

前 言

中医方剂学是阐明和研究方剂配伍规律及临床运用的一门学科。本学科有着丰富的理论内容和临床运用技巧,实用价值很大。其中有不少理论性和实用性难题,有的散见于古今浩瀚的医学文献中,有的见于各种中医杂志和内部交流的资料中,为中医理论工作者和临床医家所重视。笔者于从事多年的本学科教学与临床实践之余,汇集这方面的资料,结合个人经验体会,用解答问题的方式,编写了一百题,取名《方剂学问难》。将方剂的组成、配伍、主治、运用及剂型……等方面的问题,逐题作出解答;内容比较广泛,切合实用,对方剂学的教学和临床运用,均有一定的参考价值。凡初学中医的同志、中医院校在校学生以及从事临床的中医师都可参阅。

方剂的数量甚多,本书所解答的这些问题中,涉及各家不同观点,目前有争议的亦不少。笔者某些看法仅属个人认识,难免有见仁见智之处,这一点是须要说明的。

本书解答的问题大致分为两大类,即方剂学总论和方剂学各论。在各个问题解答中包括考证、析疑、比较异同、方药配伍的一般和独特规律、用方经验等。

由于著者水平有限,识见不广,可能有挂一漏万或讹误差错之处,敬希广大读者提出宝贵意见。

巴 坤 杰

1984年12月于安徽中医学院

目 录

一 问	用什么方法学习方剂学？	1
二 问	如何记忆数量浩繁的汤头？	3
三 问	历代有哪些方剂重要文献？它们对方剂学科的发展各有何贡献？	5
四 问	清·程钟龄氏“一法之中，八法备焉；八法之中，百法备焉”的含义如何？	8
五 问	如何从方剂命名来理解方的各种特点？	9
六 问	怎样辨识每张方剂的君药与臣药？	11
七 问	反佐药，反治法，兼施并治法，三者含义极易混淆，原因何在？如何区别？	13
八 问	对某些方剂的君药，古今医家的认识为什么持有分歧？如何理解？	14
九 问	怎样运用阴阳对立统一的观点来指导方剂配伍？	17
十 问	如何从脏腑生克制化关系的整体观来分析配方意义？	19
十一问	为什么说辨证论治是配方变化的依据？	20
十二问	为什么药物配伍要遵循治法的指导？	22
十三问	中医方剂为什么具有一病多方和一方多治的特点？	24
十四问	某些方剂具有双向调节作用，怎样理解？	26
十五问	方剂如何引申应用？	28
十六问	治疗皮肤病的方剂有何配伍特点？	29
十七问	如何认识方剂的特定或特殊结构——对药的配伍和运用？	31
十八问	将《伤寒论》中方剂的概况作简要分析如何？	34
十九问	怎样归纳认识《伤寒论》方剂的特点？	36
二十问	方剂如何加减应用？	38

二十一问	历代中医麻醉、镇痛方剂的发展概况如何? ……	40
二十二问	食疗方剂对防治疾病有何特殊意义? ……	42
二十三问	书写“处方用名”与中药“处方应付”如何避免混乱? ……	44
二十四问	中药的不同炮制对方剂功效有何影响? ……	45
二十五问	关于剂型改进的研究, 例举白头翁汤以见其概要 如何? ……	47
二十六问	何谓“薄贴”? 古时薄贴是否即今之硬膏? ……	49
二十七问	外科有哪些常见外用药剂型? 如何应用? ……	51
二十八问	汤剂应如何煎煮、服用, 提高它的疗效? ……	53
二十九问	怎样掌握方中的药物剂量 ……	56
三十问	方中哪些药物剂量宜小不宜大? ……	58
三十一问	古方药量为何与现用药量有较大差别? 如何换算? ……	60
三十二问	精方简药有何意义? ……	62
三十三问	古方中有关制剂、用法、用量方面的名词术语如何 解释? ……	64
三十四问	“本草明言十八反”, 对《金匱要略》方甘遂半夏 汤中遂草同方如何认识? ……	65
三十五问	“十九畏”与“七情”中的“相畏”含义有无区别? ……	67
三十六问	对中药“毒”的概念如何理解? 复方对“药毒”能 否产生影响? ……	68
三十七问	中西药物能否配合应用? ……	70
三十八问	对仲景“衄家忌汗”与“衄血宜麻黄汤”如何理解? ……	72
三十九问	《伤寒论》第40条小青龙汤方后注中的尧花, 是不 是芫花? ……	73
四十问	如何掌握麻黄杏仁甘草石膏汤对有汗而喘和无汗而 喘的辨证运用? ……	74
四十一问	“大热、大汗、大渴、脉洪大”四大主证为什么白 虎汤主治, 当归补血汤也主治? ……	76
四十二问	银翘散中究竟有没有元参? ……	77

四十三问	清·吴鞠通“治上焦如羽，非轻不举”的治法观点，在选药、配方、调剂、定量、煎法、服法等方面各有何体现？·····79
四十四问	温病“透热转气”的治法在清营汤中如何体现？·····80
四十五问	为什么银翘散荆芥、薄荷同用；槐花散用荆芥不用薄荷；逍遥散用薄荷不用荆芥？各取何义？·····82
四十六问	为什么说败毒散的配方特点是“逆流挽舟”？·····83
四十七问	舟车丸是怎样不断充实完善的？·····85
四十八问	同治便秘，为什么济川煎用升麻升提，增液汤用玄参养阴，两方均无泻下药？·····86
四十九问	温脾汤、健脾丸、实脾散、归脾丸，分别为泻下、消导、祛湿、补益之剂，为什么都治脾？·····87
五十问	五积散组方上有何特点？如何掌握运用？为何有生料与熟料之分？·····90
五十一问	防风通圣散与五积散的组方意义和适应证各如何？·····91
五十二问	运用小柴胡汤时，如何理解《伤寒论》中“但见一证便是，不必悉具”的提示？·····92
五十三问	怎样从脏腑气血病理关系来分析逍遥散的配方意义？·····94
五十四问	四逆汤、四逆散、当归四逆汤，三方所治“厥逆证”，病因病机有何不同？脉证有何区别？·····95
五十五问	“心下痞”证候如何掌握？五个泻心汤组方有何特点？临床应用如何区别？·····97
五十六问	痛泻要方来源何书？有何配伍特点？·····98
五十七问	黄连解毒汤不具备凉营止血作用，却可施治于吐、衄、发斑，治法机理何在？·····100
五十八问	龙胆泻肝汤、逍遥散、补中益气汤三方均配伍当归、柴胡，其药物配伍有何不同意义？·····101
五十九问	左金丸、香连丸、交泰丸三方均以黄连为主药，为何主治证毫无共同之处？·····103

六十问	白头翁汤、芍药汤、葛根芩连汤三方均治下痢，有何不同之处？·····	105
六十一问	导赤散主治病机为什么说是“水虚火不实”之证？·····	107
六十二问	“暑病首用辛凉，继用甘寒，终用甘酸敛津，不必用下”的意义如何？·····	108
六十三问	香薷散为什么需要冷服？夏令感寒为什么只适用香薷散，不适用麻黄汤？·····	110
六十四问	理中丸、四君子汤、苓桂术甘汤三方仅一药之差，为何功效、主治绝不相同？·····	112
六十五问	桂枝汤、小建中汤、五苓散、桃核承气汤、炙甘草汤等五方均配伍桂枝，有何不同之处？·····	113
六十六问	补中益气汤临床运用有何新的进展？·····	115
六十七问	为什么四物汤、逍遥散、归脾汤均为妇科调经常用方剂？·····	117
六十八问	当归补血汤中黄芪药量为什么五倍于当归？·····	119
六十九问	炙甘草汤、补中益气汤、桔梗汤、麻黄汤各方中，甘草一药为何有君、臣、佐、使的区别？·····	120
七十问	六味地黄丸配伍中“三补三泻”的用意何在？·····	121
七十一问	《金匱要略》“补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之”的治肝原则如何理解？·····	123
七十二问	一贯煎初载于何书？从何方衍化而成？·····	124
七十三问	肾气丸具补益肾阳作用，但方中养阴药味数占四分之三，药量是温阳药的十余倍，如何解释？·····	126
七十四问	何谓涩法？如何运用涩法方剂？·····	127
七十五问	自汗、盗汗病机不同，为何牡蛎散一方均可治之？·····	129
七十六问	玉屏风散为什么能预防感冒？·····	131
七十七问	前人有“痢无止法”之戒，为何桃花汤、真人养脏汤均用收涩法治痢，如何阐述其机理？·····	132
七十八问	苏合香丸为何能治冠心病？与近时冠心苏合丸有何	

	关联?	133
七十九问	为何止血方剂多有祛瘀药 配 伍? 祛瘀方剂多有行 气药配伍?	135
八十问	王清任五个逐瘀汤以何方为基础方? 各方有何异同? 其规律何在?	136
八十一问	生化汤为何产后多用? 有何特点? 从何方演变而 成?	138
八十二问	温经汤、 清经散、 定经汤, 三张调经方剂有何异 同?	139
八十三问	旋复花汤中的“新绛”究系何药?	141
八十四问	黄土汤为什么附子黄芩同用治出血? 真武汤为什么 附子芍药同用以制水?	143
八十五问	为什么保和丸的君药可以灵活掌握? 如何掌握?.....	144
八十六问	吐泻一证, 为何藿香正气散、五苓散、理中丸诸方皆 治?	145
八十七问	治疗湿热性黄疸, 临床如何辨用茵陈蒿汤、茵陈五 苓散、麻黄连翘赤小豆汤?	147
八十八问	鸡鸣散的特殊服用法意义何在?	148
八十九问	当归拈痛汤出自何处?	149
九十问	枳实消痞丸主何痞证? 其消补兼施的着重点何在? 从哪些方剂变化而来?	151
九十一问	二陈汤怎样体现湿痰治法? 该方在用法内加用乌梅 酸收有何治疗价值?	152
九十二问	镇肝熄风汤为何重用牛膝之降, 又用茵陈之升?	153
九十三问	羚羊钩藤汤与大定风珠均治内风痉厥, 如何鉴别运 用?	155
九十四问	主治肺阴虚的琼玉膏, 为什么配伍补肾药和健脾药 为主?	156
九十五问	养阴清肺汤中用薄荷有何特殊意义?.....	157

九十六问	麦门冬汤用麦冬和半夏配伍的特殊意义何在？	158
九十七问	乌梅丸治疗胆道蛔虫症的药效如何认识？	159
九十八问	吐法的含义与机理及其药物的运用如何？	161
九十九问	瓜蒂散中赤小豆，指哪一种药物？瓜蒂除涌吐外还 用于何疾患？	162
一百问	阳和汤主治外科阴疽为何又可治内科哮喘？	164

一问 用什么方法学习方剂学？

答：方剂学是中医临床各科的基础，它贯串着中医理、法、方、药全部理论知识，是临床工作中辨证处方的基础，是提高医疗质量的关键，能反映中医医疗水平的高下。学好方剂学非常重要，下面介绍几个学习方法，以供参考。

1. 熟记组成，理解功效，掌握主治证等三个中心。

方剂由药物组成，必须熟记药物，在熟记的基础上了解每味药物在方中的“君、臣、佐、使”位置，哪些药为方的主要结构——“君、臣”，哪些药是次要部分——“佐、使”，全方的配伍意义何在，以及了解剂型、药量、服法等方面的知识，是学习的重点，一切功效与主治都在药效的基础上产生，功效是方药的综合效能，每一功效代表一种治法。治法是针对病证所产生的病因与病机而制订的，没有治法就不能治愈疾病，所以“方从法立，无法不成方”。抓住方的功效，可以分析产生功效的每一药物的性能；又可从功效去推断证候的病因病机，帮助对主治证的理解。主治证都有一定的症状表现，一系列症状可以综合分析，得出其发病的病因病机，又可从病因病机去分析每一症状的产生原因。这样，一张处方的主治症状虽繁，但可以简要归纳。通过内在关联，藉以了解何是主证？何是次证？与药效相联系，何是主药？何是辅、佐药？这叫做以法析药，析证。全方就可成为一个整体来认识。

2. 突出重点基础方和常用方，以基础方来带动许多派生出的附方，使有限的时间与精力，学会更多的方剂。所谓基础方是指药味较少，起源较早，后世在实践中又发展出许多附方者。如麻黄汤、桂枝汤、承气汤、理中汤、四君子汤、

四物汤、肾气丸、地黄丸……等等。例如四君子汤加味就有六君子汤、香砂六君子汤、保元汤、七味白术散……等等。每个基础方多有十几个加减方，这样以少带多，可收事半功倍之效。常用方是指药味较多，适应范围较广，临床多用的方剂；如逍遥散、归脾丸、补中益气汤等等。这些方剂通过引申加减，可以一方通治多病，如补中益气汤可治气虚发热，各种气虚下陷证，以益气升阳的作用为杠杆，治疗各种气虚证。

3. 对比同类方的共性与特性。如麻黄汤与桂枝汤同治表证，有表虚表实之分；桂枝汤与小建中汤药味区别仅剂量的改变及增加一味主药，治疗就有表里之分和解表与温里之别。同治一病，如呃逆一证，橘皮竹茹汤与丁香柿蒂汤有温凉的区别。此外，诸如五个泻心汤，三个承气汤等等，都可比较异同，加以鉴别，加深理解。

4. 以法为纲，区分细目，加强联系。如解表、泻下、和解、清热等大法，大法之中又可细分；如解表有辛凉、辛温之不同，辛温中又可分助阳、益气、祛风湿、理气等细目，可以法中见法，纲中见目，有提纲挈领作用。这样条分缕析，多方归类，不致繁杂而无章。

5. 三查两结合。“三查”是指查原始资料，查历代演变，查近年临床与科研的新进展。如肾气丸是汉代张仲景方，后世作为温补肾阳的代表方，宋代钱乙减去桂枝、附子为地黄丸，后世崇为滋养肾阴的代表方。明代张景岳在二方基础上加减，制成左归丸（饮）、右归丸（饮）。后人更有知柏地黄丸，杞菊地黄丸，等等演化方剂。“两结合”是分析药性与药理学结合，分析主治病证与病理学结合，这样理解解释方剂，对某些古方的见解分歧有所适从。如大承气汤中

的主药，有的强调气药，以厚朴为主；有的重视泻下药，以大黄为主。结合病理分析，主治痞、满、燥、实，关键是阳明腑实便秘，当以后者认识符合病理实际。理中丸有主张人参为主，有认为干姜为主，如结合临床证候实际，中焦虚寒证，在表现虚甚的当重用人参为主药，在表现寒重的当重用干姜为主药。所以，必须结合临床实际来认识谁是谁非，方为恰当。

二问 如何记忆数量浩繁的汤头？

答：历代医家在长期临床实践中总结创制出疗效很高的名方，数量很多。这些宝贵医疗经验，是前人留给我们的丰富遗产，必须很好继承。临床医生应该理解和熟记一定数量的方剂来适应医疗需要。但由于历代医家积累的方剂数量繁多，记不胜记；而且，记忆时感到枯燥无味、单调，遗忘率大。因此，困难较多。从方剂数量看，且不提历代的积累，单从现时高等院校全国试用中医教材十三门课程所选入的方剂，初步统计就有1700余方。这些方中组成的药物，又是相互交叉、重复，都要牢记无疑，实为不易。因此在精选、熟记两方面都应有较科学的学习方法，才能费力少，收效大，达到事半功倍的目的。这里介绍几点经验，供初学者参考。

1. 要掌握重点方剂；即每一治疗大法中的基础方。其次是结合当地和现时常见的地方病、多发病所需要的常用专效方。因为基础方可以通过对它的组方配伍、临床运用的理论着手，理解其加减变化规律，掌握一大批衍化方剂。专效方则以一方为中心，根据病机变化，通晓一批相互关联的方剂。这样要比一方一剂的单记省力得多。

2. 要背诵现成方歌。运用这一传统学习方法，尤其对药

物较多的方剂更为适合。因方歌一般是四句左右韵文，朗朗上口，有助记忆，具有简单、易诵、易记的优点，且内容包括了方名、药物组成、功效、主治病证，及病因病机、主要证候、加减等，简要全面。如桂枝汤的方歌：“桂枝汤治太阳风，芍药甘草姜枣同，解肌发表调营卫，表虚有汗正可用”。歌词的第一句提出方名与主治证，第二句概括全方药物，第三句说明功效，第四句指出用方要点。概括性相当强。熟记后对全方有一全面概念，确是一种很好的记忆方法。但也有一些方剂，无须背诵方歌。因为有的方名本身已反映出全方药物组成，如苓桂术甘汤、麻黄杏仁甘草石膏汤等方，只须理解其组方意义就行了，不必硬要背上四句，加重记忆负担。还有一些小方仅两味或三味药物组成，易记忆，如左金丸，金铃子散，失笑散，六一散……等等，这样就可减少记忆方剂的分量。

3. 自编方歌。一些药物较多的方剂可以根据自己对该方的理解自编方歌。这是最好的一种记忆方法。因为在编方歌之前，必须对方剂有深刻理解，才能用简单几句话概括出来，这样就印象深刻，甚至可以终生不忘。编方歌，可以根据方剂内容决定，一首方剂可编为四句，也可只编一两句，尽量做到少而精，简而易。它的最大优点是结合自己的语言，顺口易诵，记得快，记得牢。如白头翁汤可编成：“白头翁汤秦柏连，清热止痢治肠炎”，将方歌压缩成两句。有的还可以只编一句，如清胃散可编成：“清胃连地丹归升”。虽只一句，但方名、功效、药物组成都具备了。

4. 自编故事歌。适当地利用故事的方式来表达方中药物的组成，这种方歌饶有趣味，因而更易于记忆，如三仁汤可编成“三人爬竹竿，扑通一声滑下来”。意思是三个人一起

去爬竹竿，都掉下来了。这里的“三人”，即杏仁、薏仁、薏苡仁。取“人”与“仁”谐音，“竹”指竹叶，“朴”指厚朴，“通”指通草，“滑”指滑石，“下”指半夏，取“下”与“夏”谐音。这样就把枯燥的药名加以形象化了，既简单，又易记。

5. 方剂对比：通过相类似方剂的异同比较，分析其疑似之处，不但能加深理解，也是便于记忆的一种方法，如张仲景的五个泻心汤，五个栀子豉汤等等。方的功效，主药，主治证都有雷同之处，只由于其中增减一、两味药，或药物间剂量的调整，就有同中见异的差别。

上述的几种方法，具有避繁就简，以主带附，能较快较牢，更多地记住一些方剂，是学习、熟记方剂的一些常用方法。掌握这些方法，就可在数量繁多的方剂中，减少记忆的困难，摆脱学习上的困境。此外，当然还有更好的记忆方法，那就是不断地通过临床用方实践，不但能熟，还能生巧。

三问 历代有哪些方剂重要文献？它们对方剂学科的发展各有何贡献？

答：祖国医学历史悠久，源远流长。方剂专著和医学文献，浩如烟海。今就其具有重大贡献和在某一历史时期具有总结性的有关方剂代表性著作，按时代先后顺序介绍：

1. 《五十二病方》，该书是1973年从湖南省马王堆汉墓出土的帛书之一，为我国公元前五世纪以前，秦汉时期方书的唯一真本。书存成方计283首，包含中药247种，有汤、丸、散多种剂型。食疗约占三分之一。它反映了公元前五世纪以前我国方剂学的成就。

2.《黄帝内经》，是公元前五至三世纪我国医学的一部总结性理论文献。书中记载方剂13首，有汤、丸、散、酒、膏多种剂型，提出“七方”——最早的方剂分类法，及君、臣、佐、使的组方原则和立法、配伍、宜忌等理论，为方剂学理论奠定了基础。

3.《伤寒论》、《金匮要略》，两书成书于公元196~204年，东汉张仲景著，共载方314首，该书对方药组成、制剂、服法、用方加减、主治证和禁忌等等均作出详尽叙述。由于疗效很高，历来被尊为“经方”。

4.《肘后备急方》，成书于公元326~333年，晋代葛洪著，集方86首，于公元522年经梁·陶宏景整理增订，称《补阙肘后方》。该书特点是：便、验、廉，便于携带查阅，类似今之临床方剂手册。

5.《千金要方》、《千金翼方》，两书成于公元652~682年，唐·孙思邈著。前者为杂病方汇编，后者为伤寒病方汇编，各30卷，共集方5,300首，集唐以前方剂的成就，为我国荟集杂病（各科）方剂之始创。

6.《外台秘要》，成书于公元752年，唐·王焘著，全书40卷，方6,000多首。其特点是：有论、有方、有法，多属官藏秘方，保存很多古代医籍资料。

7.《太平圣惠方》，是宋代太医院王怀隐等人集体编著，成书于公元982~992年，计110卷，集方16,834首，该书系宋太宗赵光义命令编印，可算为我国以政府名义出版的第一部方剂专著。

8.《太平惠民和剂局方》，是公元1078~1085年，宋·陈师文等人搜集民间配方编著成书。计10卷，收方788首，该书载方皆来源于民间实践，疗效很高，后世称为“时

方”。

9.《济生方》，成书于公元1253年，宋·严用和著，计10卷，收方450首，方多实用可靠，为后世医家推崇引用。

10.《伤寒明理论》，成书于公元1156年，金·成无己著，计4卷。该书虽系注释《伤寒论》，但成氏选出伤寒方20首，对配伍、主治等作了全面分析解释，开详析方义之先河，在方剂理论上有重大贡献。

11.《普济方》，成书于公元十五世纪初，明·朱橚为首集编，全书168卷，集方61,736首，收录明以前名方，为方剂史上篇幅最大的巨著。

12.《医方考》，成书于公元1584年，明·吴崑著，全书6卷，集方700余首，方后有论析，为古代有关方剂理论的一部名著。

13.《医方集解》与《汤头歌诀》，两书成于1682年。前者集方600~700首，分24门，是近代应用最广的方书。后者全书收集常用方300余首，编成七字歌诀，便于初学诵记，是一部方剂普及本。均为清·汪昂所著。

14.《成方切用》，成书于公元1761年，清·吴仪洛编著，全书13卷，方1180余首，记载来源、主治、组成、方义，论述全面，且多实用。

15.《成方便读》，成书于公元1904年，清·张秉成编著，全书4卷，方200余首，编成七字歌诀，为初学读物，与《汤头歌诀》一书类似，对方剂普及贡献较大。

以上皆是中医界公认为历代重要方剂文献，诸书从不同的角度和在不同的程度上对方剂学科的发展均作出了重要贡献。

其他还有许多医学文献，如金元四大家和温病学派的许多重要著作中，均有名方创制，临床具有极高疗效，至今仍在广泛运用。这些方剂，及方剂理论的阐明，由于不属方剂专著，不在本题叙述。

四问 清·程钟龄氏“一法之中，八法备焉；八法之中，百法备焉”的含义如何？

答：清代著名医家程钟龄氏著有《医学心悟》一书，该书对汗、吐、下、和、温、清、消、补医门八法作了专章系统论述。“八法”是概括中医治疗中常用的八种主要治法，它是辨证施治的内容之一，是组方选药的重要依据。“八法”虽自《伤寒论》以后为历代医家临床所习用，但直至程氏《医学心悟》才开始明确提出，并作系统论述，这是程钟龄在阐明治法方面的一大贡献。

“一法之中，八法备焉；八法之中，百法备焉”一语出自《医学心悟》，是在论述“八法”之后，探讨八法的综合应用时提出的，它具有高度概括性和指导意义。

在八法的每一大法中都包涵着很多的具体治法，这些具体治法是法与法的相互结合运用的结果。由于法与法的交叉结合，从而衍化出不可胜计的具体治法，使错综复杂的病情相适应地得到不同的具体治法来施治，这就是程氏此语所指的实质所在。试举汗法为例来说明。汗法总的具有发汗解表功效，用来治疗表证，但表证发病的内外因素却极其复杂。外因方面有风、寒、暑、湿、燥、火等六淫的不同；内因方面，患者体质有阴、阳、气、血的虚实之差别，以及原有各种旧病宿疾的存在等等。那就远非单一的汗法所可统治。于是在汗法为主导之外，还须配备其他治法。如虚人表证，须

汗法与补法结合，以期达到扶正祛邪；表证兼有里实，必须汗、下两法兼施，以求表里双解。……等等；这样八法合用，任何一法中都可同时包涵其他七法。所以，程氏说：

“一法之中，八法备焉。”上述汗法中的汗补合用，汗下兼施之中如再加详细分析，则补法中又有助阳、益气、滋阴、养血的不同细则；下法中也有寒下、温下、润下等不同子目，都应因人因证而施。同一外因中，例如：风邪，可分为风寒、风热、风暑、风湿、风燥、风火；那么同一汗法还当区别细分为：祛寒、清热、祛暑、燥湿、泻火等不同的汗法。若患者兼有各种旧病（慢性疾病）就更为复杂。这种多因致病就须相应的不同治法来配合汗法了。汗法如此，所有八法亦同样如此。如是就显示出法中有法，法法结合，以至极多，不可胜计，以应疾病的多变。故程氏接着又说：“八法之中，百法备焉。”

总之，程氏此语，提示一条原则，即治疗之八法，不能分割，不可孤立看待。他告诉我们医治复杂病情，常须数种治疗方法结合运用。同时要理解到每一大法，本身即具有多种细法，辨证越精，用法越细，才能顾及全面，切合病情，提高疗效。这是程钟龄在总结八法运用方面，给我们的启示。

五问 如何从方剂命名来理解方的各种特点？

答：方剂的命名，一般都赋有一定的含义。许多方名能够从不同角度来反映该方的各种特点。因此，能了解方的命名含义，确实对方义的深入理解有一定的帮助，可惜，这点常常不为人们所注意。

方剂的名称含义丰富，从常见的方名归纳，大致有以下

几种类别：

1. 直接反映该方的主要药物，主要配伍，药物组成，功效，主治，主证，剂型，特殊服用法等等。

2. 以取类比象方式，形象化地形容该方的药效功能。

3. 用生理、病机来反映该方的药效功能。

4. 综合一种以上的含义来名方。

其中第一类方名，比较容易理解，如：①麻黄汤、丹参饮、橘核丸、银翘散等，都属于突出该方的主药为方名的，见到方名就能知道该方的主药是什么。②大黄牡丹汤、木香槟榔丸、贝母瓜蒌散、何人饮等，都属于以反映该方的主要配伍为方名的，见到方名即可以知道该方的君臣药物是什么。③麻黄杏仁甘草石膏汤、麻黄细辛附子汤、瓜蒌薤白白酒汤、甘草小麦大枣汤等，则是把组成全方的药物都包括在方名之内，见到方名就已知道全方的药物。④清胃散、健脾丸、活络丹、通关丸等是属于以方的主要效能名方的。⑤宣痹汤、消瘰散、咳血方、止嗽散等则是以该方的主治病证痹、瘰、咳血、咳嗽来命方的。⑥四逆散、四逆汤等，指出该方所主治的主要证状特征为四肢末端逆冷，以此作为方名。⑦以剂型名方的如当归丸、二至膏、冰硼散、白降丹等，提示剂型丸、散、膏、丹的区别。⑧用特殊服用法命名的，如鸡鸣散，必须第一天煎煮好，待五更时，分次冷服。布袋丸，须将丸药用生绢或纱布袋装盛，放入猪瘦肉与药一同煎煮，待肉烂后去药袋，取食熟肉并汤汁。

第二类较第一类方名要难理解，是对方剂的功效给予形容或描绘，如青龙汤、白虎汤、越婢汤等，都是比象形容，说明方的发汗、清热、退肿诸功效。传统有“龙兴雨降”的说法，借以比拟峻汗，用“虎啸风生”形容辛凉解热，以“越

女苗条”说明消除全身水肿之后的体态。

第三类方名是运用中医理论，更深刻地说明该方的效能，可帮助理解组方的用意和特点。如：承气汤，有泻下热结之功效，以承气名方，其意是顺承胃气下行，使胃肠传导的功能康复，提示泻下药必需配伍行气药物。又如，理中丸具有调理中焦阳气功效，归脾丸能引血归脾，调治脾的统血功能等等。

第四类方名，是综合了上述一种含义以上的名方方式，此类更为多见。如羌活胜湿汤，葶薤分清饮，半夏泻心汤，厚朴温中汤等都是以主药与主效结合名方。截疟七宝饮，三物备急丸等，是全方药味数结合方的主治和功效特点来名方的。

此外，还有多种内涵丰富的方名。如：大、小柴胡汤，大、小陷胸汤等，既属主药或主证名方，又显示了方的规模大小，缓急。而四生丸、十灰散、二陈汤等，包含了方药加工炮制的特点。五皮饮，则说明方药的入药部分……等等。不一一尽举。

六问 怎样辨识每张方剂的君药与臣药？

答：一张疗效确实的方剂，必需是根据病情需要，按照一定的组方原则组合而成的。这种组方原则，前人形象地命名为：“君、臣、佐、使”，用它来说明方中药物配伍的主从关系，是方剂结构的重要特点。这一原则早在《内经》就已提出。《素问·阴阳应象大论》说：“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使”。运用这一原则来说明方剂配伍的意义，则是从金代成无己开始的。成氏在著《伤寒明理论》一节中，曾注释伤寒方20余首，都是用君、臣、佐、使来分析方中每一药物的性能与所处位置的。元代李东垣为明确佐药涵义，又给《内经》作了补充，他说：“兼见何病，则以

佐药使药分别治之，此制方之要也”。从上简述，可见君、臣、佐、使是几千年来中医制方的原则。所以，一般处方都具备君、臣、佐、使药物，其中君、臣药尤为方的重要组成部分。那么，我们如何来辨认它呢？我们识辨每一方中的君药，可根据《内经》“主病之谓君”这一提示，君药的作用可以归纳成“两针对，三特点，一中心”。以此作为标准去认识。所谓“两针对”，即：一，针对病因。二，针对主证。因为病因是致病之本，治病必求其本。主证是疾病的主要方面，治疗主证，其余次要症状即易于解决或随之而解，这是方剂治疗的主攻方向。所谓“三特点”，是说君药具有三个特点。即：一，效能较其他药物强。二，所用药量相对地较其他药物大。三，作用较其他药物全面，除作用于主证之外，往往还兼有佐、使药的作用。所谓“一中心”，即君药是全方中起综合作用的中心药物，其他药物均必须围绕君药来配伍。举方为例；如麻黄汤是以麻黄为君药，它的发汗散寒作用冠于全方其他药物，同时又具宣肺平喘作用，归经于肺，功效全面，兼备佐、使（引）药效能，方中药量也相对较大，是针对主因风寒在表及主证发热恶寒无汗，起主要治疗作用的。因此，麻黄具备了上述君药的条件。不过在君药的三个特点中，药量大小只是相对而言。此外，君药的作用比较全面，是就一般情况而言，也有不少例外。臣药，按《内经》“佐君之谓臣”的精神，是方中辅助君药起治疗作用的药物，多属协同性质的配伍，有增强君药效能的作用，它存在有两种类型。即：一，与君药效能相近似，增强君药的作用；例如麻黄汤中臣药桂枝与君药麻黄，二药均辛温解表散寒，能增强发汗散寒的治疗目的。二，与君药性味功能有显著差异；是从调节病理的另一方面来配合君药，以便更好地

达到治疗目的。例如：桂枝汤中君药桂枝辛温解肌，散寒调卫；臣药芍药酸苦微寒，功能：和营，敛阴止汗；君、臣二药，从营与卫不同的两方面来调节人体的体表机能。相互协同的结果，共起调和营卫，解肌散寒的治疗作用。但是，不论臣药辅助君药的方式和角度如何不同，都应围绕疾病的主因、主证来发挥治疗作用，这是臣药与佐药一个重要的区别点。另外，臣药作用确实不及君药强，药效不及君药重要，这又是它与君药的区别点。因此，方中的君药与臣药是可以根据上述药物具备的效能和条件来辨识的。

七问 反佐药，反治法，兼施并治法，三者含义极易混淆，原因何在？如何区别？

答：反佐药一般来讲有两层意义。其一是：“因主药之偏而为监制之用”，即方中主药有毒性，或性较峻烈，必须加以制约的；例如：十枣汤，君药峻烈有毒，大毒治病，易伤正气，故用大枣甘缓，益气护胃以缓和君药之毒性。此属于制约性质的配伍。其二是：“因病气之甚而为从治之用”。即用大剂热药或寒药，治疗寒极或热极之证时，方中反佐少量相反性能的寒药或热药，以起引导作用，防止寒热格拒。例如：白通加猪胆汁汤，主治阴寒下利，厥逆无脉，干呕面烦者，在全方温热回阳药中，加入少量猪胆汁，用苦寒降逆之品，作为反佐药物。

反治法则是从治疗原则出发提出的一种治疗方法。主要用于真寒假热的戴阳、格阳证，和真热假寒、热深厥深的热厥证。所用药物与症候中出现的某些假象症状，几乎完全相反；即《内经》所云：“寒因寒用，热因热用，塞因塞用，通因通用”的治疗方法。凡用寒凉药治寒证，用温热药治

热证，用补益药治胀满不通和用通泻药治泻痢等等，皆为反治法的范畴。

兼施并治法则为兼证兼因而采用的另一种形式的治疗方法，如上热下寒证的寒热并用，虚人便结证的攻补兼施，以及气血两治，阴阳并调，脏腑合治，脏脏合治等等，均可作为兼施并治的治疗方法。由于上述三种治法，出现性质不同的矛盾现象，极易使人混淆不清。所以，有的书籍不是将反佐当作反治，就是将反治解释成反佐，在反佐和兼施并治上，又往往在分析方剂时常犯等同起来的错误。这是因为上述三者有着相似之处的缘故。本着分析异同，弄清界限，明确概念，加以区别如下：

1. 反佐药是以性味功能相反的药物，用以辅佐君药或臣药的一种方剂配伍方法。反佐药在方中无论是药味数量上和剂量上，均大大少于被佐药物，且药物作用与疾病的治则相反，从而起相反相成的作用。

2. 反治法则全方药物作用在表面上均与病情相反，但实际却是置病情中的假象于不顾，只从病的本质着手，这种治法多应用于危重病证，即所谓阳极似阴，阴极似阳，治疗其阳极和阴极，故虽名为反治，而实质却仍然是正治。

3. 兼施并治法适用于病情复杂的治疗。方中药物在照顾正和邪，寒与热等相反方面，虽然有所侧重，但一方中不同性质的药物，在药味数和剂量上往往是保持着相对平衡的，它虽然也涉及到方剂的配伍，但是用意却与反佐药迥然不同。

八问 对某些方剂的君药，古今医家的认识为什么持有分歧？如何理解？

答：在前人留给我们的一些有效名方中，历代以来不少

医家在解释方剂的组成意义时，对某些方中的君药有着不同的认识。如对汉代张仲景方：理中丸、承气汤、十枣汤……等等；在近古的时方中，对清代吴鞠通的温病时方银翘散等，也存在着不同的见解。现就以上提到的数方为例，简述其分歧意见并提出如何正确理解。

1.理中丸（《伤寒论》方），是一张主治脾胃虚寒证的方剂，具有温中祛寒，补益脾胃功效。方由人参、干姜、炙甘草、白术四药组成。金代成无己《伤寒明理论》认为，“人参味甘温，《内经》曰，‘脾欲缓，急食甘以缓之’，缓中益脾，必以甘为主，是以人参为君……《内经》曰，‘寒淫所胜，平以辛热。’祛寒温胃，必先辛剂，是以干姜为使。”许宏《金镜内台方义》附和成说，亦认为“人参为君，补中正气，……以干姜为使，温脾散寒”。金代李东垣则提出以干姜为君，他说：“理中汤治腹痛者，以水来侮土，取干姜为君，土中泻水也。”即以干姜温中散寒也。清代程郊倩亦云：“阳之动始于温，……名曰理中，实以燮理之功，予中焦之阳也，干姜辛以守中，必假之以焰，釜薪而腾阳气。”强调了温中阳的重要。近时，某些方剂学教材，以上述前人的说法为依据，在方解中也解释称“方中以干姜温运中焦，祛散寒邪，恢复脾阳为主药，辅以党参补气健脾，振奋脾胃功能”。以上两种说法存在人参为君，干姜为君的分歧认识。

2.大承气汤（《伤寒论》方），主治阳明腑实证，有峻下热结功效，方由大黄、厚朴、枳实、芒硝四药组成。对此方的君药，清代柯琴注释《删补名医方论》云：“诸病皆因于气，秽物之不去，由气之不顺也，故攻积之剂必用气分之药，因以承气名汤……厚朴倍大黄是气药为君。”他认为

厚朴是方中君药。清代左季云《伤寒论类方汇参》注释云：

“枳实苦寒，溃坚破积，则以苦寒为主，是以枳实为君。”他认为枳实是方中君药。邹澍《本经疏证》注释云：“三承气汤中，有用枳朴者，有不用枳朴者；有用芒硝者，有不用芒硝者；有用甘草者，有不用甘草者，惟大黄则无不用，是承气之名，固当属之大黄。”言下之意，认为大黄是方中君药。张秉成《成方便读》更明确指出：“以大黄之走下焦血分，荡涤邪热为君。”以上四家三种看法，存在厚朴、枳实、大黄，何为君药的分歧。

3. 十枣汤（《伤寒论》方），主治水腫、悬飲，功能攻逐水飲，全方由大戟、芫花、甘遂、大棗四藥組成。柯琴《傷寒來蘇集》載：“甘遂、大戟、芫花三味，皆辛苦氣寒而藥性最毒，並舉而用之……然邪之所湊，其氣必虛，以毒藥攻邪，必傷及脾胃。……故選十棗之大而肥者以君之”。左季云《傷寒論類方匯參》亦云：“君以大棗，預培脾土。”而王晉三《古方選注》則認為，“以甘遂大戟之苦，佐大棗甘而泄之，緩攻之”。汪誦庵《醫方集解》亦認為“三藥過峻，故用大棗甘以緩之”。以上四家，有的以大棗為君，有的以大棗為佐。

4. 銀翹散（《溫病條辨》方），為溫病初起，邪在衛分之主治方，功能疏散風熱，清熱解毒。有些方劑學教材認為，方中金銀花，連翹清熱解毒，輕宣透表為主藥。或認為本方以銀翹為名，且用量較重，可知是重在清熱解毒。但對本方的方解，目前尚有爭議。有的醫家認為方中應以薄荷、荊芥等解表藥為主藥，銀花、連翹等清熱解毒藥為輔藥。如秦伯未《謙齋醫學講稿》中說：“銀翹是否是君藥，值得考慮，……稱為辛涼解表法，它的組成就應該以豆豉、荊芥、

薄荷的疏风解表为君。”

