区少宰　谭日强
邓铁涛　陈可望
周天心　袁子震
刘渡舟　李皓平

责任编辑：许新主　装帧设计：曹　磊

统一书号：14182·202　定价：4.80 元（平装）

当代名老中医临证荟萃

陈镜合　陈沛坚　程　方　吴俊来　主编

广东科技出版社

当代名老中医临证荟萃

Dangdai Ming lao zhong yi Ling zheng hui cui

·第 一 册

广 州 中 医 学 院

陈镜合 陈沛坚

程 方 吴俊来 主编

广东科技出版社出版发行

广东省新华书店经销

广东韶关新华印刷厂印刷

850×1168毫米 32开本 20.125印张 470,000字

1987年10第1版 1987年10月第1次印刷

印数1—6,000册

统一书号：14182·202 定价：7.50元(精装)
4.80元(平装)

醫案非單純火療效實錄
當以理論貫通于立法施
治中者斯爲上乘此寓意
艸吳鞠通醫案出版以爲
人心服歟當代名老中醫
臨証舊萃出版余應仕如
是觀

書奉

當代名老中醫臨証舊萃出版志賀

任應秋書于病中

一九八三年十月十六日

敬賀

《当代名老中医临证秘诀》一书出版

知識不停留

經驗不帶走

时年八十五岁翘炳南

一九八三年于北京中医医院

脉证贵拿凭
经验出实知
结合现科学
发展新中医

刘沈琴题一九八四年八月

臨証參萃集其大成
流通經驗嘉惠医林

何任

萃》，为后世留下一些宝贵经验和医史资料。

本套书力求做到收集面广，包括当代全国二十九个省市及港澳、海外的名老中医、民族医（一般为正、副教授、主任医师、研究员，在全国或本地区有名望的中医工作者，大多数经当地卫生厅、局，中医学院、校推荐），他们有从事中医内、外、妇、儿、骨科、五官科、针灸等科目数十年临床经验，由各名老亲自撰写其最擅长、最有代表性、行之有效的临证精华（个别因年老，身体状况欠佳者，则由整理者代笔，名老审阅、核实、签名盖章。对部分已故名老，亦尽量选其生前亲自撰写的最有代表性的文章）。形式上不拘一格，学术观点、流派不求一致，使更具有百花齐放、百家争鸣之特点，并附有各名老的简介、照片。

本册收集内科疾病的文章（还有一些内科疾病的文章，由于资料不全暂未收录，其他各科疾病的文章将编在以后各册中），基本按中医脏象分类，即心、肝、脾、肺、肾及其他（包括涉及多脏腑、个人经验体会、方药、杂病等文章）之序编排，每类文章又按姓氏笔划为序。在保持作品原貌的基础上，经反复审核，作了适当修改，以使内容真实简练。

我们在征稿过程中，虽然已做了大量工作，但难免有所遗漏，今后我们将继续求宝。我们坚信，在各有关部门及全体名老、同道的关怀、支持下，这项艰巨而有意义的工作是可以完成的。

最后，我们衷心感谢中华全国中医学会，各省市卫生厅、局，各中医学院、校，各地名老及同道，广州中医学院及附属医院，对本书的出版，所给予的积极的支持和热情的协助。由于我们时间匆促，能力所限，在编写过程中尚存在许多不足之处，恳望各方同道给我们提出宝贵的意见和建议。让我们共同为振兴中医事业而贡献力量。

编　者

序　一

中国医药学是我们中华民族传统的医学。它是我国人民长期以来与疾病作斗争而发展起来的一门伟大科学。我们中华民族有悠久的历史和灿烂的文化，所以，中医学的发展与壮大，是和我国的文明昌盛而分不开的。

中国医药学对我国的民族繁衍昌盛做出了极大的贡献。所以，中国的医药学是我国的文化遗产，它象征着中国的文化特点而属于全国人民的共同财富，每一个中国人都应热爱自己的中医药事业，这是天经地义之事，是不可推卸之责任。但是，由于种种原因而使中医药学的发展受到了障碍，中医队伍减员，中医质量下降，也就是大家说的“后继乏人，后继乏术”这个危机已经出现。建国初期中医界较有声望的老中医，老专家约有五百多位，现在屈指可数，已是所剩不多了。广州的陈镜合、陈沛坚等同志，抱着对中医药的满腔热情，冲破各种阻力，在全国得到了广大的同道之支援，编写了《当代名老中医临证荟萃》一书，他们的宗旨是积极抢救现存而又健在的名老中医的治学经验和临床治疗的经验，以只争朝夕的精神和速度，把这份活的宝贵遗产尽快地继承下来，并使之发扬光大，给后世医家留下不可多得的宝贵医籍和医史资料。余鉴其对中医事业之忠诚，其眼光既远而又非常正确，事迹又深感人肺腑，而不禁为之雀跃。

我认为中医队伍目前尚有三十余万人，苟能团结起来，发挥作用，为中医事业添砖加瓦，则众志成城，中医之前途犹未可量

序　二

本书汇海内外之名医验案为一书，其发凡缘起具见书端前言，兹不复赘。

今所欲言者，书名验案，则所录者皆各地名医有于临床之案，可资师范者也。但中医治病，辨证论治，非必某病用某方，虑学者得此，依样葫芦，以求其验，不验，且疑书中之验。不审证同病异、病同因异，又且体质各殊，气候、环境、人事之异，皆能影响病证及其治疗。尤在泾云："顾人体有虚实之殊，脏腑有阴阳之异，或素有痰饮痞气，以及咽燥淋疮，汗衄之疾，或适当房室、金刃、产后亡血之余，虽为伤寒之候，不得竟从麻桂之法矣。"可知疾病虽同，而有如许不同，医者考虑其不同，又当论证之主次，治之先后，法之缓急，药之攻守，然犹不可谓尽愈众疾也。

学者知此，以此精神而谈此书，勿以一病一方按图索骥，求诸本书。若以之借鉴，资我思路之启发则可。

二陈医师不辞辛劳为吾侪广搜全国兼及海外名医之经验，供吾侪之抉择，厥功伟矣。

姜春华

目　录

流行性乙型脑炎的辨证论治…… 区少章（ 1 ）
中医对流行性乙型脑炎的认识和治疗…… 谭日强（ 14 ）
冠心病的辨证论治…… 邓铁涛（ 21 ）
补法在老年冠心病中的运用…… 陈可望（ 30 ）
治疗冠心病的经验…… 周天心（ 39 ）
急性心肌梗塞的辨证论治…… 袁子震（ 49 ）
心悸的辨证论治…… 刘渡舟（ 54 ）
用活血祛瘀法治疗风湿性心脏病…… 李皓平（ 64 ）
癫狂的辨证论治…… 李聪甫（ 72 ）
顽固性失眠症治验…… 何世英（ 77 ）
用不同方药抢救两例过敏性休克…… 焦树德（ 80 ）
神经官能症的辨证论治…… 楼百层（ 87 ）
昏厥诊治琐言…… 魏长春（ 93 ）
肝硬化腹水的辨证论治与体会…… 方药中（ 99 ）
肝硬化腹水的辨证论治…… 李昌源（108）
治疗肝硬化腹水的体会…… 张海岑（116）
病毒性肝炎的辨证论治与体会…… 巴坤杰（121）
黄疸的辨证论治…… 关幼波（127）
肝脾肿大的辨证论治…… 刘耀三（139）
病毒性肝炎及肝硬化的辨证论治…… 孙允中（144）
治疗慢性肝炎的经验…… 陈玉峰（153）
治疗脑血管意外的经验…… 王季儒（158）
中风证治…… 李秀林（163）

四逆散的临床运用…… 钟耀奎（535）
浅谈舒肺达肝法…… 姚奇蔚（543）
运用桂枝汤的临床体会…… 姚培发（548）
原发性三叉神经痛的辨证论治…… 夏度衡（554）
谈瘀血…… 班秀文（560）
临证治验二则…… 梁国卿（567）
白虎汤的临床运用…… 盛国荣（571）
临证验案…… 谢海洲（579）
验案三则…… 童孝惠（589）
浅谈温病的主证及治法…… 董建华（595）
中医内科急诊治验…… 彭玉林（602）
学术经验点滴…… 韩天佑（609）
医贵知常达变…… 路志正（621）
临证治验二则…… 戴佛延（629）

(四)切诊

脉浮数者（热尚在表），沉数者（热已入里），或洪或滑或弦（邪实而正未虚），或沉数无力或虚或细或弱（邪实而正已虚），或有按之若隐若现或全不现者（症属危重，必尺部沉按尚隐隐可现才不是死症，此灵枢经所谓阳毒伏匿之象。

二、卫气营血的症候分类及治疗

(一)邪在卫分

症状为微恶寒，发热(体温在39℃上下)，或不恶寒，无汗，或有汗而不透彻，头痛、呕吐、口渴，舌苔薄白，脉象浮数或滑数。治宜辛凉透邪佐以清解法。如银翘散或凉膈散加减（有些病例医治及时，用药得法，三数日可退热，有时竟不知是脑炎）。

(二)邪在气分

症状为高热（体温40℃上下），不恶寒，烦渴，自汗，头痛，呕吐，舌苔黄，脉象浮洪而数，甚则神智不清，肢厥抽搐（通俗伤寒论按语说：凡昏蒙痉厥多属胃热蒸脑……盖胃为五脏六腑之海，其清气上注于目，其悍气上冲于头，循咽喉上走空窍，循眼系入络脑，脑为元神之府，所以胃热蒸脑无不发现此症状也）。治宜辛凉以解热、存阴。如白虎汤之类随症加减，佐以平肝镇痉的药物，如羚羊、蜈蚣、全蝎、银花、瓜络、郁金、竹叶、钩藤、生石决等，或更加入紫雪丹之类。

(三)邪入于营

症状为高热（体温40℃以上），昏睡，谵语，呕吐，手足抽搐，舌绛而干，或现黑苔，脉象细数或弦数等。治法宜咸寒苦甘以清热解毒、存阴，佐以芳香通窍法。以清营汤加入菖蒲、竹茹、银花、川连、全蝎、钩藤、蜈蚣、竺黄、瓜络、甘菊等。再根据症状配合应用安宫牛黄丸、至宝丹等。

(四)邪在血分

煎。

8月2日六诊：体温39.5℃，神志清，能伸舌，舌苔干黄。按1日上午处方去犀角，加川连4克。

8月3日七诊：体温40℃，神志清，疲倦，能伸舌，舌尖色红，右手肌肉间有抽搐。昨天大便1次，棕黄色，量较多。痰较多，尚未能发声，脉尚数滑。由于火邪尚盛，灼液成痰，痰滞筋络，气不流通，故会引起抽搐。治宜清热。

处方：生石膏62克，花粉12克，磁石15克，象牙丝15克，川贝12克，竺黄12克，玄参15克，麦冬12克，丹皮9克，芦根31克，生地24克，知母12克，银花12克，连翘9克，青天葵9克，郁金4克；另安宫牛黄丸1个分2次用开水送服。

8月3日下午八诊：体温38.5℃，仍痰多，嗜睡。

处方：生石膏40克，冬瓜仁30克，薏米15克，甘草3克，知母12克，川贝9克，海石12克，滑石12克，芦根15克，黄芩9克。

8月4日九诊：体温39℃，神志清，舌见色红而损。痰多，颈部有浮肿，脉滑浮大，宜再清热除痰。

处方：桑白皮12克，冬瓜仁31克，竺黄12克，花粉12克，薏米15克，川贝10克，海石15克，芦根24克，银花12克，玄参12克，石斛12克，甘菊9克，通草9克，麦冬9克。

8月5日十诊：体温40℃，颈部浮肿略减，仍神倦，面色淡白，尚觉有痰，脉滑而大，仍宜清热除痰。

处方：桑白皮12克，地骨皮12克，川贝12克，知母12克，海石15克，玄参9克，芦根24克，冬瓜仁31克，竺黄12克，薏米12克，银花12克。

8月6日十一诊：体温37.5℃，颈部浮肿已退，有少许咳，能自己吐痰，脉数已减。此乃脏气渐复，驱邪外出，方有咳嗽，痰随咳出，伏邪有出路，估计病情不会有反复了。治法以泻白散

加味。

处方：桑白皮9克，甘草3克，地骨皮9克，川贝9克，薏米9克，石斛12克，芦根15克，冬瓜仁24克，竺黄9克，瓜络9克。

8月7日十二诊：已退热，神志清，能说话，仍有痰，有咳，已能自己起坐。舌色润，脉和缓。处方：再按6日处方用药。

此后病孩逐渐恢复，最后于8月15日痊愈出院。

【病案2】 刘××，男，4岁。8月19日入院。

入院情况：病孩因突发高热3天，昏迷1天而入院。入院时体温40.5℃，牙关紧闭，神昏嗜睡，双目不开，频频四肢抽搐，手足厥冷，烦躁不宁。3天未解大便。舌边红，舌中有厚干白苔，脉洪数有力。经抽脑脊液检查，诊断为乙脑。

分析：此症属暑邪内陷，热结阳明，邪无出路，故有热深厥深现象。治法宜先予凉膈散加味以通利三焦，使大便通畅，热邪方有出路，出路通则病可递减。

处方：栀子9克，连翘9克，黄芩9克，枳实6克，元明粉9克（后下），大黄7克（后下），银花12克，甘菊7克，竺黄12克，芦根18克，钩藤12克，丝瓜络9克，象牙丝12克，至宝丹1克分2次服。

8月19日下午复诊：仍未有大便，高热40℃，抽搐不止，口吐涎沫，脉数而洪大。此由于热无出路，郁结则生风，风起则水涌，故有抽搐吐涎现象。今早已服过元明粉、大黄，虽未有大便，暂无需再通，宜予白虎汤加羚羊合止痉散，以清热熄风。

处方：生石膏31克，知母9克，甘草3克，薏米15克，蜈蚣4.5克，全蝎4克，羚羊1.5克与竹叶3克另煎。

8月20日三诊：昨晚大便2次，今早体温38.5℃，仍昏迷、嗜睡，间有抽搐，双下肢较硬，脉右数大、左弦。此肝胃热仍

盛，再予白虎汤加味。

处方：生石膏31克，知母10克，甘草5克，薏米15克，象牙丝15克，石决明31克，钩藤12克，蜈蚣4克，全蝎4克，川贝9克，桑叶9克，连翘7克，郁金4克，竹叶9克；安宫牛黄丸1个分2次与煎药同服。

8月21日四诊：今早体温38.5℃，动之仍有抽搐，神志未清，脉尚弦数。治法当予清热熄风。

处方：白芍12克，生石决30克，甘草3克，生石膏18克，竺黄9克，钩藤12克，知母9克，甘菊7克，全蝎4克，桑叶9克，薏米12克，连翘9克，郁金4克，菖蒲4克，紫草9克，象牙丝15克；至宝丹1克与煎药同服。

8月22日五诊：体温38.5℃，神志稍清，能开目看人，已无抽搐，脉尚有弦象、数减，现清热开窍药应少用。

处方：竺黄9克，生石决18克，象牙丝15克，冬瓜仁18克，薏米9克，桑叶9克，郁金4克。

8月23日六诊：体温正常，右眼睑边瘫痪，神志清，思睡，已无需鼻饲。再予22日中药1剂。

8月24日七诊：无发热，神清，二便正常，眼睑未复原。治法宜理肝熄风而舒眼睑。

处方：按22日方加僵蚕7克、甘菊4克、钩藤9克，白芍9克。

8月25日八诊：无发热，舌起溃疡，其余与昨天同。

处方：竹茹9克，蝉衣3克，玄参9克，石斛9克，甘草3克，川贝6克，麦冬9克，甘菊7克，银花7克，佩兰6克。

8月26日九诊：体温38.5℃，口舌损烂。此由于心火内炽所致，宜予导赤散加味。

处方：玄参9克，木通6克，竹叶7克，丹皮6克，生地9克，甘草2克，紫草9克，川连2克，银花9克，连翘7克。

8月27日十诊：体温正常，口舌溃疡略好，右眼睑瘫痪减。按26日处方再服1剂。

8月28日十一诊：昨天下午体温37.5℃，今早无发热，舌溃疡好转，唇尚焦干。治宜再予清热生津。

处方：玄参7克，竹叶7克，银花7克，丹皮6克，北紫草7克，连翘7克，麦冬6克，木通4克，黄连2克，甘草2克。

8月29日十二诊：舌溃疡及眼睑瘫痪已好转，无发热。按28日方再服。

8月31日十三诊：尚有烦躁，其余无特别。此是心火未清。

处方：玄参9克，丹皮4克，木通4克，莲子心6克，麦冬9克，竹叶9克，青天葵6克，象牙丝9克。

9月1日十四诊：无发热，右眼睑瘫痪明显好转，精神有些恍惚。治宜平肝、养心液、宁神。

处方：玄参9克，麦冬7克，生石决18克，白芍9克，竺黄7克，莲子心6克，茯神9克，灯心花4克，木通4克，生龙齿12克，竹茹9克。

9月2日十五诊：已无烦躁，无发热，舌溃疡痊愈，眼睑无瘫痪，精神明显好转，但仍有些少恍惚，行动如常。再给予养心宁神之剂，3天后痊愈出院。

（区庆瑞整理）

中医对流行性乙型脑炎的认识和治疗

谭 日 强

〔作者简介〕 谭日强，男，74岁（1913年出生），湖南省湘乡县人。17岁从师学医，1936年毕业于湖南国医专科学校。擅长中医内、妇科，对心血管病、血液病、肝脏病等颇有研究。主要著作有《传染性肝炎的辨证治疗》、《金匮要略浅述》等。在科研方面，曾研制成“疏肝理脾丸”，治疗慢性肝炎、早期肝硬化；“冠心通络丸”治疗冠心病，均疗效显著，深受患者欢迎。历任湖南省立中医院副院长、湖南中医学院教授兼副院长、中华全国中医学会理事、中华全国中医学会湖南分会副会长等职。

一、中医对流行性乙型脑炎的认识

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是流行于夏秋季的一种急性传

染病，又名夏秋季脑炎。患者多为10岁以下儿童，男性比女性为多。近年来，由于儿童及青少年广泛接种了乙脑疫苗，成年人及老年人的发病率相对增多，病死率也高。主要表现为高热，头痛、呕吐、嗜睡、昏迷、抽搐、惊厥等神经症状。

在中医学中虽然没有乙脑这个病名，但根据本病的流行季节、发病年龄和症状表现，与中医学中的暑温、暑痫、暑厥、暑风、暑痉等病极相类似。这些病名，是气候与症状相结合的：如症见发热而渴的，就叫暑温；状若惊痫的，就叫暑痫；四肢厥冷的，就叫暑厥；手足抽搐的，就叫暑风；项背强直的，就叫暑痉。

中医学把一般急性传染病统称为瘟疫或疫疠。如《内经》："五疫之至，皆相传易，无论大小，病状相似"。《巢氏病源》："病无长少，率皆相似，有如鬼疠之气，故云疫疠"。中医学认为瘟疫或疫疠的发生与四时不正之气有关，如《巢氏病源》："其病与时气温热等病相类，皆由一岁之内，节气不和，寒暑乖候，或有暴风疾雨，雾露不散，则民多病疫"。吴又可说："疫气者，两间之戾气浊气也"。罗紫园说："瘟疫者，天地之戾气浊气，酿为热毒，中于人亦症见热毒，故曰瘟，家家如是，若役使然，故曰疫，其病皆热无寒，有表症无表邪"。也可以说是因为病原微生物的生长与繁殖，需有其适当的温度与湿度，这种温度与湿度的异常变化，不适于人体的生理，而适于病原微生物的生活，这就是造成瘟疫流行的条件。古人因限于当时的科学条件，对传染病发生的原因，只能从自然环境来观察，认识到天地间另有一种戾气、浊气存在，而为传染病的病原。古人这种把机体和自然环境联系起来看问题的方法，并不是唯心的，而是唯物的。

中医学认为：乙脑是一种暑邪所致的疾患。中医学文献中，有以下一些记载，《素问·六元正纪大论》说："在天为热、在

地为火、其气为暑”。《素问·热论》说：“先夏至日者为温，后夏至日者为暑”。《温病条辨》说：“暑兼湿热”。因为夏至以后的气候温度增高，湿度增大，适宜于蚊子的生长繁殖。蚊子常在晚间出来活动，人们喜欢露天乘凉，增加了蚊子和人们的接触；同时蚊子胃内原吮的血液吸收加速，提高了蚊子体内的毒素，缩短了下次吸血的时间，这就造成了乙脑的流行。一般地说，越是南方，发病越早，如长沙、武汉等地，7月份病例最多；北京、天津等地，8月份病例最多；在东北则9月份病例最多，说明了本病与地理气候有密切关系。《温病条辨》说：“暑痉，俗名小儿急惊风，惟暑月最多，盖小儿肤薄神怯，经络脏腑嫩小，不耐三气发泄”。这与乙脑的发病率以小儿为多，是相同的。因为小儿肌肤薄弱，没有对本病的抗病能力，所以感受性特别强。雷少逸说：“伏天所受之暑，邪盛则发于当时，邪微则发于秋后”。这说明了本病在伏天发病的多，死亡率高，是由于病毒的毒性高，传染力大；在秋后发病的减少，预后多良，是由于病毒的毒性降低，传染力减少的原故。

二、中医对流行性乙型脑炎的治疗

根据中医学对乙脑的认识，系因暑邪为患，暑黄湿热，治疗就要针对暑邪，分清湿重、热重、在卫、在气、在营、在血，及舌苔润燥、口渴不渴、手足冷热、痰多痰少、大便溏硬、小便通涩等情况，进行辨证论治。

初起邪在卫分，症见发热头痛、呕吐无汗、舌苔白腻者，为湿重，宜芳香清化，用新加香薷饮加薄荷、青蒿、藿香、蔻衣、杏仁、六一散之类；症见发热头痛、口渴无汗、舌苔黄薄者，为热重，宜辛凉宣解，用桑菊饮或银翘散之类。轻型病例，于津津微汗之后，诸症悉减，尚不了了者，用清络饮或竹叶石膏汤，以清余热。重型病例，高热不为汗减、头痛剧烈、烦渴大汗、脉洪大

用，就退居于次要的地位了。治疗的手段，不在于致病因子的取消，应当积极提高生理的抵抗。中医的这些治疗方法，基本上与巴甫洛夫学说的精神是相接近的。

三、治疗流行性乙型脑炎中的几个问题

1.关于中西医协作问题：在治疗乙脑过程中，中西医互相协作是很重要的。多年来实践的经验证明，中医治疗乙脑，虽有较好的疗效，但当病人昏迷缺氧，或牙关紧闭不能进食，或喉间痰鸣，马上有窒息的危险时，如果没有西医的配合，给予吸痰、输氧、鼻饲等急救措施，虽有很好的方药，也是没用的。反过来说，如果单靠急救处理，不配合中药整体治疗，也是不能奏效的。因此，在治疗本病时，中西医必须互相协作，发挥各自的长处，才能取得更好的疗效。

2.关于辨证论治的问题：辨证论治，是中医治病的特点。在临床上，必须正确的掌握辨证法则，才能灵活的使用各种方药。有人提出：本病禁汗、禁下、禁利小便，因汗、下、利，都有伤阴之弊。本人认为，病人发热自汗的，当然不可发汗；大小便通利的，当然不能再用泻下、利尿的方药。但如病人发热无汗，辛凉解表之剂又在必用；如大小便结涩，缓下、清利之药又不可少。假若当汗不汗、当下不下、当利不利，反会姑息养奸，必致病变不测。所以，关键在于用得当与不当而已。至于辛温刺激的药，则应该禁忌。

3.关于冷敷降温的问题：根据《内经》："饮之寒水，衣之寒衣"的理论，当病人高烧的时候，用冷敷降温是可以的。但冰的刺激太强，不如用民间的黄泥冷罨法，也可收到降温的效果。但据张仲景的说法，"病在阳，应以汗解之，反以冷水噀之，若灌之，其热被却，不得出，弥更益烦，肉上粟起"也很有道理，因为皮肤受到冷的刺激，会使体表毛细血管收缩，竖毛肌和汗腺

都收缩，故肉上粟起，体温不能随汗液蒸发，其热被却，不能放散，故弥更益烦，并有使高烧不退的弊害。这两种说法究竟何所适从呢？本人认为：在病人高热有汗的情况下，可以用冷敷降温；如高烧无汗，或大便泄泻时，就应该禁用。

4.关于使用镇静剂问题：中医认为疾病的过程，是一个邪正相争的过程，如果用镇静剂来抑制大脑的活动，就会降低机体的斗争力，不利于战胜疾病。因此，各地中医根据1956年石家庄治疗乙脑的经验，主张不用镇静剂。本人认为，当脑膜刺激征明显时，可暂时用镇静剂，以保护大脑，如症状有了缓和，就不宜滥用了。根本的治疗，还是要从整体出发，积极提高机体的抵抗力，抑制病邪的发展，因时、因地、因人制宜，才能达到治愈的目的。

5.关于饮食的禁忌问题：中医认为：病人高烧的时候，不可强食肉类和谷类的食物。《素问·热论》："帝曰：热病已愈，时有所遗者何也？岐伯曰：诸病遗者，热甚而强食之，故有所遗也。……帝曰：治遗奈何？岐伯曰：视其虚实，调其逆从，可使必已也。帝曰：热病当何禁之？岐伯曰：热病少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也"。高热病人，如果勉强给他多进食物，不但不能补充营养，增加抵抗，而且对病人还有妨害，因为谷类和肉类，都是供给热量，产生体温的原料，病人还没有到恢复阶段，增加热量，适足以助长病邪，得到相反的结果。

6.关于病人的护理问题：除参照有关乙脑护理常规外，还必须适应中医治疗的特点。如辛凉解表的药，需用武火急煎；滋养阴液的药要用文火慢熬。病势严重的，日夜都要给药；病势较轻的，夜间就不需给药了。给药的次数和分量，都要根据病人年龄的大小、病情的轻重酌定。饮食方面：如在病势进行期，可给豆浆、牛奶、梨汁、蔗汁、西瓜汁、果子露等饮食；如在病势减退期，可给豆浆、牛奶、鸡蛋、藕粉、百合粉、麦乳精、果子露等饮食；如病体已达恢复期，可给豆浆、牛奶、稀饭、面条、鸡

蛋、肉泥、麦乳精、果子露等饮食，少吃多餐。病人如有关节强直，或手足拘挛等后遗症，可用酒精涂擦关节，帮助活动，其余针刺按摩，均依医嘱行之。

“冠心病”的病因可归纳为劳逸不当，恣食膏粱厚味，或七情内伤。但这些因素，并非可使人人罹患此病，而是决定于正气之盛衰，“正气存内，邪不可干”，正气虚则上述因素才起作用。正气内虚包括五脏之虚，但本病是因心阳亏虚，心阴受损，以致“心痹者，脉不通”，痰瘀痹阻心络而成“冠心病”。心与五脏关系非常密切。如高血压心脏病，往往先有肝阳亢盛，再影响到心，而肝的病又多先由肾阴虚衰，水不涵木所致。此外，与命门亦有关系。如症见休克、阳气衰竭、脉微欲绝，这不仅是心阳衰，命门之火亦衰。心阳虚可用独参汤，甚则用参附汤，命门火衰则以四逆加人参为宜。心与肺的关系，肺为相傅之官，主治节，为心主血脉之助。脾为生痰之源，所以“冠心病”痰阻之证与脾的关系最为密切。

根据上述理论，对“冠心病”的辨证如下：

1.心阳虚（兼痰或瘀）：胸闷，心痛，心悸，气短，面色苍白或黯滞少华，畏寒，肢冷，睡眠不宁，自汗，小便清长，大便稀薄，舌质胖嫩、苔白润，脉虚或缓滑或结代，甚则四肢厥冷，脉微细或脉微欲绝。

2.心阴虚（兼痰或瘀）：心悸，心痛憋气或夜间较显著，口干、耳鸣、眩晕，夜睡不宁，盗汗，夜尿多，腰痠腿软，舌质嫩红，苔薄白或无苔，脉细数而促，或细涩而结。

3.阴阳两虚（兼痰或瘀）：既有心阴虚证，又有心阳虚证，同时兼痰或瘀。

4.痰瘀舌脉辨证：舌苔厚浊或腻，脉弦滑或兼结代者，为痰阻；舌有瘀斑或全舌紫红而润少苔，脉涩或促，结、代者，为瘀闭；若两者合并则为痰瘀闭阻。此证可并见于上述三型，不论因痰因瘀，心绞痛都较明显严重，或痛有定处，一般瘀的疼痛比痰的疼痛为甚。

三、论治的体会

关于本病的治疗问题。《内经》说："背为阳，阳中之阳心也。"汉代继承这一论点，《金匮要略》论胸痹，认为阳气虚于上，痰湿等阴邪乘虚干扰而成病，治疗强调温阳除痰（湿）以恢复胸中阳气。其治胸痹诸方从栝蒌薤白白酒汤到薏苡附子散，都是针对阳虚的（笔者选用温胆汤加党参正是根据《金匮要略》这一论点）。从临证实践来看，只知阳虚不知有阴虚是不全面的，但我认为，心有阴阳两方面，而心阳则是这对矛盾的主要方面，即使是心阴虚，亦往往宜加补气之药。故本病心阴虚型我们常用生脉散加味即根据这个道理。正如肾有阴阳，而肾以阴为主，补肾阳，往往在补肾阴的基础之上是同一道理。

至于治标与治本的问题。急则治标，缓则治本，先攻后补，先补后攻，攻补兼施，攻多补少，攻少补多，宜根据具体情况，具体分析，具体处理，切忌一攻到底与只识补虚而忽视疏导痰瘀。

常用的方药如下：

1.心阳虚：一般用温胆汤加党参（竹茹10克、枳壳5克、桔红5克、法半夏10克、茯苓15克、党参15克、甘草5克），此方对于期前收缩而舌苔白厚、脉结者，有较好的效果。若心阳虚而兼瘀者，用四君汤加失笑散2克～5克冲服。若阳虚而心动过缓者，用补中益气汤或黄芪桂枝五物汤加减。若阳气虚，四肢厥冷，脉微细或脉微欲绝者，选用独参汤、参附汤或四逆加人参汤（参用吉林参、高丽参或西洋参），选加除痰和祛瘀药。

2.心阴虚：一般用生脉散（孩儿参18克、麦冬9克、五味子9克）为主方。心动过速者，加玉竹、柏子仁、丹参；期前收缩脉促者，加珍珠层粉2克冲服。心阴虚兼痰者，加栝蒌、薤白；兼瘀者，酌加桃仁、红花，或三七末2克冲服。

3.阴阳两虚：用温胆汤合生脉散，或四君汤合生脉散，或用炙甘草汤（炙甘草10克、党参15克、生地15克、阿胶6克、桂枝10克、麦冬10克、火麻仁10克、大枣四枚、生姜三片）加减。凡舌苔厚浊或腻者，不宜用炙甘草汤。

4.兼痰兼瘀：痰证为主的可于温胆汤中酌加胆星、远志或栝蒌、薤白之类，并按心阳虚、心阴虚加减用药，阴虚者可去法夏加花粉。瘀证为主，可用蒲黄、五灵脂、川芎、丹参、三七之属为主，并加入补益心阴心阳之药。

5.血压或血脂高：兼血压高者，于方中选加草决明、代赭石、钩藤、牛膝之属；若气虚甚之高血压宜重用黄芪30克。血脂高者，于方中选加草决明、山楂子、首乌、布渣叶之属；若舌苔厚浊者宜加用一些除痰湿之药。但无论血压高或血脂高，治疗之关键仍在于辨证论治。

6.急性心肌梗塞：（1）急性心肌梗塞多数病例都有较剧之心绞痛，故通脉止痛是抢救的第一着。一般可用冠心苏合丸1～2枚即嚼服；若阴虚或有内热者不宜用苏合丸，可用人工牛黄0.4克，冰片0.4克，麝香0.2克，同研末含服。（2）参芎汤：党参24克，麦冬15克，五味子10克，川芎18克，丹参18克，红花10克，陈皮2克，水煎服。若舌苔厚浊或为兼痰盛者，应加祛痰之药，如栝蒌、薤白、法夏等。若神志模糊者，是痰迷心窍，宜加石菖蒲12克，远志10克，或牛黄丸、至宝丹之类。若心源性休克，需加用吉林参或高丽参10～18克另炖服，并根据阴虚、阳虚加减用药。偏阴虚者，可用西洋参10～18克另炖服。

冠心病用药物治疗只是一个方面，在药治同时或药治之后，应注意饮食起居，以及精神生活方面的卫生，所谓起居以时，饮食有节，身心愉快等。此外坚持体育锻炼更是十分重要，体育锻炼宜采用柔和的运动（如太极拳、八段锦之类），不宜刚劲的运动。年过六十的患者，宜散步不宜跑步，慢跑亦非所宜。

分，因而也就有补通二法。《医宗金鉴·订正金匮要略注》中说："胸痹痛，……实者用枳实薤白桂枝汤主之，……虚者用人参汤主之（即理中汤），是以温中补气为主也。由此可知痛有补法，塞因塞用之义也。"

冠心病延宕日久，气血长期运行失畅，不能充养五脏，气化无力，阴、血暗耗，还可由实及虚，使本虚之体更趋虚弱。

无论是由虚致实还是由实及虚，都能形成临床上极其常见的本虚标实，虚实互见的证候，在治疗上必须兼以扶正以顾其本，否则会因正不达邪而使邪势留连，不易消退。

二、基本病因探讨

1.脾气不足、运化失司：脾主运化的功能表现在运化水谷精微和运化水湿两个方面。如运化水谷的功能失健，则气血生化乏源，以致心脉失养，造成心气虚或心血虚甚则气血两虚；如运化水湿的功能失健，则水湿停聚成痰，痰浊可随气上下，壅塞心脉。

2.肾气不足，命门火衰：张景岳说："命门为元气之根，为水火之宅，五脏之阴气非此不能滋、五脏之阳气非此不能发"。如肾阴不足，不能上滋心阴，则可致心阴不足；肝肾同源，水火既济，如肾阴不足造成肝阴不足，水亏火旺，则可致阴虚阳亢；如肾阳不足不能温煦心阳，则导致心阳不足，寒从中生；肾藏精，精化生气血，如肾虚封藏不足，气血生化乏源，可致心脉不充，气血两虚；肾为水脏，命门火衰，水不能自制，则泛聚为痰。

人体是一个有机的整体，脏腑功能减退的表现是"五脏皆衰"。冠心病的发生虽和其他各脏腑也有一定的联系，但根本在脾、肾二脏。肾为先天之本，脾为后天之本，心主血脉，气血的盈亏，不离先天后天，所以心脉的盛衰与脾肾二脏是息息相通的。

性走动，可使补而不滞。并据《内经》“津液和调，变化而赤为血”之说，以寸冬、五味子养阴生津，滋液化源，茯苓启运中州以健脾开源。

3.调补心脾法：脾生血，心行之。血脉的运行虽为心气所主，然也须得助于脾气的生化传输。老年人脾胃相对虚弱，偶有过食或不耐厚味而损伤脾胃，常因生化无力而致血少脉虚；如心神、心营、心气经久而伤，又可使脾土失运。古人说母病传诸子，子能令母虚，因而形成临床上常见的心脾两虚证。由于气虚血少，心脉失养而见：惊悸怔忡，失眠健忘，乏力肢倦，嗳气纳少，腹胀便溏，面肢浮肿，舌淡胖，舌边常有齿印，苔白腻，脉细弱。处方：太子参、白术、茯苓、炙甘草、黄芪、合欢皮、夜交藤。此为协调心脾，补益气血之方。而气血之补，需从所藏、所生、所统以治，且重在所生——后天之脾气。此古人所谓壮子益母之意，乃治本之法也。方由归脾汤增删而成。为切合老年人的体质，取参、术、苓、草温文尔雅之性，而以黄芪之力助之。木香嫌其辛燥。经现代药理研究证明枣仁可引起心肌损害和传导阻滞，一般不宜为冠心病人所用。远志功在化痰，安神力薄，故另取夜交藤、合欢皮养心安神，且合欢皮又能舒肝和脾安养五脏，扶助身体正气。当归可酌情选用。

4.温煦心阳法：心阳不足系心气不足的重症。因此，心阳不足的冠心病人在有畏寒肢冷、腰痠膝软、小便清长、大便溏急、五更泄泻、舌淡苔白、脉沉迟等虚寒症的同时，还常见神疲乏力、短气懒言等气虚的症状。古人说：“心包相火附于命门。”心阳不足的根源乃是命门火衰，立方以桂枝、附子益肾中真火。《名医方论》说：“火少则生气，火壮则食气。”故不用肉桂而用桂枝，且桂、附的用量也不宜过大，其用意在于微微生火，以防过燥伤阴。另据张介宾所言“善补阳者，必于阴中求阳”之义取生脉散益气养阴，则“阳得阴助而生化无穷”。寸冬、五味子

又能反佐桂、附，使其温而不燥。整个方剂组成是：附子、桂枝、太子参、寸冬、五味子。

四、补法的活用

1.补法应用中的四宜一忌：对冠心病人使用补法，不但要切合病机辨证论治，还要有整体观念，即要考虑到体质状况。老年人多阴虚之体，又往往虚不受补，且不能补而助邪，故用辛热、味厚、滋腻等性猛、性粘和大补之品往往并不相宜，多以清补、平补、缓补、调补建功，谓之四宜。清补：方剂的组成是补中寓清、兼清，而不是一味呆补，使无恋邪之弊。平补：多选用性味平和之品，不用或少用大补、味厚、滋腻之品。缓补：根据病情和循序渐进的原则掌握补药的配伍和剂量，勿药过病所，操之过急。调补：补之本义旨在调整脏腑的功能，故用药应注意协调五脏之气。一忌：忌滥补，即补须得度。以上各方，看起来并不奇崛，但积吾数十年之经验，临床应用当中，如能注意方义的周全和配伍的精当，例如补不助邪、补不碍胃、补之能受等，用药恰到好处，亦可于平淡之中见奇效。

2.运用补法中的随证加减：以上所谈及的治疗法则，是冠心病治疗中的常用法则。了解这些基本大法是非常必要的，掌握它是为了能提纲挈领，执简驭繁。但冠心病的临床证候是复杂多变的，因此切不要以为冠心病的补法只是以上所说的三法，也不要以为这三法只适用于相应的三种证候。必须在掌握以上常法的基础上进而能随证变通，即所谓“知常达变”。例如益气养阴方（太子参、麦冬、五味子、旱莲草、女贞子）。合沙参、杞子、玄参化裁，可用于心阴亏虚证；合黄芪、炙甘草、山药化裁，可用于心气不足证；合夏枯草、黄芩、寄生、双勾藤、磁石化裁，可用于阴虚阳亢证。它还可以用于因痰湿郁热或瘀血化热，日久不愈而兼见气阴两伤的证候。又如补益气血方（太子参、寸冬、

五味子、黄芪、白芍、当归、茯苓）加制首乌、茯神，可用于养血安神；加郁金、丹参，可用于益气化瘀；加黄芪、赤芍，可益气通络；加制首乌、丹参，可养血化瘀。又如太子参、党参、人参等，可根据病情的轻重缓急、时令的变化，体质的差异而灵活选用。一言以蔽之，也就是我们常说的“法无定体，应变而施；药不执方，合宜则用”。

五、补法和通法的关系

冠心病既然是一种虚实互见的疾病，那么专攻、纯补的治疗方法都不尽相宜。一般地说，应补通兼施。考虑到老年人存在“虚不受补”和“不耐攻伐”的体质状况，在治法的运用上不能妄补（见虚即补）、乱攻（见实即攻），在方药的选择上不能急攻．峻补。古人有“用补药必兼泻邪，邪去则补药得力，一合一辟，此乃玄妙”之说，以防偏盛之害，反之亦然。

1.气虚、血虚兼血瘀：冠心病人虽都有不同程度的心脉瘀阻，但活血化瘀药多用或久用后病人易感到乏力少气，疗效不易巩固。所以我们不能一见瘀阻就活血化瘀。如气虚推动无力而致血瘀的，应补气化瘀，不补气则气虚越来越重可造成气血两虚。如血虚心脉失养而致血瘀的，应养血活血，此时如不养血而只知化瘀则可伤血，久之可使血虚越来越重，血耗津伤，继而又出现阴虚。在活血化瘀的同时，还应注意理气、行气，意在调整脏腑的气机，和理气血，去瘀生新。乱则不收，气血涣散，理则不乱，气机升降可归于正常，气血和顺，血脉自能达到畅通。

2.阴虚和瘀热、痰热：冠心病人的血瘀既可因寒而凝，也可因热而结。寒凝瘀久且可化热。凡热结而瘀或瘀久化热者，如仍用温通必然助热伤阴，应凉血化瘀，其意在于护阴。痰湿阻滞者也有寒热之分，凡蕴久化热者如仍用温化也必然助热伤阴，应予清化，其意在于保阴。由于治法运用得当，在祛邪的同时也做

到了护阴、保阴，达到了邪去正安的目的，这叫寓补于通，乃是补法的间接应用。

3.芳香开窍、辛热走窜药不可重用久用：芳香开窍之品，虽有宣痹通阳、辟秽回苏之力，但由于性温热善走窜，易动火耗气，伤及阴分。临床常见用苏合丸或苏冰滴丸或救心丹的病人，久服之后，渐次用量加倍方能缓解疼痛，可见芳香辛热之品，虽解痛神速，却病仍日进。如见胸痛难耐者，可姑且一用，以应急需，而有血燥气弱，阴虚火旺者应忌。

4.勿犯“虚虚实实”之戒：勿令伐过度失正，勿补之太壅助邪，医生应时时自戒。老年冠心病人既然以虚为本，虚实错杂，且又年暮，尤应谨察病机，分清主次，使补虚泻实各得所宜，不可急躁轻率。

总之，要补而不滞，滋而不腻，祛邪而不伤正，补虚而不碍邪，宜活血行气而不能破血耗气。

在治疗老年冠心病中系统地提出补法的应用，强调在分析处理邪正虚实关系时内因是变化的根据，外因是变化的条件，外因通过内因而起作用和“治病求本”的思想，以冀更好地发挥中医药对冠心病的治疗作用，使更多更好的新疗法和新方药问世。

（陈荣东整理）

治疗冠心病的经验

周　天　心

〔作者简介〕　周天心，男，63岁(1924年出生)，甘肃省榆中县人。17岁跟师学医，出师后在当地行医。1956年于甘肃省中医学校进修，留校任教至今。从医执教几十年来，由于勤奋好学，谦虚谨慎，力览各家医著，紧密结合临床，积累了较丰富的治疗经验，并敢于创新，尤专于内科、儿科，医德高尚，在当地享有一定声望。任教后除担任本校及校外中药、针灸、中医内科、中医儿科的教学外，并参加了《中医入门》、《新编中医入门》、全国中等卫生学校试用教材《中医儿科学》的编写工作，主编了西医学习中医班教材、《中医儿科讲义》及本校《中医儿科学》教材，还发表了数十篇论文。现任中医儿科副主任医师、中华医学会甘肃省中医学会理事、中国中西医结合研究会甘肃分会儿科学会顾问、中华全国中医学会甘肃省学会儿科分会理事长。

冠心病，是指胸痛彻背、心区满闷或心跳心悸、烦躁多梦，或失眠、头晕头痛、神疲气短，尤以胸痛彻背满闷感为特征，脉搏沉涩或间歇。本病常见于五十岁左右的男女，五十岁以上者尤为多见，男性多于女性，早期治疗者，预后均良好。

中医学无冠心病这一病名，临床上类似胸痹、心绞痛、惊悸、怔忡等证。现将本人的临床体验简介于下：

一、中医学对冠心病的认识

1.心脾阳虚，心血不足：心为血液循环及精神活动的总枢纽，《内经》中说："心主血脉"，"心者君主之官，神明出焉"。说明心为全身血液循环的主宰，也是一切智慧思维的源泉，血液充足，则心脏自安，血不足则心君亦因之不能自主，神气不得安宁，而成心神不安、常自觉心胸筑筑振动，休作有时等。又脾阳损伤，气血失于化源，或忧思劳心，或创伤、产后，以及一切失血过多、极度贫血者，亦多见此证。《济生方》中说："夫怔忡者，由心血不足也。"又《丹溪心法》说："怔忡者血虚，怔忡无时，血亏者多"。皆为心血不足所致，这一点古今医家，在认识上意见都是一致的。

2.阴虚火旺，气血上冲：肾为水脏，心为火脏，水升火降，水火相济，方可保持人体维持健康状态。如平日多思过虑，或房室不节，皆能令肾阴亏损，以致心火不能下降，肾水不得上升，水火不能互济，致心阳独亢，心阴不足，虚火妄动，而成心悸、心烦、多梦或失眠。

3.中阳不振，气血两虚：中阳者属于中焦，主要指脾胃的功能，脾胃为后天之本，气血生化之源，中阳振奋，则机体各脏腑组织得以气血濡养，维持不同的生理功能；中阳不振，则运化失职，形成气血虚弱之证。

4.心肾阳虚，气滞血瘀：所谓阳虚，其原因多由大病后失

至1年，其效果，一是稳定病情，不再急性发作；二是逐渐痊愈。还要注意工作环境，饮食营养，一般向愈的比较快。

本病除在临床根据辨证进行药物治疗外，还须自我调养，避免诱发因素，要求患者应从以下几方面注意：

1.对饮食须忌生冷质硬、肥甘油腻、辛热燥烈之食物。

2.坚持每天早起，进行适当体育锻炼；保持心情舒畅，精神愉快。

从其病因病机、治疗原则、分型论治简述个人浅识。

一、病因病机

《内经》中说："心藏神"，"心者生之本，神之变也"，"心者，君主之官，神明出焉"。"心主血脉，其华在面，其充在血脉"。这说明心是人体一切精神意识、生命活动的主宰，主持着全身的血液循环。心脏功能正常，则强健有神，面色红润，血脉充盛；心脏功能衰弱，则体倦神疲，面色皖白，血脉空虚。临床实践证明，绝大多数急性心肌梗塞患者，均具有以心脏为主的虚损特点，其中以肝郁脾虚者甚多。劳累与情志因素，为诱发急性心肌梗塞的常见原因。心脏虚损以先天禀赋不足，后天心气损伤、心阳虚脱、心血失养、心脉瘀阻为主，致使气血运行迟缓；肝郁则气滞，气滞则血瘀，可直接影响心脏和它脏的功能活动，所以，前人有称它为"五脏之贼"的说法；脾虚则水失健运，聚湿生痰，易于阻滞脉络气血运行；体力劳动与思虑过度，可伤心气耗心血；情志不遂，善怒多郁，失于条达疏泄，最易变生气血逆乱。诸如此类，心脏气血不足，气滞血瘀，痰湿阻络，加之劳累与情志因素，心脉痹阻骤然加剧，而成本病。

二、治疗原则

众所周知，急性心肌梗塞的病机实质为本虚而标实。所谓本虚，是指以心脏为主的全身气血不足，阴阳虚弱；所谓标实，是指以心脏为主的气滞血瘀，痰湿阻滞。无论本虚或标实，均可导致气血运行失调，血液循环障碍，造成心血失养，心脉痹阻，发生本病。本虚可以影响标实，标实也可以影响本虚，临床治疗忽略任何一方，都不能取得满意的疗效。这就要根据中医学的整体观念，去审因论治，权衡盈亏，调和阴阳。

急性心肌梗塞是心肌严重而持久的缺血所造成，改善心肌缺

数，舌质暗淡，舌体胖嫩，且有齿痕，舌苔薄白而腻，或厚腻而滑。证属脾肺气虚，痰湿内生，胸阳被遏，心脉闭阻。治宜益气养心，宽胸祛痰。方药：党参15克，麦冬15克，黄芪25克，远志9克，石菖蒲9克，全栝蒌15克，葶苈子15克，姜半夏9克，薤白9克，竹茹15克，丹参30克。

3.气滞血瘀型：主证为心前区剧痛如锥如刺，疼引肩背，胸闷气喘，唇甲青紫，两胁胀疼，舌质紫暗，或有瘀血斑点，脉沉弦而涩，或有结代。证属心气不足，心血亏虚，肝郁不舒，血运障碍，致使气滞血瘀，或血瘀气滞，心脉瘀阻。治宜养血化瘀，舒肝通脉。方药：当归15克，黄芪25克，女贞子30克，赤芍15克，鸡血藤20克，川芎9克，红花9克，郁金9克，石菖蒲9克，玄胡9克，姜黄9克，三七粉1.5克（冲服）。

4.心阳虚脱型：为本病的急危证型。并发心源性休克，心力衰竭，或严重心律失常者多属本型。主证为心慌气短，胸闷胸痛，甚至喘息不能平卧，面色苍白或紫暗，四肢厥冷，神志淡漠或烦躁不安，血压下降，脉微欲绝，或疾数或结代，舌质暗淡，舌苔薄白。证属心阳衰微，心气大亏，气血运行无力滞而为瘀，心脉失养，闭阻不通，呈现出“阴阳离决，精神乃绝”之象。治宜益气养心，回阳救逆。方药：丽参9克，麦冬15克，五味子9克，黄芪30克，制附子9克，肉桂1.5克，黄精30克，炙甘草6克。

四、急性心肌梗塞并发症的治疗

本病发生后，若延误病机，情志因素刺激，调护不周，气血瘀滞进一步加重，心脏损伤加剧，病情恶化容易发生并发症，最常见的是心律失常，心源性休克，心力衰竭三大并发症。这些并发证均为危及生命的重症，应采取中西结合治疗措施。本人仅从中药治疗方面介绍如下：

不安。

心，是有节律搏动的一个脏器，而在人的不知不觉中进行，乃属于生理正常范围，而不以病论。“心悸”的搏动，乃是失常的，没有节律可言的，它使人有明显心跳、心慌的感觉，并往往伴有胸满、气短等证，所以，属于病态反应。

心悸的原因，西医说法很多，从中医角度来讲，主要分为心虚失养，与心被邪干的两类。今不揣肤浅，分述如下，敬请批评指正。

一、心虚失养心悸

（一）心阳虚类

1.阳虚作悸：《素问·六节脏象论》说：“心者，生之本，神之变也。……为阳中之太阳，通于夏气。”是说心为生命的根本，而主宰神明的变化。心有这种功能也非偶然的，乃是它的阳气功能而决定的。大家知道，心属火脏，而又上居于胸；胸为阳，火亦阳，两阳相合，故心获“阳中之太阳”的称号。由于阳气主动，阴气主静，故心脏能不息的搏动，莫不以阳气而为先决条件。基于此，则心主血脉与神志，也无不与阳气的主导作用有关。如果离开了阳气，则心就停止了搏动，而血脉不流，神志消灭，也是不言而喻。

为此，凡各种原因，而伤了心的阳气，例如：治疗上的发汗过多；或者过服苦寒之品，而内戕阳气；或因年老阳虚，以及禀赋素弱等等，皆可发生心阳虚的心悸证。

心阳虚的心悸的特点，则是患者两手交叉按其心上，就是仲景说的“心下悸，欲得按者”。根据中医理论：“喜按为虚，拒按为实”，今望其喜按之象，则心虚之证一目了然，而无复可疑。同时，此证还往往伴有呕吐，与体疲无力，少气懒言等现象。其脉缓软无力，有时也呈结象，而舌质淡嫩、苔薄白，则与其证相

应。

治当甘温扶虚，以补心胸阳气。方用桂枝甘草汤：桂枝12克，炙甘草6克。

本方桂枝色赤又气味辛温，故能上补心阳之虚，而温养血脉之寒；佐用甘草，意在桂甘相合，使其辛甘化阳，益气暖胸，温畅血脉，俾心肌得养，则心悸自安。此方妙在药味单捷，又要一次服完，则药力专一，而直达病所，发挥疗效。

【病案1】《印机草》载马元仪治一妇，病经一月，而脉虚浮，自汗恶风，此卫虚而阳弱也。与黄耆建中汤一剂汗遂止。……越一日，病者叉手自冒心间，脉之虚濡特甚。此汗出过多而心阳受伤也。仲景云：发汗过多，病人叉手自冒心，心下悸欲得按者，桂枝甘草汤主之。与1剂良已。

2.阳虚心悸烦躁：若以上阳虚心悸，而又兼见烦躁不安等证，乃是阳虚而心神不潜敛的反映。

治应补心敛阳，镇静神气。方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤：桂枝6克，炙甘草6克，龙骨12克，牡蛎12克。

本方用桂枝、甘草温补心阳之虚；龙骨、牡蛎潜敛神气而镇静安心。

【病案2】宋君与余同居一院，时相切磋医学。一日宋忽病心悸，悸甚而神不宁，坐立不安，乃邀余诊。其舌淡而苔白，脉弦缓无力。余曰：君深夜写作不辍，而不知休息，日月相继，内耗其心，心阳虚浮，则神气不敛，故病心悸、烦躁。应摒弃笔砚之劳，而服甘温之药方保无虑。乃书桂枝9克，炙甘草6克，龙骨12克，牡蛎12克，仅服3剂而病愈。

3.心悸烦躁手足厥冷：夫阳虚之心悸，若下使肾阳亦虚，兼见烦躁而手足厥冷，脉沉而舌淡者，则少阴上下皆虚。

治当心肾同温，上下兼顾。方用茯苓四逆汤：茯苓12克，人参6克，炙甘草6克，附子12克，干姜6克。

则证见心中憧憧大动，头目眩晕，行路不稳，耳鸣如蝉，肢颤手麻，心烦少寐，舌则光红似锦，无苔可言，脉细而弦，或带结象。

治当滋阴补血，平熄风阳。方用三甲复脉汤：龟版15克，牡蛎15克，鳖甲15克，麦冬30克，生地30克，阿胶10克，白芍12克，炙甘草12克，麻子仁10克。

本方用大队有情之品，对滋阴熄风、功大力专。其中如阿胶之甘；龟版、鳖甲、牡蛎之咸，直走肝肾峻补其阴；又配以麦冬、生地、白芍大滋心肝之阴；麻仁润燥以通幽，甘草扶虚而化赤，诸药配合，相须相成，共奏息风定悸与抽坎填离之功。

【病案6】郑××，男，58岁。素有高血压病史，一日因搓干辣茭的辣气透鼻，即觉头甚晕，继而心悸不休，从此，不敢在田埂上行，不敢靠近床边睡，违之，则有跌倒之虞。视其舌红绛而无苔，切其脉弦细而结。从其脉证分析，辨为心阴虚，阳动化风之证，则已非补心汤所能已。方疏三甲复脉汤而加芍药、坤草、牛膝等血分药，服至廿余剂，其病方瘳。

（三）心之气血阴阳两虚类

1.心脾气血两虚：此病由于思虑过度，或在亡血之余，心脾气血两虚，不能奉养心主，则发为心悸。并伴有周身无力，饮食不馨，精神恍惚、甚或健忘等证。其脉濡缓无力，面、舌色白、而天然不泽。

治当温补心脾，气血两顾。方用后世归脾汤：白术10克，人参10克，黄芪10克，炙甘草10克，当归10克，茯神10克，远志6克，炒枣仁12克，龙眼肉12克，木香3克，生姜3片，大枣3枚。

本方用白术、人参、黄芪、甘草补心脾之气；当归、龙眼肉补心脾之血；茯神、远志而有宁心之妙；炒枣仁则补肝安魂，有

二、心被邪扰作悸

心被邪扰作悸，大致有四种情况可以发生：

1.因惊作悸：《素问·灵兰秘典论》说："心者，君主之官也，神明出焉。"据王冰注："任治于物故为君主之官，清净栖灵故曰神明出焉"。若一旦突然受惊，则神浮气乱，心主不能自持，因而产生心悸之证。此证的特点，心悸不安，胆小善畏，睡则做恶梦，惊叫而醒，身出虚汗，六脉弦而小数，或见动脉，舌苔薄白而润。

治当安神定惊悸，补心养正为允。方用朱砂安神汤：人参9克，龙齿12克，珍珠母30克，茯神10克，远志6克，炙甘草6克，当归10克，另研朱砂粉1克（分冲）。

本方用人参、当归以补正安魂；龙齿、珍珠母潜敛心神内返；茯神、远志有宁心安神之功；炙甘草补心脾而和血脉；朱砂镇惊定悸而使神清梦稳。

【病案9】陈学生，11岁。读书不用功，贪玩耍而又淘气。一日触动父怒，诃责之余，又加打骂，因而受惊，心慌神乱，每睡不久便从梦中惊叫而醒，见人则两手抱持不放，两眼发直，观其症状使人为之焦急。切其脉弦而驭，印堂呈青色，肌肉时颤，余知惊而伤神之证。乃用小剂朱砂安神汤，又吞服牛黄镇惊丸而愈。

2.痰热扰心作悸：此证每因气郁不畅，积久化热生痰，痰热相因，则犯胆扰心，发为心悸之变。此证的特点：有口苦、呕吐、心悸且烦，胆小善畏；或兼见"三幻"症状（即幻视、幻闻、幻觉），脉弦而舌苔白腻为验。

治当清热化痰，以定惊悸。方用温胆汤：半夏12克，茯苓12克，竹茹12克，生姜12克，枳实9克，橘皮9克，甘草6克。

本方半夏、竹茹清化痰热之邪；橘皮、枳实利气行津，以散

两月，病情未减。症见：心前区疼痛，心悸、憋气，自觉有气上冲咽喉，则气窒息甚，周身出冷汗。脉弦而结，舌淡苔白。证为水气凌心，则心悸而动，故脉弦而结；阴霾上布，阳气受病，故头晕而胸满憋气也。乃用苓桂术甘汤，并间服真武汤，使降冲利水，与驱寒消阴相互为用，仅服十余剂，则其病转安而出院。

苔，舌下静脉紫黯，脉结。

辨证：心血瘀阻。

治法：活血祛瘀。

治疗经过：拟加味活络效灵丹，日服1剂，6剂后心悸、气促大减，乃停服狄戈辛，继服6剂。月余后复诊，自诉停服狄戈辛月余，不但无不良现象，且心悸、气促比以前继续减轻，近期疗效满意。

【病案3】 黄××，女，21岁。

患者于1964年患风湿性关节炎，1966年觉心悸、气促，且日渐加重，1968年曾经广州某医院检查，诊断为风湿性心脏病。1971年12月8日因心悸、气促加剧而入院治疗。

症状：面色萎黄，神疲，心悸、气促、胸闷，头晕眼花，全身乏力及四肢各大关节游走性疼痛，夜睡不宁，不能平卧，梦多，舌质嫩红苔少，舌下静脉略为紫黯，四肢欠温，四肢关节未见红肿，脉沉细数。

辨证：心血瘀阻、气血虚弱。

治法：活血祛瘀，益气养心安神。

方药：血府逐瘀汤加减：当归9克，川芎6克，赤芍12克，生地15克，桃仁9克，红花6克，丹参12克，牛膝9克，枳壳4.5克，杞子9克，甘草4.5克。

天王补心丹（汤）加减：太子参15克，麦冬9克，柏子仁12克，熟枣仁15克，当归15克，川芎6克，熟地15克，炙甘草6克，茯苓12克。

以上二方为基本方，交替使用，日服1剂，根据病情需要，适当加减。

12月22日复诊：自觉诸症减轻，夜能平卧安睡，精神增进，面有华色，脉细缓。继续按前法治疗，病情逐步好转，自觉心悸、气促、胸闷等症消失，可短途走路、上坡，能负重50～60市

斤，亦不感心悸、气促。乃于1972年1月14日出院。

按语　病例1病情较重，气血虚弱较甚，虽舌无瘀点，舌下静脉未见紫黯，惟唇甲紫绀亦属血瘀之征，故拟双补气血、养心安神之归脾汤与活血祛瘀力较强的加味活络效灵丹交替服食，坚持不懈，远期疗效较为满意。病例2因体质尚好，故纯用活血祛瘀法，且收效亦较快。病例3病情较病例1轻，虽舌下静脉略见紫黯，但无唇甲青紫之象，故拟天王补心丹（汤）与血府逐瘀汤加减，交替服食，亦收异曲同工之效，虽病例2、病例3未能追踪随访，但近期疗效尚属满意。

五、几种并发症的处理

在本病的过程中，若调治不当，可出现下述的并发症：

1.脾肾阳虚水肿：多以下肢及腹部较为明显，甚则喘促不能平卧，并兼见脾肾阳虚的见症。宜转用温阳利水、益气健脾法。可用真武汤、五皮饮、五苓散等方化裁（如：熟附子、苓皮、腹皮、姜皮、陈皮、白术、白芍、桂枝、党参之类）。

2.血瘀头痛，甚或肢体瘫痪、言语不清：本病的主要病理既为心血瘀阻，而“心主血脉”，“脉者，血之府也”；“心藏神”，“脑为元神之府”。故心与脑的关系密切，倘本病日久不愈，正气日虚，亦可致瘀血上阻脑络而引起剧烈的血瘀性头痛，甚或肢体瘫痪，言语不清等症。其治法虽仍不离活血祛瘀，辅以调节阴阳。惟瘀阻于头，则宜于活血祛瘀剂中，重用温通升散之川芎（每重用至30克）为引药。若风寒偏胜者，配细辛；湿邪偏胜者，配羌活；若兼阴虚阳亢者，配生地、菊花之类以为制约，每收良效。

3.阳虚欲脱：主要表现为面白神疲，大汗淋漓，四肢厥冷，唇甲青紫，舌淡白或暗嫩无苔，脉微欲绝等症。此时已属心阳衰惫，阳损及阴，阴阳行将离决之危候。宜急用四逆汤合桂枝甘

癫狂的辨证论治

李 聪 甫

〔作者简介〕 李聪甫，男，82岁（1905年出生），湖北省黄梅县人。于1918年赴九江赵恒兴药店当学徒，并攻读医书，1922年返故里谒县城名医石椿山先生渡师三年，此后即独立应诊，1930年悬壶九江。后流寓三湘七泽之间，1946年春初，辗转来长沙定居，开展医业。曾任湖南省立中医院院长、省中医进修学校校长。从事中医事业60余年，对内、妇、儿科有较高的造诣，尤对脾胃学说有较深入的研究和阐发。主要著作有《麻疹专论》、《中医生理学之研究》、《李聪甫医案》、《李聪甫医论》，主撰《脾胃论注释》卷上和卷中，获全国科学大会奖状。曾任湖南省中医药研究所所长、湖南中医学院副院长。研究员、中央卫生部医学科学委员会委员、中华全国中医学会常务理事、全国中医学会湖南分会会长名誉会长等职。

狂证与癫证，是一种病机两种病态表现的病证。一因“屈无

乏，沉睡不起。家人惶惧相告。因为“心怵惕思虑则伤神，神伤则恐惧自失”，服药后，神有所藏，任其沉睡，勿使惊醒。原方去乳香、天麻，加麦冬、郁金以助肺阴。服至十余剂，意识渐清，能辨亲疏。六脉沉缓和匀，舌淡红，目正视，口知味，调理数月，未复发。

三、小　结

癫狂虽属一病而表现之证各殊，故治则亦有别。狂证病在上、取之下，抑阳济阴，治其实，先泻阳明之火；癫证病在阴、取之阳，从阴引阳，治其虚，先安心主之神。然而，癫证与狂证在一定的病变中，可能互相转化。有初起狂躁的狂证转为痴呆的癫证，所谓“狂者意不存人”；亦有初起忧郁的癫证转为妄动的狂证，所谓“癫疾者疾发如狂”。二者皆由五志过极、七神所伤，证有偏实偏虚之辨。大抵狂证多实，癫证多虚，在治疗过程中，狂为火暴于外，癫为火郁于内。狂证若实中有虚者用朱砂安神丸（生地、当归、朱砂、黄连、甘草）、服蛮煎（生地、麦冬、芍药、石斛、茯神、陈皮、知母、丹皮、木通、九节菖蒲）；癫证若虚中有实者用集验龙脑安神丸（龙脑、麝香、牛黄、犀角、人参、茯神、麦冬、桑白皮、地骨皮、朱砂、甘草、牙硝、金箔）之类。故无论癫证与狂证，虚实之辨不可不细。

更有蓄血证，热结膀胱，小腹急满，小便自利，其人如狂，与狂证似同实异。但蓄血狂躁有定时，妄动少气力，治以桃仁承气汤。曾治一妇分娩后1天，恶露不下，发热谵语，目赤妄见，扬手掷足，狂躁不安。断为产后蓄血。仿傅青主“败血攻心”证之治法，用当归、川芎、生地、蒲黄、丹皮、荷叶为剂，一服恶露下，再服人事清。说明蓄血如狂而非真狂，恶血化而狂亦止，不比“诸躁狂越”的病态。又如胎儿癫疾，“得之在母腹中，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾”（《素问·奇

病论》）。认为妊娠中因惊，母气传子而得癫疾，此属先天遗传病征，在《内经》早有论据，所以孕妇七情受病都可以影响胎儿的发育和健康，故“胎教”学说是中医妇科理论的主要组成部分。

顽固性失眠症治验

何 世 英

〔作者简介〕 何世英，男，75岁（1912年出生），天津市人。早年自学中医，1936年毕业于华北国医学院并悬壶于天津。1956年任天津市立儿童医院中医科主任，1981年兼任天津市卫生职工医学院行政领导组成员兼中医部主任。毕生致力于中医内科和儿科。著作有《儿科疾病》、《何世英儿科医案》、《历代儿科医案》及《医论选读》。现任天津市立中医医院总顾问、主任中医师及天津市中医学会会长、中华医学会天津分会副会长、天津市科协常委、全国中医脑病学组组长。

【病案】 郭××，女，50岁，工人。1983年6月9日初诊。

患者顽固失眠半年。于10余年前野外旅行中突感心慌，经心电图诊为心动过速。此后每遇劳累则复发，经治疗好转。由于反复发作，因而精神负担较重，常致失眠。近半年来经常彻夜不眠，

有时只能入眠1～2小时，但也被恶梦惊醒。由于长期失眠，每天都感头晕、头重、精神不振，食欲不佳，服各种西药安眠剂均无效。

来诊时证见：面色不华，舌质稍淡、苔白腻，脉细而弱。查心前区触之无猫喘，心率80次／分；心界不大，心音清，律齐，于心尖部可闻Ⅱ级吹风样收缩期杂音及隆隆样舒张期杂音。胸片：符合二尖瓣型风心病X线表现。

辨证：心气不足，心阴亏损，胆虚不眠。

治法：养心安神。

处方：茯神12克，丹参10克，生龙齿15克，竹茹10克，陈皮10克，麦冬12克，远志6克，炙草5克，酸枣仁15克，3剂。

6月12日复诊：服上药第一剂，夜可入睡，连续3天均如此，且很少作梦。精神好转，紧张心情略减，头晕头沉重减轻，纳食稍增，苔腻已不著，脉细略数。治已初效，仍按原方加党参10克，9剂。

6月23日三诊：汤药共服12剂，每夜均能睡6个小时以上，很少作恶梦，心情较佳，面色转华。纳量显增，头晕、头重、心烦心悸等均消失。自服中药后，一直未用西药安眠剂。疗效益彰，不宜更方，照原方再进，仍每天1剂。

7月4日四诊：一般情况均好，睡眠始终安谧，为了方便，患者要求改服丸药，仍照原方不变，配丸药，加蜜每丸9克重，早晚各服1丸。

7月28日五诊：所配丸药已服2周，效果一如汤药，近日炎暑闷热，也照样睡眠如常。患者一般情况均好，心情较愉快，兴致勃勃地特将疾病见好情况，来做详告。

按语　顽固失眠，中医称不寐，不寐轻则难以入寐，或寐而易醒，醒后难于再寐，也有似睡非睡寐而不安；重则彻夜不寐。

不寐的原因较多，如思虑过度，劳伤心脾，情志失调，所愿

不遂，阳不交阴，水火未济，阴虚火旺，肝阳扰动，或心胆气虚及脾胃、肝胃不和等，均可影响心神而致不寐。临床辨证有虚有实，如见多梦易醒、心悸健忘、神疲纳减、面色少华、舌淡苔白、脉细弱等，一般多属心脾两虚，治宜养心健脾为主。如有心烦不寐、咽干口燥、或梦遗滑精、舌红少苔、脉细数等，属阴虚火旺，治宜补肾壮水为主。如表现为虚烦多梦不眠者，属心肾不交，其有肾阴亏损，阴精不能上承而心火偏亢，失于下降，治宜益气养阴，交通心肾。如兼见神志不安、心悸易惊、睡则惊寤、脉弦细者，属肝胆不和、虚热内扰，治宜辅以镇惊安神。实证常见纳呆、胸闷、脘腹胀满、呃逆气滞、大便不畅、舌红苔腻等，属肝胃或脾胃不和，治宜理气解郁，和气安神为主。

总之，不寐的病因既多，病机也较复杂，它涉及到精神，气血，脏腑功能等各个方面的失调。

本例因情志不舒，思虑过度，劳伤心脾，导致心阴亏损，气血两耗，以致神不守舍，胆虚不眠。故初诊处方以丹参、麦冬、酸枣仁、远志、炙甘草养心，茯神、龙齿安神，伍以温胆汤加减，除烦入寐，而取得心神安谧之功。初诊获效，药力尚需加强，故复诊加党参补中气，益助心脾。不意从此长驱直入，疗效益彰。

