼有津气两伤，汗出过多耗伤津液，同时气随津泄导致气虚；“大烦渴不解”，口渴程度更重，且饮水后仍不能缓解。因不仅有热盛伤津，还有气虚不能化生津液、输布津液，导致津液生成与输布障碍，故口渴持续难解。

白虎汤为热盛津伤（无明显气虚），口渴程度较轻；白虎人参汤为热盛+津气两伤（气虚明显），口渴更重且“不解”，需在清热的同时加人参益气生津。

《伤寒论》第 168 条：“伤寒，若吐若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。”

本条是太阳病误治后，邪传阳明，形成阳明热盛兼气津两伤、表邪未净的证候，治疗以白虎加人参汤清阳明热、益气生津，兼顾太阳表虚之象。

本条起始为“伤寒”，属太阳表证，病位在太阳，病机多为风寒外束。误治，“若吐若下后，七八日不解”，吐则津液亡于上，下则津液亡于下，损伤胃家津液，使表邪内传，邪气入里化热，逐渐转为阳明病。

“热结在里，表里俱热”，提示热邪充斥内外，阳明里热已成主证。热邪蒸腾，可见高热、烦躁等症。热邪耗伤津液，导致“大渴，舌上干燥，欲饮水数升”，此为阳明热盛、津液亏虚的典型表现；同时，津液耗伤日久可累及气，致气虚不能固表。“时时恶风”提示仍有轻微表邪未解（太阳表证未尽），但此时里热已成为主要矛盾，表证居于次要地位。“时时恶风”还提示可能因为里热太盛，逼迫津液外泄，导致大汗淋漓。汗出过多，不仅伤津，也会使肌腠疏松，卫气（负责温煦和固守体表的气）随津液外泄而耗伤，导致体表暂时失去温煦，从而出现一阵阵的怕风感觉。这本质上是 “里热大汗导致卫阳不固” ，而非外来的风寒邪气仍未解除。

白虎加人参汤针对阳明热盛、气津两伤的核心病机，通过清里热、益气津，使里热得清、气津恢复，人参既能生津，亦能补益中气以固表。若有轻微表邪未解，白虎加人参汤虽未直接解表，但可随热消退而解，体现“治病求本”的原则。若出现如此严重的里热津伤证时，不可看到“恶风”就误认为是纯表证而滥用发汗法。一旦误汗，必致津液枯竭，变证丛生。

本条为阳明气分热盛（无形热邪），热邪主要充斥于阳明气分，尚未与肠中糟粕相结。此时热邪以“弥漫蒸腾”为特点，耗伤的是全身津液，尤其是上、中焦津液，表现为“表里俱热、大渴、烦躁”等热盛津伤之象，但肠中糟粕未被热邪燥化凝结，故无腹痛、便秘、腹满硬痛等腑实表现。

腑实（燥结）为阳明腑证（有形实邪），需经历热邪逐渐深入，与肠中宿食糟粕相结，化燥成实的过程，病机以“热结肠道、腑气不通”为主，表现为大便秘结、腹满痛、潮热谵语等。二者虽同属阳明病，但前者是“热盛津伤而无实结”，后者是“热结津亏而有实邪”，阶段和病位不同。因此，本条虽热盛伤津明显，但因热邪未与肠中糟粕结合，故未成腑实，治疗以白虎加人参汤清热生津为主，而非攻下通腑。

《伤寒论》第 169 条：“伤寒无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。”

本条的核心病机是阳明气分热盛，兼气阴两伤。治疗需以白虎汤清热泻火、生津止渴，加人参益气生津，兼顾气阴之虚。

太阳伤寒，热邪深入阳明气分，正邪剧烈交争，但热邪多内敛于里，不能顺畅地向外透发，用手触摸体表可能不一定感到发烫，故“无大热”。

热邪耗伤津液，津液亏虚不能滋润口舌，故见“口燥渴”，且多伴“渴欲饮水”，这是热盛津伤的典型表现；热邪扰心，心神不宁，故“心烦”，反映热邪已影响神志，是热盛的进一步表现。

“背微恶寒”，并非表寒未解，而是因热邪内盛，津液耗伤，肌肤失于濡润，阳气被热邪约束而不能充分达于肌表，背部肌肤暂时失于温煦，导致轻微恶寒，与表证恶寒（伴脉浮、无汗等）本质不同。

热邪持续耗伤津液，同时气随津耗，白虎加人参汤中加入人参，正是针对热邪耗气、气阴两伤的病机，补益气阴以助生津止渴。

本条热是病本，虚是病果，热为主要矛盾。若被“背微恶寒”这一表面现象所迷惑，误以为表里同病，先行解表（如用麻黄、桂枝等辛温发汗药），会从根本上破坏人体的自我修复能力，导致病情急剧恶化。强行发汗，如“竭泽而渔”，体内本已枯竭的津液被强行调动外泄，会导致津液彻底耗竭。津伤则热无所制，里热会变得更加猖獗，好比火上浇油，会使“口燥渴、心烦”等症状急剧加重，甚至出现高热、谵语等热盛神昏之证。发汗不仅伤阴，同样耗气，导致气阴两伤加重，出现神疲乏力、脉虚数等，使病情复杂化。在津液枯竭和阳气衰败的双重打击下，人体最基本的生命物质“阴”与功能“阳”都遭到毁灭性破坏，可能导致亡阴亡阳、阴阳离决的危殆局面。

《伤寒论》第 170 条：“伤寒脉浮，发热无汗，其表不解，不可与白虎汤。渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。”**《伤寒论》第 222 条：**“若渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。

太阳伤寒，表证未解，不可与白虎汤；渴欲饮水（口干舌燥），无表证者，白虎加人参汤主之。此为白虎汤及白虎人参汤的禁忌证和使用原则，辨证要点在于区分热在卫分还是热在气分。

热在卫分（太阳表热证）：温邪初犯，郁于肌表肺卫。正气抗邪，欲驱邪外出。表现为发热、微恶风寒、头痛、口微渴、咽喉肿痛、舌边尖红、苔薄白或薄黄、脉浮数。最关键的是，必有表证（如恶寒、脉浮）。此时邪气虽热，但尚未深入脏腑，正气仍能与邪在表抗争，津液损伤较轻，治疗需“解表透热”（如用银翘散等），目的是给邪气以出路。

热在气分（阳明里热证）：卫分证不解，邪热内传，入里化热，炽盛于阳明气分，呈里热亢盛之象。表现为壮热（但恶热不恶寒）、大汗、大渴引饮、面赤、心烦、脉洪大或滑数。最关键的是，表证已罢，但恶热。此时津液已明显耗伤，治疗需“清热生津”（白虎汤类为代表），目的是清泄内在亢盛之火。

病在卫分，若使用气分寒凉药物，将本欲外透的邪气强行遏制、郁闭在体内，中医称之为冰伏。被冰伏的邪气不会自行消失，反而会因正气抗邪的通道被阻断，可能直接陷入营分、血分，或传入三阴，向更深、更里的部位传变。

热在卫分时，邪气在表，需通过解表使邪从外散；若混淆病位，误用白虎加人参汤这类寒凉重剂，会使肌表毛孔闭塞，卫分热邪被寒凉“冻结”，不能随汗

或解表而散，反而滞留体内，形成“寒包热”或邪热内郁的局面；大寒之药极易损伤脾胃阳气，导致病情加重或变得缠绵难愈。

（二）无水行舟

《伤寒论》第 233 条：“阳明病，自汗出，若发汗，小便自利者，此为津液内竭，虽硬不可攻之，当须自欲大便，宜蜜煎导而通之。若土瓜根及大猪胆汁，皆可为导。”

阳明病本就有热邪易伤津液的特点，患者原本就有自汗出（阳明热迫津液外泄），若再误用发汗法（如麻黄汤类），或小便自利（津液从下焦过度流失），会导致体内津液进一步耗伤。

津液通过汗、尿等途径大量丢失，使得肠道失去濡润，粪便因缺乏津液滋养而变得干硬，但这种便秘并非阳明热结（如燥屎内结），而是津液不足导致的“无水行舟”，属于虚性便秘。

津液内竭，虽大便而无满痛之苦，“虽硬不可攻之”（不可用承气汤类苦寒攻下），当待津液还胃，自欲大便，燥屎已至直肠，难出肛门之时，则用蜜煎润窍滋燥，导而利之。或土瓜根宣气通燥；或猪胆汁清热润燥，皆可为引导法，择而用之。

蜜煎导法，蜜煎就是煎蜜，把蜂蜜放到勺里，放火上煎，就是煎蜜。为什么要煎蜜？因为蜜里带有水分，煎一煎可以把水分给蒸发出去，黏度增大，最后就比较稠厚了。拿出来稍微冷却，见凉就变硬。两个手，抹上一点儿油，把蜜搓成个头锐、后面稍微粗的长条，这个地方有个凹陷。一共搓三枚，给肛门里送进去一个。一个不行，然后送进去第二个，第三个。这三个送完以后，护理人员或患者自己用一块干净的布把手包上，然后用大拇指在肛门里捂住，捂住以后要忍耐一会儿。不捂住不行，蜜见了凉就硬了，到肛门里见热就化了。大便硬是因为缺乏津液，蜜一融化，肠子里得到润滑，大便就下来了。下的时候不要马上松手，还要用手堵着。有旁流了、堵不住了，然后再放手，一下子大便就下来了。不要松手太早，还没等下来，一松手，蜜就下来了，这会影响导便的效果。

缺土瓜根这个方子，根据晋朝抱朴子葛洪《肘后方》，土瓜根的外导治导便不通法，土瓜根捣成汁，然后把它用竹筒往里倾斜着灌入肛门。

还一个法子，用大猪胆汁。胆汁一枚，泻出去一部分，和醋少许，以灌谷道内。古人用竹子，就是毛笔管，插口的笔头抹点油，现在用凡士林，纳入肛门，以便那个猪胆汁就能灌进去。一食顷当大便，就是灌上猪胆一小时大便就可以泻下来，猪胆灌肠比现代肥皂灌肠要好点。

密煎导法，病情轻者宜之，土瓜根又不易得，唯猪胆汁随地随时皆有。猪胆汁最苦，能泄而降，且猪之所食至为秽浊，则猪之胆汁，疏泄秽浊之力必巨，故借之以助排泄粪秽，最为合用。

中医在后汉时期就有了导便之法，是医学上的一个突破。根据中外医学史来验证、来考察，中国的导便之法，先于世界各国 500 年。

《伤寒论》第 320 条：“少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。”

这一条解释的焦点在“少阴病得之二三日，宜大承气汤”。六经传变有传阳经再传阴经，也有直中。此条直中少阴，排除传阳经再传阴经的可能，即排除其他转归的可能。言外之意，患者素体体弱，阳气亏虚，此为阴病，为脏病，比阳病凶险，故“急下之”。

少阴病本为心肾阴阳虚衰之证，但本条中“口燥咽干”是关键症状，提示邪热已深入少阴，灼伤肾阴（肾阴亏虚，不能滋润口舌），且热势较盛，有进一步耗竭阴液的危险。

此时若单纯滋阴，会使热邪滞留，加重阴伤；而用大承气汤急下燥结，可迅速清除热邪，阻止其继续耗伤阴液，达到“存阴”的目的，即“急下存阴”法。

本条体现了《伤寒论》中“治未病”的思想，即在阴液将竭未竭之时，及时采取果断措施，防止病情恶化。

《伤寒论》第 321 条：“少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，可下之，宜大承气汤。”

321 条接 320 条，除口燥咽干（口干燥）外，增补下利与心痛两个症状，“自利清水，色纯青，心下必痛”。

少阴病邪从热化，热邪与肠中糟粕相结，形成燥屎内阻（热结）。因燥屎坚硬阻塞肠道，肠中津液被热邪逼迫，不能从肠腔正常下行，反而从燥屎旁缝隙流出，表现为“下利清水”。青色在五行对应肝，而肠为“传导之官”，热结肠道，

邪热亢盛，灼伤津液，其排泄物因热邪峻烈而呈现深青色，反映了燥热内结的程度远超一般阳明腑实证，是少阴热化、热邪深重的特征。

热邪与燥屎结于肠道（尤其是小肠，对应“心下”部位），阻塞气机，导致腑气不通。气机阻滞不通则痛，故“心下必痛”。

少阴病本与心、肾相关，热邪内结不仅耗伤肾阴，还可影响心火（心与小肠相表里），热壅小肠则心下（小肠所在部位）气机阻滞加重，疼痛更为明显，体现了少阴热化与阳明热结的相互影响。

这两个症状均提示少阴热化证中，热邪与燥屎内结的程度更为严重，属于“热结旁流”的危重表现，故需用大承气汤急下存阴，通过攻下燥屎来清除热邪，挽救阴液。

《伤寒论》第 322 条：“少阴病，六七日，腹胀不大便者，急下之，宜大承气汤。”

320 条、321 条、322 条均属“少阴急下证”，核心是少阴阴亏与阳明热结并存，属少阴与阳明合病的危重情况。320 条以阴液耗伤的“口燥咽干”为突出表现，提示热结迅速耗伤少阴阴津，病情急迫；321 条在 320 条的基础之上，增加热结旁流、心下痛症状，提示热邪与燥屎内结的程度更为严重；322 条以阳明腑实的“腹胀不大便”为主，说明热结更甚，腑气壅滞明显，同样危及少阴阴液。

三者均体现了少阴病发展中阳明热结加重、阴液进一步耗伤的病机，可视为少阴阳明同病的重证，只是侧重点略有不同，均需通过急下阳明热结以保存少阴阴液，防止病情恶化。

322 条以“腹胀不大便”为核心症状，此处并非单纯的便秘，而是阳明腑实的典型表现。少阴病本为阴寒证（阳虚或阴虚），但病程迁延至六七日，邪气入里化热，与肠中糟粕相结，形成“阳明腑实”——热邪灼伤津液，导致肠燥屎结，腑气不通，故“不大便”。其特点是粪便燥硬、排便困难，且多伴随热象（如口干、烦躁等，虽条文未明言，但可从“急下”反推）。

阳明腑实形成后，燥屎内结，阻塞肠道，气机升降失常，浊气不得下行，逆而上壅，故出现腹部胀满。“腹胀不大便”的出现，标志着病情已从单纯少阴病转为少阴与阳明同病的危重阶段。

“腹胀不大便”是少阴病热化后，阳明腑实形成的关键指征，其本质是热结肠道、气机壅滞，且直接关联少阴阴液的存亡。张仲景通过这一症状，揭示了少阴病发展中“阳热内结、阴液将竭”的危重病机，强调需以急下阳明的手段挽救少阴之阴，体现了“治病求本”“急则治标”的诊疗思想。通过大承气汤攻下阳明燥结，迅速清除热邪，切断热邪耗阴的路径，从而“保存少阴阴液”（即“急下存阴”）。若延误治疗，阴液枯竭则会导致亡阴、甚至阴阳离决。

第九十二条　白虎汤、白虎人参汤

白虎汤出自《伤寒论》，由石膏、知母、甘草、粳米四味中药组成。功效为清热生津。主治阳明气分热盛证。

石膏：味辛、甘，性大寒，归肺、胃经，善清泻肺胃实热，为君药。

知母：味苦、甘，性寒，归肺、胃、肾经，既能清热泻火，又能滋阴润燥，助石膏清热，为臣药。

粳米、甘草：味甘，性平（甘草性平偏温），归脾、胃经，益胃生津，调和药性，防止石膏、知母苦寒伤胃，为佐使药。

石膏与知母的配伍：二者合用，清热泻火之力倍增，并能滋阴润燥。甘草与粳米的配伍：既能顾护胃气，又能生津止渴，使清热而不伤胃气

白虎加人参汤是《伤寒论》中的经典方剂，白虎汤基础上加人参。具有清热、益气、生津的功效。白虎加人参汤主要用于清热生津、益气润燥，适用于治疗气分实热证和气津两伤的症状，如高热烦渴、汗出不止、脉洪大无力等

人参：味甘、微苦，性微温，归脾、肺、心经，能大补元气、生津止渴。

白虎汤纯为清热生津，针对热盛而气阴未明显损伤者；白虎人参汤因加入人参，在清热的同时兼顾益气生津，适用于热盛且已出现气阴耗伤（如乏力、脉洪大而虚）的情况。

白虎汤以苦寒（石膏、知母）为主，辅以甘平调和；白虎人参汤在苦寒清热基础上，增加了人参的甘温补气之性，使方剂兼顾清、补，适用于热盛兼气虚的复杂证候。

白虎汤针对的是实热导致的燥渴，属于“实燥”范畴。其病机是阳明气分热盛，热邪蒸腾津液，导致津液被耗伤而出现口渴（大渴引饮）、舌燥等症状，但

此时气阴尚未明显亏损，机体正气仍足，以热盛为主要矛盾，故以清热生津为主，清除热邪以救津液。

白虎人参汤针对的是热盛同时已出现气阴耗伤的燥渴，可归为“虚燥”（或虚实夹杂之燥）。此时不仅有热邪伤津的口渴，还因热邪耗气，出现气虚表现（如气短乏力、精神疲惫、脉洪大而虚），属于热盛兼气阴两伤，故在清热的同时加人参益气生津，兼顾补虚。

简言之，二者均与热邪伤津相关，区别在于是否伴随气阴亏虚：白虎汤对应“热盛津伤而气未虚”的实燥，白虎人参汤对应“热盛津伤且气已虚”的虚燥（或虚实夹杂之燥）。

第九十三条　调胃承气汤

调胃承气汤出自《伤寒论》，由大黄、芒硝、甘草三味药组成。从形色性味角度解析其配伍意义，可更清晰理解其“调和胃气、软坚润燥”的功效特点。

大黄：多为类圆柱形，表面黄棕色至红棕色，断面颗粒性，中心可见星点（异型维管束），气清香，味苦而微涩。性味，苦寒。苦能泄降，寒能清热，归脾胃、大肠经，善荡涤胃肠实热积滞，是攻下热结的核心药物，能通腑泻热、推陈致新。

芒硝：为棱柱状、长方形或不规则晶体，无色透明或类白色半透明，质脆易碎，断面呈玻璃样光泽，味咸微苦。性味，咸苦寒。咸能软坚润燥，苦能泻下，寒能清热，归胃、大肠经，可软化燥结的粪便，增强泻下之力，针对肠中燥屎坚硬难下之证。

甘草：根呈圆柱形，表面红棕色或灰棕色，断面黄白色，有裂隙，具明显的形成层环纹及放射状纹理，气微，味甜而特殊。性味，甘平。甘能补益、调和，性平不偏，归脾胃经，在此方中既能缓和大黄、芒硝的峻烈之性，避免过度泻下损伤胃气，又能调和诸药，使攻下而不伤正。

三药配伍，体现了“苦寒泻热、咸寒软坚、甘缓和中”的结合。大黄苦寒攻下，荡涤热结；芒硝咸寒软坚，润燥通便，二者相须为用，增强泻热通腑之力，针对阳明腑实的“燥结”本质。甘草甘平调和，制约大黄、芒硝的苦寒峻猛之性，使泻下作用更为缓和，不致骤下伤胃，故方名“调胃”，强调其在攻下同时兼顾胃气的特点。

这种配伍适用于阳明腑实轻证或热结初成、燥屎不甚坚硬者，以“蒸蒸发热”“心烦”“腹胀满”等热结而腑气不畅之证为目标，通过性味的协同作用，达到“泻热和胃、软坚通便”的效果。

第九十四条　小承气汤

小承气汤出自《伤寒论》，由大黄、厚朴、枳实三味药组成，与调胃承气汤相比，共有的大黄可参照前文，此处重点解析厚朴、枳实的形色性味及其与大黄的配伍意义。

厚朴：多为卷筒状或双卷筒状，外表面灰棕色或灰褐色，有纵皱纹，内表面紫棕色或深紫褐色，较平滑，质坚硬，断面颗粒性，气香，味辛辣、微苦。性味，苦、辛，温。苦能降泄，辛能行散，温能通阳（此处非温补，而是助气机流通），归脾胃、大肠经，善行气燥湿、消积除满，能破除胃肠壅滞的气机，缓解腹胀。

枳实：呈半球形，外果皮黑绿色或暗棕绿色，具颗粒状突起和皱纹，切面中果皮黄白色或黄褐色，边缘有 1-2 列油室，质坚硬，气清香，味苦、微酸。性味，苦、辛、酸，微寒。苦能降气，辛能散结，酸能收敛（此处偏于助气机沉降），归脾胃、大肠经，功专破气消积、化痰散痞，可增强胃肠蠕动，疏导壅滞的腑气，与厚朴协同增强理气除满之力。

小承气汤以“通腑导滞、行气除满”为核心，其配伍体现了“泻下与行气并重”。大黄苦寒攻下，荡涤肠中燥结，为泻热通腑的基础；厚朴、枳实均具辛散苦降之性，能行气破滞：厚朴偏于“除满”，通过辛温行散破除胃肠壅滞的胀气；枳实偏于“破结”，以苦辛降泄推动腑气下行，二者相合，增强肠道气机流通，助大黄排出燥屎，同时直接缓解“腹胀”这一突出症状。

与调胃承气汤（大黄+芒硝+甘草）相比，小承气汤无芒硝之咸寒软坚，故攻下燥结之力稍缓；无甘草之甘缓，而行气除满之力更专，适用于阳明腑实以“腹胀满、大便硬”为主，燥结程度较轻的情况。

第九十五条　大承气汤

大承气汤出自《伤寒论》，由大黄、芒硝、厚朴、枳实四味药组成，其中大黄、芒硝可参照调胃承气汤解析，厚朴、枳实可参照小承气汤解析，以下从形色性味角度聚焦四药配伍的整体意义。

大承气汤是“攻下峻剂”，其配伍体现了苦寒泻下、咸寒软坚、辛行苦降的合力：大黄苦寒，荡涤热结，通腑泻热；芒硝咸寒，软坚润燥，软化燥屎，二者相须，增强“泻热通便”之力，针对肠中燥硬积滞（“燥屎”）；厚朴苦辛温，行气除满；枳实苦辛微寒，破气消积，二者协同，强化“行气导滞”之功，破除胃肠壅滞的气机，缓解严重腹胀（“腹满不减”）。

四药合用，形成“泻下、软坚、行气”三重作用：与调胃承气汤相比，无甘草之甘缓，攻下之力更峻猛；保留芒硝，软坚润燥作用突出，针对燥结更甚之证；与小承气汤相比，增加芒硝的咸寒软坚，能攻坚破结，对付坚硬燥屎；厚朴、枳实用量更重（《伤寒论》原方中二者用量大于小承气汤），行气除满之力更强，适用于腹胀剧烈、腑气壅滞严重的情况。

这种配伍针对阳明腑实重证（“痞、满、燥、实”俱备），通过苦寒泻热、咸寒软坚、辛行破滞的协同，实现“急下存阴”的目的，迅速清除肠中热结，阻止热邪耗伤阴液。

第三节　阳明湿化证

第九十六条　阳明湿化证，是指外感病邪（尤以湿热为多）传入阳明，或素体脾虚湿盛，导致阳明胃肠气机为湿邪所困，以“湿胜则濡”　为核心病机，以“湿遏热伏、气滞失运”为特征的一类病证。其本质是阳明“多气多血”之体在病理状态下，脾运失职，湿浊内生或外湿内侵，郁阻中焦，困遏阳气，甚则郁而化热，使胃肠受纳、腐熟、传导功能失常的病变过程。

阳明湿化证以湿阻中焦 ，气机升降失司 ，脘痞、腹胀、呕恶、便溏；湿遏阳气，身热不扬、脘痞腹胀、便溏不爽、苔腻脉濡　为临床特征，本质为“湿胜则濡”　的气分病证。初起湿重于热（可表现为湿温困阻，类似白虎加苍术汤证），进而湿热并重（茵陈蒿汤证），终成寒湿困脾（理中汤证）。其治不在攻下，而在宣化湿浊、透达气机，使“湿去热孤”或“温化寒湿”。

第九十七条　阳明湿热证

阳明湿热证是指阳明湿化证中，湿邪与热邪胶结于中焦，以“湿遏热伏，气机壅滞”为核心病机，以身热缠绵、渴不多饮、便溏不爽、舌苔黄腻为典型表现的证候。其本质是湿郁化热或外感湿热，困阻阳明胃肠，导致升降失司，浊热内蕴。

《伤寒论》第 199 条：“阳明病，无汗，小便不利，心中懊憹者，身必发黄。”

湿热郁阻于阳明（脾胃波及肌表），湿性黏滞，易阻塞气机、黏滞经脉。湿热互结，熏蒸肌表，但湿邪困遏，导致卫气被郁、毛窍闭塞，汗液无法正常宣泄，故无汗。

湿热内蕴，脾胃受困，运化失常，湿邪不得从下焦水道排出。湿热下注膀胱，影响膀胱的气化功能，导致水液代谢障碍，尿液排泄不畅，故小便不利。

湿热郁蒸，上扰心神。阳明与心通过经络相联系（如足阳明胃经“上通于心”），湿热之邪可循经上扰，或因湿热阻滞中焦，气机不畅，浊气上逆扰心，导致心中烦躁、闷乱不宁（即“懊憹”）。

湿热郁遏，熏蒸肝胆。阳明湿热无法通过汗（表）、小便（里）排出，郁积于体内，进而影响肝胆的疏泄功能。肝主疏泄，若被湿热所困，胆汁不得正常疏泄而反溢于肌肤、黏膜，便形成黄疸（身黄、目黄、尿黄）。因本证为湿热所致，故黄色多鲜明（属阳黄范畴）。

综上，阳明湿热郁遏，湿热既不能从汗孔外泄（无汗），又不能从小便排出（小便不利），郁积体内熏蒸肝胆、上扰心神，最终导致发黄与心中懊憹，体现了阳明湿热“郁、阻、蒸”的病理特点。

在湿热合邪中，湿邪裹挟、粘滞、困遏了热邪，导致热邪不能向外透达（故无汗，非表闭），也不能顺畅向下清泄（故小便不利）。此“热郁于湿中”之态，是阳明湿热证区别于阳明气分实热证（白虎汤证）的关键。

此条为阳明湿热发黄的提纲。其治疗大法是清热利湿、通郁退黄，代表方剂如茵陈蒿汤（茵陈蒿、栀子、大黄）。茵陈蒿为退黄专药，栀子清利三焦湿热从小便出，大黄通腑泻热导湿热从大便出（虽条文中未提大便，但临床常伴腑气不畅）。栀子同时是治疗“懊憹”的要药（如栀子豉汤）。若热重于湿，可考虑栀子柏皮汤；若湿重于热，可考虑茵陈五苓散。

《伤寒论》第 221 条：“阳明病，脉浮而紧，咽燥口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒反恶热，身重。若发汗则燥，心愦愦，反谵语。若加温针，必怵惕，烦躁不得眠。若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊憹，舌上苔者，栀子豉汤主之。”

221 条核心病机为阳明湿热郁滞，热扰气机且热重于湿，其症状与误治反应均围绕这一核心展开。

阳明热盛基础：“发热汗出、不恶寒反恶热”，是阳明病里热炽盛的典型特征，提示邪已入里化热，病位在阳明（胃与大肠）。

湿邪阻滞之象：“身重”是湿邪黏滞重浊的表现；“腹满而喘”，因湿热阻滞中焦，气机不畅，腑气壅滞，进而影响肺气宣降；“脉浮而紧”，非太阳表寒之脉，而是湿热郁蒸、气机被遏，热有外越之势故脉浮，湿阻气机故脉紧，为湿热胶结的反映。

湿热上扰之症：“咽燥口苦”，因热邪伤津、湿热熏蒸上扰所致，体现热邪偏盛的特点。

阳明湿热以热为主，湿邪为辅，治疗当以清宣郁热、兼化湿邪为法，若误用治法，会加重热势或损伤正气：

误用发汗：汗法易伤津液，使热邪更盛，热扰心神则躁、心愦愦（神识昏乱）、谵语。本条核心病机是阳明湿热郁滞、热重湿轻，治疗本应清宣郁热，若误用发

汗法（汗法适用于表证，此处为里热证），不仅不能祛邪，反而会耗伤津液、助热生火。热邪因发汗而更盛，上扰心神，原本无谵语之症，却因误治出现了“谵语”（神志不清、胡言乱语），故用“反”字突出这种“误治导致病情反常加重”的特点，提示治法与病机相悖时的不良转归，也反衬出辨证施治的重要性。

误用温针：温针助火伤阴，热邪内扰心神，导致怵惕（恐惧不安）、烦躁不得眠。

误用攻下：下法损伤胃气，使胃中空虚，湿热之邪（客气）乘虚上扰胸膈，出现心中懊憹（烦热不安）、舌上苔腻（湿热未尽之象）。

治法，栀子豉汤主之。栀子豉汤中，栀子苦寒清热，豆豉轻宣透达，二者配合清宣胸膈郁热，针对湿热郁滞中焦、热邪上扰胸膈的病机，通过透热外出以缓解“心中懊憹”等症，体现了“清热宣郁”治阳明湿热且偏热郁的思路。

《伤寒论》第 236 条：“阳明病，发热汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，剂颈而还，小便不利，渴饮水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”

阳明燥化，发热汗出热越，身不发黄。阳明湿化，湿热以阳明（胃肠为主）湿热蕴结为核心，表现为湿与热相互搏结，阻碍气机、影响运化，进而引发一系列症状。

阳明湿热中，热性炎上，湿邪黏滞。湿热郁蒸，热欲向外透散，被湿邪阻滞，但上焦气化尚通而中下焦气机壅闭，无法畅达全身，仅能熏蒸于上，故见头部出汗，而身体其他部位无汗，汗出至颈部即止，“但头汗出，身无汗，剂颈而还”。

湿热蕴结于中焦，影响脾胃运化及水液代谢。湿热困阻下焦，膀胱气化失司；兼热邪耗津，源流不足，故小便短赤不利。

热邪耗伤津液，使体内津液不足，故产生口渴感；但因湿邪内停，阻碍津液的正常输布，然湿邪内停，水入不化，反助湿邪，热盛津伤则渴欲饮水，故虽饮而不解渴，且多喜温稀汤水，“渴饮水浆”，以图暂时滋润。

湿热郁蒸，气机不畅，肝胆疏泄失常，胆汁不循常道而泛溢肌肤，便形成黄疸（身黄、目黄、小便黄）。此即“瘀热在里”（湿热郁滞体内）所致的阳明湿热发黄证。此“瘀热”实为湿热郁遏气机，壅滞三焦，如油入面，难分难解。相较 199 条之湿热郁闭，本条热势更显，故见渴饮、头汗等热蒸之象

阳明湿热互结、郁蒸不解，“茵陈蒿汤主之”，通过清热利湿退黄，直击病机以缓解诸症。茵陈蒿汤中，大黄通腑泻热，开气机之壅闭；栀子导湿热从小便出；茵陈蒿专疏肝胆郁滞。三药分消前后，使湿热瘀结得解。若纯利小便（如五苓散）则热无出路；若仅清泄（如栀子柏皮汤）则湿壅不除，故必用大黄通腑逐瘀。

《伤寒论》第 260 条：“伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。”

伤寒病至七八日，邪气入里化热，若患者素体有湿，或病程中湿邪内生，热与湿相合，形成湿热之证。

湿热阻滞中焦，脾胃运化失常，气机不畅则见“腹微满”；湿热下注，膀胱气化不利，津液代谢失常，故“小便不利”；湿热熏蒸肝胆，导致肝胆疏泄失职，胆汁不循常道而泛溢肌肤，故“身黄如橘子色”（黄色鲜明，为阳黄的典型表现）。

病邪由表入里，邪热与湿相合，形成湿热郁滞之证，病位主要在中焦（脾胃）和肝胆。

湿热胶结，阻滞气机，影响津液代谢（小便不利），进而加重黄疸，呈现出湿热壅滞、气机不畅的进行性发展趋势，需及时清利湿热以祛邪。

茵陈蒿汤中茵陈、栀子、大黄协同作用，正是针对此湿热壅滞的病机，通过清利湿热、通腑泄浊以退黄。

《伤寒论》第 261 条：”伤寒，身黄发热，栀子柏皮汤主之。”

此条核心病机为阳明湿热郁蒸，热重于湿，无明显腑实，其病机、症状与治法均围绕阳明湿热郁蒸、热势偏盛的特点展开，体现《伤寒论》对湿热证“分证施治”的思路。

病机核心：湿热郁于阳明，热势偏盛。伤寒邪入阳明，与体内湿邪相结，形成湿热证。湿邪与热邪胶着，壅滞中焦，影响肝胆疏泄，胆汁不循常道而外溢肌肤，故见“身黄”（黄疸）。

身黄：阳明属中焦，湿热郁于中焦，肝胆受扰，胆汁外溢，是湿热发黄的核心标志，体现了阳明湿热影响气机升降、胆汁代谢的病理。

发热：热邪在阳明（里），正邪相争，或热邪独盛，故发热持续，此热非表热，而是湿热内蕴所致的里热。

黄疸的形成核心是“湿热不得宣泄”。湿邪黏滞，热邪被湿邪裹结，易阻塞肌表气机，使津液不得正常输布为汗。若汗能畅出，热邪可随汗外泄，湿邪也能部分消散，便不易形成黄疸。第 261 条虽未明言无汗，但结合湿热发黄的共性，可知“汗不得外越”是湿热郁于肌表、不得宣散的必然结果——湿阻汗孔，热邪无以外泄，只能与湿邪合而熏蒸肌肤，导致黄疸。

湿邪的排泄依赖小便通畅。阳明湿热证中，湿与热结，易影响下焦水道：热邪灼伤津液，或湿邪阻塞膀胱，均可导致“小便不利”。若小便通利，湿邪可随尿排出，湿热分离，则黄疸难成。第 261 条虽未直接提“小便不利”，但栀子柏皮汤中栀子能“通利小便”，正说明方药针对的是“湿不得外泄”的病机，反证“小便不利”是潜在的必然表现（可能程度较轻，未如茵陈蒿汤证那般明确）。

无论是第 261 条栀子柏皮汤证，还是茵陈蒿汤证、麻黄连轺赤小豆汤证，黄疸的形成均需满足“湿热不得宣泄”：汗不得越（无汗/汗少）则湿无出路，小便不利则湿无下泄，二者共同导致湿热郁蒸、胆汁外溢。因此，第 261 条的“身黄”虽未明言，但隐含这两种现象，是湿热发黄病机的必然体现，也印证了《伤寒论》“湿郁热蒸则发黄”的核心逻辑。

治法与方药：清热为主，佐以利湿。栀子柏皮汤由栀子、黄柏、炙甘草组成，针对“热重于湿”的阳明湿热病机。栀子苦寒，清泻阳明（及三焦）湿热，既能清热又能利湿，为治黄要药；黄柏苦寒，增强清热燥湿之力，专攻湿热之邪；炙甘草调和药性，防苦寒伤胃。

全方共奏“清热利湿退黄”之功，通过清泻阳明热邪为主，兼以祛湿，使热退湿减，黄疸自消，适用于无明显腑实的热重湿轻型阳明湿热发黄证。

《伤寒论》第 262 条：”伤寒，瘀热在里，身必黄，麻黄连轺赤小豆汤主之。”

此条为阳明湿热兼表邪郁遏，其病机核心是阳明湿热与表邪相互搏结，内外壅滞致发黄，症状隐含表闭无汗等表证，治法需表里双解，体现《伤寒论》对湿热发黄“分表里、别轻重”的辨证思路。

“瘀热在里”的“瘀”并非单纯瘀血，而是指湿热郁滞、壅遏不行（“瘀”含“郁滞”之意）。邪入阳明，与体内湿邪相结，形成湿热（里证），这是“在里”的核心——湿热郁于中焦，影响肝胆疏泄，胆汁外溢则“身必黄”。

“伤寒”余邪未解：外感寒邪（或表邪未散）郁于肌表，导致毛窍闭塞（无汗），与在里的湿热形成“内外合邪”。表邪不解则气机郁遏，加重里湿不得外泄；里湿热不除则热势内蕴，又助表邪郁闭，二者相互影响，共同导致黄疸。

身黄：仍是阳明湿热熏蒸、胆汁外溢的结果，但因兼表邪郁遏，湿热郁滞更甚，黄疸多鲜明（湿热特征）。

隐含表证表现：条文未明言表证，但结合方药（麻黄、杏仁等解表药）及病机，必伴随无汗（表邪闭郁，汗不得出）、可能有微恶风寒或身痒等表邪未解之象。与 261 条栀子柏皮汤证（纯里热）、茵陈蒿汤证（里热兼腑实）相比，本条的关键区别是兼表邪郁滞。

发热特点：因表里合邪，发热多为外有表邪郁遏、内有湿热熏蒸的复合热型，不同于单纯里热的“蒸蒸发热”，可能伴身热无汗、热势因表闭而不易外达。

治法与方药：解表散邪+清利湿热，表里双解。

麻黄连轺赤小豆汤由麻黄、杏仁、生姜（解表散邪，开泄肌表），连轺（连翘根）、赤小豆、生梓白皮（清利阳明湿热，退黄），甘草、大枣（调和脾胃）组成，针对“阳明湿热兼表邪”的病机：

先以麻黄、杏仁等开表散邪，使表邪从汗而出（解除“汗不得越”），为里湿外散开辟通道；再以连轺、赤小豆等清利阳明湿热，使湿从下焦而去（兼顾“湿不得泄”）；表里同治，使内外之邪分消，湿热得解，黄疸自退。

第九十八条　阳明寒湿证

阳明寒湿证是指阳明湿化证中，素体中阳不足，湿从寒化，以“寒湿困脾，阳气不运”为核心病机，以畏寒肢冷、口淡不渴、便溏清稀、舌淡苔白　为典型表现的证候。其本质是太阴阳虚（脾阳不振）累及阳明，寒湿内停，导致气化无权，升降凝滞。

《伤寒论》第 195 条：“阳明病，脉迟，食难用饱，饱则微烦头眩，必小便难，此欲作谷瘅。虽下之，腹满如故，所以然者，脉迟故也。”

195 条核心脉象“脉迟”。脉迟主寒、主湿、主气机阻滞。本条中“脉迟”是辨别病机的关键，提示阳明病并非单纯热证，还会存在中阳不足、寒湿内停的情况。

中阳虚弱，运化无力，故“食难用饱”；进食过饱则加重脾胃负担，寒湿郁滞，气机不畅，上扰则“微烦头眩”，湿阻下焦则“小便难”，此为“欲作谷疸”（因饮食不化、寒湿郁滞所致的黄疸）的前期表现。

脉迟提示病性属寒属湿，病位在中焦脾胃，而非阳明热实。若误以阳明热实证用攻下法，会更伤中阳，导致寒湿更盛，故“腹满如故”。

此处“脉迟”是判断不可攻下的重要依据，反映了中阳不足、寒湿内停的本质，治疗当以温化寒湿、健运中阳为主，而非苦寒攻下。

《伤寒论》第 259 条：“伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也。以为不可下也，于寒湿中求之。”

患者先患“伤寒”（外感寒邪），经发汗治疗后，外感表邪虽解，但可能因发汗太过或患者素体脾虚，导致脾阳受损，运化功能减弱。脾主运化水湿，脾阳不足则湿邪内生，加之未尽之寒邪入里，形成“寒湿”之邪留滞体内。

寒湿相合，困遏中焦脾胃，致使肝胆疏泄失常（“土壅木郁”），胆汁不循常道，溢于肌肤、面目，发为黄疸（即“身目为黄”），“所以然者，以寒湿在里不解故也”。因寒湿为阴邪，故黄疸色泽多晦暗（属阴黄范畴），与湿热所致的阳黄（色泽鲜明）形成对比。

寒为阴邪，易伤阳气，导致脾阳更虚，进一步加重湿邪停滞，形成“寒湿互结”的恶性循环。湿为阴邪，黏滞重浊，易困脾胃，阻碍气机，故除黄疸外，多伴见腹胀、便溏、纳差、肢体困重等湿阻脾胃之症。

病位在“里”（脾胃、肝胆），病性属阴寒证（非阳热证），无热象（如黄疸晦暗、口不渴、苔白腻、脉濡缓等），与湿热黄疸（阳黄，属阳热证）性质相反。

因本证为寒湿内蕴，属虚中夹实（脾阳不足为本，寒湿内停为标），而非热结胃肠的实热证，故“以为不可下也”。若误用攻下，会进一步损伤脾阳，加重寒湿困脾，导致病情恶化。

“于寒湿中求之”，提示治疗应针对“寒湿”病机，以温化寒湿、健脾助运为法（如后世常用的茵陈术附汤类方剂），通过温阳散寒、燥湿利湿，恢复脾的运化功能，使寒湿去、胆汁循常，则黄疸自退。

《伤寒论》第 278 条：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，系在太阴。太阴当发身黄，若小便自利者，不能发黄。至七八日，虽暴烦下利日十余行，必自止，以脾家实，腐秽当去故也。”

278 条的核心病机是正邪斗争从“表”向“太阴”的动态演变：正不胜邪则病入太阴，正邪在太阴相持；若脾阳恢复（正胜），则通过排邪（下利）使病愈，体现了《伤寒论》“扶正祛邪”“邪去正安”的治疗思想。

初期：正邪相争于表，病势向太阴转移

外感病初期，邪气侵袭肌表，正邪在表相争。但若正气相对不足，无力在表彻底抗邪，病势便会向内传变，累及太阴（脾）。此时脉象由浮紧（表寒）转为浮缓，且“手足自温”（区别于少阴的手足厥冷），提示邪已入太阴，脾阳受困但尚未完全衰败，这是正邪斗争从表转向里（太阴）的过渡阶段。

太阴阶段：湿邪内停，正邪在里相争

太阴为湿土，邪入太阴后，易致脾失健运，湿邪内停。若湿邪郁而化热，湿热熏蒸肝胆，可出现黄疸；若湿浊从寒化，阳虚不温， 阳明寒湿证（阴黄/腹满）；若“小便自利”，说明湿有出路，湿热不盛，则“不能发黄”。此时正邪在太阴的核心矛盾是“湿邪内停与脾阳抗邪”的拉锯。

后期：脾阳恢复，正胜邪退

若正气渐复，脾阳振奋（“脾家实”），则能驱除湿浊等病理产物（“腐秽”）从肠道排出，表现为“暴烦下利日十余行”。“暴烦”为脾阳奋起抗邪，正邪剧烈交争，非热扰心神。这种下利是正气主动祛邪的表现，随着邪浊尽去，下利“必自止”，最终正胜邪退，疾病向愈。

《伤寒论》第 243 条：”食谷欲呕，属阳明也，吴茱萸汤主之。得汤反剧者，属上焦也。”

此条以“呕”为核心症状，通过病位（中焦、上焦）和病机（寒、热）的差异区分为两个证型：

阳明属胃，位于中焦，主受纳腐熟水谷，其气以降为顺。若中焦虚寒，脾胃腐熟、运化功能减弱，寒饮内生，阻碍胃气下降，反而上逆，引发“食谷欲呕”——进食后胃腑受纳负担加重，寒饮与谷气相搏，上逆之势更显。核心病机为中焦虚寒，寒饮阻胃，胃气上逆（属寒）。吴茱萸是个大热之药，是个辣药，辣里

带苦味，又辣又苦。辣就是辛，辛能够散寒，辛又能够健胃，它又苦，苦又能够降，是治胃寒的呕吐最理想的一个药。“吴茱萸汤主之”，吴茱萸汤，温胃散寒、降逆止呕，契合中焦虚寒的病机。

上焦涉及少阳（胆与三焦），胆依附于肝，其气亦主降，且与胃相通（“胆随胃降”）。若热邪客于上焦少阳，热邪循经犯胃，或胆气因热而上逆，进而影响胃气下降，导致呕逆。“得汤反剧”，提示若误用温燥的吴茱萸汤，会加重上焦热邪，使热邪更盛、胃气上逆更剧，说明此呕的病机为上焦热邪犯胃（属热），与中焦寒饮截然不同。上焦少阳与胃在生理上通过气机升降相联系，热邪扰少阳则影响胃降，故呕虽表现在胃，病本在于上焦少阳热邪。

243 条通过“食谷欲呕”及“得汤反剧”的表现，区分了呕的两种病机：中焦阳明寒饮，因虚寒致胃气不降，属寒，治以温降；上焦少阳热邪，因热邪扰胃致胃气上逆，属热，禁温燥。核心在于通过病位（中焦/上焦）与病性（寒/热）的差异，精准判断胃气上逆的根源，体现《伤寒论》“辨证论治”的思想。

第九十九条　栀子豉汤、栀子柏皮汤

栀子豉汤是《伤寒论》中的经典方剂，由栀子和淡豆豉两味药组成，主治热郁胸膈证，表现为虚烦不眠、心中懊憹（烦闷感）等。其核心作用为清热除烦、宣发郁热，适用于外感热病初期或余热未清阶段。

栀子：色红黄，性寒，味苦，质轻浮，归心、肺、三焦经，善清泻心、胃、胸膈之热，兼能除烦。

豆豉：色黑或黄，性平（偏凉），味辛甘，气香，能宣散郁热、和胃除烦，助栀子透热外出。

功效特点：以“清宣郁热”为主，针对热郁胸膈证，症见心烦不得眠、胸中懊憹（烦热不安）、舌苔微黄等，通过栀子清热、豆豉宣透，使郁热从肌表或上焦散出。

栀子柏皮汤是中医经典方剂，出自《伤寒论》，具有清热利湿、退黄的功效，由栀子、黄柏、炙甘草三味药组成。主要用于湿热郁蒸引起的黄疸、发热、小便短赤等症。其组方精简，药性平和，是治疗湿热黄疸的常用方之一。

栀子：同上，清热除烦。

黄柏：色黄，性寒，味苦，归肾、膀胱、大肠经，善清下焦湿热，燥湿解毒。

炙甘草：色黄白，性平，味甘，调和诸药，防苦寒伤胃。

功效特点：以“清利湿热”为主，针对湿热黄疸轻证，症见身目发黄（色泽鲜明）、发热、口渴、小便黄赤、舌苔黄腻等，通过栀子清三焦湿热、黄柏泻下焦湿热，甘草调和，共奏清热利湿退黄之效。

栀子豉汤与栀子柏皮汤两者区别：

栀子豉汤：热郁胸膈证（如外感热病后期余热未清、情志不舒致郁热等），以烦热不安为核心。用豆豉宣透郁热，无燥湿药，偏于“宣散”。

栀子柏皮汤：湿热黄疸轻证（如急性肝炎、胆囊炎等属湿热者），湿热蕴结（偏重于湿与热结合），以黄疸、湿热表现为核心。用黄柏燥湿清热，加甘草调和，偏于“清利”。

第一百条　茵陈蒿汤、茵陈五苓散

茵陈蒿汤，中医方剂名，出自《伤寒论》，为祛湿剂。由茵陈蒿、栀子、大黄三味药物组成，具有清热，利湿，退黄之功效。主治湿热黄疸。症见一身面目俱黄，黄色鲜明，发热，无汗或但头汗出，口渴欲饮，恶心呕吐，腹微满，小便短赤，大便不爽或秘结，舌红苔黄腻，脉沉数或滑数有力。

茵陈蒿：味苦、辛，性微寒，质轻浮，能清利湿热、利胆退黄，为君药；

栀子：味苦，性寒，质清降，善清三焦湿热，导湿热从小便出，为臣药；

大黄：味苦，性寒，质沉降，能通腑泻热、逐瘀通滞，导湿热从大便出，为佐药。

功效特点：三药配伍，苦寒清泄之力强，侧重于“通利二便”，清除体内湿热瘀滞，适用于湿热黄疸（阳黄），症见身目发黄鲜明、口苦、尿黄、大便秘结或不爽等。

茵陈五苓散，中医方剂名，出自《金匮要略》。是由茵陈蒿+ 五苓散（猪苓、茯苓、泽泻、白术、桂枝）等六味中药组成的经典方剂，具有温阳化气、利湿行水之功效，主治湿热黄疸湿重于热证，症见小便不利、水肿腹胀等。

茵陈蒿：同上，清热利湿退黄；

五苓散：猪苓、茯苓、泽泻甘淡渗湿，导湿热从小便出；白术苦温健脾燥湿；桂枝辛温通阳化气，助湿邪运化。

功效特点：以茵陈清利湿热，五苓散渗湿利水、健脾化气，整体药性偏平和，侧重于“利水渗湿”，兼顾健脾通阳，适用于湿热黄疸（阳黄）兼湿重于热，或湿热内蕴、水湿不化者，症见身目发黄、头身困重、腹胀、尿少、大便溏薄等。

茵陈蒿汤与茵陈五苓散两者的核心区别：

功效侧重：茵陈蒿汤苦寒清泄力强，主攻湿热瘀滞，通利二便；茵陈五苓散渗湿利水为主，兼健脾通阳，偏于利水渗湿。

适用证型：茵陈蒿汤适用于湿热并重或热重于湿的阳黄；茵陈五苓散适用于湿重于热的阳黄，或湿热兼水湿内停者。

第一百零一条　吴茱萸汤

吴茱萸汤是《伤寒论》中的经典方剂，具有温中散寒、降逆止呕的功效，主治肝胃虚寒、浊阴上逆引起的头痛、呕吐、脘腹冷痛等症。吴茱萸汤由吴茱萸、人参、生姜、大枣四味药组成。

吴茱萸（君药）：本品为芸香科植物的果实，呈球形或略呈五角状扁球形，表面暗黄绿色至褐色，质硬而脆，气味浓烈。味辛、苦，性热，有小毒；归肝、脾、胃、肾经。辛能散能行，可温散中焦寒邪，疏通被寒邪阻滞的胃气；苦能降能泄，可降逆止呕，针对胃气上逆之证；热，善温里散寒，直击中焦虚寒之本，驱散胃中寒饮。作用核心：温胃散寒、降逆止呕，是针对“中焦虚寒、胃气上逆”病机的关键药物。

生姜（臣药）：根茎呈不规则块状，表面黄白色或淡棕黄色，断面有明显环纹，气味芳香。味辛，性温；归肺、脾、胃经。辛发散走窜，既能助吴茱萸温散中焦寒邪，又能宣通胃气，增强散寒之力；温性性较吴茱萸更为平和，但走表入里，可温胃止呕，且能宣散胃中寒饮凝结。作用核心：助君药散寒，同时降逆止呕，强化“温散+降逆”之功。

人参（佐药）：根呈圆柱形或纺锤形，表面灰黄色，断面黄白色，质地坚实，气微香。味甘、微苦，性平；归脾、肺、心经。甘能补能缓，可补益中焦脾胃之气，弥补因虚寒导致的胃气虚弱：微苦性平，无燥热之弊，既能助脾胃运化，又能防止吴茱萸、生姜温燥太过伤气。作用核心：补中益气，复脾胃运化之力，使“散寒降逆”的同时兼顾正气，避免攻邪伤正。

大枣（使药）：果实呈椭圆形或球形，表面暗红色，果肉肥厚，味甜。味甘，性温；归脾、胃经。甘温补益，能助人参健脾益气，同时缓和吴茱萸的燥烈之性（“甘能缓急”）。与生姜、吴茱萸相协，共助中焦散寒，且能调和脾胃气机。作用核心：益气和中、调和诸药，使全方温而不燥、补而不滞。

吴茱萸汤通过药物性味的协同，紧扣“中焦虚寒、胃气上逆”病机：吴茱萸（辛、苦、热）为核心，散寒降逆；生姜（辛、温）助其散寒止呕；人参（甘、微苦、平）、大枣（甘、温）补气和中，防温燥伤正。全方辛热散寒与甘温补气结合，使寒邪散、胃气降、脾气复，共奏温胃散寒、降逆止呕之效。

第四节　阳明燥湿互化证

第一百零二条　阳明燥湿互化证是指阳明病发展过程中，燥与湿这两种属性相反的病邪并非静止孤立，而是处于动态的相互转化、相互兼夹的复杂状态。其核心病机在于“阴阳消长，脾胃功能状态偏倾”。中气（脾胃之气）的强弱、津液的盈亏以及治疗的当否，是推动燥湿之间发生转化的关键因素。

临床表现常非纯燥或纯湿，而是燥中有湿、湿中蕴燥，或处于从一种状态向另一种状态演变的过渡阶段。病情可因体质、治疗、调护等因素而迅速变化。辨识此类证候，必须抓住　“大便”（燥结/溏滞）、“舌苔”（燥/腻）、“口渴”（渴喜冷饮/渴不欲饮）以及“全身寒热倾向”等关键指征的微妙变化，以判断燥与湿孰轻孰重、孰主孰从。

第一百零三条　燥从湿化

燥从湿化是指在阳明病过程中，原本以津伤化燥为主要趋势的病理状态，因中阳素虚　或　治疗误下（或过用寒凉）等因素，损伤脾胃阳气，导致运化水湿的功能急剧衰退。其结果是，津液不得正常输布而反停聚为湿，病机由“津亏肠燥”转向“脾虚湿盛”或“寒湿困阻”。

《伤寒论》第 191 条：“阳明病，若中寒者，不能食，小便不利，手足濈然汗出，此欲作固瘕，必大便初硬后溏。所以然者，以胃中冷，水谷不别故也。”

阳明病本为“胃家实”，属燥热实证，多表现为能食、大便硬、小便数等燥化特征。但本条“中寒”提示阳明病受外来寒邪侵袭，或素体中阳不足，导致阳明燥土失却正常的燥热之性，转而从湿、从寒化。

胃中寒冷，腐熟功能减退，脾胃运化失常，故“不能食”（与阳明燥热“能食”相反）。中寒导致脾阳不足，运化水湿功能减弱，水湿内停而“小便不利”；同时，脾胃虚寒无法正常分清别浊，水谷精微与湿浊混杂，形成“水谷不别”。阳明本有燥化之性，虽从寒化，但仍有少量燥气，使大便前端略显硬结；因中寒生湿，湿浊下注，故大便后端溏薄，故“必大便初硬后溏”。长期寒湿内停，易形成“固瘕”（指肠道积滞的寒湿性硬结）。阳明主四肢，中寒导致阳气不宣，湿浊郁蒸，迫使津液从手足外泄，形成连绵不断的汗出（与阳明燥热“手足濈然汗出”因燥结不同，此为寒湿所致）。

本条通过阳明病从寒化湿的表现，体现了“燥从湿（寒）化”的病机，当阳明燥热被寒邪抑制，其本性失却，转而呈现寒、湿为主的病理变化。

《伤寒论》第 238 条：“阳明病，下之，心中懊憹而烦。胃中有燥屎者，可攻。腹微满，初头硬，后必溏，不可攻之。若有燥屎者，宜大承气汤。”

本条核心病机为阳明燥结因误治或体质因素向湿化转变。阳明病本为燥热内结的“胃家实”，但若治疗不当（如下之过早或过度），或患者素体脾虚湿盛，可能导致燥热受抑，津液失布，转而向湿化方向发展，形成燥湿夹杂或湿重于燥的病理状态。

阳明病初期，若邪热未全成燥结而误用攻下，易损伤脾胃阳气，导致运化失常，水湿内停；同时，燥热虽未完全消除，但已不能纯为燥结，转而与湿邪相兼，形成燥湿混杂之证。

阳明本有燥化之性，即使向湿化转变，仍残留少量燥热，使大便前端略显硬结，体现“燥”的残留。因误治损伤脾胃，湿邪内生，湿浊下注，故大便后端溏薄，体现“湿化”的主导。湿邪阻滞气机，而非燥屎硬满，故胀满程度较轻，与阳明燥结的“腹满痛”明显不同。故“腹微满，初头硬，后必溏”，此为燥从湿化的典型表现。

若“胃中有燥屎”，则表现为心中懊憹而烦、腹满较甚、大便完全硬结，属纯燥结未向湿化，故可攻；而“初头硬，后必溏”者，因燥已向湿化，湿浊为主，此时若再用攻下，会进一步损伤脾胃，加重湿滞，故“不可攻之”。

本条通过阳明病误治后出现的“初头硬，后必溏”等表现，体现了“燥从湿化”的病机。阳明燥热在特定条件下（如误治、脾虚）可向湿化转变，形成燥轻湿重、燥湿夹杂的状态，治疗需区分纯燥与湿化，避免误治。

《伤寒论》第 251 条：“得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤，少少与，微和之，令小安，至六日，与承气汤一升。若不大便六七日，小便少者，虽不受食，但初头硬，后必溏，未定成硬，攻之必溏；须小便利，屎定硬，乃可攻之，宜大承气汤。”

本条的核心病机为阳明病过程中燥结与湿滞并存，随津液代谢变化而主次交替。阳明病本以燥化为主，但本条因病程迁延、正气（脉弱）或津液代谢异常，

导致燥结未纯，湿滞内生，形成燥湿互夹之证，其关键特征随“小便”情况（反映津液分布）而变化。

脉弱提示患者可能素体正气不足，或津液偏虚，阳明燥结形成过程中，燥热虽存，但无力完全化燥成实，反致津液输布失常，湿邪易停滞，为燥湿互夹埋下基础。

阳明有燥化之性，部分津液被燥结消耗，故大便前端显硬（燥结为主）；因湿滞内停，或津液未完全被燥结耗竭，湿邪仍存，肠道下部湿浊偏盛，故后端溏薄（湿滞为主）；“未定成硬”说明此时燥结未纯，湿邪仍在，燥湿混杂，不可贸然攻下，“攻之必溏”。

小便少，提示津液未完全从燥化，湿邪内停，津液被湿滞困遏，不能正常排泄，此时大便“初硬后溏”，湿滞仍占一定比例，属燥湿互夹，不可攻。小便利，说明津液已随小便排出，湿邪渐去，剩余津液被燥结消耗，大便“屎定硬”，燥结成为主导，湿滞已退，此时方可攻下，“宜大承气汤”。

能食，初期燥结尚轻，湿滞未甚，脾胃功能未全受抑，提示燥化趋势存在但未极致；不受食，后期若因燥结加重（屎定硬），腑气不通而不能食，此时已无湿滞干扰，属纯燥结；若仍伴小便少、初硬后溏，则为湿滞阻碍胃气，仍属燥湿互夹。

本条虽未直言“燥”“湿”，但通过“初头硬后溏”“小便少/利”“脉弱”等脉证，暗示阳明病过程中燥结与湿滞互存、随津液代谢而主次变化的“燥湿互夹”病机，强调治疗需待湿去燥纯（小便利、屎定硬）方可攻下，体现对燥湿转化的精准把握。

第一百零四条　湿从燥化

湿从燥化是指在阳明湿化证（或太阴湿证）过程中，由于湿邪郁遏日久、素体阳盛 或过用温燥药物等因素，湿邪不仅未能化解，反而郁结气机，阻碍津液正常输布，并进一步郁而化热。热邪不断灼伤津液，最终导致病机由 “湿浊困阻” 转化为 “湿热互结” 或 “燥实内结”。

《伤寒论》第 187 条：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。太阴者，身当发黄；若小便自利者，不能发黄；至七八日，大便硬者，为阳明病也。”

本条的初始病机为太阴湿盛，湿遏热伏。伤寒病邪传入太阴，太阴主湿，此时病性以湿邪偏盛为特点，表现为“脉浮而缓，手足自温”，太阴病邪轻浅，湿阻阳气，不达四肢末端但未至厥冷。湿邪郁滞，易与热合（或湿郁化热），若湿邪不得宣泄，湿热蕴结于脾胃，熏蒸肝胆，可致“身当发黄”（湿热黄疸）。

继尔，湿从燥化的转变，由太阴湿证转为阳明燥证。关键诱因，“小便自利”。小便通畅则湿邪有出路，湿邪渐去，而原有之热（或湿余之热）未除，热邪独盛，易从燥化。病机演变：至七八日，湿邪已尽，热邪传入阳明，耗伤胃肠津液，导致肠道失润，糟粕内结，形成“大便硬”，即由太阴湿盛证转为阳明燥结证（阳明病）。

此过程体现了湿邪去而燥热生的“湿从燥化”规律，反映了伤寒病邪在六经传变中，因邪气性质、机体状态变化而导致的病机转化。

《伤寒论》第 199 条：“阳明病，无汗，小便不利，心中懊憹者，身必发黄。”

阳明病本为燥土，易从燥化，病邪入阳明多表现为热盛伤津的燥证。但当湿邪同时存在（如外感湿邪或体内素有湿邪），阳明热邪与湿邪相搏，形成湿热互结，这是“湿从燥化”的特殊形式——湿邪未因燥化而消散，反而与燥化所生之热结合。

湿邪与热邪互结，热邪被湿邪郁遏，不得宣泄。无汗则热邪不能从表散，小便不利则湿邪无法从下焦排出，湿热无路可去，郁于中焦，熏蒸肝胆。湿热郁蒸，影响心神，导致心烦不宁、坐卧不安。湿热熏蒸肝胆，使胆汁不循常道，外溢肌肤，发为黄疸，这是湿热互结、郁滞不解的典型表现。

此条体现阳明燥化过程中，若湿邪未去而与热相结，可形成湿热互结的病机，属于湿从燥化中“湿与燥化之热相搏”的特殊演变，最终因湿热郁滞而致发黄。

《伤寒论》第 236 条：“阳明病，发热汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，剂颈而还，小便不利，渴饮水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”

阳明病以“燥化”为基本病机，邪入阳明易从阳化热，形成热盛之证。若同时存在湿邪（或热邪蒸腾水湿），则燥化所生之热与湿邪相搏，形成湿热互结的病理状态。湿未被燥化耗散，反而与热邪纠缠，这是“湿从燥化”中湿与燥热相搏的核心。

“但头汗出，身无汗，剂颈而还”提示热为湿遏，热欲外散却被湿邪阻滞，仅能从头部（高巅之处）勉强透出；“小便不利”则表明湿邪无以下泄，湿热郁滞于中焦，不得宣泄。

湿热互结，郁于体内，“瘀热在里”，熏蒸肝胆，导致胆汁不循常道而外溢肌肤，故“身必发黄”。湿热内蕴，耗伤津液，同时湿邪阻滞津液布散，导致口渴欲饮，“渴引水浆”，但饮后湿邪更盛，形成恶性循环。

此条核心病机，阳明燥化之热与湿邪相搏，湿热既不能通过汗出（热越）外泄，也不能通过小便（湿泄）排出，郁滞成瘀热，最终发为黄疸。茵陈蒿汤清热利湿，正是针对“湿与燥热相搏”的核心病机，通过祛除湿邪、清泄燥热，使湿热分消，黄疸自退。

此条与 199 条同理，但热象更重（渴引水浆）。再次强调了“湿”因“热”而郁结（瘀热在里），因“热”而胶结难解，最终形成需要大黄、栀子等泻下、清热药物与茵陈利湿药物同用的湿从燥化中“湿与燥化之热相搏”特殊证型。

第一节　病机病名病位

第一百零五条　五运六气之少阳

少阳相火，这一概念来源于五运六气学说中的三之气，初之气厥阴风木、二之气少阴君火、三之气少阳相火、四之气太阴湿土、五之气阳明燥金、终之气太阳寒水。

气候方面：少阳相火主气代表夏季的暑季，起于小满，分管小满、芒种、夏至、小暑四个节气，此时气候炎热。在主气中，三之气为少阳相火，此时天气炎热，易出现暑热相关病症，疾病流行以心病、暑病居多。

五行属性方面：少阳相火在五行中属火行。十二地支中，寅申对应少阳相火，寅位东方属木，木能生火，所以寅为少阳相火的正化，申为少阳相火的对化。

人体脏腑对应方面：在三阴三阳六气体系中，少阳指与厥阴相表里的经络、脏腑，“少阳主胆”，同时三焦为少阳相火流行上下之通路，心包为少阳相火代君行令之所，命门-三焦-胆腑-心包构成了少阳相火气化体系。手少阳三焦经以相火主令，足少阳胆经的甲木可化气于相火。少阳相火藏于命门，通过三焦通道上行，与胆木相合化生相火，进而维护脏腑气化功能。同时，胆腑与厥阴肝木互为表里，故少阳相火也助厥阴肝木疏泄、藏血等。

疾病方面：天地少阳相火气化异常，可影响人身少阳经气运行及其所络属脏腑的气化，引发少阳病。其病症特点随少阳相火与其余运气因素相临的不同情况而不同，病性多为火热、湿热、实证，亦有兼寒化、寒热错杂等，病位多在少阳经及其所络属之脏腑。

运气变化方面：在五运六气中，逢寅申年为少阳相火之气所主。少阳相火主上半年之令，火气偏胜，湿热流行。若客气与主气均为少阳相火，或君火与相火加临，属于相得中的同气，气候相对平和；若遇其他相克或相生关系，则根据具体情况影响气候及人体健康，如主气克客气为逆，可能气候异常变化较大，易引发疾病。

第一百零六条　《黄帝内经》之少阳

与君火相对而言：《素问·天元纪大论》提到“君火以明，相火以位”。君火为心火，居于上焦，主神明；相火与君火相对，一般指肝肾的相火，根源主要发

自命门，寄于肝、胆、三焦等脏腑，有温养脏腑、主司生殖等功能，静而藏则禀命守位，动而发则发挥其生理作用。

气候方面：少阳相火司化于寅申，主气中对应三之气，为小满至大暑时段，其气炎热，此时天气炎热，易出现暑热相关病症。

人体脏腑对应方面：《素问玄机原病式·六气为病·火类》提出“手少阳相火之热，乃心包络、三焦之气”。手少阳三焦经以相火主令，足少阳胆经的甲木可化气于相火，故少阳相火与三焦、胆关系密切。

病机方面：《素问·至真要大论》的病机十九条提到“诸热瞀瘛，皆属于火”，此处的火多指少阳相火，可导致神志昏蒙、肢体抽搐等病症，还可出现暴喑、冒昧、躁扰、狂越等多种症状，与心包络、三焦之气病变相关。

运气方面：在五运六气中，逢寅申年为少阳相火之气所主。若少阳相火为客气时，不同年份会有不同病候，如壬寅年三之气，少阳临上，民病热中、聋瞑、血溢等；丑未年四之气，畏火临，民病腠理热、血暴溢疟等。

第一百零七条 《伤寒论》之少阳

少阳病，核心病机为 “邪郁少阳，枢机不利”，是外感病发展过程中，邪犯少阳三焦，致其 “枢机” 功能失司，引发人体气机与天地自然（阴阳）升降沉浮循环往复类比的功能，所产生严重障碍的一类证候。病位在 “半表半里”，其核心为 “三焦” 这一人体气、火、水运行之通道，其症状集中体现于 “胸腔、腹腔” （尤以胸胁部为甚）。其性质多属热证、实证（以气郁、火郁为主），然易兼夹水饮、正虚。

少阳之为病，非表非里，乃开阖之枢，启闭之机。治之之法，不在汗、吐、下，惟宜 “和解” ，疏瀹三焦，调达气机，使郁者通，逆者降，结者散，则上下宣通，内外调达，其病自愈。

《伤寒论》第 263 条：“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”

本条是少阳病提纲，少阳病核心机制为少阳气机不畅，郁而化热。少阳位于半表半里，主疏泄，司气机升降出入。若外邪侵袭或情志失调，导致少阳气机阻滞（气郁），日久则生热（热郁），进而引发一系列症状。

口苦、咽干、目眩：少阳郁热上扰所致。胆附于肝，少阳郁热循经上蒸，胆汁上溢则口苦；热伤津液，咽喉失润则咽干；热邪上扰清窍（头目），则目眩。

口苦、咽干、目眩这三个主症，以口苦为代表，反映的是少阳腑热证。临床还应考虑下列副证：

往来寒热：少阳气机升降出入失常的典型表现。少阳居半表半里，气机不畅时，正邪相争无定处：邪胜则恶寒，正胜则发热，故见寒热交替往来。少阳之热区别于阳明之热，少阳之热带郁，阳明之热一般带燥。

胸胁苦满：少阳经脉循行于胸胁，气郁阻滞经脉，不通则痛，故胸胁部满闷不适。

默默不欲饮食：少阳疏泄失常，影响脾胃运化。肝气郁结（少阳与肝相表里）横逆犯脾，脾胃气机受阻，故神情沉默、食欲减退。

心烦喜呕：热郁扰心则心烦；气机逆乱，胃失和降（少阳郁热犯胃，胃气上逆），故喜呕（呕后气机暂舒，故“喜呕”）。

脉弦：弦脉主肝胆病、主郁滞。少阳气郁不畅，脉气紧张，故见弦脉，为少阳病的典型脉象。

综上，少阳病诸症均围绕“气机郁滞、郁而化热”的核心，因气机升降出入失常波及表里、上下、脏腑，从而出现一系列复杂症状。

《伤寒论》第 96 条：“伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”

为便于理解，此条可调整为：“太阳伤寒或太阳中风五六日，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。”

96 条的四大主症及七大或然症，更全面地展现了少阳病邪入半表半里，正邪交争，影响到肝胆、脾胃、心肺等脏腑功能时的各种表现，是对 263 条少阳相火上火，灼伤津液，“口苦、咽干、目眩”提纲证的补充和细化。

1、四大主症:

往来寒热：是指恶寒与发热交替出现，病机为邪正相争于半表半里，进退交替，形象地体现了邪正双方在“枢机”这个通道上拉锯的状态。这是少阳病特有的热型，区别于太阳病的持续恶寒发热。

胸胁苦满：少阳经脉循行于胸胁，**邪犯少**阳，表现为胸胁部位满闷不舒服，

是因少阳经气不利，气机郁结所致，这是“气郁”的典型指征，临床可触及肋弓下抵抗感或压痛。

嘿嘿不欲饮食：“嘿嘿”形容患者情绪低落，默默不语，同时伴有食欲不振，不想吃东西，是由于胆热犯胃，胃气不和引起。少阳属木，脾胃属土。木郁不能疏泄土气，导致脾胃气机壅滞，运化失司。这是“木郁乘土”的表现。

心烦喜呕：心烦”是胆火内郁，上扰心神；“喜呕”是胆热犯胃，胃失和降，气机上逆。呕后气机暂得通畅，故患者“喜”呕。这是“火逆”的表现。

2、七大或然症：

或胸中烦而不呕：若热郁胸膈，未影响胃气上逆，则会出现胸中烦闷，但不呕吐的症状。

或渴：邪热伤津，津液不足，或气不化津，就会出现口渴的症状。

或腹中痛：少阳病影响到脾胃，导致肝脾不和，横逆犯脾，气滞于腹部，可出现腹中疼痛。

或胁下痞硬：若气滞血瘀，影响胁下气血运行，由“满”发展为“痞硬”，触之有硬块感，已有痰水互结之势。

或心下悸、小便不利：若水饮内停，影响心脏和膀胱气化功能，三焦水道不畅，水气凌心则悸，水不下行则小便不利。

或不渴、身有微热：若表证未尽，邪气仍有在表者，可出现不渴，同时身体有轻微发热的症状。

或咳：若肺气上逆，可出现咳嗽症状，多因少阳病影响到肺的宣降功能所致。

治疗上，小柴胡汤的奥妙在于其“和解”之法。它不直接用发汗治表，也不直接用攻下治里，而是通过疏利少阳、调达气机，使上焦得通（胸不满）、津液得下（胃不呕）、胃气因和（欲饮食）、身濈然汗出（寒热解）而愈。人体气机调畅，表里内外通达，疾病自然向愈。

《伤寒论》第 97 条：“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下。正邪纷争，往来寒热，休作有时，嘿嘿不欲饮食。脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也。小柴胡汤主之。服柴胡汤已，渴者，属阳明，以法治之。”

“血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下”，其病机关键在

于正气先虚（血弱气耗），导致防御功能减退（腠理不固），外邪乘虚而入，与虚弱的正气在少阳胆腑（胁下为少阳经腑所主）相搏结，形成少阳病。

此时邪气虽存在，但核心矛盾是“正虚”——气血不足导致正气无力驱邪，故少阳病的往来寒热、胸胁苦满等症状，本质是“虚人受邪，正邪交争无力”的表现。

97 条与 96 条病机的区别：

1、 核心矛盾不同：96 条以“邪盛”为核心，外感病邪（伤寒或中风）传变至少阳，此时正气未明显耗伤，仍能与邪气在少阳经腑展开激烈交争；97 条则以“正虚”为核心，患者本身已存在“血弱气尽”的正气亏虚状态，邪气是乘虚而入，与虚弱正气相搏结。

2. 正气状态不同：96 条中正气未受显著损伤，具备与邪气对抗的能力，交争过程更主动、激烈；97 条中正气已出现气血不足的亏虚，防御功能减弱（腠理不固），无力主动抵御邪气，交争过程更被动、和缓。

3. 邪气入侵途径不同：96 条是外感病邪按病程传变，自然进展至少阳部位，属于“病邪传变致少阳病”；97 条是因正气虚弱、腠理失于固护，邪气趁机侵入体内，进而与正气搏结于胁下（少阳所主），属于“正虚招邪致少阳病”。

4. 症状本质与治疗侧重不同：96 条因正邪交争剧烈，症状（如往来寒热、胸胁苦满）更偏向“实证”表现，治疗以“和解少阳、祛邪”为主，借助小柴胡汤调畅少阳气机以驱邪；97 条因正邪交争无力，症状常伴随乏力、精神不振等“虚象”，治疗虽仍以和解少阳为基础，但需兼顾“扶正”，小柴胡汤中人参、大枣、甘草的配伍，正是为了补养气血、扶助正气，助力驱邪。

第二节　升降失常证

第一百零八条　升降失常证，是少阳病的基础证型与常见状态。其病机核心为少阳枢机功能迟缓、涩滞，导致人体“天部之气”不降与“地部之气”不升的循环障碍。气、火、水运行效率低下，郁遏于三焦通道，但尚未完全壅塞或猛烈逆乱。核心病机：枢机运而不畅，郁而微结。多属气郁、火郁为主的实证、热证。

《伤寒论》第 37 条：“太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也。设胸满胁痛者，与小柴胡汤。脉但浮者，与麻黄汤。”

为便于理解，此条可调整为：“太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也。太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧，胸满胁痛者，与小柴胡汤。太阳病，十日已去，脉浮者，与麻黄汤。”即太阳病十天后的三种转归。

第一种自愈：正胜邪退，将愈之兆。**“**脉浮细”，浮脉提示病位仍在表，或表邪初退，脉细说明邪气已衰，正气有所耗损，是邪退正虚之象；“嗜卧”，是大战后（正邪交争）的疲惫状态，是正气亟待恢复的表现；二者结合，说明机体气血津液在抗邪过程中有所消耗，但邪气已然消退，故判断为“外已解也”。

第二种传少阳：邪传少阳，枢机不利。“胸满胁痛”，说明表邪 进入“半表半里”的少阳层面，导致少阳经气不利，枢机失司（胸胁为少阳经脉循行和少阳枢机分部的区域）。“脉浮细而嗜卧”可理解为邪气由表入里的过渡阶段，相比典型少阳病“脉弦”所代表的气机郁滞较明显，此处“脉细”提示邪气未盛，正气虽有不支但未至严重郁滞，病势较缓。但需注意的是，《伤寒论》中脉象需结合症状判断，而非单纯以脉定轻重。本条的核心是“胸满胁痛”提示少阳病机存在，脉浮细是病势演变的伴随表现，而非衡量少阳证轻重的唯一标准。 与单纯少阳病的“脉弦”（邪气郁于半表半里，气机阻滞，脉道紧张）机制不同。“嗜卧”是太阳转少阳特殊证候，而非少阳病必然证候。治法：和解少阳，运转枢机，方用小柴胡汤。

第三种仍在表： 邪气仍在表，证未变。脉浮，说明邪气仍在体表，正气也仍充足，能够积极抗邪于表。虽然病程较长，但患者体质较强，或邪气性质没有发生变化，太阳表实证的格局未被打破，可继续发汗解表，“与麻黄汤”，当慎用麻黄汤，说与而不谓主之。

《伤寒论》第 99 条：“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。”

本条为为三阳合病，“三阳合病”的本质，以少阳为枢机，兼涉太阳、阳明。此时少阳枢机不利是核心病机，少阳居半表半里，为三阳之枢，若枢机不畅，可导致太阳表邪难解、阳明热邪初起，形成“太阳未罢、阳明初涉、少阳为主”的局面。

太阳轻证：“身热恶风，颈项强”，是太阳表邪未完全解除的表现（类似太阳病的“恶风、项强”），但无典型太阳病的“恶寒无汗”或“汗出脉浮缓”，提示表邪较轻。

少阳主证：“胁下满”是少阳枢机不利、气机阻滞的核心证候（与少阳病“胸胁苦满”一致），为本条的关键辨证依据。

阳明轻证：“手足温而渴”，手足温提示阳明有热（但未到“身大热”的程度），渴为热伤津液的表现，属阳明轻热，而非阳明腑实。

小柴胡汤能疏利少阳枢机，少阳枢机通畅，则太阳表邪可随少阳外达而解，阳明热邪可随少阳疏泄而散，起到“和解少阳而兼顾太阳、阳明”的作用。

若此时专治太阳（如用麻黄汤、桂枝汤），则可能引邪入里；专治阳明（如用白虎汤），则可能损伤正气，均不符合“枢机不利”的核心病机。故以小柴胡汤和解少阳为核心，使三阳之邪随枢机运转而解。通过和解枢机达到兼顾三阳的目的，体现《伤寒论》“抓主证、重病机”的辨证思想。

《伤寒论》第 100 条：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤，不差者，小柴胡汤主之。”

本条辨证的要点在脉诊与腹诊。

阳涩阴弦：“阳脉”指寸脉（主上焦、表），“涩脉”为气血不足、脉道失养所致（提示脾虚气血生化乏源）；“阴脉”指尺脉（主下焦、里），“弦脉”为少阳肝胆气机郁滞之象（提示少阳经气不畅）；二者结合，说明病机是太阴脾虚兼少阳郁滞，属于“虚实夹杂”证。

腹中急痛：少阳郁滞则气机不畅，脾虚则气血不足以濡养腹部，二者共同导致腹部拘急疼痛（“急痛”即疼痛伴紧张、拘挛感），此为该证的核心腹诊体征。

因“少阳郁滞”（实）与“脾虚气血虚”（虚）的程度难以精准判断，故“先与小建中汤”，以辨虚实偏重。

“腹中急痛”，说明“脾虚气血不足”是当前主要矛盾（虚证偏重），小建中汤对症，可继续巩固；若服药后“腹中急痛不差（不缓解）”，说明“少阳郁滞”是主要矛盾（实证偏重），小建中汤偏补不能疏解少阳郁滞，需换用小柴胡汤，以和解少阳、疏通气机。

本条是同一病位下，太阴与少阳病机主次动态转化，而非两个独立的证型。前期是“太阴为主、少阳为辅”，后期是“少阳为主、太阴为次”，这种转化正是试治“先与小建中汤”，所要判断的核心。

“阳脉涩”（寸脉涩）明确指向太阴脾虚、气血不足（对应腹中急痛的虚性基础）；“阴脉弦”（尺脉弦）则提示少阳经气微郁（非典型少阳证的“往来寒热、胸胁苦满”，而是少阳气机不畅的早期轻微表现，与太阴病位邻近，形成“病位相关的轻微兼夹”。

若为“单纯太阴脾虚证”，脉多为“虚弱无力”而非“阴脉弦”，且小建中汤用桂枝、白芍（源于桂枝汤），除补脾虚外，亦有“调和营卫、疏解轻微郁滞”的作用，这是针对“太阴脾虚兼少阳微郁”的配伍设计，而非仅治纯太阴脾虚。

后期“少阳病”是“病机主次转化”的结果，非“独立新病”。前期用小建中汤“试治”后，“腹痛不差”，说明前期“少阳微郁”已成为“主要矛盾”（即病机从“太阴脾虚为主、少阳微郁为辅”，转化为“少阳郁滞为主、脾虚为辅”）；此时的“少阳病”并非与前期无关的“新病”，而是前期兼夹的“少阳微郁”因脾虚未成为主要矛盾、未能被小建中汤疏解，进而凸显为核心病机，故需换用小柴胡汤专攻少阳郁滞。

少阳病病机为虚实夹杂，只是虚实偏重程度大小而已，治则祛邪扶正。100条若虚证偏重(腹中急痛)，则与小建中汤以扶正；若服后腹中急痛不解(实证偏重)，与小柴胡汤。虚证偏重也好、实证偏重也罢，为什么不在小柴胡汤中调节祛邪或扶正的剂量？

小柴胡汤不调节剂量而换方的核心原因，是由方剂“主治方向”与“组方逻辑”所决定。小柴胡汤与小建中汤的核心差异并非“剂量多少”，而是方剂的主

治病机、核心功效方向完全不同，小柴胡汤的组方框架无法通过调整剂量，实现小建中汤“扶正为主”的治疗目标。

从主治方向分析：

小柴胡汤，主治“少阳郁滞”（实证为核心）。其病机核心是“少阳胆气郁滞、枢机不利”（如往来寒热、胸胁苦满、口苦咽干），即使兼少量脾虚，也以“疏解少阳郁滞（祛邪）”为首要目标。组方中（柴胡、黄芩为君臣），疏解少阳的药物占主导，补气的人参、大枣仅为“佐药”，作用是“防疏解太过伤正”，而非“主动补脾虚”。

若试图通过加量人参、大枣来“扶正”，会导致方剂“疏解之力减弱、壅滞之性增强”——不仅无法有效补脾虚，还会困住少阳郁滞之气，出现“补而壅邪”的弊端（如腹胀加重、郁滞不解）。

小建中汤，主治“脾虚气血不足”（虚证为核心）。其病机核心是“太阴脾虚、气血生化乏源”（如腹中急痛、心悸、乏力），即使兼少量少阳郁滞，也以“温中健脾、补益气血（扶正）”为首要目标。组方中（饴糖为君药），温补脾虚的药物占主导，桂枝、白芍仅为“调和营卫、轻微疏通气机”，作用是“防温补太过碍滞气机”，而非“主动疏解少阳”。

二者针对的“核心病机”一虚一实，剂量调整无法扭转方剂的核心治疗方向。二者“主治病机”完全错位，非剂量可调整。

从组方逻辑分析：

小柴胡汤无“直接补脾虚”的核心药，剂量调整无效。方剂的功效由“君药”决定（君药是针对核心病机的主药），小柴胡汤与小建中汤的君药完全不同，决定了前者无法通过剂量实现后者的扶正效果。小建中汤君药饴糖，能直接“温中补虚、缓急止痛”，是针对“脾虚腹中急痛”的核心药物，没有饴糖，就失去了“补脾虚”的关键作用，这是小柴胡汤中完全没有的成分。

小柴胡汤君药柴胡的核心作用是“疏解少阳、透泄郁热”，即使把方中人参（补气）的剂量加至最大，也无法替代饴糖“温补脾虚、缓急止痛”的功效——人参偏“补气”，饴糖偏“补脾胃之阴血、缓急”，二者针对的“虚损类型”不同，且小柴胡汤的整体配伍（如黄芩苦寒）还可能对脾虚产生轻微损伤，与“扶正补脾虚”的目标相悖。

张仲景用药的核心是“方证对应”，即“什么证用什么方”，方剂的主治范围是固定的，而非一个方剂通过调剂量治所有相关证。

100 条中，“腹中急痛缓解”说明是“脾虚为主”，对应小建中汤证；“腹痛不缓解”说明是“少阳郁滞为主”，对应小柴胡汤证，二者是“两个不同的方证”，而非“一个方证的轻重差异”。若强行用小柴胡汤调剂量，本质是“方不对证”，违背“随证治之”的核心原则，反而可能延误病情。

《伤寒论》第 104 条：“伤寒，十三日不解，胸胁满而呕，日晡所发潮热，已而微利。此本柴胡证，下之以不得利，今反利者，知医以丸药下之，此非其治也。潮热者，实也。先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。”

理解本条的核心是抓住“本柴胡证”这一前提，再结合“误下”引发的病机变化，最终明确“先和解少阳，后泻阳明腑实”的治疗逻辑。

“本柴胡证”是整条条文的起点，指患者最初已出现少阳病的典型证候，对应《伤寒论》中少阳病的“四大主症”，也是邪犯少阳、枢机不利的核心表现。

往来寒热：邪气在少阳（半表半里），既不能完全入里，也不能出表，正邪交争导致寒热交替出现（如一会儿怕冷、一会儿发热）。

胸胁苦满：少阳经脉循行于胸胁，枢机不利则气机郁滞，导致胸胁部胀闷、不适，患者自觉“憋胀难受”。

嘿嘿不欲饮食：“嘿嘿”指患者神情沉默、情绪低落，因少阳郁滞影响情志；气机不畅又会阻碍脾胃运化，故不想吃饭。

心烦喜呕：少阳郁热扰心则“心烦”；胆气犯胃、胃气上逆则“喜呕”（容易恶心、呕吐）。

此时病机单一，仅为“少阳枢机不利”，治疗本应遵循“和解少阳”原则，用小柴胡汤即可。

关键转折，“知医以丸药下之”，即“误下”引发少阳阳明并病。条文提到“病程十二三日”，说明患者已患病较久，正气本就有一定消耗；又因“误下”（本应和解少阳，却错误使用攻下的药物，如大黄、芒硝类），正气虚衰，导致病机复杂化。

误下虽未完全损伤正气，但会引少阳之邪部分入里，与阳明（胃、大肠）的糟粕结合，新增阳明腑实证候，表现为“日晡潮热”（下午 3-5 点发热加重，因

阳明经气旺于此时，正邪交争更烈）。“已而微利”，即攻下后泻下大便。汉代泻大便丸药，一般是巴豆制剂，或是甘遂制剂，泻下作用都很厉害。巴豆是燥热之药，虽然是下了大便了，燥热解决不了。

“十二三日”的病程已耗伤正气，误下又损伤脾胃之气，导致正气更虚。但需注意的是，此时虚衰是“次要矛盾”，主要矛盾仍是“少阳未和、阳明初结”，不能因虚而单纯补养（会“闭门留寇”，使邪无法排出）。

治疗的核心是“抓主要矛盾”，先与小柴胡汤，继加芒硝——“先解少阳，后泻腑实”，若不先和解少阳，直接攻阳明，可能导致邪陷更深，故分两步：

第一步：先与小柴胡汤——和解少阳，调畅枢机

用小柴胡汤（柴胡、黄芩、半夏、人参、甘草、生姜、大枣）先解决“少阳未和”的根本问题。柴胡、黄芩清解少阳郁热、调畅枢机；半夏、生姜和胃降逆，缓解“喜呕”；人参、甘草、大枣补养正气，兼顾“病程久、误下后”的正气虚衰，防止和解时进一步耗气。此步的目的是“先解少阳之邪”，使少阳枢机通畅，避免邪再深入，同时也为后续攻阳明腑实打下基础。

第二步：继加芒硝——轻泻阳明腑实，不伤正气。当小柴胡汤和解少阳后，少阳之邪已减，此时“阳明腑实”（日晡潮热、微下利）成为主要问题，但因患者正气已虚，不能用“大承气汤”（峻下剂，易伤正气）或“小承气汤”（中下剂），故选择“加芒硝”。

芒硝味咸苦，能软坚润燥、轻泻腑实，且药性相对缓和，既能清除阳明的结滞糟粕，又不会过度损伤正气，符合“正气虚衰”情况下的“轻下”原则。需注意的是，“继加”并非“同时加”，而是先服小柴胡汤和解少阳后，第二剂、第三剂后再少量加芒硝，体现“分阶段、顾正气”的治疗思路。

为什么不用大柴胡汤？因为大柴胡汤去掉人参、甘草，加大黄、枳实、芍药，所以它泻下的作用强烈。柴胡加芒硝汤是小柴胡汤原方不动，只加上一味芒硝，方里还有人参、甘草，所以它泻下的作用就受到牵制，泻下的力量就不如大柴胡汤猛烈。大柴胡汤是以泻下为主，小柴胡汤加芒硝是以和胃为主。

《伤寒论》第 107 条：“伤寒八九日，下之，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”

本条的核心在于 “误下致变，少阳枢机不利，邪气弥漫，三焦壅滞，痰热

扰心” 。辨证时，抓住“胸满烦惊”这一主症，结合“一身尽重、小便不利、谵语”等兼症，理解其病机关键在于气、火、痰、湿郁闭，心神失守。治疗上以和解少阳、通达阳气为基础，必须配合重镇安神以治其标，标本兼顾，方能收效。

1、 病机溯源：误治与变证

太阳病已历八九日，邪气有内传之机，病位可能在由表入里的转折点。医者未详审表里，误判为“阳明腑实”而施用下法（如大承气汤）。此下法与病位（邪未全入阳明之腑）、病性（或兼少阳枢机不利）不符，属误治。

误下导致正气损伤，气血津液受损，阳气郁遏，三焦水道不利；外邪因下而内陷，扰及少阳、阳明，并上犯心神。形成以少阳枢机不利、邪气弥漫、表里三焦俱病、心神被扰为核心的复杂证候。主病在少阳，但兼涉太阳、阳明、心、三焦。

2、 证候核心：神志失常与气机壅滞

主症在“惊”：此“惊”是气机逆乱、心神失守的综合体现，表现为“胸满烦惊”。烦为热扰，惊为神乱。与“恐”（多为肾虚不固）不同，此“惊”重在肝胆气逆、痰热扰心，属实证或虚实夹杂。

神志症状：烦惊、谵语（胃热上冲心神）、甚则惕惕不安——心神被扰，痰热蒙蔽。

气机症状：胸满、一身尽重、难以转侧——少阳枢机不利，三焦壅滞，阳气郁闭。

水液代谢症状：小便不利——三焦决渎失职，水道不通。

辨证关键：诸症虽繁，但以“少阳枢机不利”为病机主线，以“烦惊”为突出表现。一身尽重非表证，乃阳气郁于半表半里，不能宣达于外所致。

3、 治法方义：和解镇惊，通阳泄热

治疗总则，和解少阳，通阳泄热，重镇安神。核心在于恢复气机，尤其是少阳之枢的升降出入，使弥漫之邪有出路。

方药解析（柴胡加龙骨牡蛎汤）：

和解少阳：柴胡、黄芩——疏解少阳郁热，为君药，针对病本。

通阳和胃：桂枝、生姜、人参、大枣、茯苓、半夏——桂枝通阳透达，生姜、半夏和胃降逆，参、枣、苓益气健脾、宁心安神、利小便，共助枢机运转，扶正

祛邪。

重镇安神：龙骨、牡蛎、铅丹——镇惊安神，收摄浮越之阳气与心神。此为重点，急治其标（惊）。

通下阳明：大黄——少量用之，非为攻下，意在泄阳明之热，使邪从下出，兼能活血，与柴胡一升一降，调畅气机。

现代临床为安全计，铅丹常以生铁落、磁石、朱砂（需谨慎，中病即止）、珍珠母、琥珀等替代，或直接去之，加大龙骨、牡蛎用量，并加强疏肝解郁、化痰开窍之品。

方剂为小柴胡汤的变法，去甘草之缓，加通阳、镇惊、泄热、利水之品，体现了“和”法中兼用“镇”、“通”、“清”、“利”的复法治疗思想，适用于表里虚实夹杂、寒热并存、神志症状突出的复杂证候。

《伤寒论》第 108 条：“伤寒，腹满谵语，寸口脉浮而紧，此肝乘脾也，名曰纵，刺期门。”

《伤寒论》第 109 条：“伤寒发热，啬啬恶寒，大渴欲饮水，其腹必满；自汗出，小便利，其病欲解。此肝乘肺也，名曰横，刺期门。”

108 条讲肝和脾的关系，109 条讲肝和肺的关系。一个叫纵，一个叫横，核心是肝木失制，出现“相乘”之变，“纵”“横”的命名则清晰区分了顺次传变与逆次传变的差异。

纵与横，是五行学说中的病理变化的术语，即乘其顺克的叫做纵，侮其反克的叫做横；纵是纵势而往无所顾虑，横是横肆妄行无复忌惮。所以侮其所胜的叫纵，侮其所不胜的叫横。横，不念横（héng），而念横（hèng），如说这人太横（hèng），就是这个横。木气犯金，以小犯上，所以叫横(hèng)。

1. 108 条 肝乘脾（木乘土，名曰纵）

五行中肝属木，脾属土，正常关系是木克土（肝木疏泄以助脾土运化），而“相乘”是克制太过引发的病理传变。伤寒病邪侵袭，导致肝木气盛亢逆，超出了正常克制的限度，过度克伐脾土，就形成肝乘脾。脾土受伐则运化失常，气机壅滞而腹满；脾土不能濡养心神，且肝木亢逆扰神，故而谵语；寸口脉浮而紧，是肝木亢盛、寒邪束表与里气壅滞的脉象表现。“名曰纵”，指肝木顺势克伐其所克的脾土，是顺着五行克制次序的传变，如同“纵兵出击”，符合常规克制方

向。

2. 109 条 肝乘肺（木侮金，名曰横）

五行中肺属金，正常关系是金克木（肺金清肃收敛，制约肝木亢逆），“相乘”在此实际表现为木侮金（反向克制），本质仍是肝木亢盛无制。伤寒病邪引发肝木气盛，不仅不受肺金制约，反而反向冲克肺金，形成肝乘肺。肺主皮毛，肺金受克，卫气不固则发热、啬啬恶寒；肝木亢逆扰神，肺气郁滞失宣，心神不宁则不欲观人。“名曰横”，指肝木违背五行克制次序，反向欺侮原本克制自己的肺金，如同“横行霸道”，是逆着正常克制方向的病理传变。

3. 108 条和 109 条刺期门，核心都是因病机为肝邪过盛引发脏腑乘侮，而期门作为肝之募穴，针刺可泻肝实、调气机以解病症.

