



中医不传之秘在于量

寻找中药重剂取效的秘诀

陈云志 刘俊 主编

中医自古有一「中医不传之秘在于量」之言，临床常用的中药饮片一般不会超过两三百味，而所治疗的范围却几乎囊括内、外、妇、儿科等各科疾病。有限的药物之所以可以发挥无限的作用，除了组方配伍的变化外，最根本的秘密就在于剂量。一位中医名家甚至这样形容剂量与疗效之间的关系：「药量者，犹良将持胜敌之器，关羽之偃月刀，孙行者之千斤棒也。」中医自古有一「中医不传之秘在于量」之言，临床常用的中药饮片



人民军医

中医不传之秘在于量

ZHONGYI BUCHUANZHIMI ZAIYU LIANG

——寻找中药重剂取效的秘诀

主 编 陈云志 刘 俊

副主编 郑 超 邓叔华 黎伟成

编 委 (以姓氏笔画为序)

邓叔华 刘 俊 杜中华 陈云志

侯公瑾 曹丕钢 温 维 黎伟成



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

中医不传之秘在于量:寻找中药重剂取效的秘诀/陈云志,刘俊主编. —北京:人民军医出版社,2014.3

ISBN 978-7-5091-7177-6

I. ①中… II. ①陈…②刘… III. ①中药学—临床药学—经验 IV. ①R285.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 271426 号

策划编辑:王显刚 文字编辑:荣 莹 李 昆 责任审读:陈晓平

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8707

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂

开本:710mm×1010mm 1/32

印张:11 字数:188千字

版、印次:2014年3月第1版第2次印刷

印数:4001—7000

定价:25.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换



前 言

中医自古有“中医不传之秘在于量”之言，临床常用的中药饮片一般不会超过两三百味，而所治疗的范围却几乎囊括内、外、妇、儿科等各科疾病。有限的药物之所以可以发挥无限的作用，除了组方配伍的变化外，最根本的秘密就在于剂量。一位中医名家甚至这样形容剂量与疗效之间的关系：“药量者，犹良将持胜敌之器，关羽之偃月刀，孙行者之千斤棒也。”

我有幸在湖南省中医药年会上聆听北京名中医仝小林教授的讲座。仝小林指出，医生们超常规剂量应用中药饮片的根本原因在于对疗效的追求，即重剂可起沉疴。例如，他在临床中发现，在治疗糖尿病时，黄连每日 10g 的常规剂量根本是“泥牛入海”。他创新性地加大黄连的用量，有的甚至加大到每日 45g、90g、120g，可迅速降低血糖，改善症状。“火神派”医生以擅用大剂量附子而闻名，对于这味常规剂量为 3~15g 的中药，吴佩衡、范中林、唐步祺、卢崇汉、李可等中医名家一般出手最少 30g 或 60g，急危重症则用至 100g、200g，甚至 500g，这些名家的宝贵经验值得我们探讨和学习。

中医四大经典之一的《伤寒论》，被视为中医治疗急危重症和疑难病的典范。书中所载的 113 首方剂，被后世尊为“经方”。有些专家指出，正是由于经方剂量传承的扑朔迷离，在一定程度上导致了当今中药临床剂量多端的乱象。1981 年，东汉大司农铜权被考古发现，东汉的 1 两应该是约 15.6g。如果按照这一折算方法，《伤寒论》中炙甘草汤的生地黄用量 1 斤，约折合为现在的 250g，大大超过了常规用量。

戴复庵在《证治要诀》中提到：“药病须要适当，假使病大而汤小，则邪气少屈，而药力已乏，欲不复治，其可得乎？犹以一杯水救一车薪，竟不得灭，是谓不及。”《简明医彙》说：“凡治法用药有奇险骇俗者，只要见得病真，便可施用，不必顾忌。”当然，我们在临床上并不是一味追求大剂量用药，但是很多名老中医在自己长期的临床实践中，在中医药理论的指导下，有意或者无意中总结出了一