尽人皆知，西药安眠既有效又服用方便，但顽固失眠长期服用安眠药，不仅逐渐失效，而且加大剂量则有中毒之虞。对顽固性失眠来说，即使加入大剂量，效果也往往不理想。

中药的安眠作用，一般为人们所不重视，甚至抱有怀疑态度。实际上，中药不仅有一定安眠作用，而且对顽固性失眠的疗效往往较西药满意，且长期服用并无副作用。只要按照辨证论治的特点，根据失眠的不同证候表现，采取不同的方法治疗，疗效还是比较满意的。

温少阴之经，以振肾之元阳。少阴与太阳相表里，少阴有患，事关密邻，故用麻黄温通太阳之经，以使少阴之邪从太阳外达。助以细辛（少阴本药）辛而能润，斡旋于附子、麻黄之间，正合《内经》“寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛，以辛润之”之旨。三药共济，呼吸相通，使温经而阳回，邪外出而真阳不损，以达温振少阴阳气之效，作为本方主药。但病已五六天，证情变化已较复杂，须有应证的辅佐药以治兼证，才能使主证更快的消除。故又辅以桑螵蛸、覆盆子补肾缩尿、固摄膀胱之气以保津液，与二地共济，以复肾阴而达“阴中求阳”之旨。西洋参扶正气、生津液、除烦渴、降虚火。紫肉桂温补肾阳，守而不走，引肾中虚火下而归元，以治口舌生疮之本。佐以黄连、连翘，清心解毒以治口舌生疮之标；生白芍酸敛益阴，既能配生熟地以生精复阴，又能柔肝以防肝火之动。更以木通（与生地合用）导心热下行而不伤阴以治口舌生疮之标邪，用为使药。诸药共达温助肾阳，益阴清心，引火归元之效。二诊时又佐以祛瘀生新之品，使阳复阴生、血足气壮，故很快痊愈。

【病案2】 荣××，男，52岁，已婚，售货员。1983年4月5日初诊，住院号13970。

因患门静脉性肝硬化，合并上消化道出血、腹水，于1983年2月22日入院，准备以手术治疗。3月30日由静脉输注血浆200毫升后，突发寒战、高烧，体温40℃，大汗淋漓，头痛目眩，口干，心悸，恶心呕吐，腹痛腹泻。血压60/20毫米汞柱，脉搏130次/分。化验血白细胞总数27,500/mm^3，中性81%，淋巴16%，单核3%。诊断为过敏性休克。立即使用苯海拉明、非那根、肾上腺素、地塞米松、多巴胺、阿拉明等进行抢救。至4月5日，休克已近1周，仍需用大量升压药维持血压。每500毫升液体中加5支多巴胺、4支阿拉明，滴速在25滴/分，血压才能维持在90/60毫米汞柱。体温36.8～37.5℃，口腔粘膜及舌面满布疱疹

脱痂以外，其余均愈合。休克已经完全纠正，现已转入肝硬化的治疗。

分析：此患者初起时头痛、发热、恶寒，知当时为伤寒、太阳表证，病已五、六天，太阳证已罢，但却出现了寒热往来，口苦咽干，胸胁苦满，默默不欲饮食、脉有弦象等典型的少阳证，知邪入半表半里，据于少阳经。少阳为阳木，邪据则枢机不利，阴阳失调。子病累母而又致肾虚不能摄固膀胱，故尿多而伤津液，津伤阴虚则虚火上炎，故口舌生疮。据此分析，知邪据少阳是为主证，肾虚、虚火上炎、口舌生疮，是为兼证。治疗少阳证的大法是和解，主方是小柴胡汤。如《医宗金鉴·删补名医方论》论小柴胡汤说："治伤寒五六日，寒热往来，胸胁苦满，嘿嘿不欲食，心烦喜呕，口苦耳聋，脉弦数者，此是少阳经半表半里之证，宜此汤以和解之。"故用小柴胡汤为主随证加减。方中以柴胡疏木达邪，使半表之邪得从外宣，黄芩清火，使半里之邪得从内彻，作为主药。半夏豁痰浊、降里气之逆，党参补内虚、助生发之气，为辅药。又配以生地益肾养阴，沙参生津液，以复阴津；连翘、黄连清心解毒，以治口舌生疮之标；紫肉桂补肾固本、引火归元，以治虚火上炎、口舌生疮之本；升麻、地骨皮升清阳、降虚火，为佐药。诸药共济，以燮理阴阳枢转升降之机。更以木通导心热下行（配生地为导赤散），使上炎之火，从小肠而去，为使药。共成和解少阳，益肾育阴，燮理阴阳，引火归元之剂，而取得满意效果。

二、体　会

1.这两例病人均由静脉输注同样、同量的血浆，而引起了过敏性休克，都出现了高烧恶寒、心悸、恶心呕吐、口腔溃烂、尿量增多等症状。西医对两例的诊断是相同的，所以抢救时选用的药物剂量及用药时间均是相同的。中医辨证则认为两例病情

述抽象而繁琐的按脏分型方式。事实上，在这种四脏症状混合存在的情况下，勉强以一个或两个脏腑来划分出一个病型，也是不切实际的。

在这种大脑皮层机能紊乱的功能性疾病中，其临床表现繁复多变，时轻时重，是可以理解的。然而其舌苔却并不如此，因为舌苔由胃气上熏而生，故区别舌苔的差异仍有一定实际意义。在本病临床中，最常见的有薄净、薄白和薄腻、厚腻的不同。例如消化功能紊乱的患者，舌苔往往呈现薄腻或厚腻。《形色外诊简摩》说："苔乃胃气之熏蒸，五脏皆禀气于胃，故可借以诊五脏之寒热虚实也"。又《灵枢·脉度篇》说："心气通于舌，心和则舌能知五味矣"。至于舌质，本病常见的可分为二类，即偏于心血不足的，舌质淡红；偏于心火上炎的，舌质红绛。故《察舌辨症歌》中曾有："若气血虚，淡红舌质"、"心火上炎、舌尖色赤"的记载。由此可见，舌与苔的表现与内脏的功能失调（特别是心），是有着密切的关系。按中医理论，心不藏神的原因有二：一由心血不足（正虚），一由宿滞痰火停留胃中（邪扰）。前者表现舌苔薄净或薄白，我就将它定为"单纯型"，后者常呈现舌苔薄腻或厚腻，就定为"夹杂型"。通过临床实践，认为这样的分型，在本病的治疗中，更有利于掌握方药的运用。

二、治　疗

精神因素在神经官能症的发病上起着重要作用，这是古今医家所公认的。中医则归属于心，《素问·六节脏象论》说："心者生之本，神之变也"。《灵枢·口问篇》说："悲哀忧愁则动心，心动则五脏六腑皆摇"。说明了心在人体的主宰作用，相当于现代医学中大脑的作用。中医所称心、肝、脾、肺、肾五脏的作用，并不仅仅局限于某一脏器的本身而言，通常是概括了一个系统的作用，从而也可以进一步理解这里所说的"心者生之本，神

之变也”及“悲哀忧愁则动心”等说法，显然是包括了大脑所主宰的高级神经功能活动在内。

西医对神经官能症的治疗，一般都给以利眠宁、安定等安抚剂，其目的是镇静过度紧张的高级神经活动而起到调整的作用。这种过度紧张的高级神经活动，按照以上所述是归咎于心的。因此，我认为中药对本病的治疗，同样亦可以一律运用安神补心的药物，从而冀其达到《灵枢·本藏篇》中所说的：“心坚则藏安守固”的作用。张景岳对此曾说：“寐本乎阴，神其主也。神安则寐，神不安则不寐”，所以本病在临床治疗上对睡眠的改善具有重要意义。此外，在治疗与本病症状有关的古代方剂中，如：治疗不寐、心悸、怔忡、多梦的镇心丹，治疗心神不宁、怔忡惊悸的养心汤；治疗不寐、梦遗、烦热、盗汗的天王补心丸，治疗心悸、不眠、短气、恶心、耳鸣、目眩、饮食无味、心虚烦闷、坐卧不安的十味温胆汤等，方中都有酸枣仁、远志、五味子、人参、茯神等补心宁神安眠的药物。此外又如：治惊悸、怔忡、心跳、善忘的琥珀养心丹；治思虑伤脾，脾不统血的归脾汤；治心神恍惚、睡多惊梦、小便频数、遗泄白浊的镇心爽神汤；治思虑恐惧、神志不宁、疲倦善忘、寐中多梦、盗汗遗精的琥珀定志丸等，其方中或多或少地也都有这些药物。这样，我就选定了其中的“镇心丹”和“十味温胆汤”两方，予以增减，作为治疗本病的基本方剂。凡是“单纯型”者概用“镇心丹”方；“夹杂型”者概用“十味温胆汤”，并根据患者的兼症进行加减。

1.单纯型：按中医理论，本型是心血不足而导致心不藏神，故不论其症状如何复杂多样，只要神经官能症的诊断一经确立，即根据患者舌苔的薄净或薄白，定为“单纯型”。在现代医学中，本型患者多属于神经官能症中的神经衰弱症，食欲往往较为正常，用镇心丹方加减治疗，常收显效。

方药：熟地12克，党参、天麦冬、淮山药、茯神、酸枣仁、

青龙齿各10克，五味子、远志各6克，灵磁石24克（注：原方有肉桂、茯苓、车前子，无灵磁石）。

加减：如舌质绛红者，将方中的熟地改为生地；舌质淡红者，将方中的天冬、麦冬，改为当归、黄芪。此外，可根据病情参照下列夹杂型随症加减。

2.夹杂型：临床症状与单纯型基本相同，但较单纯型更为复杂多样，如病人舌苔呈现薄腻或厚腻者，即为此型。按中医理论，是宿滞痰火停留胃中而影响到心不藏神的。《素问·逆调论》所说的“胃不和则卧不安”，即属此型范畴。在现代医学中，本型患者多属于神经官能症中的胃肠神经官能症和癔病等，患者往往胃纳呆钝。用十味温胆汤加减治之。

方药：姜半夏、茯苓、党参、青龙齿各10克，生地12克，酸枣仁、陈皮、远志、五味子、枳实各6克（注：原方有甘草，无龙齿，并将原方中的熟地改为生地）。

加减：头脑昏痛严重者，加珍珠母30克。伴食欲不振者，加刘寄奴15克（按：刘寄奴在古代文献中均作为破瘀活血、通经药用，唯《上海常用中草药》一书中载：治食积不消，我常用治食欲不振，临床效果尚好）。伴情绪悲观，易致哭泣者，加甘麦大枣汤（即甘草10克，小麦30克，大枣七枚）。胸闷胁痛，脘腹胀闷，噫气频作者，加枸桔李、制香附各12克。以上加味药品，按照兼症，两型之中均可加入，但上述兼症一般多见于夹杂型中。

此外，如伴有气从脘腹上升而致喉头梗塞感，即中医所谓梅核气症者，以十味温胆汤原方去熟地、五味子，加苏叶、厚朴各10克，及甘麦大枣汤，临床亦见显效。

三、病案举例

【病案1】　孙××，女，21岁，工人。

情绪不畅，导致失眠已1年余。目前每夜仅入眠2～3小时，

复加葱白作为反佐以通阳开闭 。二诊伏热有外达之势，但血分之热未撤，故继用生地、白芍、紫草、玄参以凉血；石膏、知母、竹沥以清热化痰安神。细究此案得力之处，在于初诊不单用凉遏之品。

4.平肝凉血泻火：《疫疹一得》曰："疫证循衣摸床撮空，此肝经淫热也。肝属木，木摇风生，风自火出"。厥阴禀风木而内寄相火，其合在筋。若邪热炽盛，内陷厥阴，耗灼阴津，则木失所养，动而生风，风火相煽，筋脉失濡，如是则癫疯昏愦，抽搐惊痫在所难免。此时唯以平肝泄邪，清热救阴为先务，俟其肝热清，肝阳平，木得柔和，则风熄痉止，神识聪慧。

5.温经达邪开窍：热病昏厥多以凉开为法，但湿邪、痰浊蒙蔽清窍时所出现的阴闭之证，则须赖逐寒开窍、芳香泄浊之剂以奏效。又如湿温患者，若禀体不足，无力托邪外出，而致清阳不展，湿蒙神机，呈现神昏、肢冷、舌淡、脉迟之象。如用清热开窍之品则罔效，须投温经达邪开窍之方，俾使病邪由内达外，由逆转顺。此为昏厥治疗变法之一。

【病案2】 王××，女，17岁。

湿温邪闭，病起6天，神昏痉厥，肢冷，面白，口噤，舌淡红，脉沉迟，尺泽部脉滑。治宜温经达邪开窍。全当归15克，赤芍、制半夏、鲜石菖蒲各9克，木通3克，北细辛0.9克，肉桂3克，茯苓12克，川厚朴1.5克，苏合香丸1粒（研灌）。服1剂后神清能言，面色红泽，舌红润，苔薄黄，脉缓。病好转。复诊，治当利湿逐邪，予温胆汤加薏仁、通草、益元散、石菖蒲、钩藤。服2剂后，略有寒热，邪从厥阴外达少阳，由逆转顺。继用柴胡、豆卷、秦艽、钩藤、通草、当归、白芍及二陈汤治之，服2剂告愈。

本案面白、肢冷、舌淡、脉沉迟等症，乃湿温病之变局。探昏厥之因系邪闭湿遏，正气不能外达所致，故用当归四逆汤合苏

生脉散益气生津，敛汗固脱；万氏牛黄清心丸开闭醒神。二诊时虽汗敛肢温，但仍有谵语撮空，类似下焦温病，真阴欲绝之证，故以加减复脉汤法扶元、养阴、熄风、清暑，一俟阴复，则昏痉之症自除。

肝硬化腹水的辨证论治与体会

方 药 中

〔作者简介〕 方药中，男，66岁（1921年出生），四川省重庆市人。1940年师事南京名医陈逊斋先生，1944年在渝行医。从事中医临床、教学、科研工作40年，对于中国医学理论，特别是经典著作有较高造诣，在统一辨证论治方法和步骤问题上尤多贡献，擅长于肝、肾病的治疗。主要著作有《中医基础理论通俗讲话》、《医学三字经浅说》、《辨证论治研究七讲》、《黄帝内经素问运气七篇讲解》、《松柏医话》、《辨证论治七步临床运用验案一百例》等。现任中医研究院研究员、中医研究院学术委员会委员、卫生部药典委员会委员、国务院学位委员会学科评议组成员等职。

一、简介中医对本病的一般认识

（一）关于本病所属范围问题

一般均先见全身虚弱症状，然后相继出现大腹青筋，小便不利的过程基本一致。

（四）关于对本病的诊断问题

对于本病的诊断，中医认为根据本病单腹胀大，四肢瘦削，大腹青筋，两胁下痞块等临床特点即可诊断。但中医一向认为本病预后极恶，属于不治之症，因此有“从来肿胀遍身头面俱肿者尚易治，如是单腹肿胀则为难治”，“鼓胀数年不死者，必非水臌，水臌之病，不得逾于两年”之说，临床上如合并高热或肢厥，腹泻便血，脉率不整等症征时，即为濒死前兆。因此又有“腹胀身热者死，腹胀寒热如疟者死，腹大胀，四末清，形脱泄甚为逆，腹胀便血，脉时大时绝者死”之说。

（五）关于对本病的治疗问题

对于本病的治疗，中医认识上不甚一致，有的主张用补法反对用攻法，因此有“凡治胀病而用耗气散气泻肺泻膀胱诸药者，杀人之事也”之说。有的则主张攻，认为非攻水不能取效，因此有“水臌之病，亦土不能克水也，方用牵牛，甘遂各三钱，水煎一服，则大泻水斗余，鼓胀尽消，此则直夺其水势而土得其平成矣”之说。近年来多数人认为对于本病的治疗，单纯补益或单纯攻消均不满意，主张在治疗时攻补兼施。在服药过程中古人今人均一致主张忌盐，提出了：“不能忌盐，勿服药，果欲去病，切须忌盐”的嘱咐。

二、临床体会

（一）关于预后判断方面的体会

古人认为本病属于不治之症，预后极恶，但个人认为：

1.如患者全身情况尚好，精神、面色、言语、呼吸、声音无明显异常，肌肉无明显消瘦者，近期预后良好，用药容易取效；反之，精神萎顿，面色晦暗发青，声低气微，肉脱腹大形如蜘蛛，

腹膨隆如鼓，腹壁静脉隐约可见，肝肋下3cm，质硬，脾肋下7cm，质硬，腹水征（＋＋＋＋），下肢有凹性浮肿，舌稍红苔薄白而润，脉弦细数，食道静脉造影提示食道静脉曲张。

诊断肝硬化腹水，臌胀。病在肝脾肾，证属气虚、血瘀、水停，以健脾、舒肝、活血行水法。处方：苍牛防己汤（苍白术各30克，川怀牛膝各30克，汉防己60克）嘱服6剂，每天1剂，早晚空腹服，忌盐忌碱。

1976年11月30日复诊：自述前方服6剂后，腹胀明显减轻，小便增多，饮食增进，检查腹转平软，腹水征（＋＋），脉弦细，舌稍红，苔黄腻。根据内经大积大聚，衰其大半和治病求本原则，改予滋肾养肝合以健脾活血行水法，拟丹鸡黄精汤合苍牛防己汤（丹参30克，鸡血藤30克，黄精24克，当归12克，细生地24克，夜交藤30克，苍白术各15克，青陈皮各9克，甘草6克，柴胡12克，郁金12克，薄荷3克，川淮牛膝各15克，汉防己30克）。

1976年12月7日三诊：自述前方服6剂，药后尿多，腹胀消失，精神饮食睡眠均好，已无明显自觉症状。检查腹平软，腹水征（＋），舌仍稍赤，苔白腻，脉弦细，拟方仍宗前旨酌加益气利水剂，用前方加黄芪30克，大腹皮30克。

1976年12月14日四诊：自述服前方6剂，情况好，饮食，睡眠，大小便，精神均好，无任何自觉症状。检查腹水征（－），脉沉细稍弦，舌稍红，苔稍腻。再嘱服前方12剂。

1976年12月28日五诊：一般情况好，无任何自觉症状，检查脉沉细小弦，舌平苔薄白，腹水征（－），嘱停药观察。

1977年8月15日据其妹反映情况，停药之后情况一直良好，精神、饮食、睡眠、大小便均调，无任何自觉症状，劳动如常。

【病案2】　汪××，男，47岁，教师，1972年4月20日初诊。

患者于1953年发现肝脾肿大，诊为班替氏病，1967年2月出

现腹胀尿少，检查腹水征（＋），诊断肝硬化腹水，来我处诊治，予服苍牛防己汤（苍白术各30克，川淮牛膝各30克，汉防己30克），服药1周后腹水即迅速消退，以后偶有反复时，再服此方，每次均能迅速恢复。因此患者，对于本病未以为意，坚持工作。1971年10月份以后发现常有低热，体温波动在37.5℃左右，未予重视，1972年3月忽然发热至38℃以上，肝区疼痛加重，腹胀尿少，遂于1973年3月9日去×医院住院治疗。住院期间检查肝大质硬，表面高低不平，同位素扫描提示肝占位性病变，碱性磷酸酶大于5.6单位，超声波检查可以除外肝脓肿，经专家会诊，诊断为肝硬化继发肝癌。住院治疗1个月零3天，曾用过各种抗菌素及中西对症药物，体温始终在39℃左右，腹水不退，医院对患者失去治疗信心，因此患者于4月12日自动出院来我处就诊。初诊时，患者体温39.0℃，腹胀气短不能平卧，左胸第三肋间以下叩浊，呼吸音减弱，肝大质硬，表面凹凸不平，腹水征＋＋，舌质嫩润，舌苔薄白，脉沉细数无力。

诊断为肝硬化，不除外继发肝癌，伴胸水及继发感染，水臌类症。病在肝脾肾，症属肝郁、脾虚、气滞、血瘀、水停、上凌心肺，拟疏肝、助脾、行水，佐以解毒清热法，予苍牛防己汤（苍白术各一两，川淮牛膝各30克，汉防己30克），桃仁四物汤（桃仁9克，红花9克，当归12克，川芎9克，细生地15克），升麻葛根汤（升麻15克，粉葛根15克，赤芍15克，甘草6克）复方再加柴胡12克、黄芩9克、雄黄面3克分二次冲服。服此方1剂后，患者即感小便增多，服4剂后，胸水征转阴性，腹水征转为可疑，体温亦降至38℃左右。再予三仁汤（苡仁30克，制杏仁12克，白叩仁9克，厚朴12克，法夏9克，木通9克，滑石30克，淡竹叶12克，再加升麻15克，葛根15克，桃仁9克，红花9克）6剂。药后体温下降至37.3℃，此时适逢因公离京外出，患者另外延医医治，医改用养阴清热解毒剂，体温又上升至38℃以上，

攻水法攻水。治疗前患者腹大如鼓，腹型大圆如蛙腹，腹围110cm，脉沉细，舌嫩润苔薄白，攻水方药用舟车丸，每天服一次，每次服4.5克，服舟车丸同时，每天服补中益气汤一剂，服药过程中，每天水泻7～8次，二十余日腹水完全消退出院。

肝硬化腹水的辨证论治

李 昌 源

〔**作者简介**〕 李昌源，男，71岁（1916年出生），四川省铜梁县人。1933年跟师学习4年，1937年考入成都国医馆，于1940年毕业，后在贵州毕节地区开业行医，1958年到贵州省中医研究所从事临床研究。1965年到贵阳中医学院从事中医教学和临床工作。在40多年的教学临床工作中，沥心钻研经典医籍，对《伤寒论》一书很有研究，曾在1982年南阳仲景学术会上发表过研究《伤寒论》的文章。临床经验丰富，尤擅长于诊治肝脏疾病，并发表中医诊治肝炎、肝硬化腹水等论文数篇。现任贵阳中医学院伤寒教研室主任、中医副主任医师。

肝硬化腹水，虽病情复杂，治疗较难，但并非不治之症。学习历代医家对本病的认识和治疗经验，个人在几十年的临床实践中，所遇病例虽未尽愈，但取得比较满意疗效者（腹水和自觉症

常，随访6年未见发作。

(二)虚证

本类证型多属患者体质素虚或腹水的晚期。正气极虚而邪气偏盛或不盛。其辨证要点是：体质较差，精神萎顿，语声低微，脉象细微。常见的证型主要有脾肾阳虚型和肝肾阴虚型。

1.脾肾阳虚型

主证：腹大胀满，纳呆食少，精神疲乏，面色萎黄不泽，形寒肢冷，小便清而短少，舌质淡紫，脉沉细。

治法：健脾温肾，佐以化气行水。

方药：附子理中汤合五苓散加减。

以脾虚为主者，可用茵陈理中汤加味，温中扶阳；以肾阳虚为主者，用济生肾气丸，必要时与附子理中汤交替使用。

【病案4】 徐××，男，46岁，营业员。

1977年3月住某医院诊断为“肝硬化并腹水”。经住院治疗5个多月无好转，来我院就诊。证见形体消瘦，面色萎黄，精神疲乏，语声低微，食欲不振，四末不温，腹胀如鼓，小便短少，大便稀溏，舌淡苔白，脉沉细。

证属阳虚水泛，气化不利，本虚标实，腹水量多，故先图其标，后治其本。首投消水丹以折其水，再以益气健脾，温阳利水之法标本兼治，方用茵陈附子理中汤合五苓散煎服。

上方加减连服1个月，腹水全消，饮食大增，二便正常。再仿前法施治，以巩固疗效。经过3个多月的调治，患者体重增加15公斤，面色红润，肝功能恢复正常，康复上班。追访5年未见复发。

2.肝肾阴虚型

主证：面色晦暗，口唇青紫，肌肤不泽，腹大胀满，胁肋刺痛，心烦口干，齿衄鼻衄，小便短少，大便秘，舌质红绛，少苔，脉弦细而数。

治法：滋肾养肝，佐以活血化瘀。

方药：一贯煎加减，或归芍地黄汤加活血化瘀之品。

若兼见邪蒙心包，神昏谵语者，配安宫牛黄丸清热开窍；若病情突变，大量吐血下血者，可选用犀角地黄汤加味治之；若肝风内动，四肢抽搐者，用大定风珠汤治之；若气随血脱，汗出肢冷者，急用独参汤扶元救脱。

三、体　会

1.本病虽大致可分为虚实两大类和5个证型，但仅是言其常。在临床上，虚实之间，证型之间不断转化，两个或几个证型兼夹出现的情况也是不少的。故在临证时一定要知常达变，随时注意邪正的消长和盛衰，既要抓主证，又要适当照顾兼证，切不可刻舟求剑，见症治症。

2.本病虽有偏气、偏血、偏水的不同，但总以正气虚弱，气、血、水内停，并互为因果为基本病理。故无论何型，都当酌情施以行气、逐瘀、利水之法。另外，本病多为湿热郁滞肝胆所致，且湿邪郁久必化热，故在辨证论治时，还当随时注意湿热兼夹的情况。

3.本病不能尽除，往往为邪气未尽。邪气不尽，可因湿热互结，瘀热互结而难以速除；也可因脏腑虚损、气滞、血瘀、水停不断产生，或二者兼有之，临证时应分别主次，恰当施治。另外，本病基本上属于本虚标实，虚实夹杂之证，故攻邪要顾虚，补虚勿忘邪。

4.腹水是影响气血运行和脏腑功能的主要因素，若不攻其水，则正气很难恢复，且补而不受。故个人在辨证分型论治的基础上，无论是虚证还是实证，总要依据病者的体质，恰当地投以消水丹攻逐其水，腹水一去，诸证便可缓解。但使用消水丹，一定要“中病即止”，“衰其大半而止”，切不可不顾正气而一

味蛮攻。

5.何种药物恢复肝功能最理想，尚待进一步研究，但余在临床中观察到，运用辨证论治之法消除主证后，肝功能也往往得到改善或恢复正常。

6.注意在饮食、精神、劳逸等方面的调护也很重要，务必向患者交待清楚。

治疗肝硬化腹水的体会

张 海 岑

〔作者简介〕 张海岑，男，70岁（1917年出生），河南省兰考县人。1938年在兰考县中医开业，1952年参加县医院诊疗工作，1958年调河南中医学院任教。毕生致力于肝病、高血压、经络等的研究。主要著作有《肝病》、《高血压的辨证论治》、《经络实质的研究》、《儒门事亲校注》等。曾任河南省中医研究所副所长，现任中华全国中医学会理事、河南分会心血管学会主任委员、研究员及河南省科学技术委员会咨询委员等职。

肝硬化一病，是临床常见的一种慢性进行性肝病，属中医“臌胀”病的范畴。也是风、劳、臌、噎四大疑难病之一。其临床症状，早在《内经》中就有记载。如《灵枢·水胀篇》说：“臌胀何如？岐伯曰：腹胀身皆大，大与肤胀等也，色苍黄，腹

胆原(±)、尿胆素(±)；凡登白直、间接反应均(+)；黄疸指数48单位；碱性磷酸酶28单位；血清总蛋白6.12克/dl，白蛋白2.9克/dl,球蛋白3.22克/dl；肝超声波检查呈密集微小波，腹水少量。此乃因外感湿热之邪,壅塞于肝胆二经,致隧道壅塞为病。治宜清热利湿，软坚化瘀。药用：①茵陈、栀子、黄柏、银花、连翘、大青叶、柴胡、当归、鳖甲、炮山甲、郁金、云茯苓、泽泻、甘草，水煎服；②鳖甲、龟版、穿山甲、皂矾、田三七，炼蜜为丸，每服6克，日3次。依上法加减治疗2个月，黄疸消退，肝功正常，仅右胁下刺痛出院。在家依法治疗20天，胁痛减轻，停汤药，继服丸药。1个月后自觉症状全部消失，继服三七粉2个月，三次肝超声波检查均为稀疏微波而停药。追访3年未复发。

二、疏肝解郁，尤重健脾益气

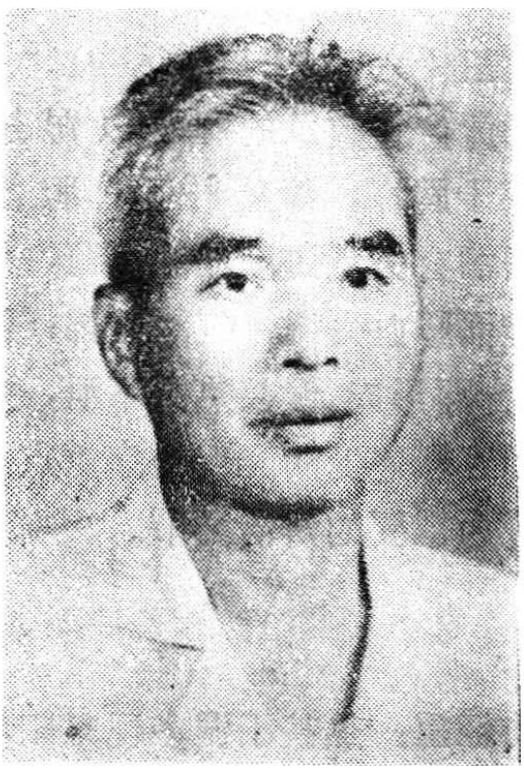
肝脾为子母之脏，肝气郁遏既久，必然尅制脾土。《金匮要略》所云“见肝之病，知肝传脾”，就是说明了这个道理。肝脾俱病，脾失健运，水谷精微不能很好地输布到其它脏腑，水湿不能转输排出体外，清阳不升，浊阴不降，清浊相混，阻遏隧道，也是形成臌胀的重要原因。临床上见到午后腹胀不舒，脘闷纳呆，腹泻便溏，乏力浮肿，均为脾胃虚弱，运化失职的症状。在治疗中，不可一味疏肝解郁，应注意肝病传脾的病机，重视健脾益气药物的运用。

【病案2】 黄××，男，44岁，工人。

患者于1977年8月患急性病毒性黄疸型肝炎住当地医院治疗，两个月后黄疸消退出院。在家不规则治疗2个月，因右胁下疼痛加重，腹部逐渐胀大，纳呆，大便溏薄等，于1977年12月来郑诊治。先后在河南医学院、黄河医院检查，确诊为肝硬化。1978年1月24日到本所就诊。观患者面色苍黄，消瘦，腹胀大如

病毒性肝炎的辨证论治与体会

巴 坤 杰



〔作者简介〕 巴坤杰，男，63岁（1924年出生），安徽省歙县人。曾祖巴菊仙，从事中医职业，颇负医名，巴幼承家训，深入钻研医学，早年行医兼任中学校医和教员，1952年参加公立医疗机构，1958年任教于安徽中医学院，从事医教工作40余年，对脾胃生化气血，为扶正之本；肝藏血为调节机能之要，有独特的见解。用药严谨，既不囿古，又不标新立异，常以简便灵验著称。并善治消化系统疾患，在中医理论方面也勇于探索。主要著作有《食物疗法》、《中医临床手册》、《方剂学问难》等，还发表了一些学术论文。现任安徽中医学院副教授、方剂教研室主任。

病毒性肝炎是由肝炎病毒所致的传染病。临床表现有黄疸型和无黄疸型之分，根据病程长短、结合病情轻重又有“急肝”“重肝”“迁肝”之别，肝硬化常为久病不愈之转归，是临床常

见病，至今尚无特效治疗。根据一病多证，本人从“黄疸”“胁痛”“臌胀”等范畴寻找前人经验，运用中医辨证施治，取得一定疗效。今将临床摸索的经验体会总结简述如下：

一、急性黄疸型肝炎

（一）病因病机

遵循“黄疸”范畴，围绕“黄疸”辨治，文献中《金匮要略》有五疸；《圣济总录》分九疸三十六黄；朱丹溪认为：“五疸不必细分，但以湿热概之也。”因此，黄疸总的病因以湿热为主，外为时邪侵袭，湿热蕴结，郁于脾胃，薰蒸肝胆，胆汁外溢，渗入肌肤而成。内以过劳和嗜酒有关，正虚湿热久蕴，使邪得乘虚肆虐。热郁使肝失疏泄，继而肝血失调，气滞血郁；湿困使脾不健运，中焦气滞；内外因相合而形成。湿甚热愈不泄，热盛湿更弥漫，互为因果，肝胆脾胃相互牵连受病。但治疗重点应抓住清泻阳明胃经湿热，作为一项极为重要的辨治环节。

（二）辨证

以下几点是本病的辨证关键：

1．辨黄疸色泽，分湿与热的轻重：热甚于湿多现足阳明胃经证候，胃为阳府，化热多见；湿甚于热多现足太阴脾经证候，脾为阴藏，湿困居多，其辨别有二：一是区分黄疸色泽：热盛呈鲜明透亮如桔黄色；湿盛呈暗晦不鲜如薰黄色。二是区分证候表现：阳明胃经热盛，多发热口渴，心嘈呕恶，腹胀便秘，小便不利，舌苔黄，脉弦数；太阴脾经湿盛，多脘痞纳减，腹满便溏，舌苔腻，脉濡缓。

2．辨急黄证型：受邪毒盛势猛，正气不支，可急速传入手厥阴心包络，酿成邪陷内闭之逆证，出现斑、黄、逆、乱，即广泛出血，深度黄疸，烦扰昏迷。朱丹溪谓“时行疫疠，亦能发黄，杀人最急”。现代医学称为“重肝”。其辨证分型有二：一以热

次，析其虚实。

1．肝郁：气郁于经多见胸胁苦满（胀痛）嗳气脘闷。化火横逆多见心烦易怒，口苦，尿黄，舌赤脉以弦、弦数为主，属实。因化火伤阴见眩晕咽干，低热，脉细数，属虚。因气滞而致血瘀，见肝脾肿大、肝掌、皮下血缕蟹纹、齿鼻衄血。脉多见弦细涩，属虚中见实。

2．脾困：有脾运失调与不健，困为气滞湿聚，见脘胀腹满，纳少便溏。虚为神疲乏力，气虚脉濡，以舌淡和苔腻鉴别。

（三）施治

以疏肝理气、和营化瘀、健脾疏中为总治则。本人临床选用逍遥散为基础方（柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷）。去甘草加当归，结合证型加减。

1．肝郁气滞：配合柴胡疏肝散（香附、川芎、枳壳、陈皮、柴胡、芍药）。

2．肝郁化火：配合丹栀逍遥散（加丹皮、山栀）。

3．伤阴耗血：去白术、甘草、薄荷，配合一贯煎（沙参、麦冬、枸杞、川楝子、生地）。

4．血瘀：配合金铃子散（延胡索、川楝子）、丹参。

5．脾困湿重：去当归，配合枳术丸合平胃散（川朴、苍术、陈皮、甘草、枳实、白术）。

6．脾虚气弱：去当归，配合五味异功散（党参、白术、茯苓、甘草、陈皮）。

气分，并不一定出现黄疸，而只有湿热之邪瘀阻于血脉才会产生黄疸。

2．湿热蕴毒，鸱张弥漫则黄疸益甚：若适逢人体正虚不能抗邪之际，或湿热内蕴久而成毒，或感受外界“瘟毒”、“疫疠”之气，皆可酿成湿热挟毒之势，此时热因毒而愈炽，血因热而流速，遂使胆液更加横溢。除黄疸日益深重外，还可造成血热妄行，常出现衄血、呕血、发斑。甚则因热毒弥漫三焦侵犯心包而见高热、烦躁、神昏、谵语等危候。对此中医则称之为“急黄”或“瘟黄”，它包括了西医所说的暴发性肝炎、急性或亚急性肝坏死和肝昏迷等。

3．湿热凝痰，痰阻血络则黄疸难退：湿热蕴于脾胃，肝胆疏泄失常，为发生阳黄的基本病机。此种脏腑功能失调造成脾不运化，水湿停聚，蕴湿郁热，煎熬为痰。湿热一旦胶凝成痰，则更加粘滞难解。痰阻血络，脉道不通，则胆汁更难循其常道而行，致使黄疸不易消退；若胆液因痰阻不能进入肠腑，浊气不得下流则溲赤、便白；若痰湿与瘀血凝结，日久必将形成坚积痞块（肝脾肿大）。

（二）主证

皮肤巩膜黄染，色泽鲜明如桔皮色，尿黄，恶心，厌油，纳呆，身困，脉滑，苔腻。

1．先辨湿热之轻重：阳黄的治疗首先应辨清湿热之轻重，以确定施治的原则，根据临床见症可以分为：湿重于热，热重于湿以及湿热并重三种情况。

（1）湿重于热：除黄疸外，恶心明显或见呕吐，腹胀满，倦怠，身重，大便稀溏，尿黄，舌苔白厚腻，脉滑缓。治以利湿为主，佐以清热。

（2）热重于湿：多为黄疸较重兼见发热，口干渴，心烦，大便干燥，尿短赤，皮肤瘙痒，舌质红、苔黄腻，脉弦滑稍

数。治以清热为主佐以利湿。

（3）湿热并重：黄疸重，心烦，口苦，尿黄赤，纳少，倦怠乏力，舌苔黄腻或白腻，脉弦滑或滑数。

2．再辨湿热之部位：分析病因明确施治的大法后，还要分析湿热侵犯的部位以确定清热祛湿之途径。湿热交结，中焦脾胃首先受困，势必枢机不利，上下不通，所以阳黄一证，中州受病是其基本证型。

（1）湿热偏于中上焦：兼见头晕，头痛，心烦懊恼，呕吐频作，胃脘胀闷。其中热重者可见发热，头痛较重，口渴思冷饮；湿重者，头目眩晕或头胀如裹，身重嗜卧，口干不欲饮。治以芳香化浊，理脾和中之法。

（2）湿热偏于中下焦：若蕴于膀胱者多兼见小便黄赤且频急数痛，甚至混浊不清。如果湿热蕴结于大肠必兼见大便粘滞不爽或里急后重。治疗以清热利湿为主，佐以通利二便之法。

（3）湿热弥漫三焦：不仅上、中、下三焦证候俱见，而且病情较重，严重时可出现湿热蒙闭心包。见高热、神昏、谵语、抽搐等证。治法以清热利湿为主，佐以凉血解毒，清宫开窍。

（三）治疗法则

清热利湿解毒、活血化痰退黄。

（四）方药

茵陈、藿香、杏仁、桔红、赤芍、泽兰、草蔻、草河车、川黄连、酒黄芩、六一散、车前草。

以上方为主随证加减化裁。

二、阴　黄

黄疸一证，阳黄居多，阴黄较少。阳黄为常证，阴黄为变证。二者病因皆本于湿。若湿从热化，湿热互结则发为阳黄，若湿从寒化，寒湿凝滞则发为阴黄，因此在治疗上除了寒热属性有

（3）清热化痰

（4）活血化痰

（5）燥湿化痰

治痰之法，粗看与黄疸的治疗关系不大，深究之，因为脾为生痰之源，治痰实为治脾，脾主运化，又易被湿所困，所以治痰确有治本之效。

（二）黄疸施治中的扶正与祛邪

黄疸的发生是由于内外合邪，正邪交争所致，而邪正的消长进退，直接影响着黄疸的发展和机体的康复。因此在治疗过程中如何正确地处理祛邪与扶正的关系，乃是治疗成败的关键。

1．在邪实正不虚阶段，当以祛邪为主：《素问·评热病论》说："邪之所凑，其气必虚"，可知平素体健，正气旺盛的人，一般不会感邪患病。即使因一时之虚，湿热之邪内侵而发病者，由于正气能拒邪于卫分或气分，就形成正盛邪实的证型。在治疗上应以祛邪为重点，若兼有表证时，要在解表的基础上佐以退黄之法，使在表之邪迅速透达，以免湿热缠绵入里，酿成大患。由于人体正气未衰，对于解表、利尿、通下、清热、解毒、活血、化痰等祛邪之法，只要运用得当，不但可以达到退黄的预期目的，同时因为邪去及时，还可以避免正气受伤。这种以祛邪为主的治法，在阳黄证中运用较普遍。

2．在邪实正已虚阶段，要用攻补兼施之法：正虚的原因有两种：一是素体虚弱，一是因病致虚。正虚乃是导致外邪深入机体的内在因素，如果内侵之邪过盛，就形成"正虚邪实"的证型，此时往往病情较重，治疗起来也较困难。在这种情况下，如果单纯补虚则可碍邪，有闭门留寇之虞；反之若单纯祛邪则必将更损其正，古人早有"勿虚虚，勿实实"之戒。故此中医学立有"攻补兼施"之法。即在邪实明显时，治疗以祛邪为主，佐以扶正；在正虚严重时，治疗以扶正固本为主，辅以祛邪。总之"正

虚邪实”阶段一定要本着“祛邪勿忘扶正”，“扶正勿忘祛邪”的基本原则。只有这样园机活法，灵活用药，才能收到较好的效果。

3．在正虚邪衰阶段，当以扶正为主：正气的虚弱，除上面所提到的两种原因之外，还有的是在治疗过程中因过用泻热、通利、攻下以及破气、破血之剂，病邪虽减，正亦大伤，此乃因治疗不当而致虚。在正虚为主的情况下，或体内尚有少量残留余邪，或复感外邪(但不重)，从而形成虚多邪少的证型。此阶段，主要应以扶正固本为法，令其气血充足，阴阳调和，脏腑机能旺盛；即使体内有少许余邪，也必将会由于正气的恢复而消除，这就是祖国医学“扶正以祛邪”的治疗原则。但在具体运用上也不排除根据临床见证，在不损伤正气的情况下，辅佐一些祛邪之品（其药味要少，分量要轻）这样则可达到正复邪尽的目的。此种情况在阳黄较为少见，往往多见于阴黄之证。

（三）黄疸治愈后的巩固

治疗黄疸除了要重视内因的调理和正确处理祛邪与扶正的关系之外，还应当注重恢复期的巩固治疗，以清除湿热产生的根源。有时黄疸虽已退净，各项化验指标也基本恢复正常，但中医临床四诊所见尚有异常，就不应当过早地停药，而要继续治疗一个阶段加以巩固，防止复发。

四、病案举例

【病案1】 阳黄（中毒性肝炎） 李××，男，24岁。1964年6月5日会诊，住院号452459。

主诉：面目皮肤发黄，腹胀已4月余。

现病史：1962年因患牛皮癣住某院治疗，服用鹵血宁、山道年、砷制剂等药物治疗达两年之久。于1964年1月开始口腔糜烂，恶心，头晕，食欲不振，皮肤发黄，两胁刺痛，大便稀，小便黄。检查发现肝在肋下1.5cm，中等硬度，有明显压痛，脾可

7月14日四诊；肝脾均未触及，肝功能检查：谷丙转氨酶138单位，麝香草酚浊度试验6单位，胆红质1.35毫克/dl，酚四溴酞钠10%；自觉症状消失，饮食二便如常，拟上方加减以巩固疗效。8月4日复查肝功能完全正常，临床痊愈出院。

【病案2】 阳黄（急性黄疸型肝炎） 梁××，男，36岁。1959年4月19日会诊，住院号138764。

主诉：身黄，下腹胀已3月余。

现病史：入院一周前开始发热，食欲不振，恶心厌油，继而身目发黄，诊为急性病毒性黄疸型肝炎，住院治疗。入院后经中西医治疗，曾用过青霉素、金霉素、维生素B12、丙酸睾丸酮、葡萄糖、考地松等；曾服过丹栀逍遥散、茵陈蒿汤等中药。治疗3个多月，黄疸仍未消退。全身皮肤及巩膜黄染如桔皮色。肝在右胁下二横指可及，中等硬度，脾大一横指。肝功能检查：黄疸指数90单位，胆红质18毫克/dl，麝香草酚浊度试验12单位，脑磷酯胆固醇絮状试验(++++)。遂请中医会诊，当时见症，发热已退，纳呆、恶心厌油均不明显，少腹胀，皮肤瘙痒难忍，小便短赤不利，排尿有灼热感，大便稀。舌苔白、质正常，脉弦滑而数。

中医辨证：湿热发黄（偏于中下焦）。

治法：清热利湿，活血退黄。

方药：茵陈90克，瞿麦12克，扁蓄12克，石苇12克，车前子12克（包煎），滑石15克，泽兰12克，木通10克，丹皮10克，泽泻10克，赤、白芍各15克，黄柏10克，当归12克。

以上方为主加减，使用过茯苓、猪苓、通草、甘草梢、焦白术、知母等。5月7日第二次会诊，症见右肋痛重，胸满心烦不安，夜间自觉发热，失眠，小便短赤，排尿时尿道灼热涩痒，仍按上方加减化裁，并用犀黄丸。6月10日，肝区痛已消失，黄疸已消退，化验肝功能全部正常，肝未触及，脾可触及边缘，已达

凡用本方切勿以症状暂时消退轻易停药，一般慢性肝炎，肝大而脾不大者，连服1～2个月后，即能取得恢复肝功、消除肝肿的良效。如脾已肿大，经用本方治疗，饮食二便已见复常，可停止汤剂，改用消痞散常服，使瘀顽之积得以渐次消除。

（二）络瘀血亏其证偏虚

主证：痞块增大，按之觉硬，胁痛如刺，痛而不移，形体日瘦，身现血痣，面色萎黄，脘闷食少，大便溏薄，舌苔紫暗，脉象弦细。

本证以脏络瘀聚，脾虚血弱为主。气结日久，络瘀益甚，故肝脾脏体增大变硬。脏络瘀聚，故胁痛如刺，痛处不移。肝脾久郁，脾运日亏，气血化源不足，无以充养形体，故日渐消瘦，面色萎黄。脾虚则运化无权，故脘闷食少，大便溏薄。身现血痣，舌色紫暗，为血脉瘀滞。脉弦细，为肝郁血虚。凡此，均属虚实互见的证候。

治法：益气健脾，行滞通瘀。

方药：黄芪枳术汤。黄芪24克，白术15克，茯苓、丹参各20克，枳壳12克，缩砂仁、鸡内金各6克，水煎服。

此方健脾醒胃，益气活瘀。适用于慢肝日久，脾气偏虚者。如见小便色黄，舌苔黄腻，此为湿热留滞，可于方中加入茵陈15克，南藿香10克，以助清补兼施，宣化湿热。

凡用本方，俟脾运恢复，饮食增加，大便调畅后，如肝大而脾肿轻微，可加入郁金20克，三七粉3克（冲服），以加强消肿力量。如脾肿已甚，在一般病情比较稳定的情况下，即可改用消痞散常服，以消脾肿。

二、消脾治法

肝脾肿大，重在消脾。凡偏实偏虚诸证，经过治疗，胃口已开，脾运复常，脾肿未消，或肿消及半者，即宜施以调理肝脾、通

瘀消肿方剂常服调治。药宜功专性平，使其渐次取效，并始终以保护胃气为首务。

治法：舒肝理脾，通瘀消肿。

方药：消痞散。丹参180克，郁金150克，白术100克，枳实60克，砂仁（去壳）、鸡内金、云南三七各30克。共研极细粉末，每服5克，日服2次，午、晚饭前1小时用温开水调匀（亦可加入适量食糖）送服。

是方善消脾积，故以"消痞"立名。方中丹参活络养血，善于去瘀生新；郁金行气解郁，善消血中凝滞；三七散瘀消肿功专效宏。枳、术健脾理气；砂仁、内金醒胃和中。合而用之，攻补兼行，攻不害正，补不碍实。肿因血瘀，瘀因气滞，气血流畅，络脉通利，脾肿渐消。

本方小量久服取效，以3个月为一疗程，视病情轻重可连服2～3个疗程。少数病员初服时，腹中有灼热感，几天后即渐消失。若灼热较甚难忍者，宜酌减服量，俟热感消退，再加量进服。

本方如制蜜丸，疗效欠佳。服药期间，忌饮酒，忌辛辣食物。在治疗中，如出现偏实偏虚证候，应暂停药，按虚实辨证调治，病情稳定，继续进药。

本方用于治慢性肝炎、肝大而脾不大者，可减去三七一味，对恢复肝功，消除肝肿，亦有良效。

予制此方治肝脾肿大，屡用屡效，一般脾大在肋下3cm以内者，坚持治疗，能使脾肿完全消退。

三、病案举例

【病案】 马××，年近六旬，干部。

患肝硬化腹水，经住院治疗，腹水稍有消减，肝大1.5cm，脾大3cm，肝功能一直异常。

病毒性肝炎及肝硬化的辨证论治

孙 允 中

〔作者简介〕 孙允中，男，85岁（1902年出生），辽宁省沈阳市人。幼承家学，从父习医，会心实践10年，积累临床经验，学业日臻成熟。曾于1929年赴沪学习，数年艰苦攻读医书。30年代就业于沈阳中街天益堂。1955年调往省中医进修学校任教，1958年任辽宁中医学院内科主任。几十年的教学临床工作中，在胸痹、血虚、肝病、肾病等科研方面取得了一定成绩。主要著作有《儿科病中药疗法》、《验方选粹》、《孙允中临证实践录》等，并发表了20余篇论文。历任中华全国中医学会理事，辽宁中医学院副院长、教授及《辽宁中医杂志》编委会副主任委员、中共辽宁省老干部医疗小组技术顾问等职。

在中医学文献中，无病毒性肝炎及肝硬化的病名。依其临床症状，可归属“黄疸”、“胁痛”、“积聚”、“臌胀”等范畴。早在《内经》、《金匮要略》和诸家医籍中论述颇为详尽。

方中茵陈清利湿热而除黄；栀子、黄芩、板蓝根清热解毒利胆；大黄通泄瘀热。

加减：高热者，加银花、连翘以清热解毒；湿重者，加四苓散以燥脾渗湿利尿；食欲不佳者，加鸡内金以消食除满和胃。

2．湿热无黄疸型

主证：疲乏无力，胁腹胀满，食少纳呆，厌油腻，小便黄，大便结或溏，舌苔白腻或黄腻，脉弦数或滑数。

证候分析：本症多由饮食不节所致。脾失健运，湿郁化热，阻遏中焦，胃浊不降，故食欲减少，厌油腻；湿壅气阻，肝失条达，故胁腹胀痛；脾为湿困，故乏力、腹胀；湿热内蕴，气化不利，故尿少且黄；苔腻、脉弦数或滑数均为湿热之征。

治法：清热利湿。

方药：五苓散加板蓝根、大青叶、枳壳、腹皮。

板蓝根、大青叶、猪苓、茯苓、泽泻以清热解毒利湿。枳壳、腹皮、白术以健脾燥湿，行气除胀。桂枝温脾阳并走表。

加减：胁痛加香附、川楝子以行气化郁止痛。

3．急黄型（瘟黄）

主证：发病急，病情险，黄疸迅速加深，高热烦渴，胸满腹胀，衄血，便血或肌肤出现血斑疹，烦躁不宁，甚则神昏谵语，舌质红绛、苔黄而燥或黑黄燥裂，脉弦滑而数。

症候分析：此症多为外感时邪而诱发，故初起证见发热恶寒；热毒炽盛，不得外泄，内扰于胆，胆汁泛溢全身体液之中，故全身发黄；热灼伤津，故高热烦渴；热郁气壅，故胸满腹胀；血热妄行致衄血、便血、皮下出血；热郁血分，毒热过盛，上扰心包，蒙蔽清窍，故烦躁不宁，神昏谵语；舌质红绛是邪热内陷营血之象；苔黄黑燥裂是热盛津伤的表现；脉弦滑数主邪热实证。

治法：凉血解毒，清热救阴，佐以芳香开窍。

方药：犀角地黄汤加减：广角、黄连、栀子、茵陈、生地、丹皮、玄参、菖蒲。

广角清血热解毒；黄连、栀子、茵陈清热祛湿，除黄利胆；生地、丹皮、玄参清热凉血养阴；菖蒲开窍安神。

（二）慢性期

1．肝郁脾虚气滞血瘀型

主证：两胁胀痛或刺痛，面色暗晦，食欲不振，腹腔胀满，大便难，肝脾大，舌质暗淡或有瘀斑、苔薄、脉弦涩。

症候分析：两胁胀痛是气滞偏重之候，刺痛是血瘀偏重之征。食欲不振，胸腹胀满，大便难，是脾失健运的表现。面色暗晦是由于气血失调，不能上荣于面。气滞血瘀日久，肝脾经脉瘀阻，故出现肿大。舌暗有瘀斑、脉弦涩皆为肝郁气滞血瘀之象。

治法：疏肝健脾、化瘀通络。

方药：膈下逐瘀汤加减：当归、川芎、赤芍、桃仁、延胡、香附、枳壳、柴胡、白术、甘草。

方用柴胡、枳壳、延胡、香附舒肝理气止痛；当归、川芎、赤芍、桃仁养血活血化瘀；白术、甘草健脾益气。

加减：刺痛重者，加乳香、没药以活血止痛；肝脾肿大者，加泽兰、三七、莪术以化瘀散积消痞；肝脾肿硬者，加鳖甲、牡蛎以软坚散结。

2．肝阴不足型

主证：胁肋隐痛喜按，身倦乏力，眩晕耳鸣，失眠多梦，心烦急躁，腰腿痠痛，舌质红、苔薄少津，脉弦细数，两尺无力。

证候分析：肝脉布于两胁，阴虚径脉失养肝气横逆，故胁痛喜按。腰为肾府，肾主骨，肾阴亏虚，故腰腿痠痛。阴虚阳亢，虚热内扰，故眩晕耳鸣，失眠多梦，心烦急躁。舌红苔薄少津、脉弦细数皆为阴虚之象。

治法：养血柔肝，滋阴理气。

方药：一贯煎加白芍、女贞子、五味子。

方用当归、生地、白芍养血柔肝；枸杞、女贞、五味滋阴益肾；沙参、麦冬养阴生津；川楝子疏肝理气止痛。

加减：腰腿痠痛甚者，加寄生、木瓜以强益筋骨；失眠重者，加夜交藤、酸枣仁以益心安神；阴虚低热者，加青蒿、地骨皮以清热凉血。

3．寒湿困脾型（阴黄）

主证：身目发黄，色暗晦，食少脘闷，或见腹胀，大便溏，神疲畏寒，四肢不温，舌淡苔白腻或白滑，脉沉细或沉迟。

证候分析：湿郁脾胃，脾阳不运，胆汁不循常道而外溢，湿为阴邪，故色暗晦；湿困中焦，脾阳不振，运化失常，故食少脘闷，腹胀便溏；神疲畏寒，四肢不温，是阳气已虚，气血不足所致；舌淡苔白腻为阳虚湿浊不化；脉沉细迟是寒湿留于阴分之象。

治法：温化寒湿，健脾和胃，佐以利胆。

方药：茵陈四逆汤。

四逆汤温化寒湿以健脾；茵陈渗湿除黄利胆。

加减：湿重者，加茯苓、泽泻以渗湿利尿；脘腹胀满者，加枳壳、腹皮、草果、砂仁以健脾除胀。

病毒性肝炎病情较为复杂，应灵活运用，不可拘泥。尤其注意疏肝不可太过，补脾不可太壅，祛湿不可太燥，清热不可太寒，祛痰不可太破，养阴不可太腻，兼顾正邪双方，以保护和恢复肝脏功能。

（三）病案举例

【病案1】 孙××，男，23岁。病历号13863。

1957年6月始发头昏头痛，右胁痛，肩胛痠痛，全身乏力，恶心欲吐，食欲减退，大便干，小便黄。9月28日病趋危重，精神不

坚散结、化瘀通络之品，便可奏功效，故不一一赘述。

（二）晚期肝硬化（腹水期）

1．肝郁气滞，脾虚湿阻

主证：脘腹胀大，叩之如鼓，青筋暴露，两胁胀痛，嗳气或矢气后脘腹胀减，食欲不振，面色萎黄，下肢浮肿，小便短涩，舌质淡、苔白腻，脉沉弦。

证候分析：肝经脉循行于两胁，肝气郁结，则两胁胀痛；肝失疏泄，脾虚不运，气滞湿停，故见脘腹部胀大，叩之如鼓，嗳气或矢气后脘腹胀减，下肢浮肿，小便不利；湿阻血瘀，则腹部青筋暴露；脾虚则食欲不振；食少营血不足，肌肤失养，故面色萎黄；舌质淡、苔白腻，脉沉弦，皆为肝郁气滞，脾虚湿阻之象。

治法：疏肝理气，健脾利湿。

方药：柴平汤加减。柴胡、川厚朴、陈皮、党参、香附、泽泻各15克，车前子、苍术、白术各25克，冬瓜皮50克，炙甘草、生姜各10克。

方中柴胡、党参、生姜、炙甘草、香附舒肝郁，调气机；陈皮、川厚朴、苍术、白术燥湿健脾；泽泻、车前子、冬瓜皮利水湿。

加减：痛甚者，加郁金、延胡以解郁止痛；肿甚者，加槟榔片、二丑以逐水消胀。

2．瘀血停着，水湿泛滥

主证：腹肿大，不欲食，腹壁青筋暴露，胁下有硬块按之不移，形体消瘦，面目黯黑，皮肤粗糙，齿衄，大便溏色黑，硃砂掌，蜘蛛痣，小便不利，舌质淡红、苔白糙，脉沉细弦涩。

证候分析：瘀血内停，血阻肝脾脉络之中，隧道不通，则水气内聚而腹肿大，小便不利；腹壁脉络瘀阻，则见腹壁青筋暴露，胁下有肿块按之不移；瘀血不去，新血不生，则不能濡润皮肤，故形体消瘦，两目黯黑，皮肤粗糙；肝气瘀滞，肝气不得疏

泄，郁久化火，火动则阳失潜藏，横窜脉络，以致血不归经，故出现齿衄，大便黑；脾虚则大便溏，不欲食；硃砂掌、蜘蛛痣、舌质暗红、苔白糙、脉沉细弦涩皆属瘀血之候。

治法：益气行水，祛瘀生新。

方药：实脾饮加减。黄芪、茯苓皮各50克，党参、丹参各25克，川厚朴10克，干姜、腹皮、三棱、赤芍、白术各15克。

方中黄芪、党参、白术、干姜益气温阳；苓皮渗湿行水；腹皮、川厚朴理气消胀；赤芍、三棱、丹参祛瘀生新。

3．脾肾阳虚、水气不化

主证：面色暗晦，畏寒肢冷，四肢倦怠，腰痠腿软，腹胀有水，小便少，大便溏，舌淡苔白，脉沉细。

证候分析：脾阳不足，故见畏寒肢冷，四肢倦怠；肾阳亏虚，不能温养脾胃，故见面色暗晦，腰痠腿软，大便溏；脾肾阳虚，水湿不化，故见腹水，尿少；舌淡苔白、脉沉细皆为阳气不足之象。

治法：温阳健脾，补肾利水。

方药：济生肾气丸加白术、白芍。

济生肾气丸温阳补肾利水；白术健脾燥湿；白芍柔肝和营。

4．肝昏迷

主证：晚期肝硬变，腹水严重，昏迷不醒，脉虚大无根或沉微欲绝。

证候分析：肝病日久，消耗阴液，以致虚火上越，肝失滋养，肝阳上亢，清窍不利；血分瘀热，殃及心神，以致昏迷；脉虚大无根或沉微欲绝，皆为虚脱之象。

治法：回脱益阴，芳香开窍。

方药：生脉散合四逆汤加犀角、菖蒲、郁金。冲服安宫牛黄丸。

（三）病案举例

【病案3】 张××，男，47岁。

1958年患黄疸型传染性肝炎，经治疗好转，于1962年病情加剧，出现全身无力，气短，头昏有时头痛，两胁阵痛，食少无味，有时恶心，食后腹胀，大便日2～4次，伴有手足发热，齿龈出血。

检查：颜面萎黄，形体瘦弱，神倦气乏，舌质润，色赤、苔薄白。脉象沉弦略细，腹平软，肝脾肿大、质硬，有肝掌、蜘蛛痣。综合体检与实验室检查，西医诊断为肝硬化。

辨证：患者素体肝郁，横逆侮脾，中州失运，虚久生热，故现两胁疼痛，食少、腹胀、大便不正常，手足烦热；气滞血瘀，因而肝脾肿大，血上溢、齿衄等症。

治宜通滞化瘀、消胀、止血、补脾益气。

用四君子汤加青皮、半夏、白芍、茜草、红花。服10余剂后，腹胀减退，衄血已止。继用四君子汤加味，如头晕头痛甚时，加生地、菊花；肝脾胁痛时，加川楝子、丹皮、红花、鳖甲；腹泻甚加白芍、重用焦白术；食少恶心加砂仁、鸡内金，共服30余剂。三个月后诸症减退，精神良好，化验肝功、蛋白电泳等已复正常，现作半日工作。

【病案4】 戴××，男，41岁。病历号1574。

曾因发热、腹胀、不思饮食、呼吸不畅，诊为肝硬化。

检查：发育正常，营养不良，呈慢性病容，面色污浊，舌苔薄白，脉弦而有力。肝脾触不到，腹部高度膨隆、腹围91cm，移动性浊音（＋），肝功、蛋白电泳不正常。诊为肝硬化腹水。

治宜清热除湿法。处方：茵陈20克，白茅根50克，陈皮、郁金、槟榔、土狗各10克，枳实、黑丑、茯苓、车前子各15克，白蔻仁5克。服药3天后，腹胀大减，腹围91cm减至85cm。继以前方加减治疗，共计住院70天腹围减至75cm，无腹水征象，亦无其它明显不适，饮食倍增，精神畅旺，欣然出院。出院后年余，并未复发。

治疗慢性肝炎的经验

陈　玉　峰

〔作者简介〕　陈玉峰，男84岁（1903年出生），吉林省永吉县人。自幼好学，先后从师七人习文肄医，24岁创“仁寿堂”在吉林市行医，在此期间应私立国光医学校聘请前去任教，此间著有《方剂学讲义》、《痘疹汇通》为当时学生教材。1942年被同道推选为吉林省汉医会会长，并创办吉林汉医讲习所。50年代初积极创办吉林市联合中医院。1956年应聘去吉林省中医进修学校执教内经（中医学院前身）至今已30年。热爱中医教育事业，精于医学，兼通诸子，尤对周易研究有素，主张学医必溯本求源，指出中医理论源于“内经”，方药之本宗仲景。临床特点是“审证准确，用药精专，方小量轻，奏效迅捷”。1984年研制《陈玉峰治肝病程序》，已经省科委鉴定用于临床。现任吉林省长春市中医协会理事、内经教研室教授等职，是吉林省著名老中医。

治法：疏肝理气，健脾和胃。

方药：逍遥散合柴胡疏肝汤加减：当归15克，白芍10克，柴胡10克，茯苓15克，郁金10克，木香5克，白术10克，香附10克，陈皮15克，枳壳10克，焦三仙各10克，水煎服。

分析：本方以柴胡、木香、香附、陈皮、枳壳舒肝理气；当归、白芍养血柔肝；白术、茯苓、焦三仙健脾和胃；木香、郁金（木金散）善止胁痛。诸药配伍，可收舒肝理气、健脾和胃之效。

加减：有黄疸者加茵陈25克；发热者，加板蓝根20克，大青叶15克；气短乏力者，加人参10克，黄芪20克；恶心呕吐者，加半夏15克，竹茹15克；大便溏泻者，加莲肉15克；血小板减少者，加党参15克，黄芪30克，龟版25克，杞果20克；鼻衄血者，加生地15克，藕节40克，白茅根20克。

【病案1】　于××，男，30岁，工人。

右胁肋胀痛，倦怠乏力已半年，于1983年3月1日在×医院诊断为慢性迁延性肝炎。查肝功：麝香草酚浊度试验8单位、硫酸锌浊度试验18单位、谷丙转氨酶117单位。服西药效果不著，来我处用中药治疗。自述心烦易怒，胸闷腹胀，右胁肋胀痛，善太息，食少纳呆，倦怠乏力，时有便溏。查体：精神郁闷，面色萎黄，舌质淡，苔白滑，脉弦细。

该患者因肝气郁结，木郁克土，导致脾胃失和而形成肝郁脾虚之证。

诊断：胁痛（肝郁脾虚型）。

治则：舒肝理气，健脾和胃。

处方：当归15克，川芎10克，白芍10克，柴胡10克，香附10克，木香5克，郁金10克，枳实10克，陈皮15克，茯苓15克，白术10克，麦芽15克，焦山楂15克，水煎服。

经服药一周后，胁痛腹胀消失，饮食增加，周身亦觉有力。

钡餐透视：食道中下段静脉曲张，血常规：白细胞3400/μl，血小板10万/μl。

诊断：胁痛（气滞血瘀型）。

治则：舒肝理气，活血化瘀。

处方：当归15克，川芎10克，香附10克，柴胡5克，枳壳10克，木香5克，郁金10克，青皮10克，鳖甲20克，生牡蛎20克，桃仁10克，陈皮10克，麦芽15克。水煎服。

经服药20余剂后，各种自觉症状消失，遂将前方加党参、焦三仙配蜜丸服用。半年后在×医院复查，食道静脉曲张减轻，脾肿大较前缩小，白细胞数增至6400/μl。上班恢复日常工作，至今追访，一般状态良好。

因慢性肝炎之正虚多由实邪留连日久所致，故我在治疗上主张“三补不如一消”，以驱邪为主，兼以扶正，采取攻补兼施之法，先攻后补，使肝气得舒则脾胃得健，瘀血得化，则新血得生，而肝病得愈。

古人云：“治久病如理细丝”，对慢性肝炎的治疗不可操之过急，必须慢慢调理，用药平稳，配伍得当，不用峻猛之品以伤正气，使正气渐复而邪气得去。因方无峻猛之药，故不用甘草以防减低药物疗效。

因“肝为罢极之本”，故在药物治疗的同时必须要求患者注意休息，避免过劳，同时注意调节情志和饮食，与药物治疗相互配合，方能收到理想的疗效。

衰之际，多有此病，壮岁之时无有也。”内经中也有年四十阴气自半之说，阴虚不能潜阳，则阳邪上逆，夹气血上冲于脑，故突然发病。

唐宋以前，医学名家，多认为本病系外受风邪而以小续命汤为主方。迨至金元之刘河间、李东垣、朱丹溪，一主火、一主气、一主痰，虽扭转了以前外受风邪的错误观点，而其处方用药，仍未脱离小续命汤治疗法则，后至明清，名医辈出，既不否定外受风邪，而又同意内因的说法，遂有真中、类中之分，内风、外风之别。惟张景岳独具慧眼，而有非风之论。使人易晓，而知其本非风证矣。

本人在数十年临床实践中，认为本病与内经之“大厥”“薄厥”极相符合。如《素问·调经论》中说：“血之与气并走于上，则为大厥，厥则暴死，气复返则生，不返则死”。这正是本病的致病因素。与卒然倒仆，不省人事正相符合。盖人身气血，上下循环，周流不息，气行血行，气止血止。血随气上，上行之极必然造成脑充血，故卒然倒仆不省人事，气上行之极而下，则血亦随之下行，是气复反则生。假如气血上行不止，势必造成脑血管破裂而出血，出血不已，是为不返则死。又《素问·生气通天论》云“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。”这说明肝阳旺盛的人易于动怒，怒则气上，血亦随之，故血溢于上而造成昏迷。临床上常见高血压病人，往往因大怒而突然发生脑溢血。可见大怒是本病的发病诱因之一。又《素问·通评虚实论》说：“……仆击，偏枯……肥贵人，则高粱之疾也”。大多数吃膏粱厚味的肥胖人，是本病的易病体质。

根据以上发病原因，概括中风分为中经络、中脏腑两种类型。

二、辨证施治

(一)中经络

中经络为中风证之较轻者，从现代医学观点来看，中经络相当于脑血栓形成之类。一般不出现意识障碍，仅有偏瘫、口眼歪斜、舌强言蹇等症状。本人治疗此病，又分虚证和实证，实证宜平肝豁痰，活血通络；虚证宜补气养血，宣通经络，总之以通络活血为主。

1．实证：平素有高血压史，素体健壮，或湿痰亦盛，适值肝热风动，或因肝郁化热，灼津为痰，阻塞络道，乃致半身不遂，口眼歪斜，言语蹇滞，脉弦滑而数。宜平肝豁痰、活血通络。通络活血汤主之（自定方）。处方：石决明、黛蛤粉、桑寄生各30克，威灵仙、旋复花、赭石、地龙、生穿山甲、僵蚕各10克，豨莶草、竹茹各12克，鸡血藤20克，知母、黄柏各10克，蜚虫、全蝎各3克。湿痰盛者，加半夏10克、陈皮各10克、茯苓12克；言语蹇滞者，加菖蒲、天竺黄、郁金各10克；脉数大者，加生石膏30克，栀子、胆草各10克；血压高者，加白蒺藜、菊花、钩藤、胆草、牛膝各10克，羚羊粉0.6克（冲服）。此方活血通络之味较多，古人有治风先治血，血行风自灭之论，活血通络，使血栓疏散，血脉流通无阻，偏瘫自能痊愈。

