

南華大學

自然醫學研究所

碩士論文

《傷寒論》煩躁與狂證之研究

The investigation of dysphoria and manic
syndromes of “Shang-Han-Lun”

指導教授：陳森和醫師、黃國清博士

研究生：高宗成

中華民國九十八年六月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩 士 學 位 論 文

《傷寒論》煩躁與狂證之研究

The investigation of dysphoria and manic
syndromes of “Shang-Han-Lun”

研究生：高宗成

經考試合格特此證明

口試委員：高宗成

連秋媛

指導教授：陳水新

黃國清

系主任(所長)：陳子如

口試日期：中華民國 98 年 06 月 03 日

謝誌

兩年的碩士學業能順利完成，要感謝的人太多。

論文指導老師陳焱和醫師所教授的《傷寒論》，解開我多年的疑惑，研讀其所編著的《傷寒卒病論台灣本》，讓我在學術研究與臨床思維上有重大突破。另一位指導老師黃國清博士，讓我體認字義的重要性，對論文的嚴謹度幫助甚大。陳秋媛老師在論文進入資格審查與口考階段，給與寫作格式的校勘與修正，讓論文能臻於完善。大仁科技大學高宗桂老師於口考時亦給與許多寶貴意見。

在課業方面，所長辜美安老師教授的論文計畫與研究方法、問卷調查、生物統計等課程，啟蒙了研究的思想。虞和芳老師讓我對歐洲的自然療法，有了初步的認識。林群智、吳濤群、葉月嬌老師的自然專題課程，提升了學術簡報的能力。余哲仁老師讓我接觸了芳香療法及 HRV 的應用。王昱海老師讓我踏入了能量醫學的領域。同學們的自然專題報告讓我見識到自然療法的多樣性。

感謝所有指導過的老師，感謝曾經在課業上給與協助的同學，感謝所有曾經在教室一起學習的同學，所有同學的陪伴讓我倍覺溫暖，這兩年將是未來回憶最深、最珍貴的時光。

摘要

精神疾患日益增加，影響社會甚劇，對此疾病之防治，成為亟需重視之課題。而西藥的副作用與療效的侷限性，使得中醫治療精神疾病重新獲得重視。

精神疾病屬於中醫情志醫學的範疇，而《傷寒論》為中醫學之代表作。本研究之目的在於試從《傷寒論》之煩躁與狂證機理探討與方藥運用，得到一些治療精神疾病的思路與方法。

《傷寒論》研究之版本宗康平本而與宋本對校，並另參酌《傷寒卒病論台灣本》。方法採逐條文分析方式，先行校勘煩躁與狂證之相關條文，再探究其病因病機之特點及方藥應用規律，臨床實證以病歷報告呈現。

研究發現煩躁與狂證在精神疾病的過程中是重要的證候，因此治療的原則即是消除這些關鍵證候。此外許多先前研究的論述是錯誤的，例如煩躁具死證之說。研究結果顯示《傷寒論》中煩躁與狂證提供了臨床上防治精神疾病的指導意義。

關鍵字：情志醫學、傷寒論、煩躁、狂

Abstract

The increasing prevalence of mental disorders is seriously affecting our society and their prevention and treatment is a very important issue. The side effects and the limited curative effects of the western medicine has created an opportunity for the Chinese medicine to treat these disorders.

Mental disorders belong to the psycho-mental medicine category of the Chinese medicine and "Shang-Han-Lun" is the classics of the Chinese medical text. The objective of this study was to seek ideas and methods in treating mental disorders through investigating the pathology mechanism of dysphoria and manic syndromes and the application of these prescriptions in the "Shang-Han-Lun. "

The present study was based on the "Kang-Ping" version and "Song" version of the "Shang-Han-Lung.". In addition, the "Shang-Han-Za-Bing-Lun, Taiwan version" was also consulted. The clauses on dysphoria and manic syndromes were first collated one by one and then the characteristics of the pathogenesis and the rules of medical application were investigated. Cases reports were used to show the results of its clinical application .

Findings from the present study indicated that dysphoria and manic syndromes were of significance in the course of mental disorders. Hence, the basic principle of treatment should be the elimination of these key syndromes. In addition, the results showed that many incorrect statements were made in previous studies such as those regarding dysphoria syndrome as a terminal illness. In conclusion, dysphoria and manic syndromes of the "Shang-Han-Lun" could provide important clinical guidance for preventing and treating mental disorders.

Key words : psycho-mental medicine, Shang-Han-Lun, dysphoria, manic

目次

中文摘要.....	i
英文摘要.....	ii
目次.....	iv
圖次.....	viii
正文目次	
第一章 緒論.....	1
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究動機.....	3
1.3 研究目的.....	6
第二章 文獻回顧.....	7
2.1 煩躁與狂證之臨床病因與精神科藥物之副作用.....	7
2.1.1 煩躁與狂證之臨床病因.....	7
2.1.2 精神科藥物之副作用.....	10
2.2 情志醫學.....	16
2.2.1 煩、躁、狂之字義.....	17
2.2.2 《內經》之情志理論.....	18
2.2.3 《傷寒論》和《金匱要略》治療情志病思想.....	20

2.3 《傷寒論》煩躁與狂證之病機研究.....	23
2.3.1 煩躁與狂證之病機.....	23
2.3.2 小結.....	25
第三章 研究材料和方法.....	27
3.1 《傷寒論》部分.....	27
3.2 臨床實踐部分.....	30
第四章 《傷寒論》版本與源流.....	31
4.1 《傷寒論》成書歷史與版本之流傳.....	31
4.1.1 成書歷史.....	31
4.1.2 版本之流傳.....	32
4.1.3 康平本與宋本《傷寒論》於日本之流傳.....	33
4.1.4 日本研究《傷寒論》之概況.....	35
4.2 康平本與宋本《傷寒論》之學術價值.....	37
4.2.1 宋本《傷寒論》現存之情況.....	37
4.2.2 康平本與宋本《傷寒論》編排之比較.....	37
4.2.3 小結.....	38
第五章 《傷寒論》煩躁與狂證之條文出處與校勘.....	41
5.1 校勘之意義與方法.....	41
5.1.1 校勘之意義.....	41

5.1.2 校勘之方法.....	41
5.2 《傷寒論》煩躁之條文出處與校勘.....	43
5.3 《傷寒論》煩躁之條文出處小結.....	72
5.4 《傷寒論》狂證之條文出處與校勘.....	75
5.5 《傷寒論》狂證之條文出處小結.....	78
第六章 《傷寒論》煩躁與狂證條文出處之詮釋.....	79
6.1 《傷寒論》煩躁出處之詮釋.....	79
6.1.1 煩躁特點及病因病機之探究.....	79
6.1.2 六病之煩躁特點.....	90
6.1.3 煩躁表現之臨床描述.....	92
6.1.4 煩躁特點之類型.....	93
6.2 《傷寒論》狂證出處之詮釋.....	95
6.2.1 狂證特點及病因病機之探究.....	95
6.2.2 六病之狂證特點.....	97
6.2.3 狂證表現之臨床描述.....	97
第七章 臨床醫案應用.....	98
7.1 本研究者有關煩躁與狂證臨床醫案之報告.....	98
7.2 其他醫師有關煩躁與狂證臨床醫案之報告.....	120
第八章 研究成果.....	127

第九章 結論.....	135
第十章 研究限制與研究之未來展望.....	137
參考文獻.....	139
附錄一：《傷寒論》煩躁與狂證相關湯方之藥物組成.....	149
附錄二：《內經》煩躁與狂證相關論述.....	151
附錄三：《金匱要略》煩躁與狂證相關論述.....	154
附錄四：康平本與宋本之書寫格式比較.....	156
附錄五：康平本中含有小字旁註與嵌註之條文.....	157

圖次

圖 3.1 研究流程圖.....	29
------------------	----

第一章 緒論

1.1 研究背景

現代人身處忙碌的工商社會，面對社會的多元化，人際關係更趨複雜，生活壓力導致精神問題日漸加重。根據主計處的國民生活指標調查，國人健康指標已連續三年出現衰退，最主要原因為精神疾病就診人次增加，2004年時，每1000人中就有248人求助於精神疾病的相關治療（施純全、黃碧松，2005）。

臨床上常見病人為精神問題所苦，或憂鬱、或焦慮、或心煩意亂、或躁狂不安，各種情緒問題或精神疾病如焦慮症、恐慌症、憂鬱症、精神分裂症、器質性精神病態等與日俱增。2006年約有199萬精神疾患就醫人數，其中約有56.6%為精神官能症患者，其次為未歸類之特殊症狀或徵候群，亦約佔總就醫人數之二成，第三位為情感性精神病，與第二位皆有20萬以上之就醫人口（行政院衛生署，2007）。

世界衛生組織將憂鬱症與愛滋病、癌症列為二十一世紀三大疾病，情緒疾患已日漸受到重視，精神醫學的重要性亦有增無減。台灣的精神專科醫院家數，已經從1995年之30家，提高到2006年之37家；同期間之精神病床數也由8368床增加為11176床（行政院衛生署，2008）。

情志失調可能誘發哮喘（金永生，2008），不良情緒亦會導致罹

患許多疾病，如後頸、胃、結腸、頭皮、血管和骨骼肌的疼痛，甚至皮膚疾病 (Schindler, 2003/2007)，此乃因心理問題引起生理失衡。也有因其他生理病痛引起精神症狀，如因高熱導致神志不清、譫語躁動 (王秀珍、顧為琰，2000)，表情痛苦、煩躁不安 (鄭攀，2007)；流行性感冒發熱見煩躁 (許健，2001)；無汗症伴有口渴心煩 (劉慶芳，2006)；小兒水腫致心中煩躁不安 (蕭佐桃、唐眾瑞，2006) 等等，身心問題相互影響，互為因果。

煩躁是臨床常見症狀，古今中西皆然，可表現於各種疾病，有時為伴隨症狀，有時也是病人的主訴。煩躁往往是暴怒的開始 (王彥恒，2003)，嚴重者則躁狂發作。情緒控制不當而傷人或自戕的不幸事件經常登上媒體版面，其造成社會之傷害及生命品質之影響甚劇。

根據世界衛生組織報告預測，到2020年時，全球十大死因當中，自殺將排名為第九位 (在已開發國家為第八位)；而台灣每10萬人口之自殺死亡率，也已經從1993年之6.2人，提高到2006年之19.3人，2007年雖降為17.2人，但仍連續11年擠進國人十大死因之列 (行政院衛生署，2008)。

鑑於社會轉型，人際關係疏離與社會支持系統之薄弱，社會心理問題日益增加，精神疾病之預防及心理健康之提升，成為亟需重視之課題。

1.2 研究動機

1950年起，精神病人的病況隨著精神科藥物的發明有了很大的改變，但這些藥物僅能治療部份的精神症狀(如幻覺、妄想、激躁、敵意等)，對於病人的負性症狀(如憂鬱、退縮等)卻鮮有貢獻；此外，這些藥物所引發的急性肌肉緊張、手抖、身體僵硬、和坐立難安等錐體外徑症候群(extrapyramidal symptoms)，所帶來的痛苦和不適，常迫使部份病人和家屬因為害怕藥物的副作用而拒絕進一步的治療(曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌，2005)。

傳統抗精神病藥物常見的副作用有：錐體外徑之副作用、痙攣之副作用、心臟血管系統之副作用(如血壓下降、心律不整等)、抗膽鹼激素之副作用(周邊之副作用有口乾、舌燥、便秘、解尿困難、排汗困難、視力模糊、怕光等；中樞之副作用有激躁不安、無定向感、抽筋、發高燒、幻覺等)、內分泌之副作用(如胸部乳房變大)、血液方面之副作用(如貧血)、皮膚方面之副作用(如過敏性皮膚炎、光敏感等)、性方面之副作用(如陽痿、射精困難等)、眼科方面副作用(如視網膜不可逆的色素沉積)等(施純全、黃碧松，2005)。

1980年後期，新一代抗精神病藥物陸續被發現可以同時治療正性和負性的精神症狀，並且降低錐體外症候群的發生，被稱為非典型抗精神病藥物(atypical antipsychotics)，又稱為第二代抗精神病藥

物。目前這些藥物已被證實對精神分裂症、憂鬱症、躁症、藥物引起的精神病(drug-related psychosis)、以及焦慮症等多項疾病的治療有著顯著的成效。近年來，精神病人在服用第二代抗精神病藥物後，雖然錐體外症候群的副作用減少了，但卻造成病人的體重增加，同時也合併有糖尿病、高血壓、心臟病等問題(曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌，2005)。

第二代抗精神病藥物有八種新藥，包括 amisulpride、clozapine、olanzapine、quetiapine、risperidone、sertindole、ziprasidone 及 zotepine，其最引人注意的副作用亦有八種之多：體重增加、血糖及三酸甘油脂調節異常及糖尿病形成、泌乳激素升高及性功能障礙、錐體外徑症候群、思睡和流口水情形、抗膽鹼素作用、心臟傳導阻滯、腦電波異常及誘發癲癇(施純全、黃碧松，2005)。故在選擇第二代抗精神病藥物治療患者時，要將各種不同藥物副作用的影響及風險列入評估(林立寧、何曉旭、林信男，2004)。

精神醫學雖漸受重視，許多精神疾病在接受西醫治療後亦得到了一定程度的控制，但在臨床治療和康復上仍存有許多問題，如西藥的副作用、療效的侷限性等。因此中醫治療精神疾病重新獲得重視，許多國家也希望在醫療工作方面，得到傳統醫學的幫助(王彥恒，2003)。

中醫發展成熟於漢代，理應稱為「漢代醫學」，本研究欲探討漢代醫學有關精神症狀之問題及治療方法，思索臨床上古今精神疾患之差異性。而《傷寒論》為漢代醫學之代表作，故就《傷寒論》中有關「煩躁」與「狂」之條文，依證候來討論其病因與病機，理法方藥，希望能有助於精神疾患之臨床治療。

本研究之動機在於試從《傷寒論》之「煩躁」與「狂」機理探討與方藥運用，得到一些治療精神疾患的思路與方法，盼對日漸增加之精神異常者在治療上有所助益。

1.3 研究目的

依據研究動機，本研究有三個主要目的：

一、探討《傷寒論》中有關「煩躁」與「狂」的所有條文，個別分析其病因與病機，藉以了解其病狀、脈象等證候之理論基礎，以用於指導臨床。

二、將《傷寒論》中「煩躁」與「狂」的相應方藥，根據辨證論治與本研究者之臨床實證作一對照探討，以建立中醫實證醫學。

三、發揮自然醫學「使用不帶侵害性的天然藥物」之治療理念，提供精神病人在接受化學藥物治療方法之外，一個既有效又無害的醫療選擇。

第二章 文獻回顧

2.1 煩躁與狂證之臨床病因與精神科藥物之副作用

2.1.1 煩躁與狂證之臨床病因

一、醫源性病因

在中國有一些臨床報告指出，許多藥物會產生煩躁現象。例如有一35歲男性，胃癌根治術後接受化療，同時靜滴胃復安止吐，之後出現煩躁不安、倦怠無力（韓靜、劉輝，2006）。又有16例住院患兒應用氨茶鹼而致煩躁，經停用氨茶鹼或調整用量、用法後煩躁消失（劉雪成、盧言、平耿昌，2000）。

此外，全身麻醉術後病人在意識恢復階段，也常出現不同程度的煩躁，中國對此頗為重視，常有統計報分析報告。例如，全麻術後病人500例，男328例，女172例，年齡20-70歲，體重45-95公斤，其中48例發生煩躁（李莉、高大雁，2004）。全麻術後病人1500例，男958例，女542例，年齡15-65歲，體重45-95公斤，其中157例出現煩躁（占10.5%）。疼痛、尿管刺激、缺氧、麻醉藥物副作用、性格與血型等都可引起煩躁，其中切口疼痛是引起術後煩躁的常見原因，在157例煩躁病人中，68例（占43.3%）是疼痛引起的（朱紅、逢春霞、魏豔敏，2001）。

二、疾病自有症狀

有很多精神疾病本身即以煩躁或狂證來表現。例如焦慮症是以緊張不安、驚恐難耐、持續或反復發作為主，伴有心理、行為、身體變化的一組症候群；其中心理變化有興奮不已、思想專注集中於某事、煩躁不安及思維方式改變（薛蕾、薑錫斌，2003）。本病屬中醫驚悸、不寐、鬱證等範疇。

有一研究探討首發精神分裂症早期症狀出現順序的分析結果：發生率大於50%，持續時間超過六個月的早期症狀有：敏感多疑、社交能力減退、古怪的想法、變內向、煩躁等；超過一年的早期症狀有敏感多疑、古怪的想法等（劉海燕、趙靖平，2003）。這些精神分裂症的早期症狀，對早期鑒別和理解精神分裂症的發展過程有一定意義。

除了精神疾病之外，有許多身體方面的疾病亦會產生煩躁或狂證，可能是危症指徵，不可輕忽。例如煩躁可作為心血管疾患的早期偵測，臨床醫師在照顧有心血管疾患危險的病人時，需要對病人躁動不安的肢體動作、不尋常的臉部表情，要有敏銳感。

有二例腦中風以精神異常為首發症狀：有一59歲男性，左側肢體無力三小時入院，發病後精神稍差，略煩躁，頭顱CT（computed tomography）顯示左側丘腦出血破入腦室，入院後，精神症狀漸加重，間斷出現躁動、幻覺及譫妄；另一80歲男性，主因右側肢體無力10天伴精神異常一週入院，頭顱CT顯示左丘腦梗死，住院期間精神症狀

突出，坐立不安、不能入睡、有時謾罵（史萬英、閔鶴立，2001）。

心肌梗塞之患者，其劇烈胸痛是引起煩躁不安的首要原因；此外因患者在急性期需要絕對臥床休息，限制活動量，致腸蠕動減慢而易出現腹脹、便秘，亦會煩躁不安（孫秋紅、劉喜梅，2003）。煩躁不安則不能好好配合治療，有導致心肌梗塞範圍擴大，甚至引起嚴重併發症而猝死的危險，故妥善處理好患者的煩躁不安，是心肌梗塞患者護理中的重要課題。

婦女更年期綜合徵臨床主要表現為月經紊亂，白帶異常，性慾減退，潮熱汗多，頭暈目眩，失眠健忘，倦怠乏力，食慾減退，噁心，便秘，腹痛腹瀉，胸悶心悸，煩躁易怒或抑鬱多慮等（楊建宏，2001）。本病患者除了軀體症狀外，往往有明顯的精神症狀，情緒波動較大。

有一臨床分析指出，額、顳葉腦挫裂傷易並發狂躁型精神障礙（占16.2%），稱為腦外傷精神病，但其病理機制並未完全清楚（楊德平、李曉良，2007）。該比例應引起臨床神經外科醫師足夠的重視。

孟年文（2003）亦認為顱腦損傷引起的精神損害臨床多見，但外科醫師未予重視，常誤診漏治；在收治45例中發現主要的狂躁性精神症狀有煩躁不安、狂呼亂叫、自控能力下降、易激怒、性格暴躁、行為衝動、傷人毀物、不配合醫務人員、拒絕治療。

張巍巍和劉學文（2003）於三個病例中發現，腦卒中發生後症狀

很快出現，主要表現為大聲喊叫，哭鬧不止，不服從管理；且患者病前性格急躁好強，一旦腦卒中，受打擊較大，易生恐懼心理，而出現狂躁型精神障礙。

三、小結

煩躁與狂證是許多精神疾病的核心證候，為相當重要的病理現象，屬於衝動性（impulsivity）的行為。一些可能導致意外、造成身體傷害等不利健康的舉動，譬如自殺、暴力、物質濫用、病態性賭博等問題的發生，往往與衝動性密切相關，造成社會經濟負擔（吳其炘、廖士誠、李宇宙，2005）。

臨床上引起煩躁與狂證的原因很多，有的甚至危及生命，臨證不可掉以輕心。必須通過嚴密觀察與綜合分析，確定其煩躁的原因後再處理，如果判斷失誤或盲目應用鎮靜劑，有時會掩蓋症狀，延誤治療，甚至造成不可挽回的後果。

2.1.2 精神科藥物之副作用

一、體重增加

肥胖與心血管疾病、高血壓、高血脂、糖尿病等代謝性疾病有關，是罹患慢性疾病之主要危險因子，有愈來愈多的報告指出第二代抗精神病藥物可能會造成病人的體重增加（曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌，2005）。

有一研究調查長期住院（半年以上）慢性精神病患（包括精神分裂症、情感性精神病、妄想症、其他器質性精神病狀態或非器質性精神病）BMI $\geq 24\text{kg}/\text{m}^2$ 之盛行率，有效樣本數計1030人，其盛行率為66.1%，較台灣一般民眾為高（藍毓莉、徐祥明、劉文健、曾洙荔、平烈勇，2006）。體重增加可算是醫源性（iatrogenic），建議在選擇第二代抗精神病藥物治療患者時，各種不同藥物對體重的影響應該要列入考慮（林立寧、何曉旭、林信男，2004）。

控制體重可以減少病人因肥胖所產生的身體心像（body image）改變、低自尊、退縮、甚至自行停藥等問題，亦能避免病人得到糖尿病、高血壓、心臟病等慢性疾病。減少住院天數，進而減少精神科用藥，對引起體重過重問題，有降低之意義。

二、惡性症候群

抗精神病藥物惡性症候群（neuroleptic malignant syndrome, NMS）這個名詞首次於1968年被學者提出，在臨床上使用高效力的抗精神病藥物後，患者出現高體溫、肌肉僵硬，以及自主神經失調等臨床症狀，其死亡率約4%-22%。一般相信造成NMS的可能機轉，是中樞系統的多巴胺活性被阻斷所造成（林承昌、林志強、譚立中，2006）。

有一位智能障礙患者因抗精神病藥物治療後引發惡性症候群，而產生四項護理問題：潛在危險性肺吸入、體溫過高、自我照顧能力缺

失、潛在危險性皮膚完整受損（詹淑貞、鄒綉菊、游文瓊，2007）。

三、運動異常

長效注射針劑flupentixol decanoate在某些急性慢性精神病人較口服抗精神病藥物更為適用，但會引起遲發性運動異常（tardive dyskinesia, TD）。有一臨床分析，檢視261位接受flupentixol decanoate治療的病人，評估其發生不正常運動程度，包括口面部、上下肢和步伐時等。結果發現54位(20.7%)具有遲發性運動異常，男性有15位(28.3%)，女性39位(18.7%)，並顯示其嚴重程度和服用精神病藥物劑量的大小、時間的長短成正相關性(Liou, Fang, & Hsu, 2006)。

另一雙極性疾患男性個案，使用quetiapine治療後出現遲發性運動異常情形。一51歲男性雙極性第一型疾患患者，服用quetiapine五個月後開始出現反覆不由自主地吸氣、扮鬼臉等動作，停用quetiapine後上述症狀明顯改善；之後個案至另一家醫院追蹤，再次開立quetiapine，上述症狀惡化，停藥後三週症狀明顯改善。顯示quetiapine的使用與遲發性運動不能的發生可能相關，臨床上仍需留意(Chen, Yeh, & Lin, 2008)。

紅核顫抖症（rubral tremor）是一種少見的運動疾患，它的發生通常和中腦的病變有關，其特徵主要為低頻率的顫抖出現在靜止狀

態、肌肉收縮產生動作時以及維持固定姿勢時。有一例年輕躁症個案使用抗精神病藥物risperidone治療，產生單側肢體紅核顫抖症，其症狀的產生與其原本未發現之單側中腦病灶及使用risperidone有關；當停用risperidone後，單側肢體紅核顫抖症狀逐漸緩解。故以risperidone治療躁症，對原本腦部有器質性因素之個案需小心使用以降低此類副作用之產生（Shen, Chen, Peng, & Lin, 2005）。

四、精神症狀

有一病例報告，一位37歲男性，經診斷為慢性合併急性發作精神分裂症，住院期間接受ziprasidone的治療，10天後，該患者出現躁症症狀，包括誇大愉悅情緒、誇張自信、睡眠慾求減少、說話過多、及活動量過高；將ziprasidone停掉，換成risperidone後，輕躁症狀消失(Chen, Mao, Chang, & Shiah, 2006)。

另一病例報告，一位20歲男性精神分裂症患者，18歲時因精神症狀持續且出現錐體外路徑副作用，故立即停用sulpiride，轉用quetiapine；使用quetiapine 七天後，個案出現躁症症狀。出現躁症症狀兩週後，停用quetiapine。停用quetiapine 兩週後，躁症症狀完全消失（Lai, Chan, & Sun, 2005）。

一位31 歲男性精神分裂症病患因難治之幻聽及關係妄想而接受clozapine 治療，維持治療四年五個月後，產生反覆檢查之強迫症狀

(obsessive symptoms)，造成本身情緒上之痛苦，家庭關係緊張，且無法從事家中經營之小吃店工作；經轉換藥物，四週後其精神症狀及強迫症狀均改善，並回復部分社會功能。強迫症狀對於本例病患之社會及職業功能有明顯影響，此精神官能症狀可能成為除了體重控制、新陳代謝障礙、血液動力學之外，影響病患整體健康及治療順從性的重要課題（蔡忠志、楊斯年、譚立中，2004）。