108 条为肝乘脾（名曰纵）。条文讲伤寒后出现腹满、谵语，寸口脉浮而紧，这是肝木过旺违背五行规律去克制脾土所致。此时攻脾实易伤正气，扶脾又会加重邪壅，用药两难。而刺期门能直泻过盛的肝气，缓解气机闭郁，恢复肝脾间的正常制约关系，让中焦气机流转，从而改善腹满、谵语等症。

109 条为肝乘肺（名曰横）。条文提及伤寒后发热恶寒、大渴欲饮且腹满，是肝木强盛反过来欺侮本可克制它的肺金造成的。肺主通调水道，肝邪犯肺会导致水液代谢失常，进而出现腹满等症。针刺期门可泻肝火、疏肝气，解除肝对肺的侵扰，帮助肺气恢复通调水道的功能，若后续出现自汗出、小便利的情况，便是病情欲解的征兆。

后世注家对 108、109 条的解读颇有争议， 有注家认为条文本身内容简略，直接引入“肝乘脾”、“肝乘肺”的五行生克表述，与典型的六经（太阳、阳明等）分证模式看似不同。

维护派认为可能有文字遗漏，或试图将“肝乘脾/肺”解释为六经传变的某种特例（如联系厥阴、少阳），强用六经框架去“套解”或“修正”条文。怀疑派认为其不符合六经体例，疑为错简或后人掺入。

这两种注家态度，在试图“维护”或“修正”条文以符合某种“标准六经模型”时，可能无形中缩小了辨证论治的视野。实质上，这两条恰恰是张仲景在展示六经辨证的根基，是更宏大的阴阳五行、脏腑经络、气化流通的整体观。它们是留给后人的“辨证空间”，而非“错误”。

1.展示了六经辨证的“底层代码”

六经（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴）本身，就与手足十二经脉、相应脏腑紧密相连，其生理病理无法脱离五行生克（如肝属木，脾属土，肺属金，木克土，木反侮金）。108、109 条像是一次“底层调用”，直接揭示了在伤寒病变中，如何出现脏腑气机乘侮的传变模式。这并非背离六经，而是揭示了六经传变的内在脏腑经络机理之一。

2.提供了“跨经”与“直中”的辨证思路

疾病传变并非总是按“太阳→阳明→少阳……”的次序。外邪可依据人体内在的虚实情况，产生“越经传”或“直中”。肝气旺或脾肺虚之人，在伤寒过程中，邪气可直接诱发或加剧固有的脏腑失衡（肝木乘脾土、肝火侮肺金），表现为腹满、谵语、渴饮、腹满等复杂症状。这两条正是这种体质与病邪相互作用导致“变证”的范例。

3.进一步强调辨证论治的整体观

它提示我们，张仲景的“六经”，并非一个封闭、排他的六个格子，而是一个以三阴三阳为纲领，融汇了表里、寒热、虚实、脏腑、经络、气化、五行生克等诸多辨证要素的、开放的动态辨证系统。

治病求本，腹满、谵语、渴饮等看似在脾、在肺、在胃的症状，其病机枢纽在于“肝气亢逆”。刺肝募以疏泄过亢之肝气，是从根源上调拨气机，体现了“伏其所主，先其所因”的高阶治法。

《伤寒论》第 149 条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤。此虽已下之，不为逆，必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”

本条论述了少阳病误下后的三种转归，一是自愈，二是转大结胸汤证，三是转半夏泻心汤证。核心在于如何通过问诊、腹诊，从症状表现、病位、病机等方面辨别少阳胸胁苦满，结胸心下满而硬痛，痞证满而不痛。

三者均与少阳病误下有关，“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之”，是在少阳病的基础上因误治而出现不同情况，病邪皆有内陷趋势。

少阳病的胸胁苦满与结胸证、痞证的心下满，部位都在人体上腹部附近，胸胁与心下相邻，均涉及人体阴阳气机升降的关键部位。

少阳胸胁苦满：以胸胁部胀满不适、疼痛或胀闷为主，可伴有口苦咽干、寒热往来、心烦喜呕等症状，是一种自觉的胸胁部不适，一般无心下部位的明显异常。病位在胸胁，为少阳经循行部位，属于半表半里之地。病机是因少阳经气不利，胆火横逆犯胃，正邪交争于半表半里，导致胸胁部经气阻滞所致。

结胸心下满而硬痛：主要表现为心下部位胀满，且疼痛明显，按之坚硬如石，严重者可从心下至少腹硬满疼痛，拒按，是一种较为剧烈的疼痛和胀满感，可伴有潮热、烦躁、口渴、大便秘结。病位主要在心下至胸膈，严重时可涉及腹部，是邪热与水饮等有形实邪结于胸腹腔间。病机是因误下后，邪热迅速内陷，与体内水饮等有形实邪结于胸膈，形成水热互结的实证，气机严重阻滞不通，故疼痛剧烈。

痞证满而不痛：突出表现为心下满闷，有堵塞感，但无疼痛，按之柔软，无坚硬之感，多伴有恶心、呕吐、嗳气、下利等脾胃升降失常的症状。病位在心下，即胃脘部，是脾胃所在之处，为半上半下、阴阳枢纽之地。痞证满而不痛，病机是误下损伤脾胃，使脾胃升降功能紊乱，形成胃热脾寒的寒热错杂局面，气机痞塞于心下，为无形之邪阻滞，故满而不痛。

转归一：自愈

患者正气尚旺，误下后虽正气受损，但未能使病邪内陷。少阳之邪可能因下而有所衰减，或通过机体自身的调节能力（“枢机”运转）得以驱邪外出。辨证要点：误下后，原有的“呕而发热”等少阳证消失，且没有出现新的“硬满而痛”或“痞满”的症状，脉象平和，食欲恢复。这表明人体气血调和，病已痊愈。治疗则不需服药，静养即可。

转归二：转为大结胸证（大陷胸汤证）

患者素体胸膈或有痰水内停。误下后，少阳之热邪乘虚内陷，与体内的痰水等有形之邪互相搏结于胸膈脘腹。辨证要点：出现标志性的“心下满而硬痛”。这是最严重的转归，属于阳证、实证、热证。病情急重，必须用大陷胸汤（甘遂、大黄、芒硝）峻下逐水，泻热破结。

转归三：转为痞证（半夏泻心汤证）

患者中焦脾胃素虚。误下后，严重损伤脾胃之气，导致中焦升降气机失常。少阳之热邪内陷，与因误下而产生的内寒（虚寒）相结合，形成寒热错杂的局面。辨证要点：出现“但满而不痛”的心下痞塞感。这是虚实夹杂证。治疗既不能单纯清热，也不能单纯温补，需要用半夏泻心汤（半夏、黄芩、黄连、干姜、人参、甘草、大枣）来寒热平调，散结消痞，恢复中焦升降。

“柴胡不中与之”，告诉我们，尽管痞证源于少阳病误下，但病机已彻底改变，从半表半里的“枢机不利”变成了中焦的“寒热痞塞”。治疗重心已从“和解少阳”转向“辛开苦降，调和寒热”。如果用柴胡汤，其升散之性可能更助痞势，故为禁忌。这强化了“证变治亦变”的原则。

《伤寒论》第 229 条：“阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。”

本条的核心逻辑，以“胸胁满不去”识别少阳枢机不利的根本矛盾，以“大便溏、小便自可”排除阳明腑证、定位阳明经证，最终判断为阳明经证与少阳并病；因少阳枢机不利是病机核心，治则需“从少阳论治”，核心在于精准识别病机矛盾主次，避免误治阳明。“舍标从本”，用小柴胡汤和解少阳、通利枢机，使阳明经热随枢机通畅而自解，体现《伤寒论》“治病求本”的核心思想。

阳明病分“经证”（热在气分，无腑实）与“腑证”（热结肠道，有腑实）。此条中“大便溏、小便自可”是关键鉴别点。若为阳明腑证（热结肠道），必见“大便硬/秘结、小便数”（因热迫津液偏渗膀胱，肠道失润而硬）；此条“大便溏”说明肠道无热结，“小便自可”说明津液未被热邪过度耗伤或偏渗，故阳明病仅为“经证”（热在气分，表现为“发潮热”，无腑实形成。此处“潮热”，并非典型的阳明腑实燥结之潮热（那种潮热通常热度更高，伴手足濈然汗出、谵语等），而是在少阳枢机不利的基础上，阳明之气不能正常顺降，郁而化热所表现出的的一种“类潮热”。它的热势可能不如腑实潮热剧烈，但依然有日晡加重的特点。

少阳病的核心证据为“胸胁满不去”。“胸胁满”是少阳病的特征性症状（少阳经脉布胸胁，少阳枢机不利则气机郁滞，故胸胁胀满），且“不去”说明少阳病机持续存在，未随阳明经热缓解，是病机的“主要矛盾”。

少阳主“枢机”，负责调节表里气机升降。若少阳枢机先滞，气机不畅则阳明经热,无法顺利外达或内降，进而形成“阳明经证”；此时若单纯清阳明热（如用白虎汤），会忽略少阳枢机不利的根本问题，热邪仍会因气机阻滞而复生。故病机本质是“少阳枢机不利为本，阳明经热为标”，属阳明经证与少阳并病。

基于“少阳为本、阳明为标”的病机，治则需遵循“先调枢机，再清余热”，核心是用小柴胡汤和解少阳，而非直接清阳明热。

小柴胡汤中，柴胡、黄芩疏解少阳郁热、通利枢机；半夏、生姜和胃降逆；人参、大枣、炙甘草益气和中。当少阳枢机通畅后，气机升降正常，阳明经的郁热可随气机外达（通过少阳疏泄）或内降（通过阳明通降），无需额外用清阳明热之药，热邪自退。

白虎汤虽清阳明经热，但偏寒凉，会损伤少阳枢机所需的“阳气”（少阳为少火，需温和疏解，忌寒凉直折），反而加重气机阻滞，故忌用白虎汤；此条无腑实（大便溏、无腹痛拒按），承气汤为攻下之剂，误用会损伤脾胃津液，导致病情复杂化，故忌用承气汤。

阳明与少阳并病时，热邪虽在，但“小便自可”说明津液未大伤，“大便溏”说明脾胃功能尚弱，需兼顾扶正（防疏解太过伤正）。小柴胡汤中人参、大枣、甘草益气和中，既能扶助正气以抗邪，又能保护脾胃，符合“扶正达邪”的治则，避免因单纯祛邪而伤正。

《伤寒论》第 230 条：“阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白胎者，可与小柴胡汤，上焦得通，津液得下，胃气因和，身濈然汗出而解。”

本条病机核心是“少阳枢机不利为主，兼阳明气机不降（病在气分），继则津液布散失常。”本在少阳，阳明仅为“气机郁滞的受累部位”，无燥实内结，故治疗无需针对阳明用通下之法（如大柴胡汤、承气汤），仅需小柴胡汤和解少阳、疏通气机。待少阳枢机得通，上焦气机顺畅（“上焦得通”），津液可正常向下输布（“津液得下”），胃气恢复顺降（“胃气因和”），则不大便、呕、胁下硬满等症自除；气机通畅后，津液还能布散于全身，通过汗液排出多余郁热，“身濈然汗出而解”，完成疾病的痊愈。

少阳属“半表半里”，主司全身气机的升降枢纽，其经脉循行于胸胁，且与阳明胃腑存在“气机传导”的紧密联系。少阳疏泄正常，胃气才能顺降（“肝木

疏土”），肠道才能借胃气下降之力完成传导功能；反之，少阳枢机受阻，气机升降失常，必然影响阳明胃腑的通降与肠道的传导，形成“少阳病累及阳明”的病理状态。

本条的“胁下硬满”“呕”是少阳枢机受阻的直接体现，也是整个病机链的起点。少阳经脉布于胁下，枢机不利则气机郁滞于少阳经脉，气血运行不畅，故出现“胁下硬满”（非阳明燥实的“腹硬满”，无疼痛拒按，属气机郁滞的“痞硬”），此为少阳病的标志性定位症状，提示病本在少阳。少阳枢机不畅，气机郁而上逆，胃气受其影响无法顺降（“胃气上逆”），故发为呕；同时，少阳郁滞可能兼夹少量水饮（因气机不畅导致水液输布受阻），水饮随胃气上逆，会加重呕吐症状，此为少阳病“喜呕”特征的延伸。

本条虽冠以“阳明病”，但并非阳明热结腑实，而是“少阳枢机不利继发的阳明气分郁滞”，其“不大便”的关键病机是“气机郁闭导致肠道传导失司”，而非“热邪耗津形成燥屎”。少阳枢机受阻，气机升降停滞，不仅上逆引发呕吐，还会导致中焦气机郁闭，阳明胃腑的“通降之力”被抑制。肠道依赖胃气的顺降推动糟粕下行，胃气不降则肠道传导无力，故出现“不大便”。此“不大便”无阳明燥实的特征（如腹满痛拒按、潮热谵语、苔黄厚燥、脉沉实），本质是“气机郁滞型便秘”，而非“津枯燥结型便秘”，属于阳明病的“气分郁滞阶段”，未入“血分/燥实阶段”。

本条“不大便”的深层机制，还与“津液代谢异常”相关，且其异常源于“气机郁滞”，非津液亏虚。　中医理论中，“津液的输布与排泄”依赖气机的升降出入，少阳枢机是气机升降的核心，枢机不利则津液无法正常向下输布至肠道（“津液不得下”），肠道失却津液濡润，虽无明显津枯，但“濡润不足”仍会加重大便排出不畅，形成“气机郁→津液不下→大便难”的恶性循环。

“舌上白苔”是津液未枯、无阳明热实的关键依据。若为阳明燥实，热邪耗津必见苔黄厚燥或焦黑，而白苔提示体内津液尚存，仅因气机郁滞无法布散到肠道与舌面（部分患者可能伴舌面稍干，但非“燥裂”）。

为什么不与大柴胡汤？大柴胡汤的核心病机是“少阳枢机不利 ，阳明燥实内结”（涉气分与血分/燥结），需同时满足少阳证（胸胁苦满、呕） 与阳明燥实证（大便硬/燥屎、腹痛、苔黄厚燥、脉沉实等） ，其组方（小柴胡汤去人参、

甘草，加大黄、枳实、芍药）旨在和解少阳的同时“通下阳明燥实”。本条的核心矛盾在“少阳气机”而非“阳明燥实”。若用大柴胡汤，其“大黄、枳实”的通下之力会耗伤无燥实的肠道津液，反而损伤正气，故仅需小柴胡汤疏解少阳、通畅气机，待“上焦得通，津液得下”，大便自可恢复正常。

《伤寒论》第 394 条：“伤寒差以后，更发热，小柴胡汤主之。脉浮者，以汗解之，脉沉实者，以下解之。”

本条核心围绕“伤寒初愈后正气未复，因劳、食或外感诱发余热复聚/新邪侵袭”的病机展开，需结合“劳复”“食复”的本质及“正气虚”的核心矛盾，拆解条文背后的病机逻辑。

伤寒初愈时，机体经历过正邪交争，正气已耗而未复（气、津、阳均有不足），气机的升降出入平衡尚在维持，无法彻底清除体内残余邪热；此时若因“劳复”（如过早体力劳作、思虑过度）耗伤正气，或“食复”（如过食油腻、生冷、难消化食物）加重脾胃负担（脾胃为“后天之本”，病后脾胃虚弱更易受纳失常），会导致正气进一步虚损，无力约束余热。这些残余邪热既无足够正气驱之外出（不属表证），也未完全入里成实（不属里证），只能羁留于“半表半里”（少阳枢机之地），引发“更发热”。

“伤寒差后更发热，小柴胡汤主之”。小柴胡汤的核心作用是“和解少阳、扶正祛邪”：方中柴胡、黄芩清解半表半里之热，人参、大枣、甘草补病后虚弱之正气，正好契合“正气虚、余热郁于少阳”的病机，故为首选。

伤寒初愈后正气本虚，“卫气”（体表防御之气）亦不足，若因“劳复”耗伤卫气（体力劳作易耗卫阳），或“食复”导致脾胃运化失常（卫气需脾胃运化的水谷精微滋养，脾胃弱则卫气更虚），会使体表防御功能下降，易再次外感风寒/风热之邪，形成“新邪束表”。

“脉浮”是邪在表的关键指征（浮脉主表证），此时发热的本质是“新邪外束、正气虚而欲抗邪”，但因正气已虚，不可用峻猛汗剂（如麻黄汤），需用平和汗法（如桂枝汤，既能解表又能补脾胃、益卫气），在发汗散新邪的同时兼顾扶正，避免再伤正气。

伤寒初愈时脾胃功能本就虚弱（大病后脾胃运化能力未恢复），若“食复”（过食肥甘厚味、暴饮暴食），会导致食物积滞于胃肠，无法及时腐熟运化；积滞日久易化热，形成“里实热证”。

“脉沉实”是里实的指征（沉脉主里，实脉主邪实），此时发热的本质是“食积化热、正气虚但里实已显”——虽正气仍虚，但胃肠积滞、热结已成，若不及时泻下，热结会进一步耗伤正气（热盛伤津、积滞伤脾），故需用“下法”（如小承气汤、调胃承气汤，而非峻猛的大承气汤），在泻下积热的同时兼顾病后正气，避免下之过

本条本质是围绕“伤寒初愈，正气虚为根本，劳复/食复为诱因”展开。 若诱因仅导致“正气虚、余热郁少阳”，用小柴胡汤和解；若诱因叠加“正气虚、复感外邪”，用平和汗法解表；若诱因叠加“正气虚、食积化热成里实”，用温和下法清里。三者均以“保护病后正气”为前提，体现了中医“扶正不助邪、祛邪不伤正”的治疗原则，也警示伤寒初愈需避劳、节饮食，防止正气再损而诱发疾病反复。

第一百零九条　柴胡汤禁忌

《伤寒论》第 98 条：“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。”

本条强调了太阳病误治后可出现湿热证和水饮内停证，二者虽有类似少阳病的胁下满痛、呕等症状，但并非少阳病，不可误用柴胡汤，体现了中医辨证论治的重要性。

得病六七日，脉迟浮弱，浮脉主表，说明病邪仍在体表，尚未完全入里。迟脉主寒或主虚，弱脉反映正气不足，气血虚弱。恶风寒是典型的表证表现，手足温提示病情处于一种中间状态，既有表证又有脾虚的可能，此为太阳中风兼太阴虚寒之象。

湿热证形成及症状：医生误用泻下之法，导致脾胃之气受损，脾胃功能失常，不能正常运化水谷，出现不能食的症状。同时误下使邪气内陷，湿邪与内陷之邪化热，形成湿热。湿热相合，气机不畅，故胁下满痛。湿邪内阻，气化不利，则小便难。湿热内蕴，熏蒸肝胆，胆汁外溢，可见面目及身黄。湿邪往上闭郁太阳

经气，可致颈项强。此时若误辨为少阳病而用柴胡汤，因柴胡汤中人参、甘草、大枣助湿，柴胡、黄芩苦寒伤脾，会导致湿热更盛，气机壅塞，出现大便时里急后重的症状，即“后必下重”。

水饮内停证形成及症状：误下损伤脾胃，脾胃运化功能失职，水液代谢失常，导致水饮内停。水饮内停，津不上承则渴，饮邪上逆则呕，故出现本渴饮水而呕的症状。这种水饮作呕与小柴胡汤证的心烦喜呕病机不同。若将此误作少阳病，投以柴胡汤，柴胡汤苦寒伤胃阳，会使胃阳更虚，水饮更盛，胃气上逆加剧，出现进食后呃逆的情况，即“食谷者哕”。

《伤寒论》第 99 条：“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。”

患伤寒四五天后，身发热而恶风，颈项拘急僵硬，为太阳表证未解；胁下满闷提示少阳受邪，气机不畅；阳明主四肢，热在里则手足温；热伤津则渴，手足温而渴为邪入阳明。

表邪未解，入里化热，三阳并病。少阳为枢，汗、吐、下皆非所宜，不能发汗，发汗之药多为辛温之物，辛温助热，恐伤津液，使阳明之热更甚；若用吐法，扰动上焦，徒伤胃气；不能攻下，攻下易引余邪入里，或致结胸、痞证。

故从少阳着手，选择小柴胡汤治疗。小柴胡汤能疏解半表半里之邪，使太阳表邪得以外透；宣畅三焦，通调津液，使阳明之热得以清解（方中黄芩清热，人参、生姜、大枣、甘草益胃生津以止渴）。通过和解少阳这个“枢机”，达到不治太阳而太阳邪散，不专攻阳明而阳明热清，胁下满自除的目的。

《伤寒论》中方证对应，常以“主之”与“宜”来表述，传统注家的主流观点，认为“主之”具有排他性、唯一性、决定性，意味着这是此时此证的最佳、最对、最直接的治疗方案，是“标准答案”。而“宜”（如“宜桂枝汤”、“宜大承气汤”）则带有建议性、可选性，表示在几种合理方案中，此为较优选择，或提示了主要方向。

这种将“主之”绝对化的解释，会导向一种机械的、刻板的方证对应观，即“见此证，必用此方，不容变通”。这与《伤寒论》全书所体现的“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的动态、辨证、个体化的诊疗思想相悖。

“99 条“小柴胡汤主之”中的“主”，应理解为“主治”、“主导”、“主

要手段”，而非“唯一手段”。它强调的是：当前病机的核心在于少阳枢机不利，因此治疗的核心法则是“和解少阳”。它提供了解决此问题的基本框架（柴胡、黄芩和解少阳，参、枣、草、姜扶正调中），隐含加减空间。“主之”并不排斥在此核心方、核心法的基础上，根据兼夹证（太阳、阳明证的轻重）进行必要的药物加减。加减后的方子，其“魂”仍是小柴胡汤的和解法度。

“主之”是一个典型、标准化的临床决策模型。它告诉你，在面对这种特定组合的病机与证候群时，首选的、最直接的解决路径是什么。它确保了治疗方向的正确性。“宜”则是一个更具弹性、提示性的选择模型。它可能用于病情更复杂、可选方案不止一种，或需要更多权衡的情况。

99 条 “小柴胡汤主之”这个明确的模型，强有力地确立了“三阳证见，从少阳和解入手”这一重大治疗原则。这个原则的优先级高于对个别症状的简单叠加处理。在临床遇到“身热、恶风、颈项强、胁下满、手足温而渴”时，医生的大脑首先被训练为 “此证小柴胡汤主之” ，即“当从少阳和解论治”，而不是去犹豫是发汗还是清下。是“法”统帅“方”，是“病机”决定“治法”，而“主之”的方，是这一治法最经典的载体和起点，而非不可更易的终点。

“随证加减”，则是基于此核心原则，针对具体病情的 “精细化调整” 。这二者并不矛盾，是 “原则性”与“灵活性” 的完美统一。热盛可以小柴汤加石膏，津伤可以小柴胡汤去半夏加栝蒌。

《伤寒论》第 101 条：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。凡柴胡汤病证而下之，若柴胡证不罢者，复与柴胡汤，必蒸蒸而振，却复发热汗出而解。”

本条通过“抓主证”指导临床辨证、“禁下”规范治疗、“误治后辨证用药”明确补救措施，既体现了张仲景辨证论治的灵活性，也强调了“病机为本、症状为标”“邪不变则方不变”的核心思想，对临床运用柴胡汤类方剂具有重要指导意义。

临床应用层面：

此层面“但见一证便是”的核心是“抓主证”，而非“等全证”。旨在解决临床辨证时“症状不全如何用药”的关键问题，核心逻辑是聚焦柴胡汤证的“主证”，而非拘泥于所有“兼证” 。

“一证”非“任一证”，而是“核心主证”。柴胡汤证（以小柴胡汤为代表）的核心病机是“少阳病，半表半里证”，其主证并非零散症状，而是能反映病机的关键指征，如：往来寒热（恶寒与发热交替出现，为半表半里邪正相争的典型表现）；胸胁苦满（胸胁部胀闷不适，因少阳经循行于胸胁，气机郁滞所致）；心烦喜吐（邪扰少阳，胆火犯胃，胃气上逆）；口苦、咽干、目眩（少阳胆火上炎的特征）。只要见到上述 1-2 个“主证”，且无明显禁忌证（如无阳明里实、无阴寒内盛等），即可判断为少阳柴胡汤证，无需等待所有症状全部出现——避免因“等全证”延误用药时机，体现张仲景“随证治之”的灵活思路。

临床中患者病情多复杂，受体质、病程、邪正强弱影响，柴胡汤证的症状常不完整（如部分患者仅见“往来寒热+胸胁满”，无“喜吐”；部分患者仅见“心烦+口苦”，无“寒热往来”）。此时若固守“症状齐全才用药”，会导致“辨证过严、用药过迟”，因此“不必悉具”是对“抓主证”原则的强调，核心是通过主证锁定病机，而非被兼证束缚。

治疗禁忌与误治后处理：

此层面围绕“柴胡汤证的治疗禁忌”与“误治后的补救措施”展开，核心是保护少阳半表半里的气机，避免误下伤正，同时明确“邪未变则方不变”的原则。

少阳病的病位在“半表半里”，病机是“邪犯少阳，气机郁滞，正邪相争”，无明显“里实热证”（如阳明病的“腹满痛、大便秘结、潮热”）。此时若误用“下法”（如用承气汤类药物泻下），会导致两大问题。

伤正气，下法易损伤脾胃之气与阴液，导致正气虚弱，无力抗邪；引邪内陷，下法会破坏半表半里的气机平衡，使少阳之邪内陷入里，引发“坏病”（即病情变证，如邪陷心包、邪入阳明、脾虚湿盛等，原文“凡柴胡汤病证而下之”后隐含“易成坏病”的风险）。

误下后“柴胡证不罢者，复与柴胡汤”，核心前提指误下后，患者仍保持柴胡汤证的主证（如仍有往来寒热、胸胁满、口苦等）。

患者正气尚强，虽经误下，但脾胃之气未严重受损，正邪相争的病机未变，少阳之邪未内陷；邪势未变，误下仅轻微扰动气机，未改变“少阳邪郁”的本质，因此无需更换方剂，仍用柴胡汤疏解少阳、调畅气机。

服柴胡汤后，“蒸蒸”指患者自觉体内有温热感（柴胡汤疏解少阳，气机渐通，阳气渐复的表现）；“振”指轻微寒战（正邪交争的外在反应——正气得药力相助，开始主动与邪气相争，正邪交争时会出现短暂寒战）。寒战之后，正气彻底战胜邪气，郁滞的少阳气机通畅，邪热随汗液排出体外，因此“发热汗出”是“正胜邪退”的标志，而非病情加重（需与“误下后热势加重”鉴别。此“发热”无“烦躁、腹满、大便异常”等里实证，且汗出后热退、症状缓解）。

蒸蒸而振，其热蒸蒸，然后打寒战，继尔出一身大汗，这叫冥眩，这是药中病发冥眩，得告之患者，服药后会有这种反应，也可能没有这种反应，不过有这种反应不要害怕。这一过程是“药力助正气→正邪交争（振）→正气胜邪（发热汗出）→病解（却复发热汗出而解）”的正常病理反应。

第一百一十条　少阳病三禁

《伤寒论》第 142 条：“太阳与少阳并病，头项强痛，或眩冒，时如结胸，心下痞硬者，当刺大椎第一间、肺俞、肝俞，慎不可发汗。发汗则谵语，脉弦，五日谵语不止，当刺期门。”

这一条讲的是太阳病与少阳病同时发生的“并病”。 “头项强痛”：这是太阳经表证未解的表现。“或眩冒，时如结胸，心下痞硬”：这是少阳病的典型证候。“眩冒”是少阳风火上扰；“时如结胸，心下痞硬”是少阳经气不利，影响心下（胃脘）区域，但并非实邪结聚的真结胸。

此时病邪已涉少阳，即使有表证，也不可单纯发汗。仲景采用针刺法来和解表里、疏通经气，取大椎（解太阳之表）、肺俞（宣肺）、肝俞（疏泄少阳）。期门为肝的募穴，刺期门泻胆经之热。胆经之热解除，就不说胡话了

“慎不可发汗”，若发汗劫夺津液，导致胃中干燥，病邪化热入里，转入阳明，故发谵语。但脉象仍是“弦”脉，提示少阳的病机根本仍在。

“五日谵语不止，当刺期门”，若谵语持续，说明热邪不仅入阳明，更波及肝经与血分（期门是肝的募穴）。此时需刺期门以泄肝经之热，清血分之邪。

看起来 142 条与少阳病禁汗、禁吐、禁下三禁不直接相关，但是我们可以从三禁这一侧面理解，起到举一反三的效果，加深对少阳病三禁的了解。

142 条虽非“三禁”的直接定义，却是一个以临床误治来反向印证“三禁”原则的绝佳范例。142 条如何作为“三禁”的临床反证教材？

条文中的“太阳与少阳并病”，本身就有太阳表证（头项强痛）。这最容易诱使医者想到发汗解表。但仲景明确警示“慎不可发汗”，因为已有少阳枢机不利（眩冒、心下痞硬）的病机存在。

误汗后，不仅表证未解，反而出现“谵语、脉弦”。这就是误汗伤津，引邪化热，内传阳明，同时少阳未解的复杂变证。这比单纯说“发汗则谵语”更具体、更震撼。

条文症状中有“时如结胸，心下痞硬”，这很像有实邪结聚，容易让人误判为可吐（如瓜蒂散证）或可下（如结胸证用大陷胸汤）的病症。

但仲景明确指出，这种“痞硬”是少阳经气郁结所致（“或”字和“时如”形容其阵发性、非实质性），根源在气滞而非实积。如果误用吐、下，必然更加损伤正气，导致邪气内陷，变证百出（如第 264 条所言“吐下则悸而惊”）。

少阳病位在半表半里，正气（主要是胃气）与邪气在此相持。汗、吐、下都是攻邪之法，会首先消耗作为人体抗病基础的胃气与津液。

142 条误汗后出现的“谵语”，其病机关键就是“此属胃”（265 条），即津伤热炽，胃气不和。这从反面证明了，在少阳病阶段，保全胃气津液是多么重要，而“三禁”正是为此设下的保护线。

举一反三，如何通过此案加深对“三禁”的理解？

我们可以把 142 条看作一个教学模板，用来推演其他误治情况：

设想误吐：如果医者见“心下痞硬”而误用吐法，会如何？很可能重伤胃气与胸阳，导致 264 条所说的“悸而惊”（心慌、惊恐不安），因为吐法最易扰动上位的神明。

设想误下：如果误判为里实而用下法，会如何？可能引少阳邪热彻底入里，或损伤下焦，形成“利下不止”、“心烦”等更复杂的坏病。

142 条是一面“临床镜子”，它照出了一旦违反“三禁”原则，疾病将如何演变恶化。它告诉我们：少阳病的治疗，关键在于辨识“病机”（枢机不利），而非仅仅针对“症状”。“三禁”不是僵化的教条，而是对“和解”治疗原则的强力护卫。任何可能破坏气机平衡、损伤正气的攻法，都在禁忌之列。

少阳是三焦与胆腑所主，核心功能是 “通调水道”和“主决断”，实质是维持全身气、火、水的循环畅通。汗、吐、下都是 “单向度”的粗暴干预，会

破坏这种精微的循环平衡。142 条误汗后出现的“谵语”（神乱）和“脉弦”（气郁），正是 “水（津）—火（热）—气（机）” 系统平衡被打破的典型表现。

仲景在并病时首选针刺（大椎、肺俞、肝俞），在谵语不止时再刺期门。这揭示了在 “经气壅滞”为主要矛盾时，经络针刺 这种能直接“通经调气”而不大量耗伤津液气血的外治法，有时比内服药物更为直接、安全。这拓展了“和解”的手段——不仅限于小柴胡汤，也包括针刺等导引气机之法。

学习《伤寒论》，正是要通过这些具体、有时甚至是惨痛的误治案例，来深刻理解其治疗法则的严谨与精妙。所以，通过剖析 142 条来理解“三禁”，正是从“知其然”（什么是三禁）到“知其所以然”（为什么不能犯禁）的升华过程。

《伤寒论》第 171 条：“太阳、少阳并病，心下硬，颈项强而眩者，当刺大椎、肺俞、肝俞，慎勿下之。”

此条突出“并病”状态下，须辨明病位偏表偏里。少阳为枢，禁汗、吐、下，太阳少阳同病时尤需慎用攻下，体现了张仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的辨证思想，对后世治疗外感病兼夹证具有重要指导价值。

太阳、少阳并病：指太阳表证未解，又出现少阳病证，邪气介于表里之间。

心下硬：邪郁少阳，气机阻滞，涉及胃脘部痞硬（非阳明腑实）。

颈项强：太阳经气不利，表邪未尽。

眩：少阳风火上扰清窍。

慎勿下之：虽见“心下硬”，但非阳明实热结聚，而是少阳枢机不利兼表邪未尽。千万不要吃泻药，因为太阳病忌下，少阳更忌下，尤其是这个心下硬，你不要看它是个实证，这个心下硬，纯粹是胃虚，若误当实证下之，可能导致：邪陷少阳，加重气机郁遏；表邪内陷，变生结胸、痞证或下利；损伤津液，引邪深入。

替代治法(针刺)：

刺大椎：疏解太阳表邪，通阳散郁。

刺肺俞：宣肺气以助太阳开表。

刺肝俞：调少阳枢机，平肝息风止眩。

针刺法外通内调，不伤正气，契合“并病”宜和解外透的病机。

《伤寒论》第 264 条：“少阳中风，两耳无所闻，目赤，胸中满而烦者，不

可吐下，吐下则悸而惊。”

本条论述的是少阳中风证，属于少阳经证范畴，重点在于邪犯少阳、枢机不利，并强调误治后的变证。

少阳为半表半里之经，主枢机，外可出太阳，内可入阳明。少阳受邪，则枢机不利，胆火上炎，三焦气机郁滞，故见口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜呕等症。本条“少阳中风”是指太阳之邪传入少阳，而见少阳经证。

耳无所闻：足少阳胆经循耳后入耳中，出耳前。少阳风火上扰，清窍壅塞，故耳聋或听力减退。

目赤：少阳风火上炎，循经上攻于目，故目赤。

胸中满而烦：少阳经气不利，胆火内郁，上扰胸膈，故胸中满闷而烦。

以上诸症，皆属少阳经气不利、胆火上炎之象，病位在少阳经，尚未入腑成实，故不可用吐下之法。

“不可吐下，吐下则悸而惊”：吐法伤胃气，下法伤中阳，少阳本在半表半里，若误用吐下，则中气受损，气血两虚，心失所养，故见心悸；胆气被伤，胆主决断，胆虚则神不守舍，故见惊惕不安。此即少阳病误治后，由经证转为虚证，出现心悸、惊恐等变证。

少阳经证，法当和解少阳、疏利枢机，主方为小柴胡汤。若兼见耳聋、目赤、胸中满烦，可随证加减，如加菊花、夏枯草、栀子等清肝泻火之品，但总以和解少阳为要，不可妄用吐下。

《伤寒论》第 265 条：“少阳病，脉弦细，头痛发热者，属少阳。少阳不可发汗，发汗则谵语，此属胃，胃和则愈；胃不和，烦而悸。”

本条从五行相克角度，主要体现为少阳木火克伐阳明胃土的病机演变。

少阳属胆，在五行属木，主疏泄、主相火。少阳受邪，则木郁化火，相火上炎，故见“脉弦细，头痛发热”等症。脉弦为少阳主脉，细为邪在少阳、气血未盛；头痛发热为少阳风火上扰清窍、郁于半表半里之象。

少阳病位在半表半里，既非太阳之表，亦非阳明之里，法当和解，不可发汗。汗为心液，发汗伤阴。汗出津液外泄，阴血耗伤，心阴不足，心火偏亢。少阳木火本已偏亢，发汗更助其火势，木火横逆，克伐阳明胃土，即“木火刑金”之变，

实为木火克土。木火更旺，克伐胃土。

“发汗则谵语，此属胃”：谵语为神昏妄言，属阳明胃热上扰心神之象。少阳木火亢盛，克伐胃土，胃中津液被灼，燥热成实，上扰心神，故见谵语。

从五行而言，即木火亢盛，克伐胃土，胃热成实，病机重心由少阳转属阳明。

若胃气尚能自和，或经治疗胃热得清、胃津得复，则木火不再克土，阳明得和，谵语自止，病可向愈。若胃热未清，胃津不复，则木火继续克土，胃热上扰心神，故见心烦；同时，汗伤心阴，心失所养，故见心悸。

本条从五行相克角度，揭示了少阳病误汗后木火克土、由少阳转属阳明的病机演变规律，强调少阳病不可发汗，以及“胃和则愈”的治疗关键，对临床辨治少阳病及误治变证具有重要指导意义。

《伤寒论》第 266 条：“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。”

《伤寒论》第 267 条：“若已吐下、发汗、温针，谵语，柴胡汤证罢，此为坏病。知犯何逆，以法治之。”

266 条与 267 条描述的是应对太阳病误治或失治传少阳的两个正反方面的经典医案。

患者初起有恶寒发热、头痛等太阳表证，未及时正确解表，病情迁延 3-5 天，出现“往来寒热”（一阵冷一阵热，无规律）、胁下胀硬不适、干呕恶心、吃不下饭，脉象由浮紧或浮缓转沉紧（脉沉弦而有力），提示病邪入里，阻滞少阳经气。

“与小柴胡汤”（和法代表方），通过和解少阳、调畅气机，缓解少阳经气郁滞（胁满）、胆热犯胃（干呕不食），使病邪从少阳外解，避免进一步传变。此为“抓主证、抓主要矛盾（往来寒热、胁满、干呕）、用和法”的正面案例，符合少阳病治疗原则。

同 266 条初始病情，但医者未识别少阳病，误对患者使用发汗（如麻黄汤）、催吐（如瓜蒂散）、泻下（如承气汤）或温针（温热刺激）等治法，导致患者出现谵语（神志不清、胡言乱语），原本的“往来寒热、胁满、干呕”等柴胡汤证完全消失。

少阳病为“半表半里证”，无单纯表邪（禁汗）、无里实积滞（禁下）、无胃气上逆的实邪（禁吐），误治后会损伤正气、扰乱气机，使病情转为“坏病”（无固定证型），需根据具体症状调整治法，而非继续用少阳病方药。

少阳病的核心病机是“少阳枢机不利，病在半表半里”——既非完全在表（无恶寒、脉浮等纯表证），也非完全在里（无高热、燥屎、腹痛等纯里实证），无法用“解表（治表）”或“攻里（治里）”的单一治法。

“和法”（如小柴胡汤）的本质是“调畅枢机、平衡表里”。通过疏解少阳郁热、扶助正气，让病邪从半表半里向外透解，不可机械地遵循“先表后里”的顺序。若强行“先解表”，会耗伤少阳正气（少阳属胆，主疏泄，不耐发汗）；若“先治里”，会损伤胃气（少阳病常兼胆热犯胃，泻下易加重胃虚）。若太阳病初传少阳（太阳为主少阳为次），出现小柴胡汤证，则可考虑柴胡桂枝汤/柴胡桂姜汤以双解。

“知犯何逆，以法治之”，坏病的情况复杂，涉及的问题较多，所以给医生一个原则，见其病要知其源，要观察脉证的反映，要了解误治的具体情况，清、补、和、扶正、祛邪等，“以法治之”。少阳很容易发生误治，故仲景在此给予特别警示。

为何强调“抓主证、抓主要矛盾”？

少阳病的主证（往来寒热、胸胁苦满、默默不欲饮食、心烦喜吐）是“少阳枢机不利”的核心表现，无论是否兼太阳表证（如太阳少阳同病，见“发热微恶寒、支节烦疼、微呕”），只要主证存在，就以“和解少阳”为核心（如柴胡桂枝汤，在小柴胡汤基础上加桂枝、芍药解表，仍以和法为主）。若不抓主证，过度关注兼证（如单纯治太阳表邪），会忽视少阳枢机不利的根本病机，导致病邪迁延，甚至传变为里证（如阳明病、三阴病）。

为何少阳病禁汗、禁吐、禁下、禁利小便？

禁汗：发汗（如麻黄汤、桂枝汤）会耗伤津液、损伤少阳枢机，可能导致“亡阳”“烦躁”等变证（如 267 条误汗后加重病情）。

禁吐：少阳病的“干呕”是胆热犯胃、胃气上逆，非“实邪壅滞在上”（如食积、痰饮），催吐会损伤胃气，加重胃虚，还可能扰动少阳郁热，引发神志异常（如 267 条误吐后谵语）。

禁下：少阳无里实，泻下（如承气汤）会损伤肠腑阳气，导致“脾阳虚”，出现腹泻、腹痛等，同时使少阳郁热内陷，加重病情。

禁利小便：利小便（如五苓散）会耗伤津液，而少阳病易兼“津液不足”（郁热易伤津），利小便会加重津亏，影响少阳枢机的调畅。

第一百一十一条　知常达变

《伤寒论》第 146 条：“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”

本条核心病机是太阳表证未解，邪犯少阳，形成太阳少阳并病。“伤寒六七日”，病邪仍有部分留恋太阳经表，故见“发热微恶寒”，表证未解的典型表现，因邪势渐减，故恶寒“微”。“支节烦疼”，太阳经气运行不畅，气血阻滞于四肢关节所致，此为“外证未去”的关键依据。

病邪突破太阳，传入少阳半表半里。少阳胆气犯胃，胃失和降，故见“微呕”；少阳经气不利，气机郁滞于胸胁胃脘之间，故见“心下支结”，“心下”指胃脘部，“支结”即胃脘部有支撑、痞结不适感，为少阳病“胸胁苦满”的轻症表现。

此条病机并非单纯太阳表证或少阳里证，而是表证未清、邪入少阳的并病状态，故用柴胡桂枝汤，以桂枝汤解太阳未尽之表，柴胡汤清少阳已犯之邪，表里双解。

此条的深层解读为柴胡汤的治则，柴胡汤禁汗、禁吐、禁下这是常法，需知常达变。太阳少阳并病，或少阳阳明并病，可汗可下，调和气机为优先选择，亦可说太阳之表、阳明之里也是气机失常的表现。

先明“常法”：

柴胡汤禁汗、禁吐、禁下的底层逻辑，针对单纯少阳病。少阳病的核心病机是“邪在半表半里，少阳枢机不利”。既非纯表（无恶寒发热并见的典型太阳证），也非纯里（无便秘、呕吐苦水的典型阳明/少阳里实证），气机升降出入的“枢纽”功能失常。此时若用汗、吐、下三法，均会破坏少阳枢机，加重病情：

禁汗：汗法针对表证，需开泄肌表。少阳病无纯表邪，强行发汗会耗伤少阳津液（少阳属胆，胆藏精汁，依赖津液濡养），导致枢机更滞，甚至引发“亡阳”“惊悸”等变证。

禁吐：吐法针对胃内实邪（如食积、痰饮），需向上涌吐。少阳病邪不在胃腑，强行吐下会损伤胃气，且少阳胆气本已犯胃（常见呕逆），吐法会进一步扰乱胆胃气机，加重呕恶、心烦。

禁下：下法针对里实证（如阳明腑实），需向下通腑。少阳病无里实积滞，强行攻下会损伤肠道津液，且少阳与阳明相表里，下法可能导致邪热内陷阳明，形成“协热利”（腹泻伴发热）或“心下痞硬”（胃脘痞满加重）。

因此，单纯少阳病的“常法”是和解少阳、调畅枢机（如小柴胡汤），而非强行攻伐表或里。

再解“变法”：

太阳/阳明与少阳并病时“可汗可下”的关键是“邪既在少阳，又兼太阳表邪或阳明里邪”。此时少阳枢机不利是根本，但表邪/里邪的存在，会进一步阻碍气机，太阳表闭则气机外不通，阳明里实则气机内不畅，单纯和解少阳已无法兼顾，需“表里同治”，故可灵活用汗、下法，核心仍是“调和整体气机”。

确定治法：

“调和气机”是贯穿常法与变法的根本，无论是单纯少阳病的“禁汗吐下”（怕乱气机），还是并病时的“可汗可下”（为通气机），核心逻辑均围绕“恢复少阳枢机主导的整体气机平衡”。太阳表证的本质，是“气机外闭不通”（表邪阻滞太阳经气）；阳明里证的本质，是“气机内滞不通”（里实阻滞胃肠气机）；少阳病的本质，是“气机枢纽不利”（半表半里阻滞，导致表里气机不通）。

因此，治疗的关键不是“纠结是否用汗下”，而是判断“气机阻滞的关键环节”——单纯枢纽不利则和解，兼外闭则解表助通、兼内滞则通里助通，最终目的都是让表里内外的气机重新顺畅，这正是《伤寒论》“随证治之”的核心思想。

《伤寒论》第 147 条：“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”

本条核心病机是太阳病误治后，邪犯少阳，兼有水饮内停。“伤寒五六日”，病邪本有向里传变趋势，此时若发汗不当，易耗伤津液，复又用下法，下法易损伤脾胃阳气，致水湿运化失常，双重误治导致病邪偏离太阳，内陷少阳，同时引发水饮内停。

少阳主枢机，邪犯少阳则枢机运转失常，出现“往来寒热”（邪正相争于半表半里，进退不定）、“胸胁满”（少阳经脉布于胸胁，气机阻滞）、“心烦”（少阳郁热扰心）、“但头汗出”（少阳郁热循经上蒸，而全身气机不畅，津液不能布散周身）。

误治损伤脾胃运化功能，水饮内生，停蓄于内。水饮阻碍津液输布，津液不能上承，故“渴”；水饮未犯胃腑（胃气得降），故“不呕”；水饮内停，膀胱气化受阻，故“小便不利”；胸胁部气机阻滞与水饮互结，形成“胸胁满微结”（“微结”指气有郁结但是郁结得不是太重，非阳明燥结之重证）。

柴胡桂枝干姜汤是在小柴胡汤的基础上加减化裁而来。两者核心均以柴胡为君药，围绕少阳病“往来寒热、胸胁苦满”的核心病机展开，但组方思路和主治方向有明确差异。

小柴胡汤：以柴胡、黄芩和解少阳，配伍人参、半夏、生姜、大枣、甘草，兼顾益气和胃，主治少阳病兼胃气不和，症见口苦、咽干、目眩、心烦喜吐、食欲不振等。

柴胡桂枝干姜汤：在小柴胡汤基础上去掉人参、半夏、生姜、大枣，加入桂枝、干姜、栝楼根（天花粉）、牡蛎，侧重“和解少阳、温化水饮”，主治少阳病兼水饮内停，症见往来寒热、胸胁满微结、小便不利、渴而不呕、但头汗出等。

综上，本条病机关键是“少阳郁热兼水饮内停”，故用柴胡桂枝干姜汤和解少阳、温化水饮，针对病机兼顾双重病理因素。

《伤寒论》第 148 条：“伤寒五六日，头汗出，微恶寒，手足冷，心下满，口不欲食，大便硬，脉细者，此为阳微结也，必有表，复有里也。脉沉，亦在里也。汗出为阳微。假令纯阴结，不得复有外证，悉入在里。此为半在里半在外也。脉虽沉紧，不得为少阴病。所以然者，阴不得有汗，今头汗出，故知非少阴也，可与小柴胡汤。设不了了者，得屎而解。”

148 条辨证的核心在于首辨阴阳，次辨表里寒热虚实。这条条文的价值，不仅在于给出了一个方证（小柴胡汤证），更在于它提供了一个 “在矛盾症状中如何运用阴阳纲领拨云见日” 的顶级思维训练。它告诉我们，临床上的疑难杂症，往往就是各种“假象”的堆砌。医者的第一要务，不是被症状牵着走，而是“万变不离其宗” ——牢牢把握阴阳这个总纲，看穿疾病的本质。

1、搜集全部症状（四诊合参）

病史：伤寒五六日（邪气传变期）。

症状：头汗出（局部郁热上蒸），微恶寒（表证未解），手足冷（阳气郁闭，不达四末），心下满，口不欲食（少阳枢机不利，影响脾胃），大便硬（里有热结），脉细（或沉紧）（气机郁滞，脉道不畅）。

2、首辨阴阳（最大纲领）

这是最关键的一步。面对“手足冷、脉沉细”这些看似像阴证的症状，仲景提出了一个根本性的鉴别点：“阴不得有汗”。

若为纯阴证（如少阴病）：应是全身性虚寒，手足冷、脉沉微，但绝不应有“头汗出”这种阳热上蒸的表现。

本证有“头汗出”：这说明体内有郁热。因此，首先排除纯阴证，将疾病性质定位于 “阳”证 的范畴（即“阳微结”）。

3、次辨表里病位（确定病机）

定性为阳证后，再分析病位的分布：“微恶寒”，说明 “有表证”（邪在表）。“心下满，口不欲食，大便硬”，说明 “有里证”（邪气影响里气）。“头汗出、手足冷”，这是关键，是 “半在里半在外” 的典型表现。因为阳气被郁在里（半里），不能外达故手足冷；郁热上蒸故头汗出。这正符合少阳病枢机不利，气机郁结的特征。

4、综合诊断与治疗

诊断：此非太阳表证，也非阳明里实，更非少阴虚寒。而是 “阳微结”，即阳气轻微郁结在半表半里，导致表里之气不相顺接。

治法：病机核心是 “少阳枢机不利” 。因此，治疗不是发汗解表，也不是攻下通里，而是 “和解” 。

方药：小柴胡汤。通过和解少阳，运转枢机，使上焦得通，津液得下，胃气因和，则“头汗出”、“手足冷”、“大便硬”等表里不和之症自除。

预后：“设不了了者，得屎而解。”服药后若还有不爽利的感觉，这是腑气未通，待大便通畅后就会痊愈。这再次说明里结不重，无需猛下，和解即可。

148 条的现代启示与教学价值：

“抓独症”，定阴阳：“头汗出”是本证的“独症”，是打破“阴证”假象

的关键。它警示我们，不能仅凭一两个“寒象”（如手足冷、脉沉）就断为阴证，必须综合全部信息，尤其要抓住反映疾病本质的特征性症状。

“阳微结”是少阳病的一个特殊类型：它扩展了我们对少阳病的认识。少阳病不一定都是“往来寒热、胸胁苦满”，也可以是这种“类似阴证”的复杂表现。其本质是阳气的郁结，而非虚衰。

辨证的层次性：本条完美示范了中医辨证的层次。

第一层（阴阳）：阳证 vs 阴证 → 结论：阳证。

第二层（表里）：表里同病，病位在“半表半里” → 结论：少阳枢机不利。

第三层（方证）：符合“少阳病”枢机不利，兼有气郁津结的病机 → 结论：小柴胡汤证。

148 条远不止于教授一个方证，它是一堂高级的临床思维训练课。它告诉我们，面对纷繁复杂的症状：

首要任务是拨开迷雾，用“阴阳”这把最大的尺子，将疾病进行最根本的分类。只有在正确判断阴阳属性的基础上，后续对表里、寒热、虚实的辨析，以及选方用药，才不会有方向性的错误。这正是《伤寒论》历久弥新的灵魂所在。

《伤寒论》第 173 条：“伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。”

此条有别于误治，可表述为“胸中有热，胃中有邪气，腹中痛欲呕吐的患者，复感伤寒，黄连汤主之。”患者可能平素中焦脾胃之气不调，或有阳气郁遏、清浊不分的倾向。外感伤寒（寒邪）作为一个诱因，引动了内在的失衡，使上热下寒之证显化。核心在于 “素有上热下寒体质，外感诱发” 。

病位主要在 胸膈（上） 与 胃脘/腹（下） 。病性是上部的热与下部的寒同时存在，形成 “寒热错杂、升降逆乱” 的格局。

胸中有热（上热）：热邪郁于胸膈、胃之上口，导致胃气不降反逆，故 “欲呕吐” 。

胃中有邪气（下寒） ：此处“胃中”可理解为胃脘以下、肠道部位。寒邪凝滞于中焦或下焦，导致气机不畅，血脉拘急，故 “腹中痛” 。

升降失常：正常情况下，心火下温肾水，肾水上济心火，脾胃为气机升降之枢。本病机则是上热不得降，下寒不得温，中焦枢纽失司，故出现上逆（呕）与

下寒（痛）并见的矛盾症状。

治法与方药——黄连汤。此方正是为调和上下、平调寒热、恢复中焦升降而设。由黄连、干姜、桂枝、半夏、人参、大枣、甘草七味中药组成。

黄连清在上之热。干姜温在下之寒。君臣相配，辛开苦降，平调寒热。

桂枝非为解表，而是助干姜温通下寒，兼能交通上下阳气。半夏和胃降逆止呕。

人参、大枣、甘草：补益中气，恢复脾胃枢纽功能，为整个方子提供运转的动力。

本方可以看作是半夏泻心汤去黄芩加桂枝。两者的核心区别在于：

1. 病机与病位：纵 vs 横

黄连汤：病机关键词是 “分踞” 。热邪与寒邪分别盘踞在身体的上部和下部（胸热 vs 腹寒），中焦的枢纽功能瘫痪，导致上下不得交通。好比一座城市的南北交通要道中断。

半夏泻心汤：病机关键词是 “互结” 。寒热之邪像线绳一样 纠缠在一起，壅塞在中焦“心下”这个部位，阻碍了气机升降。好比城市的中心环岛发生了堵塞，东西南北的车都过不去，导致周边（上则呕，下则利）功能紊乱。

2. 主症：痛 vs 痞

黄连汤的“腹痛”：这是有形的寒邪凝滞所致，是方证的标志性症状，提示下寒较重，需要温通。

半夏泻心汤的“心下痞”：这是无形的气机痞塞，特点是“但满而不痛”，或仅有胀满堵塞感。这是痞证的核心。

3. 方药解析：桂枝 vs 黄芩

两方仅一药之差（黄连汤有桂枝无黄芩，半夏泻心汤有黄芩无桂枝），却体现了完全不同的治疗思路：

黄连汤去黄芩加桂枝：去黄芩，因下寒明显，腹痛为主。黄芩性寒，恐其加重下寒。加桂枝，此处桂枝不解表，其作用有三：一是助干姜温散下寒以治腹痛，二是平冲降逆以助止呕，三是最关键的是“交通上下，桂枝辛甘温煦，能引黄连清上之力下行，助干姜温下之力上达，像一座桥梁重新连接被隔断的阴阳，是解决“上下不通”的关键药物。

半夏泻心汤用黄芩：黄芩与黄连配对，苦寒清降之力更强，旨在清解中焦结聚之热。因痞证是寒热互结，热邪也是结聚的重要因素，故需芩、连并用，苦寒直折，与干姜、半夏的辛温开散相配，共同完成 “散结消痞” 的任务。

简而言之，黄连汤治的是 “上下不通” ，病机是寒热分踞，以腹痛与呕吐为标志，用桂枝来交通上下。半夏泻心汤治的是 “中部堵塞” ，病机是 寒热互结，以心下痞满为核心，用芩连来清热散结。二者犹如治疗寒热错杂证的一对“经纬”，黄连汤主纵向调理，半夏泻心汤主横向疏通，共同构成了中医调和法的经典范式。

当面对一个寒热错杂的胃肠病患者时，如果患者主诉是“胃以上嘈杂、恶心，伴有小腹或脐周冷痛明显”，舌象可能上红下白，脉象可能寸浮关尺沉——优先考虑黄连汤。如果患者主诉是“胃脘部堵塞、胀满感突出，伴有嗳气、反酸、肠鸣、大便不调”，但无明显冷痛，舌苔常黄白相间或腻——优先考虑半夏泻心汤。

《伤寒论》第 268 条：“三阳合病，脉浮大，上关上，但欲眠睡，目合则汗。”

条文“三阳合病”，可以推断患者体质较好，说明正气尚足，能与邪气在阳分抗争，进而可以推断未涉及兼证或阴证。首辨阴阳，以定方向。“三阳合病”是邪气在太阳、阳明、少阳之间传变，尚未传入三阴。若出现阴证的表现，就不能按“三阳合病”论治，而应视为“三阳合病兼阴证”或“三阳合病转阴”，另行辨证、随证治之。

第一个核心症状为“热”，表里俱热，且热势起伏不定。

此热并非阳明病日晡所潮热，阳明潮热是典型的定时发热，多在下午 3-5 点定时发作，是阳明腑实燥结、热邪内聚的典型表现，热势相对固定，有规律可循。此表里俱热准确地说是热势起伏不定，时高时低，这正是三阳合病中正邪相争、拉锯战的表现。热象随正邪消长而变化，没有固定的发作时间规律。这种热象反映了太阳、阳明、少阳三经邪热交织，枢机不利，热势随气机出入而起伏的特点。

第二个核心症状为“汗”，此汗非阳明之大汗，也非太阳伤寒之无汗、太阳中风之有汗，亦非注家所言之盗汗。

目合则汗：三阳合病，热盛迫津外泄，故见汗出；汗出过多则伤津耗气，心阴心气受损，心神失养，故见“但欲眠睡”。这与少阴病“但欲寐”的阳气衰微、

神失所养不同，也与阳明病大汗、太阳病有汗无汗、盗汗等有明显区别。

部分注家将"目合则汗"简单等同于阴虚盗汗，把复杂的三阳合病病机简化了。268 条的三阳合病，本质是热盛迫津，兼有津气两伤，而非单纯的阴虚内热。如果只看到"盗汗"就套用滋阴降火，就忽略了太阳、阳明、少阳三经邪热交织的病机本质。

读《伤寒论》不能只看症状，更要看症状背后的病机；不能只看局部，更要看整体。268 条的"目合则汗"必须在"三阳合病"的大框架下理解，脱离了"脉浮大、上关上"的阳证前提，任何对"盗汗"的解释都可能偏离原意。

第三个核心症状为“欲眠睡”，此非少阴之“但欲眠”，而是汗出津伤波及心阳，心神受扰正气减弱。

少阴病“但欲寐”是阳气衰微、神失所养，多伴见脉微细、四肢厥冷、下利清谷等虚寒之象；而本条“但欲眠睡”是在“脉浮大、上关上”的阳热证基础上出现，是热盛汗出、津气两伤、心神受扰所致，属热证兼虚，而非纯虚寒证。

第四个症状为脉浮大、上关上。

浮大：浮主表热，大主热盛，说明表里俱热，正气尚能抗邪，故脉来浮大有力。

上关上（弦）： 关脉主中焦，候肝胆脾胃。脉象上冲至关上部位特别明显，这强烈提示邪气壅盛于中上焦，少阳枢机不利，气火亢逆。脉象综合体现了太阳、阳明之邪热，皆汇聚、郁闭于少阳枢机之位，气机逆乱。

综合以上分析，268 条三阳合病的病机可以概括为：太阳表邪未解，阳明里热已盛，少阳枢机不利，三阳合病，热盛迫津，汗出伤津耗气，心神受扰。268 条未列方，需根据热势强弱再辨。

1. 偏于阳明（白虎汤证路径）

辨证要点：在发热、脉大的基础上，若 “大渴引饮” 症状非常突出，或虽未大渴但热势极高、烦躁、面赤、舌苔黄燥，这都强烈提示热邪集中于阳明气分。此时，清泄阳明就是给全身热邪“釜底抽薪”。

为何是白虎汤？ 因为它专清气分无形之热。即使没有典型的“大汗”（本条为“目合则汗”），只要“大热”、“脉大”、“大渴”（或热伤津液的其他

表现）的病机成立，即可选用。若汗出过多，已有气短、脉芤等气津两伤之象，则用白虎加人参汤。

2. 偏于少阳（小柴胡汤证路径）：

辨证要点：在脉“上关上”（提示病位偏中）的基础上，若患者 “往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，口苦咽干目眩” 等少阳枢机不利的症状比较明显，而全身弥漫性大热、大渴不显著。此时，核心矛盾是 “少阳郁火” 导致的三焦气机不畅，热邪因“郁”而发。

为何是小柴胡汤？ 它以柴胡、黄芩疏解少阳郁热，半夏、生姜和胃降逆，参、枣、草扶正驱邪，正合“和解枢机，透邪外出”之法。若里热亦重，可仿《伤寒论》第 97 条后法，或后世经验，酌加石膏、知母以兼清阳明。

3. 偏于少阳阳明（大柴胡汤证）

若在少阳证基础上，出现明显的 “呕不止、心下急、郁郁微烦” 或 “腹满、便秘” ，则为少阳郁热内传阳明，形成腑实。此时，单和解已力不能及，需和解与攻下并行，宜大柴胡汤。

4. 表证仍重，里热初起

若发热恶寒、身痛等太阳表证依然很重，而里热（口渴、烦躁）初显，则可能适用大青龙汤（表寒里热）或桂枝二越婢一汤（表郁里热轻证）。

《伤寒论》第 269 条：“伤寒六七日，无大热，其人躁烦者，此为阳去入阴故也。”

伤寒六七日，这是一个周期，这不仅是时间，更是一个疾病可能发生质变的节点。此时，正邪相争可能即将分出胜负，或向愈，或深入。

阳去入阴：注家解释由表入里（或阳明或少阳）而非入三阴经，这种解释忽略了患者体质因素，或外部环境因素，或疾病诊疗因素，传经的路径并非固定按一个方向传变。

无大热：这是第一个，也是最易被忽视的预警信号。常理，伤寒在表，应发热。若热势加剧传入阳明，应变为“大热”。此处是“无大热”，即体表热势反而减弱或显得不扬。这绝非病愈，而是 “热邪内陷” 的标志。邪气离开肌表（阳分），向内（阴分）传变。体表反显“无大热”，是因为热邪已郁闭于内，不能向外透发。这是 “阳去”（离开阳位） 的直接表现。

其人躁烦：这是第二个，更具特异性的警报。“烦”属阳，多由热扰；“躁”属阴，多为阳虚或阴盛，表现为肢体不宁、神志不安。“躁烦”并见，意味着病机已非单纯的阳热扰心。它提示 “正虚” 的因素已经介入。或是热邪内陷，郁闭过甚，消耗阳气；或是邪气直入，扰动阴分。这是 “入阴”（进入阴位或伤及阴分） 的明确指征。

本条的核心目的，不是事后诸葛亮式地断定“已入少阳或阳明”，而是在疾病 “正在发生质变” 的关口（六七日），通过 “无大热”+“躁烦” 这一对矛盾症状，提前预警。病邪正在离开阳分的浅表层次，向更深、更里的层次（“阴”的范畴）发展。这个“阴”，既可能是“三阴经”（太阴、少阴、厥阴）的虚寒证，也可能是阳明、少阳的里实热证中，已伤及正气（阴液或阳气）的复杂状态。“阳去入阴”的本质是 “病位由浅入深，病势由实转虚（或虚实夹杂）” ，它警示医者，疾病的性质正在变得复杂和严重。

一旦识别出“阳去入阴”的苗头，治疗思路必须彻底改变。因为病机已不在表，亦非单纯的里实。这条的意义不在于传变路径，而在于防患未然，防止传入阴经，若入里需慎用汗、吐、下三法。

汗法：病已不在表（无大热），发汗会徒伤阳气与津液，使已虚的正气更虚，加速邪气内陷。

吐法、下法：病邪虽已入里，但未必是痰、食、燥屎等有形实邪壅塞于上焦或肠道（故无典型可吐、可下之证）。贸然吐下，会 “诛伐无过” ，重伤胃气与里阳，极易导致邪气内陷三阴，变生“厥逆、下利”等危证。

此时的正治：应当是 “和解” 或 “扶正达邪” 。若偏向少阳（伴见口苦、胸满），宜小柴胡汤类和解枢机；若已显少阴苗头（脉微细、但欲寐），则当温经扶阳，如麻黄细辛附子汤之类。总以 “观其脉证，随证治之” 为原则，但务必谨记 “汗、吐、下”三法在此阶段多为禁忌。

269 条编于少阳篇，也可以看出仲景的深意：少阳既为太阳、阳明、少阳之枢，又为三阳与三阴之枢。

“三阳之枢”：少阳位于太阳（表）与阳明（里）之间，主司气机出入。太阳之邪欲入里，必经少阳；阳明之热欲外达，亦赖少阳。小柴胡汤证“往来寒热”正是枢机调节表里斗争的体现。

“三阴之枢”：更深一层，少阳（胆与三焦）的疏泄功能，关系到全身气血津液的输布，是 “阳气运转之枢” 和 “水火气机升降之道路” 。若此枢机败坏，阳气不能外达则陷入阴经，阴液不能上济则虚热内生。因此，少阳也是 阳气由三阳阶段转入三阴阶段的关键门户。

269 条置于少阳篇中，不是一个孤立的传变描述，而是一道关于 “如何把守阴阳交界之门户” 的实战指令。

“伤寒六七日”，正值邪气与正气在少阳门户前反复拉锯、决定去向的关键时刻。“无大热”，并非热退，而是 “热陷” 。意味着太阳表热已消，但邪气并未正常转入阳明成为“大热”，而是因 少阳枢机不利，疏泄失职，导致热邪未能正常宣通，反而内陷、郁闭。这是邪气突破少阳，向内深入的标志。“其人躁烦”，这是 “枢机逆乱，心神被扰” 的典型表现。“烦”为热扰，源于郁热内攻。“躁”为神不安，源于气机逆乱，阳神不能安宅。合为“躁烦”，正是 “阳去”（阳气运行之道断绝） 而 “入阴”（邪扰阴分，神不守舍） 的危象。这是因为(病邪)已经越过少阳这个阳分的枢纽，正向阴分深入的缘故。 它精准地指出了病机正处于 “阴阳转换的进行时态” 。

当你面对一个外感病，病程到了“六七日”这个节点，若见到 “热势不扬反陷（无大热）” 与 “神志躁扰不安（躁烦）” 并见，无论它是否具备典型的少阳证（如口苦、咽干、胸胁苦满），你都必须意识到：邪气可能已经突破了少阳这个“阳关”，正在向“阴域”长驱直入。 此时，疾病的严重程度已升级。当此阴阳转关之际，治疗的第一要务是 “固护或修复少阳枢机” ，截断邪气内陷之路，或给已内陷之邪以出路。

病已不在表（无大热），汗之无益，反伤津液，使枢机更枯。邪非有形实邪结于上焦或肠道（无相应症状），吐下之，徒伤胃气与中焦。胃气一伤，少阳枢机运转的根本即告动摇，将直接加速邪陷三阴的进程。

此时应以 “和法” 为主轴。若尚有少阳证迹象，小柴胡汤自是正选，扶正达邪，运转枢机。若已现阴经迹象（如脉转微细、四肢不温），则需 “和解兼温” ，如后世柴胡桂枝干姜汤之属，或 “温经散寒” 如麻黄细辛附子汤，总以 “扶助阳气，透邪外达” 为要。

因此，这条简短的条文，实为《伤寒论》中关于 “疾病动态监测与治疗战略调控” 的最高指导原则之一。它教导医者，要有“枢机”的全局观，在疾病的十字路口，做出最有利于正气的抉择。

《伤寒论》第 270 条：“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪。其人反能食而不呕，此为三阴不受邪也。”

270 条与 269 条一脉相承，少阳既为表里之枢，又为阴阳之枢。慎辨少阳，270 条能食而不呕，病位在阳而未入阴。此少阳为表里之枢而非阴阳之枢。

“伤寒三日，三阳为尽，三阴当受邪”：这是仲景设立的 “理论推演” 或 “常规病程”。按照“一日太阳，二日阳明，三日少阳”的传经理论，三日之后，邪气可能传入三阴。这是一种预设的警戒线。

“其人反能食而不呕”：这是 “临床事实” ，是关键所在。“反”字表明，实际情况与理论推演相反。

“能食”：标志着胃气尚和，脾阳未伤。太阴病提纲为“腹满而吐，食不下”，能食恰是其反面。

“不呕”：标志着胃气不逆，少阳枢机尚能斡旋。呕是少阳主症之一（喜呕），也是太阴（吐）、少阴（欲吐不吐）、厥阴（吐蛔）的常见症。不呕，则邪气未严重干扰胃气与肝胆的疏泄功能。二者结合，是 “脾胃功能健全，中焦枢转有力” 的铁证。中焦是气机升降的枢纽，也是防御邪气内传三阴的 “中流砥柱”。

“此为三阴不受邪也”：这是最终的 “病势判断”。因为人体最重要的后天之本——胃气——功能未损，正气有足够的力量将邪气抵御在三阴之外。病势要么在少阳阶段即被截断、和解，要么继续在三阳经之间传变（如转属阳明），而不会轻易陷入三阴的虚寒境地。

本条的高明之处在于，它用“能食而不呕”这一简单明了的临床指征，超越了僵化的“日数传经”理论，给出了一个更具普遍性的预后判断法则。

初级思维：拘泥于“伤寒三日，三阴当受邪”，见到三日后的病人就感到紧张，考虑三阴方药。

高级思维（本条所授）：不问日数，唯凭胃气。只要患者 “能食而不呕” ，就证明其中焦之气不衰，生化之源未绝，有足够的资本与邪气抗争。无论病程几

日，都可断定“三阴不受邪”，疾病仍在阳分，预后相对良好。这体现了 “有胃气则生，无胃气则死” 的根本原则在伤寒传变中的具体应用。

当面对一个病程较长的外感病患者时，不必被“三日”、“六日”的理论所困。只要抓住“胃气和”这一点，就能断言病情未陷入虚寒重地，可以继续积极地在三阳经的范围内辨证施治。

269 条教我们识别 “坏病”的苗头（阳去入阴），270 条教我们确认 “顺证”的特征（三阴不受邪）。一阴一阳，一危一安，让医者对病势的进退有了全面、清晰的把握。

《伤寒论》第 271 条：“伤寒三日，少阳脉小者，欲已也。”

271 条以脉象辨少阳进退。从编排顺序看，将其置于 269 条（阳去入阴的危象）、270 条（三阴不受邪的佳兆）之后，恰恰构成了一个完整的“少阳病势动态监测三部曲”：

269 条以症状（无大热、躁烦） 预警病势 “由阳入阴” 的 逆向恶化；270 条，以胃气（能食不呕） 判断病势 “停留于阳” 的 顺向稳定；271 条，则以脉象（少阳病脉的变化） 来精密地 度量病势在少阳本经的深浅与进退。这个递进逻辑中最关键的一环——脉象是病势的“仪表盘”。

时间维度：“伤寒三日”。再次提及此时间点，与第 270 条呼应，意在强调这是观察少阳病转归的一个关键窗口期。

脉象维度：“少阳脉小者”。“少阳脉”何指？ 指在少阳病主病位（两关部，尤以左关候胆）所诊得的脉象。少阳病本脉为 “弦”（如 265 条：“伤寒，脉弦细，头痛发热者，属少阳”）。“小”为何意？ “小”即细弱，与“大”、“弦紧”相对。在此处，“小”是“弦”势的衰减与缓和。

“欲已也”的诊断逻辑：当伤寒三日，病至少阳，其脉不见弦紧，反而见“小”（细弱缓和），这说明了什么？

邪气已衰：脉紧、弦是邪气盛、正气抗邪激烈的表现。脉转“小”，表明邪气不盛，正邪交争之势趋于缓和。

正气将复：在邪衰的基础上，脉象从容和缓，是正气未伤、即将恢复正常的佳兆。

综合判断：病在少阳，而脉象显示邪退正安，故可推断疾病 “欲已” ，即将要痊愈。

本条给予我们的启示是：在少阳病（乃至所有外感病）的病程中，脉象不仅仅是诊断的依据，更是 “战略侦察兵” ，它提供的是关于 “敌我力量对比实时变化” 的情报。固守症状（如口苦、胸满），只能知道“仗还在打”（病位仍在少阳）。洞察脉象从“弦”变“小”，却能知道 “敌人正在撤退，我方即将胜利”（邪退正复，欲已）。

在少阳病（乃至所有外感病）的病程中，脉象不仅仅是诊断的依据，更是 “战略侦察兵” ，它提供的是关于 “敌我力量对比实时变化” 的情报。它告诉我们，在“枢机”之地，症状纷繁，而脉象是穿透迷雾，直指病势本质与结局的最可靠灯塔。通过脉象的缓和，可以在症状完全消失之前，提前判断病愈趋势，从而避免过度治疗。当脉象已“小”提示“欲已”时，治疗就应从“攻邪”转向 “扶正” 或 “静观” ，这与第 269 条“慎用汗吐下”的禁则、第 270 条“胃气和则安”的原则一脉相承，都体现了 “固护正气，因势利导” 的最高治疗智慧。

《伤寒论》第 379 条：“呕而发热者，小柴胡汤主之。”

本条治以少阳，却列《伤寒论》之尾厥阴篇。理解厥阴病从少阳病治“枢机升降出入失常”，核心在于少阳与厥阴的表里关联，枢机为阴阳顺接的关键枢纽。

厥阴病“阴阳之气不顺接”的本质是气机升降出入停滞，而少阳作为“表里之枢”，其枢机功能直接调控厥阴的气血运行与阴阳交接，故可通过调少阳枢机恢复厥阴的阴阳顺接。

1. 先明核心逻辑：

少阳枢机是厥阴阴阳顺接的“动力开关”。少阳属胆（腑），厥阴属肝（脏），二者为表里关系（胆与肝相表里），共享“疏泄气机、调畅气血”的核心功能，且共同以“少阳相火”为中气（能量基础）。

少阳的核心作用是“枢转气机”，负责引导阳气从里出表、阴血从表入里，调节升降（如肝升胆降）、出入（如气血内外流通），是全身气机运行的“中转站”。

厥阴的“阴阳顺接”依赖少阳枢机，厥阴主“阴尽阳生”，需通过少阳枢机将肝藏的阴血疏泄至全身，同时将体表的阳气收纳回脏腑，实现“阴能载阳、阳能温阴”的平衡。若少阳枢机失灵（升降出入失常），厥阴的阴血无法布散、阳气无法归藏，便会直接导致“阴阳之气不相顺接”，引发厥阴病的寒热错杂、厥热往来、气血瘀滞等核心病理。

2. 再析病理关联：

少阳枢机失常是厥阴病的“关键诱因/核心环节”。厥阴病的“阴阳不顺接”，并非单纯的“阴盛阳衰”或“阳盛阴竭”，而是气机停滞导致的阴阳“无法交接”，其根源常与少阳枢机失调直接相关。

若少阳枢机“升发不足”（如柴胡证之“胸胁苦满”）：胆气不升则肝气郁滞，厥阴的阴血无法随肝气升散至全身，阳气被困于表而不能入里温阴，会出现“厥冷（里阴无阳温煦）、发热（表阳不得入里）”的厥热错杂（如厥阴病“厥热往来”），本质是“升降失常致阴阳隔绝”。

若少阳枢机“疏泄太过”（如胆热内迫）：胆火亢盛则灼伤肝阴，厥阴的阴血被耗，阳气失于阴血的承载而浮越于外，会出现“手足厥逆（阴血不足不能载阳）、心烦口渴（阳浮于外生热）”，本质是“出入失常致阴阳离散”。

可见，厥阴病的“阴阳不顺接”，其核心矛盾是“气机升降出入停滞”，而这一矛盾的“总开关”正是少阳枢机。枢机不动，则厥阴的阴阳永远无法“对接”。

3. 最后看治疗逻辑：

调少阳枢机即“打通”厥阴阴阳顺接的“通道”。既然厥阴病的阴阳不顺接源于少阳枢机失常，治疗便需“从源头上解决问题”。通过调理少阳枢机，恢复气机的升降出入，为厥阴的阴阳交接“打通通道”，这正是《伤寒论》中“从少阳治厥阴”的核心思路。

代表方剂：小柴胡汤（如本条“呕而发热者，小柴胡汤主之”）。方中柴胡“疏少阳之郁，促气机升发”，解决“升不足”；黄芩“清少阳之热，制胆火太过”，解决“泄太过”；半夏降逆和胃，助胆气下降（肝升胆降的平衡）；参、草、姜、枣和中益气，为枢机运转提供能量。

其治疗目标并非直接“补阴”或“温阳”，而是通过“和解少阳、调顺枢机”，让厥阴的阴血能随肝气升散、阳气能随胆气归藏，最终实现“阴阳之气顺接”，使厥阴病的厥冷、发热、呕吐等症状自止。

综上，“从少阳治厥阴”的本质是“抓枢纽以通全局”。厥阴病“阴阳不顺接”是“结果”，少阳枢机“升降出入失常”是“原因/关键环节”。二者因“肝胆表里”的生理关联，形成“枢机不动则阴阳隔绝，枢机转动则阴阳贯通”的病理治疗链条。因此，调少阳枢机并非“治错病”，而是通过解决厥阴病的“核心病机根源”，恢复阴阳顺接的生理状态，体现《伤寒论》“治病求本”“知常达变”的思维。

《伤寒论》第 231 条：“阳明中风，脉弦浮大而短气，腹都满，胁下及心痛，久按之气不通，鼻干，不得汗，嗜卧，一身及目悉黄，小便难，有潮热，时时哕，耳前后肿，刺之小差。外不解，病过十日，脉续浮者，与小柴胡汤。”

《伤寒论》第 232 条：“脉但浮，无余症者，与麻黄汤。若不尿，腹满加哕者，不治。”

231 条、232 条可以合并为：阳明中风，脉弦浮大而短气，腹都满，胁下及心痛，久按之气不通，鼻干，不得汗，嗜卧，一身及目悉黄，小便难，有潮热，时时哕，耳前后肿，刺之小差。外不解，病过十日，脉续浮者，与小柴胡汤；脉但浮，无余症者，与麻黄汤；若不尿，腹满加哕者，不治。

这是一种太阳、阳明、少阳三经证候同时出现兼涉太阴，湿热郁闭的危重证候。其病机本质是外有表邪郁闭，里有湿热壅盛，枢机不利，表里内外、三焦上下之气机全面壅滞，形成一种极为复杂、矛盾重重的危局。

第一阶段：病发初期——三阳合病，湿热郁闭的危重状态（第 231 条）

太阳表闭：“脉浮”、“不得汗”、“耳前后肿”——邪郁太阳，腠理闭塞，经络不畅。

阳明湿热：“脉大”、“腹都满”、“一身及目悉黄”、“小便难”、“有潮热”、“鼻干”——热邪与湿邪交织，壅滞于阳明（胃肠），气机不通，湿热熏蒸发黄。潮热是阳明热盛标志。

少阳枢机不利：“脉弦”、“胁下及心痛”、“短气”、“时时哕”——邪郁少阳，经气不利则胁痛，气机横逆犯胃则哕，影响呼吸则短气。

气机全面壅塞：“久按之气不通”，触诊腹部，按压许久仍感气塞不通，是腑气、经气极度郁闭的实证。

湿热发黄：三焦气化不行，湿无出路，与热相搏，迅速发为黄疸，病势急重。

正邪交争，僵持不下：表里三阳俱病，邪无出路（不得汗，小便难），形成“关门留寇”的死局。此时汗、下、和诸法皆难单独奏效，因任何一法都可能顾此失彼，加重他经病变。

此阶段是 “湿热郁闭，三阳同病”的危重、僵持阶段，常规汤药难以入手。故张仲景首选 “刺法”（可能刺少阳、阳明经穴如期门、足三里等，或刺血以泄热），目的是 疏通经络，宣散郁热，缓解最急迫的局部气机壅塞（如胁痛、耳肿），以物理方式疏通经络，调畅气机，为病邪寻找出路，打破僵局，故曰“刺之小差”。这是中医“通因通用”思想在危重症中的极致运用。刺法后，紧急的局部症状稍缓，疾病进入分化期，关键看“脉”与“症”的演变。