从上面三张经方一张时方为例，说明对某些方剂的君药，历来就存在不同认识。这给后学中医的同志带来认识上的混乱和困难，实有澄清必要。那么，以上不同意见，谁是谁非呢？在辨识君药上，笔者认为，首先必须根据疾病的主因、主证来取舍。这是一条原则。在临床上常常遇到双因致病，要细心辨识其偏重偏轻，以此作出针对性的抉择，选方用药做到丝丝入扣。如例一：理中丸，各家争论两种意见，实质上是根源于主治证太阴经“虚”与“寒”的侧重点不同而已。清·汪琥的解释最合运方实际，他认为：“如寒多者以干姜为主，虚多者则以人参为主。”由此可见，君药应根据主因主证来抉择，不可呆板固定不变。其次，君药还须根据药物的实际效能来决定。如例二：大承气汤，各家争论的焦点是，一以承顺胃气下行，应以气药为先导；另一是强调大黄的泄热通便、荡涤肠胃实滞的药效，如失去大黄的攻泄，则失去通腑攻里的前提，方效不著。这是理论结合临床实际的观点。其余例三、例四，两方的争论，都应以这两条准则来判别。否则，不免胶柱鼓瑟，刻舟求剑，难以符合临床客观实际了。

九问 怎样运用阴阳对立统一的观点来指导方剂配伍？

答：阴阳学说是中医的说理工具，是古代朴素的唯物辩证观。阴阳说明一切事物的对立与统一关系，在指导方剂的配伍方面表现在：每张方剂组成中，常具有性味功效完全不同的药物，相互对立，又相互依存。从阴阳对立观点来配方，表现在方的组成原则上起有起主治作用的君药，又有制约君药的反佐药，起到相反相成的作用。归纳起来，如动药与

静药的配伍，散药与收药的配伍，补药与泻药的配伍，寒药与热药的配伍，升药与降药的配伍……等等。这些对立统一范例，方剂中处处可见。举例来说：1.动静结合的方剂，如《伤寒论》中具有温阳利水功效的真武汤，方中既用熟附子、白术、生姜、茯苓等药，温壮脾肾阳气以祛水邪，方的主体为动性药，属于温热、辛散、走泄范畴；却反佐一味白芍性味酸寒，属于静性药物，以制约熟附子、生姜等辛燥，使方中动中有静，温阳不伤阴。2.散收平调的方剂，如《金匱》中温肺化饮的苓甘五味姜辛汤，方中用干姜、细辛温散肺寒以助茯苓化饮，为防止肺气耗散太过，祛邪而伤正，故配伍五味子酸收，温敛肺气，使方的功效，散中有收、开中有合，使肺寒得温，痰饮得除，邪去正复。3.补泻兼施的方剂，如《伤寒六书》中扶正攻下的黄龙汤，方用大承气汤的大黄、芒硝、枳实、厚朴，泻热通便，攻泻胃肠实热积滞，同时又在方中配合一组补药，用当归补血，人参、甘草补气作为辅助，使方中攻邪药物不伤正气，扶正药物有助于攻邪，为邪正合治的范方。4.寒热并治方剂，如《伤寒论》中寒热并调的黄连汤，主治胸中有热、胃中有寒；方中有主药黄连治胸中之热，又佐用干姜、桂枝散胃中之寒，这几种不同性质药物合为一方，成为辛开苦降的代表方。5.升降合制的方剂，如《医学衷中参西录》中的镇肝熄风汤，主治肝风内动，气血并走于上，升腾莫制的肝阳上亢证，方中用了大剂量的牛膝与代赭石、龙骨、牡蛎等药物潜阳降逆，又佐以升发药物茵陈，对肝的疏泄功能进行调节，使以降为主的药效中具有升的因素。

从阴阳统一的观点来配方。根据阴阳互根，气血依存的生理关系，往往采取补气生血，补血以助气化，在补阴的基

础上补阳，及补阴配合通阳等法。如《金匱要略》中的肾气丸，是一张温补肾阳的主方。方的组成，选用补阳药肉桂、附子的同时，却配伍地黄等六味补阴药；而《小儿药证直诀》中的六味地黄汤是一张滋补肾阴的主方，方中既有熟地、山药、山萸等滋肾药物，又有丹皮、茯苓、泽泻等利湿泄火的阳动之药。这是因为阴阳互根的生理不能违背，必须顺应其依存规律，才可以补阳而泉源不绝，滋阴而不致孤寂。同样，气血相连，血不自生，须得补气来相助。如《内外伤辨论》中的当归补血汤，用当归补血，却配伍大剂量的补气药黄芪，其目的即是补气生血。又如《脾胃论》中的补中益气汤，具有益气升阳，调补脾胃作用；方中用黄芪、人参、甘草、白术等众多补气药，但制方者李东垣却根据血为气舍、血药能供气化的道理，在方中配伍一味当归来补血，藉以增强全方的益气功效。方剂中常常可出现这些看来是不合逻辑的药物配伍，其实都是受着阴阳学说的制约，都能够应用阴阳对立统一的观点去解释它。临床配伍新方或运用成方时，不可忘掉这一指导思想。

十问 如何从脏腑生克制化关系的整体观来分析配方意义？

答：中医五行学说的理论，是借用“木、火、土、金、水”五种物质的运动变化，来阐述人体的脏腑组织之间生理、病理的复杂关联，用五行生克制化规律来说明人体的统一性、整体性，它也是指导配方的依据。

1. 五行相生是指五脏之间的一种生理化生关系，配方选药不仅重点应针对被疾病损伤的脏器，同时还应从有关相邻脏器中寻找支持病脏康复的力量，选用恰当药物，给予扶助

补养，以调动自身机能，促进早日康复。这种治法体现了整体观点。尤其对于治疗虚劳不足一类疾病，常采取这种配伍方法。例如阴虚火旺型的肺经虚劳证，因肾阴失养，子夺母气而致干咳，因虚火克伐而致咯血。病位虽在肺，而病机却涉及心与肾，因心为火脏，肾为水脏之故；在配制方剂时，就需用滋阴制火，补土培金等方法，从肾、心、脾等邻脏来协同治疗。如治疗肺脏虚劳的常用方琼玉膏，它的药物配伍是遵循这一规律的。方中用生地，补肾水，制心火；配伍人参、茯苓补脾土，生肺金，使肺阴得到生化补给，方中仅仅用一味蜂蜜为润肺药。这样一张治肺病虚劳的配方，就体现了五行相生的观点。

2. 五行相克是指脏腑之间存在相互制约的关系。某一脏的过亢会引起受克制的另一脏受病。例如肝木克土之证，常用的方剂逍遥散，它的药物配伍选用柴胡、薄荷疏肝气，当归、白芍养肝血，作为主治肝气郁结的药物。但肝气受郁同时会导致脾土受制，影响脾脏健运，单纯治肝难能见效，还须健脾，增进脾脏功能，抗拒肝木相克之太过。所以方中又另配备白术、茯苓、甘草等一组健脾药物。这种配方选药原则，正是遵循五行生克的规律，也是整体治疗观的一种体现。我们在分析方剂时，应运用五行生克制化规律，深刻领会配伍意义。

十一问 为什么说辨证论治是配方变化的依据？

答：辨证是根据中医理论对疾病作出的诊断，论治是按照组方原理来选用方剂达到治愈疾病的目的。因此，每一首方剂的产生都是以辨证为依据，在定证之后作出针对性治疗的一项方案。所以，“有是证才有是方”。在临床上当证

候发生变化时，则方亦须跟随着变化。证情小变，方亦稍作加减，证情变化较大，发生质变成为另一证候时，那末方也须相应地作出大幅度的调整，所谓“方随证转”。中医的辨证，通过临床实践，历代不断发展、丰富，总结出不少带有规律性的方法，具体有：脏腑辨证，八纲辨证，营卫气血辨证，六经辨证，三焦辨证等等。这些都是用来分析各种病证，指导临床治疗的方法。每一种辨证都有不同的特点。证与证之间都有病机上的相互联系。证情的发展，存在着由表及里，由轻到重，由此经到彼经的传递变化规律。因此，相应地制订了许多有效的治疗方剂来解决论治问题。这些方剂，一方面是每一种证型有一专治主方，另一方面又随着证与证之间的传变，衍化出以主方为基础加减变化的类方。从这一证转换成那一证时，就另需新方。如以伤寒的六经辨证和温病的卫气营血辨证为例，可看到证候、治法与配方三者的关系，就不难理解配方变化是以辨证为依据的。

配方从证候传经变化而加减变化。如伤寒六经中：伤寒初起，邪在太阳经；这时的病机是寒邪束表，肺气不宣，配方用麻黄、桂枝、杏仁、甘草等药组成麻黄汤，辛温散寒，宣肺平喘。如果病情发展，体表阳气因寒邪郁闭而发热，太阳证出现烦躁时，病机变化为外寒内热，配方必须在解除外寒同时要兼清里热。麻黄汤须随证加药，增入生石膏及生姜、大枣，而成大青龙汤。这时辛寒的石膏尚居辅助作用，温寒合剂仍以温散为主。病情再度发展，寒已化热，形成热壅于肺，此时出现热盛咳喘，配方就删减温性药物，除去桂枝，而生石膏加量变为主药，成麻黄杏仁甘草石膏汤。方的功效变温散而为凉透。如病情发展，寒邪全部化热，邪已越经，进入阳明，表邪从表入里，那么表散药已完全不适

用，须清里热为主。配方不但突出寒凉药物生石膏，还应加配苦寒清热生津的知母来加强清热，麻黄、杏仁都不适用，方子转为白虎汤了。这时辛温解表法，逐步换成清热生津法。由此可以看出配方随辨证论治过程的转化。

六经辨证如此，温病所采用的卫气营血辨证亦复如此。温邪初起，邪犯肺卫，方用桑菊饮，辛凉宣肺，疏风清热，为辛凉轻剂。如温邪发展深入有传气分之象，配方则应在桑菊饮基础上加入生石膏及知母等成为辛凉重剂。清·严苍山在该方歌诀中提出“热甚阳明入母膏”，即是此意。如热已全入气分，则摒弃宣表药，改用白虎汤，以清气分之热。当温邪由气分初入营分，清·叶天士提出的治疗配方原则是“入营犹可透热转气”，主方清营汤用犀角、地黄、丹皮、玄参、麦冬等清热解毒滋阴药为主，又配伍银花、连翘、黄连、竹叶心等清气热药，仍具有过渡性治疗特点。直待邪热入血以后，才除去卫、气药物，全面转入清热解毒、凉血散瘀法，用犀角、地黄为主药的犀角地黄汤。这样随着热邪的传变，病候的更替，步步变换治法，配方选药内容也步步变换，这是方随证转的又一例证。伤寒、温病的辨证制方如此，其他各种辨证亦基本符合这一情况。此外，太阳证属表，卫分证属表；阳明证属里，气、营、血三证均属里；以及表寒化热入里等等，也可用八纲的“阴阳寒热表里虚实”来概括解释。肺卫属上焦，胃气属中焦，亦与三焦辨证等法可以联系起来理解。上例说明证变是方变及治变的依据。所以说，辨证论治是配方变化的依据。

十二问 为什么药物配伍要遵循治法的指导？

答：治法是根据临床证候，在辨证求因的基础上，进行

审因论治而制订出来的，它是方剂运用和新方创制的依据。方剂是通过药物组合而成的，药物的配伍体现了方剂的综合功效，只有功效符合治法的要求，方剂才能起到治病的作用。因此药物的配伍要遵循治法的指导。治法有大法及其细目。前人概括治疗大法为“汗、吐、下、和、温、清、消、补”等八法，具体又可分为“解表、清热、泻下……”等十八至二十余法。至于每一大法下面的各种治法细目就更多。各种治法总的是根据证候，病因来审订，在八法的基础上，演变出来的。但每一治法必然要落实在方剂的药物配伍上。临床需要什么治法来治疗，可以通过药物之间巧妙的配伍来实现。也就是说，药物的配伍必须首先在确定治法之后，在治法的指导下进行。举例来讲，如风寒表证，就需要确立辛温解表法。辛温解表的方剂就是在辛温解表法的指导下产生的。风寒表证在临床上又有见虚见实的不同，在实证中又有气滞、食积等兼夹证，虚证中又有阴、阳、气、血不足的侧重。因此解表法还需要与理气、消导、补益等法相结合。演变出不胜计数的细法。临床医生掌握药物的配伍知识越丰富，就能够做到一药多用，运用药物的配伍，拟出多种多样的方剂，来适应各种不同治法的需要。再以药物配伍来举例：假如以桂枝一药为基础，临床见到风寒表实证，可用它与麻黄配伍产生辛温峻汗的作用；如风寒表虚证，可用它与芍药配伍，产生调和营卫，解肌发表的作用。这是治表证，用汗法。若是里证，血蓄下焦，需按破瘀活血治法，可用桂枝与大黄、桃仁配伍，产生破瘀下血的功效。里证水蓄下焦，需按利水渗湿治法，可用桂枝与猪苓、茯苓配伍，产生化气利水的功效。若是热证，热痹经络，需按清热治法，可用桂枝与生石膏、知母配伍，产生清热宣痹的功效。若是寒

证，虚寒厥逆，需按温里治法；可用桂枝与当归、细辛配伍，产生温经散寒的功效。这是治寒证与热证，用温法和清法。对于虚证，如虚劳腹痛证，又可用桂枝配伍饴糖，治中阳虚寒，产生温里补虚，和中缓急的功效。出现气虚血少，心动悸、脉结代证时，还可用桂枝配伍炙甘草、人参、地黄，起到养气补血，滋阴复脉的功效。这是治虚证，用补法。桂枝是一味辛温散寒药，由于不同治法的需要，通过药物配伍而分别产生能表能里、能寒能热、能消能补能和等多种功能，治疗多种多样不同性质、不同病位的疾病。这里只是略举桂枝一药为例，其他中药也大体如此。只要掌握了治法与药物配伍的知识，经验越丰富，其演化运用的技巧就越多。

十三问 中医方剂为什么具有一病多方和一方多治的特点？

答：运用中医方剂，必须掌握一病多方和一方多治的治疗特点。一病多方指的是同一疾病，由于致病的因素不同，病人的体质状况不一，气候季节不同，以及地区差异等对于人体疾病的影响不同，必须采用不同的方剂作针对性的治疗。一方多治指的是，不同的疾病，在特定的阶段，邪与正相争表现出某些相同的病因病机，此外，也因方剂中药物所具有多种性能的缘故。这些都是中医辨证施治的特点。关于一病多方，我们可以以最常见的疾病感冒来分析说明。感冒，不是一张方剂所能通治，这是大家所熟知的。感冒如见咽痛、口渴、舌红、苔黄，脉浮数时，属于风热型证候，宜选用银翘散、桑菊饮等辛凉解表方；如见头痛、鼻塞、肢体痠痛，口不渴，舌苔薄白者，属于风寒型证候，宜选用午

时茶，川芎茶调散等辛温解表方；若见呕吐、恶心、舌苔腻，或腹泻者，属于暑湿型证候，宜选用藿香正气散等芳香化湿解表方。前两种证候，多发于冬春季节，后一种证候多发于夏秋季节。又如病后，产后，老年人体质虚弱而憎寒壮热，头身重痛，咳痰声重，脉虽浮而重按无力者，属于气虚型证候，宜选用人参败毒散等益气散风、祛湿解表方……等等。再如大便秘结，也是临床最常见的一个症状；随其伴随症状不同，治疗亦各不同。属于肝火旺证候，宜选用更衣丸，当归龙荟丸；属于寒积证候，宜选用大黄附子汤，三物备急丸；属于肠热津少者，宜用麻子仁丸；属于肾气虚弱者，宜用济川煎；属于血少阴亏者宜用当归润肠丸；老年便秘者，宜用半硫丸等等。至于多病一方，例如：金匱肾气丸，临床上凡见肾阳虚的病证，都可用它来温补肾阳。不论是腰疼，小便不利，小便夜多，遗尿，消渴，痰饮，脚气，以及妊娠小便不通等病；只要病因病机符合于肾阳不足，那就都可用金匱肾气丸治疗。归脾丸，既能治失眠，健忘，心悸，又可治疗便血，尿血，妇人崩漏，以及紫癜等病证；凡是由于心脾两虚，脾不统血而致的各种疾病，都可应用。以上表明疾病的因、机是否一致是用方的基础。还有一些方剂，一方能治多病，是因为其中药物特殊效能的原因。如豨薟丸既治风湿痛，又能治高血压中风，是因为豨薟草、臭梧桐两药有祛风湿和降压作用。旋复代赭汤能治气逆不下的噎气、反胃，又能治眩晕呕哕，以及吐血、咳嗽等证，也是因为方中主药代赭石重坠降逆，旋复花下气降痰所发挥的治疗作用。

可见，对待每一疾病，必须首先推断病的本质，所谓治病求本。切不可拘于一病一方一药，对号入座式的机械用

方。对待每一首方剂，首先要根据方的功能，充分掌握用方的辨证要点，确实能起到纠偏作用，即可对证选用，不可单纯依据方的原书所载主治，只知用一方治一病。

十四问 某些方剂具有双向调节作用，怎样理解？

答：中医认为疾病的发生和转归，是致病因素造成人体阴阳平衡的失调。治疗的措施，无论以祛邪为主或扶正为主，目的都是通过药物的作用，达到调整恢复机体阴阳的平衡。方剂是发挥药物的综合效能，起到上述的调节作用。所谓方剂的双向调节，是指它能治疗相反的临床症状。乍看似矛盾，难于理解，其实是由于调整了阴阳的平衡，就能使症状消除。这种情况较为普遍，下面略举数方，加以说明，便于理解。

1. 桂枝汤，它既能发汗又能止汗；既能降低体温，又能升高体温；既能加速心率、脉率，又能减缓心率和脉率。具有双向调节功效。其作用机理如下：

①桂枝汤能够发汗，是方中桂枝、生姜具有辛温发散的作用，加上服药后又采用“啜热稀粥”和“温复衣被”等辅助护理，使遍身微微汗出，邪从汗散。该方又能止汗，是通过桂芍配伍的功效来实现的，使发汗中寓敛汗之旨，和营中有调卫之功。发汗与止汗都是通过调和营卫的结果。

②桂枝汤能治外感风寒，太阳中风的恶寒发热。是通过调和营卫，解肌发表，达到邪去热退。但对素体阳虚，无力与邪抗争的无热恶寒，营卫虚衰而产生的体温偏低，也能够治疗。这是桂枝汤又能温振心阳的缘故。

③桂枝汤对心阳虚所产生的虚亢脉象有治疗作用。《伤寒论》云：“太阳病下之后，脉促胸满者桂枝去芍药汤主

之。”这是太阳病误下后，心阳受损，而致阳虚脉促，宜当用温。桂枝汤桂甘同用，温振心阳使阳回脉复。心阳虚衰出现迟缓无力用桂枝汤治疗也有效。具有调节心率脉率作用。

2.金匱肾气丸，该方能治小便不利又治小便反多；能治消渴又治痰饮；能治脚气浮肿又治遗尿。为什么具有上述相反的双向调节作用？这是由于：

①肾气丸治小便不利，是方中肉桂、附子配合地黄等药温补肾阳，增强气化作用的结果。《内经》有“膀胱者……，津液藏焉，气化则能出矣”的记述。小便的闭与畅，多与少，皆与气化密切相关。小便反多，是肾阳亏虚不能主水，肾气丸温振肾阳，则主水功能恢复。

②肾气丸治消渴与痰饮。“饮水一斗，小便亦一斗……”，是元阳不能蒸发，水不化津，产生多渴多尿的下消之证。痰饮则是阳虚水不蒸化，而致凝聚为痰。皆水液代谢失调。一是水液不留，一是水液凝聚。症状看似相反，但究其根源，皆在于肾阳不足。肾气丸正是温补肾阳之剂，故皆主治。

③肾气丸主治脚气是下肢水停皮下组织出现浮肿之证，主治遗尿，是小便不能自主，点滴频多不禁。两者水分有一潴一失之异，都与肾阳主下焦、主气化、主固摄等功能紧密相关。

肾气丸具有治疗上述三类对立症状的功效，关键是该方能温补肾阳，调节元阳，使功能低下而产生的诸证随之消失。方中并无解渴、消肿、缩尿、止遗等专效药物，而是通过补阳药及补阴药适当配合，而产生良好的疗效。

从以上分析可以看到，方剂是怎样发挥双向调节作用的。

十五问 方剂如何引申应用？

答：一些有经验的临床医生，在应用前人方剂的时候能得心应手，使用同一张方子治疗许多看来并不相关的多种疾病，均能取得理想疗效。这种方法，可称为方剂的引申应用。方剂的引申应用为历代医家所普遍掌握，这正是中医治病的一大特色。那么这是什么原因呢？这是因为中医治疗疾病是本着辨证施治精神，不论何种疾病，它的症状表现可以多种多样，但是医生通过由表及里，辨证求因，就能够找出它的发病实质及机理。只要疾病的病因病机相同，又与所选用方剂的功效相符合，那么就可以采用同一方剂而取得理想疗效。方剂的功效、治法和主治证是引申应用的依据。

现代临床对方剂的引申应用更加丰富，更加广泛，兹举补中益气汤为例说明之。

补中益气汤出于李东垣《脾胃论》，原为治疗中气亏损而出现虚热的病证，但是李士材则引申应用于“虚人感冒不任发散”的病证。《医方集解》又用以治疗“气虚不能摄血，或疟痢脾虚久不能愈，一切清阳下陷，中气不足之症。”以后又用之于阴挺、脱肛等症。近年来有用于治疗头面部位疾病的，如眩晕、头痛、耳鸣、耳聋、视力减退等；有用于治疗上部疾病的，如慢性气管炎、咳嗽痰多、气虚喘息等；有用于治疗下部疾病的，如子宫脱垂、脱肛、妇女崩漏、白带多等等，不下十余种疾病。不论疾病如何不同，方的使用范围如何广泛，但总的是掌握方的综合功效“益气升阳，调补脾胃”，及疾病的发病机制“脾胃气虚，清阳下陷”这两项关键原则。只要符合这两点，无论何病，用之皆能取效。补中益气汤能够治疗头面部各证的原因，就是针

对清阳不升所施。《内经》说：“清阳出上窍”，清阳不能上升濡养，则功能不足，诸证发生。治疗上部肺、心诸证，则是针对脾胃中气亏虚而设。《内经》有“脾气散津，上输于肺”之说。营养不能供输心肺，则气促，喘咳，痰多，诸证丛生。发生下部肛肠与妇科经带疾病也有属于清阳下陷所致：清气不升则下陷不固，各种下脱之证随之产生；这些病机皆符合于补中益气汤益气升阳、调补脾胃的治疗功效，所以补中益气汤也能用之有效。

十六问 治疗皮肤病的方剂有何配伍特点？

答：方剂的药物选择和配伍，根据病证与治法的不同，而具有不同特点。皮肤科病种虽多，但有规律可循，大致可归纳为癣、疮、风、毒四大类。病因不外风、火、燥、湿、瘀、虫等邪毒。治法多不出清热、祛风、祛湿、泻下、养血、活血化瘀、温阳祛寒、疏肝理气、补肾养精等范畴。其中尤以祛风、清热、活血三种治法为常法。方剂多根据不同证类的病因与治法来配伍成方。因此，皮肤病的方剂，多具有上述祛风、清热、活血三种功效为主的特点。

1. 祛风法：祛风具有发散之义。根据皮肤病损位于体表，风邪善行数变的特点，风邪之治，必按《素问·阴阳应象大论》“其在皮者，汗而发之”之旨。故祛风为皮肤病常用治法。这类方剂较多，如消风散，五虎追风散，祛风换肌丸，消风导赤汤之类。常用于风热或风寒所致之风疹，松皮癣，牛皮癣及神经性皮炎等。祛风法又常与养血、清热、温阳祛寒、健脾化湿等法相结合。

①养血祛风：如四物消风散及当归饮子用于血虚风燥的皮肤病，多治老年性皮肤瘙痒症、慢性皮疹、银屑病及鱼鳞

癣等。其局部症状呈干燥，脱屑，肥厚，皲裂，毛发枯落，以及头晕目眩，面黄舌淡。

②清热祛风：如辛夷清肺饮、消风导赤汤、防风通圣散等，多用于风邪化热，风热为患，邪侵肌表，甚或内窜经络脏腑者；如单纯性疱疹、疱疹样皮炎、带状疱疹、脂溢性皮炎及风疹等。

③温阳散寒祛风：常用于冻疮、寒型多形性红斑、慢性寒性风疹等。

④健脾化湿祛风：常用于湿疹、疱疹性皮肤病等。

2. 清热法：火与热是皮肤病常见病因，如湿热、风热、热毒、心火、肝火等为患。这类方剂往往具有疏风热、清湿热、泻心火、清肝火等功效。常用方剂如消风散、二妙丸、土槐饮、五味消毒饮、枇杷清肺饮、知柏地黄丸、化斑解毒汤、龙胆泻肝汤、辛夷清肺饮、清热泻脾散、清营汤及普济消毒饮等，可用于热毒壅盛的丹毒、日光性皮炎、药物性皮炎、虫咬性皮炎，及营血热盛所致的红斑性狼疮、剥脱性皮炎、银屑病、紫斑、荨麻疹等。清热法又常与下列九种治法相结合。

①清热宣散：（即上述清热祛风法）。

②清热泻下：如凉膈散，用于上、中焦热甚之复发性口腔溃疡、风疹等。

③清热养阴：如知柏地黄丸、大补阴丸，用于热盛阴伤、水亏火旺之系统性红斑狼疮、慢性盘状红斑狼疮、斑秃等。

④清热祛湿：如清肌渗湿汤，用于湿热内蕴或外侵面致的急性湿疹、多形性红斑等。此外清热法还结合清肺胃、肝胆、肾火等，可根据皮肤病病情灵活选用。

3.活血法：皮肤病病因，不论为外感六淫，七情内伤，风寒阻遏，火热煎熬，痰气凝滞，均可导致经络受阻，气血运行不畅。故活血化瘀法亦为皮肤病临床常用治法。如桃红四物汤、血府逐瘀汤、治疣汤等，常用于血凝气滞所致的疤痕疙瘩（结缔组织增生），硬皮病，慢性盘状红斑性狼疮，结节性红斑，酒渣鼻，斑秃等。活血化瘀法又常与清热、祛寒、补益、理气等法相结合。

①活血清热：如验方白驳片、四妙勇安汤，用于血热相结之白癜风、脱疽、红斑肢痛证，及皮肤结核、淋巴结核等。

②活血祛寒：如软皮丸、当归四逆汤，用于寒凝血滞之硬皮病、疤痕疙瘩、冻疮、寒性多形性红斑以及雷诺氏病等。

③活血补益：如养真丹、大黄蛰虫丸、治疣汤等，用于血瘀而正虚的皮肤疾病，如斑秃、结节性红斑等。

④活血理气：如血府逐瘀汤，用于血瘀气滞所致之硬皮病、疤痕疙瘩、秃发等。

由于皮肤病种类多，病机复杂，治疗的方药极多，施治运方，头绪纷繁，但若依据常见治法与配伍，是有规律可循的。了解其方剂配伍特点，便可执简驭繁。

十七问 如何认识方剂的特定或特殊结构——对药的配伍和运用？

答：临床上最常习用的两味药物的特定配伍，或者说特殊配伍，通称“对药”。“对药”是组成方剂的重要部分，有些出于“经方”，有些出于“时方”。这种配伍有良好的协调作用，或较好的制约作用。由于药物有寒热温凉之性与补泻汗下之用，配伍时或性、用兼取，或但取其性，或但取

其用。药物经过这样有目的的配伍以后，应用范围就会相应扩大，疗效也较单味药高。对药反映了历代医家的宝贵用药经验。这些对药有什么特点和内在联系呢？大致有以下几点：

1. 相辅相成：具有相互为用，加强疗效作用。

①同类相从：即把具有同类功能的药物配在一起使疗效更强。例如解表剂中桑叶与菊花：前者苦甘寒，宣肺疏风，兼能平肝，偏走肺络而止咳。后者甘苦微寒，平肝熄风，清热透疹，偏入肝经而明目。两药相须为用，一偏疏，一偏清，有疏风清热、平肝明目之效。治外感内伤均可选用。

麻黄与桂枝：前者辛微苦温，偏入肺经气分，专发汗而散表寒。后者辛甘温，偏入心经血分，能解肌表而祛风寒。两药合用，能发汗解表，散风寒；治外感风寒发热无汗等证。又如清热剂中生石膏和知母，泻下剂中大黄与芒硝等等，因为它们都是性味功用近似药，故称为同类相从。

②异类相使：即两味功效不同的药物配伍，各取药效之所长。例如苍术，辛苦温，走表祛风，燥湿运脾，而以燥湿为主。黄柏：苦寒，泻肾火退虚热，以除下焦湿热为长。两药合用，一燥一清，治湿热下注，腿膝红肿作痛或痿软等症。

③标本兼顾：如党参甘平，健脾益气；苏叶辛温，发汗解表。两药配伍，一扶正，一祛邪，治标治本，适用于虚寒相兼之证，如气虚外感。

④气血双补：如黄芪甘温，补肺脾之气，当归甘辛温，养心肝之血。两药配伍，益气生血，有双补气血之效。

⑤气血同调：如金铃子苦寒入气分，清热舒肝止痛；元胡索辛苦温入血分，活血行气止痛。一气一血，共奏理气活

血、调经止痛之效。

⑥和解表里：如柴胡苦平，透泄半表里之外邪，从外解；黄芩苦寒，清泄半表里之里邪，从内泄。等等。

2.相反相成：两个性质功能相反的药物，互相配伍而能取得协同作用的叫相反相成。

①寒热并投：如黄连苦寒直折火炎，吴茱萸辛温引热下行，开散郁结。二者并用治肝火横逆、胃失和降之证。

②补泻兼施：包括补散、攻补、清补、消补等。补散兼施，如熟地与麻黄；攻补兼施，如大黄与人参；清补兼施，如黄连与阿胶；消补兼施，如枳实与白术。

③开合相济：开合与补泄基本相同，其特点是补中寓泻，以扶正为主，祛邪为辅。如熟地与泽泻的配伍，一补一泻；细辛与五味子配伍，一散一敛。等等。

④动静相随：即动药与静药配伍，如滑石与甘草，当归与白芍等等。

⑤升降合用：即升药和降药配伍，或升多于降，或降多于升，以达到协调升降失常。如枳壳与桔梗，柴胡与前胡等等。

⑥反畏同用：有些配伍禁忌药物，并非绝对不可用。例如甘遂，苦寒泻水逐饮，消肿散结；甘草，甘平，解毒缓急止痛。两药同用相反相激，可逐水饮。

⑦引导作用：有些药物配伍后可引经报使，使药达病所，发挥更好疗效。如升麻柴胡配对，能益气升阳；生姜大枣配对，可调和营卫，等等。

3.固护胃气：有些药物对胃有刺激，容易导致胃气受损，对药配伍后能起护胃之效。例如磁石配六神曲，石膏配粳米等等。

对药是一种特定的配伍，医界常言有“黄柏无知母，犹水母无虾”，“附子无干姜不热”，及“石膏无知母不寒”等等，它作为精当的配伍反映在方剂的组成中，运用时一般不作加减变动。所以正确掌握运用对药是临床用方的重要环节。

十八问 将《伤寒论》中方剂的概况作简要分析如何？

答：《伤寒论》所载方剂，加以分别统计，其概况如下：

1. 方剂的分布：全书计方113首，除太阳病篇外，其余各篇均有复出方。其中太阳病篇方剂总数74首。阳明病篇方剂总数20首（其中复出10方）。少阳病篇方剂1首（为复出方）。太阴病篇方剂总数3首（其中复出1方）。少阴病篇方剂总数19首（其中复出5方）。厥阴病篇方剂总数16首（其中复出10方）。霍乱方剂总数6首（其中复出3方）。共计复出32首。其中有21首在书中重复或多次出现，最多的是小柴胡汤，曾出现7次。

2. 药物的使用：计方中用药凡85种，其中植物药66种，矿物药8种，动物药11种。应用次数最高的是甘草，计70次。

3. 药物的组成：《伤寒论》全书方剂（包括30个复出方，共145首），含补益药116方，含解表药82方，含清热药47方，含温里药43方，含理气药13方，含理血药4方。

4. 方剂的剂型：全书采用汤、丸、散及肛门坐药、灌肠剂等五种基本剂型。其中汤剂最多，约近100方，丸、散剂只占10方，坐药和灌肠剂各1方。

5. 方剂的煎液：有8种。

①水：最多，共90多方。

②白饮（即米汤）：主要用作散剂的调服液。有5方。

③甘澜水（即水扬千遍）：只苓桂术甘汤一方。

④水酒合掺：有炙甘草汤等。

⑤麻沸水（即开水）：如大黄黄连泻心汤、附子泻心汤等方，均用沸水泡渍大黄、黄连等。

⑥潦水（天雨水）：如麻黄连翘赤小豆汤方。

⑦清浆水（又名酸浆水）：如枳实栀子豉汤方。

⑧苦酒（即米醋）：如苦酒汤等。

6. 方剂的煎法。

①火候的掌握：微火煎以不溢为度。如桂枝汤等。

②去渣再煎：如大、小柴胡汤等。

③煮散：用水将散剂煎服，如半夏散。

④入药先后：先煎药如麻黄、葛根等，后下药如阿胶、芒硝等。

7. 方剂的用法：

①温服：《伤寒论》方剂大部分强调温服。

②服药量：汤剂宜一升或七合，五合。丸药10丸至20丸，散剂方寸匕或半钱匕等。

③服药次数：有顿服，日三服，日二服，昼三夜二服，及不下更服等等。

④中病后止后服：如得吐止后服，得快利止后服，一服汗出病差停后服等等。

⑤特殊服法：如平旦服，药后啜热粥助药力，服后温复取汗等。

⑥禁忌：禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等

物。

8.方剂的加减：直接在方下有加减的计5方，即小柴胡汤、真武汤、通脉四逆汤、四逆散及理中丸。大抵有以下规律：渴，减半夏，加天花粉、人参或白术；咳，加五味子、干姜或细辛；小便不利，加茯苓；腹中痛，加芍药或附子、人参；呕，减附子、白术，加生姜；心下悸，加茯苓；咽痛，加桔梗；喘，加杏仁；脐上筑，加桂枝。

9.药物的炮制：85种药交叉应用于各方中，先后共出现536品次，药物炮制有“炙”、“去皮尖”、“清酒洗”、“泡去皮”等方法。其中用“脚注”说明炮制方法的药物为315品次，占58.8%，未用“脚注”的321品次，占41.2%。

十九问 怎样归纳认识《伤寒论》方剂的特点？

答：《伤寒论》方剂，法度严谨，用药精简，疗效卓著，为千百年来医家所推崇。下面就其组成、用量、煎服、衍变等方面来作些归纳，说明其特点。

1.组方精炼：《伤寒论》113方，其中用药最少的是1味，如甘草汤等；1～7味的为数最多，共102首，占方的总数90.2%；8味以上的仅11首，占9.7%；10味以上的只有3首。所有方剂均以六经病辨证论治为纲。方的组合各具有一定的配伍规律。如太阳病经证主要是解表药和补益药配伍；变证主要是温里药和补益药，解表药和清热药，清热药和温里药以及补益药等三种配伍。阳明病主要是泻下药和理气药，清热药和补益药两种配伍。少阳病主要是补益药和解表药以及清热药配伍。太阴病主要是温里药和补益药配伍。少阴病主要是补益药和温里药配伍。厥阴病主要是清热药和温里药配伍。从方的用药数量及配伍来看，《伤寒论》诸方的组成

都是极为精炼的。

2. 用量巧妙：《伤寒论》制方遣药，轻灵多变，用药剂量也独具匠心。可归纳为三点：

①通过改变剂量，派生他方。如桂枝加桂汤，即原方“更加肉桂二两”。桂枝汤原方加芍药三两，为桂枝芍药汤。仅一药量变动，功效迥异。

②通过改变剂量，以发挥药物的不同效能。《伤寒论》有三分之二方剂中使用甘草，常用量二两左右；而在甘草干姜汤，芍药甘草汤中则重用四两。前者甘草干姜用量为2比1，意在复中阳。后者甘草芍药用量为1比1，意在化阴生津。其他如石膏，在白虎汤中重达一斤，以解肌透热；在麻黄升麻汤中仅用六铢，以轻取撤热，等等。

③严格控制性猛有毒药物剂量。如附子用于温经回阳，一般不超过一枚；用于祛寒湿则多达三枚。十枣汤中的大戟、芫花、甘遂用量都较小，以防止伤害正气。

3. 煎服讲究：《伤寒论》很重视方药的煎服法，有一套严谨的法度。在煎法上：如对解表的辛香发散剂，为了不使有效成分散失，采用微火煎煮；为使补益药有效成分的充分煎出，采用久煎；为增强药物的持久性，发挥调和效能及利于服用，则去渣再煎，浓缩药液；为消除某些药物的毒副作用，则先煎；为保持药物有效成分，不致挥发或造成浪费，则采用后下，等等。在服法上：《伤寒论》贯穿祛寒为主，对方剂多强调温服。此外，根据疾病的性质和方剂的特点，有顿服、夜间加服、平旦服等。这些都是提高疗效的重要环节。

4. 衍变多方：疾病千变万化，往往同一性质的证候，同中有异，需要在原方基础上进行化裁衍变。如以桂枝汤为基

础，根据病情变化，衍变出14个桂枝汤类方，扩大了桂枝汤的使用范围。其他，如五个泻心汤、五个栀子豉汤及小柴胡汤的加减法等等，都体现了这一特点。

二十问 方剂如何加减应用？

答：在各种中医期刊和临床资料汇编中，经常有“××方加减治愈某种病”或“加减××方治愈某种证”的经验报道。一般讲义和著作中在每种病证之下，也都有“××方加减”的记载。可见中医应用成方多须加减变化。为什么要加减变化？因为同一病证，在用同一方剂时，还须根据病情的缓急，患者的体质，年龄，发病季节和生活习惯等等的不同，来区别对待。故选用成方时必须加减变化，才能贴切证情，符合治法。徐灵胎曾在《医学源流论》中写道：“生民之有疾病，不可胜穷，若必每病制一方，是曷有尽期乎？故古人即有加减之法。”又说：“欲用古方，必先审病者所患之证，悉与古方前所陈列之证皆合，更与方中所用之药无一不与所现之证相合，然后施用。否则，必须加减，无可加减，则另择一方。”这说明方剂加减的必要性。至于如何加减？具体讲来，有从增加药味以助其力；有从减少药味以去其偏胜；有从增加药量以专其长，尽其用；有从减其药量以合其法，适其证。总之都需根据证情、治法与主治证来灵活处理。如仅从某方中独取一二味，余皆摒弃而杂以他药，甚至将方中要药、主药删减，以至不伦不类，方不成方，而徒冠以方名，说成“××方加减”，那是不符合方的加减要求的。我们可以从前人的成方加减中去领会加减成方的要求与方法。如《伤寒论》载有113方，以“加减”二字名方的即有21方，其中以药味加减的有19方，如从原方基础上增味的，

有桂枝加附子汤，桂枝加大黄汤，白虎加人参汤等；从原方减味的，如桂枝去芍药汤等；从原方有加有减的，如白通汤从四逆汤减甘草加葱白等。从原方增加药量的，如桂枝加桂汤，桂枝加芍药汤等。此外，还有两方相合再作加减的，如桂枝麻黄各半汤，桂枝二麻黄一汤等等。再如《金匱要略》载有262方，以加减名方的也有17方。其中原方加味的如：小半夏加茯苓汤，越婢加半夏汤等。原方有增有减的如：木防己去石膏加茯苓芒硝汤，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤等。又如《温病条辨》共载195方，以加减二字为方名，就有41方，如加味清宫汤，加味异功散等。有增有减的如：加减银翘散，加减补中益气汤等。从原方减味的如：减味竹叶石膏汤，普济消毒饮去升柴芩连方等。此外，每方下附有加减法的更是屡见。上面从三部经典著作中的加减法可归纳为：