Zolpidem被認為是安全且有效的安眠藥，但有一病例報告發現10位個案使用此藥之後，出現精神症狀副作用，其中3位出現失憶(amnesia)、3位出現夢遊(somnambulism)、3位出現譫妄(symptoms of delirium)、1位出現精神病性症狀(psychotic symptoms)；而且有2位病患在夢遊時對家人造成身體傷害。所有個案在使用zolpidem之前，並無失憶、夢遊、譫妄或精神病性症狀病史，停止使用之後，全都不再復發(Kuo, Hwu, & Lin, 2006)。

四、其它副作用

有一臨床護理報告，一位精神分裂症患者急性期住院期間，服用risperdal、clozapain、olanzapine造成強烈副作用；經整體性護理評估，發現個案有呼吸道清除功能失效、感覺知覺改變、思考過程改變、睡眠型態紊亂、知識缺失等五項護理問題（石欣蓓、陸秀芳、張幸齡，2008）。

抗精神病藥物時有被報告與心臟毒性及不明原因的突然死亡案例有關，心臟自律神經功能失調或許造成服用抗精神藥物的精神分裂患者的心律不整(Chen, et al., 2006)。

躁鬱症好發於女性的生育年齡，有一關於懷孕及產後期間治療躁鬱症之回顧性研究，認為懷孕期間用藥原則以使用單一種藥物，避免多重用藥，使用最低有效劑量及選擇造成器官畸形較少的藥物為主（沈裕智、陳紹基，2005）。

五、小結

傳統抗精神藥物副作用很多，而近10年來新藥的副作用亦陸續浮現，對病人的傷害，在臨床上依然造成困擾。張文和（2005）將精神分裂症治療的主要選藥原則歸納成五個方面，即療效、副作用、價格、方便性及藥物對受體影響的「由簡而繁」之先後用藥順序；其中以藥物的安全性（副作用）最為重要；而副作用中又以是否會引起代謝性疾病為首要考量因素，其他如錐體外徑症候群、高泌乳素血症引起之性功能障礙、以及心室性傳導障礙也是選藥的參考標準。

2.2 情志醫學

情志病係指發病與情志刺激有關，而具有情志異常表現的病證，煩躁與狂證皆歸於中醫情志醫學範疇。煩躁始見於《內經》，《素問·至真要大論》云：“少陽之復，大熱將至……，心熱煩躁”（王彥恆，2003）；而狂之病名最早記載于《尚書·微子》中“我其發出狂”，表示在殷末（約西元11世紀）已對狂病有初步認識（王彥恆，2003）；狂證之精神病態嚴重程度較煩躁更甚。

狂是精神病的一種類型，多因七情鬱結，五志化火，痰蒙心竅所致，症見少臥不饑，狂妄自大，甚至怒罵叫號，毀物毆人，越牆上屋，不避親疏，力大倍常（李永春，1993）。可見狂病具有明顯的、引人注目的臨床表現與特徵，與現代精神醫學所謂的「情感性精神障礙躁狂發作」相當類似。

古代對狂病有多種稱謂，如“狂”、“狂疾”、“風狂”、“狂妄”、“狂病”、“狂證”、“狂症”等。此外有癲狂癩不分者如“癲狂”、“狂癲疾”、“癩狂”；有軀體疾病伴發精神障礙者如“驚狂”、“如疾”、“發狂”；有以病機命名者如“熱狂”、“陽狂”、“虛狂”；有以症狀命名者如“狂越”、“狂言”、“狂走”（王彥恆，2003）。可見中醫學對狂病的認識歷史悠久，而症狀描述生動而豐富。

《內經》中多單稱“狂”，其既是症狀名稱，亦是疾病名稱，且有專篇探討。《靈樞·癲狂》對狂病的病因症候有詳實的記載，如“狂始生，先自悲也，喜忘、苦怒、善恐者，得之憂饑”；“狂始發，少臥不饑，自高賢也，自辨智也，自尊貴也，善言詈，日夜不休”；“狂言、驚、善笑、好歌樂、妄行不休者，得之大恐”；“狂，目妄見、耳妄聞、善呼者，少氣之所生也”；“狂者多食，善見鬼神，善笑而不發於外者，得之有所大喜”（程士德，1994）。《難經·第五十九難》亦提到：“狂疾之始發，少臥而不饑，自高賢也，自辨智也，自貴倨也，妄笑，好歌樂，妄行不休是也”（黃維三，1994）。此段論述，為後世研討本病奠定了理論基礎。

此外，《素問·生氣通天論》云：“陰不勝其陽，則脈流薄疾，並乃狂”（程士德，1994）。及《素問宣明五氣論》云：“邪入陽則狂”（王彥恒，2003）。則說明陽盛是狂病的重要病因。

2.2.1 煩、躁、狂之字義

“煩”者從火字從首字，頭部被邪熱所擾也，故《說文解字》言：「煩，熱頭痛也。」（鍾宗憲，1998）。即煩之本義為發熱頭痛，由本義加以引申，煩有多而亂之意，形容氣悶的意思，意即心中苦悶不快樂。

“躁”者，《說文解字》言：「躁，疾也。」（鍾宗憲，1998）。

由動作及急急引申為急動之義，形容性急狀（雷飛鴻，2003），故《文心雕龍》將躁用於形容“急迫”之狀。《台語彙音》則言躁為：「急動躁暴不安也。」（陳寶興，1998）。

“狂”者，《說文解字》言：「狂，狺犬也。」（鍾宗憲，1998）。由瘋狗引申為猛烈、誇大、輕率躁妄、放蕩等義（雷飛鴻，2003）。

《台語彙音》則言狂為：「燥妄也。」（陳寶興，1998）。

從疾病面向解釋，胸中熱鬱不安為「煩」，手足擾動不寧為「躁」，煩與躁常並見並稱，可見於內傷、外感多種疾病，且有虛實寒熱之分；「狂」證則見少臥、狂妄、怒罵、毀物、毆人、不避親疏等，故狂證已有瘋癲、精神失常之態。《本草思辨錄》云：“煩出於心，躁出於腎。”成無己說：“煩為熱之輕者，躁為熱之甚。”《東垣十書》云：“大抵煩躁者，皆心火為病。”（王彥恒，2003），此則對煩躁作了簡要的描述。

2.2.2 《內經》之情志理論

一、情志之內涵

情志即情緒表現與心志活動，包含七情和五志。七情包含喜、怒、憂、思、悲、恐、驚；五志則為怒、喜、思、悲、恐。

此外尚有“魂”、“神”、“意”、“魄”、“志”、“智”、“慮”，“躁”、“煩”、“苦”、“樂”、“夢”等豐富的記載。

二、情志之生理

《素問·陰陽應象大論》有“人有五臟化五氣，以生喜怒悲憂恐”之說，闡明瞭情志以五臟之精為物質基礎。五志與五臟的關係亦如《素問·陰陽應象大論》所云：“心在志為喜”、“肝在志為怒”、“肺在志為憂”、“脾在志為思”、“腎在志為恐”（周傑、趙文景，2007）。

《靈樞·平人絕穀論》云“五臟安定，血脈和利，精神乃居”，《素問·六節藏象論》云：“五味入口，藏於胃腸，味有所藏，以養五氣，氣和而生，津液相成，神乃自生。”故可透過調節形體物質功能而治療情志異常性疾病（胡蘭，2005）。

三、情志之病理

當外界刺激太過劇烈、突然或長期持久，致臟腑功能紊亂，經絡不利，氣血運行失調，而百病叢生，故《素問·舉痛論》云：“百病皆生於氣”；而《靈樞·本神》云：“心忪惕思慮則傷神，神傷則恐懼自失，破菌脫肉，毛悴色夭”，則屬情志太過損傷五臟之神、精而出現的身心俱病的疾病（周傑、趙文景，2007）。

情志失調後，形成氣、血、痰、火、瘀等病理變化，而分為氣機性病理、血性病理、痰邪病理、火邪病理、瘀阻性病理，其中《素問·舉痛論》有“怒則氣上，喜則氣緩，悲則氣消，恐則氣下，驚則氣亂，

思則氣結”的氣機性病理總結，而《素問·至真要大論》更有“諸躁狂越，皆屬於火”的生動描述（王彥恒，2003）。

形體物質的功能紊亂也可產生異常的情志活動，導致精神疾病的發生，如《素問·調經論》所云：“血有餘則怒，不足則恐”；而異常的情志活動，可引起臟腑、氣血、經絡的損傷而致疾病的發生，如《靈樞·百病始生》所云：“喜怒不節則傷臟”（胡蘭，2005）。此為形體物質與情志活動的相互作用。

2.2.3 《傷寒論》和《金匱要略》治療情志病思想

《傷寒論》和《金匱要略》，記載了大量外感和內傷疾病中的情志變化，《金匱要略》更提出了“奔豚”、“百合病”、“臟躁”等具體情志病的名稱。《金匱要略》雖非出於張仲景，但其內容同《傷寒論》多祖源於華佗（陳森和，2008），二書且制定了方劑，為後世情志病症的治療奠定了基礎。

一、治療法則

張仲景相當重視“心—身”間的密切關係，《傷寒論》中所內含的關於“陰陽”間勝負消長、交濟互根關係與“心—身”疾病間相關性的闡發，提供了一套極具實用價值的臨床心理狀態調適法則，不論學習或研究，皆可把握“從陰”、“從陽”、“從陰陽”三個原則（曹峰祥，2007）。從陰原則即溫熱藥物之應用，如桂枝附子湯證、白通

湯證等含附子之湯方；從陽原則即寒涼藥物之應用，如大承氣湯證、調胃承氣湯證等含大黃之湯方；從陰陽原則即同時應用寒熱藥物，如附子瀉心湯等同時含有附子與大黃之湯方。

情志疾病易伴隨失眠現象，《傷寒論》和《金匱要略》創制了治療失眠的有效方藥。武永剛與亢連茹（2004）將其治療失眠證之組方配伍歸納為以下七法：1、清宣鬱熱，除煩安神2、交通心腎，降火安神3、養陰清熱，利水安神4、滋陰清熱，潤燥安神5、養血調肝，寧心安神6、益心潛陽，滌痰安神7、和解樞機，重鎮安神。

張葦航（2003）則將治療情志病症的原則和方劑分為以下四種：

（一）以小茈胡湯類方治療氣機鬱滯型情志病症

氣機不調是導致情志疾病最根本的因素，外邪入裡或七情過度往往會影響氣機的流通而出現心煩，甚則驚狂等情志症狀。

（二）以承氣湯類方治療瘀熱互結型情志病症

隨著病邪深入，或傳腸胃或入血分，此時出現情志的變化，說明疾病已在較嚴重的階段，症見便秘、潮熱伴有神昏、譫語。

（三）以百合地黃湯類方治療陰虛內熱型情志病症

《金匱要略》中所描述的百合病是一類以情志變化為主的疾病，其症為“意欲食復不能食，常默默，欲臥不能臥，欲行不能行。飲食或有美時，或有不用聞食臭時。如寒無寒，如熱無熱。口苦，小便赤，

諸藥不能治，得藥則劇吐利。如有神靈者，身形如和，其脈微數”。

（四）以桂枝湯類方及四逆湯類方治療陽虛神亡型情志病症

桂枝湯有調和營衛氣血，進而調和陰陽的廣泛作用。若陰寒之邪大盛而致亡陽急證，在此階段出現煩躁，或“但欲寐”的精神萎靡不振的現象，當以含附子之湯方回陽救逆。此類情志變化多出現在疾病的危重期，臨床當注意辨證，不可單認為是情志病而延誤病情。

二、小結

綜上所述，情志疾患可分為外感和內傷雜病兩大類。《傷寒論》以外感病傳變過程中導致的情志症狀為主，而《金匱要略》多記載了情志內傷的疾病，治療上多以和解調氣作為基礎，外感所致的情志病以祛邪為主。仲景對於情志疾病的產生、分類尚未形成系統，但其所創立的治療原則和方劑為癲、狂、鬱、失眠、煩躁等各種情志疾病的辨治奠定了基礎，值得進一步探討和研究。

然本研究聚焦於煩躁與狂證，暫時先以《傷寒論》內容為研究範圍，不涉及《金匱要略》部分。

2.3 《傷寒論》煩躁與狂證之病機研究

2.3.1 煩躁與狂證之病機

韓鳳英、付振傳（2003）探析煩躁之病機，體認到本證的致病因素是複雜的，陰陽寒熱虛實皆可導致。且認為煩屬陽，躁屬陰；不經誤治而煩躁者多為實證，誤治而致煩躁者多為虛證；久病見煩是陽氣來復之象，陽衰之體出現躁證又是陽氣欲脫之癥。而將病機歸納為五點：1、外邪鬱閉致煩躁，多見於太陽、少陽病過程中 2、裏熱實邪致煩躁，多見於陽明病過程中 3、陰虛陽亢致煩躁，多見於少陰熱化證過程中 4、陽氣虛脫致煩躁，多見於太陽病誤治或三陰病過程中 5、虛實寒熱錯雜，氣血紊亂致煩躁。

蔡勝彬、趙學平（2002）亦體會出表邪不解、裏熱內盛、陽氣虛衰、正復邪退、邪盛正衰等因素均可導致煩躁。陳海勇、房傳略（2005）經過對條文分析，更將煩證病機分為九類：1、鬱熱不解 2、餘熱擾膈 3、熱羈陽明 4、熱鬱少陽 5、陽虛失撮 6、陰虛火旺 7、水濕痰飲 8、陰陽兩虛 9、蛔擾胸膈。

陳元品（2003）對煩躁的病機分類論述更為詳盡，共細分為十九項：1、邪鬱在表，正邪相爭 2、風寒外束，熱鬱於裏 3、誤治傷津，津不化氣 4、餘熱留戀，胸膈被擾 5、誤治火逆，損傷心腎之陽 6、火逆壞證，陽熱內擾 7、熱留胸膈，邪結成實 8、寒熱錯雜，升降失

常 9、寒實在胸，鬱遏氣機 10、陽明熱盛，津氣兩傷 11、濁熱內聚，神明受擾 12、脾胃虛寒，濕濁中阻 13、邪客少陽，膽火上擾 14、陰寒內盛，虛陽上擾 15、陽傷陰盛，濁陰上逆 16、陰虛陽亢，水火不濟 17、陰虛內熱，水熱互結 18、寒熱錯雜，蛔蟲內擾 19、判斷疾病的轉歸及預後。

以上對煩躁病機之探究，雖體認豐富，卻有分型過細，弄簡為繁之敝。唐曉波（2005）則依六病將煩躁證分類如下：1、太陽煩躁證 2、陽明煩躁證 3、少陰煩躁證 4、厥陰陰虛陽盛煩躁證；另增一表邪傳裡煩躁證。此分類方式合乎《傷寒論》辨證之思惟模式，臨床較易掌握。

在臨床上的指導意義方面，王善金（2005）探求煩躁的實質，有三點體會：1、提示病機 2、預示轉歸與傳變 3、警示危重之證。治療原則以扶正祛邪、調整陰陽為大法，結合寒熱虛實而辨證論治。三陽病煩躁多熱多實，宜清瀉邪熱；三陰病煩躁多虛多寒，宜溫陽補虛。

胡江華（2005）對“煩”的認識體會亦有三點：1、煩有程度輕重不同 2、煩有病因病機不同 3、煩字有指導臨床用藥作用。杜治琴、楊並鋒、楊傳溫（2005）則將煩躁的條文，依臨床意義總結出四點：1、因煩躁證的出現而直接指導著臨床治療的條文 2、因煩躁證的出現作為主要辨證參照證的條文 3、因煩躁證的出現而提示病理辨證的

條文 4、因煩躁證的出現而直接指導臨床預後的條文。

黃成漢（2003）認識到張仲景用煩躁一證來說明發病的緩急；說明病變的部位或臟腑；以及作為病變由表入裏，由太陽傳陽明的一個重要的觀察指徵等。姜潤林（2006）則以煩證探析《傷寒論》的運動傳變觀，體認到煩證在推斷疾病的演變、轉歸與預後，有四個意義：1、識演變，達到去偽存真 2、辨轉歸，實現截斷病勢 3、測向愈，無礙正氣來復 4、悉不治，以防不測之變。

在直接指導治則治法與用藥方面，戰麗彬、劉莉、田贊（2007）從保陰存津法論治煩躁，歸納為除煩八法：1、清熱保陰除煩 2、扶陽益陰除煩 3、回陽救陰除煩 4、存陰和胃除煩 5、養營護陰除煩 6、育陰瀉火除煩 7、滋陰潤補除煩 8、顧陰利水除煩。本研究認為此治法分類亦有過於繁雜之弊。

陳新淦（2004）認為煩證有虛有實。實者宜以清心瀉火為要，藥選石膏、黃芩、梔子類苦寒之品；虛者宜滋宜補溫，藥擇附子、乾薑、阿膠、雞子黃之輩。但虛實之中，頗多兼雜，宜觀其所染分而治之。

2.3.2 小結

中國研究《傷寒論》煩躁與狂證著重於病因與病機之理論，雖體認豐富，卻分型過細，弄簡為繁，臨床不易掌握。又宋本《傷寒論》夾雜許多衍文與後人註解，已非仲景原貌，以致醫家誤解，例如「太

陽傳陽明」、「蛔蟲內擾」、「熱結膀胱」等錯誤論述，而臺灣則較少以煩躁或狂證命題研究。近年來精神疾病患者增加，本研究者認為台灣醫界應多注意此命題之研究。

第三章 研究材料和方法

3.1 《傷寒論》部分

一、材料

本研究宗康平本《傷寒論》(大塚敬節收藏之傳抄手稿影印本，見於大塚敬節所著之《傷寒論解說》)，而與宋本《傷寒論》(見於劉渡舟主編之《傷寒論》校注)對校，並另參酌《傷寒卒病論台灣本》(陳焱和，2008)。(依據這些版本的理由，見第四章論述)

其他有關《傷寒論》之古典醫籍有《千金要方》、唐本《傷寒論》(即千金翼方中的卷九和卷十)、《脈經》、《仲景全書》、成本《傷寒論》(即成無己編著之《注解傷寒論》)、《金匱要略》等。關於語言、字義、聲韻方面的參考書籍則有《說文解字》、《台語彙音》。

另外蒐集歷代中醫醫家的觀點及近代中醫學的研究等相關文獻，如近代中醫學論著、日本漢方醫學家著作、中國與台灣中醫藥期刊等。期刊論文蒐集近10年之資料，期能反應最新之研究成果。

二、方法

採逐條文分析方式，先行校勘煩躁與狂證之相關條文，再探究其病因病機之特點及方藥應用規律，最後再綜合歸納與總結。其中採用詞意、語法、訓詁、修辭等方法，並利用醫史文獻學、聲韻學、版本學、校勘學、語言文獻學、史料考據學等，透過上下文求索其義。

校勘部分先將宋本《傷寒論》中含有「煩」、「躁」、「狂」等字眼的條文列出，並於每條條文後附上宋本序號，再與康平本《傷寒論》相應之條文對校，將康平本中 13 字一行之後人追論與小字旁註、嵌註從宋本中剔除；其次將不符合《傷寒論》書中語法，疑屬後人論述之文字剔除。此外，將屬於雜病之條文歸建於《金匱要略》而不予討論；語義雜亂不清者，亦不予討論。最後再以病機角度，將條文修正為較合乎仲景原意者。

校勘修正後的條文於第六章，詳細探討煩躁與狂證之病因病機，並詮釋其臨床特點，掌握相關方藥之應用時機。(研究流程如圖3.1所示)

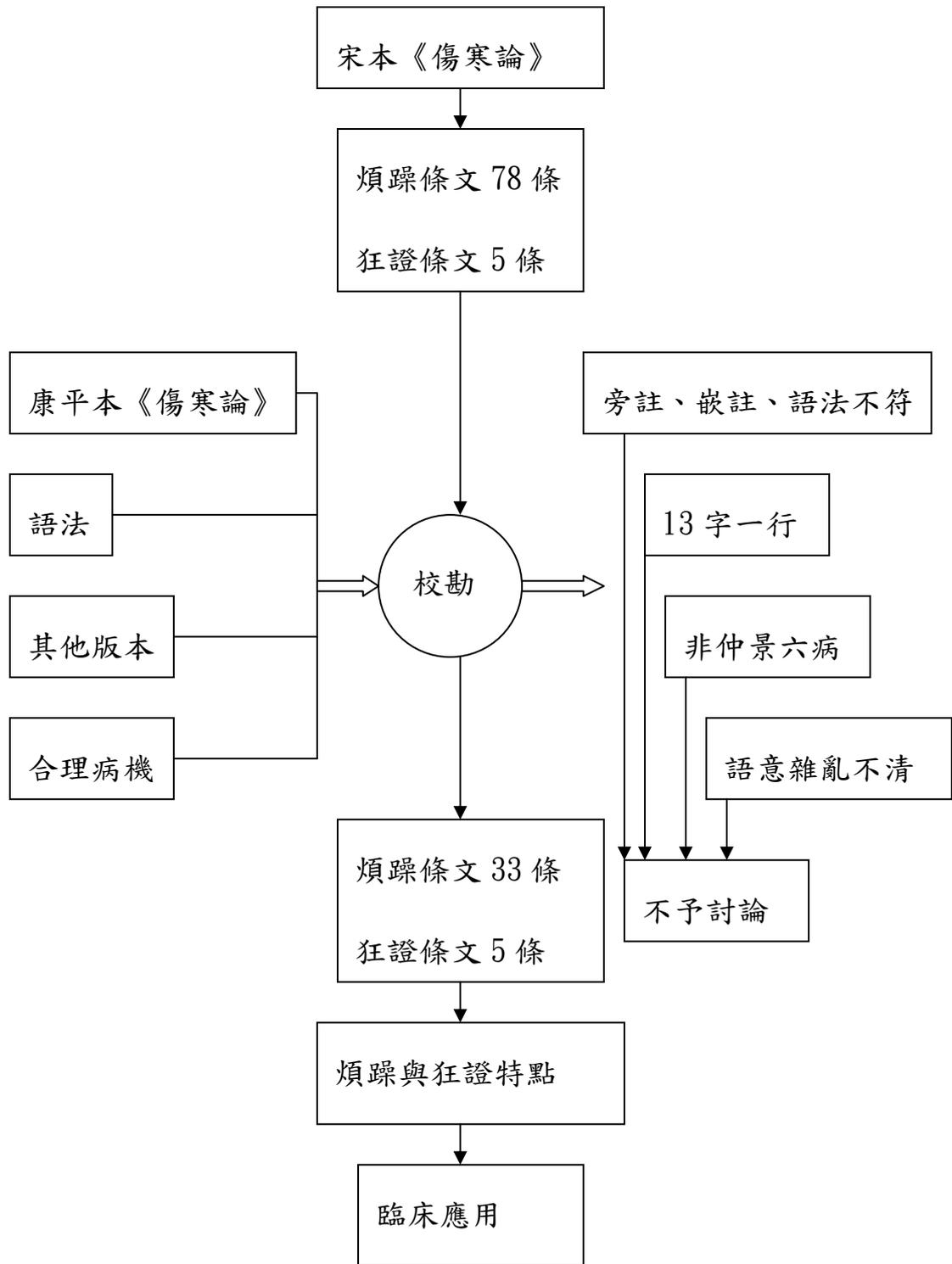


圖 3.1 研究流程圖

3.2 臨床實踐部分

研究對象：有煩躁與狂證表現之患者

研究材料：國內合格（GMP，Good Manufacturing Practice）藥廠生產之濃縮科學中藥粉末

研究地點：本研究者開設之中醫診所

資料分析：以病歷報告呈現（病歷報告另外整理投稿於《台灣中醫臨床醫學雜誌》、《明通醫藥雜誌》、《新醫藥週刊》、《中醫會訊》、《屏東縣中醫師公會會訊》）



第四章 《傷寒論》版本與源流

4.1 《傷寒論》成書歷史與版本之流傳

4.1.1 成書歷史

《傷寒論》作者為張仲景，名機，東漢末年南郡涅陽人，生卒年代約為西元 150-219 年（李培生，1999）。此書約撰成於建安七年八年（西元 202、203 年）（錢超塵，1993）。

張仲景除了自己長期累積的醫療經驗外，更編輯、總結漢末以前各重要醫書，其中《伊尹湯液》（或稱為《湯液經法》）構成了《傷寒論》的主體內容，然而《伊尹湯液》在三國之末齊梁之前（西元 265-502 年）已經遺失（錢超塵，1993）。張仲景為神農本草一派學術論點，則源出自民國謝觀《中國醫學源流論》，此書考證了《傷寒論》與《神農本草經》之關係（許國敏、張橫柳，2006）。

張仲景之著作最早見於《隋書·經籍志》，有《張仲景方》十五卷、《張仲景辨傷寒》十卷、《張仲景評病要方》一卷、《張仲景療婦人方》二卷；《舊唐書·經籍志》則錄有《張仲景藥方》十五卷，並註王叔和撰；《新唐書·藝文志》則錄為王叔和《張仲景藥方》十五卷，又《傷寒卒病論》十卷（錢超塵，1993）。《傷寒雜病論》始見於北宋的林億等校正醫書時（大塚敬節，1966/2002），而後世則簡稱為《傷寒論》。

