



# 神派

傅文录〇著

临证用药心悟

从验案中学习扶阳疗法



化学工业出版社

扶阳助正，回阳返本。  
以三阴之方，治三阴病，  
虽失不远。

——  
作者心悟

销售分类建议：中医临床

ISBN 978-7-122-12067-0



9 787122 120670 >

定 价：29.00元

# 火神

派

傅文录〇著

临证用药心悟

从验案中学习扶阳方法



化学工业出版社

北京

PDF  
PDF  
PDF

本书分为上下两篇，上篇为扶阳学习与探索，在扶阳理念探索过程中，结合临证实践与读书学习心得体会，对于完善扶阳理论，提升临床三阴虚寒证辨治水平具有重要参考价值。下篇为临证实践与验案，汇聚了作者近些年来临床上，实践“扶阳助正，回阳返本”及“以三阴之方，治三阴病，虽失不远”的真实体会与治验，160余例精彩医案，展现了作者不断学习与实践，并不断提升自己的探索历程，对于读者多有借鉴之处。

### 图书在版编目 (CIP) 数据

火神派临证用药心悟——从验案中学习扶阳疗法/傅文录著. —北京：化学工业出版社，2012.1

ISBN 978-7-122-12067-0

I. 火… II. 傅… III. 中医治疗法 IV. R242

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 160884 号

---

责任编辑：贾维娜

文字编辑：赵爱萍

责任校对：洪雅姝

装帧设计：史利平

---

出版发行：化学工业出版社

(北京市东城区青年湖南街 13 号 邮政编码 100011)

印 装：大厂聚鑫印刷有限责任公司

850mm×1168mm 1/32 印张 10½ 字数 276 千字

2012 年 1 月北京第 1 版第 1 次印刷

---

购书咨询：010-64518888 (传真：010-64519686)

售后服务：010-64518899

网 址：<http://www.cip.com.cn>

凡购买本书，如有缺损质量问题，本社销售中心负责调换。

---

定 价：29.00 元

版权所有 违者必究



前

言

火神派是近些年来受到人们重视与研究学习的一个学术流派，他旗帜鲜明地以扶阳理念为指导，以擅用大剂附子为临床特色，这对于当前补偏救弊、反对滥用寒凉之品是一个有益的纠正，为临床提高多种慢性疑难杂病的治疗效果提供了有效的思路与方法。笔者在近些年的临床研究与实践中受益匪浅。

本书分为上下两篇，上篇为扶阳学习与探索，在扶阳理念探索过程中，结合临证实践与读书学习心得体会，对于完善扶阳理论，提升临床三阴虚寒证辨治水平或有重要参考价值。下篇为临证实践与验案，汇聚了作者近些年来临床上，实践“扶阳助正，回阳返本”及“以三阴之方治三阴病，虽失不远”的真实体会与治验，160余例真实医案，记录了作者不断学习与实践，并不断提升自己的探索历程，以供读者借鉴。

火神派扶阳理念学习与临证，是一个不断提升与进步的过程。特别是在2010年11月份，笔者与张存悌老师到香港讲学，在张存悌老师指导下，纠正了多年难以越过的阴火证识别之难题，使自己对火神派扶阳理论的学习与临床都得到了提高。与此同此，还有香港的火神派扶阳大家唐文义老师、黄志老师，以及深圳的朱荣源先生，对笔者的指导与帮助令我感谢不尽，在相互交流过程中，使笔者从各个方面都得到了极大的提升。同时，还要感谢来自家乡的陈守义老师之教诲与指导，使自己在临床上应用姜桂附的技能得到提高。



郑钦安先生穷究三十余年，对经典的学习从不放松，后来悟出了经典的精髓。其核心思想为：“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”、“辨证不离伤寒六经”、“治病重在扶阳”。并把其核心思想运用于临床之中，成为“扶阳学派”的鼻祖。郑钦安先生所著的《医理真传》、《医法圆通》、《伤寒恒论》三部著作，成为“火神派”的必读经典著作。

本书所用附子剂量均较大，初学者在没有充分把握之时，附子一定要从小剂量开始应用，绝不能草率行事，避免产生不良反应。在临床上，作者一般是制附子在 15g 以下，与群药同煎煮，制附子用 30g 以上时，均要先煎 2 小时（以水沸开始计时），有时为方便煎药，也把 3~6 剂药的制附子同时煎好，然后分别与每剂群药合煎，这样可以节省时间，也是比较安全的（经多年观察）。当然，制附子与生附子的特殊用法，均会在医案中进行详细说明。所以说，当自己在理论上有了充分的认识以后，临床上积累了丰富的经验之时，方可参照书中用法行事。本书作者坚决反对，把火神派之“火”与附子用量相提并论，尊重中医阴阳辨证原则，洞悉阴证之本质，重用与广用附子相结合，“以三阴之方治三阴病，虽失不远”。一贯倡导“扶阳助正，回阳返本”之学术理念，这才是作者最终目的。

既然是《火神派临证用药心悟》，当然所选医案均是作者临床应用姜桂附的医案，但这些医案并不能代表作者临床治疗上的所有，并不代表作者临床上不用大黄、芒硝、石膏等其他药物，而是为了学习方便把这些医案进行了集中整理与展现。其实作者平素积累的医案中约有三分之一的医案是用其他类方药治病的，并未选入其中，而这些所选医案只代表作者临床学习火神派的情况，并非是临床上的全部。为此，特别是对初学火神派扶阳理念者来说，千万不要误解。在临床上，笔者仍然以辨证论治为准绳，灵活地选择针对每一种疾病自认为目前效果最好的方法（自己的认识与观点），治病形式不拘一格。笔者平素学习有一句口头谚语，那就是“学其偏，用其全，方为上工”。一个真正的医林圣手，一定是会用多家特色经验的高手。

关于火神派的学术问题，读者们可能会仁者见仁，智者见智，尽可讨论，由于作者手中资料有限，临床经验不足，加之才疏学浅，书中不当处，还望火神派大家、老师、学者、读者一一惠示和赐教。我们都有一个共同的信念——那就是提高临床治疗效果而传承中医这块神秘的瑰宝。

**傅文录**

**2011年冬于驿城新居**

# 目 录

## ■ 上篇 扶阳学习与探索

1

- 一、先贤对火神派扶阳理论的论述 /1
  - (一) 生命之火，扶阳之源 /1
    - 1. 火与人类的关系 /1
    - 2. 火与中国文化 /2
    - 3. 火与中医的关系 /4
    - 4. 火与扶阳理论 /5
    - 5. 小结 /6
  - (二) 《黄帝外经》重阳论 /7
    - 1. 命门太极说 /7
    - 2. 命门与阳气 /9
    - 3. 补阳重火 /10
    - 4. 小结 /11
  - (三) 王好古三阴证辨治学术思想特色 /11
    - 1. 创立三阴证的动机 /12
    - 2. 三阴证的范围及表现 /12
    - 3. 三阴证的病因病机 /13
    - 4. 三阴证的临床鉴别 /15
    - 5. 三阴证的治疗方药 /15

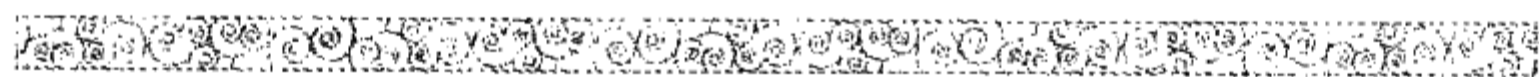


6. 结语	/17
(四) 《扁鹊心书》扶阳学术思想之特色	/17
1. 扶阳思路	/18
2. 反对寒凉	/19
3. 扶阳三法	/20
4. 临床特点	/21
5. 结语	/22
(五) 任应秋论阳主阴从论	/23
(六) 吴佩衡应用附子的经验	/24
1. 附子应用, 范围广泛	/24
2. 附子量大, 重视久煎	/25
3. 应用附子, 重在辨证	/26
4. 经方活用, 多有创新	/27
5. 药量精准, 疗效确切	/30
6. 结语	/31
(七) 范中林应用姜附的经验	/32
1. 崇尚阳气, 广用姜附	/32
2. 广用四逆, 以治百病	/34
3. 熟谙药性, 进退有法	/35
4. 姜附毒性, 重新审视	/37
5. 小结	/38
(八) 戴丽三应用附子的经验	/38
1. 重视经典, 推崇钦安	/38
2. 扶阳经方, 独重附子	/39
3. 阳虚辨识, 舌脉独到	/40
4. 阳药反应, 顺势化解	/41
5. 扶阳方药, 持久建功	/42
6. 结语	/43

(九) 李可应用附子的经验	/43
1. 附子的剂量探索	/43
2. 附子的应用剂量	/45
3. 附子的煎服方法	/47
4. 附子的毒性防范	/48
5. 附子的药效反应	/49
6. 附子的组方配伍	/53
7. 结语	/56
(十) 陈守义应用乌附麻辛桂姜汤经验	/57
1. 方药与痹证	/57
2. 组方与用法	/58
3. 临床与验案	/59
(十一) 孙其新附子煎服法研究与经验	/61
1. 仲景附子服量、煎服法	/61
2. 关于附子久煎的思考	/62
3. 附子用热压力锅处理	/63
4. 关于附子煎服法探讨	/64
5. 附子能否免煎的问题	/65
6. 结语	/65
二、临证心悟	/66
(一) 学习火神派扶阳三点体会	/66
1. 接受扶阳理念	/66
2. 以三阴之方治三阴病，虽失不远	/69
3. 扶阳助正，回阳返本	/71
4. 结语	/72
(二) 临床通阳活血论	/73
1. 扶阳理念	/73
2. 恒动气血	/80

3. 通阳活血 /83
- (三) 潜阳封髓丹方证学临床发挥 /84
  1. 潜阳封髓丹方源 /84
  2. 潜阳封髓丹主治 /85
  3. 阴盛阳衰与虚阳浮越 /86
  4. 阴平阳秘与下寒上热 /87
  5. 潜阳封髓丹针对内涵 /88
  6. 结语 /90
- (四) 阳虚肝寒证证治发挥 /90
  1. 肝之阳气与肝主疏泄 /90
  2. 肝阳虚与肝寒证 /92
  3. 阳虚肝寒证辨治 /94
  4. 结语 /96
- (五) 崇扬火神派扶阳的意义 /97
  1. 阳气易耗难复 /97
  2. 空调冷饮耗伤阳气 /100
  3. 激素、抗生素损伤阳气 /103
  4. 苦寒中药损伤阳气 /106
  5. 阳虚体质增多的趋势 /107
  6. 扶阳理念 /110
- (六) 附、桂、姜、草的临床应用 /115
  1. 神农尝百草的精神 /115
  2. 应用附子剂量 /116
  3. 附子煎煮方法 /118
  4. 附子应用指征 /118
  5. 服用附子后的反应 /119
  6. 应用姜、桂、草的经验 /121
- (七) 应用回阳建中汤的经验 /123

1. 回阳建中汤组成 /123
2. 组方意图 /123
3. 主治范围 /123
- (八) 应用破格救心汤的经验 /123
  1. 破格救心汤组成 /124
  2. 组方意图 /124
  3. 主治范围 /124
  4. 随症加味 /124
- (九) 应用潜阳封髓丹的经验 /125
  1. 潜阳封髓丹组成 /125
  2. 主治范围 /125
  3. 随证加减 /125
- (十) 大方治疗结肠炎的经验 /125
  1. 附子理中汤加味大方 /126
  2. 组方意图 /126
  3. 服药方法 /126
- (十一) 活血化瘀药应用经验 /127
  1. 活血化瘀药应用目的 /127
  2. 常用的活血化瘀方药 /128



## ■ 下篇 临证实践与验案

129

1. 慢性咽炎案——潜阳丹加味 /129
2. 心动过缓案——四逆汤合保元汤加味 /129
3. 心衰、心房纤颤案——补坎益离丹化裁 /130
4. 顽固性失眠案——潜阳封髓丹加干姜 /131
5. 腰扭伤案——麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤 /132
6. 阳虚外感案——再造散加味 /133

7. 特发性浮肿案——实脾散加味 /133
8. 肩周炎案——仙灵脾散加味 /134
9. 夜间口干舌燥症案——全真一气汤加味 /135
10. 长期腰痛案——麻黄细辛附子汤加味 /135
11. 结核发热案——四逆汤加味 /136
12. 膝关节肿痛案——麻黄细辛附子汤加味 /137
13. 变应性鼻炎案——麻黄细辛附子汤加味 /138
14. 风湿性关节炎案——桂枝芍药知母汤加减 /138
15. 更年期抑郁证案——潜阳丹加味 /139
16. 肾病综合征案——麻黄细辛附子汤加味 /140
17. 声嘶伴病窦案——麻黄细辛附子汤加味 /141
18. 慢支肺气肿案——破格救心汤化裁 /142
19. 长期低热案——回阳饮 /143
20. 喉源性咳嗽案——破格救心汤化裁 /143
21. 慢性结肠炎案——附子理中汤、六磨汤、痛泻要方三方化裁 /144
22. 复发性疮疡案——薏苡附子败酱散合神效托里散加减 /145
23. 腰椎间盘突出案——麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤加味 /146
24. 慢性肾炎案——实脾散加味 /147
25. 亚健康状态案——补一大药汤加味 /148
26. 顽固性咳嗽案——破格救心汤化裁 /149
27. 失眠伴抑郁症案——潜阳丹加味 /150
28. 长期胃胀案——四逆汤加味 /151
29. 奔豚病案——温氏奔豚汤加味 /152
30. 心动过缓并长期腹泻案——四逆汤加味 /153
31. 白细胞反复增高案——潜阳丹加味 /154

32. 三叉神经痛案——引火汤加味 /155
33. 功能性低热案——四逆汤加味 /156
34. 心肌梗死案——四逆汤加味 /157
35. 慢性胃炎案——四逆汤加味 /158
36. 慢性肠粘连案——四逆汤合六磨汤加減 /159
37. 老年性消化不良案——四逆汤加味 /160
38. 产后身痛麻木案——当归四逆汤加味 /161
39. 更年期并心动过缓案——补坎益离丹加減 /162
40. 复发性身疮案——薏苡附子败酱散加味 /163
41. 顽固性痤疮案——薏苡附子败酱散加味 /164
42. 发热伴心动过缓案——再造散加味 /165
43. 食管癌术后转移锁骨淋巴结案——四逆汤加味 /166
44. 慢性肾炎伴失眠案——潜阳丹加味 /167
45. 发热伴白细胞增多案——再造散加味 /168
46. 老年性慢性肾炎案——实脾散加味 /169
47. 直肠黏膜脱垂症案——补中益气汤加附子 /170
48. 子宫脱垂案——补中益气汤加附子 /171
49. 尿频综合征案——补中益气汤加附子 /172
50. 糖尿病胃病并外感案——再造散加味 /172
51. 乙肝大三阳案——桂附理中汤合香砂六君子汤  
加味 /174
52. 顽固性口疮案——潜阳封髓丹加味 /175
53. 长期发热案——四逆汤加味 /176
54. 重度肾盂积水案——真武汤合五苓散化裁 /177
55. 风湿性关节炎案——麻黄细辛附子汤加味 /178
56. 慢性肾炎案——桂枝芍药知母汤加味 /179
57. 复发性肾病案——桂枝芍药知母汤合理冲汤  
加減 /180

58. 低热案——大小回阳饮加味 /181
59. 习惯性外感案——大小回阳饮加味 /181
60. 肺癌发热案——大小回阳饮加味 /182
61. 肠炎伴发热案——大小回阳饮加味 /183
62. 阑尾肿块案——薏苡附子败酱散合活络效灵丹加味 /184
63. 溃疡性结肠炎案——附子理中汤加味 /185
64. 大气下陷案——大小回阳饮加味 /186
65. 慢性胃炎案——附子泻心汤合血府逐瘀汤加减 /187
66. 产后剧烈身痛案——大小回阳饮加味 /188
67. 心源性哮喘案——破格救心汤化裁 /190
68. 面神经炎案——再造散加味 /191
69. 夜晚发作性哮喘案——破格救心汤化裁 /192
70. 产后头晕汗多案——十四味建中汤加附子 /193
71. 膝关节积液案——阳和汤加附子合散膝汤加味 /194
72. 肠梗阻案——大小回阳饮加味 /194
73. 咽炎案——白通汤 /195
74. 左下肢静脉血栓案——补中益气汤合通经逐瘀汤加味 /196
75. 风心心衰案——大小回阳饮加味 /197
76. 复发性口疮并腹泻案——补脾胃泻阴火升阳汤加四逆汤 /198
77. 手术后怕冷案——桂附理中汤加味 /199
78. 前列腺肥大案——真武汤加味 /201
79. 胃痛案——桂附理中汤加味 /202
80. 长期失眠案——潜阳封髓丹加味 /203

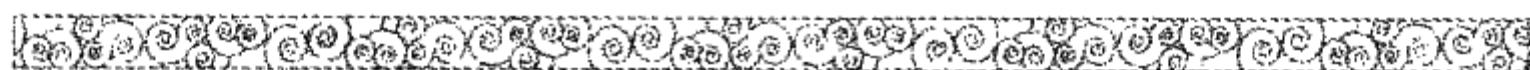
81. 贫血并发热案——回阳建中汤 /204
82. 胃肠炎案——附子理中汤加味 /204
83. 亚健康状态案——回阳建中汤 /205
84. 变应性鼻炎案——麻黄细辛附子汤合封髓丹加味 /206
85. 喉源性咳嗽案——破格救心汤化裁 /207
86. 低热发热案——回阳建中汤 /208
87. 乳糜尿案——补中益气汤加附子 /208
88. 血小板减少症案——补中益气汤合四逆汤 /210
89. 外感发热案——再造散加味 /211
90. 慢支肺气肿合并股癣案——破格救心汤化裁 /212
91. 肠粘连案——强中汤加味 /213
92. 舌疮案——大小回阳饮加味 /214
93. 重症肠炎案——薏苡附子败酱散加味 /214
94. 胃胀便秘案——强中汤加味 /215
95. 口唇溃烂案——潜阳封髓丹加味 /216
96. 流感发热案——麻黄细辛附子汤加味 /217
97. 胃肠炎案——强中汤加味 /218
98. 慢支肺气肿心衰案——破格救心汤化裁 /218
99. 尿潴留案——强中汤加味 /219
100. 小儿肺炎腹泻案——麻黄细辛附子汤加味 /220
101. 儿童久病菌痢案——大黄附子汤加味 /221
102. 下口唇溃疡案——潜阳封髓丹加味 /222
103. 术后肠粘连案——大黄附子汤加味 /223
104. 头痛案——大回阳饮加味 /224
105. 尿失禁案——补中益气汤加附子 /224
106. 心房纤颤案——补坎益离丹加味 /225
107. 眩晕案——回阳建中汤加味 /227



108. 心动过缓案——回阳建中汤加味 /228
109. 换瓣膜后心衰案——回阳建中汤加味 /228
110. 更年期并乳腺小叶增生症案——潜阳封髓丹加味 /229
111. 哮喘伴遗尿案——四逆汤加味 /231
112. 慢性结肠炎案——附子理中汤加味 /232
113. 慢支肺气肿并发脑出血后遗症案——破格救心汤化裁 /233
114. 膀胱造口术后血尿不止案——大回阳饮加味 /234
115. 老年性习惯性外感案——回阳建中汤加味 /235
116. 女性怕冷案——回阳建中汤加味 /237
117. 妇科并胃病案——桂附理中汤加味 /238
118. 老年慢性肾炎案——补中益气汤合四逆汤 /240
119. 慢性肾炎汗多症案——桂枝加附子汤加味 /241
120. 高热不退案——强中汤加味 /242
121. 肾病综合征并急性肾衰案——扶阳泻下汤加味 /243
122. 血尿案——补中益气汤加附子 /245
123. 顽固性尿路感染案——补中益气汤加附子 /246
124. 口腔溃疡伴肠炎案——附子理中汤加味 /248
125. 腰椎间盘突出伴胃病案——四逆汤加味 /249
126. 胃癌手术后案——四逆汤加味 /250
127. 腰椎间盘突出症案——吴萸四逆汤加味 /252
128. 肾病综合征顽固性水肿案——真武汤加减 /253
129. 风心心衰并心包积液案——强中汤加味 /255
130. 风湿性关节炎案——当归四逆汤加附子 /256
131. 活动后气喘案——四逆汤加味 /257
132. 低热（热入血室）案——小柴胡汤加附子 /258
133. 支气管炎咳嗽案——破格救心汤加减 /259

134. 胃底部平滑肌瘤案——附子泻心汤加味 /260
135. 顽固性咳嗽案——破格救心汤加减 /261
136. 感冒后咳嗽案——破格救心汤化裁 /262
137. 胆汁反流性胃炎案——温肝疏郁健脾汤加味 /263
138. 肠炎并阳痿案——附子理中汤加味 /264
139. 风湿性关节炎伴心脏病案——回阳建中汤加味 /265
140. 面部痤疮案——薏苡附子败酱散加味 /267
141. 女性痤疮案——潜阳封髓丹加味 /268
142. 受湿身疼案——乌附麻辛桂姜汤加味 /268
143. 慢性肾炎并肾功能不全案——扶阳泻下汤加味 /269
144. 胃痛便秘案——强中汤加味 /271
145. 扩张型心肌病并心衰案——破格救心汤加味 /272
146. 高过敏体质伴伤后头痛案——回阳建中汤 /273
147. 亚健康状态案——回阳建中汤加味 /274
148. 难治性尿路感染案——桂附地黄汤加味 /276
149. 腰痛案——麻黄细辛附子汤加味 /277
150. 老年关节炎伴便秘案——桂枝芍药知母汤  
加味 /278
151. 老年慢支肺气肿并肺部感染案——破格救心  
汤加减 /280
152. 左下肢静脉血栓案——补中益气汤合四逆汤  
加味 /281
153. 腰腿痛案——麻黄细辛附子汤加味 /282
154. 晚期食管贲门癌案——四逆汤化裁 /284
155. 顽固性口疮案——潜阳封髓丹加味 /286
156. 老年鼻出血案——甘草干姜汤加味 /287
157. 慢性胃炎伴糜烂性胃炎案——附子泻心  
汤加味 /289

158. 支气管哮喘案——破格救心汤化裁 /290
159. 口腔溃疡伴扁桃体炎及痤疮案——潜阳封髓丹加味 /291
160. 前列腺炎案——薏苡附子败酱散加味 /292
161. 腰椎间盘突出症案——麻黄细辛附子汤加味 /293
162. 中风后遗症案——补阳还五汤合四逆汤与大续命汤加味 /294
163. 减肥药导致阳虚证案——潜阳封髓丹加味 /296
164. 夜晚盗汗案——桂枝加附子汤 /298
165. 长期发热伴胃病案——桂附理中汤加味 /299
166. 便秘案——济川煎加味 /301
167. 肾病后阳虚证案——回阳建中汤 /302
168. 皮肤瘙痒3年症案——麻黄细辛附子汤加味 /303



## 附录 305

- 附录 A 附子颂歌十六首 /305
- 附录 B 火神郑钦安后人传承小议 /308
- 附录 C 《圣余医案诠解按》读后感想 /311
- 附录 D 火神派学术思想香港讲学随想感言 /314

## 参考文献 318

# 上篇

## 扶阳学习与探索

### 一、先贤对火神派扶阳理论的论述

#### (一) 生命之火，扶阳之源

在人类文明发展史上，从来没有一项发明能像火影响那么大，从中国传统的社会与家族祭祀活动，到人们日常生活的每一天，几乎都与火打交道，从钻木燧石到火柴的产生，在人类文明前进的每一步，火的作用和影响都不容忽视。而对火的利用与崇拜，溯源人类对火的依赖，充分证明扶阳理论的源头与人类的生存密切相关。

##### 1. 火与人类的关系

在远古时代，自然火对生态环境的变化有着十分重要的影响。一场大火过后，无数生命被吞食，幸存下来的人类只得从灰烬中寻找可以充饥的东西。原始人在从灰烬里寻找食物的过程中发现，火虽然是可怕的，但靠近它时又可取暖。这一意识的发生可以说是人与动物区别开来的一个重大分界线，正是意识到火可以取暖，人类才产生了保存火种的意识。原始人开始将自然火种带回洞穴中保存起来，人类对火的利用也就从此开始了。

当时人类保存火种的目的一方面是为了烧烤食物，另一方面更重要的是为了在寒冷的冬天能取暖。随着熟食的增多，原始人

的饮食习惯也在改变，吃熟食容易使人积累较多的脂肪，脂肪的增多一方面提高了人类御寒的能力，另一方面却阻止人类毛发的正常发育，降低了毛发在抵御寒冷方面的功能。所以，火的利用与用火带来饮食结构的变化，是造成人类毛发退化的根本原因。

原始人在使用火的过程中，随着毛发的减少，对火的依赖性也越来越强。特别是冬天，当人类离开火堆外出活动或寻找食物时，由于感到非常寒冷，就不得不开始思考寻找御寒的办法。这样，洞外取之不尽的柔软并且可以连结起来的树叶，自然就成为人类的第一件衣服，但人类学会用树叶、兽皮作为御寒工具却经历了一个漫长的时期。需要说明的是，人类从利用树叶护身到使用兽皮御寒，可以说都是由用火催生的。表明，人类应用火之后，不仅促进了人体向更完善的方向发展，同时也促使人类的大脑更进一步的发达，使人类的思维方式更加复杂化。

掌握和使用自然火是人类食物发生变化的关键。原始人捕猎归来，把捕获的动物或采摘的植物放在火中烧烤，并且在漫长的历史长河中不断改进食用熟食的方法。在我国的仰韶文化和龙山文化中，均发现了大量陶器，陶器的发明使人类开始可以随心所欲地烹饪食品。熟食的长期食用不仅可以防止疾病，同时还可以增加营养，并进一步促进人类大脑的发育，最终把人和动物区别开来。所以火又是人类智慧产生的原动力。

由此可见，从原始人到现代人智慧产生的每一步都离不开火，可以说认识和掌握自然火是人类智慧启迪的第一步；而人类在火光中得到光明，在寒冷中取得温暖，利用火抵御野兽侵袭，是火对人类智慧启迪的第二步；继而人类掌握了用火烧烤食物，摆脱了茹毛饮血的时代，使人类大脑在吃熟食过程中更加发达，这是火对人类智慧启迪的第三步，人类从此揭开了认识自然改变自然的新篇章。由此，也可以说，是火将人类带进文明时代。

## 2. 火与中国文化

在人类对火的使用过程中，才产生了那种借以把握自然变化与自身活动之间关系的原始卜算现象。这种占卦的最初标准，是由对照龟甲或骨头上烧出的纹路走向构成。因此，这才有《荀

子·天论》所说：“卜筮然后决大事”。同时，人们发现当那种对自然烧出的骨甲或许还有石贝等质材的裂纹，可以用来以占卜预测未来，并发展到人为用火棒在甲骨板上灼洞，再观察的占卜行为的出现，不但是人类在对自然质材制作过程中发展起来的观察选用能力的折射，而且还表明古人在其生产生活活动中，对所有自然现象认知综合演释能力的日趋成熟化，以致最后出现了形象与抽象统一形式的图腾和占卜文字。

从占卜中产生的文字来看，我们在社会精神与物质文明的发展历史中，始终可以感觉到由火焰中产生，并内涵着火性的那种古老意识灵魂的存在。如在我国的《书经》和《周易》中就有“火是化育万物”的学说；或许正因此“许多古代和现代民族都是用仪式来加以照护——那些永远不许熄灭的神火”。例如我国西南自称“火民族”的彝族，一年一度的火把节，特别是我国中原汉族每年祭灶的燃火习俗，每年春节前后的社火与灯火活动，以及人死之后所设香案上的长明灯，这些大概都是人类对火的利用与怀念所形成的习俗，而这些不成文的习俗就是火文化所带来的文明与进步。

人类进化经历了相当长时间的演进与积累，在黑暗中徘徊了几十万年，是火的产生和利用促其发生了剧烈突变。东方的人类崇拜燧人氏——火神，正是因为火给人类带来了从原始蒙昧到文明智慧的过渡。燧人氏被中华民族誉为三皇五帝中的至尊，火神与庙会更是华夏汉人最为至尊的圣会，可见火神文化与中国传统文化密切相联。

古代人们理解大自然，尝试为自然现象分类，并对自然界的现象进行文化归纳。因此，火也是中国传统文化中五行之一。五行相生相克，其中木生火、火生土、水克火、火克金。天干的丙、丁为火。中国民间传说火是由燧人氏发现的，古称火为“阳之精”。如《后五行志》中说：“火者，阳之精也，火性炎”。清代人顾炎武说：“人用火必取之木，而复有四时五行之变。”《素问》黄帝言：壮火散气，少火生气。《周礼》：“季春出火贵其新者，少火之义也。今日一切取之於石，其性猛烈而不宜人，病痰

之多，年寿自减，有之来矣”。他认为取火用木，则符合五行生克制化之理，索用它法则违背了自然生态平衡的规律，而且不利于人体的健康，这表明火的索取与利用对人体的健康会产生非常大的影响。

古人把火称为五行之一，认为它有气而无质，可以生杀万物，神妙无穷。同时古人们还认为，独有火在五行中有二，其他都只有一。所谓的二者，是指火有阴火和阳火之分。古人又把火分成天火、地火、人火三种，认为天火有四种，地火有五种，人火有三种。“天之阳火有二；太阳，真火，星精，飞火。天之阴火有二：龙火（称龙口有火），雷火。地之阳火有三；钻木之火，击石之火，戛金之火。地之阴火有二：石油之火（古人称油贮存到一定数量会自然起火），水中之火（古人称江湖河海，夜动有火）。人之阳火有一，丙丁君火（就是心、小肠的所谓离火），人之阴火有二，命门相火（谓起于北海，称坎火，游行三焦寄位肝胆），三昧之火（纯阳，乾火）”。总共阳火六种，阴火也六种，共十二种。

随着人类社会文明程度的提高，文字的产生与火的关系则更加密切，如汉字中有多少个与火字傍有关的字我们已无法说清楚，但从这些记载我国文明史的文字中，我们从中可以看到火在中国传统文化中具有非凡的意义与指向。

### 3. 火与中医的关系

中医所说的“火”，只不过是一种比喻说法，因为火有炽热、亢进、燔灼等特性，所以，当人体出现发热、亢奋、煎灼体液等病理现象时，中医就认为与火有关，而以火名之。例如，一个患牙痛的病人，表现有牙龈红肿溃烂、口干渴喜饮凉水、大便干燥、小便黄赤等症状时，中医就说他是“胃火亢盛”。与此同时，当一个出现怕冷、脉微细、但欲寐等表现的，中医就认为这个人的体内“火弱”了，需要给体内助阳壮火，这些都是中医理论借鉴自然火之特性。

中医说的火，在《内经》中有生理性和病理性的区别。生理性的火是指人体的热能，它是推动人体各种生理功能的动力，称

之为“少火”。少，有温煦柔和，不亢不烈的意思，《内经》说：“少火生气”，这个“气”就是指人体的生理功能而言。民间有“小伙子睡凉炕，全凭火力壮”的俗语，“火力”，当是少火的俗称。少火充旺，身体机能自然强盛，能耐得凛凛寒气。反之，火力不足，就会畏寒肢冷，虽厚衣重被，依然瑟缩不暖，这种情况中医也称为“阳气虚”。所以，少火其实也是阳气的别称。

人体内的病理性的火，叫做“壮火”，壮火也就是体内“有余”，这个“壮”是相对于“少”而说的，意在表明它的亢烈、破坏作用，并不是热能增多的意思。壮火能消耗人的“津液”（指具有营养作用的体液），耗散人的“正气”，所以《内经》又说：“壮火食气”。“食”即侵蚀、消耗之意。所以，吴佩衡教授说：“壮火不可留，少火不可灭”。

与此同时，当人们认识药物的时候，也引进了“火”的概念，如寒热温凉，温与热，就是火的特性，就是火在药物中的特点，而利用药物的寒热温凉，来对抗人体内的寒热温凉，《内经》称之为“寒者热之，热者寒之”，就是此意。中医的五行学说以及五脏理论的相火、龙雷之火、命门之火等，无不以火的内涵来说明问题，凡此种种均是借鉴自然火的特性说明中医之理。

#### 4. 火与扶阳理论

由于火的意念与自然界的火具有相同的意义与内涵，而人体内的生命活动一时一刻也离不开火的支撑。如人常说的：人活者，一口气也，气即阳也，阳即是火也。人的一生，就是一个生命之火的燃烧过程，而且人的生命之火，是有一定限度的，不是一个无穷无尽的资源。故此，人体内的火力是一个递减的过程，如何通过中医中药的调整与补给，来增添生命之火力，这便是中医扶阳理念之源头。

从张仲景的《伤寒论》中，我们可以看出 113 方中，应用姜桂附的方药占大半，可见张仲景善于应用辛温扶阳药物，来振奋人体内的火力而达到驱病和强身之目的。从《伤寒论》的名字上，我们可以看出，人们受“寒邪”侵袭之后，最易伤及的仍然是人体之阳气，而阳气的根本就是人体生命之火力。由此可见，



人们从火的利用与引用上，找到了中医扶阳理论的渊源。

由于人体生命之力低下，这便形成了所谓的三阴证体质，形成或是导致三阴证体质的因素甚多，而阴证之形成，当然最重要的是体质，或者说禀赋属素体阳虚者。此外，与饮食劳倦、房事不节有关。还有更不可忽视的一个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。尤其是头面虚火引起多种这样的病证，从外表看，颇似阳证者甚多，其实根本仍然是阴证，而医者每多忽视阴证，错把虚火当成阳证来治。

因此，火神派鼻祖郑钦安先生，在其《医理真传》与《医法圆通》两书之中，几乎在每一病证之后，都要批评市医积习，这一积习便是不独立思考，不思治病求本，见咳止咳，见痰化痰，见血投凉，又多用套路套方，如一见便秘即用大黄、当归、白芍、蜂蜜、麻仁、郁李仁，一见小便不利，便是木通、车前、滑石之类；更视峻药如虎，力图平淡稳当。小病犹可，大病则往往误人。

由此追溯郑钦安的学术渊源，其理论实以《内经》为宗，其临床则“用仲景之法”，宗《内经》则在“洞明阴阳之理”，宗仲景则“功夫全在阴阳上打算”，因此他的真传就是：“认证只分阴阳”，“病情变化，非一端能尽，万变万化，不越阴阳两法”。阳证自有阳证治法，阴证则宜益火之源，或甘温扶阳，或破阴返阳，如此，则仲景之四逆、白通、理中诸方，自然顺理成章地成为他的习用之方了。“予非专用姜附者也，只因病当服此。”这便是他的夫子自道。

## 5. 小结

自从盘古开天辟地，斗转星移数万年，火使人成为万物之灵，火为人类的进化、文明进步、经济发展立了首功。如果没有火，人类不知还要在茹毛饮血的生活状态中延续多少万年？如果不是因为有火而吃上熟食，也不会有今天男性的光鲜和女性的颜如玉，可能还停留在浑身毛发与猩猩为伍的阶段。自从有了火以后，才真正加速了人类进化的进程，所有的一切文明与进步，都

与火有着千丝万缕的直接关系。离开了火，人类的整个生存和发展将一筹莫展。

从燧人氏开始的早期人类，由自然之火启迪学会燧石取火，逐渐掌握了生火用火的本领，是火的产生和使用，人与猿才有了根本区别，通过火所衍生的一系列革命性变化，促使人类全身结构发生变化，从而也加速了头脑的发展，增长了智慧，产生了语言，有了文明，并逐步产生了文化。恩格斯指出的“劳动创造了人本身”，而由低级劳动和低级生活向高级劳动及生活的根本性跨越式过渡，没有火是完成不了这一跨越的。

随着人类的进步与发展，人类文化的产生与火的利用更为密切，而文字的形成并为中医学理论找到了记载历史的源头。《黄帝内经》中关于火字的出现，不仅代表了自然界之火，更是把人体内之五脏六腑的生命之火，比喻的甚为恰当。而扶正祛邪的治疗法则，则为扶助人体阳气，即成为扶助生命之火力定下了千年不变之真理，火神派扶阳理论创始人郑钦安先生，发扬光大了《内经》与《伤寒论》中扶阳理论体系，使其成为中医理论中的一枝独秀，为我们治疗三阴病证提供了行之有效的思路与方法。

## （二）《黄帝外经》重阳论

《黄帝外经》与《黄帝内经》一样，都是同时期的重要医学文献，这在《汉书·艺文志》中已有明确的记载。笔者通过深入细致的反复阅读《黄帝外经》八十一篇文章，发现其书写口气、格式与《黄帝内经》完全一致，而且还解释了《内经》中提出而解释不到位的许多内容，特别是其重阳学术思想，把《内经》中重阳学术思想进一步升华，并且解释的极为详细，使这种重阳学术思想更为突出。这对我们进一步地丰富完善火神派理论，更好地对扶阳学说的重阳学术思想进行系统研究，提供了可靠的理论渊源和依据。

### 1. 命门太极说

《黄帝外经》与《周易》等诸多先秦文化时期的产物，都是在汲取当时传统的中国文化基础之上发展而成的。因此，《黄帝

外经》同样也引用了当时《周易》中诸多内容为我所用，并成为有力的医学理论说理工具，特别是《周易》中太极学说思想，在《黄帝外经》中体现的非常突出。如《黄帝外经·考订经脉篇》中说：“主者，命门也，命门为小心，若太极之象能生先天之水火”。显然，已把命门与太极学说进行了有机的联系，把人体命门的功能比喻为太极，且《易经》中的太极生两仪之理，《黄帝外经》则曰：“水火”，水火乃为两仪之意义。表明《黄帝外经》中已经明确地提出，人体之太极在命门，而命门之中含有水火阴阳二气。《易传·系辞》中曰：“一阴一阳之谓道”。而《易·系辞》又曰：“易有太极，是生两仪”。表明《易经》中的太极阴阳学说。《黄帝外经》则一脉相承地借来用为中医说理工具，论述中医对人体生命现象的解释。太极阴阳理论在医学中具有十分重要的作用，整个中医理论都是以阴阳作为理论框架，中医药的理法方药皆无不贯穿以阴阳为基础，且贯穿于中医学理论的各个方面。而把太极阴阳引进中医理论，具有独特的命门太极阴阳观，对于构建中医理论体系具有重要的价值和意义。如命门一说在《内经》中则有目的含义，如《灵枢·根结篇》曰：“命门者，目也”。而《难经·三十六难》中则指出：“命门者，诸神经之所舍，原气之所系也；故男子以藏精，女子以系胞”。同时，《难经》还把命门与肾气相联系，并提出了“左肾，右者为命门”的观点。这些命门说均含糊其辞，均未明确指出命门的真正意义与内涵。而《黄帝外经》对命门的阐述，则把这些内容——太极阴阳理论论述的非常明了。如《黄帝外经·命门真火篇》中指出：“命门，火也，无形有气，居两肾之间，能生水而亦藏于水也……火非水不藏，无水则火沸矣；水非火不生，无火则水绝矣。水与火盖两相生而两相藏也。”及“命门者，水火之源”（《黄帝外经·小心真主篇》）。这种太极阴阳水火理论，把后世命门与肾的关系述说的明明白白，使后世争议不休的命门与肾的关系有了一个圆满的解释，而且还具有重要的临床实用价值。为了进一步说明太极阴阳学说命门观点的确切性，《黄帝外经·命门经主篇》中还说：“然而无形之火偏能生无形之水，故火不藏于火，转藏于水，所谓一阳陷于

二阴之间也。人身先生命门而后生心。”而《易·说卦》中曰：“坎，陷也”。言一阳陷于二阴之中，是太极阴阳之中的坎卦，坎在中医属水，为肾所主。郑钦安在《医理真传·坎卦解》中说的更为明白：“天一生水，在人身为肾，一点真阳，含于二阴之中”。这都说明，《黄帝外经》把太极阴阳学说与人体之命门和肾进行了有机的联系，用来阐述命门与肾的关系和在临床中的重要价值和意义。

## 2. 命门与阳气

《周易》极为重视天阳的作用，如《易·乾卦象》中曰：“大哉乾元，万物资始，乃统天”。这是在说天阳为万物开始之端，而且阳气是万物资生之主导。在《内经》中也体现了重视阳气的主导作用，如《素问·生气通天论篇》曰：“阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰，故天运当以日光明”。在《黄帝外经》中这种重阳学说与命门进行了有机联系，并把《内经》重阳学说进行了深层次探讨。如《黄帝外经·命门真火篇》中说：“命门，火也，无形有气”。《黄帝外经·命门经主篇》亦说：“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……命门为十二官之主。有此主则十二官治，无此主则十二官亡矣。”同时《黄帝外经·小心真主篇》中也说：“命门之火，谓之原气，命门之水，谓之原精，精旺则体强，气旺则形壮。命门水火实藏阴阳，所以为十二经之主也。主者，即十二官之化源也。命门之精气尽，则水火两亡，阴阳间隔，真息不调，人病辄死矣。”这种学说，不仅强调了命门属火，更说明火阳之气，是人体生命活动的源动力，是人之真火，是各种脏腑功能活动的根本，十二经皆为后天之火，而十二经之火得命门先天之火则生生不息。故而，《黄帝外经·命门真火篇》中又说：“十二经之火得命门先天之火则生生不息，而后可转输运动变化于无穷……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。”命门关系着人的生死，如此重要的问题，而《内经》何以遗之？《黄帝外经·命门真火篇》回答了这个问题：“岐伯曰：未尝遗也，主不明则十二官危。所谓主者，正指命门也。七节之旁

有小心。小心者，亦指命门也，人特未悟耳。”这在《黄帝外经》中解释的已经很清楚，意思是说，命门这么重要的问题，在《内经》中已经说出来了，但是后人不理解，没有悟出《内经》中命门的真正涵义，以至后世对命门争论千余年而不休。《黄帝外经》在《易经》儒家贵阳重火的思想影响下，也倡导并非常重视命门先天之火学术思想，确立了命门为人体阳气之总源，为后世医家重视阳气的学术思想奠定了基础。

### 3. 补阳重火

《黄帝外经》认为命门乃生命之门，先天之气蕴藏所在，内寓真火，为人体阳气之根本，生命活动之源动力。因此，《黄帝外经·命门经主篇》中说：“命门为主，供十二官之取资，其火易衰，其火亦易旺。然衰乃真衰，旺乃假旺。”由于后天之十二官之火皆来源于命门之火，而命门之火藏于肾中，故此十二官之不停的资取，易使命门真火衰微；但也极易出现火旺，火旺乃为其假象，为其命门火衰，虚火上越之象，故其解释中解答了这个问题，衰为其真衰，旺为其假旺，乃为其阳气衰微，龙火上奔之假象。在《黄帝外经·命门真火篇》中又进一步地指出了命门真火衰的形成原因及治疗方法：“命门水火虽不全属于肾，亦不全离乎肾也。盖各经之水火均属后天，独肾中水火则属先天也。后天火易旺，先天火易衰。故命门火微，必须补火，而补火必须补肾，又必兼水火。补之正……故补火必须于水中补之。水中补火则命门与两肾有既济之欢，分布十二经亦无未济之害也”。这就进一步证实了补命门之火而在于补肾，补肾火即为补命门之火，补火的同时为防止火旺而还要兼补肾水。为什么《黄帝外经》强调贵阳重火呢？这是因为“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”（《黄帝外经·命门真火篇》）。因为命门之火关系到人生命的生与死，所以《黄帝外经》就非常强调补命门肾火之法，是保全生命唯一而且最为重要的方法。

火衰有真亦有假，为真正补其火衰，防止盲目进补，首先要辨识清楚其是真火衰，还是假火旺，《黄帝外经·真假疑似篇》

中给了一个简易的方法：“辨真辨假，以外水试之，真热得水得解，假热得水则逆也。”同时又进一步解释说：“火亏致水逆者，补肾而逆气亦安”。为什么《黄帝外经》重视扶阳呢？在《黄帝外经·亡阳亡阴篇》中说：“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。”这就进一步地阐述了补阳救阴的重要性和临床价值，也就是强调贵阳重火的关键所在。这是因为“肾水之中有火存焉，火得水而伏，火失水而飞”（《黄帝外经·从逆窥源篇》）。故此，在治疗中《黄帝外经》特别强调了补肾助火的方法与宜忌，《黄帝外经·从逆窥源篇》中说：“肾中水火，各脏腑之所取资也，故可补不可泻，而水尤不可泻也。……补水以衰火者，益水之药宜重。补水以长火者，益水之药宜轻也”。这就把补肾助阳壮命门之火为目的的治疗方法，为后世交代的非常清楚而具体了。

#### 4. 小结

《周易》太极理论非常重视天阳的主导作用，而在《黄帝外经》中则一脉相承地汲取了当时社会最为先进的理论，并把当时中国文化之精髓引用到医学问题中来，不仅弥补了《内经》重阳学术思想理论之不足，更为可贵的是，《黄帝外经》把太极、阴阳、命门、肾、水火进行了有机的联系，强调了命门乃生命之门，它的火旺与火衰关系着人的生命和生死。因此而强调了重火扶阳补肾的学术思想，这对于我们处处维护人体阳气，保证生命之门——命门火力充足、旺盛，强身健体、防病祛邪及治疗诸多疑难杂症都提供了新的思路与方法，同时为我们进一步研究火神派之临床理论找到了可靠的渊和依据。

### （三）王好古三阴证辨治学术思想特色

王好古是元代易水学派的著名医家之一，他精通《内经》，深研仲景，师承张元素、李东垣之学，而有所创新与发展，并结合个人的丰富临床实践，著书《阴证略例》一部，开创了阴证学说，他的三阴证学术思想对于后世火神派学术思想的形成，有一定的影响，而且其学术思想颇具个性特点，这对于我们当今研究



火神派学术思想多有益处。现就其三阴证辨治学术思想进行概论。

### 1. 创立三阴证的动机

王好古创立三阴证学说，虽然源于《素问·调经论》所说的：“阳虚则外寒”、“阴盛则内寒”等有关阴证之经典理论，但其对三阴证进行深入研究，还主要是受他的师承关系之影响。他在张元素脏腑辨证学说和李东垣脾胃内伤理论的启发和影响下，注重脏腑虚损和伤寒三阴虚证研究。同时，他发现一般研究《伤寒论》者，都是详于外感而略于内伤，详于实证而略于虚证，详于三阳证而略于三阴证。而在临床上他发现，三阴证危害甚大，且较阳证难辨难治，即他所谓“伤寒人之大疾也，其候最急，而阴证毒为尤惨，阳则易辨而易治，阴则难辨而难治”。而当时医界由于受刘河间“火热论”的影响，大昌寒凉之风，但是寒凉过甚亦成弊端。所以王氏针对三阴证之研究并阐发，倡用热药进行温补之意，实质上也是针对世医过用寒凉的一种纠正。正是有了这样的研究动机，于是产生了补偏救弊的想法，因此，他才“积思十余年”，广泛收集自《内经》以下的有关文献资料，分析前贤对三阴证的论述，通过系统整理文献资料并结合临床实践形成了自己的《阴证略例》一书。从中我们可以看出，创立火神派扶阳新法在当时来讲，也是一种时代潮流。

### 2. 三阴证的范围及表现

王好古确立三阴证学说的范畴，是指《伤寒论》所表明的大阴、少阴、厥阴三经的证候，即“伤寒内感三阴经”。他在《伤寒论》三阴证的分类基础上，重点研究内伤三阴证候，如他在《阴证略例》“海藏老人内伤三阴例”中说：“若饮冷内伤，虽先损胃”，但其病变则有三阴经不同的症状表现。如厥阴证表现为：“若面青或黑或青黑，俱见脉浮沉不一，弦而弱，伤在厥阴肝之经也”，并可见四肢厥逆、爪甲青，或自汗不止等症。少阴证表现为：“若面红或赤，或红赤俱见，脉浮沉不一，细而微者，伤在少阴，肾之经也”，并可见默默不欲语、但欲寐，或四肢厥逆，或身表冷如冰石等症。太阴证表现为：“若面黄或洁，或黄洁俱见，脉浮

沉不一，缓而迟者，伤在太阴，脾之经也”，并可见手足自温、自利不渴等症。

三阴证的症状，王好古认为“内伤三阴”的具体临床症状表现是：“若病在少阴，则有面赤，默默不欲语，但欲寐，或四肢厥逆，或身表如冰石，脉沉细。若病在厥阴，则四肢厥逆，爪甲青，面黎目黑色，或自汗不止，脉沉弦无力。若病阴毒证，身表如冰石，四肢厥逆，体如被杖，脉沉细而微，或六至以至八至、九至、十至而不可数……惟太阴一证，手足自温，自利不渴，尺寸脉俱沉而弱”。但阴证的临床表现有时十分复杂，往往不是局限某一经，而是二经或三经症状并见，其变化更是繁复多样，即王氏所谓“阴证始终形状杂举”。故他又把面赤、手足振摇、腰腿沉重作为阴证的早期证候。他说：“若病患面赤者，下虚也。手足振摇者，为元气无主持也。腰腿沉重者，三阴经受寒湿也。或恐或悸者，知阴寒之邪在手足少阴也……以上初病时，多有形状如此等类。”将身如被杖、色青黑、手足踈而卧、恶闻人与语、昏昏欲寐、目白睛赤等作为阴证的晚期证候。王氏经过系统的临床分类与整理，既显得条理分明，又切合临床实用。

王好古认为脉诊对于三阴证的诊断价值最大，他主要从色、脉两个方面来辨别三阴证。他说：“若面青黑，脉浮沉不一，弦而弱者，伤在厥阴也；若面红赤，脉浮沉不一，细而微者，伤在少阴也；若面黄洁，脉浮沉不一，缓而迟者，伤在太阴也。”又阴证初得以沉细而疾为主脉；阴证渐深则六脉沉细，一息七至；阴证危时，六脉附骨取之方有，按之则无，一息八至以上，或不可数。王氏尤为重视脉象在阴证上的诊断，他说：“大抵前后证变之不同，以脉别之，最为有准，不必求诸外证也”。同时在临床上，王氏认为诊脉断三阴证“最为验”，因此，王氏告诫后者说：“学人当审，独取诸脉，不凭外证可也”。

### 3. 三阴证的病因病机

王好古认为构成阴证的病因，有内因、外因和不内外因三个方面。外因方面有两个途径，一是外感风寒；风寒之邪或自皮毛由表入里，由三阳传至三阴，或寒邪直中三阴，而成伤寒外感阴



证。二是冷物伤脾而成内感阴证。在外感阴证方面，王氏则发前人未备，重在阐发内感阴证，他认为饮食生冷，过服凉药，口鼻吸入雾露雨湿之气，这些“冷物”都可通过口鼻入腹，损伤脾胃阳气而成阴证。并独具创见地阐述雾露雨湿不仅可袭人之肌表而致病，又因它与饮冷同为浊邪，病邪性质相同，都可通过口鼻为入侵途径，所引起阴证的脉证又极相似。故他说：“雾露入腹，虽不饮冷，与饮冷同；内伤饮冷，虽非雾露，与雾露同”。实际上是对“寒邪直中三阴”学说的一种发挥，也是对《内经》“天之邪气，感则害人五脏”的说明。王好古对阴证非常重视内因的作用，他认为构成阴证，无论是外感还是内伤，这些外因不过是条件，而内因“本气虚”和“内已伏阴”才是关键。他说：“重而不可治者，以其虚人，内已伏阴，外又感寒，内外俱病，所以不可治也”。说明外感寒邪、内饮生冷都是外在的条件，而人本气的虚实才是内在发病的根据。如人本气实，虽感寒饮冷，均不足以病人；如人本气虚，感寒饮冷虽不甚，或者既未感寒，又未饮冷，亦可以病阴证。

王好古所指的“人本气虚实”，主要与少阴肾或太阴脾有关，他援引《活人书》说：“本因肾气虚寒，或因冷物伤脾，外感风寒，内既伏阴，外又感寒，或先外寒而内伏阴，内外皆阴，则阳气不守”。两者之中又特别重视肾虚的作用，他说：“人之阳气俱藏于一肾之中”，肾是全身之本，若肾阳充盛，即使冷物伤脾，或风寒外伤，也能使阴寒之邪逐渐消失而不致发病。

王好古认为“内伤三阴”的病机，实际上就是“元阳中脱”。王氏在《阴证略例》中着重从病机上说明“元阳中脱”的两种形式，即“阳从内消”和“阳从外走”。他说：“或有人饮冷内伤，一身之阳便从内消，身表凉，四肢冷，脉沉细，是谓阴证，则易知之。若从外走，身表热，四肢温，头重不欲举，脉浮弦，按之全无力”。但具体病机则有三阴经之不同。如“伤在厥阴”，是属肝阳虚损，血因缺乏升发之气，而不能正常萦回于经脉之中所致。“伤在少阴”，是属肾阳虚损，虚阳上泛所致。“伤在太阴”，是属脾胃虚损，津气不营于肌肤所致。说明“内伤三阴”病机所

在，实为肝阳虚损、肾阳虚损、脾阳虚损，其中又以脾肾阳虚为病机重点。

#### 4. 三阴证的临床鉴别

对于阴证在某种情况下所表现的变证及假象，王好古进行了深入的分析，并且指出明辨疑似与鉴别要点，以防临证误诊。他说：“或有人饮冷内伤，一身之阳便从内消，身表凉，四肢冷，脉沉细，是谓阴证，则易知之；若从外走，身表热，四肢温，头重不欲举，脉浮弦，按之全无力。医者不察，便与表药双解等，复使汗出，三焦之气绝，以此杀人者多矣”。并指出阳从内消的纯阴寒证易辨，但阳从外走的所谓“内阴外阳”证则难明。身表热、四肢温，这是元阳向外脱失的表现。应透过现象看本质，否则会犯乱用解热药，致使三焦气绝的严重错误。正因为如此，他在《阴证略例》中不遗余力地论述阴证的鉴别近二十余篇文章，如对阴证中的狂言、小便赤、小便不通、大便秘、发热、咳逆、发渴、发厥、遍身青黑、四肢振摇、手足自汗、阴阳易、霍乱等病证的鉴别。经总结王氏认为，恶寒怕冷、欲近衣被、不思饮食、下利清谷、四肢厥冷、气怯喜静，舌质淡或青，脉沉迟而微者属阴证。此一目了然，不至于阴阳颠倒，贻误病情。

王好古认为阴极似阳者，临床上鉴别最难，故此他说：“假令身体微热，烦躁面赤，其脉沉而微者，皆阴证也。身微热者，里寒故也。烦躁者，阴盛故也；面戴阳者，下虚故也。”指明身热、面赤、烦躁“似阳”假象，是因阴盛里寒、虚阳外越之故，若脉沉而微则是辨别其阴证本质的要领。总之，阴证阳从外走，出现阴证似阳的现象，往往证候比较复杂，阴阳交错。所谓内阴外阳证，既有“内阴”证，每三阴证候同见；又有“外阳”的假热症状，其共同点是身不冷、四肢温。尽管证候阴阳错杂，但脉象总是沉、涩、弱、弦、微等阴脉，这是鉴别阴证的关键，在临床上须仔细分辨，可谓是王氏长期临床经验之结晶。

#### 5. 三阴证的治疗方药

王好古对阴证的治疗，首先辨证分为三阴阳虚证，他参照张仲景三阴经辨证方法，临床将阴证分为三类：即伤寒在厥阴肝

经、少阴肾经及太阴脾经。治疗之时他特别强调“可补之法”，对于内伤三阴阳虚证，他在《阴证略例》海藏老人内伤三阴例篇中，分别以理中汤治太阴证、以通脉四逆汤治少阴证、当归四逆汤治厥阴证的主方。王氏虽分三阴用药，但从他在《阴证略例》中收录的近50首方剂来看，他更主张温养脾肾，这是由于他重视“肾气虚寒”发病观的缘故。如霹雳散（附子、腊茶）、正阳散（附子、皂荚、干姜、甘草、麝香）、火焰散（硫黄、附子、腊茶）、回阳丹（硫黄、木香、萆澄茄、附子、干姜、干蝎、吴茱萸）、返阴丹（硫黄、玄精石、硝石、附子、干姜、桂心）等，都是以附子为主药的温肾方剂，另如附子散（附子、桂心、半夏、干姜、白术）、肉桂散（肉桂、赤芍、陈皮、前胡、附子、当归、白术）、白术散（川乌头、桔梗、附子、白术、细辛、干姜）、天雄散（天雄、麻黄、当归、白术、半夏、肉桂、川椒、生姜、厚朴、陈皮）等，则为脾肾双补之剂。

王氏不仅治疗上方药自成一派体系，同时在治疗阴证中十分讲究服药方法，注意服药反应。他根据一日之中的阴阳消长规律，认为阴证病机主要是阴盛阳衰，所以主张治阴证应在半夜之后服药，使药之温热得自然界阳气之助而发挥更大的效用，这种认识与现代研究认为的生物钟学说颇相吻合。至于“热药冷服，内有浮阳则可。若脉已虚，按之全无力，或病患素无所养，只可温服，不然阴气必不能酝酿回阳，利害非轻”。他还提醒人们不要被在治疗过程中服药后所出现的假象所迷惑。他说：“阴证阳从内消，服温热药烦躁极甚，发渴欲饮，是将汗也”。说明阴证本属阳气虚惫，服温热药后，阳气初复，与邪交争，往往出现烦躁口渴的假热症状，这是阳气外达，将要出汗的现象，不要误认为热。

在服药方法上，王氏同时还认为：“凡投性热药，皆须冷服，何故如是？今谓病患腹中阴气太盛，若投汤剂，即阴阳相系，药下即吐，须候汤剂极冷即投之；投之不吐者，盖腹中阴气与冷饮相逢，即同气相从尔，故药下不吐也。药虽冷，久则必热，所谓始同而终异也”。即热药凉服法，很有实用价值。同时，他还说：

“仲景白通汤、通脉四逆汤用猪胆汁苦寒，人溺咸寒。成无己云：所以去格拒之寒也。孙兆霹雳散用蜜水，《活人》霹雳散、火焰散用腊茶，返阴丹用硝石，许学士正元散用大黄，此数法与白通汤、通脉四逆汤用猪胆汁、人溺同意，皆所以去格拒之寒也”。这种热药之中佐寒品法，对于防止服药药性格拒难服，解释的非常到位。王氏这些见解，不仅经验独到，且皆明古人所不言处，很有实用价值。

王好古不仅对三阴证证治自成体系，同时在学习过程中对附子的认识，更有独到之处，这是他结合临床实践总结出的经验。他说：“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，非若干姜止而不行也”，这便是后世所说的“干姜守而不走，附子走而不守”之论源头。

## 6. 结语

王好古《阴证略例》一书，王氏对伤寒的病因进行了有益的探索，由此而促成该书的形成。同时在他的《医垒元戎》和《此事难知》两书中均设立有“伤寒之源”专篇予以讨论。而且是他认为：“饮食不节者，或饥或饱，或冷或硬。居处不时，或塞或通，或劳或逸。阴阳太过者，隐相易之，形状或一或二。喜怒不常者，须心腹之逆满，或隔或痞，此皆伤于阴者也。旧有冬伏之寒邪在经，春夏之复伤而作，伤于阳者则邪气外并，伤于阴者则邪气内并，新伤引出旧伤也”。由此而突出强调：“此伤寒之源，非天之伤人，乃人自伤也”。明确提出了内在因素在伤寒发病中的重要性。因此，而提出自己对三阴证的独到认识与辨治思路，王氏的研究虽然源于《内经》与《伤寒论》，以及他的师承思想，还有诸多前贤的认识，但最终形成三阴证理念与理法方药一体者，他的《阴证略例》可以称说是理论与实践上多有突破与创新。他的这些理念与经验，对于我们当今研究火神派学术思想多有益处，同时对于扶阳学说与理论系统化有着重要的参考价值。

### （四）《扁鹊心书》扶阳学术思想之特色

《扁鹊心书》署名为宋·窦材所撰。窦材系宋代河朔真定

(今之河北省正定县)人,生死年月不详,他生于一个四世业医之家,曾出任过一段时间地方武官。后遇关中老医,既而从之,师授固简而当,恐有未尽,遂将随先师所历之法与自己40年余之所治验,于南宋绍兴十六年(1146年)撰成《扁鹊心书》一书。尽管本书有不少的内容,乃是后世之人所续,但作为素材在学术思想上重视扶阳,反对妄用寒凉攻下药的资料,对于今世上也具有重要的启示。特别是其扶阳学术思想,对于研究与发扬火神派扶阳理念,具有重要理论价值与临床指导意义。为此,现就其扶阳学术思想特色进行整理归纳。

### 1. 扶阳思路

素材及其续编者,均是以《内经》为研究始点,认为人体阳气乃身体之主宰,况且人由生到死的过程,就是阳气由强到弱的消耗过程。如书中说:“《素问》云:年四十,阳气衰,而起居乏;五十体重,耳目不聪明矣;六十阳气大衰,阳痿,九窍不利,上实下虚,涕泣皆出矣”。由此而推论出,“夫人之真元乃一身之主宰,真气壮则人强,真气虚则人病,真气脱则人死”。鉴于当时之世,追求长生不老之仙丹升阳,窦氏也会随社会喜好而趋势研究,并在著述中体现出了这一特点。如引用俗语说:“阳精若壮千年寿,阴气如强必毙伤”,“阴气未消终是死,阳精若在必长生”。因为道家认为,纯阳为仙,纯阴为鬼,人居阴阳之间,故人鬼参半。故此,“道家以消尽阴翳,炼就纯阳,方得转凡成圣,霞举飞升”。在这些追求长生不老梦想中,重视人体之阳气的修炼,就显得格外重要。而为医者,素材认为:“为医者,要知保护阳气为本。人至晚年阳气衰,故手足不暖,下元虚惫,动作艰难”。这些都是人体阳气不足,年老肾元亏损,无法长寿的重要原因。因此,他认为:“盖人有一息气在则不死,气者阳所生也,故阳气尽必死。”

鉴于当时之世,追求长生不老的仙丹,服纯阳极品梦想达到长寿的美好愿望,对素材的扶阳思想产生了重要的影响,这从他的扶阳方药丹剂中就可以看出,取名金液丹、保命延寿丹、大丹、中丹等丹药,大都离不开硫黄、雄黄、朱砂等之品,而这些

正是当时炼丹的主要药物成分。虽然窦材对服丹药扶阳延年的方法，未提出异议，但其却从《内经》等经典的医学知识中，悟出《内经》中重视阳气的学术思想，并从这一重视扶阳的思路，进行总结与归纳，提出来要保护阳气，这对于防病治病、延年益寿具有重要作用与临床意义。

## 2. 反对寒凉

由于窦材重视扶助人体的阳气，故此他发现当时之医者有三错，“凡阴疽及鬼邪着人，或两眼内障”，即举出世人三个病根，均是阴邪为病，决不可再损人之阳气，不然轻者至重，重则至死。他认为：“其疮疽本于肾虚，为阴所着，寒邪滞经，依附于骨，故烂人筋，害人性命”。

窦材居世之时，由于人们对巫医分得不是太清楚，加之人们追求纯阳升仙，故而鬼邪着人之事常见。而窦材对此，则从阴阳辨识着手，重视阴阳二者的关系，认为“鬼邪着人者，皆由阴盛阳衰，鬼能依附阴气，故易而成病，若阳光盛者焉敢近之。”显然，这与《内经》“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”之原意，是一脉相承的。

至于眼病名目众多，但就“眼内生障”一病，窦材认为乃是“脾肾两虚，阳光不振耳”。这是因为：“光之短主于脾，视物不明主乎肾”，虽然其分析不甚全面，但至少他从脾肾阳虚认识该病，也是一种独到的扶阳见解。

上述三种疾病，世医多从用苦寒清热之品而治，使轻者致重，重则乃死。为此，窦材感叹到：“假手庸医，认为燥火，投以凉药，或清热化痰，致人枉死。良可悲哉！”

窦材认为妄用攻下之法，亦为损阳耗正之误，他认为：“况乎三焦暖热方能腐熟水谷，若一刻无火则肌肤冰冷，阳气脱尽而死矣”。同时他发现：“今之庸医不问虚实，动辄便行转下，以泄六腑谷气，转生他证。重则脾胃渐衰，不进饮食，肌肉消瘦而死”。而且他认为：“今人于并无以上热证，而亦概用寒凉转下，必欲尽去其热，吾不知将以何为生气。夫人身无热则阳气尽矣。”这些市习苦寒泻下之治法，与他处处时刻注意保护人体之阳气的

理念，是背道而驰的。

关于对寒凉的禁戒，窦材更是认识得很透彻，感触颇深。通过大量的临床观察，他体会到：“冷病属阴，阴邪易伏，故令人不觉，久则变为虚寒，侵蚀脏腑而死”。其后注释中又说道：（寒凉伤人）初起不觉之证，最能害人，往往轻忽之，而一变致死者不少。特别是窦材发现：“溺于滋阴苦寒之剂，殊不知邪之中人，元气盛则能当之，乃以凉药冰脱，反泄元气，是助贼害主也。夫凉药不知害了多少人。”尤为痛心疾首地指出：“若元气稍虚者，无不被凉药冰败而死，脾胃有伤，焉望其生”。说明当时之世，大剂苦寒清凉之品，伤及人的性命，而庸医却仍执迷不悟，害人不浅。由此，窦材大声疾呼：“俗医大用凉剂，譬于饮人冷水，阴害黎民，良可概也。不见当今医家，祸及子孙，甚至灭门绝后，皆学术不精之报也。”这种痛斥当世之医，妄用苦寒之剂，不仅害人性命，同时已经是祸及子孙后代了，这样的认识与观点，在当时来讲，不仅真的是难能可贵，同时也是他力倡扶阳之缘由。

### 3. 扶阳三法

为了纠正时医寒凉之弊，窦材大倡扶阳之理念。从源头上他认识到：“燧人立法，食必用火，万代苍生得以活命”。而从人类开始学会用火以后，才使得人类减少了生食带给人们的疾病，人类的健康才有了根本的保证。故而“知热之养人，时刻不可缺也”，且“三焦暖热方能腐熟水谷”。这是他从人的生理方面证明了，人体一刻也不可离开阳气，阳气衰或低落，就会给人体带来轻重不同的寒凉疾患。因此，窦材从临证角度指出：“要知缓急”，是告诉临证辨识，首要分清阳虚的程度，同时，依据病情分为“五等虚实”，而采用不同的扶阳方法，进行不同层次的调治。

窦材经过大量的临床观察发现，阴寒之证，有轻有重，有缓有急，针对轻重缓急之不同，提出治疗方法是：“灼艾第一，丹药第二，附子第三”。特别是在临床上应急之时，提出大病宜灸。并且认为：“世有百余种大病，不用灸艾、丹药，如何救得性命，

劫得病回？”临床之上，他发现“若灸迟，真气已脱，虽灸亦无用矣；若能早灸，自然阳气不绝，性命坚牢”。因此，临床上不仅提倡首选灸法，更倡导多壮灸艾，防病复发。

首倡用灸法。窦材总结归纳了《黄帝灸法》25种，可以采用的灸法，以及选用的穴位和灸的壮数。同时，他又总结了《扁鹊灸法》10种，这10种灸法详尽地描述了配穴的部位，以及可以治疗的病证，甚为详细又具体。最后，附写自己的灸法50条，这50条均为临床上的疑难杂病，先述病名，再述症状，最后是灸的穴位及壮数。特别是在一些论述中，又涉及到因寒凉或伤及阳气而导致病情如此的情况，部分疾病认为也是比较难治的。

第二是丹药。由于当时之世盛行丹药，故而窦氏所研制的丹药约有43种，这在附方98首方剂中，占据近半数。而且这些丹药组成，除部分含雄黄、硫黄、水银、朱砂等外，大部分都是附子、乌头、桂枝、肉桂、生姜、干姜、川椒等辛热之品。而且在其附方98首方剂中，除去17种方剂组成为寒凉之外，其余81种组方中，均是以辛热性温药物组成。这进一步地证明了，窦材不仅提倡扶阳理念，且临证用药也是以应用辛温药物为最多。

第三是附子。98首附方之中，含附子（或乌头，或乌头与附子）的方剂占26首，占全部的26.5%，也就是说1/4的方剂中含有附子，不含附子的方剂，除去性寒凉的17种之外，也就是81种方剂均为辛热温性方；在55种方剂中，虽不含附子，但姜、桂、吴茱萸、川椒等辛热之品，也占方剂的主要部分。总体上，除去苦寒之品种外，81种方剂的组成，辛热性温之品占82.7%，正好验证了他善于辛热扶阳之理念。

#### 4. 临床特点

《扁鹊心书》一书的编写特点：个性独到，采用的是理法方药及验案一体化的方式，特别是临床验案，思路清晰，治法简洁，方药与艾灸相互配合，临床疗效显著，这在一般的古人著书中是不可多得的。

在《卷中》之中，共论述以内科杂病为主64个病的治疗。首论伤寒，“伤寒六脉浮紧……，忌服凉药，恐变为阴，害人性



命。至六日发烦躁，乃阴阳换气，欲作汗也，服当归茯苓散，汗出而愈。六脉紧大，或弦细……足指冷，肢节痛……皆阴也，灸关元三百壮，服金液丹、姜附汤，过十日半月，出汗而愈”。这后面未附验案。

在《卷中》之中，汗后发噫，窦材认为是“脾肾虚弱，冷气上奔也”，主方用“姜附汤”。姜附汤在附方中称为“姜附丹”，小字注明是“神方”。姜附汤组成为：生姜五两切片，川附子五两炮片，共为细末。每服四钱（现代相当于8~9g），水一盞，煎七分和渣服。后面其附验案4则。如最后验案：“一人患伤寒，初起即厥逆，脉一息八九至，诸医以为必死。余曰：乃阴毒也，与姜附汤一盞，至半夜，汗出而愈。”

在《卷中》之中，64个病种，共附验案52例，这其中治疗方法上，都选用急症艾灸，然后煮散剂，或服丸药，这些药方或丸剂，都是事前准备好的。既然是事前准备好的药物，那就是主要以姜附为主的辛热温性之品，针对所治阴寒证的。

在《卷下》之中，共涉及到53个病种，以外、妇、儿、老年及五官科病主为。如其中“手颤病”，窦材认为：“四肢为诸阳之本，阳气盛则四肢实，实则四肢轻便。若手足颤摇不能持物者，乃真元虚损也。常服金液丹五两，姜附汤自愈。若灸关元三百壮，则病根永去矣。”

纵观《卷下》之中的53个病种，其治疗方法多以服药为主，其中也包括一些清解之品，并配合针刺、艾灸等多种方法。表明病情特殊，治疗方法也不能千篇一律，而是要灵活掌握。这53个病种后面，附验案不多，大部分讲述病因及治疗方法，一般都是服药与艾灸同用。而且大都是以服药为先，这与内科杂病的治疗方法首选是不一样的。

## 5. 结语

《扁鹊心书》于1146年成书，清乾隆乙酉年（1765年）王琦重刊。全书分为三部分：上卷计有论述10篇，灸法3篇，概述其主要医学观点，兼录前人和作者的灸法；中卷载病64种，计64篇；下卷载病53种，及《周身各穴》，计54篇。卷末有附神方

98首。纵观本书之内容，虽名为窦材所撰，但就其内容分析，诸多的内容与语句，年月日相差甚远，均为后人所续编加的，虽然本书的真伪多有争议，但其书中的窦氏学术思想重视扶阳，反对妄用寒凉攻下，验于临床，疗效卓著。这对于我们当今学习火神派扶阳学术思想，具有重要的学术价值与临床意义，特别是对于完善火神派扶阳理念具有积极的意义。

### （五）任应秋论阳主阴从论

任应秋教授（1914~1984年）是我国当代著名的教育家与临床学家，《中医各家学说》教材编撰与创始人，曾任职于北京中医药大学。其在1984年由人民卫生出版社出版的《任应秋论医集》中，就《内经》中关于阳主阴从论，系统地进行了阐述，这对于我们当前研究火神派扶阳学说多有积极的意义。现就其书中部分内容摘抄如下。

任应秋教授认为：阴阳是矛盾的，但却有主要与次要的区分。阴阳是相互依存的，但在矛盾过程中所处的地位却不一样。《矛盾论》指出：“矛盾着的两个方面中，必有一方面是主要的，他方面是次要的。其主要的方面，即所谓矛盾起主导作用的方面”。

