

古籍典藏 · 原文与白话译文

《医学源流论》

中医 · 共 61 章节 · 59 章含白话译文

本书由清代著名医学家徐大椿编撰。结合《内经》、《伤寒论》等经典著作及其历代中医名家贤言，从不同方面予以阐述，目的是以正异说，明其渊源，故称《医学源流论》。书中所论内容广泛，个人观点鲜明，医论多不过干言，但阐述透彻，富含哲理，耐人寻味。充分体现了徐氏遵从辨证论治的学术思想，及其博学识广与丰厚的临证积累。其中某些篇章，如“用药如用兵论”论说格外精彩，广为流传，被后世视为论药佳作。本书是一部流传甚广且颇有影响的医论著作，对当今中医临床有较大的参考价值。

www.luckclub.cn · 古籍典藏 · 内容仅供文化学习研究

第 0 章

目录

原文

医学源流论 - 目录

医学源流论：元气存亡论

原文

医学源流论：元气存亡论

医，小道也，精义也，重任也，贱工也。古者大人之学，将以治天下国家，使无一夫不被其泽，甚者天地位而万物育，斯学者之极功也。若夫日救一人，月治数病，顾此失彼，虽数十里之近，不能兼及。况乎不可治者，有非使能起死者而使之生，其道不已小乎？虽然，古圣人之治病也，通于天地之故，究乎性命之源，经络、脏腑、气血、骨脉，洞然如见，然后察其受病之由，用药以驱除而调剂之。

其中自有玄机妙悟，不可得而言喻者，盖与造化相维，其义不亦精乎？道小，则有志之士有所不屑为，义精，则无识之突有所不能窥也。人之所系，莫大乎生死。王公大人，圣贤豪杰，可以旋转乾坤，而不能保无疾病之患。一有疾病，不得不听之医者，而生杀唯命矣。夫一人系天下之重，而天下所系之人，其命由悬于医者。下而一国一家所系之人更无论矣，其任不亦重乎？而独是其人者，又非有爵禄道德之尊，父兄师保之重。既非世之所隆，而其人之自视，亦不过为衣服口食之计。虽以一介之微，呼之而立，至其业不甚贱乎？任重，则托之者必得传人；工贱，则业之者必无奇士。

所以势出于相违，而道因之易坠也。余少时颇有志于穷经，而骨肉数人疾病连年，死亡略尽。于是博览方书，寝食俱废。如是数年，虽无生死骨肉之方，实有寻本溯源之学。九折臂而成医，至今尤信。而窃慨唐宋以来，无儒者为之振兴，视为下业，逡巡失传，至理已失，良法并亡，惘然伤怀，恐自今以往，不复有生人之术。不揣庸妄，用敷厥言，倘有所补所全者，或不仅一人一世已乎？

乾隆丁丑年七月涸溪徐大椿书于五山之半松书屋

卷上·元气存亡论

养生者之言曰：天下之人，皆可以无死。斯言妄也，何则？人生自免乳哺以后，始而孩，既而长，既而壮，日胜一日。何以四十以后，饮食奉养如昔，而日且就衰？或者曰：嗜欲戕之也。则绝嗜欲，可以无死乎？或者曰：劳动戕之也。则戒劳动，可以无死乎？或者曰：思虑扰之也。则屏思虑，可以无死乎？果能绝嗜欲，戒劳动，减思虑，免于疾病夭札则有之。其老而眊眊而死，犹然也。况乎四十以前，未尝无嗜欲、劳苦、思虑，然而日生日长。四十以后，虽无嗜欲、劳苦、思虑，然而日减日消，此其故何欤？盖人之生也，顾夏虫而却笑，以为是物之生死，何其促也，而不知我实犹是耳。

当其受生之时，已有定分焉。所谓定分者，元气也。视之不见，求之不得，附于气血之内，宰乎气血之先。其成形之时，已有定数。譬如置薪于火，始然尚微，渐久则烈，薪力既尽，而火熄矣。其有久暂之殊者，则薪之坚脆异质也。故终身无病者，待元气之自尽而死，此所谓终其天年者也。至于疾病之人，若元气不伤，虽病甚不死，元气或伤虽病亦死，而其中又有辨焉。

有先伤元气而病者，此不可治者也；有因病而伤元气者，此不可不预防者也。亦有因误治而伤及元气者，亦有元气虽伤未甚，尚可保全之者，其等不一。故诊病决死生者，不视病之轻重，而视元气之存亡，则百不失一矣。至所谓元气者，何所寄耶？五脏有五脏之真精，此元气之分体者也。而其根本所在，即《道经》所谓丹田，《难经》所谓命门，《内经》所谓七节之旁，中有小心，阴阳阖辟存乎此，呼吸出入系乎此。无火而能令百体皆温，无水而能令五脏皆润。此中一线未绝，则生气一线未亡，皆赖此也。

若夫有疾病而保全之法何如？盖元气虽自有所在，然实与脏腑相连属者也。寒热攻补不得其道，则实其实而虚其虚，必有一脏大受其害。邪入于中，而精不能续，则元气无所附而伤矣。故人之一身，无处不宜谨护，而药不可轻试也。若夫预防之道，惟上工能虑在病前，不使其势已横而莫救，使元气克全，则自能托邪于外。若邪盛为害，则乘元气未动，与之背城而一决，勿使后事生悔，此神而明之之术也。若欲与造化争权，而令天下之人终不死，则无是理矣。

白话译文

养生家说“人人皆可不死”，这是妄言。人从幼年到壮年，一天天强健；四十岁后，饮食如故，却一天天衰退。有人说是嗜欲耗损，有人说是劳累伤身，有人说是思虑过度——就算全部戒除，也只能减少疾病早夭，终究难逃老死。况且四十岁前百般折腾仍日长，四十岁后百般保养仍日衰，原因只有一个：寿命早有定数。

这个定数，就是元气（先天生命能量，人体一切活动的根本动力）。它视之不见，求之不得，依附于气血（气为功能动力，血为物质载体）之中，却主宰气血之先。好比薪置于火，薪尽则火熄，寿命长短，不过是薪料先天坚韧与否的差异。

有病之人，元气未伤则虽病甚不死；元气一旦受损，虽小病亦可致命。元气受损有三种情形：病前已亏者，不可救治；因病伤气者，须提前预防；因误治而伤及元气者，若损伤尚浅，尚可保全。因此高明的医者判断预后，不看病情轻重，而看元气存亡。

元气的根本寄寓于命门（两肾之间的生命枢纽）与丹田（脐下三寸），主宰阴阳（生命对立统一的两极）开合与呼吸出入，无火而温煦百体，无水而滋润五脏。这一线生机不绝，则生命未尽。

保全元气之道：用药寒热补泻须得宜，切勿实其实、虚其虚。高明的医者能防患于未然，趁元气未动之时将邪气驱于外。若想与造化争权、令人永不死，则是无稽之谈。

关键词

元气： 先天生命能量，受胎时已有定数，是判断生死预后的根本标准，不可再生。

命门： 两肾之间的生命枢纽，元气根本所在，主阴阳开合与呼吸出入。

气血： 气为脏腑功能动力，血为营养物质载体，元气依附其中运行全身。

邪：泛指侵犯人体的病理因素（外感风寒或内生痰瘀等），邪盛则耗损元气。

上工：指技艺高超的医者，能于病发之前预判并干预，防止元气被病邪拖累。

现代启示

徐大椿的"元气定分说"，用现代语言近似于"生理储备量"与"生物钟"的叠加。现代老年医学研究发现，人体从四十岁前后起，细胞端粒（染色体末端的保护性结构）加速缩短，线粒体功能逐步下降，与"薪尽火熄"的比喻高度吻合。更具临床价值的洞见是：疾病的危险性不在于症状轻重，而在于是否动摇了机体的基础储备——这与现代重症医学中"功能储备"的概念一脉相通。过度治疗（滥用抗生素、激进手术）有时比疾病本身更能耗竭患者的生命底力。以上元气理论属于传统文化框架，仅供文化学习，不构成医疗建议。

****思考：**** 你是否注意到，现实中有些病情很轻的人却骤然离世，而某些重症患者却顽强存活——这背后，是否真的存在某种尚未被现代医学完整定义的"生命底层储备"？

医学源流论：躯壳经络脏腑论

原文

医学源流论：躯壳经络脏腑论

凡致病必有因，而受病之处则各有部位。今之医者曰：病必分经络而后治之。似矣，然亦知病固非经络之所能尽者乎？夫人有皮肉筋骨以成形，所谓躯壳也。而虚其中，则有脏腑以实之。

其连续贯通者，则有经有络贯乎脏腑之内，运乎躯壳之中，为之道路，以传变周流者也。故邪之伤人，或在皮肉，或在筋骨，或在脏腑，或在经络。有相传者，有不相传者，有久而相传者，有久而终不传者。其大端则中于经络者易传；其初不在经络，或病甚而流于经络者亦易传。经络之病，深入脏腑，则以生克相传。

惟皮肉筋骨之病，不归经络者，则不传，所谓躯壳之病也。故识病之人，当直指其病在何脏何腑，何筋何骨，何经何络，或传或不传，其传以何经始，以何经终。其言历历可验，则医之明者矣。

今人不问何病，谬举一经以藉口，以见其颇识《内经》，实与《内经》全然不解也。至治之难易，则在经络者易治，在脏腑者难治，且多死。在皮肉筋骨者，难治，亦不易死，其大端如此。至于躯壳脏腑之属于某经络，以审其针灸用药之法，则《内经》明言之，深求自得也。

白话译文

凡是疾病的发生，必有其致病原因，而受病的部位也各有所在。现在的医生动辄说：治病必须先分辨经络归属。这话听来有道理，但他们可曾想过，病症并不是仅靠经络就能涵盖解释的？

人体有皮肤、肌肉、筋腱、骨骼，共同构成有形的躯体，也就是所谓的“躯壳”。躯壳之内并非空洞，而是由五脏六腑充实其中。将躯壳与脏腑贯通连接的，是经（主干通路）与络（细密分支），它们穿行于脏腑之间，运行于躯壳之内，构成气血（人体生命活动的物质基础）周流传布的通道。

因此，外邪（致病因素）侵犯人体，有的停留在皮肉，有的深入筋骨，有的侵犯脏腑，有的留滞经络。病邪有的会传变扩散，有的不会；有的病久才传，有的病久终不传。总体规律是：病邪最初入侵经络的，容易传变；起初不在经络，但病势深重后流注到经络的，也容易传变。经络之病若进一步深入脏腑，则按五行（木火土金水）生克关系依次传变。

只有皮肉筋骨的病变，若未牵涉经络，便不会传变，这就是所谓的“躯壳之病”。

所以，真正识病的医者，应当能直接指明：病在哪一脏、哪一腑，在哪条筋、哪块骨，在哪条经、哪条络；会不会传变，若传变则从哪经开始、到哪经终止。所言皆可得到验证，这才是明医的水准。

如今许多医者不论什么病，都随意援引某条经络来搪塞，以显示自己粗通《内经》，实则对《内经》的精义全然不解。

至于治疗的难易程度：病在经络者，相对易治；病在脏腑者，难治，且多有性命之忧；病在皮肉筋骨者，难以速愈，但不易危及生命——大体如此。至于躯壳、脏腑如何归属于各经络，以此审定针灸用药的方法，《内经》中已有明确论述，深入研读自可有所领悟。

关键词

躯壳：指皮肉筋骨构成的有形身体，区别于内在脏腑与经络。

经络：经为主干，络为分支，是气血运行、联络脏腑内外的通道网络。

传变：病邪从一个部位或脏腑向另一个部位或脏腑蔓延扩散的过程。

生克相传：按五行理论，脏腑疾病沿相生或相克关系依序传变，如肝病传脾。

明医：指能精准辨病定位、判断传变规律的高水平医者，与庸医相对。

现代启示

这段文字的核心，是对“精准定位”的执念——疾病不是笼统的“气虚”或“某经不通”，而是必须落实到具体的组织层次：是浅层的皮肉筋骨问题，还是深层的脏腑病变，抑或是连通二者的经络受邪。这种分层诊断的思维，与现代医学的“解剖定位诊断”异曲同工：神经科医生首先判断病灶在中枢还是外周，骨科医生区分骨、关节、软组织病变，本质上都是同一种逻辑。

徐大椿在此还提出了一个被后人忽视的临床规律：皮肉筋骨之病虽难速愈，却不易致命；脏腑之病虽有时症状不显，却危险得多。这与现代慢性肌骨疾病（如腰椎间盘突出）预后良好，而器官衰竭预后凶险的临床经验完全吻合。

（仅供文化学习，不构成医疗建议）

****值得思考的问题**：**当你身体某处不适时，你第一个念头是“哪里痛”，还是“为什么痛”——你的习惯，是在定位病所，还是在寻找原因？二者有没有可能同样重要？

医学源流论：表里上下论

原文

医学源流论：表里上下论

欲知病之难易，先知病之浅深。欲知病之浅深，先知病之部位。夫人身一也，实有表里上下之别焉。何谓表？皮肉筋骨是也；何谓里，脏腑精神是也。而经络则贯乎其间。表之病，易治而难死；里之病，难治而易死。此其大略也。而在表在里者，又各有难易，此不可执一而论也。若夫病本在表而传于里，病本在里而并于表，是为内外兼病，尤不易治。

身半已上之病，往往近于热；身半已下之病，往往近于寒，此其大略也。而在上在下，又各有寒热，此亦不可执一而论也。若夫病本在上而传于下，病本在下而传于上，是之谓上下兼病，亦不易治。所以然者，无病之处多，有病之处少，则精力尚可维持，使正气渐充，而邪气亦去。若夫一人之身，无处不病，则以何者为驱病之本，而复其元气乎？故善医者，知病势之盛而必传也。

豫为之防，无使结聚，无使泛滥，无使并合，此上工治未病之说也。若其已至于传，则必先求其本，后求其标，相其缓急而施治之。此又桑榆之收也。以此决病之生死难易，思过半矣。

白话译文

要判断疾病难治还是易治，先要知道病的深浅；要知道病的深浅，先要知道病所在的部位。人的身体虽是一个整体，却有表里、上下之分。何谓“表”？皮肤、肌肉、筋脉、骨骼是也；何谓“里”？脏腑（内脏器官）与精神是也。经络（运行气血、联络脏腑与体表的通道）则贯穿于表里之间。表部的病，容易治疗，不容易危及生命；里部的病，难以治疗，容易危及生命。这是大致规律，但表里之中各有难易，不可一概而论。若病原本在表却传入里，或原本在里却波及到表，便是内外兼病，更难医治。

身体上半部的病，往往偏于热性；下半部的病，往往偏于寒性，同样是大致规律，上下各部也各有寒热之别，亦不可执一。若病由上传下、由下传上，则为上下兼病，同样棘手。根本原因在于：无病之处多，有病之处少，正气（人体抗御病邪的能力）尚能支撑，邪气（致病之因）自可被逐渐消退。若一身上下无处不病，则无从借力恢复元气。因此高明的医者，预见病势必将传变，提前加以防范，不使邪气积聚、蔓延、合并——这便是“上工治未病”（高明医者在疾病传变之前即介入干预）的要义。若病已传变，则须先治其本、后治其标，审度缓急轻重而施治。如此来判断疾病的生死难易，大半都能把握。

关键词

表里： 病位的内外层次。表指皮肉筋骨等体表组织，里指脏腑等内在器官。

经络： 运行气血（维持生命的精微物质与功能）、沟通脏腑与体表的网络通道。

正气： 人体抵御外邪、维持生命平衡的整体功能，近似于现代所说的免疫与自愈能力。

邪气： 泛指一切导致人体失衡的致病因素，与正气相对而言。

治未病： 在疾病尚未发生或尚未传变之前即施加干预，是中医预防医学思想的核心命题。

现代启示

这段文字的核心逻辑，与现代医学的“疾病分期”和“预防优先”高度吻合。当代医学同样强调：癌症、感染、炎症等疾病在“表浅期”干预，预后远优于扩散之后；重症监护的核心任务之一，也是阻止感染或器官损伤的“传变”——即防止脓毒血症蔓延全身。“无处不病则无从借力”这句话，更是对多器官衰竭（MOF）本质的精准描述：当储备功能耗尽，任何治疗都失去了支撑点。值得注意的是，徐大椿所强调的“预为之防”，并非模糊的养生口号，而是基于对病势演变规律的清醒判断。

****引发思考**：** 在信息过载的今天，我们对身体细微信号的感知能力是否反而在退化——我们究竟是在“治未病”，还是只是在等待指标异常才肯就医？

> 注：以上现代类比仅供文化学习与参考，不构成任何医疗建议。

医学源流论：阴阳升降论

原文

医学源流论：阴阳升降论

人身象天地。天之阳藏于地之中者，谓之元阳。

元阳之外护者，谓之浮阳，浮阳则与时升降。若人之阳气，则藏于肾中，而四布于周身，惟元阳则固守于中而不离其位。故太极图中心白圈，即元阳也，始终不动，其分阴分阳，皆在白圈之外。故发汗之药，皆鼓动其浮阳，出于营卫之中，以泄其气耳。若元阳一动，则元气漓矣。

是以发汗太甚，动其元阳，即有亡阳之患。病深之人发喘呃逆，即有阳越之虞，其危皆在顷刻，必用参附及重镇之药以坠安之。所以治元气虚弱之人，用升提发散之药，最防阳气散越，此第一关也。至于阴气则不患其升，而患其竭，竭则精液不布，干枯燥烈，廉泉玉英，毫无滋润，舌燥唇焦，皮肤粗糙。

所谓天气不降，地气不升，孤阳无附，害不旋踵。《内经》云：“阴精所奉其人寿”故阴气有余则上溉，阳气有余则下固，其人无病，病亦易愈，反此则危。故医人者，慎毋发其阳而竭其阴也。

白话译文

人的身体如同天地的缩影。天地之间，阳气藏于大地深处的，称为“元阳”（即根本性的、维系生命的阳气）；守护在元阳外围、随季节气候升降浮动的，称为“浮阳”。对应到人体：阳气总体藏于肾中，并向全身四散分布；而元阳则始终安守于内，不轻易移位。这就如同太极图正中那个白色圆圈，代表元阳，永远居中不动；图中阴阳的分化与流转，都发生在这个圆圈之外。

因此，发汗的药物，实质上只是鼓动浮阳，使其从营卫（即循行于体表的气血防线）中释放出来，以驱散表邪。一旦元阳被扰动，元气便随之耗散。所以过度发汗会扰及元阳，导致“亡阳”（阳气暴脱）的危候；病情危重的患者出现气喘、呃逆，则是“阳越”（阳气外越离散）的凶兆。这类情况病势转变极快，必须立即用人参、附子及重镇类药物将阳气收敛固定。因此，对于元气素来虚弱的人，若使用升提发散之药，务必高度警惕阳气散越，这是治疗上第一道关口。

至于阴气（阴液、精血等滋润物质），不担心它向上运行，而担心它耗竭。阴液一旦耗尽，津液（体内各类液态物质）无法输布，全身变得干燥焦枯——舌根、喉部的廉泉、玉英等部位（舌下腺与咽喉津液分泌要处）毫无滋润，表现为舌干唇焦、皮肤粗糙。此即“天气不降，地气不升，孤阳无附”的败局，祸害随时来临。《内经》所说“阴精所奉其人寿”，正是此意。阴气充盈则能上濡滋养，阳气充足则能下沉固守，二者协调则人不生病；即便生病也容易康复。反之则危。所以为医者，切不可肆意耗散阳气，更不可竭尽阴液。

关键词

元阳： 藏于肾中的根本阳气，维系生命根基，不可扰动。

浮阳： 运行于体表营卫之间的阳气，可随生理需要升降。

亡阳： 阳气因过汗或重病而暴脱，属危重急症。

阳越： 元阳失守、上浮外散，常见于垂危患者喘逆之时。

廉泉、玉英： 位于舌下与咽喉的津液要穴，阴液盛衰的外候指标。

现代启示

这段论述的核心逻辑，用现代生理学语言来理解，颇具启发：人体存在两套不同层级的调节机制——一套是外周的、可调动的（对应浮阳），另一套是深层的、维持基础稳态的（对应元阳）。现代医学同样强调，过激的干预措施（如大量利尿、强力退烧、过度引流）虽能暂时改变表面指标，却可能破坏内环境的根本平衡，导致电解质紊乱、循环崩溃等严重后果。而“阴液耗竭”的描述，与现代脱水、黏膜干燥、组织灌注不足的临床图景高度吻合。

徐灵胎在近三百年前的这段告诫，放在今天依然有效：治疗是一种权衡，不是单向的强攻。

值得思考的是：当我们面对“症状”时，习惯于快速压制它——退烧、止汗、止泻——这种做法究竟是在消除问题，还是在消耗机体本来用于自愈的资源？

医学源流论：治病必分经络脏腑论

原文

医学源流论：治病必分经络脏腑论

病之从内出者，必由于脏腑；病之从外入者，必由于经络。其病之情状，必有凿凿可征者。如怔忡惊悸为心之病，泄泻臌胀为肠胃之病，此易知者。又有同一寒热而六经各殊，同一疼痛而筋骨皮肉各别。又有脏腑有病而反现于肢节，肢节有病而反现于脏腑。若不究其病根所在，而漫然治之，则此之寒热，非彼之寒热，此之痛痒，非彼之痛痒，病之所在，全不关着，无病之处，反以药攻之。

《内经》所谓：诛伐无过，则故病未已，新病复起。医者以其反增他病，又复治其所增之病，复不知病之从来，杂药乱投，愈治而病愈深矣。故治病者，必先分经络脏腑之所在，而又知其七情六淫所受何因，然后择何经何脏对病之药，本于古圣何方之法，分毫不爽，而后治之，自然一剂而即见效矣。今之治病不效者，不咎己药之不当，而反咎病之不应药，此理终身不悟也。

白话译文

凡是从身体内部生发的疾病，根源必在脏腑（心、肝、脾、肺、肾等内脏器官）；凡是从外部侵入的疾病，必然先经由经络（贯穿全身、运行气血的通道网络）传变。这些病变都有可以确切追溯的迹象。比如心神不安、惊惶悸动，属心的病变；腹泻、腹部胀满，属肠胃的病变——这类还容易辨识。然而同样是发热恶寒，在六经（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六条经脉）各有不同表现；同样是疼痛，发生在筋、骨、皮、肉的部位各不相同。更复杂的是，脏腑有病，症状却反映在四肢关节；四肢关节有病，却在脏腑上显现异常。若不追究病根所在而随意用药，便会出现此处的寒热与彼处的寒热并非同一回事，此处的痛痒与彼处的痛痒根本不同——药力完全打在无病之处，真正的病灶反而未受触动。

《内经》（中医最早的经典著作，约成书于战国至汉代）所告诫的正是：攻伐没有病的地方，旧病尚未痊愈，新的病痛又被引发出来。医者见到药后反添新病，便再去治那新病，却仍不知病从何来，杂乱用药，越治病越深重。

因此，治病必须先明确病变所在的经络与脏腑，再辨清是七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志因素）还是六淫（风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪）所致，然后选取对症的经脉、脏腑之药，依循古代圣贤的方法，分毫不差，如此治疗，自然一剂便能见效。今日治病无效者，不反省自己用药是否对症，反而责怪病情不应药——这个道理，此等医者终其一生也无法领悟。

关键词

经络： 运行气血、联络脏腑与体表的通道体系，是中医整体观的核心结构之一。

脏腑： 脏指心肝脾肺肾五实质器官，腑指胆胃大小肠膀胱三焦，合称内脏系统。

六经： 伤寒病邪传变的六个层次，各有特定症候，是辨证论治的基本框架。

七情六淫： 七情指内伤情志病因，六淫指外感邪气病因，合指疾病的内外两大来源。

诛伐无过： 语出《内经》，指对无病之处施以药力攻伐，为误治的典型警句。

现代启示

这段文字的核心逻辑，与现代循证医学的“精准诊断先于治疗”高度吻合。徐大椿强调：症状相似不等于病因相同，用药必须溯源定位，否则“对症下药”只是表象，实为盲目用药。这对今天同样有警示意义——无论是滥用抗生素、随意补充营养素，还是依赖症状自我诊断，都可能犯下同样的错误：攻伐了无辜之处，而真正的问题仍在原地等候。更值得注意的是，作者将治疗失败的责任明确归于医者的认知不足，而非病情本身的“不配合”——这种自我问责的专业精神，在任何时代的医疗实践中都难能可贵。

****引发思考的问题**：** 当你吃药后效果不佳时，你习惯首先怀疑药不对，还是怀疑诊断本身可能有误？

医学源流论：治病不必分经络脏腑论

原文

医学源流论：治病不必分经络脏腑论

病之分经络脏腑，夫人知之。于是天下遂有因经络脏腑之说，而拘泥附会，又或误认穿凿，并有借此神其说以欺人者。盖治病之法多端，有必求经络脏腑者，有不必求经络脏腑者。盖人之气血无所不通，而药性之寒热温凉有毒无毒，其性亦一定不移，入于人身，其功能亦无所不到，岂有其药止入某经之理？即如参耆之类，无所不补；砒鸩之类，无所不毒，并不专于一处也。

所以古人有现成通治之方，如紫金锭、至宝丹之类，所治之病甚多，皆有奇效。盖通气者无气不通，解毒者无毒不解，消痰者无痰不消，其中不过略有专宜耳。至张洁古辈，则每药注定云独入某经，皆属附会之谈，不足征也。曰：然则用药竟不必分经络脏腑耶？曰：此不然也。盖人之病，各有所现之处，而药之治病，必有专长之功。如柴胡治寒热往来，能愈少阳之病；桂枝治畏寒发热，能愈太阳之病；葛根治肢体大热，能愈阳明之病。盖其止寒热，已畏寒，除大热，此乃柴胡、桂枝、葛根专长之事。

因其能治何经之病，后人即指为何经之药，孰知其功能实不仅入少阳、太阳、阳明也。显然者尚如此，余则更无影响矣。故以某药为能治某经之病则可，以某药为独治某经则不可；谓某经之病当用某药则可，谓某药不复入他经则不可。故不知经络而用药，其失也泛，必无捷效。执经络而用药，其失也泥，反能致害。总之，变化不一，神而明之，存乎其人也。

白话译文

疾病按经络（人体气血运行的通道）和脏腑来分类，这是人人皆知的道理。然而世上由此滋生了许多弊病：有人拘泥于此无法变通，有人牵强附会误入歧途，甚至有人借此故弄玄虚、蒙骗患者。

其实治病的方法多种多样，有些病必须追溯经络脏腑，有些则不必。原因在于：人体气血（维持生命活动的基本物质与能量）周流全身无处不达，而药物的寒热温凉、有毒无毒等药性一旦确定便固定不变，进入人体后其作用同样可以遍及全身——哪有某药只进入某条经络的道理？好比人参、黄芪之类，滋补全身无所偏废；砒霜、鸩毒之类，毒害全身也不专在一处。

因此古人留下了许多“通治之方”，如紫金锭、至宝丹，可以治疗多种疾病且疗效卓著。这是因为通气之药无气不通，解毒之药无毒不解，消痰之药无痰不消，其中只是略有侧重而已。至于张洁古等人，在每味药下注明“独入某经”，都属牵强之说，不足为据。

然而，难道用药就完全不必分经络脏腑了吗？也不是这样。人的疾病各有其表现部位，药物治病也各有其专长。比如柴胡能治寒热往来，可愈少阳（足少阳胆经）之病；桂枝能治畏寒发热，可愈太阳（足太阳膀胱经）之病。

膀胱)之病;葛根能治肢体高热,可愈阳明(足阳明胃经)之病。柴胡退寒热、桂枝除畏寒、葛根清大热,这是三药各自的专长,后人因此称其为某经之药,却不知它们的实际功效远不止于少阳、太阳、阳明三经。这些显而易见的例子尚且如此,其余更是无从捉摸。

所以,说某药"善治某经之病"是可以的,说某药"只入某经"则不可以;说某经之病"宜用某药"是可以的,说某药"不再进入其他经络"则不可以。不懂经络而用药,失之于泛,必然难有捷效;死守经络而用药,失之于拘,反而可能造成伤害。归根到底,医道变化无穷,能否融会贯通、灵活运用,全在于医者本人的修为。

关键词

经络: 人体气血运行的通道网络,是中医解释生理与病理的基础框架。

脏腑: 中医对内脏系统的划分,分五脏(心肝脾肺肾)与六腑(胆胃肠等)。

归经: 药物对特定经络或脏腑具有选择性作用的理论,张洁古为系统化代表人物。

通治之方: 不局限于某一病症、可广泛应用于多种疾患的成方,与专病专方相对。

神而明之: 语出《易经》,指超越固定法则、凭借洞见灵活应用的最高境界。

现代启示

这段文字写于两百余年前,却暗合现代药理学的一个基本认知:药物进入血液循环后,其成分会随血流分布至全身各组织,并非只作用于某一器官。徐大椿对"独入某经"的批判,与今天反对过度解读药物靶点专一性的警惕如出一辙。

更值得注意的是他的双向纠偏:既反对忽视系统定位的"泛用",也反对僵化套用理论的"泥用"。这种辩证态度在任何医学体系中都有现实意义——框架是工具,而非枷锁。

> 请注意:本文所述中医理论仅供文化学习与学术讨论,不构成任何医疗建议,具体用药请遵医嘱。

****引发思考**:** 当我们今天使用某种营养补充剂或中药时,究竟是在遵循有效的经验规律,还是在为"归经"这类标签赋予了它不该承担的精确性?

医学源流论：肾藏精论

原文

医学源流论：肾藏精论

精藏于肾，人尽知之。至精何以生？何以藏？何以出？则人不知也。夫精即肾中之脂膏也，有长存者，有日生者。肾中有藏精之处，充满不缺，如井中之水，日夜充盈，此长存者也；其欲动交媾所出之精，及有病而滑脱之精，乃日生者也。其精旋去旋生，不去亦不生，犹井中之水，日日汲之，不见其亏，终年不汲，不见其溢。

《易》云：井道不可不革。故受之以革，其理然也。曰：然则纵欲可无害乎？曰：是又不然。盖天下之理，总归自然，有肾气盛者，多欲无伤；肾气衰者，自当节养。

《左传》云：女不可近乎？对曰：节之。若纵欲不节，如浅狭之井，汲之无度，则枯竭矣。曰：然则强壮之人而绝欲则何如？曰：此亦无咎无誉，惟肾气略坚实耳。但必浮火不动，阴阳相守则可耳。若浮火日动而强制之，则反有害。盖精因火动而离其位，则必有头眩、目赤、身痒、腰疼、遗泄、偏坠等症，甚者或发痈疽，此强制之害也。故精之为物，欲动则生，不动则不生，能自然不动则有益。强制则有害，过用则衰竭，任其自然而无所勉强，则保精之法也。老子云：天法道，道法自然，自然之道，乃长生之诀也。

白话译文

精气储藏于肾，这是人所共知的。但精气如何产生、如何储藏、如何排出，却鲜有人深究。所谓精，就是肾中的脂膏（类似滋养性精微物质）。精分两类：一类是长期储存的，一类是每日新生的。肾中有专门储精之处，充盈饱满从不亏缺，如同井中之水日夜充盈，这是长期储存的精；因性欲冲动交合时排出的精，以及因病而滑脱的精，则属每日新生。这类精随去随生、不去也不生，恰如井水——每日汲取，不见减少；整年不取，也不见溢出。

《易经》说，井的运行之道需要不断更新，所以“革”卦承接“井”卦，道理即在于此。

有人问：那么纵欲岂不无害？答：此说不对。天下万物归于自然，肾气（肾的功能活力）旺盛者，欲望较多也无伤；肾气衰弱者，自当节制保养。《左传》中问：女色不可亲近吗？答：节制即可。若纵欲无度，如同浅狭之井被无节制地汲取，终将枯竭。

又有人问：强壮之人若绝欲又如何？答：此亦无功无过，只是肾气略微坚实而已。但前提是浮火（虚浮上炎之相火，即妄动之虚火）不被激起，阴阳（体内阴液与阳气）相互守持平衡，方可如此。若浮火每日被激动而强行压制，反而有害——精气被火力鼓动而离开本位，必然出现头晕、目赤、身痒、腰痛、遗泄、偏坠等症，重者甚至引发痈疽（皮肉化脓性感染），此即强制之害。

因此，精气这种物质，欲动则生，不动则不生；能自然不动则有益，强行压制则有害，过度耗用则衰竭。顺其自然而不强求，方是保精正道。老子言：天法道，道法自然——自然之道，乃长生之诀。

关键词

现代启示

徐大椿这段论述的核心是"动态平衡"与"顺应自然"。精的"旋去旋生"机制，与现代生理学中精子持续生成、性激素周期性调节的认知颇为相通（仅供文化类比，不构成医疗建议）。其洞见在于：过度耗损与强行压制均非良策，二者都是对身体自然节律的干扰，只是方向相反。这与现代医学强调"减少应激、顺应生理节律"的健康理念不谋而合。尤其值得注意的是，作者明确指出强制压制会导致"头眩、目赤、腰疼"等症，暗示了心理强制与躯体症状之间的关联——这在今天的身心医学研究中同样有迹可循。

思考：在今天充斥着"提升功能"与"极简禁欲"两种极端论调的舆论环境里，"自然不动"与"强制不动"究竟有何本质区别？

医学源流论：一脏一腑先绝论

原文

医学源流论：一脏一腑先绝论

人之死，大约因元气存亡而决。故患病者，元气已伤即变危殆。盖元气脱，则五脏六腑皆无气矣。竟有元气深固，其根不摇，而内中有一脏一腑先绝者。如心绝则昏昧不知世事，肝绝则喜怒无节，肾绝则阳道痿缩，脾绝则食入不化，肺绝则气促声哑。六腑之绝，而失其所司亦然，其绝之象，亦必有显然可见之处。大约其气尚存，而神志精华不用事耳，必明医乃能决之。又诸脏腑之中，惟肺绝则死期尤促。盖肺为脏腑之华盖，脏腑赖其气以养，故此脏绝则脏腑皆无禀受矣，其余则视其绝之甚与不甚。又观其别脏之盛衰何如，更观其后天之饮食何如，以此定其吉凶，则修短之期可决矣。然大段亦无过一年者，此皆得之目睹，非臆说也。

白话译文

人的死亡，大体上由元气（人体生命活动的根本之气）的存亡来决定。因此患病之人，一旦元气受损，病情便随之危急。元气耗尽，则五脏六腑（五脏：心、肝、脾、肺、肾；六腑：胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦）皆失去运转之气。

但也有一种情形：元气根基尚算深厚稳固，未曾动摇，却有某一脏或某一腑率先衰竭。其表现各异：心先绝，则神志昏蒙，不识人事；肝先绝，则情绪失控，喜怒无常；肾先绝，则生殖功能萎废；脾先绝，则饮食入口却无法消化吸收；肺先绝，则呼吸急促、声音嘶哑。六腑各有所司，某腑先绝则其相应功能随之丧失，这些衰竭的迹象，往往有明显外在表现可供观察。

这类情形，患者整体元气尚存，只是某脏腑的功能与精气已不能正常运用，须经验丰富的医家方能判断。在诸脏之中，唯肺先绝者死亡最为迅速——因肺居诸脏之上，如同华盖，五脏六腑皆赖其输布的气来濡养，肺一衰竭，各脏腑便失去了气的来源。其余脏腑先绝者，则需综合评估：衰竭的程度如何，其他脏腑的盛衰状态如何，以及患者后天饮食能否维持，据此判断预后吉凶，便可大致估算存活时限。总体而言，此类患者一般不超过一年。以上均来自亲眼所见，并非臆断之词。

关键词

元气： 生命活动的根本动力，源于先天、养于后天，是维持脏腑功能的总基础。

先绝： 在元气整体尚存的前提下，某一脏腑的功能率先衰竭、丧失。

华盖： 原指帝王车驾顶部的伞盖，此处比喻肺居五脏最高位，覆护诸脏并向下输布清气。

神志精华： 神志指意识、思维与精神活动；精华指脏腑发挥正常功能所依赖的精微物质与能量。

后天饮食： 脾胃摄入食物后化生的气血，是维持生命的"后天之本"，与先天元气相对。

现代启示

这段论述与现代医学的"多器官功能障碍综合征"（MODS）颇有暗合之处：在全身性疾病进展中，往往是某一器官率先失代偿，而整体循环尚未崩溃。作者特别强调肺先绝则死期最速，与现代医学对肺脏作为气体交换枢纽的认知高度吻合——一旦肺功能衰竭，全身氧供中断，其他脏器的储备无论多强，也将在极短时间内连锁崩溃。

此外，作者将"后天饮食"列为判断预后的重要指标，与现代重症医学中对营养支持的重视一脉相承：能进食，往往意味着消化系统尚存功能，是预后相对较好的信号。

值得思考的是：当我们面对某位"精神尚好、只是某项指标极差"的患者时，我们是否能像徐灵胎一样，透过表面的"元气尚存"，准确识别出那个已经悄然先绝的脏腑？

> 注：现代启示部分结合现代生理学类比，仅供文化学习与学术参考，不构成任何医疗建议。

医学源流论：君火相火论

原文

医学源流论：君火相火论

近世之论心火谓之君火，肾火谓之相火，此说未安。盖心属火而位居于上，又纯阳而为一身之主，名曰君火，无异议也。若肾中之火，则与心相远，乃水中之火也，与心火不类，名为相火，似属非宜。盖阴阳互藏其宅，心固有火，而肾中亦有火。心火为火中之火，肾火为水中之火。肾火守于下，心火守于上，而三焦为火之道路，能引二火相交。心火动则肾中之浮火亦随之，肾火动而心中之浮火亦随之；亦有心火动而肾火不动，其患独在心，亦有肾火动而心火不动，其害独在肾。

故治火之法，必先审其何火，而后用药有定品。治心火以苦寒，治肾火以咸寒。若二脏之阴不足以配火，则又宜取二脏之阴药补之。若肾火飞越，又有回阳之法，反宜用温热，与治心火回然不同。故五脏皆有火，而心肾二脏为易动，故治法宜详究也。若夫相火之说，则心胞之火能令人怔忡，面赤烦躁眩晕，此则在君火之旁，名为相火，似为确切，试以《内经》参之，自有真见也。

白话译文

近世医家通常将心火称为君火，肾火称为相火，此说值得商榷。心属火，位居上焦，性质纯阳，统领一身，称为君火，自无疑义。但肾中之火远处下焦，是水中藏火，与心火性质迥异，若也称为相火，未免名实不符。

实则阴阳互藏：心有火，肾中亦有火。心火是“火中之火”，肾火是“水中之火”。肾火守于下，心火守于上，三焦（上、中、下三个功能区域的统称）作为火气升降的通道，沟通两火相交。心火妄动，肾中浮火随之上扰；肾火妄动，心中浮火也随之而起。亦有心火独动而肾火不受累者，病在心；亦有肾火独动而心火未及者，病在肾。

因此治火必先辨明是哪脏之火，再对症用药。治心火用苦寒之品，治肾火用咸寒之品。若两脏阴液本已不足以制约火气，则需用补阴之药。若肾火浮越离位，反需回阳之法，用温热药引火归元，与治心火的思路截然相反。五脏皆有火，心肾两脏之火最易妄动，故治法须详加研究。至于相火之名，心包（心脏外围的保护组织）之火能令人心悸、面赤、烦躁、眩晕，其位紧邻君火，名之相火，方才名实相符。