第二阶段：刺后转归——病势分化，两种出路（第 231、232 条）

针刺后，郁闭稍通（“刺之小差”），但根本病邪未去（“外不解”）。此时，根据正邪相争的结果，病情可能出现两种分化：

转归一：邪结胁下，枢机不利（向少阳转化）

指征：“病过十日，脉续浮者”——病程虽久，但脉象仍见“浮”（可兼弦），提示病邪仍有外透之机，且病位偏于半表半里。

病机：针刺后，阳明、太阳之郁闭稍减，但邪气聚于少阳枢机之位（“胁下”）。

治法：和解枢机，透邪外出。方用小柴胡汤。此是给邪以出路，从少阳转枢而解。

转归二：表邪复聚，肺气郁闭（向太阳转化）

指征：“脉但浮，无余证者”——脉象仅见浮，而不伴有腹满、潮热、发黄等阳明、少阳里证。

病机：针刺后，里湿热之邪已散，但太阳表邪仍未解，肺气郁闭 成为主要矛盾。

治法：开表宣肺。方用麻黄汤。此是直捣病所，发汗解表。

第三阶段：终极恶化——胃气绝、三焦壅（不治转归）

这是在初期危重状态下的恶性发展，正气大虚，病情会急转直下。

“若不尿”：三焦气化彻底绝矣（水道不通）。

“腹满加哕”：胃气败绝（腑气不降反逆）。

“不治”：此为 “关格” 之候（小便闭为关，呕吐哕为格），乃阴阳离决、胃气衰败、三焦壅塞的终末期表现，故曰不治。

此阶段是对第二阶段的补充和终极警示，它并非必然发生，但指出了此病最凶险的结局：

231、232 条共同展示了一个 “立体、动态、分层” 的危重症诊疗模型。在“三阳合病”的框架下，厘清表、里、半表半里，以及湿、热、气滞的复杂关系，精准辨识复杂病机。以针刺为先导，打破僵局。再根据脉证，精准判断病势走向（是聚于少阳？还是归于太阳？），分别以小柴胡汤或麻黄汤因势利导。时刻警惕“不尿、腹满加哕”的胃气绝、三焦壅死证，此为治疗必须避免的终极红线。这两条文是《伤寒论》处理复杂系统性疾病、多脏器功能紊乱的巅峰之作，体现了的 “先通后调、分而治之、见微知著” 的治疗策略。

第一百一十二条　小柴胡汤

小柴胡汤，出自《伤寒论》，为和解剂，具有和解少阳之功效。主治伤寒少阳证，症见往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干，目眩，舌苔薄白，脉弦者；热入血室证，症见妇人伤寒，经水适断，寒热发作有时；黄疸、疟疾以及内伤杂病而见少阳证者。

小柴胡汤由柴胡、黄芩、半夏、人参、甘草、生姜、大枣组成，其形色性味与少阳病“半表半里、枢机不利”的病机紧密对应。

柴胡：形细长，色黄白，味辛、苦，性微寒。辛能发散透邪（达于表），苦能降泄清热（入于里），性微寒而不峻烈，可疏解少阳郁滞的气机，同时引药归于少阳经，为“和解少阳”的核心药物。

黄芩：色黄，味苦寒。苦能燥湿，寒能清热，专清少阳胆腑之热，与柴胡相配，一散一清，既解少阳经表之邪，又清少阳腑内之热，针对“胆火内郁”的病机。

半夏、生姜：半夏色白，味辛温，生姜色黄白，味辛温。二者辛温能散，可和胃降逆，针对少阳病“胃失和降”导致的“喜呕”“不欲饮食”，同时辛温之性可佐制柴胡、黄芩的苦寒，防其伤胃。

人参、甘草、大枣：人参色黄白，味甘微温；甘草、大枣味甘性平。三者甘温益气，补脾胃、扶正气，针对少阳病易“正邪分争、正气略虚”的特点，防止邪气内陷，体现“和解”中兼顾扶正的思路。

少阳病清热用柴胡为何不用石膏？少阳病的热，源于“少阳枢机不利，胆火内郁”，病位在“半表半里”，热势多不炽烈，且伴随气机郁滞（如胸胁苦满、往来寒热），需“疏泄郁热”而非“直清实热”。

石膏味辛甘大寒，性沉降，主清“阳明气分实热”（如高热、大汗、口渴等，热势炽烈且病位在里），其清热之力迅猛，但无疏解气机、透达半表半里之效。

柴胡辛苦微寒，既能透散少阳经的郁热（达于表），又能降泄胆腑的郁火（入于里），且能疏畅少阳枢机，契合“半表半里”的病位和“郁热”的性质，清热的同时兼顾“和解”。

若用石膏治疗少阳病，其大寒之性易遏制少阳升发之气，反而加重枢机阻滞，且无法透解半表之邪，不符合少阳病“和解少阳、疏利气机”的治疗原则。因此，少阳病清热需用柴胡这类“疏泄郁热、和解枢机”之药，而非石膏这类“直清里热”之品，体现了中医“辨证施治、因势利导”的用药思想。

第三节　闭塞反作证

第一百一十三条　少阳闭塞反作证，是少阳病加重与演变的危重阶段。其病机核心为少阳枢机功能近乎停闭或猛烈逆乱。气、火、水郁遏至极，或壅塞成实，或狂暴冲逆，致使三焦通道由“不畅”转为“不通”。核心病机：枢机壅塞停转，或郁极逆乱，属闭阻、逆结之重证，常兼夹水饮、燥屎等有形实邪。

《伤寒论》第 103 条：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。”

“太阳病，过经十余日”，是说已无太阳病表证。“反二三下之”，是说此时医者误将少阳病判断为阳明腑实证，以承气汤泻腑实。“后四五日，柴胡证仍在者”，是说尽管误下，可能由于患者身体素质尚好，未形成坏病，正法与小柴胡汤。服药后，“呕不止，心下急，郁郁微烦”，少阳病未解，新增阳明气分病，病位在胃，胃气上逆，　“呕不止，心下急”，误下进一步损伤正气，故“郁郁微烦”。少阳枢机反逆，胃气不降，还可能出现大便不利未达燥结情形。此少阳阳明气分并病，非为少阳阳明腑实并病。

小柴胡汤治少阳，不能解决阳明胃实的问题，所以“与大柴胡汤”。大柴胡汤以小柴胡汤为基础加减，减去人参、甘草加上大黄、芍药、枳实，与承气汤有别，泻热攻下、和解少阳，共解少阳阳明之患，“下之则愈”。

《伤寒论》第 136 条：“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。”

本条的核心在于少阳气机郁滞（升降失常）与阳明热结（出入受阻）并存，大柴胡汤通过和解少阳、通下阳明，恢复气机正常升降出入。

伤寒十余日，病邪由表入里，先犯少阳。少阳主疏泄，调节全身气机升降，病邪郁滞少阳则“升降失常”，出现“往来寒热”（阳气郁而欲升则热，郁而不伸则寒，寒热交替）。

邪气进一步内传阳明，阳明主“降”（通降糟粕、排出热邪），热邪与糟粕结合形成“热结在里”，导致阳明气机“出入受阻”（糟粕不下、热邪难排），常伴随腹胀、便秘（尚未燥结）等症。此时少阳症状可能暂时被阳明里热表现掩盖或缓解，后续因少阳枢机郁滞未解（邪气仍羁留少阳），“往来寒热”再次显

现，提示当前为少阳、阳明同病（而非单纯阳明病），气机升降（少阳）与出入（阳明）均失常，为选用大柴胡汤提供了关键依据。

大柴胡汤和解少阳以调“升降”，方中柴胡、黄芩疏解少阳郁滞，恢复少阳疏泄功能，让郁滞的气机重新正常升降，从而消除“往来寒热”。通下阳明以利“出入”，方中大黄、枳实、芍药通腑泻热、破结除滞，打开阳明通降之路，使里结的热邪与糟粕随大便排出，恢复阳明气机“出入”（排泄）功能，解决“热结在里”。半夏、生姜和胃降逆，胃为气机升降之枢纽，胃气和降则有助于全身气机协调，辅助少阳升、阳明降，以实现气机升降出入平衡。

《伤寒论》第 165 条：“伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。”

由于传抄之误，本条可调整为：伤寒发热，汗出不解，心下痞硬，呕吐而下利者，大柴胡汤主之。

本条以“伤寒”开篇，初始为太阳伤寒证（风寒束表，卫闭营郁），本应通过发汗（如麻黄汤）解表邪。若发汗不当（如汗出过多、发汗不彻），导致表邪未完全清除，仅留“余邪”，成为病邪内传的“起点”。

太阳余邪循经内传少阳（胆与三焦系统），导致少阳“枢机”失司。少阳为“半表半里”，主疏泄、通调气机，枢机不利则气机阻滞，表里不通、上下不行，成为连接太阳余邪与阳明里实的核心环节。

“呕吐”：少阳胆气犯胃，胃气失和而上逆（“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也”，常伴胃气上逆的呕吐、心烦），是少阳枢机不利影响脾胃功能的直接体现。

“心下痞硬”：少阳郁热内阻，气机不畅，结于胃脘，导致胃脘痞满、按之偏硬，非阳明燥屎结于肠道的“腹满硬痛”，而是少阳气滞兼热的特征，凸显少阳病机的核心地位。

少阳枢机不利，郁热不得外达，进一步向内传入阳明（胃与大肠系统）；同时，少阳疏泄失常，影响肠道传导功能，导致阳明“里实”初成——但此“里实”为热结较轻（无“潮热、谵语、腹满硬痛”等典型阳明腑实证重证），仅为热邪与肠道糟粕初结，属“阳明里实轻证”。

“下利”：非虚寒性的清稀下利，而是阳明热结初成，热迫津液从肠道旁流而下，形成“热结旁流”的早期表现——利下物多臭秽、肛门微灼热，伴轻微腹痛（因热结未重，故无“绕脐痛、腹满拒按”），是阳明里实初结的标志。

最终形成“太阳余邪+少阳枢机不利+阳明里实初结”的三阳并病，因少阳为“半表半里”，是病邪传变的枢纽，故大柴胡汤和解少阳、泻阳明实热，少阳得和而外解，无需额外用解表之药。

大柴胡汤、白头翁汤证、理中汤证治下利的区别：

大柴胡汤证： 上吐（胆胃不和）+ 下利（热结旁流，利臭、腹痛） 少阳枢机不利 + 阳明里实热结（轻证） 必有少阳证（发热、心烦、痞硬），下利伴实热（无寒象）。

白头翁汤证（纯热毒痢疾）：无呕吐，以脓血便、里急后重为核心，下利频繁灼热 湿热毒邪壅滞大肠，气血腐败 无少阳证，利下必见脓血，里急后重显著（肠道湿热壅滞）。

理中汤证（虚寒下利）： 无呕吐或仅泛吐清水，下利清稀无臭、无里急后重，伴腹痛喜温中焦脾胃虚寒，运化失司，寒湿下注无实热象，全身伴虚寒证（畏寒、舌淡苔白、脉沉迟）

第一百一十四条　大柴胡汤

大柴胡汤是中医经典方剂，具有和解少阳、内泻热结的核心功效，是治疗少阳阳明合病的代表方。大柴胡汤由柴胡、黄芩、半夏、生姜、大枣、枳实、大黄、芍药 8 味中药组成。

大柴胡汤是在小柴胡汤的基础上，通过“减药去滋腻”“加药增通下”的加减思路形成。小柴胡汤由柴胡、黄芩、半夏、人参、甘草、生姜、大枣 7 味中药组成，减去人参、甘草，加上枳实、大黄、芍药，大枣减量。核心是针对小柴胡汤主治的“少阳病”，进一步解决其兼夹的“阳明腑实”问题。

减去除小柴胡汤中“滋腻碍邪”的成分：

小柴胡汤原方含人参、大枣（原方用量偏多），二者味甘温，能益气健脾、扶助正气，针对的是“少阳病兼正气偏虚”的病机（如患者可能有轻微乏力、纳差等）。但大柴胡汤主治的是“少阳病兼阳明腑实”（有腹胀、便秘、心下痞硬等腑气不通表现），此时若仍用人参、大枣，其甘温滋腻之性会阻碍气机运行、

影响腑实排出，故需减去人参，并减少大枣用量，避免“助邪碍下”。减去甘草，则是避免甘草的甘缓之性阻碍气机通降与泻下之力。让方剂更贴合“通腑泻热”的需求。

新增“通腑泻热、柔肝缓急”的成分：

枳实、大黄：二者均味苦性寒，是“泻阳明腑实”的核心组合。枳实行气破滞、消胀除痞，能疏通胃腑气机；大黄苦寒沉降，能泻热通便、荡涤阳明实热，二者合用可快速解除“腹胀、便秘、心下痞硬”等腑实证状，弥补小柴胡汤“无通下之力”的不足。

芍药：味苦酸微寒，一方面能柔肝缓急、缓解腑实导致的“腹痛”（阳明腑实易致气机阻滞、肝气不舒，引发腹痛）；另一方面能敛阴和营，防止大黄、枳实过于苦寒伤阴，平衡方剂的泻下之力。

保留延续小柴胡汤“和解少阳”的基础：

大柴胡汤保留小柴胡汤中“和解少阳”的核心药组——柴胡、黄芩、半夏、生姜。

柴胡辛散，能疏解少阳郁热、引邪外出；黄芩苦寒，能清泻少阳里热，二者合用是“和解少阳”的关键，确保少阳邪热不内传。

半夏辛温、生姜辛热，二者能和胃降逆、止呕，针对少阳病常见的“心烦喜吐”“恶心”等胃失和降症状，维持小柴胡汤“和胃”的核心功效。

综上，大柴胡汤通过“减补药、加泻药”，在小柴胡汤“和解少阳”的基础上，新增“内泻阳明热结”的功用，从“治少阳病兼虚”转向“治少阳病兼实”，精准对应“少阳阳明合病”的病机。

第一节　病机病名病位

第一百一十五条　五运六气之太阴

太阴湿土，这一概念来源于五运六气学说中的四之气，初之气厥阴风木、二之气少阴君火、三之气少阳相火、四之气太阴湿土、五之气阳明燥金、终之气太阳寒水。

气候方面：主气中，四之气为太阴湿土，时间是大暑至秋分，此时气候潮湿，多阴雨天气，天地间湿气较重，常呈现湿热交蒸的特点。在客气中，年支逢丑、未之年，为太阴湿土司天之年，该年湿气偏胜，雨水往往较多，气候更为湿润。

五行方面：太阴湿土对应五行中的土。土位居中央，主长夏，具有生化、承载、受纳等特性，在五运中，土运处于木运、火运之后，金运、水运之前，起到承上启下的作用，与其他四行相互关联、相互制约。

人体脏腑方面：太阴经属肺与脾，其中脾为阴中之至阴，主运化水谷和水液。太阴正常时，可协助少阳枢转阳气下降以温暖脾土，保证脾的运化功能正常。若太阴功能失常，会影响脾的运化，导致水湿内停等问题。

疾病方面：太阴湿土为病，多与脾相关，常见腹满、吐、食不下、自利、时腹自痛等症状，这是由于湿阻气滞、升降失常所致。太阴司天之年，湿气偏胜，易伤肾，出现胸中不利等脾胃症状，还可能因土胜乘水，导致阳痿、腰痛等肾经病候。若湿气过盛，肾气败绝，病情多较为严重。

运气变化方面：在运气变化中，太阴湿土可与其他五运六气相互作用。如与厥阴风木客气叠加时，可形成“风湿交争”的气候格局。根据十二地支化六气理论，丑、未之年为太阴湿土之气所主，若该年土运太过或不及，会影响太阴湿土的气化功能，进而影响气候和人体健康，太过则湿气过盛，不及则湿气不足，脾土运化功能减弱。

第一百一十六条　《黄帝内经》之太阴

气候特征：《黄帝内经·素问·天元纪大论》提到“太阴之上，湿气主之”，太阴湿土主长夏，对应夏秋之间，此时气候特点是湿热交蒸，湿气最重。在客气中，年支逢丑、未之年，为太阴湿土司天之年，该年湿气偏胜，雨水较多。

与人体脏腑关系：太阴湿土在人体对应脾，《黄帝内经》认为“在天为湿，在地为土，在人为脾”。脾喜燥恶湿，主运化水谷和水液，足太阴脾经之气以湿土为主令，手太阴肺辛金从属于主令而化湿。

相关疾病表现：太阴湿土失常易引发相关疾病，《黄帝内经·素问·六元正纪大论》指出太阴所至为中满、霍乱吐下。湿邪困脾，可出现身重、困倦、纳呆、便溏、舌苔厚腻等症状。太阴司天之年，湿气偏胜，易伤肾，还可出现腹中胀满、身体肿胀、足部肿等病状。

运气变化影响：太阴湿土司天之年，为岁运气化不及，气候常晚于时令到来。因太阴湿土与太阳寒水同属阴气，阴气占主导，阳气退避。司天的湿土之气下降，在泉的寒水之气升腾，可致寒雨频繁，全年天气较为昏暗。

第一百一十七条 《伤寒论》之太阴

太阴病，是六经病之一，为里虚寒证。其核心病位在脾（系统），核心病机为中阳不足，脾失健运，寒湿内盛。多由三阳病传变而来，或素体脾胃虚寒，外邪直中所致。其典型表现为腹满而吐、食不下、自利益甚、时腹自痛，治疗上以温中补虚，健脾燥湿为总则，忌用苦寒攻下之法（下之则伤脾阳，必胸下结硬）。

《伤寒论》第 273 条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结硬。”

本条为太阴病之提纲，其核心病机是太阴脾阳虚弱，寒湿内盛，运化失司，升降失常。

脾主运化，需依赖阳气温煦。太阴病为里虚寒证，脾阳不足则运化无力，水湿内停，气机阻滞，故见“腹满”；湿阻气机，脉络不畅，则“时腹自痛”（隐痛、绵绵作痛，喜温喜按，疼痛无定，因虚寒而非实滞，故痛势不剧）。

脾主升清，胃主降浊。脾阳虚弱则升清无力，胃浊因湿阻而不降反升，故“吐”；脾不运化，胃不受纳，故“食不下”。

脾阳虚弱，不能温化水湿，寒湿下注，肠道失固，寒湿循太阴经下注肠道，损伤肠腑固摄功能，故“自利益甚”。

若误将太阴腹满、自利视为阳明实证而用攻下之法，会进一步损伤脾阳，使寒湿更盛，气机阻滞于胸下，因虚致实，导致“胸下结硬”（胸腹部痞硬不适）。

太阴病的“上吐下泻”，可视为人体正气（未竭之阳气）驱邪外出的一种本能“自救”反应。胃中停滞之寒湿浊物，欲借呕吐以上越；肠中积聚之水湿糟粕，欲借下利以下泄。然其根本在于脏腑功能已衰，此种排邪方式力不从心，反而会进一步耗伤阳气（吐伤胃阳、利伤脾阳），形成恶性循环，故云“自利益甚”。

因此，治疗绝非见吐止吐、见利止利，而当恪守“温中健脾祛湿”之法，主方为理中汤（丸），以助机体恢复运化、升降之常。若病深及肾，见四肢逆冷等症，则需四逆汤辈回阳救逆。

在《伤寒论》语境中，“自利”与“下利”二者均指腹泻，但核心差异在病因与病机：

自利：无外界诱因（如无服药、饮食不洁等），由机体内部病机（如脾阳虚弱、寒湿内盛等）自发导致的腹泻。多属虚寒证（如太阴病脾阳虚弱、少阴病肾阳虚衰），因脏腑功能虚损、固摄/运化失司，导致水湿/浊物“自下”。

下利：广义的“腹泻”统称，可涵盖“自利”，也可指由外界因素（如误下、饮食积滞、湿热下注等）引发的腹泻，范围更广。病机复杂，可属虚寒、实热、气滞、食积等（如阳明病热结旁流之“下利清水”、葛根芩连汤证之湿热下利），不局限于“自发”。

本条“自利益甚”为太阴脾阳虚弱、寒湿下注的“自发”腹泻，强调“无外力干预”，且随虚寒加重而加剧。 如 32 条“太阳与阳明合病者，必自下利”（此处“自下利”即属“自利”，为太阳表邪内迫阳明所致）；第 159 条“利下不止”（可指误下后损伤脾胃的“下利”）。自利， 强调“自发性”，病机以虚、寒为主，是机体内部功能失调的直接表现。下利，为“腹泻”的通用术语，不强调“自发”，病机可虚可实、可寒可热，需结合上下文判断诱因与性质。

《伤寒论》第 274 条：“太阴中风，四肢烦疼，阳微阴涩而长者，为欲愈。”

本条本质是太阳中风证传变至太阴（太阳传太阴），兼论向愈之机。

“太阴中风”非太阴本经直接受邪，而是太阳中风证（表证）失治或误治后，风邪循经内传太阴脾经。因脾主四肢，风邪内犯太阴，导致脾的气血濡养功能受阻，但其根本原因，仍在于患者素有太阴不足（或太阴功能较弱）的内在基础。正因为太阴不足，太阳中风之后才无力抗邪，导致邪气内传。其与 273 条纯虚无邪的“本虚”程度有所不同，故核心是“表邪传里犯脾”。

风邪善行数变，侵袭太阴所主之四肢，导致气血运行不畅、脉络阻滞，故见疼痛伴烦躁不适感（“烦疼”），此为风邪传脾的“兼症”，非太阴病本证（腹满、吐利等），是太阳传太阴的标志性过渡症状。

此“四肢烦疼”与少阴病“身体痛”有别，少阴病“身体痛”多因肾阳虚弱、失于温煦，寒湿凝滞全身经脉（如 304、305 条），疼痛部位广泛（全身）、性质偏沉重冷痛，伴畏寒、脉沉微等阳虚重证；而本条“四肢烦疼”仅局限于四肢，因风邪犯脾、气血不畅，无阳虚寒凝，疼痛伴“烦”而无“冷”，与少阴病本质不同。

“阳微阴涩而长者，为欲愈”是判断传变后病情好转的关键。“阳微”（浮取脉轻），提示内传太阴的风邪渐退，表邪余势已弱，非脾阳衰竭之“阳微”；“阴涩”（沉取脉滞），提示风邪犯脾后，脾的气血运行暂未完全顺畅，仍有轻微阻滞，但无严重虚损；“脉长”（脉体端直过位），核心为脾的气血渐充、气机条畅，表明风邪将尽，太阴功能渐复，故为“欲愈”。

273 条太阴病提纲只述症状，未明言脉象；274 条则通过描述脉象，揭示了太阴病由重转轻、由阴出阳的动态转归过程。不提脉象，避免读者产生“太阴病就必须是某某脉”的僵化思维。太阴脉沉、迟，对应“里证”“虚证”的病机，在太阴病发展过程中，脉象可能会有变化（如兼表时可见浮象，虚极时可见微细欲绝），但只要核心病机是脾虚寒湿，就属于太阴病。

《伤寒论》第 276 条：“太阴病，脉浮者，可发汗，宜桂枝汤。”

本条核心病机为太阳太阴同病，太阳余邪未尽与寒湿郁遏阳气，二者共同导致阳气浮越于外，故见“浮脉”。

太阴病多因太阳病误治（如过用寒凉、攻下）损伤脾阳，或素体脾虚，外感寒湿直中太阴所致，属“里虚寒证”，正常应见“脉沉迟”（阳气虚衰、鼓动无力）。若太阳表邪未完全解除，余邪仍羁留于肌表，会持续刺激卫气抗邪，导致气血趋于体表以驱邪，此时虽已兼见太阴里寒，但其表邪的“向外趋动”特性，仍会使脉象维持“浮”的形态。此“浮脉”非纯太阳表证的“浮紧”或“浮缓”，因兼太阴里寒，浮脉多偏“浮而无力”，无明显紧象，提示邪轻而正虚，脾阳已伤。

在虚寒性疾病中，当阴寒内盛至极，有时会将体内残存的一点阳气格拒于外，出现“真寒假热”的戴阳证或格阳证。其脉象可以是“浮大无力”或“浮而虚散”，但这通常是病情危重的表现，见于少阴病（如通脉四逆汤证），而非太阴本病。

如果脉浮是虚阳外越的征象，其病机是里阳大虚，此时的治疗原则应该是“回阳救逆”（用四逆汤类），绝对禁忌发汗。发汗会使阳气随汗液脱竭，是严重的误治。因此，从“可发汗，宜桂枝汤”的治法来反推，此脉浮绝不可能是阴盛格阳的浮脉。

表证之浮，脉浮而和缓有力，在太阴病背景下可能兼弱象，必伴有恶寒、发热等表证。虚阳外越之浮，脉浮而无力、空豁、散乱，按之欲绝，常伴有一系列危重症状，如身反不恶寒、面赤如妆、下利清谷、手足厥逆等。这两者“浮脉”有本质的区别，当慎辨。

在《伤寒论》中，“发汗”是治疗太阳表证的正治法。如果脉浮是寒湿郁遏于内所致，属于里证，则断不可用发汗法，发汗会更伤脾阳，导致病情加重。只有表证存在的脉浮，才“可发汗”。桂枝汤被誉为“群方之魁”，其主要功效是解肌发表、调和营卫。它虽能发汗，但发汗之力缓和，且方中有芍药、大枣、甘草滋阴和里，生姜、大枣辛甘合化脾胃之气。因此，桂枝汤在解表的同时，又能兼顾太阴里虚，不至于像麻黄汤那样发汗太过而伤正。这正是太阳病兼轻度里虚的绝佳选择。

太阴轻证脉浮缓弱，提示里虚寒轻，正气尚能勉力抗表，预后良好，治以桂枝汤温解兼顾即可。太阴重证脉多沉、迟、微、弱，甚至脉微欲绝，提示脾阳衰微已极，无力鼓动血脉，属危重之象，需用理中汤等急救脾阳。

《伤寒论》第 278 条：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴。”

《伤寒论》辩证的核心在阴阳，阴阳又表现为寒热，寒热又可表现为人体温度的高低，手足自温为太阴病的典型症状，可类比温度计的 0 度。三阳病在“0 度以上”、三阴病在“0 度及以下”，反映六经病阳气盛衰与发热之间的关系。

0 度：阳气“虽不足，但未衰竭”，刚好能维持四肢末端的基础温煦（手足自温），这是太阴病的阳气状态，脾阳虚弱但未到阳衰欲绝。

0 度以上（三阳病）：阳气未虚，甚至因外感邪气（风、寒、暑、热、燥、火）引发“正邪交争”，阳气偏盛或亢奋，因此不仅手足不凉，还常伴随全身性的、明显的发热，如太阳病恶寒发热、阳明病高热、少阳病往来寒热。

0 度及以下（三阴病）：阳气持续虚损，无法温煦四肢。其中太阴病是“0 度”（阳气刚够温手足，无发热反有自利、腹满），“手足自温”就像是这个寒冷区间里一个特殊的“0 度”标志，标志着病位仍在三阴之表（太阴），而未深入三阴之里（少阴）；少阴病、厥阴病则是“0 度以下”，阳气进一步衰竭，如少阴病手足厥冷、厥阴病厥逆。

核心类比逻辑：以“阳气”为“温度源”，0 度是“阳气盛衰的临界线”。

三阳病，邪气与阳气交争剧烈，病位多在腑。三阳病属“表、热、实”证，病位涉及太阳（表）、阳明（里，腑）、少阳（半表半里），核心是“阳气未虚，能与邪气对抗”，因此症状以“发热”为突出表现。其中阳明病（如阳明腑实证）是“发热重”的代表，病位在胃肠（腑），邪气与阳明燥屎结合，正邪交争最剧烈，表现为高热、汗出、便秘，是三阳病中“热象最重”的类型，对应“0 度以上的高温区间”。

三阴病，邪气与阳气交争缓和，病位在脏。三阴病属“里、寒、虚”证，病位在脾（太阴）、肾（少阴）、肝（厥阴），核心是“阳气虚损，无力与邪气对抗”，因此症状以“无热、怕冷、手足凉”为特点，重点是阳气虚而非邪气盛。其中太阴病（脾阳虚弱）是“阴病中最轻的 0 度”——仅脾阳不足，寒湿内停，虽无发热，但阳气仍能温手足（手足自温）；而少阴病（肾阳衰微）、厥阴病（阴阳衰竭）是“阴病中更重的 0 度以下”——病位在肾、肝（核心脏腑），阳气彻底无力温煦，出现手足厥冷，脏病比腑病更关乎阳气根本，病机更深。

“手足自温”这个症状， 从“阴证”的角度，它是阴证（太阴病）的表现，在全身无热（甚至畏寒）的背景下，仅仅手足温暖；从“阳气” 角度，它又是阳气尚存（未至少阴）的表现。这丁点的“温”，正是机体残存阳气的体现，是治疗和自愈的根基。

本条手足自温（0 度），说明阳气未衰到厥冷程度，病仍在太阴（脾），无发展为少阴病的风险；若手足从“自温”转为“厥冷”（0 度以下），则提示阳气进

一步耗伤，已从太阴病进展为少阴病（如 296 条“少阴病，吐利，手足厥冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之”）。

简言之， 阳气盛衰是决定手足温度/发热与否的核心，阳经靠阳气抗邪生热（0 度以上），阴经（脏）因阳气虚损无热（0 度及以下），太阴病的“手足自温”正是这一梯度的关键临界点。

第二节　太阴寒湿证

第一百一十八条　太阴寒湿证，是太阴病最基础、最典型的表现形式，体现了太阴病纯虚无实、纯寒无热的本质。其病机为中焦脾阳虚衰，温煦与运化功能严重衰退，导致阴寒内盛，水湿不化，寒湿之邪弥漫中焦。临床表现为腹满，持续性的腹部胀满，喜温喜按；呕吐，胃寒气逆，呕吐清涎；食不下，完全没有食欲，纳谷不香；自利益甚，下利稀薄，甚则完全不化（完谷不化），粪质清冷，臭味不显。此为寒湿证的标志性症状；时腹自痛，腹部隐隐作痛，时作时止，得温或按压后缓解；其他，如口不渴，小便清长，四肢不温；舌脉，舌质淡胖，边有齿痕，苔白滑或白腻；脉沉迟或濡弱。治则以温中散寒，健脾燥湿。代表方剂为理中汤（丸）。

《伤寒论》第 277 条：“自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”

本条核心逻辑围绕“太阴脾虚寒”的核心病机展开，其“不渴”是关键辨证要点，更要知其所往，病势的发展，若传少阴后弃理中汤用四逆辈（四逆汤、通脉四逆汤、附子汤、真武汤），本质是病机从“脾虚寒”进展为“脾肾阳虚”，病位更深、阳气虚损更重。

“不渴”的核心病机是太阴脾虚、寒湿内盛，无热伤津液之变。太阴属脾，主运化水湿，若脾阳虚弱，运化失权，寒湿内生，水湿下趋则“自利”；“寒”（脾阳不足）、“湿”（水湿内停），无热邪耗伤津液，且体内水湿未被消耗，故口“不渴”。这是与阳明病热盛伤津而渴、少阴渴不欲饮的关键鉴别点。

少阴为心肾，肾阳是一身阳气根本，能温煦津液、推动其输布。若肾阳虚衰，无力蒸腾津液上润口舌，口腔失于濡养，便会产生“口渴”的感觉。肾阳虚同时，不能正常运化水液，导致水湿内停（形成“水饮”）。此时体内并非真的“津液不足”，而是津液输布障碍、水饮壅滞，故患者虽有口渴感，却不想喝水（或仅想少量润口，无法多饮），甚至饮后可能出现腹胀、呕逆等水饮加重的症状。

太阴病若失治、误治，阳气持续耗伤，会进一步传至少阴（心肾），从“脾虚寒”到“脾肾阳虚”病机发生质的变化。太阴病本证（宜理中汤），病位仅在脾，病机为“脾阳虚弱、寒湿中阻”，症状以中焦虚寒为主（如自利不渴、腹满而吐、食不下、腹痛喜温），此时脾阳虽虚，但肾阳（一身阳气根本）尚未受损，

故用理中汤（丸）， 温中健脾即可，方中干姜、人参、白术、甘草，聚焦补脾气、温脾阳，复脾运化之能。若传少阴，脾阳久虚，进一步耗伤肾阳（“脾阳根于肾阳”），病机进展为“脾肾阳虚、阴寒内盛”，病位从脾扩展至肾。

此时症状除太阴“自利”外，会新增肾阳虚表现，如畏寒更重、手足厥冷、脉微细，若仍用理中汤，仅能温脾，无法温肾救阳，故需用四逆辈，如四逆汤以附子、干姜温肾回阳、破阴散寒，甘草调和药性，直击“脾肾阳虚、阴寒内盛”的核心病机，防止阳气进一步衰竭。

《伤寒论》第 278 条：“太阴当发身黄，若小便自利者，不能发黄。至七八日，虽暴烦下利日十余行，必自止，以脾家实，腐秽当去故也。”可这样解释：

太阴病可能出现身体发黄的情况，如果小便自利，湿邪可以通过尿液排出，无郁滞之机，便不会出现身黄。太阴病的核心是脾阳不足，运化功能失常。脾失健运则水湿内停，形成“寒湿”；若寒湿之邪阻滞中焦，会进一步影响肝胆的疏泄功能。肝胆无法正常疏导胆汁，导致胆汁不循常道（本应注入肠道助消化），反而外溢到肌肤、黏膜，从而使身体、眼睛、小便等出现黄色，即“太阴发黄”。

太阴发黄多为“寒湿黄疸”，与阳明病（热证）的“湿热发黄”有明显区别。太阴寒湿发黄，黄色偏晦暗（如烟熏色），常伴随怕冷、腹胀、大便稀溏、口不渴等虚寒表现；阳明湿热发黄，黄色偏鲜明（如橘子色），常伴随发热、口渴、腹胀、大便干结或不爽、小便黄赤等实热表现。

本条是说太阴病的两种转归，若小便不利可转黄疸，若正气来复可自愈。“脾家实”的核心是太阴病阶段，脾阳由虚转复、运化功能逐渐恢复，正气足以驱邪外出的病理状态。“实”是“正气来复”，而非“邪气壅实”，而是指之前虚弱的脾阳得到恢复，脾气运化能力增强，相当于机体正气从“虚损”状态转为“充实”状态，具备了祛除体内残留寒湿浊邪的能力。脾阳恢复后，运化功能重启，会主动将体内停滞的寒湿、腐秽（如未消化的水谷、病理产物）通过肠道排出体外，表现为“暴烦下利日十余行”（“暴烦”是正气驱邪的轻微反应，非热证烦躁）；当体内腐秽浊邪排尽，脾胃功能趋于平和，下利便会“必自止”，标志着太阴病向愈。

第一百一十九条　太阴病禁忌

《伤寒论》第 279 条：“本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之；大实痛者，桂枝加大黄汤主之。”

太阳中风，医不以桂枝汤发汗而反泻下，于是外邪内陷入里，无吐、无自利益甚、既不吐又不下利，出现以腹痛为主的证治。其腹痛性质为虚实夹杂，以气滞血瘀之‘实’为主，只是有时感觉腹满疼痛（气不和则腹胀，血不和则时有疼痛），此属太阳太阴表里同病（非典型太阴病），以桂枝加芍药汤，外解太阳之表，内和太阴之气血。以桂枝汤温中扶正、解表散邪，重用芍药破结通络、缓急止痛。

误下不仅伤脾，还导致部分太阳病邪（或肠中糟粕）内陷阳明，形成“脾虚为本，阳明实滞为标”的局面。脾虚仍在（非纯阳明实证），但肠道有实邪阻滞，气机不通更甚，故疼痛剧烈、拒按（实邪所致）。桂枝加大黄汤（桂枝加芍药汤基础上加大黄），在温脾和络的同时，用大黄轻泻阳明实滞，通腑止痛，兼顾“脾虚不任峻下”的特点（大黄用量轻，配桂枝、芍药护脾）。

若将“虚实夹杂”的腹痛误判为“纯虚无实”的虚寒腹痛。方中芍药、大黄绝不可用于纯粹的太阴虚寒证。若见腹满而吐、自利益甚、口不渴、畏寒肢冷等纯虚寒之象，则绝对禁用本方，当以理中汤、四逆汤类温补中焦，误用本方将导致阳气亡脱的危候。如胡希恕所言“一治一个死”，此非耸人听闻，而是为在医者脑海中刻下最深的烙印，牢记 “虚寒腹痛禁用攻伐” 的绝对禁忌。

《伤寒论》第 280 条：“太阴为病，脉弱，其人续自便利，设当行大黄芍药者，宜减之，以其人胃气弱，易动故也。”

279 条讨论的是“太阴病”（“脾阳虚弱、湿浊内停”为核心的病症）出现“腹满时痛”（轻证）或“大实痛”（重证）的情况，分别用桂枝加芍药汤（芍药增量，柔肝缓急止痛）、桂枝大黄汤（加少量大黄，通腑泻实）治疗。280 条承接此条，核心症状是“续自便利”（患者在服药或病情发展中，出现持续的自行排便偏稀、次数增多）。

下利虽能帮身体排出部分湿浊邪气（“自救驱邪”），但持续下利会进一步耗伤本就虚弱的脾阳（太阴病本就脾阳不足），导致“胃气弱、脉弱”（脾胃功能更差，脉象无力）。此时需调整用药：

芍药，性微寒，能柔肝、缓急，但过量或针对脾阳虚弱者，可能加重脾胃虚寒，导致下利更甚；大黄，性寒，能泻下通腑，本就用于“大实痛”的实邪，若

此时已“续自便利”（无实邪可泻，且脾阳已虚），再用或多用会直接损伤阳气、加重下利。

因此，“大黄芍药宜减之”的本质，是根据“脾阳渐虚、邪气渐去”的新脉证，调整药性偏寒、可能伤阳的药物，避免“药过病所”。

注家的观点有两种，一是减量，二是去药。

若患者虽“续自便利”，但仍有轻微“腹满”（提示少量湿浊未清），且“脉弱”不明显（胃气虽弱但未至极虚），此时无需完全去掉大黄芍药。

减芍药，避免其微寒之性伤脾阳，同时保留少量芍药以缓急止痛（若仍有腹痛）；减大黄，若原用桂枝大黄汤，此时仅需极少量大黄“轻泻余邪”，避免峻下伤阳。本质是“留药以祛余邪，减量以护脾阳”，在“祛邪”与“扶正”间找平衡。

若患者“续自便利”频繁（如稀溏便），且“腹满”消失（无实邪可泻），“脉弱”明显（甚至脉沉迟，提示胃气亏虚），此时需完全去掉大黄芍药。

去芍药，避免其寒性进一步耗伤脾阳；去大黄，已无实邪，再用大黄会变成“虚虚之戒”（加重正气损伤）。本质是“全去寒药以护阳，专注扶正（如后续可考虑温脾阳的方剂） ”，避免“无邪可泻而伤正”。“去药”，适用于“邪已基本去，脾阳明显虚”。

张仲景提出“大黄芍药宜减之”，并非给出“必须减量”或“必须去药”的固定规则，而是传递一个关键警示：不可固守原方，必须根据新脉证调整用药。

若纠结“减量还是去药”，反而违背了《伤寒论》的核心思想——中医用药的关键是“对证”，而非“对条文”。同一“续自便利”，不同患者的“邪正盛衰程度”（邪多邪少、阳强阳弱）不同，用药自然不同。两种观点的最终目标一致，都是“护脾阳、防下利加重”，只是根据“邪正细节”调整方式不同，没有“绝对正确”的答案，只有“是否符合当下脉证”的合适与否。

280 条“大黄芍药宜减之”的核心，不是讨论“减量”或“去药”的对错，而是以争议为载体，强化“辨证论治”的原则。

临床用药时，需时刻观察患者的脉证变化（如从“腹满痛”到“续自便利”，从“脉平”到“脉弱”），对药性偏寒、可能伤正的药物及时调整（或减或去），

避免“守方不变”导致不良后果。这一表述是张仲景对后世医者的“警示”——治病无固定成方，“脉证”才是唯一的用药依据。

《伤寒论》第 364 条：“下利清谷，不可攻表，汗出必胀满。”

本条核心病机可归纳为太阴少阴并病。太阴主运化，脾阳虚弱则运化失司，不能腐熟水谷，易出现下利症状。少阴为寒水之脏，若肾阳不足，虚寒内生，也会影响脾胃腐熟功能，导致下利清谷。所以下利清谷是脾肾阳虚，即太阴少阴并病的表现，此为里虚寒证。

汗为阳气蒸化津液而成，发汗不仅伤津，更会耗阳。当下利清谷时，里阳已虚，若再发汗攻表，会使阳气更虚，里寒更盛，导致太阴寒凝，气机阻滞，下焦的水饮就往上冲，出现腹部胀满等变证，故不可发汗解表。

下利清谷的根本原因是脾肾阳虚，虚寒内生，非单纯的肠道传导失常。若不温其脾肾之阳，单纯见利止利，不能从根本上解决问题，且可能因止利药物使用不当，闭门留寇，或进一步损伤正气，加重病情。

根据《伤寒论》中表里先后治则，里虚兼表证时，一般应先温里后解表。对于此太阴少阴并病导致的下利清谷，即使兼有表证，也应先用四逆汤等温里回阳，待里气恢复，下利清谷等症缓解后，若表证仍在，再考虑解表。

此条辨证的要点，在于“下利清谷”涉及的病机病位。若误判为单纯的“脾阳虚”，会选用治疗太阴虚寒的主方——理中汤（丸）。此方重在温中健脾、燥湿止利，好比是给一个炉子添柴火（温脾）。但实际的病机是脾肾阳虚，病机已经深入少阴肾，是一身阳气之根（肾阳）已经衰败，无法温煦脾土。这是根本的衰竭，而不仅是功能的失调。此为“釜底无薪”，炉子本身下面的柴火（肾阳）都快烧完了。此时仅添柴（温脾）效果微弱，必须 “续薪救火”——即使用四逆汤（附子、干姜、甘草）这类方剂，用大辛大热的附子来温肾回阳、救逆固脱。

若用理中汤去治疗一个需要四逆汤的证，其后果是严重的。理中汤药力不足以对抗阴寒，无法扭转阳气衰亡的趋势，延误战机，病情会持续加重；由于阳气得不到及时补充，可能会迅速出现诸如“大汗淋漓、四肢厥逆、脉微欲绝”等阳气外脱的危候；最严重的情下，这种误治会加速阳气亡脱的过程，如胡希恕所说“一治一个死”。

因此，见到“下利清谷”，医者头脑中必须响起最高级别的警报。这不仅仅是脾的问题，很可能已经动摇了阳气的根本（肾），必须立刻评估是否有手足厥逆、脉微细等少阴证候，并做好使用附子、干姜等回阳救逆药的准备。

《伤寒论》第 366 条：“下利，脉沉而迟，其人面少赤，身有微热，下利清谷者，必郁冒汗出而解，病人必微厥。所以然者，其面戴阳，下虚故也。”

本条辩证的要点，一为下利清谷的病机，二为戴阳与格阳的分辨与应对。

脾肾阳虚下利，病机为纯虚寒证。肾阳虚衰不能温煦脾阳，脾失健运、腐熟无权，水谷不化而直趋肠道，无寒热错杂之象，属“阴盛阳衰”的单纯虚冷证。厥阴下利，病机为寒热错杂证。厥阴为“阴尽阳生”之经，病至厥阴，阳气欲复但不足，阴寒未去而内盛，形成“上热下寒”的错杂状态。

脾肾阳虚下利必见“清谷”（泻下物为未消化的谷物），质地清稀无臭，多无里急后重，且下利频率与虚寒程度正相关（虚寒越重，下利越频）。厥阴下利虽也可能清稀，但未必见清谷，更常伴“里急后重”（因肠道气机不畅，属寒热错杂导致的气机紊乱），部分可见下利脓血（如白头翁汤证的厥阴热利），或下利与呕吐并见（上热犯胃）。

脾肾阳虚下利（纯寒无热），全身虚寒表现突出，畏寒肢厥（四肢冰凉过肘膝）、无热恶寒、面色㿠白（无光泽）、神疲乏力、口淡不渴（或喜热饮）。舌淡苔白滑，脉沉细、沉迟或微欲绝（纯虚寒的脉象，无浮数等热象）。

厥阴下利（寒热错杂），有“上热”或“虚热”表现，必伴烦渴（虚热在上，虽下利但口渴，与脾肾阳虚的“口淡不渴”相反）、或呕吐（上热犯胃，可伴呕酸、呕苦）、或心中疼热（胃脘部灼热感，属虚热内扰）。也有“下寒”表现，但畏寒肢厥多较轻（非“四肢厥逆过肘膝”的重寒），或伴“厥热往来”（厥冷与微热交替，为厥阴病的典型特征）。舌淡苔薄黄（寒热错杂的舌象，苔黄为上热，舌淡为下寒），脉弦细（厥阴病主脉，非纯沉迟的虚寒脉）。

脾肾阳虚下利，治以温阳散寒、固涩止泻；厥阴下利，治以清上温下、调和寒热，温下清上并举。若脾肾阳虚下利误判为厥阴下利，此误治的核心是“以寒治寒”，违背脾肾阳虚下利“温阳散寒”的根本治法。轻者，原有“下利清谷”变为下利频作、完谷不化更甚（脾阳衰极，无法腐熟），甚至伴“便溏无度”（肾阳失固，不能摄肠）， 原有“畏寒肢厥”变为四肢厥冷过肘膝（阳气更虚，不能

达于四末），伴“神疲嗜卧、面色㿠白”（阳气不能温养神志、肌肤）；新增“口淡不渴、喜热饮更剧”（阳气虚衰，不能化生津液，体内无热故拒寒凉）。中者，出现“阳虚水泛”或“阳气欲脱”的前兆，阳气虚不能温化水湿，导致小便不利、肢体浮肿（水湿内停，泛溢肌肤），或“呕吐清水”（水湿上逆犯胃），脉由“沉细”变为脉沉迟无力（阳气鼓动血脉的能力减弱），伴“冷汗自出”（阳气不能固摄津液）。重者，发展为“阴阳离绝”的死证，若未及时纠正，寒凉药持续耗阳，会从“单纯虚寒”逐步推向“阳气衰竭”，甚至“阴阳离绝”。

“人面如赤身有微热”，为肾阳虚至极，阴寒逼迫虚阳上浮于体表（面为阳位，故面赤明显），形成“虚热”假象，非真热，其热势轻微且无口渴、脉洪大等实热表现，与内里的虚寒形成“寒热格拒”。

戴阳（正气恢复）与格阳（阴阳离绝）的区别，二者均为阳气虚衰、虚阳外浮的表现，但核心区别在阳气虚衰程度、预后及伴随症状，本质是“正气尚可挽回”与“正气将竭”的差异。

戴阳的核心病机，阳气虽虚，但仍有一定根基，虚阳浮越较浅，多为病情转折期的“正气欲复”信号（非完全恢复，需警惕反复）。阴寒盛于下，虚阳被格拒于上，主要表现为面赤，面赤多为“颧红如妆”（局限于两颧，色淡红、娇嫩），非满面通红；无明显畏寒肢厥加重，下利清谷等虚寒症有所减轻，脉虽弱但有根（如脉沉细但尚有力）；若及时温阳，虚阳可归位，病情向愈。

“必郁冒汗出而解，病人必微厥”，郁冒就是昏冒，近似休克，当时人事不知，出一身汗，病就好了；本来四肢不冷，这时手脚也凉了，处于一个瞑眩状态。“所以然者，其面戴阳，下虚故也”，看着挺危险，这个过程就是中医所说的“瞑眩反应”，是药力生效、病向愈的标志。

格阳的核心病机，肾阳虚衰至极，阴寒独盛于内，阳气完全失于温煦，被迫浮越于外，是“阴阳即将离绝”的危重状态（即“阴盛格阳”）。面赤多为“满面通红”（色艳但浮于表面，无光泽），伴身有微热但触之不温；畏寒肢厥显著，下利清谷频繁（或完谷不化），脉沉微欲绝（或浮大无根）；若不及时急救（如用四逆汤类温阳散寒），易发展为阴阳离绝的死证。

若戴阳误判为格阳，误用峻猛回阳药过度温燥，戴阳阳气初复时，阴液本已因下利等耗伤（“阳生阴长”，阳复需阴助），峻猛温药（附子、干姜）会直接耗

伤残存阴液，形成“阳未补而阴先竭”，耗伤阴液、助长浮阳，反致病情由“向愈趋势”转为“危重变证”。

第一百二十条　理中汤（丸）

理中汤出自汉代张仲景的《伤寒杂病论》，称为人参汤，是治疗脾胃虚寒病证所导致的腹痛腹泻、呕吐等为主症的方剂，本方由人参、白术、干姜、甘草四味药组成。

干姜：性味辛、热，归脾、胃、心、肺经。核心作用是温中散寒，为方中“君药”，能直驱脾胃寒气，恢复脾胃温煦功能。

人参：性味甘、微苦、微温，归脾、肺、心经。作为“臣药”，可补中益气，补脾胃之虚，与干姜搭配“温补结合”，既散寒又补脾胃之本。

白术：性味甘、苦、温，归脾、胃经。为“佐药”，能健脾益气、燥湿利水，助人参补脾气，同时化解脾胃受寒后产生的湿邪，让脾胃运化更顺畅。

甘草：性味甘、平，归心、肺、脾、胃经。作为“使药”，可益气和中、调和诸药，既能增强人参、白术的补气效果，又能缓和干姜的辛热之性，避免过度温燥伤胃。

全方以“温”“补”为主，兼顾“燥”湿，针对脾胃虚寒证（表现为脘腹冷痛、呕吐泄泻、手足不温、舌淡苔白、脉沉细等），通过温散寒邪、补益脾气，恢复脾胃的运化与温煦功能。

理中丸与理中汤的药物组成、功效都是相同的，理中丸与理中汤的核心差异源于剂型：汤剂适合急症快速缓解，丸剂适合慢性脾胃虚寒调理。选择时需结合症状急缓、体质及生活便利性。

第三节　太阴湿热证

第一百二十一条　太阴湿热证，是太阴病的一种特殊兼夹证或变证。其本质是本虚标实、寒热错杂。病机根基仍是脾阳虚、湿邪内停（本虚），但由于寒湿郁结在中焦，日久郁而化热，形成湿热互结的复杂局面（标实）。此证虽见热象，但其根源和本质仍离不开太阴脾虚湿困。治以清热燥湿，健脾和中。代表方剂，半夏泻心汤。

临床表现的下利,黏滞不爽，或夹有黏液，肛门有灼热感，气味臭秽，这与寒湿证的“下利清稀”形成鲜明对比;脘腹部痞满胀闷，按之柔软，但患者自觉胀满难舒；呕吐、食不下;因湿热互结，气不化津，可见口干，但多渴不欲饮，或喜少量热饮;可能伴有身热不扬、身体困重。

《伤寒论》第 149 条：“伤寒五六日，……。但满而不痛者，此为痞，……，宜半夏泻心汤。”可否这样解释：

本条多因患者此前有少阳病（柴胡证），误治（如误用下法）后，少阳邪热内陷，同时脾胃虚寒，形成“寒热错杂”之证，病位聚焦于中焦脾胃与胃脘。

中焦脾胃为气机升降枢纽，寒热错杂导致胃气失和、升降失常。胃气不降则浊气壅滞于胃脘，故见“满”（胃脘痞满，按之柔软）；因无有形痰浊、瘀血阻滞，故“不痛”，与结胸证（痛而硬）形成核心鉴别。

对应方症半夏泻心汤“辛开苦降，寒热平调，和胃消痞”。半夏辛温，散结除痞、和胃降逆，针对胃脘痞满与胃气上逆；干姜辛热，温中散寒，补脾胃虚寒之不足，化解内陷之寒邪；黄芩、黄连苦寒，清泻内陷的少阳邪热，清除中焦之热浊，平衡干姜、半夏的温性；人参、大枣、甘草甘温，补益脾胃之气，恢复脾胃升降功能，防止寒热进一步损伤正气，为“辛开苦降”奠定脾胃基础。

方剂核心功效“和胃消痞”，精准对应“胃脘痞满（但满不痛）”，同时可改善伴随的胃气上逆（如恶心、呕吐）、脾胃不和（如肠鸣、下利）等症，通过平调寒热、恢复升降，消除中焦痞满。

本条核心病机“因寒生湿、因湿郁热”，组方为半夏泻心汤，为什么没有祛湿药？

半夏泻心汤虽未用直接利水渗湿之药（如茯苓、泽泻），但通过恢复中焦脾胃功能、调畅气机，间接实现“祛湿”目的，核心逻辑是“治湿先调脾、调脾以行气”。

“恢复脾胃升降”为祛湿根本。中焦脾胃为“运化水湿”的核心脏腑，若脾胃虚寒则运化无力，水湿内生；湿邪阻滞又会进一步影响脾胃升降，导致湿郁化热。半夏泻心汤的核心并非“直接祛湿”，而是通过辛开苦降、寒热平调，先修复脾胃功能——脾胃运化能力恢复，水湿生成之源被阻断，已生之湿可通过脾胃运化转输（如化生气血、通过肠道排出）间接清除，属于“治病求本”的祛湿思路。

半夏：辛温散结，燥湿除痞。半夏是方中核心祛湿药，其性辛温，既能“辛开”胃气、降逆和胃，又能直接燥湿——针对“因寒生湿”导致的胃脘痞满（湿浊壅滞中焦），通过燥湿散结，清除中焦湿浊，同时破除湿邪对脾胃升降的阻滞，为后续气机调畅铺路。

干姜+芩连：温化寒湿，清泻郁热，防湿郁加重。干姜辛热，温中散寒，针对“因寒生湿”的“寒”，寒邪得除则湿无由生，从源头减少湿邪生成；黄芩、黄连苦寒，清泻“湿郁化热”之热，热邪得清则湿邪不被热蒸，避免湿与热胶结（如湿热痞满），防止湿邪缠绵难去。

人参+大枣+甘草：补脾胃之气，强运化祛湿之力。脾胃虚弱是“生湿”的根本，方中人参、大枣、甘草甘温益气，补益脾胃——脾胃气足则运化水湿的能力增强，可主动将中焦湿浊转化、排泄，而非依赖药物直接祛除湿邪，体现“脾旺则湿自除”的中医逻辑。

半夏泻心汤针对“寒-湿-热”病机，不采用“直接利水”的治标之法，而是通过“温寒、清热、补脾胃”，以恢复中焦运化功能为核心，从根本上解决“湿邪生成与停滞”，属于“调脏腑以祛湿”的经典配伍思路。

半夏泻心汤证的本质，是寒热错杂于中焦导致的气机痞塞（痞满），治疗的重点是平调寒热、恢复气机升降，治疗的智慧在于“治病求本”——通过恢复脏腑功能（健脾）来消除病理产物（湿），而非舍本逐末。

第一百二十二条　以半夏泻心汤为代表的“泻心汤类方”

《伤寒论》第 154 条：“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”

“心下痞”，胃脘部痞满，气机受阻，“按之濡”，按之柔软，排除实邪凝结如“结胸证”，“其脉关上浮者”，寸候心肺、关候脾胃、尺候肾肝，患者关脉浮，浮为阳，数也为阳，此既可见浮脉也可见数脉，阳又为热，还可见心烦、小便黄、大便通等症状，“大黄黄连泻心汤主之”（太黄、黄连不用水煮而用开水浸泡片刻，去渣，取其气保其味，意在清热而不在泻下）。

《伤寒论》第 155 条：“心下痞，而复恶寒汗出者，附子泻心汤主之。”

接 154 条，“心下痞”，胃脘部痞满，气机受阻，“按之濡”，按之柔软，排除实邪凝结如“结胸证”，“而复恶寒汗出者”，又出现怕冷出汗，这是寒热痞，上焦有热，下焦有寒。下焦阳虚有寒，阳气不能够温肌表，所以就恶寒；阳气不能摄阴，所以就汗出。上热下寒，上热是心胃之热，下寒是肾气之寒，是少阴的肾阳虚寒。阳虚生外寒，阴虚生内热。“附子泻心汤主之”，黄连、黄芩、大黄，加上一个附子，这是寒热并用之法，附子温补阳气以固表止汗，三黄清热散痞。

《伤寒论》第 157 条：“伤寒，汗出解之后，胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣下利者，生姜泻心汤主之。”

伤寒法当发汗，若汗出不彻或汗出过多都会引发其他变证，若病患平素脾胃虚弱，发汗治疗后也可能会出现各种变证。如平素脾胃虚弱，或因汗出过多而伤阳，脾胃之气受损，升降失常，而“胃中不和”；聚于心下而见“心下痞硬”；运化失常，食入不化，故见“干噫食臭”；水气不利，内停胃肠，故见“胁下有水”，肚子咕噜噜直响，“腹中雷鸣”，下利等证。病机可归纳为脾不升清，胃不降浊，气聚水停食滞。“生姜泻心汤主之”，此方在半夏泻心汤基础上干姜减量，外加生姜，辛开苦降以解痞，重用生姜以利水。

《伤寒论》第 158 条：“伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕心烦不得安，医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚。此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也，甘草泻心汤主之。”

太阳伤寒或中风，本应发汗解表，“医反下之，其人下利，日数十行”，医生误用下法，伤了脾胃之气，腹泻还是很严重，每日数十次；“谷不化”，由于下利太频，胃不是不能消化，而是由于泻的快而来不及消化便排出；伤了胃气，“腹

中雷鸣”，肚子咕噜噜地响，“心下痞硬而满”，胃脘部胀满而硬，“干呕心烦不安”。医生见此“心下痞”的症状，“谓病不尽，复下之，其痞益甚”。这种情况不是阳明热结，而是误下之后脾胃虚弱，气机不畅，脾不升清，胃不降浊；消化失常，食积胃中，邪气上逆，与食物夹杂而呈痞硬，主方选择甘草泻心汤治疗，重用甘草补虚缓急止利。

泻心汤类（半夏泻心汤、大黄黄连泻心汤、附子泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、三黄泻心汤）共性在于恢复中焦（脾胃）气机升降平衡，病机“痞”（气机升降受阻），病位“心下”（中焦胃脘部），病症或寒热互杂、或寒大于热、或热大于寒、或虚实夹杂、或虚重于实。

半夏泻心汤，寒热互结，升降失司（寒热基本平等），治以寒热并用，攻补兼施。半夏、干姜辛开、黄芩、黄连苦降、人参、大枣、甘草甘调。

生姜泻心汤，水热互结，胃虚食滞（兼有水气），治以半夏泻心汤减干姜用量、加生姜，重用生姜以和胃散水、化饮消食。

甘草泻心汤，胃气重虚，痞利俱甚（虚的程度最重），治以半夏泻心汤加重甘草用量。旨在甘温补中，缓急止利，益气之力最强。

大黄黄连泻心汤，热痞（无形邪热壅滞，无虚无寒），仅大黄、黄连两味（或用黄芩），用沸水浸泡绞汁（麻沸汤）轻取其气，清泻上部无形邪热。

附子泻心汤，热痞兼表阳虚（寒热真假互见），大黄、黄连、黄芩泻热消痞 + 附子（另煎汁）温经复阳固表。寒热并用，各司其职。

半夏、生姜、甘草泻心汤，侧重于解决虚实夹杂、寒热互结的“痞”，以“和”为主；大黄黄连、附子泻心汤，侧重于解决以热为主的“痞”，以“泻”为主，后者兼有肾阳虚。

三黄泻心汤出自东汉张仲景所著的《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六》。原文为“心气不足，吐血、衄血，泻心汤主之”。主要用于治疗邪火内炽引发的吐血、衄血，也可用于治疗三焦积热所致的目赤口疮、湿热黄疸，以及心胸烦闷、大便秘结等症，其典型体征为舌苔黄腻、脉数实。

方中大黄、黄连、黄芩均为苦寒之品，大黄可清胃泻火，黄连能泻心胃之火，黄芩可清泻肺经火热，三药合用，共奏清胃泻火、凉血化瘀止血之效。

三黄泻心汤在传统用法中并非常规煎煮，而是有特殊要求。其经典用法出自《金匮要略》，具体为：将大黄、黄连、黄芩三味药材捣成粗末，然后用沸水（麻沸汤）浸泡片刻（约数分钟），去渣后温服。这种“浸渍法”的目的是取药物的寒凉之气以清泻上部火热，同时避免长时间煎煮导致药性过于峻猛、损伤正气，尤其适合用于血热妄行的吐衄等症。

后世临床应用中，也会根据具体病情（如热结较深、需要加强通腑之力时）调整为常规水煎法，但这已属于对原方用法的灵活化裁，而非最贴合原著的经典用法。

第一节　病机病名病位

第一百二十三条　五运六气之少阴

少阴君火，这一概念来源于五运六气学说中的二之气，初之气厥阴风木、二之气少阴君火、三之气少阳相火、四之气太阴湿土、五之气阳明燥金、终之气太阳寒水。

气候角度：少阴司天之年，气候偏热，如《素问·五常政大论》记载“少阴司天，热气下临”，上半年多有大暑流行，甚至可能出现疮疡燔灼等炎热如焚的景象。少阴司天则阳明燥金在泉，下半年气候会转为寒凉而干燥，西风阵阵，带来一片萧索景象。

五行角度：少阴君火属火，从五行相克来看，火克金，故少阴热化可施于阳明燥金，能制约凉燥之金气，维持自然气候的正常，也是火能胜金在自然界的表现。若少阴火气过盛，会对肺金产生克制作用，导致五行失衡。

人体脏腑角度：少阴与心、肾相关，心为君主之官，属少阴君火。少阴司天，热气偏胜，心火易亢盛。同时，肺金受心火克制，肺气也会受到影响。从经络循行来看，手少阴心经循行于肩背臂臑及缺盆等部位，故病变可涉及这些部位。

疾病角度：少阴司天之年，人体疾病以心肺热证为主，常见胸中烦热、咽干、右胠满、皮肤痛、寒热咳喘、唾血、鼽衄等症状。由于心病必然传肺，火胜必然刑金，所以肺病症状较为突出，严重时可能出现肺气败绝，表现为尺泽穴处不能摸到动脉搏动等危急情况。

运气变化角度：在五运六气中，少阴司天为子午之年，如壬子、壬午、戊子等年份。司天主天气，少阴君火司天则火热之气偏胜，影响人体之气与之相通应，表现为心火燔热。在泉之气为阳明燥金，燥淫所胜，民病喜呕，呕有苦，善太息，心胁痛等。此外，在一年的主气中，二之气为少阴君火，若客气为太阳寒水，会形成上热下寒的格局，易出现心肾不交等病症。_

第一百二十四条　《黄帝内经》之少阴

经络方面：《素问·阴阳离合论》提到“太阴之后，名曰少阴”，少阴包括手少阴心经和足少阴肾经，与太阳经互为表里。其中手少阴心经起于心中，络小肠，病变可表现为咽干、心痛等；足少阴肾经起于小指之下，络膀胱，病变可见饥不

欲食、面色发黑等症状。且少阴经是少血多气的经脉，针刺治疗时可出气，不可伤血。

生理功能方面：《素问·阴阳离合论》认为“少阴为枢”，起着转输内外的枢纽作用。足少阴肾经可控制调节阴经中阳气运行与量的分配，还能输送命门之火至三焦，调控水液气化和输布。手少阴心经为“君主之官，神明出焉”，控制和调节整个生命体的生理运行。

体质类型方面：《灵枢·通天》提出“五态之人”，其中少阴之人“多阴少阳”，在体质上表现为小胃而大肠，六腑不调，阳明脉小而太阳脉大。性格上则多贪图小利，有害人之心，见人有损失则欣喜，见人荣耀则恼怒，冷酷寡恩。

运气学说方面：少阴君火在五运六气中占据重要位置。《素问·六微旨大论》指出少阴君火居东南之位。少阴司天为子午之年，气候偏热，人体易出现心肺热证。在一年的主气中，二之气为少阴君火，若客气变化，会影响人体气血阴阳，导致相应疾病发生。

疾病方面：《伤寒论》依据《黄帝内经》理论，提出“少阴之为病，脉微细，但欲寐”，认为少阴病是少阴枢折，即少阴不能转输和调节阳气，命门火不能有效输出，可出现完谷不化、下肢水肿、心烦意乱等症状。

第一百二十五条 《伤寒论》之少阴

少阴病如果用两个字概括就是“水火”，如果用一个字概括就是“水”。譬如《易经》中的坎卦，阴中有阳，阳寓于阴。“水”为体，“火”为用，水为生命的根基与病危的渊薮，火为生命的动力与危机的来源。

肾水是指肾所藏之真阴、元阴，是人体阴液的根本，对全身脏腑器官起着濡润、滋养的作用；心水可理解为心之阴血，是心神活动的物质基础。此生理之水，包括手少阴心与足少阴肾，是生命活动的根基，贵在充盈、宁静。若肾阳虚衰，无以温化水液，导致寒水泛滥，表现为四肢厥冷、下利清谷、小便清长、或全身浮肿（阴水）；若肾阴（真阴）严重耗伤，导致津液枯涸，表现为口燥咽干、心烦不得眠、舌红少苔。此为病理之水，本质离不开“水”的失常，不是水寒，阳不制水，就是水竭，阴液枯涸。

肾阳、元阳，是一身阳气之根，能温煦全身，蒸腾气化，是生命活动的原动力。心火即心阳，能主持神明，温通血脉，是生命活动的主宰。此生理之火，是

生命活动的动力，贵在温暖、潜藏。若肾中命门火衰，导致阴寒内盛，表现为一派寒象，但欲寐、脉微细、四肢厥逆；若肾水亏竭，无法上济心火，导致心火独亢于上，表现为虚性兴奋（心中烦、不得卧）。此病理之火，不是火衰欲灭，就是火亢无制。

坎卦（☵），一阳爻寓于两阴爻之间，外阴内阳，阴中之阳，生命的火种，对应少阴“水中有火”、“阴中涵阳”的生理状态。肾为水脏，但内寓元阳（命门火），这就是坎中之阳，是人体生命的火种、发动机。少阴寒化相当于坎中之阳（那一点阳爻）即将熄灭，外在的两阴（寒水）弥漫全身，导致“阴盛阳衰”；少阴热化相当于坎中之水（阴爻）严重亏损，由于阴液枯竭，无法涵养和制约那一点阳火，导致虚阳相对偏亢，形成“阴虚阳亢”的虚热状态。

太阴病治法无非两端，寒则温之，回阳救逆，关键是 “扶阳”；热则滋之，泻南补北，关键是 “滋阴”。少阴病的生死存亡，全在那一点“坎中之阳”（肾中真阳）能否存续。阳回则生，阳亡则死。

《伤寒论》第 281 条：“少阴之为病，脉微细，但欲寐也。”

此条为少阴病提纲，从两个主要方面论述少阴病的核心病机，阴阳两虚。

“脉微细”浮主表，沉主里，仲景未言沉，可理解他认为你应该了解故不言；脉洪与脉弱相对，指的是正气强弱，此为微，是比弱更弱，似有似无，好比油尽灯枯；细与大相对，提示阴虚，好比干旱河道由宽变窄成了一条线。

“但欲寐”，阳出于阴为寤（醒），阳入于阴为寐（睡），欲寐，似睡非睡、似醒非醒，表现为阳气虚衰，阴寒内盛，或阴液亏虚，阳失所附，阳气浮越，最终导致阴阳平衡失调、心神失养。

阳气的主要作用是“温煦”和“推动”，能维持清醒状态、振奋精神。若阳气（尤其心阳、肾阳）虚弱，无力温通脏腑、推动气血运行，阴寒之气就会相对偏盛，像“浓雾困住阳光”一样压制阳气，导致心神缺乏阳气濡养而昏沉，表现为总想睡觉、怕冷、手脚冰凉、精神疲惫，此为少阴寒化证。

阴液是阳气的“载体”，能收敛阳气、防止其过度耗散。若阴液（如肾阴、心阴）亏虚，无法约束阳气，阳气会像“无根之木”一样浮越于外，看似有虚热（如手足心热、口干），但本质是阴亏导致阳气不能内守、心神失养，进而出现困倦欲睡却睡不踏实、醒后仍疲惫的情况，此为少阴热化证。

第二节　少阴寒化证

第一百二十六条　少阴寒化证是指少阴心肾阳气虚衰，阴寒独盛，病性从阴化寒，以畏寒肢凉、下利清谷等为主要表现的虚寒证候。

少阴寒化证的病理机制主要为心肾阳气虚衰，尤其是肾阳不足。肾为先天之本，内寓真阳，为一身阳气之根。心阳根于肾阳，肾阳不足则心阳亦虚。阳气虚衰，不能温煦机体，故见无热恶寒、四肢厥冷；阳虚不能运化水谷，故下利清谷；阴寒内盛，胃失和降，则呕不能食；心肾阳气虚衰，神失所养，故但欲寐；若阴盛格阳于外，可见身热反不恶寒、面赤等假热之象。

患者素体阳虚，先天禀赋不足，肾阳素亏，或后天失养，如过度劳累、久病体虚等导致阳气耗损，易使寒邪直中少阴，引发少阴寒化证；外感病过程中，邪气传变入里，由三阳病传入少阴，若患者阳气虚弱，邪气易从阴化寒，形成少阴寒化证；在疾病治疗过程中，医生使用汗法、吐法、下法不当，过度损伤人体阳气，致使少阴心肾阳气虚衰，寒邪内生，出现寒化证。

治以急温之，回阳救逆，代表方剂四逆汤（回阳救逆之基础方）、通脉四逆汤（阴盛格阳于外）、白通汤（阴盛戴阳于上）。

《伤寒论》第 282 条：“少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日，自利而渴者，属少阴也，虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。”

五六天前，患者似睡非睡、似醒非醒，“但欲寐”，（少阴病主证），想吐又吐不出（欲吐不吐，表邪传里而气逆），无热或微热，虚火上扰心神，“心烦”，疑似少阴病（吐与虚热干扰辨证）。

五六天后，虽未用药，出现腹泻口渴，“自利而渴”，（三阴病均可下利，但太阴病口不渴），再辨确认为少阴病，“自利而渴者，属少阴也”。少肾阳虚（阳不化气，阴盛于下阳格于上）所以口渴，“虚故引水自救”。

问便，如果小便色白，少阴病的全部症状全部俱备，标志病情的发展已进入少阴病的典型阶段，反映了少阴心肾阳气虚衰、阴寒内盛的病理本质，“少阴病形悉具”。

小便色白说明下焦肾阳虚，阳虚为寒，不能温化水液，故“小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也”。

对于“欲吐不吐、心烦”的病人，医者可能会这样思考：

“欲吐”，很容易联想到《伤寒论》中的少阳病“喜呕”，或者太阴病“腹满而吐”，认为是气机逆乱或里湿上犯。“心烦”，这是最危险的误导项。心烦、烦躁在《伤寒论》中更多见于热证（如栀子豉汤证的虚烦、白虎汤证的大烦渴、黄连阿胶汤证的心中烦）。医生很容易先入为主地判断为“热扰心神”。此时，医生可能会初步判断为“热证”或“半表半里之少阳证”，而忽略或轻视了“但欲寐”这个关键的虚寒背景。

“欲吐不吐”，此非少阳之“喜呕”，亦非太阴之“腹满而吐”，而是下焦肾阳虚衰，阴寒浊气上逆于胃所致。胃气欲拒邪外出故“欲吐”，但阳气极虚无力驱邪，故又“不吐”。“心烦”，此症最具迷惑性。然此“烦”非阳明实热或阴虚虚火之烦，乃是阴寒内盛，将残存之虚阳格拒于上、浮越于外所致，是一种阳虚烦躁，属真寒假热之假象。

“但欲寐”是 281 条少阴病的提纲证，它描绘的是一种整体性的、根本性的功能衰竭状态（阴阳两虚）。在辨证时，如果被局部的、突出的症状（如呕、烦）所吸引，而忽略了病人“精神萎靡、似睡非睡、整体机能低下”的这个基本盘，会犯定性偏差，“舍本逐末”之过。

从欲吐、心烦、口渴这些症状来看，如果定性为热证，可能会误用清热泻火的方药（如黄连、黄芩、栀子等）。这对于一个本质是阳虚寒盛的患者来说，无疑是雪上加霜，会直接摧残其残存的阳气，导致病情急剧恶化，甚至“除中”而死； 如果定性为少阳证，可能会误用和解的小柴胡汤。虽然柴胡剂相对平和，但其偏于清热透邪，对于少阴虚寒证仍属不对证，会贻误抢救时机。

阴阳寒热是中医辩证的核心，此条虽有寒热（虚热）俱有之象，综合腹泻下利、但欲寐，病机核心是少阴虚寒，病人虽有“心烦、口渴”等疑似热象，但只要小便清长，就彻底证明了所有这些“热象”都是假象，其本质是“下焦虚有寒”，小便色白则是辨少阴寒化证的关键指标。

《伤寒论》第 284 条：“少阴病，咳而下利，谵语者，被火气劫故也，小便必难，以强责少阴汗也。”**《伤寒论》第 285 条：**“少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗。”**《伤寒论》第 286 条：**“少阴病，脉微，不可发汗，亡阳故也；阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下之。”

284 条、285 条、286 条之共性，少阴病不可发汗，汗出亡阳。为什么强调不可发汗？少阴里寒无汗，医者误判为太阳伤寒无汗。

太阳伤寒无汗，是因风寒外束、卫阳被遏、营阴郁滞，病机以“表实”为主，正气（阳气）尚足，故可用麻黄汤等发汗解表；而少阴病无汗，是因少阴阴阳两虚，阳气无力温煦、推动津液达表，阴液亦不足以充养汗液，病机以“里虚”为核心，无外邪束表之实。

太阳伤寒发汗是“因势利导”，通过发汗祛除外邪；少阴病阴阳两虚时，发汗相当于“雪上加霜”——阳气本已虚衰，发汗会进一步耗散阳气，导致阳气外亡，同时汗液流失会加重阴液亏虚，最终可能引发脉微、厥逆、烦躁等危重证候，故必须明确禁止。

284 条是古代火疗，强行发汗。火疗发汗，如同小偷盗走人体的津液，故“谵语”、“小便必难”。285 条、286 条以脉象辨证，“脉细沉数”、“脉微”，强调肾阴虚、肾阳虚均不可发汗。“阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下之”，少阴病攻下，既恐亡阳，又恐亡阴。少阴病除不可发汗以外，亦不可攻下。

《伤寒论》第 287 条：“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。”

少阴病有两种转归，一是亡阳，二是回阳。阳气持续衰败，直至脱绝，表现为厥逆加重、利不止、脉微欲绝、躁扰不烦（真阳外越）等，为危殆之兆，此为亡阳。通过治疗或自身生机，阳气来复，阴寒渐退。病情由重转轻，出现向好迹象，此为回阳（阳复）。如本条所述，回阳的指征有四条：脉象、体温、下利、心烦。

少阴病本有的“紧”脉，转为“微”脉，提示寒邪渐退，阳气始复，此处“微脉”非阳气衰竭之微，而是寒凝解除后阳气初复的轻度虚弱表现；　手足温度由厥冷（四肢冰凉）转为温暖，是阳气能达于四末的直接标志，为回阳的重要外在表现；此时的下利为机体排出内伏寒邪的反应，属于“排寒”过程，与阳气衰竭、固摄无权的虚寒下利有本质区别，提示寒邪有外达之机；此时“心烦”非热扰心神之实热证，而是阳气恢复后，机体对寒邪消退的一种反应，标志阳气已能与邪相争，而非阳气衰竭的“但欲寐”状态。

四个回阳指征，若要舍去三个，手足反温是核心中的核心，反映少阴回传太阴。

六经传变中，从阳至阴为逆为病进，从阴至阳为顺为向愈。在少阴病回阳指征中，手足由厥冷转温是阳气能否通达四末的直接、直观标志。相较于脉、利、烦等易受其他因素干扰的指征，手足温度变化更能直接反映阳气复振的趋势，是判断病情从“阴寒内盛”转向“阳气来复”的最关键信号。

六经传变中，“从阳至阴”，太阳→少阳→阳明→太阴→少阴→厥阴，为“逆传”，这是一个由表入里、由阳入阴、由轻变重的过程，病至少阴，已是危重，代表病情进展。

“从阴至阳”，少阴→太阴→少阳→阳明→太阳，为“顺传”，代表病情向愈。当少阴病（心肾阳衰）好转时，不会一下子跳到太阳，而是先退回到太阴（脾阳虚寒）的阶段。太阴病虽然也有虚寒（如腹满、下利），但病位在脾，远比病在肾的少阴病要轻。脾主四肢，手足温暖，说明脾阳已经得到了肾阳的温煦，开始履行其“输布阳气于四末”的职能。这表明最核心的肾阳危机已经解除，病情回到了相对浅层的太阴系统。属于“向愈之顺传”，而“手足反温”正是这一顺传过程的核心体征支撑。

《伤寒论》第 288 条：“少阴病，下利，若利自止，恶寒而蜷卧，手足温者，可治。”**《伤寒论》第 289 条：**“少阴病，恶寒而蜷，时自烦，欲去衣被者，可治。”

288 条、289 条可以合并解释，其共性为少阴病回阳可治。需关注的有几点：

少阴病下利，有自止，有不止。下利自止不一定向好的方向发展，若津液脱尽，下无可下，则向病危的方向发展。

烦燥常表述为心神不宁，单独使用烦不等同于烦燥，烦，侧重“心神不宁”；燥，侧重于“津亏失润”；烦为热象，燥为乱象。

患者希望去除所覆衣被，这是阳气回复的表现；若阴盛格阳于外，会出现一些反不欲得衣的假阳证，需借鉴手足温度的判断。如胡希恕所言，“手足温说明胃气还存在，还可以治；如果四肢厥冷，表示胃气已败，必死无疑”。

《伤寒论》第 290 条：“少阴中风，脉阳微阴浮者，为欲愈。”

本条以脉象解释少阴回阳，少阴里寒，脉象由沉转浮、由紧转微，由阴出阳，故“欲愈”。少阴中风，非指少阴病的一种类型，而是说其来路，此少阴病由太阳中风传变而来。

第一百二十七条　少阴病死证

《伤寒论》第 295 条：“少阴病，恶寒，身蜷而利，手足逆冷者，不治。”

《伤寒论》第 296 条：“少阴病，吐利躁烦，四逆者死。”

《伤寒论》第 297 条：“少阴病，下利止而头眩，时时自冒者死。”

《伤寒论》第 298 条：“少阴病，四逆，恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者，死。”

《伤寒论》第 299 条：“少阴病六七日，息高者死。”

《伤寒论》第 300 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。”

少阴病以“心肾阳虚”为根本，死证均为阳气衰竭至极、阴寒独盛，或阴液耗竭、阳无所附，最终阴阳离决所致。295-300 条分述少阴病死证的各种症状，其核心防治逻辑是“早预判（抓阳衰信号）、早截断（及时回阳）、避误判（区分回阳与亡阳） ”。需重视“阳气”在少阴病中的核心作用——阳气未竭时，干预则有生机；阳气已亡时，再治则难回天，且需严格区分“回阳反应”与“亡阳表现”，避免误治或贻误时机。

295 条“恶寒身蜷而利，手足逆冷者，不治”：病机为肾阳虚衰、阴寒内盛，阳气无力温煦周身（恶寒身蜷）、固摄水液（下利）、温通四肢（手足逆冷），阳气衰竭已难挽回。288 条，“少阴病，下利，若利自止，恶寒而蜷卧，手足温者可治”，手足温为回阳，此手足逆冷为亡阳。

296 条“少阴病，吐利躁烦，四逆者死”：病机为阳衰阴盛、虚阳扰神，阳虚失于温化导致吐利，阴寒逼迫虚阳上浮扰心（躁烦），同时阳气完全不能达于四末（四逆），属阴阳将离之兆。

太阴病的吐利，病位在脾，病机为脾阳虚弱、运化失权。脾主运化水谷，脾阳不足则无法腐熟水谷、运化水湿，导致水湿内停、清浊不分，进而出现吐利（多为“自利不渴”），属于“中焦虚寒”，阳虚程度较轻。少阴病的吐利，病位在心肾，病机为心肾阳虚、阴寒内盛。肾为先天之本、阳气之根，心主血脉、温煦周

身，心肾阳虚则全身阳气衰竭，不能温化水谷、固摄水液，导致吐利（常伴“手足逆冷”），属于“下焦虚寒”，阳虚程度极重，已累及先天根本。

少阴病和阳明病的烦躁有明显区别。少阴病的烦躁多为阳虚阴盛，虚阳外越所致，其特点常是烦躁并见，且患者多伴有精神萎靡、恶寒蜷卧、脉微细等虚寒之象，少阴烦躁，多躁少烦，躁属阴亏，故曰躁烦而不曰烦躁，因躁而烦，躁多烦少，主精气欲尽；阳明病的烦躁主要是里热炽盛，扰乱心神引起，往往是烦而躁，同时可伴有高热、大汗、口渴、脉洪大等实热表现。

当病情进展到阳气极度虚衰，无法温养四肢，就会出现严重的手足厥冷。手冷至（过）肘、足冷至（过）膝，为四逆，说明阳气虚衰已极为严重，阴寒之邪占据主导，阳气即将脱失，阴阳即将分离。这种状态下，人体的生命机能严重受损，病情十分凶险。少阴四肢逆冷，不能回温，独阴不化，故曰死。若患者先出现手足厥冷，后出现烦躁，此为阳气可与阴争，这是回阳的现象。

297 条“少阴病，下利止而头眩，时时自冒者死”：病机为阴液耗竭、阳无所附，下利日久耗尽阴液，阳气失去阴液承载而浮越于上（头眩、自冒），看似下利止，实则是阴竭无物可利，为阳脱前兆。

少阴病下利属阳虚阴盛，如果下利自行停止，一是阳气回复，二是阴液亡失，下无可下。下利停止后，伴随出现头晕目眩，而且经常昏迷（冒指昏冒），头为诸阳之首，头晕昏迷是亡阳的表现，所以此处下利停止是阴液亡失所致，阴液亡于下，阳气亡于上，阴阳离决属于死证。

298 条“少阴病，四逆，恶寒而身蜷，脉不至，不烦而躁者死”：病机为阳气衰竭、神失所养，阳气绝则四逆、恶寒身蜷、脉不至，“不烦而躁”是虚阳外越、心神散乱，肾阴耗尽的危重表现。少阴病四肢厥逆，恶寒，身蜷，为阴寒盛，阳气很虚，且脉不至，此为中气不续，生气已绝。不烦而躁，是阴盛阳绝，为死证。因此，阴证若见躁，为病重现象。

299 条“少阴病，六七日，息高者死”：病机为肾阳衰竭、肾不纳气，肾为气之根，肾阳虚极则不能摄纳肺气，导致肺气上逆而呼吸浅表（息高），属肾气绝、呼吸将停之证。

少阴病六七天，出现气息加重、喘促的表现，是肾不纳气。息不能下达于肾，无深呼吸，只有浅表呼吸。此呼吸为无根之气，古人称之为游息。气无根不能下达于肾，浮游于上故见喘促，是生气将脱之兆，属于死证。

300 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”：病机为阳衰阴盛、病情恶化，初期阳气虚衰（脉微细沉、但欲卧），后期阳气进一步衰竭，阴寒内盛加重（自利），虚阳扰动心神（烦躁不得卧寐），属阴阳离决的终末阶段。

少阴病，脉微细沉，但欲卧为少阴主脉主证，应该用四逆汤。汗出不烦，为阴阳之气外亡；自欲吐，是阴邪上逆。以上是一派阴寒，应该用四逆汤急温少阴，扶阳救逆。至五六日自利，复烦躁，不得卧寐，到了五六日又增加了新症状自利，复烦躁不得卧寐，为失治、误治，阴寒盛，阳已亡。这一条反映在病开始时的阳虚寒盛阶段，没及时治疗，至五六日，又添新病，寒气越来越盛，阳气越来越失，这病为死证。阳明病急下，少阴病急温。阴性病入里时传变迅速，不可等闲观之。

少阴病初期多有“脉微细、但欲卧、畏寒”等轻度阳衰表现，此时需警惕病情进展——若出现“手足凉（非逆冷）、下利清稀、烦躁偶作”，即为阳气进一步耗竭的前兆，需立即干预。少阴病的关键是“阳存则生，阳亡则死”，若在阳衰初期（如 281 条“少阴病，脉微细，但欲卧，汗出，自利，无大热者，附子汤主之”）及时用附子、干姜等回阳药，可阻止阳气继续耗竭；若贻误时机，待出现“四逆、脉不至、息高”等死证表现，阳气已竭，再用回阳药也难以挽回。

服用回阳药后，若出现“手足转温、微汗出、精神稍振”，是阳气渐复的正常表现，需继续用药巩固。若用药后仍“手足逆冷加重、烦躁更甚（非烦而躁）、汗出如油、脉绝”，则是阳气已亡、病情恶化，并非药物无效，需警惕误判为“药不对证”而停药，或误将“亡阳烦躁”当作“阳复烦”，错失最后干预时机，虽死证难救，但明确判断可避免误治。

第一百二十八条 少阴病禁忌

《伤寒论》第 283 条：“病人脉阴阳俱紧，反汗出者，亡阳也，此属少阴，法当咽痛而复吐利。”

问诊：外感伤寒，或已发热或未发热、无汗，呕吐、腹泻。脉诊：阴阳脉俱紧。

若辨证为太阳伤寒，麻黄汤发汗，阳随汗出，汗出亡阳，病危，故“汗出”前加“反”以警示；少阴病为里虚寒证，本应无汗，若非误治，而见汗出，提示病机并非简单的寒邪束表，而是阳气衰败，不能固摄津液，导致阴液外泄的“亡阳” 危候。

患者素体阳虚，太阳伤寒，里传太阴及少阴，出现咽痛、吐利症状，“此属少阴”。

少阴为心肾所主，心肾阳虚则温煦无力，脾胃失其温养，运化腐熟功能失职，寒湿内生并下注肠道，导致清浊不分，故见呕吐、泄泻。心肾阳虚，下焦阴寒极盛，虚浮的阳气被阴寒逼迫而上越，浮于咽喉部位，虚火上扰咽喉，从而引发咽痛（隐隐作痛，不红不肿），其“咽痛”是鉴别难点，需抓住其“虚阳浮越”的本质，与实热咽痛严格区分。阴阳俱紧脉是鉴别的另一要点，此非寒邪束表，而是表里皆寒，阳气被寒邪所伤，热非实热，真寒假热。

若误将少阴之沉紧当作太阳之浮紧而用麻黄汤发汗，则会迫使体内残存的阳气随汗液外泄，造成亡阳的严重后果；若误将此虚火咽痛当作实火，投以寒凉清热之药，则会直折体内本已微弱的阳气，等于雪上加霜，加速亡阳进程。

《伤寒论》第 292 条：“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。”

少阴病本属虚寒证，多为心肾阳气虚衰（肾阳虚为主），阳气失于温煦，易出现吐利（阳气虚不能固摄脾胃、温化水湿）、手足逆冷（阳气不能达于四末）等“阳衰阴盛”表现，此为少阴病危重证的典型症状。

287 条的手足反温，侧重阳气从衰败到恢复的“转折点”，重在强调“阴寒退，阳气复”这个性质的改变，是生死攸关的转折；292 条的手足反热，侧重阳气恢复后的状态，表明体内阳气不仅恢复，而且有一定的抗邪能力，能够向外透达，推动气血运行至手足部位，产生发热的症状。属于“阳气未竭、尚有生机”的病机，故言“不死”。