对于这一点，中医学也有了一定的自发认识。《素问·生气通天论》说：“凡阴阳之要，阳密乃固；两者不和，若春无秋，若冬无夏，因而和之，是谓圣度。故阳强不能密，阴气乃绝”。这充分说明了人体内部阴阳矛盾之中，是以阳气一方为主要矛盾的，所以《素问·生气通天论》更形象地强调说：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明”。意思是要处理好人体阴阳的矛盾关系，首先要保护阳气，使其能够卫外为固，起到护卫和调节机体的作用，这是使身体强健的关键。如果阳气不足，便会“若冬无夏”、“折寿而不彰”，不能维系生命的存在。或者阳过于亢盛，则发泄太达，不能致密，便会导致“若春无秋”，“阴气乃绝”。这表明在阴阳矛盾中，阳是主要方面，阴处于次要从属地位。正因为如此，所以《素问·生气通天论》



从生理方面强调：“阳气者，精则养神，柔则养筋”，“阳因而上，卫外者也”，“阳气者，一日而主外”。又从病理变化方面强调：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”，“阳蓄积病死，而阳气当隔”。

任应秋认为：所谓“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离绝，精气乃绝”（《内经》）。并说明阴与阳的对立统一，既相互依靠，又能互相转化，故：“四时之变，寒暑之胜，重阴必阳，重阳必阴”。同时还认为阴与阳，阳居于主要方面，而以阴为次，所谓“阴阳之要，阳密乃固……阳强不能密，阴气乃绝”。

阳气居人体的主导地位，于此可见一斑。而历代医家多有重视脾肾阳气者，特别是张景岳在他著的《大宝论》中强调：“天之大宝，只此一丸红日；人之大宝，只此一息真阳。凡阳气不充，则生意不广。故阳惟畏其衰，阴惟畏其盛，非阴能自盛也，阳衰则阴盛矣。凡万物之生由乎阳，万物之死亦由乎阳，非阳能死万物，阳来则生，阳去则死矣”。这样强调阳在人身中的主导地位，是有他的理论根据的。

同时，任应秋教授对郑钦安的《医学三书》也多有研究，他就此评说道：郑氏治疗三阴证，确是颇有盛誉，运用附子量重而准。成都邓绍先、重庆吴棹仙的治伤寒学，都受到郑氏的影响较多。

## （六）吴佩衡应用附子的经验

吴佩衡教授（1886～1971年），名钟权，云南四大名医之首，火神派当代重要传人之一。笔者曾撰文称其为火神派重量级人物，人送雅号“吴附子”，足见其应用附子颇有特色。由吴佩衡原著，吴生元、吴元坤整理新出版的《吴佩衡医案》一书，是我们研究与学习吴氏应用附子的重要资料，现就其书中应用附子的经验进行整理归纳。

### 1. 附子应用，范围广泛

《吴佩衡医案》一书中，共收集医案85例，其中应用附子的医案共计56例，占65.9%，也就是说在其所治的病人当中，有约6成以上的病人应用了附子，同时这也反证了过半数的病人为

三阴虚寒病症。

在 56 例应用附子医案中，病种涉及内、妇、儿三科，且这 56 个医案之中，基本上涵盖了中医认为的外感与内伤两大病种。

内科病证涉及到（按现代病名分类）约 30 个病，如疟疾、重感冒、肠伤寒、头痛、咽炎、肺脓疡、肝炎、肝硬化、冠心病、胃病、便秘、蛔虫症、慢性支气管炎、哮喘、肾炎水肿、肾结石、睾丸病、牙痛、牙龈出血、眼病、风湿性关节炎、下肢静脉曲张、胆囊炎等。

妇科病症主要涉及到月经不调、妊娠出血、小产或产后出血、急慢性乳腺炎。儿科病证主要涉及小儿发热、惊风、肺炎等病症。

内科病症治疗范围，年龄在 13~64 岁，最多的年龄阶段在 20~30 岁。儿科病者年龄最小者 2 个月，大者 13 岁，年龄悬殊较大。妇科病者年龄多在 20~40 岁。

## 2. 附子量大，重视久煎

吴佩衡教授，人送雅号“吴附子”，从这个雅号中我们就可以感知吴佩衡教授应用附子的风格，笔者曾撰文称其为“火神派重量级人物”，也是从他应用附子量大而说的。

纵观《吴佩衡医案》，吴佩衡教授应用附子的量是足够大，如 1 例 2 个月小儿，患者急惊风，附片应用 20g，对于 1 个 2 个月的小儿来讲，这个附子 20g 的剂量，已经是超乎于一般人的想象与胆识。

又案伤寒少阴阴极似阳证（肠伤寒），13 岁之男孩，一起手吴佩衡教授就是附子 250g，二诊渐加至 300g、400g，后又减至 300g，共计服用 12 天左右，得以病愈。同样是小儿伤寒肠出血案，男孩 8 岁，开始就是附片 100g，渐加到 130g，服用 1 周左右病愈。如此小儿，不仅起手附子剂量较大而且服药时间较长，总量加在一起，剂量更是惊人。

除上述特殊病例之后，一般成年人内科杂病，吴佩衡教授依辨证认识，开始应用附子多在 45~100g，然后依病情渐加 150g、200g、300g。如虚寒胃痛一案，男性，40 岁，开始用附子 100g，

渐加 150g，又加至 300g，共 20 多天病愈，足见其胆识超人，均显示出“吴附子”的特色医案。

虽说附子应用剂量较大，但吴佩衡教授在附子的煎煮方法上，更有自己的独到之处。虽然《吴佩衡医案》之中，均未列出附子的具体煎服方法，就有关文献资料得知，吴佩衡教授非常重视附子的煎服方法。

吴佩衡教授在《医药简述》关于附子的用法中说：“其实附子只在煮透，不在制透，故必煮到不麻口，服之方为安全”。就有关文献资料记载，吴佩衡教授应用附子之时，凡大剂量者，必是用开水久煎 3h 以上，然后拿起煮好的附片，嘴尝之后，半小时以内药不麻口，才与它药同煎煮后服之。且他用附子的特点是：一是用炮附子，二是与干姜、肉桂（研末泡水冲入）配伍使用，三是必须用开水久煎 3h 以上。

除了《吴佩衡医案》之外，我们看云南地区医家医案之时，他们用附子每每以“开水先煨 4 小时”嘱之又嘱，他们这样做的目的，肯定是出于安全考虑。其次是云贵一带引种附子以后，由于炮制不规范，曾经出现过不少意外及中毒的情况；而后是因为吴佩衡教授善用大剂量附子，倡导开水先煎药之法。由于吴佩衡教授之影响面很大，故后来的医家都以上述方法为参照。

吴佩衡教授在应用附子之时，出于需要久煮耗损之故，故必须要注入大量的水，以 3h 计算，即需要超过一般者的 2 倍。假若如此，则附子溶解到水中的治疗有效成分便会增加；完成了“物尽其用”，有别于传统的煎药 2 次方法。

### 3. 应用附子，重在辨证

吴佩衡教授善用附子，重视辨证，擅用经方，每个处方用药多是 3~5 味，以附子为主药，以四逆汤为主方，年长日久，有人误认为吴佩衡教授专喜用附片，似乎处方不辨证。为此，曾有学者问过吴佩衡教授，吴附子这样答道：“不是我偏用附子，而是这些被介绍来的病人，多是患的‘附子病（虚寒证）’，不用四逆汤不行”。为了验证此事，有学员曾在当时的中医院门诊部，统计过吴佩衡教授每周 3 个半天门诊的处方，10 个月内约 200 张

处方，用附子的处方在 25% 左右，处方用药在 200 味以上。可见，吴佩衡教授应用附子，重在辨证，他常说：“《伤寒论》活方活法，可治万病而有余”。如不讲辨证，而一味以附子、四逆汤治病，则有悖于吴佩衡教授辨证之精神。

吴佩衡教授之所以擅用附子，是因为他非常重视先天心肾这一重要环节，并认为抓住了人体生命活动的关键，也就是抓住了生命过程的主要矛盾。他主张对于阳虚阴寒证的治疗，必须抓住温扶先天心肾阳气这一重要环节，方能获得阳复阴退，克敌制胜的效果。认为扶阳驱寒，宜温而不宜补，温则气血流通，补则寒湿易滞。临床上他擅用长沙诸方，很少用滋补药品，采用四逆汤、通脉四逆汤、白通汤、麻黄细辛附子汤等扶阳散寒之剂，治愈许多阳虚阴寒病证。时值阴寒危笃重证，敢于以温热大剂力挽沉疴。对附子一药，较有研究，在临床应用方面，具有独到之处。临床之际，对阳虚阴寒证，他主张使用附子壮元阳以助少火，并提倡早用；对阴寒重证则敢于大剂量使用。其应用之娴熟，已达炉火纯青的境地。

吴佩衡教授是一位既有创见又有胆识的临床医家，其不仅精研火神派师祖郑钦安医学三书，同时临床之上多有创新和突破。他曾说过：“识病之要在于识证，识证之要在于明辨阴阳，唯辨证确凿，方能对症下药，得心应用”。临证之际，吴佩衡教授善于应用张仲景六经辨证法则，特别是对于三阴证的辨识，在危重之际，善于抓住三阴证的本质与规律，识别真寒假热，胸中自有诀窍，如他辨识三阴证的十六字诀：“身重恶寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言”。临床之时，他还认为若“口润不渴，或汤喜热饮而不多，口气不蒸手”，就可判定为阴证。若掌握了三阴证之“十六字要诀”，就不会在形形色色的症状面前无所适从，更不会被寒热虚实真假所迷惑。正如吴佩衡教授所说：“万病都有虚实寒热，临证之际，务必本此原则上，庶不致贻误”。充分体现明确辨识三阴病证，要以辨证论治为准绳的原则性。

#### 4. 经方活用，多有创新

吴佩衡教授用药精练，精纯不杂，处方严谨，加减审慎，针

对性强，可谓丝丝入扣，弹无虚发，功效显著，值得效法。特别是针对阳虚阴寒证的治疗，主张温扶先天心肾阳气，认为扶阳驱寒，宜温而不宜补，温则气血流通，补则寒湿易滞。因此，临证之时，擅用仲景之经方，且多在经方之上加味而用，形成了自己的独到之处，如四逆汤加肉桂，火神派推崇为大回阳饮，颇多新意。

综观《吴佩衡医案》内 56 个医案，吴佩衡教授应用最为频繁者主要有两张处方，第一张就是麻黄细辛附子汤（麻辛附子汤），这也是他常用的温经解表、扶正祛邪的方剂，原方治太少两感证。但吴氏应用研究，早已远远超出了此方之范围。他曾指出：“身体不好，素禀不足，一旦感冒，多属少阴证，易从少阴寒化（体强者在太阳），脉必沉细、沉弱，欲寐无神，怕冷，手足发冷，或有头痛如劈，宜用麻辛附子汤或桂甘姜枣麻辛附子汤。附片，大人用二两（60g），体过虚者用三两（90g），细辛用五分到一钱（1.5~3g），麻黄用一至四钱（3~12g），男女老幼、孕妇都一样，切勿加杭芍，……方是开门方，无闭门留寇之意，若开门不用麻、辛、桂，则附片无外驱风寒之力，故开门宜加之”。临证之际，吴佩衡教授应用麻辛附子汤的加味，主要用来治疗重感冒（太少两虚寒证）、少阴头痛、少阴咽痛、痰饮咳嗽、哮喘、童子癆、目痛、耳痛、鼻塞不通等病证。

四逆汤一方吴佩衡教授应用最为广泛，是用于治疗阳虚阴寒证的主要方剂，有回阳救逆之功。本方原由附子、干姜、甘草三味组成，吴氏常加一味肉桂，并称之为大回阳饮。受到后世学者的称颂。他认为：此方起死回生，易如反掌，实乃为火种之第一方也。使用得当，因病加减，应用无穷，可以治百病。《伤寒论》六经，可用于四经：太阳证用之以温经，太阴证用之以治寒湿，少阴证用之以救元阳，厥阴证用之以回厥逆。对于此方的应用研究，吴氏曾引郑钦安的话说：“细思此方，既能回阳救逆，则凡世之一切阳虚阴寒为病者，皆可服也……凡属阳虚之人，亦当以此投之”。并主张早用，“用之不早，则恐追之不及”，悔之晚矣。

依据《吴佩衡医案》所载，就其内科应用研究方面，吴氏主

要有如下十几种加减法。

(1) 慢性咳喘：四逆汤合二陈汤、麻辛附子汤，名为四逆二陈麻辛汤，治一切新老咳嗽、哮喘咳嗽、咳痰清稀、白痰涎沫多者，其效颇宏。

(2) 声音嘶哑：三阴寒证者，常用大回阳饮加麻辛附子汤，或合上二陈汤，药简效捷，功效卓著。

(3) 牙痛：三阴寒证者，无外感纯用四逆汤或大回阳饮，合并风寒外感者，大回阳饮加麻辛附子汤，虚阳上越者方用潜阳封髓丹加味而治，收效迅速。这是因为，齿为骨之余，内归属肾，肾阳虚弱，牙血管易阻塞而痛，与世之治牙痛之法有别之。

(4) 风湿性关节疼痛：多由风寒湿杂合致病，使经络关节痹阻不通，常用大回阳饮加味，多加疏风除湿之品，忌加熟地黄、当归等滋腻之品，为增效也加川乌、草乌以增强追风散寒除湿之力。

(5) 腰痛：常用四逆汤加麻辛附子汤或合用苓桂术甘汤。郑钦安治腰痛阴证，惯用麻黄细辛附子汤或苓桂术甘汤，而吴佩衡教授常合用四逆汤，则取效更佳。

(6) 胁痛或腹水：慢性肝病属阴证者，常用大回阳饮加茵陈等，治用温化寒湿，舒肝达木之法，临床常大剂而用，疗效显著。伴腹水者，大剂茵陈回阳饮，加五苓散等，扶阳温升之意，思路独特，疗效突出。

(7) 胸痹心痛：胸痹心痛发作之时，危在旦夕，证属阴盛阳衰，阴邪上僭者，治宜振奋心阳，方用大剂回阳饮合瓜蒌薤白汤加味，起效神速。

(8) 胃痛或胃病虚寒证者：常用大回阳饮加味而治，如小便利加茯苓，腹胀加木香、香附，寒甚者加高良姜、吴茱萸等；呕逆不止者，加半夏、丁香，食减者加砂仁；寒盛者加胡椒或花椒。

(9) 症瘕积聚：吴氏常用大回阳饮，随证加味。

(10) 低血压：多为阳气不足，并阳气不升所致，吴氏常用大回阳饮，加入当归、黄芪，天麻。



(11) 中风：多为阳虚而风邪直中，吴氏开始常用四逆汤加天麻、羌活、桂枝、麻黄以散表防风，或用大回阳饮合三生饮加味。

(12) 痿病：常用四逆汤加入通阳利湿之品，如苍术、桂枝、白术、薏苡仁、通草，亦加入川乌、草乌以除风邪，需持久服用，方能见效。

(13) 阳痿早泄：善用回阳饮加阳起石、益智等。

除上述内科病证之外，凡妇科、儿科病证，只要辨为三阴虚寒证者，吴佩衡教授均多用大回阳饮加味，疗效卓著。

## 5. 药量精准，疗效确切

中医历来认为，阳病易治，阴病难疗，阴病（阳虚阴盛）不仅多见，并易失治误治而转入危亡。吴佩衡教授历经数十年的摸索和实践，认为只要掌握阴证辨识的“十六字要诀”及辨治方法，许多阴寒重症均可转危为安。同时，吴氏临证用药，精纯不杂，重用附片，剂量视病证而用，以求药精效专，疗效确切。

以《吴佩衡医案》中 56 例医案为例，以初诊处方用药计，最少组方者 3 味，最多者 11 味药，其中 7~8 味方药组成共计 21 张处方，占处方总数的 37.5%；其余 4 味药组方者占 6 张处方，5 味药组方者占 5 张处方，6 味药组方者计占 7 张处方，9 味药组方者占 10 张处方，11 味药组方者占 6 张处方。从这些组方药味上看，吴佩衡教授组方少而精，以 7~8 味组方者居多，符合经方组方原则，味少量重，单刀直入，精纯不杂。故此，不仅经方学派眼目清楚，而且被当代火神派专家学者认定为“经典火神派特色”，匠心独居，大将风范。

用药剂量上，吴佩衡教授更是风格独特，剂量超人，笔者曾撰文称其为火神派重量级人物，便源于此。前已有论述，在此不再赘述。

总结《吴佩衡医案》中之疗效，不少病案，延至吴氏诊治，多已是危急重症，处理难度很大，就其疗效来看，未敢奢求者占多数。但经吴氏诊治，看古人书所说的效如桴鼓、覆杯而愈等词，可谓是如在眼前。如 2 个月小儿急惊风，2 剂而愈。张某，

42岁，太少两感寒证，2剂而愈。又如，男孩8岁，伤寒伴肠出血，7天而愈；2例伤寒病13岁男童，12~15天痊愈，而这2例病童都是被西医认为无法挽救者，真正是应了事实胜于雄辩之说。

除小儿及妇科病例，单就内科病种来说，大约计30个病种，众所周知，内科杂病，一般治疗近期效果，特别是疑难杂症，想取得良效是有难度的。但我们观《吴佩衡医案》之中，如胸痹心痛案，男，50岁，处方：天雄100g，配干姜、瓜蒌、丁香、肉桂、甘草，3剂而愈。又如哮喘案，女，25岁，附子100g，配白芍、麻黄、细辛、干姜、桂皮、五味子、甘草，共服30剂而愈，且该女子怀孕，并顺产一子，母子健康。又例，男，31岁，伤寒病少阴证，附片100g，配入干姜、甘草、肉桂，上方为主随症加味，共服半月左右病愈。上例西医的伤寒在当时来讲，在这么短的时间内是无法治愈的，可吴佩衡教授却能以扶阳之法，重剂救顽疾，令人佩服。

内科杂病的30余例病案，有1~2剂取效的，有月余而取效的，而以10天左右取效为数众多。如女，19岁，产后肺脓疡案，7天左右病愈，就抗生素众多的今天，恐怕在1周之内治愈肺脓疡，也是不可想象的。多数内科杂病，一般多都在7~11天取效，其疗效令人折服。

## 6. 结语

《吴佩衡医案》一书，是凝聚吴佩衡教授一生心血之经验的结晶。纵观其文章内容，我们不难发现，他深研经典，崇尚伤寒，特别是活用经方，领其要旨，精识方药，对于附子的研究与应用达到了炉火纯青的地步，广泛运用，独有创新，在附子的用量上，常常是重拳出击，剂量超人，足见其胆识过人。在以附子为主的组方上，精纯不杂，四逆汤加肉桂，命名为大回阳饮，颇受后世火神派追随者的学习与研用。

在《吴佩衡医案》中，使用附子的医案共计56例，其中成人47例，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——某 13 岁儿童，初诊方用附子 250g，后加至每剂 400g，而且昼夜连服 2 剂，合起来就是 800g，终于挽回了厥脱重症。

因此，笔者曾撰文称其为“火神派重量级人物”，并得到当代众多火神派学者的认可与赞同，而吴佩衡教授应用附子的经验，则是我们研究与学习的重要内容之一，也是我们临床应用附子的重要参照与借鉴。

## （七）范中林应用姜附的经验

范中林（1895～1989 年）老中医，四川郫县太和镇人，蜀中现代名医，曾师从潘竹均等名医。范氏潜心研究《伤寒论》，遥承郑钦安扶阳学术理念，善于运用六经辨证治疗外感及内伤杂病，对诸多虚寒证、疑难病，擅于应用大剂量姜附，屡起痼疾沉疾，因而有“范火神”之誉。《范中林六经辨证医案选》，是研究范氏学术思想的重要资料，现就范氏应用姜附的学术思想进行浅探。

### 1. 崇尚阳气，广用姜附

火神派领袖郑钦安先生的嫡传弟子卢铸之，1911 年起在成都主持“扶阳医坛”，主要讲授中医四大经典及郑钦安医学三书（《医理真传》、《医法圆通》、《伤寒恒论》）。范中林先生是众多受益者之一，深受郑钦安扶阳学术思想的影响，除其在《范中林六经辨证医案选》中有两处直接引用郑钦安医话之外，其余众多的病案中，虽然未直引郑钦安之原话，但在其医案中无不透射出崇尚阳气的学术思想，如他认为有阳则生，无阳则死。可以说他一脉相承地传承了郑钦安的扶阳理论。如同郑钦安在《医法圆通·食气篇》中所说：“夫人之所以奉生而不死者，唯赖此先天一点真气耳。真气在一日，人即活一日，真气立刻亡，人亦立刻亡。故曰：人活一口气，气即阳也，火也，人非此火不生。”在治疗时，郑钦安强调“治之但扶其真元，内外两邪皆能绝灭，是不治邪而实以治邪”。范中林先生传承了火神派这一学术思想，认为要“抓住根本，坚持回阳救逆，益火消阴，大补命门真火，峻逐脏

腑沉寒”，并在诸多临床医案中实践了这一学术主张，而广用姜附之温热之药，正是实践或体现这一思想的重要手段。

由于范中林先生非常崇尚阳气，因此范氏最为人津津乐道的一点，就是其对干姜、附子的使用，具有典型的火神派风格和独到的应用经验。火神派最大的用药特点就是善于应用大剂量附子，范氏在运用方面十分突出，其用量附子少则 30g，多至 60g，120g，甚至于更多。在《范中林六经辨证医案选》的 69 个医案中，以附子为主的医案共计 36 个，占总数的 52.2%。初诊方用 30g 者 9 例，用 60g 者 17 例，用 120g 者 10 例；最大剂量如治 11 岁患儿黄某下利虚脱案，初诊用附子 120g，复诊加至 500g（用鸡蛋汤煮药），半个月内累计用附子 6500g，随访 30 年，未发现不良反应。

中医认为附子无干姜不热，因此，范中林先生应用姜（生姜、炮姜、干姜）的机会更多，有时配附子，有时则与其他药物配用，在 69 个医案中，首次用生姜者 22 个，剂量 10g，30g，60g，最大量用至 120g；干姜首次应用者 22 个，量 15g、30g 不等；在生姜的应用过程中，不少病案多是首用生姜，次用干姜，这与生姜走表，干姜温里有关；而干姜与炮姜也有合用的机会，多与病情特殊与复杂有关；若把生姜、干姜与炮姜合起来计算，首次应用姜者为 53 个，占整个病案的 76.8%；而首次应用附子者 36 个医案，占病案总数的 52.2%。范中林先生应用姜附的比率足以证明其扶阳学术思想，的确是落实到了实处，落实到了药物之上。

范中林先生应用干姜的思路颇具创意，很值得我们玩味。由于干姜辛温无毒，具有温中散寒、回阳通脉、燥湿消痰等功效，广泛用于脘腹冷痛、呕吐泄泻、腹冷脉微、痰饮咳喘等多种三阴病证。本书有 22 个医案中首次使用干姜，若加上病后用干姜的次数，多近 30 个医案使用，并且多数情况下与附子相须为用。值得一提的是“少阴寒厥证”案，本应急投四逆汤驱阴回阳，但附子需久煎，恐失救逆之机，故先投甘草干姜汤以复胸中之阳，使欲绝之阳不致立断，故为用四逆汤赢得时间。由此可知，在措

手不及用附子的紧急情况下，干姜可暂代为救急首选药物，值得我们思考与借鉴。

附子大辛大热而有毒，为纯阳之性，走而不守，为通行十二经之要药，能上助心阳以通脉，中温脾阳以助运化，下补肾阳以益火，外固卫阳以祛寒，为温里扶阳祛寒之第一要药，故称为回阳救逆第一品药。范中林先生运用附子，少则 30g，多则 60g、120g，甚至更多。为降低毒性以保证用药安全，多久煎（1.5h）。在其 69 个医案中，有 24 个医案使用附子久煎减毒，唯有“太阳少阴证头痛案”，先用 60g 附子久煎，连服十余剂而疗效不佳时，考虑病重药轻，毅然 120g 附子略煎 20min 而取良效。由此可见，范中林先生有胆有识，而能预先告知患者服药反应，更见其对生理、病机、方药的深入理解能力。

## 2. 广用四逆，以治百病

由姜、附、草组成的方剂，乃为四逆汤，范中林先生临床应用四逆汤可谓是得心应手，推崇之至，这一脉相承地传承了郑钦安擅用四逆汤的学术主张。在其 69 个医案中，有 30 个医案（有的只用姜、附）首次或二诊时即用四逆汤，足见其四逆应用之广泛程度。《伤寒论》中的四逆汤，为回阳救逆的主方，依据范氏的多年临床经验，其作用不局限于此。他认为除阳虚欲脱、脉微欲绝等典型的四逆汤证外，还可广泛用于一切阳虚阴盛之病人。从伤寒六经辨证来看，大凡三阳病中某些变证、坏证，三阴病中之虚寒证，皆可酌情用之。

在临床上如何准确地、灵活地运用四逆汤呢？范中林先生认为，关键在于严格掌握阳虚阴盛疾病的基本要点。除上述典型的四逆汤证以外，这些要点大体上还包括：舌质淡白，苔润有津；面色晦暗无泽；神疲，恶寒，口不渴，或渴而不思饮；或喜热饮；大便不结，或虽大便难而腹无所苦，或先硬后溏，夜尿多，脉弱等。

范中林先生认为，在准确辨证的前提下，还必须严格掌握用药配伍和剂量的轻重。附子用量应是针对病情恰如其分，并须久煎一个半小时以上。附子无干姜不热，干姜的用量需灵活掌握。

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。

郑钦安在《医理真传》中说：“细思此方（四逆汤），既能回阳，则凡世之一切阳虚阴盛为病者，皆可服也”。显然范中林先生继承了郑钦安这一学术主张，大大地拓宽了四逆汤的应用范围与指征。因此，郑钦安又说：“按此方功用颇多，得其要者，一方可治数百种病。因病加减，其功用更为无穷。予每用此方，救好多人。人咸目予为姜、附先生。”（《医法圆通》）范中林先生恰好延续了郑钦安火神派之风格，擅用大剂量姜附辛热之品，因而人誉“范火神”，这与他应用四逆汤显然密不可分。这与郑钦安如出一辙。在药物配伍应用上，范氏应用姜附不夹阴药，这与郑钦安先生“阳虚一切病证忌滋阴也”之观点更相一致。郑钦安认为“凡阳虚之人，多属气衰血盛，无论发何疾病，多缘阴邪为殃，切不可再滋其阴。若滋其阴，则阴愈盛而阳愈消，每每酿出真阳外越之候，不可不知。”范氏忠实地继承了郑钦安这一观点，在投用姜附热药之际，讲究单刀直入，不夹阴药，显示出火神派的这一独特风格。观其医案中初诊选用理中汤、桂枝汤、真武汤、小青龙汤等方时，一般均去掉方中的白芍、人参、五味子等阴药，很少有例外。推其意，嫌其恋阴，不利于阳衰阴盛之病机。如其多次应用理中汤之时，往往去掉党参或人参，加肉桂、茯苓等，即召示其去掉阴药之意义。范氏在应用四逆汤时，多加肉桂，此即吴附子、吴佩衡教授所称的大回阳饮，而不是郑钦安所谓的回阳饮（四逆汤加人参），显然其赞同吴佩衡教授之重在扶阳，不夹阴药之主张。同时，并不赞同郑钦安推崇之回阳饮中合阴药，这种火神派之风格与精神，均有过于郑钦安先生。

### 3. 熟谙药性，进退有法

范中林先生擅用大剂附子，并非一味蛮干，而是有胆有识，审慎有道，并且进退有法，为我们提供了有益的借鉴。其经验主要体现在四个方面。一是间隔用药：范氏在使用大剂附子，有时出现皮疹等反应时，则暂时停用附子，改为它药，待皮疹消失，

再用附子。此时则采用间隔用药法，即服药四五剂，停用几天再服，间断服药，既要治病，又要避免蓄积中毒；如傅某嘴眼畸形案等即是这样处理的。二是增减药量：范氏初诊处方附子的用量一般是30g，试服药后，再增加用量，一般是翻倍。大剂量附子取效后，再减量改为初诊用药量，范氏所谓“阳气渐回，则姜附酌减”。这既可防止蓄积中毒，又体现了“大毒治病，十去其六”（《内经》）的经旨。如宋某甲状腺囊肿案，就是这样处理的。三是善后用药：范氏对久病阳虚阴盛病证，在应用大剂量姜附取得显效后，善后之策，一般是加人参、枸杞子、虫草等阴药，以求阴阳平衡，或以丸剂缓图收功，体现了郑钦安阳复之际，滋阴善后的观点；另一种思路是多以附子理中丸加味方，缓图久治，以求远效，这种情况主要是针对一些慢性病情需要长期用药才能达到最佳治疗效果的，或是防止病情反复的一种重要手段。四是熟谙反应：一个合格的火神派人物，对附子应用后的药效反应是否应付自如，是一个衡量合格火神派人物的金标准，而范氏应用附子可谓是圣手，对郑钦安所谓“阳药运行，阴邪化去”之反应，可谓是经验丰富，成竹在胸，他说：“必须指出，阳虚阴盛之人，初服辛温大热之品，常有心中烦躁，鼻出黑血，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，此时即要用少量滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，则有所依，自然阴阳互根相济，邪去正安”。这种经验与认识不仅丰富了郑钦安之“用药须知”的内容，与此同时，范氏在实践中论证了郑钦安之“阳药运行，阴邪化去”的“此道最微”之说。如太阴少阴证头痛案，李某某服附片60g（久煎）后，虽有效，但仍然觉得病重药轻，而深知附片久煎，难奏其功，遂令附片用到120g，改久煎为略煎（即煎煮附片20min后，即下群药），并嘱其病人，尽量多服，若身麻，甚则失去知觉，不必惊骇，任其自行恢复。果如其然，病人服后，失去知觉2次，但从此病愈。另例是少阴证下利虚脱案，患儿服附片120g后，发现鼻中出血，

家长惊慌失措，以为误用姜附必死无疑！范氏认为，殊不知此病后期一派弥漫，复进苦寒退热之品，犹如雪上加霜，周身气血趋于凝聚。而范氏转投大剂通脉四逆汤，回阳返本，峻逐阴寒，冰伏凝聚之血脉为之温通；阳药运行，阴邪渐化，血从上窍而出，实通脉四逆推墙倒壁之功，初见起死回生之兆，范氏早已成竹在胸，抓住转机，当机立断，在原方大剂量的基础上，再加倍翻番，把姜、附均增加至 500g，凝聚之血条血块均被温通而逐出，患儿从此得救。由此看出，范氏对附子的药后反应积累了丰富的经验，且对临床出现的各种情况应付自如，足见其火神派学术经验与风格的独到之处。

#### 4. 姜附毒性，重新审视

附子之毒性，历代本草及医家均有明确指出，特别是近代教科书的普及，附子之毒性早已成为定局，因而医家不敢越雷池一步，视附子如蝎蛇者早已成风。火神派医家对此确有重要的突破与新知，而范中林先生尤其如此。如少阴证下利虚脱案，11 岁的患儿在半个月之内，每剂附子用量 250g，累计 6500g，经过 30 年随访，患者身体良好。因此，范氏认为附子的有效量和中毒问题，是否值得重新探讨呢？无独有偶，一例少阴证哮喘案的患者，在范氏治愈病后，着重提出 2 个问题。一是据说附片超过四钱，就要中毒，多服干姜有害于肾；但范氏所处方药，每剂药附片用到二两以上，干姜用量亦不小，四个月内，附片累计服用二十余斤，不仅没有中毒和其他反应，而且疗效显著，究竟是何缘故呢？二是我（患者）在北京服汤药，是从 1978 年 7 月 12 日开始，至 9 月 20 日；时值伏天，每天一剂，早中晚三次分服；有的医生对于盛暑服用如此大量热药很担心；缘类似陈规，范氏为什么敢于突破呢？建议一并作出专门课题研究总结。作为一个服用姜附的患者来说，能提出如此尖锐的问题，是否值得我们业内人士思考呢？实践是检验真理的唯一标准。关于附子之毒性问题，将随着临床用药与研究的深入，一些过去的认识都会发现有不足之处，或者有了新的认知与发现。因此，我们对于附子毒性的说法，应该重新审视，以致发挥附子的临床最大效能。



## 5. 小结

《范中林六经辨证医案选》一书，集中地反映了范氏传承火神派学术思想之精髓，继承了张仲景和郑钦安重视阳气的学术思想，并认为：“病有万端，亦非数十条可尽，学者即在这点元气上探求盈虚出入消息，虽千万病情，亦不能出其范围”。“治之但扶其真元，内外两邪皆能绝灭……握要之法也”（郑钦安语）。由于理论上崇尚阳气，而临床上擅用大剂姜附，并对姜附的运用出神入化，范中林先生被公认为火神派医家，而“范火神”一誉当之无愧，即使被称为“火神派大家”亦非过誉。然而，范中林先生不止是擅用姜附，除此之外，值得我们学习与关注的还很多。如范氏除深受郑钦安学术影响而擅用姜附之外，先生深厚的学术功底仍在《伤寒论》上，通过其医案就可见到仲景学术思想的影响，且病案的编排体例也是遵从伤寒六经辨证体系。范氏潜心研究张仲景的《伤寒论》，而竭力主张“六经钤百病”的学术思想，且擅用经方，用药精准，法度严明；并妙用吐下，自制数方，注重调理。在三阴证的辨证上，范氏重视舌诊，经验独特。在辨识阴证上，有突出之处，即在寒热真假难分之际，全面审度，强调舌诊的关键意义。他就“运用四逆汤关键在于严格掌握阳虚阴盛疾病的基本要点”的第一条就是：“舌质淡白，苔润津”。他说：“其舌质淡为阴寒盛，苔黑而润滑有津，乃肾水上泛。断不可误认为阳热，实为阴寒内盛至极，虚阳外露之假象”。他的这些独到认识阴证的经验，不仅丰富了郑钦安“阴证辨识”，而且对于我们学习好阴证的辨识，具有重的临床价值与意义。

### （八）戴丽三应用附子的经验

戴丽三（1901~1968年）老中医，云南省著名中医学家。由戴丽三原著，经后人戴慧芬等重新整理，《戴丽三医疗经验选》于2011年初由北京人民军医出版社出版。细读该书之后，发现戴氏应用附子颇有特色，现就其应用附子的经验进行整理归纳。

#### 1. 重视经典，推崇钦安

戴丽三老中医，年少即继承家学，随父清代名医戴显臣学

医，除随父临证之外，还博览众家群书，对四大经典和历代各家著作都有深刻研究，而百家之中尤其尊崇仲景之学，特别善于运用《伤寒论》与《金匱要略》方证论治，从其《经验选》中我们都可以看出，戴氏多用经方，灵活化裁，在其49年的临床实践中，展示出了其毕生苦心钻研仲景之学的精深心得。临证之中，他认为“病无常法，医无常方，药无常品，概因病无常形，须唯变所定，灵活变动，毫无偏执”，这样临床才能左右逢源，取得良效。

戴氏除对仲景之书精研之外，对郑钦安医学三书也多有体会。如在其《经验选》中，我们可以发现有多处引用了郑钦安的原话，来分析医案病情或进行按语总结，足见其对郑钦安扶阳医论颇有心得并重视阳气学术思想研究。与此同时，戴氏对郑钦安的姜桂苓半汤进行了系统的研究，专论姜桂苓半汤组成原理及临床应用，特别是他认为：“本方用药四味，平平无奇，但其理甚深。组合之后，既能扶阳强心温肺，又能宣通表里，交通上下，中医治病，全在掌握气化升降原理”。因此，临床广泛应用该方化裁，治疗各种心脏病、高血压病等心肝脾肾虚寒证。足见其对郑钦安扶阳学术思想之认可程度，并在临床上发扬光大郑钦安姜桂苓半汤的治疗范围。

## 2. 扶阳经方，独重附子

戴氏《经验选》中，75种病100余例医案，30例医案涉及扶阳方法，占总数的1/3，且在这些扶阳医案中，以附子为主的方剂，几乎均采用经方原方，加减变化极为简洁。

戴氏应用附子的剂量在医案中，都是比较大的，一般小剂量附子用30g，中剂量附子用60g，大剂量附子用90~120g。书中虽未标出其煎药方法，但在其前言中，却明确指出，本书所指附子，均系四川省产的熟附子，用量在30g以上者，宜用开水先煎2~3h，口尝无麻味后，再入余药同煎，以防中毒。云南省医家煎煮附子，均是以开水先煎2~3h，这种方法目前在云南省一带仍然继续沿用。

在30个医案中，戴氏所用扶阳经方，均是原方照搬，加减



变化也多以仲景为榜样。如夹阴伤寒案，五诊之中方用大剂量白通汤：附子 120g，干姜 15g，葱白 3 茎。又如伤寒太阳少阴两感证案，首诊用麻黄细辛附子汤：黑附子 60g，麻绒 6g，细辛 3g。1 剂而病减，二诊开出二方，第一方是四逆汤，黑附子 60g，干姜 12g，甘草 6g；第二方是白通汤，黑附子 60g，干姜 15g，葱白 3 茎。各服 3 剂而病愈。

在以后的医案中，如应用茯苓四逆汤时，去掉人参，而 8 岁男孩，全身性浮肿，处方为：附子 60g，干姜 15g，茯苓 15g，炙甘草 6g，3 剂后病轻，改用附子理中汤：附子 60g，党参 15g，白术 9g，干姜 9g，炙甘草 6g。3 剂后浮肿再减，而改为白通汤方：附子 90g，干姜 24g，葱白 3 茎。共服药 7 剂后病愈。

在一例戴阳证医案中，某女，17 岁，发热持续不退，首诊处方用白通汤：附子 60g，干姜 12g，葱白 3 茎。续服干姜附子汤：附子 60g，干姜 15g。共服药 3 剂而愈。

### 3. 阳虚辨识，舌脉独到

辨识阳虚证，中医强调四诊合参，但戴氏在辨识阳虚证时，对舌脉的描述尤其详细，而且舌脉的相关性与变化，也是判断阳虚程度与用药进退的重要参照标准。

如戴氏应用附子的医案中，舌脉记录极为详细：如舌苔厚腻，脉沉迟而紧；舌淡苔白腻，脉濡滑；舌不能伸，脉沉细而紧；舌润滑，脉沉细如丝；舌淡紫，脉细而欲绝；舌青滑，右脉沉细，左脉浮大无根；舌紫而腻，脉浮大而劲；舌淡青滑，脉沉；舌心黑而干燥，脉沉而细微；舌白滑，脉代；舌白滑，脉沉紧细；舌苔黄腻而润，脉无根；舌白滑，脉弦滑；苔白腻，脉沉紧；舌质青滑，苔薄腻，脉浮而无力；舌苔滑腻，脉象三五不整；舌质略青，苔白腻，脉弦紧；舌淡苔薄白，脉细小无力；舌质青滑，脉沉；舌苔白腻，脉弦紧；舌苔白而厚腻，脉空而无根；舌苔滑润质淡，脉来沉细，重按无根；舌青滑，脉沉而弦；舌质淡，苔薄白，脉细弱；舌淡无华，两尺脉芤；舌淡润、苔白，脉浮弦无力；舌淡润，苔薄白，脉沉小而紧；舌润，脉沉；舌质青滑苔薄白，脉沉细；舌淡苔白，脉弦涩微紧。

从上述舌脉描述中，我们不难发现，戴氏在阳虚证的判断中，舌脉一致性的重要作用。我们都知道的，舌苔、质在一个人的一生中，虽然会有各种不同的变化，但相对而言其变化程度与速度，都是比较缓慢的，也就是戴氏所认为的：舌淡、苔薄白、白腻，质青、紫，伴润、滑者，均是典型的阳虚舌。而脉象则变异系数较大，受外界因素的影响也很大，而且变化较快，但也不是没有规律性可循，如阳虚脉多表现为：脉沉、细、紧、弦、无力，就是典型的阴证之脉象，但出现滑、空而无力、浮而无力、芤、代、不整齐等特殊脉象时，一定要结合舌质情况与全身表现来判断阳虚的程度。分析戴氏的医案会发现，戴氏分析舌脉相一致程度，是判断应用附子剂量大小的参照标准。也就是说当舌脉阴证相一致程度较高时，则附子应用剂量较大，反之则应用附子剂量较小，并在应用附子过程中，随时观察舌脉的变化情况，这是调整附子用量的重要参考指标之一。

#### 4. 阳药反应，顺势化解

应用以附子为主的方剂后，郑钦安认为，可能出现“阳药运行，阴邪化去”之药效反应，也就是说服热药之反应。药效反应是一种体内的反应过程，这种反应过程，对于病人来说是一种好现象，但这种反应过程会产生诸多不适与难受，为了尽快化解这种现象，戴氏常顺势而治，化解这种反应过程，同时尽快帮助病人减轻这种反应程度与过程。

如夹阴伤寒案，某男，51岁，发热不退而确诊为“肠伤寒”，首诊之时服用经验方桂枝独活寄生汤（附子60g，桂枝9g，桑寄生9g，白芍9g，法半夏9g，茯苓15g，独活6g，防风9g，川芎6g，乌药9g，陈皮6g，烧生姜3片，甘草6g，大枣3枚），同时告诉病家说：“此症之机转，若能由阴转阳，阳回阴消，则属易治，似此发热不退至20余日，将来恐不免白痞红斑接踵而发。此方主旨，即在导邪外出，庶免肠壁穿孔之患”。首诊服药，即告诉病人说要出现排病反应，让病人心中有数，防止恐慌。五诊之时选用大剂白通汤：附子120g，干姜15g，葱白3茎，服药1剂后，热退而脉现洪大有力，立转服用白虎加人参汤，服药后果



然胸间隐隐出现白痞；而脉仍有力，腑气已实，又服用大承气汤、半夏泻心汤，后又用附子泻心汤，服后又出现周身红斑、色甚鲜艳，又服犀角地黄汤加味方，药后又现鼻衄，又服用经验方扁鹊三豆饮，服后鼻衄止，最后经调养而愈。

从中我们可以看出，阴证转阳之际，全身症状反应剧烈，除皮疹红斑之外，全身情况也表现突出，为尽快化解阴转阳证之反应，顺势泻下、清热、养阴、凉血等法尽施，体现出戴氏顺势调理的学术思想，尽快化解病情由阴转阳所带来的一系列变化。

又例肝寒腹痛案，某男，32岁，腹部疼痛伴大便不解，服苦寒消导药及自吃香蕉数枚后，腹痛更甚。戴氏首选经验方霹雳汤（黑附子30g，吴茱萸6g，公丁香4g，木瓜6g，丝瓜络6g，伏龙肝30g），服药1次之后，腹痛减轻，尽剂则腹痛消失。但皮肤出现红色斑块，戴氏认为这是“病邪从里达表之佳象，宜因势利导，用通阳化气之剂调畅气机。方用刘河间大橘皮汤加干姜”。服药1剂，斑块即消失，但大便又不爽，“湿从热化，注于膀胱而小便短赤。予《金匱要略》大黄附子汤”，即：黑附子30g，大黄9g，细辛3g。服药1剂，大便通畅，但觉肛门灼热、口渴，“是湿热又注于大肠，宜泄热和胃。用《伤寒论》调胃承气汤”。又服2剂而愈。可见戴氏对阳药入里化热，由阴转阳之际，顺从疾病发展而调节，这样可顺势化解热药反应，病愈而反应在减轻，是一种上全之策。

### 5. 扶阳方药，持久建功

三阴病虚寒证病人，均是“冰冻三尺，非一日之寒”，扶阳药物，虽然可以祛除阴寒之邪，但非一日之功。戴氏针对这样的病人，多是循序渐进，走水到渠成之功。如花某，男，28岁，患疟疾阳气大虚证，开始交替服用四逆汤（黑附子60g，干姜30g，炙甘草6g）与白通汤（黑附子60g，干姜30g，葱白3茎），又改服附子理中汤（黑附子90g，党参15g，白术15g，干姜24g，甘草9g），再服附子汤与桂枝汤合方（黑附子90g，党参15g，白术12g，茯苓15g，桂枝15g，白芍15g，炙甘草9g，生姜5片，大枣5枚），最后又服四逆加党参方（黑附子90g，干姜45g，炙甘

草 9g, 党参 15g) 及外用姜汁牛皮胶贴背部肺俞穴。共计历时 3 个月之久, 服药百余剂, 所以用附子甚多, 最终病得以治愈。

由此可以看出, “治慢性病, 贵在有方有守, 既确诊为阳气大虚之阴寒重证, 则回阳救逆之法不可轻易改变。一经确诊, 则宜持重守方, 直至见功为止”。

## 6. 结语

戴丽三老中医认为: 阳证易治, 阴证难疗, 病势由阳转阴则重, 反之则轻。故他常对某些慢性病有意识地选用温阳之剂, 使其阳热外显后, 再以凉润之剂清解之, 往往使一些疑难重证由危转安随之而愈。

郑钦安认为: 气有余便是火, 气不足便中寒。戴氏认为: 在整个疾病治疗过程中, 用寒用热, 悉以体气盛衰而为定, 在体功(机体功能)与病邪方面, 则根据“体功重于病邪, 阳气重于阴气”观点, 先着重调理体功及扶持阳气, 使正气旺盛, 抗力增强, 然后再处以治病之方, 总以救人为先。而戴氏还认为治疗的关键在于峻扶元阳, 振奋全身气机。可见, 戴丽三老中医理论上推崇钦安学说, 临床上重视人体之阳气扶持, 这对于众多疑难杂病的治疗, 都是很好的一种方法。

## (九) 李可应用附子的经验

李可(1933~)老中医, 当代著名的火神派特色医家, 以擅长应用大剂量附子而著称, 崇尚火神派扶阳理念, 精研郑钦安阳主阴从论之理, 重剂应用以附子为主的方剂治疗奇难杂症, 疗效卓著, 受到当代众多临床医家的研究与学习。继《李可老中医急危重症疑难杂病经验专辑》出版之后, 又由门人弟子整理出版了《跟师李可抄方记·肿瘤篇》、《李可学术经验学步实录》等, 现就其应用附子的经验整理归纳如下。

### 1. 附子的剂量探索

近代由于受教科书的影响, 附子的用量一般在 10g 左右, 而且还注明要先煎, 这样的方法已经成了当代应用附子的定律。李可老中医认为: 为什么中医救治心衰垂危重症乃生死参半? 细究

其原因，不外乎两点，一是历代医家用伤寒方，剂量过轻，主药附子，仅10g左右；二是考《伤寒论》四逆汤原方，用生附子1枚，按考古已有定论的汉代度量衡折算，附子1枚，约合今之20g，假定生附子之毒性与药效为制附子之两倍以上，则《伤寒论》原方剂量所用附子，相当于现代制附子40~60g，而历代及近代用四逆汤仅为原方剂量的1/10~1/6。如现代教科书四逆汤剂量常为制附子6~10g（先煎），干姜10g，炙甘草6g。像这样轻的剂量，李可老中医认为要救生死于顷刻，诚然难矣！

李可老中医为了探索附子的用量，历经9年时间，在临床上一步一步地进行摸索。1961年7月，曾治1例60岁垂死老妇，患者四肢冰冷，测不到血压，摸不到脉搏，仅心口微温，呼吸、心跳未停，遂破格重用制附子150g，于四逆加人参汤中，武火急煎，随煎随喂，1h后终于起死回生。由此之后，李可老中医认为，凡用经方治大症，一定要辨证得当，见机即投，不可犹豫；二是要掌握经方的基础有效剂量，一次用足，大剂频投，日夜连服，方能阻断病势，解救危亡。

经数十年的临证考究，李可老中医以经方原方折半量为准（即按张仲景《伤寒论》中论述的剂量），此点又为20世纪80年代考古发现汉代度量衡所证实，即汉代一两，合现代15.625g。不仅是先期上海柯雪帆教授已有专著论述，并经临床验证，合乎实际情况。《经方剂量揭秘》一书证实，考证所得经方剂量，一两折合13.88g，符合经方药物组成配伍及用量比例。而近年来的多次经方学术会议中，都基本认同上述观点，认为一两折合3g的折算方法，背离了经方的原意。用一两折算13.8g（李可认同15g）剂量的附子，李可老中医认为，此量可救重危急症，可收到一剂知、二剂已，有攻无不克之奇效。更为有趣的是，李可老中医运用这样大的剂量附子组方，尤为擅长用破格救心汤抢救濒危病人，使数以千计的垂危病人得以起死回生，真的是一剂知，二剂已，闻名遐迩于当地。

与此同时，李可老中医认为，若低于（一两折算15.6g）这样的剂量（附子），去治疗这些濒死病人则无效，或缓不应急，

贻误病机，误人性命！回顾中医历史，自明代医界流行“古之一两，即今之一钱”之说，数百年来，已成定律。习用轻剂，固然可以四平八稳，但却阉割了张仲景学术思想中最为优秀的部分内容。《经方剂量揭秘》一书中提到，若按一两附子折合 13.8g 计算与一两附子折合 3g 剂量，组成大剂量附子四逆汤组与小剂量附子四逆汤组进行对比试验，观察其对小动物失血性休克升压的作用，发现大剂量附子四逆汤组有显效，而小剂量附子四逆汤组无效。结果提示：用附子组成的四逆汤作用与其剂量呈正相关。这一结果也证实了，李可老中医摸索应用的附子大剂量，不仅有历史依据，同时也有实验依据。因此，李可老中医认为，只有革除这一陋习，走出误区，中医才能治大病、治危病、治重症，而且近些年火神派学术思想的热潮，足以证明了李可老中医的预见性。

## 2. 附子的应用剂量

李可老中医不仅从临床上探索出了附子的剂量，张仲景时代的一两折合现代的 15g 左右，同时以张仲景时代的附子应用剂量为参照，结合不同的病证，形成了自己应用附子的特色剂量。如以他治疗各种心衰的破格救心汤为例，其制附子用量在 30~200g，经治万例病人以上，垂死病人有 24h 用制附子 500g 以上者。李氏认为，当心衰垂危时，病人全身功能衰竭，五脏六腑、表里三焦，已被重重阴寒所困，生死存亡，系于一发之际，阳回则生，阳去则死。非破格重用附子纯阳之品的大辛大热之性，不以雷霆万钧之力，不能斩关夺门，破阴回阳，而挽垂绝之生命。况且以附子为主药，附子的剧毒，正是其起死回生药效之所在。关于这点认识，近代的动物实验研究，以附子为主的四逆汤方，大剂量对各种动物休克均有很好的救治作用，而小剂量附子为主的四逆汤却没有这样作用。进一步论证了李可老中医临床应用大剂量附子的科学论断。

近代动物实验表明，附子的剂量与治疗作用呈明显的量效关系。而李可老中医通过几十年临床观察，也充分证明了附子的剂量与作用疗效有显著的量效关系。但李可老中医认为临床附子的



用量不仅要精确的辨证，同时还要兼顾病人的合并兼杂证候，才能取得良好的临床效果。

近些年李可老中医诊治奇难杂症较多，对附子在临床的应用剂量又有了新的突破。如治疗癌症，制附子起手用量多在 100g 左右，然后依病人的耐受程度，逐渐递增到 200g、300g、400g，直至达最大的临床治疗效果。重症癌症患者，如果对用大剂量制附子效果欠佳，常用生附子 30~60g，以取得攻毒扶正之双重作用。

李可老中医应用制附子治疗重症或癌症病人，常常是用制附子逐渐加量的方法，以达到最大的治疗剂量。一般采用两种方法：一是他用附子成倍增加，如首次用制附子 45g，二诊之后加制附子为 90g，三诊制附子加至 150g，再诊加至 300g，直至达到最大疗效。另一种方法是，制附子起始量为 60~100g，以每天逐渐增加 10g 的方法，即每服 1 剂中药，就增加 10g 的制附子，直至达到最大剂量 200~400g，以求临床上最佳疗效。如 1 例淋巴瘤患者，李可老中医指导学生，其附子由初始剂量 100g，逐日叠加 10g，至达到 300g、800g、900g、1000g，最后改用生附子 30g，终于挽回重症，临床治愈。但取得临床疗效之后，制附子或生附子用量，应即减为小量，或是原剂量减去 30g 进行维持治疗。

又如 1 例多发性骨癌，女，58 岁，初治制附子用 100g，采用附子逐日增加 10g 的方法，达到 150g、200g、300g，病人疼痛减轻之后，立即改制附子 100g 进行维持治疗，最后为取得最大疗效，又用生附子 30g、生川乌 30g，进行强化治疗。

李可老中医在治疗内科疑难杂症的时候，制附子的初始剂量一般用 100g 左右，然后依据病情，可逐日叠加到 200g、300g，取得疗效后，立即减量，用中小剂量进行维持。

至于为什么李可老中医在治疗疑难杂症之时，要逐日叠加附片的剂量，他认为：应用附片一定要出现“瞑眩效应”后，才能达到临床上的最佳疗效。这是因为，人体阳气在与阴邪争斗过程中，如果人体之阳气无法与阴邪抗争，那么只能眼睁睁地看着自

己的病情在一天天地恶化，而也无力回天。要想改变这种阴盛阳衰的局面，只有逐日叠加制附片的用量，以便促进人体阳气的回升，当阳气回升到人体已经能与阴邪相抗争的时候，这时候就会出现“瞑眩反应”，才是人体强大的阳气在附片的鼓动之下，所能做出的最大排阴邪反应，这时候人体才能由原来的阴盛阳衰状态，逐渐恢复到人体以阳气为主、阳主阴从的生理状态，人体才可以真正走出病魔缠身的境地，恢复到人体“阴平阳秘”（《内经》）之状态。

### 3. 附子的煎服方法

李可老中医在煎煮附子的方法上，坚持沿用张仲景在《伤寒论》中的应用方法，如张仲景四逆汤：生附子一枚（约一两，去皮、破八片），炙甘草二两（约30g），干姜一两半（约23g）。煮服法：上方药三味，以水三升（约600ml）煮取一升二合（约240ml），分温再服，即分两次服，每次仅服120ml，特别提醒：张仲景还强调，强人可用大附子一枚（生附子50g），干姜二两（30g）。

李可老中医认为，四逆汤在煮服法中，用三升水煮到一升二合，火候不大不小，超不过半小时，此时正是附子毒性的最高峰！少阴亡阳呈垂危急症，生死在顷刻之间，如果按现教科书或药典的规定，文火煮2个小时以上，则病人已经离开人间。所以李可老中医在救垂死病人时，就是用开水武火急煎，随煮随灌，才有可能救危亡患者。

如破格救心汤：制附子30~200g，干姜60g，炙甘草60g，高丽参10~30g（另煎），山茱萸60~120g，生龙骨、生牡蛎各30g，磁石30g，麝香0.5g（冲服）。它里面除去单煎的高丽参及冲服的麝香，只有7味药。病势缓者：上药加冷水2000ml，文火煮取1000ml，5次分服，即等于每次服用200ml，每2h1次，日夜连服1~2剂。病势危急者，开水武火急煎，随煎随喂，或鼻饲给药，24h内，不分昼夜连续喂服1~3剂。

对于内科肿瘤等疑难杂病的治疗，李可老中医基本上都是采用上述方法，即我们常说的宽水久煎法，至于汤药加水之多少，

李可老中医自有一套方法。比如遇到急症患者，估计加水量不宜过细，但煮好的药汁剂量，则是一定要弄清楚的。比如 500ml 相当于我们喝的矿泉水瓶子 1 瓶，而 1000ml 就是 2 瓶。每次服用剂量，也以此为标准进行分次服用。

李可老中医的方剂组成一般都比较大大，即剂大、量重、药多。故此，他一般不管是选用制附子，还是用生附子，均是与群药一块煎煮，依据药物味数的多少，一般都是加水 2000~4500ml，文火煮 2h，取汁后再浓缩至 300~500ml，然后分次服用。浓煎的目的，一是充分控制药液数量，以把握好煎药后的服药次数与量数，胃口好的时候，一般药物剂量可以多一些，胃口差的时候，则药物一定应是浓煎量少；二是如果最后放入人参汁、蜂蜜后，浓缩最后剂量与数量，对于服药与减毒也是非常重要的。

煎好附子组方的汤剂之后，依据病人目前吃饭胃口情况，一般都是每天 2~4 次，每次 100~300ml。病情重者，一般药物浓煎之后，服药往往只有 100~200ml，这时候服药要频频服用，每次 30~50ml，连续少量进服，以使药物浓度达到治疗效果。

#### 4. 附子的毒性防范

附子是中医手中一味救命仙丹，既然要用附子，就要了解附子。书上虽然写得很清楚，但李可老中医认为，不如自己用过更踏实。因此，李可老中医从自己做起，尝服附子，同时其弟子均要过这个关，无一例外的都要亲尝附子，特别是患病时自己处方服药，对于掌握了解附子的应用与研究，能够达到心中有数，对防止失手与毒副作用，具有重要的临床意义。

除前面总结的附子煎服方法之外，与附子配伍应用的药物，对于防止附子毒性的产生，也具有重要的作用。李可老中医在组方上，为防止附子的毒性，他认为甘草的应用非常重要。甘草善解百毒，李可认为，为保证附子用药安全，早期他认为凡附子超过 30g 时，皆用炙甘草 60g，认为可有效监制附子的毒性，但有时炙甘草用量也达 90~120g，这时候应用炙甘草除解毒之外，是为了配合其他药物产生综合性作用。而当附子与乌头同用之时，

在组方上又加防风、黑小豆各 30g，蜂蜜 150g（三两）。蜂蜜的另一用法是，当药液煎好之后，再入蜂蜜 150g，进行浓煎药汁，这样可在最大限度上控制住乌附的毒性，使其发挥最大效果，产生最好的药物治疗作用。特别是后一种方法，蜂蜜三两，与煎好的汤药（特别是用生附子）混合后进行浓煎，在最后关口上，防毒治病，达到最佳的临床疗效。

除防风、黑小豆、蜂蜜之外，李可老中医在一些组方之中配伍的一些药物，一般都有双重作用，一种是药物本身的治疗作用，同时对附子的毒副作用也有很好的监制作用。如生姜、大枣、童子尿，以及扶正益气药物人参等，对于增效减毒都具有重要的作用。

李可老中医在临床应用附子 50 余年，估计用药量超过 10 吨。（《李可专辑》记载的是 2005 年之前后用附子估量，由于该书在全国的影响较大，全国求治者众多，其附子用量应该更为惊人）经治病人在数万例以上，并有垂死病人 24h 用附子 500g 以上者，从未发现 1 例中毒者。除炙甘草 60~120g 等有效的监制附子毒性之外，李可老中医凡用乌附之剂，必亲临病家，亲为示范煎药，待病人服药后，必守护观察，详询服药后唇舌感觉。待病人安危无事，方才离去。而且李可老中医的弟子们，继承了这一优良传统，凡用重剂附子之剂，必然是亲自安排示范煎服药物，以达到万无一失，才能保证安全而有效。

万一有附子中毒者，李可老中医的经验是：生大黄 30g，防风 30g，黑小豆 30g，生甘草 30g，蜂蜜 150g，煎汤送服生绿豆粉 30g，均在 40min 内救活了患者。救治附子中毒的方法虽然很多，但怎样最快呢？最快是蜂蜜 3 两到半斤，立即口服，或用炙甘草 100~300g 煎服，其次用前面的药液送服生绿豆粉，均是简洁而有效的方法。

### 5. 附子的药效反应

衡量一个火神派医家是否合格的标准，是其能否过了附子药后反应。李可老中医擅用重剂附子，不仅对附子的药效反应了如指掌，同时为了使附子达到最大疗效，一定要使附子达到郑饮安

所说的“阳药运行，阴邪化去”之表现，出现“瞑眩”，即眩晕倒跌，或昏厥一时后苏醒等，即《尚书·说命》中所说：“药勿瞑眩，厥疾勿瘳”。也就是说，服用附子达不到“瞑眩”者，其病是难以治愈的。李可老中医近些年所治疗的奇难杂症，使用附子的剂量不仅初诊时较大，而是为了达到“瞑眩”反应，往往是附子剂量成倍增加，或是附子逐日叠加，直至吃附子达“瞑眩”反应之后，才减附子量而用维持量服药。

郑钦安在《医法圆通·服药须知》中详细地记述了附子服后的药效反应，而笔者在《火神派扶阳第一要药——附子》中，更是收集了国内众位医家记录的药效反应特点。但笔者细读李可老中医的著述之后，发现其对附子反应的记录不仅详细，同时许多症状表现也比较典型，具有重要的临床参考价值。

(1) 阴证转阳发高热。李可老中医认为，阴阳的转化，也是以病人正气的修复为转机。阴证，用药得当，正气来复，伏邪由里出表，阴证化阳，为向愈。阳证，过用苦寒，损伤脾肾，阳证转阴，则缠绵难愈。如治1例女性阳虚狼疮患者，温通重剂（当归、吴茱萸各50g，桂枝，白芍、细辛各15g，炙甘草、通草、附子各30g，肉桂30g，生姜125g）三剂服用之后，患者突然出现寒战高热，体温达40.5℃。后经因势利导而得治愈。故此，李可老中医认为，这是因为寒邪久伏，得温阳之助，阴证转出为阳证，逐且化热外透之机，故而出现高热。这也就是人体在借助阳药运行之际，强烈的逐阴邪反应，邪正相炽，故而发高热。此时，除做积极的应对治疗之外，李可老中医认为，一定要时刻注意保护病人的正气，以防过而伤正。

(2) 瘤肿脱落。《内经》中认为：“阳化气，阴成形”。故凡成形之瘤肿物，均乃是阳气不化，乃至肿物形成。而重用扶阳药物附子之后，人体阳气振奋，打通了肿瘤之间的道路，故此成形之肿瘤便会脱落从腔道排出。如李可老中医治直肠癌、白血病1例，随着附子扶阳之品的大剂服用，从肛门经常脱落肿物数块。中间还伴有排黑血便、脓团、淡红水，肛周肿胀出血。这些异物脱落外排现象，李可老中医认为均是佳兆，均是由阴转阳，阴邪

化去之表现，要成竹在胸，千万不要被这些现象迷惑。

(3) 瞑眩反应。李可老中医擅应用大剂附子，特别是附子逐日加量 10g，以求出现“瞑眩反应”。因古人云：“药勿瞑眩，厥疾勿瘳”（《尚书·说命》），这是古人留下的宝贵治疗经验。有一些重病痼疾，服药之后出现眩晕昏厥、呕吐、腹鸣转矢气、泻秽等现象，即是瞑眩。李可老中医认为，一旦出现瞑眩反应，必是非常之效，是佳兆，乃是身体自我修复的一种特殊现象。出现了这种瞑眩反应，不必害怕，不要乱动病人，但要预防护理好，避免摔伤等危险。李可老中医及其弟子们，经常接到重症患者服药后出现瞑眩反应的电话，告知患者大多几秒钟至几分钟就可恢复知觉，之后呕吐、腹泻等会持续半天，不必医治自然可恢复。

瞑眩反应有一种特殊的表现，就是忘事。李可老中医曾指导学生治疗过 1 例（男，33 岁）稳定型心绞痛发作。每剂药含制附子 100g，在吃药过程中，每天觉得迷迷糊糊——即轻度瞑眩反应，且因此而将银行卡丢失 3 张，后来连驾驶证也丢了。此后病愈，全身不适症状消失。这种忘事，其实就是典型的瞑眩反应轻度现象。

瞑眩反应是阳药起效的一种特殊现象，也就是阳气奋力驱逐阴寒之邪的剧烈争斗过程，当阴邪散去，阳气回升之后，瞑眩反应也就过去，病情才能转入坦途。李可老中医及其弟子们亲自试药服生附子的时候，也出现了类似的瞑眩反应。他们认为，这种反应与药量大小无关，而与其自身的体质密切相关。同时还认为，这种反应是可遇而不可求的，并不是所有服附子者都会出现。特别是一些小病轻症，在治疗过程中不出现这种瞑眩反应更好，同样也能达到愈病之目的。

(4) 全身性热感。李可老中医曾指导学生治疗过 1 例淋巴瘤患者，当制附子服用 800g 时，出现“腹中火烧火燎”，伴全身汗出如洗，约半个小时换 1 次睡衣，再次服制附子 800g 后，“顿觉腹中如热浪翻涌，下至双膝，上至胸中，一浪接一浪”，同时腹痛消失，并呕吐大量黏稠顽痰，并有一指甲盖大小块状物被吐出，随即又出现“不能睁眼，欲喊家人帮助，却不能说话，意识

清楚，无心悸”，一刻钟内出现八九次眩晕反应。当服制附子 900g 时，服药 1/3 的量后，“顿觉胸热、头面热汗，阴囊下（至阴穴）发热感”。服制附子 1000g 之时，服药后突然出现眩晕反应（即服药后突觉一身不适，昏昏欲睡，能听到女儿的呼声，自觉声音由远及近，不能应答，睁眼，约 10min 后清醒），然后出现口、舌及周身麻，觉得有“阵阵热气走窜”，双下肢有小泡破感，频频矢气，双膝关节凉，一身津津汗出，畅快。最终病人得以治愈。

又如李可老中医指导学生治疗冠心病危症案，患者服制附子 100g 时，服药 2 次，出现“全身性发热，腹中雷鸣，面、唇、舌、甲转红”，从此病人进入坦途而病愈。

上述病人出现身体烘热感，正是附子之大辛大热药物的作用表现，同时也是附子扶助人体阳气，人体阳气回升，与附子之热一道奋力驱逐阴寒之邪的剧烈反应，也就是郑钦安所说“阳药运行，阴邪化去”之典型表现。

（5）阴寒邪毒从虚处而发。李可老中医认为：人体五脏六腑，五官九窍，四肢百骸，皮毛筋骨，一处阳气不到便是病。既然阳气不到之处便是阴寒之邪积聚之所，当应用扶阳药附子之后，振奋人体阳气之时，这些积聚在各处体表之阴邪，就会乘热而出，故而可出现诸多的表现。如 17 岁女性红斑狼疮病人，当服用制附子 135g 复方汤剂时，面颊、指肚、小关节不断透发红疹、红斑、小结节，腰、腿部出现多个大结节，旋起旋消，全身脱壳一层，最后终于病得治愈。

李可老中医指导学生治疗（女，65 岁）关节炎，服制附子 100g 汤剂第 8 天的时候，膝盖处发现一包，又把制附子用到 120g 继续服用 6 剂后，患者请教西医认为是附子中毒，经理化检查未发现肝肾损害，最终病人因无法理解而中断服药。至于为什么会出现这种情况，他分析认为：因该病人年纪较大，久病耗伤元气，本气自衰，机体被重寒所困，日久随自身本气越虚，寒邪便随之入里；邪之入路便是邪之出路，今本气自旺（在附子扶阳之助正下），伏邪自退“起包”，只是伏邪外透的一种方式而已。

李可老中医指导学生治疗了1例90岁的老年重症患者，经反复大剂附子、天雄等复方治疗后，病情由危转安。之后由于阳气的回升，患者身发带状疱疹，这只是体内之寒湿之阴毒邪气，透过皮肤向外发泄而已，即由里及表而出之阴寒邪毒，可惜后来西药治疗不当，病人最终不治。

服附子后的药效反应，在李可老中医的专著及指导学生的著作中，记录的都比较详细。这些反应除一般性发汗、发热、感冒、吐痰、咳嗽、腹泻、肠鸣、麻木等表现之外，上述5种反应表现，均是在一般病证当中比较少见的，正确帮助病人度过这些激烈的关口，对于疾病的恢复是非常重要的。李可老中医认为：病的来路，亦是病的去路。特别是从表而来的病邪，由阳化阴，即由阴转阳之际，大都表现出突然的感冒、发热、咳嗽等阳证之表现，李可老中医认为诸多病邪是由太阳而入里，只有从里出表，由太阳而出，最终才能使病人得以治愈。

## 6. 附子的组方配伍

李可老中医自学成才，经临床50多年的实践证明，不少以附子为主组方配伍都具有良好的临床疗效。如破格救心汤就是一例，该方在全国众多火神派医家手中重复应用，的确效果肯定而良好，这在中医历史上也是比较罕见的。为此，现就其常用的以附子为主组成的经验方，整理如下。

(1) 破格救心汤：制附子 30~200g，干姜 60g，炙甘草 60g，高丽参 10~30g（另取汁），山茱萸 60~120g，生龙骨、生牡蛎各 30g，磁石 30g，麝香 0.5g（冲服）。用法：病势缓者，加冷水 2000ml，文火煮取 1000ml，分 5 次服，2h 1 次，日夜连服 1~2 剂。病势危急者，开水武火急煎，随煎、随喂，或鼻饲给药，24h 内，不分昼夜频频喂服 1~3 剂。主治各种急慢性心衰。

(2) 加味乌头汤：制附子 60g，生黄芪 240g，当归 60g，制川乌、丹参、黑小豆、川牛膝、防风各 30g，麻黄、桂枝、细辛、赤芍、桃仁各 15g，肉桂 10g，吴茱萸 20g，蜂蜜 150g，生姜 40g，大枣 20 枚，麝香 1.0g（冲服），穿山甲 5g，水蛭 3g，全蝎



30g，蜈蚣 2 条（后四味研粉冲服）。用法：加冷水 2500ml，文火煮取 500ml，兑入黄酒 500ml，日 3 服夜 1 服。主治血栓闭塞性脉管炎证属虚寒者。

(3) 乌头汤加味方：制川乌 30g，制附子 30g，生黄芪 100g，当归、丹参、乳香、没药、白芍、黑小豆、乌蛇肉各 30g，蜂蜜 120g，桂枝、防风、全蝎、甘草各 15g，蜈蚣 30 条，豹骨 15g。用法：上药共捣粗末，加上白酒 1500g 入瓶内浸泡 7 昼夜后，早晚各热服 1 次，从 1 酒盅起服，逐日渐加，至服药后唇、舌稍麻木为度，即以此量维持至服完。主治类风湿关节炎属寒性者。

(4) 补阳还五汤加味方：制附子 30g，生黄芪 120g，葛根 90g，炙甘草、当归、桂枝、赤芍、何首乌、白蒺藜、黑木耳各 30g，川芎、桃仁、红花、地龙、芥子、红参（另煎）、生姜各 10g，大枣 10 枚。后期加肾四味各 30g。用法：加水 1500ml，煮取 500ml，每天分 2 次服。主治颈椎病伴眩晕者。

(5) 消跟骨刺痛方：制附子 30g，生黄芪 120g，当归、白芍各 30g，熟地黄 45g，肉桂、川牛膝、木瓜、乳香、没药、通草、细辛、防己、泽泻各 10g，吴茱萸、茯苓、炙甘草各 15g，楮实子、威灵仙各 20g，炮穿山甲 6g，象牙屑 4g，生姜 10g，大枣 10 枚。后期加肾四味各 30g。用法：加水 1500ml，煮取 500ml，每天分 2 次服。主治跟骨骨刺引发的跟骨痛。

(6) 温氏奔豚汤：制附子 10~15~30~100~200g，红参 10~30g（另煎），山药 30g，山茱萸 90~120g，炙甘草 10~60g，肉桂 3~10g，沉香、砂仁 3~5g。用法：小剂，加冷水 1500ml，文火煮取 600ml，分 3 次服。大剂，加冷水 2500ml，文火煮取 750ml，日 3 服夜 1 服。上有假热，热药冷服，“偷渡上焦”。主治肝脾肾三阴寒证，以“厥气上逆”为主症，此外还治寒霍乱，脘腹绞痛；气上冲逆，上吐下泻，四肢厥逆，甚则痛厥；寒疝；水肿鼓胀；阳虚高血压、肥胖症等。

(7) 肝癌基本方：制附子 45g，高丽参 15g（另煎），海藻、炙甘草、熟地黄、五灵脂（包煎）各 30g，全蝎 12 只，蜈蚣 3 条、芥子、生天南星、肉桂各 10g，鹿角霜、姜炭、茯苓、细辛、

木瓜各 45g，大浙贝 120g。用法：上方药加水 3000ml，文火煮取 400ml，分 3 次服，连服 2 个月。主治肝癌。

(8) 胃癌基本方：制附子 90g，海藻、生甘草、生姜、两头尖、牡蛎、玄参各 45g，木鳖子、吴茱萸、生晒参（另煎）、五灵脂（包煎）、生南星各 30g，大贝母 120g。用法：加水 3000ml，文火煮取 150ml，日分 3 次服。同时配用散剂：硃砂 10g，火硝 10g，冰片 1g，雄黄 10g，儿茶 10g。制粉，每次 1g，每天 2 次，蜂蜜水调匀后缓缓咽下。主治食管癌及胃癌。

