


全书共分为上、中、下三篇，上篇从绪言、附子的产地与炮制、附子的功用与主治、附子的用量与用法、附子的合理应用、附子的中毒与救治六个方面，详尽地叙述了附子有关历史渊源与现代种植和应用，特别是详细地介绍了火神派的独到认识与用法，可谓是集附子古今现代研究与应用之大成，同时也详细地介绍了乌头的有关内容。中篇主要介绍了张仲景应用乌附的经验、当代名医附子配伍应用经验及吴荣祖教授总结的附子配方与作用表，为应用好附子提供了有益的借鉴。下篇为作者应用附子验案100余例，是作者的切身体验与真实感悟。书后附有附子39幅彩图。该书是作者继《火神派学习与临证实践》、《火神派方药临证指要》、《火神派当代医家验案集》之后又一火神派力作，是研究与学习火神派学术思想和学术流派的重要文献资料，适宜于各级中医药人员、在校大学生以及中医药爱好者阅读参考。

- 策划编辑 孙 勇
- 责任编辑 马莉萍 孙 勇
- 封面设计  孙 勇
- 版式设计 何美玲
- 责任校对 吴小翠

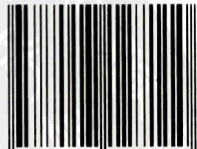
销售分类：中医 / 中药

人民卫生出版社网站：

门户网：www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网：www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

ISBN 978-7-117-12711-0



9 787117 127110 >

定 价：29.00 元



彩图 1 附子植物图



彩图 2 附子植物花



彩图 3 附子植物图



彩图 4 泥附子



彩图 5 泥附子



彩图 6 泥附子



彩图 7 泥附子



彩图 8 泥附子



彩图 9 洗净附子



彩图 10 生附子



彩图 11 盐附子



彩图 12 黑附子



彩图 13 黑顺片



彩图 14 黑附片



彩图 15 黑顺片



彩图 16 黑附片



彩图 17 黑附片



彩图 18 白附片



彩图 19 白附片



彩图 20 白附片



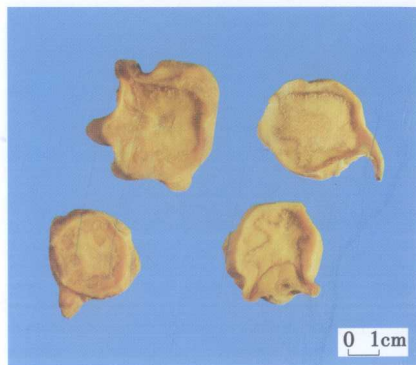
彩图 21 淡附片



彩图 22 淡附片



彩图 23 炮附片



彩图 24 黄附片



彩图 25 黄附片



彩图 26 熟附片



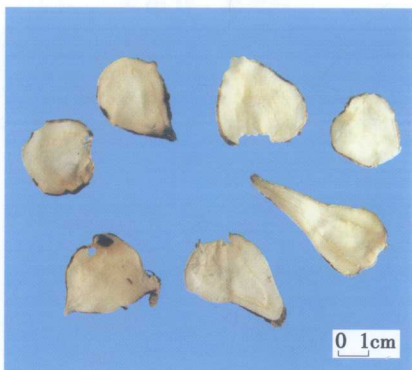
彩图 27 制附片



彩图 28 卦片



彩图 29 卦附片



彩图 30 刨附片



彩图 31 刨附片



彩图 32 炮天雄



彩图 33 中坝附子



彩图 34 淡附片



彩图 35 附子之母川乌



彩图 36 川乌



彩图 37 川乌



彩图 38 草乌



彩图 39 草乌



一、绪 言

附子为毛茛科植物乌头 *Aconitum carmichaeli* Debx. 的子根的加工品。入药用其子根,其块根(母根)呈圆锥形为乌头。拉丁文名 *Radix Aconiti Lateralis Preparata*,英文名 *Common Monkshood Root*。呈横切片,其名称有多种,如有生附子、黑附子、白附片、姜附子、扒耳片、刨附片、卦片、白扒片、黑扒片、尾片、侧子、虎掌、漏篮子、熟白附片、明附片、刁附、川附子等。其母根名曰乌头。处方名有附子、附片、生附子、盐附子、白附片、黑附子、黑顺片、黑片、顺片、熟附子、熟片、熟附片、熟附块、制附子、制附片、川附子、淡附子、淡附片、炮附片、炙附子、炙附片、黄附片等多种称呼。

(一) 历史渊源

附子系常用药物之一。它作为药用已有数千年的历史,早在周代(公元前 1066 年~公元前 256 年)就已经用来治病,并指出附子是一种毒性植物药。到了公元前 220 年《神农本草经》记载了附子的性能效用,并列为下品;继该书之后,历朝历代的医药学家,对附子的名称、产地、栽培、采集、炮制、成分、药理、适应证、临床应用以及毒性等诸多方面,均做了大量的研究工作,为我们后来者学习与应用,提供了正反两方面的借鉴。

关于附子来历,曾有过一个美丽的传说:传说很久以前,附子是山中的一种野生植物,没被人们发现它的价值。那时候乾元山一带的人体质很差,生病者多,冬天又特别寒冷,到了冬天有不少人被冻死了。

在金光洞修炼的太乙真人很同情民间的疾苦,就提炼丹药给穷人治病。可是生病的人多,炼的丹药往往不够用。太乙真人发现山里有一种野苗,根底长了一个圆果子,可以加工成一种乌黑发

亮的片子。太乙真人就把这种药片叫做乌药。人吃了这种药能增强体力,冬天吃了又能起防寒的作用。太乙真人就把这种药的加工方法教给了乾元山一带的人。

后来他又收了哪吒做徒弟,师徒俩又在原来加工乌药的基础上再创造出新方法进行加工,加工出了一种药效比乌药更高的新药来。人们误以为太乙真人和哪吒是两父子,便把这种新药称为“父子药”。后来才知道他们是师徒关系,于是就把“父”字改为“附”字,称这种药为“附子”。

四川江油栽种附子,始于宋代以前,历史悠久,得天独厚。因土壤气候适宜种植,又有传统栽培技术和独特的加工工艺,所以江油特产的盐附子和附片可谓是道地药材。近年来,国内外虽有很多地区引种附子,但由于受地理条件限制、栽培技术和制作工艺各异等诸多方面因素的影响,其质量、疗效均较江油附子稍有逊色。江油附子历史悠久,乃为驰名中外的道地药材。新中国成立前,在江油附子市街的附片局,石牌面上有一副对联写得好:“裕国通商,回阳返本。”由此可见,附子主产于四川江油市(中坝),即道地药材川附子的产地。这里生产和加工附子,不仅历史悠久,而且资源丰富,质量优良,疗效佳,故日本医药界有人称赞“中坝附子有起死回生之功”。

附子虽说具有起死回生之效,却有一定的毒性,特别是未经加工炮制的附子具有一定的毒性,但又是疗效非常显著的中药之一。据《汉书》记载,霍光的夫人想让自己的小女儿做皇后,却无机会。正巧许皇后怀孕,身体不适,有一位平时与霍家关系密切的女医生名叫淳于衍,曾入宫侍奉许皇后之病,淳于衍的丈夫又对霍夫人有所求,霍夫人于是心生一计,要淳于衍给皇后下毒。在霍夫人的威逼利诱下,淳于衍将毒药附子捣碎,带入长定宫。皇后生产后,淳于衍取出附子,掺到御医为皇后开的丸药之中,让皇后服下,过了一会儿,皇后说:“我感到头昏发闷,药里莫非有毒药?”淳于衍说:“没有。”皇后更加烦闷难受,终于死去。

由此可以看出,附子是一味具有生死两方面作用的药物,故此,近代著名医家恽铁樵曾说过:“附子为最有用亦最难用的药物。”

清末民初,由四川杀出一支“火神派”医家,领军人物就是郑钦安。郑钦安(1804—1901),名寿全,四川邛莱人,师从名医刘沅(止唐),清道光(1821—1851)年间中叶悬壶于成都。其师刘沅非以善用附子为见长,郑钦安“识用精微过其师”。其治疗先以阴阳辨证,只要是阴证,无论何病,概投以附子、干姜之类,效如桴鼓之应。郑钦安因临证善用姜、桂、附等大辛大热之药,量大而准,治愈不少群医束手之大症、重症,时人颂为“郑火神”,又称“姜附先生”,誉及云、贵、川数省,声名冠于一时。有 1 例病案为证:

清末光绪年间,成都府知府朱大人的夫人患吐血病,已经 1 年多,医药无效,成都府属的 16 个州、县,纷纷推荐当地名医来为夫人治病。他们或认为夫人的病是血热妄行,或认为是阴虚火旺,逼血外溢。结果愈治愈坏,日趋严重。经人推荐,请名医郑钦安来府诊视。当日郑钦安诊治,见夫人面容苍白,虽是夏至季节,床上还铺着皮毡,盖着丝棉大被,显得十分怕冷。察舌质淡红,苔白腻。诊视完毕。郑钦安处方:制附片四两,炮干姜四两,炙甘草二两。朱知府看到处方后,竟然瞠目结舌,此方干姜附子都是大热之药,且量大超常,治此等吐血重症,焉有不惊之理。熟料,夫人服药之后,自觉周身凉爽,胸口舒畅,吐血竟然止住,而且吃了两小碗稀饭,病入坦途,由此而愈。朱知府为表谢意,特赠郑钦安金匾一块,上书“医宗仲景”四字。由此病案,我们可见郑钦安火神派的特色,即“郑火神”擅用温热药为一炉火。郑钦安曾自誉为“姜附先生”,世人称为“郑火神”。近代及近些年,人们称郑钦安为火神派领袖人物,即扶阳学派之创始人。

(二) 近代习俗

自郑钦安之后,也就是 20 世纪 20~30 年代,从四川走出的名医,不仅个个好用附子,甚至超常规剂量使用附子。如云南省解放

初期四大名医之一的吴佩衡、上海祝味菊，人送雅号“吴附子”、“祝附子”。可见他们应用附子之一斑。

吴附子不仅擅用附子，而且惊世骇俗，在云南昆明流传着许多吴附子的传奇故事，被世人传颂为佳话，特别是吴佩衡教授之后人，如其子吴生元教授、其嫡孙吴荣祖教授，都是以擅用附子而著称，世人均称之为“吴附子”，一门三代，薪火相传，真可谓是火神派学术流派传承之奇迹，特别是其家族及后人，现在已有 20 余人从事中医临床工作，个个都是应用附子的高手，这在中医药历史上也真是绝无仅有之事。

由川入沪的祝味菊——祝附子，在上海曾为当时儿科名医徐小圃的儿子治病，陈存仁在《银元时代生活史》中记载颇详。徐小圃的两个儿子俱死于热病，小儿子又病发热，几至不救，时当夏季，患儿几濒于危，亲友建议请祝先生会诊一决。起初，徐先生以为，祝味菊人称“祝附子”，治此患热病小儿，必用温热药，则无疑是抱薪救火，未同意。但患儿病愈危，奄奄一息，亲友又竭力敦促，徐小圃虽未抱有希望，但也未再固执。果然不出所料，祝味菊诊毕处方第一味主药即为附子。徐先生看此认为患儿再无生望，便闭门入寝，以待不幸消息传来。祝味菊则亲自煎药，灌药，观察病情，一夜未闭目，至拂晓，患儿已大有好转，徐小圃在家人敲门报信时，跃然而起，急问：“何时不行的？”即知情，始知并非如自己所料。后来患儿完全康复，徐小圃摘下了自己“儿科名医”的招牌，登祝先生门执弟子之礼，祝先生又惊又敬，自是不允，只答应相互取长补短。由此，徐先生也由喜用清凉变为主温热而名著于世。足见附子拯危救逆，运用得当则是少见的良药。

附子不仅药用之功神奇，而食用者在四川及陕西等地也不少。如已故四川名医何绍奇先生，曾在“绍奇谈医”中说过这样一段话：“我当医生后，曾数至大乘寺附近的附子厂考察，亲见了附子加工的全过程。江油为附子之乡，至今街上还设店卖附子，1包 1kg，色如冰糖，谓是上品，用以馈赠亲友。我小时候身体弱，尿床，每到冬

至,几乎家家户户都用附子炖狗肉,这时,父亲就带我去他朋友家喝狗肉附子汤。在我印象里,附子和土豆的味道差不多,久煮之后,嚼着面面的,大概1碗4~5片,约1两左右。一次,我在上海拜访姜春华先生,他问我:你们四川人拿附子当菜吃,是真的吗?我说我就吃过,姜老为之咋舌。”

著名学者南怀谨先生,在抗战时期的一段奇遇也很有趣:他在抗战时到达四川后,遇见了一位有名的中医,外号人称扶阳爷。这位扶阳爷的家中,常年不断地煮着一大锅附子汤,谁来到都可以喝上一碗。对此,南怀谨先生内心常感不解。后来他到了峨眉山,才因庙中僧人喝附子汤而有所契悟。原来峨眉山中峰大坪寺的开山祖师,在当年初建山上寺庙时,受过许多困苦,这位开山祖师在饥寒交迫时,常在山中采集乌头来吃,乌头也就是附子。后来山上众僧相沿成习,每年规定一日,全体僧人停食,只喝附子汤,以纪念开山祖师的艰苦奋斗精神。当大家喝附子汤的日子来临时,附子早已入锅煮一昼夜了。所以大家年年都喝附子汤,但也没有死过一个人。于是南怀谨先生恍然大悟:经过久煮的附子,毒性早已挥发殆尽,剩下的是增加热能的成分。难怪扶阳爷家的附子汤大锅,也是日夜不停地在沸腾着。

四川人真是视附子为常食品,啖附子如芋栗。在这种饮食习俗中,难怪何绍奇先生说“善用附子者莫过于四川医生”,医家用乌附动辄数两了。

吴佩衡教授之嫡孙——吴荣祖老中医曾说:“我们云南有专吃附子、吃草乌的习惯,云南某些餐馆里都卖草乌汤,吃了防风湿,防寒病。记得我刚毕业的时候,分到怒江边工作。那里在江边做摆渡的工人们,由于气温很冷,他们有吃附子的习惯,把附子拿来放到火塘烧柴后的热灰(又叫子母灰)里面泡一泡,然后用米酒兑服,每晚睡前吃那么一块,用来防治筋骨疼痛,靠这种民间方法来维持他们的工作和生存质量。”

云南有这么一种传说,说吴佩衡教授每天都煮很大一锅附子,

来个好朋友首先尝一碗。吴荣祖解释说：“没有病吃一点药也有好处。对于我们家族来说，每年特别是冬至节气，我们都吃一点附子，对心脏、对肠胃、对关节都是有好处的，所以说预防食疗这些，中医早有记载，确实是很有好处。”

郑钦安的亲传弟子卢铸之及其家族，就有一个吃附子的习惯。这就是每逢大的节气来临的时候，都要煮四逆汤，不管男女老少只要来的人都喝上一碗。特别是在夏至和冬至二至的节令里，就喝四逆汤加羊肉，用很大的锅，附片都是10斤、20斤，在大锅里煮，不管你是本地来的，还是外地来的，先喝上一碗再说。特别是在卢铸之老先生去世的那一年（1963年），前来吊唁的人很多，他们家就用四逆汤煮羊肉来招待来吊唁的人，不管大人、小孩都能喝上一碗。这是因为卢氏家族一直提倡扶阳以治未病，人身体强壮，就不会得病。

无独有偶，陕西的杜敏则介绍说：“在陕西周至久煎后的附子却当食品来用，无论大人小孩都拿着碗当饭吃。当地历来就有食服附子的习惯。其所用附子是当地农家自己种植的生附子，洗净与甘草同煮1~3天不等，使其汤液保持微开。这种久煎后的附子用来食用，吃附子肉而喝附子汤，剂量之大，老人小孩都无所顾忌。”

在临床上虽有大剂量应用附子的报道，却很少有人知道在陕西省周至县，当地人竟把这大毒的附子如同红薯、土豆般大量食用。陕西省是附子的产地之一，而周至县盛产附子。当地人称附子为“乌药”。每年秋冬季节，附子收后，很多人便日食附子碗余（约200~400g），连食数月到来年开春。业内人士薛盟举周至县人，自幼随俗，喜食附子，每食也以斤计。至于该县人从何时开始食用附子，已无从考证，据一些老人说，他们小时候就这样吃过。为何要吃附子，当地老人们的说法是：“乌药”是一味中药，常吃可以令人身体强壮，不畏寒冷，不生疾病；如能连续吃过百日，身上连个虱子都不生。故人多喜食之，以致该县产生了一种当地独有的

小吃生意，即将附子煮好后沿街叫卖，并美其名叫“甜乌药”，生意甚好。买食者多是妇女和老人。所谓“甜乌药”，未食过之人初尝之，实在苦不堪食，刚一入口，便难忍其苦，随即吐出。但隔日再食，数日后就不觉苦，半月过后便觉其香甜可口，一日不食则数思之。附子有毒，当地人也都知道，但为何如此大量久食而不会中毒？究其原因，全在其加工过程：当地一般于10月前后挖取成熟附子，弃乌头（当地称为“乌药母枝”），去须根，洗净晾干，置于阴凉干燥处储存。待立冬后天气渐冷，再拿出煮食。具体煮法为：晚饭约21时，先将一大锅水烧开后，再向沸水中倒入干净的附子，水约没附子20cm，然后加入甘草（甘草与附子的比例约1:10）。煮约2小时后，向灶中加入几根大柴，让其慢慢燃烧（约能燃烧2小时），整个煎煮过程中不能再向锅中加入生水。次日早晨再食煮好的附子。煮好的附子皮色棕黑，汤呈黑色，咬开后附子为浅黄褐色。吃法如同吃汤圆般，连汤带附子一同吃下。由于知道附子若煮不好，吃了会中毒，故每次煮好待食之前，老人们便先尝。1小时后无事，晚辈们始可大胆食之。也有过在尝附子后中毒死亡的老人，但薛盟举多年来仅发现周围发生过1例。每次煮附子的量大约在10kg以上，以后吃时随量加热就行。煮好的附子小心储存，当地人不分老幼，多把其当作早餐，连日食用。成人每食约250g。

陕西周至是附子的产区之一，这里的附子大都被炮制后运往各地药市出售。如此可以看出，久煎是其大剂量应用附子的可靠保证。

（三）尝附子记

一位自称为老夫子的业内人士，为了验证附子之毒性，他亲身经历了下面的体验。

这位老夫子一出生不仅特别的瘦，又特别爱生病，因此说是在药罐里长大的一点也不为过。一到冬天他就清涕连连，一把接一把的鼻涕，还不时的腹痛、腹泻。这就是中医认为的太阴寒湿偏

盛，中焦运化无权，升降失司，故而大便溏泄；太阳寒水内陷，合太阴湿土之气，渍入肺中，则清涕生焉。而且他常易上火，如口疮、眼红、手足心热等“热象”，这是阴盛阳衰、虚阳上越所致。当时医生不识此证，可能还用了大量的苦寒药来清所谓的“热”，因而造成雪上加霜，形成了他现在这样虚寒性的体质。

从上高中开始，这位老夫子又患上头晕，一天到晚只觉困倦、想睡觉，头也是晕晕乎乎的，如堕云里雾中。就是这样的他，迷迷糊糊的上了大学，后来又迷迷糊糊的考了研，反而使身体更加虚弱了。

在他大三那年冬天期末考试，因家中比较冷，学习时间又到很晚，结果腹中受寒，胃部疼痛绵绵，腹胀满，溏泄，呕吐。因腹胀得难受，所以吃了些萝卜顺气，虽矢气连连，但还是觉得胀。

学习《伤寒论》之时，看到小建中汤可以治腹痛，于是他试服小建中汤，因为呕逆，加半夏、茯苓，服了2剂，呕吐、腹痛全止，微有泄利。后来又服了几剂，就基本痊愈了。

从这次的经验，他体会到了经方的神奇。胡希恕老先生说小建中汤治腹痛，其效如神，的确没错。

他在南方读书时，由于天气热，几乎天天喝绿豆粥，又喝凉茶，当时并未觉得如何，可后来经常患口腔溃疡，而且不易愈合，严重时嘴里同时多处溃疡，持续十几天，疼痛不堪，眩晕也有加重。

由于经常出现这种情况，于是他仔细观察起周围的患病群体，发现现代人所患的慢性病中，三阴证占了绝大多数。亚健康状态的嗜睡、疲乏，这正是少阴证“但欲寐”的典型表现，为什么人们却视而不见，还要大滋其阴呢？六味地黄丸的泛滥使用，不知害了多少人。就拿胃病来说，初接触患者时，胸中装着内科书中寒热虚实的各种证型与方药，但实地体验以后却发现，真正的胃热证所占比例是极少的，有也只是寒热错杂的情况稍多些。

一个偶然的机，他接触到了火神派的著作，从一个全新的角度打开了其对阴证的认识，破除了几百年来“阳常有余，阴常不足”

的误识,真是大庇苍生啊!读了火神派扶阳理念之后,这位老夫子的眼睛为之一亮,有豁然开朗的感觉,心中明白了许多。

从此以后,这位老夫子在临证中也试用附子,疗效有很大的提高。他觉得欲精通医学,必须精通六经,更要扫除胸中固有的成见,代之以六经的辨证模式。

他认为《伤寒论》中六经辨证,其实就是病体由阳到阴(由亢奋至衰弱)的六个阶段,不管什么病,用药之前,首先应对病在哪个阶段有一个大体的判定,然后再选方用药,这样即使不能尽愈诸病,也不会有很大的失误。在此基础上,才能谈入微的辨证。

最近他不仅有些劳倦,而且总是爱犯困。便按照《伤寒论》的方法,查了一下自己的脉证,“脉微细,但欲寐”,舌淡白,水滑,舌体有裂纹。认为非常符合张仲景虚寒少阴病的四逆汤证。于是,他决定试服附子。

9月初,这位老夫子开始煎服黑附片 30g,口尝药液并不麻口,开始服药后感觉有点热,后来就没有感觉了。接着他又用附子 50g、70g,煎服,服后还是没有什么感觉。

后来他又买了一斤黑附片,煮出来的汤都是咸的。他查对了一些有关数据,原来是胆巴含量超标了。

他又买了盐附片,煎煮一尝有麻感。服用了一段时间后,有些效果,原来虚火上炎所引起的舌上起刺、口疮都好了,不过他还是觉得力气较弱。

为了吃到正宗的四川附子,他从四川邮寄了 2kg 生附片。拿到打开一尝,没有一点麻味,但过了 2 分钟之后,舌头开始麻,后来嘴唇也麻,足足持续了近 1 个小时。他认为这才是真正道地的好附子。

从这位老夫子的亲身体验我们可以得知:黑附片如果有麻味的,力量是生附子的 1/10 到 1/5;如果没麻味的,力量就更差了。

他拿到了生附片之后,又按照《伤寒论》中白通汤组成方法:放入干姜,切了两根葱白,生附片 30g,又加了几片生姜,肉桂 20g。

药煎好了，喝下去。没有什么中毒反应。

为了验证附子的毒性，他又嚼了一块附片吃。一会儿功夫，磨牙两侧的舌头麻了，唇也木了。到了晚上，他又用 50g 生附片，600ml 水，煎 20 分钟汤成，得 200ml 药汁。1 次服 100ml。这是《伤寒论》中原汁原味的煎服法。这四逆汤，用水特别少，煎的时间也短。这是张仲景有意不让久煎，免得破坏生附子的药性。再说煎的药汁太多，脾胃虚寒的人也不易吸收，极易造成停饮。

第 2 天下午，还是按《伤寒论》用量，生附片 50g，没放葱白，加茯苓 15g，白术 10g，同样煎 20 分钟。上次他把药煎好后，检查附片和干姜，发现没煎透，于是这次先泡数小时，然后将干姜切成薄片，附片切成条状。

这位老夫子在下午 5 点时喝下药，过了一会感觉到心慌，摸了摸自己的脉，大约是每分钟 50~60 次，觉得心跳得厉害。到了 6 点左右的时候，他想去厕所，可一下地，腿发软、发麻，开始还以为坐久了，不料刚走到厕所就觉得有些站立不稳。这下子他知道自己真是中毒了。于是小便也没解，便匆匆跑回屋，躺了下来。

舌头感觉整个下午就是麻的。其他部位，先是感觉到大腿开始麻，有一种紧束感。躺在那里，又想小便，又不敢乱动，憋得难受，于是找了个桶解了小便。排尿时觉得尿道灼痛，尿色发黄。

1 个多小时后，这位老夫子有点饿，想起来吃点东西，走到厨房，还是站不稳。这么一活动，气血运行加快，附子的药力在全身更快的发挥作用，他感觉一下子全身都麻了。好像从下肢开始，渐渐头皮麻，最后双手麻。这与一些书中说的先从手、再到胸腹、后到下肢的顺序似乎有些不同。

这位老夫子总结此次经验，认为附子中毒后不要乱动，老实躺下，否则毒性发作得更快；手、足、全身麻，如果不是特别严重，不用管他，也不用喝蜂蜜解毒，让附子的毒力自由发挥去。

最初他躺在被窝里，全身热起来了，开始出汗，头部尤多，感觉很舒服。但双腿膝盖以下仍然发凉，这是寒湿在下、热气居上的缘

故。最明显的就是舌头木得厉害，像泡在放了很多花椒的川菜汤中，牙根也发木。到了晚上8点多出现肠鸣，肠间水声辘辘，直到9点多才睡去。

第2天凌晨4点半左右，这位老夫子醒来，去厕所又泻出很多水样便，但并未感到腹痛。

整个上午，他为了增加疗效，艾条灸中脘约半小时，自感腹中舒适。这位老夫子从服盐附片起，就尝试着配合艾灸，自觉效果佳，认为艾灸一次，可抵得上一剂中小剂量的四逆汤。

隔日早上8点，他把剩下的药喝了1/2，到中午11点时，他感觉脸部发麻，是沙沙的感觉。

在以后的2天内，这位老夫子还是用上方。这次服药后，他感到强烈的眩晕，有1次上午9点服药，到了中午12点，他仍然感到眩晕，后来躺了一会儿，以为没事了。下午3点时，他准备上街去买药，但骑车没走多远，就觉得眼前金星乱冒，晕得厉害，他立即回家上床休息，近2个小时以后，才慢慢恢复了正常。

同时，这位老夫子感觉头皮又麻又凉，好像在上面扣上一顶凉帽子，整个头向外冒凉气，耳鸣得厉害。心下痞满，胃中有水声，食欲差，不喜饮水，小便短涩而黄，大便黏腻，舌淡白而滑，中间有微黄腻苔。

从上面的症状可知，是《伤寒论》中的水气偏盛证，便试服五苓散合真武汤加半夏。但药刚一入口嘴唇就开始麻。不知是因为这个方中没放甘草，缺乏监制之力呢？还是因为汤中附子与半夏相反呢？这让他也百思不得其解。

以后的几天，生附片用到30g，因怕药力太猛，一剂药分2天服，这样实际上附子只相当于15g的药量。他一般上午8点服药，半小时后药力发作，开始口舌麻木，呼吸困难，胸闷，心悸，然后全身发麻。到上午10点多开始晕得厉害，一直躺着，直到傍晚5、6点药力才能散去。

服药期间，这位老夫子经常出汗，汗后自觉舒服，头顶还有寒

气向外散的感觉。有一次晚上服完药，特别难受，腹中翻江倒海，想吐又吐不出来；从颈部以上出冷汗，像水一样，不黏腻。身上也有些恶寒的感觉。他认为这可能是体内寒气太盛，阳气借药力向外逐邪气吧！

服用上方后，感觉痞满明显好转，只是反应太剧烈，故此，仍改服四逆汤。

这位老夫子通过自己的调整，目前的情况是：全身较温暖，精神也不像之前那么萎靡，大便仍稍黏，小便量多、淡黄，腰部酸痛有很大的改善；舌质比以前红润，苔薄白，舌面的裂纹也消失许多。

经过这段时间服药（辅以艾灸），老夫子体会到：附子对于阳虚体弱确实有明显的效果，这是参、地、归、术所不能比拟的；阳虚证舍附子，怕是别无所求了。

这位亲尝附子的经过，真是有点神农尝百草的精神，他为我们应用附子提供了正反两方面的借鉴。由此可以看出，作为一个业内人士，要想用好附子这味良药，必须得有一种神农尝百草的精神，否则是用不好附子。笔者曾经为了摸索附子的有效用量与用法，就亲尝附子，由10~60g，真的是感觉很深。就是因为自己感悟了应用过程，所以在临床给患者应用附子时就能应付自如，游刃有余，即一摸脉就可判断出附子的用量与心中能起效的几分把握。

二、附子的产地与炮制

道地药材“江油附子”是著名的川产道地药材之一，有 1300 多年栽培种植历史。主要栽培种植于自然条件适宜的四川江油一带。附子自古以来为中医常用配方药材之一，临床应用十分广泛，在食疗中亦广为用之。对治疗亡阳虚脱、肢冷脉微、阳痿宫冷、心腹冷痛、虚寒吐泻、阴寒水肿、阳虚外感、寒湿痹痛等疾病都有重大的意义。现代医学研究表明，附子对神经系统、循环系统、泌尿系统、新陈代谢等方面具有明显作用，其提取物对预防和治疗癌症及其他各种肿瘤有显著效果，其药用价值越来越受到人们的关注和重视。

国际互联网称“世界附子在中国、中国附子在四川、四川附子在江油”。目前附子规范化种植面积发展至 12000 亩，产品主要销售中国台湾、日本、东南亚等市场，江油产的品牌附片系列已经家喻户晓，受到众多医药界人士的青睐。江油附子基地和生产的附子主导产品得到了中国中医药研究院、国家食品药品监督管理局和国家中医药管理局的高度评价和肯定，是国家中药保护品种和唯一列入 973 项目的道地中药材。同时获国家地理标志产品保护并被授予“非物质文化遗产”。江油附子产品目前主要有：白附片、黑附片、黄附片、熟附片、盐附子、炮附子、刨附片等。

（一）附子的产地

附子自古至今多称川附子，顾名思义附子主要产于四川。因此四川历来是附子的道地产区，《范子计然》中说：“附子出蜀武都，中白色者善。”齐梁时因南北睽隔，交通不便，陶弘景有感叹说：“假令荆益不通，则全用历阳当归、钱塘三建，岂得相似。”故在《本草经

集注》中陶弘景赞叹宜都很山(今湖北长阳县)所出为最好。

唐代四川又重新恢复附子的道地优势,《新修本草》中云:“天雄、附子、乌头等,并以蜀道绵州、龙州者佳,余处纵有造得者,力弱,都不相似。江南来者,全不堪用。”宋代附子的产地更加明确,《图经本草》中云:“绵州彰明县(四川江油)多种之,惟赤水一乡者最佳。”赤水在今江油河西一带。

元丰年间(公元1078—1085年),彰明知县杨天惠,通过对该县附子生产的实际考察,写出调查报告性质的《彰明附子记》,书中说道:“绵州,故广汉地,领县八,惟彰明出附子。彰明领乡二十,惟赤水、廉水、会昌、昌明产附子。合四乡之产,得一十六万斤以上。然赤水为多,廉水次之,而会昌、昌明所出甚微。”寥寥数语,就点明了附子是彰明的道地药材,以及彰明附子的年产量,此与现今江油河西数乡出产附子,而河东地界不出附子,是完全相合的。又如论附子质量曰:“附乌头而旁生者为附子……附子之形,以蹲坐正节角少为上,有节多鼠乳者次之,形不正而伤缺风皱者为下矣。”此与当今药农对附子品质的经验鉴别也是相一致的。由于《彰明附子记》对附子生产的各方面知识记载甚为详细、具体,故明代李时珍评曰:“读之可不辨而明。”该书为最早记载单味药栽培历史的书籍,比较系统地叙述了该县种植附子的具体地域、面积、产量,以及有关耕作、播种、管理、收采加工、品质鉴定等成套的经验。李时珍在《本草纲目》中多处摘要引述了《彰明附子记》的原文。

附子之品有七,实本同而末异,初种之小者为乌头,附乌头而旁生者为附子,又左右附而偶生者为鬲子,又附而长者为天雄,又附而尖者为天锥,又附而上者为侧子,又附而散者为漏篮子。皆脉络连贯,如子附母,而附子以贵,故独专附名,自余不得与焉。凡种一而子六、七以上,则其实皆小;种一而子二、三,则其实稍大,种一而子特生,则其实特大。附子之形以蹲坐正节角少为上,有节多鼠乳者次之,形不正而伤缺风皱者为下矣。又附子之色,以花白为

上,铁色次之,青绿为下。天雄、乌头、天锥,以丰实盈握为胜,而漏蓝、侧子,不足数也。按《本经》及《志》载,附子出犍为山谷及在山南嵩高、齐鲁间,以今考之,皆无,有误矣。又曰,春采为乌头,冬采为附子,大谬。又云,附子八角者良,其角为侧子,愈大谬。与余所闻绝异。

2006年,根据《地理标志产品保护规定》,国家质量监督检验检疫总局组织了对江油附子地理标志产品保护申请的审查。经审查合格,批准江油附子实施地理标志产品保护,范围为四川省江油市太平镇、青莲镇、九岭镇、三合镇、彰明镇、西屏乡6个乡镇现辖行政区域。

目前,国内因附子种植技术的推广,全国各地都有种植附子者,但仍然主要栽培于四川、陕西,特别是产于四川者为最优,并称为道地产品,故有川附子之称谓。因此,药用附子以四川江油为道地基点县。

除四川江油的传统道地产地外,由于附子市场需求不断扩大,利益可观,各地纷纷引种,但真正形成规模的只有西昌、陕西汉中、云南等地。西昌产区是近年来发展起来的一个附子产区,主要以布托为中心,向周边辐射,这一地区平均海拔2800m以上,年均气温 $10\sim 15^{\circ}\text{C}$,气候冷凉,作为附子种苗“乌药”的产地非常适宜,若栽培附子,则附子生长较缓慢,块根成熟收获期推迟到10月下旬,主根川乌已经中空干瘪,与江油产附子、川乌有明显区别。

陕西汉中产区种植附子已有200余年的历史,种植区主要分布在沿汉江两岸平川区的城固、南郑、勉县、洋县、西乡一带,种苗多于立冬后栽种,7月中旬采收。

现在除四川江油县等为附子的传统产区外,全国还有陕西、贵州、湖南、湖北、甘肃、云南、广西、江西、安徽等10个省区的336个县市为附子适宜产区,适宜产区面积总和为 294057.69km^2 。野生品种分布于辽宁、河南、山东、陕西、甘肃、江苏、安徽、江西、福建、湖南、湖北、贵州、广西、云南等地。现代应用的附子,主要为人工

种植栽培品,野生品种很少采用入药。

(二) 附子的种植

1. 引言 由于附子的药用价值较高,故而自古就开始进行人工栽培,虽然多种书籍都有记载,但确切的种植记载,要数《本草图经》中记录的最完善了。

如《本草图经》中云:“乌头、乌喙生朗陵山谷;天雄生少室山谷;附子、侧子生犍为山谷及广汉,今并出蜀土。然四品都是一种所产,其种出于龙州。种之法,冬至前先将肥腴陆田耕五、七遍,以猪粪粪之,然后布种,逐月耘耔,至次年八月后方成。其苗高三、四尺已来,茎作四棱,叶如艾,花紫碧色作穗,实小,紫黑色如桑椹。本只种附子一物,至成熟后,有此四物,收时仍一处造酿方成。酿之法,先于六月内踏造大、小麦曲,至收采前半月,预先用大麦煮成粥,后将上件曲造醋候熟,淋去糟。其醋不用太酸,酸则以水解之。便将所收附子等去根须,于新洁瓮内淹浸七日。每日搅一遍,日足捞出,以弥疏筛摊之,令生白衣,后向慢风日中晒之百十日,以透干为度,若猛日晒则皱而皮不附肉。其长三、二寸者为天雄,割削附子傍尖芽角为侧子,附子之绝小者,亦名为侧子,元种者母为乌头,其余大小者皆为附子,以八角者为上,如方药要用,须炮令裂去皮脐使之。绵州彰明县多种之,惟赤水一乡者最佳。然收采时月与《本经》所说不同,盖今时所种如此,其内地所出者与此殊别,今亦稀用。谨按《本经》冬采为附子,春采为乌头,而《广雅》云,奚毒,附子也。一岁为侧子,二岁为乌喙,三岁为附子,四岁为乌头,五岁为天雄。今一年种之,便有此五物,岂令人种蒔之法,用力倍至,故尔繁盛也。虽然,药力当缓于岁久者耳。”

从栽培种植附子来看,江油产附子最符合缪希雍在《本草经疏》中认为附子“既禀地二之火气,兼得乎天之热气以生”的论点:当地根据附子种苗生长期喜凉爽,怕高温,有一定耐寒性的特点,在冬至前几日进行移苗,中医认为此节气处于一阳生,一阳来复之际,处于阳气初生阶段,而相对应植物生长发育情况来看,此时移

苗，幼苗发育整齐，块根生长快，个头大，易于成活；而根据块根生育期喜温润环境、怕干旱和高温多湿的习性，在夏至前几日进行采收，中医认为此节气处阳气渐长、阴气渐消之际，处于阳气旺盛阶段，对应植物生长发育情况，此时由于高温影响，子根发育渐次停止，正是子根最为肥大的时候，适宜采收。因而，种植在四川江油的附子为最佳道地产品。

种植的处所不同，药物所汲取自然界天地之精华的差异相当大，为什么附子在四川出产的为最好，确切地说，盛产于四川江油地区的为最好？这还要从地理环境位置上说起：四川位于我国的西南，而江油呢，又位于四川省的西南之处，可以说四川江油位于我国正宗的西南方位。西南方位，在《周易》八卦里（分为先后天），先天八卦，它是乾南、坤北、东离、西坎，即乾、坤、坎、离居四正位，即天（乾）、地（坤）、水（坎）、火（离）居四正位。于北位上，坤土居之，这是先天的格局。在后天的世界里，先天的格局一打破，天左转，地右转，这就形成了后天世界。在后天世界里，四正位上是一个什么样的布局呢？离南、坎北、震东、兑西。而坤土到哪里去了呢？排到了后天八卦里的西南方位，也就是说坤土的位置跑到了西南方位，跑到了四川省的江油地区。因此，四川江油位于后天八卦里坤土最丰厚的地方，《易经》中说坤土“厚德载物”，坤土最厚的地方，汲取天地精华最丰富，你想附子就种植在这个地方——四川江油西南方位，是承受地之精华最丰厚的地方。另外人们把四川称为天府之国，而附子不仅生长在天府之国，还生长在天府的西南方位，这些都是天地关系所形成的。

说到附子的种植，我们传统都有“择良辰吉日”的说法，对于附子来说种植时间那可更有讲究。种植，是人工栽培，当然更要考虑天地的时间问题，附子为什么要讲这些道道呢？众所周知，冬至一阳生，夏至一阴长。那么冬至到夏至是一个什么样的概念呢？冬至一阳生，一阳来复之际，到夏至阳旺至极点，也就是说冬至到夏至这个阶段是阳气渐长，阴气渐消。中国有句俗话说：“吃了冬至

饭,一天长一线。”一天长一线,是指白天长了,是白天在一天一天的增长,其实就是阳气在一天一天的增长,因为白天属阳,白天时间长了,这不是明摆着阳气在渐长了吗?而附子的种植时间,移苗的时间就在冬至,收成的时间是夏至。可想而知,附子种植在这个阳长阴消的季节里,在这块肥沃、厚德载物的坤土之中,是不是也在阳气蓄积而渐长呢?附子的道地,附子的地道,道地地道就在这个种、这个收的时间上。

由此可知,生长在四川江油的附子,的确是天时、地利、人和三者全占了。故而江油产的附子是最佳的道地产品。

附子现代的人工种植方法,不仅更为科学化,而且规范化的作业,更有利于附子的收成与品质质量。

2. 植物形态特征 附子母根为川乌头,主根为乌头,子根为附子。乌头为多年生草本植物,株高 60~120cm。块根通常 2 个连生,纺锤形至倒卵形,外皮黑褐色;栽培品的侧根(子根)甚肥大,直径达 5cm。茎直立或稍倾斜,下部光滑无毛,上部散生贴伏柔毛。叶互生,革质,有柄;叶片卵圆形,宽 5~12cm,3 裂几达基部,两侧裂片再 2 裂,中央裂片菱状楔形,先端再 3 浅裂,裂片边缘有粗齿或缺刻。总状圆锥花序,花序轴有贴伏的柔毛;萼片 5,蓝紫色,外被微柔毛,上萼片盔形,长 15~18mm,宽约 20mm,侧萼片近圆形;花瓣 2,无毛;雄蕊多数,花丝下半部扩张成宽线形的翅;心皮 3~5 个,离生,密被灰黄色的短绒毛。蓇葖果长圆形,具横脉,花柱宿存,芒尖状。花期 6~7 月。果期 7~8 月。附子植物如彩图 1、彩图 2、彩图 3(书后)。

3. 对环境条件的要求 附子喜阳光充足、温暖湿润的气候,常栽培于土层深厚肥沃、土质疏松、灌溉便利的砂壤土或紫色土,以紫色土为宜。或选择阳光充足、地势平坦,土层深厚、疏松、肥沃、排水良好又有灌溉条件的绵砂、细砂土壤,黏土或低洼积水地区不易栽种。忌连作,一般需隔 3~4 年再栽,可以安排水稻、玉米、小麦、蔬菜为前茬作物。

乌头野生品常生长于富含腐殖质的棕色森林土,半野生于紫色土、黑棕色油沙土、黄泥土等。黏土不宜种植。栽培的乌头(附子的母根)需与玉米等高秆作物间作。

4. 栽培技术

(1) 品种

1) 川药 1 号(南瓜叶型),叶大,近圆形,与南瓜的叶子相似,块根较大,圆锥形,加工率高,耐肥,晚熟,高产,但抗病力较差,产量平均在 750kg 以上,较稳定。

2) 川药 6 号(丝瓜叶型),茎粗壮,节较密,茎生叶大,深绿色,三全裂,块根纺锤形,较抗病,产量一般在 450kg。

3) 川药 5 号,叶厚坚纸质,叶面黄绿色,无光泽,叶三深裂,块根圆球形,亩产平均 360kg 左右。

(2) 繁殖材料的培育:栽种附子新用块根,称为乌药。一般都在海拔较高的山区培育。在海拔较低的坝区,一般只种 1~2 年,一般在每年 11 月上旬(立冬前)挖出乌药,选出较大的侧生块根作为平地栽培的种栽,而小的块根仍在原地种植。

(3) 选地整地:最好是选水稻田,这样灌、排水方便。在水稻收获后,即进行翻晒,耩耙 2~4 次,直至土块充分细碎,整好地后,作畦,畦宽 60~66cm,沟宽 26.5cm,畦上种附子 2 行。

或是选土层深厚、疏松、肥沃的土壤,一般以水稻田为前茬最好。在水稻收后,放干田水,使它充分熟化,增加肥力。从大雪开始,犁深 20~30cm,三犁三耙,务必使土块细碎、松软,10 月下旬(霜降)每亩地施厩肥或堆肥 4000~5000kg 作底肥,按宽 1.2m(包括排灌沟)作畦,畦面宽 1m,将过磷酸钙 50kg、菜饼 50kg,碎细混合撒入畦面,搅拌均匀,拉耙定距,以备下种。

(4) 栽种:栽培时间一般在冬至前,在畦面开穴,行距 20cm,株距 16~17cm,每穴栽一个附子种栽,芽头向上。栽完即行盖土 6~10cm。

种前先要选种根,块根按大小可分三级,一级每 100 个块根重

2kg,二级重0.75~1.75kg,三级重0.25~0.5kg,一级和三级多用作乌头种根,二级块根用作附子种根,每亩用块根11000~12000个,为130~150kg,凡是块根皮上带黑疤,水旋病及有伤口和病虫害的块根,不可作种。种根挖出后,放在背风阴凉的地方摊开(厚约6cm)晾7~15天,使皮层水分稍干一些就可栽种。

11月上、中旬(立冬后)在畦中按顺序以株行距15cm×18cm、窝深12cm稳苗入坑栽成3行,后覆土9cm厚,成鱼背形以利于排水。在栽种时每隔10株间可多栽1块根,以利补苗,确保丰产。

(5)间套作:附子栽完后,随即在畦的一面套种莴苣,每隔50cm种一穴。第2年4月底或5月初莴苣收获后套种玉米,株距1m,每穴留苗2株,种在畦的向阳面,可给附子遮荫。

或者可在两侧套种胡萝卜,翌年2月收获萝卜,并修根后套种玉米,收了玉米又可栽结球甘蓝(包心白菜)。

(6)田间管理:主要措施是修根,第1次在4月上旬,苗高13~20cm时进行,第2次修根在5月中旬。修根方法:用小铁铲将附子根周围的泥土轻轻的挖开,现出母根及附子,一般多留靠近沟边上较大的而且是相对位置2个附子,特大的壮苗可留3个,瘦苗只留1个,其余的用小刀除去。

在第1次修根后1周开始进行去顶摘芽,根据品种不同和植株生长快慢,去顶2~3次。时间在4月底至5月初。做法为用竹签轻轻切去茎尖,每株保留叶子6~8片。

(7)病虫害防治:主要病害有:白绢病,根结线虫病;虫害有地老虎,蝼蛄、蛴螬等地下害虫。针对这些特异性虫害,采用低毒无害化环保药物,或以生物治虫手段,以保证附子药物质量与品质。

(三) 附子的炮制

附子,为毛茛科多年生草本植物乌头的子根的加工品。传统是每年的夏至至小暑,即6月下旬到8月上旬,将乌头挖出全株,除去地上茎叶,然后将子根摘下,与母根分开,抖净泥土,晒干。

现在四川附子的采收,多在10月(寒露至霜降)地上部分枯萎

时,即可挖出川乌,截去过长的须根,留 1.5cm 左右。选出侧根即附子,剔除焦巴、水漩,然后分为 3 级,把 1 级最大的和 3 级最小的块根作为繁殖川乌的种根,立即栽种,或把种根作短暂的室内摊晾后再栽,应先用竹帘晾至半蔫后;中等大的 2 级块根作栽培附子的种根,贮藏下种。

采收时,用二齿耙挖出全株,抖去泥沙,将母根与子根分开,去掉须根。母根晒干,即是川乌。干燥的母根,呈瘦长的圆锥形,或带有残余的茎秆,体长 3~7cm,直径 1.5~3cm。表面呈棕褐色,皱缩不平,或有锥形的小瘤状侧根,并具割去附子后遗留的痕迹。质坚实,断面粉白色或微带灰色,横切面可见多角形的环纹。无臭,味辛辣而麻舌。均以个匀、肥满、坚实无空心者为佳。

干燥的子根,即附子,呈圆锥形,长 1.5~3cm,直径 1.5~2cm。表面灰褐色,有细的纵皱纹,顶端有凹陷的芽痕,侧边常留有自母根摘离的痕迹,下端尖,周围有数个瘤状隆起的支根,习称“钉角”。质坚实,难折断,断面外层呈褐色,内面为灰白色,粉性,横切面有一多角形环纹。无臭,味辛辣而麻舌。

种附子于地,其当年旁生者为附子,其原种之附子则称为乌头;若种后不旁生附子,惟原种之本长大,若蒜之独头无瓣者,名谓天雄。

陕西省也是附子的产地之一,而周至县则为盛产附子之地,位于八百里秦川腹地、秦岭北麓,当地人称附子为“乌药”。每年秋冬季节,约 9~10 月采收附子,在采挖之后,将瘦小的附子留作种子,直接埋在挖完的地里,等到来年的 9 月份,就可以收获新的附子了,而此母根则作为乌头出售。附子采收后进行储存或加工后,然后销往全国各地。由此可见,地理环境的差别,可能是形成这种采收、种植时间不一的主要原因。

将地里挖出的乌头全株,除去母根、须根及泥沙,所得即附子,即子根,习称为“泥附子”(彩图 4、彩图 5、彩图 6、彩图 7、彩图 8、彩图 9)。为了减毒防腐烂,需立即加工。如果把泥附子洗

净或胆巴盐浸泡后,直接切片焙干或干制后,即为生附片或生附子(彩图 10)。

过去在产地立即加工的品种很多,有盐附子、黑顺片、白附片、熟附片(制附片、厚黑片)、黄附片、卦附片(卦片)、刨附片、柳叶片等。

附子由于收获于夏季,其在贮藏过程中,水分是影响其品质变化的一个重要因素,含水量高时,其所含成分的化学反应就剧烈。附子在贮藏期(冷藏除外),随着水分剧烈的变化,其中的有效成分总生物碱、多糖含量也随之发生改变。实验结果表明,附子采收后应尽快干燥处理,降低水分含量,以避免有效成分的流失。

随着贮藏期的延长,附子外观变化较大,完整性遭到破坏。自然堆放条件下,由于蒸腾失水,10天以后,附子表面开始皱缩,伴有发霉现象,大约30天开始出现腐烂,贮藏后期,腐烂更加严重。麻袋覆盖下,发霉和腐烂变化相对推迟,但是后期也加剧发生。沙藏方式下,在贮藏期内,有发霉现象,极少腐烂情况,品质也发生了较大的变化。冷藏条件下,附子的完整性较好(在贮藏后期也有发霉现象),低温使附子内部代谢活动减弱,同时又不易引起异常的生理代谢现象,延长了附子的贮藏期,有效成分生物碱和多糖含量下降缓慢。冷藏优于其他贮藏方式,利于保持附子的品质,但是需要冷藏设施,成本较高;麻袋覆盖适宜于附子短期贮藏,是一种比较经济的贮藏方式;沙藏优于麻袋覆盖,但是贮藏时间也有限,舒晓燕等研究建议沙藏时选择干燥和干净的沙为宜。生产中可根据实际情况,灵活选择适宜的贮藏方式,贮藏期不能太长,应尽快烘干处理。

1. 规范品种 由于附子的品种较多,为了规范品种,1958年卫生部根据简化商品规格的精神,决定只保留其中的盐附片、黑顺片、白附片3个品种。

(1)盐附子:选取较大的泥附子洗净泥土,浸入盐卤和食盐的混合液中(鲜附子100kg,盐卤40kg,食盐25kg,加水60kg),每日

取出晒晾,并逐渐延长晒晾的时间,直至附子表面出现大量结晶盐粒,并体质变硬为止。制好的盐附子呈圆锥形,长4~7cm,直径3~5cm。表面灰黑色或灰棕黑色,微皱缩,粗糙,披满盐霜。顶端宽大,中央有凹陷的芽痕,周围的突起有支根(俗称钉角)或支根痕。质重而坚硬,可见充满盐霜的小裂隙及多角形形成层环纹。体重,横切面灰褐色或灰白色或类白色,可见筋脉花纹,具不整齐的筋脉或中心有小空隙,其中充满盐霜。气微,无臭,味酸、咸而麻辣,或味辛辣,麻舌,有大毒。以个大、坚实、灰黑色、表面起盐霜者为佳(彩图11、彩图12)。

(2)黑顺片(黑附片、黑附子、顺片、顺黑片):选取中等大小或是用较小的泥附子,洗净后浸入盐卤水液中(附子100kg,盐卤40kg,清水30kg),并与盐卤水同煮沸,水漂,切成厚片,再浸入稀卤盐水液中,并加入黄糖及菜油制成的调色剂(附子100kg,黄糖20kg,菜油5kg熬煎而成),使附片染成浓茶色。制成之黑附片为纵切片,上宽下窄,周边略翘,长1.7~5cm,宽0.9~3cm,厚0.2~0.5cm。外皮黑褐色,切面暗黄色,油润光泽,半透明状,并有纵向筋脉(导管),质坚而脆,断面角质样,或破碎而角质状。无臭,味淡,以片大、均匀,表面油润光滑者为佳(彩图13、彩图14、彩图15、彩图16、彩图17)。

(3)白附片(又名明附片、雄片、天雄片):选取较大或中等大的泥附子,洗净后浸入盐卤水液中数日,并与盐卤水同煮至透心为度,捞出,剥去外皮,纵切成薄片,用水漂洗至口尝无辣感时,取出蒸熟,晒至半干,以硫黄熏后,晒干即成。其形状与黑附片相同,唯全体均匀为黄白色半透明状,片较薄,厚约3mm。气味同黑附片。以片匀、黄白色、油润、半透明状者为佳(彩图18、彩图19、彩图20)。

附子销往各地之后,具体的使用情况不尽一致。有的把产地加工品如盐附子、黑顺片、白附片等直接用于临床,有的再经进一步炮制后方供临床应用。过去附子的炮制方法很多,但是大多数

炮制方法都没有保留下来。

2. 炮制品种 《中华人民共和国药典》2005年版只记载了淡附片、炮附片两种饮片及炮制方法,另外还专门注明黑顺片、白附片可直接入药。再经炮制的分为8种:

(1)淡附片:成品为纵切片,下宽上窄。长1.5~4cm,宽0.6~3.5cm,厚约0.3cm。外皮呈黑褐色。切面暗灰色,微有光泽,半透明状。质硬而脆,断面角质样。气微,味淡(彩图21、彩图22)。

1)甘草、黑豆制:取盐附子,用清水浸漂,每日换水2~3次,至盐分漂净,置锅内与甘草、黑豆加水煮透,至切开后口尝稍有麻辣感为度,取出,去甘草、黑豆,刮去皮,切为两瓣,置锅内加水煮2小时,取出,晒晾,反复闷润数次,润透后切片,晒干备用。每附子50kg,用甘草2.5kg,黑豆5kg。

2)豆腐制:将盐附子洗净,漂2~3天,每天换水1~2次,捞起,对切开,再漂1~2天,每天换水2~3次,去尽咸味,取出。用豆腐同煮,至口嚼无麻感,取出摊凉(防裂),除去豆腐,晒至半干,切极薄片,干燥,筛去灰屑。每盐附子10kg用豆腐1kg。

3)甘草、黑豆、麦麸制:取盐附子,大小个分开,放于缸内,用水浸漂,春秋漂7~10天,每日换水2次,夏季可适当缩短,防晒,冬季可适当延长,防冻,漂至盐尽,切开口尝稍有辣感为度,捞出,另取甘草、黑豆与水共置锅中,煮至黑豆烂后去渣,再投入漂好的附子,煮透至汁尽,取出晾凉,刮去皮,劈为两半,再拌入麦麸使附子水分渗出约4~5天,麸易从附子上脱落时,取出,去净麦麸,切3mm片,晒干。每附子10kg用黑豆1kg,甘草0.3kg。

(2)炮附片(炮片):成品为斜切片,厚0.6~0.8cm。表面黄白色。切面膨胀微鼓。气微香,味淡(彩图23)。

1)沙炮:取沙子置锅内,用大火炒热后加入附片,不断翻动,烫至鼓起并微变色,取出。筛去沙子,放凉。

2)火炮:取盐附子洗净,清水浸泡一夜,除去皮脐,切片,再加水泡至口尝稍有麻感为度,取出,用姜汤浸1~3天,然后蒸熟,再

焙至七成干,倒入锅内用武火急炒至烟起,微鼓裂为度,取出放凉;或置铁丝网上在炽炭火上反复炮至微鼓裂,倒出,放凉即得。

3) 烤制:将已漂净沥干的附片均匀铺放铁丝筛内,置灶内烘烤,每次烘烤约 15 分钟,取出摊凉,待水分渗出,内外湿度均匀,再烘烤。反复数次,烤至近干时,置烘柜内烘干,再取出,放凉,筛去灰屑即得。

(3) 黄附片(黄片):是将洗净的附子,经用胆巴水浸制、煮、水漂,除去外皮及根下端,切成薄片,再用甘草、生姜、红花等药液浸、烘、晒后的加工品;由于加工后的附片呈黄色,故而称为黄附片。成品为横切片,呈圆形或椭圆形,无外皮,有瘤状凸起的侧根痕。直径 3.5~4cm,厚 0.4~0.5cm。全体色黄,切面可见多角形的形成层环。无油面,但有光泽感,不透明,有的产地盖有红色五角星印。气微,味淡,或微有刺喉感(彩图 24、彩图 25)。

(4) 熟附片(熟片、临江片、厚黑片、制附片):即选用较大的泥附子,经过泡胆、蒸煮剥皮,为横切片,呈圆形或微椭圆形,直径 3.5~4cm,片厚约 0.4~0.5cm,炭火烘至半干,再晒干后即熟片。厚薄均匀,片面冰糖色或淡黄褐色,油润,具有光泽,半透明状,质硬而脆,形如胶状。断面角质,对光照视显筋脉花纹,习称“菊花纹”。气微,味淡(彩图 26、彩图 27)。具体的炮制方法,有以下 9 种。

1) 蒸制:取已漂净沥干的附片,蒸约 4~5 小时,取出,放篾垫上,摊开,散去热气后,均匀摊放烘筛内(勿重叠)烘烤。至有吱吱响声时取出放凉。使水分渗出再烘烤,反复烘烤至全干,筛去灰屑即得。

2) 矾水煮制:取盐附子,用水浸漂,每日换水 2~3 次,至盐分漂尽,置锅内与白矾加水煮透,至切开后初尝无麻辣味,久嚼稍有麻舌感为度。取出,切为两瓣,置锅内加水煮约 2 小时,煮透取出,晾晒,反复闷润至透。切片晒干。每盐附子 100kg 用白矾 20kg。

3) 甘草、黑豆、矾水共煮制:取净附子,大小分开,用清水浸漂,

每天换水 1 次,夏季 2 次,换水时翻动。至口尝微有麻辣感为度,取出,晾至六成干,再与熬好的甘草、黑豆、白矾水共煮至内无白心时,取出,微晾,切片(片厚 1.5mm)晒干。每净附子 100kg,用甘草 8kg、黑豆 10kg、白矾 2kg。

4) 卤水煮、蒸制:将鲜附子去净须根,大小个分开,洗净泥土,及时浸入配好的卤水内浸泡 7~10 天,不断搅拌。泡好后贮于池内,将浸泡好的附子捞出后,用原泡附子的卤水煮(水烧开后放入附子,开锅后再煮 5~10 分钟),煮至尾部发软,内无白心时捞出,立即用清水浸泡一昼夜,捞出后切顺片,切片后用清水泡 4~5 天,每隔 1 天换水 1 次,每天搅拌 2~3 次。最后用清水冲至稍有麻辣味为止,将泡好的附子,蒸 12 小时左右,摊开晒至半干,以硫黄熏后晒干。每鲜附子 100kg,用卤水 65kg,加水 35kg。

5) 甘草煮制:将锅内放入清水,取净甘草倒入锅内,加热熬煮,将煮液捞出过滤。再加入清水熬煮至透。捞出残渣去掉,取两次甘草煮液混合倒入锅内,加热至沸,取泡好附子置锅内与甘草汤同煮。随时翻动煮约 2~3 小时至透。切开后尝稍有麻辣感为度,捞出,待凉,刮去外皮。每个切成两块即为黑附子瓣,闷润;取黑附子瓣,堆润至透,晒至六七成干。堆润至内外软硬适宜为度。每净附子 10kg,用甘草 0.6kg。

6) 姜制

鲜姜煮:取泡好的附子与鲜姜同煮 2~3 小时,晒半干,润 1~2 小时,切成 1mm 厚的细条片。晾干。每附子 10kg 用鲜姜 1.25kg。

生姜蒸:取泡过的附子与生姜层层相隔铺好,在甑内蒸 16~18 小时,或蒸至无麻味,晒干切片即可。每附子 10kg 用生姜 1kg。

生姜汁蒸:如来货是已加工好的熟附片,则拣去杂质,整理洁净即可。如来货是盐附子,则将盐附子洗净,用清水浸 12 小时,除去皮、脐,顺切成 3mm 厚片,再用清水漂 3 天,每天换水 3 次,换水时用木棒轻搅动。泻尽旧水,注入清水,至附子的盐分漂净,捞起,

晾至六成干。加入姜汁水(每 100kg 盐附子,用老生姜 10kg 榨汁,姜渣加适量水煎取浓汤与姜汁混合),拌匀。润渍约 8 小时,使吸尽姜汁水,蒸 4~6 小时至熟透,取出干燥即成。

7) 黑豆制

黑豆煮法:先将黑豆加热煮沸或黑豆膨胀时,加入附子继续煮至热透或水尽为度。晒干,再切成 0.7mm 厚的片,晾干。每附子瓣 10kg,用黑豆 1.25kg。

黑豆蒸:先将黑豆泡胀后加水煮 4 小时,取汁后浸泡附片至豆汁被吸尽后,蒸 2 小时,晒干。每附片 10kg,用黑豆 3.5kg。

黑豆焙:先将黑豆煮数沸,待黑豆膨胀,加入附子煎煮至透热,用生山甲片去皮,每个切成 2 块,放入灰缸中干燥,取出即为黑子瓣。每附子 10kg,用黑豆 0.25kg。

黑豆煮蒸:取盐附子加水漂 1 天,再以米泔水泡 2 天,用竹刀刮去外皮,切 6~7mm 厚的片,再加水漂至水清为度,次日过滤,加入炒至微有焦香之黑豆,加水淹过药面,煮至水干。附子成乌黑色时取出,蒸 2 小时,至片上有水珠时,减低火力,以微火蒸透,立即烘至干透,放冷即可。每盐附子 10kg,用黑豆 3kg。

8) 药汁制

生姜、甘草蒸:取附子先用人尿浸 1 夜,去尿洗净,加清水漂 7 天(每天换水 3 次)捞出,加生姜、甘草用大火蒸熟,至以小竹签插入无声为度,取出晒干,闷 1 天,切 10mm 厚的片,再晒干。每附子 10kg,用生姜 1kg、甘草 0.5kg。

生姜、甘草、明矾煮:取泡过的附子与生姜、甘草同煮,至将熟时,加入少量明矾,取出晒至七成干,润透切片,再晒干。每附子 10kg,用生姜 0.5kg、甘草、明矾少许。

甘草、皂角煮:取泡过的附子放锅内煮,更换水煮沸,晒至半干,润 2~3 天,切 2mm 厚的片,晒干后,加大量水和甘草、皂角同煮(水煮后火力不宜过大)至无白心为度,拣去甘草、皂角。再将附片放入开水锅内煮 2 小时,晒至七成干。闷 2 天(每天搅动 1~2

次),再蒸至上气时,放冷,再闷一夜。次日取切薄片晒干。每附子 10kg,用甘草 0.3kg、皂角 0.25kg。

甘草、银花、黑豆煮:先将甘草、银花、黑豆加水煮沸,再加入已泡过的附子,继续煮沸 2 小时,取出稍晾;另取一木箱将黄芩末撒于底部,然后放 1 层附子,在附子上层再撒一层黄芩,反复过行,至满箱为止;再用麻袋盖平(使黄芩末吸其水分)约 10 小时,倒出。再用上法,反复操作,至附子全干。刷净黄芩末,加水喷匀后,蒸 2 小时,切 0.6mm 厚片,晒干。每附子 10kg,用甘草 0.25kg、银花 0.25kg、黑豆 0.25kg。

姜、糠灰制:取附子平铺于垫有纸的平地上,使小头端对好。将生姜片覆在附子面上,再加纸 2 张盖平,铺 50mm 厚糠灰于纸上,灰上再盖草,全面点燃时加上糠皮烧之(火不能过大,以免将纸烧掉并烧焦药料)约 3~4 天。待糠烧完,取出附子,蒸 16~18 小时,晒干,再用开水泡 2 小时,润 1~2 天切片晒干。每附子 100kg,用生姜片 5~6kg、糠灰 100kg。

9)胆炙附片:每 100kg 附片,加猪胆汁 1kg,兑沸水 5kg(忌用生水),先将附片放入锅内炒热,边炒边洒胆水,炒至均匀吸透。水干呈黄褐色取出,即成胆炙附片。

(5)卦片(或挂片、瓣片、对开片、附瓣,形似卜卦而故名):选用中等大的泥附子,经过泡胆、剥皮、糖炙,每个附子纵切两瓣,然后用糖汁染色,晒干即成。成品为纵切的两瓣,一端宽大,一端尖小,无外皮。片面冰糖色或灰褐色,半透明,有油润光泽。无臭,味淡或微带麻辣(彩图 28、彩图 29)。

(6)刨片(又名刨附片、刨花片):将泥附子洗后,入胆巴水浸泡,后用刨子刨成薄片,再经清水浸泡、漂过,放于烤炉上烘烤,将饭锅倒放在炉灶上,附片贴于锅底上,下面用木炭火烤,片干后自然落下,即为刨片。成品为圆形或长椭圆形片状,片薄似刨木花,厚约 0.1cm。外皮黑褐色(或无外皮)。切面淡黄色,半透明状,可见多角形的形成层环,气微,味淡,无刺喉感(彩图 30、彩图 31)。

(7)炮附子(又名炮天雄):炮附子是经过加工后的附子,呈圆锥形,长3~5cm,直径2.5~4cm。无外皮,黄灰白色,顶端有凹陷的芽根痕。表面较光滑或起层状。横切面灰褐色,中空,周围可见蜂窝状的小空隙。气微,味淡或微带麻(彩图32)。

(8)附片:黑顺片、白附片直接入药。

1)蒸制:取白附片、黑顺片。拣去杂质清水洗净捞出,润透可置笼内蒸透后切极薄的顶刀片,晒干。

2)煮制:取产地加工的黑附瓣(黑顺片)置锅内,加水煮约1小时或用水浸泡1~2小时,取出稍晒后,再闷至内外湿度一致,切片。

3)甘草制:取黑附子瓣拣净砂石杂质,大小个分开。将锅内放入清水,取净甘草倒入锅内,加热熬煮,将煮液过滤,再加入清水熬煮至透,捞出残渣去掉,取两次甘草煮液混合倒入锅内加热至沸。再取泡好黑附子瓣置锅内与甘草同煮,随时翻动,煮约2~3小时至透。切开,口尝稍有麻辣感为度。捞出晾至6~7成干,堆润至内外软硬适宜。切1mm片,摊开烘干或晒干,筛去碎末拣净杂质即得。每净黑附子瓣10kg,用甘草0.6kg。

附子的规格名称:驰名中外的江油中坝附子,则风格独特,是正宗的道地药材(彩图33、彩图34)。

附子由于应用时间久远,加之国内各地差异,商品名称共计有22种,分别是附子(统称)、川附子(指道地药材产于四川者,较有名)、附子尖(取尖入药)、盐附子(产地加工品,用盐和胆巴为辅料加工而成)、黑附片(商品规格,经产地加工着色的厚片)、黑附子(即黑附片)、白附片(商品规格,腌制后不经着色)、明附片(即白附片)、黄附片(用姜、甘草、红花等药炮制而成)、乌附片(即黑附片)、黑顺片(黑附片中规格之一)、咸附片(即盐附子)、生附片(未经蒸制者)、生附子(未经炮制者)、熟附片(炮制品的统称)、制附片(炮制品的统称)、淡附片(盐附子经漂,去盐)、炮附子(淡附子炒爆)、本片(湘产,长沙地区加工规格,不经着色的烤片)、雄片(即明附片)。现只保留盐附子、附片两类。

3. 商品品种 商品中常用的附子又有附子、白附片、黑顺片、卦片、熟附片、黄附片 6 种规格。

(1) 盐附子: 以根大、体重、饱满灰黑色、表面光滑起盐霜者为佳。又分为:

一等: 肥大, 体质沉重, 附有结晶盐粒, 味咸而麻、刺舌。每千克 16 个以内。

二等: 每 kg 24 个以内, 余同一等。

三等: 每 kg 80 个以内, 余同一等。

(2) 白附片: 以片大、片匀、黄白色、油润半透明者为佳。

一等: 为一等的附子去净外皮, 纵切成厚 0.2~0.3cm 的薄片。片面色白。呈半透明体。片张大、均匀。

二等: 为二等的附子去净外皮, 纵切成厚 0.2~0.3cm 的薄片。片面色白。呈半透明体。片张较小、均匀。

三等: 为三等的附子去净外皮, 纵切成厚 0.2~0.3cm 的薄片。片面色白。呈半透明体。片张小、均匀。

(3) 熟附片统货: 为一等附子去皮去尾, 横切成厚 0.3~0.5cm 的圆形厚片。片面冰糖色, 油面光泽。呈半透明体。无盐软片。

(4) 卦附片统货: 为二三等附子各 50%, 为纵切两瓣, 片面冰糖色或褐色。油面光泽、呈半透明状。块瓣均匀。味淡或微带麻辣。每 500g 80 瓣左右。无白心、盐软瓣。

(5) 黄附片统货: 为一二等附子各 50%, 去皮去尾。横切成 0.3~0.5cm 的厚片。片面黄色, 厚薄均匀。味淡。无白心、尾片、盐软片。

(6) 黑顺片: 为二三等附子不去外皮, 顺切成 0.2~0.3cm 的薄片。边片黑褐色, 片面暗黄色。油面光滑。片张大小不一, 厚薄均匀。以片大、厚薄均匀、棕黄色、切面油润有光泽者为佳。

近些年来, 由于中药颗粒剂型的广泛应用, 附子颗粒剂也应运而生, 如云南的吴荣祖老中医, 早年应用他们本院制成的附子颗粒剂, 后来应用制药厂生产的附子颗粒剂, 即每袋药重 1g 或 3g 的附

子颗粒剂,相当于原附子 10g,服用方便,免去了长时间煎煮药物的困境。由于其火神派医家用附子量较大,因而其造价相对也较高。虽然近些年来不少的医院都在推广中药颗粒剂,但由于品种受限,加之与煎汤剂比较疗效逊色等因素,这种方法在应用中,仍然有待于进一步地改进。

4. 古今炮制方法 关于炮附子一说。张仲景在《伤寒论》与《金匱要略》中,经常提到附子“炮去皮,破八片”,后世本草也多有记载,如李时珍曰:“生用则发散,熟用则峻补。”炮附子一说,四川的徐楚江教授认为,炮附子是用火炮法所制的熟品,长期医疗实践证明,它具有毒性低,疗效佳,作用缓和,贵徐不贵骤,长于温肾助阳,回阳救逆,适用于丸散剂等特点,为其他炮制品所不能代替。由于其工艺复杂,火候不易掌握等,其濒于失传。

炮附子是一种古老的加工方法,是“雷公炮炙十七法”的第一项,这种方法具有重要的临床价值。《广韵》中解释“炮”字说:“裹物烧也。”这种方法是将药物埋在热灰中加热,使之发泡。该方法对附子的炮制,从汉至清代本草文献均有记载。而对这种机理的解释,正如唐宗海的《本草问答》所说:“古人用火炮,正是去其毒也。”这是对仲景用炮附子意图的最初认识,其解毒作用在于“火”。“火所以能制毒者,以革物之性,故以气而遇火则失其气,味而遇火,则失其味,刚者革其刚,柔者革其柔,夫天下之制毒,无妙于火”(《本草求真》)。

香港的杜厚毅认为,这种火炮具有重要的临床意义。他认为:“伏火固本应以土煨附子为主,也可用砂炮,因为土煨江油附子之形意体用,最符合火伏土中之意境。……有同道认为火土炮附子之特性,在于去其烈性,而仅取其温和醇厚之药力,其实也不尽然:一围烈火,封于土中,虽去伏火,实亦如炸弹之象,不经弹壳之压状,不成其震惊百里之威。人之元精,亦同此理,得封藏后,更能自量变而质变,化气护命。”同时他还认为:“江油地理属坤土(后天八卦图中之坤位),其附子最得火伏土中之理气,故扶阳药效天下无

双。唯亦因其与理气相关,故江油附子必自一阳生长到夏至,药性方全,一过夏至即又不能保存。故此,火土合制法中之使用土质对附子的加工,有特殊的伏火意义,不一定可以用单纯的加热法或水火合制法取代之。”这种解释,对于我们理解张仲景时代炮附子的用意,可以说具有重要的临床价值。

徐楚江教授经过多年的研究,采用新兴的加热技术,在10分钟内即可使附子干燥发泡,提高功率30~60倍,同时又达到了炮附子的质量标准。进行的动物及临床实验研究,均证明炮附子优于其他炮制品,而且不用先煎久熬,和处方其他药物同时入锅,效果肯定,疗效好,毒性低。这充分说明,张仲景时代所谓的“附子炮”,是有充分的科学依据的。

(1)古代炮制方法:关于古代炮制附子的方法,纵观其历代本草文献,主要分为3个阶段:

1)从汉代至唐代几百年间,对附子的炮制均沿用“炮”、“烧”、“炒”等火炮的方法为主。

2)宋代新方法出现最多,在沿用“炮”的基础上,发展到液体辅料制(包括水洗、水浸、盐浸、醋浸、童便浸)及药汁制(如姜汁浸、黄连浸、黑豆浸、甘草制、生姜蛤粉同煮、辰砂木瓜同蒸等)。

3)明代以后,基本上沿用古法,其中以蒸煮等湿法为主,辅料也较为固定(如甘草、姜、童便、黑豆、盐等)。

(2)近代炮制问题:近代以四川江油、陕西汉中等加工的各种附片为主,有的直接用于临床,有的还要进一步炮制后入药。而由于近代经济利益的驱使,附子的炮制正面临着走向低谷。香港的杜厚毅先生曾经调查发现,现代四川江油地区附子的炮制,连现代最基本的盐法炮制也丢弃或不规范应用,而是采用黑心的手段,黑加工现象非常严重,化工有毒滥制已成惯例(如过度加盐、工业还原剂增白法、硫化法、化学染色法等)。经这种手段炮制后,外观透亮色好、质硬咸涩、重秤价廉,内含化工剧毒的附片直接上市。这种情况,对于临床应用附子者来说,更多了一层新的危险。因此,

各地应用附子者，均应详细调查附子产品之来源，以防止意外情况的发生。

目前在市场上流通的制附子，主要有以下4种问题：

1)大量灌胆巴而退胆不全者(胆巴附子)：此类附子的含胆巴量，可超出规范生产品10多倍，入口较麻而苦，带有咸涩味，质重硬而面有半透明光泽，初入门的同行，最易误以为是好附子。

2)含大量剧毒，甚至致癌化工原料者(毒附子)：此类附子，因毒性来自化工品而非乌头碱，故长时间煎煮，根本无助于灭毒。

3)因某些原因，而需安排进行反复多次流水退胆者(附子渣)：此类附子，质检乌头碱含量时，是一定过关的；可是乌头碱并非水解成有药效的乌头胺，而是被过水冲掉。这种附子，有时一次用上半斤，药力还比不上一两正法炮制的制附子，或者三钱生附子！

4)其他产地的附子，混充道地四川江油附子。

市售制附子，大部分为此四种因素之合成体。故此，患者服用附子后之反应，很大程度并非关乎医家的方证水平，而是视乎他当时碰上了哪一种附子！试想想，任你是国手医神，假如有个捣蛋鬼，把你的君药一时推大三倍，一时减少五倍，一时又添加上大量致癌药品……试问你能不倒上大霉吗？这种情况，患者在服用附子剂后，尚未见有乌头碱型的眩晕反应，却已经呈现异常的头面部或胃肠不适。这种异常表现，有些同行常会误以为是排病反应；其实，多半是附子之人为添加剂引起的。

有学者特别着意把规范生产的附子，试用于过去服用市售附子易出现异常不适和过去曾长期服用扶阳方剂，辨证无误，而疗效不明确的案例，结果是两者均呈现非常可喜的突破！其实，附子问题，只是扶阳药物问题之冰山一角。而倒是国内正宗的附子优质产品大量的走出国门，而作为中医药之乡的中国，竟乏内销的好药材之流通，让我们思之不禁黯然。

无独有偶的是，江苏省中医院的李学铭老中医，临床应用附子40余年，未发现过意外。可近年却连着2次，出现肾病患者服用

附子 10~15g 后中毒的情况发生,当时李学铭老中医也很不明白为什么?最后他到医院中药房,拿一片附子自己吃了点,感觉一点也不咸,而麻舌感非常明显,确认他院所进附子是生附子,而根本就不是制附子。这才出现连续 2 例患者附子中毒的事故。

对于中医扶阳学派(火神派)来说,附子如同一国之君,其重要性更是不可言喻。在卢氏扶阳学派祖师爷卢铸之、卢永定老先生立法处方中,附子的运用占到全部处方的 3/4 以上。但到了现今“卢火神第三代传人”卢崇汉先生,附子的运用却在减少,甚至有段时间卢火神已少用附子,是什么原因促使最擅用附子的卢火神少用自己的拿手好药呢?卢火神的回答是:“附子的质量在下降,附子的药效在降低,甚至还有副作用在增加!”