关键词

君火： 心之阳火，性质纯阳，主宰一身，为人体生命活动的主导之火。

相火： 作者认为应指心包之火，位佐君火，不宜泛指肾火。

水中之火： 肾中阳气（肾阳），藏于阴水之中，温煦脏腑，须潜藏不可妄动。

三焦： 上、中、下三焦，中医功能概念，此处指心肾之火交通往来的升降通路。

回阳之法： 肾阳浮越时以温热药引火归原的治法，与清热泻火方向相反。

现代启示

徐灵胎在此文中做的，本质上是一次概念辨析——名称若与实质不符，临床用药就会出错。这与现代医学强调“精准诊断、对症治疗”的逻辑一脉相通。心火与肾火治法相反，一用苦寒，一用温热，正说明同为“上火”，根源不同则处置迥异；现代人自行服用清热降火药，却可能恰好犯了个错误——把肾阳虚浮越（阳虚上火）当成实火来清，越清越虚。三焦作为两火沟通的通路，也与现代自主神经系统调节心肾轴（HPA轴）的概念有某种结构上的呼应，值得文化层面的思考。**（仅供文化学习，不构成医疗建议）**

> 你生活中是否遇到过“越喝凉茶越上火”的情况？那究竟是心火还是肾火在作祟？

医学源流论：诊脉决死生论

原文

医学源流论：诊脉决死生论

生死于人大矣！而能于两手方寸之地微末之动，即能决其生死，何其近于诬也。然古人往往百不失一者何哉？其大要则以胃气为本。盖人之所以生，本乎饮食。灵枢云：谷入于胃，乃传之肺，五脏六腑，皆以受气。寸口属肺经，为百脉之所会。故其来也，有生气以行乎其间，融和调畅，得中土之精英。此为有胃气得者生，失者死，其大较也。其次则推天运之顺逆，人气与天气相应。如春气属木，脉宜弦；夏气属火，脉宜洪之类，反是则与天气不应。又其次则审脏气之生克。如脾病畏弦，木克土也；肺病畏洪，火克金也，反是则与脏气无害。

又其次则辨病脉之从违，病之与脉，各有宜与不宜。如脱血之后，脉宜静细，而反洪大，则气亦外脱矣；热寒之症，脉宜洪数，而反细弱，则真元将陷矣。至于真脏之脉，乃因胃气已绝，不营五脏。所以何脏有病，则何脏之脉独现，凡此皆《内经》、《难经》等书言之，明白详尽。学者苟潜心观玩，洞然易晓，此其可决者也。至云诊脉即可以知何病，又云：人之死生，无不能先知，则又非也。盖脉之变迁无定，或有卒中之邪，未即通于经络，而脉一时未变者；或病轻而不能现于脉者；或有沉痼之疾，久而与气血相并，一时难辨其轻重者；或有依经传变，流动无常，不可执一时之脉，而定其是非者。

况病之名有万，而脉之象不过数十种，且一病而数十种之脉无不可见，何能诊脉而即知其何病？此皆推测偶中，以此欺人也。若夫真脏之脉，临死而终不现者，则何以决之？是必以望闻问三者，合而参观之，亦百不失一矣。故以脉为可凭，而脉亦有时不足凭；以脉为不可凭，而又凿凿乎其可凭。总在医者熟通经学，更深思自得，则无所不验矣。若世俗无稽之说，皆不足听也。

白话译文

生死对于人来说，是头等大事。仅凭两手寸关尺三部（手腕处约三厘米范围内的脉位）那细微的跳动，就能判断一个人的生死，听起来近乎荒诞。然而古代医家往往百不失一，原因何在？其根本，在于以“胃气”（脾胃化生的精微之气，代表人体消化吸收功能的活力）为核心。人赖饮食而生，《灵枢》说：水谷入胃，精气传于肺，五脏六腑皆由此受养。寸口（手腕桡动脉处，属肺经，是诊脉的主要部位）为百脉汇聚之处，健康的脉象应有生气流贯其中，从容和缓，正是中焦脾胃精气的体现——有此胃气则生，失此胃气则死，这是判断生死的第一大原则。

其次，要考察时令节气的顺逆——人体之气与天地之气相应，如春属木，脉应微弦；夏属火，脉应洪大，反之则为逆。再次，审察脏腑之间的生克关系，如脾病最怕弦脉（木克土），肺病最怕洪脉（火克金）。再次，辨别病证与脉象是否相符：大出血后脉应细静，若反见洪大，是气随血脱；热病脉应洪数，若反见

细弱，是正气将竭。至于“真脏脉”（胃气已绝时，某一脏腑的病脉单独显露，毫无从容和缓之象），则是死亡的征兆。

但若说诊脉便能知晓一切疾病，甚至断言必死必生，则又走了极端。脉象变化无常：外邪突袭时，可能尚未影响经络，脉象未变；病轻者脉象可能无明显异常；久病之人，病气已与气血融合，难以从脉象分辨轻重；疾病传变流动，也不可执一时之脉而定论。况且疾病万种，而脉象不过数十种，一种病可见多种脉，怎能单凭脉象断定是何病？那不过是推测偶中，用以欺人罢了。

即便是真脏脉，也有临死前始终未显现的情况，这又如何判断？必须将望（观察面色形态）、闻（听声音气息）、问（询问症状病史）、切（诊脉）四诊合参，方能百不失一。脉象有时可凭，有时不足凭，关键在于医者深研经典、独立思考、融会贯通，自然无所不验。世俗不明来历的说法，皆不足采信。

关键词

胃气：脾胃化生的精微之气，体现于脉象中的从容和缓，是判断生命力的根本指标。

寸口：手腕桡动脉处，属肺经，百脉气血在此汇聚，为中医诊脉的核心部位。

真脏脉：胃气衰竭后，某脏病气单独显露、毫无和缓之象的脉，为濒死征兆。

生克：五行（木火土金水）之间相互制约的关系，如木克土、火克金，用以推断脏腑受损风险。

四诊合参：望、闻、问、切四种诊察方法综合运用，避免单一诊法的局限与偏差。

现代启示

徐大椿在两百多年前就已清醒地指出：脉诊是重要的诊断工具，但绝非万能。这种理性克制，与现代循证医学的精神高度契合——任何单一检查指标都有其局限，影像学、血液检验、体格检查必须综合判断，才能降低误诊率。“胃气为本”的理念，在现代视角下可类比为基础代谢与营养吸收能力：一个人的消化系统功能越健全，整体生理储备往往越充足，抗病能力也越强。更值得关注的是，徐大椿对“以脉断病”的江湖炫技持明确批判态度，提醒我们：在任何时代，用神秘化的技术包装来掩盖认知局限，都是不诚实的。

****思考问题**：**在当下体检文化盛行的时代，我们是否也存在对某项单一指标（如某个肿瘤标志物或基因检测）过度依赖、忽视整体评估的倾向？

***注：**本文仅供中医文化学习与历史文献研读，不构成任何医疗诊断或治疗建议。*

医学源流论：症脉轻重论

原文

医学源流论：症脉轻重论

人之患病，不外七情六淫，其轻重死生之别，医者何由知之？皆必问其症，切其脉而后知之。然症脉各有不同，有现症极明而脉中不见者，有脉中甚明而症中不见者。其中有宜从症者，有宜从脉者，必有一定之故。审之既真，则病情不能逃，否则不为症所误，必为脉所误矣。

故宜从症者，虽脉极顺而症危，亦断其必死；宜从脉者，虽症极险而脉和，亦决其必生。如脱血之人，形如死状，危在顷刻，而六脉有根则不死，此宜从脉不从症也。如痰厥之人，六脉或促或绝，痰降则愈，此宜从症不从脉也。阴虚咳嗽，饮食起居如常，而六脉细数，久则必死，此宜从脉不宜从症也。

噎膈反胃，脉如常人，久则胃绝而脉骤变，百无一生，此又宜从症不从脉也。如此之类甚多，不可枚举。总之，脉与症分观之，则吉凶两不可凭；合观之，则某症忌某脉，某脉忌某症，其吉凶乃可定矣。又如肺病忌脉数，肺属金，数为火，火刑金也，余可类推，皆不外五行生克之理。今人不按其症，而徒讲乎脉，则讲之愈密，失之愈远。若脉之全体，则《内经》诸书详言之矣。

白话译文

人患疾病，无非源于七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志）和六淫（风、寒、暑、湿、燥、火六种外邪）的侵扰。病情的轻重生死，医者凭什么判断？无非是询问症状、切按脉象，由此得出结论。然而症与脉各有侧重，有时症状显著而脉象未必反映，有时脉象明显而症状却不突出。其中有该以症为准的情形，也有该以脉为准的情形，必有其内在道理。辨明真相，病情就无所遁形；否则，不被症状所误导，便会被脉象所迷惑。

因此，凡该从症的，即便脉象极为平顺，症状已告危险，也应断定预后不良；凡该从脉的，即便症状看似险峻，脉象尚和，也可判断患者必能生存。例如大量失血之人，形如将死，危在旦夕，若六脉仍有根气（脉象沉取有力，说明元气未竭），则不至于死，此为从脉不从症。又如痰厥（因痰浊蒙蔽清窍而昏厥）之人，六脉或急促或歇止，只要痰浊得降，病即可愈，此为从症不从脉。阴虚（阴液不足）咳嗽患者，饮食起居看似如常，脉象却细数（脉细而数，为阴虚内热之象），日久必死，此为从脉不从症。噎膈反胃（食管、胃部阻塞之症）患者，脉象初与常人无异，日久胃气衰竭，脉象骤变，则百无一生，此又为从症不从脉。此类情形甚多，不可一一列举。总之，症与脉分开看，吉凶皆无从判断；合并参照，则某症忌某脉、某脉忌某症，吉凶方可确定。再如肺病忌脉数，因肺属金、数脉属火，火克金，余者可依五行生克（五行相互制约的规律）类推。今人不审症状，单讲脉法，讲得越精细，离真相反而越远。至于脉学的全貌，《内经》等经典已有详论。

关键词

症脉合参： 将外在症状与脉象对照印证，综合判断病情，不可偏执一端。

六脉有根： 六部脉象（寸关尺三部，左右各三）沉取仍有力，提示元气未绝，预后尚可。

痰厥： 痰浊上壅、蒙蔽神明所致昏迷，脉象失常为标，痰浊为本，治痰则脉复。

细数脉： 脉形细如丝而搏动频数，主阴虚内热，是阴液耗损、虚火内扰的典型脉象。

五行生克： 金木水火土相互滋生与制约的关系，中医用以解释脏腑间的生理病理联系。

现代启示

这段文字的核心，是反对单一指标决定论。徐大椿反复强调：脉与症须合观，偏信其一必生误判。这与现代循证医学的精神高度吻合——单一检验数据不能代替完整临床评估。大失血患者生命体征极差，但若心肺功能尚存代偿，结局未必最坏；而某些慢性病患者自觉无碍，实验室指标却早已提示深层病变。这种“表象与本质的分离”，无论在古代脉诊还是现代检查中都同样存在。徐大椿的警告同样适用于今天：检验数据讲得越精细，若不结合患者整体状态，失误反而越隐蔽。

> 你是否也曾因某项指标“正常”而忽视身体发出的其他信号？

注：本文仅供中医文化学习，不构成任何医疗建议。

医学源流论：脉症与病相反论

原文

医学源流论：脉症与病相反论

症者，病之发现者也。病热则症热，病寒则症寒，此一定之理。然症竟有与病相反者，最易误治，此不可不知者也。如冒寒之病，反身热而恶热；伤暑之病，反身寒而恶寒；本伤食也，而易饥能食；本伤饮也，而反大渴口干。此等之病，尤当细考，一或有误，而从症用药，即死生判矣。此其中盖有故焉，或一时病势未定。

如伤寒本当发热，其时尚未发热，将来必至于发热，此先后之不同也；或内外异情，如外虽寒而内仍热是也；或有名无实，如欲食好饮，及至少进即止，饮食之后又不易化是也；或有别症相杂，误认此症为彼症是也；或此人旧有他病，新病方发，旧病亦现是也。至于脉之相反，亦各不同。或其人本体之脉与常人不同；或轻病未现于脉；或痰气阻塞，营气不利，脉象乖其所之；或一时为邪所闭，脉似危险，气通即复；或其人本有他症，仍其旧症之脉。凡此之类，非一端所能尽，总宜潜心体认，审其真实，然后不为脉症所惑。否则徒执一之见，用药愈真，而愈误矣。然苟非辨症极精，脉理素明，鲜有不惑者也。

白话译文

症状，是疾病在外部的表现。病性属热，症状就应表现为热；病性属寒，症状就应表现为寒，这是通常的规律。然而，症状有时恰恰与疾病的真实性质相反，极易导致误治，这一点不可不知。

比如，感受寒邪（外寒侵袭人体）的病人，反而出现身热、怕热的表现；感受暑邪（夏季热邪）的病人，反而出现身寒、怕冷的表现；本是饮食积滞所伤，患者却感到饥饿、想进食；本是饮水过多所伤，患者反而感到大渴、口干。这类病症尤须仔细辨察，稍有失误，便按照表面症状用药，生死就在此一念之差。

造成这种“症与病相反”的原因是多方面的：或是病势尚未展开，症状还未完全显现；或是外在表现与内在病机不一致，如外见寒象而内里实为热证；或是症状有名无实，如患者说想吃东西，实际上稍进即止，且食后难以消化；或是新旧两种病症同时出现，彼此混淆。

脉象（中医通过切脉感知气血运行状态的诊断方法）与病情相反，也各有缘由：或是此人本身脉象就与常人不同；或是病轻未在脉中反映；或是痰浊壅塞，营气（运行于脉中、滋养全身的精微之气）运行不畅，脉象偏离正常；或是邪气暂时闭阻，待气机通畅即可恢复。

凡此种种，总须静心细察，辨明真相，才不会被表面的脉症所迷惑。若一味固执于某一症状或某一脉象，越是坚持，反而越容易铸成大错。

关键词

症： 疾病在外部可观察到的表现，包括患者自觉症状与他觉体征。

脉症相反： 脉象或症状的表现与疾病真实病性不符，为中医辨证难点之一。

营气： 行于脉内、化生血液并滋养脏腑组织的精微之气，与卫气相对。

伤寒： 外感寒邪所致病证，初起可见恶寒发热，后期可出现寒热错杂等复杂变化。

邪闭： 邪气阻塞气机，导致脉道不通，脉象失真，气通则脉可自复。

现代启示

这段文字的核心警示，与现代医学中“假象误导诊断”的问题高度契合。临床上，脓毒症（严重感染）患者有时体温反而偏低，心肌梗死患者可能毫无胸痛，糖尿病患者饥饿感异常旺盛，都是“症状与疾病相反”的典型病例。徐大椿在三百年前已洞察：单一指标不可信，需综合病史、体征、时间进程多维判断，才能接近真相。这种“不被表面现象牵着走”的临床思维，无论中西医，皆是优秀医师的核心素养。

> 当你下次感到“明明很疲惫，却总是睡不着”时，你有没有想过——这个症状，未必就代表你的身体真实的状态？

医学源流论：中风论

原文

医学源流论：中风论

今之患中风偏痹等病者，百无一愈，十死其九，非其症俱不治，皆医者误之也。凡古圣定病之名，必指其实。名曰中风，则其病属风可知。既为风病，则主病之方必以治风为本。故仲景侯氏黑散、风引汤、防己地黄汤，及唐人大小续命等方，皆多用风药，而因症增减。盖以风入经络，则内风与外风相煽，以致痰火一时壅塞，惟宜先驱其风，继清痰火，而后调其气血，则经脉可以渐通。今人一见中风等症，即用人参、熟地、附子、肉桂等纯补温热之品，将风火痰气尽行补住，轻者变重，重者即死。或有元气未伤，而感邪浅者，亦必迁延时日，以成偏枯永废之人，此非医者误之耶？或云：邪之所凑，其气必虚，故补正即所以驱邪，此大缪也。惟其正虚而邪凑，尤当急驱其邪以卫其正，若更补其邪气，则正气益不能支矣。

即使正气全虚，不能托邪于外，亦宜于驱风药中，少加扶正之品，以助驱邪之力，从未有纯用温补者。譬之盗贼入室，定当先驱盗贼，而后固其墙垣，未有盗贼未去，而先固其墙垣者。或云补药托邪，犹之增家人以御盗也，是又不然。盖服纯补之药，断无专补正不补邪之理，非若家人之专于御盗贼也，是不但不驱盗，并助盗矣。况治病之法，凡久病属虚，骤病属实。所谓虚者，谓正虚也；所谓实者，谓邪实也。中风乃急暴之症，其为实邪无疑。

天下未有行动如常，忽然大虚而昏仆者，岂可不以实邪治之哉？其中或有属阴虚阳虚，感热感寒之别，则于治风方中，随所现之症加减之。汉唐诸法具在，可取而观也。故凡中风之类，苟无中脏之绝症，未有不可治者。余友人患此症者，遵余法治病，一二十年而今尚无恙者甚多，惟服热补者，无一存者矣。

白话译文

如今患中风、半身不遂等病的人，几乎百无一愈，十人中有九人死亡，并非这些病症都无法治愈，而是被医生误治所致。古代圣贤为疾病命名，必然指向其本质。既名“中风”，则此病属风邪（外来致病的风性邪气）所致。既是风病，主治方剂就必须以祛风为根本。因此张仲景的侯氏黑散、风引汤、防己地黄汤，以及唐代的大小续命汤等方，均大量使用祛风药，并随症加减。其原理在于：风邪入侵经络（运行气血的通道），内风与外风相互煽动，导致痰浊（病理性黏稠物质）与火热一时壅塞，此时应先驱散风邪，再清化痰火，最后调理气血，经脉方可逐渐疏通。

然而当今医者一见中风症状，便用人参、熟地、附子、肉桂等纯粹温补之品，将风、火、痰、气一并补住闭塞，轻症因此转重，重症当即死亡。即便元气尚未大伤、感邪较浅者，也必然迁延日久，最终成为偏瘫废人，这难道不是医者的过失吗？

有人说："邪气之所以侵袭，必因正气（人体自身抵抗力）亏虚，故补正即可驱邪。"此乃大错。正因正虚而邪气趁虚而入，更应急速驱邪以保护正气；若反而补益邪气，正气则愈加支撑不住。

即便正气已极度亏虚，无力将邪气托出于外，也只应在祛风药中少量加入扶正之品，以助驱邪之力，从来没有纯用温补的做法。这如同盗贼入室，必当先驱盗贼，再修固墙垣，哪有贼尚未去便先修墙的道理？有人说补药托邪，好比增派家人来抵御盗贼——此说同样不妥。服用纯补之药，断无只补正气而不补邪气之理，不像家人可以专门对付盗贼——这不仅不驱盗，反而是助盗为虐。

况且治病有个规律：凡久病属虚，骤病属实。所谓虚，是指正气亏虚；所谓实，是指邪气充盛。中风乃急暴突发之病，其为实邪无疑。世上从没有平日行动如常、突然大虚而昏倒的道理，岂可不按实邪来治？其中或有阴虚、阳虚，感受热邪、寒邪之分，则在祛风方中随所现症状加减即可。汉唐诸法皆有记载，可取而参考。

故凡属中风一类的病症，只要不是中脏腑（邪入脏腑）的绝症，没有不可治的。笔者友人中患此症者，遵照此法治疗，一二十年至今安然无恙者甚多；而凡服温热补剂者，无一幸存。

关键词

中风： 中医病名，指风邪侵袭经络或脏腑，以猝然昏仆、口眼歪斜、半身不遂为主要表现的急性病症。

经络： 中医认为运行气血、联络脏腑肢节的通道系统，是中医生理学的核心概念。

痰火壅塞： 痰浊（体内病理性黏液代谢产物）与火热之邪相互搏结，阻滞经络气血运行的病理状态。

正虚邪实： 正气（机体抗病能力）不足为"虚"，邪气（致病因素）充盛为"实"，二者可并存但治则有别。

纯补温热： 专用人参、附子、肉桂等温补药物，不加祛邪之品，徐大椿批评此法为误治根源。

现代启示

徐大椿此论的核心逻辑，与现代急性脑卒中（中风的现代对应病症）的救治原则高度呼应：急性期以快速开通血管、清除栓塞为首务，而非一味强补。其"先驱邪、后扶正"的治疗次序，类似于现代医学"先处理急症、再康复调养"的阶段性思路。值得注意的是，他对"补正即驱邪"这一逻辑谬误的批驳极为精准——在免疫学语境下，某些炎症急性期若过度"营养支持"，反而可能加重病理反应。这提示我们：在医学决策中，援引正确的原理、却得出错误的结论，往往比无知更危险。

（仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

****思考问题**：** 当一个听起来正确的医学原则（如"补虚以驱邪"）被错误地套用于具体情境，我们该如何训练自己识别这种"正确前提、错误推论"的思维陷阱？

医学源流论：臆膈论

原文

医学源流论：臆膈论

臆膈同为极大之病，然臆可治而膈不可治。盖臆者有物积中，其症属实，膈者不能纳物，其症属虚。实者可治，虚者不可治，虚其常也。臆之为病，因肠胃衰弱不能运化，或痰或血，或气或食，凝结于中，以致膨肿胀满。治之当先下其结聚，然后补养其中气，则肠胃渐能克化矣。《内经》有鸡矢醴方，即治法也。后世治臆之方，亦多见效，惟脏气已绝，臂细脐凸，手心及背平满，青筋绕腹，种种恶症齐现则不治。若膈症乃肝火犯胃，木来侮土，谓之贼邪。胃脘枯槁不复用事，惟留一线细窍，又为痰涎瘀血闭塞，饮食不能下达，即勉强纳食，仍复吐出。盖人生全在饮食，经云：谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气。

今食既不入，则五脏六腑皆竭矣。所以得此症者，能少纳谷，则不出一年而死；全不纳谷，则不出半年而死。凡春得病者，死于秋；秋得病者，死于春，盖金木相克之时也。又有卒然呕吐，或呕吐而时止时发，又或年当少壮，是名反胃，非膈也，此亦可治。至于类臆之症，如浮肿水肿之类，或宜针灸，或宜泄泻，病象各殊，治亦万变。医者亦宜广求诸法，而随宜施用也。

卷上·寒热虚实真假论

病之大端，不外乎寒热虚实，然必辨其真假而后治之无误。假寒者，寒在外而热在内也，虽大寒而恶热饮；假热者，热在外而寒在内也，虽大热而恶寒饮，此其大较也。假实者，形实而神衰，其脉浮洪芤散也；假虚者，形衰而神全，其脉静小坚实也。其中又有人之虚实，症之虚实。如怯弱之人而伤寒伤食，此人虚而症实也；强壮之人而失血劳倦，此人实而症虚也。或宜正治，或宜从治，或宜分治，或宜合治，或宜从本，或宜从标，寒因热用，热因寒用，上下异方，煎丸异法，补中兼攻，攻中兼补，精思妙术，随变生机，病势千端，立法万变。则真假不能惑我之心，亦不能穷我之术。是在博求古法而神明之，稍执己见，或学力不至，其不为病所惑者几希矣。

白话译文

臆膈论

臆症（腹部鼓胀如鼓）与膈症（饮食不能下咽）同属极重之病，然而臆症尚有治愈可能，膈症则几乎无法治愈。原因在于：臆症是有实质病邪积聚腹中，属于实证（邪气有余、正邪尚在交争的病理状态）；膈症是脏腑已不能纳受饮食，属于虚证（脏腑功能衰竭、正气极度不足）。实证可攻可治，虚证则难以为力，这是普遍规律。

臌症的成因，在于肠胃功能衰弱、无力运化水谷，导致痰液、瘀血、气滞或宿食停积于中焦（脾胃所在的中部体腔），进而引发腹部膨隆胀满。治法应先攻下积聚之邪，再补益中气（脾胃运化之气），使肠胃逐渐恢复消化能力。《内经》所载“鸡矢醴”方，正是此类治法的代表；后世治臌诸方也多有有效验。但若脏气已绝，出现臂细、脐凸、手心背部平满、青筋绕腹等多种危重征象并见，则为不治。

膈症则源于肝火（肝脏阴阳失调所化的病理之火）上犯胃腑，木克土（肝木克伐脾土），称为贼邪。胃脘（胃的上口）枯槁失用，仅余一线细窄通道，又为痰涎瘀血堵塞，饮食无法下行；即便勉强吞咽，也随即吐出。人全赖饮食以维持生命，《内经》言：“谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气。”今饮食既不能纳入，五脏六腑（所有脏器）便会相继枯竭。因此，患膈症者若尚能少量进食，不出一年而死；若完全无法进食，不出半年而死。春季发病者死于秋，秋季发病者死于春，此乃金（肺气旺于秋）克木（肝气旺于春）相争之际，正气更为脆弱。

另有突然呕吐、或时发时止、或发于年轻壮实之人者，称为“反胃”，并非膈症，尚可治疗。至于类似臌症的浮肿、水肿等，或用针灸，或用泄利，病象各异，治法各殊，医者须广求诸法、因证施治。

寒热虚实真假论

疾病大纲不外寒、热、虚、实四类，但必须辨明真假，治疗方无差误。“假寒”者，寒象在外而热邪伏内，虽形寒怕冷却厌恶热饮；“假热”者，热象在外而寒邪居内，虽身热烦躁却厌恶冷饮——此为辨别真假寒热的基本要领。“假实”者，形体壮实而神气衰颓，脉来浮洪芤散（脉形大而中空无力）；“假虚”者，形体羸弱而神气充足，脉象沉静细小而坚实有力。

此外还需区分“人之虚实”与“症之虚实”：体弱之人患伤寒或伤食，为人虚证实；强壮之人失血劳倦，为人实症虚。治法或正治（以寒治热、以热治寒的常规治法），或从治（顺应假象、反常用药的治法），或分治合治，或从本从标；“寒因热用”、“热因寒用”，上下异方，煎丸各法，补中兼攻，攻中兼补——精思妙术，随机应变。如此，真假之象便不能惑乱医者的判断，也不能穷尽医者的手段。关键在于广博研习古法并融会贯通；若稍执己见或学力不足，则鲜有不被病情所迷惑者。

关键词

臌症： 腹部胀大如鼓，因痰血气食积聚中焦所致，属实证，有治愈可能。

膈症： 饮食不能下咽，由肝火犯胃、胃脘枯槁所致，属虚证，预后极凶。

贼邪： 五行相克中克我者为贼邪；此指肝木克伐脾土，邪势最强、最难抵御。

中气： 脾胃运化水谷所化生的精气，为后天生命活动的根本动力。

真假寒热： 外在症状与内在病机相反的复杂证候，辨别关键在于患者对寒热饮食的真实偏好。

现代启示

徐大椿在此区分了"有形积聚可攻"与"功能衰竭难救"两类疾病的本质，与现代医学区分器质性病变和终末期功能衰竭的逻辑高度一致。膈症所描述的进行性吞咽障碍、体重骤降、终至无法进食，与食道癌晚期或贲门失弛缓症的临床进程几乎吻合，其"不出一年而死"的判断在现代循证数据中亦有印证。"真假寒热"的辨证提醒我们：症状从来不等于病机，表象可以欺骗诊断。这启示现代临床同样需要警惕"表里相反"的误导性体征，不可单凭一种指标下结论。

值得深思的是：当一位患者进入"五脏六腑皆竭"的终末状态时，继续激进干预还是顺应自然减少痛苦——这道古今医者共同面对的伦理难题，你认为边界应当划在哪里？

医学源流论：内伤外感论

原文

医学源流论：内伤外感论

七情所病，谓之内伤；六淫所侵，谓之外感。自《内经》、《难经》以及唐宋诸书，无不言之，深切着明矣。二者之病，有病形同而病因异者，亦有病因同而病形异者；又有全乎外感，全乎内伤者；更有内伤兼外感，外感兼内伤者。则因与病又互相出入，参错杂乱，治法迥殊。盖内伤由于神志，外感起于经络，轻重浅深，先后缓急，或分或合，一或有误，为害非轻。能熟于《内经》及仲景诸书，细心体认，则虽其病万殊，其中条理井然，毫无疑似，出入变化，无有不效。否则彷徨疑虑，杂药乱投，全无法纪，屡试不验，更无把握。不咎己之审病不明，反咎药之治病不应，如此死者，医杀之耳。

白话译文

由七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志过激）所引发的疾病，称为内伤；由六淫（风、寒、暑、湿、燥、火六种外部病邪）侵袭所导致的疾病，称为外感。从《内经》《难经》到唐宋历代医书，对此皆有深入而明确的阐述。

然而这两类疾病，有时症状相似而病因不同，有时病因相同而症状各异；有的是单纯外感，有的是单纯内伤，还有内伤兼夹外感、外感兼夹内伤的复杂情形。如此一来，病因与病症相互交叉，错综难辨，治法也截然不同。

究其根本，内伤源于精神情志的失调，外感起于经络（运行气血、联络脏腑与四肢百骸的通道体系）受邪侵扰。两者病情轻重、病位深浅、发病先后与缓急分合，一旦辨证有误，危害甚重。若能熟读《内经》及张仲景诸书，细心揣摩体察，即便病情千变万化，也能条理井然、判断无误，临证应变、无不奏效。反之，则徘徊疑虑，杂药乱投，毫无章法，屡治无效。此时不反省自己辨病不明，反而归咎于药物无效，如此造成的死亡，实乃医者所杀。

关键词

现代启示

这段论述揭示了一个临床永恒难题：同一症状可能来自截然不同的根源。现代医学中同样面临这一挑战——以心悸为例，它可能源于长期焦虑或过度疲劳（近似于“内伤”），也可能由病毒感染或心脏器质性病变（近似于“外感”）引起，两者处置方式差异显著。徐大椿所强调的“熟读经典、细心体认”，在现代语境下对应的正是扎实的基础训练

与严谨的循证思维。更值得深思的是他的那句“如此死者，医杀之耳”——这种将误诊责任明确归于医者的态度，至今仍是医学伦理的核心。

> 注：以上中医内容仅供文化学习，不构成任何医疗建议。

思考问题：当你出现反复头痛或失眠时，你会优先排查外部环境因素，还是先审视自己近期的情绪状态？

医学源流论：病情传变论

原文

医学源流论：病情传变论

病有一定之传变，有无定之传变。一定之传变，如伤寒太阳传阳明，及金匱见肝之病，知肝传脾之类。又如痞病变臌，血虚变浮肿之类，医者可豫知而防之也。无定之传变，或其人本体先有受伤之处；或天时不和，又感时行之气；或调理失宜，更生他病，则无病不可变，医者不能豫知而为防者也。总之，人有一病，皆当加意谨慎，否则病后增病，则正虚而感益重，轻病亦变危矣。至于既传之后，则标本缓急，先后分合，用药必两处兼顾，而又不杂不乱，则诸病亦可渐次平复。

否则新病日增，无所底止矣。至于药误之传变，又复多端；或过于寒凉而成寒中之病；或过服温燥而成热中之病；或过于攻伐而元气大虚；或过于滋润而脾气不实，不可胜举。近日害人最深者，大病之后，邪未全退，又不察病气所伤何处，即用附子、肉桂、熟地、麦冬、人参、白术、五味、萸肉之类，将邪火尽行补涩。始若相安，久之气逆痰升，胀满昏沉，如中风之状，邪气与元气相并，诸药无效而死。医家病家，犹以为病后大虚所致，而不知乃邪气固结而然也。余见甚多，不可不深戒。

白话译文

疾病的演变有两种情形：一种是有规律可循的传变，一种是无从预判的传变。

有规律的传变，比如《伤寒论》中太阳病传入阳明，以及《金匱要略》所说“见肝之病，知肝传脾”——肝病往往会累及脾脏。又如痞满（胸腹部气机郁滞所致的胀闷）日久演变成臌胀（腹部胀大如鼓），血虚（血液不足）日久演变成浮肿，这类传变医者事先可以预判，因而能够提早防范。

无规律的传变，则可能是患者本身原有某处旧伤隐患，或因时令不正、又感受了流行之邪气（致病之气），或因调养失当而滋生新病。这种情形下，几乎没有什么病是不会发生变化的，医者无从预知，也难以提前设防。

总体而言，人一旦患病，就应格外谨慎。若病中又添新病，正气（人体自身抗病之力）已虚，再受邪气侵扰，便会雪上加霜，轻病也可能变为险症。一旦传变已成，便需分清标（当下症状）与本（根本病因）的轻重缓急，分清治疗的先后与合并，用药时必须两处兼顾，同时保持条理清晰、不杂不乱，如此诸病方可逐渐平复，否则新病不断叠加，将无休止。

至于因用药失误而引发的传变，则更为复杂多样：过用寒凉药物，会形成“寒中”之病（寒邪内侵中焦脾胃）；过服温燥之品，会形成“热中”之病（热邪积聚中焦）；过度攻伐泻下，会令元气（先天根本之气）大为亏损；过度滋润补益，则会导致脾气不实（脾脏运化功能减弱），不胜枚举。

近来危害最深的一种做法是：大病之后，邪气尚未完全退散，医者不察邪气究竟伤损了哪个脏腑，便急于以附子、肉桂、熟地、麦冬、人参、白术、五味子、萸肉之类大补固涩之药，将残留的邪火一并封堵收涩在体内。起初似乎相安无事，日久便出现气机上逆、痰浊上涌、脘腹胀满、神志昏沉，状如中风。此时邪气与元气搅缠在一起，诸药皆告无效，最终不治。医者与患者家属还以为是大病后虚损所致，却不知实乃邪气被固结于内所造成的恶果。此类情形作者亲见甚多，不得不深以为戒。

关键词

传变： 疾病按一定规律或意外转化为另一种病证的过程，分"有定"与"无定"两类。

标本： 本指疾病根本病因，标指当下所显现的症状，治疗需权衡先后主次。

正气： 人体自身抵御疾病、维持生理平衡的能力，与"邪气"相对。

邪气： 泛指一切致病因素，包括外感六淫（风寒暑湿燥火）及内生病理产物。

元气： 源于先天、藏于肾中的根本之气，是脏腑功能活动的原动力，损之难复。

现代启示

这篇论述的核心洞见放在今天依然尖锐：****康复期的过度干预，往往比疾病本身更危险****。现代临床中同样存在类似现象——感染未彻底清除时大量使用免疫抑制剂或高热量营养支持，表面上是在"补虚"，实则可能为残余病原体提供了庇护和营养，导致病情反复甚至恶化。徐大椿所批评的"将邪火尽行补涩"，与现代医学中"不当使用皮质激素导致感染扩散"的机制，在逻辑上有惊人的相似性。

需要说明的是，本文所涉中医理论及用药观点，仅供传统文化学习与思想参考，****不构成任何医疗建议****，具体诊疗请遵从执业医师指导。

****留给读者的问题****：当你或家人大病初愈时，你是否也曾急于"大补"？这份焦虑背后，究竟是在帮助身体恢复，还是在满足自己对"痊愈"的心理需求？

医学源流论：病同人异论

原文

医学源流论：病同人异论

天下有同此一病，而治此则效，治彼则不效，且不惟无效，而反有大害者，何也？则以病同而人异也。夫七情六淫之感不殊，而受感之人各殊。或气体有强弱，质性有阴阳，生长有南北，性情有刚柔，筋骨有坚脆，肢体有劳逸，年力有老少，奉养有膏粱藜藿之殊，心境有忧劳和乐之别。更加天时有寒暖之不同，受病有深浅之各异。

一概施治，则病情虽中，而于人之气体迥乎相反，则利害亦相反矣。故医者必细审其人之种种不同，而后轻重缓急大小先后之法因之而定。《内经》言之极详，即针灸及外科之治法尽然，故凡治病者，皆当如是审察也。

白话译文

世上常有这样的情形：同一种病，用某种方法治甲有效，治乙却毫无起色，甚至反而加重病情。原因何在？正是“病虽相同，人各有异”。

七情（喜怒忧思悲恐惊七种情志）与六淫（风寒暑湿燥火六种外邪）侵袭人体的方式并无二致，但受病之人却千差万别：气体（体质禀赋）有强有弱，质性（体质偏性）有偏阴偏阳，生长地域有南有北，性情有刚烈有柔顺，筋骨有坚实有脆弱，日常有劳苦有安逸，年岁有老有少，饮食有膏粱（精细厚味）有藜藿（粗粝素食）之分，心境有忧愁劳碌与平和欢乐之别。再加上天天气候的寒暖变化，以及邪气入侵深浅的不同——

若对如此各异之人，一律以相同方法施治，纵使病症判断准确，却与个体气体状况背道而驰，则利弊亦随之颠倒。因此，医者必须细细审察患者的种种差异，方能确定用药的轻重缓急、剂量大小、先后次序。

《内经》对此论述极为详尽，针灸与外科治法亦同此理，凡治病者，皆应如此审察。

关键词

七情六淫： 内因与外因的总称；七情为情志，六淫为外邪。

气体： 个体的整体体质状态，涵盖先天禀赋与后天强弱。

质性阴阳： 体质的偏寒偏热倾向；阴性体质偏寒虚，阳性体质偏热实。

膏粱藜藿： 饮食层次的两极；前者指肥甘厚味，后者指粗茶淡饭。

轻重缓急： 治法的节奏与力度原则，因人因时而定的施治策略。

现代启示

这段文字所描述的，与现代医学中“个性化治疗”的理念高度契合。同一种药物，在不同年龄、不同基础疾病、不同代谢能力的患者身上，剂量、疗效乃至不良反应可以截然不同——这正是现代药代动力学与精准医疗的核心关切。徐大椿在三百年前便已系统指出：地域、饮食、情志、劳逸皆是不可忽视的变量，不存在放之四海皆准的“标准处方”。这对今天追求“一键解决”的健康消费文化，仍是一记清醒的提醒。

值得思考的是：我们今天在网络上搜索症状、自行套用他人的“有效偏方”时，是否真正考虑过自己与那个“治好了的人”之间，究竟有多少不同？

注：以上内容仅供文化学习与人文理解，不构成任何医疗建议。

医学源流论：病症不同论

原文

医学源流论：病症不同论

凡病之总者，谓之病。而一病必有数症，如太阳伤风，是病也；其恶风身热自汗头痛，是症也。合之而成其为太阳病，此乃太阳病之症也。若太阳病，而又兼泄泻不寐心烦痞闷，则又为太阳病之兼症矣。如疟病也，往来寒热呕吐畏风口苦，是症也。合之而成为疟，此乃疟之本症也。

若疟而兼头痛胀满嗽逆便秘，则又为疟疾之兼症矣。若疟而又下痢数十行，则又不得谓之兼症，谓之兼病。盖疟为一病，痢又为一病，而二病又各有本症，各有兼症，不可胜举。以此类推，则病之与症，其分并何啻千万？不可不求其端而分其绪也。而治之法，或当合治，或当分治，或当先治，或当后治，或当专治，或当不治。尤在视其轻重缓急，而次第奏功。一或倒行逆施，杂乱无纪，则病变百出，虽良工不能挽回矣。

白话译文

疾病的总称叫做“病”（病，指某一类疾病的整体概念）。而一种病必定包含若干“症”（症，即具体的症状表现）。以太阳伤风为例：太阳伤风是病的名称，而怕风、发热、自汗、头痛，是这个病所呈现的症状。将这些症状综合起来，才构成完整的太阳病，这些便是太阳病的“本症”（本症，指某病固有的典型症状）。如果太阳病患者还同时出现泄泻、失眠、心烦、胸闷，那这些就是太阳病之外附加的“兼症”（兼症，指在本病基础上附带出现的症状）。

再以疟疾为例：往来寒热、呕吐、怕风、口苦，是疟疾的本症；若疟疾患者又出现头痛、腹胀、咳逆、便秘，则属于疟疾的兼症。但若疟疾患者同时出现一日数十次下痢，这就不再叫兼症，而应称为“兼病”——因为疟疾是一个独立的病，痢疾也是一个独立的病，两病并存，各有本症、兼症，情况远为复杂。

由此推而广之，病与症之间的分合关系，何止千万种。医者必须追溯根源、理清脉络，不可混淆。治疗上，或合并论治，或分开论治，或先治此、后治彼，或专攻一端，或暂置不治——关键在于权衡轻重缓急，依序施治。一旦颠倒次序、杂乱无章，病情变化百出，即便是高明的医生也难以挽回。