2．虚证：体质素弱、气血不足、血虚不能养筋，则筋缓纵，气虚则活动乏力，脉沉细。治宜补气养血，宣通经络。益气通络汤主之（自定方）。处方：黄芪、党参、鸡血藤各20～30克，白术、当归、威灵仙、地龙、僵蚕各10克，杭芍、熟地、豨莶草各12克，桑寄生30克，全蝎5克，白附子3克。头晕者，加生海蛤30克，白蒺藜12克，杭菊花、何首乌各10克，或加桑麻丸30克；虚甚者，加鹿角胶10克；腰腿无力者，加续断、狗脊、枸杞子各12克；口干者，加石斛15克；大便燥者，加肉苁蓉30克，或加郁李仁10克；湿痰盛者，加半夏10克，茯苓12克，陈皮6克；言语不利者，加菖蒲、天竺黄各10克。

古人云气为血之帅，血为气之母，也就是说，血为气的物质

黄芪、党参、熟地、杭萸肉、桂元肉、淮山药、枸杞子各30克，茯神、枣仁各12克，白术、生龙骨、生牡蛎各12～30克，甘草3克。如病情好转，但仍有昏迷时，加十香丹1粒，分2次化入。如证见头不能直竖，系督脉虚损，加鹿茸0.6克，或加人参鹿茸丸1粒，分2次服，如大便燥者，加肉苁蓉30克。

以上仅设闭证、脱证两方，但闭与脱，在临床中不是截然分开的，有的以闭证为主，兼见脱证，有的以脱证为主，兼见闭证，有的闭脱交替出现，必须随证立方，皆能收到良好效果。

三、结　语

本人把中风分中经络、中脏腑两种类型，进而又分虚、实、闭、脱四证，这是一般的规律性。按这一般规律，定出四个治疗方案，但中医治病主要是在辨证，其次才是用药，辨证不明，用药必误，因此这四个治疗方案，绝不是一成不变的，必须结合四诊八纲，辨证施治，方能运用自如。

（王润和、王启琏、王启瑞整理）

是指中风的程度之轻重而言。看起来好象不同，其实并没有本质上的区别，只是认识形式不同。病在内必形于外，证在外必应于内，在临床上，都具有实践的意义。

从中风的表现来看，有的是其始同而其中则异；有的是其始异而其中则同；有些则是其中异而其终则同。根据中风所表现的不同证候，我把中风分为初、中、晚三期，进行辨证施治。初期即前期包括了中经络的一些证候；中期即发病急性期，证候较为复杂，分为中脏、中腑、中血脉之不同；晚期即后遗期。

一、中风初期

中风初期即中风前期，病末至急性发作，但已经显示了要发病的证候，俗称为“小中风”。一般来说，由风阳扰动、气虚血瘀、痰滞脉络所致的中风先兆体征较为常见。

(一)风阳扰动

主证：头晕目眩，或头疼目胀昏花，口苦，烦躁易怒，失眠多梦，手足时感麻木，甚则手足震颤或抽动筋挛，舌质红苔白或黄，脉弦细而数、或弦数、或沉细而数。

分析：阴虚于下，阳浮于上，精明失荣而头晕目眩；水不涵木，肝阳上亢则头疼目胀昏花；少阳火盛而口苦、苔黄、烦躁易怒不能自制；心肾阴虚，神不守舍，魂魄不宁而失眠多梦；精血失荣，风阳扰动而手足时感麻木，甚则手足震颤或抽动筋挛；脉舌为阴虚阳亢、风邪将起之表现。

治法：滋阴潜阳，平肝熄风，安魂定魄。

方药：（1）脑络平（见附录）。

（2）羚羊钩藤汤（自拟方）。白羚羊角、钩藤、石决明、生白芍、生地、玄参、桑寄生、硃砂、琥珀、当归、丹参、菊花。

(二)气虚血瘀

主证：头晕目昏，心悸，气短或心痛，脸部、手足时感麻木，

或偏侧肢体沉重、抬举无力、疼痛时轻时重，舌质暗红苔白，脉沉细涩、弦细有力、或结。

分析：气虚易滞，血行不畅，精明失荣，则头晕目昏；心气亏虚，无力鼓动心脉，而心悸气短；血行不畅，心脉阻瘀，则心痛、脉涩；气虚血瘀，脉络空虚，故脸部及手足时感麻木、疼痛，脉沉细而涩；虚风渐起，偏客于身半，则见脉弦细有力，肢体沉重、抬举无力；舌质为气虚血瘀失养之表现。

治法：益气活血，化瘀止痛，通络熄风。

方药：（1）脑络平。

（2）益气活血化瘀汤。太子参、麦冬、柏子仁、远志、当归、川芎、丹参、红花、延胡、僵蚕、钩藤、桑枝、地龙。

(三)痰滞脉络

主证：头晕目眩，胸闷心烦，心悸，言语迟钝，口流涎，神疲懒言，手足麻木不仁、时感热胀或冷痛，偏侧肢体沉重、抬举无力，舌质淡暗苔白腻，脉沉细滑、或弦细滑。

分析：痰气蒙塞、精血不能上养头目，而头晕目眩；痰滞肺脉，胸中阳气不能宣达，则胸闷，心烦，心悸；痰阻廉泉，舌机不利，而言语迟钝，口流涎；痰滞脉络，血气不精，清阳不升而神疲懒言；痰滞血脉，流注上下，出阴入阳，则手足热胀；出阳入阴而冷痛、血虚失养，则麻木不仁。痰邪偏阻身半而偏侧肢体沉重、抬举无力。脉舌俱为痰滞不化，阻瘀脉络之表现。

治法：健脾利湿，活血化瘀，化痰通络。

方药：（1）脑络平。

（2）参术苓归泽贝汤。太子参、白术、云茯苓、泽泻、当归、川芎、红花、鸡血藤、川贝、海石、化桔红、丹参、桑枝、忍冬藤。

二、中风中期

中风中期即急性期。一般都认为初期是急性期，而实际上病

(二)中腑

河间曰："中腑者多属四肢。"腑为阳主传化物而不藏。在临床上，中腑者仍有发生神志昏迷者，但时间不长，程度也不如中脏者深，多表现为神志昏蒙，或神志模糊。中腑之半身不遂与中脏之半身不遂表现也不一致，在诊察时应有所区别。

主证：(1)昏迷或神志不清，模糊，言语不清，口眼㖞斜，半身不遂，上下肢感觉正常，运动功能丧失，大便秘结，小便短数，舌质红苔薄黄或黄燥缺津，脉象：弦数而滑。

(2)无神志改变而口眼㖞斜，言语不利半身不遂，发于夜间者较多，舌质淡苔白，脉象沉细而涩。

分析：人之气昼行于阳，夜行于阴；风淫于腑，发于阳则病在昼，发于阴则病在夜；阴阳不和，气滞血瘀，脉络空虚，筋脉失养，而致诸证。舌脉为阴阳不和、气血失调、瘀阻脉络之表现。

治法：活血化瘀，通络熄风，醒脑安神。

方药：(1)中风回言灵。

(2)中风回春片。

(3)活血化瘀熄风汤。当归、川芎、丹参、灵仙、鸡血藤、钩藤、僵蚕、地龙、全蝎、蜈蚣、郁金、红花、忍冬藤、桑枝。

(三)中血脉

中血脉之说，始于李东垣，他认为中血脉则口眼歪。实质上中血脉者，不止口眼歪。人之血脉营运周身，上至巅顶，下达涌泉，诸脉皆属于心，心主血脉。风邪陷脉，阳邪入阴，阴盛阳病，胸中阳气不能宣达、血气不能营运周身，脉络空虚，虚风之邪偏客于身半则发中血脉之证。

主证：昏迷或神志不清，失语或言语蹇涩，口眼㖞斜，胸背疼痛，心悸，气短，半身不遂，上下肢麻木或疼痛，舌质淡暗苔白，脉沉细而涩、或结代。

分析：中血脉多发生于心痹、大骨骨折、产后失血等病。诸

病者，血脉瘀闭，脉络空虚精明失荣，筋脉失养，虚风之邪偏客于身半而发生此证，舌脉俱为血脉瘀闭，血气运行不通的表现。

治法：醒脑开窍，活血化瘀，通络熄风。

方药：（1）中风回言灵。

（2）中风回春片。

（3）益气活血化瘀汤。

三、中风晚期

通俗讲来，晚期即后遗期。患病半年以上，病情虽有减轻，但仍然不能生活自理。

主证：言语不利或不清，患侧上下肢肌肉痉强，筋脉拘挛，屈伸不利或不能屈伸，运动不灵活，舌质红暗，苔白或薄黄，脉象细弦而数，或沉细而弦。

分析：久病失养，精血不能荣养，机窍不利，而言语不清或不利；脾不运精，肌肉失养，而痉强；风淫筋脉，血气不能荣养，而筋脉拘挛，脉络阻瘀，血行不畅，瘀而生热；风邪留注，邪不得散，故脉细弦而数、或沉细而弦；舌质红暗苔薄黄是阴血亏虚，内有瘀热之表现。

治法：活血化瘀，通经活络，养血熄风。

方药：（1）中风回言灵。

（2）中风回春片。

（3）搜风活血化瘀汤。全虫、蜈蚣、白花蛇、钩藤、鸡血藤、丹参、当归、川芎、红花、灵仙、僵蚕、郁金、延胡、忍冬藤、伸筋草、桑枝。

附：脑络平、中风回言灵均为郑州市中药制药厂新产品，前者具清热醒脑、平肝潜阳、镇痉安神、活血通络作用；后者有清热醒脑、豁痰开窍、平肝熄风、镇氢安神之功效。中风回春片是河南省中药研究所、禹县制药厂出产。具活血化瘀、通经活络作用。

用益气活血法治疗脑血管意外的体会

窦 伯 清

〔作者简介〕 窦伯清，男，73岁（1914年出生），甘肃省武威市人。1940年开始在武威市行医。1948年任武威国医砥柱分社社长，1954年任武威卫协会主任委员，1955年到甘肃省中医院内科工作，1959年任内科主任，1965年晋升为内科主任医师，1984年担任院医务处技术顾问，1981年任中华全国中医内科学会顾问。汲取各家学说长处，临床经验丰富，治愈不少疑难患者。著有《窦伯清医案》，深受读者欢迎。现任甘肃省中医院内科主任医师。

我于1978年至1982年，治疗脑血管意外83例，现作一小结，以供参考。

一、临床资料

1.一般情况：男42例，女41例，共83例。40～49岁8例，

以自己行走，属此类者35例。②好转：神志清楚，肌力2°～3°，比入院有进步，属此类者48例。

二、病案举例

【病案1】 孙××，男，74岁，工人（退休）。1979年6月14日入院，病历号：27643。

患者因突然右半身不遂，神志昏蒙入院。主要体征为：昏睡，失语，血压190/120毫米汞柱，右侧偏瘫，舌红苔黑腻，脉弦大数。

诊断为中风（脑出血）。予安宫牛黄丸，1丸，每天2次，两天后证情好转，遂予益气化痰开窍之剂：太子参10克，白术9克，茯苓9克，菖蒲7克，橘红5克，竹沥15克，生姜汁5克，炙甘草5克，2剂。

1979年6月18日复诊：病情更为好转，脉弦、苔黄褐，应用补阳还五汤加减：黄芪40克，当归9克，赤芍9克，川芎5克，桃仁9克，地龙9克，橘红9克，菊花9克，菖蒲9克，竹沥10克，草甘5克。5剂。

服本方后，舌苔由黄褐转黄，血压亦降至正常范围，肢体运动有进步，于1979年7月2日出院。

按语 本例在证情稍好，血压仍高、舌苔黄褐情况下，应用补阳还五汤加减，取得疗效，血压并未因应用补益药而上升，舌苔亦由褐转黄。

【病案2】 任××，男，63岁，干部。1978年8月11日入院，病历号：26137。

患者因两天前头晕目眩，半身不遂逐渐加重入院。主要体征：嗜睡、右侧偏瘫（肌力2～3°），血压160/110毫米汞柱，脉弦滑，舌暗红、苔白腻。

诊断为中风（脑血栓形成）。入院后即予补阳还五汤加减治

展，明确地认为本病之发生以内因为主导，主要为气血亏虚，心、肝、肾三经阴阳失调，加以七情六淫之邪为诱因，遂致发病。清代王清任在《医林改错》中，对此病曾有详述，根据其“审气血之荣枯，辨经络之通滞”之经验，在临床实践中，可谓“颇有所得”。王清任盛赞张景岳有高人之见，“论半身不遂大体属气虚，易中风之名，著非风之论……。”王清任认为半身不遂，论其本源，归于“亏损元气”，故创补阳还五汤治疗此病，疗效颇佳，其法可为后世师。此方以黄芪补气、气行则血行，通畅经脉；配归尾、赤芍、川芎、红花、桃仁以活血祛瘀，地龙通经络，共奏补气活血，逐瘀通络之功。

我治疗此病，辨阴阳气血之盛衰，遵古人立法之精神，施治处方，肾阴不足、肝阳上亢者，常用镇肝熄风汤、天麻钩藤饮等方加减；肝肾阴虚，虚风内动者，常用大定风珠方加减；气血虚损，痰湿阻络者，常用补阳还五汤加减；痰火壅盛、蒙蔽清窍者，常用羚羊钩藤汤、导痰汤等方加减；阳闭用安宫牛黄丸（或针剂），阴闭用苏合香丸；脱证用参附汤；肾阴亏虚、虚阳上越者，常用地黄饮子加减。

我认为本病病因：有先天禀赋不足者，有后天消耗太过者，最后均致气血肝肾虚衰。在病理方面强调虚者气馁，瘀则偏废，因而主张气充神自清、血足瘀自消的论说。对中风病人在“急则治其标”之后，则可很快转为病因治疗，而应用补阳还五汤加减。其常用剂量如下：黄芪30克～120克，红花9克～12克，赤芍9克～12克，川芎5克～6克，当归9克～12克，桃仁5克～9克，地龙6克～9克。加减法：瘀血重者加水蛭，丹参；风重者加白附子、全蝎、僵蚕、天麻、钩藤等；肾虚腰痛者加杜仲、川续断、寄生；肩痛关节不利者加桑枝、防风、羌活；眩晕甚者加菊花、草决明、蔓荆子；气虚重者加人参；阴虚者加沙参、龟版、石斛；痰重者加竹沥；心烦不眠者加炒枣仁、首乌藤、柏子仁、琥珀等。

我应用补阳还五汤有以下几个体会：

1.应用要早。一般应用本方，多在病情稳定，标证大去之后，我认为还可更早，主张虚邪莫忽扶正，余证加味调理以祛标邪。

2.高血压、脉弦硬滑大者可用本方。中风早期多见肝阳亢盛证候，一般畏黄芪之温，而多采用建瓴汤、镇肝熄风汤类加减，而我径用补阳还五汤，血压不仅不增高反而下降，如病例中，有的血压高达180～190／100～110毫米汞柱，应用此方，并无血压增高反应。据现代医学研究，黄芪、川芎、赤芍、地龙、桃仁等均有一定降压作用。

3.舌质红，舌苔黄腻、白腻、甚至黑褐者，可随证加味应用。本组病例，大部分均属上类舌质舌苔。在应用此方时，常按病情加用竹沥、薏仁、滑石、焦栀子、白蔻仁等为佐药，治疗后病情好转，舌质舌苔也随之转为正常或接近正常。

4.黄芪量要大。应用本方，黄芪用量一般均在30克～120克，患者并无不适反应。据现代医学研究，黄芪具有增强免疫功能，强心、降血压、降血糖、利尿、镇静、抑菌等作用，中风本属虚证，应用大剂量黄芪而取效，是有一定药理根据的。

5.药味少，加减灵活。治疗此病，一方用药常在十味左右，而不用大方，以求力专。但贵在随证加减：或温补、或清消、或寒热并用、或攻补兼施，均随它证之变化而酌情用药。

（夏永潮整理）

红。拟养营调络，和肝熄风。处方：防风5克，天麻9克，甘杞子9克，谷精珠5克，桑枝9克，桑叶络6克，钩藤9克，秦艽9克，当归须9克，清阿胶9克（烊冲），炙甘草3克，丝瓜络6克（红花水拌炒），3剂。

复诊：头痛已停，麻木亦减，舌燥已润，脉息软弱，邪退正衰，原方去谷精珠、桑叶络，加菊花6克，葛根6克，3剂。

按语　医之与药，犹工之与器，“工欲善其事，必先利其器”。医欲治愈病，必需达其药。防风《本草经》治大风头眩痛，风行周身，骨节疼痛，天麻《珍珠囊》治风虚眩晕头痛，甘杞子《食疗本草》除风补精气，秦艽《别录》治风无问久新，通身挛急，桑枝《本草汇言》去风气挛痛，钩藤《本草纲目》治头旋、平肝风，谷精珠治头风痛，甘草通经脉，当归和血补血，阿胶《本草求真》养血除风，桑叶络、丝瓜络，以络通络，诸药同用，共奏祛风养血通络之效，即《素问》所谓“气味合而服之”、“邪气乃服”之义。故其效即随之。再诊去谷精珠、桑叶络，加菊花《药性论》治身上游风令消散，葛根《本草崇原》宣通经脉之气，亦是“因其衰而彰之”方法。

（吴承玉整理）

胆郁头痛证治

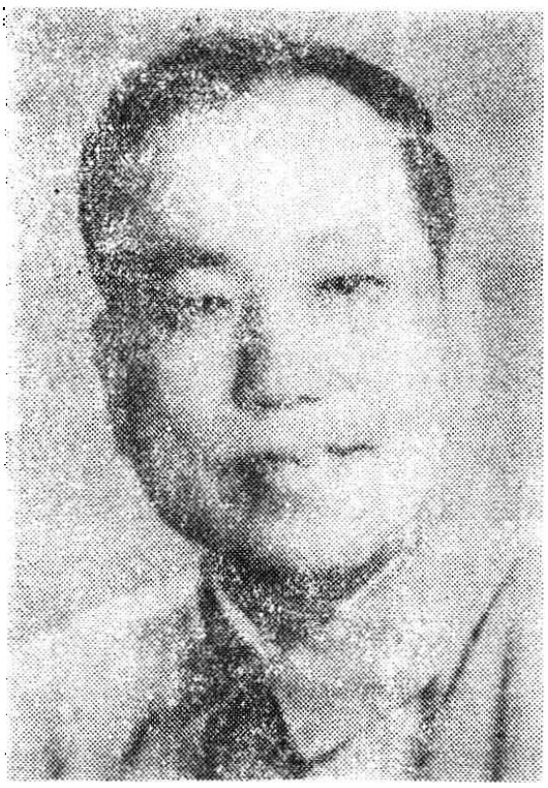
赵 金 铎

〔作者简介〕 赵金铎，字宣文，男，71岁(1916年出生)，河北省深泽县人。出身中医世家，14岁随伯父学习中医，3年后悬壶故里，“七·七”事变后参加革命工作。50年代初调卫生部中医研究院工作。业医50年，对古典医籍颇有研究，学古而不泥古，临证多自出机杼，专攻内科，尤长于中风、郁证、肾病、消渴、痹证诸疾之治。著有《赵金铎医学经验集》，主编《医论医话荟要》、《中医症状鉴别诊断学》、《中医证候鉴别诊断学》等。曾任中国中医研究院广安门医院副院长、中华全国中医学会副秘书长、中华全国中医学会中医理论整理研究委员会副主任委员、主任医师。于1983年离休。

头痛一症，病因多端，概言之，不外内、外因也。“头为天象，诸阳经会焉。若六气外侵，精华内痹，郁于空窍，清阳不运，

郁证新诠

梁 剑 波



〔作者简介〕 梁剑波，字宇澄，号海观，男，65岁（1922年出生），广东省肇庆市人。以内、妇、儿科见长，师古而不泥于古，经方时方并用。近年来著有《医学津梁》等，主要论文有《病机十九则之临床运用》、《五官科常见病之中医治疗》等50余篇。不仅精医，还精书法，其书法曾在日本作书道展出，并在四省九市书法展览、广东书法展览会上获得好评。现任副主任中医师、中华医学会广东省分会理事、中华全国中医学会肇庆分会理事长、肇庆地区中医院院长。

郁证，是由于情绪抑郁不舒、悲伤、沮丧或悲观失望之后，产生的气机不舒，精神不宁的多种证候的总称。按中医学的观点是："气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉"。因此，郁症可以见于多种情感性精神病，也可以是正常人遭到重大刺激后

二、诊断与治疗

郁证脉多沉伏、或见促脉，或见结脉、代脉。《医学正传》谓："郁脉或沉或涩，郁在肝肾则见于左，郁在心脾则见于右。气、血、食、积、痰、饮，一有留滞于其间，脉必因之而止涩"。笔者的见解认为郁病如按六郁的证候分类，痰、火、湿、热必现本症本脉，如为气郁或血郁，则病久血虚，脉多沉或涩象；病久气虚，脉多弦细。然必须脉证互参，方为有准。

笔者还认为诊断郁证，诊脉的差距很大，必须以证候和症状来作为依据。主要的还是以促发因素和病人的现时生活环境而定。在许多病人中患的是郁证而其出现的症状却可能是郁症的假象或替代。例如：一些病人的慢性疲劳，体重减轻或肥胖等问题，或月经困难，或者对某些小毛病产生长期的和过分严重的反应、手术后的手术切口周围疼痛，或手术后的心悸、失眠，心动过速等。警惕性高的医生应该多考虑病人的精神和个人史，以便发觉这些病人所患的疾病，实际上是郁证。因此是不可能单靠诊脉来判断本证的。

在童年到老年的任何阶段都可发生郁证，但青年期、孕期、手术后、产后、离别、亲人的死亡，近年来社会上出现的癌恐以及更年期和老年期最为常见。所以在诊断上必须了解病人的境遇而加以综合分析，因而脉诊也只能供判别病体的虚实作为参考了。

郁证的治疗，应当分别脏腑的虚实。实证多为郁久则生热、生湿、生痰、生火，包括心、肝、脾、肺；虚证则多为血虚、气虚，包括心、肾、脾虚。如果按照《内经》的观点，就有五气之郁；如"木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泻之，水郁折之"的治则。用药就有：木郁用升麻、柴胡、川芎"达之"；火郁用升麻、葛根、羌活、防风"发之"；土郁用枳实、大黄、厚朴、槟榔"夺之"；金郁用桑白、麻黄、橘红、苏子、葶苈、旋

复花“泄之”；水郁用黄柏、泽泻“折之”。这种治疗用药，多少带有机械性，只可供参考。前人已经认为“用之有应有不应”，其实治郁证应分虚实，这是经验之谈。实证之郁，多由于肝失条达，病者多先见精神抑郁不乐，化火则性情急躁，头痛，胸胁满闷；肝木乘脾则不思饮食，胃呆纳减，甚或脾湿不运，生湿、生痰。虚证之郁多为郁久心营渐耗，成为心阴不足，则心阳亦虚，神倦、心悸、不眠；心肾同源，甚而影响肾阴、肾阳，肝火妄动，腰痠遗精，水肿，妇女则月经不调，痼瘕积聚，冲任受损等等。所以按虚实进行辨证，即使病情牵涉到多方面，处方用药，亦自能中窍。

此外，实证多见于郁证的前期，虚证多见于郁证的后期，现分别论述如下：

（一）前期

1.肝气郁结：因郁而肝火不舒，症见胸胁胀闷，甚或疼痛，头痛发胀，善叹息，或不思饮食，时作呕吐，脉多弦。可以仿“肝郁达之”的道理与达郁汤（升麻、柴胡、川芎、香附、桑皮、橘叶、白蒺藜）。

2.心火上扰：因郁而心火内炽，症见口苦心烦，不寐多梦，有时情绪急躁，大便秘而小便短赤，脉多细数。可以仿“火郁发之”的道理，予笔者自拟的清心发郁汤（丹皮、柴胡、远志、葱白、石菖蒲、竹叶、黄连、麦冬、郁金、小甘草）。

3.脾失健运：因郁而致脾失健运，多出现生湿或生痰。当其生湿时症见头重如冒，四肢疲乏，胃呆纳减，不饥不食，脘满而闷；当其生痰时，症见膈上痰多，胶固难解，甚或喉间如有物哽塞，咯不出而咽不下。脉多濡或弦滑。可以仿“土郁夺之”的道理，与笔者自拟的理湿夺郁汤（苍术、香附、陈皮、春砂、绿萼梅、佩兰、枳壳、土茵陈、香橼、泽泻）。痰郁则与笔者自拟的祛痰夺郁汤：法夏、陈皮、茯苓、竹茹、苏子、沉香、全栝蒌、

胆星、甘草、桔梗。

4.肺气不宣：因郁而致肺气不宣，以肺主皮毛，症见恶寒而不恶热，状如外感，即在夏天或春暖期间，病者亦多穿衣服，重裘厚被而仍有寒感，这是肺气不宣而反成郁闭，脉多紧弦，可以仿“金郁泄之”的道理予笔者自拟的泄郁汤（苏叶、黄芪、白术、防风、细辛、淡豉、香附、麻黄、桔梗、炙甘草）。

5.肾阳不振：因郁而致肾阳不振，症已属后期虚症了，郁久伤肾阳而致肾阳虚衰，多因脾不健运，生湿发展而来，这是脾不制水的脾肾阳虚现象。症见面目黧黑，四肢浮肿，小便反多，脉缓或虚大。可仿“水郁折之”的道理予折郁汤（白术、茯苓、猪苓、泽泻、肉桂、丁香、木通、白蔻仁）。

（二）后期

郁证久病不解，多伤及心气、营血，形成气郁血郁。气郁血郁的证候，又多与心脾有关。心脾久郁必影响肾阴肾阳，妇人又多致冲任虚损，所以虚证之郁，就常常出现如下的见证：

1.心营虚耗：因郁久而心营虚耗，症见精神恍惚不宁，悲忧不乐；营血渐耗，则自感心动过速，胸口绷紧，气急，气闷，出汗，有时还会出现广泛的植物神经兴奋的躯体症状；有时又会出现疲乏，软弱，神经过敏，头痛和易激动。脉多细数，甚或促、结。治疗宜养心安神，调养气血，与归脾汤化裁（白术、党参、黄芪、当归、炙甘草、茯苓、远志、炒枣仁、木香、龙眼肉、姜枣为引）。不寐多梦，可去当归加麦冬、五味子；心动过速，可加丹参、龙骨、牡蛎、柏子仁。

久郁心营亏耗，如为虚性兴奋，则心阴虚而自觉五心烦热，甚或低热。有些患者呈现日轻夜重的情绪变化；有些患者可能易于入睡，却常出现烦恼的恶梦；或有时早醒，醒后又出现高度焦虑紧张以致激动。治疗又宜养心安神镇潜，与天王补心丹（玄参、丹参、党参、天冬、麦冬、生熟地、柏子仁、炒枣仁、当归、桔梗、

茯苓、五味子、硃砂、远志、甘草、石菖蒲）。本为丸剂，现在改为煎剂。

有些病人久郁成虚之后，仅在下午发病，或有时号哭发作，特别是妇女。治疗又宜补养心气，与笔者自拟的合欢皮汤（合欢花或皮、人参、浮小麦、大枣、百合、益智、当归、石菖蒲、五味子、炒枣仁、茯苓、甘草）。

笔者治郁证的经验：辨证既准，必须守方长给十五、六剂。有些病例用至三十剂以上未尝更方，而效果自见。

2.心脾两虚：郁久致心脾两虚的症状是：心悸不宁，神疲自汗，胃呆纳减，日渐羸瘦，脉细而弱，治当补益心脾，仍与归脾汤化裁，加山楂、神曲、谷芽、麦芽，冲入饴糖，以酸甘养阴。如胃呆纳减，则先使脾气健运，与补脾法，拟参苓白术散（党参、云茯苓、白术、炒扁豆、陈皮、山药、甘草、春砂、苡仁、桔梗、姜枣为引）。待脾阳恢复，胃纳增加之后，再予养心。

3.气郁血瘀：郁病久而出现气郁血瘀的，症多见于妇女。因郁久而致心营虚耗而肝失条达，症状又常为虚实夹杂：头痛，胸胁痛，心悸气促，月经不调。脉涩。气郁的治疗宜疏肝，与丹栀逍遥散（丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、炙甘草、生姜、薄荷）加香附、青皮。血瘀的宜活血化瘀通络，宜旋复花汤：旋复花、新绛、生葱，加当归、红花、桃仁、丹参、郁金。月经通调之后，病多缓解。

4.心肾不交：郁久而心肾不交，症见心悸、心烦、头晕、失眠、健忘、耳鸣、耳聋，腰膝痠软，脉细或细数。治疗宜交通心肾，用六味地黄汤（山萸肉、熟地、淮山、丹皮、云茯苓、泽泻）加五味子、炒枣仁。如虚火旺盛，可用交泰丸，即六味汤加黄连、肉桂心。黄连味苦入心，清心火为主，稍加肉桂反佐以引火归原。

以上对于郁症的疗法，分为虚实两类，可以对症治疗。有些

患者除药物治疗之外，还应结合精神和心理上的治疗。

三、结　语

上文阐述了笔者对治疗郁证新的探索和见解。这里再论述各家对于郁证的治疗方法：

朱丹溪谓治郁必须用开导的方法，因而把郁证分为气、血、湿、火、食、痰六郁，并分析郁证有相因的作用：气郁则留湿，湿滞则成火，火郁则生痰，痰滞则血凝，血凝则食结，而遂成为痞块。同时制定了越鞠丸(苍术、香附、川芎、神曲、栀子)。本方通治各类型郁证，以香附理气，川芎调血，苍术开湿，山栀治火，神曲疗食，这是一张有名的处方，为后世医家所推崇。所谓郁病以气为主，气能开导，则郁病自解。朱氏还为这张处方拟订了加减方法，如：湿盛加白术、茯苓；血盛加桃仁、红花；火盛加黄芩、青黛；食甚加山楂、厚朴；痰盛加胆星、海石。这种随证加减，临时变通的方法，是必要的。他还提出春加防风，夏加苦参，秋加吴萸，按季节气候不同而予以加减，亦即《内经》所谓："升降浮沉则顺之，寒热温凉则逆之"的道理，可惜现在有些医生不一定按这一治则运用。当然固定的处方不能防治万变的疾病，但是新病多实，如果郁症符合气血湿火痰食实证，则越鞠丸还是可以应用的。至于郁证病久，体质已虚，或体质本有其他疾病而兼患郁证，则朱氏的方法似非所宜了。《医通》中说："郁证多缘于思虑不伸而气先受病，故越鞠丸、四七汤（即法夏、厚朴、茯苓、生姜、苏叶、大枣）始立也。郁之既久，火邪耗血，岂苍术、香附常能久服乎？是逍遥散（即丹栀逍遥散去丹皮、栀子）、归脾汤继而设也，然郁证多患于妇人，《内经》所谓二阳之病发心脾，凡思想无穷，所愿不遂，皆能致病，为证不一：或发热头痛者有之，喘嗽气乏者有之，骨蒸痨瘵者有之，经闭不调者有之，狂癫失志者有之，火炎血失者有之，痈疽生虫

者有之，治法总不离乎归脾（汤）、左金丸（即吴萸、黄连姜汁糊为小丸）、降气汤（即苏子、法夏、前胡、厚朴、肉桂、当归、炙甘草、橘红）、乌沉汤（即乌药、春砂、沉香、木香、炙甘草、香附）、七气汤（即沉香、郁金、菖蒲、川厚朴、延胡）等方，但当参究新久虚实，选用加减出入可也”。赵养葵又说：“治郁用逍遥，甚者加左金丸，以黄连治心火，吴萸佐金以制木也。凡寒热往来，似疟非疟，恶寒发热，呕吐苦酸夹杂，胸痛，小腹胀闷，头晕盗汗等症，以逍遥散出入加减”。所以治久患郁病，与新病不同，用药处方不宜偏于耗气破血，按“二阳之病发心脾”的论点，以逍遥散、归脾汤来加减化裁，长服久服就能生效。这是笔者多年来治本证的体会。至于病情缓解之后，必须予以巩固的方剂，宜笔者自拟的养神补心丹：人参10克，茯苓、远志、炒枣仁、炙甘草、五味子、菖蒲、当归、黄连、柏子仁、珍珠母、川母贝、桔梗、生龙齿、莲肉各30克。共为极细末，炼蜜为小丸，如绿豆大，每次服6～10克，开水送。本方对于癔病、神经官能症、神经衰弱、更年期综合征等病的治疗，有极明显的效果。

单腹胀证治方论

梁 翰 芬

〔作者简介〕 梁翰芬(1875～1960年)，男，广州市人。是广州中医学院已故名老中医。原任广州中医学院研究室主任，广州市第二人民医院顾问等职。梁以毕生精力研究祖国医学60年。早年历任广东省中医药专门学校教员，附属门诊部主任，广州光汉中医学校、华南国医学院、保元国医学院、广州汉兴中医学校校长及慈善医院医席等职。门生众多，堪称桃李满园。他早年出身监生，以教书为业，后转学医，熟读经典，但不泥古，亦不废今。对金元四大家和清代叶天士、王孟英的著作尤有钻研。尤对治疗痛证、眼疾、不孕症、诊妇人孕脉以及诊断学等深有研究，主要著作有《痛证案疏》、《辨舌疏证》、《中医诊断学》、《中医眼科学》、《中医妇科学》等，并撰写了不少医案、医话和论文。

单腹胀一证，世之治之者，动以喻氏执中央以运四旁为治此证之成法。余于1921年初入方便医院当医席时，主治病症一百二十余人，而单腹胀占其四，亦遵喻氏法施之，六十余日，而证不稍减，心窃怒伤之，于是访诸近代名手，及考之前哲遗篇，而总不出喻氏执中央以运四旁之旨，惟是用之而曾无一效，屡用之而亦曾无一效者，岂喻氏之欺我欤，抑喻氏之法有未当欤，皆非也。诚以世人误认中央二字，为脾脏专属之辞，遂专从脾脏治之，所以奏效者鲜。灵枢水胀篇曰："鼓胀何如？曰：腹胀身皆大，大与肤胀等，色苍黄，腹青筋起，此其候也"。此非世所谓单腹胀耶？然吾细释经文，其曰色苍黄，腹青筋起。苍，肝之色也，黄，脾之色也，腹起青筋，腹为太阴脾所主，青筋，非筋也，络也，络脉浮而浅，可常见之，故浮露于外者，皆为络脉。西说谓为静脉管。人身之络，上下大小，联贯周身，非腹所独有也，不现于别部，而独现于腹部，细思静索，始恍然单腹胀之病，非脾脏之病，乃脾络之病。脾络虚，而肝气乘之也。经别篇曰："足太阴之别，名曰公孙"，实则肠中切痛，虚则鼓胀，是鼓胀为脾络之病也明矣。夫络病而不于络求之，而反于脏求之，治不见效，遂谓单腹胀为不治之证，何瞶瞶耶！然吾思谂矣。夫既曰脾络病，则补脾络在所不免，然肝邪横决，久已侵入脾络之中，若不先泄肝邪，则补药无由流入于络，是则单腹胀之证，泄肝为急务，断断然矣。但治肝先治络，古有名言，何者，络虽非肝所专属，而络实为藏血之管。内经谓肝主藏血，人身之络，非肝所有事乎！吾谓通肝络为治单腹胀之先声，补脾络为治单腹胀之后盾，治法已定，后遇此病，按此定法施之，随手而效，殆亦愚者千虑之一得欤！金匮肝着汤，为通络之效方，加入泄肝补脾之品主之，或先服王清任通窍活血汤，合肝着汤与之，然后以加味肝着汤，多服数剂，自收奇效，万勿轻视焉可也。

通窍活血汤方：

赤芍3克，川芎3克，桃仁9克，红花9克，老葱3根（切碎），红枣7枚（去核），鲜姜9克(切片),麝香0.15克(绢包)。

上用黄酒半斤，将前七味煎一盏，去渣，将麝香入酒内，再煎二沸，临卧时服。

加味肝着汤方：

新绛9克，旋覆花12克，茜草根9克，葱须9克，横归须9克，川黄连4.5克，水炒吴茱萸9克，金铃子9克，路路通10枚，蜣螂9克，鸡内金15克，败鼓皮灰9克，啄木鸟灰9克（连毛脏烧）。

上十味水三碗煎数沸，然后下药煎至一碗，和入二灰温服。

（梁颂名整理）

痼疾一例治验

曹 鸣 高

〔作者简介〕 曹鸣高(1907～1985年)，男，江苏省苏州市人。14岁随祖父（清代御医曹沧洲）、父亲（曹甫侯）临证习医，17岁悬壶应诊。解放后任苏州市中医工作者协会主任，苏州中医门诊所所长。1954年调南京。历任江苏省中医院内科副主任、江苏省中医进修学校内科教研组组长。1963年受中央卫生部特邀参与编审全国中医学院（二版）统一教材，次年应聘担任国家科委中医中药组成员。擅长诊治脾、胃、肺、心诸症。近十年来，在应用活血通脉法、温阳益气法等治疗心血管疾患、免疫性疾病等方面进行了大胆的探索，并取得了满意的疗效。曾发表论文10余篇。生前任南京中医学院内科主任医师、教授等职。

【病案】 李××，男，37岁，医师。

于1967年5月初冒暴雨上山救火，劳累后感受寒湿而得病。开始头痛、项强、颈胀，目胀且痛，视力逐渐减退，时有呕吐，两下肢行动稍感不便。经×××医院检查，腰穿测压230毫米汞柱；眼底见左侧视神经萎缩，右侧乳头边稍充血，边界不清。怀疑颅内占位性病变，转北京××医院，经脑电图、超声波及气脑造影，诊断为“颅底蛛网膜炎”，当时服中药治疗，病情逐渐缓解，但左眼视力下降至指数不清。1971年5月又复发头痛，症状较上次为重，视力继续减退，左侧上下肢麻木，半年后缓解。至1973年5月病情再次复发，症状更为严重，头痛眩晕，颈部肿胀，肩背沉重如石压，肢麻、行动困难，左眼已完全失明，右眼视力模糊。在上海××医院经脑电图、超声波等检查，诊断为“蛛网膜下腔出血、广泛粘连”。后来南京××医院检查：左眼底乳头苍白，边缘欠整齐，血管较曲，生理凹陷不清，右眼底视乳头边发红，上下缘界欠清；左眼失明，右眼视力差；左鼻唇沟浅；左上肢肌力4°，左下肢肌力3°，左上下肢腱反射较右侧活跃，左半身感觉差。经神经内、外科会诊，仍以“蛛网膜炎”为主要诊断。于同年8月26日来我院门诊治疗。

1973年8月26日初诊：头目痛甚，项背强直疼痛，肩背沉重宛如石压，背部尤甚，肢体肿胀以上半身为甚，如绳捆绑。左目已失明3个月，右目视力模糊。左侧上、下肢麻木，走路摇摆，经常跌跤。两手下垂时肌肤即变红紫。无语言及意识障碍。怕冷、心慌、眩晕、寐少，胃纳不香，舌苔淡白腻，脉沉细伏。头为诸阳之会，背为督阳之位，阳位之阳不通，故头痛如破，背如石压，怕冷；四肢为诸阳之本，阳气不行则血亦痹阻，为肢麻腿软。阳气不宣则腠理闭塞，气血壅滞，而见腰以上肿胀。脉证合参，恙由重感寒湿，阳气为阴邪所遏，脉络痹阻，气血运行不畅，拟升发阳气以逐寒湿，流畅气血以通经脉。方药：净麻黄4.5克，浮萍草6克，北细辛2克，川桂枝4.5克，杜红花4.5

克，甘菊花9克，香白芷4.5克，川芎4.5克，带皮苓15克，杭白芍9克，干地龙9克，煅磁石20克，生甘草3克。

1973年8月31日复诊：药后肿胀减轻，肢麻好转，睡眠较好，其余症状尚无明显进展，脉沉细，苔腻。治守原方出入：川桂枝6克，浮萍草6克，北细辛2克，川芎4.5克，杜红花9克，桃仁泥9克，干地龙9克，鹿角片4.5克，煅磁石20克，龙胆草3克，甘菊花9克，枸杞子9克，生甘草3克。

1973年9月16日三诊：上方稍作加减，共服15剂，怕冷已除，诸证均得改善，肿胀消退，可步行二里路，背部重压感及肢麻基本消失。昨夜上半身作痒，仍觉头项痛，目胀涩，舌苔腻根垢，脉软弦细。阳气渐复，阴凝渐化，仍守原意续进：川桂枝6克，香白芷4.5克，川芎6克，全当归9克，桃仁泥9克，杜红花9克，鹿角片4.5克，京赤芍9克，甘菊花9克，枸杞子12克，煅磁石20克，龙胆草4.5克。

原方加减，服至10月10日来诊，症状基本消失。右目视力已清，能书写病历，左目失明，四肢活动恢复正常。饮食睡眠正常，仅左侧肩部胀痛，脉搏已能鼓指。后带处方回单位调理。1980年5月20日患者来信回去后不久即上班，现身体健康。

按语　本案症状繁多，病情复杂，患者病前劳累汗出过多，复冒暴雨，感受寒湿，两次复发都因受凉而引起；就诊时虽值夏令，但肢冷脉细如伏，盖头为诸阳之会，背为督脉循行之处，四肢为诸阳之末：阳微阴盛，阳气为阴邪所遏，气血运行瘀滞，乃患者之基本病理。故在治疗上重点使用辛温通阳之品，以振奋阳气而逐阴邪，阳气一通，则气血运行即能恢复常态。药用麻黄、细辛、浮萍宣发阳气；桂枝、白芷、川芎分别行太阳、阳明、少阳之湿；鹿角温督脉之阳；佐桃、红、归、芍、地龙活血通络，龙胆草以泄肝（近代资料报道，龙胆草有减脑压作用）。药证相符，数年痼疾得以治愈。《内经》所谓："治病必求其本。"于斯益足信矣！

治疗下虚受风证及治病兼顾脾胃的体会

王 祖 雄

〔作者简介〕 王祖雄，男，67岁（1919年出生），江苏省江阴人。早年曾攻读私立上海中医学院，继随南京名医张简斋学医，1942年开始在川黔行医，曾任贵阳中医进修学校及贵阳医学院中医系教师，1965年调到贵阳中医学院工作。从事中医临床和教学工作40余年，积累丰富的经验，并在国内外中医刊物发表中医论文多篇，编著《内经选释》，并参加编写《中医各家学说》教材。现任贵阳中医学院中医系名誉系主任、副教授，兼任中华全国中医学会中医理论整理研究委员会委员、贵州省中医学会副理事长等职。

“下虚受风”证是中医临床中常见之证，它与一般外感病有所不同，如治疗不当，往往会延误病程，甚至产生变证。至于在治病过程中，自始至终，注意兼顾脾胃这个环节，也很有助于提

高疗效。以上两个问题，愚在青年学医时，既得业师张简斋（系近代国内已故名医之一）的薪传，以后并有自己长期的实践体会。兹不揣冒昧，分别介绍如下。

一、治疗下虚受风证

下虚受风证之患者，多系素体虚弱，复感外风所致，而且男女均可罹此。但是，根据男女生理和病理上的不同特点，其致病因素和临床表现亦不相同，因而在治疗上亦有区别。

1.男子下虚受风证：本病系由房事不节，肾气骤有所虚，表卫不固，风寒之邪得以乘虚而袭引起。足少阴肾经与足太阳膀胱经相表里，表里同病，两经经脉之气违和，即可导致头作昏痛，后脑尤甚，肢体痠楚，腰脊为甚，腿膝软而无力，寒热不扬，略有烦躁而少寐，口淡，舌淡苔白，脉虚浮（两尺无力）等证。上述诸证，既不同于太阳伤寒、中风证，也不同于伤寒少阴病，而是属于一种足少阴与足太阳表里同病的外感证。在治疗上它既不能单纯地用麻黄汤、桂枝汤等辛温解表，也不能用附子汤、四逆汤等辛热温经，否则都有可能发生误汗伤正或引邪深入之弊。故应采用和养疏化法，以和养肾气，疏解少阴、太阳风寒为治疗本证的原则。其基本方药为：羌活、独活、防风、桑枝、寄生、炒干地黄、细辛、淡姜、姜半夏、茯苓、茯神、橘皮、橘络、生甘草。以上方药，系从张洁古的九味羌活汤化裁而来，其方义是：用炒干地黄和养肾气而不滋腻，用独活、细辛祛除足少阴肾经之风寒，用羌活、防风、桑枝、寄生、淡姜疏解足太阳表卫之邪及腰肢之游风，复佐二陈汤加用茯神、橘络和胃安神。如审定是证，施用此方，往往用数剂即病证霍然。

【病案1】 张××，男，38岁，已婚，1982年9月9日初诊。

将息失宜，下虚受风，少阴、太阳同病。头部昏痛牵及后

脑，肢体痠楚，腰脊尤甚，寒热不扬，夜寐不适，食纳不香，舌淡、苔薄白，脉虚浮、尺部无力。治以和养疏化法。羌活3克，炒干地黄9克，桑枝9克，寄生9克，防风3克，细辛1.5克，姜半夏9克，独活3克，淡姜3克，茯苓、茯神各9克，橘皮、橘络各3克，生甘草3克。患者经服上方3剂后，病即痊愈。

2.妇女下虚受风证：本病主要是由妇女行经期间或产后不久，招受风寒之邪所致。盖女子以肝为先天，肝藏血，任主胞宫。妇女因行经或产后失血，肝、任二经气血不足，风寒之邪得以乘虚而袭，即可导致头目昏眩，巅顶不舒（有压痛感），少腹隐隐作痛，腰肢痠楚，寒热不甚，虚烦少寐，舌红、脉虚弦等证。上述诸证，既非单纯的感冒证，亦非一般的血虚证，而属于肝、任血气不足，复感风寒，虚实夹杂的外感证。在治疗上既不能单纯的发散，也不能专门补虚，如偏在上述任何一面，同样也都可能发生误汗伤正或引邪深入之弊。根据个人多年来的治疗经验，对于此证，亦系施用和养疏化法，但其方药又与男子“下虚受风”证之用药有别，此以和养肝、任血气，而疏解风寒为其治疗原则。基本方药为：防风、天麻、首乌藤、桑枝、寄生、白蒺藜、艾叶、淡姜、当归、川芎、炒干地黄、赤白芍、茯苓、茯神、橘皮、橘络、生甘草。以上方药，系从王海藏妊娠六合汤化裁而来。其方义是：用四物汤（熟地黄改用炒干地黄、芍药赤白同用）和养肝、任气血，加防风、天麻、首乌藤、桑枝、寄生、白蒺藜、艾叶、淡姜等药，既能和养肝、任气血，又能祛除其风寒之邪而不刚燥，复佐二陈汤加用茯神、橘络和胃安神。如审定是证，施用此方，奏效亦颇迅速。

【病案2】 王××，女，32岁，已婚，1983年5月5日初诊。

适值经行，起居不慎，下虚受风，肝、任血气不和。心神不

宁，头目昏眩，巅顶不舒，少腹隐痛，腰肢痠软无力，微有寒热，夜寐不适，舌尖边红赤，脉虚弦不和。治以和养疏化法。防风3克，炒干地黄9克，炒赤芍、白芍各6克，艾叶3克，天麻9克，当归6克，桑枝9克，寄生9克，淡姜3克，首乌藤9克，川芎3克，白蒺藜(炒)6克，生甘草3克，生、熟枣仁各9克，橘皮、橘络各3克，茯苓、茯神各6克。患者经服上方5剂后，病即痊愈。

二、治病兼顾脾胃

这里所谈的治病兼顾脾胃，主要是指在治疗内伤外感各种病证中，对于处方用药，应处处照顾到脾胃这一环节。根据“脾者为胃行其津液者也”、“胃者水谷之海”、“得谷者昌，失谷者亡”等经旨，治病兼顾脾胃，使脾运胃纳转佳，既可增强患者抗病能力，又可辅助治病主药更加发挥其作用，自不能有所忽视。个人对此有如下两点体会。

1.治病兼顾脾：治病兼顾脾，主要是因为脾主运化，脾以健运为佳，在治疗内伤虚证，调补五脏阴阳气血，施用方药时尤为重要。如肺脾气虚之用补肺汤、六君子汤；心肝血虚之用归脾汤、四物汤；肺肾阴虚和肝肾阴虚之用拯阴理劳汤、杞菊地黄汤；脾肾阳虚之用拯阳理劳汤、金匮肾气丸等等，首先必须考虑到患者脾的运化情况，是虚能受补，还是虚不受补？不考虑这些，盲目单纯地进行滋补，不但无益，反而有害。因此，在施用上述各类方药时，应配伍辅佐一些健脾理气之品，方能避免其流弊。关于这点，我们应善于在古人制订的成方中捉摸、体会和运用。例如：李杲制订的补中益气汤配以陈皮；严用和制订的归脾汤配以木香；局方六君子汤又加用香砂，名香砂六君子汤等等，都足以为我们临证用药时效法。此外，在滋补阴精和气血时，施用六味地黄汤、大补阴丸、左归饮、左归丸等方，亦不妨配之以

砂仁，或加入小方枳术丸在内；施用玉屏风散、保元汤和当归补血汤等方，不妨都配入陈皮在内，自能更有助于健脾理气，发挥调补各脏气血的效用。不过，根据个人实践体会，在上述诸方中所配伍的一些健脾理气之品，其用量均宜轻不宜重，宜少不宜多。否则，喧宾夺主，往往冲淡了调补某脏之力。

2.治病兼顾胃：治病兼顾胃，主要是因为胃主受纳，胃以通和为贵，在治疗各种病证用药时，都应注意到胃腑是否通和而能受纳？或者所用之药，对于胃的这一功能有无损伤的问题。个人在这方面的实践经验是，在治疗不少疾病处方中，除了其主药外，常以加减二陈汤（中满呕恶者则用温胆汤）作为衬方，盖即取其通和胃气之意。在施用大苦大寒之品如龙胆草、芦荟、黄连、黄柏等药时，为了避免其苦寒败胃，影响胃纳功能，均只“偶亦为之”，而不采取连续使用的办法。即使须要久用，其用量也宜轻而不宜重。在施用某些滋补阴血之品时，为了避免过于滋腻而滞胃气，亦往往仿照前人医案中的用药经验，配以化痰散结之品。如用阿胶珠辄以海蛤粉拌炒，用麦冬配以法半夏相佐等等；在复方中施用龙骨、牡蛎、鳖甲、龟版等介类药品时，常嘱病家以纱布包药，先煎取其药汁而代水煎药，如此乃仅取其性而不取其质，使其不致滋腻而滞胃气通和之故。

重症疫毒例案

王 绵 之

〔作者简介〕 王绵之，男，64岁（1923年出生），江苏省南通市人。幼承家学，1942年在原籍正式开业行医，1946年经前考试院考试合格，并领有中医师证书。1956年任江苏省中医进修学校方剂教研组组长，1957年调北京中医学院曾任方剂教研室主任、基础部主任、致力于方剂教学与科研，坚持不脱离临床，精于内、妇、儿科及方剂学。以中医辨证论治为主，曾治愈多例疑难杂证。曾主编《中医学概论》、《汤头歌诀白话解》、《临床常用方歌手册》等。现任北京中医学院教授、学院学术委员会副主任、卫生部药典会委员、中华全国中医学会副会长等职。

【病案】 党××，女，27岁，已婚，农民。1974年6月28日初诊。

患者初病发热下痢，3日后因休克即夜送至县医院抢救，翌

日上午8时休克得到纠正。下午4时起，突又高热，神识昏迷，经省与地区传染病院多次会诊，采用多种西药治疗无效，已历21天，经病房患者推荐，始邀余诊治。当时病人仍高热烦躁，神昏目开不识人，呼之不应，不语亦不呻吟。视其胸部多白痦、色滞不鲜，但不干枯，下痢频频，日夜近30次，以血为主，夹有少量脓液，闻其气味热腐腥秽，触鼻欲呕，臀部褥疮如碗大。诊其寸口脉细数，趺阳脉细弱几不应指。望其舌色紫绛，苔少且干。据其家属云，前日起时时弄舌，入夜尤频。

综上脉证，乃暑湿郁蒸肠中，邪毒入于营血，气阴大伤，清窍闭塞，是疫毒痢之危候，姑拟清营凉血、解毒开窍法以冀弋获。

处方：生地18克，赤、白芍各9克，川黄连4.5克，金银花12克，净连翘9克，生地榆12克，生甘草9克，阿胶9克（烊化、分冲），大青叶15克，地丁草12克，当归炭12克。水煎取汁。另：局方至宝丹一粒分2次用药汁送服。（注：该院中药房缺安宫牛黄丸、白头翁，故用至宝丹、地榆）。

7月1日复诊：据家属言，因至宝丹遍找不得，延至29日始服第一剂，服后弄舌即止，夜间亦较安静，遂又配服1剂。今诊脉仍细数，趺阳脉虽仍细弱，但已能应指，舌质紫绛，增见白腻苔，神识仍不清，白痦续有外透，下痢日夜仍20余次，血多脓少，仍腥秽难闻，是治虽合机而获小效，但邪热鸱张，阴血大伤，还当防变，续予凉血解毒，兼以化浊开窍为治。

处方：白头翁12克，秦皮9克，川黄连4.5克，黄芩4.5克，金银花12克，炙甘草9克，阿胶9克（烊化、分冲），大青叶15克，炙远志6克，石菖蒲3克。3剂。

7月4日三诊：药后下痢减至日夜10次左右，且多黄稠粪便，间有血块，色紫，神识犹不清，间见抽搐，脉仍细数，用压舌板视舌有反抗，舌绛苔薄腻欠津，尖边有咬破出血点。此久痢

而阴血大伤，心肝热盛，内风萌动之象，于原方加养阴熄风之品为治。

处方：上方去远志、菖蒲，加生地18克，赤、白芍各12克，钩藤9克后入，白菊花12克，木香3克，生龙、牡各24克先煎。3剂。另：安宫牛黄丸或局方至宝丹3粒，每剂药用1粒，分2次用药汁送下。

7月8日四诊：上方安宫、至宝丹仍缺，改用清热镇痉散三瓶，分六次同药服，服后抽搐减而头摇阵作，发则如摇拨浪鼓，口角扯动，牙关紧急，喉间有声。下痢同前，神犹不清，脉弦数，再以清热解毒，镇痉开窍为治。

处方：珍珠母45克，生龙、牡各24克，龟版30克（以上三味先煎），钩藤9克，地龙6克，生地24克，金银花12克，大青叶15克，赤芍12克，全蝎1.5克，郁金9克，川贝粉4.5克（分冲）。3剂，水煎取汁。另：清热镇痉散6瓶，日2次，每次1瓶，用药汁送服。（注：方中龟版缺。）

7月11日五诊：头摇趋减，口角已不扯动，牙关亦不如前紧。下痢同前，脓血较少，脉细数，颜面潮红，是风虽向平，阴伤未复，再以原法加减为治。

处方：上方去龟版、郁金、川贝粉、金银花、赤芍，加白头翁15克，黄连4.5克，丹皮9克，炙甘草9克，阿胶9克（烊化、分冲），麦冬9克。3剂。

7月14日六诊：头摇大减，能自张口，且曾张目四顾，与之饮，能合作，是神识间有清时。两颧时有潮红，鼻干有黑气如煤炲，前板齿燥，舌淡苔薄白腻，脉细数。虽输液未停，但阴伤已极，邪热仍炽，所以苔虽白腻而齿燥，鼻黑如煤炲。当育阴清热，庶免虚风复萌之虑。

处方：珍珠母45克，生龙、牡各30克，鳖甲18克（以上三味先煎），白芍12克，生地18克，川石斛18克，炙甘草9克，黄连3

克，阿胶9克（烊化、分冲），钩藤9克，茯苓12克，全蝎1.5克，鸡子黄2枚（分冲）。3剂。

7月18日七诊：证情稳定，两颧潮红已退，鼻黑齿燥已除，头摇亦止，喂饮食能自咀嚼吞咽，是神识渐复之征。再以上方去石斛、生地、茯苓，加知母9克，青蒿4.5克，3剂。

7月22日八诊：神识又较清醒，多次索饮，夜寐较安，间有轻微呻吟，下痢减至日一、二次，仍然赤多白少，舌淡苔白中黄，脉细数。再以原法加和胃之品为治。

处方：生龙、牡各30克，鳖甲30克（以上二味先煎），赤、白芍各12克，生地12克，知母6克，青蒿4.5克，阿胶9克（烊化、分冲），全蝎1克，黄连4.5克，广木香4.5克，当归6克，陈皮9克，焦山楂12克。3剂。

7月25日九诊：前日见二子来，搂其子痛哭，人叫则应，问之不言，但以手势作答，口能自开，知饥渴，痢已止，舌淡苔薄中黄不匀，脉细数。再以原法加益气助运之品。

上方去全蝎、赤芍、知母、焦山楂，加党参12克，炒白术12克，焦神曲12克，鲜生姜3大片。3剂。（注：病情已较平定，褥疮续有扩大加深，遂改用中药敷治。）

7月29日十诊：诸象平善，大便调，纳谷旺，神识清，但不能言语，形瘦色悴，头发稀疏，时自呻吟转侧，是久病之体，热靖神清而知所苦之故。舌转淡红而胖嫩、苔薄白而滑，脉数而较前有力，是病邪虽去，气阴犹虚之征。再以育阴益气，兼调脾胃为治。

处方：生龙、牡各24克（先煎），阿胶9克（烊化、分冲），炒白芍18克，当归9克，炙甘草9克，炒白术18克，党参18克，陈皮9克，广木香6克，砂仁6克（打、后入），炙内金9克。（注：砂仁壳多仁少，故加量。）3剂。

8月1日十一诊：证同前，脉数已不如前甚，但小便不多。

故以上方去生龙牡，加茯苓18克、熟地12克、焦神曲12克，3剂。停输液。

十二诊、十三诊：病人精神渐复，皮肤渐润，食量日增，大便色正成形，褥疮已生新肉芽，唯仍不能语，小便尚不多，舌体犹胖，故再以原方去阿胶、广木香，加远志6克，酸枣仁12克，泽泻4.5克，每天1剂。

8月25日十四诊：日来精神趋振.形体渐充.眠食二便均好，褥疮新生颇快，已无脓，仅余杯大尚未平，且皮随肉生。唯贪凉饮冷，故见脘痛泛恶，时作噫气，脉平而苔白滑。治以归芍六君合旋复代赭石汤加减。

处方：党参18克，炒白术18克，茯苓12克，陈皮9克，砂仁9克（打、后入），旋复花12克(包)，代赭石12克(打、先煎)，清半夏9克，炙内金9克，丁香1.5克，当归9克，炒白芍18克，鲜生姜5大片。3剂。

8月28日十五诊：上方两服，脘痛泛恶遂止，噫气亦除，诸象正常，褥疮基本平复，仅余寸许大未生皮，唯仍不语，月信未至，小腹无苦。遂以归芍六君加黄芪、砂仁、广木香、炙远志等继续补气血，健脾胃以助恢复。

其后继续以人参养营汤加减为治。两周后褥疮完全平复，月经自至，调治至9月28日，行动如常人，但乏力不耐劳，仍不语，遂携药出院调养。又逾1月，家属来告，回家10余日后始能言，又经10余日而一切如常人。

按语　上述病案系1974年带领我院中医本科72届学员去河北省定县医院毕业实习期间治疗的危重病例之一，是根据我接手诊治以来的记录整理的。

痢疾为夏秋季常见的肠道传染病之一，古称“肠辟”，亦名“滞下”，多由湿热郁蒸，脾胃水谷不运，复又饮食不洁之物而成病。以其深入脏腑，气血败伤而为脓血，故王孟英有“痢关平

脏，误治必危”之诫。本病例之所以痢不止而神昏不语，未必非误治之故。然而虽神昏而目开、疹出，热虽炽而下痢仍频，是病邪犹有外透之机，故急予清解开窍之剂。幸获热与痢均能稍减之效，遂守法继进。10日后热盛液涸，风动致痉，易以清热养阴，熄风止痉为治。再18日而风熄痉止，神识亦清，但不能言语。余师愚《疫病论》有“痉后有声不能言，此水亏不能上接于阳也，宜补水。”“痉后声颤无力，语不接续，名曰郑声，乃气虚也，宜补中益气。”今病人呻吟而不能言，且有鼻干黑如煤垢，前板齿燥之见证，故治以养阴清热为主，兼以补气。但久病高热而致神昏，四旬方苏，阴亏已极，故非数剂所能填补者，所以守法不变，服药2个月后月经自至，说明八脉充盈，足证肝肾之亏已复，故又半月左右而能言语。

本病例自6月28日开始用中药治疗，除神昏影响进食期间仍用葡萄糖盐水加维生素C静脉滴注外，不再用其它西药。通过观察，输液虽可补充一部分营养和液体外，对高热伤阴严重者似乎意义不大。再如我于1966年春，带中医本科生在郊区县毕业实习时曾治一肠伤寒病人，阳明病腑实已成，用西药治疗无效。高热谵妄，舌苔应焦黄燥裂，但因输液，舌上白滑水润，只是其下隐有焦黄腻苔，前板齿燥，遂以增液承气汤加味治之，得大便利而愈，亦可为输液与补阴滋液剂不同之又一例证。

开始用自制中药散剂敷治褥疮时，一位西医曾说过，“此疮面积太大，皮肤已破坏，即便肌肉长满，皮肤恐难再生。”当敷治至一周时，皮随肉生，并无他异，但至肌肉完全平复，皮肤还缺如银圆大一块时，果然迟迟不长。经加用生黄芪后，方渐渐长满，但远不如开始时生长迅速。黄芪补三焦，实卫气，主治“痈疽久败疮”之功，信然不诬。

读前贤医案，如此危重之痢疾尚少记载，即论痢疾之专篇，对如此病证亦欠完整而明确之论述。然而古医籍中，自《内经》、

《伤寒论》、《金匮要略》以降，尤其温病学专著中，关于此类病证之理论分析、治疗方药，皆细致周详。我对本病例治疗过程中，始终以中医理论为指导，虽用药受当地条件所限，不能尽如人意，但终于完全治愈，益信读中医书当兼收各家之长，并在实践中加深理解，使之融汇贯通，才能师法前贤而不死于句下。所以整理如上，供同好者参考。

治疗慢性溃疡性结肠炎的体会

李 寿 山

〔作者简介〕 李寿山，字岳东，男，65岁（1922年出生），山东省平度县人。自幼好学，秉承家训，随父从医，勤求经典，博采众长，尽得其传。弱冠学成，考取“汉医证书”，遂悬壶于大连。行医生涯40余载，笃信仲景，善用经方以疗热病，急症重症，尤长于脾胃病及瘀血疾患之治；对舌下络脉诊法颇有研究。素以家传《百病赋》为临证指导，屡起沉疴。勤于扎录，主要著作及论文有《伤寒论句解新义》、《金匮要略句解新义》、《临证辨治心法》、《临证用药心法》，《仲景学说的学用心得》、《脾胃学说与临证实践》、《瘀血证治与活血化瘀》等。先后任大连市中医院中医科主任、中医院副院长，院长，中医研究所所长、技术顾问主任医师，中华全国中医学会理事，辽宁省中医学会常务理事，辽宁省中医内科专业委员会副主任《辽宁中医杂志》编委会副主任，《实用中医内科杂志》编委，南阳地区仲景

等。每因情绪不快而加重，迁延不愈。曾先后多次大便常规检查及培养排除痢疾。X线钡剂灌肠检查确诊为溃疡性结肠炎。先后用中西药物治疗效果不显。舌红苔白腻，舌下络脉淡紫粗长，脉象弦滑。

脉证互参，结合病史，证属肝脾不和、气滞湿郁夹热，拟舒肝和脾，理气化湿佐以清热法。方用香军四逆散加减。处方：柴胡、黄芩、延胡各15克，白芍30克，广木香 7.5 克，酒大黄炭 3 克，甘草10克。水煎服，每天 1 剂。连服 3 天后腹泻止，腹痛减。效不更法，方药略有增减，连服30余剂，诸证俱平。经乙状结肠镜检查溃疡面全部愈合。为巩固疗效，嘱服焦楂炭粉，每服 5 克，加白糖少许，开水送服。每天 2 次。随访半年，病未复发。

按语　四逆散具有调和肝脾、升清降浊的作用。方中柴胡疏肝解郁，枳壳理气散结，白芍和营缓急，甘草益气和中。再加木香调气理肠，酒大黄导滞清热，两药合用，理气导滞，调整胃肠。诸药配伍共奏疏肝理气、和脾化湿之功。对肝脾不和、气滞湿郁型之慢性溃疡性结肠炎确有良效。《伤寒论》中有四逆散治疗“腹中痛”，或“泄痢下重”的记载，与本型所述肝脾不和、气滞湿郁之久痢证，证情基本一致。故遵循其理，方药略加变通，而收良效。

(二)脾虚湿盛、寒热夹杂型

主证：腹泻、腹痛绵绵不已，长期大便溏薄、脓血杂下，甚或滑脱不禁，里急后重较轻，常伴有畏寒怕冷、神疲短气、脘腹胀满，面色苍白，舌淡苔润或兼腻苔、舌下络脉多呈淡红细短或淡紫细长，脉象沉细或濡滑，常因过劳、受凉，或饮食不节而加重。一般多为久病，本虚标实、寒热夹杂症。

治疗：治以温运脾湿，调和寒热法。理中汤加味。余自拟味军理中汤：党参、白术、炮姜、炙甘草、五味子、酒大黄炭。腹冷腹痛滑泻者，加赤石脂、生山药、田三七；五更泄泻者，加肉

豆蔻、吴茱萸；血便多者，加田三七、地榆炭。诸证平后，予以健脾益气，佐以导滞之品以图巩固。

【病案2】 张××，男，40岁，工人。1976年10月7日初诊。

该患者平素脾胃虚弱，经常食欲不振，腹胀便软。于1970年秋始患腹痛，腹泻，大便日3～5次，夹有粘液血便，轻微里急后重。每因过劳、受凉或饮食不当而病情加重，腹痛绵绵不止，大便溏薄。每天晨起后即腹鸣腹痛，溏便1～2次，间或午饭后再次溏便，每夹有粘液或血便，经常畏寒怕冷，少腹冷痛喜暖，病情时轻时重，舌质淡、胖嫩有齿痕、苔白滑，舌下络脉淡红细短，脉象沉细。经乙状结肠镜和X线钡剂灌肠检查确诊为溃疡性结肠炎。用中西药治疗效均不佳。

脉证合参，结合病史，证属脾虚湿盛，寒热夹杂，迁延日久，脾肾两虚。拟温补脾肾，佐以化湿、消瘀导滞法。方用味军理中汤加味。处方：党参、白术各15克，炮姜、炙甘草各10克，炮附子、五味子、肉豆蔻各7.5克，酒大黄炭2克，吴茱萸5克，水煎服；另用田三七粉3克，分2次冲服。药后证状减轻，守原方略为增减，服药40余剂，诸证而瘳。为巩固疗效，继以参苓白术散加酒大黄炭、田三七，共为细末，炼蜜为丸，10克重，早晚各服1丸。服丸剂3个月，再经乙状结肠镜检查溃疡面愈合，欣告痊愈。半年后随访，未再复发。

按语 理中汤具有健脾益气、理中散寒的作用。方中党参补气建中，白术燥湿健脾，炮姜温中散寒，炙甘草和中缓急。再加五味子敛肺益肾，酒大黄炭导滞清热，二药合用，一敛一散，补中有泄，散中有补。诸药相合能温运脾湿、调和寒热。对脾虚湿盛、寒热夹杂型之肠辟久痢有消除证状，根治病源的效果。《伤寒论》的理中汤治疗脾虚阳微、寒湿吐泻诸证，与本型所述脾虚湿盛久痢证，其病机证情基本相似。古方治今病，在现代临床实

辟久痢中，除用酒大黄炭外，还常用田三七、延胡、丹参、焦楂炭等，尤其田三七具有去瘀生新、止痛敛疡之效，对肠内溃疡愈合和缓解腹痛有良效；其次是焦楂炭，具有导滞止利，兼有活血化瘀的作用，亦是一味首选的良药。

（四）病瘳之后，健脾助运

慢性溃疡性结肠炎的临床表现主要以脾虚不运、湿邪内困为主要矛盾。因此，当病情缓解初瘳之后，除注意饮食调摄、精神乐观、避免受凉，劳逸结合外，还需要给予健脾益气、温运化湿之药物，如参苓白术散合田三七、酒大黄炭、焦楂炭，共为细末，炼蜜为丸；或单方焦楂炭粉，均可参考选用。这是巩固疗效，以防复发，从而获得根治的关键。

（李小贤整理）

治疗胃脘痛的经验

梁 乃 津

〔作者简介〕 梁乃津，男，72岁（1915年出生），广东省南海县人。6岁左右读书塾，14岁到上海补习，3年后入上海中医专门学校，翌年转中国医学院。1936年起在上海行医，后转广东开业并主编《广东医学旬刊》。1945年在广州与友人合办“广州药店”并开业行医，主编《新中医》杂志。1947年在家设诊所，并在广东中医药专科学校教内科、医史、病理、中医学概论等，1949年兼广东中医药专科学校教材编辑主任，50年代初任广州卫协副主席。1951年任广东省中医院院长，1956年广州中医学院成立，参加筹备兼副教务长及医经教研组主任，1963年任广东省中医药研究所所长，1972年调入广东省人民医院任中医科主任、副院长。1981年调入广东省中医院，任院长至1984年秋。学业造诣很深，擅长内、儿、妇科，对消化系统及心血管系统疾病尤有特