1. 方剂主药主治证未变，随次证和兼证不同，用同一方剂时，增减其次要药味，以适应新的病情需要，这是方剂运用加减中最多见的一种。

2. 增减方中药味，随主药主证改变，则多改变原方名。至于药量增减，上述如桂枝加桂汤，桂枝加芍药汤等，都具有改变药力和扩大治疗范围的作用。此外，还有随药量改变引起方剂的组成及主治病证的改变；如厚朴三物汤与小承气汤。两方均由大黄、厚朴、枳实组成。前者以厚朴为主，用量倍于大黄。后者以大黄为主，用量倍于厚朴。前方侧重于破气，后方侧重于通便。是为一例。

从《伤寒论》、《金匱要略》、《温病条辨》的方剂加减，提示我们临床方剂加减应用，首先要详察病情，辨证立法，按法选方，才能达到方药与病证相合。如果辨证不清，药性不熟，配伍不当，证、法、方、药不相符，仅独取某方

中一、二味，并杂以他药，滥为增减，虽借托古方之名，却失去古方之实，而随意说成××方加减，是不符合方剂加减要求，不能达到应用成方，提高疗效的目的。

二十一问 历代中医麻醉、镇痛方剂的发展概况如何？

答：中医关于麻醉、镇痛方面的药物与方剂，起源很早，它在人类生活生产过程中，防治伤害及战争外伤面被发现，并逐渐流传发展起来。麻醉、镇痛药物常为骨伤科临床运用。历代文献记载了不少麻醉方剂，举例简述一、二，以示概括。

1. 第一张中医麻醉方，要数华佗的麻沸散。《三国志·魏书·方技传》载：“若病发结于内，针药所不及者，乃令以酒服麻沸散，即麻无所觉，因剖破腹背，抽割积聚，若在肠胃，则断截湔洗，除去疾秽，既而缝合，傅以神膏，四、五日创愈，一月毕平复”。据此在一千七百多年前，我国已有较成熟的麻醉方，惜华佗被杀害，因而失传。

2. 南北朝时期，葛洪《肘后备急方》载有丹参膏。药物组成为：丹参、蒺藜、秦艽、独活、乌头、白芨、牛膝、菊花、防风、茜草叶、踯躅花、蜀椒等。莽草膏，组成为：莽草、乌头、附子、踯躅等。《刘涓子鬼遗方》载止痛生肌甘菊膏。组成为：莽草、川芎、甘草、防风、黄芩、大戟、甘菊、生地、芍药、细辛、大黄、蜀椒、杜仲、黄芪、白芷等。

3. 隋唐时期，蔺道人《仙授理伤续断秘方》有三方。

①用大草乌刮去皮为细末，每服半钱，温酒调下，如未觉，再添二分药，酒下。

②用乳香、没药各一两，别研，次用血竭、自然铜、无

名异、醋煮黄木鳖子各一两，地龙二两，并为末，蜜丸如龙眼大，嚼烂，热酒咽下；俟了，用生葱嚼解。

③黄药末，用川乌、草乌、枫香各三斤，当归、赤芍各半两，独活、川芎、细辛、白芷、山桂、白姜、姜黄、五加皮、桔梗、骨碎补、苍术、何首乌各二斤，知母、没药各半斤，牛膝二斤，为细末，每服二钱，盐酒调。蔺道人此三方较前有了进步。他继承了华佗用“酒调服”传统，用温酒、热酒送服，②掌握了小剂量递加，嚼服生葱解木鳖子毒，以策安全。在活血化瘀、行气止痛的同时，大剂量运用了具有良好镇痛麻醉作用的川乌、草乌、细辛、山桂、白芷、花椒等药。

4. 宋、金、元时期、宋·王璆《是斋百一造方》载：一字散，治一切打扑，筋伤骨折。药用五灵脂、川乌头、没药、草乌头各四两，朱砂三分，白胶香一两，为细末，每服一字，温酒调下，圆如梧桐子大，加减自少至多。若腰以上损，食前服，觉麻为验，未麻加药，麻甚即减。在服药的时间，药量的控制等方面又有所改进。窦材《扁鹊心书》载睡圣散：“人难忍艾灸痛，服此即昏睡，不知痛，亦不伤人。山茄子八月收，火麻仁七月收，采后共为末，每服三钱，小儿只一钱，茶酒任下”。山茄子即曼陀罗花。元·危亦林《世医得效方》载草乌散，“治损伤骨节不归窠者，用此麻之，然后用手整顿。方用：猪牙皂、木鳖子、紫荆皮、白芷、半夏、乌药、川芎、当归、川乌各五两、茴香、坐拿草、草乌各一两，木香三钱，伤重刺痛，手不得近者，更加坐拿、草乌、曼陀罗花五钱，后用盐汤或盐水服之，主醒”。提出麻醉催醒方法。

5. 明清时期，中药麻醉方药为数益多，《医宗金鉴·外

科心法要诀》载：“外用麻药，此药敷于毒上，麻木任割不痛。川乌尖、草乌尖、生南星、生半夏各五钱，蟾酥四钱，一方加萆薢五钱，一方加细辛一两，右为末，用烧酒调敷”。是用芳香辛辣药物外敷，作为皮肤粘膜局部麻醉，为中药局麻的嚆矢。《串雅内编》换皮麻药方用：羊躑躅三钱、茉莉花根一钱、当归一两、菖蒲三分，水煎服一碗，即如熟睡，任人刀割，不疼不痒。换皮后三日以人参五钱、生甘草三钱、陈皮五分、半夏一钱、白薇一钱、菖蒲五分、茯苓五钱，煎服即醒。麻醉方改用水煎是一大改进，并创催醒方剂，比盐汤催醒提高了一大步。

镇痛麻醉方药在新近临床实践中又有一定发展。局麻，如：没食子贴治牙痛；芫花根皮酒精剂敷牙痛，均一定有疗效。全麻有：洋金花、八角枫等单方和复方。剂型除水煎剂外，尚有肌肉注射、静脉注射等针剂，并有各种催醒剂。中药麻醉镇痛仍在研究发展中。

二十二问 食疗方剂对防治疾病有何特殊意义？

答：在防病治病中除药疗方剂之外，还有食疗方剂。这类方剂是日常饮食物组成的，包括单味食用方、复合食用方，以及食、药复合方三种。这类食疗方，既可防治疾病，又有保健延寿的妙用。特别为婴幼儿、老年人所喜爱。它没有毒副反应，既方便又省钱，对很多慢性疾病，疑难杂证，亦常获良好疗效，是祖国医药学宝贵遗产中的一部分。就其防病治病的特殊价值简述如下：

1.《内经》早有“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气”的记载。《千金方》说：“夫为医者，当须先晓病源，知其所犯，以食治

之，食疗不愈，然后用药。”可见食疗很早即受到医家重视。例如：按季节不同，来选用食疗方剂预防疾病的发生。如：用鲜荸荠、甘蔗汤等代茶饮，来预防春季易感的春温病；包括流脑、白喉等传染病。用西瓜皮、丝瓜叶煎汤预防夏令中暑，小儿夏季热等病。用梨子汤防治秋燥病。用生姜红糖汤预防冬季感冒等等。均具有增加机体抵抗力，减少疾病的效果。

2. 一些疾病初起，轻症，和一些慢性疾患，往往采用食疗方剂；有的可以一治而愈，有的可以减轻病情，有的长期服用而收到理想疗效。其中疾病初起，例如：婴儿感冒，可用香葱根3～5根，放乳汁中煮1～2沸，去葱根加糖适量，喂哺，易服且无不良反应。又如夏天生痱长疖，每日服食绿豆汤适量，便可治疗。小儿消化不良，食欲不好，用鸡肫皮一份，锅粑三份共烘干研末，每日进食前服食3～5匙；急性者1、2日即有效，慢性者多服数日可以渐愈。再如慢性疾病，有百合冰糖粥治肺结核；莲肉或芡实汤治白带与遗精；大枣、苡米、赤小豆汤煮食治慢性肾炎等，都有较好的作用。疑难病证，如血小板减少病人，嚼食连皮花生米能改善症状。喝食醋1～2匙，对胆道蛔虫症有止痛驱虫效果。吃食猪胰、老南瓜能使糖尿病人稳定病情。食疗方法很多，往往能获得意想不到的治疗效果。

3. 对体弱、患有各种慢性疾病的老年病人，由于食疗方，性甚平和，可以常服，确有辅助治疗，却病益寿的效果。古人有药粥调治法，如红枣粥养脾气、润肺止咳，补五藏；龙眼肉粥能养血安神；柿饼粥能涩肠止血治嗽、疗痔疮；苡米粥能补脾胃，消浮肿。又如老年气虚者，用黄芪、党参与瘦猪肉炖服可长精神、益气力；血虚者，用首乌或熟地

与瘦猪肉炖服，能补血、治头昏目眩；杜仲、潼蒺藜煮鸡蛋治腰痛等等；既治病，又健身，对老年人延寿祛病及恢复期病人均有较好的效果。有关食疗方面的单方、复方极多，不胜枚举。它的治疗范围广泛。用之对证，病自渐愈；即使不甚对证，亦无其他妨碍。这是药物疗法所不及的。

二十三问 书写“处方用名”与中药“处方应付”如何避免混乱？

答：“处方用名”是指处方与所写的饮片名称，是中医开方，中药房发药和病人取药服用的文字凭据。“处方应付”是中药房履行依方发药的工作职责。两者关系到防治疾病的效果。当前中医药界在执行这两者职责中，存在有些混乱情况，原因较多，特说明如下。

1. 处方用名：同一种中药，由于品种、产地、形态及加工炮制等原因，而造成处方用名不一。如砂仁，因品种不同，有春砂仁、缩砂仁之分；红花，因产地不同，有川红花、西藏红花之别；黄连，在形态上，有鹰爪黄连和鸡爪黄连之异；扁豆，由于加工不同，有生扁豆与炒扁豆之不同。另外，还有多种异名；如大黄称将军，是按药物功能取类比拟而来；玄参称元参，是因历史上避帝王讳而出现。这些都是见之医药书籍的处方别名。更有一些不成文的习惯处方用名；如谷芽、麦芽，统写称二芽；谷麦芽和神曲三药合写成三仙；泽泻写成石小；橘红写成五爪等等。别名不一而足。还有一药数名和同名异药的情况。以上是处方用名易引起混乱讹错的原因。中医在处方时，对临床意义确实不同的异名药物，应究其源，予以完整书写，不可含混。如《伤寒论》麻黄汤方中所用麻黄，注明去节取其发汗解表力强。《和剂局

方》三拗汤，方中用麻黄注明不去节，取其宣肺平喘力胜。生地黄凉血生津，《千金方》犀角地黄汤用以治疗热入血分；经炮制后的熟地黄性味转变为甘温，具有补血填精之功效。这些药皆须准确书写，否则，易致讹错，影响疗效。另一些习惯上的省写，如二芽、三仙之类，虽较为普遍，但由于各地医界的不同习惯，往往甲地知晓，乙地则不甚通用，建议书写尽量避免。另外一些罕见或不通俗的异名，如胖大海别名大洞果，虽无可非议，但每因中药人员多不知晓而致配药困难，当以正名书写为好。其他如石小，五爪一类俗名，也应注意，避免混乱，影响配方。

2. 处方应付：中药应付，各地存在着不一致现象。如陕西省规定王不留行等137种中药，单写药名应付炮制品，若必需用生者，须在药名前注明“生”字。如注明“生王不留行”、“生草乌”，才付给生品。在品种或名称相近时，如写“牛膝”应付怀牛膝（川牛膝写全名），写“贝母”应付浙贝母（川贝母写全名），写“茴香”应付小茴香（大茴香写全名），等等。如金银花藤，安徽应付其藤，北京地区规定应付花和藤两种。由于中药“处方应付”不一致，给中药房正确执行配方制度，提高配方质量，保证中药安全有效，带来很多困难和不良后果。这种情况，主要原因是久用成习惯。因此，中医药人员，应按《中国药典》规定，做到一名一物，不要互相替代，药房在付给中药饮片炮制品时，应写生付生，写炒付炒，写炭付炭，写煨付煨，才不致影响到病人用药的安全有效。

二十四问 中药的不同炮制对方剂功效有何影响？

答：根据中医传统理论，对中药进行正确的炮制加工，

可以改善或改变药物性能，增强疗效，降低毒副反应，符合治疗要求，并便于制剂、服用和贮存，若配合某些辅料炮制，还能改变药物的归经走向。如普济消毒饮、青麟丸等方中所用大黄、黄连、黄芩都经酒洗，可以先升后降，用治上焦头面热毒和咽喉耳目诸证。许多药物经过炮制之后，使功效改变，如生地制为熟地，可使凉血作用转变为滋阴补血，生蒲黄炮制成炭，可由化瘀转变为止血等等。由于方剂的功效是全方药物功效的综合体现，因而上述这些炮制的效果，必然给予方剂功效和主治产生极大影响。举例如下：

1. 方制功效多半取决于方中主药的功效，主药的功效又往往通过炮制后才能产生。因此，有许多方剂，特意采用炮制术语来命名，借以提示主药炮制的重要。如《伤寒论》方炙甘草汤，主药甘草，必须炙后使用。因甘草经炮制后功效有很大的改变，生用则通，炙用则补；凡入清泻剂中宜用生，入补益剂中宜用炙。炙甘草汤是益气养血，滋阴复脉的补益剂。方取炙甘草甘温益气，缓急养心之义。如果不加炮制，换成生甘草，那就根本不成为炙甘草汤了。由此可见，药物炮制对方剂功效影响之大。又如《伤寒论》方生姜泻心汤，方由半夏泻心汤减干姜，重用生姜而成。由于生姜与炮制后的干姜功效不同，于是方名改变，功效与主治亦有所差异。这是因为干姜辛热祛寒，生姜行水散结的原故。这类突出炮制特点来命名的方剂很多。如《医学心悟》的生铁落饮，《眼科六经法要》的生蒲黄汤，《和剂局方》的二陈汤，《十药神书》的十灰散等等。假如，上述方剂中药物不按法炮制，那就失去该方的组方意义，疗效就成问题了。

2. 某些方剂，方中药物须采取一些特殊的加工方法，才能取得更为理想的疗效。因此，方剂常常用加工术语来命

名，以表示它对方剂功效的重大影响。例如理气剂中的常用方，《济生方》所载的四磨饮和五磨饮子等。前者方中用人参、槟榔、沉香、乌药；后者去人参加枳实、木香。两方药物均采用同等分量，用白酒磨浓汁，然后加水煎煮，略经一、二沸即取服。这种加工煎煮方法，从广义来看也属于炮制范畴。它可使芳香性药物充分发挥破滞降逆的治疗作用。此外，还有如：千槌膏、九转黄精丸等的炮制加工方法，都会影响方剂的功效。

3. 某些中药的炮制，在不同的方剂剂型中，要求不同。例如《太平惠民和剂局方》的小活络丹，其中的地龙，要求炙用；胆南星须用酒蒸，借以矫味，减少药物腥味及对胃气的伤害。但该方现今改用机制片剂，就可以不必要求如上的炮制了。因为片剂外包糖衣，对胃粘膜可起保护作用。这是药物炮制给予方剂功效影响的又一类实例。

二十五问 关于剂型改进的研究，例举白头翁汤以见其概要如何？

答：中药治病，传统以汤剂为主，虽具有适应辨证施治，方随证转的优点，但方中药味较苦，服用量大，煎煮费时，保存与携带诸多不便。因此，对方剂剂型的改进，引起了人们重视。这项工作，已取得很多成果。例如，白头翁汤剂型的改革，已见成效。白头翁汤本为治热毒血痢的古方，现代以该方加减治疗细菌性痢疾及阿米巴痢疾。但方中药物（白头翁、黄连、黄柏、秦皮）味均极苦，服用很不适口。该方的剂型改进，证明疗效不减，服用方便。下面例举几项报道，以见剂型改进的研究概况：

1. 上海公安医院中医中药研究室发表于《中药通报》

1957年3卷1期的报道：用70%乙醇为溶媒，按渗漉法将白头翁制成流浸膏，再低温浓缩成浸膏。依照上法，用45%乙醇将黄连、黄柏制成流浸膏；用60%乙醇将秦皮制成流浸膏；然后分别用水浴浓缩成浸膏。所得浸膏均在10%以上。以黄连浸出量最高，秦皮较低。按四药等量的比例制成浸膏片，每两片含量，四味药各1.25克，称为甲种片。又按上海市卫生局的处方四味药比例为5 : 1 : 1.5 : 1.5，制成浸膏片，即白头翁2.5克，黄连0.5克，黄柏、秦皮各0.75克，称为乙种片。另按日本药局处方剂量，四味药比例为4 : 1 : 2 : 3制成浸膏片，即每二片含白头翁2克，黄连0.5克，黄柏1克，秦皮1.5克，称为丙种片。将该方四药中每单味药之浸膏及三种浸膏片进行抑菌试验，结果单味药以黄连、秦皮为高，黄柏次之，白头翁较差；浸膏和水煎液相比，则浸膏的抑菌作用优于水煎液，三种药片相比，则甲种片最佳，乙、丙相仿。实验用菌种为福氏、宋内氏及施氏痢疾杆菌。临床报道上述三种药片分别每日三次，每次二片，治疗细菌性痢疾约200例，结果三种药片皆有效。服药后体温一般在四十八小时内恢复正常，腹泻四日内停止，腹痛四日后消失，大便镜检三日内转阴性。观察阿米巴痢疾10余例亦均有效。

2. 鲁志强发表于《中药通报》1959年5卷1期的报道，介绍适口的白头翁煎剂，处方：用白头翁、秦皮各400克，红、白糖各300克，香料适量。制法：分别将生药洗净切碎，先将秦皮加水4,000毫升煮沸10分钟，继加白头翁保持80℃水温浸1小时，再加热煮沸15分钟，并随时补充挥发的水分。过滤，压榨残渣。残渣再加水煮沸2次，水量以没过生药为度。每次持续15分钟。合并2次滤液，浓缩至3,000毫升。与前液合并，趁热加糖搅拌溶解，加水至6,000毫升，冷却后入

香料即得。煎剂中减去黄连、黄柏。因为这样服时更适口。剂量每次200毫升，每日3次，空腹服。重证可配合未加糖的煎剂保留灌肠，每次200毫升。临床观察20例，对细菌性痢疾及阿米巴痢疾，全部有效，优于一般磺胺类、合霉素、吐根碱等。

3. 《北京医学院学报》1959年第1期刊载药学系药剂教研组报道中药剂型改革研究，提出如下方法：①将各单味药分别浸出，制成干浸膏；然后按处方比例配制成固体剂型。每剂重量约为9.5克。②药物用适量乙醇浸出，过滤，浓缩至半固体状态，减压干燥，研粉，每剂重量为6.2克。③复方制剂，取白头翁200克，黄连40克，黄柏60克，秦皮90克，（共6剂）混合如上法②提取，共得浸出物37克多，每剂浸出物约6克。实验结果，具有抑制痢疾杆菌作用，临床试用效果与原汤剂相同。

综上所述，白头翁汤剂经改进为片剂、糖浆剂、浸膏剂，抑菌试验与临床实用，疗效均很理想，在不减低原方疗效的原则下，加以必要改进，可以避去汤剂的一些不足之处，成效显著，为剂型改进的正确途径之一。

二十六问 何谓“薄贴”？古时薄贴是否即今之硬膏？

答：薄贴，是中医外敷药的专用名称，它包括多种剂型在内的外治法。所谓“薄贴”，从字义上理解，“薄”是附着，“贴”（帖）是粘附。凡把外用药贴敷在患处的，都可叫作“薄贴”。

“薄贴”这一名称，最早记载见于我国第一部现存外科专书——《刘涓子鬼遗方》。该书多处记载薄贴的方剂制用法。如卷四有：“……灸，应即帖即薄，令得即消。内服补

暖汤散，不已，服冷药，外即冷薄，不已，用热贴，贴之法，开其口，泄热气”的记载。这段话的意思是说，对痈疽施以灸法之后，应立即给予外敷药的治疗，并指出先给“冷薄”，如不效再给“热贴”。冷薄与热贴是指配方药性的寒热而言。以寒冷药为主所组成的薄贴方叫冷薄，以温热药为主所组成的薄贴方叫热贴。薄贴的使用方法是“开其口，泄热气”。即在使用薄贴外敷痈疽时，主张不要把痈疽全部敷满，而是在痈疽的中央留一定空白区，认为“邪毒”便可从空口处“外泄”。这种中央留孔的敷药方法，为后世医家医治肿疡的传统外治法。再从该书“痈卒痛，用八味黄芪薄”的记载来看，它的基本剂型是散剂，使用时可用鸡蛋清加以调和，然后敷贴患处。由于现存的《鬼遗方》是一部佚失较多的残卷，故有关论述内容很少。我们再从记载“薄贴”方剂较多的《千金要方》、《千金翼方》、《外台秘要》等书来看，薄贴多以复方药物加工为散剂，然后用蜜汁或酒、醋、饴糖、蛋清、水、药汁等多种调药基质，调制成糊状，外用涂敷患处。因此，古之薄贴是多种外敷药的泛称，以制剂归纳，可以称为“糊膏”。这种剂型，类似今之软膏，但调药基质不限于油脂一类，使用方法与施治范围亦与软膏有较多不同之处。更多的相当于后世外科所用的“围药”。但后世有认为古之薄贴，即今之膏药（硬膏）的说法。这种认识，出自清·徐灵胎的《医学源流论》。该书有“今所用之膏药，古时谓之薄贴”等语。徐氏把以铅粉或黄丹作为硬化剂的硬膏，即将黑膏药作为“薄贴”。这种观点对后世有一定影响。诸如《中国医学大辞典》、《简明中医辞典》等工具书中也作类似解释。那么，古文薄贴是不是现今的硬膏呢？两者有无区别？其实，古之薄贴是包括膏药在内的多种外敷

药的泛称，并不专指硬膏一种剂型。它们的区别是：一、硬膏是以铅肥皂为基质，混有或熔有药料，呈暗黑色的膏药肉，涂布于布或纸等被背材料上，供敷贴于皮肤上的外用剂型。薄贴多半是用适宜的基质与药物均匀混合制成的，一种涂敷于皮肤的半固体外用制剂。二、使用方法，硬膏须用火加温软化后敷贴，薄贴直接涂敷皮肤患处，并在中央留空白，“开口泄邪”。由于薄贴与硬膏的适应范围与治疗作用二者相似处较多，又因古之薄贴有某些方剂包含有硬膏的内容，也是把薄贴理解为“今之膏药”的主要原因。准确地说：薄贴应是一种糊膏，它不同于软膏，也不同于硬膏。但从古代文献分析，薄贴是包括有上述两种剂型在内的多种外敷药的泛称。

二十七问 外科有哪些常见外用药剂型？如何应用？

答：外用药剂，是外科临床不可缺少的。外用药剂型与临床疗效有着密切关系。从历代方书中所记载的众多外用剂型来看，常用剂型可归纳为十余种。

1. 散剂：亦称粉剂，是外科常用的一种剂型，起源很早。从出土发现我国最古医书《五十二病方》中的“蠶”（同繇，坠也，细切之谓）（《说文》）及“葢后而傅之”等记载分析，当时的外科用散较粗糙，到《本草经集注》时才出现“重绢令细”，“细末如面”等符合外科要求的外用散剂。古方中记载的用法有按、封、掺、掺、扑等，已与现代应用散剂方法基本一致。

2. 软膏：中医文献统称为膏，包括今之软膏、糊膏。早在先秦时期，已出现制膏法，魏晋时期，在前代制膏基础上，广泛使用蜂蜡等充填剂，使软膏剂型更趋完善。

3.糊膏：古称薄贴，后世的围药也属这一范畴。是用散剂和其它基质共同调和而成的糊状膏。《刘涓子鬼遗方》中的白薇薄方就是这一剂型的代表方剂。古方糊剂的调药基质多种多样，可选用动、植物油，水，酒，醋，鸡蛋清，猪胆汁，蜜汁，植物汁液等。临床应用范围较广。不但适用于疮疡小病，也可用于较大范围的病变，如烧伤等。

4.膏药：是我国固有的一种外用药剂型。通常用植物油（炸油）为基质，加入黄丹或铅粉，经混和炼制成色泽黑润的硬质膏。它的作用比糊膏、软膏更能深透组织，作用缓和而持久，是外科传统的外用药剂型，对伤科、内科某些疾病亦常用。

5.水剂：是以水为主要溶媒的一种剂型。如古代《五十二病方》中记载“消（硝）石置温汤中，以洒疮”，是外科最早的水剂。近代用芒硝溶液湿敷，治疗乳痈、产后乳汁郁积等，是常用的代表性水剂。

6.油剂：多用为清洁剂或擦剂。《本草纲目》中有麻油洗疮法。后世的风雏油（即卵黄油）对慢性窦道或瘰管等疾病，以及烧伤、静脉曲张性溃疡、皮肤湿疹等病，均有满意的治疗效果。

7.乳剂：用水与植物油混合而成的呈乳液状制剂。古医籍虽无此剂名，但实有此剂型。如《外科正宗》的拈痛膏，就是以芝麻油、石灰水共同搅和而成的乳剂，具有局部止痛作用。

8.钉剂：也叫锭剂。是以丹药为主，加其他赋形药而制成的钉状剂。如《医学入门》、《外科正宗》中的三品一条枪、三品锭子都属这一剂型，多具有化腐生肌和排脓引流的作用。

9.熏剂：有气熏与烟熏两种，治疗外科病尤以烟熏剂更富临床意义。如治疗痈肿，《外科正宗》认为此疗法有“未成者自消，已成者自溃，不发者起发，不溃腐者即溃”的效果。

10.醋剂：用醋作为调药基质的剂型。由于醋具有软坚、祛风、止痒、杀虫作用，多用于治疗某些瘙痒性或角化性皮肤病。

11.酒剂：相当于现今之酊剂。用于治疗瘙痒性皮肤病及关节炎，疮肿初起等，能止痒止痛消肿。

12.新鲜植物剂：指以捣烂的新鲜植物泥或取其汁液作外敷剂，取材方便、经济。如仙人掌捣烂外敷急性化脓性乳腺炎，早期能取得消散效果；大蒜泥合芒硝外敷腹部，治疗急性单纯性阑尾炎等。

上述仅就常用常见的剂型而言，已可看出中医传统外用药的剂型的丰富多样。

二十八问 汤剂应如何煎煮、服用，提高它的疗效？

答：中医汤剂是最常用的传统剂型。它具有吸收好，作用快，配方活，适应辨证论治需要等优点；必须掌握正确的煎药方法和合理的服用，才能充分发挥汤剂的药效。因此，为历来医家所重视。清·徐灵胎说：“煎药之法，最宜深讲，药之效与不效全在乎此。”目前在部分医务人员和患者中，对煎好汤剂，合理服用，重视不够，掌握不当，直接影响药效的发挥。

如何煎取汤剂？

1.煎具应选用砂锅，因其性质稳定，不易与中药所含化学成分起反应，且砂锅传热性能和缓，受热均匀，价格低

廉，故为首选煎具。至于铁锅，则因易与药中鞣质反应，产生鞣酸铁，与黄酮类反应产生难溶络合物，与有机酸反应生成盐等；铜锅也因能煎出微量的铜，与中药一些成分发生化学反应，因此皆不宜采用。

2.煎药用水，一般应选用较好的净水，如自来水等。对含重金属过高，或被农药、放射性物质污染过的水均不适宜用。

3.加水量：常与药物的吸水量，煎煮时间，火候及病人所需药量有关。平均每克中药约需加10毫升水，第一煎中用70%，第二煎中用30%。如总药量为100克，应加1,000毫升，头煎加水700毫升，二煎300毫升。如果大剂量用药，而加水量不足，药汤浓度处在饱和状态时，药材内的成分就不再溶解渗出，势必造成药物浪费。

4.煎前应用冷水浸泡20~60分钟。由于药材多干品，有一定的体积和厚度，如不浸泡即快火煎煮，可能药材表面所含的蛋白质凝固，或淀粉糊化，有效成分不易渗出。浸泡能使药材湿润变软，细胞膨胀，或胀破，部分有效成分渗出溶解在水中，就能较充分地煎取药中有效成分了。一般以花、叶、茎等类药为主的汤方可浸泡20~30分钟；以根、茎、种子、果实等类为主的汤方，可浸60分钟；用凉水比用温水好。

5.一剂药应煎2~3次。服时应将几次煎得的汤液混匀分服。据有关实验报道，一般药经一、二煎以后，已有70~80%的成分被煎出。对补益剂或不易煎出的药剂，还可考虑煎第三次，使药力尽出，充分发挥药效。中药有易溶和难溶的各种成分，如甙类、多糖类、挥发油等，在第一剂中煎出较多，二煎就少了；甙元、树脂、树胶、脂肪油等在二煎中仍

有较多存在。为了合理用药，使煎出的有效成分分布得均匀一些，故有必要将两次煎得的汤剂混匀，分2～3次服用。当然，急病例外。

6. 煎药应掌握火候和时间。火有文火（小火，温度上升慢）、武火（大火，温度上升快），在药物未沸前可用武火快煎，沸腾后，应改为文火慢煎。这样，可减少挥发成分的损耗和持续高温引起有效成分的破坏。煎药时间应根据疾病性质，用药情况而定。一般头煎从沸腾开始计算时间需20～25分钟，二煎15～20分钟，解表药头煎10～15分钟，二煎10分钟，滋补药头煎30～40分钟，二煎25～30分钟。

7. 对不同性质和质地的药物，应作不同处理。如矿石类、甲壳类、兽角类药物，质地坚硬，成分不易溶出，应打碎先煎20～30分钟；一些有毒药物，要先煎半小时，才能达到减毒去毒的目的。对气味芳香，含挥发油多的药物，应在汤剂煎好前5～10分钟入煎。对一些含不耐久煎成分的药物（如大黄、番泻叶、钩藤等）要在药煎好前10～15分钟入煎。其它还有花粉类，附有绒毛的药物，及含淀粉、粘液质较多的药物要包煎。胶质及易溶于水的药物可溶化冲入。贵重药物可另煎，独服或对入汤剂中服。难溶于水的贵重药，不耐久煎的药，及用量很小的成药等，也可采用冲服处理。

怎样服用汤剂？

1. 服药温度：温服，特别是一些对胃肠有刺激性药物，可减轻其刺激性。对呕吐病人、中毒病人和热证用寒，真寒假热病证用热药等均宜冷服。寒证用热药，真热假寒用寒药均宜热服。

2. 服药时间：汤剂一般可在两餐之间服，即上午10时，

下午3时左右各服一次。解表药可不拘时间，早服早效。补益药宜饭前服，使之充分吸收。对胃肠有刺激药，宜饭后服，可减轻刺激。驱虫、攻下药空腹服，可充分发挥疗效。治疟药宜疟疾发作前2~3小时服，可达截疟的目的。安神药应在睡前服。

3. 服药剂量：慢性病，病情轻，宜缓调，一剂汤药可分2~3次服。急性病，病情重，宜急速治疗，一剂汤药可一次服下，使药力大而效增强。若病情危重，可一日服2~3剂，昼夜不停，达到顿挫病邪的目的。如能正确掌握上述的煎药和服用方法，可以提高汤剂的临床治疗效果。

二十九问 怎样掌握方中的药物剂量？

答：为使方剂发挥出最好的疗效，要求医者全面、灵活地把握病人和病证的特殊性，药物性能、质地，及配伍中的需要等等，来合理确定药量。

1. 根据病证的特殊性而不同：每一药物在施治于新病与久病、急性病与慢性病时，剂量往往应有所区别。由于新病和急病，病程初起，病势较急，邪气方盛，正气未衰，需要集中药力优势，驱邪祛病，速战速决。因此方剂的药味宜少，药量宜大，才能达到迅速取效的目的。如果药量不足以去邪，则必姑息养奸，难以愈病。对久病与慢性病，因病程较长，病势复杂，邪气已馁，正气已衰，这时既需祛邪，又要扶正。药物剂量不宜过大，选用药物性能不宜峻猛，方剂的药味宜多，药量宜小。药物多可以顾及全面，药量小不致伤正，使脾胃中气不受损害，从而达到祛邪不伤正，或扶正以利祛邪，以渐见功，逐步康复。

2. 根据病人的个体差异而不同：病人体质有强有弱，年

龄有老有小，以及体型的胖瘦，和偏阴偏阳等差异，药量也需有所不同。老人、小孩体质弱者，机体抗病能力弱，病多属虚，耐受不了峻烈药物的攻伐；方剂选药宜多，药量宜小，才能安全稳妥。用药剂量过大，则易致病邪未去，正气先伤，预后不好。又肥胖人，脾胃运化功能不足的人，多气虚或阳虚，对苦寒药耐受力差，即使治疗需要，药量宜小。瘦人，有失血史的人，多阴虚或血虚，对温燥药耐受力差，宜小量控制使用，方不致助偏。青壮年，体质强壮者，机体反应性强，病多属实而单纯，用药剂量不妨偏大，药味偏少，使药力专一，去病快捷。

3. 根据季节气候变化而不同：气候的变化对人体机能有影响。炎热季节，腠疏易汗，津耗口干，用温热、散寒、解表药物要酌减剂量；严寒季节，阳气内藏，用苦寒、清热、通利药物也要酌情减量；秋令气候干燥，不宜多用燥药；春令阳气升发，升提药多不适宜，长夏湿润多雨，滋阴柔润药又当谨慎。这是不同季节对人体药物反应的不同。

4. 根据地区的差异而不同：不同地区有着不同的地理条件，风土人情，生活习惯往往也不尽相同。用药剂量也应因地制宜，如云、贵、川等地雨雾偏多，寒湿较重，多用附子且药量较大。在甘肃、青海等地方干燥少雨，就不宜用，或用量宜小。北方，如河北等地，气候寒冷，多用麻黄、桂枝，用量偏大；南方江南等地，气候炎热，就须酌减其量。

5. 根据药物质地和功效而不同：药物由于入药部分，质地有疏密轻重不同，药量应有不同。如花、叶、枝较轻，量宜小；根茎、果、籽较重，量宜大；矿石、介壳类药物较重，量也宜大；无毒平和药物量宜大；有毒峻烈药物量宜小等。

6. 根据用药意图而不同：选择药物的不同治疗作用，与剂量大小有密切关系。根据使用药物意图不同而有剂量大小的区别。如柴胡，作为升阳药用，量宜小；作为解表药用，量宜大。白芍，作为调和营卫药用，量宜小；作为缓急止痛药用，量宜大。黄连，作为健胃药用，量宜小；作为清热解毒药用，量宜大。等等。

7. 根据药物剂型而不同：有些药物在用它作为散剂和汤剂时，药量大小往往有很大悬殊，如大戟、芫花、甘遂等泻水药；用散剂时，量宜小，过大则刺激胃肠，吐、泻甚剧；用作汤剂时，因药物成分较难溶于水，剂量可相对增加，量宜偏大。

8. 根据药物炮制而不同：有些药物经过炮制后，质地变松了，因此选用剂量就应比炮制前稍小；如阿胶珠，炒谷麦芽，炮姜炭，杜仲炭等。而有些药物炮制后质地变重了，选用剂量应当比炮制以前稍大，如熟地黄，制甘草，蜜炙枇杷叶等。有的炮制后作用如强了，可以减量，如醋制延胡索用于止疼，姜制半夏用于止呕。有的炮制后毒性减少了，可以稍增其量，如制附子，熟大黄等。

9. 根据配伍原则而不同：处方中君臣佐使四类药物，作为君药量应大，臣药次之，佐、使药量应小。通常有“使药不过钱”的说法。如炙甘草在炙甘草汤中为君药，在麻黄汤中为使药，两方的用量就应有大小的区别。

三十问 方中哪些药物剂量宜小不宜大？

答：处方应注意每一药物的具体剂量，有的药物用量宜偏小，才适合配方要求，收到治疗效果，避免发生副作用和不良反应，应考虑下面一些因素：

1. 君药为方中主要药物，剂量一般应该偏大，但是某些君药由于它的作用极为峻猛，则又当例外看待；如剂量过大，每每能损伤正气。例如：葶苈大枣泻肺汤，十枣汤等方中的君药葶苈子、甘遂等，其泻肺、逐水功效峻捷，用量都应慎重限制。葶苈子入煎一般在10克以内；甘遂为末吞服，每次限于0.5~1克，不可多服。

2. 多味药功效相似作为相须配伍时，虽每味药性味不甚峻猛，但由于药物的相加协同作用，可增强药力，它们的用量，就应该偏小，以避免病轻药重之失，例如黄连解毒汤，集黄连、黄芩、黄柏、山栀子于一方，均是苦寒泻火药，在每一药物的剂量看来偏小，而它的总量却不小。

3. 反佐药的作用是制约君药，它对全方所针对的疾病似乎是不适宜的（从单味药的性能角度来看），一般剂量应偏小。例如真武汤中白芍的酸收苦寒并不能主治阳虚水肿，但它能制约温阳药附子生姜的温燥太过，古人称之为“有制之师”。无使过当。如剂量过大，就难免于喧宾夺主，有碍于全方的温阳利水。

4. 使药的作用是引经报使，一般用量宜小，才不致于妨碍君臣药物作用的发挥，否则会形成本末倒置。例如炙甘草多以调和矫味等使药作用出现于一般方剂中，如果剂量过大，就会改变方中该药的位置，使方的功效发生变化，但它在炙甘草汤中作为君药，剂量就必需增大。

5. 运用引火归元治法时所用药物，一般用量宜小。如阴盛于下，迫使阳不依附，浮火上越，呈上热下寒之象；其实质非火有余，不可误用苦寒泄降，只宜小剂量附片、肉桂等温阳，使沉寒得散，虚阳回潜，诸证自解。如用药量过大，则耗损肾阴，阳更无附，反致弊端。

6.疏肝解郁法运用辛散药可疏理肝气，但药量不宜过大，因肝体阴用阳，疏散肝郁不能损耗肝经阴血，例如柴胡须以小量为当，逍遥散中的薄荷，痛泄要方中的防风，都能使遏郁之气舒达，但剂量必须适可而止。

7.有些风药能升发清阳与中焦下陷之气，对脾虚下陷诸证，如脱肛、子宫脱垂、内脏下垂等都作为补益药的配伍用，但剂量宜小。如补中益气汤中的升麻、柴胡，升阳益胃汤中的羌活、防风等均应酌用小剂量。