(9) 肺癌基本方：制附子 45~90~120g，高丽参 15g（另煎），生半夏、两头尖、海藻、细辛、鹿角霜各 45g，生南星、熟地黄、干姜、炙甘草各 30g，芥子、肉桂、姜炭各 10g，麻黄 5g，山茱萸 60g，生姜 90g，全蝎 3g（冲服），蜈蚣 3 条（冲服）。用法：加水 2500ml，文火煮取 600ml，日分 3 次服。30 天为 1 个疗程。主治肺癌。

(10) 风湿性心脏病方：制附子 45g，生黄芪 250g，当归、干姜、桂枝、白芍、党参、细辛、生姜各 45g，制川乌、黑小豆、防风各 30g，麻黄 10~45g（得汗后则小量），炙甘草、山茱萸各 60g，全蝎 6g，蜈蚣 3 条，大枣 12 枚，蜂蜜 150ml。用法：加冷水 2500ml，文火煮取 500ml，日分 3 次服。主治风湿性心脏病。

(11) 肺源性心脏病方：制附子 45g，高丽参 15g（另煎），麻黄 5~10g，干姜、桂枝、生半夏、白芍、生姜各 45g，五味子、枸杞子、补骨脂、淫羊藿（仙灵脾）、菟丝子各 30g，炙紫苑、炙款冬花各 15g，炙甘草、山茱萸各 60g，白果 20g，核桃 6 枚（打碎），大枣 12 枚。用法：加冷水 2500ml，文火煮取 500ml，日分 3 次服。主治肺源性心脏病。

(12) 冠心病方：制附子 100g，炙甘草、干姜 90g，高丽参 15g（另煎），山茱萸 60g，桃仁、五灵脂（包煎）、生龙骨、生牡蛎、磁石各 30g，丹参 120g，檀香、降香、沉香、砂仁各 10g，桂枝 45g，麝香 0.5g（冲），苏合香丸 2 丸。用法：加冷水 2500ml，文火煮取 500ml，日分 3 次服。主治冠心病。

(13) 加味理中汤：制附子 12g，干姜、白术 12g，炙甘草

24g，高丽参 15g（另煎），砂仁、肉桂、藿香、佩兰各 10g，炒麦芽 60g。用法：加水 1000ml，文火煮取 150ml，兑入人参汁，日分 4 次服。主治脾胃虚寒证。

（14）过敏性鼻炎方：制附子 30g，麻黄、石菖蒲各 10g，干姜、枸杞子、菟丝子、淫羊藿（仙灵脾）、补骨脂各 30g，茯苓、生姜各 45g，白芷、辛荑、苍耳子、防风各 20g，苍术、佩兰各 15g，炙甘草 60g。用法：加水 2500ml，文火煮取 350ml，日分 3 次服。主治过敏性鼻炎。

（15）加味桂附地黄汤：制附子 100g，熟地黄 100g，山药 60g，茯苓 45g，牡丹皮、泽泻、肉桂各 10g，怀牛膝、生龙骨、生牡蛎、磁石各 30g。用法：加水 3000ml，文火煮取 600ml，日分 3 次服，30 天为 1 个疗程。主治高血压阳虚证。

（16）参芪桂附理中汤：制附子 100g，生黄芪 120g，干姜、白术、熟地黄各 90g，乌梅 40g，砂仁 30g，红参 25g（另煎），炙甘草 60g。用法：加水 2500ml，文火煮取 350ml，日分 3 次温服。30 天为 1 个疗程。主治糖尿病。

（17）加味桂附理中汤：制附子 45g（逐日叠加 10g，以 200g 为度，出现眩晕反应，停药 3 天，制附子减去 30g），干姜、熟地黄、白术各 45g，高丽参（另煎）、巴戟天、肉苁蓉、菟丝子各 30g，山茱萸 90g，肉桂 10g。用法：加水 3500ml，文火煮取 350ml，日分 3 次服，42 天为 1 个疗程，每旬服 7 剂，休息 3 天。主治 II 型糖尿病。

## 7. 结语

李可老中医因其比较独特的成长经历和行医经验，使其成为火神派擅用附子并有独到之处的特色临床医家，笔者曾撰文称其为“火神派创新者”，就是以其应用附子个性特色说起。李可老中医行医 50 余年来，仍然在探索以附子为主组方的扶阳思路，治疗临床上诸多疑难杂病，取得了令人瞩目的成就，从他的弟子们的著述医案中，我们就可以感触到其风格犹存，并且探索出不少扶阳方法治疗奇难杂症。特别是李可老中医的弟子们应用附子的方法，一脉相承地延续了李可老中医的经验与优秀方法，如其

采用附子宽水久煎，附子逐日加量方法，以至病人出现眩晕反应后减量的方法，为治疗诸多肿瘤患者，提供了有益的尝试与探索，为我们学习与借鉴提供了重要的参考。

综观李可老中医的经验方药，均是以经验方为基础，大都在破格救心汤的基础之上灵活化裁。有学生收集了李可老中医 2006～2007 年的 470 张处方，进行用药规律性分析，使用频率超过 50% 的处方用药是：制附子（含川乌）占 84.32%，姜（干姜、生姜、姜炭）占 91.68%，桂（桂枝、肉桂）占 56%，参（生晒参、红参、党参）占 75.11%，炙甘草占 78%。从这些药物组成来看，这就是典型的附桂理中汤（去白术），这恰恰证明了李可老中医扶阳理路，是放在理中汤的框架里，加桂附而成为桂附理中汤的原形。火神派扶阳理念，其着重点始终是放在脾肾上，这对于我们治疗诸多的疑难杂症是一个很好的指引与启迪。

#### （十）陈守义应用乌附麻辛桂姜汤经验

陈守义（1944～）老中医，河南滑县人，任职于河南省滑县中心医院，火神派当代私淑者。陈老师从 15 岁时起，就跟随当地名老中医、外祖父薛宝三先生习医，早年就研用戴云波教授大剂乌附治疗痹证的方法，历经 40 余年的临床实践，不断摸索出大剂量应用附子、川乌的经验，治疗痹证疗效卓著。笔者曾投师门下，亲听教诲，受益终身。

##### 1. 方药与痹证

戴云波教授多年研究应用的乌附麻辛桂姜汤经验方药，最早发表于《新中医》杂志上，后来由成都陈潮祖教授收录在《中医治法与方剂》一书中，被广为传播与研用。特别是 2002 年由人民卫生出版社出版的 21 世纪课程教材《方剂学》收编，受到当代的人们的重视与研究。该方组成为：制川乌 10～60g，制附子 10～60g，麻黄 10g，细辛 10g，桂枝 30g，干姜 10～30g，甘草 10～30g，蜂蜜 30～120g。煎药方法是：制川乌与附子，加蜂蜜先煎 1～4h 后，尝试药液不麻口时，再下余下诸药。

关于痹证的治疗，陈守义老中医认为：前贤医家将痹证分为

风、寒、湿三种类型，陈老师认为实无必要，因风、寒、湿邪气致病大都参杂而至，临床上很难截然划分清楚，只能言何邪气偏盛而辨，无法分辨太细。其证候多表现为全身关节疼痛，关节活动受限，气候转变时尤为痛甚，此为风、寒、湿痹证的共同特点与症状。风邪偏盛者，若有表邪外束，则表现出风邪表象，舌苔白或腻，脉象多浮，此为风寒湿邪侵袭初期表现。若寒邪偏盛，其特点兼有肢体关节疼痛较剧，如刀割或锥刺，痛有定处，喜热恶寒，局部肌肤不仁、不肿不热，舌苔白，脉多弦紧。若湿邪偏盛，疼痛亦有定处，其特点疼痛重着，肌肤麻木不仁，手足重沉，苔白腻，脉多濡缓。

## 2. 组方与用法

陈守义老中医应用乌附麻辛桂姜汤之时，常结合临床经验化裁而用。如应用川乌、草乌、附子，均用现代精心炮制过的中药饮片，且药物来源比较稳定。川乌、草乌、附子三药剂量一般从30g起始用，最大剂量至120g之多。痹痛轻者，三药一般多选用一种，如川乌；比较重者，一般川乌或草乌合用附子，二者或三者均用同等剂量，如川乌、附子各用60g；疼痛剧烈者，且三药同用，并均用大剂量120g。在应用方法上，陈老师对病人煎药总是详细的嘱咐，一般这几种基本药需要煎2~4h以上，且在配方之中，常加入防风、黑大豆、远志等一同煎煮，以减轻乌附之毒性，而达到增效减毒之目的，经四十多年临床应用，取得了良好的临床疗效，没有发现中毒者，虽有个别服药过量，但均化险为夷。如其常用的基本药物有：炙川乌或草乌30~120g，制附子30~120g，干姜30~60g，甘草30g，远志10g，黑大豆30~60g。此六味药是治疗痹证基础方，这六味一般是先久煎好，然后再下其他药物，每天1剂，病情缓解后，减量维持服用一阶段，以防反复。

陈老师对于乌附起效之时，“阳药运行，阴邪化去”（清·郑钦安语）之反应早已是成竹在胸，并积极取得病人之配合，因此疗效卓著。痹证一病，非朝夕能愈之病，故对于一些久病难疗之沉痾重症，陈老师认为守方守法用药，循序渐进才能治愈顽疾。

陈老师对曹颖甫先生在《金匱发微》中提到的乌附应用体会认识颇深，他在煮服法中所谓：“其知者，如醉状，得吐者，为中病”。且曹氏曾亲试而识之，“服后遍身麻木，欲言不得，欲坐不得，欲卧不得，胸中跳荡不守，神智沉冥，如中酒状。顷之，寒痰从口一涌而出，胸膈便舒，手足温而身痛止矣”。真可谓是：“猛峻之药，益人甚于参苓”。陈老师认为不仅为经验之谈，而且也多有同感。

临床之时，陈老师多随证加味。如风偏盛者（行痹），治以祛风通络，佐以散寒除湿，乌头、附子可选用其一，再酌加荆芥、薄荷、防风、独活、秦艽、羌活、威灵仙之类。若寒偏盛者（痛痹），治以散寒温阳为主，佐以祛风胜湿，酌加肉桂、鹿角片、吴茱萸、淫羊藿（仙灵脾）等。若湿偏盛者（着痹），治以利湿健脾，佐以祛风散寒，酌加薏苡仁、苍术、羌活、独活、萆薢、茯苓皮、五加皮等。若病在头颈者，酌加柴胡、葛根、藁本、羌活、独活、白芷、苍耳子等。若腰背痛甚或肾虚者，酌加杜仲、续断、狗脊、桑寄生、独活、补骨脂、淫羊藿（仙灵脾）、鹿角霜等。若在两胁者，则加柴胡、郁金、乌药、香附、吴茱萸、牡蛎等。若在四肢，则酌加独活、青风藤、千年健等。若久病人络血瘀者，则酌加苏木、川芎、赤芍、桃仁、红花、穿山甲、蜈蚣、全蝎等。若痛甚者，酌加乳香、没药等。若气血虚者，则酌加黄芪、当归、党参、白术等。若肿甚者，则酌加猪苓、泽泻、地肤子、五加皮、陈皮等。

### 3. 临床与验案

病案一：刘某某，男，35岁，农民。1975年3月15日初诊。

患者曾在山西某煤矿做工，因劳累过度，加之地下工作环境等因素，患上“关节炎”病，久治而无明显改善，日益加重。现症见：由踝关节渐到全身各个关节僵直疼痛，夜间加剧，痛如刀割，下肢及足踝肿甚，色紫暗，发凉，实际年龄才35岁，但让人一看像50岁以上，舌质淡，体胖边有齿痕，脉沉迟无力。证属寒湿凝聚，痹阻血脉，治宜温阳散寒。方用乌附麻辛桂姜汤加味，药用：

川乌 60g, 草乌 60g, 干姜 30g, 甘草 30g, 黑豆 60g, 麻黄 15g, 细辛 15g, 桂枝 60g, 鸡血藤 30g, 青风藤 30g, 络石藤 30g, 白芍 60g, 川牛膝 30g, 川续断 30g, 木瓜 30g, 没药 15g, 乳香 15g, 薏苡仁 60g, 当归 24g, 丹参 24g。

3 剂。用法：以上前 5 味药物先煎 4h, 再下余下药物；水煎服，每天 1 剂。水煎 2 次混合药液分 4 次服，4h 1 次。

二诊（3 月 20 日）：服上方后无任何不良反应，疼痛也没有缓解，试思只要没有不良反应，草乌、川乌各渐加至 120g 后，方能有明显好转，再服 3 剂。

三诊（3 月 24 日）：病人可自己骑自行车从 10 公里外来门诊看病。又在此方基础上加白术 30g, 槐花 60g, 再进 5 剂。以后肿痛逐渐减轻，草乌、川乌量及它药也再逐渐减轻，前后共服 60 余剂基本痊愈。

随访：至今仍健在，常有来往。

**【按语】** 感受风寒湿邪，痹阻经脉，气血凝滞，不通则痛。病久顽固，非常法常药可治，开始病重药轻，初服疗效平平，表明虽然方药对症，久病寒邪非轻易能取得效果，故二诊之后，加大二乌用量，逐渐见效，取效之后又逐渐减用二乌之药量，以保证病愈而不至乌附中毒。

病案二：王某某，男，27 岁，工人。2000 年 11 月 10 日初诊。

患者 1 年前因用力过度而腰痛，曾做 CT 检查确诊为：“腰椎间盘突出压迫神经”，经治而症状缓解。近阶段由于出差在外，着衣单薄，路上受寒，病痛再次发作。现症见：由其父母搀扶就诊，全身困痛，关节疼痛，尤以左下肢沿坐骨神经方向放散，酸痛难忍，呻吟不止，昼轻夜重，得热则舒，经过针灸、镇痛药等措施，只能减轻一时，苦不堪言。察舌淡红，苔白厚腻，脉象浮紧。证属寒湿在表，治宜解表温阳以散寒邪，方用乌附麻辛桂姜汤加味，药用：

川乌 60g, 草乌 60g, 干姜 30g, 甘草 24g, 麻黄 15g, 细辛 15g, 桂枝 30g, 葛根 30g, 白芍 30g, 羌活 15g, 独活 30g, 乳香

15g, 没药 15g, 威灵仙 30g。

3剂。用法：前4味药物先煎2h，再下余下药物，水开后再煎30min，随后再加水煎2次，混合2次滤出液，分为3次服用，4h1次。

复诊：患者回家后的煎药，并未亲自听医嘱安排，按照一般的煎药方法，煎好药后1次将药服完。10min后，患者突然昏不知人，口吐白沫。其后患者家属立刻到家询问是怎么回事，陈氏随即到患者家观察患者，发现患者呕吐出部分药物，已浑身汗出如洗，问其有什么不适，患者只说疲乏，想睡觉。诊其脉浮紧已无，缓滑有力，无病之象。随后让病人服些热糖水，安睡既可。第2天骑自行车专程告知，其病若失，余下之药未再服用，病愈。

**【按语】** 郑钦安在《医法圆通》用药须知中说：“阳药运行，阴邪化去”。可出现从肺胃、从皮肤、困倦等相应的一系列症状，这些都是热药起效的反应。此例患者，由于误用常法煎服，显然是药物迅速起效所致，让陈氏始料未及，后经及时正确的判断乃为药效，从容地安排病人饮糖水并休息，由此而病愈。火神派人物的一个重要判断指标，就是看你对热药附子起效反应的判断与认识如何，从这例病案来看，陈氏确有火神派之特色和胆识，这与他多年跟师学徒积累是密不可分的。而我们后者，当以谨慎为上，处处小心从事，循序渐进而摸索出应用乌附的体验，才可逐渐加大乌附剂量而应用于临床，不可猛进行事。

### （十一）孙其新附子煎服法研究与经验

孙其新（1947~）主任医师，曾任职于辽宁中医药大学附属医院，近几年潜心研究李可老中医学学术思想，多有成就。与此同时，笔者发现孙其新老中医对附子的研究也多有独到之处。现就其对附子煎服研究与经验进行介绍。

#### 1. 仲景附子服量、煎服法

张仲景是古代医家中最善用附子者，《伤寒论》113方，其中20方用附子。孙氏考《伤寒论》四逆汤的原方，生附子1枚，约



合今之 20g (附子大者为 20~30g), 假定生附子之毒性与药效是制附子的两倍以上, 则伤寒四逆汤类方所用附子相当于现代制附子 40~60g (附子大者为 60~90g), 而历代用四逆汤仅是原方的 1/10~1/6。四逆汤原方在用法中指出, 强人大附子 1 枚; 而通脉四逆汤、通脉四逆加猪胆汁汤之附子均为大者 1 枚, 相当于制附子 60~90g, 这是经方用药的本来面目。

在附子的煎服法上, 首先是药与水的比例问题。孙氏初步统计, 伤寒之附子剂 19 方 (除乌梅丸), 其汤剂中药剂量按经方基础有效量 (以原方折半计量为准) 计算, 药与水之比例最低者为 1:6, 为通脉四逆汤; 最高者为 1:26, 为麻黄细辛附子汤; 其药与水之比例平均值为 1:10。其次是煎煮时间: 孙氏考四逆汤类方用于救急, 所用的应为鲜附子, 这既容易浸泡, 又易煎煮, 故加水少, 恒为 600ml, 文火煎煮半小时左右 (煎取 220ml, 分 2 次服); 其他制附子剂, 加水 1200~1600ml, 文火久煎, 煎煮 1 个半小时左右。而比较特殊的是麻黄细辛附子汤, 因麻黄先煎去沫, 故加水较多, 为 2000ml, 煎煮时间 2h 左右。最后是煎服法: 附子剂均煎煮 1 次, 煮取 200~600ml, 每次服 110~200ml; 其顿服者 1 方, 为干姜附子汤; 分 2 次服者 6 方, 为四逆汤类方; 分 3 次服者 10 方, 为附子汤等; 分 4 次服者 1 方, 为真武汤。

## 2. 关于附子久煎的思考

关于附子是否能免于久煎的问题, 早在 1977 年《中药大辞典》就指出, 日本将川乌、生附子在加压罐内用 110℃、1kg/cm<sup>2</sup>、40min 进行处理, 乌头碱已分解, 而其毒性则为生药的 1/150。经过 20 多年的临床实践, 日本又进一步完善了附子高温高压法, 即高压 120℃, 经 2h 可破坏乌头碱之剧毒, 这样入汤药毋需先煎、久煎。

1958 年卫生部简化中药商品规格, 决定只保留附子的 3 个品种: 盐附子、黑顺片、白附片。《中华本草》指出, 黑顺片、白附片因加工方法类似, 其炮制品的总生物碱含量下降为原生药的 1/9~1/6, 而毒性双酯型乌头碱含量只相当于原生药的 1/100; 盐附子因加工条件比较温和, 总生物碱与上述附片类似, 而毒性

双酯型乌头碱比上者高得多。从中可以看出，经过这样炮制，总生物碱含量只是原生药的  $1/9 \sim 1/6$ ，那么附子药效流失则为  $83.4\% \sim 88.9\%$ ，其流失的比例是惊人的。

1997年出版的《中华本草》是集传统药学大成并反映当代科研成果的本草巨著。该书认为，古今对川乌、附子的炮制方法虽然繁多，但归纳说来，可分为浸、泡、漂等水处理，烘、焙、炮等干热处理，蒸、煮等湿热处理3种类型。这些方法皆能达到去毒目的。但水处理生物碱随水流失较多，药效受到影响；干热处理对总生物碱含量影响不大，对药效影响较小，而毒性双酯型乌头碱含量相对较高；湿热处理，特别是热压蒸制处理（即高温高压），总生物碱含量高，毒性双酯型乌头碱含量低，去毒效果好。

### 3. 附子用热压力锅处理

孙氏用附子热压蒸制法，对黑顺片进行了系统的实验研究。由于黑顺片的炮制过程是取泥附子洗净，浸入食用胆巴的水溶液中数日，连同浸液煮至透心捞出水漂，纵切成厚片，蒸熟取出烘至半干，再晒干。把黑顺片高温高压时间就设定为1个半小时。

首先将黑顺片1kg放在22型压力锅里，放冷水500ml拌匀，盖上锅盖闷2个半小时。每隔15min，即翻动一次或颠簸一下；闷半小时后，用筷子蘸一滴浸液点在舌尖上，会感到微苦涩；闷1h（即第2个半小时），尝后舌尖有微麻辣感；闷1个半小时后，会有明显麻辣感；闷2h后，会有刺舌感，此时黑顺片已基本闷透，只是大个、片厚的还有硬心；闷2个半小时后，尝后会有针扎感，黑顺片已经没有硬心了，即全部泡软，可进行热压处理。

附子热压操作过程是：用22型压力锅，放冷水1000ml（或24型压力锅，放冷水1200ml），然后放入算子（水要低于算子），铺上已闷好的黑顺片，盖上锅盖，加热至排气管冒蒸汽时，扣上限压阀。当蒸汽稳定由限压阀处排气时，应立即调低火力，保持限压阀间歇排气和发生轻微响声。1个半小时后闭火，稍停片刻，然后打开锅盖，凉透后取出烘半干、再晒干。这样处理的制附子，入煎剂就可以免于久煎了。为了验证此法是否安全，孙氏曾试服附子重剂（45~155g）1个月，附子最高达155g，均煎1h，

则无不良反应，值得推广。注意：如果限压阀不是“间歇排气”，而是“持续排气”，说明火急了，容易烧干锅。压力锅在煎煮过程中，不能打开锅盖，否则药液会溢出伤人。

#### 4. 关于附子煎服法探讨

对于附子煎服法，看似简单，可认真操作起来，每个细节都有学问。一般认为，煎药以沙锅为好。但由于沙锅体积小，附子重剂多不适用。另外，沙锅爱坏，如放开水、或急煎、或煎煮完放在石板上，均容易炸裂。孙氏经过实践发现，压力锅不但具有沙锅的优点，如传热速度慢，受热均匀，汤温始终保持在95℃左右（这样的温度利于饮片内的可溶性有机物向外渗出）；它还有独特的优势，因压力锅密封，即使久煎，只能从排气孔排出微量的气体，药液挥发少，始终保持药与水之适当比例，保证有效成分煎出。

一般煎药，多加水淹过药面一寸（约3厘米）。由于煎药锅大小不一，单用淹过药面“一寸”来表示，那水量之差别可就太大了，急需改进。《伤寒论》附子剂，四逆汤类方加水600ml，其他制附子剂，加水为1200~1600ml，药与水之比例平均值为1:10。李可之附子剂，附子30~200g，加水1500~2500ml，药与水之比例（1:3）~（1:7）。这都值得我们效法。

一般附子煎剂，多用冷水浸泡半小时，偶尔有浸泡1h的。孙氏的临床经验：制附子至少得浸泡2h，因为浸泡半小时，尝后只有微苦涩；浸泡1h，会有微麻辣感；浸泡1个半小时，会有明显麻辣感；浸泡2h，会有刺舌感，此时附子的有效成分已达到高峰。从理论上讲，制附片只有充分泡软、细胞膨胀，有效成分才能溶解于饮片组织中，产生渗透压，然后扩散到水中。从中可以看出，附子浸泡少于1h，就不会有麻辣感，而浸泡2h，则出现刺舌感。真可谓：好的浸泡，等于煎煮的一半。

关于《伤寒论》附子煎煮时间，张仲景之四逆汤类方用鲜附子救急，加水600ml，文火煎煮半小时左右；其他制附子剂，加水1200~1600ml，文火久煎，煎煮时间1个半小时左右。孙氏治慢性心衰，使用热压处理（高温高压1个半小时）之制附子，只

煎煮 1 次，煎煮时间为 1h。

附子的具体煎服方法见上文。

注意：如果排气管不是“间歇排气”，而是“持续排气”，说明火急了，容易烧干锅。

为了临床方便用附子，孙氏把热压处理之制附子，磨成玉米粒大，浸泡 1h 即可。因为附子价格很便宜，不存在造假问题，故院方可自行磨成“附子米”（即玉米粒大），这样就方便多了。经实验证实，黑顺片经过热压处理 1 个半小时，已经去毒，无需多虑。

### 5. 附子能否免煎的问题

目前，附子用重剂已经屡见不鲜。即便是经热压处理之附子，可免于先煎、久煎，仍有不尽如人意的地方。因为附子大剂量，则加水 1500~2500ml，若煎煮 1h，那煎取的药汁多数会超过 600ml，这势必要再用半小时至 1h 浓缩药汁，是否有更简便的方法呢？孙氏又进一步把热压处理之附子磨成粉，从每次 1g 服起，逐日增加 1g，日 3 次，以其汤药送服，连续服用 11 天，附子粉最高达 11g，日 3 次。结果附子粉用到 33g，相当于人煎剂之制附子 66~99g，均无不良反应。所以，孙氏体会，除急危重症外，凡制附子用量在 100g 以下，均可改为附子粉在 33g 以下。为了稳妥起见，暂定为热压处理之附子粉 1g 相当于人煎剂之制附子 3g（即 1:3）。注意：不能用制附子直接磨粉，必须用热压处理之制附子（已有效破坏双酯型乌头碱之毒性），这样就安全、方便多了。

### 6. 结语

孙其新老中医在学习李可应用附子经验的同时，发现诸多方法可以改进。特别是孙氏采用压力锅煎药的方法以及对附子进行减毒服用粉剂的方法，在提高附子功效的同时，简化了服药的复杂性，也大大地避免了毒副作用的产生，做了一次很好的尝试与研究，这些成功的经验与方法，很值得火神派医家临床应用附子参考，并具有重要的价值与意义。



## 二、临证心悟

### (一) 学习火神派扶阳三点体会

这么多年醉心于学习火神派扶阳理念，遇到的问题非常多，但总结起来，以下三点体会最能说明问题。

#### 1. 接受扶阳理念

火神派的一个重要学术思想特色就是扶阳理念，也就是扶阳学说。而我们学习火神派的第一步，就是要从思想上全盘接受火神所派倡导的扶阳理念，怎样才能接受这种扶阳理念，是每一位有心学习者所要面对的现实问题，也是需要认真思考的问题。

首先需要说明的是，为什么火神派会引起诸多学者的积极响应，并在全国形成一种“火”的浪潮！这里面具有深刻的历史背景，因为历史在进步，医学在前进，特别是在西医药逐步形成独霸天下局面的趋势下，生存的愿望，不得不让中医有识之士重新思考自己的生存方式，“物竞天择，适者生存”，是我们每天所要面对的问题。面对教科书一手遮天，僵化的机械思维方式与分型治疗，使中医的临床陷入了不能自拔的泥潭，使中医一千多年的临床信心从根本上发生了动摇。因此，我们都在进行反思与积极的探索，以寻求出提高临床疗效新的思路与方法。

火神派的学习思潮，让我们耳目一新，并有机会接触到一种全新的扶阳理念，这种扶阳学说与我们教科书上所讲的格格不入，但是为什么能够激起众多有识之士的认同呢？这里面有两条重要的关键原因。

一是就扶阳学说的理念来说，用这种扶阳理论来解释《内经》、《伤寒论》等经典著作，更加接近并且非常丰富地剖析出经典的内涵与原始意象，有机会让我们重新审视教科书上的困惑与差异，并从传统的文化源流及诸子百家学说中，找到了中国文化积淀上的认同，由此而感悟到重阳学说的思潮由来已久。

二是用扶阳理论的思路与方法，在临床上用好姜桂附温热一炉火，治疗临证上之三阴虚寒证，可以说是疗效大增，或者说是

在原有的基础之上疗效进一步得到提高。正如卢崇汉教授在《扶阳讲记》中所说：“如果你能守好这个法宝，就是乱打也会打中百分之七十。换句话说你乱打都会变成中工，因为十愈六七就算中工”。这个法宝，就是清代医家陈修远说的那句话：“宁事温补，勿事寒凉”。

当我们在临床上小试牛刀的时候，惊喜之后的我们就会发现，在我们应用扶阳理念应付临证的时候，往往捉襟见肘，有时甚至还会不知所措，无从下手。这时候，对于很多学习者来说，如何尽快从理论层面上提高以及做好基本功，就显得格外重要。这里面我们不仅要有一个“洗脑”的过程，还要有一整套系统学习的思路与方法，不然的话我们是很难登堂入室的。笔者为了做好这门基本功，进行了彻底的“洗脑”，以全盘接受扶阳理念。

说起“洗脑”，大家可能都不陌生。我们在电视上都可能看过取缔非法传销组织，传销组织中有一个最重要的活动课程，那就是“洗脑”，那就是让你在极短的时间内，相信他们所谓的科学致富过程。为什么一部分人会专注地这样做呢？原因很简单，这就是相信。而我们作为一个火神派的学习者来说，要想从灵魂深处接受这样一个扶阳理念，则需要一个缓慢的过程，即我们不仅要有像附子一样“火”的热情，同时还要考虑如何让这把“火”能持久熊熊地燃烧。这就好比一个四逆汤，既要有种子之火，又要有前驱荡尽阴邪之干姜，还要有甘草一样的覆土，使火在土中藏，而使生命之火得以持久。笔者把火神派学习看作这样一种四逆汤精神，只有具备了这种四逆汤的精神，才有可能全盘接受扶阳理论。

学习火神派之四逆汤的精神，就是要点燃好附子这么一把火，并把这把火按照“肾主封藏”之职，使之处于肾水之中，而人体生命现象才能够欣欣向荣。郑钦安之《医理真传》、《医法圆通》、《伤寒恒论》三部著作，是我们点燃附子这把火的秘钥，我们不仅要逐字逐句的去读，吃透郑钦安在说什么，并要理解字外之意，听懂话外之音，即掌握透过现象看本质的本领。正如郑钦安在《医理真传·坎卦解》中说：“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”。种子是什么？种子是生命的源泉，而种子的生长是需要条件的，这个条件就是“至阴之地”，这个土地，并且是种植在含水的土地中，这个生命之火才能够生长壮大。种子离开了它所生存之地，是无法衍化生命现象的，而人体何况不是如此呢？真火离位，失去“阴平阳秘”（《内经》）之状态，那就会“百病丛生”（《医理真传》）。“阴平阳秘”（《内经》）这句至理名言，如果与郑钦安上句话互看，我们就会发现，“阴平”是什么？那就是“阴不可盛，以平为度，阳不在多，其要在秘”（祝味菊语），“阳秘”是什么？“阳秘”就是阳要潜藏起来，秘是什么呢？就是藏在人看不见的地方，我们如何知道“阳秘”之藏匿状态呢？那就是我们体内的阳气保持体温在 $37^{\circ}\text{C}$ ，这个 $37^{\circ}\text{C}$ 的体温就是我们感觉到“阳秘”处于良好状态。但是我们不要忘记，阳气是很容易跑到外面去的，因为阳主升主动，只有附着在阴中之阳气，才能发挥其温煦生命之作用。而应用好附子这把火，就是考虑到生命之火不断地损耗并且不能及时补充的前提下而立命的，这也就是火神派扶阳理论真正意义与价值所在。

学习火神派之四逆汤的精神，要点燃生命之火，使附子之热助生命肾阳之火。要想点燃生命之火，也并非易事，就拿我们常见的生火做饭而言，我们小的时候，就经常生火来做饭，要想把这一团湿煤燃着，首先要点燃一些比较容易着的柴草，在点燃柴草之后，再用一些比较干的煤使之慢慢地燃起来，此后才能把和好的湿煤点燃，这些点燃的湿煤的熊熊之火才能把锅里的水烧开，把饭做好。正如郑钦安在四逆汤中对干姜的解释，可谓是得体，他说道：“知附子之力，能补先天欲绝之火种……，又虑群阴阻塞，不能直入根蒂，故佐以干姜之辛温而散，以为前驱，荡尽阴邪，迎阳归舍，火种复兴，而性命立复”（《吴佩衡医药简述·卷二》）。所以说，我们学习火神派扶阳理念，不仅要有附子一般的火热炽情，同时还应有助燃之动力，这个动力来自对火神派深刻的理解与不懈的追求，这个追求就是要使我们的学习热情达到一定的深度与广度，如在了解火神派体系的形成与人物链条的时

候，我们在追宗郑钦安的同时，对于郑氏以后的三大分支流进行详细地了解，如云南的吴附子、吴佩衡教授及吴氏家族，成都的卢火神、卢崇汉教授及卢氏家族，以及上海的祝附子、祝味菊教授和他的追随者的足迹，以进一步完善火神派理念在我们心目中的地位和意义。这正如古人所言：“附子无干姜不热”，这对于学习火神派四逆汤之精神无不拍手叫好。

学习火神派四逆汤之精神，如何使附子这一股子生命之火得以持久，也是我们能否全盘接受扶阳理念的关键。记得小时候，我们用煤火时候，夜晚要把煤火之明火压好，使其处于长期存在持久不燃而又不能灭的状态，第二天打开烧火就可以做饭菜了。正如郑钦安所言：“阳气既回，若无土以覆之，光焰易熄，虽生不永，故继以甘草之甘，以缓其正气。缓者，即伏之之意也。真火伏藏，命根永固，又得重生也”（《吴佩衡医药简述·卷二》）。要想保持住学习火神派这股子附子般的热情，并非易事，世俗之偏，甚至与火神派网上公开叫板的网虫们，举目皆是。是好事？还是坏事？事物都是一分为二的，这些冷嘲热讽，给我们这股子热情浇点凉水，使其温度降一降，有时并非坏事，甚至于坏事还可以变成好事。这会使我们能够用更加理性的思维方式思考问题，使我们对火神派有一个全方位的理解与认识，有一个深入浅出地认知，并非是把火神派之“火”与附子的用量画等号。

## 2. 以三阴之方治三阴病，虽失不远

郑钦安在《医理真传·卷二》中说：“以三阳之方治三阳病，虽失不远；以三阳之方治三阴病，则失之远矣”。反之亦然，郑钦安虽然没有明说，我们也当无字句之处求有意，治三阴病，则当“以三阴之方治三阴病，虽失不远”（作者心悟），而为我们治疗三阴证——即阴证，找到了一个成功的捷径与密钥。

教科书上僵化机械分型的治疗思维方式，在我们心目中打下了深深的烙印，走出这种惯性思维的模式，是一种艰难的选择。因为一张白纸没有负担，可以绘出美丽的图画来；可要使我们改变原来的惯性思维方式，走出沼泽地，是一件非常难办的事。所以，在临床上有很长一段时间，每当看过一个病人之后，不是去



思考中医理法方药，而是在考虑西医治疗常规，甚至考虑中医药能否治疗这样的病证，很多的时间都花在了中西医的对比之上，严重地干扰了中医独立思考的思维方式，当我们应用中医辨证分型治疗的时候，很多模棱两可的证候比比皆是，造成进退两难的地步且疗效难以提高，曾经有很长一段时间造成心中的郁闷而不能自拔。

熟读郑钦安医学三书以后，好像一丝春风，又似一缕温暖的阳光，扑面而来。回头再看《内经》：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也，治病必求于本”。这才恍然大悟，“治病必求于本”，这个本就是“阴阳”；“阴阳匀平……是曰平人”（《内经》），而阴阳偏颇，则病之由生。疾病之发生发展虽然千差万别，变幻莫测，但“发病损伤，即有不同，总以阴、阳两字为主。阴盛则阳必衰，阳盛则阴必弱，不易之理也”（《医理真传·卷二》）。这里面郑钦安一语道破了天机，一切病理之变化，都不越阴阳损伤二字，而抓住阴阳损伤之处进行调整，正是“治病求本”之道，也是我们的最终目的。

因此，这才有郑钦安“以三阳之方治三阳病，虽失不远”，而笔者则补充为“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，正符合郑钦安之原意。郑钦安还认为：“三阳之方，以升、散、清、凉、汗、吐、下为准。三阴之方，以温中、收纳、回阳、降逆、封固为要。阴阳界限，大有攸分”（《医理真传·卷二》）。

也许有人会质疑，郑钦安讲的是阴阳两分治，而你却独重阳虚一面，这是为何？原因很简单，这就是阳虚证增多的缘故，阳虚证的增多，不仅与温病学派寒凉之风长刮有关，与近代制冷设备的普及和跨季节性水果的长期食用，无不密切相关。就笔者临床所见，其病种虽然繁杂，但阳虚证者占五六成之多，阴阳夹杂证者占二三成，而阴虚证者占一二成。既然阴盛阳衰之证多，自然就对“三阴之方”情有独钟。

阴盛则阳必衰，阳衰则阴邪必盛，且阳气不足于何处，阴邪就在何处滋生。正如郑钦安所言：“真阳或不足于上，真阴之气即盛于上而成病……真阳或不足于中，真阴之气即盛于中而成病

……真阳或不足于下，真阴之气即盛于下而成病……。此三阳不足，为病之主脑也”（《医理真传·卷二》）。阳虚之病有在上、在中、在下之不同，郑钦安倡导用“建中、理中、潜阳、封髓、姜桂诸方”，但却又明确地指出：“皆从仲景四逆汤一方搜出”，表明四逆汤一方为其治“三阴病”之主干方剂。因此，并可推出四逆汤一方为阳虚证之主方，郑钦安认为：“知其妙者，以四逆汤、白通汤、理中、建中诸方，治一切阳虚证候，决不有差。……有当轻清以扶阳者，大小建中之类是也；有当温养以扶阳者，甘草干姜汤、理中汤之类是也；有当辛温、辛热以扶阳者，四逆、白通之类是也。此皆治阳虚之要诀也”（《医理真传·补水汤用药意解》）。

“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，上焦阳虚者，郑钦安姜桂汤是也，中焦阳虚者，理中汤可也，下焦阳虚者，四逆汤为首选。有时病情比较复杂，甚至上中下难辨，有的上中下证候俱缺，此时笔者常将上三方合为一方，即姜桂汤、理中汤、四逆汤三方合用，取名为回阳建中汤，然后就病视证，随证而加减变化，左右逢源，应付于临床，良效多多，体会颇深。

一个真正的学习者，是学而有成，有成之举在于创进，在于不断完善郑钦安之扶阳理论，在于将扶阳学说形成自己一整套的理法方药体系来。

### 3. 扶阳助正，回阳返本

接受扶阳理念之目的，不仅仅是为了在理论上提高，关键还在于我们如何进一步提高临床治疗效果，作为指导临床之思想理论基础与观点，看看能否与自己的临床实践紧密地结合起来，形成自己独特并行之有效的思路与方法，这就是仁者见仁，智者见智。而“扶阳助正，回阳返本”格言，已经成为笔者自己的行为准则，并且时时刻刻在提醒自己与警戒自己的行为，如何针对每位病人，把这八个字落实在每一个病证特点上。

学习的目的在于提高自己，提高自己的前提，就是在学习的基础之上形成一整套自己的治疗思路，而“扶阳助正，回阳返本”这一思路意识的形成，来源于近些年临床的积累与感悟，把扶阳理念更进一步地具体化了。

《内经》云：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。这一发病学说，奠定了中医发病学说理论的基调，表明任何疾病的发生，均是因为“正气不足”之缘故，而“正气”，正是“阳气”的具体体现，如郑钦安所说：“气即阳也，火也，人非此火不生”，而在论治时，郑钦安则强调：“治之但扶真阳，内外两邪皆灭，是不治邪而实治邪也”。在“治病必求于本”（《内经》）的前提下，“扶阳助正，回阳返本”（作者心悟）正是针对“正气”而言，正是从治本而言。

“扶阳助正，回阳返本”，主要是针对发病之根本而言，正是把“正气存内，邪不可干”，和“邪之所凑，其气必虚”（《内经》）落实到了实处，强调针对一般轻微的三阴病证，采取“扶阳助正”（作者心悟）之方法与手段，正气足其邪自去；而对于那些危急重症三阴证患者，正如李可老中医所说：“危急之中当救阳气”，而“回阳返本”（作者心悟）正是体现这一目标的具体方法，是我们救治危急重症的一把秘钥，是体现郑钦安“治之但扶真阳，内外两邪皆灭”的灵丹妙方。

#### 4. 结语

“工欲善其事，必先利其器”（《论语》），表明做任何一件事情，都要讲究方法学，学习火神派学术思想并全新接受扶阳理论尤其如此。原因是，我们要放下过去教科书上的所说，消除“先入为主”的惯性思维方式，才能够全盘接受扶阳理念，才能够充分认识透彻郑钦安“阴阳辨证，独重肾阳”的学术思想特色，才能在其“阳主阴从”理论指导下，看待我们临证中的一切问题。

郑钦安医学三书，我们不仅要深入浅出地学习，同时还可能是我们终身追求的目标，但“经过心的吸收，再通过意志、思考、默想所得到的领悟”，才是我们的所得，我们才能够在“大道至简”的框架下，执简驭繁地抓住要害，在明辨阴证的前提下，“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，去解决我们临证所面对的问题。而“扶阳助正，回阳返本”，则是笔者长期临床积淀所得之结果，它将使我们在郑钦安扶阳理论的支持下，使扶阳方法与手段更进一步的深化与具体，使我们在临证之际游刃有余。

“读书思考写文章，理论临床两提高”，是笔者一贯地修心治学之道，也是笔者长年笔耕不断的真实写照。以上三点体会，实际上，笔者已经把它落实到了具体行动上，全盘接受扶阳理念，《火神派学习与临证实践》一书代表自己的真实感受，《火神派方药临证指要》一书，则是“以三阴之方治三阴病，虽失不远”真实的写照；“扶阳助正，回阳返本”，则融汇于笔者深刻体验的第三部著作——《火神派当代医家验案集》中，它将为我们的学习火神派扶阳理论并结合临床实践，提供一些真实的体验。《火神派扶阳第一要药——附子》一书，详细地介绍了关于附子这一味药，如历史源流、种植、品种、炮制、作用与功效、药理等，特别介绍了火神派医家对附子的独到认识与应用体验等，为大家应用好附子这味药，提供了详细而又具体的文献与经验资料，是一本不可多得的详实资料。《火神派扶阳临证备要》一书，则为我们临床提高多种病证的治疗效果，提供了一个可行的理法方药体系。

## （二）临床通阳活血论

### 1. 扶阳理念

《素问·生气通天论》中说：“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”。此语昭示了太阳对天地万物的重要作用，类比人体阳气对生命活动的重要作用，体现出自然界阳气及人体阳气主导生命作用的意义与价值，即阳主阴从论的学术思想。如《素问·天元纪大论》中又说：“天以阳生阴长，地以阳杀阴藏”。这句话的主题，就是说阴阳之间阳起主导作用、决定作用，作为阴，它是随着阳的变化而变化。关于这层主导作用的关系，我们在自然、社会以及各个方面都会感受到。一年四季，春生、夏长、秋收、冬藏，我们人体所能感觉到的东西，更与我们身体密切相关的东西，就是阳气的变化。比如，夏天，烈日炎炎，身穿衣服单薄喜乘凉，冬天则正好相反，我们觉得寒冷刺骨，身穿厚衣严裹喜取暖。这一切都取决于太阳，取决于阳气的多少。阳气多了，我们会感到热，而



当阳气减少的时候，我们则体会到的是冷。我们看一看自然界的  
变化，更是阳气的变化而影响万物的生长情况。“春天以后，白  
日渐长，气温渐高，我们随处可以感觉到阳气的不断增长”，“那  
么阴呢？阳化气，阴成形，这些成形的东西，属阴的万物也随着  
这个阳的增生而不断地繁茂，真正的一派欣欣向荣”（《思考中  
医》）。这个过程，真正是阳在生，阴在长，即“阳生阴长”（《内  
经》）。但是，当阳气生发、释放到一定程度后，它就要逐渐地转  
入到收藏，这个阳气的收藏相对于释放状态而言，就是“阳杀”。  
“阳杀了，能量收藏起来了，天地万物得不到这个能量的供给，  
万物的生长就趋于停止，而渐渐地凋零、枯萎，这就是我们看到的  
秋冬景象”（《思考中医》）。这就是《内经》中说的“阳杀阴藏”。  
春夏秋冬虽然看起来反映了时间的变化，而实际上则反映了阳气的  
状态。“春实际上就是阳气处于生的状态所占的时段，依次，  
夏就是阳气处于长的状态所占的时段，秋就是阳气处于收的状态  
所占的时段，冬为阳气处于藏的状态所占的时段。由于阳的变化  
产生了春夏秋冬，而万物又依着春夏秋冬的变化而变化”（《思考中  
医》）。它们之间就是一种阳主阴从的关系，就是以阳气为主导起  
决定作用的变化关系。一年四季的变化，二十四节气的变化，其  
实就是阳气收藏与释放之间的变化。因此，阳气为主导地位、决  
定了阴的一切发展与变化。

由于阳气之作用而主导了整个世界，而在自然界则最为显  
著。《春秋繁露》里说：“物随阳而出入，数随阳而终始。……阳  
者岁之主也，天下之昆虫，随阳而出入。天下之草木随阳而生  
落。天下之三王，随王而改正”。如我们所看到的各种植物，“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之最易明了”（《圆  
运动的古中医学》）。这个植物的升降沉浮运动，均是由阳气的作  
用而形成的，均是由阳气的释放与收藏状态所决定的。“降者，夏  
时太阳射到地面的热，降入土中。沉者，降入土中的热沉入土下  
之水中也。升者，沉入水中的热升出土上也。浮者，升出土上的

热又与夏时太阳射到地面的热，同浮于地面之上也”（《圆运动与古中医学》）。由于阳气一年四季不同的变化，导致了阳气在地面上下的升降沉浮，而阳气的降沉升浮，又是促进植物活动与动力的源泉。因此，彭子益先生认为：“阳热为造成生命元素之原始”。这进一步证明了，自然界阳气的作用。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，因为任何生命与生物都不能没有火和热，而这个生命与生物的根本，就来源于太阳之阳气，太阳之火热。俗话讲：冬至一阳生，夏至一阴长。这是因为冬至为阳热降极而升之时，这才有吃罢冬至饭一天长一线说，这个一天长一线，就是说阳气在不断的增长，天长了，阳气多。而夏至则相反，夏至为阳热升极下降之时，因此才会有“夏至一阴长”，阴长是什么呢？阴长就是阳气少，阳气少了而阴气自然就多了。这仍然都是在说一年四季春夏秋冬之变化，这个变化，就是指阳气、太阳热的多少而言。植物经秋而叶落者，阳气之收敛而下降也。经冬根而向下穿插者，阳气之封藏而下沉也。经春而发芽者，阳气之疏泄而上升也。经夏而茂盛者，阳气宣通而上浮也。观植物个体升降的现象，可知阳气主导、主宰着整个世界及万事万物，而观察个体之生命现象，也必然如此，因为“人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人”，“人以天地之气生”（《素问·宝命全形论》）。且《内经》时代的研究者，“仰则观象于天，俯则观法于地。近取诸身，远取诸物”（《易传·系辞》），已经感悟到天人一气论的情况，阳气在人体生命中的主导、决定作用，就在于阳气为圆运动之始。因此，这才有《周易》极为重视天阳的作用，如《易·乾卦象》曰：“大哉乾元，万物资始，乃统天”。故而体现了贵阳重火的思想体系。

在《易经》贵阳重火的思想意识影响下，中医学极为重视人体的阳气，特别是阳气的主导作用。如《素问·金匱真言论》中说：“天之阳，阳中之阳也”，强调了顾护阳气。而《素问·生气通天论》：“凡阴阳之要，阳密乃固”。《素问·阴阳离合论》中



说：“阳予之正，阴为之主”，即强调阳正其气，万化乃生。而与《内经》同时期的产物《黄帝外经》，则对阳气的主导作用认识更为详细，如《命门经主篇》中说：“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”。《黄帝外经》则将人体阳气喻为太阳一样，人非此火而不生，而且这个命门之火，乃是人体生命活动之源动力。明代医家张景岳，精通易理，深晓阳气的重要性，并在《大宝论》中提出：“天之大宝，只此一丸红日，人之大宝，只此一息真阳”，因此而强调“阳非有余”，因此而倡导“贵阳重火”。清代医家、火神派创始人郑钦安先生，对肾阳作了进一步的发展，并把肾阳喻为坎阳，并在《医理真传》中提出：“一点真阳，含于二阴之中……真种子也”。郑钦安不仅强调了肾阳的重要性，与此同时，还把重阳扶阳学术思想进一步发扬光大。如郑钦安不仅认为元阴元阳是人身立命之根本，同时在阴阳相互之消长过程中，突出的表现却是“阳统乎阴”，“阳主阴从”。因此他认为阴阳二者之间的关系，关键在于阳气，阳为主，阴为从，特别重视阳气的主导作用。在其著作中，他反复强调这些观点，如“故曰阳者，阴之根也。阳气充足，则阴气全消，百病不作”，“阳旺一分，指真气，阴即旺一分，指真阴。阳衰一分，阴即衰一分”（《医法圆通》），“可知阳者，阴之主也。阳气流通，阴气无滞”，“子不知人身所恃以立命者，其惟此阳气乎。阳气无伤，百病自然不作”，“子不知人之所以立命者，在活一口气乎？气者阳也，阳行一寸，阴即行一寸，阳停一刻，阴即停一刻，可知阳者阴之主也”（《医理真传》）。从中我们可以看出，郑钦安重视阳气的学术思想除本于《易经》、《内经》、《伤寒论》等经典论著以外，他还“所览医书七十余种”，因此历代医家中注重阳气的观点对他无不影响，而且可以看出这种不断传承的学术关系。

“阴平阳秘，精神乃治”（《素问·生气通天论》），这是《内经》应用阴阳学说的相关理论，论说阴阳二者之间的关系。由于后世的认识差异，不少的医家都认为其是处于“平衡”状态，这种认识不够完全或是不够深刻。既然认为二者处于平衡状态，而不用

“阴阳平衡”述说，常用“阴平阳秘”讲，这其中的独到认识显而易见，这里面已经包含了阳主阴从之义。沪火神派名家祝味菊认为：所谓阴平阳秘，仍然体现阳气的重要，“阴平阳秘，是曰平人，盖阴不贵盛，以平为度，阳不患多，其要在秘，诚千古不磨之论也”。他认为阴并非多多益善，阴过多反而有害；同“阳不患多”，只要能秘藏。“经云：阴阳之要，阳密乃固。言阳秘，则真阴自固也”。亢阳之害，在于不秘藏，只要能秘藏，就不患多。因此，祝味菊先生提出：“阳常不足，阴常有余”。且说：“故善养阳者多寿，好戕阳者多夭，阳常不足，阴常有余，此前人所未道也”（《祝味菊医案经验集》）。因此，祝味菊先生认为，阴阳两者，阳起主导作用，因阳能生阴，补阴要通过阳气，即所谓阳中求阴也；因阳气不足，也会导致阴虚；同时阳气不足，也会造成阴之有余，“是故阴以资用，不在乎多，阳以运化，惟恐其虚。经云：阴平阳秘，是谓平人，言阴不贵盛，以平为度，阳不患多，以秘为要，旨哉言也”。且“良工治病，不患津之伤，而患阳之亡。所以然者，阳能生阴也，是故阴津之盈绌，阳气实左右之。人贵自强不息，应以己力求生存之道，若依赖于外来之补充，是舍本逐末也。而况一切营养药物，未有不经阳气运化，而能自为营养者也。仲景曰：有阴无阳者死，从阴出阳者生，亦重阳之说也”（《伤寒质难》）。对经旨的解释与认识，我们不可能单从字面上解析，而要从临床实践出发，从我们多年的临床实践得出的结论来认识“阴平阳秘”，这才具有重大的价值与意义。火神派名家祝味菊先生，处处重视扶助人之阳气，创火神派一代临床新法，其创建与成就及其追随者不乏其众人，因此而表明，处处重视阳气、扶助阳气，不仅符合经旨，而临床价值可形成一个流派，可谓是重阳、扶阳创临床新法。

阴阳之间由于阳气起着主导与决定作用，生理情况下如此，而发病情况下也同样如此。因此，这才有“正气存内，邪不可干”（《素问·刺法论》），而“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热论》）。这是因为，《内经》认为正气在发病中起主导地位，而正气的强弱则是先决发病的条件，且是发病与不发病的内在根据，这



又从发病学方面，突出地强调了正气、阳气的主导作用。而人体疾病，主要体现为邪正相争，邪之所以产生，乃源于正气、阳气的不足，正如火神派领袖郑钦安说：“真气衰于何部，内邪外邪即在此处窃发”，“外感内伤，皆本此一元有损耳”（《医法圆通》），这与《内经》发病学说是一脉相承地强调了发病学上人体正气、阳气的主导作用与决定性作用。既然发病上，阳气的损伤是形成内外两邪侵袭人体的重要内在根据，因此而在治疗上重视扶阳学说，重视姜桂附温热一炉火的应用，处处事事时时都在重阳扶阳上作文章。故此，郑钦安说：“治之但扶其真元，内外两邪皆能绝灭，是不治邪而实以治邪”（《医法圆通》），而是“专主先天真阳衰损，在此下手”，“治之但扶其真元”，“握要之法也”，突出强调了扶阳理念。治疗疾病，《内经》上强调“扶正祛邪”，祝味菊认为，这里的“正”，首先指阳气，他说：“所以克奏平乱祛邪之功者，阳气之力也，夫邪正消长之机，一以阳气盛衰为转归，善护真阳者，即善治伤寒，此要诀也”（《伤寒质难》）。祝味菊认为，阳气不但体现了人体的抗病力，这种抗病力包括人体的自我调节功能、代偿功能以及自疗作用；且医生治病，并不是用药物代替人体的抗病力，不过是顺其自然趋势，调整阴阳，以缩短其疾病之过程而已；外因通过内因而起作用，如果人体没有阳气的抗病力，药物是起不到任何作用的。这也就是为什么说，火神派处处强调扶阳助火，善用姜桂附温热为一炉火的真正原因与内涵。

人的一生，是阴阳消长的一生，前半生以阳长阴消为主，后半生则以阴长阳消为要，而生命的终止则是阴阳运动的停止。一个生命的自然死亡，主要是阴盛阳竭，这就提示了保护阳气在延缓死亡中的重要意义。这就是重视保护阳气，在防病治病中的重要意义。疾病促使了人的提前死亡，正如张景岳所说：“言人生以阳为主，不得其阳，焉得不亡？阳存则生，阳尽则死。静以动为本，有动则活，无动则止。血以气为本，气来则行，气去则凝……生从乎阳，阳不宜消也；死从乎阴，阴不宜长也……阳来则物生，阳去则物死。所以阴邪之进退，皆由乎阳气之盛衰耳”（《类经·法阴阳》）。因此我们可以得出，保护与重视阳气的状态，在人

的一生之中，不仅是防病治病，对于延缓衰老、促进健康长寿都具有重要的价值与意义。

人的一生，就是阴阳不断消耗损失的一生，由于在阴阳之间存在着阳为主、阴为从，阳气起着主导与决定的作用。因此，就这显著地出现或是存在着阳气易耗难复论，因为人的生命活动，每时每刻都需要阳气的不断流通，五脏六腑、四肢百骸、气血津液、经络脉气，都要在阳气充足的状态下，才能完成一切生理生命运动，正如《内经知要》中所说：“在于人者，亦惟此阳气为要。苟无阳气，孰厘清浊，孰布三焦，孰为呼吸，孰为营运，血何由生，食何由化，与天之无日等矣。欲保天年，其可得乎？”进一步证明了人之生化之权，皆是由阳气所主宰的。而祝味菊先生说的更为明白：“吾人有此生者，以有阳也。所谓阳者，动力是也。阳动虽无形质可凭，然脏器之能活动、物质之能变化，此皆阳之力也。气有往复，用有迟速，表里内外，升降清浊，是阳之动也。人体物质，肇基细胞，而细胞之所以能活跃为用者，赖有阳气。……吾人仆仆终日，万事劳其形，百忧感其心，有动必有耗，所耗者阳也。物质易补，元阳难复，故曰：阴常有余，阳常不足”（《伤寒质难》）。从中我们可以得知，有形之物可以速补，而无形之阳、之气并不可能速回。人的一生，是一个不断操劳消耗的一生，如果我们时时刻刻注意保护人之阳气，即注意阳气的保持与充实，则将能有一个健康的生命状态，如果我们过度损耗自身之阳气，加之机体不能很好地得到保护、修整与及时的补充，那么我们的生命健康指数就会下降，甚至会百病丛生。正如郑钦安所说：“子不知人之所以立命者，在活一口气乎？”“阳气流通，阴气无滞”，“阳气不足，稍有阻滞，百病丛生”（《医理真传》）。

从上面的研究，我们可以得知阳气的重要性，它是一切的主导，在有了这个理论思想基础之后，我们就要把它落实到临床实践之中去，这也就是我们的扶阳理念。既然扶阳，我们一定还是遵照《内经》“虚则补之”的原则来行事，也就是我们临床上如何去辨证“阳虚”的问题了。郑钦安辨识阳虚证的要诀，则是我们临床上遵从的规范，如他说：“阳虚病，其人必面色、唇口青

白无神，目瞑倦卧，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，用药即当扶阳抑阴”（《医理真传》）。火神派的追随者，如云南吴佩衡、四川唐步祺、范中林等辈，在郑钦安扶阳理论基础之上，对于阳虚的辨识自有一套主张，都值得我们很好的借鉴。经过笔者临床潜心研究与体验，辨识阳虚证只要抓住“舌淡、脉弱”，即可按阳虚辨治，专用扶阳药物，首选四逆汤，用好姜桂附，临床疗效得到了极大的提高。关于扶阳理念，由于每个人的认识有一定的差异，需要靠每一个人的知识积累与临床上进一步的摸索，特别是火神派传人、卢氏家族的当代火神派名家卢崇汉教授，在治疗上提出：“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”（《扶阳讲记》）。对这些理论认识与探索，则是一个全方位的扶阳理念的认识过程，特别是关于附子的认识与运用，更需要持慎重的态度，关于这方面的知识与理论体系，以及附子的运用方面的详细内容，请参阅笔者的系列火神派著作。

## 2. 恒动气血

关于气血的问题，为了从理论层面进一步认识这个问题，笔者认为，我们有必要从经旨的理论高度，来充分地认识透彻这个问题，以便在我们的临床实践中，始终绷紧“恒动气血”这个观念，为提高临床治疗效果而作为一个最基本的治疗手段。为什么要这么说呢？《灵枢·脉度》中指出：“气之不得无行也，如水之流，如日月之行不休……如环无端，莫如其纪，终而复始”。这其中就强调了气的运动性，而且人体的一切机能活动，都是因气的升降出入运动，并在这个升降出入运动中而造就了各种生命活动。生命活动的发生与存在都是以气的运动为前提的，但是气的运动与生成基础则是血液，因为气来源于血，而且气需依血液的流通，才能达到其升降出入之目的。所以说，“夫脉者，血之府也”（《素问·脉要精微论》），并指出了血脉是人身血液存在并运行

的唯一场所和通道，在以心脏为主导，肺脾肝肾多脏腑参与下，血液在经脉中“阴阳相贯，如环无端”，“周而复始”地循环运行于全身，发挥其奉养生命的功能。况且气与血，一阴一阳，互相维系，气为血之帅，血为气之母。一身气血，不能相离。若血气不和，则百病丛生。因此，《内经》有：“血气者，人之神，不可不谨养”（《素问·八正神明论》），以及“血脉和利，精神乃居”（《灵枢·平人绝谷》）等重要观点与论述。这些论点表明，气血的流通，以脉道流畅为基础，气的升降出入运动为形式，从而完成生命体征的一切运动，不仅饮食水谷之精气，需要依靠气血的畅通流行而达到所要去的脏腑经络，而我们治疗疾病的各种药物，也同样是靠气血的流通才能达到所要去的脏腑经络，况且一切辨证施治不管其内涵多么复杂，最终都是要落实到气血之上，之后才能充分发挥其各种效能。因此，这才有《素问·至真要大论》中所说：“疏其血气，令其调达，而致和平。此之谓也。”

由于气血在脉道之中畅通无阻，周流不息地昼夜运行，生命的各种活动才得以正常维持。因此，不管是外感、外伤，还是气、血、阴、阳、风、寒、暑、热、燥、火、痰、湿、毒、浊等各种致病因素，只要侵袭到人体，就会或是可能影响到气血之运行，正如《素问·调经论》所说：“血气不和，百病乃变化而生”。《内经》中关于血瘀证的描述大致有“血脉凝泣”（《素问·至真要大论》）、“血凝泣”（《素问·调经论》）、“恶血”（《灵枢·邪气脏腑病形》）、“留血”（《素问·调经论》）等多种认识。总结《内经》中关于瘀血证的认识及成因，大致有十种原因：①损伤瘀血，主要论述在《素问·刺腰痛》及《灵枢·邪气脏腑病形》篇；②寒凝瘀血，主要描述在《素问·八正神明论》及《素问·调经论》篇中；③大怒瘀血，主要描述在《素问·生气通天论》篇中；④病久入深瘀血，主要论述在《素问·痹论》篇中；⑤瘀血五脏卒痛，主要描述在《素问·举痛论》篇中；⑥瘀血痹阻，论述主要在《素问·脉要精微论》、《素问·痹论》及《素问·平人气象论》篇中；⑦瘀血厥论，论述主要在《素问·五脏生成》篇中；⑧瘀血成痈，论述主要在《素问·生气通天论》及《灵枢·痈

疽》篇中；⑨瘀血癥积，主要论述在《素问·举痛论》篇中；⑩瘀血血枯，主要论述在《素问·腹中论》篇中。综合《内经》中这些经旨论述，关于气血运行障碍而导致的脉道瘀阻，外感与内伤均可导致，反过来，脉道瘀阻又可导致诸多病证的发生。由此可知，脉道通行的畅顺与否，是我们发挥药物疗效的基本前提，而重视恒动气血，对于治疗内伤外感诸多病证都具有重要的临床价值与意义。

中医学认为，在正常生理情况下，人体内的气血是在脉中循行的，而且是“行有经纪”。气血的运行则是形影不离、相伴而行。一旦经脉或气（阳）因受到某种因素的影响而损伤，这种损伤可能来自两个方面，一是气（阳）通行程度降低，二是血脉循行的道路有障碍，结果最终都导致了气血在脉中循行失去了“行有经纪”的正常之度，而“气血运行失度”，即血脉在脉道中循行失去了正常之度，即血瘀之产生，血瘀即是“血行失度”，而血瘀证就是“血行失度”所致的各种有关临床综合病证。而且“初病在气，久病人血”，“初病在经，久病人络”。表明气病及血，血瘀及气，气血同病的产生往往是相伴而来。并且久病一旦入络，影响到经络的功能或引起经络的病理变化，则可造成血脉不通，或是血脉不畅，正如《内经》所说：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通”。而王清任则有“久病人络为血瘀”（《医林改错》）之说。

形成血瘀证的原因固然很多，但都有相同的病理变化，即血液循环和微循环障碍，或“血行失度”和“血脉不通”以及成为它们产生的基础，血液流动性异常和血液黏度异常，构成了血瘀证之基础，而“恒动气血”之所以能够达到提高临床疗效，或达到异病同治的临床效果，这可能是其主要的病理生理基础。而各种不同方式“恒动气血”的作用结果，具有影响血液的流动性质和血液黏度，增加血流量，改善血液循环和微循环障碍，最终达到“血脉流通”的共同作用。由此使药物得以充分发挥效能，使局部病变组织、器官、细胞得以修整与恢复，以至达到“气血恒通”的状态，促进了局部与全身病证的康复。

“恒动气血”的首倡者，当推王清任，他在《医林改错》中理论上强调治病以气血为主，治病立法在于明白气血，气有虚实，血有亏瘀，其所创用的33首方剂，主治各种瘀血病证50余种；其组方原则突出地表现为两大类：一为补气消瘀法，一为逐瘀活血法。可以看出王清任非常突出表现了“恒动气血”之观点。而唐容川的《血证论》则对“恒通气血”有了进深一步的认识，他认为：“人之一身，不外阴阳，而阴阳二字，即是水火二字，即气血”，“平人气血，畅行脉络，充达肌肤，流通无滞，是谓循经，谓循其经常之道也”。表明唐氏认为“恒动气血”在于正常情况下之重要性。张锡纯在《医学衷中参西录》中指出：“人身经络，皆有血融贯其间，内通脏腑，外溉周身，血一停滞，气化即不能健运，劳瘵恒因之而成”，且临床中张氏善用三棱、莪术等药物以活血通气，来达到“恒动气血”之目的。明代王肯堂在《证治准绳·蓄血篇》中指出：“百病由污血者多”，进一步明确提出，不管是外感、内伤等病证，不管是病的久与暂，均涉及到或影响到“气血畅通”的问题。如果我们在临床上，注意“恒动气血”这个理念，对我们临床治疗效果将是很大的促进，特别是结合辨证或病脉证并治的理念，那么临床水平会进一步地得到提高。

### 3. 通阳活血

前面讨论了扶阳理念，后面又研究了“恒动气血”，也许有人会提出质疑，究竟在临床上哪一种方法更好呢？笔者深刻的体会是：把扶阳理念与恒动气血两种方法结合起来则更好。原因是在：临床中发现，诸多的阳虚证患者，均伴有比较明显地瘀血特征，若在扶阳药物应用的同时，加上活血化瘀类药物，不仅能使姜桂附的药物用量减少，且同时可提高临床疗效。这里面的原因很简单，阳虚则寒盛，寒盛则血脉凝滞，气血流通受阻，瘀血自然存在。举个简单的例子来说：比如我们想汽车在路上跑得更快，就需要解决两个问题，一是强化汽车动力的研发，使动力更加强劲（有充足的阳气）；二是加快公路的畅通程度，比如高速公路的建立（血气畅通），就是解决通畅的问题。我们采用通阳

活血理念，就是在这样的理论支持下，去指导我们的临床实践。

这个通阳活血理论，能否行得通，关键在于临床疗效是否能够得到提高，因我们坚持“唯效是求”理念，也是我们一生追求的目的，也是我们最终的结局。也许有人会看到专著《火神派学习与临床实践》等系列著作之后，对笔者学习火神派理论与临床实践的探索精神赞叹不已，但又对在扶阳理念之下，强调“恒动气血”论点，觉得自相矛盾。其实对每个人来讲，都应该是这样的，因为我们学习扶阳理念，就是在自己的经验之上，结合以前的知识，重新提出一种新的认识与创进，只有这样学习，我们才能不断提高，临床疗效才会有新的突破口。

### （三）潜阳封髓丹方证学临床发挥

潜阳封髓丹是火神派比较推崇，而且临床上应用比较广泛的一个方剂。笔者近几年来潜心研究火神派扶阳学术理念，对该方的临床应用与认识均产生了深刻的领悟。就此方证与临床中应用的问题，现结合临证体会进行浅探。

#### 1. 潜阳封髓丹方源

潜阳丹一方，出自火神派创始人郑钦安《医理真传·卷二》，方由附子、砂仁、龟甲、甘草四味药物组成。该方之功效，按照郑钦安的说法，叫做潜阳，顾名思义，称之为潜阳丹。关于其方解，郑钦安之解释颇具新意。他说：“按潜阳丹一方，乃纳气归肾之法也。西砂辛温，能宣中宫一切阴邪，以能纳气归肾。附子辛热，能补坎中真阳，真阳为君火之种，补真火即是壮君火也。况龟甲一物坚硬，得水之精气而生用，有通阴助阳之力，世人以利水滋阴目之，悖其功也。佐以甘草补中，有伏火互根之妙，故曰潜阳”。

后世之方封髓丹，由三才封髓丹演化而来，即去掉了三才天冬、地黄、人参，只保留了封髓丹黄柏、砂仁、甘草三味药物。三才封髓丹出自《卫生宝鉴》一书，主要是用来治疗阴虚火旺证的，而封髓丹真正起源于清代《医宗金鉴》中，且郑钦安生活于清代中后期，表明该方的认识与应用历史并不太长。关于其方

解，郑钦安说道：“按封髓丹一方，乃纳气归肾之法，亦上、中、下并补之方也。夫黄柏味苦入心，禀天冬寒水之气而入肾，色黄而入脾，脾也者，调和水火之枢也，独此一味，三才之义已具。况西砂辛温，有纳五脏之气而归肾，甘草调和上下，又能伏火，真火伏藏，则人身之根永固，故曰封髓。”

关于潜阳封髓丹之名称来源，这仍然起始于郑钦安的《医理真传》与《医法圆通》两书之中，因为这两首方郑钦安常常相伴而用，久而久之，郑钦安取名于潜阳封髓丹。因此，后世火神派之追随者不仅临床上广泛认可，沿用该方并扩大了其临床治疗范围。同时，对该方证的研究与应用范畴，均有过之郑钦安先生。

## 2. 潜阳封髓丹主治

我们在阅读郑钦安《医理真传》与《医法圆通》两部火神派著作之时，从中可以发现郑钦安先生经常用这两首方剂治疗上火的现象，这类现象郑钦安也叫做“元气不纳”、“元阳外越”、“真火沸腾”、“肾气不纳”、“火不归根”、“孤阳上浮”、“虚火上冲”等，这些都是在指身上所出现的一些症状，如面肿、目病、鼻病、耳痒、咽痛、口臭、咳嗽、面红等。但在这些所谓“火”的背后，却是一派阴寒之证候，可明明是阴寒内盛，为什么却又出现“火”的证候呢？郑钦安是如此解释的，他说：“若虚火上冲等症，明系水盛（水即阴也），水盛一分，龙亦盛一分（龙即火也），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”。这种解说非常形象并圆满地解释了人体水火二性，水火融为一体之真正内涵。也就是说，人是统阴水之体，而正是因为具有火热充满于其中，人才有了生机，正如郑钦安所说：“人身一团血肉之躯，阴也，全赖一团真气运于其中而立命”。每当水中之火无法包容之时，这才出现了火性炎上或易于跑散外露之特征，这就很像一个压力锅在蒸东西，如果压力锅某个部位密封不严紧的话，就会在这个地方跑气或是露气，这些露气或跑气的地方，在人体就是体表的开口器官，如七窍与二阴等处，或是皮肤等斑点、疮痒痈疽之类等。而潜阳封髓丹之方证，正是针对此证而设。



### 3. 阴盛阳衰与虚阳浮越

潜阳封髓丹主治对象为阳虚而向外浮越，其内在实质为阴盛，现代教科书称之为阴盛格阳，或真寒假热，并认为这些证候多出现在一些危急病证之中。其实不然，临床上诸多的七窍病证，特别是久治不愈的七窍病证，多与其虚阳外越有关。这也就是说，一部分阳虚上浮之证候，往往被临床上所误诊误治误解。

阳气为什么易于向外浮越呢？这我们可从《内经》中找到答案。如《素问·生气通天论》中说：“凡阴阳之要，阳密乃固”。这就指出了阳气一定要处于“密”的状态，即处于“阴平阳密”（《内经》）情况。密是什么意思呢？就是“藏”的意思。那么“阳藏”在什么地方才为贵呢？这就是藏在“阴之中”。正如火神派名家祝味菊先生所说：“阴不可盛，以平为度，阳不患多，其要在秘”。这个“秘”字把《内经》中的真正含义解释的非常精确到位，“阳密”就是“阳秘”，就是要藏在看不到的地方，藏在看不到阳气的地方，这个地方就是阴中。若阳气不能很好的秘藏，那又会出现什么情况呢？由于阳气易动、易升、易跑的特性，而从阴的什么地方显露出来，什么地方就会出现“热”的症状，因为火性炎热。这就是说阳气失去了潜藏密固的状态，就意味着阴阳失调。

郑钦安先生对《易经》的认识多有独到之处，特别是对坎卦的解释，则更能说明阳气的潜藏特性。如在《医理真传·坎卦解》中说：“坎为水，属阴，血也，而真阳寓焉。中一爻，即天也。天生一水，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。”坎卦为两阴夹一阳，表明阳在中，阴在外，而这个充满活力的内涵，就在于阳在阴中的火热蒸腾之性，正如郑钦安所说：“尝谓水火相依而行（水即血也，阴也；火即气也，阳气），虽是两物，却是一团，有分之不可分，合之不胜合者也。即以一杯沸水为喻（沸水，热气也，即水中之无形之真火），气何常离乎水，水何常离乎气？水离乎气，便是纯阴，人离于气，即是死鬼。二物合而为一，无一脏不行，无一腑不到，附和相依，周流不已。”这就好比是用火在烧一锅热水，下面的火