卢崇汉教授发现,现在附子的制作工艺可以说完全出问题了。某些要求在《药典》上没有明确地写出来。比如说,胆巴的含量到底应少于多少?乌头碱的含量到底要多大,才是符合正常标准的附子,这些都没有明确的要求。这就导致三种情况的出现,一种情况就是怕加工的附子用后出问题、中毒,所以就去过度地制作,长时间蒸煮,过度制作的附子丢失了附子本身的药力,这种情况现在很普遍;另一种情况就是在附子的制作上,胆巴含量过高,因为在《药典》里面没有标明胆巴含量不能高于多少,所以制作附子的工厂或作坊就可以在 10g 附子里面加 2g、加 3g 的胆巴,这就使附子里的胆巴含量相当高,从而导致患者胆巴中毒;第三种情况就是附子脱皮的问题,现在附子在制作工厂为了降低加工成本,增加利润,多使用有毒的化学制剂浸泡附子,从而达到脱皮的目的,这就造成有毒的化学制剂成分残留在附子里。

因此,凡是学习火神派的学者,详细了解附子的产品来源及炮制经过等看似无关的内容,确实对我们临床能否发挥附子一团烈火的作用,具重要的临床价值与意义。同时,我们在使用附子的时候,一定要充分认识这些问题,防止不良反应的发生。

(四) 附子的鉴别

1. 生药材鉴定

(1) 性状鉴别

1) 盐附子圆钳子锥形,长4~7cm,直径3~5cm。表面灰黑色,被盐霜,顶端有凹陷的芽痕,周围有瘤状突起的支根或支根痕。体重。横切面灰褐色,可见布满盐霜的小空隙及多形的形成层环纹,环纹内侧筋脉(导管束)排列不整齐。气微,味咸而麻,刺舌。以个大、质坚实、灰黑色、表面光滑者为佳。

2) 黑顺片为纵切片,上宽下窄;长1.7~5cm,宽0.9~3cm,厚2~5mm。外皮黑褐色,切面暗黄色,油润具光泽,半透明状,并有纵向筋脉(导管束)。质硬而脆,断面角质样。气微,味淡。以片大、均匀、棕黄色、有光泽者为佳。

3) 白附片为纵切片,无外皮,黄白色,半透明,厚约3mm。以片匀、黄白色、半透明者为佳。

(2) 显微鉴别 乌头(侧根)横切面:后生皮层最外为1列黄色木栓化细胞,其余为8~9列扁缩的细胞,壁黄色,木栓化,有少数石细胞散在,内皮层细胞较小。韧皮部占大部分,细胞中含淀粉粒,散有小型筛管群;偶见1至数个异型维管束。形成层环略呈五至七角形。木质部能常位于形成层角隅的内侧,导管略呈“V”形或放射状排列;木薄壁组织较发达。髓部薄壁细胞含淀粉粒。

(3) 粉末特征:灰黄白色。

1) 淀粉粒极多,单粒类球形或圆多角形,少数长圆形,直径2~20 μm ,脐点呈点状、十字状、人字状;复粒由2~7粒或更多复合而成。

2) 后生皮层碎片少见,表面观呈多角形,垂周壁不均匀增厚,有的呈瘤状突入细胞腔,胞腔内含棕色物。

3) 石细胞少见,散在,直径约53~125 μm ,纹孔明显。

4) 具缘纹孔及网纹导管直径20~48 μm 。制附片主为含糊化淀粉粒的薄壁组织碎片。

2. 中药化学鉴定

(1) 理化鉴别:取黑顺片或白附片粗粉4g,加乙醚30ml与氨

试液 5ml, 振摇 20 分钟, 过滤。滤液置分液漏斗中, 加硫酸液 (0.25mol/L) 20ml, 振摇提取, 分取酸液, 用分光光度法测定, 在 231nm 和 274nm 波长处有最大吸收。

(2) 品质标志:《中华人民共和国药典》2005 年版规定:用薄层色谱法检查乌头碱限量。取黑顺片、白附片粗粉 20g, 加乙醚 150ml, 振摇 10 分钟, 加氨试液 10ml, 振摇 30 分钟, 放置 1~2 小时, 分取醚层, 蒸干, 加无水乙醚 2ml 使溶解, 作为供试品溶液。另取乌头碱对照品, 加无水乙醇制成每 1ml 含 2mg 的溶液, 作为对照品溶液。在碱性氧化铝薄层板上点供试品溶液 6 μ l, 对照品溶液 5 μ l, 以正己烷-醋酸乙酯(1:1)展开, 取出, 晾干, 喷以碘化钾、碘化铊钾试液的等容合液显色, 供试品色谱中, 在与对照品色谱相应的位置上出现的色斑, 应小于对照品的色斑或不出现色斑。

三、附子的功用与主治

(一) 性味归经

1. 传统认识

(1)《神农本草经》:味辛,温。

(2)《吴普本草》:岐伯、雷公:甘,有毒。李氏:苦,有毒,大温。

(3)《名医别录》:甘,大热,有大毒。

(4)《本草正》:腌者大咸,性大热,有毒。

(5)《汤液本草》:入手少阳三焦、命门之剂,浮中沉,无所不至。

附子味辛大热,为阳中之阳,故行而不止。

(6)《药鉴》:味辛性热,有大毒,气味俱厚,浮也,阳中之阴也。

(7)《景岳全书》:气味辛甘,腌者大咸,性大热,阳中之阳也,有毒。

(8)《本草经解》:入足厥阴肝经、足少阴肾经、手太阴肺经。

(9)《本草再新》:入心、肝、肾三经。

(10)《本草经疏》:附子全禀地中火土燥烈之气,而兼得乎天之热气,故其性味皆大辛大热,微兼甘苦,而有大有毒,气厚味薄,阳中之阴,降多升少,浮中沉,无所不至。……入手厥阴、命门、手少阳,兼入足少阴、太阴经,亦可入足太阳。

(11)《本草备要》:辛甘有毒,大热纯阳。其性浮而不沉,其用走而不守,通行十二经,无所不至。

(12)《本经逢原》:附子气味俱厚而辛烈,能通行十二经无所不至。

(13)《本草经解要》:附子气温大热。温则禀天春和之木气,入足厥阴肝经;大热则禀纯阳炎烈之火气,入足少阴肾经……味辛而有大有毒,得地西方燥酷之金味,入手太阴肺经。气味俱厚,阳也。

(14)《本草经百种录》:凡有毒之药,性寒者少,性热者多。

(15)《本草求真》:附子味辛大热,纯阳有毒,其性走而不守。通行十二经,无所不至。

(16)《本草经读》:附子味辛气温,火性迅发,无所不到。

(17)《本草害利》:甘辛热,入脾胃,通行诸经。

(18)《本草便读》:附子甘辛大温,有毒。

(19)《本草思辨录》:附子为温少阴专药。

(20)《本草正义》:附子本是辛温大热,其性善走,故为通行十二经纯阳之要药。

(21)《医学衷中参西录》:附子、肉桂,皆气味辛热,能补助元阳,然至元阳将绝,或浮越脱陷之时,则宜用附子而不宜用肉桂。诚以附子但味厚,肉桂则气味俱厚,补益之中实兼有走散之力,非救危扶颠之大药。

2. 现代观点 辛、甘,热,有毒。归心、脾、肾经。

(二) 功用主治

1. 传统认识

(1)《神农本草经》:主风寒咳逆邪气,温中,破癥坚积聚,血瘕,寒湿痿躄,拘挛膝痛,不能行走。

(2)《名医别录》:主治脚疼冷弱,腰脊风寒,心腹冷痛,霍乱转筋,下痢赤白,坚肌骨,强阴,又堕胎,为百药长。

(3)《药类法象》:其性走而不守,亦能除肾中寒甚。以白术为佐,谓之术附汤,除寒湿之圣药也。温药中少加之,通行诸经,引用药也。及治经闭。

(4)《药性赋》:其性浮而不沉,其用走而不息,除六腑之沉寒,补三阴之厥逆。

(5)《汤液本草》:通行诸经引用药。

(6)《伤寒蕴要》:附子,乃阴证要药,凡伤寒传变三阴及中寒夹阴,虽身大热而脉沉者必用之,或厥冷腹痛,脉沉细,甚则唇青囊缩者,急须用之,有退阴回阳之力,起死回生之功。

(7)《医学正传》:附子禀雄壮之质,有斩关夺将之气,能引补气药行十二经,以追复散失之元阳;引补血药入血分,以滋养不足之真阴;引发散药开腠理,以驱逐在表之风寒;引温暖药达下焦,以祛除在里之冷湿。

(8)《本草衍义补遗》:附子走而不守,取健悍走下之性以行地黄之滞,可致远。

(9)《本草发挥》:黑附子,其性走而不守,亦能除胸中寒甚。……其用有三:去脏腑沉寒一也,补助阳气不足二也,温暖脾胃三也。……非附子不能补下焦之阳虚。

(10)《本草纲目》:乌附毒药,非危病不用,而补药中少加引导,其功甚捷。

(11)《本草正》:附子,因其善走诸经,故曰与酒同功,能除表里沉寒,厥逆寒噤,温中强阴,暖五脏,回阳气,格阳喉痹,阳虚二便不通及妇人经寒不调,小儿慢惊等证。大能引火归源,制伏虚热,善助参、芪成功,尤赞术、地建效,无论表证里证,但脉细无神,气虚无热者所当急用。

(12)《本草经疏》:其性走而不守,得甘草则性缓,得肉桂则补命门。……附子既禀地二之火气,兼得天之热气以生,是阴阳凑合,无非火热为性,气味皆然,毒可知已。论其性质之所能,乃退阴寒、益阳火,兼除寒湿之要药;引补气血药入命门,益相火之上剂。

(13)《本草蒙筌》:气因浮中有沉,功专走而不守。凡和群家,可使通行诸经,以为引导佐使之剂也。……治内伤证,纵身表热甚而气虚脉细者,正宜速入。经云:温能除大热是也。

(14)《本草乘雅》:故附子司显明(显明,阳明也),主润宗筋,束骨而利机关也。显明阳虚,则宗筋纵,致蹠蹻拘挛,膝痛不能行步矣。

(15)《药鉴》:其性浮而不沉,其用走而不守。除六腑之沉寒,补三阴之厥逆。……血药用之,行经而能补血。气药用之,行经而能补气。

(16)《景岳全书》:其性浮中有沉,走而不守。因其善走诸经,故曰与酒同功。……大能引火归源,制伏虚热,善助参芪成功,尤赞术地建效。无论表证里证,但脉细无神,气虚无冗,所当急用。

(17)《本草备要》:大燥回阳,补肾命火,逐风寒湿。……其性浮而不沉,其用走而不守,通行十二经,无所不至。能引补气药以复散失之元阳,引补血药以滋不足之真阴,引发散药开腠理,以逐在表之风寒,同干姜、桂枝温经散寒发汗。引温暖药达下焦,以祛在里之寒湿。能引火下行。

(18)《本草逢源》:附子气味俱厚而辛烈,能通行十二经,无所不至。……附子为阴证要药,凡伤寒阴证厥逆,直中三阴,及中寒夹阴,虽身热而脉沉细,或浮虚无力者,非此不治。或厥冷腹痛,脉沉细,甚则唇青囊缩者,急须生附以峻温散之。

(19)《本草求真》:补命火,逐冷厥。……通行十二经,无所不至,为补先天命门真火第一要剂。凡一切沉寒痼冷之症,用此无不奏效。

(20)《得配本草》:主六腑沉寒,回三阴厥逆。雄壮悍烈之性,斩关夺门之气。

(21)《神农本草经读》:附子味辛气温,火性迅发,无所不到,故为回阳救逆第一品药。……大意上而心肺,下而肝肾,中而脾胃,以及血肉筋骨营卫,因寒湿而病者,无有不宜,即阳气不足,寒自内生,大汗大泻,大喘中风卒倒等症,亦必仗此大气大力之品,方可挽回。……物性之偏处则毒,偏而于无可加处则大毒,因“大毒”二字,知附子之温为至极,辛为至极也。

(22)《神农本草经百种录》:凡有毒之药,性寒者少,性热者多。寒性和缓,热性峻速,入于血气之中,刚暴驳烈,性发不支,脏腑娇柔之物,岂能无害,故须审慎用之。

(23)《本草求真》:为补先天命门真火第一要剂,凡一切沉寒痼冷之症,用此无不奏效。

(24)《本草经读》:无所不到,故为回阳救逆第一品药。

(25)《本草害利》:补元阳,益气力,坚筋骨。治心腹冷痛,寒湿痿躄,足膝瘫痪,坚瘦癥积。……益火之源,以消阴翳。禀雄壮之质,有斩关之能。

(26)《本草新编》:无经不达,走而不守,但可为臣使,佐群药通行诸经,以斩关夺门,而不可恃之安抚镇静也。去四肢厥逆,去五脏阴寒,暖脚膝而健筋骨,温脾胃而通腰肾,真夺命之灵丹,回春之仙药也。……附子之妙,正取其有毒也。斩关而入,夺门而进,非藉其刚烈之毒气,何能祛除阴寒之毒哉。夫天下至热者,阳毒也,至寒者,阴毒也。人感阴寒之气,往往至手足一身之青黑而死,正感阴毒之深也。阴毒非阳毒不能祛,而阳毒非附子不胜任。以毒治毒,而毒不留,故一祛寒而阳回,是附子正有毒以祛毒,非无毒以治有毒也。……盖附子大热之品也,入于阳药之中者,所以救一时之急;入于阴药之中者,所以治久滞之疴。凡阳虚之证,宜用阳药救之,故附子可多用以出奇;阴虚之病,宜用阳药养之,故附子可少用以济胜。阳得阴而功速,阴得阳而功迟,各有妙用也。

(27)《本草分经》:其性浮多沉少,其用走而不守,通行十二经,无所不至。……附子为温少阴专药,凡少阴病之宜温者,固取效甚捷。

(28)《本草思辨录》:凡少阴病之宜温者,固取效甚捷。

(29)《本草正义》:附子,本是辛温大热,其性善走,故为通行十二经纯阳之要药。外则达皮毛而除表寒,里则达下元而温痼冷,彻内彻外,凡三焦经络,诸脏诸腑,果有真寒,无可不治。

(30)《医学衷中参西录》:附子味辛,性大热,为补元阳之主药,其力能升能降,能内达能外散,凡凝寒锢冷之结于脏腑、着于筋骨、痹于经络血脉者,皆能开之、通之。而温通之中,又大具收敛之力,故治汗多亡阳,肠冷泄泻,下焦阳虚阴走,精寒自遗,论者谓善补命门相火,而服之能使心脉跳动加速,是于君相二火皆能大有补益也。

(31)《大同药物学》:附子补命门,增进体温,鼓舞细胞,唤起全

身一切机构能力。即此元阳充蔚，一气所贯注，反之全身气化病变，均可以此治疗，故《别录》谓附子为百药之长。然就药理方面言，为百药之长，而生理方面言，并为生命之根。从来注家又多以附子为攻药，不知附子非攻药，而只为温药。为温为攻，实际犹差一黍。非曰不攻，温之即所以攻之也，亦如附子非表药，气不能鼓而外出者，借此则可以表。附子非利尿药，气不能化而下达者，借此则可以利。且气不能统摄者，可借此变发汗为止汗，气不能吸含者，可借此变利尿为止尿。甚至肠冷风秘，温之即所以下之，阳格烦躁，温之即所以摄之。其回阳救逆，镇痉回苏，原具功用，更无论已。但药有正面，有反面，力大则利大，利大则害大。

(32)《卢氏本经药物阐述》：附子大辛大温大毒，至刚至烈，且刚中有柔，能内能外，能上能下，为药品中最大一个英雄也。

2. 现代观点 回阳救逆，助阳补火，散寒止痛。

现代主要应用于治疗亡阳证、阳虚阳痿、宫冷不孕不育、阳虚久泻久痢、阳虚水肿、阴黄证、阳虚外感风寒、寒痹证、虚寒性头痛证、胸痹证、虚寒腹痛便秘、虚寒痛经等 12 种病证。

3. 各家观点

(1)吴荣祖：吴佩衡教授之嫡孙——吴荣祖认为：附子通行十二经，应谓人身手足三阴三阳，其外而皮肤肌肉，内而五脏六腑、筋骨骨髓，当无所不赅，查阅本草诸书，药性能有如此广博者，鲜也，正出于此，古代医家从长期之临床实践中观察记述了附子这一药理特征；且附子入命门、三焦，补下焦元阳，其性走而不守；鉴于命门真阳在人体阴阳动态平衡中的重要性，三焦通达内外，维系上下，又如命门之别使；附子—命门—三焦的联系，决定了中药附子施治于临床，其药理作用及适应证的广泛性，故前人谓附子“通行十二经”。

(2)史瑞锋：史瑞锋等统计了从《神农本草经》到《得配本草》历代本草类著作，看出在历代本草中，附子的应用非常广泛，其列举治疗病证达到 206 个，与《神农本草经》记载的 7 个翻了近 5 倍之

多,这是中医理论的发展与一千多年来的临床实践相互融合的结果。其对上述 206 个病证进行辨别总结,主要范围是:痛证占 18%(38 个);寒证占 15%(32 个);风证占 15%(31 个);热、肿、渴、呕吐、烦躁表现占 14%(30 个);痰、湿证占 11%(23 个);血证占 7%(15 个);其他包括脉证、汗证、痈疽、疔疮、耳聋、喉痹等占 20%。经过分析,通常在以下几种情况下,可以考虑使用附子:

- 1)对虚寒引起的诸症,附子多为主药。
- 2)对风、寒、湿三者引起的病证,附子为配用。
- 3)少量使用,配伍补益药,附子可作引经用。
- 4)对于阴盛格阳、虚阳外越、寒厥、阴厥证,附子用量宜大。
- 5)对于阴阳两虚证,于补阴药中酌加附子。
- 6)作为外用药使用,附子可治疗某些疑难杂症。

(3)唐雪春:唐雪春等对附子临床应用进行了调查,并对 486 篇文献资料进行分析,附子的当代临床应用主要有以下几个特点:

1)中医证型:486 篇文献中有 309 篇有明确的中医辨证分型,主要为阳虚证(占 63.6%),少数为感受寒邪之证(寒能伤阳)。阳虚证中,以肾阳虚、脾肾阳虚和脾阳虚为主,分别占 16.88%、8.23%、7.0%。

2)病证构成:486 篇文献中应用附子最多的疾病是循环系统疾病,共有 105 篇文献(占 21.6%)报道,主要包括病态窦房结综合征、缓慢型心律失常、各类心力衰竭等。其次是消化系统疾病,共有 92 篇文献(占 18.93%),主要包括慢性胃炎、慢性腹泻、溃疡性结肠炎等。另外还应用于呼吸系统(哮喘)、泌尿系统(肾炎、慢性肾衰)等。

3)处方构成:用附子的经方以麻黄附子细辛汤为最多,有 143 篇文献(占 29.2%),其次是附子理中汤,有 39 篇文献(占 8.02%),第三位是桂枝加附子汤,共 33 篇文献(占 6.79%)。其余的是大黄附子汤、薏苡附子败酱散、附子汤、甘草附子汤、附子泻心汤、真武汤等。自拟方有 94 篇,占 19.34%。

(4)曹小玉:曹小玉等分析了1990年以来附子研究文献后发现,附子治疗疾病的病证涉及内、妇、外、儿各种疾病80多种,主要用来治疗心力衰竭、心律失常、阳虚、腹泻、痹证、病态窦房结综合征、厥证、感染性休克等疾病。

(5)黄煌:总结附子的应用规律,《方药传真》一书调查了330位当代名医之中,擅长应用附子者达38位,涉及全国各地的专家。附子所治西医病证近70种,主要为内科(59.7%)、外科(16.4%)、妇科(16.4%)疾病,以及部分皮肤科、五官科疾病。

内科疾病主要有风湿性关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、心源性动脉栓塞、冠心病心绞痛、病态窦房结综合征、风湿性心脏病、心力衰竭、心动过缓、房室传导阻滞、休克、低血压、高血压、肺源性心脏病、支气管哮喘、肺炎、心包积液、胸水、肝硬化腹水、慢性肾炎、肾病综合征、肾功能不全、慢性胃炎、消化性溃疡、胃肠功能紊乱、慢性肠炎、慢性过敏性结肠炎、虚寒腹痛、便秘、血证、甲状腺功能减退、再生障碍性贫血、癌性疼痛、咯血、蛔厥证、虚人感冒等。

外科疾病主要有男子不育、性功能低下、阳痿、血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化性闭塞症、雷诺病、腰椎退行性病变、阑尾炎、肌肉劳损、寒型痲肿等。

妇科疾病主要有痛经、闭经、月经不调、带下、崩漏、不孕症、妊娠恶阻、产后自汗盗汗、产后血崩、子宫脱垂、慢性盆腔炎等。

其他有系统性硬皮病、慢性咽炎、复发性口腔溃疡等。

附子的用药指征,该书概括为以下7点:

1)寒冷:主要表现为四肢厥冷、全身冰冷、患处有冷感,或背恶寒,或鼻准凉,喜暖恶寒,面色苍白,肤白指青等。

2)疼痛:包括关节疼痛、肢体疼痛、心绞痛、胃脘痛、腹痛、腰腹疼痛等,或剧痛,或酸痛,或隐痛,或夜间疼痛,痛时有冷感,遇冷更甚,温之按之则舒。

3)水肿:肢体、面部或全身水肿,腹水,尿少,伴四肢厥冷等阳

虚证候者。

4)阳虚征象:面色晄白虚浮,声音低怯,倦怠无力,精神萎靡,恶寒蜷卧,易于出汗,口中不渴,腰膝酸软,完谷不化,尿少,或尿多不禁,阳痿遗精,带下清稀量多,体温低(36℃)。

5)亡阳证:冷汗淋漓,汗出不止,心慌喘憋,神疲欲寐,形寒肢厥,血压下降,脉微欲绝。

6)舌脉:舌质胖、淡、嫩红,或淡紫,舌边有齿痕,苔白滑,或滑润白腻,或薄白而润,脉弦紧,或迟,或迟缓,或迟缓结代,或迟细,或沉迟,或沉弦,或沉细,或沉伏迟缓,或沉而无气,或沉微,或沉而微细,或微弱,或微细,或微细欲绝,或虚大无力,尺脉弱,或左尺独虚,或疾数。

7)实验室指标:甲状腺功能减退,FT₃、FT₄降低,STSH增高,精子数目不足,精液清稀,精子活动度低等。

(6)杨洪涛:天津杨洪涛认为,用附子的指征以舌脉最为关键:

1)附子证:神疲,面色白,精神萎靡,嗜卧欲寐,畏寒,四肢厥冷,尤其下半身、膝以下清冷;尿清、便溏等。

2)附子脉:脉微弱,沉伏,细弱,或脉突然浮大而空软无力。其中两尺脉沉细无力为应用附子的鉴定要点。

3)附子舌象:凡舌淡胖苔薄白或水滑或白腻,边有齿痕,或舌虽暗但舌质较嫩,即舌无热象者,均为附子的使用指征。

(7)曾辅民:四川曾辅民老中医认为,阳虚患者辨证之关键在一个“无神”上,故而阳虚证要点有如下10个方面:

1)《伤寒论》中所述及有关阳虚阴盛的症状。

2)少神或无神;脉沉或微或浮大而空。

3)喜卧懒言,四肢困乏无力,蜷卧恶寒,两足冷。

4)不耐劳烦,小劳即汗出。

5)女子带下清稀而冷,不臭不黏,或带下绵绵。

6)饮食减少,冷物全然不受。

7)语声低弱,面色白,舌淡,即苔色黄也多津滑润。

8)唇色清淡或青黑。

9)满口津液,不思饮水或间有渴者,饮亦不多且喜热饮。

10)小便清长,大便溏稀或大便干结。

(8)《中华名医方剂大全》:有人对《中华名医方剂大全》148首治疗痹证方剂进行了统计分析,发现其中119首是以温经散寒、祛风除湿、通痹止痛为主立法,用药以附子类应用次数为最多。

(9)张存悌:为了方便起见,张存悌教授以“舌脉神色口气便”六项为纲,将郑钦安阳虚辨证,重新归纳为:

1)舌:舌青滑或淡白,满口津液。

2)脉:脉息无神,浮空或细微无力。

3)神:其人安静,目瞑蜷卧,声低息短,少气懒言。

4)色:面色唇口淡白。

5)口气:口不渴,即渴而喜热饮。

6)便:二便自利。

(10)吴佩衡:火神派的追随者在此基础上,又不断地总结出附子的应用指征与方法,而不断地完善这一个学术思想体系。如云南的吴佩衡教授就是当代火神派代表人物之一,他总结出的阴证十六字要诀,进一步地浓缩了郑钦安的辨证要诀,这就是“身重畏寒,目瞑嗜卧,声低息短,少气懒言”。而在临床中应用之时,吴佩衡教授又简化为抓住“渴喜热饮”或“口气不蒸手”之两大特点。

(11)吴生元:吴佩衡教授之子——吴生元教授认为,阳虚与阴寒证,便是临床应用川附子的适应证。这些内容主要包括有17个方面:

1)一般阳虚证:无特殊疾病,平素只表现禀赋虚弱,阳气不足,症见面色少华,少气无力,动则气累多汗,心慌心跳,形寒怕冷,手足不温,精神、体力均感不足,易感风寒,脉沉迟虚弱。

2)阳虚阴寒证:症见面色苍白或夹青色,恶寒明显,手足厥逆,欲寐无神,畏食酸冷,喜热饮食,口润不渴,腹痛便溏,多尿溺清,或兼见头痛,腹中冷痛,腰膝酸软无力或疼痛,舌质淡夹青色,苔白而

滑，脉沉细紧。

3)虚寒泻利：多属慢性痢疾，消化不良，胃肠神经症及慢性结肠炎之类。症见腹胀，腹中冷痛，喜暖不拒按，大便溏泄或水泻，或时而干湿不调，有时便中兼夹黏液，口淡或口苦，食欲缺乏，不思水饮，畏食酸冷，四肢不温，舌淡苔白腻，脉沉缓细弱。

4)体虚感冒：身体虚弱，易感风寒。受寒起病即感症见怕冷，头痛身疼，肢体酸痛，或有发热或不见发热，鼻塞，清涕，咳嗽，咽痛，或有自汗，甚者倦怠无力，欲寐无神。

5)慢性痰饮咳嗽及慢性哮喘：慢性痰饮久咳多痰，病程绵延，或平素哮喘夙疾，时而发作，久病则肺肾气虚(阳虚)者，且用一般止咳平喘药物常不易收效者。

6)中阳虚弱，中气下陷，发生脱肛、脱疝、子宫下垂等证。

7)心肾阳虚，头昏失眠，夜卧多梦，头额昏痛，记忆减退。

8)心阳虚心力衰弱，循环功能不全，症见心慌心跳，气短无力，胁痛跗肿，小便短少等。

9)风寒湿邪阻遏关节经络，关节肿痛，逢阴雨天尤甚。

10)妊娠恶阻：多因胃寒气逆，症见吐逆呕哕痰涎清水，厌食油腻，畏寒喜热饮食，面色少华，气短无力，甚或便溏尿频，下肢水肿。

11)肾虚腰痛，耳鸣，耳聋，滑精、遗精、阳痿或妇女白带。

12)血寒气滞，肝肾两虚，月经不调；经行常衍期而至，量少色黑有块，经期腰腹坠胀冷痛，或兼见胃寒疼痛，或兼见两胁胀痛，或兼见偏侧头痛、头顶痛，脉沉涩或沉细而紧，舌质淡夹青色，舌尖边有瘀点瘀斑者。

13)皮肤化脓性感染以及疔疮溃脓久不收口，慢性耳道溢脓而无寒热证时，属气血两亏者。

14)某些危重病证出现“脱阳”、“亡阳”等情况。

15)长期慢性低热属阳虚见证者。

16)阴寒内盛，阳气太虚以致格阳于外，症见高热不退，面赤发斑，恶寒肢厥，唇焦舌燥，口渴不欲饮或喜烫饮不多，脉虚数无力，

下利清谷，脉微欲绝，舌质偏红。

17)其他，如心力衰竭、心源性休克、冠心病、高血压等。

(12)范中林：四川的范中林先生，应用附子注重舌象，他认为凡“舌质淡或淡红、暗淡，舌体胖或有齿痕，舌苔白腻、灰腻、白滑者”，即“舌无热象者”，均为附子的应用指征。

(13)邵国荣：天津的邵国荣认为，附子的使用标准就是阳虚程度，患者阳虚的程度越深，需用附子的量就越大；阳虚的程度越浅，需用附子的量也就越小。

(14)叶树星：天津的叶树星认为，通过对《神农本草经》功用分析，附子大意上而心肺，下而肝肾，中而脾胃，以及血肉筋骨营卫，因寒湿而病者，无有不宜。即阳气不足，寒气内生，大汗、大泻、大喘、大风、卒倒等症，亦必仗此大气大力之品，方可挽回。此《神农本草经》言外之意也。又曰：附子主寒湿，诸家具能解到，而仲景用之，则化而不可知之谓神。

(15)房铁生：北京的房铁生应用附子的指征有5方面：

- 1)望神色：患者神疲乏力，面色皑白，目光无神。
- 2)望形态：患者形体偏胖，肢体水肿，喜静厌动，易疲倦，但欲寐。
- 3)口渴与否：患者表现为口不渴，或渴喜热饮。
- 4)观二便：小便清长，大便溏薄。
- 5)查舌脉：舌质淡红，舌体胖大，边有齿痕，脉沉细或沉迟。

(16)杨世雷：河南濮阳的杨世雷认为，使用附子的指征重点可以概括为3个字：舌、脉、神。

1)舌暗淡质润，口淡不渴，渴喜热饮，正如《伤寒论》附子汤条所谓“口中和”。

2)脉象当为沉微细弱无力，即“脉微细”；若寒邪盛者，脉当沉紧，正所谓“脉硬”。

3)精神不振，甚则精神萎靡，似睡非睡，睡不实，似醒非醒，醒不清，正所谓“但欲寐”。

(17)王娟:河南郑州的王娟认为,附子的功用有六:一是回阳救逆;二是助阳祛湿;三是通阳止痛;四是辅阳止泻;五是温阳逐水;六是强阳摄阴。临床上大凡属面色苍白,倦怠无力,身寒足冷,精神萎靡,唇色淡白,大便溏泄,小便清长,呼吸微弱,嗜睡自汗,脉来虚沉迟或虚大,舌质淡胖,舌苔白润等阳虚之证,皆可用之。

(18)张文耀:张文耀认为,很多常见的、难治的、逐年增多的慢性病,多属综合性疾病,并非一方一药能够治愈,也非单纯用增强抵抗力之药物能够化解。尤其是身患多种疾病,“属治非宜”的患者,最易感受四季时令之邪而发病。虽然有诸多对症治疗的药物,但由于多种疾病相兼,又经常感冒,病者深感沉痾难愈,医生亦束手无策。这时可在整体方的基础上(整体方以附子为主),加入针对局部病变的药物,随症灵活变化,坚持服用,将显卓效。

(19)顾树祥:云南顾树祥应用附子指征,认为临床上凡是精神萎靡不振,畏寒怕冷,气短懒言,面色无华晦暗,唇口淡白或发青,四肢欠温,易汗多汗,大便溏泄,小便清长,口不渴或渴饮不多而喜热饮;舌质淡,或兼夹青色、胖或边有齿印;苔白、滑、腻;脉沉、迟、细、弱、虚、紧或浮空无根。其中舌象、脉诊的辨证尤其重要,而又以《伤寒论》少阴病提纲“脉沉细,但欲寐”为其关键。

(20)刘元奎:云南刘元奎应用附子,其曾记吴佩衡老中医教诲:附子大辛大热,性禀纯阳,能扶阳救逆,用之得法,有起死回生之妙。凡脉弱无力,人困无神,少气懒言,声低息短,四肢逆冷,手足不温,时时恶寒,舌淡苔白滑,闭目不语,口干不欲饮等阳虚诸证,不拘内外各科,一切证病,无不适宜。

(21)崔新德:陕西崔新德应用附子认为,凡面色淡白无华(或兼夹青色),倦怠无神,少气懒言,动则心慌气短,自汗食少,畏食酸冷,手足厥逆,恶寒蜷卧,喜暖向阳,多重衣被,口不渴或渴喜热饮而不多,舌质淡(或夹青色)、舌淡白滑或白腻,脉象多见沉、细、弱、虚、紧等,均是应用附子指征。

(22)三七生:三七生先生认为,附子的应用在临证时最为关键

的是在于体质的识别,郑钦安在其医书中所列的辨认阳虚的症状,三七生更愿意将之视为体质识别的要证。至于在阳虚证门中所罗列的诸多症状,他认为是在体质证具备的前提下有可能出现的症状,相对于后者而言前者的症状更具有普遍性。临证时每位初诊的患者在决定用附子之前,对其体质或阴阳的识别他是慎之又慎。确定了体质后,具体方证的确定相对要容易些:一是依据吉益南涯“气血水”三者的关系,以确定是否还有血与水的病证,或是气虚气滞症;二是根据六经辨证;三是方证和药证。在其后的治疗中最重要的是确定附子的有效量,有效量的确定离不开有效量证的出现。

(23)笔者:笔者多年临床体验,临床上应用附子大凡两条最为重要,这就是“舌淡、脉弱”,不管临床上任何疾病与病证,只要符合“舌淡、脉弱”之两条标准,就是应用附子的指征。这是因为舌脉一致性反映出“舌淡、脉弱”,就是典型的阳虚证之内外表现,故而临床上大举应用附子,多有良效。即使是高热不退,只要在辨证中加用附子,也能取得良效。

(24)郑钦安:郑钦安提及的阴证依据,已故名医何绍奇先生综合郑氏书中阴证的依据,总结大约有以下 13 点特征:

- 1)少神或无神。
- 2)喜卧懒言,四肢困乏无力,或蜷卧恶寒,两足常冷。
- 3)不耐劳烦,小劳则汗出。
- 4)咳痰清稀,或呕吐清冷痰涎、清水,或清涕自流。
- 5)语声低弱。
- 6)唇色青淡或青黑。
- 7)痛喜揉按。
- 8)满口津液,不思茶水,间有渴者,即饮也只喜热饮。
- 9)女子白带清淡而冷,不臭不黏。
- 10)饮食减少,喜食辛辣煎炒极热之品,冷物全然不受。
- 11)小便清长,大便通利。
- 12)面白舌淡,即苔色黄也定多润滑。

13) 脉微或浮大而空。

简明扼要地概括为内外二字说：外表上：突出在一个“无神”，凡是“起居、动静、言语、脉息、面色，一切无神”，即是阳气虚衰的阴证。在内部：脉象上呈现出“不足”，“如迟、微、沉、细、濡、弱、短、小之类，皆为不及、为不足、为火虚”，这便是阴盛阳衰之证。

郑钦安为什么要强调辨识阴证呢？阴证之形成，当然最重要的是体质，或者说禀赋素体阳虚，正如他常说的“凡久病与禀赋不足之人”。此外，与饮食劳倦、房事不节也有关。还有一个不可忽视的因素，便是医者不识阴阳，不分体质，对素体阳虚者既病之后滥用、误用、多用、久用寒凉滋腻，更伤其不足或虚衰之阳。特别是医源性损伤阳气在当代更为广泛，长期使用抗生素、激素、输液等医源性损阳气比比皆是，而过度的使用寒凉药物，或汗、吐、下法，误治、失治，以及祛邪过度均可损伤阳气。若失于及时的治疗，延误病机，也可能导致疾病的深入而损阳气。如外感表证，未能及时正确的治疗，有可能内传入里、损阳伤正。另外，若用祛邪之法，亦必须把握尺度，以保护阳气。汗、吐、下法不可过度，以免损伤阳气。因此，郑钦安说：“目下世人，畏附子、干姜，不啻吡毒，即有当服附子，而亦不肯服者，不胜屈指矣。嗟呼！阴阳不明，医门坏极。喜清凉而恶辛温，无怪乎阴盛阳衰矣”（《医法圆通·卷二》）。故而，这才有火神派扶阳理念之产生，并且日益倡明。

从上可以看出，火神派医家应用附子的主治范围，其论述的内容极为丰富，但大都不越出郑钦安所既定的阳虚证辨证范围。

郑钦安认定阳虚是应用附子的重要指征，而判断阳虚证自有一套标准。这就是《医理真传·卷一》中辨认一切阳虚证法，他说：

“阳虚病，其人必面色、唇口青白无神，目瞑蜷卧，声低息短，少气懒言，身重畏寒，口吐清水，饮食无味，舌青滑，或黑润青白色、淡黄润滑色，满口津液，不思水饮，即饮亦喜热汤，二便自利，脉浮空，细微无力，自汗肢冷，爪甲青，腹痛囊缩，种种病形，皆是阳虚的真面目，用药自当扶阳抑阴。”

与此同时,郑钦安还认为:“无论一切上中下诸病,不问男女老幼,但见舌青,满口津液,脉息无神,其人安静,唇口淡白,口不渴,即渴而喜热饮,二便自利者,……一切诸症,一概不究”(《医理真传·卷四》)。这些都是应用附子的指征或主治,由此而倡导大剂量应用附子,这可以说是对附子应用的一大发展,使附子的应用达到了巅峰状态。

火神派人物以及学习追随者众多,应用附子的指征虽说各一,但都不离郑钦安的阴证辨证思路与方法,也就是洞悉阳虚之本源,防微杜渐,并非是到了少阴病“脉微细,但欲寐”(《伤寒论》)的阶段才考虑上附子,而是从扶阳理念着手,“病在阳者,扶阳抑阴;病在阴者,用阳化阴”(《扶阳讲记》),临证确是“但见一证便是,不必悉具”(《伤寒论》),就是抓住自己认为阳虚阴盛之蛛丝马迹,而起用大剂附子,由此而形成应用附子的火神派学术思想体系。

(三) 现代药理

1. 化学成分 附子的化学成分,主要是剧毒的二萜双脂类生物碱,次乌头碱(hypaconitine)、乌头碱(aconitine)、新乌头碱(mesaconitine)、塔拉第碱(talatisamine)、川乌碱甲(ChuanWu-Base A)和川乌碱乙(ChuanWu-Base B),川乌碱乙又叫卡米查林(carmichaeline)。其作用于心脏的物质,还有毒性较强的阿替新(atisines)、氨基酚(aminophenols)及去甲基乌药碱(demethylco-claurine)。

2. 药理作用 主要有以下几个方面:

(1)强心:附子有明显的强心作用。熟附片煎剂 2.5% 0.1ml 或 5% 0.1ml 对离体蛙心均显示强心作用,尤其在心功能不全时该作用更为显著。当浓度增至 20% 0.1ml 时,可使心脏停搏于收缩期,出现严重的中毒作用,经实验证实其剧毒成分是乌头碱。乌头碱可使离体或在位蛙心出现短暂的强心作用,随即转入抑制,心收缩力减弱,心律失常,最后心跳停止等毒性作用。乌头碱水解产物乌头原碱的毒性仅为原生物碱的 1/4000~1/2000,无明显强心

作用。生附子浸出液因含大量乌头碱,故对心肌有明显毒性作用。所含消旋去甲基乌药碱具有强心作用。

附子煎剂对离体哺乳动物心脏,不仅显示心肌收缩力加强、收缩幅度增加,且频率加快。附子注射液能对抗垂体后叶素所致的各种不同类型的心律失常。附子的强心成分,去甲基乌药碱有对抗缓慢型心律失常的作用。

从附子中提取的去甲乌药碱(DMC)是附子强心的主要成分,氯化甲基多巴胺、去甲猪毛菜碱也有强心作用。去甲乌药碱正性肌力作用显著,在浓度降低至 $9\sim 10\text{g/ml}$ 时,对蟾蜍离体心脏仍有强心作用。去甲乌药碱正性肌力作用呈量效关系,在 $1\times 10^{-9}\text{g/ml}\sim 5\times 10^{-8}\text{g/ml}$ 范围内,可使心收缩幅度增加 $22\%\sim 98\%$,心排出量增加 $15\%\sim 80\%$ 。麻醉犬和豚鼠静脉滴注去甲乌药碱每分钟 $2\mu\text{g/kg}$,可使收缩期左心室内压力(LVP)分别上升 12% 和 58% ,左心室内压力上升的最大速率(dp/dt max)分别增加 73% 和 26% 。静脉滴注戊巴比妥钠,或用 N_2 饱和的灌流液灌注,均可形成急性实验性心力衰竭动物模型,去甲乌药碱可使衰竭心脏收缩幅度恢复正常。由此可见,去甲乌药碱对离体和在体心脏,正常和衰竭心脏,均具有明显的强心作用。

目前研究认为,去甲乌药碱是 β 受体部分激动剂,其强心作用与兴奋 β 受体有关。

(2)对血管和血压的影响:附子有扩张血管,增加血流,改善血液循环作用。附子注射液或去甲乌药碱静脉注射有明显扩张血管作用,均可使麻醉犬心排出量、冠状动脉血流量增加。脑血流量及股动脉血流量明显增加,血管阻力降低,此作用可被普萘洛尔所阻滞。

附子对血压的影响既有升压又有降压作用,与其所含成分有关。研究证明,去甲乌药碱是降压有效成分,具有兴奋 β 受体及阻断 α 受体的双重作用,氯化甲基多巴胺为 α 受体激动剂,去甲猪毛菜碱对 β 受体和 α 受体均有兴奋作用,二者是升压作用有效成分。

(3)抗休克:心肾阳衰证所见的四肢厥冷,脉微欲绝,与现代医学的休克相似。所以附子回阳救逆之功效主要是以强心抗休克作用为基础。附子及其复方制剂如参附汤、四逆汤对失血性休克、内毒素性休克、心源性休克及肠系膜上动脉夹闭性休克等均能提高平均动脉压,延长其存活时间及存活百分率。对内毒素休克犬能明显改善每搏输出量、心输出量和心脏指数。对缺氧性、血栓闭塞性休克等亦有明显保护作用。抗休克的有效成分除与其强心的有效成分去甲乌药碱相关外,去甲猪毛菜碱对 β 受体和 α 受体均有兴奋作用,能兴奋心脏,加快心率,收缩血管,升高血压;氯化甲基多巴胺为 α 受体激动剂,亦有强心升压作用。

由此可见,附子的抗休克作用,与其强心、收缩血管、升高血压以及扩张血管和改善循环等作用有关。

(4)抗心律失常:附子有显著的抗缓慢型心律失常作用。去甲乌药碱对维拉帕米所致小鼠缓慢型心律失常有明显防治作用,能改善房室传导,加快心率,恢复窦性心律。对甲醛所致家兔窦房结功能低下症有一定的治疗作用,使窦房结与房室结功能趋于正常,ST段及T波恢复正常。另外,附子正丁醇、乙醇及水提物均对氯仿所致小鼠室颤有预防作用。附子水溶性部分可对抗乌头碱所致大鼠心律失常,其中尤以水提物作用最为明显。以上说明附子对心肌电生理有不同影响,可能与所含不同成分有关。

但附子剂量过大,可导致心律失常,应引起注意。

(5)心肌保护作用:附子注射液静脉注射,能显著对抗垂体后叶素所引起的大鼠急性实验性心肌缺血,对心电图ST段升高有抑制作用。去甲乌药碱具有扩张冠状动脉和增加心肌营养性血流量的作用,附子抗心肌缺血作用可能与增加心肌血氧供应有关。大鼠在冰水应激状态下,因内源性儿茶酚胺分泌增加而导致血小板聚集,并引起心肌损伤。附子水煎剂能对抗此种应激性损伤,对心肌有保护作用。

(6)抗寒冷、提高耐缺氧能力:附子冷浸液和水煎液均能抑制

寒冷引起的鸡和大鼠的体温下降,延长生存时间,减少死亡数。此作用与附子强心、扩张血管、增加血流量等作用有关。50%附子注射液腹腔注射,能显著提高小鼠对常压缺氧的耐受能力,延长小鼠在缺氧条件下的存活时间。提示其对心、脑有保护作用。

(7)抗炎、镇痛:附子煎剂对急性炎症模型有明显抑制作用。附子煎剂对巴豆油所致小鼠耳部炎症,对甲醛、蛋清、组胺、角叉菜等所致大鼠足跖肿胀均有显著抑制作用。乌头碱类生物碱也有抗炎作用。

附子的抗炎作用可能是通过多途径实现的。附子可使动物肾上腺中维生素 C 和胆固醇含量减少,尿中 17-羟类固醇增加,血中嗜酸性粒细胞降低,碱性磷酸酶和肝糖原增加。

进一步用放射免疫法观察到,腹腔注射乌头碱,可使大鼠下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)含量呈剂量依赖性增高。

以上说明附子是通过兴奋下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统发挥抗炎作用的。用免疫组织化学法可见到下丘脑室旁核 CRH 神经细胞及正中隆起神经纤维明显增多加深。提示附子增强肾上腺皮质系统的作用,可能是通过兴奋下丘脑 CRH 神经细胞所致。

另有实验发现,动物切除双侧肾上腺后,附子仍有抗炎作用,说明附子除兴奋垂体-肾上腺皮质系统外,本身可能还具有皮质激素样作用。

生附子及乌头碱能抑制醋酸所致的小鼠扭体反应。生附子能明显提高小鼠尾根部加压致痛法的痛阈值。附子液腹腔注射和附子水煎醇沉液对热刺激所致小鼠疼痛有显著的镇痛作用。乌头碱是附子所含的双酯型二萜生物碱,既是毒性成分,又是有镇痛作用的有效成分。

(8)对阴虚、阳虚证动物模型的影响:研究表明,阴虚证表现为交感神经- β 受体-cAMP 系统功能偏亢;阳虚证表现为副交感神经-M 受体-cGMP 系统功能偏亢。对甲状腺功能减退阳虚证模型动物,附子能减少 M 受体数量,降低 cGMP 系统反应性,使之趋于

正常。而对甲亢和氢化可的松所致的阴虚证模型动物,附子可使 β 受体数量增加,cAMP系统的反应性进一步升高。所以,附子可使阴虚证进一步恶化,使阳虚证得到改善。

另外,虚寒证时内分泌和交感神经系统的功能均处于低下的状态,其脑中去甲肾上腺素(NA)和多巴胺(DA)的含量降低,5-HT的含量升高。而附子可使脑中的NA、DA和5-HT的含量呈反向变化,提示附子还可通过对中枢神经递质的影响来调整机体到平衡状态,这在一定程度上从分子水平阐明了附子的助阳机制。

(9)对消化系统的影响:附子煎剂可抑制胃排空,但却能兴奋离体空肠自发性收缩活动,而具有胆碱样、组胺样作用。生附子、乌头碱对大鼠离体回肠肌有收缩作用,此作用可被阿托品阻断,故可能与兴奋胆碱能神经系统有关。附子水煎剂还能抑制小鼠水浸应激性和大鼠盐酸损伤性胃溃疡的形成。

(10)抗肿瘤作用:研究表明,附子从对HL-60细胞的影响、诱导肿瘤细胞凋亡、对肿瘤坏死因子的影响三个方面,表现出明显的抗肿瘤作用。

(11)抗衰老作用:附子能提高老年大鼠血清总抗氧化能力(TAA)及红细胞超氧化物歧化酶(SOD)的活性,降低脑组织脂褐素(LPF)和肝组织丙二醛(MDA)含量,增加心肌组织 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶的活性,还可改善肝细胞膜脂流动性。实验证实:附子可显著增加老龄大鼠抗氧化酶活性和总抗氧化能力,降低自由基代谢产物的含量,提高组织膜中酶的活性,改善细胞膜脂的流动性,表明附子可提高机体抗自由基能力,减少脂质过氧化,从而保障细胞膜的完整和功能,起到延缓衰老的作用。同时还发现,炮附子对胸腺与性腺都有较大的影响,它不仅能增强免疫功能,而且与性功能的作用有关。更有实验表明,附子的有效成分乌头碱能促进正常大鼠下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素(CHR)的合成与分泌,并认为乌头碱作用于下丘脑的机制,可能与兴奋中枢儿茶酚胺系

统有关。

(12)其他药理作用:①镇静:生附子能抑制小鼠自发活动,延长环己巴比妥所致的小鼠睡眠时间。②局麻:附子能刺激局部皮肤,使皮肤黏膜的感觉神经末梢呈兴奋现象,产生瘙痒与灼热感。继之麻醉,丧失知觉。

3. 体内过程 以急性毒性为指标,测得腹腔注射附子煎剂为药动学符合二室动力学模型,分布相半衰期为 1.15 小时,消除相半衰期为 17 小时,血药浓度-时间曲线下面积(AUC)为每小时 142.7g/kg。

4. 药代动力学 附子水煎醇沉液(1ml=2g 生药)其抗炎药效半衰期(大鼠灌胃给药) ED_{50} 为 3.41 ± 1.18 ; $ED_{50} + 1.95$ (g/kg) 为 2.21 ± 0.71 ; 6 小时药效存留率 Rf 为 0.60; 抗炎效应的半衰期为 8.11 小时。补量法测定附子的体存量,从体存量的经时性变化,判断药物在体内的衰减模式,并计算表现药代动力学参数。结果符合二室动力学模型,附子的消除相半衰期为 17.0 小时。

(四) 药物毒性

附子有毒这是事实,附子救人于危难,起死回生也是事实。问题是在于我们如何认识这个问题,药之本性在毒,无毒则不成药。附子有毒,惟有毒才能治病,才能愈沉痾顽疾;附子有效,惟有效,才使用两千余年而经久不衰,并被今古名医所推崇。利用其毒性以治病,发挥其特长以疗疾,医之道也。

如《淮南子》中所说:“天下之物,莫凶于鸡毒(乌头),然而良医可而藏之所用也,良医以活人。”主要在于我们是如何思考、如何应用。《孙子兵法》云:“知己知彼,百战不殆。”我们既然要应用好附子,就应该充分认识附子的毒副反应,以使我们有的放矢、化害为利。因此,我们多了解一些附子药理与毒性机制,就显得非常重要。

1. 毒性实验 附子毒性受多种因素的影响而有很大的差异,

如产地、采收加工、炮制、水煎时间等,凡影响附子乌头碱类生物碱含量的因素均可影响其毒性。乌头碱给小鼠灌服、皮下注射、腹腔注射或静注的 LD_{50} (小动物半数致死量)为 1.8mg/kg、0.295mg/kg、0.3~0.38mg/kg、0.12~0.27mg/kg,大鼠静注的最小致死量为 0.102mg/kg,蛙、兔、豚鼠的 LD_{50} 分别为 0.075~1.65mg/kg、0.04~0.05mg/kg、0.06~0.12mg/kg。中乌头碱小鼠灌服、皮下注射、腹腔注射和静注的 LD_{50} 分别为 1.9mg/kg、0.2~0.26mg/kg、0.21~0.30mg/kg、0.1~0.13mg/kg,而次乌头碱则分别是 5.8mg/kg、1.19mg/kg、1.10mg/kg 和 0.47mg/kg。

研究表明,附子基础毒性作用大小与模型动物证候类型密切相关,提示病证动物模型在附子毒性研究中具有重要意义。不同煎煮时间、给药剂量及炮制方法的附子对病证动物模型基础毒性大小也存在较大的差异,提示在附子毒性研究中应注意综合因素的影响。

梁如圣等研究不同证候应用附子后产生的毒性差异。采用实验检测大鼠血清中乌头类生物碱的含量的方法,可以反映其在大鼠体内的蓄积程度,从而推断乌头类生物碱对大鼠的毒性大小。从实验的结果表明,阳虚模型服用附子后体内乌头碱基本无蓄积,而阴虚模型则有一定程度的乌头碱蓄积,说明阴虚模型使用附子后较阳虚模型更容易出现毒副作用。综合各组大鼠一般状态的情况可以说明,中药的毒性在一定条件下是辨证存在的,只要合理用药、正确用药,可以避免或减少其毒性。

2. 药毒成分 附子中含有多种乌头碱类化合物,具有较强的毒性,尤其表现为心脏的毒性。其水解后形成的乌头原碱类,毒性大大降低。煎煮块根 4 小时后,其双酯二萜类生物碱含量下降。苯甲酰基乌头原碱类含量升高,按生药计,其 LD_{50} (小动物半数致死量)值提高 10~100 倍不等。3-乙酰乌头有胚胎毒性,并减少鼠精子数量。

很大剂量粗制剂生物碱可导致多种动物全身性呼吸麻痹,

呼吸停止先于循环紊乱。中毒量腹腔注射时,小鼠扭体反应剧烈,随后,大鼠、小鼠均有大量分泌唾液、腹泻,后期有发绀、呼吸浅慢,呼吸困难等现象。也可见四肢肌肉松弛,死前阵发抽搐。

乌头碱类结构属二萜类生物碱,具有箭毒样作用,即阻断神经-肌肉接头传导,且具有乌头碱样作用,表现为心律失常、血压下降、体温降低、呼吸抑制,肌肉麻痹和中枢神经紊乱等。

生附子含乌头碱、次乌头碱、中乌头碱等;乌头中除含有上述生物碱外,还含有塔拉弟胺、川乌碱甲及川乌碱乙。乌头碱水解后变为毒性较小的苯甲酰乌头胺,继续水解则生成乌头原碱,其毒性为乌头碱的1/2000。附子经炮制后,生物碱含量减少(表1),其毒性亦大为降低(表2),此外,从附子中提得消旋去甲乌药碱、去甲鹿尾草碱及氯化甲基多巴胺等活性成分。生川乌含醚溶性生物碱约0.599%,盐附子含0.15%,黑附片及白附片含0.05%。生附子尚含有类脂质。附子及其各种成分的毒性见表3。

表1 炮制前后附子中生物碱含量的变化

| 品种 | 总碱(%) | 分别测定 | | |
|---------|-------|---------|--------|---------|
| | | 中乌头碱(%) | 乌头碱(%) | 次乌头碱(%) |
| 生附子(原料) | 1.34 | 0.033 | 0.004 | 0.120 |
| 白附片 | 0.14 | ---** | --- | 0.001 |
| 熟附片 | 0.20 | <0.001 | --- | 0.001 |
| 黑顺片 | 0.23 | <0.001 | --- | 0.001 |
| 黄顺片 | 0.18 | 0.007 | 0.002 | 0.010 |
| 盐附子 | 0.22 | 0.008 | 0.002 | 0.010 |
| 胆附子 | 0.18 | 0.003 | 0.001 | 0.008 |
| 胆水浸生附子 | 0.33 | 0.015 | 0.004 | 0.003 |

** :无法检测出

表2 附子在炮制前后生物碱含量及毒性变化

| 制剂 | 总生物碱(%) | LD ₅₀ 生药 g/kg(小鼠)(半数致死剂量)* | | |
|-------|-----------|---------------------------------------|------|------|
| | | 灌胃 | 腹腔注射 | 静脉注射 |
| 未炮制附子 | 0.82~1.56 | 5.49 | 0.71 | 0.49 |
| 炮制后附子 | 0.12~0.29 | 161 | 11.5 | 2.8 |

* 半数致死量:某毒性物质使受试生物死亡一半所需的绝对量

表3 附子及其各种成分的毒性

| 名称 | 小鼠 LD ₅₀ (mg/kg) | | | |
|-------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | 灌胃 | 皮下注射 | 腹腔注射 | 静脉注射 |
| 乌头碱 | 1.8 | | 0.31 | 0.12 |
| 中乌头碱 | 1.9 | 0.27~0.31 | 0.20~0.30 | 0.10~0.13 |
| 次乌头碱 | 5.8 | 0.20~0.26 | 1.10 | 0.47 |
| 去甲乌药碱 | 3350 | 1.19 | 800 | 58.9 |
| 熟附片煎剂 | 1742 | | 8516 | |

附子和乌头误食或用药不慎引起中毒者并不少见。附子的毒性主要是由乌头碱类生物碱所引起,乌头碱的致死量为3~4mg,人口服乌头碱0.2mg即可中毒。中毒症状为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头晕眼花、口舌及四肢全身发麻、畏寒,继之瞳孔放大,视觉模糊,呼吸困难,手足抽搐,躁动,大小便失禁,血压及体温下降,心电图表现为心率变慢、房性、室性期前收缩和心动过速,及致心室颤动。附子中毒的心电图与乌头碱中毒相似。附子、干姜、甘草组成的四逆汤比附子单用毒性大为降低,小鼠口服的LD₅₀为71.78g/kg。

附子中毒主要表现在对神经与心脏的损害。研究表明:大剂量的附子(30g以上)应用,中毒反应为11.7%,其中鼻衄2%,舌、指、全身发麻9.3%。

3. 药(毒)理学 附子(未加工生品)小鼠口服LD₅₀(半数致死

量)为 5.49g/kg, 静脉注射为 0.49g/kg。加工后附子小鼠口服 LD₅₀ 为 161g/kg, 静脉注射为 2.8g/kg。熟附片煎剂小鼠口服和静脉注射的 LD₅₀ 分别为 17.42g/kg 和 3.516g/kg。附子水煎醇沉液 1 次腹腔注射的小鼠 LD₅₀ 为 26.30g/kg。去甲乌药碱小鼠静脉注射 LD₅₀ 为 58.9mg/kg, 腹腔注射为 300mg/kg, 口服为 3.35g/kg。双酯型和单酯型三萜类生物碱的是其毒性主要成分。乌头碱的主要毒性是抑制呼吸及引起心律失常, 对心脏的毒性作用是通过兴奋中枢和对心脏的直接作用所引起。

4. 毒性机制 附子的毒性机制极为复杂, 目前认为附子所含乌头碱的毒性作用机制为: 对迷走神经具有强烈的作用; 对中枢神经系统先兴奋后抑制, 严重者尚可致休克; 对周围神经先兴奋后麻痹。而乌头碱对心脏的毒性最为明显, 其机制一是兴奋迷走神经, 二是直接对心脏的毒性作用。这种心脏毒性通过使 Na⁺ 通道开放, 加速 Na⁺ 内流, 促使细胞膜去极化, 加速起搏点的自律, 形成多源性异位节律, 缩短不应期而导致心律失常; 另外乌头碱主要毒性是抑制心肌线粒体 4 种呼吸酶的活性, 组织缺氧可导致机体处于严重的氧化应激状态, 从而激活促凋亡基因, 引起细胞凋亡。

(1) 楼锦英观点: 关于附子中毒的机制楼锦英认为主要是以下 4 个方面:

- 1) 知觉神经与运动神经的麻痹作用。
- 2) 迷走神经的兴奋作用。
- 3) 通过胆碱能神经外周机制, 抑制窦房结, 引起异位节律。
- 4) 乌头碱能直接作用于心肌细胞。

其致死原因, 多为中枢神经麻痹, 呼吸衰竭, 心搏骤停而死亡。

同时, 楼锦英还总结出附子易中毒 8 个方面的原因:

- 1) 生用。
- 2) 用量过大。
- 3) 几种同类药品合用, 毒性叠加。
- 4) 配伍不当。

- 5)煎煮时间不足。
- 6)个体差异。
- 7)产地不同的品种毒性差别较大。
- 8)与酒同用易于中毒。

关于附子、乌头类酒浸剂报道中毒的较多。这是因为乌头碱的亲脂性较强,在乙醇中能被充分溶解,且仍保持原有毒性;酒精又可加速血液循环,直接饮用极不安全,易达中毒量及致死量。因此,服用附子制剂的时候,避免饮酒是防范中毒的重要措施。

多数医家认为附子应先煎 30 分钟以上,如果掌握好辨证、适量、久煎的三大原则,则不会引起中毒。中毒者一般多在服药 30 分钟后出现,长者达 1~2 小时。开始见口唇、舌及肢体发麻,继之恶心呕吐,烦躁不安,进而昏迷,四肢及颈部肌肉痉挛,呼吸急促,肢冷脉弱,血压及体温下降,心律不齐,多发性室性早搏。严重者可出现突然死亡。

(2)唐雪春调查:唐雪春等调查并分析了近些年的 486 篇文献,其中有 35 篇(占 7.2%)报道使用附子后发生不良反应,涉及使用附子的总病例数为 188 例,发生不良反应的例数为 111 例。分析主要有以下几个特点:

1)附子的用法:486 篇文献报道中,以附子煎汤内服的最多,其中有 31 篇(占 6.4%)文献报道了有不良反应;10 篇无不良反应;437 篇未提及不良反应。报道附子泡酒服的 4 篇文献中,有 3 篇报道发生了不良反应,提示可能这种用法容易发生不良反应;其他用法 4 篇中有不良反应 1 篇。

2)附子的品种:35 篇报道附子不良反应的文献中,有 7 篇使用的是熟附子(包括黑顺片、制附子、淡附子、盐附子),2 篇用生附子,其余大部分(26 篇,占 74.29%)都未说明附子的品种。

3)煎煮方法与时间:在 35 篇报道附子不良反应文献中,大部分都未说明附子的煎煮方法(共 21 篇,占 60%),有 9 篇报道附子

先煎,5篇报道附子久煎,但具体的煎煮时间未明确说明。在35篇报道了附子不良反应的文献中,大部分未说明附子的煎煮时间(共24篇,占68.57%)。11篇报道了煎煮时间的文献中,煎煮时间在1小时内的文献有10篇,煎煮时间在2小时内的(含2小时)文献只有1篇。初步提示煎煮时间与不良反应发生可能呈反比趋势。

4)临床表现:111例发生不良反应的临床表现,出现频率较高的是神经系统和心血管系统的症状,如口舌、肢体麻木、头晕头痛、胸闷心悸等。严重的还包括死亡1例,脑梗死1例,心搏骤停1例。

5)发生的时间:35篇文献报道中,有29篇(占82.86%)报道了附子发生不良反应的时间。服用附子后最短5分钟即发生不良反应,45例不良反应出现在服用附子后30分钟,最长15天。考虑可能是药物的累积作用导致。

6)其他因素:在35篇报道附子不良反应的文献中,初步分析的结论显示,服用附子发生不良反应的影响因素可能与煎药时间不够(占31.4%)、附子用量过大(占28.6%)、炮制质量不合格(占20%)、配伍不当(占14.3%)、个体因素(占8.6%)等因素有关。

(3)种植调查分析:以上这些分析观点,可以给我们提供更多避免中毒发生的可能性。但是,现在附子的毒性受到很多因素的制约。

1)生长时间固定且短:附子为多年生草本植物,然而,当附子被人工栽培种植后,在受市场经济巨大影响的今天,附子已成为1年生植物,附子的自然生长周期明显缩短。在陕西周至的附子产区看到,9月份挖采附子,将瘦小的附子留作种子,直接埋在挖完附子的地里,等到来年的9月份就可以收获新的附子了,而此母根则作为乌头出售。可见现在市场上的附子生长时间为1年,乌头为2年。可是野生品种就不同了,其具体的生长时间不定,药效自然差异很大。

2)品种固定单一:目前家种品种,都来源于毛茛科多年生草本植物乌头的侧根。野生乌头的品种非常复杂,但为什么先民们只选择了这一固定的品种,起于何时,是否有国家具体统一规划等问题已不好考证。但从《本草纲目》引用《本草图经》的内容就可以看出,至少在宋代,附子的种子来源就是固定的。如:颂曰“五者今并出蜀土,都是一种所产,其种出于龙州”。

3)文献记载家种附子毒性较小:野生乌头较家种栽培的附子毒性更大,这在历代本草著作中都可以看到记载。如《本草纲目》在乌头条下载:“乌头处处有之,根苗花实并与川乌相同,但此系野生,又无酿造之法,其根外黑内白,皱而枯燥为异尔,然毒则甚也。”野生附子与家种品种的毒性对比,现代药理研究似乎还是盲点,但仅从家种栽培的品系和生长时间上看,毒性影响因素已经明显单一了许多。这种品系单一、种植时间固定的附子药用自然要比野生时间不固定、品系繁多、成分更复杂的乌头就更安全。可见,附子的家种栽培使其毒性从植物源头上明显减少了。

4)炮制影响:附子有毒,历代本草都对其进行严格的炮制。目前药材市场上的附子均是经炮制后的制附子,各地方法虽有所不同,但基本环节与原理都类似。

(4)药理研究提示:现代药理学研究显示:附子毒性的主要成分为乌头碱及其衍生物,这类双酯型生物碱不稳定,在加热条件下会水解成毒性很小的单酯型生物碱和乌头原碱,进一步可水解为胺醇类生物碱,其毒性仅为乌头碱的 $1/4000\sim 1/200$ 。炮制过程中多次的用水浸泡、漂洗、高温水煮、高热爆炒或微波加热等可以充分促其水解。因此国家严格的炮制过程,已将毒性减小到比较安全的范围了。

然而乌头碱及其衍生物不仅是其毒性成分,同时又是产生多种药效的分子基础。炮制品中乌头碱及其衍生物的含量,得保证在一定的安全范围内。目前对其有效成分及炮制方法的研究还没有形成定论,所以附子的炮制,就往往是以保证安全为目标。这种

结果最终使附子毒性下降,同时药效也微不足道了。可见这可能是导致火神派大剂量应用附子的一个主要原因吧。

(5)吴荣祖经验:关于毒性问题,吴荣祖老中医认为:附子使用不当为什么会产生中毒呢?特别是对心脏的毒性是造成死亡的原因,最后导致心跳停止而终,这就是乌头碱的作用,叫做双酯生物碱,这个双酯生物碱是附子毒性的主要生物碱,但是双酯生物碱是一个不稳定的生物碱,它可以通过加热水解,去掉一个酯基后水解为苯甲酰乌头碱,它的毒性就只有原来乌头碱的 $1/200$,如果再进行一步加热,再去掉一个酯基,就变成了氨基醇类生物碱,又叫做乌头胺,它的毒性就又降到原乌头碱的 $1/2000$,此时对人类不会引起中毒反应了,安全稳定且回阳救逆的功效保存完好,所以附子减毒就是靠加热、水解。

(6)张剑秋经验:江苏张剑秋老中医认为,附子引起中毒的原因颇多,如剂量过大,煎煮时间过短,机体对药物的敏感性,加工炮制不规范,服用方法不当等。最常见的中毒原因为煎煮时间过短,只要将附子(张氏常用附子量为 $30\sim 40\text{g}$)先煎20分钟,其毒性可大减,这就是“百沸而无毒药”之意。

(7)李春桃经验:李春桃统计分析了成都中医药大学附属医院3年门诊1040张处方,观察研究附片的使用剂型、剂量、疾病证型、中毒反应情况发现:2003年8月到2007年2月使用附片处方张数为1040张,附片剂量在 $30\sim 600\text{g}$ 之间,1例达到 700g 。全部应用的是汤剂,服用时间从半年到2年以上;治疗疾病主要是风湿性关节炎及强直性关节炎;在剂量 30g 、 60g 、 600g 、 700g 时未出现毒性,在 $100\sim 350\text{g}$ 范围、 500g 时分别出现中毒1例,其中严重中毒反应在剂量 500g ,在较高剂量与较低剂量无中毒发生。可以看出:中毒发生与剂量递增无明显对应关系。中毒的2例,其中1例是煎药时间太短,另1例是附片炮制胆巴漂洗未尽导致中毒的。

(8)亲尝附子的毒性体验:一位佚名的探险者,下面是其亲身

经历与体验附子中毒的全过程,他的这些体验,或许对我们临床者多有启迪与借鉴。

大年初九上班时,这位探险者拿到了生附子,看着个头才豆那么大的东西,他以为吃了后加点蜂蜜就可以制止住毒性发作,于是他一口气吃下3颗,在嘴里嚼得很细,然后慢慢咽下,一开始舌头无任何感觉,不一会儿便感觉到,刚才咬生附子的那几个牙以及附近的舌头上,开始发麻,并有口水向外流出,且越来越多,舌面上都起了很多泡沫。吃完大约15分钟后,他感到腹中像火烧一样。于是立即用开水冲了两匙蜂蜜喝下,又过了2分钟,舌头越来越麻,而且背部沿脊柱开始发麻,进行性加重,脸上的肌肉也开始出现麻木,且越来越麻。此时腿部尚未感到发麻,又冲服蜂蜜一杯,服后自觉腹胀,且有些想呕吐,脸上麻得更加厉害,口水多的好像自来水流出一样,连咽都来不及。此时脸上开始出冷汗,手脚发麻,意识渐渐模糊不清。公司的同事急忙送他去医院,刚走到门口,他便开始呕吐,且非常厉害,连胆汁都吐出来了。

他的同事赶紧冲蜂蜜给他喝,可刚喝下去他又想吐,已经到了连吞咽都无法自控的程度了,喝水困难,咽部的肌肉都麻木了。由于呕吐得很厉害,脸上冷汗如雨下,身体处于极度衰弱的状态。当他的同事们把他送到医院时,他已经全身不能动弹了,舌头都已经无法正常发音,嘴巴张开呈“O”型,已经无法正常闭合,意识模糊,只依稀感觉在送往医院的路上,口水顺着嘴角流出了很多,呼吸困难,其他的事情他已经记不清了。

这位探险者认为,王正龙先生所说“舌头麻→手麻→腿麻→视物发白”的发病顺序,与他的感觉不完全符合,他以前曾有过轻微的中毒,从未出现舌麻,大都是顺着“脊柱麻→手麻→腿麻→视物发白”的方向发展,而且是哪里动哪里就越麻,其实他感觉最敏感部位还是嘴,话说多了嘴无法控制,且呈“O”形无法正常的闭合。

这位探险者急性中毒过程中,“舌麻→脊柱麻→手脚麻并想吐”,即使是在全身无法动的时候,也未出现视物发白的现象。另

外一个发现就是,好像蜂蜜在附子中毒时具有催吐的作用,因为直到第2天,他还是一闻到这个蜂蜜味就想吐,不过时间长了就没事了。

以上就是这位探险者的恐怖经历,提醒大家一定要谨慎使用附子,特别是生附子。

四、附子的用量与用法

(一) 用量用法

1. 概论 附子的用量,当代教科书《中药学》及《中华人民共和国药典》(2005年版)都标示出附子用量为3~15g;《中国药典》未说明先煎,教科书上注明先煎30~60分钟。

附子用法与用量,最早而且最为完善的就体现在《伤寒杂病论》中,张仲景用附子,生者用于回阳救逆,炮者用于温经扶阳、散寒除湿。考仲景时代附子的用量,一般用一枚,中等量用二枚,最多者用三枚,按一枚附子20~30g计算,最大量可达90g左右;若仲景用生附子的话,其量还会更大,因生附子的功用应该是炮制附子量的2~3倍之多。

火神派医家,大都精研伤寒学术思想,很显然是继承了张仲景扶阳重剂的观点,因而造就了火神派医家大剂量应用附子的特色。特别是火神派领袖郑钦安,其在《医理真传》与《医法圆通》两书之中,不仅用量过两,而且擅用生附子,显然是发扬了仲景学说与用药风范。

火神派后学者,其附子的用量,均是有过之而无不及之嫌。如吴佩衡、范中林、唐步祺、卢崇汉等,一般起始量都在30g以上,尤以吴佩衡、范中林用量更是惊人,多至100g、200g、300g,最多用到500g。更有甚者,李可老中医一昼夜之间附子用量达600g之多,比吴佩衡先生有过之而无不及。

吴佩衡教授之子——吴生元教授认为,附子常用量为30~60g,病情严重或病势危重者可加量,如用至100~240g。但他认为用附子并不是量越大越好,原则是以最小剂量达到最大的治疗效果。

但是,四川的王渭川先生认为:“然附片必用至 60g 方有疗效”。

总结火神派医家及有关其他医家应用附子的经验,笔者认为一般阳虚阴盛者,附子起始量可用 30g,然后可逐渐增加,每服 3 剂,可增加 15g,如 45g、60g、75g、90g,最大量用至 100g 时,一般阳虚重症都能起效,但危急重病患者达 200g 以上才可能取效。如果没有应用这方面经验的医家,还是从小剂量 10g 着手为好,只有慢慢地体会并逐渐加大附子量的认识,才能摸索出适合病家的附子剂量。

附子的用法与用量,各地医家由于积累的经验不同,剂量大小差异也很大,而且应用的方法也较多种多样。如沸水泡服的、煎煮散剂、15g 或 10g 与群药同煎煮者等,均值得研究与总结。

广东毛炜认为,只要用药正确、适合患者病情,哪怕附子剂量超出医书记载几十倍都没有危险。根据文献,既有服用 10g 小剂量附子 1 次就出现中毒反应的报道,也有在抢救危重病过程中,24 小时内用量超过 500g 而不出现中毒反应的例子。其实剂量大小与是否中毒没有绝对的正比关系,中毒与否还牵涉到其他多种诱因,而且不同的药典记载的剂量范围也不同,暂没有统一结论。

中医界对附子的用量主要有四种观点:一种畏附子如虎狼,索性弃用此类药物;第二种认为附子毒性剧烈,应当小剂量使用,如《中药大词典》中附子的用量为 3~9g;第三种观点主张根据病情的不同以及个体的差异选择剂量,常用剂量在 15~60g;第四种是温阳派主张的超大剂量使用附子,特别是在救治心衰等危重症和肿瘤等疑难病症时,使用的剂量更大,起始剂量多在 45~75g 之间。

导致附子用量差异巨大的其中一个重要原因,是现代对古今剂量换算认识的不同。目前,药典、教科书多认为张仲景所处的东汉时期的 1 两相当于现代的 3g,但据现代一些医史学家的考证,当时的一两应相当于现代的 15.625g,两者相差 5 倍多。而另一个重要原因就是不同学术流派、不同医家之间认识和经验的不同,

从而导致附子在用量上的巨大差异。

2. 煎煮问题 不管是附子如何应用,都迁涉煎煮时间与去毒性的问题,这个问题,对于学习火神派的医家来说,尤为重要。

既然是附子用量一般情况都是比较大的,自然就涉及先煎的问题。这是因为附子有毒,而先煎的目的就是增效减毒,故绝大多数医家都主张先煎、久煎,大剂量应用时尤其如此。附子入药必须先煎1~3小时以上,这里指水煮沸以后才开始计时,然后再入其他药物同煎,这已经形成为大多数医家的共识。

关于附子先煎或是与他药同煎的问题,目前临床上有两种截然相反的意见。

一种是云南、四川的医家,他们都主张附子先煎去麻味后,与群药同煎,这样临床应用非常安全而且临床疗效显著,笔者也是非常赞成这种主张,并在临床上广泛应用。

另一种与附子先煎持相反的态度是,认为附子在仲景时代均未提出先煎的问题,而他们也同样认为附子在危急病情下,不需要先煎,而先煎则降低了药效,对救治危重患者不利。李可老中医就主张这样的观点,他认为病势缓者,附子与他药加冷水同煮用文火慢煎,且可2小时服药1次;而病势危急者,则附子与他药加开水武火急煎,且随煎随喂或鼻饲,24小时内不分昼夜频频喂服1~3剂;按照现代药理研究,附子武火急煎1小时,正是其毒性分解的高峰;因此他认为,对于垂死的心衰患者而言,附子的毒性,也正是救命的仙丹;但在煮药的方法上,是附子与炙甘草同煎,炙甘草60g足以监制附子的毒性,不必多虑。李可一生用附子超过500kg以上,从无一人中毒。

上海的周康先生也常用附子120g,且不先煎;因为他曾到药材公司了解情况,附子产地虽不一致,但经过规范化炮制,不仅无毒且有效成分大量丧失,若再先煎,则疗效更加降低,所以他不予先煎且用大剂量附子;虽然他不先煎,但他用附子常与干姜、炙甘草同煎,这样很好地减毒可能与之密切相关。

这种观点从临床上看确实是有一定的道理的,也有不少人持有这样的观点。对于这种观点,如果临床医生对当地所用的附子品种了解不够详细,只有通过不断的应用,才能慢慢摸索出符合当时实际的经验,而在不了解附子品质之前,当然还是从小剂量开始为好。黑龙江陈国恒先生认为小剂量附子(15g以下)不必先煎久煎,与他药同煎即可,经过临床应用,“未发现中毒现象,而且疗效较好”。就此问题,笔者曾请教陈守义老中医,他认为上述思路是正确的,而且临床也认为15g附子量不必先煎,笔者为了安全起见,把附子量控制在10g以下,也未先煎过,临床疗效的确比较满意。

毛炜在临床中发现,很多市民不懂正确煎煮含附子的中药。这类药一般要先煎附子1~2小时。掌握火候有一个诀窍:取一片煎过的附子,咬一口慢慢咀嚼,如果没有麻口的感觉,表明煎煮火候到了,这时可以放入其他药物,如果仍感觉麻口,则需继续煎煮。因此,很多有经验的中医,通常会在处方中附子这味药的右上角或后面注明先煎、去麻。

另外她还认为,煎煮含有附子的中药一般耗时较长,有些市民煮药时发现水干就中途加冷水。这样可能增加附子的毒性,应属大忌。煎药前应充分估计好水量,一次性加够;如果中途发现水快煎干,应该先关火、待药冷却后再加入适量冷水,然后重新开始煎煮、计时;即使中途加水,也一定要加开水。

3. 实验研究 陈金月等应用动物实验表明,附子大剂量单用毒性较大,与甘草配伍后可减小毒性,但剂量大,仍有可能导致中毒,临床应用大剂量附子,每剂最好不要超过75g。

魏引平等应用动物实验表明,附子饮片呈角质而坚硬,较难煎透,沸水煎煮可提高水对饮片的浸透程度,加快乌头碱的溶出,而饮片在浸润透心后煎煮,乌头碱溶出最快;证明了传统热水先煎附子的方法是有科学依据;但考虑到目前药材市场的不规范和附子一般在40分钟后才能润透,所以附子宜加热水煎煮40分钟以上,

或直接煎煮 50 分钟以上为宜；因临床上实际煎药时间多为 30～60 分钟，由此而提示，附子在入汤剂时，若煎煮时间足够长的话，可考虑不必先煎。

（二）用药宜忌

1. 传统认识

(1)《本草经集注》：地胆为之使。恶蜈蚣。畏防风、甘草、黄芪、人参、乌韭、大豆。

(2)《名医别录》：又堕胎。

(3)《品汇精要》：妊娠不可服。

(4)《本草纲目》：畏绿豆、乌韭、童溲、犀角。忌豉、稷米。得蜀椒、食盐，下达命门。

(5)《本草汇言》：若病阴虚内热，或阳极似阴之证，误用之，祸不旋踵。

(6)《本草经疏》：病属阴虚及诸火热，无关阳弱，亦非阴寒，法所均忌。……若非阴寒、寒湿，阳虚气弱之病，而误用之于阴虚内热、血液衰少、伤寒温病、热病阳厥等症，靡不立毙。

(7)《本草蒙筌》：反半夏、瓜蒌，暨贝母、及、菝。

(8)《本草备要》：畏人参、黄芪、甘草、防风、犀角、绿豆、童便，反贝母、半夏、白及、白菝。

(9)《神农本草经集注》：俗方每用附子，皆须甘草、人参、生姜相配者，正制其毒故也。

(10)《本草崇原》：附子不可服，服之必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必烂五脏，今年服之，明年毒发。

(11)《神农本草经百种录》：凡有毒之药，性寒者少，性热者多。寒性和缓，热性峻速，入于血气之中，刚暴驳烈，性发不支，脏腑娇柔之物，岂能无害，故须审慎用之。但热之有毒者，速而易见；而寒之有毒者，缓而观察，尤所当慎也。

(12)《本草分经》：误服祸不旋踵。中其毒者黄连、犀角、甘草煎汤解之，或用澄清黄土水亦可。

(13)《本草正义》:非敢孟浪从事,实缘物理之真,自有非此不可之势。若用生附,或兼用乌头、草乌,终嫌毒气太烈,非敢操必胜之券矣。

(14)《名中医论方药》:凡属阳热实证、阴虚证、阴虚内热或阴虚阳亢证、真热假寒证者均应忌用,误用会加重病情或出现咽痛、烦躁、眩晕、吐血、衄血等不良反应;孕妇忌用。还有医家提出,阳强者不宜使用;因使用激素引起的口渴、烦热等假热证候不应作为用药禁忌证。

2. 现代观点 临床上是凡阴虚阳盛,真热假寒及孕妇均当禁服。

3. 配伍禁忌 当代《中药学》教科书及《中华人民共和国药典》2005年版,均有认为附子不宜与半夏、瓜蒌、贝母、白及、白蔹同用,并认为附子与乌头同一体,既然是“半蒌贝蔹及攻乌”,那么,理所当然也包括附子。这些说法虽然有一定的道理,但与十八反上所说仍然有差异,我们还是保留一些古人的认识为好,现代药理学认为附子与乌头药理基本一致,但古人毕竟是分为两种药物,而且功效作用及主治范围有很明显的差别,古人经过千年的临床观察与研究,未必现代的药理学研究都是正确的。

已故名医何绍奇先生认为,古有乌头反半夏、瓜蒌、贝母、白及、白蔹之说,为“十八反”的一组药,但没有说半夏、瓜蒌等反附子。川乌系附子的母头,但这是两味药,如说附子也反半夏、瓜蒌等,便是“株连”了。何况乌头半夏同用,在医圣张仲景已开先河。

半夏、附子同用的机会很多,如果要证明,何绍奇说可以举出古今100个以上的医案医方来作证。有一次他处方里半夏、附子同用,某药店的药工一看处方,大为不屑,说这是哪儿的江湖医生开的方?连常识都不懂。他听了,不生气,只是苦笑。当代名医姜春华、朱良春、颜德馨诸位先生都曾郑重地撰文驳斥过半夏反附子之说,我们不妨找来看看。

4. 附子与半夏配伍研究 附子半夏相伍,最早见于《金匮要

略》，其在腹满寒疝宿食病篇所列附子粳米汤，乃仲景为治疗寒邪内阻，阴寒湿浊上犯出现以腹中雷鸣疼痛，胸胁逆满呕吐之证而设。方中附子一枚炮用，乃大辛大热之品，大补不足之元阳，散阴寒之气，使阳气回升，阴寒湿浊之邪自然消散。半夏半升，其性辛苦而温，辛开苦降，燥湿化浊，降逆和胃，助附子除阴寒湿浊之邪。两者相合，有君臣相辅相成之意。如此融温阳散寒、化浊燥湿、降逆和胃为一体，成为治疗元阳不足，寒浊内盛，痰湿内蕴，胃气不和的绝佳搭配。原方佐以甘草、大枣、粳米缓中补虚，以扶助胃气，且可缓解附子的毒性。此药历代医家多有应用，李时珍在《本草纲目》附子条附方中引载：“胃冷有痰，脾弱呕吐。生附子、半夏各两钱，姜十片，水两盏，煎七分，空心温服。一方：并炮热，加木香五分。”此处是该药对的典型应用。张仲景被称为医圣，其著作《伤寒杂病论》历来为中医学者奉为圭臬。其所列方只要辨证无误，疗效都非常肯定。可见两者相互配伍，必然有其深意。李时珍亦是中医史上少有的大家，将其列在附方中以示后人，亦说明两者配伍疗效肯定。前后二者所用疾病病机一致，组方固定，对于疗效自然也不容置疑。可见称此为药对理不为过。

附子与半夏配伍之药对，此药对历代医家应用较常见，如唐代孙思邈《备急千金要方》之大五饮丸、半夏汤、附子五积散都用到此药对；宋代《太平惠民和剂局方》中十四味建中汤，以治劳损、形体羸瘦、短气嗜卧、头痛、胃痛、咳喘吐痰、手足冷、夜卧汗多、惊悸、小腹拘急、大便滑利、小便频数等症，即以附子配半夏，功在温阳化饮，建中化痰；其他如宋代《圣济总录》之大半夏丸，明代陶节庵《伤寒六书》之回阳救急汤，王肯堂《证治准绳》之小半夏汤；清代张璐《张氏医通》之附子散，《河间六书》之大白劳丸等。近现代的应用也不少见，如近代名医《丁甘仁医案》中以附子配半夏者就有 50 多处，其治疗病种达十余种，包括痰饮、疝气、中风、伤寒、肿胀、痢疾、哮喘、痹证等。所举医家应用疾病虽有出入，但基本病机都有“寒”和“痰”的共性。以上所列包括汉代张仲景《金匮要略》，李时珍《本

草纲目》都属中医史上的名家或国家修订本草,虽明知相反而用之,足证其利大于弊,疗效非凡。

当代国家药典之所以认为附子与半夏相反,是源于《神农本草经》的乌头反半夏之说,而附子来源于川乌头的子根,既然乌头反半夏,附子与半夏相反似乎成立。但逻辑上的成立却与历史事实完全不符,这似乎说明事实并非如此简单。

历代本草对附子是否反半夏的记载:《神农本草经》是中药配伍七情相反理论的奠基之作,所谓十八反歌诀,亦是后人对此书记载的相反药物的总结。乌头反半夏即来源于此书的诸药制使篇。此书附子与乌头并列,在乌头制使条下明确记载反半夏,而半夏条下亦记载反乌头,但同篇的附子条下却没有记载反半夏。可以看出,《神农本草经》认为乌头与附子不是同一药物,两者的七情相反不能等同看待。《本草纲目》中的记载也是附子与乌头并列,将川乌附子在同一条目下论述,通篇没有提到附子与半夏相反,而且在其附方中记载了附子与半夏同用治疗胃冷有痰的简效方。更可贵的是,在附子与乌头条将两者进行了反复的区别。认为附子是家种栽培品种,历史久远,品种固定单一,川乌是附子之母,七情配伍与附子一致,仅药效略有不同。而乌头专指野生乌头,其类别繁多,没有经过驯养修治,与附子、川乌完全不同,毒性更甚。并在乌头条下专门记载反半夏、瓜蒌、贝母、白敛、白及。而乌头通篇亦没有与半夏相伍而用的记载;有人考历家本草,对两者相反得出以下结论:附子条下记载反半夏的著作有《本草从新》、《本经逢原》。《本草从新》中只记载附子反半夏,而未谈及草乌是否反半夏。《本经逢原》对所有相反药的记载极不一致,如川乌、附子只反半夏,草乌则未提及是否反半夏,且附子反半夏是否有确凿的临床案例,亦未见记载。其余许多重要的本草及现代中药著作,对附子均未提出相反者。考《本草备要》亦是类似,只在附子条下言反半夏,草乌条则只字不提,对附子、川乌、草乌的分类亦没有《本草纲目》全面细致。

以上可以看出,作为中药学最为经典和权威的《神农本草经》与《本草纲目》,并没有将附子与半夏作为相反的配伍看待,而诸多本草亦是有相同的观点。极少数的相反记载是何原因已不好追究,但基本上可以肯定,两者配伍不作为常规禁忌,附子与半夏相伍不属于相反的常规范畴。