此处“脉不至”非“脉绝”，多因阳气虽有复机，但仍虚弱，无力鼓动脉道（阳气为脉行之动力），或因吐利伤津、气血暂虚，脉道失于充盈，导致脉搏暂时难以触及，属于“阳气虚弱、脉气不续”，而非阳气完全衰竭的“脉绝”。

若未出现“脉不至”，多为脉沉微（少阴病阳虚的典型脉，沉主里、微主阳气虚）；若出现“脉不至”，是“沉微”的进一步发展。阳气虚弱至极，无力推动血液运行，导致脉搏暂时不能触及，但本质是“阳气未绝、脉气暂歇”，与“阳亡脉绝”（脉完全摸不到，伴手足逆冷、神识昏迷）有本质区别。

正因为“脉不至”是阳气虚弱而非阳气衰竭，且有“手足不逆冷、反发热”的阳气复机佐证，故判断“不死”；此时用“灸少阴”（多取太溪、复溜等穴）可温补肾阳、激发脉气，使脉搏逐渐恢复。

在该条文中，患者处于少阴病危重阶段，如同残烛之火，需要温和的力量来慢慢扶持。灸法通过温热刺激穴位，能温和地激发人体阳气，如同微风轻拂，慢慢助长残烛之火，使阳气逐渐恢复，且不会对微弱的阳气造成过度扰动。

在阳气极度虚弱的情况下，若贸然使用四逆汤类方剂，以附子、干姜等为主要药物，其药性可能较为峻猛，就如同强风直接吹向残烛，可能会使仅存的一点阳气难以承受，导致阳气更伤，出现病情急剧恶化，故“脉不至者，灸少阴七壮”。

《伤寒论》第 294 条：“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，是名下厥上竭，为难治。”

少阴病，本身气血阴阳均已虚损，阳虚不能温煦四肢，故见四肢厥冷。手足厥冷而无汗，少阴阳虚蒸腾无力亦无汗，此无汗为阴亏无源及阳衰无力。医者因只看到“厥冷、无汗”与麻黄汤证的表面相似，未深究是否有少阴虚寒的本质特征，从而误判为麻黄汤证，进而强行发汗。

阴病本就阴阳虚弱，麻黄汤为辛温发汗之峻剂，强行使用会进一步耗伤少阴的阳气与阴液。阳气更虚则“下厥”（四肢厥冷）加重；阴液耗竭且被虚阳扰动，血随气逆而上溢，逼迫残存的血液妄行，从上部的清窍（如口、鼻、目）溢出等“上竭”的症状。

“下厥”非温下不可回阳，但温燥之药恐助迫虚火，加重“上竭”的出血；“上竭”非凉敛不可止血，但寒凉之药又恐冰伏阳气，加重“下厥”。因此，温阳与滋阴、固涩与宣通等治法相互掣肘，选方用药非常棘手，故仲景谓之“下厥上竭”的难治之证。

少阴病本就气血阴阳虚衰，治疗当以温肾回阳等法为主，不可发汗。若强发其汗，会进一步损伤阳气和阴液，加重病情，引发动血等变证，故此条从另一角度警示少阴病不可汗法。

《伤寒论》第 330 条：“诸四逆厥者，不可下之，虚家亦然。”

“诸四逆厥者”，就是四肢厥冷，四肢厥冷的原因就是阳气亏虚不能温煦四肢，治疗以温通为主，禁忌下法。

黄元御认为，“阳上而不下，阴下而不上，不相顺接，则生逆冷。不顺而逆，故曰厥逆。足三阳以下行为顺，足三阴以上行为顺，顺行则接，逆行则阴阳离析，两不相接。其所以逆行而不接者，中气之不运也。足之三阳，随阳明而下降，足之三阴，随太阴而上升，中气转运，胃降脾升，则阴阳顺接，中气不运，胃逆脾陷，此阴阳不接之原也。中气之所以不转运者，阴盛而阳虚也。四肢秉气于脾胃，脾胃阳旺，行气于四肢，则四肢暖而手足温，所谓阳盛而四肢实也。”

根据黄元御圆运动理论，任何地方的气逆，根本原因都不是局部问题，而是整个气机升降的圆圈运动在某个环节被卡住了，尤其是虚证或枢纽失调所致，都不可贸然使用下法。其根本依据在于，下法会进一步破坏中焦脾胃的升降之机，导致气机更逆，变证丛生。

脾虚无力升清，反而下陷，导致胃气失去升清的对立面支撑，因而停滞上逆。治疗必须 “升脾以降胃” （如半夏泻心汤、旋覆代赭汤中的人参、甘草、大枣都是为了助脾升）。此时若用下法，会重伤已虚的脾阳，使清气下陷更甚，胃气将更加上逆，形成恶性循环。

胆气不降，横逆克犯胃土。治宜疏利少阳、和胃降逆，如柴胡剂；降胃气以导胆火，如黄芩、半夏这类药都是通过降胃来间接降胆气。此时若用下法，下法直接打击脾胃这个枢纽，胃气更逆，胆火更加无路可走，上逆之症会加剧。

肺气上逆，很多时候要通过降胃气来实现，如枇杷叶、杏仁等降肺药的起效，有赖于中焦的通降。如果是因胃气壅实导致，或可佐以通腑；但若是其他原因，尤其是外感或虚证，下法会大伤中气，导致肺气失去下降的动力，使咳喘更难平息。

心火本应随胃土和肺金下行，以温煦肾水（心肾相交）。心火上炎，多半是因为肾水寒、肝木郁而不升，无法牵掣心火，或是胃土不降，心火失去下行之路。

应温水、达木、降胃，引导心火下行（交泰丸即是此理）。若误用下法，会进一步寒伤肾阳，败坏中土，使水更寒、土更败，心火将彻底变成无根之浮火，上逆之势更难控制。

黄元御理论的核心，在于人体生命活动依赖于中焦脾胃（土）这个“轴心”带动肝肺（木金）这个“轮子”的旋转（气机升降）。任何形式的“虚”（气虚、阳虚、阴血虚），最终都会损耗或影响到中气（脾胃之气）　这个轴心的能量。中气一虚，整个气机的升降圆圈就会运转无力甚至停滞。下法是猛烈的攻伐之法，其性沉降寒凉。直接损伤中阳，败坏脾胃阳气，使“轴心”的动力更弱；强行将人体本已不足的气血津液向下疏泄，导致该升的清阳升不起来，加重清气下陷；升降平衡的破坏，使整个圆圈的运转彻底失灵

综上，“虚家亦然”，即将针对特定症状的禁令，提升为关乎所有虚证患者治疗根本原则的普遍戒律。

需关注的是，335 条“前热者，后必厥，厥深者，热亦深，厥微者，热亦微，厥应下之”，故四逆厥者要分虚实，如果属于虚性的，不论阳虚也好，气虚也好，都不可下之；如果属于实性的，热深者，厥亦深，厥应下之。临床若将热厥误作寒厥而温补，或将寒厥误作热厥而攻下，均为杀人不用刃之过。

第一百二十九条　四逆汤证

《伤寒论》第 323 条：“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤。”

281 条少阴病提纲“脉微细”是少阴病本证的典型脉象，“微”定其阳虚，“细”定其阴虚，共同揭示少阴病“阴阳两虚，以阳虚为主”的根本病机，虽未明言“沉”，但少阴病属里虚寒证，“沉”脉（主病在里）已隐含其中，旨在定义少阴病的基本病机——阳衰阴亏，为后续辨证论治确立基础。

323 条仅提“脉沉”，未及“微细”，说明此时患者虽未出现明显的阳衰阴亏重症，但“沉脉”，意味着阳虚寒凝的病机已经确立，已提示寒邪入里、阳气始衰的早期趋势。此时，“微细”之象还不甚明显，病情看似不重。

仲景以“脉沉”为信号，果断提出 “急温之”，正是“寓防于治”的体现——在阳气尚未严重耗竭、未发展至“亡阳”之前，如脉微欲绝、四肢厥逆等，就及时温阳散寒，截断病情恶化路径，避免病势深入。少阴为生死之枢，病情传变

迅速，一旦显露真阳衰败之端倪，若不果断干预，必将急速滑向“脉微细”、“四肢厥逆”、“下利清谷”的亡阳危候。

当确诊为少阴病且脉见沉象时，治疗的大方向必须是“急温之”，而四逆汤是实现这一治法的最佳路径和首选方剂。若兼有表证未彻，可考虑麻黄附子甘草汤；若阳虚水泛，可考虑真武汤；若阳虚至极，出现格阳戴阳，则需用通脉四逆汤。故言“宜四逆汤”，而未言“四逆汤主之”。

281 条与 323 条，通过脉象的详略描述，区分少阴病的“本证”与“早期趋势”，前者明确定义病机，后者则突出抓先机、防传变、寓防于治的治疗思路。

《伤寒论》第 324 条：“少阴病，饮食入口则吐，心中温温欲吐，复不能吐。始得之，手足寒，脉弦迟者，此胸中实，不可下也，当吐之。若膈上有寒饮，干呕者，不可吐也，当温之，宜四逆汤。”

324 条，如同来了两个患者，症状相似，都是手足寒、欲吐不吐，医者辨证首先考虑是不是少阴病，结论类似少阴病但不是少阴病。辨证的要点在吐之虚实。

胸中为上焦心肺所居，若有实邪（如痰、食）壅滞，会阻碍气机升降。气机上逆则“心中温温（愠愠）欲吐”，实邪阻塞通道，故“饮食入口即吐”（食入后更增邪势，刺激气机逆乱加剧）；脉弦主气机郁滞、迟主邪阻气血运行（实邪阻滞脉道，气血流通不畅）。

少阴病为心肾阳虚、阴寒内盛，病位在少阴（心肾），核心是阳气虚衰；而此条为“胸中实邪”，无阳气虚损，故类似少阴病的“手足寒”（实邪阻遏阳气，不能达于四末，属“阳郁”而非“阳衰”），但本质是实证，需用吐法（如瓜蒂散）祛逐胸中实邪，邪去则气机通、阳气达，手足寒与呕吐自止。

中焦脾胃阳气虚弱，不能温化水湿，水湿聚而成“寒饮”，停于膈上。寒饮阻滞气机，胃失和降则“干呕”（无物可吐，因寒饮不燥、非实邪壅塞）；中阳不足，不能温煦四肢，故“手足寒”（属“阳微”，阳气虚而不能布散）。虽未到少阴心肾阳虚的程度，但中阳不足若进一步发展，易累及肾阳（“脾肾阳虚”），进而传入少阴。“不可吐也”，因为此为虚证，吐法会重伤阳气。故需用温法（如四逆汤）温化膈上寒饮、补益中阳，提前温阳散寒，截断病情向少阴病进展的路径。

四逆汤核心功效是“回阳救逆”，广义为“温里散寒”，故此条病机虽然不在少阴却列入少阴篇。

《伤寒论》第 353 条：“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，又下利厥逆而恶寒者，四逆汤主之。”**《伤寒论》第 354 条：**“大汗，若大下利，而厥冷者，四逆汤主之。”

353、354 条的核心病机是“少阴阴盛阳微，阳气欲脱”，若自汗是阳气已竭的死证，若误汗是主动耗阳伤阴、加速阳脱，亦是危证。

353、354 两条所涉的“误汗”，是指在“少阴阴盛阳微”的基础上，误用发汗药（如麻黄汤、桂枝汤等）。汗为心液，发汗耗伤阳气，此时阳气本已极虚，误汗会直接耗竭仅存的肾阳、心阳，导致阳气彻底外脱；另一方面，阳依存于阴，阴液是阳气的依附，发汗会加速阴液流失；进而引发了一系列里虚寒证（内拘急、下利、厥逆），表邪未解、或误汗后虚阳被扰而“热不去”。

此为少阴病阴盛阳亡的危重阶段，本质是“阳气欲脱时，阴液再失则阳无依附”，病位在少阴（心肾），核心病机是肾阳虚衰至极，阴寒独盛于内，阳气被阴寒逼迫而欲外脱，即“阴盛格阳”或“阳亡欲脱”。此时阳气本已虚弱到无法固摄、温煦，仅存的阳气若再受损伤，或阴液随汗流失，都会直接导致“阳随阴脱”，引发死证。

若自汗，如 346 条“伤寒六七日，不利，便发热而利，其人汗出不止者，死，有阴无阳故也”，其“自汗不止”的本质是阳气完全丧失固摄功能。少阴病后期，肾阳虚衰到极致，既无法温煦脾阳以止泻，故“发热而利”（此处“发热”为虚阳外越的假热），更无法固摄肌表，“汗出不止”。此时的自汗是“阳气随汗液持续外脱”的表现，阴寒内盛而阳气已竭，“有阴无阳”，故为死证。

无论是误汗还是自汗，当机体自身的能量调节系统（阳气）已经崩溃到无法固摄津液（大汗不止）、无法温运脏腑（下利清谷）、无法通达四肢（厥逆）的程度，任何药物的干预都将无比艰难。就像一栋大厦的承重结构已经彻底崩塌，修补其中一两个房间也是徒劳。

即便生机渺茫，只要有一线希望，医者就必须尽百分之百的努力。四逆汤在此刻，是唯一符合病机、理论上正确的选择，即便成功率极低，但不用，则成功率为零。在此绝境下，唯一正确的理论方向是回阳救逆。它告诉医者，不要被“热

不去”的假象迷惑，不要再去想解表、清热，所有的力量都必须集中在“温阳”这一关键点上。“四逆汤主之”，动用一切药力，全力提升和恢复人体最根本的驱动力——阳气，为身体的自我修复争取最后的时间和机会。

《伤寒论》第 91 条：“伤寒，医下之，续得下利，清谷不止，身疼痛者，急当救里；…救里宜四逆汤…。”

太阳病的治疗原则为“汗而发之”，若误用攻下之法，会导致两大关键病机的变化。

一是损伤少阴阳气：攻下药物药性峻猛，易直接耗伤人体下焦少阴的阳气。阳气受损则温煦、推动功能减弱，出现“阳虚里寒”的基础病机，如畏寒、肢冷、脉沉等。

二是表邪内陷：太阳表证未罢，误下后机体抗邪之力（阳气）受损，表邪失去向外透散的通路，随攻下之势内陷入里，为后续“太阳少阴并病”埋下病机基础。

伤寒误下后，少阴阳气损伤，表邪内陷，导致里虚寒证为本，表邪未罢为标，致“续得下利，清谷不止，身疼痛”。

误用攻下，阳气受损后，温煦脾土、腐熟水谷的功能丧失。脾失健运则水湿下注，肾阳亏虚则不能温化水谷，导致食物未经消化即随粪便排出，形成“下利清谷不止”（“清谷”指粪便中夹杂未消化的谷物），此为“里虚寒”的典型表现。

误下虽损伤阳气，但原有的太阳表邪并未因攻下而解除，反而因阳气亏虚、机体抗邪能力减弱，导致表邪滞留肌表。肌表受邪，气血运行不畅，“不通则痛”，故仍见“身疼痛”；但此时的身疼痛，与表证的“身疼痛”不同——前者伴阳气虚（如畏寒、肢冷、脉沉），后者无里虚表现，需通过伴随症状鉴别。

此时的核心病机是“里虚寒重，表邪轻”。少阴阳气亏虚是根本矛盾，若不先温阳，里寒会进一步加重，甚至导致阳气欲绝，而身疼痛对应的表邪是次要矛盾。故治疗需遵循“急则治其本”，先以四逆汤温复少阴阳气、止利，待里寒缓解、阳气渐复后，再酌情处理表邪（如用桂枝汤解表），避免“先治表而耗伤阳气”。若强行治表（如用桂枝汤），会进一步耗伤阳气，导致“里虚更甚”，故“救里宜四逆汤”。

四逆汤为温阳救逆的基础方，其核心作用是温复少阴阳气、驱散里寒。通过温复少阴阳气，一方面可纠正“阳虚里寒”的根本病机，另一方面阳气恢复后，机体才有能力后续处理残留的表邪，避免“里虚未复而治表”的误治。

需关注的是：“表里同病”的治疗优先法则，是“先表后里”、“表里双解”，还是“先里后表”。若里证为阳明腑实（实热），当用 “先表后里” 或 “表里双解”，因为里实热不急于表证；若里虚寒与表证同病，里证为少阴虚寒，则必须 “先里后表”，因为里阳衰败是生死攸关的急症，若不及时挽救，有亡阳之险。

91 条教导我们，临床决策的最终依据是病机的 “虚实” 属性。当生命的根本（阳气）与疾病的标象（表邪）发生冲突时，必须以护持根本为第一要务。这一原则，是中医“治病求本”思想在复杂情况下的最高应用。

《伤寒论》第 92 条：“病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，四逆汤方。”

由于传抄的错误，此条可调整为：病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤。

92 条应指的是特殊群体，如身体素虚、或老年体弱、或久病之人，外感风寒而致少阴病。这类人群，其少阴肾阳本就亏虚，无力温煦肌表、抗邪外出。外感风寒先犯太阳之表，常人脉浮（气血趋表抗邪）；但此类人群肾阳不足，无法支撑“气血趋表抗邪”，风寒之邪可迅速突破太阳表位，直入少阴，导致脉由浮转沉。

“沉脉”为少阴病主脉，提示阳气虚衰、鼓动无力。“脉反沉”，“沉”前加“反”，是说太阳表证脉应浮不浮，不浮反沉的异常状况，正是“邪入少阴、阳气已虚”的关键指征。

“若不差”，意味着经过常规处理，可能包括不正确的发汗后，病情并未好转。此时“身体疼痛”等表证仍在，但“脉沉”所揭示的里阳虚本质已成为主要矛盾。

风寒之邪“直中少阴”或“由表急速入里”，若不及时干预，肾阳会进一步耗损，可能发展为“四肢厥逆、恶寒蜷卧、下利清谷”等典型少阴寒化重证，甚至危及阳气根本。

“当救其里，宜四逆汤”，这不是教我们治疗一个典型的、已经出现“下利清谷、四肢厥逆”的少阴病，而是教我们在疾病刚刚显露传入少阴的苗头时（仅见“脉沉”），就当机立断，用温阳重剂进行拦截，防止其滑向亡阳的深渊。

四逆汤的核心功效，温补肾阳、回阳救逆。此时用之，目的不是治疗一个完全的少阴死证，也不是针对太阳表邪，而是凭借其强大的温阳之力，迅速振奋衰微的阳气，抓住“肾阳已虚、邪入少阴”病机关键。源头截断“病情向少阴寒化重证进展”的路径，阻止寒邪继续损伤肾阳，避免病势进一步恶化；扶正以祛邪，恢复后的阳气，甚至有可能会自行驱散在表之邪。

《伤寒论》第 225 条：“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷者，四逆汤主之。”
《伤寒论》第 226 条：“若胃中虚冷，不能食者，饮水则哕(yuě)。”

225 条是少阴病真寒假热证的典型体现，核心病机为“阴盛格阳”，即体内阴寒极盛，将虚衰阳气格拒于体表，形成“外有假热、内有真寒”的矛盾状态。

肾阳是全身阳气根本，能温煦脾土以腐熟水谷。若肾阳衰竭，脾失温养，水谷无法正常消化吸收，直接以完谷（未消化的食物残渣）形式随粪便排出，是少阴阳虚、阴寒内盛的标志性症状，也是“里寒”的最直接证明。

脉迟，主寒、主阳虚。里阳虚弱，无力推动血液运行，脉气鼓动迟缓，进一步印证体内阴寒过盛、阳气虚衰的本质。通常脉浮主表，如太阳伤寒/中风，此处脉浮是“虚阳外越”的体现。虚阳浮于体表，带动气血随之外涌，使脉象轻取可见浮脉，但按之无力、迟弱（因本质是阳气虚衰），与表证“浮而有力”的脉浮完全不同，属于“假浮脉”。

体内阴寒极盛，如同“冰窖”，将仅存的微弱阳气（虚阳）排斥、格拒到体表，使体表出现轻微发热感，如手足心热、肌肤微热，但这种“热”并非外感表邪或里热所致。患者通常无口渴、咽痛、面红目赤等实热证表现，反而伴随畏寒、怕冷、精神萎靡等阳虚本质，与真正的热证（“但热不寒”）有本质区别。“脉浮表热”是假热的外在表现，由“阴盛格阳”导致，非真正的表证或热证，切不可被其表象所迷惑。

“四逆汤主之”，精准针对“阳气衰竭、阴寒内盛”的本质，针对“真寒假热”的病机，以附子温肾回阳、干姜温脾散寒，二者合用“破阴散寒、回阳救逆”，甘草调和药性并缓和姜附的峻烈之性。其核心是“温里回阳”，而非“解表清热”。

通过补充体内衰竭的阳气，驱散阴寒，使被格拒到体表的虚阳回归体内，“假热”自退，“真寒”得除，最终缓解下利清谷、脉迟等根本症状。

226 条接 225 条。225 条的核心是“下利清谷”，它并非普通的消化不良，而是肾阳（命门之火）衰微，无法温煦和蒸化脾土，导致脾胃的腐熟功能彻底失职，“下利清谷”，少阴阳衰波及脾胃。

在少阴阳衰的基础上，脾胃失去了根本的能量来源，其功能随之急剧下降，这就形成了“脾胃虚寒”。脾阳虚，受纳运化功能近乎停摆，故“不能食”；胃中阳气衰败到了极点，连最基本的、无需腐熟的“水”都无法温化接受，“饮水则哕”，致胃气上逆而作呃逆。226 条病机为肾阳虚衰、命门火微、火不暖土，脾胃虚寒是“标”，少阴阳气衰败是“本”。

此时的中焦脾胃就像一口灶上冰冷的锅，问题的关键不是锅本身，而是灶下没有火。四逆汤中的附子和干姜，就是直接向灶下（肾、命门）添上熊熊燃烧的柴火（回阳救逆）。一旦肾阳恢复，命火得以温煦脾土，脾胃的运化功能自然能够恢复。这就是“补火生土”之法。面对“不能食、饮水则哕”的严重脾胃症状，如果只是看到“胃寒”而用温中健脾的药（如理中汤），那就是“舍本逐末”。

226 条是 225 条病势的自然进展，其核心病机一以贯之，故治法方药亦当遵循前法，故未言方剂。

“饮水则哕”是胃气衰败的极危之象，提示阳气濒于绝亡。此时即便用四逆汤，亦是“十难救一”的背水一战。不出方，暗示“此证极险，预后不良”。

治病求本，“下利清谷”和“不能食，饮水则哕”是同一条病机链条上的两个环节，且后者标志着病情更为危重。面对如此复杂的危象，能否摒弃所有枝节，直断病本在于少阴阳衰，而果断投以四逆汤，这需要极高的辨证功底和胆识，考验医者决断力。若见“哕”症甚剧，可酌情仿《伤寒论》他法，如合用吴茱萸汤温肝降逆，但四逆汤回阳救逆的根本地位则不可动摇。

《伤寒论》第 277 条：“自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之，宜服四逆辈。”

太阴病典型症状“自利不渴”，不同于少阴病“自利而渴”。太阴病代表方剂理中汤，少阴病代表方剂四逆汤。为什么 277 条太阴病不是理中汤，而是四逆辈(四逆汤、理中汤、附子理中汤、附子汤)，因为“以其藏有寒故也”。“藏”，非

独指脾脏，而指脾与肾脏。即此太阴病，已发展为太阴少阴并病，脾肾阳虚，故根据病情、病势选择四逆汤辈。

中医理论中，脾阳依赖肾阳的温煦（“肾为先天之本，脾为后天之本，先天生后天，后天养先天”）。若太阴病（脾寒）初期未及时干预，或患者素体肾阳亏虚，脾寒会进一步耗伤肾阳，导致“脾阳不足→肾阳失养→脾肾阳虚”的递进，形成“太阴少阴并病”。

此时的“自利不渴”，虽仍以“脾失运化、寒湿下注”为基础（太阴病特征），但病机已叠加“肾阳不足、温煦无力”。肾阳亏虚会加重水湿内停（肾主水液代谢），使自利更顽固，且可能伴随“畏寒更甚、手足欠温、脉沉迟”等少阴病倾向（区别于单纯脾寒的“仅中焦寒”）。

原文未直言“少阴”，是因核心症状仍以“自利不渴”（太阴主症）为主，但病机已隐含“肾阳受累”，故用“脏有寒”的“脏”字，暗示寒邪已超出中焦脾，累及下焦肾。

“四逆辈”并非单一方剂，而是围绕“温阳散寒”核心，针对“脾肾阳虚程度”设立的用药体系，完美适配 277 条“寒邪涉脾、肾”的不同病情，具体梯度如下：

1. 理中汤（针对“单纯中焦脾寒，肾阳未明显受累”）

若患者仅为“脾阳不足、寒湿内盛”（无明显肾阳亏虚表现，如仅自利不渴、腹胀、喜温喜按，无手足厥冷、脉沉细），此时寒邪局限于太阴，用理中汤（人参、干姜、白术、甘草）“温中健脾、散寒除湿”，直接温补脾阳即可。

2. 附子理中汤（针对“脾寒为主，肾阳初损”）

若自利加重、伴轻微畏寒、手足发凉（肾阳初受影响，但未到“厥冷”程度），说明寒邪已涉肾，需在理中汤基础上加附子（辛热峻猛，温补肾阳），形成“附子理中汤”——既补脾阳，又温肾阳，兼顾“太阴+少阴初损”的并病状态。

3. 四逆汤（针对“肾阳亏虚为主，脾寒继发”）

若病情进一步发展，出现“自利清谷（粪便如清水、夹未消化谷物）、手足厥冷、脉微细欲绝”（典型少阴病主症），此时病机已以“肾阳衰微”为核心（脾寒沦为继发），需用四逆汤（附子、干姜、甘草）“回阳救逆、温补下焦”——干

姜助附子温肾阳，甘草缓和药性，急救衰竭的肾阳，间接恢复脾阳（肾阳足则脾阳得养）。

4. 附子汤（针对“肾阳虚衰，寒湿内盛”）

若除自利、畏寒外，还伴“身体疼痛、骨节酸痛”（寒湿困阻经络，因肾阳不足无法温通经络），则用附子汤（附子、茯苓、白术、人参、芍药）。在温补肾阳的同时，加茯苓、白术祛湿，芍药缓急止痛，适配“肾阳衰+寒湿阻络”的少阴兼证。

综上，277 条太阴病用“四逆辈”而非固定理中汤，核心是因“脏有寒”的“寒”可能涉脾、肾两脏，病情存在“单纯脾寒→脾肾阳虚→肾阳衰微”的梯度差异。张仲景用“辈”字，体现“随证选方”的灵活性。以“温阳散寒”为核心，根据寒邪轻重、阳虚层次（脾或肾为主），从理中汤到四逆汤灵活调整，既覆盖单纯太阴病，也包含太阴少阴并病，确保对“脏寒”病机的全面适配。

227 条警示医者，太阴病（脾阳虚）有迅速传入少阴（肾阳虚）的趋势，可能是一个正在向少阴病发展的动态过程。治疗太阴虚寒，必须有预见性，要根据病势的深浅，提前选择能拦截病势的方剂，而不能固守“太阴病主方是理中汤”的教条。

第一百三十条　通脉四逆汤证

《伤寒论》第 317 条：“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，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之。”

《伤寒论》第 370 条：“下利清谷，里寒外热，汗出而厥者，通脉四逆汤主之。

《伤寒论》第 390 条：“吐已下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者，通脉四逆加猪胆汤主之。”

通脉四逆汤证与四逆汤证都属于少阴寒化证范畴，二者均为阳虚阴盛之证。四逆汤证，为肾阳衰微，阴寒内盛，以阳虚为主，阴阳两虚程度相对较轻，此证人体阳气亏虚，不能温煦四肢，也难以鼓动气血正常运行。通脉四逆汤证，是在四逆汤证的基础上进一步发展，病情更为严重，不仅阳虚阴盛，更出现了阴阳之气不相顺接的情况。此时阳气极度衰微，阴寒极盛，导致阴阳之气不能相互贯通。

四逆汤证：以四肢厥逆、恶寒蜷卧、下利清谷、脉微细等为主要表现。这里的“脉微细”，“微”表示阳气虚衰，鼓动无力；“细”表示阴血不足，脉道不充。整体上脉象反映出阴阳两虚，但尚未达到阴阳离决的严重程度。

通脉四逆汤证：除了有四逆汤证的表现外，更突出的是“脉微欲绝”，即脉象微弱到几乎难以摸到，这是阳气大虚，阴寒内盛，阴阳之气不相接续，气血难以充盈脉道的表现。同时，还可能出现面色赤、身反不恶寒等真寒假热之象。

“脉微欲绝”是中医脉诊中的一种严重脉象，手指放在脉搏跳动部位，几乎感觉不到脉搏的跳动，就像脉搏快要消失一样，搏动的力量非常微弱，不像正常脉象那样有明显的起伏和力度。除了搏动微弱外，还可能伴有节律的不规整，时有时无，或者跳动间隔时间不一致，给人一种生命气息即将断绝的感觉。触摸到的脉管很细，就像一根细线，且血管的充盈度很差，缺乏弹性，这反映出体内气血极度亏虚，难以充盈脉道。

“脉微”已是阳气大虚，而“欲绝”则意味着阳气衰败到了即将离散、消亡的极限。这个脉象本身，就直接宣告了 “阳亡” 这一最核心、最致命的病机。因此，只要抓住“脉微欲绝”这一症，就等于抓住了病机的本质。其他所有或然症状，都是在这一本质基础上的不同表现形式。

故 317 条，“身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出”，370 条“汗出而厥”，390 条“四肢拘急不解”，只需“脉微欲绝”一证，即可考虑通脉四逆汤。

317 条 “身反不恶寒，其人面色赤”，这是 “阴盛格阳” 的典型表现。内里阴寒至极，将残阳格拒于体表，故不恶寒；格拒于头面，故面色赤（戴阳）。但这“热象”的根源，正是“脉微欲绝”所代表的里阳衰亡。“或腹痛，或干呕，或咽痛”，这是虚阳被格拒于不同部位：在中焦则腹痛、干呕；在上焦咽喉则咽痛。

370 条 “汗出而厥”，这是 “阳不固阴，阳不外温” 的危候。汗出是阳气脱逸，厥冷是阳气不达，其根本仍是“阳亡”。

390 条 “四肢拘急不解”，这是阳亡导致阴液亦随之外泄（常因大汗、大吐、大下所致），筋脉失去阳气的温煦和阴液的濡养而挛急。其病机仍是阳亡液脱。

所有这些危重、复杂甚至矛盾的症状，其背后共同的、决定性的基础，就是“脉微欲绝”。“但见一证便是，不必悉具”，只要这个核心病机存在，无论它表现出的是格阳、是戴阳、是厥逆还是拘急，治疗的大方向就只有一个：以通脉四逆汤破阴回阳，通达内外，救垂绝之性命。

此时的治疗如同救火，必须用最强大的力量，在最短时间内控制火势。通脉四逆汤（倍干姜、加大附子），其药力比四逆汤更为峻猛，目的就是集中全部药力，以雷霆万钧之势，挽回垂绝的阳气。

从药物组成来看，通脉四逆汤就是四逆汤。四逆汤附子一枚，通脉四逆汤附子是大者一枚。原来附子是六钱，大附子可能就是一两二，增加一倍多。四逆汤的干姜大概一两半，通脉四逆汤的干姜是三两，强人可四两。由于附子、干姜的剂量加大，祛寒破阴、招纳亡阳、温通血脉的所用也就强大了。加葱九茎，就是加九个葱白。葱白有通阳破阴的作用，能消解阴寒的势力，使阳气恢复。

人参固然能大补元气、益阴生津，但其性偏守，对于需要迅猛出击、破阴回阳的态势而言，若加入人参可能会稍缓其峻烈辛散之性。在生死系于一刻之时，胡希恕认为，应追求药力的 “纯”与“猛” ，先解决掉亡阳这个首要矛盾。只要阳气能回复，便有生化阴液之机。

第一百三十一条 白通汤证

《伤寒论》第 314 条：“少阴病，下利，白通汤主之。”

《伤寒论》第 315 条：“少阴病，下利脉微者，与白通汤。利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。服汤脉暴出者死，微续者生。”

（一）白通汤证与四逆汤证的区别与联系

白通汤证与四逆汤证均属于中医少阴寒化证的范畴，核心病机均为少阴肾阳虚衰，不能温煦周身，导致阴寒内生，属于“虚寒证”的不同阶段。均有“少阴寒化证”的基础症状，如四肢厥冷（厥逆）、下利清谷、畏寒怕冷、精神萎靡、脉微欲绝等。治法同宗，均以“温阳散寒”为核心，均使用附子、干姜（温肾暖脾、驱散阴寒）作为核心药物，旨在恢复肾阳、驱逐阴寒。

白通汤证可视为四逆汤证的“加重/变证”。当四逆汤证的阴寒进一步加重，导致虚阳被格于上，出现“心烦、干呕”时，即发展为白通汤证，治疗需在温阳基础上增加“通阳破阴”之力。

白通汤证： 核心病机，阳气虚衰（较四逆汤证更重）+ 阴寒极盛、格阳于上，除四肢厥冷、脉微外，必有下利清谷、干呕、心烦（阴寒在下，虚阳被格于上，上扰心神/胃腑）。治法，侧重温阳散寒 + 破阴回阳、宣通上下（针对“格阳”，需通阳破阴以引虚阳归位）。方药，葱白、干姜、附子、童尿。

四逆汤证：核心病机，阳气虚衰、阴寒内盛（无“格阳”病机），以四肢厥逆、恶寒蜷卧、下利清谷、脉微欲绝为主，无明显“上热”（心烦、干呕）表现 。治法，侧重温阳散寒 + 回阳救逆（纯补下焦阳气，无“通阳破阴”之需）。 方药，干姜、附子、甘草（以甘草缓急护正，温养阳气）。

（二）白通汤证与通脉四逆汤的区别与联系

白通汤证与通脉四逆汤证皆属于少阴寒化证范畴，二者在病机、症状、治法等方面既有联系又有区别。本质上二者都是少阴病，肾阳衰微，阴寒内盛，都存在阴阳格拒的病理机制，只是格拒的部位有所不同。均有下利、四肢厥逆等阴寒内盛的表现，反映出肾阳衰微，不能温煦脾阳和肢体的病理状态。均以温阳散寒为基本治疗原则，通过使用温热药物来振奋阳气，驱散阴寒之邪，以恢复人体阴阳的平衡。

在病情发展过程中，二者可能相互转化。如果白通汤证病情进一步加重，阴寒更盛，阳气被格于外，就可能发展为通脉四逆汤证；反之，通脉四逆汤证经过恰当治疗，病情好转，也可能向白通汤证转变。

白通汤证：主要是阴寒内盛，格阳于上，即体内阴寒之邪极盛，将微弱的阳气格拒于上，使阳气不能正常潜藏于体内。以下利、四肢厥逆、面赤为主症。下利是因为阴寒内盛，损伤脾胃阳气，导致运化失常；面赤是虚阳被格于上的表现；同时可能伴有干呕、心烦等症状。治法为破阴回阳，宣通上下。重点在于通过药物的作用，破除阴寒之邪，使被格拒于上的阳气得以回归，恢复阴阳的正常交通。白通汤由葱白四茎、干姜一两、附子一枚（生，去皮，破八片）组成。以葱白为君药，取其辛温通阳，宣通上下之阳气。

通脉四逆汤证：为阴寒内盛，格阳于外，是阴寒之邪太盛，把阳气格拒于体外，形成真寒假热的局面。以手足厥逆、下利清谷、脉微欲绝为主，还可见身反不恶寒，其人面色赤等“格阳于外”的表现。身反不恶寒是阳气被格于外的特征，

与体内阴寒内盛形成鲜明对比。治法是回阳通脉，重在破阴回阳，使被格拒于外的阳气重新入里，恢复脉道的通畅，改善脉微欲绝的症状。

通脉四逆汤和白通汤虽都用葱白，但药物组成和配伍有差异。通脉四逆汤是在四逆汤基础上加重干姜、附子用量，以增强回阳通脉之力，葱白并非方中核心药物，其主要作用是通阳，但方剂整体核心在于大剂量姜附回阳救逆。而白通汤由葱白、干姜、附子组成，药物组成简单，葱白在其中处于关键地位，与干姜、附子配伍，共同发挥破阴回阳、宣通上下的功效。

从功效主治角度，通脉四逆汤主治阴寒内盛、格阳于外之证，重点在于回阳通脉，解决脉微欲绝、身反不恶寒等阳气外越、脉道不通的问题，主要靠姜附大剂量温补回阳，葱白起到辅助通阳作用。白通汤针对阴寒内盛、格阳于上之证，症状以下利、面赤等为主，葱白辛温通阳，能宣通上下阳气，使被格拒于上的虚阳得以回归，解决阴阳格拒、上下不通的关键问题，是方剂发挥功效的核心药物。

当看到一个危重病人，以下利、脉微为背景，突出表现为“面赤”时，要优先考虑白通汤证（阴盛戴阳——格阳于上）　。治疗的关键是在温阳的基础上，用葱白交通上下。当病人以下利清谷、手足厥逆、脉微欲绝为背景，突出表现为“身反不恶寒”时，这就是　通脉四逆汤证（阴盛格阳——格阳于外）。治疗必须重用姜附，破阴回阳。

（三）白通汤的命名与引阳下行

刘渡舟解释，为什么叫白通汤？有的人说是因为里边有葱白，葱白就叫白通。有的注家认为白通是指人尿说的。古代把大小便叫通，尿是白的，就叫白通。就是说，这个方子里，葱白、干姜、附子，应当还有人尿，这个才符合白通汤的方名。另外，白通加猪胆汁汤主之，为什么不提人尿？意在言外，白通汤里一定有人尿，就不需再提了，这个地方只说个加猪胆汁就行了。

张仲景的方剂命名非常严谨，核心方剂的名字通常具有唯一指代性。如果“白通”仅因葱白而得名，那么同样使用葱白（且剂量更大）的“通脉四逆汤”在命名上就会产生混淆。这不符合仲景的惯例。而用“人尿”来解释，则完美区分了二方，有人尿的，叫白通汤；无人尿而重用姜附的，叫通脉四逆汤。

刘渡舟对“白通加猪胆汁汤”的分析，符合古汉语和仲景的表述习惯。这就像我们说“在四逆汤基础上加人参”，新方就叫“四逆加人参汤”，而不会啰

嗦地叫“附子干姜甘草加人参汤”。同理，既然底方叫“白通汤”（隐含已含人尿），那么加猪胆汁时，自然只需称“白通加猪胆汁汤”。如果底方没有人尿，那么这个加法就失去了前提，方名应作“附子干姜葱白加猪胆汁人尿汤”才准确，但这显然不可能。

少阴病阴盛戴阳证，是虚阳被阴寒格拒于上。治疗上，不仅要用葱白通阳破格，更需要用咸寒苦降的人尿（童便）来引阳下行，使浮越之阳回归本位。从“通阳”到“引阳”，构成了一个完整的治疗闭环。因此，人尿在此方中的战略地位，丝毫不亚于葱白。以其特性（白色、通利）来命名方剂，也完全说得通。

《易经•乾卦•文言传》，“同声相应，同气相求。水流湿，火就燥。云从龙，风从虎。圣人作而成物睹，本乎天者亲上，本乎地者亲下，则各从其类也。”人尿（童便）性咸寒，猪胆汁性苦寒。它们的“寒”性与体内“阴寒”的病气属于“同类”。当这些寒性药物进入人体时，内盛的阴寒邪气会将其视为“自己人”，从而撤去戒备，打开通道，允许它们深入阴寒之地。这就好比是派往敌营的、穿着敌方军服的“信使”。 这些“信使”（人尿、猪胆汁）身上，都带着“通”和“降”的使命。它们进入之后，利用其咸寒沉降、苦寒降逆之性，为后面紧随而来的大热药力（附子、干姜）开辟了一条通路，并引导这些阳热药力下行，直达病所。

所以，白通加猪胆汁汤的配伍，是“寒则温之”治疗战略与“反佐引经”用药战术的完美结合：战略目标（治则），大辛大热，破阴回阳（附子、干姜）；战术手段（佐法）：咸寒苦降，引阳入阴（人尿、猪胆汁）。这并非违背“寒则温之”，而是在极端特殊的情况下，为了确保“温之”这一战略目标得以实现，而必须采取的、更为高明的战术。这正体现了中医“治病求本”的灵活性。为了达到“回阳”这个根本目的，可以暂时地、局部地使用与根本治法看似相反的药物。

（四）服汤脉暴出者死，微续者生

这是预后的两种转归：一是吃了白通加猪胆汁汤以后，若脉突然间出来了，脉暴出而浮大，就像蜡烛，油都耗干了，最后残烛欲灭，灭而复明，回光返照，所以脉暴出，这是元气暴脱，残灯复明，故死。二是吃了白通加猪胆汁汤以后，若脉微续，以前没有脉，现在微微的有这么一点脉，再过一会稍微又好一点，微微的一点一点地由沉慢慢地出来，表明真阳已回，寒邪已退，故生。

第一百三十二条 拓展

《伤寒论》第 61 条：“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。”

本条所述病情是因医者误治导致，经历了先下后汗的不当治疗过程。在没有明确当下是否存在可下之证的情况下贸然使用下法，容易损伤人体正气，尤其是损伤脾胃阳气。因为下法会使人体的津液和正气随之下泄，可能导致中焦虚寒，进而影响到全身阳气的敷布。

误下之后，人体正气已伤，此时又使用发汗之法，会进一步损伤阳气。汗为心之液，由阳气蒸化津液而成，发汗过多会使阳气随汗液外泄，导致阳气更虚。连续的误下和误汗，使人体阳气受到严重的损伤，从而引发一系列的病理变化。

人体的阳气在自然界阳气的影响下，有昼夜的盛衰变化。白天自然界阳气旺盛，人体阳气也随之相应振奋，正邪交争激烈，虚阳被阴寒之邪所扰，所以出现烦躁不得眠的症状；夜晚自然界阳气收敛，人体阳气也随之潜藏，正邪交争相对减弱，虚阳不能与阴寒之邪剧烈抗争，所以表现为安静。

“不呕”说明病未涉及少阳，因为少阳受邪，枢机不利，会出现喜呕等症状；“不渴”表明里无热邪，若里有热邪，热盛伤津，则会出现口渴的症状；“无表证”说明病已不在表，没有恶寒、发热、头痛、身痛等表证表现。

“脉沉微”是阳虚阴盛的典型脉象，沉脉主里，微脉主阳气虚衰。“身无大热”，是指患者体表没有明显的高热，这是因为阳气虚衰，不能温煦肌表，同时虚阳浮越于外，可能会有低热，但并非真正的热证，而是阳虚阴盛，虚阳外越的表现。综合来看，本条的病机为肾阳骤虚，阴寒内盛，虚阳被阴寒所逼而浮越于外。误下误汗后，传入少阴。

基于上述误治和病机，仲景采用干姜附子汤治疗。方中干姜、附子大辛大热，能温补肾阳，破阴回阳，且去甘草之缓，使药力集中而迅速，以急救回阳，驱散阴寒之邪，使阳气得以恢复，阴阳趋于平衡。

干姜附子汤是在四逆汤的基础之上去甘草，此条为什么去甘草？是因为病性更重，还是更急？

在四逆汤中保留甘草，核心作用是缓和干姜、附子的峻烈药性，避免其温阳之力过于迅猛而耗伤正气，同时能“益气和中”，辅助姜、附更好地发挥回阳救逆功效，且能延长药效、调和诸药。

干姜附子汤去甘草，并非单纯说明病情“更重”，而是针对阳气暴虚、阴寒内盛的特定急症状态（如“昼日烦躁不得眠，夜而安静”的阴盛格阳轻证）。此时患者正气暂未严重耗竭，需快速破除阴寒、回复阳气，故去掉甘草的缓和之性，让干姜、附子的温阳之力更直接、迅猛，以速破阴寒、急复阳气，属于“急则治标”的用药思路。

简单来说，二者的核心区别在于“药效节奏”： 四逆汤（含甘草），温阳力较缓、较持久，兼顾护正，适用于阳气虚衰较甚、需缓慢回阳且护固正气的急症。干姜附子汤（去甘草），温阳力峻猛、直接，起效更快，适用于阴寒急盛但正气尚可、需快速破阴回阳的特定急症。

《伤寒论》第 69 条：“发汗，若下之，病仍不解，烦躁者，茯苓四逆汤主之。”

或发汗、或下之，于法不逆，病应解而仍不解，或因药重病轻，或因药轻病重，或因患者素有水饮，致太阳病传少阴，或阳明病传少阴。

发汗过度耗伤阳气与津液，攻下不当进一步损伤脾肾阳气，导致阴阳两虚。阳气虚则温煦、气化无力，阴液虚则失于濡润，二者共同为“烦躁”埋下基础。

脾肾阳气受损，无法正常运化水液，水湿内停成“水气”；阳气虚衰不能制水，水气上逆侵犯心阳，心主神志，阳虚水泛，水气凌心，心阳被水气干扰则神志不安，发为“烦躁”。此烦躁非单纯热扰心神，而是“虚烦”与“水扰”结合的结果。

69 条原文虽然只明确提到了“烦躁”这一个症状，以方测证，还存在下利、四肢不温（或厥冷） 等症状。条文未明示，正是体现《伤寒论》抓主症，抓主要矛盾的指导思想，提示医者不要被繁杂的症状所困扰，在繁杂的症状中提炼出典型症状、核心病机。

误治导致阳虚水泛、水气凌心所致的神志不安——烦燥，“茯苓四逆汤主之”，治疗需兼顾温阳、补阴、利水。茯苓四逆汤在四逆汤的基础上加茯苓、人参，四逆汤截断少阴病向危重方向发展，人参大补元气、益阴生津、弥补因误治而损伤的气阴，茯苓宁心安神、健脾利水，针对性治疗“烦躁”这个核心症状。

既然要利水，为什么不选择白术而选择茯苓？折白术、茯苓两者均能健脾利水，但针对本条“水气凌心”的病机，茯苓更契合需求，核心差异在作用部位与兼证适配性。

茯苓：归心、脾、肾经，既能健脾利湿以除水湿之源，又能入心宁神、补肾助阳。其“宁心”功效可直接针对“水气凌心”导致的烦躁，同时通过补肾助阳增强气化，从根本上改善阳虚水泛，完美适配“阴阳两虚、水气扰心”的病机。

白术：归脾、胃经，核心功效是健脾益气、燥湿利水，作用重心在中焦脾胃，主要针对“脾虚湿盛”（如下利、腹胀），但无“宁心”作用，无法直接缓解水气凌心所致的烦躁；且其“燥湿”偏燥烈，本条已存在阴液亏虚，用白术可能进一步耗伤阴液，与“阴阳两虚”的病机相悖。

所以，茯苓既能利水除水气，又能宁心安神、兼顾肾阴肾阳，恰好对应本条“水气凌心、阴阳两虚”的核心矛盾，故为首选。

《伤寒论》第 301 条：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。”

本条的病机为素体少阴肾阳不足，复感寒邪，形成表里同病之证。治疗上既要温助少阴之阳以治其本，又要发散肌表之寒以治其标。

少阴病总体以心肾阳气虚衰、阴寒内盛为基本病机。肾为先天之本，内藏元阳，是人体阳气的根源。当人体肾阳不足时，机体失去温煦和推动作用，抗病能力下降，容易受到外邪侵袭。

“始得之，反发热”，按照常理，少阴病多为虚寒之证，通常不会出现发热症状。因为少阴阳气虚衰，无力抗邪，难以出现正邪剧烈交争的发热表现。但此处“反发热”，说明在少阴里阳已虚的基础上，又新感寒邪，邪气在表。

外邪侵袭肌表，卫气与之抗争，正邪交争则产生发热。此时的发热是表证的表现，是机体阳气尚有一定抗邪能力的反映，但这种抗邪能力因肾阳不足而受到限制。

脉沉在中医诊断中一般提示病在里。在本条中，脉沉反映了少阴里阳不足的本质。肾阳亏虚，鼓动无力，气血运行不畅，导致脉搏难以充盈于外，故而表现为脉沉。

结合前面的“反发热”，脉沉而同时发热，进一步说明这是一种表里同病的情况，且里虚为本，表实为标。

“麻黄细辛附子汤主之”，其组方思路核心是辛温助阳、温经散寒。整体药性偏辛温，归经以肾、肺、膀胱经为主，最终实现“温少阴之阳、散少阴之寒”的功效，适用于阳气虚弱、外感寒邪的“太少两感证”。

麻黄：味辛、微苦，性温；归肺、膀胱经。辛温可发散表寒、宣通肺气，苦温能助膀胱气化以利水，同时可“载药上行”，引导温阳药达表散邪，解决“发热”（表有寒邪）的问题。

细辛：味辛，性温；归肺、肾、心经。辛温之性峻猛，既能助麻黄发散表寒，又能深入肾经温通经脉、散寒止痛，还可开窍通闭，兼顾“寒邪凝滞”导致的经络不通。

附子：味辛、甘，性大热，有毒；归心、肾、脾经。辛甘大热为“回阳救逆第一药”，能温补先天肾阳（肾为阳气之本），驱散少阴里寒，解决“脉沉”（阳气虚弱、无力鼓动血脉）的核心问题，同时制约麻黄、细辛的辛散之性，避免耗伤阳气。

三药合用，体现“温阳与散寒并举、表里双解”的思路： 附子温肾助阳以补里虚，为方中“君药”，奠定温阳基础；麻黄辛温解表以散表寒，为“臣药”，针对表证；细辛辛温走窜，既能助麻黄散表寒，又能助附子温里阳，为“佐使药”，起到“表里沟通”的桥梁作用。

本方是治疗虚人外感的典范。它启示我们，临床辨证必须体用同察。对于阳虚体质者的外感，不可贸然独发其汗，必须在扶助阳气的前提下施以解表，方能祛邪而不伤正。

《伤寒论》第 302 条：“少阴病，得之二三日，麻黄附子甘草汤，微发汗。以二三日无里证，故微发汗也。”

本条基础病机为肾阳虚，“少阴病”提示病位已深入少阴（心、肾），核心是肾阳虚衰。肾阳为一身阳气根本，肾阳虚则温煦无力，会出现怕冷（尤以下肢、四肢明显）、精神萎靡、脉沉细等典型少阴病表现，这是疾病的内在根本病机。患者虽病在少阴，但“得之二三日”病程尚短，且无呕吐、腹泻、腹痛、烦躁等

“里证”（里寒盛或里热证），说明寒邪未完全深入内里，仍有部分停留于肌表，形成“少阴兼表证”，表现为无汗（寒邪束表，毛孔闭塞）。

因患者本质是肾阳虚，若单纯用辛温发汗药（如麻黄汤），会进一步耗伤肾阳（“汗血同源”，发汗需阳气推动，肾阳虚者发汗易致阳气更虚）；若仅温阳（如附子汤），则表邪无法祛除。故需“微发汗”，用麻黄附子甘草汤。

该方以“温”为核心，麻黄（辛温）散表寒、通膀胱，针对“表有寒”；附子（辛热）温肾阳、祛里寒，针对“里有阳虚”；甘草（甘平）调和辛温、辛热之药，兼顾脾胃。整体配伍可温阳散寒、表里双解，适用于中医“少阴病兼表证”（表现为怕冷明显、无汗、精神不振、四肢发凉、脉沉细等）的证型。

301 条、302 条，两方均针对少阴病兼表证，都用麻黄解表、附子温里，但 302 条用甘草，301 条用细辛，这与两条原文所对应的病机差异有关。

301 条：寒邪较盛，表里同病且病势较急。少阴病本应无热，但“反发热”说明寒邪在表，正邪交争激烈；“脉沉”提示肾阳已虚，里寒已现。此为少阴病初起，寒邪既在表又迅速入里，表里同病且病情较急、寒邪较盛。301 条用细辛的原因，细辛味辛性温，归心、肺、肾经，有祛风散寒、通窍止痛、温肺化饮的功效。其特点是性善走窜，能外散表寒，内祛阴寒，可协助麻黄增强发散表邪之力，同时又能配合附子深入少阴，温散里寒，使表里之寒迅速得以解除，以应对寒邪较盛、病情较急的表里同病之证。

302 条：正气稍复，表邪较缓。“得之二三日，无里证”表明病程稍长，但没有出现下利清谷、腹痛等里寒内盛的症状，说明寒邪入里程度较轻，正气有一定恢复，表邪相对较缓，只是少阴里虚兼表证。302 条用甘草的原因，甘草味甘性平，归心、肺、脾、胃经，具有补脾益气、润肺止咳、缓急止痛、调和诸药的作用。在麻黄附子甘草汤中，甘草一方面能缓麻黄之峻烈，避免发汗太过而损伤正气；另一方面能助附子温补脾胃，增强扶正之力，起到扶正祛邪、微发汗的作用，契合病情相对较缓、正气稍复的病机。

301 条麻黄细辛附子汤，可视为 “急袭” 阶段。病属“始得之”，寒邪骤中，表里俱急。细辛如同“先锋猛将”，其雄烈的走窜之性，旨在联合麻、附，对表里之寒进行快速、有力的打击。302 条麻黄附子甘草汤，可视为 “缓图” 阶段。病已“得之二三日”，暂无里证，说明正气尚能支撑，病势稍缓。

此时撤下猛将“细辛”，换上“国老”甘草，旨在缓和药性，保护正气，打一场更稳妥的持久战，故曰“微发汗”。医者意也，药者兵也。知其常，麻黄附子温少阴；通其变，细辛甘草决缓急。

《伤寒论》第 304 条：“少阴病，得之一二日，口中和，其背恶寒者，当灸之，附子汤主之。”

《伤寒论》第 305 条：“少阴病，身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉者，附子汤主之。”

304 条与 305 条病机相同，均为少阴阳虚，寒湿凝滞筋骨。304 条少阴里虚寒证（阳虚寒盛，寒湿内生），“口中和”提示无热象，排除热证，“背恶寒”是阳虚失于温煦，背部为阳气输注之要冲，阳虚则背部先寒，寒邪与湿邪内阻；305 条仍为“阳虚+寒湿”，“身体痛、骨节痛”是寒湿留滞四肢筋骨，阻碍气血运行；“手足寒”为阳虚不能温达四末；“脉沉”是阳虚里寒，脉气鼓动无力。故“附子汤主之”。

附子汤证并非四逆汤之轻证，二者均治少阴寒证，但病机、主治、组方侧重完全不同。

附子汤证：核心病机，少阴阳虚寒盛，寒湿内生（寒邪与湿邪结合，凝滞筋骨、肌肉）。主治证候以“局部寒痛”为主：背恶寒、身体痛、骨节痛，手足寒（仅四末微凉），无厥逆。组方思路，温阳+除湿，附子（温阳散寒）配白术、茯苓（健脾除湿），温阳同时祛除湿邪。功效侧重温阳散寒、除湿止痛（针对“阳虚+寒湿凝滞”，治“痛”为核心）

四逆汤证：核心病机，少阴阳虚阴盛，阳气欲绝（纯寒无湿，寒邪直中少阴，阳气衰竭，危及生命）。 主治证候以“全身阳衰”为主，四肢厥逆（手足冷过腕踝）、畏寒蜷卧、下利清谷、脉微细欲绝。组方思路，回阳+救逆，附子（温阳破寒）配干姜（温中散寒），二者辛热峻猛，直回衰竭阳气。功效侧重回阳救逆（针对“阳虚阴盛、阳气欲绝”，治“厥逆、阳衰”为核心）。

综上，附子汤证是“阳虚兼寒湿”的里虚寒证，以局部寒痛为特征；四逆汤证是“纯阳虚阴盛、阳气欲绝”的危重证，以全身阳衰厥逆为特征，二者病机本质不同。附子汤证是 “阳虚水寒，不濡不温” 。病机关键是寒湿停滞，阳虚 + 寒湿 ，以“痛”为核心，治疗重在温阳化湿。好比一个房间又冷又潮湿，需

要既供暖（附子）又除湿（术、苓）。四逆汤证是 “阳虚阴盛，阳气衰亡”。病机关键是阳气将脱，阳虚 + 阴盛 ，以“厥”为核心，治疗重在回阳救逆。好比房间的供暖系统即将停止，必须紧急抢修，全力供暖（姜、附）。因此，二者是少阴阳虚基础上，两种不同病理转向和治疗方向的代表，并非“轻证与重证”的关系

为什么要灸？少阴病为重症，提示医者需见微知著，在阳气已虚，背恶寒时，在用附子汤之前，灸法可补阳消阴，避免阳气快速衰败。注家有说灸膈关穴以祛阴寒之邪，炙五壮，有说还要灸关元以扶阳气。附子、人参补先天之气，加茯苓、白术利水湿，加芍药以制附子之过，防附子伤阴之弊。

《伤寒论》第 306 条：“少阴病，下利便脓血者，桃花汤主之。”

《伤寒论》第 307 条：“少阴病，二三日至四五日，腹痛，小便不利，下利不止，便脓血者，桃花汤主之。”

《伤寒论》第 308 条：“少阴病，下利便脓血者，可刺。”

306 条、307 条、308 条的下利便脓血，核心均为少阴病阳虚寒盛，寒凝血瘀，脉络损伤，但因阳虚、寒凝血瘀的程度不同有所侧重。

306 条核心病机：少阴中阳虚弱，下焦不固，寒浊凝滞，损伤肠道脉络。此为少阴病阳虚的基础证型，中焦脾胃阳气虚弱（少阴与太阴相表里，阳虚易及脾），下焦失于固摄，同时寒浊之邪在肠道凝滞，阻碍气血运行，导致肠道脉络被寒邪损伤，血溢脉外，与粪便混杂而下，形成便脓血，常伴下利清稀、无明显里急后重、腹痛喜温等寒象。

307 条核心病机：少阴阳虚日久，寒凝气滞更甚，水湿内停，肠道脉络进一步受损。相较于 306 条，病程更长（二三日至四五日），阳虚寒盛更重。寒邪凝滞肠道，气机不通则“腹痛”；阳虚不能温化水液，水湿内停则“小便不利”；下焦固摄之力更弱，故“下利不止”；寒凝日久更易瘀滞脉络，血随利下，仍以“便脓血”为主，本质仍为阳虚寒凝致脉络损伤，故仍用桃花汤温阳固涩。

308 条核心病机：少阴阳虚寒凝血瘀，瘀滞较著，脉络不通，需通瘀活络以辅助恢复。此条与 306 条均为“少阴病下利便脓血”，但病机侧重“瘀滞”。寒邪凝滞肠道脉络，气血瘀阻明显，单纯温阳固涩（如桃花汤）难以快速疏通瘀滞的脉络。故用针刺法（多选取下焦活血通络穴位），目的是疏通瘀滞、和调气血，

使脉络不再受损，从而缓解便脓血，常作为桃花汤的辅助治疗，针对“寒凝血瘀”更突出的情况。

桃花汤由赤石脂、干姜、粳米三味药组成，赤石脂重在涩肠固脱、止血，干姜温阳散寒，粳米滋养脾胃，共同针对少阴病下利便脓血的虚寒证机，起到温阳散寒、涩肠止利、养血止血的功效。

赤石脂：甘、酸、涩，温。甘味能补，酸味和涩味具有收敛固涩的作用，温性可散寒助阳。归大肠、胃经。其归大肠经，可直接作用于肠道，针对少阴病下利便脓血的病位。一方面，利用其收敛之性，能涩肠止泻，减少肠道的过度蠕动和水分丢失，缓解下利不止的症状；另一方面，温性可以温煦肠道阳气，改善肠道虚寒的状态，促进肠道功能的恢复。对于肠道脉络受损导致的便脓血，赤石脂能收敛止血，使血行于脉内，减少脓血的排出。

干姜：辛、热。辛味具有发散、行气、行血的作用，热性能散寒、温阳。归脾、胃、肾、心、肺经。在桃花汤中，干姜主要发挥温阳散寒的作用。少阴病多为心肾阳气虚衰，干姜归肾经，可温补肾阳，增强肾脏的温煦功能；归脾、胃经，能温暖中焦脾胃，促进脾胃的运化功能。脾胃为后天之本，中焦阳气充足，则能更好地运化水谷，增强人体的正气，有利于肠道虚寒症状的改善。同时，干姜的辛散之性有助于促进气血的运行，防止寒邪凝滞导致的气血瘀滞，与赤石脂的收敛作用相互配合，使补而不滞。

粳米：甘、平。甘味能补，平性较为温和，不寒不热。归脾、胃经。粳米具有益脾胃、养正气的作用。在桃花汤中，粳米可以滋养脾胃，补充因下利而丢失的津液和营养物质。脾胃得养，则正气充足，有助于增强机体的抵抗力，促进疾病的恢复。同时，粳米还能调和诸药，使赤石脂和干姜的药性更加温和，避免峻猛之药对脾胃的过度刺激。

赤石脂色红如桃花，又名“桃花石”。桃花汤以赤石脂为主药，其与干姜、粳米同煮后，粳米爆裂，染上红色的赤石脂，汤汁呈淡红色，犹如盛开的桃花，故得此名。

桃花汤赤石脂一斤（汤用半斤、另半斤研成细末），干姜一两，粳米一升。上三味，以水七升，煮令米熟，去滓，和上寸匕赤石脂末，温服七合，日三服。

赤石脂有良好的涩肠止泻、收敛止血之功。一半赤石脂煎汤，经过较长时间的煎煮，能使赤石脂中的矿物质等有效成分尽可能多地溶解在汤液中，随汤液被人体吸收，从而发挥其温涩调中、固下止泻的作用，从整体上调整人体脏腑功能，改善虚寒状态。一半研末可使药物以原态直达病所，在肠中充分发挥其收涩作用，吸附肠中黏液，保护肠黏膜，增强固涩止泻的效果，对缓解虚寒性下利脓血、滑脱不禁等症状有重要意义。

赤石脂属于矿石类药物，如果全部研末服用，量大且质地重浊，可能会影响脾胃的运化功能，导致胃肠负担加重，出现胃脘胀满、食欲减退等不适。将一半赤石脂煎汤，可减少直接服用粉末的量，降低其对脾胃运化的不良影响，使药物既能发挥治疗作用，又不至于过度妨碍脾胃功能。

《伤寒论》第 309 条：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之。“

要理解 309 条，可与 296 条比对。296 条“少阴病，吐利躁烦，四逆者死”，是“少阴寒化证的终末危重期”（阳绝阴盛），309 条是“少阴寒化证的早期轻证”（阳郁未绝），两者虽均属少阴寒化证，却因病机深浅、症状细节不同，一重一轻，预后截然相反，一死一生。

二者均有“手足厥冷”（少阴寒化证的典型症状），但关键伴随症状差异显著。296 条厥冷过肘膝（推测），阳气彻底无力达于四肢（“四末”），是“阳绝”的外在信号；309 条厥冷不过肘膝（推测），非阳气彻底断绝，而是阳气被阴寒郁滞，无法达于四肢（“郁而不达”）。

二者均有“吐利”，296 条肾阳衰则脾阳失温（“火不生土”），脾胃运化、固摄功能崩溃，水谷精微与阳气随吐利外泄，进一步耗竭阳气；309 条肾阳不足，脾阳受困，运化失常，但程度较轻，未到“阳气外泄无度”的地步。

二者均有“烦、躁”，296 条为躁烦，躁为阴躁，烦为阳烦，躁烦由躁是以燥为主，反应阴寒极盛而格阳于外，表现为肢体的躁动不安，非阳气来复，而是“阴盛格阳”的“虚阳扰神”。仅剩的一丝残阳被阴寒逼迫，浮越于上扰动心神，属“回光返照”式的假像，提示生机即将断绝，故预后为“死”。309 条为烦躁，是以烦为主，烦是阴盛阳虚，但阳气仍存，尚有抵抗之力。气机郁滞，阳气不得舒展，轻微扰动心神，并非“虚阳浮越”的危重表现，故预后为“可治”。

两条文核心病机差异，296 条为“阳绝”，309 条为 “阳郁”，虽同属少阴病、均有“吐利+厥冷+烦躁”，但通过 3 个核心点可明确区分“死”与“可治”。

吴茱萸汤由吴茱萸、人参、生姜、大枣四味药组成。

吴茱萸：味辛、苦，性热，有小毒，归肝、脾、胃、肾经。其辛热之性，能温散肝经之寒邪，又能降泄肝胃之逆气。在本证中，少阴病吐利、烦躁欲死，多因寒邪直中少阴，阴寒内盛，浊阴上逆所致。吴茱萸归肝经，可暖肝散寒，使寒邪得散，浊阴得降；归脾胃经，能温中止呕，治疗吐利之症；归肾经，可温肾助阳，增强机体阳气以抗寒邪。

人参：味甘、微苦，性平，归脾、肺、心、肾经。人参甘温，能大补元气，补脾益肺，生津养血，安神益智。在本证中，吐利会导致人体正气耗伤，元气受损。人参归脾经，可补脾益气，恢复脾胃运化功能；归心经，能养心安神，缓解烦躁之症；同时，通过补气可增强机体的抗邪能力，辅助其他药物发挥作用，使正气得复，有利于病情的好转。

生姜：味辛，性微温，归肺、脾、胃经。生姜辛散温通，具有解表散寒、温中止呕、化痰止咳等功效。在本证中，归脾胃经，可温胃散寒，和中降逆，与吴茱萸配伍，增强止呕的作用，针对吐利之症有很好的治疗效果；归肺经，可宣肺散寒，防止寒邪进一步侵袭机体。

大枣：味甘，性温，归脾、胃、心经。大枣甘温，能补中益气、养血安神。在方中，大枣归脾经，可补脾益气，与参、姜配合，增强脾胃的运化功能；归心经，能养血安神，缓解烦躁不安的症状；同时，大枣还能调和诸药，使整个方剂的药性更加平和，避免药物过于峻猛对人体造成损伤。

吴茱萸汤针对少阴病阴寒内盛、浊阴上逆的病机，以吴茱萸暖肝温胃、降逆止呕为主，人参补气扶正，生姜温胃散寒，大枣补脾养血、调和诸药。四药合用，共奏温中补虚、降逆止呕之功，使寒邪得散，阳气得复，脾胃功能恢复正常，从而缓解吐利、手足逆冷、烦躁欲死等症状。

309 条为什么选吴茱萸汤而非四逆汤？

吴茱萸汤证与四逆汤证二者针对的少阴寒化证病机侧重点完全不同，吴茱萸汤主治“阴寒内盛、浊阴上逆”，四逆汤主治“阳气衰竭、阴寒独盛”，需根据核心矛盾，上逆之浊阴与欲绝之阳气选择方剂。

吴茱萸汤：阴寒内盛，浊阴上逆（寒邪引发气机上逆，侵犯肝胃） 。针对吐利伴剧烈呕逆（浊阴犯胃）、烦躁（浊阴扰心）、手足厥冷（阳气被郁，非完全衰竭），治以温降浊阴、温中补虚。

四逆汤：阳气（肾阳）彻底衰竭，阴寒弥漫全身。针对吐利伴四肢厥冷过肘膝（阳绝不温）、恶寒蜷卧、脉微欲绝（阳亡之象）、无明显“上逆”症状，治以回阳救逆、破阴散寒 。

吴茱萸汤中配伍人参、大枣，能补中益气、温养正气，辅助吴茱萸温散阴寒，同时恢复脾胃运化（应对“利”），既温又补，契合“阳气未绝、需兼顾扶正”的需求；而四逆汤（附子、干姜、甘草）以“回阳救逆”为主，药性峻猛，针对阳亡危证，若用于此条，会导致“药过病所”，耗伤正气。

四逆汤的核心是用附子（大热峻猛）、干姜（辛热）“破阴回阳”，针对的是“阳亡阴盛”的死证倾向（如 296 条）。而 309 条无“恶寒蜷卧、脉微欲绝、厥冷过肘膝”等阳亡表现，病情较轻，仅需吴茱萸汤“温降浊阴+温和补虚”，无需四逆汤的“急救回阳”之力。

两者核心差异是“治逆”与“救阳”。若少阴病以“阳亡”为核心（厥冷过肘膝、脉微欲绝、无明显呕吐），选四逆汤“回阳救逆”；若少阴病以“浊阴上逆”为核心（呕吐剧烈、烦躁欲死、厥冷较轻），选吴茱萸汤“温降浊阴、温中补虚”。309 条的核心矛盾是“浊阴上逆”，故用吴茱萸汤，而非四逆汤。

《伤寒论》第 313 条：“少阴病，咽中痛，半夏散及汤主之。”

310 条 、311 条、312 条、313 条均属少阴咽痛证，核心病机为少阴经脉受邪，气血运行不畅，咽喉失养或受邪扰，310 条 、311 条、312 条为少阴热化证(详见第三节解释)，313 条为少阴寒化证。

313 条（半夏散及汤证）：少阴寒邪郁闭，痰湿阻滞咽喉。多因少阴外感寒邪，或阳虚生寒，寒邪与痰湿结合，郁滞咽喉经脉，阳气不通则痛。咽痛痛势不剧，多为闷痛、冷痛，遇温可稍缓，伴“咽中痛”（无明显红肿、溃烂，可能有咽喉发紧、痰涎清稀），可兼恶寒、无汗等寒象。核心是“寒痰郁咽”，咽痛无热象，反有寒邪凝滞的特点。

313 条的核心病机是寒邪客于少阴经脉，循经上扰咽喉，导致咽喉疼痛。治则为散寒通阳、涤痰开结、利咽止痛。其组方（半夏、桂枝、甘草），三味药组

合，以辛温为主，兼顾甘平。辛温之药散寒通阳、涤痰开结，甘平之药调和诸药、缓急止痛，共同达到治疗少阴寒邪所致咽喉疼痛的目的。

半夏：味辛，性温，归脾、胃、肺经。辛能开散，温可通阳，善化寒痰，有较强的涤痰散结作用。在方中可针对寒邪凝滞咽喉导致的痰浊阻滞，通过其辛温之性，驱散寒邪，消除痰结，缓解咽喉疼痛。

桂枝：味辛、甘，性温，归心、肺、膀胱经。辛温发散，能解肌散寒，温通经脉。它可助半夏温通少阴经脉之寒邪，使寒邪得以疏散，同时其甘味又能调和药性，防止药物过于燥烈。

甘草：味甘，性平，归心、肺、脾、胃经。具有补脾益气、润肺止咳、缓急止痛、调和诸药的作用。在方中既能缓解半夏、桂枝的燥性，避免过于温燥伤阴，又能和中缓急，调和全方药性，增强止痛效果。

半夏散与半夏汤是针对同一病机（少阴寒邪客咽）的两种不同剂型，核心药物组成完全一致（均为半夏、桂枝、甘草），区别仅在于剂型制备与服用方式，进而导致起效速度、药力侧重略有差异。

半夏散：散剂（将半夏、桂枝、甘草三味药研磨成细粉，混合均匀）。取少量药粉（如方寸匕，约 2-3 克），用温水送服。散剂吸收相对缓慢，药力温和且持久，更适合病情较缓、需长期调理的情况，能持续发挥散寒化痰、利咽止痛的作用。

半夏汤：汤剂（将半夏、桂枝、甘草三味药加水煎煮，去渣取药液）。温服，通常需少量多次（如“少少含咽之”），让药液在咽喉部停留更久。汤剂经水煎煮后，有效成分释放更充分，吸收速度快，药力峻猛且直接，能更快作用于咽喉局部，缓解急性咽喉疼痛、痰阻不适，尤其“含咽”的服法可使药力直达病所，增强局部疗效。

《伤寒论》 第 316 条：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。”

本条核心病机是少阴肾阳虚衰，不能温化水液，导致水湿内停，泛溢周身。关键是“肾阳虚”与“水湿内停”互为因果，真武汤通过温阳利水，直击“阳虚水泛”的核心病机，故为主治之方。

少阴为水火之脏，肾阳是全身阳气的根本，能温煦脏腑、气化水液。若少阴病迁延不愈（“二三日不已，至四五日”），阳气持续耗伤，导致肾阳亏虚，失去温化水湿的功能，是此条病机的核心起点。肾阳不足导致水液代谢障碍，水湿内停后随气机泛溢，引发不同症状：

水湿浸渍肠道，“腹痛、自下利”；水湿阻滞膀胱气化 ，“小便不利”；水湿流注四肢关节 ，“四肢沉重疼痛”；水湿或上犯于肺 ，“咳”；或上逆于胃 ，“呕”；若肾阳虚衰较轻、水湿未完全阻滞膀胱，也可能出现“小便利”（阳虚不能固摄，而非气化正常），均为水湿内停的兼夹表现。

真武汤由附子、白术、茯苓、生姜、芍药五味中药组成，其组方思路完全贴合“少阴肾阳虚衰、水湿内停”的病机，核心逻辑是以“温阳药”补少阴肾阳之虚，以“利水药”除内停之水湿，佐“柔肝缓急药”调和药性，形成“温阳利水”的完整配伍。

君药：附子——温肾助阳，化气行水。味辛、甘，性大热、有毒。归心、肾、脾经。附子辛甘大热，能直入肾经，温补先天肾阳，恢复肾的“温化水液”功能（肾阳为水液代谢的动力）；同时其辛散之性可推动水湿运行，从根本上解决“阳虚不能化水”的核心问题，故为君药。

臣药：茯苓、白术——健脾利湿，导水下行。茯苓，味甘、淡，性平。归心、脾、肾经。甘淡能渗湿，可将体内停聚的水湿通过小便排出（“利小便即实大便”，兼顾止“自下利”）；同时归脾经，能健脾以助运化（脾为水湿运化的关键，“培土制水”），归肾经可辅助附子温肾利水，增强化湿之力。白术，味甘、苦，性温。归脾、胃经。甘温健脾益气，苦燥能燥湿，与茯苓配伍，一渗一燥，既能增强健脾运化水湿的作用（补脾虚以断水湿生成之源），又能协同导水湿外出，辅助附子“温阳”的同时，强化“利水”之效。

佐药：生姜、芍药——温散助运，柔肝缓急。生姜，味辛、性温。归肺、脾、胃经。辛温能温散水湿，助茯苓、白术行水；同时归脾胃经，可温胃散寒，兼顾止“呕”（水湿上逆犯胃所致），并能制约附子的毒性，增强全方温通之力。芍药，味苦、酸，性微寒。归肝、脾经。此药为方中“反佐”的关键：① 苦酸微寒可制约附子、生姜的大热之性，防其温燥伤阴（阳虚日久易兼阴虚，且温燥药易耗伤津液）；② 归肝经，能柔肝缓急止痛，缓解“腹痛”（水湿阻滞肠道、肝气不

舒所致）；③ 酸能收敛，可防附子辛散太过耗伤阳气，同时助茯苓、白术利小便（“酸敛”与“渗利”结合，利水而不伤阴）。

综上，真武汤五药配伍，以“温阳”（附子）为核心，“利水”（茯苓、白术）为关键，佐以“温散”（生姜）和“柔敛”（芍药），性味上“辛热温阳”与“甘淡渗湿”结合，归经上兼顾肾（温本）、脾（制水）、肝（缓急），精准针对“少阴阳虚水泛”的病机，实现“温而不燥、利而不伤”的效果。

《伤寒论》第 325 条：“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。”

少阴病以心肾阴阳两虚为根本，此条“下利、脉微”是阳虚的核心表现：心肾阳虚则温煦无力，火不暖土致脾失健运，水湿下注而为“下利”；肾阳亏虚不能鼓动血脉、心阳不足难以推动血行，故见“脉微”。持续下利耗伤津液（阴液），阳气极度虚弱，阳虚失固，升举无力，气虚下陷，导致肛门坠重，频频欲解（数更衣），因津液耗竭或本无实邪，致排便量少（反少），所下无几；阴液亏虚则血脉失濡，故脉见“涩”（血行不畅），形成“阴阳两虚”（阳虚为本，阴伤为标）的病机格局。

阳虚则胃失温煦，胃气上逆而为“呕”；心肾阳虚，卫阳失于固摄（阳虚不固），肌表不密，津液随汗外泄而为“汗出”。“呕”与“汗出”进一步加重阴液耗伤。呕吐耗伤胃中津液，汗出耗伤体表津液，下利耗伤肠道津液，“三重耗阴”，加速从“阳虚”向“阳虚兼阴液耗竭”进展，形成“中气下陷+阴液耗竭”的叠加病机。

为什么不用汤剂而用灸法？

315 条“少阴病，下利脉微者，与白通汤。利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。服汤，脉暴出者死；脉微续者生。”脉象比对：325 条脉微涩，315 条白通汤脉微、白通加猪胆汁汤无脉。325 条界于 315 条之间，比白通汤严重，又没达到白通加猪胆汁汤的程度。病机比对：315 条白通汤证，阳气虚衰、阴寒极盛、格阳于上，325 条核心病机为中气下陷，阳气将脱。故舍汤剂而选灸法，急救以挽残阳，为后续服用汤剂（如附子汤）争取时间。

为什么灸百会而不是足三里？

百会穴为“三阳五会”，位居巅顶，其核心作用是升提阳气、统摄下陷之气。此条少阴病的关键矛盾是“阳虚不固+中气下陷”，持续下利、汗出已致阳气随津液下趋，形成“阳气下陷而不升”的危局。艾灸百会可借其“升提”特性，直接将下陷的阳气从下焦向上提振，快速恢复阳气的温煦与固摄功能：一方面能缓解中气下陷导致的频繁便意，另一方面可阻止阳气继续随下利、汗出耗散，从而为“阳复”创造条件，完全契合“温其上以救其下”的急救逻辑。

足三里为胃经合穴，主温煦脾胃、补益中气，虽能针对“火不暖土”的阳虚下利起到温养作用，但缺乏“升提下陷阳气”的直接功效。此条已属少阴危证（脉微涩、呕而汗出），需快速阻断“阳气下陷→阴液耗竭→阳亡”的恶性循环，而足三里的温养作用偏于缓补，既无法迅速提振下陷的阳气以救急，也不能直接纠正“阳气随津液下脱”的危局，更适合用于少阴病恢复期的脾胃调护，而非危证急救。

无论选百会还是足三里，灸法的最终结果（阳复或阳亡），本质不取决于穴位本身，而取决于下焦少阴阳气的残存程度。若患者仍有“微阳残存”，灸百会可因“升提”之力快速唤醒下陷之阳，使阳气回升而“阳复”，这是其作为急救穴位的关键价值。若选足三里，虽可温养脾胃而间接助阳，但起效缓慢，无法迅速扭转下陷的趋势。若患者已至“阳亡待尽”（如脉微欲绝、无汗无呕但神昏），无论灸何穴，均无法挽回已竭之阳，最终导致“阳亡”。

“温其上，灸之”，仲景虽未言灸何穴位，灸百会应是最佳选择。“温其上”可借阳气升提之力，带动下陷之中气回升，改善肠道传导失司（数更衣反少），同时减少津液进一步耗伤，间接缓解“阴液耗竭”。中气得升则固摄有权，下利、汗出可止，阴液耗伤自减，最终实现“温阳以救阴，举陷以固液”的治疗目标。

第三节　少阴热化证

第一百三十三条　少阴热化证是指少阴阴虚阳亢，邪从热化，以心烦不得眠、口燥咽干、舌尖红、脉细数等为主要表现的虚热证候，还可能伴有头晕耳鸣、腰膝酸软、手足心热、盗汗等症状。

少阴热化证的核心病理机制在于少阴阴虚。肾阴为人体阴液之根本，肾阴亏虚，不能上济于心，导致心火独亢，心神被扰，从而出现心烦不得眠的症状；阴虚内热，灼伤津液，故口燥咽干；舌尖属心，心火亢盛则舌尖红绛；阴虚阳亢，虚热内扰，气血运行加速，但阴液不足，脉道不充，故脉细数。

患者素体阴虚,本身肾阴亏虚，当外邪侵入少阴经时，邪气容易从阳化热，进而灼伤阴液，导致阴虚阳亢，引发少阴热化证;外感温热之邪，或其他阳热之邪侵犯人体，在疾病发展过程中，邪气传入少阴，耗伤少阴阴液，使阴阳失衡，阴虚而阳热相对偏盛，形成热化证；患者若患有慢性疾病，病程较长，长期耗伤人体阴液，导致肾阴亏损，心肾不交，也可出现少阴热化证。

治以滋阴泻火，交通心肾，代表方剂黄连阿胶汤（滋肾阴、清心火，治疗心烦不寐的代表方）。

《伤寒论》第 293 条：“少阴病，八九日，一身手足尽热者，以热在膀胱，必便血也。”

少阴病有两种转归，一是病进，阳气持续衰败，深入厥阴，最终亡阳厥逆而死；二是病退，由阴出阳，由脏出腑，由寒转温。阳气来复，即从三阴病（少阴）传出三阳病（太阴、少阳、阳明、太阳），这是疾病向愈的佳兆。

少阴（肾）为先天之本，太阴（脾）为后天之本。少阴阳气恢复，最先能温暖和支援的就是与之关系最密切的太阴脾。脾阳得温，功能恢复，最直接的体现就是主四肢的手足由厥冷转为温暖。这是阳气回复的第一个、也是最关键的标志，表明生命脱离了最危险的亡阳阶段。

本条为少阴传太阳，“一身手足尽热”，说明阳气恢复得非常充分，已不是局限于手足之“温”，而是全身性的“热”。这标志着阳气已由里（少阴）出表（太阳膀胱经所主之体表）。若阳复太过，则会转化为热邪，“以热在膀胱，必便血也”，灼伤太阳膀胱络脉，便血（尿血）就是热伤血络的表现。

若阳气来复，患者素体胃家有热，或津液不足，阳气可能直接转化为阳明燥热。表现为潮热、便秘。阳明热盛，大便出血（便血），为灼伤肠道血络所致。

若阳气来复，影响少阳，少阳为枢机，是阳气出入的通道。少阴阳气初复，但尚不充沛、不稳定，在向外透达的过程中，可能会郁于少阳层面，导致少阳枢机不利。表现为不是典型的“往来寒热”，而更可能是 “时寒时热”、“情绪波动”、“心烦喜呕”、“口苦咽干” 等症状。若正气进一步恢复，阳气充足，则有可能继续向外传变，使病情向愈；若正气不足，邪气复盛，则可能再次陷入少阴病的虚寒状态，或者病情进一步恶化。

少阴病好转不是一蹴而就，而是沿着少阴 → 太阴 →（少阳）→ 阳明/太阳 的路径，层层外透。一旦出现阳复迹象（如手足温），就要敏锐地预判其下一步可能传向何经，并随之调整治法，体现“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的精髓。

阳气回复是好事,但“太过”或“道路不通”都会产生变证(如 293 条尿血、传阳明便血、传少阳枢机不利)。治疗的关键在于 “扶阳”与“导邪” 并举。

《伤寒论》第 303 条：“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”

“少阴病”初始多为肾阳虚衰的寒证，如 301、302 条的阳虚兼表，但本条“得之二三日以上”，病程较前延长，病机发生转化。若患者素体阴虚，或少阴寒证日久郁而化热，或治疗不当伤阴，会导致少阴病从“阳虚寒证”转为“阴虚热证”。此时病位仍在少阴（心、肾），但病性已从寒转热，核心矛盾变为“肾阴亏虚，心火亢盛”。核心病机是少阴病由寒化热，阴虚火旺，扰动心神。

肾为水脏，主藏精，肾阴是一身阴液的根本。少阴病后期肾阴耗伤亏虚，不能上滋心阴（“水火既济”失调，肾水不能制约心火)。心为火脏，主神志。肾阴不足则心火失于制衡而亢盛，亢盛的心火上扰心神，导致“心中烦，不得卧”。这是阴虚火旺、心火亢盛、心神受扰的典型表现，也是本条与 301、302 条（少阴寒化证）的核心区别。

正因此“阴虚火旺”的病机，而非 301、302 条的“阳虚兼表”，故治疗需用黄连阿胶汤。黄连阿胶汤专为“少阴阴虚火旺证”而设，滋阴降火，清心安神。

黄连：性味苦，寒；归心、脾、胃、肝、胆、大肠经。核心功效是清热燥湿、

泻火解毒，尤其擅长清泻心与胃肠的实火，针对本方中“心火亢盛”的核心矛盾。

黄芩：性味苦，寒；归肺、胆、脾、胃、大肠、小肠经。能清热燥湿、泻火解毒，辅助黄连增强清热之力，且可兼顾肺与胆经之热，避免火势蔓延。

阿胶：性味甘，平；归肺、肝、肾经。主要作用是补血滋阴、润燥止血，能滋养肾阴（少阴病的核心病位在肾），同时补血以养心，为“阴虚”提供物质基础。

芍药（白芍）：性味苦、酸，微寒；归肝、脾经。可养血敛阴、柔肝止痛，既能辅助阿胶滋阴补血，又能通过“酸敛”之性防止阴液进一步耗散，同时柔肝以平衡心火（肝属木，心属火，木火相生，柔肝可间接降火）。

鸡子黄：性味甘，平；归心、肾经。能滋阴润燥、养血安神，其性平和，既能滋补肾阴以助阿胶，又能养心安神以缓解“心烦不得卧”，且可缓和黄连、黄芩的苦寒之性，避免损伤阴液。

黄连、黄芩（苦寒）主攻“火旺”，归心经直泻亢盛之火，兼清他经余热，解决“心火扰神”的问题；阿胶、芍药、鸡子黄（甘平/微寒）主攻“阴虚”，阿胶、鸡子黄归肾经补少阴之阴，芍药养血敛阴。肾阴得补、心火得清，“水火既济”恢复，心神安宁，从而缓解“心中烦，不得卧”的症状，契合“少阴阴虚热证”的病机。

黄连阿胶汤是中医经典治法 “泻南补北” 的代表方剂。在五行理论中，心属火，位居南方；肾属水，位居北方。“泻南”即清泻心火（用黄连、黄芩），“补北”即滋补肾阴（用阿胶、鸡子黄、芍药）。这个治法名称本身，就是对本方“清心火、滋肾水”核心病机与治则的高度概括。

泻火组（泻南）：黄连、黄芩。苦寒直折，清泻上炎之心火，以除烦扰。滋阴组（补北）：阿胶、鸡子黄。为血肉有情之品，味厚质润，功擅填补真阴，滋养耗损之肾水。调和组：芍药。酸苦微寒，一则养血敛阴，助阿胶、鸡子黄补阴；二则其酸敛之性，可防黄连、黄芩苦寒伤中；三则与芩、连相配，有“酸苦涌泄”之意，增强泄热之功。

《伤寒论》第 310 条：“少阴病，下利，咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之。”

《伤寒论》第 311 条：“少阴病二三日，咽痛者，可与甘草汤，不差，与桔梗汤。”

《伤寒论》第 312 条：“少阴病，咽中伤，生疮，不能语言，声不出者，苦酒汤主之。”

310 条 、311 条、312 条、313 条均属少阴咽痛证，核心病机为少阴经脉受邪，气血运行不畅，咽喉失养或受邪扰，310 条 、311 条、312 条为少阴热化证，313 条为少阴寒化证（详见第二节解释）。