上述后三种情况，都属方中的佐使药范畴，小剂量才符合方的配伍规律与治疗法则的要求。

三十一问 古方药量为何与现用药量有较大差别？如何换算？

答：方中药物用量的大小，对其效用具有直接的关系，药量过小起不到治疗作用，过大不但达不到预期疗效，甚至会造成不良后果。况且一方之中各种药物用量的比例改变还能改变方的疗效。因此，药量具有极为重要的意义。我们临床常用有不少是古方，考其年代，有的出自汉、晋，有的出自唐、宋、金、元。如果查阅原著，则药量多以斤、两计算，与现时的以克计量，其间差距很大，有的即便是同一计量单位，实际药量也并不相等，这是什么原因呢？其中原因很多。

1.历代度量衡制度迭有改变。关于医方用药量的进制法，宋代《证类本草》曾引《名医别录》指出：“古秤唯有铢两，而无分名，今则以十黍为一铢，六铢为一分，四分成一两，十六两为一斤。”唐代将铜钱一枚的重量作为衡的单位，称为一钱。代替了以铢为单位的旧制；到了宋代则以

十毫为一厘，十厘为一分，十分为一钱，十钱为一两，十六两为一斤，由上可知，历代进位制不一致，有四进位，有十进位，有十六进位，或几种进位制混杂的。这是古方药量与现用药量有差别的一个主要原因。

2.服用法不同，古汉方大多一次煮成，三次分服，每服三分之一。例如麻黄汤，桂枝汤二方，原书注明前者煮取二升半，温服八合，后者煮取三升，温服一升，药效则停服，不必尽剂。因此实际每次服用量只是三分之一。

三、剂型不同。古代的药量是指全剂的总量。丸剂、散剂的服法是多次分服，比如麻子仁丸，虽大黄用量一斤，但炼蜜为丸，如梧桐子大，服用只每次十丸而已。

总之，古时与近代，如以同一计量单位比较，是古代为小。两者大小差距多少，历代不少医家作了很多考证。宋代林亿认为汉代三两只合当时一两。清代徐灵胎认为汉制一两只折合清时二钱。其他，如沈存中、张景岳，王朴庄等人都先后作了不少剂量考证工作；但由于结论多不一致，只可作为参考。为了临床使用古方药量的折算便利，大致可认为汉晋三斤约为现在的500克（即一市斤），一两约合现在的9.375克（即三市钱）。

为便于学习古今医方的用药剂量，将古代与现代计量单位作一对照，以方便换算。（见下表）

根据国务院的指示，从1979年1月1日起，全国中医处方用药计量单位一律采用以“克”为单位的公制，今将市制与公制计量单位换算关系表达如下：

1斤（16两制，下同）=0.5公斤（kg）=500克（g）

1市两=31.25克（g）

1市钱=3.125克（g）

1 市分 = 0.3125克 (g)

1 市厘 = 0.03125克 (g)

注：一般换算尾数可舍去。

古代与现代重量单位对照表

汉 晋 制				公制(克)	市 (1斤 = 16两) 制			
斤	两	分	铢		厘	分	钱	两
1	16	64	384	150	4800	480	48	4.8
	1	4	24	9.375	300	30	3	
		1	6	2.344(弱)	75	7.5	0.75	
			1	0.391(弱)	12.5	1.25		
				1	32	3.2		

三十二问 精方简药有何意义？

答：前人认为处方治病应该做到“药贵精专，法重配伍”，可见一向重视“精方简药”。方药的效与不效，不在药物的多少，药量的大小，关键在于辨证明确，用药精当，组方合理。但在实际诊疗中，常常见到一些处方药物，少则十七、八味，多则三、四十味，向病堆药，不重视处方配伍，见一症即增一药，支离演蔓，拼凑成方。以为这样面面俱到，无有遗漏，可以广收疗效。其实药物过多，寒热补泻，相互牵制，药力不统一，不集中，治疗无主次。一张无主之方，何能愈病？正如喻嘉言所批评的“凡用药不知君臣佐使，头绪纷乱，率意妄施，药与病迥不相当，医之罪也”。

这是一种弊端。还有个别医者，每逢方药不效，即疑及剂量不足，如是剂量一再加码，每一药量常递增至30克，甚至100克，有超出常规药量数倍的，以为药多量大，疗效可期。不知常因此发生一些毒副反应，使轻病转重，或旧病未愈，新病增添，给患者带来更多痛苦，甚至酿成医疗事故。致于浪费药材，自不待言。

要达到精方简药，并不容易，医者必须做到配伍精当，突出重点，使药病契合，丝丝入扣，才能提高疗效。从历代方书所载古方、名方来看，都比较精简，一般多由三、四味至七、八味药物组成。试看汉、晋、唐流传下来的医学典籍所载之方，几乎每方均在七、八味以内。例如汉·张仲景的《伤寒论》共载113方，其中在八味以内的方剂约占90.2%；晋·葛洪的《肘后方》在八味药以内的方剂占98.1%；唐·孙思邈的《千金方》亦占73.9%。这些都是古训可遵。再从现代中医名家所创制的效方来看，也很注重精方简药。例如：北京的抗心梗合剂，上海的升压汤，天津的止血灵，赵炳南氏的土槐饮等等方剂，药物都比较精简。在剂量方面，已故名老中医蒲辅周曾说：“目前，在某些患者，甚至个别医生中，还存在一种看法，以为药味多，用量大，花钱多，疗效作用就强。这是一种偏见。实际上，临床疗效并不与药味多寡，用量大小，花钱多少成正比例。”他主张“药必适量，不宜过大”，还举出他的实践经验证明说：“如玉屏风散是治老年人或卫虚易感冒的方，我用粗末三至五钱，煎服疗效满意，有一位同志用玉屏风散使用大剂量，服三剂，胸满不适，改小剂量煮散获效，而无胸满之弊。”这些都是切中时弊，提倡精方简药的有得之言。由此可见，精方简药的临床意义之大，很有大力提倡的必要。当然，提倡精方简药

并不等于否定大方，对于兼证较多，病情复杂的疾病，及一些慢性病的善后调摄，用些大方也是未尝不可的。关键在于多而不杂，繁而有要而已。

三十三问 古方中有关制剂、用法、用量方面的名词术语如何解释？

答：古方皆见于古代医籍，由于古代汉语与现代语已有变迁，往往艰涩难解，对我们阅读原著，理解运用古方造成不少困难。今选一些较为难懂的有关古方中制剂、用法、用量方面的名词术语，扼要诠释如下：

1. 制剂：

①咬咀：音府疽，原义是嚼的意思，引申为药物的破碎加工。

②杵罗：杵指捣碎，罗指罗筛。即将药物捣碎成粉末后再用一百目罗筛筛下。另“捣筛”一词与杵罗含义同。

③白酒：古代称米醋为白酒。

④饮片：指药物经过加工制成为薄片，为煎煮汤剂之用。

⑤和搜为剂：“搜”音稍，即将药物混合调制成为所需要的剂型。

⑥内：即纳，放入之意。

2. 用法：

①啜：大口喝的意思。桂枝汤服法，有啜稀粥一说，即服药后喝些热稀饭汤，是益气助汗法。

②温覆：加盖衣被保暖，是服发汗药后，保温促汗的措施。

③煮散：将药物研剉为粗末，加少量水煮沸后饮用，是内服散的一种。

④差：即瘥，病愈为瘥，古时“差”与“瘥”通用。

⑤食远服：指服药时间，在进饮食后较长时间，亦即空腹服药。

⑥白汤下：白开水吞送药物。

⑦不知、再作服：即第一次药服下后，未见明显疗效，可再服第二剂。

⑧莫令歇：即不要停止服药。

3.用量：

①一撮：计量名，古代以六十四黍为主，四圭为撮。又以手指取物为撮，形容少量。

②方寸匕：匕为古代量具名，为铜质器皿，形如小刀，故名匕。其大小约依古尺正方一寸左右，用以抄药令满而药粉不落纸为准。其量大约折合今1.5克。类今之药匙用途。

③钱匕：为古代汉币借为抄药量具，因净重五铢，历称五铢钱，亦以满不落纸为准，一次量约折合0.9克。

④半钱匕；钱五匕：前者即一钱匕的一半，后者为一钱匕的十分之五，两者为同义互词。一次量约折合0.45克。

⑤一字：古代货币，币形内方外圆，四方各铸一字，为造币王朝年号，例如：唐币“开元通宝”。古时用币充作抄药量具，“一字”即指该币的四分之一积，以此作为中药计量的单位，约折合0.3克。

⑥等分：谓每份药物重量相同，多用于丸散剂的分次服的计量。

三十四问 “本草明言十八反”，对《金匱要略》方甘遂半夏汤中遂草同方如何认识？

答：《金匱要略·痰饮咳嗽病证并治第十二》载有甘遂

半夏汤一方，治留饮脉伏，其人欲自利，心下续坚满之证。方中药物有甘遂、半夏、芍药、甘草等四味，其中甘遂与甘草历来被认为二药相反，属于配伍禁忌。

关于中药配伍禁忌的记载，金元时期，张子和曾将相反药概括为“十八反歌”。其歌中第三句云：“藻、戟、遂、芫俱战草”，把海藻、大戟及芫花列为与甘草相反。凡是相反药物是不能配伍在一起的，唐人孙思邈曾经说过：“草石相反，使人迷乱，力甚刀剑。”1963年《中国药典》在“凡例”中也明确规定：“注明畏、恶、反者，系指一般情况不宜同用”。但是张仲景的甘遂半夏汤却是甘草甘遂同用。这种配伍方例，前代医家解释为“激怒药性，促进疗效”。如尤在泾说，正是“欲其一战而留饮尽去，因相激而相成”。据《续名医类案》记载，吴孚先治王某留饮，以此方一服而愈，并说这是“取其性之相反，使自相攻击，以成渝决排之功”。可见该方曾经历来医家临床验证，具有卓越疗效，说明十八反中有些药物的配伍并非绝对不能用。从近代的实验研究来看，据崔珉氏等报道，甘遂与甘草配伍，如果甘草量等于或小于甘遂量，则无相反作用，有时还能减轻甘遂的副作用；但如果甘草量大于甘遂量，则有相反作用。实验时，还观察到大戟、芫花与甘草合用时，其利尿和泻下作用受到明显抑制，并有使芫花毒性增强的倾向。对甘遂半夏汤中甘草甘遂同用，还有人在该方的煎服法上给予分析。如戴佛廷说：“本方的煎药法，据《千金方》记载，应甘遂半夏同煎，芍药与甘草同煎，最后将二汁加蜜合煮，顿服，所以较安全无弊。”

我们的认识是：中药十八反，是前人用药的经验总结，无论是偶然巧合，还是普遍规律，都是从实践得来，应该予

以重视。因为不能排除用药后产生不良反应的可能。而甘遂半夏汤的这种相反同方的方例，应在充分把握方证的前提下，利用“大毒之药”去攻“大毒之疾”，并在煎药法，药量的比例等问题上慎重注意方可。不必冒陶宏景所说的“强以相憎，苟令共事”的风险。

三十五问 “十九畏”与“七情”中的“相畏”含义有无区别？

答：中药书籍中的“十九畏”与“相畏”均属药物配伍中所涉及的问题。在配方、制方和运用成方时，应正确理解。“十九畏”一般认为属于药物配伍禁忌性质，其内容最早见于《珍珠囊补遗药性赋》，作者李东垣承袭张子和编制十八反歌的办法，把十九种中药编制成“十九畏歌”。从此“十九畏”与“十八反”两歌并存而流传至今，为临床中医用药所遵循的配伍禁忌准则。“十九畏”的歌辞是：“硫黄原是水中金，朴硝一见便相争；水银莫与砒霜见，狼毒最怕蜜陀僧，巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情；丁香莫与郁金见，牙硝难合荆三棱；川乌草乌不顺犀，人参最怕五灵脂；官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺。大凡修合看顺逆，炮炙炙煨莫相依。”关于《珍珠囊补遗药性赋》一书，有许多学者怀疑是后人假托的伪书，尚有待考证。“十九畏”中药物是否都是配伍禁忌，历来也有不同看法，前人也有一些“十九畏”中药物合用的方例。如胎产丸中官桂与石脂同用，大活络丹中川乌、草乌与犀角同用等等。不过我们认为这种配伍禁忌还是应该予以重视，以免发生不良反应。

“相畏”一词见于《神农本草经·序例》：“药有阴阳配合……有单行者，有相须者，有相使者，有相畏者，有相

恶者，有相反者，有相杀者，不尔，勿合用也。”《本经》列相畏者共计七十八种药物。现代有一些中药著作中有认为“十九畏”即“相畏”。其实，两者有所区别，今作几点区别比较。

1.《神农本草经·序例》中述“若有毒宜制，可用相畏、相杀者”。《本经集注》称：“半夏有毒，用之必须生姜，此是取其所畏以相制尔”，可见这里“相畏”不是指配伍禁忌，而“十九畏”歌中十九味药却是“炮燬炙搏莫相依”的，属于配伍禁忌。

2.十九味药与七十八种药相比，数量悬殊，药物内容不一。

3.“十九畏”中诸药，在唐《证类本草》中找不到任何“相畏”内容，明《本草纲目》记载也与十九畏有许多不同之处。因此，“十九畏”不是“七情”中的“相畏”。

三十六问 对中药“毒”的概念如何理解？复方对“药毒”能否产生影响？

答：“毒”在中医学中是一个比较广泛的概念，在病因、病名、治则、药性诸方面都可见到，如火毒，热毒；丹毒，脏毒；解毒，拔毒；有毒，无毒等中药“毒”的概念，古今文献均有论述，其含义约可归纳为三点。

1.“毒”即“药”的同义词：古人常把药称作毒，如《周礼》记载“聚毒药以供医事”；《内经》说：“当今之世，必齐毒药”；《景岳全书》说：“是凡可辟邪安正者，均可称为毒药”。这里皆泛称药物为毒药。

2.“毒”是指药物的偏胜之性，如《素问·五常政大论》指出：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七，

小毒治病，十去其八；无毒治病，十去其九。”神农本草经将365种药物，分为上、中、下三品。上品无毒，多服久服不伤人；中品无毒或有毒，斟酌其宜；下品多毒，不可久服。以上所说的“有毒”、“无毒”、“大毒”、“小毒”均指药物的偏胜之性而言。是对偏性峻缓程度和副作用的大小、有无的区分。

3. “毒”是指药物含有毒成分或服用后会引起毒副反应，如川乌、草乌、斑蝥、巴豆、马钱子等有毒中药，都含有毒的化学成分。1977年版中药药典规定有毒或大毒药物44种，都含有毒性物质。现在我们说药物的毒性，都是指第三种概念，不可与前两者混淆。

药物中存在有毒物质，大致可分两种情况：一是有毒成分为非有效成分，既无治疗作用，可以去掉或减弱它，就能防止中毒。现今可以采用有效成分提取，但往往药物作用产生局限，失去原有特性。前人经验是采取恰当的药物配伍，严格控制药量，合法的炮制，使用合理，可以变害为利，使“毒”成为良药。二是有毒成分又是有效成分，其毒性物质也是发挥治疗作用的物质。我们在用其毒性来治病时，可以降低其有毒物质的含量来减少毒性，保持一定疗效。前人在临床实践中，也采取上述方法，这些宝贵经验，古典医籍均有详尽描述，确实行之有效。

在减毒和减少药物的副作用方面，首先应提到的是配伍。药物通过配伍，各种成分互相影响，可以降低或消除毒性。这是组方的意义之一。古今方剂这种实例很多，如《金匱要略》的大乌头煎、乌头汤、乌头桂枝汤等含有乌头药物的方剂，均以白蜜或甘草监制乌头的毒性。用附子时也常用甘草配伍，如《伤寒论》中的四逆汤，用于回阳救逆，副作

用小却可收到满意效果。因乌头、附子等药中乌头碱的毒性较大，往往出现中毒症状才有治疗效果，甘草等药具有减毒作用，使毒转为药效。据周超凡等报告，四逆汤的毒性比附子的毒性减小到四分之一。再如十枣汤由芫花、甘遂、大戟等峻下逐水药组成，前人制方时调了大枣的制毒，特以十枣命名方剂。这些都是通过复方配伍对毒药产生影响，起到解毒和减毒作用的方例。所以应用方剂和使用单一药物临床效应常有明显差别。其中重要原因之一，就是复方配伍对药物的毒性起牵制作用，或使药毒转为药效的缘故。

三十七问 中西药物能否配合应用？

答：对这问题的回答，是肯定的。中西医结合，中药和西药有针对性地配合应用于临床治疗，可以提高疗效，减少毒、副反应，对某些疾病比单纯使用中药或西药要好。近代在临床实践观察中已取得不少经验和成就，是临床研究的途径之一，今从两个方面简述之。

1. 中西药物配合使用，可以发挥各自特点，取长补短，相辅相成，互相促进，收到提高疗效，缩短疗程的良好效果。在这方面近代有大量的总结报告。如：甘肃省平凉地区第一人民医院1972年报道，使用痢特灵、氯霉素、黄连素治疗菌痢，对控制病情发展，特别是对脓血便和体温的变化并不满意，加用中药当归芍药汤则效果较为显著。通过52例的观察证明，对改善大便性状及减少便次有一定效果，有助于体温下降，促进病情的好转。山西省中医研究所朱进忠1974年报道，对于心肾阳虚，肾水凌心的心衰病人，有些用洋地黄类药物效果不明显时，配合真武汤加减内服，往往有效，认为真武汤与洋地黄似有相互补充之效，又如《新医药杂

志》1974年沈壮雷报道，用右归丸为基础，辅以激素，治疗肾病综合征，在消除水肿，改善低蛋白血症等方面，均有显著效果。这些中西药结合治疗观察的实例不胜枚举。

这些观察到的现象提示，中西药配合可以提高疗效是肯定的，无疑比单用中药或西药效果要好。

2. 中西药配合使用，能减低或防止副作用，减少用药量，从而达到治疗目的而不致损害人体。例如：锑剂是治疗血吸虫病的有效药物，但因副作用大，致使病人不能耐受而影响治疗，若配合中药则可解决这个问题。例如，1960年许有生在《上海中医药杂志》报道，八味地黄丸可以治疗酒石酸锑钾的毒性反应。1958年，徐正奎在《江苏中医》报道用附子理中汤加减可以防治锑剂引起的白细胞下降和胃肠反应。又如1977年《中草药通讯》报道中国人民解放军157医院使用紫苏黄连散与呋喃丙胺同服，可以减少副作用。这是仅就中西药配伍治疗血吸虫病的经验，其他各科也都有类似的实践。尤其在肿瘤的治疗上，西药的毒副反应严重，中药的配合使用能减轻这种反应，从而有助提高疗效。

除了减轻或消除毒副作用之外，中西药物的配合还可以减少用量，缩短疗程。如前例所引沈壮雷氏以右归丸为基础并用激素治疗肾病综合征，激素疗程一般为7周，总量在735~770毫克，即可获得显著缓解效果，说明中药对减少激素的剂量和缩短疗程有着明显的作用。其他如治疗严重失眠、精神分裂症等用补心养血、豁痰宁神方剂配合西药镇静剂使用，两者药物剂量均可减少而收到良好效果，也是临床经常采用的治疗措施。

这些事例说明，中西药正确合理的配合使用，能使医疗效果获得提高。但必须指出，应当按照中医的辨证施治原则

和中西药物的药理作用，结合临床上实际病情的需要，有机地配合使用，才能充分地发挥中西药的作用。

三十八问 对仲景“衄家忌汗”与“衄血宜麻黄汤”如何理解？

答：汉·张仲景在他所著《伤寒论》第88条条文中说：“衄家不可发汗，汗出必额上陷，脉急紧，直视不能眴，不得眠。”这是指平时有衄血病史的人，患有表证，不可发汗。因为经常多次失血必然会导致血虚，血虚之人多致阴虚火旺，津液亏少，若再发其汗，必犯“虚虚”之戒。清·吴鞠通在阐述发汗的机制时曾有“汗以阴精为材料”之语。可见体内津液不充，则汗液无源，如强行使用辛温发汗剂，必然会药助热邪，重伤阴血，产生亡阴变证，出现筋脉拘急，睛珠直视，烦躁不眠等危重症候。这是张仲景根据《内经》“夺血者无汗”的提示，从临床上得出的宝贵经验，告诫后人要领会“血汗同源”的生理，在临证中遇到有失血病史的人，虽有表证，不得盲目使用汗剂，否则易招致上述不良后果。但张仲景在《伤寒论》中又说：“伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”众所周知，麻黄汤是一张具有辛温峻汗的方剂，既然衄家不可发汗，那么，证见衄血，为什么又可用麻黄汤来主治呢？首先，致衄的原因是麻黄汤证不发汗而致。麻黄汤证的病机为寒邪外束，表阳被郁，其主证恶寒发热无汗的产生是阳郁的结果，如果表阳被郁太甚，往往阳气过重，被迫上逆冲破鼻窍而引起衄血，这时适当应用麻黄汤的表散，使外寒解散，表阳得到宣达，则表证可因汗而解，致衄的病因也随之消除。这是根据病因施治的治疗措施，所以衄血宜麻黄汤。陆渊雷引清·江瓘所著《名医类

案》中“陶案”对此作了详细的说明，案云：“陶尚文治一人，伤寒四五日，吐血不止，医以犀角地黄汤等治而反剧；陶切其脉，浮紧而数，若不汗出，邪何由解？遂用麻黄汤，一服汗出而愈。或问：仲景言衄家不可汗，而此用麻黄汤，何也？璩曰：久衄之家，亡血已多，故不可汗，今缘当汗不汗，热毒蕴结而成吐血，当分其津液乃愈。故仲景又曰：伤寒脉浮紧，不发汗因致衄者，麻黄汤主之。盖发其汗，则热越而出，血自止也。”

“衄家忌汗”，“衄血宜麻黄汤”，包含了中医治疗急性病运用汗法的准则。“衄家忌汗”是总的原则，“衄血宜麻黄汤”是显示临床治疗时审因用方的灵活性。两者乍看似乎相互矛盾，其实并不矛盾，它们都是从实践中总结出来的，经验非常可贵。

三十九问 《伤寒论》第40条小青龙汤方后注中的薤花，是不是莞花？

答：《伤寒论》第40条小青龙汤方后注加减法云：“若渴，去半夏加瓜蒌根三两；若微利，去麻黄，加薤花，如一鸡子，熬令赤色……。”后人因为薤花与莞花在原植物的形态和药效功用方面都有相似之处，莞花常作为薤花的代用品，久之，渐误认两者为一药。两药的区分大致如下。

薤花：为瑞香科薤花之花朵，落叶小灌木，株高三、四尺，春季发芽，叶为椭圆形，末端尖锐，长六分至寸许，对生，五、六月叶腋间抽序开黄花，花四瓣，筒状，果实成熟后呈黑色。性味苦寒有毒。功能利水破积。主治据《本经》载：“主伤寒温疟，下十二水，破积聚，大坚癥瘕，荡涤胸中宿癖饮食，寒热邪气，利水道。”

芫花：亦属瑞香科植物，为芫花的花朵，落叶小灌木，株高与堇花同，叶形亦椭圆形，对生，但边缘密生细毛，春日在生叶之先开青紫色之合瓣花，萼尖端四裂，呈花冠状，蓝紫色，核果革质，成熟后为白色。性味辛温有毒。功效泻水逐饮。主治据《本经》载：“主咳逆上气，喉鸣喘，咽肿短气，虫毒鬼疟，疝瘕痈肿，杀虫鱼。”

对二药的考证，清·黄宫绣《本草求真》叙述最详。曰：“堇花虽与芫花形式相同，而究绝不相似，盖芫花叶尖如柳，花紫似荆，堇花苗茎无刺，花细色黄。至其性味，芫花辛苦而温，此则辛苦而寒。若论主治，则芫花辛温，多有达表行水之力；此则气寒，多有入里走泄之效。故书载能治痢，然要皆属破结逐水之品，未可分途而别视也。但药肆混收，亦可见效，以其主治差同故耳。”

两药的区别点，主要在花期，花色，叶茎有无毛，药性的温与寒，和功效走表与入里等不同。因此，堇花不是芫花，虽可互代使用，但毕竟只是两种功效近似的药物。

四十问 如何掌握麻黄杏仁甘草石膏汤对有汗而喘和无汗而喘的辨证运用？

答：麻黄杏仁甘草石膏汤出于《伤寒论》第63条和163条，方名即以组方的四药而得名。此方在《伤寒论》中，是治疗发汗后或下后“不可更行桂枝汤，若汗出而喘，无大热者”。柯韵伯谓可治“无汗而喘，大热者”。吴鞠通此方治疗“热饮喘咳息促，吐稀涎，喉哑，脉洪数，右大于左者”。主证均是发热与咳喘，可知临床使用本方应以身热喘咳为辨证要点。至于喘咳伴见有汗无汗问题，《伤寒论》原书只说明“汗出”，有热无热问题，《伤寒论》也只说明

“无大热”。那么，柯韵伯为什么说主治“无汗而喘，大热者”呢？临床实际中，又用此方治“身热喘咳”呢？这些是本方辨证运用中的疑点和难解之处，医者必须透彻领会本方适应证的病因病机，才能用方自如。本方主治证似有矛盾，前人盛心如对此作过较为详细的解析。他说：“盖汗而喘者，热壅于肺也；无汗而喘者，热闭于肺也。壅于肺者，皮毛开，故表无大热；热闭于肺，则皮毛亦闭，故表热甚壮，是以不论有汗无汗，皆以麻杏甘石汤为主。”说明出汗的原因是肺热壅盛所致。因肺主气，外合于皮毛，热壅于肺，蒸迫津液，外走毛窍，所以汗出。这与太阳表虚，卫外不固而自汗的桂枝汤证不同。“无大热”是因体表大汗，蒸散了表热而致热随汗减，出现表无大热，其实内热正盛，汗一稍停，热象即呈，并不是没有身热，相反其里热尤重。另有一种情况，即表邪化热致热闭郁于肺，皮毛闭塞，体表无汗。由于无汗蒸散，体表就显现出大热，肺气因热邪的壅或闭，故失于宣降而发生喘咳，甚至可见鼻翼扇动，以及津伤口渴，脉浮滑数等表里俱热等证。故麻黄杏仁甘草石膏汤对有汗而喘，无大热可用；对无汗而喘，有大热者同样亦可用。若是汗出，无大热者，其热更甚，本方石膏用量可以五倍于麻黄；若无汗而喘，大热者，里热相对地较轻，石膏用量可三倍于麻黄。由于石膏甘寒清热作用很强，又有保津生津作用，故为方中君药，配伍麻黄，宣肺解表为辅药；二药一寒一温，相制为用，既能清肺，又能宣肺，肺热得清得散而喘自平。同时又佐以杏仁，肃降肺气，以止咳平喘。三药合成一清一宣一降，是本方特点。而甘草为使，既能使寒温药物协调，又可护胃生津。全方配伍法度非常严谨，故从表象看，有汗而用麻黄，无大热而用石膏，似乎令人费解，但经过上

面病机的分析，就不难理解其组方之意义了。这是掌握本方临床运用的道理所在。

四十一问 “大热、大汗、大渴、脉洪大”四大主证，为什么白虎汤主治，当归补血汤也主治？

答：以“大热、大汗、大渴、脉洪大”为特点的脉证，其病机主要属热，但热有虚实、真假之分。凡属邪盛正实的热邪炽盛主证，必须使用清热治法。白虎汤是辛凉重剂，为清热法的代表方，故可主治。但由血虚气越的大虚之证，其热是一种临床假象，必须使用补益治法。当归补血汤是补气生血剂，为甘温补益法的治验方，故可治。两方立法、选药大有区别，寒热补泻各有不同，绝对不可混同使用。从两方主治证候的病机和两方的药物性能，辨析如下：

1. 白虎汤主治证的病机是伤寒邪传阳明，由寒化热，或温病热入气分。由于阳明多气多血之府，正盛邪实，邪正相争非常剧烈，故出现四大主证。身大热，是因邪热入里，故不恶寒但恶热，里热熏蒸而出现大热；大汗出，是因热重逼迫津液外泄；口大渴，是因热盛大汗而津伤，欲饮水自救；脉洪大，是热盛于经。此外，还可见到头痛，面赤，苔黄，气粗等证。就其性质来说，属阳证，热证，里证。白虎汤的药物组成是根据《素问·至真要大论》“热者寒之”的治疗原则。方中重用石膏，辛甘大寒，解肌热，透邪生津，止渴除烦；知母，清热养阴；甘草、粳米，和胃护津，又缓和石膏、知母寒凉重降之性，防止寒药伤中。这是一张清热生津的良方。

2. 当归补血汤的主治证病机是：劳倦内伤，饥饱不时，使元气受到耗损。脾胃虚衰，不能生化气血，导致阴血亏

虚，阴无所附丽，散越于表。此时，阴不维阳而出现白虎汤的类似证，即肌肤燥热，目赤面红，恶热烦躁，大渴欲饮，脉洪大，按之虚等。李东垣《脾胃论》特意就此指出：“非白虎汤证也，此血虚发躁”。其证与白虎汤的主要鉴别处是：①有无劳伤及出血病史，以与伤寒温病传变入里的病史相鉴别；②脉虽洪大，但按之无力，甚至重按不应指，以与阳明热盛，脉洪大，愈按愈盛相区别；③症状呈肌热面赤是阳气浮越，烦躁是心神失养，口渴欲饮是津液不足，证虽类似白虎证，但阴阳不相维，血气将离散，危在旦夕，是大虚之证，即《内经》“至虚有盛候”的假象。稍有疏忽，有毫厘千里之失。据张秉成的经验认为：“辨其舌苔之黄白润燥，口渴之欲冷欲热，其大要尤在于小便，真热者必短赤，假热者必清长，胸次了然，用药自无毫厘千里之误”。当归补血汤是补益解热剂，是益气生血方。因此可见，两方主治证，在症状上有某些类似点，面虚、实病机绝不相同，治法、用药也毫无共同之处，在辨证用方时应详为审察，不可混同。

四十二问 银翘散中究竟有没有元参？

答：银翘散出于清·吴鞠通所著《温病条辨·上焦篇》全方计银花、连翘等10味药，并没有元参，但在该书《上焦篇》第十六条、三十八条、四十条中却有银翘散倍元参或去元参的叙述。因此引起许多医者的争议。有人认为这些倍元参、去元参的记述，可能是误笔，但也有人认为不是误笔，而是原方中无元参是漏笔。如《浙江中医杂志》1965年第二期发表的《银翘散有无元参问题的商讨》一文，作者认为上焦篇第十六条有“银翘散倍元参主之”，在方中言元参加至一

两；上焦篇第三十八条“银翘散去元参”是因元参苦、咸微寒，养阴生津，柔润碍湿，故去之；同篇第四十条邪已化热，但热自湿中来，故去元参之碍湿，并去牛蒡、荆芥之疏解，加石膏、黄芩之清热，用治伏暑化热，邪在气分。可见原方应有元参。同篇第三十九条证见舌赤口渴，邪在血分者，反无加减元参之文，而此时正是元参适用时机。从原方的主治病机来分析倍元参、去元参和不提加减元参的原因，银翘散应有元参一药。该文又从治法的角度来论证方中应有元参，理由是：在银翘散方论中吴氏自谓遵《内经》“风淫于内，治以辛凉，佐以苦甘”，“热淫于内，治以咸寒，佐以甘苦”之训。元参咸寒是吻合经旨的。在银翘散方论中又云“此方之妙，预护其虚”。元参壮水制火，增津养液，有护虚作用。在第四条用银翘散是“但热不寒而渴”，有温邪伤阴之兆，方中用元参作预防阴精之耗损是最为恰当的。而在方的加减法中提到“项肿咽痛者，加马勃、元参”，则认为是在加马勃倍元参之误。

在《中医杂志》1981年第8期中载有“银翘散中有没有元参”问题的解释，认为银翘散中本没有元参，在第四条原文后本方加减法中云：“项肿咽痛者加马勃、元参……”更为清楚，若有就不会云“加……元参”。但该书第十九条，第三十八条，又言倍元参，去元参，这不得不使人产生银翘散有元参之误。这种在同一书中自相矛盾的说法，只有从另一方面即元参的性味功能及银翘散的立法主治中求得解决。分析吴氏拟以元参为君药的方剂增液汤，在该方方论中注解“味苦咸微寒，壮水制火，通二便，启肾水上潮于天，其能治液干，固不待言”。而银翘散为辛凉平剂，主治手太阴肺病，但热不恶寒而渴者。吴氏云“本方纯然清肃上焦，

不犯中下，无开门揖盗之弊，有轻可去实之能”。可谓银翘散中无苦咸微寒、通二便药物的最好注脚。至于这种自相矛盾的产生，认为可能是吴氏在著书时，某种疏忽所造成。

以上两种观点不一。笔者认为原著虽有自相矛盾的记载，在对待中医文献的态度上，应是以医疗实践为依据，因为实践才是检验真理的标准。银翘散是主治温病初期和风热外感的有效方，具有透解在表风热作用，其使用清热解毒药均贯穿着透解达表的目的。玄参属于滋阴药物，常用于热病后期津伤便秘之证，或虚火上扰、阴虚发热等证，具润燥除烦、软坚解毒之效，作肺、肾二经里药之用，多不用于外感表邪之证。因此无须宥于原文之考证。从临床实际出发，还应以不用元参为妥。至于对原文的有、无元参之争议，可暂付阙疑。

四十三问 清·吴鞠通“治上焦如羽，非轻不举”的治法观点，在选药、配方、调剂、定量、煎法、服法等方面各有何体现？

答：“治上焦如羽，非轻不举”的治法论点是清代温病学家吴鞠通在治风温，温热病初期，邪犯上焦卫分时提出的。他认为治疗上焦温热病，使用药物性能和投药方法，应如羽毛般的“轻清”，否则，就不能到达病所。该语见于其所著《温病条辨·上焦篇》。吴氏本着叶天士的温病学说，治温邪在表时用辛凉轻清剂，取“轻可去实”的原则，用轻清宣透药物来宣散肺卫之邪。叶天士《外感温热篇》云：“温邪热变最速，未传心包，邪尚在肺，肺主气，其合皮毛，故云在表，在表初用辛凉轻剂。”因为肺位最高，温邪上受，自口鼻而入，首先犯肺，药物唯有轻清方能到达病

所。所以吴氏在选药配方，调剂定量，煎法服用等方面，都本着“非轻不举”这一治疗原则。他在自制方桑菊饮、银翘散等著名方剂中皆体现了这一论点。兹举银翘散为例来剖析说明。

在配方选药方面：银翘散中主药银花、连翘均质地轻虚，其他辅佐药，如薄荷、荆芥、豆豉、桔梗、竹叶、牛蒡子等，无一不具有轻清升散作用；方中使药甘草及芦根亦皆利咽生津清肺之品。吴氏对此解释为“纯然清肃上焦，不犯中下，无开门揖盗之弊，有轻以去实之能”。

在方的调剂、定量、煎法、服法等方面，也都一一本着“轻”的要求：在调剂方面，选择了“煮散”剂型，取上焦用散的原则；关于煎煮方法，他说：“汤煎，香气大出，即取服，勿过煮，肺热取轻清，过煮则味厚而入中焦矣”，并指出用文火轻煎以取轻清之气。在服法定量方面，他规定“病重者约二时一服，日三服，夜一服，轻者三时一服，日二服，夜一服”。吴氏采用少量多次服药方法，认为“肺位最高，药过重则过病所，少用又有病重药轻之患，故从普济消毒饮，时时轻扬法”。他继承了金元医家的投药经验，使服法体现了定量轻的要求。从以上所述，可以看到吴鞠通在制订此方时，不但考虑到选择轻清的药物，调剂也选用“轻”的剂型，煎法也选用“轻”煎，服法采用“时时轻扬法”，一次服药量也达到“轻”的要求。这是“治上焦如羽，非轻不举”的典型方例。用轻清剂治上焦肺卫温邪致病，这是一条极为重要的临床实践经验。

四十四问 温病“透热转气”的治法在清营汤中如何体现？

答：“透热转气”这一治法，首倡于清代温病学大师叶

天士。叶天士在《外感温热篇》中提出：“大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血。在卫，汗之可也，到气才可清气；入营犹可透热转气……”。透热转气是温病用卫气营血进行辨证施治的大法之一。叶氏不仅提出这一施治大法，在他医案中也贯穿着这一精神。叶氏的治法经吴鞠通加以继承发扬，创制出清营汤一方，作为主治邪热入营的代表性方剂，具有清营解毒，透热养阴作用。当邪热初入营分，此时邪由气分转来，邪气较前又深入一层，而气分症状尚未全解，营分症状即已出现，气营两伤，又迫血分，病情的主体以营为主，这时的治法应是使营分之邪仍转至气分而解。所以根据治法来组方，应将清营解毒和清气泄热之品互相配伍，并以清泄营分之热为主。清营汤中犀角咸寒，入营入血，善清心肝胃三经之大热，尤能清心安神，其气清香，清灵透发，寒而不遏，善内透包络之邪热，既能清解营分热毒，又能凉血散瘀，为方中主药。玄参滋阴降火，生地专于凉血滋阴，麦冬养阴生津，三药共具养阴清热功能，为方中辅药。以上四药构成全方的主体，以治心烦不寐，斑疹隐隐，舌绛而干的营分热毒之证。同时，又因气分邪热未解，方中另配伍一组清泄透热的清气分药以为佐助；即以黄连泻火解毒，竹叶心清香透心专清心气，味淡利窍，气轻入肺，二药共清气分之热。连翘清热解毒，能透肌解表，亦能宣泄络脉之热，银花善于清热解毒，四药合用并能透营转气，使邪热转出气分而解。四药与主药配合，则增强清热解毒之功效，与辅药配合能养阴而透热于外，使邪热得以外泄，不致进一步内陷，发生热闭心包或热甚动血入血之虑。清营汤中所用黄连、竹叶心、连翘、银花这一组清透气分药，正是体现了叶天士提出的“入营犹可透热转气”的治法。如果仅仅

从每味药物的功能来看，营分热用清气分药，似乎药与证不够贴切，但从全方组合来衡量，则符合于因势利导，使气营之热一举两解，从而大大提高治疗效果。本方立意在此，这也是本方的配伍特点。所谓立法处方，治法为组方的指导，这可以从清营汤中得到具体的理解。本方用于温热病热邪由气分转入营分之证，邪热入营而气分之邪尚未尽解者。辨别营热与气热是运用本方的辨证关键之处。气分热辨证重点在舌苔，必可见舌苔黄燥；气分热耗伤胃津，必可见身热口渴等证。由此可以诊断为气分邪热犹盛。若气分热势已微，营分热邪偏盛，则口反不渴，舌绛苔少。故舌苔的有无多少，口渴与不渴，可以作为热在气分或营分，偏多偏少的依据。如气分热重而营分热轻，宜重用银花、连翘、竹叶心等清热解毒之药，相对减少犀角、生地、玄参的用量。

四十五问 为什么银翘散荆芥、薄荷同用，槐花散用荆芥不用薄荷，逍遥散用薄荷不用荆芥？各取何义？

答：银翘散是根据内清热毒，外散风热的治则而制方的，主用于温病初起的风热表证；其证候的要点是：发热恶风寒，口渴，咳嗽咽痛，脉浮数。方药组成大体上可分为两大组，一组为清热解毒药，另一组为疏风透邪药。方中荆芥、薄荷，是疏风透邪药中的重要药物，取其轻扬解散，清利上焦的特点，来宣发肺卫。