历号：59586。

患者上腹部反复疼痛7年，近半年内加剧，并出现灼热痛，口干、口苦，大便秘结，舌尖红、苔少，脉弦细。曾做胃肠钡餐透视：无异常发现。胃液分析：胃酸偏低。胃纤维镜：诊断萎缩性胃炎。中医辨证分型：胃阴不足。治则：养阴益胃。拟养胃汤加减：沙参15克，石斛15克，花粉20克，郁金15克，佛手15克，白芍20克，甘草10克，乌梅15克，木瓜15克，五灵脂15克，青黛3克。在上方的基础上，随症加减，经服1年多，胃痛基本消失，症状稳定。

按语　此例由于胃阴亏虚，津液不能上承而出现胃津不足，阴虚内热之表现。根据叶天士“胃为阳土，宜凉宜润”，甘凉濡润之品，能益胃阴而助其降，胃气才不至上逆，不但治疗胃液不足者，宜用甘凉以增其液，就是胃阴不足，阴虚内热者，也宜用甘凉以养其阴。因此，用沙参、石斛、花粉以养胃生津；白芍、甘草以酸甘养阴；郁金、佛手以疏肝行气，即在养阴益胃之中，少加疏肝利气之药。又用木瓜、乌梅、川楝子等酸甘化阴，用青黛防癌变。上方是用甘寒和酸甘的药物，达到养阴生津益胃的作用。

二、其痛在胃，其系肝脾

胃脘痛发病部位虽然在胃，但从临床表现到治疗方法上，都与肝、脾的关系最为密切。盖脾与胃互为表里，胃为水谷之海，主受纳及消化食物。脾主运化水谷精微，以灌溉四旁。脾胃二者共同完成饮食的受纳、消化、吸收、运化功能，是气血生化之源，也是元气化生之根本，故有“脾胃为后天之本”之称。《内经》云“脾主为胃行其津液”，说明两者相互为用，相互影响。脾的运化功能失职，常导致胃产生疾病，而胃有病也可导致脾病。肝主疏泄，性喜条达，而恶抑郁。肝气条达，不仅能舒畅精神，且

1丸。经服上方1个月左右，呕吐、疼痛皆消失，近期疗效满意。

按语 此例因寒伤胃阳，饮邪上逆，故口泛清水；寒滞于中，胃气逆而上行故食后作吐。即《内经》云“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也”。吐利，手足厥冷者，寒气内盛也。寒气在胃，胃阳被困故胃脘冷痛。方中吴茱萸温中祛寒为厥阴之主药，上可温胃寒，下可暖肾阳；干姜、桂枝，助吴茱萸温中祛寒；法半夏以燥湿、降逆、止呕，胃冷呕吐，以半夏为最佳；丁香善于降逆为胃寒呕吐、呃逆之要药，与法半夏共同起到降逆止呕的作用；党参、黄芪，健脾益气；砂仁、木香、陈皮，味辛香而行气，气行则痛止。总的起到温中散寒、行气止痛的作用。

胃热型多因喜食辛辣，恣饮热酒，煎炒食物或肝郁化火所致。治宜清热和中，用自拟新订清胃汤加减。认为蒲公英有清热健胃，而无劫津之弊，并有散滞止痛功用，故为首选药。

【病案4】 胡××，男，48岁。1980年12月27日初诊。

患者胃痛近12年之久，为灼热痛。并有口苦，口腻，失眠，纳差，寒热皆不受，稍有反酸与嗳气，大便秘结，小便黄，舌质红、苔黄，脉弦数。经胃肠钡餐透视为十二指肠溃疡。中医辨证分型：热郁胃腑。治则：清热和中。拟新订清胃汤加减：蒲公英30克，花粉30克，郁金15克，佛手15克，白芍30克，甘草10克，延胡10克，五灵脂15克，海螵蛸20克，瓦楞子30克。服上方4剂后疼痛明显减轻，胃纳转好，反酸减。续服10剂后，疼痛消失。

按语 此例由于热郁胃中，故胃脘灼热痛。胃火炽盛故泛酸；火盛津亏则大便秘结、小便黄；口苦，舌质红、苔黄、脉数，皆为热盛之象。方中蒲公英苦而甘寒，苦能清胃热、消炎、止痛，甘寒不劫津，因此不似黄连苦寒伤津；花粉以苦寒微甘，清热生津，与蒲公英配合，清胃热而不伤胃阴；郁金、佛手以疏肝解郁；白芍、甘草酸甘养阴；延胡五灵脂以活血、祛瘀、止痛；海螵

十二指肠球部前壁与后壁充血水肿，有少许灶性出血点。意见：1.慢性浅表—萎缩性胃炎；2.慢性十二指肠炎。胃肠钡餐透视：所见未除外胃窦部炎症。胃液分析：1小时基础胃液34毫升，含游离盐酸0.12毫当量。中医辨证分型：脾胃虚弱。治则：健脾补气。拟补中益气汤加减：黄芪30克，党参20克，当归15克，白术12克，淮山20克，茯苓20克，甘草10克，郁金15克，陈皮10克，柴胡5克，五灵脂15克。在上方基础上，有时加入木瓜15克或青黛5克。经服上方4个月，胃纳渐增，症状渐减，精神日佳。半年后随访，此段时间虽比较繁劳，停服中药半年，胃病无复发。

按语　此例主要由于病久造成脾胃虚弱，脾胃运化功能失常之症。根据《内经》“脾欲缓，急食甘以缓之，用苦泻之，甘补之。”故方中重用党参、黄芪、白术健脾益气；淮山、茯苓甘淡实脾；陈皮理气，助白术、淮山、茯苓健脾，使补而不腻；柴胡升举清阳，与郁金配合起疏肝理气作用。

如属脾（或胃）阴不足者，步叶氏养胃方，养阴益胃。养阴益胃法是根据胃喜润而恶燥，胃气以降为顺的特点。正如叶氏所说：“胃为阳土，宜凉宜润。”故用甘凉（淡）之品，养胃阴以助胃气下降。常用药有沙参15克，麦冬15克，石斛15克，白芍30克，甘草10克，花粉12克，太子参20克，郁金15克，佛手15克。对于胃阴不足之胃痛，决不能用辛香燥热等行气药止痛，免致伤津耗气。当胃阴不足并肝郁气滞时，应少用或不用柴胡，因柴胡有劫阴之弊。若脾胃虚弱兼阳虚者，在主方中加川芎10克，桂枝12克或附子12克。

在诊治胃脘痛的过程中，要根据患者临床的症状、体征，进行辨证论治，这是治疗的基本原则。但是由于病情是不断变化的，且变化也是复杂的，上述各类型均可互相影响和转化，有时各型可单独出现，因此，治疗时应全面考虑。例如：脾胃虚弱

为主要症状。在古典医籍里称之为“泄泻”、“洞泄”、“下利”、“溏泄”、“脾泄”、“濡泄”等；在现代医学中，可见于慢性非特异性溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎等疾病之中。余经五十余载医疗实践，认为本病在临床上以实证居多，病变之关健则在于邪阻肠道，中焦气机升降失常。以祛邪为主，配以调整脏腑气机等法，治之屡获良效。

一、六腑以通为用

《素问·阴阳应象大论》曰：“善诊者，察色按脉，先别阴阳”。“阴阳”包涵了病位概念在内。慢性腹泻，病在肠道，累及脾胃。若不明病位而乱投药石，尤如无的放矢，必徒劳无功。总的来说，慢性腹泻的发病机理，主要是在邪气的作用下所发生的肠道功能紊乱。

“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。”（《素问·五脏别论》）。肠道功能，主要是传导食物，并从中吸收精微物质。“实”是暂时的，它将在“胃实肠虚、肠虚胃实”的更替变化运动中，完成其“传化物”之责。故六腑之要，贵在于“通”。肠属六腑，“六腑以通为用”。小肠接纳胃内容物，进一步分别清浊，然后下至大肠，而把糟粕最后排出。因此“通”这一概念，抽象地概括了肠的主要生理功能。

肠道宜通，不通则病。若由于气滞、湿阻、食积等原因，导致肠道被阻、功能紊乱，则成为慢性腹泻久延不愈的症结所在。因此，在临诊中，必须掌握“六腑以通为用”的原则，治疗应从疏通肠道着手，或行气、或祛邪、或导滞，总以“通”为主要方法。即“从通为补”之。通则肠道邪滞自去，传化功能得以恢复，水谷之精微得以吸收，输布以充养全身。切不可早投或妄投补益之品，邪滞未去而迭进补益，犹如为敌助粮，后患无穷。临床辨证则要抓住临圊腹痛、泄后痛减，或大便夹有粘液等肠道邪滞而

脾气未衰之症。常用药物为：行气用苏梗、香附、川楝子、乌药等；导滞用木香槟榔丸及消食之品化裁；祛湿详见下文，若能掌握要领，合理用之，则收效如神。

二、中焦为气机升降之枢纽

慢性腹泻先因气滞、湿阻、食积阻肠道，进而累及脾胃，以致中焦气机升降失司。临床常伴有胸闷、腹胀、嗳气等症，所谓“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生膜胀。”

《素问·六微旨大论》云：“非出入则无以生、长、壮、老、已，非升降则无以生、长、化、收藏。”人体脏腑功能活动，莫非是升、降、出、入，升其清阳，降其浊阴，摄其所需，排其所弃，以维持人体正常的新陈代谢。脾胃居于中焦，脾主升，胃主降，一脏一腑，一阴一阳，相辅相成，乃为升降之枢纽。而其它脏腑的功能活动，无不配合脾胃以完成人体气机的升降活动。气机升降学说，在李东垣《脾胃论》中有更详尽的论述。一旦气机升降失司，则有可能导致腹泻的发生。当然，腹泻并非气机升降失常唯一和必然的结果。

肠道为浊气下泄之通道，若中焦气机升降失常，水谷之运化就不循常道，水谷之精微不能通过脾之转输而上升，反与浊气相混，扰乱肠道的正常运化，肠道气机长期被阻、而致腹泻迁延难愈。不难看出，升降失常与肠道邪滞有着密切的病理联系。临床很多慢性腹泻患者，并非因其中虚气亏，运化无权，实因其升降失常，肠道邪滞所致。中焦气机既已失常，治疗当极力调整之。可选用升麻、木香槟榔丸。升麻可以升举中焦之清阳；木香槟榔丸中的许多药物，可降中焦之浊阴，升降相配以扭转失常之气机，使水谷精微上升以养全身，糟粕排出於外，湿滞、食积无以在肠道产生。“浊阴”包括了食积、湿滞等，木香槟榔丸在调节气机的同时，可以直接地通下食滞。湿邪使用木香槟榔丸是不够

动，同时，肺之宣发与肃降，配合脾胃之升降，间接地影响着大肠的传化功能。因此，肺功能的改变，必然对大肠产生不良影响。王孟英曾云“治节不通，则一身之气皆滞。”反之，肠也将反作用于肺，大肠病变，也将影响肺功能的正常行使。故在探讨慢性腹泻的病理过程中，必须注意肠与肺之间的相互关系。在临诊中，须详细询问有关胸闷、咳嗽等肺脏病变症状。注意调整和增强肺功能活动，对于大肠功能的恢复，无疑将是有益的。肺气不畅，若当宣发之，却进补益，反壅其气。根据“下病治上”这一整体治疗原则，用上通下达之法，治疗慢性腹泻，每获良效。在我多年实践中，大胆尝试，摸索出治肺以利大肠的方法。在方中加桔梗、紫菀、前胡、牛蒡子等宣肃肺气之品，使诸药如虎添翅。肺气一畅则大肠自利。同时，治肺之品又能奏“提壶揭盖”之效，治节一畅，则三焦通利，有利于中焦肠道水湿的祛除，又与上述之利湿之品遥相呼应。一药多用、效若桴鼓。

五、温阳药之运用

在临床上，某些久病不愈的患者，或多或少兼有阳气不足，寒湿交阻之症，如滞泻清稀甚至完谷不化，腹冷畏寒、舌苔白腻等。此乃阳气不足、湿从寒化、寒湿交阻，气滞不通所致。寒湿与气滞相互为因、搏结不解，则更伤其阳。基于上述，对一部分寒湿气滞的病人，有必要使用温阳之品，特别是对那些顽固不愈而无明显热象者，往往可以药到病除。具体药物为：炮姜、肉桂、沉香、附子等，即附桂理中汤之意。气得阳助，则运行变常，阳光一照则阴霾自消。

六、散剂之运用

“散者散也”，此乃传统之观点，余集中西各家之学识，对于治疗慢性腹泻的用药剂型，除投以汤剂外，常配以散剂，以提

衣10克，茯苓20克。水煎服。另用参三七末10克，沉香末10克，肉桂末7克，分20包，早夜各服1包。

3月16日复诊：服前药后，自觉好转，病深药浅，再守原法：生紫菀6克，木香槟榔丸各15克，山楂10克，神曲10克，麦芽10克，乌药10克，陈皮10克，苏叶10克，藿梗10克，茯苓15克，车前子15克，川楝子10克，川椒目3克。

3月26日三诊：腹痛大减，大便转实，日行一次，上方出入，并处以散剂一料，调理之。炙升麻30克，防风炭30克，淮山药150克，扁豆衣60克，焦白术40克，白芍60克，煨木香60克，鸡内金40克，麦芽60克，九香虫50克，乌药40克，藿香30克，菟丝子50克，煅牡蛎150克。每次10克，每天2次。

慢性肠炎的辨证论治

噎 焕 章

〔作者简介〕 噎焕章，男，60岁（1927年出生），吉林省吉林市人。18岁开始习医，拜于吉林名医盖受益门下，深得其教，收益匪浅，奠定了良好的中医理论基础。后又肄业于华北国医学院。24岁开始行医于吉林省磐石县磐石镇中医院，专攻内、妇科。1958年调入吉林省中医中药研究所，研究治疗传染性肝炎。1960年起在长春中医学院诊断教研室从事教学工作，翌年于该院内科工作至今。发表了《无黄疸型传染性肝炎107例临床观察》、《传染性肝炎46例临床治疗体会》。《虫厥》、《久痢》、《内伤发热》等论文。现任长春中医学院附院内科副主任医师。

慢性肠炎是内科临床常见病之一，多起于急性肠炎或痢疾之后，由于当时失治、误治或治疗不彻底，加之饮食失节而来。因

为消化吸收不良，导致营养障碍，影响身体健康。本病包括过敏性结肠炎、溃疡性结肠炎、肠功能紊乱等，统称为慢性肠炎。本病临床以腹泻、腹胀、肠鸣、腹痛或里急后重、大便脓血为主。属于中医学“肠辟”、“泄泻”等证范畴。几年来笔者运用中医辨证施治的原则，治疗慢性肠炎32例，临床收到较好的疗效，初步归纳整理如下。

一、临床资料

1.资料来源：本文32例，门诊患者26例，住院患者6例。

2.性别与年龄：男性23例，女性9例。临床中本病男性患者多于女性患者。发病年龄22岁～45岁，26例，说明青壮年患本病较多。

3.病因与诱因：本病起于急性肠炎之后者24例，急性痢疾之后者8例。本病因在急性期未能彻底治愈，导致胃肠功能失调，邪气留恋肠道，气血壅滞，传导失常，故而大便次数增多，腹胀、肠鸣或下脓血。每次加重或复发，多和饮食生冷，饥饱不节，肥甘厚味，饮酒过多，情志抑郁等因素有关。

4.临床表现：本病在缓解期出现腹胀、肠鸣、腹痛、腹泻，日2～3次，带有粘液便；在发作期，出现里急后重、腹痛、大便次数增多，日5～6次，有粘液便或脓血便，小便色黄。

5.诊断标准：病程超过1年以上，具有腹胀、肠鸣、腹痛、里急后重、腹泻，大便带有粘液或脓血。大便镜检有红、白细胞，而又能排除慢性肠炎以外的其它疾患。

二、辨证分型

1.湿热型：临床表现为腹胀、腹痛、肠鸣、里急后重、便下脓血、肛门灼热、小便短黄、舌质红、舌苔黄腻、脉象弦滑。

1. 治疗前后主要症状比较表：

症状 / 例数 / 阶段	腹胀	腹痛	肠鸣	里急后重	大便性状		每日大便次数		
					粘液	脓血	2～4	5～8	9次以上
治疗前	32	32	32	24	24	8	21	9	2
治疗后	3	3	3	0	5	0	5	2	0

通过本表可以看出本病主要症状以腹胀、腹痛、肠鸣、里急后重，大便中有粘液或脓血，大便次数增多；本病经辨证分型治疗后，症状很快得到改善，大便中粘液、脓血、大便次数均减少或治愈，但到后期便质烂软，夹有少量粘液，而不易恢复。本病愈后若不注意饮食，极易复发。

2.治疗结果：根据疗效标准，临床痊愈者23例，显效者6例，无效者3例。

四、病案举例

【病案】 刘××，男，32岁，干部。1976年8月22日初诊。

主诉：腹泻已3年，近半月加重。

病史：于1973年患急性肠炎，经治疗好转后，时常出现肠鸣、腹胀、大便带有粘液，时轻时重，服药疗效不显。到长春某医院经乙状结肠镜检查，诊断为“慢性肠炎”。1976年8月由于大量饮酒后，使病情加重。便下脓血，日5～6次，便前腹痛有里急后重，肛门灼热感，小便色黄，伴有肠鸣，矢气频频。

检查：形壮，面色萎黄，舌质红，苔黄腻，脉象弦略滑。腹部平软，肝脾未触及。

大便镜检：粘液便，红细胞（++），白细胞（+++）。

诊断：慢性肠炎（湿热蕴结）

分析：长期腹泻胃肠受损，加之饮食失节，肥甘厚味，饮酒无度，湿热内生，薰灼肠道，脉络受伤，故下利赤白；湿热下注，则肛门灼热，小便色黄；胃肠传导失常，气机不利，则腹痛、肠鸣、里急后重；内蕴湿热，则舌红苔腻，脉象弦略滑。

治法：清热燥湿，佐以导滞。

方药：白头翁30克，黄连10克，黄柏15克，秦皮15克，木香5克，枳实10克，莱菔子15克，酒大黄10克，甘草10克。水煎服，每天2次。

复诊：上方连服6剂后，腹痛、肠鸣已减轻，大便次数减少，脓血便已消失，舌质淡，苔转薄白，脉弦而缓。服药后肠道湿热已清，气机通畅，惟病久脾虚胃弱，夹有余邪未清，拟益气健脾之法，方用升阳益胃汤加减。

处方：党参10克，黄芪10克，黄连5克，陈皮5克，半夏5克，白术10克，茯苓10克，泽泻5克，独活5克，羌活5克，防风5克，老贯筋50克，砂仁5克，甘草5克，生姜3片，大枣5枚。水煎服，每天2次。并配合口服化滞散，每天3次，白糖水送下。

三诊：上方连服10剂后，腹泻已止，大便成形，肠鸣、腹痛已消失。舌苔薄白，脉象弦而缓。镜检大便中无红、白血球及粘液便。病情已基本恢复，停服汤药，继服化滞散1个月以巩固疗效，要严禁生冷油腻等物。

五、体会及讨论

本病发作特点以腹泻、腹胀、腹痛、肠鸣或里急后重、便脓血为主，时轻时重，时急时缓，经久不愈，颇似中医古籍中的“休息痢”。《赤水玄珠·泄痢门》中说：“休息痢者，愈而数

滞，升散而不伤正，是动中有守，守中有动，动守结合的方法。益气健脾与散风药同用，可鼓动中焦阳气，使脾气升清，胃浊下降，气机调畅。但风药用量不宜过大，应小于一般解表用量，更不宜超过补益药量，否则有伤脾胃之气。方内加黄连能燥湿清热，厚肠止泻；白芍敛阴抑木理脾；陈皮、半夏能和脾开胃进食；生姜、大枣可调和营卫，湿盛可重用茯苓、泽泻。是治疗脾虚作泻行之有效的方剂。

衄证之吾见

朱 鹤 皋

〔作者简介〕 朱鹤皋，男，84岁（1903年出生），江苏省南通市人。父南山公授医学，行医于1925年随父设诊所于上海开封路同兴里。立方用药宗张子和学派善用汗、吐、泻法，并秉受宋代陈自明之学术思想，尤擅长于治疗妇科疾病。主要著作《症治精华》为传授入门弟子之用，并著有《朱氏女科》、《中医科学化讲义》、《百病问答》等。1929年任上海中国医学院教授，1932年任院董会主席后经院董会推举担任该院院长。1936年元月又创办新中国医学院，并设有附属医院和研究院。在市郊建立生药苗圃，供教授教育学生实习之用，先父南山公任院长，朱与家兄任副院长。1945年冬上海市卫生局聘请担任首届中医咨询委员会主任委员，1949年至香港悬壶，并开设香港中国医学研究院任院长，新华中医中药促进会顾问。1983年6月应上海中医学院之聘担任该院医学顾问等职。

人体表层，有皮肤包裹以资保护，惟鼻管内部之皮肤最薄，故偶搔爬损伤，极易皮破血流，仅须外治，凝结其皮肤血管，流血即止，至于内在之原因，则为鼻内血管过度充血，以致爆裂而成鼻衄。分析之则有代偿性及亢热性二种。

一、鼻衄之由于代偿性者，通称倒经

病机：成熟时期之妇女，经四星期而子宫血管逐渐充血，冲破子宫壁之嫩皮，而月事以时下。设或不能充分完成此种工作，则经水停蓄，影响全身，不得不另觅皮肤较薄之处，自寻出路，而成代偿性之鼻衄。

辨证：月事临期不至，或来而不畅，或稍行即止，腹胀或痛，头胀烦热，口干舌边绛，脉紧而洪数为衄未停止，即暂止而经行不畅，亦必续衄。脉细软，则病将瘥。兼症则口腻而渴，胸闷而烦，溲短而热。

效方：淮牛膝15克，当归尾4.5克。

扩充：丹皮6克，赤芍6克，泽兰叶9克，茺蔚子6克，单桃仁9克，广郁金6克，炒白菊6克。

加法：口干而腻，加天花粉12克，炒黄芩4.5克，鲜石斛9克；烦热加焦山栀9克，炒黄芩4.5克；热重可酌加鲜生地18克；溲热短数加车前子9克，赤小豆12克，茯苓皮9克。

禁忌：过用寒凉止血之品，恐鼻衄止而经阻腹痛也。

二、鼻衄之由于肺胃亢热者，普通鼻衄

病机：肺虽开窍于鼻，但通常呼吸，口鼻并用，胃虽开窍于口，但咽喉并列。胃部热邪亦足侵入鼻管，是以肺胃亢热，热势上炎，鼻内血管充血爆裂乃成鼻衄。

辨症：呼气灼热，便秘头胀，口腻鼻干，小溲短涩，津粘口臭，舌苔干黄边绛、或爆裂中剥，脉洪数、衄后略缓，兼症发热

禁忌：辛温及甘寒，恐助热或留邪也。

四、鼻衄之由于外伤者

病理：鼻管表皮至为嫩薄，挖伤击伤，均足使鼻管内之表皮破裂，乃致流血。

辨症：此种鼻衄并无内在之原因，只须问明其曾否受伤而已，其有常患鼻衄，偶一不慎，极易受伤出血者，俗称破鼻头，谓言其内部，向有伤痕也。

外治法：（1）以药棉蘸墨塞鼻孔内，因陈京墨为炭与胶所制成，二者均有止血之功效也。

（2）用冷水浸毛巾，微拧干，罩前额及鼻梁，减低局部血液之热度，使之流行迟缓，而易于凝结。

（3）用紫背浮萍研末以药棉蘸之塞鼻。

止 血 法

李 仲 守

〔作者简介〕 李仲守(1908～1985年)，男，广东省顺德县人。1931年毕业于广东中医药专门学校，随后留校任教；1958年始受聘于广州中医学院任教。早年曾创办《医药学报》、《医林一谔》等杂志，还编有《医药生机专号》、《医潮特辑》、《重订医余偶录》、《药物汇辑》、《简明中医内科学》等专辑。李认为外感热病要顾护真阴，慢性病、老年病也要顾护真阴；并擅治高血压病，采用叶天士养肝体清肝用方化裁，治阴虚阳亢型高血压病，每获良效。

血液不流行于经脉之中，而溢出于经脉之外，称为出血。出血的部位不一，有从上部溢出的，如鼻血、齿血、咳血、咯血、吐血等；有从下部溢出的，如尿血、便血、崩、漏等；有溢出于皮肤、肌肉之间的，如斑、疹等；有郁于身体之内的，如血症、蓄

血等。

一、病　因

出血的原因，除外伤引起外，或因气火上逆，或因血热妄行，或因阴虚热迫，或因气虚不摄，或因血虚不止，或因气寒不固，或因血瘀内阻等，都能使血不循经导致出血。

二、辨　证

一般来说，阳络（上部）伤则血溢于上，阴络（下部）伤则血溢于下，出血初期。多属实证、热证，血证病久，多属虚证、寒证，血色鲜红，多属实证，血色淡红，多属虚证，血色淡暗多为虚寒，血色紫黑成块多为血瘀，还须结合四诊，辨证才能准确。

三、治　疗

治疗出血，不能见血便用收涩止血药应针对发病原因，辨证论治。由于出血的原因有寒有热，有虚有实，因此在论治时要区别对待，不能千篇一律。根据前人治疗血证经验，归纳整理，约有十种方法。临床时或单用一法，或数法合用，至于止血药物性味的属温属凉，也应结合病情选用。现将常用的止血法分述如下：

（一）清热止血

本法应用于气火上逆的血证。气火上逆是指心、肺、肝、胃的火热炽盛，以致气随火升，血随气逆，因而引起出血。治宜清热止血。治疗气火上逆血证，除了用清热止血药物外，可适当加些降气药，如杏仁、前胡、苏子、牛膝、沉香、降香、厚朴之类，以减轻气逆之势。如气热引起血热，发生斑疹，可加些凉血药。至于补气升提药物一般忌用。

适应证：血证初起，因气火上逆，表现为实证热证的吐血、

归脾汤（人参、黄芪、当归、炙甘草、白术、茯神、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉）适用于脾虚血少的出血如崩漏不止，大便下血以及吐血、咯血等。本方配伍阿胶、鹿角胶、紫河车、首乌等，能加强补血止血效果。

（六）祛寒止血

本法应用于脾肾虚寒的血证。血液的性质，温则流畅，热则妄行，寒则凝滞。脾肾虚寒不能温通血脉，血凝气滞，容易引起出血之证。治宜祛寒补虚。

适应证：血凝气滞、血不流畅引起的吐血，大便下血、血崩、皮下出血等。

主证：血色暗淡，面色苍白，畏寒喜温，手足逆冷，舌淡，脉沉迟。

方例：柏叶汤、黄土汤、十四味建中汤。

柏叶汤（侧柏叶、艾叶、炮姜、马通汁）适用于中气虚寒的吐血。方中马通汁是马粪加水搅拌取汁煎药。或改用童子小便兑药服。如吐血过多，证见呼吸喘促、自汗肢冷，脉微细是阳虚欲脱，加人参、附子、龙骨、牡蛎以回阳固脱。

黄土汤（灶心土、干地黄、白术、黄芩、附子、阿胶、甘草）适用于脾肾虚寒的吐血、大便下血、血崩等证。方中黄芩用以缓和附子的温热，虚寒重的可除去。亦可选加田七末、地榆炭、紫珠草之类以加强止血作用。

十四味建中汤（十全大补汤加附子、麦冬、法夏、肉苁蓉）适用于脾肾虚寒、气血不足的阴斑（虚寒性皮下出血）。

（七）祛瘀止血

本法应用于瘀血内阻的血证。跌扑闪挫或内脏受损，可以引起积瘀内停，血脉阻滞，以致血出不止，甚则瘀结成块形成血症。治宜活血祛瘀，使气血流畅则出血自止，血症也可逐渐消除。但祛瘀药物易损气血，使用时除注意剂量外，也要注意气血的补

养。

适应证：因瘀血内阻引起的吐血、咳血日久不止、月经淋沥不断、产后恶露不止、崩漏反复发作等。

主证：血色紫黑，或有瘀块，胸胁少腹刺痛，痛处固定；或触诊有结块，舌质暗红，或有瘀点，脉涩。

方例：失笑散、少腹逐瘀汤、生化汤。

失笑散（蒲黄、五灵脂）适用于跌打瘀血肿痛，或瘀血内阻的月经不调，产后恶露不行，少腹胀痛，以及真心痛（心绞痛），胁痛（肝痛）等。

少腹逐瘀汤（小茴香、干姜、玄明、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂）适用于瘀血内阻，结成痞块，或痛或不痛，或月经不调，经色或紫或黑，或有瘀块，或崩漏不止，少腹疼痛等。

生化汤（当归、川芎、姜炭、桃仁、炙甘草）适用于产后瘀血内阻、恶露不行、少腹胀痛，或产后恶露不止，少腹疼痛等。

（八）收涩止血

本法除应用于大出血的急救处理外，常和其他方法配合使用，如气火上逆则和清热药同用，血热妄行则和凉血药同用，阴虚热迫则和养阴药同用，气虚不摄则和补气药同用，血虚不止则和补血药同用，气寒不固则和散寒药同用，但瘀血未清则不宜随便使用收涩药，以免留瘀为患。

适应证：大出血证作急救止血之用，或配合其他方法作止血之用。

方例：十灰散、花蕊石散。

十灰散（大蓟、小蓟、大黄、栀子、茅根、茜草、侧柏叶、荷叶、棕榈皮、丹皮）适用于吐血、咳血、咯血、便血等，作临床止血之用，血止之后，当审证求因，辨证论治。

花蕊石散（花蕊石煅研末，每服9～15克，童便或醋调服）

本病所确立的治疗原则与方药，是根据辨证，而不是辨病，也是本人对气血虚损证的辨治体会。

一、抓住本质，突出培补脾肾，补阳益气

再障是严重的血液病疾患，临床主要表现为重度贫血、白细胞及血小板减少。根据中医辨证，属于内伤劳损，气血不足。故其基本证候，主要表现为头晕、心悸、面㿠、气短、乏力、神疲等气血虚损不足之征。现代医学认为是骨髓造血功能障碍引起严重贫血。而中医认为，造血的生理主要与脾肾有关。肾主藏精，主骨生髓，为精血生化之源。脾主运化，摄纳水谷，腐化精微，化赤为血。故再障的发生，主要是由于脾肾虚损，气血化生无源，因致气血虚损不足。所以，对再障的辨治，必须从辨治气血入手，而辨治气血，从其根本来讲，又不能离开辨治脾肾。再障的证候特征是以血虚为主，血虚则补血，这是必然的法则。但根据阴阳、气血互根的理论原则，又必须考虑阴阳、气血两补。对血虚的病证，而尤应侧重补气、补阳。通过温补脾肾阳气，以促进气化功能，气化功能旺盛，则自能生精化血，填补有形。又因再障为血虚之证，所用之补阳益气之品，宜甘辛温润，切忌辛燥刚烈，助阳伤阴。我在临证中，每按上述再障的基本证候，常把健脾益气之人参、黄芪、黄精与补肾助阳之补骨脂、巴戟天、山萸肉、鹿角胶等作为基本药，用于疾病全过程。据临床观察，这些药品似对红细胞系统的造血功能有促进作用，这是符合《内经》“阳生阴长”的理论观点的。同时，根据“血以和为补”的原理，亦每加入功兼补血与和血作用的丹参、鸡血藤、当归等，这类药似有改善微循环、及扫除病损处代谢障碍的作用。但也必须指出，所谓侧重温补脾肾之阳，并不是不重视滋补阴血，因为再障的发病机理是气血两虚，而且多表现阴虚内热之候，因此，在补阳益气的基础上，尚应根据伴随的不同症状，佐以滋阴养血、育阴潜

黄，脉濡数。

中医辨证：脾肾虚损，气血两伤，复感外邪，邪热炽盛。当内外合治，扶正祛邪。法宜培补脾肾，以滋化源，益气养血，清解祛邪。处方：党参30克，黄芪30克，生地30克，玄参15克，丹皮15克，女贞子15克，山茱萸30克，丹参15克，鸡血藤30克，连翘15克，大青叶15克，蒲公英15克，青蒿9克，地骨皮9克，水煎，日服3次。连续服药3剂，感染控制，壮热已退。但仍有低烧持续在37.2°～37.5℃左右。以后的治疗，即针对气血两虚，突出培补脾肾，调养气血。基本处方为：党参30克，黄芪30克，黄精30克，干地黄15克，女贞子15克，补骨脂15克，巴戟天15克，山茱萸30克，丹参30克，鸡血藤30克，龟版15克，鹿角胶9克（炖化），大枣10枚，水煎，日服3次。另外人参研粉吞服1.5克，早晚2次。在上方基础上，再随证加减，药味略有出入。刚入院时，因贫血严重，除服上方外，并配合西医输血及丙酸睾丸酮治疗，1个月后，化验血象基本稳定，即坚持以服中药治疗为主。经过3个月的治疗，除血小板尚偏低外，其他血象已基本恢复正常，因出院在家休养，并坚持服中药治疗。1年后，血象已完全恢复正常，恢复健康，直至现在，身体健康状况一直良好。

五、结　语

一般在临床上，按照中医辨证，可将再生障碍性贫血分为几种不同的证型，但气血两虚是其基本证型，亦为发病的根本原因所在。“证”，是病因、病机的集中反映。任何疾病，证型虽繁，但各种证型之间，不是孤立的，而是互有联系的，必有一基本证型贯彻于疾病发生发展的全过程。审证求因，探求病机，只有从疾病的众多证型中掌握其基本证型，始能窥本识源，抓住疾病的本质，从而制定出正确的治疗措施。再障从分型来讲，有阴虚、阳虚、肝肾阴虚、脾肾两虚、气血两虚数种之多；从临床表

现来讲，主要有贫血、发热、出血三个方面。但这些证型与临床表现，都是以气血两虚为基础，发热与出血是在贫血的基础上产生的。认清了这一点，就能掌握再障的主要原因与根本机制所在，在治疗过程中，就能够针对疾病的本质，制定出正确的治疗措施，不致为疾病的复杂现象所动摇。

中医认为，造血的生理与脾肾关系密切，肾为精血之源，脾为水谷气血之海。而气血阴阳生化之机，又是阳占主位。因此，治疗再障，要始终抓住疾病的本质，注意培补脾肾，温补阳气，调养气血。并且根据“血以和为补”的原理，亦要重视和血活血。急则治其标，缓则治其本。在一般情况下，贫血是其主要矛盾，应重点治疗贫血。但一旦出现严重的出血或感染发热，就会危及生命，这时在治疗上就要标本兼顾，或急则治标，同时亦要配合西医输血抢救等治疗措施，这对提高治疗效果和降低病死率是有帮助的。

失血，即出血，又称血证、血溢。除外伤因素引起出血外，多由六淫、疫疠等损及脏腑，损伤血络所致；亦可继发于各种急慢性疾病。包括眼、耳、鼻、舌、二阴及肌肤出血。《血证论·吐血》篇云："气为血之帅，血随之而运行；血为气之守，气得之而静谧。"气血二者互为影响，和则俱和，病则俱病。故失血治疗以"调气和血"为总则，以止血、消瘀、宁血、补虚为要法。临床分鼻衄、眼衄、齿衄、舌衄、肌衄、咳血、吐血、便血、溺血，以辨证施治。

一、血液的生理与病理

在正常情况下，血赖气的推动，沿着经脉运行，内注脏腑，外充皮肉，滋养筋骨，无处不至，循行全身，输布清阳之气与营养物质，维持着机体的新陈代谢，使各组织器官吸取清阳和养料，排出浊气和废物，而血液的这一循环功能，与气的作用是不可须臾相离的。所以气血相互依存，相互为用。气离开血或血离开气，都不能发挥其应有的作用。假使血不运行，便成瘀血，气不宁谧，便成燥气。瘀血和燥气，均是病理性产物。而血之所以瘀阻，原在于气的不行；气之所以不能温煦，则在于血的不濡。所以气盛、气逆、气郁、气乱时，可以迫血妄行；血瘀、血壅、血滞、血热时，也可导致气的壅遏，这说明气的盛衰能影响血，而血的瘀阻也能影响于气。故气血和则俱和，病则俱病，二者之间，只能相得，不能相失，是以气血调和，升降有度，则身体自然健康。血妄动不能流注以荣于身，则成失血之证。

失血的原因很多，其病机不外乎阴阳相乘，络伤血溢和气不摄血三个方面。由于损伤部位和程度的不同，因此，出血的病情和机转亦不一。《灵枢·百病始生》："阳络伤则血外溢，血外溢则衄血；阴络伤则血内溢，血内溢则后血。"《本草纲目·主治第三卷·吐血衄血》中指出："有阳乘阴者，血热妄行；阴乘

伴有便秘、尿黄或涩者，为积热伤肝，迫血上溢所致。治宜清肝泻热，用龙胆泻肝汤、当归龙荟丸加减。

3.齿衄：即牙龈出血。《景岳全书》："血从齿缝牙龈中出者，名为齿衄，此手足阳明二经及足少阴肾家之病。"若因阳明热炽引起者，多兼口臭、烦渴，但牙龈不腐烂，宜清胃泻热，用清胃散去升麻合白虎汤加牛膝；大便秘结不通者，用调胃承气汤加蒲黄、虎杖。若因肾水素亏引起者，其口不臭、牙缝出血，治宜滋阴止血，用六味地黄汤加少量肉桂，引火归原；并以盐汤漱之，或配胶黄散（阿胶、蒲黄）内服。

4.舌衄：即舌上出血，又名舌血。《诸病源候论·舌上出血候》："心主血脉，而候于舌，若心脏有热，则舌上出血如涌泉。"临床因心经蕴热而引起者，其症多伴有心烦、舌绛，治宜清热凉血，用黄连解毒汤，或犀角地黄汤加蒲黄、槐花。血色紫者为热极，黑者防腐烂，宜凉血解毒，用千金地黄汤（生地黄、黄芩、阿胶、侧柏叶、甘草），或泻心汤加白茅根、茜草；外用蒲黄散（《杂病源流犀烛》方：蒲黄、乌贼骨）涂舌上。

5.肌衄：《张氏医通·诸血门》："血从毛孔出者为肌衄。"临床所见如出血性疾病、紫癜以及败血症等，出现大片瘀斑，概属肌衄范围。其病机多由心肝热炽，迫及阳明，血热妄行，溢于肌腠而成。治以清热凉血为主，一般可选用犀角地黄汤、凉血地黄汤（《外科正宗》方：黄连、生地黄、当归、山栀、玄参、甘草）；如热甚伤津，口齿干燥者，宜生津润燥，用集灵膏（《温热经纬》方：人参、枸杞子、天门冬、麦门冬、生地黄、熟地黄、怀牛膝）加蒲黄、茅根。如气血两虚，血随气散者，宜补气益血，用当归补血汤、人参养荣汤或黄芪建中汤等方加减。

6.咳血：血因咳嗽而出，又名嗽血、咳嗽血。其血由肺而来。肺为娇脏，喜润恶燥，喜清恶浊，在正常情况下，肺脏之气

赖肾水的滋养，津液的濡润，才能发挥它的清肃与治节之权。如果外感风热暑燥之邪，或内蕴痰热，都能直接或间接地损伤肺络，使血溢于络外随其咳嗽而出。因外感而咳血者，有风寒与风热之分。风寒外束，肺燥而致者，其症咳嗽喉痒，痰中带血，身热鼻燥，治宜祛风清肺，宁络止血，用千金麦门冬汤（麦冬、桔梗、桑白皮、半夏、生地、紫菀、竹茹、麻黄、甘草、生姜、五味子）；风热袭肺，肺热而致者，其症发热，咳嗽，口渴，脉数，治宜疏风清热，润肺止血，用桑杏汤或桑菊饮加沙参、藕节、茅根。

夏令感受暑热之邪，暑热之邪犯于肺经，耗液伤络，久咳不止，继而咳血，寒热，舌干苔白，《温病条辨》称为暑瘵。治宜清暑宁络，用清络饮加杏仁、苡仁、滑石，宜肺利湿，以冀邪退正宁。

久咳不止，穷必及肾而致肾阴伤，肾精损，其症气短、潮热、盗汗、脉象细数，治宜滋阴润燥，肺肾同治，可选用清燥救肺汤、百合地黄汤、月华丸（《血证论》方：天门冬、麦门冬、生地、山药、川贝母、百部、茯苓、菊花、沙参、桑叶、阿胶、三七、獭肝）加减。

7.吐血：血随呕吐而出，又名呕血。其血来自胃中。《血证论·吐血》："冲为血海，其脉隶于阳明，未有冲气不逆上，而血逆上者也"。缪仲淳谓治吐血有"宜行血不宜止血"，"宜补肝不宜伐肝"和"宜降气不宜降火"三法。故一般治吐血，在应用止血药剂时，如乌及散（乌贼骨、白及）等，须配入沉香之类降气药，降气即寓有行气的作用。因为吐血总不离乎胃经，而冲脉正属阳明所隶，如冲脉之气上逆，胃气不能下降，血随之上逆而出，这为吐血的根本原因。故治吐血以调胃降逆为主要方法。另有瘀血蓄胃而致者，多有胃脘痞满，食入即呕血，《济生方》称为血呕，治宜和胃活血，用赤芍药汤（赤芍、半夏、橘红）加

牛膝、三七。血止后，表现有胃阴不足者，用一贯煎，以养肝滋胃而善后。

8.便血：血从大便排出，又名下血。血清色鲜者为近血，为肠风；血浊色暗者为远血，为脏毒。前者湿热下注，血下如溅，治宜清热化湿，用黄连解毒汤、赤小豆当归散或槐花散；后者燥热内结，便燥气秽，治宜清热解毒，用生地黄丸（生地、黄连、麦冬）加槐花、地榆、黄芩、防风。便血过久，脾胃阳虚者，血色稀淡，宜温补脾胃，用理中汤、异功散加当归、白芍。

9.尿血：又名溲血、溺血。血随小便而出，痛者为血淋，不痛者为尿血。《诸病源候论·小便血候》："心主于血，与小肠合，若心家有热，结于小肠，故小便血也。"《太平圣惠方·尿血》："夫尿血者，是膀胱有客热，血渗于脬故也。"小肠湿热，尿血口干，舌尖深红，治宜清心泻火，用导赤散加黄连、玄参、白茅根。尿血量多，久而不愈，治宜滋阴凉血，用小蓟饮子。脾肾两亏，面色淡黄，食少，腰痠肢冷，治宜健脾益肾，补气摄血，用补中益气汤或无比山药丸（《太平惠民和剂局方》：山药、苁蓉、熟地、山萸肉、茯神、菟丝子、五味子、赤石脂、巴戟、泽泻、杜仲、牛膝）。阴虚热扰，尿纯血而色鲜红，治宜滋阴降火，用知柏地黄丸加减。

总之，凡失血病人，服寒凉药及滋润益甚，外有寒冷之象者，为阳虚阴走，治宜温经固涩，用理中汤加当归、木香煎服。气随血脱者，宜补气摄血，用大剂独参汤、参麦散、参附汤、芪附汤、术附汤加龙骨、牡蛎，以益气固脱。《血证论·脉证死生论》："夫载气者，血也，而运血者，气也。人之生也，全赖乎气，血脱而气不脱，虽危犹生，一线之气不绝，则血可徐生，复还其故。血未伤而气先脱，虽安必死"。这一论点，应为治失血者所重视。

接近正常或已达到正常水平。其网织红细胞多在用药后6～16天时出现相应的高峰为2～3.5%，以后又下降至正常范围内。血清铁大多在用药后17～29天时恢复到正常范围，个别严重的缺铁病例在用药42天时，由14微克上升到75微克%。周围血片和骨髓片中的细胞形态，也有显著的改变而趋向于正常。

其中，有1例因为慢性胃炎而导致缺铁性贫血的患者，空腹胃液仅5毫升，有粘液，无血性，游离酸0，总酸度2；注射组织胺后：游离酸0，总酸度第1管19，以后便逐渐下降。由于缺乏胃酸，在单用“黄病效药”时血象改善不显著，因而加用了党参、白术、神曲、陈皮、鸡内金等健运脾胃之味，血象迅即好转，说明这些药味对胃肠道粘膜吸收铁质，起了促进作用。

通过上述的临床资料，可以看出缺铁性贫血在中医辨证上，应该是黄肿病而不是虚劳。

又：最近2年在门诊观察30例黄肿病，其中2例复发后再治疗，共32例次；采用中、西医双重诊断，单用传统的中医疗法。30例中男性2人、女性28人。年龄在30岁以下者10例（11例次），31～50岁者16例（17例次），51岁以上者4例；最小者17岁，最大为77岁。治前病程：在1年内者4例，2～3年者11例，4～5年者7例，7～10年及10年以上者各有4例。

望诊：乍见时面色少华，黄里带白，严重者则毫无血色；头发呈棕褐色，蓬松，无光泽；手指甲淡无血色，手皮发黄，手指甲扁平或反甲者少见。绝大多数的舌质淡白、舌苔薄白或白腻，仅有4例次的舌尖、舌边反而红艳，舌有齿印者不多。

问诊：诉头晕、头昏者有27例次，其中2例又诉头痛。诉乏力、少神者有24例次，甚者不耐站立、不能行走、疲乏嗜睡。诉心悸、气短者有17例次，比较轻者是在上楼或奔走时觉得心慌、胸闷。诉眼花、目暗者有14例次，其中13例次伴有耳鸣。诉畏寒者有4例次。诉手指甲容易裂开折断者有3例次。诉手足麻木

的有 2 例次。30例中，先有出血证候者有13例，绝大多数为经临如崩、持续如漏，其次为便血、尿血、鼻衄、牙宣、皮肤青紫等，反复发作；先有脾胃虚弱证候者12例，半数以上为纳呆，其次为口干、恶心、胃脘不适、大便溏薄，个别患者有梅核气；先有诸虚不足或先有症积痞块，然后发生黄肿病者有 5 例。

脉诊：绝大多数的脉象沉细或沉小，仅有 3 例次的脉象细数。

实验室检查：根据贫血程度，可以分为三组：（ 1 ）轻度贫血 8 例，血红蛋白在8.1～9.5克%之间，红细胞在285～328万/mm^3之间；（ 2 ）中度贫血17例，血红蛋白在6.5～8.0克%之间，红细胞在210～340万/mm^3之间；（ 3 ）重度贫血 7 例，血红蛋白在4.0～6.0克%之间，红细胞在182～324万/mm^3之间。网织红细胞百分数：30例中有27例（ 29例次 ）均在正常范围内，3 例低于正常为0.2～0.3%。白细胞计数：30例中有 6 例略低于正常（其中 4 例有慢性肝炎病史）。血小板计数：30例中有 3 例明显减少，均系原发性血小板减少性紫癜。周围血涂片上，红细胞形态不一，大小不匀，染色浅淡，中央苍白区明显扩大。血清铁均低于正常，最低的 2 例分别为25微克%和20 微克%。

治则：本组病例按照中医的传统辨证用药，以原来的疾患为本，以黄肿病为标。30例次采用标本同治，仅有 2 例次单治其标。

治本：见血证者13例次，用归脾汤加减（去木香、远志、桂圆肉、枣仁等，加地黄、仙鹤草、侧柏叶、阿胶、龙骨、牡蛎、陈皮、神曲等味）。见脾胃虚弱者12例，用异功散加六曲、鸡内金、谷芽、麦芽等味。有诸虚不足见证的用十全大补汤去肉桂，加陈皮、神曲等味。有症结痞块者佐以活血软坚之品。30例次治本的均配饮片（常用量）自煎，日服一剂。

治标：本组32例次均用自制的枣矾丸治标。此方出自《卫生宝鉴》而加以改革，王肯堂《证治准绳》所谓“以矾醋之酸泻肝，以枣肉之甘补脾”，乃黄肿的传统疗法。枣矾丸处方：绿矾

矾丸而不与异功散、六曲等合用或枣矾丸与其他药味合用的有7例次，同样按照上述疗效标准，计4例次有效、3例次无效。将此两组数据进行x^2测验，$p<0.05$，有显著性差别。

中医学从罗谦甫应用枣矾丸治食劳疳黄开始，使用绿矾治疗黄肿病已有八百多年的历史，说明黄肿病一证相当于缺铁性贫血，在我国的医学史料中早有线索可查考。

肿胀。其分类：风胜曰行痹，以其痛无定处；寒胜曰痛痹，以其剧痛难忍；湿胜曰着痹，以其重滞不移。此皆辨证中三痹、五痹病因病机之概念纲领。然痹证虽属局部疾患，日久亦可导致五脏发病。如骨痹不已，复感于邪则内舍于肾；筋痹不已复感于邪则内舍于心；肌痹不已复感于邪则内舍于脾，皮痹不已复感于邪则内舍于肺；谓之五脏痹。此躯体外部与五脏内部同病。惟热痹一证，在《内经》仅有略而未详其病因病机，历代前贤对热痹之辨证施治，亦皆少有阐述。笔者多年来由临床实践中体会，不仅因积久不愈之寒湿历节转变为湿热历节者时有所见，而初患者即为湿热历节亦有之。兹将临床辨证施治体会及近年内部分病案，简介于下，供诸同道参考。

一、临床辨证与治疗

热痹之特点，不仅具有风寒湿三痹所共有之临床证候，而且多因素体阴虚而阳盛，风寒湿邪与里热相搏所形成；或因先病寒湿，积久化热，或因寒湿久病，复感热邪所形成，而局部以红肿热痛为特点。根据其临床证候笔者将热痹分类三型：风胜者，其病多上部头面浮肿，颈项强，手指关节或肘腕关节局部热而恶风，兼有腰脊痠楚，坐卧不宁，展转游移作痛，独下部症状为少二便自如，舌质略红、苔薄白不腻，脉浮大而数；湿胜者，其病多肢体重滞，手足关节活动失灵，或关节肿胀，但痛有定处，且下肢明显，活动受限，膝踝关节肿而不红，舌质红、苔白厚多腻，脉滑或濡数；热胜者，多发病急，四肢关节红肿热痛，痛如刀割，得冷可缓解瞬间，剧痛不可近人，局部活动则痛增，皮肤呈现红斑结节，常波及肘膝关节，其体温亦增高，自觉恶风，口渴欲饮水，烦躁不安，舌质赤、苔黄厚或焦干坼裂有芒刺，脉洪数而大或滑数。临床治疗之主方：风胜者以越婢加术汤，湿胜者以加味二妙汤，热胜者以白虎加术汤，因其皆属湿留关节，

故皆以苍术为主药，均收到满意疗效。

笔者近年来积累热痹医案72例，其中男性21例，女性51例；病程1个月以内者6例，1个月至半年以内者28例，半年至1年者19例，1年至2年者13例，2年以上者6例；计热痹风胜者28例，热痹湿胜者19例，热痹热胜者25例；年龄13～24岁者29例，25～34岁者26例，35～44岁者9例，45～54岁者5例，55～57岁者3例。化验检查：其中血沉为20～100毫米者16例；抗“O”650～1250单位者13例；类风湿因子（＋）者13例，（±）者6例。经过治疗后血沉降为2～15毫米者为13例，抗“O”降至500者为11例，类风湿因子（＋）转（－）者8例，（±）转（－）者6例。就诊当时，四肢关节红肿热痛，活动困难，生活不能自理者21例，手足曲伸不易、丧失劳动力者12例，仅可轻度活动者29例，能坚持轻工作者10例。经过15天～90天服药治疗后，痊愈者（曾经追访）46人，已收效尚未痊愈半休者8人，基本症状消失者17人，1人因外伤未愈，总有效率占95%以上。

二、病案举例

【病案1】 蒋××，男，45岁。1983年1月初诊。

主诉：平时从事体力劳动，因劳力量大，经常汗出淋漓。1年前，先患膝踝关节隐痛，常服天麻丸、止痛片，虽加量亦不止痛。3天前工作中汗出，休息后开始肩臂痠楚，渐渐腰膝及周身关节无不游走剧痛，坐卧不宁，夜间尤甚，不能入睡。第二天发高烧，同时怕冷，口干似渴而饮少。经某医院诊断为“急性坐骨神经痛”，注射安痛定及杜冷丁均不减轻。因步履困难，背来门诊就医。

检查：体温38.5℃，血压130/90毫米汞柱。面容苦痛不欲言，坐不安席，呻吟不已，舌苔薄白，脉浮大而数。化验血沉，抗“O”均正常范围。

辨证分型：热痹风胜型。

久病痹证，湿气羁留关节，以其素体健壮，经常汗出，腠理不密复感热邪，湿气与邪热搏结于躯表客于关节，因表实无汗，邪气不得发越所形成。

治法：外解表热，内除湿邪。

处方：麻黄、甘草各15克，生石膏50克，生姜10克，大枣5枚，苍术40克。2剂，作4煎温服。

服药后，汗出之际，不得起床活动；如服两煎后，热退痛止时，即可停药。

复诊：患者步入诊室，行动自如，谈笑自若，谓服药一煎约20分钟后，开始头汗出；继则渐次遍身汗出如洗，随即安然入睡。3小时后醒来，已汗退身和，所有恶风寒、发烧及痛楚感均消失，两腕及两踝部仍略有不适。及服二煎药，则汗出微量，腕踝部不适感亦消。按医嘱自当停药，为了去除病根，又将第二剂煎服，但并未出汗，只觉周身软弱无力，无任何不适感觉。依前方减麻黄、石膏，易桂枝20克，白芍50克（即小建中加术汤），投2剂而愈。

【病案2】 王××，女，30岁，干部。1983年7月10日初诊。

自诉患关节痛1年余，久治未效。两个月前突然加重，两膝及两踝局部发热而肿痛，不能曲伸，行路蹒跚，昼轻夜重，渐次四肢重滞，倦怠无力，且觉口粘无味，中满不思饮食，小溲短涩，大便不爽。曾服木瓜丸、保太松、强的松等药未效，而肿胀加剧，来门诊就医。

检查：体温无异常，血压120/90毫米汞柱。舌边有齿痕质色略红、苔白厚且腻，脉濡数。血沉60毫米，抗"O"及类风湿因子无变化。

辨证分型：热痹湿胜型。

风湿久滞关节，复因三焦水道失调，湿气蕴蓄于内，水湿相

半，剧痛转为微痛；服三煎正值午夜，睡意安然。及天明起床，自觉腹中空虚，又饥又渴，乃进粥一大碗，饭后，试将两腿落地活动，感到一年来未曾有之轻松。复察其脉象，和缓而平静。望其患处，肿势消，肤色正常，节消斑散。而改投加味二妙汤，以除其残留之余湿。

处方：苍术40克，黄柏、大腹皮、云茯苓各20克，丹皮15克，苡仁50克，4剂。

药后复查血沉15毫米，痊愈。

三、体　会

经多年临床实践观察，痹证之发生，多因于激烈运动，或热食热饮后，体内热量增加，机体代谢旺盛排汗之际，腠理不密，突然遭受风冷迎击，或迁就阴凉环境，使体内水湿物质不得正常排泄，停留于关节局部、或躯体皮肤、肌肉、筋骨之中，积留日久，导致关节障碍，运用祖国医学八法之一之开鬼门以驱邪之治疗法则，效果明显，速战速决，表散邪气，即所以助长其体内代谢机能，从而使既存之水湿物质，通过毛窍，排出于体表之外，此为治疗法则之关键。而同时，在表散药物中佐以清理热邪之品，则病毒去而热可解，湿邪去则肿自消，痛自定矣。但在辨证分型时，热痹与寒湿历节，应严格区别，不可忽视。否则，如将寒湿痹误诊为热痹，误投方药，易于导致不利，因而造成坏病，不堪挽救。上述热痹三型，在论治中，因皆以湿为必有证，故皆以燥湿为主药，苍术当之。然而病情多变，又未必局限于三型而已，出入之处，临床尤宜随证应变，庶可万全。

高原痹证从寒伤奇经论治

提 倬 云

〔作者简介〕 提倬云，男，80岁（1907年出生），河北省沧县人。早年为开滦矿务局教育处助理，业余行医。尔后在开滦人事处搞文教卫生工作。1962年到开滦医院当中医，兼在西医学习中医班授课。积40年之经验，对经典著作之精神有所领会。以为天人一体，阴阳感应，天有五运六气，人有五脏六腑，适者康寿，违者病夭。主要著作有《伤寒论诠释》、《医古文语译》等。原在青海省中医院工作。于1976年退休。

痹证为多发病常见病之一，全国各地普遍有之。症状为周身关节疼痛，或游走窜痛，或痛处固定不移。其发病原因：一是外邪侵入。《素问·痹论》称："风寒湿三气杂至，合而为痹也。"二是正气亏虚。《金匮要略·脏腑经络先后病》中，首先提出"阳病十八。"意即阳病属表而在经络。经络受邪而闭塞，则

头痛，项、腰、脊、臂、脚掣痛。此为正气亏虚，腠理疏豁，风寒湿邪乘虚而入。所谓“风雨寒热不得虚、邪不能独伤人”者也。邪气客形，经络不通，不通则痛矣。

我国西北山脉纵横而高；东南江河交错而低。气候条件各异，青海高原，气候寒冷，风多而燥，故高原痹证，偏风寒者为多。但风为阳邪，其性主动，善行数变，为百病之长。风寒湿暑燥火诸邪，无不随风而侵入人体。高原痹证，风导寒邪而为患者也。寒为阴邪，其性主静，沉滞缩紧，胜则伤阳。阳虚则诸经闭塞，而痹痛作矣。

诸经者，十二正经与奇经八脉也。《难经》喻十二正经为江河，奇经八脉为湖泊。明李时珍氏《奇经八脉考》中提出：正经“流溢之气，入于奇经，转相灌溉，内温脏腑，外濡腠理”。由此可见正经与奇经之关系，如江河湖泊，紧密相联。但江河长流不息而主动，湖泊贮存不泄而主静。动者遇寒而不凝，静者遇寒而结冰。故当寒伤诸经时，正经运行似尚如常，而奇经则已形不足。是以高原痹证应从寒伤奇经论治也。

夫奇经之中，有八脉。而痹证应为督脉所主。《难经·二十九难》云：“督之为病，脊强而厥。”督者“总”也，“督促”也。手足三阳经之脉，多与督脉会合，故督脉为“阳经之海”。督脉虚衰则各阳经之脉受累。痹证者寒伤督脉之阳也。督脉之阳伤，诸阳经之脉不运，宜乎周身疼痛也。高原痹证从寒伤奇经论治者，质言之，即从寒伤督阳论治也。

治之之道，严遵古训。奇经之病，虚证为多，“虚则补之”，经有明文。但阳虚之后，脉络闭阻，所谓“痹者闭也”。闭而补之，其病不益深乎？清代叶香岩，对奇经病之治疗，于“补”中悟得一个“通”字。通者，通其脉络也。脉络闭阻，非通之则气血不能调和，故通者补之前奏也，通因补用也，通后补之，奇经之病乃已。

补奇经，温通脉络，冀其阳复阴散，庶痹者通，而使周身关节疼痛痊愈也。

1983年1月20日复诊：患者服药10剂，腰背感松快，转侧俯仰较便利，但鞋袜仍不能自穿。此病根较深，“非一日之寒”也。药对证，效不更方，前方增量服之。

处方：鹿角胶15克，制川乌、制附片各12克，细辛5克，麻黄、肉桂、甘草、干姜各6克，熟地10克。

1983年2月8日三诊：患者服上药15剂，腰膝全身关节普遍松利，鞋袜勉强能自己穿着，但腰膝痠软，下蹲、站起均感费力，同时脚后跟仍有微痛。此属肝肾不足，蠲痹饮加减治之。

处方：鹿角胶、制川乌、制附片、熟地各15克，淮山药、杜仲、牛膝、丹参、当归各10克，制乳香、制没药、甘草各6克。

患者腰膝全身关节普遍松利，鞋袜勉强自能穿着，此督阳与各阳经之阳渐复也。腰膝痠软、脚跟痛者，肝肾虚弱，阴阳不相维系也。蠲痹饮化裁，取其中主药，续扶督阳，配左归饮中主药，滋养肾阴，更加活络效灵丹，以活血通络止痛。活络效灵丹者，清代名医张锡纯治气血郁滞、肢体疼痛之方也。药仅四味，当归、丹参通调血脉，乳香、没药活络止疼，用之得当而百发百中。今合蠲痹饮、左归饮中之主药用之，使阴平阳秘，经脉谐和，以收全功也。

1983年5月6日四诊：患者服上药21剂，关节痛止，全身松利，一切恢复正常，主动停止服药。3个月来，病未复发。今乘来省开会之便，到医院复诊。见其面色红润，目光有神，脉平，舌淡红、苔薄白。盖以药用得当，天气渐暖，有以致之也。

患者来院就诊四次，服药46剂而病瘳。因嘱其加强锻炼，多浴日光，培养元气，防止复发。

【病案2】 兰××，男，30岁，木工。1983年2月4日初诊。

本方即前方去赤芍，加丹参、乳香、没药者也。丹参、当归、乳香、没药四味为活络效灵丹，前病例已介绍，兹不赘。此方如此组成，乃增强温阳散寒之功，提高通脉活血之力，在温养督阳基础上，进一步治疗周身关节疼痛也。

1983年4月7日三诊：上药连服30剂，病情进一步好转。关节虽痛，但已能独自举步；脉虽弦细而较前有力。舌象同前。治予蠲痹饮原方合活络效灵丹加白芥子。

处方：鹿角胶、熟地、制川乌、制附片、麻黄、当归、丹参、白芥子各10克，细辛5克，肉桂、干姜、乳香、没药、甘草各6克。

此方之所以如此组成者，加强温经散寒之力，以消除关节疼痛也。制川乌、制附片均大辛大热有毒，入心脾肾经，能回阳救逆、温脾肾，散寒止痛。师张仲景《金匮要略》“病历节、不可屈伸、疼痛，乌头汤主之”；《伤寒论》“少阴病、身体痛，手足寒，骨节痛，脉沉者，附子汤主之”之意而用之也。

1983年5月10日四诊：上药连服30剂，关节痛已基本痊愈。惟感痿困，强直，动作不灵活。面色微见红润，目光已有神，舌淡红、苔薄白，脉稍弦。以前方再加乌蛇治之。

处方：鹿角胶、乌蛇、熟地、制川乌、制附片、当归、麻黄、丹参各10克，细辛5克，肉桂、干姜、白芥子、乳香、没药、甘草各6克。

蠲痹饮合活络效灵丹加白芥子，更加乌蛇者，以其有祛风活络之用也。前数方中何以不加之？前者以温阳散寒活血为主，未加祛风药者，以“治风先治血，血行风自灭”也。今用之以其入肝经，肝主筋。现患者关节强直，动作不灵活，筋不舒也。故用之以舒筋，亦即用之以祛风活络也。

1983年6月11日五诊：上药连服30剂，关节已不痛、不痿困、不强直，行动自如，已能劳动。诊得舌淡红、苔薄白，脉

脾阴学说及其临床应用

陶 志 达

〔作者简介〕 陶志达，男，53岁（1934年出生），广东省南海县人。出身医学世家，父亲是广州名医和《金匮》学家 陶 继承祖辈学业，1955年毕业于广东中医药专科学校，曾任广东省中医进修学校教师。1956年9月起担任广州中医学院教师至今，曾任内科教研室主任、科研处副处长等职。陶深入钻研中西医理论，长期坚持临床实践。特别对脾胃学说尤为特长，主要论文有《脾阴学说及临床运用》、《脾胃与免疫》。1981年到澳大利亚留学深造学习2年并运用现代科学方法研究中医脏腑理论，其论文《溃疡病与肺功能》正式发表在美国《胃肠病学》杂志(1986年9月)受到国外医学界重视。1985年赴美国、加拿大、日本、香港等地考察学习以进一步提高医学科学研究和医学教育管理水平。现任广州中医学院院长，教授。

脾阴学说是脾胃学说中的一个组成部分，也是它的补充和发展。脾阴学说与温病学说有密切的关系，也受到阴虚学说很大的影响，它的形成和发展比较晚，是明清以来形成的新的学派之一。在临床上有不少疾病适用补脾阴之法，因为脾阴虚有别于肝肾阴虚，不仅在症状上有所区别，而且在治疗上也有所不同，补脾阴法有其显著的优点，就是药性平和滋而不腻，补而不燥，养阴而不碍脾，反而可以助脾运化，通过滋养后天之本，治疗较复杂的病证，用之得当，可收到较好的效果。因而越来越受到医家的重视，本文试作初步的探讨，期望引起更大的重视和更广泛的研究。

脾胃和它脏一样，有阴有阳，早在《内经》中对脾阴已有初步的叙述，如《脾胃……仓廪之本，营之居也》，又说："五谷入于胃也，其糟粕津液宗气分为三隧……营气者，泌其津液，注之于脉，化而为血，以营四末，内注五脏六腑。卫气者、出其悍气之慓疾、而行于四末分肉皮肤之间、而不休者也"，可见水谷入胃，化为营卫。营属阴、卫属阳、营者脾胃之阴，卫者脾胃之阳，看来，脾阴是指营血、津液、脂膏之类，是营养脏腑四肢百骸的重要物质；脾阳是指卫气、宗气、中气之类，是主升发、运化和卫外的重要机能。《内经》指出：脾为阴中之至阴，又说："水谷入于口，其味有五、各注其海、津液各走其道。故上焦出气，以温肌肉，充皮肤、为其津。其流而不行者为液……五谷之津液，和合而为膏者，内入渗于骨空，补益脑髓"。说明脾阴为水谷所化的津液，具有灌溉脏腑、营养肌肉，濡养筋骨，补益脑髓的作用。正是由于脾阴是全身各脏腑津血的源泉，因此对整个机体极为重要，"以奉生身，莫贵于此"，其重要性不亚于脾阳。而脾阴不足之症，亦在所常见。因为阳常有余，阴常不足，不仅肾阴，脾阴亦然，阳虚则易复，阴虚则难填。故喻嘉言认为："世之患燥病者多"，实为有经验的说法。但内经对于脾阴

一、脾阴的生理作用

1.脾阴在运化机能中的作用："脾主运化"，这是脾的重要机能。一般以为运化作用是脾阳所司、但实则有脾阴的参与，明万密斋指出："受水谷之入而变化者，脾胃之阳也；散水谷之气以成营卫者，脾胃之阴也"，周慎斋认为"胃不得脾土之阴，则无以转运，而不能输精于五脏"，这是对《内经》"脾主为胃行其津液"的进一步发挥。唐容川说："试观回食病，水谷不下、由于胃津干枯，则知津液尤是融化水谷之本"。由此可见，脾主运化可分为两个过程：水谷入胃、将其温运蒸化者，脾阳所司，而进一步将其消融腐化输布于五脏六腑，则是脾阴所主，两者相辅相成，共同完成运化机能，缺一不可。脾阳不足，固然可以影响运化机能，若脾阴不足，同样影响运化机能，故脾不足，亦可有纳减消瘦之症。

2 脾阴与脏腑经络的关系：《内经》说："脾脉者，土也，孤藏以灌四旁"，"胃者，五脏六腑之海"，脾阴为五脏六腑、十二经脉阴血的源泉，五脏之阴，皆有赖脾阴之滋养，五脏之津液又藏于脾。龚延贤有"五汁"之说："脾散于五脏，为涎、为涕、为唾、为泪、为汗，其滋味渗入五脏，乃成五汁，五汁归于脾，脾和乃化为血，行于五脏六腑，这是根据《内经》所说："水谷入于口，其味有五，各注其海，津液各走其道"加以发挥。至于肾阴与脾阴的关系是先天之阴与后天之阴的关系，肾水为先天之元阴，能滋脾阴，故有"水济土"之论，陈修园说："赵养葵谓补水以生土、语虽离奇，却有妙旨"即补肾水以滋脾阴之意。另一方面，先天的肾水，更有赖于后天脾阴的源源不绝的充养，若脾阴不足，肾水缺乏滋养，则孤立无援，势必就日枯竭。故张景岳说："是以水谷之海，本赖先天为之主，而精血之海，又必赖后天为之资。故人之自生至老，凡先天之有不足者，

阴起主导作用，故脾阴可以统乎胃阴。本文一概称为脾阴，其意在此。

二、脾阴虚的病因病理

引起脾阴虚的原因颇多，扼要地说，可分为饮食、劳倦、情志、六淫之邪、五脏虚损、医药误治等。

1.饮食不节：《内经》说："阴之所生，本在五味。阴之五官、伤在五味"，五味偏嗜，过食辛辣、炙煿、膏粱厚味，饮酒过多等，均可使脾胃阴阳失调，燥湿失宜，胃火炽盛，灼伤胃津，损及脾阴，故脾阴之伤于饮食者不少，可致消渴、胃痛、吐衄、口疮、便结等。