附子与半夏配伍不仅不相反,反而是疗效突出。这是因为,中药相反的本质为两种药物同时使用时,患者出现了表现比较剧烈的反应,其反应程度是单个药物所不能达到的,其中的具体反应理当包括治疗作用与副作用,当然也可能包括现代医学的毒性反应。这是药物的共性,一般来说,所有药物都具有治疗作用与副反应,是集两者于一体的双刃剑。中药不同于西药,有诸多的类似于食品或本身就是食品的植物药材。《神农本草经》将其分为上中下三品,所谓上药养生、中药养性、下药除病,下品一般毒副作用较大,不宜长期服用。古人在长期的医疗实践中发现两种药物同时应用时,会出现明显的副反应,其治疗作用存在,但副作用可能使其出现了其他不适;或者毒副反应非常剧烈,使大多患者根本不能耐受,使得治疗效果不能发挥,出现了与治疗目的或意愿完全相反的结果,古人称这类配伍为相反。野生乌头与半夏均属下品,其本身的偏性就很强,中医治病以偏纠偏,即利用药物的阴阳寒热属性的多少来纠正人体出现的各种不协调状态。因此,偏性很强的附子半夏配伍不仅可能会产生副作用,而且其治疗效应也必然更强。

附子与乌头均属于毛茛科植物,附子为此科乌头的子根,属家种栽培品种;乌头则主要是此科北乌头的块根,为野生品种。两者的现代药理研究显示所含的成分类似,都含有乌头类生物碱,其强心、升压、抗炎、镇痛等药效物质基础基本一致。所以,两者在植物渊源上存在着内在的联系。这种野生的乌头与半夏相反,历代医家认识一致,因此将与乌头同源的附子和半夏配伍,其相反的属性必然存在,但由于附子属于家种品种,而且生长时间较短,又经过适宜的炮制,所以毒副反应表现的可能比较温和,患者可以接受,

故此时也就表现为突出的治疗作用了。

附子配伍半夏的实验研究表明:在一般临床用量范围内,半夏配伍川乌、草乌或附子均不会出现毒性增强或疗效降低。范春光等对道地药材附子与半夏有无配伍禁忌作了探讨,其以附子及其炮制品黑顺片与半夏及制品清半夏制成不同的煎剂,对动物进行急性毒性、心电图及离体心脏实验。结果提示:附子与半夏配伍的毒性作用低于附子单煎剂;急性毒性试验表明:附子的煎剂及其与半夏的混合煎剂,应用剂量为成人常用量的 103 倍时小白鼠未见毒性反应。万国庆根据药理实验证明,姜半夏与制附子的单煎混合剂及混合煎剂与附子单煎剂相似,两药配伍后没有增毒作用,在常量下可以服用。夏立荣等从姜半夏与附子对小白鼠急性实验结果看,混合煎剂与单煎混合剂的毒性均与制附子单煎剂毒性相仿,认为在常量下两药是可以配伍的。胡剑琴等研究表明:法半夏与附子配伍后与单味煎剂组相比较,小白鼠口服后毒性反应未见加重;对电刺激反应多数无影响。郭桂森指出:在脾虚条件下,半夏与附子、川乌合用,不改变附子、川乌及半夏原有的肾上腺皮质样作用,也未见显著的不良反应增强。

半夏反附子,是前人用药经验教训的总结。然而历代医家临床应用实践证明,只要注意防范,如法应用,则可不必要禁忌。临床用药及实验研究证实,有些相反中药配伍合用后能够发生特异性的治疗作用。相反药物配伍临床多用于治疗沉痾顽难病证,或是利用相反药物配伍激发猛烈作用达到治疗某些肿瘤、风湿等病的目的,但在实际临床配伍应用中,必须掌握好适应证、配伍比例及注意事宜。相反药物的配伍应用,究竟是“相反者,彼此相忌能各立其功”(清·张志聪),还是“取其性之相反,使自相攻击,以成疏渝决排之功”(《续名医类案》),难以定论。探索附子、半夏等相反中药配伍应用的合理性与规律性,对临床上安全、有效地使用有毒、相反中药乃至扩大其应用范围,对于指导临床用药,具有重要意义,并可为相反中药的更加安全、高效和广泛的运用开辟新

途径。

半夏反附子,毕竟是前人教训的总结,出现了毒性,可能指生品鲜品,毒性过大;或炮制不得法,毒性残留;或用量过大,毒性增加;或冷水煎药,时间过短;或药后饮酒,温浴;或季节环境温度过高,使中毒因素增加;抑或个体差异,对两种药物有不良反应等。然而实践证明,只要注意防范,如法应用,不必禁忌。

(三) 各家经验

火神派各地医家在具体应用上,大体有以下观点:

1. 云南吴佩衡经验 吴佩衡先生用附子必久煎 3 小时以后试尝,半小时后如果不麻口(尝的是煮熟的附片,而不是尝煎好的药液),才与他药同煎服之;且他用附子特点有三:一是用炮制附子;二是与干姜、上肉桂(研末泡水冲入)配伍使用;三是久煎(大剂量煎 3 个小时以上)。

我们看云南地区医家医案之时,他们用附子一般都是开水先煎 3 小时以上,这样做的目的,首先是出于安全考虑。20 世纪 60 年代云南刚从四川引种附子,加工炮制不得其法,蒸煮不透心,故服附子中毒死亡的事故时常发生,从此以后,用附子难免心有余悸,谈虎色变。故而后来医家为安全起见,大都采用上述的煎煮方法,每每以“开水先煨 4 小时”嘱之又嘱。以吴佩衡先生为代表的云贵医家,都主张附子先煎之时用开水来煮,这样是否合理,很值得我们思考。

笔者曾撰文称吴佩衡教授为火神派重量级人物,这里面就是指他用附子量超乎寻常。在《吴佩衡医案》中,使用附子有 56 案,其中成人 47 案,初诊方附子 100g 以上者 22 例;60g 以上者 11 例;30g 以上者 12 例。复诊逐渐加量到 150g 者 4 例;加量至 200g 者 5 例;剂量最大者是一 13 岁儿童,初诊方即用附子 250g,后加至每剂 400g,而且昼夜连进 2 剂,合起来就是 800g,终于挽回厥脱重症,令人惊心动魄。

吴佩衡教授擅长超大剂量应用附子,其经验主要归纳为 10 个

方面用法：

——助阳解表，扶正祛邪，附子用量为 30g，代表方是麻黄附子细辛汤；

——益火之源，回阳救逆，附子用量至每日 120g，代表方是四逆汤；

——温补脾阳，燥湿运土，附子一般用量为 30~60g，代表方是附桂理中汤；

——温阳托毒，活血通滞，附子用量为 60g，代表方是阳和汤；

——温经通络，祛风止痛，附子剂量常用为 60g，以乌头煎化裁；

——温补阳气，振奋心阳，代表方是附子汤，附子用量为 30~120g；

——暖水燥土，温阳止泻，附子用量为 30~60g，代表方是四神丸；

——祛痰止咳，温化痰饮，附子常用量为 30~60g，代表方是附子加苓桂术甘汤；

——温暖胞宫，调经止痛，附子用量为 30~60g，常以桂枝茯苓丸化裁；

——滋养补虚，温通寒结，附子常用量为 60g，以附子理中丸化裁。

2. 四川卢崇汉经验 卢崇汉教授一年 20076 张处方里，用附片的处方一共是 19423 张。在全年的处方面面，它占了 96.8%。这个附片包括了天雄片、黄附片、黑附片、熟附块，都属于制附片。制附片的用量在 60~250g 之间。

在煎煮方法上，《伤寒论》用附子，都没有先煎。但卢崇汉教授的用法，一律先煎，就是附片先煎 2 个小时，这 2 个小时是从煮沸后计时，2 个小时以后，用筷子夹起附片尝一尝，不麻嘴了，就可以放其他药了，一般再煎半个小时就可以了。水要一次性加够，患者实在掌握不了火候，水少了，怎么办呢？一定要加开水，这是头煎。

第二煎也是开后半小时，第三煎同第二煎。一般将三道药混合起来分三次服，但一定要温服。

卢崇汉教授认为，现在附子的制作工厂为降低加工成本，增加利润，多使用有毒的化学制剂浸泡附子，从而达到脱皮的目的，这就造成有毒的化学制剂大量残留在附子里。这些残留物对人体是有害的，甚至是致癌的。基于这些问题，所以卢崇汉教授在使用附子时，都给患者交代，附子在煎煮前，用流水浸泡 2 小时后，再煎煮 2 小时。这样可以减少附子里胆巴和化学制剂的残留，这也是不得已而为之。

在服附子等温热药物的时候，卢崇汉教授还认为，忌口也是保证疗效一个不可少的因素，按照卢门的规矩，服温热药一定要忌口的。忌口有两个方面，一个是绝对要忌生冷寒凉，因为附子是扶阳的，所以一切损阳的因素都要把它拿掉，这样才能保证疗效。另外一个是要忌辛燥，这个也是卢门的一个心法。为什么辛温扶阳要忌辛燥呢？这一点也许不容易理解。这里可以作一个比喻：附子以及其他的辛温扶阳药就像汽油一样，它是动力之源。但是如果你吃了辛燥的东西、煎炒的东西，那就像丢了一个火星到油里面，油马上就会燃起来，就会引起上火，所以辛燥的也要忌。

3. 四川范中林经验 范中林先生用附子，少则 30g，多则 60g、120g，甚至更多，为减低毒性以保证安全用药，多久煎 1.5 小时。

在《范中林六经辨证医案选》中，以附子为主的案例计 36 个，初诊方用 30g 者 8 例，用 60g 者 17 例，用 120g 者 10 例，最大剂量用于 11 岁患儿黄某下利虚脱案，初诊附子 120g，复诊加至 150g，半月内累计用附子 6500g，随访 30 年，未见不良反应。

范氏经验，“在准确辨证的前提下，还必须严格掌握用药配伍和剂量轻重。附子用量应针对病情恰如其分，并须久煎一个半小时以上。附子无姜不燥，干姜的用量须灵活掌握，在阳虚阴盛而未至四逆，舌质虽淡而不甚，苔虽白而不厚的情况下，干姜可酌情少

用;反之可多加,直至与附子等量。甘草的用量不超过附子的一半,大体与干姜相等。”当附子用至 60g 以上时,甘草用量恒用至 30g,推其用意,是为了缓和附子的毒性。

范氏另有“略煎”之法,显示出他对附子药性的熟谙应用。所谓“略煎”,就是改久煎为轻煎,即先煎 20 分钟后,即下其他药物,此举是为了保持附子的峻烈之性,以来应对阴寒重证。不仅反映出范氏有胆有识,而能预告患者服药反应,更见其对生理、病机、方药的深入理解,以及对姜附运用出神入化之程度。

4. 四川唐步祺经验 理论上唐步祺推崇郑钦安之学,实践中不仅善于运用郑钦安倡导之法和推荐之方药,并且在其《郑钦安医书阐释》一书中多次说到:“多年临床考验,确信其真。”

作为火神派的传人,唐氏自然擅用附子,而且用量之大,自谓:“临证数十年来,以善用姜桂附闻于世”,“对阳虚诸种病症,用姜附少则 30g,多达 250g,从未发生任何副作用,真是药到病除”,乃至人誉为唐火神。

5. 云南王慕尼经验 王慕尼认为附子的应用剂量,可按年龄分四个等级:2~5 岁用 5g,6~9 岁用 10g,10~15 岁(及 60 岁以上)用 15g,16 岁以上成人用 20g;凡用附子的方剂,附子均与其他药同时下锅,加冷水用中火煎煮 15~20 分钟后,即可服第 1 次,以后 2、3、4 次的煎服法依然同上。

为了急救方便,王氏认为可先服粉剂,继服汤剂加粉剂。具体步骤:将附片用细砂炒炮,研细粉备用。凡遇身凉脉绝的垂危患者,急将附片粉 5g 开水冲服,与此同时另用复方煎剂回阳固脱,益气救急,这是治疗急证的有效方法。

6. 南京黄煌经验 黄煌认为附子用量在 20~100g 之间方能见效,在他编著的《经方 100 首》中,附子的剂量就是如此设计的。

在附子的煎煮上,他认为如果用于回阳救逆时,则宜久煎,可增效减毒。黄煌的经验是,凡用 10g 附子时,宜先煎 15 分钟;20g 者,则先煎 30 分钟;30g 者,则先煎 45 分钟。即每增加 10g,先煎

的时间增加 15 分钟。

附子用于止痛时,煎煮时间不宜过长。有人提出附子煎煮新法,即将附子捣为粗末,开水煎煮 10 分钟以后,尝无麻味即可,煎煮附子的水一定要一次放足,不能中途再添加冷水进去。

7. 山西李可经验 火神派的一个共同特点就是以《伤寒论》仲景学术研究为起点,李可老中医也不例外,而且他研究《伤寒论》颇有独到之见。

如在古今用药剂量上的差别,他认为按古今度量衡折算,汉代 1 两为今之 15.625g,1 斤为 250g,则经方的实际剂量,当以原方折半计量为是。明代至今,医家根据“古之一两,约今之一钱”的臆断,使用经方仅为原方的 1/10。并且沿袭至今,悬殊太大,剂量过轻,不堪大任。张仲景《伤寒论》不单是中医学四大经典巨著之一,更是中医学第一部急性热病学专著。东汉末年,寒疫大流行,伤寒的特点,发病急,传变速,故仲景立方剂量大,药简、力专、效宏,方能阻断病势传变,挽救危亡。近代用法,大违仲景立方本义与用药原貌,无疑严重影响了经方临床效用的发挥,阻碍了仲景学说的发展与创新。

方剂能否治病,除了恰中病机,配伍精当,便是特定的剂量。以四逆汤的应用为例:四逆汤乃张仲景急救亡阳危症之峻剂,有斩关夺门、破阴回阳、起死回生之效。原方为炙甘草 2 两、干姜半两、生附子 1 枚(破八片),按古今折算,取原方 1/2 量为准,则四逆汤剂量是炙甘草 30g,干姜 23g,制附子 60g(生附子 1 枚,大者 20~30g,假定生附子之药效为制附子之 2 倍以上),而中医《方剂学》中四逆汤之剂量为:附子 5~10g,干姜 6~9g,炙甘草 6g。以这样的轻量,要救生死于顷刻,诚然难矣!无怪乎中医治心衰,十有八九要失败。不是经方不灵,而是我们未能继承仲景先师的衣钵真传。

20 世纪 60 年代中期,李可已对历史上习用的经方剂量,发生怀疑,每遇重危急症,如心衰濒死患者,辄用伤寒四逆汤类方的原量投治。主药附子则加一倍、两倍、三倍,破格用药。有 100 多例

肺心病、风心病、冠心病及大出血导致的心衰濒死患者，协同西医进行抢救，绝大部分是西医放弃治疗，由李氏单用中药，一剂药附子用到 200g 以上，一昼夜按时连服 3 剂，附子总量达 500g 以上，使这些现代西医院宣布死刑的患者，全部起死回生，因此他把此方定名为破格救心汤。

在附子的应用上，李氏更参照《伤寒论》中张仲景与群药共煎的方法，特别是急危患者，他常是武火急煎，随煎、随喂，或鼻饲给药，24 小时内，不分昼夜频频喂用 1~3 剂。李氏治病，常常是一剂知，二剂已，闻名遐迩。

对于一些慢性病，附子有时与防风、黑豆、蜂蜜、炙甘草同煎，以消减附子或乌头的毒副作用，但都没有先煎煮。

8. 云南吴荣祖经验 吴荣祖认为，关于附子的毒性减轻，就是加热、水解，“附子不在制透而在煮透”，这是吴佩衡老先生的经验之说，所以仲景《伤寒论》的四逆汤就是生附子一枚，还提到身体好的耐受强的可以用大的生附子一枚。

吴荣祖在云南用附子就强调一定要煮透，当然不能要求老百姓都检测生物碱，不必那么麻烦，有一个最简单的方法就是煮透，就像煮土豆一样，用筷子一压，“面了”，然后尝尝，十多分钟后，你的嘴、舌没有任何麻木的感觉，就绝对是安全的。就是煮一斤、两斤都这么做。

吴荣祖老中医在临床上，附子常用到 100~120g，并早期进行附子水煎提成剂型与颗粒剂的研究与应用，后来大量应用附子颗粒剂在临床上，服药十分方便，而且解决了煮药时减毒的问题。但附子颗粒剂的价格较高，即每袋 3g 附子颗粒剂，相当于生药附子 10g。他用的这种附子颗粒剂，原来用的是自己医院自制的，后来用的是江阴制药厂生产的。

9. 云南王子泉经验 王子泉认为，一般轻症，附子的用量是 15~30g，重症则用到 50~60g，至于少数情况特殊的虚寒重症，以及年深日久的痼寒积冷之疾，附子则用到 200~300g。附子的剂

量不论多少,只要炮制如法,煎煮得当,就不会中毒。其正确的煎煮方法如下:

(1)燃火:不能用煤油、柴油、汽油。

(2)火力大小:待附片煎煮沸腾后要改用小火,不能用大火,但也不可用母火(即极微弱的火)。

(3)煎煮用具:最好用瓦罐或沙锅,如果容量不够,亦可用洁净的铝锅。

(4)用水情况:煎煮前,尽量一次加足水,待水开后再投入附子,如中途水不够,只能添加烧开的沸水,切勿中途断火或加入冷水。

(5)煎煮时间:要以附子的种类及用量而异,常规剂量的黑、白附片,煎煮1~2小时就已足够,如是盐附子、乌头,或附子剂量达到200g以上时,就要煎煮2~3小时,然后取出少许放在嘴里嚼细,待10分钟后,如果不感到麻口,就可以加入其他药物同煎了,否则要再煮,直到无麻感为止。

(6)服药的碗盏一定要干燥,勿沾冷水,服药前后至少3个小时勿进生冷及酸涩食品,勿当风受凉。

10. 上海邢斌经验 邢斌认为,附子一般10g以下即与干姜、炙甘草一同煎,10~30g附子先煎30分钟,30~60g先煎1小时,60~90g先煎1小时30分钟;90~200g先煎2~3小时,这样应用附子是比较安全的。

同时他还认为,至于当地应用附子品种的情况,开始应用附子之时应作一个全面的了解,这样对于附子煎煮时间及用量有一个底线,把附子用好并发挥有效的作用。

11. 福建庄严经验 庄严临床擅用附子,他用量一般以1g、2g、3g、6g、10g、15g、20g为常用剂量,极个别寒实证患者,累加至100g用1个月左右,效果不显,改以灸法,因为灸法的应用易为患者根据情况调整,医者少了附子中毒和壮火食气之虑。

当然,有的时候,他仍不排除临证一起手就需要应用大剂量附

子的病情,比如有时可用附子 200g 以上。在附子用法上,20g 以下时,与常药同煎,即可达到有时只有附子大剂量才能达到的临床效果。

当应用附子超过 20g 以上剂量时,他认为也是需要先煎,然后再下余药。

庄严临床体会到,附子的有效量不是一成不变的,是随着病情的变化而作相应调整的;此次的有效量,随着治疗的继续会变成无效量,所以大多数情况下,附子的量是需要逐步累加的。而对火神派有不同看法的人,他认为请先自己吃吃附子再说,且要吃到中毒才有发言权;或许那时候,这些有不同看法的人,或许会对火神派有一个新的认识或是成为火神派的一员。

这种观点比较切合实际,要做一个合格的火神派的学习者,首先要有“神农尝百草”的精神,而后才会对郑钦安的扶阳理念有一个全方位的认知与了解,此后才会在附子应用上下一番工夫。

12. 三七生经验 三七生先生应用附子,在 10g 以下之时,常与他药沸水泡服,简便而有效。大剂量附子 60~100g,也与群药同煎,并不先煎煮,但他常常是将药先浸泡 1 小时,然后加够足量大的水,煎煮至剩下 1~2 碗药液。

三七生先生认为,在附子应用上,一人有一人之方法,然目的都在取效,以效捷而能持久者为上,效慢而短者下之。每个医者都是在实践中不断摸索,不断改进。三七生先前亦多一方久用,后受胡希恕先生影响,转为内外接轨,数经并用,临床效用尚可。然亦在摸索,未作定论。比原来用药分量亦减,若果能小量取效,又何必浪费药材?然病不为所动,则不得不加量,非必欲大量眩人眼目,实不得已而为之也。

13. 贵州李颜师经验 李颜师临证重视扶助阳气,擅长补火,多用重用附子,故有“李附子”之美称。李颜师用附子,常用量 15~30g,甚则达 50g 以上,疗效显著而从未发现中毒症状。

他认为其关键在于使用方法:处方中附子必须标明“另包先

煎”。煎药前先将附片放在火上烤微焦起泡，再用足量冷水浸泡，先煎1小时，尝无麻味后，再加余药同煎；或先用童便浸煮附子，取出清水洗净后与他药同煎；或方中配伍生甘草、白蜜、生姜等可以缓毒。

14. 云南廖浚泉经验 廖浚泉临证在儿科方面应用大剂量附子，颇多心得，虽儿科附子用量也较大，但以辨证为前提，小儿阳虚阴盛者，一般附片用量10~30g，重症可用30~60g，仍用开水先煎2小时左右，先尝少许不麻口为度，再纳入诸药同煎，以后每次皆开水煮即可，小儿虚寒证用之，效若桴鼓。

廖浚泉认为，对于成人，如农村人不常服药者，偶有疾病，药物剂量虽小而效果显著，久服药者则不然，所以个别老病号处方用附子30g尚感量小达不到目的。

15. 黑龙江王德光经验 王德光认为，附子、乌头久煎后虽毒性大减，但疗效也随之而降，因此大剂量久煎不如常用量与群药同煎。

在用量上，王德光用附子常从10g，乌头5g开始，如无效，可将剂量逐渐加至附子20g，乌头10g。皆不久煎，只要辨证对，常可获效。若此量仍无效，再增加剂量亦不理想，反徒增毒性作用。

为防止中毒，王德光提出将全疗程所用附子一次购足，再按每日剂量投放群药之中，如有“瞑眩”现象，即应减量或停药。

16. 上海周康经验 周康通过亲身实践，突破了前人的局限，提出以附子治疗精神分裂症，特别是从事大剂量附子治疗精神分裂症的研究，取得了良好的临床效果。周康应用附子，多与干姜、甘草同煎，附子剂量在18~120g之间，且并不先煎，而是先用冷水浸1小时，然后与他药同煎20~30分钟，煎成约250ml。

在治疗过程中，周康详细观察了附子的不良反应是否存在，而且还进行了理化实验，结果均属阴性，各种不良反应均未发生，相反疗效则日趋明显。但他所用之附子，为上海市药材公司统一货源，其炮制过程，均依据《中华人民共和国药典》方法，讲究产地固

定,以便所含成分易于掌握。

17. 四川陈潮祖经验 陈潮祖曾出版《中医治法与方剂》一书,而他所选用的乌附麻辛桂姜汤一方,被选用在 21 世纪课程新教材《方剂学》中,方中主张制附子、制川乌用量在 10~60g 之间选择,在用法上提倡二味药先煎 1~4 小时,以不麻口为度,后下诸药再煮半小时,汤成去渣,分 3 次服用,可连续服用数剂。

陈潮祖在教科书采用该种应用方法,打破了传统的教科书小剂量应用乌、附的成见,为学习火神派的后者提供了可靠的理论支持。

18. 北京何绍奇经验 附子的用量,向来争议很大。仲景方用附子一枚,炮,破八片,则每剂约 60g,附子质量,一大片即 6~8g,曰“炮”,则为生附子,其力更大。所以当用附子时,不必忌讳,初用 10~15g,如无问题,完全可以续增至 30g 以上。

何绍奇治痹证,阳虚畏寒,用量均在 30g 以上,屡遭药房拒配,不得不郑重签字,但也有签字后仍不配的时候。他曾治张某类风湿关节炎,每剂用附子 30g,药房拒配,医生也不愿抄方,好在他在海淀药房有个亲戚,这才取了药,共服百余剂而愈,前后用附子十几斤。又治孙某的寒湿痹,每剂用附子 30g,不应,增至 60g,他为省事,两剂药一起煮,则其用量实为 120g 矣。他认为附子并不是剂量愈大愈好,但对大证、重证,如仅用数克,则无异于隔靴搔痒,不能解决问题。

附子须先煎,小剂量(9g 左右)先煎半小时,中等剂量(15g 左右)先煎 1 小时,大剂量(30g 以上)先煎 2 小时,头煎如此,二煎小火煮 40 分钟即可。煎附子时加生姜一块(约 30g,拍破),或蜂蜜 1 两更好,可以减低附子的毒性。

何绍奇认为应用附子不会蓄积中毒,沈阳有位强直性脊柱炎患者,服药 400 剂以上,每方皆重用附子至 30g,共用附子数十斤矣,从初诊起到现在一直坚持上班工作,基本痊愈。

19. 河南毛进军经验 毛进军在临床上,对于阴证需用附子

者,一般轻证(症)以 18g 为起手,先煎 30~40 分钟。较重证(症)以 30g 起手,先煎 1 小时,如果有效且无异常反应,再逐渐递增其剂量,基本上在 45g 左右就有显著疗效。毛进军用量范围一般在 18~90g,并认为只要认证准确,都能控制住病情。如果病情危重,则在 45~60g 的基础上,每 4~6 小时服药 1 次,连续服用至症状缓解。

20. 江西徐汝奇经验 徐汝奇对于附子的用量,以病证的阳虚程度之轻重,决定附子的用量增减。用量大小,应与病证相适应。并赞同大多数医家的观点,对附子的用量多取审慎态度。常用量在 10~15g 之间,中剂量在 30~90g,大剂量阶段在 200~250g。在煎药方法与时间上,30g 以下附子量,多煎煮 1 小时后下余药,而 60g 以上时,多煎煮 1~2 小时以上。经多年临床观察,未发现毒副作用。

21. 天津杨洪涛经验 杨洪涛多治肾病,附子一般用量在 15~75g。初诊辨属附子证,开始剂量为 10~20g。若没有口干咽燥,舌体口周麻木感等,可加用 5~10g,直至临床症状得到明显改善。

极量:即最佳治疗量。不同患者极量不同,当患者在某剂量出现口干咽燥,舌体口周麻木,甚至有心率减慢等中毒表现时,则此前最贴近中毒量的应是该患者的极量。

煎服法:用量在 30g 以下时,一般先煎煮半小时即可;40~70g 时煎煮时间应在 50~60 分钟以上,以不麻口为度。

22. 北京房铁生经验 房铁生认为,应用附子时应该从小剂量开始,逐渐加量,应用 30g 以上时,均要求先煎 2 小时以上,以防中毒,在煎煮时应该武火先将药物烧开后,开始计时改为文火煎 2 小时。

23. 天津邵国荣经验 邵国荣认为:如何将患者的阳虚程度与附子的用量协调一致呢?一般情况下,当患者阳气稍虚时,使用少许附子即可达到补阳的目的,此时患者不会有麻的感觉,因此无

需关注患者是否有麻感。但当一个患者阳气很衰而需要大量使用附子时,就必须从小量开始逐渐加量。张仲景用附子在1~3枚之间,1枚约合10~30g,最多可达50g。要求先煎久煎,少则1小时,多则4~5小时。以入口不麻为度。邵氏验之临床,的确如此。

24. 云南顾树祥经验 顾树祥每日接诊,附子处方均过大半,近20年所用附子近15吨(每年需要200~800kg)。临床配方附子量为:1~3岁30g,4~10岁40g,11~15岁50g,成人60~100g。多年来从未发生过不良反应或中毒。应用的附子制剂一定要纯,关键是要煮透,决不可滥用。

25. 福建余天泰经验 余天泰认为,不能以其用量论英雄,然而量与效之间的关系客观存在的。虽说四两能拨千斤,但有时用量不足,病重药轻,则是无异于杯水车薪,故该出手时就出手,看准了就应该毫不犹豫地重拳出击,快速高效扶助阳气,稳、准、狠地打击病邪。

临床上,一般情况下,从常量开始,循序渐进,逐次加量,直至达到获得满意效果为止,这样比较稳妥。在煎煮时间上,通常20g以上先煎半小时,30g以上先煎1.5小时,60g以上先煎2小时,基本没有出现不良反应。

26. 内蒙古郭文荣经验 郭文荣用的是川产制附片,剂量一般在20~200g。具体用法是先用沸水加盖浸泡半小时,水要多一点,漫过药2寸以上,然后开始反复搅拌3~5分钟,洗至附片变白,水变为灰黑色,倒掉咸苦水,再用温水或凉水淘洗一遍,洗至水清附片色白为度,去掉水,这叫退胆。

如不退胆煎出的药汁难喝,且喝后胃中不适,有的恶心、呕吐、腹泻。煎煮时水要多放入一点,最好1次加足,煮沸2小时,口嚼附片毫无麻味,滤出药汁,再浓缩或加开水至每毫升附子水等于2g附子为度,兑入药汁中服。如煎煮超过2小时,则附子的淀粉溶出,药汁过稠难喝。

郭文荣的习惯用法是:每剂药的头煎与二煎分开服,先服头

煎,再服二煎。头煎药兑入该剂药附子总量的 $2/3$,二煎兑入 $1/3$ 。如果用量在 120g 以上时,则头煎与二煎各兑入一半。如果是病家自煎,用量在 60g 以上,嘱其退胆后先煎 1.5 小时以上,再加入其他药同煎。头煎与二煎混合分 2 次服。剂量越大先煎的时间越长。用量在 60g 以下时,嘱其先煎 1 小时以上,再加入其他药煎,头煎与二煎分开服,未见有不良反应。

27. 张文耀经验 张文耀认为,凡脉沉迟者,无论何病,均加用附子,剂量大小随着体质和病情而定,一般少则 3~5g,多则 100g 以上。即使阴虚发热患者,在清热退热药中加入附子 10g,也可很快退热。若体质略虚,高热不退,在退热剂中加附子 3~5g,反而很快退热。在此类患者的退热剂中加入附子,既可防止过于寒凉,又能增强抗病之功。

28. 上海杨涛经验 杨涛为了验证附子合适用药量并治疗自己身体不适,从 2005 年到 2008 年根据身体状况:嗜睡,脉沉,舌淡苔白腻,有齿痕,长期腹胀,腹泻,不渴,多汗,精神不佳等问题,自己开方调理约 150 剂,主要由四逆汤为主加减,每剂均用六七味中药。期间服用乌附类有熟附子、生附子、制草乌、生草乌、生川乌。因附子类药物均为有毒之品,故用量都是从小到大,逐渐增加,最初从 10g 开始,每次递增 10g,每剂超过 60g 时则递增 20~50g。4 年时间里附子类中药服用总剂量 5000g 左右,其中 1 剂药的最大用量生草乌 150g,生川乌 150g,生附子 170g,制草乌 200g,熟附子 320g。煮药时间为当熟附子量比较小时(低于 50g),控制在半个小时,量再大时(超过 50g),煮药时间相应延长,为 1~2 小时。并准备好蜂蜜、甘草等,以备解毒之用(一直未用过)。

29. 河南王顺治经验 王顺治认为:附子小量生气,中量散寒,大量回阳;所谓小量,是指控制附子用量在 3~6g,中量指用附子在 10~15g,大量指附子用量在 30~100g,或在 100g 以上。临床体会到,急病宜量大,缓病宜量小,祛邪宜量大,扶正宜量小,回阳宜量大,温阳宜量小;夏季人外热而内寒用宜量大,冬天人外寒

而内热宜量小。其师曾曰：试观井水，夏凉而冬温，补阳散寒宜初量小而后量渐增大，回阳救逆宜初量大而渐量小。

王顺治其师毕氏曾云：附子不宜先煎，先煎则失其剽悍之性。查古人用附子未言其必先煎者，只要把握其用量，掌握其配伍之妙即可大胆使用。王顺治运用附子，凡小量至中量者，以常法煎服则可，如大量用之，则只须头煎沸起1小时以上，并与二煎混合后用，分而服之即可，从未出现过中毒现象。从临床观察发现，凡大量使用附子，以饭后1小时服药为宜，不宜空腹服用，空腹服用副作用易显，医者意也，运用之妙，存乎一心，真正用之得心应手，还需多多实践。

（四）去麻问题

关于附子去麻的问题，上面讲的非常多，并且大都认为去麻味是减轻附子中毒的重要体验。但是，这里面有一个明显的问题，就是去麻是尝煮熟后的附子，还是尝煮好附子后的药液。

关于去麻的说法，在研究火神派诸家医案时我们发现，虽然这样事关附子的毒性问题，大多公认这是鉴别附子煎煮后，是否还有毒性一个很好的方法，但仔细研究这些医家的说法之时，从中会发现一些矛盾的问题。如尝附子煎煮后是否有麻味，像吴佩衡先生尝的是附片，而且口尝半个小时内，如果不麻口，再加余药继续煎煮10~20分钟即可服用。但其嫡孙吴荣祖老中医，却是说得含糊不清，他说用筷子压附片，如果“面了”，尝尝筷子上附片及药液之味道，这里面即有附片，也有药液。

与此相同的是，王子泉先生也认为，尝的是附片，即煎煮好后取出附片少许，放在嘴里嚼细，待10分钟后，如果感觉不麻口，就可加入其他药物同煮了，否则再煎，直到不麻口为止。公认口尝有麻味是有毒的表现，因为炮制后的附片在入药之前，都注明有麻味，说明麻味的确是其毒性的表现。

但是，笔者认为口尝的应该是药液，即煎煮好的药液汁，而不应该是附片，原因是我们要服的是药液，而不是附片、药液一块儿

吃。因此,应该尝的是附子煎煮好的药液,并且是服药本人口尝,其他的人尝则无用,这是因为有个体的差异性。与此同时,若附子与干姜、炙甘草同煎煮后再尝,这种口麻味道已经混杂了,已经没有实际的价值与意义,应当避免为好。

为了确认附子到底煎煮多长时间好,而且是否有麻味,笔者曾经从 30g、45g、60g 附子煎煮,分别在煮 30 分钟、60 分钟、2 小时后,分别尝附片、药液,并没有发现什么麻味;但是有 1 次,煎好全部药液(与他药煎好后)喝了以后,舌有麻味,过了一会儿就慢慢消失了,笔者认为这可能是姜的味道,并非是附子的麻味。

上海邢斌也进行了这样的体验:第 1 次,单味附子 10g,煎煮 10 分钟尝 1 勺,味苦,继续煎煮 20 分钟,再尝仍是苦味,当时没有麻、辣的口味,之后也没有出现口麻的感觉;第 2 次用附子、干姜、炙甘草各 10g,一起煎煮,煎煮 10 分钟,尝 1 勺,又辣又甜带点苦,特别是吞咽的时候感觉辣,继续煎煮 20 分钟,再尝还是那样的感觉,辣的感觉要持续一阵才消失;第 3 次、第 4 次,分别用单味附子 100g、200g,煎煮 20 分钟,尝 1 勺(这两次由于水放的少,煎煮后药汁就少,大约 3~4 勺,所以比较浓),味苦,尝时没有麻、辣的口味,之后也没有出现口麻的感觉。

他的这种口味认识基本类似于笔者的体验,即单煎附子后尝药液,未感觉到什么麻辣的口味,而附子、干姜、炙甘草同煎煮之时,倒是有明显的口中麻辣味,这与干姜的味道是否直接相关,值得进一步的考证。

五、附子的合理应用

(一) 概论

附子在临床中应用广泛,用之得当,效果卓著。但也不可滥用附子,因附子毕竟是辛热有毒之品,用之当掌握其阳虚证的适应证,即辨证为前提的原则。

曾有人统计过某名医一段时间的处方,无一方不用附子,无一人不用附子;还有人撰文认为说什么方药里都可加附子,就像做菜放味精提鲜一样;还有的认为附子就像激素一样,什么病都可以用上一点儿。这些观点都违背了辨证论治的精神,都是欠妥的。特别是互联网等多种媒体的传播,加上某些或有意或无意的渲染,“火神派”的火似乎已经偏离了原来的学术思想,少数似懂非懂、浅尝辄止的医生,将“火神”的这把“火”与附子应用直接画上了等号,这种不分虚实寒热、阳虚、阴虚的做法,都严重地偏离了郑钦安的思想本意。

一个真正的学者,是在学好郑钦安医学三书的前提下,把握好阳虚、阴虚证的辨证原则,并且能借鉴当代诸多火神派医家具体经验,依据辨证论治的原则,当热则热,当寒则寒,在分辨阴阳辨证思想的指导下,“功夫全在阴阳上打算耳”(郑钦安),善于抓住阳虚证的本质,应用好扶阳学说理论,而后充分发挥附子的独特作用,而不能把“火神”之“火”看作一种时尚流行。

有人认为,火神派源于四川一带,这与其当地特殊的地理环境有密切的关系。四川盆地属湿润亚热带季风气候,具有冬暖、春早、夏热、秋雨的特点,与中国同纬度的长江中下游地区比较,1月平均温度一般都高出 3°C 以上,最低温度一般高出 10°C 以上,造成盆地湿气重、雾多、日照少的气候特色。成都一年中阴雨天多达

250~300天,形成了阴雨多、阳光少的气候特点。正是这种湿热的气候特征,形成了四川人独特的饮食习惯,川菜都以麻辣味为特点,全国闻名,而四川人将附子当菜吃,也就意味着附子在四川人身上有着或多或少的耐受性,但是其他地区有多少人能耐受如此剂量的附子就很难说了。

这种观点似乎有一定的道理,但笔者认为也并非完全正确。原因是:郑钦安之亲传弟子卢铸之先生,在郑氏去世之后遵师命,曾3年多时间游遍中国的20多个省,去观察火神派理论是否能在全国合理应用,结果考察后认为,扶阳学说适用于全国各地。而出川到沪的祝味菊先生,在上海应用附子可形成一个特色学派,足以证明火神派的应用依据是中医阴阳辨证理论,并非单纯与地区环境相一致。看近代名医医案,我们可以发现,应用大剂量附子的医家,全国各地尽有,并非云贵川一带独有,这些人是否遥传或私淑郑钦安扶阳理念,我们无法从中得知,但源于《伤寒论》这样一个基点,都是共同的理论依据。

吴生元教授认为,附子是一味辛温助阳药。既然是温热药性,具有温中扶阳、散寒除湿止痛之功用,临床上必然针对寒性、湿性的疾病;既是扶阳、助阳药物,必然针对阳虚、亡阳等证候。因而临床应用指征不外是阳虚和阴寒两类证型。

吴生元教授认为,附子所治的阳虚证,可以这样认为:是人体内脏功能衰退,代谢低下,抗病及防御致病因素能力减弱,对外界环境适应性降低以及神经系统活动过程处于抑制占优势的状态;阴寒证则由于阳气虚弱,导致人体对内外环境寒冷因素的不适应性,表现以一种“产热不足”为病理基础的一系列变化过程。阳虚与阴寒两者往往是互有关联的,有时则是互为因果。在临床上阳虚与阴寒有其一定的脉证表现,有如面色淡白无华或夹青色,少气无力,倦怠无神,动则心慌心跳,自汗,力不从心,食少便溏,溺清,易感风寒,或见形寒怕冷,恶寒蜷卧,手足厥逆,喜暖向阳,多重衣被,畏食酸冷,寒甚则慄,口润不渴,或渴喜热饮不多,舌淡(或兼夹

青色)苍白浮滑腻不燥,脉多见沉、迟、细、弱、虚、紧等象。这些都是临床应用附子的适应证。附子除强心及性腺和肾上腺效应外,还能起到促进体内代谢的恢复,振奋神经功能,提高内脏的生理功能活动,提高机体的免疫能力,促进机体因各种原因所造成的“产热不足”所导致的虚寒证候的恢复,从而提高人体的抗病能力和对外界环境的适应能力(应激能力)。

三七生先生认为,大多数情况下,附子用量是需要逐步累加的(王正龙先生提及的服用回阳药物至唇舌发麻也是附子的一个有效量指征)。目前在临证时,三七生正在寻找附子体质患者出现的症状,以及个体因素有哪些可以作为附子不同剂量的指征,使附子有效量的不同剂量能有个大概的区别,即大、中、小剂量,以便在初诊时有个不同的选择,不至于在较长时间的治疗过程中逐渐累加后才发现附子的有效量,这不仅对药材是个浪费,对于患者治疗的疗程也会延长。有效量证与有效量的明确,对于急重病患者显得尤为重要,这点从吴佩衡和范中林的医案中也可初见端倪。关于附子的证量效关系还有很多内容可以深入研究。事实上,这种关系三七生是在其他药物的应用上积累了一些经验后,将之转用于附子的,但有待于临证经验的不断累积。目前他认为郑钦安所提出的辨认阳虚一切证法中的内容太过于典型,或者说是阳虚重症才可见到,事实上很多平人也是适用于附子剂或四逆剂,王正龙甚至将之当作保健品来看待,他的初步体验认为是有一定道理的。所以附子剂或四逆剂如何拓展其适应证和如何未病(此“病”既可以是西医的理化检查有阳性,但患者本人无明显不适症状,也可以是以上二者均正常,但按中医四诊所得非平人者)先防,是一个很值得关注的问题。

(二) 服药须知

附子不仅是治疗三阴重证疗效显著,与此同时,患者在服用附子以后,身体会出现不同程度药效反应,用郑钦安的话讲就是:“阳药运行,阴邪化去。”就是这个问题,对一个优秀的火神派医家,是

一个必须潜心体验与感悟的过程。同时我们还是好好地理解一番郑钦安的服药须知吧。在《医法圆通·服药须知》中，郑钦安说到：

“大凡阳虚阴盛之人，满身纯阴，虽现一切证形，如气喘气短，痰多咳嗽，不食嗜卧，面白唇青，午后夜间发热，咽痛，腹痛泄泻，无故目赤、牙疼，腰痛膝冷，足软手弱，声低息微，脉时大时劲，或浮或空，或沉或细，种种不一。皆宜扶阳，驱逐阴邪，阳旺阴消，邪尽正复，方可用扶阳之品。

但初服辛温，有胸中烦躁者，有昏死一二时者，有鼻血出者，有满口起泡者，有喉干喉痛目赤者。此是阳药运行，阴邪化去，从上窍而出也，以不思冷水吃为准，即吃一二口冷水皆无妨。

服辛温四五剂，或七八剂，忽咳嗽痰多，日夜不辍，此是肺胃之阴邪，从上出也，切不可清润。服辛温十余剂后，忽然周身面目浮肿，或发现斑点，痛痒异常，或汗出，此是阳药运行，阴邪化去，从七窍而出也，以饮食渐加为准。

服辛温十余剂，或二十余剂，或腹痛泄泻，此是阳药运行，阴邪化去，从下窍而出也。但人必困倦数日，饮食懒餐，三五日自己。其中尚有辛温回阳，而周身反见大痛大热者，阴陷于内，得阳运而外解也，半日即愈。

凡服此等热药，总要服至周身腹中发热难安时，然后与以一剂滋阴，此乃全身阴邪化去，真阳已复，即与以一剂滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，而阳有所依，自然互根相济，而体健身轻矣。虽然邪之情形，万变莫测，以上所论，不过略陈大意耳，学者须知。”

这种情况，是火神派医家及学习者，必须所要面对的首要问题。唐步祺认为：“这是业医者除用药治病外的另一种功夫，颇为重要。”过了这样的门坎儿，我们才有可能对火神派会有更多的了解与信任。

（三）各家经验

火神派医家发现服用附子后的反应，大大地丰富了郑钦安所说的内容。

1. 唐步祺经验 他认为阳虚阴盛之患者,服热药的剂数与反应,郑钦安将其独特的经验总结出来,为医者及病者增加服药信心。

谈到服药一二剂、七八剂、十余剂、二十余剂后,所现烦躁、昏死、鼻血、口泡、喉干、喉痛、目赤、咳嗽痰多、面目浮肿、发斑、痛痒、腹痛泄泻、困倦、不食、大痛、大热等,都是阳药运行,化去阴邪,从上窍、从肺胃、从皮肤、从下窍而外解,只要不思水饮,或饮食渐加,即不可停药,改服寒凉、消润。必待服至周身腹中发热难安时,然后予一剂滋阴,以敛其所复之阳,而后病愈体健。这确是他书没有谈到的重要经验,唐步祺临证深有体会,确信其真。

病者服辛温一二剂,有流鼻血者,有喉干喉痛者,有口内起泡,口腔溃烂者,病者及其家属多认为是辛热太过所致,当即向其解释,如系热甚火大,何以不思冷饮以自救,明是阳药化尽,阴邪从上而出,继服药将好转。病者亦遂相信,安心服热药,不久即收功。

更有多服几剂热药而咳嗽痰多,日夜不辍者,乃肺胃之阴邪,因阳药运化而上出。亦有痰饮病服热药数剂,反觉胸中满闷不舒,有痰黏在喉中,甚至干咳无痰,此为阳药将凝聚之寒湿痰蒸化,病将因此而解之兆。

更有服热药数剂或十数剂,而周身面目浮肿或发斑者,此为阳药荡去,阴邪从毛窍而出。至于多服热药而腹痛泄泻者,大多系泡沫状,遇咳嗽即减轻,并未用攻下药品如大黄、芒硝等而腹痛泄泻,自然是阳药涤去腹中凝聚渣滓从大便而出。

此诸种情况,唐步祺都曾亲身见过,即以郑钦安所说,一一向病者及其家属善为解释,以坚定其信心,因而治愈者不少。这是业医者除用药治病外的另一种功夫,颇为重要。

郑钦安还提到阳药服至通身发热,阳已大复之后,即予一剂滋阴之品,以敛其所复之阳,阳得阴敛,而阳有所依,自然互根相济,而诸症自愈。亦系重要经验,唐步祺每用黄连阿胶汤,获得满意效果。

2. 卢崇汉经验 卢崇汉认为,很多患者在刚开始服用辛温扶阳药物的时候,可能会出现口干、舌燥的情况。这种反应不同于西药的副反应,它或者是阶段性的,比如口干、舌燥的问题,开始用附子,可能口干、舌燥,但是继续再用,也许就津液满口了。为什么呢?因为阳气起来了,能够蒸腾津液了。或者在量上作一个调整,它的口干、舌燥也会消失。

所以,针对用附子或其他辛温药应用过程中所出现的某些不适,我们心中一定要有定见,一定要有理论的高度,只有具备了这些,我们才不至于稍遇不对就行退让,从而错过临床上的良好时机。当然,对这些问题大家也不要太着急,每个人在行医的过程中都会遇到,都会有彷徨的时候,但是只要通过努力,这些坎儿都可以迈过去。

还有一个就是用大剂量辛温扶阳药和小剂量辛温扶阳药的问题,是否量小就不会出问题,量大就会出问题呢?他认为任何事情都不绝对的。举个例子,大的石头甩出去往往只有一个落脚点,小的石头甩出去落脚点就多了。就像打水漂一样,大的石头丢出去,咚的一下就沉到水底了,小的呢?小的就可以打起很多的水漂。这是最简单的道理,大家应该能够非常明白。

3. 吴荣祖经验 吴荣祖认为用阳药出现的祛病表现是:汗、吐、下。当你用四逆汤一类的阳药,患者本来就是一个寒体,阴霾很盛,用药后患者开始吐了,一会儿开始泻了,这时候很紧张,西医就说马上停药,这应该补液,维持体内液体平衡,各方面都要考虑。

其实吴荣祖认为,看这个病要观察重点,第一个是患者吐之了后,精神怎么样?第二个患者的食欲怎么样?第三个脉象的根有没有?把握这三点就心中有数了,这是祛病的治疗,再吃就没有了这些症状。还有痛证,吃了附子方以后,全身都痛,好啊,祛邪反应啊!如果吃药后毫无反应,状若温开水就没有意思,也不会有多大疗效。所以吴荣祖应用乌头煎的时候,患者说疼,他就说好,再吃,疼了两天,就没事了。这种排病反应,吴荣祖认为应叫正复邪退更

为合理。所以当排病反应出现的时候,或者是在排毒的时候,我们用治本温阳的方法,出现出汗也好、吐也好、泻也好,不能慌,不能乱了自己的方寸,要学会把握、学会观察。在排病的时候,排除邪气要从哪三个通道走呢?汗、吐、下,吃了药能吐,吃了药能拉,吃了药要汗,这是中医治病驱邪的主要道路。就像天寒地冻的北极,夏天阳光一照,冰雪消融了一样。对于阴寒重证,我们用温阳药治疗之后,阴霾四散,病邪消退,正气渐复,人的生机就有了,脉现平和、舌现有神、食欲增加、睡眠改善,这些都是出现生机的表现,所以要正确看待排病反应。

用药如用兵,治病就像战争,战争就是要有炮声,有枪声,胜负才能够决定,所以别想平平安安什么也没有,病就好了,有,小病可以,但大病就没有这么简单了。

4. 范中林经验 范中林善于应用附子,对服用附子药后的反应积累了丰富的经验。如他使用大剂附子,有时患者出现皮疹等反应,则暂时停用附子,改为他药,待皮疹消退后,再用附子,此时则采用间隔用药法,即服四五剂,停用几天再服,间断服药,既要治病,又要避免蓄积中毒。

附子略煎之法,显示出了范中林对附子药性的熟谙应用,并且在服药之前就告诫患者,“病重药轻,熟附久煎,难奏其功。遂令将上方加倍重用附子,改久煎制附片为略煎(煮沸 20 分钟后即下群药)。嘱其尽量多服,若身麻,甚则失去知觉,不必惊骇,任其自行恢复”。患者服药半小时后,忽然倒下,很快清醒,除全身发麻外,无明显不适。起身后,又倒在地上,口中流出不少清涎黏液。数小时后,逐渐恢复常态。间隔数日,依上法又重复一次。从此,多年剧痛明显减轻。

他在总结中说:“必须指出,阳虚阴盛之人,初服辛温大热之品,常有心中烦躁,鼻出血,喉干,目涩或赤,咳嗽痰多,面目及周身浮肿,或腹痛泄泻,或更加困倦等,此并非药误,而是阳药运行,阴去阳升,邪消正长,从阴出阳之佳兆,服药后比较理想的反应,是周

身暖和,舌质和面色均现红润。此时即可用少量滋阴之品,以敛其所复之阳,阳得阴敛,则阳有所依,自然阴阳互根,邪去正安。”因而,对久病阳虚阴盛病证,用大剂姜附取得显效后,善后之策,范中林一般是加入人参、枸杞、虫草等阴药,以求阴阳平衡,或者以丸药剂缓图收功,体现了郑钦安阳得之际,滋阴善后的观点。

5. 庄严经验 庄严认为,如果既能预见到服药后出现的反应,事先告知患者及家属,又能在疾病演变过程中,采取及时必要的措施,则可以让疾病的转化沿着既定的轨迹发展。

胃肠道反应是庄严在用姜附剂的过程中最常见的排病反应,几乎每个患者都会出现,具有普遍性。原则上每个三阴病患者都要在服药后出现胃肠道反应才视为有效,而非患者的主诉症状缓解。如少阴寒化证的发热患者,服用四逆汤,有的是先热退才出现腹泻,有的是先出现腹泻才发热骤除或渐退。腹泻不一定必是稀水样便,最起码是溏便味臭,或大便次数增多,或大便黏滞色褐。大多数患者有必要服至口干有津液上承,才是真正意义上改方或停药指征。因此,他认为胃肠道以腹泻最常见,也是最佳排病途径。

此胃肠道反应是广义,非仅指腹泻、腹痛、呕吐等。对于虚寒证,或是大便次数增多,或是大便稍溏,或是矢气,或是大便规律改变,或是胃内泛酸都算在内。寒重已结冰的虚寒患者,服用阳药先是冰化成水,所以有的还会出现下肢水肿。

庄严曾作了一个形象的比喻:人是一个小天地,就病态来说,姜附体质内寒重体实,犹如大地上有冰雪覆盖。应用姜附剂的阳药就好比是太阳,使冰雪消融,地气上为云,水汽源源不断地向上汇集积成云,然后变成雷雨云(腹胀、头晕目眩、恶心欲吐、痰多、口涎增多等)。如果上空还有其他的云层,两相积聚,于是就有了电闪雷鸣(矢气频频、腹中雷鸣、暖气呃逆等),最后是雨的阵临(腹泻)。雨后的天空湛蓝(神清目明气爽),空气清新(身轻、口中有津液上承)。

正确解读排病反应,庄严认为除腹泻之外,汗出作为排病反应出现是连绵不断的热汗;咳嗽作为排病反应证出现时,持续时间长短难料,症状因人而异;痛证作为排病反应出现时,必是虽痛但可以忍受,或是痛但可入睡,也可痛醒,醒后再入睡。其他的,如旧病复发,可以是近1~2个月的旧病,也可能是20~30年前的旧病,他所经历的是,最长久的旧病复发50多岁的患者,服用四逆汤将30年前被铁器砸伤左手大鱼际的老伤重新发出来,红肿热痛。

6. 王正龙经验 王正龙认为,服用回阳救逆的药物(如四逆汤、通脉四逆汤、白通汤、参附汤、姜附汤、术附汤、附子汤、附子理中汤、麻黄附子细辛汤等)后,可能会出现的情况主要有以下9个方面:

——忽然胸中烦躁不安,看谁都不顺眼,甚至张目喘促不眠,类似实火。极个别患者会因起身过猛而出现昏迷的情况(曾有低血压者行动要缓慢);或出鼻血;或舌尖嘴唇上火起泡;或喉咙干痛;或眼睛干燥红痛(清晨眼屎很多);或耳内疼痛;或面部发红发热;或体表发麻(属于血脉末梢被疏通的表现,一般2~3天就会消失)。

——忽然干咳或痰多,日夜不停,像患肺结核一样;有时忽然眼睑、面部、小腿和脚面局部浮肿,乃至全身浮肿,甚至会有排尿困难的情况;或者全身出汗;或者全身及面部出现片片红斑或丘疹,可能异常痛痒。

——忽然腹中异常疼痛,放屁拉稀或水泻以后,痛感就会消除(有人在1天中会泻5~10次,可能会泻10多天,但与痢疾不同,不会有疲劳感);或出现不爱吃饭,或恶心呕吐的现象;或腰部酸痛如折;或浑身酸懒无力,特别困,总想睡觉(会睡得很香);或一段时间内出现健忘脱发;若有生殖系统疾病,龟头或阴蒂会有灼痛感;或在屁股、面部等处生长出大疙瘩。出现这些情况后只需继续服药,一般半个月便会消失。

——忽然大量地流鼻涕、鼻塞、打喷嚏,极像感冒,此时可继续

服药或改服大剂白通汤,以增强疗效;如果发热 38°C 左右,一般24小时或3天就会退热(一般只是上半身温度较高),此时可服用麻黄附子细辛汤退热。

——忽然周身肌肉、骨节酸痛难忍;或头痛难忍,但有后头痛、偏头痛、头顶痛,前额痛的区别;或牙龈痛。

——妇女因寒邪过重而月经不调,或崩漏、或淋漓不止,服用此药后可能月经提前几天甚至十几天,次月就会正常;或停经1个月,停经时不必惊慌,次月即通;排血量可能会多于往常,但不会像往常那样疲倦;后几个月会排出大血块,或血中带脓;虚寒型不孕症患者可以因此而治愈;卵巢囊肿会发生轻微破裂出血,而后痊愈并恢复正常;甚至还会出现尿血、尿道炎和阴道炎等症状,属于寒邪外出时的表现。

——不论有无便秘的患者,服用阳药后,有的暂时会不排便,但不会有憋胀感,继续服药,五、六天即通,便秘即可彻底痊愈。还有许多患者的经脉穴位,会出现跳动,或轻微的疼痛,或出现几天口渴的症状。

——患高血压的患者服药后,血压会暂时升高,继而开始降低,适时应调整用药;糖尿病患者的尿糖、血糖值也会暂时升高,尿中的泡沫会增多,指标较高的患者最好接受重灸治疗,方能治愈。

——如果患者曾经患有胆囊炎或阑尾炎等,一般都会复发;曾患有痔疮的也会发作,而且会由内痔变为外痔,只需继续服药,一般半个月即可治愈。

王正龙临床发现,曾经患过的疾病基本上都可能复发1~2次。虽说复发,感受却都不会比以前犯病时强烈。以上情况都是药物的作用使真阳发动,脏腑经脉里的寒邪将要被逐出的表现。以上这些情况出现时,应继续服药,一定不要急于去医院治疗,因为医院一定会让患者服用清热消炎激素类的药物,会将寒邪敛回体内,或被西医将器官切除,后悔莫及。

以上所列数条情况,只是服用回阳药物可能出现的情况,不一

定每种情况都会出现,因患者的病情不同,可能还会出现其他情况,在此不可能一一列举,而且每位患者的表现都不相同,但不论出现什么情况,只要患者的脉象属于沉、弦、伏、细等阴盛阳虚的脉象,就属于正常情况,不属于诊断失误、附子中毒或药物过敏。

7. 翁銮坤经验 翁銮坤认为附子的退病反应,有三个方面:

(1)缓症反应:即缓解消除症状的反应。服用附子后,真阳得复,阳气得充,阴霾消退,临床症状得以缓解消除。这是临床上常见的退病反应。临床上若出现缓症反应,患者的临床症状会得到好转,如四肢变暖,胃纳好转,大便得实,精神好转等。患者会因症状的好转而坚持服药,医者亦因看到疗效而坚持用药,这样一来,患者阳虚的体质往往会得到改善或逆转。缓症反应是临床上常见的用药反应,不仅是对于附子,对于其他药物亦然。缓症反应的出现,是医者及患者乐于见到的现象,在临床中容易辨别。

(2)正性反应:即在服用附子等回阳药物时,由于病重药轻;或阳气恢复,正邪胶着,交争剧烈;或阳气得复,寒邪阴霾外透于表而另走他经,而出现症状的反复或出现他经的症状,甚至出现类似中毒的反应。

胃肠道反应:据翁銮坤观察,对于服用姜附后出现的正性反应作用,大多数患者为胃肠道反应。此反应可剧可缓,持续的时间可长可短,具体的症状差别亦是很大。或是腹中肠鸣,或是胃中泛酸,或是频频矢气,或是大便溏薄,或是呈稀水样便,或是呕吐等。因服用附子后,阳气得复,真火得充,“真火生脾土”,母脏既健,子脏在母脏的煦养下,功能得到了恢复,故脾土得火助而健运,奋力抗邪外出。再者脾土乃心肾交通之要道,水火协调之媒。服用附子后,命门火(龙火)得养而旺,火遇土而伏,脾土得温煦而健,心肾得中气斡旋而交,君火得旺,“君火生凡土(胃土)”,脾胃俱得温养而健,驱邪于外,胃肠道功能恢复,故可出现胃肠道的排邪反应,即正性反应作用。正因为中土乃心肾交通的要道和枢纽,所以待出现胃肠道的正性反应作用时,也标志着寒阴之邪得祛,心肾相交之

道得到疏通。对于初诊时没有胃肠道症状的姜附体质患者,出现胃肠道的正性反应作用时,则预示着其后的治疗进入坦途。

他经反应:即服用附子等回阳药物后,阳气来复,邪气得以溃退,疾病从阴转阳,从三阴证向三阳证转变,而出现阳经的症状。关于他经反应出现的论述,仲景在《伤寒论》中述之已详。他经反应的出现是正气来复,疾病由深转浅的迹象。对于医者而言比较容易用它来辨别疾病的趋势及预后。但临床上出现他经反应的情况比出现胃肠道反应的情况少,故医者亦必须掌握他经反应出现的意义。

中毒反应:是指在服用附子类药物出现类似中毒的反应,像口舌麻木、昏睡嗜睡等。中毒反应在临床上是最难令患者接受的,最易令医者迷惑的反应,加之在临床上见之甚少,故知者甚少。其实关于服用附子类药物会出现中毒样排病反应,仲景在《金匱要略》中已有论述,如乌头桂枝汤的服法中云:“其知者,如醉状,得吐者,为中病。”即服用乌头、附子类药物后,出现如醉状或呕吐,是药已中病的现象。但并非人人如此,而且要与中毒相鉴别。

(3)正性反应作用与有效量的关系:附子的应用在临证时最为关键的是在于体质的识别。郑钦安在其医书中所列的辨认阳虚一切症法中的症状,翁銓坤认为这是对姜附体质识别的要证。在决定用附子前,对患者体质的识别应慎之又慎。确定了体质后,具体方证的确定相对要容易些:一是根据六经辨证;二是脏腑及气血辨证;三是方证和药证。在其后的治疗中最重要的是确定附子的有效量,而有效量的确定离不开有效量证的出现,即正性反应作用的出现。在临床上附子有效量的确定是一件十分困惑的事情,因为附子的有效量不是一成不变,而是随着病情的变化而作相应的调整。所以大多数情况下,附子的量是需要逐步累加的。翁銓坤认为在临证时,寻找附子体质患者在服药时出现的症状和个体因素,有哪些可以作为附子不同有效量的指征是极其有意义的。仲景提出的服用乌头类药物至唇舌发麻,或如醉状,呕吐也是附子的一个

有效量指征。有效量证与有效量的明确,对于急重病患者显得尤为重要,这点从吴佩衡和范中林的医案中也可初见端倪。其实关于附子的证量效关系,还有很多内容可以深入研究。这有待于临床医家临证经验的积累与总结。

8. 张存悌经验 张存悌认为,要知道未服阳药之前机体无力抗邪,故无反应。服用阳药后,阳气振奋,兴起抗邪,正邪交争,尖锐对立,故有看似异常,实则正常的剧烈反应,切不可为这些反应所迷惑而中断治疗,或改投清凉,误入歧途。初用附子者,必须要过这一关。这个问题不解决,你就不会用附子。

9. 杨洪涛经验

(1)有效指征:四末发凉、腰膝冷痛、出汗、夜尿频多、腹泻等阳虚症状得到改善甚至消失。其中最主要是舌脉的改变。舌淡胖质嫩、苔薄白或白腻或水滑渐转为正常舌象,双尺脉逐渐有力。

(2)远期疗效:一是改善了患者体质,阳虚体质得到改善,增强了抗病能力,提高了生活质量。二是疾病的复发率明显降低。

(3)腹泻的处理:患者素有寒湿之邪困郁体内,郁阻阳气,阳气无力抗争则不表现腹泻。使用附子后振奋了机体的阳气,阳气鼓动与寒湿之邪抗争于胃肠,则出现腹泻。故腹泻是附子鼓动阳气驱寒湿之邪外出的表现。患者服用一段时间附子后腹泻好转,说明体内寒湿之邪得以驱除,其阳虚症状也有改善。

10. 王章经验 王章认为,服附子类温热方药后,患者机体阳气复炽,正气复旺,正邪相争,阴寒之邪冰释,并被机体祛除。此时,机体可能出现各种反应,如突然烦躁、暂时昏厥、发热、流鼻血、鼻涕、口泡、咽干、咽痛、目赤、咳嗽痰多、面目浮肿、皮肤发斑、腹痛、腹泻日行数至十数次、困倦、不食、呕吐、肌肉关节疼痛、经色异常,有些旧疾(如胆囊炎、阑尾炎、痔疮等)复发一次等。

这是药物祛病,疾病将向好的方面转变的佳象。治疗前要向患者交代清楚,消除患者的疑虑,帮助患者树立信心,坚持服药,这些反应将自行消失,疾病将会转愈。

11. 三七生经验 “药不眩瞑，厥疾不瘥”，这是古书上的话。他就举了例子来说明排病法，就是受这句话启发。患者吃完这个药后，被人拿门板抬来了，说人吃完药就死了。一般眩瞑顶多就是人站不起来，即使昏了，一摸脉没事，挺好，休息一会儿之后，这个人几十年的头痛，其病若失。但如果是当成一个中毒反应去抢救的话，又是洗胃，又是灌肠，这个病就又回来了。回来之后还可能说是抢救及时，没死。有很多眩瞑反应，用药后的退病反应，有可能是这样的，实际是一个好转，但当没有好起来的时候，你又从中间给破坏了，破坏还以为是有功了，实际上还是把这个病给耽误了，而且还造成一个错误的假象，就是患者被这个药弄坏了，又被他给救回来了。如果没有经验的话，可能以为是坏了，但实际上是眩瞑到极致的时候，甚至人昏厥了，但人醒过来时已经是拨乱反正了。

对于大多数适用于附子剂治疗的患者，目前他的初步经验是，附子的有效量证是胃肠道反应，也就是首先出现胃肠道反应。此反应可剧可缓，持续时间可长可短，具体的症状差别也是很大，但不外乎或是腹中肠鸣，或是胃中泛酸，或是频频矢气，或是大便溏薄，或是呈现稀水样便，或是呕吐，或是腹中易饥，甚则腹部疼痛等。而且附子的有效量不是一成不变的，而是随着病情的变化而作相应的调整。

12. 余天泰经验 余天泰在临床工作中，尚发现有个别患者初次服用附子后，出现程度不同的唇舌麻木，甚或身麻头晕，视物昏花及乏力等反应，或可称之为首剂反应，不必惊慌。经云：“药不眩瞑，厥疾弗瘥。”这往往是药达病所，直中肯綮之良性反应。此其过后，或许就是症减病轻或向愈。余天泰曾亲身体验过数次，每每反应过后而周身通泰，精神体力倍增。附子此等反应，可能与体质、个体差异和机体的反应性及敏感性有关。

13. 杨涛经验 专业人士杨涛为了验证附子药效反应，下面是其详细服用附子后出现的反应：

(1)第1剂药吃后一段时间感觉口渴,喜饮水,这和以前不喜欢饮水,饮水后易困倦情况有很大差异。

(2)服药后有时出现嘴角上火现象,但大量饮水后症状消失。

(3)服药后经常出现腹泻现象,但无任何身体不适感,和以往腹泻后全身无力,精神不振有很大的差异,此为寒湿之气从大便排除的现象。

(4)服药前经常感觉腹胀,服药后矢气频频,味较臭,矢气后腹部闷胀感减轻。十几剂药后腹胀感基本消失。

(5)服药前每天晚餐后易困倦,服药后困倦感逐渐消失。

(6)服药前舌质较淡,服药后渐渐转红。

(7)2005年12月30日,服药后第2天出现右眼痛,晚上痛感减轻,这是药物在体内运行,气机开始鼓动,部分阴邪被化开,从上窍发出的具体表现。

(8)2006年8月28日,熟附子用到200g,初服药量的2/3,1小时后再服剩余的1/3,不久便陆续出现舌头发麻,手指发麻,牙齿部肌肉发麻,嘴唇部发麻,入睡后半夜醒来,全身麻木,汗出,大便1次,走路不稳如踩棉。晨起后舌头、牙齿部分、嘴唇仍然很麻木,语言不利,大便1次,稀,餐后麻木感渐渐消失。

(9)2006年8月29日,熟附子用到230g,初服药量一半,腹部发热,继而手指发麻,临睡前服另一半。夜间小便2次,并无全身麻木现象,走路仍不稳。晨起后大便1次,正常,洗刷时又感嘴唇发麻,双目难睁。10分钟后,不适感消失。

(10)2006年8月30日,熟附子用到280g,下午6点15分初服药量一半多,7点30分再服剩余药量。8点12分感觉舌头发麻,16分钟后,齿部发麻,又13分钟后,嘴唇、手指开始发麻,整个头部发麻,不仅是头皮,头内部也出现麻木感,走路不稳,9点左右上床休息,但入睡困难,感觉心跳非常明显,几分钟后,麻木感突然延伸到腹部,并且感觉强烈,阴器亦有麻木感,身体发热,全身汗出。坐起时麻木感觉更明显,呈阵发性,发作厉害时双目难睁,特

别困倦,但几分钟后稍觉清醒。直到12点多,麻木感才慢慢减轻,开始进入睡眠。从服药至睡前的3小时里,小便2次,如厕时走路不稳。起床后,麻木感基本消失,大便1次,稀,小便较臭。洗刷时嘴唇开始发麻,言语不流利,十多分钟后好转。午睡后大便1次,较正常。

(11)2006年8月31日,熟附子用到320g,晚上9点20分初服一半,10点30分再服另一半,半小时后感觉舌头发麻,后齿部、嘴唇发麻,感觉心跳明显,然后进入睡眠。早起大便1次,稍稀,此次洗刷后嘴唇未发麻。中午又大便1次,正常。

杨涛认为,以上情况大多是药物的作用使真阳发动,脏腑经络里的寒邪将要被逐出的表现。可见,服此类药物出现的反应非常多,患者有时会有较强的不适感,但是治疗效果亦非常显著。

14. 笔者经验 郑钦安在《医法圆通》服药须知中,详细地论述了凡服用附子方剂之后,常有“变动”者,用郑钦安的话讲,“此道最微,理实无穷,学者当须细心求之”。要知道这些变动,是“药与病相攻者,病与药相拒者”,属于正常的药物反应,“岂即谓药不对症乎”?当然,在已出现服附子剂后反应的情况下,继续使用附子类方剂,确实存在一定的风险。因此,弄清楚服用附子后的反应,判断其是正常的还是异常的反应,是药效还是药误,病情是进还是退,这无疑是对一个合格火神派学者的考验。而郑钦安对此类反应掌握的可谓是胸有成竹,已成定见,确实可贵。

郑钦安认为这些“阳药运行,阴邪化去”之反应,并非人人都出现,可能只出现在某些人当中,或是服附子之剂的某个阶段之中。至于哪些人容易出现这些反应,郑钦安并未指出,依据笔者的经验来看,出现“阳药运行,阴邪化去”之反应的患者,多半是久病难愈之人,或是重病难以用常法常量治愈的时候,多是一些病情深重,三阴寒证过重之人,才有可能出现这些反应。笔者临床长期系统的进行观察研究,发现部分患者服用附子30~60g以上之时,出现的反应有腹痛、腹泻、全身性皮炎、眼睛肿痛、口角起泡、咽喉肿痛、

疼痛加剧、咳嗽加重、鼻出血、小便灼热、呕吐痰饮、皮肤痛痒异常、局部或全身浮肿等症，这些反应随着据病进药或减停，均逐渐消失，并无大碍。

近治一慢性肾病老年患者，服药之后，其几十年会阴部反复发作之肿痛，逐渐出头而向外排出脓血性分泌物。笔者告诉她说，过去所生病的地方一定要慢慢发出来，随着全身情况的好转，肾病才会慢慢好起来。患者坚信不疑而守方继续用药治疗，果然不出所料，当天所出头之疮肿自动恢复如常。

笔者认为，阳虚阴盛之人，均是“冰冻三尺，非一日之寒”。既然辛热之品进腹，必然要融化阴寒凝聚之物，一定要出现体内的一些反应，如果没有反应反而证明药不敌邪，而只有在辛热之品融化阴凝之物的时候，才是临床起效的反应。

服用附子到什么程度是起效的标准呢？一般多认为视病情缓解、症状消退而定，难以确切地把握。在郑钦安多年的临床经验中，他在“服药须知”中提出了一个重要的判断原则，即：“阳旺阴消，邪尽正复，方可了扶阳之品。”他说：“凡服此等热药，总要服至周身、腹中发热难安时，然后与以一剂滋阴，此乃全身阴邪化去，真阳已复，即与以一剂滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，而阳有所依，自然互根互济，而体健身轻矣。”在这里，郑钦安提出了一个“阳旺阴消，邪尽正复”的原则，而判断这个标准的证候是“周身、腹中发热难安时”，这时才是附子起效的标准，此时才能停服药物。由此历代医家均谈附子回阳，但却没有一人指出附子起效时的反应，郑钦安可以说是天下第一人，且他说：“此道最微，理实无穷”，必须仔细推敲、精深感悟，方能识得真机。笔者近些年来屡用大剂量附子，在附子运用方面积累了不少的体验，确实感到郑钦安所说“理实无穷”，实在是至理也。

（四）附子无干姜不热

《证治要诀》云：“附子无干姜不热，得甘草则性缓，得桂则补命门。”那么附子与干姜的关系到底是怎样的呢？

附子最早载于《神农本草经》，书中云：“味辛，温。主风寒咳逆邪气；温中；金疮；破癥坚、积聚血瘕；寒湿痿躄；拘挛膝痛不能行步。”《名医别录》中云：“脚疼冷弱，腰脊风寒，心腹冷痛，霍乱转筋，下痢赤白，坚肌骨，强阴。又堕胎，为百药长。”《本草纲目》中说：“治三阴伤寒，阴毒寒疝，中寒中风，痰厥气厥，柔痉癰痲，小儿慢惊，风湿麻痺，肿满脚气，头风，肾厥头痛，暴泻脱阳，久痢脾泄，寒疝瘴气，久病呕逆，反胃噎膈，痲疽不敛，久漏冷疮。合葱涕，塞耳治聋。”《本草备要》指出：“补肾命火，逐风寒湿。”《医学启源》中说：“《主治秘要》云：其用有三：去脏腑沉寒一也；补助阳气不足二也；温暖脾胃三也。”对其性味，各家阐述略有不同，但总不离辛，热，有毒。《名医别录》中指出：“甘，大热，有大毒”。《本草正》云：“腌者大咸，性大热，有毒”等。现代医学研究，附子的主要成分是乌头碱、次乌头碱、和乌胺。

干姜，为姜科植物姜的干燥根茎。始载于《神农本草经》，书中云：“味辛，温。主胸满，咳逆上气；温中止血；出汗，逐风湿痹；肠澼下利。生者尤良，久服去臭气，通神明。”《名医别录》中说：“治寒冷腹面痛，中恶、霍乱、胀满，风邪诸毒，皮肤间结气，止唾血。”《唐本草》曰：“治风，下气，止血，宣诸络脉，微汗。”《药性论》中云：“治腰肾中疼冷，冷气，破血，去风，通四肢关节，开五脏六腑，去风毒冷痹，夜多小便。治嗽，主温中，霍乱不止，腹面痛，消胀满冷痢，治血闭。患者虚而冷，宜加用之。”《名医别录》云其性味：“大热，无毒。”《药性论》指出：“味苦辛。”现代研究其根茎含挥发油，其中有姜烯、水芹烯、茨烯、姜烯酮、姜辣素、姜酮、龙脑、姜醇、柠檬醛等。尚含树脂、淀粉。

综上所述可以看出，附子、干姜同为辛热之品。附子：回阳补火，散寒除湿。干姜：温中逐寒，回阳通脉。《神农本草经百种录》曰：“凡味厚之药主守，气厚之药主散。干姜气味俱厚，故散而能守。夫散不全散，守不全守，则旋转于经络脏腑之间，驱寒除湿，和血通气，所必然矣。故性虽猛峻，而不妨服食也。”附子独长于回阳救逆，止

痛力强,走而不守能通彻内外上下。干姜守而不走,温中回阳。二药配伍,相须并用,使回阳救逆,温中安寒的作用大增。故此而古人云:“温经用附子,无干姜不热。”《景岳全书·新方八阵·补略》中指出:“阳虚者,宜补而兼暖,桂、附、干姜之属是也。”由此可见,姜、附并用,则因两者同具辛热性味,能起协同作用而相得益彰,所谓相辅相成。

附子配干姜,《伤寒论》中附姜并用者,有干姜附子汤、四逆汤、通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汁汤、四逆加人参汤、白通汤、白通加猪胆汁汤、乌梅丸等方。《伤寒论》中云:“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。”“病发热头痛,脉反沉,若不差,身体疼痛,当救其里。四逆汤方。”“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。”“少阴病,下利脉微者,与白通汤。利不止,厥逆无脉,干呕者,白通加猪胆汁汤主之。服汤脉暴出者死,微续者生。”“恶寒,脉微而复利,利止亡血也,四逆加人参汤主之”等。

现代医学研究表明,附子与干姜配伍后乌头类生物碱的含量增高 36.40%,但加入甘草后含量又降低;附子与甘草配伍后乌头类生物碱的含量降低 28.68%,再加入干姜后含量又升高;而附子与甘草、干姜配伍后乌头碱的含量增加 17.54%。该研究结果为中医学所谓“附子无干姜不热,得甘草则缓”的理论提供了科学的依据。又如人参四逆汤中干姜的一些癸酮、癸烷能增强附子中的生物碱,以拮抗失血性休克、改善微循环,验证“附子无干姜不热”,甘草及其甘草酸可降解附子的双酯型二萜生物碱以“解附子毒”等。

附子与干姜相伍,可最大限度发挥其协同作用,同时干姜亦能制约附子的毒性,使其安全的发挥其治病作用。两者相得益彰,故此临床医家常说:“附子无干姜不热!”

