

阴阳为纲，判分万病  
注重阳气，详辨阴火  
擅用附子，独步医林  
薪火相传，于今犹盛

# 中医火神派探讨

【第2版】

张存悌 著

 人民卫生出版社

策划编辑 / 陈东枢

责任编辑 / 马莉萍

陈东枢

封面设计 / 尹 岩

版式设计 / 陈 旻

销售分类：中医临床

ISBN 978-7-117-12706-6



9 787117 127066 >

定 价：25.00 元

人民卫生出版社网站：

门户网：[www.pmph.com](http://www.pmph.com) 出版物查询、网上书店

卫人网：[www.ipmph.com](http://www.ipmph.com) 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

第2版

# 中医火神派探讨

张存悌 著



## 图书在版编目 (CIP) 数据

中医火神派探讨/张存悌著. —2 版. —北京:  
人民卫生出版社, 2010.5

ISBN 978-7-117-12706-6

I. ①中… II. ①张… III. ①中医流派-研究  
IV. ①R2-06

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 039747 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a> 出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a> 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

## 中医火神派探讨

(第 2 版)

著 者: 张存悌

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 潮河印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 11.75

字 数: 263 千字

版 次: 2007 年 2 月第 1 版 2010 年 5 月第 2 版第 6 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12706-6/R · 12707

定 价: 25.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)





## 内 容 提 要

火神派是清代末年由四川名医郑钦安创立的一个重要医学流派,以注重阳气,擅用附子而著称,具有十分鲜明的学术特色。百余年来代有传人,像吴佩衡、祝味菊等辈均以“吴附子”、“祝附子”之名而独步医林,屡起重症、大症而为人所传颂,至今犹有传承而方兴未艾,其理论水平与临床价值都表明,这是一个值得发掘的医学流派。

本书是第一部系统探讨火神派学术思想的理论专著,因此具有开拓性意义。书中重点对郑钦安的学术思想进行了深入探讨,归纳了火神派的主要学术观点。同时对火神派重要传人如吴佩衡、范中林、祝味菊、卢崇汉等人的学术思想也进行了广泛研究,总结了他们丰富各异的临床经验,彰显了火神派的独特风格。还对附子的应用和古今医家的经验也进行了深入细致的总结。按照古为今用的原则,作者对火神派的应用价值和现代意义作了深入探讨,介绍了自己的学习体会,展示了火神派的广泛应用前景。本书在阐述理论的同时,穿插引用了火神派医家的 120 多则验案,从实践角度揭示了其可靠的临床疗效。

本书义理明晰,考据翔实,资料丰富,语言流畅,不仅可以推动火神派的传承和发扬,而且有助于中医各家学说和基础理论的研究,具有较高的学术价值。本书适合中医界人士和中医爱好者阅读,尤其是中医院校的学生会从中受到诸多启迪和教益。



## 前言

《中医火神派探讨》出版已经3年了,总的说来,反响与发行都不错,笔者每天都能接到全国各地读者的电话,海外同道也常有越洋电话打来,好评居多,其中竟有将近半数的中医爱好者在读,出乎意料。不少医家由此踏入火神派门径,医风为之改变,疗效随之提高,笔者于此颇感欣慰。至于发行已经超过2万册,就专业著作而言,算得上“畅销书”了。

两年多来,笔者一直在研究火神派,陆续收集到一些新资料,经过不断学习和深入研究,又有许多新的体会和认识,编著了《中医火神派医案全解》和《中医火神派医案新选》两书。同时深感应对《中医火神派探讨》加以修订,使这些新认识、新观点,得以在新版中体现,而第一版的若干不足,理应予以修订。经验告诉我们,一本好的专业书是应该不断修订方趋完善的,而像本书这样具有探讨性质的学术专著,理应经过不断琢磨、砥砺,才能逐步深入完善。

第2版与第一版比较,有以下几方面改进。

### 一、增加了若干新观点、新认识,这是第2版最大的改进

这些新观点、新认识,从整理和揭示火神派理论的角度而言,当然是一种充实和深化。

重要的如第二章“郑钦安学术思想探讨”中增加了“阴盛阳衰的病势观”一节,将其视为火神派学术理论的前提,这是对火神派学术观点的重要补充。与之相应,强调了祝味菊“阳

常不足，阴常有余”的观点对于认识阴盛阳衰病势观的重要意义。

第2版还增加了“阴阳辨诀的现实意义”、“前人有关重阳观点”、“虽重阳气，亦论阴虚”、“经方法度与经典火神派”、“坚持辨证，绝非滥用”、“附子运用的三A原则”等新章节，补充了笔者的新思考、新认识，丰富、深化了火神派的学术内涵。

根据笔者研究，修订版里首次提出“广义火神派”和“经典火神派”的概念，特别是提出了“火神派是第八个医学流派”的看法，这些都是第一次提出的新观点，能否为人接受，还请学者、读者和历史考验，如果由此引起争议，也是十分正常的。

第2版补充了一点，作为一个非常成型的独立学派，郑钦安创立了一些代表方剂如潜阳丹、补坎益离丹等，这一点与其他医派相同——在建立新学说时，都创立一些体现本派学术思想的代表方剂，因此说它毫无愧色的驻立于各大医派之间。

作为一个新发掘的医学流派，火神派引起很多争论，这十分正常。有鉴于此，作为一个火神派的研究者，理应对这些争议有所考量，第二版就一些热点问题进行了探讨，专门写了“有关火神派争议的看法”一节，包括“火神派是否有偏？”“有关应用附子的争议”、“如何看待所谓火神派‘火了’的问题”、“关于祝味菊是否火神派的争议”等专题，学术问题见仁见智，尽可争论，不当之处，还望高明赐教。

## 二、对全书构架进行了调整

将原书第5章“火神派研究的现代意义”移前为第三章，使之与火神派的理论衔接更为紧凑，同时其他章节亦作若干调整，都是为了更好的理解本书。

### 三、补充了很多新的资料

如对吴佩衡、祝味菊、卢崇汉、李可等医家的相关内容都作了若干补充，使之更趋丰富。而对第1版中的若干疏漏、错讹之处进行改正，则是修订本的题中应有之义。

修订内容无论就学术观点还是篇幅均可占到第1版的三分之一以上。参加修订版著述的还有我的弟子史瑞锋、黄靖淳、聂晨旭、白龙、王波、张勇、车群、陈春雷等。

笔者相信，第2版无论就其内容之充实还是探讨之深入，以及整体框架之严谨而言，都远胜于第1版。尽管如此，疏漏不当之处仍然在所难免，殷切期望贤明予以指正。

笔者的火神派探讨之路，则仅仅处于起步阶段，将来也许会奉献给读者更新、更好的成果。愿与诸位同道共勉。

张存悌

2010年3月3日



# 目录

<b>第一章 火神派源流概述</b> ·····	1
<b>第一节 火神派释义</b> ·····	1
一、火神派的学术思想·····	3
二、火神派的宗师和传人·····	4
三、火神派的著作·····	6
<b>第二节 火神派的历史渊源</b> ·····	8
一、理论渊源·····	8
二、时代背景·····	9
三、地域因素·····	11
四、历代医家的影响·····	14
<b>第三节 关于火神派的评价和发掘</b> ·····	16
<b>第二章 郑钦安学术思想探讨</b> ·····	23
<b>第一节 阴阳为纲,判分万病</b> ·····	25
一、阴阳为纲,判分万病·····	26
二、阴阳两纲,各有实据·····	28
三、阴阳辨诀的现实意义·····	31
<b>第二节 注重阳气,肾阳为本</b> ·····	34
一、阳统乎阴,阳主阴从·····	35
二、肾阳为本,人身赖之·····	35
三、前人有关重阳观点·····	36
四、虽重阳气,亦论阴虚·····	38



第三节 首重扶阳,擅用姜附	40
一、首重扶阳,元气为本	40
二、擅用姜附,独树一帜	48
三、阳药运行,须知反应	53
四、常用扶阳方药举隅	60
五、经方法度与经典火神派	65
六、坚持辨证,绝非滥用	66
第四节 详辨阴证,多有创见	68
一、详辨阴证,揭示“真机”	69
二、真气上浮,须识阴火	73
三、虚阳外越,多有创见	83
四、阳虚欲脱,当识危候	91
第五节 失血诸症,多属阳虚	101
一、阳虚居多,十居八九	102
二、阳虚失血,阴象为据	102
三、月经诸症,须识阳虚	103
四、针砭时弊,驳斥旧说	104
五、医案例举	106
第六节 勘破阴霾,独辨阴火	108
一、辨认阴火,必现阴象	109
二、不囿市习,创立新说	110
三、内伤发热,独具只眼	113
四、医案例举	115
第七节 阴盛阳衰的病势观	117
第八节 火神派是第八个医学流派	120
一、火神派学术思想总结	120

二、火神派与伤寒派的对比 .....	124
三、火神派与温补派的对比 .....	126
四、火神派是第八个医学流派 .....	133
五、有关火神派争议的看法 .....	137
附：郑钦安医论选读 .....	151
一、真阳论 .....	151
二、元阴元阳论 .....	152
三、论阳虚 .....	154
四、论阴虚 .....	155
五、论附子 .....	156
六、论四逆汤(一) .....	157
七、论四逆汤(二) .....	158
八、失血破疑说 .....	161
九、益火之源以消阴翳辨解 .....	163
十、辨认阴盛阳衰及阳脱病情 .....	163
十一、郑钦安论医箴言 .....	171
<b>第三章 火神派研究的现代意义</b> .....	<b>173</b>
第一节 现代疾病的基本态势 .....	174
第二节 导致阴盛阳衰态势的原因 .....	177
一、伤于寒者仍多 .....	177
二、中医西化的影响 .....	178
三、滥用苦寒 .....	180
四、不求经旨,不辨阴阳 .....	181
五、过度劳倦,烦劳伤阳 .....	183
六、房劳伤肾 .....	183

## 中医火神派探讨

七、睡眠不足,阳气受损·····	184
八、滥用抗生素、激素·····	184
九、慢性病多发,阳虚者居多·····	185
第三节 发扬火神派的其他理由·····	186
一、中医治疗急症的需要·····	186
二、治病层面问题的思考·····	187
第四章 火神派医家介绍·····	190
第一节 吴佩衡·····	190
一、精辨寒热,十六字诀·····	192
二、推重阳气,擅用附子·····	195
三、从阴证论治出血和麻疹·····	201
四、崇尚经方,擅用峻药·····	203
五、常用方药经验·····	204
第二节 范中林·····	208
一、病有万端,但扶真元·····	209
二、善用姜附,经验娴熟·····	212
三、重视舌诊,辨识阴证·····	216
四、“口内少实火”论·····	216
五、阴证失血,不避辛热·····	219
六、常用方药经验·····	221
第三节 祝味菊·····	223
一、治人为本,扶阳为重·····	225
二、擅用附子,配伍独特·····	228
三、擅治伤寒,独树一帜·····	235
附:关于祝味菊是否火神派的争议·····	241

第四节 唐步祺	248
一、服膺郑氏,阐释其说	249
二、常用方药经验	251
第五节 卢崇汉	256
一、扶阳理念	256
二、常用方药经验	259
第六节 李可	265
一、推重阳气,立命之本	267
二、善辨阴证,多有卓见	268
三、重用附子,擅治危症	274
四、减毒措施,万无一失	277
五、常用方药经验	279
第七节 补晓岚	286
一、扶阳固正,擅用姜附	287
二、补一大药,独具特色	288
附:其他擅用附子医家	290
第五章 附子用法综述	297
第一节 古代医家论述	298
一、仲景为擅用附子第一人	298
二、附子配伍的发展	299
三、历代医家论附子	300
第二节 应用指征	303
第三节 剂量与煎法	309
一、剂量	309
二、煎法	309

第四节 关于毒性问题·····	311
一、古人早有认识·····	311
二、怎样避免附子中毒·····	314
三、附子“五禁”和药后“三问”·····	315
四、附子中毒解救方法·····	315
五、半夏、附子同用的问题·····	316
第五节 近现代医家应用经验·····	317
第六章 编著者体会和验案·····	325
第一节 体会·····	325
一、理论适用,临床有效·····	325
二、附子运用的三 A 原则·····	326
三、先要打好伤寒基础·····	328
四、不要偏执僵化·····	328
第二节 治验病例·····	329
一、头面五官病症·····	329
二、心肺诸症·····	335
三、脘腹杂病·····	337
四、肠道疾患·····	340
五、血证·····	343
六、其他杂症·····	347
参考文献·····	354
后记·····	357
再版附记·····	359



# 第一章

## 火神派源流概述



### 第一节 火神派释义

清末光绪年间，成都知府朱大人的夫人患吐血病，已经1年多，医药无效，成都府属16个州、县，纷纷推荐当地名医来为夫人治病。他们或认为夫人的病是血热妄行；或认为是阴虚火旺，逼血外溢。结果愈治愈坏，日趋严重。经人推荐，请名医郑钦安来府诊视。

当日郑钦安诊见夫人面容苍白，虽是夏至季节，床上还铺着皮毡，盖着丝棉大被，显得十分怕冷。舌质淡红，苔白腻。诊毕，郑钦安处方：制附片四两，炮干姜四两，炙甘草二两。朱知府看方后竟瞠目结舌，此方干姜、附子都是大热之药，且量大超常，治此等吐血重症，焉有不惊之理。孰料，药后病人自觉周身凉爽，胸口舒畅，吐血竟然止住，而且吃了两小碗稀饭。病人坦途，由此而愈。朱知府为表谢意，特赠郑钦安金匾一块，上书“医宗仲景”4字。

上述案例知府夫人吐血年余，竟用大剂附子、干姜投治，应手而愈，实在令人惊叹，大开眼界。主治者郑钦安，就是本书所要探讨的一个十分独特的医学流派——火神派的开山宗师，本案生动的体现了火神派重视阳气的学术思想和擅用附子的独特风格，使我们领略到火神派学术思想的核心精神。

## 中医火神派探讨

火神，喻称“擅用热药之良医为一炉火也”，是对擅长应用附子等辛热补火（阳气）药物医家的称谓，称某医家为“某火神”者，显然含有对其擅用附子等热药的推崇和赞许，由于附子在热药中的首要地位和代表意义，称某医家为“某附子”者，与“某火神”是等同含意。

所谓火神派，是指以郑钦安为开山宗师，理论上推崇阳气，临床上强调温扶阳气，以擅用附、姜（生姜、干姜、炮姜）、桂（肉桂、桂枝）等辛热药物著称的一个医学流派。其中，尤以擅用附子为突出特点，乃至诸多火神派医家和传人被冠以“某火神”或“某附子”雅号。广义上说，一个医家如果重视阳气，擅用附子，就可以称之为“火神派”。从一定意义上讲，不擅用附子，就不称其为火神派。

可以用两句通俗的话来概括火神派的特点：万物生长靠太阳，百药之长属附子。前一句是说推崇阳气，后一句则讲擅用附子，二者不可分割。

有些学者将该派称为“温阳派”或“扶阳派”，自有一定道理。而从学术个性化角度看，火神派之称谓则更通俗，它见之于文献并且流传于群众之中，因此火神派之称谓更显特色。这就如同李东垣学派可以称作“脾胃派”，也可以称作“补土派”，但后者更通俗，更具特色。同样郑钦安学派可以称作“温阳派”、“扶阳派”，也可以称作“火神派”。显然，火神派更通俗，更具特色，自然也流传更广，在民间尤其如此。

火神派诞生于清末同治、光绪年间，因此有学者称之为“传统国医中最年轻的一个流派”。百余年来，传其学者代有其人，著名的有吴佩衡、祝味菊、范中林、唐步祺、卢崇汉等，他们均被称为“某火神”或“某附子”，于今在医林中依然独树一帜，发挥着重要的影响，推崇、传承其学可称方兴未艾。

中国医学史上,学派林立,百家争鸣,举凡伤寒学派、金元四大家、温补派、温病派等等,千百年来各树一帜,异彩纷呈,汇聚而成中医学的渊远流长,至今仍是我们继承和发扬的理论瑰宝。比较而言,火神派的影响不及这些众所周知的医学流派,当然这里有个诞生时间早晚、长短问题。那么,火神派能否像上述医派那样,称得上一个独立的医学流派?进一步说,它是否具有值得发掘和传承的价值?这正是本书所要探讨和研究的问题。

一般公认,凡能构成一家学派者,必须具备三个条件:第一,有一个独创的学术思想或者特定的研究课题,创新和特色是医学流派的本质,也是医学流派的生命。纵观医史上每一个医学流派莫不如此,例如寒凉派的火热论,攻下派的攻邪论等。第二,有一个有影响的学术带头人,即宗师,例如补土派的李东垣,滋阴派的朱丹溪等。还要有一批跟随宗师的传人,亲炙或私淑、遥承,对其学说或尊崇,或研究,传承和发扬之,从而形成一个“人才链”,像东垣、丹溪都有很多弟子,否则有派无“流”,难以形成流派。第三,有一部或几部阐述其学说观点的有影响的传世著作,例如伤寒学派的《伤寒论》,温病学说的《温热论》等,否则无法流传下来。

因此可以说,学术思想——人才链——著作和影响,是划分学派的三条标准,或者说是三大要素,三者之间密切相关,缺一不可,否则难以形成学派,更无以造成影响。按此标准衡量,火神派可谓条条具备,甚至可以说“十分过硬”。

### 一、火神派的学术思想

任何一个医学流派的创立和发展,都必须提出新的理论和观点。以郑钦安为代表的火神派学术思想最主要的是:推 3

重阳气,擅用扶阳方法治病,擅用大剂干姜附子等辛热药物,对阳虚阴盛即阴证的辨识全面而深刻,这些观点十分突出甚或超越前人,对后人也颇具影响。当然火神派的学术思想与以张景岳为代表的温补派有所不同,这一点将在以后介绍。

## 二、火神派的宗师和传人

火神派的开山鼻祖是郑钦安。郑钦安(1824~1911),名寿全,四川邛崃人,清同治年间,在成都开创了“火神派”,《邛崃县志》称其为“火神派首领”。以重视阳气,擅用附子、干姜等辛热药著称,人誉“郑火神”,“姜附先生”,誉满川蜀,成为当时独树一帜的火神派领军人物。

郑钦安晚年设帐授徒,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)先生,先从师于颜龙臣,光绪16年(1890年)从师于郑钦安3年,“承师命赴蓉从郑师钦安学用法用方之诀,3载亲炙,有闻必录,忽郑师它往,命归里,乃携笔记百本再从颜师游”(《卢氏临证实验录序》)。卢铸之继承郑氏学术思想,屡起沉痾,时人尊为“卢火神”。其子卢永定(1901~1986)传其衣钵,在60余年实践中擅用大剂附子、桂枝、生姜等品,民间亦尊为“卢火神”。卢铸之之孙卢崇汉亦以擅用大剂附子、姜桂著称,为当代火神派代表人物,现为成都中医学院教授,可谓一门三代,薪火相传。

郑钦安入室弟子还有郑仲宾(1882~1942),“少时从师名医郑钦安”“学医3年”,1922年曾获“奉节知县赠‘儒医’匾额”,其门生有郑惠伯,为四川万县地区人民医院主任医师。

4 不过,郑仲宾、郑惠伯似乎并非火神派,前者“对温病学用力最

## 第一章 火神派源流概述

深”，后者则以“辨治温病急症而著称”。上述记载见郑仲宾嫡孙郑邦本文章，载《成都中医学院学报》1992年第4期和《四川中医》1992年第8期。

郑钦安的学说著作传播较广，私淑、遥承火神派者更多，举其要者录之。

吴佩衡(1886~1971)，四川会理县人，云南四大名医之一。推崇郑氏学说，认为“郑钦安先生的著作是在实践中阐扬仲景医学的真理，其独到之处，能发前人所未发，我认为在治疗疾病上很有价值，可以作为中医科学化的基本材料。”建国后任云南中医学院院长，可谓桃李满门。吴佩衡之子吴生元、孙吴荣祖、外孙顾树华等承其衣钵，而为火神派传人。

祝味菊(1884~1951)，浙江人，弱冠入蜀，从刘雨笙等研读医经，42岁移沪行医，以擅用附子名噪沪滨，竟至“遂有祝派之称”，可见影响之大。门人有陈苏生、王兆基、徐伯达、徐仲才、胡觉人等。

吴佩衡与祝味菊二公均以擅用附子著称，人誉“吴附子”、“祝附子”，声名著于国内医坛，为近现代火神派代表人物，人皆知吴、祝二公擅用附子，却罕知郑钦安乃其学术宗师，可能与年代久远有关。

唐步祺(1917~2004)，四川名医。祖父唐蓉生以医闻于世，私淑郑钦安。唐步祺幼承庭训，研习郑氏之学，民间誉为“唐火神”。终身钻研火神派学术思想，晚年穷15年之功撰成《郑钦安医书阐释》一书，堪称火神派忠实传人，弟子远及海外。

还有范中林(1895~1989)，人誉“范火神”，以及补晓岚(1856~1950)，人誉“火神菩萨”，刘民叔(1897~1960)，人誉“刘附子”，成都戴云波，人誉“戴乌头”等川蜀名医，贵州李彦

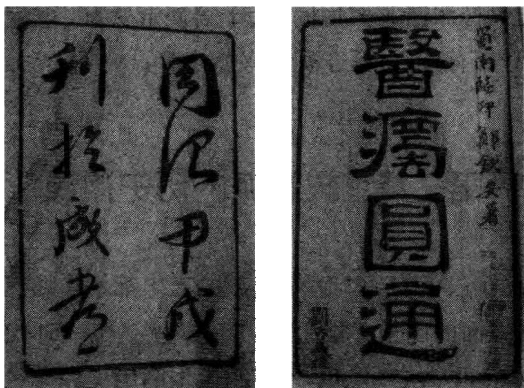


师，人誉“李附子”等，均以传承火神派思想，擅用附子而有较大影响。其他还有广东陈伯坛、黎庇留，上海徐小圃、陈耀堂，无锡张剑秋、湘潭朱卓夫、西昌张紫衣、云南李继昌、山西李可先生等，皆为近现代名医，以擅用附子著称。限于作者眼界，未知的火神派传人，尤其在民间，更是不知凡几，无疑已经形成火神派之绵延不断的人才链。

回顾一下，医史上除张景岳以擅用熟地而称“张熟地”，余师愚以擅用石膏而称“余石膏”以外，像火神派这样众多医家享有“某火神”、“某附子”之誉的现象，确实罕见，足证其学术观点和用药风格之鲜明，影响之深远。单从这一点上似乎可以说，其他医派都不可及。

### 三、火神派的著作

郑钦安的《医理真传》成书于清同治八年(1869)，这是火神派的奠基之作，集中阐述了郑钦安的扶阳思想。《医法圆通》成书于清同治13年(1874)，该书羽翼《医理真传》，丰富完善了火神派思想，此二书最能代表其学术思想，也是其一生经验之总结。光绪20年(1894)，郑氏还著有《伤寒恒论》一书，对《伤寒论》作了阐释。也由此，郑钦安被著名中医学家任应秋先生认定为与恽铁樵、曹颖甫并列的近代著名伤寒学家，并予专文介绍(《任应秋医论集》)。但这并不影响郑钦安作为火神派宗师的地位，任应秋先生虽然认识到，“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，都受到郑氏影响较多”(《任应秋医论集》)。但他未能深入探讨自己的同乡郑钦安的学说，乃至对学术特色如此突出鲜明的火神派未置一辞，这对以各家学说为研究重点的任先生来说，多少有些遗憾。



《医法圆通》的初版本

据《全国中医图书联合目录》统计,郑钦安三种医著在1869~1940年的70年间曾多次刊印,共有30种版本流传于世。在清末,刊行版本种类之多,刊行频率之高,除了经典医籍和以普及医学为特点的陈修园著作外,能如此流行和传播的医书,实不多见,由此可见其影响。

其他火神派传人的著作主要有:祝味菊之《伤寒质难》、《祝味菊医案选》等;吴佩衡《麻疹发微》、《伤寒论新注》、《吴佩衡医案》等;卢铸之《卢氏临证实验录》(未出版)等;刘民叔《华阳医说》、《鲁楼医案》等;范中林《范中林六经辨证医案选》;李可《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》,唐步祺《郑钦安医书阐释》,卢崇汉《扶阳讲记》等等,这些都是研究火神派学术思想的重要资料。近年研究、介绍火神派的专著渐多,作者本书则是系统研究、阐述火神派理论的第一本书,此外作者尚著有《中医火神派医案全解》和《中医火神派医案新选》。

综上所述,可以看出,火神派作为独特的医学流派确实具备各项要素,与其他医派相比,毫不逊色。从其大量医案中,

可以看出火神派诸家擅用附子、干姜屡起大症、重症，在全国独树一帜，代有传人，至今犹见兴盛之势。



## 第二节 火神派的历史渊源

探源溯流，任何一个医学流派的产生都不是偶然的，必然有着诸多方面的因素才能催生，例如理论根基、时代背景、地域因素等等，下面介绍一下火神派产生的历史渊源。

### 一、理论渊源

历史上，各家医派虽然都有自己的一家学说，但是在理论上有着继承，有创新，则是各家医派的共同特点。任何医学流派的形成都是继承经典理论和前辈经验的结果，都有其学术渊源，都可在前辈医家著作中整理出其思想脉络来。比如金元四大家虽然各树一帜，但都学有所本，均以《内经》为宗，并吸收前辈或同时代医家的学术思想，抓住某一个或某一方面的研究方向如脏腑病机、六气皆从火化、内伤脾胃百病由生等深入钻研，进而有所创新而独树一帜，成为独具特色的医学流派。

火神派也不例外，总体分析，火神派源于《内经》、《易经》，脱胎于伤寒派，又吸取了温补派的理论精髓，结合自己的多年实践，进而发展成为独立的学术流派——火神派。

郑钦安早年师从于名儒刘芷塘，尽得其传，刘氏“指示《黄帝内经》、《周易》太极、仲景立方立法之旨。”“余沉潜于斯 20 余载，始知人身阴阳合一之道，仲景立方垂法之义”，“所览医书 70 余种”。可以看出，郑氏穷 20 余年之精力，探索《周易》、

《内经》、《伤寒》三书的精髓，始知“人身阴阳合一之道，仲景立法垂方之义。”故其学术思想基础，上溯《周易》、《内经》，中得《伤寒》心法，下览历代医家著述而兼采其长，从而奠定了深厚的理论功底，于《伤寒论》研究尤深，著述了《伤寒恒论》，成为其理论的根基，进而提出自己的一系列学术主张。他在《医法圆通》序中说，“不揣鄙陋，采取杂症数十条，辨明内外，判以阴阳，经方、时方皆纳于内，俾学者易于进步，有户可入，虽非万举万当，亦可为医林之一助云尔”，其著书立说之心昭然已明。所谓“可为医林之一助”者，一种医学见解之意也，志在“俾学者易于进步，有户可入”也，其创立火神派学术思想之心了然可知矣。

除了《伤寒论》，对其影响最大的恐怕就是温补派了。以张景岳为代表的温补派继承了易水学派的脏腑病机学说，既重视脾胃，又深入探讨了肾命学说，从元阴元阳两个方面阐述了人体阴阳平衡的机制及其重要意义，提出注重阳气的学术见解，对后世医家产生积极的影响，追随者甚多，郑钦安及火神派的传人显然从中吸取了很多精华，尤其是重视阳气的观点，为自己创立新说奠定了基础。

## 二、时代背景

医学是为社会和民众服务的，任何一个医学流派的产生，都离不开时代背景。各家医派的学术主张都是根据当时的社会环境、医疗现状以及时弊而提出的。历览各个医学流派产生的背景，都能证明这一点，如李东垣就是在金元战乱频仍、民不聊生的历史环境中创立“内伤脾胃，百病由生”的补土学说的。同时，学术争鸣从来就是催生医学流派的时代因素，火神派同样是为批判世俗时弊，在补偏救弊的过程中形成的。

清初，温病学说逐渐兴起，乾隆以后，叶天士更将温病学说发展至鼎盛阶段。《清史稿》载：“大江南北言医者，辄以（叶）桂为宗，百余年来，私淑者众。”时人则称：“近来习医者，案头无不置一叶氏医案。”近代著名医家谢观也认为，“有清中叶，医家于温热治法最所殚心”，以至用药多以寒凉轻灵为风气，相延日久，则形成一种倾向，不求经旨，拘守成法，脱离辨证，出现崇尚阴柔，恣用寒凉的流弊，所谓“时方派”、“轻灵派”成为一种时尚，所用之药大都是桑叶、菊花、金银花、连翘、丝瓜络、豆豉、薄荷之类的轻灵之品，给医界带来不良影响。同时代的《吴医汇讲》即指出：“近来风气，畏温热而喜寒凉，每见元虚、湿温、风湿等症，舌白，渴不欲饮者，亦有用犀角、地黄、竹叶、石膏辈，病本在气分，或反引入血分，或胃败不纳，呃逆泄泻，轻病重，重病死，深为扼腕。”加上长期以来积淀的喜补畏攻、喜轻避重的庸俗医风之流行，更助长了这种恣用寒凉的流弊。

为了扭转时弊，郑氏从推重阳气的观点出发，反复批驳了“畏温热而喜寒凉”的倾向及对附子等辛热药物的偏见：

“最可怪者，近之病家好贵恶贱……甘死于参、芪、归、地之流，怕亡于姜、附、硝、黄之辈。此皆医门不幸，亦当世之通弊也”（《医法圆通·卷一》）。

“目前，世人畏附子、干姜，不啻砒毒，即有当服附子，而亦不肯服者，不胜屈指矣。嗟呼！阴阳不明，医门坏极”（《医法圆通·卷二》）。

“只因世风日下，不究病之阴阳，专究方药之平稳。不知水懦弱，民狎而玩之，多死焉；火猛烈，民望而畏之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人”（《医法圆通·卷四》）。

就在这种与时俗流弊辩争的情势下，郑钦安著书立说，以《医理真传》和《医法圆通》两书应世，大张旗鼓推出了火神派的学术主张，以“为医林之一助”，成为“火神派首领”。

顺便提一下，郑钦安能够创立并推行火神派学说，与其设帐授徒有一定关系，正是这一点，为传播其学创造了有利基础。相对于其他学派而言，这一点比较特殊。众所周知，一种新学说提出以后，并不一定就形成学派，独木不成林，一人不成派。所谓“派”，需要一定人数作基础，得到一群人的支持、附和，试看各家学派都是由师徒传授、师承教育而形成的。虽然不排除私淑和遥承之辈，毕竟不如亲炙者。郑钦安晚年设帐授徒，传授其学，显然具备了这一特殊优势。所谓设帐授徒，相当于办了一个学习班、培训班，人数当有一定规模。考金元四大家中尚无设帐授徒之例，仅是传统的师徒传授，人数有限。与设帐授徒比较，人员规模显然有多寡之别。郑钦安作为师长，在培训班中处于主导地位，由他提出火神派学说，众多弟子接受并奉行之，传承下去，自然形成以他为“首领”的新的医学流派。推测其《医理真传》、《医法圆通》二书即是授课教材，观其书中体例，似乎可以看出这一点。再看两书题款，除署名“郑钦安著”以外，尚署有“同门某某、某某……同校”款式，似乎是师生合作的成果。

### 三、地域因素

任何一个学派的产生，都与医家所处的地理环境、气候特点有着一定的关联。例如，温病学派产生于江浙地带，显然与该地气候偏于湿热，温病高发有关。火神派诞生于四川亦非偶然，著名医家谢观先生早已认识到这一点，他在《中国医学源流论》中指出：“吾国地大物博，跨有寒温热三带……是以水

土气候、人民体质各地不同，而全国医家之用药，遂亦各适其宜，而多殊异。即以长江流域论，四川人以附子为常食品，医家用乌附动辄数两，麻黄、柴胡动辄数钱，江南人见之，未免咋舌。然在川地则绝少伤阴劫津之弊者，则以长江上游由青海西康雪山中急流入川，寒性正盛，川人饮此寒水，故用乌附热药适得其平，解表亦非多量麻、柴无能为力。”

谢氏所谓“四川人以附子为常食品”，我们可以找到资料佐证。已故四川籍名医何绍奇先生（1945～2005）曾回忆说：“（四川）江油为附子之乡，至今街上还设店卖附子，1包1公斤，色如冰糖，谓是上品，用以馈赠亲友。我小时候身体弱，尿床，每到冬至，几乎家家户户都用附子炖狗肉。这时，父亲就带我去他朋友家喝狗肉附子汤。在我印象里，附子的味道和土豆差不多，久煮之后，嚼着面面的，大概1碗4～5片，约1两左右。一次，我在上海拜访姜春华先生，他问我：你们四川人拿附子当菜吃，是真的么？我说我就吃过，姜老为之咋舌。”

著名学者南怀谨先生抗战时期的一段奇遇也很有趣：“抗战时到达四川后，遇见了一位有名的中医，外号叫‘火神爷’。这位火神爷家中常年不断地煮着一大锅附子汤，谁都可以喝上一碗。对于这一桩医案，我内心常感不解。到了峨眉山，才因庙中僧人喝附子汤而有所契悟。原来峨眉山中峰大坪寺的开山祖师，当年初建山上寺庙时，受过许多困苦，在他饥寒交迫时，常在山中采集乌头来吃，乌头也就是附子。后来山上众僧相沿成习，每年规定一日，全体僧人停食，只喝附子汤，以纪念开山祖师的艰苦奋斗。当大家喝附子汤的日子来临时，附子早已入锅煮一昼夜又多了。所以大家年年都喝附子汤，但也没有死过一个人。于是我才恍然大悟：经过久煮的附子，可能毒性早已挥发殆尽，剩下的是增加热能的成分。难怪火神

爷家的附子汤大锅，也是日夜不停地在沸腾着”（《道家密宗与东方神秘学》）。

按：从南怀谨先生这段记载来看，考虑时间、地点、医家风格等因素，所述“火神爷”当系重庆名医补晓岚先生，此属作者推测，读者可参阅本书“补晓岚”一节。

由此可知，四川人真是视附子为“常食品”，“啖附子如芋栗”。在这种饮食习俗中，难怪何绍奇先生说“擅用附子者莫过于四川医生”，“医家用乌、附动辄数两”了。火神派的宗师郑钦安，诸多传人吴佩衡、唐步祺、范中林、卢崇汉等均出自四川自是情理中事。另一传人祝味菊虽系浙江人，但弱冠入川，拜蜀中名医刘雨笙等3人为师，数年学成，且在四川度过了17年光景，入境随俗，自然形成擅用附子的用药风格。1926年为避“川乱”迁居上海，名扬沪上，因此祝氏亦可视为“川医”。同样由于地域原因，与四川比邻，气候特点相似的云南、贵州两省，亦多火神派医家，擅用附子，自是顺理成章。

需要提请注意的是，地域因素虽是火神派产生的一个原因，但绝非唯一原因，更不能成为限制火神派传扬全国的理由。地域虽然不同，医理却是一致。有是病用是药，地域因素绝不可能成为限制一家学说传播的口实，这一点应该是常识。

纵观医史，各个学派、各家学说，从未因为地域因素而受限制，试看无论产生于中原的伤寒学派，还是诞生于江浙地带的温病学说，至今不都是在全国通行吗？还有一个著名的事例可资证明：祝味菊先生虽系浙江人，但弱冠入川，悟得火神派理论后，东赴上海，以擅用附子大行其道，竟有“祝派之称”。他既未因身属浙江籍而反对火神派，亦未因行医沪上而对用附子有所顾忌。当然，这与因地制宜的辨证精神并不相背，这一点毋庸赘言。



#### 四、历代医家的影响

火神派以擅用附子为突出特点,但郑钦安绝非最早擅用附子的医家,历代前贤中擅用附子者不在少数。正是这些医家应用附子的长期经验积累,才影响和启发了火神派的诞生。医圣张仲景可谓擅用附子第一人,我们另外再论。其他擅用附子者引述如下:

宋代石藏用:《泊宅编》记载:“蜀人石藏用以医术游都城,其名甚著。余杭人陈承亦以医显。然石好用暖药,陈好用凉药……皆有称于一时。俗语云:‘藏用檐头三斗火,陈承篋里一盘冰’。”大诗人陆游《老学庵笔记》亦有记载:石藏用,“名用之,高医也。尝言今人禀赋怯弱,故按古方用药,多不能愈病。非独人也,金石草木之药,亦比古人弱,非倍用之,不能取效。故藏用以喜用热药得谤,群医至而为谣言曰:‘藏用檐头三斗火’。”

明代严观:严观,“仁和人,其治病也,不拘古方,颇有胆略,有‘严附子’之称,以其擅用姜汁制附子也。”“或难之曰:附子性热,当以童便制,奈何复益以姜?严曰:附子性大热而有毒,用之取其性悍,而行药甚速,若制以童便则缓矣,缓则非其治也。今佐以生姜之辛而去其毒,不尤见其妙乎,是以用获奇效”(《浙江通志》)。

明代吴球:16世纪上半叶人,字菱山,浙江括苍人,曾为御医,擅用附子,人称“吴附子”。著有《诸证辨疑》、《活人心统》,今存抄本,李时珍《本草纲目》间引其论。《名医类案》和《名医续案》中均载其投用附子验案,颇具功力,常医莫及,援引如下:

一富室患中寒阴证,名医盈座。最后延吴御医至,诊之

曰：非附子莫救，但忘携来。令人急至药铺购之，拣极重者 3 枚，生切为 1 剂，计重 3 两投之。众医吐舌，私自减其半量，以 1 两半为剂进之，病遂已。吴复诊曰：为何减吾药量？吾投 3 枚，将令其活 3 年也，今止活 1 年半耳。后年余果病发而卒（《名医类案·卷一》）。

另有菅姓妇患目眶红肿溃烂，数年愈甚，百计治之不能疗，目亦近盲。御医吴球诊后曰：“吾得之矣。”为投大热之剂数服，其病如失，目亦复明。问之，曰：此女人进凉药多矣，用大热剂，则凝血复散，前药皆得奏功（《名医续案》）。按：“十问歌”云：“再兼服药参机变”，提示诊病需要参考先前用药，以供辨证。此病“红肿溃烂”，前医势必多用凉药。然其“百计治之不能疗”，知是寒证，故用大热之剂（揣摩当是附子）收效。此等眼界，颇见吴球功力。

以上石藏用号称“檐头三斗火”，严观和吴球则被称为“某附子”，治绩也十分突出，足见在当时已有相当影响，甚至可以说是火神派的早期代表。其他擅用附子的医家肯定还有，限于眼界无法顾及。只是由于他们未能留下系统医著，无法窥其学术思想，但其千百年来的经验积淀和传播，无疑会对火神派的诞生起到催化作用，因为郑钦安除了研读经典，还曾“所览医书 70 余种”，理应有所收益，这是可以想见的。

提请注意的是，石藏用是蜀人，而严观和吴球则是浙江人，并非四川人。单凭这点，可知地域因素并非催生医学流派的必然条件，更不可能阻碍其向外传播。

刘力红教授曾扼要总结了火神派的形成渊源，引述如下：“中医学之重阳、扶阳思想源自《周易》、《黄帝内经》，并于张仲景之《伤寒杂病论》中得到充分体现。仲景以降，此一思想虽延绵不绝，然或损或益，或偏于理上一得之解，或限于临证一

方之用，终未能成体系之学。及至晚清，邛州郑寿全出，始将此一思想之来龙去脉及临床运用之层层次第揭露无遗。若于学派言，殆此乃得构成”（《扶阳论坛》）。



### 第三节 关于火神派的评价和发掘

火神派不如伤寒派、金元四大家那样影响广泛，医林中很多人甚至不知道它，当然这与其诞生时间较晚有关。郑钦安1911年辞世，明年恰整百年，从《医理真传》1869年出版算起，至今亦不过130多年，因此有人称，火神派是“传统国医中最年轻的一个流派”。这里不说伤寒派，即金元四大家至今亦有7、8百年的历史了，与这些古代学派相比，火神派从时间的积淀上恐怕就无法相比，影响与传播自然不如它们。但是百余年来传承火神派的学者却薪火不断，至今未衰，且有逐渐兴盛之势，这就显示出学派本身的影响了。

以郑钦安为代表的火神派是在与时俗流弊的论争中得到认同和发展的，时人誉之为“郑火神”就是一个证明。当然，一个新学派的确立和发展，是以临床疗效为基础的。本文开始所举知府夫人吐血案，就体现了郑氏与“时方派”的学术较量。这种学术论争，从火神派诞生之日起就没有停止过，很多人就曾予以质疑和诘难。然而，实践是检验真理的试金石，有些医家通过临床实践认识到火神派的科学价值，接受并奉行其学术思想，以至弃旧图新，成为擅用附子的名医大家，有两则典故颇能反映这一点：

其一，民国初年，江南一带医家“于温热治法最所殚心”，寒凉轻清之法为其所推崇，常常不加辨证地施用苦寒，以致贻

## 第一章 火神派源流概述

误病情。1926年祝味菊由四川来到上海，一反俗风，倡用附子、麻桂等温热药物建功，屡次救治危重病人，“如同黑马一般给上海医界带来了强烈冲击”，形成以重视阳气，擅用附子为特色的“祝氏医派”。儿科名医徐小圃一向崇尚吴门温病学派，用药主清偏凉。其长子徐伯远患伤寒重症，徐氏自用温病方屡治不效，“引水不足以解渴，投凉不能以退热”，愈来愈重。有人劝其请祝味菊商治，徐氏说：“我与祝君虽属莫逆之交，但他擅温阳，人称‘祝附子’，今孩子患的是热病，若祝君来诊，无非温药而已，此犹‘抱薪救火’，我孰忍目睹其自焚耶！”但病人已奄奄一息，无奈而请祝氏来治。祝味菊诊毕处方，果然第一味药用的就是附子，徐小圃即闭门入寝，等待不幸。次晨，徐孩身热渐退，且可喂食米汤，后安然入睡，与昨日已判若两人。

徐孩康复，小圃百感交集，乃曰：“速将我‘儿科专家’招牌取下来，我连自己儿子都看不好，哪里还够资格，我要拜祝兄为师，苦学3年。”意颇坚决，亲自登门执弟子礼。祝味菊既惊又敬曰：“你我道中莫逆之交，各有片面之见，兄今如此，令人敬佩。若对我有兴趣，今后与兄切磋，取长补短。如蒙垂青，待令郎长大后可随我学医”（《名老中医之路·第三辑·徐小圃先生治学二三事》）。后徐之二子伯远、仲才果随祝氏学医。“小圃原为时方论者，经斯认识，于是一反过往作风，得心应手，遂有‘祝派’之称……一代名医，行道数10年，犹能从善若流，亦足多已”（《伤寒质难》），终成擅用附子大家。

其二，沪上名医陈苏生（1909~1999），早年曾拜钟符卿、沈仲芳等名医为师，“向守其师承轻淡之术”，悬壶不久即有声名。但其34岁时，姨丈家中先后3人罹患伤寒，陈氏自己先“挡了一个头阵”，用药毫无寸功。后遍请中西“大名医”，结果皆以病亡告终。短短的1年之内，“经历了三次教训”，他深感

负疚，决计再访名师。后结识祝味菊，“听得许多闻所未闻的见解”，茅塞大开，遂以 35 岁之年执弟子礼于祝氏门下，每晚抽空到祝师家，质疑问难，并将师生问答笔录整理成《伤寒质难》一书，成为祝氏入门传人。陈苏生的这次拜师，在中医界传为佳话，书法家符铁年先生曾作楹联贺陈苏生曰：“早为海上悬壶客，今是山阴（祝氏为山阴绍兴人）入室人。”

在现代，许多名家名医都对火神派给予很高评价，下面引证一些：

国务院古籍整理领导小组组长李一氓先生生前对唐步祺先生整理火神派学说十分关注，屡次叮嘱务必完成郑氏三书阐释，俾三书成一完璧。且为唐氏所著《医理真传阐释》和《医法圆通阐释》各题书名。因年事已高，竟预为《伤寒恒论阐释》一书题签备用，以防不测。待该书付梓之时，李氏竟真已作古，殷殷期许之心苍天可鉴。原全国人大副委员长、中国科学院院士吴阶平先生亲自为《郑钦安医书阐释》一书题写书名，珍视之情，不言而喻。

已故著名医家任应秋先生曾“谆谆嘱余（唐步祺）整理发扬郑氏医学”，他说：“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，都受到郑氏影响较多”（《任应秋医论集》）。

吴佩衡先生对火神派学说十分推崇，他说：“郑钦安先生的著作，是在实践中阐扬仲景医学的真理，其独到之处能发前人所未发。我认为在治疗疾病上很有价值，可以作为中医科学化的基本材料”（为刘铁庵编纂的《郑钦安之医学》题词）。1962 年，吴氏任云南中医学院院长时，再次将《医理真传》和《医法圆通》作为教参资料翻印，在教学中推广。

2009 年被评为“国医大师”的成都中医学院郭子光教授

“一直倡导继承发扬郑氏的学术思想和独到经验”，他认为：“郑氏对仲景阴阳学说和三阴证发挥颇多，是近代不可多得的一位杰出的伤寒学家。由于他学识精深，经验丰富，胆识超人，擅长运用大剂量的大辛大热之药愈疾而名噪一时。他留下的三部著作，对当前临床上治疗疑难病证以无穷启迪，值得研究与发掘。仔细研究，郑氏虽然强调辨别阴阳，实则重在阳气，擅用辛热为长，其于阳虚辨治所积累之独到经验，确是中医中一份珍贵宝藏……当今之世，慢性疾病突出，寒凉之剂常难取效，则此书之出版问世，于提高疗效将大有裨益”（《郑钦安医书阐释·郭序》）。

毕生研究郑钦安学术思想的唐步祺先生总结说：郑钦安的理论，“贯穿以阴阳为总纲，万病不出六经宗旨，不出一元真气的学术思想。特重阳虚阴盛之阐发，达到登峰造极。擅用大剂量姜、桂、附以回阳救逆，拯人于危。其于阳虚辨治所积累之独到经验，实发前人之所未发，乃中医学之瑰宝，千古一人而已！”（《郑钦安医书阐释·唐序》）。

何绍奇先生则称：“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。”

“这一派不仅擅用附子、干姜起大症、重症，惊世骇俗，在全国独树一帜，而且还不断地发扬光大（如祝味菊用附子治高热心衰，吴佩衡用附子治麻疹险症），历百余年而不衰。”

“他的代表作《医法圆通》，是为补偏救弊而设，他强调阴证，是因为人们往往忽视阴证的缘故。但综观全书，他之持论并不偏颇，这是其可贵之处，也是他区别于明清贵阳贱阴论医家的地方。”（《中国中医药报》2003-2-17）

成都中医药大学的宋兴教授认为，郑钦安“从理论上彻底澄清了长期以来在辛温药运用问题上存在的模糊、混乱甚至错误的认识，为辛温药的正确运用建立了规矩准绳。在当前，‘火神心法’尤其值得深入研究，继承发扬。”

李可先生认为：“清代火神郑钦安传下来的这套东西，是我们医学宝库里的一朵奇葩。”“近两个世纪，火神派的诞生为先圣继绝学，冲破迷雾，拨乱反正，引导古中医学回归经典正路”（《扶阳论坛》）。

近年发表的有关火神派理论和附子应用经验的文章络绎不绝，互联网上关于火神派的探讨更呈兴盛之势，专为探讨火神派而开设的网站《医理探源》两年间竟有数万次的点击率。这些都表明火神派有着不容忽视的发掘价值和发展前景，火神派堪称中医宝库里的明珠，大有发掘之必要。

事实上，除伤寒派外，在今天，我们很难看到还有谁会以寒凉派、攻下派、滋阴派等自居，这并非说这些流派没有传承下来，但其在现代情势下适应性有限，确是事实。而火神派在近现代，乃至当代仍有很多人在传承，在实践，以其鲜明的用药风格活跃于医林，也是不争的事实。从2007年起，连续3年召开了全国“扶阳论坛”会议，都可看出火神派的影响和作用。在当代，也许除伤寒派外，还在为医家所赏识，还在发挥作用者，火神派无疑是其中之一，这当然有其内在原因和应用价值。

疗效如何，治病管不管用？任何学说流派，只有具有令人满意的疗效，富于临床价值，才具有生命力，也才具备发掘价值。否则不过是在整理文献而已，这就远非本书的本意了。研究发掘火神派的学术思想，我们首先着眼于它在现代形势下的临床应用，这才是本书的主旨所在。临床实践才是检验火神派的试金石，吴佩衡、祝味菊、范中林、唐步祺等辈均有医案专集传世，仔细揣摩，我们可以得出结论，火神派医家擅用姜附大剂，屡愈疑难重症，其疗效确实令人惊叹，本书将以大量案例证明这一点。

下面仅举有“当代火神”之称的卢崇汉教授的一次总结来领略其火神派的风貌和疗效，借此有一个初步印象。卢崇汉教授统计自己 1992 年所开的全部处方 20076 张，用药不过 42 味，而姜、桂、附的使用频率分别为 99.7%、98.8%、96.7%，足见使用之广泛。其中制附片一共用了 19423 次，占全年处方的 96.7%，其用量在 60 到 250g 之间，亦即最少 60g，多则 250g；用生姜，包括干姜、煨姜、筠姜的处方一共是 20016 张，占全年处方的 99.7%，生姜的用量在 30 到 200g 之间，干姜的用量在 25 到 90g 之间；用桂枝，包括肉桂、官桂，一共 19852 张处方，占全年处方的 98.8%。桂枝的用量在 15 到 75g 之间，肉桂或者官桂的用量在 15 到 30g 之间，足见剂量之大（《扶阳讲记》）。

当然，卢崇汉教授这样的火神派大家可能已臻上工境界，不能代表所有火神派医家的诊疗水平，这是可以理解的。重要的是，至少它体现了火神派的卓著疗效和广泛应用前景。

从深层次而言，火神派的发掘价值还在于，在当今形势下，无论从疾病谱的变化，还是从现代社会的发病特点来看，火神派都有其广泛的适应性和可以预期的显著疗效，像郭子



## 中医火神派探讨

光教授指出的那样，“当今之世，慢性疾病突出，寒凉之剂常难取效，则此书（《郑钦安医书阐释》）之出版问世，于提高疗效将大有裨益。”关于这一点，我们将在“火神派研究的现代意义”一节中予以论述。

实践将证明，火神派的学术思想和临床经验都具有较高的水平，因而具有十分重要的发掘价值，必将为越来越多的医家所接受，对整个中医理论的发展和临床疗效的提高也将起到积极的促进作用，笔者对此充满信心。

## 第二章

### 郑钦安学术思想探讨

郑钦安，名寿全，字钦安。生于清道光4年(1824年)，卒于清宣统三年(1911年)，享年87岁。生于四川临邛今邛崃县固驿镇。祖父郑守重，乾隆时拔贡。父亲郑本智，屡次科考均名落孙山，退而开办一个私塾馆。郑钦安为其独子，五岁即从父读，稍长博览群书，16岁已读完四书五经，随父亲从邛崃迁居成都。其父因屡困科场，痛恨科举压抑人才，令其子拜成都名儒刘止唐为师，专门学医。刘氏号称愧轩教主，是蜀地德高望重的一代通儒，著有《十三经恒解》及有关子、史、诗文集等书数10种。见他聪颖异常，好学深思，赞许其将来的医学造诣，必将光大师门，“指示《黄帝内经》、《周易》太极、仲景立方立法之旨”。郑氏“沉潜于斯20余载”，奠定医学理论基础。同时，“所览医书70余种”，取其所长，医理日精。道光28年(1848)24岁时，开始在成都悬壶行医。

郑钦安治学严谨，医术日精，踵门求治者应接不暇，屡起沉痾，活人无数。因临证擅用姜、桂、附等大辛大热之药温补肾阳，量大而准，治愈不少群医束手之大症、重症，包括本书开头介绍的治愈成都知府夫人的重症吐血案，时人颂为“郑火神”，又称“姜附先生”，誉及云、贵、川数省，声名冠于一时。

及至中年学验俱富，陆续将多年医学心悟著书立说，刊行于世。清同治8年(1869)，郑钦安的《医理真传》成书刊行，虽仅仅10万字，却是火神派的奠基之作，集中阐述了郑钦安的学术思想，奠定了他作为“火神派首领”的地位。该书四卷，卷

一除概述乾坤坎离、阴阳五行等基本理论外，有辨认一切阳虚证法，辨认一切阴虚证法二章，作为分辨阳虚、阴虚之秘诀；卷二、卷三分别为阳虚证问答和阴虚证问答，并分设数 10 条实例，一一加以说明；卷四就杂问、切脉、认病捷要总诀、辨认诸症法、用药金针等，一一指出，切要实用，易于掌握。该书要旨，治病先须分辨阴阳；以元阴、元阳为立命之本，而以元阳为主导；同时阳虚、阴虚各列专卷，病况不同，方药亦异，各尽圆通之妙。

同治 13 年(1874)，郑钦安的《医法圆通》四卷刊行。仍本治病注重阴阳实据之旨，列举杂症数 10 条，辨明内外虚实，判以阴阳，指示经方时方之要，言简意赅，甚合临床实用。书首“用药弊端说”举出当时医界积习时弊，而示以用药准绳。书末更指出，善于圆通运用成方，一方即可多用，如四逆汤“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。”该书亦仅仅 10 万字，羽翼了《医理真传》，进一步充实完善了火神派的学术思想。

光绪 20 年(1894 年)，又有《伤寒恒论》问世。其特点为不拘泥于前人陈说，而是结合临床实际，发挥仲景原文，详释方义，析微阐奥，质疑辨误，以独特见解立于医林。郑氏自序云：“余阅原文，颇有领悟。兹将原文逐条一一剖析，不敢与前贤并驾，但就鄙见所及，逐条发明，虽不敢云高出手眼，此亦救世之本心，聊以补名贤之不逮。”“通观全书，不因袭陈说，能独抒己见，对原文疑似之处，加以纠正，而无曲解臆断之嫌。其最大特点是将条文紧密扣合临床实际，切实说理，将理论与临床密切结合起来，指导辨证、治疗”（任应秋语）。如少阴后篇 13 条：“少阴病，四逆，其人或咳、或悸、或小便不利、或泄利下重者，四逆散主之。”郑氏认为：“按少阴病而至四逆，阳微阴盛

也,其中或咳或悸者,水气上干也;小便不利者,阳不化阴也;腹痛下重,阴寒之极也。法宜大剂回阳为是,而此以四逆散主之,吾甚不解。”足见郑氏不拘于前人说,独抒己见,对原文疑误之处进行辨证,补仲景之所未及。该书奠定了郑钦安作为近代著名伤寒学家的地位,日本学者伊藤良称其“填补了日本研究汉医史缺清代伤寒学派的空白”。

晚年,郑氏为将学术传于后代,设帐授徒。他的门徒除著名的卢铸之外,现成都地区中医亦有不少为其再传弟子,其他或私淑,或遥承,研究其著述,继承火神派学术思想,可称桃李满天下。

郑钦安一生注重医德,从无沽名钓誉之心。为贫苦人民治病,多不取钱,自奉甚俭,终身未置田地房产,又常向贫苦者送医施药,济困扶厄,受到百姓的爱戴和敬仰。

清宣统3年(1911年),郑钦安病歿于成都,享年87岁。其众门徒和感恩苍生自愿集资购一穴地,葬郑氏于成都南门外红牌楼钟家坝,墓上刻有“临邛医士郑钦安之墓”,今已无可寻迹。

下面探讨其学术思想,分题予以论述。

### 第一节 阴阳为纲,判分万病

郑钦安学术思想的最基本观点,是以阴阳为纲,认识人体生理、病理,辨证、识病,选方、用药等一切医学问题,由此出发,郑氏所论乾坤坎离、脏腑生克、五行六气、三焦六经、气血水火、外感内伤等均以阴阳为纲,形成非常鲜明的学术体系。因此他“认证只分阴阳”,“功夫全在阴阳上打算”,并把这种观

念称之为“阴阳至理”。

## 一、阴阳考纲，判分万病

郑钦安以《易经》、《内经》、《伤寒论》为宗，“沉潜于斯二十余载，始知人身阴阳合一之道，仲景立方垂法之美。”“思之日久，偶悟得天地一阴阳耳，分之为亿万阴阳，合之为一阴阳。于是以病参究，一病有一病之虚实，一病有一病之阴阳，知此始明仲景之六经还是一经，人身之五气还是一气，三焦还是一焦，万病总是在阴阳之中”（《医法圆通·郑序》）。

“一病有一病之阴阳”，“万病总是在阴阳之中”，突出阴阳作为辨证总纲的地位，这就是郑氏临床辨证最基本的学术思想，这一观点他称之为“阴阳至理”。因此他以阴阳为纲判分万病，“认证只分阴阳”，“功夫全在阴阳上打算”。在郑氏学说中，“阴阳至理”是一个非常重要的概念，一部《医理真传》通篇都贯穿着这一学术思想。

“认证只分阴阳”，以阴阳为纲统分万病，体现了《内经》“善诊者，察色按脉，先别阴阳”的精神，具有高屋建瓴，执简驭繁的辨证特点，郑钦安在其著作中，反复阐述这一观点：

“万病不出阴阳两字”。“病情变化非一端能尽，万变万化，不越阴阳两法。”

“发病损伤，各有不同，总以阴、阳两字为主。”（《医理真传·卷一》）

“予治一切病证……只要无外感病形，即握定阴阳盈缩治之，见功屡屡，获效多多，真不传之秘法，实度世之金针。”

“万病起于一元伤损。分而言之，上中下各有阴阳，十二经各有阴阳；合而观之，一阴一阳而已”（《医法圆通·卷二》）。

“病有千端，漫云易为窥测，苟能识得阴阳两字，而万变万

化之机，亦可由此而推也”（《医理真传·卷四》）。

“今与诸公约：病无论乎男女老幼，药无论乎平常奇异，价贵价廉，只求先生认得阴阳，用得恰当，则尽善矣”（《医法圆通·卷四》）。

以阴阳为纲统分万病，可以使医者提纲挈领，高屋建瓴。然而，许多医家不问阴阳，“不求至理”，一味在“五行生克上追求”，被复杂的症状所迷惑，以至陷入“见病医病”的粗浅境地，郑钦安反复批判这种现象：

“仲景立法，只在这先天之元阴元阳上探取盛衰，不专在后天五行生克上追求……开口即在这五行生克上论盛衰，是知其末而未知其本也”（《医理真传·卷二》）。

“历代以来，著作者数十家，皆含糊不清，并未将阴、阳底蕴明明指出，一味在后天五行生克上论，铺张满纸……宗旨不明，源头不澈，故知斯道之精者寡矣”（《医理真传·卷三》）。

“总之，病情变化，非一二端能尽，其实万变万化，不越阴阳两法。若欲逐经、逐脏、逐腑论之，旨多反晦，诚不若少之为愈也”（《医法圆通·卷一》）。

“至于受病，浅深各有旨归。然分类以治之，未始不当，但方愈多而旨愈乱，若不再行推醒，拈出旨归，将来后学无从下手。当今之际，谁非见肿治肿，见胀消胀者哉”（《医法圆通·卷二》）。

“学者切切不可一味见病治病，务要将内外病形，阴阳实据熟悉胸中，方不致误人性命”（《医法圆通·卷一》）。

“吾愿天下医生，切切不可见头治头，见肿治肿，凡遇一症，务将阴阳虚实辨清，用药方不错误”（《医理真传·卷四》）。

总而言之，郑钦安在辨证论治中，只讲“阴阳至理”，反对头痛医头，脚痛医脚，袭用“套方套药”的市习；只在阴阳两纲

上求根本，不在诸病名目上寻枝叶；认证只分阴阳，不在“五行生克上追求”。套用一句《内经》的话说，就是“谨熟阴阳，无与众谋”，这在历代医家中确实独树一帜，诚如郑氏自述，“虽非万举万当，亦可为医林一助云尔。”

## 二、阴阳两纲，各有实据

既然“认证只分阴阳”，“功夫全在阴阳上打算”，那么，临床辨认阴阳就是头等大事了。郑氏在《医理真传》自序中开宗明义，就强调阴阳辨证的地位和作用：“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。”他认为，“识阴阳”是诊病最重要的课题。全书通篇从阴阳角度来阐述医理，探求病因，据证立法用方。

但是，“阴虚与阳虚，俱有相似处，学者每多不识，以致杀人”（《医理真传·卷一》）。那就应该制定、掌握判别阴阳的标准，郑钦安称之为“阴阳实据”。他强调“阴阳务求实据，不可一味见头治头，见咳治咳，总要探求阴阳盈缩机关与夫用药之从阴从阳变化法窍。”

那么“阴阳实据”在哪儿呢？“三阴与三阳，病形各殊，三阳不足之症，所现纯是阴色，为其阳不足，而阴有余也；三阴不足之症，所现全是阳色，为其阴不足，而阳有余也，此辨认阴虚、阳虚之切法也”（《医理真传·卷三》）。这是区分阴阳的纲领，简单说来，阴证所现“纯是阴色”，郑氏经常又称为“阴象”、“寒形”；阳证所现“全是阳色”，郑氏又称为“火形”、“热象”。他总结的辨认一切阳虚证法与一切阴虚证法，对阳虚证和阴虚证分别作了明确概括，提出辨认要点，他称之为“阴阳实据”，又称“阴阳辨诀”，视之为“辨症认症之子午针也”，足见意义非同一般。这是他数十年临床经验所形成，也是对阴阳学

说的丰富与发展。在郑氏学说中，这些是非常重要的理论概念，以后我们将经常提到之。

哪些是判断阳虚证的“阴色”、“阴象”呢？在“辨认一切阳虚证法”中他指出：“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，浅黄润滑色，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。”应该指出，郑氏所谓阳虚，既指虚寒，也包括实寒。

哪些是判断阴虚证的“热象”、“火形”呢？在“辨认一切阴虚证法”时说：“凡阴虚之人，阳气自然必盛。外虽现一切阴象，近似阳虚证，俱当以此法辨之，万无一失。阴虚病，其人必面目唇口红色，精神不倦，张目不眠，声音响亮，口臭气粗，身轻恶热，二便不利。口渴饮冷，舌苔干黄或黑黄，全无津液，芒刺满口，烦躁谵语；或潮热盗汗，干咳多痰，饮水不休，六脉长大有力，种种病形，皆是阴虚的真面目，用药即当益阴以破阳。”两相对比，“阴色”、“阴象”与“热象”、“火形”，确如郑氏所说，“阴阳二症，判若眉列”。同样应该指出，郑氏所谓阴虚，既指虚热，也包括实热。

在《医理真传》“钦安用药金针”中他再一次明确：“予考究多年，用药有一点真机与众不同：无论一切上中下诸病，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，身疼头痛，目肿，口疮，一切诸症，一概不究，用药专在这先天立极真种子上治之，百发百中。若见舌苔干黄，津液枯槁，口渴饮冷，脉息有神，其人烦躁，即身冷如冰，一概不究，专在这先天立极之元阴上求之，百发百中。”这就是郑氏所谓的“阴阳实据”或



称“阴阳辨诀”，亦即判断阴虚阳虚的“秘诀”。在《医理真传》卷二、卷三中，他还分别列举 31 条阳虚病症、29 条阴虚病症，采取问答形式，一症一解，详加论证，“以便学者参究”。

郑钦安是如何凭着“阴阳实据”来判分各种病症的阴阳属性呢？下面举例证明之。

比如眩晕，“眩晕一症，有上实下虚者，有上虚下实者，有清阳不升者，有浊阴上干者，有夹虚风者，有夹虚火者，有脏腑偏盛而致者，种种不一。括其旨归，总不出阴阳二字……其人面白无神，饮食减少，二便自利，困倦欲卧，喜热畏冷……脉浮无力而空，诸如此类，都属阳虚……察其人精神不衰，舌黄喜冷，饮食易消，二便短少……脉实有力而长，诸如此类，都属阴虚火旺上干所作”（《医理真传·卷三》）。

论吐血，“吐血一症，其要有三：有阳虚者，有阴虚者，有因外邪阻滞者……凡阳虚吐血之人，言语无神，脉息无神，面色无神，气衰力竭，困倦喜卧，不思饮食，咳多清痰……阴虚吐血之人，言语有神，面色有神，脉息有神，吐虽多，不觉其病，咳多胶粘之痰”（《医理真传·卷四》）。

论眼科诸症，“目症有云七十二症，有云三百六十种，名目愈多，旨归即晦。今为之总其大纲，括以阴阳两字为主，余不足录。阳证两目红肿，羞明眵翳障雾，赤脉贯睛，目泪痛甚，小便短，大便结，喜冷饮是也；阴证两目微红，而不羞明，即红丝缕缕，翳雾障生而不觉痛甚，二便如常，喜饮热汤者是也”（《医理真传·卷四》）。

论发斑，阳证发斑，“其人口臭气粗，壮热饮冷，脉大而实……”阴证发斑，“其人懒言嗜卧，不渴不食，精神困倦”（《医法圆通·卷二》）。

当然，任何一种学术观点都是有其适应范围的。分析郑

钦安关于阴阳实据的论述,可以看出,所谓阴阳两纲主要是指阳虚(包括虚寒和实寒)、阴虚(包括虚热和实热),亦即寒热两类病变。这与广义的阴阳概念分别指里、虚、寒证和表、实、热证有所不同。因此在谈到郑钦安阴阳两纲时要明确两点:①除外表证。有表证时当先顾表,郑氏反复强调“审无表证”,方可再辨阴阳,所谓“内外两法,切勿混淆”②除外实证。对里实证如饮食、气滞、血瘀、痰湿等症,当按治疗实证方法处理。在论治“胸腹胁背、腰肘胫膝痛肿”各症时,他说:“各部肿与痛而不喜手按者,或发热,或不发热,恶寒喜热,舌黄、便赤,脉息有神,乃为气血壅滞,皆有余之候,宜活血、行气、清凉之品”,这些都不属阴阳两纲范畴。在论治胃病不食等多种杂病时,郑氏反复强调这一点,所谓“饮食积滞,仍当推荡”。总之,按郑氏所说,要“察究外内虚实”,“按定阴阳虚实、外感内伤治之”,这是严密完整的说法。

### 三、阴阳辨诀的现实意义

郑钦安所谓阴阳至理意味着“认证只分阴阳”,“功夫全在阴阳上打算”,而医学一途,又最“难于识阴阳”。为了辨识阴阳,他总结了阴阳辨诀,作为辨认阴证、阳证的根据,因而又称“阴阳实据”。他强调辨认任何病症,“总在考究阴阳实据为要”。“掣定阴阳实据治之,发无不中”(《医法圆通·卷一》)。能做到这一点,用郑氏的话来说,“便可超人上乘,臻于神化。”

那么,这一阴阳辨诀有什么现实意义?可以说非常重大。

郑钦安提出的阴阳辨诀,等于给了我们衡量阴阳的两把尺子。即使用现在的中医高校讲义衡量,阴阳辨诀都没有任何出格的地方,阴证什么样,阳证什么样,舌、脉如何,气色如

何，哪本讲义都这么讲，绝非火神派一家标新立异，我们说它是“中医正统正脉”，也正因为这一点。认识这一点，下面的推导就有了基础。

经云：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”这样一个大家都清楚、都认识到的阴阳判断问题，遗憾的是现在却出了大毛病。很多同道不会辨别阴阳，一遇到具体病症就发蒙，阴阳不辨，寒热不分，典型的就是对常见病如肝炎、肾炎、前列腺炎、糖尿病、高血压、咽炎、顽固性发热、各种出血症等，跟着西医的诊断走，将西医的指标如体温、血压、血糖、白细胞计数等理解为阴虚阳亢、火热，习惯于按照湿热、阴虚、火热等来认证，施以清利、寒凉、滋阴之法，结果离题太远，甚至南辕北辙，疗效不得而知，说到底还是中医西化的毛病在作怪。

作者认为，现在中医最主要的通病就在于“中医西化”上，而西化最主要的表现就在于认寒为热，视阴为阳；反过来，认热为寒，视阳为阴者则不常见，其源盖出于“中医西化”上。

在许多人看来，前列腺炎一定是湿热，肝炎也是湿热，肾炎更是湿热，高血压一定阴虚阳亢，糖尿病更是阴虚无疑，肿瘤则是热毒，……归根结底，是跟着西医的诊断走，跟着西医的指标走，不知道或者说没认识到这个判断标准搞错了，说挪揄些，是在以《圣经》解释佛道。卢崇汉教授说：“末世的很多医者确实搞不清阴阳寒热了”，毛病就出在这中医西化上。

让我们重温“钦安用药金针”：“予考究多年，用药有一点真机与众不同。无论一切上中下诸病，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，身疼头痛，目肿，口疮，一切诸症，一概不究，用药专在这先天立极真种子上治之，百发百中。若见舌苔干黄，津液枯槁，口渴饮冷，脉息有神，其人烦

躁，即身冷如冰，一概不究，专在这先天立极之元阴上求之，百发百中。”

这句话有两个玄机：

其一，在阴证前提下，“即外现大热，身疼头痛，目肿，口疮，一切诸症，一概不究”，不被这些表现各异的假热、假象所迷惑，一概专主扶阳；反之，专主益阴。其中，“一切诸症，一概不究”一语，就包括西医某些病症和化验指标的异常，只有这样理解，才算识得“阴阳辨诀”之真谛。唐步祺先生曾言：“数十年临床经验，凡遇阳虚证，无论一般所称之肾炎、肝炎、肺炎、心肌炎、胃炎等等，只要临床症状有阳虚之实据，即不考虑炎症，辄以四逆汤加味治疗，取得满意效果，益佩郑氏之卓见。”以“数十年临床”感悟得此体会，堪称郑氏“用药金针”的现代完美注脚。

其二，照此辨证用药，无论阴证阳证，其疗效都是“百发百中”，说得何等坚定！此老将“考究多年”的这一“用药真机”喻为“用药金针”，如此自信，亦为我辈握此“金针”，辨认阴阳增加信心。

用郑钦安给我们的这两把尺子，实际上也是老祖宗留给我们的标准来衡量阴阳，上述各病可能根本就不是湿热、阴虚、火热之证，恐怕属于阳虚的更多，这就难怪认寒为热，视为阳而误辨误治了，试看当前临床现状包括许多报道即可知道。当然，作者强调的是跟着脉证走，不是说学了火神派，这些病就都是阳虚了，只不过强调要用阴阳两把尺子来衡量。卢崇汉教授说得好：“做中医的始终要跟着脉证走，不要跟着指标走。”这句话说的实在经典。中医一旦跟着指标走，就会陷入西化的误区。所以强调阴阳至理，掌握阴阳辨诀，最大的现实意义就是校正中医西化倾向，回归中医的正统正脉上来。

## 中医火神派探讨

坦率说,今天不知有多少所谓名医、教授,连阴阳都没搞清楚,一遇到病人先看西医诊断什么,化验指标怎样,然后对号入座施以治疗,效果自然不得而知了。当然,作者无意于否定化验指标的意义,它对中医的参考价值另当别论。

树立阴阳至理的观念,掌握阴阳辨诀,衡量上述通常按照湿热、阴虚、阳亢、火热等等来认识的病证,常可判断出其阳虚、阴盛的实质,从而用温阳法取得疗效。火神派名家有许多这方面十分精彩、令人惊叹的案例,本书和《中医火神派医案全解》、《中医火神派医案新选》都有引录,实践才是检验理论的试金石。

作者体会,学习了火神派方有登堂入室之感,首先是指分清阴阳,辨明了真假,这是学习火神派首先要解决的问题,从这个角度上说,怎么估计阴阳辨诀、阴阳至理的意义都不为过。其重要性不下于掌握附子的用法,要知道,“徒记几个汤头,几味药品,不求至理,不探玄奥”(郑钦安语),只在几个药物上打转,不从阴阳至理高度上认识问题只是在舍本逐末。退一步说,这个问题不解决,也谈不上擅用附子。



### 第二节 注重阳气,肾阳为本

郑钦安学术思想的最基本观点,是从阴阳立论,认为元阳元阴即肾中真阴真阳,是人身立命之根本。因此他以阴阳为纲,判分万病,“认证只分阴阳”,“功夫全在阴阳上打算”。在此基础上,郑钦安根据《素问·生气通天论》中“阳气者若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明”之义,提出火神派最重要的学术观点就是重视阳气,崇尚扶阳。也就是说,在

阴阳两纲中,他并非等量齐观,而是特别看重阳气,阳主而阴从。在人身各种阳气中,他又特别推重肾阳即元阳,认为是人身立命之根本,当然也是人体疾病善恶转化的关键。

### 一、阳统乎阴,阳主阴从

郑钦安认为元阴元阳是人身立命之根本,但是在阴阳两纲中,表面上看,阴阳在相互为用的关系中,处于等同地位,互为消长,缺一不可。然而在相互消长的过程中,表现出的却是“阳统乎阴”,“阳主阴从”的现象。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,只有阳气致密于外,阴血才能固守于内。二者虽说互根,但又有主次之分。所以郑钦安特别重视阳气,认为“阳者阴之根”,“有阳则生,无阳则死”。郑钦安推崇辛热扶阳治法,擅用姜附等药,显然都是建立在注重阳气的理论基础之上。在其著作中,他反复阐述这些观点:

“阳者阴之根也,阳气充足,则阴气全消,百病不作。”

“阳旺一分,阴即旺一分,阳衰一分,阴即衰一分。”

“阳统乎阴,阳者阴之主也,阳气流通,阴气无滞。”

“人身所持以立命者,其惟此阳气乎。阳气无伤,百病自然不作,有阳则生,无阳则死。”

“人身立命就是一个火字。”“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·卷二》)。

### 二、肾阳为本,人身赖之

“人生立命全在坎中一阳”,“坎中一阳”即肾阳,为人身阳气之本,立命之根,这是郑钦安在注重阳气的基础上进一步提

出的观点。人身阳气有上中下部位之分，上焦有心肺之阳，中焦有脾胃之阳，下焦有肝肾之阳，但是，“下阳为上、中二阳之根”，下焦肾阳是上焦、中焦阳气之根。也就是说，在诸种阳气中，他又特别强调肾中阳气的作用，称之为“真阳”、“元阳”、“真火”、“龙火”。“肾中真阳为真气，即真火”，在其学说中，他亦反复强调这一点：

“少阴乃水火交会之地，元气之根，人身立命之主也。病至此际，是元气虚极，剥至于根……这一点元气澈上澈下，包罗天地”（《医法圆通·卷四》）。

“凡人之身皆赖一团真火”，“真气命根也，火种也。”“人活一口气，即此真气也。”

“有形之躯壳，皆是一团死机，全赖这一团真气运用于中，而死机遂成生机。”

“有形之躯壳，皆后天之体质，全赖先天无形之真气以养之。”

“人身立命，全赖这一团真气流行于六步耳。真气乃人立命之根，先天种子也”（《医理真传·卷二》）。

“夫人之所以奉生而不死者，惟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”（《医法圆通·卷四》）。

### 三、前人有无重阳观点

郑钦安治学本于《易经》、《内经》、《伤寒论》等经典论著，还“所览医书七十余种”，因此历代医家注重阳气的观点对他肯定不无影响，进而从中吸取构筑火神派的养分，祝味菊所谓“重阳之说，由来久矣。”下面温习一些前人关于注重阳气的论述，同时也对阳主阴从观作一些溯本求源的探讨，借以看出火

神派与他们之间的联系。

《周易》：“大哉乾元，万物资始，乃统天；至哉坤元，万物资生，乃顺承天。”乾属阳统天，坤属阴“乃顺承天”，阳主统治，阴者顺承，阳主阴从的观点很明确。

《素问·生气通天论》：“阳气者若天与日，失其所则折寿而不彰，故天运当以日光明。”“阳强则寿，阳衰则夭。”

《中藏经》：“天者阳之宗，地者阴之属；阳者生之本，阴者死之基。”“得阳者生，得阴者死；钟于阳者长，钟于阴者短；顺阴者多消灭，顺阳者多长生。”“阴常宜损，阳常宜盈。”以上议论被后世归纳为“贵阳贱阴”的观点，《中藏经》首开肇源。

宋·《扁鹊心书》：“人之真元乃一身主宰，真气壮则人强，虚则人病，脱则人死。保命之法，艾灸第一，丹药第二，附子第三。”“为医者，要知保扶阳气为本。”

明·张景岳：“阳之为义大矣。夫阴以阳为主，所关造化之源，而为性命之本者，惟斯而已。夫阳化气，阴成形，是形本属阴，而遍体之温者，阳气也；一息之存者，阳气也；五官五脏之神明不测者，阳气也。及其既死，则身冷如冰，灵觉尽灭，形固存，而气则去，此以阳脱在前，而阴留在后”（《类经》）。

“天之大宝只此一丸红日；人之大宝只此一息真阳”（《类经附翼·大宝论》）。

“天之阳气，惟日为本。天无此日则昼夜不分，四时失序，万物不彰矣；其在于人则自表自里，自上自下，亦惟此阳气而已。人而无阳犹天之无日，欲保天年，其可得乎？”（《类经·疾病类》）

“火，天地之阳气也，天非此火不能生万物，人非此火不能有生，故万物之生皆由阳气。”



“人是小乾坤，得阳则生，失阳则死。”“生化之权，皆由阳气。”“阳惟畏其衰，阴惟畏其盛。”“阳盛则精血盛，生气盛也；阳衰则精血衰，生气衰也”（《景岳全书·传忠录》）。

明·李念莪：“火者阳气也。天非此火（指阳光）不能发育万物，人非此火（指阳气）不能生养命根，是以物生必本于阳。”“天之运行，惟日为本，天无此则昼夜不分，四时失序，晦冥幽暗，万物不彰矣。在于人者，亦惟此阳气为要，苟无阳气，孰分清浊？孰布三焦？孰为呼吸？孰为运行？血何由生？食何如化？以天无日等矣。”

“天之运行，惟日为本……在于人者，亦惟此阳气为要”（《内经知要》）。

明·周慎斋：“人身以阳气为主，用药以扶阳为先”（《慎斋遗书》）。

对照前面郑氏关于阳气的论述，可以看出他与前人的认识一脉相承，某些语句如出一辙，用祝味菊的说法，“重阳之说，千古一例。”

加之石藏用、严观、吴球等擅用附子医家的经验传扬，火神派的创立绝非偶然，是历代医家积累、传承的结果，郑钦安将其归纳、发扬而成为一个独立的学术流派。

#### 四、虽重阳气，亦论阴虚

郑钦安虽然重视阳气，主张阳主阴从，但他从来不废阴虚之说。虽然阳证、阴虚比较少见，但他从未否认过阳证或阴虚的存在，在《医理真传》中他从来都是阴虚阳虚并列、对等论述的，称之为“判若眉列”，分得非常清楚，阴证他讲了31条，阳证讲了29条；而在《医法圆通·卷三》中，他同样是阴阳并列论述的，阳证“辨认邪盛热炽，血伤病情”讲了25条，阴证“辨

认阴盛阳衰及阳脱病情”讲了 58 条，都是对等的，从未无视阳证的存在。有人说火神派只讲阴证，不讲阳证显然不符合实际。

至于治疗，郑钦安更是阴阳分治，阴证扶阳，阳证益阴，从不混淆，更未以扶阳法包治阳证。郑钦安反复说过：“偏于阴者宜扶阳，偏于阳者宜扶阴”；“阴盛者扶阳为急，阳盛者扶阴为先”；“以三阳之方治三阳病，虽失不远，以三阴之方治三阴病，则失之远矣。”反过来一样，以三阴之方治三阳病，同样失之远矣。他对阳证擅用石膏、大黄、白虎、承气，称“附子、大黄为阴阳二证两大注角”，对阳证也积累有丰富经验。因其不属于我们研究的重点，故而不做过多探讨。但有一点可以肯定，郑钦安从来没有把阴证、阳证混淆过，辨证如此，论治亦如此。从这个意义上说，他的立论并不偏颇。

卢崇汉教授曾说：“病在阳者，用阳化阴。”李可先生曾说：“从未见过一例纯阴虚的患者”，许多人对此都提出异议，在有关火神派的争论中，这两句话大概是为人们诟病最多的了。作者以为，这两句话确实有问题。

卢崇汉教授先说：“病在阴者，扶阳抑阴”，是说病属阴证，当用辛热阳药“扶阳抑阴”，此是常规，不存在问题。接着他说：“病在阳者，用阳化阴”，是说病属阳证者，当用辛热阳药“化阴”以治之。照此说法，那么阳明白虎、承气证是不可以用姜附、四逆汤治疗了？仲景从来没有此等道理。至于郑钦安不废阴虚，阴阳分治的观点已如上述，他明确表示“偏于阳者宜扶阴”，“阳盛者扶阴为先”，而且告诫说：“阴虚一切病症忌温补也……若扶其阳，则阳愈旺而阴愈消，每每酿出亢龙有悔之候，不可不知。”这与卢崇汉教授的说法显然不同。

至于卢崇汉教授所称他的祖上卢铸之，“真正将郑钦安学

派发展为纯粹的扶阳学派”，则应另当别论。卢氏如何发展个人学说属于学术自由，想怎么说就怎么说，包括“阴虚的本质仍是阳的不足”等看法，尽可在“很大程度上不同于郑钦安的原意”，至于众人如何看待则是另一码事，见仁见智，尽管讨论，这完全属于学术讨论的范畴。历史证明，一个学派的源与流通常会不同，因为它会不断丰富和发展，派内有派更属正常现象。需要明确的是，卢氏上述说法不同于、也不代表以郑钦安为开山宗师的火神派的观点，这一点应该分清。



### 第三节 首重扶阳，擅用姜附

郑钦安最重要的学术观点是重视阳气，在人身各种阳气中，他又特别推重肾阳，认为是人身立命之根本，这是就正常生理而言。那么在病理状态下，他自然也重视阳气，认为“万病皆损于阳气”，“阳气无伤，百病自然不作。有阳则生，无阳则死。”也就是说阳气衰弱与否是疾病善恶转化的关键。故其治病立法，首重扶阳，临证时首先考虑元气损伤情况，以辛热之药扶阳抑阴，擅用姜附、四逆汤之类的方药，形成非常鲜明的用药风格，以致创立了一个十分独特的医学流派——“火神派”。

#### 一、首重扶阳，元气为本

郑钦安注重阳气，我们在前面已经充分论述，这无疑是他倡导火神派的理论基础。那么在人体患病时，他自然也要以元气为本，倡导扶阳，对扶阳抑阴有着深刻认识，形成独具特色的扶阳理论。这方面郑氏有很多论述，下面归纳三点：

### (一)病有万端，治之但扶真元

他说：“外感内伤，皆本此一元有损耳。”“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”《医法圆通·卷三》。“仲景立法，只在这先天之元阴、元阳上探取盛衰，不专在后天之五行生克上追求。附子、大黄，诚阴阳二症之大注脚也”（《医理真传·卷二》）。

他以中风一症为例，突出表达了推崇扶阳的观点：“众人皆作中风治之，专主祛风化痰不效。予经手专主先天真阳衰损，在此下手，兼看何部病情独现，用药即在此攸分。要知人之所以奉生而不死者，恃此先天一点真气耳。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，未治风而实以祛风，握要之法也”《医理真传·卷二》。也就是说，并非见风祛风，见痰化痰，而是“专主先天真阳衰损，在此下手”，“治之但扶其真元”。

还有健忘一症，老年人居多，世多以为心脾不足，精血亏损所致为主，用药“专以天王补心、宁神定志诸方”，确是市习常法。郑氏则认为，此症“总以精神不足为主”，属阳气亏虚，治应培补阳气，“方用白通汤久服，或桂枝龙骨牡蛎散、三才封髓丹、潜阳等汤，缓缓服至五六十剂，自然如常”《医法圆通·卷二》。突出扶阳理念，令人耳目一新。

又如癫痫二症，“缘由先天真阳不运，寒痰阻塞也”。“以予所论，真气衰为二病之本，痰阻是二病之因，治二症贵宜峻补元阳，元阳鼓动，阴邪痰湿立消，何癫痫之有乎？”《医理真传·卷四》与通常治法确实不同。

再如小儿痘症，世医“见下陷不足之症，用药总在这参、芪、鹿茸、归、芍，以为大补气血，究竟致死者多”，“而不知在人

身立命之火种上用药。”“以为四逆汤乃伤寒之方，非痘科之方，不知此方正平塌下陷痘症之方，实补火种之第一方也”（《医理真传·卷四》）。

举一反三，可悟郑氏推崇扶阳思想的真谛，即并非头痛医头，脚痛医脚的对症下药，而是“治之但扶其真元”，从扶阳着手，以元气为本，此乃“握要之法”。

清·王昂曾云：“医以辅养元气，非与疾求胜也。夫与疾求胜者，非味杂辛烈，性极毒猛，则得效不速，务速效者隐祸亦深，吾宁持久缓而待其自愈也。”徐灵胎亦认为：“诊病决生死者，不视病之轻重，而视元气之存亡，则百不失一矣。”即使温病派大师叶天士亦说：“凡论病，先论体质、形色、脉象，以病乃外加于身也。”所谓“体质”、“形色”亦是指的元气。

以上所论治病以元气为重的观点与郑氏推重肾阳的观点可谓异曲同工。

## （二）阴证三候，皆宜扶阳

郑氏归纳的扶阳法的适应证是：“大凡阳虚阴盛之人，满身纯阴，虽现一切证形，如气喘气短，痰多咳嗽，不食嗜卧，面白唇青，午后、夜间发热，咽痛，腹痛泄泻，无故目赤，牙痛，腰痛膝冷，足软手弱，声低息微，脉时大时劲，或浮或空，或沉或细，种种不一，皆宜扶阳”（《医法圆通·卷三》）。显然，这不仅指纯阴之证，还包括真气上浮和虚阳外越（均属阴盛格阳）以及阳虚欲脱之证，笔者因此将纯阴之证、阴盛格阳、阳虚欲脱称之为“阴证三候”，郑钦安正是主张阴证三候，皆宜扶阳，这一点十分重要。因为纯阴之证运用扶阳是正法正治，谁都会用。郑氏独到之处在于对潮热、出血、目赤、耳肿、唇红、牙痛等诸多阴盛格阳和阳虚欲脱引起的阴火假热病症，均倡导温热扶阳，这不仅需要学识，更需要丰富的经验，这也正是郑氏

扶阳理论中最独到之处,以后我们将详细论之。

### (三)三阳不足,分别扶之

阳气有上中下三部之分,治疗应该“按定上中下病情消息”,“随其所伤而调之”(《医理真传·卷二》)。所谓“病情有定向,用药有攸分。”这是郑氏扶阳法用药的一个很具体的原则。“真阳或不足于上,真阴之气即盛于上而成病,用药即当扶上之阳,以协于和平;真阳或不足于中,真阴之气即盛于中而成病,用药即当扶中之阳,以协于和平;真阳或不足于下,真阴之气即盛于下而成病。用药即当扶下之阳,以协于和平。此三阳不足,为病之主脑也。”总之,“损之于何脏何腑,即在所发之处求之,用药自有定见”(《医理真传·卷二》)。具体用药则讲究圆通活法,“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·卷二》)。