焰烧着锅中间部分，也就是说火烧的锅底部分，不要超出锅内放水的横线水平；如果火大了，不仅锅底中间部分的水不易沸腾，且火焰超出了锅的周边上沿，容易把锅把手烧坏一样。

由于阳气易于外越的特性，这就决定了它一旦失去了生理温煦之功能，并且是离开了它原有的生理位置，就容易向外浮越或是乱跑。火神派名家吴荣祖教授常用压力锅现象来形容这种情况：蒸气从锅的每个孔向外冲，在人的生理上，这些孔就是人体的孔窍。由此可以看出，火神派扶阳理念，对于阴盛格阳、虚阳上越的见解，已经远远地超越了教科书的理念，而且这些来源于长期临床实践的经验，经过众多火神派专家学者的重复应用，是得到了公认的理念。如范中林先生就认为：“口内少实火”。意思是说头部疾病少实火，多属阳虚外越、虚火上炎所致。

#### 4. 阴平阳秘与下寒上热

人体的健康状态，《内经》中称之为：“阴平是秘，精神乃治”。那么，随着年龄的增长，人会出现什么样的变化呢？《素问·阴阳应象大论》中认为：“年四十，而阴气自半，起居衰矣”。说明人过了四十这个年龄之后，人的阴气就占了50%，也就是说，阳气也只有50%了。接着《内经》中还说：“年六十，阴萎，气大衰，九窍不利，下虚上实”。“下虚上实”是一种不稳态的表现，人就好比是一棵大树，俗话讲“根深叶茂”，也就是说根在下面，这棵人体生命大树才能保持健康。火神派名家吴荣祖教授曾说：“下实上虚是健康，下虚上实是病态。用一个等腰三角形来做比拟，下实上虚是一个正三角形，多稳啊。中国武功讲究蹲桩子，桩子稳，气守丹田就是下实。如果我们倒过来，变成倒三角，那就是上实下虚，就要倾倒。倾倒的病是什么？心脑血管意外、心肌梗死等。所以为什么中医要强调保肾气，就是不要下虚上实，或者使它慢一点虚”。

临床上下寒上热、龙腾火浮的病理类型很多，而且下寒上热这个问题，困扰了诸多临床者的思维方式。你要固下面的寒，上面却有热；你要清上面的热，下面却有寒，好像非常矛盾。笔者常常认为它是寒热错杂，但火神派名家吴荣祖教授认为：“非也，

寒热错杂是在中焦出现的，下焦的病很少有寒热错杂的，只有真寒假热，或下寒上热。我们常用的泻心汤就是一个寒热错杂的方，还有乌梅丸也是寒热错杂的方子，但是少阴篇的四逆汤是绝对不会出现寒热互用的药，原因是什么呢？真寒假热必须救真阳或扶阳。那么下寒上热，要认清下寒是本，上热是标”。

张仲景在《伤寒论》中指出：“病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也”。这就是典型的内寒外热证，也就是下寒上热证。到了少阴病的时候，《伤寒论》中又说：“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒……通脉四逆汤主之”。那么张仲景针对这种下寒上热证，如何进行处治的呢？张仲景选择了通脉四逆汤加猪胆汁，这也就是后世认为的阴盛格阳、阳虚不纳的证候，用清热引药引龙入海的方法。临床上并非是到了里寒亡阳的时候才出现下寒上热证，而道是诸多的九窍病证都会出现这种下寒上热、龙燔火浮的情况。因此，火神派扶阳学术理论，把郑钦安的温阳潜阳学术思想进一步发挥，把郑氏潜阳丹合上后世封髓丹进行合用，形成了潜阳封髓丹这个方证学术思想体系，而针对虚阳外越、下寒上热、真火浮腾之情况，的确具有良好的临床疗效。

### 5. 潜阳封髓丹针对内涵

郑钦安先生对《周易》之研究颇有一定的深度，特别是他对坎卦肾之解释，可谓是具有独到之处。他在《坎卦解》中说：“一阳本先天乾金所化，故有龙之名。一阳落于二阴之中，化而为水，立水之根（是阳为阴之主也），水性下流。此后天坎卦定位，不易之理也。须知此际之龙，乃初生之龙（龙指坎中一阳也），不能飞腾而兴云布雨，惟潜于渊中，以水为家，以水为性，遂安其在下之位，而俯首于下也。”郑钦安之所以强调龙（阳气）的位置和它头向下的自由身姿（在水、向下），是为了突出它潜守的特征，只有这样，龙（阳气）正常的生理功能才能得到保证。相反，阳气失去了潜守性就意味着阴阳失调，正如《素问·生气通天论》中所说：“故阳强不能密，阴气乃绝”。可见，阳气龙性的收敛是必不可少的。这正好论证了《内经》中“凡阴阳之

要，阳密乃固”（《素问·生气通天论》）这种学术思想。阳密，指的就是先天命门之火应潜于水中，肾水得火，水火包融，方能蒸腾气化，五脏之正常功能方能以此为根，正常并完成自身之各项功能活动。如果阳不能密藏，“两者不和”，则“若春无秋，若冬无夏”（《素问·生气通天论》），正常的人体阴阳自身运动规律被打乱后，天不为天，地不为地，稳定平衡状态被破坏，诸疾病必然丛生而来。

一个健康的身体，必然是：坚固而又温和的下面（命门火之宅），既轻松又凉爽的上面，正像一座金字塔。这个金字塔的内涵却是：天在下，处于阴的地位，这样可以节制阳的动态活力；地在上，处于阳的地位，这样可以激发阴的静态沉稳。这就是《易经》上常说的天地通泰、水火交融的状态。如果这样金字塔式的天地通泰之稳态发生颠倒，这就成了倒立的三角形，即“上实下虚”的不稳态，因而使诸多的病证随之而生。

潜阳封髓丹从其组方来看，正是抓住了肾水虚寒，相火越位，即下寒上热这一病机特征而精心设计的，达到温命门之水寒，潜上越之浮阳，即引火归源之目的。由于潜阳封髓丹针对上热下寒，即诸窍上火明显，除能有效地温肾水镇潜越位之相火外，还可大量运用于临床内科诸多杂症。如吴荣祖教授用来治疗头痛、喉炎、扁桃体炎、口腔溃疡、汗证、失眠、复发性口疮、系统性红斑狼疮、硬皮病、银屑病、贝赫切特综合征、干燥综合征、过敏性紫癜、糖尿病、高血压、肾病综合征、糖尿病酮症酸中毒、甲亢、便秘、痔、前列腺肥大、尿路感染、烦躁、耳鸣、瘙痒、荨麻疹、末梢神经炎、三叉神经痛、面神经炎、偏头痛、脑萎缩、老年痴呆、抑郁症、神经官能症、结核病、心脏期前收缩等40余种西医疾病。患者只要有上实下虚、下寒上热，即肾阳不足，相火不潜之证候，均可临床选用潜阳封髓丹，常可获得良效。为了提高临床效果，吴荣祖教授临证常加味而用，方药如下：制附片100g，炙龟甲15g，砂仁10g，炒黄柏4~10g，肉桂15g，细辛6g，骨碎补15g，白术15g，龙骨、牡蛎各20g，紫石英20g，炙甘草10g。

## 6. 结语

郑钦安在《医理真传》与《医法圆通》两书中，将虚寒和实寒均归纳为“阳虚”，并针对符合“阳虚”指征的离经妄动之雷龙火，认为用药必须扶阳抑阴，如不扶其阳，更滋其阴，则为雪上加霜。桂附药力能扶坎（肾）离（心）中之阳，火旺而阴邪自消。故此，郑钦安临床治疗阳虚而阳虚浮越之诸多病证，取纳气归肾、温水潜阳之法，采用自制潜阳丹（附子八钱，龟甲二钱，砂仁一两，甘草五钱）和后世方封髓丹（黄柏一两，砂仁七钱，炙甘草三钱）合用，故而后世火神派追随者均称之为潜阳封髓丹。

火神派后世医家对潜阳封髓丹之应用与研究，均有过于郑钦安而无不及。原因是扶阳理念让我们重新审视了有关《内经》对“治病必求于本”的真正内涵，并对《内经》强调阳密与潜藏之特性有了深刻认识，使我们真正地悟出《内经》早已暗示出“阴平阳密”之中，即阳为主导，阳主阴从之前提，使我们在临床上进一步认识阳的特征——易动、易升、火性炎上的内涵，真正阳位趋下秘藏之性一旦外越，这便是一系列的“火热”病症，但這些“火”的背后，却是因为“阳”离其位所造成的。因此，潜阳封髓丹正是针对这一病证特点、病理类型而设，按照郑钦安的说法是纳气、归肾、潜阳、封髓，与后世认为引火归源、导龙入海观点，其内涵是一致的。但郑钦安先生创导的方药治法，其学术思想显然有独到之处。故此，被后世到近代火神派学习与研究者推广应用，并取得了良好的临床效果，值得进一步研究与效法。

### （四）阳虚肝寒证证治发挥

阳虚肝寒证现代教科书中提法较少，笔者近些年潜心研究火神派扶阳心法，发现肝阳虚证患者临床上并不少见，并用温肝法治疗阳虚肝寒证，取得了良好的临床效果。现就阳虚肝寒证证治心法进行浅探。

#### 1. 肝之阳气与肝主疏泄

现代教科书把肝的主要生理功能概括为主疏泄，并且标明肝

的疏泄功能反映了肝为刚脏，主升、主动的生理特点，而肝之疏泄功能的特征之一是调畅气机。从这些特点与功能中我们不免会发现，这些肝的功能特点，其实质就是肝阳的功能与作用。肝的主要功能是调畅气机，也就是说对气的升降出入调节具有重要的影响，气在肝主疏泄过程中所表现出的主升、主动，其实质就是阳气的作用，因为升、动就是阳气的特性。反过来说，也只有阳气这个动力之源，才能产生出气的升、动之性，才能导致出肝对气机的疏通、畅达、升发之作用。关于气与阳的关系，火神派创始人郑钦安先生指出：“故曰人活一口气。气即阳也，火也。又曰：人非此火不生”（《医法圆通》）。表明，气即为阳，气的活动实质就是阳气的本质与内涵，只指出肝气而不标出肝阳，显然是无法全解肝的疏泄，对气机调节作用而产生升、动之实质问题。因此，肝主疏泄功能的发挥，实质上就是由肝阳主宰着。

教科书上认为，肝的生理特点是主升、主动，通过肝的升动作用而达到对气机的疏通、畅达、升发之目的。肝对应的自然界是树木，从树木的生长发育过程，我们可以看出肝阳参与并产生其作用的内在实质。近代名医彭子益先生在《系统的古中医学》中指出：“秋后大气收降，将太阳射到地面的热，收而降于地下，经冬天之封藏，又将降下的热，藏于水中，交春阳气上升，草木发芽而呈绿色，此绿色，即上年夏秋之间太阳的热也”，并且“植物经秋结实，壳坚而叶落者，气之收也。经冬眠睡，而根向下穿插者，气之藏也。经春而发芽者，气之生也。经夏而茂盛者，气之长也”。表明植物的生长，由下而向上者，全由太阳光之热，蓄藏于土之水中，然后促进植物的发芽生长、向上茂盛，全由乎于阳气，因为只有热与阳，才能向上升发，“上年夏时太阳射到地面的阳热，经秋气之降，收于地面之下，经冬气之沉，藏于地下之水中。到了今年春初之时，此阳热由水中上升，出于东方也。阳热是造成生物生命元素之始原”。因此，从自然界植物的发芽、生长、达条、茂盛可以证明，这一切都是太阳的热，都是阳气的由下而上升发达到的。所以说，肝的疏泄功能，实质就是肝阳之升发促使其功能发挥作用的。因此，彭子益先生认

为：“动而上升，是为木气。木气者，阳根也”。也就是说，木气的升发条达、调畅气机之作用，均是由阳气所主导。

在中医基础理论中有肝肾同源、精血同源之说，由于肝肾同源，所以肝肾阴阳之间的关系极为密切。肝肾阴阳，息息相通，相互制约，协调平衡，故在病理上也常相互影响，由于肾中真阴真阳是人体之根本，并且肾阴和肾阳是五脏六腑阴阳之根本，故而肾中阴阳失调时，会因此而导致其他各脏腑阴阳的失调。如肝气之升发条达、主疏泄、调气机之功用，就是因为肝肾同源，肾之真阳贯注于肝经之时，才会产生肝的升动作用，因肾中命门真火是一身之根本，况中医还认为肝是藏相火之脏，而相火之根源仍然是来源于命门真元真火之中。因此，肝的升发、疏泄、调气机之功能，虽由肝气肝阳所主导，但实质是由于肝肾同源的关系，其肝阳之动力源泉，则是源于肾中真阳命门真火，进一步证明了肝阳之根本，则在肾阳命火之中，实由命门真阳之火所主宰。

综上所述，肝主疏泄之功能，其升发条达之作用，实是由肝阳作用之体现出的，正如《黄帝外经·小心真主篇》所说：“物之生也，生于阳”。即凡升发之性者，皆是阳气之作用，而肝主疏泄功能的本质，乃为肝阳之主宰。

## 2. 肝阳虚与肝寒证

肝阳虚证的本质就是阳虚，阳虚则阴盛，故此则“阴盛则内寒”（《素问·调经论》），肝阳虚与肝寒证实际上是同一层意思的两种说法。肝阳虚因肝中阳气的亏损、不足，是“阳病”；由于阳病而使阴邪过盛，表象中可见一派“寒证”表现，故而形成我们所见到的“阴盛”之症状。如《素问·调经论》在论述“阴盛而生内寒”时说：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留，则血凝泣，凝则脉不通，其脉盛大以涩，故中寒。”

现在临床上很少提到肝寒证，其实临床上由于肝寒证而导致的肝寒木郁、气滞土壅的病证是非常普遍的。这是为什么呢？火神派名家吴荣祖教授认为：“肝属木，它应四季是春，春天草木要萌发条达，应春时之生，备夏时之长；木萌条达靠什么呢？靠

阳气；春暖大地，百花开放，树木发芽是一个生的迹象，它靠什么呢？就是靠太阳对地球的照射；春天由于地球轴心向阳面的变化，北半球的日照射，热开始增加，万物生长靠的是太阳啊！”如果自然界的太阳光照不足，那么万物的生长都要受到影响，这在农村作物收成上可以看得更为典型，农作物在生长期，如果太阳光照不充足，它的生长不仅缓慢，甚至可能停止，最终果实也很受影响。

在临床上有一普遍认识——肝火、肝热、肝亢的证候比较多，我们虽然不能说没有肝热、肝火、肝亢，相对而言，有临床上常见的肝火热盛现象，就必然会有肝阳亏损不足的一面。因为事分阴阳，单纯强调临床上阳热亢盛状态，而否认肝阳亏损，阳气不足，这显然是不全面的。因为《内经》中一贯强调阴阳事物二分法，并未指明事物单一性质，故此“阴阳者，天地之道也”（《内经》）。由于肝肾同源的关系，肾阳乃一身命门真阳之根本，肝阳则为相火，相火之阳则来源于肾中真阳、命门真火。故此，肝阳虚——肝寒证，在一定程度上反映了肾阳亏损的本质，因为“万物生长靠太阳”。

生理情况下，“子半阳生，阳生则升，三阳左升，则为肝木。肝木即肾水之温升者也，故肝血温暖而性生发”（《四圣心源·气血原本》）。现肾阳不足，肝阳虚弱，木气升发不能，木郁而寒，肝寒木郁，升发不能，“肝气最恶者郁也”（《黄帝外经·肝木篇》），因“肝喜疏泄，不喜闭藏，肝气郁而不宣……反克脾胃之土，土欲发舒而不能，土木相刑，彼此相角，作寒作热之病成矣”（《黄帝外经·寒热舒肝篇》）。故而形成临床上的肝寒木郁，气滞土壅。因而火神派名家吴荣祖教授认为，木郁不达为其病机核心，关键在于三阴脏寒，水寒土湿，况且三阴脏寒表现于临床症状更多的是肾寒、脾胃湿气、肝寒气滞，即水寒土湿木郁证，这是三阴证最重要的一个演化规律。关于形成之原因，清·黄元御在《四圣心源·厥阴风木篇》中说的最为翔实，他说：“冬水闭藏，一得春风鼓动，阳从地起，生意乃萌。然土气不升，固赖木气以升之，而木气不达，实赖土气以达焉。盖厥阴肝木，生于肾水而长于脾土。水土温



和，则肝木发荣，木静而风恬；水寒土湿，不能生长木气，则木郁……凡病之起，无不因于木气之郁，以肝木主生，而人之生气不足者，十常八九，木气抑郁而不生，是以病也。”

综上所述，由于肝阳虚而导致肝寒证，肝寒气郁无力升发条达，形成自郁之证，其根乃是肾中真阳不温养而起，其次由木郁而横逆犯脾，脾气不升而湿浊不运，导致中焦土壅。故此最终导致肝寒木郁、气滞土壅之证候。

### 3. 阳虚肝寒证辨治

由于肝阳虚而导致肝寒证，除了临床上具备一般的阳虚证表现之外，肝寒证尚有自身的一些临床特点。观于自然，当春是暖，然而反寒，水凝而土封，草木迟发不荣或萌芽受损，郁遏不达。如《素问·气交变大论》中云：“岁木不及，燥乃大行，生气失运，草木晚荣，肃杀而甚，则刚木辟着，柔萎苍干”。验之临床，素体阳虚者，若肝病久而不愈并伤肝阳者，每致肝寒不升，疏泄不达，郁遏凝滞。临床上火神派名家吴荣祖教授总结为：面晦夹青，胸胁胀满，疼痛如刺，胁下痞聚，呕恶纳呆，太息寡欢，神倦懒言，肢冷畏寒，便溏，溲溺色黄，或肤目黄染，色泽晦暗，甚或腹满膨胀，青筋显露，四肢瘦削，苔白厚腻，质淡夹青，或带瘀斑，脉沉弦沉紧，沉细无力等。

以上数症，显然归责于肝失温升疏达为关键。但是，由于肝脾肾三脏生理功能的相互关系，以及五行生克制化中的相互协调，其主要症状如下。一是肝寒证，肝寒乃是因为肝阳亏损，由于乙癸同源的关系，肝阳来源于肾中命门之火，命门中有龙火，肝中有相火，雷龙之火不足应该重视龙火，有龙升腾才能打雷，故而肝阳虚患者一般都具备肾阳亏损的一般性症状表现，比如畏寒肢冷、腰膝酸软，或素体阳虚体质。二是肝寒气滞不升所产生的症状表现，一类是气短太息、情志郁闷等升发不能症状；另一类是在肝经经脉所经过的经线上所出现的症状，如胁肋不适、乳房病症、少腹等不适病症表现。三是脾胃症状的出现，因为“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”（《金匮要略》）；有的时候往往脾胃中焦失职的症状比较突出，如果我们仔细分析部分症状的本质问

题，会发现脾胃症状与阳虚肝寒证的间接引发关系。

阳虚肝寒证的病理过程火神派名家吴荣祖教授概括为“水寒土湿木郁”，针对阳虚肝寒证的治疗，温肾水之寒取其枢机是很必要的，因为肾阳一旦温煦，则脾阳可健运，脾肾阳复，则肝暖寒祛，温升疏达，达到了“温水燥土达木”之目的。因此，针对三阴脏寒土湿，木郁不达之病机核心，选用方药主要从三个方面着手。

一是吴萸四逆汤。吴萸四逆汤，是火神派创始人郑钦安倡导的，其在《医理真传》与《医法圆通》两书中频繁出现，主要是针对三阴证中厥阴肝寒证而用。四逆汤是张仲景回阳救逆之主方，具有温肾助阳之作用，由于肝肾同源、乙癸同源之理，阳虚肝寒证其本质在于肾阳亏损，命门火衰，四逆汤力能温补命门真火，并助肝阳。因此以四逆汤为基础，吴茱萸一味，辛苦而热，专入温肝助阳，理气散寒，加入四逆汤之中，可助其回阳救逆之效，并有暖肝温阳助升之功，一方面温补肝肾，助阳散寒，更重要的是可助肝阳升发条达，主疏泄复常而调理气机之用，另一方面它能入少阴厥阴两经之中，抓住了相火（命门火）这一生命线，可调补两脏之阳虚证。依据郑钦安《医理真传》中药物剂量参考：熟附片 60~100g（先煎），吴茱萸 30~60g，干姜 45g，炙甘草 60g。吴萸四逆汤是一切阳虚肝寒证的通治方、基础方，随症加味，可通治一切由阳虚肝寒证所导致的诸多病症。

二是当归四逆加吴茱萸生姜汤。该方出自《伤寒论》，张仲景认为：“手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之”，“若其人内有久寒者，宜当归四逆加吴茱萸生姜汤主之”。手足厥寒，加之内有久寒，证明其因阳气不达四末，因《内经》“清阳实四肢”，阳虚肝寒，阳气不升，难以达到四肢末梢，故而出现四肢逆冷，并素体阳虚寒盛。故此，方选当归四逆加吴茱萸生姜汤，养血和营，温肝助升，通脉升血。特别方用吴茱萸一味，暖肝助阳，助升发条达，配以生姜、桂枝升发之用，以助吴茱萸升发条达，补阳温肝之用，故此临床疗效显著。当临床上出现以四肢末端经脉不畅、升发不能、阳虚肝寒之证者，均有良效。为强化该方之疗效，火神派名家吴荣祖教授认为：该方加入附片，特别是

重用附片，则疗效可进一步提高，并把该方命名为“吴茱萸当归四逆汤加附子”，用附子助肾阳以暖肝补阳，达补命门以助相火升发之用。临床用药参考剂量：当归 45g，桂枝 45g，芍药 45g，细辛 45g，炙甘草 30g，通草 30g，大枣 25 枚，吴茱萸 30~60g，附子 60~100g，生姜 60g。该方广泛用于治疗雷诺症、痹病、妇科月经病、带下、不孕、皮肤病等病症，随证加味，多有良效。

三是温肝疏郁健脾汤。该方出自火神派名家吴荣祖教授，由吴茱萸、附片、干姜、炙甘草、茵陈、半夏、鸡内金、香附、茯苓、佛手组成。从该方方名我们就可以看出该方的作用特点，主要是针对肝寒木郁、气滞土壅之证，温肝阳、疏肝郁、行脾滞，主要是体现到以肝为中心的五行生克关系的治疗思路。温肝阳，主方为吴萸四逆汤，温肝阳，助肝升；茵陈、香附，疏肝郁、理气滞、清郁热；鸡内金、半夏、茯苓、佛手，降逆气、和脾胃、理升降。全方共达温肝疏郁健脾之作用。参考剂量：附片 30~100g，吴茱萸 30~60g，干姜 30g，炙甘草 10~30g，茵陈 30~60g，半夏 10g，鸡内金 30g，香附 10g，茯苓 10g，佛手 10g。随症加味，治疗郁病、胆胃病、失眠、高血压、女性更年期、关节炎等病症，疗效显著。

在上述三方的基础之上，随症加入入肝温肝之品，则可进一步提高临床治疗效果。如丁香、花椒、山茱萸、龙骨、牡蛎、桂枝、肉桂、细辛、乌头等。

#### 4. 结语

肝阳虚即阳虚肝寒证，临床较为常见，特别是当我们接受了火神派扶阳理念之后，就会发现这类病证临床上并不少见，那种认为肝阳亢盛而引起的热、风、动证临床上多见，若我们以阴阳两分法的观点看问题，显而易见地就会发现这种思路以偏概全，认识不够全面。

阳虚肝寒证之形成，多责之于肾阳亏损。肾阳火衰，命门相火则弱，肝阳无命门之火相助，升发条达不能，则易横逆犯脾胃，由此而形成如吴荣祖教授所说的“三阴脏寒，水寒土湿，木郁不达”之病机特点，而“水寒土湿，木郁不达”为病机核心。

其症状表现一般体现在三个方面：一是阳虚肝寒证，以畏寒肢冷为特点；二是肝气不升，气郁不畅证，以气短而善太息为特点；三是以肝经所循行经脉之路线上出现的各种病症表现为特点。在辨证上，笔者常常抓住主要的一条特征，就是脉弦细无力，或脉弦紧而沉，这是最主要的证据。

阳虚肝寒证，其治法是温肝散寒，火神派鼻祖郑钦安倡导选用吴萸四逆汤为首选，其次《伤寒论》当归四逆加吴茱萸生姜汤加附子，也被当代研究者广泛应用；火神派大家吴荣祖教授温肝疏郁健脾汤，是笔者将其临床经验方提选出来的，经临床重复应用，疗效良好。研究《伤寒论》者会认为，厥阴肝经的主方应该是乌梅汤，为什么没有选为主方应用呢？其实，乌梅汤是厥阴病之主方，但其方主要针对阴极阳虚证，即寒热夹杂证（或者说是下寒上热证），阳虚肝寒证中也会有选用的机会，但不能作为首选，而是要相机而用。

总之，阳虚肝寒证，选方用药以温肝助升为目标，用药多以温肝肾两经的药物为主，这样才能紧紧扣住阳虚肝寒证之主题，才有可能达到我们临床上温肝阳之预期目的。

## （五）崇扬火神派扶阳的意义

崇扬火神派，不仅对于我们提高临床辨证论治水平和治疗效果将是一个大的促进，同时，它对于我们在教材一统天下的情况下，对于扶阳理念有一个全方位的认识，是一个帮助我们走进上工行列、神圣工巧境界的最佳路径。就此问题，现进行探索与讨论。

### 1. 阳气易耗难复

俗话讲：人活一口气。这一口气，就是阳气。张景岳说得好：“形本属阴，而凡通体之温者，阳气也；一生之活者，阳气也；五脏五官之神明不测者，阳气也。及其既死，则身冷如冰，灵觉尽灭，形固存而气则去”（《类经附翼卷三·求正录》）。故此，《素问·生气通天论篇第三》中说：“阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰，故天运当以日光明”。日光明是什么意思呢？日光明，就是太阳光明亮，就是发热、发光、发亮，而人也当如

此。只有健康地活着，才能产生阳气，而只有这口阳气的存在，人才能够健康地活着。因此，《黄帝外经·命门经主篇》中说：“人非火不生，命门属火，先天之火也……，其火易衰。”《黄帝外经》与《黄帝内经》都一脉相承地非常重视人体阳气的功能状态，而其“火易衰”，表明人体之阳气易于耗散而难以恢复，而《内经》中说：“阳气者，烦劳则张”。说明过劳就易耗伤人体之阳气，笔者对这句话的理解感触颇深。

原因是这样的：学生时代笔者非常喜欢运动，爱打篮球，从中学到大学从未间断过，球场上常常汗流浹背。工作以后，当运动的风气再次兴起的时候，笔者第2次又加入了职工业余篮球队，可到了球场上总是觉得力不从心，而且活动之后常常感到气短懒言，大约经过2年的光景，笔者感到每次激烈运动之后，第2天就会出现心脏间歇性停搏。为此，笔者不得不停止了运动而退出了队员的行列。为什么会这样呢？笔者反复地思考了这个问题，后来从《内经》中找到了答案。

《内经》认为：“阳加于阴谓之汗”（《素问·阴阳别论篇第七》）。中医认为汗为心之液，随汗而出的是汗液和阳气，汗液可见而阳气无形可见，因为汗是“阳加于阴”的结果，有形之汗可通过饮水得补，无形之阳气却不知何时能恢复。《内经》认为：“阳化气，阴成形”（《素问·阴阳应象大论篇第五》）。汗液耗损，内归心脏，有形之液可速补，无形之阳气不可速回，久而久之，心脏阳气不足，心阳不足则搏动之间有间歇，是阳气鼓动无力之表现，这些都是阳气损耗的结果。况《内经》中云：“阳气者，烦劳则张”。即过度烦劳会耗伤大量的阳气。为此，笔者自己重用以附子（30~60g）为主的四逆汤加味，经过3个多月的调治，并用附子理中丸维持约1年才得以恢复正常。这表明人体之阳气的确是易耗难复。

阳气为什么易耗难复呢？这是因为，每天我们都在不停地消耗自身的阳气，正如《内经知要》中说：“天之营运，惟日为本，天无此日，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，孰厘清浊？孰布三焦？孰

为呼吸？孰为营运？血何由生？食何由化？与天之无日等矣，欲保天年，其可得乎？”也就是说，从我们一出生，就在一刻不停地消耗阳气，而我们机体所有的新陈代谢与活动，都是阳气气化的过程。大家可能会认为只有过度地活动，大汗淋漓的时候才会耗阳气，其实不然，我们说话、走路、看电视、发脾气、思考问题等，只要我们睁开双眼，我们就在不停地消耗身体上的阳气。

或许要有人问，像我们这样天天都在消耗阳气，可是我们并没有生病呀？是的，我们正常的生理与生命活动消耗的阳气，通过自身源源不断产生的阳气得以补充，当然我们不会有什么异常的感觉。只有当我们过度消耗自己的阳气，而且是消耗大于产生，且身体在一段时间内并不能自主完全恢复的时候，我们才会感觉身体不适或有病。这就是《素问·经脉别论篇》所说的：“生病起于过用”。过用，就是过度地消耗了我们自身的阳气，而“劳则气耗”（《素问·举痛论篇》）是对于形劳过度致病机制的高度概括。因为，“劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣”（《素问·举痛论篇》）。这是指形劳过度而导致人的阳气耗散过度状态。

如果我们持久地用力太过或者是超负荷大量运动，或者超负荷的负重，都可过度耗伤人体的阳气，使其消耗大于人体之产生。这是因为，运动过量都会大量出汗，津液耗散，气随津耗，且“阳化气，阴成形”，并“阳加于阴谓之汗”（《内经》），汗出阴伤而阳耗最为显著，久而久之则阳气难以恢复。如果因肢体负重，运动量太大可以直接耗伤人体之阳气，此时机体产出之阳气不能及时补充消耗的阳气，脏腑之气过量消耗而产生不足，这些原因都会引起全身疲乏无力等阳气不足的状态或病症。

另外，神劳过度也是造成阳气易耗难复的原因。我们的先辈们都是“日升而作，日落而息”的生活方式，可现在我们这种本能的自然生物节律都给打乱了，夜晚除了城市上空灯火通明之外，我们目不转睛地盯着电视、电脑屏幕上精彩的画面，扣人心弦的故事情节，我们的心情也随之起伏，这一切都在不停地随着眼睛的视野，在一分一秒地消耗着我们的精气神，消耗着我们的阳气。我们仔细地想一想，大脑每时每刻都在不停地思索、考虑

问题，每一瞬间都在消耗着大脑中的阳气；彻夜不眠有两种情况，一种是无法入眠，一种是自愿不去入眠；“生病起于过用”（《内经》），打破了人体的自然生物节律，阳气过度的消耗，而如果无法在充足的睡眠中得到复元和恢复，这些都是造成身体长期处于阳气亏耗难以恢复的状态。

其实，造成人身体阳气易耗难复的因素还有很多。因为人是社会的人，当今社会人们竞争意识激烈，生存、工作、学习、劳动等压力与负荷过重，既有体力的长期消耗难以补充，又有精神、心理、思虑方面的压力，无形中消耗着我们体内之阳气，可谓是心身疲惫。功名之累，股票升降，利欲之争，戕生之事，充斥着当今人们的肉体与心灵，我们的灵魂能有一天是在“恬淡虚无”（《内经》）中度过的吗？人们已经很难做到：“饮食有节，起居有常，不妄作劳”（《内经》），我们一天到晚处于“阳气者，烦劳则张”的状态，所谓的张，就是向外泄，尤其是晚上阳气应该是内收潜藏的时候，这时要“阳秘，”秘是什么，秘就是藏的意思，就是需要休息的时候，而仍然使它不能休息，处于外泄的状态。现在阳气一天到晚的外张而泄，阳气不能“秘藏”，在一天天的慢慢地耗散。身心疲劳，必然导致阳气的消耗而身体难以及时的恢复，所以当今社会的亚健康状态、慢性疲劳综合征人群逐渐增多的趋势，无不表明这些都是阳气过度耗损的结果。张景岳说得好：“难得而易失者惟此阳气，既失而难复者亦惟此阳气。”

## 2. 空调冷饮耗伤阳气

张仲景一部《伤寒论》，因“寒”字的意义争论千余年而不休，不管当时张仲景认为自然气候之因素，还是人们从客观上易感受外来之寒气，总之张仲景认为人们易于感受寒邪，且感寒之后人体依据体质的不同而有六经之变化。其实，一年四季人们所遇到的外感病，绝大多数都起于感寒受凉之诱因，这是人所共知的事情。可问题是，人们并没有把这当成一回事儿。仔细想想，人们为什么容易受凉感寒呢？这不外乎两个原因，一是外寒过度袭扰，另外就是当人们的抵抗力下降或是薄弱的时候。正如《内经》所云：“正气存内，邪不可干”（《素问·刺法论篇》）；“邪之所

凑，其气必虚”（《素问·评热病论篇》）。这已经很明确地告诉了我们，只有当我们“正气虚”的时候，才容易感受寒邪。

正气是什么？正气就是人之阳气，而我们的正气，是抵制或御制外邪之屏障。寒邪为什么能够伤害到我们的身体呢？就是因为身体周围固护的屏障功能有了缺陷，这个缺陷就是阳气的不足，就是我们身体表面的阳气不能够很好地保护自己，抵御不住寒邪之冷，由此而伤及了我们的身体，从而使我们因感寒而产生诸多病证。反过来说，人体感寒之后，最容易伤害的又是阳气，这是因为阳气在与寒邪争斗的过程中，阳气虚弱无法抵御寒邪之冷而发病，同时我们的阳气在与寒冷争斗的过程中又不断地被大量消耗，久而久之，而步入阳气不足的恶性循环之中。

自然界的寒邪当然我们可以有意避免，可现代的空气、冷饮等人为因素，有时对我们身体阳气的伤害却是难以回避的。曾经遇到这样一个病人，夏天反复感冒久治不愈，我十分困惑，后来当笔者仔细询问了他的职业以后，这才恍然大悟：原来他是个小车司机，乘车者都喜欢将车内的空调温度调得很低，以取凉爽。可他却因为频繁地进出，车内外的温度有时可相差 $15\sim 20^{\circ}\text{C}$ 。你想，这一进一出这么大的温差，什么样的身体能经得起这样寒热交替的考验呢？后来笔者把这个温差大而造成感冒的原因告诉了他：小车内外的寒热温差变化这么大，身体的抵抗力——阳气，无论如何也不可能在这突然之间调节自如。当外界的温度越高的时候，我们身体周围之阳气并不需要多少就能保证其屏障功能；而这突来之寒邪，身体要在短时间内迅速产生大量阳气来抵御其，同时关闭皮肤腠理，以防止阳气的散失，这一开一闭，皮毛受累内归属肺，因而人很容易感冒。其实，空调病夏天极为常见，除温差过大之外，持久而固定同一部位的吹风扇，特别是人人睡的时候，人体之阳气内藏入里的时候，保留在体表之外层微弱的阳气，是无法抵挡这持久寒风冷气之袭击的。久而久之，感寒伤寒，随之而来。空调冷气不仅侵袭人体之表，危害更大的是人体产出的阳气，都被这空调冷气白白地给消耗掉了，阳气少了，身体的抵抗力低了，人能不生病吗？



空调冷气我们也可以有意回避，那每天进食的冷冰、冷饮等食物，则可以把寒邪直接带进我们的体内，对阳气直接损害，而造成更大的危害。曾有这样一位中年女性，每到夏天都会出现满脸乌斑，并大便秘结，自述求治多年无效。笔者仔细询问了她的饮食习惯之后，郑重地告诉她说：你是整天吃冷冰食物所引起的，她说心里“热”，笔者给她诊脉确是沉弱细而无力，看舌淡发白，一派阳虚寒盛、阴盛格阳之状态；笔者说这些热象都是假象；她说冬天特别怕冷；笔者说你夏天吃冰冷食物越多，冬天你就越怕冷，因为你的阳气在夏天都给冰冷白白地消耗掉了；脸上乌斑说明你肾阳亏虚，肾水上泛色黑而引起脸上生乌斑；如果你禁食冰冷食物，用核桃仁当点心吃，一可祛斑去寒，二可温肠通便，可谓是医食同源，一举两得。

回头，我们再看看学校门口儿，特别是小学的门口，一年四季冰冷食物不断，一到放学的时候，兴高采烈的小学生们，每人手中一只雪糕、冰淇淋，吃的是津津有味！可笔者在临床上经常发现学生们的一种通病——胃痛，这就是长期吃冷饮造成的；而一些女孩子月经初潮之时，月经时有时无，有的甚至到大学月经还不规律，如果仔细询问她们的原因，大都也与吃冷饮有关，特别是一些痛经或不来月经，这些都是长期吃冷饮所造成的后果。

可能有人说了，那么多人吃了，也没见怎么样，也没什么毛病呀？是的，小的时候，由于人的火力旺盛，也就是阳气充足，可以抵御住这些寒邪，可以用自身的火力来中和这些冰冷，可到了中年以后，当身体的阳气不足的时候，还能抵挡住这来自内外寒冷的攻击吗？久而久之，这些人群不仅将逐渐发展成虚寒性体质，同时还会因此而带来一系列的寒性病证，比如说为什么慢性腹泻的病人这么多呢？恐怕感寒阳虚是其根本原因吧！张景岳对这些病人的评述颇有深义，他说：“人之病此者最多，人之知此者最少……寒从中生，而阳衰之病，无所不致。第其由来者渐，形见者微，当其未觉也，孰为之意？及其既甚也，始知治难……故惟高明见道之士，常以阳衰根本为忧”（《景岳全书·新方八略》）。

至于外寒内冷伤及人体阳气的机制，我们还有必要再深入地

探讨一下。现代制冷设备造冷而侵袭人体，一是空调冷风从外而袭，一是冰冷食物直接进入体内；我们身体中的阳气，为了保证机体“阴平阳秘”（《内经》）的状态，必定要积极动员体内大量的阳气出来反抗外袭内入之冷气。寒冷之气，在四季属冬天之气，冬天是阳气潜藏的时候，而夏天只需要少量的阳气就足以供人体使用，因为外来大自然的阳气人们是直接可以利用的，能保证体内外的平衡利用；现在夏天，身体突然遭遇外寒内冷，体内必然要动用正在潜藏之阳气，该用不该用的时候就都去用它，并且在这内外夹击之下，一天天地因寒冷把阳气给消耗掉了；寒冷归肾，肾中有水火，现在肾中之火在不该用的时候，你偏要它产生大量的阳气与火力，来抵御这内外之寒冷的袭扰；久而久之，阳损及肾，肾精亏虚则先天受损；肾为先天之本，久病及肾，这个根本在长期内外夹攻寒冷的损耗下，肾阳亏损，阳气不足，这就从根本上动摇了人的生命之火，这种由渐到显的变化过程我们虽然看不见，可亚健康人群增多的病证，不就是阳气耗损而造成的结果吗？为什么张仲景在《伤寒论》的条文中指出，其死症多在三阴证里面，三阴证的本质就阳气亏虚，阴盛阳衰，阳气没了，当然人就危险了。

故此，张景岳在《类经附翼·求正录·大宝论》中说：“生化之权，皆由阳气……故阳惟畏其衰……凡万物之生由乎阳，万物之死亦由乎阳……阳来则生，阳去则死矣”。现代制冷设备造成的危害，是不是应该引起我们足够的重视呢？为什么开的中药方总是疗效平平呢？你仔细想过吗？你在这儿给他（她）补上三分的阳气，他（她）却在那里消耗了六分的阳气，再高明的医生也难以取效。即便是张仲景在世、华佗复生，也恐怕只能是望洋兴叹了！

### 3. 激素、抗生素损伤阳气

激素在当今医院、诊所运用的太普遍了，特别是一些个体诊所应用激素的程度可谓是无所不治，临床上常见的发热、疼痛这类症状，激素可以说是手中的一张王牌，一上去，热就退了；一吃下去，关节就不痛了。这是为什么呢？激素，中医认为属阳，

是精气所化，类似中医说的“纯阳”之品；中医认为肾藏精，而这些精——纯阳之品平时就封藏在肾中，因为肾中之阳气是人体的根本，是维护人体生命的本钱，因肾是蛰之处也，需要封藏起来慢慢地供我们身体享用。本来肾中封藏的精气藏的好好的，是不能轻易地拿出来用的，可现在你却要随随便便地拿出来乱用一通，这些本来是我们一生生命应用的本钱、根本，这个精、这些阳，这些精阳之气，是用来温暖生气和生命的，可你却把它随便地拿出来，派到了别的用场，一时治疗的神奇，可多用之后，封藏的阳气就少了，精就少了，生命的来源就少了，养命的阳气少了，它产生的后果是可想而知的。

现在整个西方国家对滥用激素的危害十分清楚，因此对激素的使用往往是慎之又慎，非到万不得已绝对是绝对不上激素的。可现在我们国内的医生，尤其是广大的基层医生，特别是农村的个体诊所，对激素的运用非常普遍。激素的作用点在肾，滥用激素易伤肾，肾中之阳乃为人生命的根本，现在肾阳的根本就在我们一次次的滥用激素中给损伤了，我们重视保护人体之阳气，是不是应该警戒这些问题呢？

如果说应用激素损伤阳气是显而易见，那么抗生素滥用对于病人阳气的伤害则是一个渐变的过程。曾有这样一位病人，使笔者记忆深刻：她患带状疱疹，经过激素、抗生素及清热解毒类中药治疗月余病愈，但病愈之后气短乏力、畏寒肢冷、失眠、精神抑郁等症状接踵而至，且白细胞反复上升，一用抗生素白细胞就下降，停药3天，白细胞又上升，病人无奈，最后笔者建议病人停用抗生素，而改服用中药加味四逆汤（附子30g，炮姜30g，炙甘草10g，红参10g，砂仁30g），经治疗后化验白细胞，随中药温阳法的应用下降并恢复到正常，而且无反复。

现在，我国抗生素的应用十分普遍，一遇发热、炎症，不管虚实寒热一律上抗生素，理由是杀灭细菌。是的，细菌是被杀灭了，暂时的消失了，可新的耐药菌族不断涌现，如超级细菌的出现正是基于这样的条件；在一次次地应用抗生素的同时，苦寒之性把人体这点阳热之气也给慢慢地消耗掉了。为什么这么说呢？

发热是外感热病的主要症状，这是由病原微生物引起的，而人体恶寒发热、体温上升，则是人体与疾病斗争的表现。这是因为大脑中枢对于疾病的反射性发热，是用以控制或抑制病原微生物的自我保护性反应，这种发热是人体阳气外张驱邪的一种保护性措施。因此，火神派名医祝味菊先生认为，治疗不是以消除发热为主要目的，而是以协助人体自然疗能为目的，“其关键在于元气，而不在于病邪。”也就是对待发热应用抗生素要一分为二看问题，既要认识能杀灭细菌有利的一面，还要看到清热苦寒之性损伤人体阳气的一面。因此应用要有针对性，而不是盲目地滥用、乱用。这一点在美国尤其引起重视：在美国，抗生素的应用是很谨慎的，不到万不得已的时候，是不用的。而且美国人公开承认在20世纪干了10件蠢事，滥用抗生素就是其中1件。

因此，当今西方对抗生素的管制比枪支还严格，枪支可以随便买到，但抗生素是不能随便买到的，不仅严格地凭医生处方用药，同时不同级别的医师使用不同级别的抗生素。所以说，滥用抗生素的苦寒伤阳之弊端对人体的伤害，可以说是有目共睹的。为什么一个腹泻，今天吃这个抗生素，明天用那种消炎药，一吃就吃上个几个月、数年，不仅病没有好，腹泻越来越严重，炎越消越厉害，你看看这些人哪个不是脾肾阳虚呢？

再看看我们个个医院的儿科，一遇到气候剧烈地变化，病房就人满为患，除了发热，还是发热，为什么这么多小孩子发热呢？特别是一些小老病号，一年四季隔不了几天就要到医院打吊针，消炎症，输点抗生素，这输来输去，吊来吊去，不但“炎”症没消下去，反而住院的次数更加频繁了。原因何在？原因就是小孩子的抵抗力越来越弱，就是因为阳气虚弱的关系。我们知道阳气是助长人体生长发育、抵御外邪的，发热是体质祛邪的一种反应，是一种自我保护性措施，它刚要“寒者热之”的时候，你却要用苦寒之抗生素把阳热之气给消灭掉，在一次次地被抗生素打击之后，人体的自我防御功能——阳气彻底地垮了下来，一遇到气候变化，邪气都会乘虚而入，“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论篇》），必虚是什么意思，必虚就是正气虚，

就是阳气虚，因为阳气是人体之正气。从小就阳气不足，长大之后你能保管他或她不经常生病吗？

毛泽东同志曾说过：“身体是革命的本钱。”现在你这个革命的本钱受到了重创，阳气这个根本虚弱了，这是不是应该引起我们业内人士的高度重视！

众所周知，小孩出麻疹的时候，发热体温在 $38^{\circ}\text{C}$ 左右的时候，就不要再往下退热了，为什么呢？因为若把这个温度降至正常，麻疹就无法正常通过皮肤出来，反而会使病情恶化，或增加更多的合并症，其理由就是要保持人体阳气充足，阳气充足抗病能力就强。名医祝味菊先生给诸多的麻疹、伤寒病人用姜、桂、附而收起死回生之效，实际上就是振奋阳气的结果。

#### 4. 苦寒中药损伤阳气

为什么当今世上中药苦寒清热之剂众多呢？原因可能有两种：一是受到清代温病学派的影响，按照《内经》“热者寒之”之思路机械照搬，主要针对发热这一类病症而设，比如清开灵注射液、双黄连注射液、炎琥宁注射液、鱼腥草注射液等，口服的有抗病毒口服液、双黄连口服液、清热解毒口服液、柴胡口服液等，大都由一些苦寒之剂所组成。为什么这么多的静脉注射液会发生过敏反应、甚至死亡呢？为什么会有鱼腥草注射液被国家叫停呢？显然不仅是出了人命关天的事情，同时还牵涉到中药针剂也要辨证论治用药的问题。假设是一个纯阳热盛的体质或证候，你去用这些苦寒之剂效果肯定会很好，可问题是你不问虚实寒热，只要发热，通通都上苦寒清热药，一个阳虚发热，你如果在那继续损伤它的阳气，当你迅速用苦寒之药消耗机体阳气而它自身又不能迅速恢复之时，他或她能不过敏、不死亡吗？

第二个方面，是中药药理研究受到现代化思潮的冲击，把西方医学观点及研究方法用来研究中药，即通过杀灭病原微生物的研究程序与方法，再通过动物试验方式，证明中药里面的某一种成分对某种细菌或病毒具有杀灭作用，就认为该苦寒中药具有某种抗生素的作用或特性，从而把这些苦寒类中药当成抗生素进行临床应用，用来杀灭细菌或病毒，即把中药制剂看作是西药，能

杀灭细菌或病毒而直接应用到人体身上。实际上，这种简单的愿望和想法是好的，可好心也可能办坏事。原因是这些苦寒类中药制成的中药制剂，不分男女老幼、虚实寒热，遇发热之类的病症，一起搬了上去，虽说当时病人的体温是退下来了，可后来病人的体质为什么会一落千丈、越来越差呢？原因就在于，过度频繁地使用苦寒清热之剂，必然要消耗或损伤人体的阳气，而人体生命之火力与生机被这苦寒之气耗损，这些都是形成阳虚体质的重要因素之一。

可能有的人说了，我发热之时打了清开灵注射液，又喝了清热解毒口服液，发热好了，后来也没有发现身体有什么不适的地方呀！说的对，这些损伤阳气的结果，可能当时或近期不会表现得那么明显，因为“冰冻三尺，非一日之寒”，可随着年龄的增长，“药篓子”越来越多。还有些人看上去似乎年龄很大了，可一问实际年龄并不大，这些老龄化的人，正是由于阳气衰弱而引起的，就是因为阳损而肾元亏虚而形成的。因此，清代著名医家唐大烈在《吴医汇讲》中指出滥用苦寒之品，而造成“轻病重，重病死，深为扼腕”。祝味菊先生在《伤寒质难》中曾指出：“久服寒凉者，如饮鸩蜜，只知其甘，不知其害，亘古以来，死者如麻，茫茫浩劫，良可痛也”。阳气是生命的根本，苦寒清热之剂易伤人之阳气，是因为过度使用苦寒之品，人体要白白地消耗自身生存的根本——肾中之精，肾中之阳，来无穷无尽地对抗外来苦寒之气，保证人体能有足够的阳气来维持正常情况下的生命活动，久而久之，后患无穷。因此，明代大医家张景岳说：“实火固宜寒凉，去之本不难也，虚火最忌寒凉，若妄用之，无不致死”。因“古之时，庸医杀人。今之时，庸医不杀人，亦不活人。使其人在不死不活之间，而病日深而卒至于死”（清·顾炎武）。用这句话来总结苦寒清热之药弊，再也恰当不过了。

### 5. 阳虚体质增多的趋势

说到阳虚体质，很多人不以为然，但就笔者多年临床所见，阳虚体质的人有逐渐增多的趋势，特别是一些缠绵不愈的病证，可以说，十有八九都是阳虚体质。如果我们认为阳虚体质不易辨

识的话，我们来看一下郑钦安大师的阳虚辨证要诀：“阳虚病，其人必面色、唇口青白无神，目瞑倦卧，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”。如果你觉得这些太复杂，我们不仿记一下吴佩衡教授的十六字要诀：“身重畏寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言。”临床上辨识阳虚证，这些表现虽说不太复杂，但笔者还是觉得不够简化，按照郑钦安“气不足便是寒”的意思去揣摩，只要“舌淡而脉弱”就可以判断为阳气不足，只要是没有明显的实热证候，绝大多数都是阳虚证候及阳虚体质。

可能有人会说：“这不是太武断了吗？”这并不是什么武断不武断，我们仔细地想一想，《素问·阴阳应象大论》中指出：“阴阳者，天地之道也……，治病必求于本”。这个本是什么呢？就是阴和阳，那么我们在临床上辨来辨去辨什么呢？就是辨阴阳吗！为什么这么说呢？《素问·生气通天论》说：“夫自古通天者生之本，本于阴阳”。《素问·宝命全形论》也说：“人生有形，不离阴阳。”可见阴阳就是人体之本。而“治病必求于本”，就是求人生病之后的阴阳失衡状态，疾病发生之后不是阴证就是阳证（外感病特殊除外），正如郑钦安所说：“医学一途，不难于用药，而难于识症。亦不难于识症，而难于识阴阳”（《医理真传·序》）。既然病人没有明显的实热之证据，那必然就是阳虚阴盛状态了。根据矛盾论法则，现代医学认为确诊一个疾病最终只能是一元论，也就是说不管这个疾病多么复杂多变，而最终导致这个疾病的原因只能是一个，所以说这个排除法则是符合科学概念要求的。可反过来讲，事物都有两重性，即两个方面，两个方面就是一阴一阳。因此，我们确诊阳虚证候，非此即彼，“舌淡脉弱”提示生命活动力低下，既然无明显的实热证据，那一定就是阳虚之证候了，这非常符合现代矛盾论的两分法则和科学逻辑推理。

阳虚体质逐渐增多的另外一个重原因，就是随着年龄的增长，阳虚体质也在增多。这是因为人随着年龄的增长，特别是人

过中年以后，各种抵抗力下降，多种疾病伴随而生，为什么年龄越大疾病越多呢？我们来看一看一个小孩子和一位老年人的特点就可以明显发现：小孩子活泼爱动，老年人喜静而无精打采。为什么会有这么大的反差呢？《内经》认为，阳盛则动，阴盛则静。阳气不足，生命活力低下，而老年人一望便知——阳气不足。《黄帝外经·命门真火篇》中说：“命门，火也，无形有气……，先天火易衰”。《外经》认为人体命门为先天之火，而命门之火是人体生命的根本，在年复一年，日复一日的渐渐消耗中，其活力在逐渐走向低下，最终走向死亡。死亡是什么呢？死亡就是这一口气上不来了，“一生之活者，阳气也……及其既死，则身冷如冰，灵觉尽灭，形固存而气则去，此以阳脱在前，而阴留在后”（《类经附翼卷三·大宝论》）。

如果你觉得还是不可思议的话，我们都看过《乔家大院》这个电视连续剧，主人翁乔致庸最后无疾而终，不就是人的阳气消失了吗？而郑钦安说的更为明白：“人身一团血肉之躯，阴也，全赖一团真气运于其中而立命”（《医理真传》），这真气就是人体生命之气，就是生命之火力，就是阳气，这生命之火出自命门，寄于肾中。生命之源动力出自命门，“十二经之火得命门先天之火则生生不息，而后可转输运动变化于无穷”（《黄帝外经·命门真火篇》），且“但有形之躯壳，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”（《医理真传·卷二》）。人的一生从生到死就是一个生命之火的燃烧过程，随着年龄的增长人生命活力、命门之火逐渐走向衰落，这是一个自然的生命现象，阳气也是由盛到衰这样一个渐变的过程，在年龄增长的过程中是一个显而易见的生命现象。

除了我们上述的众多因素之外，久病、重病、慢性病以及重大创伤和手术等造成的阳虚性体质也在逐渐增多，特别是一些女性患者，经、带、胎、产及频繁地人工流产、产后不能很好的休养生息，都是造成阳虚体质增多的重要原因。正如郑钦安在多种阳虚证前常说的一句话，就是“久病与素禀不足之人”，久病及肾，肾阳亏损，势必形成阴盛阳衰。



有调查资料表明：我国每天约有 1.3 万人死于慢性病，而且其发病还有逐年上升的趋势，并且全国因慢性病造成“早死”，占全部潜在性寿命损失的 63%，数亿的中年人和青年人将成为慢性病高危人群。为什么形成这么多的慢性病呢？《内经》云：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》）。表明人的正气不足，是形成慢性病的关键性因素，正气就是人体的生命活力，就是阳气，就是人体的抗病能力，你治的方法再好，如果没有阳气、正气的参与，药物是起不到任何作用的。这也就是说为什么慢性病阳气不足、阴盛阳衰而诸多病症无法治愈的根本原因。因此，祝味菊先生说：“故善养阳者多寿，好戕阳者多夭，阳常不足，阴常有余，此前人所未道也”。

## 6. 扶阳理念

前面讲了一大通阳气易损难复的原因，可能有人会问：为什么有些病人不去重用扶阳药姜桂附等，通过辨证地应用行气、活血、化痰、祛湿等措施，也能有效治疗许多病证，这种扶阳理念是不是有点儿太偏激了呢？我们暂且先不说孰是孰非的问题，我们还是从源流上弄清楚中医是如何治病的这个关键性问题。

健康的人是什么样子呢？健康的人就是《内经》中所说的“阴平阳秘”，所谓的阴平阳秘，就是要体现出阳气的重要性，正如祝味菊先生说：“阴平阳秘，是曰平人，盖阴不贵盛，以平为度，阳不患多，其要在秘，诚千古不磨之论也”。其意思是说，“是故阴以资用，不在乎多，阳以运化，惟恐其虚”。而其病发，必定是“阴平阳秘”的状态被内外因素打破了。因此《内经》又云：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论》），内外之因素干扰机体之后，秘藏之正气，必定要外出抵抗，现在这个秘藏在肾精之中的阳气，已经虚弱了且无法抗拒外邪了，或是正虚阳亏的情况下，或是在与外感内伤的激烈争斗过程中，其正气、阳气不断地被消耗而无力驱逐病邪，在这样的情况下人体才会发病，而且在邪正（阳气）交织的过程中，还可产生诸多的病理环节或病理产物如气滞、血瘀、痰饮等，如果你及时地把这些病理产物给清除掉了，间接地帮助阳气能更好地发

挥驱邪作用，这时病证就会向好的方面发展或是病愈。如果你在治病过程中强化扶助人体之阳气，为充分发挥阳气驱逐病因的作用而助正达邪，这些病邪就会很快地在正气作用下，通过内外途径给清除出去，这时你的治疗作用点放在扶阳理念上，是不是在辨证上更为执简驭繁了呢？比如，条条大道通北京，什么途径最快、是便捷呢？答案是不言而喻的。在生理状态下，人的一生，是阴阳消长的一生，前半生以阳长阴消为主，后半生则以阴长阳消为要。而生命的终止则是阴阳运动的停止。寿终死亡，属自然死亡，主要是阴盛阳竭，也就是说人的阳气消失。这就提示我们保护阳气在延缓衰老与死亡中的重要意义，保护阳气、保护脏气，才能避免早衰与死亡。这就更说明人一生重视保护阳气的重要性和临床价值。

如果我们站在一个更高的理念上看问题，去看疾病发病过程中的本质层次，那我们会在临床上提高一个层次看待扶阳理念。郑钦安说过：“夫气有余便是火，火旺者阴必亏……，气不足便是寒，寒盛者阳必衰”（《医理真传·论气血盛衰》）。这就是郑钦安对疾病发生过程的本质认识，也就是郑钦安辨识阴证、阳证、阴虚、阳虚之由来。因此，他又说：“千古以来，惟仲景一人，识透一元至理，二气盈虚消息”。他认为生病之时，乃为一元之气的盈虚，或是有余或不足，便是导致病证发生的根本原因。因此，他在《医法圆通·万病一气论》中说：“病有万端，发于一元。一元者，二气浑为一气者也。一气盈缩，病即生焉。有余即火，不足即寒。……病也者，病此气也。气也者，周身躯壳之大用也。用药以治病，实以治气也”。对气的性质，郑钦安又进一步做了阐释：“子不知人之所以立命者，在活一口气乎？气者，阳也，阳行一寸，阴即行一寸，阳停一刻，阴即停一刻，可知阳者，阴之主也。阳气流通，阴气无滞……。阳气不足，稍有阻滞，百病丛生”（《医理真传·卷二》）。郑氏已经明明白白地告诉我们，“万病生于一气”，气者，阳气也。人生病与否，就在于这个阳气的有余或不足，即气之盈亏便是发病之由来。病也者，病气也，病阳气也。这也就是郑钦安为什么立扶阳学说之由来的理

由，而且也就是他抱定去研究一生的目标和目的。

郑氏在《医理真传·钦安用药金针》中说：“余考究多年，用药有一点真机，与众不同。无论一切上、中、下部诸病，不问男、妇、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，即外现大热、身痛、头痛、目肿、口疮，一切诸症，一概不究，用药专在这先天立极真种上治之，百发百中”。这真种子，指的是人体肾中之阳气，就是扶阳助火，抓住了这个治病的根本环节，难道说还不能百发百中治愈诸多病症吗？郑钦安的再传弟子卢崇汉教授在《扶阳讲记》中说：“开个玩笑，如果你能守这个‘法宝’，就是乱打也会打中百分之七十，换句话说你乱打都会变成中工，因为十愈六七就算中工”。这个“法宝”是什么呢？这个法宝就是清·陈修园说的那句话：“宁事温补，勿事寒凉”。这个法宝就是郑钦安的扶阳学说理论。

既然我们弄清楚了扶阳理念，而且也明白了阳气易损难复的实质，那我们在临床上就在扶阳药物姜桂附的运用上作文章了。郑钦安在《医法圆通·卷二》中说：“真气衰于何部，内邪外邪，即在此处窃发，治之但扶其真元，内外两邪，皆能绝灭，是不治邪而实以治邪……握要之法也。”这就给出了一个前提，就是我们要扶阳，看起来并不是针对病邪而治，但仔细分析得出，乃为此处真元阳气衰弱，阳衰而阴必盛，扶阳而抑阴，病邪自祛，则从根本上扭转了疾病的本质，恢复了人体“阴平阳秘”（《内经》）的状态，自然与世医治疗的方法就不同了。然而阳气亏虚者久暂、轻重之不同，张存悌教授把它分为三个层次：“即纯阴之象、阴盛格阳（含虚阳上浮和虚阳外越）、阳虚欲脱之三种证候”（《中医火神派探讨》）。这些阴证三层次，不管其外象多么复杂，只要按照郑钦安辨识一切阳虚证候的标准一一进行对照，只要透过现象看其阳虚证候的本质，就不难抓住其要领，然后针对这阴证三个层次，郑钦安常采用温阳、潜阳、回阳三法，也就是说阳虚轻候，只要扶阳助阳气，阳盛而阴邪自退；如果阴盛格阳，这时采用上述方法由于阴阳格拒而无法达到治疗目的，而郑钦安则指出

可采取潜阳的方法，使阳潜入下、龙安水位，而病邪自退；阳虚欲脱之危候，郑钦安提出采用回阳的方法，但郑氏同时也发现有时也难以挽救病人的生命。针对阳虚的三个层次，即阴证三候，温阳之法，当以附子理中汤或四逆汤为代表方，潜阳则以郑氏创用的潜阳丹为代表方，回阳则以白通汤或四逆汤为代表方。此即“以三阴之方治三阴病，虽失不远”（作者心悟）之方法也。

《内经》对阳虚的治疗，提出“阴病治阳”（《素问·阴阳应象大论》）的学术思想，而郑钦安进一步深化了这层认识，以扶阳为要诀。郑钦安的亲传弟子卢铸之先生及其卢氏三代，则进一步发扬了这种扶阳理念，在治疗上提出：“病在阳者，扶阳抑阴；病在阴者，用阳化阴”（《扶阳讲记》），并把郑氏扶阳理论进一步地升华与完善。病在阳者，是阳虚证候，是指阳虚的三个层次及证候方面，阳虚而阴必盛，扶阳助阳，阳旺阴消，病邪自退，这一点不难理解并益于临床付诸实践。可病在阴者，即阴虚，阴精亏损，则相火易旺，表现出后世称谓的“阴虚火旺”证候，这时治疗提出“用阳化阴，”当世之人对此理念恐怕一时半会儿难以接受，笔者开始也是如此，因教材一统天下的局面，观念当然根深蒂固，要真正地理解“用阳化阴”的含义，我们不妨下一番工夫认识一下其真正的内涵。即到底阴虚证候是否真正的存在呢？这个提法可能会遭到很多人的异议，故且先不说孰是孰非的问题，我们来看一下李可老中医结核病采用滋阴降火法治疗后险证丛生，最后总结出：“毅然脱出了古人‘滋阴降火’的窠臼，确立了‘治疗痲瘵当以顾护脾肾元气为第一要义’的治则”（《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》）。如果认为个性经验构不成共性理念的话，我们再来看一下《黄帝外经·亡阳亡阴篇》的说法：“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。”这可以说是“病在阴者，用阳化阴”的最好注脚或解释。因为阳为主，阴为从，阳主阴从，夫唱妇随也。且“阳化气，阴成形”（《内经》），现在阴亏而无法成形，你要它成形，就必须是在阳气的蒸腾气化下，才能够成形，才能使阴精饱满。设想，如果天气大旱日久，这时候如果又大雨连绵

不断，虽然旱情解除，可农作物并不生长，为什么呢？没有阳光的照射，水分再多也无法利用，若日晒充足，庄稼苗才能正常的生长。俗话讲：大海航行靠舵手，万物生长靠太阳。人体之舵手，与自然界一样都是靠太阳。那既然一切都要靠太阳——人之阳气，阴精的化生当然也就要“用阳化阴”了，而阴精才能充实起来，这也就是说为什么郑钦安治疗世人所谓“阴虚火旺”者，擅用扶助阳气的四逆汤，就是“用阳化阴”这个理念。因此，笔者认为真的阴虚是否独立存在，都是值得我们去认真思考的问题。

经过卢氏三代人 250 余年的临床实践与研究，“人生之命在于立火之极，治病之法在于以火消阴的学术见解，强调治疗之法，当为扶阳要诀，其病在阳者，扶阳抑阴，病在阴者，用阳化阴”（《扶阳讲记》），把火神派的扶阳学说与理论，进一步地丰富和完善了，为我们强化扶阳理念和用好附子，提供了详实而具体的临床经验。

扶阳理念为什么能够提高临床疗效？让我们仔细地分析一下，扶阳理念为什么能使我们在临床上提高一个层次的真正内涵。解剖学名家伯来有句名言是这么说的：“我给你医治，上帝给你愈合”。这句话的背后，指出的是人体自然修复与恢复能力，祝味菊先生称之为“自然疗能”，这种自然疗能就是人体的抗病能力，就是人体的自然调节功能、代偿功能及自疗作用。而中医药治病的根本所在，“医者不过顺其自然趋势，调整阳用，以缩短其疾病之过程而已”，“顺其自然，调整太过与不及，以助其抗力而愈病也”（《祝味菊医案经验集》）。

经验告诉我们，大病久病的末期，正是体力最起作用的时候，衰弱的病人，一旦获得强壮的医疗，每每能够出乎意外的建立殊功。祝味菊先生就擅长这一手。而扶阳理念及用好附子，就是助人之正气、人之阳气，强化人体的自然疗能，这是因为外因通过内因而起作用。如果人体没有阳气的抗病力，药物是起不到任何作用的。所以祝味菊先生说：“所以克奏平乱祛邪之功者，阳气之力也，夫邪正消长之机，一以阳气盛衰为转归，此要诀

也。”这个要诀，就是扶阳理念，扶助阳气，扶助正气，助正达邪。所以，笔者处处事事时时之要“扶阳助正，回阳返本”（作者心悟）。

我们都知道，中医辨证论治并不针对疾病的原始启动因子，也就是说并非针对病原微生物杀灭作用这一点上，而我们的着眼点在于人体对这个病因的反映上，围绕病症“人”与“病”在斗争中的和合产物，而这时体力却是决定最后结果的主要因素。“治病的方法，如果不能直截了当地去‘病’，就不得不回头来治‘人’。人体对于病邪的侵害，本来就具有天赋的自然疗能，如果我们能够掌握整个体力，就等于掌握整个病变，就能够胜任地操纵了疾病”（《中医临床家·陈苏生》）。这种以人为主、治人的方法我们沿用了几千年，取得了辉煌的成就。而扶阳助阳，就是扶助正气的功能，充分利用身体自然疗能，达到通过调整“人”而去“病”的目的。因此，祝味菊先生又称这种方法为本体疗法，就是说中医药并无直接杀灭病菌的作用，而是通过扶持人体正气，维持一种有利于人体抗病的体内环境，从而发挥人体的自然疗能，所以祝味菊先生在治疗中十分重视阳气的作用，而且他运用温法，不仅限于虚寒证，只要有正虚便可；也不限于虚证，邪实正虚也可；即使是感染、炎症、或六淫之邪，也用温法，总以扶助正气为要。

因此，火神派这么一个体系，就是认为只要健全或是补充人体之阳气，一切抗邪工作，都应振奋阳气，因为“阳气者若天与日，失其所则折寿而不彰”（《内经》）。所以，处处事事时时都把扶助阳气作为要务，特别是疾病的危重之时。重扶阳理念，擅用附子，因此才会有这么多医师有“某附子”之雅称。同时，“扶阳助正，回阳返本”则成为笔者自己临证之中时刻不忘之警言。

## （六）附、桂、姜、草的临床应用

### 1. 神农尝百草的精神

神农尝百草是一个美丽的传说，许多人对这种传说可能都不以为然，不过只是说说而已。其实，作为一个优秀的火神派医

家，首先要有神农尝百草的精神，也就是要亲口尝一尝附子到底是什么味道，自己对附子的耐受程度有多大？到底教科书上说的是否都是千真万确的正确？当一个医者亲自尝试附子味道的时候，他就离火神派学术思想近在咫尺。

记得有一次，笔者的慢性阑尾炎犯了，为了尝试附子，自己就开了张仲景的薏苡附子败酱散，三味药都用 60g，药熬好以后，先喝一半，看看自己有什么反应没有，半天以后，情况非常好，肚子不疼痛了，下午就喝下了另一半，3 天下来，病好的真是迅速。感悟到经方的神奇疗效，真的让我们不可思议。

喝了含有附子 60g 的药方，再回头看看自己的舌与脉，这对附子应用才体会深刻。在笔者的《火神派方药临证指要》与《火神派扶阳第一要药——附子》两本书中，收集了部分网上亲自尝试附子冒险者的亲身经历，这些正反两个方面的经验，都很值得我们参考。

笔者不提倡大家都去冒险尝试大剂量附子，但至少自己应该尝尝附子的味道。这是笔者对神农尝百草传说的认识与理解。

## 2. 应用附子剂量

笔者在临床上应用制附子的剂量，小剂量附子是 10g，中剂量附子是 30g，大剂量附子是 60~90g，感觉到 75g 左右是个比较好的剂量，一个是笔者的体会，另一个是国内有试验研究证实，这个剂量可达最佳的疗效，而且毒性作用小。当然，对于特殊的情况，比如肿瘤类的疾病，为了控制病情我们也不例外要加大制附子的用量。如治疗癌症病人，有的病人一开始制附子剂量都用得比较大，同时边吃还要逐渐增加制附子的剂量，一定要达到最佳剂量，如果制附子剂量已经很大，而临床疗效并不理想时，改为生附子，应用生附子一般从 30g 开始，也是采用逐渐加大剂量的方法，来达到最佳效果。由于生附子毒性比较大，一般最大剂量用 60~90g，就能达到临床治疗目的。但这一定要有一个过程，千万不能盲目应用大剂量生附子，一般病人是不用生附子的，制附子能达到治疗目的，尽量不用生附子，这完全是出于安全考虑。

制附子 10g 左右的剂量，一般走在上焦，正如《温病条辨》

中讲，“治上焦如羽，非轻不举”，正是这个意思。治在中焦者，一般制附子剂量是30g，这个剂量笔者临床上应用最多，几乎凡用制附子者，起始量大都从30g开始，经治后看情况进行递增剂量，一般习惯是每吃3~6剂增加15g，直至达到最佳疗效；这也正好验证了《温病条辨》上讲的，“治中焦如衡，非平不安”，而30~45g制附子的剂量，是可以达到目的的。大剂量附子，笔者一般从60g开始，依据病情，逐渐增加到75~90~120g；也有情况来得比较急的，一开始就用比较大的剂量；大剂量附子应用，正如《温病条辨》所讲，“治下焦如权，非重不沉”。曾有一个肾病高度水肿患者，附子最大剂量用到180g才慢慢起效。这样的重病人，小剂量是无法取效的。

附子开始应用的时候，一般是依据病人舌脉及全身辨证阳虚程度的情况，选择适合目前病人的附子剂量，服药3~6剂以后，看病人病情的反应，如果病重药轻，那就加重附子剂量，加附子剂量的方法，一般是每服药3剂后，加附子15g，再观察3~6天服药情况，若情况明显改善，那就不再增加附子剂量。如果服药后，仍然是疗效平平，还要继续加重附子的剂量，以达到临床有效为目标。至于服附子什么是最大的疗效，那就是出现“瞑眩反应”，特别是一些重症或癌症病人，一定吃到出现“瞑眩反应”，才能达到临床上最佳的治疗效果。目前笔者临床上观察到病人服附子后的反应有眩晕、乏力、站立不稳、跌倒、呕吐、腹泻、全身热感、大汗淋漓、口舌麻木、口齿不利、健忘、迷迷糊糊、浑身没劲儿、全身有突然松绑感、病变处脱皮、重则有脱胎换骨的感受、病变部分突然疼痛剧烈而后又消失等。如近治一例老年高血压与糖尿病患者，服用大剂量桂附地黄汤加味方，制附子从60g开始，采用逐渐增加的方法，即每服3天增加附子剂量15g，最大量服到200g的时候，感觉良好，在第3天的时候，早晨突然出现迷糊不清的感觉，并去化验血糖，发现血色鲜红柔嫩，与过去紫黑色显然有别，化验人员再而三追问其吃了什么好药，能达到这样的血色，实属罕见；在中午突然又出现两次眩晕，当时误认为是血压升高，服用降压药后，其症状仍然没有彻底缓



解，下午到诊室测血压 120/80mmHg，很好，只是头脑有点迷糊。告诉他休息 3 天后，再服药，再服药时附子量减为 170g，继续观察对病情的反应。

### 3. 附子煎煮方法

煎煮附子是个非常重要的过程，一点都不能疏忽，因为“水能浮舟，亦能覆舟”（《金匱要略》）。笔者在用制附子 10g 以下剂量时，一律都是和原汤药一起煎药，不需要先煎，经这么多年的时间证明，是非常安全的，未有一例因不先煎药而出现副作用的。制附子应用的剂量比较大，为了安全起见，制附子应用 30g 以上剂量时，都要把制附子先煎 2h 以上，这里包括应用制附子剂量超过 100g。

