

## · 学术论坛 ·

## 重梳《伤寒论》174 条到 177 条的关系

费玉雯 郭华

【摘要】 本文通过对《伤寒论》174 到 177 条条文及用药进行解析,外加临床报道佐证,重新探索并梳理它们之间的关系,发现此三条条文可以视为仲景治疗痹证的一个思路。174 条和 175 条为其治疗风寒湿痹,176 条为其治疗风湿热痹,177 条为其治疗风湿热痹内舍于心之心痹。

【关键词】 痹证; 桂枝附子汤; 白术附子汤; 甘草附子汤; 炙甘草汤

【中图分类号】 R222 【文献标识码】 A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.11.031

《伤寒论》是一本以条文为主要载体,采用三阴三阳的编次方法,将丰富的理、法、方、药贯穿其中的大成之作。刘渡舟教授认为<sup>[1]</sup>《伤寒论》的 398 条是一个有机的整体,在条文之间,无论或显或隐,或前或后,彼此之间都是有机地联系。在写法上,充分发挥了虚实反正、含蓄吐纳、参证互明、句深义永的文法和布局,从而把辨证论治方法表达无遗。

历来学者们<sup>[1,2,5]</sup>一直将 174 条的桂枝附子汤证、桂枝去桂加白术附子汤证和 175 条的甘草附子汤证作为太阳病伤寒的类似证提出,认为此两条论治风湿痹证,即陈亦人<sup>[4]</sup>所言:“太阳类似证,主要是指风湿相搏的痹证,此与太阳表证类似以列入太阳病篇,以资鉴别。”将 176 条认为是表里俱热的白虎汤证,177 条为心血不足、心阳不振的炙甘草汤证,178 条为对结代脉的描述与阐释。大部分学者们都是将这几条择出来分析,未对它们之间的联系进行梳理。然而早年时振声先生<sup>[5]</sup>曾提出 174 条到 178 条尤有内在联系,174、175 条为急性风寒湿痹的证治,176 条为急性风湿热痹的证治,177、178 条为急性风湿痹合并于心的心痹的证治。笔者亦认为此四条条文分别从不同的角度反映痹病的病性、病位及病势。具体论述如下。

### 1 174、175 条为张仲景治疗风湿寒痹之意

《伤寒论》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。”《伤寒论》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。”此二条亦出现在《金匮要略·痉湿喝病脉证治》

中,为何这两条会出现在《伤寒论》太阳病篇?刘渡舟<sup>[6]</sup>认为:“痉湿喝此三种病,皆由感受外邪所致,也皆从太阳起病,病之初的临床表现,和伤寒病有相似之处,故作为伤寒类似证而列于此,以便与伤寒病证相鉴别。”张仲景遂将痹证作为不经传变或不经误治的伤寒中风类似证,放于太阳病篇的最后。

《伤寒论》174 条方后注云“此本一方二法,以大便硬,小便自利,去桂也;以大便不硬,小便不利,当加桂”,肖映昱等<sup>[7]</sup>认为此为两种证候采取的不同治法,而非中医学院高校五版教材《伤寒论》所认为的白术附子汤是在服桂枝附子汤后,风邪已去,寒湿未尽,继服白术附子汤温经祛寒。笔者同意此观点,同中求异,异中求同,前后互参,这种文法在《伤寒论》中屡见不鲜,意在通过对比鉴别,明确病机,遣方用药。此条二便的情况是区分治法方药的依据。《灵枢·五变》云“粗理肉不坚者,善病痹”,《素问·痹论》又云:“营卫之气亦令人痹乎?……逆其气则病,从其气则愈,不与风寒湿气合,故不为痹。”可见风寒湿邪是痹病发生的外因,为标,素体营卫之气不足是痹病发生的内因,为本。正如林佩琴在《类证治裁·痹症论治》中所言:“诸痹风寒湿三气杂至,而犯其经络之阴也。风则引注,寒多掣痛,湿所重著,良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪气所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹。”此外,汪苓友崇《后条辨》认为“桂枝附子汤、桂枝附子汤去桂加白术汤、甘草附子汤,三方俱用附子者,以风伤卫而表阳已虚,加寒湿则里阳更胜。凡所见证,皆阳气不充,故经络关节的著湿,而卫阳愈虚耳,愚以此言实发仲景奥义”(《伤寒论辨证广注·辨太阳阳明病脉证并治法》)。故笔者认为 174、175 条的基本病机为机体卫阳不足,固护失司,风寒湿得气血之虚,侵袭人体,闭阻经络,阻滞气血而成。