当然应该指出,郑氏推重扶阳,并非一味追求温热,事实上他对阴虚、火热等阳证的辨治也积累了十分丰富的经验,而且也颇有特色。他不仅擅用姜、附等热药,而且也擅用硝、黄、石膏等凉药,对白虎汤、承气汤等清热泻火剂的使用都十分纯熟,亦堪借鉴,因其不属我们研究的重点,故不多作探讨。

下面举范中林、吴佩衡先生案例以资验证郑氏扶阳理论。

**偏枯(脑血管意外):** 陈某,女,65岁,成都市人。因“脑血管意外”患中风,左侧半身不遂已经8年,口嘴歪斜,流清涎不止。每年秋冬开始卧床,次年春天可扶床缓慢移步。1971年冬,病势沉重,患者一再告之家人:今冬难以熬过,命备后事,遂来求诊:入冬以来,畏寒蜷卧,重被覆盖,左侧半身不遂,骨瘦如柴,手足厥冷。头部发木,如盛盒内。脸面浮肿,面色苍

白。舌质淡，苔白膩。辨证：半身不遂多年，阳气日衰，属少阴寒化，阴寒内盛，阳虚水泛已极。急须回阳救逆，化气行水，以四逆汤并真武汤加减主之：制附片 120g 久煎，干姜 60g，炙甘草 60g，白术 30g，茯苓 30g，炮姜 60g，上肉桂 15g 冲服。上方服 1 剂后，全身发痒，如虫爬行。连服 4 剂，身上开始感觉轻松，头木之感渐消。上方随证加减：遇有外感风寒、关节疼痛，加麻黄、桂枝、细辛；阳气渐回，则姜附酌减。其后，又酌加入人参、黄芪、当归、菟丝子等，以增助阳益气、活血养血之效。如此坚持服药半年，面色渐转正常，浮肿消退，食欲倍增，四肢变暖，精神好转。1972 年 4 月已能起床，依靠拐杖或他人搀扶，能缓缓移步；同年 7 月，可丢掉拐杖而行。7 年来再未卧床不起，能料理家务（《范中林六经辨证医案选》）。

按：中风偏枯已经 8 年，病势沉重，若按通常治法，可能以益气活血为法，选用补阳还五汤之类套方。范氏观其舌证，认为少阴寒化，阴盛阳衰已极。故投大剂四逆汤，随证加减，始终以扶阳为法，充分体现了郑氏观点：“众人皆作中风治之，专主祛风化痰不效。予经手专主先天真阳衰损，在此下手……治之但扶其真元，内外两邪皆能绝灭，是不治邪而实以治邪，未治风而实以祛风，握要之法也。”范中林深谙此旨，在案中说道：“不能按一般中风之常规论治”，而是“治之但扶其真元”，始终用大剂四逆汤加味治之，终于起此 8 年沉痾，扶阳理论得以生动体现。

石淋(肾结石)：黄某，男，44 岁。以腰痛数年而住入昆明军区某医院治疗，经 X 线摄片检查，发现右肾肾盂有 10 粒结石影像，小如花椒，大至蚕豆，诊断为“肾结石”，因身体虚弱不能耐受外科手术，遂出院延吴佩衡先生诊治。腰痛已久，时有所发，痛如绞作，延及腰腹，下引宗筋，痛甚则神怯而畏寒肢

冷。小腹胀痛,小便短涩。饮食欠佳,精神缺乏。舌苔白滑而厚腻,脉沉迟无力。辨为肾脏寒极,寒湿不化,内结成石,以温肾扶阳温化之法主之,投以四逆汤加味:附片 60g,杜仲 10g,桂枝 30g,干姜 40g,茯苓 30g,上肉桂 10g 研末,泡水兑入,北细辛 6g,甘草 6g。服药 11 剂后,相继经尿道排出结石 4 粒,其中曾有一粒较大者,排出时嵌于尿道口,尿线中断,其痛非常,经用镊子夹出。X 线复查,尚余 6 粒结石,但影像均较前为小,原大如蚕豆者已不复见。唯因肾寒日久,腰尚冷痛,结石未全排尽,其法不变,继以扶阳温化主之:附片 100g,干姜 50g,狗脊 10g,北细辛 6g,苡仁 30g,桂枝 30g,上肉桂 10g(研末,泡水兑入),甘草 10g。因服药有效,信心不移,连服不断,病情大减,食增神健,体质大为好转,前后相继数十剂,腰痛已不复作,开始恢复工作。再以上方加减,数月后,最后一粒结石亦随尿排出(《吴佩衡医案》)。

**按:**见石不治石,而能成功排石,靠的是“治之但扶其真元”,从扶阳入手,用大剂四逆汤加味,生动的体现了扶阳理论的威力。全案始终未用一味排石药,竟能愈此结石重症,令人敬佩。

**慢性前列腺炎:** 张某,男,57 岁。慢性前列腺炎反复发作 3 年。开始仅尿频,睾丸不适。服中药清热利尿剂数付,即告缓解。其后屡犯屡重,不仅尿急,尿频,尿路灼痛,并常感生殖器冰冷麻木。曾用中西医各种方法治疗,服清热解毒利湿等中药 150 多剂,自觉症状有增无减,并发展至阳痿,全身瘫软,步履艰难,被迫全休。刻诊:恶寒蜷卧,肢体萎软,神靡,头晕,失眠,食欲大减。睾丸坠胀及腹,常感凉麻疼痛,小便浑浊频数,阳痿。面色萎黄暗黑,舌质淡白,白苔密布,根部苔淡黄厚腻,脉沉微细。此为少阴阳衰,阴寒内盛,法宜补阳温肾,散寒



止痛,以四逆汤加上肉桂主之:川附片 120g 久煎,干姜 120g,炙甘草 60g,上肉桂 15g 研末冲服。连服 3 剂,少腹和睾丸坠胀疼痛减轻,小便色转清,尿频也好转,阳气渐复,前方附子、干姜减至 60g;再加茯苓、炒白术以健脾除湿,继服 30 剂。头晕、失眠、恶寒、乏力,少腹及睾丸坠胀,均进一步减轻,生殖器凉麻感亦较前轻。舌质稍现红润,黄白厚腻之苔已减。继续温补肾阳,兼顾其阴,再佐以温中健脾,以四逆并理中加味主之:川附片 60g(久煎),干姜 60g,炙甘草 60g,党参 30g,上肉桂 10g,研末冲服,冬虫夏草 15g,宁枸杞 30g,菟丝子 30g,云苓 20g。服药 10 余剂,诸症继续好转,前列腺炎基本痊愈。同时,多年来之低血压、头昏、失眠等症,亦均消失。3 个月恢复工作(《范中林六经辨证医案选》)。

按:慢性前列腺炎,一般都从湿热论治,多用套方套药,其实效果并不可靠。验之临床,本病多有属于阳虚证型者,奈何湿热者认同多,阳虚者辨识少,乃至错认虚实,治之越旋越远尚不觉,皆是不识阴阳之过也。本案前曾服用清热解利湿中药多剂,病情有增无减,亦可见其治未中的。范氏“功夫全在阴阳上打算”,从阳虚阴盛着眼,“治之但扶其真元”,摒弃一切清热利湿之药,以大剂四逆汤治之,3 个月治愈 3 年痼疾,尽显火神派风格。

**支气管哮喘:**刘某,男,49 岁。10 余年前,患慢性支气管炎,后发展为哮喘,经常发作,每冬必重。医院确诊为“支气管哮喘”、“肺气肿”,久治未愈。1978 年 7 月来诊。刻诊:气紧,心累,乏力,偶有咳嗽,痰少,清稀色白。体稍胖,两颧赤暗,唇乌,舌淡白,苔灰白厚腻。时值伏天,哮喘虽未大作,病根犹存。证属少阴,法宜扶先天之元阳,镇纳浊阴之气,以四逆加味主之:制附片 60g(久煎),干姜片 60g,炙甘草 18g,上肉桂

15g,生白术 30g。二诊:上方加减服 20 余剂,诸症皆减。活动后仍觉气紧、心累。舌质仍淡,苔腻稍退,守原法再进。又服 20 余剂,气紧、心累明显减轻。双颧暗赤色稍退,舌质微现淡红,苔厚腻减。为巩固疗效,拟四逆、理中合方加味,配成丸药,坚持服用两月,处方:制附片 150g,干姜片 150g,炙甘草 60g,红参 30g,炒白术 120g,上肉桂 60g,宁枸杞 120g,菟丝子 120g,紫河车 120g。共研细末,加红糖为丸,如枣大,每日 2 次,每次 2 丸。经服药后,该年冬季与往年截然不同,在严寒之晨,可在室外打太极拳和跑步约 1 小时,坚持工作已一年多,咳喘未再发作(《范中林六经辨证医案选》)。

**按:**多年哮喘,宿根缠绵,逢寒则重,难以根治,已是该病通例。范氏着眼于少阴肾阳亏损,从“扶先天之元阳”入手,又是大剂姜、附,未用降气平喘化痰之类套方套药,而能愈此顽症,再次显示了扶阳理论的临床价值。

**虚损:**陈某,男,28 岁。1971 年,到西藏执行任务,长期风餐露宿,自觉指尖、手掌、下肢关节咯咯作响,继而面肿,心悸,腰痛,彻夜不眠。逐渐行走乏力,神疲纳呆。曾出现脑内如鸣,头顶发脱,心悸加重,动则气喘,身出冷汗,肢体皆痛,四肢麻木等证。至 1977 年 1 月 3 日,自觉口内从左侧冒出一股凉气,频吐白泡沫痰涎,胸中如有水荡漾,左耳不断渗出黄水,听力减退,走路摇摆不定。血压 70/50mmHg。同年 5 月 22 日,突然昏倒。面部及双下肢浮肿加重,头昏胀难忍,转送某医院会诊。左半身痛、温觉明显减退,左上肢难举。结论为:“左半身麻木,感痛觉障碍,左上肢无力,水肿待诊。”数年来,服中药千余剂无效。1977 年 9 月,转来就诊。

**初诊:**面部与双下肢肿胀,左半身及手足麻木,四肢厥冷,脑鸣,头摇,神疲,心悸,失眠,记忆力及听力减退,身痛,胁痛。

口中频频冒冷气，吐大量泡沫痰涎，纳呆，大便稀薄，小便失禁。舌质暗淡、胖嫩，边缘齿痕明显，苔白滑厚腻而紧密，脉沉细。此为少阴寒化，迁延日久，阴盛阳微，气血亏损，已成坏病。法宜回阳救逆，化气行水。以四逆汤、真武汤加减主之。处方：制附片 120g 久煎，干姜 60g，生姜 120g，炙甘草 30g，茯苓 30g，白术 30g，桂枝 10g，辽细辛 6g。上方服 20 剂，脑鸣消失，心悸好转，面部及下肢浮肿显著消退，小便失禁转为余沥。守方略作改动，续服 10 剂，口中已不冒凉气，神疲、肢冷、纳呆、便溏均有好转，但仍不断吐白沫。少阴阳衰日久，沉寒痼冷已深，积重难返。法宜益火消阴，温补肾阳，以四逆汤加上肉桂，嘱其坚持服用。可连服四、五剂后，停药两天，直至身体自觉温暖为止。处方：制附片 60g 久煎，干姜 30g，炙甘草 30g，上肉桂 10g 冲服。上方连服半年，全身肿胀消退，摇头基本控制，身痛和手足麻木显著减轻，心悸明显消失，吐白沫大减，二便正常。血压回升到 120/80mmHg，身体逐渐恢复正常，重新工作（《范中林六经辨证医案选》）。

按：范氏认为，本例初诊时明显可见三阴俱病，五脏皆虚。全身虚寒十分明显。“病情虽复杂，其症结实属少阴寒化，心肾阳微，尤以肾阳衰败为甚。所谓‘五脏之伤，穷必及肾’。故抓住根本，坚持回阳救逆，益火消阴，大补命门真火，峻逐脏腑沉寒，守四逆辈，连服半载，多年痼疾始得突破。”

## 二、擅用姜附，独树一帜

理论上郑钦安推崇扶阳原则，在具体遣方用药上，则以擅用附子、干姜、四逆汤等温热方药著称，形成非常鲜明的用药风格，以致人誉“郑火神”、“姜附先生”。

在扶阳法中郑氏最推崇的药物是附子，道理何在？他说：

“用药者须知立极之要而调之。”“热不过附子，甜不过甘草，推其极也。古人以药性之至极，即以补人身立命之至极，二物相需并用，亦寓回阳之义。”“非附子不能挽欲绝之真阳”。郑钦安反复提到：“附子大辛大热，足壮先天元阳。”“能补坎中真阳，真阳为君火之种，补真火即是壮君火也。”“桂、附、干姜，纯是一团烈火，火旺则阴自消，如日烈而片云无。况桂、附二物，力能补坎离中之阳，其性刚烈至极，足以消尽僭上之阴气，阴气消尽，太空为之廓廓，自然上下奠安，无偏盛也”（《医理真传·卷二》）。总之，他认为附子为热药“立极”之品，用以“补人身立命之至极”的元阳，自是顺理成章。后来祝味菊先生称附子“为百药之长”，唐步祺先生称“附子为热药之冠”，应该都是从郑氏对附子的推崇演绎而来。归纳郑钦安擅用附子干姜的经验和独特风格，可以概括为广用、重用、早用、专用等几个特点，下面分别述之。

### （一）广用

郑钦安治疗阴证几乎方方不离附子，认为：“凡一切阳虚诸症，如少气、懒言，身重、恶寒、声低，息短，舌润、舌黑，二便清利，不思水饮，心悸，神昏、不语，五心潮热，喜饮热汤，便血，吐血，闭目妄语，口臭难禁，二便不禁，遗尿遗屎，手足厥逆，自汗，心慌不寐，危候千般，难以枚举，非姜、附何以能胜其任，而转危为安也乎？”（《伤寒恒论·问答》）仲景应用附子，以“脉微细，但欲寐”为指征，病至少阴方用。郑氏则提出“凡一切阳虚诸症”均可应用，不必等到病至少阴方用。显然，郑氏扩大了附子的使用范围。

纵观郑氏广用附子，主要有两种形式：

其一，直接以附子为主药，最常见的就是四逆辈。他在论述四逆汤的功能时说道：“凡世之一切阳虚阴盛为病者为皆可

服也”（《医理真传·卷二》）。“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·卷四》）。显然，郑氏扩展了四逆汤的治疗范围。

其二，在应症方剂中另加附子。最典型的就是理中汤加附子，即附子理中汤。这是因为“下阳为上中二阳之根，无下阳即是无上中二阳也”（《医理真传·卷二》）。凡见阳虚，均可加用附子。例如治上焦阳虚怔忡心悸，方用桂枝龙骨牡蛎汤，“再重加附子”。“加附子者，取其助真火以壮君火也”（《医理真传·卷四》）。又如治头面畏寒者，“法宜建中汤加附子”。鼻渊、鼻浊而流清涕者，缘由阳衰不能统摄津液，治以封髓丹加安桂、吴萸。“甚者，加姜、附二三钱，屡屡获效”（《医法圆通·卷一》）。

后世如祝味菊等火神派名家在应用阳和汤、小青龙汤、当归四逆汤、补中益气汤、六君子汤等名方时善于加入附子，应该说都是这种广用附子的体现。

## （二）重用

郑钦安认为：“阴盛极者，阳必亡，回阳不可不急，故四逆汤之分两，亦不得不重”（《医理真传·卷三》）。其书中随处即有“峻补坎阳”、“大补元阳”、“大剂四逆汤”之语。例如，他治疗阴证口臭，“予曾治过数人，虽见口臭，而却纯阴毕露，即以大剂白通、四逆、回阳等方治之。”若二、三剂后不见症减，认为病重药轻，“仍宜此法重用多服”（《医法圆通·卷一》）。可以说，他擅用附子，不仅体现在广泛应用附子上，更主要的是体现在重用附子的剂量上。虽然郑氏没有留下医案，但据唐步祺先生讲，郑氏用附子常至 100g、200g……超越常规用量，可谓前无古人。很多文献都记载“他常用大剂姜、桂、附等辛温

燥烈之药，治愈阳虚重证而饮誉蜀中。”能用附子也许并不难，能用超大剂量者方显胆识与风格，人们称之为“郑火神”，也许更多的是惊叹于他所使用的超常剂量。仲景应用附子，最大量是3枚（桂枝附子汤及白术附子汤），约合今80g，而且主要用于治疗寒湿痹痛。用于回阳时，四逆辈类方最多不过大附子一枚，约合30g。所以郑氏用量显然超过仲景，这正是火神派超常之处，显出其独特风格。后世火神派传人如吴佩衡、范中林、唐步祺、李可、卢崇汉等用附子也常至100g、200g甚至更多，确实显出鲜明的用药风格。后人常常议论火神派的惊世骇俗，主要就指他们投用附子时的超常剂量，“令人咋舌”。郑氏在其书中未提到重用附子时须先煎，而祝、吴、范氏等用附子时均倡导先煎1~3个小时，这一点应该提醒注意。

### （三）早用

郑氏扶阳，提倡早用姜附，“务见机于早”，稍见阳虚端倪即应用之，免致虚阳上浮、外越甚至酿成脱症，延至病势严重时才用。他在论述四逆汤时指出：“细思此方，既能回阳，则凡世之一切阳虚阴盛为病者为皆可服也。何必定要见以上病形（指头痛如裂、气喘促等阳虚欲脱之状）而始放胆用之，未免不知几也。夫知几者，一见是阳虚证而即以此方，在分量轻重上斟酌，预为防之，方不致酿成纯阴无阳之候也。酿成纯阴无阳之候，吾恐立方之意固善，而追之不及，反为庸庸者所怪也。怪者何？怪医生之误用姜、附，而不知用姜附之不早也”（《医理真传·卷二》）。四逆汤本为阳虚厥逆而设，不要等到阳虚欲脱时才用，“务审机于先”，他强调“凡见阴气上腾诸症，不必延至脱时而始用回阳，务见机于早，即以回阳镇纳诸方投之，方不致酿成脱症之候……凡见阳之下趋诸症，不必定要现以上病情（指四肢厥逆，二便失禁已成脱症）而始用逆挽，务审机

于先，即以逆挽益气之法救之，自可免脱症之祸矣”（《医理真传·卷一》）。清初医家张隐庵（1610～1674）早已认识到对阳衰之人应当早用附子：“凡人火气内衰，阳气外驰，急用炮熟附子助火之原，使神机上行而不下殒，环行而不外脱，治之于微，奏功颇易。奈世医不明医理，不识病机，必至脉脱厥冷，神去魄存，方谓宜用附子。夫附子治病者也，何能治命？”（《本草崇原》）

#### （四）专用

郑钦安与张景岳在理论上都重视阳气，但在具体用药上则大相径庭。张景岳温补讲究阴阳互济，熟地与附子常常同用，体现阴中求阳；郑钦安则专用姜附等纯阳温热之药，讲究单刀直入，不夹阴药。在《医法圆通》“阳虚一切病证忌滋阴也”一节中他明确表示：“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。若更滋其阴，则阴愈盛而阳愈消，每每酿出真阳外越之候，不可不知。”

他认为，扶阳专用温热药物乃是仲景所倡：“仲景为立法之祖，于纯阴无阳之证，只用姜、附、草三味，即能起死回生，并不杂一养阴之品，未必仲景不知阴中求阳乎？仲景求阳，在人身坎宫中说法；景岳求阳，在药味养阴里注解。相隔天渊，无人窥破，蒙蔽有年，不忍坐视，故特申言之”（《医法圆通·卷二》）。“今人亦有知得此方者，信之不真，认之不定，即用四逆汤，而又加以参、归、熟地，羁绊附子回阳之力，亦不见效。病家等毙，医生束手，自以为用药无差，不知用药之未当甚矣”（《医理真传·卷四》）。

他多次批评将阳八味（金匱肾气丸）视为扶阳必用的观点：“方中桂附二物，力能扶坎中真阳，用此便合圣经，何得又用熟地、枣皮之滋阴，阴邪既盛，就不该用此。丹皮之泻火，益

火而反泻火，实属不通”（《医法圆通·卷四》）。

不仅如此，他还认为人参是补阴药而非扶阳之品，“用为补阳回阳，大悖经旨”，与景岳视人参为温阳要药截然不同。“仲景不用参于回阳，而用参于大热亡阴之症以存阴，如人参白虎汤、小柴胡汤之类是也。”“至于阴盛逼阳于外者，用参实以速其阳亡也”（《医理真传·卷三》）。应该说郑氏这些观点，确实言之有理，持之有据。

### 三、阳药运行，须知反应

桂、附、干姜等辛热之品大多药性峻猛，古人即有“桂枝下咽，阳盛则毙”之训，而且附子具有一定毒性，这些都使得医家畏之若虎，不敢轻用，加上喜清恶温、贪图平稳之流俗，无疑都影响了辛热药物的使用。此外，服用辛热药物确实可能引起一些不适之感，甚至剧烈反应，颇似“变证蜂起”，使得病人惊惧，医家疑惑，乃至中断用药，迷失正确治疗方向。《友渔斋医话》曾谓：“凉药误人，人不易觉；热药误人，一服便见……前人有用热药如君子，凉药如小人之喻，所谓君子者，苟有过人必知之。为人则可，药关人性命，用之不当，虽君子亦何取乎，况小人耶？”所言确是实情。

当然，在已经出现异常反应的情况下，继续使用辛热药物，确实存在风险，应当慎重。因此，弄清服用热药反应，判认其是正常还是异常反应，药误还是药效，病进还是病退，无疑是十分重要的问题，用郑钦安的话讲，“此道最微，理实无穷，学者当须细心求之。”

郑钦安认为，凡服药后常有“变动”，要知道这些变动有的是“药与病相攻者，病与药相拒者”，属于正常的药物反应，“岂即谓药不对症乎？”他擅用姜附，尤其对热药之反应有着丰富



的经验和深刻的体会，这也是其擅用姜附的重要体现。郑氏对服用姜附等热药反应的认识，集中体现在《医法圆通》中“服药须知”一节中，认真学习可以从中得到十分宝贵的经验。

他说：“初服辛温，有胸中烦躁者，有昏死一二时者，有鼻血出者，有满口起疱者，有喉干喉痛、目赤者，此是阳药运行，阴邪化去，从上窍而出也。以不思冷水吃为准，即吃一二口冷水，皆无妨。服辛温四五剂，或七八剂，忽咳嗽痰多，日夜不辍，此是肺胃之阴邪，从上出也，切不可清润。服辛温 10 余剂后，忽然周身面目浮肿，或发现斑点，痛痒异常，或汗出，此是阳药运行，阴邪化去，从七窍而出（此句疑为“周身”之误）也，以饮食渐加为准。服辛温 10 余剂，或 20 余剂，或腹痛泄泻，此是阳药运行，阴邪化去，从下窍而出也。但人必困倦数日，饮食懒餐，3、5 日自己。其中尚有辛温回阳，而周身反见大痛大热者，阴陷于内，得阳运而外解也，半日即愈。”

以上这些反应郑氏均认定为“阳药运行，阴邪化去”的正常反应，乃是药效，不可疑为药误。要知道，未服阳药之前，机体阴盛阳虚，正气无力抗邪，故无激烈的反应。服用阳药之后，阳气振奋，兴起抗邪，正邪交争，矛盾尖锐对立，故有形似异常，实则正常的剧烈反应。提示后学，这是正邪相争的关键时刻，切不可为表面现象所迷惑中断治疗，或改投清凉，误入歧途。

至于表现各异如“有胸中烦躁者，有昏死一二时者，有鼻血出者，有满口起疱者，有喉干喉痛、目赤者”，“忽咳嗽痰多，日夜不辍”，“忽然周身面目浮肿，或发现斑点，痛痒异常，或汗出”，“或腹痛泄泻”等等，乃是阴邪分别从上窍、从肺胃、从周身、从下窍等不同部位而出的原因使然，与邪气所在部位、药物作用脏腑有关。

由于胸中烦躁、鼻出血、满口起疱等症状似乎火热之象，容易令人疑惧，当此之时，郑氏提出一个辨识标准：“以不思冷水吃为准，即吃一二口冷水，皆无妨”，这提示津液未伤，并非过用或误用阳药所伤，这就设下了一条确认药效而非药误的底线。此外郑氏还提出一个辨识标准，“以饮食渐加为准”，提示脾胃健和，自是佳兆，毋庸自扰。还有，郑氏还提出这些“异常反应”，可自行消退，一般都能“三五日自己”，“半日即愈”等，无须过虑。这是由于正邪交争，“变证”遽发，随着正胜邪却，这些“变证”自然自行消退。这几条标准，深刻的把握了“阳药运行，阴邪化去”的病理变化本质，具有很高的临床指导价值，可让医家守定真情，坚持既定方案，“切不可清润”。

此外，郑氏还总结了其他一些服用热药之反应，如发热身疼、小便痛甚、口中异常气味等，均系切身体会，世人难以见识，均属“阳药运行，阴邪化去”的正常反应。如“久病与素秉不足之人，忽见身疼，而却不发热者，是里有寒也……但服温里之药，多有见大热身疼甚者，此是阴邪溃散，即愈之征，切不可妄用清凉以止之”（《医法圆通·卷三》）。又如淋证，“但服回阳等方，初次小便虽痛甚，而尿来觉快者，气机将畅，而病当解也。此道最微，理实无穷，学者当须细心求之”（《医理真传·卷二》）。还有，“阳虚阴盛之人，投以辛甘化阳二三剂，即有现口苦、口酸、口淡、口辛、口甘等味，又服二三剂，而此等病形即无。予仔细推究，皆缘真阳失职，运转力乖，兼之服药停积未去，今得辛甘化阳之品，运转复行，积滞即去，故口中一切气味出矣。昧者不识此理，见酸即治酸，见苦即治苦，鲜不增病。医理之微，不诚难哉”（《医法圆通·卷一》）。

当然，郑氏所论诸般反应，均系或然之症，并非必然发生或者同时发生，不得以此为定式，胶柱鼓瑟，他指出：“虽然邪

之情形，万变莫测，以上所论，不过略陈大意耳，学者须知。”后世火神派传人如吴佩衡、范中林等辈，皆对服用大剂姜附的反应积累了十分丰富的经验，使得他们临证之际进退自如，胸有成竹。

还有一个问题，辛热药物究竟要服用到什么程度为准呢？历来没有一个明确标准，一般多视病情缓解，症状消退而定，难以准确把握。郑氏积多年经验，在“服药须知”里提出了一个重要的判断原则，即“阳旺阴消，邪尽正复，方可了扶阳之品”。他说：“凡服此等热药，总要服至周身、腹中发热难安时，然后与以一剂滋阴。此乃全身阴邪化去，真阳已复，即与以一剂滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，而阳有所依，自然互根相济，而体健身轻矣”（《医法圆通·卷三》）。在“阳旺阴消，邪尽正复”的原则下，郑氏提出了一个非常具体的判断标准，即“总要服至周身、腹中发热难安时，然后与以一剂滋阴。”同时，顺势提出来善后处理方法，即“与以一剂滋阴”。值得注意的是，对滋阴之品为何要限定为“一剂”？此中自有奥理。因滋阴药物性多寒凉滋腻，多用恐有伤阳之虞，导致阴邪复生，病变反复，故而限定为“一剂”。郑氏未提滋阴的具体方药，据火神派传人唐步祺先生经验，他用的是黄连阿胶汤，可供参考。

医界向有“投凉见害迟，投温见害速，投凉之害在日后，投温之害在日前”之习见，因此能够辨认热药反应，守定真情不变，确实不易，诚如郑氏所言，“此道最微，理实无穷”，必须仔细推敲，精审详勘，方能识得真情。郑钦安对服用热药之反应以及疗效判断和善后处理等项，确有独特经验和深刻的体会，用起姜附热药来进退有据，应付裕如，达到精细入微的境地，见解超凡，发前人所未发，实为此老擅用附子的一个重要环

节,也是投用辛热阳药必须弄清的问题,万勿小觑。

下面介绍几则案例,展示吴佩衡、范中林先生如何掌握附子的用药反应,从中获取一些感性认识。

**胃痛:**徐某,男,年4旬余。患心胃痛症已20余年,经中西药物屡治未效,近则病情日见增剧,形体消瘦,面容不展。胸膈痞胀作痛,两胁满闷不舒,脘腹灼痛,痛极则彻于胸背,固定不移,从心下至脐腹隆起板硬如石,按之亦痛,腰背如负薄冰,凛凛而寒。时而泛酸上冲咽喉,呕吐黄绿酸苦涎水,心中嘈杂,知饥而不能食,唯喜烫饮,饮而不多。大便干结难解,小便短涩,手足不温,少气无力,入夜难寐。舌淡苔白滑腻,脉来沉迟,息间仅两至半,且短而弱。良由病久阳虚,真火内衰,阴寒内结,脾阳不运,无力以制水邪,肝郁不舒,挟寒水上逆犯胃凌心。阳虚为病之本,寒水泛滥为病之标,乃本虚标实之证,法当扶阳温散寒水之邪治之,先拟乌梅丸方一剂:附片100g,干姜30g,桂尖30g,细辛10g,黄连10g,焦柏10g,当归25g,川椒3g(炒去汗),党参3g,乌梅2枚。

服上方痛稍减,呕吐酸苦水已少。此病历经20余载,根深蒂固,邪实而证顽,欲除病根,非大剂辛温连进方能奏效。以吴氏多年体验,此证每于服药之后,或见脘腹增痛,或吐酸、便泻、小便色赤而浊等征象,可能一时有所表露,此乃药与病相攻祛邪之兆,若药能胜病,犹兵能胜敌,倘畏惧不专,何以克服!古云:“若药不瞑眩,厥疾弗瘳”。吴氏将此理告于病者,务期早除痛苦,病人则严然信守,遂以吴萸四逆汤加味治之:附片150g,吴萸18g,干姜60g,上肉桂18g(研末,泡水兑入),公丁5g,茯苓30g,白胡椒3g(研末,兑服),甘草15g。

服药后果如前言,一剂则痛反较增,二剂则腹中气动雷鸣,三剂则涌吐大作,吐出黄绿苦水盈盂,而后胸胃痞胀舒缓,

白滑苔渐退。更照原方附片量增至 200g,每日 1 剂,连进 10 剂,愈服越见吐,痛不减反有所增之势,小便色赤,但较长,已 10 余日不大便,诊视则白滑苔已退尽,但舌本透白而无血色,脉转缓和稍有神,仍喜滚饮而畏寒,正邪交作,势均力敌。仍照前法,再进不怠,拟方白通汤加上肉桂:白附片 300g,生盐附子 150g,干姜 150g,葱白 9 茎,上肉桂 10g(研末,泡水兑入)。连服二剂,大便始通,色黑如漆,腹痛,痞硬稍减,能略进饮食。再服数剂,大便则畅泻,色黑绿,臭不可当,脘腹疼痛及痞硬顿失其半,胃逆作酸已减少。此阴寒溃退,元阳渐复。照原方去葱白加茯苓 30g,砂仁 15g,白术 30g,甘草 18g。连进数剂,大便由稀而溏,色渐转黄,饮食渐增,舌质已略显红润之色,脉沉细一息已四至,腹中痞硬已消去八九,唯胃脘中仍感灼辣疼痛,时而吐酸水一二口,复主以乌梅丸方。服 3 剂,吐止痛减,食量增加,背寒肢厥已回温。唯形体枯瘦,精神尚差,胃中尚时而隐痛,继以桂附理中汤加黄芪,兼服乌梅丸,每日 3 丸。连服 10 余剂而愈,体健如常(《吴佩衡医案》)。

**按:**此例颇显吴氏胆识。进以大剂姜附,预先告以可能有所反应,令患者有心理准备。及至服药后果然“一剂则痛反较增,二剂则腹中气动雷鸣,三剂则涌吐大作”,进而“愈服越见吐,痛不减反有所增之势”,当此之际,一般医家恐难守持。吴氏不愧经验丰富,“仍照前法,再进不怠”,而且附子加量,让人领略火神派风格。

**下利虚脱(正伤寒):**黄某,男,11 岁。初感全身不适,病情逐渐加重,神志昏迷,高热至 40℃ 以上,腹泻。正值肠伤寒流行季节,省立医院确诊为“正伤寒”,认为病已发展至极期,已属不治。曾以大量犀角、羚羊角、紫雪丹等抢救。虽高热退,腹泻止,而病势却更加沉重,四肢冰冷,脉微欲绝,终至垂

危。初诊：连日来昏迷踈卧，面色灰白乌暗，形体枯瘦。脉伏微细欲绝，鼻尚有丝微气息。四肢厥逆，手足冷过肘膝，通体肢肤厥冷。此为病邪已由阳入阴，发展为少阴阴寒极盛，阳气顷刻欲脱之险恶阶段。急用驱阴回阳，和中固脱之法，以大剂通脉四逆汤一剂灌服急救。处方：川附片 120g（久煎），干姜 120g，炙甘草 60g。上方连夜频频灌服，翌日凌晨，家长慌忙赶来说：“坏了坏了，服药后鼻中出血了！”范氏回答：“好了好了，小儿有救了！”患儿外形、病状虽与昨日相似，但呼吸已稍见接续、均匀，初露回生之兆。宜继守原法，以通脉四逆倍加量再服。川附片 500g，干姜 500g，炙甘草 250g。先以肥母鸡一只熬汤，以鸡汤煎附片一个半小时，再入姜、草。服药后约 2 小时，患儿忽从鼻中流出紫黑色凝血两条，约三寸长，口中亦吐出若干血块。这时缓缓睁开双眼，神志开始清醒，并开口说：“我要吃白糕！”全家顿时破涕为笑。遂遵原方，再进 4 剂。患儿神志已完全清醒，语言自如，每日可进少量鸡汤等。面色青暗，舌质淡白乌暗，无苔。上肢可活动，开始端碗进食，下肢僵硬，不能屈伸，四肢仍厥冷。病已开始好转，阳气渐复；但阴寒凝聚已深，尤以下肢为甚。原方稍加大曲酒为引再服。次日下肢即可慢慢屈伸。再服 2 剂，能下床缓步而行。服至 13 剂，逐渐康复。患者 30 年后函告，身体一直很好（《范中林六经辨证医案选》）。

按：此例由于失治，病由阳入阴，阳气衰微，阴寒凝滞，故现面色灰白乌暗，脉伏细微欲绝，四肢通体逆冷，甚至昏厥不省。病势已发展至少阴寒化之危重阶段，属典型之四逆证，非急投大剂通脉四逆、回阳救逆不可。灌服后，患儿忽然鼻孔出血，家长惊慌失措，以为误用姜附必死无疑！不知此际一派阴气弥漫，周身气血趋于凝聚。通脉四逆汤回阳返本，峻逐阴

## 中医火神派探讨

寒，冰伏凝聚之血脉为之温通，血从上窍而出，实为通脉四逆推墙倒壁之功，初见起死回生之兆。范氏胸有定见，不为所惑，抓住转机，在原方基础上再加倍用药，姜、附均增至500g，凝结之血条血块，均被温通而逐出，终于转危为安。本例患儿在半月之内，每剂附子用量250~500g，累计6500g，此为范氏附子用量最重之案，经过30年检验，未见隐患。

**血栓性静脉炎：**杨某，男，32岁。双下肢小腿部位血管胀痛，皮色发青，双足冰冷，终日不能回温，稍多行走，则足软无力，胀痛难忍，步履维艰。昆明某医院诊断为“慢性血栓性静脉炎”，建议手术治疗，病者不愿接受，因而改服中药。吴佩衡先生视之，认为此系阳气内虚，寒湿凝滞下焦，阳不足以温煦筋脉，遂致寒凝血瘀，血脉不通而作痛。察其脉沉迟而涩，舌质含青，杂有瘀斑瘀点，主以温肾助阳，行瘀通络之法。方用：附片80g，干姜30g，桂枝50g，北细辛10g，伸筋草10g，桃仁10g(捣)，红花8g，甘草8g。初服则胀痛更甚，再服觉痛麻兼作，患者疑之，遂来复诊。告之此乃阳药温化运行，行瘀通脉之效果，再服无妨。照原方去桃仁加羌活9g，白芷9g，连服2剂则疼痛渐除，双足回温。在原方基础上加减散寒除湿活络之剂调治之，数剂而愈(《吴佩衡医案》)。

**按：**此例“初服则胀痛更甚，再服觉痛麻兼作，患者疑之”。吴氏胸有定见，“告之此乃阳药温化运行，行瘀通脉之效果，再服无妨。”若无经验者，恐怕只能改弦易辙矣。

### 四、常用扶阳方药举隅

郑钦安用药讲究精纯不杂，其用于扶阳之品主要是附子、干姜、生姜、炮姜、肉桂、桂枝、吴茱萸等，辅助用药主要有甘草、砂仁、半夏、丁香、茯苓等等。药味颇精，所谓“随拈二三

味，皆是妙法奇方”也。其中，“补坎阳之药，以附子为主”，自是首选药物。干姜用为补脾阳主药，桂枝用为补心肺阳气主药，肉桂用以补下焦阳气，兼善气化，小便不利者多用之。如“前后二便不利，三五日亦不觉胀，腹痛，舌青滑，不思饮食者……此下焦之阳虚，而不能化下焦之阴也。方用四逆汤加安桂”（《医理真传·卷二》）。吴茱萸用为厥阴主药，如“病后两乳忽肿如盘，皮色如常，微痛，身重喜卧，不思一切饮食者……此阴盛而元气发于肝胃也。乳头属肝，乳盘属胃，故决之在肝胃也。此病当与附子理中汤加吴茱萸”（《医理真传·卷二》）。又如“两胁忽肿起一埂，色赤如朱，隐隐作痛，身重，爪甲青黑者……此厥阴阴寒太盛，逼出元阳所致也。夫两胁者，肝之部位也，方用四逆汤重加吴茱萸”（《医理真传·卷二》）。凡见气机上逆者，多加砂仁、吴茱萸、半夏、丁香等，如：“反胃者……有因胃阳不足，中寒顿起，蔽其下行之机者，法宜温中降逆，如理中加吴萸、半夏之类是也”（《医理真传·卷四》）。

关于方剂，郑钦安提倡“经方、时方俱无拘执”，但作为一个伤寒学家，他确实偏重经方，擅用经方，有道是“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·卷四》）。因为经方已广为人知，这里不作详细介绍。

但四逆汤作为其最常用方，视为“补火种之第一方”，故将郑氏对此方的论述予以简介。他认为“四逆汤力能扶先天之真阳”，并非专为少阴立法，而上、中、下三部之法俱备，所以大大扩展了四逆汤的治疗范围。他说：“四逆汤一方，乃回阳之



主方也……姜、附、草三味即能起死回生，实有令人难尽信者。余亦始怪之，而终信之。信者何？信仲景之用姜附而有深义也。故古人云：热不过附子，可知附子是一团烈火也。凡人一身全赖一团真火，真火欲绝，故病见纯阴，仲景深通造化之微，知附子之力量能补先天欲绝之火种，用之以为君。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，故曰回阳。阳气即回，若无土覆之，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，此方胡可忽视哉”（《医理真传·卷二》）。

下面主要对郑氏自制的几个扶阳方剂作一介绍。

**潜阳丹**：用治阳气不足，虚阳上浮诸症。药物组成：砂仁 30g（姜汁炒），附子 24g，龟甲 6g，甘草 15g。郑氏解曰：“潜阳丹一方，乃纳气归肾之法也，夫西砂辛温，能宣中宫一切阴邪，又能纳气归肾。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，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，有伏火互根之秘，故曰潜阳”（《医理真传·卷二》）。

**姜附茯苓汤**：用治阳虚兼见痰湿诸症。药物组成：生姜 60g 取汁，附子 30g，茯苓 24g，半夏 21g。郑氏解曰：“姜附茯苓汤一方，乃回阳降逆、行水化痰之方也。夫生姜辛热，宣散壅滞之寒。附子性烈纯阳，可救先天之火种，真火复盛，阴寒之气立消。佐茯苓健脾行水，水者，痰之本也，水去而痰自不作，况又得半夏之降逆化痰，痰涎化尽”（《医理真传·卷二》）。

**补坎益离丹**：用治心肾阳虚诸症，尤以心阳不足为适应证。药物组成：附子 24g，桂心 24g，蛤粉 15g，炙甘草 12g，生姜 5 片。郑氏解曰：“补坎益离者，补先天之火，以壮君火也。

真火与君火本同一气，真火旺则君火始能旺，真火衰则君火亦即衰。方用附、桂之大辛大热为君，以补坎中之真阳。复取蛤粉之咸以补肾，肾得补而阳有所依，自然合一矣。况又加姜、草调中，最能交通上下”（《医法圆通·卷一》）。唐步祺曾治李某，男，60岁。心慌不安，脉搏120次/分，西医诊断为“心房颤动”。动则气喘，面容苍白无神，声音细小，两脚浮肿。怕冷，虽暑热炎天两足亦冰凉。口干口苦，咽喉干燥，口中无津液，但不思饮水，脉浮数。舌质淡红，苔白滑。乃师法郑氏用补坎益离丹治之，连服五剂，自觉咽喉干燥减轻，口中微有津液，无其他不良反应。附片用量逐渐增加至每剂200g，连续服20剂，精神好转，两脚浮肿消，不复畏寒，口中津液多，已不口干口苦，脉搏稳定在95~100次/分左右。继服用原方加补肾药物，如蛤蚧、砂仁、益智仁、补骨脂、仙茅、黄芪、人参等，续服20剂，脉搏85~90次/分，其他症状消失（《郑钦安医书阐释》）。

**姜桂汤：**生姜45g，桂枝30g。专扶上焦之阳，治鼻流清涕不止，喷嚏不休等症，“学者不可视为寻常，实有至理存焉”（《医理真传·卷二》）。

其实上录方剂，基本未离四逆汤方意，郑氏自谓：“阳虚篇内所备建中、理中、潜阳、回阳、封髓、姜桂诸方，皆从仲景四逆一方搜出”（《医理真传·卷二》）。毫无疑问，四逆汤是郑氏扶阳最为推崇之方，用为阳虚主方，能化裁推广治百余种病，此为郑氏一生最得力处。

**封髓丹：**黄柏30g，砂仁21g，甘草9g。本方原出于元代《御药院方》，功能“降心火，益肾水”。虽非郑钦安自拟，但郑氏非常推崇此方，认为“此一方不可轻视，余尝亲身阅历，能治一切虚火上冲牙疼、咳嗽、喘促、面肿、喉痹、耳肿、目赤、鼻塞、

遗尿、滑精诸症，屡获奇效，实有出人意外，令人不解者……至平至常，至神至妙”（《医理真传·卷二》）。广泛用治真气上浮各症，如鼻渊、鼻浊，“予治此二证，每以西砂一两，黄柏五钱，炙草四钱，安桂、吴萸各三钱治之，一二剂即止。甚者，加姜、附二三钱，屡屡获效。”头痛偏左偏右者，“予常以封髓丹加吴萸、安桂，屡治屡效。”还用治目中五彩光华等多种病症，难以枚举。

郑氏解释此方说：“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，况西砂辛温能纳五脏之气而归肾，甘草调和上下又能伏火，真火伏藏，则人身之根蒂永固，故曰封髓。其中更有至妙者，黄柏之苦合甘草之甘，苦甘能化阴。西砂之辛合甘草之甘，辛甘能化阳。阴阳合化，交会中宫，则水火既济，而三才之道，其在斯矣……仔细揣摩，而始知其制方之意，重在调和水火也。”有意思的是，郑钦安在此方之后竟附七绝一首，盛赞该方：

阴云四合日光微，  
转瞬真龙便欲飞。  
识得方名封髓意，  
何忧大地不春归。

并加以注释：“真龙即真火，或上或下，皆能令人病。在上则有牙痛、喘促、耳面肿痛诸症。在下则有遗尿、淋浊、带诸症。学者苟能识得这一点真阳出没，以此方治之，真有百发百中之妙”（《医理真传·卷二》）。对封髓丹一方赏爱之情跃然纸上。后世火神派传人如吴佩衡等常将此方与潜阳丹合而用之，名之为潜阳封髓丹。

我们知道,各家医派在创立自己的学说时,有一个典型现象,即所有的开山宗师,都创立了一些体现自己学术思想的代表方剂,至今仍为我们所习用,当然已成名方,几乎可以和经方相媲美,这是各家学派一个特点。举例来说,补土派的李东垣创立了补中益气汤,滋阴派朱丹溪创立了大补阴丸,温补派代表张景岳创立了大补元煎、左右归丸、桑菊饮、银翘散则是温病派的代表方剂。那么火神派有没有自己的代表方剂呢?有,它就是郑钦安创立的潜阳丹、补坎益离丹、姜附茯苓汤等,它们应该和以上那些名方并列一起,流传后世。可以说,作为一个非常成型、非常系统的独立学派,火神派连创立一些代表方剂这个特点它都具备,所以说它可以毫无愧色的驻立于各大医派之间。

### 五、经方法度与经典火神派

任何一个学派都有自己的一套遣方用药特色,火神派当然也有自己的方药法度。和其他医派相比,火神派的用药法度恐怕更鲜明,更有个性。如果把金元四家的脉案和火神派名家吴佩衡、范中林等人的放在一起,可以一眼辨认出哪个是火神派开的方子,其特点可谓鲜明。

由于火神派根源于伤寒派,所以用药具有明显的经方法度。其用方大多是经方,常用的仅数十方而已。凡外感多用麻黄汤、桂枝汤、麻黄附子细辛汤;治上焦用补坎益离丹、姜桂汤等;治中焦用理中汤、甘草干姜汤、黄芪建中汤等;治下焦用四逆汤类及乌梅丸等,当然还包括郑钦安创制的潜阳丹等。

常用药物以附子、姜、桂等为代表,尚不及《伤寒论》所用的一半,风格简练,特色鲜明。无论经方或时方,其处方药味少,剂量重,每方用药多在3、5味、7、8味之间,加减不过1、2

味、2、3味，决不乱堆砌药物，更无所谓“广络原野”之芜乱，精纯不杂，法度甚严，达到郑钦安所谓“理精艺熟，头头是道，随拈二三味，皆是妙法奇方”（《医法圆通·卷一》）的境界，这就是郑钦安的用药风格。具有这一用药风格者，作者称之为“经典火神派”，即较为忠实的继承了郑钦安的学术思想，选方用药带有明显的郑氏风格。尤其讲究单刀直入，不滥加其他药物，仅此一点即可显示出与温补派的不同。按此标准衡量，吴佩衡、范中林、唐步祺等先生可谓经典火神派，观其医案具有显明的经方法度和郑氏风格，与广义火神派比较，经典火神派更善于重用附子。

经典火神派是一种较为纯正的境界，一般人不容易达到。作者强调，分广义火神派和经典火神派纯粹是出于研究的需要，没有孰高孰低的问题。不是说经典火神派就比广义火神派高明，广义火神派就不如经典火神派，绝无此意。实际上广义火神派恰恰延伸了火神派的学术思想，开拓了用药思路，尤其是附子的运用，丰富了火神派的临床经验。比如祝味菊先生的温潜法，用附子配以龙齿、磁石、枣仁、茯神；李可先生“破格救心汤”中四逆汤与人参、山茱萸的合用；补晓岚先生的“补一大汤药”融温辛于一炉，有病治病，无病强身的思路……，都有着广泛影响。

## 六、坚持辨证，绝非滥用

在有关火神派的争议中，不少人对其擅用附子提出非议，这里既有偏见成分，也有对各家学说特点的无知。事实上，各家学说基于各自的理论主张，在选方用药上都会有一套自己的特色。如攻下派擅用大黄，寒凉派擅用石膏、黄连，李东垣擅用黄芪、升柴，张景岳擅用熟地等等，都是众所周知的，是否

说他们用药过偏呢？比较而言，火神派擅用附子的特色更为突出罢了。某些人口口声声称火神派用药太偏，以为附子药性峻烈，大热有毒，想当然的认为不该多用，更不能重用，否则“随手乱投杀人无数”。其实历史上早就有人说得比此辈还要玄乎，《本草崇原》就称有人“甚至终身行医，而终身视附子为蛇蝎。每告人曰：附子不可服，服之必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必内烂五脏，今年服之，明年毒发。”说到底，是他们自己存在偏见，不排除某些人“视附子为蛇蝎”，乃至终身行医不敢用、也不会用附子，反而对火神派横加指责。

郑氏反复批驳了世习对附子等药的偏见，其一是“阴阳不明”，当用而不会用：“世人畏附子、干姜，不啻砒毒，即有当服附子，而亦不肯服者，不胜屈指矣。嗟呼！阴阳不明，医门坏极”（《医法圆通·卷二》）。其二是喜清恶温，专究平稳，当用而不敢用：“只因世风日下，不究病之阴阳，专究方药之平稳。不知水懦弱，民狎而玩之，多死焉；火猛烈，民望而畏之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人……学者苟能洞达阴阳之理，自然头头是道，又奚疑姜、附之不可用哉”（《医法圆通·卷四》）。

郑氏擅用姜、附，绝非一概滥用，而是在准确辨证，认定阴证的前提下施之，“不知予非专用姜、附者也，只因病当服此……予非爱姜、附，恶归、地，功夫全在阴阳上打算耳”（《医法圆通·卷四》）。“总之用姜、附亦必究其虚实，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？”（《伤寒恒论·太阳少阴总论》）请看，“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？”说得再明白不过了，何偏之有？

此外,更不存在“病在阳者,用阳化阴”,用附子治疗阳证的问题,因为郑钦安从未说过这种话。

综上所述,可以看出郑氏擅用姜、附确实别具一格,多有创见。其广用附子,重用附子,独树一帜,某些方面超过仲景,自成一套学术体系乃至创立了火神派。任应秋先生曾说:“郑氏治疗三阴证,确是颇有盛誉,运用附子量重而准”(《任应秋医论集》),唐步祺先生称其“擅用大剂量姜、桂、附以回阳救逆,拯人于危。其于阳虚辨治所积累之独到经验,实发前人之所未发,乃祖国医学之瑰宝,千古一人而已!”两位所评确是公允之论,郑氏理论在医坛上无疑应该占有一席之地。



#### 第四节 详辨阴证,多有创见

“万病起于一元伤损”,郑钦安推重阳气,临证时首先考虑阳气损伤情况,对阳虚阴盛亦即阴证有着丰富的经验和全面的认识。由于阴证表现复杂多变,且常有假象,人多不识,因此郑钦安对于阴证的辨识具有十分重要的意义。为了论述方便起见,作者按其程度由轻到重分出纯阴之象、阴盛格阳(含虚阳上浮和虚阳外越)、阳虚欲脱三种证候,郑氏对其分别作了非常详细的论述,我们将其归纳为郑氏所论“阴证三候”或称“阴证三层次”。尤其是由阳虚衍化而出现的种种变证,如阴盛格阳、阳虚欲脱等证候的认识和论述细致入微,勘破重重迷雾,辨伪存真,指明阴火之证,有着独到而深刻的认识,这是他学术思想中最精华的部分。唐步祺称其“对仲景三阴病理法方药之发挥,实达精深入微之地步。”成都中医药大学的郭子光教授认为郑氏“于阳虚辨治所积累之独到经验,确是祖国

医学中一份珍贵宝藏。”即是指此而论。下面分而论之。

### 一、详辨阴证,揭示“真机”

纯阴之象为阴证第一层次,“三阳不足之症,所现纯是阴色,为其阳不足,而阴有余也。”哪些是判断阳虚证的“阴色”呢?在“辨认一切阳虚证法”中他指出:“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,浅黄润滑色,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。”这种“阳虚的真面目”,郑氏常常称为“阴色”、“阴象”、“寒形”,是辨认阴证的主要“实据”,又称为“阳虚辨诀”。我们在“阴阳两纲,各有实据”中已经论述。

为了更有条理起见,我们以“神色、形态、舌脉、口气、二便”各项为纲,将郑氏“阳虚辨诀”重新归纳如下:

神——目瞑倦卧,无神,声低息短,少气懒言。色——面色唇口青白,爪甲青。形态——身重畏寒,腹痛囊缩。舌——舌青滑,或黑润青白色,浅黄润滑色,强调舌润滑不燥。脉——脉浮空或细微无力。口气——必口吐清水,饮食无味,满口津液,不思水饮,即饮亦喜热汤。二便——二便必自利。这样应该更清晰了。

在临床实践中,遇到复杂疑似、阴阳难辨的证候,在上述阳虚辨诀中,郑氏更强调从神、口气、证象等方面来辨认“阳虚的真面目”,这是郑氏非常独到之处。

其一,以神为重。凡“所现脉息、声音、面色、饮食、起居,一切无神”者,皆为阴证(《医理真传·卷四》)。例如他在辨治“谵语”一症时,就是以无神为准,“不问发热、汗出、谵语、口



渴、饮冷，但见无神，便以大剂回阳饮治之，百治百生。”显然，这是符合“上工守神”经旨的。

**其二，重视口气，即口中感觉。**在“辨口气”中指出，凡“气有余（阳证）：所现气粗，气出蒸手，出言厉壮之类。气不足（阴证）：所现气微，气短，气冷，出言微细之类。”特别是要询问口渴与否，进一步探明是渴喜热饮还是渴喜凉饮，往往由此判决阴阳，郑氏所谓“饮冷饮滚（指滚烫热水）兮，阴阳之行踪已判。”此外，郑氏特别提出，要看呼出之口气是“气出蒸手”还是“气冷”，借以辨别阴阳。有时在错综复杂、阴阳难辨之际，凭此一点就可作出判断，这是他非常独特的辨证方法。例如郑氏在判断“身冷如冰，形如死人”一症时，就是这样求证的：“病人八九日，初发热，口渴饮冷，二便不利，烦躁谵语，忽见身冷如冰，形如死人。此是热极内伏，阳气不达于外，证似纯阴。此刻审治，不可粗心，当于气口中求之，二便处求之。予经验多人，口气虽微，极其蒸手，舌根红而不青，小便短赤。急宜攻下，不可因循姑惜，切切不可妄用姜、附”（《医法圆通·卷三》）。

**其三，脉无定体，认证为要。**当脉病不符时，舍脉从病。在“辨认脉法”中，指出倘病现阴色，而脉见浮、洪、实、数等阳脉，脉病不合之际，不为脉所囿，“舍脉从病”，判为阴证，反之亦然（《医理真传·卷四》）。郑氏所谓“病”，是指证候表现，这一点是很独特的地方。作者临床中遇到“病现阴色”，而脉见“浮、洪、长、大、实、数、紧之类”阳脉，通常均“舍脉从病”，判为阴证，用附子类热药，未见失误。

进一步探讨郑钦安关于阴证的辨认思路，我们还可以得出更精确的概念。

在《伤寒恒论》中，郑氏评点仲景“三阳合病”相关条文时，

提出了自己独立的看法。按“三阳合病”本指太阳、少阳、阳明三经同时发病，所现当是阳证。但郑氏并不拘泥于此，认为“其中实实虚虚，千变万化，实难窥测。有名为三阳，却非三阳”者。也就是说，郑氏对《伤寒论》中有所谓“三阳证”的判断并不认可，甚至可能是三阴证，关键在于如何认定其“阴阳实据”，“不可不详辨之”。那么，怎样详辨呢？郑氏指出：“有似此三阳者，余亦详而验之，但其人舌无苔而润，口不渴者，余即不按三阳法治之，专主回阳，屡试屡效”，也就是说，只要“其人舌无苔而润，口不渴者”，即使“有似此三阳者”，也按阴证处理，专主回阳，而且“屡试屡效”。这里，“舌润、不渴”四字乃认证关键。

在对三阳证使用汗下之法前，郑氏再次“详辨”：“学者务于未汗下时，详其舌之润与不润，舌之燥与不燥，口气之粗与不粗，口之渴与不渴，饮之喜凉喜热，二便之利与不利，而三阳合病之真假自得矣”，仍旧强调从舌象、口气、二便中判认“三阳合病之真假”。

在评点“伤寒脉滑而厥者，里有热也，白虎汤主之”这一条文时，郑氏对仅凭“脉滑而厥”就判为“里有热”主用白虎汤持有异议，认为还要看“其时口燥舌干欤？气粗口渴饮冷欤？”否则，就不一定是热证，“不可执一”。

在评点“少阴病，得之二三日，而口燥咽干者，急下之，宜大承气汤”这一条文时，对仅凭“口燥咽干”就定为“急下”之证，亦持异议，他说：“余每常见口燥咽干而不渴，舌尚润滑，小便清长，治之不外扶阳，阳气上升，则口燥咽干自愈。”显然，这是阳虚津不上承所致，与少阴火盛急须下之之证绝对不可混同，二者为阴阳之异。“若此证断为急下，务要察其口咽干而喜冷饮，气粗而蒸手，小便短赤痛，脉健有力，方可以主急下

法,否则断乎不可。”

归纳以上所论,可以看出判认是否真为热证反过来就是阴证时,反复强调以舌象、口气、二便表现为重点。仔细品味《伤寒恒论》的这几条论述,再结合“钦安用药金针”思考:“予考究多年,用药有一点真机,与众不同。无论一切上中下诸病,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,身疼头痛,目肿,口疮,一切诸症,一概不究,用药专在这先天立极真种子上治之,百发百中。”

我们可以归纳出郑氏判断阴证的“真机”主要就是:只要舌淡润口不渴,或渴喜热饮,无神,二便自利,“即外现大热,身疼头痛,目肿,口疮,一切诸症,一概不究”,统统按阴证看待,这就是郑氏强调的百发百中的“用药真机”。为了更有条理起见,以“舌脉神色口气便”为纲,将郑氏“用药真机”归纳如下:舌——舌青或舌淡润,满口津液。脉——脉息无神。神——其人安静。色——唇口淡白。口气——口不渴,即渴而喜热饮。二便——二便自利。

它突出舌象、口气以及二便这一点在辨认阴证(反过来就是阳证)时的重要意义。其中,舌淡与否和口气反映的是机体是否有热,苔润与否反映的是津液是否耗损,这两点在辨认阴证时至为关键。比较而言,从“阳虚辨诀”到“用药真机”,使得我们辨认阴证的思路更简捷、更精确了。

在郑氏学说中,“钦安用药金针”一节具有十分重要的地位。可以想象,此老即将完成《医理真传》这一火神派的奠基之作时,也许在想,还有什么重要的话应该强调一下呢?几经思考,他满怀激情的写下了这节“钦安用药金针”,提出“用药真机”这一重要概念,归纳了他对阴证、阳证的精辟认识和用

药心法,堪称郑钦安著作中最重要、最精彩的一段论述,值得反复玩味。

临床上,寒热疑似、阴阳难辨这种复杂局面,最是关键时刻,所谓识见不明,“误用即死”的紧要关头。陈修园曾谓:“良医之救人,不过能辨认此阴阳而已;庸医之杀人,不过错认此阴阳而已。”可见识别阴阳的重要性。郑钦安在这方面总结出的“阴阳辨诀”进一步到“用药真机”,应该说是他一大贡献。

### 二、真气上浮,须识阴火

临床上见到阳虚阴盛,“满身纯阴”之证,由于证候单纯,从辨识阴阳的“实据”、“真机”着眼,辨识并不困难。关键是阳虚之证有很多变化,“往往多有与外感阳证同形,人多忽略”,或者“以为阴虚火旺”之证,容易感人。郑钦安十分注重阴盛逼阳的变证,亦即“三阴上逆外越”引起的真气上浮和虚阳外越证情,此即阴证第二层次,这是郑氏学术思想最独到、最精华的部分。毕生研究火神派的唐步祺先生评曰:“其于阳虚辨治所积累之独到经验,实发前人之所未发,乃祖国医学之瑰宝,千古一人而已!”当系指此而言。本节主要探讨阴盛格阳中最常见的真气上浮或称虚阳上越的辨识问题。

#### (一)阴盛逼阳,真气上浮

《素问·生气通天论》:“阳气者,烦劳则张”,“凡阴阳之要,阳密乃固。”郑钦安发挥经旨,揭示了肾阳的生理特性:“先天之真阳,喜藏而不喜露,藏则命根永固,露则危亡立至。”“真气命根也,火种也,藏于肾中……沉潜为顺,上浮为逆”(《医理真传·卷二》)。在此基础上,他揭示了肾阳“上浮为逆”的病机,“反复推明虚火之由”:“若虚火上冲等症,明系水盛,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。故经云：阴盛者，阳必衰。即此可悟用药之必扶阳抑阴也……历代注家，俱未将一阳潜于水中底蕴搜出，以致后学懵然无据，滋阴降火，杀人无算，真千古流弊，医门大憾也”（《医理真传·卷一》）。这就从病机角度指明了虚阳上越的机制。同时郑氏还指出，虚火上冲之证较之纯阴之象病情更为严重，“病至真气上浮，五脏六腑之阳气，已耗将尽，消灭剥削，已至于根也。经云：‘凡五脏之病，穷必归肾’，即此说也。”因此将其和虚阳外越归纳为阳虚的第二层次。

换个角度，他又讲了元气随人虚处而“发泄之机”：“阳气无伤，百病自然不作。阳气若伤，群阴即起，阴气过盛，即能逼出元阳，元阳上奔，即随人身之脏腑经络虚处便发。如经络之虚通于目者，元气即发于目；经络之虚通于耳者，元气即发于耳；经络之虚通于巅者，元气即发于巅，此元阳发泄之机”（《医理真传·卷二》）。郑钦安将病理情况下的这种“元阳上奔”称之为“真气上浮”或“虚火上冲”或“真阳上腾”，实际上亦即常说的“虚阳上越”。我们在讨论中仍沿用郑氏最常用的概念“真气上浮”。

## （二）假热真寒，人多不识

从证候角度讲，由于真气上浮，而见上热下寒，假热真寒之象，其上热者乃阴盛逼阳而上越之虚火，郑钦安称之为“阴火”，乃假热之证；其下寒者乃阴盛所致之真寒，此为病机本质。粗工不知，往往以为上热之“阴火”为火症或阴虚火旺。郑钦安用大量篇幅阐明真气上浮的假象与本质，特别指出，该证极易被误认为外感阳证和阴虚火旺，这是他最深刻的学术见解之一。他说：“真气上浮之病，往往多有与外感阳证同形，人多忽略，不知真气上浮之病大象虽具外感阳证之形，仔细推

究，所现定系阴象，绝无阳证之实据可验，学者即在此处留心，不可孟浪”（《医理真传·卷二》）。

“阳气过衰，阴气过盛，势必上干，而阴中一线之元阳，势必随阴气而上行，便有牙疼、腮肿、耳肿、喉痛之症，粗工不识，鲜不以为阴虚火旺也。不知病由君火之弱，不能消尽群阴，阴气上腾，故牙疼诸症作矣。再观于地气上腾，而为黑云遮蔽日光，雨水便降，即此可悟虚火之症，而知为阳虚阴盛无疑矣。”

“乃市医一见虚火上冲等症，并不察其所以然之要，开口滋阴降火，自谓得其把握，独不思本源阴盛阳虚，今不扶其阳，而更滋其阴，实不啻雪地加霜，非医中之庸手乎？余亦每见虚火上冲等症，病人多喜饮热汤，冷物全不受者，即此更足证滋阴之误矣”（《医理真传·卷一》）。在今日，如此误认者恐怕也不在少数。

### （三）欲辨假热，阴象为凭

那么怎样辨认真气上浮之证？关键就是根据“阴阳辨证”、“用药真机”，从病人的“阴象”中求之，这是郑氏关于辨证之最重要、最基本的原则。他反复强调：“大凡阳虚之人，阴气自然必盛，阴气盛必上腾，即现牙痛龈肿，口疮舌烂，齿血喉痛，大小便不利之病。不得妄以滋阴降火之法施之……辨察不可不慎，总在这阴象追求，如舌青、唇青、淡白、无神之类是也”（《医理真传·卷二》）。“总在这阴象追求”，就是辨认真气上浮的关键。

在《医理真传》卷二中，郑氏列举了31条真气上浮的病症进行辨认，如“齿牙肿痛”一症，“因真阳虚而阴气上攻者，其人齿牙虽痛，面色必青白无神，舌多青滑黑润、黄润、白黄而润，津液满口，不思茶水，口中上下肉色多滞青色而不红活，或白惨黄而无红色。”其人“齿牙虽痛”，形似火症，其他舌象、神色、

口气等俱为阴象，故知乃真气上浮之证。郑氏以此示范，告诫我们：“以上等情，不仅此症，一切阳虚病多见此情。”

又如“病人两唇肿厚，色紫红，身大热，口渴喜热饮，午后畏寒，小便清长，大便溏泄，日二三次，脉无力者”之症，郑氏辨析：虽“两唇肿厚，色紫红，身大热”，“近似胃中实火，其实非实火也。”从“口渴喜热饮，午后畏寒，小便清长，大便溏泄”来看，乃系“中寒之情形悉具”，“阴盛逼出中宫之阳”，方见两唇红肿等阴火之象。

再如午后面赤一症，“凡午后面赤，或发烧，举世皆谓阴虚，不知久病与素秉不足之人，阳气日衰，不能镇纳其阴，阴邪日盛，上浮于外，况午后正阴盛时，阳气欲下潜藏于阴中，而阴盛不纳，逼阳于外，元气升多降少，故或现面赤，或现夜烧，此皆阴盛之候，若按阴虚治之，其病必剧。”

#### (四) 头面诸症，须知阴火

从肾阳“沉潜为顺，上浮为逆”的病机出发，很明显，真气上浮最容易引起的就是头面五官诸疾，即所谓“上热”假象，他在论述“耳目口鼻唇齿喉”病变时指出：“各部肿痛，或发热，或不发热，脉息无神，脉浮大而空，或坚劲如石，唇、口、舌青白，津液满口，喜极热汤，二便自利，间有小便赤者，此皆为气不足之症，虽现肿痛火形，皆为阴盛逼阳之的候。市医往往称为阴虚火旺，而用滋阴降火之药极多，试问，有阴虚火旺而反见津液满口，唇舌青滑，脉息无神，二便自利者乎？”（《医理真传·卷四》）

归纳头面五官诸般“肿痛火形”，亦即阴火，或者说上部假热之表现，郑钦安指出很多征象，如牙痛龈肿、口疮舌烂、齿咽喉痛、头痛如劈、目痛如裂、目肿如桃、耳痒欲死、唇赤如朱、两颧发赤、腮肿、耳肿、喉痛、目赤颧红等症状外，众多医家还总

结了许多其他见症，如鼻衄、舌衄、头汗、面红如妆、口鼻燥热等诸多表现，可供我辈掌握，诸症且多呈昼轻夜重、夏轻冬重之特点。

由此给予我们最重要的启示，就是对于头面五官诸般“肿痛火形”，一定要有真气上浮的概念，要有阴火的概念，不要一见红肿热痛就只想到“阴虚火旺”，或者“外感阳证”，妄用滋阴降火之法，“实不啻雪地加霜”。郑钦安曾深刻指出，“后学懵然无据，滋阴降火，杀人无算，真千古流弊，医门大憾也。”可谓振聋发聩，令人警醒。

湖北麻城名儒敬云樵先生就此在《医法圆通》上眉批道：“齿牙肿痛，本属小症，然有经年累月而不愈者，平时若不究明阴阳虚实，治之未能就痊，未免貽笑大方，学者勿因其小而失之。”此语意味深长，不知有多少医家至今仍在重复着这种“貽笑大方”的错误。敬云樵先生为《医法圆通》总共做了 297 条批注，这一条最显见地。

综上所述，郑钦安关于真气上浮的认识和理论，所积累之独到经验，确实发前人之所未发，堪称郑氏学术思想中最独到、最精华的部分，在今日犹有深刻的现实意义。

### (五) 医案例举和临床经验

下面举火神派医家有关真气上浮各症的临床经验和若干案例，领略其理法方药特色。应当指出，本节所论病症均系按阴阳辨诀判为真气上浮即虚阳上越所引起者，实热或阴虚阳浮引起者不在此例，读者自当明察。

1. 齿牙肿痛 吴佩衡治案：孙某，男，38岁。受寒感冒，服辛凉解表银翘散一剂，旋即牙痛发作，痛引头额，夜不安寐，其势难忍。牙龈肿痛，齿根松动，不能咬合，以致水米不进，时时呻吟。舌尖红，苔薄白而润，脉虚数无力。辨为表寒误服辛



凉，寒邪凝滞经络，里阳受损，虚火上浮。治宜宣散经络凝寒，引火归元，纳阳归肾，方用潜阳封髓丹加味：附片 45g，炙龟甲 9g，肉桂 9g 研末，泡水兑入，砂仁 9g，细辛 5g，黄柏 9g，白芷 9g，露蜂房 6g，生姜 12g，甘草 9g。煎服一次，牙痛减轻，夜能安寐，再服则疼痛渐止。2 剂服毕，牙龈肿痛痊愈（《吴佩衡医案》）。

**按：**此属虚火上浮所致牙痛，极易误为实火。论其牙龈肿痛，舌尖赤红，似属外感火热。然从病史看，受寒感冒，服辛凉之剂，旋即牙痛，显然不符。舌尖虽红，但苔薄白而润，脉虚数无力，综合判断，属于“里阳受损，虚火上浮”，说到底是阴火。潜阳封髓丹正为此类证候而设，故而效如桴鼓。其方由潜阳丹、封髓丹二方合成。

**2. 齿衄** 吴佩衡治案：王某，男，32 岁。患龈缝出血已久，牙床破烂，龈肉萎缩，齿摇松动，且痛而痒，屡服滋阴降火之品罔效。余诊之，脉息沉弱无力，舌质淡，苔白滑，不思水饮。此系脾肾气虚，无力统摄血液以归其经。齿为骨之余，属肾，肾气虚则齿枯而动摇。脾主肌肉，开窍于口，脾气虚而不能生养肌肉，则龈肉破烂而萎缩。气者，阳也。血者，阴也。阳气虚则阴不能潜藏而上浮，阴血失守而妄行于血脉之外。法当扶阳以镇阴，固气以摄血，俾阴阳调和则血自归经而不外溢矣。拟方潜阳封髓丹加黑姜、肉桂治之：附片 60g，西砂仁 20g（研），炮黑姜 26g，上肉桂 10g 研末，泡水兑入，焦黄柏 6g，炙甘草 10g，龟甲 13g（酥，打碎）。服一剂稍效，三剂血全止，四剂后痛痒若失。连服 10 剂，牙肉已长丰满，诸症全瘳（《吴佩衡医案》）。

**吴氏原按：**附子、肉桂温补下焦命门真火，扶少火而生气，砂仁纳气归肾，龟甲、黄柏敛阴以潜阳，黑姜、炙草温中益脾，

伏火互根，并能引血归经，故此方能治之而愈。余遇此等病症，屡治屡效，如见脉数饮冷，阴虚有热者，又须禁服也。

李可治案：患者45岁，舌中有5分币大之光红无苔区，尿热而频，令服知柏八味丸5日不效，无苔区反扩大，且干裂出血，又见齿衄，诊脉沉细，不渴，膝以下冰冷，询知近年异常发胖，又见面色发暗，断为上假热，下真寒，予四逆汤1剂，附子用30g，干姜改姜炭，煎成冷服，因上有假热，故用热药冷服，偷渡上焦之法，于子时顿服，次日诸症均退，舌上生出薄白苔（《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》）。

按：对于阳虚格阳于上，上有假热的病人，李可提倡热药冷服。因为附子性大热，下焦寒极非此不能愈。但假热在上，热药热服则两热相争，格拒不纳。今把热药冷透，披上“冷”的伪装，入口凉爽，“骗”过咽喉一关，入胃则热性缓缓发挥，引浮游之假热归下而病愈，是极巧妙的治法。古人形象地比喻为“偷渡上焦”，此亦《内经》治则中的反佐法之一。

3. 口腔溃疡、复发性口疮（口糜） 唐步祺经验：治一口糜病人，先用炮姜甘草汤加桔梗2剂，继以附子理中汤4剂，最后用潜阳丹4剂而愈，“以后即用此方治愈这类患者数10人”。

吴生元经验：吴生元，1937年生，吴佩衡嫡子，云南中医学院附院主任医师。他用郑氏荐赏的潜阳封髓丹二方加减，“能清上温下，引火归元，纳气归肾，对于下元不藏，虚火上浮引起之上热下寒，寒热错杂证有显著疗效。”曾报道用治复发性口疮、虚火牙痛、皮炎、类风湿性关节炎四案。常用方：黄柏20g，砂仁、补骨脂、骨碎补、肉桂各15g，蜂房、细辛各8g，龟甲、山豆根、板蓝根、桔梗、甘草各10g。阳虚不甚，去附子，而用肉桂、补骨脂、骨碎补、细辛，多加山豆根、板蓝根、蜂房

(驱风攻毒)。四案基本方大致如是(《四川中医》2000年3期)。

4. 慢性咽炎、喉炎、扁桃体炎(乳蛾) 范中林治案:李某,男,36岁。1971年5月起,咽部有异物感,吞咽不利,并伴有项强、胸满、肩酸、背痛等症。某医院诊为“慢性咽炎”,服用炎得平、六神丸、四环素类,外用冰硼散治疗,病势不减。后服清咽利膈、泄热解毒中药半年,咽喉疾患益重,并现恶寒身痛,胸憋气短,胃腹胀痛,完谷不化等症,自疑“癌”变,思想负担沉重。于1972年2月来求范中林先生诊治。初诊:咽痛,咽咽如有阻塞,胸满,纳呆,便溏,头痛,咳痰,四肢清冷。舌质偏淡,苔微黄滑,脉弱无力。此病乃过服凉药,以致阳气虚微,复因旅途劳累,受风寒侵袭。本少阴喉痹,又兼太阳外邪。以麻黄附子甘草汤加细辛、生姜,扶阳解表,通达内外,处方:麻黄10g,制附片60g久煎,甘草20g,细辛3g,生姜30g。4剂后,头痛、胸满、咳痰俱减,余症无明显变化,原方再服4剂。身疼减,饮食增,便溏止,咽痛痹阻稍有好转。因肾阳虚衰,阴气上腾,痰湿上干清道,日久凝聚较深,致喉痹难愈。以大剂四逆汤壮阳驱阴,加上肉桂温营血,助气化,益火消阴,散寒止痛,处方:制附片120g久煎,干姜60g,炙甘草30g,上肉桂12g冲服,三剂。四诊:咽痛痹阻之证基本消失,精神大振。久病气血皆亏,应培补脾肾,以理中丸加阴阳平补之品,嘱其缓服,处方:党参30g,白术30g,干姜30g,制附片60g,上肉桂15g,紫河车30g,冬虫夏草30g,菟丝子30g,炙甘草20g,3剂。共研细末,水打为丸。日服3次,每次10g。月余病愈上班(《范中林六经辨证医案选》)。

按:喉痹之证,须分阴阳。本例喉痹,曾服大量清凉退热之品,病势不减反增。参之舌、脉诸证,显然与风热、燥热等邪

实上犯之喉痛有原则区别。由于少阴经脉循于咽喉，故咽喉疼痛属痹阻少阴者屡见不鲜。范中林先生曾经说：“口中少实火”，确实是阅历有得之谈。比如此例，客寒咽痛，喉痹日久，邪聚益甚，且少阴寒化之证突出。初诊时，太阳伤寒之表证比较明显，故首以太阳少阴两经同治，寓解表于温阳。再峻投四逆汤加味，以补命门，散寒滞，最后培补脾肾以收全功，处处顾护阳气，实属火神派风格。

李可治案：患者王某，男，45岁。患咽干痛，口舌生疮，用清火、滋阴诸法60余剂无效。渐至食少便溏，神倦，缠绵3个月不愈。其症日轻夜重，不渴尿多，四末不温，双膝冷痛，舌淡润，脉沉细。判为肾宫寒极，逼火上浮，“则成上假热，下真寒格局”，处以四逆汤加桔梗、益智仁：炙甘草60g，附子30g，干姜30g，桔梗、益智仁各10g，水煎冷服2剂，诸症已减七、八，续进2剂而愈（《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》）。

刘力红治案：曾治一咽喉肿痛患者，病已月余，抗生素、牛黄解毒片类已服半月，咽痛丝毫未减。诊见扁桃体肿大，满布脓点。口甚苦，舌淡，边齿印，脉沉细弱。察舌按脉，一派阴寒之象。视为龙火沸腾即郑氏所谓真气上浮所致，理应温潜。但顾及口甚苦一症，乃以小柴胡汤合潜阳丹，自以为必效无疑。5剂后仍无点滴之效。再诊舌脉仍是一派虚寒，毅然剔除小柴胡汤，纯用温热之剂，以郑氏潜阳丹加味治之：附子、砂仁、龟甲、炙甘草、桔梗、熟地。其中附子60g，炙甘草24g。5剂后，咽痛消失，脓点不见，扁桃体亦明显缩小（《思考中医》）。

按：此例咽痛，刘教授已从舌脉判为阳虚真气上浮，显出见识。只因“顾及口甚苦一症”，参以小柴胡汤，结果影响药效。后认准证情，“毅然剔除小柴胡汤，纯用温热之剂”，扶阳

收纳，终获良效。其实，以笔者看法，此例口苦之症，亦是真气上浮表现。刘教授在此案后，颇有感慨，写下一段话令人心动：“诸位要是信得过，且听我一句话，那就是抱定这个阴阳，朝于斯，夕于斯，流离于斯，颠沛于斯。果能如此，不出数年，包管大家在中医上有一个境界，也包管大家能够真正列入仲景门墙。”

5. 头痛 郑钦安经验：头痛偏左偏右者，“常以封髓丹加吴萸、安桂，屡治屡效。”

头面浮肿，身重欲寐者，倡用潜阳丹：砂仁 30g(姜汁炒)，附子 24g，龟甲 6g，炙甘草 15g。

唐步祺经验：用潜阳丹“治愈头痛如裂(即一般所说之脑震荡)患者多人，即以其无外感可凭，有阳虚之症足征，而断为阴气逼阳上浮，用潜阳丹一服即效，数剂痊愈。”

范中林治案：张某，男，38岁。1970年患头痛，逐渐加重，看书、写字时，头痛目胀尤甚。先后经几处医院，未明确诊断。至1976年10月，病情转剧而来诊：数日前头暴痛如裂，不敢睁眼。卧床休息并服药，仍阵阵发作。心烦、气短，四肢厥冷；面色青暗萎白，舌质淡而乌暗，边缘有明显齿痕，苔灰白薄润，脉沉微。此少阴阳衰阴盛证头痛，有阴阳格拒之象。法宜通脉回阳，宣通上下，以白通汤主之：制附片 60g 久煎，葱白头 60g，干姜 30g。连进 4 剂，头痛和精神好转。但阳衰阴盛日久，须兼顾太阴。法宜继用驱阴助阳，温中益气，以四逆合理中加味，配成丸药服用。处方：制附片 60g，干姜 30g，炙甘草 20g，生晒参 30g，炒白术 30g，茯苓 30g，上肉桂 15g，宁枸杞 20g，菟丝子 30g，10 剂，水打为丸。1979 年 7 月追访，3 年来，虽经常加夜班，头痛始终未犯。

镇纳浊阴，阴气上腾，有头痛如裂，如劈，如泰山压顶，有欲绳索紧捆者，其人定见气喘唇舌青黑，渴饮滚汤，此属阳脱于上，乃属危候，法宜回阳收纳为要，如大剂白通四逆之类，缓则不救。”认为头痛属少阴头痛者，亦屡见不鲜。诊断此证必须具备少阴病之主证，参之舌现淡白，皆应以白通、四逆辈主之（《范中林六经辨证医案选》）。

6. 鼻渊（鼻流清涕，经年累月不止）、鼻浊（鼻流浊涕，其色如米泔，或如黄豆汁，经年累月不止） 郑钦安经验：“每以西砂一两，黄柏五钱，炙甘草四钱，安桂、吴萸各三钱治之，一二剂即止，甚者加姜附二三钱，屡屡获效。即甘草干姜汤加桂尖、茯苓亦可。”

### 三、虚阳外越，多有创见

郑钦安揭示的阳虚衍化而出现的变证中，阴盛格阳是阳虚第二层次，含真气上浮和真气外浮两种情况，这二者的病机都是一个，即“阳虚不能镇纳阴气，阴血上僭外越”，“此症（指真气外浮）又与上热下寒同，但上下内外稍异耳。病形虽异，总归一元。”故郑氏在论述时，二者常常混同并谈。究竟说来，二者毕竟有“上僭外越”之不同，不仅在部位而且在症状方面均有所不同。真气上浮是格阳于上，又称“虚阳上越”，“虚火上冲”，症状偏于头面五官局部诸疾，以红、肿、疼痛等“阴火”之象多见，在上篇中已经作了重点介绍。而真气外浮则是格阳于外，又称“虚阳外越”，症状偏于全身，以发热、发斑、肿块、汗出等症多见，亦是“阴火”之象。当然临床上亦有上僭外越并见者。

比较而言，虚阳外越比真气上浮病情更加严重。例如：“病人牙齿肿痛二三日，忽皮肤大热，而内却冷甚，欲厚被覆

体,有时外热一退,即不畏寒者”一症,郑氏认为,“病人牙齿肿痛二三日”,并无阳证可凭,“已知其阴盛而元气浮也”。以后皮肤大热,而内却冷甚,欲厚被覆体,则“明明元气尽越于外,较牙痛更加十倍”(《医理真传·卷二》)。本节主要介绍虚阳外越的表现。

从病机角度讲,虚阳外越与真气上浮的发病机制是一致的,均为“三阴上逆外越”引起。“阳气若伤,群阴即起,阴气过盛,即能逼出元阳”,元阳上奔则有真气上浮之症;元阳外奔则有虚阳外越之症。归纳郑氏观点,虚阳外越还与几种因素或者说辨证要点有关:

其一,是“久病与素秉不足之人”,其阳气必然受损,可致虚阳外越。

其二,药误,比如“服克伐宣散太过之人”,阳气受损,也可导致虚阳外越。

其三,午后发病或病情加重者,提示阳虚外越。

其四,有大吐大泻大汗病史,吐泻发汗过度,均可伤及阳气,引起虚阳外越。

从证候角度讲,由于真阳不足,虚阳外浮,而易见外热内寒,假热真寒之象,这种假热,也称之为“阴火”,以发热、发斑、肿块、汗出等症状多见。许多虚阳外越之症,往往与热证、阳证相似,极易惑人,这一点与真气上浮症形十分相似。郑钦安用大量篇幅阐明虚阳外越的假象与本质,特别指出该证极易被误认为阳证和阴虚火旺,如同辨认真气上浮一样多有卓见,这同样是他最重要、最深刻的学术见解之一。

那么怎样辨认虚阳外越之证?当然还是要以“阴阳辨诀”为凭,从病人的“阴象”、“阴色”中求之,“此乃认证关键”,下面分别述之。

### (一) 发热

郑钦安对发热病症积累有十分丰富的经验，在《医理真传》、《医法圆通》两书中论及发热的条目有 24 条，其中属虚阳外越引起者即有 21 条之多，可知他对此症研究甚多，而且颇多创见，见解深刻。

1. 阳虚发热总以阴象为凭 对于虚阳外越发热的鉴别，当然还是以阴阳辨诀为标准：“阳证邪火，其人脉息、声音一切有神。若阴气上腾之阴火，脉息、起居一切无神，阴象全具。此乃认证关键，不可不知”（《医法圆通·卷三》）。也就是说，阳证实热总以“火形”、“阳证”为凭；虚阳外越所致发热，与真气上浮所致诸症一样，总以“阴象”、“阴色”为凭。

例如：“素禀不足，无故身大热，舌青，欲饮极热者，元阳外越也，亦有口不渴皆可”（《医理真传·卷四》）。

又如：“身热无神：久病与素秉不足之人，或偶劳心，忽见身大热而不疼，并无所苦，只是人困无神，不渴不食。此是元气发外，宜回阳收纳，一剂可愈。若以为发热，即照外感之法治之，是速其危也，世多不识。”

再如：“身热内冷：久病之人，忽见身大热而内冷亦甚，叠褥数重。此是阳越于外，寒隔于内……切不可认作表邪，若与之解表，则元气立亡。”

还有“身热无疼：久病与素秉不足之人，与服克伐宣散太过之人，忽见身热，而却无痛苦，并见各部阴象足征。此是阳越于外也，急宜回阳收纳”（《医法圆通·卷三》）。

这些都是凭借“舌青，欲饮极热者”，“人困无神，不渴不食”，“叠褥数重”等“各部阴象”判为虚阳外越发热。当然，还应该注重到，这些阴火发热多有一个前提，即“久病与素秉不足之人”，大多出于内伤病变。



2. 午后发热辨为虚阳外越 在“握定阴阳辨诀”的基础上,郑氏辨认阳虚外越发热还有一些独到经验,见解超拔,与传统观点不同。例如凡午后发热或病情加重者,判为阳虚。理由是:“人身真气从子时一阳发动,历丑寅卯辰巳,阳气旺极,至午未申酉戌亥,阳衰而下潜藏。”也就是说,午后至夜间子时这一时段,是阴气当令,此时发病或病情加重者,是阳虚逢到阴令,雪地加霜,故而发病或病情加重。

郑氏反复批驳了将午后发热视为阴虚内热的传统观点:“《经》云:阴虚生内热。是指邪气旺而血衰,并非专指午后、夜间发热为阴虚也……一见午后、夜间发热,便云阴虚,便去滋水。推其意,以为午后属阴,即为阴虚,就不知午后、夜间正阴盛之时,并非阴虚之候。即有发热,多属阴盛隔阳于外,阳气不得潜藏,阳浮于外,故见身热”(《医法圆通·卷三》)。

“予于此证,无论夜间、午后发热烧,或面赤,或唇赤,脉空,饮滚,无神,即以白通汤治之,屡治屡效。”由此推论,可知“久病与素秉不足之人,或夜卧,或午后两脚大烧,欲踏石上,人困无神。此元气发腾,有亡阳之势,急宜回阳收纳为主。切不可妄云阴虚,而用滋阴之药。”“凡素秉不足之人,忽然两手肿大如盂,微痛微红,夜间、午后便烧热难忍。此阴盛逼阳,从手脱也,急宜回阳收纳为主。”

总之,阳虚发热与外感发热不同,“即有烧热,多在午后,非若外感之终日发热无已时也。”他还举出自己验案为证:“予治一易姓妇,每日午后即面赤发热,口渴,喜热汤,至半夜即愈,诸医概以补阴不效。予以白通汤,一服而愈”(《医理真传·卷三》)。

3. 吐泻发热,阳脱所致 大吐大泻大汗以后,均能伤及阳气,亦可引起虚阳外越导致发热。如“大吐之人,多缘中宫

或寒或热，或食阻滞。若即吐已，而见周身大热，并无三阳表证足征。此属脾胃之元气发外，急宜收纳中宫元气为主……予于此证，每以甘草干姜汤加砂仁，十治十效。”又如“久病与素秉不足之人，忽然大泄，渐而身大热者，此属阳脱之候。大热者，阳竭于上；大泄者，阴脱于下。急宜温中收纳为主。切不可一见身热，便云外感，一见大泄，便云伤食。若用解表、消导、利水，其祸立至，不可不知”（《医法圆通·卷三》）。