关键词

病： 某类疾病的整体概念，是诊断的纲领，如“太阳病”“疟疾”。

症： 疾病所呈现的具体表现，如发热、头痛、自汗等可观察到的现象。

本症： 某病固有的、典型的、诊断必须具备的核心症状群。

兼症： 在本病基础上附带出现的症状，属于同一疾病过程中的次生表现。

兼病： 两种独立的病同时存在于一个患者身上，各有其完整的病理过程。

现代启示

这段文字的核心，是建立一套严密的诊断层次观：先识别“病”的本质，再区分“本症”与“兼症”，最后判断是否存在“兼病”。这与现代医学中“主诊断”与“合并症”的分类逻辑高度一致。现代临床上，同一患者同时患有高血压、糖尿病、慢性肾病的情形极为常见，若医生只盯着某一主诉处理，忽略病与病之间的相互影响，极易顾此失彼，甚至用一个病的治疗药物加重另一个病的进展。

徐大椿在三百年前便已警示：治疗的次第（先后顺序与主次安排）是医学中最考验判断力的环节，绝非简单的“头痛医头、脚痛医脚”。

值得思考的是：在信息碎片化的今天，普通人面对多种慢性病叠加时，如何避免“各科开药、无人统筹”的困境？

医学源流论：病同因别论

原文

医学源流论：病同因别论

凡人之所苦谓之病，所以致此病者谓之因。如同一身热也，有风有寒有痰有食，有阴虚火升，有郁怒忧思，劳怯虫疰，此谓之因。知其因，则不得专以寒凉治热病矣。盖热同而所以致热者不同，则药亦迥异。凡病之因不同，而治各别者尽然，则一病而治法多端矣。而病又非止一症，必有兼症焉。如身热而腹痛，则腹痛又为一症。而腹痛之因又复不同，有与身热相合者，有与身热各别者。如感寒而身热，其腹亦因寒而痛，此相合者也；如身热为寒，其腹痛又为伤食，则各别者也。

又必审其食为何食，则以何药消之。其立方之法，必切中二者之病源，而后定方，则一药而两病俱安矣。若不问其本病之何因，及兼病之何因，而徒曰某病以某方治之。其偶中者，则投之或愈，再以治他人，则不但不能愈，而反增病。必自疑曰：何以治彼效，而治此不效，并前此之何以愈亦不知之。则幸中者甚少，而误治者甚多，终身治病而终身不悟，历症愈多而愈惑矣。

白话译文

人所感受的痛苦叫做病，导致病产生的原因叫做因（病因）。同样是发热，有的由风邪（外来致病因素之一）引起，有的因寒邪（寒冷之气侵袭），有的因痰饮（体内病理性积液）积聚，有的因饮食停滞，有的因阴虚（体内阴液亏损）火旺上炎，有的因情志郁结、忧虑思虑，还有因劳损虚弱或虫病侵扰——这些都叫做“因”。明白了病因，就不能一概用寒凉药物来治一切发热了。因为热象相同，导致发热的原因却各异，用药自然大相径庭。凡同一种病因不同而治法各别的情况皆如此，所以一种病可以有多种治法。

病症往往不止一个，必然伴有兼症。比如发热同时出现腹痛，腹痛又是另一症状，其病因同样各有不同：有的与发热同出一源，有的与发热各属不同原因。例如因感寒而发热，腹痛也因同一寒邪所致，这是两症同因；若发热属感寒，腹痛却属伤食，则是各属不同原因。还须辨清所伤何种食物，再选用相应消食药。立方（拟定处方）时，必须准确切中两种病症的病因，方能一剂药同时治好两病。

若不追问本病病因及兼病病因，只是笼统套用“某病某方”，偶尔恰好对症或可见效；再用同方治他人，不但无效，反而加重病情。医者必将自疑：为何治彼有效、治此无效？连之前为何治愈也弄不明白。如此幸中者极少，误治者极多，终身行医而终身不能领悟，见的病例越多反而越困惑。

关键词

因： 导致疾病发生的根本原因，涵盖外感六淫、内伤七情、饮食劳倦等，是辨证论治的首要环节。

阴虚火升： 体内阴液（具有滋润濡养功能的物质）不足，相对之虚火上浮，表现为潮热、烦热等症。

兼症： 主症之外同时出现的伴随症状，与主症可能同因，也可能各属不同病因。

寒凉： 药性偏寒或凉的一类药物，具清热泻火之功，但非一切发热皆可使用。

立方： 依据辨证结果拟定具体药物处方，是中医临证治疗的核心操作。

现代启示

这段文字的核心是“同症异因，治法各异”，与现代医学鉴别诊断的思维高度契合。现代医学对发热的处理同样要求先分清是感染性发热、肿瘤性发热、自身免疫性发热还是药物热，再针对性干预，而非见热退热了事。徐灵胎在三百年前就系统阐述了这一原则，并一针见血地指出：不明病因的套方治疗只会“幸中者甚少，误治者甚多”——这对今天滥用抗生素、动辄退烧药一把抓的现象仍有警示意义。病因思维不是中医独有，而是一切临床医学的基础逻辑。

（注：本文内容仅供文化学习与历史医学研究，不构成任何医疗建议。）

你上一次生病时，有没有认真想过：症状背后真正的原因究竟是什么，而不是直接对症下药？

医学源流论：亡阴亡阳论

原文

医学源流论：亡阴亡阳论

经云：夺血者无汗，夺汗者无血。血属阴，是汗多乃亡阴也。故止汗之法，必用凉心敛肺之药何也？心主血，汗为心之液，故当清心火。汗必从皮毛出，肺主皮毛，故又当敛肺气，此正治也。惟汗出太甚，则阴气上竭，而肾中龙雷之火随水而上。若以寒凉折之，其火愈炽。惟用大剂参附，佐以咸降之品，如童便、牡蛎之类，冷饮一〔木宛〕，直达下焦，引其真阳下降，则龙雷之火反乎其位，而汗随止。此与亡阴之汗，真大相悬绝。故亡阴亡阳，其治法截然，而转机在顷刻。

当阳气之未动也，以阴药止汗，及阳气之既动也，以阳药止汗。而龙骨牡蛎、黄耆、五味收涩之药，则两方面皆可随宜用之。医者能于亡阴亡阳之交，分其界限，则用药无误矣。其亡阴亡阳之辨法何如？亡阴之汗，身畏热，手足温，肌热汗亦热而味咸，口渴喜冷饮，气粗，脉洪实，此其验也。亡阳之汗，身反恶寒，手足冷，肌凉汗冷，而味淡微粘，口不渴而喜热饮，气微，脉浮数而空，此其验也。至于寻常之正汗、热汗、邪汗、自汗，又不在二者之列，此理知者绝少，即此汗之一端，而聚讼纷纷，毫无定见，误治甚多也。注：〔木宛〕，组合字，音“碗”，为“小孟”之义。

白话译文

《黄帝内经》说：大量失血的人不能再发汗，大量出汗的人不能再失血。血属于阴，所以大汗淋漓就是在耗散阴气。止汗为什么必须用清凉心火、收敛肺气的药？因为心主血，汗是心液，所以要清降心火；汗从皮毛排出，肺主皮毛，所以又要收敛肺气——这是常规治法。

但若出汗过甚，上焦阴气耗竭，肾中潜藏的“龙雷之火”（肾阳虚浮、虚火上越之象）便随虚脱之势上冲。此时若用寒凉药强行压制，虚火反而愈盛。正确做法是大剂量参附（人参补气、附子回阳），佐以咸味下行之品如童便、牡蛎，冷服一碗，直抵下焦，引导真阳（人体根本阳气）归位，龙雷之火自然回降，汗随之而止。此法与前述亡阴止汗之法，可谓天壤之别。

因此，亡阴（阴液耗竭）与亡阳（阳气脱散）治法截然相反，而病情转机就在片刻之间。

阳气尚未浮动时，用阴柔药止汗；阳气已经浮越时，用温阳药止汗。龙骨、牡蛎、黄芪、五味子等收涩之品，则两种情形均可酌情配用。

辨别亡阴与亡阳的要点：亡阴之汗——身感发热，手足温暖，皮肤热，汗亦热而味咸，口渴喜冷饮，呼吸粗重，脉象洪大有力；亡阳之汗——身反恶寒，手足厥冷，皮肤发凉，汗亦冷而味淡微黏，口不渴反喜热

饮，气息微弱，脉浮数而中空无根。至于日常所见的正汗、热汗、邪汗、自汗，又另当别论。此中道理，知者极少，仅凭一个“汗”字便众说纷纭，误治者甚多。

关键词

亡阴： 阴液（体内津液、血液等有形物质）大量耗散，属热证、实证趋势。

亡阳： 阳气（人体温煦、推动功能的根本动力）突然脱散，属寒证、虚证危象。

龙雷之火： 肾阳因根基不固而虚浮上越的病理之火，非实火，不可寒凉直折。

参附： 人参（大补元气）与附子（回阳救逆）合用，为中医急救回阳的经典配伍。

咸降： 咸味药物（如牡蛎、童便）具有引气下行、潜镇浮阳的功效。

现代启示

这段文字的核心洞见在于：同一症状（大汗）可源于截然相反的病理机制，治法亦南辕北辙。亡阴之汗是“炉火过旺、水被蒸干”，需降火保水；亡阳之汗是“炉火将灭、釜底抽薪”，需急补火种。若辨证有误，用错寒热，轻则延误，重则促亡。

现代急救医学同样面临类似的鉴别挑战——感染性休克与心源性休克、低血容量性休克，补液策略可能截然不同，错误的补液方案甚至会加速死亡。古人没有血压计和电解质检测，却通过汗的温度、味道、质地，以及脉象、口渴与否等细节构建出一套鉴别体系，其观察之细密令人叹服。

值得思考的是：在信息爆炸的今天，面对同一种“症状”，我们是否也常常只看表面、忽略了底层机制的本质差异？

医学源流论：病有不愈不死虽愈必死论

原文

医学源流论：病有不愈不死虽愈必死论

能愈病之非难，知病之必愈必不愈为难。夫人之得病，非皆死症也。庸医治之，非必皆与病相反也。外感内伤，皆有现症，约略治之，自能向愈，况病情轻者，虽不服药亦能渐痊，即病势危迫，医者苟无大误，邪气渐退，亦自能向安，故愈病非医者之能事也。惟不论轻重之疾，一见即能决其死生难易，百无一失，此则学问之极功，而非浅尝者所能知也。夫病轻而预知其愈，病重而预知其死，此犹为易知者。惟病象甚轻，而能决其必死，病势甚重，而能断其必生，乃为难耳。更有病已愈而不久必死者。盖邪气虽去，而其人之元气与病俱亡，一时虽若粗安，真气不可复续。

如两虎相角，其一虽胜，而力已脱尽，虽良工亦不能救也。又有病必不愈而人亦不死者。盖邪气盛而元气坚固，邪气与元气相并，大攻则恐伤其正，小攻则病不为动，如油入面，一合则不可复分，而又不至于伤生。此二者，皆人之所不知者也，其大端则病气入脏腑者，病与人俱尽者为多，病在经络骨脉者，病与人俱存者为多，此乃内外轻重之别也。斯二者，方其病之始形，必有可征之端，良工知之，自有防微之法。既不使之与病俱亡，亦不使之终身不愈。此非深通经义之人，必不能穷源极流，挽回于人所不见之地也。

白话译文

治好疾病并不难，难的是预判疾病究竟能否治愈。人生病，大多数并非死症。庸医来治，也未必全然与病情相悖。外感（外邪侵袭所致的疾病）、内伤（内因损伤脏腑所致）都有明显症状，大致对症处理，病情自会好转。何况病情轻的，不吃药也能慢慢痊愈；即便病势危急，医者只要不犯大错，邪气（致病之气）渐渐退去，也会自然向好。所以说，治好病并不算医者真正的本事。真正的本事，是不论病情轻重，一见之下便能断定生死、难易，百无一失——这才是学问的极致，绝非浅尝者所能领悟。

病轻而能预知痊愈、病重而能预知死亡，这还算容易。真正难的，是病象看似轻浅却能断定必死，病势看似危重却能断定必生。更有一种情况：病已表面痊愈，不久却必然死亡。原因在于——邪气虽已退去，但此人的元气（人体生命活动的根本之气）已在与病邪的搏斗中一同耗尽，一时看似平稳，真气（元气之精华）却无法再续。

就像两虎相搏，胜出的一方虽赢，却已力竭，再高明的医者也无力回天。

还有一种情况：病始终不愈，但人也不会死。原因在于——邪气强盛，而元气同样坚固，两者相持不下。大力攻邪则恐伤正气（人体正常生理功能之气），小力攻邪则病邪纹丝不动，如同油渗入面粉，一旦融合便再难分离——却也不至于危及性命。

这两种情形，都是常人所不了解的。其大体规律是：病气侵入脏腑（五脏六腑）者，多是邪气与人俱尽；病在经络（气血运行的通道）、骨脉者，多是病邪与人长期共存。这是病位深浅、轻重的区别。

这两种情况，在疾病初现之时，必有可察觉的征兆。良医能早早识别，自有防微杜渐之法——既不让人随病俱亡，也不让人终身带病。这若非深通医经要义之人，必不能追根溯源，在旁人看不见之处力挽狂澜。

关键词

元气： 人体生命活动的根本动力，由先天禀赋与后天水谷精气共同充养，耗尽则不可再生。

邪气： 泛指一切致病因素，包括外感六淫（风、寒、暑、湿、燥、火）及内生病邪。

正气： 人体抵御疾病、维持生理功能的整体能力，与邪气相对，"正气存内，邪不可干"。

脏腑： 五脏（心、肝、脾、肺、肾）与六腑（胆、胃、小肠、大肠、膀胱、三焦）的合称，为病位深重之处。

经络： 气血运行的通道网络，病在经络者较脏腑为浅，邪正可长期共存而不致速死。

现代启示

这篇文章的核心洞见，用现代语言说，就是区分"疾病的转归"与"人体的储备能力"。现代重症医学中也有类似现象：患者经历脓毒症（sepsis）或重大手术后，检验指标恢复正常，却在数周内因多器官功能衰竭而亡——这与徐大椿所描述的"虽愈必死"如出一辙。西医称之为"免疫麻痹"或"功能储备耗尽"，中医则名之"元气与病俱亡"。另一面，慢性病患者（如某些类风湿、慢性乙肝携带者）长期带病生存，正气与邪气维持动态平衡，亦印证了"不愈不死"的客观存在。

这提示我们：评估一位患者的真实状况，不能只看当下的症状消退，更要看他的整体生命储备是否还在。

值得思考的是：当一个人在高强度工作或生活压力下"扛过去了"，他真的康复了，还是只是透支了未来？

医学源流论：卒死论

原文

医学源流论：卒死论

天下卒死之人甚多，其故不一。内中可救者，十之七八，不可救者，仅十之二三，惟一时不得良医，故皆枉死耳。夫人内外无病，饮食行动如常，而忽然死者，其脏腑经络本无受病之处，卒然感犯外邪，如恶风秽气鬼邪毒厉等物。闭塞气道，一时不能转动，则大气阻绝。昏闷迷惑，久而不通，则气愈聚愈塞，如系绳于颈，气绝则死矣。若医者能知其所犯何故，以法治之，通其气，驱其邪，则立愈矣。又有痰涎壅盛，阻遏气道而卒死者，通气降痰则苏，所谓痰厥之类是也。

以前诸项，良医皆能治之，惟脏绝之症则不治。其人或劳心思虑，或酒食不节，或房欲过度，或恼怒不常，五脏之内，精竭神衰。惟一线真元未断，行动如常，偶有感触。其元气一时断绝，气脱神离，顷刻而死，既不可救，又不及救，此则卒死之最急，而不可治者也。至于暴遇神鬼，适逢冤谴，此又怪异之事，不在疾病之类矣。

白话译文

世间突然死亡的人非常多，原因各不相同。其中能够救治的，占十之七八；真正无法救治的，不过十之二三。只因一时得不到良医，才导致大多数人枉死。

有一类卒死，患者平素内外无病，饮食起居如常，却忽然倒地。这类人脏腑（五脏六腑）经络（气血运行的通道）本无病患，只是突然遭受外邪侵袭——如恶风、秽浊之气、毒厉之物——封闭了气道（气机升降出入的通路），气机（气的运动）一时阻断，神志昏迷。若持续不通，气愈积愈塞，如同绳索勒颈，气绝而死。良医若能辨明病因，以通气、驱邪之法治之，可立时苏醒。

另有一类，因痰涎（病理性黏液）大量壅积，堵塞气道而猝死，即所谓“痰厥”，祛痰通气即可苏醒。

以上皆属可治之症。惟有“脏绝”（脏腑精气耗竭）者不治。此类人长期劳心过度、饮食失节、房事无度、情绪暴烈，五脏精气（生命物质基础）耗竭，神气衰败，仅剩一缕真元（先天根本之气）维系生命，表面行动如常，一旦受到触动，元气骤然离散，顷刻而死，既不可救，也来不及救。此为卒死中最急、最不治者。至于遭遇鬼神冤谴之事，则属怪异，不在医学讨论范畴。

关键词

气道： 气机升降出入的通路，非解剖气管，指全身气血运行的整体通畅状态。

痰厥： 痰涎壅塞、气机逆乱所致的突然昏厥，属实证，可治。

真元： 即元气，源于先天，藏于肾，为生命活动的根本动力，不可再生。

脏绝： 五脏精气彻底耗竭，阴阳离决，属不可逆的死亡状态。

气脱神离： 元气涣散、神志脱离形体，中医对生命终结的经典描述。

现代启示

徐灵胎在近三百年前已区分"功能性卒死"与"器质性卒死"：前者因外邪阻闭气机，相当于今日所说的急性应激反应、迷走神经性晕厥或气道痉挛，干预及时可逆转；后者因长期透支积累，对应现代医学中心肌病变、多器官储备耗尽后的猝死，一旦发生几乎无法挽救。

这与现代急救医学的黄金窗口理论高度吻合——急性可逆性事件若在数分钟内干预，存活率极高；而慢性积损的终末期事件，无论设备多先进，结局往往相同。

值得警醒的是，"行动如常"的外表可以掩盖五脏精气的长期透支。现代人熬夜、酗酒、情绪持续高压，自感尚可支撑，是否正在悄然消耗那"一线真元"？

（仅供文化学习，不构成医疗建议。）

医学源流论：病有鬼神论

原文

医学源流论：病有鬼神论

人之受邪也，必有受之之处，有以召之，则应者斯至矣。夫人精神完固，则外邪不敢犯，惟其所以御之之具有亏，则侮之者斯集。凡疾病有为鬼神所凭者，其愚鲁者，以为鬼神实能祸人；其明理者，以为病情如此，必无鬼神，二者皆非也。夫鬼神，犹风寒暑湿之邪耳。卫气虚则受寒，荣气虚则受热，神气虚则受鬼。盖人之神属阳，阳衰则鬼凭之，《内经》有五脏之病，则现五色之鬼。《难经》云：脱阳者见鬼。故经穴中有鬼床、鬼室等穴。此诸穴者，皆赖神气以充塞之。

若神气有亏，则鬼神得而凭之，犹之风寒之能伤人也。故治寒者壮其阳，治热者养其阴，治鬼者充其神而已。其或有因痰因思因惊者，则当求其本而治之。故明理之士，必事事穷其故，乃能无所惑而有据。否则执一端之见，而昧事理之实，均属愤愤矣。其外更有触犯鬼神之病，则祈祷可愈。至于冤谴之鬼，则有数端，有自作之孽，深仇不可解者；有祖宗贻累者；有过误害人者，其事皆凿凿可征。似儒者所不道，然见于经史，如公子彭生、伯有之类甚多，目睹者亦不少，此则非药石祈祷所能免矣。

白话译文

人体感受邪气，必有其侵入的途径；有了可以招引邪气的内在条件，外邪才会乘虚而入。人若精神充实完固，外邪便不敢侵犯；正因为抵御外邪的机能出现亏损，各种邪气才得以汇聚。

凡疾病中表现为鬼神附身的，愚昧之人认为鬼神真能祸害人；明白事理的人则认为不过是某种病态，鬼神根本不存在——这两种看法都不全面。鬼神之邪，不过如同风寒暑湿一类的外邪。卫气（保卫体表的阳气）虚弱则易感受寒邪，荣气（运行于脉中、濡养全身的阴血）不足则易感受热邪，神气（精神意识活动的物质基础）亏虚则易受鬼邪侵扰。人的神属于阳，阳气衰弱则鬼邪得以凭附。《内经》记载五脏患病时会出现相应颜色的鬼怪幻象；《难经》云“脱阳者见鬼”（阳气大量耗散的人会产生鬼的幻觉）。故针灸经穴中有“鬼床”“鬼室”等穴，这些穴位皆依赖神气来充盈守护。

若神气有所亏损，鬼邪便得以凭附，一如风寒能伤人之理。故治寒病要振奋阳气，治热病要滋养阴气，治鬼邪所致之病只需充实神气而已。若因痰浊、思虑过度或受惊所致，则应追溯根本原因加以治疗。明理之士必须事事穷究其故，方能不被迷惑、有所依据；否则执守一端之见，昧于事理真相，皆属糊涂。

此外，还有因触犯鬼神而得病的，通过祈祷可以痊愈。至于冤魂索命一类，有自身作恶、深仇难解的；有祖先业报牵累的；有过失伤人的——事例凿凿可查。此事虽儒者通常不谈，然见于经史记载，如公子彭生、伯有之类甚多，亲眼目睹者亦不少。此类情形，则非药石祈祷所能免除了。

关键词

卫气：运行于体表的阳气，主抵御外邪、固护肌表，为人体免疫屏障的功能写照。

荣气（营气）：行于脉中的阴性精微之气，化生血液、营养脏腑，与卫气表里相依。

神气：心所主宰的精神意识活动之根本，神气充盈则思维清明、意志坚定。

脱阳：阳气大量耗脱散失的危重状态，临床可见神志失常、幻觉频现等表现。

鬼穴：针灸十三鬼穴的统称（孙思邈所辑），专治癫狂、惊悸等神志疾患。

现代启示

徐大椿此论的核心价值，在于他拒绝了两种极端：既不迷信“鬼神实能祸人”，也不粗暴否定异常体验的客观存在，而是将“见鬼”等症状纳入人体功能失调的框架加以分析。以现代视角看，“神气亏虚则受鬼”与现代精神医学高度契合——重度睡眠剥夺、极度焦虑或器质性脑病均可导致幻视、幻听，正是中枢神经系统功能失调的表现；“充其神”的治则，也与心理治疗中强化内在稳定性的思路相呼应。这提示我们：面对无法解释的精神症状，既不宜一味诉诸玄学，也不宜武断否定患者的主观体验，先追问“身体出了什么状况”，往往才是最务实的起点。（仅供文化学习，不构成医疗建议）

****思考题**：**当一个人长期处于高度精神压力下，出现了旁人难以理解的感知体验，我们应该首先从哪个角度去理解和帮助他？

医学源流论：肾虚非阴症论

原文

医学源流论：肾虚非阴症论

今之医者，以其人房劳之后，或遗精之后，感冒觉寒而发热者，谓之阴症。病者遇此，亦自谓之阴症。不问其现症何如，总用参、朮、附、桂、干姜、地黄等温热峻补之药。此可称绝倒者也。夫所谓阴症者，寒邪中于三阴经也。房后感风，岂风寒心中肾经？即使中之，亦不过散少阴之风寒，如伤寒论中少阴发热，仍用麻黄、细辛发表而已。

岂有用辛热温补之法耶？若用温补，则补其风寒于肾中矣。况阴虚之人而感风寒，亦必由太阳入，仍属阳邪，其热必甚，兼以燥闷烦渴。尤宜清热散邪，岂可反用热药？若果直中三阴，则断无壮热之理。必有恶寒、倦卧、厥冷、喜热等症，方可用温散，然亦终无用滋补之法。即如伤寒差后房事不慎，又发寒热，谓之女劳复。此乃久虚之人，复患大症。依今人之见，尤宜峻补者也。而古人治之，用竹皮一升煎汤服，然则无病而房后感风，更不宜用热补矣。

故凡治病之法，总视目前之现证现脉。如果六脉沉迟，表里皆畏寒，的系三阴之寒证。即使其本领强壮，又绝欲十年，亦从阴治。若使所现脉证的系阳邪，发热烦渴，并无三阴之症。即使其人本体虚弱，又复房劳过度，亦从阳治。如伤寒论中阳明大热之证，宜用葛根、白虎等方者，瞬息之间，转入三阴，即改用温补；若阴症转阳症，亦即用凉散，此一定之法也。近世惟喻嘉言先生能知此义，有寓意草中黄长人之伤寒案可见。余人皆不知之，其杀人可胜道哉。

白话译文

当今医者，见到有人在房事（性行为）之后，或遗精之后，感受外邪、先觉寒冷继而发热，便将其称为“阴症”。患者自己也跟着附和，说这是阴症。不问眼前出现了什么症状，一律用人参、白朮、附子、肉桂、干姜、地黄等辛热峻补之药，这实在荒唐可笑。

所谓“阴症”，指的是寒邪（寒性病理之气）直中三阴经（足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经的统称）。房后感受风寒，难道风寒会专门钻入肾经？退一步说，就算真的侵入少阴经，也不过用麻黄、细辛等解表药疏散寒邪，何曾有用辛热温补之理？若此时用温补，岂非把风寒固守在肾中？

更何况，阴虚（体内阴精不足）之人若感受风寒，仍旧要从太阳经（六经之首，主表）进入，本质上仍属阳邪，必然高热，兼见烦躁、口渴，更应清热散邪，怎可反用热药？

若真是寒邪直中三阴，则绝无壮热之象，必然出现畏寒、倦卧、四肢厥冷、喜热饮等症，方可用温散之法，但也绝无用滋补的道理。就连伤寒病愈后因房事不慎又复发寒热，古人称之为“女劳复”，这已是久虚

之人再患重症，按今人的逻辑更该峻补，然而古人只用竹皮一升煎汤服之。既如此，无病之人房后感风，就更不该用热补了。

治病的根本原则，始终要看眼前的实际症状与脉象：若六脉（寸关尺三部，浮中沉六候）沉迟，表里皆畏寒，确系三阴寒证，即使此人平素强壮、禁欲十年，也当从阴论治；若脉证确系阳邪，发热烦渴而无三阴之象，即使此人体弱、房劳过度，也当从阳论治。如同《伤寒论》中阳明大热之证，须用葛根汤、白虎汤，若瞬间转入三阴，立改温补；若阴症转阳症，亦立即改用凉散，此乃一定之法。近世唯喻嘉言先生明此道，其著《寓意草》中黄长人伤寒案可为印证。余者皆不知此理，其误人性命，不可胜数。

关键词

阴症：寒邪直接侵入三阴经所致之病，以恶寒、肢冷、脉沉迟为辨识要点，非泛指一切虚寒状态。

房劳：因房事过度耗损肾精，导致正气虚损的病理状态，属内因，不等同于外感病机。

三阴经：足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经的合称，寒邪直中于此称“直中三阴”。

女劳复：伤寒病后正气未复，因房事损耗而病情复发，以竹皮汤清热和中，非温补。

辨证论治：依据患者当前脉症确定证型后施治，强调“证”而非“病史”或“体质”决定用药方向。

现代启示

徐大椿在此提出了一个在现代临床同样有意义的警示：****不能以“诱因”代替“诊断”****。患者房后生病，诱因是肾虚，但眼前发热、烦渴、脉数，这是实热的表现。若医者只看诱因便开补药，相当于今天见到“免疫力低下的人发烧”就只补营养、拒绝排查感染，后果极可能是延误病情。

这与现代循证医学中“以客观指标为诊断依据”的思路高度吻合——体质是背景，症状是前景，治疗针对的是前景。

中医“同病异治、异病同治”的核心逻辑，并非主观经验的随意发挥，而是对当下客观证候的精准响应。

值得思考的是：我们在日常健康决策中，是否也常常因为一个看似合理的“原因”，就跳过了对眼前症状的仔细观察？

医学源流论：吐血不死咳嗽必死论

原文

医学源流论：吐血不死咳嗽必死论

今之医者，谓吐血为虚劳之病，此大谬也。夫吐血有数种，大概咳者成劳，不咳者不成劳。间有吐时偶咳者，当其吐血之时，狼狈颇甚，吐止即痊，皆不成劳何也？其吐血一止，则周身无病，饮食如故，而精神生矣。即使亡血之后，或阴虚内热，或筋骨疼痛，皆可服药而痊。若咳嗽则血止而病仍在，日嗽夜嗽，痰壅气升，多则三年，少则一年而死矣。

盖咳嗽不止，则肾中之元气震荡不宁，肺为肾之母，母病则子亦病故也。又肺为五脏之华盖，经云：谷气入胃以传于肺，五脏六腑皆以受气，其清者为荣，浊者为卫。是则脏腑皆取精于肺，肺病则不能输精于脏腑，一年而脏腑皆枯，三年而脏腑竭矣。故咳嗽为真劳不治之疾也。然亦有咳嗽而不死者，其嗽亦有时稍缓，其饮食起居不甚变，又其人善于调摄。延经三年之后，起居如旧，间或一发，静养即愈，此乃百中难得一者也。更有不咳之人，血症屡发，肝竭肺伤，亦变咳嗽，久而亦死。此则不善调摄，以轻变重也。执此以决血症之死生，百不一失矣。

白话译文

当今医者常把吐血归为虚劳之病，这是很大的误解。吐血有多种情形，大体而言，伴随咳嗽的容易发展为劳损，不咳嗽的则不会。偶尔有人吐血时伴随短暂咳嗽，但当时虽然狼狈，血止后便逐渐痊愈，并不成劳——原因在于血止之后，周身无别病，饮食恢复正常，精神也随之振起。即便失血之后出现阴虚（阴液亏损）内热或筋骨疼痛，服药调理也可痊愈。

反之，若伴有咳嗽，血虽止而病根仍在，昼夜不停地咳，痰液壅滞、气机上逆，多则三年、少则一年便会亡故。

咳嗽不止，则肾中的元气（生命根本之气）受到持续震扰，而肺为肾之母（五行中金生水，肺属金、肾属水），母病则子亦受累。且肺为五脏（心肝脾肺肾）之华盖（位居最高、覆护诸脏），水谷精气由胃传肺，再由肺布散全身，化为荣气（滋养脏腑）与卫气（护卫体表）。肺若病损，无力输布精气，一年则脏腑开始枯槁，三年则彻底衰竭，故咳嗽乃真正难治之劳病。

亦有咳嗽而不死者：其咳时有间歇，饮食起居变化不大，且善于调养，三年后渐复如常，偶发则静养即愈——此乃百中难得一例。另有不咳之人，血症反复发作，肝（藏血）竭肺伤，终究也演变为咳嗽，久而亦死——这是不善自调、由轻转重的结果。依此判断血症预后，百不失一。

关键词

虚劳： 因正气（人体抗病之气）亏损引起的慢性消耗性病症，近似于今日所说的慢性消耗性疾病。

元气： 藏于肾中的先天之气，为生命活动的根本动力，相当于人体基础代谢能量储备。

华盖： 原指帝王车盖，此处比喻肺居五脏之上，覆护诸脏，并主宰全身气机升降。

荣卫： 荣气（营气）行于脉中，滋养脏腑；卫气行于脉外，温煦护表，共同维持生命正常运转。

调摄： 通过饮食、起居、情志等方面的自我管理来养护正气，防止病情加重。

现代启示

徐大椿在两百余年前便敏锐地区分了“出血”与“慢性肺损伤”的本质差异——前者可能只是局部血管破裂，属一过性事件；后者则意味着肺的持续性功能受损，进而影响全身气体交换与营养物质运输。这与现代医学对肺结核、慢性阻塞性肺病的认识高度吻合：单纯咯血并不必然预后差，而慢性咳嗽伴肺功能下降才是真正的恶化信号。他强调“调摄”对预后的决定性作用，也与现代医学中生活方式干预对慢性病管理的重要性不谋而合。

需要提醒的是，本文所述为传统中医理论框架，仅供文化学习，不构成医疗建议；如有咯血或持续咳嗽，请及时就医。

值得思考的是：在医疗资源匮乏的古代，医者如何仅凭症状观察便总结出如此接近现代医学的预后判断——这背后究竟是经验积累的力量，还是某种更深层的观察方法论？

医学源流论：胎产论

原文

医学源流论：胎产论

妇科之最重者二端，堕胎与难产耳。世之治堕胎者，往往纯用滋补；治难产者，往往专于攻下，二者皆非也。盖半产之故非一端，由于虚滑者，十之一二；由于内热者，十之八九。盖胎惟赖血以养，故得胎之后，经事不行者，因冲任之血皆为胎所吸，无余血下行也。苟血或不足，则胎枯竭而下堕矣。其血所以不足之故，皆由内热火盛，阳旺而阴亏也。

故古人养胎之方，专以黄芩为主。又血之生，必由于脾胃。经云：荣卫之道，纳谷为宝。故又以白术佐之。乃世之人专以参耆补气，熟地滞胃。气旺则火盛，胃湿则不运，生化之源衰，而血益少矣。至于产育之事，乃天地化育之常，本无危险之理，险者千不得一。世之遭厄难者，乃人事之未工也。其法在乎产妇，不可令早用力。盖胎必转而后下，早用力则胎先下坠，断难舒转，于是横生倒产之害生。

又用力则胞浆骤下，胎已枯涩，何由能产？此病不但产子之家不知，即收生稳妇亦有不知者。至于用药之法，则交骨不开，胎元不转，种种诸症，各有专方。其外或宜润，或宜降，或宜温，或宜凉，亦当随症施治。其大端以养血为主，盖血足则诸症自退也。至于易产强健之产妇，最多卒死。盖大脱血之后，冲任空虚，经脉娇脆。健妇不以为意，轻举妄动，用力稍重，冲脉断裂，气冒血崩，死在顷刻。尤忌举手上头，如是死者，吾见极多。不知者以为奇异，实理之常，生产之家不可不知也。

白话译文

妇科中最要紧的两类问题是流产与难产。世间医者治流产，往往一味滋补；治难产，又偏于攻下催产，两种做法都失之偏颇。流产（半产）的成因不止一端：因体虚不固所致者，仅占十之一二；因内热（体内阳热偏盛、灼伤阴血）所致者，则高达十之八九。胎儿全赖血液濡养，孕后月经停止，正因冲脉（血海之主脉）、任脉（主胞胎之脉）中的血液皆为胎儿吸收，无余血下行。血若不足，胎失濡养便枯竭堕落；血不足的根本，在于内热火盛、阳旺阴亏。

古人养胎方以黄芩为主，取其清热安胎之功；又因血的生化依赖脾胃，《内经》云“纳谷为宝”，故以白术健脾佐之。今人却偏用参耆大补元气——气盛则火愈旺；以熟地填补——滋腻碍胃、运化失职，生血之源反而衰竭，血益不足。

分娩本是天地化育常事，真正凶险者千中无一，遭险多因人为失当。关键在于：产妇不可过早用力。胎儿须先完成旋转才能下降，用力过早则胎先坠，无法旋转，横生、倒产由此而起；且早用力致羊水（胞浆）骤然流尽，胎儿失润，更难娩出。用药须随症施治，或润或降、或温或凉，总以养血为本，血足则诸症自退。

体质强健的产妇反而最易猝死：大量失血后冲任空虚，经脉娇脆，强健者不以为意，轻举妄动，冲脉一旦断裂，气逆血崩，顷刻毙命。尤忌举手过头。不知者以为奇异，实属常理，产家不可不知。

关键词

冲任二脉： 冲脉为"血海"，任脉主胞胎，二者是妇科气血运行的核心经脉。

内热： 体内阳气偏亢、阴血不足所致的虚性热象，为本文所论流产首要病因。

半产： 孕期中途流产或早产，区别于足月分娩，耗损气血尤甚。

横生倒产： 胎位异常，胎儿横位或足先露娩出，古代最凶险的难产情形之一。

养血： 通过调补脾胃、清热益阴等方法充盈血液，为本文贯穿胎产治疗的核心原则。

现代启示

徐大椿在两百余年前便指出，孕期"过度补气"反而有害，与现代产科对妊娠期营养过剩（诱发妊娠糖尿病、巨大儿）的警示高度契合。他以"养血清热"统领安胎，对应今日孕期补充叶酸、铁元素、控制炎症的思路，逻辑内核并无本质差异。"不可早用力"的告诫，则与现代产程管理中严格把控第二产程时机的原则相互印证。尤其是产后强健产妇猝死的警示，与现代医学所描述的产后大出血继发循环衰竭机制若合符节。

这提醒我们：传统医学的精华往往不在药方本身，而在对生理规律的朴素洞察。

那么，今天我们在"月子里不能乱动"这一传统习俗背后，究竟有多少是古人观察到的真实生理风险，又有多少已成为无需遵守的文化惯例？

医学源流论：病有不必服药论

原文

医学源流论：病有不必服药论

天下之病，竟有不宜服药者，如黄疸之类是也。黄疸之症，仲景原有煎方，然轻者用之俱效，而重者俱不效何也？盖疸之重者，其胁中有囊以裹黄水，其囊并无出路。药祇在囊外，不入囊中，所服之药，非补邪即伤正，故反有害。若轻病则囊尚未成，服药有效。至囊成之后，则百无一效。必须用轻透之方，或破其囊，或消其水。另有秘方传授，非泛然煎丸之所能治也。痰饮之病亦有囊，常药亦不能愈。外此如吐血久痞等疾，得药之益者甚少，受药误者甚多。如无至稳必效之方，不过以身试药，则宁以不服药为中医矣。

白话译文

天下的病症中，确实有些不适合服药的，黄疸（身目发黄、小便黄赤的病症）就是典型例子。仲景（张仲景，汉代医圣）原本有治黄疸的煎剂方，轻症用之有效，重症却普遍无效，原因何在？重症黄疸，胁肋部位已形成一个包裹，裹着黄水，且这个囊没有通路与外界相连。药物只在囊的外围发挥作用，无法进入囊内，所服之药要么助长邪气，要么损伤正气（人体自身抵抗力），反而有害。轻症时包裹尚未形成，故服药有效；一旦囊已形成，则百治无一效。此时必须采用轻灵透达的方法，或破开囊壁，或消散囊中积水，须另有秘传专方，绝非寻常煎药丸药所能胜任。痰饮（水湿停聚于体内的病症）之病同样存在此类包裹，普通药物也难以治愈。此外，如久治不愈的吐血、积聚痞块等病，从药物中得益者甚少，被药物所误者甚多。若无十拿九稳、必定有效的方子，不过是以身体试验药物而已，那倒不如不服药，反而是稳妥的中间之道。

关键词

正气： 人体自身的抗病能力与生命活力，与外来致病因素“邪气”相对。

痰饮： 水液代谢失常、停积于体内的病理产物，稠者为痰，稀者为饮。

轻透之方： 药性轻灵、能透达深处病灶的处方，有别于厚重滋补或猛攻之剂。

补邪： 误用补益药物，反而滋养了致病邪气，使病情加重。

中医： 此处非“中医学”之意，乃“恰中医道”，即不偏不倚、合乎治病准则的做法。

现代启示

这段文字的核心洞见，放在今天依然锐利：并非所有疾病都适合积极用药干预。徐灵胎所描述的"囊"，在现代医学视角下颇似某些囊肿、包裹性积液或纤维化病灶——药物确实难以有效渗透，而不当用药反而可能干扰肝脏代谢或损伤消化系统。现代医学中"watchful waiting"（观察等待策略）的理念，与"不服药为中医"高度契合：对于自限性疾病或无特效药的慢性病，减少无效干预本身就是一种治疗智慧。这也提醒我们警惕"有病必须吃药"的惯性思维，以及被过度医疗的风险。