《灵枢·寿夭刚柔》云:“内有阴阳,外亦有阴阳。在内者,五脏为阴,六腑为阳;在外者,筋骨为阴,皮肤为阳。”可知人体内外皆有阴阳,阴阳是相对而言的。又云:“病在阳者命曰风,病在阴者命曰痹,阴阳俱病命曰风痹。病有形而不痛者,阳之类也;无形而痛者,阴之类也。”张景岳认为:

作者单位:100029 北京中医药大学中医学院[费玉雯(硕士研究生)、郭华]

作者简介:费玉雯(1991-),女,2015 级在读硕士研究生。研究方向:《伤寒论》辨证论治规律。E-mail:276485116@qq.com

通信作者:郭华(1963-),女,博士,教授,硕士生导师。研究方向:《伤寒论》辨证论治规律。E-mail:guohua852@126.com

“在阳为风,在阴为痹。又分言表里之有殊也。本皆由感邪所致。但外有表证之见,而见发热头疼等证,或得汗即解者,是皆有形之谓。此以阳邪在阳分,是即伤寒中风之属也,故病在阳者命曰风。若既受寒邪,而初无发热头疼,又无变证,或有汗,或无汗,而筋骨之痛如故,及延绵久不能愈,而外无表证之见者,是皆无形之谓。此以阴邪直走阴分,即诸痹之属也,故病在阴者命曰痹。其或既有表证,而疼痛又不能愈,此即半表半里,阴阳俱病之证,故阴阳俱病者命曰风湿。”(《景岳全书·风痹论证》)此处之阴阳应为表之阴阳,即为皮肤与筋骨。风痹阴阳俱病,则病位处在半表半里。对于半表半里的具体部位,李士材在《证治汇补·痹症》中曰:“筋痹即风痹也。”“《内经》论痹,四时之令皆能为邪,五脏之气各能受病,六气之中风寒湿居其半。即其曰杂至,曰合,则知非偏受一气可以致痹。又曰:风胜为行痹,寒胜为痛痹,湿胜为着痹。即其下一胜字,则知但分邪有轻重,未尝非三气杂合为病也。”(李中梓《医宗必读》)此外,“筋痹即风痹”“肌痹即著痹、湿痹”“骨痹即寒痹、痛痹”(李士材《证治汇补·痹症》),再加之《内经》亦有五体痹、五脏痹之说,故风痹病的成因及部位是多因素多部位的,但总有偏重之处。笔者认为桂枝附子汤偏治风痹,白术附子汤偏治湿痹,甘草附子汤偏治寒痹。