### （二）皮肤发斑、浮肿、肿块

发斑一证，有阴阳之分。郑钦安指出，阳证发斑，“其人口臭气粗，壮热饮冷，脉大而实，或周身疼痛，二便不利者，此为外感，阳证发斑是也。”阴证发斑，“或饮食伤中，克伐过度；或房劳损阳，过于滋阴；或思虑用心过度；或偶感外邪，过于发散，以致元阳外越，或现斑点，或现通体紫红。其人懒言嗜卧，不渴不食，精神困倦。或现身热，而却无痛苦情状，行动如常。或身不热，而斑片累累，色多娇嫩，或含青色者是也。粗工不识，一见斑点，不察此中虚实，照三阳法治之，为害不浅。法宜回阳收纳为主，如封髓丹、潜阳丹、回阳饮之类。予曾经验多人，实有不测之妙”（《医法圆通·卷二》）。认为，斑发于阳，因外感而致，其证为阳，知之者多；斑发于阴，因阳虚而致，其证为阴，识之者少。郑钦安在此着重指出其阳虚难识的一面，用心良苦。

关于浮肿，郑钦安指出，“真阳之气外越，亦周身浮肿。”例如：“病将瘥，一切外邪悉退，通身面目浮肿者”一症，郑氏认为“此中气不足，元气散漫也。”又如“病人两耳前后忽肿起，皮色微红中含青色，微微疼，身大热，两颧鲜红，口不渴，舌上青白苔，两尺浮大中空”之症，郑氏认为系“元阳外越，气机附少阳而上也……方宜白通汤主之。”分析其“口不渴，舌上青白苔，

两尺浮大而空”之症,说明“阳虚阴盛无疑”。而两耳肿起,身大热,两颧鲜红之症则属“元阳外越之候的矣”(《医理真传·卷二》)。

关于皮肤肿块,郑氏指出:“元阴不足为病者,火必旺即为实邪,多红肿痛甚。元阳不足为病者,阴必盛即为虚邪,多不肿痛,即有肿痛甚者,乃元阳外脱之候,必现阴象以为据”(《医理真传·卷三》)。例如“病后两乳忽肿如盘,皮色如常,微痛,身重喜卧,不思一切饮食”之症,郑氏认为是“阴盛而元气发于肝、胃也。”治以附子理中汤加吴茱萸。

又如“两胁忽肿起一埂,色赤如朱,隐隐作痛,身重,爪甲青黑者”,郑氏认为是“厥阴阴寒太盛,逼出元阳所致也。粗工不识,一见肿起,色赤如朱,鲜不以为风火抑郁所作,而并不于身重、爪甲青黑、不痛处理会,直以清凉解散拔之,祸不旋踵……方用四逆汤重加吴茱萸”(《医理真传·卷二》)。

关于虚阳外越引起的病症还有一些,比如汗出,“更有一等阴盛隔阳于外之证,夜间亦汗出,此为阳欲下交而不得下交,阳浮于外,故汗出”(《医法圆通·卷二》)。

归纳一下,阴盛格阳引发的真气上浮和虚阳外越两种病机,可以导致很多种病症,呈阴火假热之象,世多不识。多少医家一见五官肿痛、发斑、红肿、发热等症,便谓火热或阴虚火旺,抱定成见,只见阴火之表象,不识阳虚之本质,不求阴阳至理,迷失治疗方向,似乎已成医林通病。郑钦安独具卓见,力排众议,不仅对阴证的认识细致入微,对真气上浮和虚阳外越两种病情的论述尤为详尽,对此引起的假热之象认识深刻,能够勘破重重阴霾,去伪存真,洞察实情,给后人以深刻的启迪,这是其学说中最独到、最精华的部分,也是他对仲景阴阳学说的发挥和贡献。

### (三)医案例举

1. 假热真寒 王镇,字泰岩,清时华亭县名医,擅治伤寒。时有北郊汤某,盛暑之际壮热九昼夜,势甚危殆。诸医争以黄连石膏投之,发热愈甚。乃延王镇诊治。王问病者思饮否,曰思饮甚;问思饮水乎、饮汤乎,曰思热汤甚。遂主以干姜附子定方,一剂热退,不数日瘥。盖此证乃假热真寒也(《松江府志》)。

按:此案辨证眼目有两点,一、以黄连、石膏等凉药投之,“发热愈甚”,可知并非实热之证。二、虽然渴饮,但“思热汤甚”,表明有内寒存在,据此可断为假热真寒之证。

2. 乳腺炎 谢某,女,24岁。产后六七日,因夜间起坐哺乳而受寒,次日即感不适,恶寒、发热,头身疼痛,左乳房局部硬结,肿胀疼痛。当即赴省级某医院诊治,服银翘散、荆防败毒散等方加减数剂,发热已退,仍有恶寒,左乳房硬结红肿不散,反见增大,疼痛加剧。一周后,创口溃破,流出少许黄色脓液及清淡血水,经外科引流消炎治疗,半月后破口逐渐闭合。但乳房肿块未消散,仍红肿疼痛,乳汁不通,眠食不佳。每日午后低热,凛凛恶寒,历时一月未愈,延吴佩衡先生诊视。患者面色晄白,精神疲惫,脉沉细而弱,舌质含青色,苔白厚腻。此乃寒邪失于宣散,阻滞经脉血络,迁延未愈,血气耗伤,正气内虚,无力抗邪外出。局部虽成破口而脓根未除尽,创口虽敛而痛未能全部消除,此即所谓养痍而遗患也。法当温通里阳,排脓消肿,散结通乳,方用白通汤加味:附片 150g,干姜 15g,川芎 10g,当归 15g,桔梗 10g,皂刺 9g,赤芍 10g,通草 6g,细辛 5g,白术 12g,葱白 3 茎。二剂后,恶寒、低热已解,体温退至正常,左乳房红肿硬结渐消。惟乳头右下方复觉灼热、刺痛,局部发红,稍见突起。此系得阳药温运,气血渐复,血脉疏

通，正气抗邪，已有托脓外除之势。脉沉细而较前和缓有力，舌质青色已退，舌心尚有腻苔。继以上方加香附 9 克，连服 2 剂。腐败之血肉已化脓成熟，局部皮肤透亮发红。服 3 剂后，脓包自行溃破，流出黄色脓液半盅多，疼痛顿减，红肿消退。再以四逆汤合当归补血汤加白术、杭芍、桂枝、川芎等连进四剂，脓尽肿消，创口愈合，病告痊愈（《吴佩衡医案》）。

**按：**此症乳房红肿疼痛，午后低热，容易认作阳热之症。观其“面色㿗白，精神疲惫，脉沉细而弱，舌质含青色，苔白厚腻”，则是一派阴象，因此断为虚阳外越所致，竟用附子 150g 大剂治之，非吴氏这等火神派大家，难以有此手眼。

**3. 发热** 于某，男，73 岁。半月前受凉后出现低烧，头痛，流清涕等症。经抗感冒、消炎治疗无明显好转，反汗多，体温在 37℃~37.5℃ 之间，午后较高，伴畏寒，身困倦，眠差纳少，口干渴喜热饮，手冷，咯少量白色粘痰，便调。血象：WBC  $6.9 \times 10^9/L$ ，N 62.3%。胸片提示：慢性支气管炎，肺气肿。吴生元教授辨证为阴盛于下，格阳于上，投以白通汤加味：白附片 100g，干姜 15g，细辛 8g，陈皮 10g，法夏 15g，茯苓 15g，砂仁 10g，银柴胡 15g，葱白 3 茎。2 剂后发热减轻，畏寒缓解，食增，二便正常，舌淡苔薄白，脉沉缓。原方去法夏、细辛、银柴胡、陈皮，加桂枝、炒黄芩、枣仁、远志，续服 3 剂，体温正常，诸症平息（《云南中医中药杂志》1999 年 1 期）。

**按：**吴生元教授系吴佩衡先生嫡子，深得乃父家传，断此症发热乃因虚阳外越所致，径用白通汤加味，附片用至 100g，不夹阴药，且弃甘草之缓，单刀直入，颇有乃父风格。

**4. 高热** 患儿张某，9 岁。高热 39℃ 以上，注射针药已 4 日，高热不退。哭闹不宁，似将转为抽风。请唐步祺先生诊治：以手抚小儿头部、上身，热可烫手，但腿部以下渐凉，至脚

冰冷。此为阴盛格阳，上下不通，虽发高热，却非凉药可治。白通汤能宣通上下之阳，但须加猪胆汁或童尿为引，故处方如下：附子 30g，干姜 20g，葱白 30g，童尿为引。服后一剂减轻，二剂痊愈。以后凡治此类高热，久治不愈者，即以此方轻重上斟酌治之而愈，其例不下十数（《郑钦安医书阐释》）。

按：此案未见舌脉记述，仅凭上热下寒就判为阴盛格阳，似乎不够缜密。但一剂减轻，二剂痊愈的疗效证明了辨证准确性。且“以后凡治此类高热，久治不愈者，即以此方轻重上斟酌治之而愈，其例不下十数。”说明经得起重复。《医经密旨》指出：“治病必求其本。本者，下为本，内为本。故上热下寒，但温其寒而热自降；表寒里热，但清其热而寒自己，然须加以反佐之药，以免格绝。”可称对唐案的诠释。

### 四、阳虚欲脱，当识危候

在“阴证三候”中，阳虚欲脱是阴证第三层次，也是最危重的病候。郑钦安在其著作中论及此证的条目达 80 余处。其擅用姜附、四逆、白通等辛热之剂，多有应对阳虚欲脱之候，所以他对此证的辨治无疑积累有十分丰富的经验。

归纳郑氏对阳虚欲脱的辨认经验，仍旧是以“阴阳辨诀”为基础，以阴象、阴色为辨认依据。在此前提下，按照郑氏论述，阳虚欲脱通常还具有下列几个特点：多系久病、素秉不足之人；症状严重，其来者骤；脉象异常，浮空劲急；多可见有阴火假象；预后不良。下面分别解释一下。

**久病、素秉不足之人：**原因显然是阳气逐渐亏损，病情逐渐加重，累积而致阳虚欲脱之证。郑钦安反复强调，“要知虚损之人，多属气虚，所现证形，多有近似阴虚，其实非阴虚也。予尝见虚损之人，每每少气懒言，身重嗜卧，潮热而不渴，饮食

减少，起居动静一切无神，明明阳虚，并未见一分火旺阴虚的面目”（《医法圆通·卷三》）。虚损之症多为阳虚而非阴虚，这是郑氏一个非常重要的观点。

**症状严重，其来者骤：**此系阳虚欲脱发病的一大特点。患者症状十分严重，发病突然，如头痛如劈、目痛如裂、身痒欲死、心痛欲死等等。典型的如“身痒欲死”之证：“若久病、素秉不足之人，其来者骤，多不发热身疼，即或大热，而小便必清，口渴饮滚，各部必有阴象足征。”

**脉象异常，浮空劲急：**阳虚欲脱之证具有典型的浮空劲急等脉象表现。“凡虚损已极之人，脉象只宜沉细。若见洪大细数，或弦，或紧，或劲，或如击石，或如粗绳，或如雀啄、釜沸，皆死亡之候，切切不可出方……苟能脉气和平，即有生机。”

“久病之人，忽见气喘脉劲，此阳竭于上，旦夕死亡之候，急急回阳，十中可救一二。但非至亲，切切不可主方，即主方亦必须批明，以免生怨。切不可见脉劲而云火大，便去滋阴降火。”

**多可见有阴火假象：**阳虚欲脱之证多从虚阳上浮或外越逐渐发展而来，故多可见到阴盛格阳引起的红肿、疼痛、发热、出血等阴火假象，千万不可受其迷惑，误以为外感、阴虚火旺等证，郑钦安屡次告诫医家注意。例如：“久病虚极之人，无邪火可征，忽见唇赤如朱，此真阳从唇而脱，旦夕死亡之征。急服回阳，十中可救二三。”又如：“久病与素秉不足之人，忽见目肿如桃，满身纯阴，并无一点邪火火热可验。此是元气从目脱出，急宜回阳收衄，可保无虞”（《医法圆通·卷一》）。

**预后不良：**病至阳虚欲脱之际，无疑已经垂临危境，“其人五脏六腑元阳已耗将尽，满身纯阴，逼出先天立命一点精气，势已离根欲脱，法在不救”（《医法圆通·卷一》）。郑氏屡次告

诫：“脱绝之征，法在难治”，“旦夕死亡之征”，“缓则不救”，“十中仅救得一二”。

下面举例说明郑氏辨认阳虚欲脱之证：

**头痛：**“因阳虚日久，不能镇纳浊阴，阴气上腾，有头痛如裂如劈，如泰山压顶，有欲绳索紧捆者，其人定见气喘，唇舌青黑，渴饮滚汤，此属阳脱于上，乃系危候。法宜回阳收纳为要，如大剂白通四逆之类，缓则不救。若误用发散，旦夕即亡”（《医法圆通·卷一》）。

**目病：**“有一发而即痛胀欲裂，目赤如榴者，由先天真气附肝而上，欲从目脱也。定见唇口黧黑，或气喘促，喜极热汤水，六脉或暴出如绳，或脉劲如石，或浮大而空，或釜沸者是也。”

**口臭：**“口虽极臭，无一毫火象可凭，舌色虽黄，定多滑润，间有干黄、干黑，无一分津液于上，而人并不思茶水，困倦无神，二便自利，其人安静，间有渴者，只是喜饮极热沸汤。以上等形，俱属纯阴。若凭口臭一端，而即谓之火，鲜不为害。予曾治过数人，虽见口臭，而却纯阴毕露，即以大剂白通、四逆、回阳等方治之。一二剂后，口臭全无，精神渐增，便可许其可愈。若二三剂后，并不见减，十中仅救得一二。”

**呃逆：**“因元气将绝而致者，盖以元阳将绝，群阴顿起，阻其升降交接之机，其人或大汗、自汗出，或气喘唇青，或腹痛囊缩，或爪甲青黑，或头痛如劈，目眦欲裂，耳肿喉痛。种种病情，皆宜大剂回阳降逆，十中亦可救二三。”

**耳病肿痛：**“更有一等内伤日久，元阳久虚……满身纯阴，先天一点真火种子暴浮于上，欲从两耳脱出，有现红肿痛极欲死者，有耳心痒极欲死者，有兼身痒欲死者。其人定见两尺洪大而空，或六脉大如绳而弦劲。唇舌或青，或黑，或黄，或白，或芒刺满口，或舌苔燥极，总不思茶水，口必不渴……此等病



情，法宜大剂回阳，不可迟缓，缓则不救。”

郑钦安总结道：“大凡现以上病情，不独耳疾当如是治，即周身关窍、百节地面，或疮或痛，皆宜如是治法。”

郑氏在其《医法圆通》中有专门论证“辨认阴盛阳衰及阳脱病情”一节，在列举了 58 条具体病症后，说道：“以上数十条，揭出元气离根、阳虚将脱危候，情状虽异，病源则一。学者苟能细心体会，胸中即有定据，一见便知，用药自不错乱。虽不能十救十全，亦不致误人性命。但病有万端，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。”对阳虚欲脱之证作了十分精辟的总结。

一般研究《伤寒论》者，多详于三阳证，略于三阴证。实际上，阳证易辨易治，阴证难识难疗，阳虚证型多被忽略。前贤对此早有认识，元·王好古云：“阴证毒为尤惨，阳则易辨易治，阴则难辨而难治。若夫阳证，热深而厥，不为难辨；阴候寒盛，外热反多，非若四逆脉沉细欲绝易辨也”（《阴证略例》）。他的《阴证略例》一书把历代著作中有关阴证的论述作了较为广泛的整理，对后世包括郑钦安在内研究阴证以很多启发，但就观点归纳的系统性、理论认识的深度、临床应用的价值而论，均有不及郑钦安处。同时，由于郑钦安是阴阳对比论述，使得“阴阳二症，判若眉列”，较之王好古的单论阴证，显然更容易为人理解。唐步祺先生曾赞许郑钦安，“特重阳虚阴盛之阐发，达到登峰造极……其于阳虚辨治所积累之独到经验，实发前人之所未发，乃祖国医学之瑰宝，千古一人而已！”此语不虚。

归纳“详辨阴证，多有创见”一节，可以看出郑氏对阴证的辨识作了全面、系统的论述，其认识细致入微，其观点颇多创见。郑氏所论“阴证三候”各有深度，其对“纯阴之证”总结出

的辨认“阳虚要诀”，进一步点化为“用药真机”，确实精当而实用，为前贤所未备；对阴盛格阳导致的真气上浮和虚阳外越两种情况，充满真知灼见，能够勘破重重阴霾，辨识阴火，批评习俗，充满创见，这是郑氏理论中最重要、最精华的部分；对阳虚欲脱之危候，积累有十分丰富的经验，足资后人借鉴。总而言之，郑氏有关阴证的认识，是对仲景学说的一种发展，郑钦安完全可以称得上是一位卓有建树的医学大家。

### 医案例举：

**阴极似阳(一)：**杨某，男，32岁，云南姚安县人。始因风寒，身热头痛，某医连进苦寒凉下方药十余剂，且重加犀角、羚羊角、黄连等，愈进愈剧，病发已20日，危在旦夕，始延吴佩衡诊治。刻诊：“目赤，唇肿而焦，赤足露身，烦躁不眠，神昏谵语，身热似火，渴喜滚烫水饮。小便短赤，大便已数日不解，食物不进，脉浮虚欲散。”吴氏认为证系风寒，误服苦寒太过，真阳逼越于外而成阴极似阳之症。“外虽现一派热象，是为假热；而内则寒凉已极，是为真寒。如确系阳证，内热熏蒸，应见大渴饮冷，岂有尚喜滚饮乎？况脉来虚浮欲散，是为阳气将脱之兆。”治之急宜回阳收纳，拟白通汤加上肉桂为方：附片60g，干姜26g，上肉桂10g研末，泡水兑入，葱白4茎。

方子开好，病家称家中无人主持，未敢服药，实则犹疑不定。次日又延吴氏诊视，“仍执前方不变”。并告以先用肉桂泡水试服，若能耐受，则照方煎服。病家如法试之。服后即吐出涎痰碗许，人事稍清，内心爽快，遂进上方。病情即减，身热约退一二，出现恶寒肢冷之象。已无烦躁谵语之状，且得熟睡片刻。乃以四逆汤加上肉桂续服：附片100g，干姜36g，甘草12g，上肉桂10g研末，泡水兑入。服药一剂，身热退去四五，脉稍有神。尿赤而长，略进稀饭。再剂则热退七八，大便已

通。唯咳嗽痰多夹血，病家另请数医诊视，皆云热证，出方不离苦寒凉下之法。鉴于前医之误，未敢轻试。其时病人吃梨一个，“当晚忽发狂打人，身热大作，有如前状”。又急邀吴氏诊视，见舌白而滑，“仍喜滚饮”，判为“阳神尚虚，阴寒未净”。仍主以大剂回阳祛寒之法，照第二方剂量加倍，另加茯苓30g，半夏16g，北细辛4g，早晚各一剂即日进2剂。连服6剂，3天后再诊，身热已退，咳嗽渐愈，饮食增加，小便淡黄而长，大便转黄而溏。前方去半夏、细辛，加砂仁、白术、口芪善后，连进10余剂，诸症俱愈（《吴佩衡医案》）。

按：此案既显出吴氏辨证准确，独具胆识，又示其火神用药风格。在一派热象之中，以“舌白而滑，渴喜滚烫水饮，脉浮虚欲散”为辨识阴证眼目，郑氏“用药真机”在此正可作为依据。另外，从其服苦寒凉下之药而病“愈进愈剧”，亦可推知绝非阳证。最可奇者，病人吃一梨后，竟然“忽发狂打人，身热大作，有如前状”，此系阴证食凉必然加重之理，阳气欲脱之象，吴氏加倍重用附子，不夹任何凉药，挽回此等重症，确有超人见识，实在令人钦佩。吴氏重用附子，均令先煎2~3小时，以口尝不麻口舌为准，虽大剂量亦不僭事。这一点应该提请注意。

**阴极似阳(二)：**患者秦某，13岁，患伤寒重症发烧已20余日不退。其父系云南省昆华医院院长、著名西医秦某，与同道多方救治均不见效，认为已“无法挽救”，无奈邀请吴佩衡诊治。

1月7日：发热20余日，晨轻夜重，面色青黯，双颧微红，口唇焦躁已起血壳，日夜不寐，人事不省，时而烦乱谵语，双手乱抓。呼吸喘促，食物不进，小便短赤，大便多日不通。舌苔黑燥，不渴，喂水仅能下咽二三口，脉浮而空，重按无力。吴认

为系“伤寒转入少阴，阴寒太盛，阴盛格阳，心肾不交，致成外假热而内真寒之阴极似阳证。外虽现一派燥热之象，内则阴寒已极，逼阳外浮，将有脱亡之势。”“法当大剂扶阳抑阴，回阳收纳，交通心肾，方可挽回。”拟以白通汤加肉桂主之：附片 250g，干姜 50g，葱白 4 茎，上肉桂 15g 研末，泡水兑入。

1 月 8 日：热度稍降，唇舌已较润，烦乱亦止。处方：附片 300g，干姜 80g，茯苓 30g，葱白 4 茎，上肉桂 15g 研末，泡水兑入。

1 月 9 日：热度稍降，神情淡漠，不渴饮，夜间烦躁复作，认为药不胜病，尚须加量，处方：附片 400g，干姜 150g，茯苓 50g，炙远志 20g，公丁香 5g，生甘草 20g，上肉桂 20g 研末，泡水兑入，昼夜连进 2 剂。

1 月 10 日：身热退去十之八九，黑苔退去十之六七，唇舌回润，脉已浮缓，病似转安。上方出入加减，但附子用量一直是 400g，且昼夜连进 2 剂，直至 13 日，病情稳定向好，经七八天善后调理，终至痊愈（《吴佩衡医案》）。

**按：**此症发热，口唇焦燥，双颧微红，烦乱不寐，小便短赤，大便不通，舌苔黑燥等颇似阳热之象，怎么看都是热证；但从面色青黯，人事不省，不渴，脉浮而空等症判为内真寒而外假热，“阴寒已极，逼阳外浮，将有脱亡之势”，其认证之准确，令人不胜钦佩。毅然投以大剂白通汤，不夹一味阴药，每日一诊，随时调方，附片从 250g 增加到 400g，且日进 2 剂就是 800g，终于救治如此危症，确实惊世骇俗，真擅用附子大家也。当时有一学者曾题嵌字联盛赞吴先生：“济世全凭寸心无任钦佩，处方独具斗胆谁能抗衡。”

**假热真寒：**车某，男，74 岁。1975 年 4 月初感受风寒，全身不适。自拟温补汤剂服之，病未减轻，勉强外出散步，受风

而病情加重。头昏体痛，面赤高热，神志恍惚。查体温 39℃，诊为感冒高热，注射庆大霉素，高烧仍不退，病势危重，邀范中林先生至家中急诊：高烧已三日，阵阵昏迷不醒，双颧潮红。虽身热异常，但重被覆盖，仍觉心中寒冷。饮食未进，二便闭塞。脉微欲绝，舌淡润滑，苔厚腻而黑。

辨证：患者高热，神昏，面赤，苔黑，二便不通，似阳热之象。但虽高热，反欲重被覆身；身热面赤，而四肢厥冷；二便不通，却腹无所苦；苔黑厚腻，但舌润有津；高烧神昏，无谵妄狂乱之象，而脉现沉微。参之年已古稀，体弱气衰，实一派少阴孤阳飞越之候，生气欲离，亡在顷刻。虽兼太阳表证，应先救其里，急投通脉四逆加葱白，直追散失欲绝之阳，处方：制附片 60g 久煎，生甘草 30g，干姜 60g，葱白 60g。服上方 2 剂，热退，黑苔显著减少。阳回而阴霾初消，阴阳格拒之象已解。但头痛、身痛表证仍在；肾阳虚衰，不能化气，故仍二便不利。以麻黄附子甘草汤驱其寒而固其阳，加葱白生少阳之气，处方：麻黄 10g，制附片 60g 久煎，生甘草 20g，葱白 120g。

上方服 4 剂，头不觉昏，二便通利，黑苔退尽，唯身痛未除。虽阳回表解，仍舌淡，肢冷，阴寒内盛，呈阳虚身痛之象。宜温升元阳而祛寒邪，以四逆加辽细辛主之，处方：制附片 60g 久煎，炙甘草 20g，干姜 30g，辽细辛 6g。服 2 剂，余症悉除，以理中汤加味调理之（《范中林六经辨证医案选》）。

按：本例高热，面赤，二便不通，双颧潮红，颇似阳热之象，但脉微欲绝，脉证不符。范氏遇此寒热真假难辨之际，特别重视舌诊，凡舌质淡或淡红、暗淡，舌体胖或有齿痕，舌苔白腻、灰腻、白滑者，均视为附子或四逆汤的使用指征，此系范氏独到经验，实则本于郑钦安“用药真机”所示阳虚辨诀。本例其舌淡润滑，为阴寒内盛；苔黑而润滑有津，乃肾水上泛；脉微欲

绝，则系少阴典型脉象。总之不可误认为阳热，实为阴寒内盛，虚阳外浮之象。范氏辨证精细，步步推理，令人信服；先救其里，后解其表，处处以阳气为本，擅用附子，尽显火神派风格。

**重型肺结核：**海某，女，19岁。行剖腹产失血过多，经输血抢救后，突然高热40℃以上。经用青霉素、链霉素等治疗，数日后体温降低，但一般情况反见恶化，神识昏愤，出现严重呼吸困难，白细胞高达 $20.0 \times 10^9/L$ 以上。因病情危重，未做X线检查。继续以大量抗生素治疗，配合输液吸氧，均未效，延吴佩衡先生会诊：神志不清，面唇青紫灰黯，舌质青乌，鼻翼煽动，呼吸忽起忽落如似潮水，十指连甲青乌，脉弦硬而紧，按之无力而空。认为肝肾阴气内盛，心肾之阳衰弱已极，下焦真阳不升，上焦阴邪不降，一线残阳将绝，已现衰脱之象。唯有扶阳抑阴，强心固肾，尽力抢救垂危。主以大剂回阳饮（即四逆汤加肉桂）：附片150g，干姜50g，上肉桂10g研末，泡水兑入，甘草20g。因附片需要先煨3、4小时，故让患者先服上肉桂泡水，以强心急救。并预告病家，服此方后可能有呕吐反应，如呕吐之后喉间痰声不响，气不喘促，舌质色较转红，尚有一线生机可以挽回，否则难治。

**复诊：**服上方后果如前言，呕吐涎痰后已见转机，神识较前清醒，嗜卧无神，已能缓慢答问，吃流汁，舌尖已见淡红色，苔白滑厚腻，口唇青紫较退，两颊紫红，鼻翼不再煽动，呼吸仍有困难，咳嗽咯大量脓痰，脉仍弦滑而紧，按之而空。衰脱危候大为减轻，仍以扶阳温化主之：附片150g，干姜50g，上肉桂10g研末，泡水兑入，半夏10g，茯苓20g，甘草8g。

**三诊：**神智清醒，面颊微转润红，指甲唇舌青紫已退十之八九，鼻头、目眶微青，午后潮热，喘咳气短，咯大量脓痰，脉弦

滑，病已转危为安，再以上方加减：附片 200g，干姜 100g，茯苓 30g，上肉桂 10g（研末，泡水兑入），公丁 5g，法夏 10g，橘红 10g，甘草 8g，细辛 5g。

四诊：面颊微红润，口唇、舌质青紫已退，呼吸渐趋平稳，午后潮热已退，咳嗽、咯脓痰稍减少，胃气已开，能进食，人事言语已近常态。大便溏泻，系病除之兆，脉转和缓。大病初退，情况好转，经 X 线检查发现双肺有多个大小不等的圆形空洞，细菌培养，检出耐药性金黄色葡萄球菌，最后诊为“严重型肺结核”。拟方：附片 150g，干姜 50g，广陈皮 8g，杏仁 8g 捣，炙麻茸 8g。连服 4 剂，喜笑言谈自如，病状若失（《吴佩衡医案》）。

按：此症凶险至极，若从白细胞  $20.0 \times 10^9/L$ 、咯吐脓痰、金黄色葡萄球菌、肺结核等着眼，势必陷入到痰热蕴肺，热毒盛极的认识中，难免大剂黄芩、鱼腥草之类苦寒套方，后果可想而知。吴氏不为其所惑，从神色舌脉断为阴寒内盛，“一线残阳将绝”，已呈阳脱之象，处以大剂回阳饮，附片从 150g 增至 200g，挽起此等重症，其胆识、经验皆非常医所及，不愧火神派大家。

头痛：张某，男，36 岁。头痛已 6 年，逐渐加重。看书写字时，头痛目胀尤甚。1976 年 10 月初诊：头暴痛如裂，不敢睁眼。心烦，气短，四肢厥冷，面色青暗萎白，舌淡而乌暗，边缘有齿痕，苔灰白薄润，脉沉微。

辨为少阴阳衰阴盛，阴阳格拒之证。其面色青暗，四肢厥冷，全身乏力，舌淡乌暗，苔白灰滑，脉沉微即是阴盛明证；而心烦气短则属阳为阴困，阴盛于内，格阳于外之象。法宜回阳通脉，白通汤主之：制附片 60g 久煎，干姜 30g，葱白头 60g。连进 4 剂，头痛与精神好转，阴盛日久，须温补少阴兼顾太阴，

以四逆汤合理中丸加味，配为丸药长服：制附片 60g，干姜 30g，炙甘草 20g，生晒参 30g，炒白术 30g，茯苓 30g，上肉桂 15g，枸杞 20g，菟丝子 30g。10 剂，水打为丸，缓服。随访 3 年来，虽经常加夜班，头痛始终未犯（《范中林六经辨证医案选》）。

按：如此暴痛如裂之头痛，未用一味芎、芷、蝎、蜈之类套方套药而能治愈，仗的是治病求本，从阴寒内盛，逼阳欲脱着眼，以大剂附子、干姜取效，绝非“头痛医头，脚痛医脚”俗辈所及。郑钦安对此早有论述：“因阳虚日久，不能镇纳浊阴，阴气上腾，有头痛如裂如劈，如泰山压顶，有欲绳索紧捆者，其人定见气喘，唇舌青黑，渴饮滚汤，此属阳脱于上，乃属危候，法宜回阳收纳为要，如大剂白通四逆之类，缓则不救”（《医法圆通·卷一》）。范氏此案正本于此。



### 第五节 失血诸症，多属阳虚

郑钦安对各种出血病症积累有十分丰富的经验，见解不同凡响，值得单独列出讨论。从探求阴阳至理的宗旨出发，他首先强调血症辨治像其他病症一样，也要按照阴阳虚实为纲，他在“血证门”（吐血、鼻血、牙血、毛孔血、耳血、二便血）中指出：“血症虽云数端，究竟不出阴阳盈缩定之矣。”“予治一切病证与此血症，只要无外感病形，即握定阴阳盈缩治之，见功屡屡，获效多多，真不传之秘法，实度世之金针”（《医法圆通·卷二》）。尤其是，他对阳虚不能统血，阴血外越引起失血诸症，尤具卓见，可称超凡脱俗，独有建树。下面予以介绍。



## 一、阳虚居多，十居八九

郑钦安辨认血症的标准仍然不离阴阳两纲：“天包乎地，气统乎血，气过旺，可以逼血外越，则为阳火；气过衰，不能统血，阴血上僭外溢，则为阴火。阳火，其人起居，一切有神；阴火，动静起居，一切无神”（《医法圆通·卷二》）。把血症分为阴阳两纲，称之为“阴火”和“阳火”，亦即阳虚和实热。一般都认为，血症由热盛即阳火引起者多见，“举世宗之而不疑，群医信之而不察。”

然而，以郑氏“经验多年”而论，认为阳火引起的血症很少见，而阳虚即阴火引起的血症则多见，“十居八九”。他说：“失血之人正气实者少也，正气一衰，阴邪上逆，十居八九，邪火所致十仅一二。”“宜苦（寒）者，十仅一二，宜辛（热）者十居八九”（《医法圆通·卷四》）。这一点确为真知灼见，与世行观点大不相同，是他关于血症理论最独到的观点。以笔者认识，郑氏经验才符合临床实际，后面所附验案可以证明。

还有一点应该注意，即或是由阳火（郑氏有时又称“邪火”）所致失血，在用凉药止血时，也要掌握分寸，适可而止，切不可一凉到底，免伤元气。他说：“俟火一去，即宜甘温甘凉，以守之复之，又不可固执。须知道血下既多，元气即损，转瞬亦即是寒，不可不细心体会”（《医法圆通·卷二》）。体现了郑氏一贯推重阳气的观点。

## 二、阳虚失血，阴象为据

郑氏判断“阴火”血症的根据仍旧是“阳虚辨诀”，从阴象中求之：如“鼻血一证，有由火旺而逼出，定有火形可证，如口渴欲冷，大小便不利之类……有元阳久虚，不能镇纳僭上阴

邪，阴血外越，亦鼻血不止，不仅鼻血一端，如吐血、齿缝血、耳血、毛孔血、便血等。其人定无火形可征，二便自利，唇舌淡白，人困无神。法宜扶阳收纳，如潜阳、封髓、甘草干姜或加安桂、吴萸之类。学者切切不可一味见病治病，务要将内外病形、阴阳实据熟悉胸中，方不致误人性命也”（《医理真传卷一》）。

下面举例示范郑氏判认阳虚失于统摄之血症：

如齿牙出血：“素秉阳虚之人，并无邪火足征，阴象全具，忽见满口齿牙血出。此是肾中之阳虚，不能统摄血液，阴血外溢，只有扶阳收纳一法最妥”（《医法圆通·卷三》）。

皮毛出血：“久病与素秉不足之人，忽见皮毛出血，此乃卫外之阳不足，急宜回阳收纳。”

大便下血：“久病与素秉不足之人，忽然大便下血不止，此是下焦无火，不能统摄，有下脱之势。急宜大剂回阳，如附子理中、回阳饮之类。”

吐血身热：“凡吐血之人，多属气衰，不能摄血。吐则气机向外，元气亦与之向外，故身热。急宜回阳收纳为主，切不可见吐血而即谓之火，以凉剂施之。”

### 三、月经诸症，须识阳虚

妇科月经各病多有涉及失血诸症，郑氏对此也颇有研究，很多观点含有创见，值得深思。

比如经水先期而至，他说：“诸书皆称虚中有热，为太过，为气之盈……以为血中有热，热清而血不妄动，经自如常。予谓不尽属热，多有元气太虚，血稍存注，力不能载，故先期而下。其人定见面白无神，少气懒言，稍有劳动，心惕气喘，脉细而微，亦或浮空。此等法当温固元气为主，不得妄以芩连四物

汤治之”(《医法圆通·卷二》)。

再如“经水来多而色紫成块”，他说：“诸书皆称火化太过，热盛极矣。多以凉血汤及生地四物加芩、连之类，法实可从，其病形定是有余可征。若无有余足征，而人见昏迷，困倦嗜卧，少气懒言，神衰已极，又当以气虚血滞，阳不化阴，阴凝而色故紫，故成块。不得妄以清凉施之，法宜温固本元为主，如理中汤加香附、甘草干姜汤、建中汤之类，方不为害。”

又如血崩一症，世多以火旺逼血妄行论治，他说：“按崩证一条，有阳虚者，有阴虚者。阳虚者何？或素秉不足，饮食不健；或经血不调，过服清凉；或偶感风寒，过于宣散；或纵欲无度，元气剥削。如此之人，定见起居动静、言语、脉息、面色，一切无神。元气太虚，不能统摄，阴血暴下，故成血崩。实乃脱绝之征，非大甘大温不可挽救，如大剂回阳饮、甘草干姜汤之类。切切不可妄以凉血、止血之品施之。”

以上月经诸症，世习确实多以实热火邪论处，郑钦安独具慧眼，不为所惑，“总之众人皆云是火，我不敢即云是火，全在有神无神处，仔细详情，判之自无差矣”(《医法圆通·卷二》)。

归纳上述所论，可以看出，他不囿于旧说，坚持阴阳至理，善于辨别阳虚阴火所致月经诸症，代表了他在妇科方面的建树。

#### 四、针砭时弊，驳斥旧说

针对时弊，郑氏反复批驳了市习一见血症“皆谓之火”，“称为火旺”的观点，认为“毒流有年，牢不可破。”“今人一见失血诸症，莫不称为火旺也。称为火旺，治之莫不用寒凉以泻火。举世宗之而不疑，群医信之而不察，所以一得失血证，群

皆畏死。由其一经失血，死者甚多，不知非死于病，实死于泻火之凉药耳。”“此其中亦有故，故者何？惑于血色之红也，不知血从火里化生出来，经火锻炼，故有色赤之象，岂得以色红而即谓之火，即宜服凉药乎？此处便是错误关头。毒流有年，牢不可破”（《医法圆通·卷四》，下同）。

既然辨证有误，视阴火为阳火，那么治疗用药势必会有错。郑氏亦指斥其谬：“今之失血家，群皆喜服清凉而恶辛温，每每致死，岂不痛惜……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。”郑钦安并作“七绝二首”以教世人：“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。血水如潮本阳亏，阳衰阴盛敢僭为。人若识得升降意，宜苦宜辛二法持。”前一首讲甘寒泻火止血之法，后一首讲辛温扶阳止血之道。怎奈当今医界对前者附和者众，而后者识得者寡。

稍后于郑氏的近代名医范文甫、曹颖甫等辈止血亦倡用温阳之法，擅用附子理中汤，范文甫认为：“服寒凉药止血，血得寒凉而凝结，血止是暂时的。血凝而不流畅，必致妄行而外溢，故愈后常复发。血得温则畅行，畅则循环无阻，血行经不外溢，故愈后不复发。”曹颖甫也指出：“人之—身，惟血最热。少年血盛则耐寒，老年血虚则畏寒，血虚故也。妇人血败，虽当盛暑，亦必寒战，此其明验也。故无论吐血、衄血、便血及妇人崩漏，其体必属虚寒。至于亡血而身热，则里阴不能抱阳，阳荡而无归矣。至是而用凉血之药，十不活一。所以然者，为其阴中之阳气，一戕亡于血，再戕于凉药也。”二公所言颇含至理，也为郑氏倡用温阳止血之法加了注脚。

## 五、医案例举

**鼻衄:**刘某,男,5岁。某年春季,其父背来就诊说:小儿一人在家,中午忽发现鼻出血不止,倦怠无力,躺在椅上,面色苍白。曾频频用凉水冷敷,流血反而加剧,急请范中林先生诊治:患儿精神萎靡,四肢逆冷,唇舌淡白。此为少阴寒证,阳气衰微,不能摄血,阴气较盛,势必上僭。法宜壮阳驱阴,温经摄血,急投四逆以救其里。处方:天雄片 30g,炮姜 30g,炙甘草 20g,1剂。嘱急火煮半小时许,先取少量服之;余药再煮半小时,续服。患儿父亲将处方拿回家中,其母见之,大吵大闹:“从古到今,未见鼻流血用干姜附片!”其父仍坚持服用。一剂未尽,血立刻止住。傍晚,患儿在院内玩耍如常(《范中林六经辨证医案选》)。

**按:**鼻衄一证,外感风邪,肺郁化热;过食辛辣厚味,胃火上逆;暴怒气逆,肝火妄动;肾阴耗损,虚火上炎等等,均可热伤脉络,迫血妄行,治则常以清热凉血为主。但临证确属虚寒,血失统摄而致衄者,亦非罕见,若误用凉药每成债事。本例精神萎靡,四肢逆冷,唇舌淡白,显系阴证,范先生以大剂四逆汤,一剂即能取效,颇见火神派功力。

**吐血:**患者王某,男,42岁,身体消瘦,面容萎黄无神,耳鸣,两足发烧,虽冬季晚上,足部亦伸出被外,其他部分怕冷。咳时气紧,吐白泡沫涎痰,略带盐味,舌质淡红,苔白腻,脉沉弦。近来咳喘日益加重,不能平卧,突然咳吐鲜血。从上述种种症状来看,唐步祺先生认为此属肾阳虚寒之证。先以甘草干姜汤守中以复阳,止血而宁咳。炮姜、炙甘草用量各 120g。两剂后,血止而咳亦减。肾为水脏,肾中真阳衰微不能化气行水,水邪上逆,冲肺而咳,以大剂真武汤治之:附片初为 50g,

继增至 120g,连服 8 剂,咳喘明显好转,痰亦减少,已能平卧,怕冷感亦减。为预防再次吐血,以炮姜易生姜,去白芍加上肉桂以补肾中真阳,又服 10 剂,诸症消失而告愈(《郑钦安医书阐释》)。

**按:**此症一派肾阳虚寒之象,出血属阴火无疑。唯“耳鸣,两足发烧”之症容易惑人,其实是由阳气上浮、下脱引起,不可误为阴虚火旺。

**经行血崩:**杨某,女,41 岁。适值月经来潮,因抬重物用力过猛,骤然下血如崩。先后经二医诊治,皆云血热妄行,服用清热、止血之剂,血未能止,迁延 10 余日,以致卧床不起,延吴佩衡先生诊治:面色蜡黄,精神疲倦,气短懒言,不思饮食,手足不温。经血仍淋漓不断,时而如潮涌出,皆清淡血水兼夹紫黑血块,腰及小腹酸胀坠痛。舌质淡,苔薄白少津,脉沉涩。此乃阳气内虚,冲任不守,气不纳血,血海不固,致成崩漏之证。方用回阳饮加人参扶阳固气:附片 120g,吉林红参 9g,炮黑姜 9g,上肉桂 9g 研末,泡水兑入,甘草 9g。服 2 剂后,流血减少其半,血色淡红,瘀块减少,呼吸已转平和,四肢回温。原方加炒艾 15g,阿胶 24g 烱化分次兑服,炒白术 9g,侧柏炭 9g。连服 3 剂后,流血大减,仅为少量淡红血水,精神饮食增加,面色已转润泽,舌质显红润,苔薄白,脉缓弱,已能起床。阳气回复,气血渐充,欲求巩固,仍须与甘温之剂调补之,以四逆当归补血汤加味:附片 90g,口芪 60g,当归 30g,干姜 15g,上肉桂 12g(研末,泡水兑入),炒艾 15g,阿胶 12g 烱化,分次兑服,甘草 9g。连服 5 剂,流血全止,精神、饮食基本恢复,颜面唇舌已转红润,脉象和缓,能下床活动。继服四逆当归补血汤加上肉桂、砂仁,服 20 余剂,气血恢复,诸症获愈(《吴佩衡医案》)。

**胃癌出血：**上海圣仙禅寺惠宗长老患病胃癌，吐血便血并作，“血溢于上，并注于下，昏昏沉沉，不能与人语。面浮足肿，唇淡舌浊，脉微欲绝。”5天中输血5次，但随输随吐，终不能止。第6天西医还要输血时，请刘民叔会诊。刘力阻输血，谓“外血输入体内，必赖身中元气为之运行。今脉微欲绝，元气将脱，兼之身面浮肿，水气内甚，若再输入外血，则此若断若续之元气能载而与之俱运否？……徒见失血而输血，病既未除，益其血必复失之，往复为之，血不能益，反损其气，势必不至耗尽元气不止。”乃以大剂附子为治：黄附块30g，干姜15g，灶心土9g，生地15g，花蕊石30g，阿胶12g，白及9g，甘草6g。另用云南白药，每30分钟服一分。三帖而血全止，以原方为基础，前后调理32天，“安全康复”（《鲁楼医案》）。

按：刘民叔亦为川籍火神派名家，有“刘附子”之誉。



## 第六节 勘破阴霾，独辨阴火

我们在“详辨阴证，多有创见”一节中，论述了郑钦安对于阴证三候的全面认识，尤其是他对阴盛格阳含真气上浮与虚阳外越与阳虚欲脱所产生的种种假热之症，能够辨伪存真，识破假象，是其学术经验中最独到、最精华的部分，这一点应该充分肯定。进一步思考可以发现，郑氏所识别的假热之症与其他种种假象，具有一个鲜明的特点，即它们都是在全身“阴象”、“阴色”的基础上，在重重阴霾中产生的局部假热之症，如头面五官诸般“肿痛火形”和周身发热、发斑、肿块等症，这些假热之症郑钦安称之为“阴火”。在辨认病证时，他曾说过：“不必细分，总在阴火阳火判之而已”（《医法圆通·卷二》）。

这句话,可以说是他探求阴阳至理,“认证只分阴阳”的翻版。因此我们换个角度也可以说,郑钦安学术理论中最独到、最精华的部分,就是对阴火的辨识。

尽管我们多次论述了郑氏对阴盛格阳与阳虚欲脱所致种种阴火的辨识,但是,由于辨识阴火的重要性,以及它在郑钦安学术思想中所占的重要地位,因此本节专从辨识阴火的角度再来探讨郑氏的这一学术经验。

### 一、辨认阴火,火现阴象

临床上寒热真假、混淆不清的情况十分常见,阴火常被误认为阳火,这是有原因的,下面试作分析。

阴火是与阳火相对而言,阳火又称“实火”,郑钦安有时又称“邪火”,指由阳证而产生的火热之症,其病性本质与症状均属阳热,二者标本一致,一般不难辨认。而阴火,阴证所生之火,是在全身“阴象”、“阴色”亦即阴证的基础上产生的局部虚热,乃假热之症,因此可以称之为“假火”。阴证是本,是实质;虚热是标,是假相,二者具有矛盾特征。这样就可以看出阴火与阳火的异同了,所异者二者的病性相反,前者属阴属寒,后者属阳属热;相同之处在于二者均具有发热症状,但一为假相,一为真情,这就是二者易于混淆,阴火常被视为阳火的原因。郑钦安有时又称阴火为“虚火”,但虚火既可由阴证产生,也可由阴虚等因素产生(即阴虚生内热),因此这个概念不太确切,毋宁说阴火、假火更切当。顺便提一下,在中医学的语汇中,虚火一般是指阴虚所生之火,自是热象,与其阴虚病性是一致的,不存在矛盾现象,因此不能称作阴火。按郑钦安的概念,阴虚与实热属于一体,均视为阳证,不过程度不同而已,这就如同将阳虚与实寒均视为阴证一样。



怎样辨认真假寒热，阴盛格阳所产生的种种阴火之症？郑钦安最根本的主导思想就是以阴阳实据为凭，“总在考究阴阳实据为要”。郑氏诫曰：“学者务于平日，先将阴阳病情，真真假假熟悉胸中，自然一见便知，亦是认证要着。”所谓阴阳实据，是他辨认阳火、阴火的不二法门，我们在前面已经多次介绍，不再赘述。他说：“当知阳证邪火，其人脉息、声音一切有神。若阴气上腾之阴火，脉息、起居一切无神，阴象全具。此乃认证关键，不可不知”（《医法圆通·卷三》）。

那么要辨认阴火，就是从阳虚辨诀中识之，从阴象阴色中求之。他在论述真气上浮所现阴火时说：“大凡阳虚之人，阴气自然必盛，阴气盛必上腾，即现牙痛龈肿，口疮舌烂，齿咽喉痛，大小便不利之病。不得妄以滋阴降火之法施之。若妄施之，是助阴以灭阳也。辨察不可不慎，总在这阴象追求，如舌青、唇青、淡白、无神之类是也”（《医理真传·卷二》）。“总在这阴象追求”，就是辨认真气上浮所现阴火的关键。

在论述虚阳外越所现阴火时说：“元阳不足阴必盛，即为虚邪，多不肿痛，即有肿痛甚者，乃元阳外脱之候，必现阴象以为据。若无阴象可验，便是实火，此认症之要也”（《医理真传卷二》）。“必现阴象以为据”，乃是辨认虚阳外越所现阴火的关键。

关于真气上浮与虚阳外越所致阴火问题，无疑是郑氏理论中的精华部分，但是前面已经多次论述，还有各种血症多数属于阴火问题，已经另设专题阐述，故而这里不再重复。本节重点讨论一下郑钦安对于其他方面的阴火辨识问题。

## 二、不圆亦习，创立新说

郑钦安是一位善于独立思考，富于创新精神的医家，在建

立火神派的过程中，他以《内经》为宗，对扶阳思想、阴证的认识等方面进行了深入的探讨，特别是他能不囿于市习，敢于冲破传统的束缚，提出许多新的见解，令人耳目一新，这是其学术思想中十分宝贵的内容。其中最突出的一点就体现在对阴火的辨识上。他说，“总之，众人皆云是火，我不敢即云是火”，对传统的、市习的观点，能勘破重重阴霾，破旧立新，发掘出阴火的本质，显示了一位医学大家的创新精神。下面就此论之。

**潮热：**潮热本指发热如潮而有定时之证，一般多指午后或夜间发热而言，诸书均认为阴虚所致。郑钦安不同意此说，认为是阴盛所致。他说：“世人以为午后发热为阴虚，是未识阴阳消长之道也。”“人身真气从子时一阳发动，历丑寅卯辰巳，阳气旺极，至午未申酉戌亥，阳衰而下潜藏”（《医法圆通·卷三》，下同）。也就是说，午后至夜间子时这一时段，是阴气当令，此时发病或病情加重者，是阳虚逢到阴令，雪地加霜，故而发病或病情加重。他批驳说：今人“一见午后、夜间发热，便云阴虚，便去滋水。推其意，以为午后属阴，即为阴虚，就不知午后、夜间正阴盛之时，并非阴虚之候。即有发热，多属阴盛隔阳于外，阳气不得潜藏，阳浮于外，故见身热。”“予于此证，无论夜间、午后发热，或面赤，或唇赤，脉空，饮滚，无神，即以白通汤治之，屡治屡效。”他并且列举了自己的一个验案加以证明：“予治一易姓妇，每日午初即面赤，发热，口渴，喜热汤，至半夜即愈，诸医概以补阴不效，予以白通汤，一服而愈”（《医理真传·卷二》）。可以看出，对于潮热的认识，无论从理论还是从临床上看，郑氏所言都是言之有据，持之有故。

还有一种潮热，并非午后定时发热，而是子午二时定期而热，郑钦安称之为“子午潮热”。此症他亦认为属于阴火。他说：“真阳一衰，群阴蜂起，故现子午潮热。子午二时，乃阴阳

相交之时，阳不得下交于阴，则阳气浮而不藏，故潮热生；阴不得上交于阳，则阴气发腾，无阳以镇纳，则潮热亦生。医者不得此中至理，一见潮热便称阴虚，用一派滋阴养阴之品，每每酿成脱绝危候，良可悲也”（《医法圆通·卷二》）。这些都是郑钦安独具慧眼的创新之见。

**午后面赤：**从潮热属于阴火还可以推论，凡午后出现症状或病情加重者，均应判为阳虚，所现之症即为阴火。如午后面赤，他说：“凡午后面赤，或发烧，举世皆谓阴虚，不知久病与素秉不足之人，阳气日衰，不能镇纳其阴，阴邪日盛，上浮于外，况午后正阴盛时，阳气欲下潜藏于阴中，而阴盛不纳，逼阳于外，元气升多降少，故或现面赤，或现夜烧，此皆阴盛之候，若按阴虚治之，其病必剧。予常以回阳收纳，交通上下之法治之，百发百中”（《医法圆通·卷三》，下同）。

**两脚大烧、两手肿大：**午后出现症状或者加重者还有两脚大烧、两手肿大等症：“久病与素秉不足之人，或夜卧，或午后两脚大烧，欲踏石上，人困无神。此元气发腾，有亡阳之势，急宜回阳收纳为主。切不可妄云阴虚，而用滋阴之药。”“凡素秉不足之人，忽然两手肿大如盂，微痛微红，夜间、午后便烧热难忍。此阴盛逼阳，从手脱也，急宜回阳收纳为主。”

**足心发热如焚：**“夫足心发热如焚，人皆谓阴之虚也。夫阴虚由于火旺。火旺之人，尿必短赤，口必饮冷，理势然也。今则不渴而尿多，明是下焦无阳，不能统束肾气，以致阴火沸腾，故见足心发热如焚也。四逆汤力能补火，火旺即能统束群阴，故治之而愈。此病予亲身患过，并治好多人”（《医法圆通·卷四》）。

**阴火烧热，多在午后：**由以上潮热、午后面赤、两脚大烧、两手肿大等症多发于午后这一现象，郑钦安总结出—条规律，

即阳虚发热与外感发热不同，“即有烧热，多在午后，非若外感之终日发热无已时也”（《医法圆通·卷一》）。明·李用粹曾谓：“外感寒热无间，内伤寒热不齐。”可为郑氏此语注脚。

**盗汗亦有阳虚所致者：**“自汗、盗汗出，凡自汗、盗汗皆是阳虚之征，各书俱称盗汗为阴虚者，是言其在夜分也。夜分乃阳气潜藏之时，然而夜分实阴盛之候，阴盛可以逼阳于外，阳浮外亡，血液随之，故汗出，曰盗汗。医者不知其为阳虚，不能镇纳阴气，阴气外越，血液亦出，阴盛隔阳于外，阳不得潜亦汗出，此旨甚微，学者务须在互根处理会”（《医法圆通·卷二》）。

### 三、内伤发热，独具只眼

在对阴火的辨识中，特别值得一提的是，郑钦安对世称所谓“温病”的认识独具只眼，见解超群。他在《医法圆通》“辨温约言”中说：“予业斯道 30 余年，今始认得病情形状与用药治法，一并叙陈。”今分节摘录并评论之：

“至于温病，乃冬不藏精，根本先坏，这点元气随木气发泄，病情近似外感。”“冬不藏精，根本先坏”一句，从病机上先指出有阳气受损的前提。当然，导致“根本先坏”的原因并不限于“冬不藏精”一条，举凡元气受损种种原因皆可引起这种“温病”。

“病人初得病，便觉头昏，周身无力，发热而身不痛，口不渴，昏昏欲睡，舌上无苔，满口津液，而舌上青光隐隐；即或口渴，而却喜滚，即或饮冷，而竟一二口；即或谵语，而人安静闭目；即或欲行走如狂，其身轻飘无力；即或二便不利，而倦卧，不言不语；即或汗出，而声低息短；即或面红，而口气温和六脉洪大，究竟无力；即或目赤咽干，全不饮冷，大便不实，小便自利。”从症状上指明有阴象足征，如“口不渴”，“即或口渴，而却

喜滚”，“满口津液”，“安静闭目”，“昏昏欲睡”，“小便自利”，“倦卧”等等，俱是阴象阴色，为阳虚发热的判断提供实据。

“即服清凉，即服攻下，即服升解，热总不退，神总不清。”“今人不分阴阳病情相似，一见发热，便云外感，便用升解；一见发热不退，便用清凉滋阴、攻下；一见二便不利，便去通利。把人治死尚不觉悟，亦由其学识之未到也。”从用药反应上亦证明此症并非外感、实热。

治疗此症，“只宜回阳收纳，方能有济。”“予经验多人，一见便知。重者非10余剂不效，轻者1、2剂可了。惜乎世多畏姜、附，而信任不笃。独不思前贤云甘温能除大热，即是为元气外越立法。”最终肯定此症乃由“元气外越”引起，治以回阳收纳之法。

按此症因其始病即呈发热，而无恶寒身痛等表证，世多以为“温病”，其实是因为“根本先坏”，阳气已经不足，发热乃是阴盛逼阳，元气外越所致。李东垣所谓“内伤发热”正指此症也，所倡“甘温除大热”法亦正为此而设，不过东垣强调的是脾胃阳气不足，郑钦安重视的是肾阳元气受损。所以此症不应该混称“温病”，而应称之为“内伤发热”或“虚阳外越发热”，郑钦安力纠此弊，确实独具只眼。后来他在《伤寒恒论》的附篇《辨认内外发热证至要约言》中再次重申这一点，以作“救世之意”，可谓用心良苦。他说：“发热一证，无论男妇老幼一见发热，鲜不以为外感也，不知大有分别。余阅历数十年，方始识得，不敢自秘，以公诸世，亦救世之意也。”由外感者，“邪从毛窍而入，闭其外出之气机，人即沉迷倒卧不起，所现头疼、身痛、恶风、畏寒等等情状。”亦即有表证可资鉴定。若由内而出者，“人不困倦，起居一切如无病者，但发热而已。其间有手心独发热者，有上半日发热者，有下半日发热者，有夜间发热者，

种种不一。但其人面白、唇青，口不渴，满口津液，饮食无味，大小便利，不思水饮为据。即有面赤如朱，口红唇裂，皆在舌上津液满口，小便清长，喜饮热汤上辨之，万无一失。”从“舌上津液满口，小便清长，喜饮热汤上辨之”，这就是郑氏认识内伤发热的“万无一失”的“真机”，足资我等借鉴。

归纳以上所论，可知许多看似阴虚，看似火热的病症，郑氏都能勘破阴霾，力排众议，揭示出其阳虚阴盛的底蕴，阴火的本质，倡以辛热药物扶阳抑阴，这样一些阴火之症，即在今日医界，识得真情者也为数寥寥。一见出血、红肿、发热、痛痒等症，一见炎症，即抱定火热成见，不求阴阳至理，不辨阴火阳火，喜清恶温，久治不愈甚至越治越差而不知觉，已成举世通病。郑氏之论，在今天尤具补偏救弊的现实意义。

### 四、医案列举

**虚劳咳嗽：**某男，25岁。患虚劳咳嗽，病经数月。始因盗汗，遗精，食少难寐，求医无效。近则午后恶寒，发热如潮。面唇色赤如艳，自汗、盗汗，夜间尤甚。痰嗽不爽，咳声嘶哑，咯血盈碗。耳鸣，眼花，头常昏晕，气短而喘，精神疲惫，不能入寐。脉来虚数无力，舌根白腻。查其所服之方，均以阴虚有热为治，病势日趋沉重。

此症盗汗，发热如潮，面颊及口唇色赤如艳，自汗、盗汗，夜间尤甚，咯血盈碗，耳鸣，眼花，极易认作阴虚有热。但吴氏认为，从神气舌脉看来，精神疲惫，脉来虚数无力，舌根白腻。“全属一派阳虚阴寒之象”，“虚阳被阴寒格拒于外，发为潮热”，“表阳失固，营阴不敛，则汗易外泄”而呈自汗、盗汗，虚阳无力统血而致咯血，辨为真寒假热之证，先用甘草干姜汤加附子止血，继用四逆汤加味治之而愈（《吴佩衡医案》）。

**结核性胸膜炎:** 杨某,男,18岁。结核性胸膜炎9个月,近日突然高烧畏寒,体温 $39.8^{\circ}\text{C}$ 。胸部X光示:急性粟粒性肺结核并结核性胸膜炎。白细胞计数 $7.8 \times 10^9/\text{L}$ 。抗结核治疗效果不显。由李统华教授会诊:精神萎靡,形体消瘦,呼吸急促,面色晄白,口唇淡白,舌淡胖,边有齿痕,苔薄白润,脉细数无力。虽值夏日,仍觉不温,身覆厚被。诸症合参,认为肾阳虚衰,阴寒内盛,虚阳外越。治宜急温少阴,益气摄阳,处方:制附子15g,干姜9g,肉桂1g(冲),黄芪30g,党参15g,茯苓12g,白术12g,半夏10g,陈皮9g,甘草3g。6剂后体温降至 $36.8^{\circ}\text{C}$ ,续服一周,体温正常(《中医杂志》1998年5期:李统华辨治真寒假热证的经验)。

**化脓性扁桃体炎:** 邢某,女,41岁。因感冒引发上呼吸道感染和化脓性扁桃体炎,经抗生素和清热解毒中药治疗,咽痛不减,体温不降,达 $39.2^{\circ}\text{C}$ ,厚衣裹身。平素形寒怕冷,易于感冒。望其面色潮红,两颧尤甚,扁桃体双侧肿大化脓,但周围黏膜色淡,亦无热痛之感。舌淡,苔薄白多津,脉细数无力。辨为“阳虚感寒,其高热肤烙,面红如妆,咽喉肿痛为虚阳外浮上越之象,舌脉呈现真寒之征。”治以温补肾阳,引火归原,化痰止咳,处方:制附子15g,干姜10g,补骨脂15g,菟丝子15g,紫菀12g,冬花15g,杏仁12g,半夏10g,陈皮10g,白芥子10g,甘草5g。2剂后热退而咽痛消,续服3剂,余症悉除。

**内虚发热:** 有仰姓女6月间劳倦中暑,其弟喜看方书,自用六和汤、香薷饮之类清暑,反加虚火上升,面赤身热。后邀名医刘宗序诊视,六脉疾数,三部豁大而无力,刘曰:此病先因中气不足,内伤瓜果生冷,致内虚发热,非六和、香薷之类所能治疗。况夏月伏阴在内,重寒相合,此为阴盛隔阳之证。急用

补中益气汤加附子 9g、煨干姜 3g 同煎，置冰中浸冷服之。当夜即得熟睡，至天明微汗而愈。仰弟拜谢曰：伏阴之说，已领教矣，但不解为何将药冰之。刘曰：此即《内经》热因寒用，寒因热用之义，同气相引也。按：此症非名医手眼难以奏效。刘医从脉象、病机入手辨明此症，选方精熟，同时热药冷服，以防格拒，理法方药一以贯之，确是高手（《续医说》）。



### 第七节 阴盛阳衰的病势观

所谓病势观，是指一个医家对人群发病的主要趋势或者说大趋势的概括性认识。这一点很有意义，它决定着医家的理论基点和用药方向，当然这与社会、时代、地域、气候特点等相关。比如仲景在 1800 年前，其家族中伤亡惨重，死亡者“伤寒十居其七”，可知伤寒是一个大病种，多发病，所以勤求古训，博采众方，写下了千古经典《伤寒论》。金元时代战乱频仍，人民生活极不稳定，因而内伤脾胃，百病由生，内伤病多发，所以东垣重点研究脾胃病，建立了补土派。

探讨一下郑钦安对当时疾病大趋势的看法，显然有助于我们对其学术思想的理解。

明代末期，张景岳曾指出：“本来之寒，生于无形无向之间，初无所感，莫测其因，人之病此者最多，人之知此者最少，果何谓哉？观丹溪曰：气有余便是火；余续之曰：气不足便是寒。夫今人之气有余者，能十中之几？其有或因禀受，或因丧败，以致阳气不足者，多见寒从中生，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》)。他所称“今人之气有余者，能十中之几？”说的是“阳衰”；“人之病此者（阴寒）最多，人之知此者最少”，说的是“阴盛”，很明确表明了对当时“阳衰之病无所不致”大趋势的估计。“故惟高明见道之士，常以阳衰根本为忧”一句，进一步表达了他对这种阴盛阳衰局面的忧思之情，势之所然，他高高举起了温补派的旗帜，这种认识自然对郑钦安产生影响。

从景岳时代到清末，时移世易，郑钦安对当时疾病大趋势是怎么认识的呢？他说：“呜乎，阴阳不明，医门坏极。喜清凉而恶辛温，无怪乎阴盛阳衰矣”（《医法圆通·卷二》）。是说俗医“喜清凉而恶辛温”，滥用寒凉伤阳，导致世人患病“阴盛阳衰”的基本态势，阴证、寒证占了大多数（阴盛），而阳证、热证则少见（阳衰）。当然，形成“阴盛阳衰”局面的原因不仅仅因为世俗“喜清凉而恶辛温”，还有其他许多原因，郑钦安没有作更多探讨，是其不足之处，但他的临床实践雄辩的证明了这一点。郑钦安广泛应用附子、四逆汤，是因为有太多的“附子证”、“四逆证”需要如此治疗，他说：“予每用此方（四逆汤），救好多人，人咸目予为姜、附先生，不知予非专用姜、附者也，只因病当服此”（《医法圆通·卷二》）。澄清不是因为个人喜好而用附子，强调“只因病当服此”，以药测证，使我们尽可领略阴证多见多发的事实。他之倡用扶阳，擅用附子正是建立在“阴盛阳衰”的病势观上。这一点，也是郑钦安学术思想中十分重要的前提。后世火神派名家传续这种观点，发表过很多类似论述，下章再予介绍。

有人曾说：这种对疾病大趋势的认识“根本就没有任何意义”。“也许阴（寒）证和阳（热）证之比例是六四、七三，甚至是八二之比，但明白了这个就可以令我们治病治得更好吗？难道我们就可以把那些二、三、四成的阴虚、火旺、阳热病人弃之

于不顾？如果我们不好好学习辨证，那一切阳证或阴证的普遍性或概率，根本就没有任何意义。可是火神派的理论当中，就只是一味的在推广应用温热药，却没有真正的教育大家，到底什么情况下当用，什么情况下不当用。”

这种看法未免浅薄，一个医家对疾病大趋势的认识，决定着他的理论基点和用药方向，当然有着重要意义，本节开始已经作过论述。凡是运动着的事物都有一个“形势”、“趋势”问题，天气变化有趋势，几乎人人都在关心；股市有大势，股民个个都在关注，能说这些“大势”没用吗？你可以不关心疾病大趋势，不等于别人不关心，说它“根本就没有任何意义”，未免绝对化。

最重要的是，火神派提出的阴盛阳衰的病势观在当时就有着明确的针砭时弊的意义。长期以来，在用药上崇温还是重寒之争迄未停止，从刘完素的“六气皆能化火”论，朱丹溪的“阳常不足，阴常有余”论，尤其温病学派倡行的清轻之风，在清末有着相当的“市场”，“有清中叶，于温热治法最所殚心”（谢观语），“近来风气，畏温热而喜寒凉”（《吴医汇讲》），可知用药喜清畏温已成时尚，或者说就是一种变相的病势观，这恐怕是事实吧。既然如此，阴盛阳衰的病势观与喜清畏温的时尚就是两种针锋相对的病势观，有着补偏救弊的现实意义，怎么能说它“根本就没有任何意义”呢？

至于“把那些二、三、四成的阴虚、火旺、阳热病人弃之于不顾”，“不好好学习辨证”云云，则有些强加于人的味道，郑钦安从来都是阴证、阳证并论，强调辨证论治，本书多次谈到这一点。还有说没有指明温热药“到底什么情况下当用，什么情况下不当用”，更是离奇，郑钦安的所有著作可以说都在“真正的教育大家”怎么用附子，怎能说没告诉呢？



## 第八节 火神派是第八个医学流派

以上我们对郑钦安的学术思想进行了探讨,归纳一下,可以对火神派的学术思想概括如下:

### 一、火神派学术思想总结

1. 以阴阳为纲,判分万病,“功夫全在阴阳上打算”,是最基本的学术观点。郑钦安提出的阴阳辨诀,“用药真机”,具有十分重要的临床意义。

2. 重视阳气,强调扶阳是其理论核心;临床擅用附子,对姜、附等药物的应用独树一帜。

3. 对阴证的认识十分全面,对阴火(包括各种血症)的认识尤其深刻,独具只眼,此为其学术思想最精华的部分。

4. 阴盛阳衰的病势观是其学术思想的重要前提。

这些学术观点前后呼应,一以贯之,形成一个独立的思想体系,即火神派学术思想的主要内涵。当然,这是郑钦安最主要的学术观点,其学术思想绝不局限于这一方面,如同朱丹溪虽以滋阴降火著称,但对气、血、痰、郁等杂病亦多经验,叶天士独创卫气营血的温病辨治体系,但对内伤杂病亦多研究。本书着重介绍所选医家的扶阳学术思想,对其他方面的经验不作过多探讨,绝不意味着没有其他方面的经验,事实上,在其他方面也有十分丰富的经验,值得学习。归纳一下,郑钦安的学术思想还有下面若干:

1. **强调辨证,反对拘执** 作为一个临床大家,郑钦安极

鲜明,如强调“用药一道,关系生死。原不可以执方,亦不可以执药,贵在认证之有实据耳……病之当服,附子、大黄、砒霜,皆是至宝。病之不当服,参、芪、鹿茸、枸杞,都是砒霜”(《医法圆通·卷一》),此话讲得何等精彩!

他最反对不思经旨,不辨阴阳,拘执套方套药的市医积习。在《医法圆通》中涉及的51个各科病症中,几乎在每个病症的探讨之后,都要批评这种积习,已成论述惯例。例如“查近市习,一见头痛,不按阴阳,专主祛风,所用无非川芎、白芷、荆芥、防风、蔓荆……夫此等药品,皆轻清之品,用以祛三阳表分之风,则效如桴鼓;用以治三阴上逆外越之证,则为害最烈,不可不知也”(《医法圆通·卷一》)。又如“近来市习,一见痢证,以黄芩芍药汤与通套痢疾诸方治之,究其意见,无非清热导滞、调气行血而已,不知气血之不调,各有所因。知其所因而治之,方是良相;不知其所因而治之,皆是庸手”(《医法圆通·卷二》)。这后一句堪称医家箴言。由此,他擅用附子也是首先辨证,“用姜附亦必究其虚实,相其阴阳,观其神色,当凉则凉,当热则热”(《伤寒恒论·太阳少阴总论》),绝无滥用之迹。

2. 崇尚伤寒,熟谙六经 郑钦安崇尚仲景,毕生钻研伤寒,熟谙六经,擅用经方,将六经提纲演绎为“六经定法贯解”,著有《伤寒恒论》,被誉为近代著名的伤寒大家,卢铸之先生称“郑师为仲景后第一人”,他对伤寒研究之深之精,无需多议。

3. 对阴虚证亦有造诣 郑钦安“功夫全在阴阳上打算”,既详于阳虚证的辨识治疗,同时对阴虚证的研究亦有很高的造诣,他主张“相其阴阳,观其神色,当凉则凉,当热则热”,从其三部著述来看,并非只讲阳虚,擅用四逆、理中等方,亦详论

阴虚，精于承气、白虎诸方。所用药品，既有辛热的干姜、桂枝、附片；亦用寒凉的生地、黄连、石膏，称“附子、大黄诚阴阳二症之大注脚也”（《医理真传·卷二》）。由此可以看出，郑钦安立论施法并不偏颇。因其所论阴虚并非火神派的学术重点，不属本书研究的视野，故而不多论及。

郑钦安在阴阳大略上并不偏颇，但在临床小节上难免有失偏激，如论胀满症的辨治，无论气胀、血胀、水胀、蛊毒，终归实证偏多，这应该是常识，但此老统以“一元伤损”论之，治疗当然“宜扶一元之真火”，倡用术附汤、姜附汤等，这就难免有犯“实实之戒”。又如淋证，一般公认“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也”（《诸病源候论》）。郑氏治此症，“尝以滋肾丸倍桂，多效。又尝以白通汤专交心肾，亦多效。又尝以大剂回阳饮加细辛、吴萸、安桂多效。”笼统的将功能迥异的滋肾丸与白通汤、回阳饮并列取用，总让人觉得有些反差太大，而且用白通汤、回阳饮之辛温大剂治疗淋证，终归令人难以接受。郑氏自己在此方后就曾说过，“勿执予法为一定，恐未必尽善。”倒也不失谦谦之风。另外，郑钦安认为人参功专补阴，视杜仲、巴戟天、肉苁蓉等药“功专滋水”，亦未免有偏。当然这些均属瑕疵小节，并不能掩盖火神派学术思想的光辉。其他如在论治癫狂、求嗣等时，似乎夹杂有极少部分的“善功忏悔”、善恶报应等迷信色彩，更是不必苛求古人的。

其实，作为一个临床大家，郑钦安最大的缺憾也许是没有留下专门的医案集（这一点令人十分不解），让我们无法领略其用药风范，散见于著作中的几个案例虽然弥足珍贵，究竟不敷研习。事实上，火神派诸家在理论上推崇扶阳是相当一致的，但在用药上则风格各异，显示出十分丰富的临床经验，但这不仅需要学习其理论，更重要的是探讨其临床实践，而这一

点非医案莫属,对于火神派的传承而言,此老为我们留下一桩憾事。

现在,我们要探讨的是,火神派何以自成一派?按说,我们在本书第一章中已经论述,火神派完全符合医学流派的三条判定标准,其自成一派当无疑义,在此,提出这个问题,是因为还有引申的必要。

大家知道,所有的火神派医家均以《伤寒论》为宗,多有研究《伤寒论》的专著,善以经方应世治病,学者因此多以伤寒派目之,如任应秋先生称郑钦安为与恽铁樵、曹颖甫等齐名的近代著名伤寒大家,已故著名医家程门雪先生对祝味菊、徐小圃、刘民叔三家的药方常加研究,对三家之擅用附子,亦“认为是仲景一脉的后劲”。甚至火神派医家也多伤寒派自命,如唐步祺先生称郑钦安为“清末著名伤寒学家”,而未称其为“火神派”,范中林先生为自己的著作命名为《范中林六经辨证医案选》,伤寒派的色彩不言而喻。这些确实都表明火神派医家传承了伤寒派的衣钵,称之为伤寒派确有根据,这一点,没有异议。

另外,由于郑钦安推重扶阳观点,擅用温热药物,与温补派风格似乎接近,一些学者又将其归入温补派,似乎也不无道理,如成都中医药大学的宋兴教授在文章中称郑钦安为“温补专家”。仔细品味,“温补专家”这一概念显露了作者的犹豫,既然是崇尚温补,直接称其为“温补派”罢了,何必加个“专家”字眼呢?似乎心有不甘,大概是因为郑氏学说与温补派虽然有共通之处,但究竟还有不同,因此,含糊地定了一个“温补专家”的名衔。

问题的关键在于以郑钦安为代表的火神派的学术思想,到底和伤寒派、温补派有无不同?有什么自己的学术特色,可

以自成一派。学术特色是一个医学流派的生命,如果没有超出伤寒派、温补派的学术思想,那它终归未能脱出伤寒派、温补派,自然也就不称其为一个独立的医学流派。这是必须正视,也是本文要探讨的问题。由于我们已经对郑钦安的学术思想进行了总结和归纳,因此可以将其与伤寒派和温补派的学术思想进行一番比较,从而得出结论。

## 二、火神派与伤寒派的对比

毫无疑问,郑钦安服膺仲景学说,遵循六经法度,与伤寒派有着密切的关联。但分析其学术思想,与伤寒派既有联系,又有不同,既有继承,又有开拓,富于独创性,从而形成了一个相对独立的新学派。对比一下,其主要区别在于:

### (一)仲景以六经为纲,郑钦安以阴阳为纲,判分万病

仲景以六经为辨证纲领,郑钦安以阴阳两纲,判分万病。他说:“以病参究,一病有一病之虚实,一病有一病之阴阳,知此始明仲景之六经还是一经,人身之五气还是一气,三焦还是一焦,万病总是在阴阳之中。”认为“六经还是一经”,“万病总是在阴阳之中”,从六经到阴阳两纲,这显然是一个发展。“历代以来,著作者数十余家,皆含糊不清,并未将阴阳底蕴明明指出,一味在后天五行生克上论。铺张满纸,究竟人身立极一元妙义,二气消长机关,全未说透。宗旨不明,源头不澈,故知斯道之精者寡矣”(《医理真传·卷三》)。自《内经》提出“善诊者,察色按脉,先别阴阳”以来,许多医家奢谈阴阳为纲,但真正贯彻于临床,“认证只分阴阳”,“功夫全在阴阳上打算”,无出钦安之右者。为了判分阴阳两纲,郑氏总结了阴阳辨诀,进一步点化为“用药真机”,作为辨别阴阳两证的纲领,简明扼要而颇切实用,可谓前无古人。“民间中医网”的三七生先生评

价说：“不读张仲景，辨证无要领；不读郑钦安，阴阳不过关。”对其“阴阳辨诀”给予很高评价。

### （二）郑氏对三阴证的研究更全面，对阴火的认识更深刻，富有创见

一般研究《伤寒论》者，多详于三阳证，略于三阴证。然而“阳证易辨易治，阴证难识难疗。”郑氏补其不逮，专以阴证设论，对阴证作了全面的阐发，强调指出三阴上逆外越的变证与假象，对阴火之证的认识、论述尤为深刻，富于开拓性，这是郑氏学说中最独到、最精华的部分。可以说，郑氏丰富、深化了对三阴证的认识，进而扩展了附子、四逆汤等温热药的运用范围，积累了十分丰富的经验，这些可以说是对仲景学说的发展。

### （三）在附子运用方面，郑氏风格独特，超出仲景

火神派最突出的用药特色就是擅用附子，主要表现在对附子的早用、广用、重用等方面，这是对仲景学说的发展，也可以说是火神派与伤寒派的最大区别。

仲景扶阳，病至少阴时方用四逆辈，郑钦安则一见阳虚即投姜附，提倡早用。强调“凡见阴气上腾诸症，不必延至脱时而始用回阳，务见机于早，即以回阳镇纳诸方投之，方不致酿成脱症之候。”他说：“细思此方（四逆汤），既能回阳，则凡世一切阳虚阴盛为病者，皆可服也。何必定要见以上病形（虚阳欲脱之两目忽肿，头痛欲裂等症）而始放胆用之，未免不知几也。夫知几者，一见是阳虚证，而即以此方，在分量轻重上斟酌，预为防之。”

仲景四逆汤主要用于回阳救逆，故在论治内伤杂病的《金匱要略》中罕用四逆汤，郑钦安则频频用于内伤“久病”之证，扩大了该方的应用范围，强调“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。”此为郑氏一生最得力处，他认为“凡一切阳虚诸症，如少气、懒言、身重、恶寒、声低、息短、舌润、舌黑，二便清利，不思水饮，心悸、神昏、不语，五心潮热，喜饮热汤，便血、吐血，闭目妄语，口臭难禁，二便不禁，遗尿遗屎，手足厥逆，自汗，心慌不寐，危候千般，难以枚举，非姜附何以能胜其任而转危为安也乎？”（《伤寒恒论·问答》）可以说，凡见阳虚，方方不离干姜、附子，难怪称之为“姜附先生”了。

仲景扶阳用附子最大量是大附子一枚，温经止痛最大量是附子3枚，折合今天约为七八十克。而郑钦安、火神派诸家经常大量投用，多至一百至数百克，远远超过仲景，确实惊世骇俗，独步医林，唐步祺先生说郑钦安用四逆汤，“直可说前无古人”，言之有据。

从以上可以看出，郑钦安的学术思想继承了伤寒派，但在上述几个方面有所发展，有些经验超出仲景，可以说源于伤寒，又脱出于伤寒，独树一帜，建立了火神派，当然这丝毫无损于仲景的医圣地位，而对伤寒学说的发展只能起到促进作用，这些都是毫无疑义的。

### 三、火神派与温补派的对比

明代薛己在继承东垣脾胃学说的基础上，进而探讨肾和命门病机，从阴阳水火不足的角度探讨脏腑虚损的病机和治疗，强调脾胃和肾命阳气对生命的主宰作用，擅用甘温之品，建立了以温养补虚为特色的学术体系。其后，张景岳继承其观点，进而提出阳重于阴的观点，为温补学说奠定了理论基础，后世称为温补学派。

其归入温补派。不可否认,郑钦安确实吸纳了温补派的一些学术思想,但其又不同于温补派,只要对照一下火神派的主要学术观点,这一点并不难以区分。现在,我们将郑钦安与温补派代表人物张景岳的主要学术思想作一大致对比,研究二者的异同,进而得出结论。

### (一)二者均注重阳气

郑钦安与张景岳都是四川人,均以《易经》、《内经》为宗,通晓阴阳之说,这使二人具有共同的学术根基。在阴阳互根、水火常变等阴阳一体观方面的认识大致相同。尤其张景岳重视阳气的“宝阳论”,郑氏十分认同并接受。

例如,景岳说:“天之大宝只此一丸红日;人之大宝只此一息真阳”(《类经附翼·大宝论》)。郑钦安则谓:“人身所恃以立命者,其惟此阳气乎。阳气无伤,百病自然不作。”“夫人之所以奉生而不死者,惟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。”

景岳说:“人是小乾坤,得阳则生,失阳则死。”郑钦安则谓:“有阳则生,无阳则死。”“人活一口气,气即阳也,火也,人非此火不生。”这方面二者的观点言论有许多共同之处,可以举出很多例证,看得出郑氏的重视阳气的思想确实与张氏如出一辙。郑钦安多次称:经云“气不足便是寒”,但众所周知,此语乃景岳所言,而非《内经》之词,从中可以看出郑氏对景岳某些观点是多么认同。从这一点上说,火神派与温补派确实有着共同的注重阳气的理论基础。

此外,在对阴证的病因病机与证候特点的认识上,两人都有相当见地,也有很多相近之处,这也是张、郑学术思想中很重要的共通之处。景岳说:“寒之为病,有寒邪犯于肌表者,有生冷伤于脾胃者,有阴寒中于脏腑者,此皆外来之

寒，去所从来，则其治也，是皆人所易知者。至于本来之寒，生于无形无向之间，初无所感，莫测其因，人之病此者最多，人之知此者最少，果何谓哉。观丹溪曰：气有余便是火；余续之曰：气不足便是寒。夫今人之气有余者，能十中之几？其有或因禀受，或因丧败，以致阳气不足者，多见寒从中生，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。矧庸医多有不知，每以假热为真火，因复毙于无形无热者，又不知其几许也。故惟高明见道之士，常以阳衰根本为忧”。对阴寒之证有着较为深刻的认识。他还进一步指出：“真寒假热之病为极多，而真热假寒之病则仅见耳”（《景岳全书·新方八略》）。确是阅历有得之谈。

而郑钦安学术理论中最独到、最精华的部分，就是对阴证的全面认识，尤其是对阴盛格阳（含真气上浮与虚阳外越）与阳虚欲脱所产生的种种假热之症，他称之为“阴火”者，能够辨伪存真，识破假象，较之景岳更深刻、更详明，本书曾系统论述（见“详辨阴证，多有创见”一节），读者阅后即可明辨。郑氏曾经申明：“总之众人皆云是火，我不敢即云是火”，与景岳所言之“真寒假热之病为极多，而真热假寒之病则仅见耳”实有异曲同工之妙。

## （二）张景岳同时重视真阴

在重视阳气的同时，张氏亦强调真阴的重要性，事实上可以说他是阴阳并重的二元论者。对于外感、内伤各种病症，凡见虚损，先重补阴，他说：“夫病变非一，何独重阴？”讲了一番重视真阴的大道理。他甚至说：“无水无火，皆在命门，总曰真阴之病”（《类经附翼·真阴论》）。他提出的“治形论”无非亦是强调真阴的重要性：“凡欲治病者必以形体为主，欲治形者

必以精血为先，此实医家之大门路也”（《景岳全书·治形论》）。对虚损病人他强调以填补精血、真阴，治疗形体为主。故他最擅用的药物首推熟地，“形体之本在精血，熟地以至静之性，以至甘至厚之味，实精血形质中第一品纯厚之药。”因其擅用熟地，以致人誉“张熟地”。

郑钦安不同，虽然亦讲阴阳并重，但他更强调阳气的重要性，讲究阳主阴从，扶阳重于养阴，“总而言之，元阳为本，诸阴阳为标。能知诸阴阳皆为元阳所化，元阳变而为诸阴阳。”（《医法圆通·卷二·敬云樵批语》）这与景岳所言“无水无火，皆在命门，总曰真阴之病”，确实有偏重阴、阳之分。对虚损之证，郑氏与景岳更是针锋相对，主张必以扶阳为先：“虚劳之人，总缘亏损先天坎中一点真阳耳……惟有甘温固元一法，实治虚劳灵丹。昧者多作气血双补，有云大剂滋阴……不一而足，是皆杀人转瞬者也”（《医法圆通·卷二》）。“要知虚损之人，多属气虚，所现证形多有近似阴虚，其实非阴虚也。予尝见虚损之人，每每少气懒言，身重嗜卧，潮热而不渴，饮食减少，起居动静一切无神，明明阳虚，并未见一分火旺阴虚的面目”（《医法圆通·卷三》）。作者体会，郑钦安所论更切近临床实际。

郑氏倡用辛热扶阳，并不忘阴阳互根之理，他指出：“凡服此等热药，总要服至周身、腹中发热难安时，然后与一剂滋阴，此乃全身阴邪化去，真阳已复，即与以一剂滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，而阳有所依，自然互根互济，而体健身轻矣。”郑氏所谓滋阴敛阳之法，与景岳阴中求阳之法，虽同从阴阳互根之理，然其思路、投药之法并不相同。景岳是融滋阴与温阳于一方；郑氏则待真阳已复之后，继用滋阴之品以敛阳气，因而用药有先后次第，自成一家。

### (三) 用药有甘温、辛热之别

张景岳曾以人参、熟地、附子、大黄为药中之四维，推人参、熟地为良相，附子、大黄为良将，颇有见地。但其用药，则多重相而轻将，用药偏于甘温，擅用熟地、人参，人誉“张熟地”；郑氏则善于用将，用药偏于辛热，常用附子、干姜，推崇四逆汤，人誉“郑火神”、“姜附先生”，二者各有千秋，这也是二者之间的最大不同。

景岳温补讲究阴阳相济，所谓“善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷。”而且景岳认为：“附子性悍，独任为难，必得大甘之品，如人参、熟地、炙甘草之类，皆足以制其刚而济其勇，以补倍之，无往不利矣。”所以景岳温补均是助阳药与补阴药并投，凡用附子必伍以熟地，观其补阳代表方剂右归饮、丸等俱是如此。可以说，景岳所谓温补是阴阳并补，甘温同施。

郑氏扶阳更专注于附子，推崇“热不过附子”，“补坎阳之药以附子为主”《医理真传·卷二》。临床之际广用附子，重用附子，多以附子、四逆辈为主药主方，纯用辛热，极少参杂甘味滋阴之品，讲究单刀直入，与张景岳等阴阳并补观点大相径庭。他认为：“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。若更滋其阴，则阴愈盛而阳愈消，每每酿出真阳外越之候，不可不知”（《医法圆通·阳虚一切病证忌滋阴也》）。不仅如此，他还对景岳直接提出批评，说：“仲景为立法之祖，于纯阴无阳之证，只用姜、附、草三味，即能起死回生，并不杂一养阴之品，未必仲景不知阴中求阳乎？仲景求阳，在人身坎宫中说法；景岳求阳，在药味养阴里注解。相隔天渊，无人窥破，蒙蔽有年，不忍坐视，故特申言之”（《医法圆通·卷二》）。“今人亦有知得此方者，信之不真，

认之不定，即用四逆汤，而又加以参、归、熟地，羁绊附子回阳之力，亦不见效。病家等毙，医生束手，自以为用药无差，不知用药之未当甚矣”《医理真传·卷四》。故他用附子一般绝不与熟地等甘阴之味相伍，后世如吴佩衡、范中林诸先生均持此观点。

郑氏多次批评将阳八味（金匱肾气丸）、大补元煎（景岳方）视为扶阳必用之方：“二方概以熟地为君以补阴，枣皮（山萸）以滋阴，丹皮以泻火，用桂、附仅十中二、三。试问：既曰命门无火，理宜专用桂、附以补火，何得用地、枣以滋阴，丹皮以泻火乎？此皆景岳不读仲景之书，而未明阴阳之道也”（《医法圆通·卷二》）。这些议论，可谓别开生面，发前人所未发，但此话确实持之有据，言之有理。只是郑钦安在这里似乎犯了一个技术性错误，景岳的大补元煎中并无桂、附二药，也算一点瑕疵。