310 条（猪肤汤证）：少阴阴虚，虚火上炎，灼伤咽喉。多因少阴病下利伤阴，阴液亏虚则虚火内生，循少阴经脉上扰咽喉。咽痛痛势较轻，多为隐痛、干痛，伴下利、胸满、心烦。核心是“虚火咽痛”，无明显红肿，常伴阴虚内热的心烦、津液不足的干燥感。

311 条（甘草汤/桔梗汤证）：少阴热邪轻浅，客于咽喉（甘草汤）；或热邪稍重，壅滞咽喉，气血轻度壅滞（桔梗汤）。均为少阴热证，但邪势轻重不同。甘草汤证：咽痛（痛势轻微，仅为咽喉不适、微痛，无明显红肿），无其他明显伴症，属“热轻咽痛”。桔梗汤证：咽痛（痛势稍重，可能伴咽喉轻微红肿、有黏痰难咯），为“热稍重、气血壅滞”的咽痛

312 条（苦酒汤证）：少阴痰火郁结，阻滞咽喉。多因邪热（或虚火）与痰浊搏结，壅滞少阴咽喉局部，气血不通则痛。咽痛痛势较剧，可能伴吞咽困难，伴“咽中伤，生疮”（咽喉局部有溃烂、红肿或痰涎黏滞）、声音嘶哑。核心是“痰火壅咽”，咽痛与局部溃烂、痰阻相关，疼痛较实。

310 条猪肤汤由猪肤、白蜜、白粉（米粉）组成。猪肤滋肾润肺、降火利咽为主，白蜜助其滋阴润燥，米粉调和脾胃，共奏滋阴润燥、和中止痛之功，适用于少阴阴虚，虚火上炎所致的咽痛、下利、胸满、心烦等症。

猪肤（猪皮）：味甘、咸，性凉，归肾、肺经。咸寒入肾，能滋补肾阴，以补少阴病下利所伤之阴液。肾阴充足，则虚火得以潜藏，不致上炎。同时，其凉润之性还能润肺，肺肾相生，有助于整体阴液的恢复和调节。对于因少阴阴虚，虚火上炎导致的咽痛、心烦等症状有很好的治疗作用，既能滋阴降火，又能润燥利咽。

白蜜：味甘，性平，归肺、脾、大肠经。白蜜甘润滋补，一方面能助猪肤滋养阴液，加强滋阴润燥之力；另一方面，它归肺经，可润肺止咳，对因虚火上炎波及肺脏而可能出现的轻微咳嗽等症状有一定的缓解作用。此外，白蜜还能调和

诸药，使猪肤汤的口感更加容易接受，并且有缓急止痛的作用，可缓解咽痛带来的不适。

白粉（米粉）：米粉味甘，性微温，归脾、胃经。在猪肤汤中，米粉主要起到益脾胃、和中气的作用。由于猪肤和白蜜性质较为滋润，可能会影响脾胃的运化功能，加入米粉可以防止滋阴药物过于滋腻碍胃，使脾胃功能正常运化，更好地吸收药物的有效成分，同时也能对下利症状起到一定的调理作用，因为脾胃功能正常有助于控制下利。

312 条甘草汤（仅生甘草）与桔梗汤（生甘草+桔梗），均针对少阴热邪客咽证，两者核心是“清热利咽”，但因药物组成不同，功效侧重有别。

甘草汤（单味生甘草）：味甘，性平（偏凉），归心、肺、脾、胃经，兼入少阴经（因少阴热邪客咽，需直达病所）。生甘草性平偏凉，归肺经（肺主咽喉）、少阴经，其凉性可清解少阴轻浅热邪，针对“热邪微客咽喉”的病机，直接缓解轻微咽痛（无红肿、无溃烂）。甘草味甘，“甘能缓”，可缓和咽喉局部因热邪刺激产生的拘急疼痛，减轻不适感。甘草归脾、胃经，甘味能补益脾胃，避免清热之性损伤脾胃正气，同时归心经，可间接安抚因热邪扰心可能出现的轻微烦躁（少阴心肾同源，热邪易波及心）。

综上，甘草汤以“清轻清热、缓急护咽”为主，适用于少阴热邪轻浅、仅客咽喉的轻度咽痛证。

桔梗汤（生甘草 + 桔梗）：生甘草（功效同前，与桔梗配伍后有协同作用）。核心作用：增强清热、缓急止痛之力，同时制约桔梗的辛散之性，避免过度耗气伤津。

桔梗，味苦、辛，性平（偏凉），归肺经，直达咽喉（肺系所属），兼入少阴经。味辛，“辛能散”，归肺经可宣畅肺气机，气机通畅则热邪易散；同时，桔梗的“上行之性”能引导甘草的清热之力直达咽喉，增强对咽喉局部热邪的清除效果。味苦，“苦能降泄”，可清利咽喉局部因热邪凝聚产生的黏痰（或轻微壅滞），针对“热邪稍重、气血壅滞”的病机（如咽痛稍重、伴黏痰难咯、轻微红肿），起到“清热+排浊”的双重作用。

桔梗汤在甘草汤“清热缓急”的基础上，加桔梗“宣散祛痰、载药上行”，适用于少阴热邪稍重、伴咽喉气机壅滞（或有黏痰）的咽痛证，比甘草汤的清热

利咽之力更强，且能除痰浊、通壅滞。

综上，桔梗汤在甘草汤“清热缓急”的基础上，加桔梗“宣散祛痰、载药上行”，适用于少阴热邪稍重、伴咽喉气机壅滞（或有黏痰）的咽痛证，比甘草汤的清热利咽之力更强，且能除痰浊、通壅滞。

312 条苦酒汤的配伍逻辑核心在于“性味相合以治其证”，治则需“清热养阴、敛疮利咽”，其组方（半夏、鸡子清、苦酒），通过药物性味的“苦降、甘润、酸敛”协同起效。

半夏：性味为辛、温，归脾、胃、肺经。辛能行散、温能通阳，可化痰散结以消肿（咽喉疮疡多夹痰浊阻滞），同时其温性可制衡苦酒、鸡子清的寒凉之性，避免损伤少阴阳气，使全方寒而不峻。

鸡子清(鸡蛋清)：性味为甘、凉，归心、肺经。甘能补益养阴，凉能清热降火，可滋养少阴阴虚之本，同时清解上炎的虚火，缓解咽喉灼伤引起的“咽中伤、声不出”，兼具润喉利咽之效。

苦酒（即米醋）：性味为酸、苦、温（虽温但偏凉润），归经为肝、胃经。酸能收敛，可敛疮收口（针对咽喉生疮），防止虚火进一步耗散阴液；苦能降泄，助半夏、鸡子清引虚火下行，避免火炎于上；其温性与半夏相和，平衡鸡子清的凉性，使全方寒温适中，贴合少阴病“阴虚忌过寒、阳虚忌过温”的用药特点。

《伤寒论》第 319 条：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”

本条病机以“阴虚”为根本，“水热互结”为病理产物与继发因素，二者相互影响，导致咳、呕、渴、利、心烦不眠等症，故用猪苓汤滋阴润燥、利水清热，标本兼顾。

少阴属心肾，病入少阴多致心肾阴液亏虚。阴虚则生内热，虚热扰心，故见“心烦不得眠”；阴虚不能上承滋润口舌，故见“渴”。少阴阴虚，气化功能失常，水液代谢障碍，水湿内停；同时阴虚生内热，水湿与内热相互搏结，形成“水热互结”之证。水热互结循经犯肺，肺失宣降则“咳”；水热犯胃，胃失和降则“呕”；水热下注大肠，传导失司则“下利六七日”。

为什么“少阴病，下利六七日”，导致患者津液水液大量流失，非见泻止泻，而用猪苓汤利水？

此条下利并非单纯因津液亏虚或虚寒所致，而是水热互结于体内的表现。水热之邪互结，影响了人体正常的水液代谢和气化功能，导致水液不能正常输布和排泄。此时，肠道中的水液并非正常可被人体利用的津液，而是与热邪相搏结的病理产物。

这些病理水液停留于体内，一方面会加重水热互结的病情，另一方面也阻碍了正常津液的生成和输布。因此，通过利水可以祛除体内的水热之邪，恢复水液代谢的正常功能，使津液能够正常输布和利用。

除了下利，患者还有咳、呕、渴、心烦不得眠等症状。“咳”是水热之邪上犯于肺，肺失宣降所致；“呕”是水热之邪犯胃，胃失和降引起；“渴”虽有津液不足的因素，但更主要是由于水热互结，津液不能正常上承滋润口舌；“心烦不得眠”则是阴虚有热，热扰心神的表现。

此时的“脱水”（阴伤）和“水结”是并存的两个矛盾。病机是水液分布严重不均，而非单纯的水少。不把淤堵的“死水”去掉，新补充的水液（包括喝进去的水）也无法被吸收利用，反而会加重拥堵和上逆（咳、呕）。只有通过利水，打通渠道，身体才能恢复正常的水液代谢，正常的“津液”才能生成和输布。

利水可以消除水热之邪，从而缓解一系列相关症状。例如，祛除水热之邪后，肺的宣降功能恢复，咳嗽可止；胃的和降功能正常，呕吐可除；津液得以正常输布，口渴症状也会得到改善。

猪苓汤由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石组成。方中猪苓、茯苓、泽泻淡渗利水，使水热之邪从小便而出，把停滞在下焦的“坏水”引出去，让水路恢复通畅；滑石甘寒，既能协助利水，又能清热，相当于在疏通管道的同时，还能给管道降温（清郁热）；阿胶甘平，滋阴养血，它直接补充被耗伤的阴血（补充水源）。在大量利水药中加入阿胶，就确保了在“排水”的同时，保护并补充人体宝贵的阴液，防止利水过度而更伤阴。

全方配伍，利水而不伤阴，滋阴而不恋邪，通过利水来祛除水热之邪，同时滋养阴液，达到扶正祛邪的目的。所以，在这种情况下使用猪苓汤利水而非止泻（如用赤石脂禹余粮汤或桃花汤），是针对水热互结这一关键病机的正确治法。

与五苓散相比，五苓散证是“膀胱气化不利”，水蓄于内，但阴液不虚。所以表现为口渴、小便不利，但无心烦不得眠等阴伤内热之象。方中用桂枝温阳化气，不用阿胶滋阴。

与黄连阿胶汤相比，黄连阿胶汤证是“少阴阴虚火旺”，核心是心火独亢，肾水不足，但没有水湿内停。所以表现为心中烦、不得卧，但无咳、呕、小便不利等水气症状。方中重用滋阴降火之品，不用利水药。

因此，仲景用猪苓汤治疗此证，是抓住了 “水热互结，兼有阴伤” 这一核心病机。这是一个“通因通用”（利用通利的方法治疗下利这种“通”的病证）和“标本兼治”（利水治其标，滋阴治其本）的经典范例，充分体现了中医辨证论治的智慧和精妙。

《伤寒论》第 320 条：“少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。”

《伤寒论》第 321 条：“少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，可下之，宜大承气汤。”

《伤寒论》第 322 条：“少阴病，六七日，腹胀不大便者，急下之，宜大承气汤。”

320 条、321 条、322 条，核心在于均存在少阴病阴液耗伤基础上，邪热内传阳明，与肠中糟粕结合形成阳明燥实证，符合大承气汤“燥、实、痞、满”的病机适配条件。

320 条：少阴热化转阳明燥实

少阴病本为心肾阴虚，若邪热久羁少阴（“得之二三日”），会进一步耗伤肾阴（少阴为水脏，肾阴是全身阴液根本）。肾阴耗竭则无以上承濡润口舌，故见“口燥咽干”；同时，少阴邪热失却阴液制约，迅速内传阳明，与肠中糟粕结合，形成“阳明燥实证”。此时燥实已结，若不“急下”，阳明燥热会继续耗伤少阴仅剩的阴液，形成“阴竭阳亡”危局，故需大承气汤泻下燥实、清除热邪，以“急下存阴”。

321 条：少阴阴伤，阳明燥实致“自利清水”

少阴阴液耗伤，邪热入阳明，与肠中燥屎结合（形成“燥屎内阻”）。肠中燥屎坚硬，阻塞肠道，导致肠道津液被燥热逼迫而下，形成“自利清水”（即“热

结旁流”，清水为被迫下渗的津液，非真正腹泻）；燥屎阻滞气机，故“心下必痛”；阴液被燥热耗伤，故“口干燥”。此条看似“自利”，实则为“燥实内阻、热结旁流”，需大承气汤泻下燥屎（清除病邪根本），而非止泻，同时通过泻热保护剩余阴液。

《伤寒论》323 条：“少阴阴伤，阳明燥实致“腹胀不大便。”

少阴病迁延（“六七日”），阴液持续耗伤，邪热完全入里，与肠中糟粕充分结合，形成典型的阳明燥实证。阳明腑气以通为顺，燥屎阻塞肠道，气机郁滞，故“腹胀”；燥实内结，肠道传导功能丧失，故“不大便”；此时燥热已深，若不“急下”，会进一步耗竭少阴阴液，甚至引发神昏、谵语等危重症。大承气汤（大黄、芒硝、枳实、厚朴）可“峻下热结”，既能清除肠中燥屎与邪热，又能通过泻热来“存阴”，阻断“阴竭”的进展。

综上，三条虽始于少阴病，但最终病机均归为“少阴阴伤+阳明燥实”，且燥实已结（或致热结旁流、或致腑气阻塞），需大承气汤峻下燥实、泻热存阴，故均适用该方。

此三条虽然涉及少阴病转属阳明燥化证而使用大承气汤的条文里，但临床需考虑患者体质因素对病机和治疗的影响。

若患者体质是阴虚重于阳虚（至少是阳气尚未衰败），邪入少阴后，少阴之阴迅速被邪热消耗。邪热进一步传入阳明，与肠中糟粕相搏，形成阳明燥实证。此时使用大承气汤峻下热结，是为了去除阳明的实热之邪，从而达到保存少阴阴液的目的，即“急下存阴”。比如条文 320 中“口燥咽干”、321 条“自利清水，色纯青，口干燥”以及 323 条“腹胀不大便”等表现，都提示邪热伤阴，阳明燥实已成，在阴虚为主的情况下，大承气汤是合适的选择。

若患者阳虚过重，即便出现类似阳明燥实证的表现，也不能贸然使用大承气汤。因为大承气汤是泻下峻剂，药性峻猛，会进一步损伤人体正气。阳虚患者本身阳气不足，使用大承气汤可能会导致阳气更虚，甚至出现亡阳等严重后果。比如患者若伴有畏寒肢冷、下利清谷等明显阳虚症状时，就需要谨慎使用。

第一百三十四条 阳郁四逆

《伤寒论》第 318 条：“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”

按现代语言习惯， 318 条可直译为：“患者出现手足发凉少阴病的症状，还可能伴有以下一种或多种情况：咳嗽，心慌，小便不顺畅，肚子痛，或者腹泻且有肛门坠胀感，选择用四逆散来治疗。”

318 条本质为少阳枢机不利、阳气郁遏于内，不能外达四肢，导致“阳郁四逆”，而非少阴寒厥。

枢机郁滞，阳气内郁不达。少阳为“半表半里”之枢，主司阳气升降出入。若外邪（或情志、饮食等因素）阻滞少阳枢机，会导致阳气运行不畅、郁闭于体内，无法正常布达至四肢末端，进而出现“四逆”（手足轻微厥冷，非少阴寒厥的四肢厥逆过肘膝），此为“阳郁四逆”，与少阳枢机不利直接相关。

少阳经脉及气机与肺、心、膀胱、脾胃等脏腑相通，枢机郁滞会进一步波及这些脏腑，产生不同或然证：

少阳郁气犯肺、肺失宣降，“或咳”；少阳郁滞影响心气（胆心相通）、心脉不畅，“或悸”；少阳郁滞阻滞三焦水道（三焦属少阳），水液代谢失常，“或小便不利”；少阳郁气犯脾（胆脾相济），脾失健运，气机不通，“或腹中痛”；少阳郁滞波及大肠，气机壅滞，传导失常，“或泄利下重”

方用四逆散（柴胡、枳实、芍药、炙甘草），其中柴胡主升，疏解少阳郁滞以调枢；枳实主降，行气导滞以通腑；芍药柔肝缓急，炙甘草调和脾胃，全方通过“疏畅少阳枢机、调达气机”，使内郁的阳气得以布散，四逆及诸或然证自除，直接针对“少阳枢机不利”的核心病机。

柴胡：味辛、苦，性微寒，归肝、胆经。辛能发散，苦能降泄，微寒清热。其归肝胆经，可透邪外出，疏解少阳之邪，又能条达肝气，恢复少阳枢机之职。在四逆散中，柴胡可使郁滞的阳气得以宣通，从而改善阳气内郁不能外达所致的四逆症状。

枳实：味苦、辛、酸，性微寒，归脾、胃、大肠经。苦泄辛散，具有较强的破气消积、化痰除痞作用。归脾、胃、大肠经，可调理中焦气机。在方中与柴胡相配，一升一降，加强调畅气机之功，使气行则郁解，有助于阳气的正常运行。

芍药：味苦、酸，性微寒，归肝、脾经。酸能收敛，苦能泄热，可养血敛阴，柔肝止痛。归肝脾经，能滋养肝血，缓解因肝郁而导致的肝血不足。同时与柴胡相伍，可防柴胡升散太过，使肝气条达而不耗伤肝阴。

炙甘草：味甘，性平，归心、肺、脾、胃经。甘能补虚、缓急、调和诸药。归多经，可补中益气，调和脾胃。在四逆散中，炙甘草一方面能和中缓急，与芍药相配可缓急止痛；另一方面能调和柴胡、枳实、芍药三药的药性，使全方的作用更加协调。

综上，四逆散中四味药的性味归经相互配合，柴胡与枳实调理气机的升降，芍药与炙甘草养肝缓急，共同起到透邪解郁、疏肝理脾的作用，以治疗因少阳枢机不利、阳气内郁而导致的四逆等症状。

或咳或下利，邪饮上下为病，加五味子、干姜，温中以散饮；或悸，饮停侮心，加桂枝通阳以益心；或小便不利，饮蓄膀胱，加茯苓利水以导饮；或腹中痛，寒凝于里，加附子温中以定痛；或泻利下重，寒热郁结，加薤白开结以疏寒热。

318 条明确写为“四逆散方”，并且给出的服用方法是“上四味，捣筛，白饮和服方寸匕，日三服” 。“捣筛”是制作散剂的常用方法，即将药物捣碎后过筛；“白饮和服方寸匕”指用米汤送服一方寸匕（古代量取药末的器具，约等于 2.74 毫升）的药粉，从这些记载来看，四逆散最初是以散剂形式存在。

后世临床实践中，四逆散更多地是以汤剂形式应用。

一是吸收快、起效迅速：汤剂的药物成分溶解充分，进入人体后能够更快地被吸收，从而更快地发挥药效，对于病情较为急重的患者更为适用。相比之下，散剂的吸收速度相对较慢。

二是便于随证加减：临床实际中，医生会根据患者的具体症状和体质进行辨证论治，灵活调整方剂的药物组成和用量。汤剂在这方面具有明显优势，可以根据需要随时添加或减少药物。

三是口感相对较好：一些药物制成散剂后，口感可能较差，患者难以接受；而汤剂经过煎煮后，可以适当调整味道，相对更容易入口。

第一节　病机病名病位

第一百三十五条　五运六气之厥阴

厥阴风木，这一概念来源于五运六气学说。厥阴意味着阴气发展到最后阶段，开始向阳的方面转化，有“两阴交尽”之意。《素问·五运行大论》提到“己亥之上，厥阴主之”，表明厥阴在五运六气中对应厥阴风木。

气候特点：厥阴主气时，气候多风，万物开始萌芽生长。大寒节气阴极之时，即为厥阴所主，此时虽天气仍寒，但已有阳气萌动之势。如2025年为乙巳年，厥阴风木司天，风气偏盛，可能会出现风邪致病增多等情况。

脏腑对应：厥阴经属肝与心包，肝主疏泄，具有条达之性，如同春木，体现生生之机；心包代心行事，有宣通之能。二者具风木相火之性，与厥阴风木之气相通应。

在运气格局中的作用：在司天在泉格局中，厥阴可为主岁之气。如厥阴风木司天，则少阳相火在泉，二者相互对应。主气和客气中均有厥阴，不同年份主客气叠加，会形成不同的运气格局，影响当年气候及人体健康。

五行角度：厥阴风木在五行中属木，具有木的生发特性。《四圣心源》中提到“厥阴风木，风者，厥阴木气之所化也，在天为风，在地为木，在人为肝”。肝木依赖肾水而生，依靠脾土而长，水土温和则肝木繁茂，风木之气平和。若肾水寒、脾土湿，木气则易郁积，郁而化风。五行中木克土，若脾土为湿所困，遏制肝木生发，肝木就会郁怒而更易克制脾土，引发一系列病理变化。

疾病角度：厥阴主阳气，若阴阳气不顺接，阳气不恢复，就容易发生手足厥冷等症状。厥阴病的病理主要源于阳气变化，可表现为风火太过、标气不及或阴阳不相顺接。如厥阴风木太过，风火上扰，可见“气上撞心，心中疼热”等症，还可能出现腹痛下利、亡汗失血等风木疏泄太过之证，以及眦黑唇青、爪断筋缩等风木枯燥之象。另外，厥阴司天之年，风气偏盛，易引发肝胆疾病，还可能出现胃脘痛、两胁胀痛、嗌咽不通等脾胃受克的病症。

第一百三十六条　《黄帝内经》之厥阴

在《黄帝内经》中，“厥阴”主要从经络系统和运气学说两个核心维度进行解释，是中医理论体系的重要概念：

1.　作为经络：足厥阴肝经

这是“厥阴”最核心的含义之一。《黄帝内经》（如《灵枢·经脉》）明确将其列为十二正经之一，对应肝脏，其循行路线起于足大趾，向上经过下肢内侧、腹部，最终联系于肝脏和胆腑，并有分支络于眼部和头部。它的核心功能是“主疏泄”和“藏血”，负责调节全身气血运行、情绪及消化功能，是维持人体气机通畅的关键经络。

2. 作为运气学说中的“三阴三阳”之一

在《素问·天元纪大论》等篇章的运气理论中，“厥阴”是“三阴”（厥阴、少阴、太阴）的起始，对应“风”气，称为“厥阴风木”。它代表着自然界中风气的运动变化，以及这种变化对人体的影响。风气易扰动人体气机，可能导致眩晕、抽搐、肢体麻木等“风证”，因此中医有“肝属木，主风”的关联理论，即厥阴（肝）的功能失调常与“风邪”相关。

第一百三十七条 《伤寒论》之厥阴

厥阴病，是六经传变的终末阶段，也是阴阳转化的临界关头。其核心病机为“阴阳之气不相顺接”，整体状态呈现出《易经》“未济”卦（火水未济）所象征的阴阳离决、寒热错杂之象。

在人体，表现为心火不能下温肾水而独亢于上，见消渴、心中疼热等上热；肾水不能上济心火而独寒于下，见饥不欲食、下利等下寒。此即“终”之危局。

然而，物极必反，厥阴又内蕴“阴极阳生”之机，病程中表现为“厥热胜复”，即在手足厥冷与发热之间往复交替。此过程动态展现了阴阳消长、生死竞争的过程，其理想转归是达到阴阳平衡，即《易经》“既济”卦（水火既济）所象征的阴阳和合、水火交融之态，此为“始”之生机。因此，厥阴病的本质是 生命在“终”与“始”的边界上，于“未济”的危局中，寻求“既济”之重构的一场剧烈动态演变。

《伤寒论》第 326 条：“厥阴之为病，消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止。”

本条是厥阴病提纲，核心病机是厥阴阴阳失调，肝木失疏，郁而化火，上灼下耗，脾胃失和。

厥阴为“阴尽阳生”之经，若阴阳平衡被打破，阴亏不能制阳，或阳气郁遏于内，均会导致肝木失于疏泄，郁而化火。阴阳失调，肝火上炎，是引发后续系列症状的关键病机基础。

肝火循经上冲，撞击心胸，故见“气上撞心，心中疼热”（心胸部位有冲逆感与灼热疼痛）；肝火内盛伤津，津液不能濡润脏腑，尤其胃津亏虚，故见“消渴”（口渴多饮，饮不解渴）；肝火横逆犯胃，胃受火扰则腐熟功能亢进，故“饥”（有饥饿感）；但肝火又耗伤胃阴、影响胃的受纳功能，故“不欲食”；若体内素有蛔虫，胃中虚热会吸引蛔虫上扰，进食后胃腑蠕动刺激蛔虫，故“食则吐蛔”。

若误用苦寒攻下之法，会进一步损伤脾胃阳气与下焦阴液，导致脾胃运化、固摄功能衰败，故“下之利不止”（腹泻不止）。

情志因素会严重影响到肝的疏泄功能。疏泄太过，导致肝气横逆，上冲；疏泄不及，导致肝气郁结，气机闭塞。“气机逆乱、阴阳不通”，诱发厥阴病。

长期的精神压抑、焦虑、愤怒等不良情绪，会使肝的疏泄功能失常。若情志不舒，肝失条达，气机郁滞，就会导致肝气郁结。气郁日久则容易化火，形成肝郁化火之象。

肝郁化火后，火性炎上，灼伤津液。津液被大量耗伤，不能滋润脏腑组织，就会出现口渴多饮的症状，即“消渴”。从情志角度看，情绪波动时常常会感到口干舌燥，就是情志化火伤津的一种表现。

肝气郁结化火，火气循经上逆，冲击心胸部位，就会出现“气上撞心”的感觉，即自觉有一股气向上冲至心胸；同时，火热之邪扰乱心神，导致心胸部位出现灼热疼痛的症状，即“心中疼热”。在情绪激动时，人们往往会感到心跳加快、心胸烦热，与此病机相符。

肝与脾胃在生理上相互协调，在病理上相互影响。当肝气郁结化火，横逆犯胃时，会影响胃的受纳和腐熟功能。一方面，肝火扰动，使胃的功能亢进，产生饥饿感；另一方面，胃受肝火的干扰，其正常的受纳功能受到抑制，所以虽然有饥饿感却不想进食，即“饥而不欲食”。在生活中，当人们生气或情绪不佳时，常常会没有食欲，就是情志影响脾胃功能的体现。

如果患者体内本来就有蛔虫寄生，当脾胃功能因情志因素和肝火犯胃而失调时，蛔虫的生存环境发生改变，就会不安其位。进食后，胃肠蠕动增加，更容易刺激蛔虫扰动，导致蛔虫上窜，从而出现呕吐蛔虫的症状，即“食则吐蛔”。

在情志因素导致厥阴病发生发展的过程中，如果医生没有考虑到情志因素的影响，误将这种上热下寒或寒热错杂的病症当作实证进行攻下治疗，就会进一步损伤脾胃阳气。脾胃阳气受损，运化功能失常，就会导致腹泻不止，即“下之利不止”。

《伤寒论》第 337 条：“凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷者是也。”

一、 从阴阳气的功能分析

337 条的“厥”，本质是阴阳气的“温煦-濡养”“推动-平衡”功能失去协同（不相顺接）：要么阳气无力温煦推动，要么阴气无力濡养承载，最终导致手足末端失却阴阳气的共同滋养，表现为手足逆冷。

1. 阳气功能衰竭/不足，无法温煦与推动

若阳气虚弱（如寒邪伤阳、久病耗阳），其“温煦”功能减弱，无法到达手足末端，直接导致手足失温而冷；同时，阳气“推动”功能减退，无法带动阴气、气血运行至手足，即使阴气充足，也因输送受阻而无法发挥濡养作用，形成“阳不生阴、阴不行阳”的“不相顺接”，最终表现为手足逆冷。

2. 阴气功能失调（耗竭/壅滞），无法濡养与平衡

若阴气耗竭（如热盛伤津、失血过多），缺乏濡养基础，阳气失去承载而易于耗散，温煦功能随之衰退，形成“阴不载阳、阳随阴脱”的“不相顺接”（如热厥后期，阴竭致阳无所附）；若阴气壅滞（如痰浊、瘀血阻滞经络），虽阴气总量未减，但无法随阳气运行至手足，阳气空有温煦之力却无阴气配合，也会导致“阴阳气隔绝”，手足失养而冷（如痰厥、血厥）。

二、 从手足三阴经三阳经分析

337 条的“厥”，本质是手足三阴三阳在十指/趾的正常交接功能被破坏，阴阳气无法顺接温煦手足，最终表现为手足逆冷，而交接规律是理解“阴阳气不相顺接”的关键依据。

1.手足三阴三阳在十指/趾的生理机制

手部交接（对应手厥冷）：手三阴经（肺、心包、心）从胸走手，止于手五指末端；手三阳经（大肠、三焦、小肠）从手走头，起于手五指末端，二者在五指交接（如肺经止于拇指少商，大肠经起于拇指商阳）。

足部交接（对应足厥冷）：足三阳经（胃、胆、膀胱）从头走足，止于足五趾末端；足三阴经（脾、肝、肾）从足走腹，起于足五趾末端，二者在五趾交接（如胃经止于次趾厉兑，脾经起于大趾隐白）。

这是“阴阳气顺接”的生理基础，气需沿此通路有序流转，一旦阻滞则生厥。

2.“阴阳气不相顺接”的病理机制

“厥”的本质是上述手足十指/趾的阴阳经交接通路受阻，气无法从阴经顺畅转入阳经，或从阳经转入阴经，导致手足失于温煦而逆冷。

阳经气衰/阴经气盛，阻于交接处：若阳经（如手三阳、足三阳）阳气虚弱，或阴经（手三阴、足三阴）阴寒偏盛，气在十指/趾交接时“阳不接阴”或“阴壅遏阳”，如寒邪直中三阴，阴寒阻滞足三阴与足三阳在足趾的交接，先见足冷，再影响手部交接致手冷，形成“手足逆冷”。

气机郁滞/痰瘀阻络，断交接通路：若情志郁滞、痰浊、瘀血等阻滞手足十指/趾的经络交接点（如手部的少商、商阳，足部的厉兑、隐白），阴阳气无法贯通，也会引发厥逆，如“气厥”“痰厥”多与交接通路不畅相关。

第二节　厥阴寒热错杂证

第一百三十八条　厥阴寒热错杂证核心病机是肝失疏泄，气机逆乱，导致上热下寒，阴阳之气不相顺接，是厥阴病最典型、最核心的证型，对应 《易经》“未济卦” 所象征的阴阳离决、上下不通的状态。典型症状为消渴、气上撞心、心中疼热（上热），以及饥而不欲食、食则吐蛔、下之利不止（下寒）。代表方剂：乌梅丸。

《伤寒论》第 327 条：“厥阴中风，脉微浮为欲愈，不浮为未愈。”

太阳病有太阳中风，有太阳伤寒，此条厥阴中风，是不是还有厥阴伤寒？

《伤寒论》条款没有“厥阴伤寒”，厥阴病篇中“伤寒”，多指“病势途径”（太阳伤寒传变），而非“厥阴病性”。如 331、343 条，起点是“太阳伤寒”（寒邪初袭太阳），后续因失治、误治或素体阳虚，寒邪逐步内传至厥阴，属于“太阳伤寒传变至厥阴”的病势过程，其“伤寒”描述的是邪气的初始来路（途径），而非厥阴本身被“伤寒”的病性。

若“伤寒”是厥阴的专属病性，仲景理应明确标注“厥阴伤寒”以限定病性。但全书未出现此表述，说明厥阴病篇的“伤寒”，核心指向“太阳伤寒传变”的途径，而非厥阴自病的“伤寒”病性。

《伤寒论》中当病邪成为该经专属病性时，会加“某经”限定，如厥阴中风、太阳中风，这是“病势途径与病性”的不同表述方式。

327 条 “厥阴中风”，本质是厥阴肝木失于疏泄，阳气内郁或虚浮，引发的内生肝风，病位在里，肝风在厥阴系统内部萌动、发作，是机体内部失衡的表现，此风的阳性与厥阴阴寒本质并不矛盾。是厥阴系统自身失调后所表现出的“风火”之象。这个“风”是内风，是肝风；“中”可以理解为“中于内”、“发于内”。标志着病机偏于热化、动化，阳气尚有抗争之力，多有上热见证，脉见微浮则有欲愈之机。

三阴病有个规律，太阴脉阳微阴涩而长欲愈，少阴脉阳微阴浮为欲愈，厥阴脉由沉微变成微浮为欲愈。三阴病的阴寒证，在阴脉当中要是出现阳脉，提示邪退正复，病向愈。如果阴证还见阴脉（不浮），那就为未愈或病进。阴阳消长，进退之机，往往先反映于脉，脉象就是病势的一个重要指标。

《伤寒论》第 334 条:“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，其喉不痹。”

本条主要讲述厥阴病“阴退阳复”过程中，阳气恢复的“太过”导致的两种不同病理转归。

1. 共性前提：“先厥后发热，下利必自止”，阴退阳复的基础病机

“先厥”：厥阴病初期，阴寒之邪偏盛，阳气被阴寒郁遏，不能温煦四肢（“阳不外达”），故见“手足厥冷”；阴寒内盛，脾肾阳虚，运化、固摄失司，水湿下注肠道，故伴“下利”，此为“阴盛阳衰”的初始病理状态。

“后发热，下利必自止”：若病情向愈，体内阳气逐渐恢复（“阴退阳复”），阳气能温煦四肢则“厥止而发热”（此处“发热”非外感实热，而是阳气复振的生理反应）；同时，复振的阳气可温运脾土、固摄肠道，阴寒内盛导致的“下利”失去病理基础，故“下利必自止”。

2.阳复“太过”（喉痹）：“反汗出，咽中痛者，其喉为痹”

若阳气恢复“太过”（阳复有余），多余阳气化而为热，形成“虚阳亢盛”的内热证。内热蒸腾津液，逼迫津液外泄，故“反汗出”（“反”指超出“阳复止利”的正常范畴，出现异常汗出）；内热上灼咽喉，导致咽喉脉络气血壅滞、黏膜肿痛，故“咽中痛”，严重时可发展为“喉痹”（咽喉肿痛闭塞，吞咽、呼吸不利），此为“阳复太过，内热上炎”的病理表现。

3.阳复适度，病势向愈

“发热无汗，而利必自止”：既没有向外迫汗，也没有向内下迫，因此“无汗”且“利止”，这是最理想的自愈转归。

4.阳复“太过”（便脓血）：“若不止，必便脓血，其喉不痹”

阳气复振后可正常向上向外透发，若阳气太过，则热邪上炎咽喉，形成“喉痹”；若中焦有寒湿阻滞，阳气向上向外的路径被阻断，只能下趋肠道。一方面，阳气郁滞肠道会灼伤肠道脉络（非实热燔灼，而是“郁阳伤络”），导致血溢脉外，与粪便混杂形成“便脓血”；另一方面，中焦寒湿未除，肠道运化失司的根本病机未改，故“下利不止”。

此处“便脓血”虽看似“热利”（如痢疾脓血），但病性实为“假热真寒”，其根本原因是中焦寒湿阻滞阳气，若为实热证，必伴口渴、舌红苔黄、脉数等热象，且多有“汗出、喉痹”等热邪上炎表现；而本条“便脓血”时明确“其喉不

痹”，病本在中焦寒湿。

启示治疗厥阴病的热利（如便脓血）时，绝不能单纯使用苦寒清热药（如黄芩、黄连），必须配伍温阳散寒、通达气机的药物（如干姜、附子、桂枝等），代表方如乌梅丸或麻黄升麻汤。其目的就是打通中焦的阻滞，给郁热以出路，同时顾护根本的阳气。

《伤寒论》第 332 条：“伤寒一二日至四五日厥者，必发热。前热者，后必厥，厥深者，热亦深，厥微者，热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤。”

345 条可直译为:“伤寒一二日发热，至四五日厥冷，前热后厥；厥深热亦深，厥微热亦微。似寒似热，阳证似阴，真热假寒，应取下法，若误用汗法，必口伤烂赤。”从病机角度来看， 345 条核心是热邪内陷、阳郁不达导致的“真热假寒”证。

1. 热邪内盛是根本：伤寒初期（一二日）发热，为热邪在表或初入里；至四五日转为厥冷，并非寒邪致病，而是里热过盛，壅遏气机、阻滞阳气布散，使阳气无法达于四肢末端，形成“热深厥亦深、热微厥亦微”的对应关系。内伏的热邪越炽盛，对阳气的郁遏就越严重，表现出来的四肢厥冷也就越厉害；反之，内热轻，厥冷也轻。

2. “似寒”是假象，“真热”是本质：患者虽有厥冷（似寒），但本质是里热炽盛（真热），属于“阳证似阴”的范畴。其厥冷并非阳气虚衰导致的寒厥，而是热邪内郁的“热厥”。既然病机是里热结实、邪热内伏，那么治疗原则就应该是 清泄里热，攻下积滞。“下之”是泛指治疗里热实证的方法，核心是“攻里”，代表方剂如承气汤之类，目的是打通被热邪壅堵的腑气，使内伏之热有出路。

3. 误用汗法的危害机理：汗法用于发散表邪，而此证热在里而非在表。若被外在的“厥冷”假象所迷惑，误认为是表寒或阳虚，错误地使用了辛温发汗法。一方面辛温药物会火上浇油，助长内热，耗伤津液，使里热更无出路、愈加密结；另一方面，汗出后热邪可能随虚热上蒸，内伏的热邪随之上攻，灼伤口腔咽喉的黏膜，导致“口伤烂赤”（口腔糜烂、生疮、红肿）。

《伤寒论》第 337 条：“伤寒病，厥五日，热亦五日，设六日当复厥，不厥者自愈。厥终不过五日，以热五日，故知自愈。”

字面解释：阴胜则厥，阳胜则热。先厥五日为阴胜，至六日阳复胜，热亦五日，后复厥者，阴复胜；若不厥为阳全胜，故自愈。

人体小宇宙，自然大宇宙，大宇宙影响小宇宙。气候节律 15 天为一节，5 天为一候， 5 天一个变化；“厥五日，热亦五日”，“五日”的本质是“趋势”与“节律”，它不是一个需要掐表计算的绝对时间。

判断是否为厥阴病，关键不在于它是否严格符合“厥五日，热五日”的模型，而在于其病机是否体现了 “阴阳的消长进退、厥热的交替胜复”这一动态过程。如果只是持续的、不加不减的厥冷，那是少阴病（心肾阳衰）；如果只是持续的、不加不减的发热，那是阳明病（里实热盛）；当病情呈现出“厥”与“热”的交替、反复、进退时，才是典型的厥阴病特征。

根据“厥”与“热”持续时间的长短关系，从而判断阴阳双方谁占优势。发热时日等于或多于厥冷时日，是阳复有力的佳兆；反之，则是阴盛阳衰的危象。336 条描述的是其中一种理想的、势均力敌而后向愈的节律。而 331、332、334 等条描述的都是这个动态过程中出现的各种变化（如阳复不及、阳复太过等）。“五日”是观察动态趋势的标尺，“厥热胜复”的动态过程本身，才是厥阴病的身份标识。

《伤寒论》第 338 条：“伤寒，脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此为藏厥，非蛔厥也。蛔厥者，其人当吐蛔。今病者静，而复时烦者，此为藏寒。蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利。”

本条讲述如何辨别藏厥与蛔厥，可从病性与症状分析：

1.病性

藏厥：是在伤寒病的过程中发展而来。脉微而厥提示阳气虚衰，到七八日出现肤冷，说明病情进一步加重，阳气极度虚衰不能温煦肌肤。“躁无暂安时”，表明阳气衰竭，阴寒内盛，阴阳即将离决，属于少阴病纯阴无阳、阳气衰竭的虚寒重证。病位主要涉及少阴肾，肾阳为一身阳气之根本，肾阳衰微则全身阳气不足。

蛔厥：由于肠道内有蛔虫，同时存在藏寒（肠道虚寒）的情况。蛔虫在肠道内，因肠道寒温不适而上窜入膈，导致气机逆乱，出现时烦时止的症状，属于厥

阴病寒热错杂、蛔虫扰动的虚实夹杂证。病位主要在厥阴肝，厥阴为阴尽阳生之脏，其生理特点是阴阳之气容易失调，寒热错杂。

2.症状

藏厥：“脉微而厥，至七八日肤冷”描述了藏厥的厥逆特点。脉微是阳气虚衰的表现，厥是指四肢厥冷，随着病情发展到七八日出现肤冷，说明厥冷的程度加重，不仅四肢，连肌肤都发冷，且这种厥冷是持续存在的，反映了阳气衰竭不能温煦肢体。“其人躁无暂安时”是藏厥的重要伴随症状。其人躁急，坐卧不安，躁扰不安且没有片刻安宁，是由于阳气虚衰，阴寒内盛，心神失养，阴阳即将离决所致。同时，结合少阴病的特点，还可能伴有神疲欲寐、下利清谷、小便清长等症状。

蛔厥：条文虽未直接描述蛔厥的厥逆情况，但从其病机和临床实际来看，蛔厥的厥冷多为阵发性。当蛔虫扰动，气机逆乱时可出现手足厥冷，而蛔虫安静时厥冷可缓解，厥冷程度相对藏厥较轻，一般仅表现为手足厥冷。“其人当吐蛔”是蛔厥的特征性症状，表明蛔虫上窜入胃，随胃气上逆而吐出。“病者静，而复时烦”是蛔厥的另一个重要症状，烦是由于蛔虫上入其膈，扰动气机所致，须臾复止说明蛔虫暂时安静，气机得以通畅。“得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出”进一步说明了蛔虫的活动与饮食有关，进食时蛔虫受到食物气味的刺激而活动加剧，导致再次出现心烦、呕吐等症状。

藏厥，病位在少阴肾，病性为少阴寒化证（纯阴无阳、阳气衰竭）。病机是少阴肾阳极度虚衰，不能温煦全身，导致阳气欲绝，属虚寒厥证，病情危重（阳气衰竭之厥）。

蛔厥，病位在厥阴肝，病性为厥阴寒热错杂证（蛔虫扰动、气机逆乱）。病机是蛔虫寄生肠道，因肠寒或胃热（饮食不节、寒热不适）刺激蛔虫上窜，阻塞胆道、扰动厥阴气机，属虚实夹杂厥证，病情多为急性发作（蛔虫致厥）。

综上，藏厥归属少阴病（纯阴无阳的危候），核心病机为真阳衰微，阴寒独盛。这是少阴病（心肾阳衰）发展到极致的表现。病机纯粹，只有寒，没有热。是全身性的、根本性的阳气大虚，已无抗争之力。是阴盛格阳、虚阳外越的危象。阳气即将离散，与少阴寒化证的“但欲寐”相比，病情更为深重。急当回阳救逆，非大剂四逆汤类方剂不可。预后不良，属死证。

蛔厥归属厥阴病（寒热错杂的证候），核心病机为上热（气机上冲、心烦、吐蛔）下寒（肠道虚寒，蛔虫不安而上窜），蛔虫内扰。这是厥阴病寒热错杂的典型体现。治宜清上温下，安蛔止痛，代表方剂乌梅丸。乌梅丸用黄连、黄柏清上热，用附子、干姜、桂枝温下寒，正是为厥阴病寒热错杂之蛔厥而设。证候复杂，但属于可治之证。

338 条“又主久利”指的是乌梅丸除了治疗蛔厥之外，还可以用于治疗久利。

久利的病机往往较为复杂，很多时候是由于脾胃虚寒，运化失常，同时又有郁热内生，形成寒热错杂的局面。而乌梅丸所治的蛔厥证本身就是寒热错杂之证，方中既有黄连、黄柏之苦寒清热，又有附子、干姜、桂枝之辛热散寒，这种寒热并用的配伍可以针对久利寒热错杂的病理状态进行调理，恢复脾胃的正常功能。

厥阴为肝木之脏，肝主疏泄，脾主运化。久利可能与肝失疏泄，横逆犯脾，导致脾失健运有关。乌梅丸以乌梅为君药，酸入肝，能收敛肝气，防止肝气过旺而乘脾；同时配伍人参、当归等补益气血之品，扶助正气，调和肝脾，使肝脾功能恢复协调，从而达到止泻的目的。

乌梅味酸，具有收敛固涩的作用，能够涩肠止泻。对于久利患者，肠道功能紊乱，久泻不止，乌梅的收敛作用可以减少肠道的蠕动，保护肠黏膜，从而缓解腹泻症状。

虽然久利不一定是由蛔虫引起，但肠道内的寄生虫或其他病原体的刺激也可能导致肠道功能失调而引起腹泻。乌梅丸中的药物组合可以调节肠道内的环境，抑制病原体的生长和活动，起到安蛔止痛的作用，进而改善久利的症状。

在临床中，很多慢性腹泻、溃疡性结肠炎等属于久利范畴的疾病，只要辨证为寒热错杂、肝脾不调之证，使用乌梅丸治疗往往能取得较好的疗效。这也从实践的角度证明了乌梅丸“又主久利”的正确性。

《伤寒论》第 341 条：“伤寒，发热四日，厥反三日，复热四日，厥少热多者，其病当愈。四日至七日，热不除者，必便脓血。

《伤寒论》第 342 条：“伤寒厥四日，热反三日，复厥五日，其病为进。寒多热少，阳气退，故为进也。”

这两条是讲厥阴病动态变化的转归，厥热相当为愈，厥大于热为病进，热大于厥为病退，若阳复太过，务必要警惕，最常见、最典型的严重后果之一，热邪

内迫，损伤肠络而导致 “便脓血”（参见《伤寒论》第 334 条）。

《伤寒论》第 357 条：“伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥逆，下部脉不至，咽喉不利，唾脓血，泄利不止者，为难治，麻黄升麻汤主之。”

伤寒六七天，风寒之邪入里化热，传阳明但未成腑实。医以下法，或剂量太过（大下），或患者素体阳虚，未下之前脉数而急（里热），下之后寸脉沉而迟，下部脉不至。

寸脉为阳在上，寸脉沉迟，说明阳热之邪遭到抑郁；脉沉不是寒，是阳气郁积的一个反映。大下之后，阴气受伤，同时上焦阳邪内郁，所以下部脉就不起，阴阳之气就不相顺接，导致手足厥逆。当然不要忘了，阳郁于内，不得外越，还有“无汗”这一典型症状。厥逆既有阳郁的问题，也有下后伤正的问题，阳郁之热在上，故脉沉而迟，咽喉不利而唾脓血；下面有寒，故下利不止。

上热下寒中气虚，治寒恐碍热，治热恐妨寒，补虚恐碍实，泻实恐碍虚，温其下恐助上热，清其上恐益中寒，所以张仲景说“难治”。

下寒上热，固为难温，里寒无汗，还宜解表，当于表里上下求其治法。“麻黄升麻汤主之”，即针对此复杂证候，应当以此方为主导进行治疗，以解表和里，清上温下，随证治之。

在传统的发汗解表方剂如麻黄汤中，麻黄用量相对较大。《伤寒论》中麻黄汤麻黄用三两（汉代度量衡），意在通过较大剂量的麻黄来开泄腠理、发汗散寒，以解除在表之风寒之邪。

而在麻黄升麻汤中，麻黄用量为二两半，相较于麻黄汤有所减少。这种剂量的调整使得麻黄发汗之力得到一定程度的削弱，不会像在麻黄汤中那样峻烈地发汗解表，而是更侧重于发挥其宣通阳气、发越郁阳的作用，避免过度发汗导致正气损伤，更适合用于本证虚实夹杂、阴阳错杂且不宜过汗的情况。

与升麻、当归配伍：升麻具有升阳举陷、清热解毒的作用，当归能养血活血。麻黄与升麻、当归相配，升麻助麻黄升发郁阳，使阳气能够宣通于上；当归养血，防止麻黄发散太过而伤血。三者配合，使得麻黄的作用方向更侧重于发越内郁之阳气，而非单纯的向外发汗解表。

与知母、黄芩、石膏配伍：知母、黄芩、石膏均为清热之品。方中存在上热之象，如咽喉不利、唾脓血等。麻黄与这些清热药配伍，一方面可以利用麻黄的

宣通之性，使郁热有外达之机；另一方面，清热药可以制约麻黄的温燥之性，避免麻黄发汗过程中加重上焦的热象，引导麻黄发挥发越郁阳而不助热的作用。

与天冬、葳蕤（玉竹）、芍药、白术、干姜等配伍：天冬、葳蕤（玉竹）滋阴润燥，芍药养血敛阴，白术健脾燥湿，干姜温脾散寒。这些药物针对患者下寒之象以及泄利不止等症状。麻黄与它们配伍，在发越郁阳的同时，能够调整体内阴阳平衡，防止麻黄发散伤正，使麻黄的作用更加和缓、精准地作用于内郁之阳气，而不是单纯用于解表。

麻黄升麻汤的用药，是一场极其精妙的“团队协作”。麻黄、桂枝是这个团队中的“先锋”，它们的任务是轻灵地、有节制地冲破郁闭，宣通阳气的道路。石膏、知母、黄芩 是 “主力部队”，负责清除上部的热邪。葳蕤（玉竹）、天冬、当归、芍药 是 “后勤补给”，负责滋养被耗伤的阴血。白术、干姜、茯苓、甘草是 “守城军”，牢牢固守中焦脾胃，防止后方失守。在这样的团队中，“先锋”麻黄的行为受到严格约束和明确指引，绝不可能像在麻黄汤中那样单兵突进而致大汗淋漓。

《伤寒论》第 359 条：“伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下，若食入口即吐，干姜黄芩黄连人参汤主之。”

病者素体脾胃虚寒，中焦运化无力，脾气不升可出现下利之症，而脾胃虚寒，胃气易上逆而吐。这种情况下人体正气本就不足，且内有虚寒之象。医者没有准确判断患者本就虚寒的体质和病情，外感伤寒，错误地使用了吐法和下法。

吐法和下法都是祛邪之法，对于实证、热证等较为合适，但对于本就脾胃虚寒之人，使用吐下之法会进一步损伤人体正气，尤其是脾胃之气。导致原本的虚寒之象加重，出现寒格的病理状态，即上热与下寒相互格拒，从而出现更严重的呕吐和下利症状。

“寒格”的根本病机是下焦（或中焦）有严重的虚寒。这个“寒”是矛盾的主要方面，是疾病的本质。由于下焦阴寒太盛，会将人体的阳气格拒于上，导致上热的假象。这个“热”是次要的、被动的结果。食物属阴，需要阳气（胃阳）的温煦和运化才能受纳。当胃气被下焦之寒所格拒，无法履行其“受纳”之职时，它对任何进来的东西（包括食物和药物）都会产生一种 “拒而不纳” 的本能反

应，从而导致“食入口即吐”。这是胃气衰败、功能丧失的严重表现，其根源在于 “寒”。

所以，“食入口即吐”是寒格而非热格，是寒格病机发展到严重阶段的表现。寒邪壅盛于下，格拒甚紧，阴阳升降的道路即将闭塞；胃气濒临衰败，无法纳食；病势危急，再不交通阴阳，则可能阴阳离决。

若为热格，则胃热或胆热上冲，其呕吐往往伴有口渴、心烦、舌红、苔黄 等明显热象，且呕吐物多酸腐热臭。一个纯粹的热格证，是不会伴有长期虚寒下利的。下利清谷与食入口即吐并见，本身就是寒热错杂、寒重格阳的铁证。

从方剂配伍反推：治疗用“干姜黄芩黄连人参汤”，方中以干姜温下寒（针对“本自寒下”的根本），黄芩、黄连清上热（针对被格拒的上热），人参补脾胃之虚。若为“热格”，则无需用干姜温下；正因其是“寒格”，才需“温下清上、调和寒热”，进一步印证“食入口即吐”是寒格证的重症表现，而非热格。这正是张仲景启用干姜黄芩黄连人参汤这种寒热并用的急救方剂的原因，用干姜破下寒，用芩连折上逆，用人参补中气，奋力一搏，以 “砸开”寒热的格拒，恢复中焦的升降。

还需关注的是：患者本身脾胃虚寒，胃气上逆可能出现呕吐症状。医者可能仅仅看到呕吐这一表象，而没有深入分析其本质是由于脾胃虚寒导致的胃气上逆，错误地认为是病邪在上，需要通过吐法来排出病邪。比如在一些实证中，病邪停留在上焦，如误食不洁食物等，可能会出现呕吐，此时使用吐法可以排出病邪。但此患者是虚寒之体，并非实证，医者没有准确辨证，从而误用了吐法。患者可能同时存在一些类似实证的表现，如胃脘部胀满等。医者没有考虑到这可能是脾胃虚寒、运化无力导致的虚胀，而误以为是实邪阻滞在上焦，所以采用了吐法。

本条的核心，提示医者在遇到一些复杂的症状时，在没有对患者的整体情况进行全面、准确判断的情况下，在没有明辨寒热虚实的情况下，贸然使用吐法和下法，会导致病情加重，甚至发展为危重病证，需慎之以慎。

《伤寒论》第 376 条：“呕家有痈脓者，不可治呕，脓尽自愈。”

六经均有“呕”。太阳呕，多因表邪内迫胃气，如桂枝汤证之“鼻鸣干呕”，病在表；少阳呕，“心烦喜呕”，因少阳枢机不利，胆热犯胃，病在半表半里；阳

明呕，多为腑实浊气上逆，或胃热炽盛，伴大热、大渴，病在里实热；太阴呕，“腹满而吐”，因脾虚寒湿内停，胃气不降，病在里虚寒；少阴呕，多为阴寒内盛，格阳于上（阴盛格阳）所致，属危重虚寒；厥阴呕：病机最为复杂，常是“肝木横逆，乘犯胃土”的结果。肝主疏泄，性喜条达。厥阴病时，肝的疏泄功能严重失常，或郁而化火，或寒热夹杂，导致胃气上逆而呕。此呕常与“厥”（手足逆冷）、“利”（下利）并见，形成“呕、利、厥”三大主症，是厥阴病寒热错杂的典型表现。

“呕家”，是指经常、反复、或已成宿疾的呕吐患者。理解此条的关键在于“呕家”为何归入厥阴。

1、“呕家”二字，是理解本条的第一把钥匙

病程日久：它意味着呕吐不是新感外邪引发的一过性症状（如太阳伤寒之呕逆，少阳之喜呕），而是长期、反复发作的慢性状态。

正气已伤：反复呕吐，必然耗伤胃气、损耗津液。这种正虚的背景，正是疾病深入三阴（尤其是厥阴）的体质基础。厥阴病，常是久病、或大病后期，正气已虚，阴阳失调的阶段。

病机复杂：“家”字暗示，此呕有其“宿根”或“病巢”。这个“根”或“巢”，在本条特指“痈脓”（体内某处的化脓性病灶，如肺痈、胃脘痈、肠痈等）。

因此，“呕家”在此代表的，正是一个正气已虚，体内存在深部、陈旧性病理产物（痈脓）的复杂病体。这与厥阴病“寒热错杂，虚实相因”的复杂病机特征高度吻合。

2、将“痈脓”与厥阴病联系起来，是理解本条归属的第二把钥匙

病位深伏：痈脓是气血腐败之物，形成于体内深处，非在表浅。这与厥阴病“病位深在，涉及阴阳气血的根本”相符。

寒热错杂：痈脓的形成，本身就是一个“郁热”过程——气血壅滞，郁而化热，热盛肉腐成脓。但在“呕家”这个正气已虚的体质下，这种热是“局部之实热”与“整体之虚寒（或虚）”并存的。这正是厥阴病“上热下寒”、“寒热错杂”的典型表现（如338条乌梅丸证的“消渴，气上撞心，心中疼热”是上热；“饥而不欲食，食则吐蛔”是中下寒）。

枢机不利：厥阴肝主疏泄，调畅气机。若疏泄失常，气滞血瘀，久而可化热成脓。同时，呕吐本身也是胃气上逆、气机严重逆乱的表现。这种 “气、血、热、毒”郁闭于内，气机升降乖戾 的状态，正是厥阴为病、阴阳之气不相顺接的一种高级形式。

“呕家有痈脓”这一病状，完美地诠释了厥阴病 “正气已虚、病邪深伏、寒热错杂、气机逆乱” 的四大特征。因此，它自然属于厥阴篇的讨论范畴。

3、“不可治呕，脓尽自愈”这八个字，是本条的灵魂，也是仲景置于厥阴篇所要传达的最高临床智慧

“呕”的本质是“排邪”：在此特定情境下，呕吐不是需要镇压的“主病”，而是身体为了排出深伏体内的痈脓邪毒，所启动的一种 “自我疗能” 和 “给邪出路” 的生理代偿机制。此时的呕，是 “因痈而呕” ，是机体的正气（尽管已虚）在奋力驱邪外出的表现。

“治呕”等于“闭门留寇”：如果医者见呕止呕，用温胃、降逆、镇吐的药物强行压制，就等于关闭了邪气外排的唯一通道。痈脓毒邪不得出，必然内陷更深，郁闭更重，从而导致病情急剧恶化，变生他证，甚至危及生命。这违反了 “治病求本” 和 “因势利导” 的根本原则。

“脓尽自愈”的深远寓意：这句话指明了正确的治疗方向——帮助机体排脓。脓邪排出，病因既除，则呕自然停止。这教导医者，面对复杂宿疾（如厥阴病），治疗的目标不是对抗症状，而是 “疏通渠道，助正达邪” 。具体方法，可能是活血排脓、清热透毒等，根据痈脓所在部位而定（如肺痈用桔梗汤、千金苇茎汤；肠痈用大黄牡丹汤等）。

面对复杂、迁延的病症（厥阴病特点），不能只盯着表面的、剧烈的症状（如剧烈呕吐）。必须穿透表象，探寻深层的、根本的病因（寻找“痈脓”何在）。这个“痈脓”可以引申为一切深伏的、陈旧的、胶结的病理产物（如久瘀、痰核、积滞、郁热）。治疗的核心是“通”和“导”，即为这些病理产物 “开出路” ，而不是简单地“镇压”机体因排邪而产生的反应（如呕、利、痛）

376 条列入厥阴篇，是因为它用“呕家有痈脓”这个典型案例，深刻揭示了厥阴病的复杂本质，并宣示了处理此类疾病的黄金法则：当机体表现出某种剧烈的排出性症状时，医者需首先辨明，这是“正气驱邪”的佳兆，还是“胃气败绝”

的危象。若是前者，则必须“顺其势，助其力”，万不可“逆其性，闭其路”。 这不仅是治呕的法则，更是处理一切厥阴病乃至所有复杂内科杂症的核心心法。

第一百三十九条 厥阴下利，是指在厥阴病“阴阳气不相顺接”的总体病机下，因寒热错杂、阴阳格拒，导致以“下利”为突出表现，且必兼见“上热”或“厥逆”等特征性症状的一种复杂性、危重性下利。厥阴下利的本质，是身体在生命的最后防线（厥阴）上，出现的阴阳离乱、寒热分驰的崩溃状态。 其下利，是这种崩溃在消化道上的具体体现。因此，识别厥阴下利，就是识别这种极端复杂和危殆的病势。

三阴下利的区别：

1.病因病机

厥阴下利：病邪深入厥阴，导致阴阳之气不相顺接，气机紊乱，形成上热下寒、寒热错杂的局面，影响肠道的正常传导功能而致下利。也可因肝失疏泄，横逆犯脾，导致脾失健运而出现下利。

少阴下利：主要是由于心肾阳气虚衰，阴寒内盛，火不暖土，脾失温煦，运化失常，水谷不别而下趋大肠形成下利。此外，少阴热化证，阴虚阳亢，热迫大肠也可导致下利，但相对较少见。

太阴下利：多因寒湿之邪侵犯太阴脾经，或内伤生冷，中阳被困，脾失运化，寒湿内生，水湿下注大肠，从而引起下利。其本质是中焦脾胃虚寒，运化功能失职。

2.临床表现

厥阴下利：症状较为复杂多样，下利特点可表现为时作时止，或下利清谷与便脓血交替出现。常伴有手足厥冷，但与少阴下利的厥冷不同，厥阴下利的厥冷可随病情变化而时发时止。还可见到上热的症状，如心烦、口渴、呕吐、咽痛等，以及下寒的表现，如腹痛、喜温喜按等。

少阴下利：虚寒证下利的特点是下利清谷，即大便中夹杂未消化的食物，质地清稀。伴有明显的阳虚症状，如四肢厥冷、精神萎靡、恶寒蜷卧、脉微细等。若为少阴热化证下利，则可见下利黏腻不爽、心烦不得眠、口燥咽干等症状。

太阴下利：下利一般为大便稀溏，次数增多，但不像少阴下利那样清稀如水、完谷不化，也不像厥阴下利那样复杂多变。常伴有腹胀满、腹痛，疼痛性质多为

隐痛，喜温喜按，食欲不振，口淡不渴等中焦虚寒的症状。

3.治疗原则

厥阴下利：针对寒热错杂的病机，治疗以调和寒热、扶正祛邪为主。如对于上热下寒证，常用乌梅丸，方中既有黄连、黄柏清热，又有附子、干姜、细辛等温里散寒，还有乌梅、当归等扶正敛阴。

少阴下利：虚寒证以回阳救逆为主要原则，代表方剂为四逆汤，通过附子、干姜等药物温补阳气，驱散阴寒。若为少阴热化证，则以滋阴清热为法，如用猪苓汤等。

太阴下利：治疗以温中散寒、健脾燥湿为主。常用方剂为理中汤，方中人参、白术、干姜、炙甘草可温补脾胃阳气，祛除寒湿之邪，恢复脾胃的运化功能。

第一百四十条 厥阴下利中“阳复”的三种状态（阳复不及、阳复适中、阳复太过），在脉象、寒热、汗、渴、喘及下利本身特点综合鉴别。

1. 阳复不及（阳气恢复不足，阴寒仍盛）

脉象：脉沉迟、微弱或细涩，提示阳气未复，无力鼓动血脉。

寒热：以寒象为主，表现为手足厥冷、畏寒怕冷、腹部冷痛，无热象或偶有轻微低热但转瞬即无。

汗：无汗，因阳气不足，不能蒸腾津液达于体表。

渴：不渴，或仅喜热饮（量少），因阴寒内盛，津液未伤且无热灼津。

喘：多无喘，若有则为“虚寒喘”，伴气短、乏力、动则加重，因阳气虚不能纳气归元。

下利特点：下利清稀、完谷不化（食物不消化），无臭味，伴腹痛喜温喜按，提示阴寒未去，阳气无力固摄肠道。

2. 阳复适中（阳气恢复适度，阴寒渐退，病情向愈）

脉象：脉由沉迟转为和缓有力（如缓脉、微数但不躁），提示阳气渐复，气机调畅。

寒热：手足厥冷逐渐缓解（由冷转温），畏寒减轻，无明显热象，全身畏寒感消失，自觉舒适。

汗：无汗或偶有微汗（非大汗），且微汗后无不适，提示津液随阳气恢复而正常布散，无耗伤。

渴：无明显口渴，或仅轻微口干（饮水后即缓解），因津液未伤，无热邪灼津。

喘：无喘，呼吸平稳，提示肺肾之气调和（阳气复则肺能宣降、肾能纳气）。

下利特点：下利次数逐渐减少，粪便由清稀转为成形，无臭味，腹痛、畏寒等伴随症状逐渐消失。

3. 阳复太过（阳气恢复过亢，转为热邪，病情加重或变证）

脉象：脉由沉迟转为数、洪、滑等热象脉，如脉数有力、脉滑而躁，提示热邪内盛。

寒热：手足厥冷消失，转为手足心热、烦躁、身热（可伴发热、面红），或有里热蒸腾的灼热感。

汗：多汗（尤其是手足汗、全身自汗），或汗出黏腻，因热邪蒸腾津液外泄。

渴：口渴明显，喜冷饮（饮水量多），因热邪伤津，需冷饮清热生津。

喘：若有喘，多为“热喘”，伴呼吸急促、胸满、咳黄痰（或无痰但喘促），因热邪壅滞肺脏，肺失宣降。

下利特点：下利次数增多，粪便黏稠、色黄、有臭味（如臭秽如败卵），或伴里急后重、肛门灼热，提示热邪迫肠，灼伤肠道脉络（严重时可伴便血）。

《伤寒论》第 360 条：“下利，有微热而渴，脉弱者，今自愈。”

此条核心病机是“邪去正复”。寒邪消退，阳气与津液渐复，正邪斗争减弱，机体生理功能逐步恢复，故判断“今自愈”。

“有微热”是病邪渐退关键信号。此处的“微热”非邪热亢盛之热，而是相对于下利（多为寒邪或湿邪致病）而言，提示体内寒邪（或湿邪）已逐渐消散，阳气开始温和宣发，而非邪气复燃的高热，是邪退的标志。

下利易损伤津液，“渴”提示津液在阳气渐复的基础上，开始启动自我濡养的需求，且阳气能推动津液输布以回应“渴”的生理需求，并非津液枯竭的“大渴引饮”，是正气恢复、津液欲复的初期表现。

“脉弱”非正气衰竭之“微弱欲绝”，而是相对于病邪亢盛时的“紧脉”“弦脉”等实脉而言，提示邪气已衰，正邪交争趋于缓和，机体无需调动强烈气血抗邪，脉象随之由实转弱，是正气虽未完全强盛但已能控制病势的状态。

《伤寒论》第 361 条：“下利，脉数，有微热汗出，今自愈。设复紧，为未

解。”

360 条与 361 条自愈病机的共性均为“邪去正复”。两条原文中，无论 360 条“脉弱、微热而渴”，还是 361 条“脉数、微热汗出”，本质都是机体正气（阳气）逐渐恢复，能主动驱邪外出——寒邪被正气驱散，肠道功能随正气恢复而趋于正常，故下利有自愈可能，这是两条条文自愈转归的共同病机基础。

361 条的特殊病机，暗藏“阳复过度”与“寒邪复聚”两大变数。“脉数、微热汗出”为自愈信号，但需警惕“过犹不及”。若正气恢复过旺（阳复太过），会从“驱邪之正”转为“伤津之热”。具体表现为脉象从“和缓之数”变为“数而有力”（热邪亢盛的指征），汗出从“微微汗出”（邪随汗解）变为“汗出不止”（热迫津液外泄），此时病机已从“正复驱邪”转为“热邪内生”，可能引发新的变证（如热伤肠道、津液耗损）。

条文“设复紧，为未解”的关键病机，是正气未能彻底清除寒邪，或外界寒邪再次侵袭，导致体内寒邪重新占据主导。紧脉主寒、主邪实，脉象由“数”（正复）转回“紧”（寒盛），说明寒邪卷土重来，再次困遏肠道，肠道传导功能仍受影响，故下利未解，病情迁延。

“设复紧，为未解”这句话，是在告诫医者：不要因为见到一时的“脉数、汗出”就放松警惕。必须动态观察，如果脉象再度由数转紧，说明病根未除，阴阳之争仍在继续，病情并未真正向愈，绝不可贸然断为“自愈”。

《伤寒论》第 362 条：“下利，手足厥冷，无脉者，灸之不温，若脉不还，反微喘者，死。少阴负跌阳者，为顺也。”

此条原文，是对阳气衰竭危重证候的预后判断，核心围绕“阳气是否能复”展开。

“下利、手足厥冷、无脉”是初始危重状态，是阳气衰竭的典型表现，为病情基础。

下利：阴寒内盛、阳气虚衰到极致，无法固摄肠道，导致虚寒性泄泻，且会持续耗伤仅剩的阳气（“阳随利脱”），形成恶性循环。

手足厥冷：手足为四肢末端，是阳气布散的“末梢”。阳气极度衰竭时，无力温煦四肢，冷感常过肘膝（非轻症的局部发凉），提示阳气已难以达于外。

无脉：脉搏是阳气鼓动气血运行的外在体现。无脉（或脉微欲绝）说明阳气

衰竭至极，无力推动血液运行，脉道失于充盈，是全身气血运行近乎停滞的征象。

“灸之不温、脉不还、反微喘”是治疗反应与预后。

艾灸在中医中是温通阳气、散寒救逆的急救手段，此处用艾灸的目的是“回阳救逆”，通过温热刺激激发残存阳气。

灸之不温：艾灸后仍无任何温热感（尤其是手足、腹部），说明体内阳气已衰竭到“无阳可复”的程度，温热刺激无法被机体吸收以恢复阳气温煦功能，是阳气将绝的信号。

脉不还：艾灸后脉搏仍未恢复（依旧无脉或脉微欲绝），进一步印证阳气无力鼓动气血运行，脉道始终无法充盈，全身循环功能难以恢复，是生命机能持续衰竭的表现。

反微喘：在“不温、脉不还”的基础上，反而出现轻微喘息，此为“虚阳外越”的危重表现。体内仅剩的极虚阳气，无法固守于内，反而向上向外浮越，扰动肺气导致微喘，提示阳气即将彻底耗竭，生命垂危，故为死证。

“少阴负跌阳者，为顺也”，意思是如果在病情危重的时候，手部已经没有脉搏，那么就需要通过足部的太溪穴（足内踝后跟骨陷中动脉）来诊断少阴脉以观察肾气，以及通过冲阳穴（足大趾次趾间上行五寸）来诊断跌阳脉以观察胃气。如果此时跌阳脉较弱，而少阴脉较强，这表明身体的生机和胃气仍然存在，是一个好的征兆。

少阴脉是指足少阴肾经的太溪脉属肾，为先天之本。跌阳脉是指足阳明胃经的冲阳脉属胃，为后天之本。根据五行理论，胃属土，肾属水，正常生理状态下“土克水”。跌阳脉（胃土）强于少阴脉（肾水），符合“土能制水”的规律，提示胃气旺盛，气血生化有源，故为“顺”；负为胜负之负，小于之意，即太溪脉的搏动力度弱于冲阳脉。少阴水小于跌阳土，则土能制水，为顺。跌阳土小于少阴水，则土不制水，为逆。

“少阴” 代表肾中真阳，是生命的根本；“跌阳” 代表胃气，是后天之气的源泉。在阴寒下利中，肾阳衰微（少阴负）是病之常情，但若胃气尚存（跌阳胜），则意味着生化之源未绝，还有挽回的余地。这正是 “有胃气则生，无胃气则死” 这一根本原则在少阴、厥阴危证中的具体应用。

在少阴、厥阴死生关头，“少阴负趺阳者为顺”，就是在说，即使先天之本（肾）已经动摇，但只要后天之本（胃）尚存一线生机，这场仗就还有得打，故为“顺”。如果趺阳脉也绝了，那就是先后天俱绝，回天乏术了。

“少阴负趺阳者，为顺也”，是一句脉象判断语，意思是当少阴脉弱于趺阳脉，则表明胃气未绝，病情较易恢复，属于顺证，病情有向愈的趋势。 即使今天只诊寸口，一个高明的医生也会在寸口脉上细细体会“胃气”的存在与否，即脉是否从容和缓、有根有神。它告诉我们，面对一个脉微欲绝的病人，除了考虑回阳救逆，更要思考胃气还在吗？

这正是训练我们这种思维的法宝，尽管现代脉诊多只诊寸口，但传承中医更要理解古人的辨证思路，正如陈修园（清代著名医家）总结的“保胃气、存津液”核心理念。即使先天之根（肾）已摇摇欲坠，但只要后天之基（胃）尚存一息，生命就仍有挽回的可能。此条的经典价值，不仅在于告诉我们“用什么方”，更在于教会我们“如何思考”。

《伤寒论》363 条：“下利，寸脉反浮数，尺中自涩者，必清脓血。”

本条核心病机为“阳复太过”，表现为“下利→脉变→清脓血”的病理过程。前期阴寒下利→阳气恢复过亢生热→热伤肠络、气血瘀滞→最终出现脓血便，与脉象表现高度契合。

伤寒病中，“下利”常为阴寒内盛（如脾肾阳虚、寒湿下注）的表现，此时阳气本处亏虚或被阴寒抑制，脉象多为沉迟、微弱（符合“阴盛则寒”的病机）。此阶段为“阳复”的起点，若机体阳气逐渐恢复，本可温化寒湿、止利；但若恢复失度，即“阳复太过”，则阳气由“不足”转为“过亢”，进而化热内生。

脉象是判断病机的关键，“寸脉反浮数，尺中自涩”的“反”字，强调脉象与常规下利（如寒利多脉沉迟）的差异，精准对应血分热盛的病理。

寸脉浮数：寸脉对应上焦（心肺），浮脉主表或热邪亢盛而向外浮越，数脉主热。此处“浮数”并非表热，而是肠道内蕴的热邪炽盛，向上蒸腾、外达，反映全身热势亢盛，为“热邪内盛”的明证。

尺中自涩：尺脉对应下焦（肾、肠道、膀胱），涩脉主气血瘀滞、血行不畅。肠道脉络被热邪灼伤后，血液溢出脉外形成瘀血，或热邪阻滞气血运行，导致下焦肠道气血壅滞，故尺脉呈涩象，为“血络受损、瘀血内阻”的表现。

过亢的阳气转化为实热，燔灼下焦肠道血络，导致血液溢出脉外；热邪壅滞肠道气机，使气血运行不畅，溢出的血液与肠道糟粕、湿热混杂，形成脓血，随下利排出，即“必清脓血”。

综上，本条通过“下利”的症状与“寸浮数、尺涩”的脉象，明确热邪内蕴下焦肠道、灼伤血络的病机，故预判其必然发展为“清脓血”的血痢证，为后续清热凉血、活血止痢的治疗提供了辨证依据。

《伤寒论》第 365 条：“下利，脉沉弦者，下重也；脉大者为未止；脉微弱数者，为欲自止，虽发热，不死。”

此条通过脉象判断下利（腹泻）预后，核心逻辑是通过脉象反映体内正气与病邪的盛衰关系。

1. 脉沉弦者，提示“下重”（里急后重）

脉象含义：“沉脉”主病在里，说明邪气深入肠道；“弦”为肝脉，肝的疏泄不利，主气滞、痛证，提示肠道气机阻滞。

预后关联：此脉仅反映当下肠道有邪滞、气机不畅的病机，未直接提示预后好坏，主要用于判断症状（下重）的成因，需结合后续病情变化进一步观察。

由于肝的疏泄不利，湿邪代谢不出去，化热而致厥阴湿热下利。热性急，大便就憋不住；湿性缓，气机不达，排泄不利，于是“下重”（里急后重，憋得难受，靠着肛门上面那一块特别不舒服）。

2. 脉大者，提示“下利未止”

脉象含义：“大脉”在此处多为邪热亢盛或邪气仍强的表现，提示肠道内病邪（如湿热、积滞）尚未衰减，正气与邪气相争仍激烈。

预后关联：因邪气未退，肠道传导功能仍失常，故判断下利仍会持续，预后偏向“病情未稳定”，需继续治疗以祛邪。

3. 脉微弱数者，提示“下利欲自止，虽发热不死”

脉象含义：“微弱脉”主正气渐复但尚虚弱，“数脉”在此非实热，多为正气恢复过程中的轻微反应（或余热渐清的表现）；整体提示邪热已衰，正气虽弱但已能控制病邪。

预后关联：即使仍有发热，因邪势已退，肠道功能将逐渐恢复，故判断下利即将停止，预后良好，无生命危险（“不死”）。

4. 脉滑数且大热不止者，提示“死”

脉象含义：“滑脉”主痰饮、食积、实热，“数脉”主热证，二者结合提示体内本有实热邪气亢盛（如肠道湿热、积滞化热等）。提示肠道内实热炽盛，热邪迫肠致下利。

预后关联：下利本身会耗伤人体津液、气血（正气），而“热不止”会进一步加速正气耗竭，热邪持续灼伤津液（致津亏）、耗伤气血。此时肠道传导功能已严重失常（下利不止），邪热持续伤正，正气却无力托邪或抗邪，形成“邪盛正竭”的局面，病情已至危重，故 从传统中医预后判断角度，多认为其预后极差，属死证范畴。

此脉象，是洞察体内“正邪战争”态势最直接的仪表盘。脉沉弦，报告了战场的位置（在里）和困境（气机阻滞）；脉大，报告了敌我双方仍在激烈交火，胜负未分；脉微弱数；报告了敌人（邪气）已经溃退，我军（正气）虽疲惫但已取得战略优势，胜利在望；脉滑数伴大热，报告了敌人异常强大且顽固（痰热胶结），而我军的后勤补给（阴液）已被彻底切断，全军覆没的危机就在眼前。

《伤寒论》第 367 条：“下利，脉数而渴者，今自愈；设不差，必清脓血，以有热故也。”

367 条可以结合 363 条来理解。367 条与 363 条均为“阳复太过致脓血便”，二者本质是“阳复后热邪侵犯气分/血分的不同阶段与病理产物”。

367 条是“热腐津伤”型脓血便，其核心矛盾是热邪亢盛，耗伤津液，腐化成脓。核心病机，“热先伤津，再腐血”。

脉数，提示体内有热（热邪鼓动气血，脉搏加快），且热邪最初偏于气分（气分热盛的典型脉象）；渴，是气分热盛的直接表现。热邪消耗了身体正常的津液（气分津液），导致津液不足，出现口渴。

此时若热邪能自行消退（“今自愈”），则无后续问题；若热邪持续亢盛（“设不差”），气分津液持续耗伤，身体失去濡润和“制约热邪”的基础，热邪更易深入；亢盛的热邪突破气分，进一步灼伤、腐败血分（肠道脉络属于血分范畴），导致肠道脉络受损、血肉腐败，最终形成脓血便。

整个过程是“由气及血、先津后血”。热邪先在气分层面活动，以“耗津”为主要中间环节，当津液耗竭、热邪无制时，才进一步损伤血分，导致脓血。因

此，病程中会先有“口渴、脉数”等气分热津伤表现，后才出现脓血。这种“腐血”是建立在“津伤”基础上的。因津液耗伤，血行失去濡润，更易被热邪灼伤、腐败。

363 条是“热瘀互结”型脓血便，其核心矛盾是热邪导致的血络损伤与血液瘀滞。核心病机，热邪直入血分，灼伤脉络 + 瘀血内阻。

寸脉浮数：寸脉对应上焦（心肺），浮数提示热邪存在（数为热），且热邪偏于向上、向外（浮脉特点），但结合“下利”（下焦肠道病变），说明此热是“内伏血分”却有外浮之势，属于“热邪在血分”的特殊脉象。尺中涩：尺脉对应下焦（肾、肠道），涩脉主“瘀血”（血行不畅、有瘀堵），提示下焦肠道的血分已出现瘀滞。这是区别于 367 条的核心脉象。

整个过程是“直入血分、以瘀为核心”。热邪不经过气分耗津的环节，直接作用于血分，先灼伤脉络导致出血倾向，出血后血行不畅又形成瘀血，瘀血再与热邪结合，加重对脉络的损伤，最终导致脓血（瘀久化热、热迫血瘀，脓血难止）。因此，病程中可能无明显口渴，却更早出现脓血倾向。条文未提口渴，无“津液耗伤”的明确信号，重点是“热灼脉络”与“瘀血堵塞”的双重问题。两者互为因果，使脓血更易形成且难愈。

367 条与 361 条均厥阴下利，阳复太过且“必清脓血”，但张仲景通过不同的脉证组合，为我们揭示了同一种结果背后的两条不同病机路径，从而为“同病异治”提供了精密的依据。

367 条治疗原则：清热解毒 + 滋阴生津（如用天花粉、麦冬、生地等）。

清热解毒，针对持续亢盛的热邪，清除导致“腐血”的根源；滋阴生津，针对核心的“津液耗伤”，补充已耗的津液，既能缓解口渴，又能通过“濡润血行”减少热邪对血分的进一步损伤，避免脓血加重。

363 条治疗原则：清热 + 凉血活血化瘀（如用赤芍、丹皮、桃仁等）。

清热，针对血分的热邪，清除灼伤脉络的根源；凉血活血化瘀，针对核心的“瘀血内阻”。“凉血”可防止热邪进一步灼伤血分，“活血化瘀”可疏通已形成的瘀血，打破“热→瘀→热”的恶性循环，从根本上减少脓血的产生。

《伤寒论》第 368 条：“下利后脉绝，手足厥冷，晬(zuì)时脉还，手足温者，生，脉不还者，死。”

长期或剧烈下利（如寒利、热利伤阴等）导致阳气衰竭、阴液耗竭。阳气无法温煦四肢，故手足厥冷；阳气无力推动血液运行，阴液亏虚无以上承濡养脉道，故脉搏断绝（脉绝），属于“阳亡阴竭”的危重状态。

若患者体内尚存“一线残阳”，或通过自身调节（如阳气暂时来复），使微弱阳气逐渐恢复温煦、推动功能，故手足转温（阳气及于四肢），脉搏随之逐渐出现，提示阳气开始来复，阳气温煦功能恢复，内外阳气相通，故“生”。

若阳气彻底衰竭，阴液耗竭殆尽，无复生之力，即使手足可能短暂有温（或无温），脉搏始终无法恢复，提示“阳亡阴竭已极”，脏腑功能完全衰竭，预后极差,故“死”。

有注家解释“啐时者，周时也，周者，周遍也，就是满了十二时辰。譬如今天早上到明天早上，这就叫啐时。”这是一种静态表述。

身体在阳气衰亡（无脉）的绝境中，若能成功重启气血循环，并稳定运行一个完整的周期（如子午流注一周），这是动态的表述。这种解释提示医者，在抢救手足厥冷，无脉这样危重病人时，我们不仅要看他有没有恢复脉搏，更要评估他恢复的脉搏是否稳定、有力，能否持续。如果他脉搏乍疏乍数、时有时无，即便在 24 小时内出现过，也绝非佳兆。真正的生机，在于脉象恢复后稳定、持续的节律。

也提示，不要一看到病人无脉，就断定病危无救。一时性的脉绝，也可能过一会就又恢复了，心脏也跳了，血压也上来了，手足也不凉了，病又转好了。

《伤寒论》第 369 条：“伤寒下利，日十余行，脉反实者，死。”

外感寒邪，邪气影响脾胃运化功能，导致脾胃升降失常，清浊不分，水谷并走于大肠而出现下利症状。通常情况下，经过外感伤寒之后又出现下利日十余行，人体正气会因邪气的侵袭和下利导致的津液、正气丢失而处于相对虚弱的状态。此时，人体的病机特点应该是正虚邪恋，以正气不足为主。

“脉反实”指脉象不符合下利日久正气虚弱的病情，反而呈现出实脉的特征。实脉主邪气盛、正气实，但在伤寒下利日十余行的情况下，正气本应因下利而耗伤，脉象却表现为实，这是一种反常现象。其病机为邪气亢盛至极，正气在持续的下利过程中已经严重耗损，然而邪气仍然炽盛，正虚邪实，正气无力与邪气抗衡。就好比一场战争，我方兵力（正气）已经严重受损，而敌方（邪气）却依然

强大，此时人体的抗病能力急剧下降，病情十分危急，脉实而有力，预后不良，所以说“死”。

实脉与大脉不是同一个概念。大脉主要强调脉体宽大。其搏动力量不一定很强，只是脉管的形态比正常脉象宽大，按之满指。就如同河流在汛期时，水量增大，河道被充盈得更宽，但水流的湍急程度（对应脉搏力量）不一定增加。大脉的主病较为复杂。既可见于健康人，在夏季阳气旺盛时，脉象可稍大，这是正常的生理现象；也可见于疾病状态，一般提示病情进展。若大而有力，多为邪热炽盛，如阳明经证，热邪充斥经络，气血涌盛，故脉大而有力；若大而无力，则为虚证，多是由于阴虚阳浮或气血亏虚，虚阳外越所致，如久病之后正气耗伤，阴不敛阳，虚阳外浮，可出现脉大而无力的情况。

实脉，重在“力量”，是邪气壅盛的搏指有力；大脉重在“形态”，是脉管宽大，其背后病机有虚有实。

第一百四十一条 乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤、麻黄升麻汤区别

厥阴病的核心是“阴阳气不相顺接”，多表现为“寒热错杂”，乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤、麻黄升麻汤均为《伤寒论》中治疗厥阴病的代表方。

1.乌梅丸

乌梅丸来源伤寒论辨厥阴病脉证并治方，由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏等十位中药组成，整体性味与归经呈现“寒热并用、气血兼顾”的特点。

君药（乌梅）：味酸，性平，归肝、脾、肺、大肠经，核心作用是敛肝柔肝、涩肠止泻，为方剂“酸敛”的基础。

温性药（细辛、干姜、附子、蜀椒、桂枝）：味辛（或辛甘），性热（或温），多归心、脾、肾、肝经，可温阳散寒、通经止痛，针对厥阴病的“寒”证。

寒性药（黄连、黄柏）：味苦，性寒，归心、肝、胃、大肠经，能清热燥湿、泻火解毒，针对厥阴病的“热”证。

补益药（人参、当归）：人参味甘微苦、性微温，归脾、肺、心经，益气健脾；当归味甘辛、性温，归肝、心、脾经，补血活血，二者兼顾气血，防止寒热药损伤正气。

厥阴病是《伤寒论》中六经病的最后阶段，核心病机为“寒热错杂、虚实夹

杂”，表现为“上热下寒”（如口干、心烦等上热证，与腹痛、便溏、手足厥冷等下寒证并见），或“肝木失和、克犯脾胃”（如胃脘痞满、呕吐蛔厥等），乌梅丸是针对此病机的代表方，对应关系如下：

⑴ 针对“寒热错杂”：寒温并用，平衡阴阳

厥阴病的“寒”源于阳气虚衰（尤其是肝、脾、肾寒），“热”多为郁热（肝失疏泄、郁而化热，或胃热上扰）。方中干姜、附子、蜀椒等“温药”直温下寒，驱散脏腑虚寒；黄连、黄柏等“寒药”清泻上热，平息郁热，二者相反相成，精准调和厥阴的寒热失衡。

⑵ 针对“肝木失和”：酸敛柔肝，辛散调达

厥阴属肝，肝主疏泄，若肝失柔润、疏泄失常，易致“筋脉拘急”“寒热往来”。君药乌梅味酸，能敛肝阴、柔肝体，防止肝阳过亢；细辛、桂枝、蜀椒味辛，能散肝寒、疏肝郁，助肝疏泄，符合“肝欲散，急食辛以散之；肝欲收，急食酸以收之”的治则，恢复肝的生理功能。

⑶ 针对“虚实夹杂”：气血双补，顾护正气

厥阴病后期，正气多耗伤（气虚、血虚），若单纯攻治寒热，易损伤脾胃、耗竭气血。方中人参益气健脾，补后天之本（脾胃），助阳气恢复；当归补血活血，养肝血、通血脉，二者合用，既补气血之虚，又为寒热药的运化提供基础，避免“治邪伤正”。