4.1.2 版本之流傳

張仲景著作著於竹簡，因傳抄而散亂，後經魏·王叔和整理撰次得以繼續流傳，撰次時間約介於西元 220 至 235 年（錢超塵，1993）。之後八百餘年期間流傳許多版本，例如《脈經》卷七，《金匱玉函經》，淳化本《傷寒論》，敦煌《傷寒論》殘卷，孫思邈《千金翼方》卷九、卷十，陳延之《小品方》收錄本等（衛雲英，2001）。

直至北宋治平二年（西元1065年）醫書局進行校勘，《傷寒論》由孫奇主校，高保衡、林億協校，校定版本後世稱為「宋本」，此宋本《傷寒論》的出現，分歧版本得以統一（李順保，2000）。其所據底本為荊南國末主高繼沖（西元942-973年）於北宋開寶（西元968-976年）中進獻並經編錄的《傷寒論》（錢超塵，2004a）。宋本《傷寒論》先後有三種刻本，即大字本、浙路小字本和國子監小字本，然其湮滅不傳，今天壤間已蕩然無存（周益新，2006）。

由於宋本幾無注釋，不利研讀而流傳日稀，至今中國已無宋版的原校刻本。金皇統四年（西元1144年）成無己以宋本為底本稍加刪削並詳加注釋而撰成的《注解傷寒論》，於西元1172年正式刊行，因逐條詳釋而便於學習，是以明清時代，成本取代宋本成為主要流行版本，在日本亦是如此（大塚敬節，1966/2002）。此為首次全文逐條注解《傷寒論》，開《傷寒論》注釋之先河（李玉清，2004）。現在比

較通行的《注解傷寒論》版本主要是明·嘉靖二十四年乙巳（西元1545年）汪濟川刻本和明·萬曆己亥（西元1599年）趙開美刻《仲景全書》本，前者為單行本，後者被收錄于《仲景全書》中，位於《傷寒論》之後（席軍生、王勇，2006）。

明·趙開美得宋本《傷寒論》，于萬曆 27 年（西元 1599 年）摹刻于《仲景全書》中，以逼真宋本原貌，故後世通稱趙開美《仲景全書·傷寒論》為宋本《傷寒論》（錢超塵，2002）。趙開美本刊行後，日本曾加翻刻，如西元 1668 年（日本寬文 8 年）《宋版傷寒論》，西元 1799 年（日本寬政 9 年）《校正宋版傷寒論》，西元 1827 年（日本文政 10 年）《宋版傷寒論》，西元 1844 年（日本弘化元年）《新校宋版傷寒論》，西元 1856 年（日本安政 3 年）《翻刻宋版傷寒論》等，其中以安政三年本最佳（錢超塵，2004b）。

4.1.3 康平本與宋本《傷寒論》於日本之流傳

一、康平本《傷寒論》

日僧人空海隨遣唐使來唐求法，西元 806 年帶回佛教典籍，而抄寫之《傷寒論》因不須繳交官府，而在寺中抄寫流傳，直至江戶時代（17 世紀至 19 世紀中葉），寺中所藏之《傷寒論》抄錄本得為外界所見（錢超塵，1993）。

丹波雅忠於康平三年（西元 1060 年，時值北宋仁宗年間）抄錄

並作跋，而後和氣嗣成於貞和 2 年（西元 1346 年）據此重抄並落款，「康平本」因而得名，也稱為「和氣本」（錢超塵，1993）。

大塚敬節於西元 1936 年購得《康平傷寒論》之上下兩冊傳寫本，後又購得另一《康平傷寒論》及《和氣氏古本傷寒論》，經與其他版本校勘後，於西元 1937 年刊行與四部傳抄本對照的《康平傷寒論》（大塚敬節，1966/2002）。西元 1946 年大塚氏贈與中國醫家葉橘泉校勘後之康平本，次年由葉氏在中國鉛印發行。

二、宋本《傷寒論》

日本有數種宋本刊行，最古者，為寬文八年（西元 1668 年）之刊本；寬政九年（西元 1797 年），有淺野元甫所出稱為《校正宋版傷寒論》之三冊本；其他被認為最善本者，有稻葉原熙，承其師多紀元堅之命，作為存誠堂藥室定本，於天保十五年（西元 1884 年）刊行之《新校宋版傷寒論》（大塚敬節，1966/2002）。

寬文本訛字較多，雖然有不少缺點，但它的價值卻不能忽視，它是《仲景全書》刊行後，中日兩國第一個刊刻趙本《傷寒論》者，在日本為後世諸本奠定了基礎；日本翻刻《仲景全書·傷寒論》則以安政三年（西元 1856 年）崛川濟本最佳，對中國影響亦最大，自崛川濟本出，人們才第一次看到趙開美本真面貌，無論是在日本還是在中國，崛川濟本是最逼近趙開美《傷寒論》舊貌之本（錢超塵，2004c）。

4.1.4 日本研究《傷寒論》之概況

近年來，漢方醫學研究風氣日盛，讀《傷寒論》之人日增。在東洋醫學之古典中，以《傷寒論》所留下的注解書及研究書為最多，突顯《傷寒論》之重要性（大塚敬節，1966/2002）。

一、日本歷代醫家對《傷寒論》之看法

日本江戶時代名醫宇津木昆臺，對《傷寒論》有「有天地以來，未見如斯之妙文，非聖作誰能為乎」之讚辭；永富獨嘯庵則曰：「凡欲學古醫道者，當先熟讀《傷寒論》」，甚至說「從事古醫道者，無濫讀多書必要，枕一《傷寒論》則足」，「傷寒有萬病，萬病有傷寒」，認為此書包羅醫治萬病之原理（大塚敬節，1966/2002）。

《傷寒論》係闡述一切疾病之變化法則及其順應之治療法，具有如此內容之醫書，實屬絕無僅有，此所以《傷寒論》君臨於萬卷醫書之上。

二、醫學復古

在德川初期，係以曲直瀨道三為中心而發展之李朱醫學，此醫學受宋學之影響，而是以陰陽五行說、經絡思想為基礎之思辨醫學（大塚敬節，1966/2002）。

至名古屋玄醫（西元 1625-1696 年）始廢李朱醫學，提倡醫學復古之說，主張非復張仲景之古不可；之後有後藤艮山、香川修德，松

原一閑齋、山脇東洋、吉益東洞等古方家輩出，於是以《傷寒論》為宗之古方派，遂取代以李朱醫學為宗之後世派，而佔日本醫界之主流（大塚敬節，1966/2002）。即日本自西元 1600 年代起，始對《傷寒論》加以注意，而《傷寒論》之正式研究，係在此等古方派抬頭以後。

在中國《傷寒論》之註解書中，以成無己之《注解傷寒論》為始，大半係依《黃帝內經》之世界觀及經絡思想，以解說《傷寒論》，日本亦有引用此說；惟古方家認為《傷寒論》自有其世界觀，須依《傷寒論》之世界觀以解釋《傷寒論》始稱正確（大塚敬節，1966/2002）。自此，其以《傷寒論》解說《傷寒論》之日本獨有研究方法，於焉誕生。

4.2 康平本與宋本《傷寒論》之學術價值

4.2.1 宋本《傷寒論》現存之情況

宋本《傷寒論》存世極少。日本楓山秘府原藏一部，今藏日本國立公文書館內閣文庫；臺灣故宮博物院、中國中醫科學院、瀋陽醫學院、中山醫學院圖書館各藏一部，凡五部。北京國家圖書館原藏一部，抗戰前轉移至臺灣，今存《仲景全書》縮微膠捲全套（錢超塵，2006a）。

20 世紀有四部《傷寒論》翻刻本、影印本或排印本在中醫界有較大影響，它們是 1912 年武昌醫館翻刻本、1923 年惲鐵樵影印本、1955 年重慶中醫學會《新輯宋本傷寒論》、1959 年南京中醫學院《傷寒論譯釋》排印本，這四部書均稱據趙開美《仲景全書·傷寒論》而翻刻、影印或排印。經錢超塵考證後認為：武昌醫館本是柯繼文依照楊守敬提供的“影鈔本”翻刻的；惲鐵樵本是以日本安政三年崛川濟本為底本削去返點符號而影印者；《新輯宋本傷寒論》源于惲鐵樵本；《傷寒論譯釋》本亦以惲鐵樵本為底本（錢超塵，2006b）。

劉渡舟、錢超塵於西元 1991 年編有《傷寒論校注》，以明·趙開美摹宋刻本為底本校注而成，認為本書既保存了宋本《傷寒論》原貌，又體現了近代學者研究《傷寒論》的新成就，是目前學習研究《傷寒論》的最佳版本。

4.2.2 康平本與宋本《傷寒論》編排之比較

康平本為日本康平三年（西元 1060 年），由丹波雅忠所抄寫，較北宋校定宋本（西元 1065 年）早五年（錢超塵，1993），故仍存古代書寫格式而可清楚分辨原文、註解及後人追論。此書為日本所流傳之傳本中，係唯一未經孫奇、高保衡、林億等校正者，故以此比對其他版本，可釐清條文之真偽，本研究認為康平本為研究《傷寒論》之最佳版本。

康平本與宋本之條文與順序幾乎相同，不同的是，康平本的抄寫格式為每行 15 字，亦有 14 字、13 字成一行者（各降一格、兩格書寫），另夾雜以小字書寫之嵌註與旁註。15 字成行者為《傷寒論》原文，14 字成行者為準原文，而 13 字成行條文為後人增入（大塚敬節，1966/2002）。這些部分在宋本皆置頂書寫與原文無異，且小字註解於宋本全改為大字書寫並排入正文，致無法區分原文與後人追論。陳焱和（2008）認為小字書寫之嵌註與旁註出於王叔和，低兩格書寫、13 字編排一行之追論出於東晉·張湛。

4.2.3 小結

張仲景是偉大的醫學家，1993年國際著名的英國維爾康醫史研究所推崇世界醫學傳人29位中，張仲景名列第五位（李順保，2000）。其所撰著的《傷寒論》，以完整的理論性和有效的實踐性，奠定了中醫臨床醫學的基礎，是中醫四大經典著作之首。

千百年來研究《傷寒論》的著名學者逾百，《傷寒論》類著作專目截至1999年已達1604種之多，在日本亦達297種（李順保，2000），其數量之多，實屬罕見。

《傷寒論》問世後不久即散佚，經歷代學者、收藏家不斷發現、整理和刊行，致今日《傷寒論》版本眾多。以下八種版本，學者和專家取得共識，認為是《傷寒論》的原始古傳版本（李順保，2000）：

《敦煌本傷寒論》：敦煌莫高窟藏經洞發現的抄本殘卷。

《康治本傷寒論》：日本康治二年（西元1143年）沙門了純抄本。

《康平本傷寒論》：日本康平三年（西元1060年）國醫丹波雅忠藏本。

《金匱玉函經》：北宋治平三年（西元1066年）校正醫書局校正本。

《高繼冲本傷寒論》：荊南國節度史高繼冲藏本，于淳化三年（西元992年）收編入《太平聖惠方》中。

《宋本傷寒論》：北宋治平二年（西元1065年）校正醫書局校正本，明萬曆二十七年（西元1599年）趙開美影刻本（《仲景全書》）。

《注解傷寒論》：金·成無己注，明萬曆二十七年（西元1599年）趙開美影刻本（《仲景全書》）。

此外尚有一些無系統、散見於《脈經》、《千金要方》、《外臺秘要》

等醫籍中。

二十世紀三十年代後，在中國尚繼續發現《桂林本傷寒雜病論》（又名《白雲閣本》）、《長沙本傷寒雜病論》（又名《劉昆湘本》）、《涪陵本傷寒論》三種，眾學者皆言“偽書”、“贗品”，由於明清以來，重訂錯簡派的興起，《宋本傷寒論》逐漸被推崇為標準本和通行本，而視其他版本出自“旁門”，因而削弱了研究和考證的力度，失之偏頗（李順保，2000）。

本研究認為康平本與宋本同為《傷寒論》研究上不可或缺之古代文獻，應予尊重，而康平本更是最備古態者，足以窺見晉代之遺型。因此在條文方面，本研究以宋本對照康平本，排除後人之註解及追論，盡力恢復原書原貌，期能以最貼近作者原意的方式解讀《傷寒論》。

第五章《傷寒論》煩躁與狂證之條文出處與校勘

5.1 校勘之意義與方法

5.1.1 校勘之意義

王叔和與張湛宗於華佗傷寒逐日淺深、次第入裏及傳經之說，以符合《內經·熱論》篇等之論述，故二人離不開華佗及《內經》框架，強加歸併於仲景之學，而曲解仲景理論（陳焘和，2008）。王叔和所撰次之“痕跡”即康平本小字旁註與註解，張湛更擴大增補榮衛、傳經、欲解時等等之追論，其“痕跡”即康平本13字編為一行之條文（陳焘和，2008）。

本研究認為王叔和與張湛保留仲景遺著之功不可沒，但其曲解仲景理論，導致歷代醫家錯誤解讀，進而造成今日醫學院學生學習之困難與臨床醫師應用之困擾，其過遺害至今。故欲理解《傷寒論》及正確應用相關之湯方，有必要先將條文校勘修正。

5.1.2 校勘之方法

宋臣只有編輯各篇「法」及「方」之次序，宋本整本逐條編號者，首出於西元1955年重慶中醫學會之鉛印版（陳焘和，2008），而重慶中醫學會整本編出398條序號，係引用山田正珍（1749年-1787年）之《傷寒論集成》，但是重慶中醫學會並無註明。此編號已為學界與醫界之共識，今為研究方便，亦列出宋本每條條文後之編號。

校勘所據之《傷寒論》版本史料來自於：大塚敬節所著之《傷寒論解說》（此書以宋本（採用寬文八年日本刊行之宋版）、成本（據四部叢刊子部）、金匱玉函經（據清初藏本之影印本）校勘康平本（大塚氏藏書））；劉渡舟主編之《傷寒論校注》；李順保編著之《傷寒論版本大全》（此書收錄有敦煌本殘卷、康治本、康平本、《金匱玉函經》、高繼沖本、《千金翼方》、宋本、成本）；陳森和編著之《傷寒卒病論台灣本》（此書宗康平本而對校宋本、成本、高繼沖本、康治本、《金匱玉函經》、《千金要方》、《千金翼方》、《脈經》、《肘後方》、《諸病源候論》等）。

本研究依宋本條文次序逐一探討煩躁與狂證之相關條文，宗康平本為主，將其列為註解與追論者先從宋本中刪除；再依煩躁與狂證之機理，輔以《傷寒論》書中自有之語法及漢代河洛語言之語法，並加入本研究者個人之見解，予以校勘說明。

5.2 《傷寒論》煩躁之條文出處與校勘

本研究將條文之煩、躁字元皆標以網底標示，宋本條文不通處，本研究將標以校勘。

傷寒一日，太陽受之，脈若靜者，為不傳。頗欲吐，若躁煩，脈數者，為傳也。（4）

校勘：康平本將本條編為13字一行，屬後人（張湛等人）之追論，條文既非出於仲景，故本條暫且不議。又句末標以（4）者，代表宋本之條文序號，以下同此。

太陽病，初服桂枝湯，反煩不解者，先刺風池風府，却與桂枝湯則愈。（24）

服桂枝湯，大汗出，脈洪大者，與桂枝湯，如前法。若形似瘧，一日再發者，宜桂枝二麻黃一湯。（25）

校勘：康平本將“風池風府”編為小字旁註，且仲景不言針灸，故“先刺風池風府”六字須刪。又“反煩不解者”、“却與桂枝湯”皆非仲景語法，須刪，故本條暫且不議。

服桂枝湯，大汗出後，大煩渴不解，脈洪大者，白虎加人參湯主

之。(26)

校勘：服桂枝湯後理應“汗出”而解。外感脈洪大，表裏熱盛者，理應主以白虎湯，脈沉而略數者，方主以白虎加人參湯。又既“大汗出”後，邪熱已隨汗出，病勢應衰退，不可能“大煩渴”、不可能“脈洪大”。本研究者認為本條應係溫病（太陽病，不惡寒而渴者）而誤主以桂枝湯所致之壞病。條文應修正作：太陽病，不惡寒，服桂枝湯，汗出，煩渴不解，脈洪大者，白虎湯主之。

傷寒，脈浮，自汗出，小便數，心煩，微惡寒，腳攣急，反與桂枝湯。欲攻其表，此誤也。得之便厥，咽中乾，煩躁、吐逆者，作甘草乾薑湯與之，以復其陽。若厥愈，足溫者，更作芍藥甘草湯與之，其腳即伸。若胃氣不和，譫語者，少與調胃承氣湯。若重發汗，復加燒針者，四逆湯主之。(29)

校勘：康平本將“欲攻其表，此誤也”七字與“以復其陽”四字皆編為小字旁註。“其腳即伸”四字從缺。本研究者認為仲景不用“腳”字，全條語義雜亂不清，應從陳焘和（2008）將全條視為後人之註解，條文應非出於仲景，故本條暫且不議。

問曰：證象陽旦，按法治之而增劇，厥逆，咽中乾，兩脛拘急而

謔語。師曰：言夜半手足當溫，兩腳當伸。後如師言。何以知此？答曰：寸口脈浮而大，浮為風，大為虛，風則生微熱，虛則兩脛攣，病形象桂枝，因加附子參其間，增桂令汗出，附子溫經，亡陽故也。厥逆，咽中乾，煩躁，陽明內結，謔語煩亂，更飲甘草乾薑湯。夜半陽氣還，兩足當熱，脛尚微拘急，重與芍藥甘草湯，爾乃脛伸。以承氣湯微澹，則止其譫語，故知病可愈。(30)

校勘：康平本將本條編為13字一行，係屬追論。又內容是在詮釋上條，上條既非正文，本條當非出於仲景。又仲景不言經脈，“附子溫經”者，顯然矛盾，故本條暫且不議。

太陽中風，脈浮緊，發熱惡寒，身疼痛，不汗出而煩躁者，大青龍湯主之。若脈微弱，汗出惡風者，不可服之，服之則厥逆，筋惕肉瞤，此為逆也。(38)

校勘：“惕”者驚惕也，應改正作「惕」字為正確，震盪跳動也。

末段語法屬後人追註，文意不通，須刪。本研究者認為“中風”與“脈浮緊”共列矛盾。本條應從陳焘和(2008)，參考《千金要方》：大青龍湯治中風傷寒，脈浮緊，發熱惡寒，汗不出而煩躁。而將條文修正作：太陽病，脈浮緊，發熱惡寒，身疼痛，汗不出而煩躁者，大青龍湯主之。

太陽病，脈浮緊，無汗，發熱，身疼痛，八九日不解，表證仍在，此當發其汗，服藥已微除，其人發煩，目暝，劇者必衄，衄乃解，所以然者，陽氣重故也，麻黃湯主之。（46）

校勘：康平本“此當發其汗，服藥已微除”編為小字註解，“衄乃解”編為小字旁註，皆須刪除。又“所以然者，陽氣重故也”屬後人之語法，本研究者將條文修正作：太陽病，脈浮緊，無汗，發熱，身疼痛，八九日不解，表證仍在，其人發煩，目暝者，麻黃湯主之。劇者必衄，衄後仍未解者，麻黃湯主之。

二陽并病，太陽初得病時，發其汗，汗先出不徹，因轉屬陽明，續自微汗出，不惡寒，若太陽病證不罷者，不可下，下之為逆，如此可小汗。設面色緣緣正赤者，陽氣怫鬱在表，當解之，熏之。若發汗不徹，不足言。陽氣怫鬱不得越，當汗不汗，其人躁煩，不知痛處，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得，其人短氣，但坐，以汗出不徹故也，更發汗則愈，何以知汗出不徹，以脈澀故知也。（48）

校勘：康平本將“若太陽病證不罷者，不可下，下之為逆”、“在表，當解之，熏之，若發汗不徹，不足言，陽氣怫鬱”、“當汗不汗，其人躁煩，不知痛處，乍在腹中，乍在四肢，按之不可得”、“以汗出

不徹故也”、“何以知汗出不徹，以脈澀故知也”共五段，編為小字註解或旁註，皆須刪除。全條語義雜亂不清，故本條暫且不議。

傷寒，發汗已解，半日許復煩，脈浮數者，可更發汗，宜桂枝湯。

(57)

校勘：依論中語法，「者」之後須直接續出湯方，且桂枝湯為溫中透汗以解表，不宜言“可更發汗”。又桂枝湯證之脈象浮緩而非浮數，如具數象，則屬第(77)條之梔子豉湯證。本研究者將條文修正作：傷寒，發汗已解，半日許，復煩，脈浮緩者，宜桂枝湯。

下之後，復發汗，晝日煩燥，不得眠，夜而安靜，不嘔不渴，無表證，脈沉微，身無大熱者，乾薑附子湯主之。(61)

校勘：“無表證”為嵌入式註解，與“身無大熱”皆須刪。微脈居於伏部，已較沉部更深，故毋須再言“沉”字。晝日本應寤而不眠，故“晝日不得眠”有語病。本研究者將條文修正作：下之後，復發汗，晝日煩燥，不得臥，夜而安靜，不嘔不渴，脈微者，乾薑附子湯主之。

發汗，若下之，病仍不解，煩燥者，茯苓四逆湯主之。(69)

校勘：本條《唐本》、《脈經》句首作“發汗、吐下以後…”故應

從陳森和（2008）將本條視為治療霍亂病吐、利、汗出之後而四肢逆冷，氣逆煩燥者，並將之移入《金匱要略》，故本條暫且不議。

太陽病，發汗後，大汗出，胃中乾，煩躁不得眠，欲得飲水者，少少與飲之，令胃氣和則愈。若脈浮，小便不利，微熱，消渴者，五苓散主之。（71）

校勘：本研究者認為“欲得飲水者，少少與飲之，令胃氣和愈”屬嵌註語法，須刪除。因太陽病大汗出後，津液必亡，或從燥化而轉入陽明病；或從寒化而轉入壞病（屬桂枝加附子湯證、芍藥甘草附子湯證），“大汗出”應從陳森和（2008）作“自汗出”為宜，應將條文修正作：太陽病，自汗出，胃中乾，煩躁不得眠，脈浮，小便不利，微熱，口渴者，五苓散主之。

發汗已，脈浮數，煩渴者，五苓散主之。（72）

校勘：本研究者認為條文應從上條而具有「小便不利」。五苓散證為其人脾胃氣水轉輸素為不良，今逢外感汗出而此轉輸作用突然當機，水邪停於於脾胃，清津不升而渴，濁液不降而小便不利。臨床須佐以腹診來確認。條文應修正作：太陽病，汗出，脈浮數，腹滿，小便不利，煩渴者，五苓散主之。

中風發熱，六七日不解而煩，有表裏證，渴欲飲水，水入則吐者，名曰水逆，五苓散者主之。（74）

校勘：康平本“名曰水逆”作小字旁註，須刪。“有表裏證”雖亦作小字旁註，但因病機正確，可保留。同上條，須補上「小便不利」。五苓散證為太陽表證未解，兼具脾胃水停而設。其渴非缺乏水分之渴，乃水停脾胃不化所致，如強欲飲水，則超過脾胃之容量，故水入則吐出，或水入則造成大便水利。其水邪停於脾胃明已，諸家多曰五苓散證為水邪停於膀胱者，誤也。本研究者認為條文應修正作：太陽病，六七日不解而煩，小便不利，口渴欲飲水，水入則吐者，五苓散者主之。

發汗吐下後，虛煩不得眠，若劇者，必反覆顛倒，心中懊憹，梔子豉湯主之。若少氣者，梔子甘草豉湯主之。若嘔者，梔子生薑豉湯主之。（76）

校勘：“心中懊憹”屬大陷胸湯證，且“若劇者，必反覆顛倒，心中懊憹”，屬後人追註之語法，須刪。論中「若」字應從河洛語作「又」字解。不宜作「如」字解，否則「其人如狂」、「如瘧狀」等條文詞句豈不應作“其人若狂”、“若瘧狀”。「又」字亦不宜作「或」

字解，因條文詞句已另外出有「或」字。本研究者認為條文應從陳森和（2008）修正作：發汗吐下後，虛煩不得眠，欲嘔者，梔子豉湯主之。若少氣者，梔子甘草豉湯主之。若氣逆嘔吐者，梔子生薑豉湯主之。

發汗，若下之，而煩熱，胸中窒者，梔子豉湯主之。（77）

校勘：“若下之”屬後人追註之語法，須刪。本研究者認為條文應修正作：發汗，煩熱，胸中窒者，梔子豉湯主之。

傷寒，下後，心煩腹滿，臥起不安者，梔子厚朴湯主之。（79）

校勘：本條文文字方面毋須校正，而病機不合理之處於下一章討論。

傷寒，醫以丸藥大下之，身熱不去，微煩者，梔子乾薑湯主之。

（80）

校勘：仲景不言丸藥，故“醫以丸藥”四字出於後人，須刪。“身熱不去”須改正為“身熱已去”，方合乎病機。本研究者認為條文應從陳森和（2008）修正作：傷寒，醫者誤下之，身熱已去，心中結痛，微煩者，梔子乾薑湯主之。