笔者认为桂枝附子汤证为表阳虚偏风邪兼里阳虚,伤寒八九日仍见身痛者,表明邪尚未离表,风湿相互搏结,滞留于肌表经络,闭阻阳气,则身体疼痛不能自转侧。脉浮为风湿相搏在表,虚为卫阳不足,涩为寒湿凝滞气血。朱文清<sup>[8]</sup>认为不呕不渴不仅仅说明现在疾病不在阳明、少阳阶段,而更重要的是在表明此时正津充盛,可予大剂温燥之品尽逐寒湿。正如周禹载先生所言:“用三枚者,以其邪未入深,易于表散,故必勇猛精进,而无取乎逡巡也。”(《伤寒论三注·太阳下篇》)方后注云“大便不硬,小便不利,当加桂”,可知桂枝附子汤证应有大便不硬,小便不利的表现。太阳经为六经藩篱之属,风寒湿邪久居易循经入腑,致使膀胱气化失司出现小便不利,脾胃阳虚,运化失司,在外表现为卫阳不足(营卫之气来源于脾胃运化的水谷精微),在内表现为水液代谢异常,即小便不利,大便反快。胡翘武认为“病之初起,无不以风夹他邪客袭肌表为害,客邪初袭肌表,痹着肢节,且气与之相争,拒阻于血络之外,故在经之邪,只宜从气分论治,疏风解表,驱逐兼夹之邪,诚为治疗大法。若营卫失调,气阳偏虚,又当调和营卫,益气助阳等参辅其间”,故方“非重用透发腠理之桂枝不足以疏外风,非重用善走之附子不足以行里湿。外加生姜甘草大枣以扶脾而畅中,使之由里达表,而风湿解矣”<sup>[9]</sup>(曹颖甫《伤寒发微·太阳篇》)。方用桂枝“透达营卫,故能解肌而风邪去”(《纲目》),“利关节、温经通脉”(《本草疏证》),《本草疏证》云:“其用之之道有六:曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行痰,曰补中。”附子走十二经脉,合桂枝以温经扶阳,散寒逐湿;生姜辛散行外,助桂枝、附子温经散寒;甘草合大枣甘温中,补脾胃之气以扶正,又缓药性之峻烈。郭毅报道<sup>[10]</sup>用桂枝附子汤加味治疗平素体

弱,遭遇外感又加雨淋的风寒湿痹证,取得了良好效果。

白术附子汤证为表阳虚偏湿邪兼脾虚失运,从方后注“其人如冒状,勿怪,此以附子、术,并走皮内,逐水气未得除,故使之耳”可知白术主要作用部位在皮内,为祛除外湿所设。就此李培生先生在《柯氏伤寒附翼笺正·太阳方总论》中言:“脾虚失于运化,寒湿凝滞,痹着于表,故大便硬。此则当用白术附子汤,取白术健脾燥湿,附子温经扶阳,炙甘草和中,姜枣调和营卫,为风寒湿痹之偏于湿盛者立法。”针对大小便情况,章格<sup>[11]</sup>认为大便泄泻和大便秘结均可作为脾虚的表现,一方面脾虚不能运湿、湿邪停滞不除、风湿之症仍在,一方面脾虚不能主宰大腹,无力推动肠道运动,故大便硬,同时,脾虚不能为胃行其津液,水液输布失衡,尽走前窍,故小便自利。“术,其气芳烈,其味甘浓,其性纯阳,为除风痹之上药,安脾胃之神品,《本经》主风寒湿痹……逐皮间风水”(《本草经疏》),方用白术合附子一方面走表温经散寒,逐水气外出,一方面走里温脾阳促运化。卫阳不足,延用姜枣草以补脾化生营卫,使卫气得复,驱湿外出。正如曹颖甫所言“白术附子汤用白术四两,取其化燥以祛肌表之湿,再用附子三枚,取其善走以收逐湿之功。仍用甘草生姜大枣以助脾阳,使得从皮中而运行于肌表”(《伤寒发微·太阳篇》)。《新编伤寒论类方》中一则案例<sup>[12]</sup>用白术附子汤治疗寒湿着外而脾虚不运之证后以丸药调理,逐渐平安。