些大剂量用药取得良好疗效的经验，这些经验值得我们去学习和借鉴，以便提高自己的临床水平。

《此事难知》指出：“初治之道，法当峻猛；中治之道，宽猛相济；末治之道，法当宽缓。”轻剂宽缓，霸药峻猛，轻霸结合，宽猛相济。明·张景岳曾说：“治病用药，本贵精专，尤宜勇敢……但用一味为君，二三味为佐使，大剂进之，多多益善。夫用多之道何在？在乎必赖其力，而料无患者，即放胆用之。”这些经验是可以作为我们临床参考的，也是提高中医临床疗效的一条重要途径。

本书遴选了近现代中医临床家运用大剂量中药治病的诸多经验，这些经验乃是建立在该老中医几十年使用心得的基础上，对其适应证、有效及中毒剂量、药后反应等有着成熟的经验，更可能有因地、因时、因人而异的因素在内，非有真知卓识者不能臻此，所以请读者切勿盲目模仿，无实际经验者宜慎用。对此经验，应师其法而不用其量，用量多少应视病症具体而定，不能丢掉中医辨证论治的精髓，切勿偏执某人之经验而死守其用量。尤其是患者或家属更要在有经验的专业医师指导下使用，绝对禁止盲目抄用。

在此，也谨对文献资料的原著作者和中医临床家致以衷心的感谢！正是由于他们对学术经验的整理、总结，才使后学者得以继承、学习，使中医得以发展、进步。

编者

2013年6月22日



目 录

第一章 解表药	1
重用麻黄经验.....	1
重用防风经验.....	4
重用细辛经验.....	5
重用牛蒡子经验.....	9
重用蝉蜕经验.....	10
重用柴胡经验.....	11
重用葛根经验.....	12
重用升麻经验.....	13
第二章 清热药	15
重用石膏经验.....	15
重用天花粉经验.....	26
重用栀子经验.....	26
重用黄连经验.....	27
重用苦参经验.....	28
重用连翘经验.....	29
重用蒲公英经验.....	30
重用败酱草经验.....	33
重用土茯苓经验.....	34



重用白花蛇舌草经验·····	39
重用马齿苋经验·····	41
重用鸦胆子经验·····	41
重用生地黄经验·····	43
重用玄参经验·····	44
重用牡丹皮经验·····	45
重用水牛角经验·····	46
重用青蒿经验·····	48
重用地骨皮经验·····	48
重用白薇经验·····	50
第三章 祛风湿、泻下药·····	51
重用川乌经验·····	51
重用防己经验·····	53
重用豨莶草经验·····	54
重用鹿衔草经验·····	55
重用大黄经验·····	56
重用牵牛子经验·····	63
重用甘遂经验·····	64
第四章 化湿利湿药·····	66
重用苍术经验·····	66
重用厚朴经验·····	69
重用薏苡仁经验·····	70
重用泽泻经验·····	71
重用滑石经验·····	73
重用石韦经验·····	74
重用茵陈经验·····	75



重用金钱草经验.....	76
第五章 温里行气、消食驱虫药.....	78
重用附子经验.....	78
重用陈皮经验.....	81
重用川楝子经验.....	82
重用枳壳经验.....	83
重用山楂经验.....	84
重用麦芽经验.....	85
重用莱菔子经验.....	87
重用南瓜子经验.....	89
第六章 止血、活血化瘀药.....	91
重用槐花经验.....	91
重用白茅根经验.....	92
重用茜草经验.....	93
重用蒲黄经验.....	94
重用仙鹤草经验.....	97
重用川芎经验.....	100
重用郁金经验.....	102
重用益母草经验.....	103
重用鸡血藤经验.....	105
重用莪术经验.....	108
重用水蛭经验.....	110
第七章 化痰止咳平喘药.....	112
重用半夏经验.....	112
重用天南星经验.....	116
重用竹沥经验.....	118