傷寒五六日，中風，往來寒熱，胸脇苦滿，默默不欲飲食，心煩喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微熱，或咳者，小柴胡湯主之。（96）

校勘：康平本“中風”作小字旁註，須刪。陳焘和（2008）參考《法要》和子目，認為“或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微熱，或咳者”之諸兼證非出於仲景，須刪。又陳焘和參考《台語彙音》、《十五音台語音標》與《神農本草經》，認為“柴”為「芘」之誤，因為「芘」上古音讀「柴」音，芘、柴同音，故「芘胡」被假借為「柴胡」；東漢時改讀「紫」音（上牙音），「芘」指鮮嫩、春天採收之意也，「柴胡」須修改為「芘胡」，其他條文同此，且論中之芘胡須用春天採收之北芘胡。本條應修正作：傷寒五六日，往來寒熱，胸脇支滿，咽乾目眩，默默不欲飲食，心煩喜嘔，轉入少陽病者，小芘胡湯主之。

傷寒二三日，心中悸而煩者，小建中湯主之。（102）

校勘：據《金匱要略》血痺虛勞篇和黃痺篇，可知小建中湯亦治虛勞腹痛，為使語意更加清楚，從陳焘和（2008）補錄「腹痛喜按」，而將本條修正作：傷寒二三日，腹痛喜按，心中悸而煩者，小建中湯主之。

太陽病，過經十餘日，反二三下之，後四五日，柴胡證仍在者，先與小柴胡湯。嘔不止，心下急，鬱鬱微煩者，為未解也，與大柴胡湯，下之則愈。（103）

校勘：康平本“過經”作小字旁註，須刪。“後四五日，柴胡證仍在者，先與小柴胡湯”及“為未解也”，屬後人註解之語法，須刪。

“下之則愈”亦須刪除，因既已誤下二三次，豈能再以大黃攻之？大芩胡湯病位在心下與脇側，不上於胸。小芩胡湯病位在胸部與脇側，不下於心。又大、小芩胡湯同有往來寒熱，兩者鑑別點在於「痛」字。本研究者將條文修正作：太陽病，十餘日，反二三下之，嘔不止，心下急，腹脇滿痛，鬱鬱微煩，往來寒熱者，大芩胡湯主之。

傷寒八九日，下之，胸滿煩驚，小便不利，譫語，一身盡重，不可轉側者，柴胡加龍骨牡蠣湯主之。（107）

校勘：湯方命名不符論中語法；用桂枝、生薑治入陽明內層之譫語，藥理矛盾；人參與大黃並用亦矛盾；太陽病誤下不會造成“胸滿煩驚，小便不利”，故病機不通；方中含有毒重金屬鉛丹，已禁用。全條及湯方均須刪除，故本條暫且不議。

太陽病二日，反躁，凡熨其背，而大汗出，大熱入胃，胃中水竭，躁煩，必發譫語。十餘日，振慄自下利者，此為欲解也。故其汗，從腰下不得汗，欲小便不得，反嘔，欲失溲，足下惡風，大便鞭，小便當而反不數及不多。大便已，頭卓然而痛，其人足心必熱，穀氣下流故也。（110）

校勘：“反躁”應係「煩躁」之誤，其與後文之「躁煩」重複，應屬後人之註解。“凡熨背”應從康平本作：「反熨背」。又“大熱”應從《仲景全書》作：「火熱」。康平本“十餘日，振慄自下利者，此為欲解也”、“小便當數，而反不數”皆作小字註解。“穀氣下流故也”作小字旁註。末段應屬後人之註解。本條語意不詳，故本條暫且不議。

太陽病中風，以火劫發汗，邪風被火熱，血氣流溢，失其常度。兩陽相熏灼，其身發黃。陽盛則欲衄，陰虛小便難。陰陽俱虛竭，身體則枯燥，但頭汗出，劑頸而還，腹滿微喘，口乾咽爛，或不大便，久則譫語，甚者至噦，手足躁擾，捻衣摸床，小便利者，其人可治。（111）

校勘：康平本“失其常度，兩陽相熏灼”、“陽盛則欲衄，陰虛小便難，陰陽俱虛竭，身體則枯燥”、“小便利者，其人可治”皆作小字

註解，須刪。“但頭汗出”後之“劑頸而還”為衍文。本條語意不詳，故本條暫且不議。

太陽病，以火熏之，不得汗，其人必躁，到經不解，必清血，名為火邪。（114）

校勘：康平本“到經不解”作小字註解，須刪。火毒入血分或從下而出致大便夾血者，謂之「圜血」。本研究者將條文修正作：太陽病，以火熏之，不得汗，其人必躁，不解，必圜血，名為火邪。

微數之脈，慎不可灸，因火為邪，則為煩逆，追虛逐實，血散脈中，火氣雖微，內攻有力，焦骨傷筋，血難復也。脈浮，宜以汗解，用火灸之，邪無從出，因火而盛，病從腰以下必重而痺，名火逆也。欲自解者，必當先煩，煩乃有汗而解，何以知之？脈浮，故知汗出解。（116）

校勘：康平本從“血難復也”之後另分一條，且將“追虛逐實”、“焦骨傷筋”作小字旁註，將“何以知之，脈浮而汗出解”作小字註解。

“微數之脈，慎不可灸”原出於《千金要方》，指狐惑病而言，被錯置此。本條非出於仲景，故本條暫且不議。

火逆下之，因燒針，煩躁者，桂枝甘草龍骨牡蠣湯主之。(118)

校勘：華佗等用摩膏火灸、薰蒸、燒針等法取汗來解外感風寒，

此法會造成壞病，故仲景改正主以麻黃桂枝等發汗法。得知“火逆下之”為“火逆汗之”之誤。本研究者將條文修正作：太陽病，因燒針，火逆汗之，煩躁者，桂枝甘草龍骨牡蠣湯主之。

太陽病吐之，但太陽病當惡寒，今反不惡寒，不欲近衣，此為吐之煩也。(121)

校勘：康平本將此條文編為14字一行，可視為準原文。本條為太陽病誤行吐法而造成壞證。

太陽病，過經十餘日，心下噎噎欲吐，而胸中痛，大便反澹，腹微滿，鬱鬱微煩，先此時自極吐下者，與調胃承氣湯。若不爾者，不可與。但欲嘔，胸中痛，微澹者，此非柴胡湯證，以嘔，故知極吐下也。(123)

校勘：康平本“過經”、“若不爾者，不可與”、“但欲嘔，胸中痛，微澹者，此非柴胡湯證，以嘔，故知極吐下也”作小字註解，須刪。

“先此時，自極吐下者”，此語法屬後人註解，須刪。無譚語潮熱，不能用調胃承氣湯，應從陳焘和（2008），將湯方修正為大芩胡湯。

本研究認為“胸中痛”須改正為“心下急，腹脇滿痛”，而將條文修正作：太陽病，十餘日，嘔嘔欲吐，心下急，腹脇滿痛，鬱鬱微煩，與大芩胡湯。

結胸證悉俱，煩躁者亦死。(133)

校勘：康平本將此條文作14字編排，故大塚敬節未列入正文，陳焱和(2008)認為係屬13字編排之誤，屬後人追論，故本條暫且不議。

太陽病，脈浮而動數，浮則為風，數則為熱，動則為痛，數則為虛。頭痛發熱，微盜汗出，而反惡寒者，表未解也。醫反下之，動數變遲，膈內拒痛，胃中空虛客氣動膈，短氣躁煩，心中懊憹，陽氣內陷，心下因鞭，則為結胸，大陷胸湯主之。若不結胸，但頭汗出，餘處無汗，劑頸而還，小便不利，身必發黃。(134)

校勘：“脈浮而動數”及“動數變遲”非出於仲景之脈學，須刪。“盜汗”或出於南北朝之民間俗語，非仲景語法，“脈浮而動數，頭痛發熱，微盜汗出，表未解也”須刪。“反惡寒者”應修正為“不惡寒”。

“陽氣內陷”為註解，且其義有誤，須刪。“若不結胸”義有矛盾，“劑頸而還”為衍文，整段“若不結胸，但頭汗出，餘處無汗，劑項而還，小便不利，身必發黃”應出於華佗，須刪。本研究認為應從

陳焘和(2008)將條文修正作：溫病，發熱而渴，不惡寒，醫反下之，膈內拒痛，短氣躁煩，心中懊憹，心下因堅，則為結胸，大陷胸湯主之。

病在陽，應以汗解之，若反以冷水瀼之，若灌之，其熱被劫不得去，彌更益煩，肉上粟起，意欲飲水，反不渴者，服文蛤散。若不差者，與五苓散。寒實結胸，無熱證者，與三物小陷胸湯，白散並可服。

(141)

校勘：“病在陽”應指「病在太陽」，“意欲飲水，反小渴”須修正為「口渴而不欲多飲」。五倍子俗稱文蛤乃始於唐代，漢代時五倍子尚未入藥，又仲景湯方不用俗名，故“文蛤散”非出於仲景，且須修正為「五倍子湯」，“若不差者，與五苓散”須刪。結胸無寒證，故條文“寒實結胸”一詞不符仲景「結胸」之定義，“三物小白散”須修正為「桔梗白散」。本條非出於仲景，故本條暫且不議。

傷寒六七日，發熱，微惡寒，支節煩疼，微嘔，心下支結，外證未去者，柴胡桂枝湯主之。(146)

校勘：“支節煩疼”須修正為「肢節煩疼」，“外證未去者”應是註解。本研究者認為應將條文修正作：傷寒六七日，發熱，微惡寒，

肢節煩疼，微嘔，心下支結，芩胡桂枝湯主之。

傷寒五六日，已發汗，而復下之，胸脇滿微結，小便不利，渴而不嘔，但頭汗出，往來寒熱，心煩者，此為未解也，柴胡桂枝乾薑湯主之。（147）

校勘：康平本“此為未解也”作小字註解，須刪。芩胡桂枝乾薑湯證乃治瘧病之湯方，因湯名與芩胡桂枝湯相似，故被後人移至於此，並虛擬條文，非出於仲景，全文須刪，故本條暫且不議。

太陽少陽併病，而反下之，成結胸，心下硬，下利不止，水漿不下，其人心煩。（150）

校勘：太陽少陽併病應主以芩胡桂枝湯，今誤下而邪熱被強引入裏，體質偏熱者成結胸，主以大陷胸湯；誤下而脾胃稍弱者，下利不止，主以甘草瀉心湯。“結胸”與“下利不止”不能共列，本研究者認為應從陳焱和（2008）將條文修正作：太陽少陽併病，而反下之，成結胸，大陷胸湯主之。心下痞滿，下利不止，水漿不下，其人乾嘔心煩者，甘草瀉心湯主之。

太陽病，醫發汗，遂發熱惡寒。因復下之，心下痞，表裡俱虛，

陰陽氣并竭，無陽則陰獨。復加燒針，因胸煩。面色青黃，膚潤者，難治；今色微黃，手足溫者，易愈。(153)

本以下之，故心下痞，與瀉心湯。痞不解，其人渴而口燥煩，小便不利者，五苓散主之。(156)

校勘：此二條文於康平本屬同一條文，且“表裡俱虛，陰陽氣并竭”、“色青黃，膚潤者，難治；今色微黃，手足溫者，易愈”、“無陽則陰獨”、“本以下之，故”皆作小字註解，須刪。又仲景不用燒針來治療風寒外感。條文語意不清，故本條暫且不議。

傷寒中風，醫反下之，其人下利，日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞鞭而滿，乾嘔，心煩不得安，醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚，此非結熱，但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也，甘草瀉心湯主之。(158)

校勘：康平本“此非結熱”、“但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也”作小字註解，須刪。“醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚”為嵌入式語法，屬後人註解，須刪，“心下痞鞭而滿”應去「鞭」字而修正為「心下痞滿」。本研究者認為應從陳森和（2008）將條文修正作：傷寒中風，醫反下之，其人下利，日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞滿，乾嘔，心煩，不得安，甘草瀉心湯主之。

傷寒吐下後發汗，虛煩，脈甚微，八九日心下痞硬，脇下痛，氣上衝咽喉，眩冒，經脈動惕者，久而成痿。(160)

校勘：“脈甚微”乃正虛，與“氣上衝咽喉”之邪實，病機矛盾。“經脈動惕者”屬經脈角度，須刪。條文語意不清，故本條暫且不議。

傷寒，若吐，若下後，七八日不解，熱結在裏，表裏俱熱，時時惡風，大渴，舌上乾燥而煩，欲飲水數升者，白虎加人參湯主之。(168)

校勘：康平本“熱結在裏”作小字註解，須刪。“表裏俱熱”病機矛盾，須修正為「表熱入裏」。本研究者認為應從陳森和（2008）將條文修正作：傷寒，若吐若下後，七八日不解，表熱入裏，時時惡風，大渴，舌上乾燥而煩，欲飲水數升者，白虎加人參湯主之。

傷寒，無大熱，口燥渴，心煩，背微惡寒者，白虎加人參湯主之。
(169)

校勘：傷寒不會口燥渴，須補上「發汗，汗大出」，機理方明。本研究者將條文修正作：傷寒，發汗，汗大出，無大熱，口燥渴，心煩，背微惡寒者，白虎加人參湯主之。

傷寒八九日，風濕相搏，身體疼煩，不能自轉側，不嘔不渴，脈浮虛而澹者，桂枝附子湯主之。若其人大便鞭，小便自利者，去桂加白朮湯主之。（174）

校勘：“風濕相搏”屬嵌入式註解語法，須刪，其意應為「其人素有寒濕痺結」。“小便自利”應為「小便不利」，方合乎病機。依論中湯名語法，“去桂加白朮湯”須修正為「白朮附子湯」。本條依病機應移至少陰篇為宜。本研究者將條文修正作：傷寒八九日，其人素有寒濕痺結，身體疼煩，不能自轉側，不嘔不渴，脈浮虛而澹者，桂枝附子湯主之。大便鞭，小便不利者，白朮附子湯主之。

風濕相搏，骨節疼煩，掣痛不得屈伸，近之則痛劇，汗出短氣，小便不利，惡風不欲去衣，或身微腫者，甘草附子湯主之。（175）

校勘：同上條“其人素有寒濕痺結”，但本條非外感，無關少陰病，故本條暫且不議。

問曰：病有太陽陽明，有正陽陽明，有少陽陽明，何謂也？答曰：太陽陽明者，脾約是也；正陽陽明者，胃家實是也；少陽陽明，發汗利小便已，胃中燥煩實，大便難是也。（179）

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

陽明病，脈遲，食難用飽，飽則微煩頭眩，必小便難，此欲作穀瘴。雖下之，腹滿如故，所以然者，脈遲故也。(195)

校勘：本條無潮熱、譫語，無關陽明病，且重出於《金匱要略》，故本條暫且不議。

陽明病，本自汗出，醫更重發汗，病已差，尚微煩不了了者，此必大便鞭故也。以亡津液，胃中乾燥，故令大便鞭。當問其小便，日幾行，若小便日三四行，今日再行，故知大便不久出，今為小便數少，以津液當還入胃中，故知不久必大便也。(203)

校勘：本條無潮熱、譫語，無關陽明病，非出於仲景，故本條暫且不議。

陽明病，不吐不下，心煩者，可與調胃承氣湯。(207)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

陽明病，脈浮而緊，咽燥口苦，腹滿而喘，發熱汗出，不惡寒，反惡熱，身重。若發汗則躁，心憤憤，反譫語。若加溫針，必怵惕煩躁不得眠。若下之則胃中空虛，客氣動膈，心中懊惱，舌上胎者，梔

子鼓湯主之。若渴欲飲水，口乾舌燥者，白虎加人參湯主之。若渴欲飲水，小便不利者，豬苓湯主之。（221）

校勘：“若發汗則躁，心憤憤，反讖語。若加溫針，必怵惕煩躁不得眠。若下之則胃中空虛，客氣動膈”此段屬嵌入式註解語法，刪除後已無煩躁字眼，故本條暫且不議。

陽明病，下之，心中懊懣而煩，胃中有燥屎者，可攻，腹微滿，初頭硬，後必溏，不可攻之，若有燥屎者，宜大承氣湯。（238）

校勘：康平本“若有燥屎者，可攻，腹微滿，初頭硬，後必溏者，不可攻之”此段作小字註解，須刪。“胃中有燥屎”不合乎臨床，須修正為「腹中有燥屎」。陳森和（2008）認為大承氣湯下之後不應還有燥屎者，應將“陽明病”改為「溫病」，而將條文修正作：溫病，反下之，心中懊懣而煩，腹中有燥屎者，宜大承氣湯。

病人不大便五六日，繞臍痛，煩躁，發作有時者，此有燥屎，故使不大便也。（239）

校勘：“此有燥屎，故使不大便也”屬註解語法，須刪。本研究者認為應將條文修正作：病人不大便五六日，繞臍痛，煩躁，發作有時者，故使不大便也。

病人煩熱，汗出則解，又如瘧狀，日晡所發潮熱者，屬陽明也。
脈實者，宜下之；脈浮虛者，宜發汗。下之與大承氣湯；發汗宜桂枝湯。(240)

校勘：“此有燥屎，故使不大便也”屬註解語法，須刪。本研究者認為應從陳森和（2008），但保留煩熱，而將條文修正作：病人煩熱，發熱惡寒，汗出不解，脈浮緩者，宜桂枝湯。汗大出，日晡所發潮熱，大便燥堅，譫語，脈沉實者，宜大承氣湯。

大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，此有燥屎也，所以然者，本有宿食故也，宜大承氣湯。(241)

校勘：康平本“所以然者，本有宿食故也”作小字註解，須刪。“此有燥屎也”屬註解語法，須刪。大下後無再用“大承氣湯”之理，須修正為「調胃承氣湯」。本研究者認為句首須補上「傷寒」，方合乎病機，而將條文修正作：傷寒大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，宜調胃承氣湯。

太陽病，若吐、若下，若發汗後，微煩，小便數，大便因鞭者，與小承氣湯，和之愈。(250)

校勘：仲景之小承氣湯即大眾約定成俗之調胃承氣湯，本研究者將條文修正作：太陽病，若吐若下若發汗後，微煩，小便數，大便因鞭者，與調胃承氣湯。

得病二三日，脈弱，無太陽柴胡證，煩躁，心下鞭，至四五日，雖能食，以小承氣湯小小與，微和之，令小安。至六日，與承氣湯一升。若不大便六七日，小便少者，雖不受食，但初頭鞭，後必澹，未定成鞭，攻之必澹，須小便利，屎定鞭，乃可攻之，宜大承氣湯。(251)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陽中風，兩耳無所聞，目赤，胸中滿而煩者，不可吐下，吐下則悸而驚。(264)

校勘：“少陽中風”改為「少陽病」較宜。“吐下則悸而驚”屬嵌入式註解語法，須刪。本研究者將條文修正作：少陽病，兩耳無所聞，目赤，胸中滿而煩者，不可吐下。

傷寒，脈弦細，頭痛發熱者，屬少陽。少陽不可發汗，發汗則譫語，此屬胃，胃和則愈，胃不和則煩而悸。(265)

校勘：康平本“此屬胃，胃不和則煩而悸”作小字註解，須刪。“發

汗則譫語”屬註解語法，須刪。刪除後已無煩躁字眼，故本條暫且不議。

傷寒六七日，無大熱，其人躁煩者，此為陽去入陰故也。(269)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

太陰中風，四肢煩疼，陽微陰澀而長者，為欲愈。(274)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

傷寒脈浮而緩，手足自溫者，繫在太陰；太陰當發身黃，若小便利者，不能發黃；至七八日，雖暴煩下利，日十餘行，必自止，以脾家實，腐穢當去故也。(278)

校勘：論中並無陽病與陰病之合病或併病，本條卻言傷寒“繫在太陰”，語意不詳；又誤認太陰病為足太陰脾臟之病而言“下利”，病機矛盾，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，欲吐不吐，心煩但欲寐，五六日，自利而渴者，屬少陰也，虛故飲水自救；若小便色白者，少陰病形悉具，小便白者，以下焦虛有寒，不能制水，故令色白也。(282)

校勘：康平本“屬少陰也”、“小便白者，以下焦虛有寒，不能制水，故令色白”作小字註解，須刪。而“心煩”與“但欲寐”同列，病機矛盾，因但欲寐不會心煩。故本條暫且不議。

少陰病，脈緊，至七八日，自下利，脈暴微，手足反溫，脈緊反去者，為欲解也。雖煩下利，必自愈。(287)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，惡寒而踈，時自煩，欲去衣被者，可治。(289)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，吐利躁煩，四逆者死。(296)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，四逆惡寒而身踈，脈不至，不煩而躁者死。(298)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，脈微細沉，但欲臥，汗出不煩，自欲吐。至五六日，自利，復煩躁，不得臥寐者死。(300)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

少陰病，得之二三日以上，心中煩，不得臥，黃連阿膠湯主之。

(303)

校勘：黃連阿膠湯非治少陰病之湯方，本條無關少陰病，非出於仲景，應移至《金匱要略》，故本條暫且不議。

少陰病，吐利，手足逆冷，煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。(309)

校勘：少陰病寒濕深聚不化，則不言吐利。從寒而化方言下利不止，但不具吐證。本條屬慢性便溏、手足厥冷、陰陽氣不相順接之厥陰病，應從陳焱和（2008）將條文修正作：少陰病轉入厥陰病，心中疼熱，便溏，手足厥冷，腕踝以上溫和，煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。

少陰病，下利，咽痛，胸滿，心煩，豬膚湯主之。(310)

校勘：豬膚湯非治少陰病之湯方，本條無關少陰病，非出於仲景，應移至《金匱要略》，故本條暫且不議。

少陰病，下利，脈微者，與白通湯。利不止，厥逆無脈，乾嘔煩者，白通加豬膽汁湯主之。服湯脈暴出者死，微續者生。(315)

校勘：康平本“服湯脈暴出者死，微續者生”作小字註解，須刪。方名「白通加豬膽汁湯」，依語法應於白通湯加豬膽汁而已，然方中卻另有人尿，矛盾。豬膽汁苦寒，可外用通大便，不能溫補，故須刪去豬膽汁而更改為「白通加人尿湯」。此方為殘陽浮脫而設，故可加入面紅舌赤，脈浮疾而散之證。應從陳焱和（2008）將條文修正作：少陰病，下利，身冷肢冷，脈微欲絕者，白通湯主之。下利不止，腹冷，足冷無力，反頭熱面紅，舌赤如莓，乾嘔虛煩，脈浮疾而散者，白通加人尿湯主之。

少陰病，下利，六七日，咳而嘔渴，心煩不得眠者，豬苓湯主之。

（319）

校勘：豬苓湯乃治淋病之湯方，本條無關少陰病，非出於仲景，應移至《金匱要略》，故本條暫且不議。

傷寒，脈微而厥，至七八日，膚冷，其人躁無暫安時者，此為藏厥，非蚘厥也。蚘厥者，其人當吐蚘。令病者靜，而復時煩者，非為藏寒。蚘上入其膈，故煩，須臾復止，得食而嘔，又煩者，蚘聞食臭出，其人當自吐蚘。蚘厥者，烏梅丸主之。又主久利。（338）

校勘：本條屬於蟲厥病之病機，非厥病，無關於外感，非出於仲景，

應移至《金匱要略》，故本條暫且不議。

傷寒，熱少微厥，指頭寒，默默不欲飲食，煩躁。數日，小便利，色白者，此熱除也，欲得食，其病為愈。若厥而嘔，胸脇煩滿者，其後必便血。(339)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

傷寒六七日，脈微，手足厥冷，煩躁，灸厥陰，厥不還者，死。

(343)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

傷寒發熱，下利厥逆，躁不得臥者，死。(344)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

病人手足厥冷，脈乍緊者，邪結在胸中，心下滿而煩，飢不能食者，病在胸中，當須吐之，宜瓜蒂散。(355)

校勘：本條屬於食蹶病之病機，無關於外感，非出於仲景，故本條暫且不議。

下利後，更煩，按之心下濡者，為虛煩也，宜梔子豉湯。(375)

校勘：康平本此條作13字一行編排，屬後人追論，故本條暫且不議。

吐利發汗，脈平，小煩者，以新虛不勝穀氣故也。(391)

校勘：本條無關於外感，亦非指霍亂，乃泛指萬病，非出於仲景，故本條暫且不議。

病人脈已解，而日暮微煩，以病新差，人強與穀，脾胃氣尚弱，不能消穀，故令微煩，損穀則愈。(398)

校勘：本條屬於食復病之病機，無關於外感，非出於仲景，故本條暫且不議。

5.3 《傷寒論》煩躁之條文出處小結

宋本《傷寒論》中出現煩、躁的條文共有78條，經本研究校勘後，發現條文語意有問題者計15條，非關於仲景六病者計13條，康平本作13字一行之編排者計17條，合計共45條，不予討論。其餘33條為仲景原文，本研究將修正後的條文集中於第六章，進一步討論其病因病機及煩躁之特點。

（一）條文語意有問題者

第24條（桂枝湯證）、29條（甘草乾薑湯證）、48條、107條（芫胡加龍骨牡蠣湯證）、110條、111條、123條（調胃承氣湯證）、141條（五倍子湯證）、153條、156條（五苓散證）、160條、221條（梔子豉湯證）、265條、278條、282條等共計15條。