2.劳倦：形劳则伤脾肺之气，神劳则伤心脾之血，房劳则伤脾肾之精，劳则虚火内动消炼脾阴，《医镜》说："劳倦伤脾、乃脾之阴分受伤者多"，是符合临床实际的。

3.情志所伤：思伤脾，忧思过度，则心脾阴血暗耗，故情志与心脾有密切关系。张景岳说："思生于心、而脾必应之。思之不已则劳伤在脾"。脾阴受损，则心血不足，心火炽盛，心火又可耗伤脾阴，如此互为因果，导致心悸、恍惚、健忘、失眠、神倦等。还有，郁怒伤肝，肝木横逆乘脾，肝火灼伤脾阴，亦可致胁痛、或食入不化、腹痛肠鸣、烦躁不安等。

4.六淫之邪：暑邪、燥火和湿热，最易损伤脾胃之阴，暑热汗出过多，掠夺阴液、脾胃属土、土虽喜燥，然燥太过则草木枯蒿不荣，外感燥邪，则肺津伤，进而波及脾阴，温病热盛多伤胃阴。吴鞠通指出："寒湿多伤脾胃之阳，湿热多伤脾胃之阴"，胃阴受伤、邪热难以透泄，胃阴得复，诸可无虑，故温病学派，均以救胃阴为急务，实有深刻意义。

5.五脏虚损：脾胃的津血既可灌溉五脏，五脏的津液亦通于脾，如五脏虚损，气阴不足，脾阴亦势孤难以维持，其中尤以

难，津伤则结燥粪。又有脾约证，由于津血不足而致大便难，宜润肠通便。亦有脾阴不足，燥极变湿，而出现大便溏泄者，应从全身症状脉舌合参。

3.消渴：《内经》说："二阳结，谓之消。"二阳即是阳明，喻嘉言解释说："手阳明大肠热结而津不润、足阳明胃热结则血不荣，证成消渴。"多由膏粱厚味，胃中积热，灼炼津血，脾胃阴伤，日就干涸，正如刘河间说："燥太甚而脾胃干涸，则成消渴。"

4.噎膈：噎膈由于七情郁结，志火伤阴，血槁津枯，郁气生痰，阻塞上下升降之机，使胃气逆而不能降、胃津亡而不能纳，饮食难进，渐成噎膈。李士材认为本证"总是血液衰耗、胃脘干槁"之证。

5.胃痛：胃痛有由肝气郁结者，有由脾胃虚寒者，有胃热所致者，亦有阴虚所致者。胃阴不足则虚火蒸灼胃脘而痛，脾血虚少，则络脉涩滞不通，亦可作痛。津血不足、则胃体瘦薄枯萎，肝木来乘，则干呕、嘈杂、甚则胃中灼热而痛，此痛多与情绪有关，且并见口干口苦，不食便难、舌红脉弦之象。

6.肺痿、劳瘵：肺为水之下源，但脾阴虚不能散精归肺、则水源枯竭，虚火盖炽。唐容川说："脾阴虚则不能滋生血液、血虚津少则肺不得润，是为土不生金"，可致干咳痰少，或痰中带血，五心烦热，甚至喘嗽潮热，消瘦肉痿，酿成肺痿或劳瘵之证。

7.神志不和：《内经》说："脾藏意"，《难经》则说："脾藏意与智"，脾阴伤则意失所藏，智力减退，心血亏损于内，神气耗散于外、故见怔忡、健忘、烦躁、不寐、或神倦、怠惰嗜卧、思虑衰减等症。

8.四肢萎弱：脾主四肢、脾为胃行其津液而输于四肢，若脾胃津液不足，则四肢肌肉失荣。《内经》说："四肢懈惰、此

脾精之不行也”，故有四肢萎软无力、关节屈伸不利、肌肉消瘦之症。

9.血证：血液生化于脾，统摄于脾，脾阴虚则生化之源枯竭，而致血虚血少，又脾阴不足、则血中伏火，燔灼于内，势必伤及血脉，迫血妄行，若误用温燥之品，则如焚之祸、接踵而至，这就是唐容川论述血证之所以重视脾阴的缘故，他指出：“李东垣重脾胃，而方皆温燥，是但知胃阳而不知脾阴。”且脾阴虚则气无以生，脾胃中气亦因而不足，失其统摄血液之权，则血溢于脉外而成吐衄、便血之症。

四、脾阴虚的治法

脾胃为后天之本，补脾是补益五脏的中心环节。但补脾有甘温与甘寒之分。甘温补脾阳，甘寒养脾阴。不应泥于“脾喜燥而恶湿”。对于一些比较顽固而复杂的病证，往往治疗上矛盾重重，颇感棘手。温补又有助火劫津之弊，育阴又有助湿碍脾之虑，唯有养脾阴一法，补而不燥，滋而不腻，至为适合。故脾阴虚的治法，宜甘凉（或甘寒）滋润，常用药物如石斛、麦冬、沙参、玉竹、葛根、花粉、甘草、黄精、五味子、连肉、淮山、扁豆、大枣、鸡内金、糯米、糯稻根、陈仓米等。但临床上气阴两虚之证不少，故亦常常与益气药如党参、黄芪、太子参等合用。并可根据病证的兼夹，结合辛开苦降，或酸甘化阴，或养血活血，或清热去湿等法，则治法更为完备。下面试举常用治法数种，举例说明之。

1.甘凉滋润法：这是治脾阴虚的常法。适用于较单纯的脾阴虚证，如口干唇红，不思饮食，干呕嘈杂，大便干结，舌红而干，脉细略数。常用方如益胃汤（沙参、麦冬、生地、玉竹、冰糖）、沙参麦冬汤（沙参、玉竹、麦冬、甘草、桑叶、生扁豆、天花粉）、五汁饮（梨汁、荸荠汁、鲜芦根汁、麦冬汁、藕汁或

蔗汁），消渴初起可用玉泉散（天花粉、葛根、麦冬、生地、甘草、五味子）。据唐容川的经验："若脾阴不足，津液不能融化水谷者，则人参花粉，又为要药"。

2.甘寒清热法：此法适用于脾阴虚而兼有热象者。症见口干咽燥口渴，心烦懊恼，低热头痛，面赤，汗出，大便硬结或牙龈肿痛出血，舌质红、苔黄糙而干，脉细数或浮滑无力。常用方如竹叶石羔汤（竹叶、生石膏、半夏、人参、麦冬、甘草、粳米）、青蒿鳖甲汤（青蒿、鳖甲、细生地、知母、丹皮）、王氏清暑益气汤（西洋参、西瓜翠衣、连梗、黄连、石斛、麦冬、淡竹叶、知母、甘草、粳米）。

3.酸甘化阴法：此法适用于脾阴虚而兼肝阴不足者，除脾阴虚见症外，尚有腹痛、肠鸣、喜怒、胁痛、或吐衄便血等症。常用方如芍药甘草汤，可加川楝子、乌梅、山楂、糯稻根等，或用一贯煎（沙参、麦冬、生地、当归、杞子、川楝子）加减。

4.滋阴润下法：此法适用于热结伤津，大便秘结较甚者。如大便难，腹无所苦，只需增液汤（生地、玄参、麦冬），以回护其虚；务存津液则用增液承气汤（玄参、麦冬、生地、大黄、芒硝）；对于应下失下而致气津两虚的大便秘结，可用新加黄龙汤（大黄、芒硝、党参、当归、生地、玄参、麦冬、甘草、生姜）；对于单纯由于津液不足而便秘结者可用五仁汤润肠通便（火麻仁、柏子仁、杏仁、栝蒌仁、郁李仁）。

5.益气养阴法：适用于气阴两虚者，此时若用温燥则伤津，若用滋腻则碍脾，只宜平补。可用麦冬养荣汤（人参、麦冬、五味子、当归、黄芪、白芍、生地、知母、陈皮、甘草），或用慎柔养真汤（人参、白术、茯苓、甘草、黄芪、淮山、麦冬、五味子、白芍、莲子），煎去头煎，只服二、三煎，取其燥气尽去，甘淡以养脾，唐容川称赞此法为"滋补脾阴之秘法"。

6.益气养血法：此法用于脾虚血少，症见面黄唇淡，头

去年年底患里急后重，左下腹痛，大便有时每天3～4次，有时便秘，3～4天1次，大便带有粘液及膜状物，有时有脓血。经治疗未效，前来求诊。舌淡红，舌边暗滞、脉弦细而弱。乙状结肠镜检：可见结肠直肠灶性充血，于距肛缘7厘米9点钟处（胸膝位）可见－0.4×3厘米大小充血灶，其中粘膜有部分溃烂。西医诊断为慢性结肠炎。处方：先予健脾去湿、清热解毒、活血止血：黄芪15克，党参15克，败酱草30克，苦参12克，地榆15克，蒲黄6克，五灵脂12克，丹参15克，赤芍9克，连服8剂后，大便脓血消失，里急后重减轻。1个月后，间有腹痛腹泻，大便带血，舌苔已退、舌红无苔，遂继以益气养阴，佐以清湿热，逐瘀血。处方：黄芪15克，党参15克，玉竹24克，钗斛15克，丹参15克，苡仁30克，地榆15克，败酱草30克，三棱9克，连服2个月后，症状消失，大便正常。乙状结肠镜检查局部充血减轻，溃疡已消失。继服健脾养阴以善其后。

【病案3】　慢性肝炎　江××，男，35岁，干部。

患右胁痛，肝大已1年余，低热，四肢怠倦，胃胀，口苦，口渴，大便干结，心烦失眠，面红唇红，舌红苔薄黄干，脉弦细数。检查肝功能：谷丙转氨酶波动在260～340单位间，硫酸锌浊度18单位，脑磷酯胆固醇絮状试验＋＋。处方：沙参24克，玉竹24克，百合30克，白芍18克，玄参15克，太子参15克，五味子9克，石斛15克，夜交藤30克，鳖甲30克，半枝莲30克，并随证加减。治疗3个月后，肝缩小至肋缘下仅可触及，肝功能恢复正常，各症消失，但时觉右胁胀满，仍按上方去半枝莲、玄参，加羊草结、枳实、丹参，以调理善后。随访1年无复发。

【病案4】　神经官能症　伍××，男，40岁，工程师。

长期睡眠欠佳，难入睡，多梦，易醒，每晚只睡3～4个小时，胸翳闷，心烦、胃部不适、食欲不振、大便干结，面红，舌质红，无苔，脉弦数，血压140/90毫米汞柱。处方：钗斛15克，

麦冬9克，玄参15克，玉竹24克，白芍18克，百合30克，丹参15克，夜交藤30克，枝子4.5克，服药1剂，当晚能睡五小时，继进数剂，能睡6小时，各症俱减。嘱其照上方时时服之，以巩固疗效。

【病案5】 功能性低热 曾××，女，39岁，干部。

低热1年多，体温在37.8～38.2℃之间，心悸，四肢发麻，疲倦汗多，手震，面黄，消瘦，不思饮食，大便干结，口微渴，舌边、尖红、边有齿印、舌心无苔，脉细数，脉律不整，听诊心音弱，并有频发性早搏，1年前，发热小便频。小便检查曾发现有红细胞+，白细胞++。经用抗菌素治疗后，小便检查恢复正常。其后体温长期不降，曾两次在某院住院治疗数月，用过青霉素、庆大霉素、ATP、辅酶A、丙种球蛋白等，均不见效。诊断为：功能性低热，泌尿系感染，慢性宫颈炎，慢性咽炎。出院后来中医诊治。此乃湿热久羁，伤阴耗气，心脾阴血亏虚，治宜补脾益气，养心和营。处方：党参15克，炙甘草4.5克，玉竹24克，首乌15克，乌豆衣12克，五味子4.5克，酸枣仁12克，丹参15克，茯苓15克，白术9克，远志6克，蔴麻12克。服药4剂，体温降至37.4℃。继服此方2个月余，体温基本正常，心悸与各症俱减。再依前法加减调理。

【病案6】 小儿麻痹证 何××，男，4岁。

感冒发热，鼻塞流涕、咳嗽，两天后热稍退，但其父母发现病孩不能起床蹲坐和下地行走，左手不能握碗吃饭，抱至卫生院，诊断为小儿麻痹证。父母惶恐，遂送来广州求医。检查左下肢软瘫无力，左足外旋。左手瘫痪，手指不能握物。面黄、口渴、大便难，舌质红，苔黄而干，脉滑数。处方：葛根24克，玉竹24克，沙参18克，钗斛12克，麦冬9克，夏枯草12克，竹黄9克，白花蛇9克，并嘱其自购蛇胆，每次1个，冲开水服，1周服2个（若找不到蛇胆，改用蛇胆川贝末1支冲服）。服药2周后，显

支气管扩张（气虚痰实证）案例

任 应 秋

〔作者简介〕 任应秋(1914～1984年)，字鸿宾，男，四川省江津县人。17岁开始学医，2岁就学于上海中国医学院，并得上海名医丁仲英、曹颖甫、陆渊雷等人指教，后未及卒业，旋回四川，一面开业，一面执教于高级中学，50年代初，先执教于重庆市中医学校兼教务主任，于1957年调北京中医学院任教，曾任北京中医学院教授、全国中医学会副会长、卫生部学术委员会委员、国家科学技术委员会中医专业组成员、中医研究院学术委员会委员、北京中医学院学术委员会副主任、各家学说教研室主任等职。从医执教50年来，发表著作37部，学术论文300多篇。主要著作有《仲景脉学法案》、《任氏传染病学》、《脉学研究十讲》、《中医病理学》、《中国医学史略》、《中医药理学》、《伤寒论语释》、《金匮要略语释》、《阴阳五行》、《五运六气》、《病机临证分析》、《中

医舌诊》、《中医各家学说》等，其中有的被译成外文。

【病案】 韩××，女，41岁，原籍黑龙江，工作于长沙。

病情经过：

1939年，病者痰中带血，以奔走革命，食疗均不甚适，故时作时止。至1952年，并发喘息，此后则喘息痰鸣，而兼咯血。1959年3月病益甚，来京就医，经中国医学科学院阜外医院诊断为支气管扩张，于同年12月行左下肺叶切除术，术后喘息渐愈，惟日感困乏，进而心悸腹胀满矣。继续经协和、友谊两医院治疗，卒未能愈。1961年12月喘息大作，周身发胀，五心烦热，汗出常如渍，虽严寒犹着单衣，饮食甚少，痰涎独多，身极困乏，夜不能寐，大便秘结。复就医于阜外医院(医案号31443)。诊断：一为支气管扩张，一为神经官能症。是时余受部命辅导西医学习中医工作，每周至阜外医院作临床辅导一次，刘丽笙大夫以是病嘱为诊治。患者形盛而喘，痰涎甚多，赤白带下，大便干固，日服番泻叶水仍不畅通，发热，常在38℃之间，手足心热，以得近玻璃取凉为快，时为隆冬也。于诊视之际，汗即涔涔不止，口渴饮水，两目干涩，热实之候，似彰然矣。但脉沉细而微，舌苔薄腻而色白，又不似热实证然。患者云："十余年来之治疗，西医且勿论。中医有主补者，参芪已服数十斤矣，但困乏如故；有主攻者，硝黄不辍于口矣，而便秘依然。奈何治？"余曰："攻之补之，皆非失治，惟于攻补之间，尚有先后缓急之道耳！请申言之。"

证候分析：

病起于工作劳顿而咯血，咯血者，心肾之病而关乎肺者也。肾气不化于膀胱，水浊上逆，肺为水之上源，又不能清肃之，于是凝而为痰，痰不降，则心火不安，血脉不宁，遂随痰之咯而带出血丝矣。咯血既久，凡肾之精、肺之气、心之血亏损愈甚，因

而作喘。夫喘之为病，有虚实两类，实证无论也，虚证因于脾肺者有之，因于肝肾者有之，肺为气之主，脾则肺之母也，脾肺有亏，则气化不足，短促而喘。肾为气之根，肝为肾之子，肝肾有亏，则气不摄纳，浮散而喘。既先病于血，再伤于气，肾不能纳，肺不能降，而痰滞于上，其为喘息宜矣。余谓君之证属于虚者，此其一。

病自始至终均有痰，痰色白而泡沫多，李仕材谓："脾为生痰之源，肺为贮痰之器"，以脾胃土虚，则清者难升，浊者难降，湿浊留中，聚而成痰矣。清而色白，要为气虚湿盛之候，积年以来，痰从未稍减，痰为脾胃湿浊所化，化痰者既多，化津者必少，痰盛津枯之结果，出于上者为痰，注于下者为带为浊；饮食不多者以此，大便秘结者以此。痰盛便秘、赤白带下，是又虚中有实矣，此其二。

又何以渐至周身胀满耶？《灵枢·胀论》云："厥气在下，营卫留止，寒气逆上，真邪相攻，两气相搏，乃合为胀。"人身上下，阳布阴生，则肺气行而肾纳，于何有厥？若肺不行，而肾失纳，气则厥逆矣。因之营卫之流行于经络者，留止而不畅遂，痰湿之气因之四布，与正气相攻而作胀，是亦由肺脾肾之虚损所致，此其三。

若心悸不宁，阳气内虚者有之，阴血内耗者有之，饮停心下者有之，总不外乎心伤而火动，火动则痰生之所致。君之心悸，发于肺叶切除手术之后，当亦为气虚火动，痰饮蓄积而成，非有他因也，此其四。

汗出溱溱，不分寤寐，不因发散，此为自汗，皆由心阳外扰（心部于表），表气不固，阴蒸于阳分而然。盖五脏六腑，表里之阳，皆心主之，以行其变化，故随其阳气所在之处，而气化为津，亦随其火扰所在之处，而津泄为汗。汗液为阴气之所化，肌表为卫气之所居，故汗之有无，由营气以为之变化；汗之出入，

由卫气以为之启闭。今阳扰于内，而卫虚于外，欲令汗不出，殊不可能。亦因此可知汗出不止，与心悸之变未可分离也，此其五。

五者既明，其余诸证，皆可得而解释矣。如困倦乏力者，气随汗泄，中阳不振也。恶热，渴而引饮者，心火内扰，汗多伤津之所致也。夜不能寐者，君火不静，神不能安也。然则，君之疾可得而言者，肺肾子母之气先伤，病之本也；继则心火扰于上，脾湿困于中，而为气虚津涸，火炽痰盛，虚中有实之证也。

议治过程：

患者聆余所论，为前未之闻。即喜形于色，切盼服余之方药。余曰：以“治病求本”之理衡之，法当先补其虚，后攻其实。但补药久服之矣，补之而无益于气；攻药亦屡用之也，攻之未能去其痰火。此无他，虚中有实者，攻实不得宜，补药未能遽受也。君之实在痰火，非阳明胃家实之比，故虽重任硝黄，不能至也。拟先用调气豁痰之轻剂图之，觇其变化，温胆汤加味：

姜竹茹4钱，炒枳壳3钱，清半夏3钱，陈皮3钱，胆南星3钱，化橘红4钱，全栝蒌8钱，炙皂荚3钱，甘松4钱，苦桔梗4钱，茯苓3钱，甘草1钱（1961年11月15日，服7剂。）

复诊：服药后，痰多易咯，恶热出汗均减轻，惟大便仍秘结，两眼干涩，食欲不振。是心火虚扰之变虽渐安，而脾虚湿困，痰阻中焦，津不施布之机未好转也，续用健脾祛痰法，拟香砂六君子汤，辅以礞石滚痰丸，攻补兼施。

木香3钱，砂仁3钱，南沙参6钱，茯苓6钱，陈皮4钱，姜半夏4钱，生白术1两，礞石滚痰丸3钱，另包，分二次吞服（1961年11月22日，服7剂，滚痰丸，隔日1次。）

三诊：服药后大便通畅，便时微觉腹痛，热未退尽，身仍倦怠，动则汗出，脉沉弱，舌苔厚腻。中阳不振，湿浊难消，大便已通，暂停滚痰丸，“大毒去病，十去其六”足矣。再以扶中阳为主，兼化其湿。拟六君子汤合三子养亲汤加减为治：清半夏4

病为气虚痰湿盛，虚火复扰于上之虚中实证，曾经偏补偏攻，均未获效，竟用攻补兼施之法，而奏肤功。全疗程七诊，分四个阶段。第一诊用温胆汤加味，此本为渗湿祛痰之和剂，复齐集诸种不同作用的祛痰药，如橘红之理气以祛痰，皂荚之搜络以化痰，甘松之解秽以除痰，南星之渗湿以涤痰，栝蒌之降火以导痰，桔梗之开结以祛痰，虽非猛剂，而治痰之力，并不稍逊，故一服果然咯痰畅快，而虚火亦宁。凡痰证之有虚不受补，实不耐攻者，余往往用此而取效，此为开辟治疗本病之路的第一阶段。

第二、第三诊，均以六君子汤为主，而辅以滚痰丸法。盖加味温胆汤的方治，用以豁痰则可，欲拔其根，则非其力所能胜。李士材说："治痰不理脾胃，非其治也。"以中土虚，则清者难升，浊者难降，湿浊留中，聚而成痰，使中土复健运之常，则痰自化，此治痰补脾之要妙也。因而在这个阶段，先后均以六君子汤重用白术，大健中土为主，以拔生痰之本，而肃其源；中土既健，则已成之痰，去之惟恐不速，故兼服滚痰丸以根除之，亦"除恶务尽"之义也。服至第七剂时，大便已通畅，而舌苔仍厚腻，乃转而兼用三子养亲汤法，以去其中上焦之痰，与滚痰丸相较，而成上下分消之治，此为健脾祛痰之第二阶段。

第四诊时，中土之气已大有好转，但因病患历时过久，窠囊内癖之痰，仍未尽去，肺失其清肃之用，致气上逆而喘，乃改用苏子降气汤合导痰汤，一以散郁和中、助肺金之肃降；一以宽胸祛饮，健脾土之运输。两方和合，六君子汤之义，仍在其中，不悖于既定的攻补兼施大法，此为第三阶段。

第五、第六、第七诊，鉴于第三阶段的效果不甚满意，气虚既未有进一步的好转，而残余之痰湿，反有化热于里的趋势。余以为前方或有姑息养患之嫌，乃先后以玉屏风散及补中益气法为主，再辅以滚痰丸，直捣痰湿巢穴。盖危氏玉屏风散，本为驱风实卫而设，余则借用以壮气祛痰。耆术之益气，固无论也；防风

亦为祛风痰之至药。前所用祛痰诸品，或渗、或燥均有之，独未及于轻扬以化重浊之用者，于此不能不借助之也。服后竟得到很好的效果，如顽固之出汗大减，稠痰转稀，苔浊尽化等，收效之速，初非意料所能及。于是进而用补中益气法，使清阳之气，续得升举，促其重浊之邪，不断下泄，并持续用滚痰丸，期其彻底清除。张景岳所谓“补难从简，攻宜察真”之理，余于此益有所悟，此为第四阶段，亦即本病之最后收功也。

附：滚痰丸服法

王珪云：“大抵服药，必须临睡就床，用热水一口许，只送过咽，即便仰卧，令药在咽膈间徐徐而下，如日间病出不测，疼不可忍，干呕恶心，必予除差者，须是一依临睡服法，多半日不可饮食汤水，及不可起身坐行言语，直候药丸除逐上焦痰滞恶物，过膈入腹，然后动作，方能中病。每次须连进两夜，先夜所服，次日痰物既下三五次者，次夜减十丸；下一两次者，仍服前数。下五七次，或只二三次，而病势顿已者，次夜减二十丸。头夜所服，并不下恶物者，次夜加十丸。壮人病实者，多至百丸。大抵服罢仰卧，咽喉稠涎壅塞不利者，乃痰气泛上，药物相攻之故也。少顷药力既胜，自然宁贴。大抵次早先去大便一次，其余遍次，皆是痰涕恶物，亦有看是溏粪，用水搅之，尽系痰片粘涎。或百中有一稍稍腹疼，腰肾拘急者，盖有一个顽痰恶物滞殢，闭气滑肠，里急后重，状如痢疾，片饷即已。此药并不洞泄刮肠大泄，但能取痰积恶物，自胃肠次第穿凿而下，腹中糟粕，并不相伤。”（《泰定养生主论·痰论》）

按语　王隐君著《泰定养生主论》世少传本，一般载其方，都略其服法。余初用之，于服法亦未尽悉。服后，患者竟腹痛便泄。及详其服法，依法服之，患者不仅腹不痛，即多年顽固之便秘，亦从此通畅无阻。可知王氏之经验，洵不我欺，特节录于此，以飨读者。

咽喉肿痛；肺卫相为表里，风热毒邪袭表，肺气被郁，故咳嗽；舌边尖红、苔薄白，脉浮数均为风热袭表之见证。治宜疏风解表，清热解毒。方用银翘散加减。

银翘散.特别是银翘解毒丸、桑菊感冒片，临床上应用的机会较多，如用之得当，确能收到满意疗效。但笔者体会：对风热郁表之发热证，服丸药没有汤药理想。初步认为其主要原因是由于制作丸药时，蒸熬太过，耗损轻清辛散之力所致。但鉴于丸药使用方便，我们采取以薄荷或葱白、生姜煎汤冲服银翘丸的方法服药，以弥补丸药性缓之不足，并增强辛散达表，开泄腠理之用，往往可收到较好的疗效。如用汤剂，尚须注意加减化裁，一般发热恶风明显兼项不舒者，可加柴胡、黄芩、葛根；恶风轻者，酌减荆芥、淡豆豉之量；口渴甚者，加花粉；鼻衄、咯血者，加焦栀子、白茅根（可重用至60克），或煎汤代水饮；咽喉肿痛者，加马勃、野菊花、玄参、山豆根、大青叶；发热甚并见斑疹者，去荆芥、薄荷、淡豆豉，加丹皮、生地、大青叶。此外，对于发热较高，热势较盛且高热不易速退者，笔者以疏风清热，解毒生津为基础，自拟一“清解七味汤”（暂定名）随证加减治疗，经多年临床体验，有一定疗效。药物组成：生石膏、柴胡、黄芩、葛根、菊花、薄荷、银花（或连翘。表热偏甚用银花，里热较甚用连翘）。

【病案1】 郝××，女，6岁。

1978年2月19日发高热（体温39℃以上），微恶风，不欲食，腹胀疼，唇干，舌红、苔白厚，脉浮数。经打针、服药治疗，不仅体温未降，至21日反而高达40℃，并多次抽搐。辨证为外感风热，毒邪郁表，渐已入里，兼之内停积食，热极生风，随用清解七味汤加味。处方：生石膏30克（先煎），柴胡、菊花、葛根、黄芩、丹参、连翘、焦三仙各9克，枳实6克，钩藤、薄荷各5克。竟1剂热退，2剂痊愈。

3.风毒郁表发热证：主证为：发热微恶风寒，或不恶寒，皮肤红肿，身痒或游走性疼痛，舌红苔薄白，脉象浮数。风毒之邪，侵犯于表，正气奋起抗邪，正邪相争，营卫失调，故发热微恶风寒，风为阳邪，善于走窜，故身痒、皮肤红肿或游走性疼痛；舌红，脉浮数，亦为风毒袭表之象。治宜疏风解表，清热败毒。方选荆防败毒散加减。

风毒郁表证，是基于临床实践而提出的。此种分型法过去不多，但临床上以此为主要表现者不少。对此，如单纯用桑菊饮、银翘散则解毒作用低而力不胜任，如用麻黄、桂枝之类，则更不适宜。因此，另列一型而选荆防败毒散加减治疗。不仅内服，还可煎汤外洗，或更以药渣外敷，对于疖腮，或现代医学之过敏性皮炎等属风毒郁于肌表者，每能奏效。

【病案2】 林××，女，38岁，工人。1974年5月25日初诊。

因汽油过敏，发热38℃左右，双前臂红肿，局部溃疡，发痒奇甚，鼻尖红疼，经中西针药治疗20余日未见好转。诊其脉浮数，舌红苔薄白，辨属风毒郁表证，拟疏风解表，清热败毒法处方：荆芥、防风、枳壳、薄荷、柴胡、玄参、黄芩、野菊花、蝉蜕各9克，紫花地丁、土茯苓各15克，生甘草6克。6月4日复诊，上方先后服5剂，并用药渣加艾叶30克煎汤洗前臂，肿消痒止，局部结痂而愈。

4.湿热郁表发热证：主证为发热汗出不解，恶寒身重疼痛，头重胀如裹，脘腹胀闷，口干，但渴不欲饮，苔白微腻，脉象濡数。湿热毒邪犯表，卫阳抗邪则发热；邪郁肌腠，卫气不宣故恶寒；热被湿遏故汗出热不退；清阳被遏，经络被阻，且湿性重浊，故头痛、胀重如裹，周身重痛；湿阻于里，气机不畅，则脘腹胀闷；热邪伤津，但内有湿邪则渴而不欲饮；苔白微腻，脉濡数均为湿热郁表之象。治宜芳香宣化，清热祛湿。方拟藿朴夏苓汤、三仁汤加减。

如兼湿热毒邪阻于中焦，出现高热恶寒，呕恶纳差，全身困倦，舌红苔黄，脉滑数或偏弦缓者，则宜清热化湿，疏利透达。如1973年6月中旬，咸阳市西郊某厂一次食物型伤寒暴发流行，当时西医尚未明确诊断（20天后才找出病因，明确诊断），中医按其脉、舌、证、因，认为属湿热阻于表里，邪毒伏于募原所致。故分为表偏重，热偏重，湿偏重及后期伤阴等证型，分别用藿香、槟榔、黄芩、知母、甘草、滑石、半夏、生石膏、大青叶、金银花、葛根、枳壳、厚朴、竹茹、白茅根等药为基础，组成三组方药，连日投用，并每日肌注我们附院自制含板蓝根的“210”注射液一支，结果取得满意效果。

5.暑湿郁表发热：主证为发热微恶寒，头痛无汗，身形拘紧，脘闷心烦，小便黄浊，大便不爽，舌苔薄腻，脉濡数。本证多发于夏季暑湿旺盛之时，由于暑湿之邪侵犯卫表而发病。暑多挟湿，故临床既有暑热的表现，又有湿邪的特征。治宜涤暑化湿，疏表透邪。方用新加香薷饮加减。如兼嗳腐吞酸，食积内停者加焦三仙、莱菔子；如热盛心烦者，加黄连。

二、辨阴阳气血亏虚，治兼滋阴扶阳

据证候特点而察明六淫毒邪的性质，只是发热辨证的第一步。进而推究患者的体质特点，审清其脏腑气血阴阳的虚实变化，在解表祛邪的同时，兼以滋阴、扶阳、益气、养血，也至关重要。

1.阳虚表证发热：主证为发热恶寒，头痛腰痛，周身倦怠，舌淡青，脉沉细。外邪袭表，正邪相争，故发热恶寒；阳气不足，少阴有寒，故腰痛倦怠，舌淡青，脉沉细。

治宜助阳解毒。方用麻黄附子细辛汤加味。

此类病证临床上屡见不鲜，多由肾阳不足，加之劳累过度，或入房，或遗精，或途逢大雨淋浴伤阳，或病未痊愈而肾气又伤之时，外邪乘虚入侵所形成。临床上以高热而欲近衣被，腰痛甚，虽

发热是六淫毒邪侵入机体，脏腑病理反应的一种表现，因此，不论何种病因引起的发热，都有着六经或卫气营血的病理变化过程。掌握六经、卫气营血的证候特征，以此来归纳发热及其伴随的证候类型，进而按六经或卫气营血的层次进行施治，也是辨治外感发热的重要途径。

1.少阳发热证：主证为寒热往来，胸胁苦满，口苦咽干，目眩纳差，舌红苔薄白或薄黄，脉浮弦或弦数。外邪内传少阳，正邪相争于半表半里，故发热恶寒而成交替往来；胸胁为少阳经所布，经气不利，故苦满；胆热循经上扰，故口苦咽干目眩；邪气犯胃，升降失常，故见呕恶食差；脉浮弦或弦数亦为邪留少阳之征。治宜和降少阳，方用小柴胡汤加减。

本方临床应用机会极多，取效也快，如能临证巧妙化裁加减，则疗效更为突出。

【病案5】 王××，女，43岁，营业员。

感冒3天，恶寒发热，体温39.5℃，经用柴胡注射液、青霉素、补液等无效。诊时除恶寒、发热外，并有口干目眩，胸胁胀满，恶心呕吐，不思饮食，小便黄少等症，舌红苔黄厚，脉浮弦而数。辨证属邪入少阳，兼有食滞，遂拟和解少阳，消食导滞之法，以小柴胡汤加减。处方：柴胡、黄芩、沙参、菊花、葛根各12克，丹参、焦山楂各15克，枳实、半夏、薄荷各9克，生石膏0克（先煎）。并继用补液，服药1剂，开始退热，诸症悉减，2剂痊愈。

2.热入气分证：主证为高热汗出，但热不恶寒，烦渴引饮，舌红苔黄，脉洪数。此乃邪毒化热，深入气分，里热薰蒸，迫津外泄，故发热不恶寒而汗出；热伤津液，引水自救，故烦渴引饮；小便黄赤，舌红苔黄，脉象洪数，均为气分热盛之象。治宜清气泄热，生津除烦。方用白虎汤加味。

如气分证兼大便秘结，乃为热结肠道，治宜通腑泄热。因温

昏倒，四肢厥逆，胸腹灼热等证外，则见脉沉至伏。经四诊合参，辨为正气不足，热邪深伏气分，除以针刺急救外，继用白虎汤加减，结果热退厥回脉复。说明使用白虎汤和其他方剂一样，应从临床实际出发，全面分析其病机所在，而不能单纯以个别症状为用或禁用的依据。

3.热入营血证：主证为发热夜甚，舌绛心烦，或见斑疹隐隐，吐衄便血，或非时经血，甚则神昏谵语，脉数。热入营血，营阴耗伤，营血属阴，邪热旺于阴分，故身热夜甚；营气通心，热扰心神，故舌绛心烦，甚则神昏谵语；热迫血液妄行，则见斑疹隐隐，或吐衄便血，非时经血等出血现象，治宜清营凉血，解毒散瘀。方用清营汤或犀角地黄汤加减。

【病案7】 丁××，男，60岁。

因从马车上摔下，形成粉碎性骨折合并感染，而住当地某医院治疗。应邀会诊，当时高热不退，神昏谵语，舌绛苔黑，脉数而疾，大便干结。临证分析，似属外伤而热毒由生，深入营血。虽然病因不尽是外感温热毒邪，但是病机相同，故仍用清营汤，另加苏木、川续断、川牛膝、自然铜、田三七、大黄，共奏清营解毒，祛瘀通便，续筋接骨之功，结果服药1剂见效，3剂即热退神清，余证另治而渐愈出院。

犀角清热解毒，凉血止血作用确实可靠，但是，由于药源短缺，且价钱昂贵。因此，外地试用较大量水牛角代替之，证明可收到满意疗效。另外在陕西某地防治出血热时，曾遇两位高热不退，出血明显的患者，使用犀角地黄汤治疗时，因找不到犀角，我们大胆试用患者家中所存的黄牛角代之，也均收到良好的效果。由于尚未进一步对黄牛角进行药理实验研究，因此还不能完全肯定黄牛角的功用。这里仅作为一个苗头提出，供同志们参考。

至于六经辨证之太阳证、阳明证及卫气营血辨证之卫分证，

肺痈是在肺脏生痈之意。早在《素问·大奇论》中就有“肺之壅”之说（壅者痈也）。《疡医大全》中引经曰：“中府隐隐痛，其上肉微起者肺痈”之称。后汉《金匮要略》中列出了“肺痈咳嗽上气病脉证治篇”，重点论述肺痈的证因脉治，创立了辨证求因、审因论治的规范。《金匮要略》中说：“若口中辟辟燥，咳即胸中隐痛，脉反滑数，此为肺痈。”提出了患肺痈者肺失清肃，可见口中干燥，咳吐痰涎脓血之声，因肺气不宣而胸中隐隐作痛，脉滑为痰，数为热也。对肺痈的治疗，概括分为：初起未脓症见恶寒、发热、咳嗽，此为风热之邪初袭于肺，用甘桔汤为主；本方是治其未脓之要方，以桔梗开肺热之壅滞，以甘草清热解毒。成脓之后症见咳吐浓血、脓出臭味，则须千金苇茎汤为主。本方药力平和，有清热解毒行瘀散结之力，以补甘桔汤之药力、纠桔梗白散药力太猛之弊。热久脓多症见咽干、咳吐脓血、低热，则须麦门冬汤为主。日久则内腐成脓、伤及气血，且正气虚损，又伤肺阴，故肺痈后期须用本方之麦冬滋阴清热，人参补虚益气，半夏化湿痰，甘草解毒，佐以糯米及大枣以培脾土之虚，使之能生金，脾健则肺邪易达，即谓“培土生金”之法。

我们在继承前人的经验基础上对肺痈的辨证和治疗上有一些新的体会，现略记论于下。

一、肺痈的诊断

仲景诊断肺痈，除全身症状外，以脉息是否滑数作为依据。而我们则以指螺是否形成“蛾腹指”来诊断肺痈及其病情的进展与缓解。但须说明“蛾腹指”与“杵状指”是有区别的(附表)。

所谓蛾腹指，是指在每个手指螺部胖实（螺纹全部消失），形如蚕蛾之腹，见此形态之指螺，再结合临床症状，则可诊断为肺痈。如指螺螺纹重见则肺痈痊愈，如蛾腹指越高实则肺痈病情越重，反之则减轻。

蛾腹指和杵状指的鉴别

病　名	蛾腹指	杵状指
形　态	指螺胖肿	指头肿大
病　种	肺　痈	肺气肿
预　后	可消退	不可消退

二、辨　脓

仲景认为脓如米粥为脓。而我们认为脓出如米粥而腥臭的为脓，同时在痰液及脓液混和之时，有时很难辨别，而我们则令其将脓和痰吐入碗内清水之中，如痰则浮于水面，是脓则散开沉于水中以鉴别。

三、治　疗

在治疗肺痈过程中亦须分初、中、后三期及注意肺痈大吐血、外肺痈等。

1.初期：喘咳、胸中隐痛、痰稠而微黄、而指螺稍肿、苔薄腻、脉微数、则以清肺为主，清解为辅。

方药：辛荑花6克，桔梗、枇杷叶各6克，鲜沙参、鲜芦根各30克，桑白皮20克，银花12克，丹皮、炙紫菀各9克。

2.中期：喘咳胸痛、面色浮肿、脓腥臭而稠厚、杂有血丝。治宜润肺化痰，清热解毒为主。

方药：南沙参、北沙参各15克，炙紫菀、款冬花、白茅各9克，白薇、旋复花、象贝母各6克，银花、丹皮各12克，桑白皮、鲜金石斛、代赭石（如血多可加用十灰丸9克，另吞服）各30克。

3.后期：脓痰转薄而腥臭气味显减、形体消瘦、面色㿠白、颧微红有潮热、舌苔薄白，脉微数而细。此为热盛脓后正气受

伤，阴分亦不足，以扶正退虚热法为主。

方药：黄芪、地骨皮、南沙参、北沙参各15克，麦冬20克，孩儿参、白芍、大生地、银花各12克，炙紫菀9克，款冬花、白茅、丹皮各6克。

4.肺痈后期出现大吐血，须用大剂量独参汤以救亡补脱。我们曾治疗一例肺痈后期大量吐血（1,000毫升以上）的患者，用独参汤急救止血后，调治而愈。

5.外肺痈是肺内上吐脓血，外向胸肋膜穿孔，脓血由穿孔部流出，成为外肺痈。在《冯氏锦囊》有："胸膺间一窍，口中所吐脓血与窍相通而出"之记载，我们称外肺痈。一般对形成外肺痈有不同看法，有人认为内肺痈脓血向外穿膜而出是不良现象，以防成漏，但我认为脓血向胸肋穿孔外出，容易排脓，加速愈合，是好的现象，临床所治疗病例也证明了这点。

6.对体虚之肺痈患者，以防透膜穿孔，可另服琥珀腊礬丸有护膜作用。

7.对某些肺痈患者，如用单方芥菜卤温服有一定疗效。我们过去每年用芥菜卤贮存在大缸内备用。

速降糖煎剂治疗糖尿病的体会

刘 晓 汉

〔作者简介〕 刘晓汉，男，78岁（1909年出生），黑龙江省人。1931年开始业医，擅长中医内科，“勤学古训，博采众方”，尊古而不泥古，取历代医家学术之长，经方时方并重，与临床实践相结合。临床治疗糖尿病善用清热养阴及滋阴益肾法，治疗甲亢善用散瘿破气及滋阴降火法，治疗肝硬化腹水善用活血化瘀软坚治本。曾撰写论文有《治疗肺结核大咳血37例疗效观察》、《治疗痿症（横贯性脊髓炎）经验体会》、《治疗尿毒症前期经验体会》、《治疗尿崩症医案》、《治疗肾结石医案》、《治疗瘿病（甲亢）医案》、《治疗滴虫性结肠炎医案》、《治疗糖尿病经验体会》、《治疗甲亢20例经验总结》、《速降糖煎剂治疗糖尿病30例疗效观察》、《治疗肝硬化腹水27例经验总结》等。现任黑龙江中医学院附属医院主任医师。

自1977年～1979年间，我们以中西医结合，试用速降糖煎剂治疗糖尿病，取得了一定的疗效，现报告如下：

一、临床资料

本组按糖尿病诊断标准，选择具有典型“三多一少”（多饮、多食、多尿、消瘦）的症状，空腹血糖增高，尿糖阳性的门诊病例30例作为治疗对象。其中男23例，女7例；年龄最小者18岁，最大者60岁，多数30～50岁；病程在6个月以下者10例，1年以上者16例，10年以上者4例；就诊前用过胰岛素者18例，未用过胰岛素者12例，全部病例均用过口服降糖药，但效果不著而服中药治疗。

二、分型与治疗

（一）胃热阴虚型

共7例。症见烦渴多饮，多食而瘦，口干舌燥，大便秘结，舌质红、苔黄燥，脉滑数有力。

治以润肺生津，兼清胃养阴，投降糖煎剂一号。

药物：花粉75克，麦冬、天冬、玄参、玉竹各25克，生地、生石膏各50克，川黄连10克，石斛、葛根、丹皮、知母各15克。

煎法：加水2,500毫升，煎取药汁1,200毫升，去渣。每天3次，每次200毫升。

加减：若病势初起，大便干燥者，加大黄、黄芩各10克，待缓下存阴、热去津回可减去；若口渴烦饮者，加沙参25克，枇杷叶15克；若心热烦躁者，加石莲子15克；若热去饮食正常可减去黄连。

（二）气阴两虚型

共14例。症见口渴多饮，五心烦热，小便频数，尿如脂膏，舌质红、少苔，脉弦细数。

治以润肺滋阴益肾，投速降糖煎剂二号。

药物：花粉、生地、山萸肉、黄芪、淮山药各50克，麦冬、天冬各25克，知母15克，泽泻、丹皮、茯苓、鸡内金、革薢、蛤蚧各15克、黄柏10克。

煎法：加水2,500毫升，煎取药汁1,200毫升，去渣。每天3次，每次200毫升。

加减：若胃热口渴者加生石膏25克；若五心烦热者加地骨皮、玄参各15克。

（三）肾阴亏损型

共9例。症见糖尿病日久消瘦，身体乏力，小便频数，尿混如脂，腰膝痠软，头晕耳鸣，舌红、少苔少津，脉沉细。

治以滋阴固肾，健脾益气，投速降糖煎剂三号。

药物：熟地100克，人参、枸杞子、山萸肉、天冬、花粉、生黄芪各50克。

煎法：用水2,500毫升浸泡24小时，慢火浓煎成1,000毫升。每天3次，每次100毫升。

三、治疗结果

（一）疗效标准

以治疗3个月为一总疗程。

1.临床治愈：主要症状消失，血糖接近正常，尿糖转阴或（±），酮体消失。

2.显效：症状明显好转，血糖在150毫克/dl左右，尿糖（＋）或（＋＋），酮体消失。

3.好转：症状好转，血糖波动在160毫克/dl左右，尿糖（++～+++），酮体（＋～－）。

4.无效：连续治疗3个月以上，症状与血糖均无改善。

（二）疗效观察

五、体　会

随着医学科学的发展，认为糖尿病是一种与自身免疫、病毒感染、双重激素障碍有关的疾病。在中医学中属于“消渴”范畴，自宋代以后有运用三焦辨证治疗本病的记载，我们在临床实践中采用脏腑辨证，抓住虚与热为本病实质，以阴虚与内热相互影响为本病的特征，虽然推其标有三，而追其本则一，因此临床上尽管有上中下三消之分，肺燥、胃热、肾虚之别，但三消证则往往交错出现，故在整个治疗过程中，我们运用辨证法则，抓住其主要矛盾方面，找出阴虚内热为本病发生发展的内在因素，又抓住肾阴不足这一根本，将治疗的重点始终放在滋阴清热上。针对临床常见的三个证型进行施治：胃热阴虚型是由于胃热伤阴所致，故以肺津不布，胃阴干涸为特征，治疗偏重于润肺生津，清胃养阴。气阴两虚型是由于肺燥津伤造成气阴两虚所致，故以烦渴多饮，肾阴虚火旺为特征，治疗偏重于润肺滋阴益肾。肾阴亏损型是由于糖尿病日久，导致肾阴亏损所致，故以阴虚火旺为特征，治疗偏重于滋阴固肾，健脾益气。若病久阴损及阳导致肾阳虚，为阴阳两虚，则用金匮肾气丸加鹿茸粉补血壮肾阳，并加生石膏清热，以免助阳过剩而伤阴。

根据现代医学研究，证实凡有效成分为黄酮一类物质均有降血糖作用，如地黄、玉竹、人参、知母、玄参、黄柏、地骨皮、葛根、丹皮、泽泻、黄芪、枸杞子等，故选用速降糖煎剂治疗糖尿病的优点是可避免因使用胰岛素所产生的依赖性，又可减少因过多、过久服用西药口服降糖药而所致的副作用。

总之，运用速降糖煎剂的治疗过程中，必须掌握证型转变这一重要环节，按照病情演变的不同阶段、分型投药，才能收到显著的疗效。

病因至今尚未完全明了。临床上早期常无症状，晚期病例可表现“三多一少”（即多食、多饮、多尿和体重减轻）为特点的典型症状，重症者还易发生酮症酸中毒或高渗性昏迷，甚至危及生命。但多数病人还是死于心、脑、肾等慢性并发症和各种感染。

中医学对糖尿病的认识和记载最早，早在《黄帝内经》中就有“消渴”的记载和描述。糖尿病在中医学中系属于“消渴”病的范畴，或谓“三消”病，三消即：多饮而渴不止为上消；多食而饥不止为中消，多溲而膏浊不止为下消。一般认为：上消为肺燥，中消为胃热，下消为肾虚，其病在肺、胃、肾，而根在于肾，病理是积热伤阴，所以大多取滋阴清热法治之，多年来传统中医辨证论治不过如是。

但我考虑糖尿病是西医分类的疾病，并不完全等于中医的“消渴病”，而仅仅是根据糖尿病病人临床症状和体征而划属于中医“消渴病”范畴，按中医辨证不是糖尿病的，如西医的甲亢、尿崩症等也属消渴病的范畴，糖尿病不等于消渴病。自1976年至今，我在首都医院中医科设立了中医糖尿病专科门诊，经诊治的糖尿病病人有近千人，再加上通信治疗的，为数就更多了。在对大量各种类型糖尿病病人的系统观察与治疗中发现，糖尿病是一个多脏腑的疾病，病变波及气、血、阴、阳及各个脏腑，并以阴虚、肾虚为本，故糖尿病仅以上、中、下三消来辨证论治是不够的，我遵循古人辨证理论，结合老师施今墨先生治糖尿病的经验，及自己在临床上多年的体会，总结出了分气阴两虚（包括气阴两虚火旺）型、阴虚（包括阴虚火旺）型、阴阳两虚（包括阴阳两虚火旺）型、血瘀型四个类型治疗糖尿病的辨证方法，通过实践证明是行之有效的。特别是血瘀的辨证分型和应用活血化瘀方法来治疗糖尿病，在古籍或现今医学刊物中都未见报道，这个新观点通过全国糖尿病会议，引起中医界研究糖尿病同道们的注意，现有许多研究糖尿病的中医同道，都在治疗中增加了血瘀辨

证的内容。现代医学对糖尿病的病理解剖研究，发现糖尿病患者胰腺内约有33%可没有病理解剖上的变化（《实用内科学》286页，1961年版）。而在有变化的病例，可见胰岛组织纤维增生或透明变性，或由动脉硬化而造成胰腺组织有瘀血的现象。国外对糖尿病患者血液流变学方面的变化也做了大量的研究工作。另外近年来在国内对活血化瘀法的研究，证明了它有改善微循环、增加血流量、软化纤维组织、纠正血液流变学方面异常等作用。故也从现代医学角度提供了对糖尿病应用活血化瘀法的依据。因此我在各型糖尿病的治则中均兼以活血。

二、辨证论治

现将我治疗糖尿病的辨证分型治则及主方分述如下：

（一）阴虚型（包括阴虚火旺）

主证：除糖尿病一般“三多一少”症状体征外，均兼有咽干口燥、五心烦热、骨蒸潮热、盗汗、心悸、失眠、健忘、遗精、耳鸣、舌红无苔或少苔、少津、脉细等。阴虚火旺则见心烦、尿赤、口臭、目赤、口苦舌干、大便干结、脉细数等。

治法：滋阴生津，兼以活血，火旺则降火。

主药：北沙参、麦冬、枸杞子、当归、川楝子各10克，丹参30克，生熟地各15克，葛根15克。火旺则随症加清热药，如肺阴虚火旺加黄芩15克、蛤粉15克；胃阴虚火旺加生石膏30克，知母10克；肾阴虚火旺加知母10克，黄柏10克等（以下各型兼火旺者同）。

（二）气阴两虚型（包括气阴两虚火旺）

主证：除阴虚型主证外兼见气短、乏力、自汗、怔忡、面色萎黄、腹胀、便溏、语声低微、懒言、舌淡或舌胖、舌边齿痕、脉弱或脉结代等。

治法：益气养阴，兼以活血，火旺则降火。

优降糖、降糖灵等药治疗，饮食控制在每日六两左右，病情虽基本控制，但总有反复。1976年并发冠心病。4个月以前因查空腹血糖290毫克/dl而加用普通胰岛素，每天32单位。最近空腹血糖130毫克/dl，24小时尿糖13.20克。目前患者口渴而喜冷饮，尿量多，饭量控制在每日250克左右，但饥饿感明显，颜面发麻，口腔溃疡反复发作，乏力，大便干燥，舌红暗，脉沉细。中医辨证为气阴两伤，血脉瘀阻。治用降糖活血方加天花粉以益气养阴，活血化瘀。药用：生黄芪30克，山药15克，苍术15克，玄参30克，葛根30克，丹参30克，茜草15克，川芎10克，当归10克，赤芍15克，益母草30克，广木香10克，天花粉30克。每天1剂，水煎服。同时继续应用普通胰岛素每天32单位，皮下注射，优降糖每天7.5毫克、降糖灵每天75毫克口服。经上方加减治疗3个多月，服药100余剂，患者症状基本消失，病情稳定，复查空腹血糖正常，24小时尿糖(阴性)。普通胰岛素用量已逐渐减至每天8单位。1979年1月因病情反复，胰岛素用量又增至每日20单位。但在仍守方为主治疗六个月以后，普通胰岛素逐渐全部停用。复查空腹血糖为120毫克/dl，24小时尿糖(阴性)。乃将汤剂改制为丸剂以巩固疗效。

【病案2】　朱××，男，52岁，干部。1976年10月27日初诊。

近几年来善饥能食，1972年体检发现糖尿病。1973年以来，体重下降，疲乏无力，口渴思饮，一日约喝十磅水左右，多尿，泡沫甚多，饭量控制在每日400克左右，时感饥饿，后背搔痒，易生疖疮，血糖240毫克/dl，尿糖(++++)，血压130/90毫米汞柱，舌质偏红，脉缓。证属气阴两伤，肺胃火炽，拟益气养阴清热为治。处方：生黄芪、山药、苍术、玄参、石斛各15克，太子参30克，天麦冬各10克，五味子10克，花粉30克，生熟地各15克，枸杞子12克，知母、黄柏、乌梅、芡实米各10克，10剂，水

煎服。

复诊：服药后诸症均减，口不太干，饮水减少，只觉腿软无力。唇色暗，舌胖、苔白，脉缓。前方去石斛、乌梅、枸杞子、知母、黄柏，加功劳叶12克，10剂，水煎服。

三诊：服药后，疲乏好转，“三消”症状全减，但仍控制饮食。原方再服10剂。

四诊：患者连服汤药30剂，诸症显著好转，尿糖空腹阴性。原方再服10剂。

五诊：尿糖(阴性)，血糖为100毫克/dl，“三消”症状消失，改服丸药（即上方加四倍量，研末，山药打糊为丸，如梧桐子大，每饭后服6克）。

患者服丸药一料后，血糖、尿糖正常，已不需控制饮食，血糖、尿糖仍正常。

【病案3】 张××，男，54岁，1976年4月2日初诊。

患糖尿病4年，口渴多饮，多尿，消瘦乏力，服降糖灵、D860及优降糖等药后，症状有所好转．但空腹血糖从未降至200毫克/dl以下，尿糖始终在(+++～++++)间，现症为睡眠差，夜尿多，身痒，尿糖（+++），空腹血糖270毫克/dl，舌质红、苔黄，脉弦数。证属阴血燥热，气阴两伤。治宜清血热，益气阴，佐以活血。方用温清饮加味：黄芩、黄连、黄柏、山栀、川芎、赤白芍、当归各10克，熟地、生牡蛎各30克，五味子6克，茯苓、苍术、淮山药、玄参各15克，生黄芪30克。并嘱：逐渐减少D860及优降糖用量。

复诊：服前方10剂后，诸症均减，但因出差，病情有所反复，疲乏无力，迈步亦感困难，身痒，饮水量稍增，大便日行二次，控制饮食量查空腹尿糖（+），餐后尿糖(+++)，空腹血糖204毫克/dl，舌质淡暗，脉沉滑。仍依前法，加生地30克，金樱子10克，玄参改为25克，五味子改为10克，20剂，水煎服。

治疗肾功能不全的体会

吕 承 全

〔作者简介〕 吕承全，字继武，男，70岁（1917年出生），河南省杞县人。14岁随父习医，1935年就读于开封国医讲习所，抗战后曾与同道创办杞县中医公会，任理事长。1952年与同道创办开封市第一中西医联合医院任副院长兼内科主任，1956年在河南省中医院工作。广取各家之长，尤重吸取近代学术以补己之短。对内科杂病、温热病、妇、儿科等疑难重症积累了丰富的经验，尤对肝病、肾病及内分泌疾病辨证论治，均有新的见解。现任河南中医学院附属医院主任医师。

肾功能不全，临床上分为急性肾功能衰竭和慢性肾功能不全。中国医学的“关格”“癃闭”“肾绝”“溺毒”等证候的描述颇类似于本病。如《内经·五常政大论》云：“固流之纪……

其病癃闭、邪伤肾也。”《证治汇补·癃闭》云：“关格者……即关且格，必小便不通，旦夕之间，陟增呕恶，此因浊邪壅塞三焦，正气不得升降，……阴阳闭绝，一日即死，最为危候。”指出了本病的病机，是湿浊之邪伤肾，病本在三焦气化失司。从上述简略的条文可以看出中医学在很早以前，对本病就有了深刻的认识，不仅对病因病机作了详细的记载，而且对病名症状和预后的判断，作了生动的描述，为我们研究和治疗本病，提供了宝贵的资料。

一、病因病机

本病多由风寒、风热、湿热邪毒侵袭人体，扰乱气机，阴阳平衡失调，三焦不得气化，湿浊内聚所致；或因久病正气虚弱，脾肾阳微，阴阳气血亏虚，三焦气化无能，湿浊内聚而成。

二、证候分类

本病可分属于阳水与阴水两大类。阳水类尿毒症多指湿浊壅盛而正气未衰者，多见于急性肾功能衰竭，属实证；阴水类尿毒症多指正气衰败，湿浊泛滥者，多见于慢性肾功能衰竭，属虚证。湿浊壅盛为病之标，正气虚衰为病之本。实症可有湿浊犯胃、热盛动血、湿毒内陷，蒙蔽心包的变症；虚证轻者可有脾肾阳虚，肝肾阴虚的区别；重者则有阴血耗竭，痰浊内陷，气滞血瘀，肝风内动，肝阳上亢等变症，甚至阴阳离决而死亡。

三、临床特征

本病以尿少、尿闭或尿失禁无度为主要特征，可伴有全身水肿、头晕心悸、厌食呕恶、呃逆腹胀、便秘便溏、吐血衄血、女子经闭、男子遗精或滑泄，甚至昏迷烦躁不宁、抽掣发狂、呼气带有溺臭味等症。

四、辨证施治

本病气血阴阳逆乱，往往寒热虚实互见，临床表现错综复杂，辨证治疗不易掌握，但要分清虚实，虚则补之，实则泻之，调和阴阳，使三焦气化功能恢复，即可转危为安。

1.实证：多属湿浊犯胃、升降失调，常见于急性肾功能衰竭者。若起病不久，湿浊壅盛，正气尚不太虚，症见二便不通、呕恶不止、身肿腹胀、脉滑有力。

病势甚急时，不要失去时机，必须峻剂攻泻，始可挫其病势，阴霾消散，阳气自舒。治宜通腑泻浊，清热利湿。自拟方，解毒承气汤：大黄、槐花、银花、蒲公英、白芍、栀子、连翘、木通、知母、黄柏、生地。吐血衄血者，加大小蓟、紫珠草、白茅根；便秘者，加芒硝、厚朴、枳实；水肿甚者，加车前子、二丑、茯苓、麻黄；呕恶不止者，加砂仁、半夏、竹茹、生姜；抽搐昏厥者，加羚羊角、钩藤、石决明、鳖甲之类。

2.虚证：多属脾肾双亏、气血不足，常见于慢性肾功能不全者。因本病久治不愈，正气虚损，症见面色㿠白，小便不利，头晕耳鸣，心悸气短，胃满恶心，全身水肿，舌质红、苔薄白，脉沉细弱。

病势较缓时，则以扶正为主，大剂参附复其元气，正气复，浊阴之邪可自化。治宜健脾益肾，调补气血。自拟强肾汤加减：黄芪、当归、党参、白术、茯苓、肉苁蓉、巴戟天、仙灵脾、熟地、白芍、炙甘草。若兼见厌食纳差、腹胀便溏、舌淡苔薄、脉沉缓无力等脾阳虚者，治宜健脾补肾，温阳化湿，上方加附片、肉桂、干姜、砂仁；若兼见腰痠腿困、形寒肢冷、男子遗精、女子经闭不行、舌淡苔白、脉沉微细等肾阳虚者，治宜健脾强肾，温阳化湿，上方加附片、肉桂、补骨脂、葫芦巴。

3.阴阳两虚：多因治不得法，迁延不愈，久则正气虚损较

甚，属肾阳衰微，真阴耗竭，多见于慢性肾功能不全晚期患者。症见小便点滴不下、四肢逆冷、面色苍白、头晕恶心，呕吐呃逆，呼气有溺臭味，心悸气短，精神萎靡，甚至嗜睡昏迷，谵妄抽掣，皮肤干燥瘙痒，全身水肿较甚、舌光无苔、脉沉细欲绝，或弦或虚大者。其症极危。

治宜温肾助阴、补益真阳。肾气汤加减：熟地、山芋肉、茯苓、泽泻、山药、附片、肉桂、杜仲、车前子、川牛膝、红参。若肾阳衰微甚者，症见尿少、尿闭，或尿失禁无度，四肢逆冷，阴囊肿甚者，上方加仙灵脾、巴戟天、鹿茸；若肾阴耗竭较甚者，症见头晕眼花、耳鸣耳聋、腰痛如折、舌红无津、脉细无力者，上方加龟板、鳖甲、枸杞子、麦冬；久病虚亏，日渐危重，呕恶不止，喘满不能补，二便不通者，亦可攻之。唯攻伐之剂究属伤正，往往邪祛正更虚，亦有攻之太过，损其正气，致湿浊更为泛滥者，故虚症使用攻剂时，极宜谨慎，可采用攻补兼施法，如大黄干姜汤、附子大黄汤之类。在泻浊时必须顾复元气为宜。

4.阴虚阳亢，肝风内动：症见头晕目弦，面赤心烦，四肢抽搐，语言蹇涩，舌质红、苔白薄，脉沉弦或细弱。

宜用育阴潜阳、平肝熄风。自拟育阴熄风汤：生白芍、川芎、地龙、钩藤、生地、丹皮、龟板、珍珠母、石决明、麦冬、甘草、羚羊角。以上治疗中应注意在育阴潜阳之中，仍需加入补脾肾之品，脾阳复肾阴得长。正如张景岳所云“无阳则阴无以生，无阴则阳无以长”，若补阴补阳之剂单独使用，则其效不显。若病发展为阳伤及阴，上盛下虚之证，补气则肝阳上亢，滋阴又碍胃气，用药殊感棘手，如再转逆，则湿浊内陷心包，风阳上扰，症见神志昏迷，四肢抽搐，舌质红、苔垢腻，脉沉细微者，是病势已临危殆，正气败颓，虽施治得当，亦未必见效。唯一般逆症，医治得法，摄养适宜，方可转逆为顺，反之虽为顺症，若不能即时正确治疗，也可转为逆症，而且本病的各种类型，是可以互相

转化的，故治疗时，必须依照病情的变化和其发展的规律，不可墨守成规，至于具体方药的临床应用，也需因时、因地、因人制宜，方不致贻误病机。

五、病案举例

【病案1】 沙××，男，20岁。1983年1月24日初诊，住院号：17153。

患者素嗜辛辣荤腻，16天前因感风寒，发热恶寒，咽喉肿痛，继发全身水肿，腰胁及腹痛，头痛心烦，呕吐恶心，尿少不利。某医院诊断为“急性肾炎尿毒症”，经用抗菌素及利尿剂等治疗不效，呕恶不止，心烦腹痛欲死，小便不通，大便已闭结10余日，呕血数口，精神萎靡。舌苔垢腻干燥，脉沉滑数。实验室检查，尿常规：蛋白(++)，白细胞(0～2)，红细胞(0～1)，上皮细胞管型(0～1)，蜡样管型(0～1)。血象：白细胞15000/μl，中性83%、淋巴14%、嗜酸2%。血沉78毫米/1小时。尿素氮68毫克/dl。二氧化碳结合力34.8容积%。胰淀酚酶16单位。

证属内蕴积热，外感风寒，湿热搏结，壅塞三焦，气化受阻，湿浊内聚所致。治则急宜通腑泻浊，清热利湿。解毒承气汤加味：大黄15克，槐花30克，银花30克，蒲公英30克，黄柏10克，丹皮10克，厚朴10克，茯苓30克，泽泻15克，败酱草30克，白芍30克，滑石30克，竹茹6克，水煎服。

1月29日：服上方2剂，呕吐略减，能转矢气，大便仍未通。此属病重药轻，上方去白芍、厚朴、败酱草、泽泻，加芒硝10克冲入。1剂解下燥屎，腹痛呕吐缓解，但仍恶心，上方加砂仁10克，继服2剂。大便每天3～4次，小便亦通利，腹胀减轻，能进饮食，精神渐安。舌质红、苔薄润、脉沉细有力。证属邪退正虚，宜健脾和胃，清热利湿。方药：黄连5克，黄柏10克，大黄炭10克，厚朴10克，泽泻15克，玉米须30克，白术10克，砂仁10

克，茯苓30克，车前子30克（布包），山药30克，陈皮10克，甘草10克，水煎服。

2月1日：服上方3剂，饮食恢复，二便正常，诸症消失。尿常规：蛋白微量，红细胞少量。血象：白细胞6000/μl，中性73%，淋巴25%，酸性2%。尿素氮11.5毫克/dl。二氧化碳结合力67容积%。再拟健脾补肾之剂以善后。方药：生熟地各20克，茯苓30克，淮山药30克，白术10克，陈皮10克，厚朴10克，砂仁10克，黄柏10克，大黄炭10克，甘草10克，竹茹6克。12剂。

2月12日各项检查全部正常，病愈出院，于10月追访，患者已上班工作。

【病案2】 崔××，男，33岁，工人。1970年3月12日初诊。

患者14个月前因劳累出汗当风，引起高热，全身水肿，小便不利。在当地某医院诊断为“肾炎”，经多方治疗，水肿仍反复发作，近20天病情恶化，水肿加重，腹大脐突，尿少尿闭，神志模糊，呼气带有溺臭味，呕恶不止，四肢冰冷。查体温36.2℃，心率92次/分，血压130/90毫米汞柱。尿常规：蛋白(++++)，红细胞(0～2)，白细胞(0～3)。血白细胞总数10,000/μl，中性75%，淋巴22%，酸性2%。非蛋白氮55.4毫克/dl，二氧化碳结合力48.1容积%。诊断为慢性肾炎尿毒症。因治疗无效，转我院求治。查脉沉细无力，舌质淡、苔薄白腻。证属寒湿内聚，脾肾阳衰，三焦气化失司，湿浊阻塞所致。治宜健脾温肾，利水降浊，实脾饮加减。方药：党参15克，附片9克，上肉桂6克（另冲），白术9克，云茯苓15克，砂仁5克，陈皮9克，玉米须30克，冬瓜皮15克，甘草5克，赤小豆30克，炒枣仁15克，生姜皮6克。

3月30日：服上方2剂，尿量从每天300毫升增至1,000毫升，继服14剂，恶心呕吐消失，腹胀减轻，四肢转温，上方加黄

癃闭证治

宋孝志

〔作者简介〕 宋孝志，男，76岁（1911年出生），湖南省宜章县人。幼年时在舅父指导苦读医书，13岁时能临床治病，18岁经考试合格，遂独立行医。曾任湖南省宜章县中医院院长，宜章县卫生工作协会主任，1956年调北京中医学院，曾授《内经》、《伤寒》、《金匮》课程。对仲景学说颇有心得，亦兼取各家之所长，临证经验丰富，对内、妇、儿科及一些疑难杂证有较高的疗效。参与编写了《各家学说讲义》、《金匮要略讲义》、《中医十部经典分类汇编》。发表论文多篇。现任北京中医学院附属东直门医院副主任医师。

癃闭为常见证之一，但闭而不通达三年之久，需靠导尿维持生存者实为罕见，足见常见病亦有奇证存在。余曾治愈一例，迄今已数十载，历历在目，兹将其病情及治疗经过录之于下。

之水出焉，气虚者，补中益气汤，先服后吐。血虚者，芎归汤，先服后吐。痰多者，二陈汤，先服后吐。气闭者，香附、木香探吐。更有瘀血而小便闭者，牛膝桃仁为要药。”别录云：“小便不利，审是气虚，独参汤如神。”由上观之，可知受病之源，自非一途，若不从望闻问切明审而投药，则殊难有效。

对于本案之治，余详审前医所列方案，理法方药，均有精义，如：滋肾泻膀胱法，乃正治也；清金润燥，乃隔二之治；健胃燥脾，乃隔三之治；此外淡渗通利之品亦多用之，均未获效。余窃磋二诊之后，采用肝肾同治之意，予大柴胡汤泻肝益肾，以利水道，三剂药后小便虽通而不畅，更桂枝去桂加茯苓白术汤健脾利湿以去其因淋雨致病之因而顿起沉疴，使余日益潜心仲景医学，进一步认识到治病必求于本。

阴阳二水。明·李士材论水肿，则分为虚实两种。明·张景岳对本病分为气肿和水肿。清·陈修园则集其大成而做了总结，曰："肿成手按论纷纷，水气同源不必分。"又在他所著的《三字经》中曰："水肿病，有阴阳，便清利，阴水殃，便短数，阳水伤。"余认为陈修园的论述简捷了当，他不仅阐明了中医学经典之奥妙深意，而且启发了后学者的入门捷径。盖论水肿病者，不论如何分类，归根结底还是离不开阴阳，以阴阳为八纲之纲，包括表里、寒热、虚实在内。故《素问·阴阳应象大论》说："善诊者察色按脉，先别阴阳。"又说："审其阴阳，以别刚柔。"可见在水肿分类上，能认清阴水之为虚寒，就会识别阳水之为实热。寒则热之，热则清之，虚则补之，实则泻之。这是任何人在辨证论治上都不能否定的一个基本原则。

一、水肿病生成之原因

水肿病的病因虽多，但概括来说，乃不外乎"外感内伤"四字而已。外感寒湿，或汗出当风，以致外窍闭塞，水气郁结肌表而肿者.此内因也。例如《内经》说："诸湿肿满，皆属于脾。"又说："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"盖以脾为阴土，胃为阳土。按五行来说，脾胃在人身上，如渠道之堤坝，膀胱为任水，肾为癸水，肾与膀胱在人身上如流水之源泉，脾阳不振，难以御水，肾阳不振，难以化气，当此脾肾双湿之际，如再遇外感寒湿，或内伤生冷，都可以使水分侵袭水道，蔓延日久，则水道淤塞而泛滥，留于上则头面肿，留于中则腹胀大，留于下则脚腿肿。此既《内经》所谓上焦不治，则水犯高源，中焦不治，则水留中脘，下焦不治，则水乱二便。以三焦职司决渎之官，决渎失职，影响肺之节制、脾之运输、肾之储藏，因而水道淤塞，此肿之所由来矣。故常见水肿病有头面眼胞先肿者，有腹先肿大者，有下肢先肿者，有全身同时俱肿者，这正是水逆流之