在用药上，张景岳补阳不忘补阴，桂附与熟地、人参多讲同用，视人参为补阳要药，大概方方不离熟地；郑氏扶阳则专用姜附，单刀直入，大忌阴药，视人参为补阴药，如果“用为补阳回阳，大悖经旨”，几乎方方不离附子，善后倡导一剂补阴，讲究先后次第，二者用药风格迥然有别，均不失为开一代医风的领军人物。诚然，张景岳的影响要胜过郑钦安，毕竟张景岳是一位功力深厚、著作宏富、雄视医林四百余年的名医大家。

大致可以说，在应用附子等辛热药物治疗阴证时，是否夹用熟地等滋阴之品，是温补派与火神派的一个重要区别。试观火神派医家的案例，与温补派医家的用药确实截然有别，风格十分鲜明，明眼人很容易区分开来。敬云樵在评点时强调，郑氏所谓“甘温固元，是姜、附、草，不是参、芪、术，学者不可不知也”（《医法圆通·卷二》），可谓一语中的。在敬云樵先生

297 条批注中,这一条最具份量。

概括一下,温补派讲究温而兼补,系温兼滋补,阴阳并济;火神派温补则强调辛热扶阳,单刀直入,不夹阴药。温补派讲究脾肾并重,火神派则更强调补肾为主,元气为本。从这一点上说,相对温补派而言,火神派可称之为“扶阳派”,不过我们还是按传统说法称之为“火神派”。

回顾医史,医学流派产生的常见形式,就是流派内部的衍变和发展,从而形成新的学派。可以说每个医学流派都是在对《内经》、《伤寒论》等经典和各家学说继承的基础上,提出新的观点和方法,并将其上升为理论,从而形成新的医学流派。各个学派之间的互相影响渗透,对新的医家学说的形成起到十分重要的作用。如张子和为代表的攻邪派和朱丹溪为代表的滋阴派就都是从河间学派分化出来的。张子和私淑河间之学,《金史·本传》称他“其法宗刘守真,用药多寒凉”,而创攻下派;朱丹溪师承河间学派,其师罗知悌为刘完素的再传弟子,又旁参东垣、子和之学,而创滋阴学派。任应秋先生看出这一点:“传刘完素之学的,有两大医家,一为张从正,一为朱震亨。”然而,张、朱之学并未因传河间之学而影响其自成一派。是否独立成派,关键在于对其所学是否有所发展,有所创新,这才是判断某家学说是否自成一派的关键,发展和创新才是医学流派的生命。可以说,河间学派为攻下派和滋阴派的形成奠定了基础,但不能说这两家就归属于河间学派,历史已经证明了这一点。同样道理,明代张景岳的温补学派是在继承易水学派的基础上发展起来的,易水学派虽为其形成奠定了基础,但丝毫不能掩盖温补学派作为独立学派的光辉。

以此类推,火神派就是从伤寒派和温补派的理论中衍变和发展起来的,其间既有联系也有不同,并赋予其学说以创新

之处,从而自成一家,成为一个独立的医学流派。

伟人毛泽东说过:“中医药学是一个伟大的宝库,应该努力发掘,加以提高。”积淀 2000 多年的中医宝库,至今我们发掘得仍旧不够,很多宝贵的理论和经验尚待发掘,火神派可以说就是一个近年整理出来的一大成果。有人曾说:“现在已经不存在产生新学派的可能了”,这话未免武断。事实上,各家医派可以说都是包括现代人在内的后人归纳、整理出来的,所谓《中医各家学说》就是现代高等教育的产物。各家开山宗师未必料定自己开辟了一个新学派,因为这需要时间的积淀和历史的考验以及后人的整理。现代人能否再创立新的医派难以预料,但是从科学的角度说,任何一门科学都是要不断发展的,创新是题中应有之义,因此说“现在已经不存在产生新学派的可能了”,恐怕站不住脚。

问题是火神派并非现代人的发明,从郑钦安 1869 年刊行《医理真传》算起,它的积淀已有大约 150 年的历史,它的构成要素是齐备的,加上后人的努力传承,它在今天的兴起应该说是自然而正常的。倒是有人受教材一统天下的束缚,乃至如桃花源中人,“不知有汉,无论魏晋。”既有的所谓七大医派绝不能成为阻碍新医派发掘和产生的桎梏,火神派也许有一天会如阳光普照医林。

### 四、火神派是第八个医学流派

总结前面所论可以看出,火神派完全符合构建一个医学流派的主要条件,即:有一个颇具影响的“首领”郑钦安,有两部传世之作《医理真传》和《医法圆通》,有以吴佩衡、唐步祺、卢崇汉等为代表的若干传人延续至今。它有完整的理论体系(如上面所归纳),创制了代表本派学术特点的几首名方如潜



阳丹、补坎益离丹等，而其用药特色之鲜明更是超乎寻常，其临床经验之丰富以及大量成功的验案，都表明这是一个特色突出而且经世致用的医学流派，与其他医派相比可以说毫不逊色。我们认为它是继伤寒派、金元四大家、温补派、温病派之后的第八个医学流派。作为建议，它有理由补充到高校《中医各家学说》讲义中去，体现这一中医发掘、研究的新成果。作者相信，火神派独特的学术价值，必将逐渐彰显出来，历史会证明这一点。2007、2008、2009 连续三年召开的全国三届扶阳论坛就是一个良好的开端。

本书第 1 章曾介绍了任应秋、吴佩衡等著名医家对火神派的评价。近年火神派的兴起引起许多人的关注，尽管存在不少争议，但是正面评价火神派的舆论并不少见，很多人对火神派给予较为客观的评价，作为探讨火神派的专著，理应介绍一些：

中华静修园的王世保先生：在“扶阳学派是中医理论的创新与发展”一文中说：“扶阳学派之所以能够以一种学派在现代著称，就是以郑钦安为首的几代医家形成了不同于中医史上出现的其他学派的个性化诊疗特征。”“真正的中医理论框架内的创新并没有停止，发源于四川地区、由清末名医郑钦安开创的扶阳学派就是其最好的例证。”

“扶阳学派，就是基于中医基本理论形成的一套在诊疗上具有重阳特色的学派，该学派在治疗属于阴证的疾病领域里代表了目前中医学界最高的水平。如果从中医的标准化来看，扶阳学派无论是从疾病诊断上还是用药上，都不符合既定的标准，但该学派的医家取得的临床疗效是这些标准化的中医理论所做不到的，因为他们的理论是首创的，并没有包含在既定的标准里。”

“扶阳学派对中医理论的创新完全是基于深厚的中医基本理论在中医理论框架内发生的,它是对已有的中医诊疗体系的进一步丰富与完善,这才是符合中医理论发生规律和文化特征的理论创新,也为中医学术的发展提供了有益的借鉴。”

“未来的中医发展,不仅需要不断地壮大中医队伍的规模,更需要众多的像扶阳学派那样的创新学派之间的争鸣。我们期待着中医学界能够出现一个百家争鸣的时代,那将是中医在新的历史时期真正繁荣的标志!”(《中国中医药报》2009-4-1)

重庆医科大学的王辉武教授:“当今,中医理论基本上是教材的一统天下,相对而言,火神派似乎名不见经传。中医界,特别是毕业于“科班”的中医学子,不了解火神,临床视姜、桂、附为“虎狼”者不少。该书(《中医火神派探讨》)第一次系统探讨了火神学派学术思想,感悟扶阳心法的灵奇,为临床医师大胆启用扶阳法宝,奠定底气,更重要的是发掘了一个重要的医学流派,为全方位丰富中医药学的理、法、方、药,做出了贡献,在中医各家学说和理论研究方面,具有很高的学术价值。”(《中国中医药报》2007-7-26)

成都中医药大学的汪剑教授:“火神派自清末名医郑寿全创始以来,近百余年间主要流传于四川、云南一带,继而成为全国性的学术流派。该派因善于运用姜、附等火热温性药物,从理法到方药都多崇温热,发挥运用都颇具特色,故得‘火神’之名。……学者如能仔细研究火神医家的著作,便能发现火神派作为中医学术体系范围内的一种学术流派,其理法方药始终遵循辨证论治的规范。”

“在研究火神派学术之时,我们不能只是看到其重用温热

药物的现象,更重要的是要阐述清楚这些现象背后的真实含义,掌握其正确运用的原则。要正确辨识火神派与滥用温热者的区别,尤忌以偏纠偏、矫枉过正,落入谬误的无休止循环中去。”(《中国中医药报》2009-4-1)

香港大学中医学院的寨王潮先生在网上发文:“虽然火神派确实有其出现及发展的背景因素,而且其理论及用药又确有特色,加上有大量临床成功的病例验案,这些种种更难得地唤起了很多中医同道们对真正、传统中医的追求。然而,在这一股火神潮流蔓延的同时,似乎又像过往的中医发展史一样,很多人都不愿深究,只是在附和追逐潮流。我们不难看到,火神派种种理论观点中,其实有很多是值得讨论和反思的。”

笔者欣喜地看到,很多医家在学习和实践以后,认识到火神派的奥妙,接受其学术思想,医风为之一变,擅用附子,一如当年徐小圃、陈苏生弃旧图新,投入祝味菊门下。下面引述几位医家的感言,读来真是肺腑之言:

陕西省扶风县中医鬻新德:“走上中医之路 40 年,虽遵勤求古训,博采众方,但大多在云里雾里摸索,常感到胸中了了,指下难明,辨证论治漫无边际。后接触到中医火神派医著,看到火神派起死回生的医术,为他们大剂量应用附子而惊心动魄,为其神奇疗效而拍案叫绝,赞叹不已。后在临床运用扶阳理论治疗疑难病取得了意想不到的效果,对火神派产生了浓厚的兴趣,从此医风为之一变,对时下西医无法治愈的一些疑难症,神奇疗效不断出现。”(《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》)

内蒙古巴彦淖尔市中医郭文荣:“余六十年代步入中医之门,从师攻读经方……纯中医 40 载,临床每遇疑难病症,自认

为辨证无误,选方用药正确,经方时方名老中医经验,方法用尽效果不佳,常感到非常困惑。自近3年学习了唐氏的《郑钦安医书阐释》、卢氏的《扶阳讲记》、《吴佩衡医案》、张氏的《中医火神派探讨》等火神派著作,犹如发现了新大陆,相见恨晚,临床疗效大大提高。由此个人认为:扶阳理论是中医今后发展的方向,是中医的捷径。”

福建省南平市中医余天泰:“自从学习火神派以来,特别是接受祝(味菊)师观点(指阳常不足,阴常有余论)后,一改30余年遣方用药之风格,临证治病注重温阳扶阳,疗效大有提高,从而也更加增添了我对中医药的信心。”(《第二届扶阳论坛论文集》)

看得出,几位都是从医三四十年来、有一定声望的老中医,暮年变法,转变医风,说明火神派确实经世致用,引人入胜。作者因为本书而结缘,接触过不少读者,其中述称接受扶阳心法,疗效明显提高者更是不知几何。

### 五、有关火神派争议的看法

火神派自诞生150年来,就一直有所争议,于今尤甚。作为“传统国医中最年轻的一个流派”,这是很正常的,历史上几乎所有医派诞生后无不经过争议,至今犹有分歧,这同样是正常的。作为本书作者,理应对这些争议有所考量,某些问题已在相关章节中表露,现就一些热点问题进行探讨。

#### (一)火神派是否有偏?

争议最集中的一个问题就是火神派是否有偏,许多人称火神派重阳有偏,用药有偏,甚至不分青红皂白的称火神派“偏!偏!偏!”总而言之,一个“偏”字了得!火神派是否火走一经,剑走偏锋?这个问题应该辩证的看,有其长即有其偏,

无所长也就无所偏。

历史上各家流派都有自己的研究重心和方向,议论必然有所侧重,强调一说,突出一义。金元四家分别以突出寒凉、攻下、补土、养阴而见长,旗帜鲜明的提出独立学说,构成了中医丰富多彩的各家学说框架。由于强调一说,突出一义,议论与着眼点自然有所偏重,刘完素主张“六气皆从火化”不偏吗?张子和“汗吐下三法该尽治病”论不偏吗?李东垣把大疫完全归咎于内伤不偏吗?火神派强调阳主阴从,与阴阳并重的理论确有不同;强调肾元的作用,与东垣重视脾胃也不相同,唯其如此,才显出其观点的独特性和侧重点。从这个意义上说,各家皆有所偏,所谓有其长即有其偏,无所长亦即无所偏,可以说这是各家流派的基本特点,不了解、不认识这一点,医学流派恐怕就无以存在了。历史上,各大流派均曾遭受非议和攻击,可以说无一例外,有的还很激烈,至今犹未停止。然而,这些流派今天仍被接受并予发扬,成为各家学说的主干,中医理论中的瑰宝,历史证明了它们的价值和地位。这里,关键是对各家学说应持历史态度,客观的分析,要“因古人之法而审其用法之时,斯得古人立法之心”,而不要“窥其一斑而议其偏长”(明·孙一奎语)。

从另一方面讲,这种所谓偏确实又持之有据,言之有理,并未超出经典理论的范畴,绝未离经叛道,从这一点上论也可以说并不偏。明·李中梓说:“(金元)四家在当时,于病苦莫不应手取效,考其方法若有不一者,所谓补前人之未备,以成一家言,不相摭拾,却相发明,岂有偏见之弊?”孙一奎则说:“仲景不徒以伤寒擅长,守真不独以治火要誉,戴人不当以攻击蒙讥,东垣不专以内伤树帜,阳有余、阴不足之谈不可以疵丹溪”(《医旨绪余》)。《四库全书提要》对这几句话大加赞赏,

称为“千古持平之论”，难道今人还不及古人有雅量？

火神派强调扶阳的主张不过是对《内经》“阳气者若天与日，失其所则折寿而不彰”观点的发挥而已。强调肾阳的功用，与古人“肾为先天之本”，“补脾不若补肾”的理论也有相近之处，并未离经叛道，何偏之有？成都中医药大学的汪剑教授称：“仔细研究火神医家的著作，便能发现‘火神派’作为中医学学术体系范围内的一种学术流派，其理法方药始终遵循辨证论治的规范。”此评公允。关键是要认识到各家流派各有所长，各具特色，而不要求全责备，以偏概全。学者要善于取精用宏，博采众长，“因古人之法而审其用法之时”，所谓“外感法仲景，内伤法东垣，热病用河间，杂病用丹溪”（《明医杂著》），作者聊为续一句——“阳虚法钦安”。因为郑钦安“于阳虚辨治所积累之独到经验，实发前人之所未发，……千古一人而已！”（唐步祺语）

当然有所偏不等于走极端，更不能超出常识范围。火神派主张阳主阴从不等于有阳无阴；重视阳虚不等于否认阴虚；主张扶阳并不废止滋阴；广用附子不等于滥用附子。作者在相关章节曾反复论述，不多赘言。

### （二）有关附子应用的争议

争议比较集中的另一问题是有关附子的争议，有人对火神派广用、重用附子持批评态度，认为“附子多服久服有流弊”，“理中、四逆，随手乱投杀人无数”，这里既有认识问题，也有偏见成分。

首先有两点应予澄清，其一，即火神派广用附子绝非滥用附子，而是坚持辨证原则，“总之，用姜附亦必究其虚实，相其阴阳，观其神色，当凉则凉，当热则热”（《伤寒恒论·太阳少阴总论》），“阳不调之人，必有阳不调之实据，以辨阳虚法辨之；

阴不调之人，必有阴不调之实据，以辨阴虚法辨之”《医理真传·卷四》。绝无滥用之嫌，作者前面曾予论证。

其二，郑钦安重用附子绝非蛮用附子，不分青红皂白的一概重用，而是遵循量病施用的原则，“察病轻重，再为酌量”，“添减分量，在人变通”，当重则重，当轻则轻，对于医家而言，这本属于常识范围。郑钦安在论述四逆汤用法时，明确说过：“一见是阳虚证而即以此方，在分量轻重上斟酌。”他说得很有分寸，应用时也有范例，试看他在论治鼻渊、鼻浊时：“每以西砂一两，黄柏五钱，炙甘草四钱，安桂、吴萸各三钱治之，一二剂即止，甚者加姜附二三钱，屡屡获效”（《医法圆通·卷一》）。明明说的是“加姜附二三钱”，仅是常用剂量。可见，郑钦安是并非一律重用附子的。

在确认以上两点的前提下，我们谈谈广用附子、重用附子的意义。

1. 广用附子是其奇特之处 各家学派基于自己的理论主张，在选方用药上都有一套自己的风格和特色。如攻下派擅用大黄，寒凉派擅用石膏、黄连，李东垣擅用黄芪、升柴，张景岳擅用熟地等等，都是众所周知者，是否说他们用药过偏呢？比较而言，火神派擅用附子的特色更为突出罢了。某些人口口声声称火神派用附子太偏，以为附子药性峻烈，大热有毒，想当然的认为不该广用，更不能重用，否则“随手乱投杀人无数”。历史上，也有人“终身行医而终身视附子为蛇蝎，每告人曰：附子不可服，服之必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必内烂五脏，今年服之，明年毒发。”说到底，不排除有些人心存偏见，“视附子为蛇蝎”，乃至终身不敢用、也不会用附子，反而对火神派横加指责。

铁樵说：“附子最有用，亦最难用。”关键在于能否善于运用。事实上，药之本性在毒，无毒则不成药，张景岳云：“药以治病，因毒为能。”是否善于运用毒药、峻药，是衡量一个医家水平的重要标准。近代浙江名医范文甫先生有一句名言，“不杀人不足为名医”，意谓不擅用峻烈药（峻烈到能杀人）者，不足以成为名医。另一近代医家杨华亭则指出：“乌头虽毒极，而入药主治之功能，则为诸药所莫及。”“惟能用毒药，方为良医。”即使以用药轻灵著称的温病大家丁甘仁也说过，“用药如用兵，匪势凶猛，非勇悍之将，安能立敌之？”（《丁甘仁医案》）祝味菊甚至说：“变更附子的毒性，发挥附子的特长，医之能事毕矣。”可见能否擅用附子确实意义重大。

火神派广用附子正是其奇特之处，发挥了附子“最有用”的一面，解决了附子“最难用”的一面，祝味菊所谓“我用附子可任我指使，要它走哪条经就走哪条经，要它归哪一脏即归哪一脏。”郑钦安总结了一套较为成熟的应用经验，尤其是点明服用附子的反应，使人用起来心中有数，为后人启开火神法门，所谓“学者苟能洞达阴阳之理，自然头头是道，又奚疑姜、附之不可用哉？”

毋庸讳言，医界存在一种习俗，即避重就轻，喜补畏攻，轻描淡写，处方只尚平和，讲究所谓轻灵，不敢投用峻药，明哲保身，不求有功，但求无过，既缺乏胆识，也是不负责任的表现，叶天士所谓“借和平以藏拙”正是说的这种人，很多前贤曾给予尖锐的批评。

清初安徽歙县名医吴天士，撰有《兰丛十戒》，“榜之卧侧，以便朝夕警戒。”其中就有“戒托名王道”之旨，他说：“有人不知‘王道’二字之解，但以药性和平，轻微无力者推为王道。此所谓的王道，医人可不担心，病家也无所疑畏，旁人亦无可指



责，但却是病人之鬼道，为医者实当痛戒！”又说：“或惟恐药性与症不对，会致服之不安，招人訾责，遂将气味厚重者尽同毒草，一概删除不用。惟选极轻淡清降之百合、二冬、二母、扁豆等。初莫不谓和平无害，而不知其大害存矣，终至养痍为患，使病轻者重，重者死，此不杀之杀深于杀也。”所谓的王道，“却是病人之鬼道”，“此不杀之杀深于杀也”，说得何等深刻。

清代王三尊说：“吾观今之医人，见解不透，恐瞑眩之剂用之不当，立刻取咎，姑取中平药数十种，俗号为‘果子药’，加以世法滥竽众医之中，病之浅而将退者，适凑其效，不知此病不服药亦痊。若病之深者，适足养虎貽患也”（《医权初编》）。这种只会用“果子药”的医家与擅用峻药的医家相比，自有高下之分。

清初大学者顾炎武先生不仅提出了“天下兴亡，匹夫有责”这句口号，对当时庸医害人也有着深刻的认识，他说：“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，其病日深而卒至于死。……今之用药者，大抵泛杂而均停，既见之不明，而又治之不勇，病所以不能愈也。”所谓用药“泛杂而均停”，“治之不勇”，即指用药泛泛，只求平和，“治之不勇”，遑论附子了。至“使其人在不死不活之间”，正是“今之时庸医”也。

相对于这种避重就轻的习俗而言，火神派擅用峻药的风格尤其难能可贵，从一定意义上说，是对避重就轻习俗的挑战，擅用峻药正是其突出的用药特色，而这是需要经验和胆识的，唯其如此，才塑造出火神派的独特风格，不擅用附子，也就不成其为火神派了。

**2. 重用附子是其超常之处** 能用附子也许并不难，能用超大剂量者方显胆识与风格。人们争议火神派，也许更多的

是惊异于其附子的超常剂量,有人对其重用附子颇有微词,对此当然应该议论一下。

重用附子确实是火神派的一大用药特色,这是多年传承和经验积累的结果,有多位名家的许多成功案例可以证明。作者认为,能否熟练应用大剂量附子,是衡量火神派医家成熟与否的一个标志。任应秋先生曾经评价,“郑氏治疗三阴证,确是颇有盛誉,运用附子量重而准。”专门提到“运用附子量重而准”,予以肯定。那么重用附子的意义何在呢?

中医自古就有“不传之秘在量上”的说法,表明用药剂量有很大的学问。各家用药有较大的差异,乃至形成不同的风格。较为常见的有以经方为代表的峻重,东垣为代表的轻量小剂,吴门温病学派为代表的所谓轻灵等。火神派擅用重剂(不仅限于附子一药),其实是经方风格的体现和发展,程门雪先生就称祝味菊、徐小圃、刘民叔三家之擅用附子,“是仲景一脉的后劲”。火神派各家对重用附子积累了丰富而成熟的经验,“变更附子的毒性,发挥附子的特长”,练就过人的胆识,屡起急危重症,正是其超常之处,就此而言,其他医派难以相比。擅用重剂如同擅用峻药一样,也是衡量医家水平的一个标志。

岭南四大名医之一的黎庇留说得好:“症有轻浅沉痼之殊,方亦有平易险峻之异”(《黎庇留医案》)。一般而论,平常之症可用轻剂,无须重剂,否则药重病轻,诛罚无过,可能僨事;但当大病重症之际,则非寻常药剂所敌,需要重剂方能奏效,否则药轻病重,可能误事。清·柯韵伯说“今之畏事者,用乌、附数分,必制熟而后敢用,更以芩、连监制之,焉能挽回危证哉。”即温病大家王孟英亦云“急病重症,非大剂无以拯其危。”许多火神派名家对此看法相当一致。吴佩衡认为:“病至危笃之时,处方用药非大剂不能奏效。若病重药轻,犹兵不胜

敌,不能克服。……古有‘病大药大,病毒药毒’之说,故面临危重证候勿需畏惧药毒而改投以轻剂。否则,杯水车薪敷衍塞责,贻误病机,则危殆难挽矣。”李可则称小量无效,“几钱几分虽然可以治好一些小病,但是治不了大病,在重危急症领域起不了多少作用”(《扶阳论坛》)。“在急危重症这块,用小剂量的话,只能是隔靴搔痒”(《人体阳气与疾病》)。

长期以来,中医界存在一些陈规旧律,如所谓“细辛不过钱”,附子用量以 15g 为限等等,束缚了医家的手脚。虽有不少名医、贤哲呼吁,从理论上多方论证,在临床上打破常规用药并显示出其安全性,这些陈规旧律至今未能冲破藩篱,影响疗效,令人遗憾。《中国药典》虽几经修订,其中的部分内容却因为与实践脱离而被中医界视为掣肘。据统计 330 位全国中医名家最常用的 12 种中药的剂量,均高出药典规定数倍。是中医都在违规,还是法规不当?以擅用大剂量细辛著称的河北省名老中医刘沛然先生说:“药量者,犹良将持胜敌之器,关羽之偃月刀,孙行者之千斤棒也。”李可先生说:“你收缴了他的青龙偃月刀,他还有什么威风!”

火神派重用附子、细辛等峻药,以大量成功的案例雄辩的证明了其有效性和安全性,无疑是对这些陈规旧律的一种挑战。其更深层的意义在于,可以引发我们进一步思考,如何改革这些陈规旧律,以适应临床的需要,推动整个中医的发展。

最后强调一下,广用附子、重用附子不要偏执,不要走极端。要知道,附子虽为“百药之长”,但也并非包治百病,更不可以附子论英雄。擅用附子绝非滥用附子,重用附子绝非蛮

用附子,这其中无疑有着原则区别,任何滥用、蛮用附子的行为均非火神派所倡导,这一点应该讲清楚。

### (三)如何看待所谓火神派“火了”的问题

有人认为,当今“火神派真的火了,不仅火了,而且这火有点过度。”“这把火神之火如今越烧越旺,成为现今中医界的一种时尚。”也有人称火神派已成“显学”。这些看法并不全面。

作者认为,火神派确实正在兴起,方兴未艾,其标志为:火神派的多部专著相继出版,全国连续召开了三届“扶阳论坛”会议,媒体报道会议场面热烈,颇有“爆棚”之势。部分地区召开了吴佩衡、李可等人的专题研讨会,《中国中医药报》和部分中医杂志时有相关文章刊发,等等,在一定程度上似乎形成“热点”。但是,严格来说,火神派更多的是在民间和网上比较受到关注,火神派医家也以民间较多而有影响。相对而言,高等中医院校则动静不大,差不多“万马齐喑”。而通常意义上,高等中医院校是中医的“主流社会”。没有他们的声音,就称“火神派真的火了”,实在难以服众。由此可以说,火神派并未“真的火了”。造成这种局面的原因很简单,长期以来,中医教材的一统天下束缚了他们的眼界和思维的活力,对于教材上没写的东西,他们难以越雷池一步,不免如桃花源中人,“不知有汉,无论魏晋。”教材之外的火神派,即或看到也难以承认。

至于说“火神派已成显学”,则未免抬举火神派了。什么叫“显学”不必细究,至少眼前有些例子可供说明,像“红楼梦研究”的“红学”,金庸小说探讨的“金学”,以及时下盛行的“国学”等等,那才叫显学,与之相比,火神派怎么说也够不上显学。

另有人称,“当前中医界看似热闹非凡,实则岌岌可危,当

代火神派其罪非小。”这话就莫名其妙了，中医界“热闹”也好，“岌岌可危”也好，跟火神派有何关系呢？火神派有这么大的作用吗？“火神派其罪”从何谈起呢？之所以这么说，是想让火神派学说保持健康的发展，既不能让其被“棒杀”，也避免其遭到“棒杀”，作为火神派的传人，必须保持冷静头脑和清醒的认识，继续深入研究，不断推出新的成果，形成更大的影响，直至名正言顺地登上中医大雅之堂，这才是编者的期待。

不管怎么说，火神派的兴起乃至成为“热点”都是好事，如果由此引起有关学派乃至整个中医学术的百家争鸣，都将促进中医的繁荣和发展。中医学的历史证明，学术进步只能也必须是，不同学派通过交流、争论，相互促进，共同提高，才能推动中医学向前发展。因此，鼓励和支持包括火神派在内的学派研究，是中医继承、提高与创新的应有之义。现在，好不容易出现了火神派的发展势头，我们应该乘势努力，也许通过火神派研究打开一个缺口，推动整个中医学的发展。

关于这个问题，很多有识之士都发表了颇有见地的观点，对包括火神派在内的学派研究表示了高度重视，现摘要选录如下。

全国政协委员、中国科学院院士陈凯先在 2009 年全国政协会议上指出：“中医药在历史发展中形成很多有重大影响的中医学术流派”，“各种流派是中医药传统宝库的活的载体，对中医学发展起到重要推动作用。”“中医流派具有各自的独特传授方法，学术思想与诊疗技术一脉相承。”“然而几十年来中医规范化、集体化教育模式使传统的师承方式日渐式微。”“统一化的中医药高等教育模式无法兼容中医学术流派教育，现代医院管理及科研方法也与中医学术流派的发展和传承不相适应。在政策上对中医流派缺少有力扶持与支撑，致使流派

特色逐渐萎缩消失,继承人才断层。任其下去,对中医药事业的传承和发展十分不利。”“目前学术流派的维持和发展出现严重断层和脱节,继承与创新出现了停滞现象,有的正在逐渐消失。许多中医流派代表人物已经去世,健在的流派传人大多年事已高,后继乏人,中医流派特色日趋淡化。”他呼吁,采取有力措施,保存和发扬中医流派,促进中医药传承和繁荣。“按中医流派建立专门研究和传承机构,对中医各大流派的特色方药和疗法进行登记、收集、整理,重点对确实有效的民间医药进行系统整理。按中医流派建立传承和发展的队伍,采用师生结对传授为主的方式,培养新一代的中医流派代表人物”(《中国中医药报》2009-03-05)。

何少初先生在“流派——特色中医的百家坛”一文中指出:“我们常说要突出特色,中医才能更好地生存与发展。那么,究竟什么是中医特色呢?医界强调把坚持辨证论治和注重发挥中药的独特疗效作为特色,这无疑是非常重要的。笔者以为,继承和弘扬中医的不同流派,发挥其理论与临床特点,乃是突出特色不可或缺的。流派是特色中医的百家坛、百花园,它们充分显示中医的多元化、多途径和多面性,不仅理论多异,观点多样,诊疗多种,而且,殊途同归,效果如一,不得不令人拍案叫绝!不同学术流派的标新立异,百家争鸣,促进了中医学的不断发展,充实、丰富了中医学的宝库。”

“中医流派是历史的产物,是宝贵的遗产,值得我们医界后人万分珍视。半个多世纪以来,学院教育以规范化、标准化的模式,基本上取代了沿袭数千年的师徒授受,而成为培养当代中医人才的主要途径,数以万计的学院派,成了中医界的主力军,这是中医事业和教育的一大飞跃。但是中医最重要的还是要靠临床实践与经验的积累,要靠医生的医疗水平与能

力。因此，在培养共性的同时，要更注重培养和发展医者的个性。对不同流派的继承和实践，是造就特色中医的重要方式，也是繁荣中医学术，倡导百家争鸣，丰富中医内涵，呈现中医生机的有力保障。”（《中国中医药报》2008-11-03）

中华静修园的王世保先生说：“中医理论的创新有两条路径，一种是中医基本理论的创新，这种创新的可能性在今天是很小的，因为那些基本理论在《黄帝内经》里就已经基本完善，这是上古医家对人体和疾病认识的高度总结，今人难以出其左右。而中医的另一条创新之路却在历史上一直进行着，这就是针对疾病在既有的中医基本理论的基础上建立系统的诊疗方案，即中医的个性化诊疗体系。每一位中医在临床中都可以发展出一套符合自己个性的诊断、辨证与治疗用药的特色，使得中医的技术水平在相应的领域达到不断被超越的境界，继而不断地提高疗效。事实上如果某位中医家自己创建的个性化诊疗体系在治疗某一类疾病中具有普遍的指导意义和卓越的疗效，那么它就会被有效地传承下来，形成一个学派。中医史上曾出现了众多的这类学派，比如伤寒学派、温病学派、金元四大家中的易水学派、河间学派等。”

“在中医发展史上，每一个学派的产生都会推动中医理论的进一步发展。尤其是在今天中医学术发展缓慢的情况下，我们就更需要新的中医学派来刺激中医学术的进步。”

“扶阳学派之所以能够以一种学派在现代著称，就是以郑钦安为首的几代医家形成了不同于中医史上出现的其他学派的个性化诊疗特征。”

“扶阳学派擅于治疗阴证，借鉴《伤寒论》的经方用药，形成了重用附子、干姜、桂枝和肉桂等补阳药物的特色。在临床上该学派的医家多能大胆使用此类药，屡起沉疴，让世人折

服。长期的阴证诊疗经验，也使得该学派的医家对相关补阳药物的应用颇有心得。”

“扶阳学派就是基于中医基本理论形成的一套在诊疗上具有重阳特色的学派，该学派在治疗属于阴证的疾病领域里代表了目前中医学界最高的水平。如果从中医的标准化来看，扶阳学派无论是从疾病诊断上还是用药上，都不符合既定的标准，但该学派的医家取得的临床疗效是这些标准化的中医理论所做不到的，因为他们的理论是首创的，并没有包含在既定的标准里。”

“创新必然是对传统的一种继续和完善，中医理论的创新必须像扶阳学派那样，把自己的根基牢牢地建立在中医基本理论之上，然后在中医理论框架之内进一步拓展与延伸。未来的中医发展，不仅需要不断地壮大中医队伍的规模，更需要众多的像扶阳学派那样的创新学派之间的争鸣。我们期待着中医学界能够出现一个百家争鸣的时代，那将是中医在新的历史时期真正繁荣的标志！”（《中国中医药报》2009-4-1）

#### （四）关于火神派专著的评价

还有人火神派的有关专著提出异议，称“近年来，火神派及其传人或倡导者所著扶阳书籍层出不穷”，“可谓蔚为大观，足见当世火神派之火。”“当代火神派或出于炒作目的，或因为难耐寂寞的浮躁，功利心远大于推广中医学术之情。”其中“不乏沽名钓誉之辈”，“急于名扬天下”，“某些人偏执狂悖，弊大于利，切切不可读之信之。”等等。这个问题也应该分析来看。

市面上有关火神派的专著有十几种，如卢崇汉著《扶阳讲记》，吴佩衡著《吴佩衡医案》，祝味菊著《伤寒质难》，范学文等编《范中林六经辨证医案选》，唐步祺著《郑钦安医书阐释》和



《咳嗽之辨证论治》，李可著《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》，傅文录著《火神派学习与临证实践》，庄严著《姜附临证经验谈》，招萼华等编《祝味菊医案经验集》，当然还有作者的《中医火神派探讨》等等，其中《扶阳讲记》发行了4万册，“销量之大也令人振奋”。但有人称“蔚为大观”，则未免夸张。坦率地说，与市面上有关伤寒的大量著作相比还差多了，怎么没人说在炒作伤寒呢？不管怎么说，有这么些人在研究火神派，作火神派的学问，拿出这么多研究成果，总是一件好事，说明火神派在引起关注，对推动医派研究和学术发展肯定是有利的。

作为研究火神派的学者，理所当然的要对这些专著仔细研读。以个人看法，这些书大体上写得都很认真，其中不乏精品，当然也不无缺点，但怎么都与“炒作”、“浮躁”沾不上边。坦率地说，其中一二本文字工夫略差，另有两本专著，通篇未注明资料出处，作为学术专著有失水准。但这些都属于水平问题，谈不上“浮躁”。书中某些观点可能与传统有点儿不合，这纯属学术层面的问题，见仁见智，谁都可以发表见解，即或“出格”，这与“急于名扬天下”是两码事。真不明白凭什么张嘴就说人家“沽名钓誉”？“切切不可读之、信之”？

至于《郑钦安医学三书》、《伤寒质难》同时出现3种版本，似乎多了一些，不无“跟风”之嫌，有“利益驱动”的因素，但那恐怕是出版商的问题，不应算在学者的账上。要知道，当年郑钦安的书本来就是“畅销书”，他的3种著作在1869~1940年的70年间共有30种版本流传于世。同期刊行版本之多，除了经典和陈修园的普及著作之外，实不多见。今天，人们认识到火神派的学术价值，钻研其著作，整理其经验，写出若干专著来，完全是势之所至，怎么就变成“炒作”、“浮躁”了呢？

## 附：郑钦安医论选读

## 一、真 阳 论 三

坎为水，属阴，血也，而真阳寓焉。中一爻，即天也。天一生水，在人身为肾，一点真阳，含于二阴之中，居于至阴之地，乃人立命之根，真种子也，诸书称为真阳。真阳二字各处讲解，字眼不同，恐初学看书，一时领悟不到，以致认症不清。今将各处字眼搜出，以便参究。

真阳二字，一名相火，一名命门火，一名龙雷火，一名无根火，一名阴火，一名虚火。发而为病，一名元气不纳，一名元阳外越，一名真火沸腾，一名肾气不纳，一名气不归根，一名孤阳上浮，一名虚火上冲。种种名目，皆指坎中之一阳也。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，立水之极，是阳为阴根也。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。若虚火上炎等症，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。故经云阴盛者，阳必衰。即此可悟用药之必扶阳抑阴也。乃市医一见虚火上冲等症，并不察其所以然之要，开口滋阴降火，自谓得其把握，独不思本原阴盛（阴盛二字，指水旺）阳虚（阳虚二字，指君火弱）。今不扶其阳，而更滋其阴，实不啻雪地加霜，非医中之庸手乎。余亦每见虚火上冲等症，病人多喜饮热汤，冷物全不受者，即此更足证滋阴之误矣。又有称桂、附为引火归原者，皆未识其指归，不知桂、附、干姜，纯是一团烈火，火旺则阴

自消，如日烈而片云无。况桂、附二物，力能补坎离中之阳，其性刚烈至极，足以消尽僭上之阴气，阴气消尽，太空为之廓廓，自然上下奠安，无偏盛也，岂真引火归源哉。历代诸家，俱未将一阳潜于水中底蕴搜出，以致后学茫然无据，滋阴降火，杀人无算，真千古流弊，医门大憾也。（《医理真传·卷一》）

## 二、元阴元阳论

客有疑而问曰：先生论阳虚数十条，皆曰此本先天一阳所发为病也。夫人以心为主，心，火也，阳也。既曰阳虚，何不看重在上之君火，而专以在下之真火乎？余曰：大哉！斯问也。子不知人身立命，其有本末乎。本者何？就是这水中天。一句了了，奈也罕有窥其蕴者，不得不为之剖晰。尝谓水火相依而行（水即血也、阴也，火即气也、阳也），虽是两物，却是一团，有分之不可分，合之不胜合者也，即以一杯沸水而喻（沸，热气也，即水中无形之真火），气何常离乎水，水何常离乎气？水离乎气，便是纯阴。人离乎气，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。气无形而寓于血之中，气法乎上，故从阳。血有形而藏于气之内，血法乎下，故从阴。此阴阳上下之分所由来也，其实何可分也。二气原是均平，二气均平，自然百病不生，人不能使之和平，故有盛衰之别。水盛则火衰，火旺则水弱，此阴证、阳证之所由来也。二气大象若分，其实未分，不过彼重此轻，此重彼轻耳。千古以来，惟仲景一人识透一元至理，二气盈虚消息。故病见三阴经者，即投以辛热，是知其阳不足而阴有余也，故着重在回阳。病见三阳经者，即投以清凉，是知其阴不足，而阳有余也，故着重在存阴。要知先有真火，而后有君火，真火为体（体，本也，

如灶心中之火，种子也），君火为用（用，末也，即护锅底之火，以腐熟水谷者也）。真火存则君火亦存，真火灭，则君火亦灭。观仲景于三阴阴极之症，专以四逆汤之附子，挽先天欲脱之真火，又以干姜之辛热助之，即能回生起死，何不曰补木以生火，用药以补心乎？于三阳阳极之症，专以大承气汤之大黄，以救先天欲亡之真阴，又以芒硝之寒咸助之，即能起死回生，何不曰补金以生水，用药以滋阴乎？仲景立法，只在这先天之元阴、元阳上探取盛衰，不专在后天之五行生克上追求，附子、大黄，诚阴阳二症之大注脚也。

世风日下，稍解一二方，得一二法者，即好医生也。究竟仲景心法，一毫不识，开口即在这五行生克上论盛衰，是知其末，而未知其本也。余为活人计，不得不真切言之。余再不言，仲景之道，不几几欲灭乎。余更有解焉，人身原凭二气，充塞上下四旁，真阳或不足于上，真阴之气即盛于上而成病，用药即当扶上之阳，以协于和平；真阳或不足于中，真阴之气即盛于中而成病，用药即当扶中之阳，以协于和平；真阳或不足于下，真阴之气即盛于下而成病，用药即当扶下之阳，以协于和平。此三阳不足，为病之主脑也。

阴气或不足于上，阳气即盛于上而成病，用药即当扶上之阴，而使之和平；阴气或不足于中，阳气即盛于中而成病，用药即当扶中之阴，而使之和平；阴气或不足于下，阳气即盛于下而成病，用药即当扶下之阴，而使之和平。此三阴不足，为病之主脑也。二气之不足，无论在于何部，外之风寒暑湿燥火六气，皆得乘其虚而入之以为病。凡外感之邪，必先犯皮肤，皮肤为第一层，属太阳。太阳为一身之纲领，主皮肤，统营卫故也。次肌肉，肌肉属胃。次血脉，血脉属心。次筋，筋属肝。次骨，骨属肾。乃人身之五脏，又分出五气，五气皆本二气所

生，二气贯通上中下，故三焦又为一经，而成六步也。外邪由浅而始深，内伤不然。七情之扰，重在何处，即伤在何处。随其所伤而调之便了，此论外感内伤之把握也。学者苟能体会得此篇在手，庶可工于活人，而亦可与言医也。（《医理真传·卷二》）

### 三、论 阳 虚

以上数 10 条，专论阳虚，指出先天真气上浮，反复推明：真气，命根也，火种也，藏于肾中，立水之极，为阴之根，沉潜为顺，上浮为逆。病至真气上浮，五脏六腑之阳气已耗将尽，消灭剥削，已至于根也。经云：凡五脏之病，究必归肾，即此说也。然真气上浮之病，往往多有与外感阳证同形，人多忽略。不知真气上浮之病，大象虽具外感阳证之形，仔细推究，所现定是阴象，绝无阳证之实据可验。学者即在此处留心，不可猛浪。细将上卷辨认阳虚、阴虚秘诀熟记，君相二火解体贴。则阳虚之病于在上、在中、在下，阴虚之病于在上、在中、在下，皆可按法治之也。阳虚篇内所备建中、理中、潜阳、回阳、封髓、姜桂诸方，皆从仲景四逆一方搜出。仲景云：三阳经病者，邪从阳化，阳盛则阴必亏，以存阴为要，滋阴降火之说所由来也。三阴经病，邪入多从阴化，阴盛则阳必衰，以回阳为先，益火之源，以消阴翳所由起也。大凡阳虚之人，阴气自然必盛，阴气盛必上腾，即现牙痛龈肿，口疮舌烂，齿血喉痛，大小便不利之病。不得妄以滋阴降火之法施之。若妄施之，是助阴以灭阳也。辨察不可不慎，总在这阴象追求，如舌青、唇青、淡白、无神之类是也。千古以来，混淆莫辨，含糊不清，聪明颖悟之人，亦仅得其半而遗其半，金针虽度若未度也。故仲景一生心法，知之者寡，兹采取数十条，汇成一册，以便后学参究。其中一

元妙义，消长机关，明明道破。至于仲景六经主方，乃有一定之至理，变方、加减方，乃是随邪之变化而用也。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，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。

世之业斯道者，书要多读，理要细玩。人命生死在于反掌之间，此理不明，切切不可先主方药。糊口事小，获罪事大。苟能细心研究，自问无愧，方可言医。（《医理真传·卷二》）

### 四、论 阴 虚

以上数十条，专论阴虚，指出元阴不足一句，反复推明。要知元阴即血也，水也。真火寓于其中，则为太极，则为气血相依，又为水火互根，又为心藏神。凡血虚之症，所现纯是一派枯槁、憔悴、燥旱、干粗之火形，何也？血中寓火，火旺自然阴亏，阴虚自然火旺，以此推求，便得阴虚之主脑也。三阴与三阳，病形各殊。三阳不足之症，所现纯是阴色，为其阳不足而阴有余也。三阴不足之症，所现纯是阳色，为其阴不足而阳有余也。此辨认阴虚、阳虚之切法也。历代以来，著作者数十余家，皆含糊不清，并未将阴阳底蕴明明指出，一味在后天五行生克上论。铺张满纸，究竟人身立极一元妙义，二气消长机关，全未说透。宗旨不明，源头不澈，故知斯道之精者寡矣。可惜仲景一生心法，无一人道破，定六经之旨归，罕能了了。甚至有著瘟疫，著痢症，自诩专家，欲与仲景并驾。不知立法之祖定六经，早已判乾坤之界限；明六气，业已括万病之攸归。六气即是六经之体，外感六气，便是六经之客。三百九十七法，法法神奇；一百一十三方，方方绝妙，全是活活泼泼天机，绝无一毫碍法。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。以黄连鸡子阿胶、导赤散、补血、独参诸方，治一切阴虚证候，定不能误。虽然，阴虚所备诸方，尤贵圆通。有当柔润以扶阴者，独参、黄连、当归补血之类是也。有当清凉以扶阴者，导赤、人参白虎之类是也。有当苦寒以扶阴者，大小承气、三黄、石膏之类是也。此皆救阴补阴之要诀也。补阳亦然，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。他如外感六气，按节令挈提纲，随邪变化，细详六经贯解。须知仲景伤寒之六经，并非专为伤寒说法，而六步之法已经说明，即以太阴一经而论，太阴主湿而恶湿，主湿是本经之气，恶湿即外之客气。湿土旺于长夏，故六月末，土旺而湿令大行。人之本气弱者，感外来之湿邪，每多腹痛吐泻，仲景故立理中汤一法，后贤改用香砂、四君、六君，以调脾土一切诸症，皆是套理中汤一方出来也，又何尝不可用哉？千百年来，名贤迭出，立方亦多，而仲景之法，遂晦而不明，不得不宣扬之也。（《医理真传·卷三》）

## 五、论 附 子

热不过附子，可知附子是一团烈火也。凡人一身全赖一团真火，真火欲绝，故病见纯阴，仲景深通造化之微，知附子之力能补先天欲绝之火种。（《医理真传·卷二》，下同）

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。

夫附子辛热，能补先天真阳，甘草味甘，能补后天脾土，土得火生而中气可复（附子补先天之火，火旺自能生脾土，故曰中气可复）。火得土覆而火可久存（火旺无土覆之易熄，有土

以覆之，故可久存而不灭)。

古人云：热不过附子，甜不过甘草，推其极也。古人以药性之至极，即以补人身立命之至极，二物相需并用，亦寓回阳之义，亦寓先后并补之义。

## 六、论四逆汤(一)

四逆汤一方，乃回阳之主方也，世多畏惧，尤其不知仲景立方之意也。夫此方既列于寒入少阴，病见爪甲青黑，腹痛下利，大汗淋漓，身重畏寒，脉微欲绝，四肢逆冷之候，全是一团阴气为病，此际若不以四逆回阳，一线之阳光即有欲绝之势，仲景于此专主回阳以祛阴，是的确不易之法。细思此方，既能回阳，则凡世之一切阳虚阴盛为病者为皆可服也。何必定要见以上病形而始放胆用之，未免不知几也。夫知几者，一见是阳虚证而即以此方，在分量轻重上斟酌，预为防之，方不致酿成纯阴无阳之候也。酿成纯阴无阳之候，吾恐立方之意固善，而追之不及反为庸庸者所怪也。怪者何？怪医生之误用姜、附，而不知用姜附之不早也。仲景虽未一一指陈，凡属阳虚之人，亦当以此法投之，未为不可。所可奇者，姜、附、草三味即能起死回生，实有令人难尽信者。余亦始怪之，而终信之。信者何？信仲景之用姜附而有深义也。故古人云：热不过附子，可知附子是一团烈火也。凡人一身全赖一团真火，真火欲绝，故病见纯阴，仲景深通造化之微，知附子之力能补先天欲绝之火种，用之以为君。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，故曰回阳。阳气即回，若无土覆之，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，此方胡可忽视哉。迩来世风



日下，医者不求至理，病家专重人参。医生入门，一见此等纯阴无阳之候，开口以人参回阳，病家却亦深信。全不思仲景为立法之祖，既能回阳，何不为重用之。既不用之，可知非回阳之品也。察人参性甘微寒，主补五脏，五脏为阴，是补阴之品，非回阳之品也，明甚。千古混淆，实为可慨。（《医理真传·卷二》）

## 七、论四逆汤（二）

一治头脑冷。夫脑为元神之府，清阳聚会之处，如何得冷？其所以致冷者，由命门火衰，真气不能上充。四逆汤力能扶先天真阳，真阳旺而气自上充，故治之而愈。

一治气喘痰鸣。夫气喘之症，举世皆谓肺寒。不知先天这一点真气衰，即不能镇纳浊阴之气，阴气上腾，渐干清道，故见痰喘。四逆汤力能温下焦之阳，故治之而愈。

一治耳肿皮色如常。夫耳肿之症，每多肝胆风火。今见皮色如常，明是阴气逆于上也。四逆汤力能扶阳祛阴，治之故愈。

一治舌黑唇焦，不渴，少神。夫舌黑唇焦之症，多因阳明胃火而作，果系阳明胃火，必现烦躁，口渴饮冷，二便闭塞等情。此则舌黑唇焦，其人并不口渴，却又少神，明是真阳衰极，不能熏腾津液于上。当知阳气缩一分，肌肉即枯一分，此舌黑唇焦所由来也。四逆汤力能回先天之阳，阳气一回，津液复升，焦枯立润，故治之而愈。

一治喉痛，畏寒脚冷。按喉痛一症，原非一端。此则畏寒脚冷，明是少阴受寒，逼出真火浮于喉间，故喉痛而脚冷。四逆汤力能温少阴之气，逐在里之寒，故治之而愈。

一治喉痛，身大热，面赤，目瞑，舌冷。夫喉痛，面赤身热，

似是阳证，又见目瞑舌冷，却是阴盛隔阳于外之征。四逆汤力能祛逐阴寒，迎阳归舍，故治之而愈。

一治吐血困倦。夫吐血一症，总缘地气上腾，升降失职。人身气为阳，主升；血为阴，主降。今当升者不升，不当升者而反升，明明阴血太盛，上干清道。古人云：益火之源，以消阴翳，是教人补火以治水也。又云：壮水之主，以制阳光，是教人补水以治火也。四逆汤力能补火，故治之而愈。

一治齿缝流血。夫齿乃骨之余，本属肾，肾为水脏，先天之真阳寄焉，以统乎骨分中之血液。真阳不足，不能统摄血液，故见血出。四逆汤力能补肾中之阳，治之故愈。

一治朝食暮吐，完谷不化。夫饮食入胃，固以胃主。然运化之机，全在先天命门这一点真火始能运化。真火一衰，即不能腐熟谷水，而成完谷不化。朝食暮吐者，暮为阴盛之候，阴气上僭，心肺之阳不能镇纳，故听其吐出也。四逆汤力能补命门下火，故治之而愈。

一治足心夜发热如焚，不渴，尿多。夫足心发热如焚，人皆谓阴之虚也。夫阴虚由于火旺，火旺之人，尿必短赤，口必饮冷，理势然也。今则不渴而尿多，明是下焦无阳，不能统束肾气，以致阴火沸腾，故见足心发热如焚也。四逆汤力能补火，火旺即能统束群阴，故治之而愈。此病予亲身患过，并治好多人，此法即是丙夺丁光之义也。知得丙夺丁光，便知得阳衰不能镇阴的旨归也。

一治面赤发热，汗出抽掣。夫面赤发热，汗出抽掣，近似中风，其实不是，务必仔细斟酌。如其人本体有阴象足征，即不可当作风热，须知面赤发热者，阳越于外也。汗出抽掣者，阳亡于外，不能支持四维也。四逆汤力能回阳，阳回则诸症自己。

一治大便下血，气短少神。夫大便下血，固有虚实之分。此则气短少神，必是下焦之阳不足，不能统摄血液。四逆汤力能扶下焦之阳，阳旺则开阖有节，故治之而愈。

一治头摇，面白少神。夫头摇之症，人目之为风。而予于此症，察其人面白少神，如其为清阳不升，元气虚极，不能镇定也。四逆汤力能扶阳，真阳一旺，即能镇定上下四旁，故治之而愈。

一治背冷目瞑。夫背为阳中之阳，不宜寒冷。今又背冷而目瞑，明是先天真阳衰极，阴寒内生，阴盛则阳微，故目瞑而背冷也。四逆汤力能扶先天真阳，故治之而愈。

一治舌肿硬而青。夫舌肿一症，似乎心火旺极，不知舌肿而青，此乃阴寒太盛，逼出真火，欲从舌尖而出，故见肿硬青滑。四逆汤力能补火，祛逐阴寒，故治之而愈。

一治唇肿而赤，不渴。夫唇肿之症，近似胃火，胃火之肿，口必大渴。今见病人唇肿而口并不渴，可知阴火出于脾间。四逆汤功专补阳，阳旺则阴火自消，故治之而愈。

一治鼻涕如注，面白少神。夫鼻涕一症，原有外感、内伤之别。此则面白无神，明是真阳衰于上，不能统摄在上之津液。四逆汤力能扶坎中真阳，阳旺自能统纳，故治之而愈。

一治尿多。夫尿之多，由于下焦之火弱，不能收束故也。惟四逆汤力能补下焦之火，故治之而愈。

一治周身发起包块，皮色如常。夫周身发起包块，疑似风热阳邪，此则皮色如常，却是阴邪僭居阳位。四逆汤力能扶阳，阳旺则阴邪自伏，故治之而愈。

一治周身忽现红片如云，不热不渴。夫周身发现红云，人孰不谓风火郁热于皮肤。夫风火郁热之症，未有不发热而即作者，亦未有口不渴，而即谓之火者，此处便是认症机关。予

每于此症，认作阳衰，阴居阳位，以四逆汤治之而愈。

一治发热谵语，无神不渴。夫发热谵语，世人皆谓热伏于心，神无所主也。不知阳证热伏于心，精神不衰，口渴冷饮，小便亦必短赤。此则无神不渴，明是真阳衰极。发热者，阳越于外也。谵语者，阴邪乘于心，神无所主也。不渴、无神，非邪火也。四逆汤力能回阳，阳回则神安，故治之而愈。

一治两目白睛青色。夫白轮属肺，金也。今见纯青无白色，是金气衰而肝木乘之也。妻乘于夫，是乾纲不振，纯阴无阳之候，多在死例。四逆汤力扶坎中之金，金气一旺，目睛自然转变，故治之而愈。

一治两目赤雾缕缕，微胀不痛。夫目窠乃五脏精华所聚之地，原着不得一毫客气。今见赤雾缕缕，疑是阳火为殃，不知阳邪痛甚、胀甚，此则微胀不痛，明是阳衰于上，不能镇纳下焦浊阴之气，地气上腾，故见此等目疾。四逆汤力能扶阳祛寒，阳光一照，阴火自灭，故治之而愈。

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，不知予非专用姜、附者也，只因病当服此。难道予不会写几个参、地、归、芍、苓、连、栀、柏之方乎？只因世风日下，不究病之阴阳，专究方药之平稳。不知水懦弱，民狎而玩之，多死焉；火猛烈，民望而畏之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人。予非爱姜、附，恶归、地，功夫全在阴阳上打算耳。学者苟能洞达阴阳之理，自然头头是道，又奚疑姜、附之不可用哉。（《医法圆通·卷四》）

### 八、失血破疑说

今人一见失血诸症，莫不称为火旺也。称为火旺，治之莫

不用寒凉以泻火。举世宗之而不疑，群医信之而不察，所以一得失血证，群皆畏死。由其一经失血，死者甚多，不知非死于病，实死于泻火之凉药耳。然则凉药其可废乎？非即谓凉药之可废，但失血之人正气实者少也（正气一衰，阴邪上逆，十居八九，邪火所致十仅一二），不可不慎。

予有见于今之失血家，群皆喜服清凉而恶辛温，每每致死，岂不痛惜。予故为当服辛温者，决其从违焉。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。又可怪者，人人身中本此气血二物，气为阳，法天，火也；血为阴，法地，水也。故曰人非水火不生活（水火二字，指先天先地真气，非凡世之水火也）。愚夫愚妇，固说不知，而读书明理之士，亦岂不晓？明知血之为水，水既旺极而上逆，何得更以滋水之品以助之。此其中亦有故，故者何？惑于血色之红也，不知血从火里化生出来，经火锻炼，故有色赤之象，岂得以色红而即谓之火，即宜服凉药乎？此处便是错误关头。毒流有年，牢不可破，予不惮烦，又从而言之，愿与后之来者作一臂力焉。幸甚！

### 附：七绝一首

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（姜、附，阳也；血，阴也。以阳治阴，即益火之源，以消阴翳）。血水如潮本阳亏，阳衰阴盛敢僭为（阴盛，即君弱臣强、夫弱妻强的章本）。人若识得升降意（阳主升，阴主降，乃是定理。今阴升而阳不升，更以阴药助之，阴愈升而阳

愈降,不死何待),宜苦宜辛二法持(宜苦者,十仅一二,宜辛者十居八九)。《医法圆通·卷四》)

### 九、益火之源以消阴翳辨解

前贤云:益火之源,以消阴翳,阳八味是也。此方此语相传已久,市医莫不奉为准绳,未有几个窥透破绽,予不能无疑也。疑者何?疑方药之不与命名相符。既云益火之源,以消阴翳,必是在扶助坎中一点真气上说,真气一衰,群阴四起,故曰阴翳;真气一旺,阴邪即灭,故曰益火。方中桂、附二物,力能扶坎中真阳,用此便合圣经,何得又用熟地、枣皮之滋阴,阴邪既盛,就不该用此。丹皮之泻火,益火而反泻火,实属不通。山药、茯苓、泽泻之甘淡养阴则利水乎?推其意也,以为桂、附之辛热属火,降少升多,不能直趋于下,故借此熟地、枣皮,沉重收敛之品,而使其趋下,又以丹皮之苦寒助之,更以苓、泽利水,使阴邪由下而出,似为有理。独不思仲景治少阴病,四肢厥逆,腹痛囊缩,爪黑唇青,大汗淋漓,满身全是阴翳,何不重用此熟地、枣皮、丹皮、苓、泽之品,而独重用姜、附、草三味起死回生,其功迅速。由此观之,仲景之白通、四逆,实益火之源,以消阴翳者也。若此方而云,益火消阴,断乎不可。予非固为好辨,此是淆乱圣经之言。毒流已久,祸延已深,不得不急为剪除也。《医法圆通·卷四》)

### 十、辨认阴盛阳衰及阳脱痲嘔

头痛如劈:素禀阳虚之人,身无他苦,忽然头痛如劈,多见唇青,爪甲青黑,或气上喘,或脉浮空,或劲如石。此阳竭于上,急宜回阳收纳,十中可救四五。

目痛如裂:察非外感,非邪火上攻,或脉象与上条同,病情

有一二同者，急宜回阳，若滋阴解散则死。

耳痒欲死：审无口苦咽干、寒热往来，即非肝胆为病。此是肾气上腾，欲从耳脱也，必有阴象足征，急宜回阳收纳。

印堂如镜：久病虚极之人，忽然印堂光明如镜，此是阳竭于上且夕死亡之征。若不思而救之，急宜大剂回阳收纳，光敛而饮食渐加，过七日而精神更健者，即有生机，否则未敢遽许。

唇赤如朱：久病虚极之人，无邪火可征，忽见唇赤如朱，此真阳从唇而脱，且夕死亡之征。急服回阳，十中可救二三。

两颧发赤：久病与素秉不足之人，两颧发赤，此真元竭于上也。急宜回阳收纳，误治则死。

鼻涕如注：久病虚极之人，忽鼻涕如注，此元气脱，且夕死亡之证。急宜回阳收纳，或救一二。

口张气出：久病虚极之人，忽见口张气出，此元气将绝，且夕死亡之征。法在不治，若欲救之，急宜回阳收纳，以尽人事。

眼胞下陷：久病之人，忽见眼胞下陷，此五脏元气竭于下也，且夕即死，法在不治。若欲救之，急宜大剂回阳，十中或可救一二。

白眼轮青：久病虚损之人，忽见白睛青而人无神，此真阳衰极，死亡之征。急宜回阳，十中可救五六。

目肿如桃：久病与素秉不足之人，忽见目肿如桃，满身纯阴，并无一点邪火风热可验，此是元气从目脱出，急宜回阳收纳，可保无虞。

目常直视：久病虚极之人，忽见目常直视，此真气将绝，不能运动，法在死例。若欲救之，急宜回阳，或可十中救一二。

目光如华：久病与素秉不足之人，目前常见五彩光华，此五脏精气外越，阳气不藏，亦在死例。急宜回阳收纳，十中可救五六。

面色光彩：久病虚损之人，忽见面色鲜艳，如无病之人，此是真阳已竭于上，旦夕死亡之客。若欲救之，急宜回阳，光敛而神稍健，过七日不变者，方有生机，否则不救。

面如枯骨：久病虚极之人，忽见面如枯骨，此真元已绝，精气全无，旦夕死亡之征。可预为办理后事，急服回阳，十中或可救得一二。

面赤如朱（面赤如瘀，而白如纸，面黑如煤，面青如枯草）：久病虚极之人，并无邪火足征，忽见面赤如朱者，此真阳已竭于上也。法在不治，惟回阳一法，或可十中救一二。更有如瘀、如纸、如煤、如枯草之类，皆在死例，不可勉强施治。

齿牙血出：素秉阳虚之人，并无邪火足征，阴象全具，忽见满口齿牙血出，此是肾中之阳虚，不能统摄血液，阴血外溢，只有扶阳收纳一法最妥。若以滋阴之六味地黄汤治之，是速其危也。

牙肿如茄：凡牙肿之人，察其非胃火风热，各部有阴象足征。此是元气浮于上而不潜藏，急宜回阳收纳封固为要。若以养阴清火治之，是速其亡也。

耳肿不痛：凡耳肿之人，其皮色必定如常，即或微红，多含青色，各部定有阴象足征，急宜大剂回阳，切勿谓肝胆风热，照常法外感治之，是速其死也。

喉痛饮滚：凡喉痛饮滚之人，必非风热上攻，定见脉息、声音一切无神，阴象毕露，急宜回阳之药，冷服以救之，其效甚速。此是阳浮于上，不安其宅，今得同气之物以引之，必返其舍。若照风热法治之，是速其危矣。

咳嗽不已：久病与素秉不足之人，或过服清凉发散之人，忽然咳嗽异常，无时休息，阴象全具，此是阴邪上干清道，元阳有从肺脱之势。急宜回阳祛阴，阳旺阴消，咳嗽自止，切不可



仍照滋阴与通套治咳嗽之上方治之。若畏而不回阳，是自寻其死也。

气喘唇青：久病与素秉不足之人，忽见气喘唇青，乃是元气上浮，脱绝之征，法在难治。急宜回阳降逆收纳。俟气喘不作，唇色转红，方有生机。苟信任不专，听之而已。

心痛欲死：凡忽然心痛欲死之人，或面赤，或唇青，察定阴阳，不可苟且。如心痛，面赤，饮冷，稍安一刻者，此是邪热犯于心也，急宜清火；若面赤而饮滚，兼见唇舌青光，此是寒邪犯于心也，急宜扶阳。

腹痛欲绝：凡腹痛欲死之人，细察各部情形，如唇舌青黑，此是阴寒凝滞，阳不运行也，急宜回阳。如舌黄气粗，二便不利，周身冰冷，此是热邪内攻，闭其清道，急宜宣散通滞，如今之万应灵通丸，又名兑金丸，又名灵宝如意丸，又名川督普济丸，又名玉枢万灵丹，一半吹鼻，一半服，立刻见效，不可不知也。

肠鸣泄泻：凡久病与素秉不足之人，有肠鸣如雷、泄泻不止者，此乃命门火衰，脏寒之极，急宜大剂回阳。若以利水之药治之，必不见效，予曾经验多人。

大便下血：凡久病与素秉不足之人，忽然大便下血不止，此是下焦无火，不能统摄，有下脱之势。急宜大剂回阳，如附子理中、回阳饮之类。

小便下血：此条与上大便下血同。予曾经验多人，皆是重在回阳，其妙莫测，由其无邪热足征也。

精滴不已：大凡好色之人与素秉不足之人，精常自出，此是元阳大耗，封锁不密，急宜大剂回阳，交通水火为主。予尝以白通汤治此病，百发百中。

午后面赤：凡午后面赤或发烧，举世皆谓阴虚，不知久病

与素秉不足之人，阳气日衰，不能镇纳其阴，阴邪日盛，上浮于外，况午后正阴盛时，阳气欲下潜藏于阴中，而阴盛不纳，逼阳于外，元气升多降少，故或现面赤，或现夜烧，此皆阴盛之候，若按阴虚治之，其病必剧。予常以回阳收纳，交通上下之法治之，百发百中。

**身痒欲死：**久病与素秉不足之人，身忽痒极，或通身发红点，形似风疹，其实非风疹。风疹之为病，必不痒极欲死，多发发热、身热、恶寒、恶风。若久病与素不足之人，其来者骤，多不发热身疼，即或大热，而小便必清，口渴饮滚，各部必有阴象足征，脉亦有浮空劲急可据。此病宜大剂回阳收纳为要，若作风疹治之，速其亡也。

**大汗如雨：**久病与素秉不足之人，忽然大汗如雨，此亡阳之候也。然亦有非亡阳者，夫大汗如雨，骤然而出，片刻即汗止者，此非亡阳，乃阴邪从毛窍而出，则为解病之兆。若其人气息奄奄，旋出而身冷者，真亡阳也，法则不治，若欲救之，亦只回阳一法。然阳明热极，热蒸于外，亦有大汗如雨一条，须有阳证病情足征，此则阴象全具，一一可考。

**大汗呃逆：**久病与素秉不足之人，与过服克伐清凉之人，忽然大汗呃逆，此阳亡于外，脾肾之气绝于内，旦夕死亡之证也，急宜回阳降逆。服药后，如汗止呃逆不作，即有生机。若仍用时派止汗之麻黄根、浮小麦，止呃之丁香、柿蒂，未有不立见其死者也。

**身热无神：**久病与素秉不足之人，或偶劳心，忽见身大热而不疼，并无所苦，只是人困无神，不渴不食。此是元气发外，宜回阳收纳，一剂可愈。若以为发热，即照外感之法治之，是速其危也，世多不识。

**吐血身热：**凡吐血之人，多属气衰，不能摄血。吐则气机

向外。元气亦与之向外，故身热。急宜回阳收纳为主，切不可见吐血而即谓之火，以凉剂施之。

大吐身热：经云：吐则亡阳，吐属太阴。大吐之人，多缘中宫或寒或热，或食阻滞。若即吐已，而见周身大热，并无三阳表证足征，此属脾胃之元气发外，急宜收纳中宫元气为主，切不可仍照藿香正气散之法治之。予于此证，每以甘草干姜汤加砂仁，十治十效。

大泄身热：久病与素秉不足之人，忽然大泄，渐而身大热者，此属阳脱之候。大热者，阳竭于上；大泄者，阴脱于下。急宜温中收纳为主。切不可一见身热，便云外感，一见大泄，便云伤食。若用解表、消导、利水，其祸立至，不可不知。

午后身热：《经》云：阴虚生内热。是指邪气旺而血衰，并非专指午后、夜间发热为阴虚也。今人全不在阴阳至理处探取盈缩消息，一见午后、夜间发热，便云阴虚，便去滋水。推其意，以为午后属阴，即为阴虚，就不知午后、夜间正阴盛之时，并非阴虚之候。即有发热，多属阴盛隔阳于外，阳气不得潜藏，阳浮于外，故见身热。何也？人身真气从子时一阳发动，历丑寅卯辰巳，阳气旺极，至午未申酉戌亥，阳衰而下潜藏。今为阴隔拒，不得下降，故多发热。此乃阴阳盛衰，元气出入消息，不可不知也。

予于此证，无论夜间、午后发烧热，或面赤，或唇赤，脉空，饮滚，无神，即以白通汤治之，屡治屡效。

皮毛出血：久病与素秉不足之人，忽见皮毛出血，此乃卫外之阳不足，急宜回阳收纳，不可迟延。

阴囊缩入：久病与素秉不足之人，忽然囊缩腹痛，此厥阴阴寒太甚，阳气虚极也，急宜回阳。或用艾火烧丹田，或脐中；或以胡椒末绵裹塞脐中，用有力人口气吹入腹中，痛即止，亦

是救急妙法。

**两脚大烧：**久病与素秉不足之人，或夜卧，或午后两脚大烧，欲踏石上，人困无神。此元气发腾，有亡阳之势，急宜回阳收纳为主。切不可妄云阴虚，而用滋阴之药。

**两手肿热：**凡素秉不足之人，忽然两手肿大如盂，微痛微红，夜间、午后便烧热难忍。此阴盛逼阳，从手脱也，急宜回阳收纳为主。

**两乳忽肿：**凡素秉不足之人，忽然两乳肿大，皮色如常，此是元气从两乳脱出，切勿当作疮治，当以回阳收纳为主。

**疮口不敛：**凡疮口久而不敛，多属元气大伤，不能化毒生肌，只宜大剂回阳。阳回气旺，其毒自消，其口自敛。切忌养阴清凉，见疮治疮，滋阴。

**肛脱不收：**凡素秉不足之人，或因大泄，或因过痢，以致肛脱不收。此是下元无火，不能收束，法宜回阳，收纳肾气。或灸百会穴，亦是良法。

**小便不止：**久病与素秉不足之人，忽见小便日数十次，每来清长而多。此是下元无火也，急宜回阳，收纳肾气，切不可妄行利水。

**腹痛即泄：**久病与素秉不足之人，多有小腹一痛，立即泄泻，或溏粪、清白粪，日十余次。此属下焦火衰，阴寒气滞，急宜回阳。切不可专以理气分利为事。

**身疼无热：**久病与素秉不足之人，忽见身疼，而却不发热者，是里有寒也，法宜温里。但服温里之药，多有见大热身疼甚者，此是阴邪溃散，即愈之征，切不可妄用清凉以止之。

**身热无疼：**久病与素秉不足之人，与服克伐宣散太过之人，忽见身热，而却无痛苦，并见各部阴象足征。此是阳越于外也，急宜回阳收纳，不可妄用滋阴、升散。

**身冷内热:**久病与素秉不足之人,身外冷而觉内热难当,欲得清凉方快,清凉入口,却又不受,舌青滑而人无神,二便自利。此是阴气发潮,切不可妄用滋阴清凉之品,急宜大剂回阳,阳回则阴潮自灭。若果系时疫外冷内热之候,其人必烦躁,口渴饮冷,二便不利,人必有神,又当攻下,回阳则危。

**身热内冷:**久病之人,忽见身大热而内冷亦甚,叠褥数重。此是阳越于外,寒隔于内,急宜回阳,阳气复藏,外自不热,内自不冷。切不可认作表邪,若与之解表,则元气立亡。此等证多无外感足征,即或有太阳表证,仍宜大剂回阳药中加桂、麻几分,即可无虞。

**身重畏冷:**久病与素秉不足之人,忽见身重畏冷者,此是阴盛,而久病与素秉不足之人,多有脚麻身软者。此是阳气虚甚,不能充周,急宜甘温扶阳。阳气充足,其病自己。

**气喘脉劲:**久病之人,忽见气喘脉劲,此阳竭于上,旦夕死亡之候,急急回阳,十中可救一二。但非至亲,切切不可主方,即主方亦必须批明,以免生怨。切不可见,脉劲而云火大,便去滋阴降火。

**吐血脉大:**凡吐血之人,忽见脉来洪大。此阳竭于上,危亡之候也。今人动云,吐血属火,脉大属火,皆是认不明阴阳之过也。

**虚劳脉劲:**凡虚损已极之人,脉象只宜沉细。若见洪大细数,或弦,或紧,或劲,或如击石,或如粗绳,或如雀啄、釜沸,皆死亡之候。切切不可出方。果系至亲至友,情迫不已,只宜大甘大温以扶之。苟能脉气和平,即有生机。切切不可妄用滋阴。要知虚损之人,多属气虚,所现证形,多有近似阴虚,其实非阴虚也。

饮食减少，起居动静一切无神，明明阳虚，并未见一分火旺阴虚的面目。近阅市习，一见此等病情，每称为阴虚，所用药品，多半甘寒养阴，并未见几个胆大用辛温者。故一成虚劳，十个九死。非死于病，实死于药；非死于药，实死于医。皆由医家不明阴阳至理，病家深畏辛温，故罕有几个得生，真大憾也。

以上数十条，揭出元气离根、阳虚将脱危候，情状虽异，病源则一。学者苟能细心体会，胸中即有定据，一见便知，用药自不错乱。虽不能十救十全，亦不致误人性命。但病有万端，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。（《医法圆通·卷三》）

### 十一、郑钦安论医箴言

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·郑序》）

天地一阴阳耳，分之为亿万阴阳，合之为一阴阳。于是以病参究，一病有一病之虚实，一病有一病之阴阳。知此，始明仲景之六经还是一经，人身之五气还是一气，三焦还是一焦，万病总是在阴阳之中。（《医法圆通·郑序》）

万病不出阴阳两字。（《医理真传·卷一》）

总之，病情变化非一二端能尽，其实万变万化，不越阴阳两法。（《医法圆通·卷一》）

病有千端，漫云易为窥测，苟能识得阴、阳两字，而万变万化之机，亦可由此而推也。（《医理真传·卷四》）

三阴与三阳病形各殊，三阳不足之症，所现纯是阴色，为其阳不足，而阴有余也；三阴不足之症，所现全是阳色，为其阴不足，而阳有余也，此辨认阴虚、阳虚之切法也。（《医理真传·卷三》）

补坎阳之药以附子为主；补离阴之药以人参为先。（《医理真传·卷三》）

总而言之，万病起于一元伤损。分而言之，上中下各有阴阳，十二经各有阴阳；合而观之，一阴一阳而已。（《医法圆通·卷二》）

经云：阳欲脱者，补阴以留之，独参汤是也；阴欲脱者，补阳以挽之，回阳饮是也。（《医理真传·卷三》）

病之当服，附子、大黄、砒霜，皆是至宝；病之不当服，参、芪、鹿茸、枸杞，都是砒霜。（《医法圆通·卷一》）

水懦弱，民狎而玩之，多死焉；火猛烈，民望而畏之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人。予非爱姜、附，恶归、地，功夫全在阴阳上打算耳。（《医法圆通·卷四》）

知其所因而治之，方是良相；不知其所因而治之，皆是庸手。（《医法圆通·卷二》）

总之，用姜附亦必究其虚实，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！（《伤寒恒论·太阳少阴总论》）

## 第三章

# 火神派研究的现代意义

中医史上众多的学术流派是中医理论的重要组成部分，当然也是我们继承和发扬中医的重要内容。它们既是学术发展的动力，更是理论传播的重要途径。中医学得以延续至今，学术流派的传承和发展，无疑起到十分重要的作用。根据古为今用，理论为实践服务的原则，我们研究和传承火神派，显然具有十分重要的现实意义。

笔者曾经指出，除伤寒派外，在今天，我们很难看到还有谁会以寒凉派、攻下派、滋阴派等自居，并非说这些流派没有传承下来，但其在现代情势下适应性有限，确是事实。而火神派在近代，乃至当代仍有很多人在传承，在实践，以其鲜明的用药风格活跃于医林，并产生了很大影响，也是不争的事实，由此也可看出火神派的作用和价值。作者看法，在当代还在为医家所赏识，还在发挥作用的，火神派也许仅次于伤寒派，这当然有其现代原因。

研究、发掘火神派，绝非单纯的文献整理，提供一些考据材料，尽管这是本书的一个宗旨。更重要的是，我们首先着眼于它在现代情势下的临床应用，这才是本书的主旨和价值所在。

任何流派的学术主张都是根据当时的社会环境、疾病发生的现实情况，总结自己的临床经验提出的。只有具有令人满意的疗效，亦即富于临床应用价值，才具有发掘价值，临床实践是检验医学流派的试金石。我们在本书论述过程中已经



穿插列举了 120 多个案例，作者另外编著了《中医火神派医案全解》和《中医火神派医案新选》，精选了火神派名家的 600 多个案例，从实践上证明火神派医家擅用姜附治愈大病、重症、疑难病和诸多常见病症，充分表明了火神派的卓著疗效。

现在，我们要进一步从理论上论证，为什么说火神派在现代有着广泛的应用前景和发掘价值。



## 第一节 现代疾病的基本态势

郑钦安说过：“世人畏附子、干姜，不啻砒毒，即有当服附子而亦不肯服者，不胜屈指矣。嗟呼！阴阳不明，医门坏极。喜清凉而恶辛温，无怪乎阴盛阳衰矣”（《医法圆通·卷二》）。说的是由于俗医“喜清凉而恶辛温”，滥用寒凉伤阳，导致世人“阴盛阳衰”的基本态势，或者说患病大趋势，即阴证、寒证多见占了大多数，从而提示扶阳法的应用前景。

一百多年过去了，今天疾病的基本态势有什么变化吗？借用郑钦安当年“阴盛阳衰”这句话来概括现代疾病大趋势，仍然是适用的。不同的是，造成这种局面的因素更多了，远非“喜清凉而恶辛温”一种后果所致。我们面临的发病情势和疾病谱的变化，都表明多数病症的病机是阳虚阴盛，这正是扶阳法大显身手，火神派推广应用的现实基础。

近现代许多医家都对“阴盛阳衰”的基本态势发表了看法，较之郑钦安表达得更明确，更直接。

祝味菊先生说：“余治医 30 年，习见可温者十之八九，可清者百无一二。”“今人体质，纯阳者少，可温之证多，而可凉之

证少。”

“吾非不用寒凉也，特以今人体质浇薄，宜温者多，可清者少。”“秦汉体格，去古已远，今人禀赋更薄，斫伤更甚，虚多实少，彰彰然也。大凡壮实之人，能受清药；虚怯之体，只宜温养”（《伤寒质难第十四篇》）。

尤其值得一提的是，祝味菊还提出了人体“阳常不足，阴常有余”的观点，“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。”“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”（《伤寒质难第七篇》）。

李可先生亦持相同观点，他说：“暴病多亡阳，久病多伤阳。”“阳气易伤难复，故阳常不足。”作者认为，祝味菊的这一观点十分重要，确实为“前人所未道也”，是对火神派学术思想的补充和发展，对于认识群体发病的大趋势具有重要的指导意义。

吴佩衡先生经常说：“阴虚热者百不一二，阳虚寒者十之八九”（《扶阳论坛》）。

河南名医周连三先生亦持阴盛阳衰观点，他说：“阳虚之证十之七八，阴虚之证十无二三。”当然，他也以擅用附子著称。

卢崇汉教授说：“临证上的大多数病人，九成以上的病人基本都是阳虚证”（《扶阳论坛》）。“举目望去，现在有几个是阳实的啊？真正阳实的没有几个……我的用方可以说99%的都是纯辛温药物组成的。我采取的扶阳理念，是有长期的时间和大量的实践作为支撑的”（《扶阳讲记》）。

李可先生反复说：“现代人体质多虚，阳虚者十分之九，阴虚者百难见一。六淫之中风寒湿邪为害十之八九，实热证百

分之一二。地无分南北，国不论中外，全球如此。”（《首届李可老中医学学术思想研讨会论文集》）。

这么些现代医家几乎众口一词的提出阴盛阳衰的观点，看法出奇的一致，较之郑钦安有过之而无不及，理所当然的构成现代火神派的一个重要观点。祝味菊所称“阳常不足，阴常有余”的论点，是说作为个体的人的阴阳变化规律，而阴盛阳衰的病势观则指群体发病的趋势特点，二者有着密切关联，没有前者作为基础，则不可能有后者的出现，二者结合起来，可以说是对火神派理论的一种推进，这说明火神派也是在发展的。

北京中医药大学王琦教授近年在研究中医体质分类问题，成立有专门课题组重点研究，已有很多报告公布于世，可称该领域最有影响的成果。该课题组曾有一个调查资料，随机抽查的样板人群中，发现阳虚病人占50%，王教授感到“有怀疑”，“叫学生再把资料认真统计，结果仍然还是50%左右”（《扶阳论坛》）。这个调查结果也许无意中为阴盛阳衰的病势观作了一个注脚。作者认为，如果严格用郑钦安的阴阳辨诀作为判断标准，阳虚的比例恐怕更高。

长期以来，朱丹溪的“阳常不足，阴常有余”论，吴门温病学派倡行的清轻之风，延续至今，用药喜清畏温，偏重寒凉仍是许多医家的时弊，导致误诊误治者不在少数，火神派提出的“阳常不足，阴常有余”论和阴盛阳衰的病势观显然有着重要的现实意义。

那么，为什么造成这种阴盛阳衰的局面呢？让我们从更广泛的社会环境和医疗角度看一看，人体为什么会“阳常不足，阴常有余”，阴盛阳衰的基本态势又是如何形成的？



## 第二节 导致阴盛阳衰态势的原因

### 一、伤于寒者仍多

寒为阴邪，最易损伤阳气。张景岳说：“寒之为病，有寒邪犯于肌表者，有生冷伤于脾胃者，有阴寒中于脏腑者。”现代人的生活方式，导致更多的寒凉伤阳的因素。典型的如空调的普及应用，明显增多了“寒邪犯于肌表”的机会，所谓“空调病”实乃外感伤寒者也。显而易见，这些增加了现代“伤寒”的因素。而过食生冷，嗜饮冷饮、冰激凌、冰镇可乐、啤酒等，凉茶人人趋之若鹜，则增加了“生冷伤于脾胃”的因素，其结果必然损伤阳气，小儿受其害者尤甚。张景岳同时还指出：“本来之寒，生于无形无向之间，初无所感，莫测其因，人之病此者最多，人之知此者最少。”景岳关于阴寒证的认识——“人之病此者最多，人之知此者最少”，今天犹有现实意义。“丹溪曰：气有余便是火；余续之曰：气不足便是寒。夫今人之气有余者，能十中之几？其有或因禀受，或因丧败，以致阳气不足者，多见寒从中生，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》。“惟高明见道之士，常以阳衰根本为忧”，此话确是阅历有得之语，有助于我们加深对阴证偏多，亦即我们所称阳常不足、阴盛阳衰局面的理解。

## 二、中医西化的影响

毋庸置疑,现今中医教育和临床实践中,存在着严重的中医西化的倾向,许多医家将西医诊断、检验指标与中医辨证简单的对号入座,片面理解其中的意义,导致中药西用,辨证论治原则的弃失。其中,具体而言,最突出的就是寒凉化倾向,即将许多西医的指标如体温、血压、白细胞计数等理解为阳亢、热证,采用寒凉方药治疗,结果往往是离题甚远,甚至南辕北辙,导致阳气受损,可谓错识其证,误用寒凉,这确实是一个无可争辩的事实。典型的如认炎症为热证,习惯于苦寒清泻,已成普遍趋势。

许多医家对此都深表忧虑,河南中医学院李统华教授的观点颇具代表性:“如果跟着西医的诊断跑,不是参西,而唯衷西,拘于西医的理化指标而立法遣药,则方药与病证常常南辕北辙,离题甚远。如体温计可测体温之高低,但体温升高不都属中医热证之范畴,气虚感冒、阳虚及某些真寒假热证之身热,体温亦可达 $40^{\circ}\text{C}$ ,若以测试之体温为依据,妄施寒凉,则祸不旋踵。又如血压计可测试血压之高低,但不能测阴阳之盛衰,对于气虚阳馁所致之血压升高,治应温阳益气,当施参、芪、姜、附,若概认为肝阳上亢,施以平肝潜阳,处以枝、苓、龙、牡,血压焉能下降?再如现代医学所谓的‘炎症’,与中医学的阳热证亦非等同,某些阳虚重症,其白细胞计数亦可升高,若概施清热解毒之剂,妄投苓、连、银翘,无异于雪上加霜,愈亡其阳。”可以说,中医西化必然导致中药西用,其结果必然是寒凉药物的滥用。

除了对于体温、血压、炎症等的误读之外,还有一个病症,亦即肿瘤的辨识也具有代表性。众所周知,目前大多数医家

### 第三章 火神派研究的现代意义

都认为肿瘤是热毒为患，癌细胞等同于热毒，用药不离白花蛇舌草、半枝莲等寒凉药物，其疗效显然不尽人意。如果我们以阴阳两纲学说为指导，判断肿瘤的寒热属性，不难得出结论，大多数肿瘤患者的病机属于阳虚阴盛。近年来，许多有识者均接受了这一观点，其中包括中国中医科学院西苑医院肿瘤科主任杨宇飞教授等。按此认识投以温热药物，包括姜、附之品，许多人都收到较为满意的效果。如卢崇汉教授接诊的病人中，“肿瘤病人占 1/3，最长的现在已经 30 年了。”另一天津肿瘤专家孙秉严先生亦认为，肿瘤患者“不论是长江以北还是长江以南，也不论是沿海还是内地，寒型和偏寒型证候者最多，约 80%。”这是根据对 1000 人的总结分析得出的结论。据此，他擅用大剂量附子(30g)、干姜、肉桂治愈许多癌症患者，其疗效大概时人罕有其匹，读者可参见《孙秉严 40 年治癌经验集》(华龄出版社)一书。

此外，喻全渝先生曾经报道，用温化法治疗原发性支气管肺癌 50 例，有效率达到 62%。而以非温化法作为对照组的有效率为 35%，提示温化法疗效高于非温化法( $P < 0.05$ )。且看：

温化法的处方，肺脾两虚型：制附片 120g，黄芪、王不留行各 30g，桂枝、大枣各 15g，莪术 12g；肺肾两虚型：制附片 120g，王不留行 30g，二冬各 15g，阿胶、莪术各 12g 等。

非温化法的处方：肺脾两虚型：党参、苡仁、冬瓜仁、重楼、白花蛇舌草各 30g，紫草 15g。肺肾两虚型：重楼、王不留行、白花蛇舌草各 30g，二冬各 15g 等。其他随证加味相同。

这个对照观察说明，从阳虚论治肺癌，较从其他角度治疗，疗效要好得多(《成都中医学院学报》1987 年 3 期)。从临

床说明肺癌的病机以阳虚多见，其他癌症是不是也如此呢？只要以郑钦安的阴阳辨诀衡量一下就很清楚了。

《伤寒论》强调：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”卢崇汉教授指出：“做中医的始终要跟着脉证走，不要跟着指标走。”这应该是一句纲领性的经典之言。当然，这丝毫不意味着我们对西医诊断、检验指标的完全否定，其对中医辨证的参考价值是应该肯定的。

### 三、滥用苦寒

清初，温病学说逐渐兴起，叶天士将该学说发展至顶峰，近代著名医家谢观就指出，“有清中叶，医家于温热治法最所殚心”，以至用药多以寒凉轻灵为风气，相延日久，形成一种倾向，不求经旨，脱离辨证，出现滥用寒凉、阴柔的倾向，给医界带来不良影响。以致“近来风气，畏温热而喜寒凉，每见元虚、湿温、风湿等症，舌白渴不欲饮者，亦有用犀角、地黄、竹叶、石膏辈，病本在气分，或反引入血分，或胃败不纳，呃逆泄泻，轻病重，重病死，深为扼腕”（《吴医汇讲》）。由此逐渐出现在病机上重温（病）轻寒（证），用药上则喜清畏温、滥用寒凉的倾向，使得许多虚寒病证的治疗迷失了方向。

郑钦安曾反复批驳这种偏见，“只因世风日下，不究病之阴阳，专究方药之平稳。不知水懦弱，民狎而玩之，多死焉；火猛烈，民望而畏之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人”（《医法圆通·卷四》）。

祝味菊先生早已指出寒凉伤阳的祸害：“医者不知葆守真阳，辛凉解表，遂令汗腺弛缓，腠理疏松；苦寒消导，败脾伤中，遂令绝谷辟饮，釜铛空冷；咸寒攻荡，破气伐肾，遂令门户不守，根本动摇，此因药误而致亡阳者”（《伤寒质难·第六篇》）。