附子:出自《神农本草经》,其性味辛、热。有毒。归心、肾、肝、脾经。以心经为主。其性走而不守,上助心阳以通脉;中补脾阳以

健运；下壮肾阳以益火；外固卫阳以散寒。

干姜：出自《神农本草经》，其性味辛、热。归脾、胃、心、肺经。以脾经为主。其性守而不走。

以上是我们比较了解的内容，在论述这些之前，我们可以回顾一下以下现象：小时候在农村，在大人烧火做饭以后的灶火余热中，一些小孩子就会把烧过的还有火星的灰在原处收集起来，把红薯放到火灰里，用火灰盖好，用不了多久红薯就烤好了。如果不把灰盖上，那么用不了多一会儿，原有的火星就全都灭了，红薯是烤不熟的。这是个什么道理呢！这个道理从一个侧面告诉我们……火得土掩，才能长久而旺盛的保持其热度和生命力！

现在我们再回过头来看这两味药，附子，回阳求逆，补火助阳，散寒止痛，一派“火”象。而这个火靠什么才能让其久炎不灭呢？靠的就是干姜这个“土”，干姜辛散性热，入脾胃经而驻中焦。《伤寒论》曰：“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……”其中甘草干姜汤为辛甘化阳，被后世喻为补益脾阳的基础方。《本经疏证》云：“姜以中夏发生，是感火气以动矣。故其性温。”中夏亦属土。故以干姜的“土”去盖附子的“火”，两者相合，怎能不使火的热度持久！《伤寒论》曰：“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。”以期急救回阳！又云：“病发热头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里。宜四逆汤。”“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”等，都在体现着附子与干姜的这一配伍用途！

（五）附子毒性的认识

现在大家最担心的就是附子的毒性，那么我们怎么来看待这个问题？毒是什么？我们怎么去认识这个毒？

1. 火神派名家的认识 卢崇汉教授关于附子毒性认识的解

释,可以使我们走出有关附子毒性认识的误区。他认为:

我们从《素问·异法方宜论》可以看到:“故毒药者,亦从西方来。”为什么毒药从西方来?以毒药多辛味也。我们看一看有毒的药,它们的味多数为辛味,这就知道《内经》讲“从西方来”是讲的这个因素,而不一定是地域上的西方。附子辛热,半夏辛平,吴萸也是辛味,包括最厉害的砒霜,也是辛热。也就是说多数有毒的药,味都是辛。再看《周礼·天官》曰:“掌医之政令,聚毒药以供医事。”古时候的医师是做什么事的呢?是聚毒药以供医事的。这说明古人对药的毒性问题是有明确认识的。老百姓也讲是药三分毒。所以我们不要光盯着附子,我们所用的都是毒药,用得好就治病,用不好就害人,没有中间的路可走。另外,《周易》在师卦里面讲“以此毒天下而民从之”。对这个“毒”我们就要活看了,这个“毒”不是毒药的毒,而是另外一个“毒”,是督导的“督”。

为什么附子能够引补气药入十二经,追复失散的元阳;又能够与补血药修补真阴;又能够与发散药驱除腠理的寒;又能够与温热药温补下元等等,这些都与它的“毒”性相关。

我们再看陈修园著的《神农本草经读》,他谈到:“凡物性之偏处则毒,偏而至无可加处则大毒。”这句话可谓画龙点睛之句,物性的偏寒、偏温、偏热、偏凉,这叫毒。偏得小的是小毒,偏至无可加处是大毒。由此我们也就知道,为什么附子是回阳的第一品药,为什么附子是救命的第一要药,就是因为它有大毒,因为它偏到了无可加处。

大家可以思考一下生命的问题,健康与疾病的问题,对于一个人来说,从健康到疾病是一种偏,而从生到死,是不是一种无可加处的大偏呢?人在将死的时候,再偏一步,再向前走一步就是鬼门关了。所以生死是人生最大的偏。人从正常的生到接近死的状态,可谓是偏到极处了,怎么样把这个偏到极处的状态拉回来?也就是怎么样“起死回生”呢?唯一的方法是用一个同样具有极偏之性的,但是方向相反的东西,只有这样才有可能将这个极偏的状态

拉回到正常的生命状态。这种生命状态,《内经》就称之为“平”。所以《内经》治病讲究“以平为期”。治疗好不好,痊愈没有,怎么断定呢?就看它平不平。由此可见,附子的这个偏性,这个毒,正是它救命回阳之所在。为什么大米回不了阳?大米它不偏,它平。为什么茯苓没有这个作用呢?茯苓也是甘平。所以对附子的毒性我们要很好地加以应用。我们用附子,用在什么地方,目的是什么,要搞清楚。有时候就是要用它的偏性,比如寒证就是一个偏,就必须要用热药,这个是必须认识的。我们这样认识附子的毒性以后,对附子的应用,也就不会心存疑惑,或者心存恐惧了。我们曾谈到附子的炮制,现在附子的炮制非常令人沮丧,已经不像过去那样用蒸法,蒸是不跟水接触,它就不会水解。现在附子的炮制是直接用水煮,它已经煮过几道了,才成为我们见到的附子,所以附子的偏性、附子的功效实际上已经大打折扣了,它的“毒性”已经很小了。

2. 正确认识其毒性 “是药三分毒”是对中药毒性的一种比较科学和客观的表述。“药”是治病的物质,“毒”是药物的属性之一,所以古人亦将药物称为“毒药”。附子历来被认为属大辛、大热、有毒之品,具有回阳救逆、补火助阳、散寒止痛之功效,然而中医药界对附子毒性问题的认识却一直存在争议。因此,我们有必要对附子的毒性进行客观、公正地分析。

凡是药物均有一定的药理活性,用之得当,可以调偏扶正,产生治疗作用;用之不当,则产生一定的毒副反应,甚者危及生命。故临证用药时,首先强调的不是药物的有毒或是无毒,而在于辨证是否准确,用药是否对证。“毒”并非都是有害无益的,恰当利用“毒”的某些特殊治疗作用,可以避免其毒性反应而成为治病的良药。关于对附子“药”与“毒”关系的论述,早在《淮南子》中即有记载:“天雄、乌喙最凶险,但良医能活人。”郑钦安在《医法圆通》亦谓:“病之当服,附子、大黄、砒霜,皆是至宝;病之不当服,参、芪、鹿茸、枸杞,都是砒霜。”

由于各个历史时期对有毒、无毒概念的理解不同,以及各医家

自身经验的差异,历代本草对中药有毒无毒的记载及毒性分级较为笼统和混乱,迄今尚无统一标准。《神农本草经》首先提出中药有毒、无毒的概念,并将其药物作三品分类,奠定了中药毒性理论的基础。梁·陶弘景《本草经集注》有大毒、有毒、小毒的三级定量分级;唐·陈藏器《本草拾遗》和明·李时珍《本草纲目》有大毒、有毒、小毒和微毒的四级定量分级。现代多依据药物毒性剧烈的程度及治疗量与中毒量接近的程度将有毒中草药分为极毒、大毒、有毒、小毒四级。就现有认识和研究水平而论,要将所有毒性中药进行毒力强弱的具体分级尚有一定难度。对附子毒性的分级,古今历代本草皆认为其“有大毒”或“有毒”。根据《毒药本草》对中药毒性分级的标准,客观审视黑顺片及白附片毒性分级。实验结果表明,黑顺片、白附片水煎液,在灌胃给予模型动物最大耐受量的状态下,毒性反应仍较为轻微甚至无明显毒性反应,可以考虑将其毒性定位于“低毒”或“无毒”级别;而生附子在极低剂量范围内对多种病证动物模型均产生严重毒性反应并迅速死亡,尚值得进一步深入研究。由此可见,目前对于附子的毒性判定标准尚有待进一步细化和完善,须结合“具体问题具体分析”的指导原则,参考煎煮时间、炮制方法、体质状态等因素,充分考虑其生品与炮制品的毒性特点,重新科学、客观、系统地综合评判其毒性。

临床观察与实验研究表明,任何药物的治疗作用和毒性作用在一定条件下可相互转换,附子当然也不例外,我们应当加强研究如何利用毒性作用并使其转化为治疗作用,而不是不加限定地将附子视为有毒或大毒,并将其绝对化,这既不符合客观实际,也有违科学。现代研究认为,药物的毒性具有普遍性,其“效”与“毒”是对立统一的两个方面,其中蕴含着朴素的唯物论和辩证法思想。对待附子毒性的正确态度应当是,充分重视附子毒性,明确其具有毒物和药物的双重属性;在具体用药时,合理采用各种措施消除或降低附子毒性反应,在充分保证用药安全的前提下追求最佳疗效,这才是火神派客观、公正、合理地应用好附子的正确思路与方法。

六、附子的中毒与救治

(一) 中毒原因

“水能浮舟，亦能覆舟”(《金匱要略》)。

火神派医家推崇附子的效用，而附子的效用也在他们那里得到了极大的发挥，甚至达到了登峰造极的状态，并因此而造福病家、铸就擅用附子的医名。但是因附子有大毒，用不好会中毒，甚至死亡。因此，也多有“终身视附子为蛇蝎”而不敢用的医生。明代张志聪的《本草崇原》中即记载了这样的医者，并记述了他们的劝告：“附子不可服，服之必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必烂五脏，今年服之，明年毒发。”这种看法，证明他们可能观察到因服附子不当而中毒者，而古往今来，附子服用不当而出现医疗事故者，也时有报道。

但仔细分析，我们也不难发现，中药治病，在于以药物之偏性，来纠正人体的病证之偏。如果医者在应用附子之时辨证有误，或辨证无误而没有掌握好用的方法，就有可能发生中毒反应。显然，在这些环节中，减毒去毒的方法没有充分地掌握，这才是导致附子中毒发生的关键。

1. 中毒分析 总结各种中毒情况的发生，大致主要有以下几种情况：

(1)应用附子没有经过医生的安排，自己看书抄方，按书本办事，一些书上没有注明详细的服用方法。

(2)一些非正规大夫，我们所谓的“江湖游医”，才学识浅，为人看病，胡乱下药，由此而导致中毒。

(3)临床辨证功夫不过关，对三阴证的辨识不准确，治三阳病误用附子，而导致中毒。

(4) 医生安排患者用药,比如先煎、舌尝无麻味等,而煎药者并非患者本人,由于误用而导致中毒。

(5) 一些附子,在炮制等环节,没有严格把关,导致先煎也出现中毒。

(6) 一些过敏或是高敏体质者,即使小剂量应用附子,也可能出现中毒现象。

因此,我们应用附子的每位医者,如果提高防范意识,了解附子的来源、炮制、配伍、剂量、煎煮、服法等各个环节,既胆大又心细,小心谨慎,要防止附子的中毒意外完全是可能的。

鉴于此,我们既不能因噎废食,也不能孟浪从事,而是以积极科学求实的态度,才能发挥好附子“百药之长”的最佳功效,而避免出现意外的伤害。

因此,才会有近代名医恽铁樵说:“附子最有用,亦最难用。”这一语道尽了附子的特点。说它有用,是因为它是“百药之长”,而且为“热药之冠”(唐步祺),说它难用,是因为附子大热、药性峻烈,而且有毒,应用起来无不顾忌。而医家们在应用上,应扬长避短、化害为利。

2. 中毒原因 陈学习认为,以下四方面,可能是导致中毒的主要原因:

(1) 药不对证:中医辨证论治的过程就是医者根据患者疾病的性质,以中药之偏性对其进行纠正的过程,如果辨证失误,运用毒性较大的中药即会出现中毒反应。即使是公认安全的中药,也可能导致毒副反应的发生!故明·倪朱谟在《本草汇言》中云:“若病阴虚内热,或阳极似阴证,误用之,祸不旋踵!”由此可见,中医药辨证论治的准确与否,是导致药物作用向“效”或“毒”转化的重要条件。中药的毒副作用,是随着机体状态或疾病状态而发生变化的。根据《内经》运用有毒中药“有故无殒,亦无殒也”的指导原则,在中药毒性研究中,应牢固树立“证”和“辨证论治”的概念。研究机体在“证”状态下中药毒性产生的规律是中药毒理学研究的特色。现

代毒理学也认为：“药物的任何作用对健康人和非适应证的人都是有毒性作用的，在这种情况下，药物具有毒物的性质。”应准确掌握附子的适应证与禁忌证，凡现脉实数或洪大、大便热结、高热、内热外寒、真热假寒的阴虚和热证患者应忌用；房室传导阻滞患者及孕妇应禁用；年老体弱、心功能不全及肾功能不全者应慎用。

(2)配伍不当：恰当的配伍可以减低附子毒性，如陶弘景《本草经集注》有附子配伍以减毒的论述：“俗方每用附子，须甘草、人参、生姜相配者，正制其毒故也。”同时，古人也认识到附子配伍应用不当，也会产生剧烈的毒副作用。如明·李时珍在《本草纲目》记载附子：“畏绿豆、乌韭、童溲、犀角，忌豆豉、粳米。”若配伍应用不当，则易于中毒。据传统经验认为附子辛热有“堕胎”损害胎元及助阳劫阴的作用，故孕妇及阴虚阳亢者忌用附子。附子与麻黄、吴茱萸、威灵仙、蟾酥等配伍时应小心谨慎。如有报道附子或乌头中毒病例中，就有附子与麻黄配伍中毒；或服药期间饮酒中毒，分别停用麻黄、停饮白酒后再服用等量附子而未发生中毒。

(3)煎煮方法不当：因附子毒性的大小与煎煮时间的长短密切相关，煎煮时间不足与煎煮方法不当，已被公认为附子中毒的原因之一。如张延军等报道急性乌头碱中毒 20 例即多与煎煮、制备不当有关。朱祯禄等对不同水解时间的 4 种附子液进行比较研究表明：随附子液水解时间的延长，有毒成分含量降低，毒性随之减小，而有效成分总乌头碱含量不变。现代药理研究表明：附子中所含的生物碱毒性较大，但经较长时间煎煮后，可使毒性很强的双酯类生物碱，水解成毒性较小的单酯类生物碱等，而所含强心成分却变化不大。但有人研究《伤寒论》附子诸方认为：附子不一定非要先煎，炮制过的和(或)附子与干姜、甘草同煎，其用量不大于干姜、甘草用量时可不必先煎，一般不会引起中毒。

(4)体质因素：机体因先天禀赋差异、过敏体质或对附子的耐受性不同，也可致中毒。年老体弱者使用附子，即使是按规定剂量有时也可发生中毒，故用时宜从最小剂量开始。不同个体对附子

的耐受性不同,如《本草纲目》即记载了多例“体瘦而冷”禀赋虚寒者长期服用附子汤、丸制剂,未见中毒迹象。而“有人才服钱匕,即发躁不堪”,并明确指出,“此皆脏腑禀赋之偏,不可以常理概论也”。现代毒理学研究表明:机体的功能状态与毒性作用密切相关,首先毒药对机体的作用与神经系统的功能状态有关,当神经系统处于抑制、深睡或麻醉状态时,机体对毒药的敏感性降低。其次,与机体肝肾功能强弱也有关,如肝、肾功能不足,解毒、排泄能力下降,则易于中毒。此外,寒冷、营养不良、过度疲劳等因素可以降低机体排泄器官的功能,降低机体的防御能力和处理毒性成分的能力,故易致中毒。

3. 亲身体会 金雪明先生为了体验附子的毒性,曾经对附子进行了品尝:开始用 6g,煎半小时顿服,无丝毫的感觉;第 2 天用 10g,第 3 天用 15g,亦无反应;第 4 天用 30g,煎 1 小时服,仍安然无恙;为了加深体会,又每天煎服 30g,连服 4 天,不但没有出现毒副作用,精神反而较前充沛;金雪明本属于阳盛体质,8 天共服附子 181g,无多大反应,如用于虚寒之体,则更何用虑哉!这种神农尝百草之精神,对于我们应用好附子掌握第一手资料,确是必要,也为我们合理应用好附子提供了有益的借鉴。

笔者在开始用附子的时候,也是小心谨慎,特别是自己先煎服附子尝试,从 10g、20g、30g、45g、60g,经过自己煎服之后,做到心中有数,而后再为他人开用附子的时候,心中就有了底线,增加了用好附子的充分把握。与此同时,常与药房主任沟通,如果附子换了产地、品种等,事先通知自己,以便重新考虑用药与用量的问题,做到万无一失。这样,既是保证自己的安全,也是在保证患者的安全。

4. 临床注意 为了能够很好地控制附子的毒性,陈学习等认为以下 5 个方面要注意:

- (1)控制煎煮时间。
- (2)把握给药剂量。

- (3)规范炮制方法。
- (4)掌握适应病证。
- (5)合理配伍应用。

(二) 中毒反应

中毒反应有轻有重,轻度中毒反应,不少的火神派医家认为,这也是药效,也是好事,也是附子在发挥治疗作用的表现。但附子的中毒表现与药效反应,往往是表现在同一个水平线上,一定要严格把握。

1. 中毒表现 北京的王正龙先生认为,所谓附子的毒性,是指附子强大的热量而不是砒霜那样的毒性,附子中的乌头碱也不会沉积在体内。而中毒反应,以中毒程度由轻到重依次表现为:

- (1)嘴唇舌尖发麻。
- (2)肘关节以下发麻(兼前症)。
- (3)胸口发麻、发闷、心跳加快(兼前症)。
- (4)小腹发麻(兼前症)。
- (5)膝关节以下发麻(兼前症)。
- (6)视物发白(兼前症)。

王正龙先生认为,如果出现这些的情况,一般3小时即可化解,没有什么危险。及时将下一剂中的附子用量减少10~20g即可。除此顺序以外的发麻表现,都属于血脉末梢被疏通的表现,属于好现象,几天之内就会消除。应该知道,在服药期间,每出现一种情况,体内就会减少一种病邪,患者应该感到高兴才是,不必神经过敏。

2. 中毒特点 在临床上,我们千万要注意重度中毒患者,这些患者主要有以下四大特点:

(1)麻:是麻木,附子中毒后先见口、舌、唇麻,流涎,出汗,呼吸先快后慢直至麻痹,继而面麻,最后是全身肢体皆麻,而痛觉减轻或消失。

(2)颤:是颤抖,出现唇、舌、肢体颤动,引起语言断续,含糊不

清,肢体无力,不能持物、行走。重者不能起床,四肢发硬,肌肉强直,手足抽搐或牙关紧闭。

(3)乱:指症情逆乱,患者头痛,头晕,耳鸣,复视或视物模糊,心乱胸闷,烦躁不安,语言及神志不清,瞳孔开始缩小,后期扩大,恶心,呕吐,腹痛腹泻,大小便失禁等,检查可见患者血压及体温下降,心电图表现为一过性心率减慢,而后出现房性、室性期前收缩和心动过速,乃至心室颤动。

(4)竭:是指衰竭,患者可见严重的心律失常所致的四肢逆冷,陷入休克状态,心房纤颤,剧烈咳嗽甚至呼吸困难、呼吸衰竭、发绀等急性症状,甚至引起突然死亡,其死亡的原因主要为严重的心律失常与呼吸衰竭,即呼吸循环衰竭;检查有血压降低,心律不齐,心音微弱,腱反射迟钝,瞳孔散大或缩小,严重者出现周围循环衰竭。

3. 中毒程度 吴生元教授则总结出附子中毒有以下3种程度:

(1)轻度:于服药后15~30分钟即可发生,开始口唇、舌尖发麻有热刺胀大感,两颊如虫蚁爬行,唾液增多,说话不大灵活,继则指(趾)尖端发麻,肢体有紧束感。怕冷风,心慌,呼吸窘迫,不一定出汗,脉搏稍快,血压或有轻度升高,体温无明显变化,神智清楚。

(2)中度:唇舌四肢发麻加重,手足指(趾)屈伸不利,多涎,恶心,呕吐,上腹部灼热疼痛,头昏乏力,四肢重滞如绳捆扎,胸部紧压感,呼吸困难,憋气,有时胸腹撑胀感,心搏渐转慢转弱,脉搏细迟无力,可出现心律不齐,间歇脉,血压不稳定(多见下降),出汗、怕冷,面色苍白或发青,皮肤发冷,瞳孔逐渐变小,神志尚清楚或见烦躁辗转不安。

(3)重度:意识蒙眬或昏迷,皮肤苍白而冷,口唇指端发青,多黏汗,口噤不开,喉间痰声辘辘,呼吸、心跳都不规则,间歇性憋气或暂停,可出现严重的心律不齐,血压下降,出现休克。体温下降,瞳孔散大,对光反射迟钝,甚则大小便失禁,四肢痉挛或抽搐。严重者死于心脏及呼吸麻痹。亦有因昏迷时呕吐物堵塞呼吸道窒息

而死者。

当出现上述比较严重的情况之时,应及时进行有效的治疗,防止患者死亡。

4. 蓄积中毒 关于长期服用附子是否有蓄积中毒的问题,王正龙先生认为附子没有蓄积中毒的可能,但也有人认为附子久服,也可引起慢性中毒,慢性中毒多表现为下肢麻痹、小便不利、大小便失禁、视物不清等症。笔者曾遇到 1 例患者,在服四逆汤附子 60g(先煎 2 小时)处方 12 剂后,出现口唇抖动,全身情况良好,考虑为附子中毒可能性较大,服用黑大豆 60g,炙甘草 60g,3 剂后症状减轻,但未消失,又加防风 30g,绿豆粉(冲服)30g,服 3 剂后观察尚未得到结果。

无独有偶,赵金铎先生曾见一痹证患者,因其寒湿之证明显,屡次服用大剂量附子,病情明显好转,但出现口唇及舌体麻木的症状,停药附子 3 年不愈,屡经治疗无效;赵先生详细询问病情,疑与附子慢性中毒有关,因此处方用黄连、黑豆、甘草与服,不数剂而愈。

(三) 中毒救治

中毒的救治,分院外治疗与院内治疗。

1. 院外治疗 主要针对较轻的中毒反应,或是分不清是中毒反应,还是药物正性作用的时候,这时可在家中进行治疗,即医生指导患者在家中,进行积极有效的治疗。依据解毒作用的快慢或是方法的快慢,下面可分别选择:

(1)蜂蜜解毒法:立即让患者服用蜂蜜二两或半斤,或者服一斤也可,这是最快的方法之一,简单而有效。笔者曾用此方法,对于轻度中毒者,一服而有效。

(2)单味生甘草:生甘草中医历来作为解毒的药物之一,可用生甘草 100~300g,煎水服用,速度较快,而易取易用。

(3)绿豆解毒法:单用绿豆煮粥服用,或把绿豆打粉,直接冲服,效果更好。

(4)肉桂解毒法:王其慧曾救治附子中毒 16 例,草乌中毒 3 例,均获良效。方法是:上等肉桂研为细末,轻度中毒者用 30g(小孩用 10g),入沸水 200ml(小孩 70ml),密闭 5 分钟后,1 次顿服。重度中毒者,连续服 3~6 次,每次均用肉桂粉不少于 30g。轻度中毒者 2 小时可见效,重度中毒者 1 天内可获效。笔者也曾用肉桂粉,沸水泡服,有效而且方法简单易操作。

(5)米水甘草汤:朱良春老中医经验,开始可用淘米水 1 大碗即服,然后可用甘草 60g 煎服。有缓解中毒症状的作用。

(6)中毒解救方:金银花 30g,绿豆 100g,生甘草 60g,水煎内服。

(7)防风黑豆汤:李可老中医创用,药用:生甘草 60g,防风 30g,黑大豆 30g,加水 1500ml,煎汤,分次冲服绿豆粉 30g,10 分钟即可解毒。或用生大黄、防风、黑大豆、甘草各 30g,蜂蜜 150g,煎汤,送服生绿豆粉,均在 40 分钟内救活了乌附中毒者。

(8)其他方法:或用生姜、甘草各 30g,绿豆 120g,水煎服。其他的还有黄连、苦参、黑大豆等单用也有一定的解毒作用。

(9)四逆汤法:这是吴佩衡教授的经验,他认为附子中毒,可以把煨好的四逆汤再给他们喝。这种观点的依据是:因为四逆汤是具有强心作用的,乌头中毒出现心脏衰竭而死,强心和心衰本身就是拮抗,那么用四逆汤煨好以后再给中毒的患者吃,纠正心衰,抢救患者不是最好的解药吗?

2. 院内救治 对于中毒比较严重的患者,一定要积极进行院内有效地治疗,主要包括以下几个方面:

(1)催吐、洗胃:对中毒时间不长的患者催吐、洗胃,有助于排出尚未吸收的毒物,洗胃用 1/5000 高锰酸钾溶液或清水、茶叶水,洗胃后胃内注入活性炭悬液;同时也可用质量分数为 50% 的硫酸镁 50ml 导泻。吴生元教授认为,此时用水一定要用温水(温开水,温盐水或温 1/5000 高锰酸钾溶液均可),切忌用冷水洗胃,一则可能增加中毒现象,再则是大量冷水经食管入胃,因食管解剖位置紧

贴左心后壁而过,大量冷水通过,寒冷刺激可引起心脏反射性停搏,对已经受毒性作用的心脏不利。

(2)应用阿托品:根据中毒程度应用阿托品,因阿托品能解除迷走神经对心脏的抑制作用,同时又是循环、呼吸中枢兴奋剂,可改善全身情况。特别是对于那些心动过缓者,阿托品应用后可提高心率,对于救治的成功举足轻重。

(3)应用抗心律失常药及电复律:对频繁多源性室性早搏给予阿托品的同时,还需应用利多卡因、普罗帕酮,并适当补充钾、镁以调节细胞内外离子平衡,稳定膜电位,延长心肌不应期,抑制异位起搏点的折返。对药物不能控制的室速、室扑、室颤应及早给予电复律治疗,对于控制室性心律失常具有重要的作用。

(4)对症支持治疗:静脉补液,以促进毒物排泄,并根据患者病情积极对症处理,包括吸氧、给予血管活性药物、能量合剂等;维持水、电解质及酸碱平衡等。

(5)中药针剂:如双黄连注射液、参附注射液、参麦注射液、生脉注射液,在综合救治的前提下,配合辨证选用上述针剂,不仅能积极有效对抗附子的中毒反应,与此同时还可大大提高救治的效率和缩短病程时间。不少的研究资料表明,应用中药针剂比单纯的西药组疗效显著提高,而且统计学处理差异显著。

(6)透析治疗:重度中毒的患者,如果有条件,可积极利用透析机进行血液过滤,可有效的清除体内有毒成分。其他的如结肠透析及血液吸附等方法,均是有效清除体内毒物的方法,可考虑积极利用最有效条件、最快的方法,以减轻患者的生命危险程度。

(四) 中毒预防

除了我们积极发现附子中毒的早期情况之外,在应用附子之时,我们应该时时处处事事提高防范意识,在参照火神派医家们的经验同时,注意避免中毒,最好能做到以下几点:

1. 防范要点

(1)规范用附子:必须用炮制附子,禁用生品。

(2)选好证情:严格辨证,掌握其适应证,即辨证为阳虚证者。要做到五禁:面赤;舌红苔黄燥;谵狂心烦乱;尿短赤;脉数实。

(3)宽水久煎:大剂量附子,必须先煎1~3小时以上,再入他药同煎。研究表明,附子经长时间煎煮后,其有毒成分显著降低;且附子经加热处理后,毒性仅为原来的1/200。

(4)讲究配伍:《伤寒论》中四逆汤,附子、甘草、干姜同煎的配伍方法,不仅历史证明可显著减轻毒性,而且近代的药理学研究也证明了这一点,三药同煎其生物毒性变化大大减低。李可老中医经验,凡用附子超过30g时,不论原方有无,皆可用炙甘草60g,即可有效防止附子之毒性,经过40多年的临床观察,确实可靠。

(5)精研火神派医家经验:书要多读,理要精研,考虑周密,把他人的经验转化为自己的亲身体会,常总结,多临证,应用附子之时,胆大心细,心中有规矩,临证讲方圆,只有这样,才能做到万无一失。

(6)充分认识附子:要安全有效地应用好附子,就必须最大限度地降低附子的毒性,合理地利用附子的偏性,反对孟浪从事,也不能“一次被蛇咬,十年怕井绳”。客观、辨证、公正地看问题,对附子的炮制、认证、配伍、剂量、煎煮,对中毒表现的认识和救治方法等,必须全面掌握,真正的做到“知己知彼,百战不殆”(《孙子兵法》)。

还有一个重要的问题,就是我们如何分清楚是附子中毒反应,还是郑钦安说的“阳药运行,阴邪化去”之反应。在服用附子引起的诸多反应中,许多属于正常的药效反应,这是因为一个久病阳衰阴盛之人,服用大剂量热药之后,火热溶化冰凝,如果不出现这些“阳药运行,阴邪化去”之表现,说明附子在用量上尚没有达到有效的祛邪剂量,或是病重药轻,或是因为其他干扰因素的存在,其附子治疗的目的没有达到,需要充分发挥附子的药效,才有可能出现郑钦安所说的药效反应。

2. 防范策略 临床上我们如何在这错综复杂的症状中,弄清

楚这个问题,判断出是非来,无疑是一个非常重要的问题。我们细读火神派医家病案之时,就会发现他们慧眼独居、发现并有效地辨认出是药效、还是中毒反应。这一点我们应该仔细揣摩、临证体验,才能掌握住第一手材料。

潘青海先生认为服附子之后的三问,很有价值。三问即服药后睡眠、小便、动静三方面的变化;如三症亢进,则附子减量或停用。即患者服用附子后,睡眠安然、尿量增多、活动自如而无躁动不安,为正常反应。反之,则应考虑为附子的毒副作用,应引起重视。

附：乌 头

一、绪 言

乌头为植物毛茛科乌头 *Aconitum carmichaeli* Debx. 栽培品的块根。乌头这个名称一般指的是川乌头,还有草乌头,中药学上一般指的是野生种乌头和其他多种同属植物,比如北乌头(蓝乌拉花)、太白乌头(金牛七)等。均为毛茛科植物,母根叫乌头,学名为 *Aconitum carmichaeli* Debx. 炮制后的川乌,称为制川乌,其英文名为 *Radix Aconiti Preparata*。药品名称为川乌头。别名有川乌、五毒根、乌喙、奚毒、即子、苕、千狄、毒公、卑负、耿子等称谓。川乌也有称为鹅儿花、铁花、五毒者;草乌有称为鸭头、药羊蒿、鸡头草、百步草、帝秋、独白草、土附子、竹节乌头、金鸭、断肠草的。

据传说,东汉末年,关羽中毒箭,华佗为关羽刮骨疗毒,其毒即乌头毒。乌头,最早记录的药书是《神农本草经》,其列为下品。最早应用于临床的是张仲景的《金匱要略》。乌头早期,并无川乌、草乌之分,统称为乌头。至明代李时珍的《本草纲目》为纠前贤之误,以明确区分。川乌头与草乌,均始载于侯宁极的《药谱》。而《神农本草经》所指的乌头,则为草乌。

乌头、附子、天雄辨析:乌头、附子、天雄同出一物,都为毛茛科植物乌头之根。古代已经认识到乌头、附子、天雄同为一物,但功用有别。其分别方法,一是按时间分法:即以采收时间来分辨三者,如《博物志》中说:“乌头、天雄、附子一物,春秋夏采各异也。”《名医别录》中云:“冬月采为附子,春月采为乌头,……长三寸以上为天雄。”明代以后,其分类更细,这时多以大小来分别三者,如《彰明附子论》中说:“附子之品有七,实本同而未异,初种之小者为乌

头，附乌头而旁生者为附子；又左右附而生者为鬲子；又附而长者为天雄；又附而尖者为天锥；又附而上者为侧子；又附则散者为漏篮子。皆脉络连贯，如子附母、而附子以贵，故独专附名。”

李时珍的《本草纲目》分辨最详，他说：“乌头有二种，出彰明者即附子之母，今人谓之川乌头是也。春末生子，故曰春采为乌头，冬则生子已成，故冬日采为附子。其天雄、乌喙、侧子，皆是生子多者，因象命名，若生子少及独头者，即无此数物也。其产江左、山南等处者，乃《本经》所列乌头，今人谓之草乌头是也。”

近代名医张锡纯所说最有实用价值，他在《医学衷中参西录》中说：“种附子之于地，其当年旁生者为附子，其原种之附子则成乌头矣。乌头之热力减于附子，而宣通之力较优。……若种后不旁生附子，惟原种之本长大，若蒜之独头无瓣者，名谓天雄，为其力不旁溢，故其温补力更大而独能称雄也。今药房中所鬻之乌附子，其片大而且圆者即是天雄，而其黑色较寻常附子稍重，盖因其力大而色亦稍变也。”

近代则分为川乌、草乌、附子三种。本品为毛茛科植物乌头、北乌头或其他多种同属植物的块根，有川乌头与草乌头之分，川乌头系四川栽培植物乌头的主根，草乌头为野生乌头、北乌头及其他种同属植物的块根。因川乌头的栽培始见于宋代《本草图经》，故在宋代以前所称乌头，应视为草乌头为妥。《金匱要略》所用乌头共有5方，据考证认为，除乌头汤中之乌头为“川乌”之外，其余4方均用为草乌，故张仲景曰“乌头”。而近代所用之乌头，均为人工栽培品，称为川乌头，川乌头以个大、肥满、质地坚实者为佳，故处方常称大川乌。草乌头为野生品种，以个大肥实、粉性足者为佳，故有大草乌之名。而附子，则为栽培品川乌头之子根。而天雄近代已不分类别出，多以附子混用，也有分别应用者。

从张仲景的应用，我们也可以看出本品四者之差别。川乌头与草乌头均含有乌头碱，其作用大致相似，但以草乌头毒性更大，川乌次之，附子又次之，而天雄的毒性可能最大。因为张仲景时代

只有1方应用天雄,5方应用乌头,而附子应用最多,并且很多时候生用。由此可见,附子其毒性低而且疗效高。

二、乌头的产地与炮制

(一) 乌头的产地

乌头为多年生草本。块根通常2~3个连生在一起,呈圆锥形或卵形,母根称乌头,旁生侧根称附子。外表茶褐色,内部乳白色,粉状肉质。茎高100~130cm,叶互生,革质,卵圆形,有柄,掌状2~3回分裂,裂片有缺刻。立秋后于茎顶端叶腋间开蓝紫色花,花冠像盔帽,圆锥花序;萼片5,花瓣2。蓇葖果长圆形,由3个分裂的子房组成。种子黄色,多而细小。花期6~7月,果熟期7~8月。

草乌也是多年生草本。茎直立,高50~150cm,无毛。茎中部叶有稍长柄或短柄;叶片纸质或近革质,五角形,3全裂,中裂片宽菱形,渐尖,近羽状深裂,小裂片披针形,上面疏被短曲毛,下面无毛。总状花序窄长;花梗长2~5cm;小苞片线形,萼片5,紫蓝色,上萼片盔形;花瓣2,有长爪,卷曲;雄蕊多数;心皮3~5。蓇葖果。花期7~9月,果期10月。生于山坡草地或疏林中,或生于草甸子,灌木丛间,山坡及林缘等地。主产于山西、河北、黑龙江、吉林、内蒙古等地。

草乌主要来自野生,一般在秋季采挖,除去残茎、须根及泥土,洗净,干燥。

野生川乌主要生于山地草坡或灌木丛中。分布于辽宁南部、江苏、浙江、安徽、江西、山东、河南、湖北、湖南、广东北部、广西、四川、贵州、云南、陕西、甘肃。现在主要用的是栽培品。主要栽培于四川,故而有川乌之称谓。现在我国的主产区是四川、陕西。目前云南、贵州、河北、湖南、湖北、江西、甘肃等省均有栽培。道地药材主要产区在四川,故而有川乌头之称。

川乌现在多用其栽培品,附子栽后第2年7月收获。留种地

冬季随挖随栽。用锄头刨出块根去掉须根泥土,去掉地上茎叶将附子和母根分开,母根晒干称为川乌,其子为附子。二者均含有乌头碱成分,属剧毒药,用药前必须加工。

草乌头由于近代药用量较大,故而也采用人工种植的方法。

(二) 乌头的种植

川乌的生物学特性是,喜温暖潮湿和阳光充足,耐寒,怕高温,忌积水,在平坝和丘陵地区均可栽培,宜选择土层深厚、疏松肥沃、排水良好的砂壤土或紫色土栽培。忌连作,与水稻玉米轮作4~5年以上。

草乌的生物学特性是,喜凉爽湿润、阳光充足的环境,耐寒,冬季地下深部可耐-30℃左右的严寒。天气干旱或土壤缺水时,植株生长迟缓,叶缘干枯,叶片脱落,但雨季要注意防涝。对高温高湿适应性差,易引起退化或根部腐烂。土壤以肥沃疏松的砂质壤土为最好,黏土或低洼易积水地区则不易栽培。

1. 川乌头繁殖方法 主要用乌头块根繁殖。10月上旬、中旬为栽种适期。按行株距各16cm穴栽1~2个,以备补苗用。栽后立即开沟,将畦沟泥土提到畦面覆盖乌头,厚约6cm。

2. 川乌头田间管理 2月上旬垒畦清沟,2月中旬幼苗全出土,如发现病株(立即拔去烧毁)及缺苗,用预备苗带土补栽。待苗高13~17cm(约5月中旬),进行修根,把植株附近土刨开,在母根内侧留对生的块根各1个,其余小块根全部轻刨掉。4月上旬摘尖和掰芽,密叶苗留叶8~9片,稀叶苗留叶7~8片。经摘尖后,叶腋最易长出腋芽,应随时掰除,以免徒耗养分。生长期中,一般追肥3次,并注意灌溉排水,必须保持适当湿润。冬季可在畦边间种蔬菜,春季在畦田的向阳面间种玉米,阴面间种芋头。

3. 川乌头病虫害防治 夏季高温季节多湿时易发生白绢病;叶斑病,多发生在4~9月间;乌头翠雀蚜,多发生在5~10月;黑小卷蛾病,多发生在4~10月。这些病虫害,应及时防治,选用针对性强、无污染的新型无公害杀虫剂,以保证药物的品质。

4. 草乌头种植 草乌头的栽培方法,基本同川乌头。也是采用分根繁殖或以分根繁殖为主。

分根繁殖:每年秋季或早春,挖取老根旁所生的子根栽种。开浅沟,行株距(30~45)cm×(9~15)cm,将子根均匀排在沟内,栽后覆土压实。春栽 20 天左右出苗,秋栽到第 2 年萌芽。

种子繁殖:须选用当年种子,秋播或春播,条播或穴播。温度在 18~23℃,有足够湿度,播种后约 15 天出苗。苗高 9~15cm,间苗 1 次。

其他田间管理及病虫害防治,参照川乌头方法。

(三) 乌头的炮制

川乌的采收加工:主要在 6 月下旬至 8 月上旬间采挖,除去地上部分茎叶,摘下子根(附子),取母根(川乌头),晒干(彩图 35)。

1. 药材性状 川乌头(彩图 36),母根为不规则的圆锥形,稍弯曲,顶端常有残茎,中部多向一侧膨大,长 2~7.5cm,直径 1.2~2.5cm。表面棕褐色或灰棕色,皱缩,有小瘤状侧根及子根痕。质坚实,断面类白色或浅灰黄色,形成环层多角形。气微,味辛辣,麻舌。

制川乌(彩图 37):本品成品,为不规则或长三角的片。表面黑褐色或黄褐色,有灰棕色形成层环纹。体轻,质脆,断面有光泽。无臭,微有麻舌感。

草乌头(彩图 38):干燥的块根,一般呈圆锥形而稍弯曲,形如乌鸦头,长 3~7cm,直径 1~3cm。顶端平圆,中央常残留茎基或茎基的残痕,表面暗棕色或灰褐色,外皮皱缩不平,有时具短而尖的支根,习称“钉角”。质坚,难折断,断面灰白色,粉性,有曲折的环纹及筋脉小点。无臭,味辛辣而麻舌。口尝须特别谨慎,切勿咽下,以个大,肥壮,质坚实,粉性足,残茎及须根少者为佳。

制草乌:将本品用水浸至内无干心,取出,加水煮沸至内无白心,口尝微有麻舌感,取出晒至六成干,切片干燥,即为制草乌(彩图 39)。或采用同川乌一样的炮制方法。

2. 药物炮制

(1)生川乌:取原药材,除去杂质及残茎,洗净,捞出,干燥。

(2)制川乌:具体方法下。

1)煨、煮、蒸制:取川乌头,大小个分开,用水浸泡至内无干心,取出,置锅内,加水煮沸4~6小时或置蒸笼内蒸6~8小时,至大个及实心者切开内无白心,口尝微有麻舌感时,取出,晾至六成干,切厚片,干燥。

2)黑豆制:先取净黑豆煮至膨胀,再将浸透的川乌头倒入锅内,同煮至熟透为度。每川乌100kg,用黑豆10kg。

3)甘草、黑豆制:取泡至稍有麻舌感的川乌头,与黑豆、甘草汤共煮至内无白心、无麻辣味时,出锅,晒至六七成干,闷润后切片,干燥。每川乌头100kg,用黑豆10kg,甘草5kg。

4)生姜、甘草、皂角煮:取川乌头拣去杂质,大小个分开浸泡,春冬3~4天,夏秋2~3天,每日换水1~2次,捞出。另取生姜、皂角、甘草捣碎,与川乌头共倾入锅内加热煮沸约2小时,至透心为度,取出,除去辅料,晾至七成干,切2~3mm厚片,晒干或烘干,筛去灰屑。每生川乌100kg,用生姜10kg,皂角3kg,甘草5kg。

5)黑豆、甘草、白矾煮:取泡至微有麻辣感的川乌头,与甘草、黑豆、白矾汤共煮至内无白心,取出,微晾,切1.5mm厚片,晾干。每川乌100kg,用甘草5kg,黑豆10kg,白矾2kg。

6)甘草、黑豆、生姜煮:将泡透心的川乌头与甘草、黑豆、生姜共煮,至内无白心,口尝微有麻舌感时取出,晾至六成干,闷润切片,干燥。每川乌100kg,用甘草5kg,黑豆10kg,生姜10kg。

7)甘草、金银花制:将金银花煎汤去渣,再与泡煮过的川乌同煮,用大火煮至内无白心,晾至六成干,闷2~3天至透,去芦,切1~2mm厚片,晒干。每川乌100kg,用甘草2.5kg,金银花2.5kg;或甘草5kg,金银花2kg。

8)甘草制:取泡过的生川乌与甘草同煮10小时余,至内外发软,闷润1天,切薄片,晒干。每生川乌100kg,用甘草10kg。

9)甘草、醋制:生川乌大小个分开,与甘草同置水中浸泡,夏天泡 10 天左右,每日换水 3 次;春天泡 15 天左右,每日换水 2 次。泡至口尝稍有麻舌感为度,捞出,移置锅内,加醋与适量水共煮,煮至无白心为度,取出,晾至半干,切顺刀片 0.8~1mm 厚,干燥。每生川乌 100kg,用甘草 6kg,醋 18kg。

10)甘草、白矾制:将甘草煎煮 2 次,2 次滤液与白矾混合,与泡好的川乌同煮,至内无白心,口尝稍有麻辣感时,捞出,晾至七成干,闷润,切片,干燥。每生川乌 100kg,用甘草 0.5kg,白矾 3.5kg。

11)黑豆、甘草、生姜、白矾制:将生川乌大小个分开,用水浸泡,夏天泡 10 天左右,每日换水 3 次;冬春泡 15 天左右,每日换水 2 次,泡至口尝稍有麻舌感时,捞出,置锅内,加生姜、甘草、黑豆、白矾煮,至透心为度,取出,除去辅料,晾至半干,切顺刀片 0.8mm 厚,干燥。每生川乌 100kg,用黑豆 12kg,甘草、白矾、生姜各 3kg。

古今对川乌的炮制方法虽然繁多,但归纳起来,可分为浸泡等水处理,烘、焙、煨、炮等干热处理和蒸、煮等湿热处理三种类型。三类方法皆能达到去毒的目的。但水处理生物碱随水流失较多,药效多受到影响;烘等干热处理总生物碱含量影响不大,对药效影响较小;蒸煮特别是高压蒸制处理,总生物碱含量高,双酯型毒性生物碱含量低,去毒效果好,生产周期短。故此,《中华人民共和国药典》2005 年版规定,制川乌采用水煮法或蒸法。

制草乌的方法,其方法与制川乌方法相同,可参考上述内容与方法。

制草乌要求口尝微有麻味,全国各地检查方法不一,差异较大,为了准确可靠,可用下法检查:①舌尝部位在舌前 1/3 处。②取样量为 100~150mg。③在口内咀嚼时间为半分钟。④咀嚼当时不麻,经 2~3 分钟即出现麻舌感。⑤舌麻时间维持 20~30 分钟才逐渐消失。

草乌通过炮制,可降低毒性,其中含以乌头碱为代表的双酯型

生物碱,可水解为毒性较小的单酯型生物碱,或进一步水解为毒性极小的胺醇型生物碱。其水解产物仍然有效。

在众多的炮制方法中,高压蒸制法操作简便,生产周期短,原料损耗小,对总生物碱含量影响不大,而双酯型生物碱含量甚低,故减毒存效的效果较好。

制草乌要求酯型生物碱含量不得高于0.15%;总生物碱含量以乌头碱计,不得少于0.2%。

(四) 乌头的鉴别

1. 一般鉴别 母根横切面:后生皮层为棕色木栓化细胞;皮层薄壁组织偶见石细胞,单个散在或数具成群;内皮层不甚明显。韧皮部散有筛管群,内侧偶见纤维束。形成层环状多角形,径向外偶有1个至数个异型维管束。木质部导管多列,径向或略呈“V”形排列。髓部明显。薄壁细胞充满淀粉粒。

2. 粉末特征 粉末呈灰黄色。淀粉粒单粒球形、长圆形或肾形,直径 $3\sim 22\mu\text{m}$;复粒由 $2\sim 15$ 个分粒组成。石细胞近无色或淡黄绿色,类长方形、类方形、多角形或一边斜尖,直径 $49\sim 117\mu\text{m}$,长 $113\sim 280\mu\text{m}$,壁厚 $4\sim 13\mu\text{m}$,壁厚者层纹明显,纹孔较稀疏。后生皮层细胞棕色,有的壁呈瘤状增厚突入细胞腔。导管淡黄色,主要为具缘纹孔导管,直径 $29\sim 70\mu\text{m}$,末端平截或短尖,穿孔位于端壁或侧壁,有的导管分子粗短扭曲或纵横连接。

紫外光谱及薄层色谱检查,需要按照要求进行。

3. 川乌与草乌鉴别 《本草崇原》:“草乌之毒,甚于川乌,盖川乌由人力种蒔,当时则采,草乌乃野生地上,历岁月,故其力气尤为勇悍,犹之芋子,人植者无毒、可啖,野生者有毒,不可啖,其理一也。又川乌先经盐淹,杀其烈性,寄至远方,为日稍久,故其毒少减。草乌未经淹制,或系现取,其毒较甚。”

《本草求真》:“乌附五种,主治攸分:附子大壮元阳,虽偏下焦,而周身内外无所不至;天雄温俊不减于附,而无顷刻回阳之功;川乌专搜风湿痛痹,却少温经之力;侧子善行四末,不入脏腑;草乌悍

烈,仅堪外治。此乌、附之同类民性者。”

三、乌头的功用与主治

(一) 性味归经

1. 传统认识

(1)《神农本草经》:味辛,温。

(2)《名医别录》:乌头,甘,大热,有大毒。乌喙:味辛,微温,有大毒。

(3)《药性论》:味苦、辛,大热,有大毒。

(4)《新修本草》:味辛,甘,温,大热,有大毒。

(5)《医学启源》:气热,味大辛。

(6)《主治秘要》:性热,味辛甘。

(7)《东医宝鉴》:性大热,味辛甘,有大毒。

(8)《医家心法》:辛,温,大毒。

(9)《本草从新》:大燥。

(10)《本草求真》:入肝,兼入脾。

(11)《本草再新》:入肝、脾、肺三经。

(12)《本草撮要》:入手厥阴、少阳经。

(13)《长沙药解》:味辛苦,性热。

(14)《要药分剂》:入脾、命门二经。

(15)《本草撮要》:入手厥阴、少阴经。

(16)《中药大辞典》:辛,热,有毒。

(17)《古今药方纵横》:性味辛、苦、温,有大毒。入心、肝、脾经。

(18)《名中医论方药》:大辛大热,有大毒。

2. 现代观点

(1)川乌头:辛、苦,热,有大毒。归心、肝、肾、脾、肺经。

(2)草乌头:辛、苦,温,有大毒。入心、肝、脾三经,或心、肺、脾、肾四经。

(二) 功用主治

1. 传统认识

(1)《神农本草经》:主中风,恶风,洗洗出汗,除寒湿痹,咳逆上气,破积聚寒热。

(2)《名医别录》:消胸上痰,冷食不下,心腹冷疾,脐间痛,肩胛痛不可俯仰,目中痛不可久视。

(3)《药性论》:能治恶风,憎寒,冷痰包心,肠腹疝痛,痲癖气块,益阳事,治齿痛,主强志。

(4)《医学启源》:川乌,疗风痹半身不遂,引经药也。主治《秘要》云,其用有六:除寒一也;去心下坚痞二也;温养脏腑三也;治诸风四也;破聚滞气五也;感寒腹痛六也。

(5)《珍珠囊》:去寒湿风痹、血痹。

(6)《珍珠囊补遗药性赋》:浮也,阳中之阳也。其用有二:散风之寒邪,破诸积之冷痛。

(7)《本草纲目》:助阳通阴,功同附子而稍缓。……乌、附毒药,非危病不用,而补药中少加引导,其功甚捷。

(8)《本草汇言》:(草乌)其性猛劣有毒,其气锋且急,能通经络,利关节,寻蹊达径,而直抵病所,宜其人风寒湿痹之证,或骨内冷痛及积邪之骨,处久痛发,并一切阴疽毒疡诸疾。

(9)《本草乘雅》:乌,日魄也。兼天雄附侧之阳而首出者,命曰为头。经云:阳气者,若天与日,是故阳因而上卫外者也。……人病有四,曰痹、风、痿、厥,乌力惟宜痹、风。阳行有四,曰升、降、出、入,乌力惟从升、出。

(10)《本草备要》:附子性重峻,温脾逐寒;乌头性轻疏,温脾逐风。寒疾宜附子,风疾宜乌头。……草乌头,大燥。搜风胜湿,开顽痰,治顽疮,以毒攻毒,颇胜川乌。

(11)《本经逢原》:乌头得春长之气,故治风为向导。……乌附五种,主治攸分。附子大壮元阳,虽偏下焦,而周身内外无所不至;天雄峻温不减于附,而无顷刻回阳之功;川乌专搜风湿痛痹,却少

温经之力；侧子善行四末，下入脏腑；草乌悍烈，仅堪外治。此乌附之同类异性者，至于乌喙禀气不纯，服食远之可也。

(12)《长沙药解》：乌头，温燥下行，其性疏利迅速，开通关隘，驱逐寒湿之力甚捷，凡历节、脚气、寒疝、冷积、心腹疼痛之类并有良功。制同附子，蜜煎取汁用。

(13)《本经疏证》：乌头之用，大率亦与附子略同。……夫附子曰主风寒咳逆邪气，乌头曰中风恶风，洗洗出汗，咳逆邪气。明明一偏于寒，一偏于风，一则沉着而回浮越之阳，一则轻疏而散已溃之阳，于此见附子沉、乌头浮矣。

(14)《药性切用》：川乌头，即附子之母。气味轻疏，善祛风寒湿痹，不能如附子有顷刻回阳之力，痹证气实者宜之。

(15)《本草便读》：乌头之性味相同附子，但附子长于治寒，乌头长于治风。

(16)《本草思辨录》：乌头，老阴之生育已竟者；天雄，孤阳之不能生育者也；附子，即乌头天雄之种，含阴包阳者也。老阴生育已竟者，其中空，以气为用；孤阳不能生育者，其中实，以精为用。气主发散，精主敛藏。发散者能外达腠理，敛藏者能内入筋骨。附子则兼备二气，内充实，外强健，且其物不假系属，以气相贯而生，故上下表里无乎不到。惟其中蓄二物之精，斯能兼擅二物之长，其用较二物为广尔。

(17)《本草正义》：乌头主治，温经散寒，虽与附子大略近似，而温中之力，较为不如。且长为祛除外风外寒之响导者。散外邪，是其本性。

(18)《古今药方纵横》：功效与附子相近，祛风除湿，温经止痛。补阳之功不及附子，而祛风通痹之功则较附子为胜。所以古有“附子逐寒，乌头祛风”之说。

2. 现代观点 祛风胜湿，温经止痛，或散寒止痛。

现代主要应用于治疗关节疼痛、屈伸不利，手足不仁、筋脉挛痛，胸阳不振、胸痹心痛，寒疝，头风疼痛，牙痛，阴疽肿毒，跌打损

伤,外用麻醉等病证。

火神派名医有时也多乌附合用,用以治疗顽固性痹证。如成都名医戴云波教授,就擅乌附同用治痹证,人称雅号“戴乌头”,可见其应用乌附之一斑。

(三) 现代药理

1. 药物成分 乌头块根所含生物碱类非常复杂,现代研究发现现有乌头碱(aconitine)、次乌头碱(hypaconitine)、中乌头碱(mesaconitine)等,多达50余种化学成分。但其主要成分以乌头碱类为主。草乌成分基本同川乌头所含成分。

2. 药理作用

(1) 抗炎作用:大鼠灌服川乌总碱0.22g/kg、0.44g/kg显著抑制角叉菜胶、蛋清、组胺和5-HT所致大鼠足趾肿胀,0.11g/kg即可抑制二甲苯所致小鼠耳肿胀,0.44g/kg能明显抑制组胺、5-HT所致大鼠皮肤毛细血管通透性亢进,抑制巴豆油所致肉芽肿的渗出和增生,还能显著抑制角叉菜胶所致大鼠胸腔渗液及白细胞向炎症灶聚集,明显减少渗出液中白细胞总数。对于免疫性炎症,0.44g/kg乌头碱可显著抑制大鼠可逆性被动Arthus反应及结核菌素所致大鼠皮肤迟发型超敏反应,对于大鼠佐剂性关节炎0.22g/kg乌头碱也有一定的抑制作用。川乌总碱能显著减少角叉菜胶性渗出物中前列腺素E的含量,表明抑制前列腺素E可能是其抗炎机制之一。

(2) 镇痛作用:川乌总碱0.22g/kg、0.44g/kg灌服,在小鼠热板法,醋酸扭体法试验均有明显的镇痛作用。小鼠皮下注射乌头碱的最小镇痛剂量为25 μ g/kg,镇痛指数为11.8,东莨菪碱可加强其作用。

(3) 降血糖作用:乌头多糖A 100mg/kg腹腔注射对小鼠有显著降低正常血糖作用,30mg/kg即能降低葡萄糖负荷小鼠的血糖水平,乌头多糖A不能改变正常小鼠、葡萄糖负荷小鼠或尿嘌呤所致高血糖小鼠胰岛素水平,也不影响胰岛素与游离脂细胞的结

合,但能显著增强磷酸果糖激酶活性,且对糖原合成酶活性有增强趋势,表明乌头多糖 A 的降糖机制不是通过对胰岛素水平的影响,而在于增强机体对葡萄糖的利用。

(4)对心血管系统的作用:川乌头生品及炮制品水煎剂对离体蛙心有强心作用,但剂量加大则引起心律失常,终致心脏抑制。煎剂可引起麻醉犬血压呈迅速而短暂下降,此时心脏无明显变化,降压作用可被阿托品或苯海拉明所拮抗。乌头碱 $20\mu\text{g}$ 注入戊巴比妥钠麻醉狗侧脑室,5 分钟后可引起心律不齐和血压升高,并可持续 90 分钟,脊髓切断术和神经节阻断术均可预防和消除乌头碱引起的心律不齐和血压升高。双侧迷走神经切断术及双侧星状神经节切除术不影响血压,而仅提高产生心律不齐的阈值($20\sim 40\mu\text{g}$),因而提示乌头碱对心血管作用是中枢性的。其心律不齐作用是由神经途径释放肾上腺的儿茶酚胺所致。阿义马灵 $3\text{mg}/\text{kg}$ 静注,每 1 分钟静脉滴注普萘洛尔 $20\mu\text{g}/\text{kg}$ 和奎尼丁 $15.8\text{mg}/\text{kg}$ 均能对抗乌头碱所致心律不齐。家兔静注小量乌头碱可增强肾上腺素产生异位心律的作用,对抗氯化钙引起的 T 波倒置,对抗垂体后叶制剂引起的初期 ST 段上升和继之发生的 ST 段下降。在豚鼠还有增强毒毛茛 G 对心肌的毒性作用。

(5)对神经系统的作用:乌头碱小剂量能引起小鼠扭体反应,阿司匹林、吗啡等可拮抗这一作用。乌头碱有明显局部麻醉作用,对小鼠坐骨神经干的阻滞作用相当于可卡因的 31 倍,豚鼠皮下注射浸润麻醉作用相当于可卡因 400 倍。

(6)抗癌作用:乌头注射液 $200\mu\text{g}/\text{kg}$ 对胃癌细胞有抑制作用,此作用随浓度增加而增强,并可抑制人胃癌细胞的有丝分裂。对小鼠肝癌实体瘤的抑制率为 $47.8\%\sim 57\%$ 。对小鼠前胃癌 FC 和小鼠肉瘤 S_{180} 的抑制率为 $26\%\sim 46\%$ 。以生川乌为主制备的 409 注射液对胃癌细胞也有明显的杀伤作用。

草乌的药理作用基本同川乌。

3. 配伍研究 中药十八反有“半蒺贝藜及攻乌”的记载。研

究表明,川乌头生品或炮制品与法半夏配伍未见增毒,也未见对镇痛或镇吐作用有任何影响;川乌头抑制离体蛙心,与半夏合用可减轻抑制程度;川乌头可引起心肌缺血性改变,而川乌头半夏合用可消除此心电图表现;制川乌头与姜半夏合用可增加小鼠死亡率,但两药剂量均较成人用量大 1000 倍左右。

瓜蒌与川乌头配伍可加重毒性反应,但却可减轻川乌头对离体蛙心的抑制,提高多数小鼠的痛阈。

川贝母与制川乌头伍用,未见毒性加重和痛阈降低,心电图也未见两药间有拮抗或协同影响,但川乌头对离体蛙心的抑制作用减轻或消失。

白藜与制川乌头合用未见毒性增强,但镇痛作用增强,并可缓解川乌头对蛙心的抑制,虽加重心电图的缺血性改变,但未见心、肝、肾等组织改变。

川乌头与白及合用也未见毒性增强,或镇痛和止血作用的降低。有报告认为,川乌头与白及合用能一定程度减弱川乌头对蛙心的抑制,镇痛作用还有所增强。

(四) 药物毒性

1. 体内过程 以 LD_{50} (小动物半数致死量) 补量法测试川乌头的体内过程符合二室动力学模型,其消除相半衰期为 12.1 小时。

2. 毒性机制 生川乌头煎剂小鼠灌服的 LD_{50} 为 $(18.0 \pm 0.034)g/kg$ 。家兔每日灌服生川乌头煎剂 $17.27g/kg$,连续 15 天未见明显毒性反应。乌头碱口服致死量约为 $2 \sim 5mg$,小鼠皮下注射 LD_{50} 为 $0.32mg/kg$,中乌头碱小鼠皮下注射的致死量为 $0.3 \sim 0.5mg/kg$ 。乌头碱、中乌头碱和次乌头碱沸水或稀酸加热水解成为苯甲酰乌头原碱,毒性减少,最后水解为乌头原碱、中乌头原碱或次乌头原碱,毒性仅为原来的 $1/150 \sim 1/1000$ 。

草乌头的毒性作用与川乌头基本类似,草乌头的生物碱含量 0.425%,川乌头生物碱含量为 0.5991%。

四、乌头的用量与用法

(一) 用量用法

1. 教科书方法 川乌头,入煎剂 3~9g,应先煎 30~60 分钟;若入散剂、丸剂、酒剂用量应减为 1~2g。草乌头内服,用制草乌入煎剂,1~6g,应先煎 30~60 分钟;入丸、散剂、酒剂中,用量酌减;外用生草乌研末调敷或醋酒磨涂。

2. 各家经验

(1)卢崇汉:火神派名家卢崇汉教授,在全年 19423 张处方里面,都使用了附片,在附片使用的同时,还合用制川乌、天雄片,用以提高扶阳效果,这样的处方占全年处方的 96.8%。

(2)戴云波:另位火神派名家、成都名医戴云波教授,对诊治痹证有独到的见解,他重视阳气对人体的重要性,认为寒湿痹当重用温热之药除之。擅用川乌头、附子等辛温燥烈之品,附子与乌头曾用至数百克之多,有“戴乌头”、“治痹火神”的美称。其经验方乌附麻辛桂姜汤一方,早期收录在《中医治法与方剂》一书,后收载于 21 世纪《方剂学》新教材中,其中附子与乌头用量 10~60g,先与蜂蜜同煎 1~3 小时后,舌尝无麻味后,再下余药,煎煮而成。

(3)李可:李可老中医大剂量应用乌头,可谓是经验丰富。他凡用川乌头 30g 以上时,应用时需加冷水 2500ml,文火煮取 500ml,日分 3 次服,煎煮时间 3 小时左右,已可有效破坏乌头碱之剧毒。而为防患于未然,他凡用乌头剂,必加两倍量之炙甘草,蜂蜜 150g,黑大豆、防风各 30g,确保万无一失;特别是余药另煎,取汁与蜂蜜再煎,中和毒性,使乌头之毒性降到最低点,而治疗效能不变。在煎药之时,李可必亲临病家,亲为示范煎药。患者服药后,必守护观察,问询服后唇舌感觉。待患者安然无事,方才离去。真可谓是慎之又慎。

(4)陈守义:笔者曾投师于河南滑县陈守义老中医门下,发现陈氏擅用戴云波教授之乌附麻辛桂姜汤治疗痹证,而且附子与制

川乌用量,从30~120g之多,经过40余年的治疗证观察,临床疗效比较满意。而其应用之时,往往与黑豆、防风、甘草、远志同时先煎4个小时以上,再下余下药物煎煮而成。多年观察,未发现不良反应者。

(5)《名中医论方药》:《名中医论方药》一书,总结了当代10位名医应用乌头的经验,他们主要为甘肃、天津、河南、江苏、四川、山西、山东、内蒙古等地的内科、骨科、妇科医家。而乌头所治的病证,主要有以下病种:

各种关节肌肉疾病,如风湿痹痛、特别是痛(寒)痹、顽痹、风湿与类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、椎间盘突出、强直性脊柱炎、颈椎病、肩周炎、痛风、老年关节退变引起的腰腿痛、软组织损伤后肌肉拘挛、半身不遂、骨折脱臼等。血管神经疾病,如顽固性头痛、偏头痛、三叉神经痛等。消化系统疾病,如胃脘痛、胁痛、胃癌、慢性腹泻。妇科疾病,如妇女不孕症、月经不调、痛经等。此外还有冠心病、哮喘、慢性肾炎等。

乌头的用药指征,该书概括起来主要有以下几方面:

1)疼痛:关节、肌肉疼痛,或伴麻木、拘挛,或冷痛,或疼痛剧烈难以忍受,其他药物无效者;或腰腿痛虚寒之象较明显者;胃痛剧烈而无出血倾向者。

2)舌脉征象:舌质暗,苔白而厚或腻,脉弦紧或弦缓。

3)抗“O”增高,类风湿因子阳性;脑电图示缺氧缺血;胃镜示:浅表性胃炎、萎缩性胃炎、溃疡病等。

在应用乌头的剂量上,该书分析得出,最小每剂用1.5g,最多达60g,多数名家认为用3~30g。如果用30g以上时,必须先煎2小时以上,且宜从小剂量开始。

(6)张仲景:如果我们仔细研究一下张仲景时代乌头的用法,对我们应用好乌头多有益处。

张仲景应用乌头,最少者一分入丸剂,煎服者少者一枚,多者五枚,最重者制乌头二两。按照现在保守折算方法,每一枚乌头约

重 10~20g。张仲景用乌头,一枚入煎煮者约合 10~30g,多者五枚则约合 50~150g;按重量折算,二两约合现在 30g 左右。由于剂量重,毒性大,因而张仲景从多方面减轻其毒性。

张仲景在《金匮要略》中应用乌头,主要是从以下 6 个方面减毒的:

1)久煎法:如大乌头煎,煎煮法云:“以水三升煮取一升,去滓,内蜜二升,煎令水气尽,取二升。”所谓“煎令水气尽”,意为通过久煎,将水气蒸发完。即先煮减毒,再与蜜同煎,更进一步地减毒,而服用则更为安全可靠。

2)与蜜、甘草、姜同用法:张仲景的 5 方(乌头汤、乌头赤脂丸、赤丸、大乌头煎、乌头桂枝汤),全部与蜂蜜、甘草、姜同煎煮或同用,使之毒性减低。而这种方法,现代研究证明是非常科学,而且安全有效。

3)从小剂开始逐渐加量法:如乌头汤方后云:“……内蜜煎中更煎之,服七合。不知,尽服之”;乌头赤石脂丸方后云:“右五味,末之,蜜丸如桐子大,先食服一丸,日三服。不知,稍加服”;乌头桂枝汤后云:“令得一升后,初服二合;不知,即服三合;又不知,复加至五合。其知者,如醉状,得吐者为中病”。这种服用方法是非常科学的,因为乌头的治疗量与中毒量很接近,为了摸索有效的治疗量,就必须从小剂量开始,直至以知为度,中病即止。一旦出现瞑眩,唇舌麻木等感觉,应立即减量或停药观察。

4)根据体质不同服药法:如大乌头煎服法:“强人服七合,弱人服五合。”患者体质强弱对药物毒性的耐受性也往往不同,故体质虚弱者应适当减量。

5)先食(饭后)服药法:如赤丸:“先食,酒饮下三丸”,乌头赤石脂丸:“先食,服一丸”。都是采用饭后服,使药物吸收缓慢,以减少毒性吸收。同时,也是在依靠患者吃饭后,正气充足的情况下用药,以减轻空腹或饥饿情况下服药,容易造成毒性增大。

6)炮制法:如赤丸:“乌头二两,炮”;乌头赤石脂丸:“乌头一

分,炮”。通过炮制,用以减轻其毒性,是现代常用的手段与方法,表明张仲景时代也非常重视炮制,用以减轻乌头之毒性,增加安全用药,以利于病情的治疗与恢复。

(二) 用药宜忌

1. 传统认识

(1)《吴普本草》:乌喙,所畏、恶、使尽与乌头同。

(2)《本草经集注》:莽草为之使,反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及、恶藜芦。

(3)《药性论》:远志为使。忌豉汁。

(4)《汤液本草》:堕胎。其汁煎之,名射罔,杀禽兽。

(5)《宝庆本草折衷》:与茶相宜。

(6)《本草纲目》:畏饴糖。黑豆、冷水,能解其毒。

(7)《本经逢原》:夫药之相反者,以乌头、半夏为最,……草乌头,射罔乃至毒之物,非若川乌头、附子之比。自非风顽急疾,不可轻投。

(8)《本草汇言》:遇冷毒即消,热毒即溃,自非顽风急疾,不可轻投入也。观其煎汁敷箭簇,能杀禽兽,闻气即堕仆,非性之锋锐捷利,酷劣有毒,能如是乎?即有风湿痹疾,痲痲急证之人,平素禀赋衰薄,或向有阴虚内热吐血之疾,并老人、虚人、新产人,切宜禁用。

(9)《本草蒙筌》:孕妇且忌。

(10)《本草乘雅》:阳喜独行,而专操杀业,在刚愎人所当禁忌。

(11)《本草备要》:然至毒,无所酿制,不可轻投。

(12)《古今药方纵横》:本品性毒烈,故非阴盛阳衰之证,阴虚内热之人所宜。因能堕胎,孕妇禁用。如误投火热诸证,则添薪燎原,尤须注意。因本品反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及,恶藜芦,故临证应禁忌。另外,本药虽与草乌性味、功效、用法及禁忌等几近相同,然二者并非一物。后者现主要以毛茛科多年生、野生植物北乌头的块茎入药,其毒烈程度更甚,当辨之。

(13)《名中医论方药》:心绞痛、心律失常、风湿性瓣膜病、高血压、低血压、老年心肺功能不全、心电图检查异常者等均不宜用;热证,如充血炎症性腹痛,疼痛不甚,体质虚弱,或阴虚阳亢者也不宜用;孕妇忌用。本品不可久服,用量不宜过大,痛缓后应立即停药。如出现唇口麻木,心悸,胸闷,心率减慢,心律失常当立即停药。本品久煎1小时以上方可服,不宜做酒制剂。

2. 现代观点 现代认为,凡阴虚阳盛、热证疼痛及孕妇忌服。

五、乌头的合理应用

(一) 概论

乌头有毒,然无毒而不成药。张仲景在《金匱要略》中曾说过:“水能浮舟,亦能覆舟。”目前,所用乌头有川乌与草乌之分,常用的是制川乌,而草乌用的相对较少。二味虽然性味、功用、用量、用法及禁忌大致相同,但草乌头毒性更大。我们从张仲景的《伤寒杂病论》中就可以看出,《伤寒论》中不用乌头,《金匱要略》中有5方用之,一是治疗历节病的乌头汤;二是治疗心痛彻背、背痛彻心的乌头赤石脂丸;三是治疗寒疝的大乌头煎、乌头桂枝汤及赤丸。而应用天雄者,只有《金匱要略》天雄散一方,治疗血痹虚劳。由此可见,附子张仲景广泛应用,而乌头类只6方,且治疗范围比较局限。可见毒性较大的乌头应用有一定的针对性。

(二) 用药须知

由于乌头毒性较大,其治疗的有效量与中毒量十分相近。我们除了参考前面附子内容中的用药须知外,再看一下张仲景应用乌头的“火候”,即郑钦安所说的“阳药运行,阴邪化去”之反应,则更能使我们防患于未然。

《尚书·说命》中有“药弗瞑眩,厥疾弗瘳”的认识。这就是说,有的药物服用后需要出现一定反应时,才算是达到最佳用量“火候”,才能发挥最佳治疗效果。张仲景早已敏锐地认识到这个问题,他在用乌头5方后的服法中,或曰“不知,尽服之”;或曰“不知,

稍加服”；或曰“不知，稍增之，以知为度”；“其知者，如醉状，得吐者为中病”。仲景在白术附子汤后并说：“一服觉身痹，半日许再服，三服都尽，其人如冒状，勿怪，即是术、附并走皮中，逐水气，未得除故耳。”从上述可知，仲景对乌头、附子的用量“火候”是“如醉状，得吐”，或“觉身痹……如冒状”。就是说，用乌、附治病需要用到出现眩冒如醉，身体麻痹，恶心呕吐等才算是达到了治疗效果，此时不可再加量及连续服用。这就提出了一个问题，即乌、附的治疗量与中毒量非常接近，临证难以掌握“火候”。目前已有不少临床学者，特别是火神派医家在实践中认识到，服用乌头的剂量，以达到舌麻、口唇麻为效，不可再继续加量。这些经验，很值得学习者参考借鉴。

（三）各家经验

1. 王生义经验（《名中医论方药》）

乌头用量 5~60g，常配伍以下药物：

——川乌 8g，草乌 8g，配独活、桑寄生、秦艽、防风、细辛、川芎、当归、熟地黄、白芍、桂枝、茯苓、甘草，治疗风湿性及类风湿关节炎、痛风等。

王生义认为，乌头是治疗风湿病疗效最好的药物，但用时要特别注意。另外，乌头的炮制也必须讲究，否则易出问题。如果用量 30g 以上，必须先煎 2 小时。

2. 王菊芬经验（《名中医论方药》）

乌头用量 1.5~9g，常配伍以下药物：

——川乌 30g，配草乌 30g，五加皮、麻黄、羌活、防风、乌蛇、川断、木瓜、马钱子、全虫、黄芪、三七。共研细末，装胶囊备用。治风寒湿痹，包括风湿性关节炎、类风湿关节炎、肩周炎等。

王菊芬认为，该药透寒通络止痛之力甚强，但其毒性很大，一定要依法炮制，久煎 1 小时以上方可服。该药性属大热并燥烈，故非阴盛阳衰之证不宜服用。

3. 龙治平经验（《名中医论方药》）

乌头用量 3~30g,常配伍以下药物:

——川乌,配草乌 3~10g,桂枝、威灵仙、独活、附片、秦艽,治风湿痹证。

——川乌,配白芍、香附、吴茱萸、陈皮,治胃寒型胃脘痛。

——川乌,配蒲黄、桂枝、香附、当归、五灵脂,治经寒血瘀之痛经。

——川乌,配川芎、细辛、丹参、茶叶,治偏头痛、神经血管性头痛。

龙治平认为本药不宜久服,用量不宜过大,以免发生中毒反应;病情缓解则宜减量或停用;尽量避免与草乌同用为妥;先煎加蜜少许,先煎时间长短应视其药量而定,一般 10~15g,先煎 2 小时。

4. 田隽经验(《名中医论方药》)

川乌用量 6~9g,常配伍以下药物:

——制川乌 6~9g,配黄芪,方如乌头汤,治疗各种原因所致的关节、腰酸疼痛。

——制川乌 6~9g,配川芎,酌加引经药(羌活、白芷、葛根、吴茱萸),治疗头痛项酸有良效。

——制川乌 6~9g,配当归、龙胆草、贯众、大青叶,治带状疱疹止痛快,往往前一夜不能入睡,后一夜即能安眠。在头部者加升麻,胸腹部者加柴胡,在下肢者加川牛膝。

田隽认为自 6g 开始,服后口舌不麻,加至 9g,不宜再增加,连服 5 剂后停 2 天继服。简单的观察方法是,服后患者口舌发麻就停药一次,消失或减轻后再继续服用。应用时先煎 10~20 分钟,若先煎 30 分钟,效果就差了。

5. 汪履秋经验(《名中医论方药》)

川乌用量 5~10g,常配伍以下药物:

——配黄芪、白芍、麻黄、甘草,治一般痹证。

——配川芎茶调散,加活血化瘀药,治头痛。

汪履秋认为川乌止痛效果好,治痹痛及剧烈头痛,首推川乌,止痛效果最佳。一般用制川乌,生川乌效果更好,但易中毒,应先煎1小时方可。为了安全起见,患者应住院,在密切观察下用之。西药止痛靠吗啡,中药止痛靠乌头,要止痛效果好,就得带一点毒性。

6. 邵祖燕经验(《名中医论方药》)

川乌用量 6~30g,常配伍以下药物:

——配当归、川芎、白芍、生地黄,治阳微寒袭,寒凝血滞,络脉不通,肢体酸痛麻木等症。

——配蜈蚣、苏木、细辛、乳香,治顽痹。

——配肉桂、乳香、九香虫、良姜,治胃寒剧痛。

——配白附子、南星、半夏,治痰结之癫痫。

邵祖燕认为此药大辛大热,又具有强烈地镇痛作用,故凡寒证、痛证必用此药。对疼痛剧烈偏热证者,当以苦寒药相伍。本品不宜做酒剂。

7. 董国立经验(《名中医论方药》)

川乌用量 5~12g,常配伍以下药物:

——配黄芪、党参、白术、茯苓、木香、沉香、防己、椒目、瓜蒌皮、大腹皮、半边莲、木通、厚朴、三棱、莪术、黑丑、甘遂,治疗肝硬化腹水。

董国立数十年来,治疗肝硬化腹水有60例以上,大部分是晚期肝硬化者,以上方加减,可以将生存延长5~7年。每个患者用川乌或附子累计达10kg以上,甘遂达4kg以上。同时他还认为,川乌与附子本是同根生,但制川乌常温经止痛,炮附子温中祛饮,壮阳通脉,临床体会差别不太大,常交替使用。

8. 裴正学经验(《名中医论方药》)

川草乌用量 3~30g,常配伍以下药物:

——配马钱子,治疗风湿性、类风湿关节炎。

——配桂枝芍药知母汤,或配桂枝茯苓丸,治疗红斑狼疮、慢性肾炎。

——配干姜、肉桂，治脾肾阳虚。

裴正学认为，用量在 10g 以上时，必须先煎 1 小时，否则中毒。凡酸胀、怕冷、腹泻属阳虚证者，皆可投用此药。

六、乌头的中毒与救治

关于乌头中毒与救治的内容，参考前面附子中有关内容。

中 篇

附子名家配伍应用





一、张仲景应用乌附的经验

(一) 用法用量

张仲景在《伤寒杂病论》中应用附子非常广泛,《伤寒论》中应用有 20 方,《金匱要略》中(除去重复的)有 13 方,共计 33 方,加上方后加用附子者 4 方,经方中共有 37 方中应用附子。

张仲景所用之附子,有生用者,也有炮用者。生附子多用于少阴病证中,共 8 方,其他则全用炮附子。关于炮附子之制法,现代已经无法考证,但从一些专家研究分析认为,可能是火制的一种,现代多不采用。

张仲景用附子有两个阶段。小剂量为 1~2 枚,多用于治疗脉沉微、四肢逆冷等症;大剂量为 3~5 枚,多用于治疗关节疼痛或心腹大痛等症。

张仲景所用之附子相当于现代的多重? 考证的结果,近些年来比较公认的张仲景时代的剂量,其一两相当现在的 15g 左右。张仲景多是把附子炮,分 8 片。已故名医何绍奇先生研究认为,一片附子相当于 6~8g,如果按照所分为 8 片,少者也有 50g 左右,大者也有 60g 左右,也就是说,张仲景所用之附子的重量,一枚附子折算相当现在的 50~60g。如果用的是生附子话,生附子毒性很大,研究认为其毒性相当于熟附子的 5~10 倍。按照这样的情况分析,张仲景时代所用治少阴病的生附子,一枚相当于现在的 250~500g。就是按照张仲景用一枚附子保守的计算 50g,二枚也相当于 100g,三枚相当于 150g,四枚相当于 200g,五枚相当于 250g 之多。这表明,张仲景时代用附子的剂量,已经相当大了,火神派学术思想,并非是一种凭空异想天开,而是沿着张仲景的思路与方法走了下来,并走到了现在。

在煎药方法上,张仲景并未指明先煎,均是与他药同煎。但张仲景所同煎药物,多数是姜、甘草,特别是炙甘草,有时用的量很大。这充分地证明,附子与姜、草同煎,足以达到解毒并增效之双重目的,圣人肯定考虑了又考虑,思索了又思索。而且现代所有的研究结果都表明,张仲景的这种附子与姜、草同煎的方法,不仅降低附子毒性疗效确切,而且尚有增效作用,可谓是一举两得。

(二) 附子配方

张仲景的《伤寒杂病论》中,共有 33 首(除去附方及方后加味方)涉及附子的配方。

在《伤寒论》中,附子配方有 20 方,如下:

1. 干姜附子汤 生附子一枚,干姜一两。
2. 乌梅丸 附子六两,干姜十两,桂枝六两,乌梅、细辛、黄连、当归、黄柏、人参、蜀椒。
3. 四逆汤 生附子一枚,干姜一两半,炙甘草二两。
4. 四逆加人参汤 生附子一枚,干姜一两半,炙甘草二两,人参。
5. 甘草附子汤 炮附子二枚,炙甘草二两,桂枝四两,白术。
6. 白通汤 生附子一枚,干姜一两,葱白。
7. 白通加猪胆汁汤 生附子一枚,干姜一两,葱白、人尿、猪胆。
8. 芍药甘草附子汤 炮附子一枚,炙甘草三两,芍药。
9. 附子汤 炮附子二枚,茯苓、人参、白术、芍药。
10. 附子泻心汤 炮附子一枚,大黄、黄连、黄芩。
11. 茯苓四逆汤 生附子一枚,炙甘草二两,干姜一两半,茯苓、人参。
12. 桂枝加附子汤 炮附子一枚,桂枝三两,炙甘草三两,生姜三两,芍药、大枣。
13. 桂枝附子汤 炮附子三枚,桂枝四两,生姜三两,炙甘草二两,大枣。

14. 桂枝附子去桂加白术汤 炮附子三枚,生姜三两,炙甘草二两,白术、大枣。

15. 桂枝去芍药加附子汤 炮附子一枚,桂枝三两,炙甘草二两,生姜三两,大枣。

16. 真武汤 炮附子一枚,生姜三两,茯苓、芍药、白术。

17. 通脉四逆汤 生附子大者一枚,干姜三或四两,炙甘草二两。

18. 通脉四逆加猪胆汤 生附子大者一枚,干姜三或四两,炙甘草二两,猪胆汁。

19. 麻黄附子细辛汤 炮附子一枚,细辛、麻黄。

20. 麻黄附子甘草汤 炮附子一枚,炙甘草二两,麻黄。

张仲景《金匮要略》中,除去与《伤寒论》中重复者 23 方外,还有 13 方如下:

1. 九痛丸 炮附子三两,干姜一两,狼牙、巴豆、人参、吴茱萸。

2. 大黄附子汤 炮附子三枚,大黄、细辛。

3. 乌头赤石脂丸 炮附子半两,干姜一两,蜀椒、乌头、赤石脂。

4. 头风摩散 炮附子大者一枚。

5. 白术附子汤 炮附子一枚半,炙甘草一两,生姜一两半,白术、大枣。

6. 竹叶汤 炮附子一枚,桂枝一两,甘草一两,生姜五两,竹叶、葛根、防风、桔梗、人参、大枣。

7. 附子粳米汤 炮附子一枚,甘草一两,半夏、大枣、粳米。

8. 肾气丸 炮附子一枚,桂枝一两,干地黄、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻。

9. 瓜蒌瞿麦丸 炮附子一枚,瓜蒌根、茯苓、山药、瞿麦。

10. 桂枝芍药知母汤 炮附子二枚,桂枝四两,生姜五两,甘草二两,芍药、麻黄、白术、知母、防风。

11. 桂枝去芍加麻黄附子细辛汤 炮附子一枚,桂枝三两,生姜三两,甘草二两,大枣、麻黄、细辛。

12. 薏苡附子散 炮附子大者十枚,薏苡仁。

13. 薏苡附子败酱散 附子二分,薏苡仁、败酱草。

(三) 附子配方治疗病证范围

张仲景《伤寒杂病论》中,应用附子配方治疗的病证极为广泛,总结出主要有以下 8 个方面。

1. 治疗少阴病阳虚证

(1) 干姜附子汤:主治少阴阳气暴虚而引起的烦躁证。

(2) 茯苓四逆汤:主治少阴病阴阳两虚引起的烦躁证。

(3) 四逆汤:主治少阴病亡阳厥逆证。

(4) 通脉四逆汤:主治少阴阴盛格阳证。

(5) 白通汤:主治少阴病戴阳证。

(6) 白通加猪胆汁汤:主治少阴病格阳证。

(7) 四逆加人参汤:主治阳亡阴竭证。

2. 治疗痹证

(1) 乌头赤石脂丸:主治胸痹心背彻痛证。

(2) 薏苡附子散:主治胸痹寒湿阻络证。

(3) 桂枝附子汤:主治风寒湿痹证。

(4) 白术附子汤:主治风寒湿痹证。

(5) 甘草附子汤:主治风寒湿痹证。

(6) 桂枝芍药知母汤:主治正虚邪痹历节病。

(7) 附子汤:主治少阴阳虚而寒湿留着于骨节者。

3. 治疗水气病

(1) 真武汤:主治少阴阳虚、水湿泛滥证。

(2) 瓜蒌瞿麦丸:主治寒热夹杂小便不利证。

(3) 麻黄附子汤:主治阳虚表寒证。

(4) 桂枝去芍药加麻辛附汤:主治少阴阳虚外有寒湿者。

(5) 肾气丸:主治阴阳两虚、水湿内停证。

4. 治疗太少两兼病

- (1)麻黄附子细辛汤:主治少阴感寒证。
- (2)麻黄附子甘草汤:主治少阴感寒轻证。
- (3)桂枝加附子汤:主治少阴感寒表虚证。
- (4)桂枝去芍药加附子汤:主治少阴感寒表虚重证。
- (5)竹叶汤:主治产后少阴阳虚兼表热证。

5. 治疗表阳虚证

- (1)附子泻心汤:主治阳虚胃热证。
- (2)芍药甘草附子汤:主治阴阳两虚证。

6. 治疗中焦虚寒证

- (1)附子粳米汤:主治脾胃虚寒、寒气攻冲证。
- (2)乌梅丸:主治厥阴病寒热错杂证。
- (3)理中丸:方后加附子,主治脾胃虚寒重者。
- (4)四逆散:方后加附子,主治肝郁夹中焦虚寒证。
- (5)黄土汤:主治脾胃虚寒便血证。
- (6)大黄附子汤:主治寒实内积证。

7. 治疗金疮

薏苡仁附子败酱散:主治寒性肠痈证。

8. 治疗头风

头风摩散:主治寒性头风证。

二、当代名医附子配伍经验

(一) 陈苏生经验(《中医临床家·陈苏生》)

1. 温潜法 所谓温潜法,是指温阳药与潜镇药同用的。本法温阳药用量较少,潜镇药用量偏大,有引火归原、导龙入海的作用。根据“甚者从之”(《内经》)的原则,以温阳药如附、桂、姜、椒之属为主,从其性而伏其所主。用潜镇药如三甲、磁石之属为辅,潜其阳而制其虚亢。适用于阳浮于上、上盛下虚之类病证。

2. 温滋法 所谓温滋法,是指温阳药与滋阴药同用。适用于阳衰而阴亦不足,证见虚烦懊恼、失眠、怔忡、肢节酸楚者。凡阳用不彰而阴质亦亏,可无论其见症,病机相合,用之咸宜,收效亦佳。

3. 温通法 温通法,即温阳药与通利药同用,临床常用来治疗痰饮诸证。因为痰饮为阴邪,最易伤人阳气,正因阳气不足,所以招致阴邪凝聚。苟患者阳用彰明,何致产生饮证?《金匱要略》云:“病痰饮者,当以温药和之。”此治饮大法,实际上仍然是扶持阳用之法。

4. 温泄法 即温阳药与解毒泄浊药同用。此常用于阳气衰微,秽浊凝聚诸症,一方面是阳气不足,一方面是阴霾之凝滞,故益火温阳与解毒泄浊同用,扶正而不助邪,祛邪而不伤正,有相辅相成之功。至于临床中,温阳与泄浊,孰轻孰重?谁先谁后?当根据患者体质,病邪轻重等标本缓急的原则,辨证用药。

(二) 龚世澄经验(《临证用药经验》)

1. 温阳止泻 附子温补命门之火,温里回阳,对脾肾阳虚,久泻不止,服理中汤疗效不显时,将汤中干姜易炮用,加熟附片温肾命以煨土,则内寒寒湿消除,虚寒泄泻易止。龚世澄处方常用熟附片10~12g先煎,加党参、焦白术、炮姜、炙甘草,独重附子用量,治

在下焦，此所谓“补脾不如补肾也”。

2. 回阳救脱 附子暖五脏，回阳气，引火归原，制伏虚热，一定要用得及时。任何疾病濒临汗脱险境，是亡阳抑或亡阴，往往难以卒断，若阴液随汗而亡，误用附子，无异“解径救足”。亡阳者：身凉，汗出稠黏如膏，汗冷，尝之味淡，身恶寒，气息微，手足厥逆而舌润，脉微，或浮数而空，用药宜热，用附子 10~15g，配红参、山萸肉、炒干姜、炙甘草之类；若亡阳并有亡阴动象者，可用六味回阳饮——附子加干姜、炙甘草、人参、熟地黄、当归，刚柔相济，以救脱证。