《傷寒論》因成書年代久遠，散亂後經歷代後人撰次、編寫、註解等，致一些條文產生語意上之疑慮。其中病機矛盾者有123條、141條、278條、282條；語意雜亂不清者有、29條、48條、107條、110條、111條、153條、156條、160條。

（二）非關於仲景六病者

第69條（茯苓四逆湯證）、116條、147條（芫胡桂枝乾薑湯證）、175條（甘草附子湯證）、195條、203條、303條（黃連阿膠湯證）、310條（豬膚湯證）、319條（豬苓湯證）、338條（烏梅丸證）、355

條（瓜蒂散證）、391條、398條等共計13條。

其中應移入《金匱要略》者有茯苓四逆湯證（霍亂吐利病篇）、黃連阿膠湯證（嘔吐噎下利病篇）、豬膚湯證（肺痿肺癰咳嗽上氣病篇）、豬苓湯證（消渴小便不利淋病篇）、烏梅丸證（跌厥手指臂腫轉筋陰狐疝蛔蟲病篇）。

而瓜蒂散證屬於食蹶病、甘草附子湯證無關少陰病、芫胡桂枝乾薑湯證湯名與芫胡桂枝湯相似，乃後人虛擬。

195條、203條因不見潮熱、譫語，故無關陽明病。391條泛指萬病、398條屬於食復病，皆無關外感病。

（三）康平本作13字一行之編排者

第4條、30條（甘草乾薑湯證）、133條、179條、207條（調胃承氣湯證）、251條、269條、274條、287條、289條、296條、298條、300條、339條、343條、344條、375條等共計17條。

康平本傳抄手稿中，凡作13字一行之編排者，皆為後人之追論，並非仲景原文。後人之追論，或有參酌價值，或有誤解，故應與正文區分，以免今人混淆。

如其中提及死證有六條：133條“結胸證悉俱，煩躁者亦死。”、296條“吐利躁煩，四逆者死。”、298條“脈不至，不煩而躁者死。”、300條“復煩躁，不得臥寐者死。”、343條“煩躁，灸厥陰，厥不還

者，死。”、344條“躁不得臥者，死。”此死證皆為後人論述，知仲景不輕易言死。

又發現此17條追論中有15條未出示湯方，明顯異於仲景，更可佐證13字一行之編排者，非仲景原文。

又第4條提及“脈若靜者，為不傳。…脈數者，為傳也。”與第30條及“附子溫經”，可佐證仲景不言經脈。

5.4 《傷寒論》狂證之條文出處與校勘

本研究將條文之狂字元皆標以網底標示，宋本條文不通處，本研究將予校勘：

太陽病不解，熱結膀胱，其人如狂，血自下，下者癒。其外不解者，尚未可攻。當先解其外，外解已，但少腹急結者，乃可攻之，宜桃核承氣湯。(106)

校勘：「熱結膀胱」乃諸家受成無己「太陽隨經瘀熱在裏」之說所惑，而誤以太陽膀胱經詮釋太陽病，故「膀胱蓄血」與同五苓散證「膀胱蓄水」之說必須廢除。康平本“血自下者癒”作小字旁註，且「下者癒，其外不解者，尚未可攻，當先解其外，外解已，乃可攻之」24字屬嵌入式註解語法，須刪。「但少腹急結」是在呼應「熱結膀胱」，「少腹」應改為「腹中」，而桃核易桃仁較合乎臨床，本研究認為應從陳焱和(2008)補錄「發汗不解，惡寒止」使語意較明，且湯名既曰「承氣」，亦可補上「譫語，潮熱」，而將條文修正作：太陽病，發汗不解，惡寒止，其人如狂，譫語，潮熱，腹中急結，吐衄或血自下者，桃仁承氣湯主之。

傷寒，脈浮，醫以火迫劫之，亡陽，必驚狂，臥起不安者，桂枝

去芍藥加蜀漆牡蠣龍骨救逆湯主之。(112)

校勘：康本「亡陽」作二小字旁註，須刪。「去芍藥加蜀漆牡蠣龍骨」為嵌入式語法，屬後人追論，方名應從要略作：桂枝救逆湯。本研究將條文修正作：傷寒，脈浮，醫以火迫劫之，必驚狂，臥起不安者，桂枝救逆湯主之。

太陽病，六七日，表證仍在，脈微而沉，反不結胸，其人發狂者，以熱在下焦，少腹當鞭滿，小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太陽隨經瘀熱在裏故也，抵當湯主之。(124)

校勘：「表證仍在，脈微而沉，反不結胸」、「熱在下焦」、「下血乃愈」為後人註解之語法，須刪。康平本「所以然者，以太陽隨經瘀熱在裏故也」作小字註解，須刪。「抵當湯」《千金要方》作：抵党湯，「党」即「黨」之俗字，「當」須改為「黨」。「抵」字，《說文解字》作：擠也；而「黨」字，《說文解字》作：不鮮也（鍾宗憲，1998）。《台語彙音》則言抵為：「觸也、擠也。」（陳寶興，1998）。河洛語形容便秘使勁用力欲出之窘境，稱為「抵」屎，與「抵」黨湯之用法完全相同。「抵黨」係將久瘀阻塞穢物用力擠出之意，「抵黨湯」即以去除血瘀穢物而命名。本研究者認為應從陳森和（2008）補錄「惡寒止，熱入血分」，以免被誤為抵當湯可治太陽病，而將條文

修正作：太陽病，六七日，惡寒止，熱入血分，其人發狂者，少腹當鞭滿，小便自利者，抵當（黨）湯主之。

太陽病，身黃，脈沉結，少腹鞭，小便不利者，為無血也。小便自利，其人如狂者，血證諦也，抵當湯主之。（125）

校勘：康平本「小便不利者，為無血也」及「血證諦也」作小字旁註須刪。本研究者同上條文補錄「惡寒止，熱入血分」，將條文修正作：太陽病，惡寒止，熱入血分，身黃，脈沉結，少腹鞭，小便自利，其人如狂者，抵當（黨）湯主之。

陽明病，初欲食，小便反不利，大便自調，其人骨節疼，翕翕如有熱狀，奄然發狂，澼然汗出而解者。此水不勝穀氣，與汗共并，脈緊則愈。（192）

校勘：康平本「汗出而解者，此水不勝穀氣，與汗共并，脈緊則愈」作小字旁註，須刪。康平本「奄然發狂」後有四個脫字框框，陳焘和（2008）認為應補上「小便得利」，本研究者從之，而將條文修正為：陽明病，小便不利，大便燥堅。初欲食，其人骨節疼，翕翕如有熱狀，奄然發狂，小便得利，大便自調，澼然汗出而解。

5.5 《傷寒論》狂證之條文出處小結

宋本《傷寒論》狂證條文共有五條，即第106條（桃仁承氣湯證）、112條（桂枝救逆湯證）、124條（抵黨湯證）、125條（抵黨湯證）、192條。本研究將修正後的條文集中於第六章，進一步討論其病因病機及狂證之特點。

第六章 《傷寒論》煩躁與狂證條文出處之詮釋

6.1 《傷寒論》煩躁出處之詮釋

6.1.1 煩躁特點及病因病機之探究

太陽病，不惡寒，服桂枝湯，汗出，煩渴不解，脈洪大者，白虎湯主之。（26）

特點：誤用桂枝湯致病勢不解之煩

病因病機：渴證誤用桂枝湯，造成病勢不解，而無形氣熱甚囂。此處提醒醫者，臨床不可忽略任何一個症狀，以避免造成誤治，應審慎求因，才能選用最適當的湯方。

太陽病，脈浮緊，發熱惡寒，身疼痛，汗不出而煩躁者，大青龍湯主之。（38）

特點：汗不出之煩躁

病因病機：濕邪與風寒所鬱之邪熱相合不解，濕邪無路可出，邪實重於麻黃湯證。此處與麻黃湯比較，增煩躁一證以提示醫者須用大青龍湯中的生石膏來治煩躁。

太陽病，脈浮緊，無汗，發熱，身疼痛，八九日不解，表證仍在，其人發煩，目暝者，麻黃湯主之。劇者必衄，衄後仍未解者，麻黃湯

主之。(46)

特點：目暝之煩

病因病機：陽氣盈旺，邪氣亦盛，二者相爭而產生煩象，煩而後衄以預示邪欲從血分而解。此處提醒醫者，鼻衄或為病欲解之狀。

傷寒，發汗已解，半日許，復煩，脈浮緩者，宜桂枝湯。(57)

特點：餘熱鬱結之煩

病因病機：傷寒用麻黃湯發汗過，已解而復熱煩，乃餘邪未盡。此處提醒醫者，應改用桂枝湯為宜。

下之後，復發汗，晝日煩躁，不得臥，夜而安靜，不嘔不渴，脈微者，乾薑附子湯主之。(61)

特點：下後復汗致晝日不得臥之煩躁

病因病機：傷寒下之後復發汗，乃治則錯誤，造成陽氣亡失，晝日病重，夜晚反病輕。此處提示醫者，誤治造成寒象，應選用乾薑、附子等熱性藥物以溫之。

太陽病，自汗出，胃中乾，煩躁不得眠，脈浮，小便不利，微熱，口渴者，五苓散主之。(71)

特點：津液升降失常之煩躁

病因病機：汗不得法造成脾胃氣水轉輸作用突然失常，水邪停於脾胃，清津不升而渴，濁液不降而小便不利。此處提示醫者，汗法不當會導致口渴，進而引起煩躁。

太陽病，汗出，脈浮數，腹滿，小便不利，煩渴者，五苓散主之。

(72)

特點：津液升降失常之煩

病因病機：汗不得法造成脾胃氣水轉輸作用突然失常，水邪停於脾胃，清津不升而渴，濁液不降而小便不利。此處提示醫者，汗法不當會導致口渴，進而引起煩。

太陽病，六七日不解而煩，小便不利，口渴欲飲水，水入則吐者，

五苓散者主之。(74)

特點：病勢不解而陽氣初萌之煩

病因病機：六七日乃軀體陽氣循環交接之際，風寒外邪趁虛而入，造成太陽表證兼水邪停於脾胃。此處提示醫者，病勢不解會煩，而軀體陽氣初萌亦會煩。

發汗吐下後，虛煩不得眠，欲嘔者，梔子豉湯主之。若少氣者，梔子甘草豉湯主之。若氣逆嘔吐者，梔子生薑豉湯主之。（76）

特點：發汗吐下後致不得眠之虛煩

病因病機：太陽病誤下而餘熱未盡，虛實夾雜，著於胸位而致胸陽氣虛。此處提示醫者，應汗而下會導致虛煩而影響睡眠。

發汗，煩熱胸中窒者，梔子豉湯主之。（77）

特點：發汗下後致胸中窒之熱煩

病因病機：太陽病誤下而餘熱未盡，虛實夾雜，著於胸位而致胸陽氣虛。此處提示醫者，應汗而下會導致虛煩而胸悶不舒。

傷寒，下後，心煩腹滿，臥起不安者，梔子厚朴湯主之。（79）

特點：下後致腹滿之心煩

病因病機：太陽病誤下而餘熱未盡，虛熱邪結而累及陰位。此處提示醫者，雖同有虛煩，然邪氣更甚一層，須以厚朴之厚味以行下。

傷寒，醫者誤下之，身熱已去，心中結痛，微煩者，梔子乾薑湯主之。（80）

特點：下後致心中結痛之微煩

病因病機：太陽病誤下而致寒熱互斥，虛熱邪結而夾寒，上熱下寒。

此處提示醫者，雖同有虛煩，然正氣更虛一層，須以乾薑取代香豉。

傷寒五六日，往來寒熱，胸脇支滿，咽乾目眩，默默不欲飲食，心煩喜嘔，轉入少陽病者，小柴胡湯主之。（96）

特點：胸陽被擾之心煩

病因病機：風寒濕邪趁軀體陽氣較弱之際，向裏層侵犯，即太陽風寒轉入少陽，造成正邪困頓，氣火邪結而燻於上，陽津無法濡陰而降下，擾於胸陽。此處提示醫者，邪著於胸位易生心煩，類同梔子豉湯證。

傷寒二三日，腹痛喜按，心中悸而煩者，小建中湯主之。（102）

特點：腹痛，心中悸之煩

病因病機：表虛兼脾胃虛寒。此處提示醫者，虛勞亦會致煩，應以溫中和表之法治之。

太陽病，十餘日，反二三下之，嘔不止，心下急，脇下堅，鬱鬱煩痛，往來寒熱者，大柴胡湯主之。（103）

特點：太陽病下後致少陽邪實之鬱鬱煩痛

病因病機：太陽病轉入少陽病而邪氣實。此處提示醫者，較梔子豉湯

證、小芫胡湯證的煩，邪氣更甚一層。

太陽病，因燒針，火逆汗之，煩燥者，桂枝甘草龍骨牡蠣湯主之。

(118)

特點：誤用燒針火法致煩躁

病因病機：使用燒針誤治後的變化，汗出亡失胸陽，火邪逆上，心神被擾，為太陽病火逆變證。此處提示醫者，不可用火灸之汗法由外強開肌表，若成壞證則須使用含有龍骨、牡蠣藥對之湯方。

太陽病吐之，但太陽病當惡寒，今反不惡寒，不欲近衣，此為吐之內煩也。(121)

特點：吐後致內煩

病因病機：太陽病誤用吐法而致脾胃津液亡失。此處提示醫者，誤吐會化躁而產生虛煩。

太陽病，十餘日，嘔嘔欲吐，心下急，脇下堅，腹滿，鬱鬱微煩，與大芫胡湯。(123)

特點：少陽邪實之鬱鬱微煩

病因病機：太陽病轉入少陽病而邪氣實。此處提示醫者，不可見輕微

之煩而誤以為虛煩。

溫病，發熱而渴，不惡寒，醫反下之，膈內拒痛，短氣躁煩，心中懊憹，心下因堅，則為結胸，大陷胸湯主之。（134）

特點：下後致結胸證之躁煩

病因病機：溫病誤下而導致結胸證，實邪之熱陷於內層之心胸。此處提示醫者，與太陽病誤下而導致的梔子豉湯證之虛煩不同。

傷寒六七日，發熱，微惡寒，支節煩疼，微嘔，心下支結，芩胡桂枝湯主之。（146）

特點：太陽少陽併病後肢節疼痛之煩

病因病機：太陽外證未去，兼入少陽。此處提示醫者，四肢關節疼痛亦會引起煩，應審慎求因，不可一味地使用止痛劑。

太陽少陽併病，而反下之，成結胸，大陷胸湯主之。心下痞滿，下利不止，水漿不下，其人乾嘔心煩者，甘草瀉心湯主之。（150）

特點：下後致痞證之心煩

病因病機：誤下而邪熱強引入裡，如體質偏熱者則轉為結胸，如脾胃虛弱者則下利不止。此處提示醫者，應注重患者體質之虛實寒熱，才

能選用適當之湯方。

傷寒中風，醫反下之，其人下利，日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞滿，乾嘔，心煩，不得安，甘草瀉心湯主之。（158）

特點：下後致痞證之心煩

病因病機：脾胃寒熱氣水痞結，偏於氣虛。此處提示醫者，痞證之虛煩為腹滿而隱痛，結胸證之實煩為膈內拒痛，當審慎鑑別。

傷寒，若吐若下後，七八日不解，表熱入裏，時時惡風，大渴，舌上乾燥而煩，欲飲水數升者，白虎加人參湯主之。（168）

特點：吐下後致舌上乾燥之煩

病因病機：傷寒而吐利俱作，亡竭津液，轉入壞病，燥火入裡傷及無形氣分。此處提示醫者，吐利致津液流失會產生虛煩。

傷寒，發汗，汗大出，無大熱，口燥渴，心煩，背微惡寒者，白虎加人參湯主之。（169）

特點：汗大出致口燥渴之心煩

病因病機：傷寒過汗，津液亡竭，陰虛化燥，燥火入裡傷及無形氣分。此處提示醫者，汗大出致津液流失會產生虛煩。

傷寒八九日，其人素有寒濕痺結，身體疼煩，不能自轉側，不嘔不渴，脈浮虛而濇者，桂枝附子湯主之。大便鞭，小便不利者，白朮附子湯主之。（174）

特點：素有寒濕痺結致身體疼痛之煩

病因病機：風寒濕邪結在裡，復新得傷寒，造成表裡風寒濕邪相搏。此處提示醫者，身體疼痛會引發煩，和肢體相關，不同於一般心神受擾的煩。

溫病，反下之，心中懊憹而煩，腹中有燥屎者，宜大承氣湯。（238）

特點：溫病下後致腹中有燥屎，心中懊憹之煩

病因病機：誤下致津液虧損，燥屎結於腹中，無形之熱與腹中有形糟粕（有形實邪）相合上擾。此處提示醫者，問診時應留意患者大便情形。

病人不大便五六日，繞臍痛，煩躁，發作有時者，故使不大便也。

（239）

特點：不大便繞臍痛之煩躁

病因病機：便秘引起的煩躁，暗示有燥屎。此處提示醫者，問診時應

留意患者大便情形。

病人煩熱，發熱惡寒，汗出不解，脈浮緩者，宜桂枝湯。汗大出，日晡所發潮熱，大便燥堅，譫語，脈沉實者，宜大承氣湯。(240)

特點：汗出熱邪不解之煩

病因病機：太陽病桂枝湯證與陽明病大承氣證，皆可導致煩熱。二方同條比較，此處提示醫者，應審慎鑑別以選用適當之湯方。

傷寒大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，宜調胃承氣湯。

(241)

特點：傷寒下後致不大便，腹滿痛，病勢不解之煩

病因病機：太陽病誤下致表熱引入陽明，但大下後邪熱已較輕。此處提示醫者，不可見腹滿痛即使用大承氣湯。

太陽病，若吐若下若發汗後，微煩，小便數，大便因堅者，與調胃承氣湯。(250)

特點：太陽病吐下汗後致大便堅之微煩

病因病機：太陽病兼見吐下則表熱被強引入裡，裡熱化燥。此處提示醫者，問診時應留意患者大便情形。

少陽病，兩耳無所聞，目赤，胸中滿而煩者，不可吐下。（264）

特點：氣機阻塞不通致胸中滿之煩

病因病機：少陽邪火上燻清竅，停滯胸脇。此處雖未出示湯方，但卻提示醫者治則之禁忌。

少陰病轉入厥陰病，心中疼熱，便溏，手足厥冷，腕踝以上溫和，

煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。（309）

特點：陰陽氣不相順接之煩躁

病因病機：厥陰寒邪，體質偏寒得外感，陰陽氣被風寒濕邪所阻隔而不相順接，致手足厥冷但腕踝以上溫和。此處提示醫者，須使用吳茱萸湯以撥雲見日，溫陽煦陰。

少陰病，下利，身冷肢冷，脈微欲絕者，白通湯主之。下利不止，腹冷，足冷無力，反頭熱面紅，舌赤如莓，乾嘔虛煩，脈浮疾而散者，白通加人尿湯主之。（315）

特點：胃氣欲絕之乾嘔虛煩

病因病機：少陰病失治，從寒而化，陰盛陽亡，內外無熱，主以白通湯；陰極陽脫，下真寒上假熱，主以白通加人尿湯。二方同條比較，

此處提示醫者，應審慎鑑別以選用適當之湯方。

6.1.2 六病之煩躁特點

經由對病因病機之探究，本研究認為臨床應用仍須依仲景三陽三陰之六病理論，結合各個煩躁之特點，分病而論治。本研究發現有由本病產生之煩躁，有由他病誤治或轉變而來之煩躁，亦有二病併病之煩躁，而太陰病並無煩躁之證。

一、太陽病

(一) 本病之煩躁

第 38 條：汗不出之煩躁（大青龍湯證）。

第 46 條：目暝之煩（麻黃湯證）。

第 57 條：餘熱鬱結之煩（桂枝湯證）。

第 71 條：津液升降失常之煩躁（五苓散證）。

第 72 條：津液升降失常之煩（五苓散證）。

第 74 條：病勢不解而陽氣初萌之煩（五苓散證）。

第 102 條：腹痛，心中悸之煩（小建中湯證）。

第 174 條：素有寒濕痺結致身體疼痛之煩（桂枝附子湯證、白朮附子湯證）。

第 240 條：汗出熱邪不解之煩（桂枝湯證）。

(二) 誤治之煩躁

- 第 26 條：誤用桂枝湯致病勢不解之煩（白虎湯證）。
- 第 61 條：下後復汗致晝日不得臥之煩躁（乾薑附子湯證）。
- 第 76 條：發汗吐下後致不得眠之虛煩（梔子豉湯證）。
- 第 77 條：發汗下後致胸中窒之熱煩（梔子豉湯證）。
- 第 79 條：下後致腹滿之心煩（梔子厚朴湯證）。
- 第 80 條：下後致心中結痛之微煩（梔子乾薑湯證）。
- 第 118 條：誤用燒針火法致煩躁（桂枝甘草龍骨牡蠣湯證）。
- 第 121 條：吐後致內煩（警示禁忌）。
- 第 158 條：下後致痞證之心煩（警示禁忌）。
- 第 168 條：吐下後致舌上乾燥之煩（白虎加人參湯證）。
- 第 169 條：汗大出致口燥渴之心煩（白虎加人參湯證）。

二、少陽病

（一）本病之煩躁

- 第 96 條：胸陽被擾之心煩（小芫胡湯證）。
- 第 123 條：少陽邪實之鬱鬱微煩（大芫胡湯證）。
- 第 264 條：氣機阻塞不通致胸中滿之煩（警示禁忌）。

（二）誤治之煩躁

- 第 103 條：太陽病下後致少陽邪實之鬱鬱煩痛（大芫胡湯證）。

三、太陽少陽併病

(一) 本病之煩躁

第 146 條：併病後肢節疼痛之煩（芫胡桂枝湯證）。

(二) 誤治之煩躁

第 150 條：下後致痞證之心煩（甘草瀉心湯證）。

四、陽明病

(一) 本病之煩躁

第 239 條：不大便繞臍痛之煩躁（揭示病機）。

(二) 誤治之煩躁

第 134 條：下後致結胸證之躁煩（大陷胸湯證）。

第 238 條：溫病下後致腹中有燥屎，心中懊憹之煩（大承氣湯證）。

第 241 條：傷寒下後致不大便，腹滿痛，病勢不解之煩（調胃承氣湯證）。

第 250 條：太陽病吐下汗後致大便堅之微煩（調胃承氣湯證）。

五、厥陰病

第 309 條：陰陽氣不相順接之煩躁（吳茱萸湯證）。

六、少陰病

第 315 條：胃氣欲絕之乾嘔虛煩（白通加人尿湯證）。

6.1.3 煩躁表現之臨床描述

本研究發現煩躁之臨床用詞多達 30 個，隨病因病機之差異而有

不同之臨床描述，症狀敘述細膩多變，其用意乃提示醫者臨症應細心問診與觀察，加以注重。

在對於煩躁不同臨床表現形式的描述上，包括煩渴不解、汗不出而煩躁、發煩、復煩、晝日煩燥不得臥、煩躁不得眠、煩渴、六七日不解而煩、虛煩不得眠、煩熱胸中窒、心煩腹滿臥起不安、微煩、心煩喜嘔、心中悸而煩、鬱鬱煩痛、煩躁、吐之內煩、鬱鬱微煩、短氣躁煩、肢節煩疼、乾嘔心煩、心煩、舌上乾燥而煩、身體疼煩、心中懊憹而煩、煩熱、煩不解、胸中滿而煩、煩躁欲死、乾嘔虛煩等。

6.1.4 煩躁特點之類型

本研究根據煩躁合併其它症狀的各種不同特點，分類如下，以求臨床應用時能快速而精確地診斷。

(1) 牽涉疼痛之煩：有鬱鬱煩痛、肢節煩疼、身體疼煩。此處之煩證見於肢體之疼痛，醫者應同時注意病患對疼痛之反應與感受。

(2) 與時間有關之煩躁：有晝日煩躁、六七日不解而煩。此處之煩躁證有時間性，醫者應同時注意晝夜或罹病天數之變化。

(3) 影響睡眠之煩躁：有晝日煩躁不得臥、煩躁不得眠、虛煩不得眠、心煩腹滿臥起不安。煩躁常導致失眠或睡眠品質不佳，醫者應多加注意病患煩躁之表現。

(4) 病勢不解之煩：有煩渴不解、復煩、六七日不解而煩、煩

不解。臨床若見煩證不解，則應重新審視其病因。

(5) 與嘔吐症狀合併表現之煩：有心煩喜嘔、吐之內煩、乾嘔心煩、乾嘔虛煩。臨床若見煩證合併嘔吐症狀，則應審視相應之病機。

(6) 與口舌燥渴症狀合併表現之煩：煩渴不解、煩渴、舌上乾燥而煩。此處之煩證見於口舌之場域，醫者應同時審視口舌燥渴之病機。

6.2 《傷寒論》狂證出處之詮釋

6.2.1 狂證特點及病因病機之探究

太陽病，發汗不解，惡寒止，其人如狂，譫語，潮熱，腹中急結，吐衄或血自下者，桃仁承氣湯主之。（106）

特點：新得瘀血，兼入氣分之如狂

病因病機：瘀血為新得，兼入氣分，氣盛逼血則多見下血（便血經血）、吐衄（包括腦出血），甚者如狂。兼入氣分而病勢較急，故腹中急結而按痛。此處提示醫者，新得瘀血可致狂亂，其精神狀況較煩躁嚴重。