“彼久服寒凉者，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”（《伤寒质难·第十五篇》）。言有过之而意则切切。

对于滥用凉药的现象，当代万友生老中医曾痛斥其害：“不少人以为流感是热性病，所以要用凉药治疗。初时还以辛凉为主，银翘、桑菊广为运用，后来渐至苦咸大寒板蓝根等，理由是它们可以抑制病毒生长。至今国内感冒药市场为寒凉药占领。结果是大量的可用辛温解表的麻黄汤，一二剂治愈的风寒感冒患者，却随意用寒凉药，令表寒闭郁，久久不解，酿成久咳不已，或低烧不退，或咽喉不利等后果，临床屡见不鲜，而医者、患者竟不知反省。”

现在临床常见的情况是，一遇高热发烧，静脉滴注少不了清开灵、双黄连，谓能退烧；一见感冒，开方就是板蓝根、大青叶，说能抗病毒；若是炎症，黄芩、黄连、知母、公英、蛇舌草，摇笔即来，谓能抗菌消炎。其结果适得其反，一时降下体温，也遗下无穷后患。

阳气是生命的根本，苦寒之品最易伤伐阳气，张景岳曰：“实火为患，去之不难，虚火最忌寒凉，若妄用之，无不致死。”清代医家陈修园甚至主张，“宁事温补，勿事寒凉”。话虽偏激一些，却也反映了他对滥用苦寒的愤然之情。

#### 四、不求经旨，不辨阴阳

如果说中医西化还是受到现代医学这个外因影响的话，那么，不求经旨，不辨阴阳则是中医自身的内在原因了。很多医家不学经典，不求经旨，理论根基不牢，忽视辨证，“喜清凉而恶辛温”，背离了辨证论治的原则，阴阳不辨，寒热混淆，尽失中医辨证论治之精髓。



其中最常犯的毛病的就是认阴为阳，视假热证为实热证。张景岳早已指出：“矧庸医多有不知，每以假热为真火，因复毙于无形无热者，又不知其几许也。”《留香馆医话》亦认为，“假寒病绝少，假热病则十有五焉。”

刘渡舟教授也指出，“少阴寒盛之极，则有格阳之变，而见反常之象，往往使人难以辨认。如阴寒内盛而反发热面赤，烦躁不安，其人欲揭去衣被，口渴欲饮冷水等证，此乃阴盛格阳之假热”，不识者则误用寒凉或清滋，损伤阳气势所难免。

最典型的则是真阳上浮所致的头面五官诸疾，像慢性咽炎、牙龈肿痛、口腔溃疡、目赤、颧红等所谓“肿痛火形”；真阳外浮所致的诸般发热、红斑、肿痛等种种阴火之证，往往与热证或阴虚火旺之证非常相似，极易惑人，郑钦安曾详加指认，我们在前面已经反复论述。

北京中医药大学的傅延龄教授关注到这一点，它在“辨证要识寒，治病莫废温”一文中呼吁：“在长期的临床观察中认识到，中医临床上所接触的不少疾病之所以疑于诊断并难以治疗，这与有些医生在某些时候不能够从阴寒识证和不能够以温药施治有极大的关系。也就是说，疾病本来与阴寒有关，应当寒者热之，但由于种种原因，医生错误的将其辨为阳热之证，而用寒药寒之，疾病自然不会好转，更不会痊愈。”

卢崇汉教授甚至说到：“末世的很多医者确实搞不清阴阳寒热了，那怎么办呢？就去守这个‘法宝’吧。开个玩笑，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”（《扶阳讲记》）。他所称的“法宝”指的就是陈修园那句话——“宁事

温补，勿事寒凉”。

#### 五、过度劳倦，烦劳伤阴

《内经》云：“上古之人，其知道者”，不妄作劳，“形劳而不倦”，故能“尽终其天年，度百岁乃去。”后人则难以做到这样，祝味菊认为：“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’，非臆谈也。《经》云：‘阴精所奉，其人寿’，阴精之所以力能为奉者，阳之用也。阳精所降其人夭者，阳衰而阴精不能上奉为寿也”（《伤寒质难·第七篇》）。

处于社会转型期的现代人由于竞争激烈，生存压力加大，人们承受着超常负荷，既有体力上的也有精神方面的，可谓身心俱疲。功名之累，利欲之争，戕生之事，充斥着人们的心灵。人们已经很难做到“志闲而少欲，心安而不惧”了。“阳气者，烦劳则张”，人们身心的烦劳，必然导致阳气的消耗。亚健康状态，慢性疲劳综合征，这些现代流行概念无不与阳气的耗损相关。

#### 六、房劳伤肾

上古之人讲究精神内守，节欲保精，“今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。”毋庸讳言，《内经》所描述的“今时之人”的纵欲淫乱的陋习现在仍然没有绝迹。受精神污染的影响，现代人“以欲竭其精，以耗散其真”，“不知持满，不时御神，务快其心”者大有人在，个中缘由无须细论，这显然导致房劳伤肾的后果，受损的还是阳气。

## 七、睡眠不足,阳气受损

现代人或因交际,或因生活奢靡,或因烦劳而追求放松,故而夜生活繁多,晚睡甚至通宵打牌熬夜,耽于电视节目,已是某些人现代生活的特点之一。中小學生則因課業負擔過重,熬夜用功,總而言之,長期的晚睡,導致睡眠嚴重不足,這也是陽氣受損的一大緣由。按照“天人合一”的觀點,萬物當隨太陽而出入,人也應該如此。古人是日出而作,日落而息,這叫“因天之序”。日出而作是消耗陽氣,日落而息是休養生息,補充陽氣。長期的睡眠不足,陽氣不能得到休養生息,必然導致陽氣的虛衰。現代研究證明,睡眠階段是人體免疫功能恢復休整的最佳時期。

## 八、濫用抗生素、激素

抗生素的濫用與苦寒中藥的濫用,可以說性質是相同的,最終都導致陽氣的損傷。不過由於這個問題的嚴重性,應該單獨列出討論。以青霉素的發明為標志的抗生素的應用,確實是西醫的開創性成果,對於急性感染性炎症的效果有目共睹。但是,發展到今天如此廣泛濫用的地步,則是始料未及的事。有專家指出,我國現在合理使用抗生素的比例只占50%~60%,即近一半的抗生素使用屬於用藥不當。美國人在檢討20世紀的10件錯事時,就把濫用抗生素列為其中之一。

比較典型的現象是兒童感冒發熱,醫生和家長都急於退熱,各種抗生素輪番投用,不行就加用激素,發燒暫時是退了。但是稍有風吹草動,馬上又發燒了,那就再次輸液,如此循環,幾個回合下來,患儿體質下降,食少便溏,弱不禁風,有的甚至

出现遗尿症,这种情况说到底,是滥用抗生素造成的后果,其本质是阳气受到损伤。

既然说到抗生素,就不能不提到激素,因为滥用激素所造成的后果,可以说比滥用抗生素有过之而无不及。激素的副作用主要是外源性药物反馈性的抑制垂体—肾上腺皮质的功能,引起肾上腺皮质结构的退化和萎缩,导致机体分泌激素的功能减退,这相当于阳气的衰弱。凡长期使用激素不能戒断者,势必导致阳气的受损。

#### 九、慢性病多发,阳虚者居多

我国已经进入了老龄社会,慢性病多发已经成为现代疾病谱的特点。我国劳动力死亡模式统计表明,每14名处于劳动年龄的死亡者中,有12人死于慢性病。传染病:慢性病:意外死亡=1:12:1。在慢性病的死因谱上,肿瘤和心血管病的比例最高。

“中国二千年预防保健战略研究”表明,我国每天有1.3万人死于慢性病,因此必须重视慢性病的防治工作。目前,我国慢性病发病率呈上升趋势,全国因慢性病造成的“早死”占全部潜在寿命损失的63%,数亿中年人和青年人将成为慢性病高危人群。专家们认为,现在开展慢性病的防治,以降低发病率,其意义不亚于上世纪50年代马寅初先生提出的人口控制论。

所谓慢性病患者,即郑钦安屡次提及的“久病与素禀不足之人”,久病及肾,其病变总趋势显然是“阴盛阳衰”,这也正是扶阳法最多见的适应证。黄煌教授曾指出:“当前,在杂病和慢性病中,阴证或者说虚寒证占有一半以上”。实践中体会,实际上这个比率可能更高。举凡慢性肾炎、慢性支气管炎、慢

性胃炎、慢性肠炎、慢性……，有几个真是实证热证呢！唐步祺先生曾言：“数十年临床经验，凡遇阳虚证，无论一般所称之肾炎、肝炎、肺炎、心肌炎、胃炎等等，只要临床症状有阳虚之实据，即不考虑炎症，辄以四逆汤加味治疗，取得满意效果，益佩郑氏之卓见。”就拿公认的肺结核病来说，众多医家都以阴虚肺热目之，李可先生在实践中从正反两方面认识到，以滋阴退蒸，苦寒泻火等常法治疗该病，“终至戕伤脾胃之阳，脾胃一伤，食少便溏，化源告竭，十难救一。”他认为，“治癆瘵当以顾护脾肾元气为第一要义”（《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》），问题还是回到阳气上来。

综上所述，我们面临的阳常不足，阴常有余的个体因素，阴盛阳衰的群体趋势，都是扶阳法发挥作用的前景所在。除了以上九大方面的问题外，还有其他一些需要发扬火神派的理由。



### 第三节 发扬火神派的其他理由

#### 一、中医治疗急症的需要

中医治疗急症本来具有传统的优势，但在现代抢救休克的过程中却很少运用。西医未传入中国之前，根本没有西医那些急救手段，中华民族一样繁衍昌盛，遇到急症靠的是中医，总不能说古代没有急症。这说明中医治疗急症是有经验有办法的。只是西医传入中国之后，由于其急救手段确实具有先进性，急症的救治就逐渐让位于西医了。但这不等于中医不能治急症，更不能否认中医治疗急症的固有优势，中医治

### 第三章 火神派研究的现代意义

疗亡阴亡阳的丰富经验自有其特点。火神派医家如吴佩衡、范中林、祝味菊等人均有用大剂姜、附救治热病厥脱等危急病症的案例，本书所选也不下 120 例，尤其是被邓铁涛教授称为“中医的脊梁”的李可先生，以重剂救治重危急症，擅用附子、乌头类峻药抢救濒危病人，使数以千计的垂危病人起死回生。其中有案可查，被西医下了病危通知书者，也有百余人，实属可钦可叹。急救一般都是西医的事，然而，在李可任职灵石县人民医院中医科时，急救却是中医科的事，这在全国各医院中可能都是少见的。李可先生说：“丢掉中医急诊阵地是中医的奇耻大辱”。可见中医治疗急重症，非不能也，乃不为也。火神派的发掘无疑会为我们提供广阔的思路。

我们知道，所谓急症、危症，绝大多数集中于少阴病中，即全身衰竭的状态上，一般可分寒化证和热化证。热化证里，危证、死证都没有，查一下《伤寒论》就知道。危证、死证都集中在寒化证里，皆由阳气虚衰所致。由此可知，不管心脏病、肺病、胃病、肿瘤、肾病……最后导致危急直至死亡者，大多属阳气不足。后世医家但知以热病“三宝”来救逆，却不知四逆辈才是救逆正法，这也正是火神派大显身手的时刻。

## 二、治病层面问题的思考

卢崇汉教授提出的治病层面问题很有新意，为扶阳法的广泛应用提供了一个理论支点。就用药而言，火神派广用附子、重用附子的风格十分突出，确实独步医林，惊世骇俗。由此受到质疑、诘难自是难免，如何回应各方面的质疑，最好的方法当然是临床疗效，以事实服人。同时还应该从理论上找出依据，以理服人，层面问题就是一个重要理论支点。

临床上常用的治法有八个，“八法都可以治病……但这要

看在哪个层面”，卢崇汉教授认为：“我们在评判一个治法的时候，要充分考虑到层面的问题，疗效不仅要近期的，更重要的是看远期，远期疗效才是根本。”“所谓远期临床效果，就是一个人的体质改变了没有？他的复发率高不高？这一点很重要。”显然，所谓“层面问题”，就是要求医家站在远期疗效的高度来认识问题，处理病症。而要达到远期效果，增强病人体质，降低复发率，“只有通过扶阳才能达到。这也是我们以阳气为根本，临床上处处围绕这个论点做事情的关键所在”（《扶阳讲记》）。亦即扶阳法显现的是“以阳气为根本”的高层面治法。

临床上，用凉药治疗一些真气上浮或虚阳外越导致的假热症，可能一时疗效也不错（更可能根本无效），所谓的肿痛火形如咽痛、口腔溃疡等可能暂时消失，医家沾沾自喜，病人也觉得见效，有人也可能以此为口实非难火神派，“我用凉药效果不是也很好吗？”岂不知这只是一时的“硬性”将假热制伏，正所谓“治标未治本”，是一种表面现象，其阴寒的本质非但没有改善，由于投用凉药可能更加受到戕害，结果用不多久，症状就复发了。如此下去，反复治疗，反复发作，久治不愈，终成“疑难病症”，临床上陷入这种医疗怪圈的例子可谓比比皆是。如果能够识得此证，从扶阳潜降入手，不但能够治好此类病症，最大优势还在于不再复发，因为它体现了治病求本的精神。

简单些说，扬汤止沸与釜底抽薪虽然同为退热方法，但层次高下是显而易见的。祝味菊先生曾叙述过一个活生生的例子：“门人王兆基，素质瘦弱，频患伤风，易于鼻衄，医常谓风热主以辛凉，散之亦愈；又谓阴虚火旺，清之则衄亦止；然伤风、鼻衄发作益频，医药数载，生趣索然，因就診于余，改予温潜之方，其恙若失，因受业于门下，迄今多年，旧病迄未发，而神气

焕然矣”（《伤寒质难·第九篇》）。

说到底，治病层面问题显现的是标本问题，庸医头痛医头，脚痛医脚，治标不治本，治好了也是暂时的，日后难免复发；高手则着眼于阳气之本，不仅治好了病，而且不易复发，毕竟扬汤止沸不如釜底抽薪，这就是扶阳法站在高层面的优势，亦即鼓励、提倡扶阳法的真谛所在。

最后，说一点题外的话，还有一个不成理由的理由。我们发现，火神派医家几乎都是长寿者，仅以本书涉及到的医家来看，多少有些令人惊异：郑钦安先生寿 87 岁（1824～1911），吴佩衡先生 85 岁（1886～1971），范中林先生 94 岁（1895～1989），唐步祺先生 87 岁（1917～2004），卢铸之先生 87 岁（1876～1963），卢永定先生 85 岁（1901～1986），陈苏生先生 90 岁（1909～1999），徐小圃先生 74 岁（1887～1961），陈耀堂先生 83 岁（1897～1980），吕重安先生 88 岁（1880～1968），李继昌先生 103 岁（1879～1982），朱卓夫先生 76 岁（1893～1969），仅有祝味菊先生 67 岁（1884～1951），似乎差些，但他死于喉癌，应该视为特例。

火神派医家都如此长寿，难道是偶然的吗？这其中是否能说明一点道理呢？恐怕与火神派重视阳气的学术思想有直接关系。他们治病重阳，养生自然也讲究扶阳，不但为病人在用，自家也在身体力行。据唐步祺先生介绍：郑氏嫡孙说，其祖父晚年得子，体弱多病，家中常备附子理中丸与服，身体始得日渐康复。唐步祺先生本人 80 多岁，还在经常服用四逆汤之类调养，附子用量均在百克，其意无疑是在补养阳气，有学者就认为四逆汤可以用为补药养生。经云“阳强则寿，阳衰则夭”，火神派医家通过扶阳养生，达到“阳强则寿”的目的，或许是在用自身实践来告诉后人扶阳法的应用价值吧。



## 第四章

# 火神派医家介绍



### 第一节 吴佩衡

吴佩衡(1886~1971),名钟权,四川会理县人,云南四大名医之一,近现代火神派最重要的代表医家。18岁时受业于当地名医彭恩溥先生,深精《内》、《难》、《伤寒》等经典著作。中年以后,集中精力研究仲景学说,认为“盖凡一种学问,非寝馈其中数十年,斯难知其精义之所在。”大力倡导经方学理,强调阴阳学说为中医理论的精髓,辨证论治是临证诊疗的准则。长于使用经方,擅用附子,胆识过人,对疑难重证,失治、误治病例,每以大剂附子力挽沉痾。20世纪40年代治愈昆明市市长曾某和昆华医院院长秦某的儿子,处方每剂附子辄用60g,重则每剂250~500g,剂量之大,世所罕见,名噪天下,因获“吴附子”雅号,成为火神派的重要传人。

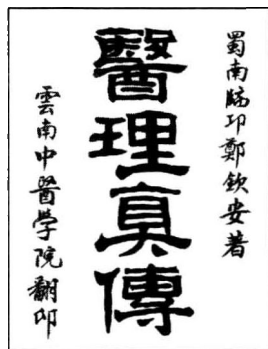
吴氏热心中医事业,1930年代表云南中医界应邀赴沪,抗议汪精卫取缔中医之反动条例,其后留沪行医六载。抗战前夕返回昆明,被推选为省、市中医师公会理事长。1945年创办《国医周刊》,以促进中医学术交流。1948~1950年间,创立云南省私立中医药专科学校,任校长职,首开云南中医办校之先河。

#### 第四章 火神派医家介绍

学校校长、云南中医学院院长等职，桃李满门，为火神派的传播竭尽全力。曾担任中华医学会云南中医分会副会长、云南省政协常委等职。1956年、1959年两次赴京，出席全国政协会议及文教卫生群英大会。毕生从事中医事业，为继承中医学，培育中医人才作出了贡献。

主要著作有：《中医病理学》、《伤寒论条解》、《伤寒与瘟疫之分辨》、《麻疹发微》、《吴佩衡医案》、《吴佩衡中药十大主帅古今谈》、《附子的药理及临床应用问题》、《医药简述》、《伤寒论新注》等。

吴佩衡对《伤寒论》和郑钦安学说十分推崇，可以说忠实的传承了火神派的学术思想，从理论到实践乃至教学一以贯之。他说：“郑钦安先生的著作，是在实践中阐扬仲景医学的真理，其独到之处能发前人所未发。我认为在治疗疾病上很有价值，可以作为中医科学化的基本材料”（为刘



铁庵编纂的《郑钦安之医学》题词)。1962年，吴氏主持云南中医学院工作时，再次将《医理真传》和《医法圆通》作为教参资料翻印，在教学中推广。

他在自己的著作中多次引述郑氏学说，在治好昆明市长之子的伤寒重症时，甚至还引用了郑钦安的一首诗，既述阴盛格阳之理，又表白自己心迹。他的一些理论见解，也脱胎于郑氏学说，例如他总结的辨别寒热的十六字诀：寒证“身重恶寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言”。热证“身轻恶热，张目不眠，声音洪亮，口臭气粗”，即源于郑氏的“阴阳辨诀”，郑氏说“阳虚病，其人……目瞑倦卧，声低息短，少气懒言，身重畏寒。”

“阴虚病，其人……张目不眠，声音响亮，口臭气粗，身轻恶热”，两相对比，一目了然。

与郑钦安一样，吴氏临床擅用附子和四逆辈，而且在剂量和应用范围等方面有所突破。郑氏所制潜阳丹也为吴氏所赏用。总结吴氏理论和经验，可以归纳如下：

### 一、精辨寒热，十六字诀

“万病总是在阴阳之中”，郑钦安辨证论治讲究以阴阳为纲统分万病，突出阴阳作为辨证总纲的地位和作用，因此他“认证只分阴阳”，“功夫全在阴阳上打算”。吴氏传承郑钦安的火神派理论，首先强调阴阳学说为中医理论的精髓，善于在“阴阳上探求至理”，他说：“识病之要在于识证，识证之要在于明辨阴阳，唯辨证确凿，方能对证下药，得心应手。”“识别阴阳为治病之定法，守约之功也”（《医验一得录》）。与郑氏阴阳为纲，统分万病的思想如出一辙。郑氏在这方面总结出的“阴阳辨诀”、“用药真机”，是辨认阴阳的宝贵经验，吴氏学而承之，总结出了寒热辨证的基本纲领“十六字诀”，即热证为“身轻恶热，张目不眠，声音洪亮，口臭气粗”；寒证为“身重恶寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言”。真热证兼见烦渴喜冷饮，口气蒸手；真寒证口渴不渴或渴喜热饮而不多，口气不蒸手。吴氏谓：“万病有虚实寒热，临床之际，务必本此原则，庶不致贻误。”不论患者症状如何繁杂多变，疑似隐约，通过望、闻、问、切全面诊察之后，以此作为辨证要领，则热证、寒证的诊断不难确立。“凡病有真热证与真寒证之分，又有真热假寒证与真寒假热证之别。然真者易识，而假者难辨。《内经》曰‘治病必求于本’，即凡病当须辨明阴阳之意也。”

多个案例，我们在阐述郑氏学说时曾经举过几个案例，每案皆寒热错杂，阴阳难辨，吴氏以“十六字诀”为纲，熟谙阴阳趋极之变，在辨识阴证方面尤为擅长。我们知道，郑钦安判断阴证的“真机”是：只要舌淡润，口不渴，不思冷水，口气不粗不热，二便不黄赤秘结，“即外现大热，身疼头痛，目肿，口疮，一切诸症，一概不究”，一律按阴证看待，这就是郑氏强调的百发百中的“用药真机”。强调舌象、口气以及二便这几点在辨认阴证反过来就是阳证时的重要意义，这可以说是判断阴证的最后底线。吴氏在错综复杂的病情中，辨假识真，蹈危如平，从而演绎出许多回阳救逆的精彩案例，显示出非常高超的水平，这正是他最重要的临床经验之一。下面再举案例证之。

某男，20余岁，体质素弱。始因腹痛便秘而发热，医者诊为瘀热内滞，以桃仁承气汤下之，病情反重，出现发狂奔走，言语错乱。延吴氏诊视，脉沉迟无力，舌红津枯但不渴，微喜热饮而不多，气息喘促而短，有欲脱之势。断为阴证误下，逼阳暴脱之证，拟大剂回阳饮即四逆汤加肉桂与服：附片 130g，干姜 50g，上肉桂 13g(研末，泡水兑入)，甘草 10g。服后鼻孔流血，大便亦下黑血。认为非服温热药所致，实由桃仁承气汤误下后，致血脱成瘀，已成离经败坏之血，今得温运气血，不能再行归经，遂上行下注而致鼻衄便血。次日复诊见脉微神衰，嗜卧懒言，神识已转清。原方再服一剂，衄血便血均止，口微燥，此系阳气已回，营阴尚虚，继以四逆汤加人参连进 4 剂而愈(《吴佩衡医案》)。

按：此症舌红津枯，发狂奔走，颇似阳证。但脉沉迟无力，微喜热饮，参考误下之后，病情反重，气息喘促，判为逼阳暴脱之证，用大剂回阳饮收效。

马某,13岁,患伤寒已廿余日,“身热夜重,体温40℃余,反不恶寒,两颧发赤,唇焦而起血壳,头昏不食,欲寐无神,饮水不多,心烦胸闷,冒逆欲呕,小便短赤,大便数日不通,白痞遍体如麻,脉沉而紧,舌苔白腻。”此症身热夜重,两颧发赤,唇焦而起血壳,心烦,小便短赤,大便不通,极易认作实热,但吴氏综合分析,从脉沉而紧,舌苔白腻、“欲寐无神,饮水不多”着眼,认为“寒邪引入阴分,格拒真阳浮越于外”,系阳虚阴盛之象,法当扶阳温化,破阴回阳,以白通汤3剂治之而愈。

以上案例可以看出,吴氏确有一套辨识寒热真假的功夫,在尿赤便秘、舌红津枯、咯血盈碗、唇焦起壳等种种并不符合郑氏“用药真机”的情况下,在一派热象中辨出真寒,投以大剂附子取效,历惊涉险,确实有胆有识,见解高超。

**疑似不定,试投肉桂。**姜附之剂偏于峻热,人所共知。当病家对投用大剂姜附犹疑不决时,吴氏还有试服一招,即先让患者服用肉桂(研末泡水)试之,果系阴证,患者必能耐受;反之,可知辨证之误,但亦不致酿成恶果,显出圆机活法之妙,此乃吴氏独到经验,下面案例证之。

杨某,32岁。始因风寒身热头痛,某医连进苦寒凉下方药十余剂,愈进愈剧,延吴氏诊治。患者“目赤,唇肿而焦,赤足露身,烦躁不眠,神昏谵语,身热似火,渴喜滚烫水饮。小便短赤,大便已数日不解,食物不进,脉浮虚欲散。吴氏认为,如是热症,“应见大渴饮冷,岂有尚喜滚饮乎?况脉虚浮欲散,是为阳气将脱之兆。”急宜回阳收纳,拟白通汤为治。方子开好,病家犹疑未用。吴氏告以先用肉桂泡水试服,若能耐受,则说明病属阴证,病家如法试之。服后即吐出涎痰碗许,人事稍清,内心爽快,遂进白通汤加肉桂,附子用至60g,病情即减。

连进 10 余剂，诸症俱愈。

## 二、推重阳气，擅用附子

吴氏十分尊崇《伤寒论》和郑钦安温扶阳气的观点，认为阳气乃人身立命之本，对于保存阳气的意义有深刻认识：“真阳之火能生气，邪热之火能伤气，邪热之火必须消灭，真阳之火则决不可损也。只有真气运行不息，才能生化无穷，机体才有生命活动。”主张对于阳虚阴寒证，抓住温扶阳气这一主要环节，这应该说是吴氏学术思想的核心，当然也是他擅用附子等辛热药物的理论根基。

脾肾两脏相比较，他更偏重肾阳：“世之患脾胃病，消化不良，或上吐下泻，以及痞满肿胀等证，虽属于后天脾胃之疾，而先天心肾之衰弱，实为主要原因。如只重视后天之调理，忘却先天心肾之关系，徒治其末，忽略其本，病轻或有效，病重则无益而有损。”由此他说过一句很经典的话：“理中不中也，当以四逆汤补火生土”（《扶阳论坛》）。

吴氏擅用附子，将“一团烈火”的附子视为“回阳救逆第一品药”，善于广用、重用、专用之，胆识兼备，屡起疑难大症，世誉“吴附子”，可谓实至名归。其用附子风格、法度直逼郑钦安，神似于郑，形同于郑，堪称经典火神派的代表，下面分别论之。

广用：吴氏对阳虚阴寒证的治疗积累了十分丰富的经验，广泛应用附子，但凡面色淡白无华或兼夹青色，倦怠无神，少气懒言，力不从心，动则心慌气短，自汗食少，畏食酸冷，溏清便溏，诸寒引痛，易感风寒，甚或形寒怕冷，手足厥逆，恶寒倦卧，喜暖向阳，多重衣被，口润不渴或渴喜热饮而不多，舌质淡或兼夹青色，舌苔白滑或白腻，脉象多见沉、迟、细、弱、虚、紧

等。总之，凡见阴证都可以用附子进行治疗。在《吴佩衡医案》中，阴证计有 55 例，涉及内、外、妇、儿、五官各科多个病种，每案均用附子，可谓方方不离附子，且均为君药，剂量恒重，远超过其他药味。其中四逆辈 37 案，麻辛附子汤 8 案，含附子方如真武汤、乌梅丸、潜阳丹、应症方加附子等 10 案，尤可钦者，孕妇患阴证，亦用附子，且量重惊人。

如孕妇哮喘案：郑某，25 岁。慢性哮喘病已 14 年，现身孕 4 月余。症见咳嗽短气而喘，痰多色白，咽喉不利，时发喘息哮鸣。面色淡而少华，目眶、口唇含青乌色。胸中闷胀，少气懒言，咳声低弱，咳时则由胸部牵引小腹作痛。舌苔白滑厚腻，舌质含青色，脉现弦滑，沉取则弱而无力，判为风寒伏于肺胃，久咳肺肾气虚，阳不足以运行，寒湿痰饮阻遏而成是证。法当开提表寒，补肾纳气，温化痰湿，方用小青龙汤加附片，附片开手即用 100g。2 剂后，哮喘各症均减。继用四逆、二陈合方加麻、辛、桂，附片加至 200g，服后喘咳皆减轻。共服 30 余剂，哮喘咳嗽日渐平息痊愈。身孕无恙，至足月顺产一子。吴氏曰：“昔有谓妇人身孕，乌、附、半夏皆所禁用，其实不然。盖乌、附、半夏，生者具有毒性，固不能服，只要炮制煎煮得法，去除毒性，因病施用，孕妇服之亦无妨碍。妇人怀孕，身为疾病所缠……务使邪去而正安，此实为安胎、固胎之要义。《内经》云：‘妇人重身，毒之何如……有故无殒，亦无殒也。’此乃有是病而用是药，所谓有病则病当之，故孕妇无殒，胎亦无殒也。”

**重用：**火神派最突出的用药特点即擅用附子，而且剂量超常。作为该派传人，吴氏不仅广用附子，而且擅用大剂量，惊世骇俗，可谓无出其右者。他认为：“病至危笃之时，处方用药非大剂不能奏效。若病重药轻，犹兵不胜敌，不能克服。因此，处方用药应当随其病变而有不同……古有‘病大药大，病

毒药毒’之说，故面临危重证候勿畏惧药毒而改投以轻剂。否则，杯水车薪敷衍塞责，贻误病机，则危殆难挽矣。”吴氏投用附子，强调“开水久煎”，一般要煮三到四小时，他说：“后世因煎煮不得法，服后往往产生麻醉，始用种种制法而成熟附片，意在减少其麻醉之性。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。”

在《吴佩衡医案》中，使用附子共计 56 案，其中成人 47 案，初诊方 100g 以上者 22 例；60g 以上者 11 例；30g 以上者 12 例。复诊逐渐加量至 150g 者 4 例；加量至 200g 者 5 例；剂量最大者如治省立昆华医院院长秦某独子（13 岁）的伤寒重症，初诊方即用 250g，后加至每剂 400g，而且昼夜连进 2 剂，合起来就是 800g，终于挽回厥脱重症，令人惊心动魄。

不仅在成人中投用大剂量，而且对婴幼儿童也敢于放手加量，胆识确非常医可及。如童子痲案：张某，8 岁。禀赋不足，形体羸弱。受寒起病，脉来浮滑，兼有紧象，指纹色淡而青，舌苔白滑，质含青色。涕清，咳嗽而如痰涌。发热、恶寒，头昏痛，喜热饮。缘由风寒表邪，引动内停之寒湿水饮，肺气不利，阻遏太阳经气出入之机，拟小青龙汤加附子助阳解表化饮除痰。附片用至 30g，服后得微汗，身热始退，表邪已解，寒痰未净，守原方去杭芍、麻茸加茯苓 10g、白术 12g 连进 2 剂，饮食已如常。惟仍涕清痰多，面浮，午后潮热，自汗，腹中时而隐痛。殊料病家对吴氏信任不专，另延中医诊视，云误服附子，中毒难解，处以清热利湿之剂，反见病重，出现风动之状，双目上视，唇缩而青，肢厥抽掣，汗出欲绝。又急促吴氏诊视，具述误治经过，乃主以大剂加味四逆汤治之。附片用至 100g，连服二次，风状已减，不再抽掣。原方加口芪、白术、茯苓连进数十剂始奏全功。8 岁小儿前后共服附片量逾



5000g,“并无中毒,且患儿病愈之后,身体健康,体质丰盛胜于病前,多年无恙。”

又如治3岁甘某“麻疹误服表凉药转阴证案”:发热已五六日,“昏迷无神”,投白通汤,附子用至60g,二剂即愈。另如治朱某小儿,诞生方10余天,目赤肿痛,诊为虚阳浮越所致,用附子甘草汤,附子用至10g,2剂目肿渐消。

**专用:**在应用附子等辛热药物治疗阴证的同时,是否夹用熟地等滋阴之品,是温补派与火神派的重要区别。吴氏在这一点上,表现出十分鲜明的火神派风格。他认为扶阳驱寒,宜温而不宜补,温则气血流通,补则寒湿易滞。因此他用扶阳诸方所治阴证案例,绝少夹用滋补药品,这方面他较郑氏有过之而无不及。比如张景岳所制回阳饮,系四逆汤加人参,郑钦安虽然认为人参是阴药,“用为补阳回阳,大悖经旨”,但他在临床中犹时或用之。而吴氏所用回阳饮,乃是四逆汤加肉桂,称为“大回阳饮”,摒弃人参不用,绝对不夹阴药。不仅如此,补气药也绝少应用,嫌其掣肘。观吴氏各案,用药专精,法度严谨,“正治之方决勿夹杂其他药品,如果加入寒凉之剂则引邪深入;加入补剂则闭门留寇,必致传经变证,渐转危笃费治”(《医药简述》)。这方面,他积累有十分丰富的经验。例如:

**风湿关节痹痛案:**田某之妻,30余岁。患风湿痹证,右手关节疼痛发麻,自觉骨间灼热,但又见寒生畏。病已10余日,曾服四逆汤加白术、当归等剂未效,疼痛忽轻忽重,固着肩肘,痛甚不休。吴氏审病查方,认为乃风寒湿邪杂合而至,阻遏经脉,阳不足以运行通利关节,不通则痛。“虽应用姜附之辛温以化散寒湿,然杂以归术之壅补滋腻,犹如闭门捉寇,遂使邪气难化。因照前方去归、术加入桂枝、细辛、茯苓治之”,一剂显效,二剂霍然。

**胸痹心痛案:**杨某,50余岁。患胸痹心痛证,曾服桂附理中汤,重用党参、白术并加当归,服后病未见减。每于发作之时,心胸撮痛,有如气结在胸,甚则痛彻肩背,水米不进。痛甚则面唇发青,冷汗淋漓,脉息迟弱,昏绝欲毙,危在旦夕。吴氏认为此乃土虚无以制水,阳衰不能镇阴,致下焦肝肾阴邪夹寒水上凌心肺而成是状。“然寒水已犯中宫,骤以参术当归之峻补,有如高筑堤堰堵截水道,水邪无由所出之路,岸高浪急,阴气上游,势必凌心作痛。斯时不宜壅补过早,法当振奋心阳,使心气旺盛,则阴寒水邪自散矣。”方用四逆汤合瓜蒌薤白汤加肉桂:天雄片 100g,干姜 30g,薤白 10g,瓜蒌实 10g,公丁 10g,上肉桂 10g 研末,泡水兑入,甘草 5g。一剂痛减其半,二剂加茯苓 30g 以化气行水,则痛减七、八分,三剂后胸痛若失。以上二案,充分体现了吴氏用药精专,投用附子,不夹阴药、补药的观点。

**熟谙热药反应:**郑钦安擅用姜附,对热药之反应积累了丰富的经验,这也是其擅用姜附的重要体现。我们在探讨郑氏学说时,曾专门作过介绍。吴氏对姜附等热药的反应也有深刻的体会,临床应付裕如,有些且为郑氏所未言及。归纳吴氏对姜附等热药反应的认识,最常见的就是呕吐痰涎,大便泄泻,其次是周身浮肿,以及原有症状如疼痛加重以及出血等等,有些经验可补郑氏未备,下面举例证之。

**虚寒胃痛:**徐某,男,年4旬余。患心胃痛证已20余年,病情日见增剧,形体消瘦,胸膈痞胀作痛,两胁满闷不舒,脘腹灼痛,痛极则彻于胸背,固定不移,从心下至脐腹隆起板硬如石,按之亦痛,腰背如负薄冰,慄慄而寒。时而泛酸上冲咽喉,呕吐黄绿酸苦涎水,心中嘈杂,知饥而不能食,唯喜烫饮,饮而不多。大便干结难解,小便短涩,手足不温,少气无力,入夜难

寐。舌淡苔白滑腻，脉来沉迟。判为病久阳虚，真火内衰，阴寒内结，脾阳不运，无力以制水邪，肝郁不舒，挟寒水上逆犯胃凌心。阳虚为病之本，寒水泛溢为病之标，法当扶阳温散寒水之邪治之，先拟乌梅丸方一剂，疼痛稍减，呕吐酸苦水已少。认为此病根深蒂固，非大剂辛温连进不可。但“多年临床体验，此证每于服药之后，或见脘腹增痛，或吐酸、便泻、小便色赤而浊等征象，可一时有所表露，此乃药与病相攻，祛邪之兆，若药能胜病，犹兵能胜敌；倘畏惧不专，虽欲善其事，而器不利也，何以克服！古云：‘若药不瞑眩，厥疾弗瘳’”。吴氏将此理告于病者，遂以大剂吴萸四逆汤加味治之：附片 150g，吴萸 18g，干姜 60g，上肉桂 18g 研末，泡水兑入，公丁 5g，茯苓 30g，白胡椒 3g 研末，兑服，甘草 15g。“服药后果然一剂则痛反较增，二剂则腹中气动雷鸣，三剂则涌吐大作，吐出黄绿苦水盈盂。”原方附片增至 200g，连进 10 剂，“愈服越见吐，痛不减反有所增之势”，脉转缓和稍有神，仍喜滚饮而畏寒。仍照前法，再进不怠，白附片用至 300g，连服 2 剂，脘腹疼痛及痞硬顿失其半，胃逆作酸已减少。继续调理 10 数余剂而愈，体健如常。

又如治省立昆华医院院长秦某独子之伤寒重症，4 诊时仍用大剂四逆汤，附子用至 400g，患儿日夜泄泻 10 余次，“秦君夫妇为此担心害怕，认为有肠出血或肠穿孔的危险，每见其子排泄大便，即流泪惊惶不已”。吴氏当即详加解释，此由寒湿内盛，腹中有如冰霜凝聚，今得阳药温化运行，邪阴溃退，真阳返回而使冰霜化行。所拟方药，皆非泻下之剂，其排泄者为内停寒湿污秽之物，系病除佳兆，邪去则正自能安，方保无虞。于是，病家疑虑始减，继续接受治疗，终至痊愈。

再如治昆明市长曾某之子伤寒重症，认为“一线生阳有将

脱之势，病势垂危，颇为费治。惟有扶阳抑阴温化之法，使在上之寒水邪阴，由口中吐出，中下之寒水邪阴，由二便排泄使除，阳回阴退，方可转危为安。”以通脉四逆汤加吴萸、上桂治之，白附片用至 160g，“并告知病家，倘若服药后发生呕吐涎痰或大便泻下切勿惊疑，为病除之兆，一线生机，可望挽回。”服上方后，果呕吐涎水碗许，大便溏泻一次，手足温暖，脉和缓较有神，系病除之兆。继以大剂扶阳温化，白附片用至 260g。服药后，又呕吐涎水约两碗，大便泻利数次，“均属冰霜化行，病毒邪阴由上下窍道溃退”之兆。面唇色泽转红润，脉搏和缓较有神，继守原法调理至痊。

吴氏投用附子，倡用久煎，用量 15~60g，必须先用开水煮沸 2 至 3 小时。用量增加，则须延长煮沸时间，以保证用药安全。有时为了抢救重症，大剂投以附子，则药壶连续置于炉上不停火，久煎附子，随煎随服。

### 三、从阴证论治出血和麻疹

吴氏重视阳气，推崇扶阳，在各种血证和小儿麻疹的辨治方面尤其特色，在国内均有影响。

他继承郑钦安的学术观点，对多种出血病症多从阳虚失于固摄着眼，以扶阳止血为法，积累了十分丰富的经验。在《吴佩衡医案》中，有咯血、衄血、便血、崩漏、胎漏等各种血证 10 案，均从扶阳着眼，以大剂附子入手，皆收止血愈病佳效。

如治妊娠胎漏先兆流产案：范某之妻，28 岁。身孕 6 个月，因家务不慎，忽而跌仆，遂漏下渐如崩状，腰及少腹坠痛难忍，卧床不起。延至 6、7 日，仍漏欲堕。吴氏诊之，认为气血大伤，胎恐难保，惟幸孕脉尚在，以大补气血，扶阳益气引血归经为法，拟方四逆当归补血汤加味治之：附片 100g，北口芪

60g, 当归身 24g, 阿胶 12g 烱化兑入, 炙艾叶 6g, 炙甘草 10g, 大枣 5 枚烧黑存性。服 1 剂, 漏止其半, 再剂则全止, 3 剂霍然, 胎亦保住, 至足月而举一子, 母子均安。

吴氏按云:“附子补坎中一阳, 助少火而生气, 阳气上升, 胎气始固……阳气温升, 阴血能补, 则胎不堕矣。《内经》云: 治病必求其本。本固而标自立矣, 若只以止血为主, 而不急固其气, 则气散不能速回, 其血何由而止?”

吴氏对小儿麻疹的治疗颇有创见, 认为小儿是稚阳而非纯阳。不宜过于表散, 更不宜动辄使用清凉苦寒药物。必须分析虚实寒热, 随证施治。吴氏经验, 凡属虚寒小儿, 只有放胆使用四逆、白通等汤, 才易挽回颓绝, 他总结道:“体弱昏迷无神, 疹出性慢, 色象不鲜, 服白通汤 1、2 剂, 即能使疹子出齐, 平安而愈。如此治法, 在麻疹方书上虽不易见, 但麻疹既不得发越外出而现阴盛阳衰之象, 投以白通汤扶心肾之阳, 故疗效甚速。倘再误施寒凉, 则正愈虚而阳愈弱, 无力托毒外出, 反而内攻, 必致衰脱危殆。无论痧、痘、麻、疹, 一旦病势沉重, 必须认真辨别阴阳, 不可固守一法, 证现阴象, 必须救阳; 证现阳象, 必须救阴, 方有回生之望。”这是吴氏一个独到之处, 在国内颇有影响。在《吴佩衡医案》中, 有麻疹变证属阴寒者 8 案, 均以附子为主, 扶阳挽逆, 获得成功。

如麻疹误表转阴证案: 姚某, 3 岁。初病发热咳嗽, 某医以升提表散而佐清凉之剂。2 剂后, 麻疹隐隐现点, 色象不鲜, 发热已五六日, 尚未出透。延吴氏诊视, 患儿昏迷无神, 判为邪陷少阴而呈但欲寐之情, 麻疹不能透达, 若再迁延, 势必转危。即以白通汤一剂: 附片 60g, 干姜 15g, 葱白 4 茎连须根。服后, 疹出透而色转红活, 再剂则疹已渐灭, 脉静身凉, 食增神健而愈。

#### 四、崇尚经方，擅用峻药

吴氏推重仲景学说，擅用长沙诸方，在《吴佩衡医案》中，总计 89 案，使用经方者即达 76 案，占全部案例的 85.3%。在用药方面倡用峻剂，崇尚“攻之即所以补之”之论，尝引陈修园之说抒发己见：“以毒药攻邪，是回生妙手，后人立补等法，是模棱巧术。”故而很少假借参、芪、地、归等补品，认为祛邪即是扶正，攘外即所以安内。他在《医药简述》一书中，对附子、干姜、肉桂、桂枝、麻黄、细辛、石膏、大黄、芒硝、黄连 10 味药品的性味、功效及临床应用，详予阐述，认为：“此 10 味药品，余暂以十大主帅名之，是形容其作用之大也。”“据余数 10 年经验，如能掌握其性能，与其他药物配伍得当……不但治一般常见病效若桴鼓，并且治大多数疑难重症及顽固沉痾，亦无不应手奏效”（《医药简述》）。在《吴佩衡医案》总计 89 案中，除 4 案外，其余各案均投用了十大主帅之品。可以看出，十大主帅乃集寒热两类药物中之攻坚祛邪峻品，以十大主帅为主药组成的麻黄剂、四逆辈以及白虎、承气诸汤则是阴阳二证之猛剂。吴氏临床多藉姜、附、硝、黄等峻药，“灵活运用，加减化裁，东挡西杀，南征北剿，而收战无不胜、攻无不克之效”（《医药简述》），形成十分鲜明的用药风格，显出大家风范，这一点与郑钦安颇为相似。例如对阳明腑证，吴氏创立了白虎汤承气汤合用之例，在其医案集中，6 例阳明腑证案例，均系白虎承气合用，剂量亦重。其治瘟疫 3 例，投用达原饮，均加用石膏、大黄两味苦寒峻药，不仅显示大家手段，而且表明吴氏对于阳热之症，亦颇多见识和经验。

## 五、常用方药经验

作为火神派医家，吴氏除了应用大剂附子，广泛运用四逆辈治疗阴证外，对常见病症还积累了一些经验用方，这些方剂多数是以四逆汤为基础合以其他方药而成，具有鲜明的火神派风格，用于临床屡获良效，从而构成吴氏学术经验的重要组成部分，下面摘其要者予以介绍。

1. 四逆辈十方 吴佩衡将仲景“四逆辈”明确为下列十方，认为“只要切实掌握此十方，且能圆通运用，即可治疗百数十种比较疑难之病，其功用亦不小矣。”

**四逆汤：**生附子 1 枚，干姜 45g，炙甘草 60g。

**通脉四逆汤：**生附子 1 枚，干姜 90g，炙甘草 60g。

**通脉四逆猪胆汤：**即通脉四逆汤加猪胆汁 1 合。

**四逆人参汤：**生附子 1 枚，干姜 45g，炙甘草 60g，人参 30g。

**茯苓四逆汤：**即四逆人参汤加茯苓 180g。

**吴萸四逆汤：**生附子 1 枚，干姜 45g，炙甘草 60g，吴萸 30g。

**干姜附子汤：**生附子 1 枚，干姜 30g。

**白通汤：**生附子 1 枚，干姜 30g，葱白 4 茎。

**白通加人尿猪胆汤：**生附子 1 枚，干姜 30g，葱白 4 茎，人尿（即童便）5 合，猪胆汁 1 合。

**甘草干姜汤：**炮干姜 60g，炙甘草 120g。

另有“附方，潜阳封髓丹”：附子 60g，西砂 9g，龟甲 12g，黄柏 6g，甘草 6g（以上药物剂量为吴氏核定）。用治虚阳上浮所致五官阴火诸症，吴氏颇为赏用。例案如虚火牙痛孙案、牙龈出血王案（见“阴盛逼阳，真气上浮”一节）。

### 2. 吴氏自制“四逆辈”3方如下

**桂附汤:**附片 60g,先煮熟透。肉桂 10g,研细泡水兑入。吴氏用肉桂主张“研细泡水兑入”,他说:“肉桂皮厚油多,性味亦厚,守而不走,专温心肝脾血分之寒,去瘀生新。服时只宜泡水,不可入煎,多煎则气体及油质挥发失效矣。”

本方以附子温肾水之寒,肉桂温肝木之郁,强心而暖血中之寒,服之能使水升火降,水火既济而交心肾,盖使肝木得温升而生心血,肝藏魂,心藏神,肝郁舒畅,心肾相交,神魂安谧,用治心脏病引起之怔忡惊悸失眠等证颇效,弱人常服,有却病延年之功。

**坎离丹:**附片 60g,肉桂 15g,蛤粉 12g,炙甘草 9g,桂圆肉 24g,生姜 24g。本方治心病不安等证,效果极好。

**大回阳饮:**附片 61g,干姜 30g,肉桂 12g,炙甘草 9g。

本方能回阳救逆,强心固肾,温中舒肝,并治一切阳虚阴盛危急大证,有起死回生之功。至若平素阳虚人弱无神者,常服数剂,易复健康,有枯木逢春,却病延年之效(以上见《吴佩衡医案》,人民军医出版社,2009年)。考吴氏最常用此方,其用扶阳之法,十有八九而投此大回阳饮。

**3. 麻辛附子汤** 即经方麻黄附子细辛汤,本方为吴氏常用方剂之一,其使用频度仅次于四逆辈,这一点在《吴佩衡医案》中体现得十分明显。本方原治太阳少阴两感证,吴氏运用本方早已超出此范围,他的经验是,凡“身体不好,素禀不足,一旦感冒,易从少阴寒化体强者在太阳,脉沉细、沉弱,欲寐无神,怕冷,手足发凉,或有头痛如劈,宜用麻辛附子汤或桂甘姜枣麻辛附子汤。附子,大人用 2 两,体过虚者用 3 两……切勿加杭芍……本方是开门方,无闭门留寇之患,若开门不用麻、辛、桂,则附子无外驱风寒之力,故开门宜加之。”在《吴佩衡医



案》中，主以本方者共有 8 案，包括目赤肿痛、乳痛、少阴头痛、咽痛、麻疹变证等，每案均用得很有见地，常医难以有此手眼。阳虚明显者，直接用四逆汤加麻黄、细辛。请看案例：

乳腺炎：尹某，25 岁。产后 6 日，因右侧乳房患急性乳腺炎经用青霉素等针药治疗，病情不减。改延中医诊治，投以清热解毒之剂，外敷清热消肿软膏。诊治 10 余日，寒热不退，乳房红肿疼痛反而日渐增剧，遂延吴诊视。刻诊：发热而恶寒，体温 37.4℃，午后则升高至 39℃ 左右。头疼，全身酸痛，右乳房红肿灼热而硬，乳汁不通，痛彻腋下，呻吟不止。日不思饮食，夜不能入眠，精神疲惫，欲寐无神。脉沉细而紧，舌质淡而含青，苔白厚腻。辨为产后气血俱虚，感受风寒，经脉受阻，气血凝滞。后又误服苦寒之剂，伤正而助邪，遂致乳痛加剧。法当扶正祛邪，温经散寒，活络通乳。方用麻黄附子细辛汤加味：附片 30g，麻黄 9g，细辛 5g，桂枝 15g，川芎 9g，通草 6g，王不留行 9g，炙香附 9g，生姜 15g，甘草 6g。连服上方 2 次，温覆而卧，遍身紫繁汗出，入夜能安静熟寐，次晨已热退身凉，头身疼痛已愈，乳房红肿热痛减半，稍进稀粥与牛奶，脉已和缓。舌青已退而转淡红，苔薄白，根部尚腻。继以扶阳温化之茯苓桂枝汤加味调之。乳房硬结全部消散，乳汁已通，眠食转佳，照常哺乳。

按：此症乳房红肿热痛，发热，极易判为热证。但从恶寒，头疼，全身酸痛来看，又有表证；再从精神疲惫，欲寐无神，脉沉细而紧，舌质淡而含青，苔白厚腻来看，又有阳虚之兆。表寒里虚，故投麻黄附子细辛汤而收效，整个治疗未用一味凉药，识证之准，用药之确，令人佩服。

少阴咽痛：王某，女，成年。始因受寒起病，恶寒，咽痛不适，误服清热养阴之剂而病情加重：头痛如劈，恶寒发热，体

痛。咽痛，水浆不能下咽，痰涎涌甚，咽部红肿起白泡而溃烂。舌苔白滑，不渴饮，脉沉细而兼紧象。吴氏认为，此系寒入少阴，误用苦寒清热，致使阴邪夹寒水上逼，虚火上浮而成是状。取扶阳祛寒，引阳归舍之法，以加味麻黄附子细辛汤治之：附片 40g，干姜 26g，北细辛 6g，麻黄 5g，上肉桂 6g 研末，泡水兑入，甘草 6g。一剂后寒热即退，咽部肿痛减去其半，再剂则痛去七八。3 剂尽，诸症霍然而愈。

吴氏指出，少阴受寒误用苦寒清热养阴之剂，无异于雪上加霜。风寒闭束少阴经络不通，虚火上浮冲于咽喉而肿痛者，宜用麻黄细辛附子汤治之。方中附子能扶阳驱寒，麻黄开发腠理，解散表寒，得细辛之辛温，直入少阴以温散经脉寒邪，并能协同附子纳阳归肾，邪去正安，少阴咽痛自然获愈。

4. **四逆二陈麻辛汤** 即四逆汤合二陈汤加麻黄、细辛，用治一切肺部痰饮阴证，如新老咳嗽、哮喘，咳痰清稀，白痰涎沫多者，吴氏屡用有效。如果表证明显者，吴氏用小青龙汤加附子，《吴佩衡医案》中有许多成功案例。

5. **四逆苓桂丁椒汤** 即四逆汤加茯苓、肉桂、丁香、白胡椒，用治一切脘腹阴寒疼痛。呕恶明显者再加半夏、砂仁等。

6. **四逆五苓散** 即四逆汤合五苓散，用治肝肾病变所引起的腹水、水肿等症。值得注意的是，吴氏用本方时，从来不用五苓散中的白术，可能是嫌其壅补，不利于水湿。

7. **四逆合瓜蒌薤白汤** 即四逆汤与瓜蒌薤白汤合方，用治胸痹心痛属阴证者。

8. **四逆当归补血汤** 即四逆汤与当归补血汤合方，用治由阳虚不能摄血引起的出血诸证。吴氏应用本方时，经常加入阿胶、艾叶两味。

其他凡涉及厥阴者，用四逆汤必加吴茱萸，已成定例。

小结:吴佩衡是火神派的最重要的传人之一,经典火神派的代表,忠实地传承了郑钦安的学术思想。强调阴阳学说为中医理论的精髓,长于使用经方,擅用附子,胆识过人,在重用附子,不夹阴药等方面较郑钦安有过之而无不及,值得学习研究。



## 第二节 范 中 林

范中林(1895~1989),四川郫县太和镇人,蜀中现代名医,曾师从潘竹均等名医。多年来潜心于《伤寒论》的研究,擅用经方,在运用六经辨证规律治疗外感和内伤杂病方面积累了丰富的经验,深受火神派郑钦安的思想影响,对于虚寒证的疗效尤为显著。擅用大剂附子,而有“范火神”之誉。部分医案曾发表在《中医杂志》,后由辽宁科学技术出版社出版《范中林六经辨证医案选》,选编了范氏应用六经辨证诊疗的69个病例,其中有以麻黄汤治愈3年低热的太阳证发热案,四逆汤治愈严重前列腺炎的少阴证淋病案,理中汤治愈功能性子宫出血并发失血性贫血案等,多属疑难病例,论治皆有新意。范氏临床辨证以六经为法,尤以舌诊见长,用药悉本《伤寒论》,组方严谨,以药精量重为特点。从学者甚众,成都唐步祺先生为其早期弟子。

范中林对伤寒论十分推崇,赞同“仲景约法能合万病”(《伤寒论翼》)的观点,主张“伤寒之中有万病,仲景约法能合诸病”,擅用六经辨证处理各种病症,用药悉本《伤寒论》,其《范中林六经辨证医案选》中69个内外妇儿科各案均用伤寒之方。同时深受郑钦安学术思想的影响,传承了火神派注重

扶阳，擅用大剂附子的独特风格，属于经典火神派代表，在《范中林六经辨证医案选》中曾两次引述郑钦安著作原文，可以窥见其与火神派的传承关系。

### 一、病有万端，但扶真元

范氏继承了仲景和郑钦安重视阳气的学术思想，“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）。也就是说，并非见风祛风，见痰化痰，而是“专主先天真阳衰损，在此下手”，“治之但扶其真元”。范氏传承了这一学术思想，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”，并以诸多案例实践了这一学术主张。

**支气管哮喘：**罗某，男，26岁，农民。1962年4月，因风寒咳嗽，痰多，气紧，不能平卧，某医院诊断为“支气管哮喘”，经治疗好转。1963年冬季，咳嗽加剧，心累气紧，动则尤甚，致卧床不起，经治疗基本缓解。1964年春复发，遂来求诊。初诊：喉间痰声，张口抬肩，气不接续，喘时汗出，痰多清稀，精神萎靡，恶寒肢冷，面肿。舌质淡暗，苔白滑腻。此为少阴阳衰阴盛，气不归元，寒饮上逆而致。法宜壮阳驱阴，纳气归肾，以四逆汤加味主之。处方：制附片30g久煎，生姜30g，炙甘草15g，上肉桂10g冲服，砂仁12g，白术12g。二诊：服上方4剂后哮喘减。原方加茯苓，续服5剂。哮喘明显减轻，继服上方月余，以巩固疗效。1979年6月追访，14年未见复发（《范中林六经辨证医案选》，下同）。

范氏认为，本例气急喘促，不能续接，张口抬肩，得长引一息为快，应属元气不足之虚证。这与气促壅塞，不能布息，得

呼出余气为快之实证不同。气藏于肺而根于肾，此证虚喘汗出，动则尤甚，恶寒肢冷，面浮神疲，痰涎稀薄，舌淡苔白，一派少阴虚喘之象。故自始至终未用平喘套方套药，坚持扶阳驱阴，补肾纳气之法，阳旺阴消，哮喘自平。

**甲状腺左叶囊肿：**宋某，女，36岁。体质素弱，常患感冒。1977年5月，患外感咳嗽，服清热止咳中药数剂后，表证解。越数日忽发现颈部左侧有一包块，约2cm×3cm，触之稍硬，随吞咽活动，无痛感。自觉心累，无其他明显症状。某医院诊断为“甲状腺左叶囊肿”，建议手术未允，同年7月求诊。初诊：左侧颈部出现包块已两月。神疲乏力，食欲不振，入夜难寐，手足清冷，恶寒，头昏。舌暗淡，苔淡黄而腻。认为此属瘰病，主证在少阴，兼太阳伤寒之表，法宜扶正祛邪，温经解表，以麻黄细辛附子汤加味主之：麻黄10g，制附片60g久煎，辽细辛6g，桂枝10g，干姜30g，甘草30g。上方服3剂，包块变软，心累乏力略有好转。药证相符，重剂方能速效。上方姜、附、草3味加倍，再服3剂。包块明显变小，舌质稍转淡红，苔黄腻减。又以初诊方续进10剂，包块逐渐消失。

范氏认为，患者颈侧包块，触之硬结，不与皮肤粘连，皮色如常，随吞咽而动，系瘰病证候。风寒湿邪先袭太阳，日久深入少阴，表里同病。阳气渐衰，寒凝气滞，日益壅于颈侧而成结。故此案未泥于一般瘰肿多属痰气郁结，未用一味软坚散结套药，而是从太阳少阴证论治，温经解表，以畅气血；通阳散寒，以开凝聚，同样收到消瘰散结之功，体现了“治之但扶其真元”之旨。

**按：**此案3次投方用药内容未变，但药量增减变化颇有寓意。2诊时“包块变软，心累乏力略有好转”，认为“药证相符，重剂方能速效，上方姜、附、草3味加倍”，在取效的基础上，加

重药量,可谓胆识;3诊时“包块明显变小”,又减量改回初诊方,可谓审慎,体现了药随证转,“大毒治病,十去其六”之经旨。

**经闭:**胡某,女,38岁。经闭4年,渐至形寒,肢冷,颤抖,全身水肿,行动需要人搀扶。初诊:全身水肿,下肢尤甚,按之凹陷,遍体肌肉轻微颤抖。头昏,畏寒,不欲食,神疲倦卧,四肢清冷,声低气短。面色青暗无泽,舌淡胖有齿痕,苔薄白,脉伏。此为少阴证经闭,阳虚水肿,法宜通阳渗湿,暖肾温中,以茯苓四逆汤加味主之:茯苓30g,制附片120g久煎,干姜60g,桂枝12g,炒白术12g,潞党参15g,炙甘草30g。

服完1剂,小便清长,肿胀略有减轻,每餐可进食米饭1两。继服2剂,肿胀明显好转,颤抖停止。原方再进3剂,并以炮姜易干姜,加血余炭30g,返家后续服,月余病愈。

范氏认为,此证属脾肾阳虚,阴寒内积,而以少阴虚衰为主。畏寒、肢冷,神疲倦卧,声低气短,面色青暗,舌淡脉伏,皆一派少阴寒化之明证。治以茯苓四逆汤,姜附回阳逐阴,甘草缓中,茯苓渗利,党参扶正。加白术补脾燥湿,增桂枝以通心阳而化膀胱之气;加炮姜易干姜,取其温经助血之行;再加血余炭,既有去瘀生新之效,又具利小便之功,以促其肿胀消除。全案始终未用一味通经活血之药,功夫全用在温阳祛寒上,“治之但扶其真元”,确显火神派风格。

**胎黄:**吴某,男,新生儿。患儿足月顺产,初生即周身发黄。现已55天,皮肤晦黄不退。精神萎靡,四肢不温,皮肤干涩,头发稀疏、黄糙,生殖器肿大。虽值炎暑,还须棉花厚裹。稍受微风或惊动,皆易引起呕吐。某医院诊为“先天不足”,未予治疗。范氏认为临床罕见,殊难入手。询知怀孕后,嗜饮大量浓茶,每日约5至6磅,连茶叶均嚼食之。推知脾阳受伤,

湿从内生，湿邪久羁，遗于胞胎，致先天亏损，脾肾阳气衰微，气亏血败，经隧受阻，胆液溢于肌肤，故发为胎黄。精神萎靡，四肢不温，头发稀疏而黄糙，显为少阴阴盛阳微之征。法宜破阴回阳，以通脉四逆汤加味主之：制附片 15g 久煎，干姜 15g，甘草 10g，辽细辛 1g，葱白 30g，连服 20 日。另配以针砂散，祛脾胃之湿浊。月余后，患儿身黄退，体重略增，逗之能笑。遂停药，嘱其细心调养。1978 年追访：患儿已长成人，参加工作。体重 55kg，身高 164cm。

范氏认为，婴儿脾肾阳气不振，寒湿郁滞运化失常，胆汁溢于肌肤；参之肢体不温，发育不良等，应属少阴阴黄。故投以通脉四逆，以助先天之元阳，未用茵陈类退黄药，配以针砂散除脾胃之湿浊。阳旺湿消，气机通畅，则邪去自安。

评析：以上 4 案涉及内外妇儿各科，或哮喘、或癩病、或经闭、或黄疸，皆未头痛医头，脚痛医脚，用些套方套药，正所谓见喘不治喘，见瘤不治瘤，经闭不通经，黄疸不退黄，而是病有万端，治之但扶真元，从扶阳入手，均投以大剂四逆辈，分别收到了平喘、消癩、通经、退黄的效果，充分展示了范氏崇尚阳气，擅用姜附的火神派风格。

## 二、善用姜附，经验娴熟

作为火神派医家，范氏擅用姜、附，经验娴熟。不仅继承了郑钦安擅用姜、附的风格，而且积累有自己独特的经验，下面分别述之。

### （一）广用四逆辈

范中林常用温阳方为理中汤、桂枝去芍药加麻附细辛汤、麻附甘草汤、真武汤、乌梅丸、当归四逆汤等，而四逆汤为回阳救逆主方，范氏最为擅用，其医案中用本方者比比皆是。除阳

虚欲脱，脉微欲绝等典型的四逆证以外，还广泛用于一切阳虚阴盛之病人。他认为，“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？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，四肢清冷，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。”这与郑钦安的“阴证辨诀”或“用药真机”如出一辙。

## （二）重用附子

火神派最大的用药特点就是善于应用大剂附子，范氏在这方面十分突出，其用量少则 30g，多至 60g、120g，甚至更多。在《范中林六经辨证医案选》中，以附子为主的案例计 36 个，初诊方中用 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（用鸡汤煎煮），半月内累计用附子 6500g，随访 30 年，未见不良影响。

范氏经验，“在准确辨证的前提下，还必须严格掌握用药配伍和剂量轻重。附子用量应针对病情恰如其分，并须久煎一个半小时以上。附子无姜不燥，干姜的用量须灵活掌握。在阳虚阴盛而未至四逆，舌质虽淡而不甚，苔虽白而不厚的情况下，干姜可酌情少用；反之可多加，直至与附子等量。甘草的用量不超过附子的一半，大体与干姜相等。”当附子用至 60g 以上时，甘草用量恒用至 30g，推其用意，是为了缓和附子的毒性。

另有“略煎”之法，显示了范氏对附子药性的熟练应用。所谓“略煎”，就是改久煎为轻煎，即先煎 20 分钟后而不是久



煎一个半小时以上即下其他药物,此举是为了保持附子的峻烈药性,应对阴寒重证。如李某头痛案,初诊用麻辛附子汤,附子用 60g,服 10 余剂后,效果不理想,范氏认为“病重药轻,熟附久煎,难奏其功。遂令将上方加倍重用附子,改久煎附片为略煎煮沸 20 分钟后即下群药。嘱其尽量多服,若身麻,甚则失去知觉,不必惊骇,任其自行恢复。”患者服药半小时后,忽然倒下,很快清醒。除全身发麻外,无明显不适。起身后,又倒在地上,口中流出不少清涎黏液。数小时后,逐渐恢复常态。间隔数日,依上法又重复一次。从此,多年剧痛明显减轻,头、肩、背如紧箍重压之苦,皆已如释。

### (三)不夹阴药

郑钦安在《医法圆通》“阳虚一切病证忌滋阴也”一节中明确表示:“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。若更滋其阴,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,显示了火神派的这一独特风格。查其医案中初诊选用理中汤、桂枝汤、真武汤、小青龙汤等方时,一般均去掉方中的人参、白芍、五味子等阴药,很少有例外。推其用意,嫌其恋阴,不利于阴盛病症。如于某水肿案,判为太阴脾虚湿郁,累及少阴肾经,“法宜温肾健脾,燥湿利水,以理中汤加减主之”,处方:制附片 30g 久煎,白术 15g,干姜 15g,炙甘草 12g,茯苓 12g,上肉桂 6g 冲服。查阅本方,既云理中汤,则显然去掉了方中的人参。再加揣摩,方中所增附片、茯苓,明显寓有真武汤含义,但又去掉了白芍。显然,去掉人参、白芍两味阴药,是为了防其恋阴。此外,范氏用四逆汤时,多加肉桂,即吴佩衡所称之大回阳饮,而不用人参,与吴氏主张一致。

### (四) 审慎变通

范氏擅用大剂附子，并非一味蛮干，而是既有胆识，又很审慎，积累了丰富的变通之法，大致有如下几点：

1. **间隔用药** 使用大剂附子，有时出现皮疹等反应，则暂时停用附子，改为他药。待皮疹消退，再用附子，此时则采取间隔用药法，即服 4、5 剂，停用几天再服，间断服药，既要治病，又要避免蓄积中毒。傅某嘴眼畸形案、陈某虚损案等即是这样处理的。

2. **增减用量** 各案初诊方大都用中剂量（通常是 30g），试效后再增加用量，一般是翻番加倍。取得显效后，再减量改为初诊量，所谓“阳气渐回，则姜附酌减”。这样既防止蓄积中毒，又体现了“大毒治病，十去其六”的经旨，如前述宋某甲甲状腺左叶囊肿案就是这样处理的。

3. **善后之法** 对久病阳虚阴盛病症，用大剂姜附取得显效后，善后之策，范氏一般是加入人参、枸杞、虫草等阴药，以求阴阳平衡，或者以丸剂缓图收功，体现了郑钦安阳复之际，滋阴善后的观点。

4. **熟谙反应** 范氏善于投用附子，对服用附子的药后反应积累了丰富的经验，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。此时即可用少量滋阴之品，以敛其所复之阳，阳得阴敛，则阳有所依，自然阴阳互根相济，邪去正安。”范氏这些体会，丰富了郑钦安总结的“阳药运行，阴邪化去”经验认识。在其医案中，常有服用附子后的各种反应，均能应付裕如。

### 三、重视舌诊，辨识阴证

范氏辨识阴证，有一突出之处，即在寒热真假难分之际，全面审度，强调舌诊的关键意义，他总结的“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，苔润有津”。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，实为阴寒内盛已极，虚寒外露之假象。”其实，重视舌诊正是郑钦安总结的“阴证辨诀”或“用药真机”中的最重要之处，范氏显然是继承了郑氏经验。其辨认车某真寒假热证案即以“舌淡润滑，苔厚腻而黑”为辨证眼目，在一派热象中判为“孤阳飞越之候”，以通脉四逆汤治之而愈。

范氏重视舌诊在辨证中尤其是辨识阴证的独特作用，是其所长。但他不太重视脉诊则是其所短。在《范中林六经辨证医案选》69案中竟有30案之多没有脉象记载，颇觉遗憾。

### 四、“口内少实火”论

郑钦安对于真气上浮即虚阳上越之证有着深刻的认识，按郑氏经验，对头面五官诸疾，尤其红、肿、疼痛等病症，多有虚阳上越引起之假热真寒之证，亦即“阴火”，极易误认为阳热或阴虚火旺之证。范氏对此有着丰富的经验，“对此类病证常说：‘口内少实火’”，确为阅历有得之论。观其医案，凡病发于头面五官诸症，除外感表证者，其余均判为阴证所致，用药不离姜附，俱收佳效。现引典型案例如下：

**慢性喉炎、瘰肉：**黄某，女，44岁。一年前因兄病故，不胜悲戚。次日，自觉喉部不适，似有物梗。继而发展至呼吸不畅，甚至憋气，心悸，身麻。某医院五官科检查，诊为“喉炎”、

“瘰肉”，病情日益加重。初诊：喉部明显堵塞，轻微疼痛。向左侧躺卧，气憋心慌，全身发麻。头昏，体痛，乏力，咳嗽吐泡沫痰甚多，自觉周身血管常有轻微颤动，精神倦怠，食欲不振，胃脘常隐痛，喜热敷，形体消瘦，步履艰难。前医均以清热解毒，养阴散结为治，服药百余剂，仅夏枯草一味，自采煎服共两箩筐之多。医治年余，越清火自觉火越上炎，舌上沾少许温水均觉灼痛，满口牙齿松动、疼痛。唇乌，舌质偏淡微暗，少苔不润，脉沉细。此忧思郁结而成梅核气，并因正气不足，过服凉药，转为少阴证喉痹。先以半夏厚朴汤加味，调气散郁为治，处方：法夏 15g，厚朴 12g，茯苓 12g，生姜 15g，苏叶 10g，干姜 12g，甘草 10g。服 4 剂后觉喉部较前舒畅，憋气感消失，吞咽自如。仍咳嗽、头昏、身痛，为太阳表证未解。法宜温通少阴经脉，兼解太阳之表，以麻黄附子甘草汤加味主之：麻黄 10g，制附片 120g 久煎，炙甘草 60g，干姜 60g，辽细辛 6g。

6 剂后咳嗽，头昏、体痛基本消失，痰涎减少，心悸好转。惟喉间瘰肉未全消，左侧躺卧仍有不适。尚觉神疲，牙疼松动，舌触温水仍有痛感。此为少阴虚火上腾，宜壮阳温肾，引火归原，以四逆汤加味主之：制附片 120g 久煎，干姜 60g，炙甘草 45g，上肉桂 12g 研末冲服，辽细辛 6g。

范氏认为：病情虽较复杂，纵观全局，病根在于少阴心肾阳虚，无根之火上扰；主证在于喉部气血痹阻，病属虚火喉痹；诱因为忧伤太过，致痰气郁结而上逆；兼证为太阳风寒之表。治宜先开痹阻，利气化痰，然后表里同治，再集中优势兵力，引火归原。

上方连进 4 剂，诸症皆减。以理中汤加味善后，继服十余剂。1979 年 7 月追访，患者说：“我第一次服这样重的热药，

很怕上火,小心试着服,结果几剂药后,反觉得比较舒服,喉部就不堵了,从此,3年来未再发病”。

评析:一般治疗此类喉证,多以阳、热论治,药用甘寒之品。而干姜之燥,附子之热,视为大忌。范氏则认为,“口内少实火”。临床所见,凡虚火上炎,郁结于喉,证属少阴者,概用寒凉之剂,则邪聚益甚;而投以辛温,则其郁反通。不仅郁结于咽嗑之客寒,温之能散;且拂郁于咽喉之客热,散之即通,本案即为明证。

**舌强舌干:**王某,男,60岁。1970年被钢丝绳撞击头部,昏迷约8分钟,诊为“急性脑震荡”。约一月内均处于意识模糊,吐字不清,口角流涎状态。其后仍觉头晕、头胀,恶心、呕吐,畏声音刺激。经治疗诸症有好转,但严重失眠,呈似睡非睡之状,持续7年余。头左侧偶有闪电般剧痛,发作后则全身汗出。1976年5月开始觉舌干、舌强,说话不灵,下肢沉重,后逐渐发展至左上肢厥冷麻木。到1979年2月,出现神志恍惚,气短,动则尤甚,纳呆,病情加重。于1980年1月3日来诊:舌强,舌干,难以转动已3年余。尤其晨起为甚,须温水饮漱之后,才能说话,舌苔干厚,刮之有声。纳差,畏寒,左上肢麻木,活动不灵,下肢沉重无力,左侧较甚。7年来双足反觉热,卧时不能覆盖,否则心烦不安。步履艰难,扶杖勉强缓行数十米则喘息不已。小便清长频数。面色黄滞晦暗,眼睑浮肿,精神萎靡。舌质暗淡,少津,伸出向左偏斜,苔灰白腻,脉沉。

范氏认为属于少阴阳衰阴盛之证,以四逆汤主之:制附片60g(久煎),干姜30g,炙甘草30g。服完1剂,半夜醒来,自觉舌有津液,已能转动,遂情不自禁:舌头好多啦,我能说话了!下肢沉重感亦减轻。服完两剂,舌强、舌干、转动困难之症显

著减轻。守原方再进 5 剂，舌强、舌干进一步好转。左上肢麻木、畏寒减轻。舌根部尚有强硬感，仍稍觉气短，眼睑浮肿，食少寐差，舌淡苔白。少阴寒化已深，又累及太阴脾阳衰惫，以四逆、理中合方加减为治：制附片 60g 久煎，干姜 30g，炙甘草 20g，白术 30g，茯苓 30g，桂枝 10g。5 剂。舌强、舌干已愈大半。可离杖行动，登上四楼，左上肢凉麻消失，摆动有力。双足已无发热感，夜卧覆被如常，寐安，食欲增加。上方加上肉桂 10g，增强益阳消阴，峻补命火之效，再进五剂。精神振奋，诸症显著好转，嘱其原方续服 10 剂。

评析：此例虽属外伤，但其主证，已在里而不在外，属少阴寒化。外伤可循经入里，从内而治。范氏遵“仲景约法能合百病”之论，对于某些外科疾病，亦按六经主证及其变化处治，外伤迎刃而解。如此舌干舌强之症，不用一味阴药，投理中汤亦弃掉人参，足见范氏认证准确，心有定见。

### 五、阴证失血，不避辛热

在《范中林六经辨证医案选》中共有 3 例阴证失血案例，含 2 例鼻衄和一例崩漏（功能性子宫出血并发失血性贫血），均用辛热大剂治愈，不仅重用姜附，而且不避麻黄、细辛诸辛温之品，尽管是在确定为太阳、少阴同病的情势下所用，其经验、胆识仍然令人钦佩，值得总结。

如冉某鼻衄案，女，72 岁。感冒后鼻内出血。前医诊为肺热，连服清热解表剂，病势不减。急用云南白药塞鼻内，血仍渗出不止，遂来就诊：鼻衄已 10 日，鼻血仍阵阵外渗，血色暗红，面色苍白。饮食难下，四肢逆冷，恶寒身痛，微咳。舌质暗淡，苔白滑，根部微黄腻。辨为阳虚之人，外感寒邪，血失统摄，阳气被遏，脉络瘀滞，血不循常而外溢，属太阳少阴证鼻

衄。法宜助阳解表，温经摄血，以麻黄附子细辛汤加味主之：麻黄 10g，制附片 60g（久煎），辽细辛 3g，炮姜 30g，荷叶 10g 醋炒，炙甘草 20g。服 1 剂，出血减；2 剂后，血全止。以四逆汤加益气之品续服：制附片 30g 久煎，炮姜 15g，炙甘草 10g，党参 10g，上肉桂 10g 冲服，大枣 30g。3 剂后精神好转，饮食增加。嘱以生姜羊肉汤加当归、黄芪炖服调补。

**按：**本例鼻衄，证属寒中少阴，外连太阳。治以表里双解，佐以温经摄血而衄止。仲景有“衄家不可汗”之戒，此例何以用麻黄？范氏释曰：患者兼有太阳伤寒之表，具备麻黄证。方中重用附子，温少阴之经，解表而不伤阳气；重用炙甘草以制之，则不发汗而祛邪。临床所见，衄家并非皆不可汗，须具体分析。

**太阴少阴证崩漏：**吴某，女，43 岁。自 1971 年因失眠与低血压时而昏倒。1975 年以后发病频繁，尤其经量多，间隔短，长期大量失血，不能坚持工作。北京数家医院均诊断为“功能性子宫出血”并发“失血性贫血”，经治疗无效。1978 年 6 月来诊：行经不定期，停后数日复至，淋漓不断，色暗淡，夹乌黑瘀块甚多。头痛，浮肿，纳呆，蹠卧，失眠惊悸，气短神疲，肢软腹冷，恶寒身痛。面色苍白，形容憔悴。舌质淡，苔白滑，根部微腻，脉沉而微细。辨为太阴少阴证崩漏，法宜温经散寒，复阳守中，以甘草干姜汤主之：炮姜 30g，炙甘草 30g，3 剂。服药后胃口略开，仍恶寒身痛。继以甘草干姜汤合麻黄附子细辛汤，温经散寒，表里兼治：制附片 60g 久煎，炮姜 30g，炙甘草 30g，麻黄 9g，辽细辛 3g。上方随证加减，附片加至每剂 120g，炮姜 120g，共服 25 剂。三诊：全身浮肿渐消，畏寒蹠卧、头痛身痛均好转。崩漏已止，月事趋于正常，瘀块显著减少。舌质转红，仍偏淡，苔白滑，根腻渐退。病已明显好

转,阳气渐复,阳升则阴长,但仍有脾湿肾寒之象。法宜扶阳和阴,补中益气。以甘草干姜汤并理中汤加味主之,随证增减,共服四十余剂:制附片 60g 久煎,干姜 15g,炙甘草 30g,党参 30g,炒白术 24g,茯苓 20g,炮姜 30g,血余炭 30g,上肉桂 10g 冲服,鹿角胶 6g 烊化。至 1978 年 10 月中旬,月经周期、经量、经色已正常,诸症悉愈,恢复工作。春节前后,因任务紧迫,每日坚持工作 12 小时以上,自觉精力旺盛。1979 年 3 月临出国体检时,均属正常。

范氏按语:患者长期漏下,已虚衰难支。必须从病根入手,方能奏效。东垣云:“凡下血证,无不由于脾胃之首先亏损,不能摄血归原。”结合舌象脉证,其长期漏下失血,首“属太阴,以其脏有寒故也”。为此,始终以温脾为主,连用甘草干姜汤,守中复阳以摄血。本例由脾胃虚寒太阴证发展为全身虚寒之少阴证,并外连太阳之证,表里皆病。里寒宜温,表实当解,故以甘草干姜汤合麻黄附子细辛汤,温经散寒,表里兼治,终以甘草干姜汤并理中汤加味收功。

### 六、常用方药经验

范氏用药悉本《伤寒论》,临床均用经方,不再赘述。唯其对当归四逆汤的运用颇有独到之处,予以介绍。

范氏认为,当归四逆汤原主治“手足厥寒,脉微欲绝者。”其病机在于血虚寒滞,由于血被寒邪凝之程度和部位不同,则临床见证各异。范氏据《伤寒论》之学术思想及后贤经验,灵活运用于多种疾病,常获显著疗效。其辨证要点:一是少腹或腰、臀部以下发凉,或四肢末端冷;二是少腹、腰、臀以下疼痛,包括阴器、睾丸、下肢筋骨、关节疼痛,以及痛经等。除以上主证外,还可能出现某些兼证。而脉象多细弱,舌质常暗红无



泽，或有瘀斑，苔灰白或腻或紧。以上诸症，不必悉具，皆可用之。

**厥阴证(坐骨神经痛):**郝某,男,70岁,干部。曾有风湿性关节炎痛史。1973年冬,臀部及右腿冷痛难忍,不能坚持工作。经某医院检查,诊为“坐骨神经痛”。1974年3月中旬来诊。少腹及下肢发凉,膝关节以下微肿,行走困难,自右侧臀部沿腿至足抽掣冷痛。神疲,头昏,舌质淡红稍乌暗,苔白滑腻满布,脉细弱。辨证为风寒入肝则筋痛,入肾则骨痛,入脾则肉痛。显系邪入厥阴肝经,寒邪凝滞,气血受阻所致。“本例冷痛,自臀部痛引下肢,小腹及四肢末端发凉。此为厥阴证之血虚寒凝。气血运行不畅,不通则痛。欲续其脉,必益其血,欲益其血,必温其经。故不以四逆姜附回阳,而以当归四逆温经散寒,养血活络为治”:当归 12g,桂枝 15g,白芍 12g,辽细辛 5g,木通 12g,炙甘草 6g,大枣 20g,牛膝 12g,木瓜 12g,独活 10g。服上方 3 剂,肢痛减轻,原方续服 4 剂。患者可缓步而行,疼痛大减。仍守原方,加苏叶 10g,入血分散寒凝;加防风 10g,祛经络之风邪。再服 10 剂。疼痛基本消失,神疲、头晕显著好转,滑腻苔减。唯下肢稍有轻微麻木感,时有微肿。寒邪虽衰,湿阻经络之象未全解,上方酌加除湿之品,以增强疗效:当归 12g,桂枝 10g,白芍 12g,木通 12g,牛膝 12g,茯苓 15g,白术 15g,苍术 10g,苡仁 15g,炙甘草 6g。1 月后病基本治愈,步履自如。追访 7 年病未复发。

小结:范中林具有深厚的伤寒功底,擅用经方,以六经为纲通治诸病是其突出的学术基点。同时注重阳气,擅用大剂姜附扶阳,积累了丰富的临床经验,尤重舌诊在辨证中的意义,称得上是一位有影响的经典火神派医家。



### 第三节 祝 味 菊

祝味菊(1884~1951),浙江山阴今绍兴祝家桥人,晚年自号“傲霜轩主”。沪上名医,重视阳气,擅用附子,人誉“祝附子”,为火神派中独树一帜的著名医家。

先祖世代业医,弱冠随父入蜀,遍览中医典籍,又从宿儒刘雨笙等学习,颖悟过人,好发疑问,以至两任老师竟不能答其疑难而自辞。后入军医学校学习西医,攻读两年后赴日本考察西医,翌年回国,曾任成都市政公所卫生科长,主政官医院7年,颇有政声。

1926年为避川乱赶赴上海,隐迹考察1年,深感沪上医家在伤寒方面多偏重清凉。遂一反俗风,开业倡用附子、麻黄等温热药建功,为人诊疗往往应手而愈,医名大噪沪上,竟至有“祝派”之称。1937年,冯伯贤主编《上海名医医案选粹》时,收其医案21则,将祝氏列入上海名医,曾被选为神州国医总会执行委员。

祝氏主张中医改革,“努力中医革命40年”。力倡“发皇古义,融会新知”,融汇西方科学知识发展中医,但他始终坚信并立足于中医,既反对那些崇古尊经的保守派,片面强调“国粹”,盲目排外,对西医采取敌视态度;也反对那些崇洋媚外,认为只有西医才符合科学,主张取消中医的过激派。学宗《内经》,推崇仲景、景岳两家,提出以八纲论治杂病,这是其非常重要的建树。他在《伤寒质难》中首次创造性的提出“八纲”一词,为八纲辨证的概念作出了奠基性的贡献:“所谓八纲者,阴阳、表里、寒热、虚实是也。”“夫病变万端,大致不出八纲范围。

明八纲，则施治有所遵循，此亦执简御繁之道也”（《伤寒质难·第七篇》）。祝氏以温热药物屡次救治危重病人，逐渐形成以重视阳气，擅用附子为特色的独特医派，声誉日渐扩大，许多时方派、温病派名医受其影响和启发，竟转变医风而为祝氏医派，包括儿科名医徐小圃以及陈苏生、王兆基等。还有章次公、陈耀堂等，或与祝氏交好，或受祝氏影响，或遥从私淑，逐渐形成一个以注重阳气、擅用附子为特色的医学流派，乃至蔚为上海滩影响颇著的“祝氏医派”。

祝味菊性情豪爽，胆识过人，诸多名医搔首却步之重病者，每能一手承揽，有时甚至为病家“具结”治愈，因此祝氏有“医侠”之誉。他述称：“余自弱冠习医，中岁行道，视病若仇，不惮险恶，视人犹己，不计毁誉。”“医为仁术，生命重欵，令誉重欵？吾行医 30 年，不畏艰巨，不惮物议，病势虽重，苟有生理，无不据理力争，负责疗治。所以然者，求心安而已，成败毁誉，非所计也。”祝氏热心兴教办学，初到上海，便积极投身到中医办学与教育的事业中，先后执教于上海中医专门学校、上海国医学院、上海新中国医学院，并任新中国医学院研究院院长、该院附属医院院长兼内科主任等职。1937 年与德国医生兰纳博士等在沙逊大厦合组中西医结合之先河。建国后，曾任上海中医学学会筹备委员会委员。

祝氏主要著作有《伤寒新义》、《金匱新义》、《伤寒质难》等，其中代表作为《伤寒质难》。系陈苏生到祝家探讨学问，反复辩难，笔录当日之问答，积 3 年功夫，仿《内经》问答形式整理而成，1949 年出版。是书集中体现了祝氏学术思想，时贤颇多誉辞，章次公序称：是书为“新旧医学转变过程中的代表作”，“不但在现阶段中西医间筑成了联系的桥梁，而且指示着今后医界研究工作中应努力的方向。”徐相任序曰：“本书最有

力之主张,举其荦荦大者言之:第一为体力重于病邪,第二为阳气重于阴血,第三为以五段代六经,此作者之创获,亦即苦心孤诣之独到处也。”评点可称精当。

### 一、治人为本,扶阳为重

祝氏崇尚二张(仲景、景岳)之学,对阳气作用有着十分深刻的理解。他所称之“抗力”、“体力”、“体气”、“体质”,实质上都是指的人体正气,具体而言就指人体阳气。强调温热扶阳,是祝氏学术思想的核心。

西医治病,讲究病原疗法,认为“一病有一病之特凶,举一病而求一特效之药”,但是“疾病之来,原因不明者甚多,必欲一一考其特因之所在,一一求其特效之方药,以有限之精力,窥无穷之造化,愚公之志可嘉,庄老之趣未得也。”“疾病种类繁多,一病而探出一种病原,一种病原而创制一种特效良药,仅为人类之一理想。以今之所知,能确定其为病原体者,不过数十种而已,所谓能直接消除病原之药,亦如凤毛麟角,寥寥数种而已。……是故病原疗法,不敷应用。”即使在今天看来,祝氏对病原疗法局限性的认识,也充满着先哲的光芒。事实上,依赖查清各种病原,再研制相应的特效药物,恐怕永远也满足不了临床需要。但是,“医者治病,不能因病原不明而束手不治也,亦不能以特效药之阙如而屏不处方也。”“病原繁多,本体惟一,病原之发现,随时代而变迁,人体之自然疗能,历万古而不易”,祝氏认为,正气决定人体发病与否和生死预后,“抗力旺盛,则邪机衰老;抗力不足,则邪机猖獗。抗力决定愈期,亦决定死生”(《伤寒质难·第十七篇》)。因此,祝氏强调治人为本,扶阳为重。就此他有很多经典论述,归纳如下:

### (一)得阳者生,失阳者死

在《伤寒质难》中,祝氏用大量篇幅引证《内经》、仲景、景岳等著名医家的重阳之论,强调阳气在人体生理、病理、治疗等方面的重要意义。

如论述人体生理,祝氏说:“人以阳气为生,天以日光为明。宇宙万物,同兹日光;贤愚强弱,同兹气阳。向阳花木,繁荣早春,阴盛阳虚,未秋先衰。”“得阳者生,失阳者死。……故医家当以保护阳气为本”(《伤寒质难·第七篇》,下同)。

论述病理,他说:“抗力之消长,阳气实主持之。阳气者,抗力之枢纽也。”“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。”

论述治病,他说:“及其既病,则当首重阳用。阳衰一分,则病进一分;正旺一分,则邪却一分,此必然之理也。”因此,高热病人,只要具有阳气不足之色脉,均予扶正温阳,这也就是为什么他在治疗伤寒时广用附子的道理。

针对时医用药喜凉畏温,喜柔恶刚,视姜附、麻桂如蛇蝎终生不敢一用的世俗,祝氏分析了个中原因,指明了祸害:“凉药阴柔,隐害不觉;阳药刚暴,显患立见。好凉药者,如亲小人,日闻谏言,鲜知其恶;用温药者,如任君子,刚正不阿,落落寡合。凉药之害,如小人之恶,善于隐蔽;热药之祸,如君子之过,路人尽知。……亲水而远火,避淑而就慝,人之常情也。阴寒之药,其害不彰;热药之患,人所共戒。吾于寒凉之祸,斤斤重致辞者,亦古人慎柔远佞之意也”(《伤寒质难·第十四篇》)。所论确含至理,从中可以看出祝味菊“大医精诚”的品格和一个“医侠”的刚正心肠。

### (二)阳常不足,阴常有余

就阴阳关系而言,祝氏认为,阴为物质,阳为功能,阴生于

阳，阳用不衰则阴血自然源源不断。阴之用亦在阳，一切营养物质只有在阳气的作用下，才能为身体所用。“阳以阴为体，阴以阳为用；阴为死质，阳乃神灵；阳为生之本，阴实死之基；重阳者生，重阴者死。”“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”（《伤寒质难·第七篇》）。

祝氏认为《内经》所谓“阴平阳秘”不是指阴阳平衡协调，而是说“阴不可盛，以平为度；阳不患多，其要在秘。”理由是阴血津液等物质，目的在于供阳之用，当谋供求相等，以适用为平，过则无益，反成负担而有害；反之阳不患多，而以潜蓄秘藏为贵，若倚势妄作，亦足以致病，这确实是颇有见地之言。由此祝味菊提出“阳常不足，阴常有余”的观点：“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。”“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。”

回顾一下，朱丹溪提出“阴常不足，阳常有余”的观点，张景岳反对，提出“阳非有余，阴常不足”的观点，祝味菊则旗帜鲜明的提出“阳常不足，阴常有余”的观点，较之温补派更进一步。作者认为，祝氏的这一观点十分重要，确实为“前人所未道也”，是对火神派学术思想的补充和发展，对于认识群体发病的大趋势有着重要的指导意义。

祝氏重阳，也不废阴，“未病重阴，既病重阳。”“平时中阳未衰者，不妨滋阴润泽”，确实言之有理。

#### （三）可温者十之八九，可清者百无一二

根据多年体会，祝氏认为，现代人无论就其体质而言，还是患病以后，“宜温者多，可清者少”，这是他十分重要的见解，也是其擅用温热药物的前提。他说：“今人体质，纯阳者少，可

温之证多，而可凉之证少。”“吾非不用寒凉也，特以今人体质浇薄，宜温者多，可清者少。温其所当温，不足为病。浅薄之流，讥吾有偏，非知我者也。”他引证《内经》所论，“秦汉体格，去古已远，今人禀赋更薄，斫伤更甚，虚多实少，彰彰然也。大凡壮实之人，能受清药；虚怯之体，只宜温养。余治医 30 年，习见可温者十之八九，可清者百无一二”（《伤寒质难·第十四篇》）。其原因则在于，“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·第七篇》）。今天，国人的疾病谱发生了很大变化，各种慢性病已成为危害人民的主要疾患，“宜温者多，可清者少”、“阴常有余，阳常不足”的认识尤具现实意义，是火神派广用附子的前提。

## 二、擅用附子，配伍独特

祝氏推崇、继承张仲景、张景岳的温补思想，但又有所开拓，主要体现在广泛应用附子上，以至人誉“祝附子”，而这正是火神派最突出的用药风格，因之将其归入火神派当无疑义。祝氏擅用附子有如下特点：

### （一）广用附子，百药之长

祝氏在理论上重视温热扶阳，认为“温药含有强壮之意，非温不足以振衰惫，非温不足以彰气化。……温之为用大矣”（《伤寒质难·第十五篇》）。在临床中则最推崇附子，称“附子通十二经，可升可降，为百药之长”，足以看出他对附子的推重程度。而其应用附子的广泛程度，世所罕见。祝氏广用附子的特点在于：

在伤寒治疗中，始终擅用附子，而不仅限于少阴阶段，凡“形虚气怯，神萎力疲，独任附子振奋细胞，活跃抗力，以奏捍

邪之功”(《伤寒质难·第六篇》)。这一点,我们将在后面专门论述。

其次,在成方中加入附子,如治阴疽名方阳和汤,祝氏嫌其温热不足,认为加入附子、磁石效果更佳,“盖此方能振奋阳气,祛寒消肿也,但方中缺乏附子,为美中不足,余每次用均加附子。”

例如鹤膝风案:某男,38岁。气血不足,形瘦畏寒,面色萎黄,两膝肿大,右甚于左,两足发冷,疼痛无时,屈伸为难,舌胖苔白,脉象沉迟。证属阳气衰惫,三阴虚损,寒湿内侵,气血凝滞,为鹤膝风重症。治以补阳益阴,补气养血,温经活血通络,处方:黄厚附片 24g 先煎,黄芪 6g,人参(先煎)9g,熟地 24g(砂仁 3g 拌),当归 12g,丹参 12g,牛膝 12g,麻黄 9g,炮姜 9g,鸡血藤 18g,鹿角 9g。此方服 20 余剂,膝部肿痛逐渐减轻,下肢转温。续服 10 剂,病即逐步痊愈(《上海中医药杂志》1983 年 3 期)。

再如治胸痹用瓜蒌薤白剂,根据病情加入附子,其效尤捷。其他如治咳喘用小青龙汤时常加附子,治痢疾用芍药汤亦多加附子。

有学者曾就祝氏的 70 例病案作过统计分析,结果表明,在这 70 例病案中,共计有疾病 38 种,其中 34 种疾病共 62 案运用了附子,占 88.6%;生附片的最高用量达每剂 24g,黄附片的最高用量为每剂 30~45g;小儿用量为每剂 6~15g,成人多为每剂 15~24g。沪上名医何时希评价曰:“祝氏在临床中如此广泛而巧妙地应用附子,在近代上海中医界实属罕见。”

下面举例证明:

**咳嗽痰血案:**某男,32岁。咳嗽阵作,痰血盈口,已历时



两周，面红耳赤，心悸怔忡，舌苔薄腻，脉象弦缓带数。认为阳虚易浮，浮阳伤络，肺失清肃，瘀血内阻。治以潜阳肃肺，佐以化瘀止血，处方：黄厚附片 12g 先煎，磁石 45g 先煎，生龙齿 30g 先煎，炙紫菀 9g，炙百部 9g，炙苏子 9g 包煎，参三七粉吞 4.5g，茜草根炭 9g，陈棕炭 9g，炮姜炭 9g。病者惧怕热药不敢一次服下，分 6 次服，服后顿然咳减血止，心已不怔忡，复诊时病情已减其半，原方续进，调治匝月而愈（《上海中医药杂志》1983 年 3 期，下同）。

**按：**如此“痰血盈口”之症，祝氏竟用附子热药，尽显祝派风格。他认为本症病虽在肺，其本乃虚阳浮越伤及肺络所致，面红耳赤乃是虚阳上越之象，本例“心悸怔忡”，提示心气已虚，祝氏用附片配以大剂磁石、龙齿重镇之品摄纳浮阳，此系祝氏用附子的最常见配伍。

**狂症案：**某男，20 岁。生活逾常，郁怒之余，心悸寐少，梦多不安，起床狂走，甚则喧扰不宁，舌红苔薄黄，脉象弦滑。辨为浮阳之火，挟痰蒙窍之候，拟重用潜阳，佐以豁痰为治，处方：黄厚附片 15g 先煎，磁石 45g 先煎，生龙齿 30g 先煎，酸枣仁 24g，朱茯神 12g，瓦楞子 30g 先煎，石菖蒲 9g，天竺黄 9g，柏子仁 9g，陈胆星 9g，炙甘草 9g。本方连服 5 剂，脉转缓而带弦，心悸减轻，寐安梦稀，均属佳兆，尚有呓语，前方去磁石，继服 5 剂而愈。

**按：**如此狂症，且见“舌红苔薄黄，脉象弦滑”之象，一般用清热泻火犹恐不济，祝氏却用附子，见识确非常医所及。根据《金匱》“阳气衰者为狂”之理，祝氏认为阳气衰则虚阳必浮，故而发狂。心悸一症已露心虚端倪，故而重用附子配磁石、龙齿，既具强壮之功，又能抑制虚性兴奋，同时配以酸枣仁、朱茯神以安心神，此亦祝氏用附子常规配伍，独树一帜。

## (二) 配伍独特,自成一家

祝氏曾谓：“吾于运用温热之法，亦三折肱矣，何尝不知温热之弊哉！”“单用热药，可能造成急暴之果，去其急暴，即善良之性存”（《伤寒质难第十六篇》）。对附子的应用是在正反两方面的经验教训中积累而得。他认为，“中医治疗之关键，不在于单独之药物，而在于方剂之配合。”因此他十分重视药物的配伍，“我用附子可任我指使，要它走哪条经就走哪条经，要它归哪一脏即归哪一脏，奥秘就在于药物的配伍与监制，引经与佐使。”关于附子的配伍，他独创了很多配伍方法，前无古人，自成一家，这是他用附子最独到、最宝贵的经验。归纳祝氏经验，其常用附子的配伍方法有下面几种：

1. 温潜 即温热与潜降配伍，用附子和磁石、龙齿合用而成。此为祝氏最常见的配伍方法。他认为阳不患多，其要在秘，阳气虚弱，易于僭越，“下虚而上盛，温以潜之”。“附子兴奋，配以磁石，则鲜僭逆之患”（《伤寒质难·第十六篇》）。“气虚而兴奋特甚者，宜予温潜之药，温以壮其怯，潜以平其逆，引火归原，导龙入海，此皆古之良法，不可因其外形之兴奋，而滥予清滋之药也”（《上海名医医案选粹》）。

此外，由于“心脏为血液运输之枢纽，其疲劳而有衰惫之象者，枣、附以强之。”“枣、附强心优于西药”（《伤寒质难·第六篇》）。因此，他还常在温潜的同时，合用枣仁、茯神以强心，这样，龙齿、磁石、枣仁、茯神 4 药就成为祝氏应用附子最常见的药物组合，时称祝氏“附子药对”，观祝氏应用附子方案，十有七八采用了此种配伍。请看案例：

刘君，40 岁许，经常失眠，心悸怔忡，健忘多疑，耳鸣目眩，形容枯槁，四肢乏力，认为“病情多端，其根则一，并非实火上扰，乃心肾不足，虚阳上浮。”治宜温潜与补肾并行：黄附片

18g,磁石 30g,龙齿 30g,枣仁 12g,茯神 9g,熟地 18g,鹿角胶 12g,巴戟天 9g,仙灵脾 9g,菟丝 9g,杜仲 9g,半夏 9g,丹参 12g,炒麦芽 12g(《四川中医》1986年7期)。

2. 温散 即温热与辛散配伍,主要是用附子、干姜和麻黄、桂枝合用,在伤寒治疗中最为常见。他认为伤寒“诊治之要,外视表机之开阖,内察正气之盛衰”,开表须要辛散,倡用麻桂;正衰则须温补,赏用附子,“苟其体虚而表又闭,则辛散之外,姜、附亦所常用”(《伤寒质难·第十五篇》)。因此姜、附、麻、桂经常同用,为最具祝派风格的用药特点之一。

伤寒案:邱某,男,壮年。初病头痛发热,继之呕吐,吐止复呃,脘痛拒按,肤色泛黄,苔黑而干,但不多饮,脉来缓大,此乃寒邪外束,食湿中阻,太阳少阴兼病,当与表里双解:水炙麻黄 6g,川桂枝 9g,乌附块 15g 先煎,淡干姜 9g,灵磁石 60g 先煎,旋覆花 9g 包,代赭石 24g,丁香 0.2g,柿蒂 7个,姜半夏 24g,带皮槟榔 12g,黄郁金 9g,藿梗 9g(《中医杂志》1987年3期)。

按:本例症见发热,呕吐,脘痛,呃逆,苔黑,肤黄,似为一派里实热证,祝先生审证精细,认定为太阳少阴兼病,寒邪外束,食湿中阻,湿邪郁蒸发黄。以麻黄、桂枝解其表;干姜、附子温阳,再佐以磁石,可收降逆强壮之功;旋覆、赭石、丁香、柿蒂和胃止呃;槟榔、郁金理气通降,药证合拍,药后呃止黄退,肌热亦平,继续调理,诸症皆瘥。

湿温案:周某,男童。肌热起伏,汗出不解,腹满纳逊,将近3周,苔白,脉浮弦,此乃寒风干表,湿蕴于中,当与温潜辛化:蜜炙麻黄 4.5g,川桂枝 6g,粉葛根 6g,黄附片 15g 先煎,灵磁石 30g 先煎,酸枣仁 18g 打,先煎,云茯神 12g,姜半夏 12g,鲜藿香 6g,黄郁金 6g,大腹皮 9g,生茅术 12g,砂仁壳

6g, 生姜 6g(《中医杂志》1987 年 3 期)。

按:本例恙近 3 周,肌热起伏,不从汗解,且腹满胸痞纳逊,舌苔白腻,乃内有湿浊,外感客邪,两相搏结,酿成湿温之证。初诊即以麻、桂开表达邪,以附子、枣仁、磁石扶阳、潜镇、强心,增强抗病能力。藿香芳香化湿,半夏辛温燥湿,茯苓淡渗利湿,再纳白术健脾化湿,砂壳理气通达,使郁遏表里之湿邪得以外泄内利。

3. 温清 即温热药与寒凉药配伍,典型的如附子与石膏或羚羊合用,他说:“附子、石膏同用,一以扶阳,一以制炎。附子之温,固可减低石膏之凉,然不能消除其制止分泌之功。体虚而炎势过盛,重附而轻膏,仍是温壮之剂。……石膏之寒,已足抵消附子之温,然附子虽失其热,而不减其强心之用。气盛而心盛者,用寒多于用热,亦不失为清凉之方。……此复方之妙也”(《伤寒质难·第十四篇》)。又说:“羚羊治脑,附子强心,阳气虚而有脑症状者最宜。”

厥症案:樊某某,女,1937 年 4 月 15 日初诊:本病腹水,骤见昏厥,肢温,面赤,目反,四肢强直,脉息弦扎而数。判为气血上并所致厥症。当予资寿解语汤法:羚羊尖 4.5g 剉、先煎 1 小时,黄附片 15g 先煎,酸枣仁 24g,灵磁石 60g,朱茯神 15g,上安桂 3g 后入,川羌活 4.5g,水炙南星 12g,火麻仁 15g,仙半夏 18g,竹沥一汤匙冲服,生姜汁一茶匙冲服。次日,厥已稍定,已能发言,但错乱无度,神识仍未清明。脉仍扎数,再予前法损益(《中医杂志》1982 年 10 期)。

4. 温补 即温热药与补益药相配伍,将附子与人参、熟地、枸杞、仙灵脾、菟丝、破故纸等补益药同用。祝氏推崇景岳之学,显然继承了温补派思想,对久病虚损之人尤擅此法。这一点似与郑钦安、吴佩衡等强调专用附子的特点有所不同。

值得一提的是，在用汤方治疗虚损的同时，他还常常另用龟龄集、紫河车、鹿茸等药物配合温补，冬令则倡用膏方久服，尽显温补风格。

祝氏还善于通过食疗体现温补作用，是其擅用附子又一特色。曾治应君，50余岁，哮喘有10余年之久，祝据其病史，断为阳气不足，痰浊内阻，用温化之法病渐缓和，遇天寒又发，如此发作不息，祝认为哮喘为阴阳俱虚，痰浊为祟，肺分泌痰涎愈盛，则阴愈虚。阳虚用温，阴虚不能用，甘寒始克有济。即效仲景当归生姜羊肉汤之法，补阴用血肉有情之品，处方如下：生姜30g，绵羊肉一具，洗净在水中浸2小时，再加黄厚附片30g，生麻黄15g，鹅管石30g。共同煎煮，俟肉烂后去滓，分3天食完，间歇3天，再服如上法，病人觉胸腹有热感，痰易出，哮喘大为轻减，精神得振，发后再服，逐渐向愈（《辽宁中医杂志》1991年4期）。

其他还有温滋配伍、温和配伍等，前者即温热药与滋阴药配伍，如附子与知母、首乌等同用，“气怯而津不足，桂附汤中重加知母，此《扁鹊心法》也”（《伤寒质难·第十六篇》）。老年便秘则常用附子加首乌、桑葚等。后者即温热药与和解药相伍，如附子与柴胡同用等等。

很显然，这些配伍都是仲景从未用过的，颇有创见。

### （三）重视附子品种的选用

由于附子的产地、品种和炮制方法很多，其性能、功用自然有所不同，祝氏擅用附子，对其品种的选用十分讲究，用心良苦。曾谓：“附子之制法虽属不同，其区别亦不外烈性之轻重有差耳。”具体看法，“温扶元阳首推黄附，沉寒痼冷可用生附，麻醉心痛则乌头最灵，峻热回阳则天雄可取。……川产黄附片乃盐卤所制，其性纯正，故称为佳品。”黄附乃四川所产，

由盐卤所制，毒性小，效力大。因而是祝氏临床应用最多的一种附片，凡遇危笃重症需用附子时，祝氏均要亲自检视附子，确认为正宗黄附子方妥，此为其擅用附子一大特色。祝氏对于附子的煎服法也很讲究，凡“服用各类附子，必须先以热水煎煮至半小时以上，再纳他药同煎，则附子之麻味消失，虽温而勿僭矣”（《伤寒质难·第十六篇》）。

### 三、擅治伤寒，独树一帜

伤寒是一切发热性疾病的总称，对于热病的治疗，温病派以清热养阴为大法，并成为流行一时的时方派。伤寒派则以温热护阳为宗，但在清末民初，其势已衰，远不及时方派盛行。祝氏学宗伤寒，以擅治伤寒著称，许多口碑相传的案例，皆是伤寒病人，所著《伤寒质难》，亦是探讨伤寒的专著，足见祝氏对于伤寒的治疗颇有影响。然而祝派伤寒的观点，与时方派相反，即与传统的伤寒派亦大相径庭，可谓独树一帜，多有创意，值得总结。

#### （一）长令有汗，擅用麻、桂

伤寒邪气在表，属太阳表实者，用汗法当是正治。祝氏独到之处在于由始至终采用辛温开表，令其“持续出汗”，包括伤寒极期亦提倡辛温汗法。他认为：“伤寒之机转，以外趋为顺；发热之调节，以出汗为主。”“汗法可以排泄秽毒，可以调节亢温，可以诱导血行向表，可以协助自然疗能，一举而数善备，此法之上者也”（《伤寒质难·第十二篇》）。“伤寒以出表为顺，自汗畅适，正是佳征。”“伤寒始终有汗，长令濡湿，所以导令气机向外也。”“吾治伤寒，调整卫阳，务使汗出有序，健运胃阳，长令营养不断，故鲜有因汗出而致亡阳亡液之变者。”由此，他非常赏用麻黄、桂枝二药，认为“麻、桂为伤寒之主要药，所以

散温排毒也。……其目的不在发一时之汗，而在保持其体温之调节”（《伤寒质难·第六篇》）。观其脉案，尤其所治徐伯远、徐五和案均在伤寒极期亦用麻、桂开表，“长令濡湿”，确是有力证明。

由此出发，用药开表，他“宁用附子而不用人参”，原因在于“伤寒机转在表，人参固表，堵塞其邪机发泄之路，故曰闭邪。毒素蕴郁，以外泄为宜，若果率尔闭锁其表，是乃指逆其自然疗能也。故伤寒而正气虚者，宁用附子而不用人参，以附子走而人参守也。至伤寒病而见大汗、大泻、气促、脉微者，此为脱证，急则治标，人参又在当用之例矣”（《伤寒质难·第十六篇》）。

对于温病派赏用的辛凉发表之法，他持反对意见，认为“医者不知葆守真阳，辛凉解表，遂令汗腺弛缓，腠理疏松。”“伤风固然可以辛凉愈也，目赤鼻衄固然可以辛寒愈也，愈之者辛散之效，非寒凉之功也。设非气盛有余之人，厥疾虽瘳，而正气已阴蒙其害矣”（《伤寒质难·第六篇》）。他举例证明说：“门人王兆基，素质瘦弱，频患伤风，易于鼻衄，医常谓风热主以辛凉，散之亦愈；又谓阴虚火旺，清之则衄亦止，然伤风、鼻衄发作益频，医药数载，生趣索然，因就诊于余，改予温潜之方，其恙若失，因受业于门下，迄今多年，旧病迄未发，而神气焕然矣。”“是故伤风目赤衄血而体气不足者，不用辛寒，但于对症药中，辅之以温，斯病去而神气焕然矣。……兆基之久治不愈，不亦宜乎”（《伤寒质难·第九篇》）。

## （二）伤寒五段，阳气为本

伤寒外感，伤于六淫之邪，一般都讲究以祛邪为首务。但祝氏从治人为本的自体疗法出发，强调匡扶正气，阳气为本，随时加用附子以扶阳，此为其伤寒用药的最大特色。

他曾归纳道：伤寒“诊治之要，外视表机之开阖，内察正气之盛衰”，总结了伤寒诊治的两大要领。前者指要善于辛温开表，上节已经论述。而“内察正气之盛衰”则体现了其重视阳气的观点，本节探讨于此。

他说，“伤寒之为病，邪正相争之局也。为战之道，气盛则壮，气馁则怯。”对于这种“邪正相争之局”，他提出分为五种阶段：“太阳之为病，正气因受邪激而开始合度之抵抗也；阳明之为病，元气愤张，功能旺盛，而抵抗太过也；少阳之为病，抗能时断时续，邪机屡进屡退，抵抗之力未能长相继也；太阴、少阴之为病，正气懦弱，全体或局部之抵抗不足也；厥阴之为病，正邪相搏，存亡危急之秋，体工最后之反抗也。一切时感，其体工抵抗之情形，不出此五段范围，此吾卅年来独有之心得也”（《伤寒质难·第八篇》）。这就是著名的祝氏“伤寒五段”论，与他提出的“八纲辨证”同为其两大理论贡献。

祝氏认为，“伤寒五段，为人体抵抗邪毒之表现，其关键在于乎元气，而不在于病邪。”“伤寒为战斗行动，故首当重阳，善理阳气则五段疗法思过半矣。是以太阳伤寒重在和阳，少阳有障重在通阳，阳明太过重在抑阳，少阴不足重在扶阳，厥阴逆转重在潜阳。五段疗法不外扶抑阳气”（《伤寒质难·第十八篇》）。“虚人而染伤寒，首尾不离少阴，则始终不废温法，此祝氏定律也”（《伤寒质难·第十六篇》）。因此，“吾治伤寒，着眼正邪相搏之趋势，随时予以匡扶之方。”最后，他得出结论：“善护真阳者，即善治伤寒，此要诀也”（《伤寒质难·第七篇》）。而所谓“匡扶之方”，当然指的是附子之类，“苟其体虚而表又闭，则辛散之外，姜附亦所常用”（《伤寒质难·第十五篇》）。“形虚气怯，神萎力疲，独任附子振奋细胞、活跃抗力，以奏捍卫之功。”因此，对于伤寒，他常以大量附子为主药，独树一帜，



世所罕见，举其医案比比皆是，以至人称“祝附子”。

作者看法，尽管祝氏对“伤寒五段”论颇为自诩，究其实质，“伤寒五段，为人体抵抗邪毒之表现，其关键在乎元气”，有这一点似已足够，应予肯定。若谓分为五段，终不如仲景六经之说更有影响，更为人所接受。因此，与仲景六经之说相比，“伤寒五段”论似无必要，实践也证明“伤寒五段”论并未造成多大影响。很多人学习祝氏重视阳气，擅用附子的风格，对“伤寒五段”论则很少提及，而六经提纲至今仍是伤寒学家所公认和信奉者。这一点，与祝氏另一理论贡献——八纲辨证似乎无法相比，后者现在可谓中医最常用的基本概念之一。坦率说，“伤寒五段”论也比不上他所提出的“阳常不足，阴常有余”的观点更有创建。这段议论当然不是贬义，不过是想说明，任何一个新的理论，尤其对传统理论提出挑战者，必须经过实践的检验，才能在历史上站得住脚。

既然伤寒“首当重阳”，“善护真阳者，即善治伤寒”，祝氏当然反对对方派滥施寒凉，曾予严厉批驳，认为“流毒所致，惨比刃戮”，“小则伤及于元气，大则貽患乎民族”，简直“茫茫浩劫”：“伤寒为正邪殊死之战，元气不得不僨张努力。医者以为温是阳邪，始终用寒，正日馁则邪日张。强者延期而幸愈，虽愈已弱；弱者因逆而致变，因变遂夭。孰令致之？时医妄清之咎也。若辈削弱先天，斫伤后天，小则伤及于元气，大则貽患乎民族，流毒所致，惨比刃戮，医犹不悟，何况其他？呜呼哀哉，夫复何言！”（《伤寒质难·第十四篇》）言有过之而意则切切，令人唏嘘。

### （三）伤寒极期，劫病救变

伤寒极期是指病至危重之际，祝氏指出：“伤寒至于极期，病势严重极矣，好转恶转，所以决胜败于旦夕也。当斯时也，

#### 第四章 火神派医家介绍

正邪各为其生存而作殊死之战”(《伤寒质难·第六篇》)。其症状特点是:壮热无汗(或汗出不畅),神昏谵妄,舌如龟裂,脉如釜沸。温病派、时方派“医见轻清日久,仍以峻寒收功,遂谓温病始终是热,濒死虚脱亦不敢任用温药”,“及乎神昏谵语,金谓邪入心包,苓连牛黄,至宝神犀,杂投而不效者,张口结舌,低徊怅惘,以为天命也”(《伤寒质难·第五篇》)。

祝氏则独具慧眼,指出伤寒极期既有因高热而中毒者,称之为“热昏”,即所谓“热入心包”;也有阳虚欲脱而致“神衰”的可能,也称之为“阳困”,其“舌如龟裂”、高热等象乃是虚阳上浮所致,其实质是阳气衰亡。显然,前者是阳证,后者是阴证,且具有更大的隐蔽性,医多难辨,“金谓邪入心包”,然则二者必须分清。因为伤寒极期这种阴阳难辨的复杂局面,最是关键时刻,所谓“识见不明,误用即死”。陈修园曾谓:“良医之救人,不过能辨认此阴阳而已;庸医之杀人,不过错认此阴阳而已”,可见此刻分别阴阳的重要性。

祝氏在这方面善于辨伪识真,对于伤寒极期出现的“阳困”、“神衰”的诊断,以及“劫病救变”的治法,积累了丰富的经验,他说:“壮热无汗,或汗出不畅,是生温多而放温障碍也,麻桂所必用,清表则汗愈少而热愈壮矣。神昏有由于中枢疲劳太甚,抗力之不振,宜有以振奋之,附片所必用。清而下之,抑低其抗力,愈虚其虚矣。谵妄无度,神经虚性兴奋也,宜镇静之,龙磁所必用,无可清下也。……彼舌如龟裂,每多津不上升,脉如釜沸,显见心劳力绌,将温壮之不遑,岂可以亢温为热象,而用清下哉?是伤寒极期,壮热神昏,谵语无度,舌形龟裂,脉如釜沸,不定热盛也”(《伤寒质难·第六篇》)。此番议论将“阳困”、“神衰”的病机一一点明,为时医指出了迷津,陈苏生将其比喻为《内经》中的“至真要大论”,听来“如饮上池

水，洞见症结”。祝氏强调伤寒极期而见阳衰者，必用麻桂、附片、龙磁等药辛开兼以温潜，他称之为“劫病救变”，断不可用时医清表与寒下之法，这些乃是辨治伤寒极期的真知灼见，祝氏最具见识之处。他所救治的徐伯远、徐五和等著名案例，均系伤寒极期“濒死虚脱”的局面，沪上诸多名医皆主清营凉血开窍论治，祝氏却力排众议，“一力承揽”，主以大剂姜附、麻桂，拯急救危，终获成功，诸医钦佩不已，章次公先生甚至说道：“奉手承教，俯首无辞。”

例案一：某男，20岁，伤寒高热不退，渐至谵语，神志昏迷，名医皆谓热入心包，主以清宫汤合紫雪丹治之，罔效。祝氏诊视，谓：“神已衰矣，不能作热入心包之治法”，遂以温潜法处方：附子、龙齿、磁石、枣仁、茯神、桂枝、白芍、石菖蒲、远志、半夏等药，逐渐治愈（《吉林中医药》1991年6期）。

例案二：樊某某，男，伤寒病经月余，肌热复炽，神衰语乱，筋惕肉润，腹硬满，脉微欲绝。判为伤寒正虚邪恋，心力衰惫已呈虚脱之象，当属伤寒坏症，姑予潜阳强心：黄附片24g，生龙齿30g，灵磁石60g，酸枣仁45g，朱茯神18g，别直参12g，上安桂3g研冲，炮姜炭6g，甘枸杞15g，龙眼肉15g。次日，筋惕稍瘥，已得寐，大便行，腹部略软，脉息虚细而略缓。心力稍佳，腑气已行。再予前法损益（《中医杂志》1982年10期）。

由于患者处于神昏谵语的濒死危境，不能配合医生检查，无疑给辨认阴阳带来极大困难。祝氏总结的“中毒昏聩”和“神衰昏聩”的鉴别要点，“指顾之间即可知其虚实”，堪称“一诀”。其方法，“大抵中毒昏聩其来也骤，神衰昏聩其来也渐，此其别也。……脑之中毒如发电中枢损伤，则灯光熄灭而一片黑暗也；脑神衰弱如发电能量不足，则灯光暗淡而模糊不明

也。”具体而言，“病人昏沉不语，用种种方法不能求得反应者，中毒也。以指揅其承浆唇下凹陷处，高呼索其舌，唇张口开而舌自伸者，其神识未泯也；再揅而重索其舌，但口张而舌不伸者，神已衰矣；三索其舌，但口张而舌不伸者，神竭矣。譬如电筒蓄电不足，遽按其纽则有光，再按则光已弱，反复按之则等于无光。此中枢因反复刺激而麻痹更甚也。病人外形昏聩而中枢尚有低微之反应者，故知其为神衰。若是中毒，则浑然了无知觉，如电纽损坏则电灯熄灭，断无半明不灭之象也。以此法证之，虽不中不远矣”（《伤寒质难·第十七篇》）。

小结：祝味菊学识渊博，中西医兼通，对中医理论有着深透的见解，他重视扶阳，广泛应用附子，配伍独特，在火神派中别具一格，乃至有“祝派”之称。他提出的“宜温者多，可清者少”，“阳常不足，阴常有余”论，是对火神派理论的重要发展，可以说是一位卓有建树的火神派大家。

### 附：关于祝味菊是否火神派的争议

作者一直把祝味菊作为火神派的代表人物看待，没想到有人对此提出异议。上海中医药大学邢斌教授就对把祝氏说成火神派“很有疑问”，理由是“在祝先生著作中从未提及火神派医家及医著，却曾提及四川其他的医家沈绍九、陆景庭。其门人陈苏生、徐仲才、王兆基、王云峰等撰写的专著、论文里也从没提及这一派医家及医著。”

“即使祝先生真的受到卢铸之的影响，也不能说祝先生就传承了火神派的思想 and 衣钵，就成了这一派的代表人物了。原因很简单，重阳思想只是祝先生思想的一个方面而已。相信读过前文的读者都不会认同祝先生属于火神派的。”（《祝味菊医学五书评按》）

简单地争论一个医家是否属于哪个流派没有多大意义，但此事关系火神派的基本概念问题，因此有理由探讨一下。

首先要弄清火神派的概念，作者在本书中是这样定义的：“所谓火神派，是指以郑钦安为开山宗师，理论上推崇阳气，临床上强调温扶阳气，以擅用附、姜、桂等辛热药物著称的一个医学流派。其中，尤以擅用附子为突出特点，乃至诸多火神派医家和传人被冠以“某火神”或“某附子”雅号，从一定意义上讲，不擅用附子，就不成其为火神派。……广义上说，一个医家如果重视阳气，擅用附子，就可以称之为火神派。”

这个定义注重两点，一，重视阳气。二，擅用附子。尤其强调“不擅用附子，就不成其为火神派”，这是一个非常特征性的标志。如果对这个定义有疑义，可以另外讨论。按照这个定义衡量，祝味菊无疑是火神派，本节已作充分论述。从重视阳气这一点看，一本《伤寒质难》可以说通篇都在论述这个问题，邢斌说“重阳思想只是祝先生思想的一个方面而已”，未免说得轻松，重阳思想是祝氏最重要、最基本的学术思想，岂止仅是“一个方面而已”，其他方面的学术思想差不多都是由此演绎出来的。祝氏医友徐相任称：“本书（《伤寒质难》）最有力之主张，举其荦荦大者言之：第一为体力重于病邪，第二为阳气重于阴血，第三为以五段代六经，此作者之创获，亦即苦心孤诣之独到处也。”说得十分明白；从擅用附子这一点看，祝氏推崇附子为“百药之长”，“其应用附子的广泛程度，世所罕见”，由此而被誉为“祝附子”，这更是他属火神派的证明。因为火神派临床最显著的标志是擅用附子，而判断这一点除了学者的评价之外，还有民众的看法亦即“口碑”认可，郑钦安就曾夫子自道：“予每用此方（指四逆汤）救好多人，人咸曰予为姜、附先生”《医法圆通·卷四》，是说众人都称我为“姜附先

生”。而且可以说,所有火神派名家的“某附子”、“某火神”的称谓都是这样由民众传出来的。从一定意义上讲,这种口碑认定要比学者的长篇论证更具份量。“祝附子”既然是这种口碑传出来的,难道还不足以认定祝味菊的火神派归属吗?

邢斌本人恐怕也承认祝味菊擅用附子,他曾在一篇文章中写道:经过“深入研究”,“发现 20 世纪上海地区……有 6 位名医在运用附子经验上最具特色,享有盛名,且存在一定学术渊源关系,可以说已经形成一个医学流派。他们是祝味菊、徐小圃、陈耀堂、章次公、陈苏生和徐仲才。”作者按:当年沪上擅用附子者绝非仅此六人,比如川医刘民叔 1927 年由川移沪行医,就以擅用附子著称,有“刘附子”之誉,声名不下于祝味菊。

祝味菊“将其应用附子的宝贵经验无私地传于友人徐小圃、门生陈苏生、徐仲才……正是由于这样薪火相传而逐渐形成了一个以敢用、广用、擅用附子为主要特色的医学流派,一度在国内颇有声势。”“通过上述讨论可以发现,这是一个在 20 世纪上海乃至全国均有一定影响的具有学术继承关系、共同学术特点的医学流派,这一流派运用附子的经验极为室贵,值得今人继承发扬”(《四川中医》2003 年 12 期“20 世纪上海地区擅用附子六大家”)。邢斌再三强调祝味菊“在运用附子经验上最具特色,享有盛名”,“以敢用、广用、擅用附子为主要特色”,由此称他“擅用附子”也算实至名归吧,既然这样,将其归入火神派可以说顺理成章。

同样,邢斌教授还再三强调祝味菊等人因为“具有学术继承关系、共同学术特点”,“已经形成一个医学流派”,而且“一度在国内颇有声势”。至于是什么医学流派,邢斌没有说,但以其擅用附子而言,除了火神派还能是什么派呢?还有哪位读者“不会认同祝先生属于火神派”呢?

考邢斌不同意祝氏为火神派，还因为“在祝先生著作中从未提及火神派医家及医著，却曾提及四川其他的医家沈绍九、陆景庭。其门人陈苏生、徐仲才、王兆基、王云峰等撰写的专著、论文里也从没提及这一派医家及医著。”这么说才未免“器量太小”了。其实，看医家是否属于某一派，不必看他提及谁和什么书，而是听其言，观其行，前者看他怎么说，后者看他如何做。祝氏说的是重视阳气，治病用得最多的是附子，以此言行就足以判之为火神派了。至于他提过谁、跟过谁并不重要，要知道，判别一个人的学派归属不是排家谱，看他跟谁有关系，而是与他信奉什么学术观点有关系。如祝氏在书中“提及”沈绍九、陆景庭，不过随便提一句罢了，没有任何证据表明他们有师承关系，“不要太当真”了。

退一步说，即使某人与名医大家有过接触，哪怕是师徒关系，也不见得就一定继承了老师的学派，所谓“师傅领进门，修行各不同”是也。例如郑钦安入室弟子郑仲宾（1882～1942），“从师”郑钦安“学医3年”，但他显然不是火神派，而是“对温病学用力最深”，对“温病学家吴又可、叶天士……都极推崇”。所以，作者认为，判断医家属于哪一派，要听其言，观其行，而不是看他跟过谁，亲传固然是直接门径，私淑、遥承者恐怕更多，还有可能独立钻研而有所得，与某种学说不谋而合，殊途同归，当然可以归入该学派了，祝味菊也可能属于后者。

作者倒是有证据表明祝氏曾经看过郑钦安的书，可以说还引录了郑氏一段句，他说：“水懦弱，愚民狎而玩之，则多死焉；火刚烈，良工利而用之，则多成焉。水能死人，而人不知畏；火有殊功，而狎之者鲜”（《伤寒质难·第十四篇》）。郑钦安则论曰：“水懦弱，民狎而玩之，多死焉。火猛烈，民望而畏

之，鲜死焉。总之，水能生人，亦能死人；火能生人，亦能死人”（《医法圆通·卷四》）。细辨二人议论，比喻相同，语言极为相近，至少可以窥见祝氏与郑钦安之“英雄所见略同”。

总而言之，是否找到祝氏与郑钦安的联系并不重要，重要的是他的学术思想和临床实践与火神派是否吻合。谁能说出曹颖甫、胡希恕先生跟过仲景的第多少代传人，谁又能否定其伤寒大家的地位呢？

顺便说一下，不仅祝味菊“未提及火神派”，即使郑钦安本人也未提及火神派的说法。邢斌说，“郑钦安本人是否认可火神派的说法，都是值得怀疑的，目前并无特别可靠的证据。”但这就能成为否认火神派存在的理由吗？诚然，包括郑钦安、吴佩衡、范中林人等都未说过自己是火神派，但这丝毫不能作为否认火神派的理由，火神派是后人总结出来的。

事实上，各家医派可以说都是包括现代人在内的后人归纳、整理出来的。各家开山宗师未必想到自己开辟了一个新学派，更不用说给自己的学说提出一个诸如“补土派”、“寒凉派”之类的概念了。按邢斌说法，这些众所周知的医派恐怕也不能承认了。要知道，各个医派的确立需要时间的积淀、历史的考验和后人的整理。正是《四库全书总目提要》“儒之门户分于宋，医之门户分于金元”一语，才使我们知道了医派的概念，而这话是距金元4百多年后的清人所说，这里就有历史积淀的因素，而所谓《中医各家学说》则完全是现代高等教育的产物。邢斌也承认：“所谓的学派很多本身就是后人的概括，后人给郑钦安等安上火神派的帽子也未尝不可。”这话说对了，火神派就是后人整理归纳出来的，跟郑钦安自己是否“提及火神派”没有关系。《邛崃县志》称郑钦安为“火神派首领”，



正是“后人给郑钦安等安上火神派的帽子”。不可否认的是，一个地方县志的记载，再准确不过的表明火神派存在的事实。

另有杏李园主人(网名)也认为“祝味菊并非火神派”，“证据就是火神派与祝味菊在运用附子及温法上的异同”。他认为火神派学术特点有四：重阳思想；辨识阴证，独具真功；擅用大剂量姜桂附；附子配伍上不夹阴药，“此4点乃火神派缺一不可之条件”。接着，他指出祝氏与之不同之处：“擅用附子，但剂量远较卢崇汉等人为小”；附子配伍上，温潜、温滋、温补、温清等法为“火神派不取”。

看来，问题还得回到火神派的概念上来。先说他关于火神派的看法就未免狭隘，所称“此四点乃火神派缺一不可之条件”就有问题。别人不论，火神派首领郑钦安就做不到。比如郑氏用附子讲究“在分量轻重上斟酌”，说得很有分寸，在论治鼻渊、鼻浊时：“每以西砂一两，黄柏五钱，炙甘草四钱，安桂、吴萸各三钱治之，一二剂即止，甚者加姜、附二三钱，屡屡获效”（《医法圆通·卷一》）。明明说的是“加姜、附二三钱”，仅是常用剂量，可见，郑钦安并非一律重用附子。至于专用附子，他虽然讲究不夹阴药，但在临床上他也经常投用“回阳饮”，即四逆汤加人参，而按他说法人参是阴药，谁能由此否认这位火神派开山宗师的火神派地位呢？问题在于杏李园主人将火神派拘泥于十分狭隘的范式中，按其要求，恐怕天下不复有火神派矣。

所以，作者坚持“广义上说，一个医家如果重视阳气，擅用附子，就可以称之为火神派”这一概念，所谓“擅用附子”，作者归纳了广用、重用、专用、早用4点，但并非这4点全都具备方称“擅用附子”。只有广用，即广泛应用附子是必备条件，郑钦安所谓“凡一切阳虚诸症”均可应用，火神派的“擅用附子”意味

着,凡见阳虚证十有八九选用附子。其他重用、专用、早用三点只是或然条件,不必悉具。如此说来,祝味菊虽没有用大剂附子,配伍以温潜、温补等法擅长,并不能否认其火神派的名分,因为他确实以广用附子而著称,即符合“擅用附子”这一条。

至于杏李园主人说祝氏与火神派“在附子配伍及用量上存在巨大差异”,配伍以温潜、温补等法擅长,这很正常。事实上,火神派诸家理论上推崇扶阳、广用附子方面是相当一致的,但在具体用药上则风格各异,甚至可以说派中有派,具有明显的个人风格,构成了火神派十分丰富的经验渊藪,试看《中医火神派医案全解》各家案例即可领略,包括所谓祝氏“温滋、温补、温清等火神派不取之法”,都有人在用,并非祝氏独门秘技,这是事实。历史上每家医派虽然理论上主旨相近,但派内有派十分常见,如温病派叶、吴、薛、王 4 大家各有擅长,叶天士之卫气营血大纲,吴鞠通之三焦辨证,薛己之湿温证治等,同源而异流,用药虽非一个模式,但同属温病派殆无疑义。因此,“在附子配伍及用量上存在巨大差异”,并不能成为否认祝氏系火神派的理由。

杏李园主人也承认祝氏与火神派“在重阳与擅用附子上似乎相同”。有意思的是他又说,“单凭重阳及擅用附子这两条,不足以确定火神派。”因为“重阳思想从古代哲学到历代医家从未间断,甚至是清代温病学派亦不曾否认阳气的重要性。”“我国从南到北、从东到西,擅用附子者众多,……并非只有火神派。”这就有点强词夺理了。

温法本为八法之一,从这个意义上说,谁都会扶阳,会用附子,并无独特之处。火神派之擅用附子,以广用、重用、专用著称,自有一套鲜明特色,与温补派之用附子自有分别,本书已经充分论证。其他医家偶尔用了几次附子究竟不同于火神

派,缺乏火神派的风格,当然不能称为火神派。即如叶天士也用过附子,与郑钦安显然不可同日而语,莫非叶天士也成火神派了?反过来,火神派也会治疗温病,同样擅用大黄攻下,石膏清热,难道郑钦安就变成攻下派、温病派了?杏李园主人的观点显然站不住脚。

唯有火神派运用附子章法,才可称为火神派。因此作者认为,为了强调郑钦安擅用附子的特色,这一派还是称为火神派为妥,至少较之扶阳派的说法,更能突出其学派特点。



#### 第四节 唐步祺

唐步祺(1917~2004),四川永川县人,火神派的忠实传人。1941年毕业于国立四川大学。祖父蓉生公以医闻于世,私淑郑钦安。唐氏幼承庭训,习郑氏之学,后又游学于伤寒学家吴棹仙之门,继而问难于北京中医学院著名教授任应秋先生。行医半个多世纪,精于伤寒与郑钦安学术流派,善于应用大剂附子、姜、桂,屡起沉痾,世人誉称“唐火神”。

唐氏服膺郑钦安之学,毕生研究、传承火神派学说,多年致力于郑钦安医学著作的阐释研究,曾专门几次走访郑氏嫡孙及其亲属,进一步得到一些有关他的遗闻轶事,本书开篇所引郑氏治疗知府夫人吐血案,即其中轶事之一。唐氏历时15年将《医理真传》、《医法圆通》与《伤寒恒论》三书阐释完成,先后付梓。后又将三书统一体例,合为一本,定名为《郑钦安医书阐释》,1996年由四川巴蜀书社出版,2004年由该社再次修订出版。各书“深受海内外医家赞赏,不仅国内慕名者上门求教络绎不绝,还远及欧、澳二洲,同道三次相邀讲学授业。”该

书对郑氏原著精勘细校,订正讹误,按节进行阐释,并融入自己的心得体会,附有自己的案例约 40 个,在该书的序、跋文中,唐氏还对郑氏学说作了初步的归纳整理,这些都使该书成为研究、传承火神派的重要文献。就此而论,唐氏可谓用心最专,用力最勤,成绩最著,称得上火神派最忠实的传人。

成都中医学院原副院长、国医大师郭子光教授为该书作序称:唐氏“对郑氏著作研究有素,不惜数年之精力,逐条逐句,细勘点校,并附阐释,旁征博引,彰明义理,展现奥旨,又将自己实践心得融于其中,是以学知所用,确非随文释义者可比。”此评确实公允。该书出版后,“海内外反应强烈,谓其能自成体系,独立医林。登门求教者络绎不绝。海外弟子还邀请两赴欧洲,一赴新西兰讲学授徒,其门人广布国内及欧、亚、澳洲。”唐氏另外著有《咳嗽之辨证论治》一书,1982 年陕西科技出版社出版。

### 一、服膺郑氏,阐释其说

唐步祺先生“无限钦佩郑氏之学验俱丰”,毕生研究、传承火神派学说,多年致力于郑钦安医学著作的阐释研究。其学术观点主要体现在《郑钦安医书阐释》中,多系维护、阐释郑氏学术之论,发扬光大火神派学说。对郑氏的主要学术观点给予初步归纳总结;对其独特的学识见解能够慧眼识珠,着重昭示,从而忠实的阐释、传承了郑氏火神派学说。在《郑钦安医书阐释》的“前言”中,他归纳郑氏学术观点,主要有三点:1 是阴阳为纲,尤重心肾阳气。2 是百病不离六经气化。3 是联系实际,阐释伤寒精义。从研究角度讲,这种归纳有些浮泛,似乎难以看出郑氏学说的独到与精深,距离系统的研究尚有不足。当然,这并不排斥、降低他对郑钦安著作的阐释之功。唐

氏在阐释过程中评点、昭示了郑氏学说中的精华之处，是其一项重要贡献，其可圈可点处颇多，例如：

“他把伤寒三阴病理法方药发挥得登峰造极，大量运用理中、四逆辈治疗诸种杂病，如血证、心痛、头痛、咳嗽、脐痛、中风、发斑、胃痛、痿躄、谵语，以及耳、目、喉、舌、齿、鼻等百余种病证，均能见微知著，活法圆通，技巧独超，疗效卓然……大大扩展了仲景三阴证四逆辈的治疗范围。”

“其所长尤在阳虚证，屡用大剂量姜、桂、附，治愈许多群医束手的重病患者”，“对仲景三阴病理法方药之发挥，实达精深入微之地步。”

郑氏擅用四逆辈，化裁推广而治疗百余种病，唐认为“此为郑氏一生最得力处”，“直可说前无古人”。认为郑氏经验，“对治疗慢性疾病，独辟蹊径，自成一家，实为继承和发挥仲景学术传世之作。”

郑氏“阳虚阴虚辨证纲要……最切实用。”

“郑氏所特别指出而为一般医家所忽略的，是阴气盛而真阳上浮之病。”必须根据“辨认阴虚、阳虚要诀判明”，切不可误识为外感阳证或阴虚火旺。

对于郑钦安与张景岳之间的不同，唐氏指出：“张景岳曾以人参、熟地、附子、大黄为药中之四维，推人参、熟地为良相，附子、大黄为良将，是颇有见地的。但其用药，则多重相而轻将。郑氏善于将将，常用附子、大黄，令人起死回生，与张氏可谓各有千秋。”这种评价非常精辟，指出二者之间的最大不同，点明火神派和温补派之间的差异。

毫无疑问，以上他对郑氏学说的总结和点评，皆具见地，启人思路，有助于后学对郑氏学说的理解与传承，当然对研究火神派学说亦颇多启迪。

对于郑氏著作的阐释，唐氏并非完全随文衍义，盲目附和，对于郑氏疏忽不确之处，能够提出自己的见解。例如，在《医法圆通·卷一》中，郑氏说到，“口苦者，心胆有热也……口靡者，满口生白疮，系胃火旺也。”对此，唐氏提出不同见解，认为口苦属热之说，“不可拘执”，验之临床，确有口苦并不属热者，本书“真气上浮，须识阴火”一节提到的刘力红教授治案就是一个证明。至于口靡，西医学称为“口腔溃疡”者，“亦非仅由于胃火所致”，尚有因虚火上浮而引起者，唐氏并举出自己的案例证明，先用炮姜甘草汤加桔梗，继以附子理中汤，善后用潜阳丹，此后，用上法“治愈这类患者数十人”，可见此种类型患者并不少见。郑氏一向强调真气上浮理论，对头面五官各症，常存阴火概念，此处对口苦、口靡之症，竟直断为“心胆有热”、“胃火旺”，忽略了虚火上浮的可能性，也算百密一疏，被唐氏慧眼识出。

### 二、常用方药经验

理论上唐氏服膺郑氏之学，实践中唐氏则身体力行，善于运用郑氏倡导之法和推荐之方（包括郑氏自拟之方），在临床中验证其可行、可信与否。结果，唐氏屡次说到，“多年临床考验，确信其真”，“此等治法，皆本钦安之说也。”

作为火神派的传人，唐氏自然赞崇附子，擅用附子，推“附子为热药之冠”，用附子剂量颇大，自谓：“临证数10年来，以擅用姜桂附闻于世”，“对治阳虚诸种病症，用姜附少则30g，多达250g，从未发生任何副作用，真是药到病除”，乃至人誉“唐火神”。

考唐氏常用之方，确实多系郑氏推荐之方和郑氏自拟之方，其书中披露常用之方，主要是四逆汤、附子理中汤、补坎盐

离丹、麻辛附子汤、干姜甘草汤、潜阳丹、封髓丹、白通汤等等，唐氏运用这些方剂，时有新意，下面分别介绍。

### (一)四逆辈

此为郑钦安最常用系列方，唐氏自然擅长使用，曾谓：“数十年临床经验，凡遇阳虚证，无论一般所称之肾炎、肝炎、肺炎、心肌炎、胃炎等等，只要临床症状有阳虚之实据，即不考虑炎症，辄以四逆汤加味治疗，取得满意效果，益佩郑氏之卓见。”如他治心痛欲死，用吴萸四逆汤加延胡索；治咳嗽不已用四逆加麻、桂、辛；治肠鸣泄泻用四逆加肉桂，姜附可用至250g；治齿缝流血用四逆加肉桂等等。

唐氏认为，白通汤能通调周身上下之阳气，为治阳隔于上之要方。用治高烧不退、慢性咽炎，疗效满意。故而擅用本方治疗阴盛格阳所致之高烧不退，上热下寒，久治不愈者，例案用附子30g，干姜20g，葱白30g，童便为引，一剂减轻，二剂痊愈。此法治愈病人，“其例不下十数”。

### (二)附子理中汤

比较而言，唐氏最常用此方，其书中治疗方案中附子理中汤出现的频次最高，案例最多，足见他对本方积累有十分丰富的经验。观其所治病症，悉属阴盛阳虚引起，归纳如下：

1. 头面五官病症 乳蛾(慢性咽、喉炎)：久治不愈者，先以炮姜甘草汤加桔梗，接用附子理中汤加桔梗，或潜阳丹。

口糜(口腔溃疡)：例案蒋某，“虽满口溃疡，而却纯阴毕露”，先用炮姜甘草汤加桔梗，继以附子理中汤，最后用潜阳丹，用上法“治愈这类患者数十人”。

口臭：郑氏用潜阳丹，唐则用附子理中汤。

喘咳痰涌：只要是泡沫痰涎，气喘，恶寒，“投以附子理中加砂仁，无不应手辄效。”

2. 脾胃脘腹病症 胃病不食，附子理中汤加肉桂、砂仁，效如桴鼓。

反胃：附子理中汤加吴萸、半夏。

贲门癌：大剂附子理中汤。

脱肛：附子理中汤加升麻、粟壳。

冷秘：附子理中汤加大黄，便通后用回阳饮加肉桂、砂仁，或附子理中汤加半硫丸、肉苁蓉、麻杏仁，屡效。认为半硫丸为阴结之良剂。

慢脾风：附子理中加砂仁、半夏、琥珀，例案连服 8 剂而愈，此法治愈数 10 人。

3. 肝肾病症 老人尿频：大剂附子理中汤加肉桂、小茴香、益智仁，“治愈老年患者多人”。

小儿遗尿：用六味回阳饮加小茴香、益智仁，“无不应手辄效”。

脚麻身软：附子理中汤加牛膝。

遗精：附子理中汤加补骨脂、益智仁、仙茅等。

痿躄：附子理中汤加鹿角霜、牛膝；后加入当归补血汤、肉桂、枸杞、鹿角胶。

4. 妇科病症 凡阴盛阳虚引起的病症，包括月经先期，多用附子理中汤加味，如：

痛经：治例用附子理中汤加半夏、茯苓、延胡索、小茴香，2 剂而愈。

经多色紫：附子理中汤加砂仁、香附。

经少色淡，附子理中汤加当归补血汤。

经行腹痛：附子理中汤合当归补血汤加小茴香、延胡索，例案 2 剂而愈。

经闭：附子理中汤合当归补血汤加丁香、砂仁、甘松，“十



治十效”。

子宫脱垂：附子理中汤加吴萸、肉桂，再以补中益气加粟壳治之，后再加龙、牡。

### (三)补坎益离丹

此为郑钦安自拟方，用治心阳虚所致各症。

唐氏用本方治心动过速、心动过缓，房颤，心力衰竭，心肌炎等，疗效可靠，书中介绍 3 个例案。如李某，60 岁，患心房纤颤，心率每分钟 120 次以上，心悸，动则气喘，面白无神，两脚浮肿而冰凉，口干口苦，咽干乏津，舌淡红，苔白滑，脉细数，时有歇止。判为心阳虚弱，治以大剂补坎益离丹，附子初剂 50g，2 剂后咽干减轻，微有津液，附子逐渐增加到 200g，诸症逐渐好转，后用本方加补肾药如蛤蚧、砂仁、故子、益智仁等，渐愈。

### (四)麻黄附子细辛汤

唐氏亦很擅用此方，治多种阳虚夹有外感病症，如：

慢性咽炎：“选用本方治愈慢性咽炎、喉炎患者十数人，皆药到病除。”

阴证谵语：例案先用麻辛附子汤加味，后用四逆加桂、童便，附子理中汤等。双膝仍冷，加龙牡龟甲以迎阳归舍。

舌肿大：麻辛附子汤加味，有例案。

肾虚感寒腰痛：先用麻辛附子汤加味，继用四逆汤加杜仲、肉桂、延胡索，屡用屡效。

膝及各关节肿痛：例案先以甘草 250g，清解以前所服药毒，姜、葱熏洗关节处，继以麻辛附子汤加味，乌、附各 50g，后以丸药缓服，加微量马钱子。

本方再加干姜、桂枝、甘草，即成新订麻黄附子细辛汤，治寒邪入里，表里同病数 10 种，“奇难之症，其效果常常出于意

外。”尤其阴证咳喘，“凡一切阳虚感寒之咳嗽、哮喘，皆能治之，并为治各种伤寒虚弱咳嗽、哮喘，以及因伤寒而引起寒痛要方。”

### (五)甘草干姜汤

唐氏用本方治疗各种血症，疗效颇佳，有很多例案，这是唐氏十分独特的经验。“无论其为吐血、衄血、牙血、二便血，先不分阴阳，都先止其血，用大剂甘草炮姜汤加血余炭，屡用屡效。然后审察病情，按法治之。”如属阳虚失摄引起，再用附子理中汤或四逆汤加补肾药。例案如一痔痿患者，血流不已，以大剂炮姜甘草汤加升麻、荷叶，1剂血止，5剂痔核上升而愈，以封髓丹善后。又如妇人崩漏，例案用大剂炮姜甘草汤加血余炭、棕榈炭，血止后继用回阳饮重用党参，数剂即获痊愈。

考唐氏擅用本方还有一层用意，即当病症疑为阳虚而捉摸不确时，可先用甘草炮姜汤试投，如无异常反应，则可放胆应用辛热重剂。观其辨治头面五官病症用附子理中汤时，常常先投用甘草炮姜汤，明显含有此义。

### (六)潜阳丹、封髓丹

此二方均系郑氏所倡用，唐氏用此二方治疗虚阳上浮所致头面五官诸多病症，有时二方合用。如用潜阳丹治齿牙肿痛，唇青喘促，鼻渊、鼻浊（用潜阳封髓丹加细辛、吴萸）、尿后精丝不断等等。用封髓丹治肾虚牙痛等，均系传承郑氏经验。

另外，唐氏用潜阳丹“治愈头痛如裂（脑震荡）患者多人……断为阴气逼阳上浮，一服即效，数剂痊愈。”

小结：唐步祺毕生研究郑钦安的学术思想，是火神派的忠实传人，颇获火神心法，唯其学术经验不够系统，但他对火神派的传播功不可没。



## 第五节 卢崇汉

卢崇汉,1947年生,四川德阳人,郑钦安入室弟子卢铸之的嫡孙。幼承庭训,学医于卢铸之和大伯父卢永定(卢铸之之子),可谓郑氏四传弟子、卢门第三代传人(郑钦安——卢铸之——卢永定——卢崇汉),就此而言,卢崇汉也许是当代医家中最获火神心法的传人。现为成都中医学院教授,当代火神派代表人物,人誉“卢火神”。

2006年中国中医药出版社出版其《扶阳讲记》,内容多系有关扶阳为核心的学术讲稿以及与学者、门人交流的对话记录。

### 一、扶阳理念

卢氏《扶阳讲记》中多次引证《易经》、《内经》、《伤寒论》等经典著作以及张景岳等医家的观点,尤其是郑钦安的论述,反复强调人体阳气的重要性,强调阳主阴从的观点,在这个思想的指导下,卢氏提出了“人身立命,在于以火立极;治病立法,在于以火消阴”的学术见解,此即卢氏心法的重心。也可以说,“吾道一以贯之”,曰“扶阳气也”。亦即以扶阳为核心,所用之药都是以姜桂附为主,视附子为“扶阳第一要药”,四逆汤是“扶阳第一要方”。“对于附子的运用,尤为卢氏一门所推崇”。

卢氏认为,人体生命的活动,始终存在着阳主阴从的关系。从生理上而言,维持生命的正常生存,依靠的是阳气,人体各个脏腑,各个组织器官的一切生理活动以及精、气、血、津

液的化生、运行都离不开阳气的温煦、推动、气化、固涩作用。阳气的盛衰关系到机体生命的强弱与存亡。推崇李念莪《内经知要》的一段话：“天之运行，惟日为本，天无此则昼夜不分，四时失序，晦冥幽暗，万物不彰矣。在于人者，亦惟此阳气为要，苟无阳气，孰分清浊？孰布三焦？孰为呼吸？孰为运行？血何由生？食何如化？以天无日等矣。”

而在病变过程中，矛盾的主要方面仍然在阳气。是阳气为主导地位的阴阳二者关系遭到破坏，引起的脏腑功能失调，当然治疗上无疑是以扶阳为主。我们在本书第一章中，曾经介绍卢崇汉教授 1992 年全年开出的 20076 张处方，用药不过 42 味，而姜、桂、附的使用频率均在 95% 以上，由此即可看出扶阳疗法在其临床实践中的比重和地位，这里不再赘述。

卢氏崇尚“阳气宜通”，始终保持在“通”的状态。阳升，阴才能正常地降；阳降，阴才能正常地升。如果没有阳气的布运，阴阳升降就不可能，它是阴阳升降的必备前提条件。

卢崇汉有关“层面问题”的论述，有助我们理解扶阳法，亦即广用姜附类药的道理所在。他在答疑过程中，提出一个“层面问题”：“我们在评判一个治法的时候，要充分考虑到层面的问题，疗效不仅要看近期的，更重要的是看远期，远期疗效才是根本。”显然，所谓“层面问题”，就是认识疾病，治疗疾病的角度和层次，这里显然有标本之分，高下之别。卢氏认为：“我们治疗的目的，不单是解决他的临床表现，他的各项指标，更关键的是他的‘本’要加强，他的正气要旺。只有本强气旺，他脏腑本身的功能才会增强，他的康复功能才会好起来。只有这些问题解决了，他复发的机会才会大大减少”（《扶阳讲记》）。

“治疗疾病的关键，一个是当时的临床效果，另一个是远

期疗效,后者尤其重要……所谓远期临床效果,就是一个人的体质改变了没有?他的复发率高不高?这一点很重要……而要想实现这一点,只有通过扶阳才能达到。这也是我们以阳气为根本,临床上处处围绕这个论点做事情的关键所在。”

有人曾问卢氏,火神派擅用温阳法,难道用其他法就不能治病吗?卢氏答曰,八法都可以治病,这个问题没有错。“但要看这在哪个层面,我觉得关键要看远期的临床效果。”显然,要达到远期临床效果,也只有增强病人的体质,有效降低复发率,“只有通过扶阳才能达到。这也是我们以阳气为根本,临床上处处围绕这个论点做事情的关键所在。”亦即扶阳法是一个高层面的治法。卢氏还指出,对于疾病的治疗,最重要的就是抓住它的根本,什么是根本?“就是阴阳的格局”,实际上,这也是“层面问题”的另一种表述。通过“层面问题”,无疑可以加深理解火神派擅用附子的道理所在。联系思考,层面问题与郑钦安“治之但扶元气”的治疗原则是一脉相承的。郑钦安一贯主张,不在诸病名目上寻枝叶,只在阴阳上求根本;不在脏腑五行上绕圈子,只求阴阳两纲之“至理”,简单说,就是不要头痛医头,脚痛医脚,而要治病求本,本者,阴阳两纲也。应该说这是卢氏“层面问题”的肇始。

卢氏心法中有两句话:“病在阴者,扶阳抑阴;病在阳者,用阳化阴”。头一句“病在阴者,扶阳抑阴”,可以说是常识,一般医家都持这种观点。但要说“病在阳者,用阳化阴”,则确实有些超常脱凡。按卢崇汉教授的观点,“在证上,阴虚的本质仍然是阳的不足,这是由于阳气化生阴精的功能受到影响,才会出现阴阳两者关系失衡。所以,对于阴虚病人,只要姜桂附配伍适当,不但不禁用,反而还能够促进津液回生,从而起到阳生阴长的作用。”亦即“病在阳者,用阳化阴”。这一点,应

该视为卢氏超越郑钦安之处。郑钦安虽然讲过“四逆汤力能回先天之阳，阳气一回，津液升腾，枯焦立润”的话，但是绝未讲过“病在阳者，用阳化阴”的观点，相反，对于阳证，他倒十分推崇石膏、大黄等寒凉之品。卢崇汉曾谓：“真正将钦安学派发展成纯粹的扶阳学派”者，是卢铸之，也许是指“病在阳者，用阳化阴”而言。只是，这方面我们还很少看到卢氏的有关案例，不易从实践上深入领会。

### 二、常用方法经验

有关卢氏的学术经验和报道，掌握不多，仅据现有资料作如下归纳。

#### (一)真武汤治疗前列腺增生

卢崇汉认为，前列腺增生多出现在中老年，说明中老年阳气衰减，气化不及。由于气化不及，导致水湿停滞，循少阳三焦下注前阴而潴留，最终导致前列腺的增生、肿大，造成小便困难，严重者可以闭塞不通，导致癃闭。从标本来看，肾阳虚衰，气化不足是本；而尿路受压，阻塞不通为标。所以抓住本应温阳化气，利水泄浊。真武汤是仲景为少阴阳虚，水湿内停而设，用在中老年的前列腺肥大，效果往往很理想。

在临床上，常常用真武汤之意进行化裁，改白芍而用仙灵脾。用辛温大热的附子，壮肾阳，扶腾肾水，使真阳之气旺盛，这样气化行，浊阴才能消；生姜可以温胃散水，还能够开宣肺气，启上闸，从而达到开水源的目的（肺为水之上源）；白术可以运脾除湿，脾的运湿功能改善，水才能得到正常制约；用茯苓淡渗利水，通调三焦，这样可以导湿浊外出；用仙灵脾引阳入阴，可以启阴交阳，通利血脉，解除筋束的挛急，从而达到畅通水道的目的。这样一种组合，五脏功能都能得到调整，重在

壮气化之阳，启气化之机。由于壮阳之力更专，所以泌浊之效更宏。由于很专，很直接，所以效果往往很好。

如何判定属于少阴阳虚所导致呢？可以从舌、苔、脉这三者来确定。如果舌体胖，舌质淡，有齿痕，舌苔滑，舌苔腻，舌苔白，或者是白苔做底，面燥黄苔。从脉象上来看，脉象以沉迟、沉缓、沉弱，都可以判定出少阴阳虚，都可以判断它水湿壅滞，属于阴寒阻滞，这是一种极其可靠的辨证依据。如果水液、浊阴没有得到化解，最容易滞留壅滞于舌而表现出来，所以舌往往有齿痕。一旦舌有齿痕，更能够判定它是水湿壅滞的一个铁的指征。舌苔白滑，是由于阳虚失于真阳温化的表现。舌苔白腻，是阳虚寒湿阻滞于下焦的表现。舌苔的燥黄，就是白苔做底，面燥黄腻苔，往往提示这是由于湿郁日久导致的化热，虽然化热，它的本质仍是阳虚不足，在临证上一定要有这个意识。脉沉是由于阳虚所导致。如果这几者都存在，从舌、从苔、从脉，我们能够判定它是阳虚湿滞的病机。

例案：患者江藤，58岁，日本人。患前列腺增生，小便频急、排泄困难已有6年，近2、3年来加重。尤其下午憋不住，频繁如厕，夜间15、6次，尿线细小无力，尿等待，每次小便，起码3、5分钟，小腹膨胀。卢氏接治，从舌、苔、脉三点上看，舌质淡，舌胖，舌边有明显齿痕，舌苔白滑腻。脉沉缓，重取无力。认为肾阳虚衰，水湿留滞。治疗方法，温阳利水，用真武汤：制附片75g（先煎2小时），生白术15g，茯苓25g，淫羊藿20g，生姜60g。1剂后，尿量增加，次数减少，排尿通畅一些。3剂后，排尿很通利，夜尿已2次，仍然感到排尿力度欠佳。2诊，在原方基础上加用桂枝25g，排尿的力度增加。3诊加砂仁15g，纳五脏之气归肾。一共30剂，病情完全改善，排尿正常，夜尿1次，精力旺盛。

### (二) 麻黄附子细辛汤治疗暴哑、暴聋、暴盲

卢氏对麻黄附子细辛汤的应用颇有经验,认为方中麻黄辛温发汗,能够表散风寒,开宣肺气;附子壮元阳,补命火,能够搜逐深陷的寒邪;细辛走经窜络,能够入髓透骨,启闭开窍,既可助麻黄表散风寒,开通上焦清窍,还有助附子温暖命门,拨动肾中机窍。所以此方具有极其强大的宣肺散寒,温通肺阳,开窍启闭的功力。用来治疗寒邪困阻肾阳,室塞清窍而引起的疾病,往往能够起到“极铁的疗效”。

从生理看,肾藏五脏六腑之精,上注于目,开窍于耳,其经脉穿膈、入肺,循喉咙,到舌根,与我们的发音、听力、视力,都有密切关系,故而用治暴哑、暴聋、暴盲等症,效果颇佳。下面列举卢氏 3 个案例。

暴哑:患者,男,教师,56岁。两月前,突降大雪,穿衣很少而受寒,出现头痛,项强,恶寒等表证,连服解热镇痛片 3 片,出了大汗,头痛减轻,第 2 天,发现声音全哑。迭治 3 周乏效,求治于卢氏。身体壮实,刻下感觉疲倦,人有倦容,因为失音,以笔述症状:头痛,项强,身痛,微微恶寒,咽痛。舌质淡红,舌苔白润,脉沉紧。患者已过中年,阳气逐渐衰落,由于突受其寒,由太阳直达少阴,加之过服发汗药物,使其阳气更损,肺窍更加闭塞,而致声音暴哑。病机核心就是少阴经脉凝闭而导致暴哑。从舌脉、症状来看,认为是寒中太少二阴所致暴哑,治疗用宣肺、温肾、暖脾,用药麻黄附子细辛汤加生姜,处方:制附片 75g(先煎两小时,去其麻,煎熟煎透),麻黄 15g,辽细辛 15g,生姜 60g。1 剂后,汗大出,头痛,项强,身痛,恶寒明显减轻,声音能够发出一点。2 剂后,头痛项强,身痛恶寒之症完全消失,声音恢复正常。微微感到乏力,去掉麻黄、细辛,加桂枝 30g,淫羊藿 20g,砂仁 15g。2 剂后体力完全恢复。



**暴聋:**王某,女,36岁,成都人。1周前,洗衣过程中突然停电,洗衣机不能用而改用手洗。时值隆冬,在冷水中浸泡将近3小时。下午开始恶寒,发热,出现耳鸣。耳鸣停止后,听力减退。次晨两耳一点声音都听不见。治疗1周,没有效果,求治于卢氏。刻诊:身体比较瘦弱,精神较差,目光黯淡,面色青灰,听力基本没有,症状是微微感到恶寒,身痛,但是都不明显。嘴唇略略发紫,舌质略绛,苔白,薄腻苔,脉沉紧。根据临床表现,认为属于寒邪直中太少二阴,治疗方法温肾,宣肺,暖脾,用麻黄附子细辛汤加生姜:制附片90g,麻黄15g,辽细辛15g,生姜75g。1剂后,汗出,出汗过程中突然觉得耳朵一声硬响,不到3秒钟,一下完全听得到声音。2剂后,恶寒、身痛完全消失。精神还觉不足,乏力,认为肺气已宣,肾气已通,脾阳上越,用附子理中汤3剂,得以恢复。

**暴盲:**周某,干部,男,43岁。25天前,因为救一落水儿童,全身湿尽。回家后拥被而卧,一直没有温暖过来,导致彻夜不寐。第2天醒来,双眼昏黑,失明,仅存光感。伴有头痛,一身疼痛,恶寒。眼科检查,双眼及眼底均没有问题,颅内检查也没有异常。治疗1周后,没有改善,拖到20多天,求治于卢氏。当时精神较差,面色欠红润,有点青白相间,气不足的一种面色。自述全身有不灵活感觉,恶寒不明显。两眼仅仅有光感,连手指都看不见。舌淡而润,苔白腻,脉沉细,略紧。卢氏认为,虽然没有明显的寒的症状,仍然属于寒邪直中少阴所导致的暴盲。治疗宜宣肺温肾,用麻黄附子细辛汤加生姜:制附片90g,麻黄15g,辽细辛15g,生姜95g。1剂后,感觉身上汗出,微微有一点点汗,全身不灵活、不舒服的感觉消失,身痛亦消失,两眼光感增强。2剂后,能够数指,能够辨清一米以内的人形。原方5剂后,视力恢复正常。

卢氏总结,这几例病人,都有一个前因,即为寒邪所伤。寒为阴邪,最能损伤人体阳气,重寒、大寒袭人往往长驱直入,直中三阴。一旦伤及太阴,就会出现吐、逆;伤及厥阴,就能够导致挛痹、寒疝;伤及少阴,就可能会出现失音,耳聋,目盲。这几例都属于寒邪直中少阴,上滞窍虚,下闭肾元,伤伐肾阳,所以用麻黄附子细辛汤来进行治疗。

### (三)扶阳安髓止痛汤治疗阳虚阴火牙痛

卢崇汉用自拟扶阳安髓止痛汤治疗阳气亏虚,阴火上冲所致牙痛,疗效十分满意,介绍如下:方剂组成:制附片 60g(先煎 2 小时),炮干姜 25g,上肉桂 12g,黄柏 18g,砂仁 15g,木蝴蝶 20g,骨碎补 15g,松节 15g,牛膝 15g,炙甘草 6g,水煎服。

诊断标准:全身有诸如形寒畏冷,腰膝酸软,神疲倦怠,头晕耳鸣,面热或热赤,口干但不思饮或饮少,舌苔白而水滑或黄润、黑润,或白膩苔坐底罩黄,舌淡嫩或舌红反多津,沉细微或弦虚数无力等肾阳不足,阴火上干的表现。局部有牙痛,微肿或不肿,周围皮色不变或热赤,但红不鲜活,热不灼手等表现。以形寒畏冷,神疲倦怠,牙痛局部微肿或不肿,局部周围皮色不变或虽热赤但红不鲜活,热不灼手为主要诊断依据,其余可作为辅助诊断依据。

典型病例:李某,男,65岁,退休工人。牙痛反复发作1月,加重3天。某医院诊断为牙髓炎,采用消炎止痛治疗,牙痛未能减轻,求卢氏诊治。诊见右齿龈及右侧面颊略红肿,扪之微有灼热感,痛剧时放射至右侧头痛,咽喉干痛不思水饮,神疲腰酸,大便秘结,小便黄,纳差,舌淡,苔白膩罩黄,脉沉细略滑。证属阳气亏虚,阴火上干,用扶阳安髓止痛汤加白芷 15g,法半夏 20g,服完 2 剂后,右齿龈及面颊肿痛大减,头痛

及咽喉干痛消失,续用上方去白芷、半夏再进 2 剂,诸症均消,随访 2 年无复发。

#### (四)温通化瘀止痛汤治疗痛经

卢氏应用自拟温通化瘀止痛汤治疗痛经 206 例,疗效显著,临床痊愈 187 例,占 90.8%,好转 19 例,占 9.2%。7 剂为 1 疗程,服药时间最短 1 个疗程,最多 3 个疗程。病程短者疗效好,疗程短,病程长者疗程较长。

温通化瘀止痛汤组成:制附片 60g(先煎 2 小时),桂枝 30g,小茴香 20g,生蒲黄、吴茱萸、青皮、台乌、当归、苍术各 15g,炙甘草 6g,生姜 50g。每日 1 剂,水煎 3 次,分 3 次温服。

病例 1:王某,女,18 岁,学生,1991 年 9 月 3 日初诊。患者平时喜吃生冷水果,14 岁第 1 次月经来潮,时值盛夏,经水未净而去游泳,发生腹痛,以后每月经来时,腹痛即发,并逐渐加重,持续 1 周左右,待月经净后疼痛才能缓解,至今已 4 年之久。应诊时正值月经来潮,腹痛难忍,面色苍白,畏寒肢冷,头部汗出,神倦不语,脉沉紧,苔薄腻,此乃寒凝血滞胞宫,冲任不和,经水难以畅流,导致腹痛,治宜温经散寒,用温通化瘀止痛汤主之:制附片 60g(先煎 2 小时),桂枝 30g,小茴香 20g,苍术、生蒲黄、吴茱萸、青皮、当归、台乌、五灵脂各 15g,炙甘草 6g,生姜 50g。

服药 2 剂,经水已畅,腹痛消失,四肢转温,畏寒已解,脉沉缓,苔薄白,仍宜调协冲任,温暖胞宫为法,用温通化瘀止痛汤增损治之:制附片 60g(先煎 2 小时),桂枝 30g,苍术、生蒲黄、吴茱萸、当归、青皮各 15g,益智仁、小茴香、仙灵脾各 20g,炙甘草 6g,生姜 50g。

服上方 3 剂后,自觉一切正常,食欲睡眠均佳,每月经行畅利,未发生腹痛和其他症状。2 年后随访,痛经之症再未

复发。

病例 2: 李某, 女, 32 岁, 某市医院妇产科医生。患者 15 岁月经初潮开始, 即现少腹疼痛至今, 每次经来时小腹疼痛难忍, 服用中西药物无数仍未解除痛苦, 来诊时月经将至, 少腹坠胀疼痛, 呕吐泄泻, 脉沉紧略数, 苔白腻, 治宜温经散寒, 用温通化痰止痛汤主之: 制附片 60g(先煎 2 小时), 桂枝 30g, 小茴香 20g, 苍术、吴茱萸、当归、青皮、生蒲黄、广台乌各 15g, 陈艾 12g, 炙甘草 6g, 生姜 50g, 干姜 30g。

服药 2 剂, 经水畅, 腹痛消, 泄泻止, 脉沉缓, 苔薄白根略腻, 仍宜温血海, 暖胞宫, 化寒凝, 温水土, 调冲任, 温通化痰止痛汤增损治之: 制附片 60g(先煎 2 小时), 桂枝 30g, 当归、苍术、吴萸、生蒲黄、青皮各 15g, 大麦芽、仙灵脾、小茴香各 20g, 炙甘草 6g, 生姜 50g。

3 诊: 昨日月经来潮, 色量均正常, 无疼痛, 脉沉缓, 苔薄白, 现气血已和, 治当温中暖下, 使冲任得调, 仍用温通化痰止痛汤增损: 制附片 90g(先煎 2 小时), 苍术、上肉桂、砂仁、当归、青皮、吴茱萸、生蒲黄各 15g, 益智仁、大麦芽、小茴香各 20g, 炙甘草 10g, 生姜 75g。5 剂后, 自觉一切正常, 随访 3 年, 痛经未再发生。



### 第六节 李 可

李可, 1933 年生, 山西灵石县人, 毕业于西北艺专文学部。自学考取中医大专学历, 受命创建灵石县中医院并任院长, 致力于中医临床研究 50 年, “白天看病, 晚上攻读医书, 几十年来从未在夜晚 2 时前睡过觉。至今已 70 高龄, 依然如

是。”擅用附子、乌头类峻药救治重危急症，在国内颇有影响，为山西乃至国内颇具特色的名医，全国民间医药学术研究专家委员会委员。

崇尚仲景学说，倡导“难症痼疾，师法仲景”，以此为一生座右铭。认为“仲景方能治大病，救急痛，愈痼疾，是攻克疑难大症的仙丹妙药。”“仲景学说是中医学活的灵魂，也是破解世界性医学难题的一把金钥匙。”仲景以下，推重火神派，认为“清代火神郑钦安传下来的这套东西，是我们医学宝库里的一朵奇葩。”“近两个世纪，火神派的诞生为先圣继绝学，冲破迷雾，拨乱反正，引导古中医学回归经典正路”（《扶阳论坛》）。

擅长以重剂救治重危急症，尤其重用附子、乌头类峻药抢救濒危病人，使数以千计的垂危病人起死回生。其中有案可查，被西医下了病危通知书者，也有百余人。毋庸讳言，目前急救一般都是西医的事，然而，在李可任职灵石县人民医院中医科时，急救却是中医科的事，这在全国各医院中可谓绝无仅有，由此被著名中医大家邓铁涛先生称为“中医的脊梁”，特为其著作题词。

李可大部分时间奔波于穷乡僻壤、缺医少药的山村，“面对病人生死存亡之际，他从不考虑个人安危得失与风险，像孙思邈所称道的苍生大医那样，一心赴救，并常以数百克附子，挽救病人于无何有之乡，使剧毒之品变成了救命仙丹”。也因为这种特殊的环境锤炼，使其对内、外、妇、儿、皮肤等科均积累了较为丰富的经验，这些均体现在其著作《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》中（山西科技出版社，2004年），该书记录了他治疗各种疑难病症和急危重症的独到经验，并辑录了其自创方剂28首，大多可圈可点。

### 一、推重阳气，立命之本

李氏推崇仲景学说，重视阳气，他说：“一部伤寒论 113 方，使用附子、桂枝、干姜者即达 90 方，可见医圣对阳的重视，曰温阳，曰养阳，曰助阳，曰救阳，对生命之本的阳气，是何等的曲意呵护，关怀备至！”他关于阳气的认识悉宗于仲景，推崇郑钦安“坎中一丝真阳为人生立命之本”之论，下面引证一些。

**阳气为生命主宰：**“阴阳之道，阳为阴根。阳生阴始能长。阳气——命门真火，乃生命之主宰。命门位居下焦，乃人身真火，气化之本源”（《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》）。

“下焦一点命门真火发动，十二经循行不息，五脏六腑气化周行，生命欣欣向荣。此火一衰，诸病丛生；此火一灭，生命终结。先天之本肾，生命之本原，所凭者，此火。后天之本脾胃，气血生化之源，所凭者，此火。养生若损此火则折寿，治病若损此火则殒命。”

**阴生于阳而统于阳：**“气化之理，全在阴阳二字。一切阴（四肢、百骸、五官、脏腑、津精、水液）皆是静止的，古人谓之‘死阴’。唯独阳才是灵动活泼，生命活力。阳为统帅，阴生于阳而统于阳。‘阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰。’”

**阳虚则病，阳衰则危：**“正邪交争的焦点，全看阳气的消长进退，阳虚则病，阳衰则危；阳复则生，阳去则死。阳气易伤难复，故阳常不足。暴病多亡阳，久病多伤阳。伤寒三阴多死证，死于亡阳。”

**万病不治，求之于肾：**“肾为先天之本，为人生命之主宰。内寄命门真火（肾气、元气、元阳），为生命的原动力，五脏精气的源泉。故五脏之伤，穷必及肾，肾气败亡则生命终结。故凡

治病，皆当首先顾护脾肾元气，勿使损伤。若已损伤，则亟亟固脱救肾，醒脾救胃。”“五脏之伤，穷必及肾，肾伤则生命根本动摇。”由此出发，他对许多疑难病症，都主张从肾论治。例如对过敏性鼻炎，认为“此证之关键，多属肾中元气不固。肾为先天之本，生长发育、强壮衰老之所系。所谓种种‘过敏性’疾病，皆责其先天不足，亦即自身免疫力低下。从肾论治，可谓治本之道。益气固表，脱敏止痒，隔靴搔痒而已。”主张投以麻黄附子细辛汤加味，“皆获奇效”。

脾肾为人身两本，凡病皆本气自病：“本气即先天肾气（元阳）与后天胃气（中气）构成的浑元一气，为人生命之两本。”“脾肾为人身两本，治病要以顾护两本为第一要义。”“中医治病就是以本气为主，以人为本。不管任何人，本气强的，受邪从阳化热、化实；本气虚的，从阴化寒、化虚”（《人体阳气与疾病》）。

## 二、善辨阴证，多有卓见

李氏对阴证的辨识积累了十分丰富的经验，他说：“阴阳的判别，总以病人的正气强弱为转归。正气强者，受邪即病，邪正交争，从阳化热，表现为阴虚血瘀；正气虚者，卫外不固，无力抗争，病邪长驱直入，由表入里，深伏难出，从阴化寒，表现为阳虚血凝。阴阳的转化，也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，用过苦寒，损伤脾肾，阳证转阴，则缠绵难愈。”下面举例证之：

**阳盛格阳**：赵某，女，29岁。因无故头面阵阵发热，服升阳散火汤1剂，变为心悸、气喘、自汗，头面轰热不止，面色嫩红，烦躁欲寐，足膝冰冷，多尿失禁，脉微细而急，120次/分。

辨为阴盛格阳，误作上焦郁火而投升散之剂致有此变。幸在壮年，未致亡阳暴脱。予白通加人尿猪胆汁汤，破阴通阳为治：附子、干姜各 30g，葱白 3 节，童便、猪胆汁各 1 杯兑入，2 剂。服 1 剂，心悸喘汗均止，足膝已热，月余之衰热症亦罢。本病病机，为下焦阴寒独盛，格拒真阳不能回归宅窟而浮越于上，故见种种上热假象。以白通汤破阴通阳，因有假热在上，以人尿猪胆汁之苦咸寒为反佐，热因寒用，宣通上下，消除格拒，引浮越之阳归于下焦而病愈。

**直中少阴：**杨某，女，30 岁。患头痛项强，恶寒发热，无汗咽痛，经治 3 日，注射青霉素 800 万单位，服银翘汤 2 剂，病势有增无减，邀李氏诊视。患者体温 39.5℃，白睛尽赤，扁桃体微肿，色鲜红。面壁蜷卧，盖两床棉被仍寒战不已。面色青灰，双膝冰冷，腰痛不能转侧。饮些许温橘子汁，便觉胃寒嘈杂。时时思睡，又难以入寐。苔白润而不渴，脉沉细微。从症状看，为太阳伤寒表实见证；从脉象反沉细、思睡看，又像少阴本证；而目赤，咽痛、高热则又似温邪。前医用银翘 2 剂，病反加重，颇滋疑惑。乃详询病史，始得悉素有食少便溏、五更泄泻之恙。较常人畏风冷，腰困痛，时欲躺卧等情，可证素体阳虚无疑。肾元虚惫之人，感邪多从寒化。《伤寒论》云：“病人身大热，反欲得近衣者，热在皮肤，寒在骨髓也。”可见其目赤、咽痛、高热俱属假象。咽部之鲜红色，等同“面赤如妆”（曹炳章云：舌红非常并非火）亦是寒象。乃断为寒邪直中少阴，心肾交虚，妄用寒凉，重伤肾阳，致正气不支，无力鼓舞邪达。患者虚多邪少，亟需顾护下焦元气，乃疏一方：麻黄 10g，附子 18g，细辛 10g，仙灵脾、补骨脂、枸杞、菟丝子各 30g，当归 30g，仙茅、巴戟各 15g，乃麻附细辛合二仙汤去知柏，加肾四味以鼓舞肾气。服后得汗，安睡一夜，次日痊愈，目赤、咽痛亦



退。多年缠绵不愈之五更泻竟也获愈，体质增强。

归纳李氏对于阴证的辨识经验，突出者有下面几点：

1. 无苔舌不尽属阴虚 关于无苔舌的主病，一般认为多主阴虚，似乎已是定论。凡舌面无苔而干，或中心剥蚀如地图，或舌红如柿，或见裂纹，各家皆主阴虚。但李氏认为，临床所见，不少气虚、阳虚甚至亡阳危证中，也出现这样的舌象。此时，无苔舌不主阴虚，并非阴津不足，而是阳虚气化不利，水津失于敷布所致。治疗应该舍舌从证，投以回阳破阴之辛热大剂，在主证解除的同时，舌上可以生出薄白苔，而且布满津液，裂纹亦愈合。这一观点确有新意。