重用皂角刺经验·····	119
重用葶苈子经验·····	120
第八章 安神平肝潜阳、息风止痉开窍药·····	123
重用酸枣仁经验·····	123
重用夜交藤经验·····	124
重用龙骨经验·····	126
重用赭石经验·····	128
重用蜈蚣经验·····	130
重用全蝎经验·····	134
重用蟾蜍经验·····	135
第九章 补虚、收涩、攻毒杀虫止痒药·····	136
重用黄芪经验·····	136
重用白术经验·····	140
重用甘草经验·····	145
重用熟地黄经验·····	146
重用白芍经验·····	149
重用乌梅经验·····	154
重用桑螵蛸经验·····	155
重用金樱子经验·····	156
重用海螵蛸经验·····	156
重用硫黄经验·····	157
重用狼毒经验·····	159
参考文献·····	161

第一章 解表药

重用麻黄经验

麻黄最早载于《神农本草经》，其性温，味辛、苦；归肺、膀胱经；其基本功效有发汗解表、止咳平喘、利尿退肿。多用于风寒感冒，咳嗽气喘，风水水肿。临床常用量为2~9g。

孟德玉重用麻黄治喘

襄阳名医孟德玉对于喘证有独到治疗经验。孟氏谓喘证属临床常见疾患，分为虚、实两证。仲景治喘之方多为实证而设，宣肺平喘乃为常法，临床以其方加减用之，并非均有奇效。考其个中究竟，酌其用量，屡试于临床，悟方中麻黄用量不足乃是疗效之关键。以下就实喘须重用麻黄述及理由如下。

1. 喘为急证，药必重投 实喘发病多急，必投重剂方可遏止病情。麻黄为治喘要药，仲景治喘方中均以麻黄为君药，理当重用。

2. 麻黄辛散，其性轻扬 麻黄乃为嫩枝，非根果之属，只可轻煎，但味辛性温，煎煮时必先升散，此其一损；既是轻煎，则煎煮时间较短，出汁必少，此其二损。因此入方量虽大，但入口并不多。并非追求超大剂量，只求效应。

3. 仲景之法，求证于实 仲景治喘用麻黄之量多2~4两，约合当今30g以上，选此量绝非偶然，定是长期实践的结果。小青龙汤中麻黄为3两，麻杏甘石汤中麻黄为4两，均比目前用量为大，仲景以为常法。寒饮犯肺或热邪闭肺，均致肺气壅塞，气逆而喘。喘之发，则如沸腾之水，又如疾风劲雨，须猛力扼止，急折其势，方能使病情逆转。麻黄辛苦温，入肺经，为肺系专药，力专而迅猛，推为君药最是恰当，并能引诸药上行于肺。麻黄轻举辛散，符合《内经》“其在上者，轻而扬之”之理论，使肺内之邪气从上而宣散，则肺气得以平降，喘息得止。

4. 药性猛烈，及其所长 麻黄之性猛烈，正是药用所在，对于正常人即使少



量的麻黄也不适用，而对于病人则以其偏治其偏，药性过于温和反不能救人于急。中药毒性数砒霜为最猛，但对证仍有用之。西医目前用于解痉平喘的氨茶碱等药均是烈性药，且治疗量与中毒量非常接近，即使小剂量也不能保证不会发生毒副作用，但为了取得疗效，尽快缓解临床症状，仍归入常用药，用之恰当则喘息立平，如不对症则毒性立现。中药麻黄虽猛，但尚不如此，因麻黄不等于麻黄碱，不属高纯度提炼药，用药之准还须依中医辨证，终不失为临床治喘之要药。