3. 逐四肢血痹 雷诺症，类似“血痹”、“四逆”证，双手苍白可转青或紫暗，手指麻木疼痛，四末冰冷，严冬指端乌紫或呈蜡黄色，疼痛加剧。当用当归四逆汤治疗偶有无效者，加熟附片、木香二味，疗效即著。

（三）白清佐经验（《医苑英华·白清佐》）

1. 附子配肉桂 戴原礼曰：“得桂则补命门。”盖肉桂辛甘大热，为阳中之阳，气沉重入肾和膀胱，亦温补命门之神品。桂、附同用，其温补命火之力倍强。故用治肾阳不足，腰痛背寒，睾丸冰冷，肢体厥逆，浮肿喘满各症为宜。临床以熟附子 15g，肉桂 3g，加入适当方中，真有立竿见影之效。

2. 附子配干姜 干姜味辛大热，温中调脾，凡脾胃寒冷而呕吐泄泻者，是为对症良药。仲景四逆汤即姜、附、草同用，治太阴、少阴下利，手足厥逆，脉微欲绝诸证。如遇暴患寒泻，或元阳欲绝之证，则去甘草只用炮附子、干姜立救危殆。治虚寒犯胃，则熟附子、干姜同用。

3. 附子配桂枝、白术 桂枝味辛甘气轻，走表和营卫，四肢有寒疾，非此不能达。白术味甘气温，实脾胃运湿痰，三味同用，功能祛寒胜湿，温通四末，故用治风寒湿三气杂至之痹痛为宜也。治痹痛之疾，白清佐恒用仲景附子汤加桂枝，方中桂枝、白术、附子同用。附子用量少则 12~15g，多则达 30~60g，其效如神速。但痹

痛之兼内热或阴虚血少者，则当禁用附子。

4. 附子配人参、黄芪 人参、黄芪为补气之妙品，对中气不足而见精神萎靡、倦怠、面黄肌瘦、言微气短、脉来虚弱等症者，参、芪均得而治之。然虚瘦已久者，仅凭参、芪之力尚感不足，必须微佐附子，以行参、芪之力，其效尤著。惟附子之用量不宜过重，3~6g即可。

5. 附子配当归 当归味甘而重，故能补血；气轻而辛，故能行血，补中有动，阴中有阳，血中之气药也。归、附合用，补血而具温通之功，用治血海虚寒之月经不调、后期不行以及血证之属虚属寒者，盖血得温则行也。

6. 附子配鹿茸 鹿茸甘咸而温，入肾，补元阳，填精补髓，强筋骨。鹿茸、附子合用，温命火填精髓，用治虚寒腰痛，不得俯仰，腰膝无力或阳痿遗精，均有卓效。斯证白清佐每以鹿茸 3g 研末，熟附子 15g 煎汤送服。

7. 附子配肉豆蔻 肉豆蔻味辛气香，理脾燥湿，逐冷祛痰，涩肠止泻，善治腹中积冷。附子、肉豆蔻合用，温命火而燥脾湿，用治虚寒泄泻、黎明泻及一切脾胃虚寒之证，每用肉豆蔻 60g，附子 30g，研末为丸，每服 9g，效验颇佳。

8. 附子配半夏 脾胃虚寒呕哕者，得附子、半夏合剂，附子补火以生土，半夏降气以止呕，寒呕自愈。治此白清佐每以附子、半夏各 6g，生姜 3 片，水煎温服则愈。

9. 附子配延胡索、木香 延胡索、木香行气滞、止疼痛，更得附子温而善走者，用治寒证腹痛最妙。

10. 附子配腊茶 附子、腊茶合用，善治阴盛格阳证。其证每见四肢厥逆，便溏溺清，脉沉微欲绝，而肌肤浮热，烦渴欲饮，口干咽痛等症，此内真寒而外假热也。白清佐每用附子温命门火而祛真寒，用腊茶可清在外之浮热。茶清热，附助阳，二味合用，且有平调阴阳之妙。

(四) 李翰卿经验(《中医临床家·李翰卿》)

1. 附子配大黄 李翰卿认为，胆道蛔虫病类似属于中医蛔厥

虫痛。其治法有二：一是杀虫，此法如乌梅丸；二是改变虫痛环境，如甘草米蜜汤、米醋等。临床所见胆道蛔虫病，以寒热夹杂证中的寒多热少证较多见，而临证选用大黄附子汤往往比乌梅丸效果较为优。常用剂量如附子 9g，大黄 4.5g，细辛 4.5g。

2. 附子与干姜、炙甘草 李翰卿认为，从回阳救逆看，对心脾肾的阳衰欲亡者有卓效，可以说是中药回阳救逆的最好药物。附子与干姜、炙甘草伍用，治疗脾肾阳衰的四肢厥冷，泄泻如稀水或失禁，脉微欲绝者；若舌苔黄，或兼口苦者，为阴盛格阳之象，可配寒凉之药如黄连或猪胆汁；若兼大汗出者，为气脱，宜加人参。前人治疗亡阳厥脱时用四逆汤、参附汤的主要区别是汗出与否，泄泻有无，即汗多者必用人参，泄泻者必配干姜，若汗、泻并见，则人参、干姜同时配用。

3. 附子配肉桂 李翰卿认为，从温阳利尿看，附子本身没有利尿的作用，但对脾肾阳虚或心肾阳虚的水肿，却有较好的效果。若单纯从通阳利尿的作用看，附子的作用不如肉桂，但在脾肾阳虚、心肾阳虚、肾水凌心、肾水凌肺证的水肿、心悸、四肢厥冷、脉沉细微的治疗上，附子又优于肉桂。若单纯肾阳亏损所致的水肿，肉桂、附子配合补肾阳，常能提高利尿的效果。

（五）周仲瑛经验（《中医临床家·周仲瑛》）

1. 附子配麻黄 麻黄发表散寒，附子温里助阳。两药温经散寒，治阳虚感寒，风湿相搏，身体疼烦，为麻黄附子细辛汤、麻黄附子汤的主要组成。

2. 附子配大黄 大黄通腑下积，附子温中祛寒。两药温散寒积，泻下通便。治寒积便秘，脘腹冷痛，为《金匱要略》大黄附子汤的主药。

（六）施今墨经验（《施今墨对药》）

附子配黄芪：黄芪补气升阳，固表止汗，利水消肿；附子回阳救逆，温肾助阳，祛寒止痛。黄芪具有生发之性，善于益气固表，止汗固脱，配伍以附子，相使为用，温阳益气，回阳救逆，固表止汗益彰。

主治阳虚自汗，畏寒，四肢不温，舌淡苔白，脉细弱等症；风湿性心脏病、心力衰竭者可用。附子配黄芪，治休克患者，脉微欲绝，四肢逆冷，大汗欲脱。熟附片可用量超过 15g 者，应久煎 1 小时左右；黄芪须用大量，一次 60~90g 浓煎，止汗固脱之效甚佳。

(七) 祝味菊经验(《祝味菊医案经验集》)

1. 附子配磁石 附子配磁石、生龙牡等重镇潜下的药物，温阳而又潜降，故称之为温潜法。祝味菊主要应用于治疗失眠。他认为：“虚人躁甚者，气怯于内，阳浮于外，其为兴奋，乃虚性兴奋也，甘凉之剂，可令小安，缓和之故也。因其小效，而频服之，则气愈怯则阳愈浮矣。此非亢阳之余，乃阳衰不能自秘也。大凡神经衰弱者，易于疲劳，又易于兴奋，滋阴清火之法，虽有缓急兴奋之效，然其滋柔阴赋之性，足戕贼元阳，非至善之道也。《内经》云：‘阴阳之要，阳秘乃固’。气虚阳浮之证，乃阳衰不能自秘造成的。”因而祝味菊认为，虚者当温补，此乃常法也。气虚而兴奋特甚者，宜与温潜之药，温以壮其怯，潜以平其逆，引火归原，导龙入海，皆古之良法，不可因其外形之兴奋，而滥与清滋之药也。

2. 附子配石膏(《危症难病倚附子》) 附子配石膏，一以扶阳，一以制火。附子之温，因可减低石膏之凉，然不能消除其制止分泌之功。体虚而炎热过盛，重附子而轻石膏，仍是温壮之剂。阳明伤寒，全身抵抗太过，而心力不振。《千金》越婢汤，石膏与附子同用，一以制亢，一以强心。石膏之寒，足以抵消附子之温，然附子虽减其热，而不减其强心之用。气盛而心盛者，用寒多于用热，亦不失为清凉之方。大凡药性寒热，可因朋侪之同化而变易其个性，然药味之本质能各个发挥其特效，此复方之妙也。

3. 附子配枣仁(《浙江中医杂志》) 祝味菊曰：“此二药之效能，胜于西药之洋地黄。夫洋地黄之强心，固为西医所推崇，但药效不能持久，何况洋地黄对有些患者有副作用。而附子酸枣仁之强心，则无此流弊。对伤寒及杂病患者的心脏衰弱，无不在处方中重用此二药。”因此，附子配酸枣仁二药具有强心之效力。

4. 附子配熟地黄 对于阴阳两亏的疾病,祝氏均用此二药,再配合巴戟天、淫羊藿等,颇有效果。而对外科之阴证,亦可用此二药。祝味菊曰:“阴疽之病,皆缘人体正气无力抵抗外来之细菌。治疗之法必须增加人体之力量,使其由阴转阳,方为顺事。古来神灯照是很好的外治方法,今之操外科者弃而不用,惜哉!”故此,祝味菊治疗阴疽,每以阳和汤为主,再加附子。

5. 附子配羚羊角 附子与羚羊角,二味一凉一热,古方资寿解语汤有之,后世用之不多,而祝味菊则常用之。曾谓:“羚羊角治脑,附子强心,体虚而有脑症状者最宜。”

6. 附子配知母 祝味菊曰:“温滋亦可以并用,附子与知母配合,其效更彰,不乏先例。”扁鹊尝谓气怯而津液不足者,于附、桂等温燥剂中,重加知母,使其无温燥之弊,而有生津之功。伤寒患者有津液不足者,合用之,确具有此项效力。仲景治风湿相搏,身体尪羸,用桂枝芍药知母汤。夫尪羸者,即津液不足之人,附、桂之辛温以祛寒湿之痹,配以知母、芍药之滋阴以清热养津。祝味菊常用此方,效果显著。

7. 附子配大黄 附子之温配大黄之攻下,治阿米巴痢疾其功甚伟,此祝味菊之独特经验。他曾谓:“治阿米巴痢疾虽用芍药汤最验,但必须与附子、熟大黄共用,效力方著。”

8. 附子配柴胡 此法祝味菊用得最多。寒热往来与疟疾配小柴胡汤、柴胡桂枝汤;肝大肋肋胀满配柴胡、当归、芍药,重则三棱、莪术,可使肝肿逐渐消失;配柴胡、控涎丹治胸膜炎有特效,则为祝味菊独得之秘。

9. 附子配瓜蒌、薤白 祝味菊曰:“《金匱要略》瓜蒌薤白白酒汤治胸痹甚效,近世所谓风湿性心脏病颇类似乎此。”并认为若再加附子等振阳之品,其效更彰。

10. 附子配全蝎、僵蚕 祝味菊常用此法治抽搐,临床疗效显著。

(八) 陈耀堂经验(《中医杂志》)

1. 附子配白术 名术附汤,主治脾阳不运,肾阳亦衰,湿浊凝

聚之水肿。如面目四肢水肿或大腹胀、小溲清长、大便自利等症，可以本方加五苓散、五皮饮等随症加减，使脾阳得运则湿浊化而肿自消。陈耀堂平时对慢性肾炎而有上述症状者，用之多有效验。若加茵陈，名茵陈术附汤，为治阴黄之主方。

2. 附子配人参 名参附汤，陈耀堂专用于西医诊断为休克、虚脱而证见虚寒、元阳不足之患者。此外，如虚喘动则气逆，气短欲脱者亦宜用之。此方能温运阳分，大补元气，为急救之要方。若汗出如珠，或冷汗淋漓，有亡阳之兆者，宜再加龙骨、牡蛎。陈耀堂用于温病后期或喘急气虚、汗多亡阳等证，多能见效。

3. 附子配黄芪 名芪附汤，治气虚阳衰，表分不固，虚汗倦怠等证。用黄芪固表，附子壮阳，则卫阳得以外护，虚汗自敛。

4. 附子配干姜 为祛沉寒、回阳救逆之主方。陈耀堂用于四肢逆冷之霍乱证及虚寒腹痛证有效。附子与干姜均为纯阳之品，古有“干姜无附子不热”之论。凡属寒盛阳衰，或阳气将亡而见吐利、脉微肢厥之症，非用此回阳救逆，不可挽回。

5. 附子配桂枝 可治风湿相搏，不能自转侧，骨节烦疼掣痛，不得屈伸，如《伤寒论》之桂枝附子汤、甘草附子汤证。陈耀堂临床用之于风寒湿痹，效果良好。

6. 附子配肉桂 陈耀堂多用于肾脏虚寒见腰骶痛楚，二足痿软，形寒乏力等症。古方如桂附八味丸、右归饮之类，亦以此为主药，能于水中补火，所谓益火之源，以消阴翳是也。

7. 附子配当归 名归附汤，陈耀堂常用于阳虚失红便血等证。盖脾土虚弱，不能统血，血去阴伤，阳气亦虚，此等症久治不愈或时愈时发，其内有瘀阻，瘀血得热而行，陈耀堂悟之于仲景侧柏叶汤，吐血而用干姜，故遇瘀血症辄用附子、当归加祛瘀之品，多能见效。

8. 附子配熟地黄 凡肾阳不足，舌苔腻而舌质红者，示阴阳俱不足，陈耀堂每以附子与熟地黄，仿八味丸阴阳并补之意，且借附子之走而不守，以行地黄之滞，可使补而不腻。

9. 附子配麻黄 附子与麻黄并用,可温经发表,治少阴病阳虚而兼外感,如麻黄附子甘草汤、麻黄附子细辛汤证。又如治痰饮,《金匱要略》云:“病痰饮者,当以温药和之。”陈耀堂仿仲景之意,每于苓桂术甘汤、小青龙汤、麻黄加术汤中加用附子以化寒饮,盖宣肺定喘赖麻黄,而温化痰饮则归功于附子也。

10. 附子配白薇、银柴胡 可治低热、虚热。患者形寒怯冷虚汗倦怠,用一般退热药无效者,陈耀堂每以附子加白薇、银柴胡、生牡蛎、浮小麦及生姜、大枣,投之辄能应手奏效。

11. 附子配石决明、牡蛎 可治阳虚头痛颇佳。一般头痛症,人多不敢用附子,唯恐厥阳独亢,用附子以阳助阳。但不知肝脏体阴而用阳,故有阴虚头痛,亦有阳虚清阳不升之头痛,陈耀堂用附子使清阳上升,用石决明、牡蛎以使浮阳潜降,治之多有愈者。

12. 附子配大黄 如附子泻心汤、附子大黄汤,寒热并用,温攻兼施,能温中通便,是温药下之之义。陈耀堂每于阳虚而有里实,需用攻下者,使里实去而阳不伤。

13. 附子配橘核、川楝子 陈耀堂多用于治寒疝。厥阴之脉络阴器,厥气失于疏泄,加以中阳不足,气虚下陷,故疝气作痛。陈耀堂治以祛寒疏泄,疏泄以橘核、川楝子,而祛寒则当重用附子,以附子加入疏泄厥气之中,则阳气盛而寒气自去,再佐以补益升提之品,则疝痛自释矣。

(九) 谢海洲经验(《谢海洲临床经验辑要》)

1. 附子配黄芪 附子回阳救逆,温肾助阳,祛寒止痛;黄芪补气升阳,固表止汗,利水消肿。黄芪具有生发之性,善于益气固表止汗;伍以附子,相须为用,温阳益气,回阳救脱,固表止汗力彰。多用治休克患者,脉微欲绝,四肢逆冷,大汗如洗。

2. 附子配肉桂 附子辛热燥烈,走而不守,为通行十二经的纯阳之品,彻内达外,能升能降,回阳救逆。肉桂甘热,能走能守,偏暖下焦而温肾阳。更能引火归原而摄无根之火。二药相合,附子善入气分而散寒止痛,肉桂善入血分而温经通脉。动静结合,既

具强大的温肾助阳作用,又有良好的温经散寒止痛之功。

3. 附子配桂枝 附子辛热,能散寒止痛通关节,搜风除湿;桂枝辛温,轻扬升散,具有走经络,通血脉,散寒邪之功。二药相合,可增强温通经脉,散寒止痛作用。凡遇阳虚寒凝所致的多种病证,都可酌情选用,如感寒所致的月经不调,经行腹痛者,用之可温经止痛;素体阳虚,复受风寒者,用之可助阳解表;阳虚气化不利的水肿病证,配伍利水渗湿药,可通阳化气,加强利水作用。

(十) 周筱斋经验(《中医临床家·周筱斋》)

1. 附子配麻黄 麻黄为表药,附子为里药;麻黄散,附子守;加细辛名为麻黄附子细辛汤,而细辛能表能里,治汗不出,伍麻黄则发散之力强,伍附子则振阳驱寒之力增,达到彻表彻里,泄邪外出,益显配伍细辛之妙用,故见全功。麻黄附子细辛汤表里双解,张仲景用治太阳少阴同病,表里俱寒,而表证恶寒未罢,里证蕴寒欲出不得,则反发热。故此,附子配麻黄,加细辛,麻黄附子细辛汤是彻表彻里、驱散表寒、泄逐里寒,是温法与汗法合用。

2. 附子配大黄 附子辛热,大黄苦寒,加细辛名为大黄附子汤,张仲景以治寒实内结,大便不通,故取大黄附子汤温下并施。由寒实内结,大便不通,加细辛性味辛温与大黄相伍则为拮抗作用,而细辛之功在大黄附子汤是彻上彻下、温下寒结,是温法与下法合用的典范。

(十一) 高辉远经验(《中医临床家·高辉远》)

1. 附子配人参 大温大补,回阳益气而固脱。历代医家凡治元气大亏,阳气暴脱,必不可少。如见休克、虚脱,肢冷脉微者,常借大剂人参大补元气,强心救脱,附子温中回阳,振衰起废,参附同用,以挽回亡阳脱液之危。高辉远认为,补后天之气,无如人参,补先天之阳,无如附子,此参附汤之所由立。凡属阴阳气血暴脱之证,用之其效甚捷。

2. 附子配黄芪 高辉远认为,黄芪虽不如人参之能大补元气,但温升之力较人参为强,具有升举阳气之功效。且可外达肌

表,固护卫阳,充实表分,以益气固表,取附子温经护阳。芪附同用,能呈较强的补气助阳,固表止汗作用,用治内伤疾病的阳气虚衰,自汗畏冷,肢冷乏力者。如汗出较多,高辉远又常加白术、防风、浮小麦、煅牡蛎等以增强止汗作用。

3. 附子配干姜 附子大辛大热,温里回阳力强,使心阳振奋,阳气能通达四肢,则肢冷脉微之症可除;干姜辛热温中散寒,使脾阳得温,水谷得运,则下利清谷之症可愈。兼能温肺,治寒饮咳嗽。附子与干姜同用,心脾兼顾,回阳力胜,所谓“附子无干姜不热”。两药相须为用,相得益彰。高辉远还常配伍人参、炙甘草、白芍等温阳救脱,抢救心肌梗死属心阳虚脱致面色苍白、四肢厥冷、冷汗淋漓、肤色青紫、脉微欲绝者,兼有恶寒用附子汤,心下有水气,筋惕肉瞤者,则用真武汤变通救治。

4. 附子配肉桂 附子辛热药性刚燥,入气分,走而不守,上助心阳以通脉,中运脾阳以健运,下补肾阳以益火,能温全身之寒,通行十二经。肉桂甘辛热,归肝肾两经,入血分,守而不走,能引火归原,温营血,助气化,温肾壮阳,温经止痛,可用于气血寒凝之证,又能鼓舞气血,促使阳生阴长。两药相须为用则补阳益火,常用于下焦命门火衰,肾气不足的腰膝酸软,形寒肢冷,阳痿,尿频,也能补命火而健脾土,治脾阳不健之证。

5. 附子配桂枝 据《伤寒论》中载附子合桂枝同用,其义主要有二:一取桂枝散肌表之风邪,附子逐在经之寒湿,桂附相合,温经散寒,祛风除湿,如桂枝附子汤;二是用桂枝汤调和在表之营卫,加附子壮在表之元阳,两者合用,复阳敛液,固表止汗,如桂枝加附子汤。高辉远认为,桂枝通心阳,通血脉,伍用附子则温阳强心而通脉,临床上用治心阳衰微,心悸气短,四肢逆冷,唇指青紫,每多良效。

6. 附子配麻黄 具有温经发表之功。麻黄发汗解表,附子温经助阳,以散寒邪,俾外感之风寒得以表散,而又固护里阳。如只用麻黄,不用附子助阳,则阳气随汗而泄,恐有亡阳之虑。麻附配

伍并用，则温中发表，发中有补，使表解而又无损于阳。高辉远谓仲景麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤诸方运用附子，其目的亦在于此。

7. 附子配当归 当归活血补血，乃血证之要药，与附子伍用则温通血海。高辉远常用治于血虚寒凝，冲任虚寒之月经不调、经行腹痛、宫寒不孕等症。两药相合，尚可温阳摄血，用治脾虚阳衰，阳不摄阴之失血崩漏，其效亦佳。

8. 附子配白芍 白芍养血敛阴，柔肝安脾，附子辛甘大热，引血药入血分，壮命门之火，而温肾散寒，芍药之酸可益血，附子之辛可以复气，芍药敛阴止汗，附子固肾回阳，两药同用，寒热并施，阴阳同治，主治阴伤阳虚之候。高辉远认为，寒者温之，虽投以附子，也须防刚燥伤阴。附子配白芍，则是引附子入阴分以散寒，刚柔相济，使附子无燥烈之弊。《伤寒论》中附子汤中配用白芍之酸微寒，就是符合“温而毋燥”的原则。

9. 附子配白术 附子温补脾肾散寒，白术健脾燥湿，对于阳虚寒湿内盛，心腹冷痛，呕吐泄泻，痰饮水肿，概可用术附治之。又两药合用，温经益气，散寒除湿，可用治于风湿相搏之肢体关节疼痛，典型的例子表现在仲景真武汤、附子汤、白术附子汤、甘草附子汤方中，正如张洁古所说：“附子以白术为佐，乃除寒之圣药，湿药可加之引经。”

10. 附子配茯苓 附子药性刚燥，走而不守，是温阳扶阳要药，配茯苓之甘淡渗利，则有温阳化饮，利水消肿之功，临床用治于脾肾阳虚，水气内停，肢肿尿少者。高辉远以附子配茯苓等利水药物，治疗肾性、心性水肿均有较好疗效。

11. 附子配地黄 地黄滋补肝肾，养血益精，为治疗阴虚之妙品。张景岳谓：“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”附子与地黄伍用，阴阳相生，可增强地黄滋阴养血的作用，且可减少地黄之滞腻，此时附子用量宜小。

12. 附子配大黄 附子辛热之性以散寒，大黄泻下之用以破

结,仲景有大黄附子汤、附子泻心汤,后贤又有温脾汤,都是二者并用之妙方,一热一寒,温通并行,共奏温阳破结,攻积通滞之功,治寒实内结,寒疝腹痛。两药相配尚可扶阳降浊,有降低肾衰竭所致的血尿素氮及肌酐的作用。

(十二) 查玉明经验(《中医临床家·查玉明》)

1. 附子配人参 用于慢性肾衰竭。精气被夺是肾脏疾病后期的最终结果。肾主水、司开阖,为胃之关。肾关得阳则开,从阴则阖,故取参附合用,有助于阳化气,司开阖,行升降之功能。人参补脾肺之气,助脾化湿;附子辛热,助阳散寒功擅力宏,上补心阳以通脉,下助肾阳益火源,使脾肾阳气衰败、阴寒内盛之证得以改善。

2. 附子配大黄 附子与大黄合用可通腑散寒,重在降浊,能使体内湿浊羁留之邪、久郁形成之水毒得以消除。常以黄芪、大黄、人参、附子四味联合应用,效果更佳,可使尿毒症之危候得以缓解改善,每多奏效。

3. 附子配白术 用于脾肾阳虚、湿浊凝聚、水湿内停所致尿少不利、肢体水肿之水气病,常与茯苓同用,使脾阳得运、温化寒湿、温肾壮阳、助阳化气,使尿利肿消。附子具有温经散寒、回阳气、散阴寒、温补肾阳以益火、振奋心阳以通脉之功,是通行十二经之要药。凡阴寒内盛所致的各种疾病,真阳不足,功能衰退,沉疴痼疾,阳气虚衰者,用之多验。症见:面色苍白,倦怠乏力,身寒足冷,精神萎靡不振,大便不实,小便清长,阳痿尿频,舌淡胖,苔白润,舌质淡,脉沉迟或微细。凡阳虚阴盛之里寒虚证皆可用之。白术既能补气健脾,又能燥湿利水,与附子同用,相得益彰。

4. 附子配黄芪 用于气虚阳衰、卫表不固所致的虚汗出、神疲倦怠。黄芪固表,附子固阳,卫阳得以外护,虚汗自敛。常与五味子合用,疗效更佳。黄芪甘温固表、温分肉、实腠理,无汗能发,有汗能止。阳虚自汗用之多效。

5. 附子配干姜 寒淫于内,治以甘热,姜、附大热之剂伸发阳气、表散寒邪、温胃散寒。用于虚寒腹痛、体寒不温、四肢厥冷及中

焦虚寒之脘腹隐痛。具有扶阳止泻之功，能壮真火而逐虚寒，温中止痛力专，效果显著。

(十三) 颜德馨经验(《颜德馨临床经验集要》)

1. 附子配麻黄 温肺化饮治肺胀。附子味辛，辛入肺经，故能温肺散寒，助阳固表，与麻黄配伍，宣补并用，攻补兼施，则善治肺胀咳喘。肺胀一证，饮邪充斥，淹蔽阳气，以致阳不外卫，无能御邪，稍一冒寒触风，即可引动伏饮，夹感而发，证属本虚标实，此非一般宣肺化痰药所能胜任，三拗汤、华盖散、小青龙汤等麻黄功在宣散，温阳之力多嫌不足，唯有加入附子一味，温扶阳气，庶可克敌，临床凡见咳喘频发，咳痰清稀，背俞寒冷，舌苔白膩等阳虚阴凝证者，取小青龙汤加附子投之，每能奏效。

2. 附子配生脉 养心温阳治胸痹。附子主入手少阴心经，功能大补心阳，其性走而不守，善于祛除寒邪，疏通血气，用治胸痹有一举三得之妙。心居阳位，为清旷之区，凡心阳不足，阳气失于斡旋，寒邪乘虚而入，两寒相得，凝滞气血，痹阻心脉，不通则痛，则胸痹心痛。症见脉细而微，舌胖而淡属阳微阴弦者，当取附子温阳散寒；若见脉虚而数，舌红质干属气阴两亏者，则宜附子合生脉散同用，用附子振阳，生脉养阴，共成复脉之师。

3. 附子配茵陈 暖脾化湿退阴黄。附子性大热，不仅祛寒，且能燥湿，故张元素谓：“附子温暖脾胃，除脾湿。”与退黄专药茵陈相使而用，温阳化湿，专治阴黄。黄疸发病，当以湿邪为要，所谓“黄家所得，从湿得之”，湿性黏滞，缠绵难祛，最易遏气损阳，故而黄疸日久不退，必然损伤阳气，加重水湿的停滞，遂成阴黄变证，症见肤色烟熏，舌润脉沉，治此当在茵陈剂中，佐以少量附子，振奋脾阳，以求“离照当空，阴霾自散”之效。

4. 附子配石韦 温肾通淋疗尿石。附子气雄，擅补肾阳，温膀胱之气，与石韦等清利通淋之剂同用，则有温阳行气，通淋排石之功。石淋一证，肾虚气化失利为本，湿热蕴结下焦为标，肾主水，司二便，肾阳旺盛，气化有权，生化有序，湿热无以蕴结，结石无法

形成,若肾阳衰弱,气化乏力,清浊泌别失司,湿浊无法下注而沉积为石,治疗若拘泥清热通淋,不但结石难以攻下,且久服攻利,反有耗气损阳之弊,而施以温肾通阳之附子,以补代通,阳气充盛,气化则能出焉。

5. 附子配大黄 温阳泄浊治关格。附子与大黄相配,乃取《金匱要略》大黄附子汤之意,主治寒积实证,多用于慢性肾炎尿毒症,其脾肾阳亏,寒湿内生,浊邪弥漫三焦。小便不通者曰关,呕吐不止者曰格。大黄为降浊要药,有祛浊通腑之力,其性寒凉,久服必伐肾阳,附子辛热,功能温散寒浊而开闭结,并能制大黄寒性而存其走泄之性,二味同用,共成温散寒浊,苦辛通降之剂,而奏通关格之功。

(十四) 于凯成经验(《名中医论方药》)

临床用附子 5~20g,常用以下配伍:

——配桂枝、白术、大腹皮、葶苈子,治心衰水肿。

——配麻黄、桂枝、细辛、淫羊藿,治心动过缓、病态窦房结综合征。

——配人参,治休克。

于凯成认为,本品有毒,内服须经炮制,且先煎 0.5~1 小时,至口尝无麻辣感为度。

(十五) 马连珍经验(《名中医论方药》)

临床用附子 10~20g,常用以下配伍:

——配人参,即参附汤,治充血性心力衰竭。

——配桂枝,治阳虚血瘀型胸痹。

——配白术,治心脾阳虚证。

——配黄芪,治心衰,有补气固表之力。

——配桑白皮、葶苈子,治心衰喘咳。

——配大黄,治心衰,可降气通大肠。

——配水蛭,治心脏病,可逐瘀止痛。

马连珍认为,附子之功在于温五脏之阳,其性辛热燥烈。一般

用 10g, 先煎, 根据病情可用至 18~20g。

(十六) 王乐善经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~10g, 常用以下配伍:

- 配干姜、炙甘草, 治四肢厥逆。
- 配人参、白术、炮姜, 治中寒呕利腹痛。
- 配甘草、白术、桂枝, 治风湿痹证, 关节疼痛。

(十七) 石景亮经验(《名中医论方药》)

临床用附子 5~30g, 常用以下配伍:

——配大枣、沉香、炙甘草、太子参、麦冬、枸杞子, 治病态窦房结综合征。

——配茯苓、刘寄奴、白术、白芍、淫羊藿、生姜、仙茅、陈皮、生黄芪、地龙、益母草、玉米须, 治脾肾阳虚型肾病综合征。

——配红参、干姜、大枣, 治阳虚大汗、休克虚脱。

石景亮认为, 附子用量 30g 以上者, 需先煎 2 小时, 以减轻其毒性。

(十八) 朱良春经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~6~30g, 常用以下配伍:

- 配人参、麦冬, 治感染性休克、心源性休克。
- 配党参、炮姜、白术, 治脾阳虚之久泻。
- 配桂枝、细辛, 治风寒湿痹。
- 配桃仁、红花、败酱草, 治慢性肾炎。
- 配黄芪、金刚骨, 治慢性肾炎。

朱良春认为, 大剂量使用附子, 煎时宜加生姜三五片, 或再加蜂蜜一匙, 以防中毒, 也可将附子先煎半小时。煎附子之水要一次放足, 不能中途再加凉水。

(十九) 朱育华经验(《名中医论方药》)

临床用附子 6~150g, 常用以下配伍:

- 配秦艽、桑枝、桂枝, 治寒痹。
- 配干姜、茯苓、车前子、高良姜, 治脾胃虚寒性胃痛、泄泻。

——配红参,治疗各种休克及虚脱证。

朱育华认为,临床多从 20g 开始,逐渐加量至 150g,可使痹痛减轻。入汤剂先煎 30 分钟,然后入其他药物,未发生过毒性反应。

(二十) 杜雨茂经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~30g,常用以下配伍:

——配干姜、炙甘草、肉桂等,治阳虚欲脱。

——配桂枝、白芍、高丽参、黄芪等,治阳虚恶风。

——配干姜、炙甘草、人参,治阳虚发热。

——配葱白、胆汁、白芍等,治格阳于外。

——配理中汤等,治虚寒泄泻。

——配熟地黄、川断、巴戟天、枸杞子、艾叶等,治肾气虚不孕。

——配肉桂、海马、巴戟天、鹿角胶、紫河车等,治五迟五软。

——配茯苓、泽泻、桂枝、葶苈子等,治阳虚水肿。

——配川乌、桂枝、细辛等,治阳虚痹证。

——桂附丸为主,加牛膝、龙骨、牡蛎等,治上盛下虚证。

杜雨茂认为,凡有四肢厥逆、脉微等阳虚欲脱征象者必用附子。

(二十一) 李士懋经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~60g,常用以下配伍:

——配桂枝、细辛、茯苓、白术,治冠心病。

——配麻黄、细辛,治水饮射肺之咳喘,胸中窒闷。

——配桂枝、茯苓、白术、泽泻,治水肿、尿少。

李士懋认为,附子宜先煎 1 小时,以去毒性。曾有 1 次用附子 8g,因炮制不好而出现口麻、心律不齐,但先煎则未见毒性反应。

(二十二) 李文瑞经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~30g,常用以下配伍:

——配桂枝、白术、白芍等,基本方用天雄散加减,治男子不育之少精症、精液清稀症、精子活动低下症。

——配仙灵脾、黄芪等,基本方用真武汤加减,治甲状腺功能

减退。

——配麻黄、细辛、桂枝、白芍，基本方用麻黄附子细辛汤加减，治心率慢者。

——配老鹳草、威灵仙、鸡血藤，治风湿病、风湿性关节炎、类风湿关节炎属寒证者。

李文瑞认为，附子大辛大热，具有温肾壮阳，逐寒生精，倾浊生水，宣痹止痛之功。临证用制附子，如辨证准确可重用，但宜逐渐增量。重用时应延长煎煮时间，以去其毒。

(二十三) 吴生元经验(《名中医论方药》)

临床用附子 30~60~100g，常用以下配伍：

——配干姜、甘草，治一般阳虚证。

——配干姜、肉桂、甘草，治阳虚里寒证。

——配党参、白术、干姜、甘草，治虚寒泻利。

——配麻黄、细辛、桂枝、生姜、大枣、甘草，治阳虚感冒。

——配陈皮、半夏、茯苓、炙麻黄、细辛、杏仁、干姜、甘草，治慢性痰饮咳嗽。

——配补中益气汤，治中阳虚、气虚下陷之脱肛、脱疝、子宫脱垂。

——配苓桂术甘汤，治心悸怔忡及心力衰弱。

——配桂枝、细辛、川芎、怀牛膝、羌活、独活、五加皮、薏苡仁，治风寒湿痹。

——配半夏、生姜，治妊娠恶阻。

——配干姜、葱白，治阳虚发热。

——独附汤、参附汤加肉桂，治脱阳、亡阳证。

吴生元认为，制附片成人每剂药用 30~60g，个别阳虚阴寒重证亦有用至 100g 以上者。

(二十四) 吴康衡经验(《名中医论方药》)

临床用附子 15~60g，常用以下配伍：

——配大黄、炮姜、党参，治慢性肾功能不全。

——配肉桂、淫羊藿、巴戟天，用于激素治疗减量过程中或停药后，以防复发。

——配芍药、生姜、白术、茯苓，治慢性肾炎、肾病综合征属阳虚水肿者。

——配桂枝、人参、丹参，治慢性充血性心力衰竭，心悸，尿少，身肿者。

吴康衡认为，附子有毒，入药必须使用炮制后的附片，煎药时间必须在30分钟以上。经临床验证，本药对多种肾脏疾病有显著疗效，可用于激素的替代治疗，其动物实验表明，它有保护动物肾上腺，并促进肾上腺皮质激素分泌的作用。

(二十五) 何少山经验(《名中医论方药》)

临床用附子3~10g，常用以下配伍：

——配黄芪、炮姜、生地炭、丹皮、鹿角霜、生龙骨、煅牡蛎，治阳虚型血崩。

——配肉桂、当归、川芎、熟地黄、仙灵脾、肉苁蓉、胡芦巴、小茴香，治宫冷不孕及肾阳不足之月经不调、闭经。

——配桂枝、干姜、香附、当归、川芎、吴茱萸、枳壳、乌药，治阴寒内盛、气血凝滞之痛经。

——配黄芪、白术、诃子、肉桂、浮小麦、绿豆衣，治产后自汗不止，便溏。

何少山认为，附子辛热雄壮，逐阴回阳，无所不至，对阴盛阳衰之证，救急有破阴回阳之功，缓治有益火消阴之效，故适用于一切沉寒痼冷。只要辨证得当，暑季但用无妨。

(二十六) 汪朋梅经验(《名中医论方药》)

临床用附子3~5~10g，常用以下配伍：

——生附子10g(先煎)，配干姜、炙甘草，治虚脱，再加人参，治利止而脉沉不复及心力衰竭。

——生附子10g(先煎)，配桂枝、白芍、炙甘草，治卫阳衰微。再加当归、黄芪，治产后营卫大虚，久汗不收。

——生附子 10g(先煎),配麻黄、细辛,治里阳衰微,太少两感。

——生附子 10g(先煎),配苍术、防己、防风、羌活、独活、熟地黄、白芍、白术、桂枝、牛膝、杜仲、黄芪,治风寒湿痹。剧痛者再加川乌 5g(先煎)、制草乌 5g(先煎)。

——生附子 10g(先煎),配肉桂,治真寒假热证。

——生附子 10g(先煎),配白术、白芍、茯苓、生姜,治少阴腹痛,小便不利,心悸,阳虚水泛证,心阳阳衰证及过汗伤阳之证。

——生附子 10g(先煎),配大黄、桂枝、桃仁、红花、牡蛎、柏子仁,保留灌肠,治慢性肾衰竭。

——熟附子配人参,治面色苍白,自汗喘逆,四肢不温,亡阳脱液之证,常用于心衰。

——熟附子配党参、白术、干姜、炙甘草,治阳虚里寒之慢性结肠炎。

——熟附子配大黄、黄连、黄芩,治邪热有余,阳气不足,心下痞满,恶寒汗出。

——熟附子配熟地黄、山萸肉、山药,治命门火衰、虚火上浮之目赤唇裂,肢冷水肿,腰膝酸痛,少腹拘急,小便不利或反多。

——熟附子配阿胶、黄芩、生地黄、白术、炙甘草、灶心土,治脾不统血之便血、呕血。

——熟附子配大黄、细辛,治冷积。

——熟附子配茵陈、干姜,治阴黄。

——熟附子配肉桂、乌梅、细辛、川椒、干姜、党参、黄连、黄柏、当归,治蛔厥。

——熟附子配龙胆草,治湿热未清,肾阳已虚之慢性肝炎。

——熟附子配仙灵脾、肉苁蓉、熟地黄、山萸肉、黄芪、川牛膝、杜仲、夏枯草、滁菊,治血压居高不下,阳虚症状明显之高血压。

汪朋梅认为,回阳救逆、散寒止痛宜选用生附子,温补命火宜选熟附子,二者均应先煎,生品尤应先煎 1 小时以上,也可与甘草、

生姜同煎,以减其毒。服药后肌肤、脘腹温温然,是正常现象,可继续服之。如有咽痛、燥渴、鼻衄,虽非中毒,但可能辨证欠准确,应立即停用,采取补救措施。若感唇舌麻痒,痛觉消失,咽燥腹痛,脉搏奇慢,其或抽搐昏迷,属中毒现象,应立即抢救。关于附子的用量,个体差异也是值得注意的,有人比较敏感,有人耐受药力很强,有人喜欢用附子炖猪肉佐餐,100g也不算多。然附子毕竟药性猛烈有毒,宁可先用小量,也勿初予大剂,通常以3~5g为宜,确系病重病轻,可逐步增量。

(二十七) 张琪经验(《名中医论方药》)

临床用附子5~50g,常用以下配伍:

——配山萸肉、人参、干姜、龙骨、牡蛎、五味子,治疗心源性休克,症见手足厥冷,面色青,精神萎靡,昏厥,脉微细,舌滑润者。

——配茯苓、白术、白芍、生姜、红花、丹参、赤芍,治心衰,症见水肿,心悸,气短不能平卧,四肢厥冷,小便少,舌胖嫩,质紫暗,唇甲青紫发绀,脉象沉细或涩结代者。

——配茯苓、白术、麻黄、桂枝、生姜、细辛、甘草,治慢性肾小球肾炎或肾病综合征,症见水肿,咳喘不得平卧,头面肿甚者。

——配人参、黄芪、白术、茯苓、桂枝、五味子,治甲状腺功能低下,症见头眩嗜睡,精神萎靡不振,黏液性水肿,恶寒手足厥冷,舌胖嫩脉沉者。

张琪认为,本药为回阳救逆之要药,但因有毒,必须炙用,且须先煎半小时,然后入他药。

(二十八) 张云鹏经验(《名中医论方药》)

临床用附子3~90g,常用以下配伍:

——附子10~15g,配党参、当归、熟地黄等,治气血两虚的再生障碍性贫血。

——附子30g,配干姜、炙甘草、黄精,治肾阳不足的低血压症。

——附子15g,配代赭石、蛤蚧,治肺肾两虚的肺心病。

——附子 10g,配茯苓、苏子等,治阳虚咳喘。

——附子 90g,配肉桂、葶苈子、茯苓等,治心肾阳虚的风心病、心衰并发肾衰。

——附子 15~30g,配桂枝、细辛等,治阳气衰微,脉沉迟的病态窦房结综合征。

——附子 10g,配白芍、木香等,治脾肾阳虚的胃痛。

——附子 30g,配干姜、白术等,治脾肾阳虚的泄泻。

——附子 10~15g,配白术、乌梢蛇等,治风寒痹证。

——附子 30g,配大黄、桃仁等,治阳虚浊阴上逆的尿毒症。

——附子 10g,配麻黄、生石膏等,治肺热阳虚的肺炎。

张云鹏认为,使用附子时应注意耐药性与当地用药惯例,掌握辨证要点,注意恰当配伍。附子可以温阳救逆,邪盛正虚时亦可以寒温并用。阳气将亡之际,用药须当机立断,方能挽回阳气于顷刻之间。

(二十九) 陈益群经验(《名中医论方药》)

临床用附子 6~15g,常用以下配伍:

——配麻黄、鹿角胶、全虫、当归、熟地黄、黄芪、雷公藤、寻骨风,治类风湿关节炎。

陈益群认为,救治重危患者虚脱厥逆,必用附子,可回阳救逆,转危为安。

(三十) 邵祖燕经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~60g,常用以下配伍:

——配麻黄、党参、黄芪、当归、川芎、丹参、干姜、细辛、甘草,治心动过缓。

——配丹参、桃仁、海马、细辛、当归、肉桂、银花,治血栓闭塞性脉管炎。

——配白术、艾叶、茴香,治胃下垂。

邵祖燕认为,常用量 3~9g,危重症可用 15~30g,中毒量 15~60g。且认为不宜久用。

(三十一) 武明钦经验《《名中医论方药》》

临床用附子 6~30g,常用以下配伍:

——配西洋参,治心肾阳虚,心悸,畏寒,脉沉而无力,舌体大,质淡红,苔润滑白腻。

——配黄芪、白术、防风、谷麦芽、砂仁,治大便偏溏,纳谷不香,易外感者。

——配太子参、黄芪、当归、天麻、白术、炙甘草、枸杞子、五味子,治低血压引起的眩晕、心悸。

——配茯苓、白芍、白术、生姜,治肾阳虚弱,动则心悸。

武明钦认为,附子入肾助阳,通行十二经脉,凡脾肾阳虚,手足逆冷,自汗、乏力,食谷不化,腰酸腿困者必用附子。一般情况用炮附子。量大者先煎附子,后下余药,或分多次服。

(三十二) 罗铨经验《《名中医论方药》》

临床用附子 15~100g,常用以下配伍:

——配黄芪、生晒参,治心力衰竭。

——配桂枝、细辛,治缓慢性心律失常。

——配全虫、蜈蚣,治慢性风湿、类风湿关节炎。

罗铨认为,阳虚水泛或阳气欲脱之证必用此药。附子须先煎 2~3 小时(开水先煎),以防中毒。忌配冷食物。

(三十三) 周信有经验《《名中医论方药》》

临床用附子 6~30g,常用以下配伍:

——配桂枝、麻黄、黄芪、当归、赤白芍、丹参、姜黄、桑枝、羌活、独活、海桐皮、淫羊藿、怀牛膝、甘草,治风寒湿痹之周身关节疼痛。

——配桂枝、麻黄、细辛、红参、淫羊藿、黄芪、当归、五味子、仙茅、丹参、肉桂、炙甘草,治病态窦房结综合征、窦性心动过缓。

——配桂枝、细辛、瓜蒌、赤芍、丹参、川芎、地龙、延胡索、山楂、黄芪、淫羊藿、水蛭粉,治冠心病心绞痛。

——配淫羊藿、党参、白术、黄芪、鳖甲、五味子、茵陈、柴胡、丹参、莪术、大腹皮、猪苓、茯苓、车前子、水蛭粉,治肝硬化腹水。

——配熟地黄、山萸肉、泽泻、猪苓、茯苓、车前子、怀牛膝、益母草、桂枝、党参、黄芪、淫羊藿、水蛭粉，治慢性肾炎、肾病综合征、肾功能不全引起的水肿、腹水等。

周信有认为，附子含乌头碱，辛热有毒。用量首次从 9g 开始，服 5~7 天后，无明显不良反应，可逐渐加大用量，一般加至 30g 为止。用量大时处方必须标明另包先煎。

(三十四) 赵谦经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~30g，常用以下配伍：

- 配桂枝、太子参，治胸痹。
- 配黄芪、桂枝，治阳虚自汗。
- 配麻黄、细辛，治阳虚感受风寒。
- 配干姜、党参、白术，治脾阳不振之腹痛吐泻。
- 配干姜、大黄，治脾肾阳虚之便秘。
- 配白术、茯苓，治脾肾阳虚之水肿。
- 配干姜、甘草，治亡阳证。
- 配人参，治亡阳兼有气虚者。
- 配龙骨、牡蛎、白芍，治亡阳证、阴阳欲脱证。
- 配干姜、葱白，治阴盛格阳证。

赵谦认为，附子入煎剂宜先煎 30~60 分钟，以破坏乌头碱，降低毒性。

(三十五) 赵国章经验(《名中医论方药》)

临床用附子 10~30g，常用以下配伍：

- 配桃仁、红花、香附等，治痛经。
- 配柴胡、白芍、佛手，治气厥证。
- 配五苓散，治水湿痰饮证。
- 配大黄保留灌肠，治肾衰之尿毒症。

赵国章认为，附子的治疗范围是痛(痛经、痹痛、癌痛)、厥(四肢厥逆)、饮(胸水、腹水、心包积液)、毒(肾病肾衰，尿毒内攻)。应用指征是：阳虚里寒，肢体逆冷，恶寒喜温，脉象沉弦。

(三十六) 胡毓恒经验《《名中医论方药》》

临床用附子 3~15g,常用以下配伍:

——配乌梅、桂枝、当归、川椒、黄连、黄柏、细辛、党参、干姜,治蛔厥。

——配麻黄、细辛、炮姜、党参,治大咯血。

——配熟地黄、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、肉桂、泽泻、麦冬,治复发性口腔溃疡。

胡毓恒认为,附子大辛大热,力专而效宏。如辨证准确,用药得当,可收奇功。

(三十七) 俞长荣经验《《名中医论方药》》

临床用附子 10~15g,常用以下配伍:

——配干姜、炙甘草,治少阴寒化证。

——配党参、白术,治脾肾阳虚之下利、或水肿。

——配人参、黄芪,治亡阳虚脱。

——配白术、桂枝,治风寒湿痹。

——配肉桂、滋阴药,治肾阴阳两虚之多种慢性疾病,以及虚火上浮之证。

俞长荣认为,附子有生、熟之别,常用熟附子,未发现副作用。

(三十八) 姜树荆经验《《名中医论方药》》

临床用附子 10~30g,常用以下配伍:

——配忍冬藤、地鳖虫、牛膝、川楝子、乌蛇、地龙,治血栓闭塞性脉管炎之寒热并重证。

——配肉桂、桂枝、苍术、黄芪、丹参、白术、甘草、穿心莲,治血栓闭塞性脉管炎之寒证,系统性硬皮病之脾肾阳虚证。

姜树荆认为,附子的用药指征是肢体寒凉麻胀,皮肤寒冷指青。

(三十九) 夏锦堂经验《《名中医论方药》》

临床用附子 6~18g,常用以下配伍:

——配桂枝、茯苓、甘草、白术、苏子、杏仁,治肺心病,症见心

悸，喘咳，肢冷，水肿者。

——配吴茱萸、白术、茯苓、五味子、肉豆蔻，治慢性肠炎，症见腹痛肠鸣，每晨泄泻，舌淡苔白者。

——配肉桂、白术、猪苓、茯苓、泽泻，治慢性肾炎，症见面浮肢肿，尿少，脉沉者。

(四十) 徐迪华经验(《名中医论方药》)

临床用附子 5~12g，常用以下配伍：

——配红参、黄芪、甘草，治亡阳急证，兼有亡阴症状者加麦冬、白芍、五味子。

——配肉桂、黄芪、仙灵脾，治命门火衰。

——配红参、黄芪、桂枝、川芎、茯苓、泽泻，治心阳衰弱证。

——配麻黄、细辛、桂枝、丹参、川芎、甘草，治胸痹脉迟。

——配黄芪、桂枝、川芎、当归、葛根、僵蚕、地龙，治风痰痹阻脉络，寒痰型闭塞性脉管炎。

——配肉桂、黄芪、天麻、钩藤、杜仲、葛根、地龙，治Ⅲ期高血压病有阳虚症状者。

(四十一) 高忠英经验(《名中医论方药》)

临床用附子 5~50g，常用以下配伍：

——配人参、黄芪、干姜，治脾阳不振，寒凝中焦证。

——配熟地黄、山药、山萸肉、桂枝，治肾气不足，水肿，小便不利。

——配熟地黄、肉桂、菟丝子、巴戟天，治肾阳虚衰，阳痿辇冷无精。

——配黄芪、白术、麻黄，治脾肺阳虚，卫阳不固之证。

——配生地黄、麦冬、人参、桂枝，治心阳不振，心悸，怔忡，水肿。

——配人参、干姜、桂枝，治寒盛阳虚之四逆证。

——配苍术、桂枝、羌活、独活，治寒湿外侵、经络阻滞之痛痹证。

——配黄芪、白术、茯苓、生姜，治寒湿困脾之臌胀，水肿。

——配伏龙肝、炮姜、赤石脂，治脾虚失统之久痢、便血。

高忠英认为，附子大热暴走，配参芪温中，配熟地温肾，得干姜救逆，配参草强心，得桂枝、羌独活则走络。

(四十二) 唐祖宣经验(《名中医论方药》)

临床用附子 6~30g，常用以下配伍：

——配白芍、黄芪、白术、党参、茯苓、当归、桃仁、红花、赤芍、干姜、甘草，治阳虚型脉管炎。

——配桂枝、干姜、白芍、细辛、木通、甘草、川芎、苏木、刘寄奴，治雷诺病。

唐祖宣认为，凡患肢发凉，扪之冰冷，喜暖恶寒，疼痛时感觉发凉者均为附子应用指征。

(四十三) 唐福安经验(《名中医论方药》)

临床用附子 9~30g，常用以下配伍：

——配党参、黄芪、白术、丹参、桂枝、炙甘草、麦冬、茯苓、炮姜、降香，治心气不足、脾阳不振之证。

——配干姜、全瓜蒌、薤白、丹参、桂枝、炙甘草、茯苓，治心阳不足、胸阳痹阻之证。

(四十四) 诸方受经验(《名中医论方药》)

临床用附子 6~15g，常用以下配伍：

——配天麻、杜仲、续断、薏苡仁、威灵仙，治腰椎骨质增生性关节炎引起的腰腿痛。

——配黄芪、升麻、泽泻、茯苓、防风、牛膝、白术，治坐骨神经痛，病程久，兼有腿足水肿者。

——配党参、白术、当归、血竭，治创伤骨折急症，疼痛剧烈，脉细弦数，手足冷，神气虚怯欲脱。

(四十五) 焦树德经验(《名中医论方药》)

临床用附子 3~12g，常用以下配伍：

——配干姜、人参、山萸肉、炙甘草，治寒厥。

——配防风、羌活、独活、桂枝、威灵仙、薏苡仁、白术、炙甘草，治痛痹。

——配制草乌 3g，治疔痹肾虚寒盛证。

(四十六) 焦中华经验(《方药传真》)

临床用附子 10~120g，常用以下配伍：

——配肉桂，治阳虚型再生障碍性贫血。

焦中华认为，凡具肾阳亏虚的再生障碍性贫血患者，附子用量由小及大疗效颇佳。

(四十七) 印会河经验(《方药传真》)

临床用附子 3~30g，常用以下配伍：

——配干姜、白术，治阴寒腹泻。

——配茯苓、白术，治阳虚水泛之证。

——配大黄，治慢性肾衰竭。

印会河认为，附子的应用指征是脉细，肢凉。

(四十八) 王必舜经验(《方药传真》)

临床用附子 3~30g，常用以下配伍：

——配党参、白术、干姜，治脾胃虚寒。

——配鸡血藤、细辛、秦艽、威灵仙、蜈蚣、川芎、仙灵脾，治风寒湿痹。

——配青蒿、鳖甲、知母、生地黄、丹皮、沙参、肉桂，治低热。

王必舜认为，体温低，体温 36℃ 以下，或阴虚低热，气虚之低热，体温 37~38℃，均是应用附子的指征。

(四十九) 邹学熹经验(《方药传真》)

临床用附子 30~50g，凡属肾阳虚者，包括关节炎之四肢水肿、肝硬化中期水肿、癌症化疗的突然四肢厥冷及全身水肿，均是应用附子的指征。

(五十) 陈潮祖经验(《方药传真》)

临床用附子 10~100g，常用以下配伍：

——配人参，治心气虚衰。

——配白术、茯苓、生姜，治阳虚水肿。

——配白术、茯苓、白芍、生姜、桂枝，治寒湿痹痛。

——配白术、茯苓、白芍、生姜、瓜蒌、薤白、半夏、葛根，治阳虚湿滞之冠心病。

——配白术、生姜、茯苓、白芍、人参、当归、黄芪，治心力衰竭或阳虚表卫不固的自汗、易感冒。

——配白术、茯苓、生姜、白芍、麻黄、细辛，治慢性咽炎或声音嘶哑。

(五十一) 李天道经验(《方药传真》)

临床用附子 9~30g，常用以下配伍：

——配肉桂，补火助阳，散寒止痛。

——配干姜，温里祛寒。

——配人参、白术，温补脾肾。

——配蜈蚣，蠲痹止痛，治疗顽痹。

——配大黄，温阳泻浊，治慢性肾衰竭尿毒症。

李天道认为，凡属虚寒证、真寒假热证，脉沉迟、微弱及冬病夏治者必用附子。

(五十二) 崔公让经验(《方药传真》)

临床用附子 10~30g，常用以下配伍：

——配四君子汤或补肾健脾药，治阳虚型肢体缺血性疾病。

崔公让认为，凡肢体畏寒怕冷，麻木发冷，呈阳虚体征，四肢厥冷者必用附子。

(五十三) 柴有华经验(《方药传真》)

临床用附子 6~150g，常用以下配伍：

——配干姜、茯苓、车前子、高良姜，治虚寒性胃痛、泄泻。

——配高丽红参，治各种休克及虚脱证。

柴有华常从 20g 开始，逐渐加重至 150g，痹痛则可减除。附子宜先煎 30 分钟，然后入其他药物，无毒副作用。

(五十四) 王少华经验(《方药心悟》)

临床用附子 6~15g，常用以下配伍：

——配桂枝、南沙参、北沙参、龙骨、牡蛎、人参等，治肺心病、心衰。

——配干姜、大黄，治寒湿盘肠。

——配干姜，治肠炎寒湿型；湿热型与黄连同用。

(五十五) 尤松鑫经验(《方药心悟》)

临床用附子 1~30g，常用以下配伍：

——配炮姜、党参、白术、炙甘草、木香、砂仁、徐长卿，治中寒腹痛。

尤松鑫认为，凡是舌质淡胖、脉沉细者均是应用附子的指征。

(五十六) 严冰经验(《方药心悟》)

临床用附子 5~30~40g，常用以下配伍：

——配干姜，治胃痛、心悸。

——配巴戟天、葫芦巴，治肾阳虚心悸、水肿。

——配熟地黄、麻黄、益母草，治阴疽以及寒入厥少二阴诸证。

——配牛膝、丹参、泽泻等，以降血压。

——配葶苈子等，治心悸、喘急，效佳。

严冰认为，最小用量每剂 5g，最大用量 30~40g，重担大任，用于阴寒陈疾。

(五十七) 严明经验(《方药心悟》)

临床用附子 3~80g，常用以下配伍：

——配干姜、甘草，治一切虚寒证，血压偏低者，并可解附子之毒性，提高附子的效能。

——配龙骨、牡蛎，治虚寒汗出、心慌气怯者。

——配白术、桂枝，治寒湿留经、关节痹痛。

——配麻黄、细辛、五味子，治老年性咳喘而心动过缓者。

——配龙胆草、生石决明，治慢性肝炎活动期。

严明认为，在临床上用熟附子 30~80g，数十年来，凡是经过使用附子久煎 2 小时以上者，并未发现用后的毒副作用。若不守此法而贸然服用者，则一定会发生不良反应，故其用大量附子，一

定要注明“煎法请严守医嘱”，其义在此。

(五十八) 徐文华经验(《方药心悟》)

临床用附子 5~15g,常用以下配伍:

- 配党参、白术等,治中焦虚寒性溃疡病。
- 配大黄、蒲公英、僵蚕、连翘,治急性扁桃体炎。
- 配大青龙汤、党参、麦冬、五味子,治老年慢性支气管炎。
- 配瞿麦、木通,治慢性泌尿道感染。
- 配黄芪、防己、石斛,治风湿热。
- 配黄连、青蒿,治小儿夏季热。

(五十九) 胥受天经验(《方药心悟》)

临床用附子 5~30g,常用以下配伍:

- 配桂心、当归、延胡索、艾叶、香附,治少女经行腹痛。
- 配肉豆蔻、罂粟壳、薏苡仁,治脏寒脾虚久泄不止。
- 配苍术、当归、羌活、红花、秦艽,治风寒湿痹。

(六十) 孙浩经验(《方药心悟》)

临床用附子 5~10g,常用以下配伍:

- 配黄连,止胃痛。
- 配肉桂,治寒泻。

三、吴荣祖附子配方作用表

吴荣祖教授研究认为,中药用于临床治疗,多以组方之方式出现,为了反映附子之临床药理效能,尤其是“附子通行十二经”之特点,吴荣祖教授收集了部分以附子组方之方剂,作一粗略归类。

其归类出发点在于,附子一药既能通行十二经,无所不达,那么以附子组方用之临床,必会广泛取效于人体内外上下不同体位之病变,主要有以下几种归类。表4反映附子组方作用于人体体表之方剂;表5反映附子组方作用于人体体内之方剂;表6反映附子组方作用于人体整体之方剂;表7是《吴佩衡医案》一书之中,吴佩衡教授附子组方治疗人体局部病变验案分类实例;表8是《吴佩衡医案》一书之中,吴佩衡教授附子组方调整人体整体阴阳病变验案分类实例。

表4 附子组方作用于人体体表

| 汤方名称 | 药物组成 | 适应证 |
|------------------|-------------------|---------------------|
| 《伤寒论》 桂枝加附子汤 | 桂枝、白芍、大枣、生姜、甘草、附子 | 恶风,汗漏不止,身疼痛,骨节疼痛 |
| 《伤寒论》 麻黄附子甘草汤 | 麻黄、附子、甘草 | 恶寒、身痛、无汗、微发热、脉沉 |
| 《伤寒论》 麻黄附子细辛汤 | 麻黄、附子、细辛 | 恶寒发热,身疼,欲寐无神 |
| 《薛己外科心法》 | 附子、艾叶 | 以大附子片垫艾灸,治痈疽久漏、疮口冷脓 |
| 《太平圣惠方》 | 川乌(水煎洗) | 久生疥癣 |
| 《备急千金要方》 | 附子、醋合汁涂之 | 疗疮肿痛 |

续表

| 汤方名称 | 药物组成 | 适应证 |
|-------------------|-----------------|-------------------|
| 《金匱要略》头风散 | 附子、盐 | 头风偏痛 |
| 《澹寮方》蝎附丸 | 附子、全蝎、钟乳石 | 气虚头痛 |
| 《三因极一病证方论》 必效散 | 附子、姜汁 | 风寒流注、偏正头痛、年久不愈 |
| 《付家秘宝方》 | 附子、石膏、麝香 | 头痛走窜 |
| 《外台秘要》 | 乌头、酒 | 头风头痛 |
| 《本草纲目》 | 附子(或川乌)、川芎、生姜、茶 | 冷风疼痛 |
| 《伤寒论》附子汤 | 附子、茯苓、白术、人参、白芍 | 少阴阳虚,风湿相搏,身疼、骨节疼痛 |
| 《金匱要略》桂枝附子汤 | 附子 + 桂枝汤去芍药 | 湿淫于筋、关节痹病、酸楚沉重 |
| 《金匱要略》白术附子汤 | 附子、白术、生姜、大枣、甘草 | |
| 《金匱要略》甘草附子汤 | 甘草、附子、白术、桂枝 | |
| 《金匱要略》乌头煎 | 乌头、麻黄、芍药、黄芪、甘草 | 历节疼痛,不可屈伸 |
| 《普济本事方》 | 川乌头、豆汁、米粥 | 痹证麻木,手足不遂 |
| 《王氏简易方》 | 生附子、木香、生姜 | 十指疼痛,麻木不仁 |
| 《近效方》喉痹丸 | 附子蜜炙含咽汁 | 喉痹 |
| 《医理真传》潜阳丹 | 附子、砂仁、龟甲、甘草 | 喉痛,上身热,下身冰冷,昏昏沉沉 |
| 《医理真传》姜附茯半汤 | 干姜、附子、茯苓、半夏 | 舌不能转动、升举、口中流涎 |
| 《普济方》 | 生附子、葱汁 | 鼻渊(合泥状贴涌泉穴) |

续表

| 汤方名称 | 药物组成 | 适应证 |
|---------|-------------------|------|
| 《本草拾遗》 | 附子醋浸(削尖插之,上灸二十一壮) | 耳卒聾闭 |
| 《肘后备急方》 | 附子、葱涕(合汁灌耳中) | 聾耳脓血 |

表5 附子组方作用于人体体内

| 部位 | 汤方名称 | 药物组成 | 适应证 |
|------|-------------------|-------------------|------------|
| 心(胸) | 《伤寒论》真武汤 | 附子、茯苓、白术、白芍、生姜 | 心悸身暈,振振欲擗地 |
| | 《金匱要略》薏苡附子散 | 薏苡仁、附子 | 胸痹缓急 |
| | 《金匱要略》 乌头赤石脂丸 | 乌头、附子、川椒、生姜、赤石脂 | 心痛彻背、背痛彻胸 |
| | 《宣明论方》 | 附子、郁金、桔红、朱辰砂 | 厥心痛 |
| 胃脘 | 《经验方》 | 附子、生姜 | 呕逆反胃 |
| | 《朱氏集验医方》 | 附子、地黄 | 吐血 |
| | 《奇效方》 | 附子、半夏、生姜、温酒 | 胃冷有痰 |
| 脾 | 《金匱要略》黄土汤 | 附子、地黄、白术、阿胶、黄芩、甘草 | 脾络受伤,远血 |
| | 《金匱要略》术附汤 | 白术、附子 | 脾阳失运,腹胀便溏 |
| | 《朱氏集验医方》 | 附子、赤小豆、薏苡仁 | 脾虚水肿 |
| | 《本草纲目》 | 附子、肉豆蔻、莲肉 | 脏寒脾泻,久泄不愈 |
| | 《阎氏小儿方论》 附子理中丸 | 附子、人参、白术、干姜、甘草 | 中寒脾虚下利 |

续表

| 部位 | 汤方名称 | 药物组成 | 适应证 |
|-------|---------------|-------------------------------|--------------------------|
| 肝 | 《金匱要略》大乌头煎 | 乌头、白蜜 | 寒疝绕脐痛 |
| | 《金匱要略》乌头桂枝汤 | 上方合桂枝汤 | 寒疝少腹痛, 肤厥不仁 |
| | 《济生方》玄附丸 | 延胡索、附子、木香、干姜 | 七疝作痛, 身寒自汗 |
| | 《医醇賸义》茱萸附桂汤 | 吴萸、附子、肉桂、当归、白芍、白术、乌药、木香、大枣、生姜 | 寒邪直中肝经, 胁腹绞痛, 下利肢冷, 爪甲青紫 |
| 肺 | 《金匱要略》肾气丸 | 附子、肉桂、熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻 | 痰饮内伏, 喘逆短气 |
| | 《朱氏集验医方》沉附丸 | 生附子、生姜、沉香 | 喘逆肢肿, 小便不利 |
| 肾(膀胱) | 《金匱要略》肾气丸 | 附子、肉桂、熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮、泽泻 | 肾虚下消 |
| | 《普济本事方》椒附丸 | 附子、川椒 | 肾气上攻, 项背不能转侧 |
| | 《普济方》附子散 | 附子、泽泻 | 治小便不通, 两尺脉微, 治诸淋通滑之剂不效者 |
| 肠 | 《金匱要略》薏苡附子败酱散 | 薏苡仁、附子、败酱草 | 肠痛 |
| | 《金匱要略》大黄附子汤 | 大黄、附子 | 寒实内结大肠, 胁痛脉紧 |
| | 《金匱要略》附子粳米汤 | 附子、半夏、粳米、甘草、大枣 | 腹中寒气, 雷鸣切痛 |
| | 《圣济总录》附子丸 | 附子、鸡子白 | 休息痢、赤白痢 |
| | 《简易方论》小温经汤 | 附子、当归 | 冲任虚寒, 血脏冷痛, 经候不调 |

表 6 附子组方作用于人体整体

| 功效 | 代表方 | 组成 | 适应证 |
|------|----------------|-----------------|----------------------|
| 回阳救逆 | 《伤寒论》四逆汤 | 附子、干姜、甘草 | 吐利肢厥，口鼻气冷，唇青苔滑，脉沉微细 |
| | 《伤寒论》干姜附子汤 | 干姜、附子 | 手足厥逆，昼日烦躁，夜而安静，脉沉微 |
| | 《伤寒论》通脉四逆汤 | 附子、干姜、甘草 | 下利清谷，里寒外热，脉微欲绝 |
| | 《伤寒论》通脉四逆加猪胆汁汤 | 附子、干姜、甘草、猪胆汁、人尿 | 大吐利后，呃逆烦躁，肢急汗出，身冷脉微 |
| | 《伤寒论》白通汤 | 附子、干姜、葱白 | 面赤烦躁，肢厥身热，下利脉微 |
| | 《伤寒论》白通加猪胆汁汤 | 附子、干姜、葱白、猪胆汁、人尿 | 服上方利不止，反厥逆、无脉 |
| | 《付家秘宝方》霹雳散 | 大附子一枚，烧灰存性，温水调服 | 阴盛格阳 |
| | 《济生方》回阳饮 | 附子、冷酒、姜汁 | 阴毒伤寒，面青肢厥 |
| | 《经验良方》 | 附子一枚、盐一分 | 吐利脱阳 |
| 回阳固阴 | 《伤寒论》四逆人参汤 | 附子、人参、干姜、甘草 | 呕吐下利、大汗、亡血、亡津、脉微欲绝 |
| | 《伤寒论》茯苓四逆汤 | 茯苓、附子、干姜、人参、甘草 | 大汗下利，身冷肢厥，烦躁眩悸，脉沉微 |
| | 《景岳全书》四味回阳饮 | 人参、附子、甘草、生姜 | 元阳虚脱，危重顷刻 |
| | 《妇人良方》参附汤 | 人参、附子 | 肢厥气促，汗出脉微，或血崩血脱、汗出身冷 |

表7 《吴佩衡医案》附子组方治疗人体局部病变案

| 症位 | 案名 | 病性(病名) | 方药 |
|----------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| 肤表 腠理 | “重感冒”案 | 太阳少阴两感于寒 | 附子、麻黄、细辛、桂枝尖 |
| 头项 | “头痛如劈”案 | 少阴头痛 | 附子、干姜、甘草、麻黄、细辛、羌活 |
| | “右颈累核”案 | 阴疽肿核 | 附子、干姜、细辛、败酱草、薏苡仁、通草、桔梗、甲珠、延胡索、香附、甘草 |
| | “脱发”案 | 肾阳不足、精血亏少 | 附子、肉桂、首乌、当归、熟地黄、枣仁、益智仁、千张纸、鹿角胶 |
| 咽喉 | “咽痛”案 | 少阴咽痛 | 附子、干姜、细辛、麻黄、上肉桂 |
| 目 | “小儿目赤肿痛”案 | 虚阳浮越 | 附子、甘草、生姜 |
| | “目赤肿痛”案 | 寒凝目络 | 附子、麻黄、细辛、桂枝尖、防风、桔络、沙苑蒺藜、甘草、生姜 |
| 牙 (龈) | “虚火牙病”案 | 寒凝经络,虚火上浮 | 附子、细辛、龟甲、上肉桂、砂仁、黄柏、白芷、生姜、露蜂房、甘草 |
| | “牙龈出血”案 | 阳虚阴血失守 | 附子、砂仁、黑姜、上肉桂、焦黄柏、炙甘草、龟甲 |

续表

| 症位 | 案名 | 病性(病名) | 方药 |
|-------|-----------------------|--------------|----------------------------------|
| 鼻 | “衄血(一)”案 | 阳虚气弱,统摄失权 | 附子、黑姜、砂仁、大枣(烧黑存性) |
| | “衄血(二)”案 | 阳虚阴不内守 | 附子、高丽参、黑姜、甘草、大枣(烧黑存性) |
| 脉 | “下肢瘀血阻滞疼痛”案(慢性血栓性静脉炎) | 阳虚寒凝,筋脉瘀阻 | 附子、干姜、桂枝、细辛、伸筋草、桃仁、红花、甘草 |
| 乳房 | “乳痈”案(乳腺炎) | I 风寒袭经,气血凝滞 | 附子、麻黄、细辛、桂枝尖、川芎、通草、王不留行、香附、生姜、甘草 |
| | | II 寒郁闭经,脉络阻滞 | 附子、干姜、当归、桔梗、皂刺、赤芍、通草、细辛、白术、葱白 |
| 睾丸 | “缩睾”案 | 厥阴病缩睾证 | 附子、干姜、吴萸、川椒、细辛、当归、桂枝、白芍、通草、大枣、乌梅 |
| 筋骨 | “风湿关节痹痛”案 | 阳虚邪闭,阻遏经脉 | 附子、干姜、桂枝、细辛、茯苓、甘草 |
| 心 | “胸痹心痛”案 | 胸阳不足,寒水凌心 | 天雄、干姜、薤白、公丁香、瓜蒌实、上肉桂 |
| 肺(大肠) | “痰饮咳嗽”案 | 寒饮犯肺 | 附子、细辛、麻黄绒、干姜、法半夏、五味子、甘草 |

续表

| 症位 | 案名 | 病性(病名) | 方药 |
|-----------|-----------------|--------------------|--------------------------------|
| 肺 (大肠) | “痰喘咳逆便秘”案 | 阳虚饮伏,肺逆失降, 大肠失导 | 附子、茯苓、白术、白芍、干姜、细辛、五味子 |
| | “哮喘”案 | 宿有喘痰,复感风寒 | 附子、麻黄、细辛、桂枝尖、干姜、白芍、五味子、半夏、甘草 |
| | “气虚便秘”案 | 阳虚气弱,大肠失导 | 附子、大黄、党参、厚朴、杏仁、甘草 |
| | “虚劳咳嗽”案 | 真阳内虚,寒痰阻肺 | 附子、干姜、黑姜、砂仁、大枣、甘草 |
| | “童子癆”案 | 素禀不足,元阳内亏, 阴寒渍肺 | 附子、干姜、砂仁、上肉桂、甘草 |
| 胃 (脾) | “寒湿胃痛”案 | 阳虚阴盛,脾湿胃寒 | 附子、干姜、上肉桂、公丁香、白胡椒、吴萸、甘草 |
| | “脘腹痛”案 | 阳虚阴寒,水邪上逆 | 附子、干姜、茯苓、公丁香、上肉桂、白胡椒、甘草 |
| | “虚寒胃痛”案 | 阳虚寒盛,阴水泛滥 | 附子、干姜、吴萸、肉桂、丁香、茯苓、白胡椒、甘草 |
| 肝胆 | “胁病”案(肝炎、肝大) | 里寒脾湿,肝郁不达 | 附子、干姜、佛手、败酱草、薏苡仁、川椒、上肉桂、茵陈、甘草 |
| | “阴瘴”案(慢性胆汁性肝硬化) | 阳虚脾湿,肝郁胆逆 | 附子、干姜、肉桂、吴萸、败酱草、猪苓、茯苓、细辛、苍术、甘草 |

续表

| 症位 | 案名 | 病性(病名) | 方药 |
|-------|-----------------|---------------------|-------------------------------------|
| 肝胆 | “肝水肿”案(肝硬化腹水) | 脾肾阳虚,肝气郁结,水湿内停 | 附子、干姜、上肉桂、败酱草、猪苓、茯苓、甘草(配服十枣汤) |
| | “蛔厥腹痛”案(胆道蛔虫) | 厥阴脏寒,肝胆气郁,蛔虫上扰 | 附子、干姜、上肉桂、川椒、细辛、当归、党参、黄连、黄柏、乌梅 |
| 肾(膀胱) | “肾水肿”案(慢性肾炎并腹水) | 脾肾阳虚,寒水泛滥 | 附子、干姜、川椒、猪苓、茯苓、肉桂 |
| | “石淋”案(肾结石虚寒型) | 肾脏寒极,寒石不化,内结成石 | 附子、杜仲、桂枝、干姜、茯苓、上肉桂、细辛、甘草 |
| 冲任脉 | “经闭”案 | 元阳不足,冲任俱虚,血虚气滞 | 附子、当归、丹参、桂枝、吴萸、香附、细辛、炒艾、甘草 |
| | “经行血崩”案 | 阳气内虚,冲任不守,气不纳血,血海不固 | 附子、人参、黑姜、上肉桂、甘草 |
| | “妊娠胎漏”案(先兆流产) | 冲任受损,气阳不调,血失养胎 | 附子、黄芪、当归身、阿胶、炒艾、炙甘草、大枣 |
| | “半产血崩”案(流产失血) | 肾亏血崩,气随血脱 | 黑附子、黑姜、炙甘草、北黄芪、当归、蕲艾(炒黑存性)、大枣(炒黑存性) |
| | “产后失血”案 | 阳虚气弱,冲任亏损,统摄失权 | 附子、黑姜、上肉桂、当归、北黄芪、炒艾、甘草 |

表 8 《吴佩衡医案》附子组方调整人体整体阴阳案

| 症位 | 案名 | 辨证 | 方药 |
|---------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 回阳救逆 | “阴证误下救逆”案 | 阴证误下,逼阳暴脱 | 附子、干姜、上肉桂、甘草 |
| | “伤寒病少阴寒化证”案 | 阴寒凝结,真阳大虚 | 附子、干姜、吴萸、上肉桂、丁香、茯苓、砂仁 |
| | “伤寒病少阴阴极似阳证”案 | I 阴寒内盛,真阳外越 | 附子、干姜、上肉桂、葱白 |
| | | II 阴寒已极,逼阳外浮 | 附子、干姜、葱白、上肉桂 |
| | “伤寒病少阴阴盛格阳证”案 | 寒盛少阴,格拒真阳 | 附子、干姜、上肉桂、茯苓、葱白、砂仁、公丁香 |
| | “小儿伤寒病并肠出血危证”案 | 寒入少阴,元阳大虚,真阳欲脱 | 黑附子、干姜、甘草、上肉桂、葱白 |
| | “厥阴证”案(耐药性金黄色葡萄球菌性急性严重型肺脓疡) | 阳衰阴盛,真脏病危 | 附子、干姜、甘草、上肉桂、茯苓、法半夏 |
| | “病后体弱出麻疹变证严重”案 | 阴盛阳衰,疹毒内陷 | 附子、干姜、甘草、上肉桂、茯苓、公丁香 |
| | “麻疹误服表寒药转阴证”案 | 阳气内虚,疹毒不透 | 附子、干姜、葱白 |
| | “麻疹危证扶阳救逆”案 | 三阴寒极,痰湿内壅,真阳外泄 | 附子、干姜、上肉桂、法半夏、广陈皮、茯苓、细辛、公丁香、炙麻绒、甘草 |
| “麻疹后转肺炎虚寒重证”案 | 元阳内虚,寒痰壅闭,肺肾两亏,气逆作喘 | 附子、干姜、法半夏、细辛、麻黄、五味子、桂枝尖、砂仁 | |



下 篇

应用附子验案





1. 心衰、心房纤颤案

王某,女,62岁,农民。2006年6月24日就诊。

患者心慌、气短、胸闷乏力3年余,曾确诊为“慢性心衰、心房纤颤”,长期服用中西药物,但情况时好时坏,并未明显的改善,近段时间进行性加剧,心电图报告:心房纤颤、心肌缺血、心率165次/分。现症见:心慌,气短,胸闷,乏困无力,动则尤甚,面色黯黑,畏寒肢冷,双下肢浮肿,舌淡苔白滑,脉沉细无力。证属心阳虚衰,虚阳上越,治宜温阳潜镇,方用郑氏补坎益离丹化裁,药用:

肉桂 10g,制附子 30g(先煎2小时),炮姜 30g,炙甘草 30g,生龙牡各 30g,红参 10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,情况明显改善,自感体力明显恢复,畏寒肢冷减轻,心率65次/分,律整齐。按原方再服3剂,病愈大半,后服附子理中丸巩固治疗。

【按语】心房纤颤是比较顽固的心律失常之一,其特征表现在心房与心室的跳动不一致,即脉搏慢而心率快,脉沉迟无力,舌淡苔白滑,均为一派心肾阳虚之表现;虽然自觉心跳快,但这个心率快则为一种假象。很显然是一种心肾阳虚、虚阳外越的病机特点,因而形成心房与心室跳动相互分离现象。治用郑钦安先生创制的补坎益离丹化裁,补坎者,补肾阳也;益离者,益心火也;“补先天之火以壮君火也”,同时佐以潜镇上越之阳,“真火旺则君火始能旺”,心肾火旺,肾阳得潜,心病自然得愈也。

2. 顽固性失眠案

郑某,女,45岁,市民。2006年7月5日就诊。

患顽固性失眠3年余,长期靠服大量安眠药入睡,近来加大用药剂量也难以入睡3小时,经常是夜晚反复服用安眠药,由此而导

致第2天头昏脑胀,并且因此而影响生活。自述3年前产后由于操劳过度,自觉身体很差,整天头脑昏沉而难以入睡,后来逐渐发展至不服药就难以入眠,曾经中西药物服用年余也未见明显的效果,只好靠安眠药助睡。现症见:患者畏寒肢冷,白天头昏无精打采,晚上则头脑清晰难以入眠,舌淡苔湿润,脉沉细无力重按几乎消失。证属心肾阳虚,虚阳外越,治宜潜阳安神,方用潜阳丹合封髓丹加干姜。药用:

制附子 30g(先煎2小时),龟甲 10g,砂仁 10g,炙甘草 30g,黄柏 10g,干姜 30g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,效果明显,安眠药可减量,又服原方2剂,安眠药可减半量,再服3剂后,不用安眠药可入睡6小时左右,且白天自感精力增加,但畏寒肢冷未减轻,上方附子量逐渐增加至50g、60g,其服100余剂,停服药也能入睡。

【按语】《黄帝内经》认为白天为阳,夜晚属阴;白天阳在外人则动,夜晚则阳入阴,阴盛而静,故而入睡。白天阳动人应该有精神,无精打采则显然是阳气不升,清阳不升而头脑昏沉;夜晚应是阳入阴而阴盛,但阳不入阴,虚阳外越,因而无法入睡,这就是失眠顽固难疗的根本。郑钦安在《医理真传·自序》中云:“医学一途,不难于用药,而难以识症。亦不难于识症,而难于识阴阳。”因此抓住阳虚这一重要的环节,补阳潜镇,阴阳交会,白天阳用事,夜晚阴主导,阳升阴降,升降有序,则阴阳各司其职,因而顽固性失眠得以调整,近年来笔者应用这种思路与方法,大大地提高了治疗失眠的临床效果。郑氏之潜阳丹(附子、砂仁、龟甲、炙甘草)正是为此设,而合用时方封髓丹更能提高潜阳之效果,对此种阳虚失眠者确有意想不到之疗效。

3. 腰扭伤案

李某,女,60岁,市民。2006年7月10日就诊。

患者腰部疼痛半月余,曾在市级、省级医院等诊治,经CT、磁共振、彩超等检查未发现异常,始终未弄明白突然腰背痛的原因,经多种治疗也未有明显的效果。现症见:腰痛沿脊柱两侧,活动疼痛后加剧,不敢过度伸展身体,不坐凳子,蹲下弯腰则疼痛稍轻,夜晚睡觉不敢伸展平身,追问病史,得知在20天前拉车子后有扭腰史,舌淡白滑,脉浮细重按无力。证属外感风寒,经脉凝滞,闭阻不通,治宜温肺散寒,温肾固本,舒筋缓痛,方用麻黄附子细辛汤合芍药甘草汤,药用:

麻黄10g,制附片15g(先煎),细辛10g,赤白芍各30g,炙甘草30g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,腰背疼痛大减,已可平卧伸展,病减六七成,但患者汗较多。处方调整剂量:

麻黄6g,制附片20g(先煎),细辛10g,赤白芍各60g,炙甘草60g。又服3剂病愈。

【按语】老年体弱,劳作后汗出,皮毛疏松,外寒易侵,太阳受邪,故而腰背疼痛;寒则收引,故喜倦体而不敢伸展;虽病有半月之余,但外邪不祛,脉浮而无力,一派正虚感寒之势。故而调治用《伤寒论》之麻黄附子细辛汤合芍药甘草汤,一太少并治,二柔筋舒肌,三剂而病轻,六剂而痛愈。

4. 阳虚外感案

赵某,女,60岁,农民。2006年7月31日就诊。

患者畏寒肢冷伴身酸痛、心悸胸闷半月余,曾按多种他病治疗而未果,心电图报告:心率48次/分。现症见:气短乏力,时感心悸胸闷,畏寒肢冷,四肢酸沉,舌淡苔白水滑,脉浮细重按几无。证属阳虚感寒,治宜温阳解表,方用再造散加味,药用:

党参30g,制附片20g(先煎),黄芪30g,桂枝30g,羌活10g,防风10g,川芎10g,白芍10g,细辛10g,炙甘草20g,三七10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,全身情况明显改善,心率提高到60次/分,按原方再进3剂,以巩固治疗,后病愈。

【按语】年高体虚,阳气不固,外感风寒,难以祛除。《伤寒论》中有“伤寒,脉结代,心动悸”,表明素体少阴肾阳不足,外感风寒,内外相招,正气无力祛邪,且又内外皆寒。故呈现一派阳虚之象。治用温阳解表,方用再造散,重用益气温阳之品,扶正达邪,方药对证,三剂而症减,心率达正常之范围,再进原方巩固治疗,病得痊愈。

5. 膝关节肿痛案

李某,女,57岁,农民。2006年10月11日就诊。

患者右膝关节肿痛数年余,曾多种方法治疗时好时坏,近来又有加剧的趋势。现症见:右膝关节肿痛、发凉,白天行走困难,活动后肿胀加重,畏寒肢冷,腰背酸痛,舌淡苔白滑,脉沉细无力。证属肾阳亏损,阴寒凝滞,关节经脉闭阻。治宜温肾扶阳,散寒通络。方用麻黄附子细辛汤加味。药用:

生麻黄 30g,制附片 60g(先煎2小时),细辛 10g,熟地黄 100g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。同时用白芷100g,加白酒点燃热后外敷关节,每天1~2次。

复诊:水煎服药,加上外敷白芷粉,全身微微汗出,右膝关节疼痛大减,肿消,原方药再进3剂,以强化治疗效果。

【按语】膝关节肿痛中老人非常多见,一般方法难以取得很好的疗效。年高体弱,肾阳亏损,阳气不到之处,便是阴寒凝滞之所,阴寒闭阻经脉,“不通则痛”。方用大剂麻黄附子细辛汤,加重用熟地黄以平调肾中之阴阳,加之重用麻黄宣通凝滞,结合外用热敷,内外合治,加强了局部的温通作用,故而临床效果显著。

6. 过敏性鼻炎案

张某,男,30岁,教师。2006年10月14日就诊。

患者有过敏性鼻炎病史10年余,曾服多种中西药物及外用药治疗,时好时坏难以根治。特别是一到冬天,早晨清水鼻涕不断,喷嚏连连,畏寒肢冷,腰膝酸软,不闻香臭,舌淡苔白滑,脉沉细无力。证属阳虚阴盛,肺窍失灵,治宜宣肺温肾,方用麻黄附子细辛汤加味,药用:

麻黄10g,制附片60g(先煎2小时),炙甘草10g,细辛10g,肾四味(菟丝子、补骨脂、枸杞子、仙灵脾)各30g。

3剂,水煎服,每天1剂。

二诊:服药后,症状大减,清晨鼻涕消失,喷嚏减少,身上有热乎乎的感觉,腰痛减轻。药已中病,再进原方3剂,以加强疗效。

随访:半月后随访,病情无反复。

【按语】过敏性鼻炎现代认为是免疫性疾病,根治甚难。此例患者病已多年,虽说刚步入中年,但肾阳虚已显著。郑钦安曾说:“此非外感之邪,乃先天真阳之气不足于上,而不能统摄在上之津液故也。”故此,治用麻黄附子细辛汤,宣肺温肾,特别是加用李可老中医之肾四味(仙灵脾、菟丝子、补骨脂、枸杞子)以加强补肾之效果,用之若桴鼓之应,实在是意料之外。

7. 风湿性关节炎案

冯某,女,30岁,农民。2006年10月22日就诊。

患者有“风湿性关节炎”病史10年余,经过服用中西药治疗,病情时好时坏,每到冬天加剧,曾服镇痛西药而诱发胃病不敢再服。现症见:关节冷痛,夜晚加剧,畏寒肢凉,咽干不渴,舌淡苔略燥,脉沉细而弱。证属肾阳亏损,寒邪内侵,阻滞经络。治宜疏风散寒,温肾通络,方用桂枝芍药知母汤加减,药用:

桂枝30g,白芍10g,知母10g,麻黄10g,炙甘草10g,防风

10g,白术 20g,制附片 75g(先煎 2 小时),干姜 30g,牛膝 10g,松节 10g,狗脊 10g。

用法:6 剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊:服药 6 剂后,关节疼痛消失,关节处有热乎乎的感觉,前所未有的表现。原方有效,再进 6 剂,二诊之后病痛若失,患者要求巩固治疗,又服 6 剂,隔 1~3 天服用,以加强疗效的持久性。

【按语】风湿性关节炎属于痹证的范围。痹者,闭阻不通之意,《素问·举痛论》中认为痛证 14 种情况中 13 种都是由寒邪凝滞造成的。因此,张仲景创用桂枝芍药知母汤治疗关节炎,其中关键在于温通之品的应用,重用桂枝、制附片、干姜,目的在于温肾壮阳补火,“阳气流通,阴气无滞”(郑钦安语),闭阻之经络得以开启,故而临床疗效显著。

8. 肩周炎案

付某,男,30 岁,职工。2006 年 10 月 1 日就诊。

患者右肩背部疼痛 3 个月余,右肩疼痛不能抬,头部转动则项背部疼痛,扭动后则疼痛加剧,曾做 CT 等检查确诊为颈椎椎间盘脱位、肩周炎,经过应用镇痛及局部麻醉等多种治疗方法,病情仍然不能改善。现症见:右肩部发冷,右上肢麻木,扭动颈部后右上肢痛麻加剧,已影响到生活和睡眠,舌淡苔白腻滑,脉浮紧重按沉细。证属夏季受寒(空调过度使用),血脉凝滞,闭阻经络,治宜温阳散寒,宣痹通络,方用仙灵脾散加葛根,药用:

仙灵脾 30g,桂枝 30g,威灵仙 20g,苍耳子 10g,川芎 10g,葛根 30g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊:服药后,所有症状消失。

三诊:患者间隔 5 天由于再次受寒(骑摩托车外出半天),病情又如以前疼痛。原方药有效,嘱患者一定要避风寒,同时仍用上方,桂枝 45g,葛根 60g,又服 3 剂,病愈。

随访:随访年余,病情无反复。

【按语】年轻力壮,盛夏空调过度使用,冷风长时间固定一处吹,风寒之邪得以侵入,阻滞脉络气血的运行,不通则痛。现代医学虽然诊查详细,但对于这样的病因,却无法论证,多种治疗均无效果。初诊之时,患者脉浮紧之象恰恰说明寒邪在表,而沉细表明已有正气亏损之表现。患者呈现一派寒湿凝滞之象,方用仙灵脾散加葛根,方药对症,三剂而病减,又受风寒再度加剧,表明风寒入侵闭阻络脉之特点,故而二诊加重桂枝、葛根之剂量,再服而病愈,病后保暖,调摄好以避免复发。

9. 特发性水肿案

贾某,女,34岁,农民。2006年9月19日就诊。

患者面肢水肿10余年,经多方面检查未发现病因,又经过多种方法治疗效果不明显。现症见:面肢水肿,腹胀纳差,畏寒肢冷,水肿冬天或天冷时加剧,夏天稍轻,舌淡苔水滑,脉沉细无力。证属脾阳虚弱,水失运化,治宜健脾温阳,利水消肿,方用实脾散加味,药用:

茯苓30g,木瓜10g,炙甘草10g,木香10g,大腹皮15g,草果10g,干姜30g,制附片30g(先煎2小时),厚朴10g,泽兰30g,泽泻30g,泽漆10g,白术10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药3剂,水肿消失大半,胃纳增加,前所未有的自感良好,再进6剂,水肿尽消,精神振奋,胃纳大增,要求继续巩固治疗,10剂,隔日1剂。

【按语】张景岳称“水为至阴”(《景岳全书》),郑钦安说:“阳衰一分,则阴盛一分……,阳气流通,则阴邪无滞。”表明水肿乃为阴盛阳衰所致,而脾胃居中,运化水湿,若化水湿,必加强中焦脾胃功能;而患者中焦纳差腹胀显著,很显然是中焦脾胃不足,但主要是肾阳亏损所致。故而病情反复久病难愈。今治在中焦,方用实脾

散(饮),助脾温运,肾阳振奋,水湿得化,水肿尽消,故而临床效果显著。

10. 更年期抑郁证案

刘某,女,55岁,退休职工。2006年10月22日就诊。

患者烦躁、失眠、精神不振、情绪不稳数年余,曾时好时坏,被确诊为更年期精神抑郁症,长期服用安定类药物而病情也不能稳定,近来又有加剧的趋势。现症见:白天烦躁不安,阵发性烘热汗出,畏寒肢冷,情绪不稳,喜怒无常,夜晚失眠,舌淡苔白水滑,脉沉细无力。证属肾阳亏损,虚阳上越。治宜温阳潜阳,方用潜阳丹加味,药用:

制附片 60g(先煎 2 小时),砂仁 15g,龟甲 10g,炙甘草 10g,黄柏 10g,紫石英 30g,灵磁石 30g,山楂 20g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,患者自觉良好,情绪稳定,夜晚可安卧,胃纳少差,原药有效,再进5剂。服药后情绪进一步改善,患者自觉精神极好,睡眠正常,胃纳也增加,又进5剂,以加强治疗效果。

随访:2007年11月28日因外感再诊,得知年余病情稳定。

【按语】女性更年期,《黄帝内经》认为是“天癸竭”。天癸者,肾精也,实乃阴阳均亏而阳虚尤著。郑钦安曾说:“阳者,阴之主也。”更年期虽为阴阳两虚而阳虚为著或为主,白天阳气亏损,不能正常伸展运行,与阴相争,故而烦躁不安;夜晚则阳虚而难以入阴,阴阳不相顺接,故而难以入梦乡。治用郑钦安之潜阳丹(附子、砂仁、龟甲、炙甘草),再加黄柏、紫石英、灵磁石以清相火、温潜阳,助阳潜镇,服之效佳。近些年来笔者应用这种方法治疗多种病例,都收到了良好的临床效果。

11. 慢性咽炎案

李某,女,60岁,农民。2006年6月1日就诊。

患者有慢性咽炎病史 10 年余,长期服用中西药物不愈,而且越用清热解毒利咽之剂越重。现症见:咽部干涩,有异物感,吞吐不出,咽不下,饮水吃饭无影响,曾做各种咽喉镜检查无异常,平素畏寒肢冷,舌淡苔白,脉沉细略滑而无力。证属阳虚阴盛,虚阳上越,治宜引火归原,潜阳利咽,方用潜阳丹加味,药用:

制附片 30g(先煎),砂仁 10g,龟甲 10g,炙甘草 10g,黄柏 10g,牛膝 10g,桔梗 10g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊:服药 3 剂,咽部症状大减,全身情况改善显著,原方又进 3 剂,咽部干涩几乎消失,又进 6 剂,症状完全消失。

【按语】慢性咽炎,市场上治疗中成药甚多,但均为一派寒凉利咽之类。殊不知,久病伤肾,肾阳损伤,阴寒内盛,虚阳上越,看似一派“火热”之象,但仔细辨证可见却是阴盛阳衰,阴盛格阳之象。郑钦安认为“头目疾病无实证”,虽说不能概全,但阳虚阴盛也是十占六七。故此,方用郑氏潜阳丹加味,温潜利咽,功效显著。

12. 心动过缓案

赵某,男,45 岁,农民。2006 年 6 月 1 日就诊。

患者心悸胸闷数年余,曾确诊为心脏病,长期服用中西药物不效。心电图报告:心肌缺血,心率 40 次/分。现症见:近期有进行性加剧的趋势,动则气短胸闷,畏寒肢冷,活动后汗出如雨,不耐劳作,舌淡苔薄水滑,脉沉迟而无力。证属心肾阳虚,治宜补益心阳,助阳温肾,方用四逆汤合保元汤加味,药用:

炙甘草 20g,制附片 100g(先煎 2 小时),炮姜 30g,炙麻黄 10g,细辛 10g,肉桂 10g,红参 10g,黄芪 60g,丹参 10g,三七粉 10g。

用法:6 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊:服药后,心率提高到 59 次/分,自感身体力增,汗出已明显减少,仍畏寒肢冷,舌脉如前。原方有效,再进 6 剂,制附片用

至 120g。

三诊:服药之后,心率提高到 66 次/分,自我症状消失,纳增神振,精力充沛,要求巩固治疗,药用附子理中丸善后调理,以加强治疗的远期效果。

【按语】心动过缓,加之全身一派阴盛阳衰之象,当温补心肾之阳,方用四逆汤合保元汤加味,特别是重用附子一味,温补之力尤为上乘,同时辅以益气、温通、活血之品,以加强治疗效果,方药对症,重用附子,学“火神派”之用药神手,阳盛阴消,病得以在近期恢复如常,非扶阳学说理论来指导临床,这种情况能取近效实不敢想也。

13. 夜间口干舌燥症案

姚某,女,66岁,教师。2006年10月5日就诊。

近半年来夜间口干舌燥,白天饮水较多,但仍觉得不解渴,近半个月来有进行性加剧的趋势,常半夜起来喝水,不喝水就觉得口干似火,且舌难转动,发音困难,曾多处检查未发现器质性病变,排除糖尿病等内分泌多种病。现症见:舌燥口干,饮多尿多,畏寒肢冷,五心烦热,舌淡胖大苔润,脉沉细无力。证属阴阳两虚,治宜阴阳平补,引火归原,方用全真一气汤加味,药用:

熟地黄 100g,党参 30g,麦冬 10g,砂仁 10g,白术 10g,牛膝 10g,制附片 30g(先煎 1 小时),桔梗 10g。

用法:3剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊:服药后,口渴症状大减,小便减少,夜间不需要饮水,发音恢复正常。再进 3 剂,以资强化疗效。

随访:1 个月后随访,病无反复。

【按语】天癸过后,肾精亏虚,阴阳不足,水火失常。阴虚则生内热,阳虚则生外寒;阴亏则夜晚阴盛之时津液难以上承,故口渴咽干;阳虚则津液不化,无力蒸腾,故而饮不解渴,饮一溲一,并步入恶性循环。治用全真一气汤加味,重用熟地黄与附子,阴阳平

补,阳中求阴,阴中求阳,阳生阴长,阴阳互生而病得以速愈。

14. 长期腰痛案

李某,女,36岁,农民。2006年10月6日就诊。

患者有慢性腰痛病史10年余,经常习惯性腰扭伤,腰部发凉,经过B超、CT等多种检查未发现异常。经常弯腰后不能立起,慢慢活动后才能伸展,曾应用过多种治疗方法均无显著效果,每次电热疗后一时好转,停后又病如初。现症见:腰背酸痛,不能过度活动腰部,弯腰后不能立即伸展,腰背部发凉,畏寒肢冷,天冷或冬季腰痛加剧,舌淡苔白滑,脉沉缓无力。证属少阴阳虚,治宜温肾壮阳,强腰通络,方用麻黄附子细辛汤加味,药用:

麻黄10g,制附片60g(先煎2小时),细辛10g,炙甘草10g,杜仲10g,牛膝10g,肾四味各30g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药后,自感腰背部有类似理疗后的温热感,腰痛减轻大半,全身轻松,要求再服,又进3剂,腰背痛消失,为巩固疗效又加服3剂,隔日服1剂。

随访:随访年余,病情无反复。

【按语】腰背痛比较常见,临床也比较难治。郑钦安曾说:“此肾中之阳不足,而肾中之阴盛也。夫腰为肾之府,先天之元气寄焉。元气足则肾温暖和,腰痛之疾不作。”方用麻黄附子细辛汤加补肾强腰之品,一使太阳之寒邪从外而解,二温少阴之火;外邪得出,肾阳得振,故而“腰者肾之府”,可恢复功能自如的状态。张仲景麻黄附子细辛汤,不仅散寒解表,同时启阴交阳,温里解表,表里交通,内外同治,故而疗效迅速。

15. 声哑伴病窦案

阎某,女,43岁,市民。2006年10月21日就诊。

患者有病态窦房结综合征病史10年余,长期服用中西药物而

病情不能缓解,心率经常在 38~42 次/分,曾在北京阜外医院就诊考虑上启搏器,经住院观察月余最后认定不易安装,后返回调养,服中药也未见明显的改善,并有习惯性外感。心电图提示:心率 40 次/分。现症见:声音沙哑,多说几句就发不出音,患者讲每当心脏病情加剧时,就发不出声音,久治不效,咳嗽吐痰,畏寒肢冷,心慌气短,不能上楼,从一楼到五楼要上一层休息 5~10 分钟,平素怕冷,纳呆腹胀,舌淡水滑,脉沉细无力重按消失。证属心肾阳衰,寒邪外袭,凝滞经脉,治宜温阳解表,方用麻黄附子细辛汤加味,药用:

麻黄 10g,熟附片 75g(先煎 2 小时),细辛 10g,炙甘草 10g,桂枝 30g,干姜 60g,生姜 50g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊:服药后,患者症状大减,发声正常,自述前所未有过的自感好转,再服原方药,加附片至 90g。4 剂。

三诊:服完 4 剂,发声恢复正常,以生姜羊肉汤进行调理。

四诊(12 月):随访,自服药后,未再发作习惯性感冒,声音未再出现沙哑,食欲大增,体重增加 5 公斤,精神好,现可一口气上五层楼也不觉累。要求加强治疗效果,又服四逆汤加肉桂方:

熟附片 50g(先煎 2 小时),干姜 45g,炙甘草 10g,肉桂 30g。每周服用 1~2 剂。

随访:2007 年 8 月 31 日患者专程来告,病愈年余,上楼走路一点气短心慌都没有,声音没再哑过,体重增加 10 公斤。

【按语】患病态窦房结综合征 10 年余,心肾阳虚显著,习惯性感冒不断,步入恶性循环之中。《素问·生气通天论》中说:“阳气者,若天与日,……是故阳因而上,卫外者也。”阳气不足,卫外不固,故而习惯性感冒难以根治;外感之后,内舍于肺,肺窍闭塞;肾阳亏损,少阴经脉凝滞,《内经》有“肾和则能闻五音矣”。肺窍闭塞,少阴经脉凝闭,内外相招,故发声困难,特别是烦劳外感之后反复难愈。治用麻黄附子细辛汤加味,重用附片,温肾振阳,宣窍开

闭,特别是二姜合用,即能发散风寒,又能温中固内,内外同治,近效显著,远期疗效也较为巩固。

16. 长期低热案

李某,女,40岁,农民。2007年2月10日就诊。

患者低热1年余,每天上午7点以后开始发热,体温 37.1°C 左右,下午2点以后最高达 $37.3\sim 37.4^{\circ}\text{C}$,活动劳累后加剧,休息后可减轻,曾经全身系统检查无异常发现,现症见:气短懒言,体困乏力,不耐劳作,畏寒肢冷,喜热恶寒,口渴而饮水不多,大便偏干,舌淡水滑,脉沉细无力。证属虚阳上浮,治宜温阳益气,方用四逆汤加味,药用:

附子30g(先煎2小时),干姜30g,炙甘草10g,红参10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服药效果较佳,体温恢复正常,身困乏明显改善,又服3剂,以巩固疗效。

随访:随访月余,病情无反复。

【按语】《内经》云:“阳气者,烦劳则张。”女同志一生经、带、胎、产,操劳过度,加之人流频繁,均可造成女同志之阳气耗损难复,损伤过度,阳虚外浮,阳气外张,张则发热,此乃虚阳外越之所形成,加之患者一派阳虚阴盛之表现,故治用回阳饮(四逆加人参汤,郑钦安称回阳饮)温阳益气,以补耗损之阳气,故而疗效显著,效如桴鼓。近年来笔者多次应用回阳饮治疗妇女长期发热患者已经有数十例之多,均取得了良好的临床效果,如果没有深刻领会出郑钦安的扶阳理念,是绝对不可能收到这样好的治疗效果的。

17. 腰椎间盘突出案

唐某,女,70岁,农民。2007年3月10日就诊。

患者腰痛病史数十年,近1周突然加剧,双下肢疼痛剧烈,以左侧为甚,不能行走,腰椎CT报告:椎间盘突出加老年性骨质增

生症。曾采取镇痛药物等措施而疗效不明显。现症见：患者腰痛剧烈，不能久坐，行走需要有人搀扶，无法自行站立，畏寒肢冷，时有颤抖，左下肢沿坐骨神经走行放射性抽搐、拘挛，夜晚加重，舌质淡，苔白水滑，脉略浮，重按沉细无力。证属外感风寒，肾精不足，筋脉拘挛，治宜温阳解表，舒筋解挛，方用麻黄附子细辛汤合芍药甘草汤加味，药用：

麻黄 30g，附子 60g（先煎），细辛 10g，炙甘草 30g，赤白芍各 30g，熟地黄 100g。

用法：3 剂，水煎服，每天 1 剂。

复诊：患者服完 1 剂药后，身上微微汗出，疼痛减轻许多，3 剂服完，可下床活动，腰痛消失九成，畏寒也减轻大半，身上有热的感觉，要求再服以加强，再服 3 剂，以巩固治疗疗效。

【按语】老年性腰腿疼痛非常多见，特别是 70 岁以上老年人。年老肾精亏虚，阴阳不足，加之外感，内外相招，故而疼痛加剧。治用温阳解表，缓筋舒脉，重用麻黄、附子温阳解表，熟地黄以补肾中之精，合附子平补肾中之阴阳，合芍药甘草汤舒筋缓肌。肾精得补，外感可祛，筋脉得舒，三管齐下，病重药亦重，3 剂而病得缓解，再未学习火神派扶阳理念之前实不敢想象。

18. 喉源性咳嗽案

吴某，男，30 岁，外地商人。2007 年 2 月 11 日就诊。

患者已有咳嗽病史年余，曾经就诊于各级医院而无明显的效果，中西药吃了近半年也未见改善病情。现症见：先有喉痒，继之咳嗽，且咳嗽阵发性剧烈，伴气憋胸闷、眼泪出等，夜晚或遇寒冷之时加重，吐出白色泡沫状痰液后，咳嗽可停止，并有气短乏力，汗出，畏寒肢冷，不耐劳作，舌质淡，脉沉细。证属久病伤肾，肾不纳气，治宜温肾纳气，方用四逆汤合来复汤加减，药用：

附子 30g（先煎 2 小时），干姜 30g，炙甘草 10g，红参 10g，山萸肉 30g，生龙牡各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，石菖蒲 20g。

用法:2剂,水煎服,每天1剂。

二诊:服药后,患者咳嗽病减,十去七八,甚为高兴,1年来未有改变,治疗信心倍增,要求再服原方3剂,后又服3剂,停药观察月余,无异常。

复诊:4个月后,在外地感冒又引发咳嗽,专程返我处治疗,又服上方药6剂后,病愈。

【按语】久病咳嗽,正气亏损,肾不纳气,加之外现一派虚寒之象。因此,治从温肾纳气着手,方用张仲景的四逆汤,重用附子温补耗散之阳气,同时合用张锡纯之来复汤,去白芍加紫石英、灵磁石、石菖蒲,以便镇潜收敛气阴,使元阳归下,阳潜入肾。肾复纳气之功,看不治咳实治咳,咳嗽自然可止。该方是山西李可老中医创用之破格救心汤之化裁,专门用来治疗心衰之重症。经笔者临床研究观察用于治疗久病喉源性咳嗽疗效显著,是笔者对付久治不愈之咳嗽手中的一张王牌处方。

19. 慢支肺气肿案

张某,男,70岁,退休工人。2007年1月10日就诊。

患者有慢支肺气肿病20年余,2个月前不慎感冒,咳痰喘再度加重,曾常规应用中西药治疗2个月余未见明显改善。现症见:咳痰,喘,气短,胸闷,吐白色泡沫状痰,夜晚不能平卧休息,或平卧一会儿便憋醒,走动则气喘加剧,上气不接下气,舌淡,苔白腻水滑,舌体胖大边有齿痕,脉浮重按无力,尺部大甚。证属久病咳喘,肾不纳气,肾阳亏损,治宜温阳补肾,固摄纳气,方用破格救心汤化裁,药用:

附子60g(先煎2小时),干姜60g,炙甘草10g,红参10g,山萸肉30g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g,石菖蒲20g,生姜30g,大枣10枚。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊:服药症状大减,已能平卧休息,不再憋醒,白天活动后也

不再气喘胸闷，原方有效，再进 3 剂。

三诊：恢复如原来的情况。要求再服 3 剂，以进行巩固。

随访：1 个月后随访，病复如初，未再反复。

【按语】老年慢性支气管炎、肺气肿，病久咳痰喘，肾阳亏损，肾不纳气，虽治法多种，但多寒凉之品，特别是抗生素、激素长期应用，患者阳亏日损，抗病能力大大下降，故而一病就颇多难治。这是因为老年体衰，肾阳亏虚，久用苦寒，阳气更伤；阳虚阴盛，阴气上潮，痰涎壅盛，咳喘难愈。治用扶阳抑阴，补肾纳气，方用大剂四逆汤，回阳助肾，温肾纳气；来复汤纳气收敛，加镇潜摄纳之品，以助肾阳归潜，故而疗效显著。该方是山西李可老中医创用的破格救心汤，主要是用来治疗各种心衰，临床疗效显著。而笔者在李可老中医的启发下，化裁运用该方治疗咳喘之症，经多例临床观察疗效显著，很值得进一步地研究与重复应用。

20. 慢性结肠炎案

韩某，女，60 岁，农民。2007 年 2 月 20 日就诊。

患者有慢性结肠炎病史 10 年余，久病服药，中西药服尽病也没有改善，情况时好时坏，过年之后病又加重，便有脓血，2 个月前曾在本院进行结肠镜检查，确诊为：慢性结肠炎合并结肠息肉（已切除），再治而无效。现症见：患者畏寒怕冷，肠鸣腹痛，腹痛即泻，每天大便次数 3~5 次不等，脓血寒冻样便，喜热恶凉，不敢进食油腻之物，一吃就拉，可以说是吃什么拉什么。察舌淡色略暗，苔白滑润，脉左手沉细无力，右手沉弦略滑。证属肾阳亏损，脾虚不运，肠积湿热，治宜温肾助阳，运脾化湿，佐以清利湿热，方用附子理中汤、六磨汤、痛泻要方三方化裁，药用：

附子 30g（先煎 2 小时），干姜 30g，炮姜 30g，良姜 30g，苍术 20g，白术 20g，党参 30g，炙甘草 15g，沉香 10g（后下），木香 10g，乌药 10g，枳实 10g，槟榔 10g，生大黄 6g，银花 20g，三七粉 10g，防风 10g，白芍 30g，陈皮 10g，焦三仙各 10g。

用法:3剂,水煎服,每服1剂,间隔3天,再服下1剂。

二诊(9天之后):服药之后症状大减,开始服药1剂后,大便次数明显增多,但停药之后逐渐减少,腹痛血便消失,每天排便1次,仍有饭后腹胀,或时有肠鸣,原方有效,再进3剂,原方法服用。

复诊:1个月之后又带患者看病,病愈,且疗效巩固。

【按语】慢性结肠炎临床上多见,而且久病缠绵,难以用常法常药治愈,笔者在5年前曾经治过1例,按辨证方药吃了近1年,病情仍无明显的改善,此患者对笔者震动很大,按图索骥,病不能治愈。因此,发愤图强,“勤求古训,博采众方,”通过长期摸索研究,特别是山西名医李翰卿治疗腹泻间隔用药方法,对笔者启发很大,经过长期潜心研究,标本同治,补脾行气,温肾助阳,清解活血,行气通下,特别是间隔服药,其目的是“以候正气来复”(李翰卿);实中夹虚,虚中夹实,寒热夹杂,补不助邪,通不伤正;若收敛固涩,则有悖于“腑以通用”的原则;该方补脾肾助阳气,方用附子理中汤;行气通下以六磨汤为用;调和肝脾用痛泻要方;加银花、三七清热解毒、活血化瘀;温、补、行、通、解、活为一炉,治脏用补,调腑用泻,相反相成;而间歇给药,即可祛邪,又待正复,即清除积滞,又使正气复元,经过上百例患者的治疗,并经大部分随访,有良效者十占七八,仍有一二成效果不尽如人意,需要长期巩固治疗,才能防止病情反复。

21. 复发性疮疡案

刘某,男,30岁,农民。2007年3月1日就诊。

患者每年春季,都会有复发性全身疮疡发生,已有数年,今年再次复发已经有月余了,曾应用中西药物治疗,但不能根除,往往是此起彼伏,患者5年前曾求治笔者治愈过,现再次就治。现症见:前胸后背布满多发性疮疡,大小不等,新旧不一,红肿热痛,头皮及项背也有多处大疮疡,畏寒肢冷,双下肢尤甚,舌质淡体胖大,

边有齿痕，脉沉细无力。证属阳虚外越，化毒生疮，治宜温阳解毒，方用薏苡附子败酱散合神效托里散加减。药用：

附子 20g(先煎)，白芷 10g，仙灵脾 30g，生苡仁 30g，败酱草 30g，生黄芪 30g，当归 20g，炙甘草 10g，金银花 30g。

用法：3剂，水煎服，每天1剂。

二诊：服药后，疮疡红肿热痛减轻大半，未再发新疮，上方有效，原方再进6剂。

三诊：服完药后，全身疮疡已经消失，患者要求再服以防复发。又进6剂。

随访：1个月后因他事专程告知，病愈未复发。

【按语】复发性疮疡，按局部来看红肿热痛，似乎属阳热之证，可西药消炎、中药解毒清热为什么久治不效呢？反而越治病越复发越频繁，这不得不引起我们的沉思。再看患者全身情况，一派阳虚寒凉之象。阳虚阴盛，阴盛格阳，虚阳外越，化热生毒长疮，此热乃为假象。故而治疗一方面扶阳抑阴，一方面解毒消肿；阳气得补，下潜归肾，秘藏于内，阴阳相抱，互根互用，正气得复；阳热毒邪又得以清解化消，看似矛盾，实属互补互用，各走其道，相互为用。方用张仲景薏苡附子败酱散，加白芷、仙灵脾以扶阳解毒化疮；神效托里散托毒生肌，二方合用，正气得补，浮阳下潜，热毒得化，故而病愈后未再复发。可见对于一些慢性疮疡中药温阳解毒之法，是行之有效的办法，并非治疮只有清热解毒一条路可走。

22. 慢性肾炎案

董某，女，60岁，市民。2007年3月28日就诊。

患者有慢性肾炎病史20年余，长期服用中西药物而情况不能稳定，近期有加重的趋势。化验尿：蛋白(+++)，红细胞(++)；血常规、肾功能化验正常。现症见：气短懒言，胸闷纳呆，双下肢水肿，活动后加重，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细无力。证属脾肾阳虚，水湿不化，清浊不分，治宜温补脾肾，化湿利浊，方用实脾散加

味,药用:

茯苓 30g,苍术 20g,白术 20g,木瓜 20g,炙甘草 10g,木香 10g,大腹皮 20g,炮姜 30g,附子 30g(先煎 2 小时),厚朴 20g,泽兰 20g,泽泻 20g,党参 30g,三七 10g。

用法:10 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊:服药之后,自感精神大振,水肿消失,但清晨仍有眼睑轻度浮肿,上方加仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g,芡实 30g,再进 10 剂。

三诊:服上方自感良好,一直服 40 余剂。

四诊(5 月 6 日):今天化验小便,阴性,巩固治疗,上方隔日服 1 剂,又服 1 个月余。

【按语】老年慢性肾炎,多是一派虚寒之象,加之患者中焦脾胃虚弱,先天肾阳亏损,脾肾阳亏,阴水形成;脾主运化,升清降浊,清浊不分,而尿中异常;肾阳亏损,封藏失职,固摄失司,精浊混杂而下。治从后天着手,温脾益肾,助脾行水;特别是重用附子、二仙温阳助肾之品,阳气振奋,阴邪自散;脾主运化,肾职固摄,清浊自归其道;清升浊降而尿中异常自阴转也。

23. 肾病综合征案

刘某,男,30 岁,农民。2006 年 10 月 10 日就诊。

患者有肾病病史 5 年余,曾服用中西药物治疗,病情时好时坏,不能彻底稳定或缓解,而且习惯性外感长期不愈,伴有慢性过敏性鼻炎病史。化验尿:蛋白(++++)。现症见:鼻塞不通,不闻香臭,畏寒肢冷,腰酸背痛,吃激素引起的库欣综合征明显,不耐劳作,已失去治疗信心,舌淡体胖大,边有齿痕,苔薄白,脉浮而无力,尺部尤甚。证属外束风寒,阳气内虚,治宜温阳解表,方用麻黄附子细辛汤加味,药用:

麻黄 10g,附子 30g,细辛 10g,苍耳子 10g,辛夷 10g,桑白皮 10g,白芷 10g,石菖蒲 20g,仙灵脾 30g,菟丝子 30g,枸杞子 30g,补

骨脂 30g。

用法:10剂,共为细末,每天3次,每次6~10g,水煎服或吞末。

复诊:1个月后化验尿,蛋白减至(++) ,全身情况明显改善,体力明显增加,效不更方,守方守法继续用药。

再诊:半年以后,化验尿蛋白阴性,全身情况恢复如常,腰酸背痛消失。为巩固疗效,按原方药继续服,以防反复。

【按语】肾病综合征,目前多主张中西医结合治疗,但此例患者长期中西药物治疗并未取得显著的临床效果,加之患者经济条件的限制,实在没有什么经济能力来完成系统的治疗,以至病情迁延难愈。此例患者患有过敏性鼻炎,而这种疾病正是导致肾病不能治愈的原因之一,而且长期脉浮,表明患者卫表不固、表邪长期难以消除;其根本原因在于患者久病伤阳,肾阳亏损,无力抵抗外邪,内外相招,病情难以稳定。而治疗则抓住这两个关键环节,一是解表祛邪,宣通鼻窍;二是温阳补肾,强身固元;特别是长期服用散剂,既经济又实用,易于持久治疗,且循序渐进,水到渠成,故而顽疾得以缓解。

24. 结核发热案

宋某,女,60岁,农民。2006年10月4日就诊。

患者发低热 37.5°C 已有半年余,经X线片确诊为双肺结核,正规服抗结核药物2个多月来,仍然低热不退,曾经中西药治疗无显著的变化。现症见:每天下午低热 37.5°C ,持续到下午6时左右可自然恢复正常,畏寒肢冷,气短乏力,夜晚盗汗,五心烦热,身体消瘦,纳差,便秘,溲黄,舌质淡,边尖红,苔白,脉沉细无力。证属阴阳两虚,虚阳外越,治宜回阳化阴,方用四逆汤加味,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 10g,砂仁 10g,红参 10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊:服药后低热已退,体温 37°C ,自感精神大振,食欲增加,

五心烦热消失,畏寒肢冷明显减轻,大便正常。病重药轻,附子加到 60g,他药不变,再进 3 剂,以进行巩固。

复诊(2007 年 5 月 6 日):患者服药后,半年体温正常,一切良好,纳食二便均正常。近期由于操劳过度,自感旧病又要复发,要求再按第 2 次处方服用,又服 3 剂。

【按语】治疗结核低热,不管是教科书还是目前绝大部分书,一律是养阴清热之法。早年笔者也是如此,但低热总是不退,百思不得其解。看过《李可老中医经验专辑》以后,才摸索出用李东垣补中益气汤加味而治,取得良效。但笔者认为,这样的治疗仍然未能抓住要害,近读《郑钦安医学三书》,顿开茅塞:下午低热,多认为属阴虚火旺,但郑钦安却认为是阴盛阳虚,阴盛格阳,阳浮于外,而不得下入潜藏,浮阳于外而发热。但见到患者一派阳虚阴盛之象,故治扶阳着手,扶阳化阴,应用郑钦安推崇的回阳饮(四逆汤加人参)加砂仁,3 剂而热降,6 剂自症而全消,纳增神振,病愈半年未反复。从此病例中感悟到处处扶助阳气治百病之理。

25. 顽固性咳嗽案

姚某,女,65 岁,退休教师。2007 年 5 月 1 日就诊。

患者有顽固性咳嗽病史 10 年余,每次外感引发之后,长期咳嗽不愈可持续半年几个月的时间,曾到北京、省级、市级等医院就治,中西药物用尽也很难起效,有时只能暂缓一时,无法根治及预防复发,深为苦恼。现症见:近期由于外感,再次出现咳嗽,先出现喉痒,继之出现痉挛性咳嗽,气憋胸闷,鼻涕及眼泪具出,弯腰收背,痛苦异常,阵发性加剧或发作,一日数次不等,每次发作时间长短不一,夜间咽干,思饮而不多饮水,舌干则不能说话发音,白天畏寒肢冷,小便频多,舌体胖大,边有齿痕,脉浮硬重按无力,尺部尤大。证属肾不纳气,治宜温肾纳气,方用四逆汤加味,药用:

附子 50g(先煎 2 小时),炮姜 50g,炙甘草 10g,红参 10g,山萸肉 30g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,灵磁石 30g,石菖蒲 20g,桔

梗 10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(5月3日):服药之后,阵发痉挛性咳嗽发作次数明显减少,且症状减轻,但仍然间歇发作,夜晚口渴消失,舌不干燥,小便正常。病重药轻,宜加大剂量:

附子 60g(先煎2小时),山萸肉 60g,红参 30g,干姜 50g,炮姜 50g,良姜 50g,灵磁石 30g,紫石英 30g,石菖蒲 20g,砂仁 30g。6剂,水煎服,每天1剂。

三诊(5月9日):服药之后,病好七八成之多,偶尔发作1次,也很轻微,大喜,效不更方,再服上方6剂。

四诊(5月15日):服上药之后,咳嗽病愈,只有偶尔轻微咳嗽,自动可缓解。今天微微恶寒,流清水鼻涕,诊脉浮而无力。外感风寒,内有阳虚,治宜温阳解表,方用麻黄附子细辛汤加味,药用:

麻黄 10g,附子 60g(先煎2小时),细辛 10g,干姜 30g,炮姜 30g,良姜 30g,炙甘草 10g,红参 10g,半夏 20g,桔梗 10g。5剂,水煎服,每天1剂。

复诊:服上方之后,外感解除,仍然恢复服用5月3日处方,并且要求附子加量至75g,每天1剂,越吃感觉精神越好,体力增强,咳嗽未再发作,此张处方一直吃了约近2个月才停用。

【按语】该例患者咳嗽10年有余,进行性加重,且发作时喉部痉挛,气闭胸闷,甚为痛苦,经各级医院诊治中西药物未见明显的效果。《内经》认为“久病及肾,”且肺为气之主,而肾为气之根,若肾主纳气,肾气归元,而喘咳自然不作。患者脉浮,系虚阳外越之证,因其脉硬与年老血管硬化有关,但其重按无力,尺部尤甚,都提示肾元亏损,肾不纳气之证。故而治用李可老中医破格救心汤化裁,重用附子回阳助肾,纳气固本,同时配用山萸肉,温肾收敛,以便肾阳本固。一服之后,患者畏寒肢冷缓解,夜间口渴消失,表明阳回阴生,而且症状逐渐解除。此类患者之咳嗽治疗颇为棘手,一

般方法难以起效,原因是诸多治疗手段都放在肺上,而忽视了补肾纳气这根本环节,故而久治不愈。该方看似无平喘止咳之功,却收纳气归肾之效,实乃为治喘咳之根本法也。

26. 失眠伴精神抑郁症案

刘某,女,40岁,教师。2007年5月12日就诊。

患者有精神抑郁症病史10年余,情绪低落,失眠,彻夜难以入睡,长期用抗精神抑郁、安定类药物,而且药物越吃量越大,但效果越来越差,痛苦难忍。现症见:情绪低落,畏寒肢冷,身体稍胖,气短懒言,白天头目昏沉,无精打采,夜晚上床则头脑清晰,无法入眠,彻夜辗转不安,舌淡胖,脉沉细无力。证属肾阳虚衰,阳气外越,治宜温阳潜镇,方用潜阳丹加味,药用:

附子30g(先煎2小时),龟甲10g,砂仁10g,炙甘草10g,黄柏10g,紫石英30g,灵磁石30g,石菖蒲20g,甘松10g,山萸肉30g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(5月14日):服药之后,可以安静入睡,第2天精神较好,10年来从未有过,要求继续服用,继服10剂,附子加至50g。

复诊:连续服用上方近2个月,停药观察,可以安静入眠,且第2天精神很好。

【按语】失眠是精神抑郁症的一个主要症状,长期服用镇静药无效,且患者一派畏寒肢冷状态,阳虚的症状明显。白天阳气该升而不升,夜晚阳气当降而不降,阳不入阴停留于外则难以入眠。郑钦安大师之潜阳丹专为此而设,但其镇潜之力略显不足,故而加紫石英、磁石之品,以助镇潜外浮之虚阳,阳气潜藏,则升降有序,阴阳交接自复规律,故而顽症能在短时间之内得以治愈。

27. 亚健康状态案

李某,女,40岁,教师。2007年4月6日就诊。

患者颈部不适及全身乏困无力数年余,长期外地省市级医院

就医,确诊为神经症、胃炎、胆囊炎、颈椎病、月经不调等多种病,经常服用中西药物,病情没有明显的改善,且有进行性加剧的趋势,曾经有结束生命的念头,认为自己病入膏肓,无法治愈而不能自拔。现症见:唉声叹气,全身都很不舒服,浑身难受,特别是颈部扭动更难受不适,坐卧不宁,咽部有异物感,纳呆腹胀,月经不调,胸胁胀满,畏寒肢冷,气短懒言,乏力倦怠,舌淡胖大,脉沉细无力。证属气血不调,治宜调气行血,通经活络,方用补一大药汤加味,药用:

羌活 10g,防风 10g,天麻 10g,藁本 10g,白芷 10g,细辛 10g,麻黄 10g,肉桂 10g,附子 10g,半夏 10g,干姜 10g,川芎 10g,茯苓 10g,泽泻 10g,酒大黄 10g,蔓荆子 10g,葛根 60g,桔梗 10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(4月9日):服上方之后,症状大减,自感近10年来前所未有,治疗充满了信心,又连续服用上方药20剂。

随访(6月5日):停药之后,情况一直很好,颈部症状彻底消失,咽部异常感也消失,恢复如常,未有反复的情况。

【按语】中年妇女亚健康状态十分常见,但治疗并非易事。原因是患者“一身尽病”,处方用药往往无处下手,而且患者拿着处方会说,这个药我用过,那种药我吃过,都没效。鉴于此,笔者近年来,凡遇到此种患者,多选用重庆“火神菩萨”补晓岚老中医的补一大药汤加味而治,该方按补晓岚先生的观点是“有病祛病,无病强身,调气行血,温通经脉”,用于治疗这种患者多有良效,特别是在此方的基础上,随患者的症状加味而治,组成一个大剂复方多味的大处方,临床疗效则大大地提高,值得进一步的研究与观察。

28. 长期胃胀案

霍某,女,60岁,农民。2007年6月3日就诊。

患者长期胃胀,曾经胃镜、B超、彩超、CT等多种手段检查,除发现有“慢性胃炎”之外,未确诊有他病,经常服用中西药物,未见

明显的改善。现症见：胃脘胀满，纳呆厌食，气短懒言，神疲乏力，畏寒肢冷，小便清长，大便秘结，舌淡胖，边有齿痕，脉沉细无力。证属脾胃阳虚，升降失调，治宜温脾益胃，方用四逆汤加味，药用：

附子 30g(先煎 2 小时)，炮姜 30g，炙甘草 10g，红参 10g，砂仁 30g。

用法：3 剂，水煎服，每天 1 剂。

复诊(6 月 6 日)：患者服药之后，胃口大开，脘腹胀满消失大半，气力大增，精神转佳，数十年来未有的好转，大喜过望，要求再服 10 剂，以求彻底改善，巩固治疗。

【按语】胃脘胀满临床上十分常见，但治愈并非易事。此例老年患者多种仪器检查，未发现明显的病变，“单纯性胃炎”也并非引起胃胀的主要因素。中医认为老年人肾精亏虚，阳气不足，生命活动力低下，因而造成脾胃阳虚，脾胃阳虚，升降失司，中焦枢机不利，故而痞闷胀满长期无法解决。虽然服过多种药物，但未从根本上改善老年性阳气虚弱生命活动力低下的状态，因而久治无效。笔者辨治温补肾阳，以助命门之火，命门火足，肾气旺盛，益助脾胃之阳，加之重用砂仁一味，即可行中焦之气机，又能纳气归肾，可谓是一举两得。回阳饮(四逆加人参汤)是郑钦安所创，阳回而命门火旺，生命之门有生机，胃胀何愁不愈？

29. 奔豚病案

安某，男，52 岁，农民。2007 年 6 月 3 日就诊。

患者夜间感有一股气从右下肢内侧，沿着右侧腹股沟向腹胸上冲，每次都是在睡梦中迅速憋醒，突然心慌恐惧，烦躁难忍异常，大汗淋漓，坐起之后，长出气后才慢慢地平静下来，有时一夜之间可反复发作多次，甚至有的时候都不敢入睡。曾在全国各地求治，均未明确什么诊断，中西药物治疗没有效果。现症见：上述症状发作频繁，极度恐慌，难以入眠，害怕睡觉，身体较清瘦，畏寒肢冷，气短懒言，舌体胖大，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，龙火上浮，奔豚上

冲,治宜温阳降逆,方用温氏奔豚汤加味,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),肉桂 10g,红参 10g,沉香 10g(后下),山药 30g,茯苓 10g,泽泻 10g,牛膝 10g,炙甘草 10g,紫石英 30g,灵磁石 30g,石菖蒲 20g,甘松 10g,吴茱萸 10g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊(6 月 6 日):患者服药之后,当天夜晚可安静入眠,未再发作气上冲胸,只是在下肢内侧有轻微烦热感,也不十分明显,且没有了恐惧感。患者自感服药之后病减八成之多,要求再服上方,再进 3 剂,以巩固治疗,防止反复。

【按语】奔豚一病,现代病因未明,因检查无明显异常,故而也缺乏有效的治疗手段。该例患者的症状表现,与《金匱要略》奔豚病描述相一致,且经辨证患者乃为一派阳气虚衰表现。夜晚属阴,阴盛阳衰,阳不抱阴,阴气上潮,格阳于外,龙火上奔,而表现出一系列的上冲之症状。方选李可老中医推荐的温氏奔豚汤,该方是一首纯阳益火,救困扶危的妙方:功能温养先天命门之火,救元阳之衰亡,固元气之厥脱;补火生土,化湿醒脾,补土制水,纳气平喘,安养冲脉;引火归原,制伏奔豚上冲。由于辨证确切,选方对路,故临床疗效显著。

30. 心动过缓并长期腹泻案

罗某,男,52 岁,商人。2007 年 6 月 2 日就诊。

患者自小就有心动过缓病史,已病有 50 年,心率 40 次/分,顽固性腹泻病史已有几十年,每天大便次数 3~5 次,曾求治各地数十年未能取效;伴有高血压,血压 160/110mmHg,曾长期服用降压药物也不十分稳定。现症见:气短懒言,畏寒肢冷,夏天夜卧需盖被子,冬天怕冷,不知道什么是热,夏天一点冷物都不敢吃,吃一点稍凉的食物就拉肚子,心悸头晕,看身体颇似健壮,实则力不从心,不耐劳作,舌体胖大,边有齿痕,苔白腻厚滑,脉沉迟无力。证属阴盛阳衰,治宜温肾回阳,方用四逆汤加味,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),炮姜 30g,炙甘草 10g,红参 10g,肉桂 10g,三七 10g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊(6 月 6 日):患者服药 1 剂后,出现腹泻加重,问是否再继续服用,解释说这是扶阳药物祛阴寒之表现,不必停药,3 剂服完,精神大振,腹泻也显著减轻,每天 1 次,心率提高到 47 次/分,大喜过望,而且血压也稳定在 130/90mmHg 水平上。原方有效,再进 3 剂。

三诊(6 月 9 日):全身情况前所未有,精神振奋,身上有力,略有胃胀,大便正常,血压稳定。上方加味加量:

附子 50g(先煎 2 小时),炮姜 30g,干姜 30g,良姜 30g,砂仁 30g,炙甘草 10g,红参 10g,肉桂 10g,三七 10g。3 剂,水煎服,每天 1 剂。

四诊(6 月 12 日):心率提高到 50 次/分,全身情况进一步好转,要求长期服,并要求附子加量,处方调整:

附子 75g(先煎 2 小时),炮姜 50g,干姜 50g,良姜 50g,砂仁 30g,炙甘草 10g,红参 10g,肉桂 20g,三七 10g。6 剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊:最后 1 次处方,一直服用约 40 余剂,心率提高到近 57~62 次/分后停药观察,疗效巩固,血压稳定,不再怕冷,夏天吃凉面也不再腹泻。

【按语】该例患者可谓病久缠绵,自小得病,几十年病史,并有家族病史,其家族成员不少都是死于心动过缓,实属少见。这可能与遗传肾阳亏虚有关,即先天性虚寒体质。由于先天性肾阳亏虚,阴盛阳衰,故而长期心动过缓、泄泻而无法根治,且高血压也长期得不到稳定。治从温肾回阳、扶阳抑阴着手,不仅提高了心率,同时腹泻也随之而愈,高血压也随之稳定。《内经》云:“治病必求于本。”这个本,按照火神派郑钦安的观点就是落实在“阴阳”之上。阳虚阴盛,扶阳抑阴,阳回而阴气自散,心动过缓、腹泻、高血压均不治而病自得愈也,这样的顽固病情,如果抓不住阴阳这个关键的

环节,实不敢想象能治愈这样疾病。

31. 白细胞反复增高案

宋某,女,30岁,农民。2007年6月17日就诊。

患者1个月前患带状疱疹,经用抗生素、激素等药物而治愈,但患者出现反复性低热(37.5°C)不退,伴白细胞增高,曾经出现过白细胞达 $20.9 \times 10^9/\text{L}$,经过大剂量抗生素治疗后,白细胞迅速下降到正常范围,可停药不出3天,白细胞再次上升,应用大剂量抗生素之后体质状况显著下降,并且消瘦明显,伴失眠逐渐加重,患者不敢再用抗生素,要求服中药调治。白细胞化验 $11.9 \times 10^9/\text{L}$ 。现症见:低热,多在下午为重,最高可达 37.5°C ,气短懒言,身体倦怠,畏寒肢冷,神不守舍,情绪不稳,精神抑郁,失眠多梦,喜长叹,自感体力不支,身体消瘦,纳呆腹胀,舌淡胖大,边有齿痕,脉沉细弱而无力。证属肾阳虚衰,治宜回阳健脾,方用潜阳丹加味,药用:

附子30g(先煎2小时),炮姜30g,龟甲10g,砂仁10g,炙甘草10g,红参10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(6月20日):服药之后,症状大减,低热消除,白细胞恢复到 $10.9 \times 10^9/\text{L}$ 。现胃胀明显,要求加重剂量服用,调整处方:

附子50g(先煎2小时),炮姜30g,砂仁30g,炙甘草10g,红参10g。3剂,水煎服,每天1剂。

三诊(6月25日):自感病情减轻大半,化验白细胞 $9.0 \times 10^9/\text{L}$,完全恢复正常。精神明显好转,失眠也好转,但精神情绪仍然不稳定,要求长期服用,处方调整:

附子60g(先煎2小时),炮姜50g,砂仁30g,炙甘草10g,红参10g。10剂,每天1剂。

复诊:最后处方约服用40余剂,停药观察,病情稳定。

【按语】反复性低热,伴白细胞增高,按西医观点认为这是感染,要继续应用抗生素治疗,可患者在白细胞下降的同时,身体状

况也日趋下降,但停用抗生素之后白细胞再度升高,而患者再也无法耐受反复应用抗生素对身体的伤害。患者虽说低热,可却反映出一派阳虚之象,并非“炎”字都属实火,此患者为阴盛阳衰、虚阳上浮所致。故此,遵从辨证论治的精神,回阳补肾,佐以健脾,方用四逆汤加味而治,二诊三诊之后复查白细胞,迅速下降为正常,这说明只要辨证分阴阳,从“治病求本”着手,不消炎而补火,则炎自可消,充分说明扶阳学说强身健体,温肾助阳,不治病而治人,人健康则病自可祛也。

32. 三叉神经痛案

常某,女,60岁,退休教师。2006年6月10日就诊。

患者有右侧三叉神经痛病史数十年余,近年有进行性加重的趋势,现在每天都在加大卡马西平等镇痛药物剂量,但还是不能完全控制发作性疼痛,遇到风、寒、情绪波动等各种诱因都会引发神经疼痛,发作之时疼痛剧烈,身体不敢作任何一点活动,甚为痛苦。现症见:畏寒肢冷,五心烦热,夜寐不宁,时感有一股热气从下而上冲起,大便秘结,舌淡胖,脉沉细无力。证属阴阳两虚,虚火上扰,治宜引火归原,方药引火汤加味,药用:

熟地黄 60g,天冬 30g,麦冬 30g,巴戟天 30g,茯苓 10g,五味子 10g,肉桂 10g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,砂仁 20g,全虫 10g,蜈蚣 2条,灵磁石 30g。

用法:6剂,水煎服,每天1剂。

二诊(6月24日):自述服药后,按原西药小量维持,未再发作性疼痛,病减七八成之多,要求再服上药6剂,巩固治疗。

复诊:其子女因他病求治,告知母亲病基本已稳定,未再发作,一般情况很好。

【按语】三叉神经痛是种非常顽固难治的疾病,常规的中医辨证论治思路是很难取得良效的。李可老中医应用傅青主的引火汤加味而治,取得了良好的临床效果;他认为该病顽症,病久伤肾,肾

阴亏损,阴精不足,龙雷之火上燔;盖肾为先天之本,内寄命门真火,并为水火之脏;肾中水火,共处一宅;现水亏于下,则火失其制,古人喻为水浅不养龙,于是龙火上奔;或肾水寒极,逼真火浮游于上,致成火不归原之证;且肝肾同源,肾水既亏,肝木失养,肝中所寄雷火,势必随肾火龙火上燔,而成燎原之势,故而引发头面阵发性神经疼痛。他主张用引火汤壮水敛火,导龙归海,多有良效。笔者在此方思路启发下,用傅青主引火汤加味而治,效果经得起重复,收效甚佳。

33. 功能性低热案

陈某,女,60岁,农民。2007年6月21日就诊。

患者低热 37.5°C 已有6年余,自述6年前外感之后出现发热等症状,按外感经过应用抗生素、激素等药物治疗后病愈,但不久便出现低热 37.5°C ,一般都是早晨体温正常,上午8点以后开始慢慢升高,下午2时体温最高,然后又逐渐降到为正常范围,夜晚体温正常。曾在省市级多家医院进行检查,未发现明显的异常,最后定为“功能性低热”。现症见:身体消瘦,纳差腹胀,畏寒肢冷,五心烦热,气短懒言,发热多在活动后加剧,舌淡胖边有齿痕,脉沉细无力。证属阳气亏损,虚阳浮动,治宜补肾回阳,方用四逆汤加味。药用:

附子30g(先煎2小时),炮姜30g,炙甘草10g,红参10g,三七10g,砂仁30g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(6月24日):患者服药后,自感症状大减,精神大振,前所未有的好转,体温最高在 37.2°C 以下,要求继续服用上方,6剂。

三诊(6月30日):体温恢复正常,6年从没有过的好转,大喜,纳增神振,二便如常,要求再服,以进行巩固,6剂,水煎服,隔日服1剂。

【按语】功能性低热,现代医学多认为是无明显原因性发热,

中医认为属内伤性发热,以往多遵守套方套法治疗,效多不佳。现患者呈现出一派阴盛阳衰、阴阳两虚之证候,依据郑钦安扶阳思路来分析,阴阳亏损的同时,由于阳主阴从的关系,抓住温阳回阳的主导作用,则阳回而阴也生,事实确是如此。一经回阳,效果显著。方用郑钦安极力推崇的回阳饮,其实就是张仲景的四逆加人参汤,方中重点回阳,并顾其阴,郑钦安虽然在理论上不赞成回阳之际加用阴药,可他却也频频使用该方回阳饮,表明其也考虑到阳生阴长之机理。笔者发现该方不仅对功能性低热有良效,而对于一些虚弱性症候群也有良好的效果,更表明回阳助阳对于多种阳虚性症候群改善,具有可靠的临床疗效。

34. 慢性胃炎案

袁某,男,30岁,农民。2007年6月26日就诊。

患者有慢性胃炎病史数年余,经过服用中西药物,情况时好时坏,一般都是用药开始有效,吃不了3天,就什么效果都没有了,可停药之后又会胃部难受,象多潘立酮类药物已经吃过了量,正作用还没有副作用大呢,甚为苦恼。现症见:胃胀,进食之后尤甚,喜温喜按,气短懒言,神疲乏力,畏寒肢冷,冬天尤甚,且胃部症状每遇天冷或冬季就加重,舌淡,脉沉细无力。证属中焦阳虚,治宜温中行气,方用四逆汤加味,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),炮姜 30g,炙甘草 10g,红参 10g,白豆蔻 30g,石菖蒲 20g,甘松 10g,肉桂 10g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(6月29日):患者服药后,感觉症状消减大半,自述几年也未见过这样好的情况,胃胀不甚,纳食增进,体力也感到明显的增加。原方有效,再进6剂。

三诊(7月5日):服药后,胃胀消失,畏寒肢冷有明显改善,精神较佳,为巩固疗效,再进6剂。

【按语】胃胀一症,涉及病证很多,治疗方法多样,但“千方易

得,一效难求”。笔者曾因治此种神经症困惑多年。胀满一症,郑钦安分类有六,病因复杂,但他却能抓住要害,认为“更以阴阳凝聚而观之,一团元气而已。……余意此病治法,宜扶一元之真火,敛已散之阳光,俾一元气复,运化不乖”(《医法圆通·胀满》)。在郑钦安的思路启发下,治疗抓住一元之真火,扶阳回阳助阳,方用郑氏回阳饮,加上吴佩衡先生的回阳饮(四逆汤加肉桂),即双回阳饮(笔者命名)加味,阳回而中运,胀满自除,疗效显著。可见郑氏之扶阳理念的实际价值,已大大超出了想象,值得三思。

35. 慢性肠粘连案

黄某,男,52岁,农民。2007年7月7日就诊。

患者去年因“胃穿孔”而进行手术治疗,病愈之后出现反复性肠梗阻,每次肠梗阻之后,就是常规的吊针、禁食、减压等措施而病情缓解。但患者自感体质越来越差,而且是肠梗阻的次数越来越频繁,最多的1个月之内肠梗阻3次,出院后治于中医。现症见:胃胀满,伴隐隐作痛,喜温喜按,畏寒肢冷,疲乏无力,神懒困倦,不敢进食,少进一点不适食物,就引起胃胀痛,甚者发生肠梗阻,舌淡苔白滑,脉弦细无力。证属脾胃阳虚,中焦气滞,治宜温阳行气,方用六磨汤合四逆汤加减,药用:

沉香 10g(后下),木香 10g,枳实 10g,乌药 10g,槟榔 10g,大黄 10g,附子 30g(先煎 2 小时),干姜 30g,炙甘草 10g,山药 30g,红参 10g,白术 60g。

用法:3剂,水煎服,每天1剂。

二诊(7月14日):患者服药1剂之后,腹胀显著减轻,大便排下正常,然后患者每2天服1剂,服完之后,感到病减大半。原方有效,上方减去大黄,再服5剂,隔天服1剂。

三诊:服药之后,未发生过肠梗阻,正常饮食,腹胀消失,大便每天1次。再服5剂,仍然是隔天服1剂。

四诊:患者间断服药1个月之后,基本饮食与大便如常,但仍

有轻度胃中发凉,服用中成药附子理中丸,进行巩固治疗。

五诊(10月9日):3个月来肠梗阻没有发生,但胃部隐痛,不耐寒冷,天气变冷则胃部不适,大便每2天1次,排便时稍有用力。证属阳虚不运,方用济川煎加味,药用:

当归 30g,牛膝 10g,肉苁蓉 100g,枳壳 10g,升麻 10g,泽泻 10g,火麻仁 60g,白术 60g,附子 30g(先煎2小时),三七 10g,砂仁 30g。

用法:水煎服,每隔天服药1剂,以观后效。

【按语】粘连性肠梗阻是外科最常见的一种手术并发症,而且随着患者反复多次复发肠梗阻,患者的体质每况愈下、越来越差,进入了恶性循环之中。这与病前患者体质素来较差、禀赋薄弱,加之手术创伤及反复应用抗生素等措施,患者体质消耗过大密切相关。现患者呈现一派阳虚阴盛、寒湿积滞之证。故此,依据“腑以通为用”及“标本兼治”的原则,方用六磨汤行气通下、消胀通便;同时用加味四逆汤方,扶阳益阴,改善患者的虚弱性体质,特别是病情稳定之后,间隔服用药物,循序渐进,逐渐巩固疗效,强壮身体,防止反复,都是非常重要的措施。为了强化扶阳抑阴之效果,二诊之后,去掉大黄,纯用行气温通之剂,以强化扶阳益气之效果,防止病情反复,增强远期临床疗效。

36. 心肌梗死案

李某,女,67岁,农民。2007年6月29日就诊。

患者曾确诊为“心肌梗死”3个月余,曾住院治疗月余病情稳定而出院,但出院后不久,患者活动之后仍然出现心慌、气短、胸闷等症,心电图T波仍然倒置,又经过中西医治疗后,病情仍不能稳定,且有进行加剧的趋势。现症见:体质消瘦,纳差腹胀,畏寒肢冷,不敢活动,动则气喘、胸闷、憋气,夏天天气如此炎热,她却身穿小棉袄,神疲懒言,精神不振,舌淡质暗紫,脉沉细弱略涩。证属心肾阳虚,治宜回阳活血,方用四逆汤加味,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),炮姜 30g,炙甘草 10g,红参 10g,三七 10g,砂仁 30g,肉桂 10g。

用法:3 剂,水煎服,每天 1 剂。

二诊(7 月 3 日):服药之后,胃口有所恢复,食欲增加,活动后胸闷气短明显减轻,原方有效,附子加到 45g(先煎 2 小时),6 剂。

三诊(7 月 10 日):胃口大开,畏寒肢冷减轻,小棉袄也脱去,活动后心慌胸闷消失,心电图描述 T 波与上次相比较已明显恢复,大喜,原方再服 6 剂,以加快恢复。后又服用 6 剂停药。

随访(7 月 30 日):电话随访,一般情况很好,可做一般家务劳动,身体明显恢复,纳增神振。11 月 20 日复诊心电图正常。

【按语】年老体衰患心肌梗死之后,虽经救治,但病情仍然不能稳定,这表明患者的体质与食欲,是疾病恢复的重要环节。因此,治疗重点放在回阳活血行气上,方用双回阳饮,即四逆汤加红参再加肉桂,以回阳、通阳、助阳、通脉;加三七活血化瘀,加砂仁行气温中,纳气归肾;全方共达回阳助心、活血行气,重补先天,兼顾后天,同时活血,目的重在强身健体,增进食欲。患者服药之后,胃口大开,体质增强,病情迅速稳定,达到了逐渐恢复的目的。

37. 老年性消化不良案

李某,女,66 岁,退休干部。2007 年 7 月 18 日就诊。

平素身体较差,较瘦,近期什么都不敢吃,吃一口水果,立即拉肚子,腹痛腹泻,每天大便 2~3 次,吃一小块肉食之类,就立即拉出来,弄得什么都不敢吃,且对多种抗生素都过敏,药物也不敢吃,甚为苦恼。现症见:身体消瘦,面部老年斑较多,气短懒言,畏寒肢冷,夏天天气这么炎热,不知道什么是热、什么是汗,身穿多层衣服,外套小马夹,与常人显著有异,每天只吃点稀粥,舌淡胖质紫暗,脉沉弦细而无力。证属阳气亏损,不能腐熟水谷,治宜回阳助阳,补肾益脾,方用四逆汤加味,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),炮姜 30g,红参 10g,炙甘草 10g,肉桂

10g,三七 10g,砂仁 30g。

用法:6剂,水煎服,每天1剂。

二诊(7月24日):服药之后,自感体力增加,食欲增进,腹泻显著好转,大便每天1次,大便成形,原方有效,再进6剂。

三诊(8月1日):前几天,外感发热停药2天,服感冒药很快痊愈,原来只要一感冒,就久病缠绵,难治难愈,现在却是服药立效,出乎意料。现在什么都可以吃了,肉、水果吃后也不再拉肚子了。精神大振,再服6剂以进行巩固疗效。

随访:3个月后遇见,述说一如常人。

【按语】《伤寒论》太阴病篇云:“自利不渴者,属太阴,以其脏有寒故也,当温之,宜服四逆辈。”此例患者,一派脾肾阳亏证候,且表现重在脾阳亏损、不能腐熟水谷,吃什么拉什么,表明其脏有寒,与上述条文精神基本一致,当温之,张仲景提出用四逆辈,即是说可用四逆汤类方加味而治,后世不少医家认为当属理中汤的范畴,笔者认为不当。病在太阴,太阴有寒,根结在肾,四逆汤补肾回阳助后天,而理中汤则只专在后天,不能从根本上改善患者“脏有寒”的关键证候。因此,笔者抓住久病及肾,老年肾阳亏损的这个关键环节上,方用四逆汤加人参、肉桂,又名双回阳饮,同时加入三七、砂仁,温中活血行气,纳气归肾,看不治脾而实治脾,似治肾阳而助脾阳的思路,方药对证,疗效确切,改善迅速。

38. 更年期并心动过缓案

孔某,女,57岁,退休职工。2007年7月21日就诊。

患者有病态窦房结综合征病史,经治数年而未能缓解,近几年之内,随着更年期的停经,而病情又有加剧的趋势,曾求治于各级医院,未有显著的改善。心电图报告:心率45次/分。现症见:心悸胸闷,畏寒肢冷,时有烘热汗出,烦躁不安,失眠多梦,气短懒言,不耐劳作,舌胖大边有齿痕,脉沉迟无力。证属心肾阳亏,虚阳上越,治宜温肾助心,镇潜活血,方用郑钦安补坎益离丹加减,药用:

附子 30g(先煎 2 小时),肉桂 10g,炙甘草 10g,红参 10g,生龙牡各 30g,三七 10g,灵磁石 30g,紫石英 30g,干姜 30g。

用法:6 剂,水煎服,每天 1 剂。

复诊(7 月 26 日):复诊之时,患者说近 10 年未有的好转,心慌胸闷消失,体质增加,烘热汗出消失,失眠好转,但仍睡眠质量较差,心电图报告:心率 62 次/分。原方有效,再服 6 剂,巩固治疗。

【按语】患者有心病不安病史,加之更年期天癸竭,肾阳亏损,心阳无助,心肾阳衰而病情加剧。郑钦安补坎益离丹(附子、肉桂、干姜、炙甘草、蛤粉)一方专为此而设,补坎者,补肾阳也;益离者,益心火也;肾火旺而心火自旺,此补坎益离丹之意图也。在郑钦安之方药上,加用三七以活血化瘀,加磁石、紫石英以助镇潜虚阳上越之力;同时加人参以益气助阴,意有以阴助阳之效果。方药对症,效如桴鼓之应,久病之人,更需巩固以图远期临床效果。

39. 复发性身疮案

高某,女,16 岁,学生。2007 年 7 月 20 日就诊。

患者每年夏天到之时,都会遍身生疮,彼此起伏,数月不断,甚为苦恼,长期应用抗生素消炎,也不能根治。现症见:遍身疮疡,红肿热痛,痛痒难忍,抓破之后流脓水,畏寒肢冷,脘胀纳差,喜食冰冷食物,舌淡胖大,边有齿痕,苔白滑,脉沉细无力。证属阴盛阳衰,虚阳外越,化毒生疮,治宜回阳解毒,方用薏苡附子败酱散加味,药用:

薏苡仁 30g,附子 10g,白芷 10g,石菖蒲 20g,败酱草 30g,生黄芪 30g,当归 10g,炙甘草 10g,金银花 20g。

用法:6 剂,水煎服,每天 1 剂。同时嘱其不要再吃冰冷食物,以免加重病情。

二诊(7 月 30 日):服药之后,身疮渐愈,未再发生新的疮疡,痛痒消失,原方有效,再进 6 剂。

三诊(8 月 6 日):自服药之后,发现身又出很多斑点,稍痒,问

是否继续服药？解释说，这是体内排毒之表现，不影响服药。继服之后，斑点很快消失，病情渐愈。为巩固治疗，又服 6 剂。

【按语】患者年幼无知，嗜食冰凉食物成性，损伤身体之阳气，阳气一伤，阴寒内盛，阴寒格阳，虚阳外浮，阳热化毒，遍身生疮，逐步形成，彼起此伏，经年不愈，特别是冬轻夏重。原因是，夏季阳气外浮，嗜食冰冷，阴盛格阳，浮阳与外阳相合，则阳热化毒生疮，故而疮疡不断。治用张仲景的薏苡附子败酱散，加白芷、金银花解毒散结，石菖蒲温通化痰，加当归补血汤以扶助正气；同时嘱其患者禁食冰凉食物，以防进一步损伤阳气，而加重病情难复；方药对症，服即有效，且疗效显著；为了防止病情反复，巩固治疗也是非常重要的。

40. 顽固性痤疮案

任某，女，19岁，大学生。2006年7月20日就诊。

患者自上初中就脸生痤疮，经治多年，开始有点儿效，可过不了几天，效果就不行了，内服中西药物，外敷中西药物，均无显著效果，且痤疮面积较大，甚为苦恼。现症见：痤疮满脸，大小不一，此起彼伏，有的已有脓液形成，手脚湿冷，冬天更甚，喜食生冷食物，舌淡苔白滑，脉沉细略滑。证属寒湿阴盛，湿郁化热，治宜温阳解毒，方用薏苡附子败酱散加味，药用：

附子 20g(先煎 1 小时)，白芷 10g，败酱草 30g，薏苡仁 30g。

用法：3 剂，水煎服，每天 1 剂。

二诊(7月24日)：服药之后，感觉很好，痤疮未再发展，有好转趋势，且胃口觉得很好，手脚湿冷略改善。方药对症，再服 6 剂。

三诊(7月30日)：原有痤疮明显恢复，皮肤变化明显，化脓的痤疮均自行排出脓液，仔细观察面部痤疮已不甚明显。原方有效，再服 6 剂。

复诊：上方药共服 1 月有余，面部痤疮已基本消失，面部皮肤光滑白润。

随访:随访半年有余,远期效果也较为满意。

【按语】治疗疮,大都依据《内经》“热者寒之”之意,应用清热解毒之法,该患者虽经长期这样的治疗,并未收到明显的效果。因此,仔细辨证,发现患者手脚湿冷,冬天较重,而且夏季喜食冰冷之物,更易形成阴盛阳衰之证,特别是夏季,外面阳热,虚阳外越,两阳相见,化毒生疮。故此,治疗抓住温阳解毒之大法,3剂之后,自我感觉很好,表明方药对症,只有循序渐进方能取得大效,故而二诊之后,连续服药,月余之后,病证得以大获良效。

41. 发热伴心动过缓案

潘某,男,30岁,农民。2007年8月23日就诊。

患者发热月余,体温 37.5°C 左右,初始为外感,曾在当地应用中西药物治疗月余,病情无明显改善,身体乏力逐渐加剧。心电图报告:心动过缓,心率52次/分;血常规化验淋巴细胞比率升高。现症见:气短懒言,胸闷,头晕,舌淡苔白,脉左手沉迟无力,右手脉浮紧迟、重按无力。证属太少两感病,治宜温阳解表,方用再造散加味,药用:

党参30g,附子20g(先煎30分钟),黄芪30g,桂枝10g,炙甘草10g,羌活10g,防风10g,川芎10g,白芷10g,香薷10g,苍术20g,白术20g,细辛10g。

用法:水煎服,每天1剂。3剂。

二诊(8月26日):服药后体温恢复正常,心电图报告恢复正常,心率达63次/分。病消大半,但患者仍然身困乏力,打不起精神。再进原方3剂。

三诊(8月30日):病渐好转,但精神仍然不太好,且有头晕,上方加石菖蒲20g,天麻20g。再进3剂,以资巩固治疗。

【按语】患者低热月余,一派阳虚阴盛证之表现,询问病史,得知外出打工,酷暑盛夏,挥汗如雨,乘凉饮冷,外内合伤;大汗亡阳又伤阴,有形之津液可速补,无形之阳气却难骤回。内伤饮冷,中

阳更伤,外感寒邪,内外皆寒。从而形成太少两感证,治从温阳解表,方用再造散加味而治,补阳气、祛寒湿,方药对症,效果立显,3剂药后心电图恢复正常。但身体乏困难以速解,因此,原方加减调节,使身体逐渐复原,才能得以彻底康复。

42. 发热伴白细胞增高案

赵某,男,40岁,农民。2007年9月12日就诊。

患者发热月余,初为感冒风寒,化验血白细胞升高,曾经反复应用抗生素月余,白细胞不但不降反升,升到 $15.7 \times 10^9/L$,而且体温 $37.7^\circ C$,白天高,夜晚可恢复正常。现症见:畏寒肢冷,恶寒发热,气短懒言,纳呆腹胀,体温在过度活动后也可升高,舌淡苔白,脉浮弱重按无力,以右脉为甚。证属阳虚感寒,治宜温阳解表,方用再造散加味,药用:

党参 30g,附子 10g,黄芪 30g,桂枝 10g,炙甘草 10g,羌活 10g,防风 10g,川芎 10g,白芍 10g,细辛 10g,苍术 30g,白术 30g,香薷 10g,藿香 10g,佩兰 10g。

用法:水煎服,每天1剂。3剂。嘱其停用所有中西药物。

二诊(9月14日):服药2剂,发热已退。1剂药因煎糊而无法服用。自感服药后,身困乏力,昏昏睡上一觉,起来后精神大振,畏寒肢冷明显减轻,恶寒发热消失,偶有头晕。化验血白细胞: $7.5 \times 10^9/L$,恢复正常。1个月来未有的好现象。上方去藿香、佩兰,加石菖蒲、天麻,再进3剂。

三诊(9月17日):服药后,舌脉如常,恢复如常人,一切良好,要求巩固用药,以强身健体,嘱其服用小柴胡颗粒、附子理中丸进行善后调理。

【按语】外感发热、白细胞增高,一般都认为是有感染的表现,可抗生素用了月余,不但白细胞不降反而上升,这里面显然是正气不足之表现。究其原因,白细胞是人体正气抗邪之表现,全身畏寒显著,很显然是阴证一派阳气不足之象,可白细胞仍然居高不下,

显然是机体抗邪不足而做出的假象。因此，治用温阳解表之法，2剂药后，正气充足，邪气自退，假象消失，而白细胞自然下降为正常。中医分析化验结果，要辨患者的虚实、寒热、阴阳，当热则热，当寒则寒，应遵守“实则泻之，虚则补之”之原则，而不能看化验结果而妄用苦寒清热之剂。

43. 产后身痛麻木案

王某，女，30岁，农民。2007年7月20日就诊。

患者产后由于休息不当，加上早期摸凉水及过度活动，逐渐出现全身及四肢间断性麻木，开始未引起重视，后来进行性加重，2年来曾进行多种检查及中西药物治疗，病情无明显改善，且有继续加重的趋势。现症见：四肢麻木，冷痛，天阴下雨及冬季明显加剧，畏寒肢冷，身穿衣服明显比常人多一倍，舌淡苔白滑，脉沉细无力。证属阳虚阴盛，经脉痹阻，治宜温经活血，方用当归四逆汤加味，药用：

当归 30g，桂枝 30g，白芍 15g，细辛 10g，炙甘草 10g，通草 6g，吴茱萸 10g，木瓜 30g，鸡血藤 30g，附子 10g。

用法：水煎服，每天1剂。3剂。

二诊：服药之后，疗效平平，病重药轻，上方加附子为30g（先煎），全虫10g，蜈蚣2条。6剂。

三诊：症状大减，再进6剂。

四诊（9月22日）：症状基本消失，偶尔出现轻微麻木。要求巩固治疗：

当归 30g，桂枝 50g，白芍 15g，细辛 10g，炙甘草 10g，通草 6g，木瓜 30g，吴茱萸 10g，鸡血藤 30g，附子 30g（先煎），全虫 10g，蜈蚣 2条。6剂，隔日服1剂。

【按语】妇人产后多虚又多瘀，加之休息不当，操劳过度，引起血脉不畅。初始不显，后来逐渐加剧，表现为正气未复，血脉瘀滞加重，反过来血脉不畅，又阻碍全身情况的恢复。特别是四肢末梢

症状显著,颇符合张仲景之当归四逆汤证,但其病久,阴盛阳衰,瘀阻更甚。故而加重附子的用量,同时合全虫、蜈蚣,以加强温通经脉之作用。方药对证,初始服后,疗效平平,后加重药量,而病情才得以缓解,后为防止病复,加强巩固治疗,隔日服药,以图久安。

44. 老年性慢性肾炎案

陶某,女,66岁,农民。2007年9月14日就诊。

患者数十年慢性肾炎病史,经治而愈。近期由于操劳过度,发现双下肢水肿,而且进行性加剧,化验尿蛋白(+++),遂来诊治。现症见:双下肢水肿,已过双膝,畏寒肢冷,纳呆腹胀,小便短少,大便秘结,气短懒言,舌淡胖边有齿痕,脉沉细无力。证属脾肾阳虚,阴水旺盛,治宜温补脾肾,行气消肿,方用实脾散加味,药用:

茯苓 60g,木瓜 20g,苍术 30g,白术 30g,炙甘草 10g,木香 10g,大腹皮 30g,草果仁 10g,干姜 30g,炮姜 30g,高良姜 30g,附子 30g(先煎),厚朴 20g,党参 30g,泽兰 30g,泽泻 30g,芡实 30g。

用法:水煎服,每天1剂。6剂。

二诊(9月21日):化验尿蛋白(++),水肿消失大半,食欲增加,大便每天1次,小便量增多,畏寒肢冷改善。原方有效,再进6剂。

三诊(9月27日):化验尿蛋白阴性。水肿尽消,畏寒肢冷显著好转,但仍不耐劳作,腰背痛,小腿夜间偶有抽筋,上方加木瓜为30g,加二仙各30g。再进6剂,隔天服药1剂,巩固治疗。

【按语】老年性肾炎,由于肾精已衰,加之阴盛阳衰,阴水形成。水为阴邪,自下而上肿,表明下焦阳虚阴盛,即“水湿积聚之所,便是阳气不到之处”。该患者中焦气滞,阳虚不运,因此,水肿治则其本在肾,其治在脾,因“土为制水之脏”;故而选用实脾散加味,重用附子与三姜,以振脾肾之阳气,同时佐以行气利湿之品,以助气化之机。方药对证,服之即效,且尿蛋白也随水肿消退而消失。由此看出,肾炎不仅看化验尿结果,同时还要查全身情况,着

重全身治疗,如此可以收全功。

45. 直肠黏膜脱垂症案

孟某,女,40岁,干部。2007年9月15日就诊。

患者确诊为“直肠黏膜脱垂症”年余,曾用中西药物及外洗熏蒸等方法,不见好转,且有进行性加重的趋势。现症见:每当站立时久,直肠处自觉下垂,有异物排便感,到厕所后空坐,卧床休息后可减轻,活动、劳累后症状加剧,总是觉得有便意,气短懒言,畏寒肢冷,腰膝酸痛,便次增多,每天2~3次,便量不多,小腹胀满,纳差,脘胀,月经量少色淡,舌淡胖边有齿痕,苔白滑,脉沉弱。证属中气下陷,阳气不升,治宜升阳举气,方用补中益气汤加味,药用:

党参 30g,当归 10g,炙甘草 10g,苍术 30g,白术 30g,陈皮 10g,升麻 6g,柴胡 6g,黄芪 30g,附子 30g(先煎),枳壳 30g,仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g。

用法:水煎服,每天1剂。6剂。

二诊(9月21日):全身情况略有好转,局部下垂症状改善不明显,再进原方6剂。为了加强疗效,除了上述方法外,用石榴皮、白矾水,外洗肛门,每天1~2次。

三诊(9月27日):服药之后,畏寒肢冷、腰膝酸痛明显减轻,而肛门下垂感也明显减轻,只是偶有用力时才感直肠下垂,每当便秘或便后有症状,大便次数正常,每天1次,腹胀满消失,食欲明显好转,原方有效。再进6剂,以资巩固。