槐花散是一张清肠止血的方剂，主治肠风下血，即大便出血，色鲜势急，四射如溅；配伍特点是以止血、收涩、清疏、行气各药合用。主治病机是风热湿毒，壅阻于肠，伤及阴络，血渗肠道所致。凉血、收涩、止血是本方的主要功效，配伍荆芥的目的是取其疏风止血作用。荆芥一药，不独

有祛风解表功能，炒炭还用于止血，偏入血分。《本草纲目》记载荆芥炭能治“吐血、衄血、下血、血痢、崩中、痔漏”。荆芥在本方中不是解表药，而是止血药，故炒炭入药。不用薄荷，是因为薄荷发汗解表无止血作用。

逍遥散是一和解肝脾方剂，通治肝郁血虚。全方配伍两大组药，一是疏肝养血药物，如柴胡、当归、白芍等，一是健脾以促生化的药物，如白术、茯苓、甘草等。肝失条达则郁滞，肝郁乘脾可致脾虚，因为肝主藏血，肝血不足最易导致肝气郁滞。方中采用薄荷也不是取用它的发散解表功效，而是借用薄荷的气味芳香、辛宣疏透作用，协同柴胡达到疏利肝气的效果。《内经》所谓“肝欲散，急食辛以散之”，因辛能散郁，则肝的生理功能得以调复，而荆芥却无此功用，故逍遥散内用薄荷不用荆芥。

综上所述三方所用荆芥、薄荷的取舍不同，可以知道：1. 药有个性之特长，方有合群之妙用，应按主治证的需要，作合理选用。2. 一药具备多能，须根据治疗的需要而取用，以尽药性之专长。3. 同类药物，也有其个性的异同，如荆芥、薄荷，均能解表疏风，但荆芥入血，薄荷入气，荆芥炭能止血，薄荷可借以疏肝，这又是两药之异。临床中医工作者，必须懂得其中道理，才能灵活运用。

四十六问 为什么说败毒散的配方特点是“逆流挽舟”？

答：败毒散又名人参败毒散，该方出自宋·钱乙《小儿药证直诀》一书，由十二味药物组成，具益气解表、散风祛湿功效，是一张主治体质素虚而外感风寒湿邪致病的方剂。清代名医喻嘉言对此方极为推崇，并有精辟见解和运用经验。他在所著的《医门法律·痢疾门》中，分析此方的配伍

特点时，提出“逆流挽舟”一说，推崇此方为“逆流挽舟”的代表方。

人参败毒散在药物组成中，用羌活、独活、川芎等祛风解表胜湿；柴胡、前胡、薄荷协同宣解表邪；枳壳、桔梗宣肺宽胸；茯苓、生姜、甘草和中化痰；人参扶正祛邪以迫邪从汗而解。全方扶正败毒、发汗解表。喻嘉言借用本方治疗痢疾。他谈到引申本方的治疗经验时说：“外感三气之热而成下痢，其必从外而出之。以故下痢必从汗，先解其外，后调其内。……失于表者，外邪但从里出，不死不休。故虽百日之远，仍用逆流挽舟之法，引其邪而出之于外，则死证可活，危证可安。”说明痢疾是感受暑湿热邪引起，在病程中有表与里的传变关系。外邪由表入里为逆，由里出表为顺。他说的“下痢失于表者，外邪但从里出，不死不休”是病情的逆转，也就是所指的病势“逆流”。“下痢必从汗，先解其外”，使在里之邪从表而出，这就是所说的“逆流挽舟法”。而本方确有防止病情逆转，所谓“逆流挽舟”的作用。而“挽舟”的关键，还在于人参扶正。喻氏分析方中人参一药说：“惟元气旺者，外邪始乘药势以出，若素弱之人，药虽外行，气从中馁，……必用人参三、五、七分入表药中，少助元气，以驱邪为主，使邪气得药一涌而出，全非补养衰弱之意也”。这是喻氏对本方配方特点的精辟分析。人参是本方中领邪外出的关键药物。人参的用量，只须三、五、七分少助元气即可。本方以驱邪为主，若人参用量过大，反而会闭固病邪，误补留寇，起不到“挽舟”的作用了。运用人参败毒散发汗解毒来治疗痢疾，实为痢疾治疗开一新门径。用人参扶正祛邪必须注意适当的剂量，对后人临床用药很有启发。

四十七问 舟车丸是怎样不断充实完善的？

答：舟车丸是攻逐作用猛峻的行气逐水剂，出自明代张景岳的《景岳全书·古方八阵》。该方能使水热壅实之邪，通过大小二便下泄外出，犹如“顺水之舟，下坡之车”，畅通无阻，顺势而下，故有舟车丸之名。

从舟车丸所用的主药来看，其中大戟、芫花、甘遂三药是十枣汤的构成成分，取其峻烈的逐水饮、除积聚、消肿满等功效，相须组合，使经隧、脏腑、胸胁积水，得以攻逐而下。由此可知舟车丸是在十枣汤的基础上加味扩充而成。其进展过程，可追溯到金元时期刘守真《河间六书·宣明论方》中的三花神佑丸；该方在大戟、芫花、甘遂三主药基础上，加入大黄、黑丑、轻粉，用治一切沉积痰饮，变生诸病，或气血壅滞，湿热郁结，流注疼痛，风痰胀满等证。用黑丑攻泻气分，大黄攻泻血分，增强大戟、芫花、甘遂作用，形成大剂以攻逐水壅实热，使逐水药与泻热通便药起协同作用，增强泻下力量。少佐轻粉，气味辛寒，走而不守，无微不达，无窍不入，无处不到，逐水通便更加迅烈。在此稍后，有张子和的子和神佑丸，但黑丑只有河间三花神佑丸用量的一半，且无轻粉。朱震亨的《丹溪心法》有舟车丸，方药比河间三花神佑丸多槟榔而无轻粉。通过不断的临床实践探索，到明代张景岳的《景岳全书·古方八阵》一书时，方载药物又增加了青皮、陈皮、木香，形成了今日之舟车丸。方中配伍行气破滞之品，是具有极其重要意义的。清·唐容川云：“气与水本属一家，治气即是治水，治水即是治气。”因为在生理上气可化水，气行则水行，气滞则水停；在病理上，水湿内停又可导致气机阻滞。所以治水必须

配合治气，才能提高疗效。清·汪切庵云：“肿属于脾，胀属于肝，水之不行，由于脾之不运，……青皮、木香，疏肝泄肺而健脾，与陈皮均为导气燥湿之品，使气行则水行，脾运则肿消也。”由于增添了四味行气破滞药物，在治法上照顾到水与气的关系，采取肝脾并治，使本方于逐水消肿同时，又能行气消胀，获得肿胀两消的效果。舟车丸通过这样的充实发展，使临床实用效果得到很大的提高。但舟车丸攻逐猛峻，只适用于急性、热性，所谓“阳水”实证。凡是体质亏虚，久病阴水，孕妇等均禁用。并且还须注意用量不宜过大，不宜久服，要防止攻邪伤正。

四十八问 同治便秘，为什么济川煎用升麻升提，增液汤用玄参养阴，两方均无泻下药？

答：大便秘结是一种临床症状，导致便秘的病机却有寒、热、虚、实不同，治法因之有补、泻、润、通的区别。主治便秘的方剂类别很多，选药是根据辨证、立法与制方来决定的；其中攻泻热结的方剂，多以苦寒泻下药为主，如三承气汤的大黄；攻逐寒结则以泻下药配伍辛热药，或以辛热泻下药为主，如大黄附子汤中的附子与大黄，三物备急丸中的巴豆；都用于寒热不同的实证。但在便秘中属于虚证的亦不少见，济川煎和增液汤两方都是主治寒热不同的虚证便秘。“虚则补之”。治法不是泻，而是寓通于补，采取润通的方法，所以两方在组成中均不见泻下药物。关于济川煎用升麻升提，增液汤用玄参养阴问题，可以通过分析方义、主治、功效去理解。

济川煎出于《景岳全书》。张景岳把本方列入补阵。他指出：“凡病涉虚损而大便闭结不通，……宜此主之，此用

通于补之剂也。”主治肾气虚弱而致大便不通，小便清长，腰痠背冷等。方药注意补肾，因肾主二便，肾主五液；津液盛，则大便调和。肾气有振奋气化、行水之功，肾虚气虚，温化无力，则小便清长；肠失濡润则大便不通。故方中用肉苁蓉咸温润降，温补肾阳，润通大便；当归、牛膝养血润肠，壮腰下行。以上一君二臣为方中核心药物。佐使药物如枳壳宽肠降气，泽泻入肾泻浊。全方合为补、润、通兼顾。方中用升麻，升清阳之气，所谓“欲降先升”，调节人体津液升降机能，共同促进温润通便之效。张景岳认为“三阴三阳，同流气血，故为人之川”。意思是气血津液如同河流在人体经脉中流注循行。此方名“济川煎”，既得充润调补，大便自得畅润而下。本方以补润为主，配升麻、枳壳、泽泻，为调节气机、畅通津液之佐助。这是用升麻升提的用意所在。

增液汤是吴鞠通用来治疗温病迁延日久，或素体阴虚，因阴亏液耗而产生的大便燥结证。此证可喻为“无水舟停”，是津液严重亏损的缘故。本方用大剂量玄参，养阴生津、润燥清热为主药；麦冬滋液润燥，生地养阴清热为辅助；此皆质润滋阴之品，使津液得复，大便方得润下。吴氏称之为“增水行舟”法。以上两方都是寓泻于补，以补药之体，作泻药之用，既可去实，又能防虚。但二方又有温润与寒润，益肾气与滋阴液的区别。临床上都能治疗便秘，但又与攻下剂不同，不是单纯以泻下为手段，主要是通过机体体液的调整而达到通便的效果。

四十九问 温脾汤、健脾丸、实脾散、归脾丸，分别为泻下、消导、祛湿、补益之剂，为什么都治脾？

答：四方既以脾命名，说明都有治脾功效。由于脾具多

种生理功能，罹病时就有多种病理变化，治疗就需要不同治法的方剂。

1. 温脾汤能温补脾阳，攻下冷积，主治阳气不运、寒实积结所致的大便秘结，伴有腹痛、四肢不温、脉象沉弦之证。脾阳不运可由过食生冷而致损伤，也可由久痢不止而生病变。其病机当有冷积实证，同时又呈阳气不足之虚证。虚实互见之中，可有因虚致实，因实致虚，但究属虚中夹实，以虚为主，全为药物既有大黄攻泻，采取“留者攻之”治法，又配伍四逆加人参汤（甘草、干姜、附子、人参），取“寒者温之”、“虚者补之”的治疗原则，合温、补、攻三法于一方；虽为攻下剂，但重点是以温补脾阳为主，泻下积滞为辅，用意在脾阳得补，恢复温运，使寒散积通，再助以泻下，达到温通冷积的治疗目的，故温脾汤是一张治脾的方剂。

2. 健脾丸具有健脾消食功效，专治脾虚停食，食积化热之证。脾胃一主受纳，一司运化，二者一升一降，共同完成人体饮食水谷的消化吸收。脾胃虚弱，运化不良，可使食少难消，脘腹痞胀，大便溏泄；食积蕴结则可继发生湿化热。本方是补、清、消三法结合，用四君子汤（参、苓、术、草）补益脾胃，配合山楂、神曲、麦芽消食化滞，木香、砂仁、陈皮理气和胃共为消法；佐山药、肉豆蔻健脾止泻，与四君子汤结合为补法；佐黄连清热燥湿为清法。因此健脾丸虽为一消导食积的方剂，但以补益脾胃运化功能为治本之法，配合消食，兼顾清热作为治标祛邪之用，起到健脾的治疗效果。因此，亦属于治脾范畴的方剂。两方比较；从扶正祛邪的广义上讲，健脾丸与温脾汤是大法相同的，但具体治法又有温、补、攻与补、消、清的区别。

实脾散是行气利水的方剂，而行气利水是通过温阳健脾来实现的。气与水的关系是“气为水母”，“气行水行”。水气内停也与脾土相关。脾阳运化则土能制水，土实则水治。故实脾散主治阳虚水肿，肿以身半以下为甚，伴有胀满食少，手足不温，溺少便溏，舌淡苔腻，脉沉或迟或细等证。本方的组方原则也是三项：一是温阳，药有干姜、生姜、附子；二是健脾，药有白术、茯苓、木瓜、甘草、大枣；三是行气，药有木香、大腹子、厚朴、草果。实脾散是一张温化水湿的方剂，能温脾胃之阳，实脾胃之虚，行脾胃之滞，渗脾胃之湿；总之，是从调治脾的功能着手，起到行气利水、退肿消胀的治疗效果，亦属于治脾方剂。

归脾丸具有气血两补，健脾养心的功能，是心、脾合治的方剂。气血亏虚与作为后天之本的脾不运化密切相关。气血生化因水谷精微的供给不足而虚少，营血不足，心神失养而不守，脾气虚衰就失去统血之权，出现心脾两虚之证。从全方药物组成来看，用人参、黄芪、白术、茯苓、甘草等重点在甘温补益脾气，振奋脾胃运化功能，其他养血安神药物只作配合。故该方为补益气血剂，又具有安神止血剂之功效，但总以增进脾的生理功能为核心，脾旺统血，血不妄行，不止而自止；前人称为“神有所主，血有所归”。方名归脾丸，亦是一张治脾的方剂。

四张方剂虽有下、消、燥、补的区别，但都以脾名方，说明脾的生理有运通传导，运消饮食，运化水湿，生化气血，及统摄血循等功能；一旦发生障碍或虚损，就可能发生便秘、肿胀、泄泻、虚弱、出血等证。这些症状都可以辨证应用上述方剂来调治。

五十问 五积散组方上有何特点？如何掌握运用？为何有生料与熟料之分？

答：五积散原载于宋《太平惠民和剂局方》，方中药物较多，由麻黄、白芷、川芎、甘草、茯苓、当归、肉桂、芍药、半夏、陈皮、枳壳、苍术、干姜、桔梗、厚朴等十五味中药组成，是一大型复方合剂。从十五味药物来分析其组合，可以看出它包含六、七张不同的常用方剂。明·王海藏在分析该方的组合时曾说：“桂枝、麻黄、芍药、甘草即各半汤也；苍术、厚朴、陈皮、甘草即平胃散也；枳、桔、陈、茯、半即枳桔半夏等汤也；加芎归治血，又加干姜为厚朴散。”由于该方含有众多方剂，因而具有多种效能，可用于多种不同疾病，这是一大特点。其中多组不同方药，如：含有麻黄汤与桂枝汤两方的主药成分（麻、桂、芍、姜、草），具桂麻各半汤散寒解表的功效，能治疗表寒、寒积诸症。五积散方中含有苍术、厚朴、陈皮、甘草，构成运脾消食化积的主方平胃散，具有燥湿健脾、消除食积的功效，对内伤生冷、胸满恶食的寒湿之症，很有治效。五积散方中含有陈皮、半夏、茯苓、甘草，即为主治一切痰湿的主方二陈汤，具有燥湿化痰、理气和中的功效。五积散方中还有温化水饮的苓桂术甘汤四药，皆治疗痰饮积滞。还包含有治疗寒湿着于腰俞的肾着汤，即甘姜苓术汤。此外，还有当归、川芎、芍药等四物汤中调血行血药物，对妇女月经不调，产后血积的治疗也很有效。因此本方针对寒、食、气、血、痰等郁积，定名为五积散。并能搜除表里、内外、脏腑、经络之邪。其治疗范围，相当广泛。但全方并非漫无边际，它所针对的主要致病因素，是“寒湿”之邪，方中所有药物，皆围绕

着“寒湿”来组合的；充分理解了本方的特点，才能正确运用，并在运用中，根据上述病证的主次，作出适当的加减。

本方的剂型为“煮散”，全部药物生用为生料五积散；如将药物慢火微炒（肉桂、白芷、陈皮除外），称为熟料五积散。药物经过慢火微炒，温散性进一步加强。一般来讲，熟料比生料收效更好。这是药物所通过炮制增加药效的范例。

五十一问 防风通圣散与五积散的组方意义和适应证各如何？

答：防风通圣散来源于刘完素的《宣明方论》，五积散来源于《和剂局方》，均属大型复方，以药味众多、功效繁复为特点，皆为通治表里之剂。但前者为解表攻里之方，后者为解表温里之方。

防风通圣散药物组成多达十七味，可分为四大组，每组可再分两小组，总计由八组不同功效药物相组合，此方以解表、通里为主。其中解表组药物四味，一组用麻黄、防风辛温解表；另一组用荆芥、薄荷辛凉解表，发汗作用较强。通里组药物四味，一组以大黄、芒硝荡热通便；另一组以栀子、滑石泻火利湿，促使大小二便均得清泄。在上述主体药物之下，配合清解肺胃药物。一方面用桔梗、连翘清宣肺气以协解表；另一方面用黄芩、石膏透泄肺胃协助通里，使上中下壅盛之风热实邪，由表由里分别外泄。在以上三组攻邪药物之外，还配合第四组扶正以助攻邪的药物；即用当归、白芍、川芎，调和营血，舒畅表里，以助祛风；用白术、甘草益气和中，以防苦寒伤正。王旭高说：“此为表里气血三焦通治之剂，汗不伤表，下不伤里，名曰通圣，极言其用之

神耳。”本方主治风热壅盛，表里俱实之证：上壅有目赤睛痛；咽喉不利，咳呕喘满，口苦口干诸证；下盛有肠风痔漏，疮疡肿毒，丹斑瘾疹等证；表实为憎寒壮热无汗；里实为便秘溺赤，惊狂谵语，手足痠痲。

五积散为十五味药物所组成，由麻黄汤、桂枝汤、平胃散、二陈汤、四物汤五方加减组合成方。其中用麻黄、白芷解表寒，干姜、肉桂祛里寒，当归、芍药、川芎、甘草四药活血止痛、苍术、厚朴、陈皮燥湿平胃，半夏、茯苓配合陈皮、甘草化痰消食，并用枳壳、桔梗升降气机。全方既发表寒又温里寒，既消湿滞又化痰涎，既和血又理气，使气血痰食寒五积俱得消解。此方主治外感风寒，内伤冷积，外致腠理闭塞，内致脾阳失运，痰湿食积内停，全身气血不畅之证。两方皆适宜邪实表里之证，虚人则禁用。

然两方各有特点。防风通圣散，汗下兼施，药性苦寒，主治肺胃风热邪实，临床运用指征以证实脉实为主，如高热、无汗、便秘、尿赤等；乃刘河间主火论的代表性方剂之一。凡年轻力壮，疾病初起的实证，攻邪取效快速。五积散温里祛寒，发汗解表，药物一派辛温，主治风寒冷积，有内温脾阳，外解太阳之表的作用。是宋金时期广泛用于寒湿表里俱实之验方。两方在扶正方面的辅佐药物基本相同，如当归、白芍、川芎、甘草，但含义有别；前方是和营血以助疏通表里，护正祛邪；后方因方中有温中祛寒药配伍，具有活血止痛之意义。

五十二问 运用小柴胡汤时，如何理解《伤寒论》中“但见一证便是，不必悉具”的提示？

答：在《伤寒论》第101条中有：“伤寒中风，有柴胡证，

但见一证便是，不必悉具”的叙述，柴胡证的主治证为“往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，及口苦，咽干，目眩”。这是运用小柴胡汤的辨证要点。“但见一证便是，不必悉具”，是说以上主证，只要见到一部分主证时，即可使用，不必全部具备。这一提示在《伤寒论》另一些条文中可以得到证实，如第37条有：“太阳病十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也，设胸满胁痛者，与小柴胡汤。”第379条有：“呕而发热者，小柴胡汤主之。”其中胸满胁痛，呕而发热，都是部分主证。张仲景仍作为运用小柴胡汤依据。为什么只见一证便可应用小柴胡汤呢？这与少阳证的特定病机有关。少阳属半表半里，伤寒之邪内传少阳，邪正相争于表里之间，即少阳经之表寒证与少阳经之府热证；而临床证状常常有偏表偏里，与偏寒偏热的微小差异，故前人称少阳为“不定之邪”，说明症状多变化不典型。方中主药柴胡、黄芩作用一表一里，一散一清，正为和解半表里而设。另一方面胆气犯胃，胃失和降，胃气又有偏虚偏实之分，小柴胡汤有半夏、生姜、党参、大枣等补中扶正，和胃降逆，体现了寒热并用、表里互用与祛邪扶正为特点的和法。虽然，但见一证，不必悉具，都可应用小柴胡汤；但并不是说，原方药物不加调整就可任意应用。而且，小柴胡汤的加减法也特多，仲景在该方下即注明加减法共计七项：里热盛的去半夏、党参之补，加括萎之清；津伤的，去半夏之燥加天花粉之润；里气虚寒的去黄芩之苦寒，加白芍缓痛；里实邪结胁痞的去大枣之甘壅，加牡蛎之软坚；里虚饮停的加茯苓渗湿宁心；外有热、表未解的去党参之补，加桂枝解表；里实夹痰湿的加厚朴、苍术燥湿祛痰等等，皆不外乎随其表里内外、寒热虚实的偏重而在和解的基础上作些针对性调整。归纳来看：

1. 少阳证为不定之邪，多见表里寒热虚实的变化，证多不典型。

2. 小柴胡汤为调解少阳机枢之剂，和解表里之总方，其运用只要是病位在半表半里，邪在少阳，无论其症状表现的繁简，均可运用。

3. 病证差异较明显时应作适当加减。由于少阳证证情变多，小柴胡汤的加减法较其他经方为多。如主证已离开少阳，就不能运用小柴胡汤了，必须证变方变。

五十三问 怎样从脏腑气血病理关系来分析逍遥散的配方意义？

答：逍遥散出于《太平惠民和剂局方》，据原书记载，方中有：甘草、当归、茯苓、芍药、白术、柴胡，加上“服法”中用煨姜、薄荷，全方共为七味药物所组成。具有疏肝解郁，健脾养血功效，是一张主治肝郁血虚的常用有效方剂。肝郁血虚的机理，从脏腑气血的生理病理关系来看是：肝为刚藏，体阴用阳，肝用以疏泄条达为正常生理，肝体以藏血为正常生理。由于七情内伤，抑郁过分，可使肝气不能正常疏泄，气机难以条达，以至气滞不舒，久之则影响肝体生理，继发肝血不足。另一方面也可由于患者体质血虚，肝体失血濡养，导致肝用失常，产生肝气郁滞。这是体用相联，气血相关的缘故。因此治肝应从调整气血，即舒肝气养肝血入手。又肝属木，它与其他脏器有着相互生化承制的关系，尤其是与脾土关系最为密切。木亢则克土，肝郁可以乘脾，肝病能导致脾虚。脾是人体后天之本，它负担着吸收水谷精微，生化气血的功能。脾虚则生化之源不足，必导致血虚，血虚则肝血不足，如是肝体失养，肝用失调，进一步加重肝的病变。因此

治肝不能局限于肝的本脏，必须肝脾两调，才有利于肝的康复，防止肝病传脾。这是治疗上的整体观念。逍遥散的立法制方，配伍选药是紧紧围绕上述机理来制订的。方中柴胡疏肝解郁，当归、芍药养血柔肝；以上三药配合应用，一方面可以使气机通达，肝用得调；一方面养肝血，补肝阴，使肝体得养。这是方中一组主药。方中另一组药物：白术、茯苓、炙甘草，补中健脾以生化气血，使脾强而肝不能乘制，有“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的治未病的意义。用法中，用煨姜一块，薄荷少许，同煎煮散；是取煨姜温健中阳，有复脾健运之功；薄荷芳香辛散，助柴胡疏散条达，使肝郁得解，肝血得养，脾虚得补，诸证自愈。

本方古今多用于妇科，作为调经常用方。现今内科常用于慢性肝炎、胃炎、神经衰弱等病，是取其调治肝脾、舒郁健胃、补血养心之义。又常用于眼科中心视网膜炎及虹膜睫状体炎等疾病。是通过调肝补血，使“肝之目窍”，“得血而能视”。

五十四问 四逆汤、四逆散、当归四逆汤，三方所治“厥逆证”，病因病机有何不同？脉证有何区别？

答：三张方剂均称四逆，它们都是根据方剂的主治证特点来命名的，都是施治于“厥逆证”的重要方剂。厥逆证的临床主要特征是“四肢逆冷”。成无己曾解释说：“四逆者，四肢逆而不温也。”四肢逆而不温形成的病机不同，病位不同，症状也有轻重不同的区别，不可一概施治。上述三方代表着厥逆一证中三种不同的方剂，必须辨别明确，方不致误用，现作分析如下：

1. 四逆汤所适用的厥逆证，病机是阳气衰微；乃寒邪入

里，伤及肾阳，使阳气不能温煦脏腑所致。因而“清阳不能实于四肢”，产生“四逆”。四逆的证势极为严重，每见手冷过肘，足冷过膝；此外，还可见到恶寒、蜷卧、吐利、腹痛、下利清谷、神倦欲寐等全身阳气衰微的症状，及脉象沉微欲绝等于濒虚脱等危象；多见于伤寒后期三阴阶段，正不胜邪，或误治，大汗，大吐，大泻后激发。

2. 四逆散则适用于伤寒传经之邪阻遏阳气，致阳气内阻，不能布达于四肢的厥逆证；或是由于肝脾不和，肝郁化热，从致脾土壅滞不运，阳气不能敷布四肢而产生“四逆”。这种四逆是气不宣通，阳郁不达，故又称为阳厥，以与四逆汤主治的阴厥相区别，而且四肢厥冷的程度比较轻，仅呈指端不温，并不过肘膝。李士材说：“此证虽云四逆，必不甚冷，或指头微温，或脉不沉微，乃阴中涵阳之证，惟气不宣通，是以逆冷。”此外，全身症状尚可见到肝脾不和而引起腹痛、胁胀、微泄作坠和弦脉。

3. 当归四逆汤应用于血虚、经脉受寒，以致气血运行不利，不能温养四肢，产生的“四逆证”。因为血虚受寒，经脉中营血亏少，不能荣运于四肢；而寒邪乘虚内侵，客于经脉之中，阳气不能温养濡润，所以寒厥、四逆；这是一种又虚又寒之证。但病变着重在经脉，不同于阳气衰微的四逆汤证，故脉虽欲绝，但不微而细，四逆程度亦较轻，并兼见舌淡与肢体、腰腿痹痛等证。

在三方的配伍特点上亦有很大区别。

其一，四逆汤用辛温大热的附子及干姜壮肾阳，建脾阳，以达到回阳救逆的目的，是回阳救逆的代表方，药性纯阳，非阴寒内盛、阳微欲脱之证，不可轻投。

其二，四逆散用柴胡、枳实疏肝泻脾，一升一降以解郁

理气；芍药、甘草柔肝缓急和中，理脾，共奏疏肝理脾之效。这种和解法，对其他厥逆证则一概不适用。

其三，当归四逆汤用当归为主药，甘温养血，辅桂枝汤调营卫、散寒邪，加细辛、木通散寒邪、利血脉，全方贯穿着“虚者补之，寒者温之”的温补治法。与四逆汤证的元阳衰微及四逆散证的阳厥是有原则区别的。清代周扬俊说得好：“四逆汤全在回阳起见，四逆散全在和解表里起见，当归四逆汤全在养血通脉起见”。这些话指出了三方鉴别运用的重点。

五十五问 “心下痞”证候如何掌握？五个泻心汤组方有何特点？临床应用如何区别？

答：五个泻心汤皆为主治“心下痞”而设制。心下痞如何理解？证候如何掌握？是用五个泻心汤的关键。所谓“痞”是闭塞不通的意思，“心下痞”指病位在“心下”，即胃脘部位有堵塞不适的病证，这是胃气不和所发生的主证。据《灵枢·本输篇》说：“小肠大肠皆属于胃”，那么胃气不和也包括了肠胃在内的消化系统的功能不调。痞证的病因，《伤寒论》已明确指出：“病发于阴而复下之，因作痞也。”是太阳病下之过早所致。由于胃气素虚，胃肠内没有实邪，而误用下法，使中焦脾胃受损，邪气内陷，寒热互结于心下，导致中焦升降失常，气机不利，故胃脘痞满不舒，甚则痞鞭疼痛。脾气当升不升，可见肠鸣下利；胃气应降反逆可见呃逆干呕。后世医家根据这些临床证候特点，把它归纳为“呕、利、痞”三字。这是对心下痞的理解和证候掌握的要点，也是应用泻心汤方的依据。

五个泻心汤方皆出于《伤寒论》，它的组方特点是寒温

并用，升降两调，攻补兼施。方中药物苦寒辛温并用，能泄降又能开通，除辛开苦降之外，复用甘温补土药以助胃气恢复。清代戴天章说：“寒热并用谓之和，补泻合用谓之和。”泻心汤属于和法的方剂，主治肠胃不和。方的功效诚如清代王晋三所说：“泻心各方总不离乎开结、导热、益胃”，扼要地总结了泻心汤的组方特点。

五个泻心汤，其中大黄黄连泻心汤适用于外感后邪热内结而致的热痞；该方《伤寒论》原载是大黄、黄连两味药。据宋人林亿考证，遗漏了黄芩，《金匱要略·惊悸吐衄篇》亦载此方有黄芩。附子泻心汤是在上方基础上再加一味附子，适用于素体阳虚又兼热痞之证。须要注意的是：上述两种情况，患者的中气并不十分强健，用苦寒之品剂量宜轻，仅取其轻清之气，以开结消痞，并非用其苦寒攻下。在原方用法上特意设计了“以麻沸汤二升渍之，须臾，绞去滓”和“附子别煮取汁后纳入”的服法，以便取药物轻清之气。半夏、生姜、甘草三个泻心汤的药物组成相似，但药量不一，所治重点不同。半夏泻心汤主治证是以寒热互结肠胃，浊气上逆，干呕较著者；方中重用半夏降逆止呕。生姜泻心汤主治证是以水热互结肠胃，干呕食臭，腹中雷鸣，下利为主；方中重用生姜消食积，散水气。甘草泻心汤主治证是以胃虚及脾，心烦不安，下利水谷十余次为主；方中重用炙甘草和干姜以温中健脾止利。三方寒热并用，以导热为主，辛开是相辅为用的。三方补泻合用，但偏于泻实，补虚居次。所以，如痞胀由于脾虚不运引起，则泻心法并不适宜。

五十六问 痛泻要方来源何书？有何配伍特点？

答：在全国中医学院试用教材《方剂学》第一、二、三

版，本方均以“痛泻要方”命名；第四版，方名改称“白术芍药散”。为什么方名有变化呢？这与前人书籍记载有关，教材第一版转载于清·汪昂所著的《医方集解》。《医方集解》只在方名下注称引刘草窗方。以后二、三版教材经过进一步查证，认为出自明·张景岳《景岳全书》引刘草窗方，在括弧内注“原名白术芍药散”。据《景岳全书·古方八阵》载草窗白术芍药散，在方名下谓：“治痛泻要方”，这是迄今查考到记载本方并具方名的最早古籍。但在此以前，朱丹溪《丹溪心法·卷二·泄泻》书中，已列述药物与本方完全一致，但无方名，只标明“治痛泻”字样，在比《景岳全书》早半个世纪的《医方考》已标明“痛泻要方”方名，可见此方来源已久。只是刘草窗其人和其著作尚待查考。由于本方主治以泄泻腹痛，得泻痛减，反复发作为特点，故熟悉痛泻要方的方名者较为普遍。其主治痛泻的病机，《医方考》指出：“泻责之脾，痛责之肝，肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。”本方疏肝补脾是肝脾两调的治法。它的药物配伍体现了“扶土抑木”的特点。虽属肝脾两调，但治疗重点在脾。由于脾虚以致土虚木贼，故用白术补脾培土，同时因肝旺必须抑木，用白芍泄肝，此两药为方的主体；陈皮芳香和中化湿，助白术健脾祛湿，防风辛温入肝，助芍疏肝，两药为佐辅药。全方四药，一组治脾用补法，另一组治肝用泻法。补脾能治泻，泻肝能治痛。本方为主治慢性胃肠疾患的常用方。其优点是补脾不取峻补，峻补则壅滞，有碍吸收，起不到益脾之效；燥湿不专温燥，温燥虽能胜湿，但过燥则有损胃阴。泻肝不用苦寒降泄以伤脾，不用破气攻伐以伤中，只选白芍、防风，疏敛合用同起抑肝和脾之效。

五十七问 黄连解毒汤不具备凉营止血作用，却可施治于吐、衄、发斑，治法机理何在？

答：黄连解毒汤的功效，从方名中可见其梗概。《医宗金鉴》注云：“是君以黄连直解心经火毒也。”说明本方君药是“黄连”，主治证是“火毒”，治法是“直解心经”。中医对“毒”的认识，大致有如下几个概念：如时疫之毒，指的是病因；疮疡之毒，指的是病证；药的有毒无毒，指的是药物副作用。本方主治的“火毒”，是综合病因与证候而言。外感六淫，邪郁化热，或者内生积热，火甚成毒，皆可成为充斥表里三焦的大热之证。清代医家张秉成谓：“此皆六淫火邪，充斥上下表里，有实无虚之证。”证见大热烦扰，甚至狂躁，错语不眠，口燥咽干，或吐衄，或发斑，或发黄，可概括为“斑、黄、狂、乱”四大证，以及舌红苔黄、脉数有力、神志昏乱和出血等火毒炽盛的重症。对此，黄连解毒汤集黄连、黄芩、黄柏、栀子四味大苦大寒药物于一方之中，利用苦寒药物直折火热亢盛。这种苦寒泻火药组成的方剂，与生地、丹皮、赤芍等清营凉血药组成的方剂大不一样，有燥、润的不同，有气、血的区别。那么，本方既不具有清营凉血作用，为何能对主证中出现的吐衄、发斑起治疗作用呢？这不但要从药物的性能来理解，还须从方的主治证病机和方的治法两方面来分析，才能获得全面的理解。首先，本证引起出血的原因是因为火性炎上，火毒上冲，肺胃热盛，迫血上逆妄行，以致从肺胃之窍——口鼻，皮肤面出。所以上窍出血是本证的一大特点，它与邪热入营入血，耗血动血引起的出血在辨证上不同。后者有营耗阴伤的见证，如口干，但只漱口而不欲饮，舌色红绛少苔，脉象细数

等；本方却有口渴欲饮，苔黄，脉数有力等气分实热特征，表里上下俱热，血热上逆离经。从出血现象来看两者相似，而导致出血的病机是不尽相同的。此时只要火毒一泻，自然热退神安血静，不致出血了，无须用凉血止血的血分药物。所以，明代吴崑在分析本方时指出：“治病必求其本，阳毒上窍出血则热为本，血为标，能去其热则血不必治而自归经矣。”因此，临床必须掌握以大热烦躁、口燥咽干、舌红苔黄、脉数有力等主证，作为用此方的依据。再从本方所体现的治法来看，用黄连泻心火为主，兼泻中焦胃火，作为方中君药，是有重要意义的。因为心主火，心火一降，血亦宁静自止，本方在治法上采取泻火必先清心，把直解心经火毒作为重点。在本方的配伍方面，为增强泻火解毒之功，用黄芩泻上焦肺火，黄柏泻下焦肾火，梔子泻火利尿，通泻三焦，导火热下行，使热由小肠与膀胱而泄。全方泻火作用是很强的，由于泻火而使血宁静，不止血而血自止，是一种求本治法；因为不直接止血，所以又有人称为“隔一治法”。但本方药物寒凉易致血凝，苦燥易于伤阴，不是实热火毒引起的血证，则不宜用。

五十八问 龙胆泻肝汤、逍遥散、补中益气汤三方均配伍当归、柴胡，其药物配伍有何不同意义？

答：龙胆泻肝汤、逍遥散、补中益气汤，三方分别属于清热、和解、补益三种不同治法的方剂，在功效、主治证方面均毫无共同之处。但是，在三张方剂中，又都选用了当归、柴胡二药作为配伍，它们各具有不同的配方目的及配伍特点，分别取用了当归、柴胡二药的不同药效。药物经过配方后发挥了各药的特长，体现了“药有个性之特长，方有合

群之妙用”的方剂治病优势。分析如下：

1. 龙胆泻肝汤是一张泻肝胆二经实火，清下焦湿热的方剂，主治肝胆实火上炎，循经发病；在上部引起头痛、口苦目赤、耳聋耳肿等证；在中部，火郁本经引起胁肋胀满疼痛等证；在下部因湿热循经下注，引起小便淋浊，阴痒阴肿、妇女白带等证。本方用龙胆草为君药，专泻肝胆之火，苦寒清热燥湿，两擅其长。两组臣药：一组协君泻火，一组协君利湿，合君药共为方剂之主体。方中当归作为佐药应用，其目的有二：①肝为藏血之脏，血为肝体，当实火过亢，或湿热壅滞时，未有不耗伤肝经阴血的；当归为养血要品，与生地合，养血养阴，益体柔肝，护正祛邪。②全方诸药多属苦燥渗利之品，难免有在泻火利湿时致伤阴血之弊，当归甘润而补，可起一定的监制作用。至于配伍柴胡，是作为方中的使药，肝喜疏泄，柴胡升发，舒畅肝胆之气，能顺应肝的生理功能特点，使肝气火郁得以疏舒，引诸药共归入肝经，而且升发可使全方泻火之中含有散火之意；并使诸药寒而不遏。故方中用当归、柴胡二药，使全方泻中佐补，降中辅升，祛邪而能护正。这是龙胆泻肝汤配伍二药的意义。

2. 逍遥散是调和肝脾的一张名方，无论妇科或内科，凡属肝郁血虚，脾土不和诸证，皆可选用治疗。方中应用柴胡与当归，一补肝体，一疏肝用，使肝血得补，肝气得疏，构成方中调肝的主药。在这一主体下，配伍一组健脾药物（茯苓、白术、甘草），共奏疏肝解郁、健脾养血之功效。当归与柴胡二药一补一疏，符合肝的体阴用阳之旨。这是逍遥散配伍二药的意义。

3. 补中益气汤具有益气升阳作用，是主治脾胃气虚、清阳下陷的补益方；是《内经》“形不足者，温之以气”、

“劳者温之”、“陷者举之”等治法的具体应用。用黄芪、人参、甘草益气补中，是方中的主要成分，以补气为主治方向。配伍当归补血和血，是根据“气以血为宅”的气血相互依存的理论，和“血药能供气化”的治疗原则来配伍使用的。当归加入大剂量补气药中，不但不妨碍方的补气作用，相反地能增强方的补气效果，是作为佐药来应用的。方中用柴胡，配合升麻引少阳清气升发，使清阳之气，复其本位。因气机升降是先升清而后降浊，生化之机，以升为主，人身之气得补得升，才能促使功能盛旺，生化延续。这是本方益气升阳的主旨。当归、柴胡二药，在方中一佐一使，使补中益气汤配方完整。

当归与柴胡二药在三方中所起的作用不同，在剂量、用法上也有区别。当归在逍遥散中，剂量应大，才能符合君药的效能；在龙胆泻肝汤和补中益气汤中，因居佐药，剂量一般应小。柴胡在逍遥散中起疏肝作用，可用中等剂量。在补中益气汤中，作为升阳作用；在龙胆泻肝汤中，作为护肝作用；两者同居使药位置，用量都应偏小。