⑷主治“蛔厥”：酸静辛伏，苦下蛔虫

蛔虫“得酸则静，得辛则伏，得苦则下”，乌梅丸的性味恰好契合此特性：乌梅之酸使蛔虫安静，细辛、蜀椒之辛使蛔虫蛰伏，黄连、黄柏之苦促使蛔虫排出，同时温阳清热、补益气血，从根本上改善蛔虫寄生的“寒热错杂”内环境，故为治蛔厥的特效方。

2.干姜黄芩黄连人参汤

干姜黄芩黄连人参汤出自《伤寒论》，其核心在于通过药性的寒热、五味及归经搭配，针对“上热下寒、胃气不和”证，实现清上温下、补益气阴的功效。

寒热并用：干姜的辛热（温下寒）与黄芩、黄连的苦寒（清上热）搭配，解决“上热下寒”的核心病机，同时相互制约，避免纯寒伤阳、纯热助火。

补泻兼施：人参补脾胃元气、生津，既修复寒热错杂导致的中气损伤，又为

“清”“温”二法提供基础，防止清热或温阳过度耗伤正气。

归经协同：四药均归脾、胃经（干姜还归肾经，芩连兼顾心肺/心经），共同作用于中焦脾胃，同时清上（肺、心热）温下（肾、肠寒），最终恢复脾胃升降功能，缓解呕吐、腹泻等症状。

干姜：性味辛、热，归心、肺、脾、胃、肾经。核心作用是温中散寒、回阳通脉，可温煦中焦脾胃（针对下焦虚寒），同时辛热之性能制约黄芩、黄连的苦寒之性，避免损伤脾胃阳气。

黄芩：性味苦、寒，归肺、胆、脾、大肠、小肠经。主要功效为清热燥湿、泻火解毒，擅长清上焦（如肺、胃）及中焦的湿热、实火（针对上焦热盛）。

黄连：性味苦、寒，归心、脾、胃、肝、胆、大肠经。清热燥湿、泻火解毒之力强于黄芩，尤其擅长清中焦脾胃、心经的实火与湿热（强化清上、清中焦热邪的作用）。

人参：性味甘、微苦、微温，归脾、肺、心经。核心作用是大补元气、补脾益肺、生津养血，可补脾胃之气（因寒热错杂易耗伤中气），同时生津以缓解热邪伤津，调和干姜的辛热与芩连的苦寒，避免药性偏亢损伤正气。

3. 麻黄升麻汤

麻黄升麻汤出自《伤寒论》，核心针对“上热下寒、正虚阳郁”证，其配伍逻辑紧扣药物性味归经，针对“阳气郁滞于上、虚寒留存于下、气血阴液亏虚”的复杂病机，通过寒热并用、补泻兼施、升降同调，恢复机体平衡。

升降同调：麻黄、升麻、桂枝（辛温升散）主“升”，破除上焦阳郁、升提清阳；黄芩、知母、石膏（苦寒沉降）主“降”，清泻上焦热邪、沉降虚火，一升一降恢复气机升降功能。

寒热并用：干姜、桂枝、麻黄（辛热温散）温煦下焦、散寒通阳，针对下寒；黄芩、知母、石膏（苦寒清热）清解上焦、滋阴润燥，针对上热，寒热互制避免纯寒伤阳或纯热伤阴。

补泻兼施：人参、当归、白芍、天冬（补益气血阴液）扶正固本，修复病程中耗伤的正气；麻黄、桂枝、黄芩、石膏（散邪清热）祛邪外出，解决“郁”与“热”的核心问题，补不恋邪、泻不伤正。

归经协同：全方药物多归肺、脾、胃经（如麻黄、升麻、白术），兼顾心、

肝、肾经（如当归、天冬），既重点调理上焦肺胃（清上热、升清阳）与中焦脾胃（补正气、健后天），又温煦下焦肾脾（祛下寒）、滋养肝肾阴液，最终实现全身寒热、气血、气机的整体平衡。

⑴温散升阳、通郁散寒类（针对下寒与阳郁）

麻黄：性味辛、微苦、温，归肺、膀胱经。核心功效是发汗解表、宣肺平喘，同时能升提阳气，破除表邪与阳气郁滞，为方中“升阳”的关键。

升麻：性味辛、微甘、微寒（偏于升散），归肺、脾、胃、大肠经。能升举脾胃清阳，清热解毒，既辅助麻黄升阳散郁，又可清解上焦虚热，调和方中温燥之性。

桂枝：性味辛、甘、温，归心、肺、膀胱经。可温通经脉、助阳化气，增强麻黄温散之力，同时温煦下焦，缓解下寒（如腹痛、便溏）。

干姜：性味辛、热，归心、肺、脾、胃、肾经。温中散寒、回阳通脉，直接温煦下焦脾胃虚寒，改善下寒导致的泄泻、腹冷。

⑵清热滋阴、生津润燥类（针对上热与阴伤）

黄芩：性味苦、寒，归肺、胆、脾、大肠、小肠经。清热燥湿、泻火解毒，专攻上焦（肺、胃）虚热或郁热，缓解咽喉肿痛、口干等症。

知母：性味苦、甘、寒，归肺、胃、肾经。清热泻火、滋阴润燥，既助黄芩清上热，又能滋养因阳郁日久耗伤的阴液，防止热盛伤津。

石膏：性味甘、辛、大寒，归肺、胃经。清热泻火、除烦止渴，药力较强，可快速清解上焦炽盛之热，尤其适用于热盛导致的心烦、口渴、咽喉肿痛。

⑶补益气血、扶正固本类（针对正虚）

人参：性味甘、微苦、微温，归脾、肺、心经。大补元气、补脾益肺，弥补因病情迁延导致的中气虚弱，为“升阳”“清热”提供正气基础，避免药性偏亢损伤正气。

当归：性味甘、辛、温，归肝、心、脾经。补血活血、调经止痛，滋养因阳郁或热邪耗伤的阴血，同时活血通脉，辅助桂枝温通，改善气血瘀滞。

白芍：性味苦、酸，微寒，归肝、脾经。养血调经、敛阴止汗、柔肝止痛，既能助当归补血，又能敛阴柔肝，平衡麻黄、桂枝的辛散之性，防止耗伤阴液。

天冬：性味甘、苦、寒，归肺、肾经。养阴润燥、清肺生津，增强知母、石

膏的滋阴润燥之力，重点滋养肺肾之阴，缓解阴虚燥热。

玉竹：性味甘、微寒，归肺、胃经。养阴润燥、生津止渴，辅助天冬滋阴，同时滋养胃阴，改善胃阴不足导致的口干、食欲不振。

⑷调和脾胃、顾护后天类

白术：性味甘、苦、温，归脾、胃经。健脾益气、燥湿利水，增强人参的补气之力，同时燥湿健脾，改善脾胃虚弱导致的便溏、腹胀，为机体恢复提供后天之本。

甘草：性味甘、平，归心、肺、脾、胃经。补脾益气、调和诸药，既能辅助人参、白术补气，又能缓和麻黄、桂枝的辛散与黄芩、石膏的苦寒，使全方药性趋于平和。

乌梅丸、干姜黄芩黄连人参汤、麻黄升麻汤，三者核心区别在于针对厥阴病不同病机（寒热错杂的偏重、正气虚实程度、有无气机郁滞），在组方思路、主治症状上差异显著。

乌梅丸，治厥阴病“寒热错杂+蛔虫/久利+正气虚”，以“安蛔止利、敛补兼顾”为主。针对寒热错杂、蛔虫内扰、正气渐虚（厥阴病本证、久利证）。病势偏“迁延”，多因蛔虫扰动导致阴阳气逆乱，或久利耗伤气血，寒热错杂中“虚实并重”。

乌梅丸，酸苦辛甘并用，安蛔止利、调和寒热。核心逻辑，以“酸”为引（乌梅酸温，敛肝安蛔），配伍辛热（附子、干姜、桂枝、蜀椒、细辛）温下焦寒、散阴邪，苦寒（黄连、黄柏）清上焦热、除烦，甘温（人参、当归）补气血、扶正气，形成“酸敛+辛散+苦清+甘补”的配伍，兼顾“安蛔、散寒、清热、补虚”。关键特点，寒温药量均衡，侧重“敛”与“补”，针对蛔虫扰动或久利导致的寒热错杂、正气耗伤。以厥逆（手足厥冷，因蛔虫扰、阴阳逆乱）、久利（迁延不愈，便稀溏）、 心烦、呕吐（蛔虫上扰）、腹痛、口干不欲饮等为核心症状。有“蛔虫相关症状”或“久利”，无明显气机郁滞。

干姜黄芩黄连人参汤，治厥阴病“单纯上热下寒+胃气弱”，以“直清直温、简捷治标”为主。针对上热下寒、胃气不和、正气轻度受损（厥阴病兼夹证）。病势偏“急”，无气机郁滞，仅为中焦胃气失和，上焦热盛（胃热）与下焦虚寒（肠寒）直接对立，“实多虚少”。

干姜黄芩黄连人参汤，寒温直对，清上温下、兼补胃气。核心逻辑，仅 4 味药，药性“直截了当”。干姜（辛热）直温下焦肠寒，黄芩、黄连（苦寒）直清上焦胃热，人参（甘温）补胃气、防苦寒伤阳，无多余配伍，直接针对“上热下寒、胃气虚弱”。关键特点，寒温药“点对点”作用，侧重“清”与“温”，无敛散、升降之性，针对无郁滞的单纯寒热错杂。以厥逆（轻微，因胃热呕吐、肠寒腹泻，阴阳不相接）、呕吐（胃热）、腹泻（肠寒）、 心烦、口苦、腹中冷痛等为核心症状。症状“急”（呕吐腹泻并见），无郁滞、无久虚。

麻黄升麻汤，治厥阴病“寒热错杂+阳气郁滞+气血阴虚”，以“升散郁阳、复杂调治”为主。针对上热下寒、阳气郁滞、气血阴液亏虚（厥阴病复杂兼证）。病势偏“郁滞”，因阳气郁于上、不能下达，导致上焦热盛、下焦虚寒，同时伴气血阴耗伤，“虚实错杂+气机郁滞”，病机最复杂。

麻黄升麻汤，升降同调，清上温下、散郁补虚。核心逻辑，组方最复杂（14 味药），兼顾“升散、清降、温补、滋养”。麻黄、升麻、桂枝（辛温升散）升阳散郁、通上焦阳气，干姜（辛热）温下焦寒；黄芩、知母、石膏（苦寒/大寒）清上焦热；人参、白术、甘草（甘温）补脾气，当归、白芍、天冬、玉竹（甘寒/温）补气血、滋阴液。关键特点，以“升散郁阳”为核心，寒温药兼顾升降，同时大补气血阴，针对“阳气郁滞+寒热错杂+正气亏虚”的复杂局面。以厥逆（因阳气郁滞，手足厥冷程度轻）、腹泻（下焦寒） 咽喉肿痛（上焦热）、寸脉沉而迟（阳郁）、手足厥逆而脉不至等为核心症状。

第三节　厥阴纯寒与纯热证

第一百四十二条　厥阴纯寒证的核心病机为寒邪独盛，阳气衰败，无力抗争，是“寒热错杂”的平衡被打破，向寒的极端发展，是阴阳即将彻底离决前的最后表现，处于“终始”中偏于“终”的阴寒阶段。典型症状为手足厥寒，脉细欲绝，无发热、口渴等热象。代表方剂：当归四逆汤（温经散寒，养血通脉）；若内有久寒，则用当归四逆加吴茱萸生姜汤。

厥阴纯热证的核心病机为阳复太过，或热邪独聚，化为肝经实火、热毒。是“寒热错杂”的平衡被打破，向热的极端发展，处于“终始”中偏于“始”的阳复阶段，若矫枉过正，则化为邪热。典型症状：热利（下重、便脓血，里急后重，口渴欲饮），热呕（食入即吐）。代表方剂：白头翁汤；若呕盛，干姜黄芩黄连人参汤。

第一百四十三条　纯寒证

《伤寒论》第 340 条：“病者手足厥冷，言我不结胸，小腹满，按之痛者，此冷结在膀胱关元也。”

患者手足厥冷、小腹满，按之痛，仲景辨之为冷结在膀胱关元。为什么类似结胸？为什么“膀胱关元”是部位，而非脏腑？

1.“类似结胸”的核心原因

二者均存在“腹满+疼痛”的核心症状，均为“结滞不通”的病理状态。结胸是痰水、热邪结于心下至少腹，340 条是寒邪凝结于膀胱关元区域，因“不通则痛”的病机相似，故症状表现有类同之处。

2. 关键鉴别要点

病位不同：结胸病位在“心下至少腹”（范围较广，涉及中、下腹部）；340 条病位精准在“膀胱关元”（下腹部特定区域，非解剖学膀胱脏器，而是经络、部位概念）。

病性不同：结胸多为“热结/痰水互结”（如大陷胸汤证）；340 条为“纯寒凝结”，属厥阴病范畴，无热象，伴“手足厥冷”的厥阴寒厥表现。

与膀胱蓄血/蓄水的区别：膀胱蓄血（如桃核承气汤证）伴“如狂/发狂、小便自利”，病性多为寒热错杂或瘀热；膀胱蓄水（如五苓散证）伴“小便不利、消渴”，病性为水饮内停；340 条纯为寒邪凝滞下焦，“冷结膀胱关元”，病性

属阴、属寒。仲景用一个“冷”字，清晰划清了两者之间病机、症状的界限。

3. 病性归属的核心依据

“膀胱关元”为肝经循行所过（肝经抵少腹、绕阴器），寒邪凝结于此，阻滞阳气布达四肢，故见“手足厥冷”，符合厥阴病“阴阳气不相顺接”的厥证特点，且无热象，故归为“厥阴病纯寒证”，是厥阴病病程中寒邪偏盛、凝结下焦的一种转归。

综上，在厥阴病“阴阳消长、寒热胜复”的复杂过程中，机体阳气如果不能有效地“阳复”或“热化”，就可能向另一个极端发展，即 “寒凝” 。此条正是描述了这种向纯寒、寒凝方向转化的一个转归。此条辨证的意义，教导医者见到手足厥冷与小腹满痛并见，且排除了上中焦实热（不结胸）后，应首先考虑下焦（厥阴肝经）寒凝的可能性。治疗上当以温通肝经、散寒开结为法。当归四逆加吴茱萸生姜汤便成为非常对证的候选方剂，方中桂枝、细辛、吴茱萸、生姜温经散寒，当归、通草养血通脉，正为此类“冷结”而设。

《伤寒论》第 351 条：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。”

本条核心病机，血虚寒凝，阳气不达四末。机体阴血不足，不能濡养脉道，故见“脉细”；血为气之母，血虚则气亦弱，阳气失去血的承载，无法布散至四肢末端。外感寒邪或内生虚寒，凝滞经脉，阻碍阳气运行通路，进一步导致手足失于温煦，故“手足厥寒”；寒邪收引，脉道挛缩，气血运行不畅，故脉“欲绝”（非真绝，指脉细弱至极，似有若无）。与“阳衰厥逆”（如四逆汤证）相比，本条无恶寒蜷卧、下利清谷等全身阳衰表现，仅以“手足厥寒、脉细”为特征，属“血分寒厥”。

当归四逆汤补血温经，通脉散寒，由当归、桂枝、芍药、细辛、通草、大枣、炙甘草七味中药组成。

当归：味甘、辛，性温 ，归肝、心、脾经 。补血活血，补血虚之本 ；

桂枝：味辛、甘，性温，归心、肺、膀胱经 。温通经脉，散寒邪，助阳气布散；

细辛：味辛，性温 ，归心、肺、肾经。 温经散寒，助桂枝通利血脉（温寒力强于桂枝）；

芍药：味苦、酸，性微寒，归肝、脾经。养血和营，缓急止痛，制桂枝、细辛之燥烈；

通草：味甘、淡，性微寒，归肺、胃、小肠经。 通利经脉，导寒邪外出（现代多以木通替代）；

大枣、炙甘草：味甘，温/平 ，归脾、胃经。补中益气，助当归、芍药补血，调和诸药。

整体方剂以“温”“补”“通”为核心：温寒（桂枝、细辛）、补血（当归、芍药、大枣）、通脉（通草、桂枝），性味寒温相制（芍药、通草制桂枝、细辛之燥），归经侧重肝（补血）、心（温阳通脉）、脾（益气生血），契合血虚寒凝的病机。

当归四逆汤由桂枝汤加减化裁而来，从“解肌和营卫”到“温经通血脉”。当归四逆汤是桂枝汤针对“血虚寒凝”病机的精准化裁，二者的联系与区别如下：

1. 共同组方基础：均含桂枝、芍药、大枣、炙甘草，核心思路为“调和”——桂枝汤调和营卫，当归四逆汤调和血分寒热与气血。

2. 关键加减逻辑：减生姜——桂枝汤中生姜辛温，主“解表散寒、温中止呕”，针对外感风寒表证；本条无表证，故去生姜，避免其解表之力耗伤血分。加当归——桂枝汤侧重调气分（营卫），本条以“血虚”为根本，故加当归（补血活血），将方剂作用从“气分”引向“血分”，解决血虚之本。加细辛、通草——桂枝汤中桂枝仅能轻散表寒、温通卫阳；本条寒凝经脉较甚，需细辛（温寒力强）助桂枝温经散寒，通草（通利经脉）助桂枝疏通血行通路，增强“通脉”之力。

3. 功效方向转变：桂枝汤以“解肌发表、调和营卫”为主，治外感风寒表虚证（发热、汗出、脉浮缓）；当归四逆汤以“补血温经、散寒通脉”为主，治内伤血虚寒凝证（手足厥寒、脉细欲绝），实现从“治表（营卫）”到“治里（血分）”、从“解表”到“温里”的功效转变。

《伤寒论》第 352 条：“若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤主之。”

351 条与 352 条均为“血虚寒厥证”，核心病机是“营血亏虚、寒凝经脉”，故均以当归四逆汤为基础——用当归、芍药补血，桂枝、细辛温通经脉，通草通

利血脉，大枣、甘草调补脾胃，解决“血少、脉寒、肢厥”的核心问题。

352 条患者“素体有寒”，意味着寒邪不仅在经脉，还深入脏腑（多为脾胃虚寒），除了手足厥冷，可能伴随脘腹冷痛、呕吐清涎等里寒症状。此时需在温通经脉的基础上，增加温里散寒、降逆止呕的力量：吴茱萸能温肝暖胃、散寒降逆，生姜可温中止呕，二者合用（即吴茱萸生姜汤），针对素体里寒，使方剂从“温通经脉”扩展为“温经+温里”，更贴合患者的体质差异。

为什么素体有寒不加附子、干姜，而加吴茱萸生姜？

当归四逆汤证的基本病机是营血虚弱，寒凝经脉，病位主要在经脉，以手足厥寒、脉细欲绝为主要表现。在此基础上“内有久寒”，这个“久寒”多偏于肝胃，因为肝脉循行经过少腹、阴部、两胁等部位，且肝与厥阴经相关，而胃为六腑之一，与脾相表里，寒邪易犯。吴茱萸归肝、脾、胃、肾经，长于散寒止痛、降逆止呕，尤其善于温散肝经寒邪，对于肝胃虚寒导致的脘腹冷痛、呕吐涎沫等症状有很好的疗效。生姜归肺、脾、胃经，能温胃散寒、和中降逆，与吴茱萸配合，增强温散肝胃寒邪的作用，符合病位在肝胃的特点。

附子归心、肾、脾经，干姜归脾、胃、肾、心、肺经，二者均为大辛大热之品，主要作用于脾肾，侧重于温补肾阳、回阳救逆、温脾散寒，对于肾阳衰微、脾阳不振引起的虚寒证更为适宜，对于肝胃局部的寒邪温散作用不如吴茱萸和生姜针对性强。

附子和干姜的药性过于刚燥，加入当归四逆汤中会过于燥热，耗伤阴血，破坏原方养血通脉的配伍平衡，不利于对营血虚弱、寒凝经脉证的治疗。而且原方中已经有桂枝、细辛等温通之品，若再加入附子、干姜，可能会使方剂的温热之性过强，导致不良反应。

辨证的核心在于是肝经有寒，还是肾经有寒。

《伤寒论》第 358 条：“伤寒四五日，腹中痛，若转气下趋少腹者，此欲自利也。”

伤寒四五日，邪气传里。外感寒邪侵犯太阴脾土（脾主大腹），寒邪凝滞，气机不通，故见“腹中痛”。正气抗争，寒邪被向下驱赶至下焦肝肾（少腹），最终将通过大便（自利）的形式排出体外。这是寒邪由表入里、层层深入的病理传变的路径，是一种机体自我祛邪、向愈的征兆。

当寒邪深入体内（太阴脾土），身体不会坐以待毙。它会选择最直接、阻力最小的通道——消化道，通过 “自利”（腹泻）的形式将寒湿浊邪（腐秽）排出体外。这比通过发汗（需要强大卫阳）或利尿（需要膀胱气化）等方式，更为直接和高效（对于里寒证来说）。人体自身排邪动力，能最大程度保护脾胃、肝肾等脏腑的正气，降低对身体的损伤。

在身体奋力驱邪外出（“转气下趋”）的关键时刻，若“见泻止泻”，使用固涩止泻药（如赤石脂、禹余粮、罂粟壳等），就相当于在敌人（寒邪）已经被我方（正气）从城内驱赶到城门附近时，从外面把城门 “砰” 地一声关上。寒邪则会强行留在体内，如同“闭门留寇”，郁结更深，从而变证蜂起。轻则病情缠绵，腹痛腹胀加重；重则邪气化热，形成寒热错杂、更难处理的复杂局面，反而加重病情。

这条告诫我们，任何一个症状（无论是发热、出汗、腹泻还是呕吐），都可能是正气抗邪的反映。医者的首要任务是“察机”，弄清楚这个症状背后的病机是什么，是正气在攻邪，还是正气在溃败。唯有洞悉了生理、病理与病机，才能做出正确的决策：是该开门逐贼，还是关门固守。

《伤寒论》第 377 条：“呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者难治，四逆汤主之。”

中焦脾胃为后天之本，主运化水谷和水液。当寒邪侵袭中焦，或中阳本虚，寒从中生，就会导致脾胃运化功能失常，水饮停聚。胃失和降，胃气上逆，就会出现呕吐症状。同时，中阳不足，气血生化乏源，无力鼓动血脉，所以出现脉弱的表现。这是疾病的初始阶段，以中焦虚寒之象为主。

若脾胃虚寒得不到及时纠正，病情进一步发展，寒邪会逐渐累及肝肾。肾为先天之本，内藏元阳，脾阳的温煦依赖肾阳的资助。当中焦虚寒日久，肾阳也会受到影响，导致肾阳虚衰。肾主水，司二便，肾阳虚衰，不能固摄水液，就会出现小便清长、频数的症状。肝与肾同源，寒邪累及肝肾，阳气更虚，不能温煦四肢，就会出现手足厥冷的表现。

随着病情的进一步加重，阴寒内盛至极，逼迫虚阳浮越于外，从而出现身有微热的假象。这种发热并非真正的热证，而是阴盛格阳的表现，即真寒假热。此时病情已经非常危重，阳气外脱，有阴阳之气不相顺接的危险。

证候表现为寒热真假混淆，需要医者有“舍证从脉”、“透过现象看本质”的定见与胆识。治疗上如果被这个“假热”所迷惑，不敢用大热之药，就会贻误病情。真正的“难治”在于，病情已至极期，阳气有顷刻脱散之险。

既然病机是“真寒假热”，那么治疗就必须“热因热用”。四逆汤由附子、干姜、炙甘草组成，其中附子大辛大热，为回阳救逆第一要药，能温补肾阳，驱散寒邪；干姜温中散寒，助附子回阳之力；炙甘草调和诸药，且能缓姜、附之峻烈。三药合用，共奏回阳救逆、散寒止痛之功，针对脾肾阳虚、阴寒内盛、虚阳外越的病机，能够迅速温阳散寒，使阳气得以恢复，阴寒得以消散，从而挽救生命于垂危之中。

《伤寒论》第 378 条：“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”

厥阴属肝，肝主疏泄，若肝寒内盛，疏泄失常，寒气易循肝经（上连头巅、旁及胃腑）上冲。寒气犯胃则胃失和降，出现“干呕、吐涎沫”（胃寒不化水湿，凝结为涎沫）；寒气上攻头巅（肝经走巅顶），则引发“头痛”（多为巅顶痛）。

本条是肝寒上传胃腑，肝胃虚寒、浊阴无制而上逆，吴茱萸汤以“温肝暖胃、降逆止呕”为核心，吴茱萸汤由吴茱萸、人参、生姜、大枣组成，其药物性味归经精准对应“温寒、降逆、补虚”三大需求。

吴茱萸：辛、苦，热；归肝、脾、胃、肾经。辛热之性直温肝胃虚寒，破除阴寒凝滞；苦味能降，引上逆的浊阴、胃气下行，止干呕、吐涎沫；归肝经，温通巅顶经络，散浊阴之寒，止巅顶头痛（君药核心作用）。

生姜： 辛，温；归肺、脾、胃经 。助吴茱萸增强温胃之力，化解水湿（涎沫生成之源）；辛散温通，辅助吴茱萸止呕（臣药，强化降逆散寒）。

人参： 甘、微苦，微温；归脾、肺、心经。肝胃虚寒易致脾胃气虚，人参补脾胃之气，助阳气恢复，从根本上抑制浊阴再生（佐药，补虚寒之虚）。

大枣：甘，温；归脾、胃经。助人参补脾胃，增强后天之本；缓和吴茱萸、生姜的辛热之性，避免温燥伤正（使药，兼佐药）。

为什么选用吴茱萸而不选用干姜？

吴茱萸味辛、苦，性热，有小毒，归肝、脾、胃、肾经，但其作用核心在于肝经。足厥阴肝经环绕阴器，抵小腹，布胁肋，上连目系，与督脉会于巅顶。当肝经受寒，寒邪循经上逆，就会出现巅顶头痛、干呕、吐涎沫等症状。吴茱萸能

入肝经，温散肝经寒邪，降泄肝逆之气，从根本上解决肝寒上逆这一病机，所以在治疗肝寒犯胃的吴茱萸汤证中起到关键作用。

干姜味辛，性热，归脾、胃、肾、心、肺经，其主要功效是温中散寒，回阳通脉，温肺化饮。干姜对于中焦脾胃的作用更为突出，它能温暖脾胃，驱散脾胃中的寒邪，增强脾胃的运化功能，常用于治疗脾胃虚寒所致的脘腹冷痛、呕吐泄泻等症状。在一些以脾胃虚寒为主要病机的方剂中，如理中丸，干姜就是主要药物之一。

在 378 条“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之”的证型中，选用吴茱萸而不是干姜，正是因为该证的核心病机是肝寒上逆犯胃，需要吴茱萸入肝经以温肝降逆，而干姜虽能温脾胃，但不能针对肝寒这一关键病机，所以不能替代吴茱萸在该方中的作用。

《伤寒论》第 380 条：“大吐大下之，极虚，复极汗者，其人外气怫郁，复与之水，以发其汗，因得哕。所以然者，胃中寒冷故也。”

吐法和下法是祛邪的手段，医生过度使用吐、下的方法进行治疗，对人体正气造成严重损伤。大吐会使胃气上逆，损耗胃中的津液和阳气；大下则会损伤脾气，导致脾气下陷，使脾胃运化功能失常，从而造成人体极度虚弱的状态。

“复极汗者，其人外气怫郁”：大吐、大下会直接耗伤人体津液（“津液者，阳气之载体”），津液亏虚则阳气失去依附而虚损，导致“阳虚不能固摄肌表”，出现自汗；同时虚损的阳气可能失去约束而浮越于外，进一步加重汗出，即“虚阳外越”。

由于正气虚弱，体表的阳气不能正常宣发，出现外气怫郁的现象。外气怫郁表现为体表有轻微的发热、无汗等症状，这是因为人体正气虚弱，无力驱邪外出，导致邪气郁滞在体表。

医生没有正确判断病情，看到患者有外气怫郁的表现，以为是表实证，又给予患者饮用开水以发汗。但此时患者脾胃阳气已经极度虚弱，不能正常运化水液，饮水后不仅不能达到发汗祛邪的目的，反而会加重脾胃的负担。

经过大吐、大下以及误给水发汗等一系列误治后严重损耗了人体的阳气，尤其是中焦的阳气，最终导致“胃中寒冷”，胃气衰败，无法顺降，从而引发“哕”（呃逆，一种严重的呃逆，是胃气将绝的危重征兆）。

本条的病机关键在于误治导致脾胃阳气受损，胃中寒冷，胃气上逆而出现哕证。治疗上应着重温补脾胃阳气，降逆和胃。

仲景将“胃中寒冷”之哕置于厥阴篇，是给我们一个强烈的警示：看似局部的“胃寒”，在极虚的条件下，就是全身性阴阳气不相顺接（厥阴病）的起点。 它告诉我们，临床不能只盯着当前的症状，更要看到症状背后正在演进的病势。

若“不利”转为“下利清谷（完谷不化，火不暖土）”，“手足温”转为“手足厥逆（阳气不达四末）”，“脉弱”转为“脉微细”或“沉迟无力（心肾阳衰）”，精神萎靡，但欲寐，则从太阴传为少阴。

若出现巅顶头痛、干呕、吐涎沫，这是肝经寒邪上逆的明确信号，是病涉厥阴的铁证；若出现“心中疼热，饥而不欲食”等上热下寒之象，是厥阴阴阳之气不相顺接的特征；若“肤冷，躁无暂安时”，此为脏厥，危在旦夕。 “见微知著”，阻断疾病深入，这才是最高级的治疗。

需注意的是：太阴胃寒的治疗以温运脾阳为主（如理中汤）；而厥阴篇的“胃中寒冷”，需结合厥阴病的整体情况用药，如吴茱萸汤证，虽治胃寒呕吐，但针对的是厥阴寒气上逆、阳气被郁的病机，兼顾温肝胃、降逆气，与太阴病的纯温脾阳治法有本质区别，故列于厥阴篇，避免与单纯太阴胃寒混淆。

《伤寒论》第 381 条：“伤寒哕而腹满，视其前后，知何不利，利之则愈。”

病从伤寒而来，致脾胃阳气虚弱，运化功能失职。既无法正常腐熟水谷、运化水湿，也不能推动气机升降，导致体内津液、气机的运行失去动力，为“实邪壅塞”埋下基础。

因脾胃虚寒、运化无力，会在体内停滞壅塞，形成“腹满”（气机阻滞、浊邪内停于腹部）；同时，脾胃升降失常，胃气不能通降反而上逆，引发“哕”（呃逆）。这种“腹满”“哕”的“实象”，并非外感实邪或内生热结所致，而是正气（脾胃阳气）虚弱、无力祛邪外出的结果，属于“虚中夹实”。其核心病机是因虚致实，本虚标实，是正气无力运化导致壅塞，属于寒证、虚证范畴内的标实之象。

“利之即愈”听起来像是攻法，但这正是仲景的巧妙之处。此处的“利之”，并非针对“虚”的本质，而是针对“实”的标象，急则治其标。通过“视其前

后”，判断是水湿内停（小便不利）还是糟粕停滞（大便不利），然后分别选用五苓散（利小便）或温脾汤（通大便）等法，通利其壅滞。待腹满、哕逆等标急症状缓解后，转入温阳补虚的根本治疗。

因此，治疗时“视其前后（观察大小便）、利之则愈”，并非单纯攻伐实邪，而是通过通利二便，祛除停滞的浊邪（标实），为虚弱的脾胃阳气恢复运化功能扫清障碍，体现“以通为补”“祛邪以安正”的思路，核心仍围绕“本虚标实”的病机展开。

为什么 381 条中焦脾胃虚寒标实列于厥阴篇？

厥阴病的基本病机为阴阳之气不相顺接，病位涉及肝、胆、心包、三焦等脏腑，且常出现上热下寒、虚实夹杂的复杂证候。脾胃虚寒无力运化，导致浊邪内停而出现哕逆、腹满，这与厥阴病虚实夹杂的病机特点相符。脾胃的运化功能与肝的疏泄密切相关，当厥阴肝木之气失调，可横逆犯脾，影响脾胃的运化功能，导致气机阻滞、升降失常，从而出现哕而腹满等症状。

从厥阴病的传变规律来看，伤寒病发展到厥阴阶段，病情较为复杂，往往是疾病的后期或病情较为深重的阶段。此时人体正气已虚，邪气留恋，容易出现各种变证。在疾病的传变过程中，脾胃功能常常受到影响，若脾胃阳气受损，运化失职，就会出现腹满、哕逆等症状。所以此条所描述的证候可能是伤寒病发展到厥阴阶段，脾胃功能失调的一种表现。若为阳明腑实的承气汤证，其腹满的特点是持续不减，拒按，胀痛，伴有潮热、谵语、大便硬结、脉沉实有力等一派热实之象，治疗必须峻下热实。仲景将此条置于厥阴篇末，正是为了与纯实热证作最后的鉴别，并示人以“虚实夹杂”证的辨证要点与治疗先后。

从治疗思路的整体性来看，厥阴篇的治疗注重调和阴阳、扶正祛邪、恢复气机的正常升降。“视其前后，知何不利，利之则愈”的治疗方法体现了针对具体病情，采取通利的手段以祛除实邪，恢复脾胃的运化功能和气机的升降，这与厥阴病的治疗原则相契合。通过通利二便，使体内的浊邪得以排出，从而减轻腹满等症状，同时也有助于恢复脾胃的正常功能，符合厥阴病整体治疗的思路。

第一百四十四条　纯热证

《伤寒论》第 339 条：“伤寒，热少微厥，指头寒，嘿嘿不欲食，烦躁，数日小便利，色白者，此热除也，欲得食，其病为愈。若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”

339 条以“热少微厥”为基础，既完整呈现“厥微热亦微”的轻证，又通过“厥重、胸胁烦满、便血”的加重路径，反向衬托“厥深热亦深”的重证。二者共同指向厥阴病“热厥”的核心病机，厥冷程度与内热程度正相关，为临床通过“厥”与“热”的轻重判断病情、预测转归提供了直接依据。

1. 厥微热亦微：对应原文“热少微厥，指头寒，嘿嘿不欲食，烦躁”

原文中“热少”即内热程度轻微，“微厥”指厥冷程度浅（仅“指头寒”），伴随“嘿嘿不欲食（热郁影响脾胃气机）、烦躁（轻微热扰心神）”，完全契合“厥微热亦微”的核心。热邪郁滞较轻，阳气仅轻微受阻，不能达于指尖，故厥冷、内热均不重。

病情转归（热除病愈）：原文提及“数日小便利，色白者，此热除也，欲得食，其病为愈”，意味默默不欲食，烦躁数日的时候小便发黄，反映有热，如果小便也利了，颜色不黄变白了，说明热邪逐渐消退，阳气恢复布达，厥冷（指头寒）、烦躁等症随之缓解，脾胃功能（食欲）恢复，提示病情向愈，是“厥微热亦微”证型的良性转归。

2. 厥深热亦深：原文“若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血”的隐含对比

339 条虽未直接描述“厥深热亦深”的典型症状，但通过“病情加重”的演变（与“微厥”对比），间接揭示其病理。

原文“若厥而呕”（厥冷程度加重，从“指头寒”进展为更广泛的手足厥冷，且伴随呕吐）、“胸胁烦满”（热郁更甚，阻滞肝胆气机，循经犯胸胁），提示热邪较“热少微厥”时显著加重。内热越深，对阳气的遏阻越强，厥冷范围越广、程度越重（从“微厥”转为“厥重”），本质是“厥深热亦深”的体现。

严重预后（热盛动血）：原文“其后必便血”，是“厥深热亦深”的危重转归。热邪深入厥阴，不仅郁遏阳气致厥重，更因热盛灼伤阴络（厥阴经脉络属阴血），导致血溢脉外而便血，印证“热越深、厥越重，病情越凶险”的规律，与“厥微热亦微”的轻浅病情形成鲜明对比，间接明确了“厥深热亦深”的证型特点。

《伤寒论》第 356 条：“伤寒厥而心下悸，宜先治水，当服茯苓甘草汤，却

治其厥。不尔，水渍入胃，必作利也。”

本条可直译为:四肢厥冷，胃部悸动，这是患者胃寒，胃阳被水饮之邪阻滞不能外达手足所致，故手足发凉。水邪是标，阳虚是本，如果水邪不去则下利(腹泻)，下利既伤阳又伤阴，阳气就会更虚，所以应先治水邪。先治水就用茯苓甘草汤，水治好了，然后再用温热的药治寒厥。若服茯苓甘草汤，手足回温，胃悸消失，说明水饮已去、胃阳得通，无需再用其他方剂治厥。

这不是一个单纯的胃脘水饮证，而是一个在厥阴病阴阳不相顺接的总体病机下，所引发的一种特殊的厥证。当病在厥阴时，肝的疏泄功应会失常，或太过或不及。肝疏泄不及，则气机郁滞，可导致脾胃运化水湿功能减弱，从而内生水饮。这个水饮停聚于胃脘，正是肝病传脾，木郁克土的一种表现。所以，这个胃有停饮，可以看作厥阴肝病影响到太阴脾(胃)功能的结果。

茯苓甘草汤虽以“温胃化饮”为直接作用，但其深层意义是通过恢复脾胃功能，间接调和肝脾关系，解除“木郁克土”的病理传变，契合厥阴病“调和肝脾”的核心治则。

先以茯苓甘草汤专治其水饮，待水去厥回，再“却治其厥”（温阳治本）。这种先治水、后治厥的分步治疗方案，充分体现了在厥阴病复杂局面下，医者必须抓住主要矛盾，步步为营的辨证思维。

第四节　厥阴厥热胜复证

第一百四十五条　厥阴厥热胜复证核心病机为阳气与阴邪交替胜复，互为消长，是正邪交争、阴阳进退的动态过程，是疾病在“终结”与“开始”之间摇摆的直观体现。

若厥热相等 ，阴阳趋于平衡（“既济”状态）， 则病愈；若阳复不及，厥多热少，阴盛阳衰，偏向于“终”，则病危；若阳复太过（变证），热多厥少，虽为佳兆，但可能化为热证，引发痈脓、便血等，是另一种失衡。这是一个动态观察、动态干预的过程，无法用固定方剂一概而论。治疗原则：观其脉证，知犯何逆，随证治之。

《伤寒论》第 329 条：“厥阴病，渴欲饮水者，少少与之愈。”

329 条厥阴病的“渴欲饮水”与厥阴病提纲 326 条“消渴”并不矛盾，反映的是厥阴病不同阶段的不同表现。

326 条“消渴”，是厥阴病提纲的核心特征。“消渴”指“口渴饮水多，但仍不能缓解”，是厥阴病的标志性症状之一。核心病机，厥阴属肝，主藏血、疏泄，若病邪深入厥阴，导致阴阳失调、寒热错杂。一方面阴液亏虚（肝血不足、津液耗损），不能濡润口腔；另一方面阳气郁遏（疏泄失常，阳气不能布散津液），津液无法上承口舌，双重作用下出现“饮不解渴”的“消渴”，是厥阴病本阶段的典型表现。

329 条“渴欲饮水”，是厥阴病转归中的阶段性表现（病势变化）。其“渴”与“消渴”的关键区别在病势。

在厥阴病纯寒证或寒热错杂证偏寒重的情况下，经过治疗或自身调节，阳气开始恢复，但力量尚弱。此时气化功能初步启动但不旺盛，津液上承有限，故觉微渴。因阳气在恢复轨道上，故“少少与之”水助其气化，即可调和，病势向愈。

在厥阴病严重的阳虚寒盛证中（如脏厥、寒厥），阳气衰败至极，根本无力气化津液。此时也会出现“渴欲饮水”，但这种渴是阴证之渴，常喜热饮，且饮不多。这非但不是向愈之兆，反而是阳气衰微、津液不化的危重表现。此时的“少少与之”，是不得已而为之的权宜之法，意在润燥而无过水伤阳，但其病势依然凶险。

上述两种情况，其根本矛盾都是阳气与津液的关系失衡，阳气处于相对或绝

对不足的状态。水属阴，不能过量饮水，故治疗上均需遵循“少少与之”的谨慎原则，以防过量饮水加重阳气负担，导致水饮内停。

综上，329 条的“渴欲饮水”与 326 条“消渴”形成病机与病势的差异，两者是厥阴病不同阶段、不同病机下的“渴”，体现了厥阴病“寒热错杂、病势多变”的特点。

《伤寒论》第 331 条：“伤寒先厥，后发热而利者，必自止，见厥复利。”

伤寒说明病的来路，厥下利、发热利止，又厥又下利，此为厥热胜复、阴阳消长、阴阳进退。核心病机是阴寒与阳气的消长盛衰相互斗争、交替主导，通过“厥冷”与“发热”的外在表现，反映体内阴阳力量的动态变化。

厥阴病是伤寒病程中阴阳消长的关键阶段，此时机体阳气虚弱，阴寒内盛，但阳气仍有恢复、与阴寒抗争的可能。“厥”（手足厥冷）是阴寒内盛、阳气被遏，不能温煦四肢的表现，代表“阴胜”；“热”（发热）是阳气渐复、能与阴寒抗争的表现，代表“阳复”。二者交替出现，即为“胜复”。

初始“厥冷”，说明阴寒偏盛，阳气无力温化水湿，故伴“下利”；后续转为“发热”，是阳气逐渐恢复（阳复），能战胜阴寒，阴寒消退则水湿得以温化，因此“下利必自止”，此为“阳复阴退”的顺证。

若发热后再次出现“厥冷”，说明阳气恢复不足，或阴寒再次抬头（阴复胜阳），阳气又被阴寒遏阻，不能温煦肠道，水湿失于运化，故“下利复发”，此为“阴复阳退”的表现，提示病情可能反复或进展，此为“阴复阳退”的逆证。

《伤寒论》第 332 条：“伤寒，始发热六日，厥反九日而利。凡厥利者，当不能食，今反能食者，恐为除中。食以索饼，不发热者，知胃气尚在，必愈；恐暴热来出而复去也。后三日脉之，其热续在者，期之旦日夜半愈。所以然者，本发热六日，厥反九日，复发热三日，并前六日，亦为九日，与厥相应，故期之旦日夜半愈。后三日脉之而脉数，其热不罢者，此为热气有余，必发痈脓也。”

本条的核心病机是厥阴病中阴阳消长、正邪交争，以厥、利、热的变化判断胃气存亡与病情转归。

1.初始厥热失衡：阴盛阳衰，厥长热短

“伤寒，始发热六日，厥反九日而利”是核心病机起点。伤寒初期有发热，提示病初可能有阳热征象，但随后出现“厥九日”（手足厥冷持续 9 日）且伴“利”

（下利），体现厥热胜复中“阴盛阳衰”的失衡状态。厥冷（阴盛的外在表现）持续时间远超发热（阳复的表现），说明阴寒内盛，阳气被抑，不能温煦四肢（致厥）、固摄肠道（致利），此时病机以阴盛为主，阳气被动抗邪，尚未能扭转阴寒之势。

2.“能食”的病机辨别：除中危象与胃气尚存的鉴别

除中的危象风险：“凡厥利者，当不能食”，因阴寒内盛时胃气虚弱、腐熟功能衰退，故患者多不能进食；若“今反能食”，需警惕“除中”，即阴寒极盛，阳气衰竭前的“回光返照”，此时残存阳气短暂浮越，勉强激发胃气，看似能食，实则是胃气将绝的危象。

胃气尚存的验证：“食以索饼，（若）发热者，知胃气尚在，必愈；恐暴热来出而复去也”，通过“食索饼”（温热易消化的食物）观察反应。若进食后无“暴热”（短暂、无根的热象），说明阳气虽弱但未绝，胃气仍能正常腐熟水谷，是阳复的良性信号，提示病情可愈；若出现“暴热来出而复去”，则仍属阳气浮越的假象，病机未根本改善。

3. 厥热相应：阳复阴退，病情向愈

“后三日脉之，其热续在者，期之旦日夜半愈。所以然者，本发热六日，厥反九日，复发热三日，并前六日，亦为九日，与厥相应”，是厥热胜复病机中“阳复与阴寒平衡”的关键判断。

初始“发热六日，厥九日”，厥长热短，阴盛阳弱；后续“复发热三日”，总发热时长达九日，与厥冷时长九日相等，即“厥热相应”。此时阳气恢复的程度与阴寒内盛的程度相平衡，提示阴寒逐渐消退，阳气稳步来复，病机转向“阴阳调和”，故预判“旦日夜半愈”（夜半为阴阳交替之时，阳气易进一步升发，利于病情痊愈）。

4. 热胜太过：阳复有余，变生痈脓

“后三日脉之而脉数，其热不罢者，此为热气有余，必发痈脓也”，体现厥热胜复中“阳复太过”的变证病机。

若后续脉象转为“数”（热象的脉象表现），且发热持续不退，说明阳气恢复过度，转为“热气有余”，此时热邪亢盛，超出机体耐受范围，不再是“阳复抗阴”的良性状态，反而会灼伤脉络、壅滞气血，导致气血腐败成脓，故预判“必

发痈脓”（如体表痈肿、内脏脓肿等），是厥热胜复失衡的另一种病理转归。

第五节　厥阴阴阳离决证

第一百四十六条　厥阴阴阳离决证核心病机为阴阳之气彻底不相顺接，乃至离决，是“终始”循环的终结，再无生机，阴阳彻底分离。表现为阳脱于外，阴竭于内（发热下利至甚，厥不止）；阳气绝灭（下利，手足厥冷无脉，灸之不温脉不还）；神气浮越散乱（躁不得卧）。此类证候，即便用药，也回天乏术，故仲景多直言“死”与“不治”。

《伤寒论》第 333 条:“伤寒脉迟六七日，而反与黄芩汤彻其热。脉迟为寒，今与黄芩汤，复除其热，腹中应冷，当不能食；今反能食，此名除中，必死。”

本条始于伤寒，中传太阴，继传厥阴。

1.初始阶段：太阳伤寒迁延，隐伏太阴寒机

太阳伤寒的核心病机是“风寒束表”，正常脉应“浮紧”；若迁延“六七日”，脉由浮紧转为“迟”，提示病邪已不再纯在表，而是因正气抗邪无力，寒邪开始内传，暗中损伤太阴脾阳（太阴主里，主运化，喜温恶寒）。此时“脉迟”是关键信号，代表里有寒（脾阳渐虚，气血运行迟缓），而非表证未解，更非里有热，为后续误治埋下病机基础。

2.误治阶段：错用黄芩汤，重伤太阴脾阳

此阶段医生误判“脉迟六七日”的病机，将“迁延不愈”误当作“里有热证”（如太阳少阳合病的热利），反用黄芩汤（黄芩、芍药、甘草、大枣，核心功效清里热、和阴血）“彻其热”。但黄芩汤药性偏寒凉，而此时患者已隐有太阴脾寒，寒凉药直接重创本就渐虚的太阴脾阳，导致“腹中应冷”。脾阳失温，中焦虚寒，正常应出现“不能食”（脾运化无力，受纳功能减退）的太阴寒证典型表现。

3. 转归阶段：太阴寒极传厥阴，“除中”属死证

脾阳为后天之本，太阴脾阳被寒凉药重伤后，寒邪进一步深入，传入厥阴（厥阴为三阴之尽，易见“寒热错杂”或“寒极阳亡”的危重证候）。此时出现“今反能食”的反常表现，并非脾阳恢复，而是“除中”：即厥阴寒极，阳气垂绝，出现的“回光返照”式假象。脾胃阳气将竭，短暂浮越，故能食，但本质是阳亡前的最后征象。因厥阴为三阴之末，阳气已无恢复之机，故原文判定“必死”。

三阴寒证，不仅要关注阳气，更需关注脾胃。胃为后天气为本，水谷之海，气血生化之源，有胃气则生，无胃气则死。寒证下利出现的热象那是假象，不要错误地辨为阳证；“迁延不愈”不要误认为郁热，“能食”不能误认为胃气恢复，若用寒冷之品，损伤脾胃阳气，导致除中，后果不堪设想。

《伤寒论》第 343 条：“伤寒六七日，脉微，手足厥冷，烦躁，灸厥阴，厥不还者，死。”

本条体现了伤寒从太阳经传入少阴，再进一步发展至厥阴的动态变化过程，以及病情逐渐加重直至阴阳离决的严重后果。

伤寒初期：寒邪侵袭人体，首先多侵犯太阳经，出现恶寒、发热、头项强痛等太阳病的典型表现。若患者正气充足，治疗及时得当，病邪可在太阳经得以解除。然而，若患者素体阳虚，或治疗不当，如发汗太过损伤阳气，病邪就容易内传。

传入少阴：少阴包括心肾两脏，为人体阳气之根本。当病邪传入少阴，就会导致心肾阳衰，阴寒内盛。心主血脉，肾阳为一身阳气之根，心肾阳衰则无力鼓动血脉运行，也不能温煦肢体。“脉微”体现了心肾阳衰，无力推动血液运行，脉象微弱而细小；“手足厥冷”则是阳气不能温煦四末的表现。此时病情已较为严重，人体的阳气开始明显虚衰。

进一步发展至厥阴：厥阴为三阴之尽，阴阳之气在此相互交接。当病情从少阴进一步发展至厥阴时，阴寒已极为盛极，阳气被严重抑制，甚至出现阴阳不相顺接的情况。此时不仅有阳气的虚衰，更有阴阳之气的严重失衡。“烦躁”在这一阶段出现，是虚阳浮越的表现。由于阴寒内盛，阳气被格拒于外，虚阳扰动心神，从而导致烦躁不安。这种烦躁并非实热之象，而是病情危重的一种信号。

治疗与预后：条文提出“灸厥阴”，艾灸厥阴经的穴位，目的是温通厥阴经气，激发阳气，试图恢复阴阳之气的顺接，以挽救垂危的阳气。这是在病情发展到厥阴阶段，阳气极度虚衰时采取的紧急救治措施。如果经过艾灸等治疗后，手足厥冷的症状能够得到缓解，即“厥还”，说明阳气尚有恢复的可能，病情有转机。反之，“厥不还者”，意味着阳气已经衰竭，阴阳即将离决，预后不良，最终会导致死亡。

《伤寒论》第 344 条：“伤寒，发热，下利，厥逆，躁不得卧者，死。”**《伤寒论》第 345 条：**“伤寒，发热，下利至甚，厥不止者，死。”

344 条、345 条皆论及伤寒发热、下利、厥逆的危重症候，其辨证关键在于判断发热是阳复还是格阳于外。

厥阴病中，若先厥冷下利，后出现发热，多为阳气来复，是病情向愈之象，此时厥逆和下利通常会随之缓解。若发热的同时，下利厥逆不止，多为阴寒内盛，格阳于外。此时的发热是无根之阳外越，而非阳气来复。

344 条中“躁不得卧”，是阳气欲绝，阴寒独盛，虚阳浮越的表现。现在病人虽然先厥而热，但是下利不止，而且还有躁不得卧的症状，说明这个发热并非阳气来复，而是残阳欲走，虚阳浮越。病人已经阳气将绝，故曰死。

345 条中“下利至甚，厥不止”，表明阴寒极盛，脏气不固，阳气不续，发热不是阳气恢复的表现，而是格阳于外的征兆。下利至甚则阴液亦必大伤。阴竭阳绝，故曰死。

344 条重在“亡神”，通过“躁不得卧”这一精神涣散的征象，来判断阳气的脱失；345 条重在“亡形”，通过“下利至甚，厥不止”这一形体衰败的征象，来判断阴阳气血的耗竭。

在伤寒厥利并见的危重阶段，发热的出现可能是“阳气来复”的佳兆，也可能是“虚阳外越”的危象。辨别二者的关键在于发热是否伴随厥逆、下利等阴寒内盛的症状。

《伤寒论》第 346 条：“伤寒六七日，不利，便发热而利，其人汗出不止者，死。有阴无阳故也。”

伤寒六七日，不利，说明阴寒不甚，病情还不严重。可是这个时候却出现了发热而利，既可能是阳气来复而发热，也可能是虚阳浮越之假热。如果是阳复而热，则下利当止。现在病人反而出现了下利的症状，说明并非阳复。

下利，阴液由下而出，加以阳虚无力蒸腾，当无汗。今反汗出不止，说明阳气虚而不禁，不但下利不止，而且汗出不摄，这是阳气将脱的表现。汗、利大伤阴液，阴液亦竭。下利伤阴于下，汗出亡阳于外，阴竭而阳绝，故曰死。

“有阴无阳故也”，有阴是指只有阴寒之邪；无阳是指人身之阳气竭绝而无。

临床，有人临死的时候出一身汗，叫泄尸汗，因为亡阳；有人临死前排大便，因为大气下陷；也有人一喘就死，因为阳气上越。这条告诉我们，凡是格阳之病均怕出汗，一出汗就有性命危险。

《伤寒论》第 347 条：“伤寒五六日，不结胸，腹濡，脉虚复厥者，不可下，此亡血，下之死。”

本条核心病机为伤寒后期阳气、阴血均虚，寒邪内盛致厥。

伤寒五六日，病邪已过表证阶段，未深入脏腑形成结胸（无胸胁硬满疼痛），也未在肠道形成燥屎（腹濡，即腹部柔软无硬满拒按），排除实邪结聚的实证厥逆。

“脉虚”为气血不足的关键指征（阳气虚则脉无力，阴血虚则脉细弱），“亡血”明确指出阴血耗伤（此处“亡血”广义含阴血亏虚，非仅指失血）；阳气虚则温煦无力，阴血虚则濡养不足，二者均不能达于四肢，故见“复厥”（厥逆反复出现）。

伤寒之邪未去，因正气亏虚（阳气虚为主），寒邪内陷，加重阳气郁遏、不能布达四肢的病理状态，形成“虚中夹寒”的厥逆，而非实寒或燥实内结之厥。

“不可下，下之死”的核心逻辑，是下法的作用机理与本条病机完全相悖，会进一步耗伤正气、加重病情。

下法专为实邪内结（如燥屎、瘀血、痰饮等）而设，通过泻下祛除实邪，需以患者正气尚足为前提（能耐受泻下之力）。

本条禁用下法的关键原因，患者“不结胸、腹濡”，无燥屎、痰饮等实邪内结，下法无“实邪”可攻，属于“无的放矢”。下法本身具有耗伤阳气、损伤阴液的副作用（泻下时会带走人体津液，且苦寒攻下药易伤脾胃阳气）。本条患者本就“脉虚、亡血”（阴血亏虚），且厥逆提示阳气不足，若强行下之，会进一步耗竭阴血、损伤阳气，导致正气衰竭，最终危及生命（“下之死”）

330 条警示，“诸四逆厥者，不可下之，虚家亦然。”此条仲景再三叮咛，厥证有可下的，有禁下的，凡是虚证，不论气虚也好，血虚也好，阳虚也好，都不能泻下，只有阳气阻隔于里的热厥，才可以下。

《伤寒论》第 348 条：“发热而厥，七日下利者，为难治。”

伤寒，先发热后四肢厥冷，没有出现热深厥亦深的情况，只有厥冷，至七日传经至厥阴，又出现下利的症状。是说寒邪逐步升级，逐步发展，阳气逐步消减，逐步虚衰，这是阳退阴进，阳虚阴盛，故难治。

治病，要看病情发展趋势，要看正邪关系，要辨方向，是邪气占上风还是正气占上风？病邪发展变化中是有利于正气还是不利于正气？是顺还是逆？是正气恢复，还是邪气进展？心中有数，方能判断这个病是好治还是难治，“观其脉证，知犯所逆，随证治之”，才能给出正确的应对措施，以不延误急救时间为要。

如何判断好治还是难治，胡希恕认为，看这人还能吃否，能吃还能治，不能吃就是胃气已绝。

《伤寒论》第 349 条:“伤寒脉促，手足厥逆，可灸之。”

本条核心病机“阴阳之气不相顺接”，正气已虚。无论是阳气衰微不能布达，还是阳气内郁不能外通，最终结果都是四肢失于温煦而发冷。

促脉属于阳，脉促有力为阳实，脉促无力为阳虚。结合灸法（可灸之）分析，此促脉应为促而无力。阳复初始，阳气想挣扎着冲破阴寒的束缚，却力不从心，导致脉象急促而无力，甚至时有歇止。

此时的局面非常微妙且危险，一方面有一线微弱的生机（阳复之兆）；另一方面这点生机随时可能被强大的阴寒扑灭。

此时使用灸法，目的不是单纯地“破阴寒”（因为阳气太弱，猛攻可能同归于尽），而是“扶助初生之阳，接续将断之气”。艾灸的温和热力，就像给这微弱的火种扇风助燃，补充燃料，帮助它壮大起来，从而真正实现“阴阳气顺接”，使厥回脉复。

本条未言灸法的具体穴位，后世注家多选取温通阳气的穴位，如任脉上关元、气海穴，足厥阴肝经上大敦、太冲穴，以扶助刚刚复苏的阳气，接续即将中断的阴阳之气，为后续服用汤药（如四逆汤、通脉四逆汤等）创造条件和争取时间。

第一节　热郁气滞证

第一百四十七条　热郁气滞证是指在六经病传变过程中，因表邪内郁、误治化热或里热炽盛，导致无形热邪壅滞气机，引起三焦脏腑气化失常，以烦闷、痞满、疼痛为主要特征，且按之无形无实邪结聚的证候。其病机本质为　“热郁与气滞互为因果”，常属六经病机变证病的重要子类。上焦热郁气滞证，代表方剂栀子豉汤；中焦热郁气滞证，代表方剂栀子厚朴汤与大黄黄连泻心汤；下焦热郁气滞证，代表方剂四逆散。

第一百四十八条　上焦热郁气滞证

《伤寒论》第 76 条：“发汗后，水药不得入口，为逆，若更发汗，必吐下不止。发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊憹，栀子豉汤主之；若少气者，栀子甘草豉汤主之；若呕者，栀子生姜豉汤主之。”

太阳病误汗、误吐、误下，有随经传与非经传两类传变途径， 76 条栀子豉汤证不是随传经变，而是邪气由表入里传至胸中的非按六经顺序传变，而是邪气直入或内陷特定部位。

太阳病发汗以后，损伤胃阳致水药不得入口，就是水药不得下咽，是“误治”（逆治）的结果。若再发汗，就会吐下不止，这是因为脾胃虚寒，胃有寒则吐，脾有寒则泻。

发汗吐下后，津液消耗，在表之余热未清，在里之余热不去，郁结而生虚烦。虚烦是指热邪郁滞于胸膈气分，弥漫而无具体形质。“虚烦”的“虚”，非指正气亏虚，而是特指病邪的无形。甚者，会出现辗转反侧睡不着觉，心生烦恼的状态。

治疗主方选择栀子豉汤。栀子可清心除烦，豆豉可宣发解郁除余邪。若同时伴有气短的情况，说明汗吐下后，中气受损，需加甘草以补虚，主方选择栀子甘草豉汤；若同时伴有呕吐的情况，说明有邪热犯胃，胃气不和而见呕，加生姜以止呕，主方选择栀子生姜豉汤。

《伤寒论》第 77 条：“发汗，若下之，而烦热，胸中窒者，栀子豉汤主之。”
《伤寒论》第 78 条：“伤寒五六日，大下之后，身热不去，心中结痛者，未欲解也，栀子豉汤主之。”

76 条与 77 条、78 条均为栀子豉汤证，从 76 条的热郁轻浅、气滞未显的郁热扰心之“虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊憹”，到 77 条热郁加重、

气机闭塞的郁热气滞之“胸中窒”，再到 78 条郁热伤络、气滞导致血络不畅、窒塞感升级为疼痛之“心中结痛”。 三条的病机未变，但通过热郁胸膈证症状初、中、高阶的递进变化，揭示病机演变的层次性，分别列示以教人辨别郁热程度。治法一以贯之，均以栀子豉汤清宣郁热。

胡希恕老先生将其拓展至治疗食道憩室，即食管至胸骨后的堵塞感，如现代食道炎、反流性食管炎、纵膈郁热证，因郁热导致局部气机闭阻的实证表现。栀子豉汤治食道炎确有效验，但需满足“无形郁热”病机，若见痰瘀互结则非本方所主。

第一百四十九条　中焦热郁气滞证

《伤寒论》第 79 条：“伤寒下后，心烦腹满，卧起不安者，栀子厚朴汤主之。”

太阳伤寒法以汗法，但医者误用下法，致外邪由表入里，热邪内陷，由上焦胸膈（第 76 条、77 条、78 条），向下迫扰、影响了中焦胃肠的气机升降。气滞于腹（主要是脘腹部），胸膈郁热为主，兼及中焦气滞。主病位在胸膈，次病位在腹。病机是胸膈郁热下迫，导致中焦气机壅滞。

心烦，是指向热邪郁扰于胸膈部位，热扰心神，其根源在于胸膈郁热。

腹满，是指胃脘、脐上区域胀满。此腹满是热邪郁闭导致的气机壅滞之“实性”胀满，属气滞范畴，而非有形实邪（燥屎）之满，更非虚寒之满。通常不喜按，但也不似阳明腑实证之拒按。

卧起不安，是指患者因心烦、腹满等不适，无论是躺着想起来，还是起来又想躺下，辗转反侧、坐卧不宁，无法安定的焦躁状态。

第 76 条、77 条、78 条，针对单纯热郁胸膈的病机，选择栀子豉汤以宣透郁热。第 79 条，针对热郁胸膈未解且热邪下迫，上中焦同病，且气滞腹满为突出矛盾的病机，选择栀子厚朴汤以清热除烦、行气消满。

《伤寒论》第 80 条：“伤寒，医以丸药大下之，身热不去，微烦者，栀子干姜汤主之。”

汉朝流行一些泻下丸药，一种为热性泻下的巴豆制剂，一种为寒性泻下的甘遂制剂。太阳伤寒，本应使用汗法治疗，现误用丸药攻下。这两种泻下制剂的力量都很强烈，故说大下之。

这是太阳伤寒之变证，非随经传变，而是外邪内陷胸膈迫及中焦脾胃之非经传变。身热非太阳之邪在表不解，而是热邪内陷胸膈，郁而发热。胸膈余热未清，轻扰心神，与 76 条“虚烦”同源。76 条特指病邪无形，甚者会出现辗转反侧睡不着觉、心生烦恼之状；80 条的微烦，是因为部分热邪随下法外泄，热邪的程度较轻。

大下之后，脾胃阳气受损，寒热错综，上热下寒，当潜在腹冷痛、便溏之证。针对这种情况，应当用栀子干姜汤主之。方中栀子清热除烦，干姜温中止利。栀子本是苦寒之品，佐以干姜，一则温煦受损的阳气，一则佐制栀子之寒。

《伤寒论》第 151 条：“脉浮而紧，而复下之，紧反入里，则作痞。按之自濡，但气痞耳。”

从表面看，此条在描述“气痞”的脉证特点，但若结合《伤寒论》整体理论体系与临床思维，其背后包含的深层意义至少有以下几点：

1. “气痞”的本质是无形气机壅滞，区别于有形实邪结聚

条文明确指出“按之自濡”，即腹部按之柔软，这与结胸、积实证的硬满拒按形成鲜明对比。

张仲景借此强调辨证中“有形”与“无形”的区别：

有形之结：如结胸、蓄血、燥屎，为痰水、瘀血、宿食等实质病理产物积聚。

无形之痞：仅为寒热错杂或升降失常导致的气机痞塞，病位在气分，未成实质结聚。

此为临床辨别虚实、选择攻补的重要依据。

2. “气痞”的形成与误治相关，揭示外感病治疗禁忌

条文开头“脉浮而紧，而复下之”点明气痞成因之一为表证误下。

浮紧属太阳伤寒，当发汗解表，误用下法损伤里气，表邪内陷，但与痰水等有形之邪结合不深，仅壅塞于中焦气机，故成痞证。

这体现了仲景“辨证论治，勿犯治禁”的思想，也暗示了外邪内陷的不同途径（可形成结胸、痞证、协热利等）。

3. “但气痞耳”暗含治疗方向——重在调气而非攻逐

既然是无形的气机痞塞，治法当以行气消痞、调理寒热为主，而非用泻下攻逐之剂。

后续条文（如 154 条大黄黄连泻心汤、155 条附子泻心汤等）虽为痞证设方，但均体现“轻清宣泄”或“寒热并用”的特点，尤其是大黄黄连泻心汤用麻沸汤渍服，取气轻清以泻痞满，而避其苦寒攻下之性，正是“气痞”治法的具体示范。

4. 为六经辨证中“痞证”类病证建立辨证纲领

本条虽简，实则确立了辨识“痞证”的核心标准：

主观症状：心下堵闷，痞塞不舒。

客观体征：按之柔软无硬块。

形成条件：常与误治、表邪内陷相关。

这为后世理解泻心汤类方的运用奠定了基础，也为“痞”与“结胸”的鉴别提供了关键要点。

5. 体现“病机与症状相应”的中医诊断逻辑

“气痞”不仅是症状描述，更是病机概括。

仲景用“但气痞耳”四字，直接点明此类痞塞的根本病机在于气滞，提示治疗应着眼于疏通中焦气机、调节升降。这种“以病机统率症状”的表述方式，反映了中医“审机论治”的特色,为《伤寒论》中一系列痞证条文（泻心汤类方证）提供了总纲。

《伤寒论》第 154 条：“心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。”

“心下痞”为主证，就是心下堵塞、痞塞，气不通，需要腹诊，与结胸鉴别。用手摸一摸、按一按，按之濡，按之软，按之不硬，不是按之石硬，也不是按之疼痛，而是软软的，不是水、痰、血、食物等实邪。

然后就是切脉，因为心下痞、按之濡，半夏泻心汤证也会按之濡。“其脉关上浮者”，关脉之上出现浮，就是阳脉。关候脾胃，寸候心肺，尺候肾肝，这地方见了浮，就是热象的脉，是热不是寒，即热痞于心下。

综合脉诊和证候，可以辨证为热痞、气痞。如果它是水痞、结胸，脉应为沉。脉浮为阳脉，在气分，比较轻浅，而不是凝结在里。心下软，按之无物，是火热之气痞塞不散所致。

心下火热之邪，大黄黄连泻心汤还会有一些副证，“心烦、舌头红绛，小便发黄、大便通而不爽”，有的患者还可能会出现衄血或吐血的症状。

“大黄黄连泻心汤主之”，就是用大黄、黄连两味药来治疗这个病。火热之气的痞塞，如果不用苦寒药，则不能消除热邪，因为没有有形实邪，则又不能泻下。故大黄黄连泻心汤不是用煎法，而是用泡法。

麻沸汤二升渍之，就是翻滚的开水，渍之就是浸泡大黄、黄连，泡的时间不要长。去滓，就是把大黄、黄连的渣子去掉。

仲景的泡药、渍药的方法，取其气而保其味，就是取大黄、黄连的寒凉之性而保其味。泡的时间很短，苦味不太厉害，因为苦才泄，这样就能够治心下的痞热，也不至于泻下较重。

第一百五十条　下焦热郁气滞证

《伤寒论》第 318 条：“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”

四逆散，由柴胡、 枳实、芍药、甘草四味中药组成。柴胡，疏肝解郁、透热，枳实，行气破滞、散结，芍药，柔肝缓急、止痛，甘草，调和诸药、益气和中。以方测证，318 条郁为病始，滞为病理，热为郁甚之变。病机为热郁气滞，肝脾气郁、阳气内郁不达四末，继发无形郁热。

热郁气滞导致气机升降出入受阻。肺气不宣则咳，心气不畅则悸，肝气郁结、疏泄失常，气滞于肠腑，大肠传导失司，则泄利下重；肝失疏泄，三焦水道壅滞，则小便不利。若肠腑壅塞，可致腑气上逆反侮中焦，加重脾不升清；水道不利，水停中焦困脾，可加剧阳气郁遏。

伤寒邪在三阳，则手足必热；传到太阴，手足自温；传到少阴，四肢逆而不温；及至厥阴，则手足厥冷。318 条之厥逆，为逆而不温。本质为“气厥”而非“寒厥”。此“气厥”属热厥轻证，与少阴寒厥判然有别：虽手足逆冷，但胸腹灼热、脉弦有力，且无但欲寐、脉微细等虚寒之象。

“四逆散主之”，疏肝解郁，理脾和胃，透达郁阳。本方是六经辨证实则治肝脾的范例。

第一百五十一条 栀子豉汤证与瓜蒂散证比对

《伤寒论》第 166 条：“病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲喉咽不得息者，此为胸有寒也，当吐之，宜瓜蒂散。”

“病如桂枝”，应见“发热、汗出、恶风、鼻鸣、干呕”等证，如果“头不痛，项不强”，则不是太阳中风证，病位不在表。“寸脉微浮”，非表邪之浮脉，也非里之沉脉，主邪在半表半里，亦无少阳证，正邪相争于胸，欲上越之象。“胸中痞硬，气上冲喉咽不得息”，痞为气滞，硬为实邪。实邪是指胸膈被痰饮之邪壅塞。“胸有寒”，此寒非为寒热之寒。因汉代‘痰’字未普及，仲景以“寒”代指阴浊病理产物，可表述为“胸有痰”，此痰可寒可热，非特指寒痰。

胸中痞满，自觉有硬物梗阻，气机受阻而上冲咽喉，导致呼吸不畅，究其原因是痰邪阻滞胸中，窒息欲吐而不得吐之状，应当使用吐法。根据具体病情，急则治其标，选择瓜蒂散治疗；缓则治其本，吐后需辨寒热调治，寒痰多伴畏寒、痰白清稀可合干姜温化，热痰多伴烦热、痰黄黏稠可合栀子清热。

《伤寒论》第 355 条：“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中。心下满而烦，饥不能食者，病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散。”

在中医理论中，寒热虚实，都可引起手足厥冷。

寒厥，主要是因阳气虚衰，阴寒内盛所致。阳气不能温煦四肢，从而出现手足厥冷。其厥冷程度往往较为严重，常伴有畏寒蜷卧、面色苍白、下利清谷、脉沉微细等症状。多由素体阳虚，或久病伤阳，或外感寒邪，直中三阴等原因引起。

热厥，主要是因邪热内传，阳气被郁，不能外达四肢而致手足厥冷。虽有手足厥冷，但同时可伴有身热、面赤、口渴、烦躁、大便秘结、小便短赤、舌红苔黄、脉滑数等热象。其厥冷程度一般相对较轻，所谓“热深厥亦深，热微厥亦微”。常见于外感热病过程中，邪热入里，或热邪郁结于内的情况。

虚厥，是一个较为宽泛的概念，包含了多种因虚致厥的情况，如气虚、血虚、阴虚、阳虚等。以气虚厥为例，常因元气素虚，或疲劳过度、饮食不节等损伤正气，导致清阳不升，神明失养而发为厥证，可见头晕目眩、心慌气短、神疲乏力、自汗等症状。血虚厥则多因失血过多，或久病血虚，致使气血不能上荣于脑，出现手足厥冷、面色苍白、唇甲无华、心悸失眠等表现。

实厥，在中医中是相对于虚厥而言的一类厥证，多由邪气壅盛，气机逆乱所致。气厥实证，多因情志异常，如恼怒、惊恐等，导致气机逆乱，上壅心胸，阻塞清窍而发为厥证。患者常突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，两手握拳，呼吸气粗，或伴有四肢厥冷，舌苔薄白，脉伏或沉弦。血厥实证，常因大怒或外伤等原

因，使气血上逆，壅阻清窍。临床表现为突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，面赤唇紫，舌红，脉沉弦。痰厥实证，因痰浊内阻，导致胸阳不能宣发，气血运行不畅，从而出现手足厥冷。

病人手足逆冷，需先辨虚实寒热。脉乍紧，脉紧为寒，正邪相搏相持不下，故脉忽紧忽缓，邪结未固。阳气不达于四肢，就会出现手足厥冷。阳气郁于胸中，故伴有心下痞满、烦躁不安等症。以方测证，痰塞胸膈，气机壅塞，食入则助壅，故饥不能食。

355 条与 166 条相比，均为痰厥实证。166 条可寒痰可热痰，355 条多属寒痰。166 条气上冲喉，第 355 条增加手足逆冷与脉乍紧之症。治疗应因势利导，“其高者，因而越之”，治选吐法，方选瓜蒂散，吐后可予理中汤类温中善后。

第一百五十二条　栀子豉汤禁忌

《伤寒论》第 81 条：“凡用栀子汤，病人旧微溏者，不可与服之。”

《黄帝内经》:“其高者，因而越之，其下者，引而竭之，中满者，泻之于内。”意即：病在胸膈以上者，采用吐法使邪从口呕吐而出；病在胸腹之下的患者，可采取疏导泄下的方法驱邪；病在中焦脾胃、脘腹胀满不适的患者，可以用泻泄的治法。

如果汗、吐、下后，懊少气，呕逆烦满，心中结痛者，皆宜以栀子豉汤。以其邪留连于胸膈及中焦脾胃之间，或与热、与虚、与饮、与气、与寒相结而不实，病势向上；如果未经汗、吐、下，而是实邪，如痰食壅塞，当以瓜蒂散主之。

栀子本非吐药，以其味苦能吐，服后偶有呕吐，乃郁热外透之兆，故用之以宣透郁热。唯要确审胸胃之邪，是寒、是热、是食、是水、是痰、是气，因何阻滞使胸胃阳气不伸。如果郁热气滞、脘腹胀满、非燥屎实结、，排除实邪之外，方可以栀子豉汤治之。若药后得吐，中病即止，防止过剂伤胃。

凡用栀子汤，包括 76 条至 80 条，如果病人“旧微溏”，即脾胃阳虚之人经常出现溏便，即使出现了烦热证，应禁用栀子豉汤。这是因为中医治上者必顾下，治热者必远寒，栀子豉汤性寒，走而不守，能使脾肾阳气受损，故不可服用。

如果要用栀子豉汤，要注意两点：其一是量要小；其二如以栀子干姜汤变通，需考虑栀子豉汤与栀子干姜汤病机的差异，栀子干姜汤并不是栀子豉汤的替代品，栀子干姜汤或加白术、炙甘草，寒热并用加减化裁。

第二节　水热互结证

第一百五十三条　水热互结证是指因表热内陷或里热炽盛之热邪与体内水饮或痰饮相互搏结，　形成或实邪结聚（大/小结胸）、或湿热蕴滞（黄疸）、或兼阴伤停水（淋证）、　或湿热胶结（血利）的证候。该实邪或结聚于心下，甚则至少腹形成水热互结之大结胸，或结聚于正在心下（剑突下区域）形成痰热互结之小结胸，或结于下焦膀胱阴虚有热、水液内停之猪苓汤证，或结于中下焦（肝胆/脾胃）湿热蕴结兼腑气壅滞之茵陈蒿汤证，或下焦大肠湿热胶结、腐血成脓、热毒血痢之白头翁证。

大结胸证，　水热结于胸膈，弥漫至少腹（腹膜腔），心下硬满疼痛，甚则从心下至少腹硬满疼痛不可触按，发热（但热不寒），烦躁，口渴，大便秘结，舌红苔黄腻或黄燥，脉沉紧或沉实有力。小结胸证，痰热结于胃脘（剑突下），正在心下，按之则痛，不按不痛或轻痛，或胸闷，舌红苔黄腻，脉浮滑。发热、口渴、便秘等症状相对较轻。猪苓汤证，阴虚水热结于下焦（膀胱与水道），以小便不利、口渴、心烦失眠、发热为主要症状。茵陈蒿汤证，湿热结于中焦（肝胆/脾胃）以湿热黄疸、胸胁胀痛、恶心呕吐、食欲不振、消化不良为主要症状。白头翁汤证，热毒血结于大肠（肠络腐脓），以下利脓血、里急后重、肛门灼热、腹痛拒按、发热、口渴、小便短赤为主要症状。

代表方剂，大陷胸汤，泻热逐水；小陷胸汤，清热化痰，宽胸散结；猪苓汤证，清热养阴、利水通淋；茵陈蒿汤证，清热利湿、通腑退黄；　白头翁汤，清热解毒，凉血止痢。

本证多见于太阳病误用下法导致表热内陷与水饮相结，亦可由外邪直入阳明或少阳，或里热炽盛与水饮直接搏结于内所致。

第一百五十四条　结胸与藏结

《伤寒论》第 128 条：“问曰：病有结胸，有藏结，其状何如？答曰：按之痛，寸脉浮，关脉沉，名曰结胸也。”

结胸证，太阳病（或太阳少阳并病）误下，邪热内陷，与水饮、痰浊等有形之邪结聚于胸膈所致，病性属实。

“按之痛“，结胸证以心下硬满疼痛为主症，按之石硬，甚则从心下至少腹硬满而痛不可近，可伴有发热、心烦、口渴等热象。如大结胸证“心下痛，按之

石硬者，……从心下至少腹硬满而痛不可近者”；小结胸证“正在心下，按之则痛，脉浮滑者”。

结胸是邪热与水饮、痰浊等有形之邪结聚于胸膈，病情多属实热，常伴有心下硬满疼痛等症状，会影响脾胃的运化功能，导致患者出现不欲饮食、食后腹胀等表现。如大结胸证病情较重，心下至少腹硬满而痛不可近，这种情况下患者饮食必然会受到明显影响；小结胸证虽疼痛程度稍轻，但“正在心下，按之则痛”，也会对脾胃气机造成阻滞，从而影响饮食。

“寸脉浮，关脉沉“，结胸证多由太阳病误治，表邪内陷所致。邪气虽内陷，但仍有向外透达之势，或表邪未尽，故寸部脉可表现为浮象，提示病位有偏上、偏表的特点，与胸膈部位相关，因寸脉候上焦。关脉候中焦，结胸是痰热等邪结聚于胸脘，阻滞气血运行，使中焦气机痞塞不通。邪气内结，气血被遏，不能鼓动脉气于外，故关脉呈现沉象，以反映中焦有实邪结聚、气机不畅的病理状态。

《伤寒论》第 129 条：“何谓脏结？答曰：如结胸状，饮食如故，时时下利，寸脉浮，关脉小细沉紧，名曰脏结。舌上白苔滑者，难治。”

《伤寒论》第 130 条：藏结无阳证，不往来寒热，其人反静，舌上苔滑者，不可攻也。

藏结证常由脏气虚寒，阴寒凝结于脏，气血阻滞不通引起，病性多属虚寒。如第 130 条所示。

“如结胸状”，是指藏结证某些症状结胸证相似，结胸证是邪热与痰水等结聚于胸膈脘腹，以心下（胃脘部）硬满疼痛为主要表现，严重者疼痛可波及整个胸部及腹部。藏结证也会出现心下或胸部附近的疼痛，疼痛性质多为闷痛、胀痛或刺痛，部位较为固定。结胸证会有心下痞硬胀满的感觉，就像有东西堵塞在那里，按压时症状会加重。藏结证同样可能出现心下部位的痞硬胀满，患者自觉胃脘部堵塞不舒，有胀满感，触之较硬。

“饮食如故“，藏结证的病位主要在脏，以肝脏气血郁滞、经络不通为主，与脾胃直接相关的病变相对较少。若脾胃功能尚未受到严重影响，受纳、腐熟水谷的功能基本正常，就可能出现饮食如常的表现。藏结初起或病情较轻时，邪气尚浅，对脏腑功能的整体影响不大。人体正气尚可，脾胃之气未衰，能维持正常的运化和受纳，所以饮食方面没有明显改变。不同患者的体质和基础状况不同。

有些患者本身脾胃功能较强，即使患有藏结，在疾病早期或病情发展过程中，凭借自身较强的脾胃功能，仍可保持饮食正常。随着藏结病情的发展，往往会影响到脾胃等脏腑的功能，出现饮食减少、腹痛、腹胀等症状，所以饮食如常一般不是藏结疾病全程的表现，只是在特定阶段可能出现的情况。

“时时下利“，是指藏结证多为脏气虚弱，阴寒内盛所致。脾肾阳虚，不能温煦、运化水谷，导致肠道传导失司，水谷不化，从而出现下利。且这种下利往往表现为大便稀溏，甚至完谷不化。藏结证患者体内阳气不足，易招致寒湿之邪侵袭。寒湿困脾，脾失健运，湿邪下注肠道，也会引起下利。同时，寒湿之邪阻滞气血运行，还可能导致腹部疼痛等症状。藏结证还存在气血瘀滞的情况，这会影响脾胃的正常功能。脾胃为气血生化之源，脾胃功能受损，气血生化不足，肠道失于濡养，也会加重下利的症状。而且气血瘀滞不通，还会出现腹痛拒按等表现，与下利并见。

“寸脉浮，关脉小细沉紧“，藏结证深结于里阴，阳火浮于表阳，则寸脉“浮”，里阴之关脉“小细沉紧”。“小者，脉体不足，”细“者，脉体如丝，”沉“者，重手取得，冰伏之象，”紧“者，阴寒深入，正是正虚邪实之脉的表现。

“不往来寒热“，藏结是脏气虚弱，阴寒凝结于里所致。病位主要在脏腑内部，以三阴经病变为主，尤其是涉及脾胃、肝肾等脏腑。与半表半里的少阳病位不同，没有正邪在半表半里交争的病理机制，所以不会出现往来寒热的症状。藏结不往来寒热是其与少阳病及其他一些有寒热往来病症相鉴别的重要特点之一，有助于临床准确辨证。

“其人反静“，藏结为阴寒之证，病性属阴。阴寒之邪致病，易使人体阳气被遏，气血运行迟缓，机体功能活动处于相对抑制状态。所以患者表现出安静、不欲多动的状态，与阳热证常出现的烦躁不安等表现形成鲜明对比。藏结是脏腑气血亏虚，阴寒痰浊凝结所致。由于正气虚弱，无力与邪抗争，故患者没有明显的亢奋表现，而呈现出相对安静的状态。同时，病邪内结于脏腑，未向外发越，也不会引起机体的剧烈反应，所以患者神情安静，无烦躁、谵语等阳热扰神的症状。

“舌上苔滑者难治“，藏结证的”藏“，一是脏腑之脏，说明邪气依藏结至阴之深，二是藏者，深入潜藏之象，病深伏于里，即”深藏“，且伏潜、时间长，

跨度大，才能造成藏结之症。舌苔反映的是腑气，舌苔白，说明腑气之用（通）有滞且具寒象；舌苔滑，说明津液链循环有障碍、气化不利，也具寒象；所以舌苔白滑者只能用温法、补法，不排除用和解法。然而，凡“邪”务必用攻伐之法逐之而后快，现在用温补法是助邪，攻补两难，和解法又是一种妥协，所以“难治”。

“不可攻也“，藏结的根本原因是脏腑阳气虚弱，如脾肾阳虚。此时人体正气不足，抗邪无力。若用攻法，虽可去除部分病邪，但会进一步损伤正气，使病情加重，甚至导致阳气暴脱等危重症候。藏结患者体内阴寒之邪弥漫，寒邪凝滞收引，易导致气血瘀滞、经络不通。若用攻法，如使用寒凉泻下药物，会使体内寒邪更盛，加重气血瘀滞和脏腑功能失调；若用温燥攻下药物，又可能耗伤阴液，使阴阳失衡加剧。藏结病位在脏腑深处，病邪与正气相互胶着，难以迅速驱邪外出。攻法往往只能作用于体表或较浅部位，对于深藏于脏腑的病邪难以彻底清除，还可能使病邪内陷，加重病情。因此，治疗藏结应以温阳扶正、调理脏腑功能为主，佐以散寒化湿、活血化瘀等法，逐步改善病情，而不可轻易使用攻法。不仅禁用大黄、芒硝等寒下，也禁桃仁、水蛭等峻破。

结胸与脏结，一个在胸，一个在脏；结胸热与水结，脏结是寒邪和脏器凝结；结胸为实证，胸中结硬，一般食欲不太好；而脏结是个虚寒证，所以它的饮食如故。结胸大便有点儿秘结，而脏结时时下利。所以一个是实热凝结，一个是虚寒凝结，有寒热虚实的不同。舌上白苔滑，是脾阳虚衰，水湿内盛之征兆，结胸见此舌象，虽是实邪却见虚证，为逆，所以难治。脏结属阴证，舌象与证相符，但阳虚不化津、寒湿凝结，温阳则恐助痰湿，祛湿则恐伤阳气，故攻补两难。温阳则助湿，燥湿则伤阳 ，需　温化寒湿佐消癥。可仿附子理中汤合吴茱萸汤温化寒湿，佐莪术、三棱消癥。临床若遇疑似证，需谨记“藏结无阳证”“舌滑不可攻”之诫！结胸，热实壅滞，不通则痛，治宜泻热逐水（急则治标）；藏结，阳虚寒凝，不荣则痛、 治宜温阳散结（固本为先）。

《伤寒论》第 167 条：“病胁下素有痞，连在脐旁，痛引少腹，入阴筋者，此名脏结，死。”

本条描述“脏结”的一种危重证候：患者胁下（季胁部）素有痞块（即长期存在的有形积块），此痞块向下连及脐旁，发作时疼痛牵引至少腹，甚至“入阴

筋”（指疼痛牵引至前阴、睾丸或阴部）。此为“脏结”的极端表现，预后凶险，故曰“死”。

“脏结”在《伤寒论》中是独立于六经病之外的一种危重病机，指阴寒之邪深结于五脏（尤其是肝脾肾）之阴分，导致脏腑阳气衰竭、气血凝滞、结聚成形的病变。

“胁下素有痞”：胁下属足厥阴肝经分野，“痞”为有形结块。提示肝气郁结、肝血瘀滞已久，寒邪与痰瘀凝聚，形成癥积。此非新病，乃“素有”，说明病根深痼。

“连在脐旁”：脐旁属足太阴脾经与足少阴肾经所主区域（神阙穴为命门真气所系）。痞块由胁下延伸至脐旁，表明病势已从肝及脾，并深陷于肾。脾主大腹，肾司少腹，肝主筋膜。三阴经气皆已不通，寒凝血瘀之结块横跨三经。

“痛引少腹，入阴筋”：阴寒凝闭，气血不通则痛，这是病势发作时的动态表现。少腹为足厥阴肝经与足少阴肾经循行之处，亦是冲脉、任脉起源。

“入阴筋者”：阴筋（前阴部），为宗筋之所聚，属肝所主，亦为肾之外窍。就男性而论，把外生殖器都抽进去了，入者进也。疼痛从胁下痞块处牵引至至少腹、前阴，说明阴寒之邪极盛，凝闭脾、肝、肾、冲、任之经脉。阳气无法温煦，气血不能流通，不通则痛。其痛势“牵引”，是筋脉拘挛、挛急的表现，乃寒主收引、主痛之性的典型反映。

“此名脏结，死”：脾、肝、肾脏气衰竭，阴寒独行其事，三脏无阳以化，无阳以温，不温不化，没有阳和之气，意味着人体生发之机、温煦之源即将断绝，预后极差，所以这个病是一个死证。

