

(第八集)

石研石集

著名中医学家经验传薪

敏和元
文忠用
窦王莫

策划 主编
策 编
主 主
副 副



中国中医药出版社

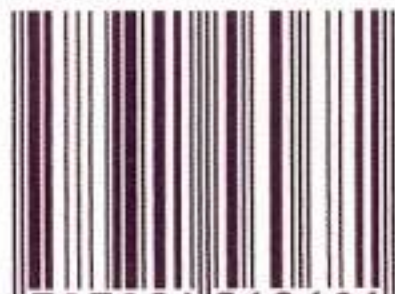


责任编辑 范吉平
封面题字 邓铁涛
封面设计 赵晓东



石集. 著名中医学大家经验传薪

ISBN 7-80156-068-X



9 787801 560681 >

定价：13.00 元

确石集

(第八集)

——著名中医学家经验传薪

总策划 窦文敏

主 编 王忠和

副主编 莫用元

编 委 (按姓氏笔画)

邓铁涛 卢化平 吉良晨 任继学

朱良春 刘弼臣 刘 璞 李曰庆

李遇春 李淑英 张学文 金世元

赵自强 柯 研 晁恩祥 路志正

颜德馨

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

编石集 (第八集) / 王忠和主编. — 北京: 中国中医药出版社, 2006. 10

ISBN 7-80156-068-X

I. 编... II. 王... III. 中医学临床—经验—中国—现代 IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 026790 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码: 100013

传真: 64405750

北京市卫顺印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 850 × 1168 1/32 印张 8.375 字数 208 千字

2006 年 10 月第 1 版 2006 年 10 月第 1 次印刷

书号 ISBN 7-80156-068-X 册数 5000

*

定价: 13.00 元

网址 www.cptem.com

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话: 010 64065415 010 84042153

书店网址: csln.net/qksd/

序

去年8月15日是抗日战争胜利60周年纪念日。中国一百多年屈辱挨打的日子早已一去不复返了！如果说抗战胜利是中华复兴的第一页，按60年一个甲子计算，新的60年开始了，中华和平崛起的新一页开始了。中华文化的崛起，是中华和平崛起的主旋律，是重要组成部分。中医是中华文化的瑰宝，人类的卫生保健，也需要中医的参加。

中医学是不是科学，辩论已百年，是20世纪中医头上的紧箍咒！因为20世纪世界自然科学无法理解中医药学的精华，更无法帮助中医药学的发展。再加上民族虚无主义未能肃清，受西方文化霸权主义的影响，致使中医药学一百多年来备受摧残。但中医药学有强大的生命力，加上中国共产党的中医政策与国家宪法的保护，巍然屹立于世界医学之林，在不断的压迫之下仍在发展。

一百年来世界医学随着自然科学的发展而大发展，反差相比之下，一百年来中医没有被压垮，反而在20世纪80年代针灸先行，走向世界，有人称中医药学为中国第五大发明，应当受之而无愧。最近传媒报导世界人口三分之一曾接受针灸治疗。中医药21世纪将造福于全人类，是毫无疑问的。问题是我们的人才太少了，据统计目前全国中医只有27万，而建国初期，中医人数约30万。当然从学历上看，这27万可能远胜于那30万，但若从传统中医的理论的熟练掌握与中医临床水平相比较，孰长孰短未可知也。我国人口13亿，中医只有27万，而西医人数是157万。在重西轻中的思潮中，如果这27万中有一半人西医修养高于中医修养，中医就很难在21世纪有飞跃的发展了！不但不能

满足世界人民的希望，也没法满足 13 亿国民的要求！愧对炎黄子孙之称号！

发展中医药学的重任，在中青年一辈身上。如果中青年中医不努力提高中医药学的水平，中医药的发展便成为一句空话。

建国后在王斌思想影响下，中医的医、教、研，都认为只有引入西医药学就能帮助中医提高，因此有“脑主神明”与“心主神明”之争。必须承认，中医药学有自己的系统理论，它不仅不落后，而且有很大的潜在的先进性。在 2003 年 SARS 之战中，可见其梗概。只有到 21 世纪科学技术革命进一步发展，才能给中医以帮助，才能使中医来一次凤凰涅槃。为了迎接这一天的到来，建议中青年同志，首先把中医药学的精华发掘出来，把宝库之宝掌握好，如何发掘与掌握这一伟大宝库，必须大温课，读经典，有条件的跟名师。一时找不到名师的，请到书店去寻找。近十多年来，先后出版总结名中医药学家的著作不止上百种，名师之多不止一百位也。把名师的学术经验，变成自己的学术经验，不仅仅靠读书，一定要在实践中吸取消化、提高，并且在临床中进一步加以发扬。一代超过一代，中医药学在 21 世纪就自然腾飞了。千方百计把自己培养成为铁杆中医，千万不要做空头的理论家。

1956 年以前，中医教育不被承认，全国中医药学校能生存者寥寥无几。近百年来老一辈名中医药家是怎样培养出来的呢？我向青年朋友介绍一本好书——《名老中医之路》，山东科技出版社出版。这是 20 年前的畅销书，最近重新出版。读此书会大长中医志气，会大增对中医药学信心，会找到奋斗前进的道路，会成为受群众爱戴的名医。面对那些原来文化程度与学历不高的小学教师、工匠、药店学徒出身的大名医，他们的事迹，永远是我们学习的榜样，是中医药发展的一股推动力。

全国名中医药专家临床经验高级讲习班进入第八期，《碁石集》第八集也即将出版，中医药传承工作又前进一步，故乐为之序。

邓铁涛

2006年8月28日

目 录

邓铁涛	(1)
再论中医药必须深化改革	(2)
非医攻博的教育问题	(11)
朱良春	(17)
《伤寒论》理论的临床应用	(19)
析章次公先生评论清代医家的几句话	(33)
颜德馨	(38)
女科运用活血化瘀法经验案析	(40)
脾胃病治疗经验偶拾	(46)
路志正	(54)
疑难病症辨证杂谈	(56)
任继学	(64)
时疫病毒腹泻	(65)
中医对非典的治与防	(69)
金世元	(85)
论中成药的合理使用	(86)
谈中药炮制与临床应用	(104)
刘弼臣	(110)
小儿抽动—秽语综合征	(111)
吉良晨	(116)
从腹痛的两例医案治验谈起	(118)

张学文	(127)
“毒”在疾病中的证治意义	(128)
晁恩祥	(148)
临床验案举例十则	(150)
关于中医肺系病学术发展之我见（提纲）	(163)
李曰庆	(176)
前列腺炎综合征	(178)
慢性前列腺炎综合征临床研究方案指南	(192)
李遇春	(200)
学习“辛开苦降”法心得	(201)
卢化平	(211)
从病例谈杂病证治	(212)
李淑英	(231)
临证验案拾零	(232)

邓铁涛



邓铁涛，男，1916年10月生于广东省开平县。广州中医药大学教授，博士生导师，广东省名老中医，内科专家。

现任中国中医药学会常务理事，中国中医药学会中医理论整理研究委员会副主任委员，中国中西医结合学会第二三届理事会名誉理事，广东省卫生厅药品审评委员会委员，广州市科学技术委员会顾问，中国中医科学院客座教授，辽宁中医药大学名誉教授，广东省第四、五届政协委员。被英国剑桥世界名人中心载入世界名人录。全国继承老中医药专家学术经验指导教师，曾荣获广东省“南粤杰出教师”特等奖。

邓铁涛教授擅治心血管疾病，并擅于运用中医脾胃学说论治西医多个系统的疾病以及疑难杂症，如重症肌无力、萎缩性胃炎、肝炎、肝硬化、再生障碍性贫血、硬皮病、风湿性心脏病、红斑狼疮等，积累了丰富的临床经验。其著述、主编及编写的论著18部，发表论文80多篇。专著有《学说探讨与临证》《耕耘集》《邓铁涛医话集》。主编《中医学新编》《中医大辞典》《实用中医内科学》等。1986年开始主持国家七五攻关项目——重症肌无力的临床和实验研究课题，成果获国家中医药管理局科技进步一等奖，国家科委科技进步二等奖。

再论中医药必须深化改革

——我的担忧及几点意见

邓铁涛

●引言

美国波士顿《环球报》2004年7月27日报导：《医疗事故造成的死亡人数比原先估计的多》（记者 斯科特·艾伦）“根据一项新的研究报告，死亡于本可避免的错误的医院患者数量可能比原先估计的多一倍，而且毫无减少的迹象。这一发现将使医疗事故在全美死亡原因中位列第三，仅次于心脏病和癌症。”（见参考消息 2004年7月29日 P6.）

这则报导，把西方医学最先进的国家的医疗实况，真实地公之于世界了。

美国《洛杉矶时报》报导：《疾病社会的症状》（作者 约翰·巴尔扎尔）“2003年，要求美国人列出他们对未来的担心时，医疗费用被排在恐怖活动、犯罪、工作保障和股市投资亏损之前。……过去两年中，约7500万65岁以下的美国人曾有一段时间没有医疗保险，几乎占美国三分之一，其中2000万是儿童。”（见2003年7月28日《参考消息》）

上述是西方头号国家医疗保健的真实写照。最富有的国家，按他们的制度与科技无法解决人人有卫生保健的问题。中国是发展中国家，按照西方的模式，能解决我们人民的保健问题吗？

中国医药绝对不能与西方国家接这样的“轨”。

可惜我国不少医院努力效法西方，甚至已超过西方。各种检查、手术、用药，不是以人为本，而是看是否有公费医疗，是否有钱，甚至不管有钱没钱。医院最关心的是医院医护职工的奖金与工资。这一风气也是造成中医院不姓“中”的主要原因之一！

赢利性医院的逐步出场，令高水平的医护人员将被挖走，为富有人家服务。数千年来有“仁心仁术”之美誉的职业，变成企业，再世华佗，变成赢利的工具！究其原因，是西方文化侵略的结果。一切高级贵重的仪器、检测试剂、药物都购自西方，到底我们是为谁服务呢？！“三个代表”是不能只用嘴去实行的。我们应发挥独立思考去拟订政策。

● 扫除障碍

一、“科学”——中医头上的紧箍咒

“五四运动”提倡民主与科学，是一次成功的解放思想的运动，其功不可没。但有后遗症！就是对传统文化打击过了头。中医作为传统文化的重要组成部分，其受到冲击，自不可免。何况大学问家俞樾（1812 - 1906）早就提出“卜可废，医不可废乎？”成为废医存药论的始作俑者！他是余云岫的祖师爷。维新派梁启超，正如毛嘉陵同志《东方有科学》所指出的：梁氏患血尿，被西医错把他的无病的右肾切掉，他知道“这回手术的确可以不必用”。但他仍然愿意为西医打圆场，并不忘向中医踢一脚说：“至于诊病要用这样严密的检察，不能像中国旧医那些阴阳五行的瞎猜。”（见《中国中医药报》2004年9月1日P5.）

中医是不是科学至今争论了一百多年了！可怜的是现在有些高学历、高年资的“中医”也承认中医不科学。根据我的观察，对中医产生怀疑的学者大多数是脱离临床的，或者是以西医学指导临床的。因其脱离中医临床，或不用中医理论指导临床，无法

印证中医理论之正确与可贵。凡对中医热爱者，必是运用中医药治病有心得者。

什么是“科学”？必以西方理论为依据，并且某些专家又把“科学”神化了。依据西方的定义去衡量中医，中医就被拒于科学之门外。比如在20世纪80年代，有位老中医提出中医大学应招一些文科生，马上有人在《健康报》上质问他知不知道医学是自然科学。好像这位老中医很幼稚。其实当该专家发表高见的时候，世界科学已提倡自然科学与社会科学多学科交叉以发展科学了。我们现在不是已开办“非医攻博”的博士学位班了吗？由此可见中医不是落后，而是走在前头走得太远了，反而说你不科学。中医学应该说是后现代的科学。

邓小平提倡“实践是检验真理的唯一标准”，中医之真理在疗效，不在实验研究，是要病人点头，而不是要老鼠点头才算。

2003年SARS之战，广州中医药大学附一院治疗60例，无一例死亡、无一例转院、医护人员无一例感染，达到三个“零”的要求。广州呼吸病研究所治疗80多例，其中中医介入治疗者71例，在这71例中，死亡者仅1例耳！北京中日友好医院纯中医治疗16例亦无一例死亡。且至今观察凡中医介入治疗者激素用量少者，未见股骨头坏死、肺纤维化等后遗症。香港医管局请我校第二附院两位不满40岁的年青女专家林琳和杨志敏去香港会诊，得到香港西医专家的好评，获得香港特首董建华先生颁发的金质奖章。这两枚金奖，应该和奥运会的金奖同重！

以上的事实还不足以说明经受SARS考验的中医学的真价值吗？大唱“中医不科学”者，自己不科学也。

“科学”这一紧箍咒可以休矣！

二、肃清“王斌思想”的影响

王斌认为中医是封建医，应随封建社会的消灭而消灭。但消灭中医会遭人民反对，他吸取余云岫的教训，提出“改造中医”

的办法，以图达到消灭中医之目的。“王斌思想”虽然受到点名在《人民日报》公开批判，后来被撤去卫生部副部长之职。但“王斌思想”却象幽魂一样时隐时现，影响深远，从行政部门直至有些中医群中！几十年来改造中医是成功的。

无论教学、医疗与科研，一言以蔽之曰——重西轻中！很多问题都出在“轻中”上！其根源在于轻视中华文化而“崇洋”之故。中医是中华文化的瑰宝，应大力予以提倡以肃清“王斌思想”的影响，深入改革。

●大力贯彻宪法精神

我国宪法第二十一条：“国家发展医疗卫生事业，发展现代医药和我国传统医药……”《中华人民共和国中医药条例》第三条：“国家保护、扶持、发展中医药事业，实行中西医并重的方针……”以上条文说明在发展现代医学的同时，发扬传统医学，实行中西医并重。回顾历史，环望全国。中西医远远未能并重。以中医医院为例，不少县级中医院，有生存危机，因而意图向西医转型。已坠入恶性循环而此后将不再姓“中”了！

不少中医院是从民营“联合诊所”或在卫生院改一个招牌而成的，当一批名老中医安在之时，还可以过日子。由于不注意承传工作，形成断代，后继乏人乏术，日子不好过是必然的了。

当然也有不少例外，比如广东省佛山市中医院，是由几位名中医的联合诊所开始的。由于坚持中医为主的方向，主要靠自己的经营而有今天可喜的成就，坚持发扬中医特色带来了显著的效益，他们以自己经营为主筹建的中医院大楼的楼顶可升降直升飞机。但与佛山市人民医院的规模比较，还是差了一截。希望佛山市政府实行中西并重，今后对中医院的建设有所侧重，让人民得到中西医的双重保健，以认真贯彻“三个代表”的重要思想。

●发扬中医之特色，以振兴中医

“建设有中国特色的社会主义”是邓小平理论的核心。《邓小平文选》指出：“各项工作都要有助于建设有中国特色的社会主义”。近20多年来，落后的中国，就靠实行邓小平的总设计而富强起来了。这是有目共睹的。

中医药是我国医药最具中国特色的文化瑰宝。它是几千年来中华民族与疾病斗争的伟大文化精粹。这个精粹是不能丢掉也不能拿去市场出卖的。

最近有些文章说“特色不等于优势”，那中国近20多年之能够和平崛起，靠什么呢？如果不按照邓小平“各项工作都要有助于建设有中国特色的社会主义”能成吗？苏联实行改革，中国也实行改革，但结果不一样，其精髓在于我们在建设有中国特色的社会主义。

还有一篇文章大谈市场经济，可以不要特色。他把“特点”看作“特色”，而且把应该改革的也看成是“特色”！把特色与改革割裂开来。把广东省中医院近四年来提倡“大温课、读经典、跟名师”（今年该院两位西医专家——博士生导师，也拜名中医为师），把大力发扬中医之特色说成是中西医结合的成果。这是对广东省中医院发展真相的歪曲。广东省中医院一天药材的配剂量今天已发展至每天配药5吨左右。用中药汤剂治病的分量明显可见。这还不足以说明是突出中医特色的结果吗？作者说中风急性期非西医治疗不可，可能作者和有些地方中医院是这样。但是任继学老教授等名老中医和广东省中医院则不是那样。

中医丢失得太多了，丢失了或者没有掌握到火候。以自己的水平称为“特色”，的确，这样的“特色”就不等于优势了。

论市场，中医上世纪80年代已走向世界了，市场大得很呢，

根本问题在于有没有中医的真功夫。千万别把自己看成是中医学的代表。认为我这个能治，那个不能治，就是中医不能治。某省三甲中医院的心脏科主任，感叹地认为心脏病科已把中医开除了！但后来一个严重心衰的病人，西医办法用尽，越来越危殆，最后请一位民间老中医，辨证论治，重用附子，抢救过来了。才惊叹原来是自己的中医未有学好。应开除者是不够格的中医。

应该说，中医药市场不景气，其原因直接与中医水平下降有关而不是其他。“酒香不怕巷子深”，市场是有的。广东省佛山市南海区有个妇幼保健院，原来是区级西医院，后来请我校毕业生当院长，把该院变成有中医特色的妇幼医院，用中药外洗内服加头皮针治小儿脑瘫出了名。常年接受从欧美等五大洲来的患儿。该院病人如潮，再不建新楼就不能满足病人的需要了。试问，如果保持原来西医妇幼保健那一套，没有中医之特色，会有这样的市场吗？

中医药学是中华文化的瑰宝，是世界人民的科学财富，我们必须继承发扬它，才能对得起祖宗和世界人民。中医药学不仅仅是一种谋生之术。

●解除西医模式的束缚

几十年来无论医、教、研、药，都以西医的模式为准绳。现在看来，这一模式，对中医之束缚多于帮助。必须按历史唯物主义与辩证唯物主义重新作深入的研究进行整改。

中医医院已越来越不姓“中”。一壶中药可有可无，成为摆设！因此中医院宁要西医院校本科生也不要中医硕士生。

当然中医教育也有问题，原卫生部部长崔月犁说：“中医药大学培养出来的本科生是两个中专的水平。”

上海中医药大学的一位博士生告诉记者（郝光明）“中医院

校的硕士生做实验到细胞水平，博士生做实验到基因水平，这种中医还是中医吗？”可谓一针见血指出中医教育的病根在哪里？在于以西医之模式办中医之教育！难怪有人说有些博士不会用中医治病！

硕士、博士英语必须达到四、六级，但医古文水平可以不管。教授、主任医师之职称评定，必须考外语，后来毕业者已不准考医古文了。有些博士生写的字简直使人烦恼！说明中医之教育已远离中华文化，向往西方。请问一个高学历的中医，他的学术源头在中国还是在西方呢？机械地用西医教育去培养中医之专才。南辕北辙，如此下去，这样培养出来的硕士、博士，一旦居于领导地位，按他们的理念办中医一切事业，则中医之消亡，指日可待了！

一言以蔽之曰：以西医学之模式办中医药事业，是对中医学执行“宫刑”也。

或以为邓氏言之过甚了。下面让我谈谈中药方面的问题。

关木通问题。外国人用含关木通之药长期服用以减肥，出现肾衰。大事宣扬，不追究服药不当而归罪于关木通含马兜铃酸。借机以打击中医药。我国药监部门屈从于西方，舍弃中医之理论，竟将关木通列入禁药，最近又株连到青木香等药。这是一种自杀行为。《中华本草》644页：关木通使用注意项下写道：“内无湿热及孕妇慎服。关木通用量过大，可引起急性肾功能衰竭，甚至死亡。”写得明明白白，不归咎于用药不当，而禁用有用之药，这是愚蠢的行为。何况还加罪于凡含有马兜铃酸之药，青木香等也不能用。请看看西药，造成儿童聋哑的主要致病原因之一是由于抗生素的副作用，抗生素过敏可以致人于死地，……，我就有几个朋友死于青霉素针下。为什么西方没有因此禁止使用抗生素，而今短短2年在中国却已有三味中药被处以死刑了呢？！

“医师掌医之政令，聚毒药以供医事”。（《周礼·医师章》）

有毒的药何止关木通。《素问·五常政大论》：“大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病十去其九”。如果凡药之有毒者都不能用，则中医可以休矣。中药有中药之理论，有炮制学之应用，今把中医药的理论与经验都一笔抹杀，唯西方之命是从，则中医之受“宫刑”才刚刚开始耳！

● 建议

一、中医之发展人才是根本

1. 中管局的名医工程，十分重要，希望抓紧进行。

2. 为了使人才的使用做得更好，建议——名老中医之学术继承人，其出师之证书，应写明：该学历等同于博士学位。这一学历，按中医水平他们受之无愧！中医学术不致断代，这一辈学者的责任重大。

3. 名老中医学术研究纳入科技部中长期计划的确是当务之急，相信一定能做好。

4. 设三个科研项目。

(1) 东西南北中进行教学效果之调研，包括：

① 对历届本科毕业生，调查其中医学之水平。

② 对硕士、博士毕业生的中医水平及其研究项目与成果。

(2) 调查全国一百家中医院，中西人才结构情况，中医学术带头人的中医水平，中医治疗率，中西药的使用比例。参加查房观察其病例讨论中中医成分有多少等等。治疗率可以作假，观察病例讨论相当于剖腹探查。

(3) 调查若干研究院的科研方向、项目及其成果。再组织中医科研论坛，寻找发展中医药的高速公路。

二、中医高等教育必须培养出合格的中医

像外语评级一样，除了各科考试必须合格之外，另设三级中医综合考试：

◆一级：考中医基础理论及中药，方剂诊断。中药要记 400 ~ 500 味，方剂要记 300 ~ 400 首，舌诊，脉诊考实际操作。

◆二级：考四大经典，及辨证论治（辨证论治可用病案分析的方法）

◆三级：临床测试，可于实习后期面对病人临证诊治。

三、研究生教育，应以中医临床型为主，兼及其余

现在全国以至全世界最欠缺的是有真本领的铁杆中医。即中医理论与临床技术都过得硬的高水平中医。因此硕士、博士生的教育，除少数搞实验研究之外，绝大多数应是临床硕士和博士，以便把中医的临床水平不断提高。培养成千上万一百几十万这样的铁杆中医才能满足 21 世纪全中国以至全世界人民的需求。

当然一个铁杆中医，如果他的外语和西医都达到较高的水平，并能运用新科技与中医药相结合，进行临床研究与实验研究以振兴中医，这样的人才越多越好；但必须首先是一个铁杆中医。

2004 年 9 月 25 日

非医攻博的教育问题

邓铁涛

一、启示录

(一) 启示之一

2004年4月5日，我们的学生梁丽芳从美国回来看望我。送给我她写的一本书《Acupuncture & IVF》（中译名《针灸与试管婴儿》）。并说是美国的一本畅销书，现已发行到欧洲。这个礼物使我兴奋了一夜！

试管婴儿，可说是20世纪西医学的一个尖端技术成果。不过这个成果的成功率只有20%。梁丽芳在美国三藩市，运用针灸与中药，把试管婴儿的成功率提高到40% - 60%。因此她现在在美国很忙，请10多个学生（她在美国办中医学院）帮她工作。病人的来源绝大多数是进行试管婴儿的医师介绍给她的。但也有个别医师不敢再介绍病人给她，因为施行试管婴儿之前用她的针灸与中药已经怀孕了，二万美元的手术费便落空了。

21世纪不育不孕的创纪录是中医药而不是技术高超、费用昂贵的“试管婴儿”。

梁丽芳的成功，说明中医可以帮助西医尖端科技前进一大步。但在我们国家几十年来流行一种观点——中医药如果没有西医学的帮忙，不能发展。中医学的医、教、研，都带上这一个紧箍咒。从中医教育来看，中西医课程的比例，最先是中8:西2；接着是7:3至6:4（而实际是5:5）。前卫生部长崔月犁早已指出我们培养的高级中医人才是两个中专的水平。但作为卫生部长，

他也未能改变这一弊端！

（二）启示之二

蒲辅周先生，是杰出的中医学大家。他的学术水平，举国公认为一代宗师。他十五岁随父亲学医，三年独立应诊。建国后调中医研究院工作。是一位纯中医。1957年救治乙型脑炎，疗效卓著，但因不是一个药方统治，未被重视。

岳美中先生是自学成才的典范，他不但没有学过西医，也不是中医院校毕业，只短期读过陆渊雷的中医函授，但他也是20世纪一代宗师。周总理派他多次出国为国外领导人会诊，其中最著名的是为印尼苏加诺总统治疗肾脏病，陪同他一起去的是名西医吴阶平。几位欧美世界名医主张肾脏切除，岳老用中药和针灸把苏加诺的肾保住了，病也好了。

研究流行性出血热取得卓越成绩的南京名医周仲瑛和江西名医万友生，据我所知他俩也没有学过多少西医课。

双桥老太太不识字，但她的拨正疗法使世界医学解决不了的腰腿痛，一次手法而愈。军医冯天有学得后，震动一时，立成名医，但只学得罗老太太一招耳。冯氏后来根据解剖学加以形态学的解释，出过一本书。但罗老太太还有其他绝招，未被推广。不知在文献、在民间中医药绝招有多少已被遗忘，被轻视，被歧视？现在的医师法，就是一把看不见的双刃刀！

上面的例子举不胜举，当今的名老中医有几个是学贯中西的呢？正因为他们西医知识不多，迫着他们面对什么疑难急危重症都从中医宝库中去发掘去继承去创新，出成果。

反观近几十年中医医院，对刚分配来院的年青中医，首先考虑送去西医医院进修。几十年过去，如此一代一代到西医院进修，全国中医院中医水平不就是这样一代一代淡化下去吗？！

中医所以经历一百多年的摧残而不倒，主要靠中医的疗效。

在疗效已变成不中不西，西医成分重于中医的时候，岂能企望在现代科学的帮助下发展中医呢？中医高层教育，现在是硕士研究生要达到细胞水平，博士研究生要达到分子水平。试问中医药对这样的要求，能做到吗？难怪有人问，这样要求写出来的论文作假的成分占多少呢？又由于指向这样的方向，他们有些被训练成为中医药学的掘墓人，这就不足为怪了。一个对中医认识不深，毫无临证经验但能掌握分子研究水平的人，还会相信阴阳、五行、脏腑经络吗？还能相信中医的系统理论吗？

（三）启示之三

21 世纪瘟疫 SARS，横行无忌地危害人类。中医在抗击 SARS 之战斗中，显示了震惊世界的威力。充分说明，中医面对新的疾病谱，不是束手无策，而是有战而胜之的能力。靠什么战胜 SARS？靠中医的系统理论，靠有几千年与瘟疫作斗争的丰富研究成果。中医旺盛的生命力在于临床，临床是中医理论的源泉。中医的临床水平由于教育的失误，整体水平在下降。全国不少中医医院有生存危机，只能拼命西化求生存，如是恶性循环。青年中医对中医药失去信心，长此下去，能企望用实验研究手段救中医吗？

非医攻博的学生都是高起点、高水平的学生，首先把他们培养成临床医家，成为铁杆中医，在这一基础上再进入科学研究阶段。欲速则不达，不能要求急功近利。

21 世纪中医要腾飞需要十万、百万的铁杆中医。千万不能满足于以科研型为模式，不能以西医发展之模式去套中医。

二、教育必须改革

(一) 教学内涵改革

1. 重点学好经典著作

历经 2000 多年几乎所有有建树的医学家都对中医经典著作有深厚的基础，金元时代四大家之一的朱丹溪，未入医门，已研习《内经》十年。

建国以后，确立《内经》《伤寒》《金匮要略》《温病学说》这四门为经典课程，必须教好、学好、用好。

其次是《中药学》《方剂学》《诊断学》亦必须学好，记牢。《各家学说》也很重要。

2. 西医课

设：《解剖》《生理》《病理》《微生物》《诊断学基础》《内科学基础》《外科学基础》。中西之比控制在 8 : 2 之范围。

3. 老三论与新技术革命

信息论、控制论、系统论可列为必选的选修课。

新技术革命与科技新进展，可用学术讲座形式，请名家作报告。

4. 中华文化素养课

《中国医学史》《中国哲学简史》《易经》《道德经》《孙子兵法》……可设系列讲座。

中医学与中华文化血脉相连，而从小学到中学教育没有这方面的文化基础，对祖宗知之甚少！

（二）教育方法改革

1. 教学应划分为三大块：①课堂教学；②自学；③实践。

过去课堂教学课时太多，满堂灌的教学必须痛改。可按过去的计划删去一半，有些课可以删去三分之二。把删掉的课时加入自学课时之内。

实践包括临床实习、见习、实验、做义工等等。其中应以临床实习、见习为主。学生必须早接触临床，多参与临床。临床实习时间应分配一年半，临床各科教学同步进行。设计一套硬指标，以实际中医临床能力为毕业论文的重要部分。

所谓早接触临床，第一学年下半年至迟第二学年便到门诊跟师见习。亲身体会中医药能治好病，才能树立为中医药之发展而奋斗终身的大志。

为了能培养真正的中医人才，必须改革我们的附属医院那种以西医为主导，一壶中药可有可无的错误倾向。如果不能改变，怎样能培养出振兴中医的人才。

2. 早跟师

师带徒是中华文化传统的教育方法，现代的教育与传统的跟师教育相结合，这是早出人才的一个好方法。宜于第二学年便开始拜师，以便随时问道解惑。

三、目的与要求

根据上述，可能以为我偏离了办非医攻博的宗旨。

学五年中医便能进行实验研究并要求取得突破性的成果，我认为是不可能的。中西医结合自1958年到现在，到底出现了几位高明的理论家呢？只有把中医药学夯实了，先成为铁杆中医，他日才能作飞跃式的发展。中医有中医的成长与发展的规律，与西医是不同的。如果不能走自己的路，只套用西医之模式，则所

培养的是中医药学的功臣还是中医药学的掘墓人，未可知也。

有人怀疑文、史、哲的学子搞不好自然科学的研究，认为只有学数、理、化的才能搞好科研，这也是片面的看法。中医学几千年来并未与西方的自然科学结缘，却独树一帜于世界医学之林。今天在文、史、哲等基础上，再与新科技相结合，多学科交叉，才是超世界水平的发展方向。

我们学校的李国桥教授的成就可以为证。他是广东中医药专科学校（本校的前身）最后一届（1955年）毕业生。数、理、化不是他的专长，他现在是世界第一流的疟疾专家。他的科研成果——《恶性疟疾有两个发热高峰期》；《查皮内血象以确定治脑型疟的时机》。——被选编入英国牛津大学的教科书。

培养科研型人才，不是总目标。总目标是振兴中医，培养能为13亿人民奉献优良服务的人才，实现有中国特色的，能保证人人有卫生保健的权利的骨干人才。

先把非医攻博的博士生，培养成当代名老中医的学术继承人，使中医不至断代，比什么都重要，比什么都重要。

以上意见，不一定对，请指正。

2004年5月8日

朱良春



朱良春，男，1917年8月出生，江苏镇江人。早年拜孟河御医世家马惠卿先生为师。继学于苏州国医专科学校，并于1938年毕业于上海中国医学院，师事章次公先生，深得其传。

从医近70载，历任南通市中医院首任院长，江苏省政协常委暨南通市政协副主席，中华中医药学会1~2届理事暨江苏省分会副会长，中国癌症研究基金会鲜药研制学术委员会主任委员，国家中医药管理局中西医结合治疗非典专家组成员，中国中医科学院基础理论研究所技术顾问，沪、港、台当代中医技术中心顾问，新加坡中华医学会专家咨询委员、中医教材顾问委员会委员等职。

1987年12月被国务院批准为“杰出高级专家”，同年卫生部授予“全国卫生文明建设先进工作者”称号。1990年确认为国家首批全国老中医药专家学术经验继承导师。1991年7月，国务院颁予政府特殊津贴证书。

朱良春教授是全国著名中医内科学家，治学严谨，医术精湛，对内科杂病的诊治具有丰富的经验，先后研制了“益肾蠲痹丸”、“复肝丸”、“痛风冲剂”等中药新药，获部、省级科技奖。主要学术著作有《虫类药的应用》《章次公医案》《医学微言》《朱良春用药经验集》《中国百年百名中医临床家·朱良春》《现代中医临床新选》（日文版，合著）等10余部，发表学术论文180余篇。曾先后应邀赴日本、新加坡、法国、马来西亚等国

作学术演讲。

2003年7月获中华中医药学会“中医药抗击非典特殊贡献奖”。

2003年7月16日被国家中医药管理局中医药继续教育委员会聘为“优秀中医临床人才研修项目”考试委员会专家。

2003年9月被国家中医药管理局聘为“中西医结合治疗SARS临床研究特别专项”专家顾问。

朱老一直关心中医药事业的兴衰，热心学术的继承、弘扬，应邀赴各地讲学，足迹遍及全国。2005年又与邓铁涛、任继学、路志正等十多位名老中医发起“首届中国著名中医药学家学术传承高层论坛”，少长咸集，盛况空前，极大地推动了中医药学术的传承与发展。

《伤寒论》理论的临床应用

朱良春

张仲景的《伤寒论》，是中医辨证论治理论体系的奠基之作。众所周知，此书之全名应为《伤寒杂病论》。由于历史的原因，仲景的原作被“一分为二”，初经晋王叔和编次整理，将《伤寒论》部分单独分出来，后来《伤寒论》又经宋代林亿等校订，即从宋代起留传下来的《伤寒论》和《金匱要略方论》两本书，其内容十分丰富和精湛，言简意赅，法简完备。本文仅就《伤寒论》一书中有关的理论，谈谈个人的临床应用体会。

《伤寒论》不是一部医学理论专著，而是一部临床经验结晶的著作。在仲景笔下，没有一条专门讲理论的条文，但并不意味着《伤寒论》没有理论，不讲理论。仲景是把理论与实践紧密结合起来，融理论于实践之中，以实践体现理论。它揭示了疾病的变化规律，把理、法、方、药一线贯穿。如果这样说不错的话，那么，也可以说，397条条义，无一不是理论。

《伤寒论》里所包含的理论，都是仲景对《内经》理论的继承和发展。过去，国内外有不少学者，在研究仲景学说时，往往把《内经》与仲景著作割裂开，甚至妄加褒贬。这与仲景在《原序》中讲到的“勤求古训”及“撰用《素问》《九卷》《八十一难》《阴阳大论》《胎胪药录》，并平脉辨证”这些话是违背的，不符合科学发展的规律，也不符合客观事实。即以《伤寒论》的基础框架——六经而论，很显然，就是从《素问·热论》“六经”框架的基础上发展起来的，只不过仲景赋予了它新的内容，使之更加丰富和完善，从而更能指导临床实践。不看到仲景的创造发展是不对的，只看到创造发展而否定他对前人理论

的继承，也是不对的。罗嗦说来，无非想说明一点，即仲景《伤寒论》所包含的理论，不是凭空臆想的，而是对《内经》、《难经》等医学经典著作理论的继承和发展，他天才地采用了归纳法和类比法的逻辑方法，以六经、气血、八纲、八法为骨干创立了辨证论治的医学推理体系，具有极高的理论价值和实用价值，从而被后世尊之为医圣，《伤寒论》也成为中医学的经典著作。这样，我们在研究《伤寒论》理论的时候，才能脚踏实地，做到心中有数，不致迷失方向，不得要领。所谓“知其要者，一言而终，不知其要，流散无穷”，就是此意。

我认为，仲景《伤寒论》中涉及的临床理论内容很多，比如：

1. 外感热病中“先表后里”的原则。仲景指出：“表未解，未可攻里。”这就是外感病治疗上的一个重要理论。因为无论表也好，里也好，都反映了正邪斗争的一定部位所在。治疗上就应该因势利导，如果病在表，却误用攻里，就会削弱在表抗邪的正气，从而助长邪气，为它入里创造了条件。初涉临床时，曾治一人，症见恶寒、发热、口渴、脉洪数、身有微汗，便认为当清里热，用白虎汤加味，结果两进而热不少退，转而考虑到前人所谓：“一分恶寒未罢，便有一分表邪未解”，改用辛凉宣疏剂，一药即获畅汗，表解热退。这就证实了仲景之说，确系经验的总结。当然，仲景既提出“本发汗，而复下之，此为逆也；若先发汗，治不为逆。本先下之，而反汗之为逆；若先下之，治不为逆”，又指出“急当救里”、“急当救表”，明示人如果里证为急，就可先救其里，后治其表。仲景对表里同病，也有表里同治之法（如桂枝加大黄汤），都说明了在这一问题上他的原则性与灵活性。

2. 《内经》很强调的因时、因地、因人制宜的原则，仲景虽未说明，但可以看出他在三者的关系上，强调的是人。因为时

(气候条件)也好、地(居住环境条件)也好,所影响的是人,所以《伤寒论》对于因人制宜,有许多论述。他虽然讲了什么情况可以发汗用什么方,但接着逐条地指出:尺中迟、尺中微者不可发汗,疮家、衄家、汗家、亡血家、胃中冷者不可发汗,就是充分考虑到阳虚、血虚、阴虚、中阳不足的体质。后世医家理解了仲景的意思,于是而拟出再造散(阳虚体质兼表证者)、葳蕤汤、七味葱白饮(阴虚、血虚体质兼表证者)这样的处方。

这些理论性的东西,仲景都是通过临床实际体现出来的,我们不妨称之为“辨证论治理论”。而仲景的辨证论治理论,又是通过“六经”这个框架来展现的。当然,“六经”不仅是一个简单的框架,而是有它的实质性内容的。下面就从“六经”的有关问题谈起。

“六经”的理论及其临床应用

什么是“六经”?也就是说,“六经”的实质是什么?这是数百年来一直争论不休的一个问题。我个人认为:“六经”与“六经病”是不同的概念。“六经”这个名词,早在《内经》中就有了,《内经》的原意是指经络。仲景之太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴意义有所扩大,不单指经络,而是包括了既是脏腑经络功能活动的产物,又是脏腑经络的物质基础的气、血、营、卫、津、液在内。这实际上就代表了正常机体的实质和功能。“六经”就是用于概括整个机体的六个生理单位,当病邪侵犯人体时,“六经”又是具体的受病、抗病之所。“六经病”如“太阳之为病”、“阳明之为病……”,仲景已经说得很明白,就是“太阳”、“阳明”……发生了病变。机体在病理状态下,也就是说,在正邪斗争的过程中,当然会出现若干症状和体征,而这些症状和体征,可以用寒热、虚实、表里、阴阳来加以本质地概括,所以“六经病”就不再是单纯的生理概念,而是病理的

概念了。既是辨证之纲领，又是论治之准则。

如果按照这样的认识，那么，仲景的“六经病”证治的内容，便包括了：

一、疾病所在的部位（经络、脏腑）；

二、疾病的性质（寒热、虚实、表里、阴阳）；

三、在对疾病进行定位与定性的基础上确定治疗上的大纲大法。

由于这三个方面都是辨证论治的基本内容，因此，“六经证治”在临床上就具有了普遍性的意义。有什么病不是脏腑、经脉、气血、津液的病变？没有。有什么病的性质能出于阴阳、表里、寒热、虚实之外？也没有。就由于仲景由“六经”而突出了“证”，不同的病，有相同的“证”，可以按“证”治疗，这就是“异病同治”，亦即是“同证同治”；相同的病有不同的“证”，则按不同的“证”治疗，这就是“同病异治”，亦即是“异证异治”。也因为如此，所以柯韵伯才有“六经钤百病”之说，陆九芝才有“废六经则百病失传”之说。的确，懂得了上述“六经证治”的精神，则不仅可用以治伤寒、治温病，也可用以治杂病、治百病。近贤刘渡舟教授说：“把《伤寒论》看作治伤寒的专书，还不十分恰当，应该说，这是一本辨证论治的书”。任应秋学兄也说过：“《伤寒论》实际上是一本疾病论”。这些都是很有见地的话，确实懂得了《伤寒论》的真正价值所在。我认为，六经的框架，源于《热论》而高于《热论》，六经证治的内容，则是仲景“勤求古训，博采众方”的结果，正是它奠定了中医辨证论治的基础。这是仲景的最大功绩，把理论与实践紧密结合起来，并用其崭新的内容去丰富理论，指导实践，能历1800年而不衰，这在人类科学史上也算是一个奇迹吧。

“六经证治”在临床上的应用

1. “六经”理论用于温病：清人陆九芝、近人张锡纯对温病的认识和治疗，都遵循了《伤寒论》阳明病治法。陆氏认为“阳明为成温之藪”；张氏对卫气营血、三焦之说，基本态度是不接受。当然，他们的认识，不一定对，没有看到温热之学是对仲景之学的继续与发展，但是在临床经验上，陆氏善用梔、豉、大黄，张锡纯更以善用白虎汤著称，他以白虎汤加减衍化的方剂就有镇逆白虎汤、仙露汤、寒解汤、凉解汤、和解汤等5首变方，治各有主，层次井然，别具匠心，可谓翼翼独造。1959年，河北石家庄郭可明大夫治疗乙脑用白虎汤的经验，就是用的张锡纯之法。郭可明即张老之门人。更早一些的，比较系统地用“六经”来统一卫气营血，合寒温于一炉者，则有吴坤安著《伤寒指掌》；俞根初著《通俗伤寒论》。先师章次公先生也早就指出：“要能认识伤寒、温病的统一性，在矛盾中求统一，才能在继承中取得发展。”近年来不少人主张“寒温统一”，如江西万友生教授，又如北京的肖德馨同志，就主张用“‘六经’来统一”。这都可以看作是“六经”在包括温病在内的急性热病证治上的运用。虽然学术问题难免见仁见智，有些地方还需要进一步讨论，但那是另外一回事了。

2. “六经”理论用于杂病：据近代经方大师曹颖甫说：丁甘仁先生“每当诊治，规定‘六经’纲要”，“故其医案，胸痹用瓜蒌薤白，水气用麻黄附子甘草，血证见黑色用附子理中，寒湿下利用桃花汤，湿热则用白头翁汤，阳明腑气不实则用白虎，胃家实用调胃承气，于黄疸则用梔子柏皮，阴黄则用附子”（《丁甘仁医案》序）。丁先生是近代上海名医，曹先生是丁的好友，一读丁案，便知曹氏所言，确属事实。又曹作《丁甘仁先生别传》，谓丁氏曾问业于汪莲石，“汪令治伤寒学，丁舒氏集

注，最有心得”，可知其渊源有自。《别传》中还说丁氏“凡遇杂证，辄先规定‘六经’，然后施治，尝谓脑疽属少阴，发背属太阳，皆不当误投寒凉”云云，再次肯定了丁氏临证善于运用“六经”理论指导的特点。曹氏这两篇文章，与丁氏的大量治验，有力地证明了“六经”不仅为伤寒而设，也完全能用以指导治疗杂证。

成都著名眼科专家陈达夫先生，曾著《眼科六经法要》一书，即用“六经”来辨治眼病。

江西著名老中医杨志一先生，对血吸虫病的治疗，也用“六经”理论为指导（详见《杨志一医案医话集》一书）。

至于急腹症的非手术治疗，近二十年来进展很大，究其基础，主要还在于仲景阳明篇的有关论述，这是大家都熟知的事。

3. 我个人的临床体会：我治病既用《伤寒论》方，也采用时方，由于实际情况的需要，还有些自拟方。在这方面，我没有偏见，也没有偏好。宋代伤寒大师，我们江苏的许叔微氏说过：“师仲景心，用仲景法，而未尝泥仲景之方”。我想这个态度是值得我们大家学习的。

兹依“六经”病顺序列述临床应用：

太阳病方，一个是桂枝证类，一个是麻黄证类，一个是五苓证类，以此三类为主，如再加上葛根汤类，就是四类方。其他有的是变证、坏病、兼证，实际上已不是太阳范围，或不是单纯的太阳病了。有人说，太阳篇篇幅最大，证治内容也最多，所以太阳病也最多，这是不对的。如“发汗后腹胀满者，厚朴生姜半夏甘草人参汤主之”（66条），明明说是汗后出现的病变，还是太阳本身的病么？又如著名的泻心汤，除生姜泻心汤是由于汗后胃不和外，都是由于误治而成，五泻心证的病位都已不复在太阳，而在胃、脾、肠了。

桂枝汤证的特点是营卫不和。“营卫不和”之表证，是仲景

的一个新总结，要说理论，这就是一个创造性的理论：桂枝汤能通阴和阳，调和营卫，发中有敛，以补为通。临床上根据这个特点，我用桂枝汤治杂病的汗出异常，包括多汗、自汗、无汗，或某处多汗，某处汗闭，以及冻疮、低热、荨麻疹、冬季皮炎、皮肤瘙痒症、鼻炎（特别是过敏性鼻炎）等等，只要符合营卫不和的诊断，无里热，苔薄白者，均有良效。此外，随证加减应用，更为广泛：如本方加龙骨、牡蛎名桂枝加龙骨牡蛎汤，原治男子遗精，女子梦交，现用于治疗神经官能症、性神经衰弱、遗尿等，可益真阴、敛浮阳、调开合。小儿支气管炎后期，体虚邪恋，营虚卫弱，症见发热、咳嗽、多汗、面色苍白、精神萎靡、舌淡嫩、苔薄白，而出现心阳不振之变证者，采用桂枝加龙骨牡蛎汤以补虚扶阳，调和营卫，亦变法也。桂枝加葛根汤，除用于表寒虚证兼有项背强痛，转侧不利者外，如重用白芍、葛根，并加赭石、龙骨、牡蛎，对伴有头项强痛的高血压患者，能显著改善症状，并能治疗落枕。原发性坐骨神经痛，乃风寒湿邪侵袭太阳经络所致，可用本方加附子以温阳驱寒，加重芍药、甘草之量以濡筋缓急，取芍药甘草汤意，对腿有缩短感之患者效佳。手术后肠粘连引起慢性不完全性肠梗阻，出现腹痛、腹胀、气上冲者，中医责之气机不畅，予桂枝汤加重桂枝量以温通气机，气机通畅，则痛胀自解，其剧者可加九香虫、蜣螂虫，当可速解。心律不齐伴有胸闷者，用桂枝汤去芍药治之，因其为阳气虚弱不能为血帅，而治节无权，遂成心律不齐，出现脉结代，伴见胸闷之候，有温阳通脉之功，因胸闷为阴盛，故去芍药。胃脘寒痛用桂枝汤加高良姜、香附、苏叶能和营温中，行气止痛。本方加当归身、从蓉、杏仁、白蜜治老年习惯性便秘，能和胃养血，润肠通便。本方加黄芪、饴糖，即黄芪建中汤，对胃脘疼痛、喜温喜按、噯气吞酸、大便稀溏、面色少华、神倦肢软、舌淡脉弱之脾胃虚寒型之溃疡病及慢性胃炎、慢性消化不良，有补气建中、缓

急止痛之功。本方加鹿角片善通督脉而治肾虚腰痛。本方加土茯苓、豨莶草、地鳖虫、炙蜂房治类风湿关节炎而关节变形者，能温经通络，泄化瘀毒，而消肿定痛。本方去芍药加五味子、干姜、细辛治寒咳气逆，能温肺定咳。本方加佛手、砂仁善治体虚妇女妊娠呕吐，有和营调气、安胃降逆之功。本方加附片、瓜蒌、薤白治阳虚型冠心病胸痛，能温阳宣痹，通络止痛。本方去芍药加黄芪、地龙、归尾、红花治脑血管意外后遗症偏瘫，有化瘀通络，振颓起废之功。本方加归身、天麻，重用大枣治贫血眩晕，有养血和营，补气定眩之效。总之，是以营卫不和（桂枝法）、中阳不运（建中法）为主要目标。

麻黄汤的特点是无汗表实、表寒。麻黄汤是辛温解表、发汗定喘之重剂。凡肺炎初起、上感、喘息型支气管炎和支气管哮喘者均可使用。外有风寒，里有郁热，用麻杏石甘汤，为治疗肺炎、支气管感染、百日咳、急性喉炎等肺系疾病的有效良方。对外有风寒里有水饮之哮喘实证，小青龙汤有特效。对肾小球肾炎初起，麻黄连翘赤小豆汤加茅根、益母草有效，方中生姜可改为生姜皮，梓白皮改为桑皮。本方加白术名麻黄加术汤，治风湿在表，一身重痛之慢性风湿关节炎、风湿性肌炎，以及荨麻疹之遇寒即发者，得微汗即愈。同时寒湿之邪侵袭太阳经脉，使经气不舒，阳气不能外达而上背冷者，服此可以散寒湿，舒经气，阳气外达，则背冷自除。本方去桂枝，加苡仁，名麻黄杏仁薏苡甘草汤，用于一身尽痛，发热，日晡所剧者的慢性风湿关节炎、风湿性肌炎，有散寒、除湿、利气、和络之功。对于发热，关节红肿热痛之急性风湿病，应加秦艽、忍冬藤、连翘、石膏、知母以泄邪热。本方加黄芩、鱼腥草、桃仁等治疗乳幼儿病毒性肺炎，有宣泄清解、定喘止咳之功。

以上均属太阳经证。治太阳腑证的五苓散，可用于肾炎、尿潴留、颅内压增高综合征、美尼尔氏病、鞘膜积液，能温阳化

气，健脾利水。至于阴虚水热互结于膀胱者，则用猪苓汤。

阳明病也分经、腑二证。在经者为无形热邪弥漫上、中二焦，当清，用白虎或人参白虎，这在急性热性病中应用的机会很多，热甚必然耗津伤气，所以仲景用白虎加参的处方，比单用白虎者为多。清代顾松园不用参，用麦冬、竹叶。历代善用石膏者，明代有缪仲淳，清代有余师愚、江笔花、顾松园、吴鞠通以及近代的张锡纯。他们之用石膏，虽各有体会，但无不以仲景为宗。白虎汤多用于急性传染病或非感染急性热病之极期阶段，如乙脑、流脑、流行性出血热、大叶性肺炎、败血症等，以清热生津，除烦止渴，控制病情之进展。白虎汤也用于杂病，如胃有郁热之胃炎、糖尿病、历节病之属热属实者（多见于急性风湿热），本方加苍术名白虎加苍术汤，加桂枝名白虎加桂枝汤，此二方近代多用于治疗急性风湿热之关节疼痛明显者，有较佳之疗效。