孟氏认为实喘重在宣肺，而宣肺还须重用麻黄。临证时，若治喘疗效不佳，或可推敲麻黄是否足量。既然是治急症之药，理应中病即止，不可因其有效而大量久服。

沈年洪重用麻黄治慢性咳嗽

慢性咳嗽有很多种类，沈氏所讲慢性咳嗽仅指以咳嗽为主要症状，X线胸部检查无明显病变或仅有支气管炎病变，而把肺部肿瘤、肺结核和其他系统的疾病排除在外的慢性咳嗽。沈氏在工作中诊治的一些慢性咳嗽患者先期在其他医院西医内科诊治过，都用过了几种抗生素治疗，且用量较大。沈氏遇到此种情况很少再用抗生素，而是注重应用中医药治疗。在十几年的探索、借鉴、积累中，逐渐形成了在重用麻黄的基础上结合辨证论治的方法，自拟了麻精汤治疗慢性咳嗽，获得了比较理想的效果。基本方：炙麻黄 10~30g，黄精 20~50g，生黄芪 20g，生白术 20g，杏仁 10g，生白芍 10g，炙甘草 10g，鱼腥草 10g，麦冬 10g，南沙参 20g，浙贝母 10g，全蝎 5g，全当归 10g，枸杞子 20g，肉苁蓉 20g，桔梗 10g，法半夏 10g。热象明显者加黄芩 10g，以清热化痰止咳；寒象明显者加桂枝 10g，以温肺通经止咳。笔者临床门诊中所遇见的慢性咳嗽患者热象明显的很少，大多数是寒热不明显或显寒象者。

沈氏在南京中医学院学《中药学》时，老师说麻黄常用量在 3~5g，夏季一般不用，有“夏用香薷，冬用麻黄”之说。沈氏在刚刚开始行医时，也一直使用常规小剂量（3~5g）。有一次在门诊接待了一位来自四川的打工青年，要求转抄一张治疗咳嗽的中医方，该青年说四川当地咳嗽一般就用此方治疗，而且效果比较好。沈氏看了此方用药，方中麻黄用量 15g，其他用药与苏南农村没有多大区别。以后就试着在加大麻黄用量的基础上结合辨证论治，自拟了麻精汤来治疗慢性咳嗽，效果确实比较好。麻黄用量从 10g 渐增至 20g 以上，最多用至 30g，并没有出现明显的副作用。以大剂量的麻黄宣肺止咳的同时，辨证结合黄精、黄芪、白术、白芍、甘草、麦冬、南沙参益气养阴；杏仁、法半夏、浙

贝母、桔梗止咳化痰；枸杞子、肉苁蓉补肾；当归、全蝎活血通络；鱼腥草清热解毒，寒温并用以制麻黄之辛温。全方共奏宣肺止咳、益气养阴、补肾化痰之功，用于治疗肺气上逆日久而致气阴亏损、肾虚血瘀、虚实夹杂的慢性咳嗽，可达良效。

曾治一男性患者，13岁，中学生。2002年10月15日因咳嗽2月余来诊。自诉2个月前开始咳嗽，低热。诊为支气管炎，用抗生素治疗，热退，但咳嗽持续至今，夜间和劳累汗出后咳嗽加重。刻下：咳嗽，有少量白黏痰，舌淡红，苔薄，脉细，查体温正常。X线胸透示：肺部未见明显异常，诊为慢性咳嗽。证属肺气久逆，气阴亏虚。治拟宣肺止咳，益气养阴。用麻精汤治疗：炙麻黄20g，黄精50g，生黄芪20g，生白术20g，枸杞子20g，肉苁蓉20g，杏仁10g，生白芍10g，炙甘草10g，鱼腥草10g，麦冬10g，南沙参20g，浙贝母10g，全当归10g，桔梗10g，法半夏10g，全蝎5g。5剂，水煎服，每天2次，并嘱适当进行一些体育锻炼，晚上早点休息，避免劳累和受凉，饮食清淡一些。5剂后，患者咳嗽减轻，再服10剂，共服15剂，咳嗽止而病愈。