仲景从中医病机理论出发，用“脏结”这一概念，深刻揭示了此类疾病 “阴寒内结、脏气衰败” 的根本病理本质，为后世运用温阳散寒、活血通络、扶正固本等法治疗类似重症，提供了理论基础和临床警示。

第一百五十五条　水热互结

（一）大结胸

《伤寒论》第 131 条：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。所以成结胸者，以下之太早故也。结胸者，项亦强，如柔痓状，下之则和，宜大陷胸丸。

第131条与第7条的发于阳、发于阴有所不同。第7条“病有发热恶寒者，发于阳也”，是指外邪侵袭人体，正气不衰，能奋起抗邪，正邪交争则发热。不仅包括恶寒发热并见之太阳病，还包括但热不寒之阳明病、寒热往来之少阳病等阳经病证；“无热恶寒者，发于阴也”，是指正气虚衰，无力与邪抗争，故无发热，仅见阴证恶寒，不仅包括腹满吐利之太阴病，还包括肢厥下利之少阴病、寒热错杂之厥阴病等阴经病证。以“是否发热”为标尺，判断正气强弱与病性阴阳，而非单纯定病位。第131条“病发于阳”，是指太阳病的误下，表热内陷 ，胃气受损 ，内陷之热与素有水饮互结，壅塞于胸膈部位；“病发于阴”，特指太阴，非少阴、厥阴，与第7条“发于阴”的广义三阴不同 ，是具体误治变证的定位。

病发于阳，病在表，误用泻下之法，在阳经里的邪，化热入里，热与水结，构成结胸。病发于阴，病在里，误用泻下之法，伤了脾胃之气，脾胃升降失调，出现心下的痞塞的病，此为气痞，而非实痞。发热恶寒者，若误下，当防结胸；无热恶寒者，若误下，当防气痞。

为什么构成结胸病？因为下之太早的缘故。下得太早，引贼入室，引邪入里。结胸是热与水结，但是热与水结的部位有高、低之分，此条的结胸邪在高位，增补“项亦强，如柔痉状”病症。 柔痉与柔痉，只是不同版本之异，意思一样。痉分刚痉与柔痉，有汗的叫柔痉，没有汗的叫刚痉。热与水结偏于上，津液不运，颈背经脉失其所养，就会出现能仰而不能俯的现象。

此条结胸的病因是病尚未入里成实，而过早应用攻下之法，导致外邪入里所致。邪热与水结在胸中，阻塞津液运行，故而项强不舒，伴有汗出，如柔痉症状，需要攻下治疗，主方可选择大陷胸丸。水热之结得攻则散，胸膈气畅，津布筋柔，项强自解。

《伤寒论》第134条：太阳病，脉浮而动数，浮则为风，数则为热，动则为痛，数则为虚，头痛发热，微盗汗出，而反恶寒者，表未解也。医反下之，动数变迟，膈内拒痛，胃中空虚，客气动膈，短气躁烦，心中懊憹，阳气内陷，心下因硬，则为结胸，大陷胸汤主之。若不结胸，但头汗出，余处无汗，剂颈而还，小便不利，身必发黄。

从脉证来分析，知表邪未解。太阳中风脉浮缓，太阳伤寒阴阳脉俱紧，134条“脉浮而动数”，浮为表主风，数为热，动为躁动，跳得快，动数就是脉数而急。“数则为热，动则为痛”，数主热，表有风热，表还未解，必定身体、体表有所疼痛（第3条）。“数则为虚”，虽然脉跳得动数，有点要传经入里，但是还是浮数，还是在表，邪气在表，里无邪为虚，所以说“数则为虚”。这是以脉证辨表里。

再从症状分析，辨表里同病。“头痛发热”，是邪气在表。夜晚睡觉阳欲入阴，初入里之风热，里热迫津，就会“微盗汗出”。当脉数、盗汗与恶寒并存时，恶寒是表证未解的唯一确定性指征。134条是太阳病传变化热的过渡阶段，既非典型伤寒，亦非典型中风，而是表邪未解却已化热的特殊状态。“反恶寒”，是破解表里疑似证的密钥。这是以寒热辨表里。脉数盗汗里热彰，但见恶寒表未亡；若投下药成结胸，反字便是救命方！谨记，恶寒不除，不可轻下！

医生不辨其恶寒为表未解，表里同病，误认为盗汗出，脉数急，邪已入里，“反下之”，即用下法。误下之后，热与水结，脉跳变得慢，“动数变迟”，动数之脉，变成迟脉。误下之后，阳气内陷，邪气入里，正气和邪气相抗于胸膈，于是就出现疼痛、胃中空虚（胃肠功能障碍\胃动力不足）、短气躁烦，心中懊憹，心下因硬等结胸症状。

误下之后，如果不结胸，不是热与水结，而是热与湿结，湿会出不去，热也会出不去。热要外越从汗而解，但湿以引之，湿牵引热，所以“但头汗出，剂颈而还”。剂为齐，就是齐到脖子梗，“余处无汗”，脖子梗以下没有汗，说明热气不能宣发。湿热纠缠，热牵引于湿，湿也不能够从小便而泄，故“小便不利”。热不得越，则头汗出，湿不得泄，则小便不利。湿热纠缠、蕴蒸，结果“身必发黄”。

水热结聚之结胸与湿热弥漫之发黄，展示水热病机的两种极端形态。结胸，邪结有形，心下硬痛；发黄，邪散无形，身目俱黄。134条虽仅举二证，但太阳误下变证有六大类型：一是水热互结之结胸、发黄；二是太阴下利（如163条桂枝人参汤证）；三是上热下寒之痞证（如158条甘草泻心汤证）；四是热迫大肠之协热利（如34条葛根芩连汤证）；五是阳气暴脱之少阴亡阳（如61条干姜附子

汤证）；六是血热妄行之衄血（如 46 条“服药已微除…发烦目瞑，剧者必衄”）。水热互结大陷胸汤主之。

《伤寒论》第 135 条：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之。”

此条讲述不因误下而形成的另一途径下的结胸诊治，“伤寒六七日”不解，时间比较长，未能够及时治疗。

表虚桂枝汤证脉浮缓、脉浮弱，表实麻黄汤证脉浮紧。“脉沉而紧”，沉主里，在表之邪不解，由表入里。水饮为阴邪，易阻滞气机、遏制阳气，阳气不能正常推动气血外达，导致脉搏沉伏于里，脉气不得外浮，从而表现为沉脉，故沉又主水。紧”提示实邪结聚或素有水饮。脉沉而紧，不是脉浮而紧，排除表证；脉沉而紧，不是脉弦，排除传入少阳。

“心下痛”，病位在胸膈，排除痛在腹部的阳明腑实。“按之石硬”，排除按之濡的痞证及按之痛未石硬的小结胸证，从而迅速、明确地锁定了“热实结胸”的诊断。“结胸热实”，故以大陷胸汤解之。

131 条讲结胸，项亦强，邪气在高位；135 条讲结胸，心下痛按之石硬，邪气在中位；137 条讲结胸，心下至少腹硬满而痛不可近，邪气在下位；结胸除误下与传变之别，病位还有上、中、下之分。

《伤寒论》第 136 条：“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤；但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。”

伤寒十几天，外邪入里化热，传至阳明，“热结在里”；“复”传少阳，反见一阵阵冷，一阵阵烧，“往来寒热”，寒来而热往，热来而寒去。阳明热结，旁连少阳，阳明少阳并病，阳明燥实尚未完全形成，还没有完全炼结成实，不能够用承气汤。标急从少阳治，本甚从阳明攻。大柴胡汤既泻阳明之实，又解少阳的半表半里之邪。

往来寒热，少阳之气不和，枢机不利。意在言外，除往来寒热，也应该有胸胁苦满，有点像大结胸证。

“但结胸，无大热者”，“但”有转折、承接之意，即与上述阳明少阳并病之大柴胡汤证比对，既没有阳明之大热，也没有少阳之往来寒热。这个热同时，还

有心下硬满、疼痛。与大柴胡汤证比对，大柴胡汤是热与气的凝结，此是热与水结，热与水在心下，旁连于胸胁，即有胸胁疼痛，也有心下硬满疼痛。

“但头微汗出者”，因为热与水结，热被水所郁遏，热在水中，热就不得越，所以浑身没有汗，仅是在头部上头很小的、很微少的有那么一点汗，这是热气不能够外越的一个反映，也是水热结胸的一个反映。“但”在此，与阳明腑实承气汤证之手足濈然汗出、与太阳中风桂枝汤证之遍身絷絷汗出、与湿热郁蒸茵陈蒿汤证之齐颈而还无汗相鉴别。“微汗”，排除阳明气分白虎汤证大热之大汗淋漓、排除纯寒实结胸三物白散证之无汗。水重热轻，郁热微弱上冲，故汗少而仅现头面。

大陷胸汤主之，就是说这个结胸证和大柴胡汤证相似。临床的时候，应该有所区分，有所比较，从热型、疼痛的性质、按诊、腹诊的腹肌软硬来比较鉴别。柴胡证心下急，按之如弓弦；结胸证心下硬，触之如铁板！

《伤寒论》第 137 条：“太阳病，重发汗而复下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹，硬满而痛不可近者，大陷胸汤主之。”

太阳病误汗、误下，“重发汗而复下之”，亡失津液，胃中的水分也被夺，邪热内结，致“不大便五六日，舌上燥而渴，日晡潮热”出现类似阳明病的症状。

阳明病的典型症状之一是日晡潮热。中医认为，阳明病多因胃肠燥热内结，糟粕停滞，正邪剧烈交争所致。日晡所（申时 15:00-17:00）阳气渐衰，阳明经气旺盛，邪热与燥屎互结，故发热在此时更明显。此时发热如潮水般定时出现，体温较高，伴汗出、口渴、便秘等症状。不同于太阳病的恶寒发热或少阳病的寒热往来，阳明病的潮热以“热势亢盛、午后加重”为特点。“日晡所小有潮热”，微微地发那么一阵热，叫小有潮热，而不是阳明大热之潮热。鉴此，为结胸之水热，而不是阳明之燥热。

阳明病胃家实，腑气不利，燥屎的肚子疼，是围绕肚脐的上下左右的疼痛；此为“心下至少腹，硬满而痛”。结胸是热与水结，从胸部弥漫至腹部、腹膜。“硬满而痛不可近”，不似太阳蓄水膀胱气化不及 、腹部胀满之“水饮内停之腹部胀满”。

结胸，顾名思义，病位在胸部。137 条结胸“心下至少腹”，此结胸，病名不变，病根仍在胸膈，强调的是病源；水热互结弥漫扩散至腹腔，而不是限定病位。

137 条既应区别于阳明病，又应区别于太阳蓄水，故选择大陷胸汤。太阳蓄水证 ，治当 开闸放水，选择五苓散以化气行水。若对蓄水证投大陷胸汤 ，峻下伤阳，水饮更盛；若对结胸证用五苓散，则利水无功，反贻误战机，水热壅闭可致死。结胸证若以阳明证误治，一旦误下，多数变证难逆，预防误辨方为上策。如 132 条所示，犹如以水泼滚油 ，水热暴散，毒窜全身，恰似抽梯断援 ，正伤邪陷，九死一生！唯以大陷胸汤逐水热，才是破局之道。

（二）小结胸

《伤寒论》第 138 条：小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。

结胸有大小之别，小结胸相对于大结胸，症状、范围和治疗的药物要小、要轻，所以叫小结胸，用小陷胸汤。

小结胸的病位，“正在心下“，现代解剖学中的上腹部，剑突下方至胃脘的区域，即胃与膈之间的位置。正就是正正当当、不偏不倚，大结胸是从心下至少腹，小结胸部位在胃脘，不向下延展。

结胸病主要以疼痛为主，大结胸是硬满而痛不可近，小结胸则是按之则痛，言外之意，不按不痛，即痛的程度比大结胸要轻。

大结胸脉沉而紧，沉主里，紧为气血运行受阻，脉道收缩紧张，水热互结，部位深，病邪深；小结胸“脉浮滑“，浮不是太阳表证之浮，而是外邪内陷，邪热外越之“浮”；滑脉如同圆珠在盘内滚动顺畅圆滑，主要表现为痰湿内停、食积胃肠、实热等病理现象及正常的孕脉，排除食积胃肠、实热、孕脉，此滑脉为痰饮内停。浮主热盛，滑主痰饮，痰热结于心下，此痰以无形之痰为主兼有形之痰。

大陷胸汤与小陷胸汤都是三味药，大陷胸汤大黄、甘遂、芒硝，小陷胸汤半夏、黄连、栝蒌实。大黄泄热破结，黄连只是泻热，泻热作用轻于大黄；半夏去痰饮缓于甘遂去痰水；栝蒌实运利泻下的作用没有芒硝峻烈。去热的黄连、去痰

饮的半夏、运下热结的栝蒌实这三味药和大陷胸汤的大黄、甘遂、芒硝比较，其力量为小。

既然是小结胸，治疗就不能够用大陷胸汤，小陷胸汤主之。如果小结胸用大陷胸汤就会有下利不止而死亡的危险，即使是小陷胸汤，药也不可以重用。

（三）结胸脉证互勘警示

《伤寒论》139 条：“太阳病，二三日，不得卧，但欲起，心不必结，脉微弱者，此本有寒分也，反下之，若利止，必作结胸；未止者，四日复下之，此作协热利也。”

太阳病二三日，尚未传里，“脉微弱”，非表已入里之脉象，而是与太阳中风脉浮缓，或者与太阳伤寒之脉浮紧相比而言，因为“此本有寒分也”，即素体阳虚。比如小儿纯阳之体，阳气充盛，正邪交争如精兵强将，遇敌则激烈交战，就会出现高热、脉浮紧或浮数有力；老人阳气虚衰，如老弱残兵，正邪交争乏力，只能小规模接触，于是出现低热，脉浮而微弱。此脉微弱，揭示患者阳气素虚，虽患太阳表证，脉不浮而反弱。提示医者，持经达变，知常达变，因人而异，正邪交争与体质相关，脉象也会发生变化。如果“脉微弱”误为少阴病，会引发表邪内陷，损伤正气、延误病情等诸多问题。

素体阳虚，阳虚水停，体内有水饮，水性就下，坐立时水饮因重力下趋而减轻心下压迫，平卧时水饮上泛而壅塞胸膈，故“不得卧但欲起”。太阳表证，虽然素体有水饮，但不同于结胸之水热互结，故“心不必结”。

“反下之”，医者辩证错误而用泻下的药，出现两种转归：一是泻止，一是泻不止。如果下后利止，阳气暂复而郁热内生，与宿饮相结而为结胸；如果下后利不止，中阳溃败，表热乘虚内陷，与虚阳浮越相合，形成协热利。

“必作结胸”，是承接第一句太阳病素体阳虚水饮，及第二句“反下之”，得出的结论，水热互结似乎应为大结胸，但未言结胸类型。此为仲景的警示，而非定论。阳虚者当先护阳，结胸亦可避免。如果阳虚者误下，虽可致水饮郁热，但阳气不足可能化热不彻底，水结不坚凝，故不形成典型大结胸，应“观其脉证，知犯何逆”，准确辨别。

《伤寒论》140 条：“太阳病下之，其脉促，不结胸者，此为欲解也。脉浮者，必结胸也；脉紧者，必咽痛；脉弦者，必两胁拘急；脉细数者，头痛未止；脉沉紧者，必欲呕；脉沉滑者，协热利；脉浮滑者，必下血。”

太阳病，宜汗不宜下，下为误治，误下变证杂出。脉促，表阳未陷，故欲解；脉浮，正气仍欲抗邪外出，但误下水热内陷，正邪交争于胸膈，故“结胸”；脉紧，寒邪束闭，郁热上攻咽喉，寒郁化热上灼，故“咽痛”；脉弦，邪陷少阳，少阳枢机不利，经气郁滞，故“两胁拘急”；脉细数，邪未传里而伤气，细为气少，数为在表，故“头痛未止”；脉沉紧，沉主里，紧为寒，寒邪入里，胃气被困而上逆，故“欲呕”；脉沉滑，沉为里，滑为热，外邪入里，故“协热利”；脉浮滑，热盛之脉，阴络被伤，故“下血”。

中医有以脉测证，以脉定证一说，条文中五个必（必结胸、必咽痛、必两胁拘急、必欲呕、必下血），一般理解为以脉定证。如果以脉定证，则与“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的原则矛盾。

五个“必”字表面看似“以脉定证”，实则暗藏仲景脉学玄机。“必”并非已然，而是以脉象捕捉误下后正气抗邪的轨迹趋势，警示医者主动侦查症状,而不是坐等“必证”的发生,以提升 “脉证互勘,防变应变” 的能力。

《伤寒论》141 条：“病在阳，就以汗解之，反以冷水潠之，若灌之，其热被却不得去，弥更益烦，肉上粟起，意欲饮水反不渴者，服文蛤散，若不差者，与五苓散。寒实结胸，无热证者，与三物小陷胸汤，白散亦可解。”

病在阳，阳为表，太阳病发热恶寒，理以汗法解除表邪。“反以冷水潠之，若灌之”,医者反用冷水疗法降温，用凉水喷（潠），或者用凉水洗（灌），“其热被却不得去，弥更益烦”，当时可能稍微退一点热，事后反而更热。烦为热，弥烦也好，更烦也好，益烦也好，弥更益三个字叠加，是说热更重了。

冷水疗法，导致寒凝于外，热郁于里，“肉上粟起”，肉上就起一些像米粒一样的疹子。由于热闭寒凝，阳气闭郁使皮下的水液停滞不行，外面没汗，里面高烧不退，想要喝水又不能喝，就出现“意欲饮水，反不渴”的症状。服文蛤散，既能清在表的阳郁之热，又能行皮下之水。

“若不差者”，如果服文蛤汤后表解了，但渴不差，还意欲饮水，可能有停饮，要详细观察证候，如有心烦、口渴、小便不利等症状，就与五苓散。五苓散既能发汗，又能利小便，以解太阳经腑之邪。

141 条第二句“寒实结胸，无热证者，与三物小陷胸汤，白散亦可解”，承接 140 条脉象预判误下变证“脉沉紧”，脉沉主里，脉紧主寒，轻则胃气上逆致“欲呕”；重则寒邪与痰水凝结胸膈，形成“寒实结胸”。 提示结胸证不只是 “热实结胸”，还有“寒实结胸”。

寒实就是水饮、痰饮，因寒凝结在胸、在心下，使心胸之阳受阻。“无热证”，没有烦渴，没有发烧，但会出现疼痛、痞硬，甚至气喘咳逆等症状。这是寒实结胸不是热实结胸，不可服大陷胸汤，与三物白散。“三物小陷胸汤”，应为传抄之误，小陷胸汤治热不治寒，应将 “小陷胸汤”四个字去掉。

（四）结胸治疗窗口

《伤寒论》第 132 条：“结胸证，其脉浮大者，不可下，下之则死。”**《伤寒论》第 133 条：**“结胸证悉具，烦躁者亦死。”

结胸证，“脉浮大者”，脉浮是谓邪在表，还未完全入里，表里同病，宜先解表或表里双解，不可以用下法。因为结胸的邪来自太阳之表，病发于阳，而反下之，热入而作结胸。脉浮反映邪气在表，脉大说明里还不实（里气暂虚）。如果误下，则引邪入里，在表之邪入里，正气先虚，邪盛正衰，这样的结胸证就不可下，禁用大陷胸汤，“下之则死”。

治病一是从邪气，一是从正气。正气虚，结胸误下，正气先衰，邪气复结，难以治疗。说明结胸证不能下之太早，用大陷胸汤，或者大陷胸丸，脉得见沉紧，沉主里，紧主实，浮大与沉紧相反，浮大是正气未虚，邪气还未入里，所以有下之过早的危险。

结胸病，下之过早，“下之则死”，于是就观望、等待。如果已经具备了大陷胸汤的可下之机，而不因势而泻下之，结果正气虚弱而不足，邪气凝结而成实。 “结胸证悉具”，所有这些重要的证候完全都出现，邪气固结势力已成，就会出现烦躁不安（水火失济，心肾不交），正气散乱，正不胜邪的危险状况。

结胸证，应是寸脉浮，关脉沉（第 128 条），现脉象浮而大，说明表邪尚盛，邪未入里，不能使用攻下的方法治疗，误用攻下则引邪入里，结胸更甚（第 131 条），可能导致死证的出现，是下之太早的缘故。

结胸属于急证，辨证无误需要急下，若是有所迁延，待各种症状全部具备再下，正气已虚难以抗邪，出现烦躁，是正气虚衰的体现，也是难治之证，甚至死证，“烦躁者亦死”。

下之早亦死，下之晚亦死；早也不行，晚也不行。下之早，失之于猛，不应下而下；下之晚，过于小心，跟不上病势，同样是错。这两条告诫我们，应下者则下，掌握病机，明辨病势，这样就不会出现下之过早、下之过迟的恶果。132 条“防误治”，见浮大脉，无论结胸是否成形，立即停用下法；133 条“识危候”，见悉具烦躁，放弃峻攻，转为固脱。

《伤寒论》第 150 条：“太阳少阳并病，而反下之，成结胸，心下硬，下利不止，水浆不下，其人心烦。”

太阳表证未解，如恶寒发热、头项强痛，又见少阳半表半里证，如口苦、咽干、目眩、胸胁苦满。太阳少阳并病，当用小柴胡汤或柴胡桂枝汤和解少阳兼解表。

误用下法后，太阳之邪入里，热与水结，成结胸。成结胸以后，心下硬拒按，大便秘结似阳明病。少阳之邪往里，乘虚下干肠胃，遂“下利不止、水浆不下”。太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚。此“下利不止，水浆不下”，与太阴病食不下，水浆不下，自利益甚相似。此结胸似阳明又似太阴。

下利不止，热结旁流。若患者素体阳虚，下后更伤脾阳，可转为虚寒下利。若邪结阴分，则饮食如故，而为脏结；此为中焦气机壅塞，阳邪内结，邪热扰心而心烦。

150 条是对 128 条结胸证的纲领性定义的深化补充，除“太阳误下”外，新增 “太阳少阳并病误下”，强调少阳邪热参与结胸形成。在 128 条“心下硬痛”基础上，新增“下利不止”（热结旁流，非虚寒），“水浆不下”（中焦壅塞致胃气衰败），心烦（邪热扰心）等症状，揭示气机逆乱、正

伤邪锢的结胸证重症状态。知 128 条之常，达 150 条之变，明此类下利不可止涩，需攻胸膈之结以彻邪。

（五）猪苓汤证

《伤寒论》第 223 条：“若脉浮发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。”

太阳病误汗，或者阳明经病误下，外邪内陷，郁而化热，阳气外越，“脉浮发热”；正气受损，脾失健运，或素体水饮，水液代谢障碍，故“渴欲饮水，小便不利“，猪苓汤主之。

猪苓汤证核心病机：外感误治，热邪内陷 ，水饮内生 ，水热互结于下焦，阻滞气化，继发津液输布障碍与阴伤。热邪与水湿互结于下焦的病理状态，导致膀胱气化不利，出现小便不利。还表现为：

口渴：水热互结，津液无法正常输布，津液不能上承于口，故口干、口渴，但饮水后可能仍不解渴。

舌苔红腻：热盛津伤，舌体失于濡润，故舌质红黄腻。

小便短赤：阴液亏少，尿液浓缩，加之热邪煎灼，故小便色黄、量少，排尿时可能有轻微灼热感。

少腹胀满或拘急：水热互结于膀胱或下焦水道，导致气机壅滞不通。患者常自觉少腹（小腹）胀满、坠胀或拘急不舒，甚者拒按。

如果将人体比作“蓄水池”，阴虚如同水池中水（阴液）的减少，同时池底（下焦）有“淤泥”（水湿）和“余热”（虚热），导致水流（尿液）排出不畅（小便不利）。此时若单纯利水（如五苓散）会进一步耗伤阴液，需同时滋阴（补给水）、清淤热（清热利湿），才能恢复水池的正常循环。

猪苓汤证 “渴与小便不利并存但饮不解渴”的矛盾现象，此为下焦气化失司、津液不归正化的典型标志。治疗时需平衡滋阴与利水，避免燥药伤阴或利水伤津，需“滋阴与利水”兼顾。猪苓汤中猪苓、茯苓渗湿利水，滑石、泽泻通利小便、泄热于下，阿胶滋养内亏阴液，诸药合用利水而不伤阴，滋阴而不恋邪。

《伤寒论》第 319 条：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得

眠者，猪苓汤主之。”

“少阴病，下利（持续）六七日”,进入传经的时间节点，传经前有两个不同方向的传变，寒化与热化。少阴寒化证病机，心肾阳气虚衰，阴寒内盛，病性属虚寒。典型表现，无热恶寒（怕冷明显，不发热）、四肢厥冷、精神萎靡、嗜睡、腹泻、小便清长、舌淡苔白、脉沉微细等。少阴热化证病机，肾阴亏虚，心火亢旺，病性属虚热（阴虚内热）。典型表现，心烦不得眠、口燥咽干、舌尖红、脉细数等，一般无明显怕冷，反可能有轻微发热感。寒化证下利常见，而热化证也可能出现下利，此时下利（稀便或水样便）是水热互结下迫肠道的表现，与寒化证的下利清谷有本质区别。

319 条为少阴热化之变证，因为长期下利未愈，津液过度耗损，导致阴亏液涸，阴不制阳，虚热内生。阴亏后，体内阳气相对偏亢，与残余水湿之邪结合，形成“阴虚水热互结”的病理状态。上焦肺阴不足、水饮犯肺则“咳”；中焦水饮内停，胃气上逆则“呕”，胃阴虚津不上承则“渴”，阴虚阳亢，虚火扰心则“心烦不得眠”，同时还应伴有膀胱气化不利之“小便不利”核心指征（可能在传抄过程中遗漏）。治疗应兼顾滋阴与利水两个方面，单用滋阴则助湿，单用利水则伤阴，所以选择猪苓汤。汤剂中猪苓、茯苓、泽泻、滑石、阿胶利水渗湿、清热与养阴并举，正切中“阴虚水热互结”之病机。

猪苓汤治下利,本质是 “阴虚水热互结,下迫大肠”,属于 “热利”的 范畴。膀胱气化不利，水液不走常道，导致小便不利，反渗大肠；水热内停，阻碍津液正常上承致渴，反从下泄致利。此下利是身体“水路”错乱的结果，该从小便走的水（废水），因水热阻滞膀胱气化，被迫改道从大肠排出。

猪苓汤，利水以分消水热，滋阴以固本清源。猪苓、茯苓、泽泻，渗利三焦水湿，疏通被水热阻滞的“水路”；滑石，清热通淋，解水热之结，助水道通畅；使内停的水湿（废水），恢复“水走前阴”的正常途径，从小便排出。水路一通，水热之邪不再下迫大肠，下利自然停止。阿胶，滋养亏损的肾阴与血分，阴液得充，则能制约虚火，减少内热来源。阴虚改善，有助于恢复脏腑正常功能，包括大肠固摄功能。猪苓汤不止泻而泻自止，此即 “利小便以实大便” 的经典治法。

若津液大伤而无水停者，则禁用猪苓汤。

（六）十枣汤证

《伤寒论》第 152 条：“太阳中风，下利，呕逆，表解者，乃可攻之。其人絷絷汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”

152 条的深层逻辑在于治法的选择，扶正还是祛邪？祛邪为主还是扶正为主？还是祛邪与扶正并重？

152 条（十枣汤证）的深层逻辑，恰恰是《伤寒论》治法选择中一个极为典型、甚至堪称“极端”的案例。它旗帜鲜明地确立了“在正气不虚、邪实壅盛的特殊情况下，必须果断采用峻剂攻逐，以祛邪为第一要务”的治疗法则。

1、一个“邪实充斥”的证候标本

核心病机：水饮内停，悬聚胸胁（悬饮），气机壅塞，势盛力猛。

症状特征：心下痞硬满、引胁下痛（关键！）、干呕、短气。这是有形实邪（水饮）严重压迫、阻碍气机的典型表现，与 151 条“按之自濡”的“气痞”有本质区别。

正气状态：条文未言及任何虚象（如神疲、肢冷、脉微弱）。反而强调“汗出不恶寒者，此表解也”，说明表证已去，正气尚能抗邪（有汗出），且未陷入虚衰，其斗争焦点全在里之“水饮实邪”。

2、一场针对“邪实”的歼灭战

面对如此明确的“水饮壅实”之证，张仲景的抉择清晰而果断，其逻辑链条如下：

治疗前提：必须“表解”。这是总原则的体现。有表证时，当先解表或表里双解，以防攻里引邪深入。这里“乃可攻之”四字，为祛邪大法设立了安全前提。

核心战略：以“祛邪”为绝对主导，甚至不惜“专攻”。为何不是“扶正为主”或“并重”？此证是急症、实证。水饮大量停聚，压迫脏腑，导致“短气”、“胁下痛”，若不速去，可能变生他证（如喘促欲死）。此时“邪不去则正不安”，扶正药物可能滋腻碍邪，延误战机。

正气未虚，有托邪外出的能力（絷絷汗出）。治疗应借助人体此势，

因势利导，给邪以出路，而非分散兵力去补益。

为何是“祛邪为主”，而非“并重”？在“邪实”是当前唯一主要矛盾的形势下，任何对“扶正”的分散性考虑，都会削弱攻逐之力，导致“姑息养奸”。十枣汤的组方（芫花、甘遂、大戟+大枣）完美体现了这一点。

3. 终极战术，在“专事攻逐”中体现的“护正”智慧

这是本条最精妙之处，也最能体现仲景“祛邪不伤正”的深意，方用十枣汤：

君药：甘遂、大戟、芫花——三味峻下逐水药，药力迅猛，直捣水窠。这是祛邪力量的核心，毫不含糊。

佐使：十枚大枣——这是本方命名为“十枣汤”而非“三物汤”的关键。大枣之用，绝非“扶正与祛邪并重”，而是在峻猛攻逐中，预先设下的、保护胃气与津液的“防洪堤”。

预保胃气：恐峻下之药损伤脾胃，以大枣甘温补中，缓和药性，使攻邪而不致伤及后天之本。

顾护津液：逐水必伤津液，大枣能益气生津，防止体内津液随水饮暴下而枯竭。

缓和毒性：缓解三味主药的毒烈之性，使攻邪而不中毒。

战略上，集中全部优势兵力（三味逐水药）解决主要矛盾（水饮）；战术执行上，做好最完备的后勤保障（大枣）以防不测（伤正）。这并非“扶正与祛邪并重”的平均主义，而是“以祛邪为目标，以护正为保障”的焦点主义。

152 条的深层逻辑在于它为《伤寒论》的“祛邪法”树立了一个典范。当病机纯粹、邪实壅盛、正气不虚时，治疗必须果断、专一，以祛邪为第一要义，甚至可以采用峻剂攻逐。

其“祛邪”并非蛮干，而是蕴含了深刻的“护正”智慧于其中（十枣汤中大枣的运用）。这种“以祛邪为焦点，以护正为底线”的组方思想，比简单地“扶正与祛邪并重”要高明得多。

它告诉我们：治法选择的根本依据，永远是“辨阴阳，分虚实”。实到极处，则专攻其邪；虚到极处，则峻补其正。最忌在虚实判断上游移不

定，用“扶正祛邪并重”的模糊策略去应对需要明确决断的病情。

第一百五十六条　湿热互结

《伤寒论》第 236 条：“阳明病，发热汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，剂颈而还，小便不利，渴饮水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。“

阳明病有两大证型，阳明燥化与阳明湿化。阳明燥化证是指邪入阳明，邪热亢盛，津液耗伤，燥热内结，胃肠传导失司的病理状态。主要症状有：高热持续，午后热势更甚（日晡潮热），不恶寒反恶热；腹胀满疼痛、拒按，大便干结不通（便秘），或热结旁流（下利清水，臭秽灼肛）；口渴欲饮冷水，口气重，舌苔黄厚干燥或焦黑起刺，脉沉实有力。阳明湿化证，是指湿热之邪困阻阳明，导致脾胃运化失常，湿热蕴结中焦的病理状态。主要症状有：身热不扬（自觉热感不明显，但触之皮肤灼热），午后发热明显；脘腹胀满、食欲不振，恶心呕吐，大便黏滞不爽或溏泻，小便短赤；身目发黄（黄疸），颜色鲜明如橘子色，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。燥化证以“燥热伤津、肠腑结实”为主，症状偏干燥、实热；湿化证以“湿热蕴结、脾胃阻滞”为主，症状偏黏滞、湿浊。

阳明燥化，“发热汗出”，津液外越，这叫“热越”。越就是在里的热能够向外头发越，汗畅则热随汗泄，汗闭则热郁化。“发热汗出热越”，只热无湿，故“不能发黄”。如果热迫津液不能外越，津液化为湿邪停聚于内，热湿胶结，热性向上，湿性向下，湿牵引热，热邪不能向外蒸发，故“但头汗出，身无汗，剂（齐）颈而还”。热牵引湿，湿不得出，故“小便不利”。湿不得泻，热不得越，热湿胶结于里，不能够排除体外，阳明燥热内盛，依然口渴欲饮，外湿随之而入，湿邪因此而盛，热与湿合而湿热胶结，阳明邪热因此郁闭在内而从湿化，湿热相蒸，胆液失常，故“渴饮水浆，身必发黄”。

治疗主方应该选择茵陈蒿汤，茵陈蒿清热利湿、利肝胆、逐湿瘀之黄；栀子清湿热、利三焦、利小便；大黄破结，荡涤肠胃，推陈致新，既能通腑泻热又能活血退黄；三药组合，逐热退黄，通利大、小二便，使湿热从下窍而出。

《伤寒论》第 260 条：伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。

“伤寒七八日”，是病机传变的关键节点。表证已罢，预示表邪入里化热，病势转向阳明，或二阳合病，或二阳并病，或直中阳明；若正气不足或误治，邪气可能内陷三阴。

表邪入里化热 ，热灼津液，若兼脾运不健则水湿内生，热与湿合，湿热胶结于中焦脾胃，熏蒸肝胆，致胆汁外溢，热与湿合则发黄，此邪热归聚阳明，故“身黄如橘子色”。

如 236 条所述，热迫津液不能外越，津液化为湿邪停聚于内，热湿胶结，热性向上，湿性向下，湿牵引热，热邪不能向外蒸发，热牵引湿，湿不得出，故“小便不利”。

湿热蕴结中焦，湿性黏滞，热性壅遏，**无形湿热郁滞气机**，病势相对和缓，非燥屎阻塞，故在 260 条的基础上补充“腹微满“的症状。

如 236 条，治疗主方应该选择茵陈蒿汤，逐热退黄。此大黄的应用，不在“攻下”，意为“泄热逐瘀”。

《伤寒论》第 261 条：“伤寒，身黄发热，栀子柏皮汤主之。”

伤寒，表证已罢，没有太阳之表的发热恶寒，也没有少阳半表半里的往来寒热，只有阳明之里的但热不寒。236 条及 260 条，是湿热蕴结于腑，虽无燥屎内结，但“腹微满”，侧重于湿热与腑气壅滞互结；261 条未出现“腹微满”等腑滞证候，仅“身黄发热”，侧重于无形邪热与湿邪蕴结于阳明之经，二者虽病位有经腑之分，但均属阳明湿化范畴。

栀子柏皮汤由栀子、柏皮（黄柏皮）、甘草三味药组成，黄柏苦寒，善清脏腑结热，且能泄湿退黄；栀子苦寒清泄三焦而通调水道，使湿热从小便而出；甘草甘平和中，防栀、柏苦寒伤胃，伤人正气；三药配伍，以达清热利湿退黄的功效。

《伤寒论》第 262 条：“伤寒，瘀热在里，身必黄，麻黄连轺赤小豆汤主之。”

麻黄连轺赤小豆汤，由麻黄、杏仁、姜、枣、甘草、连轺、赤小豆、梓白皮八味中药组成，用于治疗由表证引起的黄疸。八味药可以分为三组，

解表药麻黄汤（麻黄、桂枝、杏仁、甘草），清热利湿药（连轺、赤小豆、梓白皮），益中药（姜、枣）。麻黄汤去桂枝，桂枝辛温助热，恐加重里热发黄。

以方测证，可知太阳伤寒表未解，核心病机为太阳表闭诱发阳明郁热。由于病邪郁表，腠理闭塞而“无汗”；水湿郁热不得泄越，“瘀热在里”，蓄积于内而影响气机升降，水道不通则“小便不利”，致使湿无出路，与热相合，熏蒸肝胆而导致发黄，“身必黄”（身黄、目黄、小便黄）。属于外感风寒、内有湿热的阳黄，“身黄如橘子色”。还可见“心烦”、脉浮滑。湿热胶结未及腑，故无“腹微满”。

热盛者清之，小便不利者利之，里实者下之，表实者汗之，皆为病求其去路。麻黄汤以开其表，使黄从外而散，去桂枝以避其湿热；佐姜枣以和其营卫；加连轺，梓皮以泻其热；加赤小豆以利其湿。连轺为连翘果实，现无，以连翘替代；梓白皮亦如此，以桑白皮替代，遇热毒重者可选地骨皮。

261 条为无形邪热与湿邪蕴结于阳明之经而致黄疸，与 262 条里热相似，处方栀子柏皮汤。可是，261 条为什么不用麻黄汤解表加栀子柏皮汤清热利湿？

连轺、赤小豆组为 “清透湿热” 之剂，与麻黄解表之力同向而行；栀子、黄柏则为 “清泻里热” 之剂，与解表背道而驰。麻黄连轺赤小豆汤，去桂枝以防辛温助热，火上浇油；弃栀柏以避沉降遏表，保麻黄开泄之力；连轺轻宣，透热不抑表；赤小豆利湿通利；生梓白皮，清肺助气化。开表闭、透郁热、利湿浊，使湿热从汗与小便分消。

236 条、260 条、261 条、262 条之茵陈蒿汤、栀子柏皮汤、麻黄连轺赤小豆汤同为湿热互结之去黄疸经方，茵陈蒿汤用于阳明腑滞，栀子柏皮汤用于阳明经滞，麻黄连轺赤小豆汤用于表闭里郁。

《伤寒论》第 259 条：”伤寒发汗已，身目为黄，所以然者，以寒湿在里不解故也。以为不可下也，于寒湿中求之。”

“伤寒发汗已”，发汗完毕，汗出热越，热随汗出病解，而不应该发黄。260 条、261 条、262 条是湿热发黄，是热不得越，湿不得泄，湿热互

相蕴结，因此发黄。259 条汗已经发了，热已经越了，为什么还发黄？“所以然者，以寒湿在里不解故也”，这是因为“寒湿在里”的缘故。

寒湿和脾虚有关，和脾胃中焦阳虚有关。因为寒湿在里，脾胃阳气不足，汗虽然出来了，但是寒湿之邪还在，且汗出以后，脾胃阳气随汗外泄就会更虚。所以寒湿在里，脾阳已衰，寒湿不运，就出现“身目为黄”。阳黄，“身黄如橘子色”，且身黄、目黄，小便亦黄；阴黄，“身目为黄”，色晦暗如烟熏，黄而不鲜泽。寒湿发黄为阳虚之证，还会出现手脚发冷，畏寒，形寒肢冷，大便溏稀等症状；因为寒湿内阻，无热可蒸，故小便不黄　。

阴黄也好，阳黄也罢，除失治、误治以外，也与患者体质相关。阳虚体质，寒湿困脾，胆液不循常道，易发阴黄；　阴虚体质，湿热易从热化，湿热熏蒸肝胆，易发阳黄；痰湿体质，脾虚湿盛，外邪引动内湿，湿热郁热发黄，多为阳黄，若过用寒凉则可转为阴黄。

259 条为阴黄，　“以为不可下也”，不要用茵陈蒿汤，因为茵陈蒿汤中大黄泻下；“在寒湿中求之”，就是不要用治湿热的方法来治寒湿发黄，虽然未列举处方，但是给了一个原则，“寒则温之”，温阳散寒化湿。可以考虑茵陈理中汤，如果手足厥冷，四逆汤里加茵陈蒿这些都可以考虑。阳虚者，投麻黄连轺汤需加附子以防转阴黄，痰湿者，加滑石以增强利湿。

若遇黄疸，当首辨阴阳寒热。

第一百五十七条　热利

下利可分为寒利与热利两大类，因寒而利多正虚，因热而利多邪实。

“寒利”是指因寒邪侵袭或体内阳气不足，导致脾胃运化失常、肠道传导失司而引起的一系列症状。多与感受寒邪（如饮食生冷、外感寒邪）或脾胃虚寒、肾阳不足有关，寒邪凝滞，损伤脾胃阳气，使水谷不化，清浊不分，混杂而下形成泄泻。常见泄泻清稀，甚至如水样，腹痛喜温喜按，怕冷（四肢不温、腹部畏寒），可能伴有食欲不振、口淡不渴、舌淡苔白等寒证表现。寒利见腹痛拒按、下利臭秽需警惕寒实积滞（非纯虚证）。

“热利”是指湿热或热毒蕴结肠道，引发肠道功能紊乱和脉络损伤，从而出现的一系列症状。外感湿热之邪，或饮食不节（如过食辛辣、油腻、

不洁食物），导致湿热内生，蕴结于肠道。湿热阻滞气机，使肠道传导功能失调，出现腹痛、里急后重（便意频繁但排便不畅）；湿热损伤肠络，血败肉腐，故见大便带黏液、脓血，肛门灼热。若湿热进一步发展，或感受疫毒之邪，可化为热毒，热毒更易灼伤肠道脉络，导致病情加重，表现为发病急骤、痢下鲜紫脓血、腹痛剧烈、高热等，即“疫毒痢”。

热利又可细分为表里俱热的协热利以及无表热的纯里热利两大类。

协热利属于表里同病，是指外感表邪不解，内传阳明而下利，以既有表证又有里热下利为主要特征。多因外感表证，治疗不当，如误用发汗、攻下等法，导致表邪内陷，与肠胃之热邪相互搏结，影响肠道的正常传导功能，从而出现下利。除了下利（泄泻，粪便可能呈现黄色黏稠状）外，还伴有发热、头痛、身痛、微恶风寒等表证症状，同时可能有口渴、舌红、苔黄等里热表现。若表证已解，即使原属协热利，亦可转为纯里热利。

纯里热利是指没有表证，单纯因里热炽盛，热迫大肠，导致肠道传导失常而发生的下利。多由饮食不节，过食辛辣、油腻、温热之品，或外感温热之邪直接入里，蕴结于肠胃，导致肠道气机紊乱，热邪逼迫津液下趋，从而出现下利。主要表现为下利频繁，泻下急迫，粪便黄褐臭秽，肛门灼热，伴有腹痛、口渴、尿短赤、舌红苔黄腻、脉滑数等里热症状。

（一）纯里热利

《伤寒论》第 371 条：“热利下重者，白头翁汤主之。” **《伤寒论》第 373 条：**“下利欲饮水者，以有热故也者，以有热故也，白头翁汤主之。”

371 条与 373 条可以合并解释，“下利欲饮水者，以有热故也”，是说此下利为热利，并在 371 条基础上增加“欲饮水“之“口渴“必备症状。

热利按六经分，必有阳明热利、少阳热利、厥阴热利；可有少阴热利（虚热证）；但无太阴热利（主寒证），太阳无纯热利，仅为协热利。

阳明热利，肠胃湿热迫津，暴注臭秽、灼肛，喘而汗出，主方葛根芩连汤；少阳热利，胆火下迫大肠，腹痛即泻、泻后痛减，口苦咽干，主方黄芩汤；少阴热利，阴虚水热互结，下利与小便不利并见，心烦不寐、渴欲饮水，主方猪苓汤；厥阴热利，肝经湿热迫血，大便臭秽黏腻，肛门灼热，“下重（里急后重）”，热毒壅滞、血败肉腐而便脓血，湿热伤津而

口渴欲饮，主方白头翁汤。

白头翁汤由白头翁，黄柏、黄连、秦皮四味中药组成。秦皮涩肠止痢、入肝经，清肝胆之热，全方以苦寒药为主，寒以清热，苦以燥湿，方中四药均有清热燥湿之功。

白头翁汤主要针对湿热并重、湿热壅滞肠络的便脓血，便脓血侧重气分湿热波及血分，气滞明显，必伴显著里急后重，发热不剧、口渴不甚、苔黄腻。血利，热重于湿，纯下鲜血或血多脓少，已深入血分，里急后重较轻，以肛门灼痛为主，高热神昏、口渴躁扰、舌绛苔少。血利，若单用白头翁汤，虽能清湿热，但凉血力薄，难遏热毒燎原之势。热动迫血，白头翁汤加犀角地黄汤；热闭心包，白头翁汤合安宫牛黄丸；热动肝风，白头翁汤合紫雪丹，以凉血解毒。

《伤寒论》第 172 条：“太阳与少阳合病，自下利者，与黄芩汤；若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”

少阳为气机升降之枢，邪犯少阳则疏泄失常，胆火不降，横逆犯胃，下迫大肠；太阳表证未解，卫气抗邪于表，里气相对不足，加重少阳失衡；胆火郁热不得透达，循经下攻大肠，故“自下利”。此为少阳热利，胆火下迫大肠，腹痛即泻、泻后痛减，口苦咽干，主方黄芩汤。

如果将疾病比喻为战争，三阳阶段（太阳、阳明、少阳）为“正气尚足，积极抗邪”阶段，三阴阶段（太阴、少阴、厥阴）人体“正气不足消极抵抗”阶段。**太阳病**，如战争初期，邪气入侵边境（皮毛肌表），正气（卫气）奋起抗邪于边疆。表现为发热、恶寒、头痛、脉浮等。治疗用汗法（发汗解表），如同派兵增援边境，驱逐外敌。阳明病，如邪气深入内地（胃肠腑），化热化燥，正气（津液、阳气）仍盛，与邪气激烈交争于腹地。表现为高热、大汗、大渴、脉洪大或腹痛拒按、便秘等。治疗用下法（清热泻下通腑），如同集中优势兵力，在腹地歼灭敌人主力或清除其补给线。少阳病既不在体表太阳，也不在肠胃之里阳明，半表半里，相当于“正邪相持”的僵持阶段。当正气积聚力量，暂时占据上风，奋力抗邪时，则发热，当正气暂时受挫或邪气暂时占优时，则恶寒，故少阳病往来寒热。

在已经出现少阳病的情况下，不能按治太阳病的方法发汗，也不能按治阳明病的方法泻下，所以少阳病既禁汗又禁下，汗下皆非所宜。

邪不在太阳之表，发汗药（如麻黄、桂枝）力量达不到少阳病位； 强行发汗，如同在后方空虚时还抽调兵力去攻打无关紧要的地方。汗法会耗伤津液和阳气（卫阳）。少阳本身正气与邪气相持，处于相对脆弱平衡的状态。邪不在阳明肠胃之里，强行攻下，泻下药（如大黄、芒硝）作用于肠道，徒伤正气，尤其伤阴、伤里气，后方空虚，如同在己方阵地尚未稳固时就在后方自毁城墙。

在少阳病这个特殊阶段，无论发汗还是攻下，都会破坏正邪之间微妙的平衡，损伤维持这个平衡所必需的正气（包括阳气、阴液、中气等），从而导致变证（坏病），使病情复杂化或加重，或致邪热内陷三阴（如热利转厥阴脓血利）

“太阳与少阳合病”，既有太阳的症状，也有少阳的症状，即表里同病。中医对于表里同病有“先解表后治里”之说，这是基于疾病发展规律和治疗原则提出的重要治法，核心是避免表邪内陷，防止病情加重。表证是邪气在肌表（如外感风寒、风热），里证是邪气深入脏腑（如里热、里寒、里实）。若表里同病时先治里，可能导致表邪失去向外透散的通路，反而趁机深入体内，使里证加重，甚至引发更复杂的病证（如“引邪入里”）。解表药多能发汗、透邪，使邪气从肌表排出；而治里药（如攻下、清热、温里等）可能影响正气的趋向。若先攻里，可能耗伤正气，导致机体无力抗邪，表邪更难清除。

这一原则主要适用于表证较急、里证相对缓和的情况（如外感风寒同时伴有轻微腹泻）。此时先解表（如用麻黄汤、桂枝汤），待表邪解除后，里证可能随之缓解；若里证仍在，再针对性治里。当然，中医也有“表里双解”的治法，用于表里证均较急迫的情况，需根据具体病情灵活判断，并非绝对。

172 条不清太阳之表，专疏少阳之热 ，是因太阳表证为次要矛盾，胆热下迫才是下利主要原因。“太阳与少阳合病”，既有轻微太阳表证（条文未强调恶寒无汗），又有少阳热证（如口苦、咽干等），同时伴有腹泻、

（肛门灼热、粪便黄稠、腹痛即泻，泻后痛减），所以要用清法，“与黄芩汤”。

黄芩汤由黄芩、甘草、芍药、大枣组成，黄芩清热燥湿、清少阳之热，芍药缓急止痛、敛阴和营，甘草、大枣益气和中，共行清少阳热、止肠胃利之效。太阳表证不显，单用黄芩汤清胆止利；太阳表证明显，柴胡桂枝汤加减（和解兼透表）。若将 172 条误作葛根汤证（太阳阳明合病），辛温助胆火，致利下灼肛加剧！

太阳与少阳合病，邪气内迫阳明或肝胆疏泄失常，影响胃肠功能，可导致下利。若邪热犯胃，胃气上逆，则会在原有下利的基础上出现呕吐症状。黄芩汤本用于清解半表半里之邪以治下利，加半夏、生姜旨在和胃降逆止呕，生姜既能止呕又能助黄芩透达郁热，以应对新增的呕吐症状。故“若呕者，黄芩加半夏生姜汤主之。”

《伤寒论》第 258 条：“若脉数不解，而下不止，必协热便脓血也。”

258 条，可否这样理解释：

此条接 257 条，“病人无表里证，发热七八日，虽脉浮数者，可下之。若脉数不解，而下不止，必协热便脓血也。”

“病人无表里证”，不能理解为病人没有表证与没有里证，而是病人无明显的表证与里证，即没有典型的太阳表证与阳明里证。太阳表发热但不恶寒头项强痛，阳明里虽然不大便七八日，但肚子也不胀满疼痛，潮热谵语、治用下法。泻下之后，脉数，就是有热，且说明下后气分热未清，反深入血分，热迫血行，便下利脓血。

阳明病的核心是“胃家实”，即胃肠燥热亢盛、糟粕内结。多因外感病邪入里化热，或素体阳盛，导致阳明胃肠燥热炽盛，耗伤津液。津液亏虚则肠道失于濡润，粪便干燥坚硬，传导失常，形成便秘。常见于阳明经证（热盛）向腑证（燥结）转化的阶段，以“不大便”“腹满痛”等为主要表现。

阳明便脓血，多与阳明热邪深入，损伤肠道脉络相关。阳明热盛，若未及时清除，可灼伤肠道血络，导致血溢脉外，与糟粕相混。热邪熏灼肠道，还可致局部气血壅滞、腐败化脓，形成脓血便。常见于阳明病热邪内

迫肠道的情况，可能伴随腹痛、肛门灼痛、里急后重等症状，多与湿热、热毒相关。

两者均与阳明热邪有关，但便秘以津伤燥结为主，便脓血以热伤血络、气血腐败为核心。

“必协热便脓血也”，此条可理解为阳明热邪深入血分导致的脓血利，而非协热利。可选白头翁汤，以清血分热毒。若兼气阴两伤，当加阿胶、甘草；若热毒极盛，需配合犀角地黄汤。

（二）协热利

《伤寒论》第 34 条：“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，葛根黄芩黄连汤主之。”

患者原本是太阳病的桂枝证，“太阳病，桂枝证“，这是外感风邪，营卫不和之证，治疗应当使用桂枝汤，解肌祛风、调和营卫。”医反下之“，然而医生却错误地使用了下法。下法一般用于里实证，对于太阳病桂枝证使用下法属于治疗不当。

误下后，在表的邪气趁机内陷。原本在肌表的病邪没有通过正确的解表方法祛除，反而因为攻下，导致正气受损，邪气入里。邪气进入肠道，影响了肠道的正常传导和运化功能，致使清浊不分，从而出现下利。

误下之后，人体正气奋起抗邪，与内陷之邪相互交争，郁而化热，形成里热之象。热邪逼迫肠道，导致肠道传导失司，进一步加重了下利的症状，“利遂不止“，使得下利持续不止。

里热壅盛，不仅影响肠道，还会影响肺气的宣降。肺与大肠相表里，肠道的病变也会影响到肺的功能。里热上蒸于肺，导致肺气上逆，热邪逼迫津液外泄，出现“喘而汗出“的症状。

条文提到“脉促”，这里的“促”脉并不是指现代医学中早搏的促脉，而是脉搏急促、短促有力之象。“表未解也“，提示表邪未解，同时又有里热之象。也就是说，虽然邪气内陷生热，但仍有部分表邪还在肌表，正邪交争激烈，所以脉象表现为促。

32 条葛根汤证，太阳伤寒，表寒内迫，清气下陷偏于寒湿，项背强几几，无汗恶风，无肛门灼热，泻下清稀不甚臭的大便，治则解表散寒、升

阳止泻（温升）。34 条为协热利，表邪化热内陷，汗出而喘，口渴、脉促，湿热迫肠，暴注臭秽，肛门灼热，治则解肌清热、坚阴止利（寒降）。

若将葛根汤之寒利误辨为葛根黄芩黄连汤热利，黄连苦寒冰伏表邪，下利反剧；若将葛根黄芩黄连汤热利误为寒利，误投麻桂，辛温助热劫津，痉厥谵妄，加重里热证，违背 “热则寒之”的治则，导致病情恶化。

葛根黄芩黄连汤由葛根、黄芩、黄连、甘草四味中药组成。葛根一方面轻清解肌，透散未尽的表邪，一方面升阳明清气，鼓舞脾胃气机上升，缓解热邪上壅导致的喘促，升提清气而止下利。黄芩、黄连，苦寒清泄里热，直除肠道湿热，遏制热邪迫津下利。甘草调和诸药，同时补益中气，防止苦寒药物损伤脾胃。黄芩、黄连清里热为主，葛根辅助解表升阳，形成“清里热、升清气、透表邪”的配伍，精准对应“热利”病机，这也是后世“清热燥湿止利”治法的重要渊源。

《伤寒论》第 139 条：“太阳病，二三日，不能卧，但欲起，心下必结，脉微弱者，此本有寒分也。反下之，若利止，必作结胸；未止者，四日复下之，此作协热利也。”

素体阳虚之人，患太阳病二三日，尚未传里之时，本应发汗解表，却误用下法，进一步损伤脾胃阳气。阳气受损后，脾胃运化失常，寒湿内生，清气不升，浊气不降，从而导致下利（寒利）。表现为大便清稀、无明显臭味，可能伴有腹痛喜温、畏寒等寒象，与热利（多伴大便臭秽、肛门灼热等热象）有明显区别。

初次误下，邪气可随下利（寒湿下注）有一定出路，虽损伤阳气但邪有宣泄之机；若利止，则邪气失去外泄途径，导致正气更虚，邪气便逆向内陷，闭阻于胸腹（胸膈、心下等部位）；邪气内闭后，与体内停聚的水饮（因脾胃受损而生）相搏，郁而化热，形成“水热互结”，阻滞气机，进而发为结胸（表现为胸胁或心下硬满疼痛、按之痛甚等）。

若在第四天病情变化时，再次误用下法，会导致邪气进一步内陷，一方面脾胃阳气受损，寒湿内生；另一方面，虽未关闭湿热排泄通道，但表邪内陷化热，或肠道气机紊乱导致郁热，从而出现“下利未止”。此时的下利虽有“热”象，并伴有肛门灼热、下利急迫等症状，但根源与误下致

阳气受损、邪气内陷相关，却肢冷畏寒，并非纯热证，故称为“协热利”，即“伴随热象的下利”，既有误下后表邪化热内陷的实热，又有阳虚不运产生的虚热，本质是寒热错杂、虚实相兼的病理产物。若将协热利误作纯热利（如葛根芩连汤证），苦寒更伤残阳，下利厥脱立至！若纯用苦寒（如白头翁汤）或纯用温补（如理中汤）皆属自毁长城！

《伤寒论》第 140 条：“太阳病，下之，其脉促，不结胸者，此为欲解也。脉浮者，必结胸。脉紧者，必咽痛。脉弦者，必两胁拘急。脉细数者，头痛未止。脉沉紧者，必欲呕。脉沉滑者，协热利。脉浮滑者，必下血。”

“协热利”，是指表证未解（有热）同时伴有下利的证候。此处通过“沉滑脉”判断该证，关键在于脉象反映了体内寒热与邪气的状态：

滑脉：主热、主实，提示体内有热邪（可能是表热内传，或本身有内热），且邪气较盛、气机尚畅，热邪迫肠导致下利。

沉脉：此处并非单纯主里寒，而是因下利耗伤津液，或热邪内蕴，气血趋于里以应对邪气，故脉沉。

沉滑相合，提示热邪内盛（滑）而病位在里（沉），与“协热”（表有热或邪热内扰）导致下利的病机一致。简言之，沉滑脉是热邪内盛、迫肠作利的外在表现，故可凭此脉象判断为协热利。

第一百五十八条　与寒利的鉴别

《伤寒论》第 32 条：“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”

太阳主表，阳明主里（胃肠）。合病指两经同时受邪发病，外有太阳表邪，内有阳明里热（或湿热），表里之气被病邪扰动，影响胃肠功能。下利的主要原因：

表里同病，气机紊乱。太阳表邪未解，影响气机升降；阳明受邪则胃肠传导失常，清气不升、浊气不降，易致腹泻（下利）。

阳明热迫大肠。若阳明邪热偏盛，热邪逼迫津液下注大肠，会引发下利，常伴大便急迫、肛门灼热等热象。

湿邪困阻。若感受湿邪，同时侵犯太阳（表湿）和阳明（里湿），湿邪下注肠道，也会导致下利，多为稀溏便，伴身重、苔腻等湿证表现。

需注意的是，太阳阳明合病的表现因人而异，并非“必然下利”，也可能出现呕吐、腹痛等其他胃肠症状，具体需结合患者整体症状辨证分析。这里的“必”是对这种特定病理趋势的概括，即当太阳风寒之邪影响阳明，且未形成阳明里实（如燥屎）时，气机紊乱易向下波及肠道，下利成为主要伴随表现。

还需注意的是，《伤寒论》中“必”字多为强调特定病机下的典型表现，而非绝对化的“所有情况都必然发生”，仍需结合具体脉证综合判断。本条明确将下利作为该类合病的核心特征，体现了张仲景对特定病证规律的精准总结。

“葛根汤主之”，葛根汤中，葛根既能解肌发表（散太阳之邪），又能升阳止泻（针对阳明下利），正契合“表邪未解、气机下迫”的病机。条文强调“必自下利”，也是为了明确葛根汤在这类合病下利中的适用指征——即下利由表邪引发，需“解肌升清”而非单纯治里。

《伤寒论》第 163 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。”

“太阳病，外证未除，而数下之”，这是治疗的错误。“而数下之”，不是下了一次，频数地泻下，那是错上加错。由于误治，“遂协热而利，利下不止”，太阳表证还有发热，同时又出现利下不止。

“协热而利“，是表证误下导致表热未解的同时，又损伤脾阳形成里寒下利，是表热里寒之寒利，不可理解为协热利，协热利是表里俱热的热利。寒利，利下清稀、不臭、完谷不化；热利，臭秽灼肛、里急后重。

“利下不止”不等同于“下利不止”。“利下不止”，“利” 指大便稀溏无阻，“下不止” 强调失控性脱泄，暗喻脾胃阳虚、脾失固摄、津液直下的危急状态；“下利不止”，“下利”仅指大便次数增多、质地稀溏，泛指下利持续的症状。利下不止，中虚不守，昭示虚寒滑脱之险，若仅见“下利”，可能误用纯止涩药（如赤石脂），反闭门留寇。

“表里不解者”，外有发热、恶寒之表证，里有“心下痞硬，利下不止”之里证，“桂枝人参汤主之。” 桂枝人参汤，由桂枝，人参、干姜、

白术、甘草五味药组成。人参汤温中健脾，散寒止利，治中焦虚之本；加桂枝解表散寒，顾外感风寒之标。

第一百五十九条　大陷胸汤与大陷胸丸

结胸证的基本病机为"热与水结"，即外邪内陷与体内水饮相互搏结，形成以胸胁脘腹硬满疼痛为主症的危急证候。大陷胸汤出自《伤寒论》，是张仲景为治疗"结胸证"所创制的经典方剂，为峻下逐水的代表方剂。

大陷胸汤由大黄、芒硝、甘遂三味药组成，具有泻热逐水、通便破结的功效。方中甘遂为君药，性味苦寒，有毒，归肺、肾、大肠经，擅长泻除胸腹腔的水饮痰浊，针对大陷胸汤证中“水热互结”的水饮停滞，起到逐水破结的关键作用；大黄为臣药，性味苦寒，归脾、胃、大肠、肝、心包经，苦寒之性使其能清热泻火、攻下积滞，针对胸膈脘腹的热结之证，通过攻下通腑以泻热，与甘遂协同增强泻下逐水之力；芒硝为佐药，性味咸苦寒，归胃、大肠经，咸能软坚，苦能泻下，寒能清热，可助大黄泻热通便，软坚润燥，增强攻下热结的作用，尤其适合热结较甚、燥屎内结之证。三药合用，共奏泻热逐水、破结通下之效。

大陷胸汤的组方体现了"其下者引而竭之"的治疗原则，针对水热互结的病机特点，采用苦寒泻下与攻逐水饮并用的方法。

本方煎煮必须注意各药的先后顺序：先煮大黄，去滓后，纳芒硝，最后入甘遂末。因甘遂泻下之有效成分难溶于水，只有以末冲服，在胃肠吸收，才能充分发挥药效。本方泻下峻猛，应中病即止，不可过服，以免伤正。

大陷胸汤与大陷胸丸均为治疗结胸证的方剂，核心功效均为泻热逐水破结，但二者在主治证、药物组成、功效特点及用法上存在明显区别。

大陷胸汤，主治大结胸证（热实结胸重证），表现为心下痛，按之石硬，甚至从心下至少腹硬满疼痛，不可近手，伴短气烦躁、大便秘结、日晡潮热等，病位偏中下焦，水热互结程度重、病势急。大陷胸丸，主治大结胸证之邪结偏高者（热实结胸轻证或病位偏上），表现为胸中硬满而痛，项背强急不舒，病位偏于上焦（胸膈部），水热互结程度较轻、病势较缓。

大陷胸汤，由大黄、芒硝、甘遂组成，均为峻烈攻下之品，药力集中。大陷胸丸，在大陷胸汤基础上，加入葶苈子、杏仁，并以白蜜为丸，增加

了泻肺行水、降气平喘的作用，且白蜜能缓和药性。

大陷胸汤，药力峻猛，以“峻下”为主，侧重泻除中下焦水热互结之邪，起效迅速。大陷胸丸，药力相对缓和，以“缓攻”为特点，因加入葶苈子、杏仁，更擅长清泻上焦胸膈水热，同时白蜜可使药物作用持久，避免峻下伤正。

大陷胸汤，水煎温服，为汤剂，作用迅猛。大陷胸丸，制成丸剂，用甘遂末调服，且需“温服一丸，不知，更服一丸，体现“峻药缓用”的特点。

简言之，大陷胸汤主攻中下焦急重之结胸，大陷胸丸主缓攻上焦偏轻之结胸，二者依病位、病势不同而区分应用。

第一百六十条　小陷胸汤

小陷胸汤是《伤寒论》中的经典方剂，小陷胸汤证为痰热互结，结于心下所致。痰热互结心下，气郁不通，故胸脘痞满，按之则痛；痰热互结，肺气不宣，故咳嗽痰黄而稠；痰热引动胆热上犯，则口苦；舌苔黄腻，脉滑数，为痰热之征。

小陷胸汤由瓜蒌实、黄连、半夏、三味药组成，瓜蒌实性味甘微苦、寒，归脾、胃、肺经，甘寒能清热化痰、宽胸散结，既助黄连清泻热邪，又助半夏化痰散结，同时其质地润降，可宽畅胸膈，为化解痰热互结、消除胸脘痞满的关键药物。黄连性味苦寒，归心、脾、胃、肝、胆、大肠经，苦寒之性可清热泻火、燥湿，针对小陷胸汤证中“痰热互结”的热邪，尤其擅长清泻心胃之火，为方中清热的核心药物。半夏性味辛温，有毒，归脾、胃、肺经，辛温能燥湿化痰、消痞散结，可针对痰热互结中的痰浊，通过化痰散结以除痞满，其温性在黄连的苦寒制约下，避免助热，专司化痰之功。

三药配伍，黄连苦寒清热，半夏辛温化痰，瓜蒌甘寒清热化痰兼宽胸，共奏清热化痰、宽胸散结之效，针对痰热互结于胸脘的小结胸证，其性味归经特点均围绕“清热、化痰、散结”的核心功效展开，药性平和，适用于病势较缓的痰热轻证。

第一百六十一条　三物白散

三物白散是中医经典方剂之一，出自《伤寒论》，由桔梗、巴豆、贝母

三味药组成，具有温散寒邪、涤痰破结的功效，主要用于治疗寒实结胸证（胸胁或心下硬满疼痛、畏寒咳喘、大便不通等）。需注意其药性峻烈，需严格辨证使用。

巴豆味辛，性热，有大毒，归胃、大肠经。其辛热峻猛，能峻下冷积、逐水退肿，是方中的主要泻下攻逐之药。桔梗，味苦、辛，性平，归肺经。能宣肺化痰、利咽，在方中可助巴豆开提肺气，使药力能达胸膈，同时制约巴豆的峻烈之性。贝母味苦、甘，性微寒，归肺、心经。能清热化痰、散结，与桔梗配合可增强化痰散结之功，同时缓和巴豆的燥热之性。

三物白散整体偏辛热，以巴豆的峻下冷积为核心，辅以桔梗、贝母的化痰散结，主要用于治疗寒痰阻滞、胸膈脘腹痞硬疼痛等证，通过攻逐寒痰、通利气机而发挥疗效。因巴豆毒性较强，临床使用需严格控制剂量。

三物白散采用散剂形式，主要与药物特性、功效需求及临床应用特点密切相关。方中巴豆毒性剧烈，峻下作用极强，散剂可通过精确调配粉末比例来控制用量（如少量递增），避免因剂量不当导致中毒或疗效过峻。巴豆辛热峻猛，需借助散剂的“散行”之性，增强其渗透与攻逐之力；而桔梗、贝母的化痰散结功效，也可通过散剂的弥散性更好地发挥，协同作用于病位。散剂为粉末状，表面积较大，服用后能快速溶解并被胃肠道吸收，可迅速发挥攻逐寒痰、通利气机的作用，适合治疗胸膈痞硬、痰浊阻滞等急证。

此外，散剂制作简便，便于随证调整配伍比例，符合古代临床对峻烈药物“小剂量、速效用”的使用原则。

第一百六十二条　猪苓汤

猪苓汤作为中医经典方剂，最早记载于东汉医学家张仲景所著的《伤寒论》和《金匮要略》，由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石五味药组成，各药配伍既清热又利水，同时兼顾滋阴，适用于水热互结、阴虚有热之证。

猪苓味甘、淡，性平，归肾、膀胱经。甘淡渗湿，能利水道、渗湿浊，其利水作用较茯苓更专，是方中主要的利水渗湿药。茯苓味甘、淡，性平，归心、脾、肾经。甘淡渗湿，兼能健脾，既助猪苓利水，又可防利水太过伤脾，兼顾扶正。泽泻味甘、淡，性寒，归肾、膀胱经。性寒能清热，淡

渗能利水，可助猪苓、茯苓增强利水清热之功，针对水热互结之证。滑石味甘、淡，性寒，归膀胱、肺、胃经。性寒清热，淡渗利水，且能通淋，可清利膀胱湿热，增强全方清热利水之效。阿胶味甘，性平，归肺、肝、肾经。甘平质润，能滋阴润燥、补血，可防止猪苓、泽泻等利水药太过伤阴，兼顾阴虚之证。

全方以猪苓、茯苓、泽泻、滑石四味甘淡渗利之药为主，性寒（泽泻、滑石）与性平（猪苓、茯苓）结合，共奏清热利水之功；辅以阿胶甘平滋阴，制约利水药的渗利之性，避免伤阴。整体药性偏寒凉而兼顾滋润，适用于水热互结兼阴虚的小便不利、口渴、心烦等证，体现了“利水而不伤阴，滋阴而不碍湿”的特点。

第一百六十三条　茵陈蒿汤

茵陈蒿汤出自《伤寒论》，是主治湿热发黄的卓效方剂。既能发汗使湿热从汗而出，又能利水使湿热从小便而去，是治疗黄疸的要方。

茵陈蒿汤由茵陈蒿、栀子、大黄三味药组成．茵陈蒿味苦、辛，性微寒，归肝、胆、脾、胃经。其苦寒能清热利湿，辛散可宣发郁热，善清肝胆湿热、退黄疸，是方中清热利湿退黄的核心药物。栀子味苦，性寒，归心、肝、肺、胃、三焦经。苦寒清降，能清泻三焦湿热，尤其擅长清利肝胆及胃肠湿热，同时可导热从小便而出，助茵陈蒿增强利湿清热之功。大黄味苦，性寒，归脾、胃、大肠、肝、心包经。苦寒沉降，能泻下通便，通导湿热从大便排出，同时兼具清热泻火、凉血解毒之效，与茵陈蒿、栀子配合，使湿热之邪有出路。

全方以苦寒为主，茵陈蒿清热利湿退黄为君，栀子清利三焦湿热、导湿从小便出为臣，大黄泻下通便、导湿热从大便出为佐使，三药协同，使湿热之邪通过二便分消，共奏清热利湿、退黄疸之效，适用于湿热蕴结肝胆所致的阳黄证（如身目发黄、黄色鲜明、小便黄赤等）。

第一百六十四条 白头翁汤

白头翁汤出自东汉张仲景所著的《伤寒论》，是中医经典方剂之一，由白头翁、黄柏、黄连、秦皮四味药组成，全方以苦寒为主，专攻湿热痢疾，尤其是热毒深陷血分的痢疾。

白头翁味苦，性寒，归胃、大肠经。其苦寒之性专入大肠，能清热解毒、凉血止痢，尤其擅长清除大肠血分热毒，是治疗热毒血痢的核心药物。黄连味苦，性寒，归心、脾、胃、肝、胆、大肠经。苦寒清燥，能清热燥湿、泻火解毒，尤其善清胃肠湿热及热毒，增强白头翁清除大肠湿热、止痢的作用。黄柏味苦，性寒，归肾、膀胱、大肠经。苦寒沉降，能清热燥湿、泻火解毒，侧重于清下焦湿热，与黄连配合，强化清除大肠湿热之功，助止痢之效。秦皮味苦、涩，性寒，归肝、胆、大肠经。苦寒能清热燥湿、解毒，味涩又能收敛止痢，既助白头翁、黄连等清热解毒，又能涩肠以止痢，使湿热去而痢止。

全方四药均为苦寒之品，合力清除大肠湿热及血分热毒，同时兼顾涩肠止痢，使热毒去、湿热除、痢止而不伤正。适用于热毒深陷大肠血分所致的痢疾（如腹痛、里急后重、下痢脓血、肛门灼热等），体现了“苦寒清热、凉血止痢”的特点。

第三节　热入血室证

第一百六十五条 热入血室证有广义与狭义之分。广义热入血室证，是指外感热病中，邪热深入肝-冲脉血分系统，导致血热互结、扰乱神明的病理状态，不分男女性别。狭义热入血室证，是指女性太阳中风（外感风热邪气）过程中，适逢月经来潮、将净（经水适来或适断）或产后，因血室空虚、胞脉开泄，导致太阳表邪不解，内陷深入胞宫（血室）及关联经络（主要为冲脉、肝经），扰动气血，扰乱神明，以寒热往来如疟状、胸胁胀满、昼日明了而暮则谵语（或见鬼状）为核心症状的一种特殊变证。

第一百六十六条　热入血室证，可分为初阶（热陷）、中阶（郁结）、重证（闭窍）、危证（蓄血）四个阶段。

初阶：热邪初入血室，未与血结，核心症状为暮谵昼清，经行如常，勿药待邪随血去。

中阶：热郁血滞，枢机不利，核心症状为寒热如疟，胸胁满，经水适断，治则和解透邪（小柴胡汤）。

重证：瘀热壅闭，上扰神明。核心症状为昼夜谵狂，胸胁硬痛，治则刺期门泻肝经实热。

危证：瘀热下结，腑实形成，核心症状为少腹硬满，如狂便结，治则逐瘀攻下（桃核承气汤、抵当汤）。

《伤寒论》第 143 条：“妇人中风，发热恶寒，经水适来，得之七八日，热除而脉迟身凉，胸胁下满，如结胸状，谵语者，此为热入血室也。当刺期门，随其实而取之。”

妇人外感风邪，“发热恶寒”，病延至七八日，适逢月经来了，“经水适来”。“热除而脉迟身凉”，身凉热除不再发烧,说明表证已解。此“脉迟”并非寒证，而是血热瘀滞、脉道不畅，气血运行迟缓。

外感风寒，血室（子宫、胞宫）空虚，寒邪入里化热，乘虚内陷进入血室。导致气血运行不畅，胸胁为肝胆经络所过，血室瘀滞影响肝胆气机，故出现“胸胁下满，如结胸状”，不是肚子胀满，而是胸胁下满，不是结胸病位。热与血结，血热上扰心神，导致神志失常，故见“谵语”。辨证为热入血室证。

期门是肝的募穴（脏腑之气汇聚于胸腹部的穴位），肝主藏血，与“血室”生理功能直接关联。热入血室本质是邪热与血相结，肝的藏血、调血功能失常，刺期门可通过疏泄肝气，引导内陷的邪热随气机疏泄而出，从根源上化解“热与血结”的病理状态，清泻血热，进而缓解血热扰心所致的“谵语”。刺期门，血分实热随之而泻，故“随其实而取之”。

《伤寒论》第 144 条：“妇人中风，七八日续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室。其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之。”

妇人中风，在七八天的时候不再发热恶寒，但“续得寒热，发作有时”，寒热往来，“使如疟疾”，外感病由表入里。

“经水适断”，并不是外感风邪，由表入里之时，恰逢月经断了，而是热入血室，气血闭结，热与血结，导致月经断了。是月经未可断而断，月经还不应当断，它正在这时候恰巧就断了，此为病理性中断，而非生理性中断。热陷血室，热与血结，故“其血必结”。热与血结，导致少阳枢机不利，故往来寒热。

与 143 条比对，144 条没有胸胁满，也没有谵语，只是一个往来寒热，发作有时，其形如疟，是发热的热入血室证，不涉及肝经，故不刺期门以疏泄肝气。

小柴胡汤能够退热，解寒热之邪，故“小柴胡汤主之”。小柴胡汤基本是气分药，没有血分药，加上一些血分药，效果会更好。方中需酌加活血之药，牡丹皮、生地黄、桃仁、红花。

144 条核心病机，热入血室，血热互结，少阳枢机不利。核心矛盾，半表半里之邪热与胞宫之血结并存，但以少阳证为主。治疗以和解少阳为主，兼以凉血散瘀。

《伤寒论》第 145 条：“妇人伤寒，发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语，如见鬼状者，此为热入血室。无犯胃气及上二焦，必自愈。”

恰好月经到来之时，妇人患太阳伤寒，发热。出现“昼日明了，暮则谵语，如见鬼状”的症状。白天阳气行于阳，晚上阳气行于阴。血为阴，夜则阳气潜入阴分，血热发作，因此就谵语，精神昏聩，如见鬼状，这是热入血室的缘故。

“无犯胃气及上二焦”，无是禁止，犯是侵犯，是说禁用汗、下、针三法，损伤胃气及心肺胃上二焦的功能。虽然伤寒表证尚在，也不可与发汗药犯其上焦。若发其汗，损中脘之胃液，竭上中二焦之水分，血热更益而无可制。虽然胡言乱

语，不可误辨为阳明胃家实，与承气汤类泻下之药，犯其胃气。中焦出荣气，不可刺期门，刺期门则动荣气。也不需服用小柴胡汤，因为没有往来寒热。

为什么这个病自己能好，“必自愈”？因为经水适来，来而不断，不同于经水适断，“经水适来”，血中之热可随着月经排出体外，不用吃药可以自愈，当以不治治之。

143 条用刺法，144 条用汤药，145 条必自愈。143 条胸胁下满，如结胸状，刺期门以泻其实；144 条往来寒热如疟，用小柴胡汤以解其邪；145 条没有前述那两个症状，只是一个暮则谵语，所以待其经行血去，邪热自解。

《伤寒论》216 条：“阳明病，下血谵语者，此为热入血室，但头汗出者，刺期门，随其实而泻之，濈然汗出则愈。”

患者先有外感，邪热逐渐传入阳明，阳明热盛后未及时清解，进一步深入血室。热邪迫血妄行，导致血不循经而下溢，出现“下血（便血、尿血、发斑）”症状。

血室属血分，与心神相通，热入血室后，热邪上扰心神，导致神志失常，出现“谵语”；同时，热邪虽入血分，但仍有郁闭，不能遍达周身，仅能蒸腾津液从头部溢出，故见“但头汗出”（周身无汗，仅头部出汗）。

治疗上“刺期门”，是因期门为肝之募穴，肝主藏血，与血室关系密切，刺之可泻血室之实热，使热邪外散，津液得布，最终“濈然汗出”（周身微微出汗），提示热邪已解，病情向愈。

需特别关注的是：143、144、145 条“血室”，特指女性在经期感受外邪，邪热内陷胞宫血海，以月经异常和神志症状为特征的证候的狭义的热入血室；216 条“血室”，是指外感热病中，邪热深入肝-冲脉血分系统，导致血热互结、扰乱神明的病理状态，其临床表现，女性可见经水异常，男女皆可见下部出血（下血）及谵语的广义的热入血室。因此，“血室”可以理解为，以“肝”为调控中心，以“冲脉”为运行通道，在女性则具体关联于“胞宫”这样一个主管血液的核心功能系统。

女性拥有“胞宫”这个独特的、可视的“窗口”。当邪热侵入“肝-冲脉”这个血分系统时，在女性身上会立刻引发一个特异性极高、无法忽视的客观信号——月经的突然改变（“经水适来”、“经水适断”或 216 条的“下血”）。这

就像一个精密的仪器，其内部（血分）的故障直接通过一个外部仪表（月经）剧烈地显示出来。

男性没有这个“外部仪表”。男性的身体同样有“肝”和“冲脉”，同样有血分系统。当邪热陷入时，同样会影响这个系统，导致血热和神志症状（如谵语）。但是，由于男性没有“胞宫”这个独特的出口和信号器，其表现就可能更为隐晦和复杂，比如表现为其他部位的出血（便血、发斑），或主要以神志症状为主。这使得在男性身上的诊断更为困难，也更容易与其他证候（如单纯的阳明腑实或热入营血）混淆。

143、144、145 条妇人热入血室，或刺期门，或用小柴胡汤，其核心都是清泻血分郁热、调和肝与少阳枢机。216 条“刺期门” 适用于任何性别，无论男女，都有肝脏，都有肝经，刺期门是泻肝经血热的方法。

第一百六十七条　热入血室之危证

《伤寒论》第 106 条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。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。”

本条核心病机为太阳表邪化热入里，与瘀血结于下焦，形成下焦蓄血证，属里实热证。主要症状：除太阳病初期恶寒、发热、头痛、身痛、脉浮等表证外，还有“其人如狂”，即患者情绪激动、烦躁不安，言语可能错乱，是热邪与瘀血结聚下焦，上扰心神所致。“少腹急结”也是重要症状，患者下腹部会有急迫、拘急感，伴有胀满不适，触摸有抵抗感，为下焦气血瘀滞所致。另外，还可能出现“血自下”的情况，即体内自行下血，若热邪与瘀血随血排出，病情可能缓解。

《伤寒论》第 124 条：“太阳病六七日，表证仍在，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。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”

本条的核心病机为太阳表邪未解，循经入里，热邪与瘀血深度结聚于下焦（较 106 条桃核承气汤证的瘀热更重、更甚），属里实热瘀证。

初期有太阳病表证（如恶寒、发热等），但病情发展中表证可能仍在或渐轻。“其人发狂”，较“如狂”更重，表现为精神狂乱、躁动不安、意识失常，因瘀热深重上扰心神所致。“少腹当硬满”，下腹部坚硬、胀满，触摸有明显抵抗感，

是下焦瘀热互结的典型体征（较 106 条“少腹急结”更重）。“小便自利”，此为鉴别要点，说明病位在血分（非水分），无膀胱气化不利，排除蓄水证。“下血乃愈”，指瘀血随血排出后，瘀热得去，病情可能缓解，若不能自下则需用抵当汤攻下瘀热。

《伤寒论》第 125 条：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹硬。小便不利者，为无血也。小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”

本条的核心病机为太阳表邪入里，热邪与瘀血结于下焦，属里实热瘀证（与第 124 条病机本质一致，均为下焦蓄血重证，重点通过小便情况鉴别血证与水湿发黄）。

共性表现，均有“身黄”（瘀热或水湿郁滞致肌肤发黄）、“脉沉结”（沉主里，结为气血瘀滞、脉行不畅）、“少腹硬”（下焦有形之邪阻滞，腹部坚硬胀满）。鉴别要点，关键在小便，若“小便不利”，说明病位在水分，为水湿郁滞导致发黄，无瘀血，故“为无血也”；若“小便自利”（排除水湿，提示病在血分），且伴“其人如狂”（瘀热上扰心神），则可确诊为下焦蓄血证，即“血证谛也”，需用抵当汤攻下瘀热。

第四节　霍乱

第一百六十八条 霍乱,是指以“呕吐”和“下利”同时发作为主要临床特征的急性病证，它是一个涵盖了从轻症到危症的症候群。其核心病机在于中焦气机升降的突然逆乱，导致脾胃升降枢机失常。清阳不升而下陷，故发为下泻；浊阴不降而上逆，故发为呕吐。根据病邪的性质、正气的强弱，呈现出丰富的层次和动态的传变过程。可以从较轻的五苓散证、理中丸证，发展至危殆的四逆汤证、通脉四逆汤证、通脉四逆加猪胆汤证。

中医“霍乱”不同于西医的 “霍乱”。西医的 “霍乱”，病因为霍乱弧菌污染水源或食物，经口感染后，细菌在肠道内繁殖并产生霍乱肠毒素，刺激肠道黏膜分泌大量液体，导致严重脱水、电解质紊乱和循环衰竭。

《伤寒论》第 382 条：“问曰：病有霍乱者何？答曰：呕吐而利，此名霍乱。”

此条未述及霍乱病机，只讲述主证“呕吐而利”。

《伤寒论》第 383 条：“问曰：病发热头痛，身疼恶寒吐利者，此属何病？答曰：此名霍乱。霍乱自吐下，又利止，复更发热也。”

我们可以想象这样一个场景：一位弟子在临床中遇到了一个复杂病例，于是向老师（仲景）请教。

弟子问：老师，我遇到一个病人，他有发热头痛、身疼恶寒的表证，同时又上吐下泻。这应该诊断为什么病呢？

老师答：从症状上看，这可以叫做霍乱。霍乱，上吐下泻，如果这个病人的下利自己停止了，反而再次出现发热，那这就不（单）是霍乱了，这实际上是伤寒传变过程的另一种变证。

我们可以这么理解：病之来处，“伤寒，发热、头痛、身疼、恶寒”；病之去处，“上吐下泻”；病机，中焦脾胃升降逆乱；病名“霍乱”。若吐下后，泻利停止，复发热，说明阴液已竭，阴不敛阳，必然会导致发热等症状加重。此条的核心在于与伤寒相鉴别，并提示霍乱病“里和表未解”的一种转归，为后续治疗指明方向。

《伤寒论》第 32 条，“太阳与阳明合病者，必自下利，葛根汤主之。”《伤寒论》第 33 条，“太阳与阳明合病，不下利，但呕者，葛根加半夏汤主之。”《伤

寒论》第 34 条，“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，葛根黄芩黄连汤主之。”

32 条葛根汤证是表证伴下利，33 条葛根加半夏汤是表证伴呕吐，34 条葛根黄芩黄连汤是表证伴下利，3 条均是表证为主，兼见下利、呕吐等症，治疗可表里同治。对于 383 条，则需治里为先为主，里和再解表。

《伤寒论》第 384 条：“伤寒，其脉微涩者，本是霍乱，今是伤寒。却四五日至阴经，上转入阴，必利，本呕下利者，不可治也。欲似大便，而反失气，仍不利者，此属阳明也，便必硬，十三日愈，所以然者，经尽故也。下利后，当便硬，硬则能食者愈，今反不能食，到后经中，颇能食，复过一经能食，过之一日当愈。不愈者，不属阳明也。”

患者经历了“伤寒”（发热恶寒身痛）和“霍乱”（吐利）并作的阶段。脉象从“浮紧”（表实）变为“微涩”（里虚）。 “微”为阳气虚，“涩”为津液伤。说明剧烈的吐下已经严重损伤了人体的气血津液。

转归一：表证独存，“今是伤寒”。此是吐泻已止，但“伤寒”之发热、恶寒、身疼等表证仍在。此为里气已和，而表邪未解。治疗重心应从救里转向解表，或表里同治，但需慎用峻剂，因正气已伤。

转归二：邪传三阴。“四五日至阴经，上转入阴”。气血已虚、正气无力抗邪外出，过了四五天，病邪长驱直入，侵犯太阴、少阴、厥阴三阴经。里虚寒证进一步加重，再次出现下利，意味着本就虚弱的脾胃阳气再次受到重创，病情变得非常复杂和危重。“不可治也”，是非常难治，需要紧急回阳救逆、温中固脱，比如使用四逆汤、通脉四逆汤等。

转归三：邪传阳明。“欲似大便，而反失气，仍不利者，此属阳明也，便必硬，十三日愈，所以然者，经尽故也。” 古人认为六经传变一周是六天，两周一循环是十二天，第十三天是进入第三个周期的开始，正气来复，故能病愈。疾病有一个自然的恢复周期，只要病机转向阳明且不再恶化，就有自愈的可能。

转归四：胃气来复。“下利后，当便硬，硬则能食者愈。今反不能食，到后经中，颇能食，复过一经能食，过之一日当愈。不愈者，不属阳明也。” 下利后便硬，但暂时不能食。这说明胃气恢复得比较慢。需要观察一个“经气”循环的周期（约六天），等到下一个周期（“后经中”），患者“颇能食”（食欲渐渐

好转），再过一个周期就完全“能食”了，这预示着他将在约十三、四天后痊愈。如果过了上述周期，依然不能食，或者病情不愈，那就说明这个病不属于阳明燥化证。它的病机可能又回到了三阴虚寒，或者有其他复杂的变局，需要重新辨证。