在腑者，为热邪与燥湿相合，搏结于里，此时用清法，则无异扬汤止沸，必须釜底抽薪，才能解决问题。三承气汤及后世的三一承气汤（实即三个承气汤同用，其药物组成，也就是大承气汤加甘草）、增液承气、黄龙汤等，都是临床治疗急性热病里热实证常用之方。在杂证方面，则尤以急腹症时应用它的机会为多，如急性阑尾炎、肠梗阻等，均可服用之，能峻下热结，解除梗阻。

如果说，太阳为表，阳明为里，那么，少阳处于半表半里。实际上少阳主要是以正虚邪恋为其病机，所谓“和解”也主要是指扶正达邪的治法。和法的代表方小柴胡汤在临床上应用也很广泛，如肝炎、慢性胆囊炎、疟疾、腮腺炎、低烧、鼻病、美尼尔氏病，只要符合往来寒热、心烦喜呕、默默不欲食、胸胁苦满（闷）中之一二条，投之均有良效。至于小柴胡汤证兼太阳之表者，则用柴胡桂枝汤；兼阳明之里者，则用大柴胡汤。前者常用

于流感发热，后者常用于胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎等。日本学者常用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗癫痫，老友周康氏用此方去人参、大枣、生姜，加桃仁、红花治疗精神分裂症，有较佳疗效。

太阴病为脾胃虚寒证，但也有热证，由于太阴属脾土，故多为湿热。如果说太阴只有虚寒而无实热，就太绝对了。有人说三阳为表证、热证、实证，三阴为里证、寒证、虚证，这也太简单化了。三阳也有里证、寒证、虚证，三阴也有表证、热证、实证，这就是事物的多样性，一般中的特殊。当然原文说过“自利不渴属太阴，以其脏有寒故也，当温之”，而且提出“宜服四逆辈”，但是仅就“自利不渴”而言，原文中没有的，我认为可在太阳篇以及与太阴为表里的阳明篇里找。如泻心汤证，就是治脾胃湿热的方子，而不见于本篇，见于太阳篇，不能说凡是在太阳篇的就一定是太阳病。只能说，放在太阳篇，以示其病之来路而已，或者说是被整理者搞乱了，也未可知。

太阴病本无理中方，理中一方见于霍乱篇。临床上理中汤、丸常用于治疗虚寒性胃炎、溃疡病、慢性肠炎。

太阴实热证，多为湿热阻于中焦，仲景的生姜、半夏、甘草等三个泻心汤，以苦降辛开为组方宗旨，大大启发了后人治湿热之法。临床用以治疗胃肠疾患湿热俱盛者，如胃炎、溃疡病、肠炎等，都可以加减使用之。

少阴为水火之脏。水脏指肾属足少阴，火脏指心属手少阴。少阴篇的四逆汤、四逆加人参汤古称回阳救逆，实际上是强心剂。先师章次公先生对仲景治疗热病考虑到心力衰竭这一点，曾多次撰文称道。上世纪八十年代天津南开医院将四逆汤改成注射液，用于抢救休克，收到很好的效果。认为四逆汤有升压、改善微循环、强心、镇静的作用。至于附子的用量，当因时、因人制宜（不仅是四逆汤），我的经验，可从小剂量（9克、15克）开始，如无反应，可以递增，并宜用制附子，或先煎半小时始妥。

山西李可老大夫对《伤寒论》作过精深的研究，特别是使用附子，大大突破常规用量，并取得显著疗效。他认为凡是有阳虚征象者，必重用附子，不得少于45克，视病情可用至90克、150克、200克。四逆汤救治心衰，确有回阳救逆之功，但他认为四逆汤虽补阳而救脱不足，需配合张锡纯救脱而补阳不足的“来复汤”，才能互补而臻完善。他创“破格救心汤”重用制附子、山萸肉后发生了质变，更增入磁石，吸纳上下，维系阴阳；麝香开窍醒神，开中有补，是扶正固脱，救治心衰，乃致全身衰竭的有效方。方中关键是附子非重用不足以奏功，伍以大量炙甘草，既可解附子之毒，又可以甘缓之性使姜附逗留于中，使温暖之力绵长而扩达于外，使逐阴回阳之力持久。（请阅山西科技出版社发行的《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》）李老的经验，值得我们认真学习，但必须认证准确，始可放胆用之，不可孟浪也。（破格救心汤：制附子30~100~200克，干姜60克，炙甘草60克，高丽参10~30克，另煎浓汁兑服，山萸肉60~120克，生龙牡粉、活磁石粉各30克，麝香0.5克，分次冲服。加水2000毫升，文火煮取1000毫升，5次分服，2小时一次）。

炙甘草汤也见于太阳篇，我认为应该是少阴病，其治在心。此方的加减方，可用于急性热病后期心阴损伤，如叶天士、吴鞠通的复脉法（即本方去参、桂、姜，加三甲）；也可用于阴虚型虚劳。各种原因引起的心律失常而证见阴虚或气阴两虚者，用仲景原方有良效，可以补气滋阴，养血复脉；同时还可以用于心房纤颤及心房扑动、风湿性心脏病而出现心律不齐，伴见心悸气短、脉细弱结代者；也可用于手心多汗（手心为心包络所主，心包络为心之外卫，与心并论，汗为心液，多汗乃心阴不足，故宜益气敛阴以止汗）及舌裂（舌为心苗，阴血不足，则舌生裂纹），亦有佳效。方中人参不宜入煎剂，而以研粉吞服为好，除急救用大剂量煎汤兑服，其他不必用大量，一般每次以1.5~3

克，日二次。

少阴篇的麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤，都可用于急性肾炎初起而见脉沉弱、面色苍白、舌淡的患者。而真武汤又为慢性肾炎、心衰、肺心病常用之方。真武去生姜加人参，名附子汤，用于心衰患者，更为恰当。

厥阴篇情况比较复杂。陆渊雷先生曾称厥阴病是千古疑案。近阅忘年交刘力红教授所著《思考中医》（即《伤寒论导论》）一书，对厥阴病之阐发，可谓是“破千古之疑”了。他认为消渴是厥阴病最重要的一个证。三阳之渴，各有特征（太阳之渴用五苓散，阳明之渴用白虎汤，少阳之渴用小柴胡汤化裁）；三阴病中，太阴没有渴，即便有渴，也不欲饮，所以三阴只有少阴与厥阴有渴。少阴之渴，是下焦虚有寒，不能制水，小便色白，一派阴寒之象，其渴需用四逆汤类。除此四经之外的，一切不典型的口渴，皆属于厥阴渴的范畴。凡是口渴而不具备上述四经特殊表现的，可以大致判断这是与厥阴相关的疾病。因此，口渴，特别是渴而欲饮，渴而能消者，对于厥阴病的诊断无疑就具有重要的意义。而厥阴病治渴的专方，则非乌梅丸莫属。消渴包括糖尿病在内，最新研究表明，胰岛素的不足，仅仅是一个方面，而更主要的原因，是机体组织细胞对糖的利用发生障碍，血糖高，不是糖太多了，而是机体组织细胞内处于缺糖的状态，正是由于不足，为了补足，所以才出现易饥的现象，实质上应该设法解决糖利用过程中的障碍，糖尿病的诸多问题，才会迎刃而解。糖的代谢、利用障碍，是土系统的障碍，而根本则在木系统，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。而木又为水所生，“乙癸同源”也，涉及到肝、脾、肾三脏，所以乌梅丸的组合，温热药是七味，寒凉药仅三味，且重用乌梅，“将欲升发之，必固酸敛之”。该丸除治蛔厥、久利、消渴，尚可用于巅顶头痛、辜丸肿痛等病。这些见解，很有启迪。个人认为，厥阴病的主要病机是寒热

错杂，主要病变脏器是足厥阴肝，而影响及脾肾的。其治法，寒热错杂者，寒热并用；热胜清热；热而实者，清而兼下；寒胜温脏；虚而寒者，用温而兼补，大概不过如此。“气上撞心，心中疼热”，是包括心绞痛、胃脘痛、胆囊炎、胆结石等疾患的。厥阴篇有 52 处言厥，厥者，手足厥冷、疼痛是最易引起厥的。对急性热病入于肝经而见高热、惊厥、动风、伤阴者，原书没有明确描述与方治（335 条“厥应下之”，350 条白虎汤，可能有关，但亦语焉不详），后世羚羊钩藤汤可以补充。四逆散用于肋间神经痛、胆道蛔虫症偏气郁者（加乌梅、川楝子）、泄利后重（加薤白），以及慢性肝炎、胆囊炎、胆石症、乳腺炎、胃炎等疾患。白头翁汤用于急性肠炎、痢疾，先师章次公先生常用此方治痢，重用秦皮，加白檉花、木香、红茶、槟榔、地榆等，收效更佳。

结语

《伤寒论》的理论，简言之，就是辨证论治的理论，它是通过“六经证治”具体表现出来的。千百年来，一直指导着中医临床实践，后世许多新的总结和新的框架，前者为八纲八法，后者为温热病的卫气营血、三焦辨证方法，都是在六经证治的基础上发展起来的。

六经证治的实质，主要包括了对疾病按照经络、脏腑定位和按照表里虚实寒热阴阳定性以及在这两个基础之上确定的治疗大法。这三者构成了辨证论治的基本内容。

六经辨证体现了中医学理、法、方、药的一致性，论证立法，以法组方，相当严谨，往往不容丝毫假借；当然，由于时代的发展，对于疾病的认识更加深入准确，治疗手段也有所发展，新的药物和新的方剂不断涌现，大大补充了仲景之学，但仲景的《伤寒论》不仅仍是中医临床体系的奠基石，具有历史意义，而

且其辨证论治的法度，足资后世学习研究，更具现实意义。师仲景之意，用仲景之法，得仲景之心，对今日临床水平的提高，仍然是必要的。

《皇汉医学丛书》在“医诫十则”里指出：“医有上工，有下工。对病欲愈，执方欲加者，谓之下工。临证察机，使药要和者，谓之上工。夫察机和者，似迂而反捷。此贤者之所得，愚者之所失也。”要做到临证察机，使药要和，就学习《伤寒论》来说，不仅要辨病脉证并治，还要“审察病机，勿失气宜”。我们一般对病机比较重视，但对“气宜”则往往注意不够，也就是对时相、运气不仅不重视，而且知之甚少，这就距“上工”很远了，就很难成为“苍生大医”。为了深入学习《伤寒论》，更灵活的运用《伤寒论》之方，解决更多疑难杂症，建议中青年同道，利用时间读一读《思考中医》（广西师范大学出版社印行）这一本书，必得大益也。

析章次公先生 评论清代医家的几句话

朱良春

章次公先生对历代医家的成就，有公允评论。兹就先生对清代6位医家之评述，略加阐释，以窥一斑。

“余尝谓清代医人中，有二奇人，曰四明高斗魁、玉田王清任；有二学人，曰吴县叶桂、吴江徐大椿；有二妄人，曰昌邑黄元御、元和陆懋修。高王二人，奇而不诡，开创风气；叶徐二人，虽沿仲景，自有创获；若黄陆二人，直以齿牙胜人，然究其实则枵然无物者。”

先生对清代6位医家的学术思想用了上述97个字，作了概括性评述，分为奇人、学人、妄人3类，要言不繁，画龙点睛，可谓得当公允。

先生对高斗魁、王清任二氏颇为赞赏，评价甚高，称其为“奇人”，但“奇而不诡，开创风气”。指出高王二氏在学术思想上超出陈规，异乎寻常，但奇而不诡，并不无理诡辩，脱离实际，而且还有所创新和前进，这正是他们对学术的发展和延伸，是我们应该继承发扬的学风。

高斗魁字旦中，又号鼓峰，清代著名医家，浙江四明（今宁波市）人。著《医家心法》《四明心法》《四明医案》（1728年印行）等书。曾与明末清初思想家吕留良（1629~1683）结交（1661年），讨论医学，对吕后来研读医笈，并为人治病，有一定影响。论医宗旨，近于张景岳，“治病多奇中”，“起痼扶衰，悬决生死日时，多奇验”。在其医案中，有用大剂人参、熟

地等治愈温病重证的记载。自创新方，多有奥义，如治肝火郁于胃中，以致倦怠嗜卧，饮食不思，口燥咽干，曾订滋肾生肝散（六味地黄加当归、白术、柴胡、五味子、炙草），方中六味滋肾，逍遥生肝，组方明确，增损灵活，取水能生木之意。此法在叶天士治脘痛用石决明、阿胶、生地、杞子、川斛、粳米，魏玉璜治胁痛用一贯煎等养胃汁之前。而高斗魁此法，又受到赵养葵《医贯》治木郁先用逍遥散，继用六味地黄汤加柴胡、白芍之启示。

高氏滋肾生肝散、疏肝益肾汤（六味地黄加柴胡、白芍）诸方，都是柴胡与地黄同用。魏玉璜一变其法，疏肝喜用川楝子，把柴胡换成川楝子，从这里也可以看出方剂演变的一个侧面。

王清任（1768～1831），字勋臣，清代著名医家，河北玉田人。他认为“著书不明脏腑，岂不是痴人说梦；治病不明脏腑，何异于盲子夜行”。因此他为了纠正古医书关于脏腑形态、功能方面记述的错误，能破除世俗观念，去义冢和刑场实地观察，并解剖动物作对照，历经42年而写成了《医林改错》一书，对前人认识上的一些错误，作了纠正和补充，尽管还有主观臆断之处，但这在封建社会里能这样做，已属很了不起的。其次，他在临床上强调气虚或气滞导致血瘀，主张补气、行气与活血化瘀相结合，而创订了许多补气或行气化瘀的方剂，如补阳还五汤（补气化瘀，通络振颓，治中风半身不遂，口眼歪斜，语言流涎，或截瘫、小儿麻痹等症）、通窍活血汤（活血通窍，治头面部血瘀所引起的头痛，昏晕，或耳聋年久，或壮年脱发，或白癜风，或妇女干血癆，亦治脑震荡后遗症头痛头晕）、膈下逐瘀汤（功能活血祛瘀消积，治瘀在膈下，形成积块，或小儿痞块，腹痛有定处不移者）、少腹逐瘀汤（功能活血化瘀，温经止痛，对妇科多种疾病如瘀血内阻的痛经，或瘀滞寒凝的少腹结

块，疼痛，或术后肠粘连，或慢性盆腔炎有瘀象者）等，具有较高的实用价值。王氏是医学史上具有敢于实践和独创精神的医家。

高、王二氏，确是“奇而不诡，开创风气”的典范，值得我们学习。

叶桂（1667～1746年），字天士，号香岩，清代著名医家，江苏吴县人。继承父业，聪悟好学，博通经史子集，尤究心于医术，先后拜师17人之多，汲取众家之长，又有所创新，善治疑难杂症，多从脾胃立论。30岁时，其医名与父名已同噪于大江南北。对温病尤有卓见，能跳出《伤寒论》的框架，创立“卫、气、营、血”为温病辨治之纲领，提出了辛凉解表、甘寒养阴、清热解毒、滋阴救液等法则，制订了许多实用的方药，为温病学的奠基人之一。他的《温热论》《临证指南医案》虽为其弟子所辑，但均系其实践有得之言，值得我们细细领悟。

徐大椿（1693～1771年），字灵胎，晚号洄溪老人，江苏吴江人。博览群书，上自《内》《难》，下至元明著作，无不披阅，勤于著述，是清代写作较多的一位医学家，又是医学评论家，所评注之《临证指南医案》、《外科正宗》，颇多独到见解。他认为《伤寒论》原是救误之书，随症立方，并无定序，乃删除六经门目，俾方以类从，证随方见，著《伤寒类方》，使学者可按证以求方，不必循经以求证，具有真知灼见。《医学源流论》乃短小精悍之医学论文汇编，颇多精辟之论。其他著述尚有《难经经释》《神农本草经百种录》《医贯砭》《慎疾台言》《兰台轨范》等。徐氏说：“五十年中批阅之书约千余卷，泛览之书约万余卷，每过儿时必悔从前疏漏。”于此可见徐公读书奋发之勤和高尚谨慎的精神。

叶、徐二氏之学术成就，虽沿袭仲景，但均有创新，所以章先生说他俩“虽沿仲景，自有创获”，乃富有学养之人，是很中

肯的。

黄元御（1705～1758年），字坤载，号研农，清代著名医家，山东昌邑人。博览经史子集，精研医经典籍，他主张“理必《内经》，法必仲景，药必《本经》。”在临床思维上受张景岳之影响极大，重于温补。对经典著作中的错简，提出校订意见，著有《四圣心源》《伤寒悬解》《金匱悬解》《素灵微蕴》等书，有一定贡献。但其论医理、评诸家，常用偏激之辞，故章先生称其为妄人。

陆懋修（1818～1886年），字九芝，号林屋山人，清代著名医家，江苏元和（今吴县）人。读书甚多，著述亦丰，有《世补斋医书》（1886年刊行），流传甚广。但过于尊经，思想保守，固执己见。对某些医著上的学术论点，每严词抨击，虽有中肯之处，但多偏执之见，对不同学术见解，往往加以否定。如认为“治温病法不出《伤寒论》之外”。并说：“在太阳为伤寒，在阳明为温热”。认为阳明病就是温病，对后世温病学说的发展，是采取否定态度的。斥王清任的亲临刑场观察脏腑，是教人在杀人场上学医道。又如《临证指南医案》卷五温热门之席姓案，乃热邪误治入脏之坏症，恙已至极期，叶氏立育阴清邪法以挽救之，可谓煞费苦心，但陆氏却予否定，认为“古人治温，决不育阴”，并说：“犀角、石菖蒲二味，并开心窍，送邪入心”；用牛黄清心丸，乃“助犀角送邪入心”，这是极大的偏见。因已神烦吃语，吸气喘促，正气大虚，阴液耗竭，育阴正所以清热，犀角及清心丸，也为挽救坏症危局而设，有何不是呢？章先生对此曾作中肯的评述：“后人欲评前哲之学说，最不可先有成见，成见横梗胸中，其流弊为武断。九芝批此案，成见既深，武断毕露。滋水制热之法，用于热病，至叶氏乃有步骤、有条理，从存津液至生津液，实为叶氏之最大业绩，吾人不可一概抹杀也。平心论之，叶氏自有其不可及处，尊信太高，诋毁太过，俱非持平

之论。”这是很公允的。

黄、陆二氏，虽然读书很多，著述亦丰，但过于尊古，偏执己见，对不同学术论点，往往采取否定态度，严词驳斥，一无是处，这就近乎“武断”、“诋毁”，所以章先生称其为妄人。至于章先生说他俩是“枵然无物者”，是指理论脱离临床实际，是空洞的理论家，不是实践家而已，并没有否定他俩在博览群书和医学上的成就，这是应该说明的。

章先生是务实派、革新派，很少用浮泛的理论做文章，辨证用药，力求实效。他最反对八股式、不切实际的空论，或臆测武断的主观意见。同时，他没有正统观念，提倡“发皇古义，融会新知”，在继承的基础上有所创新，有所前进。所以他评价高王二氏是“奇而不诡，开创风气”的奇人，赞赏叶徐二氏是“虽沿仲景，自有创获”的学人，批评黄陆二氏是“直以齿牙胜人”的妄人。章先生对清代六位医家短短 97 个字的评论，今天重温一下，还是值得在治学、临证时参考的。

颜 德 馨



颜德馨，男，全国著名中医学家，1920年出生于江苏省丹阳市的中医世家，尊翁为颜亦鲁名中医，幼承庭训。1939年夏毕业于上海中国医学院。悬壶后屡起沉疴，不坠家声。1949年后调入铁路中心医院主持中医业务。1992年创建上海铁路中医技术中心。历任中华中医药学会理事、国家中医药管理局科技进步奖评审委员会委员、上海中医药大学

客座教授、上海师范大学及长春中医学院特聘教授、铁道部专家委员、评委、中医专业组组长等职。现任同济大学教授、中医药研究所所长、上海中医药大学博士生导师、上海市中医心脑血管病临床医学中心学科带头人。他主持的“瘀血与衰老”科研项目，荣获国家中医药管理局科技进步二等奖。根据颜氏学说拍摄的《抗衰老》科教片，参加国际生命科学电影展览并获奖。已出版《餐芝轩医集》《气血与长寿》《医方彙秘》《颜德馨诊治疑难病秘笈》等10余部著作，其中《衰老和淤血》一书英文版在全世界发行。多次去美国、加拿大、泰国、日本、印度尼西亚及港、台等地讲学。历年发表学术论文200余篇，其中有些论文曾获国际会议金奖。1999年用奖金和稿费建立“颜德馨中医人才奖励基金会”，每隔年在全国征文评奖一次，对培养中医人才影响深远。曾获英国剑桥大学世界名人成就贡献奖及美国名人传记学会20世纪成就奖。

颜教授医德医风，所至有声，在医务界产生深远影响。具有世界权威性的国际传记学会特邀其为会员。1999年荣获上海市

第三届最高级的医学荣誉奖。2003年因参与抗非典做出贡献，获中国科协特别荣誉奖及中华中医药学会先进个人及成就奖。市卫生局特为之拍摄《岐黄一杰——颜德馨传记》电视片，记录他一生为中医事业探索的经历，反映颜氏虽年近九十，仍不断为祖国医药事业作出新的贡献。

女科运用活血化瘀法经验案析

颜德馨

近年临床倡以“衡法”调治久病、杂病，其中对女科亦有涉足，兹应讲座之需要，割捨成文，医坛多女科专家，皆为挚友，已不惜貽笑方家矣！

一、解郁活血法

将疏肝解郁药与活血化瘀药同用，组成解郁活血法，适宜于月经提前或延后，经水或少或多，有血块，经来腹痛，伴胸肋肋隐隐胀痛，喜怒无常，举止乖违者。此类证候常由于肝气郁积，血海有瘀，每用血府逐瘀汤加减而取效。

例1：仲某某，女，42岁。月经过多，来潮时伴有心烦失眠，经来色紫，久治无效，中药曾服归脾汤、逍遥散、甘麦大枣汤等皆不为功，妇科拟诊为子宫功能性出血。

初诊：经来淋漓十多天方净，已三年。经潮前伴有全身不适，乳房发胀，腹痛，经来有块，色不鲜，平素潮热，烦躁。脉紧而弦，舌红紫，苔薄。血海本有蓄热，服“归脾”太早，瘀热滞而不化，营卫乖违，不为疏泄。

生地24克，柴胡6克，枳壳4.5克，桔梗4.5克，生甘草3克，川芎2.4克，当归6克，赤芍6克，红花9克，桃仁9克，牛膝4.5克。

复诊：服方二周，此次经行较畅，七天净，兼证均有减轻，脉仍紧，舌红紫为退，血海之瘀热依然未净，原当疏理。

同上方继续服用。

患者持续服用上方至六十剂，观察月经二次来潮情况，所患

顿失，以后月事即行正常。

按语：本例患者平时潮热，烦躁，乳房发胀，为肝郁气滞之象；经来不鲜，血块，腹痛，淋漓，皆瘀宿血海所致。服归脾汤等益其所实，气瘀一日不化，则血海一日不宁，故病延三年。血府逐瘀汤解气分之郁，行血分之瘀，倍用生地者，寓凉血之意，故能服药二月即愈顽症。

二、散寒活血法

以温阳散寒药与活血化瘀药同用，组成散寒活血法，适宜于经来少腹疼痛，痛势剧烈，畏寒，喜温喜按，经来色暗，有血块，舌紫苔薄，脉紧者。证属寒邪致瘀，常见于女科痛经、不孕、附件炎、宫外孕等。常用少腹逐瘀汤、生化汤、化瘀赞育汤等治疗。

例2：朱某某，女，47岁。痛经十余年。每届经期，少腹疼痛逐渐加重，时因绞痛难忍而呼号叫喊，甚则昏厥。多方医治，痛经未减，影响工作，至以为苦。

初诊：经色暗红，时夹血块，腹冷痛，右肋痞胀作痛。舌紫苔薄，脉细涩。瘀浊交搏，冲任无权，试投少腹逐瘀汤加减。

官桂4.5克，小茴香3克，元胡9克，甘松4.5克，没药4.5克，五灵脂9克（包），红花9克，当归9克，甘草6克，生蒲黄9克（包）。（七帖）

二诊：药后痛势大减，月经已净，右肋痞胀作痛，不宜再事攻伐，转以疏肝理气。

柴胡4.5克，川楝子4.5克，元胡6克，生香附9克，枳壳4.5克，川芎4.5克，桔梗4.5克，当归9克，白芍6克，甘草3克。（七帖）

按：经期腹痛为经血不通之候。多因情志不舒，气滞血瘀，感受寒邪，或贪食生冷，导致寒凝胞宫，瘀血停滞，不通则痛。

治疗大法以通为主，采取温经散寒，祛瘀止痛之法，治验颇多。

例3：董某某，女，30岁。有原发性痛经史，结婚3年，痛经加重。未作避孕，至今未有过大小生育。月经潮前乳房胀痛，甚则影响休息与工作，经潮量少，色暗紫，不畅。伴腹痛恶心，痛刷面色苍白，用一般止痛药无效，曾做诊刮显示子宫内膜正常，其夫精液检查正常。

初诊：婚后不育，痛经，脉沉迟，舌苔薄腻，色紫，眼圈发黑。证属寒凝血瘀，拟温里化瘀立法，化瘀赞育汤主之。

小茴香3克，延胡9克，官桂4.5克，赤芍9克，生蒲黄12克（包），五灵脂12克（包），干姜2.4克，川芎4.5克，没药4.5克，紫石英30克（先煎）。

每月于月经前后服七帖，药后乳房胀痛及痛经均减轻。经治四个月，随即怀孕，育一子。

按语：《济阴纲目》云：“妇人之无子者，其经必或前或后，或多或少，或将行作痛，或行后作痛，或紫或黑或淡，或凝而不调，不调则血气乖争，不能成孕矣。”古人认为不孕症与血瘀有关，笔者临床经验，治不孕必先化瘀调经。本例具有显著的寒凝血瘀征象，故用少腹逐瘀汤加味治疗而获效。本方温寒化瘀，调和冲任，王清任称其能“令人有子”，加紫石英暖子宫，促排卵，相得益彰，疗效更著，因定名为化瘀赞育汤。服法为每次月经前服5~7帖，3个月为1疗程，停药后可望怀孕，如不效，可连服一个疗程。如血瘀症状较为明显者，平时加服血府逐瘀汤调整阴阳，平衡气血。除器质性病变者外，一般皆有效果。

三、祛瘀活血法

以祛瘀软坚药与活血化瘀药同用，组成祛瘀活血法，适宜于妇人形体肥胖，闭经，带多，少腹痛，舌紫苔白腻，或黄腻，脉弦滑，西医诊断多为多囊卵巢综合征、卵巢囊肿、子宫肌瘤等。

常用祛痰软坚药如海藻、昆布、半夏、南星、橘络、白芥子、山慈菇、牡蛎、黄药子等，可酌情选用。

例4：朱某某，女，45岁。1988年右乳腺癌术后，1990年8月因2月中经来四次，在外院检查B超发现“卵巢囊肿，约4.1cm×4.1cm”。因不愿手术治疗，而于1990年9月9日来门诊。

初诊：足厥阴经抵少腹，环阴器。术后瘀热挟痰浊循经下注，结聚于少腹，苔薄腻舌紫，脉弦滑。当化瘀软坚散结，扶正祛邪。

当归9克，赤芍9克，生蒲黄9克（包），黄药子15克，莪术9克，威灵仙9克，川牛膝9克，海藻9克，昆布9克，王不留行9克，制南星9克，路路通9克，黄芪15克，生牡蛎30克（先煎），生香附9克。（34帖）

二诊：药后经外院检查，原有囊肿已消失，因存疑虑，再到另一医院检查证实，遂以桃红四物汤善后。

按语：卵巢囊肿属中医“瘕积”范畴，该患者因月经异常而检出。活血化瘀，软坚散结乃正治之法。其中黄药子一味，取其入足厥阴领海藻、昆布、南星、牡蛎诸药而软坚，解毒，消瘕，与莪术、威灵仙相合则湿化痰消，气血畅行。又佐以黄芪益气扶正，气旺能行血，气旺亦能化湿行痰，故其效甚捷。

四、清热活血法

将清热解毒药与活血化瘀药同用，组成清热活血法，适宜于盆腔炎、附件炎、宫颈炎症见少腹疼痛、带下黄赤臭秽、内热烦闷、急躁易怒、舌紫苔黄、脉弦数，证属瘀热内结者。常用桃红四物汤，加女科常用之红藤、败酱草清热活血，土茯苓、墓头回清热化湿，多能奏效。

例5：蒋某某，女，52岁。患者于1969年始有左下腹疼痛，此后每半年左右发作一次，逐渐加重，1971年以后发作频繁，

每发作前，白带增多，有时发烧 39℃ 以上，先后住院四次，均以抗生素治疗控制症状而出院。此次入院前 4 天开始腹痛，肛门胀痛，小溲困难，喜蹲而不喜卧，食欲差，便结。有宫外孕史，施行右侧输卵管切除术，已绝经，曾流产四次。妇科检查，子宫后位，正常大小，左侧可触及 6cm × 5cm × 4cm 大小肿块，附件炎症肿块。除肌肉注射庆大霉素外，并以中药治疗。

初诊：腹痛带多，反复缠绵，脉细数，舌红苔薄。气滞血瘀，久之成积，挟有湿热交蕴之象，拟内外同修之法。

(1) 莪术 9 克，乳香 9 克，没药 9 克，三棱 9 克，败酱草 12 克，蒲公英 15 克，红藤 15 克，紫花地丁 15 克，鸭跖草 15 克。浓煎成 100 毫升，加 1% 普鲁卡因 10 毫升，保留灌肠，二汁口服。

(2) 外敷药：透骨草 15 克，追地风 12 克，防风 9 克，荆芥 9 克，当归 9 克，艾叶 9 克，白芷 9 克，良姜 9 克，苏木 9 克，花椒 9 克，寻骨风 15 克。

研粗末，包好，隔水蒸透，敷于下腹，每日一次。

经上法治疗后 16 天，腹痛消失，一般情况好转。20 天后检查盆腔肿块已扪不到，仅感左侧附件有增厚感，无压痛，痊愈出院。半年后随访检查，左侧附件稍增厚外，余无其他发现。

按语：本例附件炎症肿块，初则热毒内炽，腹痛带多，反复高热；缠绵不愈，病程较长，形成肿块，呈现瘀热内结之象。中医治疗除选用清热化瘀方药口服外，还以之保留灌肠，外敷祛风化瘀散结中药，之所以用良姜、花椒，以其辛而能透直达病所，故不避其温也。

五、补奇活血法

将温补奇经药与活血化瘀药同用，组成补奇活血法，临床凡产后或小产，以及崩带、癥瘕日久，奇经八脉损伤，虚而不复

者，最宜用之。此法乃由清代名医叶天士所创用，笔者用于崩漏不止、带下绵绵、胞宫癥瘕、小腹下坠、腰酸腿软、舌体瘦、脉细涩者治验颇多。

例6：王某某，女，50岁。前阴流血性分泌物，淋漓不断，其气腥臭，约二年之久，屡治无效。经妇科及“B超”检查提示为：“子宫肌瘤”，因惧怕开刀而求治于中医。

初诊：下腹胀满而下坠，腰酸，脉细涩，按其小腹，有块状物，缘有生育过多，下元奇脉空虚，气血流行失畅，日积月累，癥块乃生，即《内经》“任脉为病……女子带下瘕聚”之谓，姑仿叶天士温奇消瘕之法。

小茴香6克，鹿角胶10克（烊化），当归9克，菟丝子9克，川桂枝6克，香附9克，莪术9克，炒玄胡9克，川芎9克，7帖。另大黄廬虫丸9克吞服，1日2次。

二诊：药后觉小腹略有疼痛，腹部肿块有所缩小，前阴流血已止，舌红苔薄，脉细，此气血渐和之佳象，继用原方加茯苓9克、地鳖虫9克，共服三月。其苦已失，以前方制丸常服调理。

按语：子宫肌瘤为妇科常见病，由于其病位在胞宫，故常从奇经八脉论治。观先贤叶天士治疗杂症，不论男女，大畅治奇之说。盖八脉虽多数隶于肝肾，但治肝肾之药，并非尽达奇经，故还用直达奇经之药，是有的放矢之谓也。如本例用小茴香入下焦温行滞气，炒当归温和血海，桂枝、香附、玄胡、莪术、川芎行气活血，鹿角入督理阳，菟丝走任行阴，盖督统诸阳脉，任统诸阴脉，阴阳调和，气血通达，则八脉皆得复职。惟有形之块，非单纯汤药可以速去，送服大黄廬虫丸，以虫蚁搜剔攻有形，冀其块之速消。

（邢斌、韩天雄整理）

脾胃病治疗经验偶拾

颜德馨

临床推崇“脾统四脏”之观点，辨证施治中小有所得，摭拾剖论以就教同道。

一、调治脾胃之大法

脾胃同居中州，脾气升，主运化；胃气降，主受纳；阴阳相配，升降既济。一旦为病，胃为阳土，法宜润降，脾属阴脏，治当温运，是乃正治。然病变无穷，阳腑有阳伤之疾，阴脏有阴亏之虞，故有温胃阳，救脾阴之治者，乃为变法。如此则知其常，达其变，调整脾胃阴阳之法全矣。

1. 温脾升清法

脾为太阴阴脏，职司运化，喜燥恶湿，故凡寒湿外受或阳衰寒湿内生，每致太阴之阳受伤，不能运布中阳，阴寒窃踞，中焦滞钝而成湿邪壅塞，阳失斡旋之证。常见腹胀纳减，便溏形寒，肢冷面眺，舌淡脉细等症，甚则脾不统血而为黑便。治脾之药宜动宜刚则运，宜温补而大忌阴腻静药。平素喜用附子理中汤、建中、黄上等方。且脾胃同居中州，是升降运动之枢纽，脾虚则清气不得宣升生发，浊气凝于停滞下降，经曰：“清气在下，则生飧泻，浊气在上，则生腹胀”是也，治疗当崇李东垣“升降”之学，强调脾阳之生发，临床尤喜以“升麻、苍术”同用，以升麻之轻而味之薄者，引脾胃之气上腾，复其本位，便能升浮以行生长之令矣。常配半夏、白术、茯苓、陈皮等品，胀甚则加檀香、砂仁、麦芽、枳壳。

例1：李某，男，48岁。素有肝炎及胃窦炎病史多年，中脘痞胀，形寒便溏，面色晄白少华，肢软乏力，脉细，舌淡苔薄腻，先投平胃散加味多剂无效，脾运失健，转以升清降浊：升麻6克、苍白术各9克、半夏6克、陈皮6克、沉香曲9克、香橼皮9克、枳壳6克、大腹皮9克、佛手4.5克、娑罗子9克。七剂。

二诊：药后脘胀已消，诸症随减，再以升清泄浊，鼓舞中州，升麻重其剂，续进七剂，诸症皆除。

按：该例湿浊本重，壅阻中焦，脾阳被困，津气当升不升，浊阴当降不降，可知病机非独在胃，当究之脾阳不升。故方用升麻为君，以行升阳之令，配苍白术以健脾燥湿，如此则“调中之剂得升清之品而中自安，健脾之方得燥湿之品而效益倍。”此用药相须之妙也。

2. 滋养脾阴法

脾为太阴之脏，藏精气而不泻，多脂多液。脾主运化，为胃行其津液，重在生化。故凡脾体本虚，胃强脾弱，胃火灼热，耗伤脾阴，或老年脏燥，产后体虚，皆使脾气不得敷津，失其转输之能，而使脾失滋润之性，即为脾阴亏损。脾阴一亏，则见消渴，中脘嘈杂，大便秘结，舌红脉细等症。如《慎斋遗书》云：“盖多食不饱，饮多不止渴，脾阴之不足也。”虽脾阴胃阴彼此渗透，多难分别，然脾阴亏损多出内伤所致，胃阴不足，多系热伤津液，治胃偏于清热生津，治脾则当养阴和营。常应用富含脂液之品，如从蓉、首乌、白芍、当归、杞子、麻仁等品。但滋阴诸药虽可补其阴液，却不能助其生化，唯有加入白术一味，以滋其化源，才是正治。《慎斋遗书》云：“专补脾阴之不足，用参苓白术散”，此即“补脾不如健脾，健脾不如运脾”之意。

例2：钟某，女，62岁。老年肠液枯燥，大腑不行，中脘灼热不思饮食，脉细数，舌红苔薄，拟育阴健脾，化痰通幽：淡苻

蓉 15 克、炙乌梅 4.5 克，生首乌 9 克、全当归 9 克、乌芝麻 9 克、桃仁 9 克、生白术 9 克、柿霜 9 克、蒲公英 9 克、山梔 9 克。七剂。

药后欣告大腑得行，知饥思食。

按：该例老年体虚，阴液不足，累及脾阴，损其脂液，故见中脘灼热而不思食；肠液枯燥，传导不利，而见大腑不行。故方用苡蓉、首乌、乌梅、当归、桃仁、黑芝麻等富有脂液之品，既补脾阴，又润大肠；更加蒲公英、山梔清胃而断伤阴之源。本例治法虽脱胎于“润肠丸”、“五仁丸”等方，但补中有清，滋中有化，遣药更进一步。

三、温通胃阳法

胃为阳土，多气多血，故有阳明阳腑之称。胃为水谷之海，日以纳食消谷为职，故凡饮食生冷，水湿内停，多伤胃肠，其在衰弱体质，老年病后胃阳不振者，尤为多见。《素问·生气通天论》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”，余宗内经之旨，认为五脏六腑皆分阴阳，独胃腑无阳乎？临床重视胃阳之作用，水谷积滞胃腑，阻遏不通而致反胃、恶心呕吐、泛酸诸症，多责之于胃阳不振，浊阴潜踞所致。用药非温而通者，不得复其阳，非通而走者不能祛其寒，法当釜底加薪，温通胃阳，常喜用附子、萆澄茄、萆拨、吴茱萸、公丁香、半夏、茯苓、枳壳、川朴等品。

例 3：蔡某，男，55 岁。患者有胃病史二十余年，经多次胃肠钡餐摄片、胃镜检查，确诊为十二指肠球部溃疡、胃窦炎，曾三次因合并幽门梗阻而住院。近因出差外地，劳累过度，复感寒凉，而致胃脘疼痛，恶心频频，朝食暮吐，形寒畏冷，腑气四口未行，舌淡苔白腻，脉沉小弦，前医予硝朴通积汤加减未见效。余认为：脾胃阳气素虚，复感寒邪，阴寒凝于中焦，胃阳未振，

胃中无火，难于腐熟水谷，当宜温通胃阳。药用：附子9克、干姜2.4克、半夏10克、川朴6克、枳实9克、代赭石15克、莱菔子30克、茯苓12克、大黄9克。

一剂后，恶心顿减，未再呕吐，胃脘疼痛消失，知饥思饮食，后以健脾和胃收功。

按：本例症见恶心频频、朝食暮吐，证属“反胃”，且见形寒怕冷，舌淡苔白腻，寒象亦见。景岳谓：“反胃系真火式微，胃寒脾弱，不能消谷。”故抓住胃肠不振这一病机，重用附子配干姜以温通胃阳，古人只谓附子温肾阳，岂不知胃寒得附子，犹如釜底加薪，则火能生土，坎阳鼓动，中宫大健，胃之腐熟功能得复矣！

四、酸甘益胃法

前贤谓太阴之土，得阳始运，阳明阳土，得阴自安，以脾喜燥恶湿，胃喜润宜降故也。张仲景有急下存阴之法，治在胃；东垣大升阳气，治在脾。清代名医叶天士阐发先贤之论，谓胃主承纳下降，以通为用，故凡辛香刚燥之品，非胃所宜，即理中、平胃之属，四君、异功等方，竟为治脾之药，辛香伤胃，呆钝守中，非胃腑宜通之法。故创治胃“宜凉、宜润、宜降、宜通”之说，使治胃法更趋完备。余对叶氏“养胃阴”之说颇为赞同。临证见禀质木火之体，胃津耗伤，以致嘈杂灼热、胃脘疼痛、口干舌红等症，常用清养胃阴之法，药以酸甘滋润，如木瓜、白芍、乌梅、麦冬、石斛、沙参等品，口苦加蒲公英、山栀；脘胀加八月札、苏罗子、檀香、麦芽等，清胃而不伤津，理气而不伤阴。酸甘滋润养胃阴，则津液来复，胃之通降即复矣。

例4：王某，女，62岁。原有胃脘疼痛病史多年，经纤维胃镜检查为“慢性浅表性胃炎，部分萎缩，伴十二指肠球部溃疡”。刻诊：面萎少华，脘腹灼热隐痛而胀，口干便艰，脉细

数，舌红苔薄，瘀热交搏，热灼胃阴，法宗叶氏酸甘滋润：炙乌梅9克、木瓜9克、白芍9克、葛根30克、蒲公英15克、桃仁9克、生麦芽30克、檀香1.5克、八月札9克、娑罗子9克、枳术丸（包）9克。

服七剂后，脘痛见减，上方略予增损以缓图之。

按：该例西医诊断为“胃炎合并溃疡”。现代检查可以扩充四诊视野，为我所用。故凡见胃中充血溃疡，多提示有热。清得一分热，便保得一分津，故方用酸甘、清凉、滋润，既能清热养胃，又能柔络止痛。因有腹胀运迟，略加理气之品而效。

二、脾胃常见病证经验举要

1. 呃逆

呃逆一症，《内经》谓之哕，其病乃气机上逆所致，历代医家或从脏治，或从腑治，或以寒热虚实论治。余治呃逆则从气血上逆立法，推崇王清任氏所谓“呃逆是血府有瘀，一见呃逆，无论轻重，即予化瘀”之说。认为呃逆虽有寒热虚实之辨，但其病机均为气逆于上，而气为血之帅，气逆则血必逆，血逆于上，蓄滞其间，则呃逆难平。故对呃逆初起，兼见胸胁胀满作痛者，即取血府逐瘀汤加降香，理气活血，降逆止呃。若久呃不止，病久入络者，则投以活血化瘀，开窍降呃之通窍活血汤。方中麝香最善通窍化瘀止呃，凡呃逆轻证，取单味麝香0.03g吞之，亦有疗效。而配以桃、红、芎、芍活血祛瘀，佐以老葱、鲜姜、黄酒辛散升腾，载诸药上达病灶，则效果更佳。若湿浊弥漫者，则加辟秽之玉枢丹，每次0.6g，1日2~3次；而中阳不振、寒湿遏阻者，必佐以理中丁香柿蒂汤，以扶正达邪。

如治陈某，女，34岁。患者夙有痛经，因产后受惊，且遭受精神刺激，遂发呃逆。每晨起床后即作，持续数小时不止，入睡即停，感寒受气后更甚。初用针灸虽能小止，不久即失效，迭

经中西药物医治未效。舌边色紫，苔薄白，脉沉迟。证属肝郁气逆，寒凝血瘀，方用通窍活血汤：赤芍9g，桃仁9g，老葱3支，大枣7枚，川芎5g，红花9g，生姜2片，麝香0.15g（吞）。上方服7剂，呃逆即止，后以少腹逐瘀汤善后，经来紫块累累，痛经亦失。

2. 胃脘痛

胃脘痛以胃脘饱胀疼痛，嘈杂泛酸，纳便不调为主症。胃为水谷之海，日以纳食消谷为职，经曰：“六腑者，传化物而不藏，”故有“胃以通为补”之说。因此治胃脘痛，重在一个“通”字。

(1) 清胃泻火：胃火炽盛，热积胃腑，通降失司，于是胃痛呕酸，嘈杂易饥，口干口苦之症悉由所起。热者清之，故常用左金丸加山栀、蒲公英以清胃家之太过，佐芦根、花粉、石斛、沙参等甘寒以滋阳明之液，参入八月扎、娑罗子、檀香、麦芽等以疏肝理气，消胀止痛，常效。若呕酸甚，加入海螵蛸、白螺狮壳以制酸，或佐生姜、半夏而成辛开苦降之法，泻心胃之火，复阳明之用。

(2) 运脾化湿：湿困中焦，遏阻清阳，胃气不展，失之通降，则见胃痛，伴以脘闷，纳呆，或见呕酸、吐清涎。而素嗜酒醴之人，每多患湿热蕴积之候。若中阳虚者，从阴化寒，则成湿困腑阳之证。治湿阻中焦，余平素最喜用苍术一味。元代朱震亨曰：“苍术治湿，上中下皆有用……为足阳明经药，气味辛烈，强胃健脾”。余临证习以苍术为君，辅以川朴、陈皮、姜半夏、白茯苓等以健脾运中；偏寒者加桂枝、干姜；挟热者加黄芩、山栀、黄连，其他如党参、白术之健脾补虚；木香、香附、甘松之理气止痛，均随证酌情而投。

(3) 理气化瘀：胃脘痛起病之初，总属气机郁滞，或由肝郁气滞，横逆犯胃，或由脾胃气滞，升降失司。久之气病及血，

血因气瘀，于是络道不利，气血俱病。故当注意病在气分血分之别，凡病入血络者，常见胃痛如刺，久发不已，按之尤剧，或曾呕血、黑便，唇舌紫暗，瘀积不消，难拔其根。临床常用丹参饮合失笑散，加桃仁、赤芍，甚则用膈下逐瘀汤破积逐瘀，推陈致新。挟热者加红藤、丹皮；挟寒者加炮姜、桂枝；中焦虚寒加理中汤。由于气为血帅，气行则血行，故诸如木香、郁金、娑罗子等理气消胀之品均酌情选用。

3. 食管贲门失弛缓症

食管贲门失弛缓症是食管神经肌肉功能障碍所致的一种疾病，其主要特征是吞咽时食管下端括约肌不能正常地松弛，以致食物不能顺利地通过该处而滞留于食管内，逐渐引起食管肥厚、扩张以至扭曲等变化。症状有咽下困难，食物反流和下端胸骨后疼痛。

本病与《金匱》水气病篇“心下坚，大如盘，边如旋杯”之心下水气坚凝证类似，余 50 岁时曾罹此病，海上名医有主用左金、胃苓法者，又有主投旋覆代赭汤者，偶尔小可，甚至用到十枣丸，终鲜成果，以屡治不效。考虑到病之源总缘脾胃受损，饮水凝结，似当下而不可下，以坚大而不满痛，是水气虚结，取攻法则益损其不足，而补之又多邪气恋膈，遂用辛开苦降以宣化气机之法，用白术 60g，枳实大者 5 枚切片，水煎服，补正以破坚，行气而开结，大气一转，其气乃散，一补一消，竟得大效。连服 7 剂，改日服枳术丸 2 次，每次 6g。药后暖气、泛漾先止，痰涎继消，未逾月，即平安如初，经年未作。

古人所指心下疾，大多系胃脘病。胃上脘包括解剖上的食管、贲门。脾胃受损，则饮入之滞而不消，痞结为坚，必强其胃气，坚凝可望消解。白术健脾强胃，枳实消痞，散气即所以逐停水，枳实白术汤以汤荡涤之，改汤为丸，以丸消磨之，各具深意。明代王节斋《明医杂著》云：“人不唯饮食不节，起居不

时，损伤脾胃，胃损则不能纳，脾损则不能化，脾胃俱损，纳化皆难。元气斯弱，百邪易侵，而饱闷、痞积、关格、吐逆、腹痛、泄痢等症作矣。”余好杯中物，酒湿本重，既损脾胃，戕伐终非所宜，前医所投，近是而实非。故白术、枳实二味，补消合德，补中有消，消中有补，诚医中之王道。

(韩天雄、邢斌整理)

路志正



路志正，男，1921年12月出生于河北藁城。幼承伯父路益修学中医，继拜孟正己为师，1939年毕业于河北中医专科学校。

现任中国中医科学院广安门医院内科主任医师，内科研究室副主任、教授，中国中医科学院资深研究员，全国中医风湿病学会主任委员，国家中药品种保护审评委员会顾问。历任中华医学会中西医学术交流委员会委员，《北京中医》《中医杂志》编辑，中华中医药学会内科分会副主任委员，内科心病专业委员会副主任委员，内科痹病专业委员会主任委员，北京中医药学会副理事长、顾问，北京老年康复医学研究会副会长，卫生部国际交流中心理事，北京中医药大学名誉教授、客座教授，马来西亚马中厦大中医学院名誉院长，伦敦中医学院名誉教授，长春中医药大学客座教授，广东省中医研究所客座研究员。

精通中医典籍，崇尚脾胃学说和温病学说。擅长中医内科、针灸、妇科、儿科。对于中医疑难病症，主张综合治疗，常内外同治，圆机活法，因证而施，并特别重视食疗。对于眩晕、风湿和类风湿性关节炎、萎缩性胃炎、胆石症、甲亢和甲状腺瘤、白塞氏综合征、干燥综合征、冠心病、糖尿病等，均有自己的独到见解，积累了丰富的经验。曾提出中西医结合治疗血吸虫病晚期肝硬化腹水的方案，总结中医治疗流感的经验，率先运用中医温病学理论治疗溺水大面积灼伤，参加编写《中国针灸学概要》，