王国三重用麻黄经验

河北名老中医王国三对麻黄这味药的临床应用有深刻而独到的认识，应用甚为广泛。

1. 痹证 在外感六淫邪气中，寒邪、湿邪为阴邪，麻黄能通达太阳经气，故能散风寒之邪气，王氏认为一般用量应大，一般用量10~20g。

如治王某，女，46岁。主因感受寒湿而致腰痛及双下肢疼痛，难以行走，转腰不能，舌质淡红，苔白，脉沉。前医给予口服温阳通络方7剂无效。王老考虑此证为寒湿痹阻，经络不通。方予麻黄15g，熟附子10g，白芍12g，党参20g，炙甘草8g，川牛膝10g。水煎服，5剂。服完3剂，病告痊愈。

2. 遗尿症 麻黄通利九窍，宣利肺小便，如配伍益智丸、桑螵蛸等，可治遗尿症，比单纯应用缩泉丸疗效更佳。

如治张某，男，12岁，每晚尿床1~2次，深睡不醒，有时强行唤起让其排尿，却自言不尿，入睡后不久便尿床，曾先后多次口服桑螵蛸散和进行针灸治疗未取效果。王老看过患者，处方如下：麻黄6g，益智仁10g，乌药8g，山药6g，桂枝8g，白芍8g，龙骨、牡蛎各15g。连服10剂而愈。

王氏认为：不论老年小便失禁还是小儿遗尿，虚证居多，大多是肾气不充，皆以补肾固摄为主。加用麻黄入肺与膀胱经，其性辛温，能通阳化气，升提阳气，而助气化，有固摄膀胱的作用。麻黄能宣肺通气，通调水道，膀胱气化得以恢复，

开阖有度，遗尿自止。正如张景岳所云：“小儿虽利于肾，而肾上连于肺，若肺气无权，则肾水终不能摄，故治水必先治气，治肾必先治肺。”

3. 泄泻 王氏认为本病是阳气下陷，水液不能固摄所致。对病久而阳虚不升者，甚为切当。

如治李某，女，26岁，每日于清晨4~6时腹痛，泄泻，已5年余。饮食正常，无畏寒肢冷症状，多次应用温补脾肾、收涩止泻等药无效。查舌质淡红、苔薄白，脉缓。王老给予处方：麻黄8g，党参8g，白术10g，茯苓15g，薏苡仁5g，防风10g，炙甘草8g，水煎分服。1剂后泄泻反剧，但腹痛减轻。此麻黄疏通气机后阳升阴降所致，正是《伤寒论》所云：“虽暴烦下利，日数十余行，必自止，腐秽当去故也。”7剂后，患者痊愈。

重用防风经验

防风最早载于《神农本草经》，其性微温，味辛、甘；归肺、肝、脾经；其基本功效有祛风解表、祛风湿、止痛。多用于外感表证、风湿痹痛、皮肤瘙痒及透疹、息风止痉等，临床常用量为4.5~9g。

刘强重用防风治耳鸣

天津名医刘强临床重用防风治疗耳鸣，每用多获佳效。刘氏认为耳鸣之作，多责之于肝肾，因肝经循行于耳，肾开窍于耳。故治耳病多以清肝泻火或滋阴补肾。耳鸣虽为肝肾之病，但因脾虚而浊阴上逆蒙蔽清窍而致者亦属多见。刘氏认为其治用防风乃为理想之品，因防风味甘，入足厥阴肝经，燥已土而泄湿，达乙木而息风。故防风实为治疗浊阴上逆、蒙蔽耳窍所致耳病之妙品。刘氏临证多重用防风（30~40g）治耳鸣，其效甚捷。

如治一刘姓男子，年30余岁。患耳鸣近3月余，无有休止。经西医检查，诊断为神经性耳鸣，服西药培他定、谷维素，并注射B族维生素及ATP等药未能缓解。后延中医诊治。初以龙胆泻肝汤不效，继用杞菊地黄汤治疗月余罔效。刘氏应邀为其诊治。患者除诉其耳鸣隆隆不休以外，尚有头部昏沉且重如裹，时眩晕泛恶，胸胁满闷，食少，便溏，舌质胖淡苔白，脉沉弦滑。证属浊阴上逆蒙蔽清窍，刘氏初以苓桂术甘汤2剂，其眩晕、泛恶略除，但耳鸣不减。后刘氏在前方基础上加防风30g，患者服药1剂耳鸣减轻，2剂后耳鸣