傷寒，脈浮，醫以火迫劫之，必驚狂，臥起不安者，桂枝救逆湯主之。（112）

特點：火法誤治致火邪上越，胸陽受抑，陰氣鬱甚之驚狂

病因病機：傷寒誤用火燻迫汗，火邪鬱甚而驚狂。此處提示醫者，治療火法造成的驚狂，須使用含有龍骨、牡蠣藥對之湯方，義同桂枝甘草龍骨牡蠣湯證。

太陽病，六七日，惡寒止，熱入血分，其人發狂者，少腹當鞭滿，小便自利者，抵當（黨）湯主之。（124）

特點：宿血與邪熱入腦之發狂

病因病機：瘀血為舊有，全著於血分，病勢較深。不犯氣分，故不會逆上吐衄；血性柔潤，故腹診柔軟而不會氣滿脹痛。宿血與邪熱深入腦部而發狂，此處提示醫者，舊有瘀血亦可致狂亂，其精神狀況亦較煩躁嚴重。

太陽病，惡寒止，熱入血分，身黃，脈沉結，少腹鞭，小便自利，其人如狂者，抵當（黨）湯主之。（125）

特點：宿血與邪熱入腦兼化黃之如狂

病因病機：血分與邪熱化黃，已無太陽表證，非關水邪停留，故小便自利，為太陽病邪甚而轉入陽明病。宿血與邪熱深入腦部而發狂，此處提示醫者，舊有瘀血亦可致狂亂，其精神狀況亦較煩躁嚴重。

陽明病，小便不利，大便燥堅。初欲食，其人骨節疼，翕翕如有熱狀，奄然發狂，小便得利，大便自調，澼然汗出而解。（192）

特點：欲自解之奄然發狂

病因病機：陽明病得陰氣來復而或能自解，欲自解之病機為：初欲食，骨節疼，翕翕如有熱狀，奄然發狂。正氣勝出則大小便通調而自解。陽明病雖奄然發狂後，大小便仍然不通者，同樣須主以苦寒攻下以救陰氣。奄然發狂者非真發狂，指正邪相爭而猛然狂動也。此處提示醫

者，勿見狂證即處以湯方。

6.2.2 六病之狂證特點

經由對病因病機之探究，本研究認為臨床同煩躁之應用方式，亦須依仲景三陽三陰之六病理論，結合各個狂證之特點，分病而論治。但本研究發現狂證僅出現於太陽病與陽明病，尤其是入陽明病之形層者。

一、太陽病

第 112 條：火法誤治致火邪上越，胸陽受抑，陰氣翳甚之驚狂（桂枝救逆湯證）。

二、陽明病

第 106 條：新得瘀血，兼入氣分之如狂（桃仁承氣湯證）。

第 124 條：宿血與邪熱入腦之發狂（抵黨湯證）。

第 125 條：宿血與邪熱入腦兼化黃之如狂（抵黨湯證）。

第 192 條：欲自解之奄然發狂（揭示病機）。

6.2.3 狂證表現之臨床描述

本研究發現狂證之臨床用詞，亦隨病因病機之差異而有不同之臨床描述，寫實而生動，其用意亦提示醫者臨症應細心問診與觀察。

對於“狂證”不同臨床表現形式的描述上，包括有其人如狂、必驚狂、其人發狂、奄然發狂等。

第七章 臨床醫案應用

7.1 本研究者有關煩躁與狂證臨床醫案之報告

病例報告 1、(白虎湯加人參湯之應用)

基本資料：姓名：曾宋○○，性別：女，年齡：74 歲，職業：務農
(種菜)，婚姻：已婚，病歷號碼：005XX，就診日期：2008.07.12

主訴：左膝腫痛數日、心煩

現病史：有舊傷(2007.5 月騎腳踏車摔倒，左膝挫傷於屏基就診抽積液)，近日不明原因腫痛

過去病史：高血壓，高血糖，右膝骨刺(西醫建議做關節鏡)，良性腫瘤手術史，結石碎石史，頭部撞傷縫合史，普拿疼過敏史，皮膚癢過敏史，胃痛泛酸史，腰痠史(常彎腰種菜)，車禍史

個人史：早上茹素，晨起有走路運動之習慣

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：體型胖，舌色暗，舌乾少津，剝苔，唇乾

聞：喜言，無特殊氣味

問：口很乾，多飲，多汗，眼屎多，不易入睡，眠淺易醒，多夢，小便量少不暢，吃降血糖藥，吃降血壓藥，胃不好，買基金賠錢心煩，怕抽筋不怕痛，平時怕熱，納可

切：脈沉，足背腫（按壓輕微陷指）

理學檢查：血壓=155/80 mm Hg，血糖=180mg/dl（自訴），曾吃生魚片
血醣升高到 290mg/dl

中醫診斷：三陽熱盛，氣陰兩傷

治則：清熱益氣生津

處方：白虎湯 8 克，黨參 2 克（科學中藥粉末），一日服用二次，六
日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品及辛辣食物

治療過程：因考慮到病人長期服用多種西藥，故僅給藥一日兩次。

2008.07.22 日年回診，眉開眼笑，自訴腫痛改善，因去台中女兒家
玩，故今天才回診，想照前次拿藥並欲介紹鄰居前來。摸其左膝，腫
雖消但仍有微熱，效不更方，遂順其意，照前次給藥。

討論：此婦人左膝腫痛數日合併心煩證，同時表現「口很乾，多飲，
多汗，舌乾少津，剝苔，唇乾」等「氣陰兩傷」之病機，治則為清熱
益氣生津，處方以白虎加人參湯，左膝腫痛改善，心煩亦除。參考條
文如下：

傷寒，若吐若下後，七八日不解，表熱入裏，時時惡風，大渴，
舌上乾燥而煩，欲飲水數升者，白虎加人參湯主之。（168）

傷寒，發汗，汗大出，無大熱，口燥渴，心煩，背微惡寒者，白
虎加人參湯主之。（169）

病例報告 2、(桂枝甘草龍骨牡蠣湯之應用)

基本資料：姓名：陳○○，性別：男，年齡：53 歲，職業：水電工，

病歷號碼：025XX，就診日期：2008.07.14

主訴：汗出不止四日，煩躁不安

現病史：2008.7.10 日為了抗癌，自行喝「日日春」青草茶，之後汗出淋漓不止

過去病史：95 年底因出現血便，經西醫檢查為大腸直腸癌，當時接受化療、未開刀，後來常自行吃蒜頭精等各種健康食品

個人史：曾有吸菸嗜酒之惡習，現已戒斷，過去飲食偏於辛辣重口味

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：煩躁不安，一般體型，舌質紅

聞：講話急，聲音低沉無力，不多言，無特殊氣味

問：納差，倦怠，口乾，小便量少，腰痠，大便不暢，眠欠佳，喜吹風，怕熱

切：脈沉無力

西醫診斷：無

中醫診斷：汗出亡失胸陽，擾及心宮神志

治則：溫補胸中陽氣，收斂浮越之氣

處方：桂枝 3.5 克，炙甘草 3.5 克，龍骨 4 克，牡蠣 4 克（科學中藥粉末），一日服用三次，三日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品及辛辣食物

治療過程與結果：2008.07.18 日因平素之腰背痠痛舊疾欲來推拿，見其心平氣和，詢問其汗出情形？搖頭微笑答曰：「不會了！」

討論：此男性病患為了抗癌，自行喝「日日春」青草茶，之後汗出淋漓不止四日，同時表現出「煩躁不安」等「汗出亡失胸陽，擾及心宮神志」之病機，治則為溫補胸中陽氣，收斂浮越之氣，處方以桂枝甘草龍骨牡蠣湯，汗止煩躁亦除。本病例雖非因燒針誤治，但病機相同。

參考條文如下：

太陽病，因燒針，火逆汗之，煩燥者，桂枝甘草龍骨牡蠣湯主之。

(118)

病例報告 3、(小建中湯之應用)

基本資料：姓名：徐○○，性別：女，年齡：13 歲，職業：學生，

病歷號碼：011XX，就診日期：2008.07.11

主訴：經行腹痛 1 日、心煩

現病史：2007.05.05 日初經，月經不規則，有時愆期，也曾提前 10 天

過去病史：胃痛、痛經

個人史：無特殊個人史，疑似輕微鼻子過敏，藥物稍帶苦味則入口即吐，畏服西藥，厭惡杏仁之氣味

家族史：祖母有氣喘病史

中醫四診：

望：體瘦，表情煩悶狀，舌質紅，苔白

聞：不多言，無特殊聲音，無特殊氣味

問：小腹痛喜按，納差納少，大便溏，大便 2-3 日 1 次，早餐常喝大杯冰奶茶，早餐後經常胃痛打嗝欲吐，從國小五年級開始經常腹痛，冬天手腳冰冷，喜冷飲，頭不痛

切：脈浮數，輕壓小腹則疼痛減緩

西醫診斷：痛經

中醫診斷：脾胃虛寒，行經腹痛

治則：溫胃健脾，補虛止痛

處方：小建中湯 15 克（科學中藥粉末），一日服用三次，六日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：患者取藥後立即倒水服用一包，見此狀再思其經行第一天即來看診，猜測腹痛當甚困擾。2008.07.15 日陪同祖母回診拿氣喘藥，見其心情愉悅，活潑開朗，趁隙詢問其腹痛情形？回曰：「好了！」

討論：此徐姓女學生自初經以來，月經不規則，痛經，喜冷飲，亦經常胃痛，輕壓小腹則疼痛減緩，同時表現出心煩等「脾胃虛寒」之病機，治則為溫胃健脾，補虛止痛，處方以小建中湯，腹痛解心煩亦除。

參考條文如下：

傷寒二三日，腹痛喜按，心中悸而煩者，小建中湯主之。（102）

病例報告 4、(大承氣湯之應用)

基本資料：姓名：莊○○，性別：男，年齡：48 歲，職業：做土水兼做生意，婚姻：已婚，病歷號碼：027XX，就診日期：2008.07.10

主訴：頭暈心煩

現病史：吃東西即腹脹，腹脹則頭暈心煩

過去病史：皮膚癢史(影響睡眠)(看皮膚科沒耐心)，高血壓(目前未吃任何西藥)，2007年6月初中風(署立屏東醫院診斷為腦血管阻塞)(中風前未吃降血壓藥)，痔瘡滴血史

個人史：抽菸，喝酒，每天下午走路運動

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：一般體型，左手無力上舉，跛行，舌質紅

聞：講話急，聲音低沉無力，不多言，無特殊氣味

問：納可，眼模糊，大便3-4日一次(曾經7日1次)，小便量少(自訴腎不好)，左手中指及無名指麻，手心癢如螞蟻叮咬，有時不易入睡

切：脈沉

理學檢查：血壓=130/90 mm Hg

中醫診斷：陽明實熱，燥屎內結

治則：攻下瀉熱，蕩滌燥結

處方：大黃 3.0 克，芒硝 3.0 克，厚朴 3.0 克，枳實 3.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，七日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品及辛辣食物

治療過程與結果：2008.07.21 日回診欲看眼模糊之舊疾，詢問其頭暈心煩情形？搖頭答曰：「不會了！」

討論：此男性病患頭暈合併心煩證，同時表現「大便 3-4 日一次，講話急，脈沉，舌質紅」等「陽明實熱，燥屎內結」之病機，治則為攻下瀉熱，蕩滌燥結，處方以大承氣湯，大便通暢，頭暈證解，心煩亦除。參考條文如下：

溫病，反下之，心中懊憹而煩，腹中有燥屎者，宜大承氣湯。(238)

病人不大便五六日，繞臍痛，煩躁，發作有時者，故使不大便也。

(239)

病人煩熱，發熱惡寒，汗出不解，脈浮緩者，宜桂枝湯。汗大出，

日晡所發潮熱，大便燥堅，譫語，脈沉實者，宜大承氣湯。(240)

病例報告 5、(吳茱萸湯之應用)

基本資料：姓名：張○華，性別：女，年齡：18 歲，職業：學生，

病歷號碼：006XX，就診日期：2008.07.12

主訴：每次皆痛經，煩躁不安

現病史：近三年來經行腹痛（自訴很痛），月經經常愆期

過去病史：白帶陰癢史

個人史：喜喝冷飲，喝茶

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：煩躁不安，白滑苔，舌尖紅

聞：講話濁音，聲音低沉，無特殊氣味

問：口乾，小便可，大便一日一次但是不順暢，頭暈（自擬因由貧血），

眠可，手腕足踝以下冰冷（冬季甚），LMP：2008.6 月中，怕冷，有

時欲嘔，易餓，納少，腹脹

切：脈沉弱無力，腕踝以下冷

西醫診斷：無

中醫診斷：厥陰病，陰陽氣不相順接

治則：溫陽煦陰，調和陰陽

處方：吳茱萸湯 15.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，三日份，

飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：因考慮到吳茱萸湯辛辣難吃，且近日當經行，故僅給藥三日，囑其吃完回診以觀察痛經情形。2008.08.01日因胃脹不舒前來就診，見其心平氣和，詢問其月經何時來？是否會痛？微笑答曰：「上次拿藥約三日後月經就來了而且不會痛！」但藥果真辛辣難吃。

討論：此張姓女學生近三年來經行皆腹痛，煩躁不安，月經經常愆期，講話濁音，聲音低沉，大便一日一次但是不順暢，且出現「手腕足踝以下冰冷」之厥陰病關鍵病徵，此乃厥陰寒邪，陰陽氣被風寒濕邪所阻隔而不相順接，致手足厥冷但腕踝以上溫和。病機為「陰陽氣不相順接」，治則為溫陽煦陰，調和陰陽，處方以吳茱萸湯，收撥雲見日之功，痛經證解，煩躁不安亦平復。參考條文如下：

少陰病轉入厥陰病，心中疼熱，便溏，手足厥冷，腕踝以上溫和，

煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。（309）

病例報告 6、(吳茱萸湯之應用)

基本資料：姓名：張○萍，性別：女，年齡：42 歲，職業：代課老師，病歷號碼：032XX，就診日期：2008.07.12

主訴：頻尿，煩躁不安

現病史：白天頻尿，夜尿 2 次

過去病史：過敏性鼻炎史（吹到風會引起過敏）

個人史：茹素

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：煩躁不安，體瘦，舌胖大有齒痕，舌淡紅

聞：講話略急，無特殊氣味

問：嗜睡，多夢，疲倦，頭重，有壓力，常被學生氣到頭痛，晨起打噴涕，近日手足冰冷，LMP：2008.6.23 日，經前頭暈，下週六要去

台中參加老師甄試

切：脈浮數弦，腕踝以下冷

理學檢查：血壓=105/70 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：厥陰病，陰陽氣不相順接

治則：溫陽煦陰，調和陰陽

處方：吳茱萸湯 15.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，三日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：因考慮到思吳茱萸湯辛辣難吃，故僅給藥三日，觀察頻尿改善情形。2008.9.11 日因感冒（喉嚨痛、流黃涕）前來就診，詢問其頻尿改善情形？微笑答曰：「上次藥未吃完即改善！」且考試順利，目前於屏東縣林邊鄉教課。

討論：此張姓女老師近日頻尿，煩躁不安，且出現「手腕足踝以下冰冷」之厥陰病關鍵病徵，此乃厥陰寒邪，陰陽氣被風寒濕邪所阻隔而不相順接，致手足厥冷但腕踝以上溫和。病機為「陰陽氣不相順接」，治則為溫陽煦陰，調和陰陽，處方以吳茱萸湯，收撥雲見日之功，頻尿證解，煩躁不安亦平復。參考條文如下：

少陰病轉入厥陰病，心中疼熱，便溏，手足厥冷，腕踝以上溫和，

煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。（309）

病例報告 7、(吳茱萸湯之應用)

基本資料：姓名：邱○珠，性別：女，年齡：40 歲，職業：未知，

病歷號碼：031XX，就診日期：2008.07.21

主訴：月經愆期，心情煩躁易怒

現病史：月經延遲近 3 週仍未行

過去病史：過敏性鼻炎史（曾接受三九貼之穴位外敷發泡療法）

個人史：無特殊個人史

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：舌胖大有齒痕，舌淡紅

聞：無特殊氣味

問：月經延後未行，LMP：2008.05.31 日，心情煩躁易怒，經行不腹痛，眠欠佳，有時作夢，稍吹風即感冒，口微乾，手足冰冷，冬天畏寒，夏天卻惡熱，六年前結紮，汗平，咽痛，偏頭痛

切：浮，腕踝以下冷

理學檢查：血壓=90/70 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：厥陰病，陰陽氣不相順接

治則：溫陽煦陰，調和陰陽

處方：吳茱萸湯 13.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，六日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：2008. 7. 29 日回診，月經仍未行，再給吳茱萸湯六日。2008. 08. 08 日三診，月經於 2008. 08. 04 日已來，且身體並無不適，血壓升為 100/75 mm Hg。2008. 12. 30 日因感冒咳痰前來就診，詢問其最近數月經期情形？答曰：「已恢復正常！」心平氣和。

討論：此邱姓女病患月經愆期近 3 週仍未行，心情煩躁易怒，且出現「手腕足踝以下冰冷」之厥陰病關鍵病徵，此乃厥陰寒邪，陰陽氣被風寒濕邪所阻隔而不相順接，致手足厥冷但腕踝以上溫和。病機為「陰陽氣不相順接」，治則為溫陽煦陰，調和陰陽，處方以吳茱萸湯，收撥雲見日之功，月經準時到來，煩躁易怒之情緒亦獲平復。參考條文如下：

少陰病轉入厥陰病，心中疼熱，便溏，手足厥冷，腕踝以上溫和，

煩躁欲死者，吳茱萸湯主之。（309）

病例報告 8、(桂枝湯之應用)

基本資料：姓名：郭黃○娣，性別：女，年齡：59 歲，職業：做家事，病歷號碼：004XX，就診日期：2008.03.25

主訴：左前額頭痛心煩

現病史：自訴昨天外感風寒

過去病史：過敏性鼻炎史（自訴曾挖鼻孔傷到黏膜），平時吃過敏性鼻炎西藥，亦曾至本診所做三九天灸，健康檢查正常

個人史：有運動習慣

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：心煩不安，舌色較暗

聞：無特殊氣味

問：晨起打噴涕，鼻塞，流鼻水，鼻癢，目癢，有汗，晚上睡眠可但是中午睡不著，怕冷，大便正常，眼睛疲勞，病人要求加開胃藥

切：脈浮緩

理學檢查：血壓=110/75 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：外感風邪

治則：溫中解表

處方：桂枝湯 15.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，六日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：本欲給藥三日，因其習慣拿六日藥，故給藥六日。

2008.04.26 日因前晚喝桔子茶後吐瀉前來就診（吐三次、瀉二次、嘔酸水、微惡寒），在訴說症狀時面露喜色的提及：「上次藥未吃完頭痛就好了！」

討論：此婦人前一日受外感風寒引起頭痛心煩，且出現有汗，脈浮緩，打噴涕，鼻塞，流鼻水，鼻癢等「太陽病中風」之病機，治則為溫中解表，處方以桂枝湯，頭痛解心煩亦除。參考條文如下：

傷寒，發汗已解，半日許，復煩，脈浮緩者，宜桂枝湯。（57）

病例報告 9、(小芫胡湯之應用)

基本資料：姓名：張○忠，性別：男，年齡：66 歲，職業：未知，

病歷號碼：029XX，就診日期：2008.08.18

主訴：口苦咽乾、頭暈心煩

現病史：頭暈數日

過去病史：心律不整（服心臟科西藥）

個人史：平時走路及騎腳踏車運動之習慣

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：心煩不安，舌色較暗

聞：言語急，對症狀描述細膩，敏感好問多疑，無特殊氣味

問：頭暈欲嘔，視物旋轉，夜半喜飲，胸悶，打噴涕，鼻塞，鼻乾痛，

流鼻水，精神不好，疲勞，身熱惡風，夜半手麻，項強腰痠，自疑肝

火胃火大，二便平，納可

切：脈浮

理學檢查：血壓=100/65 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：外感風邪

治則：清裏透外

處方：芩胡 3.0 克、黃芩 2.0 克、半夏 2.0 克、黨參 2.0 克、炙甘草 2.0 克、生薑 2.0 克、大棗 2.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，三日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：本欲直接開與小芩胡湯，因思其敏感多疑，必細看處方，故將此湯方拆解為七味藥。七日後回診，諸症俱減，心情愉快。同處方再給三日，以盡其餘病。

討論：此男性病患口苦咽乾，頭暈數日，視物旋轉，心煩，欲嘔，夜半喜飲，胸悶，疲勞等「少陽病」之病機，此為風寒濕邪趁軀體陽氣較弱之際，向裏層侵犯，造成正邪困頓，氣火邪結而燻於上，陽津無法濡陰而降下，擾於胸陽之心煩。治則為清裏透外，處方以小芩胡湯，諸症俱減，心煩亦除。參考條文如下：

傷寒五六日，往來寒熱，胸脇支滿，咽乾目眩，默默不欲飲食，心煩喜嘔，轉入少陽病者，小芩胡湯主之。（96）

病例報告 10、(桂枝附子湯之應用)

基本資料：姓名：楊杜○琴，性別：女，年齡：51 歲，職業：做家

事，病歷號碼：0002X，就診日期：2008.08.18

主訴：右膝煩疼

現病史：數日

過去病史：B 型肝炎，膽固醇偏高（以上國仁醫院檢查），脂肪肝，

血糖=180mg/ml（吃降血糖西藥）

個人史：平時走路及騎腳踏車運動

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：心煩不安，舌色較暗

聞：無特殊氣味

問：眠差，眠淺易醒（未吃安眠藥），自行吃俗稱之「清血藥」，口乾

苦，怕冷也怕熱，飲可，二便平

切：脈澀

理學檢查：血壓=120/85 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：風寒濕邪痺結凝痛

治則：溫補陽氣，宣散風寒以化濕

處方：桂枝 3.0 克、附子 3.0 克、生薑 2.0 克、大棗 1.0 克、炙甘草 1.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，六日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：因考慮病人素有雙足趾麻痛舊疾，而有受針灸經驗（數月前常來針灸），故此次門診亦配合針刺治療（穴取右足之梁丘、犢鼻、血海）。2008.12.23 日因咳嗽咽痛來診，而右膝煩疼情形早無。

討論：此婦人右膝疼煩數日，且素有雙足趾麻痛舊疾，脈澀等「風寒濕邪痺結凝痛」之病機，此為風寒濕邪結在裡，復新得傷寒，造成表裡風寒濕邪相搏。治則為溫補陽氣，宣散風寒以化濕，處方以桂枝附子湯，疼解煩除。此病例為身體疼痛引發之煩，和肢體相關，不同於一般心神受擾的煩。參考條文如下：

傷寒八九日，其人素有寒濕痺結，身體疼煩，不能自轉側，不嘔不渴，脈浮虛而澹者，桂枝附子湯主之。大便鞭，小便不利者，白朮附子湯主之。（174）

病例報告 11、(抵當(黨)湯之應用)

基本資料：姓名：黃○收，性別：女，年齡：77 歲，職業：賣檳榔，

病歷號碼：026XX，就診日期：2008.12.03

主訴：便秘、心煩狂亂難眠

現病史：便秘逾二年

過去病史：長期服用降血壓藥（收縮壓曾高達 230 mm Hg），痛風史

個人史：30 餘年前頭撞到鐵門之後不敢騎機車，41 歲停經（之後血壓即升高），不喜歡吃水果

家族史：無特殊家族病史

中醫四診：

望：煩躁狂亂不安，面色晦暗，舌色較暗，舌乾少津

聞：無特殊氣味，言語急亂

問：胃腹痛，大便堅結，三四日一次（自行買通便藥吃後腸胃不舒），難眠，皮膚癢（耳朵、頭皮、臀部），目屎多，眼模糊，流淚（病人要求加開眼藥及通血藥），口苦甚（要求加降肝火藥），夜尿四次，小便量多，自訴不能吃麻油酒，挑食，納少，服藥畏苦，怕熱多汗，口乾多飲，腿部常抽筋，因其女兒多年前出家而常加思念

切：脈沉、腹診痛緩可移動

理學檢查：血壓=200/110 mm Hg

西醫診斷：無

中醫診斷：宿血與邪熱入腦

治則：攻逐瘀血

處方：抵當（黨）湯 15.0 克（科學中藥粉末），一日服用三次，三日份，飯後溫服，囑咐勿食冷飲冰品

治療過程與結果：因思其性多疑，精神不穩定，故僅給藥三日，觀察服藥狀況與症狀改善情形。2009.02.10 日因右踝疼痛，疑似痛風發作而回診，詢問其上次服藥情形？答曰：「吃上次的藥腹部會絞痛，之後大便一日數次，大便變稀軟，故不敢吃完。」；同時提及：「過年女婿開車載我出去遊覽。」訴說過程面帶微笑，情緒平靜！