主编《中医内科急症》《实用中医风湿病学》，其主持的“路志正调理脾胃法治疗胸痹经验的继承整理研究”获国家中医药管理局中医药基础研究二等奖。

疑难病症辨证杂谈

路志正

随着疾病谱的变化，难治病和药源性疾病日益增多，许多国家的医药学家，纷纷转向天然药和针灸等非药物治疗。祖国医学既有系统之理论体系，又有丰富的宝贵医疗经验，特别是对于一些疑难病症，具有较高疗效，这是中医赖以生存的强大生命力和关键之所在。古往今来，一些名医大家，多以善治疑难病症而著称于世。为此，认真地继承、发扬这一优势，对于提高中医学学术水平，加强国际间学术交流有着十分重要的现实意义。

一、疑难病症概念

中医对疑难病症的认识具有悠久的历史，如《素问·腹中论》曰：“病有少腹盛，上下左右皆有根，……病名曰伏梁……裹大脓血，居肠胃之外……夹胃脘内痛，此病久也，难治”。又如《灵枢·厥病》曰“真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治”；后世医家在长期与疾病的斗争中不断总结，使中医对疑难疾病的认识逐渐成熟，如古人总结出的“风、痲、臑、膈”为内科四大难治病；“经、带、胎、产”为妇科四大症；“麻、痘、惊、疳”为儿科四大难症；余如“内科不治喘，外科不治癬”等，都是临床经验的宝贵总结。现在一些学者又把疑难病症单独提出，系统研究，重点突破，不能不说是中医学的又一大发展。

现代医学所谓的“难治病”一词，是现代医学家从生物学模式的疾病概念中分化出来的分类概念，包括一些“病因不明”或病因虽明却缺乏有效治疗方法的疾病。据侯氏等对日本难治病

介绍及有关西医文献，初步认为：难治病是指艾滋病、癌症等在内的--系列有关遗传、体质、代谢、免疫、环境污染与公害、药物滥用与药害、生活方式与食害、社会心理等多种因素作用的疾病。经我院图书情报所提出的难治疾病，初步为123种。

中医有关疑难病症的概念，目前尚无统一标准，国内外学者，仁者见仁，智者见智，但大多有一个趋于--致的认识，即“以病因多端、病情复杂、虚实互见、寒热兼夹、疑似难辨、病情迁延、棘手难治者。”应称之为疑难病。

二、疑难病症的范畴

疑难病症没有一个绝对的范畴，它随着历史的进程、社会的发展而不断更易，具有时代性、阶段性、地域性、人群性，与社会经济、科学技术、医疗保健水平及人们物质精神生活水准有密切联系。古代的疑难病症，随着社会的发展，有的已成为历史，如东汉末年，疫病流行，伤寒病是当时危害很大的疑难病症。以张仲景为代表的大批医家，“勤求古训、博采众方，”艰苦研索，创伤寒六经辨证法门，继承创新了许多有效方剂，使伤寒病的辨治有章可循，有法可依，“虽未能尽愈诸病，庶可以疗病知源”，使祖国医学有了突破性发展，为辨证论治奠定了坚实的基础。第二次世界大战以前，细菌性传染病是公认的难治病，随着抗生素的发现与发展，西医学在战胜细菌性传染病方面，取得了较好的成绩。中医学之温热病学的不断发展和完善，为防治热性病，同样也取得了辉煌业绩。许多当时束手无策的传染病症，在今日看来，其治疗已经而易举。当前随着工业的发展，环境破坏、大气污染日益严重，人们的生活方式、社会心理因素发生了很大变化，一些过去没有或不被认识的疾病，诸如艾滋病、癌症、自身免疫缺陷、放射病、心脑血管疾病等，其发病不断增加，严重威胁着人类的健康和生存，成为当今举世瞩目的疑难病症。因此、

对疑难病症，需要我们用历史的社会的观点、用发展的眼光去认识、去探索、去研究。

三、疑难病症的特点

疑难病症的特点，大致有以下三个方面：

一是“疑”：许多病症的出现，不循常规、有悖常理、表现稀奇古怪，使人疑惑不解，如一鼻孔冒冷气，胃脘奇痒，嗜土成癖，子午热、头重如压石等，或诸多证候交互出现，病机错综复杂，头绪纷繁，使人疑似难辨，如：六淫相兼、寒热错杂、虚实互见、内外同病、大实现羸状、至虚有盛候等，使人难以“伏其所主，而先其所因”。

二是“难”：有些病症虽诊断明确，但治疗棘手，如：噎膈晚期，鼓胀已成，癥积、特发性水肿、免疫缺陷等，有的病程漫长，病邪深伏体内，正气无力抗邪，治疗难于一时取效；有的病变广泛，多脏腑受累，多系统失调，治疗难于全顾；有的寒热错杂、虚实兼夹、正气亏耗已极，攻邪则正气不支、扶正则邪气有碍、平调则“杯水车薪”，或幼患宿疾、顽症、终生受累，如先天痴呆、器质性疾病、先天畸形等。

三是“新”：某些疾病是随着社会、人类发展而新近出现，前人无所述，古籍无所载，人们目前对这些病症缺乏系统认识，诊治没有经验，需要进一步探索研究，以发现其演变规律，创立新法治疗，建立新的学说，如：放射病、药源性疾病、公害病等。

四、疑难病症的辨治思路与方法

疑难病症涉及范围广，内、外、妇、儿、五官、皮肤等科病症都可见到，有时参差出现互有联系，甚至在病因、病机、病程的演变上密切相关，因此，辨治疑难病症必须有坚实的理论基

础，广博的医学知识（内、外、妇、儿、五官、皮肤、针灸等科知识，其中包括西医知识），丰富的临床经验（自己的直接经验，前人的间接经验），辨证应审慎周详，思路要灵活多变，同时应胆大心细“据经以洞其理，验病而悟其义”，只有这样，才能“伏其所主，而先其所因。”做到有的放矢。

（一）详问病史务在澄源溯流

详细的问诊十分重要，通过仔细询问，每能使病者尽吐其情，盖五方之气候不同，天之寒暑燥湿不定，地之肥瘠高下有别，禀赋强弱不一，生活习惯各殊，而病之新旧浅深隐显变化又人各不一，固非详问不能尽得其情，详细的询问不但可以了解疾病的发生、发展演变、治疗过程，为辨证、立法处方、遣药打下良好的基础，而且可以在反复的询问中发现以往被忽视的致病因素，如余诊治四平市包某某患发作性睡病多年，不论开会听报告、乘车均可不自主地入睡，经详细询问，夜卧时并不是不想睡，而是因鼻窍不利而憋醒，从而提供了肺窍不利之信息；改用宣肺利窍，化痰祛湿法而获愈。如叶氏《临证指南医案》中，油漆家具过敏案，就能很好地说明这一问题。

（二）辨证周详，去伪存真，务在抓主要矛盾

疑难病症大多旷日持久，几经周折，病情复杂、虚实兼夹、寒热交错，或诸多脏腑同时受累，或病本为一而症状百出，辨证时难免使人有如入迷宫，行走于大雾之中，难辨方向之感，这就要求医者应详审谛视、细致周密，辨真假于疑似之间，分主次于毫厘之处，只有抓住主要矛盾，才能做到胸中有数，纲举目张，主要矛盾一解决，次要矛盾有时会迎刃而解。如名老中医秦伯未先生，曾治一水肿病人，男性，33岁，全身浮肿，已历数月，项项肿胀若首，阴囊积水如斗，二便闭塞不通，喘息胸闷气短，

皮肤干涩无汗，用西药利尿剂开始有效，终而无功；大剂健脾、利水、温肾中药不应，秦老详阅以往处方，泄利之剂用量极大，水肿不退，二便不下。细审病情，气短喘息、表闭无汗症状十分突出，中医理论有：“肺为水之上源”之说，水肿治法有“开鬼门”、“提壶揭盖”之施，毅然用麻黄汤加减，服药二剂，肺气一开，宣肃之令得行，利下小便几万毫升，而水肿消退。

（三）独立思考，知常达变，不拘前人法门

有些病症，本属常见，前人对此有许多精辟论述及成功经验，治之本不为难。但有些病却久治不愈，几经周折，遍尝诸药，终成疑难病症，遇到这种情况，作为医者应有灵活的思维，独立的思考，在详细辨证的基础上，总结他人得失，既要虚心学习其学术经验，又要善于找出不效之故，从而独辟蹊径，大胆创新，有时能别开洞天而获得效果。余曾治一女，19岁，患崩漏6年余，经水淋漓不断，每次经行十日至二十余日不停，净后周余又至，头晕目涩，视物模糊，心悸易惊，烦躁易怒，失眠多梦，胸闷气短，善太息，口干苦不欲饮，食少纳差，舌淡尖红，苔厚略黄，脉沉细数，重取无力，病起于学习紧张之后，复因劳心过度而加重，现近二月有余，仍淋漓未净，纵观前所服方药，均为调肝益肾，补脾固摄，凉血止血之品，而效罔然，余仔细审前症，见舌尖红赤，心肺症状明显，且起于劳心之后，遂诊为：劳心过度，心肺火郁，湿热内蕴。以心主血脉、主神明，神乱则血无所主；肺主一身之气，藏魄，气伤则血无所依，魄无所藏故也，遂以黄连温胆汤，宁心安神加杏仁、荆芥、防风，宣散郁火，清热利湿，肃降肺气，服药二剂则经血明显减少，又进五剂，月经已止，遂以上方加调肝补肾之品收功。

(四) 贯通中西，扬长避短，不受西医病名束缚自己辨证思路

中西医学各有所长，互相补充，相得益彰，西医在化验检查方面，确较中医为优，对了解病情，确定病位，观察疗效有很大帮助，但切不可被西医病名、西医诊断而影响自己的思路，不加辨证，孟浪用药，而犯虚虚实实之戒，致变证丛生。

余曾治一男患者，35岁，1960年11月12日初诊，患者于1959年8月2日因腹绞痛，呕吐、腹胀、无肛门排气，经腹部X线透视诊为“肠梗阻”，行手术治疗，同年12月又出现腹胀绞痛、呕吐，诊为“术后粘连性肠梗阻”，再动手术。但次年9月、10月上症又作，复行手术两次，不料末次术后月余，再次出现梗阻，限于体质因素及患者要求而请中医会诊，症状见：腹胀难忍，下午尤甚，两肋胀痛、便闭、肛门无排气，腹中雷鸣，神疲乏力，舌淡红，苔薄白，脉微弱而小弦，仔细辨析，患者腹胀以下午为甚，上午轻，非阳明“腹满不减、减不足言”之状，与仲景所言“腹满时减复如故，此为寒”，“趺阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两肋疼痛，此虚寒从下上也”之证相一致；加之神疲乏力，脉微弱，属脾阳式微、阴寒内盛无疑，且多次手术，其正气虚衰可知，虽大便秘结，并非实秘而是冷秘，其治不宜攻下而犯虚虚之忌，当以温补中阳，散寒行气，俾中阳复，阴寒除，升降复常，其便秘腹满等梗阻之症可除，遂予附子理中汤加广木香、陈皮、草蔻仁以温中散寒、理气醒脾之剂，进一剂后，则大便得行，服至五剂，诸症消失。通过此案，可以清楚地看到中医临证，不能受西医病名之束缚，一见“梗阻”便用攻逐，涤荡之品，一说“炎”，便是火上加火，而用清热解毒，苦寒直折，而应遵循中医理论，开阔思路，具体情况具体分析，透过现象看本质，不被标象、假象所惑，因人、因时、因地

制宜，灵活变通，才能补偏救弊，释缚脱艰。

（五）谨守病机，灵活变通，法随症变，方因法易

疾病和任何事物一样，处在不断发展变化之中，疑难病症尤其如此，因其多脏腑受累，多层次失调，虚实兼夹，寒热错杂，故治疗难于短期收功。有时形如剥笋，一层剥下又一层，此症消失他症复起。因此，要求医者，要胸有成竹，谨守病机，根据亢害承制等理论，机圆法活、法因症变、药随方施，真正做到“观其脉症，知犯何逆，随症治之”，不因症变而迷茫，不因病久而急躁，要有方有守，只有这样，才能“疏其血气，令其调达，而致和平”。

余曾治一男性“狐惑病”患者，口腔反复溃疡20余年，外生殖器溃疡5年，左半身瘫痪失语半年，经某某医院做腰穿、脑电图、脑血管造影、头部CT等检查，除外脑血管病，诊为“白塞氏病”，给予地塞米松（最大量40mg/日）、罂粟碱等药治疗，效果不佳，延余诊治，经用清泻肝胆湿热、健脾化湿、养心肃肺泻火，滋阴养血，柔肝补肾等法，历用龙胆泻肝、丹露饮、甘草泻心汤、一贯煎、三才封髓丹、地黄饮子等方加减，并配用黛蛤散、冰硼散，锡类散等药外用，治疗11个月，而告痊愈。

（六）怪病多痰，久病多瘀，宜从痰瘀入手

痰有广义、狭义之分，广义之痰，不易为人们所觉察，且随气升降，无处不到，元代王圭、朱震亨都说过，痰之为病，如“无端弄鬼，似祟非祟”。《类症治裁》云：“痰则随气升降，遍身皆到，在肺则痰，在肝则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹，变化百端，昔人所谓怪病多痰，是也”。《素问·调经论》云：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏”。叶天士也认为：“初

结在气在经，久则血伤人络”，“久病血瘀”。所以，在临证时，对久治不愈的疑、难、怪、顽症，宜从痰、从瘀入手，酌情采用化痰、涤痰、导痰及和血、活血、化瘀、破瘀、通经活络之治，古代医家在这方面成功经验很多，如《和剂局方》以小活络丹治痹病，半身不遂，《医林改错》用癫狂梦醒汤治癫狂，王隐君用礞石滚痰丸治老痰等，皆属此例。

（七）中西并举，食药并用，综合治疗

疑难杂症往往病延日久，病情复杂，一种疗法难以见效，有的单用西药，可因其毒副作用过大，使治疗中止，如肿瘤化疗、放疗的病人，此时应结合用益气养血，扶正培本达邪，和胃降逆等方药，可使其毒副作用减少，治疗作用增强，延长患者寿命和生存质量。又如，百合病、癫狂、不寐、梅核气等，情志因素在其中起着重要作用，此时应结合心理开导、气功、按摩、祝由等，可明显提高疗效，有的疾病，多脏器损伤，正气虚弱，其治疗应遵循《内经》“大毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜食养尽之”之旨，药食同用，有时可起到单用药疗所达不到的效果，如慢性肾炎蛋白尿等病，余临床在湿热已去，余毒消除，正气尚虚之时，于补肝益肾，健脾益气的基础上，常配合扁鹊三豆饮，取效者甚众。另外，如内治外治结合，针灸、推拿、熏洗、敷贴、兜肚、药枕等，都可根据病状，酌情选用，只要用之得当，常能获得良效。

综上所述，疑难病症的范围广泛，症情复杂，治疗棘手，对其进行系统地研究、探索，尚属起步阶段，但历代医家积累了丰富的理论和医疗经验，是我们取之不尽，用之不竭的宝贵财富，只要广大医务工作者共同协作，锲而不舍，刻苦钻研，发皇古意，融汇新知，一定能取得重大进展。

任 继 学



任继学，男，1926年出生，吉林省扶余人，长春中医药大学终身教授，历任长春中医药大学内科教研室主任，脑病、心病、热病硕士及博士研究生导师，广州中医药大学客座教授，内科博士研究生导师，北京中医药大学客座教授、脑病研究室顾问，国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员、全国高等中医药专业教材建设专家指导

委员会委员、世界中医药学会联合会高级专家顾问委员会委员、中华中医药学会终身理事，1990年被国家确认为首批、二批、三批全国继承老中医药专家学术经验导师，享受国务院政府特殊津贴，吉林省英才奖章获得者，吉林省荣誉省管优秀专家。主要学术贡献：从医59年，从教48年，科研20余年，临床以急诊为主，兼顾内科疑难杂症，在“六五”期间，在本校建立中医急诊科室和脑病病区；从“六五”至“九五”期间先后承担了国家科委、国家中医药管理局“中医药治疗缺血性中风的临床及实验研究”，“中医药治疗出血性中风的临床及实验研究”等重大攻关课题，应邀赴朝鲜、泰国、马来西亚、美国等国家和澳门、香港地区讲学及学术交流，培养内科硕士23名，博士2名，师带徒6名；主编我国第1部规划教材《中医急诊学》，主编《全国名老中医经验集萃》《汉英双解中医大辞典》《建国四十年中医药科技成就》等，著有《悬壶漫录》《任继学经验集》等专著，发表论文百余篇；“七五”获国家科委三等奖，“八五”获国家科委科技攻关重大科技成果证书，国家科技进步三等奖，国家中医药管理局一等奖。

时疫病毒腹泻

任继学

时疫病毒腹泻，古无记载，但余在临床时常遇此患要按内科泄泻辨证治疗，往往疗效不理想，而按温病辨证治疗，其收效较理想，故余命名称谓时疫病毒腹泻，其临床病像是多为急性发病，症见腹泻，水样粪便、或溏便、或黏液便，大便次数四至八次，甚至十余次，亦有部分恶心、呕吐，或腹胀、发热或肢体酸楚，舌淡红，苔白厚腻，脉多濡数。由于时疫病毒分为湿热病毒、寒湿病毒、暑湿病毒、风寒病毒、风热病毒不同，感受人群亦异，故有成人感受为病，更有以侵犯儿童、婴幼儿为主，亦有学龄儿童感染者发病，病程一般来说，三至七日左右，流行多无明显季节性，一年四季皆可发生，但亦有因暑湿病毒之余邪，得秋燥疫邪相混，或冬有寒疫病毒杀厉之气，侵犯人体为患，所以有秋冬二季流行者。

一、病因病机

本病发生主要是中焦元气虚，肌腠卫气不强，内外抗邪能力低下，所以外在六淫病毒或各类时疫病毒乘虚而侵袭人体，侵入途径有三。一是由皮毛而入，进犯肌腠，直入募原，达入脾胃，所以然者：脾与胃以膜相连，膜络相通所使；二是由口鼻而入，由鼻而入者，是经呼吸道借风气飞扬吸入，由膜络而归宿于脾胃所致；三是由疫毒污染饮食，由口入胃及脾而生。其病机形成是因邪胜毒强正弱，疫毒直归募原，直害脾胃，引发中焦升降枢轴不得旋动，疫毒失约，下注入小肠，潜入脂膜，气机发生障碍，受盛器官出而不入，疫毒变浊，移邪于大肠，侵害脂膜，损其膜

络及阑门分利水谷之功，大肠传导机能不利，小络绌急必见腹痛、腹泻之疾。

二、证治

神农本草经曰：“凡欲治病，先察其源，候其病机。”即是说治疗本病，首先要从季节、气候变化入手，明了病因，握取病机，察其虚实，求索表里，审其寒热，法寓其中。所以医者必须治疗过程中，要明确见泻休止泻，有表先解表，有积有滞先通里，表解、里通则泄治，慎用收涩之品，以免遗留腹痛腹泻之患。解表选荆防败毒散，葛根芩连汤辨证用之（方不录），通里用解毒承气汤治之，表解、里和、辨证遣方用药可治泻。

（一）湿热证

症状：胸闷，口苦，渴而不欲饮，大便水样便，有黏液、腹痛有欲便感，舌淡红，苔白腻，脉多濡数。

治宜：清热渗湿，和胃导滞为法。

方剂：用参术治中汤治之（笔者方）

药用苍术、苦参（酒炒）、车前子、前胡、茵陈、泽泻、马齿苋、莲子肉、黄柏、茯苓、厚朴，水煎送服紫金锭。恶心呕吐，加竹茹、清半夏、藿香、生姜之类治之。

（二）暑湿证

症状：头痛头晕，面红，心烦，口渴，尿赤，大便溏水兼有，肠鸣腹痛，脘腹胀闷或恶心呕吐，舌红尖赤，苔多淡黄而腻，脉多沉缓而滑。

治宜：健中和胃，渗湿解毒为法。

方剂：用清暑解毒汤治之。（笔者方）

药用滑石、扁豆、甘草、翠衣、苍术、马齿苋、黄连、官

桂、泽泻、荷梗，水煎送服紫金锭治之。

(三) 寒湿证

症状：腹中肠鸣即泻，便如暗褐色，溏便或恶心呕吐，畏寒，腹痛喜热，按之腹痛减，舌淡红，苔薄白，脉多沉迟。

治宜：温中化湿，建中和胃为法。

方剂：用温中逐湿汤治之。（笔者方）

药用白术、藿香、官桂、白蔻、泽泻、白芷、莲肉、炮姜、茯苓、羌活，水煎服，送服紫金锭治之。腹泻便溏不止者，加泽兰、诃子肉、莲子肉、谷芽之类治之。

附1：解毒承气汤（《寒温条辨》）

僵蚕、蝉蜕、姜黄连、黄芩、栀子、大黄、姜厚朴、枳实、芒硝，水煎服。

附2：封脐法（《卫生鸿宝》）

母丁香一粒、木鳖一枚去壳，共研细面，加少许麝香研和，放入脐中，绊创膏贴之，泻止去之。

附3：紫金锭，原名神仙解毒万病元。此药疗效颇佳，但当前中医多认为此药只能外用，不能内服，实际此药内外皆可用。内服安全，请医者在急诊病人用之，能起夺命之效。今将《寒温条辨》对紫金锭临床运用录之如下，以正医者对此药误解。

玉枢丹一名紫金锭，专治暴中杂气病，昏晕欲倒，如霍乱吐泻，搅肠痧，青筋胀，心腹痛胀，诸般危证；并一切山岚瘴气，水上不服，解诸毒，疗诸疮，利开窍，通百病，奇效不可殚述。

山慈菇，洪山出者，洗去毛皮，焙，二两，川文蛤一名五子，制净槌破，焙，二两，红芽大戟，去净骨，焙，一两五钱，千金子一名续随子，用鲜者，去油，一两，朱砂有神气者，研末，三钱，明雄黄鲜红大块者，研末，三钱，麝香抹皮毛干者，研末，三钱。

右七味，称毕，合研匀于细石臼内，渐加糯米浓饮调和，燥湿得宜，杵千余，以光润为度，每铤重一钱。每服一铤，病重者连服二铤，取通利后，以温粥补之。

一治一切饮食药毒蛊毒，及死牛、马、猪、羊等肉，菌中毒，并山岚瘴气，烟雾恶毒等证。昏乱猝倒，或生异形之状，悉用凉水磨服。

一治阴阳二毒，瘟疫痧胀，或狂言乱语，或胸腹肿痛，并喉痹咽肿，俱用薄荷汤待冷磨服。

一治痈疽发背，对口天泡，无名肿毒，蛙节红丝等疔，诸恶等疮，诸风瘾疹，久痔红肿，及杨梅结毒，俱用无灰酒磨服。外用凉水磨涂，日夜数次，觉痒即消，溃烂者亦可少减。

一治男妇急病，疑邪奔走叫号，失心狂乱，羊儿猪癫等风，俱用石菖蒲煎汤磨服。

一治心胃痛，及诸般气痛，及诸般血痛，并赤白痢，泄泻急痛，霍乱绞肠之类，俱用姜汤磨服。

一治中气、中风、中痰，口眼歪邪，牙关紧急，语言蹇涩，筋脉挛缩，骨节风肿，遍身疼痛，行步艰难等证，用酒磨，顿热服之。

一治风犬毒蛇，涧溪诸虫伤人，及注偏身毒气入裹，命在旦夕，俱用酒磨服。外以水磨涂之，再服葱汤汗出愈。

一治年深日久，头胀头痛，偏正头风，及温病后毒气攻注脑门作胀者，俱用葱、酒磨服，仍磨涂太阳穴上。

一治小儿急惊风，五疳，五痢，黄疸，俱用薄荷汤磨，加蜜调服。

一治小儿遗毒，生下百日内及皮塌肉烂，谷道眼眶损者，凉水磨服，并磨涂。

中医对非典的治与防

任继学

时疫肺热病，今名传染性非典型肺炎，始发于2002年11月16日，广东省佛山市，突发烈性传染病首例，病情进展迅速，逆变期短，症状时有突变，死亡率高，从32例患者临床观察本病是时疫肺热病，何以言之？时是指流行季节性和时间性，疫是言传染甚速，临床病象正如《素问·刺热篇》说：“肺热病者，先渐然厥起毫毛，恶风寒，舌上黄身热，热争则喘咳，痛走胸膈背，不得大息，头痛不堪，汗出而寒，丙丁甚，庚辛大汗，气逆则丙丁死。”综观上述记载是和本病临床病像是吻合的，故名之曰：时疫肺热病。

疫就是温疫或曰瘟疫，中医谈疫，就是传染病，正如《素问遗篇·刺法论》：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”。盖五疫者，即木疫今之曰风疫，火疫今之曰热疫，土疫今之曰湿疫，水疫今之曰寒疫，金疫今之曰燥疫。而皆相染易者，是言相互传染，无论男女老小被传染者，所呈现症状都是一致的。温疫病研究发展至明、清时代已成熟，明·崇祯壬午之岁，吴有性（字又可）撰《温疫论》一书刊行问世，在病原上提出疫者，感天地之“厉气”，又说“疫气者，亦杂气中之一。”我认为厉气、杂气二者皆是疫邪。疫邪分为大疫、常疫、微疫。大疫则流毒于天下，而常疫仅在一家一户一方，流行不广泛，微疫则毒气甚微，传染力低微，仅传染几人，不流行，故本次为大疫流行。所谓邪，有二义：一是邪就是毒，二指邪气，包括厉气、杂气。厉气传染重，恶也；杂气传染轻，微也。邪气是流动的，因此邪气是言有生命之邪气和无生命之邪气，然有生命之邪气，

如细菌、病毒、支原体、衣原体等，而非生命之邪气如物理的、化学的、大气污染等等，此为邪气内涵之义（见《古书医言》《丹台玉案》《菌谱》《伤寒总病论》《温病之研究》《泻疫新论》《伤寒补例》）。

概言之，中医对传染病的认识历史已久，对病原病机，证治都有一定的见识、研究和发展，已形成具有内涵的系统理论。

本病流行季节为冬春，冬有烈风，春有余寒，渐伤人体抗病之原，易受外邪内伏。

流行之季为冬春夏之间，所以言者？因春温之气，开发腠理，时疫病毒乘虚内侵，引动冬伏之寒而发于外而成。（《伤寒补亡论》）

一、临床病象

多有前驱症状，淹缠二三日或渐加重（《时疫论辨义》），先见疲惫乏力，渐呈微恶寒，头痛、咽痛，肢体酸楚，继之壮热，口鼻气热，干咳少痰，气促，呼吸困难，口渴，舌质红，尺肤热，脉数，或数疾，右手脉大于左手脉，甚则出现毒陷心包之神昏、谵语，喘脱闭危象。

传染途径：由口鼻而入，疫毒之邪有由鼻入者，经呼吸道侵犯于肺，由经络气血下犯于胃，也有由口而入者，直趋中道，损伤脾胃，由胃气血之道上犯于肺，后者为母病及子，形成子母系统为病，病位在肺胃，甚则涉及于五脏六腑为患。此为正气虚邪盛，疫毒猛烈而致。

病性：成于内而显于外，表里证俱在，多为恶候。

病程：7~21天，所以然者是因正邪交争，营卫正气反胜，邪气渐退之征。否则病程延长，缠绵难医。

二、病因病机

本病发生发展是既有伏邪内潜，又有时疫病毒之感，此毒为“毒疫”之“臭毒”，二者互引而成，其病原如下：

1. 伏邪之因：“冬伤于寒、春必病温”，冬有烈风、风动有寒，风能疏泄，开发腠理，寒能伤阳，微者不即病，邪气潜藏于肌肤膜原，或伏藏于少阴，藏于肌肤膜原者是冬令劳作过度或养生不当，致使汗出过多之人，其藏于少阴者为冬不藏精，肾精内亏之人，亦有后天脾胃之精生成不足。即古人所言：“至虚之处，便是客邪之处”。

2. 正气不足：即“冬不藏精，春必病温”。冬令严寒，阳气内敛，人能顺天时而蛰藏，则肾气内充，腠理固密，不伤于寒。不藏精者，指人体先天之精，后天之精受损。先天之精，肾藏之，后天之精则源于水谷之精，若汗出过多，阳气外泄，因血汗同源，汗出过多则伤血，血伤则精伤，精是血之源，饮食失节，损伤于胃，胃为营气之源，营气生成又根源于精，胃伤则营伤，营伤必伤精。概而言之，精伤则化气功能受阻，引发阳气不足，阴精不得潜藏，导致人体防御系统障碍，是发病之源。

3. 情志失调：喜怒不节，忧思悲恐，皆可引发气机阻滞，五脏之道不畅，气卫受阻，以致五脏失和，气化功能不全，气血循环不利，即毒自内生，促使机体中气血不足，卫气不固，营气不守，抗病能力低下。即所谓“邪虽自外来，其无毒者不入”。以上三者是为疫毒侵入条件，故内经说“邪之所凑，其气必虚”。

本病的病机核心，疫毒是发病之源，毒性猛烈，是病理演变过程，既伤肺卫又伤肺体，尤其是肺之肌核受伤，精液受损，络脉受累，且手太阴肺经多气少血，所以然者，是因肺主呼吸，为全身气之主，故气多而血相对不足。导致肺气贲郁，气郁为热，

热则耗气伤津，肺气耗损，络血阻滞，津液不得施布，又及，肺脉起于中焦，疫毒之邪由气道血道直犯脾胃，脾胃为多气多血之经，气血循行阻滞，病理形成，气虚、血瘀，痰，涎，毒互结。发生子母系统病变。由于正虚邪盛，不能托邪外出必导致五脏受伤，因肺是五脏之天，诸气之主，经络连属，是本病发生发展的关键。此外，也有由于中药用药不当，辨证不清，或大量使用激素等失治误治因素，必出现邪气蕴闭，毒气内伏，热退多为假愈。或随便使用抗生素，易伤及阳气，加重正虚，痰、瘀、涎、毒阻滞气血经络，肺之肌核出血，背冷如掌大，致使邪气伏于肺之膜原，积热于肺，继续为恙，久而久之出现肺积、息贲难医之疾。或见自复身热之损，年高之人因肾气不足，精液有亏，复由毒郁于精，脑髓元神受害，神明受阻，则见轻痴之疾。

三、辨证论治

南北有异，东西有别，“北方天气之化皆燥，人身呼吸腠理之间，皆燥化也”，“南方天地之气化皆湿，人身呼吸腠理之间皆湿化也”（《伤寒补例》）。虽有广州治疗之鉴，但地域有南北之异，气候不同，且毒邪猛烈，变化迅速，多用药不当，有邪不除淹缠日久，必致虚羸（《泻疫新论》）。故治疗宜早不宜晚，防变生他证。治法当以宣肺通络，清热透毒为主，每3~4小时给药1次。

1. 早期

在发病后1~5天，病机以热毒袭肺、气遏热阻为特征。发热，恶风，无汗，头疼，周身酸楚，干咳，乏力，气短，口渴咽干，舌边尖红苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：清热宣肺，疏表通络。

治疗：早期病情轻者方用清肺透毒汤：药用白僵蚕15g，蝉蜕15g，大青叶15g，连翘15g，荆芥穗15g，川羌活5g，枳壳

12g, 生石膏 50g, 金荞麦 30g, 金莲花 30g, 水煎服, 静点清开灵注射液 (地坛牌) 60ml。

病情重, 变化快者, 方用宣肺驱毒汤: 药用中华蟾皮 (干) 3g, 桔梗 10g, 虎杖 15g, 金荞麦 25g, 醋浸麻黄 6g, 地龙 15g, 大青叶 15g, 连翘 15g, 枳壳 12g, 金银花 30g, 生石膏 50g, 引用生姜 3 片, 羌活 2g, 水煎服。

上述二方每日二剂, 每 3~4 小时服 1 次, 为促进病变迅速好转, 配合梅花点舌丹、六神丸, 截断病情发展, 具体用法: 梅花点舌丹 (山西新绛中药厂出品为上) 早晚各 1 次, 每次 2 粒, 中午加 1 次六神丸, 同时静点清开灵注射液 60ml 1 天 2 次。

2. 中期

发病 3~10 天, 以毒疫侵肺, 由气血之道, 邪毒入里, 三焦表里、营卫气血皆为所阻 (伏阴论), 疫毒炽盛, 充斥表里为特征。

(1) 表里热炽, 高热烦躁, 咳嗽喘促, 呼吸气粗, 面赤口渴, 喜饮, 喉间痰鸣, 痰黄难咯, 头痛, 便秘, 舌红苔黄腻, 脉弦滑数。

治法: 宣肺透表, 泻热平喘。

选方: 透表清里汤

常用药: 羚羊角 10g、玳瑁 15g、连翘 15g、金荞麦 30g、大青叶 15g、虎杖 15g、醋浸麻黄 6g、酒制大黄 5g、生石膏 50~100g, 水煎服。

(2) 热毒炽盛高热, 汗出, 大渴饮冷, 咽痛, 头痛, 骨节烦疼, 喘息气粗, 小便短赤, 大便秘结, 舌红绛苔焦燥, 脉沉数或沉伏。

治法: 清热凉血, 泻火解毒, 保津益肺。

选方: 除疫败毒汤

常用药: 生石膏 100g、生地 15g、水牛角 50g、玄参 15g、

羚羊角 10g、白重楼 15g、大青叶 15g、金荞麦 30g、酒制大黄 5g、朴硝 10g（冲）、枳实 10g，水煎服。

3. 极期

发病后 7 ~ 14 天，可见热毒壅盛，邪盛正虚，内闭外脱等证。

(1) 邪盛正虚，内闭喘脱发热不甚，或有潮热，喘促，气短，倦怠嗜卧，语声低微，汗出肢冷，四肢厥逆，面色紫绀，舌绛苔腐，脉微欲绝或沉细而迟。

治法：益气固脱，通闭开窍。

选方：全真一气汤加减，送服牛黄紫雪丹。或大剂量静点生脉注射液或参附注射液及清开灵注射液，并用参附汤送服牛黄紫雪丹。

常用药：红参 15g、炮附子 10g、山茱萸 30g、炮姜 15g、当归 15g、丹参 15g、麦门冬 40g、牛黄 3g（冲）、西红花 3g 咀嚼。

(2) 温毒闭肺证呼吸窘迫，胸高气促，胸胁烦满，两肋煽动，口鼻哮喘，神气闷乱，舌紫红，苔黄燥有裂，脉疾数或沉伏。

治法：宣肺开闭，利气平喘。

选方：五虎汤加减送服一捻金（生大黄、黑丑、白丑、人参、槟榔片各等份为末，5g/次，便通喘平即止）。

常用药：醋浸麻黄 10g、炒杏仁 15g、生石膏 50g、生甘草 10g、清茶叶 10g，水煎服。

4. 恢复期

发病后 10 ~ 18 天，病机以气阴两伤，肺脾两虚，湿热瘀毒未尽为特征。气阴两伤，余邪未尽。见低热，胸闷气短，动则尤甚，汗出心悸，或有胸痛，神疲体倦，咳嗽，舌淡暗，苔薄腻，脉细滑。

治法：益气养阴，佐以通络。

选方：生脉散加味

常用药：西洋参 10g、生白术 10g、五味子 10g、地龙 5g、栝蒌皮 15g、白芍 10g、干姜 3g、寸冬 30g，水煎服。

病后干咳者，用生地 15g、麦门冬 30g、天门冬 15g、川贝母 15g、大青叶 5g、虎杖 10g、枳壳 10g、柿霜 10g，水煎服。

四、临床权变法

此病疫毒之猛烈，伤人气血、津液、水精及体液之速、肺脾受损之深，病变“有经有络、有常有变、有纯有杂、有正有反、有整有乱……既无陈法可守……审其经络、脏腑受病之处”。（《医学源流论》）“即病随时变，施治尤贵圆通”。（《医醇腴义》）：“随证权变可也”。（《通俗伤寒论》）此为用权变法之理。

若证见纳呆，恶心，呕吐，腹胀，腹泻，咽干，口渴，舌质淡，苔白厚腻，脉沉缓。药用苍术 15g，姜厚朴 15g，白重楼 15g，白豆蔻 15g，赤茯苓 15g，花粉 15g，米炒麦冬 20~30g，金荞麦 20~30g，生山药 15g，泽泻 15g，虎杖 15g，前胡 15g，水煎服，送服紫金锭（紫金散）散剂，每服 1 瓶，锭剂 2 锭。

若证见胸闷，气短，呼吸困难，手足厥冷，口唇爪甲青紫，舌质深赤，苔灰黄或灰黑，脉乍大乍小，乍迟乍数，视为危证。药用生晒参 10~15g，炮附子 10~15g，干姜 15~20g，人中白 10g，地龙 10g，姜汁炒枇杷叶 15g，竹沥水拌郁金 10g，红花 15g，赤芍药 15g，醋浸麻黄 5~10g，杏仁 15g，水煎服，（三小时 1 次），同时送服梅花点舌丹 2 粒，饭后服 1 天 3 次，静点参附注射液。

若证见低热不除，气短，胸闷，乏力，口干，舌淡红，苔薄白，脉虚无力，方用生脉补中汤，药用生晒参 10g，炙黄芪 15g，当归 15g，生白术 5g，茯苓 15g，柴胡 5~10g，升麻 5~10g，陈

皮 15g，生甘草 3g，米炒麦冬 20 ~ 30g，五味子 5 ~ 10g，花粉 15g，水煎服。

若证见热势已退，神疲乏力，干咳无痰，胸中干涩，舌淡红，苔薄白，脉沉虚或虚数。药用瓜蒌 15g，沙参 15g，米炒麦冬 20 - 30g，天冬 15g，桔梗 5g，白蔻 15g，川贝 15g，柿霜 10g，炒枳壳 10g，炙芪 15g，薤白 15g，元参 15g，水煎服。

恢复期患者，多正虚邪恋，营卫不足，经络欲通不达，气阴两虚，出现全身乏力，气短，口干，舌红等症，是因热邪伤阴，阴伤则无以化气，气伤不能化津，津伤不能化液，以致气阴两伤。药用米炒党参，鼓舞胃气，补益中气而不滞气；用米炒麦冬，补阴而不恋湿，或加玉竹、石斛、沙参、米炒生地、黄精、梨汁、姜汁炒天冬治之，大队养阴药恢复津液，天冬用姜汁炒，在于养阴而不助湿，能补胃阴，补脾阴，补而不滞。并当常服百合固金丸调理之，防止肺纤维化。

经治疗诸症消失，倘若胃阴大伤，则症见不饥不食，舌干无苔，宜用《金匱》麦门冬汤加乌梅、木瓜、谷芽、金柑皮等，甘酸化阴。若胃阳大伤，则症见舌淡脉虚，不饥不食，泛泛欲吐，宜用六君子汤加白蔻、姜汁拌吴茱萸，温补胃阳。

症见息贲之患者可用大黄廑虫丸缓中补虚治之，同服百合固金丸配之。症见自复发热者，药用白薇 15g，银柴胡 15g，小生地 15g，当归身 10g，地骨皮 10g，金石斛 20g，青蒿 20g，大豆卷 20g，藿香梗 10g，郁金 10g，水煎服。

五、预防方药

1. 一般健康人群服用的中药处方

扶正除疫 I 号方：红景天 20g，大青叶 15g，贯众 10g，虎杖 15g，水煎服代茶饮，连服 7 天。

扶正除疫 II 号方：炙黄芪 10g，红景天 10g，蚕体 5g，炙甘

草 10g, 防风 5g, 苍术 15g, 芙蓉叶 5g, 水煎服代茶饮, 连服 15 天。

2. 神仙粥 (出自《敦煌石窟药方》): 大米或小米 1 把, 生姜 5 大片, 水 2 小杯, 入砂锅内煮待烂时, 加入带须大葱白 5 支, 煮至米熟时, 再加米醋 30 ~ 40mL, 调匀, 每天早晨趁热喝之。

3. 雷公救疫丸, 又名雷击散 (出自《丸散膏丹自制法》): 猪牙皂、细辛、辰砂、雄黄、藿香、防风、白芷、贯众、半夏、陈皮、木香、桔梗、甘草、枯矾, 温水送服, 2g/次。

4. 避瘟丹 (出自《泻疫新论》): 乳香、苍术、细辛、甘松、木香。枣肉或糊为丸, 如豆大, 每用 1 丸焚之, 良久, 又焚 1 丸, 略有香气即妙。

5. 其他: 也可选用贯众, 以水泡服。

附: 吉林省中医药治疗 SARS 临床疗效情况分析

(一) 共有 32 例患者接受中医药治疗, 其中确诊病例 16 例、疑似病例 4 例、留验人员 12 例。

(二) 病人来源

长春市传染病院、长春市结核病院、省医院南湖留验站、吉林大学第三医院。

(三) 一般情况

患者男性 9 例, 女性 23 例。全部使用激素甲基强的松龙, 最大量 1600mg, 最小量 480mg, 使用无创通气。胸部 X 线多见多叶病变, 部分伴有呼吸窘迫综合征。年龄最大为 81 岁, 最小为 12 岁。

(四) 32 例确诊、疑似 SARS 患者或留验人员临床症状和病情分析如下:

发热 13 例、恶寒 5 例、乏力 19 例、头身痛 7 例、咽痛 6

例、肢体酸楚 20 例、气短 12 例、咳嗽 18 例、咯痰 4 例、口渴 5 例、小便黄 14 例、呕吐 2 例、呼吸困难 8 例、爪甲口唇青紫 2 例、颜面潮红 2 例、舌质红 11 例、舌质紫暗 3 例。

1~7 天，13 例患者初起即见发热，5 例伴有恶寒，19 例患者出现乏力，20 例患者见肢体酸楚，7 例患者见头身痛，有 6 例患者出现咽痛，并有 12 例出现气短，18 例见咳嗽，有 4 例伴有咯痰，5 例伴口渴，小便黄 14 例，11 例见舌质红。

7~14 天，发热明显减退，肢体酸楚、咽痛、头身痛开始减轻，有 8 例患者出现呼吸困难，其中 2 例见颜面潮红、口唇爪甲青紫，3 例患者见舌质紫暗，2 例出现呕吐，其他诸证开始好转。

14~16 天，患者呼吸困难表现开始好转，乏力、口渴、气短等症状开始缓解，其他临床各种症状向愈良好。

（五）结论

采取中医药介入 SARS，干预 SARS 病程，缩短发热和住院时间，减轻全身中毒症状，减少后遗症、并发症及西药毒副作用。有较明显的作用，显示了中西医结合治疗非典具有较好的疗效。特别是揭示了中医中药的优势所在。由于急性传染性疾病的时效性和危重性，严格的临床随机对照试验难以实施，所以仅对病人的一般情况、症状改善、病情进展、治疗结果进行了描述性的统计分析。其具体的疗效作用机理尚需多方面的研究证实。

六、典型病案

病案 1

张丽娟，女，42 岁，4 月 25 日发病，4 月 30 日收入市传染病院。5 月 6 日确诊为 SARS。5 月 1 日查房患者自诉发热，微恶寒，口干，口渴，纳差，睡眠一般。查：T36.3℃，P82 次/分，BP94/60mmHg，R20 次/分，WBC $3.9 \times 10^9/L$ 。证属春温为病，治宜清热宣肺，疏表通络。方药：白僵蚕 15g，蝉蜕 15g，大青

叶 15g, 双花 30g, 连翘 15g, 芥穗 15g, 川羌活 5g, 枳壳 10g, 生石膏 50g, 金荞麦 30g。水煎服, 4 小时 1 次, 100ml 口服。

2 诊: 5 月 2 日其女儿代其口诉, 恶心呕吐腹泻, T: 38℃, 治宜平胃泻热止泻, 方药: 苍术 15g, 厚朴 10g, 清夏 15g, 陈皮 10g, 赤茯苓 20g, 藿香 10g, 泽泻 15g, 金荞麦 50g, 虎杖 20g, 大青叶 15g, 寸冬 30g, 砂仁 15g。2 付水煎服, 煎服法同昨日。

3 诊: 5 月 3 日, 呼吸困难, 活动后明显, 咳嗽, 咳白痰, (尚亚娟医师电话口诉), 舌质红, 苔白。治宜益气养阴, 泻热解毒, 方药: 西洋参 10g, 寸冬 20g, 五味子 10g, 陈皮 15g, 桑叶 20g, 桑白皮 15g, 人中黄 10g, 诃子肉 15g, 附子 3g。水煎服, 4 小时一次, 100ml 口服。加服紫金锭每次 2 锭, 2 次/日。

4 诊: 5 月 4 日, T37, 2℃, 电话口诉: 口苦, 汗出减少, 口渴, 喜温饮, 身痛, 饮食尚可, 二便调和, 咳嗽, 活动后加重, 咳少量白痰, 恶心, 呼吸困难, 胸闷气短, 胃痛胃胀, 腹痛乏力, 舌质红, 苔厚, 脉弱而数。处方: 附子 3g, 寸冬 20g, 枳壳 15g, 姜厚朴 15g, 杏仁 15g, 白蔻 15g, 元参 15g, 焦榔片 5g, 西洋参 5g, 羌活 5g, 1 付, 6 小时 1 次, 100ml 口服。

5 诊: 5 月 5 日, T36.5℃, 昨日午后发热, 口苦, 汗出减少, 口渴喜热饮, 身痛, 大便不成形, 气短, 喘促, 胸闷, 劳累后咳嗽, 稍有胃胀, 腹痛, 咽痛, 乏力, 脉弱。方药: 柴胡 10g, 黄芩 10g, 清夏 10g, 生晒参 10g, 芦根 15g, 花粉 15g, 桑白皮 15g, 杷叶 15g, 郁金 15g, 人中黄 10g。1 付, 水煎服, 6 小时 1 次, 100ml 口服。

6 诊: 5 月 6 日, 腹泻 5-6 次/天, 喘促气短。方药: 前胡 15g, 苍术 15g, 生晒参 10g, 炙黄芪 15g, 升麻 5g, 柴胡 5g, 赤茯苓 20g, 白蔻 15g, 姜杷叶 15g, 沙参 10g, 金荞麦 20g, 鸭跖草 15g。2 付, 水煎服, 6 小时 1 次 100ml 口服。加服紫金锭, 0.5 锭, 每日 2 次口服。梅花点舌丹, 2 粒, 每日 2 次饭后服。

7 诊：5 月 7 日，病人 T37.2℃，今晨胸闷气短，喜热饮，口苦，乏力，腹泻减轻，舌脉同前。方药：生晒参 15g，柴胡 10g，升麻 10g，生白术 15g，赤茯苓 20g，米寸冬 20g，天花粉 15g，石斛 15g，五味子 15g，桔梗 15g，金荞麦 30g，白重楼 15g。1 付，水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

8 诊：5 月 20 日，4 月 25 日发病，至今已经 24 天，现属恢复期，体温早 35.7℃，中 36.3℃，晚 36.7℃且无力，肢体酸楚，气短，喜热饮，小便色黄，大便干，呼吸困难，颜面无华，舌质紫暗，苔薄白而干，脉弦细而滑。方药：沙参 15g，西洋参 10g，米炒寸冬 20g，花粉 10g，赤芍 10g，五味子 5g，杏仁 10g，炙桑皮 15g，干姜 2 片，元参 15g，生百合 20g，醋制麻黄 3g。2 付，水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

9 诊：5 月 22 日，现体温正常已经一周多，今 T35.2℃，甲基强的松龙用量由 250mg，日 2 次，降至 160mg，日 2 次，应用无创呼吸机治疗，血糖 15.2mmol/l。现正用胰岛素皮注治疗，胸片示：病灶有所吸收。现乏力已较前改善，呼吸困难明显减轻，仍气短，肢体酸楚，小便黄，面色潮红，舌质紫暗，苔薄白，脉弦细而滑。方药：当归 15g，生地 10g，生百合 30g，天冬 15g，红花 3g，米炒党参 15g。7 剂，水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

10 诊：5 月 25 日，服用中药后，乏力、肢体酸楚、气短均改善，心悸，手足心热，可下地活动，颜面潮红，舌质紫暗，苔薄白，脉弦滑细。方药：当归 15g，寸冬 30g，龟板 20g，丹皮 5g，黄精 15g，陈皮 15g，百合 25g，五味子 5g，干姜 5 片，砂仁 15g，熟地 15g，地骨皮 15g。

11 诊：5 月 27 日，现乏力、肢体酸楚、气短明显改善，且能自行活动，心悸有所好转，仍有手足心热，口渴轻微，已停用呼吸机，无呼吸困难，颜面潮红，舌边尖红，苔薄白，脉沉弦

细。血糖 8.9mmol/l。任老将方药调整如下：

桔梗 10g，西洋参 10g，寸冬 25g，川贝 10g，地龙 10g，花粉 15g，知母 15g，石斛 15g，龟板 15g，生地 15g，橘络 15g。2剂，水煎服，6小时1次，100ml口服，继续配合大黄廑虫丸，百合固金丸口服。

12诊：5月29日，服中药10天，诸症改善，方药调为：荷叶 10g，当归 15g，金莲花 20g，生地 15g，龟板 15g，丹皮 15g，公英 20g，天冬 15g，百合 20g，2付，水煎服，6小时1次，100ml口服。

13诊：5月31日，现乏力、肢体酸楚、气短诸症明显改善，大便时干，手足心热，颜面潮红，舌边尖红，苔薄白，脉沉缓。方药：沙参 15g，生牡蛎 20g，赤芍 15g，寸冬 20g，太子参 10g，生地 15g，寸云 15g，生龟板 20g，砂仁（炒）5g，红花 2g。2付，水煎服，8小时1次，100ml口服。6月7日该患临床治愈出院。