及诸症皆除。

黄融琪重用防风治胃下垂

福建名医黄融琪主任医师在其经验方“益气防风汤”中重用防风（20~30g）治疗胃下垂，每获良效。其基础方为：炒防风、黄芪各 20~30g，人参、白术、炒当归各 10g，升麻、柴胡各 4.5g。

如治孙某，女，32岁，2001年9月13日初诊。患者胃下垂病史3年，消瘦乏力、体重肢困、食纳减少、胸脘胀闷不适，进食后即产生腹下坠的感觉，平时做弯腰动作时感觉疼痛，久医乏效。就诊前，于我院行X线检查提示：胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平以下13cm。拟诊为重度胃下垂。诊得舌质暗淡少苔，舌底脉络色暗，略有迂曲。辨证为气虚血瘀，中气下陷。治宜益气升阳佐以活血行瘀。处方：炒防风30g，黄芪30g，人参10g，白术10g，炒当归10g，莪术6g，桃仁6g，升麻4.5g，柴胡4.5g。6剂，水煎服。二诊：服药后纳增，胸脘胀闷不适减轻。续前方再服7剂。三诊：诸症明显好转，弯腰自如，不疼痛。此后，以前方加减治疗共20天，复查X线提示：胃小弯切迹于髂嵴连线下2cm，为轻度胃下垂。宗原旨巩固治疗20天，嘱患者加强腹肌锻炼。疗程结束后，复查X线胃位置已回归正常，患者饮食正常，精神体力明显好转。

防风不仅能加强机体免疫功能，增强体力，同时尚有加强并协调胃肠道运动的作用。黄老的临证经验表明，重用防风治疗胃下垂，对改善胃动力效果显著，如按常规量使用，则难以获效。

重用细辛经验

细辛最早载于《神农本草经》，其性温，味辛，有小毒；归肺、心、肾经；其基本功效有发散风寒、止痛、通鼻窍、温肺止咳。多用于风寒表证、风湿痹痛、咳喘、鼻塞、鼻渊等，临床常用量为1~3g。

张鸣鹤重用细辛治痹证

张鸣鹤老中医治疗痹证善用细辛。张氏认为，细辛为驱寒胜湿之良药，且有较好的止痛作用，适用于风寒痹证，但与寒凉药配伍亦可用于寒热错杂的痹证。细辛用量要大，不能拘泥于“细辛不过钱”的陈规，古人所定这一戒律只是指服用粉剂不能过1钱之量，并非指服用汤剂。张氏认为，如欲发挥细辛的有效作用，

细辛必须过钱，他常用的剂量少则 6g，多则达 20g，从未发现任何不良反应，只要认证确切，就应大胆使用。

罗少锋重用细辛治痛症

罗氏体会，临床只要辨证准确，适当选方用药，细辛较大剂量（10~20g），每每能使剧痛缓解，沉疴顿起。

如治李某，女，61岁，于1998年1月5日初诊。有咳嗽、哮喘病史20年，近2年来伴发心悸、气促、浮肿等症，加剧2个月。西医诊为肺源性心脏病，用强心、利尿和抗炎治疗未见明显好转。察患者面色晄白，全身浮肿，咳喘倚息，胸闷心悸，四肢厥冷，烦躁不安，小便清长，大便溏薄，口唇发绀，舌淡，苔白，脉沉细数。证属真阳不足，治宜回阳救逆。处方：细辛、炮附子、干姜各15g，茯苓、人参、白芍、炙甘草、五味子各10g，嘱其浓煎半小时顿服，连服2剂，汗止阳回，四肢转温，咳喘减轻。继予真武汤合葶苈大枣泻肺汤10剂调理，以巩固疗效。