趋势，而定其肿部之先后也。

二、水肿病的证候

余在临床上，常见到的是阴水多而阳水少，故这里主要谈阴水的证候与治疗。阴水证，一般面色苍白，脉缓而柔濡，舌质肥嫩而上浮水气，但亦有舌苔黄白厚腻，而口不干。此因脾脏水气侵袭，而胃腑消化功能减退，故见舌苔黄腻之象，自不能以苔是黄色而误认为是热肿。阴水证一般小便量少，而次数亦不甚多，但有时小便发黄，此因肾阳不足，膀胱之气化功能薄弱，以致废水淤滞，阻碍新陈代谢，不能按常规排泄，安得不变色而发黄哉？故亦不能执《内经》“水液浑浊，皆属于热”之说，而误认为是阳水。

三、治疗法则和方药

对本病认为是脾阳衰败，命火不足，故确定以“温补脾肾，利水行气”八字为准。常用方剂以加减实脾饮配合金匮肾气丸二方为主。只要加减得法，配合适当，则左右逢源，取之不尽，用之不竭矣。

实脾饮原方：茯苓、白术、木瓜、木香、大腹皮、草豆蔻、干姜、附子、厚朴、甘草。

方解：此方茯苓、白术配甘草，既能培补脾肾，又能渗湿利水；草豆蔻、干姜配附子，既能燥脾暖胃，又能温补肾阳；木香配厚朴、大腹皮，妙在不但温中消胀，实有利水行气之能。陈修园说：“气道调，江河决。”又说：“气行水亦行。”这是他的临床实践经验。有人说，实脾饮内之木瓜似不相宜，以木瓜有促使尿短作用，而不知脾湿肝旺，木来克土，脾土之不实正由于肝木之有余。木瓜在此方内的作用，是直接以柔肝，而间接以实脾。五行互相制约之妙，正要在辨证用药时机动灵活地运用矣。

方内加半夏 9 克付之。在《神农本草经》中云及，半夏能泻心下水气也。此后再未服药。

六、结　论

根据本人多年来治疗水肿的经验，认为加减金匮肾气丸一方，在水肿病初期，配合加减实脾饮等汤剂服之，有储蓄性作用，服之日久，自然而然的发挥其它养精蓄锐之威力，消肿较快。在水肿消失后，持续服之，有建设性作用，可以巩固其疗效。

其次余又认为，水肿病不宜过用泻水之峻剂。盖水肿病多由脾肾双湿，阳气不振演变而成。肾为先天之本，脾为后天之本，如果泻之不当，则正气被劫而益湿，水邪已散而复聚，即或暂取一时之效，实非长治久安之计。唯有平补平泻、补泻兼施一法，虽然有时消肿较缓，但正长邪消，精神内守，可免水邪散而复聚之患。例如上述 4 例患者均系严重的高度水肿，特别病案 2，入院时体重80.5公斤，出院时55公斤，这证明他的体内积聚水分25.5公斤之多，真是骇人听闻而少见的。但是我们坚持采用了补泻兼施的治疗方法，都收到了良好的效果。这也是愚者一得之见，理论未必正确。

论治疗肾小球肾炎水肿的常用大法

邹　云　翔

〔**作者简介**〕　邹云翔，男，91岁（1896年出生），江苏省无锡人。1916年毕业于省立第三师范甲种讲习科，后又肄业于无锡国医专修馆。从师费伯雄高足、名医刘莲荪先生，后又向上海丁仲英先生学习。38岁时，丁仲英先生办《光华医药杂志》，延为副主编，实主其事。1938年在中央国医馆任中医救伤医院内科主任，并随医院内迁武汉、重庆，任中医院医务处长兼内科主任。1940年任伪司法部医官并私人开业，后至南京大行宫开业。1949年后历任江苏省中医院副院长、院长及南京中医学院副院长。擅治疑难杂症、肾病及老年病，其治疗肾病之经验已输入电脑并应用于临床。主要著作有《中医诊断学讲义》、《中医肾病疗法》、《中医验方交流集》、《中医验方交治续集》、《邹云翔医案选》等。现任南京中医学院学术委员会主席、卫生部学部委员、

苓、合欢皮各24克。服药10余剂，水肿消退。

水肿长期不退，从肺、脾、肾治疗皆无效果者，中医学文献中有从气分治疗无效，当于血分求之之说。因此本人认为从气分治疗无效之水肿，乃由久病瘀血内阻所致，在辨证的基础上经常运用活血化瘀法，不少病人取得了良好效果；"水肿而夹有瘀滞症状者，运用此法疗效更著。如水肿反复消长，尤以腹部膨胀，腹水长期不消者，此类水肿与肺、脾、肾功能有关外，尚有肝络瘀阻因素。故在辨证中加用桃仁、红花、当归、赤芍、枸杞子等品以化瘀通络，养血调肝，常有效果。

妇人高度水肿，又夹经闭症者，名曰血分水肿。经为血，血不利，则为水，治疗中治水为标，治血为本，故在辨证中常用此法，甚则运用破血逐瘀通经之大黄䗪虫丸而能见效。

【病案6】 唐××，女，成人。

水肿，有腹水，下肢按之没指。尿常规蛋白（+++），经闭半年，以桃红四物汤加味治疗1个月，水肿渐退，又加用大黄䗪虫丸，一周后月经来潮，水肿迅速消退。尿检好转，后以气血双调，培补正气法则而治愈。

五、疏滞泄浊法

适应于慢性肾炎肾病型，应用激素无效，副作用明显而停药者。主要症状有浑身疲乏无力，胃纳减少，有药物性柯兴氏综合征，皮里膜外、水钠潴留，妇女还有经闭等症状。常用方药以越鞠丸加减，如苍术、苡仁、香附、神曲、郁金、合欢皮、法半夏、陈广皮、当归、红花、川芎、桃仁、茯苓、芦根等。汗出较多加糯稻须，痰多加桔络、冬瓜子，腹胀加木香、佛手、香橼皮等，口干加石斛、花粉，气虚加党参、黄芪、大枣等，腰痛加川续断、桑寄生、功劳叶等。

【病案7】 夏××，女，14岁。1971年4月7日初诊。

微量，尿比重1.012；血压110/68毫米汞柱；血肌酐1.35毫克/dl；酚红排泄试验67%；胆固醇155毫克/dl。停止服药，入学读书。追访至1983年夏季，未曾反复，已任驾驶员工作。

人体内部气机升降出入，贵在守常，反常则百病皆生。有些病人用激素后疗效不著或无效，而副作用已很明显，乃药物导致体内升降出入功能紊乱所致，当升者不升，当降者不降，当出不能出，当入者不入，清者化为浊，行者阻滞不通，表失护卫而不和，里失营运而不顺，初伤气分致气机怫郁阻滞，久延血分，致气滞血瘀，水阻湿蕴，气血失去冲和，气血精微变为湿浊痰瘀，阻于脏腑络脉肌腠而成。故在临床上摸索了此法，常用上药疏之泄之，疏其气血，泄其湿浊痰瘀，使失常之升降出入生理功能得以恢复，而病可愈。

（邹燕勤整理）

/dl，总胆固醇346毫克/dl。此系脾肾阳虚，水湿泛滥，精微失于转输，渗漏于下。治宜健脾温肾，通阳利水。处方：红参6克（另煎代茶），黄芪30克，炮附片12克，桂枝6克，白术9克，茯苓15克，仙茅9克，仙灵脾9克，巴戟天12克，白芍9克，葫芦巴6克，车前子15克（包），生姜3克。14剂。

复诊：服上方后浮肿明显消退，胃纳大振，小便增多，形寒便溏好转。实验室检查：尿蛋白（+），颗粒管型消失，24小时尿蛋白总量0.63克/dl，血浆总蛋白与白蛋白上升。原方去车前子加山药9克，陈皮6克，续服21剂。

三诊：浮肿全退，舌转淡红，脉细濡，症状基本消失。实验室检查尿蛋白（阴性），24小时尿蛋白总量0.15克/dl，血浆总蛋白与白蛋白、总胆固醇均在正常范围内。患者康复出院，随带金匮肾气丸、复方胎盘片常服以善其后。

按语：慢性肾炎肾病型患者因大量蛋白尿的丢失，血浆蛋白过低，血浆胶体渗透压迅速下降，可出现严重水肿，常表现为脾肾阳虚型的症候。根据余临床用药经验，主要以实脾饮与真武汤合用较为适宜，且回阳通阳的附子、桂枝的剂量要重，并选用红参、仙茅、仙灵脾、巴戟天、葫芦巴等以增强温补之力。此例患者服药后肾阳蒸腾，脾阳得运，精微转输，胃纳大振，而使体内血浆蛋白及白蛋白增加，尿蛋白显著减少，加上小便通利，促使浮肿迅速消退。

三、滋养肾阴　化瘀止血

《金匮要略·五脏风寒积聚病》说："热在下焦者，则尿血。"殆血尿《素问·四时刺逆从论》说："少阴……涩则病积溲血。"根据热在下焦和少阴脉涩可致尿血的理论，可认为慢性肾炎因肾阴受损，相火内动，灼扰阴络，阴络损则血下渗，则为尿血；若渗血日久，下焦离经之血成瘀与热相搏，瘀热互阻，涩滞肾络，更伤肾阴，如此相循，则尿血迁延，反复发作。据临床观察，慢

此方对于慢性肾炎阴虚瘀热型最为适宜，疗效亦著。

四、益气补肾　固摄精微

慢性肾炎的各种类型都会出现蛋白尿，而尿蛋白又以白蛋白为主。白蛋白是人体的精微物质，属于精气的一部分。精气赖脾之升以转输，肾之固以封藏。长期尿蛋白与脾肾气虚、固摄无权有关。其病机是脾气虚陷，清气不升，清浊互混，精微下注；或肾气亏损，阴阳两虚，封藏失职，精气漏泄。余在临床对持续性蛋白尿为主要表现的慢性肾炎，有两条治疗经验：健脾摄精，重在益气升提；补肾固精，务须阴阳互调。

【病案4】　任××，男，46岁，教师。

患慢性肾炎8年余，实验室检查：尿蛋白经常(+～++)，无高血压及浮肿，也无血尿。但见形体消瘦，面色萎黄，腰痠膝软，时有遗精滑精，纳食不馨，大便不实，气短神疲，舌淡红，脉细濡。此乃脾肾气精两虚，固摄无权，仿虚劳之理论治。处方：党参12克，白术12克，升麻3克，益智仁9克，补骨脂9克，菟丝子9克，枸杞子9克，熟地9克，山萸肉9克，金樱子9克，潼蒺藜9克，龙骨15克（先煎）。14剂。另用黑大豆丸（黑大豆120克，山药60克，黄芪60克，苍术60克，共研细末，炼蜜为丸）早晚各服1次，每次10克，开水吞服。

复诊：上方服用半月，腰痠遗精滑精已愈，纳食渐馨，大便转实。小便化验二次，尿蛋白均（阴性），患者甚喜。续予原方7剂，并嘱常服黑大豆丸，至今随访两年，尿蛋白保持阴性。

按语：此方用党参、白术、升麻益气升清，健脾摄精；熟地、萸肉、枸杞子滋肾中之阴，潼蒺藜、菟丝子、补骨脂、益智仁补肾中之阳；龙骨、金樱子涩漏固脱，收敛精微。另有黑大豆丸系治蛋白尿经验秘方，方中黄芪、山药、苍术同用，能升益脾气，

分清利浊，使脾气散精遵循常度，不致漏泄下渗；主药是黑大豆，《神农本草》曰“逐水胀”，“下瘀血散五脏结积”“去肿”，本草或谓有滋养补肾之功。黑大豆含丰富的蛋白质及其它营养物质，既能补充肾炎患者体内因蛋白尿而丢失的蛋白质，又能滋水补肾，固涩肾精。此药宜研末或入丸吞服，如入汤煎，其效大逊。临床中常用黑大豆丸配入辨证复方中治疗肾病蛋白尿，每获良效。稳定后再常服黑大豆丸，以资巩固。

（贝润浦整理）

医的淋病混同起来。中医认为，凡是小便灼热刺痛，排尿不畅而有下坠感的均可称之为淋病，因此它和西医所指的由于淋球菌感染所致的淋病不尽相同。

血淋是热结膀胱、迫血从小便溢出，故症见血尿，小腹坠胀疼痛，小便热涩尿道刺痛。若只有热涩而无疼痛，则是尿血，不应按血淋论治。

集我四十余年的临床所见，认为本病在急性期必须彻底治疗。许多病人在尿急、尿频、尿痛等症状明显时求医心切，症状减轻后，就往往疏忽大意而不予积极治疗，结果迁延失治，转变为慢性而缠绵难愈。故我治疗本病，急性期临床症状治愈后，再嘱咐病人继服知柏地黄丸或本院自制的清利膏4～6周，以巩固疗效；慢性病人多为脾肾亏虚，待其下焦湿热的症状治愈后，则根据其临床表现，酌情给予健脾补肾的中成药，继服4～6周，以资巩固。治疗时还要注意休息，预防感冒，避免过度疲劳，以防复发。女同志平素尤应注意外阴清洁卫生。

另外，淋病的治法，古人有忌补、忌汗之戒，如《张氏医通》淋证门记载："制剂之法，并宜流行滞气，疏利小水，清解热邪……最不可用补气之药，气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛。"《金匮要略》又有"淋家不可发汗，发汗则必便血"之说。临床证明，淋病如兼有外感表证，辛温发散之剂则应慎用，否则会引起耗气伤阴之弊。至于补法，在本病急性期正气未虚而热邪方盛之时，自然不宜轻易使用，以免触犯"实实"之戒。但对慢性期患者表现为脾肾两虚时，则宜补虚为主，兼顾清利。正如张石顽所说："惟劳淋则宜补气，但须兼利州都，则水道之热方化。"

附　清利膏方：

金银花、白茅根、车前草、扁蓄、坤草、甘草梢、生地黄、知母。共熬两遍，取汁浓缩成流膏，日二次，每次15～20毫升。

治疗蛋白尿的经验

徐嵩年

〔作者简介〕 徐嵩年，男，78岁（1909年出生），上海市人。1936年毕业于旧上海中医学院，随后在上海开业，1952年10月参加上海市蓬莱区人委会卫生科任医管组组长，1956年9月调至上海中医学院内科教研组任教，后兼任龙华医院医疗工作。擅长于中医内科，70年代从事肾及肾小球肾炎的研究及临床。1956年～1964年参加《金匮》、《内科学讲义》等教材编写工作。主要论文有《介绍治疗蛋白尿的经验》、《中医中药治疗慢性肾功能衰竭90例随访观察》、《水肿的治法及临床运用》、《著名老中医徐嵩年辨证治疗慢性肾炎的经验——100例临床疗效分析》等。主要著作有《肾与膀胱证治经验》。现任上海中医学院兼附属龙华医院内科主任医师、教授等职。

蛋白尿是泌尿系统疾病中的一个常见症状，尤其是慢性肾小球肾炎（以下简称慢性肾炎）患者中，约96.9%可出现蛋白尿。一般认为蛋白尿的持续存在和反复出现，可反映肾脏病损的动态变化。由于病情错综复杂，寒热虚实夹杂，处方不能固守不变，笔者长期从事诊治慢性肾炎的经验是，根据不同类型蛋白尿的病机、症状特点，应掌握如下几个方面：

一、突出清利祛邪扶正

肾炎所致的蛋白尿，多数可因感染而加重，即使在缓解期内，也常因感染而反复发作。临床可见到患者面浮足肿，面色㿠白，形寒肢冷等一派阴寒之象，历来医家往往归结于脾肾阳虚、水湿潴留所致。实际上这类患者常可伴口苦、咽干、咽痛、尿少、苔黄腻而干，或有脓疱疮、湿疹、带状疱疹、皮疹等邪热内蕴之象，而且常反复感冒。笔者最近分析了100例慢性肾炎蛋白尿患者，其中伴上呼吸道感染的患者约占72%，故感染成为治疗肾炎蛋白尿过程中一个严重的干扰因素，而积极防治感染，是制定清热解毒利湿法的客观依据。同时用扶正法的处方中，也应有不同程度的清利药相伍组成。临床上往往遇到一些病例，在应用温阳利水，健脾化湿无效时，常在加用清利之药后，随感冒控制而收到明显效果。由此可见，突出清利的治法，确实在临床上可取得良好的效果，是提高治疗蛋白尿疗效的关键之一。

【病案1】 刘×，女，16岁，学生。1977年9月24日初诊。

患者6岁时患猩红热后未加注意。10岁时发现面部浮肿，化验小便：蛋白（+++）。至今已有6年，虽经多方医治，未见效果。患者经常患扁桃腺炎。初诊时化验小便：蛋白（+++），红细胞（1～3），白细胞（2～5）。

治以清热利湿。处方：蝉蜕9克，蛇舌草、七叶一枝花、大蓟、复盆子、益母草各30克，玄参、石苇、防己、知母各15克，

黄柏12克。水煎服，每天1剂，连服20余剂。服药后化验小便：蛋白微量，红细胞消失。稳定一个月后，因感冒尿蛋白又上升至（+++），颗粒管型（2～4），白细胞（2～4）。继服上方，尿蛋白又转阴性，门诊随访2个月，尿常规正常。

二、重视肺肾的治疗

蛋白尿经常和中医学中的水肿病联系在一起，所以肺、脾、肾三脏功能的失常与蛋白尿也密切相关。强调调整和恢复肺、脾、肾三脏的功能是治疗的关键之一，所以笔者主张临床上对蛋白尿患者不仅要补其脏体，更重要的是助其脏用，调动机体本身的抗病能力。

1.治肺：肺为水之上源，肾之经脉上达于肺，肺气失于宣肃，可导致风水为患，这在历代中医学文献中早有记载。笔者对风水之证，常以宣开肺气为治疗正法，即《内经》所谓“开鬼门”一法。在治疗急性肾炎时，以清利方和麻黄连翘赤小豆汤为主方，重用麻黄。即使是急性肾炎血压高者，仍用麻黄，用药后常随水肿消退而血压也有所下降。但如肾炎肾病型伴高血压者，须慎用麻黄，可改用紫苏、防风各10克，紫苏用量常加大至30克。方中可不用利水之药，不治水而水自去。随着水肿的消退，蛋白尿也随之好转。如果水肿退去而蛋白尿尚未悉除者，仍可继续使用宣肺发汗之品，此时不是取其发汗消肿之力，而是用其调整肺气的宣肃功能，以达到进一步改善病情的目的。

【病案2】 卫××，男，11岁，学生。1977年8月1日初诊。

患儿在3个月前因浮肿，化验小便发现蛋白尿（+++）～（++++），红细胞（++），白细胞（4～6），颗粒管型（0～2）。舌苔薄白，脉濡。

治当疏风宣肺，清解利水。处方：炙麻黄、荆芥各9克，苏

面足轻度浮肿，神疲乏力，腰痠，舌红苔薄，脉细。

证属阴阳俱虚，固涩无权。治以滋阴补肾固涩法。予固肾方服用2个月后，浮肿消失，腰痠乏力均减。化验尿蛋白自(+++)逐渐降至(+)。但咽痛口干。乃于原方中减去辛热之细辛，加桑椹子、金樱子各30克以增强补肾固涩之力。经用此方加减前后服用8个月，化验小便：蛋白阴性，尿沉渣计数正常。症状完全缓解。随访6个月，病情稳定，恢复全天工作。

三、掌握脏器之间的功能调节

人体脏器之间在生理上相互资生、相互制约，病理上相互传变，故调治肺脾、脾肾、肺肾等脏器之间的功能，在肾炎蛋白尿的治疗中占有重要地位，并非单纯治疗肺、脾、肾即能奏效。

1.肺脾同治：肺脾同治常用益气固表祛湿，适于慢性肾炎肾病型患者，因卫表不固常易感邪而反复发作。辨证属于肺脾气虚 里水外溢者。治脾的益气之药既可健脾化湿，又能实卫固表。笔者在临床实践中根据这一法则，自制了固表祛湿方，本方与《金匮要略》中的防己茯苓汤以及附方防己黄芪汤的区别在于防己茯苓汤、防己黄芪汤以消退水肿为主；固表祛湿方则以控制尿蛋白流失为主。此外，有皮肤湿疹及脓泡疮等感染者，可选用清利湿热之品如地肤子、白鲜皮、苦参、紫花地丁等，亦有良效。

【病案5】 梁××，男，17岁，学生。1980年9月12日初诊。

患者于同年4月10日起发热，咳嗽，咽痛，扁桃体肿痛，2周后出现尿少、眼睑及四肢轻度浮肿。血压：170/140毫米汞柱。化验小便：蛋白(++++)，红细胞(++++)。乃于4月11日至7月18日住××医院治疗，经用地塞米松、环磷酰胺、青霉素等治疗，症状改善。出院时化验小便：蛋白(+)，红细胞(15～20)。乃减服地塞米松，潘生丁后，病情又有反复，遂来本院门

诊。诉：腰痠疲乏，下肢无力，化验小便：蛋白（+++～++++），红细胞（+），白细胞（++）；血肌酐1.68毫克/dl，尿素氮10.4毫克/dl。初以益气补中升清法治疗无效，后因发现皮肤湿疹作痒，乃改用固表祛湿方合清利湿热之品加减，同时停用地塞米松、潘生丁。处方：防风、苦参各9克，炙甘草6克，苍术、黄柏各12克，黄芪、地肤子、白藓皮、薏仁根、玉米须各30克，乌梅15克，红枣6枚。以此方加减服用1个半月，尿蛋白消失。随访6个月病未复发。复查：血肌酐1.73毫克/dl，尿素氮10.7毫克/dl。乃用黄芪片、河车大造丸调治，巩固疗效，并于1981年初开始全日上班。

2.脾肾同治：脾肾同治常采用温肾补脾行水法，适应于慢性肾炎肾病型高度水肿，尿蛋白大量流失，后期血浆蛋白明显降低，且小便利而水肿不易消退。辨证属于脾肾亏虚，水湿泛滥者。利尿不是本病的主治，当需扶正，重在治肾，以温调脾肾，化气行水，为本病治疗的基本方法。张景岳谓："气化而愈者，愈出自然"。由于肾病型水肿系由血浆蛋白的浓度过低所致，如果尿蛋白流失不得改善，血浆蛋白的浓度不予提高，那么水肿不易消退，为了提高血浆蛋白的浓度，在临床实践中曾使用河车粉、人参、豆汁饮等治疗，虽然这些药物富于营养，补充蛋白，但仍不能取得理想效果。为此同时必须控制尿蛋白的流失，温肾固涩，使血浆蛋白的浓度提高，病情方能缓解。古人简易方以瘦肉200克，商陆15克治疗水肿值得深思。温化水湿方用乌鲤鱼汤合真武汤组成，亦宗此意。

【病案6】 栾××，男，61岁，退休工人。1981年3月31日初诊。素有轻度浮肿及高血压病史，于本年3月血压突然上升至200/140毫米汞柱，头晕腰痠，颜面及下肢水肿日剧。化验小便：蛋白（++++），红细胞、白细胞均少许。发病后在外院诊治，病缠不解，而来本院就诊。来诊时见患者两下肢明显凹陷性水肿，

减量至强的松15毫克/日时病情即易反复，其诱因为慢性咽喉炎继发感染者较多，而笔者则用滋阴清利，能在不增加激素的情况下使症状得到改善。

【病案7】 陆××，男，35岁，工人。1980年3月27日初诊。

患者于1978年12月因全身浮肿，化验小便：蛋白（++++），入某医院诊治。经检查、诊断为“慢性肾炎，氮质血症”。用强的松治疗3个月，强的松最大剂量为40毫克/日，出院后逐渐减至15毫克/日时，浮肿加剧，尿量减少至300毫升，尿蛋白又升至（++++），以后用中药、激素、环磷酰胺、潘生丁、消炎痛等治疗，病情缠绵反复达3年之久。激素停用困难，蛋白尿得不到控制，激素维持量需20毫克/日以上，方能稳定症情。常用的温肾助阳的鹿角粉、仙灵脾、补骨脂、复盆子等中药，亦无满意疗效。1981年9月3日当激素递减至20毫克/日时，尿蛋白由微量升至（+++），同时感疲乏无力，腰痠腰痛，咽喉干痛，哽阻。因此改用大补阴丸加减，不再加大激素剂量。处方：淮山药、白毛夏枯草、薏仁根、蛇舌草各30克，升麻9克，炙龟版、大蓟、粉丹皮各15克，玄参、知母、黄柏、小石苇各9克，白果（打）9枚，五味子6克。服药20余剂后尿蛋白减至（+），其余症情亦见改善，竟能在不增加激素剂量的情况下控制了尿蛋白，使我们对激素的革除提供了新的途径。

四、活血行瘀法的运用

慢性肾炎迁延日久，蛋白尿及血尿交替出现的患者，有久病入络的见证。我们在100例的统计中，尿中红细胞在10个以上（高倍视野）者占45%，此类患者病程长，气血虚，兼有血瘀内阻之症，如面色萎黄，神疲乏力，腰痛甚，舌质瘀紫等虚实夹杂之证。按常规凉营止血往往无效，而用久漏宜通的方法，遵王清

肾盂肾炎的辨证论治

龚 志 贤

〔作者简介〕 龚志贤，男，80岁（1907年出生），四川巴县人。13岁学医，早年在重庆开业行医，1951年参加西南卫生部工作，任中医科副科长，1954年调北京卫生部中医司任科长，后又调入北京医院任中医科主任。从事中医事业50余年。对于《伤寒论》、《金匮要略》研究较深，临床实践经验丰富，理论精湛。主要著作有《四诊概要》、《肝炎、肝硬化的初步治疗经验》、《龚志贤临床经验集》等。1978年曾获第一届全国科学大会和重庆市科学大会奖状，并出席了全国科学大会。现任重庆市中医研究所所长、研究员及全国中华中医学会理事、四川省中医学会副理事长、重庆市中医学会副理事长。

中医学无肾盂肾炎这一病名，把肾盂肾炎归属于淋证范畴。

小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，少腹拘急，或痛引腰腹者为淋证。但淋证包括现代医学的多种疾病，常见如泌尿系感染、泌尿系结石和肿瘤、前列腺疾病以及乳糜尿等，必须作鉴别诊断。肾盂肾炎患者在临床上以妇女为多数，男性较少见。

淋证主要的病因是湿热蕴结下焦，《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证篇》说："热在下焦者则尿血，亦令淋秘不通。"《丹溪心法·淋病篇》说："淋有五，皆属乎热。"但病久亦可见虚证。《巢氏诸病源候论·淋病诸候篇》说："诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。……肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，数而且涩，则淋沥不宣，故谓之为淋。"《景岳全书·淋浊篇》亦说："淋之初病，则无不由乎热剧，无容辨矣。……又有淋久不止，及痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷及命门不固之证也"。以上说明淋证初起，多属湿热蕴结膀胱，日久则由实转虚，或虚实夹杂。

淋证虽以石淋、气淋、血淋、膏淋、劳淋来区分（巢氏诸病源候论除五淋外还有寒淋），而在临证时，必须详辨虚实。例如气淋由于肝郁气滞者属实，由于气虚下陷者属虚；血淋由于湿热下注，热伤血络者属实，由于阴虚火旺，扰动阴血者属虚。因此，只有辨证精确，庶不致误。

一、诊断要点

1.症状与体征：尿频、尿急、尿痛、尿意不尽，腰痛。可有发热及膀胱区压痛，输尿管点或肋腰点有压痛，肾区有叩痛。

2.尿常规：蛋白尿（±～+），脓尿（75/高倍视野），可见红细胞。

3.尿一小时白细胞排泄率＞30万。

4.洁尿培养：阳性（菌落计数＞10万）。

二、辨证分型和方药

（一）少阳外感，膀胱湿热型

主要症状：寒热往来，面赤，心烦，恶心欲吐、或呕吐，口苦纳差，头晕目眩。尿频、尿急、尿道涩痛，尿热，量少色赤。腰部疼痛、或一侧腰部有叩击痛。舌苔薄白而滑、或白腻、或黄腻，脉浮弦而数。

治则：和解少阳，清热通淋。

方药：柴苓汤化裁：柴胡20克，黄芩12克，法半夏10克，猪苓12克，茯苓12克，泽泻30克，茅术12克，甘草3克，滑石20克，银花藤30克，车前草30克。

加减法：舌苔厚腻者，去甘草；少腹胀满疼痛者，加大腹皮10克；胃纳差、恶心呕吐者，加炒枳壳10克、广藿香10克；慢性期急性复发短气倦怠者加南沙参20克。

服法：水煎服3次，每次水沸后再煎半小时，每日昼夜服2剂，可连续服20～30剂，或症状消失，洁尿培养转阴为止。

急性发作期应卧床休息，吃易消化食物，多喝水。禁烟酒辛辣食物。

【病案1】　甘××，女，工人。

寒热往来，口苦咽干，头晕目眩，恶心欲吐，尿频、尿急、尿少、尿道涩痛，尿色赤而热，右侧腰部有叩痛。舌苔白腻，脉浮弦而数。尿常规：蛋白（＋）、脓细胞（+++）、红细胞（++++）。患者由门诊收入住院治疗，洁尿培养，每毫升大肠杆菌500万以上。西医诊断为肾盂肾炎；中医辨证为少阳外感，膀胱湿热。治疗法则：和解少阳，清热通淋。处方：柴胡20克，黄芩10克，法半夏10克，茅术12克，猪苓12克，茯苓12克，泽泻30克，滑石20克，银花藤30克，车前草30克。水煎服3次，昼夜服2剂。连服6剂后，诸症大为减轻，改为每日服1剂。再服4剂后，症状基

主要症状：尿频、尿急、尿热、尿少色黄，尿道涩痛，腰部痠疼，肢体倦怠，胁肋胀痛。或口苦纳差，或少腹急痛，心悸，或失眠，舌苔薄白而滑或白腻，脉弦数或左弦右濡。

治则：益气养阴，兼除湿热。

方药：清心莲子饮（局方）化裁：黄芩10克，麦冬15克，石莲肉15克，地骨皮30克，茯苓15克，甘草6克，车前草30克，黄耆30克，党参15克，柴胡20克，滑石20克，银花藤30克。

加减法：舌苔厚腻者去甘草、党参，加太子参20克、石菖蒲12克，少腹急痛较剧者加大腹皮12克；睡眠欠佳者，加枣仁12克，或夜交藤30克；胃纳欠佳者，加鸡矢藤30克；腰痛较甚者加续断24克，菟丝饼12克。

服法：水煎3次，每次文火煎1小时，取汁和匀，分3次温服，可连续服20～30剂，症状消失或基本消失后更方。禁忌同前。

注：此方临床上用得最多，急性肾盂炎湿热伤气伤阴之后，处于气阴两虚而膀胱湿热未尽之时，用此方疗效最佳；慢性肾盂肾炎急性复发阶段，往往出现气阴两虚，膀胱湿热症状，用此方亦非常相宜。

【病案3】 1965年7月，康××，女，36岁，工人。

患慢性肾盂肾炎5年，复发后来门诊治疗。症状：尿频、尿急、尿热、尿少色黄、尿道涩痛，腰疼腿软，肢体倦怠，舌苔薄白，脉弦细微数。收入住院治疗，洁尿培养变形大肠杆菌每毫升100万以上。西医诊断为慢性肾盂肾炎急性发作；中医辨证为气阴两虚，膀胱湿热。药方用清心莲子饮化裁：莲肉15克，麦冬15克，黄耆30克，党参20克，黄芩10克，柴胡15克，地骨皮30克，茯苓12克，滑石20克，甘草6克，银花藤30克，车前草30克。服10剂后，症状基本消失，惟洁尿培养仍阳性，守方再服15剂，洁尿培养转阴后出院。改用丸药补中益气丸早上服6克，知柏地黄

丸晚上服6克，连服三月，两年随访未复发。

（四）肾阴虚，膀胱湿热型

主要症状：腰膝痠痛，少腹拘急，咽干不渴，自汗、盗汗，头昏目眩，饮食如故。尿频、尿急，尿热色黄，尿道涩痛或尿意不尽。舌红少苔，脉细数。

治则：滋养肾阴，清热除湿。

方药：知柏地黄汤（医宗金鉴）化裁：炒知母12克，炒黄柏10克，生地黄15克，丹皮10克，山萸肉15克，淮山药30克，茯苓12克，泽泻12克，银花藤30克，车前草30克。

加减法：肢体倦怠者，加黄耆30克，太子参20克；尿少色赤者加滑石20克；腰痛较甚者，加续断24克、菟丝饼12克；少腹拘急疼痛者，加制香附12克，益母草30克；咽干较甚者，睡眠欠佳者，加麦冬15克，北五味10克；胃纳欠佳者，加砂仁6克。

服法、禁忌同前。此方可连续服10～20剂，症状减轻或消失后改方。

【病案4】　李×，女，28岁，工人。

因慢性肾盂肾炎急性发作，住院治疗。尿常规：蛋白(+)、脓细胞(+++)、红细胞(+++)。洁尿培养大肠杆菌计数＞100万个。主要症状：两侧腰痛，少腹拘急，气短，肢体乏力，咽干不渴，盗汗，头昏耳鸣，尿频、尿急、尿热，尿道涩痛，量少而色黄，舌红少苔，脉细数。

西医诊断为慢性肾盂肾炎急性复发；中医辨证为肾阴虚兼气虚，膀胱湿热。治疗原则：滋阴益气，清热通淋。药方用知柏地黄汤化裁：生地黄20克，丹皮10克，女贞子30克，旱莲草30克，淮山药20克，茯苓12克，泽泻12克，黄耆30克，太子参20克，炒知母12克，炒黄柏10克，银花藤30克，车前草30克。服五剂后，自觉头昏、肢体乏力，咽干等症状减轻，但尿路症状改善不多，守方加六一散20克。再服10剂，头昏耳鸣，短气乏力、咽干盗汗等

症状已消失，小便亦畅利，惟腰部仍有痠痛感。改方用熟地黄15克，丹皮10克，山萸肉15克，淮山药20克，茯苓12克，炒知母12克，炒黄柏10克，黄耆30克，党参15克，枸杞子15克，银花藤30克，车前草30克。连服15剂后，腰痛减轻，洁尿培养阴性。出院后改服知柏地黄丸，早晚各服6克，连服3个月，1年后随访未复发。

（五）脾肾两虚型

主要症状：溲频清长，余沥不尽，腰痛腿软，腹胀纳差，大便稀溏，舌苔薄白而滑，脉濡缓，尺候沉弱。

治则：健脾和中，补肾益气。

药方：菟丝子汤化裁：菟丝饼15克，茯苓12克，淮山药30克，石莲肉15克，枸杞子20克，炒杜仲12克，砂仁6克，黄耆30克，党参15克。

加减法：腰部痠疼者加续断24克，巴戟20克；大腹溏泻者加煨肉豆蔻10克(打碎)，补骨脂12克；睡眠欠佳者加熟枣仁12克，夜交藤30克。

服法、禁忌同前。此方可连续服二、三十剂。

【病案5】 赵××，女，32岁，工人。

患慢性肾盂肾炎有十年以上的历史，急性复发住院已四个月，经服柴苓汤、清心莲子饮、知柏地黄汤等药方加减治疗，症状有改善，惟洁尿培养阳性，小便余沥不尽，食欲欠佳，舌苔白腻，脉象尺候沉弱，改服菟丝子汤化裁：菟丝饼12克，茯苓12克，淮山药30克，石莲肉15克，枸杞子20克，炒杜仲15克，砂仁6克，鸡矢藤30克。连续服20剂，洁尿培养转阴，症状基本消失后出院，改用补中益气丸早上服6克，六味地黄丸晚上服6克，连服三个月，随访2年未复发。

（六）肾阴阳两虚型

主要症状：面色无华，腰痛腿软，肢体倦怠，下肢肿胀，身

截然划分，大致可以分为实证、虚实相间、虚证三个类型。实证者，主治膀胱湿热；虚实相间者，主治气阴两虚、膀胱湿热；虚证者，主治脾肾。但是，慢性期在急性复发时，仍须按急性期治疗，不过病久正虚，治宜扶正除邪。

2.治疗时不宜换方过频，以免影响疗效和系统观察总结经验。但是，病情已经变化，不能及时随证施治，又会带来伤气伤阴的副作用。

3.肾虚、膀胱湿热，是肾盂肾炎的主要矛盾，必须抓着并解决这个主要矛盾，才能取得较好的疗效。

4.1963～1965年，我在重庆市第一中医院病房收治肾盂肾炎多例，上面所举的病例就是当时住院的病人，通过对肾盂肾炎的治疗和研究，在急性期方药中多用滑石、银花藤、车前草等药，慢性期急性发作时多兼用黄耆、太子参、麦冬等药，这是从临床实践中总结出来的经验。滑石能治膀胱湿热，银花藤清热解毒，车前草解毒利尿，黄耆、太子参、麦冬益气养阴，配合使用，可以达到提高疗效的目的。

5.晚期肾盂肾炎，有肾功能不全者，可出现肾阴虚、肾阳虚、命门火衰（寒淋）等虚证，最后可出现肾性高血压、尿毒症而死亡。这种严重的肾盂肾炎患者毕竟是少数，故辨证分型未论及。

治疗肾性尿毒症的经验

董　平

〔作者简介〕 董平，男，67岁（1920年出生），福建省福州市人。青年时期毕业于上海新中国医学院，从事中医教育与医疗工作，至今已40余年，在学术观点上早年一度倾向于中西医汇通，后来受业于上海内妇科大名医朱小南之门墙，随师多年，尽得其心传，吸收前辈经验，深入临床实践，勇于创新，撰写论文共20余万字，其中《关于伤寒六经本质的理论研究》一文，获宁夏卫生厅医药卫生科研成果一等奖，现进行编写《中医脏腑系统内科学》五册，共一百万字，已出版第一分册，深受读者欢迎。现任银川市中医医院中医主任医师、中华全国中医学会理事、全国中医理论整理研究委员会委员、宁夏中医学会会长。

肾性尿毒症在急慢性肾炎和急慢性肾盂肾炎的病程中都可能

出现，治疗非常棘手。我们运用中医理论观察分析有关临床病例，基本上分七个证型来辨证施治：对早期以头昏呕逆为主者，按浊阴上逆证施治；以出血为主者，按邪入营血证施治；以神昏为主者，按邪陷心包证施治；以抽风为主者，分邪热动风和虚风内动两证施治；以血压下降、体温降低为主者，按阳衰厥逆证施治；以呼吸困难为主者，按阳微气脱证施治。下面就具体介绍这方面的经验，而对于一般急慢性肾炎和急慢性肾盂肾炎的中医疗法，因非本文范围，故概不涉及。

一、浊阴上逆证

此证多由急慢性肾炎之里湿证恶化而来。症见水肿日久不退，头脑昏沉，或晕或痛，恶心呕吐，口干不欲饮，纳呆，腹胀，肠鸣，大便或秘或溏，舌苔白腻或厚腻，脉弦细。其病机多因水湿泛滥或壅闭，日久失治，以致脾湿不能输化水精，肾衰不能分清浊，故呈现上述清阳不升、水湿不化而浊阴上逆的症候。

治宜升清降浊，温胃止呕。本人自拟升清降浊汤颇效，方药：吴茱萸3克，姜半夏9克，土炒白术6克，厚朴6克，干姜9克，沉香2.5克，茯苓25克，泽泻12克，生姜3片，荷叶6克（剂量须随症变通，未可拘泥，下皆仿此，不赘）。

本方以吴茱萸、半夏、白术为主药，吴茱萸温中散寒，能下三阴之逆气；半夏和胃止呕，能开痰饮之郁结；白术实脾燥湿，能升水谷之清气。厚朴配吴茱萸、半夏，温中下气；干姜配白术，温脾祛湿而暖胃，皆以为辅。沉香纳气归元，茯苓、泽泻导湿外出，皆以为佐。生姜能散水气，又能助半夏降呕逆；荷叶能治水肿，又能助白术升发脾胃之气，一升一降，清浊攸分，故以为使。舌胖苔白，脉濡细.大便溏薄者，加人参4.5克；脉沉弦，腹痛便秘，呕逆不止者，加附子3克、熟大黄9克；舌苔黄腻，舌不胖，脉兼

治法急宜清宫开窍，利水解毒，常用自拟方清心解毒饮：

乌犀尖(磨冲)3～9克,川雅连3克,莲子心2克,石菖蒲4.5克，竹卷心6克，连翘心6克，黑山栀9克，玄参心9克，黄柏（盐水炒）9克，牛黄清心丸（化服）1粒。

本方系用清宫汤合黄连解毒汤，去麦冬、黄芩，加菖蒲及牛黄清心丸而成。方内犀角、黄连共泻心火，犀角又能清营凉血，黄连又善解热毒，故俱以为主药。连翘心苦寒清心；黑山栀除心烦懊恼，清血分郁热；莲子心苦寒入心，清心安神，除烦止谵；竹卷心甘淡而寒，能清心除烦，安神止谵，又能淡渗利水，以上四味，俱以为辅。玄参心苦咸微寒，善清肾经浮游上焦之火，又能滋阴；黄柏苦寒，能除下焦湿热，泻肾与膀胱实火，兼能坚阴，俱以为佐。菖蒲芳香开窍，能领诸药入心，用以为使。复配以牛黄清心丸，因其既能清心开窍，又能清热解毒，而且效专力宏，利于速战。诸药合用，功能清热解毒，大泻三焦实火；清宫开窍，大驱包络之邪。便秘者,加枳实9克，生大黄（后下）4.5克，或用金汁30克兑入更佳；惊厥者，加全蝎6克，钩藤12克，地龙9克。

四、邪热动风证

肾炎水肿属里热证者，因肾功能不全不能排出代谢产物时，可发展成为本型尿毒症。症见患者肿势加重，血压升高，头疼，吐逆，神昏，痉厥，或发热或否，呼气必有尿臭味，小便涩少或癃闭，皮肤瘙痒，舌绛、苔浊或焦黑，脉沉疾或弦促。其病机是肾与膀胱湿热蕴郁不得外泄，促使秽毒内攻，由肾传肝，肝热生风而发为痉厥。

治宜平肝熄风、泄热解毒法，用自拟熄风解毒饮获得缓解病情之效，方药：大地龙（酒洗）12克，生石决（先煎）30克，双钩藤（后下）12～18克，明天麻9克，全蝎6克，生白芍9克，

不能外泄，而且精血复化为水，更助水势，于是阴寒笼罩，发生厥逆之衰。挽救此证，须用回阳救逆、益气扶元、温经化湿之剂，用自拟新加附子汤，方药：高丽参（另煎兑入）12克，炮附子（沸水先煎）12～18克，生白术24克，茯苓18克，炒白芍18克，生姜18克。

经方附子汤是少阴证阳虚大温大补之方，本是从温散化水的真武汤去辛散的生姜，加补气的人参，并倍用温补脾肾的术、附而来的。本人的新加附子汤中，参、术用量的比例，又比附子汤增加一倍，以提高补气救逆之功。此外，本方不同于附子汤的另一特点，是附子汤专为伤寒余邪未尽而阳气大衰的少阴病而设；本方所治则是阴邪方盛、正不胜邪、阳衰厥逆的水肿病，故附子汤不用辛散的生姜，而本方特加生姜，借其辛散之性，使全方补而不滞，网开一面，让水邪有个出路。倘遇水寒侵肺而咳者，须再加细辛2克，干姜9克，五味子3克；下利者，去白芍，加干姜12克；昏迷者，加苏合香丸1粒（溶化服）；抽搐者，加天麻9克，全蝎6克，甚则加蜈蚣2～3条；脉微细或沉伏，汗出不止者，为心阳欲脱，此时争分夺秒，急须救脱，则应把辛散的生姜换成温守的干姜15克，并加炙甘草9克，煅龙骨、牡蛎各15～30克，集中力量回阳救脱。

七、阳微气脱证

此证多见于肾炎尿毒症的晚期，往往呼吸困难，入气有声，喘促汗出，脉浮无根，或沉细而疾。本证多因肾炎水肿，久经汗下渗利，营阴耗竭，阳无以生，逐渐阳气式微，阴阳两虚，肾气不能摄纳，肺气不能肃降，从而冲气上逆，出现气脱危象。此际急当镇逆纳气，敛阴潜阳，扶元固脱。成方参赭培气汤颇为合拍（方略）。痰盛者，加猴枣散0.6～1.5克；痰鸣气喘，汗出肢厥，尺脉微细，上盛下虚，真阳暴脱者，加局方黑锡丹（空心姜

万荣轩得效录

马　骥

〔作者简介〕 马骥，字骏伯，男，74岁（1913年出生），北京市人。1920～1926年在北京市教会学校读书。1928～1940年在哈尔滨市随祖父中医师马承先学习中医学。1936～1937年在哈尔滨医学专门学校医学讲习所学习。1941年经中医考试合格而执中医业。1950年发起组织中医联合医疗机构专于内科临床。1954年曾任哈市中医进修学校校长，1955年任哈市卫生局副局长。1963年任黑龙江中医学院内科教研室主任兼附院内科主任。曾主编《黑龙江省西学中班内科教材》。主要论文有《老中医医案选》、《中医内科杂证验案七例》、《对风水病治疗经验》等，《仲景学刊》上曾载有内科时证验案24例。对胃脘痛辨证施治体验已输入电子计算机，并获黑龙江省1985年三等科技奖。现任黑龙江中医学院教授、附属医院副院长、中华全国中医学会委员、内科学会顾问及黑龙江省中医学会副理事长、内科分

醒神开窍之法，以半夏厚朴汤与甘麦大枣汤为合方，加入莎根、橘红、石菖蒲、淡竹沥等数品，命日服一剂。三日后，其姑偕妇来，谓膈际豁然，夜寐复常，咽中无碍，噫气不发，神志清平，如梦之初觉焉。姑称：家人虑其复发，乞再投方以维善后。当取原方之半，着服三数剂。月尽驱车过其门，其夫邀入室，妇则趋出致意焉。

【病案3】 肾寒频尿

刘××，50岁，某区之军官也。缘其战友之绍介，远程造舍乞诊。询以病发颠末。谓于抗日之年，战地艰苦，感于寒湿，其后腰膝痿弱，举步乏力，少腹拘急冰冷，溺意特频，日间十许次，入夜尤甚，尝求治于首都某老中医师，得以全可。嗣以调驻塞北，感寒复发旧疾，腹冷溲频，脐下钝麻，昼碍工作，夜难成寐，致人恼极。余视其面庞浮红，舌淡苔滑，脉沉微而迟。扪其腹，软类棉絮无底力；划以爪甲，察知其少腹不仁。予以为寒邪伤及少阴之经，上入之肾，袭于其府膀胱，以致州都失约。治拟温补命火、固肾缩泉之法，乃书肾气丸方，增入桑螵蛸、五味子、益智仁、巴戟天等，着日服一剂，煎汤作三次饮之。一周后，复来诊，谓腹冷已减，溺意已不甚频。增损前方，使续服之，一月尽，腰膝有力，行动矫健，诸证悉除矣。将返防地，深表谢忱。恳拟丸方，以维善后，数稔未复发。

【病案4】 忿怒发癫

高××，19岁，素聪慧，某县老教师之女也。以不堪继母之虐，忧思愤懑，神志失常，二目直视，妄语不休。或则神痴不语，哭泣歌唱，步行蹒跚，摇晃欲倒。甚则手足清冷，面无血色，身形抖颤，唇齿震动。以膈间气懑，屡发太息。常恨恨，欲复仇。父忧之甚，拟携女来哈市求诊，女坚拒之，不得行。女父与予为旧识，致书细陈女状，冀乞一方试服之。予以为怒则气逆，肝失条达，思则气结，心神缭乱，均易发为癫狂之候。治必

舒肝降逆，镇心安神，兼以豁痰之法，或可得效。执管书以柴胡加龙齿牡蛎汤，益以栝蒌实、川贝母、石菖蒲、莎草根、郁金、枳壳等，着试服之。初服四、五日，哭泣妄语渐收，饮食步履复常态。续服经二周，竟奏显效，神志清晰，语次井然。其父函告，谓女病大全，赐方之效，“其验如神”。嗣由其姊偕女来谢，嘱以宁神戒怒，毋过烦劳，经数载，不复发。此一九七八年中事也。

【病案5】 虚劳腹痛

段姓妇，内戚也，30岁，无宿疾。娩后经月余，恶露早尽，惟腹中拘急，痛无已时，入夜急痛尤紧，至不可忍，经医迄无良效。其夫来，邀诊之。至见妇形体瘦削，神罢懒言，面色㿠白，唇舌浅淡。脉虚细濡甚。察其脘腹，自心下抵少腹，筋脉绷急如弦，按之诉痛感。询及他证，称内谷绝少，二便若常，畏寒喜温，嗜卧欲寐。再质娩中余绪。谓娩时失血较多，致发血晕。余以为证属亡血之后，筋脉失于濡养。因营血大耗，阴损及阳，则不得温煦，发为急痛，当法虚劳之证施治。酌拟归芪建中汤以益气养营、温里缓急止痛。服三数剂，腹痛几减近半。乞再诊，嘱依前方继服，五、七剂，痛尽止。再损其量服半月，面转红活，精明有神，已若常人矣。

按语 虚劳之名，古今含义不同，大别之，有阴虚及阳虚之异，如临证审之不慎，则必遗人灾殃。灵胎徐氏曾指出：“古人所云之虚劳，皆是纯虚无阳之证；近日之阴虚火旺吐血咳嗽者，正与相反，若误治之，必毙。近日吐血咳嗽之病，乃系血证，而有似于虚劳，其实非虚劳也。”又谓：“小建中汤治阴寒阳衰之虚劳，正与阴虚火旺之病相反，庸医误治，害人甚多。此处咽干口燥者，乃由津液少，而非有火也。”日人有持桂里氏于其所著《方舆辊》一书中亦谓：“盖古之所谓虚劳，为虚寒之证，而后世所谓虚劳，火动之证也，虽名同而实异。”二家之论，特具卓

医案数则

王海滨

〔作者简介〕 王海滨(1907～1984年)，男，辽宁省海城县人。早年在长春行医，于1951年办起联合诊所，在中医界享有盛誉，1955年参加吉林省中医进修学校伤寒教研组工作，1958年在长春中医学院工作。毕生致力于中医中药事业，积50余年之医疗、教学、科研经验，成绩卓著。主要著作有《伤寒论讲义》、《六经概说》、《伤寒治法纲要》等。曾任长春中医学院伤寒教研室主任、教授、中华全国中医学会长春分会副理事长等职。

【病案1】 眩晕 刘××，女，48岁，教师。

主诉：眩晕，肢麻，已3年。

病史及检查：1978年春，因心情不悦常头晕，耳鸣，如闻蝉声，心烦少寐，有时泛恶欲吐，甚则身摇欲倒，每因劳累或生气

宁神，方用山萸肉、龟版、丹皮、怀牛膝滋补肝肾；赭石、珍珠母、牡蛎、磁石、钩藤平肝潜阳；竹茹、茯苓、合欢化痰宁神，降逆止呕；天麻、菊花清头明目而止眩晕；共收平肝潜阳、化痰宁神之效。第二步针对痰热这一主要矛盾，治疗则以清热化痰为主，故减潜阳药物，而加胆星、竹茹、橘红之品。

治疗美尼尔氏综合症，余不拘一格，审证求因，辨证论治。对肝阳上亢者，用滋阴潜阳法；痰浊内阻者，用燥湿祛痰法；中阳不足、水湿内停者，用温运中阳，健脾化湿法；气血亏虚者，用补益气血法。对中阳不足、水湿内停而导致清阳不升、浊阴不降者，用苓桂术甘汤化裁，旨在温中散水，常收到较好效果。朱丹溪曰："无痰不作眩"，并提出"治痰为先"的原则。临床所见，因痰饮致眩晕者为多，丹溪之论可谓高矣。

【病案2】 类中风 李××，女，69岁，家务。

主诉：昏仆、不能言语2个小时。

病史及检查：患高血压病已多年，血压在220～200/120～110毫米汞柱之间。去年曾昏仆一次，左侧手足不利，经治疗症状缓解。今天，突然昏倒，不省人事，口角流涎，手足微微掣动，面色潮红，舌红苔干黄，两脉弦滑而有促象。

辨证：肝旺气逆，痰热蒙蔽心窍，风动而血上菀。

治法：平肝熄风，涤痰清热。

方药：拟天麻钩藤汤化裁。石决明50克，珍珠母50克，天竺黄10克，郁金15克，菖蒲10克，天麻10克，钩藤30克，白芍20克，丹皮15克，僵蚕10克，蒺藜15克，栀子15克。

复诊：灌服2剂，神志未清，舌红苔黄略干，脉弦滑而有促象。治疗仍守原法原方，并加牛黄清心丸1粒化服。

三诊：灌服2剂，神志逐渐转清，知饥，略能言语，但口齿不利，语言模糊不清，左侧额部疼痛，3日未大便，舌红苔微黄，脉来不静，仍带促象。治疗守原方加蒌仁15克。

辨证：思忿激荡，迫血上冲，干犯精明，气血逆乱。

治法：消瘀通络，引血下行。

方药：白薇15克，归尾15克，赤芍15克，生地20克，桃仁15克，丹参50克，丝瓜络15克，络石藤15克，坤草100克，牛膝15克。

复诊：服上方2剂，月经复行，手足渐能活动，舌暗少苔，脉弦。原方减坤草、桃仁。

三诊：服3剂，病情显著好转，能起坐活动，舌暗脉弦。前方减牛膝，赤芍易白芍，守服半月，已能由人扶佐步行。嘱服健步虎潜丸善后。

按语　类中一证，常因个体差异、致病因素而有所不同。本例因思怒激荡，肝气横逆，则迫血上冲，干犯精明，气血逆乱，故发是证。其肝郁为因，蓄血为果。《素问·阴阳应象大论》曰："……，其实者散而泻之，血实宜决之"。蓄血是留于体内的病理产物，如不"散而泻之"，后患无穷。张子和主张："夫病之一物，非人身素有之也，或自外而入，或由内而生，皆邪气也。邪气加诸身，速攻之可也，速去之可也，揽而留之，虽愚夫愚妇皆知其不可也。"对蓄血作乱，不吝攻消。故本例首选消瘀通络、引血下行之法。方中白薇、归尾、赤芍、桃仁、丹参、坤草活血化瘀；丝瓜络、络石藤通经活络；牛膝引血下行，生地滋阴清热，待瘀血得去，气血周流，其病自愈。

【病案4】　水肿　王××，男，38岁，社员。

主诉：浮肿13天。

病史及检查：13天前不慎感寒，发冷发烧，次日脸肿，尤以上眼睑为著，食欲不振，小便减少，病情逐渐加重。现全身浮肿，头痛，腹胀，乏力，时有咳嗽，吐白色痰，舌体胖大、色淡苔白滑润，脉弦缓。尿常规：蛋白（++），红细胞20～30，白细胞3～5。

辨证：风寒犯肺，肺失肃降，不能通调水道，下输膀胱，水湿内停，泛于肌肤。

“提壶揭盖”之意也。本例汗利同用，水肿速消，就证明了这一点。

【病案5】 水肿 程××，男，32岁，家务。

主诉：头面周身浮肿月余。

病史及检查：一月前傍晚纳凉，感受风寒。初则微恶风寒，周身痠痛，继则头面虚浮，遂延医诊治，效果不显，浮肿逐渐发展到全身，伴有腹胀、便溏、溺少、纳呆、肢凉等症，舌淡苔灰滑，脉浮缓。

辨证：外感风寒，脾肺肾气机失调，风遏水阻，少阴阳虚不化，不能通调水道，下输膀胱，风水相搏，流溢肌肤，遂发水肿。

治法：温经发汗，通阳利水。

方药：拟麻黄附子细辛汤合五皮饮化裁。麻黄10克，细辛5克，附子8克，桑皮10克，五加皮10克，茯苓皮20克，姜皮10克。

复诊：服上药2剂，周身微汗出，头面浮肿渐消。仍便溏、溺少。上方加通草10克，椒目8克。

三诊：连服6剂，小便畅利，浮肿尽消，诸症消失而愈。5个月后随访未复发。

按语 本例水肿，乃表里同病。风寒袭表，少阴阳虚，肺脾肾气机失调，不能通调水道，下输膀胱，酿成水肿。治疗采取表里同治法，温经以发汗，通阳以利水。方中麻黄伍细辛，发汗解表；附子配细辛，温经散寒；五皮饮利水消肿。共奏解表温经利水之效。

仲景曰：“病痰饮者，当以温药和之。”治疗水肿，只利水不通阳，非其治也。本方配伍之妙，在于附子、细辛温经散寒，通阳化气，有利于五皮饮发挥利水作用；麻黄、细辛发汗解表，又有利于水湿的消除。诸药相互为用，有利于提高疗效，故服药仅八剂，其病霍然而愈。

（夏洪生整理）

发热、相对脉缓、白痦、脾肿大等。经过2～3周可出现便血，而呈现腹痛之危候。

历代医家在论述温病学的专著中，对湿热病邪侵踞小肠的“病所”，均未能明确指出。至于《重订通俗伤寒论》载有“湿温伤寒、夹血伤寒”，对于其治则、方剂尚可采用，惜乎未能指出小肠为湿热病邪侵踞之“病所”。余在重温《内经》有关小肠机能理论的基础上，结合自己多年临床经验，深刻认识到湿热病邪侵蚀小肠而致脉络损伤实为病机之关键。

湿温发病一般经过3周，由于湿热病邪灼伤小肠脉络，易致大便下血。惟因对于患者治疗失法或护理不善，遂在大便下血后继发腹部胀痛的证候。此乃由于小肠灼伤之处形成溃疡、肠壁穿破，致使肠道瘀血和毒秽等溢于肠外膏膜血络之中，结于腹里。临床上可见“瘀毒结滞”、“瘀毒酿热”和“瘀毒久踞、血虚寒滞”等三种类型，兹分述如下：

一、瘀毒结滞

证候：大便下血之后，继发腹部剧痛，以右下方较重，触之则痛而拒按；呼吸短促，仅限于胸式呼吸；腹部胀满，腹筋强直，紧张如弦；患者面容紧蹙忧急，面色晦滞，常仰卧不动，腿股弯曲，以欲减少腹筋紧张；并现呕吐、呃逆，或大便秘结；舌色紫绛瘀暗而腻，脉弦细而数。

辨证：肠内瘀血毒秽，溢于肠外，结于腹里膏膜，阻碍气机升降，故令腹痛拒按，呼吸短促，仅限于胸部，而不能下达于脐下（气海）；瘀血毒秽充满于膏膜脉络，鼓起腹筋向两端掣动，故令强直紧张；患者欲松缓其紧张局势，则腿股挛曲，不敢伸直；又因阻碍胃气下降，则呕吐、呃逆、便秘。瘀血结于腹里，反映于舌，则紫绛瘀暗而腻；瘀毒搏于气血，表现于脉，则弦细而数。

皮、丹参、桃仁各10克，郁金、花粉、失笑散（分3次冲）各15克，生藕汁45克（分3次冲），（失笑散：炒灵脂，炒蒲黄各等分研末）水5杯，煎取2杯，渣再煎取1杯，分3次服，每次均服1杯，并冲服生藕斗15克，失笑散5克。

方解：犀角、生地解毒泄火，以清血中之瘀热；丹皮、赤芍活血行瘀，以通血中之热结；丹参、郁金逐瘀散结而除膨胀；花粉、桃仁、生藕汁化瘀润燥而消腹肿。调服失笑散以奏通利血脉、散瘀止痛之效。

（2）局方聚宝丹：木香、沉香、乳香、没药、延胡、血竭各15克，砂仁5克，麝香4克。共研为细末，糯米面浆糊为丸4克重，每服1丸，用童便、陈酒、藕汁各1匙，活鳖浆1小匙，炖温调服，与前汤药可以交替服之。

方解：木香、沉香、砂仁行气开结，消胀除满，以降逆平喘；乳香、没药、延胡活血定痛、消肿排脓；血竭、麝香行瘀通经，开窍解毒。引用童便、陈酒、藕汁、鳖浆，使之入达血脉，通经续损。

（3）外用消肿散：大黄、黄柏、煅石膏各50克，冰片5克，麝香0.5克，共为细末，香油调敷腹部，外以纱布包裹。

三、瘀毒久踞，血虚寒滞

证候：大便下血之后，约经1周，继发腹痛，时轻时重，腹虽痛而喜按，腹部胀痛，腹筋紧张；患者神倦面晦，手足厥冷。舌色青紫而滑，脉细欲绝。

辨证：瘀毒久踞，阻碍化瘀生新作用，致血虚寒滞，阳气被阻，不能通行脉中，故见上述脉证。

治法：养血通经，兼散寒邪。

方药：当归四逆汤：当归25克，桂枝、赤芍、通草、炙甘草各10克，细辛2.5克，大枣5枚。水5杯，煎取2杯，渣再煎取

1杯，分3次服，每次均服1杯。

方解：当归、赤芍养血化瘀；桂枝、细辛通阳温经；甘草、大枣调中扶正；借通草入经通脉，以续脉绝而回厥冷。

总之，在临床中，对湿温病首先要辨别属实、属热和属虚寒的不同征象。因而有“瘀毒结滞”、“瘀毒酿热”和“瘀毒久踞、血虚寒滞”等各异的病型。而在治则上有“化瘀解毒，行经通络”、“逐瘀清热”以及“养血通经，兼散寒邪”等各种不同的方剂。这是从“辨证求因·审因论治”的整体观念出发的。

宣读。主要著作有《中医学概论》、《外感热病总论》、《中医内科新论》。现任中日友好医院顾问，中医教授、专家室副主任、学术委员会副主任及中华全国中医学会理事、全国高等医药院校中医教材编审委员等职。

前列腺肥大是男性老年多发疾患。我在几十年临床实践中，运用抓主症的方法，以“疏肝散结法”治疗此病，并于临床反复验证中，获满意疗效。现介绍如下：

老年性前列腺肥大所出现的症状，是以尿闭或排尿点滴不畅为其临床特征。此与中医学所述“癃闭”病证，极其相似。“癃”则指小便不畅，点滴而短少；“闭”则指小便闭塞点滴不通。对癃闭形成之因，历来多责之肾与膀胱的气化不利，而对因肝经壅结所引起的癃闭，论述较少。虽然在《灵枢·经脉篇》中云：“肝是厥阴之脉，……是主肝所生病者，……遗溺闭癃。”较明确地提出了肝经病变可以引起癃闭，而对癃闭的成因机制，则缺少较明确的具体论述。我以中医辨证论治为基础，结合临床经验，参酌现代医学对人体的一些认识，认为：现代医学所述前列腺之部位，正为中医足厥阴肝的经脉循行所过之地，（循股内侧入阴毛，下行环绕阴器。）故将其归属为足厥阴肝经。而因前列腺组织不断增生肿大，压迫尿道所引起的癃闭证候，亦可视作肝经癥积所致。前列腺肿大之因，多为年老肾亏，阴阳失和，经脉不利，相火妄动，煎熬津血，致使痰凝瘀阻，滞结肝经形成肿物。治疗当针对肝经结肿疏理消散治之。故提出“疏肝散结”之法，并设立其方。

【病案1】　李××，男，78岁。1980年诊治。

素有高血压病史，又患小便淋漓不尽多年。一年前，因突然不能排尿而急入北京×××医院，经查诊断为“老年性前列腺肥大”。因血压高不适于手术，故作留置导尿管处理，并建议求治

中医。经多方医治，效果不显。尿管长期留置，常常诱发尿道感染。故于1年之中，几经住院治疗，甚感痛苦。患者形体瘦弱，精神萎靡，舌苔黄腻，脉弦重按有力。我鉴于西医诊断已明，属于块阻为患。乃投以疏肝散结方：柴胡、牛膝各10克，生牡蛎30克（先煎），丹参、当归、赤芍、海浮石(先煎)、海藻、昆布、夏枯草、玄参各15克，川贝粉3克（分冲），肾精子五粒（以桂圆肉包裹，于第一次服药时吞服），5剂。服药2剂后，自觉诸症减轻，并有排尿感，服3剂后，取出尿管已能自行排尿。五剂服毕，尿道通畅无阻。患者自知有效，又自照原方进服5剂，共服药10剂，多年之苦疾告愈，多次追访，未见再发。

【病案2】　任××，男，83岁，1980年诊治。

患小便不通利已2～3年。近数月来，日趋严重。膀胱胀痛，每次排尿滴沥不畅，难以排出，往往需经2～3小时才能排净，如此甚感苦恼。故借来京之际求予诊治。经北京××医院诊断为“老年性前列腺肥大”，认为除手术外，别无他法根治。后经人介绍，特邀我医治。亦投用前方：柴胡、当归、丹参、赤芍、海浮石（先煎）、海藻、昆布、夏枯草、玄参各15克，生牡蛎30克（先煎），川贝粉3克（分冲），牛膝10克，肾精子5粒（包吞）。患者服药后，自觉药力直达病所，并觉前列腺部位有活动感。当日即见排尿通畅爽快无阻。服5剂后，多年顽疾即告痊愈。在京停药观察2月余，未见发作，欣然返回故里。后又曾以老耄之年，远游东邻日本，足见此疾已愈。

按语　“疏肝散结方”是我治疗老年性前列腺肥大的主方。在临床反复应用中，证明确是行之有效的方剂。方中取当归、赤芍、丹参养血活血，调理肝经，疏通经脉；柴胡疏肝解郁，条达气机，引药入于肝脏及其经脉，牡蛎、海藻、昆布、海浮石、玄参、贝母、夏枯草、肾精子软坚消积，消除癥结肿块；牛膝引诸药下行，直达病所，发挥药力；肾精子颗粒甚小，取胶囊装吞或

《金匮要略》运用乌头的原则和方法

刘 士 俊

〔作者简介〕 刘士俊，名书秀，男，73岁（1914年出生），河南省长葛县人。少读经书，怀济世沽人之志，19岁即随安徽太和郭安若前辈学习岐黄之道，4年后学成返故乡，后从同里名医宋珍儒为师。1936年行医长葛，尔后率先组织中西医联合医院任院长，又任县卫协分会专职秘书。1953年8月赴北京中医进修学校深造，翌年4月，为支援西北建设，毅然赴新疆，为新疆中医事业发展勤奋工作。发表论文有“对《内经·春夏养阳》学习体会”、“《金匮》应用乌头的原则和方法”、“自拟补元复胃汤治疗胃下垂的体会”等。现任中华全国中医学会内科专业委员会顾问，新疆分会常务理事以及新疆维吾尔自治区中医医院内科主任、主任医师等职。

乌头在《神农本草经》（简称《本经》）中是下品之中的药

物之一，名为两头尖或乌啄。东汉张仲景所著《伤寒杂病论》，其中杂病部分后世辑编为《金匮要略》（简称《金匮》），收载有乌头用于治病的五张处方。使乌头用药方法益臻完善，成为后世医家治病使用乌头的准则和典范。

由于《金匮》文深意奥、而又年代久远，所以《金匮》的用药方法每为后人所遗忘或忽略，加之乌头毒性强烈，所以乌头的中毒事故后世不免时有所闻，例如十多年前，乌市曾连续发生乌头中毒事故。当时为此也曾经提出过一项限制乌头用量的规定，中医同道中有人因此对乌头的应用产生了一种戒心，甚至心有余悸至今犹存，这对于发展医疗事业显然是不利的。通过温读《金匮》有关乌头用于治病的方药和用药方法，深感以往乌市乌头中毒发生之原因以及所存在一系列之影响，皆是由于对乌头的毒性认识不足，以及对乌头用于治病的用药方法不明所造成的，因此我想在这方面谈谈点滴认识。

一、对乌头有毒与用毒药治病的认识

乌头味辛（甘）性大热、有大毒。《本经》尝称乌头“一名奚毒”又说“其汁煎之名射网杀禽兽”，其后陈藏器也说。乌头“猎人以之敷箭镞，射走兽，十步倒也。”《本草纲目》说：“射网（乌头）主瘘疮疮根、瘰疬结核毒肿及蛇咬，先取药涂肉四畔，渐渐近疮，习习逐毒至骨，疮有熟脓及黄水涂之，若无黄水有生血及新破伤，即不可涂，立杀人。”上述记载表明乌头是有毒之药，且毒性很强。

乌头虽然有毒，但有毒之药又是用于治病的有效之药。《本经序录》云：“下药一百二十五种……主治病……多毒，欲除寒热邪气，破积聚、愈疾者，本下经。”《素问·异法方宜论》说：“西方者，金玉之域。砂石之处……其民陵居而多风，水土刚强，其病生于内，其治宜毒药。”仲景在总结毒药宜用于治病的理论