> **思考题**：在你的日常生活中，是否有过"吃了药反而更难受"的经历？那一次，"不吃药"是否才是更好的选择？

注：以上内容仅供传统文化学习与人文参考，不构成任何医疗建议。具体病症的诊断与治疗，请遵医嘱。

医学源流论：方药离合论

原文

医学源流论：方药离合论

方之与药，似合而实离也。得天地之气，成一物之性，各有功能，可以变易血气以除疾病，此药之力也。然草木之性，与人殊体，入人肠胃何以能如人之所欲，以致其效？圣人为之制方以调剂之，或用以专攻，或用以兼治，或相辅者，或相反者，或相用者，或相制者。故方之既成，能使药各全其性，亦能使药各失其性。操纵之法，有大权焉，此方之妙也。若夫按病用药，药虽切中，而立方无法，谓之有药无方，或守一方以治病。方虽良善，而其药有一二味与病不相关者，谓之有方无药。譬之作书之法，用笔已工，而配合颠倒，与夫字形俱备，而点画不成者，皆不得谓之能书。故善医者，分观之，而无药弗切于病情；合观之，而无方不本于古法。

然后用而弗效，则病之故也，非医之罪也。而不然者，即偶或取效，隐害必多，则亦同于杀人而已矣。至于方之大小奇偶之法，则《内经》详言之，兹不复赘云。

白话译文

方剂与药物，表面看似合为一体，实则各有独立的内涵。药物从天地之气中汲取精华，形成各自的特性，各具功用，能够调整人体气血（气指生命活动的动力，血指滋养全身的物质基础）以祛除疾病——这是药物本身的力量。然而，草木的天性与人体迥异，进入肠胃之后，凭什么能按人体所需发挥效果？古代圣人因此制定方剂加以调配统筹：或单一专攻某病，或兼顾多种病症，或令药物相互辅助，或令其相互对立制衡，或协同增效，或互相节制。方剂一旦组成，既能使各药充分发挥本性，也能使某些药物的偏性得到抑制，驾驭之道握有极大的主动权，这正是方剂的妙处所在。

若只是对症选药，药物虽切中病情，却组方无章法，此谓“有药无方”；或拘守一首成方治病，方剂虽良善，但其中有一两味药与病情不相干，此谓“有方无药”。这犹如书法：用笔技巧虽精，字的结构却颠倒错乱；或笔画字形俱全，点画之间却不能融合成形——两者皆不得称为善书。

因此，善医者分而观之，每一味药都切合病情；合而观之，每一首方剂都有古法依据。如此用药仍不见效，则是疾病本身的缘故，非医者之失。若做不到这一点，即便偶尔取效，隐藏的危害必然很多，与害人性命无异。至于方剂大小奇偶的法度，《内经》已有详述，此处不再赘言。

关键词

现代启示

现代药理学的研究，正在用数据印证徐大椿的这一洞见。单一化合物进入人体后，其吸收、代谢与效果会因复方配伍而发生显著改变——这恰是“药物相互作用”研究的核心命题。某些中药配伍后生物利用度提升数倍，另一些组合则可有效降低毒副作用，与“方能使药全其性，亦能使药失其性”高度吻合。“有药无方”与“有方无药”的警示在今日同样适用：临床上既有精确诊断却缺乏系统方案的情况，也有照搬指南却忽视患者个体差异的问题。方剂思维的精髓，在于将“规则”与“个体”动态结合，而非机械叠加。

> 注：以上内容仅供传统文化学习，不构成任何医疗建议。

引发思考的问题：当现代医生严格遵循循证医学指南用药，却对特定患者无效时，这究竟是“医之罪”，还是“病之故”？

医学源流论：古方加减论

原文

医学源流论：古方加减论

古人制方之义，微妙精详，不可思议。盖其审察病情，辨别经络，参考药性，斟酌轻重，其于所治之病，不爽毫发。故不必有奇品异术，而沉痾艰险之疾，投之辄有神效，此汉以前之方也。但生民之疾病不可胜穷，若必每病制一方，是曷有尽期乎？故古人即有加减之法。其病大端相同，而所现之症或不同，则不必更立一方。即于是方之内，因其现症之异而为之加减。如伤寒论中治太阳病用桂枝汤，若见项背强者，则用桂枝加葛根汤；喘者则用桂枝加厚朴杏子汤；下后脉促胸满者，桂枝去芍药汤；更恶寒者，去芍药加附子汤，此犹以药为加减者也。若桂枝麻黄各半汤，则以两方为加减矣。若发奔豚者，用桂枝为加桂枝汤，则又以药之轻重为加减矣。然一二味加减，虽不易本方之名，而必明着其加减之药。

若桂枝汤信用芍药而加饴糖，则又不名桂枝加饴糖汤，而为建中汤。其药虽同，而义已别，则立名亦异。古法之严如此，后之医者不识此义，而又欲托名用古，取古方中一二味，则即以某方目之。如用柴胡，则即曰小柴胡汤，不知小柴胡之力，全在人参也；用猪苓、泽泻，即曰五苓散，不知五苓之妙，专在桂枝也。

去其要药，杂以他药，而仍以某方目之。用而不效，不知自咎，或则归咎于病，或则归咎于药，以为古方不可治今病。嗟乎！即使果识其病而用古方，支离零乱，岂有效乎？遂相戒以为古方难用，不知全失古方之精义，故与病毫无益而反有害也。然则当何如？曰：能识病情与古方合者，则全用之；有别症，则据古法加减之；如不尽合，则依古方之法，将古方所用之药而去取损益之。必使无一药之不对症，自然不倍于古人之法，而所投必有神效矣。

白话译文

古代医家制定方剂的道理，精妙细密，难以言尽。他们详细审察病情，辨别经络（中医认为的人体气血运行通道），参考药物性味，斟酌用量轻重，对所治之病分毫不差。因此不需奇特药物或高深技法，对于积久难治的顽疾重症，投方即见神效。这便是汉代以前方剂的特点。

然而人间疾病无穷无尽，若每种病都另立一方，岂有穷尽之时？所以古人创立了加减之法：病情大体相同，但所呈现的症状略有差异，不必另立新方，只在原方基础上依据症状加减药味。例如《伤寒论》治太阳病（外感病初期阶段，以恶寒、发热、脉浮为主症）用桂枝汤；若见项背僵硬，则用桂枝加葛根汤；有喘症则用桂枝加厚朴杏子汤；下法后脉急胸满，则用桂枝去芍药汤；还有恶寒者，再加附子。这是以增减药味来加减。若桂枝麻黄各半汤，则是以两方合并为加减。若发奔豚（气从少腹上冲胸咽的病症），用桂枝加桂汤，则是以药量轻重来加减。一两味的加减，虽不轻易更改方名，但必须明确标注所加减的药。

若桂枝汤中将芍药加倍并加入饴糖，则不叫"桂枝加饴糖汤"，而另名"建中汤"。药物虽同，义理已别，故另立名称。古法之严谨如此。

后世医者不明此义，却又想借用古方之名，取古方中一两味药便以某方称之。比如用了柴胡，便自称是小柴胡汤，却不知小柴胡汤的关键在于人参；用了猪苓、泽泻，便称是五苓散，却不知五苓散的妙处全在桂枝温阳化气。去掉核心药物，杂入他药，仍冠以某方之名。用之无效，不知自省，或归咎于病，或归咎于药，以为古方不能治今病。即便真能识别病情，若支离零乱地使用古方，又怎能有效？于是相互告诫说古方难用，殊不知是完全失去了古方精髓，对病情不仅无益，反而有害。

正确的做法是：若病情与古方吻合，则全方使用；若有兼症，则依古法加减；若不完全吻合，则依古方用药思路，对药物作取舍损益，务必每一味药都对应症状，自然不违背古人之法，投方必有神效。

关键词

加减法： 在经典方剂基础上，依据具体症状增添或去除药味的变通方法，非随意增删，须合乎原方义理。

要药： 方剂中起核心治疗作用的药物，去除后整方功效根本改变，如小柴胡汤之人参、五苓散之桂枝。

太阳病： 《伤寒论》六经辨证中的初期阶段，主症为恶寒、发热、头项强痛、脉浮，属外感病表证。

建中汤： 由桂枝汤变化而来，芍药倍量加饴糖，功效从调和营卫（气血阴阳的协调状态）转为温中补虚，故另立方名。

沉痾： 积久难愈的顽固疾病，与"艰险之疾"并列，指病情深重、治疗棘手者。

现代启示

这段文字揭示了一个至今仍有意义的认知陷阱：只借用名称，而不理解内在逻辑。小柴胡汤没有人参，五苓散缺了桂枝，表面上"用了古方"，实则徒有其形。方剂的疗效不来自某几味药的随机组合，而来自君臣佐使（方剂配伍结构）之间精密的协同关系。这与现代循证医学的精神高度吻合——任何治疗方案都需整体评估，不能断章取义地截取片段。对普通读者而言，这同样是一个普遍提醒：无论是学习一套方法论，还是应用一个模型，"知其然"而不"知其所以然"，往往事倍功半，甚至适得其反。

你在日常学习或工作中，是否也曾借用某种"方法"的名头，却不知不觉遗漏了其中最关键的那一环？

（注：本文仅供中医文化学习，不构成医疗建议。）

医学源流论：方剂古今论

原文

医学源流论：方剂古今论

后世之方，已不知几亿万矣，此皆不足以名方者。昔者圣人之制方也，推药理之本原，识药性之专能，察气味之从逆，审脏腑之好恶，合君臣之配耦，而又探索病源，推求经络。其思远，其义精，味不过三四，而其用变化不穷。圣人之智，真与天地同体，非人之心思所能及也。上古至今，千圣相传，无敢失坠。至张仲景先生，复申明用法，设为问难，注明主治之症。其伤寒论金匱要略，集千圣之大成，以承先而启后，万世不能出其范围，此谓之古方与《内经》并垂不朽。

其前后名家，如仓公、扁鹊、华佗、孙思邈诸人，各有师承，而渊源又与仲景微别，然犹自成一家，但不能与灵素本草一线相传为宗枝正脉耳。既而积习相仍，每着一书，必自撰方千百。唐时诸公，用药虽博，已乏化机。至于宋人，并不知药，其方亦板实肤浅。元时号称极盛，各立门庭，徒聘私见，迨乎有明，蹈袭元人续余而已。今之医者，动云古方，不知古方之称，其指不一，谓上古之方，则自仲景先生流传以外无几也。如谓宋元所制之方，则其可传可法者绝少，不合法而荒谬者甚多，岂可奉为章典？若谓自明人以前，皆称古方，则其方不下数百万。夫常用之药不过数百品，而为方数百万，随拈几味皆已成方，何必定云某方也。嗟嗟，古之方何其严，今之方何其易，其间亦有奇巧之法，用药之妙，未必不能补古人之所未及，可备参考者。然其大经大法，则万不能及，其中更有违经背法之方，反足贻害。安得有学之士，为之择而存之，集其大成，删其无当，实千古之盛举，余盖有志而未遑矣。

白话译文

后世流传的方剂，已不知有几亿万之多，然而这些大多不配称为真正的“方”。古代圣人制方，深入推究药理根本，洞悉药性的专长，审察气味（药物寒热温凉之气与酸苦甘辛咸之味）的相合与相悖，体察脏腑的喜好，按君臣佐使的配伍法度，再结合对病因的探索和经络的推敲。立意深远，义理精微，用药不过三四味，变化却无穷尽。张仲景先生集历代之大成，著《伤寒论》《金匱要略》，承前启后，万世医家无法超出其规范，与《内经》并列，千古不朽。

此后积习相沿，每著一书，必自撰方千百。唐代用药虽博，已乏化机；宋人并不真懂药性，其方板实浅薄；元代各立门户，徒逞私见；明代不过沿袭元人余绪。

今之医者，动云古方，却不知所指不一：仲景以外上古之方所剩无几；宋元之方可法者极少，荒谬者甚多；若以明代以前皆称古方，则数量多达数百万，常用药物不过数百种，随拈几味便成方，又何必非称某某方？

古方何其严谨，今方何其随易。虽偶有奇巧可供参考，但大经大法万不能及，更有违经背法之方足以贻害于人。愿有真才实学之士甄别存留，集大成、删无当，实为千古盛举，余有志而未能为之。

关键词

君臣配耦： 方剂配伍中主药（君）与辅药（臣佐使）的搭配法则，强调主次分明、各司其职。

气味从逆： 药物气（寒热温凉四气）与味（酸苦甘辛咸五味）之间相合顺从或相悖冲突的关系，是用药安全的核心依据。

脏腑好恶： 各脏腑对不同药性的亲和或排斥，即后世所说的"归经"理论的早期表述。

大经大法： 方剂学中最根本的原则与规律，源自《灵枢》《素问》《神农本草经》等经典，不可随意逾越。

化机： 方剂配伍中灵活变化的内在机理，指药物组合产生超越单味功效的协同转化能力，非死板堆砌所能及。

现代启示

这段话的核心是"少而精"与"多而滥"的对立。古方三四味药却变化无穷，背后是对药物作用机制的深刻把握；后世方剂数百万，却多是简单堆砌。这与现代循证医学的精神暗合——有效干预不在于成分数量，而在于是否切中病理机制（现代药理学亦证实，多药联用未必增效，反可能增加相互作用风险）。

徐大椿对方剂传承失范的忧虑，今天同样存在：信息爆炸时代，各类"配方""秘方"充斥网络，经典方剂反而容易被淹没。需要提醒的是，本文所涉中医理论仅供文化学习，不构成任何医疗建议。

值得深思的是：在中医现代化的进程中，我们究竟应当用什么标准来区分经典的"大经大法"与后世的"荒谬积习"，从而避免以量代质、以传承之名行堆砌之实？

医学源流论：单方论

原文

医学源流论：单方论

单方者，药不过一二味，治不过一二症，而其效则甚捷。用而不中，亦能害人，即世所谓海上方者是也。其原起于本草，盖古之圣人，辨药物之性，则必着其功用，如逐风、逐寒、解毒、定痛之类。凡人所患之症止一二端，则以一药治之，药专则力厚，自有奇效。若病兼数症，则必合数药而成方。至后世药品日增，单方日多，有效有无效矣。若夫内外之感，其中自有传变之道，虚实之殊，久暂之别，深浅之分，及夫人性各殊，天时各异，此非守经达权者不能治。若皆以单方治之，则药性专而无制，偏而不醇，有利必有害。故医者不可以此尝试，此经方之所以为贵也，然参考以广识见，且为急救之备，或为专攻之法，是亦不可不知者也。

白话译文

单方，指用一两味药治一两种症状的处方，见效迅速，用错则伤人，即民间所称“海上方”。其源起本草学（记录药物性质与功用的古代学问）——圣贤辨药必标功效，如驱风、散寒、解毒、止痛。病症单一时，一药专攻，力量集中，自有奇效；病症复杂，则需多药合方。后世药品增多，单方日积，效果参差不齐。而内伤外感（体内外致病因素引发的病变）自有传变（病情演变转化）之规律，兼有虚实（正气与邪气强弱对比）、久暂、深浅之别，体质与时令各异，非通晓经典又能随机应变的医者无以处置。若以单方统治一切，药性偏而无制，有利必有弊。故医者不可轻易试用，此即经方（有严格配伍法则的经典方剂）珍贵之所在。然单方可作参考以增广见识，备作急救或专项攻治，亦不可不知。

关键词

单方： 药仅一两味，专治一两种症状，民间称“海上方”，简便而效峻。

本草： 古代记录药物性味、功效的学问，《神农本草经》为代表。

虚实： 中医辨证纲领，虚指正气（机体抵抗力）不足，实指邪气亢盛。

传变： 病邪在体内由一处转移至另一处，病情随之演变的过程。

经方： 有严格配伍法则的经典方剂，多指张仲景所立之方，与单方相对。

现代启示

现代人不乏"单方思维": 头痛买布洛芬, 缺铁补铁剂, 简单病症时确实高效。但面对慢性复杂病, 单一干预往往顾此失彼。中医复方配伍(多药协同制衡)与现代联合用药、多靶点治疗的思路暗合, 本质都是在专攻与制衡之间寻求平衡。(仅供文化学习, 不构成医疗建议)

你平时有"找一种药快速解决"的冲动吗? 这究竟是效率, 还是对身体复杂性的低估?

医学源流论：禁方论

原文

医学源流论：禁方论

天地有好生之德，圣人大公之心，立方以治病，使天下共知之，岂非天地圣人之至愿哉？然而方之有禁则何也？其故有二：一则惧天下之轻视夫道也。夫经方之治病，视其人学问之高下以为效验，故或用之而愈，或用之而反害，变化无定，此大公之法也。若禁方者，义有所不解，机有所莫测。其传也，往往出于奇人隐士仙佛鬼神，其遇之也甚难，则爱护之必至。若轻以授人，必生轻易之心，所以方家往往爱惜，此乃人之情也。一则恐发天地之机也。

禁方之药，其制法必奇，其配合必巧，穷阴阳之柄，窥造化之机。其修合必虔诚敬慎，少犯禁忌，则药无验。若轻以示人，则气泄而用不神，此又阴阳之理也。灵枢禁服篇，黄帝谓雷公曰：此先师之所禁，割臂插血之盟也。故黄帝有兰台之藏，长桑君有无泄之戒，古圣皆然。若夫诡诈之人，专欲图利，托名禁方，欺世惑众。更有修炼热药，长欲道淫，名为养生，实速其死，此乃江河恶习，圣人之所必诛也。又有古之禁方，传之已广，载入医书中与经方并垂，有识者，自能择之也。

白话译文

天地有养育万物的仁德，圣人怀有公正无私之心，制定方剂以治病，使天下人共知共用，这难道不是天地与圣人最大的心愿吗？然而方剂之中，为何又有“禁方”（秘而不轻传、有所禁忌的方剂）存在呢？原因有两点。

其一，担心世人因此轻视医道。经方（经典医籍所载、公开流通的方剂）治病，效验高低取决于使用者学识的深浅，有人用之而愈，有人用之反致伤害，变化不定——这是大公无私之法的本来面目。至于禁方，其中义理难以尽解，其中机变难以揣测，流传往往出自奇人隐士或仙佛神明，得之极难，持有者自然倍加珍护。若轻率传授他人，必生轻慢之心，所以精通方剂的医家往往格外爱惜，这也是人之常情。

其二，恐怕泄露天地自然的玄机。禁方所用之药，炮制方法必然奇特，配伍组合必然精巧，穷尽阴阳（中医核心概念，指自然界对立统一的两种力量）之奥，窥探造化（天地生化万物的自然法则）之机。其修合（配制药物的过程）必须虔诚敬慎，稍有违犯禁忌，药效便无从彰显；若轻率示人，则精气外泄，效用不再神验——这同样是阴阳运行的道理。《灵枢·禁服篇》中，黄帝对雷公说，此乃先师所禁之事，须割臂沥血盟誓方可传授。因此黄帝有兰台（古代珍藏典籍的密府）之藏，长桑君（传说中扁鹊之师）有“勿泄”之诫，古代圣人无不如此慎重。

至于那些奸诈之人，一心谋取私利，假借禁方之名欺世惑众；更有以“修炼热药”为名、实则纵欲淫乱之人，美其名曰养生，实则加速死亡——这是江湖游医的恶劣习气，圣人必诛之而后快。另有一些古代禁方，流传已广，已载入医书与经方并列，有识之士自能辨别取舍。

关键词

禁方： 秘而不轻传的方剂，多出奇人隐士，配制有严格禁忌，违之则失效。

经方： 经典医籍（如《伤寒论》）所载公开方剂，效验因使用者学识高下而异。

修合： 按特定仪规配制药物的过程，强调虔诚敬慎，轻慢则气泄药不灵。

阴阳之柄： 阴阳运化万物的主导机制，禁方配伍被认为与此内在规律相契合。

造化之机： 天地自然生化万物的内在规律，泄露于人则被认为会削弱药效神验。

现代启示

徐大椿在此篇中揭示了一个至今仍有共鸣的悖论：知识的公开传播是善意，但使用者的素养决定其是否安全。经方之所以“公开”，前提是使用者具备相应学识；禁方之所以“保密”，本质上是对误用风险的防范，而非垄断私利。这与现代医学中处方药严格管控、高风险术式须专科准入的逻辑一脉相承。

更值得警惕的是，作者对假借“禁方”名义行骗的批判——以养生之名兜售危险疗法，古今皆有。今日各类“秘方”“偏方”广告的泛滥，与文中所斥的“江湖恶习”何其相似。

> 请思考：当一种医学知识既有治病潜力、又有误用风险时，“公开普及”与“专业管控”之间，界限应当如何划定？

医学源流论：古成方剂大小论

原文

医学源流论：古成方剂大小论

今人以古人气体充实，故方剂分两甚重，此无稽之说也。自三代至汉晋，升斗权衡，虽有异同，以今较之，不过十分之二（余亲见汉时有六升铜量容，今之一升二合）。如桂枝汤伤寒大剂也，桂枝为药各三两，甘草二两，共八两为一剂，在今只一两八钱，又分三服，则一服不过五钱三分零。他方有药品多者，亦不过倍之而已。

况古时之药，医者自备，俱用鲜者，分两以鲜者为准，干则折算。如半夏、麦冬之类，皆生大而干小，至附子野生者甚小，后人种之乃肥大，皆有确证。今然每方必十余味，每味三、四钱，则一剂重二三两矣。更有熟地用至四两一剂者，尤属可怪，古丸药如乌梅丸，每服如桐子大十丸，今秤不过二三分，今则用三四钱至七八钱矣。古末药用方寸匕，不过今之六七分，今服三四钱矣。古人用药分两，未尝从重。（周礼遗人凡万民之食食者，人四〔鬲甫〕。六斗四升曰〔鬲甫〕，四〔鬲甫〕共二石五斗六升，为人一月之食，则每日食八升有余矣。盖一升只二合也。）二十年来，时医误阅古方，增重分两，此风日炽，即使对病，元气不胜药力，亦必有害，况更与病相反，害不尤速乎？既不考古，又无师授，无怪乎其动成笑柄也。

卷上·药误不即死论

古人治法，无一方不对病，无一药不对症，如是而病犹不愈，此乃病本不可愈，非医之咎也。后世医失其传，病之名亦不能知，宜其胸中毫无所主也。凡一病有一病之名，如中风总名也，其类有偏枯、痿痹、风痲、历节之殊。而诸症之中，又各有数症，各有定名，各有主方。又如水肿总名也，其类有皮水、正水、石水、风水之殊，而诸症又各有数症，各有定名，各有主方。凡病尽然，医者必能实指其何名，遵古人所主何方，加减何药，自有法度可循。乃不论何病，总以阴虚阳虚等笼统之谈概之，而试以笼统不切之药。然亦竟有愈者，或其病本轻，适欲自愈，或偶有一二对症之药，亦奏小效，皆属误治，其得免于杀人之名者何也？盖杀人之药，必大毒如砒鸩之类，或大热大寒峻厉之品，又适与病相反，服后立见其危。

若寻常之品，不过不能愈病，或反增他病耳，不即死也，久即死也。久而病气自退，正气自复，无不愈者。间有迁延日久，或隐受其害而死。更或屡换庸医，遍试诸药，久而病气益深，元气竭亦死。又有初因误治，变成他病，辗转而死。又有始服有小效，久服太过，反增他病而死。盖日日诊视，小效则以为可愈，小剧又以为难治，并无误治之形，确有误治之实。病家以为病久不痊，自然不起，非医之咎，因其不即死而不之罪，其实则真杀之而不觉也。若夫误投峻厉相反之药，服后显然为害，此其杀人，人人能知之矣。惟误服参附峻补之药而即死者，则病家之所甘心，必不归咎于医，故医者虽自知其误，必不以此为戒，而易其术也。

白话译文

（古成方剂大小论）

有人认为古人体质强健，所以古方剂量偏重——这是无凭据的说法。从三代至汉晋，量器虽有差异，折合今日不过十分之二（作者亲见汉代六升铜量仅容今日一升二合）。以伤寒重剂桂枝汤为例：桂枝、芍药、生姜各三两，甘草二两，共八两，折合今日仅一两八钱，分三次服，每次不足六钱。古时医者自备鲜药，鲜品重于干品；半夏、麦冬鲜大干小，附子野生者小、人工栽培才肥大，均有实证。如今每方动辄十余味，每味三四钱，一剂重达二三两，甚至有熟地一剂用四两者。古丸药乌梅丸每服梧桐子大十粒，今秤不过二三分，今人却服三四钱。近二十年此风日盛，即便对症，元气（人体根本生命之气）也难胜药力，何况与病相反？

（药误不即死论）

古人治法，每方对病，每药对症；后世医者连病名都辨不清，一概以“阴虚”“阳虚”笼统了事。每病皆有具体分型：“中风（泛指脑卒中相关神经疾患）”下分偏枯（半身不遂）、痿痹（肢体废用麻木）、风痲、历节（游走性关节痛），各有主方；“水肿”下分皮水、正水、石水、风水，亦各有专方。偶有病愈者，或病本轻微将自愈，或偶然对症侥幸奏效，皆属误治侥幸。医者得以逃脱“杀人”之名，是因为能立即致死的，须是砒霜鸩毒之类大毒，或大热大寒峻猛之品且与病性相反。寻常药物不过不能治愈，或缓缓添病，不立即致死——然久而久之，病气益深，元气耗尽亦死，病家以为“病久自然不起”而不怪医。至于误投参附峻补速死者，病家往往甘心，医者也因此不改其误。

关键词

分两： 古代中药剂量单位（两、钱、分），文中指方剂各药的实际称量克重。

元气： 人体根本生命之气，源于先天、充养后天，主导脏腑功能与抗病能力。

主方： 针对特定病证的基础核心处方，临床加减变化以此为据。

峻补： 性效猛烈的补益药法，以人参、附子为代表，功显但误用伤人。

笼统之谈： 以阴虚、阳虚等宽泛概念代替精确辨证，不辨病名、不立主方的粗疏诊治。

现代启示

徐灵胎的两问今日仍未过时。其一，剂量需有据可查，随意加量可能加重肝肾负担——现代药理学对安全剂量的严格把控与此一脉相承，尤其老年及脏器受损者风险更高。其二，诊断分型是治疗前提，笼统诊断等于放弃精准治疗——与现代“精准医疗”理念高度契合。以“阴虚”“阳虚”概括所有症候，犹如对所有发烧开同一种退烧药。仅供文化学习，不构成医疗建议。

****思考：** 当我们说某种中药“补气养血”时，我们是否真正了解它对应的是哪种具体证型——还是仅仅在重复一句营销话术？**

医学源流论：药石性同用异论

原文

医学源流论：药石性同用异论

一药有一药之性情功效，其药能治某病，古方中用之以治某病，此显而易见者。然一药不止一方用之，他方用之亦效何也？盖药之功用不止一端，在此方则取其此长，在彼方则取其彼长，真知其功效之实，自能曲中病情而得其力。迨至后世，一药所治之病愈多，而亦效者，盖古人尚未尽知之，后人屡试而后知。所以历代本草所注药性，较之神农本草所注功用增益数倍，盖以此也。

但其中有当有不当，不若神农本草字字精切耳。又同一热药，而附子之热与干姜之热，迥乎不同；同一寒药，而石膏之寒与黄连之寒，迥乎不同。一或误用，祸害立至。盖古人用药之法，并不专取其寒热温凉补泻之性也。或取其气，或取其味，或取其色，或取其形，或取其所生之方，或取其嗜好之偏。其要似与病情之寒热温凉补泻若不相关，而投之反有神效，古方中如此者，不可枚举。学者必将神农本草，字字求其精义之所在，而参以仲景诸方，则圣人之精理，自能洞晓。而已之立方，亦必有奇思妙想，深入病机，而天下无难治之症也。

白话译文

每一味药物都有其独特的性质与功效，能治疗特定疾病，古方用它治病，这是显而易见的道理。然而同一味药物常出现于多个方剂（中医处方）之中，且皆能奏效，原因何在？这是因为药物的功用并非单一——在此方中发挥某种长处，在彼方中则发挥另一种长处。只要真正掌握药物功效的实质，便能灵活切中病情，充分发挥药力。

到了后世，一味药所能治疗的病症越来越多，且均有效验，这是因为古人尚未将其功用穷尽，后人屡经试验才逐渐知晓。历代本草（药物学著作）所记载的药性，比《神农本草经》所注功用增加了数倍，正出于此故。

但后人所增，有恰当之处，也有不妥之处，不及《神农本草》字字精准确切。同为热性药物，附子（大热，主回阳救逆）之热与干姜（温中，主散寒止呕）之热，性质迥然不同；同为寒性药物，石膏（清热泻火，主气分实热）之寒与黄连（清热燥湿，主苦降解毒）之寒，作用差异极大。一旦误用，祸害立至。

古人用药，并不只凭寒热温凉补泻之性。有的取其气（药物的升降出入特性），有的取其味（酸苦甘辛咸五味），有的取其颜色，有的取其形态，有的取其产地，有的取其偏性（药物的特殊趋向）。这些选药依据，表面上似与病情寒热补泻无关，用之却能产生神效，古方中此类例证，不可枚举。

学者应将《神农本草》字字推敲，求其精义所在，再参照张仲景（东汉医圣，著《伤寒杂病论》）诸方，则圣人的精微医理自能融会贯通。如此立方，必有奇思妙想，深入病机（疾病发生发展的内在机理），天下便无难治之症。

关键词

药之功用不止一端： 一味药具有多种功效，不同方剂各取其所长，非“一病对一药”的机械对应关系。

寒热温凉补泻： 中医药性六纲，描述药物对人体阴阳（机体对立统一状态）气血（维持生命的物质与动力）的基本作用方向。

气、味、色、形： 中医选药的多维依据，分别指药物的升降属性、五味归经、颜色入脏、形态象征，合称“取象比类”，即以象推理。

神农本草： 即《神农本草经》，现存最早中药学经典，记载365味药，被历代视为本草学权威基础，字句简练、义理精深。

病机： 疾病发生、发展及变化的内在机理，是中医辨证论治（依据证候分析、确立治法）的核心出发点。

现代启示

这段文字揭示了一个现代药理学同样面临的核心难题：同一药物在不同配伍环境下，会产生截然不同的作用结果。这与现代药学中的“药物多靶点效应”和“配伍相互作用”高度契合——同一活性分子可在不同生理环境中激活不同受体，呈现迥异的生物效应。

作者以附子与干姜、石膏与黄连为例，强调不能以“同是热药”“同是寒药”来简化复杂的药物系统，这与现代精准医疗强调个体化用药、反对“同类可随意替换”的理念一脉相承。“取气、取味、取色、取形”的选药思维，也提示我们：传统医学对药物的理解，从未局限于单一化学成分。

（仅供文化学习，不构成医疗建议）

****思考问题**：** 当我们说“功效相似的药可以相互替代”时，是否已经低估了药物的多维属性——您能想到现代医学中哪些“同类但绝对不可互换”的例子？

医学源流论：劫剂论

原文

医学源流论：劫剂论

世有奸医，利人之财，取效于一时，不顾人之生死者，谓之劫剂。劫剂者，以重药夺截邪气也。夫邪之中人，不能使之一时即出，必渐消渐托而后尽焉。今欲一日见效，势必用猛烈之药，与邪相争，或用峻补之药，遏抑邪气；药猛烈则邪气暂伏，而正亦伤，药峻补则正气骤发，而邪内陷。一时似乎有效，及至药力尽而邪复来，元气已大坏矣。如病者身热甚，不散其热，而以沉寒之药遏之；腹痛甚不求其因，而以香燥御之；泻痢甚不去其积，而以收敛之药塞之之类，此峻厉之法也。若邪盛而投以大剂参附，一时阳气大旺，病气必潜藏，自然神气略定。越一二日，元气与邪气相并，反助邪而肆其毒，为祸尤烈，此峻补之法也。此等害人之术，奸医以此欺人而骗财者，十之五，庸医不知而效尤以害人者，亦十之五，为医者不可不省，病家亦不可不察也。

白话译文

医界有一种奸诈的医生，图谋患者钱财，只求一时见效，全不顾患者的生死安危，这类药法被称为“劫剂”。所谓劫剂，是指用峻烈的药物强行截断邪气（侵入人体、导致疾病的致病因素）的去路。

病邪侵入人体之后，本不可能一蹴而就地驱除，必须经过逐渐消散、逐渐托出的过程，才能彻底清除。然而若要一日之内便看到疗效，势必使用猛烈的药物与邪气强行对抗，或使用峻猛的补药强行压制邪气。药力猛烈，则邪气虽暂时潜伏，正气（人体自身的防御与修复能力）也随之受损；药补过峻，则正气骤然振奋，邪气反而内陷深入。一时之间看似有效，待药力耗尽，邪气卷土重来，元气（先天根本之气，维持生命的原动力）已大为败坏。

具体而言：身体高热，不去疏散热邪，却用极寒之药强行压制；腹中剧痛，不追究根本病因，却用香燥之药勉强止痛；腹泻痢疾严重，不清除体内积滞，却用收敛之药硬行堵塞——这些都属于峻厉的治法。又如，邪气盛实之时，却大量投用人参、附子，一时间阳气暴旺，病气被迫潜藏，患者神情看似稍定；过了一两日，元气与邪气相互纠缠，反而助长邪气肆虐，祸害更烈——这便是峻补的治法。

此等害人之术，奸医借此欺人骗财者有十之五，庸医不明就里而跟风效仿、无意中害人者亦有十之五。行医者不可不自我反省，患者家属也不可不加以明辨。

关键词

劫剂： 以峻猛药物强行截断邪气的治法，取效一时而贻害根本。

邪气： 泛指一切侵入人体、破坏正常生理的致病因素，包括外感六淫与内生邪气。

正气： 人体固有的防御、调节与修复能力，与邪气相对，正盛则病退。

元气： 禀受于先天、藏于肾的根本之气，是维持生命活动的原动力，耗损难复。

峻补： 以大剂量强效补药（如参、附）急速振奋正气，若邪实未清，易致邪气内陷。

现代启示

这段文字揭示的核心问题，在现代医疗中同样存在：通过强力干预快速压制症状，往往掩盖了疾病的真实进展。高热时过度使用强效退热药、腹泻时不查病因便立即止泻、感染未控时盲目大量使用激素——症状消失，但病根未除，反弹时往往更加凶险。徐灵胎（本书作者）强调的“渐消渐托”，与现代循证医学中“针对病因、适度干预”的理念高度契合。尤其值得警惕的是，他同时指出奸医与庸医造成的危害各占一半——恶意欺诈固然可恨，无知模仿同样致命。

****值得思考的问题：** 当我们面对一种能迅速缓解症状的疗法时，是否有能力区分它究竟是在“治病”，还是只是在“掩盖病”？ **

医学源流论：制药论

原文

医学源流论：制药论

制药之法，古方甚少，而最详于宋之雷〔学支〕，今世所传雷公炮炙论是也。后世制药之法，日多一日，内中亦有至无理者，固不可从，若其微妙之处，实有精义存焉。凡物气厚力大者，无有不偏，偏则有利必有害，欲取其利而去其害，则用法以制之，则药性之偏者醇矣。其制之义，又各不同，或以相反为制，或以相资为制，或以相恶为制，或以相畏为制，或以相喜为制。而制法又复不同，或制其形，或制其性，或制其味，或制其质，此皆巧于用药之法也。

古方制药无多，其立方之法，配合气性。如桂枝汤中用白芍，亦即有相制之理，故不必每药制之也。若后世好奇眩异之人，必求贵重怪僻之物，其制法大费工本，以神其说，此乃好奇尚异之人，造作以欺诳富贵人之法，不足凭也。惟平和而有理者，为可从耳。

白话译文

制药之法，古代记载不多，最为详尽的是宋代雷（学支）所撰，即今日流传的《雷公炮炙论》。后世炮制（对药材进行加热、浸泡、酒制等加工处理）方法日益繁多，良莠不齐，不合理者固然不可照搬，但精妙之处实有深义。凡药性峻猛、力量强大的药物，必然有所偏颇（即性质失于中和），偏则有利必有害。炮制的目的，正是取其利、去其害，使偏颇之药性趋于纯正。炮制的原理各有不同：有以相反之物制约的，有以相辅之物增效的，有以相恶之物消减的，有以相畏之物收敛的，有以相喜之物引导的。具体手法又分四类：改变药物的形态、改变药性、改变气味、改变质地，皆为善用药物的智慧。

古方组方不重单药炮制，而讲究各药气性（即寒热温凉之性与升降浮沉之气）的配合。如桂枝汤中以白芍制约桂枝燥烈之性，本已寓相制之理，不必逐药另行炮制。至于后世好奇眩异之人，专求珍稀怪僻之药，制法大费工本，不过是蒙骗富贵阶层的噱头，不足为凭。唯平实而有理者，方可遵从。

关键词

炮炙： 以火制、水制、酒制等手段处理药材，改变药性或降低毒性。

药性之偏： 药物因气味厚重、力量峻猛而产生的偏颇之性，利害共存。

相制： 以性质相对的辅料制约药物峻烈偏性，为炮制五原理之一。

气性配合： 组方时依据各药寒热温凉、升降浮沉相互协调，达到平衡。

相资： 以性质相近或相辅的辅料增强药效，与相制相对的炮制原理。

现代启示

现代药学已证实，同一天然成分在不同剂量或加工方式下，毒性与疗效可以相互转化，例如附子经炮制后乌头碱含量显著下降——这与“偏则有害，制之则醇”的思路高度吻合。作者更有价值的判断，是对“好奇眩异”之风的批判：炮制工艺越繁琐、药材越稀奇，未必效果越好，有时不过是制造稀缺感的包装策略。这一洞察在今日保健品市场依然犀利。

（注：本段内容仅供文化学习，不构成医疗建议。）

你如何判断一种中药炮制工艺或保健品加工手法，是真正有效地改变了成分活性，还是仅仅在为“贵”字制造合理性？

医学源流论：人参论

原文

医学源流论：人参论

天下之害人者，杀其身未必破其家，破其家未必杀其身。先破人之家而后杀其身者，人参也。夫人参用之而当，实能补养元气，拯救危险，然不可谓天下之死人皆能生之也。其为物气盛而力厚，不论风寒暑湿痰火郁结，皆能补塞。故病人如果邪去正衰，用之固宜，或邪微而正亦惫，或邪深而正气怯弱，不能逐之于外，则于除邪药中投之，以为驱邪之助。然又必审其轻重而后用之，自然有扶危定倾之功。乃不察其有邪无邪，是虚是实，又佐以纯补温热之品，将邪气尽行补住，轻者邪气永不复出，重者即死矣。夫医者之所以遇疾即用，而病家服之死而无悔者何也？

盖愚人之心，皆以价贵为良药，价贱为劣药，而常人之情，无不好补而恶攻。故服参而死，即使明知其误，然以为服人参而死，则医者之力已竭，而人子之心已尽，此命数使然，可以无恨矣。若服攻削之药而死，即使用死，即使用药不误，病实难治，而医者之罪已不可胜诛矣。故人参者，乃医家邀功避罪之圣药也。病家如此，医家如此，而害人无穷矣。更有骇者，或以用人参为冠冕，或以用人参为有力量。

又因其贵重，深信以为必能挽回造化，故毅然用之。孰知人参一用，凡病之有邪者即死。其不死者，亦终身不得愈乎。其破家之故何也？盖向日之人参，不过一二换，多者三四换，今则其价十倍，其所服又非一钱二钱而止。小康之家，服二三两而家已荡然矣。夫人情于死生之际，何求不得，宁恤破家乎！医者全不一念，轻将人参立方，用而不遵，在父为不慈，在子为不孝，在夫妇昆弟为忍心害理。并有亲戚双友，责罚痛骂，即使明知无益，姑以此塞责。又有孝子慈父，幸其或生，竭力以谋之。遂使贫窶之家，病或稍愈，一家终身冻馁。

