



桃核承气汤证不是太阳腑证

《伤寒论》109条写道：“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，当先解外，外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。”成无己《注解伤寒论》说：“太阳经邪热不解，随经入府，为热结膀胱，热在膀胱，必与血相搏，血与热搏，蓄积于下，而少腹急结。”成氏提出了“入府”之说。方有执《伤寒论条辨》则直称：“少腹指膀胱也。急结者，有形之血蓄积。”尤在泾、程应旉等也极倡此说，于是“热结膀胱”改为“血结膀胱”，成为“太阳腑证”的理论根据。钱潢《伤寒溯源集》说：“瘀热结于膀胱，则热在下焦，血受煎迫，溢入回肠，其所不能自下者，蓄结于少腹而急结也。若果膀胱之血蓄而不行，则膀胱瘀塞，下文所谓少腹硬满，小便不利者，将何自出乎？历见蓄血必从大便而出，未见有伤寒蓄血而出于小便者；若果出于小便，因何反用桃核承气及抵当通其大便乎？恐有识者必不以为然也。”钱氏断然否定“血结膀胱”之说，谓血结于肠，且桃核承气是通大便之剂，深有卓见。既然并非血蓄膀胱，则桃核承气汤为太阳腑证之说就难以成立了。

桃核承气汤证既然不是太阳腑证，究竟是什么病呢？张志聪《伤寒论集注》说：“太阳病不解，应传阳明，太阳之邪合阳明之热，谓之热结膀胱，其人如狂，乘阳明之热气也。小腹急结者，乃太阳邪合阳明之气，而结于小腹，急欲下而不能出，宜桃核承气汤微利而愈。”张氏指出桃核承气汤证是阳明病，是符合仲景辨证论治准则的。笔者试从以下几点进一步分析：

1. 太阳病是表证，治宜发汗解表，阳明病是里热证，治宜清热攻下。桃核承气属攻下剂，其证应为阳明病。

2. 从太阳上篇至太阳中篇，先论述太阳表证证治大法，然后论述误治传变等错综复杂的辨证分析，再论太阳病之传变，从小柴胡到大柴胡、调胃承气、桃核承气等，说明疾病由表至半表半里至里的传变过程。从这个过程看，大柴胡汤证是少阳兼阳明病，而调胃承气与桃核承气则已转属阳明病。柴胡、承气等汤证都不是太阳病，列入太阳篇是说明疾病传变过程，并不是凡在太阳篇的都是太阳病。

3. 从桃核承气汤证看，109条原文首句“太阳病不解”，所谓不解有多种情况，有表证仍在，有误治转变他证。本条不解转为“热结膀胱，少腹急结”，则指出病属热属实，既为热实证，就是阳明病，可用攻下之法治疗。但按照治疗原则，凡表证未解者，不可攻下，须先解表，外（指表）解已，就不再是太阳病，而转属阳明病了。

4. 如果说桃核承气汤证是由太阳病来，所以叫太阳腑证。那么，凡伤寒病起，多从太阳病始，岂能都属太阳乎？

把桃核承气汤证称为太阳腑证的唯一根据是把“热结膀胱”牵强附会为“血结膀胱”而不管是从理论还是到临床，都难拿出令人信服的理由和证据，所以笔者认为桃核承气汤证不是太阳病而是阳明病，把它称为太阳腑证，是混淆了太阳病与阳明病的辨证界限，破坏了发表攻里的治疗原则。

湖北中医学院 王梧川

妊娠与癥病在《金匱要略》中的鉴别

《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》指出：“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为癥痼害。妊娠六月动者，前三月经水利者，胎也。下血者，后断三月衃也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。”

全文可分三段理解：（一）从开头到“为癥痼害”，主要说明癥病的特征。病史为宿有癥病，经断未及三月；症状为漏下不止，胎动在脐上；辨证为癥痼害。（二）从“妊娠六月动者”至“胎也”，主要说明妊娠的条件和特征；病史为癥病史，停经前三月经正常；症状为胎动见于停经后六个月，动的部分无异常；辨证胎也。（三）分析及治疗：漏下出血见于停经后三个月的是“衃”不是“胎”，下血不止的原因是内有癥未消除之故，治应攻下癥结，用桂枝茯苓丸。

尽管这里将妊娠与癥病鉴别的如此泾渭分明，但仍有不少注家认为这是说“宿有癥病”的妇女又怀了孕，下血是癥病害胎之故，用桂枝茯苓丸是去癥安胎，有“有故无殒”之义。如尤在泾说：“癥，旧血所积的宿病也。癥痼害者，宿病之气，害其胎气也，于法奸

娠六月其胎当动，今未三月胎不当动而忽动者，皆以藏病害之之故。是六月动者，胎之常，三月动者，胎之变。……其藏不去，则血必不宁，血不宁则胎终不安，故曰下其藏。桂枝茯苓丸下藏之力颇轻且缓，盖恐峻厉之药并伤其胎也。”曹颖甫也认为“经断不及三月即有漏下之变”，是“养胎之血不能凝聚子宫，反为宿藏所阻，从旁溢出，胎失所养，则动在脐上，其实胎元无损，藏病害之也。”而对桂枝茯苓丸主治的理解为“欲安良民，必除盗贼，欲养良苗，必除莠稂。”这些解释显然与经文不符。尤其令人费解的是，作为全国高等院校试用教材的《金匱要略选读》也因循旧说，把本来是鉴别藏病与妊娠的条文，竟曲解为“妇人素有藏病，现复受孕成胎”，把“妊娠六月动者……后断三月衄也”这段鉴别重点，竟说成是“插笔”。这既不符合经文原意，更不符合临床实际。