基础上，并结合了临床的实际经验，深知乌头虽然有毒，但乌头确是治病的有效之药，从而创造性地发明了乌头治病而不中毒的用药方法，例如《金匮》中治中风历节用乌头汤，治胸痹心痛用乌头赤石脂丸，治寒疝用赤丸、大乌头煎、乌头桂枝汤，合计共有五方，这五张处方，选药对症，组合周密，结构谨严，用药方法巧妙，化毒剂为良药。对中医药的发展作出了重要的贡献。

二、对乌头用药方法的探讨

在《金匮》中用乌头治病的五张处方中，其中主药乌头，有生用者、炮用者、熬用者；有咬咀者、有不咬咀者；有去皮有不去皮者；有只用蜜煎不用水煮者；有先用水煮而后加蜜、煎令水气尽者，如此等等，这就是《金匮》使用乌头有法有则，方法详明，精当谨严之处，也是仲景能化毒药为良方的巧思深虑所在。为探讨其理，现以乌头汤和大乌头煎两方为例，就其对乌头的用药方法，进行初步的讨论。

乌头汤

乌头五枚（咬咀，以蜜二升、煎取一升，即出乌头），麻黄、芍药、黄芪各三两，甘草三两（炙）。

上五味，咬咀四味，以水三升，煮取一升，去滓，内蜜煎中更煎之，服七合，不知，尽服之。

大乌头煎

乌头大者五枚（熬去皮、不咬咀）。

上以水三升，煮取一升，去滓，内蜜二升煎令水气尽，取二升，强人服七合，弱人服五合，不差，明日更服，不可一日再服。

上列两方，乌头汤主治历节、大乌头煎主治寒疝。历节是寒湿流于关节，故历节痛在关节，寒疝是寒气结于腹里，故寒疝痛在绕脐，两病者皆伤于寒，而寒胜则痛，故两病皆有剧痛，乌头能散寒止痛，故两病皆重用乌头至五枚。

以上两方，虽然同用乌头，但两方主治之病不同，所以两方中乌头的用药方法也各不相同。例如乌头汤中的乌头在用药方法上，既不言炮，也不言熬，又不言去皮，只言“咬咀”（咬咀是古代的制药方法，方书上说药之粗剂为咬咀，《本草纲目》说：“咬咀古制也，古无刀，以口咬令如麻豆为咬咀”）。咬咀者，是欲连皮生用也。凡药生用则力迅猛，连皮用者可以走外。乌头汤中，乌头连皮生用是欲其捷于走外，以除关节寒湿之邪也。本方的煎煮方法是：乌头“以蜜二升，煎取一升，即出乌头。”这是只用蜜煎，不用水煮的用药方法。凡药言煎者，言时短也。言煮者，言时久也。药煎时短者，则味薄而气足，《素问·阴阳应象大论》上说：“味厚者为阴，薄为阴之阳。气厚者为阳，薄为阳之阴。味厚则泄，薄则通。气薄则发泄，厚则发热。”乌头气厚而味薄，因此乌头汤中之乌头，只用蜜煎，不用水煮，是欲其味薄而气足，能升能散，善于走外，速达关节，以治历节不可屈伸之痛也。其服药方法是：蜜煎一升，药亦一升，合为二升服七合者，是服其三分之一也。“不知”为病未去，是药轻未能胜病也。“尽服之”，是又服其三分之二，令尽其剂，欲药力足病速愈也。《本经》曰：“若用毒药疗病先起如黍粟，病去即止，不去倍之，不去什之，取去为度。”《金匮》乌头汤的服药方法，与《本经》毒药疗病的用药方法是相同的。

大乌头煎方中乌头的用药方法提到了“熬”，《说文》释之为“乾煎之”。《扬子方言》说成“凡以火而乾五谷之类，自山而东，齐楚以往，谓之熬。”《后汉边让传》进一步阐明为“少汁则熬而不可熟”。从仲景于本方乌头下自注“熬去皮不咬咀”看来“熬”的目的是为去皮，“不咬咀”的目的也是为了便于去皮，盖咬咀即碎，碎即无法去皮矣。“去皮”之意，是因为皮主走外，大乌头煎主治之寒疝，是寒气结于腹里，故大乌头煎方中的乌头“熬去皮”用，是不欲其走外，直走腹里以治寒疝绕脐之

二、临床举隅

(一)疫痹(波状热)

疫痹是由于感受污秽湿浊之杂气而引起的一种反复发热、关节疼痛等的传染病。中医有人说这种病相当于湿温或痹证，蒙医称之为“赫如虎”(游走性疼痛的意思)，西医叫波状热和布鲁氏菌病。

疫痹湿浊之邪，春夏繁盛，往往借饮食侵入人体而藏匿于膜原之中，蕴蓄成毒而致病。从阳化热者，浮越于经络，表现恶寒发热、头疼、汗出等。此病特点为每见发热高而不适的证状却缓解；另者发热虽降而种种不适症状却加重。如此屡次反复、渐渐缓解。病久邪深，从阴化寒，留着不去，滞于经络关节，阻碍气血畅行，不通则痛，证候则见筋挛骨痛等。

临床症候大致可分为湿热型疫痹，多见于本病的前期；与湿寒型疫痹，多见于本病的后期。

1.湿热型疫痹(相当于波状热急性型与亚急性型)：临床表现有三种类型：(1)发热恶寒、头疼身痛之类，似太阳证，治疗用达原饮加羌活、连翘等；(2)往来寒热，目眩、脉弦之类，似少阳证，治疗用达原饮加柴胡、黄芩等；(3)潮热、口渴、便秘、尿赤之类，似阳明证，治疗用达原饮加硝黄等。并且由于秽浊之邪必然兼湿，因而有时方中可加入滑石、苍术、薏仁等。

2.湿寒型疫痹(相当于波状热慢性型)：临床表现为肌肉关节顽固性疼痛，尤其某些大的关节由于长时间而持续性肿痛，造成肌肉挛缩或关节强直，活动受限，不能下床。并伴有多汗，疲乏无力，常喜卧床，只要疼痛稍加缓解而饮食与睡眠均趋正常，所以有人叫它为“懒汉子病”。此型患者治疗以达原活络法，用活络效灵丹加草果、厚朴等。

对疫痹进行中药、针灸、局部敷浴等综合治疗的效果更为满

意。

针刺选穴：头痛刺风池、列缺；肩关节痛刺肩髃、巨骨、肩贞；肘关节痛刺曲池、手三里、合谷；腰疼刺肾俞、大肠俞、八风；髋关节痛刺环跳、髀关、风市、阳陵；膝关节痛刺犊鼻、梁丘、足三里。

药浴方：黄精30克、白芷30克、花粉30克、蒺藜30克，水煎，待温热适度洗浴疼痛部位，每天1～2次。可舒通经络、散寒解凝化浊。切忌再受风冷侵袭。

【病案1】　疙×，男，27岁，牧民。1957年7月入院。

一个月前突然头痛、发热、多汗。检查：右肩关节与右髋关节疼痛、局部红肿拒按，胸闷胁痛，饮食减少，乏力，有时四肢发冷。体温38.5℃，脉弦数。

西医诊断：波状热急性期；中医诊为湿热型疫痹。起初治疗用祛湿化滞汤，每天1剂，15天症状逐渐加重，体温升到39℃。改用达原饮加减：槟榔12克，草果9克，川厚朴9克，黄连12克，黄芩6克，滑石18克，甘草9克，每天1剂，共服9剂体温正常，一切症状消失。次后2年内随访3次，均未复发。

【病案2】　色×，男，21岁，牧民。1957年7月入院。

初病时似感冒，头痛，发热。1个月内反复发作两次。来诊时头痛如裂，关节疼痛，行动受限，汗出淋漓，口渴不欲饮，不思食，有时嗜睡呼之不应，体温38.2℃，舌质红、苔厚腻灰暗，脉沉弦有力。

西医诊断为波状热急性期；中医诊断：湿热型疫痹。治疗初用祛湿化滞等方20余剂，不效，体温在38.5℃上下波动。改用达原饮加减方：槟榔15克、草果12克、川厚朴10克、黄连10克、连翘15克、银花10克，每天1剂。共服12剂体温正常，一切症状缓解，精神转佳，痊愈出院，参加劳动。2年内随访3次未见复发。

【病案3】　德×××，男，20岁，半农半牧。

1956年8月发病。当时头疼、恶寒发热，经用青、链霉素缓解。将近1年时间里反复3次，症状略同。现症全身各关节疼痛，右膝关节及左肘关节均微肿，但不红，局部按压有刺痛感。有时卧床不起，乏力，汗出，饮食尚可，舌体胖大，无苔，脉沉细无力。

西医诊断为波状热慢性期；中医诊断为湿寒型疫痹。治疗初用五痹汤等10余剂不效。改用活络效灵丹加减：当归10克、乳香10克、没药10克、桂枝10克，每天1剂，共服21剂痊愈出院。2年内随访3次未复发。

(二)闹心痧（克山病）

本病是本世纪初首先在我国东北地区发现的一种引起心肌病变的地方病。由于起病突然，证候险恶，开始人们叫它“痧胀”、“满洲病”、后来叫“闹心痧”、“攻心癌”、“羊毛疔”，1935年由日本人冈本良三等命名为克山病。

本病为恶疠寒浊之邪、繁盛于隆冬季节，借饮食侵入人体，伏于膜原之中，郁积生毒。感邪甚者，浊寒鸱张则倾巢出犯，致使正气难支，故卒发而凶险；感邪微者，藏踪蹑迹则出没不定，其正气未泯，故病缓而缠绵。大凡气血逆乱，脉道滞涩，血不荣心，心失所养则心悸。寒浊中阻则胸闷气短，胃气不降则恶心呕吐。阴盛阳微，火不胜水则内必寒凝，外失温煦，故蹉卧厥逆以至肢冷如冰，脉微欲绝等等。

根据临床特点大致可分为卒发型、虚损型和隐匿型三大证型。

1.卒发型闹心痧(相当于急性型克山病)：起病骤然，头晕，恶心呕吐，开始吐食物，继而吐黄水。胃脘不适，胸闷气短，烦躁不安，口唇发绀，渴欲饮水，饮入即吐，额汗如珠，耳鼻发凉，四肢厥逆，爪甲青黑，舌晦苔腻，脉细弱或沉伏不现，甚至有濒死之恐怖感。

治疗应本着“急则治其标”的原则，首先温阳固脱，达原化浊。用达原饮与急救回阳汤化裁，方中草果、厚朴达原化浊，以逐伏邪；桂附回阳救逆，温中散寒；参草补气益元；桃红逐瘀活血，从而阴消阳长，邪去正安。

2.虚损型闹心痧（相当于慢性型克山病）：起病缓慢，或由卒发型转变而来。临床表现为全身衰疲，心悸神怯，头痛眩晕，胸闷气短，面色晦滞，口唇黧黑，饮食少思，汗出失眠；伴有咳嗽、痰中常常带血，下肢浮肿，舌体虚胖、苔灰而腻，脉细涩或见结代脉。

治疗应本着“缓则治其本”的原则，侧重调理心脾肾，达原化浊。用达原饮与小建中汤化裁。方中草果、厚朴开达膜原，化浊逐秽；桂枝温经通阳，参、草、饴糖补中益气，赤芍、红花活血化瘀，苓术健脾。安内攘外，扶正去邪。

3.隐匿型闹心痧（相当于潜在型克山病）：由于本型缺乏明显的临床证状，因而又叫“暗痧”。患者经常自觉疲倦无力，饮食不振，头晕，心悸气短，尤以情志不遂或劳累后心悸气短明显，并有头晕、睡眠不好等。

治疗以补气养血，达原化浊为主。用达原饮与归脾汤化裁。方中草果、厚朴辟秽化浊；参、苓、术、草补心健脾，桂枝宣阳；当归活血，正胜邪祛。

外治法：包括针刺、刮痧、放血、灸疗等，各法既适用于卒发型，也可用于虚损型，对证施用实有一定疗效的。

针刺：胃脘不适刺内关、心俞、足三里；呕吐刺金津、玉液、内关；眩晕刺百会、风府；急救回阳刺大椎、合谷、涌泉。

放血：急救用三棱针于十宣穴放血。胃脘不适、呕吐刺尺泽、委中放血，一般先出紫黑血，继而转鲜红血为止。

刮痧：急救时以铜线蘸植物油或水，先刮前胸，其次后背、肘窝、鼠蹊、腘窝等处，自上而下，直刮到皮肤明显充血为止，

不可刮破皮肤。此法可回阳救逆，活血祛瘀，解毒化浊。

艾灸：在穴位上采用隔姜或隔盐法灸疗。一般一穴可用5～7个艾炷。胃脘不适灸鸠尾、心俞、内关；四肢厥冷灸合谷、曲池、后溪、三阴交；急救灸神阙、气海、关元。

由于卒发型闹心痧起病急骤，临床多是采用中西医两法急救。因此，这里仅举单独应用中医药治疗两例虚损型闹心痧患者的经过，以供参考。

【病案4】 杨××，女，28岁。1951年6月初诊。

患者于1年前因患卒发型闹心痧经中西医急救脱险。遗有心悸气短、出汗、咳嗽、吐白沫痰。头晕，失眠，饮食少思，面色苍晦，精神萎靡，舌苔厚腻，脉细数无力。

检查：体温36.1℃，呼吸22次/分，血压74/56毫米汞柱。心脏明显向左扩大，心前区及心尖部闻及明显收缩期杂音。

西医诊为慢性型克山病；中医诊为虚损型闹心痧，心脾阳虚、气血两亏。治疗：助心阳、补气血，达原化浊。处方：草果12克，厚朴10克，党参12克，茯苓10克，炮附子6克，肉桂6克，生姜10克，大枣3枚，水煎，每天1剂。

服药6剂后，心悸气短好转，仍自汗，乏力等。上方加黄芪10克，龙骨10克，服12剂，诸症大减，又用10剂基本治愈。于1年内随访2次，尚好。

【病案5】 刘××，女，22岁。1951年1月20日初诊。

由于1950年12月下旬患卒发型闹心痧经抢救脱险，来诊时症见消瘦，面色晦暗，懒言声怯，咳嗽痰中偶而带血，眩晕，耳鸣，心悸，胸闷，气短，时有腹痛，便秘与泄泻交替出现，食欲减少，睡眠尚可，舌周边大块紫斑，苔薄灰腻，脉沉细而有结代（约6～7次或14～16次停跳1次）。

检查：体温36.6℃，呼吸20次/分，心率90次/分，血压75/58毫米汞柱。心电图提示：窦性心律，期前收缩6次/分。Q-T间期

延长。低电压，ST-T改变，不正常心电图。

西医诊为慢性型克山病；中医诊为虚损型闹心痉，心脾虚兼瘀血证。初用气血双补方药不效，改为养心健脾化浊逐瘀法。处方：党参10克，茯苓10克，桂枝6克，草果10克，厚朴9克，桃仁8克，红花8克，炙甘草10克，白术6克，水煎，每天1剂。

服药12剂，心悸气短缓解，咳嗽减轻，痰中无血，但腹痛溏泄未减。继用上方去桃仁，加白术12克、淮山药12克。结合艾灸足三里、三阴交等穴。又服药10剂，精神转佳，食欲较好，无腹痛泄泻。心电图复查：窦性心律，心率78次/分，P-R间期0.14秒、Q-T间期0.35秒，诊为大致正常心电图。

改服生脉散(丸)与八珍益母丸扶气养血，又1个月后检查一切基本正常。劳动后也无明显心悸气短感。一年半后随访未复发。

寒论》苓桂术甘加鹿含草、淮牛膝、寮刁竹、海风藤、桑寄生治血虚痹着之筋痛。桂枝走四肢、祛风活血，白芍养血止痛、白术茯苓健脾化湿、鹿含草祛风湿、淮牛膝下行活血壮筋，寮刁竹、老桑枝、海风行祛风化湿，对慢性顽固痹证亦有较好疗效。若腰痠冷痛，脚软无力，肌肤麻木，屈伸不利，大便溏泄，舌淡苔白，脉沉细濡者，我认为寒湿之邪着于腰肾，用温通驱寒之法，宗仲景《金匮要略》之肾着汤加桂枝、黄芪，并用甘草附子汤、当归生姜羊肉汤以温经散寒。沉寒积冷，着于腰肾，凝结筋络，非多服大剂温通之剂是难于奏效的。正如清·尤在泾所说："肾受湿冷，着而不去，则为肾着，然病不在肾之中脏，而在肾之外腑，故其治法，不在肾之散寒，而在燠土以胜水"。暖土胜湿之法与前人经验相符。重在桂、附以温壮腰膝，驱散寒邪，标本兼顾，则病易愈。

（刘亦选整理）

分经论治

权依经

〔作者简介〕 权依经，男，61岁（1926年出生），甘肃省通渭县人。1936年就学于私塾，1946年随家父学医，1949年在家乡行医，1956年任通渭县城关中西医联合诊所中医师，1958年任甘肃省中医学校教师，1970年在兰州医学院中医教研室任教至今。主要讲授中医经典著作，临床以中医内科为专长，并悟出“分经论治”，“从标本中气中求治”的治疗方法。主要著作有《古方新用》，发行国内外，及《中药汤剂煎服法》。现任兰州医学院中医内科副主任医师。

分经论治，是根据经络循行部位，并分辨阴、阳、寒、热、虚、实进行施治的一种治法。因临床见证极为复杂，有有名的，有无名的。有名的，前人有明训、名方，有据可察，尚容易施治；无名的，前人既无明训，又无名方，无据可察，难以施治。

患者3天前右眼外眦发红疼痛。西医诊断为急性巩膜炎。检查：舌淡红、苔薄白，脉弦。

辨证为少阳经中风证。治以和解少阳兼散风邪。方用小柴胡汤减党参、大枣，加桂枝、生牡蛎主治：柴胡24克，半夏12克，桂枝9克，甘草9克，黄芩9克，生姜（切）9克，生牡蛎12克。以水2杯，煎至1杯，去渣重煎，取汁多半杯，温服。2剂。

复诊：患者服上药1剂后，右眼红疼减轻。服第二剂后，其症全消。

【病案4】 太阴经病 王××，男，3岁。1976年8月12日初诊。

患儿自生后经常口流涎水，先以为属正常现象，未予治疗。后因流涎水太多，才多方治疗，但效果不佳，遂来就医。

辨证为太阴湿盛，治以温中健脾燥湿。方用理中汤半量加重白术治之：党参5克，白术9克，干姜5克，炙甘草5克。初次加水1杯，煎取药汁少半杯，温服。第二次加水多半杯，煎取药汁四分之一杯，温服。

二诊：服上药3剂后，涎水量大为减少。又服3剂而告愈。

【病案5】 少阴经病 孟××，女，21岁，通渭县城关公社社员。1955年9月16日初诊。

患者咽部疼痛3个月余。经西医检查，诊断为咽部慢性溃疡。检查：咽部有两分币大小之溃疡一个，色白，表面有少量分泌物，脉沉迟。

辨证为肾阳虚，治以温经补肾。方用金匮肾气汤加桔梗主治：生地24克，淮山药12克，山萸肉12克，泽泻9克，丹皮9克，茯苓9克，桂枝3克，附片3克，桔梗9克。初次加水2杯，煎取药汁半杯，食前温服。第二次加水1杯半，煎取药汁半杯服。3剂。

手足同气，故单用壮肾阳的肾气汤主治。加桔梗者，取其载药上行，使药力直达病所之意。

6.巅顶部为厥阴经脉与督脉相会之处，目是肝之窍道。《灵枢经》说："肝足厥阴之脉，……与督脉会于巅。"《脉度篇》又说："肝气通于目。"此例患者，为肝阴不足不能上荣于头目所致。故用补肝阴之乌梅汤主治。《金匮要略》云："夫肝之补补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之。"乌梅汤正符此意，它并非单纯驱虫之剂，而是治厥阴病之总方。故用本方补肝阴，则诸症自愈。

以上只举数例以示其端，其它循行部位以及手经循行部位之病证的治法可类推。其采用方剂，不可局限于手经用一方，足经又另用一方，而是手足经之病，也可以用一方主治，以手足经通气也。

岁。1971年11月4日初诊。

卒中以后，肌肤不仁，痛痒少知，手足麻木，行动迟缓，脉小而紧。以和营助卫，益气利经络为治。处方：黄芪24克，白芍12克，桂枝9克，当归9克，丹参9克，木瓜9克，地龙12克，红花4.5克，生姜3片，红枣5个。7剂。药后自觉行动轻舒，两腿外侧知觉已较前恢复，诸证亦有好转。照上方加丝瓜络9克，十剂后逐渐痊愈。

按语 卒中为因中风而卒然昏仆，不省人事，半身不遂等证而言。《素问·调经论》说："血之与气，并走于上，则为大厥，厥者暴死，气复反则生，不反则死"，故治疗多从平肝熄风，化痰通络着手。但中风之后可后遗口眼歪斜，半身不遂，手足麻木等，其证候有阴亏阳亢，痰热内蕴，气血两虚等不同。本例后遗手足肌肤麻木不仁，据脉可知是由气虚，邪留经络，营卫失调所致，故以黄芪桂枝五物汤化裁治之。7剂药后，诸证大减，续10剂巩固之，足见药证相投之重要。

【病案3】 **肾着汤治腰痛** 沈××，男，65岁。1975年4月24日初诊。

腰痛已久，初时间作，近则每日疼痛，两臀股冷及于脐腹，有下坠感，二便正常，曾针灸半年余无效，此肾着也，宜燠土胜水，并温下焦。处方：炙甘草9克，干姜9克，茯苓12克，白术15克，川桂枝9克，晚蚕砂（包煎）9克，鹿角霜6克，小茴香1.2克拌炒当归9克。7剂。

5月2日复诊：上方服7剂后，腰痛愈，脐腹冷亦减，饮食如常，苔薄。仍以温脾胜湿为治。处方：炙甘草9克，干姜6克，茯苓12克，白术15克，川桂枝6克，厚朴9克，鹿角霜6克，广木香4.5克，红枣3枚。7剂。

按语 此证属寒湿腰痛，由寒湿阻滞经络，阳气受伤，不能温煦，故腰以下臀股及脐腹部发冷，亦即《金匮》谓："肾着之病，

其人身体重，……小便自利，饮食如故……腰以下冷痛，甘姜苓术汤主之”类证。故取甘姜苓术汤燠土胜水为主，加桂枝温和卫阳而利血脉，鹿角霜温补肾阳，晚蚕砂和脾除湿，小茴香拌炒当归活血理气，以通肝肾脉络。服药7剂后，痛瘥冷减，将原方去当归、小茴香、晚蚕砂，加木香以利气机，厚朴苦温燥湿健脾。

【病案4】 黄土汤治远血 李××，女，46岁。1971年6月4日初诊。夙有溃疡病，胃脘剧痛，近半月来，大便次数多，如柏油，隐血强阳性，四肢不温，面色苍白，舌苔白，脉细无力。宜温健脾土，并止血。处方：炙甘草9克，白术12克，伏龙肝30克，干地黄12克，制附子4.5克，炒阿胶12克，黄芩9克，党参9克，白芨9克，参三七粉3克（分吞）。5剂。药后大便次数减少，便色转正常。续予调治，隐血转阴。

按语 本例便血属脾胃虚寒，不能统血所致。脾主四肢，阳虚不能温养，则四肢不温；脾阳不振，后天生化不继，故面色苍白无华；脉为血之府，气血不能充盈脉道，故脉细无力；脾胃虚寒，不能统血归经，则血溢肠道而见大便如柏油样，故采用《金匮要略》黄土汤温阳健脾，滋养阴血。方中以伏龙肝（即灶心黄土）温中涩肠，固下止血；白术、附子温阳健脾；地黄、阿胶滋养阴血；黄芩苦寒坚阴，且能制附子之刚燥；甘草甘缓和中，此即黄土汤之原方。再加党参以补健脾之力，白芨、田三七加强化瘀止血之功。

【病案5】 当归芍药散治妊娠腹痛 孙××，女，27岁。1973年2月10日初诊。月经50余天未行（原经行准期），妊娠试验阳性，无妊娠恶阻症状，然腹中拘急隐痛，白带较平时为多，脉滑，足微肿。以益血为主。处方：当归9克，川芎3克，白芍12克，白术12克，鸡血藤12克，泽泻6克，党参9克，桑寄生9克，茯神12克。4剂。

2月14日复诊。药后腹痛已解，白带尚多，胃纳正常。仍以

原方意续。处方：党参12克，桑寄生9克，当归9克，白芍12克，鸡血藤12克，淮山药15克，白术12克，陈皮4.5克，泽泻6克。4剂。

按语　《金匮要略》谓："妇人怀娠腹，中疗痛，当归芍药散主之。"尤怡注曰："疗，腹中急也。"本例妊娠腹痛正与此相符，故选当归芍药散治之。方中川芎行血中之气，归、芍养血益阴，参、术健脾，泽泻淡渗利湿，桑寄生益肝肾，强腰膝，兼以安胎，鸡血藤和血舒络，茯神和脾养心安神，共奏养血理气，和脾利湿安胎之功也。

【病案6】　桂枝茯苓丸治不孕症　厉××，女，30岁。1972年3月5日初诊。婚后9年未育，有时经前乳胀，曾以疏调法治，乳胀较前为瘥，然少腹有条索状物，苔薄脉弦。治以汤丸并进，助其疏通之力。处方：当归12克，制香附9克，乌药9克，枳壳6克，婆罗子9克，白术9克，郁金6克，路路通12克，合欢皮9克，青桔叶30克。7剂。桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍各60克，将上药研末混和，再研极细，炼蜜为丸如黄豆大，每天3次，每次食后吞服3丸。

按语　患者经医院妇检诊为输卵管阻塞，行输卵管通液术遇有阻力，初以乳胀散疏肝理气调治，由于少腹有条索状物，与《金匮要略》"宿有癥病"相似，故在乳胀散汤方基础上，加桂枝茯苓丸，汤丸并进，双管齐下。经调治数月，患者告知已怀孕。可见乳胀散之疏肝气，桂枝茯苓丸消癥病，均以通为用的机理是值得研究的。

【病案1】 李××。一度因烦躁不得眠，住×医院服安神镇静西药多种未效，邀×医生会诊，诊为气虚不得眠，曾予大剂量黄芪（60克），一剂后烦躁更甚，嗜食水果，整夜难以安卧。平时其脉细弱，此刻洪数，我诊为年高阴亏，思虑过度，心肾不交。拟用黄连阿胶鸡子黄汤，一剂后便可得眠。后以朱砂安神丸加枣仁、远志善后而愈。夫经方只要应用得体，确有桴鼓之效。

【病案2】 在原籍行医时，邻村康×，年二十余岁，饭铺店员。因患重感冒，身炽如焚，不出汗，发冷发热，头痛、烦躁等证悉具。医者李×初以荆防败毒散不效，又改用双解散仍不效，证反增剧，束手无策之际，邀我诊视，诊毕析之曰：不汗出而烦躁者，大青龙汤证也。一剂见效，二剂后诸证悉除。

【病案3】 本村一老农，年及古稀，气喘不得平卧，家人已备好棺木、寿衣，拍电报叫儿子急回料理后事。我去时，病人喘粗息高，咳痰不爽，口干苔黄，身热脉数。诊为外寒内热之实喘，用麻杏甘石汤加川贝、栝蒌。一剂后，喘稍平，三剂后已喘平息安，其子回来后，病已痊愈。

【病案4】 妇科医生徐×之女，年方十七，感冒身痛。徐曾用九味羌活汤，身痛不解。又加咽痛。后改服养阴清肺汤，身痛咽痛更甚，便邀我诊治。未走进屋，便闻患者呻吟不已。进屋后，见病人身热恶寒，无汗，身痛身楚，并咽痛，昼夜不减。脉浮紧有力。随与其父徐老医生曰：此症伤寒是也，吾亦首次见之，乃典型之伤寒表实麻黄汤证。随用麻黄汤原方加桔梗、玄参二味服之。三日后，患女胞兄登门相告曰药到病除，应手取效……。其实乃经方之力也。

【病案5】 同乡赵××之母，年逾八旬，素体健壮，因外感高热十余天。口干渴饮，神识不清，汗出淋漓，数易医生而不愈，邀我诊视。见病人脉洪大而数，舌苔黑黄，一派热象。虽高龄之人，但白虎汤证尚确。随重用白虎加人参汤，一剂则神

清、病减，又服二剂痊愈。在疾病危急之际，经方药少力专，扭转病机，有起死回生之效。

【病案6】 东冶镇×××，半月来发热头痛，寒热往来，大便秘结，治疗多日，针药无效，邀余诊视，经查得脉弦有力，口苦咽干，确系大柴胡汤证。用大柴胡汤原方治之，一剂则效。用经方脉证相投时，不应随便增减药味。

脾胃的目的在于恢复脾胃的运化机能，善甘温，不壅补，益胃阴，不滋腻为治脾胃之特点。然壅补、蛮补有碍脾气升发，反致虚不受补；再则，中虚运化无力可见气滞，中虚运化不及可生痰湿，久病中虚，水谷不充，可致血滞脉涩。治脾胃时注意补而兼通，补而不壅，通而不耗。在使用甘温之味，如参、术、草的同时，常佐陈皮、木香、佛手等行气之品。尤其是木香，此药平稳，能调诸经之气，便溏者，煨熟用之尤宜。对中虚运迟、饮食不化、气滞痰凝而致的脘痞、腹胀、大便溏泄或不爽者，常以枳术丸加减治之；白术健脾，兼去痰湿；枳实苦降，消痞除积；更有荷叶芳香醒胃，引清气上升，增强运化之能；见呕者常加苏梗、生姜；脘胀者，益香砂；苔厚腻时以苍术易白术；夹表证者，用茅术；嗜酒者常佐葛花，解酒化湿。对中虚营弱，脉涩血滞者，以归芍六君子汤，当归为血中气药，芍药和阴止痛，共奏益气调营，柔肝安脾之功；若见中虚证兼脘胀刺痛，舌紫者，常佐五灵脂、九香虫，行气祛瘀，补中兼通，补而不滞。

重视脾运，当重脾胃升降，经云："清气在下则生飧泄"，若为湿浊内阻，清阳不升，水谷并趋，泄泻如水，四苓散加荷叶、防风、葛根，升举清阳，分利湿浊，祛风胜湿，水泄自已。若见病久，脾虚气陷，久泄，久痢，或兼虚胀，腹部气坠，或为脱肛，内脏脱垂，每以补中益气汤加葛根或升阳益胃汤升举中气。脾虚气馁，中气下陷，若纯用参、术、草守补会使中焦气滞，以升补兼施，使脾复正位，清气一升，浊气下降，旋运自复。

【病案1】　于××，男，38岁。

腹泻二载，时发时止，甚至3～5日泻下1次，便夹白色泡沫，肛门下坠，腹痛隐隐，舌质暗红，脉象沉细，从久泻伤中，脾虚气陷，余邪留滞肠腑治之。方以太子参9克，青升麻3克，炮姜炭3克，大白芍9克，广陈皮5克，煨木香3克，焦楂炭9克，乌梅炭3克，炙甘草3克，石榴皮9克，益气升清，兼清余

【病案3】　余××，男，25岁。

因高热，黄疸，腹胀，小溲短小，色如浓茶，大便稀溏，神志恍惚。诊为亚急性黄色肝萎缩入院。曾用激素治疗，体温暂得控制，余症依然。我认为，此乃湿热蕴积，肝胆失于疏泄，醞酿化热，熏蒸为黄，表里三焦均为邪热、湿浊充斥，极为严重。投清解化湿，清心开窍之剂，神志渐清，但腹胀明显，黄疸指数160单位，激素一停体温复升，患者自觉身体困楚，欲汗不解。此邪热欲从外达，改投麻黄连翘赤小豆汤、栀子豉汤、甘露消毒丹加减，透表清热利湿，三剂后汗出遍体，体温下降，复查黄疸指数降至30单位。后去麻黄连翘赤小豆汤，加清热之味，共诊1^3次，病逐步向愈。欲达之邪，当助透达，邪有去路，故病退矣。

四、泄热存阴，釜底抽薪

温病本为热邪，辛热助阳固可伤阴，恋邪亦可伤阴。若见壮热自汗、大渴引饮、苔黄舌红、脉数大者，此邪已离卫入气，热势鸱张，徒用生津不足清热，而津液亦未必遽生，邪热反胶固不解，急以白虎之类辛寒清气，泄热存阴，其中石膏必生用，打碎先煎，退阳明经之热；时毒偏重者，配大青叶、板蓝根，清热解毒；咳吐稠痰者，益黄芩、瓜蒌皮，清化痰热；舌红少苔质干者，配天花粉、芦根，清热生津；若见腹痛拒按及舌苔深黄、质老、黑而起刺者，此实火充斥，阳明腑实，当用承气汤急下存阴，釜底抽薪，否则阳明之燥热一刻不去，热壅火炽伤津，津液亦一刻不复。在使用攻下时便色黑者为邪未尽，若下时粪色见黄，为肠垢渐清，不可更下。余曾治一老妪，年逾古稀，头面肿胀如斗，高热神昏，大便不通，邪热炽盛，病势危笃，用普济消毒饮加大黄，表里双解，釜底抽薪，服药2剂，大便畅通，发热亦退。

五、温热耗津，毋忘清养

温病热盛，津液多耗，薛氏强调："胃阴不存，其人自焚而死"，若见口渴，舌上少津时，我常以生地、麦冬、石斛、芦根、藕汁清养泄热，并多用鲜品，其效更著。邪热实积，津液受耗，口干唇燥，腹胀满而痛，既不能因正虚畏攻，亦不可蛮攻，每用增液承气，养阴增液，通便泄热。

温病后期，邪热渐解，津液受伤，口干咽燥，舌绛而干，脉虚细者，常以玄参、麦冬、生地、芍药、阿胶、麻仁、沙参壮水增液；便秘者，乃津亏所致，不可妄攻通下；若见低热不清者，益青蒿、鳖甲、白薇、地骨皮养阴清热，切不可再用苦寒之剂；若见舌光红如镜，或舌面破如荔枝肉样，颊肉生糜点，此胃阴败竭之症，常用沙参麦冬汤代茶频饮。

表邪宜散，不可过汗；欲达之势，当助透达；邪盛之时，泄热存阴，釜底抽薪；温热伤津，毋忘清养，这是治温保津之要决。

六、辨证抓关键，用药不过剂

1. 谨守病机，各司其属：诊病时，不能把病看得太深，也不可追求奇方怪药，抓住关键，"谨守病机，各司其属"，四两之力，可拔千斤。

余早年曾治一症，产后发热，有汗不解，恶露全无，腹部疼痛，心烦懊侬，难以名状，口干，频欲冷饮，舌红少苔，脉象洪大，先嘱服井水调六一散，药后阴道流出污物少许，继嘱以西瓜汁频饮，恶露排出，腹痛亦平。

旁曰人惊："产后宜温，岂有用井水、西瓜治恶露不下之法。"余认为：长夏酷热，炎威逼人，此患乃产后畏招风邪，闭窗复被，遂受暑热所致，壮热、脉洪、大汗、口渴，这是辨证的关键，乃夏暑发自阳明之证也。若执守"产后宜温"之说，过用

辛温燥血之剂，无异抱薪救火，暑热外袭，津气两伤，乃以井水送服六一散，甘凉淡渗，清热存阴，西瓜性寒解热，有天然白虎汤之称，为夏令清热解暑、止渴除烦之佳品，药虽平淡，却消息于无形，轻以去实，热去阴存，恶露自下。

2. 中病即止，通而不耗：寒热温凉，药性各有所偏，故宜中病即止，不可过剂，恢复脏腑功能是其目的，当根据病人的情况，重视药物配伍，提高疗效，减少副作用，尽量做到邪去正不伤。如辛香理气之药，少则可行气化湿，悦脾醒胃，过用则破气化燥反损脏腑，对阴血不足及火郁者更当慎之，防止耗真助火，故用丁香、沉香、炙黄等香窜温燥之品，均不超过3克，并常配白芍，散中有收；用柴胡等疏泄升散之味，常伍白芍，升敛并用。噎膈病人，痰阻气逆，食不能入，中气已虚者，常用莱菔子与人参配伍，消补兼施；水饮内停，咳喘气逆，用干姜温化水饮，常配五味子敛肺止喘，以防耗伤肺气。

一，大部分的湿热证患者均可出现此一症状，虽假渴还可以见于瘀血内蓄、阳虚、中气亏乏致津液难以上承，以及肾阴虽虚而津液未伤等病证，但临床所见终究仍以湿热证者居多，只要问诊客观，避免诱导，全面考查，则不难鉴别，且诊断价值亦较大。

2. 本证辨析：由于患者之体质不同，或受邪情况不一，因此在湿热证的过程中、湿与热两种成分之比例常不相等。临床上须分清湿热的偏盛情况。

一般地说，凡属热盛者，多表现为面色油垢微黄，口气臭秽，头身虽痛、但沉重感并不突出，汗多稠粘酸臭，胸腹闷胀感较轻、或伴有疼痛，口渴欲饮、但所饮不多，或思凉饮而饮后不舒，大便溏垢臭秽，或便秘，或有自利灼肛感觉，尿色深黄、或色赤而短、混浊不清，舌质红赤、苔黄腻少津，脉濡数，体温通常较高。湿邪偏盛者，则面色常淡黄而滞、或微浮、或有嗜睡现象，头重痛如裹，身沉重难以转侧，汗出粘冷，胸腹闷胀感较突出，口渴不显或渴不欲饮、或漱水而不欲咽，大便溏薄或水泻、或排泄不爽，尿色浅黄或微浑、或清白，舌质微红、苔白厚腻而粘液多，脉濡缓，体温易呈持续低热、午后较高。

3. 疑似病证鉴别：易与湿热证相混淆之疑似病证有湿温、暑温、伏暑、痰热等，宜注意鉴别。

湿温病之腻苔、濡脉、身重、脘闷等症状颇似湿热。尤其是属于“时病”范畴的湿热证，有人干脆把它和湿温划了等号。如章虚谷注薛氏《湿热条辨》便统称湿温为湿热。当然，从病理变化和治疗方面看，二者确有一些共性，但在具体病因和临床经过等方面则存在着一定的差异。因湿温病系感受温邪所致，其发病每有明显之季节性，常见于夏末秋初雨湿较盛之时，且往往具有一个较独立而完整的临床病程；而湿热证、特别是属于“杂病”范围之湿热，其发病可不受时令限制，由于它常出现于某些杂病过程中，所以其自身不一定都具有独立的病程经过。同时，在具

体的治疗措施方面，二者也不尽相同。所以雷少逸说“湿体本寒，寒湿可以温散；酝酿成热，湿热可以清通。惟湿温不寒不热，最为难治，断不可混湿温为湿热。”

单纯的暑温病易与湿热鉴别，但当暑温夹湿、或暑湿弥漫三焦之际，往往亦有类似湿热的某些表现，然而根据季节性，从其发病急、传变快，易于伤津耗气，病变易入营血、易陷心包等特点，不难与湿热相鉴别。

另有感受暑邪、潜而未作，后为时令之邪所诱发的“伏暑晚发”之症，按其表现本难与湿热混淆，但当伏暑之邪盘据少阳或阻于胃肠之时，则亦可出现脘腹痞闷、苔腻、午后身热较剧，或便溏不爽、色黄如酱、苔黄而垢等近似湿热的表现。鉴别要领在于伏暑之症，总以胸腹灼热如焚为其固有特点，而湿热证虽有脘腹闷胀，但无焚灼之感。

痰热证，一般均在痰证之基础上产生，除痰液黄稠、咳嗽或痰中带血、呼吸不利等症状外，尚有吐痰不已，久病而不显衰象，或体疲而精神并不萎靡等特点，可与湿热证相区别。

二、主要治法

湿热一般皆是实证，治则总以攻病逐邪为主。通常予清化分消之法以孤立并削弱邪势，使人体自身正气战而胜之，而阴柔腻补之药均非所宜。诚如何秀山所云“参术之属，究宜慎用，庶免反助湿热为患之流弊。”

治疗之关键在于认证精确，立法恰当，用药缓急得宜，刚柔相济。为了提高疗效，首先须分辨湿邪与热邪二者孰轻孰重、有无其它兼夹证，以便治疗时统筹兼顾并有所侧重。凡热盛湿微者，用药宜多柔少刚；反之则应多刚少柔。因阴柔药物虽能削减热势，但易阻扰湿邪之排出；而辛香刚燥之品虽可以祛湿，但又有助热之弊。所以要善于掌握分寸，用药做到“刚柔相济”，宜

【病案2】 王××，男，40岁，干部。

1个月前曾因急性阑尾炎行手术治疗，术后创口感染，局部脓肿形成，又经切开引流等治疗。现腹壁创口已愈合，但低热持续（38℃左右），旬月未退，四肢无力，胃纳呆滞，稍食即感恶心，尿黄，便溏不爽，苔薄腻色白，舌质暗红夹青，脉濡细而数。证属湿热中阻，气血郁滞。拟化湿清热，理气活血法。方予杏仁10克，白蔻仁10克，苡仁20克，厚朴10克，法夏10克，竹茹一团，通草3克，枳壳6克，红花6克，甘草3克。服1剂后，觉腹中舒适，胃纳增进，恶心减轻，体温降至正常。再服2剂，精神食欲继续改善，但夜间兴奋难眠，苔渐净化。上方加茯神15克、菖蒲6克，续服3剂，症状消失。

3. 渗湿清热法：此法多用于湿热内蕴或留连等证。即取淡味渗利及清热药物以消除郁阻于体内之湿热。此法祛湿并不以利尿为主要手段或目的，因湿热内蕴，一般不主张过于通利小便，否则徒伤阴液，热易化燥。最宜芳化淡渗、轻宣湿邪兼以清热而分消邪势。故常与化湿等法联合运用。

渗湿药物可选苡仁、通草、茯苓、大豆黄卷、冬瓜皮、扁豆衣等；清热可用灯心草、桑皮、白茅根、茵陈等。

方剂如黄芩滑石汤、茯苓皮汤等。

【病案3】 杨××，女，19岁，护理员。

1个月前曾患肠伤寒，愈后2周再度发热，血培养检出伤寒杆菌。复予氯霉素治疗周余，但高热（40～41℃）持续不退。现症脘闷纳呆，渴不欲饮，多汗，恶心，腹泻水样便，每天3～4次，鼻衄，尿黄，心悸，失眠，苔白腻心垢，脉濡数、左关略弦。证属气分湿热，秽浊阻中。治从清热渗湿，辟秽畅中入手。予芳化淡渗清热祛湿之剂。银花15克，佩兰12克，淡竹叶5克，茯苓20克，苡仁15克，厚朴10克，白蔻仁10克，滑石12克，炒白茅根15克。服1剂后，体温降至38℃，腹仍胀闷。上方去银花、

湿阻络、郁久化热而成湿热者，均可予辛温苦燥之品配合其它清热药物以燥湿清热，但其中辛燥之品不可过度，以免伤津。

燥湿药物可选苍术、厚朴、半夏、草果等；清热可予黄芩、黄连、黄柏、栀子、银花等。

方剂如二妙散、香连平胃汤等。

【病案5】　万××，男，31岁，工人。

右小腿条索状痛性硬结已2年余。近时加剧，时有红色条结出现，曾诊断为“静脉炎”。经治无效。舌质暗红、苔白腻多津，脉沉细而弦。其病乃由寒湿外侵，壅塞脉络，日久酿热，至成湿热阻络，血滞成积之证。治以燥湿清热，活血通络法。方予苍术10克，黄柏6克，牛膝6克，生地20克，细辛2克，苡仁30克，桔络3克，银花15克，延胡10克，红花10克，枳壳10克。连服8剂后，局部红色条索状硬结基本消失，疼痛显著缓解。再予3剂，硬结完全消散。

治验三则

林沛湘

〔作者简介〕 林沛湘，男，81岁（1906年出生），广西省贵县人。1936年在广西贵县行医，1951年任贵县新中医联合诊所及三好中医联合诊所所长兼医生。从事医疗教学工作近50年，对中医基础理论的研究及中医内科疾病的治疗颇有心得，主要著作有《中医学基础教学参考资料》上、下册。现任广西中医学院中医副教授、内经及中医学基础教研室主任、医史文献研究室主任、学术委员会委员、广西壮族自治区职称评委会委员、中华全国中医学会广西分会副会长。

【病案1】 痿证 陈××，男，41岁。干部。

腰腿无力，走路困难，颈项痠累，左右转动不便已5个月。舌正红、少苔，脉虚弱，74次／分。诊为脾肺气阴两虚，谷气衰少，肺失宣降，导致阳明气虚，宗筋失润所致的痿证。根据“治

运用张仲景的方法治疗急难危重病证

周 石 卿

〔作者简介〕 周石卿，男，69岁（1918年出生），福建省安溪县人。22岁行医，1957年在省中医进修学校学习一年后担任教学，1960年在成都中医学院、全国伤寒师资班进修。先后编写《中医热病学》（上篇）、《伤寒论》讲义和《伤寒论笔记》。要论文有《有关伤寒论汗法的探讨》、《医案医话》、《张仲景在学术上的几项成就》、《急证三则》、《无汗证治验》、《漫谈学习伤寒论》、《伤寒论问解题答》等。现任福建中医学院副教授、伤寒教研室主任及福建省中医学会理事、全国仲景学说研究会顾问、张仲景国医大学名誉教授。

张仲景《伤寒论》虽以论述外感病为主，然其理、法、方、药，对于临床各种病症都有现实的指导意义，所以一千多年来的医学专家，都把它作为“一切疾病治法之规矩准绳”。但近代有些人

脱不禁。诊见身热肢冷，腹部平软，大渴引饮，舌质淡红而苔薄白，脉微欲绝。辨为内伤饮食，外感寒邪，上吐下泻，脾胃受损，肾阳虚衰，关闭不固，急当救里，方保无虞。予以回阳逐寒的四逆汤治之：熟附子9克，干姜6克，炙甘草6克。服后，泄泻次数稍疏，口不索饮，身热略减，但肢冷未温，病家见药已对症，当晚又照原方自购1剂煎服。

次日，泻止口和，热退肢温，小便短少，脉大而缓，已能起床活动，饮以稀粥，改用理中合四苓汤加味调理而愈。

按语《伤寒论》第383条："问曰：病发热头痛，身疼恶寒吐利者，此属何病？答曰：此名霍乱"。又曰："既吐且利……下利清谷，内寒外热，脉微欲绝者，四逆汤治之"。（原文389条）本例与此相似，初起虽有畏寒发热等阳证，但泻利过多，阴液竭而阳气将脱，口干引饮，当属少阴自利而渴，"虚故引水自救"，身热为虚阳外越之象。前人谓津亡而阳不虚者，其津自能再生，阳亡而津不亡者，其津亦无后继。故用四逆汤回阳固脱以生阴，而获显效。

【病案4】　亡阳　患儿，男，7个月，1945年12月20日初诊。

患儿因发热，家人给服"十灵丹"（当时民间盛行的一种解热止痛的成药）半包，服后汗出热退、半日许复热，再服又汗出、热退、复热，如是3天，至晚10时许不能吮乳而求急诊。诊见其面色苍白，闭目昏睡，牙关紧闭，呼吸微弱，濈濈汗出，身冷肢厥，寸口无脉，惟虚里（心尖部）微微搏动，此属发汗过多，亡阴亡阳之证，急以回阳救阴的四逆加人参汤灌服之。高丽参1.5克（另炖冲），熟附子4.5克，干姜3克，炙甘草3克。

次日其母云：昨晚灌服上药后至夜半一时许，手足逐渐温暖，拂晓则能吸奶，天亮大便1次、质稀、小便量少。望其面色㿠白，神志如常，汗止，身无热，四肢温暖，惟有疲乏现象，舌

淡苔薄白，指纹沉隐，脉搏微弱，再给原方剂量三分之二。第三天患儿活动自如，二便调和，面色略白，余无他恙，随访3天，康复如常。

按语《伤寒论》第58条："凡病若发汗……亡津液。"第211条："发汗多，若重发汗者，亡其阳。"本例即因重发汗、亡阴液又亡阳气，危殆瞬间，故以四逆汤温经回阳为主，加高丽参生津益阴，补元气。盖"阳生则阴长"，药证合宜，故能收复杯而愈之效。

【病案5】　无汗　施××，男，43岁。

1980年6月25日诊。

患者全身无汗已4个多月，心中烦闷而热，遍身肌肤烧灼感（腋下体温38.5℃），胸、背、臂部皮肤有粟粒状(鸡皮疙瘩)，并感针刺样瘙痒难忍。时值盛夏，凡在烈日之下，步行3～5分钟或气候炎热时，坐于室内均觉心烦肌热，面色深红、额上筋脉浮露，齿干，舌质红、苔薄滑微黄，脉浮疾数（100次/分）、右关略弦。曾请中西医治疗罔效，又经××附属医院检查诊断为内分泌功能失调，先用西药，后服中药均未见效。平素嗜烟、茶。

根据病人的临床表现和生活习惯以及治疗经过，因思《伤寒论》第48条："二阳并病……设面色缘缘正赤者，阳气怫郁在表……阳气怫郁不得越，当汗不汗，其人躁烦。"第23条"面色反有热色者……以其不能得小汗出，身必痒。"拟诊：寒凉阻遏，肌表闭塞，阳气怫郁，营卫失调。治以通阳开表发汗，调和营卫法。方取桂麻各半汤加味：麻黄（去节）9克，桂枝6克，白芍6克，生甘草4克，杏仁10克，生姜3克，大枣4枚，干浮萍6克，鲜葱白七个（每个2寸、连根后入）。

上方服3剂仍无汗，惟觉皮肤粟粒状稍隆起，针刺瘙痒较剧，但心中烦热已有减轻，此乃药力达表之征，由于寒遏卫分过久，车薪杯水，未能济事，然时当暑热，开表峻剂又不宜过量，

恐一汗遂漏不止，耗伤阴液，发生他变，故循序渐进，仍按原方服用。

又服3剂，初见鼻头汗珠出，继而额上微似有汗，余处无汗。再进3剂，即头面胸背处汗出濈濈，诸证随之渐消，越日脉平，停药观察，随访两周，一切均正常，无任何不适感。

按语 本例无汗而见胸背臂部“肉上粟起”如鸡皮状，有如太阳伤寒麻黄汤证或葛根汤证，但无恶寒，头身疼痛，也无项背强而恶风；无汗兼有心中烦热，脉搏疾数，酷似表寒里热“不汗出而烦躁”的大青龙汤证，但身不疼，无表寒证；无汗而心中烦闷与阳明病，无汗，心中懊恼的湿热郁蒸于内略相似，然无“小便不利”之现象，苔虽微黄，乃嗜烟、茶之故；无汗身痒，又似阳明病、无汗、其身如虫行皮中状者的津血不足，不能化汗达邪之象，但无久病液亏阴虚之证；若谓阳虚不能化汗，鼓邪外出，又不见有阳气不足等虚象。综合分析，推求病因，断定为寒闭肌表，阳气怫郁，导致营卫失调，故运用通阳开表，调和营卫法，宗仲景方化裁，遂使数月之奇疾，不十剂而霍然病愈。

【病案6】 **阳虚寒湿** 曲××，男，52岁，干部，1976年6月12日诊。

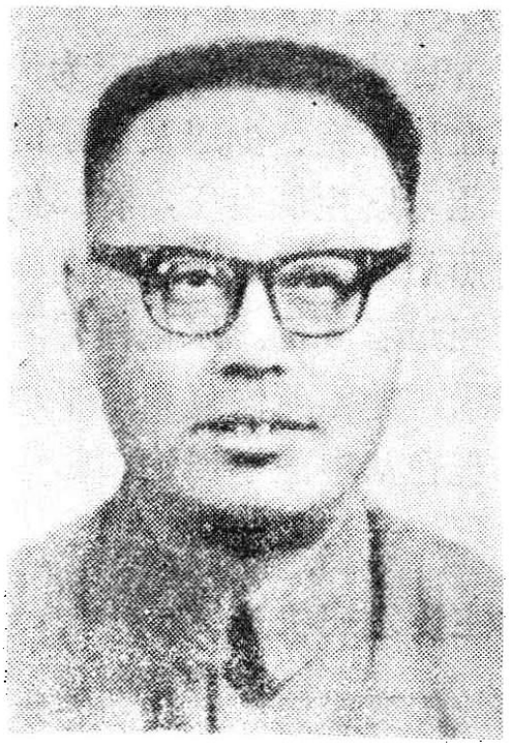
患者两足底至足跟、胫后小腿及腘中，凌晨发凉麻痹抽痛，局部汗出，已近4年。因1972年10月间，因淋雨冒受水湿，当夜畏冷发热如外感状，经治疗已愈。不数日即在午夜3～5时发生上症。自觉发凉处，冷从骨中起，不能睡眠，每夜发作一次，直至起床活动，症状才逐渐消失。在治疗中兼用红外线照射局部半个月，其冷麻抽痛，反而扩展至大腿后侧，渐及腰、背部而至项后，偶而在左右胸肋间和上肢臂后亦有块状（如手掌大）的冷麻抽痛汗出。本症以夏日发作为频繁，暑热更甚，冬日发作较轻、或不发作。住各地医院检查，多谓植物神经功能紊乱或神经官能症，经中西医药多年治疗无效，近更加剧。饮食如恒，大便溏薄，

湿留滞之候。采用《伤寒论》治少阴病，背恶寒，手足寒，身体痛，骨节痛，口中和，脉沉的附子汤加味与服，一投之后，立竿见影，医治未及五个月，四年奇特之痼疾、霍然而愈。

如上所述，可见仲景《伤寒论》是一部指导中医临床诊疗的著作，它的辨证法则，不仅适用于外感风寒诸证和某些内科杂病，也可运用其辨证规律及理法，治疗急难危重病证。正如清·徐灵胎所云："医者学问，全在明伤寒之理，则万病皆通"。陈修园亦说："书虽论伤寒，而百病皆在其中"。诚哉是言也。

用清气凉营法治疗流行性出血热发热期初探

周 仲 瑛



〔作者简介〕 周仲瑛，男，59岁（1928年出生），江苏省如东县人，家世业医，1956年考入江苏省中医进修学校，结业后分配至江苏省中医院（1958年归属为南京中医学院附院。）近年主持了流行性出血热、高脂血症、高血压病等研究工作，取得一定进展。先后参加过全国二版教材《中医内科学讲义》、南京中医学院编的《中医学》的编写工作，主编《常见病中医临床手册》、《中医内科学》、《中医内科临证备要》等，并担任全国五版统一教材《中医内科学》副主编。曾撰写论文和临床、辅导讲座等数十篇。对中医内科等专业理论的研究和临床实践有一定体会。现任南京中医学院院长、教授、副主任医师等职。

从流行性出血热（以下简称出血热）整个病程来看，表现有卫

气营血的病理传变经过，且多集中于发热、低血压、少尿三期。一般多在气营而解，重者可由营入血，病理中心在气营，重点为营血，发热期则绝大部分以气分证、气营两燔证为主，是进一步演变发展的重要阶段，及时有效的治疗，与预后顺逆至关重要。我们采用清气泄热、凉营化瘀的治法，制订口服清气凉营合剂，于1982年～1983年在临床再实践中验证70例、并按随机抽样，设PHA对照组观察37例，两组基础治疗相同。治疗组退热时间平均为1.51天，对照组为2.72天，两者有显著的差异（$P<0.01$），且较1981年已经鉴定的清解Ⅳ号静脉滴注剂的1.75天为优；尤其对越期而过、缩短病程、减少低血压休克、少尿及无尿的发生更有满意疗效。据药后统计，治疗组未发生低血压，有13例发生少尿，1例发生典型五期经过；对照组发生低血压者5例，少尿者14例，尿闭者2例，具典型五期经过者5例。尿蛋白转阴平均时间，治疗组7.13天，对照组10.9天；尿素氮恢复正常平均时间，治疗组7.13天，对照组9.38天。现在从中医学理论和临床实践对流行性出血热发热期的病机及治疗作一初步探讨。

一、发热期的主要发病机理

由于本病为温疫热毒伤人，故传变极快，发热期临床表现卫分阶段甚为短暂，旋即以气分证为主，并迅速传至营分。在传变过程中，每易两证相互重叠出现，表现为卫气同病、气营或气血两燔等兼夹情况。

从临床表现分析，发热期虽见发热或高热、不恶寒、口渴、便秘、腹满胀痛、舌苔黄燥或黄厚、脉数等气分证，但很少有典型的“四大”（即大热、大渴、脉洪大、汗大出）；反可见汗少不多，脉小数而不大，同时还有面赤如醉、目睛红赤、颈胸潮红、皮肤粘膜有散在出血点等症，提示邪热入气即已波及到营。这既与病的特异性有关，又反映温疫热毒致病，未必皆为循序顺

传，往往可以直趋气营，重叠兼夹。

根据辨证结合辨病分期对照分析，观察47例发热期患者卫气营血的分证及其传变，入院时卫气同病者7例，气分证者24例，气营两燔证者16例；入院后卫气同病转为气分证者6例，转为气营两燔者1例，气分证转为气营两燔者1例。以气分热盛证及气营两燔证为多见，共占80.8%。由此说明，本病病理主要在于气营，且以发热期为突出。

当热毒入里之后，热结胃肠，常可导致腑实便秘，甚至腹部满痛、恶心呕吐，表明其病理特点不是一般的热证，而是里实热证，病位主要在中焦阳明。据发热期93例的统计，其中见腑实便秘者62例，且尤以重症为多见；腹泻者仅7例，大便正常者24例。

一般来说，阳明腑实多属气分病证，但在气营两燔甚至营血阶段，热毒由气及营，火热煎熬，血液稠浊，血为热搏，无形之热与有形之血互结，热郁血瘀，瘀热里结阳明，亦可导致腑实。若瘀热阻滞，灼伤血脉，可见肌肤粘膜外发瘀点、瘀斑；重者则进一步动血、出血，病及下焦，且每为导致蓄血的病理基础。

二、治法及方药

辨证从疫毒由气及营，瘀热里结立论。治以清气泄热、凉营化瘀为主法。自制口服清气凉营合剂。

药用：大青叶30克，银花30克，生大黄12克（后下），石膏60克（先煎），知母12克，野菊花20克，鸭跖草30克，赤芍10克，升麻6克。

本方以气营两清、通里泄热、解毒散瘀为目的。取大青叶、银花、大黄、石膏为主药。大青叶功能清热凉血解毒；银花既清气分之热，又解血分之毒；大黄泻火解毒，凉血化瘀，直下里热；石膏清泄气分之实热。辅以野菊花解毒清热；知母清热泻火润燥，配石膏且可增强清热作用；鸭跖草清热解毒利尿。取赤

芍、升麻为佐使，赤芍清热凉营，佐大黄、大青叶可加强活血散瘀之力；升麻清热解毒透邪，合银花共奏轻清透泄之功。结合症情，配伍加减，热盛汗少者，可加青蒿清热透达；烦热、面红目赤者，加黑山栀泄热凉营；衄血、肌肤出血点较多者，加丹皮以凉营散瘀；口渴尿少，出血倾向较显者，加白茅根清热凉血，生津利尿；热毒重者，配蚤休加强清热解毒之功。

上药制成口服合剂，每200毫升相等于原汤剂一帖，成人每服100毫升，每天4次，连用3～5天，持续高热，中毒症状明显者加大剂量，改为每天6次。

三、临证体会

1. 邪传气分就可气营两清：一般而言对温热病气分证的治疗，必须遵循“到气才可清气”的原则，更不应妄投清营，以免凉遏太早，导致邪热内陷传里。但就出血热来说，由于卫气营血传变过程极为迅速，在邪热气分阶段，多已波及营分，部分重症病例，入院虽以气分热盛为主，但邪热亦很快传入营分，多具气营两燔之候。因此，必须早期治疗，邪传气分就可气营两清，只有把好气营关，才能阻断病势的发展，防止病邪进一步内传营血，使其越期而过。故清气凉营合剂在用石膏、知母、银花、鸭跖草等清气的同时；并取大青叶、大黄、赤芍等以凉营解毒，气营两清，取得明显的退热效果。

2. 入营仍当透热转气：出血热发热期证见气营两燔者，固当清气与凉营并施，审其主次用药。即使气分邪热内传入营，亦应在凉营药中参以透泄，分消其邪，使营分之热转出气分而解；以防邪热进一步内陷心包，或热盛动血，此即叶天士所谓“入营犹可透热转气”。清气凉营合剂之用银花、野菊花、鸭跖草、升麻等，即取其轻清宣气，透邪外达之意。

3. 早期即应釜底抽薪，直下里热：由于本病在发热期邪热

往往直趋中焦，里结阳明。如不祛其有形热结，里热炽盛，邪无出路，势必内陷。故在清气凉营的同时，还当直下里热，釜底抽薪，以保津存阴。清气凉营合剂中之大黄，功能苦寒泻火，通腑泄热，药后一般每天大便有3～4次，最多达6～7次，每次约100～200毫升。得利后自觉腹中舒适，身热随之递降，且未发现导致及加重低血压的情况，这与“温病下不嫌早”的论点是一致的。

4。凉营必须与化瘀并重：温邪入营，血为热搏，故多血热与血瘀并见。临床大多数病例有不同程度的微循环障碍，部分病例有较明显的出血倾向，因此治疗宜凉营与化瘀并行，以使瘀热得到分化。从营入血，动血出血者当宗天士之意，重用凉血散血法。如能及时合理用药，可以防止蓄血和大出血的发生。清气凉营合剂用赤芍、大黄、大青叶，意在加强清营解毒与活血化瘀的协同作用。据临床观察治疗组无1例发生出血，而对照组有4例发生出血，提示凉营化瘀有改善微循环，防止多系统出血的作用。

经方治验三则

岳 伟 德

〔作者简介〕 岳伟德，男，64岁（1923年出生），江苏省淮安县人。1957年毕业于江苏省中医学校医科师资班，评为优等生。同年分配到河北中医学院任教，担任伤寒教研组组长。1965年到天津中医学院任教。1969年担任内、妇、儿科教研组副组长。1976年担任河北医学院中医系伤寒教研室主任。在临床对诊治消化系统疾病有专长。参加编写了《新编伤寒论》、《中医自学丛书》伤寒论部分章节及内科学部分章节、《现代医德学》。撰写论文数十篇。其中“对祖国医学精神因素致病的认识”一文，发表于《医院管理》（1983年第十期），曾获全国科学技术优秀论文奖。曾任河北省中医院副院长，现任主任医师、副教授。

《伤寒杂病论》成书于公元三世纪初，之所以成为中医经典著作，原因较多，最根本的一条是它完全从神学束缚中解放出

来，《伤寒杂病论》没有宗教迷信思想，没有神学学说，提倡科学，不信鬼神。这反映了张仲景的学术观点具有唯物论和辨证法思想。正因为如此，医学在同神学斗争过程中获得了发展。这种情况决不是偶然的，是符合社会发展规律的。正如恩格斯所说："人们远在知道什么是辨证法以前，就已经在辨证地思考了。"（恩格斯《反杜林论》140页）该书相沿至今已有1700余年的历史，仍能有效地指导临床，经得起实践的检验，为国内外中医学者所推崇。清代名医吴谦曾给《伤寒杂病论》以高度评价，他说："开万世之法程，诚医门之圣书。"此言颇为中肯。笔者从事医疗，教学数十年，对经方的运用稍有心得体会。借此良机，奉献经方治验三则，或许为争妍斗奇的百花园里增添一点色彩。不妥之处，尚希予以指正。

一、干姜黄芩黄连人参汤治胃热肠寒证

【病案1】 吴××，女，29岁。1975年8月18日初诊。

主诉及现证：腹泻数年，夏秋尤甚，多方医治无效。今夏以来，腹泻加重，肠鸣，便如清水，严重时入厕无度。食少纳呆，四肢无力。又因饮羊奶过多，自觉胃脘痞闷胀满，有烧灼感。恶心呕吐，五心烦热。近数日面部发烧，口干，鼻燥，牙痛，头痛，心悸，自汗。身体日渐消瘦。舌质红、舌面有溃疡，脉沉细无力。此为阴阳格拒，胃热肠寒证，治宜寒热并用，清上温下。用干姜黄芩黄连人参汤主之。

干姜20克，黄芩10克，黄连9克，党参15克，茯苓10克，白术6克，甘草6克，木通6克，连翘9克，木香6克，竹叶6克。

方中黄芩、黄连、竹叶、木通清热利尿，引上焦热从小便排泄；干姜、党参、甘草温阳散寒、益气补中，恢复中焦升降之机。佐以茯苓、白术健脾利湿，木香厚肠止泻，连翘清热止呕，并能消除舌面溃疡。连服3剂，后又以此方略有增减继服3剂，

诊。

主诉及现证：于1958年患胃痛（西医诊为十二指肠溃疡），十多年来经常发作，近20天因情绪不佳，胃脘胀满而痛，呈持续性，痛势扩及两胁，时吞酸嘈杂。平时食少，饥时痛甚，进食或局部加压则痛缓，恶冷饮，得热敷有明显舒适感。形体消瘦，周身倦怠无力，面色不华，舌淡苔薄白，脉弦细无力。证属虚寒性胃痛兼肝胃不和，治以缓急止痛，温胃散寒，佐以舒肝理气。芍药甘草附子汤合左金丸加减化裁。

杭白芍30克，甘草10克，制附子12克，片姜黄9克，制香附6克，川楝子6克，上川连6克，淡吴萸5克，淡干姜6克，党参15克，炒白术10克，玫瑰花6克。3剂。

12月22日复诊：药后胃脘胀满痛显著减轻，呈间断发作，部位局限于胃脘，两胁痛已消失，仍有轻度吞酸嘈杂之感，饮食略有增加，二便正常，舌淡少苔，脉沉迟而弱，中焦虚寒为主，治以芍药甘草附子汤合黄芪建中汤。

杭白芍30克，炙甘草10克，制附子9克，炙黄芪20克，川桂枝6克，淡干姜6克，煅瓦楞子12克，砂仁泥3克。

12月25日三诊：服药三付，胃脘痛及吞酸嘈杂均消失，饮食显著增加，精神好转，舌淡红苔薄白，脉沉细而迟。继服22日方三付，以巩固疗效。74年1月20日，学生随访云：胃痛至今未发，近期治愈。

分析：此胃痛病程较长，胃阳不足，寒从中生，寒性收引凝滞刺激于胃则挛急而痛。得热敷或加压，可使寒邪解散而胃痛获得暂时缓解。《素问·举痛论》云："寒气客于肠胃之间，血不得散，小络急行，故痛，按之则血气散，故按之痛止"。饥时则痛甚，系因胃中空虚，寒凝益甚，进食后胃气得养，寒邪得散，胃痛亦随之缓解。这正是虚寒性胃痛的主要特征。

李东垣《脾胃论》说："胃为十二经之源，水谷之海，平时

则万化安，病时则万化危，六府乃承胃气而生，胃病则六府俱病，六府俱病，则皮肤、血脉，筋肉不得滋养，则全身俱病。”本病例之形瘦体倦，面色不华，脉弱无力等皆胃虚纳少，饮食营养的消化吸收发生障碍，生化之源不足，气血双亏的结果。

复因情绪波动而胃痛加剧，且扩及两胁作痛，此无他，肝气犯胃促使溃疡活动所致。生理状态下，肝气条达，心情舒畅，则气血调和，精神振奋，胃肠的消化吸收与排泄亦因之而趋于正常。若违反这种特性，一旦肝气怫郁，横逆犯胃，最易引起胃脘挛急而痛。并扩及两胁，此亦为较常见之肝胃气痛证。

综观以上分析，本病例以中焦虚寒挛急而痛为本，肝气犯胃为标。故首先采用芍药甘草附子汤，目的在于芍药、甘草缓急止痛，附子、干姜温胃散寒，佐以川楝子、片姜黄、香附、玫瑰花疏肝理气，标本兼顾、继之以黄芪建中合芍药甘草附子汤温中补虚，缓急止痛以收全功。

三、厚朴生姜半夏甘草人参汤治脾虚气滞腹胀证

【病案3】 张××，男，45岁，工人。1972年5月12日初诊。

主诉及现证：病已两年之久，每于食后腹部胀满，甚至坐卧不安，痛苦异常，排气稍减，或有不眠之时，腹壁触之柔软，微痛，不知饥，食少，大便溏软，日二三次，舌淡少苔，脉沉弦。证属脾虚气滞，用厚朴生姜半夏甘草人参汤消补并行。

厚朴15克，生姜5片，半夏9克，甘草6克，党参15克，白术10克，枳壳6克，焦山楂10克，陈皮10克。

方中厚朴、姜夏行气除满；甘草、党参补脾益气，所加枳术丸亦消补并行之义。主方不变，随证略有增损，连服20余剂，始告痊愈。

分析：此病证症状很具体。脾主运化，脾阳虚不能运化，气滞不通，拥而为满，以致腹部胀满。从胀有轻时或有时不胀，

便溏等证，可知其并非实胀，乃虚实并见之证，脾阳不振，失于运化此为虚；气滞不通，拥而为满此为实。当用《伤寒杂病论》厚朴生姜半夏甘草人参汤消补并行，即健脾补虚以消胀满。符合《内经》“塞因塞用”的治疗原则。