肺心病后期多属心阳虚衰，极易产生阳气外越、阴阳离决的严重后果。“有阳则生，无阳则死”，故果断而较大剂量地使用峻温回阳的细辛、附子，往往力挽危亡于顷刻。临床上遇肺源性心脏病、风湿性心脏病心力衰竭等属心阳虚衰类型的患者，只要辨证准确，均可予较大剂量的细辛、附子回阳救逆，确可收效。

又如治刘某，女，42岁。1995年以来经常头两侧颞部胀痛，两耳有闭塞感，近几个月来每受风寒即发，屡治少效，于1997年3月25日来院就诊。经颅超声检查：示脑血管痉挛，诊为血管神经性头痛。注射氢化麦角碱等无效。见患者痛连眉梢，头不能举，夜不能寝，舌淡，苔薄白，脉濡细。诊为风寒入脑，脉络痹阻。治以祛风散寒，通络和营。处方：细辛、白芷各15g，蝉蜕、葛根、钩藤、白芍、川芎各10g，甘草5g，水煎30分钟，连服4剂，头痛减，两耳闭塞感消失。继进4剂，头痛消失，且能伸举，入睡安静。转用天麻丸调理，诸症亦平。随访1年未见复发。

从以上病例不难看出，细辛不过“钱”之说，恐指散剂而言，并非包括煎剂。近几年来大剂量使用细辛，除个别患者出现口干咽燥外，从未发生过严重毒副作用。罗氏体会，较大剂量使用细辛，在顽固的寒湿痹痛、头痛、腹痛及危急阳虚病人中，往往能力挽沉疴。较大剂量的细辛用于临床，只要注意两点，其毒性及副作用完全可避免。一是久煎（指煎药半小时以上）；二是注意配伍，如可配芍药、甘草。罗氏体会白芍滋阴之品可中和细辛之辛烈，配甘草可调和诸药而解百毒。



王自立重用细辛治顽痹

甘肃名老中医王自立承家传之经验，并结合自己40余年的临床实践，对细辛的应用有独到的认识。王氏常常运用大剂量细辛治疗痹证，剂量均在15~40g，最大量曾达60g。少数人有轻微舌麻、咽干，但不影响继续治疗，多数人无明显不适或毒副反应，对伴有明显疼痛的风寒湿痹，采用大剂量的细辛，配伍于王氏自创的羌防通痹汤中，具有显著的止痛效果。细辛所含毒性多由挥发油所致，考虑可能在细辛煎煮过程中，由于其所含挥发油的散逸而降低了毒副反应。故每用细辛时必须嘱患者久煎。但细辛入散剂吞服时当慎用，最大不超过3g，以防中毒。

如治王某，女，34岁，1998年10月就诊。患者四肢关节疼痛数年，以小关节为甚，曾服消炎痛、阿司匹林等无明显疗效。每逢受寒或气候变化时，四肢关节疼痛难忍，近年来日渐加重，伴有肢体麻木、恶寒之症。舌体胖，质淡，苔白，脉沉迟。实验室检查：抗“O”833，血沉34mm/h，类风湿因子阳性。诊断：类风湿关节炎。该患者证属风寒并重，流着经络，痹阻不通。治以疏风散寒，宣痹通络。方用王师自创的羌防通痹汤：羌活10g，防风10g，白术30g，细辛15g，川芎10g，牛膝30g，制附片6g，豨莶草30g。水煎分服，每日2次，1日1剂。方中细辛量自15g起逐渐加大，最后用至40g。附子量自6g起，逐渐加至20g。以后诸药略有加减，但细辛、附子不变。患者连续服用3个月后，麻木消失，关节疼痛明显减轻，疼痛发作次数减少。服药过程中查心电图、肝肾功能均无异常。3个月后复查抗“O”、血沉、类风湿因子均恢复正常。嘱其继续服药1个月以巩固疗效。随访2年，无反复，疼痛消失。