为了充分应用好附子，笔者认为对我们所应用的制附子，一定要全面细致的进行了解，如附子来源、炮制过程、品种等。因为现在附子真的是有问题，问题在于我们很难应用上比较好的附子，大部分都不是川附子，经了解大部分都是陕西省的附子，如果说是川附子的话，那也可能是等级外品种或者是次品。所以，我们对附子的选择一定要慎之又慎。

大剂量煎熬制附子的时候，为了安全起见，即使是煎药时间到了，也要尽量让吃药的病人亲自尝一下煎好的药液，看看是否还有麻味，如果没有麻味，就可以再下余药同煎。为了方便起见，笔者让病人将几天应用的附子，即 3~6 剂的附子一块儿都先煎 2 个小时后，然后再分次与余下药同煎，这样可省去很多的时间，经这些年的临床观察，也是比较安全的。但有一点要注意，就是夏季附子同时煎好后，要注意冷藏保存，防止变质。

### 4. 附子应用指征

笔者多年体验，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。

临床上应用附子主要针对三阴病虚寒证者，即太阴、少阴、厥阴三证，但有时我们也很难辨清楚三阴病以何证为主次，但只要是属阴证之表现，就是应用附子的指征。

经过这么多年的临床观察，笔者认为在临床上，至少要有五成左右的病人属于三阴虚寒证，是可以应用附子的；有三成左右的病人属于寒热夹杂证者，这类病人也可以应用小剂量附子，但要弄清楚寒热二者之比例多少，这是应用附子剂量大小的关键所在；约有二成的病人属于热证、阴虚证，这类病人原不能应用附子，但根据笔者的经验，这类病人在辨证的前提下应用小量附子，如附子6g左右时，可以防止苦寒养阴药过度，达到张景岳所说的：“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而源泉不竭”。不然的话，很多阴虚病人，我们单纯滋阴，有时很难改善病人的症状。

所以说，作为一个真正的火神派医家，借用郑钦安话来讲：“用姜附亦又究其虚实，相其阴阳，观其神色，当凉则凉，当热则热，何拘拘以姜附为咎哉？”

### 5. 服用附子后的反应

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”者反应，用郑氏的话讲，“此道最微，理实无穷，学者须当细心求之”。要知道这些变动，有的是“药与病有相攻者，病与药有相拒者”，属于正常的药物反应，“岂即谓药不对证乎？”当然，在已出现服附子之剂后反应的情况下，继续使用附子类方剂，确实存在一定风险。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。

郑钦安认为这些是“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”之反应的病人，



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。笔者临床长期系统地进行观察研究，发现部分病人服用附子 30~60g 以上之时，已出现的反应有腹痛、腹泻、全身性皮疹、眼睛肿痛、口角起疱、咽喉肿痛、疼痛加剧、咳嗽加重、鼻出血、小便灼热、呕吐痰饮、皮肤痒异常、局部或全身浮肿等，这些反应随着据病进药或减停，均可逐渐消失，并无大碍。但有部分病人出现“药效反应”之后，全身反应比较剧烈，这时我们应积极顺势化解，以减少病人的药效反应与病痛，这也是一个很重要的问题。

曾治一慢性肾病老年患者，服药之后，其会阴部几十年反复发作之痈肿，逐渐出头而向外排出脓血性分泌物。笔者告诉她，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。病人坚信不移而守方继续治疗，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，才是临床起效的反映。就如敌我双方在作战一样，只有枪炮声响彻一片，最后才能决定敌我双方的胜负；如果没有激烈的战斗过程，是不可能决定胜负的，战场上没有枪炮声是不可解决战争的。

服用附子之后，如何判断出是药效反应还是毒副作用？二者在生死之间，笔者从临床中观察到有三个简单的指标可以参考。即服药之后二便、饮食及睡眠三方面的情况都比较好，这正是药效反应，反此则为毒性作用。

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”。但临床上我们很难观察到此种情况发生，原因可能是多方面的，可能与我们配伍和用药习惯有密切的关系。

但近几年笔者发现，若服附子出现了“瞑眩反应”，才是药物达到最佳效果之目标，而且这种“瞑眩反应”是可遇而不可求的，但是我们可以逐日增加附子的用量，直至出现“瞑眩反应”，这也是一种很好的方法。

附子应用千年之余，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，而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，确实感到郑氏所说“理实无穷”，实在是至理也。

观察应用附子后的药效反应，是反映一个合格火神派医家的重要标准，特别是预先告知其将要发生的反应，并且成竹在胸，为取得良好的临床效果是非常关键的一个方面。而且这是药外功夫的一种特殊本领，一定要越过这个门槛。

#### 6. 应用姜、桂、草的经验

在应用好附子的同时，如果没有姜、桂、草的相辅相助与配合，附子也很难发挥出惊人的疗效来。因此，临床上应用好姜、桂、草的辅助配合作用也显得十分重要。

“附子无干姜不热”，表明附子的热效能否充分发挥，与干姜的促进作用密切相关。姜有生姜、干姜、炮姜与姜汁之分。生姜一般应用在内外合病的时候，特别是外感风寒，是不可缺少的佳品；另外，其对于宣发行水，促进附子的蒸腾气化作用，是其他药物所不能替代的。用于疏散风寒的时候，生姜的用量一般不会超过附子的量，多用10~30g；若用于促进蒸腾气化作用，生姜的用量一般用到60~150g，一般情况与附子用量可相等。单独应用生姜的时候，如人们常说的生姜红糖水，一般只用几片就行，也就是用量要小，不可太大，以防对胃产生不良刺激；若与复方合用，由于多药共煎熬，加之药物之间的相互配合，多无副作用。

干姜的用法与用量：一般胃脘功能情况较好者或者肠道有气机郁滞者，多选用干姜，因干姜具有温行之作用，其用量在30~90g，一般情况下以不超过附子的用量为好。若胃部情况不是太

好者，可适当减少干姜的用量，减少干姜对胃的直接刺激。

炮姜的用法与用量：一般是胃肠道功能不太好的人或是伴有腹泻或胃痛的病人、血证患者，多选用炮姜，由于炮姜具有收敛的作用，对于腹泻或胃不好的人，具有良好的效果。其用量一般在30~90g，多不会超过附子的用量。有时为了提高姜的作用与疗效，笔者常常是三姜合用，即干姜、炮姜、高良姜合用，三者合用的剂量可等于附子的量，一般不宜超过附子的总量，个别情况也有超过附子用量的。

姜汁是姜的特别用法中的一种，一种是外用，另一种是内服，我们常常是内服。姜汁对于化痰止呕具有良好的效果，对于一些呕吐而药食难入者，每次服药之前，加数滴姜汁于汤剂中，小量频服，止呕吐效果显著，有立竿见影之效。

桂有桂枝与肉桂之分。

桂枝作用有二：一是温通解表；二是温经通阳。温通解表一般用量在10~60g，温经通阳一般用量都比较大，多在30~90g。桂枝作用很平和，取温通作用之时有时单独应用，即不与附子配合，若与附子合用，桂枝用量多与附子等量。

肉桂之用量：引火归原之时一般用量都比较小，多在6~10g；对于一些口腔溃疡的患者，有时也用小剂量口中含化，有一定的效果；大剂量用肉桂的时候，多用于下焦寒闭证，或是与桂枝同用，其剂量均比较大，多在30~60g，经多年临床观察，未见明显的不良反应。

甘草有生甘草与炙甘草之分。笔者一般临床上多用炙甘草，因炙甘草有甘缓解毒之作用，与附子配合有解毒增效之作用，与干姜配合可减轻对胃的刺激性。用量一般都比较小，多在10g左右，因为笔者用附子之时，都是将附子先煎熬，故炙甘草用量较小，量大的炙甘草有壅滞胃脘的作用。但对于急证、痛证的情况，笔者也大剂量应用生甘草（30~60g），甚或应用炙甘草60~120g。生甘草一般用于解毒或与附子同煎之时，一般都用比较大的剂量。总之，笔者对甘草的用量经验是，一般小量应用为最好。

## （七）应用回阳建中汤的经验

回阳建中汤是笔者的一个经验方，在“扶阳助正，回阳返本”的学术理念前提下，所创建的一个组方，经多年临床经验积累与观察，有一定的扶阳助正，祛邪强身之作用。

### 1. 回阳建中汤组成

制附子 30g，炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，肉桂 10g，桂枝 10g，苍术 10g，白术 10g，石菖蒲 10g，甘松 10g，砂仁 10g，三七 10g。

### 2. 组方意图

该方组成以四逆汤为基础，同时用炮姜与生姜，解决外感与内伤同病的问题；加上党参或人参，就是四逆汤加人参，张仲景称为四逆加人参汤，郑钦安称之为回阳饮，笔者习惯于称为小回阳饮，因为四逆汤加肉桂，就是吴佩衡教授之大回阳饮，且二者统称为回阳饮，故此笔者称之为回阳；阳虚病人一般脾胃功能相对都是比较虚寒的，虚寒的脾胃往往运化与升降功能都比较差，故此苍术、白术、甘松、石菖蒲、砂仁五味，具有很好的健脾和胃、运脾降胃、调节升降功能与作用；由于阳虚病人极易感受外来寒邪，方中苍术、桂枝、生姜三味，即通阳运脾，同时可以解表散寒，达到有病治病、无病调胃的双重作用；三七性温，具有活血化瘀之作用，对于全方功效的发挥有良好的促进作用。

### 3. 主治范围

主要是针对阳虚这类病人易于反复性感受风寒、脾胃虚弱、阳虚体寒而设。这些阳虚病人都是比较轻的患者，经常出现反复性风寒外感，加上脾胃功能虚弱，易出现低热长期难退，浑身酸困，头晕乏力，胃脘胀满，应用一些常规的方法，常常是防不胜防，而回阳建中汤常能达到“有病治病，无病强身”之功效。

## （八）应用破格救心汤的经验

破格救心汤原方出自当代火神派名家李可老中医，在临床应



用中，由于自己所面对的病群不一样，因而组成与方药有所变通。

### 1. 破格救心汤组成

制附子 30~60~100g，干姜 30~60g，生姜 30~60g，炙甘草 10g，党参 30g（或红参 10~30g），山茱萸 60~120g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，丹参 10~30g，三七 10~30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 10g。

### 2. 组方意图

古人有“内不治喘”，说明喘在内科方面是个非常难治的病证，而破格救心汤针对这样的病证具有很好的疗效，可以说疗效神奇。笔者的组方与李可老中医的原方破格救心汤有一定的差别：区别一，笔者在方中加入了活血化瘀药丹参与三七，因为在这样的重病过程中，瘀血证存在是明显的，而加入丹参与三七可大大提高临床治疗效果；区别二，笔者的组方中没有麝香，因为麝香这个药目前比较缺乏，且假药也比较多，临床无法保证药效，故此，笔者在方中用石菖蒲、白芷、威灵仙三味来代替麝香，经这些年的临床观察，临床疗效良好。

### 3. 主治范围

临床上主要是应用于治疗慢支肺气肿、肺心病所出现的咳嗽、喘息不能平卧；其次是治疗顽固性咳嗽、心源性哮喘、肺源性哮喘，特别是现在所谓的变异性哮喘、喉源性咳嗽，具有很好的疗效；最后还应用于急慢性心功能不全，也有比较好的临床效果。

### 4. 随症加味

临床常用：血瘀证明显者，加檀香 10g，降香 10g，沉香 10g，砂仁 10~30g；胸闷者，全瓜蒌 10~30g，薤白 10~30g，桂枝 10~30g；痰多者，加陈皮 10g，半夏 15g，茯苓 15g；咽喉痒者，加桔梗 10g，木蝴蝶 10g；大便秘结者，加火麻仁 30~60g，肉苁蓉 30g；腰膝酸软者，加肾四味〔淫羊藿（仙灵脾）、枸杞子、菟丝子、补骨脂〕各 10~30g；水肿明显者，加茯苓 30~60g，泽泻 30g，泽兰 30g。

## （九）应用潜阳封髓丹的经验

潜阳封髓丹是火神派领袖郑钦安经常提到，并且应用极为广泛的一个方剂，临床上笔者也非常喜欢应用这个方剂，但在具体应用过程中，笔者发现应用郑钦安原方时，疗效不明显，但随证加味活用疗效显著。

### 1. 潜阳封髓丹组成

制附子 30~60g，龟甲 10g，砂仁 10~30g，炙甘草 10g，黄柏 10~30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，石菖蒲 10~30g，天麻 10g，肉桂 10g，干姜 30g，丹参 10~30g，三七 10g。

### 2. 主治范围

主要是针对阳虚所造成的虚阳上越，即阴火上潮所导致的头面部病症，以及头面部口腔所谓的“上火”，如牙痛、口舌溃疡、面部痤疮等，一切头面虚热上扰病证。笔者多年观察发现，头面疾病实热少而虚热多，故而提出“头面疾患少实火”之说。因为这类病证，多是由于下寒上热所引起的，正常人应该是下热上寒，如果这个位置颠倒了，那么这样的病证就会接踵而至。为什么郑钦安老先生极力推荐这个方剂？就是因为这类病证常极易使人迷茫，弄不清到底头面部为什么“热”总是消不掉。如果大家仔细看透看明白郑钦安的解说，对这个问题应该是很好理解的。

### 3. 随证加减

临床上一般应用上方药之时，只加药而不减药，如治疗顽固性失眠，常常加上王清任的血府逐瘀汤原方，但要去掉方中的生地黄，避免减少或降低整个药方的温潜之性。

## （十）大方治疗结肠炎的经验

慢性结肠炎这种病非常多，且中西医药治疗方法众多，但经笔者多年临床观察研究，发现其疗效并不尽如人意。为此，笔者潜心研究数年始得有果，这就是采用以附子理中汤为主的大方药，能取得良好的临床效果。关于大方的应用，这是一个人的境



界问题，有很多学者质疑这个问题，但笔者总是抱着“唯效是求”的主导思想，因此而选用了独特的治疗思路与方法，取得很好的临床效果。在这里面，实际上也突出了笔者广用附子的问题，经典的火神派医家大都以重用附子、药单力专为特点，而笔者是附子重用与广用相结合的方法，这样也能解决临床上更多的疑难问题。

### 1. 附子理中汤加味大方

制附子 30~60g，炮姜 30~60g，党参 30g，炙甘草 10~30g，苍术 30g，白术 30g，枳实 10g，枳壳 10g，乌药 10g，厚朴 10g，槟榔 10g，大黄 10g，陈皮 10g，防风 10g，赤芍、白芍各 10~30g，薏苡仁 30g，败酱草 30g，当归 10g，丹参 30g，三七 10g，乳香 10g，没药 10g，三棱 10g，莪术 10g，血竭 10g，鸡内金 30g，生麦芽 30g，茵陈 30g。

### 2. 组方意图

该方以附子理中汤为主，其方中含有小承气汤、痛泻要方、芍药甘草汤、薏苡附子败酱散、活络效灵丹六个方剂，然后加茵陈、三七等。附子理中汤以温中祛寒为主，小承气汤意在推陈致新，痛泻要方与芍药甘草汤是为缓解腹痛欲泄之急，薏苡附子败酱散可解毒利湿浊，活络效灵丹是张锡纯的活血化瘀名方，加三七、血竭活血化瘀作用更强。

经多年观察发现，慢性结肠炎以虚实寒热夹杂为特点，依靠单一的方法是很难取效的，这就是为什么一个肠炎而治数年难愈的关键环节。因此，只有大方复治，反激逆从，从多途径、多方位、主次矛盾一起抓的方法，才有可能治愈该病。

### 3. 服药方法

慢性结肠炎，补其虚要防止助邪，祛其邪要防止伤正，如何解决这个矛盾问题？笔者找到了方法。这就是间隔服药，“以候正气来复”（山西名医李翰卿语）。具体方法是，每服 1 剂药，停药 3 天，而后再服再停，连续服用 3~5 剂。

服药期间，病人腹泻会更厉害，这要事前告诉病人，要病人不要恐慌，停了药以后，就会慢慢好转，而且是越吃越不拉，最

终停药以后就慢慢地好了。当然，好了以后，巩固治疗也非常需要，因为刚恢复的肠道，是经不起折腾的。笔者常常应用附子理中丸进行后期巩固，只要坚持一段时间，这种病也是可以治好的。

再好的灵丹妙药也不可能包治百病，笔者的这种方法当然也不例外。据笔者的观察，对于中等病情的结肠炎患者，七八成效果显著。但对于一些比较重的、脓血便长期存在者，这种治疗，疗效也不是十分理想，真的需要我们下大力气去研究这个问题。

## （十一）活血化瘀药应用经验

### 1. 活血化瘀药应用目的

作为一个火神派学习与追随者，笔者的理念是“唯效是求”，在我们学习好火神派扶阳理念的同时，若能结合其他学说而提高临床治疗效果，则有“柳暗花明又一村”的感觉。特别是王清任的活血化瘀系列方药与四逆汤类方药合用，可大大提高临床治疗效果。笔者认为，火神派扶阳理念就像给人注入生命之火力，但人体是一个运动着血脉之体，如果血脉通畅度有问题的话，那么我们强劲的火力（扶阳药物姜、桂、附），也可能对某些病证远端会有鞭长莫及的感觉，也就是说如果在血脉的运动路途中有障碍物的话，扶阳药物需要用量足够的大才有可能达到目的。如果我们在应用姜、桂、附的同时，加用活血化瘀药就好像我们在助火力的同时，扫清道路上的障碍物一样，不仅能大大提高临床治疗效果，同时小剂量的附子也可达到目的，而且可以降低发生附子的“药效反应”，甚至可以避免。


人体皮肉筋骨、经络与脏腑息息相关，而以脏腑为中心，以经络通联内外，与此同时血脉贯通人体的任何一个地方，如果说把人体的支持组织忽略不计的话，人体任何部分都是由血管网所组成的，也就是说人体的相互联系与传递信息、营养物质供给等所有的活动，都是依靠血管内血液的运动才能达到目的。特别是当人生病的时候，局域网产生的任何病理变化都会涉及到血管网通畅度的问题，即造成局部血脉瘀滞的情况。如果我们想把治病

的药物达到靶目标，除了用扶阳药姜、桂、附强劲的动力之外，就是考虑如何克服血脉通畅度的问题。为什么经典的火神派名家他们用的姜、桂、附剂量如此的大？也就是说他们就是靠强劲的火力来达到目的的。如果我们换一种思维方式，也就是说我们如果把扶阳药与活血化瘀药合起来，这样在疏通血脉的同时合用姜、桂、附，即使是我们用了小剂量的附子也能达到目的。

## 2. 常用的活血化瘀方药

笔者在临床上最喜欢用王清任的诸多方剂，从头到脚依次是：通窍活血汤、会厌逐瘀汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、身痛逐瘀汤、补阳还五汤、通经逐瘀汤、解毒活血汤、癫狂梦醒汤等。后世的方药有丹参饮、失笑散、活络效灵丹。最常用的药对就是丹参与三七。在这些方药中，应用最多的就是血府逐瘀汤，方中的生地黄常换成丹参与三七之药对，既减少该方药的寒性，同时也强化了该方药的疗效。

应用这些方药，笔者的体会是：把王清任的方剂作为辨证定位的汤底，加上辨证应用的姜、桂、附类药物，举例说：比如我们治疗一个久病头痛的患者，我们先把通窍活血汤作为治疗的基础，然后加上姜、桂、附或是麻黄细辛附子汤等方药，这样的组成方剂，常有事半功倍之效果。比如我们想强化潜阳封髓丹的效果，可以合上血府逐瘀汤，这样就可大大提高治疗效果或是缩短治疗时程。



# 下篇

## 临证实践与验案

### 1. 慢性咽炎案——潜阳丹加味

李某某，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：

附子30g（先煎），砂仁10g，龟甲10g，炙甘草10g，黄柏10g，牛膝10g，桔梗10g。

3剂。用法：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。笔者认为“头目疾病少实证”，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。

### 2. 心动过缓案——四逆汤合保元汤加味

赵某某，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/min。现症见：近段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，附子100g（先煎），炮姜30g，炙麻黄10g，细辛10g，肉桂10g，人参10g，黄芪60g，丹参10g，三七粉10g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药后，心率提高到59次/min，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，原方再进6剂，附子用至120g。

三诊：服药之后，心率提高到66次/min，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。

### 3. 心衰、心房纤颤案——补坎益离丹化裁

王某某，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，并未见明显改善，最近进行性加剧，心电图报告：心房纤颤、心肌缺血、心率165次/min。现症见：心慌，气短，胸闷，乏困无力，动则尤甚，面色暗黑，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），炮姜30g，炙甘草30g，生龙

骨、生牡蛎各 30g，红参 10g。

3 剂。用法：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/min，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，其特征表现为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，为一派心肾阳虚之表现；虽然自觉心跳快，但这个心率快实则作为一种假象。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。

#### 4. 顽固性失眠案——潜阳封髓丹加干姜

郑某某，女，45 岁，市民。2006 年 7 月 5 日就诊。

患顽固性失眠 3 年余，长期靠服大量催眠药入睡，近段加大用药剂量也难以入睡 3h，经常是夜晚反复服用催眠药，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，自感身体很差，一天至晚头脑昏沉而难以入睡，后来逐渐到不服药就难以入睡，曾服中西药物年余也未见明显效果，只好靠催眠药助睡。现症见：病人畏寒肢冷，白天头昏，无精打采，晚上则头脑清醒难以入睡，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，方用潜阳封髓丹加干姜。药用：

制附子 30g（先煎），龟甲 10g，砂仁 10g，炙甘草 30g，黄柏 10g，干姜 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊：服药后，效果明显，催眠药可减量，又服原方 2 剂，催眠药可减半量，再服 3 剂后，不用催眠药可入睡 6h 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，共服 100 余剂，停服药也能入睡。



【按语】《内经》认为白天为阳，夜晚属阴；白天阳在外而人则动，夜晚阳入阴，阴盛而静，故而入睡。白天阳动则人应该有精神，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·原叙》中云：“医学一途，不难于用药，而难于识症。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。

#### 5. 腰扭伤案——麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤

李某某，女，60岁，市民。2006年7月10日就诊。

患者腰背部疼痛半月余，曾在市级、省级医院等诊治未果，经CT、磁共振成像、彩超等检查未发现异常，始终未弄明白突然腰背痛的原因，经多种治疗也未见明显效果。现症见：腰痛，沿脊柱两侧疼痛，活动后加剧，不敢过度伸展身体，不坐椅子，蹲下弯腰则疼痛少轻，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，方用麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤，药用：

麻黄 10g，附子 15g（先煎），细辛 10g，赤芍、白芍各 30g，炙甘草 30g。

3剂。用法：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，但病人汗较多。处方调整剂量：

麻黄 6g，附子 20g（先煎），细辛 10g，赤芍、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》之麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤，一太少并治，二柔筋舒肌，三剂而病轻，六剂而痛愈。

#### 6. 阳虚外感案——再造散加味

赵某某，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/min。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，附子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。

3剂。用法：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/min，按原方再进3剂，以巩固治疗，后病愈。

**【按语】** 高年体虚，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。

#### 7. 特发性浮肿案——实脾散加味

贾某某，女，34岁，农民。2006年9月19日就诊。

患者面肢浮肿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：面肢浮肿，腹胀纳差，畏寒肢冷，浮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，附子30g（先煎），厚朴10g，泽兰30g，泽



泻 30g，泽漆 10g，白术 10g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊：服药 3 剂，浮肿消失大半，胃纳增加，前所未有的自感良好，再进 6 剂，浮肿尽消，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；而病人中焦纳差腹胀显著，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，浮肿尽消，故而临床效果显著。

#### 8. 肩周炎案——仙灵脾散加味

付某某，男，30 岁，职工。2006 年 10 月 1 日就诊。

患者右肩背部疼痛 3 月余，右肩疼痛不能抬，项背部转动头部则疼痛，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：

淫羊藿（仙灵脾）30g，桂枝 30g，威灵仙 20g，苍耳子 10g，川芎 10g，葛根 30g。

3 剂。用法：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。原方药有效，嘱病人一定要避风寒，同时仍用上方，加重桂枝 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，病人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。病人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. 夜间口干舌燥症案——全真一气汤加味

姚某某，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，不饮水就觉得口干，且舌难转动，发音困难，进行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，附子 30g（先煎），桔梗 10g。

3剂。用法：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，故口燥咽干；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。

### 10. 长期腰痛案——麻黄细辛附子汤加味

李某某，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。经常是弯腰后不能



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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

麻黄 10g，附子 60g（先煎），细辛 10g，炙甘草 10g，杜仲 10g，牛膝 10g，肾四味各 30g。

3 剂。用法：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，而肾中之阴气盛也。夫腰为肾之府，先天之元气寄焉。元气足则肾脏温和，腰痛之疾不作”。方用麻黄细辛附子汤加补肾强腰之品，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。张仲景麻黄细辛附子汤，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。

## 11. 结核发热案——四逆汤加味

宋某某，女，60 岁，农民。2006 年 10 月 4 日就诊。

患者发低热 37.5℃ 已有半年余，经拍 X 线片确诊为双肺结核，正规服抗痨药物 2 个多月来，仍然低热不退，曾经中西药治疗未见显著的变化。现症见：每天下午低热 37.5℃，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。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药后低热已退，体温37℃，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，它药不变，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，一切很好，纳食二便均正常。近阶段由于操劳过度，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】** 治疗肺结核发低热，不管是教科书还是目前绝大部分书，一律都是养阴清阴之法。早年笔者也是如此，但低热总是不退，百思不得其解。细读《郑钦安医学三书》之后，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。但见到病人一派阳虚阴盛之象，故治应以扶阳着手，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。

## 12. 膝关节肿痛案——麻黄细辛附子汤加味

李某某，女，57岁，农民。2006年10月11日就诊。

患者右膝关节肿痛数余年，用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。方用麻黄细辛附子汤加味。药用：

生麻黄30g，附子60g（先煎），细辛10g，熟地黄100g。

3剂。用法：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，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”。方用大剂麻黄细辛附子汤，

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，故而效果显著。

### 13. 变应性鼻炎案——麻黄细辛附子汤加味

张某某，男，30岁，教师。2006年10月14日就诊。

患者有变应性鼻炎病史10年余，曾服多种中西药物及外用药物治疗，时好时坏难以根治。现症见：早晨清水鼻涕不断，喷嚏连连，特别是一到冬天，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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

麻黄10g，附子60g（先煎），炙甘草10g，细辛10g，肾四味各30g。

3剂。用法：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：半个月后随访，病情无反复。

**【按语】** 变应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：“此非外感之寒邪，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，治用麻黄细辛附子汤，宣肺温肾，特别是加用李可老中医之肾四味〔淫羊藿（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。

### 14. 风湿性关节炎案——桂枝芍药知母汤加减

冯某某，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，经过服用中西药物治疗，病情时好时坏，每到冬天加剧，曾因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, 附子 75g (先煎), 干姜 30g, 牛膝 10g, 松节 10g, 狗脊 10g。

6 剂。用法：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，这是前所未有的表现。原方有效，再进 6 剂，二诊之后病痛若失，病人要求巩固治疗，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，十四种情况中十三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，其关键在于温通之品的应用，重用桂枝、附子、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。

### 15. 更年期抑郁证案——潜阳丹加味

刘某某，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，被确诊为更年期抑郁症，长期服用安定类药物病情也不能稳定，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：

附子 60g (先煎)，砂仁 15g，龟甲 10g，炙甘草 10g，黄柏 10g，紫石英 30g，灵磁石 30g，山楂 20g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊：服药后，病人自觉良好，情绪稳定，夜晚可安卧，纳少，原药有效，再进 5 剂。服药后情绪进一步改善，病人自觉精神极好，睡眠入常，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，《内经》认为是“天癸竭”。天癸者，

肾精也，实乃是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，都收到良好的临床效果。

#### 16. 肾病综合征案——麻黄细辛附子汤加味

刘某某，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。尿常规：蛋白（+++）。现症见：鼻塞不通，不闻香臭，畏寒肢冷，腰酸背痛，吃激素引起的柯兴综合征明显，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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

麻黄10g，附子30g（先煎），细辛10g，苍耳子10g，辛夷10g，桑白皮10g，白芷10g，石菖蒲20g，淫羊藿（仙灵脾）30g，菟丝子30g，枸杞子30g，补骨脂30g。

10剂。用法：共为细末，每天3次，每次6~10g，水煎服或吞末。

复诊：1个月后检查尿常规，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，病人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。此例病人患有过敏性鼻炎，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、表邪长期难以消失；但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。

### 17. 声嘶伴病窦案——麻黄细辛附子汤加味

阎某某，女，43岁，市民。2006年10月21日就诊。

患者有病态窦房结综合征（病窦综合征）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/min，曾在北京阜外医院就诊考虑上起搏器，经住院观察月余最后认定不宜安装，后返回调养，服中药也未见明显改善，并有习惯性外感。心电图提示：心率40次/min。现症见：声音沙哑，一说话多几句就发不出音，病人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，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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

麻黄10g，熟附片75g（先煎），细辛10g，炙甘草10g，桂枝30g，干姜60g，生姜50g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药后，病人症状大减，发声正常，自述前所未有过的自感好转，再服原方药，加重熟附片为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，声音未有过沙哑，食欲大增，体重增加5千克，精神好，现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），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）：病人专来告，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10千克。

【按语】病人患病窦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。治用麻黄细辛附子汤加味，重用熟附片，温肾振阳，宣窍开闭，特别是二姜合用，既能发散风寒，又能温中固内，内外同治，近效显著，远期疗效也较为巩固。

### 18. 慢支肺气肿案——破格救心汤化裁

张某某，男，70岁，退休工人。2007年1月10日就诊。

患者有慢性支气管炎肺气肿病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、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，苔白膩水滑，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），干姜60g，炙甘草10g，红参10g，山茱萸30g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，灵磁石30g，石菖蒲20g，生姜30g，大枣10枚。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药后症状大减，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：恢复如常。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】**老慢支、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，病人阳亏日损，抗病能力大大降低，故而一病就颇难治。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之方，主要是为治疗各种心衰而设，临床疗效显著。而笔者在李可老中医的启发下，化裁运用该方治疗老咳喘之症，经多例临床观察疗效显著，很值得进一步研究与重复应用。

### 19. 长期低热案——回阳饮

李某某，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 $37.1^{\circ}\text{C}$ 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，方用回阳饮，药用：

附子30g（先煎），干姜30g，炙甘草10g，人参10g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

复诊：药效较佳，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，此乃虚阳外越所致，加之病人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。近年来笔者应用回阳饮治疗妇女长期发热患者已有数十例之多，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。

### 20. 喉源性咳嗽案——破格救心汤化裁

吴某某，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，曾经就治于各级医院而无明显效果，中西药吃尽也未见改善病情。现症见：先有喉痒，继之咳嗽，且咳嗽阵发性加剧，伴胸闷气憋、流泪等，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，方用破格救心汤化裁，药用：

附子 30g（先煎），干姜 30g，炙甘草 10g，人参 10g，山茱萸 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，石菖蒲 20g。

2 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊：服药后，病人咳嗽病减，十去七八，甚为高兴，治疗信心增加百倍，要求再服原方 3 剂，后又服 3 剂，停药观察月余，无异常。

三诊：4 个月后，在外地感冒又引发咳嗽，专程返笔者处治疗，又服上方药 6 剂后，病又治愈。

**【按语】**久病咳嗽，正气亏损，肾不纳气，加之外象一派虚寒之表现。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，用治疗久病喉源性咳嗽疗效显著。

### 21. 慢性结肠炎案——附子理中汤、六磨汤、痛泻要方三方化裁

韩某某，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，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 个月前曾在笔者所在医院进行结肠镜检查，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 3~5 次不等，脓血寒冻样物，喜热恶凉，不敢进食油腻之物，一吃就泻，可以说是吃什么泻什么，俗话讲：成了直肠子。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), 干姜 30g, 炮姜 30g, 高良姜 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, 金银花 20g, 三七粉 10g, 防风 10g, 白芍 30g, 陈皮 10g, 焦三仙各 10g。

3 剂。用法: 水煎服, 每吃 1 剂, 间隔 3 天, 再服下 1 剂。

二诊 (3 月 2 日): 服药之后症状大减, 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, 每天大便 1 次, 仍有饭后腹胀, 或时有肠鸣, 原方有效, 再进 3 剂, 原方服用。

复诊: 1 个月之后又带病人看病, 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, 辨证治疗 1 年的时间, 病情仍无明显的改善, 此病人对笔者震动很大, 按图索冀, 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的间隔用药方法对我启发很大, 其目的是“以候正气来复” (李翰卿话); 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“腑以通为用”的原则。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; 加金银花、三七粉清热解毒、活血化瘀; 温、补、行、通、解、活为一炉, 治脏用补, 调腑用泄, 相反相成; 而间歇给药, 既可祛邪, 又待正复, 既清除积滞, 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。

## 22. 复发性疮疡案——薏苡附子败酱散合神效托里散加减

刘某某, 男, 30 岁, 农民。2007 年 3 月 1 日就诊。

患者每年春季, 都会发生复发性全身疮疡, 已有数年, 今年再次复发已经有月余, 曾应用中西药物治疗, 但不能根除, 往往是此起彼伏, 患者 5 年前求治笔者曾治愈过, 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, 头皮及项背多处也患大疮疡, 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，淫羊藿（仙灵脾） 30g，生薏苡仁 30g，败酱草 30g，生黄芪 30g，当归 20g，炙甘草 10g，金银花 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊：服药后，疮疡红肿热痛减轻大半，未再复发新疮，上方有效，原方再进 6 剂。

三诊：服完药后，全身疮疡已经消失，病人要求再服以防复发。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，可为什么久治不效呢？反而越治复发越频繁，这不得不引起我们的沉思。再看病人全身情况，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、淫羊藿（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，并非治疮清热解毒一条路可走。

### 23. 腰椎间盘突出案——麻黄细辛附子汤合芍药甘草汤加味

唐某某，女，70 岁，农民。2007 年 3 月 10 日就诊。

患者有老腰痛病史数十年，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”。曾采取服用镇痛药物等措施而疗效不明显。现症见：病人腰痛剧烈，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，方用麻黄细辛附子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，赤芍、白芍各 30g，熟地黄 100g。

3 剂。用法：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 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，加重用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，在未学习火神派扶阳理念之前实不敢想象。

#### 24. 慢性肾炎案——实脾散加味

董某某，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，近阶段有加重趋势。尿常规：蛋白（+++），红细胞（++）。血、肾功能检查正常。现症见：气短懒言，胸闷纳呆，双下肢浮肿，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），厚朴 20g，泽兰 20g，泽泻 20g，党参 30g，三七 10g。

10 剂。用法：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，上方加淫羊藿（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，服至 40 余剂。

四诊（5 月 6 日）：今天检查尿常规阴性。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。

## 25. 亚健康状态案——补一大药汤加味

李某，女，40 岁，教师。2007 年 4 月 6 日就诊。

患者颈部不适及全身性乏困无力数余年，长期于外地省市级医院就医，确诊为神经官能症、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，全身不舒服，特别是扭动颈部时更不适，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。

3 剂。用法：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 年来前所未有的好，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。原因是病人“一身尽病，”处方用药往往无处下手，而且病人拿

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，凡遇到此种病人，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，”用于治疗这种病人多有良效，特别是在此方的基础上，随病人的症状加味而治，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。

## 26. 顽固性咳嗽案——破格救心汤化裁

姚某某，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之久，曾到省市级医院就治，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：近阶段由于外感引起，再次出现咳嗽，一般是先出现喉痒，继之出现痉挛性咳嗽，胸闷气憋，鼻涕及眼泪俱出，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，尺部尤大甚。证属肾不纳气，治宜温肾纳气，方用破格救心汤化裁，药用：

附子50g（先煎），炮姜50g，炙甘草10g，人参10g，山茱萸30g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，灵磁石30g，石菖蒲20g，桔梗10g。

3剂。用法：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，舌不出现干燥，小便正常。病重药轻，宜加大剂量：

附子60g（先煎2h），山茱萸60g，红参30g，干姜50g，炮姜50g，高良姜50g，灵磁石30g，紫石英30g，石菖蒲20g，砂仁30g。6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，大喜过望，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，只偶尔1声，轻微，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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

麻黄 10g，附子 60g（先煎），细辛 10g，干姜 30g，炮姜 30g，高良姜 30g，炙甘草 10g，红参 10g，半夏 20g，桔梗 10g。5剂。

五诊：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，此张处方吃了约近2个月才停用。

**【按语】** 该例患者咳嗽病史10年有余，进行性加剧，且发作时喉部痉挛，气闭胸闷，甚为痛苦，经各级医院诊治未见明显效果。《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，喘咳自然不作。患脉浮，系虚阳外越之症，其脉硬与年老血管硬化有关，但重按无力，尺部尤甚，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，同时配用山茱萸，温肾收敛。一服之后，病人畏寒肢冷缓解、夜间口渴消失，表明阳回阴生，而且症状逐渐解除。此类病人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，实乃为治喘咳根本之法也。

## 27. 失眠伴抑郁症案——潜阳丹加味

刘某某，女，40岁，教师。2007年5月12日就诊。

患者有抑郁症病史10年余，情绪低落，失眠，彻夜难以入睡，长期用抗抑郁症药、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，白天头昏沉，无精打采，夜晚上床则头脑清醒，无法入眠，彻夜烦转不安，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），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, 山茱萸 30g。

3 剂。用法：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 年来从未有过的现象，要求继续服用，10 剂，附子加至 50g。

三诊：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】** 失眠是抑郁症的一个主要症状，长期服用镇静药无效，且病人一派畏寒肢冷状态，表现为阳虚的症状明显。白天阳气该升而不升，夜晚阳当降而不降，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。

## 28. 长期胃胀案——四逆汤加味

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，未确诊有它病，长期胃胀、胃满，服用中西药物数年，未见明显改善。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），炮姜 30g，炙甘草 10g，红参 10g，砂仁 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊（6 月 6 日）：病人到家之后，看到只有这么几样药，心里嘀咕这能有效吗？因为她长期服药，都是中西药物一大包。煎服药之前忧忧郁郁。可服药之后，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】** 胃脘胀满在临床上十分常见，但治愈并非易事。此例老年患者尽管经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，但无法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。笔者辨治从温补肾阳入手，以助命门之火，命门火足而肾气旺盛，益助脾胃之阳，加之重用砂仁一味，既可行中焦之气机，又能纳气归肾，可谓一举两得；而回阳饮（四逆加人参汤）是郑钦安所创，真正是名符其实，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——温氏奔豚汤加味

安某某，男，52岁，农民。2007年6月3日就诊。

患者夜间有一股子气体从右下肢内侧沿着右侧腹股沟向胸腹上冲，病人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1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，难以入睡，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），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。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

复诊（6月6日）：病人服药之后，当天夜晚可安静入睡，未再发作气上冲胸，只是在下肢内侧有轻度烦热感，但不十分明显，且没有了恐惧感。病人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，且经辨证病人乃为一派阳气虚衰之表现。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——四逆汤加味

罗某某，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50年，心率40次/min，而且还有家族史，伴顽固性腹泻病史几十年，每天排便3~5次，曾求治各地数十年未能取效；伴有高血压病，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腹泻，心悸头晕，看身体颇健壮，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），炮姜30g，炙甘草10g，人参10g，肉桂10g，三七10g。

3剂。用法：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反应，不必停药，3剂服完，精神大振，腹泻也明显减轻，每天1次，心率提高到47次/min，大喜过旺，而且血压也稳定在130/90mmHg。原方有效，再进3剂。

三诊（6月9日）：全身情况前所未有的好转，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），炮姜30g，干姜30g，高良姜30g，砂仁30g，炙甘草10g，人参10g，肉桂10g，三七10g。3剂。

四诊（6月12日）：心率提高到50次/min，全身情况进一步好转，要求长期服，并要求附子加量，调整处方：

附子75g（先煎），炮姜50g，干姜50g，高良姜50g，砂仁30g，炙甘草10g，人参10g，肉桂20g，三七10g。6剂。

五诊：最后1次处方，一直服用40余剂，心率提高到57~62次/min后停药观察，疗效巩固，血压稳定，不再怕冷，夏天吃凉面条儿也不再腹泻。

**【按语】** 该例患者可谓是久病缠绵，自小得病，几十年病史，并有家族病史，其家族人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，既先天性虚寒体质。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，且高血压病也得不到稳定。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，高血压病也随之稳定。因此而感悟到《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。

### 31. 白细胞反复增高案——潜阳丹加味

宋某某，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，但病人出现反复性低热（37.5℃）不退，伴白细胞增高，曾经出现过白细胞达 $20.9 \times 10^9/L$ ，经用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，病人随之感觉身体日益瘦弱，特别是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，病人不敢再用抗生素，要求服中药调治。白细胞 $11.9 \times 10^9/L$ 。现症见：低热，多在下午为重，最高可达37.5℃，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），炮姜 30g，龟甲 10g，砂仁 10g，炙甘草 10g，人参 10g。

3 剂。用法：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  $10.9 \times 10^9/L$ 。现胃胀明显，要求加重剂量服用，调整处方，药用：

附子 50g（先煎），炮姜 30g，砂仁 30g，炙甘草 10g，红参 10g。3 剂。

三诊（6 月 25 日）：自感病情减轻大半，白细胞  $9.0 \times 10^9/L$ ，完全恢复正常。精神明显好转，失眠也好转，但情绪仍然不稳定，要求长期服用，处方调整，药用：

附子 60g（先煎），炮姜 50g，砂仁 30g，炙甘草 10g，红参 10g。10 剂。

四诊：最后处方服用 40 余剂，停药观察，病情稳定。

**【按语】** 反复性发低热，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，可病人在白细胞下降的同时，身体状况也每况愈下，但停用抗生素之后白细胞再度升高，而病人再也无法抵抗反复应用抗生素对身体的伤害。病人虽说低热，可却反映出一派阳虚之象，并非“炎”都属实火，此病人则为阴盛阳衰、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——引火汤加味

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，近年有进行性加剧的趋势，现在每天都在加大剂量服用卡马西平等镇痛药物，但还是不能完全控制发作性疼痛，遇到风、寒、情绪等各种诱因都会引发神经痛发作，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，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，砂仁 20g，全蝎 10g，蜈蚣 2 条，灵磁石 30g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（6 月 24 日）：自述服药后，按原西药少量维持，未再发作，病减七八成之多，要求再服上方，6 剂，巩固治疗。

复诊：其子女因它病求治，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，用傅山引火汤加味而治，效果经得起重复，收效甚佳。

### 33. 功能性低热案——四逆汤加味

陈某某，女，60 岁，农民。2007 年 6 月 21 日就诊。

患者低热 37.5℃ 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℃），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，然后又逐渐降为正常，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），炮姜 30g，炙甘草 10g，人参 10g，三七 10g，砂仁 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（6 月 24 日）：病人服药后，自感症状大减，精神大振，前所未有的好转，体温最高在 37.2℃ 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 年来从没有过的好转，大喜过望，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。现病人呈现出一派阴盛阳衰、阴阳两虚之证候，依据郑钦安的扶阳思路来分析，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，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，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. 心肌梗死案——四逆汤加味

李某某，女，67 岁，农民。2007 年 6 月 29 日就诊。

患者确诊为“心肌梗死”3 月余，经住院治疗月余病情稳定而出院，但出院后不久，病人活动之后仍然出现心慌、气短、胸闷等症，扫描心电图 T 波仍然倒置，又经中西医治疗后，病情仍不能稳定，且有进行性加剧的趋势。现症见：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），炮姜 30g，炙甘草 10g，人参 10g，三七 10g，砂仁 30g，肉桂 10g。

3 剂。用法：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），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，心电图描记 T 波与上次相比已明显恢复，大喜过望，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，这表明病人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，即四逆汤加人参再加肉桂，这是郑钦安的回阳饮与吴佩衡先生回阳饮（四逆汤加肉桂），笔者称其为双回阳饮，达到回阳、通阳、助阳、通脉之目的。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。病人服药之后，胃口大开，体质增强，病情迅速稳定，达到了逐渐恢复健康的目的。

### 35. 慢性胃炎案——四逆汤加味

袁某某，男，30 岁，农民。2007 年 6 月 26 日就诊。

患者有慢性胃炎病史数余年，经过服用中西药物，情况时好时坏，一般都是服用药物开始有效，但吃不了 3 天，就什么效果也没有了，可停药之后又会胃部难受，像吗丁啉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), 炮姜 30g, 炙甘草 10g, 红参 10g, 白豆蔻 30g, 石菖蒲 20g, 甘松 10g, 肉桂 10g。

3 剂。用法: 水煎服, 每天 1 剂。

二诊 (6 月 29 日): 病人服药后, 感觉症状消减大半, 自述几年来未见过这样好的情况, 胃胀不甚, 纳食增进, 体力也明显增加。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, 涉及病症很多, 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 6, 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……予意此病治法, 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》)。在郑氏的思路启发下, 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。

### 36. 慢性肠粘连案——四逆汤合六磨汤加减

黄某某, 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, 就是采取常规的打吊针、禁食、减压等措施而使病情缓解。但病人自感体质越来越差, 而且肠梗阻的次数越来越频繁, 最多的 1 个月之内肠梗阻 3 次, 出院后而治于中医。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, 方用四逆汤合六磨汤加减, 药用:

附子 30g (先煎), 干姜 30g, 炙甘草 10g, 沉香 10g (后下), 木香 10g, 枳实 10g, 乌药 10g, 槟榔 10g, 大黄 10g, 山药 30g,

红参 10g，白术 60g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（7月14日）：病人服药1剂之后，腹胀显著减轻，排便正常。后病人每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个月来肠梗阻未再发生，但胃部隐痛，不耐寒冷，天气变冷而胃部不适，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），三七 10g，砂仁 30g。

用法：水煎服，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，而且随着病人反复复发肠梗阻，病人的体质每况愈下，进入恶性循环。这与病前患者体质素质较差、禀赋薄弱，加之手术创伤及反复应用抗生素等措施，病人体质消耗过大密切相关。现病人呈现一派阳虚阴盛、寒湿积滞之证。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，改善病人的虚弱性体质，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。

### 37. 老年性消化不良案——四逆汤加味

李某某，女，66岁，退休干部。2007年7月18日就诊。

平素身体较差，较瘦，近阶段什么都不敢吃，吃一口水果，立即腹痛腹泻，每天排便2~3次，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），炮姜 30g，人参 10g，炙甘草 10g，肉桂 10g，三七 10g，砂仁 30g。

6剂。用法：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，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，服感冒药立马痊愈，前所未有的，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、水果吃后也不再腹泻。精神大振，再服6剂以进行巩固治疗。

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。”此例病人，一派脾肾阳亏证候，且表明重在脾阳亏损、不能腐熟水谷之上，可以说是吃什么就拉什么，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，不能从根本上改善病人“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，方用四逆汤加人参、肉桂，又称为双回阳饮，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，方药对症，疗效确切，改善迅速。

### 38. 产后身痛麻木案——当归四逆汤加味

王某某，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，后来进行性加剧，2年来曾进行多种检查及中西药物治疗，病情无明显改善，且有进行性加重的趋势。现症见：四肢麻木，冷痛，阴天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，附子 10g（先煎），吴茱萸 10g，木瓜 30g，鸡血藤 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药之后，疗效平平，病重药轻，上方加附子为30g（先煎），全蝎 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），全蝎 10g，蜈蚣 2条。6剂，隔日服1剂。

**【按语】** 妇人产后多虚多瘀，加之休息不当，操劳过度，引起血脉运行不畅。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，同时合全蝎、蜈蚣，以加强温通经脉之作用。方药对症，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。

### 39. 更年期并心动过缓案——补坎益离丹加减

孔某某，女，57岁，退休职工。2007年7月21日就诊。

患者有病窦综合征病史，经治数年而未能缓解，近几年，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，未有显著改善。心电图报告：心率45次/min。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，方用补坎益离丹加减，药用：

附子 30g（先煎），肉桂 10g，炙甘草 10g，红参 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，三七 10g，灵磁石 30g，紫石英 30g，干姜 30g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊（7 月 26 日）：复诊之时，病人说近 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，但睡眠质量仍较差，心电图报告：心率 62 次/min。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，心肾阳衰而使病情加剧。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。在郑氏之方药上，加用三七以活血化瘀，加灵磁石、紫石英以助镇潜虚阳上越之力；同时加红参以益气助阴，意有以阴助阳之效果。方药对症，效有桴鼓之应，久病之人，更需巩固以图远期临床效果。

#### 40. 复发性身疮案——薏苡附子败酱散加味

高某，女，16 岁，学生。2007 年 7 月 20 日就诊。

患者每年夏天到来之时，都会遍身生疮，此起彼伏，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。

6 剂。用法：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，发现身上又出很多斑点，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，疾病渐愈。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，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；同时嘱其病人禁食冰凉食物，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。

#### 41. 顽固性痤疮案——薏苡附子败酱散加味

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，多年经治，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），白芷10g，败酱草30g，薏苡仁30g。

3剂。用法：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，且胃口见好，手脚湿冷略改善。方药对症，再服6剂。

三诊（7月30日）：原有痤疮明显消失，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。

四诊：上方药共服1月有余，面部痤疮已基本消失，面部皮肤已光滑白润。

随访：随访半年有余，远期效果也较为满意。

**【按语】** 治疗痤疮，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，肯定是事出有因。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。治疗应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，病症才得以大获良效。

#### 42. 发热伴心动过缓案——再造散加味

潘某某，男，30岁，农民。2007年8月23日就诊。

患者发热月余，体温 $37.5^{\circ}\text{C}$ 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/min；血常规：淋巴比率升高。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），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。

3剂。用法：水煎服，每天1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/min。病消大半，但病人仍然身困乏力，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，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，使身体逐渐复元，才能得以彻底康复。

### 43. 食管癌术后转移锁骨淋巴结案——四逆汤加味

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，动则气喘吁吁，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。

3剂。用法：水煎服，每天1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，右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，上方附子重用60g，炮姜改为三姜（炮姜、干姜、高良姜）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，面部浮肿，血压80/50mmHg。上方剩余1剂药，加山茱萸60g，生龙骨、生牡蛎各

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。病人仍在治疗之中。

**【按语】** 食道癌术后转移，一般情况下没有什么好方法，特别是体质虚弱者，往往是致死的主要原因。该患者，高年体衰，肾精不足，阴阳两亏，加之手术之后后天之本纳运不及，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，但亦不能放在重点上，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的机会，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。

#### 44. 慢性肾炎伴失眠案——潜阳丹加味

倪某某，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。近阶段由于劳累过度，双下肢浮肿加剧，伴长期失眠，经中西药物调治效果不佳。尿蛋白（+++）。现症见：双下肢浮肿，运动后加剧，气短懒言，畏寒肢冷，穿衣服明显比常人多，面色青暗，长期失眠，近期加重，彻夜难眠，白天头晕脑胀，夜晚上床则反而精神，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，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，石菖蒲 20g，甘松 20g，茯苓 60g，泽泻 20g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（9 月 9 日）：浮肿大减，其他症状变化不大，失眠明显好转，方药对证，病重药轻，上方改附子为 45g。再进 6 剂。

三诊（9 月 15 日）：浮肿消失大半，失眠又进一步好转，尿蛋白阴性。方药有效，为强化疗效，上方加淫羊藿（仙灵脾）、仙茅、补骨脂（上 3 味即二仙）各 30g。再进 6 剂。

四诊（9 月 22 日）：浮肿消失，每天可入睡 2~3h，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）：因外感而浮肿又起，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。病人仍在治疗之中。

**【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。此例病人，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，忽略全身之情况，而此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。

#### 45. 发热伴白细胞增多案——再造散加味

赵某某，男，40 岁，农民。2007 年 9 月 12 日就诊。

患者发热月余，起初为感冒风寒，血白细胞升高，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  $37.7^\circ C$ ，白天高而夜晚可恢复正常。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。

3剂。用法：水煎服，每天1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、白细胞增多，一般都认为是感染的表现，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，要辨其病人的虚实、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。

#### 46. 老年性慢性肾炎案——实脾散加味

陶某，女，66岁，农民。2007年9月14日就诊。

患者有数十年慢性肾炎病史，经治而愈。近阶段由于操劳过度，发现双下肢浮肿，而且进行性加剧，尿蛋白（+++），遂来诊治。现症见：双下肢浮肿，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 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。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（9 月 21 日）：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）：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，上方改木瓜为 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，由于老年人肾精已衰，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，治水则其本在肾，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。方药对症，服之即效，且尿蛋白也随水肿消退而消失。由此而看出，肾炎要看尿常规结果，同时还要观察全身情况，着重全身治疗，如此可以收全功。

## 47. 直肠黏膜脱垂症案——补中益气汤加附子

孟某某，女，40 岁，干部。2007 年 9 月 15 日就诊。

患者曾确诊为“直肠黏膜脱垂症”年余，曾服用中西药物并采用外洗熏蒸等方法，不见好转，且有进行性加剧的趋势。现症见：每当站立时久，直肠处便觉下垂，有排便感，到厕所后空坐，卧床休息后可减轻，活动、劳累后症状加剧，总是觉得有便意感，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，腕胀，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, 淫羊藿（仙灵脾）30g, 仙茅 30g, 补骨脂 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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，只是用力时偶感直肠下垂，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耳”，三阴证用扶阳药，虽失不远。仍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。

#### 48. 子宫脱垂案——补中益气汤加附子

张某某，女，30岁，职工。2007年9月10日就诊。

患者生育之时因产程过长，体质消耗较大，因而生产以后便出现子宫脱垂，经过休息及西医常规治疗等多种手段，仍然不能使其复元。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），淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅30g，补骨脂30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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】** 以往凡治脱垂病变，皆用补中益气汤，套方套药，

方药对症，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，近远期疗效均获满意。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——补中益气汤加附子

靳某某，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，但遗留下尿频及小腹下坠感不消失，多次检查尿常规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），淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅30g，补骨脂30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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，由于病人体质较差，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，津液藏焉，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——再造散加味

周某某，女，60岁，家属。2007年10月15日就诊。

患者有“糖尿病”病史 10 年余，长期应用胰岛素病尚基本稳定，近阶段由于天气突然变化，不慎感冒，出现发热恶寒伴纳差、腹胀等症状，开始常规应用抗生素、清热解毒药物等，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，吃中药数剂无效。现症见：恶寒发热，体温 37.6℃，肢体困乏，气短乏力，头晕脑涨，精神疲惫，极度恶风，畏寒肢冷，腹胀纳呆，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。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 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，腹胀纳呆明显改善，但食欲仍差，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，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，特别是后期病人往往出现多种合并症，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，最后卧床不起，可见病人素体阳气不足，抗病能力低下。最为特殊的是，病人虽然典型的外感表现，可脉不浮却沉，很显然是脉证不符，这正反映出病人阳气不足于内，无力驱邪之特点。故一诊就用再造散加味，扶阳解表，方药对症，3 剂而愈。但病人胃纳不佳，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. 乙肝大三阳案——桂附理中汤合香砂六君子汤加味

代某某，男，22岁，市民。2007年10月28日就诊。

患者有乙肝大三阳病史数余年，近年由于劳累过度转氨酶曾反复升高，高达600单位以上，治疗后曾一度下降，停药后不久再度反复升高，再治疗后转氨酶降到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，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，白豆蔻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。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

复诊（2008年1月7日）：上方随证加味，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，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脏功能。然治疗中西药用尽，转氨酶有时虽降却不能恢复到正常范围内，而且病人体质每况愈下，精神体力不支，表明体质下降，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。本病的治疗目标就在于强体助正，扶正为主，佐以祛邪——基本原则，方用桂附理中汤合香砂六君子汤为主，随证加味，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，以求多点共治的目标。以扶正为主，调节脾胃功能为根本。病人食欲、睡

眠、便三方面恢复如常，则正气足，而佐以祛邪之品，着重全身调整与治疗，在短时间内，达到了良好的治疗效果。

## 52. 顽固性口疮案——潜阳封髓丹加味

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、舌边溃烂，疮面色苍白，疼痛难忍，连吃饭都困难，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”，咽炎；全身畏寒肢冷，双下肢尤甚，冬天加剧，喜热恶凉；月经后错，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，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，石菖蒲 20g，甘松 10g，白芷 10g，桔梗 10g，三七 10g。

6剂。用法：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疥疮，较为疼痛，且多年之痔疮也有复发之势。告之说：此乃“阳药运行，阴邪化去”之反映，不必担心，继续服用原方药，药用：

附子 45g（先煎），三姜（干姜、炮姜、高良姜）各 30g，炙甘草 10g，龟甲 10g，砂仁 30g，黄柏 20g，生龙骨、生牡蛎各 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。此次因近几天月经来临，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，实在是不知为何。告知：该方药可助人体之正气，故而此次月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。笔者认为“头面疾患少实火”，多为虚阳上越之“阴火”证。用郑氏阴阳辨证法诀对照来看，可谓是一派阳虚阴盛之象。因此，治用潜阳封髓丹加味，可以说是有桴鼓之应。附子用量起手用30g，二诊之后不仅附子加至45g，且还用了三姜以助阳升阴降。病人服后，头皮上疥疮增多，此正是“阳药运行，阴邪化去”之反映，大可不必担心，早已是成竹在胸。服药之后，果然是头皮疥疮消失，而下之痔疮发作也随之消失。病人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。

### 53. 长期发热案——四逆汤加味

刘某，男，30岁，农民。2007年11月29日就诊。

患者发热月余，体温在 $37.6^{\circ}\text{C}$ 左右，白天高，夜晚低或正常，开始检查血常规，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，白细胞反而增高且甚，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，白细胞增高且持续不降，无奈之下，求治于中医。现症见：发热多在 $37.6^{\circ}\text{C}$ 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、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。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊：服药之后，体温慢慢控制在 $37.2^{\circ}\text{C}$ 左右，精神转佳，食纳增进，化验白细胞降至正常，大为高兴，病人曾为白细胞升

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℃），畏寒肢冷减轻，力量增加，要求巩固治疗，以防反复，再进 6 剂。

**【按语】** 长期发热一症，西医多是在病原菌上找原因，这是对的。可问题是，病人虽然细菌培养发现了细菌，可应用相应抗生素之后，体温及白细胞仍然不能恢复正常，原因何在？关键就在人体抵抗力上，因为人体的正气不足，驱邪能力下降。杀菌降低正气的抵抗力，白细胞不降反升，显然治疗的着重点我们要放在病人身体上。病人虽说发热，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，阳回而热自退，体健力增、白细胞恢复正常。

#### 54. 重度肾盂积水案——真武汤合五苓散化裁

李某某，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，腰痛阵发性加剧，进行性加重，彩超报告：右肾积水，右肾 12.8cm×8.1cm，左肾 9.9cm×4.7cm，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，每过半月左右发作加剧，间断性发作，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊：服药后，开始小便特别多，3 天之后正常，腰痛消失，自觉病除。再进 6 剂，以加强治疗。

三诊（12月14日）：复查 B 超，示右肾 9.6cm×5.5cm，右肾集合分离约 4.5cm，肾皮质厚约 0.5cm，肾脏回缩显著，腰痛未再发作。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特别性疾病，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，但足以证明阳虚证俱全，内外结合，则采用温阳利水之法，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。用好并重用附子是非常关键的。

### 55. 风湿性关节炎案——麻黄细辛附子汤加味

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：全身性关节疼痛，畏寒肢冷，气短懒言，阴天下雨时疼痛加剧，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，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

附子 60g（先煎），细辛 10g，麻黄 10g，干姜 50g，炮姜 50g，高良姜 50g，全蝎 10g，蜈蚣 3条，桂枝 30g，苍术 30g，白术 30g，淫羊藿（仙灵脾） 30g，炙甘草 10g，羌活 10g，独活 10g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（11月29日）：服药后，病情有显著好转，关节疼痛、肿胀、全身性症状明显改善，上方附子改用75g（先煎），再进12剂。

三诊（12月16日）：服上药后，感觉口唇麻木，停半天药后消失，附子量偏大，附子减为60g，再进6剂。

四诊（12月22日）：服药后全身症状进一步减轻，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，全蝎 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, 山茱萸 30g。6 剂。

五诊 (12 月 28 日): 全身性关节疼痛消失, 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。而加强行气活血药物的应用, 特别是穿山甲一味, 性辛窜, 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。

#### 56. 慢性肾炎案——桂枝芍药知母汤加味

付某某, 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, 近阶段由于劳累过度加之外感, 而病情加剧, 尿常规: 蛋白 (++) , 潜血 (++)。现症见: 腰痛, 面肢轻度浮肿, 活动后加剧, 平素畏寒肢冷, 腹胀纳呆, 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, 治疗疏风利湿, 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, 草薢 30g, 芡实 30g, 淫羊藿 (仙灵脾) 30g, 仙茅 30g, 补骨脂 30g。

10 剂。用法: 水煎服, 每天 1 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。尿阴性。上方药每周 1~2 剂, 以巩固治疗。

**【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，又加生黄芪等品，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。

### 57. 复发性肾病案——桂枝芍药知母汤合理冲汤加减

滕某某，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”，经中西医结合治疗而临床缓解，今年因学习紧张而感冒不愈，近阶段又发现双下肢浮肿。尿常规：蛋白（+++）。考虑肾病复发。现症见：面色灰暗，双下肢浮肿，气短懒言，畏寒肢冷，五心烦热，活动1天后双下肢浮肿加剧，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，山茱萸 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，淫羊藿（仙灵脾）10g，枸杞子 10g，菟丝子 10g，补骨脂 10g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。同时配合服用强的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，检查尿常规阴性，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，西药强的松开始减量，环磷酰胺冲击治疗仍每月1次，目前中药仍服用上方药，在继续治疗之中。

**【按语】** 复发性肾病，临床上一般都比较难治。西药强的松与环磷酰胺常规应用，部分病人已经不敏感，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加减，协调阴阳，疏风利湿，活血益肾，长期服用，一

可改善并针对全身免疫功能紊乱情况进行调节，二能协同西药增效减毒，提高对激素等西药的敏感性，特别是扶正固本益肾药物的应用，为提高远期疗效，减少反复都具有重要的临床意义。

### 58. 低热案——大小回阳饮加味

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，近阶段加剧，血、尿等理化检查无异常。现症见：体温 $37.6^{\circ}\text{C}$ ，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，腹胀纳呆，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。用法：水煎服，每天1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，病人却是一派纯阴之象，只有回阳收纳，阳用事则外能固密，虚阳自下潜复位。方用郑钦安的四逆汤加人参，加上吴佩衡四逆汤加肉桂之大回阳饮，笔者称为大小回阳饮，也叫双回阳饮。病人服后，药到病除，可见郑钦安扶阳重阳学说对于治疗阳虚病人，辨治无误，效果有桴鼓之应。

### 59. 习惯性外感案——大小回阳饮加味

杜某某，女，38岁，市民。2007年12月10日就诊。

患者产后半年以来，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，往往是病情难以彻底改善，最后还得以服中药才能慢慢好转，长期如此反复，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。用法：水煎服，每天 1 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】** 习惯性外感病人临床非常多见，这种病人往往是外感不断，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，病人体质日趋下降。为此，笔者从“扶阳助正，回阳返本”（作者心悟）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。

## 60. 肺癌发热案——大小回阳饮加味

徐某某，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，故而求治于笔者。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，腹胀纳呆，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊（3 月 15 日）：服药之后，体温正常，纳食增进，气短懒言明显好转，精神大振。停药观察数天，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】** 高年体弱，阳气不足，阴精不化，积聚成块，故肺癌之形成。病人一派阴寒之证，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观察。

### 61. 肠炎伴发热案——大小回阳饮加味

朱某某，女，60岁，农民。2008年1月25日就诊。

患者有肠炎病史数十年余，每天大便3~5次，伴腹痛、纳差，消瘦，曾用中西药物治疗年余，效果不明显，近阶段由于劳累过度，出现低热，体温37.5℃左右，白天重，夜晚轻，治疗无效而来求治。现症见：低热37.5℃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。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（1月28日）：服药后，自感病情好转，但畏寒肢冷未改善，低热无变化，体温仍在37.5℃左右，方药对症，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，胃中稍有不适，畏寒肢冷明显减轻，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笔者，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，再三反思，《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，但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，下通肝肾，既通阳，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，抓住脾肾关，百病可解。不仅纳增神振，而且睡眠、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。

## 62. 阑尾肿块案——薏苡附子败酱散合活络效灵丹加味

黄某某，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超检查发现阑尾肿块，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，苔黄厚腻，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。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（2月5日）：服上方开始前3天，每天排便5~6次，便次多而且带有脓血，夹杂有粪便硬块，患者自觉有点坚持不住。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。此例患者慢性阑尾炎典型, 外科拒绝手术治疗, 表明后果难以预料, 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三七两味药, 以加强活血化瘀之力。方药对症, 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。

### 63. 溃疡性结肠炎案——附子理中汤加味

李某某, 男, 36 岁, 农民。2008 年 2 月 5 日就诊。

患者 3 年前被确诊为“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, 伴腹胀纳差, 长期服药而病情无明显的改善。现症见: 脘腹胀满, 纳呆, 噎气, 腹痛肠鸣, 立即泄泻, 粪便溏稀, 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，可一停药就腹泻。而服用此药，每吃1剂就腹泻加剧，可停药后就不再腹泻，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，附子理中汤、薏苡附子败酱散、小承气汤、活络效灵丹、痛泻要方等方为一炉，重用附子，以取万夫不挡之勇为先，挟众药直捣病巢；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。二者可扶正而不助邪，祛邪而不伤正，达到了两全其美的临床疗效。

#### 64. 大气下陷案——大小回阳饮加味

王某某，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，工作期间曾经多年是挥汗如雨，如此多年后渐渐出现这种情况，经多方治疗未见明显改善。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，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。用法：水煎服，每天1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，畏寒肢冷明显改善。再进 10 剂，加强治疗效果。

**【按语】** 病人有过度出汗的病史，大汗如雨，不仅伤阴，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降汤证，但病人一派阳虚下陷证显著，并非单纯气虚下陷证。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，服药后临床效果显著。

### 65. 慢性胃炎案——附子泻心汤合血府逐瘀汤加减

许某某，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，无异常发现，曾按“慢性胃炎”服遍中西药物，就是一个胃脘痞满而无法改善，痛苦难忍。现症见：畏寒肢冷，腹胀纳呆，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（4 月 1 日）：病人喜出望外，服药 1 剂，自觉病情减轻一半，6 剂药服完，病症大减，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，为进行善后治疗，上方药调整为，药用：

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，为升降之枢，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，故此造成虽病轻但病人却苦不能忍，且长期得不到正确的解决。经辨证后，确认为脾寒胃热，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——大小回阳饮加味

徐某某，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，又洗凉水澡等原因，当时并没有什么表现，但半年后出现全身疼痛并进行性加剧，曾在广州、北京各级医院检查，身痛原因无法确诊，最后下个“抑郁症”的结论，经治疗后情况无改善，反而全身疼痛进行性加剧，以至因疼痛彻夜难眠，食纳俱废，大肉尽脱，后求治于笔者。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，体质极度消瘦，需要有人搀扶，气短懒言，行动困难，面色青黑，呻吟不止，腹胀纳呆，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（4月5日）：服药后，有明显的效果，怕冷稍有好转，但背痛不能伸直，夜眠稍安。方药对症，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，感觉疼痛往下走。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：

赤芍、白芍各 60g，炙甘草 60g，山茱萸 100g，全蝎 10g，蜈蚣 3 条。2 剂。与上方交替服用。

三诊（4月8日）：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，夜晚可安静入睡，自己可行走到诊室（二楼），并配合理疗腰背部。原方有效，仍交替服药。

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：

赤芍、白芍各 60g，炙甘草 60g，山茱萸 100g，全蝎 10g，蜈蚣 3 条，皂角刺 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，调整处方一。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，皂角刺 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）：晴天身不疼痛，但阴天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：一是早期治疗多求治现代医疗手段，进行大量的理化检查，但多无法确诊为什么病症；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常达年余，在山穷水尽的时候才想到中医治疗，此时病人已病入膏肓，疼痛剧烈。如此重症，轻描淡写是无济于事的，即一开始就大剂量姜桂附一起上，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，并且持久渐进使得病情慢慢痊愈。

### 67. 心源性哮喘案——破格救心汤化裁

张某某，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)/(100~90) mmHg，时高时低，彩超发现“左心室收缩功能低下”以外，其余未发现异常。病人长期自觉气喘胸闷，气短懒言，过度活动后加剧，曾到省级医院进行诊治，也未确诊为什么病症，病人自感上气不接下气，活动受限。现症见：自觉活动后喘息得上气不接下气，气短懒言，畏寒肢冷，平卧时有时可以在梦中憋醒，动则气喘加剧，感觉气不够用，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，山茱萸 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g。

7 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（4 月 11 日）：服药后，喘息消失，活动后也不觉上气不接下气，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。此例病人长期按“心脏病”治而无效，自感气喘，上气不接下气，夜间有时可以憋闷醒，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，以使气纳归肾、归根，因而临床疗效显著，表明久病及肾。论证了李可老中医所说的：“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——再造散加味

张某某，女，38岁，职工。2008年4月13日就诊。

患者有“面神经炎”病史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，又出现口角喎斜，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：面口喎斜，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，全蝎10g，蜈蚣2条，白附子10g，僵蚕10g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。同时配合面部电疗。

二诊（4月22日）：服药3天，面部口角喎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，且已停数月的月经又复至。面部光泽红润，自感左侧（健侧）有紧缩感，精神大振，从未有过的好现象，上方加：白芍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，病人甚为痛苦，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，病人对治疗充满信心，月经复常，面色红润，表明正气恢复，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——破格救心汤化裁

刘某某，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，每年的5月份发作，到夏秋之后逐渐缓解。开始曾服用中西药物，效果不佳，后来每次发作均吸入舒喘气雾剂，以控制发作，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，动则气喘，夜晚12点前后发作气喘胸闷，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，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，山茱萸60g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，灵磁石30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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】** 此例病人有两个明显的特征：一是每年春天五一前后发作哮喘；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。特别是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，长期性的巩固治疗，以彻底改变虚寒性体质具有重

要的意义。

### 70. 产后头晕汗多案——十四味建中汤加附子

张某某，女，38岁，农民。2008年5月1日就诊。

患者在广州剖宫产术后半月余，由于当时气候炎热，室内空调冷风不断，后来逐渐出现头痛头晕，大汗淋漓，动作气喘，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，气喘吁吁，头痛头晕，大便稀溏，小便短少，舌质略干，苔薄，质稍红，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，山茱萸 30g，丹参 10g，三七 10g，石菖蒲 10g，天麻 10g，生姜 10g，大枣 10枚。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

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，只是从卧位到立位时，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】 病人出现的症状，均系产后体虚，产后多虚又多瘀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，扶正为主，兼顾瘀滞这一病理环节，药后症状大减，且随着方药巩固病症消失。由于头为

诸阳之汇，邪去则正安，正气升达头部，则清阳上升而诸邪自去，后期采用益气升阳之法合活血化瘀之品，则疾病得以治愈。

## 71. 膝关节积液案——阳和汤加附子合散膝汤加味

张某某，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，常服用药来缓解疼痛。现症见：左膝关节肿胀，比对侧关节肿粗明显，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：

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。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

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。

**【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，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——大小回阳饮加味

胡某某，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个月前曾复发，但经治而临床缓解，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，胃肠减压管中有大量胃液及未消化完全的食物残渣，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。

3剂。用法：浓煎后，少量频频由胃管注入。

二诊（6月24日）：服药1剂，即有排便排气感，肠腑气通后，小便量增多。服完第2剂，病人有下坠感，排大便量次过多，有气虚不接之感觉，嘱其减量服用。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，偶尔咳嗽一两声，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的应用。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，以下降大肠，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。由于高年加之久病，病人体质虚弱，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——白通汤

余某某，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，病情始终无明显改善，近阶段有加剧趋势，并恐怕自己患有“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，但又不敢食用，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5min后，晾凉，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“咽部神经官能症”，病虽不大，但众多的常规治疗方法难以取效，特别是远期疗效更是难求。开始步入临床也是多种方法与药物治疗，但始终不能取得较好的疗效。近阶段温习《伤寒论》，知张仲景应用半夏散及汤，治疗少阴咽痛症，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。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，煮沸5min，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——补中益气汤合通经逐瘀汤加味