五十九问 左金丸 香连丸、交泰丸三方均以黄连为主药，为何主治证毫无共同之处？

答：左金丸是：黄连六两（180克）、吴茱萸一两（30克）；香连丸是：黄连三十两（900克）（与吴茱萸同炒令赤，去吴茱萸），木香四两八钱八分（146克）；交泰丸是：黄连五钱（15克），桂心五分（1.5克）。从三方原书所载明的药物组成和剂量来看，它的共同特点是：黄连的剂量独大，无疑皆以黄连为主药；都是由两味药物组成的小方，除主药黄连外，都具有性味功效不同的反佐药配伍。那么，三方的功

效和主治证，也应该很接近，可是实际上三张方剂的功效、主治却毫无共同之处。

左金丸具有清泄肝火，降逆止呕的功效，主治肝经火旺，胁痛噯气，呕吐吞酸，嘈杂脘痞，口苦舌红，脉弦数等证。

香连丸具有清热燥湿，行气化滞功效，主治湿热痢疾，脓血相兼，腹痛，里急后重等证。

交泰丸具有交通心肾功效，主治心肾不交，怔忡不寐等证。

它们有清肝、清肠、清心的区别，有治痛、治痢、治失眠的不同，有清热、燥湿、安神的区分。为什么会出现如此不同？首先须从药物功效来分析，其次应从药物配伍来认识，第三还须从治法的角度来理解。

1. 黄连：性味苦寒，苦能泄，具有清热泄火作用，能入心、胃、肝、胆、大肠诸经，可用于一切火热炽盛之证。对心火、胃火的降泄力居于首位，对肝、胆、大肠火热亦极有效。左金丸用其清肝火，香连丸用其清大肠之火，交泰丸用其清心火，故均用黄连为主药；又苦寒能燥湿清热，能燥胃肠湿热，是治湿热泻痢的常用药。

2. 为使黄连更好发挥药效，三方采用不同药物配伍。如：左金丸在用黄连为主清泄肝火时，恐肝经郁火纯用苦寒会郁结不开，故少佐辛热疏利之吴茱萸为反佐，使肝气条达，郁结得开，郁开则火降迅速，相反而相成。香连丸用黄连为主，取其对胃肠具清热燥湿，厚肠止痢之效；但治痢须通，故配伍少量木香反佐，辛温香散，通利三焦气机，又防止苦寒凝滞，使气调而腹痛后重可除。交泰丸用黄连作为清火安神的主药，使火静神安，同时反佐少量桂心辛甘大热，

导心火下交于肾，蒸腾肾水上济于心，则心肾相交而神安入寐。

3.三方均体现寒热互用的治法。左金丸是一种“辛开苦降”的方剂。二药一辛一苦，一升一降，黄连虽清肝火，其实主要是清心火，清心即能泻肝，是实则泻其子之意；吴茱萸入肝，辛热降气，故降逆而止呕，又引黄连入肝，清泄火邪。香连丸是清热燥湿的方剂。二药一治本，一治标；一清痢，一治痛；一泻火，一调气。黄连与木香配伍后，专入胃肠清热燥湿，且木香辛温芳香又有助于燥湿止痛。交泰丸是交合阴阳的方剂，降泻心火是黄连的主效，使火入于阴，阳不复亢，则是桂心引火归元之功。《内经》云：“阳入于阴则寐”。因而，阴阳交通则不眠怔忡之证可愈。

由上可知，方剂的构成，是在针对病机，确定立法之后，通过不同药物的配伍来实现的。

六十问 白头翁汤、芍药汤、葛根芩连汤三方均治下痢，有何不同之处？

答：白头翁汤、葛根芩连汤是张仲景方，芍药汤是刘河间方，三方临床均用于治疗下痢，但三方的组成与治法都各具不同特点，分述如下。

1.芍药汤以芍药为方名，方中重用芍药为主药，根据《医学六书·素问病机气宜保命集》记载，“芍药汤下气调血。经曰：泻而便脓血，气行而血止。行血则便脓自愈，调气则后重自除”。本方芍药配当归，二药行血和血，除肠中积垢，行血中瘀滞，是按“行血则便脓自愈”的治则选药。用木香、槟榔二药行气导滞、破坚消积，是按“调气则后重自除”的治则配伍。四药气血两调治疗便下脓血，重点

在疏利气血以解除腹痛、里急后重症状。罗东逸认为这种治痢大法，“至今推为要言”，具有指导意义。痢疾之病因，多由饮食不洁，又感疫毒之邪而起。湿热疫毒下注大肠，壅滞气机，使肠中积滞不通，以致腹痛窘迫，里急后重。肠络受伤，气血与湿热疫毒相搏以致酿而化脓，下痢赤白，脓血相兼。在疏利气血之后，可使诸证缓解。芍药汤又针对湿热疫毒病因，配伍黄芩、黄连、大黄苦寒燥湿泻热、解毒导滞，采用通滞法。痢疾初起，必须“通因通用”。所以本方体现了调气血，结合清热导滞的特点，这是芍药汤治痢的立法组方原则。

2. 白头翁汤：主治热痢下重，见于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》的条文中。历来称为厥阴热痢，由于原文证治过于简略，后来医家解释有分歧。柯琴认为“火郁则热痢下重，湿热秽气奔迫广肠，魄门重滞而难出”。《伤寒蕴要》也认为以“热毒下痢，紫血鲜色者宜之”。这些认识比较中肯。故本方多治湿热之邪深陷血分，便下脓血，赤多白少之证。白头翁苦寒清热解毒、凉血治痢，配黄连、黄柏、秦皮燥湿坚肠、泻热解毒。全方药物配伍以清除热毒病因为目的。这是以上两方治痢的不同之处。

3. 葛根黄芩黄连汤，主治证与上两方迥异，是针对阳明邪热下利而设。所谓邪热下利，是因表证未解，误用下法，热邪内陷阳明所致。本方的特点是：外解肌表之邪，内清胃肠之热，双管齐下。方中重用葛根为君药，辛凉发表解肌，生津止渴，又能升发脾胃清阳之气而止泻利，使表解里和；辅用黄连、黄芩苦寒燥湿清热，厚肠止利。这是采用表里双解法，治表里并病、身热下利的代表方。虽说能解表，但重点仍在清里治利，不论有无表证，或误下与否，凡是热泻热

痢，临床皆可选用。这是因为主药葛根不但是解表药，更主要的是解热药的缘故。这是升清解表与清热燥湿相结合的另一类治法。三方治法、主治、病机、方药有微妙之不同。

六十一问 导赤散主治病机为什么说是“水虚火不实”之证？

答：导赤散是宋·钱仲阳治小儿心气热的一张清热方剂，至明代《奇效良方》始扩大其运用范围，用治小便赤涩、淋痛等证，为千年来医家临床常用方。赤色属心，所谓导赤，能引导心经之热从小肠而出，具有清心利水作用。根据脏腑相合的中医理论，心与小肠相为表里。因此，心热能下移小肠，导致小肠热证，而小肠有热也常反映心经热证，两者病理上相互关联，故本方既可治心经气热，又可治小肠热。在治法上，可引导心经热通过小肠而外出。本方主治证有两组，一为心经热证，其热循手少阴心经经脉上炎而出现心胸烦热，口渴而赤，渴欲冷饮，口舌生疮等证；另有小肠热证，因热而致小肠分清泌浊的功能失常，出现小便赤涩，溲时刺痛等热淋之证。临床这两组主证，有偏重偏轻不同，或错综互见，皆为导赤散的适应证。因为本方以生地黄甘苦性寒，入心清热凉血，入肾养阴生津；木通苦寒，上能入心清热，下能通利小肠，共为主药。本方主治证病机，《医宗金鉴·删补名医方论》提出“水虚火不实”之说。通常对热病的病机多用“实火”、“实热”，或“水虚火旺”、“虚热”等来说明，此方的热，究竟属“实火”，还是“虚热”有一些不同观点和看法。《医宗金鉴》用“水虚火不实”五字来概括。如何来理解呢？正因为本方主治病机有肾水虚而又不属于虚热，同时又不纯为实火实热，故季楚重在《名医

方论》中，曾引证其他方剂和本方主药之一生地黄的功
能，解释病机有肾水不足，虚热的成分。他说：“生地黄凉而能补，直入下焦，培肾水之不足，肾水足则心火自降。”又说：“泻心汤用黄连，所以治实邪，……导赤散用地黄，所以治虚邪，虚邪责水之不足，壮水以制火也”。用黄连泻实火，用生地黄治虚热是治不同热证的用药常规。但本方另一主药木通，是一苦寒降火利水泄热药，治实热而伤阴，为什么用此药，岂不反证本方适应证属于实热证？再来看钱氏原书。他说：“赤者心热，导赤散主之；淡红者，心虚热，生犀散主之。”在一条中将“心热”与“心虚热”对照而提，将“导赤散”与治虚热的“生犀散”并论，也可说明导赤散证有别于“心经虚热证”。在这种情况下，《医宗金鉴》提出“此则水虚火不实者宜之”，是很有见地的，与钱仲阳创制导赤散的宗旨是符合的。所谓“水虚火不实”，实质是指“水虚不甚，而火亦不实盛”。通俗一些解释，就是此证虽有肾水亏虚，但不很严重；虽属实火，但火亦不甚盛。句中的“甚”与“实”均作为“严重”的同义词。因本证水虚不甚，不足以生热；火亦不甚，又不足以伤阴；与实火、虚热均有别。钱氏是小儿科名医，制此方是根据小儿“易寒易热，易虚易实”转变迅速的特点，治实证要防其虚，治虚证要防其实。本方正是根据这样一个原则，导心热防伤心阴，补心阴又防滋腻恋邪。所以说“水虚火不实”这一病机的提法是正确的。澄清了这一点，运用本方更加明确。

六十二问 “暑病首用辛凉，继用甘寒，终用甘酸敛津，不必用下”的意义如何？

答：“暑病首用辛凉，继用甘寒，终用甘酸敛津”，这一

段话是张凤逵在他所著的《伤暑全书》中，提出的对暑病全过程的治疗步骤与方法。张氏根据暑热之邪致病特点和演变规律，总结出来的这套临床经验，对医治暑病具有临床指导意，为后世医家所遵循。一般夏天的热病都可称为暑病。但这里所指的暑病，是“阳暑”之证。它不包括因避暑饮冷受凉得病的“阴暑证”，也不包括因夏季多湿，暑常挟湿的暑湿相兼之证。而是因夏季在烈日或高温下持续活动过久，感受一种阳热之邪而致的病证。它具有发病急，传变快的特点。大多起病即越过卫分病程，出现壮热多汗、心烦、口渴引饮、苔黄干燥、脉象洪大或滑数等症状，即阳明气分热的证候。所以，叶天士有“夏暑发自阳明”之说。对此证候的治疗，应采用白虎汤方，用辛凉清气法泄阳明气分之热。白虎汤的主药石膏，性味辛甘大寒，具有透热生津作用。温病学家将该方列为辛凉重剂，所谓“首用辛凉”。意思是暑病开始，就可首先采用辛凉重剂的白虎汤，但只宜辛寒透热以保津，而不宜用辛凉解表法。这是治暑热阳邪第一阶段应采取的治疗步骤。由于暑病，阳邪亢盛，蒸发体液而出汗很多，继之可引起津气受伤。在阳明气分热盛之后，可出现身热自汗，心烦口渴，息高气短，肢倦神疲，脉虚无力等证；治疗对策必须清泄暑热同时配伍益气生津之品。王孟英《温热经纬》有“暑伤气阴，以清暑热而益元气，无不应手取效”的经验记载。王孟英所制的清暑益气汤，可为甘寒清暑、益气生津的代表方。方中所用西洋参、麦冬、石斛、甘草、粳米等都是益气生津药物。这是暑热病第二阶段常用的“继用甘寒”的治法与方例。这里所指的“甘寒”是指出其治疗方法中的重点，但并不排除其他清暑热药物。到暑热后期，因津气耗损过甚，邪热虽退而津气欲脱，证见身热下

降，汗出不止，喘喝欲脱，脉象散大无力时，治疗方法又急需“终用甘酸敛津”了，甘酸化阴，敛汗固脱是暑热病后期，津伤欲脱危证的救治之法。生脉散用人参益气，麦冬生津，五味子敛固，体现了甘寒益气生津，酸涩敛津的配伍治法。这是暑热病第三阶段的治法与方例。暑病在病变过程中出现三个不同阶段，在治疗中可采用这三种不同治法及相应的典型方剂。病程发展阶段不同，病变机理各异，证候表现有别，因而在治法上有所不同，选方用药上也必有所区别。最后，“不必用下”一语，指出暑病初期，虽以阳明为病变中心，但由于暑邪致病特点是伤津耗气，较少形成阳明腑实证，治法的重点在清气分无形之热，勿须攻泄有形之滞，所以强调“不必用下”，以与伤寒和其他热病的治疗方法相区别。

六十三问 香薷散为什么需要冷服？夏令感寒为什么只适用香薷散，不适用麻黄汤？

答：香薷散来源于《太平惠民和剂局方》。原书在方后服用法中云：“右粗末，每三钱，水一盞，入酒一分，煎七分，去滓，水中沉冷，连吃二服，立有神效，随病不拘时。”指出香薷散必须“水中沉冷”然后服用。那么，为什么要强调“冷服”呢？其原因有二：一是适应主治证候的需要，该方主治证是为暑月外感于寒，内伤于湿所致。由于饮食生冷，内伤于湿，湿浊中阻，气机不畅，胃失和降，上逆而有呕吐之证。如药热服，可能引起入口即吐，汤液冷服，就可防止药物的格拒，使方剂得以发挥祛暑化湿，平呕止泻的治疗作用；二是由于香薷有致呕吐的副作用，本方主药香薷，有特殊香气，热饮容易引起呕吐，所以只适用于冷服。

香薷散由香薷、厚朴、扁豆组成，因全方仅用三味药物，又须煎成冷服，故又名三物香薷饮。本方用香薷为君，是辛温芳香之品，辛温能发汗散表寒，芳香能和中化湿，祛暑邪。李时珍评价该药曰：“香薷乃夏月发汗之药，犹冬月之麻黄。”说明该药的发汗解表散寒作用有类似于麻黄的功效。但李氏只是指发汗散寒这一点，不是指全部药效。因该药尚有另一效能，即祛暑化湿、利小便。柯琴说：“香薷芳香，辛温能发越阳气，有彻上彻下之功，故治暑者君之，可解表、利小便。”这里柯氏进一步阐明香薷的治暑解表利小便是通过发越阳气而起效果。麻黄性亦辛温，解表散寒，但它的另一功效是宣肺平喘。所以李时珍称香薷为“犹冬月之麻黄”。可见同中有别，不等于麻黄，这是二药功能的差异之处。再从主治的病机来看，夏月气候炎热，人们每爱乘凉饮冷，乘凉则寒感于外，饮冷则湿阻于中。证候既有恶寒发热、头痛脉浮等表寒证，又有胸闷倦怠、腹痛吐泻等内伤暑湿之证。它不同于冬令因感寒而致的单一表寒证。冬令表寒外束可引起肺气不宜而气逆咳喘，夏令感寒同时还存在脾胃中焦暑湿困扰的吐泻里证，这是时令不同，致病的邪气有别之处。再从两方药物组合来分析。香薷散配伍厚朴与扁豆。厚朴苦温燥湿，温中下气，散满行滞，既解胸脘胀闷、腹痛等证，又助香薷化湿和中、平呕止泻。白扁豆甘温补脾而不膩，芳香化湿而不燥，健脾和中、祛暑化湿以佐助君药调治里湿。《成方便读》认为“寓匡正御邪之意”。麻黄汤的组成则因配伍桂枝而发散力峻，配杏仁而增平喘之力。夏月阳气舒张，高温易汗，不宜再用麻黄桂枝之属发汗伤阳。故夏令感寒，一般不适用麻黄汤来散寒，冬令感寒也不适用香薷散来解表。

但香薷散所治夏令暑湿，其实是寒湿之证，而对真正感

受暑热之病是不相宜的。

六十四问 理中丸、四君子汤、苓桂术甘汤三方仅一药之差，为何功效、主治绝不相同？

答：理中丸根据《伤寒论》记载，由人参、干姜、白术、炙甘草四药组成；四君子汤出于《太平惠民和剂局方》其药物组成为人参、白术、茯苓、炙甘草四药；苓桂术甘汤见于《伤寒论》第67条条文中，方中药物已全见于方名。三方药物比较，白术、炙甘草三方俱有，理中丸与四君子汤均有人参，前两方三药相同，仅以干姜与茯苓一药之差。四君子汤与苓桂术甘汤均有茯苓，也是两方三药相同，仅有桂枝与人参，一药区别。照讲三方无大差异，但因各方药物的组成原则不同，使一药的增减，引起三方的功效、主治大不一样，分属于各个不同治疗大法，为各自独立、各具特点的三张名方，从而体现了方药配伍的特定意义。

1. 理中汤是本着《内经》“脾欲缓，急食甘以缓之”、“寒淫所胜，平以辛热”的治则立法，组成为甘辛合剂。本方用甘药补脾，辛药温中，起补益脾胃、温中祛寒的作用。故凡脾阳素虚，过食生冷，寒湿内侵，以致脾阳受困，清阳不升，浊阴不降，出现上吐下泻、腹痛等证，均可用理中汤治疗。本方的功效重在温中，中寒得温，则脾阳健运，升降复常。

2. 四君子汤是根据《内经》“衰者补之”、“损者益之”立法组方的。方中药物甘温健脾，具平和之性，有健运之功，为平补之方。方中参、术、草与理中汤同，皆补益药，但无温中之干姜，换用甘淡之茯苓，则两者方效差异显著。《本草求真》云：“茯苓入四君，则佐参、术以渗脾家

之湿，……书曰健脾，即水去而脾自健之谓也。”茯苓使四君子汤起到补而不滞、补而中和、补中有泻的治疗作用，被医家奉为主治脾胃气虚的基础方。故凡中虚运化无力，气血生化不足，四肢无力，面白音低，食少便溏诸证，皆用本方。由于方中主药人参大补元气，本方功效重在补益。

3.苓桂术甘汤是《金匱要略》提出“病痰饮者，当以温药和之”和“短气有微饮，当从小便去之”等治痰饮的原则下来制方的，是用温化渗湿法来主治痰饮病的专方。方中药物与四君子汤相比，仅少人参，用桂枝换取人参，并重用茯苓为主药，因而方的性质大变，转为温阳利水法。桂枝通阳化气、茯苓甘淡利水，桂苓相合为方的主体，健脾渗湿，温化痰饮，属于祛湿方剂。以上三方，所以有极大的不同，主要是在主药的变化，由于干姜、人参、茯苓分别为君药，使各方有温、补、渗的变化，主治证有寒、虚、湿之区分，可见方剂配伍对方效的影响之大。

六十五问 桂枝汤、小建中汤、五苓散、桃核承气汤、炙甘草汤等五方均配伍桂枝，有何不同之处？

答：桂枝汤等五张方剂均选用了桂枝配伍，由于五方的主治证和立法，各各不同，因而取用桂枝一药有着不同的目的。从以上五方的主治、治法、药物效能等方面，可作鉴别。

1.桂枝汤：是一张辛温解表方，主治外感风寒表虚证，功效是解肌散寒，调和营卫。选用桂枝作为主药，目的是取桂枝辛温散寒、和卫气，与姜、草协同，发挥温调卫阳表气作用，配合芍、枣调和营卫，而祛表邪，是解表法，在解表之中也寓有和法。

2.小建中汤：是温中补虚剂，主治虚劳里急证，虚劳是指中气虚寒以致阴阳两虚；里急是指因虚寒而产生的拘急腹痛。功效是温中补虚、缓急止痛。本方的配伍特点是采用甘温补益中气为主，配合酸收药益阴，辛温药温阳，以平补阴阳。方中配用桂枝为佐药，取桂枝辛甘温热之性，在饴糖、炙甘草、芍药等纯甘和酸甘药物的主导作用下，温里阳、暖中焦；使虚得补，寒得温，急得缓，即建立中气，调和阴阳。上两方在使用桂枝上有一表一里，一散一补的不同。

3.五苓散：是利水渗湿的代表方，主治内停水湿，外有表证，形成太阳经府两病，水热互结、膀胱气化不利的水逆之证。功效是温阳利水，方用桂枝为使药其目的是一是取其通阳温化膀胱之气，增强其利水作用；二是取其疏散表寒之功效，解除太阳经未尽的表证。该方主药泽泻，辅药二苓，皆利水蠲饮，佐以白术健脾制水。但水的驱除有赖于气化，桂枝入上药中，正起到宣通阳气，蒸化三焦，以助水行的作用。

4.桃核承气汤，乃活血祛瘀的方剂，主治瘀热互结的下焦蓄血证。功效是破血下瘀。本方用桂枝的目的是取其通行经脉，散下焦蓄血，作为化瘀药来使用。但桂枝辛温，单用不利于因热致瘀之证，故作为使药应用，辅助主辅药物硝、黄下瘀泻热，桃仁化瘀和血，共奏破血下瘀之效。在大寒药为主的配伍之中，桂枝的温热性受到抑制和抵消，对邪热致瘀就可使用无妨了。

5.炙甘草汤：是具有气血阴阳双补作用的方剂，主治心动悸、脉结代，有复脉功效，又称复脉汤。心率、脉率的虚衰变异，是因气血亏损、阴血不足以养心脉，阳气不足以鼓动血循及心气不得温养而致。本方用桂枝作为佐药，入心助

阳，宣通脉气，协同人参、甘草、大枣补气。在大量滋阴养血药生地、麦冬、阿胶、麻仁等复心阴、生心血药物的配合下，桂枝的温通可使气血流畅，脉律复常，心悸得宁。用桂枝的目的是温养心阳，鼓舞脉气。

由此可见，桂枝一药，性能多种，在以上五方中是按需取长，各用其一端而已；在桂枝汤中作解表药；在小建中汤中作温中阳、建中气、祛里寒药；在五苓散中作温阳化气、蠲饮药；在桃核承气汤中作活血祛瘀药；在炙甘草汤中作复脉、温通心阳药。变化繁多，皆通过方剂的不同配伍来体现，可见配方的重要性。

六十六问 补中益气汤临床运用有何新的进展？

答：补中益气汤是临床常用的著名方剂之一，出于金·李东垣所著的《脾胃论》。近世对本方的临床运用报道很多，广泛涉及内、妇、儿、眼多种疾病。兹分科归类简述如下：

1. 内科：

①胃下垂等内脏下垂：据报道，因脾胃气虚，中气不足，气虚下陷者，用本方加茯苓、郁金、枳壳、山楂、鸡内金、山药、大枣等治疗，经X线钡透确诊之胃下垂108例，伴有肝下垂者38例，肝脾均下垂者5例，肾下垂者21例，经治15~60天后，治愈55例（50.9%），显效27例（25%），有效23例（21.3%），总有效105例（97.2%）。

②胃粘膜脱垂：本方内服加用胎盘组织液穴位注射，治疗16例，治愈5例，显效9例，无效2例。

③重症肌无力：属脾胃气虚，倦怠无力者，本方重用参芪，兼肝肾阴虚者加用六味地黄丸，治疗53例。据报道治愈

22例，基本治愈10例，好转5例，无效16例。

④乳糜尿：脾肾虚损，精微不摄者；据报道，用本方为主，肾虚加熟地，尿见凝块加萆薢，尿血加仙鹤草，腰痛加杜仲等，治疗16例，全部治愈。

⑤泄泻、痢疾：脾胃气虚，清阳下陷之慢泄者，据报道以本方加减治疗三例，10剂获愈。

⑥低热：气虚发热，包括功能性发热或原因不明发热者。案例报告，获效颇多。

⑦感冒：气虚感冒者，以本方加重升麻、柴胡为主药，治疗流感，退热迅速，一般3~4天复常。

⑧慢性肝炎：属脾虚湿困者，本方去当归、柴胡加茯苓、茵陈、泽泻、山楂等取得一定疗效。

⑨疝气：据报道，用本方加橘核、荔枝核、小茴香、赤芍、川芎、附子、肉桂等，治疗狐疝7例，痊愈6例。

此外，本方还应用于脑动脉硬化、神经衰弱、再生障碍性贫血、低血压、白细胞减少症、慢性支气管炎、慢性肾炎、肾下垂、血吸虫病顽固性腹水、便秘等病属于脾胃中气不足，清阳下陷者，都各有验案报道。

2. 妇科：

子宫脱垂：据报道，用本方治疗子宫脱垂，治愈率一般达75%。此外，本方对月经过多，经期先行、带下清稀、胎动、胎漏、妊娠转胞、妊娠浮肿、产后大汗不止、产后小便不禁、产后恶露不净、产后乳汁不下等病证，亦各有验案报道。

3. 儿科：

小儿久泻、久痢、脱肛，以本方加建曲、茯苓作常规治疗，观察69例，据报道，近期全部有疗效，三年以上有效率

为87.5%。

4.眼科：

据报道，用本方加谷精草、草决明、山药治疗角膜溃疡（花翳白陷），用本方加白芍、菖蒲、远志、沙苑子、丹参、硃茯神治疗眼底病变，治愈率较高。

补中益气汤的临床应用极为广泛，但主治证病机不外劳倦内伤、脾胃气虚、中气不足或清阳下陷，以少气懒言、四肢乏力、饮食无味、舌淡苔白、脉虚软无力为辨证要点。只要掌握本方的立法主旨、病因病机及辨证要点，对很多病证都能投之有效。

六十七问 为什么四物汤、逍遥散、归脾汤均为妇科调经常用方剂？

答：四物汤是补血的常用方，也是调经的基础方，凡血虚证，月经不调，均可用它加减治疗。逍遥散是疏肝解郁，养血健脾，调和肝脾气血的常用方，亦多用于月经不调和妇科多种疾病。归脾丸是双补气血，养心健脾，主治心脾两伤的有效方剂。对妇女月经不调亦多有显著疗效。三方药物各别，功效不同，立法迥殊，但都可作为对妇科调经的常用方剂，为临床医家所乐用；实践证明，疗效良好。其原因何在？这须从中医理论来加以说明。

1.明·张景岳说：“女人以血为主，血旺则经调而子嗣，身体之盛衰无不肇端于此，故治妇人之病，当以经血为先。”月经是妇女周期性生理出血现象。血分的盛衰，血行的畅滞，关系着月经的是否正常。由此可知，月经的病变，都与血分的不足或血行的不利相关。上述三方，尽管各具不同功效，但皆在不同程度上具有补血与调血作用，从不同的

角度起到调经的治疗效果。

2. 脏腑功能对血分的关系是：心生血、肝藏血、脾统血。月经不调的原因虽多，但主要与主血的心、藏血的肝、统血的脾密切相关。张景岳说：“故凡伤心、伤肝、伤脾者，均能为经脉之病。”因为，心不主血，可能出现血虚或火亢，血虚则经量少，甚至经闭不行，火亢则血热妄行，经期提前，经量偏多，甚则崩漏。肝不藏血，血不循经，则可发生瘀血，经量偏少，或闭经、痛经，或经暗夹块，淋漓不止。脾不统血，由水谷之精气所化生的血即不足，脾失统摄功能，血分失固，月经色淡，淋漓下陷，一时不尽。又情志伤肝，寒热伤脾，劳累思虑伤心，都能影响月经正常生理，导致月经不调。

3. 三方是调治心、肝、脾三经功能的方剂。其中，四物汤是作用于肝经的补血调血方。方中熟地填精补血，当归补血活血，为调经要药，川芎擅长于活血，白芍敛阴和营，四物具备，血虚能补，血燥能润，血出能止，血瘀能行的功效，所以是调经的基础方。逍遥散是作用于肝脾二经，主治肝郁脾虚之证。因情志忧郁，肝失条达，调节血行的功能即告失常；加之脾虚，生血之源不足，可以加剧月经不调，造成痛经、乳胀、腹胀、情绪不适等经期反应，及经量或多或少等经行不畅现象。方中柴胡疏肝解郁，当归、白芍补肝血，白术、茯苓、甘草健脾气，是从肝脾调治而达到调经目的。归脾汤是治心脾两伤的主方，故主治心不主血、脾不统血而致的经期提前，经量过多。方中参、芪、术、苓、草是四君子汤加黄芪，大补脾气，生化营血；茯神、远志、枣仁、龙眼甘温酸苦，用以补心，心脾得补，使血有所主。当归养血，木香舒脾，脾健则能摄血，血自归经，而收

调经止漏之功。

因此，临床常以三方为妇科调经方剂，原因在此。但三方的主治又不专为调经，各有养血、安神、解郁作用，凡是心、肝、脾三脏功能失调而产生的血、神、气的病变，均有一定治疗效果。

六十八问 当归补血汤中黄芪药量为什么五倍于当归？

答：本方系李东垣创制，首见《内外伤辨惑论》，东垣在方后指出：“治肌热燥热，困渴引饮，目赤面红，昼夜不息，脉洪大而虚，重按全无。《内经》曰‘脉虚血虚’，又云‘血虚发热’，……此病得之于饥困劳役。”说明本方用于血虚发热。其致病原因是劳役过度，耗伤元气，饥饱不时，使脾胃虚衰，气血生化之源不足，阴血亦致亏少。气为血帅，既能生血又能运血；血为气母，既能化气又能载气，阴血一虚，则阳气无所附丽而浮越于外，于是产生血虚发热，阴不维阳之证。本方既为补血之剂，方药应以当归补血为是，何以方中反以补气之黄芪剂量五倍于补血之当归？主药不是归而是芪，其因何在？这是因为：其一，血虚发热是阴血告匮，阳气浮越体表将欲散亡，病势危垂。此时，“有形之血不能速生，无形之气须当急固。”滋阴固里一时不及，不得不用大剂量黄芪补气固表，从表卫力挽欲散之气，所谓留得一分阳气，便有一分生机，作为一项紧急救治的措施。其二，有形之血，生于无形之气，阳生阴长，气旺血生。这是从气血相互依存的理论所制定的治法。其三，黄芪甘温大补肺脾之气，能资助生化之源，故用至一两（30克），既固气脱，又徐生阴血。

当归用二钱（6克）为佐药，养血和营，一方而使血缓

慢化生；一方面使血能载气，血生则气得依附，其用量为补气药黄芪的五分之一，实为气之守；使已受损之阴血，各归其经，作用同单纯补血滋阴药物绝不相同。两药合用，一气一血，一阳一阴，共起补气生血之效。如两药缺一，则起不到补血的效果。这是阴阳互根的理论指导临床组方、立法的实例。本方主治之血虚，除劳倦伤气而外，也可因气不摄血，或气随血脱的大出血之后，以及疮疡久溃不愈等气血两虚之证。故不论气虚导致血虚，或血虚导致气虚，凡临床见到气血两虚，或血亏气脱之证，均可适用，唯有阴虚内热者不可妄施。

六十九问 炙甘草汤、补中益气汤、桔梗汤、麻黄汤各方中，甘草一药为何有君、臣、佐、使的区别？

答：方剂中君、臣、佐、使，是根据药物性能在方剂中所起的作用而定。甘草生用甘平无毒，炙后性转微温，具有益气复脉、补益脾胃、解毒利咽、缓急止痛、调和药物等功能。在上述四方中，是根据主治证候需要，取用甘草中的某一功效特点，并通过配伍，来达到治疗目的，在这些方剂中甘草的主次位置并不相同：

1. 炙甘草汤：是选用炙甘草为君药的，取炙甘草补中益气，缓急养心功能；《本经别录》认为可以“通经脉、利血气”；甘草有治疗脉结代的功效，因此用以为君。在其他药物的配伍下，共同构成益气养血、滋阴复脉的完整方剂。

2. 补中益气汤用甘草作臣药，是因为甘草具有甘温益气作用。《神农本草经》记载甘草能“倍气力”；李东垣说能“补脾胃”；故在补中益气汤中用甘草，可以加强参、术、芪补脾胃，益气力的功效，而治脾胃气虚、中气下陷之证。

甘草和人参、白术同为臣药，辅助君药黄芪。

3. 甘草在桔梗汤中为臣佐药，甘草有利咽清热泻火之效。桔梗汤主治“少阴病二、三日，咽痛者”；全方仅二药，君药桔梗性升上浮，治咽喉肿痛；甘草能“去咽痛，除邪热”。《神农本草经》云甘草“解金疮肿毒”。故甘草辅助君药利咽消肿，缓急止痛。在甘草作为该方臣佐药使用时，须以生用为好。

4. 甘草因其味甘而得名，调和诸药有功，故又别名国老。在许多方剂中都用它作调和药，是方剂中最多用的调使药物之一。麻黄汤因麻黄、桂枝二药相合，辛散解表力颇为峻猛，故用炙甘草甘缓调和，以缓和麻、桂慓悍之性，使无过汗伤正之弊。

以上四方，使用甘草有君、臣、佐、使的不同，除所用的剂量大小不等及炮制不同之外，主要是选用其益气复脉、补益脾胃、泻火利咽、调和诸药等特长之一端。

七十问 六味地黄丸配伍中“三补三泻”的用意何在？

答：本方的配伍特点是三补配合三泻，而以补为主。三补指的是三味补阴药物分别滋补肾肝脾三藏之阴，三泻是方中另有三味渗利水湿和泻火凉血药物，去邪治标。三补是君臣药，三泻是佐使药。全方药共六味，有开有合，三阴并治，为滋阴补肾之方。其配伍意义有如下几点：

1. 三补为主，尤以补肾阴为重点，结合补肝脾之阴。

肾藏精、主五液，为先天之本，是五藏阴液之源，肾阴又号元阴。肾阴充盛，五藏阴精自得源泉。故全方熟地剂量最重，以滋补肾阴，填精充髓。肝藏血，居下焦，精血同源，故有“肝肾同源”之称。治疗重点虽在肾阴，但因肾精

不足与肝血不足有相互联系和影响，故方中有补肝阴的山茱萸为臣药，使精血充实。脾为后天之本，运化水谷，化生精微，以养五藏，故方中用补脾阴药山药来健脾益肾，作为臣辅药。所以三补是以补肾阴为主，以熟地为主药，补肝脾药山茱萸、山药作为补肾的补充，扩大补阴的效能。

2. 三补与三泻的配伍，意义有三。

其一，三味补阴药起着益体作用，已如上所述。三泻药调整肾肝脾功能，以畅其用。具体来说，肾主水液代谢，藏真精与泄浊水是相辅相成两种职能，通过肾的气化，升清降浊，使精华五液封藏于内，废水浊液排泄于外。因此，单纯滋补，可能影响浊水不降，真阴不升，就会使肾功能产生障碍，达不到补肾目的。所以必须配合入肾渗水湿的泽泻为佐使，使得去邪浊，畅其用。脾主运化而恶湿，精微的输布濡养与渗湿相结合，使精布而水湿不生，故同时配伍茯苓入脾渗湿，亦是益体健用之义。肝既藏血，阴血不足，虚火必旺，虚火内扰，耗伤阴精，失其固密；故在补阴药同时，配合清泄肝经之火、凉血分之热的丹皮，滋阴降火，则阴平阳秘。这种配伍是从三经的生理入手，结合病理所产生的标证，使补阴的作用增强，所谓既治本又治标，标本同治，既益体又畅用。

其二，三补是补其不足，补不足是治本，三泻是泻其有余，泻有余是治标。不足是内脏器质的亏损，有余是功能失调出现的症状。如骨蒸劳热是阴虚继发的火旺，须“泻”。小便淋漓，是肾虚湿热，须“泻”。这都是配伍“泻”药治疗的原因，这叫标本兼顾。

其三，三补三泻是动静结合，三泻能消除三补所产生的滋腻壅滞。泽泻清泄肾浊，能防熟地之腻滞；丹皮清泄肝

火，能制山茱萸肉的温湿；茯苓淡渗利湿，能助山药健脾。

本方补泻配偶，主次分明。全方六药可分三组，一补配一泻，分别针对肾、肝、脾三脏，补中有泻，寓泻于补，相辅相成。三味补药用量偏重，三味“泻”药用量较轻；又三味补药当中，补肾的熟地独重。这样配伍的结果，补泻有序，滋补而不滞邪，降泄而不伤正，六味地黄丸“三补三泻”的用意就在于此。

七十一问 《金匱要略》“补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之”的治肝原则如何理解？

答：此段经文是论述对肝病的治则，出于《金匱要略》仲景在论述“治未病”时，举肝病为例，说明治未病的脏腑，可以使已病的脏腑康复，不致传变，所谓“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，“实脾则肝自愈”。具体治则是“补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之”。并说明“肝虚则用此法，实则不在用之”。至于肝虚之病，有肝体虚（阴血虚），肝用虚（阳气虚）两种情况，临床上以肝阴虚远较肝用虚为多见，故以肝阴虚为例来论证说明。肝病用酸味药补益，是因酸是肝的本味；《内经》有“酸生肝”，《难经》有“喜酸者肝也”等等五味配五脏的经文，所以补肝虚宜用酸。甘味药能入脾补脾，土虚则木无以植，培土可以荣木。《难经》说：“损其肝者缓其中”。又谓：“肝苦急，急食甘以缓之”。所以酸、甘合用为治疗肝阴虚的重要组方原则。致于“助用焦苦”，“助”是佐辅的意思。在酸甘为主体的基础上使用苦味药物，可以化阴、清热，使阴虚内热火盛得到清泻。但阴虚所生之火属于虚火，苦寒之药，味不可多，量不可重，否则容易化燥伤阴；须略炒，以防伤土败

胃。故特指出“助用焦苦”。至于肝用不足，则应使用辛热药以助其生发之气，采用“以辛补之”。辛、甘合用，可以化阳，《内经》又有辛补之说。陈修园曾说，“肝体阴而用阳，此以甘酸补肝体，以辛药补肝用”。这是补肝虚的另一方法。

古今本此治法的补肝方剂很多，如《医宗金鉴》方补肝汤（当归、川芎、白芍、熟地、枣仁、炙甘草、木瓜）。《金匱翼》方补肝汤（干地黄、白芍、当归、陈皮、川芎、甘草）。上两张补肝方剂配伍就体现了酸甘结合为主体的治肝正法。《证治准绳·类方》补肝丸（芫薸子、青箱子、枸杞子、五味子、决明子、杏仁、茯苓、干地黄、菟丝子、山药、车前子、地骨皮、柏子仁、大黄、黄连、黄芩、人参、细辛、防风、炙甘草），则除甘酸药外，佐助焦苦药合酸甘苦同方，施治肝阴虚疗效很高。

七十二问 一贯煎初载于何书？从何方衍化而成？

答：一贯煎是治疗肝肾阴虚，肝气不舒而致肋痛、胃痛的常用方，为清代医家魏之璘（又名玉璜、柳州）所创。在不少论著中，对于一贯煎的来源，多认为是出自《柳州医话》，现经进一步考查，一贯煎的出处应是《续名医类案》，该书是魏之璘为续补明代江瓘的《名医类案》而编辑的，书中补辑和增辑了历代名家医案，成书于公元1770年。魏之璘在高鼓峰、吕东庄治疗胃痛医案的按语中说：“按此病外间多用四磨、五香、六郁、逍遥，新病亦效，久则杀人矣。”又说：“高、吕二案，持论略同，而俱用滋水生肝饮（注：应为滋水清肝饮）。予早年亦尝用此，却不甚应，乃自创一方，名一贯煎，用北沙参、麦冬、地黄、当归、杞子、川楝