【按语】直肠黏膜脱垂症,肛肠科之疑难杂病,早年曾经治2例,方用补中益气汤原方药升阳举陷,调治年余而效果不显,百思不得其解。学习火神派扶阳理念之后,方意识到脾阳根于肾阳,中气下陷久治不愈,其原因仍在肾阳不足之根本上。因此,运用郑钦安“功夫全在阴阳上打算”,三阴证用扶阳药,虽失不远。在以往补中益气汤的基础上,加用附子温补肾阳,为强化疗效,合用二仙及补骨脂,四药共在120g之多,大大地提高了温肾补阳之效果和力

量,因此临床疗效显著。

46. 慢性肾炎伴失眠案

倪某,女,38岁,农民。2007年9月3日就诊。

患者有“慢性肾炎”病史数年余,情况时好时坏,病情长期不能稳定。近期由于劳累过度,双下肢水肿加剧,伴长期失眠,经中西药物调治效果不佳。尿化验蛋白(++++)。现症见:双下肢水肿,运动后加剧,气短懒言,畏寒肢冷,穿衣明显比常人多,面色青暗,长期失眠,近期加重,难以入眠,白天头昏脑胀,夜晚上床则反而精神,彻夜难眠,纳差,腹略胀,舌淡胖大边有齿痕,脉沉弱几乎着骨难寻。证属脾肾阳虚,升降失常,治宜温阳潜镇,利湿化浊,方用潜阳丹加味,药用:

附子30g(先煎),龟甲10g,砂仁30g,炙甘草10g,炮姜30g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g,石菖蒲20g,甘松20g,茯苓60g,泽泻20g。

用法:水煎服,每天1剂。6剂。

二诊(9月9日):水肿大减,其他症状变化不大,失眠明显好转,方药对证,病重药轻,上方加附子45g。再进6剂。

三诊(9月15日):水肿消失大半,失眠又进一步的好转,化验尿蛋白阴性。方药有效,为强化疗效,上方加用二仙(仙灵脾、仙茅)、补骨脂各30g。再进6剂。

四诊(9月22日):水肿消失,每天可入睡2~3小时,白天略有精神,畏寒肢冷也明显减轻,原方有效,再进6剂,以资巩固。

五诊(10月12日):因外感而水肿又起,化验尿蛋白(++),红细胞(+).睡眠仍然不好,畏寒肢冷加重,舌淡,脉沉弱。仍用第一诊时处方,加二仙各30g,生姜60g,芡实30g。6剂。患者仍在治疗之中。

【按语】慢性肾炎一病,以往治疗从肾论治,重点放在利湿化浊之上,临床效果久久不能提高。此例患者,水肿在下,阴水明显,

加之失眠较重,考虑为阳虚而升降不能所致,方用郑钦安潜阳丹加味,重点温阳潜镇,佐以利湿化浊之法,不仅水肿渐消,而且蛋白尿也随之消失。以往治肾炎多重视尿液的辨证用药上,多略全身之情况,而此例重点则放在全身之辨证调整上,似不治肾而又治肾,全身情况改善而肾炎自得痊愈。由此而感悟到,郑钦安阴阳辨证之法,正是体现在人全身的整体调节上,治人而病自然愈。

47. 食管癌术后转移锁骨淋巴结案

曹某,女,60岁,农民。2007年8月28日就诊。

患者去年确诊为“食管癌”,手术切除后1年内情况良好。今年6月发现右锁骨淋巴结肿块,到原手术医院复诊,认为食管癌手术后转移,不宜放化疗,回家调养。现症见:右侧锁骨下淋巴结肿块均3cm左右,有疼痛感,不甚严重,但情绪压力较大,食纳全废,身体消瘦,气短懒言,畏寒肢冷,动则气喘,脘腹胀闷,小便少,大便秘结,舌淡暗略青紫,脉沉细无力。证属阳虚阴盛,治宜扶阳散结,方用四逆汤加味,药用:

附子60g(先煎),肉桂10g,砂仁30g,炙甘草10g,炮姜50g,三七10g,猫爪草30g,红参10g。

用法:水煎服,每天1剂。3剂。

二诊:服药后,食欲略有改善,自觉精神稍好,方药有效,原方再进6剂。

三诊:上方药间断服用月余,一般情况明显好转,锁骨下淋巴结肿块略有缩小,无增大,食纳精神良好。不慎感冒,咳嗽吐痰,黏痰较多,畏寒肢冷,舌淡苔白,脉略浮、重按弱细无力。证属阳虚外感,治宜标本兼顾,方用四逆汤加味,药用:

附子45g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,桂枝10g,红参10g,桔梗10g,半夏20g,石菖蒲20g,甘松10g,生姜60g。3剂。

四诊(10月4日):服上方药后,吐痰外感症状略有好转,病重药轻,上方附子用至60g,炮姜改为三姜(炮姜、干姜、良姜)各30g。

再进3剂。

五诊(10月15日):咳嗽吐痰变化不大,服药之后,腹泻严重,吃2剂以后未敢服用。触脉沉弱无力,面部水肿,血压80/50mmHg。上方剩余1剂药,加山萸肉60g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g。服1剂,观察疗效。

六诊(10月21日):服完1剂之后,症状略有改善,气喘不能平卧、咳嗽吐痰减轻,原方有效,再进2剂。患者仍在治疗之中。

【按语】食管癌术后转移,一般情况下没有什么好方法,特别是体质虚弱,往往是患者雪上加霜、致死的主要原因。该患者,年高体衰,肾精不足,阴阳两亏,加之手术之后纳运不及,更进一步加剧病情的恶化与转移。本例患者突出的表现在后天纳运上,故其治疗的重点就放在扶阳助运上,佐以散结之品,方用四逆汤加味,目的是温肾助脾,先后天同调,重点放在肾阳之上,经过2个月的间断调整,病情得以稳定,纳运有所改善;但由于体质虚弱,易于外感,虽治外感,但亦不能放在点子上,而要标本同治,强化扶正以祛邪这一手段,使得病情慢慢得以平稳。老年人为什么容易发生肿块呢?《内经》中说:“阳化气,阴成形。”一语道破了天机,老年人体衰,阳气亏虚,气化不及,有形之物不能及时有效地转化、运动,久而久之则形成有形之肿物。从此观点着手,火神派扶阳思想可谓是大显身手,方剂重用姜附桂三把火,助老年人之肾阳气化,以助先天之火,阳气充足,气化之机得以畅通,而有形之物不能生存,自可消除或停止生长,使生命得以带病延年,也是我们“治病留人”之目的。

48. 子宫下垂案

张某,女,30岁,职工。2007年9月10日就诊。

患者生育之时因产程过长,体力消耗较大,因而生产以后便出现子宫下垂,经过休息及西医常规治疗等多种手段,仍然不能使其复原。现症见:只要站立起来,子宫就脱出,小腹坠胀,气短乏力,

身体虚胖,不耐劳作,纳差腹胀,舌淡胖边有齿痕,脉沉弱而细。证属中气下陷,治宜温中升举,方用补中益气汤加味,药用:

党参 30g,炙甘草 10g,黄芪 30g,苍术 30g,白术 30g,陈皮 10g,升麻 6g,柴胡 6g,当归 10g,枳壳 30g,附子 30g(先煎),仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g。

用法:水煎服,每天 1 剂。3 剂。

复诊:服药后,病愈,子宫复位,身体康复如初。

随访(10月22日):未见反复,疗效巩固。

【按语】以往凡治下垂病变,皆用补中益气汤,套方套药,方药对证,可效果就是平平,百思不得其解。读《扶阳讲记》中卢崇汉教授说:“补中益气汤加附子,疗效大增。”按照这一扶阳主导思想进行临床调治,果然效果显著提高,以后凡用补中益气汤的时候,皆加附子并重用,治疗多种中气下陷病证,近远期疗效均较满意。此例患者,正是在这种扶阳学说指导下的实践。

49. 尿频综合征案

靳某,女,38岁,工人。2007年10月1日就诊。

患者有“慢性肾盂肾炎”病史数年余,经中西药物治疗病愈,但遗留尿频及小腹下坠感,多次尿化验及尿细菌培养均无异常,又经多次治疗效果不显。现症见:尿频,每天大约 10~20 次,尿量甚少,小腹下坠,上午重,下午略轻,活动、劳累后加剧,下坠同时伴小腹胀满不适,畏寒肢冷,口干而不欲饮,舌淡苔薄白,脉沉细无力。证属中气下陷,治宜升阳举气,方用补中益气汤加味,药用:

党参 30g,炙甘草 10g,黄芪 30g,苍术 30g,白术 30g,陈皮 10g,升麻 6g,柴胡 6g,当归 10g,枳壳 30g,附子 30g(先煎),仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g。

用法:水煎服,每天 1 剂。3 剂。

二诊(10月3日):服上药后,感觉良好,症状略有减轻,原方有效,再进 6 剂。

三诊(10月31日):上方药连续服20余剂,自感症状消失,要求巩固治疗,再进3剂,隔天服药1剂。

【按语】慢性肾盂肾炎后遗症期,由于患者体质较差,虽病愈但自我症状难以完全消失,反而增添尿频及下坠感,显然是中气下陷、清阳不升所致。治用补中益气汤加附子等温阳补肾之品,以助肾阳气化蒸腾,《内经》云:“膀胱者,州都之官,气化则能出焉。”肾阳充足,气化津液,加之升阳举气,故而疗效显著。正如火神派名家祝味菊先生所说:“补中益气汤加附子疗效大增。”

50. 糖尿病胃病并外感案

周某,女,60岁,家属。2007年10月15日就诊。

患者有“糖尿病”病史10年余,长期应用胰岛素而病尚基本稳定,近期由于天气突然变化,不慎感冒,出现发热恶寒伴纳呆腹胀等症状,开始常规应用抗生素、清热解毒等药物,连续应用半月余,病情不但没有减轻,反而加重并卧床不起,显然是大病在身,发低热不退,且胃脘胀满不适,又吃中药数剂而无效。现症见:恶寒发热,体温 37.6°C ,肢体困懒,气短乏力,头昏脑胀,精神疲惫,极度恶风,畏寒肢冷,纳呆腹胀,四肢冰凉,舌淡体胖大,边有齿痕,脉沉弱无力。证属太少合病,太阴少阴虚寒,太阳感寒不解,治宜扶阳解表,方用再造散加味,药用:

党参30g,附子10g,黄芪30g,桂枝10g,炙甘草10g,羌活10g,防风10g,细辛10g,苍术30g,白术30g,香薷10g,白芷10g,石菖蒲20g,天麻10g,生姜50g。

用法:水煎服,每天1剂。3剂。

二诊(10月19日):服药1剂而寒热罢,恶风除,3剂后体困身重大减,纳呆腹胀明显改善,但仍食欲差,时有头脑阵热感,眠差,畏寒肢冷稍减,舌脉改变不明显。治宜温阳潜镇,佐以行气,方用潜阳丹加味,药用:

附子30g(先煎),砂仁30g,龟甲10g,炙甘草10g,苍术30g,白

术 30g,三七 10g,石菖蒲 20g,甘松 20g。3 剂。

随访(11月1日):服药后病愈,恢复如往常,自觉比以前身体更有劲,怕冷几乎消失。

【按语】糖尿病是一个终身疾病,特别是后期患者往往出现多种并发症,而糖尿病合并胃瘫者非常多见。此例患者外感风寒,长时间应用抗生素及清热解毒药物,病情不但未减轻,反而加剧,最后是卧床不起,可见患者素体阳气不足,抗病能力低下。最为特殊的是,患者虽然典型的外感表现,可脉不浮却沉,很显然是脉证不符,这正是反映出患者阳气不足于内,无力驱邪之特点。故而一诊就用再造散加味,扶阳解表,方药对证,3剂而愈。患者胃纳不佳,伴头脑阵发性发热,显然是虚阳上浮所致,故二诊之时方用潜阳丹加味,温阳潜镇,同时佐以温运行气之品,服药后收桴鼓之应。

51. 顽固性口疮案

陈某,女,40岁,干部。2007年11月7日就诊。

患者有复发性口疮病史数十年余,曾跑遍全国各地大医院就治,用尽中西药物而病不能根除,只能暂缓一时,甚为痛苦。现症见:左侧口腔黏膜多处溃烂及舌边溃烂,疮面色苍白,疼痛难忍,吃饭都困难,不敢进食热冷刺激性食物,失眠多梦,白天乏困倦怠,夜晚难以入睡,经常“上火”,全身畏寒肢冷,双下肢尤甚,冬天加剧,喜热恶凉,月经后期,量少色淡,舌淡胖边有齿痕,苔滑润厚腻,脉沉弱无力。证属虚阳上越,治宜回阳潜阳,方用潜阳封髓丹加味,药用:

附子 30g(先煎),龟甲 10g,炙甘草 10g,黄柏 10g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,灵磁石 30g,大菖蒲 20g,甘松 10g,白芷 10g,桔梗 10g,三七 10g。

用法:6剂,水煎服,每天1剂。

二诊(11月16日):服药之后,口疮几乎消失,舌上厚腻苔消失,舌边齿痕减有七八成之多,咽炎消失,甚为高兴,从未有过的好

现象。但感近几天头皮有多处疔疮,较为疼痛,且多年之痔疮也有复发之感觉。告之说:此乃“阳药运行,阴邪化去”之表现,不必担心,继续服用原方药,药用:

附子 45g(先煎),三姜(干姜、炮姜、良姜)各 30g,炙甘草 10g,龟甲 10g,砂仁 30g,黄柏 20g,生龙牡各 30g,灵磁石 30g,紫石英 30g,石菖蒲 20g,甘松 10g,桔梗 10g,白芷 10g。6 剂。

三诊(12月2日):服药之后,头皮疮肿消失,痔疮也无感觉,且自感食欲大开,白天精力充沛,夜晚睡眠安稳。近几天月经来临,略有感冒,但很轻微,以往每当来月经必发热数天,这次却月经如常而感冒不药而愈,实在是不知为什么。告知其该方药可助人体之正气,故而此次经期发热才如此轻而一过。近 2 天在舌边及左颊黏膜处有两处小疮面,询问得知,近几天喝酒一事。嘱其避免吃辛辣之物,以免“上火”。上方再服 6 剂,以资巩固彻底治疗。

【按语】此例患者顽固性口疮,可谓是久治不愈,方法用尽只管一时之缓解,无法根治。郑钦安认为头面疾患无“实火”,多为虚阳上越之“阴火”证。用郑钦安阴阳辨证法对照相看,可谓是一派阳虚阴盛之象。因此,治用潜阳封髓丹加味,可以说有桴鼓之应。附子用量起始用 30g,二诊之后不仅附子加至 45g,且还用了三姜以助阳升阴降之意。特别是患者服后,头皮上疔疮增多,此正是“阳药运行,阴邪化去”之表现,大可不必担心,早已是成竹在胸。服药之后,果然是头皮疔疮消失,而下之痔疮发作也随之消失。患者在服药期间应禁忌食辛辣食物,不然服大辛大热之物会“擦枪走火”,医者应引起注意。

52. 长期发热案

刘某,男,30岁,农民。2007年11月29日就诊。

患者发热月余,体温在 37.6℃左右,白天高,夜晚低或正常,开始化验血常规,发现白细胞增高,怀疑“败血症”,经用抗生素、激

素等治疗后,体温仍然不降,白细胞反而增高又甚,又进行细菌培养及药敏试验,应用对症抗生素后,体温不仅没有恢复正常,而白细胞增高也持续不降,无奈之下,求治于中医。现症见:发热多在 37.6°C 左右,一般是白天高,即上午开始升高,到下午3时左右最高,然后不药而下降,夜晚体温可恢复正常,发热在活动或劳动、劳累之后加剧,经适当休息或睡眠后可稍下降,身体困倦,气短懒言,无精打采,畏寒肢冷,不耐劳作,食纳不香,二便尚可,舌淡体胖大,边有齿痕,苔白腻滑,脉沉细无力。证属虚阳外越,治宜回阳收纳,方用四逆汤加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,红参10g,肉桂10g,三七10g,砂仁30g。

用法:水煎服,每天1剂。6剂。

二诊:服药之后,体温慢慢控制在 37.2°C 左右,精神转佳,食纳增进,化验白细胞降至正常,大为高兴,患者为白细胞升高长期难降而苦恼不已。原方有效,再进6剂。

三诊(12月12日):服药之后,体温恢复正常,休息几天,加之劳作,又感觉要发热,可测量体温正常(37°C),畏寒肢冷减轻,力量增加,原想休息后再吃中药,现仍然要求巩固治疗,以防反复。再进6剂。

【按语】长期发热一症,西医多是在病原体上找原因,这是对的。可问题是,患者虽然细菌培养发现了细菌,可应用对其敏感的抗生素之后,体温及白细胞仍然不能恢复正常,原因何在?关键就在这人体的抵抗力上,因为人体的正气不足,驱邪能力下降,杀菌降低了正气的抵抗力,白细胞不降反升,显然治疗的着重点我们要放在患者身体上。患者虽说发热,却是一派阴证表现,《内经》认为:“阳气者,烦劳则张。”因阳气外张而发热不降,故而治疗用回阳收纳之法,方用双回阳饮加味,助阳、回阳、扶正气,正气足而邪自退,“实不治邪而治邪”,阳回而热自退,体健力增,白细胞恢复正常。

53. 重度肾盂积水案

李某,男,37岁。农民。2007年11月19日就诊。

患者有腰痛病史8年余,发现“重度肾盂积水”已数年,阵发性腰痛,进行性加重,彩超报告:右肾积水,右肾 $12.8\text{cm}\times 8.1\text{cm}$,左肾 $9.9\text{cm}\times 4.7\text{cm}$,右肾集合分离约 5.5cm ,肾皮质变薄,左肾结石。现症见:腰痛,反复加剧,不耐劳作,间断性发作,每过半月左右发作加剧,舌淡胖边尖红,脉沉弱无力。证属阳虚水泛,治宜温阳利水,方用真武汤合五苓散化裁,药用:

附子45g(先煎),苍术30g,白术30g,茯苓60g,泽兰30g,泽泻30g,三七10g,莪术10g,三棱10g,猪苓30g,桂枝30g,肉桂10g,干姜30g。6剂。

二诊:服药后,开始小便特别多,3天之后正常,腰痛消失,自觉病消除。再进6剂,以加强治疗。

三诊(12月14日):复查B超:右肾 $9.6\text{cm}\times 5.5\text{cm}$,右肾集合分离约 4.5cm ,肾皮质厚约 0.5cm ,肾脏回缩显著,腰痛未再发生。嘱咐再服6剂以资巩固疗效。

【按语】肾盂积水是现代通过超声确诊的一种疾病,中医对这种疾病的认识缺乏诊治经验。肾盂积水在内,通过仪器我们可以看到内部积水,而排泄有困难。正如《金匱要略》中所说:“病痰饮者,当以温药和之。”这就给我们指明了治疗思路与方法,特别是火神派学术思想,重用姜桂附温热一炉火,正可治疗此种病证。而临床上虽然症状不多,但足以证明其为阳虚证,内外结合,采用温阳利水之法,方药选用真武汤温肾利水,合用五苓散通阳化气,加用活血化瘀理气之品,临床疗效显著,足以证明温阳利水之法,用好并重用附子是非常关键的。

54. 风湿性关节炎案

李某,女,38岁,农民。2007年11月18日就诊。

患者去年因“风湿性关节炎”病而求治，服中药以后病情缓解，后来病情再次复发，在外就诊后病情没有缓解而返家求治。现症见：全身关节疼痛，畏寒肢冷，气短懒言，天阴下雨时疼痛加剧，伴关节肿胀，舌淡胖大，边有齿痕，脉沉细无力。证属寒湿痹阻，肾阳亏虚，治宜温阳散寒，通络止痛，方用麻黄附子细辛汤加味，药用：

附子 60g(先煎)，细辛 10g，麻黄 10g，干姜 50g，炮姜 50g，高良姜 50g，全虫 10g，蜈蚣 3 条，桂枝 30g，苍术 30g，白术 30g，仙灵脾 30g，炙甘草 10g，羌活 10g，独活 10g。10 剂。

二诊(11 月 29 日)：服药后，病情有显著好转，关节疼痛、肿胀、全身症状明显改善，上方加附子至 75g(先煎)，再进 12 剂。

三诊(12 月 16 日)：服上药后，感到口唇麻木，停药半天后消失，附子量偏大，减为 60g，再进 6 剂。

四诊(12 月 22 日)：服药后全身症状进一步的减轻，其他情况变化不大。调整处方用药，加强活血化瘀药的应用，药用：

附子 60g(先煎)，干姜 50g，桂枝 30g，苍术 10g，白术 10g，细辛 10g，炙甘草 10g，全虫 10g，蜈蚣 3 条，羌活 10g，独活 10g，三七 10g，穿山甲 6g(另冲)，威灵仙 30g，白芷 10g，当归 10g，桃仁 10g，红花 10g，川芎 10g，枳壳 10g，桔梗 10g，白芍 10g，牛膝 10g，山萸肉 30g。6 剂。

五诊(12 月 28 日)：全身性疼痛消失，只有右上肢肘关节以下轻微疼痛未消失，其余关节活动自如，功能良好。上方药加生黄芪 30g，柴胡 10g。穿山甲与三七共为细末，分次冲服。上方药每月服药 10~20 天，进行巩固治疗。

【按语】痹证非一时所得，治疗也非朝夕之功。特别是疼痛一症，非附子重用莫能消除，但风寒湿邪常常是相兼为患，故而祛风除湿通络之法，自始至终则需兼顾。特别是久病入络，久病瘀血阻络现象显著，应用通阳之法治疗后疼痛加剧，表明瘀血阻络明显。故而加强行气活血之品的应用，特别是穿山甲一味，辛窜之性，效果明显，张锡纯先生曾说过：“百药无效之时，加穿山甲立效。”用后

果如其言。

55. 低热案

冯某,女,18岁,学生。2007年12月10日就诊。

患者低热月余,曾打吊针、吃中西药物无效,近期加剧,化验血、尿等理化检查无异常。现症见:体温 37.6°C ,发热多在白天及劳动之后,特别是活动之后体温升高明显,经适当休息后体温可降低,平素畏寒肢冷,气短懒言,身体消瘦,纳呆腹胀,不耐劳作,失眠多梦,舌淡胖大,边有齿痕,脉沉细无力。证属阳虚外越,治宜回阳收纳,方用大小回阳饮加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,红参10g,肉桂10g,三七10g,砂仁10g,桔梗10g,石菖蒲10g,甘松10g。6剂。

二诊(12月26日):服药后,发热已退,体温正常,纳增神振,睡眠亦佳,自感精神焕发,为防止反复,强身健体,再服6剂,以资巩固。

【按语】《内经》中云:“劳则气耗。”素体禀赋不足之人,阳气不足,过劳则气耗,阳虚不能固摄而外越,外越之阳则引起“发热”,此种发热,患者却是一派纯阴之象,只有回阳收纳,阳用事则外能固密,虚阳自下潜复位。方用双回阳饮。患者服后,药到病除,可见郑钦安扶阳重阳学说,对于治疗阳虚患者,辨治无误,效如桴鼓。

56. 乙肝大三阳案

代某,男,22岁,市民。2007年10月28日就诊。

患者有乙肝大三阳病史数年余,近年由于劳累过度而转氨酶曾反复升高,高达600单位以上,经治疗后曾一度下降,停药后不久再度反复升高,在治疗后转氨酶降到200单位后,再也不能降低,多方求治无效。现症见:患者身体清瘦,纳差,厌油腻,气短懒言,乏困无力,失眠多梦,不耐劳作,大便时干时溏,小便黄赤,平素畏寒肢冷,腰膝酸软,四肢冰凉,自感无精打采,舌淡苔腻体胖大,

脉沉细略滑。证属脾胃阳虚，湿热瘀滞，治宜温补脾胃，行气利湿，佐以清热活血，方用桂附理中汤合香砂六君子汤加味，药用：

附子 10g，桂枝 10g，苍术 10g，白术 10g，党参 30g，干姜 10g，木香 10g，砂仁 10g，陈皮 10g，半夏 10g，茯苓 10g，茵陈 30g，郁金 10g，丹参 10g，三七 10g，白蔻仁 10g，藿香 10g，佩兰 10g，猪苓 10g，泽泻 10g，柴胡 10g，白芍 10g，枳壳 10g，炙甘草 10g，香附 10g，山楂 10g，神曲 10g，生麦芽 10g。

用法：10 剂。水煎服，每天 1 剂。

复诊（2008 年 1 月 7 日）：上方随症加味，每天 1 剂，共服药 70 余剂，化验转氨酶恢复正常，并随着时间的延长，自感精力充沛，食纳增进，二便如常，精神倍增，为巩固疗效，用小柴胡冲剂与附子理中丸，进行善后调理。

【按语】乙肝大三阳，转氨酶升高不下，表明病毒仍在继续活动并破坏肝功能。然治疗中西药物用尽，转氨酶虽降却不能恢复至正常范围，而且患者体质每况愈下，精神体力不支，表明全身体质下降，乃成为病变不能恢复的关键。中医强调整体观念，就是要助正达邪，正气足而邪自退。故此，本病的治疗目标就在于强体助正，扶正为主佐以祛邪，方用桂附理中汤合香砂六君子汤为主，随症加味，以补益脾胃为主，且由于病机复杂，虚实寒热、气血阴阳、湿热瘀滞等处于共存状态，非简单的调节处方就能所及，故而采用大方复治的治疗方法，以求多点共治，以扶正为主，调节脾胃功能为根本，患者食欲、睡眠、二便三方面恢复如常，则正气足，佐以祛邪之品，着重全身调整与治疗，故而短时间内，达到了良好的治疗效果。

57. 肠炎伴发热案

朱某，女，60 岁，农民。2008 年 1 月 25 日就诊。

患者有肠炎病史数十年，每天大便 3~5 次，伴腹痛、纳差，体质消瘦，曾用中西药物治疗年余，效果不明显，近期由于劳累过度，

出现低热,体温 37.5°C 左右,白天重,夜晚轻,多方治疗无效而来求治。现症见:低热(37.5°C)不退,多在下午或劳动之后加剧,休息或夜晚体温可自动恢复正常,失眠多梦,长期服用安眠药,纳差腹胀,腹泻每天3~5次,便溏,畏寒肢冷,舌胖大边有齿痕,质紫暗,脉沉细弱无力。证属脾胃阳虚,治宜回阳建中,方用大小回阳饮加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草15g,桂枝10g,三七10g,砂仁10g,红参10g,肉桂10g,甘松10g。3剂。

二诊(1月28日):服药后,自感病情明显好些,但畏寒肢冷未改善,低热无变化,体温仍在 37.5°C 左右,方药对证,病重药轻,方药加重剂量,药用:

附子60g(先煎),炮姜50g,炙甘草20g,桂枝10g,三七10g,红参10g,砂仁10g,肉桂10g,甘松10g。6剂。

三诊(2月3日):服药后,体温恢复正常,全身情况明显好转,睡眠正常,不需要服安眠药,食欲增加,大便每天1次,略感胃中稍有不舒适,畏寒肢冷显著减轻,原方有效,再进6剂,以资巩固远期疗效。

【按语】本例患者去年曾经常求治于余,先治肠炎,又治外感,再治失眠,又治胃病,虽说每次治疗都有起色,但终不能根治,再而三的反思,《内经》云:“治病必求于本。”这个本是什么?本于阴阳,而阳虚就是发病之本的关键环节,这个着重点应该在后天脾胃之本上,方用大小回阳饮加三七、红参、砂仁,笔者起名为回阳建中汤,目的是从脾胃着手,从脾肾着眼,回阳建中,因中土脾胃根植在肾中命门之上。同时用二桂,上温心肺,下温通肝肾,即通阳,又解表,针对习惯性反复外感而设,经多例观察临床疗效满意。实践证明,抓住脾肾,百病可解。不仅纳增神振,而睡眠、食欲、二便如常,三方面功能说明阳气复常,温运自如,看似不治病,却诸病都愈,充分体现了扶阳理念的临床重要性与实用性。

58. 阑尾肿块案

黄某,女,40岁,农民。2008年1月29日就诊。

患者在2年前曾有过突然腹痛病史,当时误诊为“胃肠炎”,经治而愈。但此后经常出现肠炎、腹痛,长期按肠炎治疗而疗效不显,后经B超发现阑尾肿块,外科认为手术容易出现后遗症,建议中药治疗。现症见:右下腹胀痛,按压痛甚,口苦咽干,肠鸣泄泻,每天2~3次,便溏,畏寒肢冷,气短懒言,不耐劳作,四肢冰凉,舌质暗苔厚腻黄,脉沉细无力。证属阳虚湿热,气血瘀滞,治宜温阳解毒,活血消肿,方用薏苡附子败酱散合活络效灵丹加味,药用:

薏苡仁 30g,附子 30g(先煎),败酱草 30g,金银花 30g,生黄芪 30g,当归 20g,炙甘草 20g,丹参 10g,乳香 10g,没药 10g,三七 10g,穿山甲 6g(另冲),三棱 10g,莪术 10g,香附 10g,乌药 10g,甘松 10g,肉桂 10g,砂仁 10g,吴茱萸 10g。

二诊(2月5日):服上方6剂药后,开始前3天,每天大便次数5~6次,便次多而且带有脓血,夹杂有粪便硬块,觉得有点坚持不住的感觉。可第4天之后,却突然大便恢复正常,每天1次,色量正常,从此右下腹痛明显减轻,自摸右下腹肿块明显减小,其他症状均明显好转,舌苔只有后部厚略黄,脉仍沉细无力。方药有效,再进原方6剂以资加强疗效,处方调整如下,药用:

薏苡仁 30g,附子 30g(先煎),败酱草 30g,金银花 30g,生黄芪 30g,当归 10g,炙甘草 10g,丹参 10g,乳香 10g,没药 10g,三七 10g,穿山甲 3g(另冲),鸡内金 10g,乌药 10g,香附 10g,三棱 10g,莪术 10g。6剂。

【按语】张仲景治疗肠痈的名方薏苡附子败酱散,开创了治疗阑尾炎的先河,该方寒温并投,表明张仲景认为肠痈乃为寒热错杂证。此例患者为典型慢性阑尾炎,外科拒绝手术治疗,表明患者后果难以预料,经辨证认为该患者属于寒热夹杂,伴有肿块是典型的瘀血之表现,故而治疗选用薏苡附子败酱散,合用神效托里散,因

病久虚实夹杂,治要虚实兼顾,同时加用张锡纯的活络效灵丹,加强活血化瘀之力,特别是加用穿山甲与三七二味药,以加强活血化瘀之力。方药对证,且服药之后,有明显的排污效果,是药物起效的表现,如果不能坚持服药,则疗效难以迅速产生。该方治以扶阳解毒为大法,辅以活血化瘀之品,故而疗效显著。

59. 溃疡性结肠炎案

李某,男,36岁,农民。2008年2月5日就诊。

患者3年前确诊为“慢性溃疡性结肠炎”,曾经多次进行结肠镜检查,未发现器质性病变,但腹痛、腹泻,每天3~5次,伴纳差腹胀,长期服药而病情无明显的改善。现症见:脘腹胀满,纳呆,嗝气,腹痛肠鸣,立即泄泻,稀溏粪便,味腥臭,每天3~5次不等,畏寒肢冷,气短懒言,口苦咽干,睡眠不佳,舌苔厚腻,质暗红,脉沉细无力而涩。证属脾肾阳虚,湿热内蕴,兼有瘀血,治宜温补脾肾,清利湿热,活血化瘀,方用附子理中汤加味,药用:

附子45g(先煎),炮姜40g,炙甘草20g,党参30g,苍术20g,白术20g,枳实10g,枳壳10g,乌药10g,厚朴10g,槟榔10g,生大黄10g,三七10g,陈皮10g,防风10g,白芍30g,茵陈30g,薏苡仁30g,败酱草30g,当归10g,丹参10g,乳香10g,没药10g,三棱10g,莪术10g,穿山甲3g(另冲),山楂10g,神曲10g,生麦芽10g。3剂。

用法:附子先煎去麻味后,再下余药煎熬而成,每天服1剂,服药1剂后,间隔3天,再服下1剂。

复诊(2月15日):患者春节过后复诊,喜出望外,他说这么多年服用中西药物,总是吃着药有效,可一停药就拉肚子。而你的3剂中药,每吃1剂就腹泻加剧,可停药后就不再拉肚子,感觉特别好,疗效快,方药简单,3剂药服完,每天大便1次,色量正常,要求巩固治疗,服用附子理中丸合丹七片,以资善后调理。

【按语】慢性溃疡性结肠炎,服药3剂能在10天之内治愈顽

症,真有点不可思议。这还要从头说起:原来早年治疗该病,多是按图索骥,依葫芦画瓢,疗效可想而知。后来潜心研究,反复揣摩,悟出该病是一个寒热虚实夹杂之证,既有脾肾阳虚为本,又有湿热内蕴,兼有气滞瘀血,同时还有风邪内扰,可以说是气血阴阳虚损为本,寒热瘀毒风邪为标共存的一种疾病,不然能治疗多年而病难愈吗?因此,立通阳活血为大法,佐以健脾利湿,清热解毒之法,方用附子理中汤、薏苡附子败酱散、小承气汤、活络效灵丹、痛泻要方等方,重用附子,以取万夫不挡之勇为先,携众药直捣病巢;由于病久体虚而不耐攻伐过度,因此采用间隔服药的方法,以候正气来复。故此,二者可达到扶正而不助邪,祛邪而不伤正,两全其美的临床疗效。

60. 慢性肾炎案

付某,女,40岁,农民。2007年11月21日就诊。

患者有“慢性肾炎”病史数年余,情况时好时坏,近期由于劳累过度加之外感,病情加剧,化验尿:蛋白(++),潜血(++)。现症见:腰痛,四肢轻度水肿,活动后加剧,平素畏寒肢冷,纳呆,腹胀,大便溏薄,小便短赤,舌淡,脉弱。证属脾肾阳虚,水湿郁结,清浊不分,治宜疏风利湿,温补脾肾,方用桂枝芍药知母汤加味,药用:

桂枝 10g,白芍 10g,知母 10g,麻黄 10g,炙甘草 10g,防风 10g,苍术 30g,白术 30g,炮姜 30g,附子 30g(先煎),泽泻 30g,猪苓 30g,茯苓 30g,党参 30g,生黄芪 30g,泽兰 30g,血竭 10g,萆薢 30g,芡实 30g,仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g。10剂。

复诊(2008年2月29日):上方药连续服药25剂后,改为每2~3天服药1剂,化验尿阴性。上方药每周1~2剂,以资巩固治疗。

【按语】慢性肾炎,久病难疗,而外感之后反复发作,因其内外相引而持久难愈,故此方用桂枝芍药知母汤,外治风邪,内调营卫,重用附子,含有真武汤之意,补脾助肾,又加黄芪等品,扶正固本,

活血利湿,分清泌浊,持久服用,可见有功。目前疗效满意,病愈之后,再服巩固也非常重要。

61. 复发性肾病案

腾某,男,20岁,学生。2007年12月28日就诊。

患者在3年前曾确诊为“肾病综合征”,经中西医结合治疗临床缓解,今年因学习紧张而感冒不愈,近期又发现双下肢水肿,化验尿:蛋白(++++)。考虑肾病复发。现症见:面色灰暗,双下肢水肿,气短懒言,畏寒肢冷,五心烦热,活动1天后双下肢水肿加剧,舌淡质暗,苔白腻,脉弦细无力。证属阴阳两虚,湿瘀内蕴,治宜平调阴阳,祛风除湿,活血化瘀,利湿益肾,方用桂枝芍药知母汤合理冲汤加减,药用:

桂枝 10g,白芍 10g,知母 10g,麻黄 10g,防风 10g,炙甘草 10g,苍术 10g,白术 10g,干姜 10g,附子 20g,滑石 30g,山药 30g,山萸肉 30g,党参 30g,生黄芪 30g,鸡内金 10g,天花粉 10g,三棱 10g,莪术 10g,丹参 10g,三七 10g,砂仁 10g,泽兰 30g,泽泻 30g,金樱子 10g,芡实 30g,仙灵脾 10g,枸杞子 10g,菟丝子 10g,补骨脂 10g。

10剂。同时配合服用泼尼松及环磷酰胺冲击治疗。

二诊(2008年2月10日):上方药连服月余,化验尿阴性,水肿消失,一般情况良好,西药仍在减量服用。原方药继续服用,每天1剂。

三诊(2月16日):复查尿仍阴性,西药泼尼松开始减量,环磷酰胺冲击治疗仍每月1次,目前中药仍服用上方药,继续治疗之中。

【按语】复发性肾病,临床上一般都比较难治。西药泼尼松与环磷酰胺常规应用,部分患者已经不敏感,甚至耐药,因而药物是否能起效都是个未知数。加用中药桂枝芍药知母汤合张锡纯的理冲汤化裁,协调阴阳,疏风利湿,活血益肾,长期服用,一可改善全

身免疫功能紊乱,二能协同西药增效减毒,提高对激素等西药的敏感性,特别是加用扶正固本益肾药物,为提高远期疗效,减少反复都具有重要的临床意义。

62. 大气下陷案

王某,男,30岁,农民。2008年2月24日就诊。

患者长期自觉活动后小腹有一股气不能上升,双下肢酸软无力,曾经进行多方面理化检查未发现明显的器质性病变。有长期的外出打工史,工作期间多是挥汗如雨,如此多年后渐渐出现这种情况,曾经多方治疗,服用中西药物病情无明显的改善。现症见:气短懒言,双下肢酸软无力,活动后加剧,小腹有股气上升感,但自觉无法上升到胸中,纳少腹胀,畏寒肢冷,小便无力,排便自觉很费力,时时中断,大便稀溏,舌质淡苔白,脉沉细无力。证属阳虚不升,治宜回阳升阳,方用大小回阳饮加味。药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,三七10g,红参10g,砂仁10g,桂枝10g,肉桂10g。10剂。

二诊(3月6日):服药后,自觉情况明显好转,气短懒言明显减轻,食欲增加,气陷不升症状次数显著减少,畏寒肢冷明显改善,再进10剂。加强治疗效果。

【按语】患者有过度出汗的病史,大汗如雨,不仅阴伤,更伤阳气,阳虚则卫外不固,阳气不升,故而出现一派气虚阳陷之证。虽说类似张锡纯的升陷汤证,但患者一派阳虚下陷之象,并非单纯气虚下陷证。故而方用四逆汤加人参、肉桂,构成所谓的大小回阳饮,特别是二桂同用,上通心肺,下走肝肾,使阳升逆降,故而服药后临床效果显著。

63. 习惯性外感案

杜某,女,38岁,市民。2007年12月10日就诊。

患者产后半年来,经常反复感冒不适,可以说是三天两头伤风

感冒,而且是打吊针、打小针,往往病情难以彻底改善,最后还得服用中药才能慢慢好转,长期反复如此,甚为痛苦,为求治根本而要求服中药,以防代治,防治结合。现症见:气短懒言,畏寒肢冷,纳呆腹胀,月经不调,色淡量少,舌淡胖大边有齿痕,脉沉细无力。证属阳虚卫外不固,治宜回阳固表,防治兼顾,方用大小回阳饮加味,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 10g,三七 10g,红参 10g,砂仁 10g,肉桂 10g,桂枝 10g。10 剂。

二诊(12 月 22 日):服药后,自感体力倍增,服药期间曾有外感,但不药而愈,自觉服药后未出现发热等症,畏寒肢冷明显好转,再进 10 剂。隔日服 1 剂。

三诊(2008 年 1 月 20 日):停药观察,情况很好,未发现发热及外感症状,觉得身体日趋健康,强于过去。

【按语】习惯性外感患者临床非常多见,这种患者往往是外感不断,一年四季此起彼伏,西药治疗长期应用抗生素与激素不仅病不能治愈,反而进入恶性循环之中,可以说时间一长,患者体质日趋下降。为此,笔者从扶阳助正,回阳返本着手,扶阳建中,强身健体,同时用上二桂,上通心肺,下走肝肾,助正达邪,通调内外,对于防治兼顾,颇为合适,经多例观察,疗效满意。

64. 肺癌发热案

徐某,女,73 岁,农民。2008 年 1 月 8 日就诊。

患者不久前确诊为“肺癌”,因经济困难加之年纪较大,不能采取其他治疗方法,故而求治于余。现症见:发热,体温 37.5~37.8℃,多在上午最高,下午渐退,活动后或劳累后发热加剧,休息后可减轻,畏寒肢冷,气短懒言,四肢湿凉,纳呆腹胀,汗出不断,汗后发热,舌淡胖大苔水滑,脉沉细无力。证属虚阳上越,治宜回阳建中,方用大小回阳饮加味,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 10g,肉桂 10g,三七 10g,红

参 10g,砂仁 10g,桂枝 10g。3 剂。

复诊(3月15日):服药之后,体温正常,纳食增进,气短懒言显著好转,精神大振。停药观察数天后,病情稳定,体温正常。此次再来要求长期服用,以带病延年,原方药再进 10 剂,以增强远期疗效。

【按语】年高体弱,阳气不足,阴精不化,积聚成块,故形成肺癌。患者一派阴寒之证,故而方用四逆汤加味,特别是加用二桂、三七等,扶阳通阳活血,强身健体,以温补脾肾之阳,壮命门之火,阳盛则抑阴,以抑制阴盛而改变肺部之肿块,远期疗效有待于进一步的观察。

65. 慢性胃炎案

许某,男,56岁,农民。2008年3月25日就诊。

患者胃脘痞满年余,曾多次做胃镜、肠镜等全身检查,除发现有“慢性胃炎”以外,其余均无异常发现,曾按“慢性胃炎”服遍中西药物,胃脘痞满无改善,痛苦难忍。现症见:畏寒肢冷,纳呆腹胀,胃脘痞闷,满胀而不知饥饿,口苦咽干,气短懒言,舌苔黄腻,舌质红,脉沉细无力。证属寒热夹杂,脾寒胃热,升降失调,治宜辛开苦降,方用附子泻心汤合血府逐瘀汤加减,药用:

半夏 20g,黄连 10g,黄芩 10g,炮姜 30g,炙甘草 10g,党参 30g,附子 30g(先煎),大黄 6g,三七 10g,砂仁 30g,丹参 30g,当归 10g,柴胡 10g,桃仁 10g,红花 10g,枳壳 10g,桔梗 10g,赤芍 10g,牛膝 10g,鸡内金 10g,川芎 10g,生麦芽 30g。6 剂。

二诊(4月1日):患者喜出望外,服药 1 剂,自觉病情减轻一半,6 剂药服完,病证大减,1 年之内前所未有的改善,现食欲大增,畏寒肢冷也明显减轻,口苦咽干消失。上方黄连与黄芩减为各 6g,其余药物不变,再进 6 剂。

三诊(4月7日):上述症状进一步改善,查舌质仍红,考虑阴分不足,以进行善后治疗,上方药调整为:

半夏 10g, 黄连 6g, 黄芩 6g, 炮姜 30g, 百合 20g, 赤芍 10g, 炙甘草 10g, 党参 30g, 附子 30g(先煎), 丹参 30g, 三七 10g, 血竭 10g, 当归 10g, 柴胡 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 红花 10g, 白芍 10g, 桔梗 10g, 牛膝 10g, 枳壳 10g, 鸡内金 10g, 生麦芽 30g。6 剂。

【按语】胃脘痞满临床上极为常见,但其治疗并非易事。原因是胃病之后,人仍然要进食而不能很好地休整,因而久病缠绕。脾胃居于中焦,升降之枢,脾喜温运,胃喜凉降,若寒热药物不能恰如其分地清补并用的话,补则生热,清则伤正,因而造成中枢气机无法发挥中轴之作用,故此造成虽病轻但患者却苦不能忍,且长期得不到正确的解决。经辨证后,确认为其脾寒胃热,气血郁滞,故而应用张仲景的五泻心汤(半夏泻心汤、甘草泻心汤、大黄黄连泻心汤、泻心汤、附子泻心汤)寒热同调,清补兼施,升降并用;同时合用血府逐瘀汤,行气调血,疏肝解郁,调理气血升降;脾胃气血同调,脾得温而气机得升,胃得凉而血得降泄,升降、气血、脾胃同时得调,中焦气机轴枢功能运转正常,故而诸病得愈,而胃脘痞满消除。

66. 产后剧烈身痛案

徐某,女,21岁,市民。2008年4月2日就诊。

患者去年夏天在广州生产孩子,由于南方天气炎热,外受空调冷风,加之自己照料无人帮助,又洗浴凉水澡等原因,当时并未有什么表现,半年后出现全身疼痛并进行性加重,曾在广州、北京各级医院检查,身痛原因无法确诊,最后诊为“抑郁症”,经治疗后情况无改善,反而全身疼痛进行性加剧,以至疼痛彻夜难眠,食纳俱废,大肉尽脱,后求治于余。现症见:身痛畏寒,极度怕风怕冷,疼痛以腰背部为主,夜晚加剧,行走困难,身体极度消瘦,需要有人搀扶,气短懒言,行动困难,面色青黑,呻吟不止,纳呆腹胀,夜不能眠,应用安眠药也无法入睡,四肢冰凉,舌淡胖边有齿痕,脉沉细几乎难以触及。证属脾肾阳虚,治宜回阳救逆,方用大小回阳饮加味,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 60g,炙甘草 15g,三七 10g,砂仁 10g,红参 10g,肉桂 10g,桂枝 10g,穿山甲 6g(另冲)。3 剂。

二诊(4月5日):服药后,有明显的效果,怕冷稍为好转,但背痛不能伸直,夜眠稍安。方药对证,但病重药轻,上方药加大剂量,药用:

附子 75g(先煎),炮姜 70g,炙甘草 20g,三七 10g,砂仁 10g,红参 10g,肉桂 30g,桂枝 30g,穿山甲 6g(另冲)。3 剂。

服药 1 剂,腰痛明显减轻,但双下肢疼痛加剧,感觉到疼痛有往下走的趋势,服药 2 剂,感觉腰酸痛有反复,有收缩性痛感,不敢伸直腰,考虑筋脉不舒,(4月7日)服下方 2 剂,以缓筋舒肌,药用:

赤白芍各 60g,炙甘草 60g,山萸肉 100g,全虫 10g,蜈蚣 3 条。2 剂。与上方交替服用。

三诊(4月8日):上方交替服药后,疼痛显著减轻,仍用 4 月 5 日方药与 4 月 7 日方药,各 2 剂,交替服用。

四诊(4月10日):上方药服后,疼痛大减,夜晚可安静入眠,自己可行走到诊室(二楼),并配合腰背部理疗。原方有效,仍 2 方交替服药:

处方一:

附子 75g(先煎),炮姜 70g,炙甘草 20g,三七 10g,砂仁 10g,红参 10g,肉桂 30g,桂枝 30g,穿山甲 6g(另冲)。3 剂。

处方二:

赤白芍各 60g,炙甘草 60g,山萸肉 100g,全虫 10g,蜈蚣 3 条,皂刺 30g,丹参 30g。3 剂。与上方交替服用。

五诊(4月14日):仍有身疼痛,停用处方二,调整处方--。药用:

附子 90g(先煎),炮姜 80g,炙甘草 20g,三七 10g,砂仁 10g,红参 30g,肉桂 30g,桂枝 60g,穿山甲 6g(另冲),细辛 10g,麻黄 10g,皂刺 30g,血竭 10g。3 剂。

六诊(4月17日):四肢不疼痛,腰部仍夜晚疼痛,可自主活动,仍用上方。3剂。

七诊(4月20日):晴天身已不疼痛,但天阴下雨时仍感觉到身疼痛,但能耐受。4月14日处方,加入下药:

细辛 30g,杜仲 10g,续断 10g,骨碎补 10g。3剂。

复诊:3个月后随访,身体健康,一切恢复如常。

【按语】产后病现在十分常见,但甚为难治。其原因为:一是早期治疗多求治现代医疗手段,进行大量的理化检查,并无法确诊为什么病证;二是由于长期延误治疗,而使病情逐渐加剧。该患者由于早期误诊误治长达年余,而病情逐渐加剧,在山穷水尽的时候才想到中医治疗,此时患者已病入膏肓,疼痛剧烈。如此重症,轻描淡写是无济于事的,既一开始就予大剂量姜桂附,且附子之量由60~90g逐渐增加,才慢慢得以起效,同时配合通经活血之品,以加强疗效,并且持久渐进使得疾病慢慢痊愈。

67. 心源性哮喘案

张某,男,59岁,农民。2008年4月1日就诊。

患者曾按“哮喘”待查而住院,经系统检查,除发现血压160~150/100~90mmHg,时高时低,血压不稳,彩超示“左心室收缩功能低下”以外,其余未发现异常。患者长期自觉气喘胸闷,气短懒言,过度活动后加剧,曾到省级医院进行诊治,也未确诊,患者自感上气不接下气,活动受限。现症见:自觉活动后喘息,上气不接下气,气短懒言,畏寒肢冷,平卧时有时可以在梦中憋醒,血压不稳,时高时低,舌淡胖大,边有齿痕,脉沉细无力。证属虚阳上扰,肾不纳气,治宜温肾纳气,方用破格救心汤化裁,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 10g,三七 10g,丹参 10g,砂仁 10g,红参 10g,山萸肉 30g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,灵磁石 30g。7剂。

二诊(4月11日):服药后,喘息消失,活动后也不感觉上气不

接下气,睡眠良好,血压 130/90mmHg,自感病减九成之多。方药有效,按上方再进 10 剂。

三诊(4月23日):病愈,要求巩固治疗。上方药 5 剂,共为细末,每次 10g,每天 1 次,水煮沸后服用。

【按语】哮喘西医分为心源性与肺源性,而中医则只分为寒热两大类。此例患者长期按“心脏病”治而无效,自感气喘上气不接下气,夜间有时可以憋醒,并没有哮喘的其他症状,考虑为虚喘。虚喘中医认为多由肾不纳气所致。因此,方用李可老中医的破格救心汤化裁,回阳纳气,以使纳气归肾、归根,因而临床疗效显著。表明久病及肾,久病活血,对于诸多的急危重症,都具有重要的价值与显著的效果。论证了李可老中医所说“危急之中救阳为先”的正确性。也表明笔者的信条:“扶阳助正,回阳返本”,具有普遍的指导意义。

68. 面神经炎案

张某,女,38岁,职工。2008年4月13日就诊。

患者“面神经炎”1周余,曾治而无明显的效果,患者在3年之内曾连患本病,经治而愈。1周前不慎受寒伤风,又出现口角歪斜,偏向左侧,右侧面部麻木伴眼睑不能闭合,说话构音不清,仍感有进行性加剧的趋势。现症见:面口歪斜,口角流涎,畏寒肢冷,右侧面部麻木不仁,冷感明显,气短懒言,四肢冰凉,舌淡胖水滑,脉沉细无力。证属阳虚中风,治宜温阳解表,疏风通络,方用再造散加味,药用:

党参 30g,附子 30g(先煎),生黄芪 30g,桂枝 10g,炙甘草 10g,羌活 10g,防风 10g,川芎 10g,白芍 10g,细辛 10g,石菖蒲 10g,天麻 10g,白芷 10g,威灵仙 10g,桃仁 10g,红花 10g,干姜 30g,全虫 10g,蜈蚣 2 条,白附子 10g,僵蚕 10g。10 剂。同时配合面部电疗。

二诊(4月22日):服药 3 天,面部口角歪斜已复原七八成之

多,自感右侧面部已有肌力。服完药后,面部已恢复正常,且月经已停数月又复至。面部光泽红润,自感左侧(健侧)有紧缩感,精神大振,头目清晰,从未有过的好现象,上方加白芍药 30g,威灵仙 30g,丹参 30g,三七 10g,血竭 10g,穿山甲 3g(另冲)。6 剂,以资巩固治疗。

【按语】面神经炎反复发作,患者甚为痛苦,加之前次治疗几个月才得以恢复,而且害怕针灸治疗。因此,笔者以扶正祛邪,通经活络为主,方选再造散加味,且随着服药时间的延长,患者自感精神倍增,面部肌肉活动自如,恢复完好,特别是服药后全身情况改善,患者对治疗充满信心,月经复常,面色红润,表示出正气的恢复,阳足血活而经脉畅通无阻。二诊之后加强养阴柔润之品,以防止燥热伤津,以加强远期疗效的巩固。

69. 夜晚发作性哮喘案

刘某,女,38岁,市民。2008年4月10日就诊。

患者有“支气管哮喘”病史10年余,每年春天5月发作,到夏秋之后逐渐缓解。开始曾服用中西药物,效果不佳,后来每次发作均用激素舒喘气雾剂吸入来控制发作,但用药越来越频繁,发作时间越来越提前而时间延长。现症见:自汗,动则喘气,夜晚12点前后发作性气喘胸闷,憋气,梦中憋醒,吸入激素后才能缓解入睡,平素畏寒肢冷,双下肢尤甚,夜晚被子暖不热,面色苍白虚浮,舌淡胖大、边有齿痕,脉沉细无力。证属肾阳虚损,肾不纳气,治宜温肾纳气,方用破格救心汤化裁,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 60g,炙甘草 20g,三七 10g,红参 10g,砂仁 10g,山萸肉 60g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,灵磁石 30g。3 剂。

二诊(4月20日):服药之后,夜晚发作消失,自感精神倍增,要求再服6剂,上方药加上肾四味各10g,以强化疗效。病情逐渐缓解,但由于不能继续坚持服药,而中断治疗。

再次复诊:至2009年4月初,老病又犯,又开上方药,服用18

剂左右,病情又缓解,患者又中断巩固治疗。

【按语】哮喘发作,此例患者有两个明显的特征:一是每年春天五一前后发病;二是夜间12点前后发作。这提示两种情况:一是春季阳气升发,升发不能,阴阳交错,故而发作;二是夜间12点前后正是子时,子时阳升,阳不得升,阴盛阳衰,故而发作。长年治疗而不能痊愈,久病及肾。故而肾阳亏损,肾不纳气,阴邪上犯,故而阴邪上干阳道,而导致哮喘发作。治用李可老中医破格救心汤化裁,回阳救逆,温补肾阳,纳气归肾,同时佐以活血化瘀,因而临床疗效显著。但本病非一日之功,要想完全控制发作,需要长期的巩固治疗,以彻底改变虚寒性体质。

70. 产后头晕汗多案

张某,女,38岁,农民。2008年5月1日就诊。

患者在广州剖宫产术后半个月,由于当时气候炎热,室内空气调冷风不断,出现进行性头痛头晕,大汗淋漓,动作喘气,曾按“三叉神经痛”等病进行治疗而无效。现症见:畏寒肢冷,天气炎热,患者却厚衣包裹与常人显然有别,动则汗出,气喘,头痛头晕,大便稀溏,小便短少,舌质略干,质稍红,苔薄,脉沉细濡。证属阴阳两虚,瘀血内阻,外感风寒,营卫不调,治宜平调阴阳,方用十四味建中汤加味,药用:

党参30g,苍术10g,白术10g,茯苓10g,炙甘草10g,熟地黄10g,当归10g,川芎10g,白芍10g,炙黄芪30g,肉桂10g,桂枝10g,附子10g,麦冬10g,半夏10g,肉苁蓉10g,泽兰30g,益母草30g,桃仁10g,红花10g,炮姜30g,山萸肉30g,丹参10g,三七10g,石菖蒲10g,天麻10g,生姜10g,大枣10枚。

二诊(5月6日):服上方药3剂,自汗消失,头晕大减,病减八九成之多,但仍畏寒肢冷,方药对证,原方再进6剂。

三诊(5月14日):其他症状均消失,只有从卧位到立位时,有一过性眩晕,改为半夏白术天麻汤合通窍活血汤,进行巩固治疗。

药用:

半夏 20g, 苍术 10g, 白术 10g, 天麻 10g, 石菖蒲 10g, 白芷 10g, 威灵仙 10g, 党参 30g, 生黄芪 30g, 陈皮 10g, 黄柏 10g, 干姜 30g, 茯苓 10g, 泽泻 10g, 生麦芽 30g, 丹参 20g, 三七 10g, 桃仁 10g, 红花 10g, 川芎 10g, 青皮 10g, 鸡内金 10g。3 剂。

【按语】产后多虚又多瘀,加之伤寒受风,故患者出现上述诸多症状,均因产后体虚而诸邪乘虚而入所致。故此,治疗首先抓住扶正这一关键环节,采用大方复治的十四味建中汤加生化汤等之品,扶正为主,兼顾瘀滞这一病理环节,药后症状大减,且随着方药巩固病证消失。由于头为诸阳之会,邪去则正安,正气上升达头部,则清阳上升而诸邪自去,后期则采用益气升阳之法合活血化痰之品,则疾病得以治愈。

71. 膝关节积液案

张某,男,80岁,退休职工。2008年6月1日就诊。

患者左侧膝关节在30年前曾有过外伤,以后经常出现隐痛不适,经常服用中西药物,情况时好时坏,近1年来,左膝关节肿痛加剧,常服药来缓解疼痛。现症见:左膝关节肿胀,明显比对侧关节粗,行走不便,活动或上楼时疼痛,畏寒肢冷,双下肢发凉,舌淡苔腻,脉沉细无力。证属寒湿瘀阻,气血不畅,治宜温通活血,行气利湿,方用阳和汤加附子合散膝汤加味,药用:

白芥子 15g, 炙甘草 10g, 桂枝 10g, 麻黄 15g, 炮姜 30g, 熟地黄 30g, 鹿角胶 10g, 丹参 30g, 三七 10g, 穿山甲 3g(另冲), 附子 30g(先煎), 生黄芪 30g, 防风 10g, 茯苓 60g, 肉桂 10g, 白芷 10g。

二诊(6月4日):服上方药3剂之后,小便增多,以致影响夜晚休息,为此,将药物改为早上服,中午服,晚上停服,上述症状消失,左膝关节肿胀也渐渐消失,关节疼痛消退大半,活动自如,为巩固疗效,再服上方药3剂,以资巩固疗效。

【按语】膝关节积液一症,实属难治之病。多年损劳,故而形

成虚寒性阴疽，治从温阳益肾、利湿活血为治，方选阳和汤加附子合散膝汤等活血化瘀之品，以加强治疗效果，经多例临床治疗观察，多有良效。

72. 肠梗阻案

胡某，男，70岁，农民。住院号：61982。2008年6月19日就诊。

患者有反复发作性“肠梗阻”病史，3个月前曾因复发经治而临床缓解，此次再度发作，经外科住院常规治疗1周余，病情仍然不能缓解。现症见：咳嗽气喘，气短懒言，恶心腹胀，胃肠减压管中大量食物残渣，阵发性腹痛，无排气排便感，舌苔白腻，脉浮滑重按无力，尺部略滑。证属肺金郁热，胃肠气滞，治宜解表宣肺，降气通腑，方用止嗽散合六磨汤加减，药用：

桔梗 10g，炙甘草 10g，白前 10g，紫菀 30g，荆芥 10g，陈皮 10g，百部 10g，羌活 10g，沉香 10g(后下)，木香 10g，枳实 10g，乌药 10g，槟榔 10g，生大黄 10g，红参 10g，山药 30g。

用法：3剂。浓煎后由胃管少量注入。

二诊(6月24日)：服药1剂，便有排便排气感，肠腑气通后，小便量增多。服完第2剂，患者有下坠感，排大便量次过多，有气虚不接气的感觉现象，嘱其患者减量服用。3剂药服完，已拔掉胃管，准备出院，要求带中药回去。现外感已基本消失，偶尔咳嗽一二声，身困乏力，胃脘胀满，偶有腹痛，舌淡苔白腻，脉沉细无力重按略滑，治宜温通行气，方用大小回阳饮加味，药用：

附子 30g(先煎)，炮姜 30g，炙甘草 10g，三七 10g，红参 10g，砂仁 10g，肉桂 10g，桂枝 10g，火麻仁 60g，白术 60g，沉香 5g(后下)，木香 10g，枳实 10g，枳壳 10g，乌药 10g，槟榔 10g，大黄 10g。7剂，带药出院。

【按语】肠梗阻中医多责之于腑气不通，其证治多着重通腑泻下之法。此例患者，肺气不宣，不能宣发肃降，肺与大肠相表里，故

导致腑气不通。故其首治采用止嗽散以宣肺止咳、通腑降气,同时配合六磨汤以行气通腑,上下同治,标本兼顾,故而临床疗效显著。由于年高加之久病,患者体质虚弱,从而导致其肠梗阻反复发作,而后期的治疗,主要放在温通扶正,兼以行气通腑之上,以加强远期疗效,防止该病的反复发作。

73. 咽炎案

余某,女,60岁。农民。2008年7月9日就诊。

患者有“慢性咽炎”病史数十年余,曾经常服用中西药物,病情始终无明显的改善,近期有加剧的趋势,并担心自己患有“食管癌”而情绪不稳。纤维咽喉镜报告:咽炎伴滤泡增生;胃镜报告:食管无异常。现症见:自感咽部有异物阻塞,咽唾沫、咽口水时有异物感,吃饭、饮水则无任何影响,平素畏寒肢冷,咽部经常上火,喜食凉物,但又不肯食用,多食则胃痛伴腹泻,胃部喜温喜按,舌淡苔白滑,脉沉细无力。证属上热下寒,治宜引火归原,方用白通汤。药用:

附子 10g,炮姜 10g,葱白 20g。5剂。

用法:上3味药物,水煎5分钟后,置凉,含在口中,缓缓咽下,每天3~5次。

二诊(7月15日):复诊之时,患者自觉咽部异物感消减八成之多,近几年未有过的好现象,而且食欲、睡眠、胃部情况均大有改善,要求巩固治疗,再服上方药5剂,以加强远期疗效。

【按语】慢性咽部炎症,不仅临床上十分常见,而且治疗起来确有一定的难度。咽喉炎中医称之为“梅核气”,西医称为“咽部神经症”,病虽不大,众多的常规治疗方法难以取效,特别是远期疗效更是难求。开始步入临床也用过多种方法与药物治疗,但始终不能得到较好的疗效。近期温习《伤寒论》,知张仲景应用半夏散及汤,治疗少阴咽痛证,深受启发,特别是张仲景已明确提出该用法为含咽用药,可谓是直达病所,胜似其他诸法。因此,笔者借鉴张

仲景半夏散及汤的含咽用药法,选用张仲景的白通汤,短时间煮沸5分钟,以保持足够的药性,交通阴阳,引火归原,效果良好,经过多例观察,疗效满意。

74. 左下肢静脉血栓案

李某,女,86岁,农民。2008年7月27日就诊。

患者发现左下肢进行性高度水肿1周余,曾在当地治疗未效,到我们医院门诊进行彩超检查,报告说:左下肢深静脉血栓形成。现症见:左下肢高度水肿,手触有热感,行走无力伴疼痛,行走或夜间疼痛加剧,平素畏寒肢冷,喜温怕冷,大便干结,小便短赤,舌淡胖质紫暗,脉沉细无力。证属阳虚阴盛,水湿不化,湿阻血瘀,治宜升阳举气,通经利湿,活血化瘀,方用补中益气汤合通经逐瘀汤加味,药用:

党参 30g,苍术 10g,白术 10g,炙甘草 10g,当归 10g,陈皮 10g,生黄芪 100g,升麻 6g,柴胡 6g,附子 30g(先煎),肉桂 10g,防风 10g,茯苓 60g,穿山甲 3g(另冲),石菖蒲 30g,白芷 30g,威灵仙 10g,地龙 10g,桃仁 10g,红花 10g,赤芍 10g,连翘 10g,生大黄 6g。3剂。

二诊(8月1日):患者服药1剂,左下肢水肿消减大半,疼痛顿减,3剂服完,左下肢水肿消失,疼痛消失,要求巩固治疗,原方再服3剂。

【按语】年高体衰,阳气不足,血脉瘀阻,左侧肢体得病,中医认为:左为阳,主升,阳气不升,水湿不化,血脉瘀阻,故而形成“血栓”。瘀血阻于内,水湿不化,阳气无法温运,故而治宜升阳举气,活血利湿,方用补中益气汤加附子,重在升阳举气,同时合用散膝汤(黄芪、肉桂、防风、茯苓)益气利湿,合用王清任的通经逐瘀汤,专治血脉瘀阻;因麝香药物缺乏,笔者常用石菖蒲、白芷、威灵仙三味代替,疗效显著。由于方药对证,量大药物多,故而临床疗效显著。

75. 风心病心衰案

张某,女,60岁,农民。2008年7月29日就诊。

患者有“风心病心衰”病史20年余,长期服用地高辛等药物进行维持,病情时好时坏,近期由于服西药不正规,加之机体对药物的敏感性下降,自感服药没有效果,气喘胸闷及双下肢水肿等症状加剧,再住院治疗临床也不能完全缓解。现症见:面色灰暗,两颧潮红,口唇紫暗,气短懒言,畏寒肢冷,双下肢水肿,纳差腹胀,胃脘不适,不能活动,活动后诸多症状加剧,不能平卧,夜卧有时从梦中憋闷醒,舌质紫暗,苔白腻滑,脉细弱无力。证属阳虚血瘀,治宜温阳活血,方用大小回阳饮加味,药用:

附子60g(先煎),炮姜50g,炙甘草15g,三七10g,红参10g,砂仁10g,肉桂10g,桂枝10g,苍术10g,白术10g,白芍10g,茯苓30g。

用法:3剂。水煎服,每天1剂。

二诊(8月1日):服药后,自感精神大增,纳差腹胀也显好转,小便增多,双下肢水肿消失,畏寒肢冷减轻,原方有效,上方药再服6剂。

三诊(8月10日):上方再进6剂。

四诊(9月28日):上方药连续服用,可以平卧,可以自由活动,一切自我病态症状消失,自感良好,但胃脘胀满仍在,上方调整,药用:

附子75g(先煎),炮姜60g,苍术30g,白术30g,甘松30g,茯苓60g,三七10g,红参10g,肉桂10g,桂枝10g,砂仁10g,石菖蒲20g,干姜60g,高良姜60g,党参30g。7剂。

五诊(10月10日):自感服药后良好,但畏寒肢冷仍有,附子加量,调整处方:

附子90g(先煎),炮姜90g,炙甘草20g,红参30g,三七10g,茯苓60g,肉桂30g。3剂。

六诊(10月18日):情况很好,原方同上,6剂。

七诊(10月27日):轻微腿痛,原方同上,6剂。

复诊(2009年5月10日):上方药一直坚持间断服药,全身情况良好,中药维持较好,现仍在观察治疗之中。

【按语】风心病心衰,多是久病缠绵,不管其病因病机多么复杂,但有点始终如一就是畏寒肢冷,那就是典型的心肾阳虚。治疗此病,专注温阳一事,其他症状均可随阳升阴降而得到解决。因此,始终遵循笔者“扶阳助正,回阳返本”之理念,长期大剂量应用附子为主的四逆汤,近期临床疗效显著,远期疗效仍在进一步的观察治疗之中。

76. 复发性口疮并腹泻案

付某,女,26岁,市民。2008年7月31日就诊。

患者有“顽固性口疮”病史10年余,伴“腹泻”病史数年余,往往是治口疮而腹泻加剧,若治腹泻而口疮溃疡又加剧,造成进退两难的局面,甚为痛苦。现症见:口腔溃疡此起彼伏,查见舌尖数个小溃疡,疮色发白,吃饭一动就疼痛难忍,面部痤疮长年不断,两眼周围紫暗,喜食凉食但又不吃,胃胀满,遇冷则腹痛腹泻数次不等,大便稀溏,每天早晨鸡鸣泻,泻前腹痛,泻后痛减,畏寒肢冷,口苦咽干,舌淡胖,边有齿痕,散在舌边小溃疡,色白,苔腻黄厚,脉沉略滑而无力。证属清阳下陷,阳气不升,治宜补脾胃泻阴火升阳气,方用李东垣的补脾胃泻阴火升阳汤加四逆汤,药用:

升麻 10g,柴胡 10g,党参 30g,生黄芪 30g,苍术 30g,白术 30g,羌活 30g,黄芩 10g,黄连 6g,生石膏 30g,炙甘草 10g,丹参 30g,三七 10g,附子 10g,炮姜 10g,五灵脂 10g,蒲黄 10g。6剂。

二诊(8月6日):服药之后,口疮溃疡消失,面部多处痤疮也大部分消失,仍有少量继生,眼周围紫暗已有消散的趋势,腹泻也

明显的减轻,前所未有的改善,喜出望外,要求再服。上方石膏减为10g,其余不变,再服上方药6剂。

三诊(8月13日):服药之后,略有腹泻,上方加炮姜30g,再服6剂,以资巩固治疗效果。

【按语】李东垣补脾胃泻阴火升阳汤,出自《脾胃论》一书,而且为该书中第一方,该方既能升阳举气,又可清泻阴火。此例患者,上部有热,下部有寒,正符合本方意,同时加上小剂量四逆汤,并依据久病多瘀之理,加入活血化瘀之品,以增强疗效。方药对证,上火得清,下寒得补,阳气升,阴火降,故而临床疗效显著。

77. 手术后怕冷案

方某,女,40岁,农民。2008年8月22日就诊。

患者在3个月前行妇科附件囊肿切除术,术后1周因切口感染而化脓,又进行2次手术切开引流,手术之后又并发感染而高热不退,经大剂量抗生素等治疗20余天,体温才得以控制,但从此身体状况日趋衰竭,渐渐至卧床不起,曾采用多种治疗方法而无效,现大肉尽脱,体力难支,已丧失了生活自理能力,有了等死的感觉。现症见:气短懒言,行动迟缓,需人搀扶,畏寒肢冷,四肢冰凉,身着厚衣服与常人显著有差别,纳呆腹胀,脘胀胃痛,隐痛不断,小便短赤,大便秘结,1周末排大便,食纳全废,诊时因窗口微风而患者感到寒冷刺骨,舌体胖大,边有齿痕,苔滑润腻略黄,脉沉细弱几乎无法触及。证属阳虚阴盛,升降失常,治宜温通活血,方用桂附理中汤加味,药用:

附子45g(先煎),肉桂10g,党参30g,炮姜10g,炙甘草10g,苍术30g,白术30g,厚朴15g,陈皮10g,茯苓10g,白薏仁10g,木香10g,丹参30g,檀香10g,降香10g,三七10g,砂仁10g,五灵脂10g,蒲黄10g,高良姜30g,香附30g,百合30g,乌药10g,生麦芽30g。

二诊(8月25日):服上方药3剂之后,疗效略有,症状减轻不太明显,脘腹胀痛仍在,大便未排,病重药轻。上方附子用60g,白术60g,加火麻仁60g。3剂。

三诊(8月28日):服药后,大便艰难排出,排便之后,身体顿觉轻松许多,脘腹胀痛也减轻过半,双上肢已不甚怕风寒,上身觉温暖,双下肢仍觉冷凉感,自觉病减有五成之多,原方有效,同上方再进5剂。

四诊(9月3日):症状改善显著,大便仍不畅,病重药轻,加强药效,调整处方如下:

附子75g(先煎),肉桂30g,党参30g,干姜50g,炮姜50g,高良姜50g,炙甘草10g,苍术30g,白术90g,厚朴30g,陈皮30g,茯苓10g,白蔻仁10g,木香30g,三七10g,红参10g,火麻仁100g,石菖蒲30g,甘松30g,芒硝10g(烊化)。

五诊(9月8日):5剂服用后,腹痛难忍,大便不畅,调整处方,方用六磨汤加味,药用:

沉香10g(后下),木香15g,枳实30g,乌药30g,槟榔30g,生大黄10g,附子75g(先煎),干姜60g,炮姜60g,高良姜60g,党参30g,红参10g,当归30g,芒硝10g(烊化),赤白芍各60g,炙甘草60g,肉桂10g,三七10g,火麻仁60g。

六诊(9月30日):服上方药3剂后,病顿失,怕冷腹胀便秘均消失,大便每天或隔天1次,活动自如,已投入秋收劳动,只是背部略有不快感。已停药10余天,病情稳定,为巩固疗效而要求服中成药,改用附子理中丸与丹七片,进行巩固治疗。

随访(2009年5月):期间曾感冒几次,均用中药经验方回阳建中汤,服药而愈,现一如常人。

【按语】患者术后身体状况一落千丈,怕冷与便秘症状突出,历经重用附子及行气通下药物,才得以复常,证明了李可老中医所说“危急之中救阳为先”之重要性,且笔者一贯遵循“扶阳助正,回阳返本”之理念,针对阳虚重症,是非常正确的。此例患者阳气亏

虚所造成怕冷与排便困难,是一对突出的症状,阳虚寒凝,积滞不化,是其根本的原因,但患者的标象也非常明显。故此,治疗着重点始终抓住扶阳固本与行气通下双管齐下,标本兼治,并用重剂多药,大剂复方,循序渐进,疾病终于得以治愈。

78. 前列腺肥大案

赵某,男,71岁,农民。2008年9月13日就诊。

患者夜晚小便频多数年余,近期有进行加剧的趋势,曾在当地诊治病情无明显改善,经检查确诊为“前列腺肥大症”,尿化验检查阴性。现症见:夜晚尿次频多,最多者一夜可达10次左右,严重地影响夜晚休息与睡眠,排小便时自感有尿急感,但等待一会儿才能慢慢排尿,且排尿时无力,平素畏寒肢冷,气短懒言,大便秘结,3~5天1次,而且排便困难,舌淡胖大、边有齿痕,脉沉细无力尺部略滑。证属阳虚气化不及,下焦瘀阻,治宜通阳化气,逐瘀清热,方用真武汤与五苓散加味,药用:

茯苓 30g,猪苓 30g,泽泻 30g,泽兰 30g,苍术 30g,白术 30g,桂枝 30g,党参 30g,附子 30g(先煎),乳香 10g,没药 10g,丹参 30g,当归 10g,三棱 10g,莪术 10g,穿山甲 3g(冲服),皂刺 30g,天花粉 10g,黄柏 10g,砂仁 10g,炙甘草 10g,三七 10g,火麻仁 60g。3剂。

二诊(9月17日):服药后,小便通畅,夜晚1~2次,大便每天1次,安稳睡眠,自感精神倍增,特别是排小便射程增加,要求再服,以强化疗效。上方再进3剂,以图久功。

【按语】老年人前列腺肥大症,是老年男性的常见病,严重地困扰着老年人的夜晚睡眠及生活,甚为难治。虽说手术切除有效,但术后部分患者复发及并发症的问题,不仅多而且克服困难。早年治疗曾系统学习各家经验,但效果难以重复,心中郁闷数十年之久,后反思《内经》中说:“膀胱者,州都之官,气化出焉。”悟出了人体正常的排尿过程,乃是膀胱气化的一种表现,其内在实质乃为

肾中阳气蒸腾气化,这是一个非常关键的问题。因此,方选真武汤与五苓散化裁,温肾阳以助气化功能,州都气化复原,则膀胱自能化气,排泄可控制。另一方面,前列腺肥大阻塞尿道,也是一个重要的方面,中医认为这是瘀血阻滞尿道所致,因此加用张锡纯之活络效灵丹并加三棱、莪术、三七、山甲、皂刺、天花粉,以化瘀散结通窍。由于抓住了该病气化与瘀阻两大关键问题,其余情况则随症加味,以提高临床治疗效果。

79. 胃痛案

杨某,女,52岁,教师。2008年9月14日就诊。

患者胃部胀痛年余,曾做胃镜检查报告:“慢性浅表性胃炎”。经中西药物长期治疗,病情总是不能彻底缓解,近期天气变凉,胃痛有加剧的趋势。现症见:胃脘胀痛,进食后尤甚,纳呆,遇冷遇凉胀痛加剧,平素喜温喜按,畏寒肢冷,气短懒言,身困乏力,精神欠佳,舌淡苔白滑,脉沉细无力。证属脾胃阳虚,寒凝瘀滞,治宜温通活血,方用桂附理中汤加味,药用:

附子30g(先煎),肉桂10g,炮姜30g,党参30g,炙甘草10g,苍术30g,白术30g,丹参30g,檀香10g,降香10g,三七10g,砂仁10g,五灵脂10g,蒲黄10g,高良姜30g,香附10g,百合30g,乌药10g,生麦芽30g,鸡内金10g。

二诊(9月21日):服上方药3剂后,胃痛消失,胀满也减轻九成之多,服药期间,大便稀溏,停药以后大便如常,每天1次,既往经常便秘,自感服药之后,胃中有紧缩感,颇感舒服,要求中成药巩固治疗。药用附子理中丸合丹七片,以资善后巩固疗效。

【按语】胃痛一病临床十分常见,且胃寒者占多数。《内经》中云:“寒者温之。”单用桂附理中汤,临床效果并不十分满意。仔细分析,悟出“寒则收引,收引则有瘀滞”之理。故此,合用北京焦树德老中医的经验方四合汤,四合汤可治多种胃脘痛,若合用辨证之

方,则疗效更佳,本例患者桂附理中汤合四合汤,疗效显著就是明证。

80. 长期失眠案

范某,女,46岁,干部。2008年10月7日就诊。

患者长期失眠,长年服用安眠药,由于担心长期服药有副作用而不敢再服,又服中药间断应用年余,未产生明显的效果。现症见:白天无精打采,夜晚难以入眠,多梦,冬天怕冷,夏季怕热,心悸,烦闷,四肢发凉,五心烦热,口苦咽干,舌质红,略燥,质稍暗,脉沉中兼滑。证属阴阳两虚,瘀血内阻,治宜调整阴阳,活血安神,方用潜阳封髓丹加血府逐瘀汤化裁,药用:

附子 10g,龟甲 10g,砂仁 10g,炙甘草 10g,黄柏 10g,炮姜 10g,当归 10g,丹参 30g,柴胡 10g,桃仁 10g,红花 10g,枳壳 10g,桔梗 10g,赤芍 10g,牛膝 10g,三七 10g,酸枣仁 30g。7剂。

二诊(10月14日):服药后,前5天尚未能安静入睡,但白天精力充沛,近2天可安静入眠,特别是中午也能入睡,以往中午从来不敢睡觉,自感精神倍增,要求再服以图久功,再服7剂,以资强化远期疗效。

【按语】失眠一症原因甚多,而中年女性尤其多见,这与其女性自身生理特点密切相关。女过四十,阴气自半,阳气也损,即阴阳均显亏虚,阴虚则生内热,阳虚则有外寒;内热则心神不宁,难以入眠;外寒则精力不足,四肢冰凉;况久病多虚又多瘀。故而其治,应用郑钦安的潜阳封髓法,即潜阳丹合封髓丹,两方郑钦安最为推崇,擅调阴阳两虚证,并潜阳入下,使阳能入阴,而使阴阳调和;由于久病多瘀,故加用王清任的血府逐瘀汤,去地黄加丹参、三七,以提高活血化瘀、疏通经脉之效果,单加酸枣仁一味调肝养血以安神。由于气血得活,阴阳平调,故而临床疗效显著。由于长期失眠久病绵绵,故需长期服药巩固而防反复。

81. 贫血并发热案

孙某,女40岁,市民。2008年10月19日就诊。

患者发热伴贫血年余,曾多次化验,血红蛋白80g/L,长期低热37.3℃左右,经多种方法与药物治疗,均未取得显著的疗效。现症见:气短懒言,畏寒肢冷,面色萎黄虚浮,发热多在上午或活动后加剧,最高体温在37.3℃左右,动则气喘胸闷,纳差腹胀,大便秘结,每3~5天1次,小便短赤,舌淡胖大,脉沉细无力。证属阴盛阳衰,虚阳外越,治宜回阳建中,方用经验方回阳建中汤加火麻仁,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,红参10g,三七10g,砂仁10g,肉桂10g,桂枝10g,苍术10g,白术10g,石菖蒲10g,甘松10g,火麻仁30g。7剂。

二诊(10月27日):服药后,体温恢复正常,精神大振,体力增强,要求继续服药,以强化疗效。原方再进7剂。

【按语】贫血伴发热,按常理应用当归补血汤加味而治,其目的一是要治贫血——血虚,二是要治发热。按照火神派理论观点,应用阴阳辨证两分法,在阴阳之间当为阳主阴从之理,且是“阳生阴长,阳杀阴藏”(《内经》)。因此,选用经验方回阳建中汤加火麻仁而治,扶阳抑阴,健脾助运,阳生阴长,服药后不仅发热得退,且贫血也迅速得到改善,其正是:以三阴之方,治三阴病,虽失不远矣。

82. 胃肠炎案

张某,女,70岁,农民。2008年10月30日就诊。

半月前患者患“急性胃肠炎”上吐下泻,经在当地积极治疗等措施,病情有所好转,但呕吐与腹泻仍然不能控制。现症见:刚到诊室坐下,患者又大量呕吐出不消化食物,略带有酸腐味,腹泻腹痛,每天3~6次,气短懒言,畏寒肢冷,诊脉时双手冰凉,面色萎

黄,精神不振,行动迟缓,舌体胖大、边有齿痕,脉沉细几乎无法触及。证属阴盛阳衰,升降失常,治宜温中扶阳,方用附子理中汤加味,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 50g,炙甘草 10g,吴茱萸 20g,半夏 20g,党参 30g,三七 10g,苍术 10g,白术 10g,砂仁 10g,生龙牡各 30g,补骨脂 30g,赤石脂 30g。3 剂。

用法:第 1 剂时浓煎 200ml,每次 50ml,加生姜汁 3~5 滴为引。

二诊(11月2日):病家专程告说:服药 1 剂,呕吐与腹泻即止,是否可以进食。告诉其说可以逐渐加量饮食,中药可以按剂分次服药。病家还说:此药服后过去的“支气管炎”病也好了,特别是喉中痰鸣消失,问是否可以长期服药。告诉患者说可以长期服药,以强化远期效果。病愈,要求巩固治疗,偶有腹痛,大便每天 1 次,调整上方,药用:

附子 60g(先煎),肉桂 30g,党参 30g,炙甘草 10g,苍术 30g,白术 30g,炮姜 50g,丹参 30g,降香 10g,檀香 10g,三七 10g,砂仁 10g,生龙牡各 30g,补骨脂 30g,赤石脂 30g。

5 剂,巩固治疗。

【按语】老年患者,本身已经处于阴盛阳衰的阶段,加之患急性胃肠炎上吐下泻,吐则伤阳,泻则伤阴,故而形成阴阳两伤。由于本身老年体质的因素,最终导致阳损阴亏的状态。故而其治,遵循笔者“扶阳助正,回阳返本”之学术理念,采用附子理中汤,扶阳为主,兼顾气阴;由于病重,脾胃升降失常,吐泻不止,药食难进。故而首剂之药,采用浓煎小量频服,特别是加生姜汁数滴,以降逆止呕,效果立显,一服药而呕吐与腹泻均止,病入坦途。

83. 亚健康状态案

张某,女,30岁,农民。2008年11月28日就诊。

患者长期胃胀、头痛、全身性酸楚不适多年,到处求医而无结

果。现症见：畏寒肢冷，头晕头胀，纳差腹胀，气短懒言，头痛咽痛，失眠多梦，大便时干时溏，口苦，流口水，舌体胖大，边有齿痕，苔白腻水滑，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，虚阳上越，治宜回阳建中，方用经验方回阳建中汤加黄柏、天麻、白芷，药用：

附子 45g(先煎)，炮姜 40g，炙甘草 10g，黄柏 10g，砂仁 20g，桂枝 30g，三七 10g，苍术 30g，白术 30g，石菖蒲 30g，甘松 10g，肉桂 10g，天麻 10g，白芷 10g。7 剂。

二诊(12月4日)：服药之后，全身温暖寒气消失，纳开气顺，胃口大开，全身不适症状消除九成之多，数年未有的好现象，心中大喜，要求巩固治疗，方用中成药附子理中丸做善后调理。

【按语】笔者曾学习郑钦安著作，从中悟出：以三阴之方，治三阴病，虽失不远。按照这种思路，去解决阴证所有的患者，可以说容易建功显著，若结合辨证加味，疗效更佳。此例患者，从头到脚一身尽“病”，虽症状复杂，但都用阴盛阳衰解释之。“治之但扶真阳，是不治邪而实治邪也”(郑钦安)。方用经验方回阳建中汤加味而治，疗效显著。

84. 过敏性鼻炎案

孙某，女，30岁，干部。2008年10月4日就诊。

患者有“过敏性鼻炎”病史20年余，经过多年中西药物治疗，未能明显改善，近期由于居住环境及办公室新装修之后，其鼻炎症状又进行性加剧。现症见：鼻流清涕，受风寒或劳累之后均可加剧，整天嚏涕不断，畏寒肢冷，腰酸背痛，纳差，口苦咽干，舌淡胖大，苔腻，脉沉细。证属太少合病，治宜太少同治，兼以补肾，方用麻黄附子细辛汤合封髓丹加味，药用：

麻黄 10g，附子 30g(先煎)，细辛 10g，苍术 30g，辛夷 10g，黄柏 10g，砂仁 10g，炙甘草 10g，丹参 10g，三七 10g，仙灵脾 30g，枸杞子 30g，菟丝子 30g，补骨脂 30g。10 剂。

二诊(10月25日)：服药之后，前所未有的改善，纳增神振，鼻

流清涕消失,畏寒肢冷大减,要求再进强化疗效,再进 20 剂。

三诊(11月12日):已到外地上班,电话要求家人再带 10 剂,以彻底治愈,不再复发。

【按语】患者过敏性鼻炎可谓年纪不大,病史却有 20 余年,久病绵绵难愈。但患者表现的症状,正如郑钦安所说:“夫嚏之为病,多缘于少阴受寒,麻黄附子细辛汤,力能祛少阴之寒,故治之而愈”(《医法圆通》)。方用麻黄附子细辛汤,加上李可老中医的肾四味(仙灵脾、枸杞子、菟丝子、补骨脂)益肾强体,合上封髓丹纳气归肾,加上活血化瘀之品,则更能符合病情病机,方药对证,疗效满意,但持久服药才能根治本病,故而后期的治疗非常重要。

85. 喉源性咳嗽案

房某,女,50岁,农民。2008年11月9日就诊。

患者咳嗽年余,时好时坏,长期间断服用中西药物,也未见明显的好转,曾进行理化检查也未见明显的异常。现症见:喉咙发痒,痒甚则咳嗽,剧烈咳嗽之后,咳出少量清黏痰,受凉、受风、劳累之后,咳嗽加剧,夜晚加剧,甚为痛苦,平素畏寒肢冷,气短懒言,纳差腹胀,舌胖大,边有齿痕,脉沉细无力。证属肾不纳气,治宜回阳纳气,方用破格救心汤化裁,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 20g,三七 10g,红参 10g,砂仁 10g,山萸肉 60g,紫石英 30g,生龙牡各 30g,灵磁石 30g,石菖蒲 10g,甘松 10g,桔梗 10g。3 剂。

二诊(11月13日):服药之后,咳嗽立即终止,未出现 1 次咳嗽,患者大喜,要求再服 2 剂,以资巩固远期疗效。

【按语】喉源性咳嗽,是一种外感病后遗症,甚为难治。依据患者病久、难治、顽固的特点,符合中医“久病多瘀”、“久病及肾”的病理特点。中医认为肾主纳气、肾为气之根,故此应用李可老中医的破格救心汤化裁,方中用大剂四逆汤,以温肾之阳气,同时应用

镇潜之龙牡、紫石英、灵磁石以潜阳入下归肾，即纳气归肾，同时加活血化瘀之品，以强化通路，使疗效进一步加强。故而服药3剂，立竿见影。充分印证了笔者所遵循的“扶阳助正，回阳返本”之学术理论，临床上针对三阴寒证可谓是灵丹妙法。

86. 低热发热案

杨某，女，32岁，农民。2008年11月12日就诊。

患者低热半月余，体温37.5℃左右，曾在当地进行中西药物治疗，情况未有明显的改善，理化检查也未发现明显的异常。现症见：体温37.5℃左右，上午最高，下午逐渐降为正常，活动或劳累后体温增高明显，平素畏寒肢冷，气短懒言，纳差腹胀，二便尚可，舌淡胖，边有齿痕，脉沉细无力。证属阳虚外感，治宜温阳解表，方用经验方回阳建中汤，药用：

附子30g(先煎)，炮姜30g，炙甘草10g，三七10g，砂仁10g，党参30g，肉桂10g，桂枝10g，苍术10g，白术10g，石菖蒲10g，甘松10g。

二诊(11月25日)：服上方药3剂之后，体温恢复正常，但仍觉鼻中有微痒感，稍有不适，停药观察几天，病情稳定，今来要求巩固治疗，上方再服3剂。

【按语】阳虚之人，易于感受外邪，过服清利药物，不仅寒邪难去，而且又影响到中焦脾胃之消化功能，往往形成外感合并内伤之状态，即外感寒邪不祛而中焦脾胃又伤，治疗时导致进退两难。鉴于此种情况，笔者常用经验方回阳建中汤，外感可祛，内伤能疗，有病治病，无病强身，对于此类三阴虚寒证之患者，可谓是一张灵丹妙方，经多年临床观察，疗效显著。

87. 乳糜尿案

宋某，男，80岁，退休职工。2008年11月4日就诊。

患者有“乳糜尿”病史约30年余，曾经长期服用中西药物，

而未有明显效果,情况时好时坏,5年前曾患“脑血栓”,以致行走不稳,双脚行走不能离开地面,骨瘦如柴,不敢进食一点油腻食物,一吃就乳糜尿增多,小便甚至出现凝块、血块。现症见:身体消瘦,行动困难,行动需要两个人搀扶,气短懒言,畏寒肢冷,说话口齿不清,夜尿频多,时有排尿灼热感,不敢进食油腻,舌淡水滑,根部苔腻略黄,脉沉硬滑,重按无根。证属清阳下陷,清浊不分,治宜升阳举陷,佐以清热止血,方用补中益气汤合大回阳饮加味,药用:

党参 30g,炙甘草 10g,苍术 30g,当归 10g,陈皮 10g,生黄芪 30g,升麻 6g,柴胡 6g,黄柏 20g,砂仁 10g,丹参 10g,三七 10g,附子 30g(先煎),炮姜 30g,肉桂 10g,知母 10g,白及 30g,血余炭 30g。10剂。

二诊(11月25):服完中药之后,小便乳糜尿消失,化验正常,尿液清晰,偶服一些油腻食物,有小量尿混浊、血块及其他,而且精神大振,走路行走可自己独立,不需要家人搀扶,要求继续服药治疗。再进10剂。

三诊(12月17日):小便化验阴性,可进食油腻食物,也没有尿中混浊,昨天曾吃两碗饺子,小便也没有什么变化,心中大喜。现行走自如,一天比一天强健,且行走有力,要求再服,以强化疗效。附子加至60g,再进10剂。

随访(2009年1月10日):共服药近2个月余,一切情况良好,未见反复现象。5月27日随访:间断服药至今,要求中成药巩固治疗,桂附地黄丸合复方丹参片,做善后调理。

【按语】此例老年乳糜尿患者,曾经诸多中医诊治,笔者分析了其过去所服用过的诸多处方,发现一直都采用清热利湿之法,而且是越清病情越无法改善,均是前几剂吃了有小效,但继续服用则越来越重。显然其思路有误,这是因为年高体衰,脉象呈现硬化,这与老年性血管硬化有关,并非是有湿热所造成的,张锡纯针对硬脉曾说过:“脉硬应按血瘀论治。”笔者认为其很有道

理,即按瘀血论治,看来血管硬化而导致的脉硬且有力,并非都是湿热蕴结所导致。因此,治宜补中益气汤合上吴佩衡之大回阳饮,加上化瘀止血之品,佐以清热之品,这种热与其瘀积不化有关。由于方药对证,不仅全身情况改善明显,而且尿液混浊转清,化验也转阴性。

88. 血小板减少症案

冯某,女,30岁,农民。2008年11月19日就诊。

患者有“血小板减少症”病史10年,长年治疗,中西药物服用期间,情况时好时坏,近期服用药物,不但不能升高血小板,还反复降低,现化验血小板58万单位。现症见:畏寒肢冷,气短懒言,动后加剧,伴气喘胸闷,纳呆腹胀,习惯性感冒反复缠绵难愈,舌淡胖大,边有齿痕,苔白水滑,脉浮弱重按无力。证属清阳下陷,阳气不升,治宜升阳举陷,方用补中益气汤合四逆汤加味,药用:

党参30g,炙甘草10g,苍术10g,当归10g,陈皮6g,生黄芪30g,升麻6g,柴胡6g,枳壳30g,附子30g(先煎),炮姜30g,紫菀30g,丹参10g,三七10g,仙灵脾30g,仙茅30g,补骨脂30g。10剂。

二诊(12月1日):复查血小板61万单位,患者喜出望外,近几年未有过的好现象,自觉身体暖和,怕冷症状减轻大半,精神大振,要求继续治疗。上方再进10剂。

三诊(12月16日):化验血小板75万单位,左手脉沉细无力,右脉基本如常。上方附子用至45g,其余药物仍同上方。10剂。

四诊(12月27日):近几天有外感症状,化验血小板64万单位,有所下降。上方药附子仍用45g。10剂。

五诊(2009年1月17日):化验血小板53万单位。考虑方药略有不适,调整一下处方,方用大小回阳饮加味,药用:

附子60g(先煎),炮姜50g,炙甘草10g,肉桂30g,三七10g,红

参 10g,党参 30g,阿胶 10g(烊化),砂仁 10g。7 剂。

六诊(1月24日):化验血小板 85 万单位。全身情况良好,仍用上方药,7 剂。

【按语】此例血小板减少症患者,一派阳虚阴盛之表现,依据《内经》“阳化气,阴成形”的学术思想,要使有形之成分增长,必须是在阳气充足的情况下,才能使有形之物增长。此例患者,长年久治无效,只因为清阳不升,而有形之物血小板不长。今升举阳气,阳气升发,而阴精增长。故而用药后,血小板在短时间有增长趋势,足以证明“阳主阴从”论的科学依据及临床价值。但是,本病是一个慢性病,不少的患者难有恒心,往往半途而废,只有坚持持久性的治疗,才能最终取得良好的结果。

89. 外感发热案

刘某,女,50岁,市民。2008年12月4日就诊。

患者发热恶寒、恶风半月余,曾在附近诊所进行常规治疗,应用抗生素、激素等措施,病情不但不减轻,反而进行性加重,发热不退,化验血常规,除淋巴细胞比率稍增高外,其他检查均正常。现症见:恶风发热,体温 37.6℃,畏寒肢冷,气短懒言,头身困重,纳呆腹胀,身体肥胖,身困乏力,动则气喘,舌淡胖大,边有齿痕,脉浮而重按无力。证属阳虚外感,治宜温阳解表,方用再造散加味,药用:

党参 30g,附子 30g(先煎),生黄芪 30g,桂枝 30g,炙甘草 10g,羌活 10g,防风 10g,川芎 10g,白芍 10g,细辛 10g,丹参 30g,三七 10g,藿香 10g,大腹皮 10g,苏叶 20g,桔梗 10g,陈皮 10g,茯苓 10g,苍术 30g,白术 30g,厚朴 20g,半夏 10g,白芷 10g,生麦芽 30g,生姜 100g。3 剂。

二诊(12月6日):患者服药 2 剂,发热恶寒消失,但发现口唇左侧肿胀,1 天后消失。接着出现全身性荨麻疹、瘙痒,患者比较紧张。告诉患者说:这是体内药物反应,也是疾病从内向外排泄、

发散过程的表现,继续服药就会消失。患者返家后服完余下 1 剂药。

三诊(12月8日):发热恶寒,身体瘙痒未消尽,口唇略肿,考虑排邪反应未消失。患者虚寒性体质,故用桂枝加附子汤加味,以调和营卫,疏风发散发邪,药用:

附子 30g(先煎),白芍 10g,桂枝 30g,炙甘草 10g,肉桂 10g,荆芥 10g,防风 10g,茯苓 30g,石菖蒲 20g,甘松 20g,苍术 30g,白术 30g,红参 10g,三七 10g,生姜 50g。3 剂。

随访(12月12日):电话随访,病愈。

2009年5月18日因外感就诊,述说去年之事,仍然满脸喜悦。此次处方用麻黄附子细辛汤、理中汤、小柴胡汤化裁,服药 3 剂。以观后效。

【按语】服用温阳药的一个特别之处,就是患者服用温热药之后,所出现的“阳药运行,阴邪化去”之药物反应,即正性祛病作用。这时患者多有恐慌不安,不知所措。作为一个合格的火神派医家,对于此种药物反应之事,应告知患者,以消除患者的疑虑,顺利服药,则病自然会逐渐痊愈。

90. 慢支肺气肿合并股癣案

余某,男,60岁,农民。2008年12月31日就诊。

患者有慢支肺气肿病史 20 余年,因天气突然变化,咳、痰、喘再次发作,并且服用过去的药物与方法,难以控制病情,加之下肢股癣瘙痒,又治皮肤病而导致胃中难受,支气管炎又复发,形成恶性循环。现症见:气喘乏力,动则尤甚,畏寒肢冷,纳呆腹胀,胸闷气短,左下肢痒甚,夜晚加剧,舌淡胖,边有齿痕,质紫暗,脉沉细无力。证属肾不纳气,治宜回阳救逆,纳气归肾,佐以祛风,方用破格救心汤化裁,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,炙甘草 10g,党参 30g,三七 10g,红参 10g,砂仁 10g,山萸肉 30g,甘松 10g,石菖蒲 20g,白鲜皮 30g,

灵磁石 30g,生龙牡各 30g,紫石英 30g。3 剂。

二诊(2009年1月4日):服药之后,咳痰喘顿减,支气管炎病好九成之多,而纳增神振,并意外发现腿部股癣也消失大半,瘙痒也消减甚多,实在是出乎意料,要求再服,强化全身疗效。再服 5 剂。

【按语】郑钦安曾说过:“以三阳之方,治三阳病,虽失不远。”笔者却领悟出:以三阴之方,治三阴病,虽失不远。大道至简,执简驭繁,看似治上而不治下,但由于全身情况的好转,而局部病证也迅速好转,表明治病“把握阴阳”,“治病必求于本”(《内经》),则可治一切病证。

91. 舌疮案

任某,男,48岁,干部。2009年1月8日就诊。

患者舌右边溃疡1周,疼痛难忍,不敢进食,曾服中西药物无明显效果。现症见:舌右中部有溃疡面约0.5cm左右,颜色暗淡,中部灰暗,吃饭时一动就疼痛难忍,夜间更甚,睡眠时口中流口水,平素畏寒肢冷,喜热恶凉,头后部项背处此起彼伏小疔肿,舌苔腻滑,边有齿痕,脉沉中兼滑。证属虚阳上越,治宜温阳收纳,潜阳归下,方用大回阳饮合封髓丹,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 50g,炙甘草 10g,黄柏 15g,砂仁 10g,肉桂 10g。3 剂。

二诊(1月10日):服药1剂,舌痛立即终止,3剂药服完,舌疮愈,症状消失。要求巩固治疗,又服3剂,以强化远期疗效。

【按语】火神派著名医家范中林先生认为:“口内少实火。”言外之意,就是头面疾病少实火,而几乎九成之多的头面疾患均为“虚火上越”,即龙火上奔;究其原因,多为阴盛阳衰所致。正如郑钦安所说:“若虚火上冲等症,明系水盛,水盛一分,龙亦盛一分,水高一尺,龙亦高一尺,是龙之因水盛而游,非龙之不潜而反其常。故经云:阴盛者,阳必衰,即此可悟用药之必扶阳抑阴也”

(《医理真传》)。故此,方用吴佩衡之大回阳饮,四逆汤加肉桂,同时合用封髓丹,纳气归肾,方药对证,重拳出击,1剂痛止,3剂病愈。

92. 重症肠炎案

汤某,男,52岁,农民。2009年1月5日就诊。

患有“慢性肠炎”病史10年余,曾长期服用中西药物,病未改善,情况时好时坏,始终不能根治,近期有加重的趋势。现症见:面色黯淡,畏寒肢冷,大便稀溏,每天3~4次脓血样便,有时白脓样物排出,舌淡胖大,边有齿痕,苔膩滑,脉沉细无力。证属寒湿盘肠,治宜温阳祛湿,佐以止血化瘀,方用薏苡附子败酱散加味,药用:

附子60g(先煎),薏苡仁30g,败酱草30g,赤石脂60g,炮姜60g,血余炭60g,三七10g,仙鹤草60g。

二诊(1月11日):服上方药3剂后,面色黯淡大减,病情也大为减轻,夜晚不再大便,脓血消失,病重药轻,附子用到75g,其余药不变,同上3剂。

三诊(1月15日):大便每天1~2次,脓血便间断时有,全身情况良好。调整处方药量,药用:

附子90g(先煎),薏苡仁30g,败酱草30g,赤石脂60g,炮姜90g,血余炭60g,三七10g,仙鹤草60g,生姜100g。3剂。

四诊(1月20日):皮肤瘙痒,夜晚显著,摸脉尺部略滑,下焦有热,调整处方,药用:

附子90g(先煎),薏苡仁30g,败酱草60g,赤石脂60g,炮姜60g,血余炭60g,三七10g,仙鹤草60g,生姜50g,白鲜皮30g。3剂。

随访:1个月后随访,停药后慢慢病愈。

【按语】重症结肠炎,脓血样便,比较难治。开始曾服用中西药物屡治无效。可见其寒湿盘肠,病情深重。治此病证,非大剂姜

桂附温化寒凝,是难以取得良好疗效的。经临床观察治疗,逐渐增加附子的剂量,最终达到治疗目的。

93. 胃胀便秘案

黎某,女,38岁,市民。2009年1月17日就诊。

患者胃胀伴便秘病史年余,曾经服用中西药物,情况时好时坏,近期由于饮食不当而病情有加剧的趋势。现症见:胃脘胀满,时常暖气,大便干结,5~7天1次,小便短少,纳差,不知饥饿,畏寒肢冷,气短懒言,面色萎黄,眼睑下部紫暗,舌体胖大,边有齿痕,苔腻,脉沉细无力。证属中焦阳虚,升降失常,治宜温中行气,方用强中汤加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,党参30g,苍术30g,白术30g,丁香15g,草果20g,青皮15g,陈皮15g,厚朴30g,丹参30g,檀香10g,降香10g,三七10g,砂仁10g,桂枝30g,肉桂30g,火麻仁30g。3剂。

二诊(1月19日):服2剂药后,病情大减,胃纳开,大便通畅,第3剂药煮药不当而煮糊。故而提前来开药。上方药3剂,以强化疗效。

【按语】胃胀与便秘同时存在,临床极为常见。原因是,中焦升降不能,下焦二便不畅,由于下焦二便不畅又导致中焦升降不能,加之久治失治误治,故而形成恶性循环。而其治,选用《济生方》中的强中汤,温中行气作用显著,加用二桂,通阳作用进一步加强,同时加用丹参饮以活血行气,火麻仁润肠通便,上下通畅,故而胃胀与便秘同时得愈,临床疗效显著。

94. 口唇溃烂案

李某,女,22岁,职工。2009年2月14日就诊。

患者春节前后,因饮食生冷及生活不规律,口唇反复发作性溃烂,时间已有半月余,曾服用中西药物及局部涂抹紫药水等方

法,均不能使其恢复,而且进食极为不便,甚则说话都很费力。现症见:人体清瘦,平素怕冷,畏寒肢凉,喜食水果冷物,自感口中有“热”,但吃水果后腹部不适,甚则腹泻,手脚冰凉,月经不调,色淡量少,伴腹痛,血块增多,舌淡紫暗,体胖大边有齿痕,脉沉细无力。证属虚阳上越,治宜温阳潜镇,方用潜阳封髓丹加味,药用:

附子 60g(先煎),炮姜 50g,龟甲 10g,砂仁 10g,肉桂 10g,黄柏 10g,三七 10g,红参 10g。

二诊(2月19日):服上方药 5 剂之后,效果显著,上口唇溃烂愈合,下口唇黏膜恢复正常,但其全身情况改善不明显,原方药有效,再进 5 剂。

二诊(2月24日):全身性情况改善明显,要求再进 5 剂,以资远期疗效巩固。

【按语】范中林先生认为:“口内少实火。”而笔者则认为:头面疾患无实热,即头部在无外感的情况下,凡内伤者几乎九成均阴盛阳衰为病。但头面及口内往往反映患者有“热象”,使许多医者无法辨识阴阳。按照郑钦安阴阳两辨证的方法,可谓是执简驭繁,抓住了阴证的蛛丝马迹,而大举扶阳抑阴之法。方用潜阳丹合封髓丹,重用附子,潜阳入下,纳气归肾,方药对证,效果立显。但是这些患者,“冰冻三尺,非一日之寒”,病证消失,但全身性情况并非一日所能恢复,故而患者要养成良好的生活习惯,加之持久“扶阳助正,回阳返本”,才能完全康复。

95. 肠粘连案

化某,女,42岁,农民。2009年1月2日就诊。

患者在1年前做阑尾炎手术,手术后即发现腹部不适,近半年来每当受凉或饮食稍不注意时,便出现“肠梗阻”,经输液等措施后可缓解,但是越发作越频繁。现症见:腹部胀痛,喜温喜按,畏寒肢冷,时有恶心,脘胀纳差,不敢进食,每3~4天或10天排便一次,

气短懒言，身困乏力，舌淡体胖边有齿痕，脉沉细无力，尺部重按略滑。证属寒湿阻滞，气滞血瘀，治宜温中活血，佐以通便，方用强中汤加味，药用：

附子 30g(先煎)，炮姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，丁香 15g，草果 20g，厚朴 30g，青皮 15g，陈皮 15g，桂枝 30g，肉桂 30g，丹参 30g，檀香 10g，降香 10g，三七 10g，砂仁 10g，火麻仁 60g。7 剂。

二诊(2月22日)：服药之后，大便每天 1 次，纳增神振，口感恢复如初，由于春节饮食稍有不当地，自感腹胀，大便每 2~3 天 1 次，害怕老病复发，故再次来取药，要求巩固治疗，上方再服 7 剂。

【按语】手术以后粘连性肠梗阻，多发生于体虚阳弱之人，特别是反复发作，反复应用抗生素及苦寒通下之品，患者体质每况愈下，导致病情逐渐加剧。鉴于此种情况，笔者选用《济生方》中的强中汤合丹参饮，加火麻仁，再加二桂，温中阳、行气血、通肠腑，疗效显著。经多例观察疗效显著。特别是长期服药，对于巩固远期疗效非常重要，充分反映出“扶阳助正，回阳返本”之理念的临床确切价值。

96. 流感发热案

赵某，女，23 岁，大学生。2009 年 3 月 3 日就诊。

患者返校期间，不慎感受风寒，到校后出现发热等症状，曾在本校医院及天津市医院进行治疗，打针吃药均未见明显疗效，无奈返家求治。现症见：体质消瘦，不满 80 斤，恶寒发热，体温 37.5℃ 左右，白天重，夜晚轻，活动后加剧，卧床休息后减轻，平素畏寒肢冷，四肢手脚冰凉，气短懒言，咽痛，双侧扁桃体肿大Ⅱ度，舌体胖大，边有齿痕，脉沉细而弱。证属太少两感，阳虚发热，治宜温阳解表，方用麻黄附子细辛汤加味，药用：

生麻黄 10g，附子 30g(先煎)，细辛 10g，炮姜 30g，炙甘草 10g，

苍术 30g,白术 30g,三七 10g,砂仁 10g,党参 30g,红参 10g,桂枝 30g,肉桂 30g,桔梗 10g,生姜 50g。5 剂。

复诊(3月9日):发热退,体健如初,准备返校,要求强身巩固疗效,附子理中丸长期服用,以资巩固疗效。

【按语】春节前后天气冷热异常,体质差而传染流感。体强者经常规治疗而愈,但体质差者则成为久病难疗,患者曾在天津市医院住院治疗多日不愈,加之抗生素的长期应用,病不但不能减轻反而逐渐加剧。笔者遵循火神派扶阳理论,临床强调“扶阳助正,回阳返本”。针对三阴病虚寒证,多数采用经验方回阳建中汤,扶阳解表,温中健脾。本方采用麻黄附子细辛汤加经验方回阳建中汤合用,临床疗效显著。

97. 胃肠炎案

单某,男,36岁,农民。2009年3月25日就诊。

患者有“胃肠炎”病史半月余,曾在本地诊治,应用中西药物治疗,未见明显改善。现症见:胃脘胀痛,喜温喜按,每天溏便3~5次,伴有消化不良的食物,纳差腹胀,畏寒肢冷,气短懒言,舌淡胖大,边有齿痕,脉沉细无力。证属脾胃虚寒,湿浊下泄,治宜温中健脾,助阳止泻,方用强中汤加味,药用:

附子 30g(先煎),炮姜 30g,苍术 30g,白术 30g,炙甘草 10g,党参 30g,丁香 15g,草果 20g,厚朴 30g,青皮 15g,桂枝 30g,肉桂 30g,丹参 30g,檀香 10g,降香 10g,三七 10g,砂仁 10g,补骨脂 30g,赤石脂 30g,生麦芽 30g,生龙牡各 30g。3 剂。

二诊(4月1日):服药之后病愈,今天专程来取药,要求巩固治疗,以加强远期疗效,应用中成药附子理中丸合丹七片,进行善后调理。

【按语】胃肠炎一般都与外感有关,即外感与内伤合病的状态,这种患者一般都是虚寒性体质,在内有脾胃虚寒,因外感寒湿诱发而病情加剧,形成胃肠型感冒,这种患者单纯治疗一方

面,无法解决问题,因而造成病情迁延难疗。而中医优势就是能达到“标本同治”之目的,方用强中汤加味而治,温中行气,但活血化瘀、收敛止泻之功尚不足,故加用丹参饮、龙牡、二脂,以活血与收敛;针对外感,加用二桂、二术,一可助阳解表,二能通阳除湿,可达表里同治,并与姜桂附达“扶阳助正”之根本目的,因而疗效显著。

98. 慢支肺气肿心衰案

代某,女,78岁,农民。2009年3月31日就诊。

患者有“慢支肺气肿”病史10年余,每次劳累或外感之后就加剧,经输液、吃激素及平喘药等措施,开始尚可缓解,可后来效果越来越差,而且发作越来越频繁,再应用上述方法已经不能缓解病情。现症见:气喘、胸闷,咳嗽吐痰,不能平卧,气短懒言,畏寒肢冷,双下肢水肿,夜晚平卧易憋醒,大便10天未排,小便短少,纳差腹胀,面部轻度水肿,胃脘胀闷,行动困难,需人搀扶,口唇青紫,舌淡胖大,边有齿痕,苔略黄腻,脉沉细无力而数。证属心肾阳衰,肾不纳气,治宜温肾纳气,回阳收纳,方用李可破格救心汤化裁,药用:

附子60g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,党参30g,红参10g,三七10g,山萸肉60g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g,石菖蒲20g,甘松10g,桔梗10g,火麻仁60g。3剂。

二诊(4月3日):患者家属专程来说,服药1剂,病即见轻,3剂服完,已能平卧,咳喘消失大半,水肿已消,要求继续服药。原方再进3剂。

【按语】慢支肺气肿心衰的患者,由于长期服用激素、抗生素及平喘药物,后期形成虚实夹杂的证情,在过去凡遇到这种的患者,几乎是束手无策,无从下手治疗。自从学习了火神派扶阳理念之后,应用李可老中医经验方破格救心汤化裁,治疗此类患者可以说是如桴鼓之应,附子用到60g以上时,即可见大效。可见一种正

确的思路与方法,对于解决临床上的一些疑难杂病是非常重要的。因此,笔者在临床上对凡三阴寒证之患者,结合不同病情及方药,在“扶阳助正,回阳返本”之学术理念的指导下,临床疗效可以说不断提高。

99. 尿潴留案

王某,女,72岁,农民。2009年3月12日就诊。

患者曾因“膀胱尿潴留”而进行膀胱修补术,术后不但病情没有减轻,反而尿潴留症状更加频繁,经过中西药物治疗后,病情仍然不能缓解。B超报告:膀胱残余尿量增多,膀胱收缩功能差。现症见:小便频繁,每天约20~30次,而且每次排小便之后,总有排不完的感觉,往往是刚立起又想解小便,以至连续下蹲反复无法起身,胃脘胀满,纳呆腹胀,平素畏寒肢冷,气短懒言,小腹胀满,舌淡胖大,边有齿痕,脉双手沉细无力。证属阴盛阳衰,气化不及,治宜温中行气,活血通经,方用强中汤加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,党参30g,苍术30g,白术30g,桂枝30g,肉桂30g,丁香15g,草果30g,厚朴30g,青皮15g,陈皮15g,丹参30g,檀香10g,降香10g,三七10g,砂仁10g,乌药10g。3剂。

二诊(3月16日):服药后,上部胃脘胀满消失,纳增神振,下部小便频繁明显减少,已能控制排尿,不再反复下蹲,仍有轻微小腹痛感。原方药有效,再进5剂。

三诊(4月6日):今天来看外感,自述尿频消失,小腹胀痛也消失,现完全恢复正常排尿功能。现症见恶寒发热,口苦咽干,脉左手浮滑有力,右手脉浮弱。证属风寒外感,内有郁热,脾胃虚弱,治宜解表散寒,兼清郁热,方用柴胡桂枝白虎汤加味,3剂。

【按语】膀胱尿潴留是比较少见的一种病证,而手术之后并未好转,表明病情比较复杂。《内经》云:“膀胱者,州都之官,气化出

焉。”表明排尿过程是依靠肾中气化的功能,此例患者一派阳虚气滞状态,故而辨证选用强中汤合丹参饮,温中活血、助阳行气,同时加二桂以通阳化气,固摄津液,加用乌药有缩小便之功,方药合证,故而临床疗效显著。

100. 儿童久病菌痢案

李某,男,8岁,学生。2009年4月11日就诊。

患儿患细菌性痢疾已有20余天,每天便次7~10次,脓血样便,曾经西药输液、肌注等方法治疗,不但不能减轻,反而进行性加重,无奈经院内专家介绍前来求治。现症见:腹痛欲泻,泻下不多,均为不消化之物,伴有脓血样物,患儿精神疲惫,四肢冰凉,纳差腹胀,舌淡,脉微浮,重按尺部略滑。证属湿浊蕴结,瘀血阻滞,治宜活血化瘀,温阳化浊,方用少腹逐瘀汤合大黄附子汤加味,药用:

当归10g,赤芍10g,川芎10g,吴茱萸10g,延胡索10g,五灵脂10g,肉桂10g,蒲黄10g,丹参10g,三七10g,生龙牡各30g,山萸肉30g,血余炭30g,桃仁10g,红花10g,大黄6g,附子10g,细辛10g,土鳖虫10g,生麦芽30g。2剂,按3天服用。

二诊(4月17日):服药后,大便每天1~2次,便色正常,无脓血样物,一般情况良好,要求巩固治疗。同上方药2剂,服用3天,以资加强远期疗效。

随访:半个月后,因腹部不适而再诊,害怕上病复发,经化验大便常规正常,嘱咐其饮食要注意。

【按语】“慢性菌痢”一般都比较难治,特别是长期应用抗生素者,病情更为复杂化。中药治疗此病若按图索骥,也难以取得效果。针对患儿脓血样便以血为主,出血便是瘀,瘀血内蕴,便是菌痢难愈的根本原因。故此,治疗选用王清任的少腹逐瘀汤,专事温通化瘀,合用《伤寒论》中的大黄附子汤,以温阳化浊,并用张锡纯之补络补管汤以宁血止血、收敛止血,加用下瘀血汤以加强活血化

瘥之用，多方共用，大方复治，临床才得以取得良效。

101. 下口唇溃疡案

冯某，女，40岁，农民。2009年4月18日就诊。

患者反复发作性“下口唇溃疡”已有10余年，曾经服用中西药物，病情时好时坏，始终不能根治。现症见：下嘴唇内侧多处溃疡，溃烂处黏膜色苍白、淡红，舌淡胖大，苔水滑，脉沉细无力、尺部略滑。证属虚阳上越，治宜温阳潜镇，引火归原，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附子60g(先煎)，龟甲10g，砂仁10g，炙甘草10g，黄柏30g，蜂房30g，肉桂10g，三七10g，灵磁石30g，紫石英30g，生龙牡各30g。

二诊(4月22日)：服3剂药后，溃疡已愈合，喜出望外，要求巩固治疗，上方加骨碎补、牛膝，以引火归原。3剂，强化远期疗效。

【按语】下口唇溃疡10余年，依据久病多虚、久病多瘥、久病及肾的三个观点，结合学习火神派认识，证明了范中林先生所说“口内少实火”之理论的正确性，即口腔内的溃疡、溃烂，多源于虚阳上扰。故此，治用郑钦安推崇的潜阳封髓丹，潜阳入下，引火归原，重用附子引阳归位，3剂而病愈，可见火神派学术理念重用附子，以治三阴寒证之神效也。

102. 头痛案

代某，女，60岁，农民。2009年4月30日就诊。

患者有头痛病史20余年，长期服用中西镇痛药，只能缓解一时，近期有加剧的趋势，再服前药无效。现症见：头痛剧烈，遇寒加剧，不时呕吐清水，平素畏寒肢冷，纳差腹胀，头痛身困，气短懒言，舌淡胖大，边有齿痕，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，浊阴上犯，治宜温阳活血，方用大回阳饮合清震汤加味，药用：

附子60g(先煎)，炮姜30g，炙甘草10g，肉桂10g，荷叶10g，

升麻 6g, 苍术 10g, 白术 10g, 石菖蒲 30g, 白芷 30g, 威灵仙 10g, 桃仁 10g, 红花 10g, 川芎 10g, 赤芍 10g, 三七 10g, 丹参 10g。3 剂。

二诊(5月5日):服药后,头痛顿减,自感减轻七成之多,要求再服,以强化疗效。再服上方药 3 剂。

【按语】头痛一症,病虽小而颇为难治。此例患者久病绵绵,阴盛阳衰,浊阴上犯,上干阳位。其治重在潜阳,扶阳抑阴,方用大回阳饮加清震汤,上走下达,同时加用活血化瘀之品,方用王清任通窍活血汤化裁,共达温阳活血之用,阳气升,浊阴降,血脉通,瘀阻消,故临床疗效显著。

103. 尿失禁案

郭某,女,48岁,农民。2009年5月4日就诊。

患者间断性出现“尿失禁”,行走之时加剧,静卧休息后减轻,曾服多种中西药物未见明显的改善。现症见:形体肥胖,动则气喘,虚汗淋漓,大便秘结,5~7天排便1次,大便干且难以排出,小便短少,行走之间小便自行排出,没有感觉,舌体胖大,边有齿痕,脉左手沉细无力,右手沉中兼滑、尺部无力。证属中气下陷,气化不及,二便失司,治宜升阳举气,潜阳归元,方用补中益气汤加附子等,药用:

党参 30g, 炙甘草 10g, 苍术 10g, 白术 10g, 当归 10g, 陈皮 10g, 生黄芪 30g, 升麻 6g, 柴胡 6g, 附子 10g, 枳壳 30g, 黄柏 10g, 砂仁 10g, 三七 10g, 丹参 30g, 火麻仁 30g, 肉苁蓉 30g, 益智仁 30g。3 剂。

二诊(5月8日):服药后,大便排泄通畅,开始量多、次多,服完后反而大便每天1次,尿失禁消失,要求巩固治疗。上方去火麻仁,加肾四味(仙灵脾、枸杞子、菟丝子、补骨脂)各10g,5剂,以资巩固远期疗效。

【按语】尿失禁一症,临床比较少见。中气下陷,不能升清降

浊,则清者不升,浊阴不降;清者不升反而下降,则小便失禁,浊者不降而大便秘结。其治立旨升阳举陷,同时佐以温阳通大便。故不出所料,大便一通,浊气下降,而清气随之上升,尿失禁消失。后期治疗当固肾摄精,因肾职司二便,中气之升清降浊,其根在肾中精气,巩固加强固肾精之治疗,可增加疗效持久。

104. 小儿肺炎腹泻案

张某,女,2岁,市民。2009年3月25日就诊。

患儿患“喘息性支气管炎”月余,长期在我院门诊儿科治疗,反复应用抗生素、激素等措施,病情时好时坏,始终不能缓解。现症见:轻微咳嗽,气喘,听诊双下肺有哮鸣音及少量湿啰音,食纳较差,伴腹泻,每天2~3次,沫状消化不良食物,精神不佳,舌淡,脉浮弱。证属外感风寒,正气不足,治宜温阳解表,方用麻黄附子细辛汤合理中汤加味,药用:

生麻黄 10g,附子 10g,细辛 10g,炙甘草 10g,党参 30g,干姜 10g,苍术 10g,白术 10g,桂枝 10g,白芍 10g,桔梗 10g。

用法:1剂,按3天服用。

二诊(3月28日):3天服完药后,喘息大减,再听诊双肺湿啰音消失大半,精神较好,但食欲仍较差,腹泻未改善,上方加生龙牡各30g,再进1剂,仍按3天服完。

三诊(3月31日):肺炎痊愈,大便也恢复如常,要求巩固治疗,再进1剂,仍按3天服用。

随访(4月30日):情况非常好,未再出现病情反复。

【按语】小儿肺炎合并腹泻,这与长期应用西药有一定的关系,停用西药后,单纯中药治疗,温肺化饮,健脾温中,表里双解,效果显著。但腹泻不愈,肺炎难好。故二诊加用龙骨与牡蛎,协调阴阳,上治喘,下治泻,上下同治,标本兼顾,故而疗效显著。由于中医可标本同治,因此远期疗效也比较巩固。

105. 心房纤颤案

朱某,男,30岁,职工。2009年5月5日就诊。

患者有心脏病史10年余,曾经住院而治愈。近期由于过度劳累,再次感到心慌胸闷,心电图报告:快速性心房纤颤。要求中药治疗。现症见:心慌心悸,胸闷气短,动则加剧,平素畏寒肢冷,睡眠不佳,大便溏薄,小便短赤,食欲尚可,舌淡胖大,舌尖稍红,脉浮数重按无力。证属虚阳上越,心肾阳亏,治宜温补心肾,镇心安神,方用补坎益离丹加味,药用:

附子10g,肉桂10g,干姜10g,炙甘草10g,生龙牡各30g,三七10g,红参10g,砂仁10g,紫石英30g,灵磁石30g,石菖蒲10g,甘松10g,生麦芽30g。10剂。

二诊(5月15日):患者服药1剂,自感心慌胸闷突然消失,服完药后,感到精神倍增,今天听诊心率与脉搏相一致,节律整齐,心率70次/分。观舌淡边尖红,摸脉沉中略兼滑。证属虚阳上扰,治宜潜阳安神,方用潜阳封髓丹加味,药用:

附子10g,干姜10g,肉桂10g,炙甘草10g,砂仁10g,黄柏10g,三七10g,红参10g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g,补骨脂10g,细辛6g,仙灵脾10g,枸杞子10g,菟丝子10g,骨碎补10g。10剂。巩固治疗。

三诊(5月26日):今天查心电图,心率55次/分,其他正常。胃纳稍差,诊脉右沉中略滑,左手沉弱无力。治宜回阳建中,方用经验方回阳建中汤加味,药用:

附子10g,干姜10g,炙甘草10g,党参30g,苍术10g,白术10g,砂仁10g,三七10g,黄柏10g,桂枝10g,肉桂10g,石菖蒲10g,甘松10g,骨碎补10g,细辛6g,牡蛎10g,生麦芽30g。10剂,隔天服1剂。

【按语】心房纤颤反复发作,临床上是一种难治的病证。此例患者过劳而伤及心肾之阳气,诱发心肾阳亏,从而导致阳虚而

虚阳上越，阴盛则阳虚上浮。正如郑钦安所说：“水盛一分，龙亦盛一分，水高一尺，龙亦高一尺，是龙之因水盛而游，非龙之不潜而反其常”（《医理真传》）。这种心房率很快，但心室率并不快，房室跳动的不一致性，正如虚火上冲，上热下寒，心肾阳虚，表明这种快速的心房率就是典型的虚阳上扰所致的心率加快。故而治疗采用郑钦安之补坎益离丹，温心肾之阳，同时加强镇心安神、活血化瘀，以进一步提高临床疗效。方药对证，疗效显著。后期治疗巩固，方用潜阳封髓丹加味，特别是合用肾四味（仙灵脾、枸杞子、菟丝子、补骨脂）以助潜阳入肾，对加强远期疗效具有重要的意义。

106. 术后肠粘连案

胡某，女，58岁，农民。2009年4月22日就诊。

患者在1月前手术切除子宫，术后开始出现小腹不适、疼痛，开始打针吃药尚有效，可后来效果越来越差，反复出现肠粘连，妇科建议服中药治疗。现症见：小腹胀痛，不敢进食，稍有不慎，就出现恶心呕吐，纳差胃胀，不知饥饿，畏寒肢冷，气短懒言，口苦咽干，小腹热感，小便短少并有灼热感，大便3~5天1次，排便干结费力，舌淡质紫暗，边尖稍暗红，苔略黄，脉沉细弱而无力。证属寒凝血瘀，治宜温通活血，行气宽中，方用少腹逐瘀汤合大黄附子汤加味，药用：

当归 10g，川芎 10g，赤芍 10g，小茴香 30g，干姜 30g，延胡索 10g，五灵脂 10g，血竭 10g，肉桂 30g，蒲黄 10g，丹参 30g，三七 10g，香附 10g，乌药 10g，生大黄 10g，附子 10g，细辛 10g，土鳖虫 10g，桃仁 10g，红花 10g，厚朴 10g，陈皮 10g，炙甘草 10g，白薏仁 10g，木香 10g，茯苓 10g。3剂。

二诊（4月26日）：服药后，症状大减，大便通畅，已有食欲，但吃不多，小便仍有灼热感，小腹痛顿减，排气正常。调整处方，药用：

当归 10g,川芎 10g,赤芍 10g,小茴香 30g,干姜 30g,延胡索 10g,五灵脂 10g,血竭 10g,肉桂 30g,蒲黄 10g,丹参 30g,三七 10g,香附 10g,乌药 10g,生大黄 10g,附子 10g,细辛 10g,薏苡仁 30g,败酱草 30g,三棱 10g,莪术 10g,威灵仙 20g。5 剂。

三诊(5月2日):服药后,基本恢复正常,食欲尚好,大小便如常,只是感到疲乏无力,休息后稍好,活动后仍然觉得小便有灼热感,化验尿正常,仍用上方,加上封髓丹(黄柏 10g,砂仁 10g,炙甘草 10g)原方,再服 3 剂,以资巩固远期疗效。

【按语】术后肠粘连,中医认为是一种创伤性血瘀证,加之体质消耗过多而形成虚中夹瘀证。但瘀血日久,蕴而化热。故患者在此一派阴证现象中,往往表现出有“热”的假象。因而在治疗过程中,除用王清任的少腹逐瘀汤外,合用大黄附子汤及下瘀血汤两方,在活血化瘀、行气通下的同时,兼以清除郁热,而后期则用封髓丹,纳气归肾,封髓潜阳达到彻底巩固远期疗效的目的。

107. 眩晕案

张某,女,60岁,农民。2009年5月17日就诊。

患者间断性眩晕7年余,曾详细进行检查也未发现器质性病变,血压正常,曾经中西药物多年治疗,情况并未明显好转,近期有加剧的趋势。现症见:眩晕时作,闭目稍休息后可减轻,但不能消失,运动后加剧,天旋地转,白天重,夜晚稍轻,伴见耳鸣,像蝉鸣一样,口苦咽干,平素怕冷,喜热恶凉,失眠多梦,夜寐不实,腰酸腿软,舌胖大,质紫暗,脉沉细无力。证属阴盛阳衰,虚阳上扰,治宜回阳建中,方用经验方回阳建中汤加味,药用:

附子 10g,干姜 10g,炙甘草 10g,苍术 10g,白术 10g,桂枝 10g,肉桂 10g,石菖蒲 30g,天麻 10g,三七 10g,砂仁 10g,甘松 10g,黄柏 10g,党参 30g。3 剂。

二诊(5月21日):服药之后,疗效平平,改变不太大。病重药轻,改用温通活血之法,潜阳封髓丹合通窍活血汤加味,药用:

附子 30g(先煎),龟甲 10g,炙甘草 10g,砂仁 10g,黄柏 10g,三七 10g,红参 10g,生龙牡各 30g,紫石英 30g,灵磁石 30g,石菖蒲 30g,白芷 30g,威灵仙 10g,桃仁 10g,红花 10g,川芎 10g,赤芍 10g,仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g。

三诊(5月26日):服5剂药后,眩晕消失,睡眠佳,但仍有耳鸣,其他症状消减九成之多,要求中成药巩固治疗,改桂附地黄丸合丹七片善后调理。

【按语】老年性眩晕,多责之于肾虚。但此例患者眩晕发作数年有余,久病多虚又多瘀,现患者一派阴盛阳衰之表现,一诊扶阳助阳而无潜阳之功,因而疗效平平。二诊之后,加重附子剂量,同时潜阳入肾,引龙归海,特别是加用二仙等,以助扶阳助阳回阳之力,辅以镇潜安神之品,以使虚阳归下;同时加强活血化瘀、通经开窍之功,因而疗效显著,不仅眩晕消失,而且睡眠也佳。耳鸣仍未消失,固仍需要补肾活血之品,以图长久之计。

108. 心动过缓案

张某,女,50岁,职工。2009年5月15日就诊。

患者心慌心悸,气短胸闷年余,曾确诊为“心动过缓、冠心病”,经治疗而未有明显的效果。现症见:心慌心累,气短懒言,动则气喘胸闷加剧,不耐劳作,畏寒肢冷,喜热恶凉,大便时溏时干,纳差腹胀,舌淡色稍暗,苔薄少津,脉沉弱无力。证属心肾阳虚,脉络瘀阻,治宜温通活血,方用经验方回阳建中汤加味,药用:

附子 30g(先煎),干姜 30g,炙甘草 10g,苍术 30g,白术 30g,肉桂 30g,桂枝 30g,三七 10g,砂仁 10g,红参 10g,石菖蒲 10g,甘松 10g,骨碎补 10g,细辛 10g,仙灵脾 30g,仙茅 30g,补骨脂 30g,生麦芽 30g。10剂。

二诊(5月28日):服药之后,心率达75次/分,自觉症状消失,感觉精神倍增,纳增神振,要求继续用药巩固治疗,上方再服7剂,以资远期疗效。

【按语】心动过缓一病,结合患者全身阴证表现,辨证为阴盛阳衰之证,笔者抓住“扶阳助正,回阳返本”之学术理念,方用经验方回阳建中汤加味,特别是加仙灵脾、仙茅、补骨脂、骨碎补、细辛之5味,以达助阳扶阳回阳之功,因而临床疗效显著。

109. 更年期并乳腺小叶增生症案

付某,女,47岁,农民。2009年8月7日就诊。

患者近几年内月经不调,时有时无,来月经之时色暗有瘀血块,伴腹痛不适。平时畏寒肢冷,心情烦躁,失眠多梦,伴有双侧乳腺小叶增生症,长期服用中西药物,情况时好时坏,不能完全缓解,甚为痛苦。现症见:胸胁胀满,双侧乳房胀痛,伴有阵发性刺痛不移,手触之有小节结囊肿样物,局部观察无明显异样;平素喜暖怕凉,失眠多梦,喜叹息,阵发性烘热汗出,伴烦躁不安,纳差腹胀,舌质稍紫暗,苔白腻,脉沉细略涩。证属气滞血瘀,阴阳两虚,虚阳上扰,治宜扶阳潜阳,疏肝活血,方用潜阳封髓丹合血府逐瘀汤加味,药用:

附子30g(先煎),干姜10g,龟甲10g,砂仁10g,黄柏10g,炙甘草10g,肉桂10g,当归10g,丹参30g,三七10g,柴胡10g,赤芍10g,川芎10g,枳壳30g,桔梗10g,牛膝10g,生龙牡各30g,穿山甲3g,皂刺30g,蜂房30g,苍术10g,白术10g,党参30g,生麦芽30g。14剂。

二诊(8月31日):服上方药后,失眠多梦、阵发性烘热汗出消失,双侧乳房胀痛消减大半,硬结增生仍有,局部压痛感,方药调整如下,药用:

附子30g(先煎),干姜10g,桂枝30g,白芥子10g,路路通10g,王不留行10g,猫爪草30g,土鳖虫10g,乳香10g,没药10g,三棱10g,莪术10g,威灵仙30g,党参30g,蜂房30g,当归10g,丹参30g,柴胡10g,川芎10g,桃仁10g,红花10g,枳壳30g,桔梗10g,赤芍10g,牛膝10g,炙甘草10g,三七10g,皂刺30g,穿山甲3g,生

麦芽 30g。10 剂。

三诊(10月2日):患者已到外地打工,专程差人取药,上方服药后,症状消失,乳腺增生肿块也消失九成之多,已无胀痛感觉,要求巩固治疗,上方取药 10 剂。巩固治疗,隔日 1 剂,以加强远期疗效。

【按语】该患者更年期伴双侧乳腺增生症,经中西药物治疗多年而疗效不佳。究其原因,多与其病机病情复杂有关,更年期处于阴阳两虚状态,伴阳虚上扰,同时双侧乳腺增生肿块,已形成气滞血瘀之表现。故其治重在调整阴阳、行气活血之大法上,方用潜阳封髓丹合血府逐瘀汤加味,扶阳助阳、潜阳安神,合用疏肝行气、活血散结之用,共达平补阴阳、行气活血之效。大方复治,桂附重用,故而临床疗效显著。

110. 哮喘伴遗尿案

丁某,男,72岁,农民。住院号:61570。2009年8月10日就诊。

患者有“慢支肺气肿伴喘息”病史 20 年余,长期服用平喘中西药物,开始尚有效果,但随着病程的进展,自感药物疗效越来越差。每当发作之时需到县市级医院住院救治,才能得以慢慢缓解,而且自感病情在不断地加剧。现症见:动则气喘,上气不接下气,心慌心累,发作时伴遗尿,只要一走路就小便自遗,喘息必定加剧或发作,平素腰膝酸软,畏寒肢凉,喜热恶冷,舌质淡稍紫暗,苔白腻滑,脉沉细尺部略滑,证属肾不纳气、虚阳上浮,治宜补肾纳气、收敛固涩,佐以益肾活血,方用四逆汤合封髓丹加味,药用:

附子 60g(先煎),干姜 30g,炙甘草 10g,党参 30g,苍术 10g,白术 10g,三七 10g,砂仁 10g,黄柏 10g,山萸肉 60g,石菖蒲 10g,生龙牡各 30g,磁石 30g,紫石英 30g,生姜 30g,细辛 10g,益智仁 10g,丹参 30g,肾四味各 30g。3 剂。

二诊(8月13日):服药之后,自感喘息大减,走路时小便也不再自遗,甚为高兴,多年困扰之痼疾救之有望。原方继续服用。3剂。

三诊(8月16日):效果良好,疗效确切,现在上下楼也不感到心跳心累,可以恢复像以前一样小跑步活动了。带药10剂出院。并带一剂固本散(紫河车、鹿茸、红参、三七、琥珀、沉香、灵芝、蛤蚧),每天2次,每次3g。

随访(9月10日):曾2次电话随访,病情一直很稳定,效果显著。

【按语】该例患者是江苏省大丰县人,曾在当地县市省级医院长期治疗而不能得以缓解,均是不了了之。后来患者家属读了笔者《火神派学习与临证实践》一书,专程到河南省驻马店市中医院求治于笔者。经服用含有附子的方药以后,感觉与其他治疗方法迥然有别,正如书中而言,疗效确切。而该方正是选用李可老中医的破格救心汤加减,大剂附子临床疗效确切,特别是固本散巩固远期疗效,对于防止病情反复具有重要的价值与作用。

111. 慢性结肠炎案

洪某,女,33岁,市民。2009年8月9日就诊。

患者有“慢性结肠炎”病史10年余,曾间断服用中西药物,情况时好时坏,病情始终不能稳定,特别是近2年来,有进行性加剧的趋势,曾服某老中医的中药汤剂300余剂,吃着药不拉肚子,只要一停药,就又恢复了原来腹泻的状态,甚为痛苦。现症见:平素畏寒肢冷,喜暖怕凉,时腹疼痛,痛时喜温喜按,痛时欲泻,泻后痛减,每痛必泻,每天泄泻3~5次。由于腹泻而身体消瘦,时时胃脘胀满,纳差,月经量少色淡,经期后错,舌淡胖大水滑,苔白腻,脉沉细而尺部略滑。证属脾胃虚寒,湿热瘀阻,治宜温补脾肾,佐以通利活血,方用附子理中汤加味,药用:

附子30g(先煎),炮姜30g,炙甘草10g,苍术30g,白术30g,党

参 30g, 丹参 30g, 三七 10g, 枳实 10g, 枳壳 10g, 乌药 10g, 厚朴 10g, 槟榔 10g, 生大黄 6g, 防风 10g, 白芍 30g, 陈皮 10g, 血竭 10g, 三棱 10g, 莪术 10g, 薏苡仁 30g, 败酱草 30g, 徐长卿 20g, 威灵仙 10g, 生麦芽 30g。

用法: 3剂。水煎服, 每服药 1剂, 间隔 3天, 再服第 2剂。

二诊(8月20日): 服药之时交代患者, 每间隔 3天服药 1剂, 患者感到非常吃惊, 他说我原来是每天服药还不能控制住泄泻, 你服药要求吃吃停停, 这能行吗? 患者将信将疑地接受了此医治方案。果然不出所料, 服药 1剂当天泄泻加剧, 但停药之后, 3天之内泄泻次数明显减少, 服完药 10天以后, 大便每天 1次。患者喜出望外, 要求继续用药, 以巩固治疗, 再进 3剂, 这次每间隔 5~7天服药 1剂。

随访: 1个月后, 患者专程电话告知, 病情稳定而良好, 每天 1次大便, 只服了 1剂, 另外 2剂作为备用, 没有服用。

【按语】慢性结肠炎病情漫长, 治疗起来非常棘手。原因是: 脾胃虚寒需要温补, 胃肠积滞、湿热、瘀滞需要泻, 即脾宜补, 胃宜泻。攻补之方处于一炉, 如何发挥各自的治疗目的, 是个值得思考的问题。笔者在长期的临床观察中发现, 连续给药, 往往事与愿违。故此, 临床上摸索出补泻通行、清利活血为一炉, 间隔服药给药法, 经临床验证, 疗效大增, 且远期疗效确切, 值得临床上进一步地研究与总结。

112. 慢支肺气肿并发脑出血后遗症案

刘某, 男, 78岁, 退休工人。住院号: 61886。2009年8月20日就诊。

患者有“慢支肺气肿”病史 20年余, 平素气喘咳嗽、胸闷气短, 外感之后或是每到秋冬季节必然加剧, 喘息时不能平卧, 年年如此, 近几年逐渐加剧, 特别是 3个月前患“左侧脑出血”, 经治疗后病情刚刚稳定, 现伴有语言构音不清, 吞咽功能不利, 右侧肢体功能

障碍,肌力2级,因气喘伴不能平卧再次入院治疗。现症见:气喘胸闷,不能平卧,右侧肺部哮鸣音明显,说话构音不清,吞咽不利,大便秘结,小便无法自控,舌质淡暗色紫,苔白腻,脉双侧沉细而无力,右侧几乎无法触及。证属肾不纳气,痰瘀阻络,治宜补肾纳气,化痰通络活血,方用破格救心汤化裁,药用:

附子60g(先煎),干姜30g,炙甘草10g,党参30g,苍术30g,丹参30g,白术30g,三七10g,砂仁10g,生龙牡各30g,紫石英30g,灵磁石30g,山萸肉60g,火麻仁30g,石菖蒲30g,远志10g,白芷30g,生姜60g,川芎10g,赤芍10g,桃仁10g,红花10g,威灵仙30g,徐长卿20g。

复诊情况(9月2日):上方药开始服用困难,每2天1剂,1周之后经中药加针灸治疗,吞咽功能明显好转,可以每天服药1剂,半个月之后,气喘胸闷逐渐缓解,二便可自行排出,肺部听诊哮鸣音逐渐消失。附子用10天以后,用量加至75g,另加肾四味(仙灵脾、菟丝子、枸杞子、补骨脂)各10~30g,共服中药16剂,同时配合综合疗法,现患者已经可以自己坐稳,吞咽功能基本复常,大小便通畅,基本可以自控,病侧肌力恢复到3级,要求带药出院,巩固治疗。带药处方如下:

附子500g,干姜300g,炙甘草100g,三七100g,蛤蚧2对。

用法:上药共为细末,每次6g,每天2次。

随访(10月15日):1个月后,其子因孩子有病开药,询问老人病情良好,哮喘未再发作,而且肢体功能障碍仍在恢复之中,且逐渐好转。

【按语】此例患者可谓是多病共存,慢支肺气肿、咳嗽哮喘数十年之久,加之新患脑出血后遗症,又影响至吞咽功能障碍,加上二便无法自行控制,新病老疾,痰喘难以平卧,形成了所谓的顽疾痼疾。治疗此种重症,非重拳出击,大方复治,冀望有效可谓之难矣。本病选用李可老中医破格救心汤化裁,李可老中医认为“危急病症救阳为急”,故而重用附子为主药,加通窍、化痰、活血、祛风、

通路、益肾等辅助药物,重点在于调整肾中阳气,纳气潜下,抓住了病情的要害,而且循序渐进,故此临床疗效比较肯定并达到了预期的目的。特别是以附子为主的药物应用,对于后期的维持治疗、巩固疗效、加强远期效果具有重要的意义。

113. 膀胱造瘘术后血尿不止案

孙某,男,77岁,农民。住院号:62789。2009年10月30日就诊。

患者于2009年9月27日因膀胱病变而住院,住院后10月15日行膀胱造瘘手术,术后半个月来,间断性出现血尿,常因膀胱内血凝块阻塞尿管,不得不经常更换尿管及冲洗膀胱,并经膀胱灌注止血药物,虽能止血但由于血凝块阻塞尿管,造成进退两难的地步。每当活动后,膀胱出血反复出现而无法出院,后经笔者诊治。现症见:患者四肢湿凉,畏寒怕冷,由于害怕活动后出血,手术后半个月来长期卧床,食纳较差,大便秘结,从尿管中不时排出暗紫色血液,常因凝血块阻塞尿管,且活动后造瘘处伤口疼痛,舌质紫暗,苔白腻稍滑,脉硬重按无力,尺部略滑。证属肾阳亏损,阳不摄血,治宜温阳摄血,方用大回阳饮加味,药用:

附片60g(先煎),炮姜60g,炙甘草10g,三七30g,血余炭60g,肉桂6g(后下)。3剂。

二诊(11月2日):服药后,自感全身有暖热的感觉,精神倍增,尿管排血在服药1剂后消失。在服第1剂药的时候,患者说他吐了,吐后又喝就没有再吐,我解释说这是药物的排病反应,他说也是,吐完之后自觉浑身轻松,食欲也明显增加,并且伤口处有痒痒的感觉,我说这是伤口在恢复的表现。3天来尿管中未再出血,下床活动后也未见出血。要求今天带药出院,带上方7剂,出院进一步巩固治疗。

【按语】治疗这样的伤口造瘘血尿证,如果不是接受了火神派学术理念,恐怕治疗这样的疑难杂病是不敢想象的。正如《医法圆

通》中所说：“不观天之日月，犹人身之气血乎！昼则日行于上，而月伏于下；夜则月行于上，而日伏于下。人身气血同然，失血之人，血行于上，而气伏不升可知，欲求血之伏于下，是必待气之升于上，气升于上，血犹有不伏者乎？知得此中消息，则辛温扶阳之药，实为治血之药也。”经辨别真假而独视阴证，表明患者阳气亏损而不能摄血乃为其主要因素，故此应用吴佩衡教授之大回阳饮，加三七、血余炭，药简力专，温阳摄血，兼以化瘀，可谓是一举两得，因此而临床疗效显著。

附录一：扶阳语录

《周易·象辞》——

大哉乾元，万物资始，乃统天。

至哉坤元，万物资生，乃顺承天。

《周易·象辞》——

天行健，君子以自强不息。

《黄帝内经》——

阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明。是故阳因而上，卫外者也。

阳气者，精则养神，柔则养筋。

凡阴阳之要，阳密乃固。

阳强不能密，阴气乃绝；阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝。

阳生阴长，阳杀阴藏；阳化气，阴成形。

气实者，热也；气虚者，寒也。

夫食入于阴，长气于阳。

阴气多，阳气少，故身寒如从水中出。

阳予之正，阴为之主。

同时而伤，其身多热者易已，多寒者难已。

诸阳之会，皆在于面。

知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷。

《黄帝外经》——

命门，火也，无形有气，居两肾之间，能生水而亦能藏于水也。

命门旺而十二经皆旺，命门衰而十二经皆衰也。命门生而气生，命门绝而气绝矣。

人非火不生，命门属火，先天之火也，十二经得命门之火始能生化。

物之生也，生于阳；物之成也，成于阴也。阳，火也；阴，水也。

阴生阳则缓，阳生阴则速。救阴而阳之绝不能遽回，救阳而阴之绝可以骤复，故救阴不若救阳也。

《难经》——

阳虚阴盛，汗出而愈，下之即死。

《中藏经》——

阳者生之本，阴者死之基。得其阳者生，得其阴者死。阴常宜损，阳常宜盈。顺阴者多消灭，顺阳者多长生。

阴中之阴中者，一生九死；阳中之阳中者，九生一死。

汉·董仲舒《春秋繁露·阴阳义》——

阳者，天之德也。

宋·王安石《洪范传》——

日者，昭明之大表，光景之大纪，群阳之精，众贵之象也。

宋·邵雍《观物外篇》——

阴对阳为二，然阳来则生，阳去则死，天地万物生死主于阳，则归于一也。

宋·朱熹《语类》——

乾坤阴阳以位相对而言，固只一般，然以分言，乾尊坤卑，阳尊阴卑，不可并也。

明·张景岳《类经附翼》——

阳之为义大矣。夫阴以阳为主，所关于造化之原，而为性命之本者，惟斯而已。

天之大宝，只此一丸红日；人之大宝，只此一息真阳。

明·赵献可《医贯》——

火乃人身之至宝。

明·李中梓《内经知要》——

火者阳气也。天非此火，不能发育万物，人非此火，不能生养命根，是以物生必本于阳。天之运行，惟日为本，天无此则昼夜不分，四时失序，晦冥幽暗，万物不彰矣。在于人者，亦惟此阳气为

要，苟无阳气，孰分清浊，孰布三焦，孰为呼吸，孰为运行，血何由生，食何由化，与天之无日等矣，欲保天年，其可得乎？

明·方以智《物理小识》——

天道以阳气为主，人身亦以阳气为主，阳统阴。

清·陈修园——

宁事温补，勿事寒凉。

清·徐大椿《医学源流论》——

人得天地之气以生，有生之气，即是阳气，精血皆其化也。

清·杨西山《弄丸心法》——

阴阳之气，妙用无穷，人之一身，阴阳而已，二气之中，阳气更尊，气盛者强，气衰者病，气聚则生，气散则死，人之阳气，犹天之日，仰观乎天，可悟乎人。

清·郑钦安《医理真传》《医法圆通》——

天一生水，在人身为肾，一点真阳，含于二阴之中，居于至阴之地，乃人立命之根，真种子也。

人身立命，就是这一个火字，火即气，气有余便是火，气不足便是寒。

夫人身一点元阳，从子时起，渐渐而盛，至午则渐渐而衰，如日之运行不息。

有形之躯壳，皆是一团死机，全赖这一团真气运用于中，而死机遂转成生机。

气者阳也，阳行一寸，阴即行一寸，阳停一刻，阴即停一刻。

阳者，阴之主也，阳气流通，阴气无滞。

阳者，阴之根也。阳气充足，则阴气全消，百病不作；阳气散漫，则阴邪立起。

业医者，果能细心研究，即从真龙上领悟阴阳，便得人身一付全龙也。

学者苟能于阴阳上探求至理，便可入仲景之门也。

仲景一生学问，即在这先天立极之元阴、元阳上探求盈虚消

长，揭六经之提纲，判阴阳之界限，三阳本乾元一气所分，三阴本坤元一气所化，五脏六腑，皆是虚位，二气流行，方是真机。

元气为人生阴阳之主宰。人生立命全在坎中一阳。万病皆损于一元阳气。

彭子益《圆运动的古中医学》——

生物的生命，全是太阳射到地面的热所产生。今夏太阳射到地面的火热，即是来年生物生命之根。然此火热，必须经过秋时降入土下，经过冬时，藏于土下的水中，然后能生生物的生命。

阳升阴降，自然之事。阴性本降，三阴之升，阴中有阳也。阳性本升，三阳之降，阳中有阴也。

火在火下则生气，火在水上则生湿。

植物经秋而叶落，植物个体的热下降也。经冬而添根，植物个体的热下沉也。经春而生发，植物个体的热上升也。经夏而茂长，植物个体的热上浮也。热的降沉升浮于植物个体求之最易明了。

卢禹臣、卢永定《扶阳讲记》——

人生立命在于以火立极，治病立法在于以火消阴。

病在阳者，扶阳抑阴；病在阴者，用阳化阴。

人之生成，纯在天地之中，阴阳之内，五行之间，一切动静都随阴阳之气机而转，业医者，须识得《内经》所论，“凡阴阳之要，阳密乃固”，“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明”等奥义，说明阴阳之虚实，变化之盈缩，刻刻都随五行运化之中，上下内外息息相通，无一刻停滞，随日月昼出夜入，昼作夜息，为养生治病之一大纲领也。

阳气者，乃化生精血、津液之本源，为人生立命的根本。阳气的盛衰存亡决定其人体体魄的强弱与死生。无论外感六淫、内伤七情、饮食劳伤等等都可以导致人身阳气受损而以生疾病，所以治病立法必须重在温扶阳气。

吴佩衡《医药简述》——

壮火乃邪火，而非真火也。……邪热之壮火，必须消灭，真阳

之少火，则绝不可损也。

切勿终身行医，而终身视附子为蛇蝎，若医而遇附子之证，何以治之？于临证时，应分清阴阳，辨明虚实寒热，当用则用，有是病用是药，定能指下生春，活人无量，切无以人命为儿戏也。

温气充足，则阳温而人康，温气衰弱，则阴盛而人病。

阳复则生，阴盛则死。

祝味菊《伤寒质难》——

故善养阳者多寿，好戕阳者多夭。阳常不足，阴常有余。

抗力之消长，阳气实主持之。阳气者，抗力之枢纽也。

阴不可盛，以平为度，阳不患多，其要在秘。

良工治病，不患津之伤，而患阳之亡。所以然者，阳能生阴也，是故阴津之盈缩，阳气实左右之。

及其既病，则当首重阳用，阳衰一分，则病进一分，正旺一分，则邪却一分，此必然之理也。

医家当以保护阳气为本。

抗邪作用，阳之本能也，把握阳气，即是把握抗力。

徐小圃《名老中医之路》——

阳气在生理状态下是全身的动力，在病理状态下又是抗病的主力。

李可《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》——

下焦一点命门真火发动，十二经循行不息，五脏六腑气化周行，生命欣欣向荣。此火一衰，诸病丛生，此火一灭，生命终结。先天之本肾，生命之本原，所凭者，此火，后天之本脾胃，气血生化之源，所凭者，此火。养生若损此火则折寿，治病若损此火则殒命。

阴阳之道，阳为阴根，阳生，阴始能长。阳气——命门真火，乃生命之主宰。命门位居下焦，乃人身真火，气化之本原。

附子一药，辛以润之，致津液，通气化，可使肾中五液蒸腾敷布，阳生阴长，此即阳中求阴生化无穷之理。

人身各处，但凡一处阳气不到便是病。

人体的津液精血靠阳气的推动才能运行，寒湿伤阳则津液精血的运行缓慢甚至停滞，易形成瘀血、痰湿、食积等有形之邪。

阳痿则病，阳衰则危，阳亡则死。所以救阳，护阳，养阳，通阳，一刻不可忘。

生死关头，救阳为急。

卢崇汉《扶阳讲记》《扶阳论坛》——

人生立命在于以火立极，实际上也就是以阳立极，治病立法在于以火消阴，实际上就是以温热药消阴。治病的立法与人生的立命是紧扣着的，这里面的渊源很深，可以说整个中医的经典，乃至于传统文化的其他经典都能够作为它的支撑。所以说不是卢门喜用扶阳，喜用姜附，而是立命之需也。

卢氏医学一个重要的观点就是崇尚“阳气宜通”，始终保持在通的状态。卢氏认为，很多疾病的病因病理，都是机体阳气的虚损、郁结导致的。

在人体生理的阴阳关系上始终是以阳为主导的，虽然阴阳两者是动态平衡的，但是阴平阳秘是在以阳为主导的前提下达到的。

在临证上，阴虚的本质仍然是阳的不足，这是由于阳气化生阴精的功能受到影响，才会出现阴阳两者关系失调……姜桂附不但不会伤津耗液，反而还能够促进津液回生，从而起到阳生阴长的作用。

现在的教科书上没有肝阳不足这个概念，实际上，肝阳太重要了！

我祖父那一辈老中医们……始终抓住阳气不足这个根本不放。只要阳一旺，五脏都旺。

附子的这个偏性，这个毒，正是它救命回阳之所在。

桂枝法已经不是单纯的解表法。用在外证，它可以起到解表的作用，用在内证上，它可以协调阴阳。

四逆法的运用那就太广了，它的作用不仅在于回阳救逆，还在于温肾纳下，临床上大多数慢性患者和危重患者最后都要从这个

法上去收功,也可以说这个法才是治疗的真正目的,而其他的法都只是手段,手段是为了达成这个目的,达不到目的,要想真正治愈病,真正收功,是很困难的……以四逆法作为诸病收功之法,可以说是很重要的一个心法,也是卢氏在钦安思想指导下的一个大的跨越。

阳气充足,阴气全消,百病不作;阳气不足,则阴气弥漫。

在生理上要重视阳气的主导作用,在病理上更要重视阳气的盛衰变化。

阳扶而精血津液生,阳扶而阴霾散,阳扶而阴虚得消,阳扶而虚火回归,具有克敌制胜的疗效。

吴荣祖《扶阳论坛》《扶阳论坛·2》——

灭壮火以护气阴,扶少火以固元阳。

扶阳抑阴,补命门以运阴枢,为三阴寒化证之治疗纲领。

温阳扶正,散寒解表,是两感证的核心治则。

理中不中也,当以四逆汤补火生土。

阳气是生命,生、长、化、收、藏都是一个阳气运行的过程,人的生、长、壮、老、已也是这个过程。……人的一生就是一个阴阳消长变化的过程,阳气对于人生是非常重要的。

温阳扶正,治病求本。

温里回阳首选附子。

刘力红《思考中医》——

中医是人类文明史中的长城,而只有当我们看到它的整体结构,看到它那富有力量和气魄的完美理论,看到它那不可思议的实际运用,我们才会体会到它的真正意义。

学者若欲在仲景这门学问里真正的深入进去,那就必须把阴阳的问题放在首位。

第一个主导,是阴阳之间协同为主导,而非对立制约为主导。第二个主导是阴阳之间阳为主导,这个主导实际上已经包含在第一个主导里。这个主导说明在阴阳之间,阳的变化起主导的作用、

决定的作用。作为阴它是随着阳的变化而变化。

真阳、命火为什么要潜藏呢？因为潜藏了才能温养生气，才能让生气旭旭而生、煦煦而养，如此生命乃得久长。

张存悌《扶阳论坛·论文集》——

万物生长靠太阳，百药之长数附子。

傅文录《火神派方药临证指要》《火神派当代医家验案集》——

以三阴之方，治三阴病，虽失不远。

扶阳助正，回阳返本。

附录二：主要参考文献

著作部分

1. 郑钦安. 郑钦安医书阐释. 成都: 四川出版集团, 2006
2. 傅文录. 火神派学习与临证实践. 北京: 学苑出版社, 2008
3. 傅文录. 火神派方药临证指要. 北京: 学苑出版社, 2009
4. 傅文录. 火神派当代医家验案集. 北京: 学苑出版社, 2009
5. 招蓁华. 祝味菊医案经验集. 上海: 上海科学技术出版社, 2007
6. 卢崇汉. 扶阳讲记. 北京: 中国中医药出版社, 2006
7. 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专集. 太原: 山西科学技术出版社, 2005
8. 张存悌. 中医火神派探讨. 北京: 人民卫生出版社, 2005
9. 邢斌. 危症难症倚附子——现代名医运用附子经验荟萃. 上海: 上海中医药大学出版社, 2006
10. 庄严. 姜附剂临证经验谈. 北京: 学苑出版社, 2007
11. 卢崇汉, 等. 扶阳论坛. 北京: 中国中医药出版社, 2008
12. 范学文, 等. 范中林六经辨证医案选. 北京: 学苑出版社, 2008
13. 黄煌, 等. 名中医论方药——国家级名中医临证经验实录. 南京: 江苏科学技术出版社, 2005
14. 黄煌, 等. 方药传真——全国名老中医药专家学术经验精选. 南京: 江苏科学技术出版社, 2003
15. 潘远根, 等. 古今名医药论. 北京: 人民军医出版社, 2008
16. 卢祥之. 名医名家药论汇讲. 西安: 陕西科技出版社, 2008
17. 高学敏. 中药学(上、下). 北京: 人民卫生出版社, 2005
18. 江苏新医学院. 中药大辞典(上、下). 上海: 上海科学技术出版社, 1986
19. 南京中医药大学. 中药大辞典(上、下). 上海: 上海科学技术出版社, 2006
20. 吕志杰. 仲景方药古今应用. 北京: 中医古籍出版社, 2000
21. 吴昌国. 中医历代药论选. 北京: 中国中医药出版社, 2008
22. 冉先德. 中华药海. 黑龙江: 哈尔滨出版社, 1993
23. 张继等. 中国中药材真伪鉴别图典(1、2、4). 广州: 广东科技出版社, 1995
24. 杨仓良, 等. 毒剧中药古今用. 北京: 中国医药科技出版社, 1991

25. 中华中医药学会. 扶阳论坛·第二届·论文集. 北京:2008
26. 中华中医药学会. 扶阳论坛·第三届·论文集. 上海:2009
27. 云南中医学会, 云南省中医学院. 著名中医学家吴佩衡诞辰一百周年纪念专集. 昆明:1990
28. 云南中医学院, 云南省中医药学会. 著名中医学家吴佩衡学术思想研讨暨纪念吴佩衡诞辰 120 周年·论文集. 昆明:2009
29. 石凤阁, 等. 扶阳解读. 北京:人民军医出版社,2009
30. 刘力红, 等. 扶阳论坛. 北京:中国中医药出版社,2009

杂志部分

1. 陈耀棠. 附子在临床上之运用. 中医杂志,1962,(6):27~28
2. 吴生元. 附子的药理及临床应用问题. 云南中医学院学报,1978,1(3):18~28
3. 王云峰. 祝味菊运用附子的经验. 浙江中医杂志,1984,19(8):248~249
4. 吴荣祖. 附子“通行十二经”议. 云南中医杂志,1984,5(1):36~39
5. 潘清海. 谈附子用量和配伍的运用体会. 中医药研究杂志,1986,(6):15
6. 吴洋, 等. 四逆二陈麻辛汤治疗寒湿痰饮咳嗽 40 例疗效观察. 云南中医中药杂志,1998,19(5):4~6
7. 游陈洁, 等. 中药附子的毒性反应及预防. 湖南中医药导报,1999,5(10):40
8. 葛丽华. 张剑秋应用附子的经验. 上海中医药杂志,2002,(5):3~4
9. 彭江云, 等. 吴生元运用附子的经验. 光明中医,2003,18(4):61
10. 薛盟举, 等. 从陕西省周至县人喜食附子谈附子毒性的监制及安全应用之法. 北京中医,2006,25(12):347~348
11. 朱林平, 等. 附子的药理作用研究进展. 中华实用中西医杂志,2004,4(16):2464~2466
12. 曹小玉, 等. 90 年以来附子研究的文献定量分析. 成都中医药大学学报,2004,27(9):85~86
13. 陈杰. 火神派用药重脾胃. 江西中医药,2006,37(1):54
14. 魏引平, 等. 附子制药方法的研究. 陕西中医,2006,27(12):1578~1580
15. 汪剑, 等. 四川火神派概况及其学术思想特色探讨. 四川中医,2007,25(4):16~17
16. 朱林平, 等. 附子、半夏配伍研究. 中成药,2007,29(12):1817~1818
17. 翁奎坤. 关于附子退病反应的探讨. 中华中医药学刊,2007,25(9):1956~1958
18. 陈学习, 等. 附子毒性控制的多因素探析. 中华中医药学刊,2007,25(4):

670~681

19. 王章. 附子的临床应用. 中医药临床杂志, 2007, 19(4): 44~46
20. 楼锦英. 乌头类中药的毒性反应原因分析与防治. 海峡药学, 2007, 19(12): 221~225
21. 陈学习, 等. 附子毒性影响因素探析. 陕西中医, 2007, 28(2): 217~218
22. 陈金月, 等. 大剂量使用附子的安全性研究. 亚太传统医药, 2008, 4(10): 37~39
23. 唐雪春, 等. 附子临床应用安全性文献系统评价. 新中医, 2008, 40(4): 95~96
24. 史瑞锋, 等. 从古代本草文献看附子的应用. 辽宁中医杂志, 2008, 35(9): 1344~1345
25. 何绍奇. 中医火神派及其现代的发展. 中医药通报, 2008, 7(4): 19~21
26. 王松, 等. 附子用法浅探. 江西中医药, 2008, 39(12): 5
27. 赵万标. 第二届中华中医药学会肾病分会学术交流大会观点摘要. 中国中医药报, 2008-12-10-4
28. 杜敏. 重剂应用附子探析. 陕西中医学院学报, 2008, 31(2): 7~8
29. 梁汝圣, 等. 附子毒性辨证研究. 吉林中医药, 2008, 28(7): 526~527
30. 邵国荣, 等. 浅谈附子的临床运用体会. 天津中医药, 2009, 26(2): 132
31. 杨涛, 等. 小议附子及其服用经验. 吉林中医药, 2009, 29(8): 73~74
32. 李文红. 附子的临床药理特点. 中国临床药理学杂志, 2009, 25(4): 352~354
33. 李春桃. 临床使用制附片剂量与毒性的关系. 北京中医药, 2009, 28(5): 371~374
34. 王娟, 等. 附子的临床运用和不良反应及预防措施. 国医论坛, 2009, 24(4): 41~42
35. 陈彦琳, 等. 道地药材附子炮制加工规范化探讨. 中国现代中药, 2009, 11(7): 42~44
36. 杨世雷. 附子的毒性及应用. 中国现代药物应用, 2009, 3(3): 76~77
37. 房铁生. 从火神派谈附子的应用. 中国民间疗法, 2009, 17(6): 53
38. 王昌利, 等. 附子炮制机理及制品药效毒理研究. 现代中医药, 2009, 29(1): 53~54
39. 叶树星. 附子乌头临证应用考辨. 实用中医内科杂志, 2009, 23(1): 72~73
40. 舒晓燕, 等. 附子不同贮藏条件下相关品质的变化分析. 中药材, 2009, 32(1): 29~31

[General Information]

书名=火神派扶阳第一要药 附子

作者=傅文录著

页数=324

SS号=12735946

DX号=000006900084

出版日期=2010.04

出版社=人民卫生出版社