李某，女，86岁，农民。2008年7月27日就诊。

患者发现左下肢高度浮肿1周余，曾在当地治疗未效，到笔者所在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：左下肢高度浮肿，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（8 月 1 日）：患者服药 1 剂，左下肢浮肿消减大半，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】** 高年体衰，阳气不足，血脉瘀阻，特别是左侧肢体得病，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。由于方药对症，量大药物多，故而临床疗效显著。

### 75. 风心心衰案——大小回阳饮加味

张某某，女，60 岁，农民。2008 年 7 月 29 日就诊。

患者有“风心心衰”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，近阶段由于服西药不正规，加之机体对药物的敏感性下降，自感服药没有效果，气喘胸闷及双下肢浮肿等症状加剧，再住院治疗临床症状也不能完全缓解。现症见：面色灰暗，两颧潮红，口唇紫暗，气短懒言，畏寒肢冷，双下肢浮肿，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。

3 剂。用法：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，双下肢浮肿消失，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。

八诊（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】** 风心心衰一病，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，近阶段临床疗效显著，远期疗效仍在进一步观察之中。

## 76. 复发性口疮并腹泻案——补脾胃泻阴火升阳汤加四逆汤

付某某，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，现舌尖有数个小溃疡，疮色发白，吃饭一动就疼痛难忍，面部小疔肿也同口腔溃疡一样，长年不消，两眼周围紫暗，喜食凉食但又不敢吃，胃胀满，遇冷则腹痛腹泻，大便稀溏，每天鸡鸣泻，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（包煎），蒲黄 10g（包煎）。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（8月6日）：服药之后，口疮溃疡消失，面部多处小疔肿也大部消失，仍有少量继生，眼周围紫暗已有消散的趋势，腹泻也明显减轻，前所未有的改善，患者喜出望外，要求再服。上方生石膏减为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——桂附理中汤加味

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周因伤口感染而化脓，又进行2次手术切开引流，2次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（与常人显著差别），纳呆脘胀，胃隐痛不断，小便短赤，大便秘结，1周末排，诊时患者因窗口

微风而感到寒冷刺骨，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，白豆蔻 10g，木香 10g，丹参 30g，檀香 10g，降香 10g，三七 10g，砂仁 10g，五灵脂 10g（包煎），蒲黄 10g（包煎），高良姜 30g，香附 30g，百合 30g，乌药 10g，生麦芽 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

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，脘胀腹痛仍在，大便未排，病重药轻。上方附子用 60g（先煎），白术用 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，双上肢已不甚怕风冷，上身觉温暖，双下肢仍有冷凉感，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，白豆蔻 10g，木香 30g，三七 10g，红参 10g，火麻仁 100g，石菖蒲 30g，甘松 30g，芒硝 10g（烔化）。

五诊（9 月 8 日）：服用 5 剂后，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（烔化），赤芍、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，只是背部略有不适感。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）：期间曾有几感冒，均服中药经验方回阳建中汤，服药而愈，现如常人。

**【按语】** 病人术后身体一落千丈，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。此例病人阳气亏虚所造成的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，但病人的标象也非常明显。故此，治疗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——真武汤加味

赵某某，男，71岁，农民。2008年9月13日就诊。

患者夜晚小便频多数年余，近阶段有进行性加剧的趋势，曾在当地诊治病情未明显改善，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1夜可达10次左右，严重地影响夜晚的休息与睡眠，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），皂角刺 30g，天花粉 10g，黄柏 10g，砂仁 10g，炙甘草 10g，三七 10g，火麻仁 60g。

3剂。用法：水煎服，每天1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，夜晚睡眠安稳，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，但术后部分病人复发及并发症的问题，不仅多而且恢复困难。早年治疗曾系统学习各家经验，但效果难以重复，心中郁闷数十年之多，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而已，这是一个关键性的问题。因此，方选真武汤与五苓散化裁，温肾阳以助气化功能，州都气化复元，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、穿山甲、皂角刺、天花粉，以化瘀散结通窍，通的问题也得到解决。由于抓住了该病气化与瘀阻两大关键问题，其余情况则随证加味，以提高临床治疗效果，值得进一步观察与研究。

### 79. 胃痛案——桂附理中汤加味

杨某某，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，近阶段天气变凉，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（包煎），蒲黄10g，高良姜30g，香附10g，百合30g，乌药10g，生麦芽30g，鸡内金10g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

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，胃中有股紧缩感，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】**胃痛一病临床上十分常见，且胃寒者居多数。《内经》中云：“寒者温之”。方用桂附理中汤单用，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，本例病人附桂理中汤合四合汤，疗效显著就是明证。

### 80. 长期失眠案——潜阳封髓丹加味

范某某，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，又服中药类间断性应用年余，未产生明显的效果。现症见：白天无精打采，夜晚难以入眠，一合眼则是梦纷云云，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。用法：水煎服，每天1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天可安静入睡，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，应用火神派创始人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，去生地黄加丹参、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，由于长期失眠一症久病绵绵，故需长期服药巩固而防反复。

### 81. 贫血并发热案——回阳建中汤

孙某某，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。用法：水煎服，每天1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，其目的是一要治贫血——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（作者心悟）。

### 82. 胃肠炎案——附子理中汤加味

张某某，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，经在当地治疗，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，患者又呕吐出大量不消化食物，略带有酸腐味，完谷不化，

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，生龙骨、生牡蛎各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。告诉病人说可以长期服药，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，上方作一调整，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，生龙骨、生牡蛎各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，一服药呕吐与腹泻均止，病入坦途。

### 83. 亚健康状态案——回阳建中汤

张某某，女，30岁，农民。2008年11月28日就诊。

患者胃胀、头痛、全身酸楚不适多年，到处求医而无果。现症见：畏寒肢冷，头晕头胀，纳差腹胀，肠道不过气，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。用法：水煎服，每天 1 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，去解决阴证所有的病人，可以说建功显著，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，但都可以用阴盛阳衰解释之。“治之但扶真阳，是不治邪而实治邪也”（郑钦安语）。方用经验方回阳建中汤加味而治，疗效显著。

#### 84. 变应性鼻炎案——麻黄细辛附子汤合封髓丹加味

孙某某，女，30 岁，干部。2008 年 10 月 4 日就诊。

患者有“变应性鼻炎”病史 20 年余，经过多年中西药物治疗，未能明显改善，近阶段由于居住环境及办公室新装修，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，方用麻黄细辛附子汤合封髓丹加味，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，淫羊藿（仙灵脾）30g，枸杞子 30g，菟丝子 30g，补骨脂 30g。

10 剂。用法：水煎服，每天 1 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，已彻底治愈，不再复发。

**【按语】** 病人年纪不大，而病史却有20余年，真可谓是久病绵绵难愈。但病人之表现的症状，正如郑钦安所说：“夫嚏之为病，多缘于少阴受寒，麻黄细辛附子汤，力能祛少阴之寒，故治之而愈”（《医法圆通》）。方用麻黄细辛附子汤，加上李可老中医的肾四味〔淫羊藿（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——破格救心汤化裁

房某某，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，也未明显好转，曾进行理化检查也未见明显异常。现症见：喉咙发痒，痒甚就出现咳嗽，剧烈咳嗽之后，咳出少量清黏痰、难以吐出，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，山茱萸60g，紫石英30g，生龙骨、生牡蛎各30g，灵磁石30g，石菖蒲10g，甘松10g，桔梗10g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（11月13日）：服药之后，咳嗽立即终止，未出现1次咳嗽，病人大喜过望，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。依据病人病久、难治、顽固性特点，符合中医认为的“久病多瘀”、“久病及肾”的病理特点，同时中医认为肾主纳气、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，同时应用镇潜之生龙骨、生牡蛎、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，若非火神派扶阳理念，想治好这样的顽症，实不可想象。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一灵丹妙法。

## 86. 低热发热案——回阳建中汤

杨某某，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，情况未明显改善，理化检查也未见明显的异常。现症见：体温37.5℃左右，上午最高，下午逐渐降为正常以内，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。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

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，稍有不适感受，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的地步。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体质之病人，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——补中益气汤加附子

宋某某，男，80岁，退休职工。2008年11月4日就诊。

患者有“乳糜尿”病史30年余，曾经长期服用中西药物，而未有明显的效果，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，原因是一吃就乳糜尿增多，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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（11 月 25 日）：服完中药之后，乳糜尿消失，化验正常，尿液清晰，偶吃一些油腻食物，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）：尿常规检查阴性，进食油腻食物，没有尿中混浊，昨天曾吃两小碗饺子，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】** 此例老年性乳糜尿患者，曾经诸多中医诊治，笔者曾分析了其过去所服用过的诸多处方，发现他们一直都在采用清热利湿之法，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，这是因为高年体衰，脉象呈现硬化，这与老年性血管硬化有关，并非是由湿热所造成的，张锡纯针对脉硬曾说过：“脉硬应按血瘀论治”。笔者认为其很有道理，即按瘀血论治看待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，这种热与其郁积不化有关。由于方药对证，不仅全身情况改善明显，而且尿液混浊转清，尿常规检查也转阴性。就此病，对于老年人来说，一个80岁以上的人，吃上附子30~60g，在辨证方药里，疗效可大大地提高，论证了笔者所遵循的“扶阳助正，回阳返本”之学术理念是正确的。

### 88. 血小板减少症案——补中益气汤合四逆汤

冯某某，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，近阶段服用药物，不但不能升高血小板，还反复降低，现化验血小板 $58 \times 10^9/L$ 。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，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅30g，补骨脂30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月1日）：复查血小板 $61 \times 10^9/L$ ，病人喜出望外，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 $75 \times 10^9/L$ ，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 $64 \times 10^9/L$ ，有所下降。上方附子仍用45g。10剂。

五诊（2009年1月17日）：化验血小板 $53 \times 10^9/L$ 。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  $85 \times 10^9/L$ 。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”论的科学性及临床价值。但是, 本病是一个慢性经过, 不少患者难有恒心, 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——再造散加味

刘某某, 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, 反而进行性加剧, 且发热不退, 检查血常规, 除淋巴细胞比率稍增高外, 其余及其他检查均正常。现症见: 恶风发热, 体温  $37.6^{\circ}\text{C}$ , 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, 紫苏叶 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。用法: 水煎服, 每天 1 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, 过 1 天消失。接着出现全身性荨麻疹、瘙痒, 病人比较紧张。我告诉病人说: 这是体内药物的反应, 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。病人返家后服完余下 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，且病人为虚寒性体质，故用桂枝加附子汤加味，以调和营卫、疏风发散表邪，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日再次外感就诊，述说去年之事，仍然满脸喜悦。此次处方用麻黄细辛附子汤、理中汤、小柴胡汤化裁，服药 3 剂。以观后效。

**【按语】** 服用温阳药的一个重大特别之处，就是病人服用温热药之后，所出现的“阳药运行，阴邪化去”（郑钦安语）之药物反应，即正性祛病作用。这时病人多有恐慌不安，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，早已是成竹在胸，应付自如，应消除病人的疑虑，让其顺利服药，则病自然会逐渐痊愈。

### 90. 慢支肺气肿合并股癣案——破格救心汤化裁

余某某，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采取曾经的治疗方法，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”病又复发，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，人参 10g，砂仁 10g，山茱萸 30g，甘松 10g，石菖蒲 20g，白鲜皮 30g，灵磁石 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 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”。而笔者却领悟出：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》），则可治一切病证之源。

### 91. 肠粘连案——强中汤加味

化某某，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，便会出现“肠梗阻”，经打点滴等措施后可缓解，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，大便每3~4天或10天才能排泄，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。用法：水煎服，每天1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，自感觉到腹胀，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者，病人体质每况愈下，导致病情逐渐加剧。鉴于此种情况，笔者选用《严氏济生方》（简称《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，经多例观察疗效显著。特别



是长期服药一阶段，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。

### 92. 舌疮案——大小回阳饮加味

任某某，男，48岁，干部。2009年1月8日就诊。

患者有右舌边溃疡1周，疼痛难忍，不敢进食，曾服中西药物未见明显效果。现症见：舌右中部有溃疡，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，头后部项背处彼此起伏小疖肿，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。用法：水煎服，每天1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教授认为：“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，起效如此迅速实在是出乎意料。

### 93. 重症肠炎案——薏苡附子败酱散加味

汤某某，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，近阶段有加剧的趋势。现症见：面色暗淡，畏寒肢冷，大便稀溏，每天3~4次脓血样便，有时排出白冻样物，舌淡胖大，边有齿痕，苔腻滑，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。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（1 月 11 日）：服上方药 3 剂后，面色暗淡大减，病情也有所减轻，夜晚不再有大便，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 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。治此病症，非大剂姜桂附温化寒凝，此病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，才能达到最终的治疗目的。

#### 94. 胃胀便秘案——强中汤加味

黎某某，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，近阶段由于饮食不当病情有加重的趋势。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，药物：

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。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（1 月 19 日）：服 2 剂药后，病情大减，胃纳口开，大便通畅，第 3 剂药煮药不当而煮糊。故而提前来开药。再开上方药 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，上焦升降不能，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，同时加用丹参以活血行气，加上火麻仁润肠通便，上下通畅，故而上面胃胀与下面便秘同时得愈，临床疗效显著。

#### 95. 口唇溃烂案——潜阳封髓丹加味

李某某，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，曾服用中西药物并局部涂抹紫药水等方法，均不能使其恢复，而且进食极为不方便，甚则说话都很费力。现症见：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，伴腹痛有血块且增多，舌淡暗紫，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。

5 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

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。

三诊（2 月 24 日）：全身情况改善明显，要求再进 5 剂，以

资远期疗效巩固。

**【按语】** 当代火神派名家范中林先生认为：“口内少实火”。而笔者则认为：头面疾患少实热，即头上部在无外感的情况下，凡内伤者几乎均为阴盛阳衰为病者。但头面及口内往往反映病人有“热象”，使许多医者无法辨识阴阳而“晕了”。按照郑钦安阴阳两辨证的方法，可谓是执简驭繁，抓住阴证的蛛丝马迹，而大举运用扶阳抑阴之法。方用潜阳封髓丹，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，均是“冰冻三尺，非一日之寒”，病症消失而全身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”（作者心悟），才能完全康复。

#### 96. 流感发热案——麻黄细辛附子汤加味

赵某某，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：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，四肢冰凉，气短懒言，咽痛，双侧扁桃腺肿大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，方用麻黄细辛附子汤加味，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。用法：水煎服，每天1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，流感传染，体强者则均经常规治疗而愈，但体质差者则成了久病难疗，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”。针对三阴病虚寒证病人，多数采用经验方回阳



建中汤，扶阳解表，温中健脾。本方采用麻黄细辛附子汤加经验方回阳建中汤合用，临床疗效显著。

### 97. 胃肠炎案——强中汤加味

单某某，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，未见明显改善。现症见：胃脘胀痛，喜温喜按，每天溏便3~5次，并伴有排出消化不良的食物，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，助阳止泄，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，生龙骨、生牡蛎各30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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，这种病人一般都是虚寒性体质，在内有脾胃虚寒，在外感受寒湿而诱发病情加剧，形成胃肠炎，即胃肠型感冒，这种病人单纯治疗一方面，根本无法解决问题，因而造成病情迁延难愈。而中医的优势就是能达到“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、收敛止泄之功尚不足，故加用丹参饮、生龙骨、生牡蛎、二脂，解决活血与收敛之用；可针对外感，加用二桂、二术，不仅能解表，更能温通除湿，以解决内外两个关键性问题（一可助阳解表，二能通阳除湿），可达表里同治之目的，并与姜、桂、附达“扶阳助正”之根本，因而疗效显著。

### 98. 慢支肺气肿心衰案——破格救心汤化裁

代某某，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，经常采取打点滴、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，双下肢浮肿，夜晚平卧易憋醒，大便10天未排，小便短少，纳差腹胀，面部轻度浮肿，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，山茱萸60g，生龙骨、生牡蛎各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。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（4月3日）：病人家属专程来说，服药1剂，病即见轻，3剂服完，已能平卧，咳喘消失大半，浮肿已消，要求继续服药。原方再进3剂。

**【按语】**“慢支肺气肿心衰”这种病人，由于长期服用激素与抗生素及平喘药物等，后期形成一派虚实夹杂的证情，在过去凡遇到这种病人，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，治疗此类病人可以说是如桴鼓之应，附子只要用到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病人，结合不同病情及方药，在“扶阳助正，回阳返本”（笔者心悟）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——强中汤加味

王某某，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，往往是刚立起又想下解小便，以至连续下蹲反复无法起身，胃脘胀满，纳呆，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。用法：水煎服，每天1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。现恶寒发热，口苦咽干，左手脉浮滑有力，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】**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”。表明排尿过程是一个肾中气化功能的作用，此例病人一派阳虚气滞状态，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. 小儿肺炎腹泻案——麻黄细辛附子汤加味

张某某，女，2岁，市民。2009年3月25日就诊。

患儿患“喘息性支气管炎”病史月余，长期在我院门诊儿科治疗，反复应用抗生素、激素等，点滴、小针反复应用，病情时好时坏，但始终不能缓解。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，呈沫状消化不良黏液大便，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，方用麻黄细辛附子汤合理中汤加味，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。

1 剂。用法：水煎后，小儿按 3 天服用。

二诊（3 月 28 日）：3 天后服完药，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，上方加生龙骨、生牡蛎各 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。故二诊之后加用生龙骨与生牡蛎，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理想。

### 101. 儿童久病菌痢案——大黄附子汤加味

李某某，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 7~10 次，脓血样便，曾经西药打点滴、小针等方法治疗，不但没减轻，反而呈进行性加剧，无奈经院内专家介绍求治。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；方用大黄附子汤合少腹逐瘀汤加味，药用：

大黄 6g，附子 10g，细辛 10g，当归 10g，赤芍 10g，川芎 10g，吴茱萸 10g，延胡索（元胡）10g，五灵脂 10g（包煎），肉桂 10g，蒲黄 10g，丹参 10g，三七 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，山茱萸 30g，血余炭 30g，桃仁 10g，红花 10g，土鳖虫（土元）10g，生麦芽 30g。



2剂。用法：水煎后，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，检查大便常规正常，嘱咐其注意饮食。

**【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。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瘀之用，多方共用，大方复治，临床才得以取得良效。

### 102. 下口唇溃疡案——潜阳封髓丹加味

冯某某，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年余，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，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，生龙骨、生牡蛎各30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（4月22日）：服3剂后，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年余，依据久病多虚、久病多瘀、久病及肾三个观点，结合学习火神派的理论，证明了火神派大家范中林先生所说“口内少实火”之理论的正确性。即口腔内的溃

疡、溃烂，多源于虚阳上扰所致。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。

### 103. 术后肠粘连案——大黄附子汤加味

胡某某，女，58岁，农民。2009年4月22日就诊。

患者在1个月前手术切除子宫，术后开始出现小腹部不适、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”并不过气，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，排便费力，便干结，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，方用大黄附子汤合少腹逐瘀汤加味，药用：

生大黄10g，附子10g，细辛10g，当归10g，川芎10g，赤芍10g，小茴香30g，干姜30g，延胡索（元胡）10g，五灵脂10g（包煎），血竭10g，肉桂30g，蒲黄10g，丹参30g，三七10g，香附10g，乌药10g，土鳖虫（土元）10g，桃仁10g，红花10g，厚朴10g，陈皮10g，炙甘草10g，白豆蔻10g，木香10g，茯苓10g。

3剂。用法：水煎服，每天1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：

生大黄10g，附子10g，细辛10g，当归10g，川芎10g，赤芍10g，小茴香30g，干姜30g，延胡索（元胡）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，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，自觉活动后，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。故病人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。

#### 104. 头痛案——大回阳饮加味

代某某, 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, 近阶段有加剧的趋势, 再服前药无效。现症见: 头痛剧烈, 遇寒加剧, 伴不时呕吐清水, 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。用法: 水煎服, 每天 1 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。治宜重在潜阳, 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。

#### 105. 尿失禁案——补中益气汤加附子

郭某某, 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治疗效果。现症见：患者形体肥胖，动则气喘，虚汗淋漓，大便秘结，5~7天排便1次，大便干且难于排泄，小便短小，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 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1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〔淫羊藿（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。依据中医理论观点，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。而且病人有一个显著的特点就是，大便不降，清气不升反而下降，从而导致小便失禁。其治立旨升阳举陷，同时佐以温阳通大便。果不出所料，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。因此后期巩固固肾精之治疗，以使疗效持久。

### 106. 心房纤颤案——补坎益离丹加味

朱某某，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。近阶段由于过度劳累，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，生龙骨、生牡蛎各 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。用法：水煎服，每天 1 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/min。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，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，灵磁石 30g，补骨脂 10g，细辛 6g，淫羊藿（仙灵脾）10g，枸杞子 10g，菟丝子 10g，骨碎补 10g。10 剂。继续治疗。

三诊（5 月 26 日）：心电图示心率 55 次/min，其他正常。胃纳少差，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症。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。后期巩固治疗，方用潜阳封髓丹加味，特别是合用肾四味[淫羊藿（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。

### 107. 眩晕案——回阳建中汤加味

张某，女，60岁，农民。2009年5月17日就诊。

患者有间断性眩晕病史7年余，曾详细进行理化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，近阶段有加剧的趋势。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。用法：水煎服，每天1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，生龙骨、生牡蛎各 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，淫羊藿（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，且久病多虚又多瘀，现病人一派阴盛阳衰之表现，故此一诊扶阳助阳而无潜阳之功，因而疗效平平。二诊之后，加重附子之用量，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，且睡眠也佳。因耳鸣仍未消失，故仍需要补肾活血之品，以图长久之计。

### 108. 心动过缓案——回阳建中汤加味

张某某，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，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅 30g，补骨脂 30g，生麦芽 30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（5月28日）：服药之后，心率达75次/min，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，结合病人全身一派阴证表现，辨证为阴盛阳衰之证，笔者抓住“扶阳助正，回阳返本”（笔者心悟）之学术理念，方用经验方回阳建中汤加味，特别是加淫羊藿（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. 换瓣膜后心衰案——回阳建中汤加味

张某某，男，65岁。退休工人。2009年5月29日就诊。

患者在10年前确诊为“风心二狭并关闭不全”，因心衰而进行人工换瓣膜后，虽有好转，但心衰仍然没有彻底改变。现症见：经常心慌心悸，活动后加重，面肢浮肿，动则气喘，平素畏寒肢冷，腰膝酸软，神志时有烦躁不安，纳差腹胀，大便如常，小便短小，睡眠不实，舌淡水滑，脉沉迟而弱。证属心肾阳衰，

治宜扶阳抑阴，方用回阳建中汤加味，药用：

附片 30g（先煎），干姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，桂枝 10g，肉桂 10g，苍术 10g，白术 10g，砂仁 10g，三七 10g，石菖蒲 30g，甘松 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，茯苓 30g，泽泻 30g，白芷 30g，威灵仙 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，赤芍 10g。

10 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

复诊（2010 年 11 月 9 日）：患者自去年服上述中药后，病情一直很稳定，全身情况良好。由于笔者调动工作而失去了联系。近阶段由于症状逐渐加重，而再次就诊。现症见：心慌心悸，行动后加剧，白天昏昏欲睡，无精打采，双下肢浮肿，活动后加重，纳差腹胀，大便秘结，每 2~3 天 1 次，小便短少，舌淡水滑，脉沉迟缓。证属少阴心肾两虚证，治宜扶阳抑阴，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附片 60g（先煎），干姜 30g，生姜 30g，炙甘草 10g，红参 30g，肉桂 10g，桂枝 10g，茯苓 30g，苍术 30g，白术 30g，砂仁 30g，三七 10g，火麻仁 60g，肉苁蓉 30g，石菖蒲 30g，甘松 20g，泽泻 30g，泽兰 30g。

10 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

**【按语】** 病人换瓣膜之后虽然“病愈”，但其“证”却未消，而且是一派心肾阳虚证候，病人不仅面肢浮肿，而且“白天昏欲睡”，时有“烦躁不安”，并“脉沉迟”，颇符合少阴病“脉微细，但欲寐”之表现。张仲景在《伤寒论》中指出：“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤”。故此，心肾阳衰，重在扶阳，方选四逆汤加味，形成经验方回阳建中汤，同时合用王清任的通窍活血汤，共达通阳活血之效，服后效果显著。临近冬季，天气寒冷，症状加剧，故此仍用回阳建中汤加味，通阳活血、润下利浊，以达标本同治之目的。

### 110. 更年期并乳腺小叶增生症案——潜阳封髓丹加味

付某，女，47 岁，农民。2009 年 8 月 7 日就诊。

患者近几年月经不调，时有时无，来月经之时色暗伴有瘀血



块及腹痛不适。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，手触之有小结节囊肿样物，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，生龙骨、生牡蛎各 30g，穿山甲 3g，皂角刺 30g，蜂房 30g，苍术 10g，白术 10g，党参 30g，生麦芽 30g。

14 剂。用法：水煎服，每天 1 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，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，芥子 10g，路路通 10g，王不留行 10g，猫爪草 30g，土鳖虫（土元）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，皂角刺 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。故其治首先重在调整阴阳、行气活血大法之

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。

### 111. 哮喘伴遗尿案——四逆汤加味

丁某某，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，发作之时到县市级医院住院救治，才能够得以慢慢缓解，而且自感病情在不断加剧。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，山茱萸60g，石菖蒲10g，生龙骨、生牡蛎各30g，磁石30g，紫石英30g，生姜30g，细辛10g，益智10g，丹参30g，肾四味各30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（8月13日）：服药之后，自觉喘息大减，同时走路之时小便也不再自遗，甚为高兴，多年之痼疾救之有望。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慌心累，可以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。后来病人家属读了

笔者《火神派学习与临证实践》一书，又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，特别是固本散之远期巩固疗效，对于防止病情反复具有重要的价值与作用。

### 112. 慢性结肠炎案——附子理中汤加味

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，特别是近两年来，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。由于腹泻而消瘦，时时胃脘胀满，纳差，月经量少、色淡、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。

3剂。用法：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，病人感到非常吃惊，他说原来是每天服药还不能控制住泄泻，这吃吃停停，能行吗？病人将信将疑地接受了我的医治方案。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。病人喜出望外，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，病情稳定且良好，每天大便1次，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；攻补之方处于一笼，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。

### 113. 慢支肺气肿并发脑出血后遗症案——破格救心汤化裁

刘某某，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时必然加剧，喘息不能平卧，年年如此，近几年逐渐加剧，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，吞咽不利，右侧肢体功能障碍，肌力Ⅱ级。本次因气喘伴不能平卧而入院治疗。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，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，灵磁石30g，山茱萸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。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

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，半个月后，气喘胸闷逐渐缓解，二便可自行排出，肺部听

诊哮喘音逐渐消失。附子用10天以后，量用到75g，另加肾四味[淫羊藿（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Ⅲ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，蛤蚧两对。

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，专问老人病情很好，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，加之脑出血后遗症，又影响吞咽功能，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、通络、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。

#### 114. 膀胱造口术后血尿不止案——大回阳饮加味

孙某某，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日行膀胱造口手术，术后半月来，间断性出现从尿管中排出血尿，常因膀胱内凝有血块而阻塞尿管，不得不经常更换尿管并采取膀胱冲洗等手段，还经膀胱灌注止血药物，虽能止血但由于血凝结块而阻塞尿管，造成进退两难的地步。又因每当活动后，膀胱出血从尿管流出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而不敢活动，食纳较差，大便秘结，从尿管中不

时排出暗紫色血液，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。用法：水煎服，每天 1 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，病人说他吐了，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，并且感觉伤口处有痒痒的感觉，我说这是伤口在愈合。3 天来尿管中未再出血，而且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，表明患者是因阳气亏损而不能摄血，乃为其主要因素，特别是唐步琪老中医擅用甘草炮姜汤加血余炭以止血，对笔者影响很大。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，因此临床疗效显著。

### 115. 老年性习惯性外感案——回阳建中汤加味

朱某某，女，71 岁，农民。2009 年 8 月 3 日就诊。

患者年高体弱，每次受凉感冒之后，可缠绵月余难愈，曾在当地诊治，打针吃药无济于事。现症见：平素畏寒肢冷，腰膝酸软，微恶风寒，气短乏力，伴发低热，自觉两脸烘热，测体温 35℃，纳差腹胀，大便稀溏，小便短小，舌淡胖大、边有齿痕，脉沉细无力。证属老年少阴病，阴盛阳衰，治宜扶阳抑阴，方用

经验方回阳建中汤加味，药用：

附片 15g，炮姜 10g，生姜 10g，炙甘草 10g，桂枝 10g，肉桂 10g，苍术 10g，白术 10g，石菖蒲 10g，甘松 10g，砂仁 10g，三七 10g，黄柏 10g，党参 30g，生麦芽 30g。

10 剂。用法：水煎服，每天或隔天 1 剂。

二诊（10 月 17 日）：服药 5 剂之后，外感解除，体力增加，食欲大增，二便如常，为改善体质，余下 5 剂，每隔 3~5 天服药 1 剂，进行调理。为达防病强身之目的，再次取药 10 剂（间断服药）。

三诊（2010 年 1 月 1 日）：服上方药，全身情况很好，再次来取药 10 剂，仍然间断服用，防病强身。

四诊（3 月 13 日）：天气变凉之后，怕冷明显，要求中药剂量加大，调整处方，药用：

附片 30g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 10g，桂枝 10g，肉桂 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，石菖蒲 10g，甘松 10g，砂仁 10g，三七 10g，生麦芽 30g。

10 剂。用法：水煎后，间断服用。

五诊（5 月 10 日）：间断服药，情况良好，再来取药，以达防病强身之目的。10 剂。

六诊（7 月 30 日）：身体良好，要求再服，上方再取药 10 剂。

七诊（10 月 18 日）：天气开始变冷，为防病治病，强身健体，要求加重药物剂量，调整处方，药用：

附片 60g（先煎），干姜 50g，炙甘草 30g，党参 30g，红参 10g，苍术 30g，白术 30g，桂枝 10g，肉桂 10g，石菖蒲 10g，甘松 20g，三七 10g，砂仁 10g，白豆蔻 10g，山楂 30g，生麦芽 30g。

5 剂。用法：水煎后，间断服用。

**【按语】** 年老体弱，阳虚气衰，白天不仅无精打采，而且遇到寒暖不调季节，易于外感风寒，感寒受凉，阳衰不振，无力祛邪，造成病情迁延难愈，而且常法常药难以治愈。故此，笔者从

“扶阳助正”着手，方用经验方回阳建中汤，达有病治病、无病强身之目的，针对老年人来说，可谓是一张延年益寿的良方。此例患者，不仅每遇感寒而服药，平素间断服药，强身健体，对于防病强身延年，都具有良好的效果，特别对于振奋人体之阳气，具有重要功用。可见，火神派扶阳理念不仅能治疗老年人疑难杂症，更是老年人延年益寿之良方妙药。

### 116. 女性怕冷案——回阳建中汤加味

杨某，女，24岁。市民。2009年10月8日就诊。

患者自从生产小孩子之后，由于调养不当，逐渐出现手脚冰凉，特别是冬天怕冷明显，比常人穿戴多还自觉很冷，手脚冰凉整天不热，曾求治多年而无明显效果。现症见：天气刚转凉，已经是毛衣毛裤在身，触其手仍然是冰凉，畏寒肢冷，气短懒言，身体清瘦，不耐劳作，纳差腹胀，小便清长，大便稀溏，每天2~3次，月经色暗，伴有瘀血块，色紫，经期腹痛下坠，舌淡、紫暗、滑润，脉弦细无力。证属阴盛阳衰，治宜扶阳助正，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附子 30g（先煎），干姜 30g，生姜 30g，桂枝 30g，肉桂 10g，苍术 10g，白术 10g，三七 10g，砂仁 10g，石菖蒲 10g，甘松 10g，益智 10g，补骨脂 30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（10月27日）：服上方药之后，手脚冰凉改善许多，纳增神振，一般情况良好，原方有效，再进10剂。

三诊（11月27日）：怕冷已基本消失，手脚暖和，但每天大便3~4次，要求治疗肠炎。调整处方，药用：

附子 30g（先煎），干姜 30g，炮姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，枳实 10g，枳壳 10g，乌药 10g，槟榔 10g，生大黄 10g，白芍 30g，防风 10g，陈皮 10g，薏苡仁 30g，败酱草 30g，丹参 30g，三七 10g，当归 10g，乳香 10g，没药 10g，三棱 10g，莪术 10g，山楂 30g。

3剂。用法：水煎服，吃一剂间隔3天，再服下一剂。

随访（2010年3月10日）：病愈，未反复，手脚暖和，怕冷





消失，大便每天1次，舌淡，脉缓和细。

**【按语】** 女性怕冷症比较常见，西医对此症无很好的治疗方法，中医药治疗此症，方法独特，疗效显著。我们把扶阳理念应用于此症，通过温阳、扶阳、助阳、通阳等手段，一切都是在扶助人体的阳气，阳气得补，血脉循环复常，“清阳实四肢”（《内经》）。故此，手脚冰凉得以解除。女性怕冷症，多与其素体阳虚，产后休养不当，感受寒凉，以及加之现代生活中四季水果、冷饮、空调等伤及人体阳气有关。故此，治疗此症，我们在“扶阳助正”理念下，采用“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，对于这种病症临床疗效显著，而笔者的回阳建中汤，正是在这种理念下所积累的经验之方，经临床观察效果明显。

### 117. 妇科并胃病案——桂附理中汤加味

刘某某，女，30岁，职工。2009年12月10日就诊。

患者自幼体弱多病，结婚生育小孩后，加之调养不当，其症状日趋加剧，经中西医治疗未见明显改善。现症见：患者形体稍肥胖，平素畏寒肢冷，腰膝酸软，下肢凉痛，气短懒言，胃脘胀满，胃脘及小腹隐痛不适，白天无精打采，头昏脑胀，夜晚难以入眠，整天昏昏欲睡，月经后延，色暗伴紫色血块，腹痛下坠，便溏伴鸡鸣泄，舌淡胖大、边有齿痕，苔白水滑，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，血脉瘀滞，治宜温阳通脉，方用桂附理中汤加味，药用：

附片60g（先煎），炮姜50g，炙甘草10g，党参30g，苍术30g，白术30g，桂枝30g，肉桂30g，石菖蒲30g，天麻10g，丹参30g，檀香10g，降香10g，三七10g，砂仁10g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），高良姜30g，香附10g，松节30g，骨碎补30g，徐长卿20g，威灵仙10g，生姜30g，土鳖虫（土元）10g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（2010年1月7日）：服药之后，身困乏力略有改善，白天稍有精神，但睡眠不佳，胃脘胀痛仍有，调整处方，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片 60g (先煎), 龟甲 10g, 砂仁 20g, 炙甘草 10g, 黄柏 10g, 肉桂 10g, 桂枝 60g, 石菖蒲 30g, 天麻 10g, 生龙骨、生牡蛎各 30g, 紫石英 30g, 丹参 30g, 三七 10g, 檀香 10g, 降香 10g, 五灵脂 10g (包煎), 蒲黄 10g (包煎), 高良姜 30g, 松节 30g, 骨碎补 30g, 徐长卿 30g, 威灵仙 30g, 土鳖虫 (土元) 30g。10 剂。

三诊 (1 月 21 日): 服药之后, 病症明显减轻, 故延迟就诊。现身困乏力明显好转, 白天精神明显好起来了, 夜晚睡眠良好, 但仍觉得双下肢酸软无力, 不耐劳作与活动, 时有冷痛感。调整处方, 方用散膝汤合四逆汤加味, 药用:

生黄芪 60g, 肉桂 30g, 茯苓 15g, 防风 10g, 附子 60g (先煎), 干姜 30g, 炙甘草 10g, 苏木 30g, 丹参 10g, 三七 30g, 松节 30g, 徐长卿 30g, 牛膝 10g, 骨碎补 30g, 威灵仙 30g, 土鳖虫 (土元) 10g, 石菖蒲 30g, 白芷 30g, 细辛 10g, 生姜 30g。3 剂。

四诊 (1 月 28 日): 服上方药之后, 双下肢乏困减轻, 为提高疗效, 上方加淫羊藿 (仙灵脾) 30g, 仙茅 30g, 山茱萸 30g。3 剂。

五诊 (2 月 5 日): 双下肢症状进一步减轻, 生黄芪用 120g, 土鳖虫 (土元) 30g。其余药物不变。再服 5 剂。

六诊 (2 月 22 日): 服药之后, 症状消失, 曾专门来问是否可以停药观察一阶段, 同意其要求, 休息期间, 一般情况良好。今天来诊, 是不慎感冒风寒, 恶寒身困, 低热 37.2℃, 身疼乏力, 头昏脑胀, 舌淡胖大, 边有齿痕, 脉沉细无力。证属太少两感证, 治宜温阳解表, 方用再造散与麻黄细辛附子汤加减, 药用:

党参 30g, 附片 60g (先煎), 生黄芪 30g, 桂枝 30g, 炙甘草 10g, 羌活 10g, 独活 10g, 防风 10g, 川芎 10g, 细辛 10g, 生麻黄 10g, 泽泻 30g, 泽兰 30g, 藿香 10g, 佩兰 10g, 生姜 30g, 砂仁 10g, 茯苓 30g, 肉桂 10g。3 剂。

七诊 (3 月 10 日): 服上方药之后, 感冒痊愈, 恶寒怕冷减

轻大半，现胃脘略有胀满，隐痛不适，月经之时已无紫色血块，只有经前之时小腹不适感、隐痛，调整处方，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附片 60g（先煎），生姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，桂枝 30g，肉桂 10g，三七 30g，石菖蒲 30g，甘松 15g，丹参 30g，檀香 10g，降香 10g，五灵脂 10g（包煎），蒲黄 10g（包煎），高良姜 30g，香附 10g，王不留行 30g，皂角刺 30g，生麦芽 30g。6 剂。

八诊（5 月 10 日）：服药后，月经顺利过去，未有不适，但现睡眠又不太好，白天尚有精神，喜长叹息，舌淡胖大，脉细略弦。证属肝肾阳虚，阳郁不展，升降失调，治宜温肝潜阳，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片 30g（先煎），龟甲 10g，砂仁 30g，炙甘草 10g，黄柏 10g，丹参 10g，三七 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，肉桂 10g，紫石英 30g，磁石 30g，首乌藤（夜交藤）30g，石菖蒲 10g，天麻 10g，骨碎补 30g，苍术 30g，白术 30g，吴茱萸 10g，炮姜 10g，生麦芽 30g。5 剂。

随访：1 个月后，专门来说，现在情况非常好，并带其他病人来就治。

**【按语】** 患者自幼体弱多病，加之婚后多次人流及产后未能很好休养生息，身体状况日趋下降，曾求治于多位中西医大夫，均是不了了之，特别是畏寒怕冷症状始终无法改善。笔者接诊患者之后，立“扶阳助正”为大法，始终采用“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，针对三阴病，处方以四逆汤为主方，不管其症状多么复杂，“扶阳助正，回阳返本”之信念不变，终于其顽症得以治愈。通过此例病人，笔者深刻体会到，“冰冻三尺，非一日之寒”，治疗三阴病证，非一日之功，只有循序渐进，才能收全功。

## 118. 老年慢性肾炎案——补中益气汤合四逆汤

庄某某，女，60 岁，市民。2009 年 12 月 24 日就诊。

患者有“慢性肾炎”病史数余年，曾服中西药物多种，情况

时好时坏，但尿常规始终不能转为阴性。尿常规：蛋白（++），潜血（+）。现症见：腰膝酸软，畏寒肢冷，气短懒言，身困乏力，活动后尤甚，平素汗多，动后更重，脘腹胀满，大便如常，小便短赤，舌淡胖大，质紫暗，苔水滑，脉左手沉细涩，右手沉细略滑。证属清阳不升，封藏失职，治宜补气升阳，益肾固精，方用补中益气汤合四逆汤，药用：

党参 30g，炙甘草 10g，苍术 30g，白术 30g，当归 10g，陈皮 10g，生黄芪 60g，升麻 6g，柴胡 6g，枳壳 30g，丹参 10g，三七 30g，血余炭 30g，鹿含草 30g，附子 30g（先煎），炮姜 30g，肉桂 10g，黄柏 10g，砂仁 10g，益智 30g。

10 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（2010 年 1 月 13 日）：服药之后，不仅自觉症状消失大半，而且尿常规全部转阴性，心中十分喜悦，近些年来从未有过的好现象。要求巩固治疗，上方 10 剂，继续服用。

**【按语】** 老年性慢性肾炎，其自身有老年人的特点，如果拿治疗一般情况的方药来治疗这种情况，往往临床疗效欠佳。因此，笔者从阴阳辨证着手，发现老年性慢性肾炎，多是三阴虚寒证，但往往夹有瘀滞、郁热、相火不潜等特点。选用补中益气汤合四逆汤为主方，补气升阳，佐以活血益肾、封髓固精，经临床观察疗效显著。

### 119. 慢性肾炎汗多症案——桂枝加附子汤加味

王某某，女，60 岁。市民。住院号：63694。2009 年 10 月 22 日入院。

患者有“慢性肾炎”病史 20 余年，曾间断发作，时好时坏，近段因外感后而面肢浮肿加剧，再次入院，经过中药疏风解表兼以扶正等法治疗，外感解除，但病后自汗多而不能控制，且病人述说由于汗多而怕冷，经多方治疗而未见明显的效果。11 月 2 日再次查房，现症见：自汗较多，活动后加剧，汗后怕冷，常年戴着帽子不能去掉，平素畏寒肢冷，气短懒言，腰膝酸软，时有头痛，夜眠不实，心胸烦热，纳差腹胀，大便尚可，小便短少，舌淡胖大，边有齿痕，苔稍白腻略黄，脉稍浮重按无力。证属阴阳

两虚，卫阳不固，治宜调和阴阳，益肾固涩，方用桂枝加附子汤合桂附地黄汤加味，药用：

桂枝 30g，白芍 30g，附子 60g（先煎），炙甘草 10g，党参 30g，生黄芪 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，山药 30g，熟地黄 30g，山茱萸 30g，牡丹皮 10g，茯苓 30g，泽泻 30g，泽兰 30g，丹参 30g，三七 10g，鹿含草 30g，生姜 60g，肉桂 10g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（11 月 4 日）：服药后，汗出顿减，尿常规：蛋白阴性，潜血（++）。方药有效，要求出院，带药 7 剂，出院返家巩固治疗。

【按语】该患者有“慢性肾炎”病史 20 余年，一直存在着自汗较多、怕风的症状，而且由于汗多、怕风，皮肤空虚，易招致外邪侵入，故造成病情迁延不愈数十年之久。病程日久，但其症状却始终未变，正如《伤寒论》桂枝加附子汤证中说：“太阳病、发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之”。故此方用桂枝加附子汤，特别是重用附子与生姜，合上桂附地黄汤等益肾收涩之品，方药对症，3 剂药而汗多、怕风消失，且尿中蛋白也顿消，而巩固治疗则对于防止病情反复具有重要的意义。

### 120. 高热不退案——强中汤加味

郭某某，女，47 岁，农民。2009 年 10 月 10 日就诊。

患者间断性高热月余，曾在市中心医院及县人民医院住院月余，怀疑“尿路结石合并感染”、“疟疾”等病，经过系统应用最好的抗生素及体外碎石，以及输尿管结石膀胱镜取石术等，其高热之原因始终也未弄清楚，细菌培养并选择针对性药物也无法控制发热，每天不规则发热达 38~39℃，经过用退热药才能降低体温，无奈之举求治于笔者。现症见：身穿棉衣、棉裤，与常人显著有别，畏寒怕冷，气短懒言，腰膝酸软无力，左侧肢体因脑血栓而遗留下功能障碍，行动困难，在他人搀扶下勉强行走，测体温 39℃ 以上，但病人无感觉，只有困倦乏力，身沉困重，气短懒言，整天昏昏欲寐，无恶寒之症，月经数月未见，纳差，腹胀，

大便秘结，小便短赤，舌淡胖大，苔白腻、根部稍黄，脉沉细无力尺部略滑。证属脾肾阳虚，血瘀气滞，夹有郁热，治宜补益脾肾，行气活血，兼以清热，方用强中汤加味，药用：

附子 30g（先煎），干姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，丁香 10g，草果 10g，青皮 15g，陈皮 15g，厚朴 10g，桂枝 30g，肉桂 30g，丹参 30g，檀香 10g，降香 10g，三七 30g，砂仁 10g，石菖蒲 20g，甘松 20g，生姜 30g，黄柏 10g。

7 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（10 月 27 日）：服药之后，体温降为正常，曾在县人民医院外科住院，其主治大夫非常惊讶，真的不敢相信中药能在这么短时间内退热，服药之后发现右侧臀部有红肿热痛之肿块，尚未化脓。这是阳药运行、寒凝之处化热而成脓。体温降，脓块形成表明邪有出路，病已对症。现身有热感，棉袄可脱一时，舌淡苔腻黄，脉左手略浮重按无力，右手脉沉细无力，双尺部稍滑。现胃胀明显，上方药附子用 60g，加沉香 6g。再服 7 剂。

随访（11 月 9 日）：电话随访，体温正常，臀部脓块已成脓并抽完，局部红肿热痛已消除，仍有大便秘结，选用核桃仁温通润下，进行调理善后。

**【按语】** 顽固性高热，伴身体一派虚寒之证，表明是阳虚而虚阳上浮外越之证。正如《伤寒论》中乃说：“此热在皮肤，寒在骨髓也”。病人一派阴证之表现，全不顾其高热不退之假象，大举应用附子、桂枝、肉桂、生姜一派火热之品，通阳、温阳、补阳，阳得补，滞得通，凝聚之邪郁滞一处而化为脓肿；随之加大附子之剂量，通阳解凝而肿块出头，证明了“阳药运行，阴邪化去”，必有出路，而臀部红肿之化脓就是明证。假若没有火神派扶阳理论为依据，针对这种热象，用热药退热是不可想象的。

### 121. 肾病综合征并急性肾衰案——扶阳泻下汤加味

朱某某，男，52 岁。农民。住院号：63520。2009 年 10 月 28 日就诊。

患者以进行性面肢浮肿并加剧 1 个月为主诉，于 2009 年 10 月 16 日以“原发性肾病综合征”收住院。入科之后由于血浆蛋

白较低并大量蛋白尿，经过应用激素及输血浆和白蛋白等手段，并配合强化利尿措施后，病人尿量始终较少，并服一般辨证中药也未见明显效果。化验血肌酐  $280\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $44\text{mol/L}$ ，彩超报告肾脏体积较大。现症见：精神萎靡不振，恶心呕吐，大便秘结，腹胀难忍，气短懒言，四肢湿凉，腰膝酸软，面部轻度浮肿，双下肢高度浮肿，水肿到大腿部，阴囊部高度水肿，小便短赤，每天  $500\text{ml}$  左右，舌淡暗，苔腻，根部稍黄，脉沉细无力，尺部稍滑。证属肾阳亏损，气化失司，治宜扶阳泻下，方用经验方扶阳泻下汤加味，药用：

附子  $60\text{g}$ （先煎），生姜  $60\text{g}$ ，生大黄  $20\text{g}$ ，芒硝  $15\text{g}$ ，茯苓  $30\text{g}$ ，泽泻  $30\text{g}$ ，陈皮  $15\text{g}$ ，半夏  $20\text{g}$ ，砂仁  $15\text{g}$ ，炙甘草  $10\text{g}$ ，三七  $10\text{g}$ ，沉香  $10\text{g}$ 。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（10 月 31 日）：服上方药之后，第 1 天大便排 3~5 次，第 2 天排 2~3 次，第 3 天排 1~2 次，随着大便次数增多，小便量也渐渐增多，最多的一天小便量约  $3000\text{ml}$ ，自觉身体有暖热感，精神倍增，面部浮肿消失，双下肢浮肿消退过半，方药对症，上方继续服用，3 剂。

三诊（11 月 4 日）：水肿继续减轻，上方加丹参  $30\text{g}$ 。3 剂继续服用。11 月 5 日化验血肌酐和尿素氮值均恢复正常。11 月 7 日化验 24 小时尿蛋白为  $0.4\text{g}$ ，24 小时尿量为  $2900\text{ml}$ 。阴囊水肿完全消失，双下肢轻度浮肿，只限于双小腿以下。继服上方药，3 剂。

四诊（11 月 8 日）：全身性情况越来越好，食欲增加，二便如常，大便每天 1 次，小便量较多，自感乏力，双下肢困重，双下肢浮肿消失，舌淡，脉弦细略滑，调整处方，药用：

附片  $60\text{g}$ （先煎），生姜  $60\text{g}$ ，炙甘草  $10\text{g}$ ，生大黄  $20\text{g}$ ，芒硝  $15\text{g}$ ，茯苓  $30\text{g}$ ，泽泻  $30\text{g}$ ，陈皮  $15\text{g}$ ，砂仁  $15\text{g}$ ，半夏  $20\text{g}$ ，丹参  $30\text{g}$ ，三七  $10\text{g}$ ，苍术  $10\text{g}$ ，白术  $10\text{g}$ ，党参  $30\text{g}$ ，生黄芪  $30\text{g}$ ，肉桂  $10\text{g}$ 。

4 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

五诊：10天之后，带药出院。带上药10剂，共为细末，每天2次，每次10g，水煎10分钟后，服用。

随访：半年后，至门诊随诊，化验尿常规呈阴性，肾功能正常，恢复以前精神与体力，一如常人，可参加农村正常劳动。

**【按语】** 肾功能衰竭、尿毒症，中医称之为肾厥。中医认为肾为水脏，肾阳失去蒸腾气化之职，水毒存留，导致肾厥，其病根就在于“坎中一阳”不足。由于坎中一阳不足，使肾的开阖失常。由于肾司二便，主持气化，而肾不能够正常开阖，失去正常之气化，使得精微物质不能够及时输布于各脏腑，浊毒蓄积不能够及时下输膀胱而排出体外。因此，笔者立扶阳泻下之法，既考虑到泻下瘀浊水毒的一面，又考虑到肾阳亏损扶阳助气化的一面；使其泻不伤正阳，扶阳助阳又不致热，又能及时协助病人排泄体内浊毒水湿。本例患者，自扶阳大剂应用之后，自感热气暖融融，小便量增多，大便复常，水肿迅速消退，而且尿中之蛋白也随之消失。这种思路与过去的经典方药相比，疗效迅速，而且在血浆蛋白较低的情况下，能消除水肿与尿中大量蛋白，实在是出乎意料。可见，火神派扶阳理念在治疗肾病方面，确有独到之处。

## 122. 血尿案——补中益气汤加附子

冯某某，男，39岁，农民。2009年10月30日就诊。

患者发热并间断性血尿半月余，曾经过系统理化检查未能明确病因，经过应用抗生素等药物进行治疗，情况未见明显的好转，并服中药数十剂也未见明显效果。现症见：气短懒言，四肢湿冷，畏寒怕冷，血尿时作，颜色暗红，活动后血尿加剧，偶有灼热感，时有血块阻塞尿路不畅，活动后下坠感明显，大便如常，舌淡胖大，边有齿痕，苔薄，脉浮弱，重按双尺部略滑。证属气虚下陷，阳虚失摄，治宜升阳举气，佐以化瘀止血，方用补中益气汤加味，药用：

党参30g，炙甘草10g，苍术30g，白术30g，当归10g，陈皮10g，生黄芪30g，升麻6g，柴胡10g，枳壳30g，丹参10g，三七10g，附子30g（先煎），肉桂30g，藿香30g，佩兰30g，生



麦芽 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（11 月 5 日）：服上药后，自感良好，血尿消失，偶有少腹下坠，四肢湿冷仍在，病情无大的变化，方药对证，继用上方。4 剂。

三诊（11 月 11 日）：血尿消失，无反复，又经膀胱镜检查，未发现异常情况，仅报告说有“膀胱炎症”。出院带上方药 7 剂，附子加至 60g。同时巩固用：附子 500g，三七 500g，共为细末，每次 10g，每天 2~3 次，温开水冲服。

随访：半年后随访，上药末吃完后，在一次剧烈的腰腹疼痛后，伴小便灼热感，排出细沙石数枚，此后病愈，未再出现异常情况。

**【按语】** 血尿一症中医多责之于有“热”，其实就本例而言，患者一派阴证之象，未见有什么热的表现。因此，笔者认为“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，按照这种思路，采用补中益气汤升阳举陷之法，并未用什么凉血止血之药，相反却是用扶阳化瘀止血之药，看似不止而实止血也。这是因为患者全身表现出中气下陷，阳虚不摄，血不归经，这种情况是病人长期劳累过度汗出，气虚阳损，固摄失职而造成的。《内经》认为“治病必求于本”，本于阴阳，阳虚亏者益气温阳止血则病自可愈也。

### 123. 顽固性尿路感染案——补中益气汤加附子

李某，女，56 岁，退休教师。住院号：63692。2009 年 10 月 30 日就诊。

患者有反复性尿路感染病史 10 年余，特别是夜晚，起来排尿 5~10 次，曾在多家省市级医院进行诊治，应用多种抗生素根本无效，2009 年 10 月 22 日就诊我院，经中段尿细菌培养，发现有普通变形杆菌生长，经药敏试验，病人无法耐受抗生素的应用，故只有停用，要求以中医进行调整。现症见：患者形体稍肥胖，气短懒言，体温 35.5℃，喜暖怕凉，腰膝酸软，夜晚睡眠喉中痰涌，伴呼吸暂停症，常借助呼吸器睡觉，白天活动后，便有尿频尿意感，但排尿后仍有尿意，夜晚起夜 5~8 次，每次排尿

量不多，严重地影响了睡眠，大便每天3~5点时排，已有数年，舌淡胖质紫暗，苔薄，脉双手沉细无力。证属气虚下陷，阳虚痰瘀，治宜升阳举陷，益肾固涩，方用补中益气汤加附子等，药用：

党参30g，炙甘草10g，苍术30g，白术30g，当归10g，陈皮10g，生黄芪30g，升麻6g，柴胡6g，枳壳30g，丹参30g，三七10g，半夏20g，石菖蒲30g，附子30g（先煎），肉桂30g，黄柏10g，砂仁10g，益智30g，补骨脂30g，赤石脂30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（11月2日）：服药之后，夜晚呼吸痰阻现象明显减轻，大便排泄时间向后推迟，但仍在夜晚，小便次数稍减，未有大的变化。病重药轻，上方附子加用到60g，其余方药不变，再进3剂。

三诊（11月5日）：夜晚排大便习惯已经改成上午或下午，夜晚小便次数明显减少，每晚3~5次，夜晚睡觉喉咙痰涌现象明显减轻，可以不借助呼吸器睡觉，自身体有微热感，白天小便次数正常，方药对症，继续服用。二诊方中，加山茱萸30g。4剂。

四诊（11月23日）：上方药连续吃到现在，情况非常好，一切症状消失，要求带药出院。上方药7剂，隔日1剂，巩固治疗。

随访：3个月后因它病门诊随访，停药后，病情稳定，未再复发。

**【按语】** 复杂的尿路感染，多与其正气亏损有密切的关系。正如《内经》云：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。该病人病史漫长，病情反复难愈，多与其正虚而邪存不去有关。如此例患者夜晚尿频，加之大便夜晚排泄，已成为习惯，表现出夜晚阴盛阳衰之时病情发作，特别是下半夜属阴，但阳气渐长，阳升不长而下陷，故而其二便失司，表现多在夜晚发作。治宜升阳助阳，收敛固涩，循序渐进，疗效渐增。特别是扶阳药附子加大剂量之后，病人痰湿散去而喉中痰涌减少，且可以渐停助呼吸器。真正达到了，“治病必求于本”，求本看似不治邪而邪

自去也。

#### 124. 口腔溃疡伴肠炎案——附子理中汤加味

罗某某，男，39岁，农民。2009年11月3日就诊。

患者有口腔溃疡病史10年余，经常口舌溃烂，此起彼伏，未完全消失过。曾长年服用中西药物，只管一时，无法根治，吃饭刷牙都疼痛难忍，并发现与腹痛腹泻之病史密切相关，只要肠炎一加重，口腔溃疡就加剧，长年治疗效果不佳，甚为痛苦。现症见：口腔内侧及舌边上白色小溃疡数处，进食之时疼痛，特别是接触酸凉辛辣之物更甚，平素畏寒肢冷，胃脘胀满，喜温喜按，口苦咽干，腹痛泄泻，每天鸡鸣而泄，泄前腹痛，泄后痛减，舌淡胖大，边有齿痕，稍红，苔腻稍黄，脉沉，尺部略滑。证属寒热夹杂，湿热瘀滞，治宜温中健脾，清利湿热，方用附子理中汤加味，药用：

附子30g（先煎），炮姜30g，炙甘草10g，党参30g，苍术30g，白术30g，枳实10g，枳壳10g，厚朴10g，槟榔10g，生大黄10g，木香10g，丹参30g，三七30g，薏苡仁30g，败酱草30g，茵陈30g，白芍30g，赤芍30g，防风10g，陈皮10g，三棱10g，莪术10g，血竭10g，徐长卿20g，生麦芽30g，沉香6g（后下）。

3剂。用法：水煎服，每隔3天服1剂。

二诊（11月13日）：服药之后，效果显著，首先是腹痛腹泻症状消失，其次是口腔溃疡第2剂药服后消失。但肚子还是觉得有点胀，食欲不太好，每天大便2次，不成形。原方有效，继续服用，3剂。

三诊（11月23日）：口腔溃疡未再出现，腹痛泄泻消失，每天大便1次，成形，非常高兴，要求巩固治疗。药用桂附地黄丸合血府逐瘀片，进行善后调理。

复诊（12月22日）：专程告知，情况非常好，继续用中成药巩固治疗。

【按语】 口腔溃疡与慢性肠炎，看似两病，实属一病，就按其现代解剖学观点来认识，则极为简单，在人体发育过程中，口

腔与肠管发育是一起形成的，因此说，口腔溃疡与肠炎病情的发展变化是密切相关的。这就是为什么治单一种病而无法缓解病情的根结所在。因此，治疗从温补脾肾着手，佐以通腑泻下，活血化瘀，疏风行气，清利湿热之法，多法共用，大方复治，间隔服药，“以候正气来复”（山西名老中医李翰卿语），而达到上治口腔溃疡、下治肠炎之一举双得目的。

### 125. 腰椎间盘突出伴胃病案——四逆汤加味

王某某，男，49岁，农民。2010年2月20日就诊。

患者有“腰椎间盘突出症”数年余，5年前曾采用综合疗法治腰痛病愈。1个月之前，因劳累过度而再度腰痛复发，再应用以往的方法难以取效。现症见：腰痛以右侧为著，右下肢沿坐骨神经区域放散，行走或活动之后加剧，现无法长时间行走，一般只能行走百米之多，再走就疼痛难忍，伴纳差，腹胀，时有恶心，呕吐，气短乏力，畏寒肢冷，腰膝酸软，睡眠不佳，二便如常，舌淡、质紫暗，苔薄白稍腻，脉弦细无力，以左侧脉为著。证属气虚阳微，血脉瘀滞，治宜补气升阳，行气活血，方用补中益气汤合血府逐瘀汤加减，药用：

炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，当归 10g，陈皮 10g，生黄芪 30g，升麻 6g，柴胡 6g，枳壳 30g，山茱萸 60g，丹参 30g，知母 10g，三七 30g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，桔梗 10g，牛膝 30g，赤芍 30g，土鳖虫（土元）30g，全蝎（全虫）10g，蜈蚣 6g，松节 30g，苏木 30g，砂仁 30g。

5剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（3月3日）：腰腿疼痛稍减轻，但食欲大增，气力增加，舌脉改变不明显，调整处方，方用大剂四逆汤加味，药用：

附子 60g（先煎），炮姜 50g，炙甘草 10g，肉桂 10g，吴茱萸 30g，鸡内金 30g，砂仁 30g，丹参 30g，三七 30g，王不留行 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，茯苓 30g，桂枝 60g，苍术 30g，白术 30g，土鳖虫（土元）30g，全蝎（全虫）10g，蜈蚣 6g，苏木 30g，山茱萸 90g，香附 10g，佛手 10g，茵陈 30g，三棱 10g，莪术 10g。3剂。



三诊（3月8日）：服药之后，腰痛消失，但胃纳不太好，胃脘部轻度胀感。现在行走疼痛基本消失，走2~3里地没问题。处方调整，药用第1次处方，3剂。

四诊（3月11日）：腰痛基本恢复正常，行走3里地没有问题，只有轻度腰背酸沉感。胃脘隐隐作痛，伴胀满。证属中焦脾胃虚寒，气滞血瘀，方用强中汤合四合汤加味，药用：

附子60g（先煎），炮姜30g，党参30g，炙甘草10g，苍术30g，白术30g，丁香10g，草果15g，青皮15g，陈皮15g，厚朴30g，丹参30g，三七30g，檀香10g，降香10g，砂仁30g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），高良姜30g，香附10g，苏木30g，土鳖虫（土元）30g，山楂30g，生麦芽30g。3剂。

五诊（3月26日）：腰痛未反复，情况很好，可以自由活动，行走、劳动均恢复如以往。胃痛消失，腰部仍稍有酸沉感，方用中成药附子理中丸合血府逐瘀片，巩固治疗。

**【按语】**腰痛伴胃脘不适，二者同病，西药无法再用，而中药可发挥二者兼顾之治。虽然胃病、腰痛病位不一，但是因寒伴瘀而疼却是其共同的关键因素。其治第一步重在行气活血，调理中焦脾胃，脾胃开、升降运而腰痛顿减，第二步侧重于温阳活血，二者兼顾，温通以附子为主，大剂量附子重拳出击，直驱寒邪，活血化瘀之品在于疏通脉道，“令气血条达”（《内经》），为附子温补、通阳、助阳而铺平了道路，步步为营，脾肾兼顾，通阳活血，顽症终于得以治愈。

### 126. 胃癌手术后案——四逆汤加味

侣某某，男，70岁，濮阳市人。2010年2月8日就诊。

患者曾发现有十二指肠降段肿瘤，术前检查未发现其他部位感染。于2010年1月3日进行了手术。手术切除了1/4胃、十二指肠、胆囊及胰头。2月1日已出院，出院时医生建议半个月后化疗，以防复发。出院后患者可以喝些流食，可以自己下床活动，精神状态尚可。体温正常，有轻度贫血，病人家属了解到化疗副作用较大，估计患者年老体弱根本就无法耐受，决定采用中医药调理。现症见：患者精神欠佳，面色萎黄，气短懒言，畏寒

肢冷，腰膝酸软，纳呆腹胀，胃脘胀满，没有食欲，大便不畅，稍干燥，小便夜频，舌胖大、边有齿痕，苔白厚腻稍燥，脉硬，重按无力，略滑。证属阴盛阳衰，治宜扶阳抑阴，健脾开胃，方用四逆汤加味，药用：

附子 60g（先煎），炮姜 30g，肉桂 10g，人参 10g，炙甘草 10g，桂枝 10g，苍术 10g，白术 10g，石菖蒲 20g，甘松 20g，丹参 10g，檀香 10g，降香 10g，三七 10g，砂仁 30g，沉香 10g，肉苁蓉 30g，黄柏 6g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（3 月 18 日）：上方间断服用 18 剂之后，目前精神很好，经常自己外出活动，饭量也趋于正常，贫血也明显好转。原方有效，继续间断服用上方。

三诊（4 月 9 日）：上方间断服用，情况比较好。

四诊（5 月 15 日）：患者“五一”前后，到医院做了 2 次体检——化验血常规、上腹部彩超和胸透。稍有点贫血；彩超结果左肾和肝部有点囊肿；胸透正常。吃中药近 3 个月了，情况不错。原方继续间断服药。

五诊（9 月 10 日）：自 5 月中旬服药量由 1 周 6 剂，改为小剂量的 1 周 2 剂，已 3 个月了。期间发热过四五次，经过简单治疗后，情况迅速恢复正常。8 月 9 日做了个一般的上腹部 CT，报告说有肝部占位，建议再做螺旋增强 CT 以排除转移（复发）。经住院做彩超报告肝囊肿；增强 CT 报告仍是肝囊肿；化验 AFP 值 10.0（正常），1 个月后再复查血液的 AFP 值正常，后出院。现在饭量、行走、上楼都正常，住院期间也正常。情况较好，调整处方，每周 2~3 剂，巩固治疗。药用：

附子 60g（先煎），炮姜 30g，肉桂 10g，人参 10g，炙甘草 10g，桂枝 10g，苍术 10g，白术 10g，石菖蒲 20g，甘松 20g，丹参 10g，檀香 10g，降香 10g，三七 10g，砂仁 30g，沉香 10g（后下），肉苁蓉 30g，黄柏 6g。

随访（10 月 10 日）：经他们介绍一位病人来诊，转告目前情况非常好，仍然在间断小量服用小剂量方药。2011 年 1 月 6 日：

电话询问，现在病人一切正常，理化检查复诊也都正常，问是否能停药观察。告诉病人可以停药观察。

【按语】 年高体弱，阳气衰退，加之手术之后，阳气与体质一落千丈，西医对于术后一般情况差没有很好的办法。这种情况中医药治疗则疗效较好，特别是应用火神派扶阳理论，以扶阳抑阴四逆汤为主的方剂，即大小回阳饮加味，回阳建中，健脾开胃，改善一般全身情况，随着全身情况的好转，贫血改善且各项化验指标也显示正常，这对于胃癌手术之后的全身恢复非常重要。因火神派扶阳理论认为，癌肿生长乃是因为“阴成形”而“阳化气”（《内经》）的功能不足所引起，扶阳抑阴，乃是治疗并防止癌肿复发的重要手段，是我们治疗癌症最有效的方法之一。

### 127. 腰椎间盘突出症案——吴萸四逆汤加味

王某某，男，49岁，农民。2010年2月26日就诊。

患者有“腰椎间盘突出症”，经手术后5年情况良好，今年再次复发，拍CT片确诊为“腰椎间盘突出症”复发，因无法手术治疗，而求治于中西药物，西药止痛药已经把胃给吃坏了，也没有解决什么问题，患者十分痛苦。现症见：腰痛伴右下肢痛，不敢伸腰，行走缓慢，要人搀扶，行走过快，腰痛并向下放散，气短懒言，腰膝酸软，冬天畏寒怕冷，夜晚及阴天下雨时腰腿痛加剧，胃脘胀满，二便如常，睡眠欠佳，舌淡质紫暗，脉弦细无力。证属气虚阳微，气血瘀滞，治宜补气升阳，活血通经，方用补中益气汤加味，药用：

炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，当归 10g，陈皮 10g，生黄芪 30g，升麻 6g，柴胡 6g，枳壳 30g，山茱萸 60g，丹参 30g，知母 10g，三七 30g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，桔梗 10g，牛膝 10g，赤芍 30g，土鳖虫（土元）30g，全蝎 10g，蜈蚣 6g，松节 30g，苏木 30g，砂仁 30g。

5剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（3月3日）：服药后，疼痛明显减轻，但自觉总是无力，腰酸冷痛，调整处方，治宜温肝活血，疏肝通经，方用吴萸四逆汤加味，药用：

附片 60g (先煎), 炮姜 50g, 炙甘草 10g, 肉桂 10g, 吴茱萸 30g, 鸡内金 30g, 砂仁 30g, 丹参 30g, 三七 30g, 王不留行 30g, 石菖蒲 30g, 白芷 30g, 茯苓 30g, 桂枝 60g, 苍术 30g, 白术 30g, 土鳖虫 (土元) 30g, 全蝎 (全虫) 10g, 蜈蚣 6g, 苏木 30g, 山茱萸 30g, 香附 10g, 佛手 10g, 茵陈 30g, 三棱 10g, 莪术 10g。3 剂。

三诊 (3 月 8 日): 服药之后, 疗效平平, 自觉不如第 1 次处方, 回头再服第 1 次处方, 3 剂。

四诊 (3 月 16 日): 服药之后, 腰部疼痛消失, 可以行走一里多地, 也无疼痛反复, 只是觉得胃脘胀满, 隐隐作痛, 治宜温中行气, 活血止痛, 方用强中汤加味, 药用:

附片 60g (先煎), 炮姜 30g, 党参 30g, 炙甘草 10g, 苍术 30g, 白术 30g, 丁香 10g, 草果 10g, 青皮 15g, 陈皮 15g, 厚朴 30g, 丹参 30g, 三七 30g, 檀香 10g, 降香 10g, 砂仁 30g, 五灵脂 10g (包煎), 高良姜 30g, 香附 10g, 苏木 30g, 土鳖虫 (土元) 30g, 山楂 30g, 生麦芽 30g。3 剂。

五诊 (3 月 26 日): 服上方药后, 胃脘疼痛消失, 食欲增加, 要求巩固治疗, 用中成药附子理中丸合血府逐瘀片, 进行善后调理。

随访 (2010 年 7 月 20 日): 介绍其同村一个风湿性关节炎病人求诊, 告诉其病愈后, 已去外地打工, 一如常人。

**【按语】** 腰椎间盘突出症手术治疗是目前西医认为最好的办法, 但这位病人复发之后, 西医已无法再次手术治疗。而中医认为手术创伤本身就造成血瘀主症, 且久病多瘀, 疼痛为瘀。首诊之时以补气升阳, 活血通经为治, 虽有效, 但阳气不足也是无法推动血脉运行的, 补气一定要升阳, 故此二诊之后加大附子剂量以重点扶阳, 强化治本之道, 最终以扶阳气、温肝肾、行气活血法, 使疾病得以痊愈。

### 128. 肾病综合征顽固性水肿案——真武汤加减

钟某, 女, 24 岁, 农民。住院号: 67895。2010 年 3 月 25 日就诊。



患者已反复全身水肿4个月余，加剧3周为主诉入科。确诊为“复发性肾病综合征”，经住院应用激素及大剂量速尿利尿等措施，半月之余，尿量始终未能增多，入院之时体重84千克，到3月22日体重增加到85千克。现症见：患者面肿腹胀，腹部水肿，大腹隆起，右侧腹部紫纹之处有渗水，不能向右侧睡觉，呈高度浮肿状态，气短懒言，畏寒肢冷，食欲亢进（吃激素所致），但食后腹胀，不敢多吃一点食物，睡觉只能是仰卧，不能向右侧翻身，双下肢高度浮肿，整个体重比未病之前增加40千克，大便秘结，小便短赤，舌淡胖大，边有齿痕，舌尖稍红，脉沉细尺部略滑。证属脾肾阳虚，水湿郁积，治宜温阳利水，通下泄浊，方用真武汤加减，药用：

附子90g（先煎），生姜90g，炙甘草6g，半夏30g，茯苓60g，生大黄30g，芒硝30g，泽泻30g，砂仁30g，三七30g。

2剂。用法：浓煎药液，每次100ml，每天1~2次。西医药仍按原方法应用。

二诊（3月31日）：服药之后，第1天大小便均未见什么变化，第2天服药1次之后，排大便3次，呈水样便，小便也增多。第3天服药1次后，大便1次，小便量增多，体重减轻到76公斤，病人喜出望外。查房之时，观察病人腹部松散，小便明显增多，体重又减轻2公斤，可向右侧睡觉，信心大增，再服西药利尿而小便量大增，双下肢浮肿消减大半，行动自如。原方再进2剂。

三诊（4月4日）：服上药之后，浮肿尽消，体重恢复到65千克，24时尿蛋白定量阴性，改用常规治疗方法，进一步调养。

**【按语】** 肾病综合征顽固性水肿，由于病人高度浮肿与血浆蛋白低下有关，西药多种措施是难以利尿消肿的。此例患者便是如此，在西药多种措施无效的情况下，先用中药真武汤加减方，扶阳抑阴，利下排浊，助气化、温肾阳、利二便、降浊邪、化瘀血，膀胱得气化，而州都自然可排小便，因为利大便而助小便。方药重用附子配生姜，扶阳气助气化，司开阖，调二便，故服后大便增加的同时，小便量也逐渐增多，表明膀胱气化主要在于肾

中阳气的蒸腾，气化开，二便开阖有度，浮肿尽消。与此同时，肾司二便，分清泌浊，尿中蛋白自消。可见，浮肿一病非阳气不化，《内经》云：“阳化气，阴成形”，成形之肿，足以表明阳气气化不能，故经多年研究应用，已经形成了经验方扶阳泻下汤，该方药益气助阳，蒸腾阳气，气司职属，故二便排泄如常，因而浮肿尽消，尿中蛋白转阴。