子六味，出入加減，投之应如桴鼓；口苦燥者，加酒连尤捷；可統治胁痛、吞酸、吐酸、疝瘕、一切肝病。”《柳州医话》见于《潜斋医学丛书十四种》，是清·王孟英所辑。王氏对此方甚为赞赏，将魏之琇上述一段话完整转录于《柳州医话》中。该书成书于公元1851年，与《续名医类案》相比较，后者要早81年。魏死于1772年，《续名医类案》是魏亲手編撰，而《柳州医话》出版于魏死后79年。因此，本方来源应为《续名医类案》。

一贯煎系从人参固本丸（张景岳方），集灵膏（张璐方）两方衍化而来。王孟英《温热经纬·卷五·方论》在集灵膏方下的按语中曾说：“后惟魏玉璜善用此方，《续名医类案》内极著其功效”。从此语中可见其端倪，再从三方的组成药物中作一比较，更可看出其渊源。

1. 人参固本丸：见明·张景岳《景岳全书·古方八阵》卷五十三；由人参、天冬、麦冬、生地、熟地等组方；治脾虚烦热、金水不足所致的阴虚有热之证。

2. 集灵膏：见清·张璐《张氏医通》卷十六方；由人参、天冬、麦冬、生地、熟地、枸杞子组成，治久嗽气血俱虚之证。

3. 一贯煎：来源、组成、主治已详前。

从上三方看，前两方比一贯煎时间约早一、二百年；方药组成，集灵膏较人参固本丸多一枸杞；一贯煎则减去人参、天冬、熟地，加当归、沙参、川楝子。三方主治均在益肾滋阴基础上，分别有养脾、肺、肝之阴的区别。由于脾脾是以气为主，故用人参、熟地、天冬等药，气阴两益。魏氏一贯煎因重在治肝经阴虚气郁，故去人参、熟地等滞气滋膩药，加当归以助养肝血，川楝子疏理肝气。这是分治脾、肺、

肝三阴在临床用药中的微小不同，魏氏制方的这一变化，完善了三阴的治法，也不难窥见一贯煎的制方渊源。

七十三问 肾气丸具补益肾阳作用，但方中养阴药味数占四分之三，药量是温阳药的十余倍，如何解释？

答：《金匱》肾气丸，历来都被奉为温补肾阳的祖方，临床运用于因肾阳不足而致的多种疾病，确有良好疗效。我们从全方药物组成来分析，本方由两组功效不同药物组成。其中一组药物是：干地黄、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮等六味，只具有滋阴补肾，清火泄浊作用，不是温阳，却相反是滋阴。真正具有温阳作用的一组药物，只有桂枝、附子两味。全方八味药物，滋阴药占到四分之三。再从全方药物的剂量来分析，全方总剂量为810克，上述六味滋阴药的总量却占有750克，温阳组二药总量只有60克，滋阴药量占温阳药量计十二点五倍。作为温阳的方剂，滋阴药却占有压倒的优势；这一配伍现象如何来理解？谨从以下几点来加以解释：

1.组方是以阴阳学说作为指导。阴阳是既对立又统一的，存在着相互资生，相互依存，相互转化的关系。《内经》谓“阳生于阴，阴生于阳”，“孤阴则不生，独阳则不长”。在某种意义上讲，阴代表物质，阳代表功能，功能活动必须依靠物质为基础。物质的补充，须要功能活动来完成。肾有肾阴与肾阳两方面，肾阴起濡润滋养作用，肾阳起温煦生化作用，张景岳说过：“故善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”这是提示补益阴阳的大法。本方的配伍特点正是用少量桂枝、附子温阳药物，纳入补阴的大剂量

药群中，体现着阴中求阳，使肾精充盛，精能化气，以生肾气。这是“少火生气”之义。所以方名不名补阳而称肾气。本方通过补阴虚以化气。助阳虚而利水，达到温补肾阳目的。

2.组方是根据临床证候来考虑的。肾阳虚证候的出现，多属于长期慢性疾病的发展，有着由实到虚的过程；当转化为阳虚时，已存在着阴阳两虚的现象，只不过阳虚证候更为突出而已。故针对临床证候施治，也应同时阴阳两补，才较合适。

3.组方是以治法为依据，并充分考虑药物性能。因为其一，慢性病应缓慢从治。肾阳虚证，多出现严重的功能失调，不是一下就能改善，所以治法多采用丸剂，多服，长服，逐步取效，使肾阴充盛，肾气振奋。其二，温阳药多偏于温燥，温燥药物久服，阴液势必易受伤害，阴伤则阳无所依附。所以在补阳药的同时配合补阴药，使补阳药温阳而不伤阴，补阴药充阴并可摄护阳气，阳阴两相依存，阳生阴长，共达愈病目的。

综上所述，反映了肾气丸在药物和剂量上的特殊配伍，意味着药物配伍临床实用意义。此时，如单纯用滋阴药治阳虚是原则上禁忌的，如单纯用温阳药治阳虚，药疗效果也是不好的。

七十四问 何为涩法？如何运用涩法方剂？

答：涩法是指运用具有收敛、固涩作用的药物，适当配伍组成方剂，以治疗耗散、滑脱一类病证的方法，又称固涩法。《素问·至真要大论》云“散者收之”，是指出现“散”的证候时，可采用“收”的治疗法则。这是临床运用收涩法方

剂的理论根据。

“散”的一类证候，发病病机是精、气、津、液、汗、大、小便等，由于正虚不能固摄，以致过度耗散，滑脱不禁。其运用方剂原则是：久嗽为喘，气泄于上，宜固其肺；久遗成滑，精脱于下，宜固其肾；小便不禁，宜固其膀胱；大便不禁，宜固其肠；汗泄不止，宜固其皮毛；血泄不止，宜固其营阴；因寒而泄，固之以热；因热而泄，固之以寒。

临床上常用的涩法，大致可归纳为以下几种：

1. 涩肠固脱：用于下痢日久，邪势已衰，内脏虚寒；或屡经攻下，以致滑脱不禁，肠虚洞泄，脱肛或下痢脓血等证；代表方剂如赤石脂禹余粮汤、桃花汤、诃子散、真人养脏汤、益黄散之类。

2. 涩精固脱：用于肾虚失藏，精关不固、滑精，白浊等证；代表方剂如金锁固精丸、水陆二仙丹、济生秘精丸、桂甘龙牡汤之类。

3. 固脬缩尿：用于治疗下焦虚寒，肾气不摄，膀胱失约的遗尿、尿频、小便失禁等证；代表方剂如菟丝子丸、桑螺蛸散、巩堤丸、缩泉丸等。

4. 止崩固带：用于崩中不止，淋漏不断，带下如注等证；代表方剂如固经丸、樗树根皮丸、愈带丸、固冲汤等。

5. 固卫敛汗：用于阴虚自汗，误治漏汗，阴虚盗汗等证；代表方剂如牡蛎散、柏子仁丸、当归六黄汤、玉屏风散、芪附汤等。

6. 敛肺止咳：用于久咳肺气耗散，气无所主，清肃失司，以致干咳短气、痰少而稠、口干咽燥及声哑喘促之证；代表方剂如圣惠宁肺散、丹溪百药煎、九仙散等。用于肺肾气虚，肾不纳气，而致呼多吸少、喘促短气、动则尤甚、自

汗肢冷、脉虚浮无根之证；代表方剂如青娥丸、黑锡丹等。用于肺肾阴虚，气火浮越而致颧红如妆、咽干口燥、舌红脉细、喘咳气促等证；代表方剂如七味都气丸等。

所有涩法方剂的运用，都必须掌握以下几点。

①注重病变脏腑，根据各个脏腑的生理功能特点来立法、选方、选药。如久病咳喘，病在肺，因肺主气、司呼吸；自汗、盗汗是皮毛腠理不固，因肺主皮毛，病位也在肺；遗精、滑精、小便失禁，病位在肾，因肾主水、藏精；久痢脱肛，肠道虚寒，带下崩中，气虚不摄，则与脾有关。故涩法多着重肺、脾、肾三脏功能的调整。

②还应区别阴阳寒热来辨证配伍，用固涩药物与助阳益气、滋阴泄火等药物配伍；如遗精、盗汗多阴虚有火；滑精、自汗多气虚有寒等。

③“散”、“脱”之证皆由久病而致，根源是“虚”。根据治病求本的精神，应注重涩法与补法的配伍运用；或先涩后补，或涩补结合，才能标本兼顾。涩法中各种方剂，一般配有不同程度的补益药物，在临床上尚须依据具体病情调整增减方中的涩、补药比例。

涩法方剂，要严格遵守“实证忌用”的原则。所谓“实”，指的是邪气方盛，暴病初起；或余邪未清，如热痢初起，伤食腹泻，火动遗精，湿热尿涩，热病汗多及血热妄行等，均不能妄用；否则闭门留邪，为害非浅，不可不慎。

七十五问 自汗、盗汗病机不同，为何牡蛎散一方均可治之？

答：自汗、盗汗的辨证，《景岳全书》中有一节扼要阐述：“汗出一证，有自汗者，有盗汗者。自汗者，漉漉然无

时，而动作则益甚；盗汗者，寐中通身汗出，觉来渐收。”历来有“自汗者属阳虚，盗汗者属阴虚”之说。所谓阳虚自汗，是指因肺气不足，体虚不能卫外，气不摄汗，阴液外泄而致。所谓阴虚盗汗，是指因阴虚火扰，水火不相调济，心火独亢，为虚火所迫而致阴液不能内守。两者阴阳受损各不相同，施治各异，不可混同；若贸然施治，不但不能愈病，反能加重病情，医者必须注意。但这种区分辨证，只是就一般常见证型而论，指一般发病规律而言，不是发病机理的全部概括；故《景岳全书》进一步指出：“自汗盗汗，亦各有阴阳之证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚也。”这是指发病过程中，人体阴阳有互根关系，病变互为影响，有阴虚及阳，阳虚及阴等等变化。如阳为阴之外卫，阳不固密，肌表空虚，则阴液乘虚外泄，其病在阳。但当日久或汗出过多，汗为心液，心液受损，则心阴虚不能敛阳自守，心阳不潜，阴液外泄，能加重自汗，这是阳虚涉及阴虚。牡蛎散体现敛汗固表治法；以牡蛎咸涩敛汗，又镇静潜阳，能固护阴液，作为主药；一方面辅用黄芪，大补肺气以实卫，麻黄根止汗，作为益心气，振卫阳，固表止汗的组药；另一方而又佐用浮小麦，养心阴，清心热，协用牡蛎敛阴止汗。全方气阴两养，阴阳两固，使汗止而神定，表固而正复。正如近世医家陈来章的方义分析云：“汗为心液，心有火则汗不止。牡蛎、浮小麦之咸寒，去烦热而止汗。阳为阴之卫，阳气虚则卫不固；黄芪、麻黄根之甘温，走肌表而固卫”。所以牡蛎散既为自汗而设，也可用于盗汗。是一方能够统治二证的原因所在，但必须以心悸惊惕，短气烦倦，舌质淡红，脉细弱等证为用方的辨证要点。临床上再根据阴阳偏胜而加强其所治的一面，如属阳虚可加白术、附子增强益气补火，以助

阳固表；如属阴虚可加干地黄、白芍增强酸收养阴，以敛液止汗。可见本方组方选药的全面性，无怪乎牡蛎散为通治自汗或盗汗的基础方。

七十六问 玉屏风散为什么能预防感冒？

答：玉屏风散是自金元以来主治自汗表虚证的一张有效方剂，通过补益肺气，增强卫气的卫外功能，以固表止汗。本方是以主药黄芪，甘温益气，大补肺脾，固表实卫；加以辅药白术，甘温健脾，使脾气亦得充盛，土能生金，肌表更加充实，促进止汗功效的增强；另配防风为佐使药，辛散走表，祛邪而可促表固。防风配合黄芪，虽两药性味功能有散与补的不同，但两药相须相使，有补中寓疏之义；不但卫气复壮，还能使之周流体表而不息。其配伍意义，清人王晋三曾作过这样的解释：“黄芪性钝，防风性利，唯其受制，乃随防风周卫于身，而固护表气耳”。李东垣也从药性分析说：“黄芪得防风而功愈大，乃相畏而相使者也。”所以玉屏风散一方，运用得当，止汗确有立竿见影之效。由于它不单纯是止汗之方，还含有散风邪作用，近代根据方的组合效能及表虚自汗的主治病机，不但用于表虚不固的自汗证，还常用于体弱气虚之人感受风邪，自汗不解，不宜应用发表药的证型。该方有疏散及固表扶正的特点，故对虚人外感有速效。另外，由于体虚之人，卫气虚弱，抗卫外邪的能力不足，常常易于招感风邪，使感冒症状反复发生。这种感冒不断，随愈随感，防不胜防，治不胜治。发病关键原因，不单纯为外邪侵袭，而重在人体抗护力量的不足；所谓“邪之所凑，其气必虚”。故近时医界常采用玉屏风散作为感冒的预防药。运用本方来预防感冒，是受到清·柯琴对本方论述的启发。

他说：“治风者，不患无以驱之，而患无以御之，不畏风之不去，而畏风之复来。何则？发散太过，元府不闭故也。昧者不知托里固表之法，遍试风药以驱之，去者自去，来者自来，邪气留连，终无解期矣。”大凡发汗太过，常会影响体表抗卫能力的调节。在体弱正虚的情况下，对感冒风邪，屡用发汗解表治疗，必致卫气愈来愈耗，御邪能力越来越弱，故旧邪刚去，新感又来。而本方则外有所固，内有所据，黄芪白术扶正，使风去而不复来，即有微少风邪不尽，防风可以祛之。故表虚自汗之人，服之能益气固表止汗；气虚易于外感之人，服之能益气固表御邪。总之，本方是以调整人体功能为立足点，并辅助驱散外邪为特点的。

七十七问 前人有“痢无止法”之戒，为何桃花汤、真人养脏汤均用收涩法治痢，如何阐述其机理？

答：痢疾证型多种，治疗应区分寒热虚实。大凡痢疾初起，多由饮食不洁，湿热秽毒，壅于肠道，阻滞气机而致里急后重，泄下脓血，证型属实、属热居多；当遵清热解毒，或导滞祛邪的治则。历代医家都有阐述。如《仁斋直指》云：“痢出于积滞。积，物积也；滞，气滞也。物积欲出，气滞而不与之出，所以下坠里急，乍起乍止，日夜凡百余度。”《丹溪心法类集》指出：“痢疾初得一、二日间，以利法，切不可使用止涩之剂。”可见一般急性湿热疫痢，当以祛邪为急，如使用止涩治法，必会招致病情加剧，“闭门留寇”，是治痢的大忌。前人所谓“痢无止法”是指上述证型，强调“通因通用”，不能过早使用固涩治法。但当痢疾拖延日久，正气受累，则虚寒证型多见；此时脾肾虚寒，关门不利，大便每每滑脱不禁，大肠失去闭固约束的职能。这

种因邪致虚的慢性久痢，则又当急急采用收涩固脱的治法。真人养脏汤是出于《局方》的一张涩肠固脱的代表性方剂，专为泻痢日久，脾肾虚寒而设。本方用涩肠止泻法治疗滑脱不禁，如酸收的诃子皮、罂粟壳等药；用温中补虚的治法来健脾气、温脾肾，增进人体机能正气的恢复，如甘温补气的人参、白术、甘草和温肾暖脾的肉桂、肉豆蔻等；并配佐一些养血调气药。但该方的运用必须以大便滑脱不禁、舌淡苔白、脉象沉迟为临证依据。桃花汤也是主治久痢不愈，脾肾阳衰不能固涩的慢性下利证型。《伤寒论》载此方治疗“少阳病，下利便脓血”。由于下焦无火，肾阳虚衰，中阳不振，不能蒸化水湿，气机不利，肠络受损而致下利脓血，滑脱不禁，宜用温涩固脱方法，以固涩下焦的赤石脂为主药，配合温中养胃药干姜、粳米为辅佐。桃花汤只以涩肠为主，虽为涩法的最早方，但对脾肾阳虚的补益力却远远不及真人养脏汤。其温养作用不强，为滑脱证的治标方剂。此外，赤石脂能入血敛血止血，对脓血便血多者为佳，这是两方的不同之处。以上两方对泻痢初起，火热暴泻，湿热积滞之证，均绝对禁用，运用时除注意病的久暂、急慢之分外，腹痛喜按喜温、舌质淡、舌苔白、脉沉迟等都是重要的临证依据。

七十八问 苏合香丸为何能治冠心病？与近时冠心苏合丸有何关联？

答：苏合香丸原出自宋·《太平惠民和剂局方》，以苏合香为主药，全方由十六味中药组成，历来为主治神志昏迷之阴闭证的急救方药。无论中风、气厥，感触秽浊，以及时疫霍乱等引起的邪闭昏厥，均可通过该方温通开窍、行气

化浊而取得神清病解的效果。上述诸证大致类似于现今的脑血管意外、癔病、中毒性胃肠炎等。由于昏厥时症状表现面白肢冷、苔白、脉沉，属于寒象；如舌苔兼腻，脉象兼滑，则属于痰湿之证，乃是寒湿痰浊上蒙清窍而致窍闭。基于这一辨证用方基础，前人还引申运用于气滞寒凝、痰浊阻络的胸痹心痛之证。近时继承这些用方经验，移用于冠心病、心肌梗塞、心绞痛的治疗，已取得缓解临床症状的效果。为什么本方能施治冠心病、心绞痛呢？中医理论认为冠心病、心绞痛的发病，与心肾脾有关；发病原因不外气滞、血瘀、痰浊、阴寒四者。膏粱厚味，运化不及能转化痰浊湿滞；气血受阻，情志郁结则可加剧气滞血瘀的进程；以致心脉痹阻。寒邪侵袭，翳蔽心阳，则气不通，血不行；阴寒闭阻更加导致病情触发。本方药物皆辛香行气，具有化痰、辟浊、开窍、温化作用；使寒湿痰浊得温则化，气机阻闭得辛则通，从而神昏可醒，通则不痛。故凡冠心病、心绞痛属于气滞、血瘀、浊阻、寒凝者均有效。近代研究冠心病治疗的医家，继承了苏合香丸主治胸痹的实践经验，在本方药物组成基础上予以删繁就简，筛选药物，逐步形成冠心苏合丸一方，主治冠心病、心绞痛属于痰浊阻络、气滞胸痹者。冠心苏合丸只选取苏合香油、朱砂、檀香、冰片、青木香、制乳香等六种药物，比古方苏合香丸删减掉十味药物，其芳香开窍、理气止痛效果仍然良好。临床报道，冠心苏合丸治疗冠心病心绞痛总有效率为93.2%，对中度心绞痛作用尤为明显，有人认为，似可代替硝酸甘油，作用时间较持久，且无硝酸甘油产生头痛头昏的副作用。冠心苏合丸是继承古方苏合香丸而来的，对治疗冠心病、心绞痛等多发病，无疑是一项创新。

七十九问 为何止血方剂多有祛瘀药配伍，祛瘀方剂多有行气药配伍？

答：首先说明止血方剂中有祛瘀药相配伍问题。临床表现出血时，必须制止，使用止血方剂是理所当然的常规治法，祛瘀药一般来讲是不合造的。那么为什么止血方中又常配伍祛瘀药物呢？祛瘀药和止血药是两种性能不同，相对矛盾的药物，它们配伍是为了治疗需要，有相辅相成的效果。因为当人体内出血时，血已离经，溢出于经脉之外；这些离经之血，在流向体外表现外出血的同时，还会有部分血液瘀滞在各种组织之中，如是形成瘀血。若仅用止血的常规治法，那么滞留在体内的瘀血会愈加凝滞，瘀血久留对人体有害。所以在止血剂中加入一些祛瘀药作为辅佐，用来消除瘀血。故必须止血与消瘀相结合，方可达到止血而不留瘀的治疗要求，使离经之血及时消除，不贻后患。这是止血方剂中配伍祛瘀药的主要原因之一。在古方中，这类例子很多。犀角地黄汤用生地凉血止血，配用丹皮、赤芍散瘀化斑，就是一个例子。止血剂中配伍祛瘀药的另一原因是瘀血不去，出血不易停止。有时单用止血药不能收效，须采用祛瘀药物为主配合止血才能使瘀去血止；例如妇女因瘀血可致崩漏不止，这是由于瘀血影响血的归经而致循行失制的缘故。失笑散即是由活血祛瘀药来制止崩漏的。故临床多见止血剂中配合祛瘀药。

其次，关于活血祛瘀方剂中常配伍行气药的问题，则是基于中医气血相关的理论。因为气行则血行，气滞则血滞。气有先导的作用，血的循经运行须在气的推动下，所以血瘀与气机不利两者互为因果。因此，在一些化瘀方剂中常用理气药作为辅佐。这种方例也很多，例如王清任的血府逐瘀

汤；方中当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、牛膝，都是活血祛瘀药，为方的主要组成部分；同时，又考虑到气能行血，血的循行，有赖气的敷布，故配伍一组理气药。用柴胡疏泄肝气，桔梗、枳壳宽胸行气，气导血行，瘀血易去。以上这两种配伍体现了祛瘀与止血，祛瘀与行气这两对矛盾的统一运用。临床可根据病情，作出适当的药物选择，有机地把两组性质不同的治法结合起来，相互协同、促进，取得辨证统一的治疗效果。

八十问 王清任五个逐瘀汤以何方为基础方？各方有何异同？其规律何在？

答：王清任《医林改错》制订的五个逐瘀方剂，具有较高疗效，是后世临床医家所推崇而富有实用价值的方剂。分析各方药物组成，可以发现其基础方是桃红四物汤。五个逐瘀汤都是在此方基础上加减化裁而形成的。五方共有活血祛瘀药计十二种，其中最常用的基础药物有五种，即：川芎、赤芍（五方俱用），当归（四方），桃仁、红花（三方）。此外，有凉营化瘀药：生地、丹皮；止痛化瘀药、生蒲黄、五灵脂、延胡索、没药；化瘀通络药：地龙、牛膝等。以上药物均分别按各方的治疗病位与性质不同来配伍。除以活血祛瘀药物为主外，根据中医气行血行，气滞血滞的理论，五首方剂中还有一些辛香理气药。这是五个逐瘀汤的共性之处。

五个逐瘀汤是：通窍活血汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤、少腹逐瘀汤、身痛逐瘀汤。此五方同中有异，各具特点，兹分述于下：

1.通窍活血汤：以桃仁、红花、川芎、赤芍化瘀为主（即桃红四物汤去当归、地黄），配伍辛香利窍的麝香、老葱，及调和营卫的生姜、大枣等药组成，本方的通窍化瘀作

用较好，因此主治的重点在头面部，凡因瘀血而致的脱发、酒渣鼻、白癜风、耳聋、头昏、头痛及妇女干血癆等十余种病证皆可治疗；总的适应证要点是，头面四肢血管瘀阻，表现为窍道不利的（包括皮表肌窍）疾患。

2.血府逐瘀汤：以桃红四物汤全方（用生地易熟地，赤芍易白芍）为基础方，配伍疏肝理气，趋上达下之柴胡、枳壳、桔梗、牛膝、甘草等药而成。本方宣通胸胁气滞，引血下行，重在化瘀，主治病所在胸中，对胸痛、噎隔、不寐、多梦、呃逆、心悸等十余种病证有较好作用。它的主治证，瘀血的特点是：疼痛，胸中异样感，情志改变，睡眠异常，发热等。

3.膈下逐瘀汤：用桃红四物汤去地黄为主方，加延胡索、丹皮、五灵脂活血破结，配伍香附、枳壳、乌药等理气药，使本方的行气止痛效果较好；主治病位在上腹，重点对膈膜以下、上腹部因瘀血形成的积块，以及肾泻久泻等几种病证较为有效。证候的特点是：有积块拒按，痛处不移及腹泻等。

4.少腹逐瘀汤：用四物汤去地黄合失笑散加延胡索、没药等化瘀止痛药，配合小茴、干姜、肉桂等辛香温热药组成。因为本方的止痛温经作用较好，作用重点在少腹，主治妇科冲任虚寒，瘀血内阻而致的少腹积块、不孕，小产等病证；具有类似温经汤的功效，着重于温寒祛瘀止痛，并有益气养血等扶正作用。这是它的特点。

5.身痛逐瘀汤：以桃红四物汤去地、芍，活血祛瘀；配伍祛风湿、通经络的羌活、秦艽、地龙通络利痹；没药、五灵脂、牛膝、香附、甘草，化瘀止痛。本方的功效是通络利痹、止痛祛瘀。因此作用重点在躯干四肢，主治经久不治的

痹证，无论肩、臂、腰、腿，及全身痛痹皆可适用。

以上五方总的配伍规律是化瘀药为主，配伍理气药。瘀有在窍，在胸，在膈下，在少腹，在经络的不同，在配伍理气药的总范畴内，有开窍利气，疏理胸胁，行气止痛，温经行气，通络理气等等不同。这些是王清任制方时，从气血生化与藏府经络机能关系来作为立法依据的。

八十一问 生化汤为何产后多用？有何特点？从何方演变而成？

答：生化汤是产后常用方，自明至今，四百余年，为妇产科医家所喜用。傅青主认为产后“其一应散血方，破血药，俱禁用。……惟生化汤系血块圣药”。一般来说，妇女在分娩过程中，气血受到耗损，所以产后正气多虚，理应补益。朱丹溪谓产后宜大补气血，虽有他证，以末治之。可见产后多虚多寒，治法宜温宜补，谚语所谓“产后一盆冰。”这是病机的一个方面。另有寒凝血滞于胞宫，恶露不下，小腹冷痛等证候。这是产后病病机的另一方面。瘀血当消，新血乃得生。若专用消破，则新血易伤；专补新血，则旧血反滞，陈瘀不去。这是产后常见的虚中夹实情况。治疗必须以治虚为主，兼顾其实，逐瘀于补血之中，寓攻于补，实为产后病的一项治则。根据产后多虚这一特点，抓住血虚有瘀这个主要矛盾，以“虚者补之”，“血实者宜决之”的治法来组方，是生化汤的特点所在。方名生化，唐容川说：“血瘀能化之，则所以生之也，产后多用”。这里含有化与生的辨证关系。瘀不化，则新血不生；化瘀能够推陈致新，促进新血生化；同时化瘀又赖新血来促进；所谓“若欲通之，必先充之。”寓生新于祛瘀之中，达到生不留瘀、破不伤正的医疗

效果；体现在配伍上，重用当归24克，作为补血活血、祛瘀生新的主药，使瘀血疏通，脉道满盈，血行畅利。方中当归用量最大，川芎、桃仁助其祛瘀，甘草补中缓急，佐用少量黑姜。清代陆九芝云：“方中炮姜只用四分，不过借以为行气之用，助芎、归、桃仁以逐瘀生新”。因姜能引药入血，温经化瘀，使血得温则行，符合《内经》“温则消而去之”的治法。姜之用量极少，仅用2克，若量多则辛热耗阴了。掌握恰当的药物用量，对发挥方剂的功效极为重要。

生化汤是从“黑神散”化裁而来。宋·严用和《传家秘宝方》及《局方》均有记载。会稽钱氏以此方加减，改名生化汤，通过临床实践，疗效较好；后经张景岳、傅青主等提倡，遂大行于世，尤以傅氏运用最为灵活广泛。据《傅青主女科》产后诸证中竟有二十八证用生化汤法。

由于本方既能生新血，又能化瘀血，用于妇女分娩后的康复是最恰当的了。根据不少妇科医生的经验体会，妇女分娩后服用生化汤3~5帖，对于祛瘀止痛，抵御外邪，促进气血的恢复，都有较好的效果。据报道，用本方加红花五分治产后于宫复旧不良59例，服药后24小时宫底下降2厘米以上者51例，占86.44%；治疗产后于宫收缩痛41例，疗效显著者35例，占85.37%；效果不显著者3例；记录不详者3例。以上每日一剂，共服2~3剂。生化汤药性偏温，应以产后瘀阻而兼血虚有寒者为宜。如分娩后出现高热或恶露过多，应该忌用或慎用。

八十二问 温经汤、清经散、定经汤，三张调经方剂有何异同？

答：温经汤出自《金匱要略》，是一张汉代经方，由吴

茱萸三两，当归、川芎、芍药、人参、桂枝、阿胶、牡丹皮、生姜、甘草各二两，半夏半升，麦门冬一升（原书剂量）等十二味药物组成。本方是针对瘀血阻滞而致月经不调之证，采用以温养经脉治法为主的代表方剂。血得温则行，自无瘀血停留之患，故名温经汤，主治冲任虚寒、瘀血阻滞之月经不调。症状可能出现：月经或前或后，或逾期不止，或一月再行，或小腹冷痛，或久不受孕等多种情况；并伴有瘀血停留、新血不生、濡养不足而继发黄昏低热，口干唇燥等证。方药配伍特点：①以温为主，温中寓养，不是单纯用温热药；②注意肝脾同治。肝调血，脾为气血生化之源，肝脾两治，则血脉和畅，月经如常；③气血双补，补气以生血，滋阴以养血，不专以通瘀为事，而以温为通；④寒热并用，有补有行，在温经散寒主药之下配有滋阴凉血药以除内热，相反相成，标本兼顾。

清经散和定经汤两方则是明·傅青主所制，均出自《傅青主女科》，为妇科月经不调常用方剂。清经散药物组成有：牡丹皮三钱，地骨皮五钱，白芍三钱，熟地黄、青蒿各二钱，茯苓一钱，黄柏（盐水炒）五分等七味；功能凉血养阴，对于血热炽盛的月经不调证有显效。血分有热则亢盛妄行，临床证候特点是：月经周期缩短，超前而至，甚至一月两潮，并且经量增多，血质增稠，血色鲜红或紫，以及伴见面部潮红、心烦口渴、脉数、舌红、苔黄等热象之证。这与温经汤证虚寒瘀阻所致的月经或前或后的不调，有虚寒与虚热的区别。本方的特点是：①以凉为止，热去血静则经血自不妄行，是针对“血热”的病因疗法；②凉血与养阴配伍，阴充可以配阳，凉血可以制亢；③清热与疏泄结合，在凉血中有疏透苦泄的清气热药，去热而不用补。

定经汤由菟丝子、白芍、当归各一两，山药、熟地黄各五钱，茯苓三钱，荆芥穗（炒炭）二钱，柴胡五分，计八味药物组成；主治经水先后无定期的周期紊乱之证，属于肝肾亏虚所致者，月经特点是量少、色淡、质清，并伴有面色晦暗、头晕耳鸣、腰部痠胀、夜尿频多、脉沉弱、舌淡、苔薄等虚滞佐证。肾精不足，肝血不充，疏藏失职，故经期紊乱，是以虚为主，与上两方证的虚寒瘀阻、血热妄行，截然有别。本方的特点是：滋肾补血以充经血之源，调肝解郁以正经行周期之乱。三方的基础药均含有四物汤，但因证不同各有取舍。温经汤取温行，去熟地之滞；清经散取凉止，去当归、川芎之温行；定经汤以补为主，去川芎之辛散。另外，温经汤用温养益气药配合（如人参、甘草、吴茱萸、生姜、半夏）；清经散用苦寒清透药配合（如黄柏、青蒿）；定经汤用补肾疏肝药配合（如菟丝子、山药、柴胡、荆芥）。虽然，三方主治之证均为月经不调、周期紊乱，但辨证求因各不相同，有因寒、因热、因虚之别。三方除因证选其主药外，还配伍有：或化瘀，或疏气，或止血等有关药物，目的是纠乱复常。以上三方相似与不同之处，临床应用，不可不知。

八十三问 旋复花汤中的“新绛”究系何药？

答：《金匱要略》方旋复花汤，方药组成计三味：旋复花一两，葱十四茎，新绛少许。本方两见于《金匱要略》，一主肝着，一治妇人半产漏下。该方在叶天士《临证指南》及清代诸家医案中常见使用，治络瘀肝着之证，盛称疗效。但方中新绛一药究系何物？不免混乱。清代方书常将“新绛”写作“猩绛”。解放前曾有取用清代官员所戴红帽上的

红色丝线充作猩绛的。旧时认为猩绛正品是以真丝线染猩猩血晒干而成。这似难以置信，首先“猩绛”与《金匱要略》原文“新绛”不合，汉方何得以清人帽缨入药？猩猩属珍贵稀少动物，取血染丝，何能供临床需求？可见该药在说法上的荒唐与混乱，实有考求必要。今举前人对新绛的解释如下。明代赵以德谓“新绛疑是绯帛也，凡丝皆理血，血色红，用绛尤切于活血”。清代周扬俊谓“取有色无质者，能入藏血之地而不著耳。”清代尤在泾谓“绛帛，入肝理血……。”清代唐容川谓“惟新绛乃茜草所染，用以破血，正是治肝经血着之要药。”黄树曾谓“新绛乃红兰花所染绯帛，是治肝经血着之要药。”等等。上列诸说，有以新绛为绛帛或绯帛者，有以新绛为茜草或红兰花所染者。绛和绯均是红色，古代用什么染绛呢？《名医别录》云：“茜草……可以染绛”。《史记·货殖列传》云：“千亩厄茜……此其人，皆与千户侯等。”故汉代用茜草染绛，应该是很普遍的。所谓“新绛”大概是指茜草初染后，尚未经使用洗涤之丝织物；用于煎剂，其起作用的似乎主要是茜草之汁。《别录》记载茜草有止血及治疗内崩下血的功效。《素问·腹中论》用四乌鲂骨一蘼茹（即茜草）治“血枯”，“有所大脱血”。因此，茜草对于旋复花汤的主治是完全符合的。唐容川认为新绛是“茜草所染”，并非虚妄。那么，“新绛”是否是红兰花（红花的别名）染的丝织品呢？按《博物志》云，红花为张骞所得。红花作为药物首见于宋《开宝本草》，可见它的使用历史远不如茜草悠久，用作染料的记载也不如茜草多；虽然从红花功效来看，用于旋复花汤，其理亦当，但若论与新绛的关系，终不如茜草染绛更为贴切。

总之，“新绛”当指茜草初染的丝织物，旧时以红缨或

猩绛等伪品混充是不切合实际的。清代诸家所用“猩绛”，也可能是伪品，但他们多配加其他活血化瘀药，因此旋复花汤仍然取效，现在用茜草代新绛，既不悖于古，又切合于实际。

八十四问 黄土汤为什么附子黄芩同用治出血？真武汤为什么附子芍药同用以制水？

答：黄土汤是一张温阳止血的代表方剂，主治脾阳不足所致的大便下血，以及吐血、衄血、妇人血崩等出血证候。这种出血的原因是脾阳不足，脾气统摄血分的功能低下而引起的。在脾胃阳气充盛的情况下，营卫化生之源正常，营行于脉中，卫行于脉外，卫气得固护营血循行，血是不致外溢的。当脾胃中焦阳气虚衰，营卫生成不足，营失卫气的固摄可形成广泛的出血；这种本质虚寒的出血，治疗原则除止血之外，还须温中健脾，标本兼顾，收效才能理想。故黄土汤除用伏龙肝（即灶心黄土）作为收涩止血的主药外，还配用白术、附子温阳健脾，恢复脾胃摄血统血之权。附子本身虽无止血作用，却有助于中阳恢复而达到止血效果。附子辛热容易伤阴耗血，为使附子不致偏性太过，故配伍黄芩苦寒来作为反佐药，起监制作用，达到刚柔相济，两药是调治出血之本，针对病机而设。真武汤亦用附子，但在方中是作为主药使用，施治于肾阳衰微，水气内停的小便不利、肢体浮肿等证。浮肿和小便不利，是人体水液代谢失调的证候。肾为主水之脏，为胃之关，是水液气化开合的脏器。肾阳虚衰不能温煦各脏器，不能蒸化水湿，水气因而潴留体内，故利水退肿关键在用附子温壮肾阳以治本，所谓“壮元阳以消阴翳”。在温阳化气基础上配伍茯苓、生姜、白术，以燥湿、利水、

散水，水道通利，则水液在体内输布复常。但全方温阳燥湿利水，一派温燥渗利之品，运用时应注意维护阴液不可受损，使水邪去，真水存，阳气振，阴不损。这是方中用芍药配伍附子的意义所在。芍药在真武汤中既不利水，又不温阳，不是针对性治疗药物，用它目的是利用药性酸敛为反佐，起护阴制阳作用，使附子、生姜等温燥药可能产生的过偏不利影响，得到消解。芍药与黄芩在两方配伍上的相似之处，都是取其制约作用，相反相成。而附子在两方中所主治却有治血与退肿的区别。虽然，两方主治证各不相同，但选用附子的药效还是基本相同的，一用附子佐助白术、伏龙肝温脾阳以摄血；一用附子为主，白术、茯苓助之温肾阳以利化气。在同一温阳治则的两方中，可看出药物配伍不同，药物剂量不同，及所处的君佐位置不同，可使方剂适应不同的病证。

八十五问 为什么保和丸的君药可以灵活掌握？如何掌握？

答：保和丸能主治一切食积，是一张以消导药物为主组成的方剂，具有消食和胃之功效。食物的停滞，系因饮食不知自节，或暴饮暴食所致，多见于小儿幼童；或因父母过爱，喂食过多，或因偏嗜所好，摄食过量；至于成人，有因酒肉肥腻太过，有因延误餐时，因饥过食，以及冷热失当等等。《素问·痹论》有“饮食自倍，肠胃乃伤”的经文，说明一次进食，超越胃肠消化能力，必然引起的食物停滞，消化功能障碍。当食积停留以后，中焦气机被阻，升清降浊之功能失常，会出现胃不降浊，则恶心呕吐，噎腐吞酸；脾不升清，则大便泄泻；中焦食阻，则见脘腹胀满，甚至腹痛。

保和丸用山楂、神曲、莱菔子、麦芽等，皆消食除积之品，为本方的主体药物；并配合二陈汤去甘草（甘草壅气满中，故不用），起和胃作用；另配连翘一味，清热散结。其中消食药，在通常情况下以山楂为君药，山楂最善消肉食油腻之积，因肉类油脂食物较其他食物难于消化，致积的较为多见。但其他消食药都各有特点；如：神曲对酒和陈腐食物消化之力较强，若因酒食致积时，可选用神曲为君药；莱菔子消食，尤擅长于消痰及运化面类食物，若因面类致伤，当选用莱菔子为君药较好；麦芽对米食类所伤较好，若因米饭等不消化，则可选用麦芽为君药。因此以上四药都可根据病情来灵活掌握。当应用某药为君药时，首先应询问所伤积滞的食物品类，另一是加大该药的剂量，使它功效冠于全方。但保和丸君药的选择，必须是消食药物，其他夏、陈、苓、翘等药不在其例。又，在通常情况下以山楂作君药为临床多用；至于连翘一药，只适用于因积食留中，腐化酿热之证，无热时可减去；热甚时还可再加黄连、黄芩清热泻火；大便秘结，可加大黄、槟榔通便导滞；中脘胀满的可加枳实、厚朴行气消胀；如脾虚兼见时，加白术。以上可以随证掌握，选择合适的臣佐药。