甘草附子汤证为表阳虚偏寒邪兼里阳虚。对于邪气是否存在寒邪,程郊倩云:“以上二条,虽云风湿相搏,其实各夹有一寒字在内,即三气合而为痹之证也。”“掣痛者,谓筋骨肢节抽掣疼痛也。不得屈伸,寒湿之邪,流著于筋骨肢节之间,故拘挛不得屈伸也。近之则痛剧者,即烦疼之甚也。”(钱天来《伤寒溯源集·温病风温痉湿喝·湿病证治》)且《素问·生气通天论》云“阳气者,精则养神,柔则养筋”,筋柔则无掣痛,不得屈伸之患矣。因寒为阴邪,易伤阳气,主收引、凝滞,易致掣痛,则本条病邪主要偏寒邪。此外,清代医家李士材将病因与部位联系在一起,“筋痹即风痹也……脉痹即热痹也……肌痹即湿痹、着痹也……骨痹即寒痹、痛痹也,痛若切心,四肢挛急,关节浮肿”(《证治汇补·痹症》)。观之骨痹的症状与甘草附子汤证相似,故笔者认为甘草附子汤为风寒湿三气偏寒邪。汗出短气,小便不利,恶风不欲去衣,或身微肿,则卫阳虚甚,三焦气机运化不利,或已累及心肾。刘渡舟教授用此方治疗心脾肾阳虚,寒湿外痹关节的寒痹证,使其患者获愈<sup>[14]</sup>;熊曼琪等学者认为本条风寒湿邪留着于关节筋骨,病位较深,病情深重,病邪凝结难解,风寒湿邪郁闭较桂枝附子汤严重<sup>[14]</sup>。桂枝附子汤之大剂量桂附,以速取温通经脉,祛风散寒除湿之效,故用附子三枚。本方缓而图功,使邪祛正安,方为上乘,且方后云“服药一升为多者,宜服六七合为始”意在于此,故用附子2枚。方中不用姜枣,一方面防止姜枣助汗,即《医宗金鉴》在辨湿喝病脉证并治篇曾云“去姜枣者,畏助汗也”,一方面仲景在寒邪郁闭的情况下习惯不加姜枣,比如身疼、腰痛,骨节疼痛寒郁之症的麻黄汤证。因此证是阳气虚导致的阳气郁闭,所以用桂枝

而不用麻黄。桂附相合,附子助桂枝辛温之性而专一走表,既能扶阳温经,又能通阳化气,逐除风寒湿邪;术附相合并走肌肉之寒湿;甘草合白术甘温温,助脾阳生营卫之气。甘草不仅调中补虚生营卫之气,以之为方名,旨在缓守,以尽药力,恐欲速则不达<sup>[15]</sup>。廖常志报道<sup>[16]</sup>用甘草附子汤加味治疗外感风寒湿日久,湿邪不能外达,寒湿凝滞筋骨,闭阻关节的寒痹证,服药六个多月后类风湿因子转阴,两年后随访未复发。

## 2 176 条为张仲景治疗风湿热痹之意

《伤寒论》176 条:“伤寒脉浮滑,此表有热,里有寒,白虎汤主之。”尤怡云:“热痹者,闭热于内也。《内经》论痹有云‘其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热’。所谓阳遭阴者,脏腑经络,先有蓄热,而复遇风寒湿气客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热,则瘰癧熿然而闷也。”(《金匱翼·痹症统论》)李中梓又云“脉痹即热痹也,脏腑移热,复感外邪,客搏经络,留而不行,故瘰癧,肌肉热极,唇口反裂,皮肤变色”(《证治汇补》)。可知热痹的形成成为脏腑经络先有蓄热,复感风寒湿邪,阻滞经络,留而不行,郁久化热所致。痹之为病,每各以时遇,经云以夏遇此者为脉痹。张仲景在《伤寒论·辨脉法第一》中言“五月之时,阳气在表,胃中虚冷”,故盛夏之时,卫阳浮越在外,而致里阳相对不足,则里有寒。此与《素问·四气调神大论》中“圣人春夏养阳,秋冬养阴”有着异曲同工之妙。对此,民间亦有“冬吃萝卜,夏吃姜”的俗语。浮越在外之卫阳又易随汗外泄,腠理疏松,卫外不固,此时恰逢夏季偶感伤寒,风寒乘虚而入,与阳热相搏于肌表,郁久化热,则表有热。“滑为实,为下,又为阳气衰,浮为风,为虚。”(王叔和《脉经》)因表有卫阳虚,又有实热鼓动气血,则见浮滑脉。此外,白虎汤证亦有身重,难以转侧之邪气闭阻经络之症。如《伤寒论》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。”综观之,白虎汤证与热痹的形成及表现有着不约而同的一致性。方用石膏辛寒透表解肌,清气分之热,甘寒除烦止渴生津。知母苦寒清热,甘寒滋阴。石膏走而不守偏于清肌表之热,知母守而不走偏于润燥。甘草合粳米,一方面甘温温中益气,充盛卫阳,一方面以甘缓阳明热盛之急(热灼筋脉,化火伤阴易致筋脉拘挛)。此外甘草亦有“通经脉,利血气”,助开痹之功。彭建中等<sup>[17]</sup>报道赵绍琴教授用白虎汤治疗风湿热痹收效迅速。