### 129. 风心心衰并心包积液案——强中汤加味

张某某，男，63岁，农民。住院号：67922。2010年3月15日就诊。

患者以间断性心慌、心悸、气短10年余，加剧伴无法平卧10天为主诉而入科。患者素有“风心”病病史10年余，曾间断治疗而病情进行性加剧，住院之后，经过强心、扩管、利尿等措施，病情仍然无法完全缓解。现症见：心慌心悸，胸闷气短，活动后加剧，畏寒肢冷，腰膝酸软，纳差腹胀，时有口苦、咽干，夜晚无法平卧，呈半卧位，小便量少，大便不畅，干结与稀溏不一，口唇紫暗，舌淡胖水滑，苔白腻，质紫暗，边尖稍红，脉沉细无力。证属心肾阳虚，水凌心肺，治宜温补心肾，通阳利湿，行气通下，方用强中汤合苓桂术甘汤加味，药用：

附片60g（先煎），干姜30g，党参30g，苍术30g，白术30g，炙甘草6g，丁香10g，草果10g，青皮15g，陈皮15g，厚朴30g，丹参30g，三七30g，火麻仁30g，沉香10g，肉苁蓉30g，茯苓30g，泽兰30g，桂枝30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（3月18日）：服药之后，疗效平平，大便排泄仍然不太畅通，右胁痛、口苦，稍可平卧，舌脉变化不大。上方加茵陈30g，鸡内金30g。3剂。

三诊（3月21日）：服药之后，大便仍然不太通畅，上方改火麻仁60g，桂枝60g。3剂。

四诊（3月24日）：大便通畅，每天1次，但仍然感觉肠道不太舒服。调整处方，药用：

附片75g（先煎），干姜50g，党参30g，苍术30g，白术



30g, 炙甘草 6g, 丁香 10g, 草果 10g, 青皮 15g, 陈皮 15g, 厚朴 30g, 丹参 30g, 三七 30g, 火麻仁 60g, 沉香 10g, 肉苁蓉 30g, 桂枝 60g, 茯苓 30g, 泽兰 30g, 茵陈 30g, 鸡内金 30g, 香附 10g, 芒硝 20g。3 剂。

五诊 (3 月 26 日): 服药之后, 大便通畅, 稍便溏, 每天 2 次, 自感肠道舒服, 食纳增加, 能平卧安睡, 睡眠良好, 要求带药出院, 带上药 7 剂出院。

**【按语】** 风心心衰并心包积液一病, 可谓是心脏病雪上加霜。病人一派心肾阳虚之症, 但病人自我表现却突出在中焦升降失常之上, 胃脘胀满, 大便不畅。治疗上在温通心肾之阳的同时, 加强行气通下之调整上下, 方用强中汤, 重用附片, 温补心肾之阳, 加强行气通下药物, 单纯火麻仁、肉苁蓉通下仍然觉得较弱, 而加芒硝之后, 症状才得以彻底缓解。心肾阳虚, 水凌心肺, 但治在中焦, 升清降浊, 中焦升降司职, 浊降而清升, 心肾阳气之交通, 关键在于中焦之枢轴的运传, 而火神派扶阳重点在于补肾阳而降心火, 但降浊药物之应用, 对于本病起效有重要的意义和作用。

### 130. 风湿性关节炎案——当归四逆汤加附子

许某, 女, 45 岁, 洛阳市人。2010 年 4 月 5 日就诊。

患者有“类风湿关节炎”病史数年余, 曾服用中西药物, 情况时好时坏, 每遇阴雨天或寒冷季节, 双手脚关节疼痛加剧, 近年伴烘热烦躁, 畏寒怕冷, 在当地诊治不佳, 专程由洛阳到驻市求治。现症见: 双手脚小关节冷凉, 阴天下雨或秋冬季节, 或接触凉水时冷痛加剧, 现伴失眠多梦, 烘热汗出, 烦躁不安, 口苦咽干, 腰膝酸软, 畏寒肢冷, 纳差腹胀, 舌淡胖大、边有齿痕、苔稍燥, 脉沉细略滑。证属肝阳虚弱, 虚火上扰, 血脉瘀滞, 治宜温肝肾之阳, 潜阳活血通脉, 方用当归四逆汤加附子等, 药用:

当归 10g, 桂枝 30g, 赤芍 10g, 细辛 10g, 通草 6g, 炙甘草 10g, 吴茱萸 30g, 附子 30g (先煎), 香附 10g, 鸡内金 30g, 茯苓 10g, 佛手 10g, 丹参 30g, 三七 10g, 砂仁 30g, 黄柏 15g, 生

龙骨、生牡蛎各 30g，石菖蒲 30g，白芷 10g，王不留行 30g，牛膝 10g，益智 30g，骨碎补 30g，生麦芽 30g。

复诊（7月15日）：电话联系，吃上方药 2 个多月，症状几乎消失，病好九成之多，故停药观察，3 个月来情况很好。近期由于天热而使用空调，略感四肢末梢小关节冷酸痛。告诉病人夏天一定要避免空调冷气，可再服上方 10 剂，进行巩固治疗。

**【按语】** 患者患类风湿关节炎病数年余，同时还处于更年期——天癸竭的时候，肾精亏损而使病情加剧，因病人肾阳不足，肝阳不升，郁而化热，血脉阻滞，而病情加剧。以温肝阳、补肾虚、通经脉、行气血为治，重用桂枝、吴茱萸、附子三味，统领诸药入肝经、助肝升、补肝阳，肝升则血脉流畅，加之疏通血脉、益肾填精之品，以助固本而治，故此临床疗效显著。

### 131. 活动后气喘案——四逆汤加味

孙某某，男，75 岁，江苏丰县人。住院号：69726。2010 年 5 月 5 日就诊。

患者有“慢支、肺气肿、肺心病”病史 30 年余，近几年有进行性加剧的趋势，每当外感或是活动之后，就出现气喘、胸闷、心慌心悸，虽然中西药调治，但活动之后气喘仍然无法缓解，专程来河南驻市求治。现症见：患者清瘦，说话一长，上气不接下气，只要一上楼梯，就出现气喘胸闷、憋气，半天后才能缓解，平素畏寒肢冷，腰膝酸软，前列腺已经切除，大小便如常，舌淡胖大、边有齿痕、质稍紫暗，脉沉细弱。证属阴阳两虚，肾不纳气，治宜回阳救阴，纳气归肾。方用四逆汤加味，药用：

附片 60g（先煎），干姜 30g，生姜 30g，炙甘草 10g，红参 30g，丹参 30g，三七 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，磁石 30g，石菖蒲 30g，天麻 10g，白芷 30g，威灵仙 10g，半夏 10g，山茱萸 60g，补骨脂 30g，赤石脂 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（5月8日）：服药之后，上楼梯喘息明显减轻，已可连续上行而不需要中间休息。原方有效，再进 3 剂。

三诊（5月11日）：服药之后，活动后已无喘息，可自由上下楼梯，要求带药出院，巩固治疗，方药同上，10剂。

【按语】老年性喘息即慢支伴肺气肿，现代医学尚无较好的方法，而中医扶阳之方，温补肾元，补阳、助阳、回阳、潜阳，均有助于纳气归肾、纳元归根，对于缓解病情，解除痛苦，疗效显著。患者为江苏丰县人，看了笔者《火神派学习与临证实践》书后，专程来河南求治，可见一个扶阳理念，对于解除这样的疑难杂症的确是有效之方法。

### 132. 低热（热入血室）案——小柴胡汤加附子

岳某某，女，30岁，市民。2010年5月20日就诊。

患者发热半年余，曾进行系统各项理化检查，均未发现异常。发热白天重，夜晚轻，月经期轻，月经错后并比较长，最高体温达 $37.8^{\circ}\text{C}$ ，一般在 $37.6^{\circ}\text{C}$ 左右。现症见：追问病史，始得知，半年前正值月经之时，正好感冒风寒，当时进行多方治疗，月经不正常，正来月经之时突然有少量黑色瘀血块，小腹痛，以往没有过的情况。发热之前，有轻度恶寒，发热，经休息、喝开水之后，体温可降下来，现月经量少色黑伴瘀血块，时有腹痛，食欲尚可，二便如常，自感胸胁胀满，刺痛彼此发作，舌淡紫暗，苔薄黄，脉弦细而涩。证属热入血室，血脉瘀滞，治宜和解少阳，行气活血，方用小柴胡汤加附子等，药用：

柴胡 10g，黄芩 10g，半夏 10g，党参 30g，干姜 10g，桂枝 10g，白芍 10g，附子 10g，丹参 10g，三七 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，枳壳 10g，桔梗 10g，赤芍 10g，牛膝 10g，当归 10g，藿香 10g，佩兰 10g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（5月26日）：服后，自觉症状减轻，但体温仍然未达正常，在 $37.5^{\circ}\text{C}$ 左右，方药有效，同上方药，6剂。

三诊（6月7日）：服药之后，体温在 $37.2^{\circ}\text{C}$ 左右，恶寒消失，全身症状大减，原方有效。再服上方6剂。

四诊（6月22日）：体温正常，全身情况很好，要求巩固治疗，小柴胡冲剂合血府逐瘀片，每次月经期服用7~10天，连续

服用3个月。

**【按语】** 妇人经期合并外感，张仲景称为“热入血室”，这种病人临床上非常多见，但由于受西医的影响，病人低热而进行理化检查，最后也无法确定什么病症。这种病人一般无特殊的症状表现，只有详细询问病史才可得知。张仲景《金匱要略》篇指出：“妇人中风七八日，续得寒热，发作有时，经水适断，此为热入血室。其血必结，故始如疟状，发作有时，小柴胡汤主之”。张仲景提出治用小柴胡汤和解少阳，但经笔者临床观察其单用效果较差，同时张仲景指出“血结”，其实就是血脉瘀滞在胞宫之意。根据经文，笔者常合用王清任的血府逐瘀汤化裁，并随症加入附子等，助通阳活血，故而临床疗效显著。但此病笔者发现，每到下次月经期之时，还要“发作”，症“如疟状”。所以，连续3个月经周期调治，最终才可得以彻底治愈本病。

### 133. 支气管炎咳嗽案——破格救心汤加减

张某某，女，70岁。退休职工。2010年6月19日就诊。

患者自去年冬天外感之后，出现咳嗽、吐痰、身困、咽痒等症半年余，情况时轻时重，除拍胸片报告“慢支、气管炎”之外，无别的发现。曾反复中西药物尽服，未见其效。每当外感或劳累之后，喘嗽，咽痒发作，呈阵发性加剧。现症见：气短懒言，腰膝酸软，畏寒肢冷，时感咽痒，阵发性咳嗽，剧烈咳嗽之后，可吐出少许白痰，之后其症状稍缓解，此症状白天轻夜晚重，咳嗽之时无法平卧，面色暗黑，大便秘结，5天未排，舌淡胖大、苔白膩水滑，边有齿痕，脉硬沉兼略滑、尺部尤弱。证属阳气亏损，肾不纳气，治宜温肾纳气，利咽通便，方用破格救心汤加减，药用：

附片45g（先煎），干姜30g，炙甘草10g，党参30g，山茱萸60g，生龙骨、生牡蛎各30g，丹参30g，三七30g，紫石英30g，磁石30g，石菖蒲30g，甘松20g，火麻仁60g，陈皮10g，半夏10g，桔梗10g，木蝴蝶10g，苍术30g，白术30g。

5剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（6月25日）：服药之后，咳嗽明显减轻，夜晚可安静

平卧，第4天排下干结大便甚多，咳嗽顿减，但便后自感乏力甚，虚汗稍多，舌苔腻减大半，方药对症，上方加量，附片60g，加红参30g。再进5剂。

随访（7月1日）：咳嗽消失，二便如常，身体如前。

**【按语】**年老体弱，外感风寒，内舍于肺，虽经中西药物调治，但总是因虚而邪难以祛除，故此遗留下“顽固性咳嗽”之症状，久而久之，则形成所谓的“慢支、肺气肿”。其实，这种老年病，无抽烟病史者，多是因为与反复外感寒邪有关，且是积少成多，由轻变重，久病难医。其治重在温肾纳气，兼以解表祛邪，通下泄浊，一服而疗效显著，再服而病得以痊愈。可见，火神派扶阳理念对于阳虚患者，特别是久病肺疾，属肾不纳气而顽固性咳喘者，具有很好的疗效，而笔者多用李可老中医的破格救心汤化裁，重用附子温肾阳，配以山茱萸纳气归肾，临床疗效显著。

#### 134. 胃底部平滑肌瘤案——附子泻心汤加味

李某某，女，45岁。市民。2010年6月14日就诊。

患者去年经胃镜检查确诊为“胃底部平滑肌瘤”，曾到省级医院诊治，其建议手术，因害怕而未作，坚持服西药十几种而情况未见明显改善，自感胃胀难受，嘈杂不适，无奈之时，求治于中医。现症见：胃脘嘈杂，胀满不适，隐隐作痛，食后胃痛加剧，暖气，时时哕逆，烦热不安，畏寒肢冷，胃中灼热，喜食凉物，食后腹泻，胃部不适，反酸，失眠多梦，喜长叹息，舌苔薄黄，舌尖红，脉弦沉兼滑。证属寒热夹杂，治宜寒热平调，理气活血，方用附子泻心汤加味，药用：

半夏10g，黄芩10g，黄连10g，炮姜10g，炙甘草10g，党参30g，生姜10g，附子6g，生大黄10g，丹参30g，檀香10g，降香10g，三七10g，砂仁10g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），高良姜10g，香附10g，百合30g，乌药10g，生龙骨、生牡蛎各30g，生麦芽30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（6月30日）：服药之后，胃脘痛消失，暖气，哕逆仍

在，喜凉，叹息，胸胁胀满，咽部如有异物，舌脉无变化。调整处方，药用：

半夏 10g，黄芩 10g，黄连 10g，炮姜 10g，炙甘草 10g，党参 30g，附子 6g，生大黄 10g，丹参 30g，三七 10g，当归 10g，柴胡 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，枳壳 10g，桔梗 10g，赤芍 10g，牛膝 10g，木蝴蝶 10g，生麦芽 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g。6 剂。

随访（7 月 10 日）：电话询问，症状消失，问是否可以停药观察，回答注意饮食调节，可以停药观察后效。

**【按语】**脾胃病临床比较常见，其疾病特点是中焦虚寒者有之，实热者也有之，但虚实寒热夹杂者也不少。为什么会出现中焦脾胃寒热虚实夹杂证呢？中焦是升降之枢纽，脾以升为健，胃以降为和，二者升降相因，相反相成。如果饮食不慎，或药物杂投，极易伤及脾胃，脾胃虽伤，但饮食一天也不能停止。故而其病反复率较高，远期效果欠佳，特别是脾虚胃热之证，脾阳虚而升运不能，胃积热则腑难通下，郁结中焦形成寒热夹杂证。治用张仲景五个泻心汤（半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、泻心汤、附子泻心汤）辛开苦降，助脾升以扶阳气，促胃降以通下泄浊，攻补兼施、寒热并投，兼佐以调理气血、活血化瘀，临床疗效显著。该方比较大，大方多药，看似杂乱，实则心中有方，笔下也明，需要长期研究才能开好大处方，这也是一个医者的境界。

### 135. 顽固性咳嗽案——破格救心汤加减

常某某，男，36 岁，农民。2010 年 6 月 21 日就诊。

患者外感之后，咳嗽已有 2 个多月的时间，曾经打针吃药均无效，现只要一出现喉部发痒，就引发咳嗽，咳嗽之后无痰吐出，甚为痛苦。现症见：干咳，阵发性加剧，上午轻，下午重，胃脘胀满，受凉易腹泻，闻到异味就想咳嗽，平素畏寒肢冷，不耐寒冷，受风也易咳嗽，二便基本如常，舌淡苔润滑，脉沉细弱。证属阴盛阳衰，阴邪上干清道，治宜回阳潜镇，方用破格救心汤加减，药用：



附片 45g (先煎), 炮姜 30g, 炙甘草 10g, 党参 30g, 生姜 30g, 山茱萸 60g, 生龙骨、生牡蛎各 30g, 丹参 10g, 三七 10g, 紫石英 30g, 磁石 30g, 半夏 10g, 苍术 30g, 白术 30g, 石菖蒲 30g, 白芷 30g, 威灵仙 10g, 桔梗 10g, 木蝴蝶 10g。

5 剂。用法: 水煎服, 每天 1 剂。

二诊 (7 月 1 日): 服药之后, 腹泻明显, 每天 3~5 次, 咳嗽明显减轻许多。考虑阴盛则寒, 热药服后, 自然出现腹泻反应, 但病情显著改善, 方药有效, 再服原方, 加仙鹤草 30g。再服 5 剂。

三诊 (7 月 21 日): 服药之后, 咳嗽消失, 但怕冷, 遇风寒冷气刺激, 还容易引起咳嗽, 考虑体虚阳亏, 且一受凉很容易腹泻。为进一步加强远期疗效, 中成药附子理中丸合血府逐瘀片进行善后调理。

**【按语】** 此例病人, 自幼体弱多病, 不耐寒冷, 遇到风寒冷气刺激都可能引发咳嗽, 特别是遇寒凉而腹泻, 这种典型的寒盛阳衰证, 若应用一般方法是无法根治的。故此, 笔者采用扶阳助正之法, 大举应用以附子为主的温阳益肾之品, 扶阳抑阴, 助正达邪, 临床疗效显著。与此同时, 笔者还告诫病人, 一定防寒保暖, 防止西药抗生素及中药苦寒之品的长期服用, 以免削弱人体之正气。而加强中成药扶阳法进行巩固治疗, 对于改善患者虚阳之体是非常有必要的, 但持久才能达到最终之目的。

### 136. 感冒后咳嗽案——破格救心汤化裁

宋某某, 女, 14 岁, 学生。2010 年 7 月 10 日就诊。

患者自幼体弱多病, 每次患病之后, 就遗留下顽固性咳嗽, 短者月余难好, 长者可达半年难愈, 此次感冒之后, 经西药治好后, 现咳嗽不断, 曾服中西药物月余而无效。现症见: 咳嗽不断, 白天稍轻, 夜晚较重, 阵发性咳嗽加剧, 吐出少量白痰, 色清稀而量少, 经常伴喉部发痒, 痒后易发生咳嗽, 平素畏寒肢冷, 冬天怕冷, 喜食冷物, 食后胃中不适, 脘痞胀满, 大便稀溏, 受凉后易腹泻, 舌淡, 脉沉细无力。证属阴盛阳衰, 阴邪上干清道, 治宜扶阳潜阳, 利咽活血, 方用破格救心汤化裁,

药用：

附片 30g（先煎），炮姜 30g，炙甘草 10g，生姜 30g，山茱萸 60g，党参 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，磁石 30g，砂仁 10g，桔梗 10g，木蝴蝶 10g，甘松 10g，丹参 10g，三七 10g，仙鹤草 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 10g。

5 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（7 月 19 日）：患者 7 月 13 日电话咨询：由于大人安排煎药之时疏漏，把 5 剂药的附片 150g 一块煎好，与 1 剂药共煎好，服药 1 剂之后，没有什么反应，问是否可把余下的药服完？告诉其说：可备用蜂蜜一斤，再服下余药，若服药后有什么意外，可用蜂蜜解毒。病人服药之后，没有什么反应，问余下药怎么服？告诉其专门购买附片 120g，配合余下 4 剂药物服用。今天其母亲来院复诊说：咳嗽已愈，问孩子体质差及病后调养问题？告诉其说要防寒保暖，可服用中成药附子理中丸合血府逐瘀片进行善后调养。

**【按语】** 此种病例临床比较常见，即感冒之后遗留下咳嗽难消，现代称之为喉源性咳嗽或称之为变异性哮喘，一般中西药物方法是难以取效的。笔者针对此种情况，多选用李可老中医破格救心汤化裁，临床疗效显著。值得一提的是，该家长疏漏而误将 150g 附片先煎 2 个小时后，与一剂中药服用，虽说是有惊无险，但笔者还是嘱其解毒方法有备无患，以备万一情况。作为一个合格的火神派学习者来说，这种情况随时都有可能发生，这种药物之外功夫就显得格外的重要，我们一定要胸有成竹，才能应付自如。

### 137. 胆汁反流性胃炎案——温肝疏郁健脾汤加味

樊某某，男，60 岁，农民。2010 年 7 月 30 日就诊。

患者曾经多次胃镜检查，确诊为“胆汁反流性胃炎”，经中西药物治疗年余，其症状时好时坏，始终没有能减轻痛苦。现症见：反酸，口苦，胃胀伴痛，时有干呕，间断性呃逆，纳差，脘腹胀闷，平素畏寒肢冷，但喜食凉物，食后不适，大便时溏时硬，小便黄赤，舌苔厚腻黄滑润，脉左手弱而无力，右手沉弦兼

滑。证属肝郁不升，气滞血瘀，升降失调，治宜温肝疏郁，行气活血，方用温肝疏郁健脾汤合血府逐瘀汤加减。药用：

附子 15g，炮姜 15g，炙甘草 10g，茵陈 30g，鸡内金 30g，茯苓 10g，半夏 10g，香附 10g，佛手 10g，丹参 30g，三七 10g，当归 10g，柴胡 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，枳壳 30g，桔梗 10g，赤芍 10g，牛膝 10g，生麦芽 30g。

7剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（8月8日）：服药后，自感症状大有好转，病减八成之多，反酸、口苦消失，二便如常，脘闷胀消失，要求再服巩固治疗，原方再服7剂。

**【按语】**胆汁反流性胃炎，是因为胆汁不能正常向外排泄而上逆，导致胃的自身消化性损伤而成。中医认为肝主升，胆主降，若肝气不升，则胆汁不降而反升上犯，成为本病。本方采用火神派名家吴荣祖教授之经验方——温肝疏郁健脾汤，该方以吴萸四逆汤为基础，温肝寒、疏肝郁、助肝升，同时加茵陈以助胆降、散郁热，辅以健脾行气之品，对于肝阳虚弱、升发不能，郁而化热者多有良效。同时合上王清任的血府逐瘀汤，行气活血、调理气机，以助肝阳气升发条达，肝升而胆降，本病自然得以治愈。

### 138. 肠炎并阳痿案——附子理中汤加味

王某，男，40岁，农民。2010年8月24日就诊。

患者有“结肠炎”病史数年余，经常服用中西药物，服药之时，每天大便1次，可一停中西药物就每天大便4~5次，甚为苦恼。近年又发现前列腺肥大及阳痿，服中西药物，病情无一点改善，而且肠炎病又加剧。现症见：腰膝酸软，畏寒怕冷，小腹冷凉，气短乏力，每天大便4~5次，溏便伴消化不良的食物残渣，性欲下降，阳痿，无法过正常性生活，彩超还发现前列腺肥大，小便无力，夜晚尿量少但次数多，舌淡色紫暗，体稍胖，边有齿痕，苔白腻，脉沉细弦。证属脾肾阳虚，阴寒内盛，治宜温阳行气，解毒泄浊，兼以活血化瘀，方用附子理中汤加味，药用：

附片 60g（先煎），炮姜 50g，炙甘草 30g，苍术 30g，白术

30g, 党参 30g, 枳实 10g, 枳壳 10g, 厚朴 10g, 乌药 10g, 槟榔 10g, 生大黄 10g, 白芍 30g, 陈皮 10g, 防风 10g, 生薏苡仁 30g, 败酱草 30g, 当归 10g, 乳香 10g, 没药 10g, 三棱 10g, 莪术 10g, 丹参 30g, 三七 30g, 石菖蒲 30g, 白芷 30g, 威灵仙 10g。

3剂。用法：水煎服，每服1剂，间隔2天后，再服下1剂。

二诊（9月1日）：患者服第1剂药后，大便次数增加，可停药之后，大便如常，每天1次，吃完3剂之后，大便恢复正常，而且阳痿也明显改善，病人觉得真是不可思议，以往都是停药病再犯，现在3剂药服后，如此神效，出乎意料。为巩固疗效，桂附地黄丸合血府逐瘀片进行调理善后。

**【按语】** 此例病情比较复杂，一是肠炎数年未愈，二是阳痿，三是前列腺肥大。开始病人以治阳痿而来，后经笔者分析判断为下焦阳虚，湿毒瘀滞所致。故此，告诉病人说，先不治阳痿而治肠炎，肠炎好而其他的病情均可迎刃而解。开始病人就是不相信，能在短时间内治愈肠炎，并且阳痿也能迅速好转，可服药之后，疗效如此神速，病人钦佩的心服口服。可见扶阳理念，抓住了病人关键环节，正如郑钦安所说：“是不治病而实治病也”，一举而两中，临床疗效显著。

### 139. 风湿性关节炎伴心脏病案——回阳建中汤加味

吴某某，女，60岁，农民。2010年7月20日就诊。

患者有“风湿性关节炎”病史5年，间断性心慌心悸、胸闷、关节痛、不规则发热，双手脚小关节肿痛，无法行走，因间断发热而经常吃退热药，造成胃痛无法服药，曾吃中西药物数年未效。现症见：四肢小关节肿痛，无法活动、行走，行走需要有人搀扶，无法吃饭，一吃饭就胃脘疼痛，脘腹胀满，腰膝酸软，畏寒肢冷，气短懒言，活动后心慌气短加剧，伴不规则发热，舌淡胖大、质暗红，脉浮弱沉取无力。证属阳虚血瘀，治宜温通活血，佐以祛湿，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附片 30g（先煎），生姜 30g，炙甘草 30g，桂枝 10g，肉桂 10g，石菖蒲 10g，甘松 20g，三七 10g，砂仁 10g，红参 30g，生

龙骨、生牡蛎各 30g，磁石 30g，紫石英 30g，丹参 30g，赤芍 30g，白豆蔻 10g，苍术 10g，藿香 10g，佩兰 10g。

5 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（7 月 26 日）：服药之后，关节肿痛减轻，食欲增加，心慌减轻，可自行来门诊就医，舌质暗红，脉弦和，原方有效，再进 5 剂。

三诊（8 月 1 日）：服药之后，其症状进一步减轻，腰膝酸软明显，上方桂枝用 30g，加肾四味各 10g，山茱萸 30g。再进 5 剂。

四诊（8 月 10 日）：服药之后，身上及四肢小关节间断性出现发痒，除腰部不适外，其他情况都很好。上方附片用 45g（先煎），肾四味各 15g，山茱萸 60g。再进 5 剂。

五诊（8 月 16 日）：服药之后，四肢小关节痒甚，伴全身痒。告诉其这是药效反应，可间隔 1 天再服，洗热水澡，服药期间，患者还发现，每次服药之后，身上都有微汗，小关节处常有湿性黏汗出来，这是药效祛湿的表现，方药效佳。附片加到 60g，再进 5 剂。

六诊（8 月 28 日）：自关节及身痒之后，四肢小关节肿痛消失，皮色如常，活动自如，四肢灵活，可自己骑自行车，现关节及皮肤仍间断性痒，这是好现象，除腰酸之外，无其他症状，舌淡暗红，脉沉弦略浮。仍用上方，加肾四味各 30g，补骨脂 30g。上方再服 6 剂，隔天 1 剂，进行巩固治疗。

随访（10 月 20 日）：介绍其同村人来治病，了解到目前病人情况非常好，一如常人。小剂量中成药维持治疗。

**【按语】** 风湿性关节炎伴心脏损害，该病治疗实属不易。从开始到最后，笔者一直坚持扶阳理念，而且附片量由小到大，病情得以逐渐缓解，特别是到后期，病人身痒及四肢小关节处出黏汗，这些都是寒邪由内向外发泄的表现，是“阳药运行，阴邪化去”之反映，病人虽然害怕，但我们却胸有成竹，告诉病人这是祛病排毒的表现，而且病人也发现，随着病人身痒、小关节出黏汗之后，病情一天比一天好转，由开始病人无法行走来诊，现变

成自己亲自来诊，足以证明扶阳理念治疗三阴寒证，具有独特的疗效。

#### 140. 面部痤疮案——薏苡附子败酱散加味

申某某，女，22岁，市民。2010年7月25日就诊。

患者满脸痤疮数年余，此起彼伏，求治于中西医，终因失败而告终。现症见：满脸痤疮，大小不一，部分伴脓头，此起彼伏，痤疮在月经期加剧，月经色暗紫，有紫血块，伴腹痛，口渴喜热饮，但饮不解渴，平素畏寒肢冷，双上肢手心干燥，双眼睑下部紫暗，大便稀溏，小便如常，舌胖大，边有齿痕，苔薄滑润，脉沉细兼略滑，证属阴盛格阳，血脉不畅，治宜温阳解毒，行气活血，方用薏苡附子败酱散加味，药用：

生薏苡仁 60g，附片 45g（先煎），败酱草 60g，当归 10g，川芎 10g，赤芍 10g，小茴香 10g，干姜 10g，延胡索（元胡） 10g，五灵脂 10g（包煎），没药 10g，肉桂 10g，蒲黄 10g（包煎），三七 10g，白芷 10g，蜂房 10g。

7剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（8月1日）：面部痤疮未新起，但已起之处有脓头向外出，病属阴邪外排，是好的现象。为强化疗效，上方加生黄芪 30g，以助托毒升肌。再进7剂。

三诊（8月8日）：情况进一步好转，痤疮脓头尽出，其余部分未再出，为强化疗效，附片用 60g（先煎），白芷用 30g，加金银花 30g。再进7剂。

四诊（8月15日）：面部痤疮脓头已消失干净，最后服药略感胃中不适，停药后消失。现手足变温，口不渴，二便如常。为了巩固疗效，改用桂附地黄丸与血瘀逐瘀片进行善后调理。

**【按语】** 面部痤疮一病，类似于阴疮，笔者借鉴张仲景薏苡附子败酱散，治肠痈之理而于外治，颇符合痤疮之病理病机，因“外治之理，亦内治之理”，更加活血化瘀之品少腹逐瘀汤，以提高临床疗效。痤疮虽是小病，但久病缠绵，非重剂附子及活血化瘀之品，是难以达到其目的的。可见，火神派扶阳理念临床用药，相互配合用是非常重要的，非单纯只用附子一药，而是合理

配伍才能取得更好的临床疗效。

## 141. 女性痤疮案——潜阳封髓丹加味

白某，女，19岁，大学生。2010年7月9日就诊。

患者自从从河南到云南昆明求学之后，面部痤疮此起彼伏，大的化脓头破裂伴流黄水，经用多种药物内服与外治，未见明显疗效，放假之后专门求治中医。现症见：满脸痤疮，此起彼伏，大的化脓并流黄水，局部热痛，四肢湿冷，喜食凉物，大便秘结，3~5天1次，舌质红，苔薄腻黄、滑润，脉沉细无力。证属阴盛格阳，治宜温阳潜阳，解毒通下，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片30g（先煎），龟甲6g，炙甘草10g，砂仁15g，黄柏30g，干姜30g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，磁石30g，火麻仁30g，巴戟天30g，白芷30g，蜂房10g，薏苡仁30g，败酱草30g，丹参30g，三七10g，细辛6g，牛膝10g。

二诊（7月26日）：今天复诊特别兴奋，面部痤疮几乎消失，面色光滑，甚为高兴，大便仍不十分通畅，上方加火麻仁到60g，再进7剂，加强远期疗效。

**【按语】** 现代女性多喜食寒凉之品。其实，过食寒凉，久成阴寒内盛，阴盛过极而格阳于外，阳虚而外浮，与外界的阳热之毒相合，两阳相合，聚集成毒，热盛肉腐，化为脓肿疮毒，现代称之为痤疮。治用扶阳潜阳、解毒利湿、活血化瘀，以潜阳封髓丹合薏苡附子败酱散加味，扶阳、潜阳、解毒，重用附子扶阳补坎中之阳，最终得以病愈。

## 142. 受湿身疼案——乌附麻辛桂姜汤加味

郑某某，女，46岁，市民。2010年7月21日就诊。

患者素体阳虚，1周前淋雨淌水之后，进行性出现全身及四肢关节疼痛，开始认为经过休息之后可以恢复，可恰恰相反，休息之后，其症状未减轻而进行性加剧。现症见：四肢关节疼痛，白天轻晚上重，浑身疼痛，怕风畏寒，自觉风寒之邪如从骨中出来，纳食尚可，睡眠欠佳，二便如常，舌淡水滑，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，寒湿内侵，治宜温阳散寒，方用乌附麻辛桂姜汤

加味，药用：

制川乌 30g（先煎），附片 30g（先煎），炙甘草 30g，生麻黄 15g，细辛 10g，生姜 30g，桂枝 60g，干姜 30g，羌活 15g，独活 15g，苍术 30g，白术 30g，骨碎补 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 30g，丹参 10g，三七 10g，肾四味各 30g。

5 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（8 月 10 日）：服药之后，四肢关节及全身疼痛减轻大半，现身困乏力，不甚怕风，睡眠不实，停药后好转，舌淡，脉沉缓。调整处方，方用当归四逆汤加味，药用：

当归 30g，桂枝 60g，白芍 30g，细辛 10g，炙甘草 30g，通草 10g，吴茱萸 30g，干姜 30g，附片 30g（先煎），丹参 30g，三七 10g，山茱萸 60g，生龙骨、生牡蛎各 30g，党参 30g，生黄芪 30g，砂仁 10g，白豆蔻 10g，山楂 30g，藿香 10g。

三诊（9 月 2 日）：服药之后，全身及关节疼痛消失，只有双肘关节在天冷之时稍有不适，舌淡，脉沉缓滑。巩固治疗用中成药桂附地黄丸，以善后调理。

**【按语】** 素体阳虚之体，易于感受寒邪，特别是淋雨趟水之后，水寒湿气内侵，弥漫全身，而出现关节及全身疼痛，特别是怕风畏寒，更说明是三阴之病。因此，一诊选乌附麻辛桂姜汤加味，乌、附、桂、姜均重用，目的在于扶阳助正，散寒祛邪，药效果然明显，二诊之时患者睡眠不佳，只有四肢症状，故而选用当归四逆汤加味而治，协调阴阳，交通心肾，疗效明显。但后期的调理对于这种三阴体质病人，也是非常需要的，应用桂附地黄丸以善后调理，目的是改善患者阳虚体质，以防病情再遇寒邪而复发。

### 143. 慢性肾炎并肾功能不全案——扶阳泻下汤加味

4 张某某，男，36 岁，市民。2010 年 8 月 15 日就诊。

患者有“慢性肾炎”病史数余年，近年又出现“肾功能不全”，曾在多家国家及省市级医院诊治，均未见明显好转，而且肾功能进行性恶化，血压较高，曾化验血肌酐达  $400\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮达  $30\text{mmol/L}$ ，贫血明显，尿常规蛋白（+++），超声报告



双肾形态有萎缩的趋势，西医建议做透析或肾移植手术。现症见：面色萎黄、虚浮、黧黑，气短懒言，手脚湿凉，腰膝酸软，心胸烦热，时有呕哕，食纳较差，睡眠不佳，情绪低落，大便不畅，小便短赤，夜尿频多，舌淡胖大、边有齿痕，苔白腻、水滑，质稍紫暗，脉沉滑而有力。证属阳虚不化，浊毒积滞，治宜温阳解毒，方用经验方扶阳泻下汤加味，药用：

附子 30g（先煎），生姜 30g，炙甘草 10g，陈皮 15g，半夏 30g，茯苓 30g，泽泻 30g，党参 30g，生黄芪 30g，肉桂 10g，丹参 30g，三七 10g，生大黄 10g，芒硝 10g，淫羊藿（仙灵脾） 30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。依据大便次数多少，调节大黄、芒硝用量，保证每天大便2~3次。

电话随访（10月10日）：间断服药近2个月，每周服药5~6剂，保证大便每天在3次左右，经化验贫血已纠正，血肌酐值降到 $150\mu\text{mol/L}$ ，全身情况良好，夜尿减少。原方药有效，附子加量用40g，生姜也用40g，其余药物不变。继续服用。

电话随访（11月15日）：除血压稍高之外，肾功能化验已恢复正常值内，已无贫血，尿常规：蛋白（++）。嘱咐上方加益智10g。继续间断服药。

四诊（12月27日）：来院面诊，面色如常人，精神好，昨天在当地医院化验，尿常规：蛋白阴性，尿素氮正常，血肌酐 $105\mu\text{mol/L}$ ，比正常值稍高，述说最近吃肉比较多，食欲好，大便每天2~3次，小便白天多，夜尿1~2次，睡眠好，无自觉症状，测血压较高，察舌淡胖大、苔白水滑、边有齿痕、质稍暗红，脉沉滑有力。证属肾阳亏损，浊毒积滞，治宜温阳解毒，方用经验方扶阳泻下汤加味，药用：

附子 40g（先煎），生姜 40g，炙甘草 10g，陈皮 10g，半夏 30g，茯苓 30g，砂仁 30g，泽泻 30g，党参 30g，肉桂 10g，生黄芪 30g，三七 10g，生大黄 10g，芒硝 10g，益智 10g，怀牛膝 30g，淫羊藿（仙灵脾） 30g，苍术 30g，白术 30g。6剂。目前仍在继续调治之中。

**【按语】** 慢性肾炎并肾功能不全，是慢性肾炎进行性恶化的表现，这种情况中医药调整的难度是很大的。该患者已经被西医认为只能进行透析与肾移植手术，曾在省级中医院吃某老中医中药300余剂，未能改善，而且病情有进行性恶化的趋势。为此，笔者治疗采用扶阳助肾、解毒排浊之法，方用经验方扶阳泻下汤加味，重用附子与生姜，以助肾阳蒸腾气化，同时配以大黄、芒硝泄浊排毒，佐以二陈汤等之品，降浊开胃、利湿活血，并用益气扶正之品，以使内生湿浊毒邪从多途径而排出，共达扶阳泄浊之目的。经过间断服药4个月余，情况逐渐改善，肾功能得到了修复并达到了正常，与此同时尿蛋白消失、贫血复常。但病情到目前为止，尚未完全稳定，因血压仍较高，故而调整处方用药，加强全身调节，以能达到临床最佳治疗效果。该病是一个慢性进展性疾病，如何阻断病情进展是中医的难题，这种方法如何完善并保证远期疗效，仍然是我们要进一步研究的。但是火神派扶阳疗法，改变了笔者过去单纯套方套法治病的思路，使本病的治疗效果得到了明显的提高。

#### 144. 胃痛便秘案——强中汤加味

周某某，男，69岁，农民。2010年8月25日就诊。

患者胃脘胀痛伴便秘年余，曾间断服用中西药物，未见明显疗效。现症见：平素畏寒肢冷，行动迟缓，气短懒言，声低息短，胃脘胀痛，喜温喜按，纳差，大便秘结，7~10天排便1次，排时困难，粪便干如羊屎弹，小便清长，夜尿增多，舌淡胖大，边有齿痕，苔厚腻水滑，脉沉迟无力。证属阴盛阳衰，血脉瘀滞，治宜通阳活血，方用强中汤合四合汤加味，药用：

附片60g（先煎），炮姜50g，炙甘草10g，党参30g，苍术30g，白术30g，丁香15g，草果15g，青皮15g，陈皮15g，厚朴30g，丹参30g，檀香10g，降香10g，三七30g，砂仁10g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），高良姜30g，香附10g，百合10g，乌药10g，火麻仁60g，白豆蔻10g，山楂30g。

5剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（8月30日）：服药之后，胃口大开，胃痛消失，大便

通畅，近年来未曾出现过的好现象，为巩固疗效，要求原方再进3剂。

**【按语】**胃痛一病，中医认为其多虚多寒，特别是高年肾亏阳衰，阴盛则寒盛，寒则收引，血脉瘀滞；胃脘收引则运化不开，积寒凝结，上面胃胀而下面便秘难排。方选强中汤，重用附片扶坎中一阳，加之行气通畅之品，以助药力；同时合用北京焦树德老中医倡用的四合汤（丹参饮、失笑散、良附丸、百合乌药汤）加味，活血化瘀，止痛通便，二方合用，扶阳通下，化瘀止痛，方证相对，效若桴鼓之应。

#### 145. 扩张型心肌病并心衰案——破格救心汤加味

陈某某，男，58岁，项城市民。2010年8月30日就诊。

患者在10年前确诊为“扩张型心肌病伴心力衰竭”，曾经几度濒危死亡而经治得活，但近几年靠西药强心利尿药物等维持，自觉疗效越来越差，而且病情也在加剧，曾在北京、上海等地就诊，要采取安装起搏器或心脏移植等措施，终因种种情况而无法实施，经人介绍求治于笔者。现症见：患者形体肥胖，大腹便便，不能行走，下车行走需要有两人搀扶，就这样还需要走走停停，夜晚无法平卧，常在夜晚睡梦中憋醒，气喘胸闷，喉中痰鸣，心慌胸闷气短，动则尤甚，畏寒肢冷，腰膝酸软，大便秘结，小便短赤，口唇紫暗，舌淡暗，苔薄稍腻，脉沉细无力、尺部少滑。证属心肾阳虚，气滞血瘀，痰湿内蕴，治宜回阳救逆，纳气归肾，佐以化瘀利湿，方用破格救心汤加味，药用：

附片60g（先煎），干姜50g，炙甘草10g，党参30g，红参10g，山茱萸60g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，磁石30g，石菖蒲30g，白芷30g，威灵仙10g，丹参30g，三七10g，火麻仁60g，半夏30g，茯苓30g，陈皮10g，砂仁10g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

复诊（9月29日）：上方药间断服用，夜晚可平睡，未在睡眠中憋醒，白天可自由活动，行走、上二楼均自行，不需用人搀扶，行走也不气喘，但汗多，心慌心悸也明显减轻，自感喉中有痰，大便仍稍干，舌淡稍燥红，脉沉弱无力、尺部略滑，节律不

整。方药有效。上方附片改用 75g，山茱萸改用 90g，加白术 60g。10 剂，继续强化治疗。

**【按语】** 该例患者曾经被西医认为除了“换心脏”之外，别无他法，现代西药治疗疗效越来越差。就诊之时，患者每动一步就气喘吁吁，需要有人搀扶，更别说上二楼了，平时坐在哪里就起不来，不能自由活动，特别是夜晚憋闷而醒，常无法平卧而眠，已经困扰患者数年之余。经应用扶阳理念，大剂量附片并破格救心汤加味而治，现在患者自己说已经是换了个人一样，可自由活动，甚至到二楼也不喘息，夜晚安眠而睡，已经感到中药扶阳重剂已有奇效。像这样重的病人，假如在没有学习火神派扶阳理念之前，针对这样的情况是不可想象的。今采用大剂量附片为重剂，的确是有起死回生之效。

#### 146. 高过敏体质伴伤后头痛案——回阳建中汤

王某某，女，28 岁，个体医生。2010 年 9 月 14 日就诊。

患者自小体弱多病，体质较差，婚后生子及个体开诊所，操劳过度。开始什么药物都有接触，可近几年由于体质下降，对西药青霉素类抗生素渐渐无法接触，只要一闻到气味，或是接触到这类器物，就会出现气短、胸闷、心慌、出汗、大汗淋漓，甚则晕倒不省人事。后来不得不停止个体诊所。但迫于生计，又重操旧业。为能改善体质，求治于中医。现症见：身体清瘦，手脚冰凉，怕冷喜热，不耐劳作，过劳之后常气短懒言，不敢进食凉物油腻之品，甚则喝牛奶都会腹泻数次，食少纳差，睡眠不实，不敢接触青霉素类器物与药物，闻到后就出现大汗心慌、昏厥不知，月经量少色淡，舌淡水滑，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，治宜扶阳抑阴，方用经验方回阳建中汤，药用：

附子 10g，炮姜 10g，生姜 10g，炙甘草 10g，三七 10g，党参 30g，苍术 10g，白术 10g，石菖蒲 10g，甘松 10g，红参 10g，桂枝 10g，肉桂 10g，砂仁 10g，生麦芽 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（10 月 11 日）：服药之后，手脚暖热，食欲增加，精神与体力增进。因外出不慎从摩托车上摔下，致头枕部外伤，到县

医院急救，因患者属高过敏体质，在医院什么药都不敢用，观察半个月后出院，头部CT证实颅内未见明显出血，只有头枕部皮下伤。返家之后，时感头晕，乏力，舌淡，脉弱。继续用上方治疗，上方药加天麻10g，余药不变。再进6剂。

三诊（2011年1月8日）：服上方药第1剂时出现头枕部疼痛加剧，且头部原伤处起包，电话询问，告诉说这是“药效反应”，由于该病人耐受力差，故告诉说要间断服药，以减轻药物反应。间间断断把上药服完，每喝一次药，头枕部起包，伴头痛加剧，停药之后慢慢缓解。但自感发作越来越轻。这次来诊，察舌淡润，脉浮重按无力。她说虽说服药后头晕头痛起包，但体质逐渐增强，现接触青霉素类器物之时，未再发作过敏现象，怕冷也不明显，手脚暖和，只是最近到外面吃饭，食肉之后感觉浑身乏力，腹泻，故前来复诊。仍用一诊处方，加天麻10g，黄柏10g。3剂。

随访（1月10日）：服药1剂后，虽有头部不适，但未起包，腹泻好转。继续服药观察。1月15日电话告知：服药之后，除头部略不适外，头枕部稍感微肿，无特殊不适感。而且接触青霉素类的器物，而不出现任何反应。

**【按语】** 过敏性体质中医认为，乃是先天不足所致。先天肾亏，肾阳不振，生长发育及婚后劳作过度，加之经带胎产调养不当，更加损及肾阳，肾阳亏损，正气不足，故而对多种外界刺激均无法抵御。故此，立扶阳助正为大法，方用经验方回阳建中汤，小剂量服用，缓慢调节，终于取得佳效。而头部外伤之后，再服回阳建中汤，头痛反应加剧，可见其伤后瘀血未去，扶阳通阳，温通血脉，不通之处自然反应明显，特别是头枕部起包更是典型的药效反应。为了缓解药效反应之痛苦，采用小剂量缓慢服药的方法，让其慢慢排病并增强适应能力，这也是一种有效的方法，最终可达治愈之目的。

#### 147. 亚健康状态案——回阳建中汤加味

刘某，女，40岁。干部。2010年9月24日就诊。

患者整天感到身困乏力，无精打采，坐在哪就直打瞌睡，整

天都是昏昏欲睡的样子，健康体检也未发现什么异常，近期有进行性加剧的趋势，曾服中西药物未见明显效果。现症见：患者形体稍肥胖，说话声低息短，气短懒言，畏寒肢冷，整天昏昏沉沉，没有清楚的时候，昏昏欲睡，可到夜晚睡眠却不实，时时感到恶风身寒，双侧乳房轻度胀痛不适，纳差，腹胀，二便尚可，月经色淡量少，舌淡胖大、边有齿痕，苔水滑，脉双手沉弱，右手稍有浮象。证属阴盛阳衰，兼以风寒外感，治宜扶阳抑阴，佐以祛风散寒，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附片 15g，炮姜 10g，生姜 10g，炙甘草 10g，苍术 10g，白术 10g，党参 30g，桂枝 10g，肉桂 10g，石菖蒲 10g，天麻 10g，甘松 10g，砂仁 10g，生麦芽 30g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（10 月 4 日）：服药之后，自觉稍有好转，但觉得病重药轻，查舌脉变化不大。病重药轻，加重药物剂量，药用：

附片 60g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 15g，苍术 10g，白术 10g，党参 30g，桂枝 10g，肉桂 10g，石菖蒲 30g，天麻 10g，甘松 10g，砂仁 10g，三七 30g，麻黄 10g，细辛 10g，生麦芽 30g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

三诊（10 月 9 日）：服药之后，病减九成，精神大振，舌淡，脉缓和。自述乳腺增生症也明显减轻，觉得不可思议。为巩固治疗，服用附子理中丸善后。

**【按语】** 亚健康状态多为阳虚阴盛之证，此例患者较为典型，方用经验方回阳建中汤，开始用小剂量附子，病重药轻，疗效平平，表明方药对症。二诊之后，加大附片用量，同时合用麻黄细辛附子汤之意，在回阳建中汤基础之上，以强化扶阳解表之功。由于附子助阳之力量强大，故而二诊之后，病人自我症状改善显著，同时脉象已有明显的起色。与此同时，患者还发现，原长期服药治疗乳腺肿块的中药未见明显效果，服今之药后，并未治此病但本病也明显好转，正好验证了郑钦安所说“是不治邪而实治邪也”，因阳足而邪自退，不管何处之邪，只要阳气充足，

任何之处阴邪均可自散也。

#### 148. 难治性尿路感染案——桂附地黄汤加味

李某某，女，55岁，退休职工。2010年9月9日就诊。

患者有“尿路感染”病史10年余，长期服用中西药物，情况时好时坏，始终无法根治，曾多次进行尿细菌培养而耐药，甚为痛苦。现症见：每当过度活动或劳累之后，便会出现尿频、尿急、尿痛伴灼热感，经休息可缓解，但其症状仍然不能完全消失，平素畏寒肢冷，气短懒言，腰膝酸软，纳差腹胀，口干而渴，喜热饮，大便秘结，小便短赤而灼热，舌淡稍红、体胖大、边尖红、苔腻滑，脉沉弦略滑。证属阴阳两虚，湿热内蕴，治宜平调阴阳，清利活血，方用桂附地黄汤加味，药用：

党参30g，生黄芪30g，桂枝30g，附片30g（先煎），熟地黄30g，山药30g，山茱萸30g，牡丹皮10g，茯苓10g，泽泻10g，黄柏30g，砂仁10g，炙甘草10g，薏苡仁30g，败酱草30g，乌药10g，丹参30g，三七10g，益智10g，生龙骨、生牡蛎各30g，白豆蔻10g，山楂30g，甘松10g，生麦芽30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（9月15日）：服药之后，自感体力增加，活动或劳累之后，小便灼热感明显减轻，纳运正常，大便如常，原药有效，再进6剂。

三诊（9月21日）：自我症状消失，活动或劳累后，仍然有小便不适，全身情况良好。上方再用6剂。

四诊（9月27日）：自感恢复如常，要求中成药巩固治疗，方用桂附地黄丸合血府逐瘀片进行善后调理。

**【按语】** 尿路感染是女性易发病之一，特别是反复发作性尿路感染，现代西药往往是难以治好，这是因中医认为，“邪之所凑，其气必虚”（《内经》），也就是说，正气不足而内伤，才是导致其反复发作的根本原因。其治我们应站在“扶正祛邪”的高度，强化自身正气屏障功能，才能防止易感细菌的侵袭。因此，治用参芪桂附地黄汤为主，强化助肾扶阳之手段，同时佐以祛邪之封髓丹及薏苡附子败酱散，以达扶正祛邪之功，重在扶阳助正，兼

以祛邪，正气足而邪则自去，临床疗效显著。

#### 149. 腰痛案——麻黄细辛附子汤加味

姚某，女，47岁。农民。2010年10月10日就诊。

患者有“腰痛”病史10年余，曾经中西药物治疗，也只能止痛一时，秋收之后由于劳累过度，腰痛一病再次加剧，现症见：腰部凉痛，痛剧之时向下肢放散，伴抽筋似的抽动疼痛感，平素畏寒肢冷，腰部酸软而沉，伴大便秘结，舌淡，脉沉弱。证属阴盛阳衰，筋脉失养，治宜通阳祛湿，益肾缓急，方用麻黄细辛附子汤合苓桂术甘汤加味，药用：

生麻黄15g，附子60g（先煎），细辛10g，炙甘草30g，茯苓30g，桂枝30g，肉桂30g，白术60g，赤芍、白芍各30g，丹参30g，三七10g，山茱萸60g，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅30g，巴戟天30g，肉苁蓉30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（10月15日）：服药之后，腰痛顿减八成之多，双下肢行走之时有酸沉胀感，小腹下坠，大便稀溏，舌淡，脉沉。调整处方，药用：

生麻黄15g，附子60g（先煎），细辛10g，炙甘草30g，桂枝30g，茯苓30g，白术60g，丹参30g，三七10g，山茱萸90g，制川乌30g（先煎），生姜30g，淫羊藿（仙灵脾）30g，菟丝子30g，补骨脂30g，枸杞子30g。5剂。

三诊（10月21日）：腰痛消失，要求巩固治疗。继用上方，5剂。

随访（10月30日）：介绍同村人来看病，告知其病愈，现如常人劳动与生活。

**【按语】** 腰痛伴腿部不适，一般都与其腰椎间盘突出及腰肌劳损有关。此例患者病程较久，曾服用中西药物数年而疗效不佳，证明其病情比较深重。辨识病人一派阴证表现，选用麻黄细辛附子汤合苓桂术甘汤，扶阳抑阴，利湿化浊，大剂量附子直捣寒湿老巢，同时配以缓急、活血、益肾之品，一服而中的，病情顿减，再诊而去敛阴之品，更加制川乌祛风镇痛之品，以助附子



之功，取更胜之力，使病情得以长期稳定。

### 150. 老年关节炎伴便秘案——桂枝芍药知母汤加味

乔某某，男，80岁，退休老干部。2010年10月5日就诊。

患者有顽固性便秘病史年余，每次排便必需用开塞露，不用即无法正常排大便，曾求治于多家医院而始终无法解决这种情况，近半年又发现双手腕关节红肿热痛，确诊为“风湿性关节炎”，因服用西药镇痛，便秘情况又加剧，减镇痛药而双手腕关节肿痛加剧，处于进退两难的状态。现症见：双手腕关节处红肿热痛，触之灼热感明显，特别是夜晚时疼痛加剧，加服西药镇痛剂可缓解，但药力消失肿痛又起，平素畏寒怕冷，腰膝酸软无力而痛，气短懒言，食欲尚可，睡眠如常，大便每次均需要用开塞露，才能排出，不然蹲厕1个小时也不能排便，可排便之后总感觉没有排完之意，小便夜尿频多，舌淡胖大、质紫暗、苔白腻，脉弦硬滑，重按稍无力，尺弱。证属上热下寒，阳虚寒凝，治宜扶阳抑阴，通下泄浊，方用桂枝芍药知母汤加味，药用：

桂枝 30g，白芍 60g，知母 30g，生麻黄 15g，炙甘草 30g，防风 10g，苍术 30g，白术 90g，干姜 50g，附子 60g（先煎），生大黄 30g，芒硝 30g，二丑 30g，槟榔 30g，党参 30g，细辛 10g，威灵仙 30g，桃仁 30g，丹参 60g，三七 10g，延胡索（元胡）30g，山楂 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（10月9日）：服药之后，大便通畅，可自动排便，不干结，双手腕关节红肿热痛略减，西药减量之后仍然肿痛，病重药轻。上方加制川乌 30g（先煎），余药同上，再服3剂。

三诊（10月12日）：大便通畅，双手腕关节仍然肿痛。上方改制川乌为 60g（先煎），余药同上。4剂。

四诊（10月16日）：二便通畅，双手腕关节肿痛消失大半，西药镇痛剂已停，再进上方药4剂。

五诊（10月20日）：大便通畅，但比较费力，双手腕关节西药停后仍有热感，但不甚疼痛，调整处方用药，药用：

桂枝 30g，白芍 30g，知母 30g，生麻黄 15g，炙甘草 30g，

防风 10g, 白术 60g, 干姜 50g, 附片 75g (先煎), 制川乌 60g (先煎), 生大黄 30g, 芒硝 30g, 二丑 30g, 党参 30g, 火麻仁 60g, 肉苁蓉 60g, 丹参 60g, 三七 30g, 槟榔 30g, 厚朴 30g, 枳壳 30g, 山楂 30g。4 剂。

六诊 (10 月 24 日): 双手腕关节红肿热痛尽消, 偶有关节不适, 大便比较通畅。同上方药 4 剂。

七诊 (11 月 3 日): 双手腕关节肿痛病愈, 未再出现肿痛现象, 大便比较通畅, 要求简化处方, 调整处方:

处方一, 药用:

附子 60g (先煎), 制川乌 60g (先煎), 生麻黄 15g, 细辛 15g, 桂枝 30g, 干姜 30g, 炙甘草 30g, 白芍 30g, 知母 30g, 防风 10g, 苍术 30g, 白术 30g, 山楂 30g, 丹参 30g, 三七 10g。2 剂, 隔日服 1 剂。

处方二, 药用:

当归 60g, 牛膝 30g, 肉苁蓉 100g, 枳壳 30g, 泽泻 30g, 升麻 10g, 生黄芪 60g, 炙甘草 10g, 生大黄 30g, 芒硝 30g, 槟榔 30g, 二丑 30g, 沉香 10g。3 剂, 与上方交替服药。

八诊 (11 月 6 日): 双手腕关节已恢复正常, 大便比较通畅, 但有时较费力, 调整处方二, 药用:

当归 60g, 牛膝 30g, 肉苁蓉 100g, 枳壳 30g, 泽泻 30g, 升麻 10g, 生黄芪 100g, 二丑 30g, 沉香 10g, 火麻仁 60g。3 剂, 隔日服用 1 剂, 或视排便情况而服药。

九诊 (11 月 15 日): 双手腕关节情况很好, 但大便现在排泄又比较费力, 调整处方, 药用:

附子 100g (先煎), 干姜 90g, 炙甘草 30g, 当归 30g, 火麻仁 100g, 肉苁蓉 100g。

十诊 (11 月 30 日): 服上方药后, 开始还能排便, 可后来又排便困难, 因笔者外出开会, 故而中间又用开塞露帮助排便。舌淡苔白腻, 脉沉硬滑有力, 尺弱。先用简方, 白芍 100g, 赤芍 100g。

十一诊 (12 月 1 日): 服药之后, 排便顺畅, 要求再用。仍

然服用上方药，赤芍、白芍各 100g，予 11 月 15 日处方，交替服用。

随访（12 月 26 日）：停药后，靠服用核桃仁与芦荟提取素进行维持，大便每天 1 次，顺畅。关节炎未再发作，现已停用关节炎药物。

**【按语】** 年老体衰，肾精亏损，阴阳虚弱，百病丛生。此例老年患者，先患有顽固性便秘，曾经本市众多专家名流治疗便秘，均无功而返；后来又患关节炎，服西药干扰肠道功能，加剧了排便困难。故以扶阳通下为大法，方选桂枝芍药知母汤，重用附子以补坎中之阳气，加用硝、黄、槟、丑等通下泄浊之品，开始虽有小效，但病重药轻，扶阳镇阴祛痛之品，不仅附子加量，同时加用制川乌，以助附子之功力。扶阳之品重用之后，病情迅速缓解，关节病愈之后，虽然主要是调整肠道功能，但仍然不忘老年肾阳亏损之本，多法兼施，交替用药，扶阳之时，不忘养阴润下，阴阳互相协调，最终才能得以使顽症痊愈。

## 151. 老年慢支肺气肿并肺部感染案——破格救心汤加减

尹某某，女，87 岁，农民。2010 年 10 月 24 日就诊。

患者有“慢支肺气肿”病史数十年余，平素不患感冒尚气喘咳嗽、胸闷，受凉感冒之后则加剧。此次外感风寒之后，咳嗽、气喘加剧，曾在当地应用抗生素等半月余，未明显改善，而求治于中医。现症见：咳嗽气喘，活动后加剧，素体畏寒肢冷，腰膝酸软，右背后隐痛，白天轻夜晚重，纳差，腹胀，大便秘结，每 3~5 天 1 次，排便费力，小便少，口苦咽干，舌淡胖大、边有齿痕、苔厚腻稍黄，脉硬沉弱尺部略滑。证属阳虚不升，郁热气滞，治宜温肝肾、疏郁滞、理气血，方用破格救心汤加减，药用：

附片 60g（先煎），生姜 30g，干姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，山茱萸 60g，丹参 30g，三七 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，紫石英 30g，磁石 30g，砂仁 10g，白豆蔻 10g，鸡内金 30g，茵陈 30g，火麻仁 60g，柴胡 10g，郁金 10g，陈皮 10g，半夏 10g，山楂 30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（10月31日）：服药之后，咳嗽气喘消失八成之多，大便通畅，背痛消失大半，食欲增加，原方有效，再进6剂，进行巩固治疗。

**【按语】**老年体衰，肾阳虚弱，易于外感受寒，由于抵抗力低下而导致病邪难以迅速祛除，特别是外感风寒，入里化热，郁而不解，加剧了病情的变化。治宜从扶阳抑阴着手，温阳扶阳、纳气镇潜，同时辅以清热除湿、通腑泄浊，攻补兼施，扶阳而不助邪，驱邪而不伤正，共达邪除正复，阳升肝疏，气血条达之目的，因此临床疗效显著。老年人虽然阳虚显著，但往往夹杂有浊邪之积，组方用药一定要考虑到统筹兼顾，不能顾此失彼，造成病情难以扭转的局面。

#### 152. 左下肢静脉血栓案——补中益气汤合四逆汤加味

刘某某，男，36岁，农民。2010年10月22日就诊。

患者3天前在工地上搭架子，因左下肢勾勒架子过久，突然出现左下肢疼痛，伴肿胀，无法行走，到天津市某医院诊断，确诊为“左下肢静脉血栓形成”。现症见：左下肢冰凉，一动就疼痛难忍，抬高肢体后或稍减轻，无法行走，由他人背着就诊，用手触之左下肢温度明显比对侧凉，相差悬殊，左下肢肿胀，明显比对侧增粗，素体畏寒肢冷，腰部酸痛，饮食可，二便如常，睡眠好，舌淡、苔白腻滑润，脉沉细。证属阴盛阳衰，血脉瘀阻，治宜升阳举气，活血通脉，方用补中益气汤合四逆汤加味，药用：

炙甘草 10g，党参 30g，生黄芪 60g，苍术 30g，白术 30g，当归 10g，陈皮 10g，升麻 6g，柴胡 6g，枳壳 30g，附片 60g（先煎），干姜 50g，丹参 30g，三七 30g，威灵仙 30g，王不留行 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，山茱萸 60g，山楂 30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（11月1日）：服药之后，双下肢温度相差不多，服药第3天，小腿疼痛突然消失，昨天因活动稍多后，左下肢轻度疼痛，左下肢站立或行走之后仍有肿胀。原方有效，再进10剂。



三诊（11月12日）：11月9日电话告知，左下肢疼痛已完全消失，只是左下肢还有轻度肿胀，活动后肿胀加剧，静卧时可减轻。考虑气虚阳微，水湿不化，调整处方，方用散膝汤合四逆汤加味，药用：

生黄芪120g，肉桂30g，防风10g，茯苓60g，附片75g（先煎），炮姜50g，炙甘草10g，生姜30g，丹参30g，三七30g，石菖蒲30g，白芷30g，威灵仙30g，泽泻30g，泽兰30g，山楂30g。10剂。

四诊（12月6日）：服药之后，左下肢肿胀消退，但是活动之后，左下肢仍会肿胀，皮肤颜色紫暗，触之皮肤温度与对侧基本相同，经睡眠与休息之后，左下肢肿胀可消失，行动如常，无疼痛感觉，只有过度活动之后，才出现左下肢肿胀，舌淡、滑润，脉弦细。病重药轻，方药加重剂量并添加穿山甲，以加强远期疗效。药用：

生黄芪250g，肉桂30g，防风10g，茯苓60g，附片100g（先煎），炮姜60g，生姜45g，炙甘草10g，丹参30g，三七30g，石菖蒲30g，白芷30g，威灵仙30g，穿山甲6g，泽泻30g，泽兰30g，山楂30g。10剂。

**【按语】** 左下肢静脉血栓属于中医痹证的范畴。痹者，阻也，阻滞不通之意，不通则痛，特别是血栓在脉管内阻塞，现代超声检查诊断的十分清楚。虽是血脉阻塞不通，单纯活血化瘀若不结合辨证论治，则偏离了中医整体观念思想。应用郑钦安阴阳辨证两法则，分辨出病人是一派阴证，伴有气虚阳微之表现，特别是左侧肢体病变，中医认为左主升为阳，阳气亏损而无力上升，血脉瘀滞，而出现下肢肿胀现象。治用升阳举气之法，辅以活血化瘀之品，开始方用补中益气汤合四逆汤，重用生黄芪与附片，虽说有效，但左下肢肿胀在活动之后仍然存在，显然是阳气不足，升发不到位的表现，故而三诊之后，升阳生黄芪重用，并加重附片剂量，加强利湿活血药物的应用，临床疗效显著。

### 153. 腰腿痛案——麻黄细辛附子汤加味

刘某某，女，38岁，职工。2010年11月14日就诊。

患者有“腰腿痛”病史数年余，曾经多方治疗而缓解，近阶段由于工作较忙再度加剧，到按摩店治疗后病情不但未减，反而有加重的趋势，且现在右侧腰腿部疼痛向下肢放散，经一般方法治疗而无法缓解。现症见：腰腿酸痛，以右侧为著，行走、活动之后加剧，疼痛由上向下呈放散性，伴腰膝冷凉、酸软，乏力气短，右下肢自感比对侧温度偏低，触之右下肢湿凉感明显，手足较凉，平素畏寒肢冷，食纳尚可，二便如常，舌淡胖大、边有齿痕，脉弦细无力。证属阴盛阳衰，治宜温阳散寒，益肾活血，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

生麻黄 15g，附子 60g（先煎），细辛 15g，炙甘草 30g，桂枝 30g，茯苓 30g，苍术 30g，白术 30g，制川乌 30g（先煎），生姜 30g，山茱萸 60g，丹参 30g，三七 10g，黄柏 10g，砂仁 10g，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅 30g，补骨脂 30g，骨碎补 30g，松节 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（11月17日）：服药之后，怕冷比以前明显好转，右侧腰腿疼痛明显减轻，但胃脘纳差，腹胀，舌脉变化不大。病重药轻，上方药去黄柏，附子用75g（先煎），制川乌用45g（先煎），余药不变，再进5剂。

三诊（11月30日）：腰部疼痛消失，左手凉，右手热，右下肢小腿外侧温度略低，身困乏力，胃脘胀满，气短懒言，舌脉变化不大。调整处方，药用：

生麻黄 15g，附片 75g（先煎），细辛 15g，炙甘草 15g，茯苓 30g，桂枝 60g，苍术 30g，白术 30g，制川乌 45g（先煎），生姜 30g，山茱萸 60g，丹参 30g，三七 10g，砂仁 10g，白豆蔻 10g，山楂 30g，骨碎补 30g，松节 30g，生黄芪 30g，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅 30g，补骨脂 30g。5剂。

四诊（12月15日）：腰痛消失，未再发作，只有右侧小腿外侧偶有麻木、沉感，舌脉已明显好转。上方药5剂，隔日1剂，进行巩固治疗，防止反复。

【按语】素体阳虚，感寒受凉或劳累过度，阳气过耗，造成

阳气的进一步损耗，特别是女性，加之经、带、胎、产等损耗肾元，随年龄增加而阳虚渐增，一遇寒凉诱因而腰腿痛发作。一般治疗方法只是对症处理而已，无法达到温补阳气之目的。笔者每遇此病，即采用火神派扶阳理念，处处在“扶阳助正”上作文章，以郑钦安倡导的麻黄细辛附子汤为主方，同时合用苓桂术甘汤，加益肾活血之品，因“以三阴之方治三阴病，虽失不远”，对于我们把握治疗三阴虚寒病的方向性问题，是非常重要的。因循序渐进，重用附子、乌头、桂枝等大辛大热之品，终于能取得良好的临床疗效。

#### 154. 晚期食管贲门癌案——四逆汤化裁

丁某某，男，73岁，江苏丰县人。2010年11月11日就诊。

患者去年因“慢支肺气肿”而求治于笔者，效果良好，经汤散剂共用，病情非常稳定而未发作过，所以后来停服了中药。1个月前因吞咽有阻塞感，经省市级医院确诊为“食管贲门癌晚期”，胃镜检查贲门处已阻塞大部分，由于年纪较大伴肺气肿，无法采用手术及化学药物治疗，而求治于笔者。现症见：每吞咽食物至贲门处，便有阻隔感，不能进食带渣的粗食，只能通过少量流质，每当进食之时，食物触及贲门处，便有火辣辣的灼热刺痛感，因此非常害怕进食，体质比较消瘦，畏寒怕冷，大便不畅，便秘，时有心胸烦热感，小便尚可，睡眠欠佳，舌淡，脉硬，重按无力，略滑，证属阴虚阳衰，痰瘀阻滞，治宜扶阳抑阴，化痰散结，纳气平喘，药以汤散同进，方以四逆汤化裁，药用：

处方一：硃砂 10g，火硝 10g，冰片 1.0g，儿茶 10g，雄黄 10g。

1剂。用法：共研为末，每次 1.0g，每天 2~3次，蜂蜜调匀后，缓缓吞咽慢下。最好是平卧时服用，强化药物在食管贲门处停留的时间。

处方二：海藻 50g，炙甘草 50g，全蝎 10g，蜈蚣 6g，附片 60g（先煎），红参 30g，玄参 30g，山茱萸 60g，三七 30g，磁石 30g，牡蛎 30g，五灵脂 10g（包煎），蒲黄 10g（包煎），砂仁

10g，猫爪草 30g，木鳖子 30g，山楂 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（11 月 14 日）：吞服散剂之后，自觉食管明显通畅，无过食时疼痛感，食物过贲门处很通畅，未有不适表现，无阻塞感，吃少量面食也无碍。现仍然大便秘结，排便费力。看舌质边红稍燥，苔黄腻，脉沉硬弦。调整汤药处方，药用：

海藻 50g，炙甘草 50g，全蝎 10g，蜈蚣 6g，附片 60g（先煎），红参 30g，山茱萸 60g，三七 30g，玄参 30g，浙贝母 60g，生龙骨、生牡蛎各 30g，五灵脂 10g（包煎），砂仁 10g，猫爪草 30g，木鳖子 30g，火麻仁 60g，半夏 30g，山楂 30g，生姜 30g。

5 剂。用法：水煎服，每天 1 剂，每周只吃 5 剂，休息 2 天。带上药返家调养治疗。

随访（12 月 11 日）：今天电话来询，说吃馍时贲门处略有感觉，但通过顺畅，没有阻塞感，只是右侧下齿肿痛。上方加黄柏 10g，每 2 天服 1 剂中药，中药散剂加量，每天 2 次，每次 1.5g，蜂蜜调匀后缓慢吞服。

随访（2011 年 1 月 6 日）：转告说，情况非常好，胃脘没有什么症状，食管通畅，全身情况也很好，哮喘未再发作。只是说换用蜂蜜后，每次服药后略有恶心，考虑与蜂蜜有关，最好选择好的蜂蜜作为调药用。2011 年 1 月 10 日电话告知，换蜂蜜后，情况很好，但不能加大剂量，仍用散剂每次 1g，每天 2 次方法。汤药可每 2 天服药 1 剂，进行维持治疗。

**【按语】** 该例患者在徐州市及省级人民医院确诊为“晚期食管贲门癌”之后，从胃镜下看到贲门处已经阻塞大部分，可临床上表现并不明显。他们非常惊讶！为什么？因为他们发现这样的癌变应该发展在 1 年以上，居然病人没有症状或进展。这点表明，去年长期服用治疗喘证的中药汤剂与散剂，是以附子为主的扶阳药物，对这样的肿瘤有明显的抑制作用，不然的话，病人去年就该有明显的食管阻塞感，然而在停服扶阳药之后才出现症状。可见扶阳药物对于肿瘤的生产有明显的抑制作用。因此，本例治用李可老中医的经验方药，剧毒之外中药粉剂，调蜂蜜后直



接服用，药物可以直接作用于食管，果然服后临床效果明显，3天就改善了食管阻塞感及局部食物通过刺激性疼痛；同时配以扶阳解毒散结汤剂，散剂、汤药并进，以达到最佳的临床疗效，远期疗效还有待于进一步地观察。