討論：此婦人便秘逾二年，心煩狂亂難眠，胃腹痛，大便堅結，三四日一次，面色晦暗，夜尿四次，小便量多等「宿血與邪熱入腦」之病機，此為舊有瘀血，非關水邪停留，故小便自利，為太陽病邪甚而轉入陽明病，其精神狀況亦較煩躁嚴重。治則為攻逐瘀血，處方以抵當（黨）湯，大便通暢稀軟，情緒平靜，能外出旅遊。參考條文如下：

太陽病，六七日，惡寒止，熱入血分，其人發狂者，少腹當鞭滿，小便自利者，抵當（黨）湯主之。（124）

太陽病，惡寒止，熱入血分，身黃，脈沉結，少腹鞭，小便自利，其人如狂者，抵當（黨）湯主之。（125）

7.2 其他醫師有關煩躁與狂證臨床醫案之報告

病例報告1、(五苓散之應用)

男，14個月。其家長訴因受涼於三天前發熱、嘔吐、腹瀉，經用西藥治療後發熱已退，腹瀉、嘔吐加重，每天腹瀉7-8次，始為綠色，後呈水樣便，伴蛋花樣不化之食，煩躁哭鬧，渴而喜飲，小便量少。診為小兒秋瀉，予五苓散1克，用米湯或稀粥分二次頻頻送下。10月16日二診，訴服藥後小便增多，一天共計小便十餘次，沒有發生嘔吐和腹瀉，哭鬧停止，精神恢復，早晨大便一次成形，質硬正常。（吳瑞春、賀詩峰，2004）。

評析：小兒秋季腹瀉是小兒的常見病、多發病，其臨床表現為：腹瀉水樣便或伴蛋花樣不化之食，每天腹瀉6-10次，甚者20次以上，可伴有嘔吐、尿少、發熱、煩躁等症。如不及時治療，可發生嚴重脫水，危及患兒的生命。吳瑞春、賀詩峰近二年來採用張仲景的五苓散方治療小兒秋季腹瀉36例，取得了滿意的療效。

五苓散能使脾胃運化氣水的功能恢復，治療單純性消化不良的小兒腹瀉效果較好。此例為外感吐瀉而煩躁，臨床常遇家長見小孩發熱即急於尋求西藥退燒，此乃治標，暫求心安而已。此例燒退卻吐瀉加重，煩躁哭鬧，渴而喜飲，小便量少。與五苓散治本，小便增多，吐瀉停，哭鬧止，精神恢復。

病例報告2、(大青龍湯之應用)

女，65歲。病已一日，症見惡寒高熱 39.8°C ，身蓋三層棉被仍覺惡寒，無汗煩躁，頭身俱痛。口渴喜熱飲，口淡無味，納差小便短黃，大便未行，舌紅苔薄黃，脈浮數，藥用大青龍湯：炙麻黃6克，桂枝6克，炙草5克，石膏24克，杏仁12克，生薑3片，大棗5枚。一劑後自覺有甜味囁進糜粥小許，汗出由少及多，寒熱、頭身疼痛消失，次日又進一劑，又得微汗乃無所苦而告愈（喻志華，2007）。

評析：高燒常引發煩躁，頭痛身痛，令家屬著急，疲於奔命。喻志華自1989年1月到2006年10月，採用大青龍湯治療外感高熱證108例，獲滿意療效，與西藥治療同類患者作對照比較，病程及平均醫療費用，有顯著性減少。

大青龍湯適用於風寒表實，兼內熱煩躁證。此例為外感高熱而煩躁，與大青龍湯，一日一劑，二日癒。一般觀念誤認中藥藥效慢，故遇急症必先求西醫，仲景方藥治療急症，有立竿見影之效。正確辯證地使用中醫經方大青龍湯治療外感高熱證，不僅能縮短病程，減輕病人的痛苦，而且能大大減少病人的醫療費用。

病例報告3、(白虎加人參湯之應用)

女，59歲。數月來情緒焦躁不安，西醫診為焦慮症，並給予多種抗焦慮藥物，療效欠佳。後經中醫治療給予疏肝、清心養心方劑亦未見效。診見患者煩躁不寧，眠差，口乾欲飲，便乾，舌質略紅，苔薄黃，脈滑略數。細詢病史，半年前曾感冒風寒，治療後雖緩解卻添此疾。予白虎加人參湯，處方：生石膏60克，人參6克，知母12克，粳米15克，甘草9克。日一劑，水煎分三次飯後服用。4月9日二診，煩躁大減，睡眠安穩，舌中黃苔基本消退，大便日行一次，效不更方，石膏劑量更為45克，餘藥不變，續服三劑，諸恙悉除，隨訪半年，未復發（宋永強，2006）。

評析：焦慮症主要表現為焦躁不安，西醫給予多種抗焦慮藥物，療效欠佳，後經某中醫給予疏肝、清心養心方劑亦未見效。與白虎加人參湯，煩躁大減，睡眠安穩，半年未見復發。

白虎加人參湯，具有清熱生津益氣之功，主治白虎湯證而見氣津兩傷：本例細究病機，當屬鬱熱內擾心神，邪熱久居，必然耗傷正氣，而致邪熱難以外達。仲景方藥治療精神疾患，療效顯著。

病例報告4、(梔子豉湯之應用)

陸某，男，50歲，寐差半月，心煩不寧，急躁易怒，並有皮膚瘙癢之症，近期有外感史。舌質紅、苔白，脈弦浮。投以梔子豉湯加味：梔子10克，淡豆豉10克，連翹10克，酸棗仁15克，知母10克，川芎10克，茯苓15克，五味子10克，合歡皮15克，夜交藤20克，板藍根15克，甘草6克。服用三劑後心煩易怒減輕，七劑後睡眠較前顯著改善，容易入睡且睡得安穩（盧雨蓓，2005）。

評析：不寐則白日精神不佳，致心煩急躁，影響工作與人際關係，病機多見正虛邪實，痰熱內擾。盧雨蓓應用梔子豉湯加減治療43例虛煩不寐的病人，收到良好效果。

梔子豉湯雖僅有兩味藥，但梔子苦寒，既可清透鬱熱，解鬱除煩，又可導火以下行；淡豆豉氣味皆輕，既能清表宣熱，又能和降胃氣。二藥相伍，是清宣胸膈鬱熱，治療虛煩不寐的良方。梔子豉湯別於一般安神之劑的特點在於能夠通過清心除煩而達安神助寐效果，故對一些心神經官能症、神經衰弱、更年期綜合征等所致的心悸心煩、焦慮不寐的病人有良效。

病例報告5、(甘草瀉心湯之應用)

反流性食管炎62例，男34例，女28例，年齡27-52歲，平均36歲，病程11個月-6年。均經電子胃鏡檢查確診。以反酸、胸骨後燒灼樣不適或疼痛、上腹脹滿、心煩為主要症狀，兼有胃冷感、便溏、納呆、乏力等症。用甘草瀉心湯加味治療。組方：炙甘草12克，半夏10克，黃芩、乾薑各9克，黃連3克，大棗12枚。脅脹脘悶加厚朴、蘇梗各10克；泛酸加海螵蛸10克，吳茱萸1克；胃脘痛甚加元胡10克，檀香5克；食積者加神曲10克，砂仁5克。一天一劑，水煎至200ml，分二次服，療程二個月。

“療效標準”為治癒：臨床症狀消失，內鏡檢查食管黏膜無炎症表現；好轉：臨床症狀減輕，胃鏡檢查食管下段黏膜糜爛與破損明顯改善；無效：臨床症狀無減輕，胃鏡檢查無好轉。結果62例中治癒32例，好轉24例，無效6例，總有效率90.32%（季曉軍，2006）。

評析：反流性食管炎是常見的消化性疾病，主要因下食管括約肌功能不全，不能有效關閉和阻止胃內容物反流入食管，使返流物中的胃酸、胃蛋白酶、膽鹽等攻擊因子對食管造成刺激和損傷所致，心煩為主要症狀之一。中醫屬“食管瘴”、“胃脘痛”、“吐酸”、“胸痛”等範疇。甘草瀉心湯為治療“痞滿證”脾胃病的有效良方，主寒熱互見之痞，臨床見脾虛胃滯，寒熱互見之證者投之，常能收到良效。

病例報告6、(白虎湯之應用)

高某，14歲，學生。放學回家後喊頭疼，煩躁不安，噁心嘔吐，測體溫40.1度，急到縣醫院就診，做腰穿抽取腦脊液化驗，診斷為病毒性腦炎，經治療未見好轉，隨轉我院治療。經西藥治療，六日後中午不明原因出現發熱、煩躁不安、頸項強、口渴喜飲、大便數日未解、小便短黃、舌質淡紅、苔薄黃、脈洪大。中醫診斷為風溫，為陽明熱盛，津氣耗傷所致。治以清熱益氣生津，給予白虎湯加味。處方：生石膏30克(先煎)，知母15克，梗米5克，黃連9克，生大黃9克(後下)，黨參15克，丹參12克，淡竹葉6克，甘草6克，三劑，每日一劑水煎早晚各一次，早飯前、晚飯後溫服。三劑服盡，患者能安靜入睡，頸軟無抵抗，已大便，頭疼輕，熱勢已減，守上方去大黃，加砂仁6克(後下)，繼服三付，熱退頭疼止。謹遵古訓，效不更方。適當調整藥量，連服五劑諸證皆除，複查結果均正常，一年後隨訪未復發(靳瑞英，2007)。

評析：病毒性腦炎會引起頭疼，煩躁不安，合併高燒。本例診斷為風溫，為陽明熱盛，津氣耗傷所致，給予白虎湯加味，三劑服盡，即能安靜入睡。白虎湯除用於傷寒、溫病、中暑等外感病外，亦廣泛用於急性熱病的高熱階段。如病毒性乙型腦炎、流行性出血熱、肺炎、腸傷寒、麻疹、風濕性心肌炎等中醫辨證屬陽明氣分實熱者。

病例報告 7、(桃仁承氣湯之應用)

女，25歲，未婚，中學教師。每到月經來潮時即成癲狂狀態，自言亂語，哭笑無常，夜寐不安，月經過後，不治自愈，數月來皆是如此。既往有痛經史，曾於數月前經期重感冒一次，以後即患此病。就診時又當經期，雖胡言亂語，嬉笑無常，但問診時能準確回答問題。查舌暗苔薄，脈澀。辨證為瘀、熱入下焦血分、上擾神明所致，治宜攻瘀清熱。方選“桃仁承氣湯”加味：桃仁15克，大黃15克，桂枝6克，芒硝10克(後下)，丹皮15克，甘草3克。服藥四劑而愈，隨訪數月未發(劉長琳，2007)。

評析：婦女經期發狂，屬於週期性精神病，多因月經來時多觸煩怒，肝氣逆亂，血隨氣逆，上攻於心所致，因熱與瘀血相搏而引起的經期發狂更為多見。該患者平素有痛經史，結合當時證候顯然有瘀血阻滯且正值經期又外感發熱，熱邪傳入下焦血分，以致瘀血不行而引起發狂。

桃仁承氣湯攻瘀兼清熱，治血氣不安，氣血相雜之狂證，往往取得了速效。

第八章 研究成果

本研究通過對《傷寒論》書中“煩躁”與“狂”證的辨析，可以發現幾個事實：

一、釐清四個錯誤之論述

不論學術研究或臨床應用，對《傷寒論》中的條文錯誤解讀，將造成醫學生學習之困難，以及醫師臨床診斷之誤判，影響甚劇，有必要加以釐清。

(一)「三陰三陽皆有煩躁」之說有誤

第 274 條有“四肢煩疼”、第 278 條有“雖暴煩”，此二條太陰病條文皆屬後人之追論而刪除，太陰病並無煩躁證。故「三陰三陽皆有煩躁」之說有誤，醫者勿據此而錯誤診斷。

(二)「煩屬陽、躁屬陰」之說有誤

陽病亦會出現躁證，例如第 38 條有太陽病“汗不出而煩躁”、第 61 條有太陽病“晝日煩躁”；陰病亦會出現煩證，例如第 309 條有厥陰病“煩躁欲死”、第 315 條有少陰病“乾嘔虛煩”。故「煩屬陽、躁屬陰」之說有誤，醫者勿據此而誤判病機。

(三)「躁煩較煩躁嚴重」之說有誤

第 134 條有“短氣躁煩”，與其他條文如第 71 條之“煩躁不得眠”、第 239 條之“繞臍痛，煩躁”相較，僅是病機不同，並無病勢

輕重之分；又河洛語法如客人曰「人客」、熱鬧曰「鬧熱」、習慣曰「慣習」、颱風曰「風颱」、煩躁曰「躁煩」等，意義相同。故「躁煩較煩躁嚴重」之說有誤，醫者勿據此而誤判病勢。

（四）「煩躁具死證」之說有誤

如第 134 條有“結胸證悉具，煩躁者亦死”、第 296 條有“少陰病，吐利躁煩，四逆者死”，諸死證之條文皆屬後人之註解或追論而刪除。「死」字僅見於第 309 條厥陰病之“煩躁欲死”，但此處之“欲死”並非真指死證，而是形容煩躁非常。故「煩躁具死證」之說有誤，醫者勿據此而輕言放棄，遇難治之精神病患更應細心診治。

二、凸顯治療煩躁與狂證之常用藥物

《傷寒論》中涉及煩躁與狂證條文中之湯方共計 30 個，其中重複出現之藥物具有重要臨床應用意義，有必要加以重視。經由突顯這些常用藥物，可以進一步掌握應用之時機。

（一）大黃與芒硝

有六個湯方含有大黃：大陷胸湯、附子瀉心湯、大承氣湯、調胃承氣湯、桃仁承氣湯、抵黨湯；有四個湯方含有芒硝：大陷胸湯、大承氣湯、調胃承氣湯、桃仁承氣湯。神農本草經讀云：「大黃氣味苦寒，主下瘀血，血閉，寒熱，破癥瘕積聚，留飲宿食，蕩滌腸胃，推陳致新，通利水穀，調中化食，安和五臟」；又云：「朴硝氣味苦寒

無毒，主治百病，除寒熱邪氣，逐五臟六腑積聚，固結留瘕，能化七十種石」（蔡濟舟，1994）；周春紅（2005）探析大黃在《傷寒論》中的應用有四個方面：瀉熱通腑、瀉熱消痞、瀉熱逐水、瀉熱逐瘀破結。可知病勢朝陽性發展而邪實者用大黃配芒硝，大黃與芒硝為一藥對，臨床多為配對使用。

（二）附子

有六個湯方含有附子：乾薑附子湯、附子瀉心湯、桂枝附子湯、白朮附子湯、白通湯、白通加人尿湯。神農本草經讀云：「附子氣味辛溫，主風寒咳逆邪氣，溫中，金瘡，破癥堅，積聚，血瘕，寒濕痿躄，拘攣，膝痛，不能行走」（蔡濟舟，1994），可知病勢朝陰性發展而邪實者用附子。本研究者認為附子須炮炙，生附子毒性太大，容易造成毒害。炮製附子之用量應勿超過三錢（一錢相當3.75克），超過三錢則須煎煮一小時以上；若中附子毒時，須以黑大豆15克、生甘草7.5克濃煎頓服解之。

（三）梔子

有五個湯方含有梔子：梔子豉湯、梔子甘草豉湯、梔子生薑豉湯、梔子厚朴湯、梔子乾薑湯。神農本草經讀云：「梔子氣味苦寒，主五內邪氣，胃中熱氣，面赤，酒皰齖鼻，白癩，赤癩，瘡瘍」（蔡濟舟，1994），可知病勢朝陽性發展而邪虛者用梔子。

(四) 黃芩

有五個湯方含有黃芩：小芩胡湯、大芩胡湯、芩胡桂枝湯、甘草瀉心湯、附子瀉心湯。神農本草經讀云：「黃芩氣味苦寒，主諸熱，黃瘡，腸澼泄痢，逐水，下血閉，惡瘡，疽蝕，火瘍」(蔡濟舟，1994)，可知病勢朝陽性發展而邪實者用黃芩。

(五) 石膏

有三個湯方含有石膏：白虎湯、大青龍湯、白虎加人參湯。神農本草經讀云：「石膏氣味辛微寒，主中風，心下逆氣驚喘，口乾舌焦，不能息，腹中堅痛，除邪鬼」(蔡濟舟，1994)；周彤、張傑(2002)於臨床應用體會到石膏有宣散解熱，透表解肌的作用。白虎湯著於身熱煩躁，白虎加人參湯著於口渴煩躁。此外大青龍湯增煩躁一證以與麻黃湯鑑別，確定石膏能治熱性之煩躁。病勢朝陽性發展而邪實者用石膏而類同大黃與芒硝。然而病位屬陽明者用大黃與芒硝，病位屬三陽者用石膏；故可加以鑑別。本研究者認為石膏應生用，不能煨製，且粉狀優於塊狀，布包煎煮，以防湯液混濁；湯液濾過後，宜稍候，待其澄清而後飲之。

(六) 龍骨與牡蠣

有二個湯方含有龍骨、牡蠣之藥對：桂枝甘草龍骨牡蠣湯、桂枝救逆湯。神農本草經讀云：「龍骨氣味甘平，主心腹鬼疰，精物老魅，

咳逆，泄痢膿血，女子漏下，癥瘕堅結，小兒熱氣驚癇」；「牡蠣氣味鹹平微寒，主傷寒寒熱，溫瘧灑灑，驚恚怒氣，除拘緩，鼠瘻，女子帶下赤白，久服強骨，殺邪鬼，延年」（蔡濟舟，1994）；吉益東洞認為臍下動者用龍骨，臍上動者用牡蠣，龍骨與牡蠣合用能止胸腹之動劇，可知驚悸而胸腹動劇者用龍骨與牡蠣。診斷時，水悸者以手指沉按，下有抵壓感，有水聲移動；氣悸者則以手指浮按。而動者以掌心按，病人多無自覺。龍骨與牡蠣為一藥對，臨床多為配對使用。

（七）吳茱萸

雖僅有一個湯方含有吳茱萸即吳茱萸湯，但因吳茱萸湯證多見不眠與情緒沮喪，臨床用於治療煩躁證亦多所見效，特列此強調之。神農本草經讀云：「吳茱萸氣味辛溫，主溫中，下氣，止痛，又除濕血痺，逐風邪，開腠理，咳逆，寒熱」（蔡濟舟，1994）；鄒澍認為吳茱萸能撥開陰霾，使陽自伸，陰自戢耳，可知吳茱萸宣陽而能從陽通陰，從陰引陽，故陰陽氣不相順接者用吳茱萸。本研究者認為吳茱萸味道辛辣，臨床用量不宜超過三錢，且應小口慢飲之。

三、煩躁與狂證常會影響睡眠

共計有五條條文論及對睡眠之影響，如第 61 條有“晝日煩躁，不得臥”、第 71 條有“煩躁不得眠”、第 76 條有“虛煩不得眠”、第 79 條有“心煩腹滿，臥起不安”、第 112 條有“必驚狂，臥起不

安”等，此對病態之情緒會導致失眠有重要啟示，並提示醫者治療失眠症須注意煩躁與狂證之表現。本研究者認為煩躁者多為陰陽相隔，陽不入陰則不眠。

四、煩躁多於陽病中出現

煩躁條文共計有 33 條，其中陰病僅出現於二條，即第 309 條厥陰病“煩躁欲死”、第 315 條少陰病“乾嘔虛煩”等，其它則見於陽病，尤其是太陽病與陽明病。太陽病指風寒傷於太陽之部位形層，而陽明病指燥火或濕熱邪實干入軀體核心內層而造成升降阻塞。

五、狂證全於陽病中出現

狂證條文共計有五條：第 106 條有“其人如狂”、第 112 條有“必驚狂”、第 124 條有“其人發狂”、第 125 條有“其人如狂”、第 192 條有“奄然發狂”等，全出現於陽病。其中桃仁承氣湯證乃新得瘀血，兼入氣分之狂；抵當（黨）湯證乃舊有瘀血入腦之狂。此處提出「血瘀」之病因可致狂亂，且此二方證可視為廣義之陽明病，二方中皆含桃仁與大黃。

六、煩躁與狂證為精神疾病之重要證候

《傷寒論》對煩躁與狂證的論述，統計關於煩躁有 33 條條文，關於狂證有五條條文。其中煩字出現 33 次，躁字出現七次，煩字單獨出現 26 次，煩躁共同出現七次，狂出現五次。

對該煩躁描述最早的條文為第 26 條：“太陽病，不惡寒，服桂枝湯，汗出，煩渴不解，脈洪大者，白虎湯主之”，止於第 315 條：“少陰病，下利，身冷肢冷，脈微欲絕者，白通湯主之。下利不止，腹冷，足冷無力，反頭熱面紅，舌赤如莓，乾嘔虛煩，脈浮疾而散者，白通加人尿湯主之”。

張仲景將煩躁與狂證和“寒”、“熱”、“汗”、“吐”、“利”、“渴”、“厥”、“痛”、“痞”等幾大主要證候，擺在論中同等重要的位置，提示醫者不可輕忽此類關於精神病態之證候。

七、煩躁與狂證可用於觀察疾病之變化

對煩躁與狂證不同程度的描述，如微煩、煩躁欲死、鬱鬱微煩、如狂、驚狂、發狂等。醫者可藉此初步判斷疾病的輕重及變化。

八、煩躁與狂證可用於治療之指導

提示主證用於診斷疾病和鑑別疾病，並直接出示湯方，如大青龍湯證之煩、大承氣湯證之煩、梔子豉湯證之煩、白虎加人參湯之煩、抵黨湯之狂、桃仁承氣湯之狂等。醫者可藉此迅速而正確地應用相關湯方。

九、煩證可用於鑑別疾病之虛實

直接明示虛實之病機，如乾嘔虛煩、虛煩不得眠等。醫者可藉此輕易掌握正虛之病勢，而精確診斷。

十、煩證可用於說明病變之部位

如心煩腹滿、煩熱胸中窒、心煩胸痛、胸脅滿而煩、腹滿鬱鬱微煩、四肢煩痛等。煩證之發生同時涉及身體其他部位，醫者應注意其他軀體場域之反應。

第九章 結論

煩躁或狂證是疾病在人身上第一時間就會表現出來的可供診斷的證候，可經由望診及問診快速掌握，為最省成本的病情資料蒐集方法，對於望診及問診內容非常重要。

1800 多年前，中醫診病，唯憑脈證。表現在外的證候，是醫師用肉眼可以觀察到並據以診斷的重要依據，是審證求因、辨證論治的根本。因此，對任何一個證候的發生以及它的蛛絲馬跡的變化都必須細心觀察，準確描述，才能對病人做出正確的診斷和用藥。

當時文字記載不易，張仲景為了讓時人和後人對煩躁與狂證所涵蓋的不同病因、病機、治法等清楚瞭解，對此記載與描述詳盡而費心思，用大量篇幅，多方面論述，真實的記錄並客觀地論述了煩躁與狂證在臨床各個不同疾病階段表現中的作用和價值，真正反應出了《傷寒論》一書脈證辨治的特色。仲景之學是嚴謹的，因僅對煩躁與狂證觀察之仔細、全面，描述之生動、客觀、準確，就足以反應此觀點。

任何時代科技再發達，病人第一時間未受干擾的客觀自覺症狀仍然是診斷疾病的主要依據，作為一位醫師，必須注重對病人外在症狀和自覺症狀的全面收集和仔細觀察，並據證辨證，審證求因，才能治病救人，否則失治誤治，治不得法，將導致變證蜂起。

《傷寒論》注重疾病發展過程中所出現的煩躁與狂證，並出示對

應湯方，醫者臨證必須重視。注意煩躁與狂證初起的表現，阻止進一步發展，煩躁與狂證解則心平氣和，爭端不起，對病人的身心、社會的安寧，生命的品質提昇，都有極大的助益。

第十章 研究限制與研究之未來展望

(1) 由於本研究者所開設之診所屬中醫一般科，無法大量收集同一證型之病歷醫案，故無法進行統計分析，僅能提出個案佐證研究中所提到的湯方效用；此外，有的個案須追蹤觀察其療效，因時間因素未能納入論文中。日後當進一步逐漸累積醫案量，實踐實證醫學。

(2) 中醫醫院或醫學中心中醫部因實施中醫分科，擁有較多資源，若能大量收集同一證型之病歷醫案，進行統計分析，更能體現《傷寒論》煩躁與狂證相關湯方的療效，讓中醫精神醫學受到重視。

(3) 有的方藥，甚為少用，如白通加人尿湯；有的連知名 GMP 藥廠也未製造，如桂枝救逆湯；而狂證因屬較嚴重之精神狀態，多送往大型醫院或精神科，個人診所因較少見，故桃仁承氣湯、抵黨湯等湯方使用機會亦較少。一些未能親自實踐運用的方藥，則僅能以選錄他人醫案方式輔助。

(4) 本研究之臨床實證所使用的科學中藥粉末，皆由中藥廠經煎煮而後以澱粉當賦形劑萃取而成，異於《傷寒論》中所使用的藥材飲片，且服法亦未完全依照《傷寒論》中所述（如桂枝湯服已，歠熱稀粥一升餘，以助藥力。溫覆令一時許，遍身絜絜微似有汗者益佳），是否因此對療效產生干擾及影響，有待進一步比較與研究。