病案 2

宁商友，男，51岁。5月15日发病，5月22日确诊，收治于市传染病院，病情程度中等。曾在留验期间用激素和抗病毒治疗，因胸片进展快被确诊为疑似病例，用甲基强的松龙 160mg，2次/日，左氧氟沙星 0.2g、阿奇霉素 0.5g、病毒唑 0.6g，后给面罩吸氧治疗。现：发热午前 38℃，午后 38.1℃、夜间 37.2℃，乏力，头身痛，肢体酸楚，气短，咳嗽，颜面晦暗，舌红干，少苔，脉沉细。查：WBC $6.2 \times 10^9/L$ ，LY $1.4 \times 10^9/L$ ，胸片示病灶大于 50%，右肺门及中下野、左下野可见大片状实变阴影。5月24日给予成药“清肺透毒颗粒”，1袋，早晚各1次口服；肺宁，10g，3次/日；5月26日咯血，动后血氧饱和度下降，心率 45次/分左右，5月27日任继学教授会诊，静点参麦注射液 40ml，2次/日，梅花点舌丹，2粒，早晚各1次；六神丸，8

粒，中午1次；大黄虻虫丸，1丸，3次/日。6月2日马忠森主任医师报告，该患服用中药后胸片示肺部炎症已吸收70%，病情稳定恢复良好。停用上述中药，口服百合固金丸。

病案3

张景芳，女，81岁，4月19日发病即入传染病院住院，5月1日确诊为SARS。4月27日查房，患者自诉发热，咳嗽，干咳为住，恶心，口渴，舌红无苔脉强。治宜清热解毒，润肺生津，方药：生地15g，水牛角30g，枳壳10g，玄参15g，桔梗5g，羚羊角10g，虎杖15g，白重楼15g，大青叶15g，金荞麦30g。水煎服，4小时1次，100ml口服。

2诊：4月28日查房，患者仍发热，咳嗽，干咳减轻，口渴，舌红苔薄脉强。治宜清热解毒，润肺生津，方药：生地15g，水牛角30g，枳壳10g，玄参15g，桔梗5g，羚羊角10g，虎杖15g，大青叶15g，白重楼15g，金荞麦30g，川贝15g，寸冬20g。水煎服，4小时1次，100ml口服。

3诊：4月29日，患者服用中药3天，现仍咳嗽，但已无干咳，低热，T37.6℃，无畏寒，无寒热往来，恶心，口渴减轻，喜热饮，身痛，大便调和，舌质暗红，苔薄白，脉数。治宜清热解毒，润肺生津，方药：生地15g，水牛角30g，枳壳10g，玄参15g，桔梗5g，羚羊角10g，虎杖15g，大青叶15g，白重楼15g，金荞麦30g，川贝15g，寸冬20g。水煎服，4小时1次，100ml口服。

4诊：4月30日查房，患者咳嗽，偶干咳，口苦，恶心，头身痛改善，大便调，小便深黄，舌质暗红，苔薄白，脉数。治宜清热解毒，润肺生津，方药：生地15g，水牛角30g，枳壳10g，玄参15g，桔梗5g，羚羊角15g，虎杖15g，大青叶20g，白重楼15g，金荞麦30g，寸冬30g，平地木15g。水煎服，4小时1次，100ml口服。

5 诊：5 月 1 日及 2 日查房，患者症状、体征、舌脉同昨日（4 月 30 日），故治则、方药、煎服法同昨日（4 月 30 日）。

6 诊：5 月 3 日，患者已服中药 7 天，尚亚娟医师口诉患者低热， $T37.8^{\circ}\text{C}$ ，无口渴，干咳减少，咳少量白痰，无腹泻，舌质暗红，苔白，脉数。治宜清热解毒，养阴润肺，方药：柴胡 10g，黄芩 10g，草果仁 10g，杏仁 10g，虎杖 15g，大青叶 15g，金荞麦 30g，川贝 15g，白重楼 15g，寸冬 30g，藿香 15g，平地木 15g。水煎服，4 小时 1 次，100ml 口服。加服紫金锭，每次 2 锭，每日 2 次。

7 诊：5 月 4 日查房，患者 $T36.4^{\circ}\text{C}$ ，干咳，咳少量白痰，舌质红，苔白，脉数。方药：柴胡 10g，黄芩 10g，杏仁 10g，虎杖 15g，大青叶 15g，金荞麦 30g，川贝 15g，白重楼 15g，寸冬 30g，平地木 15g，玄参 10g。水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

8 诊：5 月 5 日，患者 $T36.5^{\circ}\text{C}$ ，偶干咳，咳少量白痰，舌质红，苔白，脉数。方药：柴胡 10g，黄芩 5g，杏仁 10g，虎杖 10g，大青叶 10g，金荞麦 20g，川贝 15g，寸冬 20g，平地木 15g，栝楼皮 15g。水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

9 诊：5 月 6 日查房，患者体温平稳，偶干咳，咳极少量白痰，舌质红，苔白，脉数。 $\text{WBC}17.3 \times 10^9/\text{L}$ ，胸片示两肺纹理增强，右中下肺野见浅淡斑片状阴影，左下肺野见浅淡斑片状影。方药：柴胡 10g，酒黄芩 5g，杏仁 10g，虎杖 10g，大青叶 10g，金荞麦 20g，川贝 15g，寸冬 20g，平地木 15g，栝楼皮 15g。水煎服，6 小时 1 次，100ml 口服。

10 诊：5 月 7 日查房，患者病情较稳定，症状，体征无特殊改变，方药及煎服法同昨日。

11 诊：5 月 22 日，患者经过 26 天的中药治疗，病情稳定，处于恢复期。现午后及夜间发热（ $37.7^{\circ}\text{C} \sim 38.5^{\circ}\text{C}$ ），乏力、肢体酸楚较前减轻，大便干，颜面无华，舌紫暗，苔白腻、脉沉细

无力。胸片示病变范围缩小，密度变浅。方药：沙参 5g，元参 5g，寸冬 10g，生地 5g，生百合 10g，白薇 5g，柴胡 3g，升麻 3g，当归 5g。水煎服，8 小时 1 次，100ml 口服。

12 诊：5 月 23 日，服用中药后，诸症均明显改善，已达到出院标准，经主治医师同意，该患于 5 月 23 日出院。

金世元



金世元，男，生于1926年，北京卫生学校主任中药师，中药专家，国务院政府特殊津贴享受者、北京市有突出贡献专家、首都医科大学中药学院客座教授、全国首批继承老中医药专家学术经验指导老师；并任中华中医药学会终身理事、中成药分会主任委员、临床药物评价专家、国家科技部秘密技术中医中药审查专家、国家自然科学基金委

员会中医中药项目评议专家、北京中医药学会顾问、中国保健食品协会常务理事、《北京中医》《首都医药》《光明中医》《中药研究与信息》等杂志编委。

金世元14岁进入北京市复有药庄学徒，1940至1942年于北京市中药讲习所学习。建国后进入北京市药材公司，专门从事中药研究工作，1957年通过国家考试，获中医师资格，1961年调入北京卫生学校，创建中药专业。

长期从事中药实践、教学与科研工作，足迹遍布祖国药材产地，掌握了一套鉴别药材真、伪、优、劣的娴熟本领，尤对“道地药材”的性状、特征、产地、规格、质量有其独到鉴别技能。在中成药研究方面，包括对方剂来源、历史考证、药物组成、配伍意义、功效特点等颇有建树。在中药炮制方面，有较深的理论基础和丰富的实践经验。著有《中成药的合理使用》，主编有《中药炮制学》（全国统编教材），合编有《中药材大辞典》等11部著作，发表专业论文60余篇。

论中成药的合理使用

金世元

一、成药的概念、形成、发展与应用

中成药是祖国医药学中的重要组成部分，有着悠久历史和丰富内容。凡传统中成药都是我国历代医家经过千百年来临床验证总结出来的有效方剂配制而成的。它以疗效显著、副作用小而著称。因此，不仅为我国广大人民所喜用，而且在某些国家和地区也享有很高声誉。

随着科学技术的迅速发展，中医诊疗水平也有了很大的提高。近年来，他们以临床应用多年的有效处方，利用严谨科学的实验手段，密切结合临床验证，又研制出很多新品种，有些品种还填补了以往在某些病种中缺药的空白；在制剂方面，采用先进的制剂技术研制和改进了很多新剂型，如颗粒剂、胶囊剂、滴丸、口服液、注射剂、气雾剂等。这些新品种、新剂型都是根据中医基础理论和配伍组方原则，采用炮制合格的中药为原料配制而成的，所以，统称“中成药”。通过多年来的不断补充、改进、发展和提高，才逐渐形成当今的数以千计、门类齐全和丰富多彩的中成药。

建国后，中医事业在党的中医政策的正确指引下和医疗事业需求日益增加的情况下，中医人员大量增加，西医学习中医，运用中西医结合方法治疗疾病的方法也早已形成。所以，中成药的使用更为广泛。并且，近年来，广大未经系统学习中医、中药基础理论的西医人员在临床中也大量应用中成药，致使中成药用量猛增。然而，由于中成药存在着品种繁多，配方各异，剂型复

杂，疗效不同等因素，因此每一种中成药各有它的一定疗效特点和适应范围。所以，中成药用之得当，可迅速奏效，反之，轻者浪费药品和贻误病情，严重者可危及生命，对此绝不可轻视。近年来，临床上由于用药不当，发生很多医疗事故。造成患者不应有的痛苦和经济损失，因此，中成药能否合理应用将直接关系到临床治疗效果和用药安全，以及节约药品的重要问题。

二、中成药合理用药的基本概念与指导原则

1. 合理用药的基本概念

中成药合理应用是指运用中医辨证理论和中药组方配伍原则的综合知识指导用药。在充分掌握病情和所用药物性质、功效的基础上，安全、有效、简便、经济的应用药物。使药效得到充分发挥，毒副作用降至最低水平，防止或减轻不良反应，使患者得到最好的治疗效果。

2. 合理用药的指导原则

中医治疗疾病的特点是“整体观念”和“辨证论治”

(1) 整体观念：中医学认为人体是一个有机整体，各组织器官是不可分割的，在功能上是相互协调、相互为用的，在病理上是相互影响的。同时也认识到人类生活在自然界中，人体生理功能和病理变化，直接或间接地必然受到自然环境、地理和气候的影响。所以在诊断疾病时非常强调整体观念，临床中要根据病情的具体表现，因时、因地、因人制宜，全面考虑，不能孤立地依据一个任何症状而概括疾病全貌。

(2) 辨证论治：是中医诊断和治疗疾病的基本原则。辨证，就是在整体观念的指导下，通过“四诊”（望、闻、问、切）所搜集的病情资料，运用中医理论和方法，归纳、分析疾病的各种症状和体征，从而判断疾病的证候性质。论治，则是根据辨证的结果，按照中医的治疗原则，确定相应的治疗方法和方药。辨证

是论治的前提和依据，论治是治疗的手段和方法，二者不可分割。这是中医在治疗疾病中常称的理、法、方、药的具体概括。临床应用中药汤剂或中成药，都必须掌握中医的基本知识，如中医学基础、中医诊断学、中药学、方剂学和中成药学等，尤其临床所用的众多中成药中有很多品种名称类似，也有一些同类中成药中其说明书在功效方面表述笼统，难以区分，但它们之间处方所用药物不同，其功效有很大区别。如不了解处方组成、药物性质、功能主治、适应证，很难正确应用。但目前有些医生在这方面知识还很生疏，故出现很多错用、乱用中成药现象，致使临床治疗效果不佳，甚至发生不良反应，这不仅造成患者不应有的痛苦和经济损失，也给中医中药的固有声誉带来不良影响。

三、临床错用、乱用中成药的现象

(一) 名称类似的中成药

1. 几种牛黄清心丸的功效区别

目前市售的牛黄清心丸有三种，即：局方牛黄清心丸、万氏牛黄清心丸和久芝清心丸。这三种牛黄清心丸由于处方组成药物不同，其功效迥然有别。尤其局方牛黄清心丸为治疗疑难病——中风病的著名中成药，若错用其他清心丸会引起不良反应。现将三种牛黄清心丸的处方组成药物和功效分析如下：

(1) 局方牛黄清心丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，原名牛黄清心丸。处方药物是由牛黄、羚羊角粉、水牛角粉、麝香、山药、人参、白术、茯苓、甘草、当归、川芎、白芍、阿胶、大枣、干姜、麦门冬、黄芩、白薇、苦杏仁、桔梗、大豆黄卷、六神曲、肉桂、蒲黄、防风、柴胡、朱砂、雄黄、冰片所组成。本品具有益气养血，镇惊安神，化痰熄风之功效。用于气血不足，痰热上扰引起的胸中郁热，惊悸虚烦，头目眩晕，中风不

语、口眼歪斜，半身不遂，言语不清，痰涎壅盛等症。发生本病的主要因素，在于平素气血亏虚，加之忧思恼怒，精神紧张，饮酒过度等，以致阴亏于下，肝阳暴张，阳化风动，气血逆乱，挟痰挟火，直冲于脑，上扰心胸，故症见胸中郁热，惊悸虚烦，轻则出现血压偏高，头晕目眩，颈部强紧，指端麻木等中风先兆症状；若横窜经络，则症见口眼歪斜，半身不遂，言语不清；严重者，可见中风不语，痰涎壅盛，神志不清等症。方中主以牛黄清心热，豁痰，开窍，以羚羊角粉清肝热，平熄内风，以水牛角粉凉血热，解毒，以麝香活血通经络，芳香开窍，苏醒神志；辅以山药、人参、白术、茯苓、大枣、干姜、补脾益气，以当归、白芍、川芎、阿胶、麦门冬补血养血，滋阴柔肝，用以扶正固本；配黄芩清诸热，白藜、桔梗、苦杏仁开郁散结，疏利胸膈，以肉桂、蒲黄疏通血滞，以防风、柴胡祛除风邪，以大豆黄卷健脾化湿，六神曲健胃化滞，使之补而不呆，滋而不腻，用朱砂镇惊安神，雄黄燥湿化痰，以冰片助麝香芳香开窍并可引诸药直达病所，迅速奏效，以上均为佐使药。诸药合用，配伍精当，有主有从，共起清心化痰，镇惊熄风，补益气血之效。但处方中含有大量的滋补之品，故对温热引起的高烧不退，烦躁不安等症不宜应用。

(2) 万氏牛黄清心丸：方源于明代《景岳全书·引痘疹世医心法方》。处方药物是由牛黄、黄芩、黄连、栀子、郁金、朱砂所组成。具有清热解毒，镇惊安神作用。用于温热内闭，烦躁不安，高热不退，甚至神昏谵语等症。由于本品处方组成多为苦寒降火之品，故对气血不足或阴虚阳亢引起的中风之证不宜服用。

(3) 久芝清心丸：方源于《北京市药品标准》。处方药物是由大黄、黄芩、桔梗、人工牛黄、冰片所组成。具有清热泻火，导滞通便的作用。用于胃肠积热引起的头晕目赤，口舌生疮，牙

颞肿痛，大便秘结等症。

以上三种成药，名称类似，但组成药物有别，功效迥然不同，不能混用。

2. 几种活络丹（丸）的功效区别

目前市售的活络丹（丸）有三四种之多，其中用量最大的是大活络丹（丸）与小活络丹（丸）两种。由于很多临床医生对这两种成药的处方组成药物不甚清楚，因此，认为此两种成药的功效基本一致，只是疗效强弱不同，价钱贵贱之分，故在临床中经常混用，这是用药的错误。实际上这两种成药处方组成药物截然不同，功效也有原则上的区别，现将两种活络丹（丸）处方组成药物和功效分析如下：

（1）大活络丹（丸）：方源于清代《卫生鸿宝》，原名“大神效活络丹”。此药为治疗疑难病——中风后遗症的常用著名中成药。本方组成药物：防风、白芷、羌活、威灵仙、蕲蛇、乌梢蛇、沉香、木香、香附、乌药、乳香、没药、麝香、血竭、地龙、全蝎、天麻、僵蚕、牛黄、天竺黄、人参、白术、茯苓、甘草、当归、熟地黄、何首乌、川芎、赤芍、龟板等 50 味中药组成。本方组成药物虽然较多，但配伍得当。如祛风通络的防风、威灵仙、蕲蛇、乌梢蛇等；熄风清热化痰的全蝎、天麻、僵蚕、牛黄、天竺黄等；行气活血的沉香、木香、香附、乳香、没药、麝香、血竭等；补益气血的人参、白术、当归、熟地黄、何首乌、茯苓、甘草等。上述几方面的药物作用并不是孤立进行的，是相互协调、相互促进，共同发挥作用的。综观此药效用，重点在于散风活血通络；辅以益气补血，清热化痰之品。此药对中风后遗症，如口眼歪斜，半身不遂，手足麻木或拘挛，言语蹇涩，筋骨无力，行履艰难等有卓越效果。

（2）小活络丹（丸）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，原名活络丹。由于大活络丹（丸）处方组成 50 味药，小活络丹

(丸) 处方组成仅用 6 味药，况且功效也有原则上的不同，故后世为了区别这两种成药，特将前者称“大活络丹”，后者称“小活络丹”。小活络丹处方药物组成是由制川乌、制草乌、制乳香、制没药、胆南星（原方为炮天南星，清代《医方集解》改为胆南星）、地龙。本品具有温经散寒，除湿活血通络之效。主要用于风寒湿邪或湿痰、瘀血阻滞经络引起肢体疼痛，麻木拘挛等症。方中主以制川乌、制草乌温经通络，祛经络之寒湿；辅以胆南星散风通络，祛经络之湿痰；佐制乳香、制没药化经络之瘀血，并能止痛；用地龙性善走窜，功在行血通经活络。诸药合用，则风寒、湿痰、瘀血得以解除，使经络疏通，气血调和，诸症自愈。但应注意，此药含有大辛、大热的制川乌、制草乌，燥烈药性之品，故对中风引起的后遗症不宜服用，若患者服用后，可出现头晕、烦躁等不良反应，尤其患者血压偏高者更应禁用。

3. 感冒清热颗粒与感冒退热颗粒

感冒清热颗粒处方，是由北京研制的，感冒退热颗粒处方，是由上海研制的。两种成药均收载于 2000 年《中国药典》一部。此两种成药在名称上虽仅一字之差，但处方药物组成有很大区别，因此，功效及适应症也有较大的差异。

(1) 感冒清热颗粒：是由荆芥穗、紫苏叶、防风、白芷、薄荷、葛根、柴胡、桔梗、苦杏仁、芦根、苦地丁 11 味药组成。主要适用于外感风寒、里有内热引起的头疼发热，恶寒身痛，鼻流涕，咳嗽咽干等症。方中主以荆芥穗、紫苏叶、防风、白芷四味辛温解表药重在发汗解表；以薄荷、葛根、柴胡三味辛凉解表药疏风退热，并助上药发汗之力；以桔梗、苦杏仁利咽止咳；以芦根养阴生津；惟以苦地丁大苦大寒之品，重在清泻里热，解毒。所以本品对于外感风寒，内有里热的感冒疾病用之为宜。

(2) 感冒退热颗粒：处方是由大青叶、板蓝根、连翘、拳参四味药物组成。且均为清热解毒药，并无发汗解表作用。主要

适应于感受时疫温邪引起的热毒上攻之证，如上呼吸道感染，急性扁桃体炎，咽喉炎等。

4. 银翘解毒丸（颗粒、片、口服液）与羚翘解毒丸（口服液）、羚羊感冒片

（1）银翘解毒丸：方源于清代《温病条辨》“银翘散”改变剂型而来。处方是由金银花、连翘、荆芥穗、薄荷、淡豆豉、牛蒡子、桔梗、淡竹叶、甘草等。其功效：辛凉解表，清热解毒。用于风热感冒，发热头痛，咳嗽口干，咽喉疼痛。

此药原方为“煮散”剂型，原法“上杵为散。每服六钱；鲜苇根煎汤，香气大出，即服，勿过煎”。现行《中国药典》无苇根，说明较原方少一味药。

本方组成意义：风热之邪，外袭于表，故见发热头痛，风热犯肺，肺失清肃，故见咳嗽痰黄，咽喉肿痛；风为阳邪，易于化热伤津，故见口干欲饮。方中金银花、连翘清热解毒，清里透表为主；以荆芥穗、薄荷、淡豆豉疏散风热透邪外出为辅；佐以牛蒡子、桔梗、甘草宣肺祛痰，且能清利咽喉；配芦根清热生津止渴；用淡竹叶清热除烦利尿。综观本方是为清热解毒，疏散风热之剂。

（2）羚翘解毒丸与羚羊感冒片两种成药其处方组成与银翘解毒丸基本一致，只是前者加入了少量的羚羊角粉和冰片，后者仅加入了少量的羚羊角粉。其功效与银翘解毒丸相同，只是清热作用略强一些。

5. 左金丸（胶囊）与加味左金丸

（1）左金丸（胶囊）：方源于元代《丹溪心法》。处方由黄连、吴茱萸二药组成。其功效：清泻肝火，和胃止呕。用于肝郁化火引起的胁肋胀痛，脘闷吞酸，呕吐恶心，暖气嘈杂，口苦舌红等症。肝气郁结，日久化火，横逆犯胃，胃失和降，逆而上冲，以致胁肋胀痛，呕吐吞酸，口苦嘈杂等症。《素问》说：

“诸逆冲上，皆属于火，诸呕吐酸，皆属于热。”故方中重用黄连苦寒泻火，降逆止呕为主药；少佐吴茱萸辛温之品，开郁散结，下气降逆为辅药。药只两味，一寒一热，具有辛开苦降，泻肝和胃作用，适用于肝郁化火所致的上述诸症。

(2) 加味左金丸：药物组成是在左金丸（黄连、吴茱萸）的处方中加入了香附、柴胡、青皮、陈皮、枳壳、木香、黄芩、白芍、当归、延胡索、郁金、甘草而成。其功效在左金丸清泻肝火，和胃止呕的基础上，又增加了柴胡、香附、青皮、白芍、黄芩疏肝解郁，清热平肝；以陈皮、枳壳、木香理气消胀；以当归、延胡索、郁金活血止痛。对于肝郁化火引起的胁肋胀痛，口干嘈杂等症，效果更佳。

6. 香连丸（片）与加味香连丸（片）、香连化滞丸

(1) 香连丸（片）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》。处方药物是由黄连（吴茱萸煎汤制）、木香所组成。其功效清湿热，化滞止痢。用于湿热内滞肠道引起的下痢赤白，脓血相杂，便频腹痛，里急后重等症。方中主以苦寒的黄连清化肠中湿热，解毒止痢；配辛热的吴茱萸煎汤同炒。以为反佐，可监制黄连苦寒之性，并能利气；湿热之邪，壅滞肠中，每致气机不畅，故配辛温的木香调理气机，消胀止痛。处方药物组成虽简，治疗湿热痢疾效用颇宏。

(2) 加味香连丸（片）：方源于明代《医学入门》原方加减。处方药物是由黄连、黄柏、黄芩、木香、枳壳、槟榔、厚朴、吴茱萸、延胡索、当归、白芍、甘草所组成。其功效：清热化湿，行气导滞，用于湿热凝结，阻滞肠中引起的红白痢疾，腹痛下坠、小便短赤，饮食无味，四肢倦怠等症。其方组成是在香连丸原方基础上发展而成。此药为治疗湿热痢疾的常用成药。方中以黄连、黄柏、黄芩清利肠中湿热，止痢为主药；以木香、枳壳、槟榔、厚朴下气散结，使阻滞肠中的毒滞得以排除；佐以吴

茺蔚温中利气，延胡索活血止痛；配当归、白芍养血和血，甘草清热解毒，且白芍合甘草又能缓和肠管拘挛疼痛，诸药配伍，共起清利湿热、化滞止痢之效。

(3) 香连化滞丸：方源于清代《沈氏尊生方》。处方药物是由黄连、黄芩、木香、槟榔、厚朴、青皮、陈皮、枳实、当归、白芍、滑石、甘草。其功效与加味香连丸基本相同。

7. 逍遥丸（颗粒）与加味逍遥丸（口服液）

(1) 逍遥丸（颗粒）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》逍遥散。处方药物是由柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、薄荷所组成。其功效：疏肝解郁，健脾理血。用于肝郁不舒，脾弱血虚引起的头晕目眩，胁痛，乳房胀，食少倦怠，月经不调等症。本方为治肝郁血虚而设。肝属木，性喜条达，为藏血之脏，如情志不遂，精神抑郁，肝木失于条达，势必肝气横逆，故症见胸胁胀满，乳房胀痛；肝血不足，则见头晕目眩；肝郁气滞，影响脾胃运化，故见食少倦怠；脾虚欠运，血液生成减弱，故出现血虚，以及妇女月经不调等症。方中以柴胡疏肝解郁为主，以治致病之因；以当归、白芍养血柔肝为辅；佐白术、茯苓、甘草健脾和中，以助生化之源；少配薄荷助柴胡疏肝解郁之力，并能清散郁热为使。此为肝脾同治，补疏兼施，气血双顾之名方。

(2) 加味逍遥丸（口服液）：方源于明代《校注妇人良方》。此方是在逍遥丸的原方基础上，加入了牡丹皮、栀子而成。又称“丹栀逍遥丸”。本品功效与逍遥丸基本相同。惟增强了清热凉血作用，适用于肝郁血虚，日久化热所致的烦躁易怒，午后潮热等症。

8. 保和丸与加味保和丸

(1) 保和丸：方源于元代《丹溪心法》。处方药物是由山楂、六神曲、麦芽、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘所组成。其功效：消食导滞，和胃化湿。用于食积停滞，消化不良引起的

胸脘痞闷，胃脘胀痛，暖气吞酸，呕吐恶心，不思饮食，倒饱嘈杂，大便不调等症。伤食之证，是由于饮食过度，贪食酒肉油腻，或不易消化的食物所致。即《素问·痹论》所云：“饮食自倍，胃肠乃伤”之理。胃主受纳，如暴饮暴食，势必损伤脾胃，影响胃肠消化传导功能，造成上述诸症。方中以山楂、六神曲、麦芽、莱菔子消导食滞，但其各有特点：山楂长于消肉食油腻，六神曲尤擅消导酒食，且可除陈腐停滞，麦芽健脾而消面乳之积，莱菔子长于消面食之积，兼能化痰下气，快膈宽胸，均为主药；辅以法半夏、茯苓、陈皮和胃利湿，降逆止呕，并以连翘清食积所化之热。诸药共伍，使食积可消，胃肠功能自复。

(2) 加味保和丸：方源于《北京市药品标准》。处方药物是在保和丸原方基础上，减去了莱菔子、连翘，增加了枳壳、枳实、香附、厚朴。其功效与保和丸基本相同，惟消胀除满，利气宽胸的作用增强。

9. 左归丸与右归丸

(1) 左归丸：方源于明代《景岳全书》。处方药物是由熟地黄、枸杞子、怀牛膝、山茱萸、山药、鹿角胶、龟板胶、菟丝子所组成。其功效：滋补肾阴，益精血。用于肝肾虚弱，精血不足引起的形体消瘦，腰膝酸软，目暗耳鸣，骨蒸盗汗，遗精等症。方中重用熟地黄甘温滋肾，以填真阴为主药；以山茱萸、枸杞子滋补肝肾，养阴益精，合熟地黄可增强滋肾填精之功；以山药健脾胃，促进肾精化生之源，以上均为辅药；以龟板胶专滋肾阴，且可健肾除蒸，以鹿角胶峻补肾阳，并能生精益髓，此二药均为血肉有情之物，味醇质厚，滋补力强，即“精不足者，补之以味”之意。以怀牛膝强健腰膝，以菟丝子益阴扶阳，又能固精止遗。诸药合用，共奏滋肾填精之效。凡肾精亏损，津液不足之证，皆可应用。

(2) 右归丸：方源于明代《景岳全书》。处方药物是由熟地

黄、山茱萸、枸杞子、山药、菟丝子、杜仲、当归、鹿角胶、肉桂、附子所组成。其功效：温补肾阳。用于肾阳不足，命门火衰引起的气怯神倦，畏寒肢冷，阳痿遗精，小便自遗，脐腹冷痛等症。肾阳为一身之元阳，对各脏腑组织起着温煦、化生作用。肾阴和肾阳在人体内是相互制约，相互依存的，维持人体的生理平衡。若肾阳不足，温煦蒸化功能减弱，则症见气怯神倦，畏寒肢冷，肾阳衰微，不能温助脾阳，则阳虚中寒，故见脐腹冷痛，至于其他症状，皆由肾阳虚弱所致。张景岳说：“善补阳者，必于阴中求阳”，这是本方制定的原则。故方中以熟地黄甘温滋肾养阴，生精补血为主药；以山茱萸、枸杞子补肝血，养肝阴，合熟地黄共起大滋肝肾之功，以山药补中健脾，杜仲强健腰膝，当归补血养血，菟丝子涩精助阳，以鹿角胶生精益血，峻补肾阳，以肉桂、附子大辛大热之品，重在温补肾阳，加强温煦化气之功，振奋全身机能。诸药共用，可起“阴平阳秘，精神乃治”的效果。本品与左归丸的效用区别：左归丸重在补肾益精，右归丸重在温肾助阳。

10. 金匱肾气丸（片、浓缩丸、口服液、胶囊）与桂附地黄丸（胶囊、浓缩丸）、济生肾气丸

（1）金匱肾气丸（片、浓缩丸、口服液、胶囊）：方源于汉代《金匱要略》。原名“肾气丸”。将原方桂枝改用肉桂；将干地黄改用熟地黄。即今用之“金匱肾气丸”。桂附地黄丸（胶囊、浓缩丸）：始载于宋代《太平惠民和剂局方》，其药物组成与“金匱肾气丸”完全相同。虽然两个名称，实际是一种成药。本品处方药物是由肉桂、附子、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓所组成。其功效：温补肾阳。用于肾阳不足引起的腰酸腿软，下半身常有冷感，小便不利或反多，以及痰饮、脚气、消渴等症。此药为温补肾阳的主要成药。肾阳是人体一身之元阳，一切机能活动之动力。肾阳不足，不能温养下焦，则症见

腰酸腿软，下半身常有冷感；肾阳衰弱，不能化气行水，则见小便不利，或肾虚不能摄水，则见小便反多；水聚上泛则为痰饮，下注则为脚气；阳虚不能蒸发为津液，则为消渴。方中主以肉桂、附子温补肾阳，鼓舞肾气功能，即前人所谓“益火之源，以消阴翳”，之意。由于阴阳互根，相互为用，若单补其阳，易伤其阴，而且肾阳也无所依附，故须配伍熟地黄峻补肾阴，山茱萸温补肝阴，山药健脾益阴为辅药；佐以泽泻、茯苓、牡丹皮清热利水，以泻肾浊。如此，阴阳协调，肾气功能自然恢复。

(2) 济生肾气丸：方源于宋代《济生方》。本方即金匱肾气丸原方加入怀牛膝、车前子而成。其功效与金匱肾气丸基本相同，但增强利尿消肿作用。

11. 香砂六君子丸与香砂枳术丸、香砂养胃丸（颗粒）、香砂平胃丸、香砂胃苓丸

本类成药名称都冠以“香砂”二字，但处方用药有别，功效也有所差异，临床用药时应根据药物配伍、适应证鉴别用药。

(1) 香砂六君子丸：方源于清代《医方集解》，原名“香砂六君子汤”即六君子汤（人参、白术、茯苓、甘草、陈皮、法半夏）加入木香、砂仁，改变剂型而成。其功效：益气健脾，理气和胃。用于脾虚气滞引起的消化不良，暖气食少，脘腹胀闷，恶心呕吐，妊娠呕吐，大便溏泻等症。方中以“四君子”（人参、白术、茯苓、甘草）补气健脾为主；辅以陈皮、法半夏燥湿化痰，降逆止呕；配伍木香、砂仁，疏通气滞，在补气药中少佐行气药，取其动静相宜，可使气机畅利，增强补气功能；且砂仁可醒脾开胃，增进饮食，和胃止呕，并可安胎，善治妊娠呕吐。所以本品以补气为主，但补中有疏，对脾虚兼有气滞所致的上述诸症，用之为宜。

(2) 香砂枳术丸：方源于明代《景岳全书》“枳术丸”加入木香、砂仁、香附、枳壳、陈皮、山楂、麦芽、六神曲。其功

效：破气散满，消食开胃。

(3) 香砂养胃丸：方源于清代《杂病源流犀烛》，由“香砂养胃汤”改变剂型而成。处方是由木香、砂仁、白术、陈皮、茯苓、法半夏、香附、枳实、白豆蔻、厚朴、广藿香、甘草所组成。本品具有行气除满，和胃止痛之效。用于脾胃气滞，阻塞中焦引起的不思饮食，呕吐酸水，脘腹胀满，胃脘疼痛等症。方中以木香、砂仁、白豆蔻、枳实、厚朴、香附大队行气导滞之品，畅利中焦，消胀除满，和胃止痛；以白术、茯苓健脾渗湿；以陈皮、法半夏降逆止呕；以广藿香芳香化浊止呕。本品对于脾胃气滞所致的脘腹胀满，不思饮食，胃脘疼痛，偏于胃寒的效果颇佳。

(4) 香砂平胃丸：方源于明代《增补万病回春》，由“香砂平胃散”加味而成。配方由苍术、厚朴、陈皮、甘草、藿香、砂仁、香附、枳实、南山楂、麦芽、六神曲所组成。此药具有理气健脾，和胃消食之功效。主要用于脾虚湿盛，食积内停引起的不思饮食，口中无味，肢体倦怠，脘腹胀满，倒饱嘈杂，恶心呕吐，大便溏薄等症。脾为湿困，运化失常，故脘腹胀满，不思饮食，肢体倦怠；湿阻中焦，胃失和降，故宿食不化，恶心呕吐；湿邪偏盛，水走肠间，故大便溏薄，方中以苍术健脾燥湿为主药；以厚朴、枳实、香附下气宽中，消胀除满为辅药；以陈皮、砂仁、藿香芳香化湿，醒脾开胃，降逆止呕；以山楂、六神曲、麦芽消导宿食积滞；以甘草调和脾胃均为佐使药。诸药共伍，可使湿邪得化，脾运复常，食滞排除，诸症自愈。本品对于湿邪困脾所成的上述诸症，为其特长。

(5) 香砂胃苓丸：方源于汉代《伤寒论》，由“五苓散”和宋代《太平惠民和剂局方》“平胃散”二方合并，加入木香、砂仁而成。处方是由茯苓、猪苓、泽泻、白术、苍术、肉桂、厚朴、陈皮、甘草、木香、砂仁所组成。本品具有健脾利水，和胃

止泻之功效，用于水湿停蓄，中焦受阻，以致胸腹胀满，饮食不振；水湿停蓄，膀胱气化不利，故小便短少；水走肠间，则大便溏泻；水湿外溢，积于肌表，则为水肿。方中以苍术、白术健脾运湿；以茯苓、猪苓、泽泻淡渗利尿；以厚朴、陈皮、木香、砂仁疏利气机，消胀除满；配肉桂温阳，以助膀胱气化，气化则水行；用甘草协调诸药。此药为伤湿腹泻，水肿胀满，小便不利等症的首选中成药。

（二）同类的中成药

1. 四君子丸与四物合剂、八珍丸（颗粒）、十全大补丸（口服液）、人参养荣丸

本类成药均为治疗身体虚弱的药物，但“虚证”分为气虚、血虚、气血两虚、阴虚、阳虚、阴阳并虚的病证，所以用药要根据处方组成适宜的病症，正确应用中成药。

（1）四君子丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，由“四君子汤”改变剂型而来。处方是由人参（或党参）、白术、茯苓、炙甘草所组成。其功效：补气健脾。用于脾胃气虚，运化无力引起的饮食减少，大便溏泻，面色萎黄，语言轻微，全身无力等症。本方为健脾补气的主方。因气虚与脾虚密切相关，常常互为因果，故在治法上补气与健脾两法常配合运用。由于脾胃为“后天之本”，脾胃的运化机能是人体气血的生化之源，故善治气虚者，多从健运脾胃着手。同时，脾胃运化失调，不能腐熟水谷而生化精微，故在治疗脾胃虚弱的时候，要配伍补气药物，以促进脾胃运化。故方中以人参补中益气，扶脾养胃，白术健脾燥湿，以资运化是为主药；茯苓渗湿，辅助白术以强脾；甘草和胃，佐人参以益气。四药合用，具有补气健脾之功效。

（2）四物合剂：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，由“四物汤”改变剂型而成。处方是由熟地黄、当归、白芍、川芎所

组成。其功效：补血调经。用于血虚或血滞所致的月经不调，痛经，崩漏，以及一切血虚证。本方是补血兼能活血的方剂，也是妇女调经的基本方。血虚则血不能充盈，胞脉失养，则月经不调，崩漏带下；血虚则运化迟滞，故行经腹痛。方中以熟地黄滋阴补血，当归补血活血，二药重在补血，是为主药；白芍柔肝养血，而能敛阴，川芎活血化瘀且能行气，二药是为辅药。综合四药作用，熟地黄、白芍为血中之血药，当归、川芎为血中之气药。两相配合，可使补而不滞，营血调和。故本方有补血、活血、行气之功效，不仅血虚之证可以补血，血滞之证亦可加以运用。

(3) 八珍丸（颗粒）：方源于元代《瑞竹堂经验方》，处方由四君子汤（人参、茯苓、白术、甘草）与四物汤（熟地黄、当归、白芍、川芎）二方所组成，故称“八珍”。其功效：补气益血。用于气血两虚，面色萎黄，食欲不振，四肢乏力，月经过多。本方以四君子汤健脾补气，以四物汤滋阴补血，是气血双补的常用方。气与血都是饮食水谷通过脾胃消化、吸收的营养物质变化而来的。气与血是相互依存、相互制约、相互转化和相互为用的。血之所以能循行脉中，周流不息，除“心主血脉”的功能直接关系外，与气的功能至为密切，气是运行血液的动力，气行则血行，气滞则血滞，故有“气为血帅”的说法。另一方面，气之所以能够发挥作用，又必须依靠血的充分供养，才能使人体脏腑进行各种不同的机能活动，故又有“血为气母”的说法。若气虚血亏故见上述主治诸症。此药具有气血双补，阴阳兼顾之效。常用于病后身体虚弱，贫血，以及妇女月经不调，产后体虚不复等症。

(4) 十全大补丸（颗粒）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，由“十全大补汤”改变剂型而成。本方即八珍丸原方（人参、白术、茯苓、甘草、熟地黄、当归、白芍、川芎）的基础

上加入了黄芪、肉桂而成。其功效较八珍丸增强了益气温阳作用，适用于气血两虚的重症，并偏于虚寒者。

(5) 人参养荣丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，由“人参养荣汤”改变剂型而成。本方即十全大补丸原方（人参、茯苓、白术、甘草、熟地黄、当归、白芍、川芎、黄芪、肉桂）减去川芎，加入五味子、远志、陈皮。其功效：由气血两亏，积劳虚损引起的呼吸气少，形瘦神疲，面色萎黄，毛发脱落，饮食减少，惊悸怔忡，失眠多梦，以及妇女月经不调等症。本方功效虽与十全大补丸相仿，但偏于补血养心。由于血虚较甚，心失所养，故在虚弱症状中伴有惊悸怔忡，失眠多梦等症。所以，方中减去了辛散活血的川芎，加入了酸涩的五味子，用以补心阴，敛心气，配远志宁心安神，用陈皮疏导气滞，以防过补而发生气塞。

2. 几种安神补心中成药的功效区别

这类成药多以养心安神、镇静催眠的药物组成。临床常用的成药有朱砂安神丸、柏子养心丸、天王补心丸、安神补心胶囊（丸）。这几种成药由于处方组成药物不同，所适宜的病因、症状有很大差异，但目前在临床上经常出现混用或代用的现象，致使治疗效果不佳。现将这几种成药的处方、功效、适应症和配伍意义，分别作如下分析：

(1) 朱砂安神丸：方源于金代《内外伤辨惑论》，处方组成药物：朱砂、黄连、生地黄、当归、甘草。此药具有清热养阴，镇心安神之功效。适用于心火亢盛，灼伤阴血引起的心悸不安，怔忡失眠，胸中烦热，夜多怪梦等症。本病的病因主要由于肾阴不足，不能上济心火，致使水火不能既济，导致心火独亢，心肾不交之证。阴血虚弱，心失所养，故见心神不安，怔忡失眠，心火偏亢，则见胸中烦热，夜多怪梦。方中主以朱砂重镇以安心神；辅以黄连清热，泻其偏亢之心火；以生地黄滋肾阴，清热凉血；以当归补血养血；配甘草养胃和中，协调诸药。综观此药，

具有清心火，滋肾阴，补心血，重镇安神之效。对于心火偏亢，伤及阴血所致的上述诸症，颇有捷效。

(2) 柏子养心丸：方源于清代《汤头歌诀》，由“养心汤”加减而成。处方药物是由党参、黄芪、当归、川芎、柏子仁、远志、酸枣仁、五味子、茯苓、半夏曲、肉桂、甘草、朱砂所组成。此药具有补气益血，安神益智之功效。适用于思虑过度，心气不足，心血亏损，心阳虚弱引起的精神恍惚，惊悸怔忡，失眠健忘，多梦纷纭，神倦气短，体乏畏寒等症。思虑过度，导致劳倦内伤，必然损伤心气，耗伤心血。血虚不能养心，则见心悸怔忡，失眠多梦健忘；气虚，则见身倦气短，精神不振；心阳虚弱，则肢体畏寒。方中主以党参、黄芪补心气；以当归、川芎养心血；辅以柏子仁、远志、酸枣仁、朱砂宁心安神，镇静催眠，以养神志；以五味子收敛心阴，固摄心气，且有镇静之效；以茯苓、半夏曲健脾利湿，除扰乱心经之痰涎；配辛热之性的肉桂，取其温心阳，并可鼓舞气血运行；用甘草调和各药，又能和中，各药相伍，具有补气养血，安神定志之效。待气旺血充，心得濡养，神自安宁。

(3) 天王补心丸（丹）：方源于金代《摄生秘剖》，处方药物是由生地黄、玄参、天门冬、麦门冬、丹参、当归、人参、茯苓、柏子仁、远志、酸枣仁、五味子、朱砂、桔梗所组成。具有滋阴清热，补心安神之效。主要适用于心血不足，肾阴亏损引起的虚烦心悸，失眠，健忘，多梦，口燥咽干或口舌生疮，大便干燥等症。心肾不足，阴血虚亏，则心失所养，故见心悸失眠，健忘，多梦；虚火上炎，则见心神不安、口舌干燥或生疮，津亏液少不能濡润肠道，故见大便干燥。方中主以生地黄、玄参，取其滋阴增液，清热除烦，使心神不为虚热所扰，神自安宁，况二药均有滋阴润肠作用，可润肠通便；天门冬、麦门冬皆有养阴生津之效，而天门冬偏于滋肾阴兼通大便，麦门冬偏于养心阴重在除

烦；以当归、丹参补血活血；人参、茯苓补益心气；配柏子仁、远志、酸枣仁宁心安神；以五味子补肾阴，又能收敛耗散之心气；少用朱砂镇心以安神志；用桔梗舟楫之药，取其载药上行，使药力作用于上焦。诸药配伍，共成滋阴清热，补心安神之效。

(4) 安神补心胶囊（颗粒）：方源于《中华人民共和国药典》（一部，2000年版），处方药物是由生地黄、丹参、旱莲草、女贞子、菟丝子、五味子、石菖蒲、夜交藤、合欢皮、珍珠母所组成。具有养心安神，平肝潜阳之功效。适用于阴血不足，肝阳上亢引起的心悸失眠，头晕耳鸣等症。中医学认为，精血同源，精充则血旺，若肾精不足，必然导致心血虚少，致使心失所养，则症见心悸失眠；肝属木，肾属水，这是一种相互资生的生理关系。如肾水不足，不能涵养肝木，可引起肝阳上亢，虚火上炎，则见头晕耳鸣，再者，肝经虚火上升，可引起心火妄动，还可症见烦躁不宁。方中主以生地黄滋补肾阴，清热凉血；以丹参清心热除烦；辅以旱莲草、女贞子、菟丝子补肝肾，平阴秘阳；以五味子生津液，敛心气；配石菖蒲、夜交藤、合欢皮宁心安神，并能解散郁结；重用珍珠母，平肝定悸，潜降上越之浮阳。使之“阴平阳秘，精神乃治”。此药对于阴血不足，肝阳上亢引起的心悸、失眠、头晕、耳鸣等症，有很好效果。

上述四种安神补心类的中成药，均有养心安神之功效，但根据处方组成药物不同，故适用的病因症状也有很大区别。如朱砂安神丸应用大苦大寒之黄连，重在清心火，除烦；柏子养心丸（丹）配有大辛大热之肉桂，重在补心气，温心阳；天王补心丸（丹）方用大量的甘寒养阴之品，如生地黄、玄参、天门冬、麦门冬，重在滋阴清热，生津润燥，故所治之症应见口舌干燥，大便秘结；安神补心胶囊（丸）方中配用珍珠母，重在平肝潜阳，安神定悸，治疗兼症应见头晕耳鸣。综观四种成药的处方配伍各有特点，所治疾病皆有一定适应范围，故临床中应用中成药必须掌握每种成药的处方药物组成，正确辨证用药，方能奏效。

谈中药炮制与临床应用

金世元

中药炮制，是祖国医药学的重要组成部分，它在临床治疗和促进药物效用，起着重要作用。中药凡在调配处方和配制成药之前，大都需要经过各种不同方法的加工处理，这种加工处理过程，统称为“炮制”。

炮制的方法很多，但各有其不同意义。兹综合历代医家所述，归纳为以下几方面：

一、除去杂质及非入药部分

一般植物药都需要经过挑、筛、洗、漂等加工处理。洗净泥沙，拣净杂草，以及去心（远志、巴戟天），去皮（桃仁、卓果仁、益智仁），去核（山茱萸、金樱子、诃子），去芦（人参、玄参），去毛（枇杷叶、石韦、狗脊），去刺（苍耳子、白蒺藜），去瓤（枳壳）；动物有的需要去头（乌梢蛇、白花蛇），有的需要去头、足、翅（斑蝥），有的需要除去皮肉、血、垢（龟板、鳖甲）；矿物类去净泥土沙石；贝壳类去净泥沙、苔藓等异物。以上不同的加工方法，主要为了使药物清洁净纯，便于服用，防止副作用，以保证用量准确，达到质纯效宏的目的。

二、区分药用部位，利于发挥疗效

中药有些品种，虽同出一体，但在效用迥然有别，必须通过炮制加工，严格区分，利于发挥疗效。如麻黄（用茎枝）功能发汗、平喘、利尿，主治外感风寒无汗的表实证（如《伤寒论》麻黄汤），而麻黄根（用根）功能止汗，主治体虚自汗、盗

汗（如《局方》牡蛎散）。莲子，又称莲子肉，其性味甘、涩、平，功能养心、益肾、补脾、涩精，主治遗精、白浊（如《局方》清心莲子饮），又治脾虚泄泻（如《局方》参苓白术散）；而莲子心性味苦寒，功能清心热、除烦止渴，主治心火亢盛、烦躁口渴（如《温病条辨》清宫汤）。蜀椒（用果皮）功能温中散寒、除湿、止痛、杀虫，主治脘腹冷痛、呕吐腹泻（如《金匱要略》大建中汤）；而椒目功能下气行水、平喘，主治水饮停蓄、小便不利、遍身水肿（如《世医得效方》疏凿饮）。

三、消除或降低药物毒性和缓解副作用

中药有少数品种是含有不同毒性的，这些含毒中药，凡在人药之前，都必须经过依法炮制，精心加工，使质量合乎标准后，方可入药；否则，服后轻者发生不良反应，重者可危及生命。关于毒药的炮制与应用，古人是非常注意的。如我国最早的医学典籍《黄帝内经》中的半夏秫米汤，就用的是制半夏。汉代张仲景《伤寒论》中，对毒性中药的应用，更为谨慎，凡用有毒药物，均在脚注上注明炮制要求。如巴豆：去皮、心，熬黑。商陆根：熬。芫花：熬。瓜蒂：熬黄。附子：炮制，去皮，破八片。半夏：汤洗等。再如《珍珠囊补遗药性赋》上说：“卓乌疗风痹，生用使人蒙”。上述记载都是古人临床应用毒性药物的经验，并提示后人切切注意，不可忽视。

建国后，党和政府为了保证人民用药安全有效，对于含有毒性的中药，无论从使用和管理上都是极为重视的。制定了必要的制度，如《中华人民共和国药典》（1997年版，一部）将收录的有毒中药，分别注明有大毒、有毒和有小毒，在炮制项上规定了具体的炮制方法，在用法用量项下，每种都有明确规定，并且有的品种，还规定了含量标准。如制马钱子粉含上的宁为0.80%，巴豆霜含油量为18%~20%等等，这些都是我们对有

毒的中药炮制与应用唯一的依据。

缓和药性，是经过炮制，缓和某些药物的偏性，减少服后发生的不良反应，如苍术性味辛燥，用米泔制，可减低燥性（减少部分挥发油，缓和对胃的刺激性）；马兜铃性偏苦寒，多用致人呕吐，经蜜制后，可免除其副作用，且可增加润肺止咳功效；肉豆蔻功能温中散寒，固肠止泻，但因生品含有大量的挥发油和脂肪油，生用反致滑泻，故煨去油；莱菔子气味辛烈，生用上逆，每易致呕，经炒黄后，气味缓和，重在下气消痰。正如清代《修事指南》所说：“煨者去坚性，煨者去燥性，炙者取和中之性，炒者取芳香之性，浸者去燥烈之性，蒸者取味足”。这说明，如果药物炮制得当，可以矫正药物的偏性，缓和其副作用，提高临床疗效，适应治疗要求。