若仍不救，棺殓俱无，卖妻鬻子，全家覆败。医者误治，杀人可恕，而逞己之意，日日害人破家，其恶甚于盗贼，可不慎哉！吾愿天下之人，断不可以人参为起死回生之药，而必服之。医者必审其病，实系纯虚，非参不治，服必万全，然后用之。又必量其家业尚可以支持，不至用参之后，死生无靠。然后节省用之，一以惜物力，一以全人之命，一以保人之家。如此存心，自然天降之福。若如近日之医，杀命破家于人不知之地，恐天之降祸，亦在人不知之地也，可不慎哉。

卷上·用药如用兵论

圣人之所以全民生也，五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充。而毒药则以之攻邪，故虽甘草、人参，误用致害，皆毒药之类也。古人好服食者，必生奇疾，犹之好战胜者，必有奇殃。是故兵之设也以除暴，不得已而后兴；药之设也以攻疾，亦不得已而后用，其道同也。故病之为患也，小则耗精，大则伤命，隐然一敌国也。以草木偏性，攻脏腑之偏胜，必能知彼知己。多方以制之，而后无丧身殒命之忧。是故传经之邪，而先夺其未至，则所以断敌之要道也；横暴之疾，而急保其未病，则所以守我之岩疆也。挟宿食而病者，先

除其食，则敌之资粮已焚；合旧疾而发者，必防其并，则敌之内应既绝。办经络而无泛用之药，此之谓向导之师；因寒热而有反用之方，此之谓行间之术。

一病而分治之，则用寡可以胜众，使前后不相救，而势自衰；数病而合治之，则并力捣其中坚，使离散无所统，而众悉溃。病方进，则不治其太甚，固守元气，所以老其师；病方衰，则必穷其所之，更益精锐，所以捣其穴。若夫虚邪之体，攻不可过，本和平之药，而以峻药补之，衰敝之日不可穷民力也；实邪之伤，攻不可缓，用峻厉之药，而以常药和之，富强之国可以振威武也。然而选材必当，器械必良，克期不愆，布阵有方，此又不可更仆数也。孙武子十三篇，治病之法尽之矣。

白话译文

人参论

天下害人最深者，未必是杀身，也未必是破家，而先破家、后害命的，非人参莫属。人参用之得当，确能补益元气（人体生命活动的根本之气），救人于危难，但不可认为它能令天下所有濒死之人起死回生。

人参气性雄厚，无论风寒暑湿、痰火郁结等各类邪气（致病因素）积于体内，它都能一概补塞。故病人若邪气已去而正气（人体抗病之力）衰弱，用之固然合适；若邪气轻微而正气疲惫，或邪气深入而正气虚怯、难以驱邪外出，亦可在祛邪药中配入人参以助驱邪之力。但必须审慎权衡轻重后方可使用，才能发挥扶危救急之功。

若不辨有邪无邪、虚实真假，反而配伍纯补温热之品，便将邪气尽数补住——轻者邪气永闭于内，重者当即殒命。

医者逢病辄用人参，病家服之死去却毫无悔恨，原因何在？世人以药价贵贱衡量优劣，人之常情又好补恶攻。服人参而死，似乎“已尽人事”，可以无憾；服攻伐之药而死，医者便百口莫辩。于是人参成了医者“邀功避罪之圣药”。更有荒诞者，以用人参彰显医术高明，或以此炫耀财力，深信其必能“挽回造化”。却不知凡体内有邪气者，用了人参即死；侥幸不死，也终身难愈。

至于破家之由：今日参价十倍于昔，用量动辄数两，小康之家由此倾家荡产，贫困之家甚至卖妻鬻子、全家覆败。医者误治可恕，若任性妄为、日日害人破家，其恶甚于盗贼，岂可不慎！

用药如用兵论

圣人以五谷养民，五果为辅，五畜为益，五菜为充；毒药则用以攻邪。故甘草、人参一旦误用，亦属毒药之列。古人好服补药，必生奇疾；好战之人，必有奇祸——兵为除暴而设，不得已才兴；药为攻疾而设，不得已才用，道理相同。

疾病犹如潜伏的敌国，小则耗损精气（维持生命的基本物质），大则危及性命。以草木的偏性纠正脏腑（五脏六腑）的偏胜，须知彼知己、多方制敌。传经之邪（沿经络传变的外感病邪），先截断其未到处，是断敌要道；急病骤来，先保护未病之地，是守我险要。有宿食积滞则先消食，是焚敌粮草；旧病合

并发作，防其合流，是断敌内应。辨明经络而不滥用药，是向导之师；因寒热而施反治之法，是离间之术。

一病分而治之，以少胜多，使敌前后不能呼应；数病并发则合力攻其要害，使敌众溃散。病势方盛，不宜猛攻，固守元气以老敌师；病势渐衰，则穷追猛打以捣其穴。虚邪之体，攻不可过猛；实邪之伤，攻不可迟缓。孙武子十三篇，治病之法尽在其中。

关键词

元气： 人体生命活动的根本之气，由先天精气与后天水谷精气化生，是生命之本。

邪气： 一切致病因素的总称，包括风寒暑湿燥火六淫及痰饮、瘀血等病理产物。

正气： 人体抗病、修复与自我调节的能力，正邪相争的消长决定疾病的转归。

传经之邪： 外感病邪由一经（经络系统某一通路）传入另一经，标志病情向深层发展。

峻药： 药性猛烈、作用强劲的药物，如大黄、附子，专用于邪实壅盛之证，不可滥施。

现代启示

徐大椿在两百余年前便振聋发聩地揭示：害人最深的，往往不是毒药，而是被滥用的“好药”。今日“补品文化”依然盛行——高价保健品、大剂量营养素、各类滋补汤剂，背后的心理逻辑与古人如出一辙：贵即是好，补总无错。现代营养学同样证实，任何营养素过量均有潜在危害，脂溶性维生素蓄积可致中毒，益生菌在免疫缺陷者中甚至可引发感染。“用药如用兵”所揭示的精髓，正是精准辨证、因人制宜，而非追求所谓“天然贵重”的心理安慰。（以上内容仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

你是否也曾因为某种保健品“贵重天然”便笃信它适合自己，却从未认真追问过：自己的身体究竟是虚，还是有邪未去？

医学源流论：执方治病论

原文

医学源流论：执方治病论

古人用药立方，先陈列病症，然后云某方主之。若其症少有出入，则有加减之法，附于方后。可知方中之药，必与所现之症纤悉皆合，无一味虚设，乃用此方，毫无通融也。又有一病而云某方亦主之者，其方或稍有异同，或竟不同，可知一病并不止一方所能治。今乃病名稍似，而其中之现症全然不同，乃亦以此方施治，则其药皆不对症矣。

并有病名虽一，病形相反，亦用此方，则其中尽属相反之药矣。总之欲用古方，必先审病者所患之症，悉与古方前所陈列之症皆合，更检方中所用之药，无一不与所现之症相合，然后施用，否则必须加减。无可加减，则另择一方。断不可道听涂说，闻某方可以治某病，不论其因之异同，症之出入，而冒昧施治。虽所用悉本于古方，而害益大矣。

白话译文

古代医家开具方药，先逐一列举病症，再说明某方主治此症。若症状稍有出入，则方后附有加减之法。由此可知，方中每一味药都必须与所见症状丝丝入扣，没有一味多余，才可使用此方，绝无含糊通融的余地。又有一种病，说某方也可主治，其方或略有差异，或全然不同，可见一种病并非只有一张方能治。

如今却有人因病名稍微相似，而所见症状完全不同，仍照用此方，则方中之药便全然不对症了。更有甚者，病名虽同，病情表现却截然相反，也用同一张方，那方中药物便尽是与症相悖之物了。

总之，要用古方，必须先仔细审察患者所患之症，与古方所列症状全部吻合，再逐一核对方中每味药，无一不与所见症状相符，方可施用。否则必须加减化裁；无法加减，则另择他方。切不可道听途说，听闻某方能治某病，不论病因异同、症状出入，便贸然施治。如此虽用的全是古方，为害之大却难以估量。

关键词

方（方剂）： 中医处方，由多味药物按配伍规律组合而成，针对特定病机而设。

症（症状）： 患者的具体临床表现，是辨证（分析病因病机）施治的直接依据。

加减： 在基础方上增删药味或调整剂量，使方剂更贴合患者的具体症状变化。

病机： 疾病发生、发展的内在机制，同一病名可有不同病机，治法因此各异。

纤悉皆合： 方中每一味药与患者所有症状逐一对应，无一错位，是用古方的最高标准。

现代启示

这段文字的核心，是反对“套公式”的医疗思维。古方如同精密配方，每一味药都指向特定的病机靶点；若症状不同却硬套同一方，轻则无效，重则适得其反。这与现代循证医学的逻辑高度一致——同一疾病名称下可能存在不同的亚型、发病机制与个体差异，治疗方案必须“个体化”。现代药物说明书中“适应症”与“禁忌症”的严格区分，本质上与徐灵胎所言“纤悉皆合”是同一道理。无论古今，方法论的核心都是：先观察具体事实，再匹配对应方案，而非用名称掩盖差异。

> 注：本文内容仅供传统文化学习，不构成任何医疗建议。

当我们习惯于搜索“XX症状吃什么药”并直接照做时，是否也在重蹈“执方治病”的老路？

医学源流论：汤药不足尽病论

原文

医学源流论：汤药不足尽病论

《内经》治病之法，针灸为本，而佐之以砭石、熨浴、导引、按摩、酒醴等法，病各有宜，缺一不可。盖服药之功，入肠胃而气四达，未尝不能行于脏腑经络。若邪在筋骨肌肉之中，则病属有形，药之气味，不能奏功也。故必用针灸等法，即从病之所在，调其血气，逐其风寒，为实而可据也。况即以服药论，止用汤剂，亦不能尽病。盖汤者荡也，其行速，其质轻，其力易过而不留，惟病在荣卫肠胃者，其效更速。其余诸病，有宜丸宜散宜膏者，必医者豫备，以待一时急用。

视其病之所在，而委曲施治，则病无遁形。故天下无难治之症，而所投辄有神效，扁鹊、仓公所谓禁方者是也。若今之医者，祇以一煎方为治，惟病后调理，则用滋补丸散，尽废圣人之良法，即使用药不误，而与病不相入，则终难取效。故扁鹊云：人之所患患病多，医之所患患道少。近日病变愈多，而医家之道愈少，此痼疾之所以日多也。

白话译文

《黄帝内经》（中医最重要的经典著作）所确立的治病方法，以针刺和艾灸（通过刺激穴位调节气血的两种外治法）为根本，同时辅以砭石（磨制的石制医疗器具）、熨浴（热敷与药浴）、导引（呼吸与肢体配合的养生功法）、按摩、药酒等多种手段。各类疾病各有其适宜的疗法，缺少哪一种都不完整。

服药的作用，是经由肠胃吸收后气味散布全身，对于脏腑（五脏六腑）、经络（气血运行的通道）中的疾病确实能够发挥作用。但若病邪已深入筋骨、肌肉之中，属于有形的实质性病变，药物的气味便难以直达病所，不能奏效。这时就必须使用针灸等外治方法，直接在病变部位调和气血（维持生命活动的基本物质）、驱散风寒，因为这是实实在在、可以着手的治法。

退一步说，即便只论口服药物，单靠汤剂（煎煮而成的液态药剂）也无法应对所有疾病。“汤”者有“荡涤”之意，其行走迅速，质地轻薄，药力容易一过而不留存，只有病位在营卫（气血防御与滋养系统，即表浅层次）、肠胃的疾患，汤剂效果才最为显著。其余各类病症，有的适合丸剂，有的适合散剂，有的适合膏剂，医者须事先备好，以应急用。

能够根据疾病所在部位，灵活变通地施以恰当治法，那么任何疾病都无处遁形。所以天下本无难治之症，投药便可见奇效，扁鹊、仓公所说的“禁方”（秘传有效的方剂与疗法），正是这种因病选法的精髓所在。

反观当今医者，只用一纸煎方了事，充其量在病后调理时用用滋补丸散，将古人留下的良法几乎尽数废弃。如此一来，即使所用药物本身没有差错，却与病情不相契合，终究难以取得疗效。所以扁鹊曾说：患

者之患，在于病多；医者之患，在于方法太少。如今病变日益复杂，医家掌握的治法却日益贫乏，这正是各种顽固痼疾（长期难以根治的慢性病）日渐增多的根源所在。

关键词

营卫： 营气（滋养脏腑）与卫气（防御外邪）的合称，相当于人体内外两套气血防线。

汤剂： 将药材加水煎煮所得的液态剂型，吸收快但药力留存短，适合急症、表证。

丸散膏： 三种固态或半固态剂型——丸剂药力缓而持久，散剂便于急用，膏剂可外敷局部。

导引： 以呼吸调节配合肢体动作的传统功法，是中医“外治”体系的重要组成，类似今日气功、太极。

禁方： 古代秘传、不轻易示人的有效方剂与治法，代指因人因病精准施治的高超医术。

现代启示

这段文字写于清代，批评的是“一方走天下”的惰性医疗思维，放到今天依然刺耳。现代医学虽然分科精细，但同样存在类似的偏向——口服药物是最常见的处方形式，而物理治疗、外用制剂、运动康复等手段往往被置于从属地位，甚至被患者认为“不正式”。徐大椿的核心观点是：疾病有形态之分，治法必须与之匹配，单一手段无法覆盖所有病情。这与现代循证医学强调“个性化治疗方案”的方向高度一致。

（仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

值得思考的问题：当我们习惯性地等一颗药片解决问题时，是否也在无意中放弃了身体本可以被调动的其他自愈资源？

医学源流论：本草古今论

原文

医学源流论：本草古今论

本草之始，昉于神农，药止三百六十品。此乃开天之圣人，与天地为一体，实能探造化之精，穷万物之理，字字精确，非若后人推测而知之者。故对症施治，其应若响。仲景诸方之药，悉本此书，药品不多，而神明变化，已无病不治矣。迨其后药味日多，至陶弘景倍之，而为七百二十品。后世日增一日，凡华夷之奇草逸品，试而有效，医家皆取而用之。

代有成书，至明李时珍，增益唐慎微证类本草为纲目，考其异同，办其真伪，原其生产，集诸家之说，而本草更大备，此药味由少而多之故也。至其功用，则亦后人试验而知之。故其所治之病益广，然皆不若神农本草之纯正直确。故宋人有云：用神农之品无不效，而弘景所增已不甚效。若后世所增之药，则尤有不足凭者，至其诠释，大半皆视古方用此药医某病则增注之。

或古方治某病，药不止一品，而误以方中此药为专治此病者有之，更有以己意推测而知者。又或偶愈一病，实非此药之功，而强着其效者，种种难信。至张洁古、李东垣辈，以某药专派入某经，则更穿凿矣。其详在治病不必分经络脏腑篇。故论本草，必以神农为本，而他说则必审择而从之，必验之于病而后信。又必考古人方中所曾用者，乃可采取，余则止可于单方外治之法用之。又有后世所增之奇药，或出于深山穷谷，或出于殊方异域，前世所未尝有者，后人用之，往往有奇效。此乃偏方异气之所钟，造物之机，久而愈泄，能治古方所不能治之奇病。博物君子，亦宜识之，以广见闻，此又在本草之外者矣。

白话译文

中药学（本草学）的源头，始于神农氏，最初只收录三百六十种药物。神农是开天辟地的圣人，与天地合而为一，能真正探究自然造化的精髓，洞悉万物的规律，所记载的每个字都精确无误，不像后人那样靠推测得来。因此对症施治，效果立竿见影。张仲景的各类方剂，全以此书为根基，药物种类虽少，却变化神妙，已能应对各种疾病。

此后药物日益增多，至南朝陶弘景扩充一倍，达七百二十种；后世持续增补，凡经验证有效的奇草异品，医家皆收入使用。至明代李时珍，在唐慎微《证类本草》基础上扩编为《本草纲目》，辨析异同真伪，追溯产地来源，汇集诸家之说，本草学至此更为完备。

然而，后世所增药物的功效，皆来自经验积累，并不及神农本草纯正确切。宋人已指出：神农所载之药无不见效，陶弘景所增者已打折扣，后世所增者更难尽信。原因在于注释多有附会——或误将古方中某一味药认作专治某病，或凭个人臆测，或将偶然治愈归功于此药，可信度存疑。张洁古、李东垣等人将药物强行归属某条经络（气血运行的通道），更属牵强。

因此研究本草，须以神农为根本，其他说法审慎甄别，以临床验证为准，参考古方配伍为辅。此外，后世来自深山异域的奇特药物，往往能治古方难以应对的疑难病症，博学之人亦应涉猎，以广见闻。

关键词

本草： 中药学的传统称谓，泛指以草木为主的天然药物及其学问体系。

对症施治： 依据病情的具体表现选药组方，与现代"个体化治疗"理念相通。

经络： 中医理论中气血（生命能量与血液）在体内运行的通道网络，是脏腑与体表联系的路径。

穿凿： 指强行附会、缺乏依据地将药物与经络一一对应，有过度解释之嫌。

单方外治： 以单味药物直接外用于患处，区别于多味药物组合的复方内服。

现代启示

这篇文章的核心逻辑，与现代循证医学（Evidence-Based Medicine）惊人相似：徐灵胎警惕的，正是以"观察到的相关性"替代"经过验证的因果性"。古方中某药恰好与痊愈同时出现，就断定该药有此疗效，这正是现代医学所说的"混淆变量"问题。神农本草的高可信度，本质上源于长期大量的实践筛选，而非神秘权威；后世注释的可信度下降，则源于样本量小、机制不清、记录者主观介入。

这一视角同样适用于今天——无论是某款"天然补剂"的网红评价，还是民间流传的偏方，都需问一句：这个效果，经过了多少次独立验证？

思考：在信息爆炸的今天，我们判断一种疗法是否有效的标准，和古代医家相比，究竟进步了多少？

医学源流论：药性变迁论

原文

医学源流论：药性变迁论

古方所用之药，当时效验显著，而本草载其功用凿凿者，今依方施用，竟有应有不应，其故何哉？盖有数端焉。一则地气之殊也。当时初用之始，必有所产之地，此乃其本生之土，故气厚而力全。以后传种他方，则地气移而力薄矣。一则种类之异也。凡物之种类不一，古人所采，必至贵之种，后世相传，必择其易于繁衍者而种之，未必皆种之至贵者。物虽非伪，而种则殊矣。一则天生与人力之异也。当时所采，皆生于山谷之中，元气未泄，故得气独厚。今皆人功种植，既非山谷之真气，又加灌溉之功，则性平淡而薄劣矣。一则名实之讹也。当时药不市卖，皆医者自取而备之。

迨其后有不常用之品，后人欲得而用之，寻求采访，或误以他物充之，或以别种代之，又肆中未备，以近似者欺人取利，此药遂失其真矣。其变迁之因，实非一端。药性既殊，即审病极真，处方极当，奈其药非当时之药，则效亦不可必矣。今之医者，惟知定方，其药则惟病家取之肆中，所以真假莫辨，虽有神医，不能以假药治真病也。

白话译文

古代方书所用的药物，当时疗效显著，本草典籍对其功效的记载也十分确凿。可后人照方抓药，却往往时灵时不灵，原因究竟何在？其实不止一端。

其一，地气（即土地的自然环境与气候）有别。某味药最初被发现使用时，必有其原产之地，那是它本来生长的土壤，故而禀受地气深厚、药力充足。后来辗转移植他处，地气已移，药力自然减弱。

其二，品种有异。同一植物品种繁多，古人采用的必是其中最优良者；后世流传，往往选择易于繁殖培育的品种，未必是最上乘之种。药材本身不假，品种却已不同。

其三，野生与人工栽培有别。古时所用皆采自山野之间，元气（先天自然之气，未经人为干扰）充沛，故得气独厚。今日大多人工种植，既失山谷野生之真气，又经浇灌施肥，药性便趋于平淡而品质低下。

其四，名实混淆。古时药不在市面流通，医者自行采备。后来遇到不常用之品，后人寻访时或误以他物充数，或以近似别种代替，药铺更有以假乱真、以次充好者，药材就此失其本真。

药性既已不同，即便诊断精准、处方得当，所用之药若非原时之药，疗效终究难以保证。当今医者只管开方，患者自去药铺取药，真假难辨——纵有神医，亦无法以假药治真病。

关键词

地气： 土地的自然环境、气候与土质特性，影响植物生长质量与药性强弱。

元气： （中医基础概念，指先天自然生命之气）野生植物在自然环境中积聚的原始精华，人工种植难以复制。

气厚力全： 药材禀受地气充足，有效成分饱满，临床作用强劲的状态。

名实之讹： 药材名称与实际使用之物不符，包括误认、替代与以假乱真三类情形。

种类之异： 同种药用植物因品种筛选方向不同，导致有效成分含量与功效产生差异。

现代启示

本文写于清代，所揭示的问题在今日仍高度切实。现代药理学研究已证实，同种药用植物因产地不同，其有效成分含量可相差数倍乃至数十倍，这与“地气之殊”的观察完全吻合；野生与人工栽培品之间的成分差异，亦有大量文献记录。中药材市场的掺伪、替代问题，在国内外均有监管案例。徐大椿所言“虽有神医，不能以假药治真病”，道出了一个朴素的质量管理真理：任何诊疗体系，若药材或原料的品质失控，疗效终将落空。

（以下仅供文化学习，不构成医疗建议）

这一逻辑同样适用于现代营养补充剂领域——同一成分因来源、剂型、纯度不同，生物利用度差异极大。

****值得思考的是**：** 在标准化与规模化生产主导的今天，我们究竟应当如何在“可及性”与“品质”之间找到平衡？

医学源流论：药性专长论

原文

医学源流论：药性专长论

药之治病，有可解者，有不可解者。如性热能治寒，性燥能治湿，芳香则通气，滋润则生津，此可解者也。如同一发散也，而桂枝则散太阳之邪，柴胡则散少阳之邪。同一滋阴也，而麦冬则滋肺之阴，生地则滋肾之阴。同一解毒也，而雄黄则解蛇虫之毒，甘草则解饮食之毒。已有不可尽解者，至如鳖甲之消痞块，史君子之杀蛔虫，赤小豆之消肤肿，蕤仁生服不眠、熟服多睡，白鹤花之不腐肉而腐骨，则尤不可解者，此乃药性之专长，即所谓单方秘方也。

然人止知不可解者之为专长，而不知常用药之中，亦各有专长之功。后人或不知之而不能用，或日用而忽焉，皆不能尽收药之功效者也。故医者当广集奇方，深明药理，然后奇症当前，皆有治法，变化不穷。当年神农着本草之时，既不能睹形而即识其性，又不可每药历试而知，竟能深识其功能，而所投必效，岂非与造化相为默契，而非后人思虑之所能及者乎。

白话译文

药物治病，有的原理可以解释，有的则难以解释。性热的药能治寒症，性燥的药能祛湿邪（体内多余的水湿之气），气味芳香的药能疏通气机（气的运行通道），质地滋润的药能补充津液（体内液体物质）——这些都说得通。

同样是发散（驱散表邪的治法），桂枝专散太阳（足太阳膀胱经，主一身之表）的邪气，柴胡则散少阳（胆经，主半表半里）的邪气；同样是滋阴（补养阴液），麦冬润肺阴，生地补肾阴；同样是解毒，雄黄专解蛇虫之毒，甘草专解饮食之毒——这已有些难以完全解释了。

至于鳖甲消散痞块（腹中坚硬积块）、使君子杀灭蛔虫、赤小豆消退皮肤水肿、蕤仁生用令人失眠而熟用令人多睡、白鹤花腐骨而不腐肉——这些就更无从解释了。这便是药性的“专长”，也就是单方、秘方所依据的道理。

然而人们只知道那些无法解释的才算专长，却不知常用药物中也各有其专长，或因不了解而不会运用，或日常习用却浑然不觉，都未能充分发挥药效。所以医者须广集奇验之方、深明药理，方能应对奇症、变化无穷。当年神农著《本草》，既未能通过外观认识药性，又不可能逐一试验，却能精准掌握功能，用药必效——这岂非与天地造化默默契合，绝非后人靠推理思虑所能达到的境界？

关键词

专长： 某药物特有的、难以从一般药理规律推导出的独特功效，是经验积累的结晶。

太阳 / 少阳： 中医六经辨证中的两个层次，太阳主表（最外层），少阳主半表半里（中间层），指病邪深浅位置不同。

滋阴： 补充人体阴液（津液、血液等物质基础），以纠正阴虚（阴液亏损）状态的治法。

痞块： 腹中触之有形、质地坚硬的积聚结块，相当于现代所说的腹部包块或内脏增生。

单方秘方： 仅用一味或少数药物、功效专一的经验方，多经世代相传，重实效而轻理论说明。

现代启示

徐大椿揭示了一个深刻的认识论命题：并非所有有效的知识都能被当下的理论框架所解释，“不可解”往往只是“尚未被解”。青蒿素的发现，正是从中药“截疟”这一经验性专长出发，才找到全新的抗疟机制——印证了那些被视为神秘的传统知识背后确有物质基础。作者尤其提醒：常用药物中隐藏着最容易被忽视的专长，习以为常反而是认知的最大盲区。这对现代循证医学同样适用——系统化整理已有临床观察，有时比寻找全新分子更有价值。

（以上内容仅供传统文化学习，不构成任何医疗建议。）

你日常使用的某种食物或草药，是否从未认真追问过“它为什么有效”——而这个问题的答案，会不会正在等待被发现？

医学源流论：煎药法论

原文

医学源流论：煎药法论

煎药之法，最宜深讲，药之效不效，全在乎此。夫烹饪禽鱼羊豕，失其调度，尚能损人，况药专以之治病而可不讲乎？其法载于古方之末者，种种各殊。如麻黄汤先煮麻黄去沫，然后加余药同煎，此主药当先煎之法也。而桂枝汤又不必先煎桂枝，服药后须啜热粥以助药力，又一法也。如茯苓桂枝甘草大枣汤，则以甘澜水先煎茯苓。如五苓散则以白饮和服，服后又当多饮暖水。小建中汤则先煎五味去渣，而后纳饴糖。大柴胡汤则煎减半，去渣再煎。柴胡加龙骨牡蛎汤，则煎药成而后纳大黄。

其煎之多寡，或煎水减半，或十分煎去二三分，或止煎一二十沸，煎药之法，不可胜数，皆各有意义。大都发散之药及芳香之药，不宜多煎，取其生而疏荡。补益滋腻之药宜多煎，取其熟而停蓄，此其总诀也。故方药虽中病，而煎法失度，其药必无效。盖病家之常服药者，或尚能依法为之。其粗鲁贫苦之家，安能如法制度？所以病难愈也。若今之医者，亦不能知之矣，况病家乎？

白话译文

煎药的方法，最值得深入讲究，药物有效还是无效，全在于此。烹调禽鱼羊猪，若火候失当尚能损害人体，何况药物专门用于治疗，怎可不讲求方法？

古方末尾所载的煎法，各有不同。麻黄汤要先单煮麻黄、撇去浮沫，再加入其余药物同煎，这是主药先煎之法。桂枝汤则不必先煎桂枝，服药后还须喝热粥以助药力发散，又是一法。茯苓桂枝甘草大枣汤，须用甘澜水先煎茯苓；五苓散用白米汤调服，服后还要多饮温水；小建中汤先煎五味药去渣，再纳入饴糖；大柴胡汤煎至水减半，去渣后再煎；柴胡加龙骨牡蛎汤则待药将成时才加入大黄。

煎取水量的多少，或减半，或去掉十分之二三，或只需沸腾十余次——方法不胜枚举，各有道理。大体而言：发散之药及芳香之药不宜久煎，取其气味鲜活、疏通发散之力；补益滋腻之药宜多煎，取其成分充分溶出、在体内蓄积留守。这是总纲。故药方虽对症，煎法若失当，药必无效。经常服药的人家，或许尚能依法操作；粗疏贫苦之家，又哪能一一照做？这正是病难痊愈的原因。如今的医生，也未必能明白这些，更何况是病家。

关键词

发散之药： 具有解表驱邪功效的药物（如麻黄、桂枝），主取其轻扬之气，故不宜久煎。

甘澜水： 用瓢反复扬起搅动所得之水，古人认为其性甘缓，适合煎利水渗湿之剂，以减其寒滑之性。

先煎： 某味药物提前单独入锅煎煮的方法，用于需久煮始能出效的主药或质地坚硬之品。

补益滋腻之药： 滋补阴血、填精益髓之品（如熟地、阿胶），需久煎方能使有效成分充分溶出并蓄积于体内。

去渣再煎： 滤去药渣后将药液继续浓缩，多用于需药力醇厚、作用持久的方剂（如大柴胡汤）。

现代启示

徐大椿的煎法之论，在现代药理学中可找到对应依据。芳香类药物含挥发油，久煎导致有效成分随蒸气散逸，与现代汤剂"后下"原则高度吻合；滋补类药物富含多糖、皂苷等大分子，需充分加热才能溶出，与现代提取工艺逻辑一致；矿物、贝壳类药材先煎以释放无机盐，也是现代中药制备的标准操作。更重要的是，徐大椿指出：药方正确而煎法失当，药效必然打折——这提醒我们，"剂型与工艺"本身就是疗效的一部分，而非可以忽略的细节。（以上类比仅供文化学习，不构成医疗建议。）

****引发思考**：** 如今免煎颗粒日益普及，患者只需兑水冲服，传统分步煎法几乎退出了日常实践——我们在获得便利的同时，是否也在悄悄放弃某些经方原本依赖煎法才能实现的疗效？

医学源流论：服药法论

原文

医学源流论：服药法论

病之愈不愈，不但方必中病，方虽中病而服之不得其法，则非特无功而反有害，此不可不知也。如发散之剂，欲驱风寒出之于外，必热服而暖覆其体，令药气行于荣卫，热气周遍，挟风寒而从汗解。若半温而饮之，仍当风坐立，或仅寂然安卧，则药留肠胃不能得汗，风寒无暗消之理，而荣气反为风药所伤矣。通利之药，欲其化积滞而达之于下也。

必空腹顿服，使药性鼓动，推其垢浊从大便解。若与饮食杂投，则新旧混杂，而药气与食物相乱，则气性不专，而食积愈顽矣。故伤寒论等书服药之法，宜热、宜温、宜凉、宜冷、宜缓、宜急、宜多、宜少、宜早、宜晚、宜饱、宜饥。更有宜汤不宜散，宜散不宜丸，宜膏不宜圆。其轻重大小上下表里，治法各有当，此皆一定之至理。深思其义，必有得于心也。

白话译文

疾病能否痊愈，不仅在于处方是否对症——即便处方对症，若服药方法不当，不但无效，反而有害，不可不察。

以发散之剂（以发汗解表、驱散外邪为主要功效的药物）为例，意在将风寒逐出体外，须趁热服下，并以衣被捂暖身体，使药力在荣卫（“荣”即营气，行于脉内主营养；“卫”即卫气，行于脉外主防御）之间运行，热气周布全身，挟带风寒随汗而解。若药汤半温便服，服后又对风而坐或静卧不动，则药力滞留肠胃，不能引发汗出，风寒无从消散，荣气反被驱风之药所伤。

以通利之药（通导大便、推荡积滞的泻下类药物）为例，须空腹一次顿服，使药力集中鼓动，推垢浊从大便而出。若与饮食同服，新食旧积相互混杂，药气为食物所分散，力量不专，食积反愈顽固难去。

因此《伤寒论》等经典对服法有严格规定：有的宜热服，有的宜温、宜凉、宜冷；有的宜缓缓服，有的须急速服；有的量多，有的量少；有的宜早晨，有的宜晚间；有的宜饱腹，有的宜空腹。还有宜汤不宜散、宜散不宜丸、宜膏不宜圆之别。这些对应病情轻重缓急、病位上下表里，各有至理。深思其义，必有所得。

关键词

荣卫： 营气行于脉内主营养，卫气行于脉外主防御，二者合称荣卫。

发散之剂： 以发汗解表为主效的药物，用于驱散风寒等外感邪气。

顿服： 将一剂药一次性全部服下，以集中药力、增强推荡之效。

通利之药： 具有通导大便、推荡积滞功效的泻下类药物。

汤、散、丸、膏： 中药四大基本剂型，各有适应病症与服法，不可随意替换。

现代启示

现代药学同样强调服法对疗效的决定性影响：阿司匹林宜饭后服以护胃黏膜，铁剂忌与茶同服以免妨碍吸收，某些抗生素须空腹才能保证血药浓度，这与徐大椿所论如出一辙。《服药法论》揭示，药物的剂型选择、服用温度、时间节点与饮食状态，都是治疗方案不可分割的组成部分，绝非可以随意忽略的“附带说明”。现代患者普遍存在“吃药就行、怎么吃无所谓”的误区，这或许正是疗效打折扣却难以察觉的隐藏原因。

（以上内容仅供传统文化学习，不构成任何医疗建议。）

你上一次认真对待药品说明书上“餐前服”“温水送服”“避免同服”这些提示，是什么时候？

医学源流论：医必备药论

原文

医学源流论：医必备药论

古之医者，所用之药皆自备之。《内经》云：司气备物，则无遗主矣。当时韩康卖药，非卖药也，即治病也。韩文公进学解云：牛溲马渤，败鼓之皮，俱收并蓄，待巾无遗，医师之良也。今北方人称医者为卖药先生，则医者之自备药可知，自宋以后。渐有写方不备药之医，其药皆取之肆中，今则举世皆然。夫卖药者不知医，犹之可也。

乃行医者竟不知药，则药之是非真伪，全然不问，医者与药不相谋，方即不误，而药之误多矣。又古圣人之治病，惟感冒对疾，则以煎剂为主，余者皆用丸散为多。其丸散有非一时所能合者，倘有急迫之疾，必须丸散，俟丸散合就而人亡死矣。又有一病止须一丸而愈，合药不可止合一丸。若使病家为一人而合一料，则一丸之外皆为无用。惟医家合之，留待当用者用之，不终弃也。又有不常用不易得之药，储之数年，难遇一用。药肆之中，因无人问，则亦不备，惟医者自蓄之，乃可待不时之需耳。

至于外科所用之煎方，不过通散荣卫耳。若护心托毒，全赖各种丸散之力。其药皆贵重难得及锻炼之物，修合非一二日之功，而所费又大，亦不得为一人止合一二丸。若外治之围药、涂药、升药、降药，护肌腐肉，止血行瘀，定痛煞痒，提脓呼毒，生肉生皮，续筋连骨。又有熏蒸、烙灸、吊洗、点〔水榻〕（此字左为水部旁，右为“榻”字去木部旁）等药，种种各异。更复每症不同，皆非一时所能备，尤必须平时豫合。乃今之医者，既不知其方，亦不讲其法，又无资本以蓄药料。

偶遇一大症，内科则一煎方之外，更无别方，外科则膏药之外，更无余药。即有之，亦惟取极贱极易得之一二味，以为应酬之具。则安能使极危极险极奇极恶之症，令起死回生乎？故药者医家不可不全备者也。

白话译文

古代医者，所用药物皆自行备置。《黄帝内经》有言：主持天地之气的官员须备齐相应物资，方不误事。当时韩康卖药，实则是以卖药的方式行医治病。韩愈《进学解》也说：牛溲（牛尿）、马渤（马的粪水）、破旧鼓皮，统统收罗储备，医术精良者绝不遗漏任何可用之物。今日北方人称医者为“卖药先生”，可见医者自备药材由来已久。宋代以后，渐渐出现只开处方、不备药物的医生，药材全从药铺购取，至今已成惯例。卖药的人不懂医，尚情有可原；行医的人竟不识药，药材真伪优劣全然不问，医与药两相脱节，处方纵然无误，药材之误却比比皆是。

再者，古代圣人治病，仅外感（外邪侵袭所致的疾病，如风寒、风热）等病以汤剂（煎煮的液态药方）为主，其余多用丸散（研末或制丸的固态成药）。丸散往往非短时间能制成，若遇急症必须用丸散，等药合好人已不救。又有些病一丸即可痊愈，但合药不能只合一丸，若让病家单独为一人配制一料，剩余皆成废

弃。唯有医者自行储备，方能留待他日之需，不至白白浪费。还有些罕用且难得的药材，储备数年方遇一用，药铺因无人问津便不备存，唯有医者自蓄，才能应对不时之需。

外科所用煎方，不过疏通荣卫（营气与卫气，即运行于脉内外、维持人体抵御与滋养功能的气）而已。若要护心（保护心脏、防毒邪内陷）托毒（将体内毒邪向外透发），全赖各类丸散之力。这些药物贵重难得，炮制（将药材加工处理以增效减毒）需要时日，耗费巨大，同样不能只为一人的制备一二丸。至于外治所用的围药（围敷疮周以束毒）、涂药、升药（含升华制剂，如升丹）、降药（降火解毒之外用药），或护肤腐肉、止血化瘀，或定痛止痒、提脓祛毒，或生肌长皮、接续筋骨，乃至熏蒸、烙灸、淋洗点药等，种类繁多，因症各异，均须平时预先备合。

然而今日医者，既不知其方，亦不习其法，又无资本储备药料。偶遇重症，内科除一张煎方别无他法，外科除膏药之外再无余药，即便有之，也不过极贱极易得的一二味敷衍了事。如此，又怎能令极危极险、极奇极恶之症起死回生？故药材是医家不可不完备储置之物。

关键词

荣卫： 即营气与卫气，营行脉内主滋养，卫行脉外主防御，合称荣卫，代指人体基本气血防御体系。

丸散： 中药剂型，将药材研末（散剂）或制成丸粒（丸剂），便于储存携带，多用于慢病或急救备用。

托毒： 外科治法，通过补益正气（人体抵抗病邪的功能性力量）使内陷之毒邪外透，防止毒邪深入脏腑。

升药/降药： 外用矿物类制剂，升药（如红升丹）主提脓去腐；降药主降火解毒，均需炮制，非临时可备。

炮制： 对药材进行炒、煨、蒸、制等加工处理，以增强疗效、降低毒性或改变药性。

现代启示

徐大椿在此文中揭示的，本质上是医疗体系中“分工割裂”的老问题。医与药本为一体，一旦分离，医生只管开方，药师只管抓药，中间的质控黑箱便无人负责——药材真伪、产地、炮制工艺，皆成盲区。这一担忧在现代仍有现实投射：部分医院或诊所过度依赖成品中成药，医生对具体药材品质缺乏了解；罕见病所需的特殊制剂，因“利润低、需求少”而长期断供。徐氏强调医者须“备药、识药、知药”，其核心逻辑是：临床判断力必须建立在对治疗工具的完整掌握上，而非仅仅停留在纸面处方。

> 当今医院的临床医生，究竟对自己开具药物的来源、规格与实际质量了解多少？

医学源流论：乩方论

原文

医学源流论：乩方论

世有书符请仙而求方者。其所书之方，固有极浅极陋极不典，而不能治病且误人者。亦有极卷上·热药误人最烈论

凡药之误人，虽不中病，非与病相反者，不能杀人；即与病相反，药性平和者，不能杀人；与病相反，性又不平和，而用药甚轻，不能杀人；性既相反，药剂又重，其方中有几味中病者，或有几味能解此药性者，亦不能杀人；兼此数害，或其人病甚轻，或其人精力壮盛，亦不能杀人。盖误药杀人，如此之难也。所以世之医者，大半皆误，亦不见其日杀数人也。即使杀之，乃辗转因循以至于死，死者不觉也。其有幸而不死，或渐自愈者，反指所误用之药以为此方之功效，又转以之误治他人矣。