疾病是动态的，要时刻观察病机的转变，尤其是在大病、暴病之后。患者的食欲是判断预后、衡量正气存亡的最直观、最重要的指标，“有胃气则生，无胃气则死”。

第一百六十九条　霍乱轻证

《伤寒论》第 386 条：“霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。”

伤寒，“头痛发热，身疼痛”，传里后上吐下泻。头痛发热身疼属表证，霍乱吐利并作属里证，二者并存辨证属表里同病。

如果发热较为突出，渴欲饮水，小便还不利，这是湿邪所致的三焦不利，表里不和，治疗当用五苓散。五苓散外能解表，内能利水湿，吐利也就好了。

如果恶寒较为突出，并不口渴，这就是脾胃虚寒证，治疗当用理中丸。

本条的“热”和“寒”是区分阴阳表里的标志，热多是病以表证为主，虽有吐利等里证，可用五苓散解表为主兼以分清泌浊；寒多是以吐利里证为主，表证为次，不欲饮水属太阴虚寒，治疗选择理中丸温补中焦脾胃。可用理中汤，理中丸药效慢不如理中汤药效快。

胡希恕先生介绍，白矾治霍乱吐泻甚效。其性收敛，虽味苦难服，但能立刻止泻，为急救争取时间。

第一百七十条 霍乱危重证

《伤寒论》第 385 条：“恶寒，脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。”

接 384 条：却四五日至阴经，上转入阴，必利，本呕下利者，不可治也。恶寒，脉微而复利，利止亡血也，四逆加人参汤主之。

恶寒说明表阳虚损，脉微是里阳不足，阳气不足以敛阴，故又见下利，气血更伤。“利止亡血”，利止是指霍乱呕吐下利后利止，是津液内竭、利无可利的利止。“亡血”，血为广义，为津液、血液。“利止亡血”，可表述为“亡血利止”。

阴津内竭，气无所附，故治疗主方应选择四逆加人参汤。附子回阳，补少阴肾中之阳。人参补五脏，补脾肺之气。人参补气以生津液，补脾以生血液。四逆汤回阳救逆，加人参生津补血，以求气血两生。

《伤寒论》第 388 条：“吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者，四逆汤主之。”

《伤寒论》第 389 条：“既吐且利，小便复利，而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤主之。”

这两条是霍乱重证、危证，如 384 条所言“不可治之”之不治之治。

388 条，上吐下利，气血因吐利而伤。伴见汗出发热恶寒是表阳已伤，阳气外浮，阳不敛阴；四肢拘急是津液已伤，经脉拘挛所致；手足逆冷是里阳已衰，不达四末。在此阴阳两虚之际，急需四逆汤温阳救逆。

389 条，上吐下利，气血因吐利而伤。小便由不利转通利，伴见大汗出，下利清谷，脉微欲绝，是吐利导致阳气将亡，二便及汗等阴液不敛之象，所幸里寒虽盛，表阳尤存，急需回阳敛阴，方用四逆汤。脉微欲绝，是阳衰阴盛、津液丧失太甚之危象。此证虽用四逆汤，但病重药轻，应急投通脉四逆汤（即于四逆汤基础上倍干姜、增附子用量），以大力回阳救逆，通达内外。

《伤寒论》第 390 条：“吐已下断，汗出而厥，四肢拘急不解，脉微欲绝者，通脉四逆加猪胆汤主之。”

接 388 条，吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者，四逆汤主之。

服四逆汤后，“吐已下断”，吐利已止，但是“四肢拘急”还在，进而“汗出而厥、脉微欲绝”。此为亡津液、亡血液之象。并非病愈，乃阳亡阴竭，阴阳格拒之危候。阴液枯竭，故无物可吐下；虚阳外越，故汗出而厥。四逆、通脉四逆虽能回阳，但恐被虚阳格拒而不纳，故需加猪胆汁。猪胆汁性寒味咸苦，其作用有三：一为反佐，引阳药入阴分，防格拒；二为益阴，咸苦之性可滋润枯涸之阴液；三为醒脾，振奋衰败之胃气。

第一百七十一条　霍乱转归

《伤寒论》第 387 条：“吐利止，而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。”

本条上接 386 条，“寒多不用水者，理中丸主之”，即服用理中丸后，“吐利止，而身痛不休”，身痛不止，是里已和，中焦的升降功能得到恢复，但在肌表的邪气（寒邪）尚未解除，营卫之气仍不通利，仍有寒邪束表。

“消息”一词，不是现代汉语“信息”之意，消的含义是减少、消散，息是增长、滋生，合起来是事物的消减与增长、变化与动态。这里是指要根据患者吐利止后阴阳气血俱虚的状况，斟酌、权衡解表之法。麻黄汤、桂枝汤是汗法，不可以用麻黄发汗，桂枝汤也应减量，故“宜桂枝汤小和之”。

《伤寒论》第 391 条：“吐利发汗，脉平小烦者，以新虚，不胜谷气故也。”

接 387 条、388 条、389 条、390 条，服四逆汤而吐利止，服桂枝汤而发汗已，脉已平和，就是说脉不浮不沉，不数不迟，不大不小，霍乱向愈，只是还有点烦热。

“新虚不胜谷气故也“，这是因为脾胃功能还没有完全恢复，不能够胜任谷气。消化食物，本身会消耗正气、能量，损谷则愈，少吃一点、喝点稀的，逐渐恢复脾胃之气，病就好了。

第五节　差后防复

第一百七十二条 差后防复，是中医治疗学中的一个核心概念与关键阶段，特指在大病（如急性热病、重病、手术等）主要症状消失、病情趋于痊愈（即“差后”）后，为防止疾病复发、促进机体完全康复而采取的一系列主动性、针对性的治疗与调护原则。

疾病恢复期，差后防复是通过药物与调护相结合，主动识别并消除复发风险，从而巩固疗效、实现彻底痊愈的完备的临床管理体系。不仅是症状的消除，更是通过调和阴阳、恢复脏腑功能、充养气血，使人体达到　“阴平阳秘，精神乃治”　的真正健康状态。

第一百七十三条 色复

《伤寒论》第 392 条：“伤寒阴阳易之为病，其人身体重，少气，少腹里急，或引阴中拘挛，热上冲胸，头重不欲举，眼中生花，膝胫拘急者，烧裩散主之。”

“阴阳易”中的“阴阳”指男女交媾，“易”是变易之意。伤寒病初愈，人体阴阳气血尚未完全恢复，此时若行房事，男女之阴阳相互感应，余毒相染着，导致病情发生变化。这是因为房事会进一步损耗正气，使体内阴阳平衡失调，原本处于恢复阶段的机体再次受到损伤，从而引发新的病症。

“身体重、少气”：从阴阳角度看，气为阳，血为阴。大病新瘥，气血未复，房事又进一步损耗气血，阳气不足则身体沉重，气虚则少气。

“少腹里急、引阴中拘挛、膝胫拘急”：少腹、阴中、膝胫等部位与肝肾等脏腑相关，肝肾主阴。病后阴精本就不足，房事更伤阴精，导致阴液亏虚，筋脉失于濡养，从而出现拘急疼痛的症状，这是阴气极虚、身体被掏空的表现。

“热上冲胸、头重不欲举、眼中生花”：伤寒余热未尽，房事之后，余毒随阴阳之气相互传染，热毒上冲于胸，熏蒸于上，故出现头重不欲举、眼中生花等症状，这是阴阳失调后，热毒上扰清窍的表现。

采用烧裩散治疗，取妇人中裩近隐处烧灰（男子病用），或男子裩裆烧灰（女子病用）。从阴阳角度理解，这是利用同气相求的原理，以引导病邪从阴而出。同时，也有借助这种特殊的药物形态和来源，对患者起到一种心理暗示作用，调动机体的自我修复能力，帮助恢复机体的阴阳平衡。

《移精变气论篇第十三》黄帝问道:我听说古时治病，只是转变病人的思想精神，用“祝由”的方法就可以治愈。现在治病，用药物从内治，用针石从外治，结果还是有好有不好的，这是什么道理呢？

岐伯答说:古时候，人们穴居野外，周围都是禽兽，靠活动来驱寒，住在阴凉地方来避暑。在内心没有爱慕的累赘,在外没有奔走求取官宦的形役。这是恬淡的时代，外邪不易侵犯人体。因此既不需要“毒药治其内”，也不需要“针石治其外”，所以只是改变精神状态，断绝病根就够了。现在就不同了。人们心里经常为忧虑所苦，形体经常被劳累所伤，再加上违背四时的气候和寒热的变化，这样，贼风虚邪早晚不断侵袭，就会内犯五脏骨髓，外伤孔窍肌肤，所以小病会发展成为重病，而大病就会病危或死亡，因此，仅依靠祝由是不能把病治好的。

烧裩散看似怪诞不经，实则上升至神的层面；烧裩散为术，术可以多种多样，无需拘泥。运用某种疗法，转变病人的精神，改变其气血紊乱的病理状态，从而达到治疗疾病的目的。

一草一木皆可为药，一言一念亦可为药。致病核心在神，治病的核心亦在神。神散了，再好的方药也会无效！

高明的医者，取用的不仅是草木的化学成分，更是借用其“神性”来调和人体的“神机”。当医者自身的“神”足够清明，他甚至能感知到，此时此地，此人，需要的是窗外哪一片竹叶的清气。

良言为药,一句坚定的鼓励（定心丸）、一段开启智慧的哲理（解郁散）、一份深情的理解（温阳剂），其治愈力可能远超物质药物。恶念为毒，一个怀疑的眼神、一句贬损的话语、一份焦虑的投射，都可能是加重病情的“毒药”。医者的心念,在开方时，心中的慈悲、专注与信念，会如同一个能量场，加持到处方之中。这便是“祝由”的某些合理内核——以心念引导能量。

《黄帝内经》:“得神者昌，失神者亡。”所有形而下的疾病（器质病变、气血紊乱），其最根本的起源，往往是形而上的“神”的层面先出现了问题。

神散：长期的精神耗竭、志意恍惚，会导致气的涣散，继而固摄无力，出现自汗、遗精、出血等，最终精血亏虚。此时，吃再多的补药，也如同往一个漏水的桶里倒水，效果不彰。

神滞：深重的情志郁结（怨憎会、爱别离），会使气机完全“卡住”，形成顽痰瘀血。此时，用再猛的攻伐之药，也难撼动其根，因为“神”这个总司令没有下令改变。

神惧：巨大的恐惧（包括对疾病的恐惧），会使气机下陷、闭塞，肾精封藏不及。恐伤肾，直接动摇先天之本。

高明的治疗，首先应是“调神”。通过沟通、引导、静坐、站桩等方式，帮助患者“收神”、“安神”、“定神”。当患者的“神”能够回归本位、变得清明坚定时，身体的自愈系统（正气）才会被真正激活。

因此，一个真正的良医，其首要任务不是穷尽天下方药，而是修养自身的神明。让自己的心变得澄澈、安宁、充满慈悲与正气。如此，他开出的每一味药，才会承载着“神”的力量；他说的每一句话，才能成为治愈的良药。

治疗的终极目标,不仅仅是消除症状，更是帮助患者找回内在的平静、喜悦与力量，恢复其“神”的主宰地位。当一个人能“恬惔虚无，真气从之，精神内守”时，病安从来？它提醒我们，在钻研“术”的同时，永远不要忘记仰望那片“神”的星空。 这正是一切伟大医学的源头与归宿。

第一百七十一条 劳复

《伤寒论》第 394 条：“伤寒差以后，更发热，小柴胡汤主之。脉浮者，以汗解之，脉沉实者，以下解之。”

可直译为:伤寒初愈以后，或余热未清，或复感外邪，又开始发烧，脉弦，宜服用小柴胡汤。若脉浮，可以配合发汗的方法治疗；若脉沉实，可以配合泻下的方法治疗。

本条论述的是伤寒病（泛指外感热病）痊愈后，病情反复出现发热的三种不同情况及其治法。核心思想是 “辨证论治” ，根据不同的脉象，判断病机所在，从而采用不同的治疗方法。

1. 核心病机与主方：小柴胡汤证

病情：伤寒病后，再次发热。

脉象:“脉弦”,这通常是张仲景使用小柴胡汤的典型脉象。虽然原文未明说，但“小柴胡汤主之”本身就隐含了其适应症的脉证。

病机分析：

伤寒初愈，人体正气（尤其是少阳经的枢机功能）尚未完全恢复。这时可能有两种情况：

余邪未尽：病邪没有完全清除，残留于半表半里之间（少阳部位）。复感外邪：由于体虚，再次感受外邪，邪气直接侵犯少阳。

无论哪种情况，其关键病机都是邪郁少阳，枢机不利。正气想抗邪外出，但力量不足；病邪想深入体内，也受到阻碍。这种正邪交争的状态，就表现为“更发热”（往来寒热或持续低热）。脉弦是气机郁滞的典型表现。

治法：和解少阳。小柴胡汤是和解剂的代表方。它既能疏散半表之邪，又能清泻半里之热，同时扶助正气，调节气机，使“上焦得通，津液得下，胃气因和”，从而通过和解的方式使机体恢复平衡。

2. 两种变证与治法

条文接着提出了两种特殊情况，说明虽然都是“更发热”，但病位已经发生了变化，不能固守小柴胡汤。

情况一：脉浮者，以汗解之

病机：脉浮主表，说明病邪主要还在太阳肌表。这通常是复感外邪的典型表现，属于 “表证” 。

治法：发汗解表。此时不能用和解法，而应该用汗法，使表邪随汗而解。具体方剂可以根据情况选用桂枝汤、麻黄汤等。但须牢记患者“新虚”之体，剂量宜轻，或配伍扶正之品，中病即止，勿令过汗伤正。

临床思考：如果同时有轻微的少阳证迹象，也可以考虑柴胡桂枝汤之类的合方。

情况二：脉沉实者，以下解之

病机：脉沉主里，实主有余、有积滞。说明病邪已经传入阳明之里，化热成燥，与肠道糟粕互结，形成了 “里实热证” 。

治法：泻下热结。此时病位在里，必须用下法攻逐实邪。具体方剂可选用承气汤类（如大承气汤、小承气汤）。但病后体虚用下法，必须确凿无疑地见到“沉实”之脉与“腹满、便秘、苔黄”等里实证据，且应遵循“得下余勿服”的原则，避免过下伤阴。

临床思考：这提示我们，病后体虚之人也可能出现实证，关键在于脉证合参，有是证则用是药，不可因虚而贻误病情。

394 条虽然简短，但极具临床价值，它完美体现了张仲景的辨证论治思想：

同病异治：同样是“伤寒差以后，更发热”，但因为脉象不同（弦、浮、沉实），其病机（少阳、太阳、阳明）和治法（和、汗、下）就完全不同。

治随证转：治疗方向完全根据当下的脉证来决定，而不是固守病后的“体虚”就一味补益。这体现了“有是证，用是方”的原则。

脉诊的重要性：本条完全以脉象作为辨证的关键指征，突出了脉诊在鉴别诊断中的决定性作用。

《伤寒论》第 397 条：“伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。”

本条核心病机是伤寒大病初愈后，正气耗伤（尤以脾胃气阴两虚为主），胃失和降，导致身体虚弱、胃气上逆欲呕、气短及低热。

正气耗伤，气阴两虚：伤寒为外感病，病邪虽去，但病程中耗伤了人体正气。“虚羸”（身体瘦弱）是阴血不足、形体失养的表现；“少气”（气短乏力）是脾气虚弱、推动无力的结果，二者共同指向病后气阴两虚的核心矛盾。

胃失和降，气逆欲吐：脾胃为后天之本，气血生化之源，病后脾胃功能未复，胃气无法正常“降浊”，反而上逆，故出现“气逆欲吐”，这是病后脾胃功能失调的典型反应。

低热：伤寒之病，多为外感寒邪，在正邪交争过程中，人体正气奋起抗邪，虽经治疗后表邪已解，但在疾病过程中产生的郁热往往难以一下子完全清除，人体处于一种正虚而余热未尽的状态。余热内扰，就可能出现低热的情况。伤寒解后，人体气阴亏虚。气虚则机体的气化功能失常，阴液亏虚则不能制阳，虚热内生。这种虚热一般表现为低热，且多伴有少气、乏力、口干等症状，与 “虚羸少气”相呼应。

397 条是与 396 条相对，397 条是虚热，396 条理中丸证是虚寒。本条对应的主治方剂竹叶石膏汤，由竹叶、石膏、半夏、麦冬、人参、甘草、粳米七味中药组成，清补并行，清热生津、益气和胃。

石膏、竹叶清余热，清贵在竹叶的透散与石膏的沉降。人参、粳米、甘草补中气，麦冬滋胃阴，气阴双补，对应“虚羸”（阴伤形损）与“少气”（气虚功

能弱）两大主症，从物质与功能两个层面进行修复。半夏调和阴阳，在大量甘寒、甘润药中，佐以辛温的半夏，一能降逆止呕，直接解决“气逆欲吐”；二能辛开苦降，畅达中焦气机，防止滋腻碍胃；三能调和阴阳，使全方清而不凝，补而不滞。全方寒温并用、补泻兼施”。

君药：石膏（辛甘大寒，归肺、胃经）+ 竹叶（甘淡性寒，归心、胃经）。二者性寒，能清解病后可能残留的“余热”（避免余热耗伤阴液）；石膏归胃经，可清胃热、降胃气，直接针对“气逆”；竹叶能生津，辅助缓解阴液不足。

臣药：麦冬（甘微苦微寒，归心、肺、胃经）。甘寒生津、苦寒清热，既补病后耗伤的“阴液”（治“虚羸”），又助石膏清余热，同时归胃经，能养胃阴、和胃气，兼顾气阴两虚与胃失和降。

佐药：人参（甘微苦微温，归脾、肺经）+ 粳米（甘平，归脾、胃经）+ 半夏（辛温，归脾、胃、肺经）。人参、粳米甘温/平，能补脾胃之气（治“少气”），且药性平和，避免与石膏、麦冬的寒性冲突，体现“补而不燥”；半夏辛温，能燥湿化痰、降逆止呕，针对“气逆欲吐”，其温性可平衡方中多数药物的寒性，防止寒凉伤胃，即“辛开苦降”调和胃气。

使药：甘草（甘平，归心、肺、脾、胃经）。既助人参、粳米补气和中，又能调和方中寒热药物的药性，使全方寒温并用、补泻兼施，最终达成“扶正不留邪、清热不伤正”的效果。

第一百七十五条 食复

《伤寒论》第 398 条：“病人脉已解，而日暮微烦，以病新差，人强与谷，脾胃气尚弱，不能消谷，故令微烦，损谷则愈。”

本条虽未列方药，却深刻揭示了疾病初愈阶段的关键病机与调治原则，体现了张仲景“保胃气、存津液”的核心思想。

1、核心病机：瘥后脾胃虚弱，运化不及，“脾胃气尚弱”是根本。

疾病初愈（新差），虽大邪已去（脉已解），但人体气血津液在病程中已受损耗，脾胃作为后天之本，其受纳、运化功能尚未恢复。此时脾胃处于“虚怯”状态，虽能维持日常，却不堪重负。

“人强与谷”:指他人或患者急于补养，强行进食过量或不易消化的食物。脾胃本弱，骤加饮食负担，则无力运化，导致食滞中焦，酿生郁热。

日暮阳衰：黄昏时分阳气渐弱，脾胃得阳气助则能运化，此时自然界阳气衰减，脾胃更显虚弱，运化之力再减，食滞更显。

食郁生热：停滞的食谷郁而化热，湿热或食热上扰胸膈，故生“微烦”。此“烦”非邪热炽盛，乃虚中夹滞之郁热，故程度较轻。

气机壅塞：中焦气机因食滞而阻塞，清气不升，浊气不降，可伴轻微脘痞、嗳气等（条文中未明言）。

2、病机特点：脾胃气虚为本，食滞郁热为标,本虚标实，虚中夹实，以虚为本。

病情轻浅：仅见“微烦”，未见腹痛胀满、发热等，说明食滞不重，脾胃损伤亦未至沉衰。

自愈倾向：因邪气不盛，若能调整饮食，脾胃功能可自行恢复。

3、治则启示：“损谷则愈”的深意

张仲景不施方药，仅提出“损谷则愈”，蕴含三重病机治疗学思想：

治本为先：通过减少饮食（损谷）减轻脾胃负担，使脾胃得以自复，重在恢复自身运化机能。

防变防复：瘥后阶段若不节制饮食，可能“食复”（因饮食不节致疾病复发），甚至酿生湿热、积滞等新病。

顾护胃气：体现了“脾胃之气不可伤”的原则，疾病后期调养当以米粥等清淡易化之物徐徐滋养，忌骤补壅塞。

398 条虽简，却勾勒出“瘥后虚损—饮食不慎—食滞生热—轻度郁烦”的病机动态，凸显了中医“病后调护”的关键在于：

识别虚实：瘥后多虚，但需防因虚致实（食滞）。

以通为补：胃气以通降为顺，损谷即是助其通降。

治未病：通过饮食管理防止疾病复发（食复）。

此条警示，临床不仅需关注疾病急性期的“显性病机”，更要把握恢复期的“隐性病机”，以饮食调摄配合药物，方能全功。这正是《伤寒论》整体观与疾病动态观的生动体现。

第一百七十六条 其他

《伤寒论》第 393 条：“大病差后劳复者，枳实栀子豉汤主之。”

“劳复”是指大病初愈后，因劳累过度导致正气耗伤，使体内残余病邪再次发作的情况，核心是“正气未复而劳力伤正，邪随复动”。

劳复的 “劳”不仅指体力劳动，还包括脑力耗损、熬夜、饮食过饱等一切消耗正气的行为，本质是打破了“病后正气需养”的平衡。

人动则生阳，动则生热。大病瘥后，余热未了，阴阳气血还没完全恢复，如果劳动过早，则动阳生热，在经还没完全清除的未了之热，就得以复发。它的症状就是这个人身上发热，心里发烦，身热心烦。

劳复后热邪郁于胸膈，“枳实栀子豉汤主之”。枳实栀子豉汤以栀子清透胸膈余热、豆豉宣散郁热，枳实行气导滞，既清余热又不耗气，契合“病后劳复、邪热郁胸”的病机，避免用峻药损伤已虚的正气。

若为食复，脉滑而苔黄，腹胀而胁痛，食而发热，大便不通，所以要加大黄泻下，就是枳实栀子豉大黄汤。

大病初好吃鸡蛋犯病，吃牛肉犯病，吃棕子犯病等等，千万不要以为这是个小事，若不注意疾病恢复期的饮食，费了很大心血治疗，有的食复危害相当严重，甚至会危及生命。

《伤寒论》第 395 条：“大病差后，从腰以下有水气者，牡蛎泽泻散主之。”

大病初愈，水气可能出现在腰以下部位，也可能出现在腰以上部位，或全身性水肿。无论水气出现在身体哪个部位，其根本病机均与人体水液代谢失常有关。在《伤寒论》体系中，这主要关乎多个脏腑的功能协调，尤其是：

肺：主宣发肃降，通调水道。肺气不宣，则水液不能布散于上，或不能下输膀胱。

脾：主运化水湿。脾气虚弱，则水湿内停，聚而为水。

肾：主水，司膀胱开阖。肾阳不足，气化无力，则水液泛滥。

三焦：为水液运行之通道。三焦气机壅滞，则水道不利。

膀胱：为州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。气化失司，则小便不利，水无出路。

大病之后，人体正气（尤其是阳气）受损，上述脏腑功能失调，导致水液输布、运行、排泄障碍，从而停聚成“水气”。

1. 腰以下有水气（395 条）

临床表现：腰以下水肿，如双下肢、足踝、阴部浮肿，可能伴有小便不利、身重等。

核心病机：肾与膀胱气化不利，水湿下聚。“腰为肾之府”，腰以下属阴、属下焦。大病后，肾阳受损，气化功能减弱，不能蒸腾水液；同时，膀胱气化失职，导致小便排出不畅。水为阴邪，其性趋下，故停聚于身体下部。

此证常伴有“小便不利”这一关键症状，是水无出路的直接体现。张仲景用牡蛎泽泻散治疗，其方义重在逐水（商陆、葶苈子、泽泻、蜀漆）清热（栝楼根）、软坚散结（牡蛎、海藻）。方中多为峻下逐水、通利小便之品，说明此证水气结聚较甚，属实证、湿热壅滞，而非单纯的虚证。提示大病之后，虽正气已虚，但可能余邪（如湿热）与水互结于下焦，形成本虚标实、标急为主的局面，故急则治其标，先攻逐水饮。

牡蛎泽泻散由牡蛎、泽泻、蜀漆、葶苈子、商陆根、海藻、栝楼根七味中药组成。。

牡蛎：味咸，性微寒，归肝、胆、肾经。咸能软坚散结，寒可清热，可消散下焦水湿凝结的痰浊，同时重镇潜阳，防止水湿上泛。

泽泻：味甘、淡，性寒，归肾、膀胱经。甘淡能渗湿利水，性寒可清下焦湿热，是通利膀胱、排出水湿的核心药物。

蜀漆：味辛、苦，性温，有毒，归肺、肝经。辛散苦燥，能祛痰逐饮、破除水湿壅滞，针对水湿郁阻的症结（因有毒性，现代临床多谨慎使用或替换）。

葶苈子：味辛、苦，性寒，归肺、膀胱经。辛散苦降，能泻肺平喘、利水消肿，通过宣降肺气推动水湿下行（“提壶揭盖”原理）。

商陆根：味辛、苦，性寒，有毒，归肺、脾、肾、大肠经。峻下利水消肿，药力较强，可快速排出下焦壅滞的水湿（现代临床因毒性也需严格控制用量）。

海藻：味咸，性寒，归肝、胃、肾经。咸寒软坚，助牡蛎消散水湿痰结，同时协同泽泻增强利水之力。

栝楼根（天花粉）：味甘、微苦，性微寒，归肺、胃经。甘寒生津润燥，可防止方中大量利水药损伤津液，起到“利水而不伤阴”的佐制作用。

蜀漆可用常山替代，核心原因是二者同出一物（均来自常山科植物常山） 且核心功效高度一致，均以祛痰截疟、涌吐痰涎为主，临床可根据需求灵活替换。

蜀漆辛散之力更强，涌吐痰涎、破除水湿壅滞的作用更猛，适合急症；常山药力相对缓和，除截疟外，兼顾清除下焦水湿，安全性略高，更适合需长期调理或体质稍弱的人群。二者均有一定毒性（主要刺激胃肠道），替换时需控制用量，通常常山用量（3-9g）略多于蜀漆（3-6g）。

2. 若腰以上有水气

临床表现：头面、眼睑、颈项、上肢浮肿为主，可能伴有咳嗽、气喘、恶风、汗出等。

核心病机：肺气失宣，风邪束表，水湿泛上。

根据《金匮要略·水气病脉证并治》中“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”的治疗原则，腰以上肿多与肺和肌表关系密切。

肺主皮毛，通调水道。大病初愈，肺卫之气不固，易受风邪侵袭。风邪外袭，肺气被郁，宣发肃降失常，不能通调水道，下输膀胱，导致风水相搏，水湿泛溢于肌表上部。

此证多属阳水、表证范畴。治疗常以发汗宣肺为主，如越婢汤、防己黄芪汤等方剂，通过开宣肺气、发越水气，使水湿从汗而解，此即“开鬼门”之法。

3. 若全身有水气（周身俱肿）

临床表现：头面、四肢、胸腹、腰背皆肿，常伴小便短少、胸腹胀满、气喘不能平卧等。

核心病机：肺、脾、肾三脏俱病，三焦决渎失司，水湿泛滥全身。

这是水气病最严重的阶段，标志着人体水液代谢的全面失调。

肺失宣降，水之上源不利；脾失健运，土不制水，水湿壅盛；肾阳虚衰，不能主水，气化无权。三焦水道完全壅滞，水无出路，故弥漫充斥于全身内外。

此证多为本虚标实、虚实夹杂之重证。正气（尤其是脾肾阳气）已大虚，而水湿之邪极盛。治疗极为棘手，需温阳化气、健脾利水、攻补兼施，甚至前后分消（既发汗又利小便）。张仲景在《伤寒论》和《金匮要略》中对此类病证有诸多论述，如：

偏于脾肾阳虚、水湿泛滥者，可用真武汤（温肾阳，利水湿）。

偏于脾虚水停、气机壅滞者，可用实脾饮（温阳健脾，行气利水）的思路。

若水气壅盛于胸腹，喘促胀满急迫，形成阳水实证，也可能暂时采用十枣汤之类峻下逐水，但必须慎用，中病即止。

大病初愈出现水气，多是在正气内虚的基础上，因余邪未清、调理失当或复感外邪而诱发。临床辨水气病，小便通利与否是判断气化功能和水液出路的关键；有无表证是区分发汗与利水治法的依据；肿势的进退与全身状况是判断正气虚实、疾病预后的标准。

综上所述，张仲景通过“腰以下有水气”一证，启示我们治疗水气病必须遵循 “病位分治” 和 “因势利导” 的根本原则。不同部位的水气，揭示了病机重心和脏腑靶点的不同，从而决定了迥异的治法和方药。这正是中医辨证论治精髓的体现。

《伤寒论》第 396 条：“大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。”

病位：胸上有寒。“胸上”并非单指胸腔，而是涵盖肺系与上焦脾胃气机通道的区域。大病初愈后，人体正气未复，此处残留的“寒邪”会阻碍津液正常输布，导致津液不得温化而凝结成“唾”（清稀痰液或唾液），表现为“喜唾、久不了了”，即频繁吐清水样唾液且长期不愈，这是寒邪困滞胸上、津液失布的直接症状。

病机：脾寒及肺。此条核心病机是脾胃虚寒（脾寒）引发肺系功能失常（及肺） 。大病后期易损伤脾胃阳气，导致“脾寒”，而脾主运化津液，是津液生成与输布的源头；脾阳不足则津液无法向上濡养肺脏，反而生湿成寒，循经脉上犯“胸上”（肺所居之处），导致肺的“通调水道”功能受阻，津液停聚为唾，形成“脾寒及肺”的连锁反应。

不治肺而治脾：核心逻辑是抓病机根源而非仅治表面症状，本质是“培土生金”的中医治则应用。

1. 病机根源在脾不在肺：条文虽表现为“胸上有寒”（肺系区域寒邪）、“喜唾”（肺失通调津液），但深层是大病后脾阳虚弱。肺的问题是“果”，脾寒是“因”。

2. 治脾即能温肺、布津：通过理中丸温健脾胃（补脾阳、健脾运），能从根源解决问题：一方面，脾阳恢复可直接温化体内寒邪，切断寒邪上犯肺的通路；

另一方面，脾运化功能正常后，能将津液有序向上濡养肺脏，恢复肺“通调水道”的功能，让“喜唾”的症状自然消失。

3. 避免“头痛医头”的局限：若仅针对肺系寒邪用药，虽能暂时缓解症状，但脾阳虚弱的根源未除，寒邪与津液停聚的问题会反复出现。治脾则是“釜底抽薪”，从根本上恢复人体津液代谢的正常秩序。

简言之，“胸上有寒”是表面病位与症状，“脾寒及肺”是深层病机，故用理中丸温健脾胃、培土生金，从根源温化寒邪、恢复津液输布。

第一节　欲解时欲作时

第一百七十七条 欲解时，是指疾病在发生、发展过程中，依据其病机特点与人体阴阳气血昼夜节律变化，大概率向痊愈或缓解方向转变的特定时间段。其核心理论依据是“天人相应”，即人体生理活动与自然界昼夜节律（如昼夜阴阳消长）同频，疾病作为人体阴阳失衡的表现，也会随此节律出现缓解倾向的时间规律。

古人认为，大自然是人类的母亲，大自然中有什么，人的身体里就有什么，所以，大自然日月星辰的运动节律，也就是人体和生物体内生理和病理时间节律的根源。地球上生物体的生理活动，人的病理变化，之所以有昼夜节律、7 日节律、月节律、四季节律、年节律、60 年节律，三百六十年节律，是因为与我们的地球以及和地球相关的日月星辰的运动周期有关。

《伤寒论》第 9 条、193 条、272 条、275 条、291 条、328 条欲解时主要是从日节律上来说的，也就是一天之内的哪几个时辰最易痊愈、最易缓解。基本规律是本经主气之时，经气最盛，最易痊愈。所以六经欲解时和六经主气时这两个概念在此处可以通用。

昼为阳，夜为阴，所以阳经盛于昼，阴经盛于夜。阳主动，阴主静，所以阳经主时较长，阴经主时较短，但每经主时都是三个时辰。六经各以三时为解，太阳从巳至未，阳明从申至戌，少阳从寅至辰,太阴从亥至丑，少阴从子至寅，厥阴从丑至卯。

阴经主时有所重叠，相邻的两个阴经主时重合两个时辰，所以三阴经加在一起，只有 5 个时辰，而三阳经则有 9 个时辰，这样加在一起就是 14 个时辰。由于清晨阳气渐升，阴阳相交的时候，又有两个时辰（厥阴的寅卯与少阳的寅卯）阴阳重合，所以六经合在一起就正好是 12 个时辰。

《伤寒论》第 9 条：“太阳病欲解时，从巳至未上。”

《伤寒论》第 193 条：“阳明病欲解时，从申至戌上。”

《伤寒论》第 272 条：“少阳病欲解时，从寅至辰上。”

《伤寒论》第 275 条：“太阴病欲解时，从亥至丑上。”

《伤寒论》第 291 条：“少阴病欲解时，从子至寅上。”

《伤寒论》第 328 条：“厥阴病欲解时，从丑至卯上。”

“从巳至未上”，太阳经阳气最盛，与天地之阳气相应，主一日之中阳气最盛之时——午时。前后各加一时辰，那就是从巳时至未上，相当于 9 时至 15 时前的 6 个小时。需要指出的是，古人计时，一个时辰分上、正、下三个部分，所以未上也可以理解为未时的前半个时辰。但是在六经欲解时中并没有相对应的未下，所以一般认为这里的未上，就是指整个未时，而不是未上时。此时段自然界阳气最旺盛，人体阳气亦随之升发充盛，可增强卫外之力，助力驱散在表的病邪，契合太阳病“解表散邪”的治疗核心，故而以此时段为太阳病欲解时。

“从申至戌上”，即申、酉、戌三个时辰，相当于 15 时至 21 时前的 6 个小时。这个时间段正是太阳西沉之时，也是太阳由白色渐而变红的时段，所以也被称为日晡时。阳气由午时的最盛而转为衰减，气机由至高而转降，但仍保持旺盛状态，可辅助人体清解里热、推动燥屎排出，与阳明病“清热生津”“攻下通腑”的治则契合，故而以此时段为阳明病欲解时。

“从亥至丑上”，即亥、子、丑三个时辰，相当于现在的 21 时至次日 3 时的 6 个小时。此阶段太阴经气最盛，自然界阳气潜藏，人体阳气亦归于脏腑，得一阳初生之助，可以消除虚寒，可以重点温养脾阳、助力脾运化寒湿，与太阴病“温阳散寒、健脾化湿”的治疗方向一致，故而以此时段为太阴病欲解时。

“从子至寅上”，即子、丑、寅三个辰，相当于 23 时至次日 5 时前的 6 个小时。三阴经主时，分别重合两个时辰，所以阴气略弱的少阴经主时为三阴而言，太阴阴气最盛，少阴次之，厥阴最弱，故而三阴主时，以太阴为先，次以少阴，再次以厥阴。太阴阴气最盛，故而其主气之时与以子时为中心的三个时辰相应。少阴次之，则往后再推一个时辰，即是子至寅上。此阶段为自然界阳气初生（子时为阳气始生之关键节点）并渐长的时期，人体心肾阳气随之萌动、恢复，可补充少阴亏虚的阳气，改善“畏寒肢冷、精神萎靡”等核心症状，故而以此时段为少阴病欲解时。

“从丑至卯上”，即丑、寅、卯三个时辰，相当于凌晨 3 点到 9 点前的 6 个小时。此阶段自然界阳气从潜藏转向升发，阴阳转换之时，人体阴阳随

之调和、气机渐趋顺畅，可缓解厥阴病“寒热往来、上热下寒”等复杂症状，故而此时为厥阴病欲解时。

“从寅至辰上”，即寅、卯、辰三个时辰，相当于 3 时至 9 时前的 6 个小时。此阶段自然界阳气初升渐长，与少阳“少火升发、疏通气机”的生理特性相符，可推动人体调和正邪、疏解郁结，改善“寒热往来、胸胁苦满”等核心症状，故而以此时段为少阳病欲解时。

第一百七十八条 欲作时，是指疾病在发生、发展过程中，依据其病机特点与人体阴阳气血昼夜节律变化，大概率出现症状发作、加重或病情进展的特定时间段。其理论核心同样源于“天人相应”，即人体病理状态会随自然界昼夜阴阳消长、气血盛衰的节律而变化，当外界节律与体内病邪性质、病机趋势相契合时，昼夜中阴阳消长变化与病邪属性“相助”时，便易诱发或加重病情。《伤寒论》虽未提及，但更具重要性。

自然界昼夜阴阳消长的属性，决定欲解时与欲作时在十二地支中处于相冲的位置。太阳病欲解时巳午未对应欲作时亥子丑，阳明病欲解时申酉戌对应欲作时寅卯辰，太阴病欲解时亥子丑对应欲作时巳午未，少阴病欲解时子丑寅对应欲作时午未申，厥阴病欲解时丑寅卯对应欲作时未申酉，少阳病欲解时寅卯辰对应欲作时申酉戌。

1. 太阳病：亥子丑（21:00-03:00）

太阳属“三阳”之表，虽为阳经，但病邪在表时，正气需抗邪于外，此时需“阴精”作为阳气温煦、抗邪的基础（阳根于阴）。

亥至丑为夜间，是一天中阴气最盛的时段，阴能生阳、养阳，可助太阳经正气抗邪；但阴盛也可能抑制表阳，若太阳表证未解，阴阳交争易在此时加剧，故而此时为太阳病欲作时。

2. 阳明病：寅卯辰（03:00-09:00）

阳明属“三阳”之里，主燥、主实，病性为“阳热亢盛”（如阳明腑实证、经证），需阳气充盛时病邪才易显露或加重。

寅至辰是阳气从渐生到升发的时段（寅时阳气始生，辰时阳气渐旺），阳热与病邪的“阳亢”属性相合，使阳明热势更盛，故而此时为阳明病欲作时。

3. 太阴病：巳午未（09:00-15:00）

太阴属“三阴”之里，主“脾虚湿盛”，病性为“阴寒内盛”，需阳气最旺时“阳盛制阴”，但太阴病本就脾虚阳弱，阳气过旺反而易与阴寒交争，加重不适。

巳至未是一天中阳气最盛的时段，太阴病的“阴寒”与盛阳交争，脾虚无法运化水湿，正邪相争加剧，故而此时为太阴病欲作时。

4. 少阴病：午未申（11:00-17:00）

少阴属“三阴”之里，主“心肾阴虚”或“心肾阳虚”，病性为“阴阳俱虚”，需阳气渐盛时养阳、阴气渐生时滋阴，而午至申是阳气从极盛转渐退的阶段，易致阴阳失衡。

午时（11:00-13:00）阳气最盛，之后（未、申）阳气渐退，少阴病本就心肾阴阳不足，在此阶段易出现“阳不生阴”或“阴不养阳”，导致虚火上炎或阳虚寒盛，故而此时为少阴病欲作时。

5. 厥阴病：未申酉（13:00-19:00）

厥阴属“三阴”之尽，主“寒热错杂”“阴阳气不相顺接”，病性为“阴尽阳生”的过渡状态，是阴气渐生、阳气渐退的时段，易出现阴阳交接失常。

未至酉是阳气继续渐退、阴气进一步渐生的阶段，厥阴作为“阴阳交接之经”，在此阶段易出现阴阳气不相顺接，导致寒热错杂（如厥热往来），故而此时为厥阴病欲作时。

6.少阳病：申酉戌（15:00-21:00）

少阳属“三阳”之半表半里，主“枢机不利”，病性为“胆火内郁”，在阴阳交替时段（阳气渐退、阴气渐生），枢机易失畅而发病。

申至戌是阳气渐退、阴气渐生的过渡阶段，少阳作为“阴阳枢机”，在此阶段易受阴阳消长影响，导致胆火郁滞加重，故而此时为少阳病欲作时。

第一百七十九条 进退可作为八纲辨证的另一个重要指标。《素问·六节藏象论》云：″谨候其时，气可与期。″又说：″不知年之所加，气之盛衰，虚实之所起，不可以为工。″可见，时间是与疾病相关的一个非常重要的因素，年、季、月、日（昼夜）的时间节律，都会对疾病产生积极或消极的影响。

故在“阴阳、表里、寒热、虚实”的八纲辨证的基础之上，还可以加上“进退”这一时间因素。

传统的八纲辨证，描绘的是一幅疾病的 “静态空间画像”。病位在表还是在里？病性属寒还是属热？正邪关系是虚还是实？总纲，归根结底是阴证还是阳证？

将“进退”纳入，八纲辨证可以从一个静态的模型，升级为一个动态的模型。它回答的是，这个病在什么时候会好转（进）？在什么时候会加剧（退）？它的总体趋势是向好（进）还是向坏（退）？

“欲解时”=“进”之时，是正气借助天时之利，发起反攻，病势向愈的“战略进攻期”；“欲作时”=“退”之时：是邪气挟天时之弊，势力嚣张，病势加重的“战略防御期”。

一个高明的医者，不仅要能判断出当下是“太阳病、表、寒、实”，更要能预判这个病在“巳午未”时可能迎来转机（进），而在“亥子丑”时可能需要警惕加重（退）。

“进退”，是一种动态、概率、战略性的时间观。它不承诺“亥时必重，巳时必解”，但它明确指出：“在亥时，病势加重的概率较高，医者当‘谨候其时’，提前干预；在巳时，病势好转的可能性增大，医者可借势而为。”

在五运六气、十二地支基础之上，还可推演出月节律、季节律、年节律，甚至更长的时间段，自然界阴阳消长影响人体生理活动的变化节律，若为“上工”不可不知。

第二节　七日节律

第一百八十条　数字，是我们一生中接触最多的概念，人类每时每刻都在和数字打交道。1、2、3、4、5、6、7、8、9、0 中，7 是最神秘而又神圣的数字。

1.数学特性：7 是一个质数，这意味着它不能被其他数字整除，只有 1 和它本身是它的因数。

⑴分别用 1、2、3、4、5、6 去除以 7，它们都是无限循环小数。小数部位的循环节在第 7 位，小数部位里的数字不会改变，只不过位置交换。

1/7=0.142857……

2/7=0.285714……

3/7=0.428571……

4/7=0.571428……

5/7=0.714285……

6/7=0.857142……

⑵无限循环是一个个轮回。

1/7=0.142857　142857　142857……

2/7=0.285714　285714　285714……

3/7=0.428571　428571　428571……

4/7=0.571428　571428　571428……

5/7=0.714285　714285　714285……

6/7=0.857142　857142　857142……

上述 7 除以 1 份而得来的神秘数字 142857 拿来从 1 乘到 6，同样的数字，只是调换了位置，反复的出现。有人认为，它证明一星期有 7 天，它的 6 个数字依顺序轮值一次，到了第 7 天，它们就放假去，由 999999 去代班。

142857*1=142857(原数字)

142857*2=285714(轮值)

142857*3=428571(轮值)

142857*4=571428(轮值)

142857*5=714285(轮值)

142857*6=857142(轮值)

142857*7=999999(放假由 9 代班)

⑶7 个 1 组成的数字与自身相乘（1111111×1111111）得出的数字竟然是1234567654321！

2.神话或迷信：在许多神话或迷信中，7 也是一个重要的数字。

⑴女娲七日造人

天地初开时，世界荒凉寂静，女神女娲独自行走于大地，感到孤独。她决定赋予世界生机，用黄土仿照自己的形象创造生命。

第一天：女娲创造了天空，使世界有了光明。

第二天：她造出了大地，为生命提供了栖息之所。

第三天：女娲创造了海洋，孕育了无数的生命。

第四天：她造出了太阳和月亮，为世界带来了昼夜更替。

第五天：女娲创造了鸟兽，使大地充满了生机。

第六天：她造出了走兽和昆虫，进一步丰富了生物的多样性。

第七天：女娲用黄土捏造了人类，赋予了世界最宝贵的智慧和灵性。

⑵上帝七天造世界

《圣经》记载上帝用七天创造了天地万物。

第一天，上帝说：“要有光！”便有了光。上帝将光与暗分开，称光为昼，称暗为夜。于是有了晚上，有了早晨。

第二天，上帝说：“诸水之向要有空气隔开。”上帝便造了空气，称它为天。

第三天，上帝说：“普天之下的水要聚在一处，使旱地露出来。”于是，水和旱地便分开。上帝称旱地为大陆，称众水聚积之处为海洋。上帝又吩咐，地上要长出青草和各种各样的开花结籽的蔬菜及结果子的树，果子都包着核。世界便照上帝的话成就了。

第四天，上帝说：“天上要有光体，可以分管昼夜，作记号，定节令、日子、年岁，并要发光普照全地。”上帝又造就了无数的星斗。把它们嵌列在天幕之中。

第五天，上帝说:“水要多多滋生有生命之物，要有雀鸟在地面天空中飞翔。”上帝看到自己的造物，非常喜悦，就赐福这一切，使它们滋生繁衍，普及江海湖汊、平原空谷。

第六天，上帝说：“地要生出活物来；牲畜、昆虫、野兽各从其类。”于是，上帝造出了这些生灵，使它们各从其类。上帝看到万物并作，生灭有继，就说：“我要照着我的形象，按着我的样式造人，派他们管理海里的鱼、空中的鸟、地上的牲畜和地上爬行的一切昆虫。”上帝就照着自己的形象创造了人。上帝本意让人成为万物之灵，就赐福给他们，对他们说：“要生养众多，遍满地面，治理地上的一切，也要管理海里的鱼、空中的鸟和地上各样活物。”按《圣经》的说法，人类是这个世界的管理者和支配者。

第七天，天地万物都造齐了，上帝完成了创世之功。在这一天里，他歇息了，并赐福给第六天，圣化那一天为特别的日子，因为他在那一天完成了创造，歇工休息。就这样星期日也成为人类休息的日子。

⑶七七丧俗

七七丧俗，也叫做“做七”，“转世”，是我国历史悠久、流传极广的一种俗信，也是生者为逝者“超度”的一种重要方式。

按照迷信的说法，人死后 7 天就会转生、每 7 天为一期，期满后会再降生，所以死后第 7 天要为亡者设立灵座。若第一期后未得生缘，则要再等一期、如此这般 7 期为限，49 天后除灵。还有一种迷信说法，是亡魂通往阴间的路上有层层关卡，每过 7 天要过一道关口。为亡者“做七”， 实是为了护卫其顺利到达阴间，免做孤魂野鬼。

在我国古代社会中，但凡是一种重要而又流行的民俗现象，它之所以能够广泛流传，则必定拥有相应的理论根据和社会基础。很显然，所谓的七七丧俗也同样如此，与它相应的理论根据，可能就跟天体、地球以及人类生命之间的众多运动节律有关。二气五行化生万物，相对应到人类，阴阳二气往复，以七日为候。

第一百八十一条　天人相应是七日节律的理念根据。

⑴反复其道，七日来复

中国文化的核心是天人合一，古人最重视天象。《周易・复卦》“反复其道，七日来复，天行也”，是说天体运行，反复其道、循环往复。

太阳和月亮运动只能在地平线以上的部分能看到，没入地平线以下的部分就看不到了。只有北斗七星永远处于北方夜空地平线以上，围绕北极星逆时针旋转，人们能够看到循环往复运动的完整轨迹，复卦讲的可能是北斗七星的运行。

《周易》认为，万物生命运动的周而复始的过程，表现为天道的根本规律，七被概括为宇宙自然运动的周期规律。大自然在道上反复运行，阴极生阳，或阳极生阴，需要七天时间，七天重新回来复始。

⑵女七男八

女七男八这一节律出自《黄帝内经•上古天真论》，是古人对人体生理变化的宏观总结。女性“以七为纪”。以 7 年为周期，核心围绕“肾气”变化，体现生殖功能与身体状态的演变：

7 岁：肾气初盛，牙齿更换（乳牙换恒牙），头发开始茂盛。

14 岁：肾气充盛，“天癸”（促进生殖的物质）生成，月经初潮，具备生育潜力。

21 岁：肾气平和，智齿长出，身体发育完全成熟。

28 岁：肾气最盛，肌肉、骨骼强健，头发浓密，是身体状态的巅峰期。

35 岁：气血开始衰退，面部皮肤松弛、头发易脱落（对应“阳明脉衰”）。

42 岁：气血进一步不足，面部憔悴、头发变白（对应“三阳脉衰”）。

49 岁：肾气衰竭，“天癸”枯竭，月经停止，失去生育能力。

男性“以八为纪”，以 8 年为周期，同样以“肾气”为核心，侧重体力、生殖功能的变化：

8 岁：肾气渐盛，牙齿更换，头发变得茂密。

16 岁：肾气充盛，“天癸”生成，具备生育能力。

24 岁：肾气平和，智齿长出，身体发育成熟。

32 岁：肾气最盛，肌肉、骨骼强健，是体力与精力的巅峰期。

40 岁：肾气开始衰退，头发、牙齿逐渐脱落，体力下降。

48 岁：气血不足，面部憔悴、头发变白，精力明显减退。

56 岁：肾气进一步衰竭，筋骨无力，生殖功能衰退。

64 岁：肾气枯竭，“天癸”耗尽，牙齿、头发大量脱落。

天文历法角度：月亮公转周期约 27.3 天，接近 4 个 7 天，地球受到太阳与月亮共同作用的周期大概是 28 天，这与女性月经周期相呼应，所以女性生理节律与“七”相关。而地球绕太阳公转周期为 365.25 天，接近 48 个 8 天，男性生理变化与太阳年的周期性变化相呼应，其生理节律便与“八”相关。

⑶外感病七日节律

《伤寒论》第 8 条，“太阳病，头痛至七日以上而自愈者，以行其经尽故也。”如果外感风寒，即使不治疗，只要不发生合并症或并发症，一般 7 天就可以自行痊愈。如果 7 天不好，病程就会延至 7 的倍数，14 天或 21 天。

为什么是 7 日，天体对人体气血运行的影响，以月亮为最。月亮对地球上的潮汐产生影响是因为月球的引力作用。地球上的潮汐是由海洋受到月球引力和太阳引力的共同作用产生的。尽管太阳质量更大，但由于距离地球比较远，其引力对地球上的潮汐影响相对较小，因此我们主要考虑月球对潮汐的影响。月球的引力作用使得地球上的海洋表面受到引力的拉扯。在地球的近侧，由于月球的引力更强，海洋表面受到向月球的拉力，形成了一个高潮。在地球的远侧，月球的引力相对较小，海洋表面受到的引力较弱，形成了一个低潮。这就是潮汐现象的基本原理。

潮汐是海水周期性涨落现象。因白天为朝，夜晚为夕，所以把白天出现的海水涨落称为“潮”，夜晚出现的海水涨落称为“汐”，合称“潮汐”。我国古代已察觉到潮汐与月球的相关，因而古语云，“涛之起也，随月盛衰”。我国传统日历，阴历一个月 28 天，一个月 4 次潮汐，28 除以 4 就是 7 天。人体的 70%是由水分构成的，因为水的存在，月亮同样也能对人体中的水产生潮汐作用，从而形成人体的高潮和低潮，即人体经脉气血的盛衰周期变化。所以人体“7 日节律”，也可称之为“潮汐律”。如今的外科医生都知道，多数人手术后拆线的最佳时间是手术后第 7 天。

哈尔贝克（1919 年 7 月-2013 年 6 月）出生于罗马尼亚，后移民于美国。年轻的时候，他就开始致力于人体和动物体的生理时间节律的研究。他的研究方法说来简单，但是需要持之以恒，他的试验持续了 30 年时间。他让被研究人员留下他的尿，每次的尿，每天的尿，每个月的尿，每年的尿都留下来了。测试他尿中激素含量的变化有没有时间节律，结果发现，一般人尿中激素分泌的含量变化有昼夜节律和七日节律。这位教授就根据这个试验创立了时间生理学，随后又陆续创立了时间病理学、时间药理学、时间治疗学、时间医学，还创办了《时间医学》杂志，为此享誉全世界，被称之为“世界时间医学之父”。1800 年前，我国的“医圣”张仲景，就著述时间节律，应该是真正的“时间医学之父”。

子午流注的日节律，也可能与月球相关。子午流注认为，一天 12 时辰对应人体 12 经络，每条经络在特定时辰会出现气血“盛极”或“衰极”的状态，如寅时肺经气血最旺、申时膀胱经气血最旺。这种盛衰会直接影响病势，若病邪在某经络，当该经络气血旺盛时，人体正气相对充足，病势可能暂时缓解，如肺经病症者寅时可能咳喘减轻；若经络气血衰弱，正气无力抗邪，病势则易加重，如心经病症者午时可能心悸更明显。

人是大自然的组成部分，人的生活习惯应该符合自然规律。把人的脏腑在 12 个时辰中的兴衰联系起来看，则是环环相扣，十分有序：

子时（23 点至 1 点）胆经最旺，胆汁推陈出新；丑时（1 点至 3 点）肝经最旺，肝血推陈出新；寅时（3 点至 5 点）肺经最旺，将肝贮藏的新鲜血液输送于百脉，迎接新一天的到来；卯时（5 点—7 点）大肠经最旺，此时起床利于排泄；辰时（7 点至 9 点）胃经最旺，此时吃早饭，有利消化；巳时（9 点至 11 点）脾经最旺，有利于吸收早饭的营养，生血；午时（11 点至 13 点）心经最旺，有利于周身血液循环，心火生胃土，有利于消化午饭；未时（13 点至 15 点）小肠经最旺，有利于吸收午饭营养；申时（15 点至 17 点）膀胱经最旺，有利于泻掉小肠下注的水液及周身的“火气”；酉时（17 点至 19 点）肾经最旺，有利于贮藏一日的脏腑精华；戌时（19 点至 21 点）心包经最旺，清理心脏周围的病邪，以利人进入睡眠；亥时（21 点至 23 点）三焦经最旺，三焦通百脉，人应进入睡眠，修养百脉生息。从亥时初（21 点）开始到寅时末（5 点）结束，是人体细胞休养生息、推陈出新的时间，也是人随地球旋转到背向太阳的一面，阴主静，是人睡眠的良辰，此时休息才能有良好的身体和精神状态。这与睡觉多的婴儿长得胖、长得快，而爱闹觉的婴儿发育不良是一个道理。人在宇宙中只是一粒微尘，要顺应天时、顺应自然，若逆天，人就容易过早衰老，容易生病！由此可见子午流注对人的重要性。

第一百八十二条　法于阴阳和于术数

《黄帝内经·上古天真论》说：“其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形于神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”这里讲的是养生之道最核心内容。上古时代的人，那些懂得养生之道的，能够取法于天地阴阳自然变化之理而加以适应，调和养生的办法，使之达到正确的标准。饮

食有所节制，作息有一定规律，既不妄事操劳，又避免过度的房事，所以能够形神俱旺，协调统一，活到天赋的自然年龄，超过百岁才离开人世。

整部《黄帝内经》可以概括为八个字，“法于阴阳，和于术数”。“阴阳者，数之可十，推之可百。数之可千，推之可万。万之大，不可胜数，然其要一也。”一为道、规律、法则，二为阴阳，事物的根本属性，三为万事万物。

上述将术数合并为一个词，解释为方法、手段，不太确切。术是术，数是数，术是方法、手段。“数”具双重属性，既是具体可操作的“具数”，又是承载“道”之规律的“寓道之数”。如七日节律，七是数量单位，同时它又是“寓道之数”，七天周而复始之数。

中医里的“数”并非孤立存在，它的设定和运用始终围绕“道”展开，是对自然规律、人体运行之道的具象化表达，是“道”通过“数”在现实中的体现。

第一百八十三条 对七日节律的进一步理解

维特根斯坦（1889-1951），20 世纪最具影响力的哲学家之一，其思想深刻改变了哲学对语言、逻辑和心灵的探讨。他的哲学思想可以概括为五个字，“语言即世界”，他认为我们对世界的认知，被囚禁在语言的牢笼里。

孔子说“书不尽言，言不尽意”，由于语言的局限，我们就不能认知世界了吗，显然不是。那么，有什么方法可以突破语言的限制？

以语言为载体构建的逻辑思维认知框架，是“有序化”的认知路径；而象形思维、取象比类则跳出语言的概念束缚，通过具象关联可直抵事物本质，是突破语言局限的关键方式。

逻辑思维的特点，依赖语言的概念、判断、推理，能让认知更精准、系统，但也受限于语言的“定义边界”，一旦事物超出既有概念范畴，如难以用语言精准描述的“意境”、“体感”，认知就容易卡顿。

象形思维的突破点，不依赖语言的线性逻辑，而是通过“具象关联”建立认知。比如中医用“五行（木火土金水）”类比五脏功能，不用复杂概念定义“肝”，而是通过“木的生长、疏泄特性”联想肝的“调畅气机”作用；再如古人用“月有阴晴圆缺”类比“人事的盈亏变化”，这些关联无需精准语言，却能让人直接理解事物的规律与本质，恰好补上了语言无法触及的“模糊性”、“整体性”的认知空白。

简言之，逻辑思维用语言“搭建认知的骨架”，象形思维则用具象“填充认知的血肉”。二者结合，既能避免语言的局限，又能让认知既有深度又有温度。逻辑思维告诉你的是方，必须如此；象形思维告诉你的是圆，未必如此。不可只守“方”而废“圆”，若仅用逻辑思维的“必须如此”，会陷入语言与概念的桎梏。比如只通过“数据指标”定义“健康”，却忽略身体感受的“体感健康”，反而窄化了认知；而象形思维的“未必如此”，能以“圆”的灵活补上这种空白，比如中医通过“面色、脉象”等具象关联判断健康，与逻辑化的指标形成互补。

若仅用象形思维，只循“圆”而无“方”，缺乏逻辑思维的“规矩”支撑，认知容易陷入模糊与主观。比如用“取象比类”联想事物时，若没有逻辑对“关联合理性”的校验，如区分“合理类比”与“牵强附会”，反而会偏离事物本质；此时逻辑思维的“方”，正是为“圆”的灵活划定合理边界，让认知既有弹性又不混乱。

所以，逻辑思维的“方”与象思维的“圆”不是非此即彼的选择，而是“规矩”与“灵活”的共生。理解了这一点，便不会再执着于“必须如此”或“未必如此”的单一认知，而是能根据场景，用“方”立根基，用“圆”破局限，实现更完整的认知。思想维度的上升，可以从“必须如此”的一层楼，上到“未必如此”的二层楼，再上“不过如此”的三层楼。

西方是从微观了解昼夜节律、七日节律，我们古代圣贤从宏观、从天文了解时间节律。但不少人认为中医的时间节律，是错的，是不科学的，甚至是无稽之谈。这是思维方式维度不够，或者是对中国的传统文化不够自信。

第一百八十四条　时间节律的应用

人类生活在自然界，人体生命运动和生理代谢与自然界变化息息相关。春夏秋冬、日出日落、月圆月缺，都与生命规律有关。由五脏六腑运行形成的人体生物钟有相对固定的节律，顺应人体时间节律有规律地生活作息，人体生理代谢就正常和平稳，心理和生理就健康和谐。反之，生活无规律，作息无秩序，违背人体生理时间节律，就有损健康，甚至致病。

天之阴阳化生地之五行，阴阳之气又依盛衰消长而分三阴三阳。经常违背阴阳变化规律者，就会受到邪气伤害，适应阴阳时间节律的变化规律则是健康之本。苍天之气清净，则人的情志精神就相应顺畅平和；顺应了这样的天气，人的阳气

就能够巩固。即使有贼风邪气，也不能侵犯人体。所以，圣人能够通达阴阳变化规律，聚精会神，呼吸天地精气。如果违背阴阳变化法则，会使人体内部九窍不通，人体外部肌肉壅塞，卫气涣散而不能固守。这叫自伤，使自己的阳气受到削弱。

天人相应强调四季、地理环境对疾病流行和人体的影响，要求医生必须在掌握专业知识的同时，懂得天文、地理、人文等自然科学和社会科学知识，这既是业务问题，又是医德问题。

《素问·著至教论》，黄帝坐在明堂里，召来雷公向他问道：您懂得医学道理吗？

雷公回答说：我虽然诵读了一些医书，但还不能很好地去解释，即使可以作一些粗浅的解释，但不能辨别清楚，即使能作一些辨别，但还不明白其中的道理，即使能明白一些道理，但还不能很好运用于临床，所以我的医术只能用来治疗一般官员的疾病，不能用它来治疗候王的疾病。希望您教授我树立天的度数，结合四时阴阳的变化，测知日月星辰光影的知识，从而阐明医学理论，让后世更加明确无误，可以上通于神农，这实在是至真至确的教化，简直可以同二皇的功德相比拟。

黄帝说：讲得好!不要忘失了，这些都是阴阳、表里、上下、雌雄相互联系相互应合的道理。从医学上说，必须上知天文，下知地理，中知人事。只有这样才能长久流传，并用来教导众人，才不致产生疑惑，将这些内容写成医学论著，传于后世，成为一份宝贵财富。

这就是要求在博览群书的同时，善于运用自己掌握的知识进行思考和分析，灵活运用。知医善用，这是保持良好医德的知识基础。

在中华民族先人看来，健康观念，治未病的观念，关键是坚持个人健康管理，坚持健康生活方式，这是获得健康最简单最有效的方法。养生之道归根到底是一个自我管理的学问，是一个坚持健康生活方式的学问。我的健康我做主，成年人都是自己健康的第一责任人。

首先是管理，核心是时间管理，时间节律管理。要管理好自己的心态、情绪，静心寡欲、乐观向上，这是工作、学习、生活的基础，是人际交往和共事相处的基础，也是平安健康快乐的基础。其次是规律，顺应天时地利人和，规律地生活。

第三是智慧。要努力从书本中实践中积累养生知识和经验，在掌握知识的基础上，通过消化、研究和总结，融合为健康的智慧，成为保障自身健康体魄的宝贵财富。未病治于无形，大病有主见，这属于健康智慧。第四是习惯，平和心态、合理膳食、按时作息、科学运动、良性爱好，以健康知识培育健康生活习惯，使健康生活方式成为生活和生命的一部分，持之以恒，健康就是一件很容易的事情。

第三节 未病已病

第一百八十五条 人的生命活动需要能量，能量的来源可分为三层面，最基础的食物来源于大地可谓为地气，一刻不可离开的呼吸来源于空气可谓为天气，最高层级最不了解最不受关注的意念来源人体自身可谓为人气。

（一）能源来源的第一个误区，食物是唯一来源

计划经济年代物质匮乏，没有东西吃，吃不饱，这是疾病产生的重要因素，那时的人过年过节才能吃上一顿肉，吃肉就是一种奢望。现代市场经济，物质丰富了，吃饭已不再是基本问题，每天都可以吃肉，甚至每顿都可以吃肉。吃的过多仍然是疾病产生的重要因素。

我们其实不需要那么多的食物，现在的人吃的真的太多了，大部分的食物都是多余的，不但不能提供能量，反而会消耗它。因为消化食物，需要大量的能量。很多时候认为吃饱了就有力气，这是一种错觉。真正的力气来自于能量的高效利用，而不是大量的摄入。

某种意义上讲，能量和食物成反比，吃的越多能量越低，吃的越少能量越高，这听起来感觉违反常识。但是你想想看，为什么吃饱了就想睡觉，因为能量都用来消化了。为什么饿的时候反而有精神，因为能量没有被消化占用，可以用来做其他的事。

人类是地球上唯一一种明明不饿还要吃东西的动物，我们用食物填补的不只是胃的空虚，更是心的空虚。不吃东西的时候能量反而充沛，因为身体不用去消化食物，剩下的能量可以用来修复受损的身体。

少食还可以清理情绪垃圾，很多负面的情绪都被食物绑定了，比如压力大了，就吃甜食，生气了想吃辣的，难过了想多吃点。这是都是用食物逃避情绪，但是食物解决不了情绪问题，反而会制造出更多的问题。

（二）能源来源的第二个误区，是呼吸与生俱足无需关注

黄元御气机升降出入的原理，可以很好解释呼吸的重要性。他认为“土枢四象，一气周流”，中气是升降之枢纽，肝心肺肾四象如轮，气机如环无端、周流不息。

中土为轴：中焦脾胃为气机升降之枢纽，即“中气者，和济水火之机，升降金木之轴”。脾主升清，将水谷精微向上输送至心肺；胃主降浊，把食物残渣及

代谢产物向下传送。脾升胃降正常，是肝气左升、肺气右降的前提。脾阳升发带动肾水温煦、肝木生发；胃阴沉降引领心火下潜、肺金肃降。

四象为轮：肝气应春，禀脾土升清而温升生发，是“升”的主要执行者。肝气升至极点化为心火。肺气应秋，禀胃土降浊而肃敛沉降，将精微和能量敛降下输。肺气降至极点化为肾水蛰藏，滋养肝木。如此构成左升（肝心）右降（肺肾）的循环，实现水火既济、阴阳互根。

出入为门：人体通过体表官窍与外界进行物质能量交换。肺主皮毛，司呼吸，主导清气纳入与浊气排出。脾胃主口，胃主受纳，脾主运化，将水谷转化为气血精微，部分布散，部分参与内部升降循环。肾司二便，与膀胱共同完成水液和食物残渣排泄。心主神明、肝主疏泄，间接影响气机出入。

升降与出入的交融：升降是出入的内在基础与动力，内部升降有序，才能保障各门户开阖有度。出入是升降的物质与能量来源，通过呼吸和饮食纳入的物质，是气机升降的基础和能量保障，“出”的畅通也保证了升降通道不被堵塞。

人体疾病产生的第二个重要因素，就是气机升降出入失常。人体的表现为虚与实。虚就是能量少了，或者能量漏了；实好比轮子卡住了，即使能量充足，好比发生交通事故路给堵了。学会呼吸，学会深呼吸就是将气下沉丹田，使人体气机这个轮子有效运转，发挥最大潜能。

（三）人的能源来源第三个误区，是根本不理解或根本体会不到意念对能量的作用

每个人出生的时候，都带着一个核反应堆，可惜我们只拿烧来开水，这是人体能量系统最大的浪费。人的能量系统像一个精密的工厂，每一个细胞是一个小的发电机，就像是所有的经络是能量的高速公路一样，每一个穴位都是能量的中转站，脊椎就是整个系统的主干道，能量通过脊椎向上输送，供应大脑和各个器官。这个系统比任何人造的系统都要精密，都要高效。

在道家的智慧里，人体有三个丹田，下丹田主精为任脉关元穴，在肚脐下三寸处，为藏精之所，是能量的存储中心；中丹田主气在心口为胸中膻中穴处，为宗气之所聚，是能量的转化中心；上丹田主神在眉心是督脉印堂之处，是能量的应用中心。这三个中心就像三个变压器，把原始的能量转化成不同频率，然后供用不同的需要。

而在印度的瑜珈体系里，人体有七个脉轮，从海底轮到顶轮，就像七个能量的漩涡，每一个都有特定的功能。海底轮管生存，生殖轮管欲望（生存性创造），太阳轮（脐轮）管存在的塑形，心轮管包容以及能量的散发、喉轮管存在的共鸣与自我表达、眉心轮管存在的知识、顶轮管灵性意志等等，每一个轮都不同。当这每一个轮子运转正常时，我们就有活力，如果某一个轮子卡住了，其他轮子也会出现同样的问题，因为轮轮相扣。这时我们就会恐惧，没有安全感，或压抑，无法去爱，不能表达自己，其实这不是心理问题，而是能量问题。能量通了，问题也就解决了。

意念是人体能量的最高层次，是比食物、呼吸更大更强的能量。这不是比喻，不是夸张，而是可以实证的真象。只是我们从小到大没有人教过使用这个系统，就像我们拿着最新款的手机，只会打打电话，发发微信，其他的功能一概不知。

我们现在是怎么对待这个系统的呢？熬夜耗损它，暴饮暴食堵塞它，最重要的是情绪失控扰乱它，前两者可以人为地避免它，但是后者是不自觉的，是不知的，是润物细无声的。这就像开着一辆性能非常好的车，开它去拉砖；买了一台超级计算机，性能很厉害，我们却用来打游戏，这是对生命的不尊重。

很可惜，很多人不知道身体内有这么一个宝库，就像守着金山要饭吃，明明有无限的能量，却感觉疲惫，明明有自愈的能力，却依赖什么东西。最重要的是我们有直觉的智慧，但是这种智慧包着一层大脑的逻辑，使我们的智慧被困住了，这些都是因为我们不了解自己的身体，不知道如何去开发这种能力。

能量来自三个方面，第一个是食物，给我们物质的能量，第二个呼吸，给我们气的能量，第三个是意念，给我们信息的能量。这三个能量相互作用，形成我们生命能量。但大部分人重视食物，忽略呼吸，不了解意念。

如何提升能量呢？关键在于同时运用这三个能量，让他们相互增强，产生倍增效应。如比在吃饭的时候，不是机械地咀嚼食物，而是带觉知去感觉食物的能量，然后感恩它的滋养，这样我们吃进去的不止是营养还有能量。在呼吸的时候，不是肺部的机械运动，而是意识到自己和宇宙交换能量，吸进来的是宇宙的整个精华，呼出去的是身体的浊气，这样的呼吸者才是真正的能量呼吸。而在思考的时候，这是最重要的，不要胡思乱想去消耗能量，而是专注于正向的，让你积极的聚集能量，因为意到气到，气到力就到，这就是意念的力量。当这三者合

一的时候，你的身体就变成一个强大的能量场，这个能量场不只保护你自己一个人，还能影响周围的人和环境。

当能量充足时，我们的感知力会大大地提升，接收到平时接收不到的信息，这就是所谓的第六感。是我们每个人都有的，只是被堵塞了，当你的能量通了，第六感自然就出来了。所以我们的身体真的是一座宝库，里面藏有无限的可能，即便你现在感觉身体不适，他完全可以变成颠峰状态，而且一直保持下去。这些不需要特殊的天赋，不需要昂贵的设备，只需要你的觉知和坚持，每个人都能做到，因为这本来就是你与生俱来的能力，只是被遗忘了。

当一个人懂得通过少食来净化地气，通过深长呼吸来优化天气，通过正向、专注的意念来统领人气时，他就不再是疾病的被动受害者，而是自身健康的主人。这才是最高级别的“治未病”——在能量的层面，让疾病失去产生的土壤。

当地气（食物-物质基础），天气（呼吸-动力系统），人气（意念-指挥核心）这三者合一，生命便从一台低效运行的机器，觉醒为一个高效、自觉、充满创造力的能量场。

健康的本质，是能量的充盈与畅通；疾病的根源，是能量的匮乏、淤堵与错误使用；“治未病”的终极法门，在于同时优化我们与地气、天气、人气的连接与运用。它唤醒我们：我们本就富足，我们本具智慧，我们所要做的，仅仅是认出它，并活出它。

第一百八十六条 根据《史记·扁鹊仓公列传》等史料记载，扁鹊（战国时期著名医学家）有两位兄长，三人皆以行医为业，但医术侧重点与口碑不同，故事的核心体现了“治未病”的重要性。

1. 大哥：治“未病”，名气最小

大哥擅长在疾病尚未显现症状时，通过观察体质、生活习惯等，提前发现健康隐患，用温和的方式（如调理饮食、指导作息）将疾病扼杀在萌芽阶段。由于他治疗的是“看不见的病”，常人难以察觉其价值，因此只在家族内部或邻里间有口碑，名气最小。

2. 二哥：治“欲病”，名气次之

二哥擅长在疾病初露端倪、症状轻微时（如轻微不适、精力下降）及时干预，通过简单的方药或疗法阻止病情发展，避免其演变成严重疾病。他治疗的是“刚

发病的小病”，虽能缓解人们的早期痛苦，但因未涉及危急重症，名气仅在当地流传，不及扁鹊。

3. 扁鹊：治“已病”，名气最大

扁鹊擅长治疗已发展到明显症状甚至危急阶段的疾病（如疑难杂症、危急重症），常能通过精准诊断和有效疗法“起死回生”，比如为蔡桓公诊病（虽蔡桓公初期不听劝，后期病重时扁鹊仍能指出症结）、为虢国太子“救尸厥”（类似休克）等。因他救治的多是生死攸关的重症，效果直观且震撼，故闻名天下，成为当时最具影响力的医家。

后来扁鹊坦言：“其实大哥的医术最高明，二哥次之，我最差。”因为大哥能防患于未然，让人们根本不生病；二哥能阻止小病变大，减少痛苦；而自己只能在疾病严重后“补救”，本质上是“治已病”，不如兄长们“治未病”的价值深远。这个故事也成为中医“未病先防、既病防变”理念的经典隐喻。

第一百八十七条 现代人健康理念偏离了目标，偏离了方向，健康权、生命权全权托附给医院。说的绝对一点，放大一点，就是治标不治本。已病是最大的标，未病是最大的本，本末倒置，迷途忘返。

中医的“治未病”的理念，核心是“固本”，包括“未病先防”、“既病防变”、“差后防复”，核心逻辑是通过调理人体“正气”，即自身免疫力、脏腑功能来抵御病邪，比如上述饮食、呼吸、意念等调理、改善体质，从根本上减少疾病发生的土壤，这是针对“本”的干预，防范病已成再治理急病乱投医的蚁穴之危。

自己健康的第一责任人，真正的健康，无法外包。医院与医生的角色，应该是强大的“消防队”和“特种部队”，负责处理我们自身无法应对的紧急状况和重大危机（已病之标）。我们自身的角色，必须是自身健康的“日常管理者”、“首席运营官”和“终身建筑师”。我们通过每一天的饮食选择、呼吸习惯、情绪管理和意念聚焦，来实实在在地 “固本” 。

这并非否定现代医学，而是用中医“治未病”的哲学来构建健康的底层基础和日常生活（治本），用现代医学的精准强大来作为危急时刻的坚实保障（治标）。从被动的“医疗消费者”，觉醒为主动的“生命建筑师”。我们不再将健康寄托于外部的药片与手术，而是内求于自身的一呼一吸、一餐一饭、一念一行。这才是对生命最大的尊重，也是对“健康权”最根本的收回与重塑。

后记

一位商人有一只强壮的骆驼，它多年来一直帮商人背负货物，穿越沙漠运送物品。商人觉得骆驼力量无限，便不断增加它的负担，每次都认为“再加一点没有关系”。

一天，商人又给骆驼加了一个装满贵重香料和布匹的包裹。在即将到达目的地时，商人想起要送一捧稻草给朋友的骆驼，于是随手将一根稻草放在骆驼背上堆满的货物之上。结果，骆驼发出悲鸣，缓缓跪倒在地，无法再前行。

骆驼的崩溃并非因最后一根稻草本身沉重，而是此前无数根稻草的持续累积；疾病的发生、发展也并非单一的因素所致，而是不良起居、饮食、情志等习惯的长期叠加，经过量变到质变，最终成为诱发疾病的核心病因与关键病机。

不良起居习惯，是持续堆叠的“基础稻草”。如长期熬夜、作息颠倒、缺乏运动等，如同每天给骆驼添加几根“基础稻草”。这些习惯不会立刻引发重病，却会逐渐削弱身体的免疫功能、代谢能力和器官修复效率，为后续疾病埋下隐患，是“稻草堆”的底层基础。

不良饮食习惯，是加速增重的“关键稻草”。如高油高糖饮食、暴饮暴食、饮食不规律等，好比在“基础稻草”上快速添加更重的“关键稻草”。这类习惯会直接加重肠胃、肝脏、血管的负担，导致血脂异常、血糖波动、胃肠功能紊乱等问题，让“稻草堆”的重量加速累积，推动身体向疾病边缘靠近。

不良情志习惯，是压垮平衡的“最后一根稻草”。如长期焦虑、抑郁、易怒、精神紧张等，就像骆驼背上的“最后一根稻草”。当起居、饮食习惯已让身体处于“濒临崩溃”的临界状态时，持续的不良情志会打破神经内分泌系统的平衡，触发血压骤升、心率失常、免疫紊乱等问题，最终完成“量变到质变”的突破，直接诱发高血压、冠心病、抑郁症，或加重原有慢性病，成为疾病发生、发展的“临门一脚”。

菩萨畏因，众生畏果。用这句话解释疾病的叠加态，再贴切不过。

多数人往往在疾病已经发生（出现疼痛、指标异常、功能障碍等“结果”）时，才感到恐惧和重视，急于治疗症状，却忽略了疾病形成的过程。这就像看到骆驼被压垮（结果）才惊慌，却没关注之前一根根稻草的堆积。

从健康角度理解，真正懂得健康逻辑的人，会警惕可能导致疾病的“原因”。

比如前文提到的不良起居（长期熬夜）、不良饮食（高油高糖）、不良情志（长期焦虑）。他们会主动规避这些“因”，避免其持续叠加。

疾病并非突然降临，而是多个“不良因素”作为“因”，长期叠加的结果。三个“因”层层累积，从“量变”到“质变”，最终形成心脑血管疾病（果）。若只在疾病发生后“畏果”，而不提前“畏因”、阻断因素叠加，健康问题便会不断加重。

舍因求果，生病去医院，现代人对疾病的认知已根深蒂固。向内求因，让位于向外求果，且深信无疑。

“向外求果”的现代医疗模式，依托精准的诊断技术和干预手段，在应对急性病、危重症时展现出不可替代的优势，但在资本裹挟下，现代医疗的公益性让位于逐利性，过度医疗、无效医疗，已是不争的事实。

资本逐利的本质本就难有“天然善念”，而人性中对利益的贪念一旦缺乏约束，很容易让医疗、健康这类本应纯粹的领域掺杂杂质，这也是很多人对现代医疗产生警惕的原因，这也是让人们向内求因，寻求自救、自保的无奈选择。毕竟，无论是“向外求”还是“向内求”，最终目的都是更好地守护健康，而非被单一模式或资本过度裹挟。

中医“以人为本”理念的回归，本质上都是在为“逐利”划边界、为“人性”守底线。毕竟，再复杂的环境里，“守护健康”这个核心需求，始终会推着人们去筛选更理性、更本质的选择。

自救、自保将生命的主导权掌握在自己的手中，不轻易将生命及金钱的主导权无偿转让给第三方，要清醒地认知，医源性疾病已成为人类生命最可怕的杀手。毕竟没有谁比自己更能持续关注身体信号，主动的健康管理本身就是对生命主导权的守护。

人生苦短，资本苦长。人生短短几十年，终有终点，而资本的逐利逻辑却像一张持续扩张的网，能跨越时间、缠绕各种领域，甚至试图左右人们的健康、生活选择。不过也正因为“人生苦短”，才更该把有限的时间和精力攥在自己手里。比如主动关注身体、守住生活节奏，不被资本营造的焦虑推着走，反而能在“资本苦长”的洪流里，为自己划出一块踏实的小天地，把日子过成自己想要的样子。

当我们更了解自身健康状况、更清晰医疗干预的必要性与危害性时，才能更

好地与医疗专业者协作，减少非必要风险，让“自救”与“他救”形成更合理的互补。

人生没有“健康说明书”，好比“无证驾驶”。人生这趟“旅程”没有预设的“驾驶证”，而主动了解生理、病理、病因、药理这些知识，就像给自己考一本“健康驾照”，能更清晰地读懂身体信号，避免在健康问题上“违规”或“失控”。

不过也不用追求成为“专业司机”，毕竟普通人掌握基础常识就够用。比如知道熬夜伤肝、久坐伤脾，了解常见小病的诱因和调理方向，再结合生活习惯调整，就能从“盲目无证”变成“心中有谱”。

树立起“治未病”理念，把“预防”放在首位，是在疾病发生前调理体质、规避风险，这比“生病后治疗”更高效，也更符合“人生苦短，少受病痛折磨”的本质需求。别等“稻草堆满”才重视，日常多关注身体的“微小信号”（如持续疲劳、反复失眠、莫名疼痛），这些都是身体在提醒“风险过载”，及时调整生活习惯，就能减少“稻草”堆积。

健康不是一场“突击战”，而是长期的“持久战”。从警惕“最后一根稻草”开始，用知识武装自己，平衡自救与他救，就能在人生这趟“旅程”中，稳稳握住健康的“方向盘”。

在浩瀚的中医典籍和技法中，多少人执着于一方一药之精微，追求一招一式之精准，孜孜以“为学日益”，却渐行渐远，离道日疏。殊不知真正的中医，从不是知识的堆砌，而是意识的觉醒。学中医的第一课，从来不是认穴、知药，而是锚定天道。

万物生于“有”，而有生于“无”。那看似空无的源头，实为万物生化的根本。当我们意识从有形之术，转为无形之道，真正的中医之旅才正式开启。

你的心念是中医的第一张处方，念一起结局已定，若锚定天道，便是顺道而为的开始。此时治病不再是人力的强行干预，而是借天道能量，调和阴阳。你所见的不再是孤立的症状，而是宇宙在人体内的全息投影。寒热温凉是天地呼吸，经络气血乃星辰江河的映照。

心如明镜，万物皆可为药引，一草一木皆成利器，一念一息皆是砭石。因为你已接通那创造万有的源头智慧，内在自成宇宙。你开出的不止是药方，更是天地能量的高度法则。反之执迷于有，追求更精准的针法，更繁复的方剂，更玄

妙的功法，便陷入无尽外求，与内在智慧断联，所积者不过是会贬值的知识，所依者终将是会背叛的技巧。纵然技艺娴熟，却难入真医道。

何为中医本质，是宇宙生命观。唯有站在道的高度俯视生命，方能彻悟整体关于天人合一的真义。人体非孤立之躯，而是天地交汇的节点。真正的医者，不是修补零件的匠人，而是调和天人的使者。

提升中医的境界的根本，不在外求，而在内悟，不断擦拭心境，体证大道之力，激活本自具足的宇宙大智慧，道悟愈深，医境愈高。这个时候，你不再是使用力量，而是成为力量的通道。此刻起，让意识回归源头，以道驭术，术方可用；执术忘道，终为术所困。念起与道，万物皆为药引。为道日损，《黄帝内经》云：上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。

中医与西医的区别，好比一个在山的南坡，一个在山的北坡，两者的思维完全对立。中医是宏观，西医是微观。现状是中医从山顶向下坡走不断地降维以迎合西医，西医从下坡向上走终向中医的高维迈进。故研究中医不仅仅方证对应，而是回归高维状态，从人(术)的层面回归到道(神)的层面。有术无道止于术，有道无术术尚可求。

西医始于“结构-功能”的还原论。如同从山脚起步，精细剖析每一块岩石、每一株植物的细胞构成，致力于在微观世界中建立精确、可重复的因果关系。它的辉煌在于对“病”的精密解构与靶向干预。

中医立于“天人相应”的整体观和系统论之巅。它俯瞰的是整个山脉的气候、生态、物候之间的动态平衡与能量循环（气机）。它的智慧在于对“人”在自然、社会中心神合一状态的宏观把握与动态调节。

这不是简单的对错之争，而是认识论与方法论的根本分野。一个致力于将生命“拆解”到底，追求物质的绝对客观；一个坚持将生命“整合”看待，讲究关系与功能的相对平衡。两者观察世界的“滤镜”不同，看到的“真相”自然不同。

中医的“降维”困境，在于为了在现代科学话语体系中获得“合法性”，部分中医实践陷入了“以西释中”的窘境。例如，试图用单一的化学成分解释复方的功效，用固定的西医病名机械对应中医证型，这实质上是放弃了自身高维的动态、辨证思维，屈就于低维的静态、标准框架，结果是丢掉了精髓，学了个皮毛。

西医的“升维”趋势，在于现代医学的前沿，如系统生物学、神经-内分泌-免疫网络、心理-社会-生物医学模式，恰恰在不自觉地走向“整体”和“系统”。它开始重视人体各部分的复杂关联、自组织能力以及环境、情绪对健康的深远影响。这正是在微观基础上，向着中医早已占据的宏观、高维认知领域艰难攀登。

中医的竞争优势和未来生命力，绝非在于把自己变得更像西医，而在于：回归“道”的层面——何为中医之“道”？

整体恒动观：将人视为与天地自然同构、同律的动态开放系统。

辨证论治：不是“方证对应”的简单机械化（那是“术”的固化），而是“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的动态决策艺术。核心在于“辨”的过程，是医者之神与患者之神、与天地之神的感应。

以平为期：治疗的目标不是消灭某个病原体或切掉某个组织，而是恢复和维持人体内在的阴阳平衡、气血和畅这一自组织状态。

实现“以道驭术、术为道用”：所有的诊疗技术（望闻问切、针灸中药）都是践行“道”的工具。一个高明的中医，用现代检查报告（“术”）不是为了找病名，而是为了佐证和丰富自己对患者整体气机格局的判断（“道”）。

例如面对肿瘤：“术”的层面是知道它长在哪里、多大、什么病理类型；“道”的层面是思考为什么在这里长出了这个肿瘤（经络气血瘀堵之处）？患者的体质偏性（阴阳虚实）如何为它提供了土壤？如何通过调整全身环境（土壤），而不仅仅是切除局部（杂草），来实现长期稳定？

从“人的层面”到“神的层面”：这里的“神”，并非鬼神，而是指生命活动的至高统帅、精神意识，以及那种精妙难言的功能状态。《内经》云：“得神者昌，失神者亡。” 高维的中医诊疗，始终关注患者的“神”（精神、气色、眼神、脉中之神），治疗的最高目标是“调神”。

这意味着，中医的终极对象不是“人的肉体”，而是肉体内外流动着的“信息”、“能量”与“关系”（即气、阴阳、五行生克）。这正是其高维之处。

中西医终将在“山顶”——即对生命复杂系统的完整认识——相遇。但相遇不等于同化。对西医而言，“升维”是补足其方法论短板，丰富其治疗哲学的必要历程。对中医而言，“回归高维”是守住立身之本、发扬核心优势的必然选择。它需要我们用现代人能够理解的语言（而非削足适履的科学化），阐释其高维智

慧；需要我们在临床中，真正践行“道”的思维，而非止步于“方证对应”的“术”。

有术无道，确止于术，会沦为经验主义的机械重复；有道无术，术尚可求，只要方向（道）正确，具体方法（术）可以不断学习和创造。最理想的状态，正是 “以道驭术，道术结合”。

中医应在当代世界找到自身独特坐标、避免在“降维”中迷失明灯。真正的复兴，是让中医自信地站在其“南坡”的顶峰，以其独有的高维智慧，为人类的健康提供不可替代的另一种解决方案。