四、增强药物疗效

药物在炮制过程中，常加入一些辅料，它可以与药物起到协同作用，增强药物功能。如延胡索其有效成分为生物碱，经醋制后，可使生物碱转化为醋酸盐，增加了在水中的溶解度，故加强了止痛活血作用；淫羊藿用羊脂油制后，可促进助肾兴阳之功；阿胶用蛤粉烫制，可增强润肺平喘、止咳化痰效果；半夏用生姜制可以加强半夏化饮止呕作用，且生姜还可解半夏毒；黄酒制蕲蛇，可促进活血散风功效，又可减少腥浊之味。又如蜂蜜制，一为增强润肺止咳之效，如炙款冬花、炙紫菀；一为增强补脾益气之效，如炙黄芪、炙甘草。其他如朱砂面拌制品，取其加强镇心安神作用，如朱麦冬、朱茯神等等。正如宋代《太平圣惠方》说：“修制合度，分两无差，用得宜，病无不愈。”这说明，药物炮制得法，对促进疗效，有很大关系。

五、转变药物性能，适应医疗需要

性能，就是药物的性质和功能。它主要包括四气、五味、升降沉浮、归经等。为了适合患者的病情和体质不同的需要，药物通过炮制，可改变其性能，以密切结合临床要求。

1. 转变药物性味：如生何首乌苦甘涩，性偏寒主泻，可通大便，解疮毒，治瘰疬；而经黑豆汁、黄酒炮制后的制首乌性变甘温主补，可以补肝肾、益精血，还可以治须发早白。生地黄味苦性寒，重在养阴清热凉血；经黄酒制后的熟地黄性变甘微温，功专滋肾补血。天南星苦、辛、温，功能燥湿化痰，祛风解痉，善治湿痰咳嗽，风痰眩晕，中风歪斜等；经牛胆汁制后为胆南星，性变苦凉，反涤热痰，平熄肝风，常用于小儿高热痰盛，惊风抽搐。桑白皮生用味甘寒，功能泻肺行水消肿，多用于治疗水肿，小便不利；经蜜制后的炙桑白皮，寒性较缓，长于润肺止咳，化痰平喘。生蒲黄性味甘平，功能行瘀活血；蒲黄炭性质变涩，主治各种出血。

2. 转变药物作用的趋向：疾病，由于病因不同，所表现的症状也各有区别。有向上的，如呕吐、呃逆、喘促；有向下的，如泻痢、脱肛、崩漏、带下；有向外的，如阳气浮越；有向内的，如表邪不解，热陷心包、疹毒内攻等。而与之相适应的药物，就有升、降、浮、沉的功能，这就是药物的客观属性。但属性经过炮制，往往是可以改变的。如砂仁功能行气和中，开胃消食，作用在中焦；经盐制后，则可下行温肾，治小便频数。大黄生用苦寒直降，走而不守，具有荡涤肠胃、泻热通便之功；酒炒大黄却能引药力上行，驱热而下降，主治头目诸热。如李时珍说：“升者引之以咸寒，则沉而直达下焦；沉者引之以酒，则浮而上至巅顶。”由此可知炮制对中药作用的趋向确有很大关系。

3. 炮制对引药归经的影响：归经，即某些药物对某些脏腑、

经络的病变起一定的治疗作用，谓之归经。药物通过加入不同辅料炮制后，对归经有一定的影响，它可引导药物直达病所，在一定的脏腑、经络更好发挥疗效。如《本草蒙筌》指出：“入盐走肾脏仍仗软坚，用醋注肝经且资住痛”。就是这个道理。比如，柴胡其主要功用为清热退烧，和解表里，次要功用为疏肝解郁，医生在临床治疗时，为了使其引药入肝，功专疏肝解郁，常用醋炒柴胡。另外，凡疏肝理气之品，多用醋制，如醋香附、醋青皮等。再者，活血行瘀之品，也多用醋制（因肝藏血，有调节血量的功能），如醋莪术、炙乳香、炙没药、醋炒五灵脂等。凡温肾强腰、散寒治疝的药物，多用盐制，如补骨脂、杜仲、小茴香、益智仁、橘核等。其他如麸炒醒脾，土炒利中，均属归经之意。

六、便于制剂调剂和易于有效成分煎出

矿石、贝甲、化石及某些坚硬植物的根及根茎、木质、果实种子类和动物的角质药材，整品既不便于调剂和制剂粉碎，且在短时期内有效成份也不易煎出，因此，均须针对药材的不同质地情况，分别进行炮制处理，才能确保疗效。如矿石类的磁石、代赭石须火煨后醋淬；坚硬的根及根茎类如乌药、土茯苓、葶藶、天麻、白芍等均须切成薄片；木质类的苏木、降香、檀香和动物角质类的羚羊角、犀角、广角、鹿角等，均须镑成薄片；果实类的木瓜、枳壳等也须切成薄片；种子类的草决明、牵牛子、白芥子、牛蒡子等，均须炒黄，用时捣碎。此外，还有一些坚硬药材，常研成细粉随汤药分冲服用，如羚羊角粉、水牛角粉、旱三七粉、沉香粉、朱砂粉等等。上述各种炮制加工方法，其主要目的都是为了药物的有效成分充分溶解，保证临床治疗效果。

七、矫味、矫臭

动物类或其他具有腥臭气味的药材，服后往往引起恶心，甚至呕吐，所以矫味、矫臭在医疗上也是必要的。中药的很多炮制方法都带有矫臭的作用。如麸炒僵蚕、蛇蜕；醋炒鸡内金、五灵脂；砂烫醋淬的龟板、鳖甲；黄酒蒸制的紫河车、乌梢蛇；滑石烫的刺猬皮等等。

综上所述，中药炮制是一门极为复杂的科学。由于中药来源于植物、动物和矿物自然界物质，在这些原生药中，有的含有毒副作用，有的含有杂质及非入药部分，如动物之瘀血积垢，植物、矿物夹有杂草、泥沙等异物，如不加以剔选或清除，便不堪入药。况且，有的药材体积大、坚硬，不便于调剂、制剂和有效成分的煎出；有的需要区分入药部位；有的因生熟不同或炮制所用辅料不同，作用各异等等。因此都须通过炮制进行适当处理，才能供临床应用。以达到去粗取精，去伪存真，降低毒性，缓和药性，提高疗效之目的。从上述不同的炮制目的来看，无不与临床密切结合，为临床治疗服务。历来医靠药治，药为医用，二者不可脱离。因此，中医在开方时，对炮制要求必须明确，中药人员在调配药品时，亦须遵照医师的用药意图，应炒则炒，应炙则炙，形成在临床上的有机整体，以便起到更好的疗效。

刘弼臣



刘弼臣，男，1925生，江苏扬州人。著名中医学专家、中医儿科专家。是我国中医儿科学的奠基人之一，师带徒名老中医。享受政府特殊津贴。曾任第六、九、十届北京市人大代表，科教文卫体委员会委员。现任全国政协常委会科教文卫体委员，北京市人大代表，北京中医药大学第一临床医学院儿科学研究室主任，江苏扬州中医医院及鉴真医院

名誉院长，中华中医药学会理事及北京中医药学会理事长，《医学百科全书》中国医学编委，中医儿科临床专家。从事儿科学、科研、临床工作60余年，主要研究领域为儿科常见病和疑难杂症的临床与实验研究。多年来所医治的患儿难以数计，尤其擅长儿科疑难病症：如小儿脑积水、小儿难治性肾病、小儿哮喘、小儿重症肌无力、小儿抽动秽语综合征。编著了许多中医儿科专著，在全国医学杂志曾发表百余篇具有一定学术价值的论文，1995年获在美国召开的“国际人体科学大会”论文金质奖。

小儿抽动—秽语综合征

刘弼臣

一、临床特征

抽动—秽语综合征是一种以运动和语言抽搐为特点的综合征，起病于儿童或少年期，男女为5:1，病程持续很长。

其临床症状第一表现是抽动，可见头面部或躯干部或腹部以及上下肢出现不同程度的抽动，交替出现，因而又称为“多发性抽动症”，或“儿童多动综合征”。第二表现是秽语，可以听到喉部发出奇特的怪叫声。说话时个别字的音节或句子讲不清楚或说出骂人的脏话—秽语，实即由于言语时抽搐所致。

本症的症状，多种多样，并不限于抽动和秽语，尚有：

1. 运动障碍—病儿活动过多，不停的奔跑跳跃，攀爬登高，翻箱倒柜，小动作特多，手脚不肯停息，咬指甲、吮手指、咬衣角、涂课本、说话过多、表现插嘴、做事不能持久，连看电视也不能老实一会儿，共济失调，做精细动作不协调，快速交替动作比较困难。

2. 行为障碍—病儿冲动任性，容易激怒发脾气，在具体生活中不遵守纪律，不听约束，缺乏自我控制的能力，常常自言自语，重复语言，重复动作，甚至不顾危险，爬墙登高，追逐车辆，打架斗殴，自伤或伤人，表现强迫行为。

3. 感觉障碍—注意力不集中，上课时东张西望，交头接耳，出怪声，扮鬼脸，戏弄老师，撩逗同学，学习成绩时好时坏，写字记数比较粗心，常常出错。所以此病又称“感觉障碍综合征”。

4. 人格障碍—患儿詈骂不避亲疏，污言秽语，甚至异常性行为，反之有的则表现自闭或孤独，不愿与同学接触交流，或愁眉苦脸，表现为满腹焦虑及思维障碍。

上述病情每个患儿并不一定全部出现，但都具有轻重不等的行为和感觉障碍，甚至脑电图异常，所以本病又称“脑功能轻微障碍症”。给患儿学习和身心健康，造成严重的影响，也给家长产生很大的精神压力。

本病从1925年法国人图雷特斯（TS）首次报告后才开始逐渐引起人们的重视，对其病因病理进行探索和研究，目前有人认为本病是神经介质失调与精神因素关系密切。有人推测本病是器质性病变，主要是基底神经节的功能障碍。该处为脑内多巴胺含量的部位，多巴胺的主要生理功能之一是调节运动功能。也有人报导抽动—秽语综合征与脑内儿茶酚胺包括多巴胺的更新率加速有关。众说纷纭，认识尚未统一，因此治疗方面尚无特效药物，临床常以镇静剂治疗，企图控制症状，如氟哌啶醇、安坦、泰必利、利他林、匹莫林等西药，效果并不理想，而且副作用很大。

我认为此病在整个发病的过程中，常因感冒或误食海鲜发物及精神情绪紧张而加重。现代医学认为感冒有很大的过敏成分，海鲜发物含有过敏物质，精神紧张或过度疲劳可以诱发神经过敏，从临床实际出发结合现代医学理论启发，我认为与神经介质过度敏感有关。曾在《健康报》、《工人日报》、《光明日报》等报刊提出抽动—秽语综合征是一种过敏性慢性疾病，属于变态反应疾病的范畴，受到国内外特别是美国学者和广大群众的关注。

二、中医的证治

抽动—秽语综合征是现代医学病名，祖国医学虽然无此病名，对其症状描述却有类似记载。以抽动而言：眨眼斜眼，扬眉张口努嘴，缩鼻做怪相属面部抽动；点头摇头晃脑，挺颈斜颈，

扭脖耸肩屈头颈抽动；挺胸，扭腰，鼓肚，撑肛，蒸翘，这属躯干腹部抽动；搓手，甩手，捏指，握拳，举臂，踮脚，绊腿，跷脚属四肢抽动。

根据“风胜则动”的原则，不管任何部位的抽动，中风统称为“风”，风的特性是流动急速，容易激荡，变化很快，或上或下。所以在临床上的患儿当一组抽动症状缓解或消失时，又出现另一组或在原有的基础上又增加新的抽动症状，这和“风为阳邪，其性善行而数变”有关。

中医所说的“风”有内风和外风之别。外风是指外界的风寒邪，侵袭人体所引起的疾患而言。内风是指风从内生，实际上是内在脏腑的某些病变。外风可以引起内风，内风范围所包者广，如心火暴盛、肝亢冲逆、肾水不足、脾虚木亢均可导致阴陷于下，阳亢于上，风动化火，痰壅紧闭，血随气逆横窜经隧，形成上盛下虚，阴阳不相维系的病理变化，与心肝脾肾四经阴阳失衡有内在的联系，抽动性秽语综合征应属于内风范畴。

喉中干咳吼叫痰鸣，犬吠或发出“吭吭啊啊，嘘嘘喔喔”声，或秽语咒骂或随地唾沫，这些异常发声和行为，中医认为属于顽痰作祟，痰阻气道梗塞喉间而成怪证，这属有形之痰。

重复语言，重复动作，强迫行为，感觉障碍，注意力不集中，自闭孤独，焦虑等脑部思维轻度障碍亦为痰蒙心窍，这属无形之痰。

痰为病理产物，有热灼津液，火郁生痰，惊盛生痰，寒痰成痰，均可发生顽痰怪证。尤其与风的关系甚为密切。往往风动则火升，火盛则风动，风火相煽，则熏灼津液为痰而上壅，痰壅则气逆而窍闭。既可因风而生痰，亦可因痰而生风，风痰窜动可致抽搐疯癲，痰阻气逆则喉间痰鸣怪叫，因而形成抽动—秽语的阴阳失衡证候。所以抽动性秽语综合征是一种本源在肝，病发在肺，风痰鼓动，横窜经隧形成阳亢有余，阴静不足，动静变化，

平衡失制的证候

由于发病原因复杂，证情顽固，往往久治不愈。治疗时必须审证求因，追本穷源，然后进行因证制宜而论治，适当给予舒肝调肺，涤痰通络，调理阴阳，以希达到阴平阳秘，精神乃治的目的。决非单纯的见风定风、见痰治痰所能解决一切问题的。古代医家早有“见风休治风，见痰休治痰”的告诫。

由于小儿具有阳常有余，阴常不足，肝常有余，肺常不足的特点，肝主风，体阴而用阳，肺属金，为清净之府，一旦风痰鼓动，往往阳亢无治，出现刚躁掣动。而且肝风最易化火，木火刑金则出现金鸣异常，形声不正，尤其肺为娇脏，卫外不固，感受外邪亦能引动内风而加重病情，往往易伤而难调。古代医家早有“娇肺遭伤不易愈”的明训，所以抽动性秽语综合征一旦形成，不仅难期速效，而且病情起伏不定。若仅强行定风制动，使其宁静，非但不能治愈，反而反复无常，徒延岁月。

我治疗抽动性秽语综合征已有40年的历史，认为肝为刚脏，肺为娇脏，一刚一柔，一阴一阳，贵在坚守，刚柔相济，阴阳协调，待其内外之风平息，火清痰化，肺气肃清，筋脉通调，心静神宁则病自缓解。早期即在文革期中治疗抽动性秽语综合征，从辨证论治着手随其虚实寒热加减变化，方无定方、药无定药，以探索研究，寻求治疗规律。显示了中药治疗抽动性秽语综合征有其一定的优势。

近20年来，开始运用专病专方治疗，自制了定风制动冲剂作为临床主要用药，现在已经被北京市药监局批准为医院制剂使用。同时根据临床证情表现，灵活运用辛夷、苍耳宣窍通闭以治缩鼻；菊花、黄连清热明目以治眨眼；天麻、钩藤疏肝熄风以治头摇，有清滋而不腻胃、寒凉而不伤正之功。木瓜、伸筋草功能舒筋活络，以治肢体抽动。大白芍、炙甘草酸甘化合化养阴，以治腹部挛急。重者则加用全虫蜈蚣，两药辛温燥烈，走窜性猛，行

表达里，无所不至，最能搜剔风邪，开痰行滞，解毒散结，但用量不可太过，应予掌握。若再佐用蝉衣、僵蚕、元参、板蓝根、山豆根，既可清热利咽，也可控制异常发声。葛蒲、半夏、郁金，豁痰通窍以疗秽语。本着辨证论治原则，灵活组方遣药，每能切中痛机，取得良好的疗效。

三、将养调护

根据临床观察，大部分患儿都有着上呼吸道感染慢性病灶，病情的变化往往又随着这些慢性病变轻重为转移，所以在治疗过程中常因感冒而使病情加重，应该予以重视。同时社会环境的因素，也有很大的关系，如学习紧张负担过重，经常受到老师和家长的批评，思想压力很大，以及看电视玩游戏机时间长，休息不好等都有关联，应该受到社会各界的注意。

为了维护儿童健康使之茁壮成长，应给予他们一个宽松的 living 空间，避免情绪刺激，减少心理压力，学校老师也要积极配合，尽量减轻学业过重的负担。不要人为地造成紧张气氛，耐心帮助和关心爱护患儿，给予启发和鼓励，不在精神上施加压力，不责骂、不体罚，相信对抽动一秽语综合征患儿的康复是大有益的。

吉 良 晨



吉良晨，字晓春，晚号蛰龙，男，生于1928年2月，满族，幼少庭训，师教私塾九年，酷爱方术医药，喜嗜弄拳击剑，尤好道家行气功法，为买氏形意四代传人，露蝉门下五世弟子。弱冠兼攻中医经典，博览方书，中医药学业启蒙于祖父乌里布额尔吉氏程吉顺（子玉），之后随师河北雄县袁鹤侪（晚清御医），福建闽侯陈慎吾（伤寒大家），山东惠民韩琴轩（民间世医），北京大兴宗维新（金匱名医）诸大家拜读内、难、伤寒、金匱、本经等经典名著，学业纯属出于家传、师授、自学。至今年逾古稀，仍是孜孜不倦忙于诊务、写作、整理书稿，多次被北京中医药大学聘为硕士、博士研究生学位论文答辩委员，为中医药事业不遗余力。

二十一岁即悬壶于京都，先后结业于北京中医研究所（研究员），北京市中医进修学校（中医师、教师）。长期从事中医临床教学工作；擅长中医疑难杂病，尤对延缓衰老及养生保健之术颇有研究。

撰有《内经藏象阐释》《金匱心得》《形意真义》《太极拳图说》等百余万字手稿、讲稿，发表有较高学术水平的论文数十篇。著有《临证治验录》（山西科技出版社出版）、《临证治验录》（增订版，中国书店出版）《中国气功萃义》（北京学苑出版社出版）后又再版发行，在此基础上经过修订并增加内容写出《中国气功探密》一书，已由人民卫生出版社出版，近又有《杨氏太极拳真义》问世（中国书店出版）。

多次被邀赴日本、美国、泰国、菲律宾、香港等国家和地区讲学、会诊，获得感谢和成就证书，并在1994年和崔月犁（前卫生部长）、董建华（全国人大常委、名老中医教授）、王雪苔（前国际针灸联合会主席）、路志正（全国政协委员、名老中医教授）、焦树德（痹证专家教授）等六人荣获1994年首届《生命杯》世界传统医学大会国际最高个人荣誉金奖。

现为国家药品审评专家、国家药典委员会名誉委员、国家中药品种保护审评顾问、国家中医药管理局中药开发专家咨询委员会主任委员、中国医学基金会理事、中华中医药学会脾胃病专业委员会名誉主任、中国中医药学会养生保健学会常务理事、中国老教授协会会员、世界中医药学会高级顾问、专家委员会主任委员、中国专家科技经济咨询中心传统医疗研究会名誉会长兼评委会名誉主任、香港保健协会医学顾问、香港国际传统医学会学术顾问、日本国际卫生教育协会顾问、美国加州圣克鲁斯五系中医学院客座教授（承担中医硕士、博士学位研究生教学、临床带教和课题指导）。美国太极中心教授、中国嵩山少林寺武术协会名誉副会长等。

从腹痛的两例医案治验谈起

吉良晨

在没有谈腹痛医案治验以前，我先摘引几段话，因为文章的笔者内容观点和我是有共识的，是有着共同心声的，仅此就作为我的开场白吧！中医药学在近百年来的发展道路上一直是曲折的、坎坷不平的。

“一个时期甚至遭遇被取缔、被消灭的命运，中医药的危机从根本上说就是中国传统文化的危机。科学在近代中国达到了‘几乎全国一致的崇信’，凡是不符合‘科学’的东西，都是遭到批判、唾弃。在‘五·四’时代所建立的话语霸权之下，带‘中’的一切事物都失去了合法性，而唯一的合法话语便是科学。”不是吗？现在的话语，不是每天都在讲科学吗？“在这样的语境中，中医也必然丧失自己的语言。作为传承中医药文化的重要阵地——中医药高等院校，本来是传统文化的重要阵地，应该是最有资格也是最应该弘扬传统文化的地方，却完全按着西方科学模式进行构建，用所谓的现代科技来研究中医药。在中医药院校，用动物来做试验或用分子生物学等来培养造模才是正统，而用符合中医文化特征的方法研究中医倒成了异类，传统中医反而被挤在人不欲见的偏僻角落。中医院校一版又一版的教材也变得越来越‘现代化’，语言表达也越来越‘标准化’、‘客观化’，似乎这样一来，就符合‘科学’的规范，学生们也就更容易理解中医、掌握中医了。与传统文化密切相关的主干课程——医古文，越来越被边缘化，在中医师职称考试中也已被取消，而换成与西方科学接轨的现代语言工具——英语。其他与传统文化相关的课程，更只是作为中医院校可有可无的选修课。”“近几

十年来，政府对中医的关怀、保护和支持力度不可谓不大，中医药教育规模也在一天天扩大，但中医发展并没有取得我们所期望的效果，反而是中医的医疗市场在不断萎缩，中医的临床治疗手段也在一点点消逝，明显出现了‘一代不如一代’的现象。这些不能不引起我们深深的思虑。造成这种现象的根本原因，笔者认为长期以来西方文化中心论、现代科学霸权主义思想造成的后果。在这种文化的观念指导下，中国人的民族自信心受到了一而再、再而三的打击，中国的传统文化受到了一而再、再而三的摧残，中医学也受到了一而再、再而三的打压。于是在医疗制度上、在教育学上、在科研设计上、在医疗思路上，都出现了西化的倾向。然而西化的结果又不像原本的设想那样发展了中医、提高了疗效，反而是事与愿违。”“西方人用分析还原的方法看待问题，中国人用整体思辩的方法看待问题。中医把人看成是一个不可分割的整体，‘人体小宇宙，宇宙大人体’。在中医看来，人体内部是一个整体，人体与外部环境也是一个整体。”“中医历来重视人和自然环境、社会环境的联系，重视季节、昼夜、地理环境等对人体的影响，反映出‘天人合一’、‘天人相应’的东方思想，这种整体思想贯穿于中医的生理、病理、诊法、治疗和养生等所有领域。对待疾病，中医学是辨别‘证’，西医学是辨别‘病’。‘证’是整体的、宏观的‘森林’，‘病’是具体的、微观的‘树木’。过去，中医在没有现代科学知识和精密的检验仪器的情况下，发明了一套独特的诊断、治疗疾病的方法——‘辨证’。首先用望、闻、问、切四法收集病人反映出来的客观信息，然后根据八纲——阴阳表里寒热虚实这一总纲领，对脏腑、气血以及六经、三焦、卫气营血进行综合分析、归纳，以寻找病证根源、病变本质、部位和邪正之间的关系，最后判断为某种性质的‘证’。这一过程，中医称之为‘辨证’。然后根据辨出的‘证’，确定适当的治疗方法和药物、方剂。”

我觉得这篇文章写得很好，所以摘录片段用以说明目前中医药所存在的问题根源。如果想看看这篇文章的全貌，可找一找2005年7月27日《中国中医药报》第三版，题目是“中医文化的失落与复兴”。

下面我就根据以上所谈的情况举两个“腹痛”的医案，这是没有任何检测手段和精密仪器的条件下进行治愈的。

病案举例

寒疝腹痛（肠疝）

万××，女，58岁。

【主证】小腹时痛，每作痛处凸出，扪之状如鸭卵大小，上下串行，畏寒喜暖，痛甚拒按，连续矢气得缓，每遇寒凉即发，已有数年，舌苔白，脉沉弦。

【辨证】寒凝气滞，浊阴难降，肠阻不通，而致寒疝腹痛。

【治则】温化理气，以通肠阻。

【方药】潞党参9克 炒川椒9克 干姜片9克 台乌药9克 炒莱菔子（打）15克

按：腹痛的原因很多，包括鸠尾以下、毛际以上的整个部位。肝、胆、脾、胃、肾、大小肠、膀胱、胞宫等脏腑，均位居此处；手足三阴，足少阴、足阳明、冲、任、带等经脉，亦循行此部位。此等脏腑、经脉，或外因邪袭，或内有所伤，以致气血运行受阻，或气血不足以温养者，均能产生腹痛。故腹痛一症，牵涉的范围很广，临床辨证，首应全面考虑。根据疼痛的病因、部位、性质，明确其主要的受病脏腑，证情的寒热虚实等等，详加鉴别，始能找出癥结所在，给予适当的治疗。

本例腹痛已有数年，根据畏寒喜暖，每遇寒凉即发，舌苔白，脉沉弦等证候来看，显然虚寒无疑，应诊为虚寒腹痛。但痛甚拒按，连续矢气得舒，又属实证可辨。痛处凸出，扪之状如鸭

卵上下串行，非气又何？故此证为虚中实证，亦虚寒气滞、肠道受阻之候，“痛甚拒按”说明寒凝气滞，痛则不通；“矢气得缓”证明寒气下行，通则不痛。因病久宜扶正，气滞当祛邪，然病数年遇寒即发，权衡主次，应以温补为主、行气通腑为辅的治疗原则。故选用《金匱要略》的大建中汤加减，其云：“心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒、上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近，大建中汤主之。”万案腹痛与此条吻合，但气滞较显，故而去饴糖，加台乌药、炒莱菔子。方中以潞党参补脾胃，炒川椒、干姜温中散寒，三味并举，甘辛温化，以补当先。因为痛在小腹上串脐上，病偏于下，所以选用乌药顺气止痛，莱菔子下气通腑，使中焦得以温补，下焦寒气能够通散，则证自愈。服药两剂，矢气较多，腹痛即止，又以上方连服数剂，一直病未发作。由于腹痛因寒。气机受阻，汇聚如卵，肠中充气，上下串行，状如山石之凸凹，故称寒疝腹痛，可参考《金匱要略》“腹满寒疝宿食篇”。

台乌药系天台乌药，樟科，钓樟属，常绿灌木，自生于山野，根供药用。乌药有浙江天台产及湖南衡州产二种，科属不同。衡州乌药为防己科，木防己属，常绿灌木，野生或栽植，亦用其根。乌药性味辛温，入脾、胃、肺、肾四经，有顺气消胀、散寒止痛之功用。因其香窜上入脾肺，下通肾经，故一切病之属气者皆可选用，唯气虚气热者禁服，根有车轮细纹、形如连珠者良，天台产者较佳。又香附、木香、乌药，同为理气要药，都能理气止痛，但这二种药物，亦各有偏擅之处。香附主入肝经，乃气中血药，善解郁散结，凡肝郁气滞、月经不调均为适宜；木香主入脾经，治一切气痛，能泄肺气，疏肝气，和脾气，然过服损真气，凡由积滞引起呕吐、泻痢等症用之甚良；乌药能够顺气上行于肺，中入于脾，下通于肾，有温肾散寒，善治膀胱冷气所引起的小便频数。三者理气则一，各有所主，香附善调气，木香善行气，乌药善顺气，在临证时酌情用之。

虫积腹痛（蛔虫肠梗阻）

崔××，男，11岁。

【主症】素有蛔虫，近2~3日突然腹痛甚剧，其父系农村医生，邀余急诊之，言其平素喜唾多涎，恐为虫疾。视其腹中凸起，如桃大小，按之疼痛呼叫，呻吟不已，且有大便之感，面显苍白，布满虫斑状如钱癣，舌中根色白黄，脉象沉弦稍涩，爪甲白点，痛时汗出。

【辨证】审系虫多积聚，大肠阻遏，气血壅闭，传导失司，为虫积腹痛之实证，多延时日则危。

【治则】急用下法，驱虫外出。

【方药】山区药难速取，急嘱火煎豆油60毫升（约有2两），待油煎热冒烟，放入蜀椒（深山僻村难以买药，故改山花椒）15克，闻香即得（勿令炸糊），待温顿服。

按：此症虫候明显，来势甚急，仓猝之间无药以施，遂采用上法。本方目的在于滑肠驱虫，亦通则不痛使虫外出之变法。豆油（凡食用植物油均可）有滑润大肠之效；蜀椒（花椒亦可代用）有散寒杀蛔之功用。《伤寒论》之乌梅丸；《温病条辨》之椒梅汤均用之。此药服后约2小时许，患儿欲行大便，未及入厕，即粪便蛔虫交集而下，大小长短不一，竟排出蛔虫100余条，1剂腹痛顿除。后嘱饮服米粥自调，注意有关蛔虫卫生。

蛔虫，《内经》称为长虫或蛟蛭。如《灵枢·厥论篇》云：“肠中有虫瘕及蛟蛭……心肠痛，憊作痛、肿聚、往来上下行，痛有休止，腹热喜渴，涎出者，是蛟蛭也”。说明蛔虫成团，及虫病发生时的特有症候。《伤寒论》和《金匱要略》都叙述了蛔虫的证候和治法。一般蛔虫治疗可用化虫丸；小儿可食炒熟之使君子肉，不可过于多食，多食呃逆；蛔虫尚少未能成团，但脘腹疼痛，发作有时，常吐涎者，可服甘草粉蜜汤；蛔虫窜入胆道，形成蛔厥当用乌梅丸（汤），根据寒热虚实，调配用药，但总以

乌梅为主；在汤药尚未备齐之前，亦可以醋煎蜀椒速饮，以蛔虫遇酸则伏，故可缓痛，又可杀虫。蛔虫性喜团聚，又善钻窜，遇孔即入；阻于肠中，隔塞不通，则腹中剧痛；窜入阑门，则右少腹疼痛拒按，甚则筋脉挛急，牵掣下肢，以致右腿屈不能伸，状如缩脚肠痈；窜入胆道，则右胁肋痞剧号叫，多吐食水酸苦；上窜入胃则能吐蛔，胃中寒冷高热之候，多有蛔虫吐出。蛔虫雌比雄长，老者头部多显黑红，且体较粗，临证可作参考。

蜀椒又称川椒，为芸香科，秦椒属，落叶乔木，野生或栽培，果实及种子供药用，开口者良，闭口者不宜入药。性味辛温有毒，入肺、脾、肾三经，可散寒除湿，温中助火，善杀蛔虫。蜀椒主产于四川，外皮紫红，品质最佳；产于陕西的称花椒，又称秦椒，较蜀椒为大，色较淡；产于其他各地者名土花椒，上黑色，味淡；产于山区者又称山花椒，辛香之味显薄。蜀椒系其果实，黑色种子称为椒目，性味苦辛，有行水之功用，能治水肿胀满，仲景治腹满之痰饮病，设己椒苈黄丸即用此品。

使君子异名留求子，为使君子科，使君子属，常绿蔓生木本，暖地栽培植物，果实供药用，连壳打碎入煎剂，或去壳取仁（肉）炒香用。产于川、闽、滇、黔、粤等南方温暖之地，果实走油后不宜用。性味甘温，入脾、胃二经，有杀虫健脾消积之功用；主治小儿疳积、虫痛，服之忌饮热茶，犯之作泻；多食能够引起呃逆、眩晕。如《局方》之肥儿丸、《证治准绳》之使君子散、《医方集解》之化虫丸、《吉氏方》之五疳丸等均有此药。

化虫丸原为宋《和剂局方》方，系由鹤虱、槟榔、苦楝根皮、铅粉（炒）、枯矾等药组成。《医方集解》在本方内加入使君子、芜荑二味，亦称化虫丸。现在药店所售化虫丸是清《东医宝鉴》妙应丸方加减，功能杀虫、消积。其药物组成为木香、槟榔、使君子肉、雷丸、枯矾、芜荑、芦荟、犬黄、黑牵牛子（炒）等9味，水泛小丸，每服6克，日服2次，温开水送下，

小儿酌减。

甘草粉蜜汤系《金匱要略》第19篇方，其云：“蛔虫之为病，令人吐涎心痛，发作有时，毒药不止，甘草粉蜜汤主之。”方由甘草、粉、蜜三味药物组成，先煮甘草，后纳粉、蜜，搅令调和，煎如薄粥。“粉”有二说，一指铅粉，因铅粉能杀虫，但铅粉毒性甚剧，不宜多服，故方后云“差即止”；一指米粉。因本证已经用过毒药而疼痛不止，所以不能再用毒药，而以甘草、粉、蜜之品，安蛔缓痛，解毒和胃以缓其急。在临证中，根据证情，我以为两者均可采用，如在《金匱发微》曹颖甫氏治疗“暴厥若死”一案，用甘草15克先煎去渣，以铅粉6克，白蜜30克调饮，半日许下蛔虫如拇指粗大者9条，其病乃愈。余亦曾用铅粉治愈蛔虫痛厥之症，但铅粉究系剧毒之品，川之以慎为是。如单以甘缓和胃则又应用米粉为妥。

乌梅丸能治蛔厥，《伤寒论》《金匱要略》均有记载。其方药组成为乌梅、细辛、附子、黄连、黄柏、当归、桂枝、人参、干姜、蜀椒等10味组成，此方酸、苦、辛、甘俱备，而酸独胜，故能安蛔。蛔厥多寒，余在临证遇此以乌梅为主，寒盛者重用细辛、桂枝、干姜、附子、蜀椒；热显者重用黄连、黄柏；气虚者重用人参（党参）；血虚者重用当归。随证调配药量，效果甚佳，如挟气滞又可加入广木香，待痛止厥复，再议驱虫。

上举“腹痛”案例，是摘自拙著《临证治验录》（增订版）一书，说明中医治病是辨证论（施）治的，这种腹痛来势急迫，非一般的隐痛、钝痛、串痛、胀痛、刺痛能够忍受。痛的部位在腹所以称为“腹痛”，由于寒凝、气滞、食积、淤血、虫疾等因素均可以引起腹痛，所以有各种不同腹痛的名称。另有痢疾、肠痈、五积、（伏梁、肥气、痞气、息贍、奔豚）痛经等，这些病症亦有腹痛，要审证求因，辨证论治。中医就是用“望、闻、问、切”这种独特的诊断方法，来找出它的病因、病性、病位、

病机、病症的。看来这四个字（四诊）很简单，但非常细微，然而现在被忽略了，甚至被扬弃了。取而代之的是B超、CT、核磁，以及各种检测手段、精密仪器。在临床上应充分发挥中医的优势，突出中医的整体观念，理法方药，辨证论治的特点。在《难经·六十一难》早就指出：“望而知之，谓之神，闻而知之谓之圣；问而知之谓之工，切脉而知之谓之巧，何谓也。然望而知之者，望见其五色以知其病；闻而知之者，闻其五音，以别其病；问而知之者，问其所欲五味，以知其病所起所在也；切脉而知之者，诊其寸口，视其虚实，以知其病在何藏府也。”张仲景在他著的《伤寒杂病论》原序中为此写到：“观今之医，不念思求经旨，以演其所知，各承家技，始终顺旧，省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药，按寸不及尺，握手不及足，人迎跌阳，三部不参，动数发息，不满五十，短期未知决诊，九候曾无髣髴，明堂阙庭，尽不见察，所谓窥管而已，夫欲视死别生，实为难矣。”在东汉时期就有这样的医生，仲景先师说的多么实在而精辟啊！如今的有些临床医生还不是如此！在“非典”时我写的一篇文章中就说过，“我不反对西医，但我更相信中医，如果中西医相互尊重，真正发挥两个优势，很好地协作，那将是造福于人民的。”我并不保守，不单是西医，凡是人家好的东西，我们都要学，而且要学好，拿来为我所用。因此，中医要有民族的自尊心，更要充满信心，应“自强不息”，要相信自己，相信中医药文化，相信中华民族的文化！热爱自己的事业，为充分发挥中医药的优势而努力。

“目前，中医药文化的研究已经引起有识之士的关注。我们相信，在世界经济一体化和文明多元化的时代潮流中，中医药文化一定会展现它充满魅力和生命力的光彩，从而为中华民族的伟大复兴作出自己应有的贡献。”

一句话，立足传统，学好中医，要有扎实的中医基本功，要

有过硬的本领，理论与实践（临床）紧密地结合，使中医药的事业发扬光大。

最后，用邓铁涛老教授对研究生教育的一段话，作为我今天讲座的结束语。

“现在全国以至全世界最欠缺的是有真本领的‘铁杆’中医，即中医理论与临床技术都过得硬的高水平中医。因此硕士、博士生的教育，除少数搞实验研究之外，绝大多数应是中医药临床硕士或博士，以便不断提高中医的临床水平。只有培养成千上万这样的‘铁杆’中医，才能满足 21 世纪中国以至世界人民的需求。当然，如果一个‘铁杆’中医的外语水平和西医都达到较高的水平，并能运用新科技与中医药相结合进行临床研究与实验，以振兴中医，这样的人才越多越好，但他首先必须是一个‘铁杆’中医！”

让我们大家共勉！为中医药的事业多做贡献。

张 学 文



张学文，男，1935年出生，陕西汉中
人。曾任陕西中医学院内科教研室主任、医
疗系主任、院长。为国家中医药管理局科技
评审委员，陕西省科技进步奖评审委员，陕
西省第八届政协委员等。现任陕西中医学院
教授、主任医师、学院专家委员会主任委员，
北京中医药大学兼职博士生导师，咸阳市中
医疑难病研究所所长、咸阳心脑血管病医院
名誉院长。为中华中医药学会内科分会顾问，陕西省中医药学会
顾问，《中医杂志》《中医药学报》《中医急症》等杂志编委。
并任美国中国医学研究院顾问，日本国群馬中医研究会顾问。
1990年被国家二部一局确定为首批全国500名需要继承学术经
验名老中医之一。1991年起为享受国务院特殊津贴的专家。
1991年被评为陕西省有突出贡献专家。曾先后应邀去日本、美
国、东南亚、欧洲、澳洲、非洲多个国家及港澳台地区进行学术
交流。

从医50余年，执教40余载，自1978年至今，已培养温病
学、中医脑病学专业硕士研究生70名，博士研究生4名，国家
级师承弟子4名，国外弟子5名。在中医急症、中医脑病、温病
学、疑难病、活血化瘀等诸多领域均有所研究，对“毒瘀交
夹”、“水瘀交夹”、“痰瘀交夹”、“气瘀交夹”、“颅脑水瘀”等
病机理论的认识颇多创新，自成体系。先后在全国省级以上学术
刊物发表论文60余篇，出版学术专著10余部，获国家、部、省
厅、局级科技成果奖20余项。

“毒”在疾病中的证治意义

张学文

一、中医学“毒”的理论及古今各家的简述

中医学对“毒”的论述，最早见于《内经》。《素问·五常政大论》就有“寒毒”、“热毒”、“湿毒”、“燥毒”的记载。虽然《内经》主要是以异常的气候变化解释温疫病的发生，但它已经提到了“毒”的类别，注意到六淫以外的致病因素，提出了“不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气”的见解。东汉张仲景《伤寒杂病论》虽未提出解毒治法的概念，但书中所载的栀子豉汤、麻杏石甘汤、白虎汤、承气汤、大黄黄连泻心汤、白头翁汤、茵陈蒿汤、升麻鳖甲汤诸方，却为后世宣透、透利、清热、化浊、化痰等解毒法奠定了基础。

晋·葛洪《肘后备急方》肯定了《内经》毒气致病的观点，明确指出：“某年岁中，有厉气兼夹鬼毒相注，名为温病”。在治疗上已经提出了“透毒”、“吐毒”、“解毒”等概念。书中黄连解毒汤、黑膏汤诸方已经形了解毒法的雏形。

至隋代，《诸病源候论》认为外感热病的发生，是六淫夹毒所致。书中还对自然界中毒的产生、致病机理及临床表现做了简略论述。并认识到，六淫侵袭人体后可以化毒。如“风热温气，搏于皮肤，使血气涩不行，蕴积毒气”。“寒气客于皮肤，搏于气血，腠理闭塞，气不得宣泄，蕴积毒气”。

唐代《备急千金要方》、《外台秘要》博采诸家之长，收录了许多解毒名方，如犀角汤、犀角地黄汤、苦参汤、石膏汤等等。为解毒法的运用积累了丰富的经验。

金元四大家之一的刘河间，通过长期观察研究和临床总结，认为治疗外感病要重视清热泻火解毒，主张药用寒凉，以解热毒。为解毒法的应用开辟了蹊径。

明代吴又可可在《温疫论》中提出“温疫之为病，非风、非寒、非暑、非湿，乃天地间别有一种异气所感”。所谓异气，即异于六淫之气，吴氏又称之为“疫气”、“戾气”。他说：“疫气者，乃天地之毒气”。可见，疫气属于毒气之类，是引起温疫发生的主要物质。吴氏对疫气的特性及致病特点做了客观的论述，使温病病因学说发展到一个新的阶段。在治疗上提出了宜泻而去其邪，勿补而裹其毒的观点，强调祛邪解毒为温病治疗的基本法则。

清代，随着温病学理论的日趋成熟，毒与解毒法的理论已得到了更大发展。大多数医家都承认毒的存在，对其产生条件、致病机理及临床特征做了广泛的讨论，并对病理化生之毒有所阐发，解毒治法日臻完善。如喻嘉言《尚论篇》首先提出：“未病前先服芳香正气药，则邪不能入，此为上也。邪既入，则以逐秽为第一要义，上焦如雾，升而逐之，兼以解毒；中焦如沤，疏而逐之，兼以解毒；下焦如渎，决而逐之，兼以解毒”。这种三焦分治，逐秽解毒的法则，已得温病治法之肯綮。温病大家叶天士在《临证指南医案》中指出：“阳明血热，久蕴成毒”。治疗上提出“毒其化之”的观点，对“毒不化而转陷”之证，主张“藉芳香以搜逐”，“使蕴伏之毒透发为主”，“毒伏于阴，亦有下夺之法”。对气衰毒陷，亦有温阳以“救里托毒”的先例，充分体现了叶氏辨证论治强调解毒的临床经验。余师愚著《疫疹一得》，通篇以毒为因，以清瘟败毒为治，并盛赞刘河间“清热解毒之论出，有高人之见，异人之识，其旨既微，其意甚远”。清末何廉臣在其所辑的《重订广温热论》、《重订全国名医验案类编》等著作中，对毒邪致病机理、解毒治法及方药运用均有重

要发挥。其他如杨栗山、雷丰、刘松峰、王清任、刘复民等为解毒法的发展亦做出了杰出的贡献。

新中国成立后，中医界对邪毒致病说有了进一步阐发，使之成为温病学理论研究的一个重要组成部分。1964年，南京中医学院主编的《温病学讲义》认为：“温病的致病主因是感受温热病毒”，分为“风热病毒”、“暑热病毒”、“温热病毒”、“燥热病毒”四类。

1981年，黄星垣研究员提出了“毒寓于邪”、“毒随邪入”、“热由毒生”、“变由毒起”的论点〔中医杂志，1981（7）：5〕，我们亦在《中医杂志》上撰文，对温病中毒的概念及临床意义做了专题讨论，提出“六淫邪盛化火成毒”的论点，并对毒的致病特征做了探讨〔中医杂志，1981，（8）：5〕。在中医界产生了很大的反响。1982年，周泽泉以“温病解毒治法之探讨”为题，将解毒法归结为宣透解毒法、清理解毒法、避秽解毒法、通利解毒法四类〔湖南中医学院院报，1982（3）：110〕，较系统地论证了解毒的范围和具体运用。著名中医学家任继学等老前辈，著名中医学家王永炎院士等专家曾多次论述到中风病因“毒”的问题，很有独特见解，很有现实意义。

二、毒的含义及其在病因学中的地位

（一）毒是一个病因概念，是一类致病物质的总称

“毒”的含义比较广，《辞海》记载：“物之能害人者皆曰毒”。在温病学中的“毒”是一个病因概念，是一类致病物质的总称。此类物质体积微小，多混杂于其他物体之中，难以用肉眼直接观察，但具有较强的致病作用，对人体危害甚大，因而古人称之为毒。毒有内外之分，外毒是自然界产生的能对人产生毒害作用的致病物质，内毒是人体在病理状态下化生的有害物质，二

者在疾病的发生、发展、变化中均起着重要作用。

外毒又叫“毒气”或“病毒”，类似于现代生物性致病物质。《诸病源候论》说：“四时之间，忽有非节之气，如春时应暖而反寒，夏时应热而反冷，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温。非其节而有其气，一气之至，无人不伤，长少虽殊，病皆相似者，多夹于毒。”并说：“毒者，鬼毒之气”。“鬼毒”二字说明其致病乖戾，变化多端，形体细微，难以观察。现代学者大多认为毒是一类客观存在的致病物质。许多人在解释某些传染性疾病的病机时，均以毒作为致病主因。现行的温病学统编教材中，虽以温病病邪作为温病的致病主因，但是明确指出，这种温热病邪并非单纯的物理性致病因素，亦包括致病微生物在内。这些致病微生物实际上就是古人所说的“毒气”或“病毒”。并且教材还对“温毒”进行了专门讨论。

《肘后方》认为：“毒有差别，致病各异”。吴又可《温疫论》明确指出：“一气自成一病”。温病病种的多样性证实了毒有种种不一，但是对毒的分类，古人尚无统一的提法，有的按影响外毒产生的气候条件不同分为“风毒”、“热毒”、“湿毒”、“燥毒”等。亦有按病证特征分为“斑毒”、“疹毒”、“痘毒”、“麻毒”等。

内毒不同于外毒，它是外邪作用于人体，病理及代谢产物积聚郁滞所化生的一类有害物质。因其产生部位不同，对人体造成的损伤各异，古人将它分为“血毒”、“溺毒”（《重订通俗伤寒论》）、“便毒”（《重订广温热论》）、“痰毒”（《沈氏尊生书》）等。内毒同样具有较强的致病作用，可使已患之温病进一步加重。

毒的概念，在温病学中出现很多，除病因外，在病名、治法、方剂中亦可大量见到。如“温毒”、“麻毒”、“阴阳毒”、“疫毒痢”等；“化毒”、“泄毒”、“拔毒”、“败毒”等；“解毒

汤”、“败毒饮”、“消毒丹”等等。但就毒来说，它是一个病因概念，是指一类致病物质。“疫毒痢”、“阴阳毒”等病名中的毒，是导致这些疾病的病因。这些病就是以这种致病原因而命名的。治法和方名中用到毒字，无非是强调该法或该方是以祛除病因、解除病毒为治疗目的，这里的毒，仍然含有祛除病因之意。在整个疾病过程中，血液中含有组织器官的代谢产物，在病理状态下，大量的病理产物亦通于血液之中。血脉通畅，则纳者纳，泄者泄，各归其所。若络损血瘀，则阻塞不通，各种病理及代谢产物停滞淤积即变为毒，也可叫为“瘀热生毒。”

脑为元神之府，心为君主之官，共同主宰人之神明活动。毒热灼伤心脑，可出现神昏谵语，甚或头痛如劈、发狂或意识丧失。何廉臣对此有过明确论述：“脑为元神之府，心为藏神之脏，心之神明所得乎脑，而虚灵不昧，开智识而省人事，具众理而应万机。但为邪热所蒸、痰湿所迷、瘀热所蔽、血毒所攻，则心灵有时而昏，甚则昏狂、昏癫、昏蒙、昏闭、昏痉、昏厥，而全无不省人事矣。”（《重订广温热论》）所以在临床上“清开灵”、“脉络宁”等药治疗中风病急性期有良效，充分说明了清热解毒，通脉活络法是治疗中风病的有效方法之一。

（二）毒的产生，有外毒和内毒的不同

外毒是自然界气候变化作用于某些物质而形成的。气候变化是外毒孳生繁殖的条件，一定的物质则是毒孳生繁殖的基础。提供外毒孳生繁殖的物质很多，有动物、植物、饮食物等，尤其是动物死亡和植物腐烂变质，最容易孳生繁殖外毒。

总之，外毒是气候变化作用于动植杂物而孳生、繁殖的。它广泛地分布于自然界之中。当人体抵抗力降低时，外毒与气候的变异共同作用，引起温病的传染流行。了解外毒的生成，对预防和治疗温病具有重要的指导作用，亦进一步证实了外毒是客观存

在的一类生物性致病物质。

内毒是温热毒邪作用于人体后化生的，温热毒邪及病理代谢产物是基本物质。病理及代谢产物大量积聚不泄，邪热郁蒸即化为内毒。

总之，内毒之血毒、水毒、痰毒、便毒四者虽然有异，但其形成都是邪热与病理产物及代谢产物相互作用的结果。邪毒侵入人体引起热证的病理变化，从而导致血瘀、水蓄、痰凝、便结化生内毒。

（三）毒的特性

毒性具有火热性质

温病中外毒和内毒的生成均以热为条件。在郁热条件下所生之毒，必具有火热的特性，毒的火热特性在临床上最为常见。

毒具有秽浊特点

外毒多由六气作用于动植物尸体及腐烂变质的物质所孳生、繁殖，内毒为体内病理及代谢产物在邪热蒸化下所生，其中又有一定的湿气参与，因此，毒又具有秽浊的特性，致病性强。外毒、内毒具有火热、秽浊之性，因而有较强的致病性。

致病有特异性

外毒侵入和致病大多具有特异性，感染的外毒不同，则病变部位、病程经过及临床表现亦不同。

毒的致病机理及解毒的原则

温病的病理变化主要表现为人体卫气营血及三焦所属脏腑的功能或实质损害。造成这种病理变化的主要原因是外毒和内毒。毒主要通过发热、耗气伤阴、瘀血动血腐肉、损伤脏腑经络四个方面而导致温病的发生、发展和变化。