仲景设此条专为杂病立法，非为外感病而设。正如柯韵伯说：“此亦理中之剂欤？若用之于太阳汗后是抱薪救火”（见《伤寒附翼》）。根据临床实践，只有杂病中才有脾虚气滞之腹胀，外感病中是没有的。

介绍内病外治验方十则

查 少 农

〔作者简介〕 查少农，男，83岁（1904年出生），安徽省庐江县人。出身于中医世家，从小耳濡目染，秉承家风，治病以“简、便、廉、验”为原则，善用单方、草药、针灸、推拿和外治法，早年在安庆市应诊，后来行医于重庆成都等地，还亲自进山采药，又节衣缩食购买中药标本，共积生药标本4000余种，曾受南京中国特效药研究所之聘，任中药临床实验组研究员，开展对抗疟、抗肺结核的临床验证工作，取得一定成果，参与在芜湖创办安徽省中医进修学校，后迁合肥改名安徽中医学校。主持教务，兼教医史、针灸和中药等课程，主编了《简明实用针灸治疗学》、《针灸疗法入门》、《增图神农本草经通俗讲义》、《单方草药选编》等书，并参加《安徽中药材》、《安徽中草药》、《针灸学辞典》、《医学百科全书针灸分卷》、《简明中医辞典》、《中医大辞典》等书编写工作。现任全国中医学会安徽分会副会长、安徽省针灸学会

粉，但不漏下为佳。倘治孕妇患疟疾，药棉球宜放在颈后大椎穴上（即颈后第七颈椎下与第一胸椎上之骨节缝中）为妥。

八、治妇女阴道滴虫作痒难忍方

药物：鲜桃树叶150克。

制法：将桃叶放在砂罐内，加入清水1000毫升，放在火上煎汁，待温用。

用法：嘱患者坐浴或冲洗，每日早、晚各1次。通常连续坐浴3～5天可愈。

九、治妇女宫颈糜烂久不愈方

药物：紫草根9克，川黄柏15克，生大黄15克，麻油150克。

制法：先将前三种药放在小铁锅中，次将麻油倒入浸泡半天，再放在火炉上炸枯去渣，待温，将油装入有盖的玻璃瓶中贮存；同时用消毒脱脂棉做成如荸荠大之棉球十个，并以消过毒的棉线十根，分别将棉球扎好，留约一尺长的线头，放入药油中浸泡1天后，开始用。

用法：每晚临睡时，取浸透药油之棉球一个，塞入阴道深部宫颈处，留长线头在外，并用消毒棉花适量堵住阴道口，并拴上月经带就寝，翌日拉长线取出药棉球。通常连治7～10次可痊愈。

附注：如用茶籽油炸药，则收效尤速。

十、治小儿受寒水泻不止方

药物：白胡椒5粒，炮干姜1克，正官桂1克，炒雄黄粉1克。

制法：上列各药，共碾成极细粉，用脱脂棉薄裹如小球状备用。

用法：将药棉球放在患儿脐孔中，外用胶布贴紧，并用手指在胶布外面对准脐孔按一下。通常上午贴后，下午腹泻即逐渐减少次数，晚间即停止泄泻。次晨即可将所贴之药去掉。

临证心得点滴

赵 清 理

〔作者简介〕 赵清理，男，65岁（1922年出生），河南省邓县人。从事中医临床和教学工作已40余年，对中医内科及妇、儿科诸病的治疗有很多独到之处。部分经验总结及论文曾刊载于有关杂志，其中《试论伤寒论中保胃气的学术思想》一文，曾在日本东洋医学杂志上发表。主要著作有《临证心得选》。曾任河南中医学院中医系主任、附属医院内科主任等职，现任张仲景国医大学校长。

医者必先谙《内经》、《伤寒》、《金匮》等经典医著，才能明达中医学术渊源，掌握中医理论的科学内核。余在行医生涯中，即宗此法，先从学习经典医著入门，后渐学涉诸家。至其临证，余常奉仲景之旨为圭臬，且多斟酌于李东垣、张景岳、绮石、叶天士之间，而对东垣著作的研究尤为加意。

一、除瘤疾，法逍遥补中益气

余在长期的临床实践中，多究治于内科杂病及疑难病证，逍遥散和补中益气汤，乃吾平生笃爱之剂。

1.疗诸郁、逍遥加减：关于“郁证学说”；余在学习、总结了张景岳五气之郁和情志之郁的说法之后，进一步认识到，人之一身，惟赖内外相应，五脏气机协调，气、血、津、液流畅，升降出入不悖，才能百病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人病多由乎郁。“郁者，滞而不通之义。”它不仅包括七情所致的狭义郁证，并且也概括了血瘀、痰凝、湿阻、火伏、食积等积聚而不得发越的特点。其临床表现大多隐晦不著，复杂内蔽，患者自觉痛苦明显，莫可名状，医者则感到辨证茫然，无从理出头绪，这是尚处于郁而未发阶段的情况。若因循徘徊，延宕日久，则郁证乃发而明现于外。如气郁日久，为厥为热；血郁日久，为瘥为臌；火郁日久，为衄为痈；湿郁日久，为饮为肿；痰郁日久，为核为疬；食郁日久，为疳为积。由此可见，郁证具有多变性，常可致发多种内伤怪病。但诸郁之间，以气郁最关重要，盖气行则血行，气运则津化，痰、湿、血、食、火诸郁皆随气机的周流畅行而自行消除。因之，余对于某些病机难辨的内伤病证的治疗，擅用舒通气机之法，以调气为先着，治宗和法，方遣逍遥。

【病案1】（呃逆肝胃失和） 赵××，男，61岁。1982年秋初诊。

患者四年前与其儿媳发生口角，遂出现呃逆，胸胁胀满，食少头晕，经用宽胸镇潜之剂及有关西药治疗，可暂缓一时，药停仍发；后又多方求治，终未根除。近3个月来，症候益趋恶化，摩揉鼻翼或触按其脉，则呃声连连，良久乃止；背部有如掌大奇痒不止，搔之则呃声甚厉，烦惋之极。一阵呃后，每吐出少许痰涎，脉象甚弦。察脉聆音，审症求因，知为情怀不舒，郁怒伤肝，

肝气逆乘于胃，胃气上冲则病呃逆；胃气久不和平，聚湿生痰，痰随悖逆之气上壅，故胸满吐涎。向日宽胸镇逆，非其治也。宜疏肝和胃为主，兼以化痰降逆。方用逍遥散加半夏，佛手、丁香。服药4剂，胸胁快利，呃发次数减少。又2剂后，触鼻、按脉，搔痒时皆无呃声出现，食增意惬，苦疾获疗。

按语 临床治病，遣方用药务须灵活。余调治内伤所常用的逍遥散，就有如下增损法：感冒发热、鼻塞、咳嗽者，原方去当归、白芍，加荆芥、杏仁、桔梗；春天顺应少阳升发之性，每于方中重用薄荷，另加葛根；肝旺而生升太过者，则重用白芍，另加钩藤、旋复花。脘腹胀满加厚朴、佛手。肝郁血虚，经后腹痛者，原方去薄荷，加熟地；治胁腹疼痛，以原方加金铃子散；治偏头痛，雀目、鼻渊，以原方去生姜加蔓荆子、菊花、辛夷花、密蒙花；胁痛偏于左者，加郁金、青皮；胁痛偏于右者，重用白芍另加片姜黄；惊恐者去薄荷、生姜，加珍珠母、硃砂。凡此加减运用，临床疗效颇为显著，洵属余得心应手之法也。

2.治内伤，补中为法：余从长期的理论研究和临床实践之中，认识到脾胃学说是中医基本理论的重要组成部分，因而在崇尚东垣的同时，注意撷取众家之长，认为丰厚仓廪，悦脾馨胃，乃是治疗疾病最根本的法则。余在李东垣《脾胃论》的启迪下，对脾胃为后天之本，气血生化之源，阴阳升降之枢的论点，最有领略和运用，故对于临症中属于沉疴痼疾，症情复杂者，则依“上下交病治其中”的说法，以理脾胃、升中阳为治疗大法，方用补中益气汤加减告功。

【病案2】 消渴（糖尿病） 张×，女，42岁。

患糖尿病6年余，经中西医长期治疗，时轻时重，前治多用甘寒清滋之剂，致现中虚不运，无力输布之象：纳差痞满，发热恶寒，心烦失眠，神形疲惫，脉虚大。尿糖（＋＋＋），血糖160毫克/dl。审其症，极似李东垣在《脾胃论》中描述的那种阳虚于外、

清陷于下所致的“气高而喘，身热而烦，其脉洪大而头痛，或渴不止，其皮肤不任风寒而生寒热”的阳虚发热证，因拟补中益气汤原方以健脾升清。连进20余剂后，诸证消失，尿糖转阴，迄未复发。

【病案3】 疝气（脾肾阳虚） 段××，男，68岁。

患疝气已12年。多因劳重而发作，发则左侧鼠溪至阴囊胀大，按之咕咕有声，稍事休息或用手上举即可回缩。前医论治，以为外阴属足厥阴肝经之行所，故多从调理肝气着手，药用荔枝核、橘核、乌药、大小茴之辈，结果症情依旧。某日病又作，疼痛难忍，至某医院诊为“嵌顿疝”，动员住院手术。病者未允，复求他医诊疗，予三层茴香丸方作汤剂，数剂不瘥，反增呕吐，其痛益加，爰医于余。望之，面容痛苦，屈腹呻吟，形瘦色苍，冷汗淋漓，触其手足甚冷，阴囊胀而不坚，三日来呕吐少食，舌质瘦而质淡、苔白津润，六脉沉细如丝。此系命火式微，火不燠土，中阳不振，大气下陷。设再进疏利伐气之品，必益甚其陷。脾肾阳虚至重，殊为可虞，宜益气回阳，升陷举坠，急投以补中益气汤（易党参为红参）加肉桂、制附片、枳壳，3剂，水煎俟温少少与之。一服呕止疼减；二服而囊内咕咕作响，手举之，即慢回缩；3剂用讫，复以补中益气汤原方连服30剂；苦疾得除。

按语 余治疗内伤杂病重视调理脾胃，不仅反映在遣方善用补中益气，更在运用药量方面，常视其脾胃功能的强弱而或大或小。余常这样认为：脾胃乃后天之本，气血生化之源，生气受戕，则怯弱难复。因此对于中虚患者，在处方时药量辄轻，宁肯再剂，不愿重剂。病见热象，不轻易用芩、连等大剂苦寒伐中之品；阴亏血乏，亦不随便滥施熟地、阿胶滋补而滞脾腻胃，总在考虑脾胃的接受能力而合宜择用。

二、救急证，重祛邪标本兼理

对于临床急证的处理，余以为必有胆有识，有攻有守。皆

知，急证可消可补，而余于始治辄投以量大功专之品务除其邪，这犹如将军之挥戈退敌，敌退我安；俟邪祛大半，正气有伤，向愈趋势既定，则扶正与祛邪并施；病至后期，正气大伤，消补之中，余常以补为主，着重于中焦的调理，以固疗效。

【病案4】 急黄 周某，男，24岁。1976年10月31日初诊。

1976年6月，患急性黄疸型肝炎，在某县医院住院，经用中西药治疗4个月，病情反趋恶化，于10月20日转入郑州某医院治疗。经检查诊为“亚急性肝坏死。”治疗10日，病无好转，高热40.8℃，大便色灰质溏薄，尿少色黄赤，呕恶频作，昏迷不醒；黄疸指数增至230单位，邀余诊治。

证见：身目颜面深黄色，身热灼手，口干而唇黯皱裂，饮食点滴不进，腹水明显，神昏不安，时有谵语，大便干少，气臭难闻，小便短赤，舌质红绛、苔黄厚而燥，脉滑数。证属急黄（湿热化火）。此乃湿热之邪，郁久不解，必交结化火，进而邪热内燔，毒滞血分，心神被扰。治宜凉血解毒，清热利湿退黄。处方：金银花60克，连翘30克，板蓝根30克，绵茵陈45克，栀子15克，生大黄10克（后下），蒲公英30克，柴胡30克，佩兰20克，郁金10克，丹参60克，黄连15克，丹皮20克，泽泻15克，白茅根60克，水煎1剂（煎汁300毫升），1次急服。以后日服1剂。

11月3日复诊：体温38℃，神识稍清，病有起色，上方稍作加减。3剂。日服2次，每次煎汁约300毫升。

11月6日三诊：体温降至37.5℃，大便色黄质软，小便色黄，腹水减轻，神志清醒，能进少量流质饮食，舌红苔黄，脉弦数。黄疸指数110单位。此乃里热仍存，治宜继守清法。处方：金银花60克，连翘20克，川楝子9克，板蓝根30克，绵茵陈30克，栀子12克，柴胡20克，丹参30克，赤芍10克，云茯苓15克，

白茅根30克，川朴10克，泽泻10克，车前子12克（包），生大黄12克（后下）。6剂。水煎服。另用美人蕉根60克，煎水作茶频服。

11月12日四诊：黄疸渐退，腹水大减，每餐可进流质食物100克，胁痛隐隐，小便微黄。处方：金银花15克，板蓝根30克，绵菌陈12克，柴胡15克，香附9克，白芍15克，丹参30克，川朴9克，泽泻9克，大腹皮20克，生栀子9克，木香6克，焦术15克，6剂，水煎服。另用美人蕉根60克水煎，渴即饮之。

11月18日五诊：病情转安，体温正常，已能独自下床活动。身目微黄，腹部时胀，右胁隐痛，口苦，食欲不振，身倦乏力，小便黄，舌红苔黄，脉弦滑。处方：板蓝根20克，绵茵陈20克，云茯苓15克，白术15克，金钱草20克，木香6克，青皮12克，香附15克，大腹皮15克，桃仁9克，甘草6克，美人蕉根30克。水煎，每天1剂，连服半月。

12月10日六诊：黄疸已退，胁痛亦止，唯食欲尚差，夜间稍觉腹胀，当以调理肝脾为治。处方：当归12克，白芍9克，柴胡12克，云茯苓15克，白术15克，木香9克，半夏9克，陈皮9克，太子参9克，五味子9克，甘草6克，水煎，每天1剂。

12月22日七诊：上方连服12剂后，病情基本稳定，唯精神欠佳，自觉疲倦无力，化验检查黄疸指数及肝功能均正常。为巩固疗效，处下列药物，令患者返里续服，并嘱其饮食适宜，注意休养。处方：党参12克，白术12克，云茯苓10克，青皮、陈皮各9克，绵茵陈6克，柴胡6克，丹参15克，香附9克，五味子9克，炒山药24克，炒薏仁15克，甘草6克。

后来信告知，连续服药半月余，病告痊愈已上班工作。近7年病无再发。

按语　亚急性肝坏死，属中医学急黄范畴，其发病急骤，病情重笃。辨治这种疾病，应着重抓住脾胃肝胆这四脏，尤当注意调

理脾胃之机，标本循序，多法合用，每可救治。本患在其危急之初期，余根据《诸病源候论·急黄候》中“脾胃有病，谷热郁蒸，又为热毒所加，故卒然发病，心满气急，命在顷刻，故云急黄也”的记述，结合具体病情，以为邪实为重。因立意攻邪，采用清热解毒、活血化瘀、利湿退黄之法以治其标。特别是生大黄的择用，一方面可泻火凉血以清神志与退黄，一方面能荡涤肠结毒聚而除毒源，最与病机合宜。当病者神清，体温转常，腹水大减时，说明邪已驱除大半，正气有伤，因于方中加入党参、白术以攻补兼施；至于后期治疗，则是从扶正培本、调和肝脾入手而告功的。

四逆散的临床运用

钟 耀 奎

〔作者简介〕钟耀奎，男，79岁（1908年出生），广东省新会县人。是近代岭南医家陈伯坛的入室弟子，深得老师的真传，对《伤寒论》、《金匮要略》有很深的研究，业医数十年，在临床和理论上均有较高造诣，擅长于内科杂病，尤其呼吸系、消化系、心血管等更有独特经验。近年来注重肝炎的研究，取得可喜的效果。现任广州中医学院副教授。

四逆散是由柴胡、白芍、炙甘草、枳实等四味药物配伍组成的，具有调和肝脾、矫正胃肠功能、和解表里的作用。用治热厥，或胸、胁、脘、腹痛，胃纳不好，大便不正常，或泄利下重，是一个临床上常用的方剂。根据个人体会，把它的配伍组成

的方义和临床运用，分述如下。

一、四逆散配伍组成的方义

四逆散是从柴胡汤的加减法复加减而组成的，出于《伤寒论》少阴篇。原是“少阴病，四逆，其人或咳、或悸、或小便不利、或腹中痛、或泄利下重”的主方。“四逆”，是以大汗出，四肢厥冷为主证，又称“厥逆”。四逆散不是少阴药，为什么“少阴病，四逆”，不用四逆汤而用四逆散？因为“厥逆”分有“寒厥”和“热厥”两个不同的证候。“寒厥”是阴寒过盛，阳气衰微，证见大汗出、四肢厥冷、口舌俱淡、白滑苔、脉微细；治以温阳救逆固脱为主，用四逆汤、白通汤之类。“热厥”是肝脾失调，热邪郁在中下二焦，压抑脾阳，脾阳不振，脾主四肢，则不能外达四肢，表里不和，因而构成“热厥”。证见也是大汗出，四肢厥冷，但口干苦，舌质红，黄苔，脉弦细而数；在治疗上，如果用温阳救逆，则内热更炽，用苦寒清其内热，寒主凝闭，则脾阳更受压抑。因为“热厥”是以表里不和，脾阳不能外达是主要矛盾，应该和解表里，使脾阳外达，才能解决这个矛盾。脏腑经络是相互依存、相互制约的。六经中，少阳是长于转枢，它能代偿转枢诸经。换句话说，即是其他五经中，任何一经的经气转枢功能受障碍，少阳就可以起着代偿的作用。脾为太阴，太阴转枢功能已受障碍，便可借少阳转枢以促进脾阳外达。小柴胡汤是转枢少阳，和解表里的主方，但小柴胡汤的作用，主要是用在热邪郁聚胸胁，证见“往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕”。而“热厥”则热邪是趋聚于中下二焦，没有“寒热往来”等小柴胡证。病位和证状不同，矛盾不同，用小柴胡汤不适宜。大柴胡汤虽然是用于“热结在里”（中下二焦），但“热厥”没有“呕不止，心下急，郁郁微烦”；“往来寒热”以及“心中痞鞕，呕吐而下利”等大柴胡汤证，病位虽同，而证状不同，大柴

地位，居上焦，主诸气，司呼吸，主通调，在生理状态和病理变化中是个主角。肝为藏血脏器，性喜条达而主疏泄，对人的意识形态、声色笑貌有着极其重要的作用。肝与肺在生理和病理方面又有其制约与乘侮之变化。例如肺气宣降，肝气条达则百脉通畅，精神愉快，肺失宣降则影响肝气条达，肝失条达可危害肺气宣降，喻嘉言的金伐木荣之说和朱丹溪的木火刑金之论，深寓此意。

一、治病之道，以气为主

人之有生，全赖此气，治病之道，以气为主。余本此理论，对疾病的发生、发展、转归都注重脏腑的气化功能和气机的运展。因此在治疗疾病时，尤注重肝肺气机的宣降条达。肺朝百脉，气贯五脏，为宗气出入之所，气机升降之枢。肺失宣降，人体血液流行周身，全赖肺气的输送，精神面貌的焕发，全靠肺气的运转。所以前人说“肺主诸气，运行不息，如天行之健也。”，又云“诸气臌郁，皆属于肺。”，这说明肺气关系人体的生理状态和病理变化，未可须臾相离了。

肝主疏泄，性喜条达，主藏血液，为情志调节之枢。内脏诸气的舒展、气血的和平、精神的活跃、水谷的代谢、皆有赖于肝气的条达疏泄。肝肺之气调，则诸气皆调；肝肺之气乱，则诸气皆乱。气乱生诸病，诸病在发生、发展、转归过程中，易乱于气。所以许多疾病，都与肝肺气机不达，有着这样或那样、间接或直接的密切关系。有些疾病，多方治疗无效，我每从舒肺达肝着手，轻拨机关，把握应变，取得满意疗效。

二、运用通展，药贵轻灵

气血以通行展运为顺，展运之法，不在重剂，妙在根据脏腑的生理特性，寻其郄窍，轻拨机关，则一滴机油，千钧可转。特别是舒展肝肺气机，用药尤重轻灵。盖肺为娇脏，不耐寒热，清

虚之体，难任厚味；肝为刚脏，不胜燥烈，舒柔之质，难负滋腻。故凡大苦大寒、大温大热、大辛大燥、大甘大腻之药，皆非所宜。欲使肺舒肝达，必须注意寒温适中、宣补适中、滋养适中、疏利适中，才能遂其宣降条达之性，在这方面，我是深有体会的。我日常处方，多用黄芪、北沙参、桔梗、甘草、桑叶、枇杷叶、银柴胡，浙贝母、青蒿草、白头翁、白芍、地骨皮、川楝子、香附、防风、荆芥……等辛平甘润，轻清灵活之品。由于黄芪、北沙参合用、不寒不热，味薄气清，补肺益气而不壅滞；桔梗、甘草苦甘合化，开提肺气而不耗散；白芍、地骨皮甘寒清润，养血柔肝而不滋腻；香附、川楝子行血中气滞，气中血滞，疏肝解郁而不温燥；桑叶、枇杷叶、银柴胡、浙贝母、青蒿草、白头翁均皆清凉灵活，清肺凉肝而不遏郁；防风、荆芥辛平甘润，宣畅肝脾而不辛烈。药不在多，贵在精灵，识此妙法，泛应曲当。

三、舒达肝肺，兼顾其它

百病生于气，以气郁为多，气郁诸病，又以肝郁不达者为多，肝郁不达，又以肺气不畅者为常见。肺气不畅，与肺虚无力有关；肝郁不达，与肺虚不宣有关；欲开肺气，必须补肺；欲达肝气，必先舒肺；补肺才能制肝，舒肺才能达肝。所以我在舒展肝肺气机的处方中，几乎每方都是黄芪、北沙参、桔梗、甘草并用，一补一开，以舒张肺气。其中黄芪、北沙参均为等份，用量也较重，每剂为20～50克不等。由于平淡之药，非重用难建奇功。其它清肺、凉开、柔肝、疏肝诸药，则因证而施，不必悉用。并适当照顾兼症，根据病情，辅以它药，广泛用于许多病证。兹就治疗某些常见疾病的处方，例举数则，以示加减变通之法。

1. 治妇科疾病的常用方：黄芪、北沙参、桔梗、甘草、青蒿、桑叶、白头翁、丹参、香附。

女子以血为本，治妇科诸病，以理血为主，故四物汤为妇科

常用方。我意以调气为主，从肝肺着眼，制立此方以代逍遥散，因逍遥散药偏辛温，着重行气活血。妇科月经不调诸证，以肺虚肝郁，血热血滞者为多。此方以舒肺达肝，清肺凉肝为主；略佐丹参，活血行滞，用之临床，每收效验，这是在治妇科病，另辟一法。

2. 治痢疾的常用方：黄芪、北沙参、桔梗、甘草、青蒿、枇杷叶、白头翁、白芍、黄连、焦山楂。

肝热下迫，热痢下重，用黄连、白芍、白头翁、焦山楂，这是常法，伍以黄芪、北沙参、桔梗、甘草、青蒿、枇杷叶，舒肺达肝，清金平木，上下同治，古方新法，寓意其中，学斯道者，当须识此应自励也。尿道感染，尿频尿急，与痢疾同源异流，亦守此法，去焦山楂、青蒿、批杷叶，加桑白皮，地骨皮，银柴胡清热息风养肝肺之阴，白茅根清利湿热、制止频急。

3. 治湿温病湿遏热伏的常用方：黄芪、北沙参、桔梗、甘草、青蒿、浙贝母、山栀子、厚朴、石菖蒲、白茅根。

湿温病，一般多是以三仁汤、甘露消毒丹加减，从历年临床实践经验中，我认为，湿温病是湿遏热伏，气机不畅，三焦不利之证。不益气宣肺，气机何以通展，湿热何以透达，不舒肺达肝，三焦何以通利，湿热何以下渗，因而制订此方，以治湿温病湿遏热伏，肺虚不透，用三仁汤，甘露消毒丹之无效之证。此方除有三仁汤开上、畅中、渗下和甘露消毒丹清热化湿之功外，还具有益气透达之力，用之得当，效若桴鼓。

4. 治胃脘疼痛的常用方：黄芪、北沙参、桔梗、甘草、白芍、玉竹、麦冬、石斛、丹参、川楝子、延胡索。

胃脘疼痛，由肝热犯胃者颇多，肝郁化火，灼伤胃阴，久则阴伤血竭，胃络受损，逐渐功能失常。此证属于肝气不达，郁火不清，胃阴不复、血络不通、愈伤愈干。本方以养胃之品，收清肺柔肝之功；益气开肺之剂，收达肝和胃之用，佐以金铃子散，活

血止痛。余以此方为基础，随证加减，用治肺虚肝郁，阴液受伤，胃络失养的胃脘疼痛及萎缩性胃炎患者，颇有疗效。

5．治坐骨神经痛的常用方：黄芪、北沙参、桔梗、甘草、桑寄生、玉竹、生地、熟地、龟胶、黄连、三七粉。

肝主筋，肝郁化火，灼伤阴液，血不养筋，则筋脉痿痹疼痛。余对此证的治疗，首应开肺，肺气不开，则肝气不达，郁火不清；肺气不开，输泄无权，则津液不布，筋脉失养。余积40余年的临床经验，以此加减，治疗某些已用祛风湿、利关节及舒筋活络之药无效的坐骨神经痛患者，而收治效。喻嘉言治痿证，有“金伐木荣”法，着眼肺热，余侧重肺虚，源同流归，或可为补前人之不足。

6．治精志所伤，悲忧气消、精神痿颓，神志昏愦、甚则惊恐易怒，烦躁闷乱方：青蒿、黄芪、北沙参、甘草、桔梗合甘麦大枣汤、酸枣仁汤加减。

悲忧伤肺，肺气无权，肝气不升，脾气不运，心气不调，五脏气馁，势所必然。但肺为主气之枢，肝为精神调节之所，肺运无权，肝气不达，肝郁化火，则情志暗伤。故治此证，当以宣畅肺气，条达肝气为主，适当辅以运输脾气，和调心气之品。肺气无权，肝气不达，专于安神镇静是无济于事的。故于甘麦大枣汤、酸枣仁汤醒脾养肝的基础上，重用川芎，振升肝气，配以黄连泻火平木，更加黄芪、北沙参、桔梗、甘草运输肺气，气机一转，五脏活跃，精神自振。

运用桂枝汤的临床体会

姚 培 发

〔作者简介〕 姚培发，男，6[illegible]岁（1921年出生），上海市人。30年代求学于沪地高等中医学府，1942年秋毕业于上海中国医学院，此后业医。1952～1962年在上海市公费医疗第五门诊部任内科医师、内科副主任、门诊部副主任。1962～1978年任上海中医学院附属龙华医院内科副主任兼教研组副主任。执行医务、教学研究工作迨40余年。谦虚好学，注重实践。能不为学派所限，广泛吸取各家之长，颇赞扬仲景医学、医德，崇尚仲景方药之术，亦很欣赏张景岳之温补学说，运用两家之长溶于一炉，擅长于杂病调治。曾编写《医学百库全书》中医内科分册胁痛篇。近年来又参加防治老年病研究工作。现任上海中医学院附属龙华医院副院长、内科主任，兼学院中医系副主任、内科教研组主任。

汉·张仲景著《伤寒杂病论》（即今之《伤寒论》、《金匮要略》），在《内经》、《难经》的理论基础指导下，总结了汉以前的医学经验，结合自己的临床实践，运用六经证治和经络脏腑病证，创造性地确立了中医学辨证论治的完整体系。因此是一部理、法、方、药齐备，理论指导实践的医学典籍，是我们学习与研究中医学、继承和发扬中医药学遗产的重要文献之一。

综观《伤寒论》113方，《金匮要略》194方，沿用桂枝一药的方子，约占百分之三十左右，可见仲景在治疗伤寒和杂病时，运用桂枝这味药是相当频繁的。本人体会，桂枝治病作用广泛、药效稳定，且又药源丰富、药价低廉，值得临床上进一步的摸索。

考桂枝汤方於《伤寒论》，是由桂枝、芍药、甘草、大枣、生姜五味药组成。用以治疗太阳中风表虚证，其主要的病理机制是卫强营弱、营卫不和。其主药乃桂枝与芍药二味，盖桂枝配芍药，既有桂枝之发散而温通卫阳，又有芍药之敛阴而和营，二者相合，在发表中有敛汗之意，和营中又有调卫之功；生姜佐桂枝以解表，大枣佐芍药以和营，甘草取其调和诸药为使。桂枝汤治疗太阳中风，并不是取其直接发汗作用，而是在于调和营卫，营卫和则汗出，肌腠之邪也随之而解。

临床实践证明，在运用桂枝汤方药时，只要配伍确当、辨证明晰、随机应用，其作用是多方面的。若取桂芍为调和营卫之用，不加其它解表药，则服后并无明显的发表作用。而桂枝汤方中的生姜辛温，具有散寒解表作用，合甘草、大枣甘味之品，辛温发散为阳，对解表发汗则起了较大的作用。观夫桂枝汤方，生姜之量与桂枝同，均用三两（9克），就是这个原因。《伤寒论》桂枝汤方后注解："服已，须臾，歠热稀粥一升余，以助药力，温覆令一时许，遍身絷絷微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除……"。说明桂枝本身发汗作用不强，须借助于其他药物，同时，服药后还要歠热稀粥加热，衣被覆盖等取汗

谈瘀血

班秀文

〔作者简介〕 班秀文，男，67岁（1920年出生），广西平果县人，壮族。1940年于广西省立南宁医药研究所本科毕业，曾任乡县医务所医师、所长、县中学校医，县中医公会理事长，省民族卫生工作队医生、地区医院医师，中医学校、中医专科学校教师。自从迹身医林，即以内、妇、儿科为业，对妇科理论造诣较深，临床有独特见解，曾编写《中医基本理论》、《中医妇科讲义》、《班壮妇科医论医案》，发表论文50多篇，其中《六经辨证在妇科病的运用》一文为日本东洋学术出版社摘要出版。现任广西中医学院教授及各家学说、金匮要略、中国医学史综合教研室主任、广西医药卫生委员会委员、广西科协常务委员、中华全国中医学会理事、广西中医分会副会长、医史学科主任、南宁市中医学会理事长，全国妇科委员会委员、中华医史学会理事、广西高教学会理事、广西少数民族医药协会副会长。

瘀血，是体内一部分血液潴留停滞于一定处所的病症。根据瘀积部位的不同，凡流溢在经脉之外，积存于各个脏器及组织间隙的坏死血液，称之为“恶血”或“败血”；因血液的运行受阻，瘀涩在经脉管内或脏器内的称之为“蓄血”，如太阳病热邪与血搏结于膀胱，少腹急结、硬满的抵当汤证。

瘀，既是致病因素，又是病理变化的产物。在临床上有因瘀致病和因病致瘀之分，前者叫做血瘀，如产后气滞血瘀，经脉阻塞，恶露不下的血晕证；后者称之为瘀血，如跌仆损伤，月经闭止等而致之血液离开经脉或在经脉中停滞。但二者均属血行失其常度，治疗均不离活血、行血之法。

一、瘀血的形成

七情过极，外感六淫，跌仆损伤及出血处理不当等，都可以导致血液运行的失常，有的停阻经脉，有的停阻脉外。

七情过极：七情的活动，是人体对外界环境的一种生理反应，在正常的范围内，是不会发病的。但情志的活动，是以五脏的精气为基础的，如情志的活动过度，往往引起体内阴阳的失调，气血的不和，脏腑功能失常，经脉壅阻，血行停滞。正如元代朱丹溪所说：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，百病生焉”。朱氏此说，虽是泛指气、湿、痰、热、食、血六郁而言，但《素问·举痛论》有“百病生于气”的说法，可见气郁为六郁之首。

外感六淫：六淫之邪，为人体重要的致病因素，其中尤以寒、湿、热三邪对气血的影响最大。寒为阴邪，其性收引凝滞，能使血液凝聚。《素问·调经论》：“血气者，喜温而恶寒，寒则泣而不能流，温则消而去之。……寒独留，则血凝泣，凝则脉不通。”湿为阴邪，其性重浊粘腻，阻碍气机的运转，最易伤人阳气，阳伤则血行不利而积聚。热为阳热之邪，主升主散，热甚能迫血妄行，热极又能消耗津液，灼伤阴血，使血郁而成瘀。

后，咳嗽减轻，发热、痰血已愈，惟乃不时微咳，左侧胸部隐痛。隔5天之后，又咳出痰血，如此反复咳血已4次。能寐而多梦，胃纳尚可，二便正常，脉弦细而略数，苔薄白，舌边尖红。

按语　患者体形高瘦，为阴虚阳亢。火邪刑金之变，自用益阴、肃肺、敛血之法，药尚对症，故暂收止血之功。然止血而不化瘀，离经之败血，始终未除，瘀血不去则新血不生，所以胸胁隐痛，不时咳血。为祛瘀以生新，仍守原方，加入炒大黄6克、苏木15克。苏木甘平，为化瘀而不伤正之品；大黄苦寒，既能理气导滞，又有引降消瘀之功。患者连服3剂之后，果然胸痛顿消，咳血亦止。嘱自取鲜山药半斤至1斤（1天量）煮当菜吃，以调养脾肾之阴，连续半个月。观察3个月，病未再发。

【病案2】　产后血晕　梁××，女，30岁，教师。

患者平素心悸气短（经X光透视为心脏扩大）。第二胎产后，恶露量极少，色紫红，少、小腹胀满疼痛。第三天开始气息短促，神昏口噤，两手握拳，牙关紧闭，面色唇舌紫暗。脉迟而中止，止无定律。

按语　本例为新产之妇，症属有余，脉为不足，乃虚实夹杂之症。拟采用补气消瘀并施之法用独参汤（红参6克）送服失笑散6克，取独参汤益气生血，失笑散活血通窍。并针刺手厥阴心包经之中冲穴，以加强醒神开窍，促进气血流通。针入之后，患者果然苏醒。当天连续独参汤送服失笑散3次，以后转用生化汤出入化裁，以巩固其疗效。十九畏歌中曾有“人参最怕五灵脂”，个人认为人参畏五灵脂是常法，今根据病情而同用，这是变法，实是师法张仲景甘遂与甘草同用之意。

【病案3】　阳明头痛　陈××，男，36岁，干部。

1年来睡眠时好时差，入寐则多梦，头前额闪痛，入夜加剧，曾先后服过镇静止痛之剂（药名不详），仅能取效于一时，药力过后，头痛依然。胃纳尚可，大便干结，小便自利。脉沉而

有力，苔薄白黄，舌边尖暗点。

按语　头前额为阳明经所属，阳明系多气多血之经，此乃瘀热互结，上冲精明之府，所以头前额闪痛未已；血者阴也，故入夜加剧。用苦寒下夺，佐以活血祛瘀之法，以小承气汤加桃仁、红花、白蒺藜治之，连服3剂，头痛消失。继用人参养荣汤以善其后。

【病案4】　瘀血腰痛　王××，女，38岁，营业员。

3个月前患腰痛、尿痛、尿血，经西药治疗，尿痛尿血已好，但仍腰痛，不能久坐久站，下午潮热，口干而不多饮，入寐欠佳，胃纳尚可，大便正常，舌边尖有红点，脉细而略数。

肾主水而腰为肾之府，尿血虽好而腰痛未已，此属贻误之变；失眠、潮热、脉细而略数，又为水不足以济火之征。拟补肾之阴，佐以化瘀之法，用五子补肾丸加减。复盆子9克，车前子9克，五味子5克，女贞子9克，川杞子12克，鸡血藤18克，益母草30克，泽兰6克，地骨皮9克，旱莲草18克，南丹皮9克。守上方出入，共服12剂收效。

【病案5】　痛经　黄××，女，17岁，工人。

13岁月经初潮。1年来经前、经中小腹胀痛，痛过于胀，痛剧时冷汗出，唇面青紫，四肢凉而不温，经行三、四天后，下腹胀痛始行缓解。经行周期错后，量较多，色紫红有块；平时带下量多，色白质稀如米泔，无特殊气味；体形肥胖，胃纳，二便正常，舌苔如平，脉沉实。

其病证，乃寒凝血瘀之证，拟活血温通之法，以《医林改错》少腹逐瘀汤加减：当归12克，赤芍12克，川芎6克，五灵脂6克，蒲黄5克，肉桂2克，干姜5克，延胡索9克，益母草9克，小茴香3克。上方连服6剂，以后在月经将行之前服3剂，以3个月为一疗程。经服9剂之后，次月月经来潮下腹胀疼减轻，经色转红，夹血块亦少。前后共服15剂，月经即正常，观察1年，病

临证治验二则

梁　国　卿

〔作者简介〕 梁国卿，男，83岁（1904年出生），辽宁省新民县人。自幼好学，苦读十年，其间最后4年专攻中医典籍，卒业后又拜沈阳名医王文轩为师学习临床治疗和中药炮制三年。满徒后自设诊所业医。1956年被聘为辽宁省中医进修学校师资班任教，1959年到辽宁中医学院附属医院从事内科临床与教学迄今。有60余年丰富临床经验，尤擅长于治疗内科杂病。对治疗某些疑难病证确有独到之处，现部分治疗经验已装入电脑，运用于临床。诊余还撰写了《四诊纲要》、《用药须知》、《验案200例》等手稿20余万字，有的已发表。近年研制的“降糖丸”，经临床鉴定，疗效颇佳，已成批生产。现任辽宁中医学院附属医院内科主任医师。

一、急性肾小球肾炎

辨证：风湿水肿

方药：1.大戟甘遂枣汤。2.行湿补中汤加减。

药物制法：大戟25克，甘遂25克，大枣100枚，用水1斤半加入大戟，甘遂煮沸数10分钟以后，下入大枣以水煮干为度，去药取枣食之。第一次吃枣10枚，如泄隔日再吃10枚，如泄可酌减量，如不泄可酌情加量连续食之。

【病案2】 齐玉清，男，52岁，吉林省柳河县五道沟供销员。1977年7月13日入院，住院号19434号。

自诉患肝炎病已3年多，近3个月病情加重，腹部胀大，下肢浮肿，气短，食后憋气，胀饱加重，食尚可每次可吃2两。尿少，大便正常，体力软弱自己不能站立行走。门诊诊断为肝硬化腹水末期，收容入院。入院以后，初期用舒肝理气健脾等法不效，改用活血利气渗湿消胀法也无效，又用补气健脾分消法也不见好，结合用西药，双氢克尿塞，血浆等都不见好转，腹益增大。

会诊时其脉细数，面色黯晦，气息迫促，腹大膨隆高耸，按之尚软，腹围105厘米，尿少黄色，大便尚可，食欲尚好，但不敢多食，食入胀即加重，每日可食3～4两。

辨证：脉细数，面色晦黯，气息迫促，为病久气血已败；腹大膨胀食入加重，尿少色黄，为肝郁日久，损伤脾胃，水湿化热之象。拟定以健脾行气为主，使脾胃气运则水自行，而食亦可消。并佐以利气行湿之剂以观察之。

方药：党参50克，白术25克，云苓25克，香元15克，猪苓15克，泽泻15克，椰片25克，茅根75克，车前15克，黄瓜皮25克，灯心5克，大腹皮20克。水煎服。

观察1周一般平稳，无明显变化。

10月18日复诊：尿量稍增，饮食欠佳，疲乏如前。大便尚好，腹虽大而按之尚柔软。脉滑数。究其脉症略有好转，腹围仍105厘米。腹水不见消失，究久病体弱，不任攻伐消水之剂。用补养渗湿之剂，而水又难除，因此采用攻补兼施之法。用大戟甘

白虎汤的临床运用

盛　国　荣

〔作者简介〕 盛国荣，男，74岁（1913年出生），福建省南安人。16岁行医。早年任厦门市高中医师公会理事长，1949年后历任厦门市卫协副主任、省中医学会副会长、《医学百科全书·中医内科》编委、《全国高等中医院校教材》编委、福建医科大学中医系教授、厦门大学兼职教授。擅长于中医内科，对心、脑、肾等疾病有特长，主要著作有《内经要略》、《伤寒论浅释》、《温病要义》、《盛国荣医案选》、《茶叶与健康》等，发表论文80多篇，其中治慢性肾炎、高血压、痹证等论文摘要译成外文，交流国外。曾获中央卫生部、省卫生厅等奖励。现任福建中医学院副院长、教授。

白虎汤出自汉张仲景《伤寒论》和《金匮要略》，为历代治实热疾病的常用方剂之一，方中主药为石膏，《伤寒》、《金

辨证为阴虚发热，邪在气分，拟扶正祛邪，养阴清热法。在未发热时服处方1，在发热时服处方2。

处方1：沙参16克，太子参13克，黄芪13克，白术10克，陈皮8克，升麻5克，银柴胡5克，乌梅7枚，白芍13克，甘草3克。

处方2：粳米15克（先煎），生石膏60克（先煎），知母10克，沙参16克，麦冬13克，石斛16克，玉竹16克，淮山20克，银花16克，地骨皮10克。

以上各服3剂，热退神爽，饮食二便均佳，追访3个月一切正常。

按语　高热一证，原因甚多，本案西医诊为过敏性紫癜（肾型），每次高热都在39℃～40℃以上，且有周期性，运用各种药物治疗，仍反复发作，有正虚邪实，未发热前以太子参、沙参、白芍等养阴祛虚热；以黄芪益气，配合陈皮、白术燥湿健脾利气；升麻、银柴胡升阳疏肝，使邪从外越；乌梅、甘草酸甘养阴解热。发热时用白虎汤，配合养阴清热之药，重用石膏取其清里有蕴热，配合升麻清泄阳明气分之热，而诸症悉愈。

【病案2】　杨×，男，43岁，干部。1978年7月14日初诊。

于1周前突然头晕，四肢无力，口干、上下肢有散发性紫色斑点而住院治疗。曾给予输血、激素等治疗，病情不断恶化，并有发热。

症见：体温40℃，体型虚胖，面色嫩红，短气懒言，心悸眼花，怕风，食欲不振，大便干燥、2～3天1次，小便短赤，口干舌燥，舌质淡红、舌边有瘀血点，脉沉弦而数。实验室检查：血红蛋白4.3克/dl，红细胞132万/μl，白细胞总数1,700/μl，中性55%，淋巴43%，酸性1%，网织细胞0.4%。骨髓检查：涂片细胞增生低下，粒：红＝46：1。粒系统各阶段比例均减少，红细胞系统仅占7.5%，淋巴系统相对增多占57%，全片见有成堆

14克，麦冬10克，玄参10克，黄芪20克，生石膏60克（先煎），淮山20克（先煎），芡实16克（先煎），6剂，每天1剂。

复诊：口渴烦躁减轻，睡眠较佳，食欲、大小便正常。于前方去石膏，知母，加黄精10克、杜仲10克、枸杞10克，益精滋肾，连服1个月。查尿糖（－），空腹血糖105毫克/dl。继用知柏八味丸每次10克，每天2次，连服3个月恢复正常。

按语 患者燥热伤阴，壮火食气，气阴亦伤，用白虎加人参汤配合滋肾养阴及升阳益气之葛根、黄芪、银花等，气阴两顾，清热泻火，生津止渴，燥热解而阴津自复。陈士铎《辨证录》云："银花治消渴不特解毒，且善滋阴，一味而两用也。"

【病案5】 林××，男，46岁，干部。1975年8月16日初诊。

患者高血压已4年，经常头痛头晕，眼花，耳鸣，烦躁不安，经各种治疗，反复发作。

症见：体型壮实，面色潮红，头目眩晕而痛，耳如蝉鸣，胸闷心悸，烦躁不安，口舌干燥，睡眠欠佳，睡时恶梦，食欲尚佳，有时呕吐酸水，大便经常为水样性泄泻，伴有里急后重，舌质红苔黄干，脉弦数。查血压190/110毫米汞柱，眼底视网膜小动脉有轻度硬化。化验：胆固醇330毫克/dl。

西医诊断为高血压。中医辨证为眩晕（肝阳上亢所致）。宜清肝木之火。拟用白虎汤加减：生石膏60克，知母10克，淮山药16克，钩藤16克，甘草4克，龙胆草5克，黄芩10克。水煎服。

复诊：连服上方3剂，头晕头痛已减轻，睡眠好转，水样泄泻已愈，血压180/100毫米汞柱。仍依前方加减以平肝清热。处方：桑枝20克，双钩藤16克，菊花10克，蚕砂16克，生石膏60克，知母10克，淮山药20克。

三诊：服上方4剂，诸症均见明显改善，血压140/80毫米汞柱，脉弦缓，仍有头晕眼花。拟以滋肾养肝法，用杞菊地黄丸续

肤，故为附肿。附肿者，聚水而生病也。”《灵枢·水胀篇》：“水始起也，目窠上微肿，如蚕新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴腹间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。”明确指出水肿是体内水液潴留，泛溢肌肤，而见头面眼睑、四肢项背、胸腹全身的浮肿。《内经》将水肿分为风、石、肾三水；《金匮》将水肿分为风、皮、正、石四水及心、肝、脾、肺、肾五脏水；《丹溪心法》将水肿分为阴阳二水，验之临床，更切实用。

《素问·水热穴论》谓：“肾者，至阴也，至阴者，盛水也，肺者，太阴也，少阴者，冬脉也，故其本在肾，其末在肺，皆积水也。”《景岳全书·肿胀》谓：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。”充分说明了人体水液之运行，依靠肺气之通调，脾气之转输，肾气之开合以及三焦之决渎，膀胱之气化而共同完成的。脾为中州拦坝，运化水湿，喜燥恶湿，水湿为患，易困脾阳，临床上水肿以脾虚多见或每兼脾虚。其治则也不外《素问·汤液醪醴论》的“开鬼门，洁净府”，“去宛陈莝”，《金匮》的“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”，以及后世的健脾温肾之法。余治水肿重视培土制水，健脾益气之法，其它治则兼而使之，喜用《金匮》防己剂治疗水肿，若方证相合，药量恰当，确奏奇效；若不相符，变通化裁，亦每收良效。其中奥趣，难以尽言。

《金匮》防己剂有防己茯苓汤、防己黄芪汤、木防己汤、木防己去石膏加茯苓芒硝汤、防己椒目葶苈大黄汤等5首方剂。散见于《金匮》痰饮、水气、中风历节等篇，是一组治疗水肿很有效的方剂。

1．防己茯苓汤：《金匮·水气病》：“皮水为病，四肢肿，水气在皮肤中，四肢聂聂动者，防己茯苓汤主之。”此方是治疗

4. 防己椒目葶苈大黄汤：《金匮·痰饮咳嗽病》：“腹满，口舌干燥，此肠间有水气，己椒苈黄丸主之。”此方治疗肠间壅盛之痰饮，具有逐水清热，前后分消之功。方中防己、椒目行气利水，葶苈子泻肺行水，大黄荡积泻水。主治腹水胀满，肢体浮肿，口渴烦热，大便秘结，小便短赤等症。可治疗水肿兼见湿热壅盛者，如肝硬化腹水。

治水肿除选用上述防己剂外，常以防己、黄芪、茯苓、芡实为基础方，再临证加减，即稳妥可靠，又疗效确凿。如水肿明显者，加车前子、白茅根、玉米须、蝼蛄、猪苓、二丑，及行气药厚朴、陈皮、大腹皮之类；小便淋沥不畅者，加萆薢、琥珀、莲子芯、白茅根、竹叶之类；瘀血者，加泽兰、益母草、茜草、桃仁、红花、莪术之类；阳虚者，加鹿角、附子、仙茅、仙灵脾、巴戟天之类；腑实便结者，加大黄、枳实、芒硝之类；尿蛋白明显者，加淮山药、白术、菟丝子、蝉蜕、虎杖、土茯苓、生地之类；心脏病水肿者，加桂枝、附子、麦冬、五加皮、人参之类；肝硬化水肿者，加枸杞子、山萸肉、土鳖、三棱、莪术、穿山甲之类；肾脏病水肿者，加牛膝、泽泻、补骨脂、车前子之类。随证加减，不一备述。兹举病案数例以说明之。

【病案1】单××，男，61岁。1983年3月29日初诊。

患者素有高血压病史，双下肢浮肿已1年余，胃胀满时痛，纳差，舌淡红嫩、苔薄白，脉弦细。

证乃脾肾不足之水肿。拟健脾益气，温肾利水之法，以防己茯苓汤加味：汉防己15克，茯苓30克，黄芪18克，桂枝、芡实、茜草各10克，仙灵脾、白茅根、益母草各9克。

1983年4月11日二诊：服上药7剂，双下肢浮肿已消，胃胀痛亦除，唯下肢时有抽搐，舌脉同前。上方加养血柔肝之当归、丹参、木瓜各10克，继服5剂以善后。

【病案2】高××，男，52岁，1981年10月10日初诊。

颜面四肢浮肿半年，心下痞满，面色黧黑，小便不利，舌红苔腻，脉沉紧，在当地医院未查明原因，服中西药效不显，遂来求治。

观其脉证，乃膈间支饮，投以木防己加茯苓芒硝汤治之。方拟：防己15克，茯苓30克，黄芪18克，桂枝10克，党参10克，芒硝10克，白茅根30克，芡实10克。

1981年10月18日二诊：服上药5剂，浮肿明显减轻，心下痞满稍减，双下肢午后微肿，小便利。上方减芒硝、党参加陈皮、大腹皮各10克，继服5剂。10月25日患者来告，诸证已除。

【病案3】李××，男，45岁。1982年12月24日初诊。

患者宿有肾炎病史，现眼睑四肢浮肿，按之凹陷，午后为甚，伴出汗不止，身重恶风，易于感冒，纳食不香，胸闷气短，舌淡嫩，苔白，脉沉细。尿蛋白（+++）。

证属脾气虚弱，表卫不固之风水，拟健脾益气，利湿固表，以防己黄芪汤化裁。方拟：汉防己12克，黄芪18克，白术10克，淮山药10克，芡实10克，生姜6克，甘草6克，白茅根15克，益母草15克。

1983年2月8日二诊：服上方20剂，浮肿已消，汗亦少，恶风减轻，纳可，仍胸闷，尿蛋白（+）。上方加枳壳、茜草各10克，继服。

1983年3月11日三诊：又服上方20余剂，余证皆除，尿蛋白（±）。在1982年12月24日方中加阿胶、川断各10克，继服。

1983年4月4日四诊：诸症再未复作，尿蛋白阴性，继服上方，巩固疗效。

二、经方治痹证

痹证是临床常见多发病之一，不论男女老幼皆可罹患。其病

断“疟疾”，即以“疟”治，而证仍不缓解，且愈来愈重。中医会诊，根据现证，先事恶寒，继而壮热烦渴，大汗出，右脉洪大而数，结合节令，诊断为“暑疟”，拟仲景竹叶石膏汤主治，一剂知，二剂已，病遂痊愈。根据这一病例，患儿初起，曾经二次图治，乍看之，处理不讹，然病不缓解，则药未中肯可知，后遵《内经》“治病必求于本”之训，吴鞠通“痉因于暑，只治致痉之因，而痉自止”的启发，从暑论治，果获疗效。从而说明中医学“辨证求因，审因论治”的原理，实系指导临床实践的唯一准则。此后相继出现类似证者七人（包括大人、小孩），亦用此法此方，均获良好效果。王孟英说：“余用此方治暑疟极妙”，诚然。

还有一点要提出的，本例患孩原有肛门作痒病史，今病“暑疟”，理当先治新病，这是治则，然服药后，大便通畅，随之解出许多的寸白虫，这一偶然的现象，是否是王孟英所说：“肺胃清降，邪自不容矣”呢？

【病案2】 病后阴亏 杨××，女，50岁，社员。1966年11月中旬初诊。

主诉：2个月前，始病恶寒发热，头身疼痛，口微渴，即往区医院门诊就诊，西医诊断为感冒，药后头身汗出，证状略减，但为时不久，继续发热，证与前同。邀请中医治疗，间或吃些西药，病情时轻时重，迄今两个月余。

现证：病情朝轻暮重，每日下午发热，体温38.0℃左右，神清，精神疲乏，肌瘦、呈重病容，唇红干，间有呃逆，口干不多饮，亦不思食，皮肤干燥，小便黄短，大便几天一次、量少而干、色深黄，舌质红无苔、呈镜面舌、舌体无变化，脉细而数。查阅以前所吃中药处方，有九味羌活、小柴胡、大柴胡诸方。

既往史：头昏痛，腰痛。

诊断：病后胃阴亏耗。

治法：甘寒救津，兼清余邪。

处方：玄参、鲜石斛、南沙参、鲜芦根各30克，麦冬、细生地各15克，炒枳壳2.4克，青竹茹、枇杷叶各9克，梨汁60克。3剂，每天1剂，上述诸药除梨汁外以水适量细煎取汁，再加入梨汁搅匀，分3次服。

复诊：患者神态正常，欣然下床就诊，主诉吃此药，感到很舒服，大便2次，便软解易、知饥欲食。家属说：想吃稀饭，开始约1两，以后约1两多些，下午发烧亦减轻，但脉、舌情况仍同前。守原方续3剂，煎服法同前。

附方：梨子15公斤，荸荠15公斤，甘蔗15公斤。面授服尽3剂汤药后，继而每日将梨子、荸荠、甘蔗(病人家有)各榨取自然汁3～4两(16两制)不煎，分次服。若不甚喜凉者，可于早、中、晚重汤炖温服。如能直截吃梨子、荸荠、甘蔗咽汁亦可。若用尽了，根据需要可再买些续用，不必另吃他药。饮食方面，禁辛辣、大荤及不易消化的食物。

按语　凡肺胃津液耗伤者，只宜清润之品以沃之。叶天士说："热邪不燥胃津，必耗肾液。"伤胃津者重，耗肾液者危。吴锡璜说："治温病宜刻刻顾其津液。"今患者既显胃阴亏耗，病已重矣，不可再逆，必用甘寒救津之法，故投之即见疗效，大便顺畅，知饥欲食，烧亦递减。盖胃体阳而用阴，胃阴复而气降得食。月余家属来云，其病已康复。且说群众对梨子、荸荠、甘蔗能治病感到好奇。

【病案3】　湿温　张××，男，39岁，教师。1963年9月5日初诊。

主诉：恶寒、发热两天。初起病恶寒发烧、头身疼痛，肢体困重、少汗，口渴不引饮，即来我院附属医院门诊就诊，医以感冒论治，药物不详，服药之后，病不见减，又来门诊复诊，医生见状如故，怀疑伤寒或疟疾（西医臆断）？而收入院。

少，为邪伏气营，属气血两燔，治宜清热滋阴，方用玉女煎加减。如有大热烦渴，脉大，汗出及唇舌绛等候，治宜清气热、凉营血，亦可用玉女煎去牛膝加玄参主之，凡气血两燔，不可专治一面。选用张景岳治气血两燔之以玉女煎，牛膝趋下，不合太阴证之用故去之，加玄参者，取其壮水制火，预防咽痛失血等症，熟地应改用细生地，取其轻而不重，凉而不温之义，且细生地能发血中之表。此法为辛凉合甘寒，治气血两燔甚佳。起伏热体温时高时低，时起时伏，反映了人体邪盛正衰的现象，玉女煎具有祛邪扶正作用，治起伏热有较好的效果。

3.定时热：就是发热有一定时间，或日发一次，或双日一次，发热期与无热期交替出现，有一定规律性。临床上常见的定时热以疟疾为多。疟疾在《温病条辨》中称为温疟和瘅疟。温疟与瘅疟均为发热有时，汗出后体温正常。但温疟先热后寒（或无寒但热），瘅疟则但热不寒或微寒多热，舌干口渴，此乃阴气先伤，阳气独发。所以治法有所不同，温疟治用白虎清热保津，加桂枝引邪外出；瘅疟则当清气生津，抢救胃阴，用甘寒救阴之法，五汁饮主之，或白虎加人参汤主之。

4.往来热：就是寒时不热，热时不寒，交替出现，界限分明。这是与定时热不同之处。此类病候且持续出现，但不是疟疾，而是温病之邪在膜原，即在少阳之分，于半表半里之间。临床常见是卫分症已罢，气分症未曾出现，而在卫气之间。治宜和解清热，以蒿芩清胆汤等方加减主之，这同伤寒论用小柴胡汤和解法是不同的。

5.灼热：似火烧灼，体若燔炭，手足如烙，热势很高，热象缓缓上升，有时一日之间变化很大，高达40℃以上，或低于正常值以下，常在邪热入侵血分时见之，易于耗伤心阴或肝肾之阴。临床上遇见灼热，并伴有神烦不眠，谵语等候，治宜清营解毒，泄热养阴，可用清营汤主之。

明大肠经入下齿，环唇，挟鼻孔，足阳明胃经起于鼻，入上齿中，虫踞肠胃，脾胃损伤，湿热内蕴，循经上熏，故鼻痒，唇生小点；虫扰胃腑，胃失和降，故呕吐黄水；脾主四肢，脾胃伤而阳气不充实于四肢，故四肢不温；蛔虫内扰，阻塞肠道，故痛时拒按，腹中有块。先拟安蛔止痛，乌梅丸加减。处方：乌梅10克，川椒3克，黄柏6克，黄连3克，木香6克（后下），吴茱萸0.9克，水煎服，每天1剂，早晚分服，先服1剂。

7月3日复诊：药后脐腹痛基本消失，大便未解，舌脉如前。原法既合病机，仍照原方，并加入尖槟15克、苦楝根皮10克、郁李仁15克，以驱虫通便。

7月5日三诊：药后脐腹痛止，大便2次，共排出蛔虫4条，胃纳好转，脉缓，舌苔薄白，惟精神疲倦。改拟补中益气和中以善后，用香砂六君子汤、参苓白术散加减治疗。住院5天，痊愈出院。

三、癃　闭

【病案5】　黄××，男，70岁，本院医生。1960年1月9日入院。

病者近年以来，常见呃逆与排尿无力，10天前突起少腹胀急，小便点滴而出，煎服金钱草后病势加重。小便闭塞不通，少腹胀急特甚。即返院急诊入院。症见：表情痛苦，精神沉倦，面色㿠白，四肢不温，呻吟气促，声低懒言。舌质淡、苔白，脉沉弦而细，触之少腹胀，无明显压痛。

病者年高体弱，常见呃逆，排尿无力，中气本虚可知，今又过服清利，中气更虚，升运无力，影响下焦气化，故服金钱草后病情加重，出现小便闭塞不通，正如李东垣所说："脾病能九窍不通。"目前处理首先导尿，继以益气健脾为主，佐以通阳化水。用加味五苓散：白术15克，云茯苓15克，泽泻10克，猪苓10

识外，也可同时应用药物防治，一般以平肝息火，滋阴潜阳为主。

我主张对中风后遗证以《医宗金鉴》乌药顺气散（乌药、麻黄、枳壳、桔梗、川乌、白芷、僵蚕、川芎、干姜、陈皮、甘草）治之。口眼歪斜者，可加全蝎；颈项强直者，加葛根；上肢麻痹者，加秦艽、桑枝；腰腿疼痛及麻痹者，加黄芪、杜仲炭、续断。如服用乌药顺气散获显效后，可继用加减千金独活寄生汤或用独活寄生汤加减，以善其后，每获良效。得医者，屡不鲜见。此举一例证之。

【病案1】 张××，男，65岁，干部。患中风后遗证数月，请余往诊。患者神智清楚，言语蹇涩，头晕，左侧半身不遂，面目略斜，大便秘结，且两下肢发直，行走困难，两个人搀扶，勉强可动；两手伸缩有力，舌苔黄腻，脉滑数有力。

西医诊为脑血栓形成，中医辨为中风。乃属痰热生风，风痰上扰。治宜祛风化痰，活血通络，清热通腑。处方：密麻茸1.5克，炒枳壳、乌药、秦艽、橘络、川贝母、桔梗各6克，炙杷叶，怀牛膝各9克，僵蚕12克，白芷、甘草、川芎各3克，桑枝30克，杜仲炭15克，威灵仙、木瓜、陈皮各4.5克，胖大海2枚为引。

上药连服20余剂，面部不斜，说话清晰，走路顺适，大便正常，精神清爽，饮食有增，基本痊愈。

二、善用甘露消毒饮

余世袭医业，皆重温病，推崇叶、吴。现虽年逾七旬，仍常研讨温病学，临床选方用药多崇温病学派之旨，选方多自温病，用药多取轻清者，且药量很轻，尤善用甘露消毒饮。不但又此方治疗温病湿温，还常用治黄疸等其它疾病。黄疸之证，不论阴黄阳黄皆可应用本方治疗。

甘露消毒饮，见于时逸人的《时氏处方学》，时氏载本方为“叶天士方”，并认为此方为理气清热之剂。药物有：滑石、

克，炒枳壳、板蓝根、白芨各3克，炒橘红、蜜兜铃各7.5克，蜜杷叶、沙参、连翘、青竹茹、芡实、花粉各9克。

上方加减服用2个月，病情渐趋平稳，肺部感染得到控制，自主呼吸逐渐恢复，肢体麻痹有所好转，四肢电反应有所增强。但仍需用人工呼吸器辅助呼吸，肢体仍不能活动，肌肉萎缩明显，乏力，少气，有痰，舌苔正常，脉缓有力。于1971年元月23日起拟予补养肺气，健脾和胃之品，以培土生金。方用养肺汤加减。处方：栝蒌皮、芡实各12克，川贝母、蜜兜铃各7.5克，茯苓皮、青竹茹、麦芽、蜜杷叶各9克，蜜桑皮、炒神曲、丹参、蜜紫菀各6克，炒陈皮、射干、牛蒡子、枳壳、泽泻、炙甘草各3克。

上方化裁服2个月后，患者自主呼吸明显好转，已连续7天不用人工呼吸器，肺活量恢复到1,700毫升。但后因感冒病情又反复，发热痰多，胸闷气短，呼吸困难。本应投以疏解润肺之剂，使外感解而肺燥清。因他人给其误用利气豁痰，大泻胃肠之剂而致患者每日大便约十余次，肛门肿胀，欲大便而解不畅，并又得依靠人工呼吸器维持呼吸。为此又选用四苓散加味，以健脾调肠止泻，兼安神。处方：赤茯苓、淮山药各9克，猪苓7.5克，炒泽泻、远志、炒白术、桔梗各3克，枳壳、焦楂炭、炒神曲、炒麦芽、炒莱菔子各6克，桑枝12克。

本方服2周后，病情又趋平稳，而后继用养肺汤加减治疗至1971年5月。患者因又有它症而觉呼吸困难，继服用本方3剂后呼吸正常，精神明显好转，胸腹呼吸明显，不发热，从此停止人工呼吸。四肢近端关节活动明显增强，饮食、二便均正常，脉象和缓。再给予养肺汤与独活寄生汤合方化裁，以调养肺气，补益气血，健壮筋骨为治。处方：炙黄芪、杜仲炭各15克，党参7.5克，茯苓、栝蒌皮、蜜杷叶、牛膝、丹参、炒麦芽、炒白术各9克，川贝母、炙甘草各3克，续断4.5克，蜜桑皮、蜜兜铃、

婚后3年无子，精液化验示精子数六千万，死亡率达60%，多方求治不效，延余诊治。见患者心烦易怒，面红目赤，口苦咽干，渴不欲饮，口中粘腻不爽，大便干结，小便短赤，甚则白浊，口唇及下颏承浆穴周围红粉刺满布，苔黄腻，脉弦数有力。此肝经湿热下注，相火妄动，煎熬肾精，故精量少而死亡率高。治以泻肝清热，渗湿泌浊，投龙胆泻肝汤加减，服药三个月后化验精子数增多，死亡率大减，其妻遂孕，顺产一女，至今健康。

二、三黄泻心止恶阻吐血

吐衄多由肺胃热盛，迫血妄行所致。诚如《济生方》所云："失血之妄行也，未有不因热而发。盖血得热则淖溢，血气俱热，血随气上，乃吐衄也"。仲景大黄黄连泻心汤为治血热吐衄之一大法门，人多用之。然妊娠吐衄，一般多以大黄苦寒，清热泻下，活血破瘀，推陈致新，走而不守，惧其坠胎弃而不用。殊不知《内经》早有明言："有故无殒，亦无殒也。"只要辨证确切，但用不妨。当断不断，反受其乱，孙真人所说："胆欲大而心欲细"者，正此之谓也。

【病案2】　王×，30岁。

妊娠2个月余，呕吐甚剧，先呕清水，继为黄绿粘液，恶闻食臭，偶可进食少量稀粥，胃脘堵闷灼热。自昨日晚间，突然吐血约50毫升，大便5天未行，小溲黄赤。前医以妊娠恶阻，曾用橘皮竹茹汤不效。舌质红、苔黄腻，脉弦滑而数。余以为系妊娠后胎气上逆，湿热阻滞，胃失和降，热灼血络所致，治以清热和胃，降逆止血，方用大黄黄连泻心汤加味。处方：大黄粉（分冲）1克，黄连4.5克，黄芩6克，苏叶（后下）6克，半夏6克，刀豆12克，郁金9克，2剂，水煎少量频服。药后吐血即止，呕吐次数减少，可进少量饮食，既见效机，勿事更张。原方再晋2剂，病告痊愈而出院。后足月顺产一子，母子平安，今已

日初诊。

症状：尿血，小便淋漓不畅，有灼痛感，脉细涩，舌紫黯少津。

辨证：阴虚水蓄，兼夹瘀滞。

治则：滋阴利水，兼清热消瘀。

处方：猪苓20克，茯苓、泽泻各15克，滑石30克，阿胶（烊冲）、藕节、生地、蒲黄各10克，3剂。

8月25日复诊：服药后尿血渐淡，小便稍畅利，痛感减轻。处方：炭柏、炒知母、藕节各10克，阿胶12克（烊冲），滑石30克，冬葵子15克，炒川楝15克，甘草梢6克，8剂。

9月4日三诊：服上方诸症好转，再宗上法，处方：生地、白芍各20克，扁蓄、瞿麦、阿胶（烊冲）各10克，藕节、茅根各12克，小蓟15克，甘草梢6克，6剂。药后病愈。

按语　尿血，血从小便出也。《素问·气厥论》云："胞移热于膀胱，则癃溺血（溺通尿）"。《痿论》云："悲哀太甚，则胞络绝，胞络绝则阳气内动，发则心下崩，数溲血也"。《伤寒论·少阴篇》有"少阴病，八九日，一身手足尽热，为热在膀胱，必便血"。《金匮·五脏风寒积聚篇》有"热在下焦则尿血，亦令淋秘不通"之文。本病初起时经××医学院化验检查，认为系膀胱癌，须动手术，患者恐手术有后遗症，因此不愿就医，转请中医治疗。查该患者正在壮年期，平时素嗜烟酒炙煿，致膀胱蓄热，热蓄久导致阴亏，结合舌紫黯，脉细涩等现象，不但阴虚水蓄，兼有瘀阻。故以治阴虚水蓄之猪苓汤为主方，佐以蒲黄、藕节、茅根、小蓟等清热消瘀之品，标本并治，所以获效。查猪苓汤方载《伤寒论》中，一治阳明病，脉浮发热，渴欲饮水，小便不利；一治少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠。后世医家将此方扩大运用以治小便涩痛，尿血，点滴难出，少腹胀满作痛等症。方中茯苓、猪苓、滑石、泽泻清热利

Document generated by Anna’s Archive around 2023-2024 as part of the DuXiu collection (https://annas-blog.org/duxiu-exclusive.html).

Images have been losslessly embedded. Information about the original file can be found in PDF attachments. Some stats (more in the PDF attachments):

{
  "filename": "5b2T5Luj5ZCN6ICB5Lit5Yy75Li06K+B6I2f6JCDICDnrKzkuIDlhoxfMTMwNTIyMzQuemlw",
  "filename_decoded": "\u5f53\u4ee3\u540d\u8001\u4e2d\u533b\u4e34\u8bc1\u835f\u8403 \u7b2c\u4e00\u518c_13052234.zip",
  "filesize": 35251255,
  "md5": "bf9dd64ffc311aa328a5b956a6a03653",
  "header_md5": "b0091e6b4cf000901455d5faa05297e2",
  "sha1": "947202391cab48aa3dc5a8026492addcbe19126a",
  "sha256": "681b75c6f1656e3e394720b238dc554272d425939af306e79d67421028174cf8",
  "crc32": 2089871739,
  "zip_password": "",
  "uncompressed_size": 37750554,
  "pdg_dir_name": "\u2561\u2592\u2524\u00b7\u251c\u221a\u2514\u2567\u2553\u2568\u2565\u255c\u2534\u2518\u2553\u00f1\u2584\u00f7\u258c\u2550 \u2561\u250c\u2565\u2557\u2593\u00df_13052234",
  "pdg_main_pages_found": 313,
  "pdg_main_pages_max": 630,
  "total_pages": 325,
  "total_pixels": 1159001920,
  "pdf_generation_missing_pages": false
}