舌诊在温病的辨证中具有重要意义，热病所伤者津液，故在卫气营血的辨证中有特殊的价值。但在杂病中，则又有种种异常变局，不可一概而论。舌苔的生成，乃由胃气之蒸化。胃虚则蒸化无权，舌苔便不能反应真相。李氏指出：人身气化之根，在下焦肾中命门真火，此火一弱，火不生土，则胃气虚；金水不能相生，水液便不能蒸腾敷布全身，故舌干无苔。明得此理，则对干红无苔舌的主病，便会了然于胸。除温热伤阴之外，“在杂病中阳虚气化不及，津液不能蒸腾上达，便是病根。”他并引用郑钦安的案例证明这一点；郑氏治一唇焦舌黑、不渴少神之疾，断为真阳衰极，不能熏蒸津液于上，用四逆汤治之而愈。郑氏指出：“当知阳气缩一分，肌肉即枯一分，此舌黑唇焦所由来也。四逆汤力能回先天之阳，阳气一回，津液升腾，枯焦立润。”

受之启发，治疗此种无苔舌应该投用附子，“附子味辛大热，经云辛以润之，开发腠理，致津液通气也”（左季云《伤寒类方汇参》），认为“附子致津液”，气能升水之理，实发前人所未发。李氏总结：“我一生所遇此类舌证抵牾的病例，不下 200

例，全数按主证以相应的方药而愈。经长期观察，凡亡阳之格局已成，兼见阴虚舌者，一经投用四逆加人参汤，少则4个小时，多则一昼夜，干红无苔舌其中包括部分绛舌全数生苔、生津。”

凡气虚渐及阳虚，而出现“阴虚舌”者，倡用大剂补中益气汤加附子30g、油桂10g，3剂后舌象改观。肺癆、骨蒸潮热而见阴虚舌者，补中益气汤重用黄芪60g，加乌梅、山萸肉、生龙牡各30g，甘温除大热，补土生金，一周而潮热退，舌象亦改变。这些均是其十分宝贵的经验，兹举其案例如下：

一老妇，76岁，右半身麻木，膝以下冷，脚肿不能穿鞋，渴不思饮，漱水即唾。睡醒一觉，舌干不能转动，心悸头眩，难再入睡，脉迟细，舌干红无苔。予大剂人参真武汤，3剂后肿退，寐安，舌上生出薄白苔，津液满口。

一友人，45岁，舌中有5分币大之光红无苔区，尿热而频，令服知柏八味丸5日不效，无苔区反扩大，且干裂出血，又见齿衄，诊脉沉细，不渴，膝以下冰冷，询知近年异常发胖，又见面色发暗，断为上假热，下真寒，予四逆汤1剂，附子用30g，干姜改姜炭，煎成冷服，因上有假热，故用热药冷服，偷渡上焦之法，于子时顿服，次日诸症均退，舌上生出薄白苔。

一女教师62岁，患“干燥综合征”8年，先用激素疗法无效。口干无津，饮水愈多，干渴愈甚，终致舌干不能转动，不仅无唾液，亦无涕泪，阴道干皴，大便干结如羊粪球，舌光红如去膜猪腰子，唇干裂，口舌疮频发。曾服省内及洛阳名医中药数百剂，大率皆养阴增液之类，或辛凉甘润，或养胃阴、存津液，历年遍用不效。诊脉沉细微弱，面色萎黄无华，四肢不温，双膝以下尤冷。遂以大剂参附汤直温命火，以蒸动下焦气化之

根，令阳生阴长，附子通阳致津液，使水升火降，佐以大剂引火汤大滋真阴以抱阳，小量油桂，米丸吞服，引火归原，10剂后诸症均退，舌上生出薄白苔，津液满口。

此外，李氏受前贤曹炳章“舌红非常并非火”之论的启发，认为“凡见舌色鲜红或嫩红，皆因气血虚寒，阳浮于上，类同‘面赤如妆’之假热，误用清热泻火则危，临证极需留意。”如肺结核以及肿瘤病人由于化放疗损伤气阴，见潮热、烦渴，舌红无苔等症，应当全面辨析。慎投滋阴降火，以免重伤胃阳。李氏经验，其时投以大剂补中益气汤加山萸、乌梅、知母、天花粉、龙牡等，甘温除大热，可收良效。

2. 足心如焚例同浮阳外越 李氏曾治刘某，女，43岁。足心发热7年，日夜不休，日轻夜重。自觉涌泉穴处呼呼往外冒火。不论冬夏，夜卧必将脚伸出被外，始能入睡。多次服滋阴降火补肾之剂不效。诊见面色嫩红，艳若桃李，此阳浮于上显然。脉细数，小便清长，饮一溲一。脘腹冷感，胃纳不佳，稍进凉食则觉酸腐不适，双膝独冷。

认为此症乃阴阳衰盛之变引起，阳气一衰，火不生土，胃中水谷便无由蒸化，故见纳少化艰；人身津液赖此火之温煦，始能蒸腾于上，敷布上下；此火一衰，气化便弱，津液不能升腾，故口干；涌泉为足少阴肾经井穴，为肾气之所出。今下焦阳衰，不能统摄肾阴，而致阴火沸腾，足心热如火焚。宜补火之原，真火一旺，阴火自安，处方：炙甘草 60g，干姜、附子各 30g，冷水 1500ml，文火煮取 500ml，2次分服，3剂。药后热势顿减，双膝冷感消失。另治赵某，女，15岁，足心发热如焚，一如上案，脉大不任重按。认为“阳不统阴，致下焦阴火沸腾，例同浮阳外越。”以四逆汤加味：炙甘草 60g，干姜、附子各 30g，黄芪 60g，肾四味枸杞子、菟丝子、盐补骨脂、仙灵脾 80g，

红参、灵脂各 10g，龙牡各 30g，1 剂显效。

3. 骨蒸劳热并非阴亏 李氏曾治刘某，女，22 岁。患干血癆双肺空洞型结核 3 年，骨蒸劳热，昼夜不止半月。双颧艳若桃李，口苦，舌光红无苔，干渴能饮。四肢枯细，羸瘦脱形，似乎一派阴虚火旺之象。李氏投以清骨散加龟甲、黄芩、童便为治，1 剂后，竟生变故，患者大汗肢厥，呃逆频频，喘不能言，脉微欲绝，已是阳虚欲脱之症，急用四逆汤合来复汤，大剂频服，方得脱险。且持续 3 年之久的骨蒸劳热也得以控制。由此案认识到，“骨蒸劳热，乃气血大虚，阳失统摄之假热，绝不可见热投凉，见蒸退蒸。自此之后，余终生不用清骨散之类治骨蒸劳热之套方。”

由此李氏认为，以丹溪法治癆瘵，从滋阴降火入手并不可信。肺结核之骨蒸劳热乃肝、脾、肾虚极之假热，治当补火生土，先后天并重。应该遵循仲景“劳者温之”之旨，确立“癆瘵当以顾护脾肾元气为第一要义的主张”，从而显示了火神派重视元气的基本理念。李氏并摸索出用补中益气汤为主治疗肺结核骨蒸劳热的成功经验，其书中有许多案例可证，如：

某女，24 岁。双肺空洞型肺结核一年，经闭 5 个月，已成干血癆症。骨蒸潮热，午后阵作。咯血不止，面色皤白，唇指白如麻纸。毛发枯焦，四肢枯细，身瘦脱形。动则喘息，夜不能卧。食少便溏，黎明必泻。虽在酷暑，仍觉怯寒，四肢不温。认为脾肾元气衰微欲脱，不可以“结核”为由，妄投滋阴降火套方。当以先后天并重，投以补中益气汤加味：黄芪 30g，红参（另炖）、五灵脂、白术、当归、肾四味各 10g，柴胡、升麻各 3g，炙甘草 10g，山萸肉、谷麦芽、乌梅各 30g，油桂 2g，胡桃肉 4 枚。两煎混匀，得汁 150ml，日分 3 次服。服 3 天停 1 天，连服 25 剂。潮热退净，汗敛喘定，胃口大开，晨泻亦愈，咯血偶

见。原方加山药 50g,另以三七、白及各 3g,虫草 5g,研粉冲服。续服半月后,面色红润,咳嗽、咯血已止,已无病象。继续调理至双肺空洞愈合钙化。

### 三、重用附子,擅治危症

1. 倡用大剂 李氏擅长治疗心衰、呼衰等急危重症,倡用大剂附子。他认为历代所用四逆方,主药附子仅 10g 左右,剂量显然不足。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》原方每剂所用附子相当于现代制附子 40~60g;而历代用四逆汤仅原方的 1/6~1/10。以这样的轻量,要救生死于顷刻,诚然难矣!故他用附子治疗心衰等急危重症,一般都在 100~200g 之间,且日夜连续进服,24 小时服用 1~3 剂,总量当在 500g 左右。李氏“一生所用附子超过 5 吨之数,经治病人在万例以上,垂死病人有 24 小时用附子 500g 以上者,从无一例中毒。”他所研制的破格救心汤,“破格重用附子、山萸肉。经 40 年反复临床验证,本方较之古代及现代同类方剂,更全面,更有效,更能顾及整体,纠正全身衰竭状态。在救治各类各型心衰垂危急症方面,不仅可以泛应曲当,救死于顷刻,而且突破了古代医籍所载五脏绝症、绝脉等必死之症的禁区及现代医院放弃治疗的垂死病人。一经投用本方,多数可以起死回生。”详见后文该方介绍。

2. 重症急煎,随煎随喂 李氏认为,对心衰垂危的病人而言,附子的毒性正是其起死回生药效之所在。他说:一般人“不敢重用附子,乃因畏惧附子之毒性。但附子为强心主将,其毒性正是其起死回生药效之所在。当心衰垂危,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，不能斩关夺门，破阴回阳，而挽垂绝之生命。按现代药理实验研究，附子武火急煎1小时，正是其毒性分解的高峰。由此悟出，对垂死的心衰病人而言，附子的剧毒，正是救命的仙丹。”因此，他治疗心衰重症，都是开水武火急煎，随煎随喂，或鼻饲给药，24小时内，不分昼夜频频喂服1~3剂，可收起死回生之效。例如：

**肺心病心衰合并脑危象：**闫某，男，60岁。患阻塞性肺气肿、肺心病代偿期达10年。1995年3月24日凌晨4时邀诊：昏迷不醒，吸氧，面如死灰，唇、指、舌青紫，头汗如油，痰声，口鼻气冷，手冷过肘，足冷过膝，双下肢烂肿如泥，二便失禁，测不到血压，气息奄奄。脉散乱如雀啄屋漏，移时一动。诊为“肺心病心衰，呼吸衰竭合并脑危象”，已属弥留之际。遂投破格救心汤大剂（原方见后文），以挽垂绝之阳而固脱，加三生饮豁痰，麝香辟秽开窍醒脑：附子150g，干姜、炙甘草各60g，高丽参30g另炖浓汁兑服，生半夏30g，生南星、菖蒲各10g，净山萸肉120g，生龙牡粉、活磁石粉各30g，麝香0.5g分冲，鲜生姜30g，大枣10枚，姜汁1小盅兑入。

病情危急，上药加开水1.5kg，武火急煎，随煎随灌，不分昼夜，频频喂服。服完上方1剂，25日子时过后汗敛喘定，厥冷退至肘膝以下，手足仍冰冷。面色由灰败转为萎黄，发绀少退，痰鸣大减。呼之可睁眼，神识仍未清。六脉迟细弱代，48次/分，已无雀啄、屋漏之象，回生有望。原方附子加足200g，日夜连服3剂。26日患者已醒，唯气息微弱，声如蚊蚋，四肢回温，可以平卧，知饥索食。脉沉迟细，58次/分，已无代象。喉间痰鸣消失，腿已不肿。此“正是大剂量附子破阴回阳之

效。真阳一旺，阴霾自消。病已脱险，元气未复。”原方去生半夏、生南星、菖蒲、麝香，附子减为 150g，加肾四味及胡桃肉各 30g，温养肝肾精气以固脱。每日 1 剂，煎分 3 次服。至 30 日，诸症均退，食纳渐佳，已能拄杖散步。前后历时 5 天，共用附子 1.1kg，山萸肉 0.75kg，九死一生垂危大症，终于得救。

**风心病心衰垂危：**吴某，男，55 岁。患风湿性心脏病 12 年，顽固性心衰 5 年，心功能Ⅲ级。近日病情加重，心衰合并室颤，心率 212 次/分，已发病危通知，李氏接诊：患者面如死灰，头汗如油，神识昏糊，目暗无神，喘不能言，气息奄奄，小便自遗。唇舌、指甲青紫，口鼻气冷，全身冰冷，仅胸部微温，腹胀如鼓，下肢烂肿如泥，吸氧，测不到血压，寸口脉如游丝。五脏绝症已见其三，元阳垂绝，危在顷刻。遂投大剂破格救心汤，重用附子 200g，加沉香粉 3g(冲)，油桂粉 3g(冲)，云苓、泽泻各 30g，以纳气归肾利水消肿。武火急煎，边煎边灌。10 时许开始服药，一刻钟后阳回厥退，汗敛喘定。11 时 30 分，知饥索食，心率 100 次/分，脱险。嘱原方 3 剂，3 小时 1 次，昼夜连服。下午 4 时，水肿消退，心率 82 次/分，已能拄杖出游。前后计 31 小时，服附子 0.75kg、山萸肉 0.5kg，古今目为必死之症，竟获治愈。

**冠心病心绞痛并急性心梗：**查某，男，60 岁。冠心病月余，某日 14 时心绞痛发作，含化硝酸甘油缓解。18 时许，绞痛再发，含剂及亚硝酸异戊酯吸入无效，内科拟诊急性心梗，邀李氏急救：患者面色青惨，唇、甲青紫，大汗而喘，肢冷，神情恐怖，脉大无伦 120 次/分，舌边尖瘀斑成条成片，舌苔灰腻厚。急予针药(速效救心丸类)并施急救，约 10 分钟痛止。患者高年肾阳久亏于下，痰浊瘀血阻塞胸膈，属真心痛重症，亡

阳厥脱诸症毕见，遂投破格救心汤大剂变方：附子 150g，高丽参另炖浓汁兑入、五灵脂各 15g，瓜蒌 30g，薤白酒泡 15g，丹参 45g，檀香、降香、砂仁各 10g，山萸肉 90g，生龙牡、活磁石、郁金、桃仁、桂枝尖、细辛各 15g，莱菔子生炒各半各 30g，炙草 60g，麝香 0.5g，三七粉 10g 分冲，2 剂。加冷水 2000ml，文火煮取 600ml，3 次分服，2 小时 1 次，昼夜连服。20 时 10 分服第一次药，1 刻钟后汗敛喘定，四肢回温，安然入睡。至次日上午 6 时，10 小时内共服药 2 剂，用附子 300g，诸症均退，舌上瘀斑退净。

对于阳虚格阳于上，上有假热的病人，他提倡热药冷服。因为附子性大热，下焦寒极非此不能愈。但假热在上，热药热服则两热相争，格拒不纳。今把热药冷透，披上“冷”的伪装，入口凉爽，“骗”过咽喉一关，入胃则热性缓缓发挥，引浮游之假热归下而病愈，是极巧妙的治法。古人形象地比喻为“偷渡上焦”，此亦《内经》治则中的反佐法之一。

#### 四、减毒措施，万无一失

李氏从事中医临床探索 50 年，“每遇危险重危症，使用毒剧中药救治，皆获起死回生之效。疑难痼疾用之则立见转机，累起沉痾。其中，使用最多的是附子，一生累计超过 5 吨。川乌次之，亦在 3 吨以上，经治人次万名以上，无一例中毒。如何驾驭药中猛将，使之听从调遣，治病救亡而不伤害人体？”李氏反复研究仲景运用乌、附剂之经验，在配伍、炮制与煎服方法上求得真谛。反复玩味总结仲景应用乌附剂的成功经验主要是：一、凡乌、附类方炙甘草为川乌、附子之两倍，甘草善解百毒，甘缓以制其辛燥；二、蜜制川乌。蜜为百花之精华，芳香甘醇凉润，善解百毒，并制其燥烈；三、余药另煎，取汁与蜜再



煎,中和毒性,使乌头之毒性降到最低点,而治疗效能不变。按上法应用川乌安全稳妥,为确保万无一失,李氏又加 3 条措施:

1. **配伍解毒之品** 凡用乌头剂,必加两倍量之炙甘草,蜂蜜 150g,黑小豆、防风各 30g;凡用附子超过 30g 时,不论原方有无,皆加炙甘草 60g,即可有效监制。考炙甘草、蜂蜜、黑小豆、防风均有解毒作用。

另外,李氏还研制出乌附中毒解救法:方用生草 60g,防风、黑豆各 30g,加水 1500ml,蜂蜜 150ml,分次冲服绿豆粉 30g,10 分钟即解。1965 年曾参与川乌中毒濒危 2 例的抢救,以生大黄、防风、黑小豆、甘草各 30g,蜂蜜 150g,煎汤送服生绿豆粉 30g,均在 40 分钟内救活。

2. **宽水久煎** 凡剂量超过 30g 时,乌头剂加冷水 2500ml,文火煮取 500ml,日分 3 次服,煎煮时间 3 小时左右,可有效破坏乌头碱之剧毒。

附子剂用于慢性心衰,加冷水 1500ml,文火煮取 500ml,日分 2~3 次服。危急濒死心衰病人,使用大剂破格救心汤时,则用开水武火急煎,随煎随灌,不循常规,以救生死于顷刻。此时,附子的毒性,正是心衰病人的救命仙丹,不必多虑。

3. **亲临守护,示范煎药** “凡用乌头剂,必亲临病家,亲为示范煎药。病人服药后,必守护观察,详询服后唇舌感觉。待病人安然无事,方才离去。”既体现了谨慎作风,更显示了责任心。

“有以上 3 条保证,又在配伍上、煎药方法上做了改进,采取全药加蜜同煎、久煎法,既保证疗效,又做到安全稳妥,万无一失。”

## 五、常用方药经验

李氏除擅用四逆辈扶阳外，尚有自制扶阳救脱方剂若干首，各有特色，尽显火神派风格，下面予以介绍。

1. **破格救心汤** 破格救心汤为李氏研创的回阳救脱效方，成功地治愈了千余例心衰重症，使百余例已发病危通知的垂死病人起死回生，显示了本方在救治重危急症的强大效力。

方剂组成：附子 30~100~200g，干姜 60g，炙甘草 60g，高丽参 10~30g 另煎浓汁兑服，山萸净肉 60~120g，生龙、牡粉、活磁石粉各 30g，麝香 0.5g 分次冲服。

煎服方法：病势缓者，加冷水 2000ml，文火煮取 1000ml，5 次分服，2 小时 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，24 小时内，不分昼夜频频喂服 1~3 剂。

本方脱胎于四逆汤及张锡纯的来复汤，破格重用附子、山萸肉加麝香而成。对多种老年重危急症有泛应曲当之效。凡内外妇儿各科危重急症，或大吐大泻，或吐衄便血，妇女血崩，或外感寒温，大汗不止，或久病气血耗伤殆尽……导致阴竭阳亡，元气暴脱，心衰休克，生命垂危，一切心源性、中毒性、失血性休克及急症导致循环衰竭，症见冷汗淋漓，四肢冰冷，面色皓白或萎黄灰败，唇、舌、指甲青紫，口鼻气冷，喘息抬肩，口开目闭，二便失禁，神识昏迷，气息奄奄，脉象沉微迟弱，一分钟 50 次以下，或散乱如丝，雀啄屋漏，或脉如潮涌壶沸，数急无伦，120~240 次/分以上，以及古代医籍所载心、肝、脾、肺、肾五脏绝症和七怪绝脉等必死之症、现代医学放弃抢救的垂死病人，“凡心跳未停，一息尚存者，急投本方，1 小时起死回生，3 小时脱离险境，一昼夜转危为安”。典型案例前面已经

介绍。

2. 加味奔豚汤 附子 10~30~100g, 红参 10~30g, 炙甘草 10~60g, 肉桂 10g, 砂仁、沉香各 3~5g, 云苓、山药各 30g, 泽泻、怀牛膝各 15g。

煎服方法: 小剂, 加冷水 1500ml, 文火煮取 600ml, 3 次分服, 日夜连服 1~2 剂。大剂, 加冷水 2500ml, 文火煮取 750ml, 日 3 夜 1 服。

主治: 肝脾肾三阴寒证; 奔豚气; 寒霍乱, 脘腹绞痛; 气上冲逆, 上吐下泻, 四肢厥逆, 甚则痛厥; 水肿等症。本方运用要点, 以厥气上攻为主症, 即“奔豚”之取意。当其发作时, 自觉一股冷气从少腹直冲胸咽, 使人喘呼闷塞, 危困欲死而痛苦万分, 止则平复如常, 与《金匱》描述一致。李氏应用本方数 10 年, 扩大应用范围, “用治一切沉寒痼冷顽症, 临床罕见奇症, 皆能应手取效。尤对危急重症, 有起死回生之功。”典型案例如下。

**风心病垂危:** 郝某, 男, 50 岁。患风心病 12 年, 近 2 年全身肿胀, 心悸气喘, 西医诊为“风心病心衰, 心功Ⅲ级, 心房纤颤”。腹大如鼓, 脐凸胸平, 下肢烂如泥, 已卧床 3 月余。端坐呼吸, 面色青惨, 畏寒特甚, 唇指青紫, 冷汗淋漓, 四肢厥冷, 六脉似有似无, 舌紫胖水滑, 齿痕多。腹诊脐下筑动应衣, 时觉有冷气从关元穴处向上攻冲奔迫, 冲至咽喉, 人即昏厥。神识昏蒙, 似睡非睡。此属少阴亡阳诸症悉见, 以奔豚汤救治, 附子用至 100g, 另加煅紫石英、生龙牡、肾四味各 30g, 山萸肉 90g, 炙甘草 60g, 生姜 10 片, 大枣 10 个, 核桃 4 个。加冷水 2500ml, 文火煮取 750ml, 日 3 夜 1 服。3 剂后, 奔豚气未发, 心悸亦止, 房颤消失。7 剂后小便增多, 食纳增加, 喘定可平卧。10 剂后水肿全消, 精神健旺。

## 第四章 火神派医家介绍

**高血压:**胡某,女,46岁。患肾性高血压5年,低压在110~120mmHg之间。近3年异常发胖,食少便溏,呕逆腹胀,头晕畏寒,足膝冰冷。近1月服羚羊粉后,常觉有一股冷气从脐下上冲至咽,人即昏厥。(按:此症多有服寒凉药史)约3、5日发作1次,其眩晕如腾云驾雾,足下如踩棉絮,形胖而无力。腰困如折,小便余沥,咳则遗尿,时有咸味痰涎上壅。常起口疮,头面自觉轰轰发热,中午面赤如醉。舌淡胖,苔白腻,脉洪不任按,久按反觉微细如丝。脉证合参,认为阴盛于下,阳浮于上,上热是假,下寒是真。治当益火之原,以消阴翳。投予奔豚汤,附子用30g,另加吴茱萸15g,肾四味60g,生龙牡、灵磁石、煅紫石英各30g,山萸肉30g。加冷水1500ml,文火煮取600ml,日3服。3剂后,尿量增多,矢气较多,腹胀大减。头已不晕,不再飘浮欲倒,腹中觉暖,已无冷气上攻。继服10剂,诸症均愈,血压正常。

**3. 加味改良乌头汤** 组成:川乌、附子各30g,麻黄15g,黄芪120g,防风30g,桂枝、白芍各45g,蜂蜜150g,炙甘草60g,黑小豆30g,老鹤草、豨莶草、当归各30g,细辛20g,生姜45g,大枣20个。

煎服方法:加冷水2500ml,文火煮取600ml,费时约2小时半,3次分服,3小时1次,腰痛如折加肾四味120g。

本方由《金匱》乌头汤、当归四逆汤合方加味而成,重用川乌、附子、细辛等辛热之药,加黑小豆、防风、蜂蜜与甘草共同制约乌附类剧毒,老鹤草、豨莶草用以增强祛风通络止痛之功。配伍齐全,又加久煎,放胆使用,“可谓万无一失”。李氏“一生运用此方在万人次以上,从无一例中毒。”

此方用治风湿性、类风湿性关节炎、坐骨神经痛、腰椎间盘突出症等,约2000例以上,正虚加大剂量生芪,肾虚加肾四

味,久病加虫类药,关节变形者加制马钱子粉,每次 0.15g,渐加至 0.6~0.8g,日服 2 次,连服 10 日,间息 5 日,用绿豆汤佐餐。多数病例 10 天痊愈,最长 1 例两个半月。

4. 风心病常用方 (以下 3 方出自《首届李可老中医学学术思想研讨会论文集》)

生北芪 120~250g,当归 45g,制附片 45g,制川乌 30g,干姜 45g,黑小豆 30g,防风 30g,桂枝 45g,杭芍 45g,炙甘草 60g,麻黄 10~45g,辽细辛 45g(后下 10 分钟),山萸肉 60g,蜂蜜 150g,生姜 45g,大枣 12 枚。此方系加味改良乌头汤稍加变动而成,虚甚加红参 30g;下肢肿加茯苓 45g,泽泻 30g,紫油桂 10g,车前子 10g;麻木者加黑木耳 45g,白芥子 10g(炒研),筋骨肌肉疼痛拘挛加止痉散(蜈蚣 3 条,全蝎 6g)研冲。

5. 肺心病常用方 高丽参 15g(研粉冲服),麻黄 10~45g,制附片 45~200g,辽细辛 45g,干姜 45g,生半夏 45g,五味子 30g,桂枝、杭芍各 45g,炙甘草 60g,制紫菀 15g,制款冬花 15g,壳白果(打)20g,山萸肉 60g,肾四味各 30g,生姜 45g,大枣 12 枚,核桃 6 枚(连壳打)。此方系小青龙汤加味方,喘甚加虫草 3g、沉香 1g、川尖贝 6g、二杠鹿茸 1.5g、高丽参 15g 共研粉,分 3 次用汤药冲服。

6. 冠心病常用方 炙甘草 90g,干姜 90g,制附片 100g,高丽参 15g(研粉冲服),五灵脂 30g,山萸肉 60g,生龙牡、活磁石各 30g,野丹参 120g,檀、降、沉香各 10g,砂仁 10g,桂枝 45g,桃仁 30g,麝香 0.5g 冲服,同仁堂产苏合香丸 2 丸。此方系破格救心汤加味方,痰堵胸憋甚者合瓜蒌薤白白酒汤。

7. 偏正头风散 组成:红参、灵脂、首乌、白蒺藜、川草乌、石膏、天麻、川芎、白芷、甘草各 12g,细辛、芥穗、防风、羌活、苍耳、苍术、辛夷、蜈蚣、全虫、僵蚕、地龙、天南星、白附子、

乳没、明雄黄另研兑入各 6g。

用法：共研细末，2 次/日，3g/次，饭后、睡前淡茶水送服，加一匙蜂蜜。

本方以川草乌、细辛合以石膏、白蒺藜等，寒温同炉，“对外感六淫、内风引动，全身各部突发性、神经性的眩晕、麻木、剧烈痛症，1 小时内可止痛。但对热病、内伤头痛非宜。”“凡百治不效，抱病终生，至死不愈之头痛，古谓头风。但凡痼疾，必寒热胶结，湿痰死血深伏血络，本方可泛应曲当。”

该方“经治各类头痛 3 千例以上，其中病程 10 年以上，历经中西诸法无效者，占 90% 以上……当日见效，7 且痊愈者可占 98%，无一例超过 20 日者。无一例失败，无一例复发。”另可用治面神经麻痹，多发性神经炎末端肢麻，急慢性风寒湿痹、坐骨神经痛，腰脱急性期，寒凝型脉管炎之电击样剧痛等，重症以改良乌头汤煎汤送服本散剂，均可取得满意效果。“经治各类暴发性剧痛 5 千例以上，服本方 4g，2 次/日，淡茶水加蜜调服，半小时内入睡，2 小时睡醒，痛即霍然而愈。继服本方 3g，3 次/日，多数半月即可根治。病情复杂者，加服对症汤剂，不忘辨证求本，则可攻无不克。”“本方经 42 年临床应用，未发现任何毒副作用。”

**8. 培元固本散** 组成：紫河车、鹿茸、红参、灵脂、三七、琥珀。服法：共为细末，1.5g/次，2 次/天，1 周后，3g/次，饭前服。

本方以血肉有情之品，峻补先天肾气，重建人体免疫力，可健脾养胃，补肺定喘，养心安神，补气生血，填精益髓，强筋壮骨，使先天肾气旺盛，从而改善体质，促进生长发育，健脑益智，延缓衰老，却病延年。本方补中有通，活血化瘀，流通气血，有推陈致新之功。肾为先天之本，久病必损及于肾，温补

肾元则本固枝荣，此即本方“培元固本”之义。用治一切久损不复之大虚证，先天不足，衰老退化，免疫缺陷，及虚中夹瘀、夹痰、夹积等症，泛应曲当。本方加减使用要点如下：

**小儿发育不良：**已成疳积，潮热者，先以补中益气汤加龙牡、乌梅、山萸肉、三仙，服至退净，用本方：紫河车、鹿茸、红参、三七、蛋壳粉、内金、炒二芽，红白糖水调服。

**哮喘痼疾：**经对症调理显效后，接服培元固本散巩固：紫河车 2 个、鹿茸 50g、高丽参、灵脂各 50g、三七、琥珀各 30g、脐带 100g、虫草、川贝、沉香各 30g、蛤蚧 6 对，灵芝孢子粉 100g。第 1 个月，每日 1.5g/2 次；第 2 个月，3g/2 次；可长服 1 年。

肺结核患者，先以补中益气汤加乌梅、山萸肉、龙牡治疗半月，基础方加紫河车 2 个，龟鹿二胶、虫草各 50g、蛤蚧 6 对，咯血加白及、川贝、龙牡，蜜丸 10g，日 3 服。

**风湿心脏病、心肌病、瓣膜病：**紫河车 2 个、鹿茸、红参、三七、灵脂、琥珀、灵芝孢子粉、山甲各 100g，藏红花、全虫各 30g，蜈蚣 100 条。喘加虫草、蛤蚧、沉香。

心衰明显，水肿重者，先服破格救心汤合真武汤加黄芪 60g 半个月，再服本方，黄芪 60g 煎汤送服。

**冠心病：**紫河车 2 个，鹿茸 50g，红参、灵脂、三七、琥珀、灵芝孢子粉各 100g，山甲、生水蛭、血竭、藏红花、全虫各 50g，蜈蚣 100 条。服药半月，可使心绞痛不发作，服药百日，基本康复，治疗百例均愈。

**脑梗死后遗症：**红参、灵脂、三七、琥珀、水蛭、全虫、蜈蚣、血竭，为末，以黄芪 60g 煎浓汁送服，每次 3g，2 次/日。弛缓性瘫痪加制马钱子粉，睡前温水送下 0.6g，服 7 天停 3 天。

**肝硬化：**本方加土虫、生水蛭、全虫、蜈蚣，经治 17 例，

均愈。

**胃溃疡:**红参、三七、灵脂、琥珀、鱼鳔(蛤粉炒珠)、大贝、乌贼骨、煅牡蛎、灵芝、凤凰衣。一般服药 40 天根治,肾虚加鹿茸,运迟加内金,出血加血竭(化瘀止血止痛,敛疮生肌),痛加延胡索。

**子宫肌瘤、卵巢囊肿:**红参、灵脂、三七、琥珀、土虫、水蛭、全虫、蜈蚣、川贝、丹皮、桃仁、桂枝、茯苓。上药以海藻、甘草、夏枯草各 500g,熬膏,加炼蜜为丸,每丸 15g,日服 3 次。肾虚畏寒加肉桂。共治 70 余例,2 月内治愈。

本方对其他老年性退化病证,骨质增生、前列腺肥大、慢性出血性疾患、再障、血小板减少性紫癜、白细胞减少症、肌萎缩等也均有效。

此外,李氏对肾四味、生半夏、吴茱萸等药物的运用也颇有特色,经验丰富,简介如下。

1. **肾四味** 指仙灵脾、补骨脂、枸杞、菟丝子四味常用补肾药,李氏用为补肾常用药对。因为“四药入肝肾,药性和平,温而不燥,补而不腻。益肾精,鼓肾气,温阳无桂附之弊,滋阴无熟地之弊。阴中有阳,阳中有阴”。凡遇下元亏损,肾阳虚未至手足厥逆,肾阴虚未至舌光无苔,而属肾气、肾精不足之症,如有腰困如折,不能挺直,头目昏眩,夜尿频多,小便余沥,足膝酸软等症,用之效若桴鼓。

2. **吴茱萸** 李氏认为:吴茱萸辛苦温,燥烈有小毒,入肝、胃经。治巅顶头痛、肝寒疝痛、痛经,眩晕,胃寒呕吐吞酸,噎膈反胃,外敷涌泉,引火归原治口疮,敷脐治小儿泄泻,其功不可尽述。唯各家皆用 1.5~6 克,药难胜病,故其效不著。《伤寒论》吴茱萸汤用量一升,约合今制 50 克。故其“用量在 10 克以下无效,15 克显效,30 克攻无不克”。



吴茱萸汤方下注一“洗”字，是仲景奥妙所在，即以沸水冲洗7遍而后入煎，可免入口辛辣及服后“瞑眩”之弊。凡用至15克以上，先用开水冲洗7次，小儿、老人、羸弱病人则先煎沸2~3分钟，换水重煎，并加两倍之鲜生姜、大枣20~30枚，则辛烈减，可保无害。

3. 生半夏 李氏指出：“仲景方中半夏皆生用”，因此他擅用生半夏降逆化痰，用小半夏加茯苓汤加赭石、生姜、姜汁，通治一切肝胃气逆呕吐（包括治疗妊娠剧吐），“轻症1、2口即止，稍重则服2、3次即愈，极重症10小时许过关”，应用万例以上。生半夏用量多为30克，用时以温水淘洗3次，加等量生姜佐之，既解其毒，又加强疗效，“更无中毒之虞”。他说：“生半夏为止呕要药，加等量鲜生姜解其毒，经治妊娠剧吐患者千例以上，确有覆杯而愈之效。40余年用生半夏超过3吨，无一例中毒。”其书中例案颇多。

李可学验俱富，尚有多首自创方剂如攻毒承气汤、乌蛇荣皮汤、三畏汤（红参、灵脂；丁香、郁金；肉桂、赤石脂三对相畏之药组成）等，多有治验案例，因其不属扶阳方药，不再赘述。



## 第七节 补 晓 岚

补晓岚（1856~1950），原名补一，字晓岚（有学者将其名字写成“补小南”，有误），别号老农。清咸丰5年生于四川省遂宁县，阅历丰富，擅用姜桂附子，是著名的火神派医家，人称“火神菩萨”。晚年定居重庆，誉满山城。

补氏自幼博学好问，多才多艺，“琴棋书画，戏曲舞蹈，武术气功，无所不晓，咸臻精绝。”后因夫人何氏患病误治致死，

遂发奋钻研中医，并向来蜀传道的美国医学博士史德文学习西医，史则向补氏学习针灸，二人互为师友，互教互学。

曾先后在四川嘉定今乐山市、井研、成都等地挂牌行医。从1919年起，效李时珍之所为，入山采药，研究当地的药材资源，长达4年之久，采集到的药材有300余种。有的如“雪上一枝蒿”等，是《本草》没有记载的，都一一作了记载，对其日后行医用药产生很大影响。

从1923年起游学天下，辗转至越南、香港、广州，后赴天津去哈尔滨，深入俄罗斯境内，居住2年，再返北京入协和医院研究。前后历时5年，接触到很多名师高手，获益匪浅，满载而归。

1928年，先生举家来渝，定居山城，在太平门海关巷开设“补一药房”，终其余生为重庆民众服务，“所疗者无虑万人”，颇负盛誉，为其一生最光辉的时期，其间治病佳话，老重庆人至今犹津津乐道。抗战时来到重庆的南京首席名医张简斋，与先生常有交往。补氏留下医著不多，对其学术思想难以作更多探讨。

### 一、扶阳固正，擅用姜附

补氏根据多年临床实践，认为人体“阳胜于阴”，主张治病重在扶阳，固守正气，立方用药以温补脾肾为主，即姜桂、附子等温热之药。他认为，人之患病，大多由于正气不足，是以治病必求其本。治本又必须从扶阳、固正入手，要扶阳固正又必须抓好脾肾两脏，勾通任督二脉。通过多年实践，把这一主张概括为“救人先救命”。比如一个危重病人，需要的是扶阳固正，先使根本稳住，然后才可希望得救，命且不保，徒治何益？一般轻病，元气未伤，就不必兴师动众，如能妥善治标而病自

解。重病及多数慢性病则不同,大多由于正气不足,根本受到损伤,如不从培根治疗,就不能收到实效。

补氏擅用姜桂附子,人多目为“火神菩萨”。1946年诊治一个垂危的吐血病人,时任重庆银行经理的夏某:口干舌燥,双颊泛红,六脉洪大,四肢无力,已多日不进饮食,直躺床上僵直不动,榻前吐满一痰盂鲜血,还有不断倾吐之势。先生细心审度后,重用肉桂 15g,干姜炭 60g,附片 120g,白芍、茜草各 30g,刺萝卜 60g,吴茱萸、砂仁、甘草各 15g。次日病已见轻,复照原方加倍,即肉桂 30g,干姜炭 120g,附片 240g,其余悉数照加。第 3 天病人已能上门求诊,一再感谢救命之恩,1 周后病人痊愈上班。补氏擅用姜附的风格,于此可见一斑。

## 二、补一大药,独具特色

补一药房的一大特色就是自制一些以“补一”为品牌的丸药出售,前后共达 164 种。均系补氏精心研制,独家制售,疗效卓著的中成药,在重庆颇有口碑,乃至补一药房停办多年后,仍有许多人在寻购和怀念补一丸药。其中影响最大者当属“补一大药”,又称“补一大药汤”。其方来源于前人医案中的“八味大发散”,即羌活、防风、天麻、藁本、白芷、蔓荆、麻绒、细辛八味,一般作为祛风散寒,发汗解表之用,补氏加入了附片、干姜、肉桂、川芎、茯苓、法半夏、酒军、泽泻八味,赋予其新的意境,成为先生的“温补主轴方剂”。这个“补一大药”的特点是:以附子、干姜为君,补脾肾而通任督;以防风、天麻、藁本、白芷、蔓荆、麻绒、细辛为臣,通经络而行气血,用以除外邪;以茯苓、法半夏为佐,使之疏中焦而导痰湿,用以健脾和胃;以酒军、泽泻为使,使之通三焦而利清浊,用以引邪外出。总体来说,就是既温中补火,扶正祛邪,又开通经络,活动气

血，使内邪不能藏身，外邪无法侵入。平人可饮，病家宜服，有病治病，无病预防，集治病与保健于一方。一般人饮之，可以舒经络，活气血，消外感，减疲劳，提精神，壮体力，对于劳累之人，见效尤其显著。

当初，补氏考虑到有些病人没有时间熬药，便开始熬制“大药汤”应市。大药汤经过认真配料，专人看火下料，用大铁锅按一定火候熬成。然后分次盛于铜壶内置于特制的小炉灶上，使之不凉不滚，便于随时饮用，因而博得广大群众普遍欢迎。为增加治疗的针对性，还研制出许多与各病有关的药粉，配合饮用。如牙痛加服肉桂粉，便秘加服酒军粉，气喘加服麻黄粉，咳嗽加服杏仁、半夏粉等……花钱少而见效快。起初吃大药汤的人，多是一般群众，后因声名渐起，一些军政实业界人士也纷纷服用。例如当时的重庆市长潘文华，军政实业界的唐式遵、范绍增、何北衡等，服后都觉身心有益。有的还带着家人、亲朋及属下官兵、职工一同来吃，颇尽一时之盛。

1946年，重庆霍乱流行，蔓延甚广，人人“谈虎色变”。药房便每天熬几大锅“大药汤”，有钱付钱，无钱白送，使许多贫苦大众避免了灾祸。有亲朋来到药房，药房即饷以药汤一大碗。及门弟子及药房同人，早晚都喝药汤一碗，虽成天与霍乱病人打交道，终无一人感染，门诊照常不停。补一大药汤疗效卓著，试举病例如下：

重庆中医黄道存先生，因受潮湿患下肢瘫痪症，只能斜卧椅上或横躺床上，下肢完全失去活动功能，求先生诊治，即用大药汤治之，补氏说：我只开1次处方，不用换单子，只须继续吃下去，一直吃到下肢“出汗”为止。药的剂量很重，有干姜、肉桂、附片、川乌、草乌等，有的药重到1斤以上。用大沙罐熬，每天喝几大碗，1剂药可连服约10天。其时正值8月，

每天烧开1次,防酸变味。吃到第3剂,约1月左右,病人即感小肚腹一带满出汗,再过4天后,下肢全部恢复活动功能,黄先生直到1979年才逝世。家人现在提起此事,还盛赞补老技高超人。1950年,西南解放军某指挥员,患蛊胀病,已临垂危。先生诊视后,认为第一步重在救命,先用大药汤抢救,意在扶阳固正,从根本入手,服后病人神志渐有起色,俟大药功能达到一定火候后,继用守宫尾、壁虎尾、砂仁、白蔻、厚朴、木香、槟榔等,灵活变换治之,月余病即痊愈。

## 附:其他擅用附子医家

### 一、徐小圃

徐小圃(1887~1961),沪上儿科巨擘。行医之初,偏重于“小儿纯阳,无烦益火”的理论,认为“小儿热病最多”,用药主“清”。后来由于其儿子患“伤寒病”垂危,请挚友祝味菊诊治,用附子等药化险为夷,乃虚心向祝氏求教,学术思想发生转变,一改故辙,广泛应用附子,“遂有祝派之称”。里证重用姜、附,外证广用麻、桂,尤其擅用麻黄宣肺平喘,时人有“徐麻黄”之称。

徐氏认为:“阴为体,阳为用。阳气在生理状态下是全身动力,在病理状态下又是抗病主力,而在儿科尤为重要。”“主张儿科治病以维护正气为第一要着……儿科扶正以阳气为主。”扶正达邪,常在解表剂中加附子温阳,颇有祝氏之风。

他用附子的指征是:神疲、色晄,肢清,脉软,舌润,小便清长,大便溏泄不化,但见1、2症,便可放手应用。他认为既有所见,自当大胆投用,常谓:“宁曲突徙薪,勿焦头烂额。”“阳虚证端倪既露,变幻最速,若疑惧附子辛热而举棋不定,必待少

阴证悉具而后用，往往贻噬脐莫及之悔。”因此，他临床应用附子的范围较广，而且果敢及时，毫无患得患失之心。《儿科名家徐小圃学术经验集》选录了徐氏大量医案，充分反映了他应用附子范围之广，认证之精，配伍之妙。下面摘其独到之处述之。

擅用麻、桂于外感风寒诸证，麻黄有喘必用，无表亦用。有表无喘，则不尽用。独创地将桂枝与羌活同用，以治风寒入络，头痛体楚，与银柴胡、青蒿同用治湿温后期身热缠绵。

案例：湿温半月，身热有汗起伏，痞层出不穷，神倦且躁，四肢清冷，泛恶便溏，渴不多饮，舌薄，脉软数。判为气阳不足，余邪留恋，恐其涉漫。处方：银柴胡 4.5g，青蒿 9g，黄附片 9g 先煎，磁石 30g 先煎，桂枝 2.4g，白芍 4.5g，茯神 9g，半夏 9g，陈皮 4.5g。

对舌干口渴之症，必辨其伤阴伤阳，伤阴当见舌光绛，甚则起糜；伤阳则多伴尿清，脉软，色眇等症，虽见舌光或糙，乃脾不健运，津不上承所致。对阴阳两虚症，认为除有阴虚表现外，每见脉软，肢清，尿长或便溏等症，乃是阳虚之候，治以黄连阿胶汤佐以温下潜阳之品。尤其“极注意小儿唇舌的润燥”，以辨别其寒热真假。

案例：湿温两旬，身热有汗起伏，白痞层出不穷，烦躁不安，彻夜不寐，肢清，脉软，舌光如镜。判为气阴两伤，余邪留恋。潜阳育阴：青蒿 9g，白薇 4.5g，黄附片 9g（先煎），磁石 30g（先煎），川连 2.1g，龙齿 30g（先煎），阿胶 9g，枣仁 9g，鸡蛋黄 1 枚。

上盛下虚症，又称“暑期热”，其特点长时期发热，热势缠绵，朝盛暮衰，两足不温，汗少，口渴引饮，小溲清长，神倦且躁，认定元阳虚于下，邪热淫于上，创清上温下治法，温清潜湿

兼施，以附片温下，川连清上，磁石、龙齿潜阳，菟丝子、覆盆子温肾，故纸、益智仁固涩。上焦热盛加莲子蕊、玄参、花粉、蛤粉清热止渴。“每年夏季，治愈患者以千计”。

案例：身热近月，微汗起伏，口渴引饮，小溲清长，烦躁啮指，彻夜不寐，两足清冷，舌光，脉软数。气阴两伤，治拟兼顾：黄附片 9g(先煎)，磁石 30g(先煎)，龙齿 30g(先煎)，川连 2.1g，阿胶 9g，花粉 9g，蛤粉 9g(包)，菟丝子 9g，覆盆子 9g，桑螵蛸 9g，莲子蕊 2.4g，白莲须 9g，鸡蛋黄 1 枚。

又案：身热一候，头额无汗，口渴狂饮，小溲清长，下肢清冷，神倦且躁，舌薄腻，脉濡数，上盛下虚，拟清上温下，佐以芳化：鲜藿佩兰各 9g，黄附片 9g(先煎)，磁石 30g(先煎)，川连 2.1g，菟丝子、故纸、覆盆子、桑螵蛸、白莲须各 9g，缩泉丸 12g(包)。

其他如噤口痢虽涕泪俱无，口渴引饮，亦毋需专事养阴而以附子建功；走马牙疳腐烂出血，口气秽恶，并兼小便清长，乃胃火炽盛而肾阳不足，于寒药中加 1 味附子，1 剂即效。徐氏用附子之经验虽得自祝味菊，但在儿科中广为应用，自有创意而影响深远。

小青龙汤：外感风寒，内夹水气必用。无汗用生麻黄，去芍药；表虚用水炙麻黄，不发热用蜜炙麻黄，新咳宜散者重用干姜，久咳宜敛者重用五味子，痰多加白芥子。

## 二、陈耀堂

陈耀堂(1897~1980)，江苏武进县孟河镇人，丁甘仁入室弟子，上海名医。陈氏早年曾看到祝味菊的处方，觉得“确有特点”，因此“有空即去看他诊病，见他每方必用附子，最大用量竟用至 90 至 100 克，有不少经他医久治不效的病人，在他

## 第四章 火神派医家介绍

手中看好了。”遂向他虚心求教，祝味菊给他讲了一番运用附子的道理，陈氏感到，“真是听君一席言，胜读十年书！（按：此与陈苏生向祝氏求教经历相似）这些经验之谈是书本上找不到的。以后我对附子也很有偏爱”，自称：“余临诊 40 年来，平时喜用温剂，而尤常用附子，对疑难重症，则能应手取效。”终成擅用附子的一代名家。分析陈耀堂运用附子的经验，其独到之处有下面几点：

附子配白薇、银柴胡治低热、虚热：患者形寒怯冷，虚汗倦怠，用一般退热药无效者，每以附子加白薇、银柴胡、生牡蛎、浮小麦及生姜、大枣，投之辄能应手奏效。

附子配石决明、牡蛎治阳虚头痛：一般头痛症，人多不敢用附子，惟恐厥阳独亢，用附子以阳助热。不知肝脏体阴而用阳，故有阴虚头痛，亦有阳虚清阳不升之头痛，他用附子使清阳上升，用石决、牡蛎以使浮阳潜降，治之多有愈者。此即温潜之法，源自祝味菊先生。

附子配熟地，凡肾阳不足，而见舌苔腻舌质红者，亦即阴阳俱不足，用附子时配熟地。

附子配当归，治阳虚失血便红等症，盖脾土虚弱，不能统血，血去阴伤，阳气亦虚，此等症久治不愈或时愈时发，必内有瘀阻，瘀血得热而行，故遇瘀血症辄用附子、当归加去瘀之品，多能见效（《中医杂志》1962 年 6 期）。

### 三、李 彦 师

李彦师（1906～1978），贵阳中医学院已故名医，出身中医世家，对《伤寒》、《金匱》研究精深，崇尚经方，重视阳气，擅长应用附子，有“李附子”之誉。常用量 15～30g，甚者 50g 以上。



其用附子的特点是,先将附子在火上烤微焦起泡,冷水浸泡,先煎1小时,或配伍甘草、生姜、白蜜缓解毒性。例案如下:

**附子入膳,治宫寒不孕:**袁女,27岁。自幼体弱,婚后两次自然流产,近2年久不受孕。诊见面白畏冷,腰膝酸软,舌淡紫,脉沉细等一派阳虚阴寒之象,“治宜缓图,药膳调理为妥”:附子50g,黄芪、白术各30g,当归10g,生姜20g,羊肉500g。每周1~2次,患者坚持服用半年,面色红润,体力大增,终于受孕,顺产一男婴。认为“久病虚寒,需要长期调治者,此法最佳。”

**附子内外同用治疗久泻:**王男,28岁。慢性腹泻3年,每日腹痛腹泻3~5次,五更必泻,便溏而稀,四肢欠温,腰腹冷痛,舌淡胖润,苔白滑,脉沉细弱。辨为命门火衰,脾土不温,治宜补火暖土,涩肠止泻,标本兼顾,内外合治,方取:附子30g,炮姜15g,川椒3g,党参15g,赤石脂20g,炙甘草10g,粳米50g。先煎附子,再下粳米,米熟后再下余药同煎。

外敷法,附子30g(热酒泡软,打烂),赤石脂30g,加食醋和热米饭同捣如稀泥,敷于神阙至关元穴处,绷带固定。治疗1周,病情日减,外敷药续用,内服方以附子理中汤调理,3月后痊愈。

按:内服方虽寥寥数味,却囊括了《金匱》“腹中寒气,雷鸣切痛”的附子粳米汤,“心胸中大寒痛”的大建中汤和虚寒下利滑脱的桃花汤,融3方药力,顿挫病邪,显示李氏娴熟的经方应用技巧(《中医杂志》1996年11期)。

#### 四、朱 卓 夫

喜用附子，也最擅用附子。”

认为时时顾护阳气的存亡，是治病救命的关键所在。而温阳补阳最力者，莫过于附子。他用附子自有准绳，凡见症有面苍、汗出、溲清、舌淡，即可放胆使用。戴阳之面赤如妆，虚阳上浮之舌红少津，阳虚阴必走之吐血，过用寒凉使实热化为虚寒之麻疹，脾阳不运胃津之消渴等等阴阳疑似之症，在辨证准确之后，则当机立断，重用附子。摘其经验如下：

凡遇真阳衰竭，脱症蜂起，奄奄一息，顷刻待毙之际，附子不仅重用 60g 以上，且常用生附子直追残阳，挽回生机；

大吐大泻，阳随阴脱，用大剂附子理中汤加木瓜；

朝食暮吐，反胃重症，用生附子炭剂，乘热投入姜汁，研末蜜丸作根治法；

阳虚水湿内停之水肿，水气上泛之眩晕，水泛为痰之咳嗽，均用大剂真武汤加味。

消渴引饮，饮一溲一之下消用肾气丸加乌梅、花粉等，都是重用附子为主药。

误表戴阳之伤寒坏症，面赤身热烦渴，大便反泻，舌苔两边白润，舌中红燥，乃上热下寒，用朱肱之益元汤，扶阳滋阴并用，附子用量中等。

阳气不得入于阴致阴虚失眠盗汗，用附子以为补阴向导，从阳引阴，每用二加龙骨牡蛎汤加枣仁、浮小麦。

阴虚于下，虚阳上浮的虚火喉症，用李纪方镇阴煎；

肾不纳气，虚阳上浮的气喘，用《冯氏锦囊》全真一气汤，则附子用量又极轻微。

**麻疹例案：**萧某之子，10岁。夏初出麻疹，已延专科麻医服清热解毒之剂，忽面色惨白，吐泻交作。邀朱诊视，脉搏迟缓，舌虽黑而湿润，唇虽焦而带淡。此乃实热化为虚寒，若再

## 中医火神派探讨

与寒凉克削，势必入咽即危。当此一发千钧之候，急用温补或可挽回造化之力，乃疏附子理中汤加黄芪、当归与之。人参 6g，白术 12g，干姜 7g，附片 15g 先煎，黄芪米炒 12g，当归土炒 9g，炙草 5g。处方开出，举室疑骇，幸有明理老人在座，笃信朱氏，力主用之。服 2 剂吐泻顿止，各症渐除（《著名中医学术家的学术经验》，湖南科技出版社）。

其他尚有四川卢铸之（1876～1963）、戴云波（1888～1968）、张紫衣、刘民叔，重庆龚志贤，云南吕重安（1880～1968），江苏张剑秋等，其中卢铸之且为郑钦安入室弟子，皆为擅用附子名家，均有相当影响，因资料所限，无法深入探讨。其他擅用附子者，尤其民间医家，无可计数，因无资料报道，只有暂付阙如。

## 第五章

### 附子用法综述

附子、川乌、草乌同为毛茛科植物,但不同属。附子 *Radix Aconiti lateralis Preparata* 为乌头的子根,川乌 *Radix Aconiti* 为乌头的干燥母根,草乌 *Radix Aconitiz Kusnezoffii* 为北乌头的干燥块根。附子、川乌系栽培品,草乌为野生植物。在性味与归经方面,附子、川乌、草乌同具辛、热、有毒,归心、脾、肾经的特点;在毒性方面附子<川乌<草乌;在功效方面,三者各有异同,附子具有回阳救逆,补火助阳,散寒止痛功效。川乌具祛风寒湿,散寒止痛功效。此两者相比较,附子散寒止痛作用强于川乌。草乌与川乌同样具祛风寒湿,散寒止痛作用,只是川乌侧重于治寒湿痹症,草乌侧重祛风止痛。附子、川乌、草乌在用药时一般均用炮制品。

恽铁樵说:“附子最有用,亦最难用。”一语道尽附子的特点。说它有用,是因为自仲景时代起,附子就被视为扶阳祛寒要药,受到众多医家的推崇,明·张景岳将附子与人参、熟地、大黄列为“药中四维”。古称礼义廉耻为国之四维,意为立国安邦之要;药中四维,即治病保命之要药。火神派医家则以擅用附子为突出特点,认为“热不过附子”,郑钦安擅用附子、四逆辈,化裁而治疗百余种病,是“为郑氏一生最得力处”,“直可说前无古人”(唐步祺语)。后来祝味菊尊附子“为百药之长”,唐步祺推“附子为热药之冠”,李可称“附子为药中第一大将”,卢崇汉视附子为“扶阳第一要药”,应该都是从郑氏对附子的推崇演绎而来,概括了附子的重

要性。

说它难用，是因为附子大热，药性峻烈，而且有毒，应用起来不无顾忌。古代医家畏用附子者不乏其人，“甚至终身行医，而终身视附子为蛇蝎，每告人曰：附子不可服，服之必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必内烂五脏，今年服之，明年毒发”（《本草崇原》）。医家的作用就在于扬长避短，化害为利，诚如祝味菊所言：“附子是心脏之毒药，又是心脏之圣药。变更附子的毒性，发挥附子的特长，医之能事毕矣。”

毫无疑问，附子是一味临床要药，无论是危急重症，还是慢性疑难病症，附子都发挥着重要的治疗作用。如何安全有效地运用附子，最大限度地发挥其作用，是一个非常重要的课题，对于传承火神派的学术思想，尤其具有重要意义。

本章拟对附子的应用，包括附子的药性，应用指征、配伍、服用剂量、煎煮方法、古今医家经验等诸多因素，作一探讨。



## 第一节 古代医家论述

### 一、仲景为擅用附子第一人

《伤寒论》113方，用附子者21方，37条；《金匱要略》中用附子有11方，16条。实开后世应用附子之先河。其常用方剂、配伍至今为医家所常用，归纳如下：

四逆汤，附子与干姜、甘草相配而为回阳救逆第一方。四逆汤是以附子为主的代表方剂，附子与干姜、甘草配伍，此是

附子的最重要配伍，又称“仲景附子配伍法”。考火神派诸家如吴佩衡、范中林、卢崇汉等用附子时，最常用的就是四逆汤，吴佩衡更经常加入肉桂，称为“大回阳饮”。

真武汤，附子与茯苓、白术、白芍、生姜相配温阳利水；

附子汤，附子与人参、白术、茯苓、白芍相配温阳益气；

麻黄附子细辛汤，附子与麻黄、细辛配伍温经发表；

桂枝附子去桂加白术汤，附子与白术等相配治风湿骨节烦痛（术附合用为除湿之圣药）；

附子粳米汤，附子与半夏、粳米、大枣、生姜配伍温脾止泻；

大黄附子汤，附子与大黄、细辛相配温下寒积；

附子泻心汤，附子与大黄、黄芩、黄连相配扶阳消痞；

黄土汤，附子与生地、阿胶、黄土、白术、甘草、黄芩相配温脾止血；

薏苡附子败酱散，附子与薏苡仁、败酱草相配治肠痈；

乌梅丸，附子与乌梅、黄连、黄柏、川椒等相配治蛔厥及久利；

肾气丸，附子与地黄、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻、桂枝相配而为补肾祖方。

### 二、附子配伍的发展

唐·孙思邈在《千金要方》中创温脾汤，将附子、大黄、人参、干姜、甘草熔于一炉，功在温补脾阳，攻下冷积，这是对张仲景大黄附子汤的发挥。近人用于急性菌痢、慢性肾炎等，疗效很好。

宋·陈自明《妇人良方大全》中的参附汤，为回阳固脱的代表方剂，是抢救心力衰竭的主方。

宋·魏岷《魏氏家藏方》中的芪附汤，被后世立为益气温阳、回阳救逆的主方。

明·陶节庵《伤寒六书》中立回阳救逆汤，方中既有回阳救逆的附子、干姜、肉桂，又有益气生脉的人参、五味子、炙甘草，还有麝香，增强了温通开窍作用。

清·王清任所创急救回阳汤，将附子、干姜与桃仁、红花配伍，诚为回阳救逆法与活血化瘀法组方的典范，为治疗心衰、挽救生命开拓了一条新路。

### 三、历代医家论附子

《神农本草经》：“附子气味辛温有大毒，主风寒、咳逆、邪气，温中，金疮，破症坚、积聚、血瘕、寒湿，痿痹，拘挛，膝痛不能行步。”

金·刘完素：附子“大辛大热，气厚味薄，……无所不至，为诸经引用之药”（《素问病机原病式》）。

朱丹溪：“气虚热甚者，稍用附子，以行参芪；肥人多湿，亦宜少加附子以行经。”（《丹溪心法》）

王好古：“附子能导虚热下行，以除冷病，治督脉为病，脊档而厥。”（《汤液本草》）

元·吴绶：“附子乃阴证要药，伤寒及一切阴寒急症，急须用之。直至阴极阳竭而用之，已迟矣。舍参、附不用，将何以救之？”（《伤寒蕴要》）

宋·窦材：“保命之法，艾灸第一，丹药第二，附子第三”（《扁鹊心书》）。推崇附子为续命起死之要药。

明·戴原礼：“附子无干姜不热，得甘草则性缓，得桂则补命门”（《证治要诀》）。

李时珍：“乌、附毒药，非病危不用，而补药中少加引导，其

功甚捷。”

虞抟：“附子禀雄壮之质，有斩关夺将之气，能引补气药行十二经，追散失之元阳；引补血药入血分，以养不足之真阴；引发散药走腠理，以逐在表之风寒；引温暖药达下焦，去在里之冷湿”（《医学正传》）。

张景岳推崇附子、大黄为药中良将，称附子“大能引火归原，制伏虚热，善助参芪成功，尤赞术地建效。无论表证里证，但脉细无神，气虚无冗所当急用”（《景岳全书·本草正》）。“凡今之用者，必待势不可为，不得已然后用之，不知回阳之功，当用于阳气将去之际，便当渐用，以望挽回。若用于既去之后，死灰不可复燃矣，尚何益于事哉？但附子性悍，独任为难，必得大甘之品，如人参、熟地、炙甘草之类，皆足以制其刚而济其勇，以补倍之，无往不利矣。此壶中大将军也，可置之无用之地乎！但知之真而用之善，斯足称将将之手矣”（《景岳全书·新方八阵》）。

缪仲醇：“附子之性走而不守，入补气药则温中，入补血药则强阴，并能搜逐风湿，为百病之长”（《本草经疏》）。

倪朱谟：“诸病真阳不足，虚火上升，咽喉不利，饮食不入，服寒药愈甚者，附子乃命门主药，能入其窟穴而招之，引火归原，则浮游之火自熄矣。凡属阳虚极之候，肺肾尤热证者，服之有起死之殊功”（《本草汇言》）。

清·陈修园：“附子味辛性温，火性迅速，无处不到，故为回阳救逆第一要药”（《时方歌括》）。

黄宫绣：“附子通行十二经，无所不到，补先天命门真火，凡一切沉寒痼冷之症，用此无不奏效”（《本草求真》）。

张隐庵：“凡人火气内衰，阳气外驰，急用炮熟附子助火之原，使神机上行而不下殒，环行而不外脱，治之于微，奏功颇



易，奈世医不明医理，不识病机，必至脉脱厥冷，神去魄存，方谓宜用附子。夫附子治病者也，何能活命。甚至终身行医，而终身视附子为蛇蝎，每告人曰，附子不可服，服之必发狂而九窍流血，服之必发火而痲毒顿生，服之必内烂五脏，今年服之，明年毒发，嗟嗟！以若医而遇附子之证，何以治之，肯后利轻名而自谢不及乎？肯自居庸浅，而荐贤以补救乎？必至今日药之，明日药之，神气已变，然后复之，斯时虽有仙丹，莫之能救。贤者于此，或具热衷，不忍立视其死，间投附子以救之，投之而效，功也，投之不效，亦非后人之过。前医惟恐后医奏功，祇幸其死，死后推过，谓其死，由饮附子而死。噫！若医而有良心者乎？医不通经旨，牛马而襟裾，医云乎哉？”（《本草崇原》）

《医宗金鉴·参附汤注》：“补后天之气无如人参，补先天之气无如附子。”

《古方药议》：“附子虽为雄悍大毒之品，但于阳气脱垂之际，却可奏回阳奇效于瞬息之间，这正是其他诸药所不及之处。”

附子内服有回天之力，外用有引火归原之功，古籍多有记载：

《摘玄方》：治虚火上行，自感背热如火炙者，用附子末津调，涂涌泉穴，能引火下行，背热自除。

《经验方》：治久患口疮，属于虚火为患者，用生附子为末，醋面调，贴足心，男左女右，日再换之。

《普济方》：治鼻渊脑泄，流下脓血或清涕，反复不愈者，用生附子为末，葱涎和如泥，敷涌泉穴，亦颇有效。

《奇效简便良方》：治喉症，生附子末（用吴萸亦可）热醋调敷两脚心，不论实火虚火皆妙。



## 第二节 应用指征

1. 仲景用附子的指征主要是“少阴病，脉微细，但欲寐”，强调了脉、神两点，此为附子应用之纲领，一直被后世奉为圭臬。此外，仲景还强调了“小便色白”亦是少阴病特点，“若小便色白者，少阴病形悉具。”吴又可解释说：“凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便色赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上热下寒，故小便清白，但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。”

2. 南京中医药大学黄煌教授长期研究《伤寒论》，总结出“附子证”和“附子脉”，颇感切当。附子证：①精神萎靡，嗜卧欲寐。②畏寒，四肢厥冷，尤其下半身、膝以下清冷。③附子脉——脉微弱（脉形极细，按之若有若无），沉伏（重按至骨方能按到），细弱（脉细如丝，无力），或脉突然浮大而空软无力。笔者以“微”（脉微细）、“萎”（精神萎靡）、“畏”（畏寒）三字概括之，更便于记忆。

黄煌教授还提出，“脉微细”不能仅仅理解为一个症状，而应当理解为是一种体质状态，这就是中医所谓的“阳虚”或“少阴病”。与这种脉象相伴而来的症状，多为：①精神萎靡，极度疲劳感，声音低微；②畏寒，四肢冰冷；③大便溏薄或泄泻，泻下物多为不消化物，并伴有腹满腹痛等；④浮肿，尤其是下肢的凹陷性水肿，有时可以出现腹水。如果检测血压，多见血压偏低，心功能与肾功能可能低下。

附子脉也有特殊情况，不见细弱，反见有力者，但同时必须具有其他症状。如《金匱要略》大黄附子汤证的脉象就是“脉紧弦”，桂枝附子汤证的脉象为“脉浮虚而涩”。不过两者

所伴有的症状为剧烈的疼痛,所谓“肋下偏痛”、“身体烦疼,不能自转侧”。从临床看,附子证出现脉紧或弦的,还包括伴有出汗。

黄煌教授还认为,附子还主治痛证。就仲景所及,附子多用于以下的疼痛:

身体烦痛:在《伤寒论》及《金匱要略》中应用较多,如桂枝附子汤主治“风湿相搏,身体烦疼,不能自转侧”。

肋下偏痛:大黄附子汤主治“肋下偏痛,发热,其脉紧弦”,肋下,包括肋胸部、上腹部和腰胯部。

胸痛:薏苡附子散主治“胸痹缓急者”。胸痹指胸背痛。

腹痛:四逆散条下有“腹中痛者,加附子一枚”。《金匱要略》中的附子粳米汤,主治“腹中寒气,雷鸣切痛”,均是剧烈的腹痛。唐代《千金方》温脾汤(大黄、附子、甘草、肉桂、人参)治疗冷积,就是以腹痛、四肢冷、舌苔白腻为特征的疾病。

头痛:《三因方》治偏正头痛,年久不愈,用姜、炙附子与高良姜为末,茶调服,方名必效散。《澹寮方》用附子配全蝎、钟乳粉,研末为丸,治疗头痛。《传家秘宝方》则用附子石膏为末内服。均用附子。

痛经:《简易方论》用附子配当归,研粗末煎服,治疗经候不调,血脏冷痛,指治疗痛经。

黄煌教授指出,附子所主治的痛证,其痛势剧烈,但多伴有以下几种情况:①患者虽苍白虚弱,反而烦躁不安,全身疼痛而痛无定处,如一些肿瘤引起的疼痛、中枢性疼痛等;②关节疼痛、拘急而冷汗直冒,如某些风湿性关节炎、腰椎间盘突出、痛风等;③肋腹大痛而腹部按之无硬满拒按,而且舌不红苔不黄腻者。④胸痛彻背,四肢冰冷过肘及膝,如心绞痛等。

3. 后世尤其是火神派演绎出的附子用药指征则远远超

过了上述界限。“火神派首领”郑钦安在“钦安用药金针”（《医理真传》）中说：“予考究多年，用药有一点真机与众不同。无论一切上中下诸病，不同男妇老幼，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，身疼头痛，目肿口疮，一切诸症，一概不究，用药专在这先天立极真种子上治之，百发百中。若见舌苔干黄，津液枯槁，口渴饮冷，脉息有神，其人烦躁，即身冷如冰，一概不究，专在这先天立极之元阴上求之，百发百中。”由此广泛倡用附子，这是对附子应用的一大发展，本书在前面已充分论述。

4. 云南吴佩衡总结了阴阳辨证十六字诀，颇切实用。阴证——身重恶寒，目瞑嗜卧，声低息短，少气懒言。兼见口润不渴或喜热饮，口气不蒸手。阳证——身轻恶热，张目不眠，声音洪亮，口臭气粗。兼见烦渴喜冷饮，口气蒸手。其中“兼见口润不渴或喜热饮，口气不蒸手”与“兼见烦渴喜冷饮，口气蒸手”这一点亦十分重要，吴氏有时即是根据“渴喜热饮”或“口气不蒸手”之症而断为阴证，投用附子而起大症，切切不可忽视。

5. 上海徐小圃先生应用附子指征是：神疲，面色晄白，舌润，肢清，脉软，尿清，便溏。临床只需抓住一二主证，即可放手使用。尤其小便清长者，常重用附子，如小便量少者，则改用肉桂。他指出：阳虚证端倪既露，变幻最速，如疑惧附子辛热举棋不定，必待少阴证悉具而后用，往往贻噬脐莫及之悔。笔者认为，徐小圃先生的这些经验，尤其“抓住一二主证，即可放手使用”的见解十分重要，颇切实用，值得玩味。

6. 湖南朱卓夫先生也提出，“凡见症有面苍、汗出、溲清、舌淡，即可放胆使用（附子）。”与徐小圃先生的看法异曲同工。

7. 脉象在判认过程中是一个十分重要的因素,很多名医都发表了意见。当代伤寒大家刘渡舟教授认为:“少阴寒证,若验之于脉,则脉沉而缓,或微细如丝,而按之无神。……少阴病当凭脉辨证,其方法不论脉之浮沉大小,但觉指下无力,而按之筋骨全无者,反映了内有伏阴,阳气不足之候”(《新编伤寒论类方》)。

另一伤寒名家陈慎吾(1897~1972)先生则认为,肾阳虚以尺脉微为鉴定要点。

8. 很多名家非常重视舌象在判断附子应用中的价值,其中包括郑钦安。如四川范中林先生最注重舌象,凡舌质淡或淡红、暗淡,舌体胖或有齿痕,舌苔白腻、灰腻、白滑者,即舌无热象者,均为附子或四逆汤的使用指征,为其一大特色。

李可先生曾谈到:对于阳虚病症,舌象拿准了,放胆用附子,绝对没问题。

刘渡舟教授认为:“少阴寒证,……若验之于舌,则舌带糙米色,或如猪腰,或如淡墨,或白苔而润,或无苔而燥,或舌短不能伸。此证口淡而不渴,或渴不欲饮,或渴饮热汤,反映了少阴阳虚不能化生津液,治疗当用四逆汤扶阳以胜阴。”

河南中医学院教授李统华亦强调根据舌象辨别真假寒热,“因为舌最能反映病性之寒热,据舌以甄别寒热,则爽而不谬。凡舌质淡白,舌体胖润有齿痕,舌面湿润或津液欲滴,患者反有某些热性症状时,多为真寒假热证。若苔黄或黄腻,但舌面反而多津,且有真寒症状者,不可误认为湿热。”他并解释说:“可将舌质喻为土地,舌苔喻为禾苗,比如淫雨霏霏,连月不开,地如沼泽(舌面多津),禾苗淹没,则苗也黄(舌苔黄);若久雨转晴,阳光普照,则禾可复苏(黄苔可退),若视此苗为干旱所致,复灌以寒水,则禾必溺死。”由此,他得出结论:“判断

寒热不取决于舌苔之黄、白，而取决于舌质之红、淡，津液之多、寡。”

内蒙古高德元先生则提出，舌色深浅是附子用量大小的依据。他说：“附子可治一切寒证，不论大寒证、小寒证、虚寒证、实寒证，皆可用之。具体运用时要遵守的两条标准：第一，一切寒证；第二，客观依据是舌色。”凡瘀血而致舌色为淡紫、紫色、暗紫、深紫等，皆是运用附子客观指征。舌色深浅是用量大小的关键。舌色深用量大，色浅用量小。若为红舌断不可用。用量在9~90g之间。超过15g即应先煎1小时。生姜、干姜、甘草有解毒作用，用量至15g左右。案例：某女，35岁，尿频尿急年余，情绪紧张时加重，舌淡紫，判为肾阳虚，用真武汤加鹿角霜30g，附子45g，生姜15g，余为常规量，1剂好转，3剂后如常（《中医杂志》1992年5期）。

9. 黄煌教授提出临床难以辨认附子证时，考察一下病人体质是有价值的。据此，作者从神色形态及平素感觉5个方面入手，归纳了判断阴寒体质与阳热体质的纲领：

阴寒体质：神——精神萎靡，目光无神，面带倦容。色——面色晦暗或暗黄，无光泽。形——形体偏胖，肌肉偏松，或有浮肿。态——喜静厌动，容易疲倦，但欲寐。平素感觉——畏寒喜温，四肢发凉，或腰以下凉冷。大便偏溏，小便清长。口和或喜热饮。

阳热体质：神——亢奋、易烦躁，焦虑，失眠多梦。色——面色潮红或红黑，有油光，目睛充血、多眵，唇红。形——偏瘦，体格较强健。态——亢奋、好动。平素感觉——口干口苦，喜凉恶热，喜冷饮。皮肤常有疮疖。便干，小便短赤。

比较一下，这与郑钦安先生的“阴阳辨诀”基本上是一致的。

10. 恽铁樵先生对伤寒论有许多独特见解,尤对少阴寒化证运用附子积累了很多经验。他认为少阴寒化证急用附子的关键在于掌握辨证要点和时机,对附子的应用提出了三条辨证依据。

(1)辨脉:以“脉硬有汗”为特征。少阴寒化证是心肾阳虚,寒邪偏盛,通常以“脉微细”或“脉沉而微细”为主要脉象。而“脉硬”是指脉紧,与太阳病寒邪在表,脉紧无汗相反,脉紧有汗,多伴有恶寒、蜷卧、四肢厥逆、下利清谷等症。仲景云:“病人脉阴阳俱紧,反汗出者,亡阳也。”因此“脉硬有汗”是少阴亡阳危证,较“脉微细”为甚,应急用附子回阳救逆。

(2)辨舌:以“舌色干枯”为特征。少阴寒化证津液不伤,表现为“口中和”。舌色干枯如荔枝壳,色紫棕如劫津状,是肾阳虚衰,津不上承所致。正如《伤寒本旨》所云:“(舌)干燥者,阳虚不能化津上润也。”而非阳证热盛,津液受劫而致舌色干绛,故可用附子温阳化津。

(3)辨汗:以“肌肤津润”为特征,少阴寒化证,肌肤津润汗出,是阴盛阳衰,虚阳外越之象。若大汗淋漓,发润肤凉是阳气将脱之危候,不易挽回。只有在汗出津润而头发不湿的情况下,急下附子回阳固脱,方有生机。

恽氏认为少阴证,附子固然可以挽回,然限于脉不乱、面不肿、气不急、汗不润发之际。四症见其一者,即属难治,有其二则预后不良。他将亡阳过程分为四个阶段:第一、腕背与手背先冷,此为亡阳之征兆;第二、手腕肤凉,全手皆凉,此为亡阳之证,用附子最有效;第三、四肢逆冷,冷过肘膝,此为亡阳危候,急进附子,犹可转机;第四,体温外散,肌肤冷,涣汗出,此时阳气已绝,再用附子难以挽回。笔者认为,这些经验十分宝贵。

以上各家各有见地,综合一下,觉得还是从舌脉神色口气二便等方面归纳更有条理,其中,舌象、脉诊的辨证价值尤其重要。



### 第三节 剂量与煎法

#### 一、剂 量

张仲景用附子,生者用于回阳救逆,炮者用于温经扶阳、散寒除湿。考仲景附子用量,一般用1枚,中等量2枚,最多则用3枚。按1枚20~25g计算,也不过80g左右。

火神派诸家用附子多为大剂量,吴佩衡、范中林、李可、卢铸之、卢崇汉等一般出手都在30g以上,尤以吴佩衡、范中林、李可用量更是惊人,多至100、200、300g,最多用至500g,先前作过介绍。四川王渭川先生认为:“熟附片必用至60克方有疗效。”

云南楚雄州中医院王慕尼先生介绍:“目前云南习用附子往往是大剂量100~250g,且煎煮时间达4、5小时。”但王慕尼本人却“与此相反”,行医迄今近50年,每用附子都基本上是小剂量10~20g,冷水快速煨,临床证明有省药、省时间、高效、速效、安全之诸多好处。

当然,一般医家对附子的用量多持审慎态度,用量在10g左右,不超过15g,这也是《中国药典》规定的剂量。

#### 二、煎 法

附子有毒,故各家多主张先煎久煎,大剂量投用时尤其如



此。必须先煎 1~3 小时以上,再入它药同煎,这已经成为多数医家共识。吴佩衡用附子必久煎 3 小时后先尝,半小时后不麻口,才与它药同煎服之。他用附子特点有三:一是用炮制附子;二是与干姜、上肉桂(研末泡水冲入)配伍使用;三是久煎(大剂量煎 3 个小时以上)。

四川龚志贤:“附子重在煮透,煮至入口不麻,就无毒性反应了。余用制附片 30 克以上者,必须先煮 1 小时,用量在 60 克者必须先煮 2 小时,以入口不麻为度。”

刘民叔:“炮用附子,先煎 1 时;生用附子,先煎 3 时,必依时煎足,否则发麻,令人不安。”

实验证明,附子经长时间煎煮后,乌头碱水解为乌头原碱,其毒性显著降低。有资料表明,附子经加热处理后,毒性仅为原来的 1/200。但其强心成分经煎煮后不被破坏(吕兰薰等《常用中药药理》)。

但也有人提出异议,四川万县地区杨德全称:历代本草都认为附子有毒,内服需制后久煎,否则容易中毒。余遵前贤所言,凡用附子,必先煎 1 小时以上,“但所获效果极差”,如曾治一少阴阴盛阳衰证,急投四逆汤,病情依然如故。余苦苦冥想,《伤寒论》四逆汤方后注云:“上 3 味,以水 3 升,煮取 1 升 2 合,去滓,分温再服。”仲景明示水由 3 升熬至 1 升 2 合,表明时间不长,并未先煎。遂以原方 2 剂,诸药同煎半小时,药后效如桴鼓。因此,使用制附子小剂量 15~20g,不需先煎久煎,与它药同煎 30 分钟即可,经过临床应用,“未发现中毒现象,而且疗效较好。”当然大剂量使用时,仍以先煎久煎为好(《中医杂志》1987 年 12 期)。

云南楚雄州王慕尼先生也认为:凡是大剂量用附子者都是垂危至极的病人,在这紧急情况下,再煮 4、5 小时又怎能救

急？王氏经验是，附子的剂量以年龄分四个等级，2~5岁用5g，6~9岁用10g，10~15岁及60岁以上用15g，16岁以上成人用20g。凡用附子的方剂，附子均与其他药同时下锅，加冷水用中火煎煮15~20分钟后，即可服第一次，以后二、三、四次的煎服法依然同上，为了急救方便，可先服粉剂，继服汤剂加粉剂。具体步骤：将附片用细砂炒炮，研细粉备用。凡遇身凉脉绝的垂危病人，急将附片粉5g开水冲服，与此同时另用复方煎剂回阳固脱，益气救急，这是治疗急证的有效方法（《长江医话》“附子煎药方法谈”）。

黑龙江省陈国恒先生亦认为，小剂量附子15g不必先煎久煎，与它药同煎即可，经过临床应用，“未发现中毒现象，而且疗效较好。”（《中医杂志》1992年12期）



### 第四节 关于毒性问题

附子治病救逆有奇效，许多医家誉为中药之良将，视为“百药之长”，擅长广泛用之，这是一方面。另一方面，历代本草都说明附子有大毒，加之后世临床对附子的适应证辨认不清，病初当用附子之时犹豫不决，直至阴极阳竭时才用，已救不及，间或有因服乌、附中毒死亡的报道，导致迟投或不投而失误，甚或对病人抱有不负责任的态度，诚为不能普遍应用之原因。

#### 一、古人早有认识

《淮南子》已经提到：“天下之物，莫凶于鸡毒乌头，然而良医囊而藏之有所用也，良医以活人。”但称“附子不可服，服之

必发狂，而九窍流血；服之必发火，而痲毒顿生；服之必内烂五脏，今年服之，明年毒发。”未免言之过甚，耸人听闻。

现代研究已知，附子、川乌、草乌的主要化学成分都有乌头碱、次乌头碱、中乌头碱，其他化学成分各有所异。在药理作用方面，小鼠作实验表明，川乌、草乌镇痛作用较附子明显。川乌与草乌比较，川乌为乌头的干燥母根，草乌为北乌头的干燥块根，实验证明，乌头与北乌头在等毒剂量口服时，均有明显镇痛作用，北乌头略强于乌头。附子含有乌头碱、次乌头碱等六种生物碱。这些物质有显著的强心、利尿、兴奋迷走神经中枢及消炎镇痛作用，但其毒性甚大，其毒性主要是对神经与心脏的损害。中毒时间一般在服药 30 分钟后出现，长者 1~2 小时左右。开始见口唇、舌及肢体发麻，继之恶心呕吐，烦躁不安，进而昏迷，四肢及颈部肌肉痉挛，呼吸急促，肢冷脉弱，血压及体温下降，心律不齐，多发性室性期前收缩，严重者可突然死亡。中毒的直接原因是生用、过量及饮用附子（包括乌头）酒制剂等。

口服乌头碱 0.2mg 即可发生中毒反应，3~5mg 即能致死。故口服生附子是非常危险的。据说印第安人常用乌头的药汁涂抹箭头，野兽中箭以后很快倒地。附子中毒的症状为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、头昏眼花、四肢及周身发麻、畏寒，继而瞳孔放大，视觉模糊，呼吸困难，手足抽搐，血压及体温下降。乌头碱可直接毒害心肌细胞，中毒可导致心室纤颤。

有人曾报道，大剂量（30g 以上）应用附子，中毒反应为 11.3%，其中鼻衄 2%，舌、指、全身发麻 9.3%，主张先煎 30 分钟以上。如能掌握好辨证、适量、久煎三原则，不会中毒。

赵金铎曾见一痹症患者，因其寒湿之证明显，屡次服用大剂附子，病情虽见好转，但出现了口唇及舌体麻木的症状，停

服附子3年不愈，屡经治疗无效。赵氏详询病情，疑与附子中毒有关，因处黄连、黑豆、甘草小方与服，不数剂而愈。

问题的另一方面在于，药之本性在毒，无毒则不成药。良医正是利用附子的毒性来治病救人。近代医家杨华亭指出：“乌头虽毒极，而入药主治之功能，则为诸药所莫及。”“惟能用毒药，方为良医。”李可先生亦称：心衰病人应用附子须急煎频服，“附子为强心主将，其毒性正是起死回生药效之所在”。“此时附子的毒性，正是心衰病人的救命仙丹，不必多虑。”他“常以数百克附子，挽救病人于无何有之乡，使剧毒之品变成了救命仙丹。”卢崇汉谓：“卢氏祖宗三代这么多年使用了这么多的辛温药物，没有发生一例由于大剂量使用辛温扶阳的药物而导致中毒的病人。”唐步祺则曰：“数10年之经验，对治阳虚诸种病症，用姜附少则30g，多达250g，从未发生任何副作用，真是药到病除。不敢自秘，愿与同仁共用之，以救世之阳虚患者，功莫大焉。”

何绍奇先生曾经指出：服附子不会蓄积中毒，沈阳有位强直性脊柱炎患者，至今服药400剂以上，每方皆重用附子至30g，共用附子数10斤，从初诊起到现在一直坚持上班工作，已基本痊愈。浙江桐庐县的金雪明先生为了体会附子的毒性，亲自品尝附子。开始用6g，无丝毫感觉。第2天用10g，第3天用15g，亦无反应。第4天用30g，煎1小时服，仍安然无恙。为了加深体会，又每天煎服30g，连服4天，不但没有出现毒副反应，精神反而较前充沛。他说：“属于热体的我，8天共服181g，无多大反应，如用于虚寒之体，则更何足虑哉！”认为凡久病体弱，一切功能减退所致之病症，均有良效。

可见，附子有毒是客观事实，附子治病救人也是客观事

实,关键是能否善于运用,“能用毒药,方为良医。”“变更附子的毒性,发挥附子的特长,医之能事毕矣”(祝味菊语)。清·柯韵伯:“今之畏事者,用乌、附数分,必制熟而后敢用,更以芩、连监制之,焉能挽回危证哉。”

## 二、怎样避免附子中毒

火神派各家均有自己的一套附子应用经验,尤其是避免附子中毒的办法,已见于相关章节中。归纳其基本经验,有如下一些:

1) 必须用炮制附子,禁用生品。

2) 严格辨证,掌握适应证。

3) 宽水久煎。大剂量附子必须先煎1~3小时以上,再入它药同煎。实验证明,附子经长时间煎煮后,乌头碱水解为乌头原碱,其毒性显著降低。有资料表明,附子经加热处理后,毒性仅为原来的1/200,但其强心成分经煎煮后不被破坏。(吕兰薰等《常用中药药理》,陕西科技出版社)

4) 讲究配伍。附子与干姜、甘草同煎,其生物碱发生化学变化,毒性大大减低(《古今药方纵横》)。此三味配伍恰为《伤寒论》中的四逆汤,故又称张仲景附子配伍法。

5) 李可先生经验:凡用乌头剂,必加两倍量之炙甘草,蜂蜜150g,黑小豆、防风各30g;凡用附子超过30g时,不论原方有无,皆加炙甘草60g,即可有效监制。考炙甘草、蜂蜜、黑小豆、防风均有解毒作用。

6) 当代何绍奇先生用附子时,多加生姜30g,蜂蜜50g,可以减低毒性。

现已研究出附子无毒的加工方法,即用高压锅加温至120度蒸两小时即已无毒。

### 三、附子“五禁”和药后“三问”

由潘青海先生提出,以便准确掌握附子的使用。

五禁——面赤;舌红苔黄燥;谵狂心烦乱;尿短赤;脉数实。这5种临床表现为阳热实证,绝对不能用附子。但临床上要与假热证区别,如面红如妆,语言重复而低微,脉浮大无根等,这些是虚阳上越证,亦即戴阳证,可以用附子引火归原。

三问——服后睡眠、小便、动静三方面的变化,如三症亢进,则附子减量或停用。即病人服用附子后,睡眠安然,尿量增多,活动自如而无躁动不安状,为正常反应。反之,则应考虑为附子的慎用病证。这“五禁”和药后“三问”确实具有参考价值。

应该强调指出,服用附子引起的诸多反应中,许多属于正常的“排病反应”,亦即郑钦安所谓的“阳药运行,阴邪化去”的正常反应,乃是药效,不可疑为药误或药伤。弄清服用附子的反应,判认其是正常还是异常反应,药误还是药效,病进还是病退,无疑是十分重要的问题。火神派如郑钦安、吴佩衡等人对服用姜附等热药后的反应积累了十分丰富的经验,本书曾有专节介绍,不再赘述。

### 四、附子中毒解救方法

附子中毒的处理:附子中毒,古时候用甘草、黄连、肉桂、绿豆、黑豆汤解之。现代多注射阿托品、普鲁卡因等,并用1%~2%鞣酸洗胃,酌情给予催吐剂、活性炭以及保温、吸氧等。口服浓茶也有解毒作用,目的是沉淀生物碱。

附子中毒解救方法为:

1)用高锰酸钾或浓茶反复洗胃;

2)以迷走神经兴奋为主要表现者心动过缓、传导阻滞用阿托品;对异位心律失常室早、室速明显者,则应用利多卡因,如两者皆有,可同用之;

3)电击转复;

4)相应对症治疗;