所以终身误人而不自知其咎也。惟大热大燥之药，则杀人为最烈。盖热性之药，往往有毒，又阳性急暴，一入脏腑，则血涌气升。若其人之阴气本虚，或当天时酷暑，或其人伤暑伤热。一投热剂，两火相争，目赤便闭，舌燥齿干，口渴心烦，肌裂神躁，种种恶候，一时俱发。医者及病家具不察，或云更宜引火归元，或云此是阴症，当加重其热药，而佐以大补之品。

其人七窍皆血，呼号宛转，状如服毒而死，病家全不以为咎，医者亦洋洋自得，以为病势当然。总之，愚人喜服补热，虽死不悔，我目中所见不一，垂涕泣而道之，而医者与病家无一能听从者，岂非所谓命哉？夫大寒之药亦能杀人，其势必缓，犹为可救，不若大热之药断断不可救也。

至于极轻淡之药，误用亦能杀人，此乃其人之本领甚薄，或势已危殆，故小误即能生变，此又不可全归咎于医杀之也。高极古极奇极稳以之治病而神效者，其仙或托名吕纯阳，或托名张仲景，其方亦宛然纯阳、仲景之遗法，此其事甚奇，然亦有理焉。夫乩者机也，人心之感召，无所不通，既诚心于求治，则必有能治病之鬼神应之。虽非真纯阳、仲景，必先世之明于医理不遇于时而死者。

其精灵一时不散，游行于天地之间，因感而至，以显其能。而其人病适当愈，则获遇之，此亦有其理也。其方未必尽效，然皆必有意义，反不若世之时医用相反不若世之时医用相反之药以害人。惟决死生之处，不肯凿凿言之，此则天机不轻泄之故也。至于不通不典之方，则必持乩之术不工，或病家之心不诚，非真乩方也。

白话译文

世间有人通过书符降神、请仙扶乩（一种以沙盘或悬笔感应鬼神书写信息的民间术法）来求取药方。这类方子，有的极为肤浅粗陋、不合医理，不但治不了病，反而贻误患者；但也有一些方子极为高明、古朴、奇特而稳妥，用来治病竟有神效。所托之仙，有的借吕纯阳（即吕洞宾，道教八仙之一，民间奉为医药护

佑神)之名,有的借张仲景(东汉医圣,著《伤寒论》,奠定辨证论治基础)之名,其处方风格也确实与两位先贤的遗法如出一辙。此事看似怪异,却自有其道理。

所谓"乩",不过是一种感应的机关。人心至诚,感召无所不通——既然一心求治,便必有善于医道的鬼神前来应答。这些或许并非真正的纯阳、仲景,而是历代精通医理、却怀才不遇、郁郁而终的医者之魂。其精灵一时未散,游走天地之间,因人心感召而至,借此显示生前所学。而患者的病恰好处于将愈之时,便得遇这一机缘,如此说来,亦有其合理之处。

这些方子未必每一首都灵验,但大多言之有据、方义可循,反而胜过当世某些庸医随意开具相克相反之药来伤人。唯独在生死存亡的判断上,乩方从不明确说破——这是天机不可轻泄的缘故。至于那些语义不通、章法全无的乩方,则必定是持乩者技艺不精,或患者求治之心不够诚笃,并非真正的乩方显灵。

关键词

乩方: 通过扶乩(悬笔感应神灵书写)所得的药方,是中国民间求医问药的一种信仰实践,宋代以后尤为盛行。

吕纯阳: 即吕洞宾,道教全真派祖师,民间医药信仰中常被请降以赐方,托其名的乩方在历代均有记录。

张仲景: 东汉末年医家,著《伤寒杂病论》,后世尊为"医圣",其方剂体系至今仍为中医临床核心。

天机: 天道运行的隐秘规律,传统观念认为生死大限属天机范畴,不宜轻易言明,否则有悖天道。

时医: 泛指当代流行的、以资质平庸为多数的医者,徐大椿行文中常用此词带有批评意味。

现代启示

徐大椿论乩方,态度难得理性:他不全盘否定,也不盲目附会,而是将乩方有效的原因归结为"诚心感召"与"鬼神有据"——用现代语言来说,接近于心理学中的安慰剂效应(placebo effect)与医患关系质量对疗效的影响。患者的真诚求治意愿,往往促成更审慎的诊疗行为,这一机制即便脱离了鬼神叙事,在现代临床中依然成立。他对"不通不典之方"的否定,也体现了一种朴素的循证精神:方义是否自洽,才是判断处方价值的基准,而非来源是否神圣。

****值得思考:**** 今天各类"祖传秘方""权威背书"的偏方层出不穷,我们判断其可信度的依据,究竟是来源的神秘感,还是方义本身的逻辑性?

> 注:以上"现代启示"部分仅供文化与思想史学习参考,不构成任何医疗建议。

医学源流论：热药误人最烈论

原文

医学源流论：热药误人最烈论

为医固难，而为名医尤难，何则？名医者，声价甚高，敦请不易，即使有力可延，又恐往而不遇。即或可遇，其居必非近地，不能旦夕可至。故病家凡属轻小之疾，不即延治；必病势危笃，近医束手，举家以为危，然后求之，夫病势而人人以为危，则真危矣。又其病必迁延日久，屡易医家，广试药石，一误再误，病情数变，已成坏症。为名医者，岂真有起死回生之术哉？病家不明此理，以为如此大名，必有回天之力，若亦如他医之束手，亦何以异于人哉？于是望之甚切，责之甚重。若真能操人生死之权者，则当之者难为情矣。

若此病断然必死，则明示以不治之故，定之死期，飘然而去，犹可免责，倘此症万死之中，犹有生机一线，若用轻剂以塞责，致病人万无生理，则于心不安；若用重剂，以背城一战，万一有变，则谤议蜂起，前人误治之责，尽归一人。虽当定方之时，未尝不明白言之。然人情总以成败为是非，既含我之药而死，其咎不容诿矣。又或大病差后，元气虚而余邪尚伏，善后之图尤宜深讲。病家不知，失于调理，愈后复发，仍有归咎于医之未善者，此类甚多。故名医之治病，较之常医倍难也。知其难，则医者固宜慎之又慎；而病家及傍观之人，亦宜曲谅也。然世又有获虚名之时医，到处误人，而病家反云此人治之而不愈，是亦命也。有杀人之实，无杀人之名，此必其人别有巧术以致之，不在常情之内矣。

卷下·邪说陷溺论

古圣相传之说，揆之于情有至理，验之于疾有奇效，然天下之人反甚疑焉。而独于无稽之谈，义所难通，害又立见者，人人奉以为典训，守之不敢失者，何也？其所由来久矣。时医之言曰：古方不可以治今病。嗟乎！天地之风寒暑湿燥火犹是也，生人七情六欲犹是也，而何以古人用之则生，今人用之则死？不知古人之以某方治某病者，先审其病之确然，然后以其方治之。若今人之所谓某病，非古人之所谓某病也。如风火杂感，症类伤寒，实非伤寒也。乃亦以大剂桂枝汤汗之，重者吐血狂躁，轻者身热闷乱，于是罪及仲景，以为桂枝汤不可用。不自咎其辨病之不的，而咎古方之误人，岂不谬乎？所谓无稽之邪说，如深秋不可用白虎。白虎乃伤寒阳明之药，伤寒皆在冬至以后，尚且用之，何以深秋已不可用？又谓痢疾血症，皆无止法。夫痢血之病，属实邪有瘀者，诚不可以遽止；至于滑脱空竭，非止不为功，但不可塞其火邪耳？又谓饿不死之伤寒，吃不死之痢疾。夫《伤寒论》中以能食不能食，验中寒、中风之别，其中以食不食，辨症之法，不一而足。况邪方退，非扶其胃气，则病变必多。宿饮欲行，非新谷入胃，则肠中之气必不下达。但不可过用耳。执饿不死之说，而伤寒之禁其食，而饿死者多矣！谓痢疾为吃不杀者，乃指人之患病，非噤口而能食者，则其胃气尚强，其病不死，故云。然非谓痢疾之人，无物不可食。执吃不杀之说，而痢疾之过食而死者多矣！

此皆无稽之谈，不可枚举。又有近理之说而谬解之者，亦足为害。故凡读书议论，必审其所以然之故，而更精思历试，方不为邪说所误。故圣人深恶夫道听涂说之人也。

卷下·涉猎医书误人论

人之死，误于医家者十之三，误于病家者十之三，误于旁人涉猎医书者，亦十之三。盖医之为道，乃通天彻地之学，必全体明而后可以治一病。若全体不明，而偶得一知半解，举以试人，轻浅之病，或能得效；至于重大疑难之症，亦以一偏之见，妄议用药，一或有误，生死立判矣。间或偶然幸中，自以为如此大病，犹能见功，益复自信，以后不拘何病，辄妄加议论。至杀人之后，犹以为病自不治，非我之过，于是终身害人而不悔矣。然病家往往多信之者，则有故焉。

盖病家皆不知医之人，而医者写方即去，见有稍知医理者，议论凿凿，又关切异常，情面甚重，自然听信。谁如彼乃偶然翻阅，及道听涂说之谈，彼亦未尝审度，从我之说病者，如何究竟，而病家已从之矣。又有文人墨客，及富贵之人，文理本优，偶尔检点医书，自以为已有心得，傍人因其平日稍有学问品望，倍加信从。而世之医人，因自己全无根柢，辨难反出其下，于是深加佩服。彼以为某乃名医，尚不如我，遂肆然为人治病，愈则为功，死则无罪。更有执一偏之见，恃其文理之长，更著书立说，贻害后世。

此等之人，不可胜数。嗟乎！古之为医者，皆有师承，而又无病不讲，无方不通，一有邪说异论，则引经据典以折之，又能实有把持，所治必中，故余人不得而参其末议。今之医者，皆全无本领，一书不读，故涉猎医书之人，反出而临乎其上，致病家亦鄙薄医者，而反信夫涉猎之人，以致害人如此。此其咎，全在医中之无人，故人人得而操其长短也。然涉猎之人，久而自信益真，始误他人，继误骨肉，终则自误其身。我见甚多，不可不深省也。

白话译文

名医声望越高，被请到时病情往往越重——家属总是先辗转求治众医，屡败之后方求名医，此时已是多番误治的“坏症”（经反复误治、病情复杂危重的状态）。名医既非神仙，承担的却是前人误治叠加的烂摊子：用轻药则失职，用重药则担责，两难之间，殊为不易。

世间流传诸多无据邪说，如“深秋不可用白虎（清热泻火方剂，专治阳明实热）”、“痢疾血症绝不可止”、“伤寒须饿治”等，皆属断章取义。古方本有其适用之症，辨症不准才是误用根源，不可将过失归咎于古法本身。

人之死，误于医者、误于病家、误于旁人涉猎医书者各约三成。略识医书者言之凿凿，病家迫于情面轻信，小病偶中则自信愈盛，终至贻误性命而不自省。

关键词

现代启示

徐灵胎揭示了三重误诊链：名医被迫为前人"背锅"、伪医学常识以讹传讹、半吊子知识者凭自信行凶。放到今天，这三种现象依然鲜活——医生被"期望通货膨胀"压垮，网络养生谣言大行其道，搜索了几篇文章便自诊处方的"赛博郎中"，危害并不亚于古人所述。识别"半知识"的危害，是跨越时代的清醒。（本节现代类比仅供文化学习，不构成医疗建议。）

****留给你的问题****：你是否曾因"看了几篇文章"而比医生更自信——那种自信究竟来自真正的知识，还是来自不知道自己不知道什么？

医学源流论：薄贴论

原文

医学源流论：薄贴论

今所用之膏药，古人谓之薄贴，用大端有二：一以治表，一以治里。治表者，如呼脓去腐，止痛生肌，并摭风护肉之类，其膏宜轻薄而日换，此理人所易知。治里者，或驱风寒，或和气血，或消痰痞，或壮筋骨，其方甚多，药亦随病加减，其膏宜重厚而久贴，此理人所难知，何也？盖人之疾病，由外以入内，其流行于经络脏腑者，必服药乃能驱之。若其病既有定所，在于皮肤筋骨之间，可按而得者，用膏贴之，闭塞其气，使药性从毛孔而入。

其腠理通经贯络，或提而出之，或攻而散之，较之服药尤有力，此至妙之法也。故凡病之气聚血结而有形者，薄贴之法为良。但制膏之法，取药必真，必志必诚，火候必到，方能有效。否则不能奏功，至于敷熨吊〔水榻〕，种种杂法，义亦相同，在善医者通变之而已。注：〔水榻〕，左边为三点“水”字旁，右边为“榻”字去“木”旁。

白话译文

今日所用的膏药，古人称之为“薄贴”，其主要用途有两类：一是治疗体表，二是治疗体内。

治疗体表，如促使疮口排脓去腐、止痛生肌，以及护住皮肉、遮挡外邪侵入等，这类膏药应薄而轻柔，需每日更换——其中道理浅显，人人易懂。

治疗体内，则用于驱散风寒、调和气血（气，人体生命活动之动力；血，滋养全身之精微物质）、消化痰饮痞块，或强健筋骨，方子繁多，用药也随病情增减。这类膏药应厚重，须长期贴敷——其中道理较难理解，为何？

因为人体患病，多由外而入内。若病邪已流行于经络（运行气血的通道网络）、脏腑之间，则必须内服汤药才能驱除。但若病灶已有固定部位，在皮肤、筋骨之间，可以按压感知到的，便可用膏药贴敷其处：膏药封闭皮肤表面，迫使药性从毛孔渗入，穿行于腠理（皮肤肌肉间的细小间隙）、贯通经络，或将病邪提拔引出，或将其攻破消散。与内服汤药相比，这种方法往往更为直接有力，实为极妙之法。

因此，凡属气机郁聚、血液凝结而形成有形病灶的病症，薄贴之法尤为适宜。

但制备膏药，取材务必道地纯正，态度务必专一虔诚，熬制火候务必到位，方能奏效。否则，再好的方子也难以见功。至于敷药、热熨、吊法等各种外治法，道理与此相通，全在善于临机变通的医者灵活运用。

关键词

薄贴： 即膏药，古称薄贴，以药物熬制后贴敷于患处，属中医外治法之一。

腠理： 皮肤、肌肉、脏腑之间的细小纹理间隙，为气血津液渗透流通之处。

气聚血结： 气机郁滞积聚、血液凝结不散，二者相合可形成体内有形痞块病灶。

经络： 人体运行气血、沟通脏腑与体表的通道系统，是中医整体观的核心结构。

火候： 熬制膏药时对温度与时长的精准把控，直接决定药物有效成分的提取质量。

现代启示

这段文字所描述的，与现代医学中“经皮给药系统”（transdermal drug delivery）的原理高度契合。现代药理学已证实，皮肤并非绝对的屏障，脂溶性药物确实可以穿透皮肤角质层，经毛细血管进入体循环，从而发挥全身性药效——这正是今日尼古丁贴片、止痛贴、硝酸甘油贴的作用基础。徐大椿在三百年前以“闭塞其气，使药性从毛孔而入”概括这一机制，已相当精准。

值得注意的是，原文特别强调“取药必真，火候必到”，说明古人早已意识到：外治法的疗效，与原料质量和炮制工艺直接相关，与今日药物制剂学中对辅料纯度和工艺参数的严格要求，如出一辙。

一个值得思考的问题是：当我们评价一种传统外治疗法“有效”或“无效”时，究竟是在评价其理论体系，还是在评价其具体配方与制备工艺——这两件事，是否应当分开来看？

医学源流论：貌似古方欺人论

原文

医学源流论：貌似古方欺人论

古圣人之立方，不过四五味而止。其审药性，至精至当，其察病情，至真至确。方中所用之药，必准对其病，而无毫发之差。无一味泛用之药，且能以一药兼治数症。故其药味虽少，而无症不该。后世之人，果能审其人之病，与古方所治之病无少异，则全用古方治之，无不立效。其如天下之风气各殊，人之气禀各异，则不得不依古人所制主病之方，略为增减，则药味增矣。又或病同而症甚杂，未免欲兼顾，则随症增一二味，而药又增矣。故后世之方，药味增多，非其好为杂乱也。

乃学不如古人，不能以一药该数症，故变简而为繁耳，此犹不失周详之意。且古方之设，原有加减之法，病症杂出，亦有多品之剂，药味至十余种。自唐以后之方，用药渐多，皆此义也。乃近世之医，动云效法汉方，药止四五味。其四五味之药，有用浮泛轻淡之品者，虽不中病，犹无大害。若趋时之辈，竟以人参、附子、干姜、苍术、鹿茸、熟地等峻补辛热之品，不论伤寒暑湿，惟此数种轮流转换，以成一方，种种与病相反，每试必杀人，毫不自悔。既不办病，又不审药性，更不记方书，以为此乃汉人之法。呜呼！

今之所学汉人之方，何其害人如此之毒也？其端起于近日之时医，好为高论以欺人。又人情乐于温补，而富贵之家尤甚，不如是则道不行。所以人争效尤，以致贻害不息。安有读书考古深思体验之君子，出而挽回，亦世道生民之大幸也。

白话译文

古代圣人制方，通常只用四五味药。他们精准审辨药性，准确判断病情，方中每味药都严格对应病症，没有一味是随意填充的，甚至能以一药兼治多种症状。所以药味虽少，却无症不能涵盖。

后人若能判断出患者病情与某古方完全吻合，直接沿用便可立竿见影。但由于各地风土不同、人的体质（气禀，即先天禀赋与生理特质）各异，往往需在古方基础上适当增减；遇到兼症繁杂者，又随症加入一两味，用药因此渐多。这并非刻意求繁，而是学力不及古人，无法以一药兼治数症，不得不由简变繁——初衷仍是周全。古方本身也有加减之法，针对杂症原有多药并用的方剂，唐代以后用药渐多，皆循此理。

然而近世医者，动辄声称效法汉方，药止四五味。若所用之药轻淡浮泛，尚不至大害。但趋时媚俗之辈，竟将人参、附子（大热回阳）、干姜（辛热温中）、苍术（燥湿健脾）、鹿茸、熟地等峻补辛热之品，不论伤寒（外感寒邪之病）还是暑湿（感受暑热湿邪之病），一概轮换使用，全然与病情相悖，每试必害人性命，却毫无悔意。既不辨别病情，又不研究药性，更不研读方书（汇集前人处方的医籍），仍自称效法汉代之法，令人痛心。

究其根源，时医好发高论以欺世博名，加之民众偏好温补，富贵之家尤甚，不迎合则行医难继，遂人人效尤，贻害无穷。但愿有读书考古、深思体验的有识之士出而纠正风气，实为世道苍生之大幸。

关键词

古方： 古代医家留存的经典处方，药少而精、针对性强，为后世立方的基准参照。

气禀： 个人先天禀赋与体质特质，决定对疾病和药物的不同反应，是辨证用药的重要依据。

峻补辛热： 药性温热猛烈的补益药物，如附子、干姜，滥用于不适宜体质者易助邪伤正。

加减之法： 在主方基础上，依具体病情增删药味的灵活变通原则，是辨证论治（依个体病情处方）的核心手段。

方书： 汇集历代处方与用药规范的医学典籍，是规范临床用药、防止经验失传的重要载体。

现代启示

徐大椿此文揭示了一个跨越时代的困境：形式的模仿取代了精神的传承。打着“效法古人”旗号的庸医，只复制了古方的药味数量，却丢失了辨证论治的核心——依据个体病情灵活处方。这与当下某些“传统进补”“纯天然疗法”的乱象高度呼应：脱离个体评估的标准化补药，无论在中医还是现代营养学框架中，都存在潜在风险。

徐大椿同样指出，民众偏好温补的心理是推波助澜的社会因素——医者迎合患者偏好而非依据病情用药，这种“需求驱动的过度干预”在今天依然普遍。人参、附子本身并无对错，关键在于用药者是否真正辨证。

（注：以上内容仅供文化学习，不构成医疗建议。）

当你选择某种“古法”或“天然”调养方案时，你的依据是对自身体质的准确了解，还是对“传统”标签的朴素信任？

医学源流论：司天运气论

原文

医学源流论：司天运气论

邪说之外，有欺人之学，有耳食之学。何谓欺人之学？好为高谈奇论，以骇人听闻，或剿袭前人之语，以示渊博。彼亦自知其为全然不解，但量他人亦莫之能深考也，此为欺人之学。何谓耳食之学？或窃听他人之说，或偶阅先古之书，略记数语，自信为已得其秘，大言不惭，以此动众，所谓道听涂说是也。如近人所谈司天运气之类是矣。彼所谓司天运气者，以为何气司天，则是年民当何病。假如厥阴司天，风气主之，则是年之病，皆当作风治。此等议论，所谓耳食也。

盖司天运气之说，黄帝不过言天人相应之理如此，其应验先候于脉。凡遇少阴司天，则两手寸口不应，厥阴司天，则右寸不应，太阴司天，则左寸不应，若在泉则尺脉不应亦如之；若脉不当其位，则病相反者死，此诊脉之一法也。至于病则必观是年岁气胜与不胜，如厥阴司天，风淫所胜，民病心痛胁满等症。倘是年风淫虽胜，而民另生他病，则不得亦指为风淫之病也；若是年风淫不胜，则又不当从风治矣。经又云：相火之下，水气乘之，水位之下，火气承之。五气之胜皆然，此乃亢则害，承乃制之理。即使果胜，亦有相克者乘之，更与司天之气相反矣。又云初气终三气，天气主之，胜之常也；四气尽终气，地气主之，复之常也。

有胜则复，无胜则否。则岁半以前属司天，岁半以后又属在泉，其中又有胜不胜之殊，其病更无定矣。又云：厥阴司天，左少阴，右太阳。谓之左间右间，六气皆有左右间，每间主六十日，是一岁之中复有六气循环作主矣。其外又有南政北政之反其位，天符岁会三合之不齐，太过不及之异气，欲辨明分晰，终年不能尽其蕴。当时圣人，不过言天地之气运行旋转如此耳。至于人之得病，则岂能一一与之尽合？一岁之中，不许有一人生他病乎？故《内经》治岁气胜复，亦不分所以得病之因。

总之，则病治病，如风淫于内，则治以辛凉，六气皆有简便易守之法。又云：治诸胜复，寒者热之，热者寒之，温者清之，清者温之。无问其数，以平为期，何等划一。凡运气之道，言其深者，圣人有所不能知，及施之实用，则平正通达，人人易晓。但不若今之医者所云，何气司天则生何病，正与《内经》圆机活法相背耳。

卷下·医道通治道论

治身犹治天下也。天下之乱，有由乎天者，有由乎人者。由乎天者，如夏商水旱之灾是也；由乎人者，如历代季世之变是也。而人之病，有由乎先天者，有由乎后天者。由乎先天者，其人生而虚弱柔脆是也；由乎后天者，六淫之害七情之感是也。先天之病，非其人之善养与服大药，不能免于夭折；犹之天生之乱，非大圣大贤不能平也。后天之病，乃风寒暑湿燥火之疾，所谓外患也；喜怒忧思悲惊恐之害，所谓内忧也。治外患者以攻胜，四郊不靖，而选将出师，速驱除之可也；临辟雍而讲礼乐，则敌在门矣。故邪气未尽而轻用补者，使邪气内入而亡。治内伤者以养胜，纲纪不正，而崇儒讲道，徐化导之可也。

若任刑罚而严诛戮，则祸益深矣。故正气不足而轻用攻者，使其正气消尽而亡。然而大盛之世，不无玩民，故刑罚不废，则补中之攻也。然使以小寇而遽起戎兵，是扰民矣。故补中之攻不可过也。征诛之年，亦修内政，故教养不弛，则攻中之补也。然以戎首而稍存姑息，则养寇矣。故攻中之补不可误也。天下大事，以天下全力为之，则事不堕；天下小事，以一人从容处之，则事不扰。

患大病以大药制之，则病气无余；患小病以小方处之，则正气不伤。然而施治有时，先后有序，大小有方，轻重有度，疏密有数，纯而不杂，整而不乱，所用之药，各得其性。则器使之道，所处之方，各得其理；则调度之法，能即小以喻大。谁谓良医之法，不可通于良相也。

卷下·五方异治论

人禀天地之气以生，故其气体随地不同。西北之人气深而厚，凡受风寒，难于透出，宜用疏通重剂；东南之人气浮而薄，凡遇风寒，易于疏泄，宜用疏通轻剂。又西北地寒，当用温热之药；然或有邪蕴于中而内反甚热，则用辛寒为宜。东南地温，当用清凉之品；然或有气随邪散，则易于亡阳，又当用辛温为宜。

至交广之地，则汗出无度，亡阳尤易，附桂为常用之品。若中州之卑湿，山陕之高燥，皆当随地制宜。故入其境，必问水土风俗而细调之。不但各府各别，即一县之中，风气亦有迥殊者，并有所产之物，所出之泉，皆能致病。土人皆有极效之方，皆宜详审访察。若恃己之能，执己之见，治竟无功，反为土人所笑矣。湖州长兴县有合溪，小儿饮此水则腹中生痞。土人治法：用线挂头，以两头按乳头上剪断，即将此线挂转，将两头向背脊上一并拽齐线头尽处，将黑点记脊上。用艾灸之，或三壮，或七壮即消。永不再发，服药无效。

白话译文

司天运气论

在各种错误学说之外，还有两类尤为有害的学问：欺人之学与耳食之学。所谓欺人之学，是指好发高论奇谈、故弄玄虚，或抄袭前人语句以显博学——这类人自知对所讲内容一无所知，不过估计旁人也无力深究，才敢如此。所谓耳食之学，是指偷听他人议论，或偶翻几本古书，记下几句话，便自以为掌握了秘诀，大言不惭地以此蒙众——正所谓道听途说。近人谈论“司天运气”，便是典型。

这类人认为：哪种气司天（运气学说中主管当年上半年气候运行的天之气），该年民众便得哪种病，并以此为治则。比如厥阴（风木之气）司天，风气主事，这年的病就都按风病来治。这正是耳食之论。

实际上，黄帝论司天运气，不过是阐明“天人相应”（天地自然与人体相互感应对应）之理，其验证首先要落实到脉象上：少阴司天，两手寸口脉（手腕处寸部诊脉位置）沉伏不显；厥阴司天，右寸不显；太阴司天，左寸不显；在泉之气（主管下半年的地之气）则相应反映于尺脉。若脉位与应有规律不符，病情又相反，则预后凶险——这只是诊脉的一种参考方法。

至于判断疾病，必须看当年岁气是否真正偏胜。如厥阴司天，风淫偏胜，民众当病心痛、胁肋胀满。但若该年风气虽胜，百姓另患他病，则不得强行归因于风邪；若风气实际并不偏胜，则更不应按风治。《内经》（《黄帝内经》）又说：相火（心包、三焦之火）极亢之下，水气乘来制约；水气极盛之下，火气随

之反承——五气之间莫不如此，此即“亢则害，承乃制”（某气过亢为害，必有制约之气随之而来）之理。即使某气确实偏胜，也有相克之气乘机而来，反与司天之气背道而驰。

又：初气至三气由天气主事，为偏胜的常态；四气至终气由地气主事，为复气的常态。有偏胜才有复气，无偏胜则无复气。如此，年之上半属司天，下半属在泉，中间还有胜与不胜的差别，疾病规律更无定数。加之六气各有左右间气（每间各主六十日），南政北政的脉位反常，天符、岁会、三合的特殊情形，太过不及的气候差异，要逐一辨清，穷年累月也未必能穷尽。圣人立此说，不过是描述天地之气如此运转，并非断言人之得病必与之一一对应——难道一年之中，就不许有人另生他病？

所以《内经》治岁气胜复，也不追究得病原因，而是就病论病：风淫于内，治以辛凉；六气皆有简便易守之法。又云：寒者热之，热者寒之，温者清之，清者温之，以平为期——何等简明。运气之道，深处圣人也未必尽知，但落实到临床，却是平正通达、人人易晓。只是今日医者所云“何气司天便生何病”，正与《内经》“圆机活法”（灵活变通的诊治原则）背道而驰。

医道通治道论

治身如同治国。天下之乱，有源于天的（如水旱灾荒），有源于人的（如末世政变）；人的疾病，有源于先天的（生来虚弱），有源于后天的——六淫（风、寒、暑、湿、燥、火六种外感邪气）之害为外患，七情（喜、怒、忧、思、悲、惊、恐七种情志）之伤为内忧。先天之病，非善加调养或服峻补大药，难免夭折，犹如天生之乱，非大圣大贤不能平定。

治外患要以攻为主：敌在境外，当选将出兵速加驱除，若此时还在讲礼乐，则敌已兵临城下。故邪气未尽而轻用补药，只会使邪气内陷而危命。治内伤要以养为主：纲纪不正，应崇儒讲道，徐徐教化；若一味刑罚严诛，则祸患更深。故正气（人体自身防御修复能力）不足时轻用攻法，会耗尽正气而致死。

然而太平盛世也不无奸邪，刑罚不可全废——这是补中兼攻。但以小寇而大动干戈，则扰民，故补中之攻不可过度。征战之年也须修明内政，教养不弛——这是攻中兼补。但对敌首稍存姑息，则养虎为患，故攻中之补不可误用。大事须以全力为之，事方不废；小事可从容处之，事方不扰。大病用峻药，病气才能根除；小病用轻方，正气才不受损。施治有时机，先后有顺序，大小有分寸，轻重有节度，用药纯正不杂，组方整齐有序。如此，良医之法与良相之道，何尝有别？

五方异治论

人禀天地之气而生，体质因地域而异。西北之人气机深沉厚重，感受风寒后邪难透散，宜用重剂疏通；东南之人气机浮散轻薄，邪气易于疏泄，宜用轻剂疏通。西北地寒，当用温热之药；但若邪蕴于内反而内热炽盛，则宜辛寒。东南地温，当用清凉；但若气随邪散、阳气易脱，则又当辛温。

至于岭南（交广）之地，汗出无度，亡阳（阳气脱失，类似现代的休克状态）尤易，附子、肉桂为常用之品。中原低洼湿地与山陕高燥之地，皆当因地制宜。故凡进入一方地域，必须询问当地水土风俗，细加调配——不但各府各县有别，即同一县内风土气候也可能迥异，当地所产之物、所出之泉水，皆能致病。土著居民往往有极效的地方验方，皆应详加访察。若倚仗己能、执守己见，治竟无功，反为土人所笑。

湖州长兴县合溪之水，小儿饮之则腹中生痞（气血痰饮结聚而成的积块）。当地治法：用线绕颈，两端按乳头剪断，反转后向背脊拽齐，线端所至处以黑点标记，艾灸三壮或七壮，痞即消散，永不复发，服药则无效。

关键词

司天： 运气学说术语，指主管当年上半年气候的天之气，六气轮值，每气主一年。

亢则害，承乃制： 五行制化原理，某气过于亢盛则为害，必有相克之气随之制约以恢复平衡。

六淫： 风、寒、暑、湿、燥、火六种外感致病邪气的总称，超出人体适应能力则为病。

正气： 人体自身抵御疾病、维持生命活动的防御修复能力，与致病的"邪气"相对。

圆机活法： 《内经》诊治核心原则，强调灵活变通，依据具体情况辨证施治，反对教条套用。

现代启示

这三篇文章共同指向一个核心洞见：临床医学需要"活法"，拒绝教条。徐大椿批判司天运气被滥用，本质是反对以单一模型套解全部临床现实；"医道通治道"以政事为喻，揭示攻补兼顾、时机精准的辩证思维；"五方异治"则是最早的"精准医学"雏形——承认个体禀赋与地理环境的差异，拒绝一刀切的标准化方案，甚至重视当地民间验方的经验价值。

合溪灸法案例尤其值得注意：一个无法被汤药解决的地方性疾病，被一种外治验方根治，这提示我们：经验性知识与系统性理论并不对立，地方性知识有其不可替代的价值。

现代医学在标准化与循证化上取得了巨大成就，但当我们面对不同种族、地域、体质的患者时，指南与标准究竟应当扮演"规则"还是"参考"，这条边界应当如何划定？

注：以上内容仅供文化学习与学术参考，不构成任何医疗建议，相关治疗方法请遵循现代医学专业指导。

医学源流论：病随国运论

原文

医学源流论：病随国运论

天地之气运，数百年一更易，而国家之气运亦应之。上古无论，即以近代言。如宋之末造，中原失陷，主弱臣弛。张洁古、李东垣辈，立方皆以补中宫，健脾胃，用刚燥扶阳之药为主，局方亦然。至于明季，主暗臣专，膏泽不下于民。故丹溪以下诸医，皆以补阴益下为主。至我本朝，运当极隆之会，圣圣相承，大权独揽，朝纲整肃，惠泽旁流，此阳盛于上之明征也。

又冠饰朱纓，口燔烟草，五行惟火独旺。故其为病，皆属盛阳上越之症。数十年前，云间老医知此义者，往往专以芩、连、知、柏挽回误投温补之人，应手奇效，此实与运气相符。近人不知此理，非惟不能随症施治，并执宁过温热，毋过寒冷之说。偏于温热，又多矫枉过正之论。如中暑一症，或有伏阳在内者，当用大顺散、理中汤，此乃千中之一。

今则不论何人，凡属中暑，皆用理中等汤。我目睹七窍皆裂而死者，不可胜数。至于托言祖述东垣用苍术等燥药者，举国皆然。此等恶习，皆由不知天时国运之理，误引旧说以害人也。故古人云：不知天地人者，不可以为医。

卷下·针灸失传论

灵素两经，其详论藏府经穴疾病等说。为针法言者，十之七八；为方药言者，十之二三。上古之重针法如此，然针道难而方药易，病者亦乐于服药而苦于针，所以后世方药盛行，而针法不讲。今之为针者，其显然之失有十，而精微尚不与焉。两经所言十二经之出入起止浅深左右，交错不齐，其穴随经上下，亦参差无定。今人祇执同身寸依左右一直竖量，并不依经曲折，则经非经而穴非穴，此一失也。两经治病云，某病取某穴者固多，其余则指经而不指穴。如灵枢终始篇云：人迎一盛，泻足少阳，补足太阴。厥病篇云：厥头痛，或取足阳明太阴，或取手少阳足少阴；耳聋取手。

卷下·水病针法论

凡刺之法，不过补泻经络，祛邪纳气而已，其取穴甚少。惟水病风〔病水〕肤胀，必刺五十七穴。又云：皮肤之血尽取之何也？盖水旺必克脾土，脾土衰则遍身皮肉皆肿，不特一经之中有水气矣。若仅刺一经，则一经所过之地水自渐消。而他经之水不消，则四面会聚，并一经已泻之水亦仍满矣。故必周身肿满之处皆刺而泻之，然后其水不复聚耳。此五十七穴者，皆藏之阴络水之所客也，此与大禹治洪水之法同。盖洪水泛滥，必有江淮河济，各引其所近之众流以入海，必不能使天下之水祇归一河以入海也。

又出水之后，更必调其饮食。经云：方饮无食，方食无饮（使饮食异居，则水不从食，以至于脾土受湿之处也），无食他食百三十五日。此症之难愈如此。余往时治此病，轻者多愈，重者必复肿。盖由五十七穴未能全刺，而病人亦不能守戒一百三十五日也。此等大症，少违法度，即无愈理，可不慎哉。

白话译文

天地之间的气运（阴阳五行之气的周期性运行规律），数百年一次大变，国家的兴衰气运与之呼应。单就近代而言：宋末中原沦陷，朝廷积弱，张洁古、李东垣等医家立方皆以补益中焦（脾胃所在的中部）、健运脾胃为主，惯用温热燥烈之药扶助阳气，《局方》亦同此路数。明末君暗臣专，恩泽不及百姓，故朱丹溪以降的医家，转而以滋补阴液、培益下焦（肝肾所在的下部）为大法。

至清朝，国运极盛，圣君相继，朝纲整肃，阳气旺于上位，加之民间盛行朱纓冠饰、嗜好烟草，五行中火气独旺，所生之病多属阳热亢盛上冲之症。数十年前，松江府的老医家深知此理，专用黄芩、黄连、知母、黄柏等苦寒之药，救治被误投温补者，屡见奇效。

然近世医者不明此理，执守“宁偏温热、毋过寒凉”之说，矫枉过正。以中暑为例，伏阳（潜藏于内的阳热之邪）在内者或可用大顺散、理中汤，此乃千例中偶见之特殊情形。如今却不分体质，一律施以温热汤方，作者亲见因此七窍俱裂而死者不计其数。滥用苍术等燥药之风举国皆然，皆因不知天时运气之理、误引旧说害人。故古人言：不通天地人三才者，不可为医。

关键词

运气： 中医天人相应理论，指天地阴阳五行之气的周期性变化规律，认为其影响人体疾病的发生与流行。

扶阳： 以温热药物振奋、补益人体阳气（温煦推动之气）的治法，代表方如理中汤、大顺散。

补阴益下： 滋养肝肾阴液的治法，针对阴虚火旺体质，朱丹溪为代表医家。

盛阳上越： 阳气亢旺、上冲头面的病理状态，表现为热象突出，多见于火热体质。

芩连知柏： 黄芩、黄连、知母、黄柏四味苦寒清热药的合称，善清内外实火与虚火。

现代启示

徐大椿这篇论文揭示了一个被后世反复验证的医学洞见：疾病谱随时代而变迁，治疗方案不能固守一成不变的教条。宋末阳虚湿重则补阳，明末阴虚燥热则滋阴，清代火旺则用苦寒——每个时代有其主流体质倾向，背后是饮食结构、生活方式与社会环境的集体塑造。这与现代流行病学的“疾病谱转变”高度吻合：农耕时代盛行营养匮乏，工业时代流行代谢综合征，当代则以慢性炎症与心理疾病为主。更值得警惕的是徐大椿对教条主义的批判——他目睹用错方药导致患者死亡，却无法撼动流行的“温补风气”。今日临床是否同样存在“流行什么就开什么”的从众惯性，而忽视了个体差异与时代背景？

（以上内容仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

医学源流论：出奇制病论

原文

医学源流论：出奇制病论

病有经有纬，有常有变，有纯有杂，有正有反，有整有乱，并有从古医书所无之病。历来无治法者，而其病又实可愈。既无陈法可守，是必熟寻《内经》《难经》等书，审其经络藏府受病之处，及七情六气相感之因。与夫内外分合气血聚散之形，必有凿凿可征者，而后立为治法。或先或后，或并或分，或上或下，或前或后，取药极当，立方极正。而寓以巧思奇法，深入病机，不使扞格。如庖丁之解牛，虽筋骨关节之间，亦游刃有余。然后天下之病，千绪万端，而我之设法，亦千变万化，全在平时于极难极险之处，参悟通澈，而后能临事不眩。否则一遇疑难，即束手无措，冒昧施治，动辄得咎，误人不少矣。

卷下·治病缓急论

病有当急治者，有不当急治者。外感之邪强悍剽疾，内犯藏府，则元气受伤，无以托疾于外。必乘其方起之时，邪入尚浅，与气血不相乱，急驱而出之于外，则易而且速。若俟邪气已深，与气血相乱，然后施治，则元气大伤，此当急治者也。若夫病机未定，无所归者，急用峻攻，则邪气益横。如人之伤食，方在胃中，则必先用化食之药，使其食渐消由中焦而达下焦，变成渣秽而出，自然渐愈。

若即以硝黄峻药下之，则食尚在上焦，即使随药而下，乃皆未化之物。肠胃中脂膜与之全下，而人已大疲，病必生变，此不当急治者也。以此类推，余病可知。至于虚人与老少之疾，尤宜分别调护，使其元气渐转，则正复而邪退。医者不明此理，而求速效，则补其所不当补，攻其所不当攻。所服之药不验，又转求他法，无非诛伐无过。至当愈之时，其人已为药所伤，而不能与天地之生气相应矣。故虽有良药，用之非时，反能致害，缓急之理，可不讲哉。