## 3 177 条为张仲景治疗风湿热痹内舍于心之心痹之意

《伤寒论》177 条“伤寒,脉结代,心动悸,炙甘草汤主之”。《素问·痹论》云“五脏皆有合,病久而不去者,内舍其合也。……脉痹不已,复感于邪,内舍于心”。沈金鳌又言“诸痹不已,益入内而伤脏气”(《杂病源流犀烛·诸痹源流》),且“复脉为热邪劫阴之总司”(吴鞠通《温病条辨》)。故笔者认为炙甘草汤是由风湿热痹缠绵日久,热灼筋脉,伤

津耗气,阴血亏虚,卫阳不足,复感外邪,闭阻心脉,心阳不振而成。“地黄,专于补血,血补则阴气得和而无枯燥拘牵之疾也……地黄专取其性凉而滑利流通,熟则腻滞不凉……仲景《伤寒》一百十三方,惟复脉用地黄。盖伤寒之病,邪从外入最忌滋滞,即使使用补,必兼疏拓之性者方可入剂,否则邪气向里,必有遗害”(《本草经百种录》),且《本经》又谓“地黄,主伤中,逐血痹,填骨髓,长肌肉,作汤除寒热积聚,除痹。生者尤凉”。“逐血痹者,则血不足而气血不行,补养充足,自然流动洋溢,而痹者行矣”。重用生地黄一方面补阴补血,一方面借其性凉滑通凉血开痹,即《别录》所云“通血脉,益力气”之功。“胃之大络,内通于脉,脉绝乃胃络之不贯”,故用“麦冬补胃阴以通络而脉得所资则有之”。《内经》云“精不足者,补之以味。味者阴也,阿胶之甘,以补阴血”,麻子仁“非血药而有化血之液,不益气而有行气之用”(《本草述》),合阿胶使补而不滞。仲景在滋阴中又不忘益气助阳之品,于“阳中求阴”,以使“泉源不竭”。因痹症的形成与营卫不足,外邪乘虚而入有关,故其余药物以桂枝汤加减化裁而成,桂枝汤为调和营卫,温补脾阳之品,合人参“味既甘温,调中益气”(《汤液本草》),遵从《难经悬解·十四难》“损其心者,调其营卫”之旨。朱良春教授认为炙甘草汤是复脉定悸的名方,有通阳、补阴、生血、复脉之功,对风湿性心脏病瓣膜病、房颤、心衰确可改善症状,稳定病情<sup>[18]</sup>。此外,他亦认为在风湿性心肌炎尚未形成瓣膜病时,如及时采用银翘白虎汤(连翘 20 g、金银花 25 g、防己 25 g、木瓜 25 g、知母 25 g、粳米 25 g、生石膏 30~60 g、甘草 6 g)随证加减,可以清热解毒,通络利痹,化湿宽胸,多能控制其风湿活动,避免瓣膜病变的发生甚至获得痊愈。可知,炙甘草汤证的风湿性心脏病瓣膜病可由白虎汤证尚未形成瓣膜病的风湿性心肌炎发展而成,这又将 176 条与 177 条紧密的联系在一起,再一次印证了此四条之间的相关性。在临床实践中,王秀娟等<sup>[19]</sup>应用炙甘草汤治疗风湿性心脏病频发房早 64 例,总治愈率 76.5%,总显效率 17.2%,无效 6.3%,收到了较满意的效果。