毒可生热

发热是温病的主要病理变化。引起发热的因素很多，但感染

外邪和化生内毒则是温病发热的根本原因。

发热是正气与邪毒交争的现象，标志着人体尚有一定的抗毒能力。机体也只能通过阳气生发才能祛除病邪。所以，发热在一定的程度上，是人体的一种防御反应。但是邪毒亢盛，热势过高，即损阳气，更耗阴液。各脏腑器官与阴阳严重失衡的状态下，必然遭到损害。代谢旺盛引起大量的病理及代谢产物堆积，使内毒增多，毒力加强。这种恶性循环必然使病变进一步加重。因此，高热又是加重病变的因素之一。

毒易伤阴耗气

毒易伤阴，且易耗气。毒性火热，每易引起发热的病理反应。热则代谢旺盛，必然耗伤元气，即所谓“壮火食气”。热则腠理开，汗大泄，气随汗泄，此即《素问》所说的“壮火散气”。毒能耗气，气胜毒则毒消，毒胜气则气竭，正如《医宗金鉴》所云：“气胜毒则毒为气馭，其毒解矣；毒胜气则气为毒蚀，其气竭矣。”

毒伤血动血腐肉

毒入于血，与血相搏，伤津耗液，煎炼营血，而致血少黏稠，瘀阻经脉。《读医随笔》曰：“津液为火灼竭，则血行愈滞”。王清任亦说：“瘟毒在内，烧炼其血，血受烧炼，其血必凝”。毒行于血，每易损伤脉络，脉络受损，则阻碍血行，亦可造成血瘀。毒可致瘀，瘀可生毒，瘀阻毒胜，病情必重。

毒损伤脏腑器官

脏腑活动以气血为本。气血消耗，内脏功能焉能无恙？倘若毒胜热炽，直接损伤脏腑的血脉肌肉，就会造成实质性的损害，而发生各种危急证候。王清任说：“瘟疫之毒，外不得由皮肤而出，内必攻脏腑，脏腑受毒火煎熬，遂变生各脏逆证”。

遏肺窍，毒火熏蒸。灼伤肺络，轻则痰中带血，重则咯血不止。

邪毒随饮食而直走中道。热毒伤胃则吐血，灼伤肠络则大便带血。

解毒的主要原则

正气与邪毒抗争，是温病的基本矛盾。这一矛盾的运动决定着温病的发生、发展和变化。治疗温病的关键在于解决这一基本矛盾。邪毒乃致病之因，有毒才会发生温病。因此，解决矛盾应从解毒入手。解毒主要从两个方面考虑：一是用针对邪毒的药物直接解除之，使正气免遭损伤；二是增强或调节机体清除邪毒的能力，以达到解毒的目的。

泄毒及排毒：泄毒及祛毒外泄，这是中医解毒的主要大法。亦是中医学治疗外感热病的特长。多采用开泄腠理、宣通气血、通导大便、疏利小便等方法，为毒外泄打开通道，以排毒于外。适用于正气不衰，毒有外泄之机的证候。

吴又可说：“大凡客邪贵乎早逐，乘人血气未乱，肌肉未消，津液未耗，病人不致危殆，投剂不致掣肘，愈后亦易平复，欲为万全之策者，不过知邪之所在，早拔去病根为要耳”这是对泄毒的重要性和时机最透彻的说明。至于逐邪泄毒的具体方法，他又说：“导引其邪从门户而出”，“诸窍乃人身之户牖，邪自窍而入，未有不由窍而出”。吴鞠通对此又补充道：“逐邪者，随其性而宣泄之，就其近而引导之。”可见，泄毒主要是顺应邪毒火热张扬之性；顺应病势向表向外的趋势；顺应脏腑气机升降的功能，促使邪毒由与外界相通的汗腺、口鼻、大肠、尿道等器官的排泄。

温病早期，邪毒初入，病位比较表浅，病变比较局限，人体尚有充足的抗病能力，此时乃早采用各种方法，使毒排泄，确实是治疗的一条捷径。泄毒须根据邪毒侵入的途径、病变部位、病变趋势而采用不同方法，邪毒在上焦卫分或已入里而有外泄之机，宜宣散而泄之；在中焦胃肠气分者，涌吐或通下而泄之；下

焦不通者，疏利而泄之。

扶正以解毒：抗毒是扶助正气，提高人体自身解毒能力，以抵御毒对人体的损伤，即扶正以解毒。主要适用于正气虚弱、解毒无力的病变阶段。

毒性火热，必伤气阴，尤以伤阴为甚。气阴亏损，抵抗邪毒之力亦随之减弱。对直接解毒的药剂的适应性亦降低。因此，单纯泄毒很难达到解毒的目的，有时甚至造成弊病。正确的治疗方法是扶助正气，益气养阴，调动机体固有的抗病功能，增强人体的抗毒能力，则可达到扶正解毒的双重目的。

直接解毒和间接解毒是温病解毒法的两个方面。直接解毒须借正气之力，有些方药还兼有扶正的作用，扶正解毒方药中亦有泄毒的功能。临证时要将直接解毒与间接解毒有机地结合起来，把握矛盾的主要方面。当热毒炽盛，正气未伤或伤之不甚时，应以直接解毒为主；对正气亏损甚者，又当以扶正解毒为主。

解毒法是温病的主要治法：温病是温热毒邪作用于人体而引起热象偏重、易化燥伤阴的一类外感热病。温热毒邪是致病之主因，热由毒生，毒能耗气伤阴、迫血妄行、损络瘀血，进而损伤脏腑经络、组织器官，甚至死亡。毒不除则热不去，气阴难救，损伤难复，变证必生。根据“治病求本”、“审因论治”的基本原则，温病治疗的关键在于解除邪毒对人体的损伤。抓住这个根本，就可扭转病势，截断病变的传变深入，促使病体愈复。以解毒法为主治疗温病，前贤已有丰富经验。《温病毒论》专列“疫重解毒”一节曰：“古人治疫全以解毒为要。尝考古方以解毒、消毒、败毒名，及以人中黄、生犀、大青、青黛、元参、黄连立方者，凡几十首，皆解毒之品”。邵仙根说：“天行时疫必以解毒为先，治疫之法当分清上中下焦，用芳香逐秽开泄之剂是第一要旨”（《伤寒指掌》）。

有的医家在长期实践中，总结出了具有特殊疗效的解毒方

剂，以此作为基本方加减治疗一切温病。如余师愚清瘟败毒饮、杨栗山升降散、刘松峰金豆解毒煎等等。均为屡获捷效之方，至今仍为临床医生所习用。清末顾祖庚总结前人经验，提出治疫要言：“治疗之法，总以‘毒’字为提纲，凭它如妖似怪，自能体会无疑。君如不信，试观古今治疫之方，何莫非以解毒为主。吴又可之专用大黄，非解毒乎？张路玉之醋喜人中黄，而童便配葱豉为起手方，非解毒乎？叶天士之金花、金汁必同用，上方九用，非解毒乎？喻嘉言有要言不繁曰：上焦如雾，升而逐之，兼以解毒；中焦如沅，疏而逐之，兼以解毒；下焦如渎，决而逐之，兼以解毒。观其旨，上中下有升、疏、决之异。而独于解毒一言叠叠紧连不分彼此，岂非反复叮咛，示人以真谛也哉！”顾氏之言是对古人治疗温病临床经验的高度概括，是对解毒法重要性的最晓畅的说明。

现代临床治疗温病仍然重视解毒。各地运用清热解毒、宣透通下、活血化瘀、养阴扶正等法为主治疗各种温病均取得了显著的疗效。随着引进现代科学技术，改革中药剂型，解毒法在治疗温病方面，显示出明显的优越性，在防病保健事业中发挥了极为重要的作用。如欧阳中兴等用银翘散、桑菊饮、荆防败毒饮等方，治疗487例上呼吸道感染、大叶性肺炎等外感发热性疾病，全部治愈（湖北中医杂志，1982，〈4〉：21）；重庆中医研究所杜树明等以解毒清热法为主，与同期西药组（对照组）作疗效比较，结果表明：中药组687例，痊愈加有效627例，西药组422例，痊愈加有效395例，经统计学处理， $P > 0.05$ ，无明显差异（四川中医，1983，〈2〉：8）；徐德先用出血热导泄汤（鲜生地、鲜茅根、羚羊角粉、赤芍、丹皮、丹参、栀子、桃仁、大黄、元明粉、车前子、木通、枳实、麦冬、玄参）结合西药治疗流行性出血热（疫斑）456例，病死率仅为1.97%，比单用西药组的4.11%明显降低（浙江中医杂志，1982，〈6〉：

267)；王怀义用宣表、通下、清热化痰、养阴之剂治疗流行性乙型脑炎（暑风）130例，治愈率和基本治愈率达89.2%（中医杂志，1983，〈8〉：598）。此类报道，在近年文献中枚不胜举，充分证实了解毒法是温病的主要治法，治疗温病就是要通过各种办法来解除毒对人体的损害。

三、解毒的主要方法及方药

（一）宣透解毒法

宣透解毒法是以辛凉宣散之品引毒外解的一种方法。它具有疏泄腠理、宣通气血，使毒由深出浅，透达于外的作用。临床主要用于温病初起，邪毒在表或毒已入里而有外泄之机的证候。

温病初起，邪毒侵袭肺卫，郁于肌表，应根据邪毒与病种之不同，选用不同的方药以宣透邪毒外出。属风热邪毒者，用桑菊饮、银翘散宣透之，风热邪毒上壅、头面咽喉肿痛者，又可予以普济消毒饮，疹毒郁于肌表不能透发者，则宜宣毒发表汤（升麻、葛根、前胡、桔梗、枳壳、荆芥、防风、薄荷、木通、连翘、牛蒡子、淡竹叶、生甘草、羌活）；属暑湿邪毒者，宜藿香正气散、新加香薷饮之类宣泄之；燥热邪毒者，以桑杏汤宣散之。兼寒者，可用荆防败毒散以散寒解毒。总之，治疗表证应以表散开达为原则。

邪毒入里，郁于上焦气分，病位尚浅，病势偏于肌表，仍有外泄之机，应根据毒害部位的不同而区别对待。症见身热口渴，心烦懊侬、舌苔薄黄者，为邪毒初入气分，病在胸膈，宜用栀子豉汤、凉膈散之类以宣透邪毒；若病位在肺，症见身热、咳喘、脉数、苔黄等，则应以麻杏石甘汤清透邪毒。

若肺卫邪毒不解，陷于营分，卫营同病，临床上除表证外，又见心烦，甚至神昏、舌绛等，须泄卫透营同用，可予银翘散加

细生地、丹皮、大青叶倍玄参方；邪毒由气入营，则宜以黑膏汤加金银花、连翘、竹叶、丹皮等。

凡温病日赤面青、昏厥如尸、四肢厥冷、六脉沉浮者，何廉臣谓此为邪毒深伏于内之“闷疫”危证。急救之法：先刺少商、中冲、曲池、委中等穴，以宣泄血毒，再灌以紫雪合玉枢丹，清透伏邪，使其外达，庶可挽回。

斑疹是温毒过程中常见的体征，总以透发为顺。“凡遇烦躁而不渴，目赤而舌白，即是将发斑疹之候，预服以清凉解表透毒之药治之，使邪毒易出易净”。痧毒透发不尽，毒邪干肺，喘急昏闷者，吴坤安主张以麻杏石甘汤加牛蒡子、连翘、黄芩、象贝母、薄荷、桔梗、犀角尖、通草、芦根治之，意在宣透痧毒。对脉静身凉、舌心灰黑、神志不清或郑声作笑，邪毒陷于阴分之“伏斑”证，吴坤安指出：“发宜宣通气血、透提斑毒，以实证治之”。用药如连翘、赤芍、金银花、紫草、生楂肉、槟榔、刺蒺藜、犀角尖、皂角刺之类。斑疹外达，自然毒透神清。

若因里实壅滞，致斑毒透发不畅者，又宜微予通下，俾使腑气通畅，气机疏透，以开斑疹外达之路径，往往收到表气宣畅、斑疹毒泄之效果。吴又可曰：“邪留血分，里气壅闭，则伏邪不得外透而为斑，若下之，内壅一通，则卫气亦从而舒畅，或出表为疹，则毒邪亦从外解矣。”此处用下法之意不在下，而在于通畅气机，透毒外出。

除内服药物宣透解毒之外，古人还很重视外治以泄毒的方法，如穴位放血、刮痧、提泡（发泡）、刺斑等，目的在于疏通路径，泄毒外出，方法简便，容易掌握，见效特快。倘若内外合治，无疑会相得益彰，疗效倍增。

宣透解毒法在温病中应用非常广泛，因而受到古今医家的高度重视。如《医宗金鉴》曰：“凡麻疹出，贵透彻，宜先用表发，使毒尽达于肌表。若过用寒凉，冰伏毒热，则必不能出透，

多致毒气内攻，喘闷而毙”。人体体表面积最大，汗腺丰富，使用宣散之品或外治法，保证机体祛毒外出途径通畅，迫毒透达于外，确实是解毒首要大法。

（二）通下解毒法

通下解毒法是攻导里实，祛毒下泄的一种治疗方法。它具有荡涤毒滞、通腑泄热等作用。主要适用于邪毒蓄积于大肠，壅滞不通的证候。

邪毒由卫入气，郁于大肠，胃肠气机不通，糟粕积滞不行，又可化生粪毒。积滞愈久，化毒愈多，病情愈重。常见腑满硬痛、大便秘结或不通或腥臭难闻、舌苔黄燥等症。吴又可说：“大肠失职，正粪尚白不行，又何能与胃载毒而出。毒气既不前，留于胃，则坏真气。在胃一日，有一日之害，一时有一时之害，耗气搏血，神脱气尽而死”。毒在肠腑，以下行为近为顺。因此，治疗此类病证，贵在通便泄毒。

临床应用通下解毒法，应根据病之轻重，选用三承气汤治之。因外毒不泄，粪毒又生，热毒炽盛，必然影响其他脏腑而并发他证，选方用药亦应随之而变通。肺肠同病，伴见喘促不宁、痰涎壅盛、右寸脉实大者，宜宣白承气汤主之；热毒内闭心包，出现神昏谵语，宜牛黄承气汤或拔萃犀角地黄汤（犀角、生地、大黄、黄连、黄芪）加元明粉主之；邪实正虚，大便不通，则宜新加黄龙汤或增液汤主之。

若属温热邪毒与胃肠积滞互结，阻于中焦，症见脘腑痞满、口苦呕恶、便溏不爽、色黄如酱、舌苔黄腻等，可用枳实导滞汤。

温病毒瘀互结，蓄于下焦，症见少腹硬满急痛、大便秘结、小便自利、其人如狂、漱水不欲咽、脉沉实等，宜用吴又可桃仁承气汤以破瘀散结，借攻下以逐瘀毒。

通下解毒法是温病中运用较多、奏效迅速的一个治法。其目的主要在于逐邪泄毒，并非单纯为了通便。吴又可曾说：“承气本为逐邪，而非为结粪设也。如必俟其粪结，血液为热所搏，变证迭起，是犹养虎患，医之过也。况多有粪结未下，但蒸作极臭如败浆或如藕泥，临死不结者，但得秽恶一去，邪毒从此而消，证脉从此而退。岂徒孜孜粪结而后行哉？要知因邪热致燥结，非燥结而致邪热也……总之，邪为本，热为标，结粪为标中之标，能早去其邪何患燥乎？”邪毒生热，热致燥结，去其邪毒，则断燥结之源，免致燥结之害。已成燥结，更须急下，使邪毒与燥屎一并下泄，则诸症向愈，转危为安。

（三）疏利解毒法

疏利解毒法是以渗利之品，疏利邪毒自小便而出的一种方法。具有疏通气机、通利小便、渗湿泄毒的作用。临床多用于病在下焦、小便不畅之实证。

人体多种代谢产物及毒物都要通过小便而排出体外。若小便不畅，甚至不通，毒物蓄积，无疑会对人体造成严重的损害。所以，疏利小便是泄毒的又一重要方法。

温热邪毒蕴于小肠，心烦口渴、舌赤或溃烂、小便短赤者，可用导赤散清心利小便，使热毒下泄。温热邪毒下注膀胱，身热口渴，小便频数热痛，或淋漓不畅，宜利湿泄毒以解热，方如八正散等。

温热邪毒每易损伤肾脏、小肠和膀胱，可导致小便减少或不通，秽浊邪毒无从排泄，又可继而引起其他病证，如头胀头痛、神昏谵语等。何廉臣说：“溺毒入血，血毒攻心，甚或血毒入脑，其证极危，急宜通窍开闭，利溺逐毒”。他常用导赤泻心汤（黄连、黄芪、栀子、知母、西洋参、茯苓、益元散、麦冬、犀角、灯心草）调入犀珀孕宝丹治疗。吴鞠通又善用安宫牛黄丸、

茯苓皮汤治下焦湿毒弥漫，热蒸头胀、身痛呕逆、小便不通、神识昏迷之证。这些体现了医家们运用疏利解毒法的实践经验。

疏利解毒法主要适用于热毒炽盛、损伤脏腑的小便不利。对阴液枯竭之小便不利不可运用此法，用之小便不惟不利，阴液将为之耗尽。

（四）清热解毒法

清热解毒法是集寒凉之品直清里热，以折毒性的一种治法。用后常收到清气、清营、凉血，毒解热退的效果。临床主要用于邪毒入里，热炽火盛之候。

毒性火热，热由毒生。由于发热，代谢旺盛，又易化生内毒，变证丛生。因此用寒凉之品以清热，既能对抗毒之特异性致病作用，又可阻止内毒化生，不失为化毒防变的一项重要措施。寒凉药物有辛凉、苦寒、甘寒、咸寒之不同。辛凉之品清热之力较弱，主要在于透散；咸寒药物多为滋腻之品，功效主要在于滋阴扶正。因此，清热解毒法以苦寒、甘寒之品为主，尤以苦寒为常用。临床运用须辨明何病，以及属气、属营、属血，根据不同病变选择不同方药。邪毒入气，正气奋起抗争，症见壮热、大汗、心烦面赤、口渴、脉洪大，宜白虎汤加味清泄里热。热毒炽盛，郁而不解而见身热、烦躁不安、口苦而渴、小便黄赤、舌红苔黄，宜苦寒直折，方如黄连解毒汤；肺胃热毒下移大肠，而现身热下利、肛门灼热、苔黄、脉数等肠热下利之证，又宜葛根芩连汤治疗；里急后重、红白痢下者，又须用白头翁汤或芍药汤加减。

毒陷营血，往往病情复杂，证候多变，须以清热解毒与其他治法配伍应用。营血热毒炽盛，气分之邪未解，三焦弥漫、气营（血）两燔，其证壮热、口渴、烦躁或谵狂、肌肤斑疹，甚或吐血衄血，非余氏清瘟败毒饮则气血热毒难消；热毒内陷心包，须

大剂清热解毒配合凉营开窍，方如安宫牛黄丸、神犀丹、清宫汤之类；对毒深在血，耗血动血，煎熬成瘀，毒瘀互结，阴血亏耗者，在清热解毒之外还须加入活血化瘀、咸寒增液等药物，方为合拍。

对温病的发热，应有正确的认识，不可一见发热即用寒凉直折。因为发热是正气抗邪的一种反应，人体防御系统只有通过与毒抗争，才能祛毒外出而解之。早用大寒之品遏其热势，有碍于毒的排泄。正如刘松峰所说：“未有祛邪之能，而先受寒凉之祸，受寒则表里凝滞，欲求其邪之解也难矣。”因此，临床运用清热解毒法要准确辨证，掌握时机，不可早用或过用，以免邪毒郁伏不解，不得其利，反逞其害，更不能单纯依靠清热解毒法来治一切温病。

（五）化浊解毒法

化浊解毒法是用芳香之品驱解秽浊之毒的一种治法。具有祛湿化痰、透络醒脾、开闭通窍等作用，尤多用于暑温、湿温之类温病。

毒有秽浊的特性，致病多恶秽、腐肉败血。芳香之品可以化浊逐秽，是化毒的重要措施。古今解毒方药之中，大多具有气味芳香的特点，芳香解毒在温病治疗中发挥着不可低估的作用，特别是在湿温病中。古今名医多以芳香逐秽、化浊解毒作为治疗大法。

湿热邪毒秽浊之性颇重，侵入人体多伏于膜原。发病则见寒热起伏、脘痞腹胀、舌苔白腻如积粉等，宜以芳香开达膜原为法，方如达原饮、雷氏宣透膜原法；邪毒发于肌表，症见恶寒少汗，身热不扬，午后热甚，头重如裹，舌苔白腻，宜芳香宣化，方如藿朴夏苓汤、三仁汤等；邪毒郁遏中焦脾胃，而见脘痞腹胀、恶心欲吐、大便溏泄等，又宜燥湿化浊，可用雷氏芳香化浊

法或王氏连朴饮；浊热并盛，毒气上壅，发热口渴、咽肿溺赤、舌苔黄腻，可用甘露消毒丹化浊清热，解毒利咽。

温病邪毒不解，酿生痰浊，蒙蔽心包，导致神识昏蒙，时清时昧，甚或谵语、舌苔黄腻，轻则用苏合香丸或菖蒲郁金汤芳香解毒、豁痰开窍；重则痰浊热毒交混，宜至宝丹、安宫牛黄丸，以避秽化浊解毒开窍。吴鞠通治疗此证善用四香（郁金、梅片、麝香、雄黄）等药物。他说：“四香以为用，使闭固之邪热温毒深在厥阴之分者，一齐从内透出，而邪秽自消，神明可复也。”

化浊解毒法是针对毒之秽浊特性的治法，不仅适用于治疗湿温、暑温类温病，对其他温热病兼夹湿热秽浊者也可酌情使用。

（六）化瘀解毒法

化瘀解毒法是以活血通络之品解散热毒的一种治法。具有疏通血络、透毒外出、防毒再生、凉血止血等作用，主要用于营血分瘀热成毒之证。

热毒入里，损血络煎熬血液，致血行瘀阻，血瘀则热毒壅聚不散，进而化生内毒。内毒壅结愈甚，血脉损伤瘀滞愈重。毒为瘀阻，毒瘀交结，宣透难以解结，通利药不达所，清化无济于事。此时使用活血通络之剂，不但能使血瘀得化，且可阻断内毒化生，更利于解毒药物直达病所和邪毒向外排泄。

邪毒侵袭卫气，未损血脉，一般不用化瘀之品，但有些发斑疹的疾病，邪毒最易扰其肌表血络，应予寒凉透散之中佐以化瘀之品，以通血络，便于邪毒外泄。何廉臣治疗痘疹初期就提出“宜宣气活血解肌透毒为先”的治疗原则，说明病在早期就须考虑运用化瘀解毒之法。

毒陷营血，毒瘀互结，阻滞络脉，伤阴耗血为共有病变。因此治疗温病营血分证应以化瘀解毒为主要治法之一。温热邪毒内陷心包，瘀塞心窍，为营血分证的常见证候。何廉臣首推犀珀至

宝丹（犀角、羚羊角、广郁金、琥珀、炒山甲、连翘心、石菖蒲、蟾酥、飞辰砂、珍珠母、当门子、血竭、红花、桂枝尖、丹皮、猪心血）。认为此方乃治疗瘀塞心窍的“先锋”。亦可用通窍活血汤调入珠黄散或犀地清络饮。诸方均以化瘀通络解毒为宗旨。热毒深入厥阴、血瘀气闭而见六脉沉细数、面色青惨、昏愦如迷、四肢逆冷、头痛如劈，为闷疫血瘀毒伏之证。戴麟郊主张化瘀解毒为治，非犀角、黄连、桃仁、丹皮、赤芍不可。何廉臣指出：宜急刺少商、曲池、委中三穴，以泄营分之毒，用活血通络之新加绛覆汤（旋覆花、新绛、桃仁、柏子仁、青葱管、当归须、乌贼骨、延胡索、川楝子、茜草根）和局方来复丹（太阴元精石、舶上硫黄、硝石、橘红、青皮、五灵脂）以通阴络，或可救逆。

温病的各种血证如吐血、衄血、咯血、便血等多为热毒损络所致，其中必有瘀滞形成，故治宜清热凉血止血与化瘀解毒并举，方能扭转毒瘀交结迫血外溢之势。

（七）益阴解毒法

误服或吞服各种毒药或毒物，由于毒素内留，聚而生热，阻血为瘀，进而毒瘀交夹，一可耗伤津液，二则肝肾受损，甚或犯扰心神，治疗上应以解毒排毒，清热利尿为主，同时又须活血化瘀，兼顾心肾，宗此而创绿豆甘草解毒汤。方中绿豆味甘性寒，有清热解毒利尿功效；甘草味甘性平，对各种药物、毒物有解毒之力；丹参味苦性微寒，可活血祛瘀，清热除烦，镇静安神；茅根清热利尿，加速毒物排泄，并可防止出血，兼以护肾；连翘有清热解毒，强心利尿之作用；石斛主解热邪，养胃阴，益精液，抑制毒物吸收；大黄荡涤毒热，加速毒物排泄并可化瘀止血。诸药相伍，共奏清毒热，开心窍，益阴液，排毒邪之效。

绿豆甘草解毒汤组成：绿豆 120g 生甘草 15~30g 草石斛

30g 丹参 30g

连翘 30g 茅根 30g 大黄 15 或 30g (后下)

功用：解毒益阴，兼顾心肾

主治多种食物或药物及其他中毒后，见发热，口干舌燥，心烦呕吐，甚则神志恍惚，小便混浊等症。

煎服法：上方用冷水浸泡后煎服，煎时以水淹没全药为度，文火煎煮，大剂量频服，一般昼夜各服 1 剂，必要时可服 3~4 付。对于接触性中毒患者，则须清洗皮肤。

加减：有黄疸等中毒性肝炎表现者加板蓝根 30g、茵陈 30g；若抽搐频繁加羚羊角 2g (另煎)、钩藤 15g (后下)、全虫 6g；若神疲脉弱，汗多无力者，加黄芪 15~30g、白芍 15~30g；若口红唇赤者加栀子 10g、黄芩 10g、黄连 10g。

此方是笔者抢救一位误食大量商陆中毒病人所用之方。后来推广用于各种食物，药物中毒病人，表现为热毒伤阴证型者，皆取得了较好疗效。应用时，首先要问清何物中毒，时间久暂。病人神情清醒时，应先用催吐、洗胃等方法，尽量排除未吸收的毒物。若神志昏迷的病人，应用安宫牛黄丸等，同时应用输液、洗胃，配合针对性较强的解毒剂等多种救治措施，综合治疗。据应用体会，此方可以直接排泄毒素，有加速毒素从大小便排泄的作用，并有保护阴液的特点。

(八) 扶正解毒法

扶正解毒法是以养阴或益气之剂扶助正气，加强人体自身抗毒能力的一种治法。具有滋阴生津、补益元气、制邪抗毒等作用。一般用于气阴耗伤抗毒无力的证候。

病在上焦卫分，邪毒渐盛，但阴液未伤或伤之不甚，一般无需扶正滋阴。毒入气分，阴液渐伤，须根据阴伤的程度于其他治法之中佐以养阴之品，加强人体抗毒能力。

病入营分时，伤阴逐渐加重，治疗应注意养阴扶正解毒，常用生地、玄参、麦冬、芍药等清营养阴。毒入血分，耗血动血，治宜滋阴凉血散血，方如犀角地黄汤。

温病后期，阴虚邪恋，余毒深伏阴分，症见夜热早凉、热退无汗，当以鳖甲、生地、知母等滋阴扶正，佐青蒿、竹叶等轻透邪毒。若肝肾阴伤，热毒难退，甚或虚风内动，必以咸寒养阴，以冀“壮水之主，以制阳光”，如大、小定风珠及加减复脉辈。

热毒易伤阴液，亦易耗气。气虚则人体脏腑功能、抗病能力低下。温病中的气虚多伴有阴伤，所以治疗多益气、养阴并用，甘温之剂用得较少。

一般的气阴两亏证候，可选用三才汤、救逆汤加人参或人参乌梅汤等，以益气养阴，扶正解毒。若系津气大虚，汗多，脉散大，喘喝欲脱，或化源欲竭，阴不敛阳，脉伏而芤，时时欲脱之重症，宜急以大剂生脉散或独参汤回阳敛阴。热毒内闭，瘀塞心窍，阴液消灼，阴阳偏颇，甚至真阴耗竭，阳无依附而脱（内闭外脱），症见汗出如水、肢冷如冰、脉伏难以触知，当用王清任急救回阳汤，以桃仁、红花通气血之道路，人参、白术、附子、生姜、炙甘草回阳救逆，则内闭之热毒易透易解，外脱之阳气易回易固。

上述七种解毒法均是针对比较典型的证型而言。但在治疗过程中，更多见的是多法并用。如病在气分常宣透、通下、疏利并施，病在营血分常清热、化瘀、扶正合投。临床运用解毒法，既要审查病机变化，坚持辨证施治，根据毒力轻重、病位深浅、证候虚实而选用解毒治法和方药，又要进行辨证施治，准确诊断，明确病因，选择对某些毒邪有特异性治疗作用的方药。如治疫黄的茵陈蒿汤、治大头瘟的普济消毒饮、治痢的白头翁汤、芍药汤等。从临床角度讲，辨病与辨证相结合，更能适应复杂多变的病情，也才能显著地提高治疗效果。

晁恩祥



晁恩祥，1962年毕业于北京中医药大学，现为北京中日友好医院主任医师、教授。

1993年被国务院学位委员会授予博士研究生导师。是全国老中医继承人工作指导教师、培养高徒导师。兼职担任中华中医药学会、中国医师学会理事、中华中医药学会内科分会副主任委员兼秘书长、中华中医药学

会急症学会主任委员，中华中医药学会内科肺系病专业主任委员，中华中医药学会中药临床药理委员会委员，兼职承担国家食品药品监督管理局药物评审专家，全国科学技术名词审定委员会中医药学名词审定委员会委员，中华中医药学会科学技术奖评审专家，中华医学会医疗事故鉴定委员会专家，国家基本医疗保险药品目录咨询专家，中央保健会诊专家。享受国务院政府特殊津贴。

从医43年，主要从事医疗、教学、科研工作，医疗任务主要有病房、门诊、管理工作，科研先后承担中医内科、呼吸消化系统疾病及急症的临床治疗研究，先后承担过八五、九五科技攻关课题及省部级研究课题，对哮喘、咳嗽型哮喘、COPD、肺心病、肺纤维化、肺系难治病、肺系感染性疾病均有独到见解，并参与了SARS的防治研究以及肺系病的新药研究。是全国中医内科肺系病的牵头人之一，曾先后到全国25个省市和地区讲学，并应邀到日本、台湾、香港、澳洲讲学。

现兼职担任《中医杂志》编辑，《北京中医》《中国药物警戒》《中药新药与临床药理》等杂志编委，《中国中医急症》杂

志副主编，撰写过医教研论文 80 余篇，专著 6 部，如《临床中医内科学》《中医内科手册》《今日中医内科·中卷》《中医急诊医学》等。

临床验案举例十则

晁恩祥

1. 清热通里治疗发热案例

患者男性，34岁，1984年1月14日初诊，患者持续高热 $39^{\circ}\text{C} \pm$ ，5日未退。患者初始因外感而见头痛，恶寒发热，伴咳嗽，曾服用桑菊感冒片、柴胡注射液及去痛片治疗。头身疼痛及恶寒减轻，但仍热势不退，伴咳嗽加剧，收住院治疗。患者仍咳嗽、发热， 39.5°C ，伴咯痰，黄黏不易咯出，口干欲饮，少汗肤热，饮食不振，大便秘结，4日未行。听诊两肺可闻及散在湿性啰音，呼吸急促，体温 39.7°C 。X线提示两肺下野可见片状阴影，白细胞 $13 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞84%。脉弦滑数，舌苔黄中干，少津显燥象，舌苔微黄腻，诊断风热犯肺，肺气失宣，痰热内阻，属肺热症，西医诊断为肺部感染。遂以西药青霉素、链霉素静脉注射，伴用中药清热解毒、化痰止咳，方用炙麻黄、杏仁、前胡、桑皮、黄芩、知母、连翘、银花、白茅根、桔梗、贝母，服药三剂，三天后热仍不退， 39.1°C ，咯黄痰，乏力，有汗，头身痛已减轻，口干渴欲饮，纳差，烦躁，大便6日未行，伴腹胀，按之痛感，呼吸急促，小便黄赤，舌苔黄燥少津，脉弦滑数，两肺可闻湿性啰音，仍拟西药静点抗生素治疗。但中医认为肺热里实已成，给予清肺止咳、化痰通里。方改用炙麻黄10克，生石膏30克，杏仁10克，瓜蒌25克，桑白皮10克，栀子10克，知母10克，大黄6克，厚朴10克，甘草10克，元明粉10克（分冲），茅根30克。水煎两剂，一剂后腹部疼痛感，次日晨大便，少量干便，5、6枚坚硬。继服上药后，晚间大便得通，量多，腹痛减，随即体温下降至 37.5°C ，仍咳嗽、咽干痰

粘。继服用理肺止咳润燥化痰之剂，方用炙麻黄、杏仁、紫菀、炙杷叶、麦冬、前胡、瓜蒌、玄参、大黄、青蒿、黄芩，继服3剂而痊，X片提示炎症吸收，白细胞降至正常范围。

按语

该例患者始于外感，发热无汗，头身疼痛，继则出现肺部感染，咳嗽，咯痰黏稠不易咯出，感染发热10日不退，身热同时并发口干、便秘腹胀，形成热结入里之势，此乃热邪入里，热势不退，当汗出而散，但此时有汗，大便燥结，腹胀，致阳明热邪随里，乃病虽属肺部炎症，X线片提示右下肺片状阴影，白细胞也有增高，但其方并未只重用解毒而以清热通下之剂，宗肺与大肠相表里，同时给予清热通里治之，很快收到效果，大便得通，热势得除，咯痰当随之减少，肺部炎症热退后减轻，再予养阴润肠、止咳、祛痰药调理，诸症平复，此乃热结于里，下之而愈。

2. 腹部胀满便秘应用健脾通下治疗

患者男性，84岁，初诊2002年5月，患者有习惯性便秘史，4天来腹部满胀，大便不通，不能进食，烦急，平时经常须服用通便灵及其他通便药物。曾去某医院门诊后，留观输液，给予杜秘克通便治疗，仍无明显效果。查胸片有陈旧性肺结核，支气管纹理粗乱，腹平片未见肠梗阻，应邀会诊。患者高龄，身体尚丰满，有糖尿病史，前列腺肥大，无高血压病史，5天来大便不通，服原通便药及杜秘克效不显，小便少，仍腹满腹胀，胃中不适，疼痛不重，查腹膨隆，按之硬满，叩诊鼓音，未见腹部移动性浊音，查血色素正常，脉弦，舌苔厚腻，中黄。

证属气滞不舒，肠燥便秘，当以理气活血，通便润燥。

方用：苍、白术 厚朴 木香 青皮 元胡 枳实 焦槟榔 玄参 火麻仁 当归 郁李仁 桃仁 大黄 元明粉（冲服）。

2剂煎服。次日得知，腹仍满胀，再服另剂，外加一支开塞露。二剂腹胀满，烦急均除，大便得通量多，初硬结，后尚成

型，下后诸症大减。继以调理二日后恢复正常。

按语

该患虽属高龄患者，又有便秘病史，多服一般性通便药。但经常出现脘腹胀重，反复发作，老年便秘有其不同于热病便秘特点，热结便秘常伴发热伤津，当以承气等加清热药清理通下治之；而老年性便秘不可多用通下、泻下，而老年人，往往又由于正气不足，肠燥气虚所致为多，但亦当视其病情过程、证候变化。该患四日大便不通，腹鼓胀满，疼痛拒按，脉弦，舌苔腻中黄，大便无力，故用扶正益气养血润肠，如当归、玄参、白术、火麻仁、郁李仁，推动无力，又重于理气消胀，如厚朴、枳实、焦槟榔、青皮、元胡、木香，该方中使用大黄、元明粉寓意以润肠通下，元明粉一药可吸收水分有益于下便结，活血之品，二者结合乃老人便秘之需重视之意。应用开塞露取其滑润肠通，大便导下。

3. 疏风宣肺法治疗咳嗽型哮喘案例

患者女性，60岁，2002年7月门诊就医，就诊时咳嗽咽痒，呛咳剧烈，影响睡眠4个月，患者于4月前曾患上呼吸道感染，发热咳嗽，咽痛，3~5天后发热、咽痛得解，但半月后仍咳嗽不止，少痰或多见干咳，伴咽痒，痒即咳重，曾在当地以支气管炎，给与多种抗生素口服、输液治疗，还曾应用一些止咳药，但效果不明显，仍剧咳，阵作，咳急呛咳，空调及异常刺激咳剧。痛苦连连，夜重昼轻影响睡眠与生活，脉弦，舌苔薄白。

该患者有过敏性病史，查胸片X线未见异常，血中嗜酸细胞增高，血变态反应呈多种物质阳性反应，肺功能激发试验阳性，遂诊断为咳嗽型哮喘，中医属风咳，证属风邪犯肺，气道失衡，故拟用疏风宣肺，舒缓气道，止咳利咽。

处方：炙麻黄 苏子叶 蝉蜕 地龙 僵蚕 牛蒡子 五味子 白芍 紫菀 前胡 辛夷 苍耳子 荆芥 炙杷叶三剂，水

煎服。

二诊后咳嗽，咽痒，呛咳明显减轻。患者很感高兴，仍咽中痒感，夜晚仍有咳嗽，但睡眠好转，饮食二便正常，舌苔薄白，脉弦，仍拟上方加全蝎、山萸，7剂后诸症得缓又宗上方10剂，回当地继续调养，后询问了解，病情稳定。

按语

该例患者系感冒后咳嗽长达4个月，经检查提示诊断为“咳嗽型哮喘”，此病多因感冒、上呼吸道感染、肺部感染引发，或有过敏史，或家庭史，由于该病系以咳嗽为主，伴咽痒，故常有误诊为支气管炎、咽喉性咳嗽等病，治疗往往首选抗生素，实际该病乃属哮喘的一种特殊类型，是以咳嗽为其主要症状，并无哮喘，称之“咳嗽变异性哮喘”，或言“咳嗽型哮喘”的疾病。由于常有突发呛咳，阵作，遇冷空气、异味、空气污浊，则立即咳嗽，常呈痉挛性咳嗽，是一种气道的高敏感、高反应的现象，西医药是以治疗哮喘之法治之，中医则认为系属风邪为患，由于突发、咽痒，有时鼻痒，有过敏因素，系与风之特性相关，因“风为百病之长”、“风善行数变”之状，故以疏风为主，方中炙麻黄、苏叶、地龙、蝉蜕、僵蚕、全蝎。均是具有散风、疏风、搜风特点的药物，同时配伍以舒缓气道之药，如五味子、白芍药、炙杷叶、苏子、荆芥、辛夷，后来加味的山萸肉亦为此意，可以看出，并非以止咳、祛痰、消炎、清肺为主。但此病系统看亦有合并感染而见热症，伴阴津不足以及气逆血瘀等等，届时还要辨证立法，选方用药。近些年来治疗咳嗽的中成药几百种，但其治疗则多以清热、祛痰、止咳，疏散风寒、风热为主，而治疗咳嗽型哮喘的方药尚属凤毛麟角。

4. 平胃散加味治疗胃病案例

患者男性，36岁，1999年7月门诊就医，胃胀满不舒，胃中不适，烧灼感两年且反复发作，近一月来加重。患者这两年来

经常反复胃脘不适、吞酸脘胀，多经治疗效果不显，胃中烧灼感，胃脘部胀满不舒，纳差食少，二便正常，患者有饮酒史，每于饮酒后加重，经胃镜检查提示慢性胃炎，HP 阳性，曾多用三联、四联及制酸药、胃动力药、保护胃黏膜药物及抗生素等西药治疗，未能根除，舌苔白腻，脉弦滑。现仍纳差、胃脘胀满，烧心，反胃打嗝，饮酒，情志不遂加剧。

综观其证乃属脾湿气滞，胃气失和，属中医“胃呆”，西医属“慢性胃炎”。治以健脾化湿，降气和胃。方用：苍术、厚朴、陈皮、炒白术、党参、藿香、半夏、佩兰、砂仁、鸡内金、焦三仙、木香、枳实、瓦楞子、乌贼骨，水煎服七剂，二诊来时胀满减轻，食欲有增，脉弦，舌苔白腻，嘱其继服上方两周，诸症平稳，但患者不愿再做胃镜，未能拿到胃镜变化资料。

按语

胃病属多发常见病，脾胃者脾主消化输布；胃主受纳，但系一脏一腑表里相关，该患者胃中不适已达两年，多次治疗不愈，虽然早已确认为慢性胃炎，很感痛苦，忧虑；胃病者有因寒者、因虚者，因气滞、肝郁、脾虚、胃弱、脾湿、湿浊、胃热……，但该例则属脾湿气滞为主，故拟以健脾化湿，降气和胃，拟用平胃散加味，该方备受临床重视，方虽出于《太平惠民和剂局配方》，但近代《医学传心录》中作为五大主方之一入书，加减变化无穷尽，很让人欣赏，笔者治疗胃病往往以此化湿健脾和胃，且有动力作用，能以健胃化湿，动静结合，寒热不过，调理为主颇有临床价值，也可以明显获知其效，此例便可一窥而知。

该例用药系有健脾之党参、白术；化湿之苍术、藿香、佩兰、厚朴、半夏；理气降气之用陈皮、砂仁、木香、枳实，以降气和胃，具有胃动力药的作用；开胃则以内金、焦三仙，也是必须的；制酸在治疗中亦很重要。胃炎也可以有胃酸，烧灼。暖气泛酸之症则为胃中胃酸所致，故传统用瓦楞子、乌贼骨也常

有效。

5. 阻塞性肺气肿应用调补肺肾法治疗案例

患者男性，58岁，1984年1月门诊就医，主诉系反复发作咳喘，痰多5年，秋冬加剧，近来又因外感而见发热引发咳痰喘促加剧，诊断为COPD，合并感染，经治疗好转，易于感冒，仍咳嗽，晨起咳痰，泡沫痰，量不多，动则气喘，生活尚能自理，静坐呼吸尚平，只是活动喘促，乏力气短，饮食尚可，无下肢浮肿，二便正常，胸部呈桶状胸，肋间隙宽，叩诊过清音，心律整，心界不大，两肺未闻及湿啰音，查心电图现肺性P波，X线提示两肺纹理增强，肋间隙宽，横膈下移，呈肺气肿征象，诊断为阻塞性肺气肿，肺功能提示，小气道障碍，血气分析PH 7.36，PaCO₂40mmHg，PaO₂85mmHg，脉沉弦细，舌苔白，口唇紫绀不明显，舌下静脉延长迂曲，证属肺肾气虚，痰湿内阻（阻塞性肺气肿），拟用调补肺肾佐以化痰健脾。

方用：紫菀、杏仁、五味子、前胡、百部、西洋参、枸杞、山萸、肉苁蓉、云苓、赤芍、橘红、半夏，上药服10剂，二诊时动则气喘，咯痰均有好转，故拟再服10剂。并嘱服用百令胶囊、诺迪康胶囊。

接语

该患者系慢性支气管炎患者，每年秋、冬发作咳嗽10余年，造成慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，又因常发生感冒及肺部感染而加重，合并感染时甚至影响心肺功能降低或不全，患者这次门诊经治疗后病情好转，但仍因阻塞性肺疾患而见咳嗽、咯痰，喘息缓解阶段，病情尚安稳，而动喘气短明显，故给予标本兼顾，治本为主，一方面扶正调补肺肾之气，纳气定喘，同时亦应用化痰、止咳药。

该例患者因于坚持治疗，服药效果较好，不仅短期内未再复发，而咳、痰、喘、动则气喘等症状也有减轻，能生活自理，每

天可以外出活动、晨练，感冒次数明显减少。“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”、“肺主呼气”、“肾主纳气”，二者相互依赖完成呼吸正常的运行。若肺、肾气虚必当出现咳喘之症，尤其是慢性、多年、老年的咳喘则肾不纳气尤其，而见动则气喘，喘则遗尿者。故缓解期也是需注意的问题，补肾纳气、扶正固本是中医治疗肺气肿，或老年慢性支气管炎的重要内容，这不仅反应了中医对整体观念的体现，也反应了中医对该病的整体治疗。

6. 疏风活血治疗顽固性头痛案例

患者，男性，38岁，初诊为1984年11月。

患者持续性右侧头痛30天，该患者1个月前因情志不遂，动怒而致突然头痛，右侧为甚，头痛欲裂，苦不堪言，痛甚则撞头解痛，夜不能寐，服一般解热镇痛药只能瞬间有效。经某院诊治，查CT提示，右颞部血管畸形，决定手术治疗，患者惧怕颅脑手术，从而求助中医治疗。

患者头痛，持续剧烈，月余烦急坐卧不安，眉头紧锁，恶心少食，睡眠不安，大便秘结，三日未行，小便正常，查一般情况可，痛苦病容，心肺听诊未见异常，腹软，肝脾未及，下肢无浮肿，BP130~140/70~90mmHg(16.5/9Kpa)，脉弦有力，舌质淡红苔腻中黄，患者不愿住院，故拟中药治疗。

证为血瘀气滞，风痰阻络。拟以疏风活血，疏肝通络，通便。

处方：僵蚕 地龙 水蛭 全蝎 蜈蚣 赤芍 川芎 鸡血藤 天麻 葛根 香附 荆芥 大黄 钩藤

水煎服，服药7剂，二诊头痛减轻，但仍时有发作性刺痛，大便通，情绪尚安，能进食。脉弦舌淡，苔薄白，仍拟上方去荆芥、僵蚕加红花继服7剂，后又继续服用20剂后，疼痛缓解，情绪安稳，能开颜说笑，只是在情绪波动时仍有隐隐疼痛，时间不长，后以上方另加白花蛇、白花配成小蜜丸，每服10克，日

两次，服2个月，头痛未做，次年5月又因动怒后复发住院月余，仍疏风活血，疏肝理气治疗，调理3周好转出院。该患者CT检查血管畸形依然，但头痛5年未见较大发作。

按语

脑血管畸形是一种很危险的疾病，患者虽大都已非短期所患，但不经头颅CT或MRI检查不易发现，西医治疗大都主张手术治疗，该患者脑外科会诊多次提出手术治疗，并告诫患者随时都有可能脑血管破裂出血，出现脑血管意外，但患者执意不肯，迫切要求中医治疗，由于该病所具有的血管畸形可能出现出血性脑中风的危险，不可不加以注意。此例表现为头痛剧烈经中药疏风通络，疏肝活血治之，头痛症状大有改变，说明证治认识似较适当，从而收效，并5年未再有大的发作，需要再次提出，中药内科治疗没有改变其原发畸形血管之情况，应该提示患者其预后仍有隐性危险，应定期观察，必要时手术治疗。

7. 苦辛开降理气化湿治疗腹鸣腹泻案例

男性，45岁，初诊于1983年11月初，患者胃脘疼痛半年，近5天肠鸣腹泻，时有恶心呕吐，口苦，脘胀腹满，不思饮食，喜温，乏力，大便稀，日行3次，小便正常。查一般情况尚好，心肺未见异常，肝脾不大，腹部压痛，腹部无腹水，下肢无浮肿，前行胃镜检查提示慢性胃炎，未行腹镜检查，舌苔白厚腻，脉弦滑。

该患证属寒热错杂、湿郁气滞，拟用理气化湿、苦辛开降。

处方：苍术 厚朴 元胡 半夏 木香 陈皮 川连 黄芩
干姜 苏叶 藿香 佩兰 生姜

水煎服5剂，二诊腹鸣腹泻、恶心欲吐、腹痛等均以得除，患者仍感腹胀，不欲饮食，噎气、胃中嘈杂感，脉弦，舌苔薄白腻，仍拟以上方去苏叶加焦三仙、瓦楞子、乌贼骨治之，又服5剂，三诊，经10剂后诸症大减，饮食好转，脘腹胀满疼痛减轻，

继服上方一周巩固疗效，病情稳定。

按语

该例有胃病史，常胃脘部疼痛胀满，且近日伴有肠鸣腹泻，恶心呕吐，其证属湿浊内郁，气滞不舒，同时口苦，具有寒热错杂之状，故给予理气化湿、苦辛开降，所说苦辛开降，是寓于《伤寒论》中泻心汤之理。方中既有干姜、半夏，又有芩、连，湿浊内伤而腹泻肠鸣，呕恶者，又加以藿香、佩兰、苍术芳香化湿，醒脾开胃，降逆理气，又视其寒热情况给予，辨证用药，因而能以迅速收效，伤寒泻心汤类方 8 个，虽属类同方，但各有其意，当吸收研用，尤其干姜与黄连其剂量比例颇有文章，因为干姜温其脾胃，连、芩清其胃热，热不重者可去黄芩，腹泻者川连仍可止泻厚肠，恶心呕吐者加入苏叶与川连、半夏、生姜共为降逆止呕，故仍与温脾化湿药共伍，同样可助腹泻得除。泻心汤的变化是中医治疗中的调理变化，很有临床实际意义，后人临床实践中演绎出多种方药，以供医者采用。

8. 不合理服用龙胆泻肝丸一例案例

女性，55 岁，2000 年 3 月初诊，患者因发热肺部感染住院，症见发热、咳嗽、有痰，量不多，体温 38.5℃，无汗，纳差尿少，脉弦小数，舌苔薄白，面色晦暗，下肢无浮肿，患者有慢性肝炎、脂肪肝病史。经 X 线检查提示：左下肺片状阴影，血白细胞正常，血色素 11 克，尿见蛋白（++），血肌酐、尿素氮增高，肝功能正常，B 超提示双肾萎缩。