卷下·治病分合论

一病而当分治者，如痢疾、腹痛、胀满。则或先治胀满，或先治腹痛，即胀满之中亦不同。或因食，或因气，或先治食，或先治气。腹痛之中亦不同，或因积，或因寒，或先去积，或先散寒。种种不同，皆当视其轻重而审察之。以此类推，则分治之法可知矣。有当合治者，如寒热、腹痛、头疼、泄泻、厥冒、胸满，内外上下无一不病，则当求其因何而起，先于诸症中择最甚者为主。而其余症，每症加专治之药一二味以成方，则一剂而诸症皆备。以此类推，则合治之法可知矣。药亦有分合焉，有一病而合数药以治之者，阅古圣人制方之法自知；有数病而一药治之者，阅本草之主治自知。为医者，无一病不穷究其因，无一方不洞悉其理，无一药不精通其性，庶几可以自信，而不枉杀人矣。

卷下·发汗不用燥药论

驱邪之法，惟发表、攻里二端而已，发表所以开其毛孔，令邪从汗出也。当用至轻至淡芳香清冽之品，使邪气缓缓从皮毛透出，无犯中焦，无伤津液，仲景麻黄桂枝等汤是也。然犹恐其荣中阴气，为风火所煽而销耗

于内，不能滋润和泽，以托邪于外。于是又啜薄粥以助胃气，以益津液，此服桂枝汤之良法。凡发汗之方，皆可类推。

汗之必资于津液如此，后世不知，凡用发汗之方，每专用厚朴、葛根、羌活、白芷、苍术、豆蔻等温燥之药。即使其人津液不亏，内既为风火所熬，又复为燥药所烁，则汗从何生？汗不能生，则邪无所附而出。不但不出，邪气反为燥药鼓动，益复横肆，与正气相乱。邪火四布，津液益伤，而舌焦唇干，便闭目赤。种种火象自生，则身愈热，神渐昏，恶症百出。若再发汗，则阳火盛极，动其真阴，肾水来救，元阳从之，大汗上泄，亡阳之危症生矣。轻者亦成痉症，遂属坏病难治。故用燥药发汗而杀人者，不知凡几也。

此其端开于李东垣，其所著书立方，皆治湿邪之法，与伤寒杂感无涉。而后人宗其说，以治一切外感之症，其害至今亦甚。况治湿邪之法，亦以淡渗为主，如猪苓、五苓之类，亦无以燥胜之者。盖湿亦外感之邪，总宜驱之外出，而兼以燥湿之品。断不可专用胜湿之药，使之内攻，致邪与正争而伤元气也。至于中寒之证，亦先以发表为主，无竟用热药以胜寒之理。必其寒气乘虚陷入而无出路，然后以姜附回其阳，此仲景用理中之法也。今乃以燥药发杂感之汗，不但非古圣之法，并误用东垣之法。医道失传，只此浅近之理尚不知，何况深微者乎。

白话译文

疾病有纵横之别、常变之分、单纯与复杂之别、顺逆与规律混乱之别，甚至存在古代医书从未记载、历代无治法的病症——但这些病实际上是可以治愈的。既然没有现成方法可循，就必须深入研读《内经》《难经》等经典，审察经络（运行气血的通道）、脏腑受病的部位，七情（喜怒忧思悲恐惊）与六气（风寒暑湿燥火）相感的原因，以及内外、气血（维持生命的基本物质）聚散的种种表现，找到确凿依据，方才立定治法。用药或先或后、或并或分、或上或下，极为恰当，同时寓含巧思奇法，深入病机（疾病发生发展的机制），使药力不与病势相悖。正如庖丁解牛，筋骨关节之间也游刃有余。如此才能面对千变万化的疾病而从容应对。若平时未在极难极险处参悟通透，一遇疑难便束手无策，冒昧施治，误人不浅。

外感邪气猛烈，若邪入尚浅，应急驱外出，与气血尚未相乱时治之最易；若等邪气深入、元气（人体根本之气）大伤，则难治。然而病机未定时若急用峻药，邪气反更猖狂。以伤食为例：食在胃中，当先用消食药使其渐消，经中焦（脾胃）到达下焦（肠道）化为糟粕排出；若立即用芒硝、大黄峻泻，食物尚在上焦（胸膈），未化之物连同肠胃脂膜一并下泄，人已大疲，病必生变。体虚者、老人小儿尤须缓图，使元气渐转、正复邪退。医者不明缓急而求速效，补攻失当，药物无效又转求他法，不断妄加攻伐，待本应痊愈之时，病人已被药所伤，无法与天地生气相应。良药用之失时，反能致害。

疾病有当分治者：如痢疾兼腹痛、胀满，须视其轻重，或先治胀满，或先治腹痛；胀满中有食积与气滞之别，腹痛中有积滞与寒邪之别，各须审察先后。有当合治者：如寒热、腹痛、头痛、泄泻、昏厥、胸满并见，内外上下无一不病，则求其起因，先择最重者为主，其余每症各加一二味专治药以成方，一剂而诸症皆顾。药亦有分合之道：一病合数药，见古圣制方之法；一药治数病，阅本草主治自知。为医者，无一病不穷究其因，无一方不洞悉其理，无一药不精通其性，方可不枉害人命。

发表（开腠理使邪从汗出）与攻里，是驱邪两大法门。发表当用至轻至淡、芳香清冽之品，使邪缓缓从皮毛透出，不犯中焦，不伤津液（体内正常水液的总称），张仲景麻黄汤、桂枝汤即是此法。服桂枝汤后还需啜稀粥以助胃气、补津液，正因发汗必须依赖津液。后世不明此理，发汗每专用厚朴、葛根、羌活、苍术、豆蔻等温燥之药。即使病人津液原本不亏，体内既被风火煎熬，又被燥药炙炼，汗从何生？汗不能生，邪气无所依附而出，反被燥药鼓动，更加横肆，邪火四布，津液愈伤，舌焦唇干、便闭目赤等火热之象丛生，身愈热、神渐昏，恶症百出。若再强发其汗，阳火极盛，触动真阴（肾中阴液），肾水来救而元阳（根本阳气）随之外泄，大汗上溢，亡阳（阳气暴脱）之危症随之而来；轻者亦成痉症，变成坏病难治。

此弊由李东垣开其端——其书立方本为治湿邪而设，与伤寒外感无涉，后人误宗其说以治一切外感，贻害至今。其实治湿邪亦以淡渗为主，如猪苓、五苓散之类，并非以燥药胜之。湿邪亦属外感，总宜驱之外出兼以燥湿，断不可专用胜湿之药使邪内攻而伤元气。中寒之证，亦先以发表为主；唯寒气乘虚深陷无出路时，才用干姜、附子回阳，此仲景用理中丸之法也。今以燥药发杂感之汗，非但不合古圣之法，连东垣之法也用错了。医道失传若此，连这浅近之理都不明白，何况更深微者乎？

关键词

病机： 疾病发生、发展与变化的内在机制，即邪正消长、阴阳失调的规律，是立法处方的核心依据。

元气： 人体生命活动的根本之气，禀受先天、赖后天水谷滋养，受损则正气无力托邪外出。

七情六气： 七情指喜怒忧思悲恐惊，属内伤因素；六气指风寒暑湿燥火，属外感因素，二者相合致病。

津液： 体内一切正常水液的总称，是气血生化的物质基础；发汗赖津液载邪外出，津亏则汗无从生。

亡阳： 阳气突然大量外泄，出现大汗淋漓、四肢厥冷、脉微欲绝的危急证候，为发汗失当的极端恶果。

现代启示

徐大椿在两百余年前已清晰揭示了一个至今仍具普遍意义的医学原则：治疗时机与方法的选择，必须服从于病体当下的真实状态，而非医者的主观习惯或门派成见。“急治”与“缓治”的判断，本质上是对病人整体代偿能力的评估；“发汗需养津液”的告诫，与现代医学强调“液体平衡是感染救治前提”如出一辙。燥药发汗的危害，可类比临床上滥用强效利尿剂或过度退热导致电解质紊乱的情形（仅供文化学习，不构成医疗建议）。更值得深思的是他对“误用前人之法”的批评：李东垣的方子本为治湿而设，后人不辨语境便照搬，才酿成广泛危害。这提醒我们：任何经典结论都有其适用边界。

****思考**：** 当你在日常生活中急于“快速解决”某个身体不适时，你是否想过，这种“速效”冲动本身，会不会已经在悄悄伤害你的“元气”？

医学源流论：病不可轻汗论

原文

医学源流论：病不可轻汗论

治病之法，不外汗下二端而已。下之害人，其危立见。故医者病者皆不敢轻投。至于汗多亡阳而死者，十有三二虽死而人不觉也。何则？凡人患风寒之疾，必相戒，以为宁暖无凉。病者亦重加覆护，医者亦云服药必须汗出而解。故病人之求得汗，人人以为当然也。秋冬之时，过暖尚无大害。至于盛夏初秋，天时暑燥，卫气开而易泄。更加闭户重衾，复投发散之剂，必至大汗不止，而阳亡矣。又外感之疾，汗未出之时，必烦闷恶热。及汗大出之后，卫气尽泄，必阳衰而恶寒。

始之暖覆，犹属勉强，至此时虽欲不覆而不能，愈覆愈汗，愈汗愈寒。直至汗出如油，手足厥冷，而病不可为矣。其死也，神气甚清，亦无痛苦。病者医者，及旁观之人，皆不解其何故而忽死，惟有相顾噩然而已。我见甚多，不可不察也。总之，有病之人，不可过凉，亦不宜太暖，无事不可令汗出。惟服药之时，宜令小汗。仲景服桂枝汤法云：服汤已温覆令微似汗，不可如水淋漓。此其法也。至于亡阳未剧，尤可挽回，伤寒论中真武、理中、四逆等法可考。若已脱尽，无可补救矣。

又盛暑之时，病者或居楼上，或卧近灶之所。无病之人，一立其处，汗出如雨；患病者必至时时出汗，即不亡阳，亦必阴竭而死。虽无移徙之处，必择一席稍凉之地而处之，否则神丹不救也。

卷下·伤风难治论

凡人偶感风寒，头痛发热，咳嗽涕出，俗语谓之伤风，非伤寒论中所云之伤风，乃时行之杂感也。人皆忽之，不知此乃至难治之疾，生死之所关也。盖伤风之疾，由皮毛以入于肺，肺为娇藏，寒热皆所不宜。太寒则邪气凝而不出，太热则火烁金而动血，太润则生痰饮，太燥则耗精液，太泄则汗出而阳虚，太涩则气闭而邪结。并有视为微疾，不避风寒，不慎饮食，经年累月，病机日深。或成血证，或成肺痿，或成哮喘，或成怯弱，比比皆然，误治之害，不可胜数。谚云：伤风不醒变成劳。

至言也。然则治之何如？一驱风，苏叶、荆芥之类；二消痰，半夏、象贝之类；三降气，苏子、前胡之类；四和荣卫，桂枝、白芍之类；五润津液，杏仁、元参之类；六养血，当归、阿胶之类；七清火，黄芩、山栀之类；八理肺，桑皮、大力子之类。八者随其症之轻重而加减之，更加以避风寒，戒辛酸，则庶几渐愈，否则必成大病。医者又加以升提辛燥之品，如桔梗、干姜之类。不效，即加以酸收，如五味子之类，则必见血。既见血，随用熟地、麦冬，以实其肺，即成劳而死。四十年以来，我见以千计矣，伤哉。

卷下·攻补寒热同用论

虚症宜补，实症宜泻，尽人而知之者。然或人虚而症实，如弱体之人，冒风伤食之类；或人实而症虚，如强壮之人，劳倦亡阳之类；或有人本不虚，而邪深难出；又有人已极虚而外邪尚伏。种种不同，若纯用补，则邪气益固；纯用攻，则正气随脱，此病未愈，彼病益深。古方所以有攻补同用之法，疑之者曰：两药异性，

一水同煎，使其相制，则攻者不攻，补者不补，不如勿服；若或两药不相制，分途而往，则或反补其所当攻，攻其所当补，则不惟无益，而反有害，是不可不虑也。此正不然，盖药之性，各尽其能，攻者必攻强，补者必补弱，犹掘坎于地，水从高处流下，必先盈坎而后进，必不反向高处流也。

如大黄与人参同用，大黄自能逐去坚积，决不反伤正气；人参自能充益正气，决不反补邪气。盖古人制方之法，分经别藏，有神明之道焉。如疟疾之小柴胡汤，疟之寒热往来，乃邪在少阳，木邪侮土，中宫无主，故寒热无定。于是用柴胡以驱少阳之邪，柴胡必不犯脾胃；用人参以健中宫之气，人参必不入肝胆。则少阳之邪自去，而中土之气自旺，二药各归本经也。如桂枝汤，桂枝走卫以祛风，芍药走荣以止汗，亦各归本经也。以是而推，无不尽然。试以神农本草诸药主治之说细求之，自无不得矣。

凡寒热兼用之法，亦同此义。故天下无难治之症，后世医者，不明此理，药惟一途，若遇病情稍异，非顾此失彼，即游移浮泛，无往而非棘手之病矣。但此必本于古人制方成法而神明之。若竟私心自用，攻补寒热杂乱不伦，是又杀人之术也。

卷下·临病人问所便论

病者之爱恶苦乐，即病情虚实寒热之征。医者望免切脉而知之，不如其自言之为尤真也。惟病者不能言之处，即言而不知其所以然之故，则赖医者推求其理耳。今乃病者所自知之病，明明为医者言之，则医者正可因其言而知其病之所在以治之。乃不以病人自知之真对症施治，反执己之偏见强制病人，未有不误人者。如伤寒论中云：能食者为中风，不能食者为中寒。

则伤寒内中风之症，未尝禁其食也。乃医者见为伤寒之症，断不许食。凡属感症，皆不许其食。甚有病已半愈，胃虚求食，而亦禁之，以至因饿而死者。又伤寒论云：欲饮水者，稍稍与之。盖实火烦渴，得水则解，未尝禁冷水也。乃医家凡遇欲冷饮之人，一概禁止，并有伏暑之病，得西瓜而即愈者，病人研求欲食，亦断绝不与，至烦渴而死。如此之类，不可枚举。

盖病者之性情气体，有能受温热者，有能受寒凉者，有不受补者，有不禁攻者，各有不同，乃必强而从我意见。况医者之意见，亦各人不同，于是治病之法，无一中肯者矣。《内经》云：临病人问所便。盖病人之所便，即病情真实之所在。如身大热而反欲热饮，则假热而真寒也；身寒战而反欲冷饮，是假寒而真热也。以此类推，百不失一。

而世之医者，偏欲与病人相背何也？惟病人有所嗜好而与病相害者，则医者宜开导之。如其人本喜酸，或得嗽症，则酸宜忌；如病人本喜酒，得湿病则酒宜忌之类，此则不可纵欲以益其疾。若与病症无碍，而病人之所喜，则从病人之便，即所以治其病也。此《内经》辨症之精义也。

卷下·治病不必顾忌论

凡病人或体虚而患实邪，或旧有他病与新病相反，或一人兼患二病。其因又相反，或内外上下各有所病，医者踌躇束手，不敢下药，此乃不知古人制方之道者也。古人用药，惟病是求，药所以制病，有一病则有一药以制之。其人是有是病，则其药专至于病所而驱其邪，决不反至无病之处以为祸也。若留其病不使去，虽强壮之人，迁延日久，亦必精神耗竭而死，此理甚易明也。如怯弱之人，本无攻伐之理，若或伤寒而邪入阳明，则仍用硝黄下药，邪去而精气自复；

如或怀妊之妇，忽患症瘕，必用桃仁、大黄以下其瘕，瘕去而胎自安；或老年及久病之人，或宜发散，或宜攻伐，皆不可因其血气之衰而兼用补益。如伤寒之后食复、女劳复，仲景皆治其食，清其火，并不因病后而用温补。惟视病之所在而攻之，中病即止，不复有所顾虑。故天下无棘手之病，惟不能中病，或偏或误或太过，则不病之处亦伤，而人危矣。俗所谓有病病当之，此历古相传之法也。故医者当疑难之际，多所顾忌，不敢对症用药者，皆视病不明，办症不的，审方不真，不日古圣之精义者也。

卷下·病深非浅药能治论

天下有治法不误，而始终无效者，此乃病气深痼，非泛然之方药所能愈也。凡病在皮毛荣卫之间，即使病势极重，而所感之位甚浅，邪气易出。至于藏府筋骨之痼疾，如劳怯、痞隔、风痹、痿厥之类，其感非一日。其邪在藏府筋骨，如油之入面，与正气相并，病家不知，屡易医家。医者见其不效，杂药乱投，病日深而元气日败，遂至不救，不知此病非一二寻常之方所能愈也。今之集方书者，如风痹大症之类，前录古方数首，后附以通治之方数首，如此而已。此等治法，岂有愈期？

必当遍考此病之种类，与夫致病之根源，及变迁之情状，并询其历来服药之误否。然后广求古今以来治此症之方，选择其内外种种治法，次第施之。又时时消息其效否，而神明变通之，则痼疾或有可愈之理。若徒执数首通治之方，屡试不效，其计遂穷，未有不误者也。故治大症，必学问深博，心思精敏，又专心久治，乃能奏效。世又有极重极久之病，诸药罔效，忽服极轻淡之方而愈。此乃其病本有专治之方，从前皆系误治，忽遇对症之药，自然应手而痊也。

医学源流论：愈病有日期论

原文

医学源流论：愈病有日期论

治病之法，自当欲其速愈。世之论者，皆以为治早而药中病则愈速，治缓而药不中病则愈迟，此常理也。然亦有不论治之迟早，而愈期有一定者。《内经》藏气法时论云：夫邪气之客于身也，以胜相加，至其所生而愈，至其所不胜而甚，至其所生而持，自得其位而起。其他言病愈之期不一。伤寒论云：发于阳者七日愈，发于阴者六日愈。

又云：风家表解而不了了者，十二日愈。此皆宜静养调摄以待之，不可乱投药石。若以其不愈，或多方以取效，或更用重剂以希功，即使不误，药力胜而元气反伤；更或有不对症之药，不惟无益，反有大害，此所宜知也。况本原之病，必待其精神渐复，精神岂有骤长之理？至于外科，则起发成脓生肌收口，亦如痘症有一定之日期，治之而误，固有迁延生变者，若欲强之有速效，则如揠苗助长，其害有不可胜言者，乃病家医家皆不知之。

医者投药不效，自疑为未当，又以别方试之，不知前方实无所害，特时未至耳，乃反误试诸药，愈换而病愈重。病家以医者久而不效，更换他医，他医遍阅前方，知其不效，亦复更换他药，愈治愈远，由是断断不死之病亦不救矣。此皆由不知病愈有日期之故也。夫病家不足责，为医者岂可不知，而轻以人尝试乎？若医者审知之，而病家必责我以近效，则当明告之，故决定所愈之期。

倘或不信，必欲医者另立良方，则以和平轻淡之药，姑以应病者之求，待其自愈。如更不信，则力辞之，断不可徇人情而至于误人。如此则病家一时或反怨谤，以后其言果验，则亦知我识高而品崇矣。

卷下·治病必考其验否论

天下之事，惟以口舌之争而无从考其信否者，则是非难定。若夫医则有效验之可征，知之最易。而为医者，自审其工拙亦最易，然而世之择医者与为医者，皆愤愤而莫之辨，何也？古人用药，苟非宿病痼疾，其效甚速。《内经》云：一剂知，二剂已。又云：覆杯而卧。伤寒论云：一服愈者，不必尽剂。可见古人审病精而用药当，未有不一二剂而效者。故治病之法，必宜先立医案，指为何病，所本何方，方中用某药专治某症，其论说本之何书，服此药后于何时减去所患之何症。

倘或不验，必求所以不验之故，而更思必效之法；或所期之效不应，反有他效，必求其所以致他效之故。又或反增他症，或病反重，则必求所以致害之故，而自痛怨焉。更复博考医书，期于必愈而止。若其病本不能速效，或其病祇可小效，或竟不可治，亦必豫立医案，明着其说，然后立方，不得冒昧施治。如此自考，自然有过必知，加以潜心好学，其道日进矣。今之医者，事事反此，惟记方数首，择时尚之药数种，不论何病何症，总以此塞责。

偶尔得效，自以为功，其或无效，或至于死，亦倖于病势之常，病家亦相循为固然，全不一怪。间有病家于未服药之前，问医者服此药之后，效验若何。医者答云，且看服后何如，岂有预期之理，病家亦唯唯自以为失言，何其愚也。若医者能以此法自考，必成良医，病家以此法考医者，必不为庸医之所误，两有所益也。

卷下·防微论

病之始生，浅则易治，久而深入，则难治。《内经》云：圣人不治已病治未病。夫病已成而药之，譬犹渴而穿井，斗而铸兵，不亦晚乎。伤寒论序云：时气不和，便当早言，寻其邪由及在腠理，以时治之，罕有不愈。患人忍之数日乃说，邪气入脏，则难可制。昔扁鹊见齐桓公云：病在腠理。三见之后，则已入脏，不可治疗而逃矣。历圣相传，如同一辙。盖病之始入，风寒既浅，气血脏腑未伤，自然治之甚易；至于邪气深入，则邪气与正气相乱，欲攻邪则碍正，欲扶正则助邪，即使邪渐去，而正气已不支矣。

若夫得病之后，更或劳动感风伤气伤食，谓之病后加病，尤极危殆。所以人之患病，在客馆道途得者，往往难治。非所得之病独重也，乃既病之后，不能如在家之安适，而及早治之；又复劳动感冒致病，深入而难治也。故凡人少有不妥，必当即时调治，断不可忽为小病，以致渐深；更不可勉强支持，使病更增，以贻无穷之害。此则凡人所当深省，而医者亦必询明其得病之故，更加意体察也。

卷下·知病必先知症论

凡一病必有数症。有病同症异者，有症同病异者，有症与病相因者，有症与病不相因者。盖合之则曰病，分之则曰症。古方以一药治一症，合数症而成病，即合数药而成方。其中亦有以一药治几症者，有合几药而治一症者。又有同此一症，因不同用药亦异，变化无穷。其浅近易知者，如吐逆用黄连、半夏，不寐用枣仁、茯神之类，人皆知之。至于零杂之症，如《内经》所载喘惋噫语，吞欠嚏呕，笑泣目瞑，啞干心悬善恐，涎下涕出，啮唇啮舌，善忘善怒，喜握多梦，呕酸魄汗等症，不可胜计。

或由司天运气，或由脏府生克，或由邪气传变，《内经》言之最详。后之医者，病之总名亦不能知，安能于一病之中，辨明众症之渊源。即使病者身受其苦，备细言之，而彼实茫然不知古人以何药为治，仍以泛常不切之品应命。并有用相反之药以益其疾者，此病者之所以无门可告也。学医者当熟读《内经》，每症究其缘由，详其情状，辨其异同，审其真伪，然后遍考方书本草，详求古人治法。一遇其症，应手辄愈，不知者以为神奇，其实古圣皆有成法也。

卷下·补药可通融论

古人病愈之后，即令食五谷以养之，则元气自复，无所谓补药也。神农、仲景之书，岂有补益之方哉？间有别载他书者，皆托名也。自唐千金翼等方出，始以养性补益等各立一门，遂开后世补养服食之法。以后医家凡属体虚病后之人，必立补方以为调理善后之计。若富贵之人，则必常服补药，以供劳心纵欲之资。而医家必百计取媚，以顺其意。

其药专取贵重辛热为主，无非参、朮、地、黄、桂、附、鹿茸之类，托名秘方异传。其气体合宜者，一时取效，久之必得风痹阴涸等疾，隐受其害，虽死不悔。此等害人之说，固不足论。至体虚病后补药之方，自当因人而施，视藏府之所偏而损益之。其药亦不外阴阳气血，择和平之药数十种，相为出入，不必如治病之法，一味不可移易也。

故立方只问其阴阳藏府何者专重而已。况膏丸合就，必经月经时而后服完，若也每日视脉察色而后服药，则必须一日换一丸方矣。故凡服补药，皆可通融者也。其有神其说，过为艰难慎重，取贵僻之药，以为可以却病长生者，非其人本愚昧，即欲以之欺人耳。

卷下·轻药愈病论

古谚有不服药为中医之说，自宋以前已有之。盖因医道失传，治人多误，病者又不能辨医之高下，故不服药，虽不能愈病，亦不至为药所杀。况病苟非死症，外感渐退，内伤渐复，亦能自愈，故云中医，此过于小心之法也。而我以为病之在人，有不治自愈者，有不治临自者，有不治竟不愈而死者。其自愈之疾，诚不必服药，若难愈及不愈之疾，固当服药。

乃不能知医之高下，药之当否，不敢以身尝试，则莫若择平易轻浅有益无损之方，以备酌用。小误亦无害，对病有奇功，此则不止于中医矣。如偶感风寒，则用葱白苏叶汤取微汗；偶伤饮食，则用山楂、麦芽等汤消食；偶感暑气，则用六一散、广藿汤清暑；偶伤风热，则用灯心竹叶汤清火；偶患腹泻，则用陈茶佛手汤和肠胃。如此之类，不一而足，即使少误，必无大害。又有其药似平常，而竟有大误者，不可不知。如腹痛呕逆之症，寒亦有之，热亦有之，暑气触秽亦有之。

或见此症而饮以生姜汤，如果属寒，不散寒而用生姜热性之药，至寒气相斗，已非正治，然犹有得效之理。其余三症，饮之必危。曾见有人中暑而服浓姜汤一碗，覆杯即死。若服紫苏汤，寒即立散，暑热亦无害。盖紫苏性发散，不拘何症，皆能散也。故虽极浅之药，而亦有深义存焉，此又所宜慎也。凡人偶有小疾，能择药性之最轻淡者，随症饮之，则服药而无服药之误，不服药而有服药之功，亦养生者所当深考也。

卷下·腹内痈论

古之医者，无分内外，又学有根柢，故能无病不识。后世内外科既分，则显然为内症者，内科治之；显然为外症者，外科治之。其有病在腹中，内外未显然者，则各执一说，各拟一方，历试诸药，皆无效验，轻者变重，重者即殒矣。此等症，不特外科当知之，即内科亦不可不辨明真确，知非己责，即勿施治，毋至临危束手，而后委他人也。腹内之痈有数症，有肺痈，有肝痈，有胃脘痈，有小肠痈，有大肠痈，有膀胱痈。惟肺痈咳吐腥痰，人犹易辨，余者或以为痞结，或以为瘀血，或以为寒痰，或以为食积，医药杂投，及至成脓，治已无及。并有不及成脓而死者，病者医者始终不知，何以致死，比比然也。

今先辨明痞结瘀血寒痰食积之状。凡痞结瘀血，必有所因，且由渐而成寒痰，则痛止无定，又必另现痰症。食积则必有受伤之日，且三五日后大便通即散，惟外症则痛有常所，而迁延益甚。金匱云：诸脉浮数，应当发热，而反渐渐恶寒，若有痛处，当发其痈，以手按肿上热者有脓，不热者无脓。此数句乃内痈真谛也。

又云：肠痈之为病，身甲错，腹皮急，按之濡如肿状，腹无积聚，身无热是也。若肝痈则肋内隐隐痛，日久亦吐脓血；小肠痈与大肠相似，而位略高；膀胱痈则痛在少腹之下近毛际，着皮即痛，小便亦艰而痛；胃脘痈则有虚实二种，其实者易消，若成脓必大吐脓血而愈，惟虚症则多不治，先胃中痛胀，久而必下渐高，其坚如石，或有寒热，饮食不进，按之尤痛，形体枯瘦，此乃思虑伤脾之症，不待痈成即死。故凡腹中有一定痛处，恶寒倦卧不能食者皆当审察，防成内痈。甚毋因循求治于不明之人，以至久而脓溃，自伤其生也。

治病本求速愈。通常认为：治疗及时、药中病机则康复快，反之则慢，此乃常理。然而有些疾病不论治疗早晚，痊愈均有其固定节律。

《内经》藏气法时论（脏腑之气顺应时令节律运行的理论）指出：邪气侵体，依五行相克关系传变——至“所生”之时（五行相生对应的时令）则愈，至“所不胜”之时（被克的时令）则加重，至“所生”时相持，逢本脏本位之时自然好转。《伤寒论》亦言：发于阳经者七日愈，发于阴经者六日愈；外感风邪表证解除后仍感不适者，十二日自愈。

此类有定期之病，宜静养调摄以待，切忌乱投药物。若急于求效、频换重剂，即使用药不误，药力过强亦会损耗元气（先天肾精与后天谷气的合称，为生命根本之气）；若药不对症，则不仅无益，反生大害。外科痈疡从起发、化脓到生肌、收口亦有固定日程，强求速效无异于揠苗助长，危害难以尽言，然医家病家皆不知此理。

医者见药效迟缓便自疑用药有误，反复换方试药，殊不知前方本无问题，仅是时机未至，愈换愈乱；病家见久治不愈则频繁更医，新医遍阅旧方后也推翻另立，愈治愈偏，原本断不会死的病亦因此断送。根源皆在不知愈病有其自然节律。

为医者应审明愈期，明告病家；若病家坚持催要速效，可以和平轻淡之药应付，待其自愈；若实在不信，宁可拒诊，断不可徇情误人。如此或被一时怨谤，日后言中，病家自会知其识高品正。

关键词

藏气法时： 脏腑之气顺应四时节律运行，五脏各有旺衰之时，疾病转归与此相关。

以胜相加： 五行相克规律在病邪传变中的体现，邪气沿克制关系逐步影响对应脏腑。

元气： 人体根本之气，源于先天肾精与后天水谷精微，为生命活动的原动力，不可妄伤。

愈期： 疾病自然痊愈的固定时间节点，由病邪性质、脏腑节律及时令共同决定。

揠苗助长： 违背自然愈合节律、强行催促速效的误治行为，反致病情迁延或恶化。

现代启示

现代医学同样确认疾病有其自然病程：普通病毒性感冒通常7天自愈，骨折愈合需数周，伤口生长有固定细胞周期。徐大椿在两百多年前的这段论述，与当代对“过度医疗”的批评高度契合——频繁换药、叠加干预不仅消耗资源，更可能扰乱人体自我修复的窗口期。医患之间诚实沟通预期病程，比盲目追求“立竿见影”更有价值。患者的焦虑往往驱动了不必要的干预，而缺乏底气的医者则随之起舞，双方共同制造了伤害。

仅供文化学习，不构成医疗建议。

****思考问题**：**下次你催促医生“再换一个更强的方案”时，是否想过：身体当下需要的，究竟是更多干预，还是足够的时间？

医学源流论：围药论

原文

医学源流论：围药论

外科之法，最重外治，而外治之中，尤重围药。凡毒之所最忌者，散大而顶不高。盖人之一身，岂能无七情六欲之伏火，风寒暑湿之留邪，食饮痰涎之积毒？身无所病，皆散处退藏，气血一聚，而成痈肿。诸邪四面皆会，惟围药能截之，使不并合，则周身之火毒不至矣。其已聚之毒，不能透出皮肤，势必四布为害，惟围药能束之，使不散漫，则气聚而外泄矣。

如此则形小顶高，易脓易溃矣。故外治中之围药，较之他药为特重。不但初起为然，即成脓收口，始终赖之，一日不可缺。若世医之围药，不过三黄散之类，每试不效，所以皆云围药无用。如有既破之后，而仍用围药者，则群然笑之。故极轻之毒，往往至于散起而不可收拾者，皆不用围药之故也。至于围药之方，亦甚广博，大段以消痰、拔毒、束肌、收火为主。而寒热攻提和平猛烈，则当随症去取。世人不深求至理，而反轻议围药之非，安望其术之能工也。

卷下·《难经》论

《难经》非经也。以经文之难解者，设为问难以明之，故曰《难经》，言以经文为难而释之也。是书之旨，盖欲推本经旨，发挥至道，剖晰疑义，垂示后学，真读《内经》之津梁也。但其中亦有未尽善者，其问答之词，有即引经文以释之者。经文本自明显，引之或反遗其要，以至经语反晦。或则无所发明，或则与两经相背，或则以此误彼，此其所短也。其中有自出机杼，发挥妙道，未尝见于《内经》，而实能显《内经》之奥义，补《内经》之所未发，此盖别有师承，足与《内经》并垂千古。

不知创自越人乎？抑上古亦有此书，而越人引以为证乎？自隋唐以来，其书盛着尊崇之者固多，而无能驳正之者。盖业医之辈，读《难经》而识其大义，已为医道中杰出之流，安能更深考《内经》，求其异同得失乎？古今流传之载籍，凡有舛误，后人无敢议者，比比然也，独《难经》乎哉？余详余所著《难经》经释中。

卷下·伤寒论论

仲景伤寒论编次者，不下数十家，因致聚讼纷纭，此皆不知仲景作书之旨故也。观伤寒叙所述，乃为庸医误治而设，所以正治之法，一经不过三四条，余皆救误之法，故其文亦变动不居。读伤寒论者，知此书皆设想悬拟之书，则无往不得其义矣。今人必改叔和之次序，或以此条在前，或以此条在后，或以此症因彼症而生，或以此经因彼经而变，互相诟厉。孰知病变万端，传经无定，古人因病以施方，无编方以待病。其原本次序既已散亡，庶几叔和所定为可信，何则？

叔和序例云：今搜采仲景旧论，录其症候诊脉声色，对病真方，有神验者，拟防世急。则此书乃叔和所搜集，而世人辄加辨驳，以为原本不如此。抑思苟无叔和，安有此书？且诸人所编，果能合仲景原文否耶？夫

六经现症，有异有同，后人见阳经一症杂于阴经之中，以为宜改入阳经之内，不知阴经亦有此症也。人各是其私，反致古人圆机活法，泯没不可问矣！凡读书能得书中之精义要诀，历历分明，则任其颠倒错乱，而我心自能融会贯通。否则徒以古书纷更互异，愈改愈晦矣。

卷下·金匱论

金匱要略，乃仲景治杂病之书也。其中缺略处颇多，而上古圣人以汤液治病之法，惟赖此书之存，乃方书之祖也。其论病皆本于《内经》，而神明变化之；其用药悉本于神农本草，而融会贯通之；其方则皆上古圣人历代相传之经方，仲景间有随症加减之法；其脉法亦皆《内经》及历代相传之真诀；其治病无不精切周到，无一毫游移参错之处，实能洞见本源，审察毫末。故所投必效，如桴鼓之相应，真乃医方之经也。惜其所载诸病，未能全备，未知有残缺与否。然诸大症之纲领，亦已粗备。后之学者，以此为经，而参考推广之，已思过半矣！自此以后之书，皆非古圣相传之真诀，仅自成一家，不可与金匱并别也。

卷下·脉经论

王叔和着脉经，分门别类，条分缕晰。其原亦本《内经》，而汉以后之说，一无所遗，其中旨趣，亦不能画一，使人有所执持。然其汇集群言，使后世有所考见，亦不可少之作也。愚按脉之为道，不过验其血气之盛衰寒热，及邪气之流在何经何藏，与所现之症参观互考，以究其生克顺逆之理，而后吉凶可凭。所以《内经》、《难经》及仲景之论脉，其立论反若甚疏，而应验如神。若执脉经之说以为某病当见某脉，某脉当得某病，虽《内经》亦间有之，不如是之拘泥繁琐也。

试而不验，于是或咎脉之不准，或咎病之非真，或咎方药之不对症，而不知皆非也。盖病有与脉相合者，有与脉不相合者，兼有与脉相反者。同一脉也，见于此症为宜，见于彼症为不宜；同一症也，见某脉为宜，见某脉为不宜。一病可见数十脉，一脉可现数百症，变动不拘。若泥定一说，则从脉而症不合，从症而脉又不合，反令人彷徨无所适从。所以古今论脉之家，彼此互异，是非各别，人持一论，得失相半，总由不知变通之精义，所以愈密而愈疏也。读脉经者，知古来谈脉之详密如此，因以考其异同，辨其得失，审其真伪，穷其变通，则自有心得。

若欲泥脉以治病，必至全无把握。学者必当先参于《内经》、《难经》及仲景之说而贯通之，则胸中先有定见。后人之论，皆足以广我之见闻，而识力愈真，此读脉经之法也。

白话译文

外科的治疗方法中，最重视外治法（直接作用于体表病灶的治疗方式），而外治诸法之中，又以围药（围敷于疮痈周围的外用药）最为关键。

凡是痈疮最忌讳的，就是毒邪向四周扩散、疮顶不能隆起。人的身体，哪能没有七情六欲（喜怒忧思悲恐惊等情志）所郁积的内火、风寒暑湿等留存的外邪、饮食痰涎（体内积聚的痰湿浊物）所形成的积毒？平素无病时，这些邪气分散潜伏，一旦气血（维持生命活动的两种基本物质）在某处凝聚，便形成痈肿。各路邪气从四面汇集，唯有围药能将其截断，使各邪不得合流，则周身火毒便不会大量涌入患处；而已聚之

毒若不能透出皮肤，势必向四周扩散为害，唯有围药能约束它，使毒邪不至散漫，则正气聚于患处，毒邪便能向外排泄而出。

如此则疮形缩小、顶部隆起，便于成脓溃破。故围药从初起直至成脓收口，始终不可缺。然而当世医生的围药，不过三黄散之类，屡用无效，便皆称围药无用；若有人于疮口已破后仍用围药，则被群起嘲笑。许多本来轻浅的病症，往往发展至扩散溃烂、不可收拾，皆因不用围药所致。

围药之方颇为广博，大体以消痰、拔毒、束肌、收火为主，而寒热攻提、平和猛厉，则须随症灵活取舍。世人不深究其理，反轻议围药无用，又怎能指望其医术精湛？

关键词

围药： 围敷于疮痍四周的外用药，功在截断外邪、束缚内毒，防其扩散。

痈肿： 邪毒与气血凝聚于局部形成的化脓性肿块，以红肿热痛为主症。

拔毒： 将深层毒邪引导向体表透出，使之排于体外的治疗作用。

束肌： 收束肌肤组织，限制毒邪向周围蔓延散漫的外治功效。

七情六欲之伏火： 情志过激内郁化热，潜伏于体内，遇邪易合而助毒。

现代启示

徐大椿在此揭示了一个朴素却深刻的外科原则：治疗局部感染时，“防扩散、促局限”与消炎杀菌同等重要，甚至更具决定性意义。这与现代外科处理软组织感染的思路颇为契合——切开引流之前，医生同样强调控制炎症边界，防止蜂窝织炎蔓延。围药“截邪于外、束毒于内”的双重机制，类似于今日外用抗菌湿敷与物理边界标记的联合运用。更值得反思的是，当时医界因简单围药偶有无效便全盘否定这一治法，犯了以偏概全的错误——这种“一次失败即推翻”的思维方式，在今天的临床实践和循证研究中同样常见。

（以上内容仅供传统文化学习，不构成医疗建议）

****思考题**：** 现代外科处理感染灶时，局部外用药物的“围堵”作用与全身系统性抗生素治疗，你认为各自的边界和适用情形应当如何区分？

医学源流论：千金方外台论

原文

医学源流论：千金方外台论

仲景之学，至唐而一变。仲景之法病，其论脏府经络，病情传变，悉本《内经》。而其所用之方，皆古圣相传之经方，并非私心自造，间有加减，必有所本。其分两轻重，皆有法度。其药悉本于《神农本草》，无一味游移假借之处。非此方不能治此病，非此药不能成此方，精微深妙，不可思议。药味不过五六品，而功用无不周。此乃天地之化机，圣人之妙用，与天地同不朽者也。