(5) 《金匱要略》雖非張仲景所著，但此書亦收錄很多仲景方，

為研究仲景醫學思想不可或缺的，因研究範圍而未能寫入論文中。日後當進一步研究其相關條文，以全仲景關於情志方面的醫學思想。

(6)「讀經典，上臨床」應是未來中醫學術界宣導發展的方向。仲景世稱之為“醫聖”，《傷寒論》乃中醫學經典著作為歷代習醫業醫者的必讀之書，在科技資訊之時代，再次對仲景傷寒經典著述進行湯證研究，具有重大之學術與臨床意義。

參考文獻

中文參考文獻：

大塚敬節（2001）。*傷寒論解說*（吳家鏡譯）。台南市：大眾。（原著出版於1966）

大塚敬節（2002）。*臨床應用傷寒論解說*（何志鋒譯）。台北市：國立中國醫藥研究所。（原著出版於1966）

王秀珍、顧為琰（2000）。大青龍湯治療小兒高熱88例。*陝西中醫*，*21*（8），346。

王彥恒主編（2003）。*實用中醫精神病學*。台北市：知音。

王善金（2005）。《傷寒論》中煩躁探要。*實用中醫內科雜誌*，*19*（4），319-320。

石欣蓓、陸秀芳、張幸齡（2008）。服用非典型抗精神病藥物之護理經驗。*志為護理*，*7*（1），116-125。

史萬英、閔鶴立（2001）。以精神異常為首發症狀的丘腦卒中（附2例報告並文獻複習）。*河北醫藥*，*23*（4），269。

行政院衛生署（2006）。*中華民國95年衛生統計動向*。台北市：行政院衛生署。

行政院衛生署（2008）。*中華民國公共衛生年報*。台北市：行政院衛生署。

- 朱紅、逢春霞、魏豔敏 (2001)。全麻蘇醒期病人煩躁的原因分析及護理對策。實用護理雜誌，17(12)，12-13。
- 李永春主編 (1992)。實用中醫辭典。台北市：知音。
- 李玉清 (2004)。《注解傷寒論》書名考。江西中醫學院學報，16(3)，33-34。
- 李培生主編 (1999)。傷寒論。台北市：知音。
- 李順保 (2000)。傷寒論版本大全。北京市：學苑。
- 李莉、高大雁 (2004)。全麻病人蘇醒期煩躁的原因及護理對策。基層醫學論壇，8(5)，449-450。
- 宋永強 (2006)。白虎加人參湯新用。中國民間療法，14(4)，38。
- 吳其炘、廖士誠、李宇宙 (2005)。衝動的精神病理學。台灣精神醫學，19 (1)，19-32。
- 吳瑞春、賀詩峰 (2004)。五苓散治療小兒秋季腹瀉36例。中國民間療法，12(11)，55-56。
- 杜治琴、楊並鋒、楊傳溫 (2005)。(傷寒論)煩躁證探析。現代中醫藥，(3)，17-18。
- 沈裕智、陳紹基 (2005)。懷孕及產後期間治療躁鬱症之相關研究回顧。慈濟醫學，17 (Suppl 2)，7-12。
- 金永生 (2008)。加味麻黃湯方煎煮蒸氣吸入治療哮喘100例研究。

- 中醫臨床選萃，(5)，42。
- 武永剛、亢連茹(2004)。《傷寒雜病論》治療失眠證七法辨析。中醫藥學報，32(2)，5-6。
- 林立寧、何曉旭、林信男(2004)。第二代抗精神病藥物對體重的影響。台灣精神醫學，8(5)，722-726。
- 林承昌、林志強、 謹立中(2006)。非典型症狀抗精神病藥物惡性症候群一病例報告。台灣家醫誌，16(2)，134-41。
- 孟年文(2003)。顱腦損傷並發狂躁性精神障礙的診治(附 45 例臨床分析)。醫學文選，22(5)，664-665。
- 周彤、張傑(2002)。淺談石膏的臨床應用。山東中醫雜誌，21(7)，131。
- 周春紅(2005)。大黃在《傷寒論》中的應用探析。中國中醫基礎醫學雜誌，11(6)，464。
- 周益新(2006)。關於宋本《傷寒論》之研究。河南中醫，26(8)，1-4。
- 周傑、趙文景(2007)。論中醫情志及情志療法。陝西中醫，28(10)，1359-1361。
- 季曉軍(2006)。甘草瀉心湯加味治療反流性食管炎 62 例。浙江中西醫結合雜誌，17(5)，309-310。

- 胡江華 (2005)。淺析《傷寒論》之“煩”。*實用中醫藥雜誌*，21(5)，305。
- 胡蘭 (2005)。論《內經》情志活動與形體物質的辯證關係。*實用中醫藥雜誌*，21(2)，114-115。
- 施純全、黃碧松主編 (2005)。台灣中醫精神醫學臨床治療匯編。台北市：台北市中醫師公會。
- 姜潤林 (2006)。從“煩”症探《傷寒論》的運動傳變觀。*四川中醫*，24(11)，30-31。
- 孫秋紅、劉喜梅 (2003)。心肌梗塞患者煩躁不安原因分析及護理。*中國民間療法*，11(6)，59-60。
- 席軍生、王勇 (2006)。汪本和趙本《注解傷寒論》正文比較研究。*浙江中醫雜誌*，41(1)，47-49。
- 唐曉波 (2005)。《傷寒論》煩躁證治淺析。*中醫藥學刊*，24(2)，342-343。
- 陳元品 (2003)。略論《傷寒論》煩躁證治。*四川中醫*，21(6)，22-24。
- 陳海勇、房傳略 (2005)。《傷寒論》探煩。*江蘇中醫藥*，26(6)，7-8。
- 陳森和 (2008)。傷寒卒病論台灣本 (附：金匱要略方論)。台北縣：集夢坊。
- 陳新淦 (2004)。《傷寒論》煩症淺析。*江蘇中醫藥*，25(2)，50-51。

- 陳寶興編著 (1998)。台語彙音。台南市：宏達。
- 曹峰祥 (2007)。從《傷寒論》方證看心理失調的中醫學診治。河北中醫，29(9)，840-841。
- 張文和 (2005)。精神分裂症治療之選藥原則。台灣精神醫學，19(4)，264-282。
- 張巍巍、劉學文 (2003)。腦卒中繼發狂躁性精神障礙 3 例報告。錦州醫學院學報，24(2)，44。
- 張葦航 (2003)。仲景方治療情志病症淺探。國醫論壇，18(5)，4-5。
- 許健 (2001)。大青龍湯治療流感發熱臨床觀察。長春中醫學院學報，17(2)，29-30。
- 許國敏、張橫柳 (2006)。仲景傷寒經典著述源流探微。浙江中醫藥大學學報，30(4)，324-326。
- 程士德主編 (1994)。內經。台北市：知音。
- 喻志華 (2007)。大青龍湯治療外感高熱證108例。光明中醫，22(11)。
- 曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌 (2005)。第二代抗精神病藥物誘發體重增加之非藥物處理。台灣醫學，9(4)，536-539。
- 雷飛鴻主編 (2003)。新辭海。台南市：世一。
- 楊建宏 (2001)。婦女更年期綜合徵的中醫藥治療。實用中醫內科雜誌，15(3)，45。

- 楊德平、李曉良 (2007)。顱腦損傷恢復期併發狂躁型精神障礙 38 例
臨床分析。蘇州大學學報(醫學版)，27(1)，163-164。
- 靳瑞英 (2007)。經方白虎湯臨床新用。光明中醫，22(7)，37。
- 詹淑貞、鄒綉菊、游文瓊 (2007)。一位抗精神病藥物惡性症候群患
者的護理經驗。志為護理，6(2)，96-106。
- 黃成漢 (2003)。《傷寒論》“煩躁”一證辨析。湖北中醫學院學報，
5(4)，39-40。
- 黃維三編著 (1994)。難經發揮。台北市：正中。
- 劉長琳 (2007)。週期性精神病(經期發狂)。臨床心身疾病雜誌，3(6)，
489。
- 劉海燕、趙靖平 (2003)。首發精神分裂症早期症狀出現順序的分析。
上海精神醫學，15(2)，65-67。
- 劉雪成、盧言、平耿昌 (2000)。氨茶鹼致小兒煩躁 13 例報告。淄博
市中心醫院，60。
- 劉渡舟主編，錢超塵副主編 (1989)。傷寒論校注。北京市：人民衛
生。
- 劉慶芳 (2006)。大青龍湯藥效研究與應用。河南大學學報(醫學
版)，25(4)，70-72。
- 鄭攀 (2007)。鄭啓仲運用麻黃湯及其類方經驗。中國中醫藥資訊雜

- 誌，14(10)，74-75。
- 盧雨蓓(2005)。梔子豉湯加味治療不寐43例。河南中醫，25(3)，38。
- 衛雲英(2001)。唐本與宋本《傷寒論》結構比較。文獻研究，(4)，29-32。
- 錢超塵(1993)。傷寒論文獻通考。北京市：學苑。
- 錢超塵(2002)。宋本《傷寒論》校讀錄異。中醫文獻雜誌，(1)，1-2。
- 錢超塵(2004a)。宋本《傷寒論》刊行後流傳演變簡史。江西中醫學院學報，16(1)，23-25。
- 錢超塵(2004b)。宋本《傷寒論》刊行後流傳演變簡史(續一)。江西中醫學院學報，16(2)，30-33。
- 錢超塵(2004c)。宋本《傷寒論》刊行後流傳演變簡史(三)。文獻研究，(4)，26-31。
- 錢超塵(2006a)。宋本《傷寒論》版本研究。文獻長廊，(3)，18-21。
- 錢超塵(2006b)。20世紀四本《傷寒論》所據底本揭秘。河南中醫，26(11)，1-4。
- 戰麗彬、劉莉、田贊(2007)。《傷寒論》保陰存津法論治煩躁。中華中醫藥學刊，25(4)，652-653。

- 蔡忠志、楊斯年、譚立中(2004)。精神分裂症病患服用clozapine 表現強迫症狀。 *台灣醫學*，8(6)，794-798。
- 蔡勝彬、趙學平(2002)。《傷寒論》煩躁病理淺析。 *中醫研究*，15(6)，15-16。
- 蔡濟舟編著(1994)。 *神農本草經讀心象記憶*。台北市：志遠。
- 鍾宗憲主編(1998)。 *新添古音說文解字注*。台北市：洪葉。
- 韓鳳英、付振傳(2003)。從《傷寒論》探析煩躁之病機。 *吉林中醫藥*，23(5)，3。
- 韓靜、劉輝(2006)。胃複安引起煩躁不安1例護理。 *醫學訊息*，19(2)，305。
- 薛蕾、薑錫斌(2003)。焦慮症的心理分析與中醫治療。 *山東中醫藥大學學報*，27(1)，41-42。
- 蕭佐桃、唐眾瑞(2006)。《傷寒論》方的臨床應用(續)。 *湖南中醫藥大學學報*，26(5)，35-37。
- 藍毓莉、徐祥明、劉文健、曾洙荔、平烈勇(2006)。長期住院慢性精神病患之體重過重問題。 *台灣精神醫學*，20(4)，305-315。
- Schindler, J. (2007)。 *病由心生—365天的健康生活方式*。(楊玉功、張嬌、張丹鳳、徐露丹譯)。台北市：大都會文化。(原著出版於2003)

英文參考文獻：

- Chen, C. L. , Mao, W. C. , Chang, C. C. , & Shiah, I. S. (2006). Ziprasidone-associated hypomania in schizophrenia. *Taiwanese Journal Psychiatry, 20*(1), 76-80.
- Chen, K. C. , Yang, Y. K. , Yeh, T. L. , Lee, I. H. , Chen, P. S. , Lu, R. B. , et al. (2006). Potentially arrhythmogenic effects of haloperidol and olanzapine on cardiac autonomic function-A preliminary study . *Tzu Chi Medicial Journal, 18*(3), 193-197.
- Chen, H. K. , Yeh, C. B. & Lin, W. W. (2008). Quetiapine-associated tardive dyskinesia. *Taiwanese Journal Psychiatry, 22*(1) , 74-78.
- Kuo, J. , Hwu, H. G. , & Lin, T. S. (2006). Zolpidem-induced psychiatric symptoms. *Taiwanese Journal Psychiatry, 20*(2), 163-168.
- Lai, C. L. , Chan, H. Y. & Sun, H. J. (2005). Manic episode associated with an abrupt shift from sulpiride to quetiapine in a young man with schizophrenia. *Taiwanese Journal Psychiatry, 19*(2), 154-159.

Liou, C. P., Fang, C. K. & Hsu, S. C. (2006). Flupentixol decanoate-related tardive dyskinesia. *Taiwanese Journal Psychiatry, 20*(3), 230-239.

Shen, Y. C., Chen, Y. C., Peng, G. S., & Lin, W. W. (2005). Risperidone-related unilateral rubral tremor in a manic patient-A case report. *Tzu Chi Medicine Journal, 17*(6), 437-439.

附錄一：《傷寒論》煩躁與狂證相關湯方之藥物組成

桂枝湯：桂枝、芍藥、甘草、生薑、大棗

白虎湯：知母、石膏、甘草、粳米

大青龍湯：麻黃、桂枝、杏仁、甘草、生薑、大棗、石膏

麻黃湯：麻黃、桂枝、杏仁、甘草

乾薑附子湯：乾薑、附子、甘草

五苓散：豬苓、茯苓、澤瀉、白朮、桂枝

梔子豉湯：梔子、香豉

梔子甘草豉湯：梔子、甘草、香豉

梔子生薑豉湯：梔子、生薑、香豉

梔子厚朴湯：梔子、厚朴、枳實

梔子乾薑湯：梔子、乾薑

小芩胡湯：芩胡、黃芩、半夏、人參、甘草、生薑、大棗

小建中湯：桂枝、芍藥、甘草、生薑、大棗、膠飴

大芩胡湯：芩胡、枳實、黃芩、芍藥、生薑、半夏、大棗

桂枝甘草龍骨牡蠣湯：桂枝、甘草、龍骨、牡蠣

大陷胸湯：大黃、芒硝、甘遂

芩胡桂枝湯：芩胡、黃芩、半夏、人參、甘草、生薑、大棗、桂枝、
芍藥

甘草瀉心湯：甘草、黃芩、黃連、乾薑、人參、大棗（註：宋本等原含有半夏，陳森和認為其著於正氣虛而下利不止，不應含有半夏而為六味藥；又半夏瀉心湯則含有半夏，而為七味藥，故甘草瀉心湯與半夏瀉心湯之組成可以區別。）

附子瀉心湯：大黃、黃芩、黃連、附子

白虎加人參湯：知母、石膏、甘草、粳米、人參

桂枝附子湯：桂枝、附子、生薑、大棗、甘草

白朮附子湯：白朮、附子、生薑、大棗、甘草

大承氣湯：大黃、芒硝、厚朴、枳實

調胃承氣湯：大黃、芒硝、甘草

吳茱萸湯：吳茱萸、人參、生薑、生棗

白通湯：蔥白、乾薑、附子、甘草

白通加人尿湯：蔥白、乾薑、附子、甘草、人尿

桃仁承氣湯：桃仁、桂枝、大黃、芒硝、甘草

抵黨湯：水蛭、蟲蟲、桃仁、大黃

桂枝救逆湯：桂枝、甘草、生薑、大棗、蜀漆、龍骨、牡蠣

附錄二：《內經》煩躁與狂證相關論述

《至真要大論》

少陽司天，火淫所勝，民病煩心，胸中熱。

少陰之勝，心下熱，善飢，臍下反動，嘔逆躁煩。

少陽之勝，熱客於胃，煩心心痛。

少陰之復，燠熱內作，煩躁。

少陽之復，大熱將至，心熱煩躁。

少陰司天，主勝則心熱煩躁。

諸躁狂越，皆屬於火。

《氣交變大論》

歲木太過，風氣流行，脾土受邪，民病體重煩冤。

歲火太過，上臨少陰少陽，病反譫妄狂越。

歲土太過，雨濕流行，腎水受邪，民病體重煩冤。

歲金太過，燥氣流行，肝木受邪，民病體重煩冤。

歲水太過，寒氣流行，邪害心火，民病身熱煩心躁悸。

歲水不及，濕乃大行，民病煩冤。

《五常政大論》

太陽司天，心熱煩。

赫曦之紀，其病笑狂妄。

《五臟生成篇》

心煩頭痛，病在膈中，過在手巨陽少陰。

諸躁狂越，皆屬於火。

《調經論》

血併於上，氣併於下，心煩惋善怒。

血併於陰，氣併於陽，故為驚狂。

《刺熱篇》

脾熱病者，先頭重，頰痛，煩心，顏青，欲嘔，身熱。

《診要經終論》

厥陰終者，中熱嗑乾，善溺心煩。

《玉機真臟論》

夏脈不及，則令人煩心，上為欬唾，下為氣泄。

《經脈篇》

腎足少陰之脈，是主腎所生病者，煩心心痛。

心主手厥陰心包絡之脈，是主脈所生病者，煩心心痛掌中熱。

膀胱足太陽之脈，是主筋所生病者，痔瘡狂癩疾。

《宣明五氣論》

邪入於陽則狂，搏陽則為癲疾。

《陰陽類論》

二陰二陽皆交至，病在腎，罵詈妄行，癲疾為狂。

《生氣通天論》

陰者藏精而起亟也，陽者衛外而固也，陰不勝其陽則脈流薄疾，併乃狂。

《脈解篇》

太陽所謂甚則狂癲疾者，陽盡在上，而陰氣從下，下虛上實，故狂癲疾也。

《氣厥論》

肝移寒於心，狂鬲中。

《病能論》

帝曰：有病怒狂者，此病安生？岐伯曰：生於陽也。

《本神篇》

肺喜樂無極則傷魄，魄傷則狂，狂者意不存人，皮革焦，毛悴色夭，死於夏。

《癲狂篇》

癲疾者，疾發如狂者，死不治。

附錄三：《金匱要略》煩躁與狂證相關論述

《上氣篇》

肺脹，欬而上氣，煩躁而喘，脈浮者心下有水，小青龍加石膏湯主之。

太陽病，脈浮而緊，身腫而冷，狀如周痺，胃中窒不能食，反劇痛，暮躁不得眠，此為黃汗。然此病者，渴而下利，小便數者，不可發汗。

《水氣篇》

心水者，其身重而少氣不得臥，煩而躁，其人陰腫。

《虛勞篇》

虛勞，虛煩不得眠，酸棗仁湯主之。

病人如熱狀煩滿，口乾燥而渴，其脈反無熱，此為陰伏，是瘀血也，當下之。

《下利篇》

下利後更煩，按之心下濡者，為虛煩也，梔子豉湯主之。

《肺痿篇》

上氣喘而躁者，屬肺脹，欲作風水，發汗則癒。

《腹滿篇》

病者痿黃，躁而不渴，胸中寒實而利不止者死。

《黃疸篇》

陽明病脈遲者，食難用飽，飽則發煩頭眩，小便必難，此欲作穀疸。雖下之，腹滿如故，所以然者，脈遲故也。

腹滿舌當作身痿黃，躁不得睡，屬黃家。

《五藏篇》

邪哭使魂魄不安者，血氣少也。血氣少者，屬於心。心氣虛者，其人則畏，合目欲眠，夢遠行而精神離散，魂魄妄行。陰氣衰者為癰，陽氣衰者為狂。

附錄四：康平本與宋本之書寫格式比較

圖(A)為康平本之古代書寫格式，可見13字一行編排者如「傷寒發熱……」及15字一行編排者如「太陽病二日……」；另可見小字嵌註與旁註。

圖(B)為宋本相對應條文，屬後人追論之13字一行編排者及屬後人註解之小字嵌註與旁註內容，皆被混入正文。

(A) 康平本



(B) 宋本

傷寒發熱，當惡寒，大渴欲飲水^(一)，其腹必滿，自汗出，小便利，其病欲解，此肝乘肺也，名曰橫刺期門。五十九。

(一)本《玉函》卷一，《脉經》卷七作「肝乘」。《千金翼》卷十作「藏乘」。

按語 肝氣有餘，不僅可以乘脾，而且反能侮肺，其氣橫逆已極，故刺肝之募穴期門以瀉其實。以上兩條，是以五行乘侮之理說明五藏病變的相互影響。但似有缺文，註家爭議較多。

太陽病，二日反躁，凡^(二)熨其背，而大汗出，大熱入胃^(三)，^(四)作二日內，燒其背，大汗出，火氣入胃，胃中水竭，躁煩必發譫語。十餘日振慄自下利^(五)者，此為欲解也。故其汗從腰以下不得汗，欲小便不得，反嘔，欲失溲，足下惡風，大便硬，小便當數，而反不數，及不多，大便已，頭卓卓然而痛，其人足心必熱，穀氣下流故也。

資料來源：(A) 《傷寒論解說》(附錄：傳寫本康平傷寒論全文影印，頁26)，大塚敬節(吳家鏡譯)，2001，台南市：大眾書局。(原著出版年：1966)

(B) 《傷寒論校注》(頁106)，劉渡舟主編、錢超塵副主編，1991，北京市：人民衛生出版社。

附錄五：康平本中含有小字旁註與嵌註之條文

(僅列出與本研究有關者)

太陽中風，脈浮緊，發熱惡寒，身疼痛，不汗出而煩躁者，大青龍湯主之。若脈微弱，汗出惡風者，不可服之，服之^{此為逆也}則厥逆，筋惕肉瞤。(本研究者按：上方之小字為旁註，以下同此)

太陽病，脈浮緊，無汗，發熱，身疼痛，八九日不解，表證仍在，^{衄乃愈}所以^①此當發其汗，服藥已微除也，其人發煩，目暝，劇者必衄，^②然者，陽氣重故也，麻黃湯主之。(本研究者按：上方^①後之小字為嵌註，以下同此)

中風發熱，六七日不解而煩渴，^{有表裡證}欲飲水，水入口吐者，^名曰水逆^①五苓散者主之。

傷寒五六日，^{中風}往來寒熱，胸脇苦滿，默默不欲飲食，心煩喜嘔，或胸中煩而不嘔，或渴，或腹中痛，或脇下痞鞭，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微熱，或咳者，小柴胡湯主之。

太陽病，^{過經}十餘日，反二三下之，後四五日，柴胡證仍在者，

先與小柴胡湯。嘔不止，心下急，鬱鬱微煩者，為未解也，與大柴胡湯，下之則愈。

太陽病，以火熏之，不得汗，其人必躁，^{到經不解}，必清血，名為火邪。

微數之脈，慎不可灸，因火為邪，則為煩逆，^{追虛逐實}血散脈中，火氣雖微，內攻有力，^{焦骨傷筋}血難復也。脈浮，宜以汗解，用火灸之，邪無從出^{火逆之也}，因火而盛，病從腰以下必重而痹，名火逆也。欲自解者，必當先煩，乃有汗而解。①何以知之，脈浮而汗出解

太陽病，^{過經}十餘日，心下噎噎欲吐，而胸中痛，大便反澹，腹微滿，鬱鬱微煩，先此時自極吐下者，與調胃承氣湯。②若不爾者，不可與。③但欲嘔，胸中痛，微澹者，此非柴胡湯證，以嘔，故知極吐也。

傷寒中風，醫反下之，其人下利，日數十行，穀不化，腹中雷鳴，心下痞鞭而滿，乾嘔，心煩不得安，醫見心下痞，謂病不盡，復下之，其痞益甚，④此非結熱，⑤但以胃中虛，客氣上逆，故使鞭也，甘草瀉心湯主之。

傷寒，若吐，若下後，七八日不解，^①熱結在裏，表裏俱熱，時時惡風，大渴，舌上乾燥而煩，欲飲水數升者，白虎加人參湯主之。

陽明病，下之，心中懊憹而煩，胃中有燥屎者，^②可攻，腹微滿，初頭硬，後必澹，不可攻之，若有燥屎者，宜大承氣湯。

大下後，六七日不大便，煩不解，腹滿痛者，此有燥屎也，^③所以然者，本有宿食故也，宜大承氣湯。

少陰病，下利，脈微者，與白通湯。利不止，厥逆無脈，乾嘔煩者，白通加豬膽汁湯主之。^④服湯脈暴出者死，微續者生。

太陽病不解，熱結膀胱，其人如狂，^{血自下者癒}。其外不解者，尚未可攻。當先解其外，外解已，但少腹急結者，乃可攻之，宜桃核承氣湯。

傷寒，脈浮，醫以火迫劫之，^{亡陽}必驚狂，臥起不安者，桂枝去芍藥加蜀漆牡蠣龍骨救逆湯主之。

太陽病，六七日，表證仍在，脈微而沉，反不結胸，其人發狂者，以熱在下焦，少腹當鞭滿，小便自利者，下血乃愈。^②所以然者，以太陽隨經瘀熱在裏故也，抵當湯主之。

太陽病，身黃，脈沉結，少腹鞭，^{小便不利者，為無血也}。小便自利，其人如狂者，^{血證諦也}抵當湯主之。

陽明病，初欲食，小便反不利，大便自調，其人骨節疼，翕翕如有熱狀，奄然發狂□□□□，^{汗出而解者，此水不勝穀氣，與汗共并，脈}澀然緊則愈。
（本研究者按：□□□□為四個脫字框框）