## 4 总结

针对《伤寒论》174 条到 177 条,笔者认为它们一方面是作为未经失治误治,外感伤寒形成的中风伤寒类似证放于太阳病篇末,以期鉴别;一方面是仲景从病因、病位、病性、病势等不同的角度描述痹证的分类及不同治法。三附子汤用以治疗风寒湿痹,桂枝附子汤为表阳虚偏风邪兼里阳虚,白术附子汤为表阳虚偏湿邪兼脾虚失运,甘草附子汤为表阳虚偏寒邪兼里阳虚;白虎汤用以治疗风湿热痹;炙甘草汤用以治疗风湿热痹内舍于心之心痹。

## 参 考 文 献

- [1] 刘渡舟. 试论《伤寒论》条文组织排列的意义(一)[J]. 陕西中医, 1980, (1): 4-8.
- [2] 朱晓鸣. 《伤寒论》条文次序的意义[J]. 山东中医学院学



- 报,1986,10(1):18-21.
- [3] 岳在文,云梁,岳慧,等.《伤寒论》太阳病篇条文编次组合串解[J]. 中医药理学,2005,23(8):1380-1383.
- [4] 陈亦人. 伤寒论译释[M]. 上海:上海科技出版社,1992:35.
- [5] 时振声. 对《伤寒论》174~178 条的看法[J]. 北京中医,1984,(2):47-55.
- [6] 刘渡舟. 伤寒论讲解[M]. 北京:光明日报出版社,1987:96,124,181.
- [7] 肖映昱,岳在文,白敏.《伤寒论》白术附子汤证探微[J]. 中医药学刊,2001,19(2):148.
- [8] 朱文清. 桂枝附子汤证探微[J]. 上海中医药大学学报,2014,28(2):11-13.
- [9] 单书健,陈子华. 古今名医临证金鉴·痹证卷上[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:204.
- [10] 郭毅. 浅谈张仲景三个“附子汤”及其临床应用举隅[J]. 中医函授通讯,1985,32(5):478-479.
- [11] 章格. 白术附子汤证之我见[J]. 四川中医,1993,(6):7-8.
- [12] 李晨辉. 浅谈《金匮要略》白术附子汤方证[J]. 河北中医,1999,21(3):159-160.
- [13] 刘渡舟. 新编伤寒论类方[M]. 太原:山西人民出版社,1984:108.
- [14] 李宇铭,姜良铎. 桂枝附子汤与甘草附子汤释义[J]. 山东中医药大学学报,2011,35(3):210-212.
- [15] 熊曼琪.《伤寒论》[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:385-386.
- [16] 廖常志. 甘草附子汤治疗类风湿 23 例[J]. 四川中医,2001,19(11):27.
- [17] 彭建中,杨连柱. 赵绍琴临证验案精选[M]. 北京:学苑出版社,1996:180-181.
- [18] 胡荫奇,常志遂. 痹病古今名家验案全析[M]. 北京:科学技术文献出版社,2003:209.
- [19] 王秀娟,姜秀莲,黄云松. 炙甘草汤治疗风湿性心脏病频发房早 64 例疗效观察[J]. 哈尔滨医药,2000,20(1):46-47.

(收稿日期:2017-02-12)

(本文编辑:董历华)