证属风热外受，肺气失宣，拟用疏风宣肺止咳。

方用：炙麻黄 杏仁 生石膏 知母 银花 连翘 桑白皮
炙杷叶 薄荷 蝉蜕 黄芩 鱼腥草

水煎服，同时静脉点滴双黄连注射液、氨卞青霉素。患者经治疗三天，发热已止，继续治疗 5 天，诸症好转，但肾功能不全，遂转肾内科诊治。经问诊得知，该患者曾于近二年患有慢性

肝炎，并经常有上火的感觉，口苦、尿黄等，单位医务室曾给予龙胆泻肝丸治疗肝病，断续用药时间约一年半，服用药量约有60余盒，遂诊断为“药物性肾损害”。

接语

此患者因肺部感染住院治疗，经治发热、咳嗽、咯痰均好转，但查出双肾萎缩，尿蛋白，肌酐、尿素氮均升高，尿少，轻微贫血，面色晦暗，皮肤干燥，疑似有慢性肾炎引致肾功能不全。需要提出的是2000年关于马兜铃酸致肾损害的讲座报道已受到关注，认为龙胆泻肝丸应用过量、过久可以引发药物性肾功能不全，这一案例提示这一问题，但龙胆泻肝丸所以出现肾损害，目前已经清楚乃为关木通所为，应当确切地说龙胆泻肝丸系金元李东垣方，目前应用是加了梔子，原来之木通为白木通，或五叶木通，近些年来凡木通均由关木通代替，造成了属马兜铃科的关木通毒副作用所为，龙胆泻肝丸系治疗肝胆实热、下焦湿热之方，属常用方，能用于内科、外科、妇科……多方面疾病，可以说，历代医家传用，效果不错，但近年来，关木通成为方中药物，使毒性增加，虽不能说，凡用过龙胆泻肝丸（汤）者，均致损害，但致肾功能不全的报告已经很引人注意了，尤其使用不当制药、饮片等。笔者2001年12月参加药监局不良反应中心讨论已引起重视，且已发出通告，但对这一问题的宣传管理、恰当分析、正确用药，以及药物不良反应的认识等，是非常必要的，关木通小剂量长期应用或大剂量使用均会产生不可逆的肾脏损害，事情严重，不能不予以注意。03年药监局停止使用关木通的决定也是正确的。关木通有肾毒性，但不应该就此认为中药之罪恶。中药有不良反应，西药同样有，个别中药有毒性、副作用并非怪事。

9. 疏风解痉治疗支气管哮喘案例

患者，男性，35岁，辽宁人。1987年6月就诊。患哮喘5

年，每年多于5~6月间发作哮喘，来诊时见鼻痒、流涕、哮喘欲作、气急、胸闷5日，日轻夜重，瞬间发作较重，喉中哮鸣有声，严重时，有时不能平卧，咯痰不多，咳嗽不重，饮食二便正常。有过敏史，常因于某些花香异味诱使发作，双肺哮喘音静坐亦可闻及，X线检查未见明显异常，血象未见异常，曾于某院诊断为支气管哮喘，往年发作时，曾应用过皮质激素及 β 受体激动剂、氨茶碱、喘乐宁气雾剂，多于治疗后1个月后缓解，查脉搏弦，舌苔薄白。现在服用舒氟美2片，2次/日。

证属风邪犯肺、肺气失宣、气道挛急，拟用疏风宣肺、缓急解痉、降气平喘。

方用：炙麻黄 杏仁 苏叶 地龙 蝉蜕 全蝎 苏子 菖蒲 白芍 五味子 紫菀 葛根 辛夷 牛蒡子

水煎服，服5剂。

二诊，气急喘哮减轻，可平卧入睡，仍胸闷，晚间气急，饮食二便正常，情绪稳定，仍服用舒氟美1片，日2次，脉弦，舌苔薄白。喘乐宁气雾剂每晚一次喷用，强的松2片/日。仍拟上方5剂，诸证平衡，心情畅快，但晚间仍有胸闷感，能平卧入睡，继则辅以纳气平喘之山萸、肉苁蓉、淫羊藿治之，又继续两周，减用强的松治疗。三诊后，强的松1片，一日一次，无需气雾剂治疗，停用舒氟美。此次发作时间短，病情缓解较快，患者表示满意。次年4月，因惧怕复发，又曾来诊治，但病情发作较轻，仅见胸闷感，未见喘息，亦给予中药调理。

按语

该患者属支气管哮喘发作期治疗，由于每年均用皮质激素、喘定、复方氨茶碱等抗过敏方法治疗，虽大都在3个月以内缓解，但服药时间均较这次长，心情紧张，这次发作时改请中医药治疗，获得了较快的缓解，患者感到非常满意，且次年4月发作期间仅见胸闷感，未应用西药治疗而以中药调理肺肾后缓解。

中医哮喘系支气管哮喘，是一种多发病、常见病，呈逐年增加趋势，西医对此病的病理机制的认识也于近 10 余年发生了认识上的变化：如 70 年代初认为哮喘乃因支气管狭窄，继则认为与过敏因素有关，近几年又提出因多种因素致使气道慢性炎症，并且造成气道反应性增高而致，尤其是 10 余年来中医行业规范中明确指出，哮喘即支气管哮喘。而中医对于哮喘同样也在发生认识上的变化。中医学中历来认为哮喘包括在咳喘之内，很难区别，尤其是慢性咳喘如与喘息性支气管炎、肺气肿、肺心病的混淆认识，并且认为痰是哮喘的中心问题，辨证分析中也都以痰鸣、痰气搏结、或因寒、或因风热而致有热哮、寒哮之别，从中医病机认识联系西医认识来看，历来西医有所谓外源性、内源性的区别，即过敏因素及合并感染因素的区别，但在临床中从中医、西医两方面认识来看，与体质因素有关，有外源的过敏因素，也存在着合并感染的问题，然而气道反应的敏感却是相同的，笔者认为除寒哮、热哮、痰哮外，以风为主的哮喘在病因病机内容上很突出，且临床上并不少见。

上述病例来看，其症状并无明显寒热痰浊，而是属于发作突然、见有鼻痒、咽痒气道挛急的风的证候，因而称为“风哮”，治疗也就重用了炙麻黄、苏叶、地龙、蝉蜕、全蝎等等，同时也有缓解气道急迫的五味子、白芍、山萸等敛肺缓急之品，但当病情缓解时，仍给予一段时间巩固，并加上补肾纳气、调补肺肾之药，使病情得以缓解，次年又在 4 月欲发之时服用中药标本兼顾，未再突然发作，收效满意。

10. 应用桂枝汤治疗顽固性荨麻疹案例

患者女性，50 岁，就诊于 1986 年 12 月，患者患荨麻疹 2 年余，2 年前反复突然发作，且逐渐发作频繁，发无定时，连绵不断。皮肤可见荨麻疹样改变，皮疹常高于皮肤，瘙痒重，摸之触手，且瘙痒较重，但皮肤疹块处无明显红润而以苍白为主，瘙痒

而致夜不能寐，自觉常有汗，恶风寒，饮食尚好，偶有胃中不适，无喘息气急，二便正常，曾应用西药抗过敏药治疗未效，也曾用过中药疏散风热、清解化湿治疗，效果不明显。脉弦细，舌苔薄白，划痕试验阳性。

证属风邪外受，营卫不和。拟用疏风和卫，调和营血。

处方：桂枝 白芍 生姜 大枣 甘草 浮萍 荆芥 防风 全蝎 僵蚕 苏叶 白鲜皮

服药五剂，二诊时诸症减轻，尤其是服药两剂后，皮肤荨麻疹、皮损改善，自觉瘙痒大减，恶风解，自汗得除。嘱上方继服加当归、丹参。又服 5 剂诸症已除，且多年未再发作。

按语

刚毕业后曾治疗过一例老年顽固性荨麻疹，其效尚好，即是应用桂枝汤治疗。此例亦有其特点，表现风邪外受，营卫不和，拟疏风和卫，调和营血，故用桂枝汤加祛风止痒药如：全蝎、僵蚕、浮萍、白鲜皮及荆芥、苏叶，由于慢性发展反复发作，又加入丹参、当归以取治风先治血，血行风自灭之意。荨麻疹用中药治疗效果较好，曾在 1962 年毕业实习时见一所谓急性巨型荨麻疹，可见皮肤成条状隆起，肤热瘙痒，越来越痒，痛苦至极，脉诊数大，舌干微燥，当时曾应用钙剂、脱敏药、外用药治疗不效，老师给予清热散风、止痒凉血药治疗，竟五剂中药，皮肤损伤突然消除，皮肤平复，病情稳定，且未有发作，令人瞠目，印象深刻。个人体会，慢性病者，亦当辨证分析证候，属风热、风寒、湿邪者，亦有血虚营卫不和者，当严加辨别、诊治，观其主要症状，皮损及发病、治疗过程的不同则给予不同治疗，而后收到效果。

关于中医肺系病学术 发展之我见（提纲）

晁恩祥

一、肺系疾病是中医学术发展的重要组成

1. 肺脏与肺系疾病在中医学中占着重要地位

肺为华盖，居五脏之首位，肺为娇脏，最易受邪；主呼吸、主治节，通调水道；上开窍于鼻，下连咽喉、气道、肺脏，外合皮毛；肺与大肠相表里，肺系还与心、脾、肝、肾、脑及气血、阴阳相关。

肺系病外感、内伤均可见到，“温邪上受，首先犯肺”，如感冒、流感及一些温热病、哮病、咳喘、肺癆以及肺与气道支气管的各种感染、支气管与肺的实质病变等等。肺系病急症中证候动态变化颇为重要，肺系病可以是本脏受损，也可以影响到全身，甚至可以发展到其他脏器，以至影响人体之健康和生命。

2. 重视中医理论与实践，开展肺系病的研究

中医理论是指导中医临床的重要内容，也是经过历代临床的不断积累和总结得出的。一些理论的升华，无不与临床相联系，又如病因、病机中七情六淫、脏腑失调、痰瘀气阻、宣降不利等，均可见到咳、痰、喘诸症。病症中的证治理论也十分重要，如肺的虚实证候，风邪、风寒、风热侵犯，涉及“外邪伤肺”、“木火刑金”、“肾不纳气”、“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，以及“邪之所凑，其气必虚”等证。

治法多种多样，如宣肺、清肺、化痰、止咳、平喘以及“健脾化痰”“补肾纳气”。治则中有“扶正祛邪”、“扶正固

本”、“标本先后，缓急之别”，以及“寒者热之、热者寒之”……等等。

3. 重视整体观念与辨证论治

整体观念是中医学重要的特点，中医认为人是一个整体，各个脏腑是相关的，而且人也与自然相关，这在肺系病中尤为重要，如体质、先天、后天、情志、身心、脏腑虚实，又与四时气候、地域相关。如寒冷季节及冬春季，肺部或气管疾病多发。总之，一方面强调人体内部的协调，也重视人与环境的统一。

辨证论治是中医学用来分析、鉴别证候的理论，为立法、处方、用药提供了根据，这也是中医之特点，肺系同样不能离开对证候的分析，以及对论治的指导。

临床不能一味引用西医观点去用消炎代替清肺、解表、清热、解毒。肺系病中更是不能凡外感发热或发热就用双黄连、清开灵等。不能只是“头痛医头”，“脚疼医脚”。还要分析原因，做到“辨证求因，审因论治”，同时要观察证候的动态变化，证变治变，如从表到里，从卫气到营血；如肺系病的外寒内饮、表证传里之象。临床如若脱离辨证论治，则失之于中医之本。

4. 重视中西医的链接

中医、西医都是以人类健康为目的，各有其理。中医学几千年来从临床实践逐渐积累发展而成的中医学，具有一套比较朴实的理论，并用于指导临床。中医学与西医学相比古老而传统，西医学是以解剖病理学为基础，从整体到微观的发展，医药现代科技含量高。“中西医并重”、“中西医结合”是我们国家的卫生工作方针和法规内容。几十年来，首先是中西两法在诊断、治疗的相互联系与相互结合。

从肺系病来看，中医学不断吸收引入了X线、CT超声等影像学及各种细菌学、病毒学及理化检查项目，重视各个系统的结构与功能，也重视“内分泌”、“免疫”、“神经系统”等对全身

的调解，这些已经是临床诊断不可少的内容。医学的互相交流是医学发展的必然，也是中医自身发展和现代化的要求，如我们不仅引进西医指标及标准，也吸收现代数理统计、实验研究中的新技术、传统药物的现代化评审程序及生产等，应当说这些会推进中医学术的提高与发展。中西医结合是我们需要努力的目标，逐步去探讨这条道路也是中、西医同道义不容辞的责任。但我们更需要的是要“继承不忘发展，发展不离其宗”。

二、有关中医肺系病临床问题的思考

1. 肺为华盖，肺系病在中医临床中占着重要的地位

肺主呼吸，与外界相通，其病称为呼吸系疾病或肺系疾病，历代医学都十分重视，早在《内经》中就有如“五脏六腑皆令人咳，非都肺也”，“肺与各脏腑相关的转化”理论。历代名家在论著中往往将肺系疾病列为首篇疾病，它包括了中医的感冒、咳嗽、肺癆、肺热、哮喘、肺痈、咳喘等；也包括肺痿、肺胀、肺积、肺衰等。相当于西医所说多种疾病，如肺部感染性疾病（典型及非典型肺炎），支气管哮喘，过敏性肺疾病，流感，感冒，阻塞性肺疾患，肺实质性疾病如肺纤维化、肺化脓症、肺部肿瘤，胸腔病变以及相关血管、脏器疾病如肺心病，免疫性疾病肺损害，急、慢性呼吸衰竭等等，其中有多发、常见病，也有难治病、急症等内容，显而易见肺系疾病内容丰富，有待我们去面对和进一步的防治研究。

2. 认真学习历代有关中医肺系病的宝贵文献

中医历代文献倍受重视，确实浩若烟海，凡从事中医肺系疾病的学者对此不可忽视，需认真阅读，不断提炼出历代医家对肺系疾病的精辟论述及证治经验。时至今日，一些古方如小青龙汤、麻杏石甘汤、二陈汤、苏子降气汤等等，以及临床体会升华的点滴理论，对临床仍然有着实际的指导参考意义，如：“肺为

“娇脏、最易受外邪”、“肺主肃降”、“肾主纳气”、“肺与大肠相表里”，以及指导治疗的“痰饮者当以温药合之”等。历代总结的治法中有解表、宣透、肃降、汗、下、温、清、补、和、活血、凉血以及治则中“扶正祛邪”、“虚则补之，实者泻之”、“标本兼顾，扶正固本”等等，都具有较大的实践意义。应该提倡系统阅读古医书，因为历代总结的经验仍然对我们认识、开展中医肺系病的临床具有现实的指导意义。

3. 遵古不拘泥古，勇于创新是我们的重要任务

所谓继承不是目的，继承是为了需要和发展，我们从事临床工作的同行们，特别是年资较高的专家、学者，更应面对当前疾病谱的变化、面对疾病认识的深化，社会自然大环境的变化等，都需要我们主动根据临床演变进行认真思考，如肺系疾病中感染性、传染性疾病及中医外感热病在肺系病中均占着重要地位，我们需要去分析、辨识病证，探索新规律以及治疗的新方药、新方法。

哮喘一病，历代已比较重视，但多以“痰为中心”，有“痰为宿疾”的观点。哮喘大体分为寒哮、热哮，这种观点根深蒂固，深入人心。但要从临床全面来看，还会有其他的证候，因为证候是四诊、八纲的概括，理应防止偏倚、顾此失彼。通过多年的临床观察，分析哮喘还有如“风邪犯肺、气道挛急”之证，或具有过敏因素；痰与感染并不明显者气道高反应却很明显。对于咳嗽为主的咳嗽变异性哮喘以及肺痿、肺胀，我们也进行了初步的研究和论证。

4. 时刻注意证候与疾病的动态变化

我们过去的病名大都主要以症状或局部表现、脏腑范围等命名，往往只反映了阶段的、局部的病情，但临床中疾病存在动态变化，病情演变过程的变化，也就是说从发展角度认识一个疾病的整个面目还不够满意，比如咳、痰、喘是许多肺系病中的重点

症状，但它的变化，如痰从白转黄，转黏，由多转少，以及黏稠转泡沫痰、稀痰都有着不同含义，发热有高热、低热；上午、下午发热；持续发热以及有汗、无汗，舌苔区别与转化等等，如悬饮一病的发生变化、阶段表现的过程均有着进一步研究的必要。

从动态观点来看，由于病房门诊不断收集的情况会有变化，证候的认识同样可以在一个病中不断变化，一个肺部感染可以首先见到发热表证，表证有寒、热，继则有的可以传里而见里热、里实；如果热证逐渐好转之时，有的也还会见到伤阴的证候表现。动态变化给治疗提出：要不断地观察病情，不断辨证，不要一证到底，同时要不断研究治法与方药的选择与变化。

5. 不断深化肺系病的治法与方药

从事肺系病的同事，大都能熟练掌握对解表、清热、疏风、散寒、宣透、祛痰、止咳、润肺、平喘、宣降、通里等治法的运用，以及诸如麻黄、黄芩、杏仁、紫菀、百部、苏叶、苏子等等药物的选择，并组成处方，但如何去根据病情变化来探讨新的治法，是很需要思考的，随着对肺系疾病认识的深化和中西医病名的链接，治则、治法、方药肯定会得到发展。

如近几年来，我们呼吸界对哮喘病则有多样化的思考，如从痰论治、从风论治、从肝论治，从标本、寒热论治等等，有时在服药方法上也给予调整，不拘泥于一日两剂，这些都是针对临床的不同表现和不同的证候需要提出的，具有不同特色也是一种发展。不同的治法，不过是对中医理论指导临床的强调，是从临床需要的考虑！当然，一些对症用药，对症组方也应给予重视。

三、中医肺系疾病科研方面的问题讨论

1. 临床中也有大量科研题目有待研究

临床人员虽诊务繁忙但也要把科研当作一项任务，从事临床工作的同行应该认识到科研能够推动我们临床工作的提高。笔者

主张，中医肺系病医疗人员每天面对大量的患者，应以临床为中心，在肺系病的医疗中去捕捉研究课题，发现新的疾病规律，探索、揭示新理论、新疗法、新证候、疾病谱的新变化以及新的流行病学调研等等课题，不断为肺系病临床科研提供新的课题。

举例来说，早在秦汉时代《内经》《伤寒论》中就有类似哮喘的病症描述，但迟至金元时代才有了“哮喘”的病名，然其内容仍然是哮病与咳喘难以区别的混称，而随着时代的发展、西医学研究的推进，中医哮喘病或哮病与西医支气管哮喘相近，因而完全可以给予哮喘以新的内涵，并将哮病与咳喘加以区别，确定各自的定义、内涵。的确中医中尚有一批疾病的诊疗标准、证候、治法，有待在研究中加以规范或修订，任重道远。

2. 注重科研课题的先进性、创造性

研究选题要有先进性、创新性，毋庸置疑，先进来源于对肺系疾病学科发展的了解和掌握；创造性来源于对中医肺系疾病临床过程的深入分析和发现。肺系疾病的研究有着较为广阔的天地，在课题选题中，需要认真检索，充分利用现代信息的条件，了解有关的文献报道，从疾病检索探讨历代肺系病中医病证名及方药，一些较有影响的著作中，肺系病的章节仅有10余种疾病，而其证候也不过40余种，主要症状表现也不外外感表证，各种恶寒、发热、咳、痰、喘、哮、胸闷、气短等主次症状的内容。

以上这些显然还有较大余地，其中有理论的也有临床的。每年的自然科学基金委、教育部、科技部、卫生部、中医局、各省市科研教育机构等，在科研投标中，肺系病方面项目也都有一定的比例，且内容日渐丰富扩展。理论研究固然重要，若能在临床中也重视科研，主动探讨新的规律，将会被认为是一种发展，如病名演变中对肺痿病、肺胀、哮病、热病等方面均有较大空间，只要认真去做科研，收获肯定是会有的。

3. 吸取现代医学的可利用内容及新技术

为了验证中医理论及中医临床科研，一些生化检测、影像学、内窥镜、血液动力学、血气分析、生物电等方法，早已为人所用。如科研中，一些传统造模动物实验也已广泛应用，用于止咳、祛痰、平喘的研究，评价疗效方法已经普及。还有一些新技术的使用，往往可以开拓中医的研究领域，应予以支持。选用一些先进的新指标、新技术是可探讨的，分子生物学、基因生物学、新技术的引用也十分必要。我要说的是不能一个指标、一个数据就可以以偏概全，甚至推演结论，这样的研究往往与中医理论连不上，形成两张皮。因而我主张哪怕是最先进的指标，也要与我们的中医药理论、中医临床密切相关才好，指标可以做，但最好要符合中医临床及中医理论要求，我们缺少的是这方面积累。我们也决不要搞两张皮，不要表里不一，生拉硬扯，应当说基因、分子生物学，甚至数学分析、证候量化、规范标准的研究也是重要的，近几年来在评价方面，在规范标准方面逐步取得了一些成果。从多学科去探讨，去研究应该说前途是光明的。

4. 注意科研方法的选择与运用

科研方法的选用十分重要，过去我们在这方面注意不够，而且由于中医历来重视个案研究，临床观察的积累多，大样本研究较少，存在着科学性的问题，如统计学、随机、盲法、对照、量化分析、量表使用等等。因而要讲究科研选题和设计技术路线，认真进行文献检索，资料整理，统计及论文撰写。

我们肺系病专业中已有好多同行，早已带上了硕士、博士研究生，大都有一些科研方面的经历，也有一些同道带了高徒，参加过一些病证名标准的制订、各种评审等等，但仍需要我们学习科研规范及进一步熟悉方法学知识，以不断提高水平，为肺系病学术及学科发展做出贡献。回顾过去，我们有的同行曾经做了大量工作，然而有的却不被认可，或他人用了重复不出来，或成果

科学性不强，不能说明问题，这种局面必须改变。

四、关于中医肺系病的新药开发及现代化

1. 肺系疾病用药概况

目前中医肺系病的临床用药如麻黄、杏仁、前胡、黄芩等，及古方麻杏石甘、小青龙、桑菊、银翘等各种名方，以及大量经验方等。一些年资高者大都还喜用饮片处方，十几年来大量的中成药新药和传统中成药多种剂改的面世推广，几乎成为目前用药的主体。药监局在地方药品整顿中，肺系疾病品种大约近六百余个品种，有的属重复，有的如同名异方、或异方同名等，功能主治范围一般较广。

在地标转国标的整顿中，仅风热感冒证类药就有 60 余个品种，可想而知，其数量是十分可观的。2000 年《国家基本药物》感冒肺系病用药约 10 种病证，而中成药属感冒类药则约 160 种。目前我国正在推行处方药与非处方药分类管理，今后市场销售的药必须是有药监局批号的处方药和非处方药，这不同于卫生部审批的健康食品，这些我们应当了解。目前，每年开发的新药也以三位数字进行审批，而肺系病药总是占相当数量。

2. 现代化与坚持中医药理论指导仍然是讨论的重要内容

大家都知道中药应当是在中医药理论指导下的应用和生产。但传统的中药无论是饮片还是中成药都与现代科技及大生产要求有着差距。如何又坚持中医特色，又提高其科技含量是非常重要的。如肺系病新药的研制，除了安全外，则应以肺系病证疗效为其目的，同时进行现代的工艺、制剂、质控及毒理、药理及临床试验以完成新药开发都是必要的。但目前来看，轰轰烈烈推动中医药现代化之时，有些研究者较重视组分，单体成分提取，讲究纯度。具有较高科学含量的新药开发，自然很好，力求结合天然药物的研究方向，不是不可以，但中药毕竟不是天然药，中药更

重要的是在中医理论指导下的开发与应用，应更具民族特色。又如在临床应用中成药，甚至应用某些注射剂时，也应视其证候，辨明寒热、虚实，不可滥用。不应是一看发热就是感染，就输清开灵、双黄连。这些药也有其适应证候，应认真结合临床辨证来用药，才更为恰当，才谈得上安全性、有效性。

3. 注意临床需求，研究治法与方药

一再提出的是要根据临床市场需要开发新品种，比如要根据疾病及辨证用药的品种，这些方面药监局在新药评审中是提倡的，但我认为也应当注意开发一些对症用药品种，如平喘药、止咳药、祛痰药、退热药等，用来改善临床症状，解除患者之苦。当然对症用药也存在寒、热、虚、实、六淫、七情的病因、病机情况，亦不可滥用。应当在开发新药中重视创新，防止低水平重复。所言低水平重复，主要是中药复方研制开发中较为明显，因此最好要选择尚无新药的病、证进行开发。如感冒药令人眼花缭乱，多如牛毛，但散寒解表药却很少，市场上中成药治疗常见病很多，而如治疗肺痿、肺衰等难治病、急、重症方面的中成药则很少。应该看到随着疾病谱的变化和深入研究，肺系病临床用药开发的空間仍十分广阔，从而也为我们提供了机会。

4. 学习掌握新药开发的规范很重要

我们有些同行，几十年的临床积累了一些疗病的经验十分可贵，有些很希望将这些有效方药开发为能为更多患者服务的中成药。但若开发新药，尚需做大量工作，要认真选择出较好处方，进行认真的论证，还要认真学习一些法规文件如《药政法》《新药审批办法》《中药新药临床指导原则》（试行）及有关药理、质控方面的要求等等，非常必要。

如果能认真征得内行帮助，进行认真咨询，定会少走弯路，不但一些规范要求要了解，还要进一步从现代研究考虑，要对药理、毒理、制剂工艺、质量控制等方面进行研究，以保证安全、

有效、稳定、可控，再经过药监局审评中心的审批，审批过程中还要进行 I、II、III 期的临床试验等等，这些都是不可缺少的步骤。

还有一个问题应当提出，即是关于目前饮片质量管理也存在不少问题，伪劣、假冒、代用品充斥市场，也须考虑。尽快认真推行饮片的规范，迫在眉睫，如加强产地、种植、采集、包装、运输、品种鉴定、保管等方面的监管，势在必行。这就是药品规范中推动 GAP 的要求。

5. 注重中药不良反应也是临床需要注重的重要问题

历代医家对药的两面性都很重视，甚至认为“水能载舟，亦能覆舟”，“药即是毒”之说早有论述，因为药毕竟是调理人体阴、阳、虚、实、寒、热、盛、衰的，有些药有其治疗疾病的一面，同时也可能具有副作用、不良反应、甚至具有毒性作用的一面，我们在应用中药饮片时应予注意，要把握剂量、禁忌，在使用中成药时也应注意观察其不良反应。一般经过国家审批的中成药在毒性方面，或安全性方面已经给予了重视，但这些新药的临床使用有无不良反应仍有必要通过临床应用，积累、收集。例如“雷公藤”、“龙胆泻肝丸”报道不良反应就较为突出；而肺系病中用药，如退热之“穿琥宁注射液”、“双黄连”、“清开灵”等注射液均有皮疹、发热、休克等各种不良反应报道，有的甚至发生了更严重的问题。因此我们必须加以注意、观察、收集，上报有关不良反应监测部门。药有不良反应并不为怪，西药说明书中多有提示，而在中药中我们则重视不够。

五、肺系疾病学术发展的任务仍然任重而道远

1. 从中医角度看肺系疾病的学术发展，仍有广阔的天地

肺系病或言呼吸系统疾病，在人体疾病中占有较为重要的地位。我们有必要继续整理、学习、总结、验证。历代医家的理论

精华，无不来自于临床实践，因而我们仍应在临床活动中多多思考、领悟，以便从更多、更新的角度去探讨、深化研究病情证候动态演变规律及疾病谱的变化。

同时有必要参照西医的内容，逐步链接中西的病症，如对一些难治性哮喘、肺源性心病、与免疫相关的肺疾患、肺胀、肺痿的不同证候、不同症状、不同阶段的表现，去开拓研究新的中医治法与方药，努力把握住以临床疗效为中心的认证、辨证，研究出有效方药及提出相关理论。

2. 坚持建立符合中医药特色的规范

中医对“标准规范”，历来重视不够，虽有过病证名诊断疗效标准，但大都执行尚不顺利，目前也有些是采用西医规范标准。当然注意中西医的链接、结合与互相参照。肺系病中医规范标准严重不足，范围尚需扩展，目前不仅是需要去开拓新的规范，而且也需要去修订已实行多年的规范。如咳嗽、慢性支气管炎、哮喘等均有重新研究修订的必要，肺胀、肺痿的意见尚不一致，有的如免疫性疾病肺部表现及证候演变等等，也应加以研究。

研究中我还是主张坚持保留中医的病名，保留证候、症状、论治、方药中的中医特色。但在研究规范标准时，均要认真了解国内、国际的中西医的规范情况，要认真检索、查询、分析、对照研究，必要时甚至进行流行病学调研，全面收集资料，继而建立完善的中医肺系疾病的诊断、疗效评定标准及诊疗常规等等。

这一工程需要我们的同道以坚韧不拔的精神去努力实现，这是临床的需要，学术发展的需要，法规的需要，中、西医两法的诊断与治疗的需要。我们学术团体应当发挥积极作用，内科肺系病的学术委员及各肺系病学科研究中心、学术带头人、专家、教授，应该认真研究、勇敢承担这一艰巨任务。

3. 壮大发展肺系病的阵地和扩展专业队伍

近些年来我们肺系病专业学科，有了较大发展，中医肺系病、呼吸科专科日益增加，肺系病的专业人员培养更是令人鼓舞，几十年来，一批年资较高的专家投入肺系病专业的临床，一批硕士、博士生导师使肺系病专业毕业的研究生队伍不断扩大。肺系病及相关科研课题也与日俱增，到目前，有一定水平从事肺系病医、教、研的专业队伍已经形成。

近几年来一批老中医带的高徒也投入到肺系病医、教、研队伍之中，但这还不够，我们不仅要培养新生力量，而且还要把握方向，主动带好路、带好头，不断推动肺系病学术内容，发展学术，提高水平，逐步扩大我们的科室和科研阵地，使全国肺系病、呼吸科中心与科室不断增加。

4. 重视撰写论文与著书立说

我们有一批从事肺系疾病的老专家，也有一批早期中医院校培养出来从事肺系病医、教、研工作的学者，以及硕、博研究生，他们也在逐步成熟，能积极总结临床经验，撰写科研论文，并且著书立说，这是很好的现象。近几年内科系统一些著作大都是我们队伍里专家参与或主持。肺系病的专著也陆续出版了几部，并且内容不断翻新，质量逐步提高，一个很突出的特点是作者中大部分是从事中医临床的同道，一般都比较重视中医特色和临床实际应用，为著书立说提供了基础。

5. SARS 肆虐的新挑战

2002年冬及2003年春夏之时，一个新的称之为传染性非典型肺炎的疾病（SARS）肆虐广东，并延及中国南北，给人类造成严重损失，人员伤亡，精神摧残，成为人类进入新世纪的一大挑战。

为中医肺系工作者提出了新的考验，幸好在国家领导人的支持下和法规指引下，给中医在防与治工作方面提供了机会，中医

学历来对待“温热病”、“温疫病”有着丰富的经验，可以借鉴，中医学肯定了该病的传染性：“不问大小，皆相染易”，肯定了具有与伤寒不同的特征，是有明显的潜伏期，并从疾病规律看具有“热者温之始，温者热之终，首尾一体”的特点，及“温邪上受，首先犯肺”之理，因而从整体出发进行辨证论治的治疗，取得了一些效果，难能可贵，取得令人民大众及国内外医界的支持，也是难得的。但我们仍应当继续努力，不断分析病因、病机，注意该病的动态发展，要知道，SARS为我们提供了全新的疾病研究的条件，不断临床，不断总结，实属必要。

希望我们共同努力，推动学术发展，密切理论联系临床实际，发挥学会、学术团体的作用，充分调动专家群体、各大学院校研究单位的教学研究人员、临床机构的呼吸科、肺系科临床人员。今天我们已经有了基础，组织了一支队伍，因而我认为前景是乐观的，只要我们明确了方向，下定决心团结奋斗，并努力去坚持不懈的工作，我们肺系病的学术发展必将更上一层楼，取得新成果、新进展。

李 曰 庆



李曰庆，男，主任医师、教授，毕业于北京中医药大学。现为博士研究生导师，北京中医药大学临床学位分会主席，北京市重点学科—中医外科学学科带头人。兼任全国中医药高等教育学会临床教育研究会理事长、卫生部高级专业技术资格评审委员会副主任委员、卫生部突贡专家评审委员会委员、国家食品药品监督管理局药品审评专

家、中国性学会常务理事、中国性学会中医性学专业委员会主任委员、中华中医药学会中医外科学会副主任委员兼秘书长、中华中医药学会男科分会副主任委员、北京中医药研究开发协会副理事长、北京中医药学会男科分会副主任委员、北京中西医结合学会男科分会副主任委员、《北京中医药大学学报（临床版）》副主编、《中国临床医生》杂志编委会副主任委员、中央人民广播电台医学顾问等职。曾任北京中医药大学第一临床医学院（东直门医院、东方医院）院长。

长期从事泌尿外科、男性科的临床、教学和科研工作，能熟练应用中西医两法诊治前列腺疾病、男性不育症、性功能障碍、性传播疾病、泌尿系肿瘤、泌尿系结石等，积累了丰富的经验。曾去日本、法国、韩国、香港等国家和地区讲学，受到欢迎，并多次组织和主持全国性学术会议，推动和促进了学术的发展，受到学术界好评。

主编新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医外科学》以及《实用中西医结合泌尿男科学》《中医外科治疗大成》《中

《老年病学》《男性不育》《中西医结合不育与不孕研究新进展》《前列腺疾病临床荟萃》《性功能障碍研究新进展》《女性性功能障碍诊疗学》《中医外科学题解》等书，发表论文40余篇。培养博士研究生12名，硕士研究生5名，指导博士后1名。曾获北京市高等院校优秀教学成果1等奖和2等奖各1项，国家级优秀教学成果2等奖1项，中国人民解放军科学技术进步3等奖2项和北京中医药大学科技进步奖2项。1994年度被评为国家有突出贡献的中青年专家。

前列腺炎综合征

李曰庆

【概述】

前列腺炎是中青年男性的一种常见病、多发病，往往与后尿道炎、精囊炎等同时发生。临床上有急性和慢性、细菌性与非细菌性、特异性与非特异性的区别，其中以慢性非特异性非细菌性前列腺炎最为多见。据不完全统计：本病约占泌尿外科门诊病人的1/3左右。其临床特点是发病缓慢、病情顽固、缠绵难愈，反复发作。由于前列腺上皮脂膜的屏障作用，药物难以进入前列腺泡发挥有效的治疗作用，所以治疗效果不够理想。

慢性前列腺炎（CP），又称为慢性前列腺炎样症候群，是一组综合征，是泌尿科中的一种常见病和多发病，包括慢性细菌性前列腺炎和前列腺痛，前者前列腺液内有脓细胞、培养有细菌生长，后者又称前列腺痛，培养无细菌生长。据欧美统计资料，成人病理发病率可达到35%~98%，在普通男性人群中的临床发病率可能达到5%~8.8%，在美国每年慢性前列腺炎就诊者约有2百万。据国内资料统计，其病理发病率约为24.3%，其第一个发病年龄高峰在30~39岁，约为34.4%，另一个高峰为60~69岁，发病率约为36.4%。慢性前列腺炎的临床经过是一个渐进的复杂过程，较多的出现性功能障碍，生育方面的变化，长期钝痛，排尿方面的变化，神经心理方面的变化等，由此可影响到婚姻与家庭，所以，前列腺炎不仅仅是一个医学问题，而且是一个严重的社会问题。

中医虽无“前列腺炎”病名，但对本病的某些临床症状却

早有认识。据文献记载，本病属于中医的“白浊”、“白淫”、“劳淋”或“肾虚腰痛”等范畴。如《素问·玉机真藏论》讲：“少腹冤热而痛，出白。”即指小腹部胀痛不适，从小便滴出乳白色的混浊液体而言。近年来中医在本病的临床与实验研究方面取得了长足进步，临证中采用宏观辨证与微观辨证、内治与外治相结合的方法，通过调整人体的神经和免疫系统的应激能力，重建体内环境的平衡，以调整或增强人体局部或全身的免疫功能，从而达到治疗康复的目的。

“前列腺炎综合征”的概念：表示因前列腺腺体疾病而致的、不可言喻的症状或状态，其机制仍不清楚。慢性前列腺炎综合征的概念为会阴部、睾丸、龟头或膀胱/耻骨上区及腰骶部疼痛或不适，并且伴有 LUTS 和生活质量下降。

前列腺炎的分类：

I 类：急性细菌性前列腺炎（有尿路感染史）

II 类：慢性细菌性前列腺炎（有尿路感染史）

III 类：慢性盆腔疼痛综合征

III A 类（炎症型）：慢性非细菌性前列腺炎（有白细胞）

III B 类（非炎症型）：前列腺痛（无白细胞）

IV 类：无症状性炎性前列腺炎（偶尔查见白细胞）

【病因病机】

（一）湿热下注

素日过食肥甘厚味、辛辣刺激之品，或过量饮酒，损伤脾胃，脾失健运，水湿滞留，郁而化热，致湿热蕴积于下焦；或七情六欲化热生火；或外感六淫湿热火毒，火热之邪下迫膀胱，均可导致膀胱气化功能失司，水道不利而发生本病。

（二）气血瘀阻

由于坐卧冷湿之地，感受寒湿之邪，寒性收引，湿性赋滞，致使厥阴经络受阻，气血凝滞，运行不畅，而出现少腹疼痛等症状。

（三）肾气虚弱

先天禀赋不足或淫欲不节，房劳伤肾或忧郁思虑过度，病久体虚而致肾气虚弱、肾精亏损，无以濡养经脉而发生腰膝酸痛、疲乏无力等症状。

西医学认为前列腺炎是由于葡萄球菌、链球菌及大肠杆菌等致病菌通过血行和淋巴传播到前列腺，或尿道及泌尿生殖系其他部位的感染向前列腺直接蔓延所致。慢性前列腺炎也可由急性前列腺炎治疗不彻底而形成，但绝大多数患者均无急性阶段。

慢性前列腺炎的病理改变主要是腺叶的纤维增生，腺管的阻塞及炎细胞浸润等。腺泡及腺管的炎症反应可使腺管梗阻，分泌物郁积，引流不畅，从而又加重局部组织的病变。有学者认为：本病不仅是局部的炎症，也是一种内分泌免疫系统发生紊乱的全身性疾病。

发病机理：①感染；②尿液前列腺内返流；③排尿障碍；④自身免疫；⑤导管上皮异常；⑥神经病变（如交感神经反射障碍）。

◆西医学认为慢性前列腺炎的病因可归纳为以下几类：

（一）微生物感染 约占CP中的5%~10%。种类多样，大多是革兰阴性菌，如大肠杆菌，奈瑟氏菌等，也有革兰氏阳性菌，如金黄色葡萄球菌，还有衣原体、支原体等。既有单一感染也有复合感染。既往认为，前列腺是有菌性器官，其内有革兰氏阳性菌寄生，以大肠杆菌为代表的革兰阴性菌是主要的致病

菌。但在近年世界范围内，由于抗生素的滥用，导致许多耐药性条件性致病菌如金葡菌等渐渐成为主要致病菌。并且从单一感染占绝对优势，变为多重感染日渐增加，微生物种类日益扩大。其感染途径有如下几种：逆行感染、血行感染、淋巴感染。最多见的是逆行感染。

(二) 不明原因造成的盆底肌张力过高或痉挛及后尿道压力过高，致使前列腺内尿液返流，造成“化学性前列腺炎”或前列腺痛。同时还可将外来病原体带入前列腺内，引发细菌性前列腺炎。

(三) 全身或局部免疫力下降，前列腺内前列腺抗菌因子(PAF)的含量下降，前列腺局部微环境失调，可致异常免疫应答导致炎症。

(四) 前列腺液排泄不畅，由于解剖上的关系，前列腺外周带的前列腺腺管与尿道成一定角度，不利于分泌物排出，易发生梗阻，使腺体扩张，也易使微生物进入腺体内储留。

(五) 紧张的工作生活或焦虑、抑郁心理，可使全身交感神经易兴奋，前列腺后尿道 α -肾上腺素能受体兴奋性增高。

(六) 性生活过度，使前列腺反复充血、肿胀，或长时间得不到排泄而使前列腺液郁积，腺体扩张前列腺张力增加，敏感性增高。

◆慢性前列腺炎的发生因素有以下几个方面：

(一) 外界致病因素

1. 长时间的性抑制。
2. 性交过度。
3. 手淫过度。
4. 受凉。
5. 长时间坐位工作（如司机、制图、经常骑自行车等）。
6. 便秘。

7. 性交中断法避孕。

8. 病原微生物的作用（可通过泌尿道、血液循环、淋巴管循环所感染），又可分为非特异性感染（如葡萄球菌、链球菌、肠道杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌），特异性感染（如滴虫、结核、淋菌、白色念珠球菌、霉菌等）。

9. 物理的、化学的、机械的因素（如尿道冲洗、器械检查、洗浴等）。

（二）内在因素

1. 男性激素不足。

2. 免疫功能低下。

3. 盆腔、神经、血管、淋巴循环障碍（包括交感、副交感神经）。

4. 其他器官炎症（感染）波及，如尿道炎，精囊炎，精阜炎，直肠炎，膀胱炎等。

（三）行为因素

1. 不及时排尿（憋尿）造成尿液—前列腺液返流。

2. 性活动、性冲动的不规律、方法不当。

3. 饮酒及进食辛辣食品（造成盆腔充血）。

尽管前列腺发生炎症的因素如此之多，然而，临床上医生治疗只攻一点不及其余，单纯强调微生物的作用，把治疗方案定为只攻微生物，但事实上有些微生物在病变的一定过程中已不存在，所以用抗生素已是做无用之功，而忽略了其他因素，致使药不对症，所以久治不愈，不是前列腺难治，而是认识上不对路，所以治疗效果欠佳。

【诊断】

(一) 急性前列腺炎 (临床较少见)

1. 全身症状

一般发病较急，可出现发热、寒战等症状。血常规检查白细胞多增高。

2. 局部症状

(1) 会阴部胀痛不适，小腹隐痛并伴有里急后重、肛门坠胀之感，有些患者可出现腰骶部、耻骨区或腹股沟部牵扯痛，有时容易与输尿管膀胱结石的疼痛相混淆。

(2) 多数患者可出现尿频、尿急、尿痛等症状，严重者可发生终末血尿，尿液中可见白细胞。

(3) 直肠指诊可扪及肿大的前列腺，并且有明显压痛，形成脓肿时可触及波动感。切忌进行前列腺按摩。

(二) 慢性前列腺炎

慢性前列腺炎一般分细菌性、非细菌性和盆腔会阴痛3类。临床表现复杂，症状多不典型。归纳起来可有以下几方面的表现。

1. 疼痛 症状一般不太严重，多呈胀痛或抽痛性质，部位多在腹股沟及会阴部，有时可牵扯睾丸、下腹及腰骶部，相当于肝经所走行的部位。

2. 排尿症状 有的患者可出现轻微的尿频、尿急、尿痛等现象，尿道内可有异常感觉如发痒、灼热或排尿不尽之感，但尿常规化验一般正常。

3. 前列腺溢液 多发生在排尿终末或大用力时，自尿道流出少量乳白色的前列腺液。中医称之为“白浊”或“白淫”。

4. 性功能障碍及神经衰弱症状 由于本病病程较长，患者

思想压力较大，部分病人可出现精神性阳痿、早泄、遗精等现象。有的可出现头晕、耳鸣、失眠多梦、疲乏倦怠、腰酸乏力等神经衰弱症状。

5. 前列腺触诊 可有轻度压痛，表面软硬不均，呈结节状或腺体缩小变硬等异常情况。按摩前列腺，收集分泌物做涂片检查，白细胞每高倍视野在10个以上，或虽少于10个，但有成堆脓球，卵磷脂小体减少。

6. 分段尿及前列腺液作细菌培养加计数（四杯试验是确定为尿路感染还是前列腺感染的关键检查，只查前列腺液不能充分说明问题） 常规消毒尿道口，留初段尿10ml作标本VB1，中段尿10ml作标本VB2，然后按摩前列腺，取得前列腺液作标本EPS，再排尿留10ml作标本VB3。所有标本均做细菌培养加计数。前列腺感染者EPS和VB3的细菌计数高于VB1和VB2。慢性细菌性前列腺炎的特点是有反复发作的菌尿，而且细菌培养有较固定的菌种生长。

7. 尿流动力学检查 有30%的患者有尿流率下降。逼尿肌-外括约肌功能失调的发生率为88.9%。

8. 心理方面的检查 有些患者可能患有轻度的抑郁症。

慢性前列腺炎病因复杂，症状各异，大体上分全身症状、局部症状和功能改变三个大方面的症状。不一定在每一个病人身上全有，可有其中一部分根据疾病类型不同而不一样，各有自己一套症候群。

全身症状有：全身无力、易疲劳，失眠，汗出，神经兴奋性增高等等，喋喋不休地呻吟述说。

局部症状有：前列腺痛、前列腺大小和硬度的变化、前列腺液中的白细胞增高、磷脂小体减少、射精痛、盆腔痛、腰骶部胀痛、腹部下坠感、尿道、会阴、肛门不适或有痒感，感觉异常（尿道蚁走感，生殖器发凉发痒），尿道病理性分泌物，血精，

排尿中断，精阜后尿道变化，精囊变化，直肠痛。

功能变化：早期勃起功能增强，以后勃起减弱、早泄、性高潮不满意，病理性（疼痛）性高潮，性欲降低，爱人自动流产，不育，射精次数变化，精子病理变化（精子减少或畸形精子增多），原发性不育、继发性不育。

【鉴别诊断】

前列腺结核：本病多有泌尿系结核病史，可有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，尿中检查可有白细胞。肛门指诊：前列腺可触及结节，质地稍硬。通过尿集菌试验 24 小时尿找抗酸杆菌，泌尿系造影或前列腺穿刺活检可协助诊断。

前列腺增生症及前列腺癌：结合发病年龄、症状特点和前列腺指诊、超声、CT 等检查不难鉴别。

【辨证施治】

（一）湿热下注证

主症：一般发病较急，会阴、睾丸及小腹部胀痛或刺痛，腰骶部酸痛，可伴有尿频、尿急、尿道灼热症状，小便黄赤，时有便干，口渴喜冷饮。指诊前列腺饱满，压痛较明显，前列腺液较多，细菌培养多阳性，白细胞数增高。严重者全身可伴有发热、寒战，舌红苔黄腻，脉弦滑或数。

治法：宜清热利湿，兼行气活血。

方药：八正散或龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 15 克 黄柏 10 克 栀子 10 克 车前子（包）12 克 川楝子 10 克 赤芍 12 克 丹皮 10 克 茯苓 15 克 甘草梢 6 克，水煎服，每日 1 剂。

加减：大便秘结可加大黄 9 克；阴囊潮湿加萆薢 10 克、苍

术 10 克。

(二) 气滞血瘀证

主症：病程较长，以疼痛为主，痛引少腹、睾丸及下腰部。指诊：前列腺压痛明显，质地不均，大小不等，可触及结节。前列腺液量少或无，细菌培养多阴性。舌质暗，或有瘀斑，苔薄白，脉弦滑或弦紧。

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：前列腺炎汤加减。

丹参 15 克 赤芍 12 克 红花 9 克 王不留行 12 克 炙乳没各 6 克 青皮 10 克 川楝子 10 克 小茴香 10 克 公英 15 克 败酱草 15 克 瞿麦 12 克，水煎服。

(三) 肾阴不足证

主症：多见于中年人，病久多虚，腰膝酸软，五心烦热，失眠多梦，遗精早泄，偶有血精，尿后余沥，茎中作痛。指诊：前列腺不大，压痛较轻，前列腺液少，细菌培养多阴性。舌质红苔薄白，脉细微数。

治法：滋补肾阴，清泄相火。

方药：知柏地黄汤加减。

盐知柏各 10 克 生熟地各 15 克 淮山药 15 克 山萸肉 10 克 茯苓 12 克 泽泻 12 克 王不留行 15 克 丹皮 10 克 川楝子 10 克，水煎服。

加减：遗精早泄严重者加金樱子 10 克、芡实 10 克；血精者加大小蓟各 10 克、地榆炭 9 克。

(四) 肾阳虚衰证

主症：腰酸乏力，萎靡不振，少腹拘急，手足不温，小便频

数，淋漓不尽，甚则阻事不兴，勃起不坚。指诊：前列腺软而稍小，压痛不明显，前列腺液量少，细菌培养多阴性，卵磷脂小体明显减少，白细胞多接近正常。舌质淡胖有齿痕、苔薄白，脉细或弱。

治法：温肾助阳，稍佐行气活血之剂。

方药：济生肾气丸加减

附子9克 肉桂9克 生熟地各15克 丹参15克 山萸肉10克 茯苓15克 丹皮10克 杜仲10克 仙灵脾15克 牛膝10克 车前子10克 乌药10克，水煎服。

加减：阳事不兴酌加巴戟天12克、鹿茸粉1克（冲服）。

值得注意的是：慢性前列腺炎病情复杂多变，虚实夹杂，热瘀互见，往往两种证型以上见症同时出现，故临证中须仔细辨证，切中病机，方能提高疗效。

【西药治疗】

（一）抗生素治疗 TMP - SMZ（每片含TMP0.08g，SMZ0.4g）为首选药物，在前列腺液中能达到较高浓度，抗菌作用明显提高。一般每次1~2片，每日2次，1个月为1疗程。首剂药量可加倍。其他抗生素如氟哌酸、阿奇霉素、先锋霉素、美满霉素、呋喃旦啶、泰利必妥等也可选用。