5)中药解救方为:金银花 30g,绿豆 100g,生甘草 60g,水煎内服;或蜂蜜内服,每次 120g,必要时可服至 500g。

6)李可先生研制出乌附中毒解救法:方用生甘草 60g,防风、黑豆各 30g,加水 1500ml,蜂蜜 150ml,分次冲服绿豆粉 30g,10 分钟即解。1965 年曾参与川乌中毒濒危 2 例的抢救,以生大黄、防风、黑小豆、甘草各 30g,蜂蜜 150g,煎汤送服生绿豆粉 30g,均在 40 分钟内救活。

7)李治方报道用鲜续断叶捣汁兑开水内服解救乌、附中毒疗效理想。半小时内中毒症状消失,1 小时后恢复正常,无任何不良反应及后遗症,本药对半夏及毒蕈中毒亦佳。

## 五、半夏、附子同用的问题

半夏、附子同用的机会很多,但历来有不同意见。近代习惯及当今教材,多认为半夏附子相反而不能配伍应用。盖其源起于“半蒺贝菝及攻乌”之说,为古代“十八反”之一,是说乌头与半夏、栝蒌等相反,但并没说半夏、栝蒌等反附子。川乌系附子的母头,但这是两味药,说附子也反半夏、栝蒌等,便是“株连”了。何绍奇曾说:“半夏、附子同用的机会很多,如果要我证明,我可以举出古今 100 个以上的医案医方来作证。”

而且乌头半夏同用在仲景已开先例。《金匱》治虚寒腹痛的附子粳米汤,由附子、半夏、粳米、甘草、大枣组成。当代医家叶橘泉先生评附子粳米汤,谓半夏“去胃之积水”,该方之妙

就在“附子半夏相伍”，“二者缺一，效即不佳”。半夏附子配用历有记载，如《千金方》之半夏汤、附子五积散；《证治准绳》之小半夏汤；《张氏医通》之附子散等等，均是半、附同用。当代名医姜春华、朱良春、颜德馨诸先生都曾郑重地撰文驳斥过半夏反附子之说。另据陈馥馨统计，在《普济方》和《全国中药成药处方集》中含十八反组对的共 411 方，以半夏配附子方数最多，达 163 方，可见其配伍应用的普遍性了。

### 第五节 近现代医家应用经验

1. **张锡纯经验** 张锡纯(1860~1933)论附子：“性大热，为补元阳之主药，其力能升能降，能内达能外散，凡凝寒痼冷之结于脏腑，着于筋骨，痹于经络血脉者，皆能开之通之。而温通之中又大具收敛之力，故治汗多亡阳，肠冷泄泻，下焦阳虚阴走，精寒自遗。……乌头之热力减于附子，而宣通之力较优。故《金匱》治历节风有乌头汤，治心痛彻背，背痛彻心有乌头赤石脂丸”（《医学衷中参西录》）。

2. **谭次仲经验** 谭次仲先生指出：“中药补脑首推黄芪与附子二味，20 年来用附子骤服 1、2 两，渐加至 20 两，亦未尝见有中毒症状。”（《中药性类概说》）

3. **章次公经验** 章次公(1903~1959)曾为《伤寒质难》作序，与祝味菊交往颇多，受祝氏影响，亦擅用附子，如论治失眠，“单纯用养阴安神、镇静药效果不佳时，适当加入桂附一类兴奋药每可奏效。”如治姚男，头昏，夜难安寐，口干唇碎，每夜必饮水数次，否则口干不可名状，状似有热，但舌淡白无华，脉沉细无力，用全真一气汤获良效。推荐此方治元气日困，津滋



耗竭，虚火妄升，气不藏原，上迫喘促，……热极烦躁，上喘下泻，上实下虚，上热下寒等症（《章次公医术经验集》）。

4. **戴云波经验** 戴云波认为凡外人之风寒湿邪气，非用辛温大热之品不能逐之。故他极擅用乌头配合附子、姜、麻、桂之类大辛大热之品治疗风寒湿痹证，疗效显著，故有“戴乌头”之誉。其治风寒湿痹，附子都用60g以上。所拟乌附麻辛姜桂草汤为治痹名方。晚年研制成功的成药——乌头Ⅰ号、Ⅱ号，乃《金匱要略》的乌头汤与麻黄附子细辛汤化裁而成的“乌附麻辛姜桂草汤”，此方已被收入全国中医高等内科教材中作为新创的效验方。

5. **颜德馨经验** 颜德馨早年曾跟随徐小圃、祝味菊先生抄方学习，受其影响，亦很擅用附子，推崇“附子为疑难病治疗之要药”，他说：“疑难杂症患者很多是正邪相争，相持不下的局面，这时就需要用温阳法扶其阳气。附子为百药之长，功兼通补，对久治不愈的难治病，每在辨证的基础上加附子而获效。”认为附子必须先煎，配伍生姜、甘草以解毒，或用白芍、磁石以监制。举其经验之要者如下：

哮喘：小青龙汤散寒化饮无效时，加一味附子有立竿见影之功。

泌尿系统结石：常规以清热化湿为法，每在方中加入附子，起振奋推动作用，常能较快排出结石。

胸痹：附子配生脉饮，附子振奋心阳，生脉饮养阴，共成复脉之师（《中国中医药报》2006-3-31）。

6. **蒲辅周经验** 蒲辅周先生对附子有着精到的配伍经验。但蒲氏恪守“温而勿燥”之原则，认为“药既要对症，用也必须适中，药过病所，温热药的刚燥之性就难免有伤阴之弊。”他还举《伤寒论》附子配伍之例，如附子汤中配白芍、四逆汤中

配甘草以及肾气丸中水中取火等，皆取温而不燥之义（《蒲辅周医疗经验》）。

**7. 钟新山经验** 湖南灰汤温泉疗养院钟新山先生认为，治疗重症，附子需用超常规剂量，初剂效果不显，又无不良反应者，在严密观察下可大剂治之。曾治其7旬老母，双下肢如冰裹，头冷似戴冰帽，始用独活寄生汤加盐附子25g，治疗7天不效。遂每日递加10g，3周后每日附子量达200g，肢冷、头冷稍有减轻。改用盐附子300克，猪蹄1对，炖服，每周1次，每次增加50g，用至400g时，其病若失（《中医杂志》1992年11期）。

**8. 张泽生经验** 江苏省中医院张泽生教授擅用乌头，他说：“乌头之性烈，有大毒，亦有医者因畏乌头之毒，视同蛇蝎，当用不用，或仅用制品，畏用生药，影响疗效。余以生乌头治痛风已历数十载，凡见骨节疼痛，屈伸不利，局部不肿或肿而不红，畏寒，舌苔白腻，脉象沉紧，皆为沉寒痼冷之证，非大温则不化，用之得法，收功甚捷，亦少见中毒发生。”认为生乌头散寒止痛之功优于制用，风重加防风、羌独活；湿重加苍术、苡仁、泽泻；寒重加细辛、附子。上肢加川芎、姜黄；下肢加寄生、牛膝。例方：川乌5~9g，桂枝、桑枝、苍术、苡仁、独活、秦艽、赤芍、乳没、甘草等。

如有中毒如唇麻、心悸等，急以生姜捣汁，或用双花、绿豆衣、甘草等煎服。

**9. 孟澍江经验** 南京中医学院孟澍江教授认为，外感热病也常有使用温法的机会，注意三点：

善于识别假象。曾治冬温已逾一旬老人，热势虽盛而手足无灼人之感，面红赤而目无红筋，烦躁却时现神情委顿，口渴欲饮但并不引饮，苔灰黑厚而扪之尚润，脉细而无力。遂力

排众议，诊为真阳欲脱，虚阳外浮。投以附子 12g，肉桂 2g 研末冲服，干姜 3g，炙甘草 5g。次日热势已平，苔垢大退，脉亦有力，调理而愈。

掌握使用时机。张景岳说：“回阳之功，当用于阳气将去之际，便当渐用，以望挽回。若用于既去之后，死灰不可复燃矣。尚何益于事哉。”每于热病而见阳气已衰征象，可在清热解毒的同时及早投用温阳之品，常用附子。屡用于临床，并不会助长热势，反而可增强清热祛邪药的作用，曾有白虎汤加附子的案例。

灵活配伍。阳气外脱，既可在清热解毒同时参以回阳，亦可在脱危之时，径予回阳。在感染性休克者，还可参以活血，如王氏急救回阳汤：四逆加参术、桃红（《中医杂志》1989 年 12 期）。

**10. 谢立业经验** 谢立业先生认为，热证不避附子，热痹痛甚者，可用白虎汤加附子、川乌。

治慢性咽炎，苦寒、滋阴乏效者，用养阴清肺加附子 10g 则效。

复发性口疮，附子 3~6g 煎服或醋调外敷足心即效，自制寒温汤：附子、干姜、肉桂、细辛、黄连、黄柏、栀子、白药子。用于复发性口疮无明显寒象或热象者，恒多取效（《中医杂志》1992 年 5 期）。

**11. 王筱萍经验** 贵阳王筱萍先生总结：

附子补虚：每年三伏天用附子 100g 炖羊肉或狗肉 1kg，加盐少许，分次服用，有强身保健作用。

附子健脾：于健脾方中每加附子，如四君子汤或参苓白术散加少量附子，每取速效。“一味药的加减，效果截然不同。”

附子治出血：引述范文甫之论，“服寒凉药止血，血得寒凉

而凝结，血止是暂时的。血凝而不流畅，必致妄行而外溢，故愈后常复发。血得温则畅行，畅则循环无阻，血行经不外溢，故愈后不复发。”宗范氏说法，“无论是用温法止血或大剂寒凉止血，方中必加附子、炮姜之属，治愈多例吐血与咳血患者，极少有复发者。”

附子治咽痛：认为大部分慢性咽炎为“寒痰阻滞”，不可认为是火热，此症往往由于过服寒凉所致。倡用附子、半夏、细辛、僵蚕、桔梗之类治之。

附子除湿热：每遇湿热之症，用三仁、藿、朴、夏、苓类不效，可用附子泻心汤（《贵阳中医学院学报》1996年2期）。

12. 姜春华经验 上海姜春华先生认为许多慢性疑难杂病，特别是许多慢性炎症用常法清热解毒不效，原因即在于久病体虚而湿热火毒病邪不解，他从仲景乌梅丸、薏苡附子败酱散诸方得到启发，打破常规，温清并用，补泻兼施，体病同治，如他治白塞氏病，用附子配党参、黄芪、甘草、淫羊藿、黄连、黄芩、丹皮、蒲公英、半枝莲而效，即其范例。

13. 何绍奇经验 何绍奇先生认为，“附子一物，可上可下，可补可攻，可寒可热，可行可止，可内可外，随其配伍之异而变化无穷，用之得当，疗效卓著，在群药中具有不可替代的作用，说它是‘百药之长’是并不过分的。”其具体经验如下：

心功能不全：多见于肺源性心脏病、风湿性心脏病、冠心病等疾病，大率以心阳虚衰为本，血瘀水停为标，证见心悸怔忡，汗出肢冷，喘促，神疲乏力，面色晄白、发绀，胸闷腹胀，下肢水肿，严重者甚至出现胸、腹水，全身浮肿，小便不利，脉沉细或结代，舌淡苔白者，常用参附汤、真武汤、桂枝茯苓丸、防己黄芪汤四方合方，收效甚速。我曾在某部队医院会诊一风心病、充血性心力衰竭患者，一剂即效，再剂即可下床活动。

痹证：该病病机是“闭”，附子走而不守，温经散寒，除湿通闭，实为痹证之不可或缺之药，用量均在 30g 以上。痛甚附子合川乌、草乌、细辛，可增强散寒止痛之功，附子合桂枝，则温通经脉的作用益佳。不仅风寒湿痹可用附子，即使风热湿痹舌红脉数者，也可在祛风、清热、燥湿利湿的基础上酌用小剂量附子以通闭解结。我治类风湿性关节炎、风湿性关节炎、肩关节周围炎、坐骨神经痛、腰椎间盘突出、强直性脊柱炎等，就恒以大剂量附子、川乌同用。曾治张某类风湿性关节炎，每剂用附子 30g，共服百余剂而愈，前后用附子 10 几斤。又治孙某的寒湿痹，每剂用附子 30g，不应，增至 60g，他为省事，两剂药一起煮，则其用量实为 120g。“我不是说剂量愈大愈好，但对大证、重证，如仅用数克，则无异于隔靴搔痒，不能解决问题。”

肾着：用甘姜苓术汤加附子，其效更捷；

肩关节周围炎：常用黄芪、当归、白术、淫羊藿、威灵仙、豨莶草、桂枝、姜黄、海桐皮，然必重用附子，否则不效；

虚人易感：用玉屏风加附子、姜、枣；

急性肾炎：初起畏寒、无汗、水肿，用麻黄附子细辛汤；

慢性肾炎水肿：用真武汤、实脾饮，皆以附子为主药；

久泻不止、五更泻、老人大小便失禁：用理中合四神再加肉桂、附子温补命火；

口腔溃疡：凉药不效者，多为阴盛阳浮，可用姜附剂破阴返阳，必阴霾去而火始安其位；慢性咽炎：用附子一片蜜炙，切成小块含咽；

痛经寒证居十之七八，则用附子合当归。

附子须先煎，小剂量 9g 左右先煎半小时，中等剂量 15g 左右先煎 1 小时，大剂量 30g 以上先煎 2 小时，头煎如此，二

煎小火煮 40 分钟即可(《中国中医药报》2002-6-3)。

**14. 方致和经验** 苏州市中医院方致和先生对脑疽、发背属阴证者,自拟阴疽汤治疗脑疽、发背 89 例,有效率 98.8%,其方:党参 30g,黄芪 30g,陈皮 6g,茯苓 12g,当归 12g,赤芍 12g,双花 30g,鹿角霜 10g,肾气丸 30g,甘草 6g。阳虚加附子、鹿茸;阴虚火旺加生地、首乌、麦冬,去鹿角霜、肾气丸。用治 6 例金葡菌阳性的败血症,均获捷效。将本方浓煎溶液置于细菌培养基中,不但没有抑菌、杀菌,反而促使细菌生长繁殖,可见不是直接杀菌,而是提高、调动人体内在的抗病能力。

在反复发作的胆囊炎、胆石症患者中,发现阳虚证状如神萎、怕冷、便溏者,每于柴胡汤中加入附子、干姜等品,效果奇佳(《中医杂志》1989 年 12 期)。

**15. 宗同恺经验** 宗同恺等报道:大剂量附子治心动过缓,2 周为 1 个疗程,共治疗 40 例,显效 34 例,改善 6 例。处方:附子 75~100g,干姜 15g,甘草 15g,炙麻黄 15g,细辛 10g,党参 20g,黄芪 30g,当归 20g,川芎 15g,丹参 30g。1 剂煎取 300 毫升,日分 3 次服(《河北中医》1985 年 5 期)。

**16. 刘贵仁经验** 刘贵仁等报道:大剂量附子治睾丸炎,共治疗 100 例,痊愈 97 例,显效 3 例。治愈者,最短疗程 3 天,最长半个月。处方:附子、干姜各 30~60g,甘草 30g,白芍 30g,桂枝、细辛、当归、大黄、路路通、橘核各 10g。附子久煎 1.5 小时,水煎 2 次早晚分服,晚上煎煮第三次,将药汤熏洗患处(《河南中医》1986 年 5 期)。

大剂量附子治缩阴证,共治疗 22 例,痊愈 20 例,显效 2 例。治愈者,最短疗程 3 天,最长 1 个月。处方:附子(先煎 1.5 小时)、炒干姜、酒白芍各 30~60g,桂枝、细辛、小茴香、当

归各 10g, 吴茱萸、炙甘草各 15g。水煎 2 次早晚分服, 晚上煎煮第三次, 将药汤熏洗外阴。病轻者每日 1 剂, 病重者每日 2 剂(《黑龙江中医药》1987 年 2 期)。

17. **熊德汉经验** 熊德汉报道: 大剂量附子治坐骨神经痛: 附子 100g, 桂枝 50g, 生姜 20g, 茯苓、白芍、硫黄各 10g。水煎服, 日 1 剂。治愈 2 例, 1 剂疼痛大减, 继服 20 剂痊愈(《四川中医》1986 年 5 期)。

18. **张振东经验** 张振东报道: 大剂量附子治脱疽: 附子 60g, 麻黄 10g, 细辛 6g。先煎附子, 加水 1500ml, 煎至 1000ml(约 2 小时), 再纳麻黄、细辛煮取 300ml, 早晚分服, 每日 1 剂。共治疗 21 例, 痊愈 15 例, 好转 4 例(《浙江中医杂志》1988 年 6 期)。

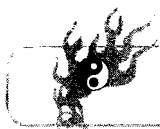
近年来中药新剂型不断涌现, 全国中医医院急诊必备中成药中以附子为主的新制剂就有参附注射液: 红参、附子; 参附青注射液: 红参、附子、青皮; 四逆汤注射液: 附子、干姜、炙甘草; 芪附注射液: 黄芪、附子等。以参附注射液为例, 经 300 例厥脱证包括感染性休克、低血容量性休克、心源性休克、过敏性休克临床观察, 阳气衰脱证 189 例, 总有效率 81.48%; 气阴耗伤证 92 例, 总有效率 86.96%; 真阴衰竭证 19 例, 总有效率 31.58%。临床应用证明, 本药对血液系统、心、肝、肾等主要脏器和系统无明显毒副作用(《全国中医医院急诊必备中成药应用指南》)。

## 第六章

### 编著者体会和验案

编者毕业于中医学院，业医已 25 年，读书临床可谓两未偏废。论读书，勤求古训，医经、各家学说没少下功夫；讲临床，博采众方，也曾治好一些病。但遇到一些疑难病症，认证仍在疑似之间，处治没有把握，疗效不得而知。尤其是自觉不自觉的陷入到见病医病，施以套方套药的路子里，苦于不能提高一个层次，时欲上下而求索。

自从 6 年前看到何绍奇先生的文章“火神郑钦安”后，开始引起兴趣，查找火神派的典籍，逐步深入研究，结合临床实践，竟然大获收益，大开眼界，大长见识，下面谈谈学习火神派的若干体会。



#### 第一节 体 会

##### 一、理论透用，临床有效

郑钦安提出的阴阳辨诀、用药真机，确实是辨认阴证和阳证的不二法门，在寒热错杂、真假难辨的情势下，判认起来可靠而实用。深悟从前疑似不能辨认之症，实乃未识阴阳至理之过，今用阴阳辨诀，可以立判无误。

郑钦安对于阴证尤其是阴盛格阳所致阴火的认识，至为宝贵。使得三阴上逆外越引起的各种肿痛火形的假象，从阴



霾中揭示出来,对常见的诸如慢性咽炎、口腔溃疡、齿龈肿痛、内伤发热、头痛等阴火的辨认显得从容而有信心。可以说,火神派的学问不止在擅用大剂附子上,更主要的是其认定阴证的辨诀上,这是眼下医界多数人仍不知觉的东西,火神派真正的学问所在。

再如各种血症,过去多从阳热着眼,疗效不确。通过亲身实践,确如郑氏所论,“邪火所致十仅一二”,用姜附等热药治疗,十愈八九。

有阴阳为纲的理论作根基,“功夫全在阴阳上打算”,自觉心中有据,辨治有谱,疗效明显提高一个新层次,渐臻上工境界。刘力红教授曾言:“抱定这个阴阳,朝于斯,夕于斯,流离于斯,颠沛于斯。果能如此,不出数年,包管大家在中医上有一个境界,也包管大家能够真正列入仲景门墙。”此话实乃先得我心。感到从火神派理论中所获取之教益,远胜从前所学的任何医派,当然仲景学说另当别论。

## 二、附子运用的三A原则

过去不识阴证,附子常年不得一用。现在感到,在内外妇儿各科范围内阴证确实频频可见,“阳虚者十之八九”,附子投用可占九成,自然形成一种鲜明的风格,疗效随之明显提高。

关于附子用法,作者提出三条原则,即辨证,先煎,渐加。由于每个字头的拼音中均含字母“A”,故称“三A”原则。

1. 所谓辨证,即坚持辨证论治的原则。郑钦安所谓“总之用姜附亦必究其虚实,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?”(《伤寒恒论·太阳少阴总论》)

素,但最重要的还是遵从辨证论治大法,即或在热带地区,暑热季节,遇到阴证照用不误,所谓“病之当服,附子、大黄、砒霜,皆是至宝;病之不当服,参芪、鹿茸、枸杞,都是砒霜”(《医法圆通·卷一》)。

2. 所谓先煎,即附子要单独先煎。这差不多是众多火神派医家的共识,吴佩衡先生所谓“附子只在煮透,不在制透,故必煮到不麻口,服之方为安全。”但在抢救急危重症时,可相机权变,如李可先生认为:“按现代药理实验研究,附子武火急煎1小时,正是其毒性分解的高峰。由此悟出,对垂死的心衰病人而言,附子的剧毒,正是救命的仙丹。”因此,治疗心衰重症,倡用开水武火急煎,随煎随喂,或鼻饲给药,24小时内不分昼夜频频喂服1~3剂,可收起死回生之效。

一般用到20g,并不先煎,未见僨事,有道是以三阴方治三阴证,虽失不远,由于方向对头,很多案例用20g左右的剂量时即已取效,不一定大动干戈。当然附子用至30g以上理应先煎1小时,100g以上先煎2小时。

3. 所谓渐加,即开手宜从小剂量用起,得效后逐渐增加。李可先生有一方法可资参考。他从一个起始剂量如30g或60g用起,然后逐日递增10g,一直吃到感觉舌麻或唇麻时为止,即以此时剂量守服下去。但此法应限于舌麻或唇麻为止,麻木面积若再扩大,则为附子过量迹象。

须知,附子并不一定概用大剂量,即郑钦安也并非都用大剂量,而是“在分量轻重上斟酌”,不少医家用中小剂量也治好了很多急危重症,其经验更属宝贵,同等病情如用中小剂量取得与大剂量相同效果者,当然前者更高明。但是如果病重,则应用大剂量,吴佩衡所谓“病大药大”之谓也。该用大剂量时绝不手软,能否熟练应用大剂量附子,是一个火神派医家成熟

与否的标志。

前贤所谓屡用达药，要想熟练掌握附子剂量，必须在临床中反复体会，有一个历练过程，名家经验只可供参照，不能代替亲身实践。一般而言，只要掌握好这三项原则，即或使用大剂量附子也不会出事，像吴佩衡、范中林、唐步祺、李可、卢崇汉等辈均曾声言，用了一辈子附子也没出过事。

### 三、先要打好伤寒基础

火神派学术思想源于伤寒，临床用方不离理中、四逆辈等经方，因此要想学好火神派，没有伤寒根基不行。当然，如果有了伤寒功夫，本身就已经达到上工境界，再加上火神心法，那才真是如虎添翼了。

### 四、不要偏执僵化

各家医派都是基于一定的学术观点而建立的相对独立的学术体系，其议论必然有所侧重，为了阐明一义，强调一说，或者为了纠偏补弊，难免有偏激之词，这是应该理解的。深入全面地研究其著作，不难发现各家虽然各有特点，但始终都未离开辨证原则，这一点是毫无疑问的，诚如李中梓所论：“子和一生岂无补剂成功？立斋一生宁无攻剂获效？但著书立言则不及之耳。”火神派确实理法精妙，方药卓效，但我们不能为一家之说所囿，固步自封，乃至宗阴虚者则凡病无不阴虚，宗阳虚者则凡病无不阳虚，不自觉地陷入偏执之中。

需要知道，四逆汤虽然“功用无穷”，但也并非万应灵丹；附子虽为“百药之长”，但也不能包治百病。既如郑钦安也说，其火神派心法“可为医林一助云尔”，这一点应该属于常识范围。



## 第二节 治验病例

### 一、头面五官病症

1. **咽痛** 王某,男,8岁。咽痛反复发作1年,屡治乏效。此次复发已2天,咽痛咽干,不渴,查咽部微赤,扁桃体略显肿大。经常腹痛、肠鸣,手足心热,舌淡胖润,脉滑软,寸弱。此元阳不足,阴气上僭,手足心热并非阴虚,乃虚阳外越之候,潜阳封髓丹加味:附子10g,砂仁15g,龟甲10g,黄柏10g,炙甘草10g,牛膝15g,泽泻15g,僵蚕10g,桔梗10g,肉桂5g。5剂后,咽痛缓解,原方略作出入以巩固。

2. **眼睑肿胀** 顾某,女,28岁。人工流产后20天,感受风寒,上下眼睑肿胀,额面头皮发紧,白睛有红色血丝,牙龈肿胀疼痛,畏风,有汗,口干,下肢发凉。舌淡稍胖润,脉弦略浮。

此为感受风寒,营卫失和表虚之症。然素体阳虚,真气上浮,而见“白睛有红色血丝,牙龈肿胀疼痛”,此非实火,乃是虚阳上浮之阴火。处以桂枝汤解表,合封髓丹加附子以扶阳摄纳,表里兼顾:附子15g,桂枝15g,白芍15g,黄柏10g,砂仁15g,炙甘草15g,生姜10片,大枣10个。3剂后,脸肿、额面发紧显减,仍畏风,无汗,脉见浮象,原方加麻黄10g,3剂后,诸症消失。减掉麻黄再服3剂善后。

3. **鼻炎** 蔡某,男,36岁。病已10年,鼻流清涕,总揩不止,屡治乏效,甚以为苦。每因操劳则头痛、头胀,眩晕,口和,余无异常。舌淡稍胖润,脉滑寸弱。10年之症,总由营卫失和,肺虚失宣引起。心肺阳虚,每因操劳重伤上焦阳气,下焦

阴气上僭，而见头痛、头胀，眩晕等症，口和，舌淡胖润则是阴象实据，投以桂枝汤加味：桂枝 10g，白芍 10g，葛根 15g，附子 15g，干姜 10g，砂仁 10g，麻黄 5g，天麻 15g，炙甘草 10g，生姜 10片，大枣 10个。5剂后鼻涕显减，守方加黄芪调理2周，症状消失。

**按：**鼻流清涕不止，显系心肺阳虚，不能统摄津液，兼以营卫失和所致，用桂枝汤加附子、干姜当属正治，收效当在情理之中。若囿于过敏学说，用些所谓抗过敏中药，终是不能治本，不如把工夫用在阴阳上，求得治本之功。

4. **鼻炎** 武某，男，18岁。鼻炎已经5年，鼻塞，喷嚏连发，频流清涕，冬重夏轻，遇冷加重。咽部、口腔反复溃疡作痛，头痛时作。手足不温，时汗，尿清便调。舌淡胖润，脉沉弦。辨为营卫失和，肺气失宣，阳气不足，阴气上僭。治以调和营卫，扶阳宣肺，桂枝汤加附子出入：附子 15g，桂枝 15g，白芍 15g，干姜 15g，苍耳子 15g，白芷 15g，辛夷 15g，龟甲 10g，砂仁 10g，牡蛎 40g，炙甘草 15g，大枣 10个，生姜 10片。5剂后诸症减轻，守方再服5剂，诸症消失，迄未复发。

5. **痤疮** 张某，女，33岁。痤疮2、3年，唇周痤疮点点，甚者有脓疱，口腔溃疡和齿龈肿痛反复发作，足凉过膝，口和，尿稍黄，便可，既往胃病多年，月经错后1周。舌淡赤胖润，脉滑软左寸浮。此一派阳虚阴气上僭之象，治以扶阳潜纳，潜阳封髓丹加味：附子 10g，砂仁 15g，龟甲 10g，黄柏 10g，炮姜 10g，牡蛎 30g，蜂房 10g，生地 15g，竹叶 10g，炙甘草 15g。3剂后口腔溃疡愈合，余无改进。守方继续调理，减去生地，加连翘，治疗1个月，痤疮消失，足膝转温，迄未复发。

6. **痤疮** 周某，女，25岁。痤疮2、3年，面颊痤疮点点，甚者有硬结。头时昏沉且痛，便秘而粘滞，2、3天一行，腰酸

乏力,手足不温,月经错后,一个半月1次。舌淡胖润,有齿痕,脉滑软,尺沉。辨为阳气不足,虚阳上越,潜阳封髓丹加味:附子15g,砂仁20g,龟甲10g,黄柏10g,川芎20g,石决明50g,龙、蛎各30g,蜂房15g,当归15g,茯苓30g,寸芸30g,升麻10g,连翘15g,炙甘草15g,大枣10个,生姜15片。5剂后头痛消失,余症均减,守方调整20剂,痤疮已愈。

7. 目赤 谷某,男,59岁。患类风湿性关节炎3年,手指关节肿胀,晨僵,全身大小关节均疼痛不堪,呈串痛,夜间尤甚,秋冬加重,每日须服强止痛药西乐葆。乏力,易于出汗,经常低烧,37.5℃左右,白睛红丝缕缕,口臭,不渴,二便尚调。舌淡赤润,脉滑有结代象。辨证:风寒湿邪交杂3年之痹,已成顽症。观其舌脉、口气、二便,俱呈阳虚之象。低烧、口臭、目红乃阳虚真气上浮所致,并非实热。治以扶阳通络,祛风散寒,以桂枝芍药知母汤加味:附子15g,炮姜15g,桂枝15g,知母15g,赤白芍各15g,苍白术各15g,防风10g,麻黄10g,肉桂10g,细辛5g,威灵仙30g,丹参30g,鸡血藤30g,蜈蚣2条,乌梢蛇20g,炙甘草15g。服药半月,关节肿痛减轻,可停用西乐葆。脉已无结代象,尤可喜者,低烧已退,目红、口臭均已消失。原方出入加减,附子用至30g,关节肿痛明显减轻,低烧、目红、口臭之症未再出现。

按:此案是以痹症而来求治,目红、口臭虽非主症,但易于认为阳热之证。若在以前,可能要加些黄连、菊花之类凉药照顾之。今根据郑氏“阴阳辨证”考量,包括低烧确认为真气上浮所致,即所谓“阴火”,故而放手投用姜、附、肉桂辛热之品,果然收到预期效果,患者对此欣喜莫名。此前他对目红、口臭颇为在意,甚以为苦,多方调治乏效。郑钦安云:“予曾治过数人,虽见口臭,而却纯阴毕露,即以大队白通、四逆、回阳等方

治之。1、2剂后，口臭全无，精神渐增。”深感郑氏理论切实可行。

8. **眩晕** 和某，男，70岁。一年前开始耳鸣，9个月前开始眩晕，头部昏沉，步履蹒跚（13年前患“脑梗”后遗至今），大便干燥，需用泻药方解，尿清。舌淡赤胖润，脉缓滑，寸弱。血压120/80mmHg。观其舌脉，此属阳气虚馁，大便干燥乃阳虚失于运化所致，并非阳明里实，仿李可先生法，以加味奔豚汤治之：附子15g，肉桂10g，白参10g，山药30g，茯苓30g，泽泻30g，怀牛膝20g，白术90g，天麻25g，何首乌30g，白蒺藜20g，菖蒲15g，牡蛎50g，麦芽30g，砂仁10g，沉香10g，炙甘草15g。7剂后，各症均显著减轻，大便可自排，2、3天一行。原方去肉桂加黄芪30g，麻仁20g，再进7剂告愈。

9. **眩晕** 孙某，女，50岁。午后时发眩晕，病已1周。呕恶，汗出，足热，口和，二便调，心中饥饿感，时有心悸心烦。舌淡赤胖润，脉滑右寸弱，左脉浮。患者舌润口和，二便调，显然阳虚之体。午后属阴，阳虚逢于阴盛之时，阴气上僭，故而眩晕。足热乃系阳气下陷所致，并非阴虚内热。因有汗出、心悸，拟桂枝加龙牡汤加附子为治，疏方：附子15g，桂枝15g，白芍15g，龙骨、牡蛎各50g，乌梅10g，砂仁10g，龟甲10g，炙甘草10g，生姜10g，大枣10个。5剂后，眩晕、呕恶、饥饿感均消失，再进5剂巩固。

10. **头痛** 厉某，男，49岁。头痛反复发作已20年。每年春秋两季多发，本次发作已半月。每次发作先觉头面发热，随之头痛，以巅顶为重，头沉势如带箍，颈部酸痛，嗜困，“迷迷糊糊”，口和，无恶寒。舌淡胖润，略有齿痕，脉滑无力。分析此案，长期头痛，并无表证，当属内伤引致。患者“嗜困，迷迷糊糊，口和”，结合舌脉，一派阴象，其头痛发作前先觉头面发

热，乃系阴盛逼阳上浮，属阳虚之阴火，不可视为阳热，因辨为阳虚头痛，以潜阳丹加吴茱萸、黄柏、葛根治之：附子 20g，砂仁 15g，龟甲 10g，炙甘草 15g，吴茱萸 10g，黄柏 10g，葛根 15g，生姜 10 片。3 剂后各症显减，再 5 剂诸症悉除。随访迄未复发。

**按：**该患系老病号，多次头痛发作，余用活血祛风、虫蚁通络之剂，亦能控制，唯不能“除根”，自忖未离套方套药，苦无手段“除根”。今从阴证着眼，不在头痛名目上寻枝叶，只在阴阳上求根本，开手即收佳效，随访 2 年无复发。患者说以前也曾服药，从未感到这次这么有效。

11. **头痛** 刘某，女，19 岁。头痛反复发作 5、6 年。头痛发木，口腔、舌部时有溃疡，面部痤疮 2、3 年，纳少，口和，尿清便溏，舌淡胖润，脉沉滑软。辨为阳气不足，阴气上僭，治以扶阳潜纳，潜阳封髓丹加味：附子 10g，砂仁 15g，黄柏 10g，川芎 15g，茯苓 30g，炙甘草 15g。5 剂后，头痛已止。10 剂后，口腔、舌部溃疡消失。继续以上方合入理中丸调理，面部痤疮亦平复。

12. **头痛** 秦某，女，49 岁。慢性头痛 6、7 年，以头顶及左侧为甚，呈胀痛、发闷、沉重感，时感眩晕，伴有呕恶。口不渴，晨间口苦，时有口腔溃疡。尿时黄，便调。舌淡胖润，脉弦浮，尺沉。此属厥阴头痛，晨间口苦，时有口腔溃疡乃真气上浮所致，不可误为胃火，治以吴茱萸汤加味：附子 15g，吴萸 15g，党参 15g，砂仁 15g，苍术 15g，石决明 50g，大枣 10 个，生姜 15 片。5 剂后，头痛消失，继续调理，余症若失。

13. **头痛** 高某，女，36 岁。反复头痛 10 余年，与经期呈相关性，但平时亦犯，精神紧张时多发。疼痛偏于两侧，头沉，连及太阳穴和目眶，上眼皮亦发沉。足凉，渴喜热饮，时有胃



痛(十二指肠球部溃疡5年)。舌淡赤胖润,脉缓弦。辨为脾胃肾阳气不足,湿气偏盛,治以扶阳利湿,附子理中汤加味:附子15g,炮姜15g,党参15g,苍术15g,砂仁15g,石决明30g,川芎15g,茯苓30g,炙甘草15g,生姜10片。3剂后头痛消失,迄未复发。

**按:**上列头面五官病症有一个共同特点,即从整体上看,患者呈现的都是阴象,如舌淡润或淡胖润,甚者有齿痕,脉见沉、缓、弦软无力之象,口和,尿清,便调等阴象阴色。与此同时,在头面五官局部却出现龈肿、脸肿、头痛、口舌溃疡、目赤、口苦等似乎阳热之象,其实此皆为阴盛逼阳上浮之虚火,郑钦安称之为“真气上浮”或“阴火”。从病机上讲,均属阳气不足,阴气上僭,阴火上浮所致。既然病机相同,则可异病同治,均用扶阳潜镇之法,以附子为主,配以相应方药,皆获良效。凡见畏风汗出,营卫失和者,如脸肿、眩晕、鼻炎案,均以桂枝汤为主,加用附子。典型的阳虚而真气上浮者则以潜阳封髓丹投治,如痤疮案、刘某头痛案。而秦案头痛因其典型的厥阴之证,投以吴茱萸汤自是正治。

**14. 三叉神经痛** 唐某,男,57岁,四川泸州市人。患三叉神经痛2年。2年前6月份第一次发作,渐次加重。几乎每天都发,以清晨6点钟前后多发,余时亦发,呈触电或针刺或刀割样疼痛,烧灼感,发作时面色发赤,以右侧鼻腔、眼角外侧、上牙为甚,连及面颊上额,咀嚼或刷牙或以手触摸时均可诱发。突发而痛,持续约10秒而止,多方治疗乏效,以往饮酒颇多。舌淡胖润,脉弦数,右寸弱。此系肾阴亏损,虚火上冲,处以引火汤加味:熟地60g,天麦冬各30g,巴戟天30g,五味子10g,茯苓30g,泽泻30g,白芍60g,炙甘草10g,附子15g,白芷15g,肉桂10g,蜈蚣2条,全虫10g,砂仁10g。4剂后疼

痛有所减轻,前方加细辛 15g,续服 15 剂后,彻底缓解。随防迄未复发。

按:此症判为肾阴不足,虚火上燔有 3 点依据:清晨 6 点钟前后多发,是为阴虚之热逢于阳气方盛之际,热必加重而症发;发作时面色发赤;有大量饮酒史。唯舌淡胖润提示阳气亦虚,湿气偏盛。故于引火汤内加附子以温阳,泽泻以利湿,白芷、细辛止痛,另合芍药甘草汤、止痉散(蜈蚣、全虫)缓急通络而止痛,收到良效。引火汤加味治疗三叉神经痛经验学自李可先生,不敢掠美。

### 二、心肺诸症

1. 心悸 赵某,女,80 岁。既往曾发心梗,刻诊:心悸,乏力,气短,已经 2 年,伴有轰热汗出,呕恶,纳差,背部发凉作痛,腹泻,手足心热,双足略肿,尿少,色黄,眠差,血压尚正常。舌淡赤稍胖润,脉滑软稍数。此心阳不足,水湿偏盛,营卫失调,其轰热汗出,手足心热,当以虚阳外越看待,不当视为阴虚。拟予桂枝汤合真武汤加味:附子 10g,桂枝 10g,白芍 10g,龙牡各 30g,枣仁 30g,黄芪 30g,炮姜 15g,白参 10g,茯苓 30g,麦芽 25g,防风 5g,炙甘草 10g,大枣 10 个,生姜 10 片。10 剂后,心悸,乏力,气短,腹泻,眠差,轰热汗出各症均减,呕恶消失,药已中的,守方调理月余,诸症若失。

2. 胸痹 刘某,男,49 岁。胸部偏左呈刺样疼痛,每次 10 分钟左右,每周发作 2、3 次,已有 4、5 年。气短,半夜憋醒多次,时有右侧头痛发作。左手发木,晨起咯痰似黄。口时渴,饮热水,尿稍黄,便调。舌淡赤润胖,脉滑,寸弱。此为心肺大气下陷,夹有痰湿血瘀。治以益气升陷,化痰祛瘀,拟升陷汤、丹参饮、瓜蒌剂合方:附子 15g,黄芪 40g,知母 10g,升

麻 10g, 柴胡 15g, 桔梗、白芍各 10g, 瓜蒌 30g, 薤白 15g, 桂枝 20g, 半夏 15g, 丹参 30g, 檀香、砂仁各 10g, 川芎 20g, 红参 10g, 酸枣仁 30g, 龙牡各 30g, 炙甘草 10g, 大枣 10 个, 生姜 10 片, 5 剂后, 胸痛、气短显减, 守方调理 20 剂, 迄未复发。

3. **胸闷** 张某, 男, 34 岁。胸闷 2 个月, 精神不振, 手足不温, 尿清便艰, 眠差, 舌淡胖润, 有齿痕, 脉沉缓, 心率 49 次/分。辨为心阳不足, 阴湿偏盛, 当归四逆汤加味治之: 附子 15g, 当归 20g, 赤芍 15g, 桂枝 30g, 细辛 5g, 通草 5g, 瓜蒌 30g, 薤白 10g, 半夏 15g, 檀香、砂仁各 10g, 枣仁 30g, 黄芪 30g, 茯苓 30g, 炙甘草 10g。此方加减出入服用 2 个月, 胸闷缓解, 睡眠转佳, 精力大增, 心率达到 60 次/分以上。

4. **心悸** 李某, 女, 55 岁。心悸 2、3 年, 每因精神紧张而发作, 心电图呈二、三联律。近因欲作耳肿瘤手术, 进入手术室因紧张而心悸, 竟无法手术而返回, 如是者两次。尚感气短, 乏力, 眠差, 余尚无异常。舌淡胖润, 脉弦, 寸弱。综其脉证, 属于心肺气虚, 心神不足, 治以升提大气, 养心安神, 方拟升陷汤合桂枝汤加味: 附子 15g, 黄芪 40g, 知母 10g, 升麻 10g, 柴胡 10g, 桔梗 10g, 红参 10g, 桂枝 15g, 白芍 15g, 龙牡各 50g, 酸枣仁 30g, 川芎 20g, 茯苓 30g, 炙甘草 15g, 大枣 10 个, 生姜 10 片。5 剂后, 心悸显减, 守方调理半月, 心悸未发, 顺利实行耳肿瘤手术。

5. **心绞痛** 裴某, 女, 42 岁。心绞痛反复发作 1 年, 痛时向左上肢放射, 2、3 天发作 1 次, 常因生气加重。手足不温, 二便尚调。宿有颈椎病。舌淡胖润, 有齿痕, 脉滑, 寸弱。此属心阳不振, 夹有气滞血瘀, 治以温振心阳, 理气化瘀, 以桂枝汤合丹参饮加味: 附子 15g, 桂枝 20g, 白芍 15g, 柴胡 15g, 枳实 10g, 龙牡各 50g, 丹参 30g, 檀香、砂仁各 10g, 茯苓 30g, 黄

芪、葛根各 30g，炙甘草 10g，大枣 10 个，生姜 10 片。5 剂后，心绞痛未复发作，原方稍作调整再服，疗效巩固。

6. 心悸 张某，女，28 岁。饮食不慎而致泄泻，经治愈。随之出现心悸，乏力，无神，纳呆，心窝下发堵。舌淡胖润有齿痕，脉弦软稍数。此属下利后心气受损，夹有食滞。治以温助心阳，稍佐化滞，以桂枝加龙骨牡蛎汤加味：桂枝 15g，白芍 10g，龙牡各 40g，黄芪 20g，茯苓 20g，枳壳 10g，六曲 15g，砂仁 10g，炙甘草 10g，大枣 10 个，生姜 10 片。3 剂痊愈。

7. 咳嗽 王某，女，49 岁。反复咳嗽 2、3 年，宿有慢性咽炎，常年咳嗽，夜间尤重，痰涎粘多夹沫，稍闻烟味则咳嗽不止。畏冷，肢清，便溏，时有肠鸣，舌淡赤润，脉滑软寸弱。此属寒饮偏盛，肺气失宣，阳气不足，治以宣肺止咳，温阳化饮，以小青龙汤加味治之：附子 15g，麻黄、桂枝、干姜各 10g，细辛 5g，半夏 15g，白芍、五味子、桔梗、枳壳各 10g，茯苓 30g，百部 25g，炙甘草 15g，大枣 10 个，生姜 15 片。5 剂后，咳嗽显减，继续调理至痊。

### 三、脘腹杂病

1. 脐周疼痛 胡某，男，39 岁。脐周疼痛 2 周，灼热感，易于饥饿，素便溏，晨起泄泻，时有肠鸣，口臭不渴，身热有汗。肠镜检示：直肠黏膜堆积，慢性结肠炎。舌淡赤稍胖润，有齿痕，脉弦浮，寸弱。此证寒多热少，似属厥阴腹痛，试拟乌梅丸出入：附子 10g，乌梅 15g，细辛 5g，川椒 7.5g，炮姜 15g，黄柏、连各 10g，桂枝 15g，白参 10g，当归 15g，茯苓 30g，黄芪 30g，白芍 15g，砂仁 10g，甘草 10g，大枣 10 个，生姜 10 片。6 剂后，脐周疼痛、灼热感均减，便溏由每天 4 次减至 1 次，易饿感亦减轻。前方加苡仁 30g，补骨脂 15g，继续调理，渐至

痊愈。

按：此症一派阴寒之中，夹有口臭、易饥、脐腹灼热感，判为寒热夹杂，寒多热少，故投以温清并用，温多清少之乌梅丸，且仲景曾有明训，乌梅丸“亦主久利”，故而收效满意。

2. 胃癌术后复发 罗某，男，77岁。胃癌术后2年。近期能食运艰，腹胀，时有噎塞感，食后恶心呕吐，口和，手足不温，畏凉，尿清，便溏不畅，舌、唇疮迭起。曾经黑便，贫血，血红蛋白77g/L。舌淡润，脉沉滑。此属胃癌术后复发，脾肾阳气已亏，当攻补兼施，拟四逆汤合六君子汤加味：附子15g，炮姜15g，党参15g，茯苓25g，白术15g，半夏15g，陈皮10g，吴茱萸10g，黄芪30g，当归15g，二丑、榔片各20g，桃仁、红花各10g，枳壳10g，川朴10g，砂仁10g，内金10g，蜈蚣2条，炙甘草15g，大枣10个，生姜10片。10剂药后，噎、呕症状均消失，纳增，足凉、畏寒显减，继续调理，病情平稳，纳食起居正常。1年后死于胸部动脉瘤突然破裂。

3. 奔豚气 李某，女，60岁。宿有胆囊炎、慢性胃炎、结肠炎等病。其症每天凌晨4、5点钟发病，自觉腹胀有冷气从脐腹上攻至心窝部，随之胸闷憋气难受，干呕，呃逆，头痛，手足心冒火感，十几分钟后各症方止，有时下午3、4点钟或他时亦发作。病已1年有余，屡治无效。伴有头面阵阵轰热汗出，午后多发。肠鸣，便溏，畏寒，足凉，手心发热。口苦，容易饥饿，泛酸烧心，乏力。舌淡胖润，略有齿痕，脉缓尺沉。此属奔豚症，病由阳气亏虚，冲气上逆所致，拟加味奔豚汤治之：附子15g，干姜15g，肉桂10g，红参10g，山药30g，茯苓30g，泽泻30g，怀牛膝25g，龙牡各50g，磁石50g，麦芽25g，乌贼骨25g，砂仁10g，沉香10g，炙甘草15g。服药5剂后，矢气多，奔豚症仅发作2次，难受程度亦减。口苦、呕呃递减，继续加

减调理，奔豚症消失。

4. 腹痛 贾某，女，55岁。左小腹慢性疼痛30年，反复发作，近1年几乎天天疼痛，可忍，疼痛发作时则腹胀，矢气，小腹凉感，秋冬加重。便干艰涩，口干口臭，纳可。舌淡胖润，脉左沉滑右弦软。肠镜示：慢性结肠炎，宿有胃下垂病史。辨为阳气虚弱，肠胃寒湿。薏苡附子败酱散加味：附子15g，薏苡仁30g，败酱草15g，吴茱萸15g，干姜10g，砂仁15g，党参15g，炙甘草15g，大黄5g(单包后下)。10剂后，左小腹疼痛、口臭显减，腹胀似轻。继续调理，小腹仍胀而痛，晚间尤甚，便干，口舌干燥，舌淡胖润，脉滑软，寸弱。从阳气不足，中气下陷着眼，拟补中益气汤合四逆汤加味：附子15g，炮姜15g，黄芪30g，党参20g，白术30g，升麻10g，柴胡10g，陈皮5g，当归30g，肉苁蓉30g，吴茱萸15g，砂仁10g，枳壳10g，茯苓20g，麻仁20g，炙甘草10g。守方调理月余，小腹胀痛消失，余症显减，继续调理至痊。

按：胃癌术后罗案本是脾肾阳虚之证，因有癌肿复发，故予攻补兼施之法，予六君子汤扶正的同时，参以二丑、榔片、蜈蚣等攻邪，缓解症状，延长了生命。奔豚气李案虽有口苦、头面轰热汗出、手足心冒火感等似热之症，其实乃是阴盛逼阳上浮外越所致阴火，假热之候，切不可认作实火或阴虚火旺。所用加味奔豚汤乃李可先生研制，专门用治此症，疗效确切。细思此方含有四逆、参附龙牡、真武汤之意，实属温阳降逆利水良方。腹痛腹胀贾案虽然便干艰涩，口干口臭似属热象，然而从舌淡胖润，并不渴饮，小腹凉感，秋冬加重等症来看，明是阳虚阴盛之证。口干口臭乃是阳虚上浮所致，便干艰涩则是阳虚无力传导使然，其小腹胀痛乃系中气下陷引致，从温阳升提入手，方获良效。

5. 腹痛 姜某,男,27岁,干部。7年前行阑尾手术后发生肠粘连,右下腹反复疼痛,发胀,矢气频作,肠鸣,便不成形而夹沫,时有心悸气短,足凉。舌淡胖润有齿痕,脉左沉弦寸弱,右滑软尺沉。断为脾肾虚寒,水湿偏盛,方拟薏苡附子败酱散合痛泻要方出入:

薏苡仁 60g,附子 30g,败酱 15g,干姜 25g,桂枝 25g,白术 20g,白芍 20g,陈皮 10g,防风 10g,茯苓 40g,蜈蚣 2条,沉香 10g,炙甘草 15g。

7剂后腹痛减轻,余症亦有起色,守方减去蜈蚣,加肉桂 10g,黄芪 30g,附子增至 60g,调理 3周,竟获痊愈。

6. 胃痛 吕某,女,65岁,教师。胃脘绵痛作胀已 1年,伴便溏,颜色发绿,白天犯困,烧心,眠纳尚可。胃镜检查示:糜烂性出血性胃炎。舌淡赤胖润,脉滑软,寸弱。辨为脾胃虚寒,附子理中汤加味:

炮姜 30g,党参 30g,白术 30g,附子 25g,丁香 10g,砂仁 10g,茯苓 30g,苡仁 60g,乌贼骨 25g,肉苁蓉 20g,炙甘草 10g。

7剂后,胃痛已止,大便颜色由绿转黄,守方附子渐加至 60g,调理月余,诸症皆失。

#### 四、肠道疾患

1. 泄泻 房某,男,40岁。经常泻利 3、4年,每晨必泻 2次以上,溏便粘滞,便意不尽。伴乏力,小腹时胀痛,口和。舌淡赤稍润,脉滑软尺沉。辨为肠胃寒虚,湿气偏盛,拟温中利湿,附子理中汤加味:附子 10g,干姜 15g,党参 15g,白术 15g,桂枝 10g,补骨脂 15g,肉蔻 10g,吴萸 15g,五味子 10g,黄芪 30g,当归 15g,砂仁 10g,炙甘草 10g。6剂后,腹痛已减,但感

发胀。前方去掉五味子，加木香 10g，茯苓 30g，薏苡仁 40g，麦芽 25g，守方调理 2 周，诸症消失。

2. 泄泻 宋某，男，25 岁。经常泻利 10 余年，着凉则发，腹痛则泻，泻后痛减，宿有痔疮，反复便血，先便后血，面黄，形瘦，乏力，畏寒，眠差，口干不渴。舌淡胖润，脉沉弦，右寸弱。此元阳已亏，肠胃虚寒，拟附子理中汤加味：附子 15g，炮姜 25g，党参 15g，白术 15g，茯苓 30g，白芍 15g，陈皮 10g，防风 10g，桂枝 15g，牡蛎 50g，木香 10g，砂仁 10g，麦芽 30g，地榆 15g，半夏 15g，炙甘草 10g，大枣 10 个，生姜 10 片。7 剂后痛、泻均减，便血消失，去掉地榆，加黄芪 30g，守方 20 剂痊愈。

3. 泄泻 李某，女，44 岁。慢性泄泻 10 年，日行 1 次，粘液状便，每因生气而发作。左小腹时痛，口臭，形瘦神疲，头脑昏沉，嗜睡。舌淡胖润，脉弦尺沉。此肠胃虚寒，元阳已亏，治宜温阳健脾利湿，拟附子理中汤加味：附子 10g，干姜 15g，党参 15g，白术 15g，茯苓 40g，苡仁 40g，柴胡 10g，枳壳 10g，白芍 15g，山药 25g，麦芽 30g，砂仁 10g，扁豆 25g，藿香 10g，败酱 10g，炙甘草 10g。守方调理月余，诸症均愈。

按：作者治慢性泄泻多从脾胃虚寒着眼，善以附子理中汤加味调理，屡获良效。然三案各有特点，房案泄泻表现为晨起五更作泻，显有肾阳亏损之象，故合以四神丸，增强补肾力量，因其大便粘滞，便意不尽，故佐以当归以利滑肠，此通因通用之意；宋案则以脾虚肝乘而致腹痛则泻，泻后痛减突出，故合以痛泻要方扶土抑木；李案则因其明显的情志因素作祟，方以附子理中汤加入四逆散舒肝解郁。三案虽同用附子理中汤温阳补脾，但合入药物不同，各适其证，此属同病异治旨趣。

4. 便秘 吴某，女，36 岁。便秘、便干如羊粪，左少腹反



复疼痛7年,其疼痛每于晨3点左右发作,少腹疼痛而发胀,肛门灼热疼痛,伴有面部发烧,反复发作,甚者每日均发。肠鸣,乏力,形瘦,面色青黑。尿清,纳可,晨起口苦,有时渴饮无度。舌淡润,右寸浮,尺沉,左手反关脉。宿有混合痔。

患者本以便秘求治,诊为肾阴不足,龙火上燔,以引火汤为治:熟地60g,天麦冬各30g,巴戟天30g,五味子10g,茯苓15g,肉桂10g,牡蛎50g,紫菀30g。3剂后少腹疼痛显减,大便已经不再干秘,5剂后诸症消失,再服3剂,迄未发作。

按:本案舌脉似显阳虚之象,但少腹疼痛每于凌晨发作,伴有面部发烧,此系阴虚逢于阳气升发之际,两热重合,故而症发;同时综合便干、渴饮之象,判为阴虚,火神派并非宗阳虚者则凡病皆阳虚也。此中奥理,必博涉识病,屡用达药才得领悟。

5. 便秘 韩某,女,27岁。便秘10年,2、3天一行,便干,先硬后成条,用过多种泻药,均不巩固。口干不渴,反复口腔溃疡。舌淡胖润,脉左沉寸弱,右缓滑。此阳虚大肠传导不利,非有肠热也。景岳济川煎加味:肉苁蓉30g,怀牛膝15g,当归15g,升麻10g,枳壳10g,紫菀30g,白术30g,桃仁15g,甘草10g。服药后次日即自行排便。连服10剂,疗效巩固。

6. 便秘 肖某,女,65岁。便秘一年,便如羊矢,常服泻药。胃时胀痛,素有牙周炎,经常齿痛衄血,口干不渴,夜里易汗,畏冷。舌淡赤润,有裂纹,脉浮滑尺沉。镜检示:大肠黑变病。辨为脾肾阳气虚寒,大肠失于运化,齿痛衄血乃阴气上僭,阳失统摄所致,不可视为邪火,拟济川煎合附子理中汤加味:肉苁蓉40g,当归30g,升麻10g,枳壳10g,牛膝20g,附子10g,炮姜20g,党参25g,白术60g,杏仁15g,地榆15g,炙甘草10g。7剂后,天天通便顺畅,胃胀痛消失,夜汗显减,仍觉

畏冷,前方附子加至 20g,继续调理,大便一直通畅,齿痛衄血消失。

7. **便秘** 尚某,男,35岁。便秘 4、5年,5、6日 1行,溏软不畅,肠鸣,小腹凸胀,下坠感,尿色时黄,口和,性功能下降,既往糖尿病 10年。舌赤胖润,脉弦,尺旺寸弱。此属阳虚气弱,中气下陷,运化失职,下焦略显湿热,拟补中益气汤加味:黄芪 30g,党参 30g,白术 30g,升麻 10g,柴胡 10g,陈皮 10g,当归 20g,山药 30g,桂枝 10g,砂仁 10g,枳壳 10g,茯苓 30g,五灵脂 10g,仙茅、仙灵脾各 20g,知母、黄柏、炙甘草各 10g。5剂后,肠鸣、小腹凸胀均显著减轻,大便已成形,日 1行,前方加减调理月余,基本痊愈。

### 五、血 证

郑钦安辨治血症独树一帜,见识超拔。他把血症分为阴阳两纲,称之为“阴火”和“阳火”：“天包乎地,气统乎血,气过旺,可以逼血外越,则为阳火。气过衰,不能统血,阴血上僭外溢,则为阴火。阳火,其人起居,一切有神。阴火,动静起居,一切无神”《医法圆通·卷二》。以郑氏“经验多年”而论,认为阳火引起的血症很少见,而阴火引起的血症则多见,“十居八九”。他说:“失血之人正气实者少也,正气一衰,阴邪上逆,十居八九,邪火所致十仅一二。”“宜苦(寒)者,十仅一二,宜辛(热)者十居八九”《医法圆通·卷四》。这一点确为真知灼见,是他关于血症最独到、最重要的见解。作者体会,郑氏经验才符合临床实际,下列验案可以证明。

1. **齿衄** 冯某,女,41岁。齿龈反复出血 2年。伴身上常起斑疹,色暗红。脾胃素弱,腹泻日 3、4次,尿频,消瘦,畏寒,手足凉,嗜困,口臭不渴,经期延长,血象:WBC、PLT 均

低。舌淡赤润，脉左沉滑，右弦。此一派脾肾阳虚之候，阴血失于固摄，而见齿衄、斑疹，口臭乃是阴火所致，绝非胃热。治以温肾扶脾，附子理中汤加味：附子 15g，炮姜 25g，党参 15g，白术 15g，肉桂、桂枝各 10g，茯苓 30g，仙鹤草 30g，杜仲 15g，麦芽 20g，甘草 15g，大枣 10 个，生姜 10 片。5 剂后衄血已止，腹泻显减。减去仙鹤草，附子加至 25g，继续调理，余症若失。

2. 肌衄(血小板减少性紫癜) 师某，女，38 岁。血小板减少性紫癜已半年，发病之初，全身紫癜，血小板只有  $1.0 \times 10^9/L$ ，迄以西医药治疗，至笔者接手时泼尼松每天用量 12 片。

刻诊：全身皮肤散在成片紫暗斑痕，不痛不痒，齿、舌衄血，口腔黏膜多个紫疱，最大直径 10mm。每因劳累、生气加重。脸庞呈虚胖状(激素所致)，乏力，便溏，月经量多，口臭，渴喜凉饮，血小板 4 万，泼尼松每天用量 12 片。舌淡赤润，手足心热，脉沉数，左脉弦。肝经似有郁火，先予丹枝逍遥散加黄芪、早莲草、乌梅为治，半月后，口臭、渴饮、手足心热等症消失，紫癜减轻。火热之候已减，但便溏，乏力，舌淡稍胖润，脉滑软，左寸弱。此已转为阳气虚弱，失于固摄，从扶阳固摄着眼，方用回阳饮合当归补血汤加味：附子 15g，炮姜 25g，黄芪 30g，当归 15g，仙鹤草 30g，补骨脂 20g，阿胶 10g(烊化)，白参 10g，茯苓 30g，砂仁 15g，牡蛎 50g，炙甘草 10g。调理 2 月余，其间出入药物有鹿角胶、骨碎补、龟甲、山萸肉、枸杞、熟地、黄柏等，肌衄、口舌齿衄基本控制，眠纳等一般状态均可，血小板基本呈上升态势，偶有反复，很快回升，守方调理半年，病情平稳，紫癜已 5 个月未发，血小板连续 4 个月检测在  $100 \times 10^9/L$  以上，形若常人，泼尼松每天 3 片维持，现仍在巩固治疗中。

3. 血尿 伊某,女,61岁。9年前患隐匿型肾炎经治愈。4个月前开始尿血,迭治乏效。刻诊:肉眼血尿,腰脊酸胀发木,低烧 $37^{\circ}\text{C}$ ,时有轰热,头胀,汗出,口苦不渴,舌淡稍胖润,脉滑无力。既往甲亢20年,用西药控制。查以往用药,无非清热凉血止血之品,致令患者便溏。观其舌淡稍胖润,脉滑无力,兼以口不渴,已属阴象。阴气上僭,真气上浮而现轰热、头胀、口苦等症,俱属头面阴火;其低烧、汗出,乃属虚阳外越;血尿则属阳虚不能统摄所致。综合分析,此证总属阳虚阴盛引起,不可被头面阴火所惑。治以温阳固摄,方用潜阳封髓丹加味:附子15g,砂仁10g,黄柏10g,炙甘草10g,炮姜25g,肉桂10g,苡仁30g,白术15g,川断30g,云苓25g。3剂后,血尿消失,镜检RBC 4~5个,体温正常,口苦消失,轰热减少。继续加减调理月余,镜检RBC 1~3个,余症若失。

按:以前治血尿多从阴虚火热着眼,何况本例还有口苦、低烧等似热之象,但是回顾疗效并不理想,不巩固。本例前曾服药4个月,皆凉血止血之品,越治越差。自从学习火神派理论,自知前非,遂改弦易辙,从阳虚入手,收效之速实出意料。郑氏在论小便下血时说:“予曾经验多人,皆是重在回阳,其妙莫测。”洵非虚语。

4. 血性胸水 孙某,女,54岁。1周前因感冒发病,胸痛,查出右侧胸水,抽水2次,共约1500ml,血性,镜检发现成团的鳞癌细胞,但肿瘤病灶未查出。右胸置引流管,血色胸水缓慢流下。神情委顿,气短乏力,声低语微。右胸肋、胃脘发胀,食后尤甚,按之作痛。时有虚汗,便可,尿有时黄。口淡乏味,食少,舌淡润有齿痕,脉滑无力。分析舌脉神色,俱属元气受损之征,血性胸水当系阳气亏虚失于摄纳所致,胸肋作胀乃气滞之症,虚实夹杂,当予兼顾,治以温阳益气摄血为主,兼顾

行气利水，以四逆汤加味投之：附子 15g，黄芪 30g，炮姜 20g，血余炭 30g，茯苓 30g，猪苓 20g，桂枝 10g，砂仁 10g，二丑 25g，榔片 25g，枳壳 10g，川朴 10g，麦芽 20g，苡仁 30g，炙甘草 10g。2 剂后，胸脘胀减，原方加减出入，胸水递减，半月后胸水消失，神色好转，纳增，恢复较好。后查出卵巢占位病变，手术予以切除。

**按：**癌症血性胸水向属难症，此例按阴阳辨诀判之，显属阴火失血，用四逆汤加味治之，温阳摄血而半月内收到良效，证明郑钦安关于血症的认识切实可行。

5. **便血** 王某，女，37 岁。慢性结肠炎十三、四年，反复不愈。日泻 1 次，夹有脓血，偶有小腹疼痛。口中时感苦、臭，不渴，肠鸣，手足不温，舌淡胖润有齿痕，脉滑软尺沉。此肠胃虚寒，肾阳不足，水湿偏盛，便血系阳虚失于统摄所致，口中苦、臭为阴火上僭之候，治宜温阳益气，固摄止血，理中汤合薏苡附子败酱散加味：附子 15g，炮姜 30g，白参 10g，白术 20g，黄芪 30g，桂枝 10g，白芍 15g，白及 20g，地榆、槐花、秦皮、败酱各 10g，龙牡各 40g，苡仁 50g，砂仁 10g，炙甘草 10g。6 剂后便血已止，口苦、臭均减，原方减去地榆、秦皮、龙骨，加山药 25g，再服 6 剂，诸症若失。

6. **便血** 郑某，女，55 岁。慢性结肠炎一年半，便干，反复便血，色鲜夹脓，先便后血，左小腹时痛，眠差。舌淡胖润，苔腻，脉滑，尺沉。此属《金匱》所谓远血，宗黄土汤法：附子 15g，炮姜 30g，血余炭 30g，白术 20g，阿胶 10g（烊化），生地 15g，黄芩 10g，地榆、槐花各 10g，枣仁 30g，白及 15g，秦皮 15g，桂枝 15g，赤石脂 25g，小茴香 10g，当归 15g，砂仁 15g，炙甘草 10g。5 剂后便已不干，无脓，原方调理再服 10 剂，便血已止，继续巩固服药。

7. 崩漏 程某,女,41岁。宿有子宫肌瘤,月经过多,此次月经已经月余不止,出血量多,色淡红,渐至心悸,乏力,眩晕,便溏偶作,尿清,口和,有汗。咳嗽一周。舌淡胖润,有瘀点,脉滑软,右尺左寸弱。此阳气亏虚失于固摄,夹有瘀滞,无热可言。治以益气止血,拟炮姜甘草汤合安冲汤加味:炮姜炭 30g,血余炭 30g,黄芪 30g,白术 30g,山茱萸 30g,白芍各 25g,当归 15g,龙牡各 50g,续断 25g,乌贼骨 25g,茜草 20g,枇杷叶 15g,炙甘草 10g。3剂后出血已止。原方出入巩固 5剂。

8. 崩漏 陈某,女,46岁。子宫肌瘤2年,约4.8×4.7cm。现阴道流血已20余天,色鲜,无块。血红蛋白90g/L。气短,乏力,心难受,喜叹息,口干不欲饮,二便尚调。舌淡赤胖润,脉弦,左寸弱。此大气下陷,阳失固摄,治以益气升阳,固摄,以炮姜甘草汤合升陷汤加味:黄芪 30g,当归 15g,升麻 10g,柴胡 10g,桔梗 10g,炮姜 25g,血余炭 30g,炙甘草 10g。1剂后出血即止,共服10剂。半年后,阴道流血又作,原方再服仍效。

## 六、其他杂症

1. 肌肉跳动 张某,女,54岁。3年前与孩童吻脸时右颧部被咬一口,当即肿起,不红。此后右颧肌肉即感跳动,右手小鱼际、左小腿肌肉亦觉跳动,并时作抽搐。手足不温,畏冷。舌淡胖润,脉缓滑。一派阳虚阴盛之象,尚夹有风寒表证,因思真武汤之“身𦵏动”症,遂试以真武汤加味:附子 15g,苍术 15g,茯苓 30g,白芍 30g,麻黄 10g,桂枝 10g,龙、牡各 30g,炙甘草 10g,生姜 20片。5剂后,小腿抽搐消失,右颧跳动显减,手足转温,原方出入再进10剂,附子加至20g,另加

砂仁 15g。服毕痊愈。

2. 浮肿 李某,男,59岁。下肢浮肿年余,尿蛋白(+~++),尿清,大便偏干,纳少,口和,手足不温,嗜困,无汗,尚无乏力感。糖尿病已17年,用胰岛素控制。舌淡紫稍胖润,脉左弦右滑。此阳虚湿盛,治以温阳利水,拟真武汤加味:附子 15g,苍、白术各 20g,茯苓 30g,麻黄 10g,砂仁 10g,肉苁蓉 20g,炙甘草 10g,生姜 20片。5剂后,汗出,下肢浮肿消除,余症亦好转,尿蛋白(++),唯仍便干,前方去麻黄,加大黄 10g续服。后便通,尿蛋白(+),浮肿未复发。

按:本案显属阳虚湿盛之候,治以温阳利水之真武汤当无疑义。唯水肿之候当防其表气郁闭,本例无汗,故初诊方中加用麻黄宣肺开表,得汗后去之。

3. 浮肿 邢某,女,80岁。颜面浮肿2、3年,畏冷,无汗,乏力,尿频量少色清,时或失禁,便干且硬,手足不温,舌淡润,脉滑软,尿检 WBC 30~40个/HP。高年阳虚,气化失职,其便干乃气馁失于运化所致,绝非阳热。先拟麻黄附子细辛汤加味:附子 10g,麻黄 5g,桂枝、干姜各 10g,细辛 5g,黄芪 30g,茯苓 30g,薏苡仁 50g,肉苁蓉 30g,当归 30g。5剂后,汗出,浮肿、畏冷均减,尿失禁亦轻,前方继续调理,时加草决明、仙灵脾、补骨脂、菟丝子、枸杞等,服药 60余剂,各症若失。

4. 虚劳 张某,男,48岁。素嗜烟酒,耽于劳累,渐至全身乏力,消瘦,纳少,手足麻木,便溏,尿频,时有失禁,病已7、8年。舌淡胖润有齿痕,脉弦,右寸弱。此一派阳虚气弱,水湿偏盛之象,近似虚劳,应培补元气,兼利水湿,四逆汤加味:附子 25g,干姜 15g,白术 15g,茯苓 30g,桂枝 10g,黄芪 30g,葛根 20g,当归 10g,补骨脂 15g,仙鹤草 30g,炙甘草 15g。10剂后,感觉气力增加,手足麻木亦减。原方再加仙灵脾 25g,

继续调理月余，它症基本消失。本案阳虚气弱，用四逆汤扶阳，加术、苓、桂枝，意在化气利湿，合黄芪、葛根、柴胡意在升提大气，仙鹤草为强壮要药。

5. 低烧 程某，女，41岁。低热反复发作2年。低热，37℃，热时头胀而痛，乏力，小腹坠胀，口和，无汗，畏寒，关节酸痛，足凉，宿有子宫肌瘤、卵巢囊肿。纳食尚可，素有便溏，月经过多。WBC： $5.0 \times 10^9/L$ 。抗生素反复用遍，排除结核、风湿病。舌淡润，脉沉滑。此表实而阳气亏虚，虚阳外越。治以温阳解表，拟麻黄附子细辛汤加味：附子15g，麻黄、桂枝、干姜各10g，细辛5g，炮姜15g，血余炭20g，砂仁10g，大枣10个，生姜10片。3剂后，汗出，自觉气力增加，呼吸顺畅，减去麻黄，加黄芪30g，白芍各15g，继续调理，汗止，便调，低热仍未退。前方附子增至20g，另加枣仁30g，磁石30g，吴茱萸10g，前后调理2月余，低热终于消退，余症若失，随访年余未发。

6. 低烧 关某，男，50岁。低烧2周，37.5℃左右，时有汗出，上肢关节酸痛，流清涕，口时苦不渴，尿清，素来便溏。舌淡紫胖润，脉沉数软，寸弱。此太阳少阴合病，麻黄附子细辛汤加味：麻黄5g，附子10g，细辛5g，桂枝15g，茯苓30g，炙甘草10g，生姜10片，大枣10个。5剂后，低烧已退，余症亦减，以附子理中丸善后。

7. 低烧 皇某，女，24岁。经常低烧，慢性泄泻1年，日行4、5次，溏便，肠鸣，腹痛即泻，泻后痛减，手足不温，尿时黄，颜面有痤疮，舌淡胖润，脉滑软，尺沉。证属脾肾阳虚，湿气偏盛，其低烧、颜面痤疮乃三阴上逆外越之兆，附子理中汤加味：附子15g，炮姜20g，党参20g，白术25g，茯苓30g，陈皮10g，防风10g，桂枝15g，白芍15g，木香10g，砂仁15g，白蔻



10g,补骨脂 20g,麦芽 30g,炙甘草 10g,大枣 10 个,生姜 10 片。6 剂后,大便已近正常,低烧及腹痛消失,仍有肠鸣,手足不温,前方去白芍、陈皮,加薏苡仁 50g,蜂房 10g,当归 10g,细辛 10g,续服 12 剂,大便正常巩固,手足不温及痤疮均显著改善。

8. 失眠 高某,男,73 岁,干部。失眠 1 年,午夜醒后再难入睡,靠服安定维持。夜间身热多汗,素来痰多,咽干,目赤,大便涩滞。舌淡紫胖润,脉弦似数。按少阳证试治,投柴胡加龙骨牡蛎汤,有小效,再投不效。细询之,目眇较多,鼻如冒火,且于冬季加重。反复思考,此证咽干、目赤、鼻如冒火等属阴火所致,非少阳之证,失眠为阳虚不能入阴使然,改予温潜,潜阳封髓丹加味:

砂仁 30g,附子 25g,龟甲 25g,肉桂 10g,炙甘草 30g,黄柏 10g,炮姜 20g,龙骨 30g,磁石 40g,枣仁 30g,茯神 30g,牛膝 15g。

7 剂后能睡到后半夜 2 点了,夜间身热多汗显减,咽干鼻热亦减,守方附子加至 30g,7 剂后睡眠达到 6 小时,自觉很满意。余症均减,守方 10 剂,疗效巩固。

9. 动脉硬化闭塞症 田某,男,75 岁,干部。患双下肢动脉硬化闭塞症已 3 年,两小腿发沉,发凉,行走 200 步则僵硬而胀且麻木疼痛,皮肤见有浅色紫斑,便秘而涩,尿有时憋不住,畏冷,无汗,舌淡赤胖润,脉弦,寸尺沉弱。高年阳虚,脉证一派阴象,便秘亦系阴结,复以寒湿痹阻经脉,以桂枝芍药知母汤加味治之:

麻黄 10g,桂枝 20g,细辛 10g,白术 30g,附子 30g,炮姜 20g,赤芍 20g,当归 30g,防风 10g,防己 30g,牛膝 15g,肉桂 10g,独活 15g,蜈蚣 2 条,白芥子 10g,炙甘草 10g。

7剂后走路稍轻快些,便涩、尿憋不住之症改善,病重药轻,麻黄加至15g,细辛加至30g,附子加至60g,改炮姜为干姜30g,守方再服7剂,已见微汗,各症轻减,守方附子渐加至100g,细辛70g,干姜50g,桂枝50g,出入药物尚有补骨脂、益智仁、仙灵脾、苡仁、黄芪等,减掉赤芍、知母类阴药,服药5个月,下肢症状消失,二便基本正常。

10. **发作性身痛** 蔡某,男,51岁,老板。病已多年,每发则浑身痠痛,头部收缩难受,此次发作半天,坐卧不安,胸腹烦热,捂头伏案,痛苦莫可名状,精神萎靡,口涩口苦,畏冷无汗,二便尚正常,舌淡紫胖润,脉弦紧,寸弱。积劳伤阳,正气已虚,视其精神萎靡已显端倪;稍感风寒即无力防御,致成太少两感之症,唯其胸腹烦热、口苦似为热象,实则属于虚阳外越之症,不可误辨,方拟麻黄细辛附子汤合潜阳丹加减:

麻黄10g,桂枝15g,附子30g,细辛10g,干姜15g,白参10g,白术15g,砂仁10g,龟甲10g,吴茱萸10g,川芎20g,石决明30g,炙甘草15g,生姜20片,大枣10个。5剂后,浑身痠痛、头痛及胸腹烦热均消失,畏冷、嗜困显减,舌淡赤润,脉弦寸弱。原方附子加至45g,守方调理7剂,诸痛未再发作。

11. **慢性前列腺炎** 邢某,男,25岁。前列腺炎2年余,尿频,夜间2、3次,尿线分岔,无力,尾骶、会阴部、睾丸疼痛,腰腹发凉,畏寒,前列腺指检轻度肿大,性情郁闷。舌淡胖润,有齿痕,脉弦尺沉。此证一派阴寒之象,虽系前列腺炎,不应为西医诊断所囿,当按少阴病辨证用药,四逆汤加味:附子25g,干姜15g,川断25g,补骨脂15g,橘核15g,肉桂10g,川楝子15g,小茴香10g,桃仁15g,红花10g,黄柏10g,砂仁15g,吴茱萸15g,炙甘草15g。5剂后诸痛轻减,夜尿1次,腰凉好转。守方加减调理2个月,诸症若失。

按：以前接治前列腺炎，多从湿热入手，用些套方套药，自知疗效并不理想，然亦别无他法。自接受郑氏阴阳为纲的理念，按照阴阳实据考察病症，“认证只分阴阳”，心中已有定规，认定阴证，故而出手即用四逆汤，自知即或不中亦不远矣，取效当在预料之中，深信郑氏理论切实可行。

12. 慢性前列腺炎 于某，男，26岁。前列腺炎1年余，尿频，尿末时出白浊，会阴、睾丸胀痛，腰酸，便艰便干如羊矢，足凉，畏冷，口和。舌淡赤胖润有齿痕，脉沉弦，尺旺。辨为阳气虚损，湿气偏盛，夹有瘀滞湿热，当归四逆汤加味治之：当归30g，赤白芍各15g，桂枝15g，细辛5g，通草15g，附子15g，肉桂10g，炮姜25g，砂仁、苍术、黄柏各15g，苡仁45g，蒲公英、土茯苓各30g，橘核20g，炙甘草10g。以此方为基础，以山甲、升麻、牛膝、肉苁蓉等出入，服药约1个月，尿末已无白浊，余症若失，唯余会阴胀痛已减轻。

13. 阴疽痹痛 杨某，男，34岁。1个月前，左膝突然疼痛，痛若针刺，牵及下肢，屈伸不利，夜甚于昼。足凉过膝，不能盘腿，跛行，查左膝内侧有1包块，鸽蛋大小，质软，皮色微红，按之并不痛。饮食二便正常，服过多种药不效。察舌淡紫胖润，脉弦。此症肢膝疼痛，当按寒湿痹证论处；膝侧包块虽肿微红不痛，当以阴疽看待。统而观之，患者足凉过膝，舌淡紫胖润，显系阴证，治痹用桂枝芍药知母汤，阴疽用阳和汤，今以2方合用：附子15g，熟地20g，鹿角胶10g烊化，干姜10g，桂枝10g，麻黄10g，白芥子15g，赤白芍各15g，知母10g，苍白术各15g，防风10g，牛膝15g，乌蛇15g，炙甘草10g。服药5剂，诸症均减。续服10剂，疼痛已无，包块消失，痊愈。

按：膝侧包块虽肿微红，不能以阳热疮肿看待，观其总体脉症，纯系一派阴象，不难认定。所用合方，其实含有四逆汤

方意，以其治此阴证，或不中亦离之不远。

14. 中风后遗症 何某，男，80岁，干部。患脑血栓后遗症已13年，行走呈碎步态，神情呆滞，沉默寡言，对外界事物毫无兴趣，口角流涎，尿等待，畏冷，乏力。舌淡胖，苔色发黑而润，脉沉弦寸弱，时一止。高年久病，心、脾、肾三脏阳气俱虚，元气受损，兼有伏邪，拟麻黄细辛附子汤合真武汤加味：

附子 60g，麻黄 10g，细辛 10g，桂枝 25g，白术 30g，干姜 30g，茯神 30g，肉桂 10g，菖蒲 20g，补骨脂 30g，益智仁 30g，仙灵脾 30g，泽泻 15g，麦芽 30g，炙草 30g，大枣 10个。

7剂后，精神已有改善，去掉麻、辛，守方调理，附子最后加至120g，出入药物有磁石 30g，黄芪 60g，红参 15g，佛手 15g等，服药3个月，神智已清，表情开朗，能参与家事，行走基本自如，苔色已正常，余症亦显减，间断服药巩固。



## 参 考 文 献

- 郑钦安. 医理真传[M]. 北京:中国中医药出版社,1993.
- 郑钦安. 医法圆通[M]. 北京:中国中医药出版社,1993.
- 唐步祺. 郑钦安医书阐释[M]. 成都:巴蜀书社,1996.
- 吴佩衡. 吴佩衡医案[M]. 昆明:云南人民出版社,1979.
- 范中林. 范中林六经辨证医案选[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社,1984.
- 祝味菊. 伤寒质难[M]. 福州:福建科技出版社,2005.
- 卢崇汉. 扶阳讲记[M]. 北京:中国中医药出版社,2006.
- 卢崇汉等. 扶阳论坛[M]. 北京:中国中医药出版社,2008.
- 李 可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科技出版社,2004.
- 田 原. 人体阳气与疾病——对话大医李可[M]. 北京:中国中医药出版社,2008.
- 黄文东. 著名中医学家的学术经验[M]. 长沙:湖南科技出版社,1981.
- 上海中医学院. 近代中医流派经验选集[M]. 上海:上海科技出版社,1962.
- 严世芸. 中医各家学说[M]. 北京:中国中医药出版社,2003.
- 黄 煌. 医案助读[M]. 北京:人民卫生出版社,2001.
- 张存悌. 中医火神派医案全解[M]. 北京:人民军医出版社,2008.
- 张存悌. 中医火神派医案新选[M]. 沈阳:辽宁科技出版社,2010.
- 张存悌. 欣赏中医[M]. 天津:百花文艺出版社,2008.
- 何德昭. 论郑钦安温扶阳气的学术思想[J]. 成都中医学院学报,1987,(3):5-7.
- 赵致镛. 郑钦安的学术思想探讨[J]. 四川中医,1995,(12):1-2.

- 黄世明. 郑钦安学术思想初探[J]. 四川中医, 1984, (5): 8-9.
- 黄世明. 郑钦安《医法圆通》探要[J]. 四川中医, 1988, (5): 10-11.
- 黄硯永等. 郑钦安《医理真传》评述[J]. 四川中医, 1989, (12): 3-5.
- 张文平等. 郑钦安学术思想探析[J]. 四川中医, 2004, (1): 3-4.
- 张廷瑜. 郑钦安及其著作[J]. 云南中医学院学报, 1996, (9): 46-48.
- 宋 兴. 《医法圆通》阴虚证治析疑[J]. 上海中医药杂志, 1998, (1): 6-7.
- 宋 兴. 清代名医郑寿全运用辛温药物的探讨[J]. 中医杂志, 2001, (10): 581-583.
- 李德成. 郑寿全《医法圆通》扶阳法探析[J]. 上海中医药杂志, 1997, (6): 22-23.
- 陈 杰. 浅议郑钦安独特的学术思想[J]. 湖北中医杂志, 1982, (10): 21-22.
- 邹学正. 李彦师擅用附子类经方的经验[J]. 中医杂志, 1996, (11): 653-654.
- 陈苏生. 浅谈附子的作用及其临床应用[J]. 中医杂志, 1979, (10): 46-48.
- 李超等. 附子之用妙在配伍[J]. 中医杂志, 1992, (11-12): 5-7.
- 邢 斌. 20世纪上海地区擅用附子六大家[J]. 四川中医, 2003, (12): 5-7.
- 邢 斌. 李继昌临证经验摘要[J]. 辽宁中医杂志, 2004, (9): 714-715.
- 陈耀堂. 附子在临床上之运用[J]. 中医杂志, 1962, (6): 27-28.
- 黎昌琼. 大剂量附片生姜临床应用举隅[J]. 四川中医, 1999, (7): 19-20.
- 张珍玉等. 温法的临床运用与体会[J]. 中医杂志, 1989, (12): 4-9.
- 黄全法. 大剂量附子临床应用治验举隅[J]. 中国医药学报, 1993, (5): 32-33.
- 王筱萍. 附子临床应用浅识[J]. 贵阳中医学院学报, 1996, (2): 64.
- 郭淑云. 李统华辨治真寒假热证的经验[J]. 中医杂志, 1998, (5): 266-267.
- 何国坚. 运用温补法治疗炎症的体会[J]. 成都中医学院学报, 1996, (3): 9-11.

## 中医火神派探讨

- 喻全渝. 中医药治疗原发性支气管肺癌 70 例[J]. 成都中医学院学报, 1987, (3): 19-21.
- 张企霞. 张谋善辨治阴火证经验[J]. 中医杂志, 1995, (2): 79-80.
- 王兆基等. 祝味菊先生医案选[J]. 中医杂志, 1982, (10-11): 734-736.
- 王兆基等. 祝味菊未刊医案选[J]. 中医杂志, 1987, (3): 7-10.
- 邓嘉成. 徐小圃医案选[J]. 中医杂志, 1986, (8): 7-9.
- 石坚如. 徐小圃未刊医案选析[J]. 中医杂志, 1987, (6): 7-9.
- 邱纪凤. 著名老中医吕重安[J]. 云南中医学院学报, 1992, (3): 46-47.
- 何绍奇. 火神郑钦安[N]. 中国中医药报, 2003, (2): 17.
- 何绍奇. 附子为百药之长[N]. 中国中医药报, 2002, (6): 3.
- 毛德西. 附子的临床应用和中毒解救[N]. 中国中医药报, 2004, (3): 8.
- 邢 斌. 附子与石膏可大胆同用[N]. 中国中医药报, 2005, (2): 28.
- 傅延龄. 辨证要识寒, 治病莫废温[N]. 中国中医药报, 1992, (5): 4.



## 后 记

浪迹医林 25 载，耳顺之年写出这本《中医火神派探讨》，自然十分高兴。虽然已经出版了十几部专著，就学术价值而言，我还是最看重、最喜欢这本书。无论是理论内涵，还是临床，火神派都具有很高的价值。更庆幸的是，不仅发掘了一个重要的医学流派，同时感悟到火神心法的灵奇，医风为之一变，疗效大幅提高。上下求索 20 年，于今方有登堂入室之感，所录验案，不过随手拈来而已。

中医理论宏富渊博，尚未发掘的东西还有很多，火神派堪称其中一颗璀璨的明珠。大致而论，中医理论基本上是教材的一统天下；相对而言，火神派似乎名不见经传，一些人基本不了解它。本书第一次系统探讨了火神派学术思想，具有开拓性意义，惟其如此，才更显示出其独特的价值，为此首先要感谢人民卫生出版社，是编辑们的学识和眼光使得本书得以问世。

对于火神派的传承和发扬，本书只能算是一个开端，遗憾的是有些资料尚未收集上来，希望将来再版时，能够充实更多的题材。作为一个火神派医家，我更希望能够编辑一部有关火神派的学术汇编，尽可能反映该派的学术全貌，以利其发扬光大。为此恳请中医同仁翻阅本书之后，能够提供更多的资料，共同充实发扬火神派的学术思想，也算是为医林栽培一棵参天大树。“嚶其鸣矣，求其友声”，欢迎与我电话联系：024-81849028。



## 中医火神派探讨

本书参考了许多同仁的文章和研究成果,谨向他们表示衷心的感谢。理论问题可能见仁见智,难免疏漏,书中不当之处,还望高明赐教。

编著者于辽宁中医药大学附属三院

2006年11月1日



## 再版附记

在《中医火神派探讨》出版3年后,今天能够得以再版,当然是开心的,为此首先要感谢人民卫生出版社的领导和编辑们,当初,是他们的眼光促成了本书的问世。

治学之道有如登山探险,王安石“游褒禅山记”中说:“夫夷以近,则游者众;险以远,则至者少。而世之奇伟、瑰怪、非常之观,常在于险远,而人之所罕至焉,故非有志者不能至也。”火神派的风格似乎有点儿“奇伟、瑰怪”,但绝非“险以远”,我所看到的倒是不少中医有志者汇成“游者众”的场面,连续三年举办的“全国扶阳论坛”的参会者近乎“爆棚”就是一个证明。

关于火神派的探讨,我有几条原则,即让沌璞归之于条理,繁杂趋之于简单,晦涩化之于明确,吴佩衡所谓“真传一张纸”是也。事实上,我觉得所有的专业学问都应该这样做。至于我做没做得到,只能请读者评论了。我感到满意的是,就第2版新增观点而言,较初版本增加了一倍。当然这些新观点是否得当,特别是有关争议的看法,可能有悖于某些人的观点,知我罪我,尚祈见谅。

岁月匆匆,转眼退休已三年了,本想过得清闲些,却多了几个弟子,加上讲学,忙得不亦乐乎,读书做学问只能忙里偷闲了。火神派的书还没有写完,希望能为读者奉上更好的作品。是为附记。

张存悌

2010年5月再记于辽宁中医药大学附属三院

359