湖北省武汉市卫生干部进修学院 李凌川

心气不足主以泻心汤刍议

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》第十七条曰：“心气不足，吐血衄血，泻心汤主之。”对于这里的“心气不足”，历代常有争议，有云应改为“心气不定”者，有云应改为“心气有余”者，论争不一。笔者试谈己见如下：

《素问·阴阳应象大论》云：“壮火之气衰，少火之气壮。壮火食气，气食少火。壮火散气，少火生气。”明确指出了“壮火”是一种亢奋的病理之火，能损耗正气。而“少火”是维持人体正常生命活动所必须的生理之火。所以壮火能伤阴耗气，导致人体正气不足。《金匱要略》该条所叙述的正是由于壮火耗散正气，导致正气不足，心的正常生理机能被破坏，壮火迫血外溢而形成吐血衄血之证。泻心汤用大黄、黄连、黄芩苦寒直折，清泻壮火。壮火被折后，正气不再伤，心的生理机能恢复正常，则吐血衄血便可自止。也就是说，衰其壮火之有余，便可扶其正气之不足。所以，这里所说的“心气不足”，是阐述“壮火食气”导致心气不足而形成的吐血衄血证的病机。实际上是指壮火亢盛。泻心汤所治的吐血衄血证，是因实而致虚之证，若属正虚无邪的不足之证，岂可予泻心汤服之？

可见，在仲景著作中，虽未明确提出“壮火”与“少火”，但《素问》中“壮火”与“少火”的理论，却深深地贯穿于它的临证治疗中。因此，张仲景的《伤寒杂病论》不仅是《内经》的继承，而且是《内经》理论的具体运用和发挥。

山东省临朐县人民医院嵩山分院 胡文宝

“齿龈结瓣”并非出血瘀块

叶天士在《温热论》中谈验齿时，首先提出了辨别“齿龈结瓣”，以此判断温病动血情况。由于原文对“齿龈结瓣”谈得不够清晰，故后学多有认为是牙龈出血后凝留在局部之瘀块者。例如南京中医学院主编《温病学》(1978)、江苏新医学院所编《温病学讲义》(1972)、上海中医学院之《温病学讲义》(1959)等。《浙江中医杂志》1982年第2期肖同志在“齿瓣小识”一文中写道：“齿瓣是齿与齿龈上结有的血瓣，……齿龈流血，流出之血凝结于牙齿或牙龈之上就是齿瓣。”这可以说是以上意见的集中概括。笔者认为，齿瓣并非指出血后之凝块而言，而是齿龈本身色态改变如瓣状之形态。理由如下：

叶氏原文指出，齿瓣是“病深动血，结瓣于上。”“血”指血分，“动血”为血分受热之病理机制。病深热重，动及血分，血液瘀积于牙龈，龈肿如瓣，附于齿上，而形成结瓣。正如章虚谷所言：“血循经络而行，邪热动血而上结于龈。”事实上，牙龈出血后，由于口腔的温度、分泌物及唇齿的活动，在齿龈之间留有凝固血块的现象是不多见的，其形如瓣者更少。

接下去的原文“阳血者色必紫，紫如干漆；阴血者色必黄，黄如酱瓣”等语，指的是由于血液在血管的充盈度和血液的浓度不同，使牙龈的颜色呈现为深浅不同的紫色或酱黄色。正如吴锡璜说：“此节言齿龈紫黄……”而并非指牙龈出血块之颜色，因为就出血而言，牙龈出血一般是渗透性的，因此外溢之血即使凝固之后也少有黄如酱者。所以叶氏在辨牙龈出血之虚实时，只提出了齿龈的痛与不痛，“痛者胃火冲激也；不痛者龙火内燔也”，至于血色，只提“清血”而未辨深浅。此外，还应指出的是，原文在未论及牙龈出血之前就先论述辨识齿瓣，并指出治疗原则为：“阳血若见，安胃为主；阴血若见，救肾为要。”从语义逻辑上也是先齿瓣（相当于充血瘀血）而后出血。齿龈血管丰富，粘膜较薄，阳明、少阴“二经之血皆走其地”，对血液变化反映明显。龈齿相邻，看齿之时顺便观察齿龈变化，然后再结合叶氏在后文中提到的牙龈出血现象（部分患者）进行全面分析。

至于根据“齿瓣”确定的治则和预后，紫色者属实热，多为阳明热盛所致，此即“阳血”之意，或清或润，安胃为主；黄色者属虚热，多为少阴虚火所致，此即“阴血”之意，滋养下焦以敛上浮之火，救肾为要。实证易治，虚证难疗，故曰“然豆瓣色者多险”。

山西省忻州地区卫生学校 郭治安