又如治赵某，男，42岁，1999年5月12日就诊。患者四肢关节疼痛3月余，以双膝关节为著，经中西药物治疗效果欠佳。今来就诊，症见：恶寒肢冷，关节疼痛，下肢尤甚，疼痛时活动受限，行走不便，但局部无红肿之象。舌质淡、舌体胖，脉沉细。查血沉45mm/h。诊断：风湿性关节炎。中医诊断：痹证（痛痹）。该患者病因为风寒湿三邪痹阻经脉而成，经有“风寒湿三气杂至合而为痹”，正此之谓也。治法：温通经脉，祛风除湿。方用黄芪桂枝五物汤加附片、细辛、豨莶草、牛膝治之。方中细辛由20g逐渐加至30g，服药1个月，疼痛若失。随访1年，疼痛再未发作。

附：关于细辛剂量问题

细辛是临床常用中药，且如上述有诸多功效，但是其毒性剂量一直是限制临床使用和疗效的关键所在。下面就有关细辛毒性及剂量问题略谈管见。



细辛首载于《神农本草经》，书中没有注明细辛的用药剂量。而最早论述细辛剂量的本草著作是宋·陈承的《本草别说》，书中记载“细辛若单用末，不可过半钱匕，多即气闷塞不通者死”。所谓“半钱匕”相当于今之1g。明·李时珍《本草纲目》在传承的基础上不断发扬光大，书中记载，细辛“若单用末，不可过一钱，多则气闷塞不通者死”。李时珍将《本草别说》“半钱匕”提升到一钱，“一钱”相当于今之3g。其间，尽管历代不少医药学家对陈、李之说提出了质疑，甚至持反对意见，但“细辛不过钱”仍然得到了普遍的认同而被传承下来。诚如近代著名医家张锡纯在《医学衷中参西录·例言》中所说：“细辛有服不过钱之说，后世医者，恒多非之，不知其说原不可废。”其主要的原因是细辛为“味辛兼能麻口之药……盖麻口者，即能麻肺，肺麻则其呼吸即停矣”。提示细辛有呼吸毒性作用。

正是由于往昔“细辛不过钱”之说，特别是国家药典和《中药学》教材中，均将剂量规定在1~3g，这就使临床应用受到较大限制。尽管近年来重剂细辛的临床应用取得捷效及挽救沉疴的报道屡见不鲜，但在临床仍存在着需要解决和亟待明确的问题。

其实，“细辛不过钱”之说是一种误传，从以上论述不难看出，无论是《本草别说》还是《本草纲目》，都是针对“单用末”的散剂型而言。然而，在长期师徒口耳相传及传抄过程中，竟将“单用末”这个重要前提无端删去，以致后学者对之都未加重视。实际上剂型与剂量的关系问题是中医学历来都很重视的内容。陈承、李时珍所定的量并不包括汤剂。因此，在复方汤剂中，“1钱”并非是不可逾越的。“细辛不过钱”之说，应亟待予以更正。

即使从古方来看，细辛的用量就远远超过“1钱”。先于陈承的汉代张仲景，在《伤寒论》《金匱要略》中，细辛用量一般在2~3两。如麻黄附子细辛汤中用细辛2两，小青龙汤中用细辛3两。根据目前古今度量换算制的研究结果，可有3种折算方法：一是1两折合15.6g；一是1两折合为13.92g；一是1两折合为3g。然而，无论怎样折算，古方细辛之用量均超过“1钱”之限。尤其是前两种折算量，实可谓超大剂量。晚于陈承的清代陈士铎，在《石室秘录·完治法》中，分别用细辛5钱和1两，治疗头痛。综上述可见古圣今贤之共识。

近年来大剂量细辛用于临床，入汤剂时，20g以上者屡见不鲜，有重用30~40g者，更有超大剂量达90g，河北刘沛然老中医则以善用、单剂量使用细辛而闻名，并且多后下使用，非但未发生不良反应，反而取得良效。

关于细辛的有效安全量问题，从收集到的资料看，认为入汤剂时，10g左右