《千金方》则不然，其所论病，未尝不依《内经》，而不无杂以后世臆度之说。其所用方，亦皆采择古方，不无兼取后世偏杂之法。其所用药，未必全本于《神农》，兼取杂方单方及通治之品。故有一病而立数方，亦有一方而治数病。其药品有多至数十味者，其中对症者固多，不对症者亦不少，故治病亦有效有无效。大抵所重，专在于药，而古圣制方之法不传矣。此医道之一大变也。

然其用意之奇，用药之巧，亦自成一家，有不可磨灭之处。至唐王焘所集《外台》一书，则纂集自汉以来诸方，汇萃成书，而历代之方，于焉大备。但其人本非专家之学，故无所审择以为指归，乃医方之类书也。然唐以前之方，赖此书以存，其功亦不可泯。但读之者，苟胸中无成竹，则众说纷纭，群方淆杂，反茫然失其所据。古读《千金》、《外台》者，必精通于《内经》、仲景、本草等书，胸中先有成见，而后取其长而舍其短，则可资我博采之益。否则反乱人意，而无所适从。嗟乎！《千金》、《外台》且然，况后世偏驳杂乱之书，能不惑人之心志哉？等而下之，更有无稽杜撰之邪书，尤不足道矣。

卷下·《活人书》论

宋人之书，能发明《伤寒论》，使人有所执持而易晓，大有功于仲景者，《活人书》为第一。盖《伤寒论》不过随举六经所现之症以施治，有一症而六经皆现者，并有一症而治法迥别者，则读者茫无把握矣。此书以经络病因传变疑似，条分缕晰，而后附以诸方治法，使人一览了然，岂非后学之津梁乎？其书独出机杼，又能全本经文，无一字混入己意，岂非好学深思，述而不作，足以继往开来者乎？后世之述《伤寒论》者，唐宋以来，已有将经文删改移易，不明不贯。至近代前《条辨》、《尚论编》等书，又复颠倒错乱，各逞意见，互相辨驳，总由分症不清，欲其强合，所以日就支离。若能参究此书，则任病情之错综反覆，而治法仍归一定，何必聚讼纷纭，致古人之书，愈讲而愈晦也。

卷下·《太素脉》论

诊脉以之治病，其血气之盛衰，及风寒暑湿之中人，可验而知也。乃相传有《太素脉》之说，以候人之寿夭穷通，知愚善恶，纤悉皆备。夫脉乃气血之见端，其长而坚厚者，为寿之征。其短小而薄弱者，为夭之征。清而有神，为智之征。浊而无神，为愚之征。理或宜然。若善恶已不可知，穷通则与脉何与？然或得寿之脉，而其人或不谨于风寒劳倦，患病而死；得夭之脉，而其人爱护调摄，得以永年。又有血气甚清而神志

昏浊者，形质甚浊而神志清明者。即寿夭知愚，亦不能皆验，况其他乎？又书中更神其说，以为能知某年得某官，某年得财若干，父母何人，子孙何若，则更荒唐矣！天下或有习此术而言多验者，此必别有他术以推测而幸中，借此以神其说耳。若尽于脉见之，断断无是理也。

卷下·妇科论

妇人之疾，与男子无异，惟经期胎产之病不同，且多症瘕之疾。其所以多症瘕之故，亦以经带胎产之血易于凝滞，故较之男子为多。故古人名妇科谓之带下医，以其病总属于带下也。凡治妇人，必先明冲任之脉。冲脉起于气街（在毛际两旁），并少阴之经，挟脐上行，至胸中而散。任脉起于中极之下（脐旁四寸），以上毛际，循腹里，上关元。又云：冲任脉皆起于胞中，上循背里，为经脉之海。此皆血之所从生，而胎之所由系。明于冲任之故，则本原洞悉，而后其所生之病，千条万绪，可以知其所从起。更参合古人所用之方，而神明变化之，则每症必有传受，不概治以男子泛用之药，自能所治辄效矣。

至如世俗相传之邪说，如胎前宜凉，产后宜温等论。夫胎前宜凉，理或有之，若产后宜温，则脱血之后，阴气大伤，孤阳独炽；又瘀血未净，结为蕴热，乃反用姜桂等药，我见时医以此杀人无数。观仲景先生于产后之疾，以石膏、白薇、竹茹等药治之，无不神效。或云：产后瘀血，得寒则凝，得热则行，此大谬也。凡瘀血凝结，因热而凝者，得寒降而解；因寒而凝者，得热降而解。如桃仁承气汤，非寒散而何？未闻此汤能凝血也。盖产后瘀血热结为多，热瘀成块，更益以热，则炼成干血，永无解散之日。其重者，阴涸而即死；轻者，成坚痞褥劳等疾，惟实见其真属寒气所结之瘀，则宜用温散。故凡治病之法，不本于古圣，而反宗后人之后说，皆足以害人。诸科皆然，不独妇科也。

白话译文

张仲景的医学，到了唐代发生了一次根本性转变。仲景论病，分析脏腑（内脏器官的统称）、经络（气血运行的通道网络）以及病情传变，完全依据《黄帝内经》。他所用之方，皆是古代圣贤世代相传的经方（经典处方），并非私自造，偶有加减也必有出处。药物剂量均有法度，所用药物悉本于《神农本草经》，无一味随意取用。此方治此病，此药成此方，精微深妙，令人叹为观止。药味不过五六种，功效却无所不周，这是天地造化之机，圣人妙用之体现，与天地共存不朽。

《千金方》则不然。它论病虽依《内经》，却夹杂了后世揣测推度之说；所用方剂虽采自古方，也兼取了后世偏颇杂乱之法；所用药物未必全本《神农》，兼收杂方单方及泛用之品。因此一病可立数方，一方可治数病，药味有多至数十种者，其中对症者固多，不对症者亦不少，治病因而有效有无效。总体而言，《千金方》以药为重，古圣制方之法反而失传，这是医道的一次重大变革。但其用意之奇、用药之巧，自成一家，有不可磨灭之处。

唐代王焘所编《外台秘要》，汇集汉代以来诸家方剂，历代之方赖此大备。但王焘本非专科出身，无从审择归纳，故此书只是医方类书。然唐以前之方赖此书得以保存，功不可没。只是读者若胸中无定见，则众说纷纭、诸方杂乱，反而茫然失据。古时读《千金》《外台》者，必先精通《内经》、仲景之学及本草，胸中先有成见，再取其长、舍其短，方能广博获益，否则反乱人意，无所适从。

《活人书》是宋人阐发《伤寒论》最有成就的著作。《伤寒论》随举六经（太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，六条经络与其所属脏腑的辨证体系）所现之症施治，读者常感茫然无措。此书将经络病因、传变疑似条分缕析，附以诸方治法，使人一览了然，是后学的重要指引。此书独出机杼，又全本经文，无一字混入己意，足以继往开来。后世注解《伤寒论》者多有删改经文、颠倒错乱之弊；若能参究《活人书》，则面对错综复杂的病情，治法仍有定规，无需争论不休，致使古人之书愈讲愈晦。

《太素脉》之说，以脉诊推断人的寿夭穷通、知愚善恶。脉之长而坚厚者为寿征，短小薄弱者为夭征，清而有神为智征，浊而无神为愚征，或有其理。但善恶与脉无关，穷通更与脉无涉。且得寿脉者若不善摄养，亦可早亡；得天脉者若善于调护，亦可长寿。至于书中所言某年得官、某年得财、父母子孙一一可知，则更属荒诞。有人习此术而言多验者，必是借助其他推测之术幸中，借《太素脉》之名神化自己罢了，断无全凭脉象推断之理。

妇人之疾与男子大体相同，唯经期胎产之病有别，且多症瘕（腹中积块，因气滞血瘀形成的有形包块）之疾——因经带胎产之血易于凝滞，故较男子为多。治妇人之病，必先明冲任二脉。冲脉起于气街（腹股沟附近），循少阴经挟脐上行至胸中；任脉起于中极之下，循腹里上行至关元。二脉皆起于胞中（子宫），为经脉之海，是血气生化、胎儿维系之根本。明于冲任，则病之根本洞悉，千条万绪自可知其所从，参合古人方剂，神明变化，自能所治辄效。

世俗相传“胎前宜凉、产后宜温”之说，产后宜温实为谬误。脱血之后，阴气（阴液精血，具有滋润濡养作用的物质基础）大伤，孤阳（失去阴液制约而亢盛的阳气）独炽，加之瘀血未净，结为蕴热，若再用姜桂等温热药物，危害甚巨。仲景治产后疾，用石膏、白薇、竹茹等凉药，无不神效。所谓“瘀血得寒则凝、得热则行”，乃大谬也——因热而凝之瘀，得寒可解；因寒而凝之瘀，得热可解。桃仁承气汤以寒散血，未闻此汤能凝血也。产后瘀血热结者居多，再益以热，则炼成干血，永无解散之日，重者阴涸即死，轻者成坚痞褥劳等症。只有确属寒气所结之瘀，方宜温散。治病若不本于古圣，而宗后人邪说，皆足以害人，诸科皆然，不独妇科。

关键词

经方： 古代圣贤世代相传、药味精简、配伍严谨的经典处方，以《伤寒论》《金匮要略》为代表，有别于后世自创之时方。

冲任二脉： 奇经八脉中与女性生殖密切相关的两条经脉，冲脉为“血海”，任脉主胞胎，二者失调是妇科病的核心病机。

症瘕： 腹中有形积块的统称。症（征）指固定不移、痛有定处的血瘀积块；瘕指聚散无常、气聚所成的包块，相当于现代盆腔包块、子宫肌瘤等范畴。

六经辨证： 《伤寒论》的核心诊疗框架，将外感病传变分为太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴六个阶段，每经有特定症候与对应治法。

阴气： 中医指体内具有滋润、濡养、宁静作用的物质基础，包括阴液、精血等，与“阳气”相对，产后大出血最易耗伤阴气。

现代启示

徐灵胎对《千金方》《外台秘要》的批评，揭示了一个至今仍有现实意义的问题：文献的积累不等于知识的提升。

《外台秘要》汇集万方，却因编者缺乏辨别能力而成为“类书”而非“医书”；现代医学同样面临信息爆炸——海量论文、医疗APP、网络偏方充斥各处，读者若无扎实的基础知识，非但不能获益，反而更易被误导。徐灵胎的处方是“先有成见”，即先建立可靠的知识框架，再去博采兼收。

他对“产后宜温”的批驳尤为尖锐——一句流传数百年的俗语，背后可能是无数产妇付出生命的代价。（注：本文内容仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

值得思考的是：在今天，有多少“人人都这么说”的健康常识，其实和“产后宜温”一样，只是未经验证的集体偏见？

医学源流论：痘科论

原文

医学源流论：痘科论

今天下之医法失传者，莫如痘疹。痘之源，藏于脏腑骨脉，而发于天时。所谓本于脏腑骨脉者，凡人受生之初，阴阳二气，交感成形。其始因火而动，则必有渣滓未融之处，伏于脏腑骨脉之中，此痘之本源也。然外无感召，则伏而不出，及天地寒暑阴阳之气，疹戾日积，与人身之脏腑气血相应，则其毒随之而越，此发于天时者也。

而天时有五运六气之殊，标本胜复之异。气体既禀受不同，感发又随时各别，则治法必能通乎造化之理而补救之，此至精至微之术也。奈何以寒凉伐之，毒药劫之哉？夫痘之源，不外乎火，固也。然《内经》云：火郁则发之。其遇天时炎热，火甚易发者，清解固宜。若冬春之际，气为寒束，则不起发；发而精血不充，则无浆。

浆而精血不继，即不靨。则温散提托补养之法，缺一不可，岂得概用寒凉？至其用蚯蚓、桑虫、全蝎等毒药，为祸尤烈。夫以毒攻毒者，谓毒气内陷，一时不能托出，则借其力以透发之。此皆危笃之症，千百中不得一者，乃视为常用之药，则无毒者反益其毒矣。病家因其能知死期，故死而不怨。孰知服彼之药，无有不死，非其识见之高，乃其用药之灵也。故症之生死，全赖气血。当清火解毒者，则清火解毒；当培养气血者，则温托滋补，百不失一矣。呜呼！谬说流传，起于明季，至今尤甚。

惟以寒药数品，按日定方，不效，则继以毒药，如此而已。夫以至变至微之病，而立至定至粗之法，于是群以为痘科最易，不知杀人亦最多也。

附种痘说：种痘之法，此仙传也。有九善焉：凡物欲其聚，惟痘不欲其聚，痘未出而强之出，则毒不聚，一也。凡物欲其多，痘欲其少，强之出必少，二也。凡物欲其大，痘欲其小，强之出必小，三也。不感时痘之戾气，四也。择天地温和之日，五也。择小儿无他病之时，六也。其痘苗皆取种出无毒之善种，七也。

凡痘必浆成十分而后毒不陷，种痘之浆五分以上即无害，八也。凡痘必十二朝成靨，并有延至一月者，种痘则九朝已回，九也。其有种而死者，深用悔恨。不知种而死者，则自出断无不死之理，不必悔也。至于种出危险之痘，或生痘毒，此则医家不能用药之故。种痘之人，更能略知治痘之法，则尤为十全矣。

卷下·幼科论

幼科古人谓之哑科，以其不能言，而不知病之所在也。此特其一端耳。幼科之病，如变蒸胎惊之类，与成人异者，不可胜举。非若妇人之与男子异者，止经产数端耳。古人所以另立专科，其说精详明备。自初生以至成童，其病名不啻以百计。其治法立方，种种各别。又妇人之与男子病相同者，治亦相同。若小儿之与成人，即病相同者，治亦迥异。

如伤食之症，反有用巴豆、硼砂。其余诸症，多用金石峻厉之药，特分两极少耳。此古人真传也！后世不敢用，而以草木和平之药治之，往往迁延而死。此医者失传之故。至于调摄之法，病家能知之者，千不得一。盖小儿纯阳之体，最宜清凉，今人非太暖即太饱。而其尤害者，则在于有病之后，而数与之乳。乳之为物，得热则坚韧如棉絮。况儿有病，则食乳甚稀，乳久不食，则愈充满，一与之吮，则迅疾涌出，较平日之下咽更多。前乳未消，新乳复充，填积胃口，化为顽痰，痰火相结，诸脉皆闭而死矣。

譬如常人平日食饭几何，当病危之时，其食与平时不减，安有不死者哉？然囑病家云：乳不可食，则群相诟曰：乳犹水也，食之何害？况儿虚如此，全赖乳养，若复禁乳，则饿死矣。不但不肯信，反将医者诟骂。其余之不当食而食，与当食而反不与之食，种种失宜，不可枚举。医者岂能坐守之，事事合节耶？况明理之医能知调养之法者，亦百不得一。故小儿之所以难治者，非尽不能言之故也。

卷下·疡科论

疡科之法，全在外治，其手法必有传授。凡辨形察色，以知吉凶，及先后施治，皆有成法。必读书临症二者皆到，然后无误。其升降围点，去腐生肌，呼脓止血，膏涂洗熨等方，皆必纯正和平，屡试屡验者，乃能应手而愈。至于内服之方，护心托毒，化脓长肉，亦有真传，非寻常经方所能奏效也。惟煎方则必视其人之强弱阴阳，而为加减，此则必通于内科之理，全在学问根柢。然又与内科不同。盖煎方之道相同，而其药则有某毒主某药，某症主某方，非此不效，亦另有传授焉。

故外科总以传授为主，徒恃学问之宏博无益也。有传授则较之内科为尤易。惟外科而兼内科之症，或其人本有宿疾，或患外症之时，复感他气，或因外症重极，内伤藏府，则不得不兼内科之法治之。此必平日讲于内科之道而通其理，然后能两全而无失。若不能治其内症，则并外症亦不可救，此则全在学问深博矣。若为外科者不能兼，则当另请名理内科为之定方。而为外科者，参议于其间，使其药与外症无害，而后斟酌施治，则庶几两有所益。若其所现内症，本因外症而生，如痛极而昏晕，脓欲成而生寒热，毒内陷而胀满，此则内症皆由外症而生。只治其外症，而内症已愈，此又不必商之内科也。

但其道甚微，其方甚众，亦非浅学者所能知也。故外科之道，浅言之，则惟记煎方数首，合膏围药几料，已可以自名一家；若深言之，则经络藏腑气血骨脉之理，及奇病怪疾，千态万状，无不尽识。其方亦无病不全，其珍奇贵重难得之药，亦无所不备。虽遇极奇极险之症，亦了然无疑。此则较之内科为更难，故外科之等级，高下悬殊，而人之能识其高下者，亦不易也。

卷下·祝由科论

祝由之法，《内经》贼风篇岐伯曰：先巫知百病之胜，先知其病所从生者，可祝而已也。又移精变气论，岐伯云：古恬澹之世，邪不能深入，故可移精祝由而已。今人虚邪贼风，内着五藏骨髓，外伤空窍肌肤，所以小病必甚，大病必死，故祝由不能已也。由此观之，则祝由之法亦不过因其病情之所由，而宣意导气，以释疑而解惑。此亦必病之轻者，或有感应之理。若果病机深重，亦不能有效也。古法今已不传，近所传符咒之术，间有小效，而病之大者，全不见功。盖岐伯之时已然，况后世哉？存而不论可也。

卷下·兽医论

禽兽之病，由于七情者少，由于风寒饮食者多，故治法较之人为犹易。夫禽兽之藏府经络，虽与人殊，其受天地之血气，不甚相远，故其用药亦与人大略相同。但其气粗血浊，其所饮食，非人之饮食，则药亦当别有

主治，不得尽以治人者治之矣。如牛马之食，则当用消草之药；犬豕之食，则当用消糠豆之药是也。又有专属之品，如猫宜乌药，马宜黄药之类。而其病亦一兽有一兽独患之病，此则另有专方主治。余则与人大段相同。但必剂大而力厚之方，取效为易。其中又有天运时气之不同，变化多端，亦必随症加减，此理亦广博深奥，与治人之术不相上下。今则医人之医尚绝传，况兽医乎。

卷下·四大家论

医道之晦久矣。明人有四大家之说，指张仲景、刘河间、李东垣、朱丹溪四人，谓为千古医宗。此真无知妄谈也。夫仲景先生，乃千古集大成之圣人，犹儒宗之孔子。河间、东垣，乃一偏之学。丹溪不过斟酌诸家之言，而调停去取，以开学者便易之门。此乃世俗之所谓名医也，三子之于仲景，未能望见万一，乃跻而与之并称，岂非绝倒？如扁鹊、仓公、王叔和、孙思邈辈，则实有师承，各操绝技，然亦仅成一家之言，如儒家汉唐诸子之流，亦断断不可与孔子并列，况三人哉？至三人之高下，刘则专崇《内经》，而实不能得其精义；朱则平易浅近，未睹本原；至于东垣，执专理脾胃之说，纯用升提香燥，意见偏而方法乱，贻误后人，与仲景正相反。

后世颇宗其说，皆由世人之于医理全未梦见，所以为所惑也。更可骇者，以仲景有《伤寒论》一书，则以为专明伤寒，《金匱要略》则以为不可依以治病，其说荒唐更甚。吾非故欲轻三子也。盖此说行，则天下惟知窃三子之绪余，而不深求仲景之学，则仲景延续先圣之法，从此日衰。而天下万世，夭扎载途，其害不小，故当亟正之也。

白话译文

当今医学失传最严重的，莫过于痘疹（天花）的治法。痘的根源藏伏于人的脏腑骨脉之中——人在受孕之初，阴阳（中医基本对立概念，阴为寒静，阳为热动）二气交合成形，因火气而动，必有未能融化的渣滓潜伏于内，此为痘毒之本。外无诱发则潜而不发；一旦天地间寒暑阴阳之气积聚失常，与人体气血（维持生命活动的精微物质与动力）相应，毒邪便随之爆发。治疗须顺应五运六气（中医推算天时变化的体系）之变化，寒天当温散提托，热天方可清解；一概用苦寒药攻伐，甚至以蚯蚓、全蝎等毒物以毒攻毒，实属滥用。痘症生死全赖气血，清火有时，温补有时，方能百不失一。附论种痘九善：毒未聚、痘粒少而小、避免感染时行戾气、择温和天时与小儿无病之时、取无毒善苗——较自然出痘危险大为降低，乃仙传之法。幼科（儿科）被古人称为“哑科”，因小儿不能言语。小儿为纯阳之体（阳气充盛、生机旺盛的生理状态），喂乳过频最大害，乳汁遇热坚结如絮，停积胃口化为顽痰，痰火相结则诸脉皆闭。疡科（外科）全凭手法传授与内外兼治；祝由（以语言咒术疏导情志的古法）仅对轻症有效，病重则无能为力；兽医之法与人医大略相通，唯剂量宜大。论四大家，仲景如医中孔子，河间、东垣、丹溪不过一偏之学，不可与仲景并列，尤以东垣专执升提香燥、贻误后学为甚。

关键词

五运六气： 中医推算自然界气候变化规律的体系，认为天时变化影响疾病的发生与转归。

以毒攻毒： 以有毒药物治疗毒邪内陷的危重症，原为权宜之计，非常规治法。

纯阳之体： 指小儿阳气充盛、生长旺盛的生理特点，故最宜清凉，忌过暖过饱。

祝由： 古代以语言疏导、移精变气（调整精神状态以转变气机）为核心的心理疗愈之法，《内经》已明言仅适于邪浅病轻者。

托毒： 扶助正气（人体抗病能力）使毒邪由里透表、从内托出的治疗原则，与单纯清热解毒不同。

现代启示

徐大椿在清代便批评“以寒药数品，按日定方”的机械化治疗，指出痘症生死全赖气血盛衰、不可一概而论——这与现代循证医学“个体化治疗”的核心理念高度契合。种痘九善的论述更令人惊叹：主动免疫、选择健康宿主、使用减毒苗种，其逻辑结构与现代疫苗学原理如出一辙，比牛痘接种在西方普及早了数十年。幼科中关于“频繁哺乳导致乳汁积滞”的告诫，用今日语理解即是过度喂养引发消化系统负担、诱发感染风险，家属的不理解与不配合至今仍是儿科临床的难点。至于四大家之辩，提醒后学：权威不等于真理，偏执一说往往比无知更危险。（仅供文化学习，不构成医疗建议）

****引发思考的问题**：** 在现代医学高度标准化的今天，我们是否也在重蹈“按日定方”的覆辙——用同一套指南机械套用于所有患者，而忽视了个体气血状态的差异？

医学源流论：医家论

原文

医学源流论：医家论

医之高下不齐，此不可勉强者也。然果能尽知竭谋，小心谨慎，犹不至于杀人。更加以诈伪万端，其害不可穷矣。或立奇方以取异；或用僻药以惑众；或用参茸补热之药以媚富贵之人；或假托仙佛之方，以欺愚鲁之辈；或立高谈怪论，惊世盗名；或造假经伪说，瞞人骇俗；或明知此病易晓，伪说彼病以示奇。如冬月伤寒，强加香薷于伤寒方内而愈，以为此暑病也，不知香薷乃其惑人之法也。如本系热症，强加干姜于凉药之内而愈，以为此真寒也，不知彼之干姜，乃泡过百次而无味者也。

于外科则多用现成之药，尤不可辨，其立心尤险。先使其疮极大，令人惊惶而后治之，并有能发不能收以至毙者。又有偶得一方，如五灰膏、三品一条枪之类，不顾人之极痛，一概用之，哀号欲死，全无怜悯之心。此等之人，不过欲欺人图利，即使能知一二，亦为私欲所汨没，安能奏功？故医者能正其心术，虽学不足，犹不至于害人。况果能虚心笃学，则学日进；学日进则每治必愈，而声名日起，自然求之者众，而利亦随之。若专于求利，则名利必两失，医者何苦舍此而蹈彼也？

卷下·医学渊源论

医书之最古者《内经》，则医之祖乃岐黄也。然《本草》起于神农，则又在黄帝之前矣。可知医之起，起于药也。至黄帝则讲夫经络脏腑之原，内伤外感之异，与夫君臣佐使，大小奇偶之制，神明夫用药之理。医学从此大备，然其书讲人身脏腑之形，七情六淫之感，与针灸杂法为多，而制方尚少。至伊尹有汤液治病之法，然亦得之传闻，无成书可考。至扁鹊、仓公，而汤药之用渐广。张仲景先生出，而杂病伤寒，专以方药为治，遂为千古用方之祖。而其方亦俱原本神农、黄帝之精义，皆从古相传之方，仲景不过集其成耳。自是之后，医者以方药为重，其于天地阴阳经络脏腑之道，及针灸杂术，往往不甚考求。

而治病之法，从此一变。唐宋以后，相寻弥甚，至元之刘河间、张洁古等出，未尝不重《内经》之学，凡论病必先叙经文，而后采取诸家之说，继乃附以治法，似为得旨。然其人皆非通儒，不能深通经义，而于仲景制方之义，又不能深考其源，故其说非影响即支杂，各任其偏，而不归于中道。其尤偏驳者，李东垣为甚，惟以温燥脾胃为主，其方亦毫无法度。因当时无真实之学，盗窃虚名，故其教至今不绝。至明之薛立斋，尤浮泛荒谬，犹圣贤之学，变而为腐烂时文，何尝不曰我明经学古者也。然以施之治天下，果能如唐虞三代者乎？既不知神农、黄帝之精义，则药性及脏腑经络之源不明也，又不知仲景制方之法度，则病变及施治之法不审也。

惟曰某病则用某方，如不效，改用某方。有一方服至二三十剂，令病者迁延自愈者。胸中毫无把握，惟以简易为主。自此以降，流弊日甚，而枉死载途矣。安得有参《本草》、穷《内经》、熟《金匱》、《伤寒》

者，出而挽救其弊，以全民命乎？其害总由于习医者皆贫苦不学之人，专以此求衣食，故祇记数方，遂以之治天下之病，不复更求他法，故其祸遂至于此也！

卷下·考试医学论

医为人命所关，故《周礼》医师之属，掌于冢宰，岁终必稽其事而制其食。至宋神宗时，设内外医学，置教授及诸生，皆分科考察升补。元亦仿而行之。其考试之文，皆有程式，未知当时得人何如？然其慎重医道之意，未尝异也。故当时立方治病，犹有法度。后世医者，大概皆读书不就，商贾无资，不得已而为衣食之计，或偶涉猎肆中，剽袭医书，或托名近地时医门下。始则欲以欺人，久之亦自以为医术不过如此。其误相仍，其害无尽，岐黄之精义几绝矣！

若欲斟酌古今考试之法，必访求世之实有师承，学问渊博，品行端方之医。如宋之教授，令其严考诸医，取其许挂牌行道。既行之后，亦复每月严课，或有学问荒疏，治法谬误者，小则撤牌读书，大则飭使改业。教授以上，亦如《周礼》医师之有等。其有学问出众，治效神妙者，候补教授。其考试之法，分为六科。曰针灸，曰大方，曰妇科，曰幼科兼痘科，曰眼科，曰外科。其能诸科皆通者，曰全科，通一二科者曰兼科，通一科者曰专科。其试题之体有三：一曰论题，出《灵枢》、《素问》，发明经络藏府、五运六气、寒热虚实、补泻逆从之理。二曰解题，出《神农本草》、《伤寒论》、《金匱药略》，考订药性，病变制方之法。三曰案，自述平日治病之验否，及其所以用此方治此病之意。如此考察，自然言必本于圣经，治必遵乎古法，学有渊源，而师承不绝矣。岂可听涉猎杜撰，全无根柢之人，以人命为儿戏乎！

医非人人可学论 今之学医者，皆无聊之甚，习此业以为衣食之计耳。孰知医之为道，乃古圣人所以泄天地之秘，夺造化之权，以救人之死。其理精妙入神，非聪明敏哲之人不可学也。黄帝、神农、越人、仲景之书，文词古奥，搜罗广远，非渊博通达之人不可学也；凡病之情，传变在于烦刻，真伪一时难辨，一或执滞，生死立判，非虚怀灵变之人不可学也；病名以千计，病症以万计，脏腑经络，内服外治方药之书，数年不能竟其说，非勤读善记之人不可学也。又《内经》以后，支分派别，人自为师，不无偏驳；更有怪僻之论，鄙俚之说，纷陈错立，淆惑百端，一或误信，终身不返，非精鉴确识之人不可学也。故为此道者，必具过人之资，通人之识，又能屏去俗事，专心数年，更得师之传授，方能与古圣人之心，潜通默契。若今之学医者，与前数端事事闕反。以通儒毕世不能工之事，乃以全无文理之人，欲烦刻而能之。宜道之所以日丧，而枉死者遍天下也。

白话译文

医生水平高低不一，是客观现实。若能尽心行医、小心谨慎，尚不至害人；一旦夹杂欺诈，危害便无边无际。常见手段有：炮制奇方怪药以示神异、滥用参茸迎合权贵、借神佛之名欺骗百姓、故意夸大病情以显本领。外科尤险——先令疮口扩大，待病人惊惶再出手“救治”，甚至只能发毒而不能收口，致人死命。

医学渊源：神农奠药学之基，黄帝明经络（气血运行通道）脏腑之论，张仲景集大成，以方药治杂病伤寒，开千古方剂之祖。此后历代医者重方药而轻经典，元明之际偏锋迭出：李东垣偏执温燥脾胃，薛立斋流于浮泛荒谬，积弊日深，枉死者众。

为正医道，当仿《周礼》立考核制度：分针灸、大方、妇、幼、眼、外六科，以论题（考经络理论）、解题（考药性方制）、医案（考临床实效）三类考察，取合格者方准行医，不称职者撤牌停业。

医道精深，非聪慧、博学、灵变、勤勉、精鉴五德兼备之人难以胜任。以无文理之辈习上古圣典，枉死遍天下，皆由此而生。

关键词

香薷： 夏季解暑发汗药，冬月伤寒用之则南辕北辙。

经络脏腑： 气血（生命活动能量与物质）运行通道与内脏系统的合称。

五运六气： 推演天地气候周期变化，以预判疾病发生规律的理论体系。

君臣佐使： 方剂配伍原则，主药（君）、辅药（臣）、调和（佐）、引经（使）层级分明。

汤液： 将中药材煎煮成汤剂口服，为中医最主要的内治方式。

现代启示

徐大椿三百年前描绘的乱象——夸大病情、过度医疗、以“新疗法”包装不明药物、资质不足者混迹从业——与今日若干医疗乱象惊人相似，根源皆在“专以此求衣食”，医学沦为谋生手段而非济世志业。

他提出的考核方案，以论题考理论、解题考药学、医案考临床实效，与现代执业医师资格考试的分科笔试加临床技能考核高度契合，可见其制度设计之前瞻。更值得深思的是他关于医学门槛的论断：聪慧、博学、灵变、勤勉、精鉴，五德缺一不可。

（仅供文化学习，不构成医疗建议）

你认为，当下医学教育与执业考核体系，是否真正筛选出了这五种特质兼备的人？

医学源流论：病家论

原文

医学源流论：病家论

天下之病，误于医家者固多，误于病家者尤多。医家而误，易良医可也；病家而误，其弊不可胜穷。有不问医之高下，即延以治病，其误一也；有以耳为目，闻人誉某医，即信为真，不考其实，其误二也；

有平日相熟之人，务取其便，又虑别延他人，觉情面有亏，而其人又叨任不辞，希图酬谢，古人所谓以性命当人情，其误三也；有远方邪人，假称名医，高谈阔论，欺骗愚人，遂不复详察，信其欺妄，其误四也；有因至亲密友或势位之人，荐引一人，情分难却，勉强延请，其误五也；更有病家戚友，偶阅医书，自以为医理颇通，每见立方，必妄生议论，私改药味，善则归己，过则归人，或各荐一医，互相毁谤，遂成党援，甚者各立门户，如不从己，反幸灾乐祸，以期必胜，不顾病者之死生，其误七也；又或病势方转，未收全功，病者正疑见效太迟，忽而谗言蜂起，中道变更，又换他医，遂至危笃，反咎前人，其误八也；又有病变不常，朝当桂附，暮当芩连；又有纯虚之体，其症反宜用硝黄；大实之人，其症反宜用参术。

病家不知，以为怪僻，不从其说，反信庸医，其误九也；又有吝惜钱财，惟贱是取，况名医皆自作主张，不肯从我，反不若某某等和易近人，柔顺受商，酬谢可略。扁鹊云：轻身重财不治。其误十也。此犹其大端耳。其中更有用参附则喜，用攻剂则惧；服参附而死，则委之命，服攻伐而死，则咎在医，使医者不敢对症下药。更有制药不如法，煎药不合度，服药非其时，更或饮食起居，寒暖劳逸，喜怒语言，不时不节，难以枚举。小病无害，若大病则有一不合，皆足以伤生。然则为病家者当何如？在谨择名医而信任之。如人君之用宰相，择贤相而专任之，其理一也。然则择贤之法若何？

曰：必择其人品端方，心术纯正，又复询其学有根柢，术有渊源，历考所治，果能十全八九，而后延请施治。然医各有所长，或今所患非其所长，则又有误。必细听其所论，切中病情，和平正大；又用药必能命中，然后托之。所谓命中者，其立方之时，先论定此方所以然之故，服药之后如何效验；或云必得几剂而后有效，其言无一不验，此所谓命中也。如此试医，思过半矣。若其人本无足取，而其说又怪僻不经，或游移恍惚；用药之后，与其所言全不相应，则即当另觅名家，不得以性命轻试。此则择医之法也。

白话译文

天下疾病，耽误于医生者固然不少，耽误于患者自身者更多。患家之误约有十端：一、不辨医术高下便随意延请；二、以耳代目，仅凭旁人赞誉便轻信，不加考察；三、碍于人情，请熟识者看诊，情面难却，对方又贪酬揽活，以性命充当礼数；四、轻信外来骗子假冒名医、高谈阔论；五、迫于权贵亲友推荐，勉强延请；七、亲友偶读医书便妄议处方、私改药味，各立门户、互相诋毁，甚至幸灾乐祸，全然不顾患者死活；八、病情初见转机便受蛊惑中途换医，反致危笃；九、遇反治之法（如虚体用攻下、实人用补益）便

视为怪僻而拒从，转信庸医；十、吝惜钱财专取廉价，嫌名医自作主张。另有煎药不如法、服药不按时、饮食起居失节，皆可于无形中伤生。

择医之道：选品行端正、学有渊源、治验十全八九者，细听其论病是否切中，观其所言与用药后效验是否相符，此为辨医之要。

关键词

桂附： 桂枝、附子（辛温热药），用于温补阳气（人体生命活动的根本动力），治寒证虚证。

芩连： 黄芩、黄连（苦寒清热药），用于清泻实火（体内过盛的热邪），治热证实证。

反治： 病情表现与常规相反时所用治法，如“真虚假实”用攻下，“真实假虚”用补益，属辨证论治（辨别证候规律施治）高阶运用。

十全八九： 治愈率达八九成，为古代衡量医者临床水准的通行标准，非指绝对完美。

轻身重财： 扁鹊语，指不珍视自身性命却斤斤计较钱财，被列为“不可治”的患者类型之一。

现代启示

徐大椿列举的十误，放在今天几乎原样复现：刷短视频选“网红名医”、碍于面子找领导介绍的关系医生、因惧怕副作用自行停药换方……尤其“以耳为目”在信息爆炸时代愈演愈烈——算法推荐替代了口耳相传，但盲从的本质并无不同。医患关系是双向契约：医者有责任说清用药逻辑和预期效果，患者也有义务学会评估信息来源，而非将就与侥幸。值得警惕的是，越是危急的病情，患者越容易病急乱投医，反而将最后的时机葬送于反复试医之中。

****思考**：** 当你面对一份你完全看不懂、甚至觉得“反常识”的医嘱，你是选择追问医生直到理解为止，还是悄悄换一个更“顺耳”的医生？

医学源流论：医者误人无罪论

原文

医学源流论：医者误人无罪论

人命所关亦大矣。凡害人之命者，无不立有报应。乃今之为名医者，既无学问，又无师授，兼以心术不正，欺世盗名，害人无算，宜有天罚，以彰其罪。然往往寿考富厚，子孙繁昌，全无殃咎，我始甚不解焉。以后日与病者相周旋，而后知人之误药而死，半由于天命，半由于病家，医者不过依违顺命，以成其死，并非造谋之人。故杀人之罪，医者不受也。何以言之？夫医之良否，有一定之高下。

而病家则于医之良者，彼偏不信；医之劣者，反信而不疑。言补益者，以为良医；言攻散者，以为庸医；言温热者，以为有益；言清凉者，以为伤生。或旁人互生议论，或病人自改方药，而医者欲其术之行，势必曲从病家之意。病家深喜其和顺，偶然或愈，医者自矜其功；如其或死，医者不任其咎。病家因自作主张，隐讳其非，不复咎及医人。故医者之曲从病家，乃邀功避罪之良法也。既死之后，闻者亦相传以为某人之病，因误服某人之药而死，宜以为戒矣。及至自己得病，亦复如此。更有平昔最佩服之良医，忽然自生疾病，反信平日所最鄙薄之庸医而伤其生者，是必有鬼神使之，此乃所谓命也。

盖人生死有定数，若必待人之老而自死，则天下皆寿考之人而命无权，故必生疾病，使之不以寿而死。然疾病之轻重不齐，或其人善自保护，则六淫七情之所感甚轻。命本当死，而病浅不能令其死，则命又无权，于是天生此等之医，分布于天下。凡当死者，少得微疾，医者必能令其轻者重，重者死。而命之权，于是独重，则医之杀人，乃隐然奉天之令，以行其罚，不但无罪，且有微功，故无报也。惟世又有立心欺诈，卖弄聪明，造捏假药，以欺吓人，而取其财者，此乃有心之恶，与前所论之人不同。其祸无不立至，我见亦多矣。愿天下之人细思之，真凿凿可征，非狂谈也。

白话译文

人命关天，凡害人性命者理应有所报应。然而那些既无学识、又无师承、心术不正的所谓名医，害人无数，却往往长寿富贵、子孙兴旺，全无恶报，我起初百思不解。

后来日日与病家周旋，才渐渐明白：病人因误药而死，一半由命数使然，一半由病家自身决定，医者不过顺势配合，并非主谋，故杀人之罪，医者不受。

原因在于：病家往往弃良医而信庸医——凡言补益（用药补充亏虚）者视为良医，凡言攻散（祛邪发散、针对实证的治法）者视为庸医；喜温热药而忌清凉药。旁人七嘴八舌，病人自行改方，医者为求立足，不得不曲迎病家之意。病愈则医者居功，病死则病家自责，医者得以脱身。

更深一层，作者认为人的生死自有定数。若病情太轻不足以致死，命数便无从体现，于是天下自然生出此类庸医，使轻病转重、重病致死——此乃隐奉天命、执行定数，故无报应。唯有造假药、蓄意骗财者，才是有心之恶，祸患必然即至。

关键词

六淫： 风、寒、暑、湿、燥、火六种外感致病邪气，属中医病因学核心概念。

七情： 喜、怒、忧、思、悲、恐、惊，七种情志过激可伤及脏腑气血（维持生命活动的基本物质）。

补益与攻散： 补益指补虚扶正，攻散指祛邪消积；两者方向相反，适证各异。

命数： 传统观念中由天道预定的寿命定数，此处为作者解释庸医免于报应的哲学依托。

现代启示

徐大椿此论，表面为庸医开脱，实则是对医患关系的深刻讽刺：患者拒绝专业建议、偏信主观感受，医者迫于压力曲意迎合，双方共同造就了误诊的温床。这一现象在今日同样存在——自行搜索症状、追求“不难受”的处方、拒绝苦口良言，皆是同一逻辑的延续。所谓“天命”不过是无奈的托词，真正的根源是信息不对称与医患之间的信任危机。（本文仅供文化学习，不构成任何医疗建议。）

****思考：**** 当你面对医生的建议时，究竟是在寻求专业判断，还是在寻找一个愿意说出你想听的话的人？