### 155. 顽固性口疮案——潜阳封髓丹加味

高某某，女，63岁，周口市人。2010年11月13日就诊。

患者有口腔溃疡伴溃烂2年余，曾求治多位中西医专家诊治，均无功而返。现症见：口腔多处溃疡伴溃烂，此起彼伏，溃烂之处黏膜苍白肿胀，不敢进食物，只要食物触及口腔溃烂之处，疼痛难忍，夜晚失眠，入睡困难，平素畏寒怕冷，腰膝酸软，自觉头面潮红，有烘热感，总觉上火，下肢凉，大便秘结，5~7天1次，排便困难、费力，小便短赤，舌淡稍红略燥，脉沉迟略滑。证属阳虚而虚阳上越，上热下寒，治宜扶阳抑阴，潜阳收纳，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片60g（先煎），龟甲10g，砂仁10g，炙甘草30g，黄柏30g，丹参30g，三七10g，生龙骨、生牡蛎各30g，紫石英30g，磁石30g，火麻仁60g，山茱萸30g，茵陈30g，川牛膝30g，骨碎补30g，山楂30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月18日）：上方药服1剂，口腔溃疡疼痛即刻消失，3剂服完，口腔溃疡及溃烂全部消失，多年溃疡痊愈如此迅速，病人家属感到真的不可思议。因在外地，病愈后未再服药，口腔溃疡也未再复发。此次就诊，是因为半个月前小中风，病愈后仍觉得右下肢不适，伴夜晚右下肢抽筋，其次是失眠，夜晚入睡困难，伴大便秘结，排便困难、费力，舌淡紫暗稍红、苔白腻，脉左手沉细略滑，右手弱。证属阳虚阴火上潮，上热下寒，治宜扶阳抑阴，潜阳益肾，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附子75g（先煎），龟甲10g，砂仁30g，炙甘草10g，黄柏20g，生龙骨、生牡蛎各30g，磁石30g，丹参30g，三七30g，骨碎补30g，细辛10g，白术15g，当归30g，火麻仁30g，肉苁蓉30g，白豆蔻10g，山茱萸90g，红参30g，肉桂10g，山楂30g。

6 剂。

随访（12月23日）：服药5天，情况非常好，睡眠良好，口臭消失，只是大便虽可排，但仍然不十分畅通，自觉身体困乏。告诉病人家属，可休息1天，隔日再服药，这是药物发挥作用的表现，不用担心。

**【按语】** 老年性口腔溃疡伴溃烂2年有余，多方求治不效，这是因不少医家难以辨识阴火与阳火的问题。火神派扶阳理论，让我们善辨阴火，从而能独树一帜，取得良效。该例老年病人，年过6旬，肾阳亏损可见，加上上热下寒，更容易让人难分真假；病人虽然“上热”象明显，但仔细分析症状却发现病人是一派阴证，均是因为阳虚而导致，且虚阳上越而引起口腔与头面诸多的表现。火神派名家范中林先生认为“口内少实火”，而笔者认为“头面疾患少实火”，均为虚阳上越所引。故此，大举应用扶阳潜阳之法，重用附子大辛大热之品，辅以潜阳收涩之品，3剂药下去，病愈神速。真的是一剂知、二剂已、三剂愈，收立竿见影之效果，只火神派扶阳之大法，治病才能如此神效。

### 156. 老年鼻出血案——甘草干姜汤加味

马某某，女，76岁，平顶山市人。2010年11月30日电话就诊。

患者既往有反复性鼻出血病史，始终未能明确病因，每次都是以阻塞止血为主，最后多种方法共用，才能止住鼻出血，所以这次病人再次鼻出血，家人就非常担心。现症见：电话询诊时，是下午酉时（18点）左右，突然鼻出血不止，血色鲜红，两颧色艳红如妆，面色苍白，经西医大夫双侧鼻孔堵塞之后，仍然顺着口腔出血，因出血不止，因而电话求诊，未能察舌触脉。依据病人过去曾服用过四逆汤经历，考虑其证属阴盛阳衰，治宜扶阳抑阴，兼化瘀止血，方用甘草干姜汤加味，药用：

炮姜 60g，炙甘草 60g，血余炭 60g，三七 30g。

2剂。用法：急煎急服，连续服药。

二诊（12月2日）：上方药连服用2剂之后，鼻出血停止，且去掉鼻孔堵塞物之后，也未出血，夜晚安眠，嘱其服用麻黄细

辛附子合白通汤加味，药用：

干姜 45g，附子 60g（先煎），炙甘草 15g，茯苓 30g，石菖蒲 10g，麻黄 15g，细辛 15g，葱节 4 节。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

三诊（12 月 8 日）：服完 3 剂中药后病愈，来院当面求诊。察舌淡嫩稍红，略燥，脉硬滑重按无力，尺部尤弱，平素失眠多梦，睡眠不佳，自从服上述方药之后，睡眠明显改善。平时手心脚心发热，夜晚尤甚，夏天脚心热更甚，常以脚心贴墙或凉地自觉舒服，精神尚可，大便溏，食欲可，耳鸣数年未愈，听力下降，腰膝酸软。证属上热下寒，虚阳外越，治宜潜阳封髓，佐以益肾，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片 60g（先煎），龟甲 10g，砂仁 10g，炙甘草 10g，黄柏 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，磁石 30g，紫石英 30g，骨碎补 30g，怀牛膝 30g，石菖蒲 30g，天麻 10g，丹参 10g，白术 10g，三七 10g，山茱萸 60g，淫羊藿（仙灵脾）30g，补骨脂 30g，菟丝子 30g，枸杞子 30g。6 剂。

随访（12 月 16 日）：1 周之后电话联系，说服药之后，鼻孔有小紫黑血块外出，加之咳嗽时痰中也带有黑色小瘀血丝。告诉病人家属，不必担心，这是服用扶阳药后，体内未排出的瘀血借助药物向外排泄，这几天有感冒症状，可以服二诊方药，感冒痊愈后，可继续服用三诊处方。

**【按语】** 鼻出血一症，临床上比较常见，但是应用中医药治疗者非常少。本例患者之儿子，是个火神派票友，对火神派学习与研究多有心得，不仅自服其家人也用四逆汤，并治愈不少过去很多中医大夫无法治疗的病证。治其母亲鼻出血证，经电话询问得知其曾经服用过四逆汤类方药，为安全起见先用甘草干姜汤加血余炭与三七，共四味药，进行试探性治疗，一服而中的，二服鼻出血止，夜晚安静入眠，自感良好，二诊时虽是电话问诊，但心中已有底线，病人是阴盛阳衰，阴火上潮，虚阳外越，经治之后，果然如此。因此，二诊选用麻黄细辛附子汤合白通汤，考虑急性发作可能与外感寒邪有关，同时要交通阴阳，3 剂药服后病

愈。三诊之时查舌脉，证明分析是正确的，仍然为阳虚而虚阳上越证，选用潜阳封髓丹加益肾之品，进行巩固治疗以防止反复。该例病人，急诊之时未能面诊，如果说没有过去服用四逆汤的经历，恐怕病人是不敢服用这样的方剂的。现在很多病人——火神派票友，为什么热衷于找火神派医家来看病，就是因为火神派医家看病，解决了阳虚本质的问题，而多能治疗奇难重症或是疑难杂症。

### 157. 慢性胃炎伴糜烂性胃炎案——附子泻心汤加味

邵某某，男，42岁，干部。2010年12月1日就诊。

患者有胃病史，近阶段由于饮食不规律，而出现进行性胃痛加剧，曾服中西药物，效果均不佳，经胃镜检查报告为：“慢性胃炎伴糜烂性胃炎”。现症见：胃脘嘈杂，隐隐作痛，饭后胃胀痛甚，平时脘腹胀满，时时作痛，素体胃寒，口苦咽干，喜食冷物，食后胃痛不适，睡眠不佳，大便不畅，先干后溏，小便短赤，舌尖边红、苔厚腻黄而燥，脉弦滑，重按细弱。证属寒热夹杂，治宜寒热平调，行血理气，方用附子泻心汤加味，药用：

半夏 15g，黄芩 10g，黄连 6g，炙甘草 30g，炮姜 30g，生姜 15g，附子 10g，生大黄 6g，丹参 30g，三七 10g，当归 10g，柴胡 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，枳壳 30g，桔梗 10g，赤芍 10g，怀牛膝 10g，生麦芽 30g，山楂 30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月8日）：今日复诊，诉说中药疗效真好，1剂下去胃痞立即缓解，6剂吃完，胃痛消失，食欲增强，要求巩固治疗。中成药附子理中丸合血府逐瘀片，进行善后调理。

【按语】素体阳虚，饮食冷凉之物，寒热交织于中焦，中焦升降之枢，当升脾虚不升，当降胃热不降，脾胃气机壅滞在中焦，故而形成寒热夹杂证。察舌一派燥热湿浊之象，触脉弦滑乏力，当为舌脉不一，笔者认为这种情况——即舌脉反映不一致的情况，往往是虚实寒热夹杂证。治用寒热平调，疏理气机，方用张仲景的五泻心汤（半夏泻心汤、甘草泻心汤、生姜泻心汤、泻心汤、附子泻心汤），合上王清任的血府逐瘀汤，热得清，气可

行，郁可疏，瘀得化，脾胃升降各司其职，而胃脘痞痛立即消失，临床疗效显著。

### 158. 支气管哮喘案——破格救心汤化裁

冯某，女，60岁。退休职工。2010年12月3日就诊。

患者从小就有“支气管哮喘”病史，成年累月不定期发作，几十年来中西药物治疗不断，特别是近些年来，每遇季节变换及伤风感冒受凉等刺激，必然发作，曾在省级医院诊治，只有西药解痉剂喷雾可缓解一时，服中药汤剂未能取得明显的改善，入冬以来，频繁发作，现在西药控制也不太好。现症见：喉中轻度痰鸣，夜晚无法平卧，常常在睡梦中憋闷而醒，平素畏寒怕冷，腰膝酸软，动则喘甚，不能快速行走与上楼梯，不可剧烈活动，害怕烟雾刺激，手中一刻也不离开西药气雾剂，自感气雾剂越用体质越差，食欲可，二便尚可，舌淡稍燥、稍红，脉沉弱细无力，证属阴盛阳衰，阴邪上干清道，治宜扶阳抑阴，宽胸祛痰，方用破格救心汤化裁，药用：

附子 60g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 30g，红参 30g，山茱萸 60g，生龙骨、生牡蛎各 30g，灵磁石 30g，丹参 30g，三七 10g，陈皮 15g，半夏 15g，茯苓 15g，砂仁 15g，全瓜蒌 15g，薤白 15g，山楂 30g，苍术 30g，白术 30g，山药 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月7日）：服药之后，疗效平平，只是咳嗽痰多，自觉喉部痰多，脉稍浮，重按无力，右沉弱。病重药轻，加之外感风寒，调整处方。药用：

附子 100g（先煎），炮姜 50g，生姜 30g，炙甘草 30g，红参 30g，山茱萸 120g，生龙骨、生牡蛎各 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 10g，丹参 30g，三七 10g，陈皮 15g，半夏 30g，茯苓 30g，生麻黄 10g，细辛 10g，山楂 30g，桂枝 10g。5剂。

三诊（12月13日）：自服药之后，哮喘未再发作，自感精神倍增，服药之后未用西药喷雾剂，手脚暖和，小腹有热感，喉中痰已经很少，有感冒也很轻微，要是以前就受不了，可现在没有什么大的反应。气管很通畅，哮喘未发作。舌淡稍紫暗，脉沉

细，腰膝酸软明显，行走不喘，二便通畅，睡眠较好。因要外出，故上方加肾四味各 30g，10 剂。同时嘱其汤药服完之后，应用桂附地黄丸合核桃仁，巩固疗效防反复，加强远期疗效。

**【按语】** 几十年的哮喘病，能在这么短的时间内控制其发作，就是西医专家也不会相信，病人也不会相信。所以说，火神派扶阳理念，就是用不争的事实来说明问题，因为事实胜于雄辩。该例病人曾经服用省级医院某专家汤剂数年也未见起色，可见火神派学术思想，对于解决哮喘病，所谓的疑难杂病，确实有很好的近远期疗效。该病一诊，病重药轻，疗效平平，二诊之后，加大附子剂量，效果显著，病人自觉几十年来都未有过的好现象，为进一步强化远期疗效，加肾四味，以强肾固根本，这样才能达到最终治愈本病之目的。

### 159. 口腔溃疡伴扁桃体炎及痤疮案——潜阳封髓丹加味

张某，男，20 岁，市民。2010 年 12 月 5 日初诊。

患者患口腔溃疡数年余，经口腔科及中医药清热祛火药常年治疗，未见明显的效果，口腔溃疡，此症状常年不愈，甚为痛苦。现症见：口腔溃疡此起彼伏，进食刺激之时疼痛难忍，每到进食都十分担心，伴长期慢性扁桃体炎，察咽部双侧扁桃体 II 度肿大，色苍白，面部痤疮不断，时感心胸烦热，喜食凉食，吃凉食物之后，口腔溃疡加剧，甚则腹部不适伴腹泻，夜眠不佳，大便稍干，小便短赤，舌淡嫩，脉沉弦略滑。证属阴盛阳衰，虚火上扰，治宜扶阳潜阳，佐以利湿解毒，方用潜阳封髓丹加味，药用：

附片 45g（先煎），龟甲 10g，砂仁 15g，炙甘草 30g，黄柏 15g，山茱萸 30g，细辛 10g，骨碎补 30g，白术 15g，桂枝 10g，木蝴蝶 10g，薏苡仁 30g，败酱草 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，川牛膝 30g，磁石 30g，白芷 10g，肉桂 10g，干姜 30g。

6 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

随访（12 月 23 日）：介绍其熟人来诊治，口腔溃疡、扁桃体炎及痤疮均痊愈，甚为高兴。

**【按语】** 多年的口腔溃疡伴慢性扁桃体炎及痤疮，均系头面

之“火”，虽经多年的清热祛火药清“火”，“火”不但未减，病情反而在进行性加剧。由此而证明，此“火”乃是“阴火”，但世人多识不清，把“阴火”当成“阳火”来治，因“阴火”的本质为“阳虚”，常用泻火药使体质每况愈下，且阳虚更甚而“阴火”上潮更为频繁。用郑钦安辨识阴证之准绳，可以判断出患者乃一派阴证，实乃是阳虚也。这更证明了笔者认为的“头面疾患少实火”的论断的正确性。透过现象看本质，大举扶阳潜阳方法，佐以利湿解毒之品，重在扶阳，大剂附子主导，结合治标，故而临床疗效显著。

### 160. 前列腺炎案——薏苡附子败酱散加味

陈某，男，22岁，市民。2010年12月10日就诊。

患者有“前列腺炎”病史2年余，曾求治多家医院，西药抗生素及中药清热解毒之剂反复治疗，不见效果，而且症状日趋严重。现症见：气短无力，畏寒肢冷，腰膝酸软，阳痿早泄，白天无精打采，做什么事都提不起精神，饮食一般，小便频数，排尿有等待感，自感小便烦热，屡有尿不净的感觉，小便下坠，冷痛，小腹胀，大便每天3~5次，不成形，夜晚睡眠不佳，舌淡胖大、边有齿痕、水滑，脉沉弱略滑。证属阳虚夹热，伴血脉瘀滞，治宜温阳解毒，活血通脉，方用薏苡附子败酱散加味。药用：

附子60g（先煎），炮姜50g，炙甘草10g，薏苡仁30g，败酱草30g，川椒15g，小茴香30g，威灵仙30g，肉桂10g，当归10g，川芎10g，延胡索（元胡）10g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），红参30g，淫羊藿（仙灵脾）30g，仙茅30g，补骨脂30g，益智30g，山茱萸30g，丹参10g，三七10g，赤石脂30g，乌药20g，生麦芽30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月23日）：服完上药之后，自觉这次治疗与以往所治都不一样，感到精神倍增，腰膝酸软明显好转，阳痿早泄也改善大半，特别是原来长期腹泻，现在大便每天1次，成形，自诉是这几年从未有过的好转。以前服药总是没有信心，此次效果明

显，愿坚持服药以巩固根治，再进 10 剂。

三诊（2011 年 1 月 14 日）：服药之后，前列腺症状消失，性功能基本恢复如常，甚为高兴，要求再进强化远期疗效。上方药加蛇床子 30g，余药不变，10 剂。

**【按语】** 慢性前列腺炎，是临床上比较难治的一种慢性病，难治的原因主要是广告宣传满天，病人经过大量的抗生素治疗，又配合大剂量清热解毒苦寒之品，不但病未好转，反而造成体质日趋下降，出现一系列的阴寒内盛之表现；加之前列腺本身血供较差，一般药物浓度是难以达到治疗效果的。鉴于此种情况，采取扶阳益肾，解毒活血之法，重点在于扶正，大剂附子为主药，温阳益肾，辅以解毒活血之品，方以张仲景的薏苡附子败酱散为主方，配以张锡纯的温通汤，合王清任的少腹逐瘀汤，大方复治，重在扶阳气、益肾元，化瘀滞、解湿毒。患者服后效果显著，特别是全身性情况明显改善，腹泻、阳痿大为改观，因此，患者服药信心大增。诚然，该病治疗不易，就是有效方药，坚持根治也是需要时间的。

### 161. 腰椎间盘突出症案——麻黄细辛附子汤加味

张某某，女，36 岁，市民。2010 年 12 月 6 日就诊。

患者自生育小孩子之后，由于早期操劳过度，近 5 年来进行性腰痛伴双下肢麻木，曾经 CT 片证实是“腰并胸椎间盘突出症”，经中西药物治疗数年来，未见明显的改善。现症见：腰膝酸软，畏寒肢冷，坐与行走时间一长，均出现腰背酸沉疼痛，过度活动之后腰背疼痛向双下肢放散，经休息可稍缓解，形体稍虚胖，气短懒言，动则汗多，时有头晕，测血压较低，纳食尚可，睡眠不佳，二便如常，月经量少色暗，舌淡胖大、滑润，脉沉细无力。证属阴盛阳衰，肾元亏虚，治宜扶阳抑阴，益肾活血，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

生麻黄 15g，附子 60g（先煎），细辛 15g，炙甘草 30g，桂枝 60g，茯苓 30g，苍术 30g，白术 30g，当归 30g，生黄芪 100g，骨碎补 30g，淫羊藿（仙灵脾）30g，补骨脂 30g，菟丝子 30g，枸杞子 30g，石菖蒲 30g，天麻 10g，山楂 30g，丹参 30g，三七



10g，杜仲 30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

随访（12月25日）：电话回访，服药之后，腰腿痛消失，述说因为药物剂量较大，为节省药物，每2天服药1剂，到现在病已痊愈。畏寒怕冷及汗多均消失大半，只是有时头晕，特别是活动之后头晕，卧床休息可缓解，测血压较低80/60mmHg，考虑阳气升发不及，嘱其继服桂附地黄丸，用红糖水送药，进行后期巩固疗效。

**【按语】** 年轻女性腰椎间盘突出症，大多与其生产之后休养生息不够，加之过早活动及操持家务，导致产后多虚多瘀性体质，进而造成进行性腰腿痛加剧。中医治病讲究“治病求本”，这个“本”就是导致这个病的初始因素。产后体质多虚又多瘀，易受寒邪侵袭，寒邪内侵，伏着不去，收引血脉，而出现腰腿疼痛。针对此因，病之来路，亦是去路，故选用麻黄细辛附子汤为主，引邪外出，同时合苓桂术甘汤，祛除寒湿，又配当归补血汤，大补气血，佐以益肾活血之品。由于病重而药也重，重拳出击，大剂附子为主药，辛热祛寒，因此临床疗效显著。后期头晕，测血压较低，更说明是气血不足的问题，用桂附地黄丸，加红糖水送药，进行后期的巩固治疗。

## 162. 中风后遗症案——补阳还五汤合四逆汤与大续命汤加味

王某某，男，48岁，干部。2010年12月6日就诊。

患者在半年前，因“高血压、高脂血症”而诱发“中风（脑梗死）”，在市中心医院治疗月余，临床痊愈出院，经过半年多的药物调治与功能训练等，后遗症仍然明显。现症见：面部呆滞，说话迟钝，口齿不利，构音不十分清楚，说话比过去慢，右侧肢体，上肢功能基本恢复如常，下肢肌力减退，行走不稳定，起立行走前要停片刻，才能慢慢行走，之后才能慢慢增加速度，家住四楼上楼费劲，坐在软沙发上起不来，需要有人搀扶才行，轻微咳嗽，吐痰不多，痰色清、质稍稠，纳食尚可，二便如常，睡眠一般，舌淡润，苔白腻，脉沉弦无力。证属阳虚血瘀，夹有风寒外感，治宜宣肺开表，益气温阳，活血化瘀，方用补阳还五汤合

四逆汤与大续命汤加味，药用：

桂枝 30g，生麻黄 10g，杏仁 10g，炙甘草 10g，生石膏 30g，当归 10g，川芎 10g，红参 30g，生黄芪 120g，桃仁 10g，红花 10g，赤芍 10g，地龙 10g，附子 60g（先煎），生姜 30g，炮姜 60g，丹参 30g，三七 10g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 30g，山楂 30g。

3 剂。用法：水煎服，每天 1 剂。

二诊（12 月 10 日）：服药之后，疗效平平，只是咳嗽明显好转，病重药轻，主药加大剂量：生黄芪 250g，附子 100g（先同煎），桂枝 60g，生姜 60g，余药不变，6 剂。

三诊（12 月 18 日）：症状明显好转，行走力量增加，上楼已不费劲，自觉身体有松弛感，表明药已中病。继续用药，二诊方药，再进 6 剂。

四诊（12 月 25 日）：今天自己步行复诊，咳嗽消失，行走如常，说话口齿利索，发音清晰，反应正常，坐在低沙发上可以起坐自如，舌淡胖大、苔白，脉沉细，尺部略滑。表邪已去，调整处方，加强疗效，药用：

生黄芪 250g，当归 10g，川芎 10g，赤芍 10g，桃仁 10g，红花 10g，地龙 10g，附子 100g（先煎），生姜 60g，炮姜 60g，炙甘草 10g，丹参 30g，三七 30g，石菖蒲 30g，白芷 30g，威灵仙 30g，黄柏 10g，砂仁 10g，全蝎 10g，蜈蚣 3 条，山楂 30g。6 剂。

五诊（2011 年 1 月 9 日）：今日复诊，行动自如，力量与常人无疑，只是说话稍快之时，或是感寒受冷时，说话发音略感费力。舌淡稍胖，脉缓和有力。病人坦途，巩固治疗，调整方药，上方药去黄柏、砂仁、生姜，川芎用 30g，加远志 10g，天麻 10g。6 剂，隔天服药 1 剂，进行巩固治疗，强化远期疗效。

六诊（1 月 21 日）：今天下午复诊，前几天化验血脂，半年以来第 1 次正常，血压 125/79mmHg，曾经服降压药物也不能达到这种情况，感到非常高兴。要求继续巩固治疗，上方药 6 剂，每 2~3 天 1 剂。

**【按语】** 中风后遗症是临床上的一个难题，西医认为半年以后恢复的可能性很小。但是，事实胜于雄辩。本例病人就诊之时，咳嗽之症状表明外感表邪不去，说明中风发生与发展始终与风邪关系密切，从“中风”一名我们就可以悟出古人的意义，即风邪伴随着这种疾病的始终。故首诊之时，首选大续命汤，该方是古代治疗中风的首选方子，说明它有着确切的疗效，同时合用王清任的补阳还五汤，重用生黄芪120g；更重要的是加强扶阳理念，重用附子与姜，扶阳、助阳、通阳，以促进本方药达到最佳的疗效。二诊之时，显然疗效平平，这样的病情，小剂量主要药物是难以取效的，二诊之后，加倍生黄芪剂量为250g，附子的剂量为100g。果然三诊之时，疗效显著，病人说话与右下肢肌力改善，病人也增加了治疗信心。而四诊之时，其疗效更进一步增加，表明疗效与药物剂量的关系非常密切。特别是本例之中，重用生黄芪与附子，是该病取效的关键环节。顺便说附带治疗：该病人的爱人，有慢性寒冷过敏性荨麻疹，长年服药治疗不能停药，笔者安排其服用病人的汤药，每剂药第3煎后，其家属服用，半个月之后，她觉得身体有暖热感，荨麻疹未再发作，停药后也很好。这真是一举两得之事。

### 163. 减肥药导致阳虚证案——潜阳封髓丹加味

房某某，女，36岁，职工。2010年12月7日就诊。

患者因近几年形体发胖，按广告服用西药减肥，服药不到1个月，感到体质直线下降，全身衰竭而卧床不起，经调养几个月后，才能下床活动，但仍然什么也做不了，无法胜任日常工作与家务劳动，曾求治多位中医效果不佳。现症见：形体稍虚胖，面色暗，长期右侧下肢抽搐、抽筋、麻木，遇冷或夜晚加剧，畏寒肢冷，腰部冷痛，一吃补药就上“火”，不敢进食补品，纳食较差，睡眠不实，大便不畅，小便少，月经色淡量少伴瘀块，舌淡苔白腻、水滑，脉双手关寸尚可，两尺脉沉弱。证属阴盛阳衰，阴火上潮，治宜扶阳潜阳，益肾活血，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

15g, 肉桂 10g, 生龙骨、生牡蛎各 30g, 紫石英 30g, 灵磁石 30g, 丹参 30g, 三七 10g, 骨碎补 30g, 松节 30g, 淫羊藿 (仙灵脾) 30g, 仙茅 30g, 补骨脂 30g, 细辛 10g, 白术 15g, 炮姜 30g, 山楂 30g。

3 剂。用法: 水煎服, 每天 1 剂。

二诊 (12 月 11 日): 服药之后, 自感比较舒服, 没有上“火”, 但出现咳嗽痰多、小便多, 大便通畅, 舌淡水滑, 脉弦沉。方药有效, 上方加生麻黄 10g, 再进 3 剂。

三诊 (12 月 15 日): 服药之后, 吐痰更多, 停药后, 吐痰立即减少, 告诉她说这是“药效反应”, 即“祛病反应”。右下肢夜晚基本不再抽筋, 肢体活动自如, 力量增加, 但仍时有肢体麻凉感, 舌淡胖大质暗, 脉左手稍浮重按无力。方药有效, 调整处方, 药用:

生麻黄 15g, 附子 75g (先煎), 细辛 15g, 炙甘草 30g, 肉桂 10g, 桂枝 60g, 苍术 30g, 白术 30g, 茯苓 30g, 丹参 30g, 三七 10g, 山茱萸 60g, 松节 30g, 骨碎补 30g, 淫羊藿 (仙灵脾) 30g, 枸杞子 30g, 菟丝子 30g, 补骨脂 30g。3 剂。

四诊 (12 月 29 日): 3 天前服药之后, 突然出现心慌、乏力、没劲儿, 自觉心跳明显, 开始不知是怎么回事, 后电话咨询: 告诉她说, 喝点红糖水, 即可, 这是药物反应。经喝红糖水之后, 症状缓解。此后, 身体有一种突然间松绑的感觉, 右下肢麻凉感也突然消失, 手脚也随之变温, 自觉像变了个人一样, 精神焕发。舌淡, 脉左手浮, 重按和缓, 右手沉缓略差。病人坦途, 调整处方, 巩固疗效, 方用经验方回阳建中汤加味, 药用:

附子 45g (先煎), 炮姜 30g, 生姜 30g, 炙甘草 10g, 红参 30g, 桂枝 15g, 肉桂 10g, 苍术 10g, 白术 10g, 石菖蒲 10g, 甘松 10g, 砂仁 10g, 三七 10g, 骨碎补 15g, 松节 15g, 淫羊藿 (仙灵脾) 15g, 补骨脂 15g, 菟丝子 15g, 枸杞子 15g。6 剂。隔天服药 1 剂。

随访 (1 月 19 日): 其爱人有事专门告知, 停药后情况非常好。

**【按语】** 西药减肥药是一种透支生命的行为，因此而损伤性命的人也有报道。可见，西药减肥药重创伤人体元气，并造成人体阳气在短时间内耗损、精气不足的状态。辨认此证，病人一派阳虚表现，但由于病人阴火上潮，而不敢进食热性补品及食物，这更表明病人之“火”乃是“阴火”，是阳虚并虚阳外越之表现。一诊首选潜阳封髓丹重用附子，病人不但没有上“火”，反而出现“阳药运行，阴邪化去”之反应，如咳嗽吐痰、小便增多、大便通畅；二诊之后，病人吐痰更多，但停药之后吐痰减少，更进一步证明了是“药物反应”的好现象；三诊之时加大附子剂量后，出现典型的轻度“瞑眩反应”，即心慌、心跳、乏力、头晕、没劲，这是一种好现象，是一种可遇而不可求的事。“瞑眩反应”过后，病人各种症状突然消失，有“松绑”的感觉，手脚变温，右下肢麻凉感消失。后续巩固治疗，附子剂量减少，加益肾之品，强化后期长远疗效。

#### 164. 夜晚盗汗案——桂枝加附子汤

何某某，男，38岁，市民。2010年12月23日就诊。

患者夜晚盗汗月余，曾服某老中医汤剂，不但未效反而盗汗症状加剧。现症见：夜晚盗汗，汗出透衣，醒后汗止，白天气短懒言，四肢湿凉，以手湿冷明显，无精打采，喜暖恶凉，食纳尚可，夜卧不宁，时常梦中惊醒，二便如常，舌淡水滑、胖大、苔白膩，脉浮，重按无力。证属阴阳失调，治宜调节阴阳，方用桂枝加附子汤，药用：

桂枝 30g，白芍 30g，生姜 30g，炙甘草 30g，附子 30g（先煎），生龙骨、生牡蛎各 30g，五味子 30g，黄柏 10g，砂仁 10g，山茱萸 60g，白豆蔻 10g，生麦芽 30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月28日）：服药之后，夜晚盗汗消失，手脚湿冷改善大半，精神明显好转，舌脉变化不大。患者要求巩固疗效，调整处方，平补肾中阴阳，方用参芪桂附地黄汤加味，药用：

红参 30g，生黄芪 60g，附子 30g（先煎），肉桂 10g，山茱萸 60g，山药 60g，熟地黄 30g，牡丹皮 10g，茯苓 10g，泽泻 10g，

生龙骨、生牡蛎各 30g，磁石 30g，五味子 30g，黄柏 10g，砂仁 10g，山楂 30g。6 剂。

**【按语】** 夜晚盗汗一证，教科书一贯认为多是阴虚火旺证，大倡滋阴降火法，笔者数年来按图索骥，自然是难以取效。接受火神派扶阳理念以来，方知阳虚盗汗而多于阴虚者。原因是“阳加于阴谓之汗”（《内经》），现阳虚而虚阳外越，虚阳蒸腾于表而成夜晚盗汗之证，其本质属于阳虚而阳气失于固摄。采用协调阴阳之法，扶阳助阳，佐以收敛之品，用经方桂枝加附子汤，加龙、牡等品，临床疗效显著。该病人在脉象上有一个特点，就是脉浮，在冬天的季节里，人体应该是以沉脉为主，现在反浮，又重按无力，表明虚阳外越，结合全身一派阴证之表现，显然是收敛固摄不足所致。后续用参芪桂附地黄汤加味，益肾填精、平衡阴阳，以使疾病得以彻底治愈。

#### 165. 长期发热伴胃病案——桂附理中汤加味

张某某，女，25 岁，农民。2010 年 12 月 20 日就诊。

患者曾在广州市打工，因胃病不适而行胃镜检查多次，确诊为“慢性胃炎”，经调治后稍好转，又因小腹不适而怀疑“肠炎”，去年 11 月份进行结肠镜检查，确诊为“慢性肠炎”，行结肠镜检查后第 2 天，开始出现发热、咳嗽等，又诊为“肺炎”而进行调治，经中西药物间断治疗月余，发热不退，并胃病加剧。现症见：发热不退，最高时体温达 37.8℃，最低之时体温 37.6℃，上午高，下午及夜晚稍低，面色憔悴，说话有气无力，声低息短，懒言乏力，穿着比常人明显增厚，时常头晕，动后加甚，怕冷畏寒，手脚湿凉，胃脘隐痛不适，着凉易腹泻，常服西药收敛药，不吃就拉肚子，大便每天 2~4 次，受凉胃痛即泻，食欲较差，睡眠不佳，月经色暗量少伴瘀血块，舌淡嫩滑润，脉沉细无力。证属脾肾阳虚，阴阳不调，治宜扶阳抑阴，协调阴阳，方用桂附理中汤加味，药用：

附子 30g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 15g，党参 30g，苍术 30g，白术 30g，桂枝 30g，白芍 30g，丹参 30g，檀香 10g，降香 10g，三七 10g，砂仁 30g，白豆蔻 15g，沉香 10g，石

菖蒲 30g，天麻 10g，丁香 10g，山楂 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月23日）：体温有所下降，最高时37.3℃，不感到发热、头痛，胃胀，两胁胀甚，头晕，大小便畅快，睡眠较好，舌淡嫩，脉略浮，重按弱。病重药轻，方药对证，加重附子60g（先煎），余药不变，再进6剂。

三诊（12月29日）：体温每天早晨37.2℃，余下时间体温正常，胃脘胀满明显，矢气频频，精神好，有力气，仍然胃脘胀满略痛，调整处方，药用：

附子75g（先煎），炮姜30g，生姜30g，炙甘草10g，红参30g，苍术30g，桂枝30g，白芍30g，丹参30g，檀香10g，降香10g，三七10g，砂仁30g，香附10g，高良姜30g，百合10g，乌药10g，五灵脂10g（包煎），蒲黄10g（包煎），丁香10g。6剂。

四诊（2011年1月3日）：近几天体温在36.6~37℃，均在正常范围之内，现主要是少腹有不适感，伴隐隐作痛，可耐受，时轻时重。精神倍增，可操持家务，近半年来从未有气力干家务活。考虑阳虚血瘀明显，稍调整处方，上方去生姜、白芍，炮姜用60g，炙甘草用30g，三七用30g，加肉桂10g，余下药物不变，再进6剂，进行巩固治疗。

五诊（1月20日）：服药之后，发热偶有出现，胃痛不适，调整处方，药用：

附子30g（先煎），炮姜30g，生姜15g，炙甘草10g，党参30g，苍术30g，白术30g，肉桂10g，丁香15g，砂仁30g，白豆蔻15g，三七10g，半夏15g，茯苓15g，桂枝10g。6剂，每2天服1剂。服完汤药之后，用中成药附子理中丸，进行巩固治疗。

**【按语】** 病人发热开始，是因为进行结肠镜检查，这是因为在进行结肠镜检前需要清洁肠道，用大量的甘露醇排泄大便，其次是患者在广州进行检查，一般医院都是24小时空调冷气，内外结合，寒气入侵，而引起发热、咳嗽等一系列病症。虽经过中西医调治，但均把重点放在祛邪之上，邪去之时正气易伤。第一次面诊病人，目视病人虽然年轻，但面色及形体憔悴，一派虚寒

之体，结合舌脉更进一步判断其为三阴虚寒证。因此，治用扶阳抑阴法，方选附桂理中汤为基本方，辅以活血化瘀之品，方中重用姜、桂、附，特别大举应用以附子，并为主药，辛热扶阳，先试服3剂，病人自感良好。二诊之后，附子加重剂量，体温逐渐如常，胃病情况也逐日改善。但后期胃部隐痛不适，考虑久病血脉瘀滞，不通则痛，故加活血化瘀之品，以期能根治病人胃脘隐痛不适之旧疾。

### 166. 便秘案——济川煎加味

远某某，女，60岁，退休职工。2010年12月20日就诊。

患者便秘数十年余，曾长期服泻药而效果越来越差，曾因上火明显，某中医让其服用龙胆泻肝丸月余，不仅没有能帮助通便，反而感到身体越来越困乏无力，大便更是难以排下，自觉痛苦难忍。现症见：五心烦热，经常上火，怕冷，气短懒言，不耐劳作，乏力困倦，活动后加剧，睡眠不实，大便1周末排，小便短赤，纳差，腹胀，舌淡边尖稍红，脉寸关弱而尺滑。证属阴阳两虚，治宜平调阴阳，润下通便，方用济川煎加味，药用：

当归 30g，肉苁蓉 60g，泽泻 10g，枳壳 30g，火麻仁 30g，黄柏 30g，砂仁 10g，丹参 30g，三七 10g，生黄芪 60g，炙甘草 30g，山楂 30g。

6剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月27日）：服药之后，便排通畅，每天1次，浑身舒服，也不上火，特别是夜晚睡眠非常好，这些年从未有过的好现象，而身体力量增加，甚为高兴，要求再服。6剂。隔天服药1剂。

随访（2011年1月5日）：与其爱人一起来看病，告诉说2天服药1剂，大便通畅，非常好，心情舒畅，夜眠安宁，身体自觉如年轻之时。询问服药之后如何保持，告诉说可用核桃仁当点心吃，进行食物调节，以达到彻底解决大便不畅的问题。

**【按语】** 便秘一症，病虽小而甚为难治。此例病人五心烦热、易上火，常吃泻火药而病情不减，特别是服用龙胆泻肝丸之后，大便秘结加剧，并且出现全身体质急剧下降的趋势。透过现



象看本质，该病是一派阴阳两虚证，特别是五心烦热与上火症，阴阳两虚证都可出现这种情况。故抓住阴阳平补之法，方选济川煎合封髓丹加味，扶阳升阳之品选用肉苁蓉与生黄芪，未选燥烈之品姜、桂、附，防止扶阳伤阴之弊；特别是合用封髓丹一方，潜阳下归，对于整个方剂的作用是非常重要的。学习火神派我们有时也要视情况，有针对性地选用姜、桂、附之品，而不是一味地盲目应用。

### 167. 肾病后阳虚证案——回阳建中汤

刘某某，男，31岁，市民。2010年12月7日就诊。

患者1998年患肾病综合征，经服用激素7个月，后又服中药3个月，化验全部正常。但病人自觉病好后，体质情况日趋低下，曾因怕冷、出凉汗及习惯性感冒，寻求多位中医大夫调治，均未明显改善。现症见：畏寒怕冷，五心烦热，出汗盗汗，活动后汗出更甚，腰膝酸软，双下肢冷感明显，长年习惯性感冒，缠绵难愈，害怕打吊针，一个感冒可反复治疗月余也难好，且感冒又易反复发作，胃脘胀满，一吃清热药胃胀难受，伴有胃部收缩感，二便如常，睡眠不佳，耳鸣如潮，夜晚加剧，舌淡暗滑润，脉沉细，尺略滑。证属阳虚阴盛，治宜扶阳抑阴，方用经验方回阳建中汤加味，药用：

附子30g（先煎），炮姜30g，生姜30g，炙甘草10g，党参30g，苍术10g，白术10g，桂枝10g，肉桂10g，石菖蒲10g，甘松10g，砂仁10g，白豆蔻10g，三七10g，黄柏10g，生麦芽30g。

10剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（12月13日）：服药之后，全身情况明显好转，但胃胀，双下肢凉无变化，舌淡水滑，脉沉细尺滑。为强化疗效，调整处方，药用：

附片45g（先煎），炮姜30g，炙甘草30g，党参30g，苍术30g，白术30g，桂枝30g，肉桂10g，石菖蒲30g，甘松10g，砂仁15g，白豆蔻10g，三七10g，丁香10g，半夏30g，生麦芽30g，生龙骨、生牡蛎各15g。10剂。

三诊（12月23日）：服药之后，感觉没有第1次处方舒服，不仅上火，而且感觉身体不适感增加，告诉他说这是“药效反应”，但病人说害怕剧烈的反应，希望减少这种药物反应。故而调整处方，药用：

附子 45g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，炙甘草 10g，党参 30g，苍术 10g，白术 10g，桂枝 10g，肉桂 10g，石菖蒲 10g，甘松 10g，砂仁 10g，白豆蔻 10g，三七 10g，黄柏 15g，磁石 30g，生麦芽 30g。10剂。

四诊（2011年1月5日）：服药1个月，述说只有二诊方药吃过不适，这个方子服后也比较舒服，未再发热感冒过，耳鸣减轻，怕冷也改善明显，只有腰酸比较明显，身体力量增加，要求小剂量巩固治疗，调整处方，药用：

附子 30g（先煎），炮姜 30g，生姜 30g，党参 30g，苍术 10g，白术 10g，桂枝 10g，肉桂 10g，砂仁 10g，黄柏 10g，三七 10g，甘松 10g，肾四味各 15g，生麦芽 30g。10剂。

**【按语】** 肾病综合征病愈之后，病人体质一落千丈，可见激素对人体阳气的伤害是多么的厉害。虽然肾病愈，但习惯性感冒缠绵难愈，整年累月不断，多方求治不效。因病人阳虚肾亏，正气不足，抵御外邪能力下降，造成病情迁延难治。若从火神派角度看问题，这就是典型的阳虚证，只有抓住“扶阳助正”（笔者心悟）这一心法，采用扶阳抑阴之法，方用经验方回阳建中汤为主，扶阳、助阳、通阳，有外感可治，无病可防，防治结合，有病治病，无病强身，故此服药之后病人体质增强，临床疗效也十分显著。

### 168. 皮肤瘙痒3年症案——麻黄细辛附子汤加味

余某某，男，57岁，农民。2010年12月27日就诊。

患者3年前在工地干活，接触水泥粉尘之后，开始出现双手接触部位瘙痒，后来出现全身性瘙痒，曾经西药内服与外用治疗3年余，只能解决一时不痒，根本问题无法解决。现症见：全身性皮肤瘙痒，夜晚更甚，每天晚上需要双手抓破皮肤，直至皮肤出现渗血方可终止，因长年皮肤损伤，现皮肤增厚如鱼鳞一样，

双手背皮肤因抓痒而增厚，如同枯树皮一样，夜晚长年难以入睡，只有抓痒之到疲劳之后，才能慢慢入睡，经常心胸烦热，睡后不宁，全身比较怕冷，纳食尚可，二便如常，舌淡嫩水滑，脉浮硬，重按无力。证属阳虚阴盛，阴阳不调，治宜扶阳抑阴，宣肺活血，协调阴阳，方用麻黄细辛附子汤加味，药用：

生麻黄 30g，细辛 10g，附子 60g（先煎），乌蛇肉 30g，桃仁 10g，红花 10g，生地黄 10g，当归 10g，赤芍 10g，川芎 10g，桂枝 30g，牡丹皮 10g，炙甘草 30g，紫草 10g，制首乌 30g，白蒺藜 30g，白鲜皮 60g，山楂 30g。

3剂。用法：水煎服，每天1剂。

二诊（2011年1月1日）：服药之后，夜晚抓痒停止，可安静入睡，3年来未有过的好现象，只有双手背指远端仍有轻度瘙痒，手背部间断瘙痒，而且手背部、腕部皮肤变柔软，不再干裂。方药有效，为强化疗效，上方药附子改100g（先煎），生地黄改为熟地黄60g，余药不变，再进3剂。

三诊（1月6日）：全身原瘙痒皮损处呈片状脱落，露出完好的皮肤且柔润，逐渐脱了一层皮，瘙痒全消，双手背脱皮已到指关节中间以上，露出柔软的皮肤，不再干裂，甚为高兴。病愈九成之多，再进上方药3剂，强化最后治疗效果。

**【按语】** 像这样的顽固性皮肤病，在未接受火神派扶阳理念之前，根本就无从下手论治。自学习火神派扶阳理念以后，认病只分阴阳，该病例虽似阴阳两虚证，但仍然是以阳虚为主。故此，选麻黄细辛附子汤为主，重用附子辛热之品为君，扶阳抑阴，直捣病根，同时重用生麻黄，宣肺走皮，内外同治，引邪外出；同时合用李可老中医的乌蛇荣皮汤，调节阴阳，解毒活血；内外同治，表里同调，使邪有出路。最终病人病愈之时全身脱皮一层，可见扶阳抑阴之法，从根本治疗该病的力度有多么强大。



## 附录 A 附子颂歌十六首

附子熊熊一团火，火神派用奏功歌。  
追散亡失人阳气，扶阳抑阴细揣摩。  
生命需要火力助，附子之外当谁何？  
扶阳学说钦安创，阴盛阳衰准绳搁。

回阳救逆第一药，附子当雄谁能超？  
阳气衰微亡阳见，协用姜草四逆疗。  
洞悉阳衰本源貌，莫到四肢厥逆瞧。  
防微杜渐用附子，医人助正百病疗。

附子纯阳当空照，阴霾四散冷寒消。  
水肿泄泻可蒸腾，气化之机附子妙。  
心阳脾阳根肾阳，肾内命火附子烧。  
久病及肾用附子，治病境界法当超。

火神派用附桂姜，姜桂助热附火旺。  
性浮不沉走不守，无所不至附子当。



# 火神派

临证用药心悟

——从验案中学习扶阳疗法

通行十二经脉走，可逐痹痛夺关将。  
引动诸药达靶目，附子称雄万人上。

附子辛热毒性偏，不可视为蛇蝎看。  
以偏救偏是药性，平平淡淡是吃饭。  
附子先煎最安全，舌尝不麻躬亲添。  
胆大心细有方圆，亲喝附子汤一碗。

药中四维附子将，虚实寒热皆可当。  
石膏人参熟地黄，配伍之理玄妙藏。  
附子配入草干姜，回阳救逆四逆汤。  
大黄附子细辛汤，泻下寒积振脾阳。

最有用也最难用，附子之功谁称雄？  
熟读精研仲景书，思考总结多临证。  
伤寒三阴阳气衰，不用附子何人成？  
六经气化看邪正，转归还看附子功。

扶阳理念秘诀藏，宁事温补少寒凉。  
阳常不足阴有余，不用附子何人挡？  
苦寒清凉袭成弊，庸医杀人刀里藏。  
冷饮空调寒直中，附子用武怨言唱。

从生到死人大偏，何人能纠人极限？  
阳亡已失谁追敢？附子助火寿域添。  
阳精若壮千年寿，阴气如强必毙伤。  
阴风未消终是死，阳精若在必生长。

一轮红日附子光，万物生长靠太阳。  
阳主阴从万物事，阳气旺盛阴才长。  
阳衰一分病则进，阳旺一分邪退藏。

纯阳为仙纯阴鬼，保命之法附子仗。

生化之权皆赖阳，纯阳附子红日藏。  
凉药阴柔害不觉，阳药刚暴显症状。  
君子刚正曲高寡，小人之恶不露象。  
水性懦弱民多死，火烈上工遇良将。

治病求本辨阴阳，钦安阴阳立法章。  
一元之气有消长，盈缩表现两面象。  
一口之气在于阳，唯有附子谁能挡？  
临证医病思路多，谁知温补少寒凉？

吐血都传止血方，生军六味作主张。  
甘寒一派称良法，并未逢人用附姜。  
不知血从火中来，经火锻炼色赤象。  
血水上潮阳气亏，附子升阳血自降。

冰冻三尺非日寒，若逢附热必躲藏。  
阳药运行阴邪去，自然表现有多样。  
劝君莫要心中慌，仔细观察吉凶象。  
周身腹中热难安，自可附子收刀枪。

人身立命水火极，坎中一阳附子奇。  
治病立法火消阴，血肉之躯真气立。  
万病一损在阳气，气损可见阴证迹。  
阴证扶阳把阴抑，阳证存阴莫忘记。

三阴之方桂附姜，通治三阴病方良；  
虽失不远对方向，定会病证转安恙。  
处处时时要扶阳，助正达邪保健康；  
危急重症要回阳，回阳返本命可长。

## 附录 B 火神郑钦安后人传承小议

火神派领袖郑钦安先生，字寿全（1804～1901年），出生儒门，清道光年间成都名医，著名伤寒学家，有“郑火神”盛名，誉满川、云、贵等地，著有《医理真传》、《医法圆通》、《伤寒恒论》，三书传至当今，特别是火神派扶阳学术思想，受到当代众多临床医家的传承与学习，故此，大家对火神派创始人郑钦安先生的后人非常关心。因此，今做一简明扼要的介绍。

郑钦安他是哪里人呢？都说他是邛崃人，不是的，他是安徽人，郑钦安的祖籍是安徽。他的祖父郑守重清乾隆时的拔贡，因做官到了四川，遂家居邛崃县。其父亲叫郑本智，郑钦安为其独子，16岁随父亲从邛崃迁居成都，并拜一代通儒兼名医刘止唐（1767～1855年）先生门下学医。到郑钦安时，郑家的人才在四川成都落了户。其后郑钦安学而有成，并在成都市悬壶济世、行医数十年。

据有关文献资料记载：郑钦安中年设帐授徒，自然桃李众多，传人不在少数。从有限的资料中可知，入室弟子有卢铸之（1876～1963年）先生，清光绪十六年从师于郑钦安先生，学医达11年之久，继承郑钦安扶阳学术思想，屡起沉痾，时人尊呼为“卢火神”。其儿子卢永定（1901～1986年）传其衣钵，在60余年实践中善用大剂姜、桂、附等品，屡起沉痾痼疾，民间亦尊称为“卢火神”。卢铸之之嫡孙卢崇汉教授（1947～），16岁已有医名，擅用姜、桂、附等辛热之品，亦有“火神”之名，成为当代火神派著名医家，真正是火神派一门三代正宗的传人。

郑钦安享年97岁，据卢崇汉教授讲：听他祖父（卢铸之）讲，他（郑钦安）到96岁还在为人看病。当然这个时候大部分病人是由他祖父（卢铸之）来看。因为郑钦安先生有两个女儿，那时他的女儿也七八十岁了，不在他身边，所以郑钦安先生家里的情况可以说是他祖父在打理。卢崇汉家族与郑钦安学术思想是直线传承下来的，并且卢氏在家中还供着郑钦安的牌位（有生卒年月日），综合各方面的因素，卢氏的说法是否足够的确切，也

是需要我们考虑的。这个情况说明郑钦安是个独子，当时他只有两个女儿，可能没有亲子传承，因为在1901年郑钦安病歿之后，安葬他的不是其家族人，而是众门徒和感恩苍生者，葬于成都市南门外红牌楼钟家坝，而且墓上刻有“临邛医士郑钦安之墓”，这表明郑钦安出生地在邛崃，生活并行医在成都，死后葬于成都市。但是，郑钦安的父亲郑本智，据邛崃县志记载，上面并没有记录其是否有兄弟姐妹，这仍需要详细寻找与走访。

据有关文献资料记载：另有郑仲宾先生（1882~1942年），“少时师承郑钦安”，后毕业于京师大学堂，蜀中名医，新中国成立前逝世。据郑仲宾的后人在自传中记载，以及据文献资料记载有：夔门（奉节）名医郑仲宾，名方，郑钦安之子，四川省成都市人。据王大椿在《奉节名中医郑氏世家》记录：奉节郑氏中医世家，医德良好，继承和发扬祖国医学遗产，为医学事业作出了可贵的贡献。奉节不乏良医，但一家医道相传，与时俱进，迄今两个世纪而不衰者较为少见，故记之。郑氏中医世家概况是：郑钦安传承郑仲宾，郑仲宾传承二子郑惠伯（1913~2003年，郑仲宾之长子，）与郑敏侯（1915~1981年，郑惠伯之胞弟）。

由于卢铸之先生曾在郑钦安晚年跟师学徒达11年之久，但并没有谈及郑钦安有亲子传承，这与郑仲宾的后人所说，其为郑钦安的后代传人，显然是有矛盾的。为了进一步证实这中间的疑惑，笔者曾亲自信访郑仲宾的嫡孙——郑邦本老中医，即郑邦本（1931~），郑敏侯之长子，重庆市中医学学会常务理事、三峡中心医院主任医师。1992年获得国务院批准，享受政府特殊津贴。通过郑邦本老中医的详细信函资料，使我们弄清楚了郑仲宾与郑钦安的关系。事情之原由是这样的：

在郑钦安生活的清朝末期，郑仲宾的父亲也在成都做官（制府任幕僚），与郑钦安情感很深，如同宗族同胞兄弟，由于这层关系，加之都是郑氏一姓，故此遂将少年的郑仲宾过继给郑钦安为义子，并拜郑钦安为师学医，接受中医经典著作学习与基本功训练。这就是文献资料所记载的“少时师承郑钦安”一语之真相。学习时间虽然只有3年，但这为后来郑仲宾继续研究中医典



籍，以及从事中医临床都奠定了良好而坚实的基础。

郑仲宾从师郑钦安学习是在少年时代，郑仲宾于1882年出生于成都市，少年、青年时期从师乔茂堂、郑钦安攻读经史及中医典籍，这是其启蒙读书学医阶段（1882~1898年，在成都）。也就是说，郑仲宾在16岁之前，先从师乔茂堂学习经史，后跟随郑钦安学习中医典籍与中医基本功，也就是说郑仲宾在13岁到16岁的3年间，跟随郑钦安学习。这时期郑仲宾年龄较小，郑钦安师祖估计只能传教其中医基础性的东西，对于传授其火神派扶阳理念可能是很不现实的。因为郑钦安师祖非常重视经史典籍的系统学习，以为后来的学习打下基础，这也可能就是后来的郑仲宾未能发扬火神派扶阳理念的原因。

郑仲宾在16岁那年（1898~1908年，在北京），在乔茂堂、郑言（同族宗亲）的资助下，报考京师大学堂（即北京大学前身），被录取，在京苦读10年。因在校期间参加“同盟会”，毕业后不能重用而返回成都。为了避难而到了重庆奉节，即教学与从医阶段（1908~1942年，在奉节）。开始在夔州府官立中学任教，1921年创办“昭文私塾”，教授语、数、英及医学，后来在教学之余行医看病，并坐堂行医，于1934年创办“泰和祥”国药店。这34年郑仲宾一直生活居住在奉节县。所以，郑仲宾的祖籍记载为成都，而其后代由于出生在重庆奉节，故此其后代人在自传中也称其祖籍在奉节，这也就是其称呼不一的缘由。

郑仲宾少年时期虽然有跟师学习中医典籍之基本功，但由于后来上京师大学堂10年，也就是其在北京学习10年间，接受西方文化内容较多，加之后来到奉节先执教而后行医看病，当时重庆奉节县温病流行，加上郑仲宾自己患病，应用气阴两补的人参汤得以治愈，故而对温病研究与治疗多下工夫。由于其精研医学，医术高超，全国著名中医李重人、郑惠伯、向蛰苏等，均出其门下。他对温病学造诣尤深，著有《枕中宏宝》、《舌诊心得》（因战乱而未能成书）。曾任刘伯承部队军医，在疫病流行时，他精心为战士诊治，解除了病灾，受到嘉奖。奉节疫病流行时，赖他预防和治疗，不辞辛劳挽救病人，知县（县长）侯昌镇（人称

侯青天)特请名士、书法家毛书贤榜书篆文“儒医”二字,刻上大匾赠予郑仲宾,以资表彰。

郑邦本老中医认为,郑仲宾少时就离开了成都,特别是郑钦安病死(1901年)之时,他还在北京学习,随郑钦安学习的时间极其有限,没能继承郑钦安火神派学术思想和临床经验。面对这一事实,他们的后代也感到非常遗憾。但他们仍然发现,在郑仲宾的临床实践中,对姜、桂、附的运用,只要证情需要,如参附汤、麻附细辛汤、附子理中汤、真武汤等,都常运用,而且收效甚佳。由此看来,尽管郑仲宾长于温病临床,然而在治疗杂病时,受郑钦安善用附子经验的影响还是可以见到的。

关于认为郑钦安有亲子者,现代火神派名家唐步祺(1917~2004年)先生,其为调查研究郑钦安的事迹,曾经在晚年专门走访或是访问过郑钦安的嫡孙等人,表明唐步祺在世之时曾经见过郑钦安的嫡传亲人,也证明可能郑钦安确有后人传承,而郑仲宾的后代可能就是其人。这个旁证说明郑钦安可能有亲子女传人。

从以上的分析,我们可以得知,郑钦安居卢氏家族跟师经过,证明郑钦安是个独子,并没有文献资料记载其有兄弟姐妹,而且郑钦安没有儿子,只有两个女儿,不然的话,郑钦安过世的时候应由其家族人送葬,而且郑钦安的坟墓就在成都市南门外红牌楼钟家坝。这种说法主要来源于卢氏家族,有一定的可靠性。

另外一说法,据文献资料记载,“少时师承郑钦安”,表明郑仲宾非其亲子,证明是其同族宗亲过继郑钦安的义子,因此郑仲宾的后人将其遵称为祖师爷,这也是合乎情理的,这也就是为什么郑仲宾的后代,均称其为郑钦安后代传人之说的缘故。

郑钦安有无后人传承,对于发扬扶阳学说毫无意义,但为了明白这件事,还是可以探讨一下,对于我们传承火神派扶阳学术思想还是多有益处的。

## 附录 C 《圣余医案诠解按》读后感想

《圣余医案》一书是清·刘根文原著,其弟子李俊(民国时

期人) 诠解, 由杜少辉先生校按后, 深圳出版发行集团·海天出版社出版发行。粗读该书之后, 觉得心中一片茫然, 细想起来, 真是觉得应了那一句话: “师父领进门, 修行在个人”。因为刘根文(字子维) 与火神派鼻祖郑钦安先生乃为一师之徒, 但二人的学术理念与行医风格却是各不相同, 特别是郑钦安先生之风格独特, 让我们敬仰。

火神派领袖郑钦安先生早年, 拜师于成都刘沅(1768~1855年), 字止唐。刘止唐先生在清·道光、咸丰年间世称“川西夫子”, 名列《清史·儒林传》中之大儒之名。刘止唐先生为槐轩学派创始人, 亦为郑钦安之师。刘子维为刘沅先生第六子, 亦为学术传人中突出者, 初任中书科中书, 后继父志讲学于耄年。光绪年间, 与刘芬等集资创办守经堂, 弘扬国粹, 选集刘沅二十二种著作刻印成《槐轩全书》发行于世。

刘根文, 字子维(1842~1914年), 成都双流人。槐轩学派创始人刘止唐之子。初任中书科中书, 后继父志, 讲学于耄年。刘子维为宏扬父志刻印《槐轩全书》, 该书内容宏富, 以“至善”、“纯一”、“天人合一”等哲学范畴, 来阐扬儒释道三家精要, 并是槐轩学派的珍贵文献。刘子维执掌槐轩学派二十余年, 不独为蜀人所敬重, 影响也远至山陕、两湖、闽浙。槐轩学派提倡“救阳济幽”, 老师常为徒弟、病人诊病开方。刘子维教学之余, 常以中医药扶危救困, 其医案经门人李子俊等整理, 加以诠解, 于是就有了《圣余医案诠解按》一书问世。

纵观《圣余医案诠解按》全书, 我们不难发现, 该书记录医案极简洁, 只有症状描述, 部分缺少舌脉记录, 其次为处方, 一诊几付, 二诊几付, 病愈之时服药几付。李俊的诠解, 完全是依据老师的症状描述与方药处方入手, 解释之处均是引经据典, 毫无背经离道之处, 特别是症状分析, 多以《内经》原文引用为多, 其次为《伤寒杂病论》, 再次是黄元御的《四圣心源》、《伤寒悬解》引用为最多, 特别是其中很多方药, 均来源于黄元御的书中, 可见其对黄元御的学术思想理解之透彻, 并且在医案之中大量的选用了黄元御的升降学术思想, 体现出了黄元御升降学术

论点，达到临床验证与再现的特点，突出地表现出了黄元御不仅重脾肾之阳，更重视脏腑之升降，想必李俊在整理医案之时，一定是征得了老师刘子维的训导，或是在老师的诱导训教之下而进行的诠解，其诠解的思维方式与内涵，应该是完全体现了刘子维先生当时治病的初衷与意愿。因此，《圣余医案诠解按》一书，其诠解之中，处处不但崇尚“阳气”，亦要“调和”至平，特别扶阳助升与滋阴协降之方药突出，更重视灵动之品，阴阳出入之法，处处体现了中国传统文化之精髓，遵老庄之道与圣学“止于至善”之意，而多用阴阳调和之法，实乃是《内经》“凡阴阳之要，阳密乃固……因而和之，是为圣度”之体现。扶阳之要务，在于交通心肾，斡旋脾胃，舒肝达肺，其最终之目的则是在阴阳升降之上作文章。李俊精研黄元御《伤寒悬解》及《四圣心源》，每多以黄元御之说解释病理，可谓是始终落实以“和”为大道之理。从中我们可以看出，刘子维先生，由于其主要职业是传学授道，以“至善”、“纯一”和“天人和一”等哲学范畴来阐扬儒释道三家本原，提倡“救阳济幽”，教学之余，应用这样的理念指导中医药治疗思路，虽然重视人体之阳气，但“和”字思想在医案诠解中，则体现得更为淋漓尽致。这也就是刘子维的学术思想背景特点与其临床治病特色。

郑钦安虽与刘子维是一师之徒，同授业于刘止唐先生，但郑钦安则是以医生为职业，其每天所做的事情就是怎样把所接触到的病人治好。而他的学习以《周易》、《内经》及《伤寒论》为主要依据，虽然参照后世之书甚多，但得益于上三书为其主要。这与刘子维研究的书目已经有差异了。最重要的一点是，郑钦安临床上接触了大量的病人，这时候正是温病学派大用寒凉清解之品的高峰期，郑钦安看到很多病人是过用苦寒之品而致伤阳过度，阳虚体质的人群增多。因此，他在中国传统经典文化中贵阳重火的思想昭示下，以及从《周易》、《内经》及《伤寒论》的重阳思想中，悟出阳气的重要性，在以阳主阴从学术理念的贯彻下，郑钦安特别重视坎中一阳，并经临床上大量的实践验证，证明其学术思想临床实用价值，故而成就了火神派创始之著《医理真传》

与《医法圆通》的问世。因此，而被近代推举为火神派扶阳学派的创始领袖人物。

刘子维与郑钦安为一师之徒，临证之时由于职业的差异，兼职为医的刘子维先生，把槐轩学派大道之理贯穿于中医药的临床之中，推行“仁”与“和”的大道，虽重扶阳，但常常是姜、桂、附与填精之品并用，而且扶阳并不专以大剂量姜、桂、附为要务。而是注重把握姜、桂、附用药时机及恰当的配伍而趋益避害，并多用平淡之剂，处处体现以升降为要义，达“和”之目的。郑钦安则重视坎中一阳，临床多单刀直入，秉大道至简之义，行阳主阴从之理，其可谓是扶阳精于独到之处，成为火神派扶阳之鼻祖实属圣名也。

俗语云：“师父领进门，修行在个人”。从刘子维与郑钦安二人一师之徒的结局，我们可以看出，一个有德行的人，不管你是否得到高人的指导与教诲，但最终的结局与造化，还是要看你个人的修行。

## 附录 D 火神派学术思想香港讲学随想感言

2010年11月20日到28日笔者与辽宁中医药大学第三附属医院张存悌老师一道，应香港中医骨伤学会黄杰理事长及同仁们的邀请，进行了为期8天的火神派扶阳学术思想讲学与临床经验交流，香港中医界同仁们的言谈举止以及他们对中医传统精华经验之继承与工作的敬业精神，真的令我感慨万分。故从以下几个方面谈一下赴港讲学随想感言。

一是使我们看到了真正的纯中医，不仅能治常见病，多发病，而且对于现代西医束手无策的疑难杂症，也能让世人惊奇。曾在唐文义医师的诊所看到一例这样的病人，一个在香港工作的美国人，被西医界确诊为“前列腺癌及全身性骨转移”，疼痛剧烈，每天需要大量的吗啡等镇痛药仍无法消除疼痛。后经唐医师用中医药调治，不仅使镇痛剂停用，且多项临床指标均达到正常范围之内，现已可步行就诊。香港的法律规定，一个中医师是不

可以开西药的，如果开西药，这是违反香港法律的。因此，他们都练就了过硬的中医本领，单纯用中医的针灸、推拿、按摩、汤剂、经典中成药就可以治好许多的病症。

香港是没有中医院的，所有的西医院都是政府建的公立医院，而且香港是全民医疗，到医院看病都是免费。但到中医诊所看病都是自费，而且中医药的收费价格也很高，但仍有大量的病人选择中医药治疗与服务，也包括很多的国外人。这一点，香港中医界的同仁们真是做得很好。因为他们把中医的精华原原本本的传承了下来，并在临床中发扬光大。为中医的神奇疗效向全世界人群提供了展示的窗口，真的使我们很难想象出他们所下的工夫有多深。

二是香港中医界同仁们的学习与敬业精神，更是让我们刮目相看。香港的注册中医师在执业过程中，每年要参加各个学会举办的学术讲座，需要积累 60 个学时，也就是说三年内要有 60 个小时的学分证明才能继续执业，如果达不到，他们的执业证书是要被取消的。平时他们工作都比较忙，只有晚上和周末才能参加学术讲座，他们听讲座是收费的，因为各个学会虽然政府承认学分有效，但是不给经费，而且讲学必须是在香港，外地无效。同时他们的各个学术团体都是靠大家或者个人赞助，官方承认，但是没有经费支持。在这种情况下，大家出钱出力邀请国内外专家名流到港讲学，使他们的技术得到进一步的提升。他们学习都是业余的，有时他们为了学好一门专业技巧甚至不惜重金，当面求学。如黄志医师，为学好火神派扶阳理念与临证操作，曾多次到内地走访名家与学者，为学到一点真经而费尽周折，甚至花巨资想学到真传绝技。在讲课之余，我们就临床上的问题与病人辨证情况进行面对面的交流。在讲述火神派学术经验时，发现他们的临床经验与娴熟程度完全出乎我们的意料，他们的临证辨证论治水平如此娴熟，令我们这些来自内地的讲学者也感到十分的敬佩。

三是中医杂科病症综合疗法互相补充，达到了临床上最佳疗效。香港同仁们的诊所一般分为三大类。一类是以骨伤疼痛为

主，所谓的跌打损伤诊所，他们以手法整骨为主，配合针灸、按摩、整脊、汤药，但主要是以中药辨证外敷为主，纯粹都是中医无损伤的疗法。如何国伟医师的骨伤诊所，治疗一例女性下肢疼痛，不吃药不针灸，主要应用中药辨证的粉剂，加水煮熟后趁热放在小腿部位与踝部，采用现代的包扎疗法，作用可持续8h左右，临床效果很好。第二类是以内科杂病为主的诊所，他们都配合针灸、推拿及物理疗法，但还是以辨证论治汤药方剂最为擅长，特别是扶阳疗法在临床应用过程中，随着临床疗效的提高，使他们的病源在不断增加，也就是我们所理解的内科杂病，针灸汤剂共用，这样比单一疗法更好，疗效得到了很大的提高。三是以康复诊疗为主，主要面对亚健康人群及一些慢性疼痛为主的病群，他们大都采用现代整脊手法，并借助现代先进的医疗器械手段，配合按摩、热疗等综合方法，同时也配合辨证中药汤剂治疗，以达到最佳疗效。

四是传统方药的应用，改变方法而适用于现代快节奏的人群。香港是一个生活工作快节奏的大都市，经典的方药如何适用于当代人群即成为亟须解决的问题。黄志医师探索出了一个非常成功的方法，因中药汤剂无法快速服用而难以取效，黄志医师则采用香港生产的大瓶装散粒剂，如果我们需用麻黄细辛附子汤、桂枝汤等，现场开方之药，立即配方冲服而用，如0.5g颗粒剂相当于原生药10g，一付麻黄细辛附子汤药，就相当于宾馆内的小包带线的茶包，冲水即可服用，20min即可产生疗效，半小时后感冒症状即可改善或消失，比一般西药效果还要迅速而且疗效持久。这种方法对于香港快节奏的人来说，是非常适合的，故而很受病人的欢迎。对于一些慢性病，他们还把经典的中医名方，如桂枝汤、麻黄汤、葛根汤、小青龙汤、大青龙汤、真武汤、补阳还五汤、银翘散、桑菊饮、理中汤等制成中成药，他们的中成药不是丸剂，而是片剂剂型，每片相当于几克，服起来剂量不仅非常准确，而且口感好、疗效肯定，这些中成药大部分产自中国香港、中国台湾、日本或东南亚。

五是他们个个都身怀绝技，具备过硬的中医临床本领。在香

港注册的中医师，只能单纯应用中医药综合方法，禁止应用一点点西药，因用西药是违法的，是要坐牢的。因此，中医师只能采用中医药方法，故而他们大都熟读中医经典著作，如《内经》、《伤寒杂病论》等书，《伤寒杂病论》的方药临床应用频率最高，而且疗效迅速，让我们不得不佩服他们对经方的熟悉程度，真可谓了如指掌，应用得得心应手。他们研究火神派当代著作，对火神派扶阳理论的理解程度及在当地应用的程度与频率更让我们惊奇。在香港，由于喝冷饮、吹空调等现代生活习惯，不少病人都是三阴寒证体质，故而他们对郑钦安的扶阳理论推崇有加，并对笔者和张存悌老师火神派系列著作更是赞赏倍至，爱不释手，从我们的赠书与签名过程中，看到他们追根求源的精神，还有不学到手誓不甘心的愿望，真的令我们感动不已。我们虽然是去讲火神派扶阳理论与临床经验，但从他们身上笔者学到了很多，特别是我们之间相互诊治开方，体验效果，真的让我们看到了中医的希望与未来。

香港中医界的同仁们热情好客，而迫切的求知欲望更令我们十分感动，特别是在一次晚宴上，黄杰理事长把我们的火神派扶阳理论推广给了其他的几个学会，笔者有幸认识了香港诸多的中医药学会各界朋友，他们希望明年能在香港开个更大的火神派扶阳研讨会，以便惠及更多的香港同仁。同时在晚宴上，笔者有幸与香港特别行政区卫生署谭丽芬副署长相见，并拍照留念，谭丽芬副署长是主抓中医药管理工作的，她希望像火神派这样的学术交流会，多多召开，让火神派扶阳理论能够惠及更多香港的中医界同仁。



## 参考文献

- [1] 清·郑钦安著. 唐步祺阐释. 郑钦安医书阐释. 成都: 四川出版集团·巴蜀书社, 2006.
- [2] 清·郑钦安著. 郑钦安医学三书. 太原: 山西科学技术出版社, 2006.
- [3] 傅文录编著. 火神派学习与临证实践. 北京: 学苑出版社, 2008.
- [4] 傅文录编著. 火神派方药临证指要. 北京: 学苑出版社, 2009.
- [5] 傅文录编著. 火神派当代医家验案集. 北京: 学苑出版社, 2009.
- [6] 傅文录编著. 火神派扶阳第一要药——附子. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [7] 傅文录编著. 火神派扶阳临证备要. 北京: 化学工业出版社, 2011.
- [8] 招尊华主编. 祝味菊医案经验集. 上海: 上海科学技术出版社, 2007.
- [9] 卢崇汉著. 扶阳讲记. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- [10] 李可著. 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.
- [11] 张存悌著. 中医火神派探讨. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [12] 刘力红等主编. 扶阳论坛·2·中医火神派名家之华山论剑. 北京: 中国中医药出版社, 2009.
- [13] 卢崇汉等著. 扶阳论坛. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [14] 范学文等编. 范中林六经辨证医案选. 北京: 学苑出版社, 2008.
- [15] 清·刘根文著. 李俊诠解. 杜少辉校按. 圣余医案诠解按. 深圳: 海天出版社, 2010.
- [16] 张涵记录. 跟师李可抄方记·肿瘤篇. 北京: 中国医药科技出版社, 2010.
- [17] 齐玉茹编著. 李可学术经验学步实录. 北京: 中国医药科技出版社, 2010.
- [18] 盛增秀主编. 王好古医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 2004.
- [19] 吴佩衡著. 吴生元等整理. 吴佩衡医案. 北京: 人民军医出版社, 2009.
- [20] 宋·窦材著. 赵宇宁等点校. 扁鹊心书. 北京: 学苑出版社, 2010.
- [21] 戴丽三原著. 戴慧芬等整理. 戴丽三医疗经验选. 北京: 人民军医出版社, 2011.
- [22] 任应秋主编. 任应秋论医集. 北京: 人民军医出版社, 2008.
- [23] 中华中医药学会. 第二届扶阳论坛论文集. 2008.
- [24] 中华中医药学会. 第三届扶阳论坛论文集. 2009.
- [25] 云南中医学会、云南省中医学院等编. 著名中医学家吴佩衡诞辰一百周年纪念专集. 1990.
- [26] 云南中医学院、云南省中医药学会等编. 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. 2009.

[ G e n e r a l I n f o r m a t i o n ]

书名 = 火神派临证用药心悟 从验案中学习扶阳疗法

作者 = 傅文录著

页数 = 318

出版社 = 化学工业出版社

出版日期 = 2012.01

SS号 = 12996443

DX号 = 000008214510

url = http://img.duxiu.com/n/jpgfs\_ab00e26d16  
242b6ee06b765ea6e1946ce21c32738b8a2ee4a919a  
7ced0a1bf29519646d11c92603fd383b6711b5a9694  
59c231d18789bc7511283f376b5e933f7a0e1a52e09  
19b2cdbc0c6cb171b30f8a62febbc9f03ac1.shtml  
?t=4&url=http%3A%2F%2Fbook.duxiu.com%2Fbook  
Detail.jsp%3FdxNumber%3D000008214510%26d%3D  
BC36F243158642B83C4EE51D0E73C896%26fenlei%3  
D16050502%26pk%3D4109731%26rtype%3D1