八十六问 吐泻一证，为何藿香正气散、五苓散、理中丸诸方皆治？

答：吐泻一证，是指某种病因引起中焦脾胃升降气机紊乱，发生上吐下泻症状。同一吐泻，由于发病的因、机不同，施治的方药也不一样，这是三方皆治吐泻的原因。藿香正气散、五苓散、理中丸三方的治法，药物，功效都不相同，但都从不同角度具有恢复中焦脾胃生理功能作用，所以

三方都能施治于吐泻一证。如从这一意义上来讲，三方是具有相同之处的。若从吐泻的发病因、机不同来看，三方又各有其针对性，它们不能相互取代，必须加以鉴别，才能对证用方，收到预期疗效。今将三张方剂主治吐泻的发病因机与治法药物，分述比较，以助鉴别。

1.藿香正气散：是芳香化湿剂，方中以藿香辛散风寒、芳化湿浊为主药，有悦脾和中之功；配伍两组药物为：①半夏、厚朴、大腹皮、茯苓、白术、炙甘草等理气化湿和中药；②苏叶、白芷、陈皮、桔梗、生姜、大枣等解表散寒药。本方只能用于外感风寒、内伤湿滞引起的气机不畅，湿阻中焦，升降失常的腹痛、上吐、下泻证候。前人所谓：“寒燠不时，空气骤变，交互郁蒸，戾气流行，起居不慎，饮食失调，天时人事，两相召感。”是这种吐泻的致病原因。盛心如评价本方：“欲求健康之保障，则藿香正气之方尚矣。”可谓上述吐泻证的首选方。

2.五苓散：虽亦属于祛湿剂，但以利水渗湿为主。本方也能解表，但作用重在化气利水，方中以泽泻为主，配伍茯苓、猪苓利水化饮，白术健脾和中，桂枝温阳化气，疏散表邪。由此可知其治吐泻证的病机，为脾不运湿，气化不行，水湿停滞。本方可使水行气化，表解脾健，不但蓄水停饮之证可除，而且通治诸湿，如腹满、呕逆、泄泻、霍乱等证，只要起因是脾虚不运，水湿泛滥，一概可治。因此，五苓散虽可治吐泻一证，但不是治疗吐泻的专剂。

3.理中丸：本方与上两方差异较大，是一张温里祛寒方剂，方中用人参补虚为主，干姜温中阳为辅，白术、甘草为佐使，共奏温中祛寒、补气健脾功效。其主治的吐泻证，是由于脾胃虚寒，运化失职，升降无权，而致脾阳不升，胃浊

不降。所谓理中，实为调理中焦之阳气，使中阳振奋，运化恢复，而治愈吐泻。

以上三方，所以皆能施治于吐泻证的原因就在这里。如能辨证用方无误，临床收效就好，否则，南辕北辙就很难愈病。

八十七问 治疗湿热性黄疸，临床如何辨用茵陈蒿汤、茵陈五苓散、麻黄连翘赤小豆汤？

答：黄疸一证，分型较多，古有九疸三十六黄之说，但未免失于繁琐。朱丹溪认为：“不必细分，总以湿热概之。”这一识认是符合临床实际的。黄疸皆因外邪侵袭，湿热蕴结，郁于脾胃，熏蒸肝胆，胆汁外溢，渗入肌肤而成。黄疸整个病程有初期、盛期、恢复期。上面三方虽同治湿热黄疸，由于上述发病有初、盛、末的不同，运用时须根据病情有所区别，才能切合病情。其中茵陈蒿汤是一张常用于黄疸盛期的有效方剂。方中由茵陈、山栀、大黄三药组成，具有清热利湿功效，主治湿邪郁热，蕴结于里所致的阳黄之证。茵陈配山栀，使湿热从小便而出；配大黄使湿热从大便而泄。其作用较强，适用于黄疸证情正处于湿热较重的阶段，凡一身面目俱黄，色泽鲜明，小便不利，舌苔黄腻，脉象沉实等均为辨证用方要点。茵陈五苓散见于《金匱要略》，方中以茵陈为主药，配合五苓散（茯苓、猪苓、泽泻、白术、桂枝）。五苓散是祛湿剂，因而茵陈五苓散为利湿退黄方剂，主治黄疸湿郁为主，而蕴热较轻之证。此方多用于黄疸轻证，以身黄、小便不利为辨证要点。临床除用于湿重热轻之证外，常作为黄疸恢复期的持续治疗，通过利尿来退黄。方中桂枝一药，性味辛温，一般删除不用。麻黄连翘赤小豆

汤，也是《伤寒论》方，由麻黄、连翘、杏仁、赤小豆、大枣、梓白皮、生姜、炙甘草等八味药组成，功能解表发汗，清热利湿，主治湿热内郁，表证未解而发黄。当黄疸发病初起，往往可出现恶寒发热等一系列表证，方中麻黄、连翘、生姜等发表达邪，使黄疸从汗而外越，因势利导以祛邪。现今临床运用本方多选用大青叶取代麻黄来解表，是用辛凉，避去辛温，又梓白皮现已不用，炙甘草嫌其壅气，故多减量使用。综上所述，三方都治湿热黄疸，但黄疸各期施治重点不同，必须注意区分应用。

八十八问 鸡鸣散的特殊服用法意义何在？

答：鸡鸣散的服用法较为特独，据原方下记载：“右为粗末分作八服，隔宿用水三大碗，慢火煎留碗半，去滓留（再加）水二碗，煎滓取小碗，两次以煎汁相和，安顿床头，次日五更分二三服，只是冷服。冬月略温亦得，服了用饼饵压下，如服不尽，留次日渐渐吃亦可，服药至天明，大便当下一碗许黑粪水，既是元肾家感寒湿毒气下来也。至早饭前后，痛住肿消，但只是放迟迟吃物，候药力过。此药不是宣药，并无所忌。”

这段记述，讲了四个问题：方的煎煮法，服法，服方后的反应与疗效，及服药后的注意事项。今分别说明其意义如下：

1.煎煮法。讲清了方药的剂量，加水量，煮取量等问题。开首说明用全方总量的八分之一为一次服用量。头二煎共加水五碗，两次共得药液两碗半，混合后作二、三次分服。原药材加工为粗末煎煮，这是宋代以后常用的“煮散”剂型。这种剂型具有节省药材，节省煮药时间的优点。

2.服法：指明次日冷服，黎明以前鸡鸣时空腹服用，服

后即吃点干饼等食物填压一下。这是一般少见的服用方法。它的意义是：该方主治脚气冲心之证，所谓脚气是由于寒湿之邪壅注下焦经络，气血不得宣通，甚则可以毒邪上壅入腹，冲心而成危候。故本方的药物作用以下气降逆为法，降逆下行，达于下焦，直泻壅盛，必须空腹服用，才能力专下趋，直达病所。所谓鸡鸣时服，一取其时腹空无阻药力，二取其时正值阳盛，有助于药力于发挥作用。因一夜睡眠之后，胃肠正处于总蠕动时刻，故陈修园云：“其服于鸡鸣时奈何？一取其空腹，则药力专行，一取其阳盛，药得气也。”选择这个时刻是针对疾病的特点的。另取冷服，是一种从治服法。治疗寒湿之邪，使用冷服可防疾病对药物的格拒，避免致吐反应，并在服后加服一点干性食物填充胃内，以进一步减少药物的反应，所谓“湿为阴邪，冷汁亦为阴属，以阴从阴，混为一起，先诱之而后攻之。”古人这一解释，亦即服法上也有从治的意义。

3.服药后大便泻下黑色粪便，是一种获效反应。该方重用槟榔具有轻度致泻作用，配合木瓜、吴茱萸，祛湿逐冷，能治脚气冲心，使寒湿邪气从大便而出。寒湿既去，则两脚肿胀挛急、疼痛等证候可除。本方采用“着者行之”的治疗原则，药后消肿止痛，确具良效，历来医家有不少治验记载。如《证治准绳》云：“次日取下瘀血即愈。”

4.提出药后推迟进食，其目的是等待胃肠充分吸收药物。提出不必忌口，因它不是一种解表宣散方剂，所以五辛之物，不在禁例；也因病不在胃肠，而在经络的缘故。

八十九问 当归拈痛汤出自何处？

答：当归拈痛汤是由祛风胜湿和清热利湿两组药物为主

组合的方剂，具有清利湿热、祛风止痛的功效。李东垣应用此方治湿热下注所致的脚气肿痛，具有良效，凡湿热相搏所致的肢节烦痛，肩背沉重，以及遍身疼痛疗效均甚好。后世医家还引申用之治疗疮疡亦甚验。本方为临床常用，被收入多种方剂书中。清·汪昂撰《医方集解》认为该方出自李东垣，谓该方“湿热胜而为病，均可用此汤损益为治”。吴仪洛《成方切用》亦收录此方。谢观等编辑的《中国医学大辞典》均认为是李东垣之方。近年出版的中医研究院、广州中医学院主编的《简明中医辞典》谓此方出于《医学发明》。《中医大辞典》方剂分册（试用本）在当归拈痛汤下云：见《医学发明》卷八。古今许多方书都称此方出自李东垣。据《上海中医药杂志》1984年第二期，黑龙江中医学院医史教研室程宝书考证，认为此方是李东垣的老师张元素创立的。张元素是金代著名医家，为教其门人，乃著《医学启源》一书。书中例举两首方剂，示人以“比证立方之道”，其中一方便是当归拈痛汤。该方下云：“治湿热为病，肢节烦痛，肩背沉重，胸膈不利，遍身痛，下注于胫，肿痛不可忍……羌活半两，防风三钱，二味为君；升麻一钱，葛根二钱，白术一钱，苍术三钱，黄芩一钱炒，知母三钱酒洗，茵陈五钱酒炒，猪苓三钱，泽泻三钱。右锉如麻豆大，每服一两，水二盏半，先以水拌湿，候少时，煎至一盏，去渣温服，待少时，美饘压之。”从原书记载来看，张元素对该方的药物组成、主治症、用量、服法都作了详细的说明。后世引用者除在药物用量及煎服法上稍有出入外，其他均遵原意。《医学启源》兰泉老人张吉甫题序中有“真定李明之（东垣），门下高弟也，请余为序，故书之”。因此，当归拈痛汤出自何处的考证，程氏结论云：“当归拈痛汤应出自张元素的《医学

启源》，李东垣采用此方，只是师承，并非首创。”这一考证对当归拈痛汤的出处做的结论是可信的。

九十问 枳实消痞丸主何痞证？其消补兼施的着重点何在？从哪些方剂变化而来？

答：枳实消痞丸又名失笑丸，来源于李东垣的《兰室秘藏》。方名已指出主药是枳实，主治证是痞。何谓痞？吴崑解释云：“痞与否同，不通泰也，……脾气不运，升降不通而名为痞。”可见痞的病机是由脾胃虚弱，升降失司，寒热互结，气壅湿聚于心下（胃脘）而成。痞证的特点是满而不痛，属无形之邪，客于胸胃之间，与正气相搏为患，并伴有不思饮食或食少不化，体弱乏力等症状。方中枳实，厚朴消痞散满；黄连、半夏、干姜配伍，辛开苦降，使寒热之邪得以开泄；其余人参、白术、茯苓、甘草，麦芽是四君子汤加消导药，与前药相合，一消痞满，二健脾胃。所以说是一张消补兼施方剂，但主要功效是消痞满之证，配伍特点是寒热互用以除痞满之因，其中四君子汤是善脾胃之后。本方消补合用，但重在消，寒热互用，而黄连剂量独大，重在清。该方所治之痞，应是实多虚少，热重于寒的证型。综观本方的治痞之法，是李氏继承张仲景的配伍经验，从半夏泻心汤加味化裁而来。半夏泻心汤原治小柴胡汤证因误下而成心下痞满之证。痞的成因是表证，胃阳不足，误下伤胃，邪气内陷，结于心下。可是，见之临床，痞满一证，并非全属误下而成，枳实消痞丸证就是因脾胃虚弱。寒热错杂而致痞满的例证。半夏泻心汤用半夏，干姜、黄连、黄芩，辛开苦降，寒热互用，以泻痞满；人参、甘草，大枣补益脾胃。以上药物也是枳实消痞丸的基础方。所不同的是李东垣根据“中满

者，泻之于内”的消法，用了枳实，厚朴作为主药，在辅佐药中多了一味白术。这是继承了易水学派张洁古的枳术丸经验，使方中消补兼施治法更加增强。脾虚当补，气滞宜消，故以白术健脾燥湿，以助运化，枳实下气化滞，消除痞满，但洁古的枳术丸，白术用量重于枳实一倍，是一张补重于消，寓消于补之剂。而东垣却用其药而反其法，枳实用量大于白术一倍以上，变为消重于补，寓补于消之中。因此，可以认为，枳实消痞丸是从汉方张仲景的半夏泻心汤和易水张洁古的枳术丸两方演化而来的，并在继承中有所发展，增强了治痞证的疗效，确是一张治痞的有效之方。

九十一问 二陈汤怎样体现湿痰治法？该方在用法内加用乌梅酸收有何治疗价值？

答：二陈汤向被认为治湿痰的主方，该方概括了对湿痰的治疗大法。只要了解二陈汤的组方意义，就对湿痰的治疗方法了如指掌了。湿痰的特点是：量多，色白，稠粘，易咯。湿痰的成因是脾虚湿困，脾阳不运，水湿凝聚为痰。故湿痰病变在脾，表现在肺，病因为湿，病机为脾虚。二陈汤专治湿痰，是根据湿痰须燥之、温之、祛之的治疗原则来组方用药的。如上所述，湿痰由水湿凝聚而成，水湿由脾弱不能运化而产生，所以该方选用专入脾胃、辛温燥湿的半夏作为化痰的主药，体现温、燥、祛等治痰法则。脾湿生痰又与气机不顺有关，气郁气滞，不能布津行液，如是液聚成痰。痰成之后，又反作用于气机，气机更为不顺。故前人有“治痰先理气”之语。该方选用陈皮芳香理气，醒脾和胃作为辅助，使气行痰化，合乎这一治痰治则。痰既为湿化生，渗利祛湿，则湿无所留，痰生无源。该方选用茯苓甘淡入脾渗湿，

为求本之治，以为佐；脾弱须补，脾旺足可制湿，该方用甘草，不独调和诸药，更为助苓健脾和中，达到“益脾以治其本”。用生姜既能制半夏之毒，又能助夏、陈降逆止呕、行气消痰，是温祛之法。综观全方，具备了治痰必需燥湿、顺气、渗利、温行、甘和等五法；使湿化、液行，气顺，脾和而痰自愈。由于二陈汤的组方，针对痰的产生及形成机理而设，所以被称为治湿痰的主方。由于组方合理地体现了治痰的主要法则，因此，二陈汤不但为治湿痰的常用方，也可作为治一切痰的基础方。不论热痰、寒痰、风痰等都可在二陈汤的基础上，加味或减味治疗。就是燥痰，治虽宜润不宜燥，但渗利、顺气、和中仍为不可少的治法环节，可用本方去半夏，据证加味使用。

二陈汤在《太平惠民和剂局方》的方后用法下，使用乌梅一药；该药现多为临床医家忽视，其实亦具有深意。因用少量乌梅，性味酸平，具有敛肺生津止咳之效，与主药半夏配伍，在辛散之中能收敛肺气，散中有收，不致肺气因辛散而受耗伤；与使药甘草配伍，酸甘化阴，使阴津得护，不致因温燥而致津耗，以监制半夏、陈皮燥散之弊，具有反佐性质。从这一角度理解，乌梅是具有一定的治疗价值的，唯只宜于湿痰，且为夏陈二药之佐，其他燥痰、热痰、痰火等方，虽有二陈汤中某些主药成分，由于该药酸收敛聚，就不甚合宜了。

九十二问 镇肝熄风汤为何重用牛膝之降，又用茵陈之升？

答：镇肝熄风汤出于张锡纯《医学衷中参西录》，具有潜镇肝阳上亢，平熄内风的作用。张氏在该方主治项指出：

“治内中风证，其脉弦长有力。”现今临床多用于肝阳上亢，肝风内动所致的头目眩晕、目胀耳鸣，或脑中热痛、心中烦热、面热如醉，或肢体不利、口眼歪斜，甚或眩晕颠仆、昏不知人，移时始醒，或醒后不能复原，脉弦长有力者。其证型与现代医学高血压病及脑血管意外属同一范畴。肝阳上亢使气血并走于上，清窍之血，升腾太过，不能下输。《内经》所谓“血之与气，并走于上，则为大厥”，可发生眩晕跌仆、昏迷不醒的大厥之证。该方是针对此证而制订，其主要功效是镇肝熄风。方中重用牛膝用意在借重牛膝引血下行，折其亢阳使气血不致上冲头脑；同时，牛膝还具有一定的滋养肝肾作用。《本草经疏》言其“走而能补，性善下行。”用它一方面配合平肝潜阳药代赭石、龙骨、牡蛎等，加强镇逆降冲作用；另一方面配合滋阴养液药龟版、玄参、天冬，白芍等，加强滋养肝肾之阴，制止阳亢；达到阴平阳秘，缓解证情。肝阳过亢，病损在肝。肝性喜条达，主升发，既不可太亢，也不能过抑。镇肝降逆是制其病理失调，但单纯镇肝，毕竟是逆其生理功能的，过度则必然有损肝的生理性能，影响其条达之性，反不利于病理的调整。因此，该方在大剂量镇肝、降逆、下行的药物中，辅佐茵陈一药，以助肝气正常的生理升发，是很有意义的。张锡纯氏在“茵陈解”中分析茵陈作用时说：“其气微香，其味微苦微辛，秉少阳最初之气，是以凉而能散……其性颇近柴胡，实较柴胡之力柔和，凡欲提出少阳之邪，而其人身弱，阴虚不任柴胡之升散者，皆可以茵陈代之。”可见茵陈在该方中，实有泻肝热、舒肝郁的作用，能顺肝木之性，不使降镇之药有损肝的正常生理。这种配伍方法，体现了降升兼顾，以降为主，降中佐升的辩证观，是调节内脏机能的一种合理的

“纠偏”。“防偏”治疗方法，看是相反，实则相成。

九十三问 羚羊钩藤汤与大定风珠均治内风痉厥，如何鉴别应用？

答：羚羊钩藤汤与大定风珠同属平熄内风的两张方剂。内风主要指肝风，其发病机理，虽各不相同，但总的病机不外阳盛与阴虚。其临床症状较多，但证情危重阶段，都会出现痉厥。这是内风证的共性。痉厥大致上有邪盛与正虚之别。所以，两方虽均可施治于内风痉厥之证，但两方的功效及临床应用指征却绝不相同。

1. 羚羊钩藤汤为热盛动风而制，主治邪热传入肝经，热极动风而致高热、烦扰、手足抽搐，甚至昏迷。这是在热病过程中出现痉厥时应用的方剂。“痉”是指角弓反张，四肢抽搐，口噤不开等症状；“厥”指四肢逆冷，或同时并见昏晕不省人事的症状。羚羊钩藤汤所治的“痉”，是热甚伤耗血，血不荣筋而致，其特点是四肢强直或抽搐呈急速、频繁、有力的发作；所治的“厥”是热扰心神、痰热阻窍而致，昏迷时并见烦扰、躁动、高热，且伴有舌质绛干，脉象弦数等邪热极盛之象。本方以羚羊角、钩藤为主药，凉肝熄风，辅以桑叶、菊花，佐以生地、白芍、甘草滋阴缓急，川贝、竹茹、茯神清心安神、化痰通络，使肝热得清，心神得宁，筋脉得养，缓其急而除痉厥。其证以热盛为主，多属于急性期，病势较为急剧，其方以清热凉血为主。

2. 大定风珠为温病后期，久热伤阴，虚风内动的主治方。内风发生机理，是因邪热稽留日久，热灼真阴，阴精衰耗，水不涵木，肝阳偏亢所致。内风炽盛，出现真阴大亏之证。其痉，缓而无力；其厥，时时欲脱；并伴见精神疲倦、脉

气虚弱、舌绛少苔等虚脱之象。其证以阴虚为主，多见于温病末期，病势较缓。其方以滋阴熄风为主。故方用鸡子黄、阿胶为主药，以血肉有情之品补血滋阴，辅用芍药之酸寒，甘草之甘平，五味子之酸收，及地黄、麦冬、麻仁，加强滋阴养液效能；佐以龟版，鳖甲、牡蛎育阴潜阳。全方补阴镇静，使阴液得充，浮阳得潜，虚风得熄。

综上所述，两方所治有一实一虚之别，功效有一清一补之分；一为直接平熄肝风，一为治本着手，救阴以熄风。临床运用，应有鉴别。

九十四问 主治肺阴虚的琼玉膏，为什么配伍补肾药和健脾药为主？

答：琼玉膏具有甘寒滋润、养阴润肺功效，用于肺病虚劳，出现干咳、咽燥、咯血等证。本方的组成药物不多，总共只有人参、生地黄、茯苓、白蜜等四味。炮制方法，是将人参、茯苓剉研为细末，白蜜过滤，地黄取自然汁，同药末拌和，然后闭封，隔汤煎煮，浓缩成膏，备服。琼玉膏既为治肺主方，但主药为何选用侧重滋肾的生地和健脾的人参？该方这些配伍特点，还须从主治证的病机来分析理解。因为虚劳干咳，咽燥咯血的发生，本质是肺阴虚，并由此而导致阴虚火旺，渐次形成慢性消耗性疾病。肺属金，肺阴亏耗，不能下荫于肾，肾水亦亏，金水不能相生，则肾水的上源断绝。肾水又为五脏阴分之源，肾阴虚则肺阴更弱，所谓“子夺母气”；若肾水充足，肺阴即得滋润补充，故补肾阴是滋肺阴的根本措施，这是方中选用生地滋阴凉血为主药的缘故。肺的生理功能主气，主肃降，肺虚久病干咳，咳久肺气受损上逆，则不但肺阴虚，也出现肺气虚耗的现象。如予以调治，

必须大补中气，中气是脾胃中焦所生发，补脾即补中气。脾气旺，精微得以运化，肺阴自然得补。从五行角度来理解，肺属金，脾属土，土为金母，脾肺关系乃母子关系，治法上有“虚则补其母”的原则，故方中用人参为辅药大补肺脾之气，茯苓为佐助药，益气健脾，布津降逆。这样一张治肺的方剂，它的药物组合特点可以看出是根据五行学说作指导，来体现它的治疗作用的。本方中作用于肺的药物白蜜，在整个方剂中地位并不甚重要，这更说明补肺的重点，不在肺的本脏，而是通过滋肾水与益脾气而使肺虚得补的。中医对人体的整体性认识表现在治法与组方上，本方就是一张较为典型的方例。从这里也可以证明，五行理论在临床上的重要指导作用。

九十五问 养阴清肺汤中用薄荷有何特殊意义？

答：养阴清肺汤防治烈性传染病——白喉，卓有疗效。为清代新安喉科医家郑梅涧创制，载于《重楼玉钥》。该书认为白喉，“此证发于肺肾”，其症状特点为“喉间起白如腐，其害甚速，……惟小儿尤甚，且多传染，一经误治，遂至不救，属疫气为患。”可知白喉病机多由肺肾阴虚蕴热，复感疫毒，伤阴灼液，热毒熏蒸于上而致。咽喉是肾脉挟循之地，又为肺之呼吸通道，热毒熏结于此，必内涉肺肾，故施治原则须养阴清肺解毒。方中生地、玄参益肾滋阴，壮水制火为主药；辅用麦冬，白芍清肺润燥，丹皮凉血解毒消肿；佐以贝母润肺止咳，清化痰热；使用生甘草泻火解毒，调和诸药。上述药物是按照下滋肾水，上清肺金，养阴解毒的治法要求来组合的。但方中另备薄荷一药，用量偏小，其目的何在？按薄荷性味辛凉，发汗解表，功效独特，与全方

药物不相一致，乍看起来，方药似不协调。一般原则，凡阴虚津少，是忌汗发表的，这里采用薄荷配伍，有着较深用意。据《药品化义》论述：“薄荷，味辛能散，性凉而清，通利六阳（经脉）之会首，祛除诸热风邪，取其性锐而轻清，善行头面，用治失音，疗口齿，清咽喉。”由此可知，白喉发病在咽喉，薄荷善行头面，治失音，清咽喉，有引诸药上达病所的意义。白喉主因是疫毒蕴结，薄荷味辛能散，性锐而轻清，宣肺利咽，有开发通利、消散疫毒蕴结之功，在本方中具有佐药意义，全方主治药物，皆甘寒滋润，寒药不免阴凝，阴凝不免有遏闭疫毒的不利因素，又咽喉病位较高，唯风药能到，这是配伍薄荷的原因之一。喉为肺系，为呼吸气出入之所，肺气宜宣，薄荷宣散，使气道通畅，可以防治呼吸障碍，这是配伍薄荷的原因之二。白喉初起，疫毒外侵，每多兼有发热表证，薄荷解表退热，这是配伍薄荷的原因之三。本方使用薄荷，剂量较小，更具深意；因为剂量过大，则喧宾夺主，阴虚火炎疫毒之证，是大忌发汗的，只有小剂量，才疏而不散，恰到好处。上述这些都是养阴清肺汤用薄荷的特殊意义。这一配伍特点及使用薄荷的经验，还给医家治疗上部热证以启发。凡咽喉、口齿，耳目，头面诸证，如适当仿用这一配伍法则，则清中有疏，就比单纯使用清热寒凉法的疗效好得多。

九十六问 麦门冬汤用麦冬和半夏配伍的特殊意义何在？

答：麦门冬汤是历代主治肺痿的经方。肺痿的总病机属虚，系胃阴不足，虚火上炎，气火上逆，母病及子，灼伤肺阴所致。肺为娇脏，须接受脾胃津液的上奉濡养，才能润降正

常，所谓土能生金。肺胃既为母子之脏，生理上相依赖，病理上亦必互为影响。今肺失胃津的濡养，又受胃经虚火上灼，如是日渐枯萎，成为肺痿；可见咳喘、气短、咽干、口燥等证。麦门冬汤甘寒滋润，益胃生津，从治胃着手，是采取虚则补其母的治疗原则。全方功效主要可归结两个方面，即补与降。补以麦门冬为主药，滋润气津，用量特大，冠于全方。《药品化义》云：“麦冬润肺清肺，盖肺苦气上逆，润之清之，肺气得保。”辅以人参、甘草、大枣补气生津，使胃之气阴充足，津液自能上输至肺，肺得津液濡养，则气火自降，枯萎得复，咳唾涎沫诸证亦可随之减轻。这是本方的主体成分。方中配伍半夏一药，具有开通胃气，下气降逆，温化痰涎的作用，协助麦冬，有降逆化痰之效。半夏性质温燥，对津少气虚火逆本不适宜，但因该药用量较轻，又在大量润燥生津的麦冬及多味益气甘润药的协调下，半夏的燥性就受到制约，因此不特不嫌其燥，且能起相反相成的效果，这种润燥并用而以润为主的配伍方法，是方剂比单味药优越的例证。故汪昂赞赏本方配伍之妙云：“此非半夏之功，实善用半夏之功，擅古今有之奇矣。”费伯雄亦说：“半夏之性，用于温燥药中则燥，用于清润药中则下气而化痰，胃气开通，逆火自降，与徒用清寒者真有霄壤之别。”这对于我们配方用药有一定的启发。但应注意麦冬的药量一般应大于半夏的6~7倍。本方虽治肺痿由于清养胃阴对阴虚型胃病(如慢性胃炎、胃溃疡等)亦有良好的治疗作用。对妇女因血枯闭经，血热倒经，用本方加活血药均有调治作用。

九十七问 乌梅丸治疗胆道蛔虫症的药效如何认识？

答：乌梅丸是以乌梅为主药，配合细辛、干姜、当归、

熟附子、蜀椒、桂枝、黄柏、黄连及人参等药组成，在《伤寒论》中作为治疗蛔厥之方。蛔厥的证候特点是：手足厥冷，腹疼时作，烦闷呕吐，时发时止，得食即吐，常吐蛔虫。从《伤寒论》中“今病者静，而复时烦”、“得食而呕”“其人当吐蛔”等症状记载来看，该方是针对蛔虫，腹痛及蛔上入膈而设。故现今临床多用于蛔虫症与胆道蛔虫症，大多获得良好效果。清·柯琴指出乌梅丸治疗胆道蛔虫症是因为“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下”的缘故。分析该方，正是以上述三组性味药物组成。其中以乌梅为主药，取其味酸安蛔止痛，配合蜀椒、细辛性温，驱蛔温脏，黄连、黄柏味苦性寒，苦能下蛔。以上具备驱虫止痛三法。致于方中干姜、桂枝、熟附子温脏祛寒，人参、当归补气养血，是针对虚寒而设。该方用于胆蛔症的临床报道很多。如湖南某资料报道治疗胆蛔症225例，治愈率为97.6%，有效率为100%。乌梅丸治疗胆蛔症疗效已为医界所公认。对本方的药效机理，某单位曾进行实验研究，将未用过驱虫药物，用手术直接取出的活跃蛔虫二十条，分别放置于37℃生理盐水中，和浓度分别为30%与5%的乌梅丸溶液中；两分钟后发现，生理盐水中蛔虫仍十分活跃，而30%乌梅丸溶液中蛔虫则呈现静止状态，5%溶液中之蛔虫活跃性也明显降低，复将30%乌梅丸溶液中之蛔虫放入生理盐水溶液中，2~3分钟后，活动恢复，放入10%葡萄糖溶液中则更活跃。实验证明，乌梅丸对蛔虫有明显抑制作用，可能属于麻醉性质。又，服乌梅丸对胆汁排泄量关系及胆汁性质影响的观察，发现服药后胆汁有增加趋向，胆汁的pH值则有降低趋向。同时服药后通过胆道造影还观察到，服药后奥狄氏括约肌有明显的弛缓扩张现象。上述实验证明两点：1.乌梅丸使蛔体麻

醉，失却蛔虫固有的附着肠壁能力。由于胆汁分泌量增多，冲击这些没有活动性的蛔虫退回十二指肠。2. 由于乌梅丸改变了胆汁的 pH 度，胆汁趋于酸性，使本来有恶酸嗜硷特性之蛔虫，在胆道中不利于生存，即通过弛缓扩大的奥狄氏括约肌退回十二指肠，而使胆道蛔虫症缓解。

九十八问 吐法的含义与机理及其药物的运用如何？

答：吐法是指运用药物或借助其他机械作用，引导病邪或有害物质从口排出的一种治法，吐法的含义甚广，它包括升、举、提的意思；如引涎，嚏气，追泪，凡上行者皆可视作吐法。并且，吐法还有兼代他法的作用，吐可以发汗，可以排痰，可以去毒等等。

吐法源于《内经》，“其高者，因而越之”。次见于《伤寒论》，“……病在胸中，当须吐之，宜瓜蒂散”。以下《千金方》、《本事方》、《万全方》、《普济方》均有记述，惜很简略。至金代张子和，于吐法创见很多，治验丰富。明、清，仅见孙志宏、翟良、何西池等人推崇之。后世医家对吐法运用渐至不屑。现今除用于误食毒物救急外，濒临废弃。张子和对吐法的理论有精湛的见解，对吐法的运用有丰富的经验。他在《儒门事亲》中载案139个，吐法占30%，吐下兼用占40%，吐汗下三法并进的占5%。吐法治疗急病、重病，疑难病，往往收到意想不到的效果。

吐法的机理，一是宣通气机，顾护正气。张子和说：“岂知上涌之法，名曰撩法。”并解释说，“撩之一字，自有擒纵卷舒之意”。即一吐之后，犹如扣拨灵机，斡旋生气，左右出入，上下升降，得到协调；气机顿开，闭塞可通，而使蟠踞沉潜僻隅之顽邪随之消散。邪去不干犯中下二焦，则气机宣通、正气顾护。二是解郁除痰，排除病邪，不论风痰、

宿食，或水饮停聚，或血积瘀滞，或误食异物、毒物，病变在于胸脘以上，必须迅速排除，以免转侧，造成严重后果。因胸为阳位，犹如天空；风痰宿食，水饮，瘀滞，邪浊蒙蔽胸中，犹如云雾笼罩晴空，引吐便如驱除云雾而见丽日当空；浅则异物毒质或食积停水，一涌而尽，病邪可除；深则病邪根固，证情危重，神志昏迷，亦可迅速开结除闭，促意识清醒。

涌吐药物，必以酸苦之味为主，《内经》有“酸苦涌泄为阴”之提示。张子和曾点出以酸苦为主的三十六味涌吐药，其中：藜芦、芫花、轻粉、乌头、附子五药有大毒，常山、胆矾、瓜蒂、铜绿、全虫五药有小毒，其余诸药如豆豉、葱须、茶末、梔子、黄连、苦参、大黄、黄芩、参芦头，韭叶、皂角、绿矾、泡盐等皆为无毒之品。临证时，可按病情轻重深浅，寒热虚实不同，对症选择应用，不必拘泥。在张氏所列三十六味药物来看，只有瓜蒂、胆矾、藜芦、铜绿等五药具有明显催吐作用，其余诸药皆非直接催吐药，于和皆列在吐药之内，是在用这些药物时，借助其他机械探引方法，导邪致吐。凡催吐方药服后，必须辅助探喉，使之涌吐为快，吐后还须提防生变，并要注意药力之强弱，毒性之大小，剂量之多寡。一般用法宜先小量，未效渐加，并加探引，不吐再服，中病即止。

九十九问 瓜蒂散中赤小豆，指哪一种药物？瓜蒂除涌吐外还用于何疾患？

答：瓜蒂散是涌吐法中的首要方剂，见于《伤寒论》太阳病篇和厥阴病篇。《金匱要略》中也有该方记载。方中主药瓜蒂，性寒，味极苦，善能引吐，为涌吐之专药。它是葫

葫芦科植物甜瓜的果柄，夏季摘取青绿色未成熟的瓜蒂阴干待用，入药以新而苦者为佳，陈久者质劣。本品生药研末内服，刺激胃感觉神经而引起呕吐，有小毒，用量一次不可过大，一般0.6~1.5克即可。方中另一辅药是赤小豆。根据《伤寒论》及《金匱要略》注释医家有两种意见。一说认为：方中赤小豆应属一年生半攀援草本植物赤小豆或一年生直立草本植物赤豆的成熟种子。另一说则认为赤小豆应是木本植物相思子，俗称“蟹眼豆”。前者种脐为白色，状呈窄长线形，具有利水除湿，和血消肿作用；后者种脐及附近呈黑色，上部为朱红或赤褐色，呈卵圆状，酸温有毒。《金匱要略语释》（北京中医研究院编）云：“赤小豆有二种，瓜蒂散所用，俗称‘蟹眼豆’，性酸温，有涌吐作用。”《中国药学大词典》亦载：“近人邓可则认为瓜蒂散中赤小豆当是蟹眼豆。”就上述两种同名异物的赤小豆作了较详细的考证鉴别后，可认为相思子（蟹眼豆）为本方配伍药。但赤小豆甘酸无毒，临床医家习惯乐用，而相思子毒性较大，尚待临床进一步证实其疗效。前人在吐法中摸索出一条经验，即是酸苦配伍能涌泄上越。方中瓜蒂极苦，赤小豆酸温，两药相合，能疏胸中实邪。柯琴誉之为吐剂中第一品。本方在制剂用法上也很妥贴合理，将二药等分，研细末和匀，以香豉9克，煎作稀糜，去滓取汁和散，温顿服。如不吐时可少少加量，得快吐乃止。香豉是黑大豆与解表药物同制，发酵而成，具有疏散宣泄之性。柯琴说：“佐香豉汁合服者，借谷气以保胃气也。”香豉作为缓冲药，使药末能较均匀敷布于胃，并缓其刺激，令致吐作用迅速而安全。

《儒门事亲》认为：“引涎、漉涎、嚏气、追泪，凡上行者，皆吐法也。”《外台秘要》引“延年秘录豉蒂散”，即

用本方除去豆豉，治疗急黄，心下坚硬，渴烦欲饮，气粗喘满，眼黄等证，扩展了瓜蒂散的临床运用范围。现用瓜蒂一药研末吹鼻引涕，治湿热黄疸，对急性传染性黄疸型肝炎，作为排黄的治疗措施之一，有一定的临床效果。

一百问 阳和汤主治外科阴疽为何又可治内科哮喘？

答：中医外科选方用药亦不外辨证立法施治原则，故外科方剂亦每每可移用于内科诸病证，关键在于理、法、方、药是否符合。阳和汤即为临证用方实例。阳和汤首见于《外科全生集》，本是专治外科阴证的著名方剂，能主治一切阴疽，如贴骨疽、流注、鹤膝风等属于阴寒之证。阴疽病因多为寒邪入侵，或他邪侵犯机体，寒化而致，病机与患者营血亏虚有关，病位则多发生于肌肉、筋骨、血脉等处；概而言之，是本虚而标寒。阳和汤温补、散寒、通滞，能化阴凝而布阳和，所以方名称为阳和汤。阴寒入侵人体之后，在阳虚血虚的机能状态下，由于发病条件不同，除阴疽外，还可能发生一些其他病证；其中包括内科方面疾病的，如哮喘、风寒湿痹等。因此，阳和汤就能移用于治疗这些内科疾病，但运用时必须注意异病同因，方证符合，方能奏效。例如哮喘一证，有冷哮、热哮之分，除痰气相搏面外，还有肺虚、肾虚的病理差别，不可一概论治。阳和汤只适用于素体虚弱、营血不足、寒凝痰聚之证，具有虚、寒、痰闭之因机，证见畏寒怕冷、小便清利、脉细、苔白质淡等。外科阴疽与内科哮喘，两者证情虽异，但均为寒痰凝聚，阳虚血弱，病理基础相同，只是病位有经络、肌肉与肺络的区分而已。肺主皮毛，脾主肌肉，脾肺为母子之脏，从整体来看，还是相通的。本方有温散宣通功效，方中麻黄、白芥子、肉

桂、干姜宣肺平喘，温脾化痰，通阳开闭，对寒痰喘闭固有良效，因脾肺从属，对皮肉经络寒凝痰聚之阴疽，亦必奏效。这是该方祛邪治标、通散寒痰的原因之一。此外，方用熟地温补营血，鹿角胶养血助阳，二药相辅协同，于补阴血中包含着“阴中求阳”的意义。精充血旺，则阳气生发，着意于扶本。阴疽与哮喘，均属于病程较长的慢性疾病。阴寒凝滞，易伤阳气，没有不累及阳气与阴血之理，故其病本，亦相接近。所以一方兼治两病。不但哮喘如此，其他疾病，凡出现上述相似的病因病机，治法与药效相一致时，阳和汤可以不分科别，异病同治。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 方剂学问难

作者 = 巴坤杰

页数 = 1 6 5

S S 号 = 1 0 6 9 0 1 0 8

出版日期 = 1 9 8 6 年 0 1 月 第 1 版