（二）前列腺周围封闭 0.5%普鲁卡因20ml加入可的松25mg及庆大霉素8万单位，注射于前列腺周围进行封闭治疗。

（三）前列腺段尿道冲洗疗法 将尿道外口常规消毒，应用双囊四腔硅橡胶管插入尿道使前囊平于尿道内口。在橡胶管前囊和后囊中分别注入8ml和4ml空气，使膀胱、后尿道与前尿道的通路关闭，前列腺段尿道成为一个闭合腔。经注药管注入3~4ml配制好的药液反复冲洗前列腺段尿道，每周治疗1次，直至症状消失、细菌培养阴性为止。所配药液系根据细菌培养药敏试

验选用 1~2 种抗生素溶于灭菌生理盐水 30ml 中，并加入氟美松 5mg 摇匀即可。据统计：近期总有效率 86.4%。

【其他疗法】

（一）单方验方

1. 生地 10 克、地榆 10 克、车前草 15 克，水煎服，每日 1 剂。

2. 前列腺炎片

药物组成：鱼腥草 15 克、凤尾草 15 克、土茯苓 15 克、萹薹 12 克、车前草 12 克、漏芦 10 克、益母草 15 克、肉苁蓉 12 克、女贞子 10 克、麦冬 10 克、生甘草 9 克。一般每次 8 片，日服 3 次，1 个月为 1 疗程。

（二）针灸疗法

1. 常用穴位 腰阳关、气海、关元、中极、肾俞、命门穴、志室、三阴交、足三里。以上穴位分组交替使用，隔 1~2 日 1 次，多采用中弱刺激、平补平泻手法，并可配合艾条灸法。

2. 氩-氟激光针灸 刺入式氩-氟激光针灸仪特制激光针内的光导纤维，把激光束引到人体穴位的适当深度，直接刺激穴位或前列腺，临床疗效明显。主要穴位：次髂、白环俞。据资料统计：其显效率明显高于毫针组，可能是由于激光具有强化针刺效果的作用。

（三）按摩疗法

按摩可促使小骨盆部位和腰部郁滞的血液以及淋巴液消散，改善会阴、直肠、肛门、前列腺排泄管肌肉的紧张度，对神经系统起到良好的调节作用，能缓解慢性前列腺炎患者的症状。以自

我按摩为主，主要采用按、揉、擦法。站立时，按摩背部、腰骶部、臀部；仰卧时按摩腹部。一般在早上空腹时，或饭前、饭后2~3小时进行。按摩前应排尽大小便，姿势要舒展，肌肉应放松，呼吸要均匀，按摩时间约持续10~15分钟。

(四) 外治方法

1. 坐浴疗法 中药布包煎汤坐浴或温水坐浴，可促进盆腔血液循环，促使炎症吸收，有较好疗效。一般每晚1次，每次15分钟左右。有条件者每日可进行2次。

常用中药如下：朴硝50克、大黄30克、野菊花15克、血竭9克、苏木9克。

2. 直肠内给药法

(1) 白花蛇舌草30克、黄柏15克、乳没各9克、大黄6克。水煎浓缩成150毫升，行保留灌肠，每晚1次，15次为1疗程。

(2) 野菊花栓，每日2次，每次1枚，塞入肛门内约2.5~3厘米，1个月为1疗程。

(3) 前列栓，每日2次，每次1枚塞肛。

3. 药物离子透入法 选择敏感、广谱的抗生素或中药制剂，以直流感应电动机等仪器经直肠内直流电药物导入治疗慢性前列腺炎，临床疗效满意。每次20分钟，隔日二次，10次为1疗程。所用药物如黄柏提取物、中药煎剂等。

4. 敷贴疗法

(1) 会阴部敷贴法：熏洗坐浴后，以生姜汁调大黄末20克，外敷中极、会阴两穴，局部胶布固定。据统计治疗60例，有效率90%以上。

(2) 脐部敷贴法：先将麝香0.15克填脐，再用白胡椒7粒研末盖在上面，白纸覆盖，胶布固定，7~10天换药1次，10次

为1疗程。

（五）手术方法

经尿道电切术（TUR），Smart与Jenkins报告33例慢性前列腺炎患者行电切除术治疗，治愈率为72%，症状改善为19%。并认为手术效果与切除感染组织是否彻底有关。

（六）理疗

随着科学技术的不断发展，医工结合越来越密切，治疗慢性前列腺炎的物理疗法普遍应用于临床，对于改善症状、提高疗效发挥了很大作用。如：经直肠电动按摩器、CO₂激光综合治疗仪、电磁-红外辐射疗法、音频电疗机、微波、射频治疗仪等等，均有较好疗效。

（七）心理治疗

少数患者可能患有轻度的抑郁症。

【预防与调护】

慢性前列腺炎病情顽固、缠绵难愈，如不注意预防，可直接影响治疗效果，甚至发生反复。

（一）预防感冒着凉 受凉之后，可引起交感神经活动兴奋，使尿道内压增加，前列腺管也因收缩而排泄障碍，产生郁积充血，往往使症状加重或发生反复。

（二）注意饮食 不要过食肥甘厚味、辛辣刺激之品，勿过量吸烟饮酒，喝酒后可引起前列腺充血，使症状加重。

（三）生活要有规律 注意劳逸结合，不要久坐或骑车时间过长，以防影响会阴部血液循环；不要性交中断，强忍精出，应戒除手淫恶习。

（四）积极治疗身体其他部位的慢性感染病灶，如慢性扁桃腺炎、溃疡性结肠炎等。

（五）前列腺按摩时，用力不宜过大，按摩时间不宜过长，按摩次数不宜过频。急性前列腺炎则禁忌按摩。

慢性前列腺炎综合征 临床研究方案指南

李曰庆

慢性前列腺炎综合征是一种好发于青壮年男性，以下尿路刺激症状、盆腔部疼痛及前列腺按摩液异常为主要表现的疾病。并有病因复杂、病情顽固、缠绵难愈、容易复发等特点。临床上主要包括细菌性、非细菌性和盆腔疼痛综合征三种表现。本病属于中医“精浊”、“劳淋”等范畴。

由于本病发病率高，并影响患者的生存质量，中医药治疗又具有一定的特色和优势，所以有关该病的临床研究报告非常多。但是，由于临床研究方案不规范，诊疗标准和中医辨证标准不统一，治疗方法不严谨，统计学处理不科学，且极少应用临床通行的随机、盲法、对照等原则，因而所得结论误差较大，可信度不高，可重复性差。

为了进一步提高临床研究水平，能够多发表一些高水平的文章，结合中药新药研究开发的体会，特制定慢性前列腺炎综合征临床研究方案，以供同道在临床研究过程中参考，并提出修改意见以进一步完善。

一、病例选择

(一) 诊断标准

1. 西医诊断标准

参照新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医外科学》

(第7版)及吴阶平主编的《泌尿外科学》(第1版)诊断标准制定。

(1) 症状：分为两类。一为下尿路刺激症状，二为炎性反应或反射性疼痛症状。表现为不同程度的尿频、尿急、尿痛，尿不尽感，尿道灼热，于晨起、尿末或大便时尿道偶有少量白色分泌物流出，会阴部、外生殖器区、下腹部、腰骶及肛门周围坠胀、疼痛。

(2) 前列腺触诊：质地：腺体饱满，或软硬不均，或有结节，或质地较韧。压痛：可有局限性压痛。大小：可增大、正常或缩小。

(3) 前列腺液(EPS)镜检：WBC ≥ 10 个/HP；卵磷脂小体减少或消失。

(4) 精液检查：若前列腺液不能取得时，可取精液检查。但应以瑞-姬染色镜检为准，白细胞计数 $> 1 \times 10^6 / \text{ml}$ 为异常。

(5) EPS 细菌培养：细菌培养阳性，结合有尿路感染史、反复细菌培养为同一致病菌者，可诊断为细菌性前列腺炎；细菌培养阴性者诊断为非细菌性前列腺炎。

(6) Stamey 四杯法试验：住院患者应行 Stamey 四杯法试验以确诊慢性前列腺炎并鉴别细菌性和非细菌性前列腺炎。根据 EPS 或 VB3 和 VB1 比较，至少有 1 个对数以上的差别者可诊断为前列腺炎。VB1 的菌数比 VB3 多时可考虑是前尿道的感染，VB1 和 VB3 菌数均少者，以 EPS 结果确诊。EPS 取不到时，将 VB3 的结果乘以 100，即为 EPS 值。

(7) 超声波检查：①声像图明显异常：表现为前列腺大小正常或缩小，内部回声强弱不均，可见增强的光斑及结节回声，被膜回声增强、增厚、粗糙；②声像图轻度异常：表现为前列腺大小正常或稍增大，其内部回声稍强或稍弱，被膜回声欠清晰。

凡具备(1)和(2)、(3)中任何一项即可确诊。(4)、

(5)、(6)、(7)项需要时可选做。

2. 中医证候辨证标准

(1) 证候

① 湿热下注证

主症：尿频；尿急；尿痛。

次症：尿道灼热；尿道白浊；阴囊潮湿；尿后滴沥；舌红苔黄或黄腻，脉滑。

具备主症1项及次症2项者，即辨证成立。

② 气滞血瘀证

主症：会阴部、外生殖器区、下腹部、腰骶及肛门周围坠胀；或以上部位疼痛。

次症：尿后滴沥；尿痛；舌质黯或有瘀点瘀斑、脉弦或涩。

具备主症1项及次症2项者，即辨证成立。

③ 肝肾阴虚证

主症：腰膝酸痛；五心烦热；头晕眼花。

次症：小便短赤；遗精，或早泄；舌红少苔，脉沉细。

具备主症1项及次症2项者，即辨证成立。

④ 脾肾阳虚证

主症：畏寒肢冷；腰膝酸痛。

次症：尿后滴沥；精神萎靡；阳痿，或早泄；舌淡胖苔薄白，脉沉迟。

具备主症1项及次症2项者，即辨证成立。

(2) 症状分级量化标准

症状分轻、中、重三个级别。

尿频

轻：小便次数增加，夜尿2次；中：小便次数增加，夜尿3~4次；

重：小便次数增加，夜尿5次以上。

尿急

轻：小便急迫，可忍耐；中：小便急迫，仅可忍耐片刻；重：小便急迫，迫不及待。

尿痛

轻：小便时尿道隐隐作痛，不影响排尿；中：小便时尿道痛较重，排尿不爽；重：小便时尿道疼痛明显。

会阴部等局部坠胀、疼痛

轻：偶尔出现坠胀、疼痛；中：间断出现，时轻时重；重：持续出现，难以忍受。

腰膝酸痛

轻：晨起腰膝酸痛，活动后可止；中：腰膝酸痛持续；重：腰膝酸痛难忍。

五心烦热

轻：手足心发热，偶有心烦；中：手足心发热，欲露衣被外，时有心烦；重：手足心发烫，欲持冷物，心烦不宁。

头晕眼花

轻：头晕眼花轻微，偶尔发生，不影响活动及工作；中：头晕眼花较重，活动时出现，休息可安；重：头晕眼花重，影响活动及工作。

畏寒肢冷

轻：手足有时怕冷，不影响生活；中：经常四肢怕冷，比一般人明显，夜晚出现；重：全身明显怕冷，穿衣较常人差一季节。

尿后滴沥

轻：偶有，轻微；中：间断，较明显；重：持续，常湿裤。

尿道灼热

轻：感觉轻微；中：感觉明显，但可忍受；重：感觉明显，难以忍受。

尿道白浊

轻：偶尔出现；中：间断出现；重：持续出现。

阴囊潮湿

轻：微感潮湿；中：潮湿明显；重：潮湿汗多。

小便短赤

轻：尿少色稍黄；中：尿深黄而少；重：尿黄赤不利。

精神萎靡

轻：精神欠佳，缺乏生机；中：精神不振，两目无神，少气懒言；重：精神萎靡，终日少气懒言，行动缓慢无力。

为了便于临床操作和统计，上述症状可根据轻重不同而定出一定分值。

舌脉：具体描述，不记分。

（二）纳入标准

1. 符合西医诊断标准。
2. 符合中医证候辨证标准。

（三）排除标准

1. 急性前列腺炎。
2. 良性前列腺增生症、前列腺癌、尿道畸形或狭窄及严重神经官能症患者。
3. 以局部疼痛为主要表现的患者，应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变，如输尿管结石、膀胱结石、腹股沟疝、耻骨炎、精索静脉曲张、附睾炎、直肠结肠疾病、腰背肌筋膜炎等。
4. 合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病，过敏体质或对多种药物过敏者。
5. 无法合作者，如精神病患者。

二、观测指标

(一) 安全性观测

1. 一般体检项目检查。
2. 血、尿、便常规。
3. 心电图、肝功能、肾功能。
4. 可能出现的不良反应，包括不良反应的临床表现，检测指标异常、严重程度、消除方法等。

(二) 疗效性观测

1. 主要相关症状：包括相关的症状、体征、舌象、脉象，其程度用记分法表示，于治疗前及治疗后每 2 周观察记录 1 次。
 2. 前列腺触诊：于治疗前及治疗后各检查记录 1 次。
 3. 前列腺液（EPS）镜检：于治疗前及治疗结束后各检查记录 1 次。
 4. 特殊检查：包括 EPS - Zn、EPS - PH、EPS - IgA/IgG、EPS 细菌培养、EPS 衣原体检查、EPS 支原体检查、精液检查、超声波检查等，有条件者选作，于治疗前及治疗结束后各检查记录 1 次。
- 1、2、3 项必做，第 4 项可根据情况选作。

三、临床研究方法要点

1. 关于临床研究方法中的随机盲法、给药方案、合并用药、可比性项目的研究、试验质量控制、不良反应观察、随访方案等应按照有关要求进行设计和执行。
2. 疗程一般为 1 个月。
3. 本病复发率较高，应对临床控制的病例进行随访，为期 3

个月，观察其复发率。

四、疗效评价

(一) 疾病疗效判定标准

临床控制：

- (1) 临床症状积分减少 $\geq 95\%$ 。
- (2) 前列腺压痛消失，质地正常或接近正常。
- (3) EPS 检查正常。

显效：

- (1) 临床症状积分减少 $\geq 60\%$ 。
- (2) 前列腺压痛及质地均有明显改善。
- (3) EPS 检查 WBC 计数较治疗前减少 $\geq 60\%$ 。

有效：

- (1) 临床症状积分减少 $\geq 30\%$ 。
- (2) 前列腺压痛及质地均有所改善。
- (3) EPS 检查 WBC 计数较治疗前减少 $\geq 30\%$ 。

无效：

- (1) 临床症状积分减少 $< 30\%$ 或无变化。
- (2) 前列腺压痛及质地均无改善。
- (3) EPS 检查 WBC 计数较治疗前减少 $< 30\%$ 或无变化。

(二) 证候疗效判定标准

临床痊愈：中医临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。

显效：中医临床症状、体征明显改善，证候积分减少 $\geq 60\%$ 。

有效：中医临床症状、体征均有好转，证候积分减少

≥30%。

无效：中医临床症状、体征均无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足30%。

注：计算公式（尼莫地平法）：【（治疗前积分 - 治疗后积分）÷治疗前积分】×100%。

（三）主要症状的疗效评价

主要进行对会阴部等部位坠胀、疼痛的疗效分析。

（四）主要检测指标的疗效评价

主要进行对 EPS 检查 WBC 计数的疗效分析。

李 遇 春



李遇春，男，1941年9月出生，宁夏医学院中医学院中医内科主任医师，1966年毕业于北京中医学院中医专业，现任中国针灸学会宁夏分会会长，是全国第三批名老中医带徒指导老师。

从事中医临床、教学、科研工作39年，有深厚的中医理论基础和丰富的临床经验，对张仲景学说有深入的研究。在治疗中医内、儿、妇科疾病方面积累了较丰富的临床经验，长期的教学、科研工作，使其理论与实践密切结合，故临床疗效较好，尤其擅用《金匱》方剂及针、药结合治疗各种疑难病，对治疗消化系统疾病、脱发、美尼尔氏综合征及小儿咳喘、泄泻有独到之处。共撰写论文、参编医药专著多篇（部），总字数达40余万字。

学习“辛开苦降”法心得

李遇春

摘要 辛开苦降法是常用的中医治疗方法，本文从辛开苦降法的概念及源流、用药特点及病理基础等方面进行了探讨。还对张仲景所著《伤寒论》《金匱要略》中辛开苦降诸方的用药规律进行了简要的分析。并略举了辛开苦降法的现代临床应用。

关键词 辛开苦降 胃肠疾病/中医药疗法 张仲景学说

“辛开苦降”法是中医一种常用的、独特的治疗法则，被广泛运用于临床，用本法治疗多种疾病取得了满意的疗效。笔者在广泛学习中医有关“辛开苦降”的文献后对本法颇有心得，特总结如下，敬请同道斧正。

1. “辛开苦降”法概念及源流

“辛开苦降”法又称“辛苦通降”法，属中医治疗八法中的“和法”范畴，是将辛热（温）和苦寒（凉）两种药性截然相反的药物配伍使用，同组一方（不应错误地理解为方中仅有辛热<温>和苦寒<凉>药，还可配用其他性味药物，如甘味药等），起到平调寒热，燮理阴阳，调畅气机的作用，用以治疗脏腑功能失调，寒热错杂，气机逆乱，升降失常的病证。

本法肇源于《内经》，广泛应用于东汉·张仲景的《伤寒论》《金匱要略》中，后世（尤其是温病各大家，如清代叶天士）又多有发挥。

对于寒热错杂之证，《灵枢·师传篇》就早有记载：“胃中寒，肠中热则胀而且泄；胃中热，肠中寒则疾饥，小腹痛胀”，有“胃欲寒饮，肠欲热饮”^{〔1〕}两逆的特点，则可能形成寒热错杂的病证。对于寒热错杂的病证，应当并用寒药、热药组成方剂

来治疗。《神农本草经》中早就提出“药有阴阳配合”，关于药性已有明确论述，指出“药有酸、咸、甘、苦、辛五味，又有寒、热、温、凉四气”，“疗寒以热药，疗热以寒药”¹。对于药性，《素问·至真要大论》提出了“气味辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴”²，明确指出辛味药属阳药，具有发散、升阳的作用；苦味药为阴药，有清热、下泄作用。同时《素问·至真要大论》还提出了“逆者正治”的方法，即“寒者热之，热者寒之”。虽未明确指出寒热错杂证如何用药，但我们可以理解为：可熔寒、热药于一炉，即寒、热药并用，为治疗寒热错杂证的正治之法。

至东汉张仲景著《伤寒杂病论》，对寒热错杂，虚实互见，升降失常的病证，遵《内经》之旨，在总结前人经验的基础上，又经过自己不断实践，合辛热（温）药与苦寒（凉）药于一剂，创造了很多著名的辛开苦降法方剂，如半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤、附子泻心汤（附子、大黄、黄连、黄芩）、黄芩加半夏生姜汤（黄芩、芍药、甘草、大枣、半夏、生姜）、干姜黄连黄芩人参汤、黄连汤（黄连、干姜、半夏、桂枝、人参、甘草、大枣）、栀子干姜汤、乌梅丸（细辛、蜀椒、桂枝、附子、干姜、黄连、黄柏、人参、当归、乌梅）、大黄附子细辛汤等。其中半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤三方均可称为辛开苦降法的代表方剂。

后世对辛开苦降法略有发挥。元代朱丹溪以辛热之吴茱萸与苦寒之黄连带1：6比例相配，制成著名的方剂—左金丸，用于治疗肝郁化火，胃失和降肺助胀痛，呕吐吞酸，嘈杂暖气等症，效果可靠，一直沿用至今。对辛开苦降法应用与体会最多的当属清代温病大家叶天士，叶氏受戴元礼“诸泻心方取湿热最当”的启发，认为湿为阴邪，非辛热不能宣通；热为阳邪，非苦寒不能清解，故临证每用辛开苦降之法灵活变通，随证加减，取黄

芩、黄连清降邪热，用生（干）姜、半夏温通化湿，配合它药广泛用于湿热阻结中焦的多种病证。在治疗噤口痢时叶氏最常用泻心法，如《临证指南医案》云：“最危险者莫如噤口痢……先生又借用半夏泻心汤，减去守中之品，取补以运之，辛以开之，苦以降之，与病情尤为允协。”^[4]其他温病学家如吴鞠通、王孟英等亦多有运用此法治疗湿热中阻病证之范例。如吴鞠通用半夏泻心汤去人参、干姜、大枣、甘草加枳实、杏仁治“阳明暑温，脉滑数，不食，不饥，不便，浊痰凝聚，心下痞者”；用半夏泻心汤去人参、干姜、大枣、甘草加枳实、生姜治“阳明湿温……呕甚而痞者”^[5]，为灵活运用仲景方、擅用辛开苦降法治温病之佼佼者。王孟英创名方王氏连朴饮，将苦寒药黄连、梔子与辛温药半夏同用，治霍乱湿热阻于胃肠者效果卓著。

近现代辛开苦降法得到广泛应用，笔者将在下面予以介绍。

2. 辛开苦降法的用药特点及病理基础

辛开苦降法必须选用辛热（温）和苦寒（凉）两种药性截然相反的药物配伍。传统上多认为仅指半夏泻心汤中所用的干姜、半夏与黄芩、黄连的配伍，笔者认为不应局限于《伤寒论》的认识，应在更广泛的范畴内理解与认识辛开苦降法，生（干）姜、半夏、橘皮、桂枝、细辛、麻黄……均应在辛热（温）药候选之列，黄芩、黄连、黄柏、梔子、龙胆草、板蓝根、苦参、蒲公英、败酱草……均应在苦寒（凉）药候选之列。虽然可以仅以辛热（温）和苦寒（凉）两种药物组方（如左金丸），但决不应理解为方中仅有辛热（温）和苦寒（凉）两种药物，根据病证亦可选用其他性味药物，如半夏泻心汤中的甘草、人参、大枣等甘味药，乌梅丸中的乌梅等酸味药。此外枳壳（实）味辛、苦，性寒，辛能开，苦能降，亦为辛开苦降的常用药物。

疗寒以热，疗热以寒，此为正治之法。而辛开苦降法则是把寒与热、辛与苦两种性味截然相反的药物配伍于一个处方中，产

生的是原来辛热（温）药和苦寒（凉）药单独使用均不具备的一种新的整体功能，拓展了辛热（温）药和苦寒（凉）药的主治范围。历代医家均认为辛味药一般具有开发行散的功能，而苦味药则具有降泄通利作用，寒凉药有清热作用，而温热药有温经散寒作用。辛热（温）药属阳药而苦寒（凉）药属阴药，二者熔为一炉，其作用有二：一是可以用来治疗寒热错杂证。中医认为人体若要健康，必须“阴平阳秘”，即阴阳要处于一种动态的平衡状态，如果这种“平秘”状态打破了，阴阳不燮则会出现寒证或热证，即“阳盛则热，阴盛则寒”。这种寒证、热证可能是单纯的、全身一致的寒或热，也可能是寒热错杂证，即全身热局部寒，上热下寒，外热内寒，某一（或数）个脏腑热而另一（或数）个脏腑寒……。对于这种复杂证候单用寒药或热药都是不行的，因用热碍寒，用寒碍热。必须将寒热药适当配伍，同处一方，才可达到平调寒热的目的。二是具有调畅全身气机的作用。气是人体的一种不断运动着的具有很强活力的精微物质。气的运动称为气机。《灵枢·脉度》曰：“气不得无行也，如水之流……其流溢之气内溉脏腑，外濡腠理”^[6]。气的运动最基本形式是升、降、出、入，也可以说升、降、出、入是人体生命活动的主要形式。《素问·六微旨大论》曰：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入则无以生、长、壮、老、已，非升降则无以生、长、化、收、藏，是以升降出入无器不有”^[7]。在下之气不可一刻而不升，在上之气不可一刻而不降，一刻不升则清气下陷，一刻不降则浊气上逆。不同性味的药物对于气的运动是有不同的影响。辛热（温）药属阳，有升散阳气，开发腠理的作用，而苦寒（凉）药属阴，有清解通降，沉敛下行作用。辛热（温）和苦寒（凉）两种不同药性的药物相配，则能调畅气机，使升降得宜，气化复常。这里我们还要说明的是，中焦的斡旋功能在气的升降运动过程具有举足轻重作用，这也可以理解为

什么张仲景在半夏泻心汤等辛开苦降方中常配伍人参、甘草、大枣的原因。

3. 张仲景辛开苦降名方举例

医圣张仲景在他所著的《伤寒杂病论》中创制了很多著名的辛开苦降方剂，现简略举例如下，并试图通过张仲景方的分析，找出辛开苦降诸方的配伍规律：

(1) 半夏泻心汤（半夏半升，黄芩、干姜、甘草炙、人参各3两，黄连1两，大枣12枚，水煎服）：治“伤寒五六日，呕而发热者柴胡汤证具而以他药下之……，若心下满而不痛者此为痞”者或“呕而肠鸣，心下痞”者。

(2) 生姜泻心汤（生姜4两、半夏半升，黄芩、甘草炙、人参各3两，黄连、干姜各1两，大枣12枚，水煎服）：本方治“伤寒汗出，解之后，胃中不和，心下痞硬，干噎食臭，胁下有水气，腹中雷鸣下利者”。

(3) 甘草泻心汤（甘草炙4两，半夏半升，黄芩、干姜、人参各3两，黄连1两，大枣12枚，水煎服）：治“伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕，心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚”者或狐惑病“蚀于上部则声喝”者（《伤寒论》中本方无人参而《金匮要略》中本方有人参，今从《金匮要略》）。

这三个泻心汤方剂组成、主治病证大同小异。三方均以痞为主证，病位在胃，多因误下而成。用承气类寒下之后损伤脾胃之阳而生寒，外邪内陷而为热，以致寒热错杂互结于中焦，脾胃升降失职，导致气机痞塞，遂见心下“满而不痛”的痞证。故以辛温的半夏，配以辛热（温）干（生）姜祛寒而散结。用苦寒的黄芩、黄连泄热而和胃。用人参、甘草、大枣甘温药坐镇中州，补脾益胃，以复其升降之职，诸药相合辛开苦降，寒温并用，阴阳双调，祛邪益虚，共奏和中降逆消痞之功，为辛开苦降

法的代表方剂。半夏泻心汤证因呕最为突出，故以擅治呕吐的半夏为君，目的在于止呕；生姜泻心汤证因以干噎食臭，胁下有水气最为突出，故减干姜之量，加生姜，目的在于宣散水气；甘草泻心汤证以下利最为突出，故加重甘草，以之为君，目的在于甘缓补虚，这又是三方同中之异。

(4) 附子泻心汤（大黄2两酒浸，黄连炒、黄芩炒各1两，附子1枚，去皮，别煮取汁，水煎服）：治“心下痞而复恶寒汗出者”。此证因痞兼恶寒汗出，是邪热在里又兼表阳虚衰，未见呕利，故方中不用姜夏而用附子之辛热以回阳。

(5) 黄芩加半夏生姜汤（黄芩3两，芍药2两，甘草2两，炙，大枣12枚，擘，半夏半升，洗，生姜1两半，水煎服）：治下利而呕或干呕者。方中生姜、半夏与黄芩辛苦合用，寒温并施，脾气升则泻利止，胃气降则呕恶除。

(6) 干姜黄连黄芩人参汤（干姜、黄芩、黄连、人参各3两，水煎服）：“伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下，若食入中即吐”本方主之。上热则胃气不降而呕吐，下寒则脾气不升故下利，寒格热于上则吐，故曰寒格。用辛开苦降，寒温同调之法，方中芩、连苦寒清热，热清则胃气降，干姜辛热，以祛下寒，寒去则脾气升，可使寒热互格之势得以解除。

(7) 黄连汤（黄连3两，甘草3两，炙，干姜3两，桂枝3两，去皮，人参2两，半夏半升，洗，大枣12枚，擘，水煎服）：“伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者”本方主之。本方即半夏泻心汤去黄芩加桂枝而成，亦为治疗热邪在上（胸），寒邪在下（胃）之寒热错杂证，方亦属辛开苦降之剂。用苦寒之黄连清在上之热，辛热之干姜温在下之寒，辛温之半夏降逆止呕，辛温之桂枝宣通升散。

(8) 梔子干姜汤（梔子14个，擘，干姜2两，水煎服）：治“伤寒，医以丸药大下之，身热不去，微烦者”。大下之后必

损中阳，同时外邪亦乘机内陷，郁热留扰胸膈，上热下寒之证成矣。用苦寒的栀子清热除烦，以撤在上之热，干姜辛热温脾散寒，以祛在中之寒。二药相反相成，寒去热清，烦热去而中阳复。

(9) 乌梅丸（乌梅 300 个，细辛 6 两，干姜 10 两，黄连 1 斤，当归 4 两，附子 6 两，炮，去皮，蜀椒 4 两，出汗，桂枝 6 两，去皮，人参 6 两，黄柏 6 两，米饭为丸）：治蛔厥、久利。由于疏泄不利，气机不调，以致寒热格拒，上热下寒，阴阳气不相顺接则肢厥，进而影响脾胃不和，升降失常，呕吐下利。故用桂枝、附子、干姜、蜀椒、细辛等味辛性热（温）之品温经通阳以制其寒，用黄芩、黄连苦寒之品泻热于下。辛开苦降法配合方中味酸的乌梅、味甘的人参、当归等其他药物更有利于安蛔、驱蛔。

(10) 大黄附子汤（大黄 3 两，附子 3 枚，炮，细辛 2 两，水煎服）：治“胁下偏痛，发热，其脉弦紧”者。本证属寒实内结，用苦寒的大黄仅可去其实而不能祛其寒，用辛热的附子、细辛仅能祛其寒而不能荡其积。本方辛开苦降，寒热并用，则可收到寒祛、积荡，便通、热除、痛止之目的。

4. 辛开苦降法现代临床应用举例

现代用辛开苦降法治疗各种寒热错杂，升降失常，虚实互见的病证取得了显著效果，现简述如下：

(1) 胃及十二指肠溃疡

用半夏泻心汤加减治疗胃及十二指肠溃疡有效。方用半夏、黄芩、党参各 10g，黄连、甘草各 6g，干姜 5g，海螵蛸 12g，煅瓦楞子 30g，水煎服。胃痛遇冷加重者重用干姜，胃脘灼热疼痛者加重芩、连并酌加大黄，病久入络有瘀血者加蒲黄、五灵脂、元胡。

(2) 胃肠型感冒

胃肠型感冒，证见恶寒发热，脘腹疼痛，呕吐或下利。方用黄连汤〔《伤寒论》方，见本文（7）〕。上热盛者加连翘，下寒盛者加附子，有宿食见暖腐吞酸、纳呆者加焦三仙。

(3) 慢性萎缩性胃炎癌前病变

慢性萎缩性胃炎属中医的“胃痛”，伴有中、重度肠化不典型增生被视为癌前病变。治疗此病可用半夏泻心汤合香苏饮加减。方用党参 15g，半夏、黄芩、香附、苏梗、陈皮各 10g，黄连、甘草各 6g，干姜 3g，大枣 5 枚，水煎服。胃镜下胃黏膜灰白，黏膜下血管透见加当归、赤芍、三七，胃痛甚加元胡、白芍，胀满加香橡皮、枳壳、木香。

(4) 胆汁返流性胃炎

胆汁返流性胃炎是含有胆汁的十二指肠液返流入胃，刺激胃黏膜引起的一种病变。治疗此病可用半夏泻心汤合小陷胸汤加减。方用半夏、炙枇杷叶各 12g，黄芩、黄连、干姜、陈皮、白芍、元胡各 10g，党参、茯苓各 15g，瓜蒌、枳壳各 30g，木香、砂仁各 9g，甘草 6g，水煎服。暖气泛酸较重加煅瓦楞子、乌贼骨，肝气不舒加柴胡、香附、木香、佛手。

(5) 贲门癌术后返流性食管炎

贲门癌根治术后多数患者可出现呕吐频作，不思饮食等返流性食管炎症状，用半夏泻心汤加减治疗有较好疗效。方用半夏、黄连、黄芩、甘草各 10g，干姜 6g，青皮、陈皮各 20g，大枣 5 枚，水煎服。返酸加吴茱萸、煅瓦楞子，呕吐、暖气加代赭石、旋覆花，胃痛加白芍、元胡、川楝子。

(6) 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是非特异性的炎症性肠病。主要表现为肠黏膜的糜烂、溃疡。症状以腹痛，腹泻，里急后重，下利脓血为主。方用黄连 6g，秦皮 15g，白头翁 15g，干姜 8g，半夏 10g，党参

15g，白术 20g，茯苓 12g，甘草 6g。湿热盛加黄芩、栀子；寒盛加附子、肉桂；腹痛剧加元胡；黏液血便加马齿苋；脓血便加生苡仁、败酱草、赤芍。

(7) 慢性结肠炎

用半夏泻心汤保留灌肠治疗慢性结肠炎，方用制半夏、黄芩、黄连、干姜、生甘草各 10g，黄芪 15g，每日 1 剂，水煎取 200ml，保留灌肠，每日 1 次，15 日为 1 疗程，并用补中益气汤加味水煎服。用乌梅丸汤剂灌肠治疗慢性腹泻，按经典用药剂量，煎药 2 次，浓缩为 200ml，早晚各用 100ml 保留灌肠。

(8) 肠易激综合征

用半夏泻心汤加减治疗肠易激综合征，方用制半夏、黄芩、炮姜、陈皮各 10g，黄连 3~5g，党参 20g，甘草 3g。大便黏液多加马齿苋；脾虚加焦白术、茯苓；轻度里急后重或气滞加木香、大腹皮、莱菔子。日 1 剂，水煎服，15 日为 1 疗程。

(9) 手术后肠粘连腹痛

当归四逆汤加大黄治疗手术后肠粘连腹痛。方用当归、白芍各 30g，细辛 8g，桂枝 10g，通草 5g，炙甘草 15g，酒大黄 10~15g，加水 800ml 煎至 300ml 左右，每次 50ml，每天服 5~6 次，5 日为 1 疗程。腹痛控制后，可继续服 2~3 个疗程。

(10) 非溃疡性消化不良

用半夏泻心汤治疗顽固性非溃疡性消化不良症，方用：人参（党参）、半夏、黄连、黄芩、大黄、炙甘草、生姜、大枣。上药常规量，加水 500 ml，文火煎至 200ml，100ml/次，日 2 次，饭前半小时口服，14 日为 1 疗程。治疗后胃蠕动频率、幅度，胃半排空时间均显著改善。

(11) 急性肾炎出现急性肾功能不全

急性肾炎出现急性肾功能不全可见尿少或无尿，食欲不振，恶心呕吐，口中有尿臭味，用生姜泻心汤治疗有效。方用生姜、

半夏各 15g，黄连 6g，黄芩 10g，干姜 5g，党参 15g，甘草 6g，大枣 5 枚。呕吐纳呆甚加紫苏、砂仁；尿少加车前子、茯苓、猪苓。

参考文献

1. 灵枢经. 北京：人民卫生出版社，1956；64
2. 清·顾观光重辑. 神农本草经. 北京：人民卫生出版社，1955；17~19
3. 南京中医学院医经教研组. 黄帝内经素问译释. 上海：上海科学技术出版社，1959；617
4. 清·叶天士. 临证指南医案. 上海：上海科学技术出版社，1959；501
5. 清·吴鞠通. 温病条辨. 上海：中华书局，1955；120~152
6. 灵枢经. 北京：人民卫生出版社，1956；48
7. 南京中医学院医经教研组. 黄帝内经素问译释. 上海：上海科学技术出版社，1959；454

卢化平



卢化平，男，1944年4月出生，河南省焦作市人，1966年毕业于宁夏中医学校中医学徒班。从事中医临床、教学、科研工作40年，曾任宁夏银川市中医医院中医药研究中心副主任、业务副院长。现任银川市中医医院中医内科主任医师，中华中医药学会理事，中华中医药学会内科分会委员，中国中西医结合研究会活血化瘀专业委员会委员，宁夏中医药学会副会长，宁夏药监局审评委员会委员，2002年被国家确定为全国第三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。他多年来重视中医经典著作的学习和在临床的灵活运用，对《内经》《伤寒论》《金匱要略》及李东垣、张景岳、叶香岩等学术思想学有所得。善于调理，擅长治疗内科杂病及疑难杂症。在咳喘、胃病、不寐、胸痹、心悸、肿胀、虚损、温病、喉痹等病的治疗上积累了较丰富的经验。作为主要研究人员参与国家“七五”攻关课题并于1991年获国家中医药管理局科技进步三等奖。为“十五”国家科技攻关计划项目“名老中医学术思想、经验传承研究”课题研究对象。作为主要成员研制的中药三类新药“海丹胶囊”已获国家新药证书并投入生产。《冠心病证之现代研究》编委，在国内中医核心期刊发表论文5篇。

从病例谈杂病证治

卢化平

一、何谓杂病

中医历来是以治疗杂病为特长和特色的，论其历史，则源远流长。杂病之名，最早见于《内经·灵枢·杂病第二十六》内列厥、心痛、嗝干、喉痹、疟疾、齿痛、聋、衄、膝中痛、腰痛、腹满、颠痛、痿厥、项痛、腹痛等十几种疾病，虽与内经所论三百余种病候相比，仅占很少一部分，但为最早称其为杂病者。其后如张仲景著《伤寒杂病论》，被后世医家编次为《伤寒论》与《金匱要略》两部分，《金匱要略》就专论杂病证治。后世许多医著以杂病为名，如沈金鳌的《杂病源流犀烛》，王肯堂的《杂病证治准绳》，张景岳的《景岳全书·杂证谟》，吴谦《医宗金鉴·杂病心法要诀》及口人丹波元坚《杂病广要》，都是有较大影响的专著，多以介绍内科杂病为主。历代医学大家，无不是治疗各科杂病的高手。综上所述，可见杂病之说一是指疾病之多而繁杂而言；二是言其病情复杂，或诊断疑难，或治疗棘手，或久治不愈，或病状罕见者；三是除外感热病（伤寒、温病）及各科有系统规律可循的，或以手术、手法及特殊方法治疗的疾病之外的其他疾病；人无分男女老幼，病不论轻重缓急，皆可归入杂病范畴。也就是说杂病跨越分科，以内科为主，兼顾其他各科疾病。也包括目前所称的疑难病、难治病、久治不愈病、奇难杂症、疑难杂病等在内。为此称治疗杂病者亦有时遭人讥讽，但依我看来，这颇有些现代全科医学的味道，也最能体现和反映中医之特色和精髓。

二、医案举例

(一) 发热

患儿某，男，11个月。1969年8月11日。患儿因高热、咳嗽、喘息，门诊以肺炎收入儿科住院治疗，经用抗生素静滴三日，咳喘稍减，但高热不退，仍在39.5℃左右。主管医生甚为不安，知安宫牛黄丸可退高热，遂与之服用。每次半丸，每日两次，连服三日。高热不但未退，反增饮、食即泻，完谷不化，食乳则泻下如乳汁样便，服药则泻下棕褐色药汁或清水中夹有药物颗粒，饮水即泻下清水，遂请中医科会诊。见患儿面色赭白，闭目蹇卧于母亲怀中，诊时不哭不闹，抚之腹软，肌肤尚温，但不热，手脚发凉，舌质淡白苔少。观此患儿脉证，显系过用寒凉，阳气大伤，阴寒内盛，虚阳浮越之证，为今之计唯有回阳救逆、益气固脱之法可用，急用参附龙牡汤加味：红参5g、制附子5g、干姜3g、茯苓5g、生龙骨10g、生牡蛎10g、炙甘草3g开水急煎，取汁100ml，每隔1小时服10ml，至晚服下60ml，儿科诸位医师均以高热不用清热而用大量温补药为不解，但甚为配合。患儿初服药时仍便下药汁，但至晚服下之药汁及乳汁均已不随即便下，体温已降至38.4℃。第二天上午又会诊，测体温38℃，患儿面色转润，手足已温，早晨一次稀便，精神较前大为好转，诊时已不如昨日安静，舌质转为淡红，嘱原方再服一剂。至第三日体温已正常，为37℃，神情活泼，嬉戏如常，诸证均已好转。又观察一日出院。

按语：该例病人患肺炎喘嗽，伴有高热，原属实热证，但小儿稚阴稚阳之体，不耐寒热，医者不辨其证，只认为安宫牛黄丸可清热退烧，而大量使用。过用寒凉，致该患儿阳气大伤，阴寒内盛而见下利完谷不化，格阳于外而仍是高热不退，治疗颇为棘

手。虽有高热，但患儿洞泄不已，后天来源断绝，四肢逆冷，浮越之阳不回，势必阴阳离绝。选用参附龙牡回阳救逆势在必行，因其无汗，故选用生龙牡以“镇摄飞越之阳气，戢敛簸摇之阴气”（岳美中），安阳以归阴；洞泄不止，增干姜、茯苓温脾阳，利水止泄。服后阳回阴敛，阴阳谐和，身热得退。临证见发热病人，需分恶寒发热，五心烦躁，往来寒热，但热不寒、壮热、潮热、微热等，辨析之法不可谓不全。然亦有未网络其中者，如本案之发热，《中医症状鉴别诊断学》列入身热肢寒类，验之实际，亦有身热不甚者；该书将气虚发热列入潮热证，并称之为脾胃气虚潮热，但临床所见气虚发热并非都是潮热，也不都是该书所谓气虚发热以低热为主，故为医者除好学外，尚须深思，尤须结合临床深思，切不可死守书本，对号入座，乃至觉“无方可用”。

（二）关格

某男，87岁，1995年8月7日。平素除大便三四日一次，需服润下通便药外，别无他苦，5日前中午即觉脘腹饱满而不欲食，后则觉腹中隐隐作痛且胀，疑因大便不通故也，自服芦荟胶囊，便不通，腹乃胀，且愈来愈甚，家人下班将其送往医院。查其腹稍膨隆，按之软，无明确压痛点，叩之无移动性浊音，肝脾未及，初疑为肠梗阻，拍腹部平片亦未见有液平，先予服木香顺气丸，并行肛管排气，肥皂水灌肠，均未奏效，腹胀更甚，只愿斜倚床沿站立地上，卧床则胸满气促。晚11时拍腹部平片可见右侧升结肠有液平，气泡，诊为肠梗阻，因梗阻部位较高，在回盲段或小肠，是否因肿物压迫，或肠扭转？但腹片未见异常，仔细追问病史，知其就诊时已三日未便，早餐进食一袋莲子糊，何以梗阻？难以解释。只好在急诊科继续观察，因此时腹胀甚，呼吸喘促，且小便亦点滴难下，因而予以吸氧、导尿，静脉滴注抗

生素，并补充能量、电解质、氨基酸等维持。每日两次保留灌肠，再予胃肠减压，冀其梗阻能通。至第三日仍无点滴效果，且症状愈加重笃。请外院外科专家会诊，以期手术治疗。但会诊后认为年事已高，且目前血压也高，平素血压110/70mmHg，现竟达190/130mmHg，静滴硝普钠等亦不能降下，目前不宜手术，建议保守治疗。除现行对症处理外，可从胃管注入石蜡油，每次10~20ml，一日3次，看能否奏效。如此二日，仍不见通。患者昼夜烦满不安，不时将插管拔除，治疗颇为棘手。如此下去，何时可愈？此时家人决意中医加入治疗，我视病人，虽已5日不饮不食，日渐消瘦，但体质尚可，其腹膨大，拒按，鼓之如鼓，呼吸喘促，面赤烦躁（T38.9），小便依赖导尿，若导管脱出，则点滴不下，无大便，脉滑数大，舌质深红，苔黄厚而干。病已成关格，当务之急，需通腑泻热，予大承气汤加味，处方如下：大黄12g（后下）、芒硝10g（冲）川朴10g、枳实12g、瓜蒌15g、莱菔子15g、木香10g、玉片12g、大腹皮12g、台乌15g、桃仁10g、赤芍10g、白芍12g、炙甘草10g，嘱两煎取汁500ml，从胃管每次推入20ml，2小时一次，若脘腹胀甚则用胃肠减压器抽出，其余400ml分二次，每次200ml，加入温水共500ml保留灌肠；如此连用3日。到8月10日中午灌肠时，随灌肠液流出一发白色之物，如大蚕豆大小，家属以水冲洗后发现乃一块猪肉，询问病人，曾于发病当日下午炖红烧肉，为看其是否炖熟时尝了一块，因其尚未炖烂，自己牙已不全，亦未嚼碎便顺口吞下。晚间又灌肠一次，未见有异物，值此方知梗阻乃因一块猪肉引起。医生听诊，其腹部偶有肠鸣。8月11日又诊，仍用此方去芒硝，将大黄与诸药同煎，二剂，用法同前。晚2时许，陪护人员闻其有排气声，翌日告知主管医生，腹部听诊肠鸣音活跃，腹胀较前大减，呼吸亦较均匀，夜间能安静入睡，血压亦降为150/90mmHg，停止吸氧、导尿、胃肠减压，8月13日再诊时，腹已

不胀，血压恢复正常，病人已可进少量米汤，但体质虚弱之极，原较丰腴之体已变瘦弱不堪，已不宜再用药剂，嘱先以米粥养胃，待食欲恢复后再行调理。

按语：本例病人以耆九之年，本已脾胃虚弱，运化腐熟之力均差，先因便秘，晨食莲子糊，虽健脾但涩肠，午后又吞一未咬碎之猪肉块，致使肠道阻塞、腑气不通，上致肺气上逆而喘促，下使下焦不通而大小便不利，中焦不利而脘腹胀满疼痛，虽用各种方法，均不奏效。中医以其腑气不通为重点，治时本着“急则治其标，缓则治其本”的原则，投以通腑泻热、行气消胀之品，因其禁水禁食，故少量鼻饲，大量灌肠，以期腑气通畅，后终于排出梗阻于肠内之猪肉，而使病人获救。治病之标本先后，《素问·标本病传篇》早已明示，就本病而言，病人虽日久未得饮食，但脘腹胀满疼痛，胸满喘促、面赤烦躁、大小便不下，经云：“先病而后生中满者治其标，先中满而后烦心者治其本，人有客气有同气，小大不利治其标，小大利治其本”。故而断然予攻下，使梗阻得通，三焦气机通畅，疾病得愈。张景岳曾对此段经文作了圆满的解释：“盖中满则上焦不通，小大不利则下焦不通，此不得不为治标以开道路，而为升降之所由，是则虽曰治标，而实亦所以治本也。然亦谓其可取者，则在缓急二字，诚所当辨。”

患者已是 87 岁高龄，当初采用中医治疗时，医生与患者家属均已抱着破釜沉舟的决心，否则只有等待，且前途未卜。在用药时也颇费思量，不攻则梗阻难通，攻之又恐病人正气不支，不耐攻伐。思虑再三，决定使用攻下，且不攻则已，攻则必下，故处方用量也较大。而且病人禁水、禁食，如何使用，也是仔细考虑了的。口服与灌肠同用，无非是希望多吸收些，尽管口服多由胃肠减压抽出，灌肠也仅能保留不到十分钟，但此方气味俱重，虽如此，历经三日，终于排下了梗阻之物。病人正气无甚损伤，

也因邪去而气机通畅，诸证得除。正是祛邪即所以扶正，“有故无殒亦无殒也。”

（三）便血

某男，65岁，1982年6月25日。三日来每于便后出血，或有便意，但便时纯为血液，一日四五次，其色黯红或鲜红，无腹痛及肛门疼痛，致使精神疲惫，寝食不安而来就诊。见患者面色萎黄、行动迟缓、气息稍粗。询之患者患痔疮多年，曾有过多次便血，服药后均可缓解，但便血量总不如此次之多。诊脉细缓略见滑象，舌质淡苔薄白。因思其原有痔疮，此次也应为痔疮便血无异。予槐花散加味：槐花12g、侧柏叶12g、生地榆12g、防风10g、当归10g、白芍10g、枳壳10g、芥穗10g、艾叶10g、阿胶10g（烊化）三剂。6月28日病人又来复诊，云服药后便血量减少，但每日仍有三四次，仍觉体倦无力，稍动则气短，诊脉细缓。细思槐花散治肠风下血，其效甚佳，为何此次效果差？问病人，并无肛门坠胀疼痛之症，忽忆及此人乃自来水公司维修工，无论寒暑，均在检查井中劳作，井中多有积水，需着水鞋水裤作业，即使无水，井中也阴寒潮湿。寒湿伤阳，日久脾气受损，失于统摄以致血从肠道而下，再参以患者面色萎黄、体倦无力、劳则气短、脉细缓等证，断为寒湿伤脾、中焦虚寒。随即改弦更张，处以《金匱要略》黄土汤合柏叶汤化裁，处方：灶心黄土120g、附片6g、白术12g、干姜10g、生地15g、侧柏叶12g、黄芩10g、阿胶10g（烊化）、艾叶10g、炙甘草10g三付。唯灶心黄土药房不备，嘱其到农村寻找烧柴之灶或土炕中之已烧透之土坯取回，因其不便称量，可将土块打碎放入桶中加清水浸泡搅拌，静置二小时后，用澄清的水煎药即可。如法服三剂后来云，服至第二剂便血即止，精神较前好转，又与理中汤方调理善后。

按语：本例病人病情简单，但医者亦不可小觑。初诊即因自己不能从病人全身情况出发，只着重于病人原患有内痔，断定此次便血必是痔疮出血，处以槐花散清热祛风凉血止血，虽有寸效，因药不对，便血不止。前贤治便血之法甚多，但总不能够离开病人之见证辨治。二诊时考虑了病人工作所处环境对其身体之影响，辨为寒湿伤阳、中焦虚寒、脾不统血，而选用《金匮要略》黄土汤合柏叶汤而取效。黄土汤见于《金匮要略》，原谓：“下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。”是治虚寒便血的主方。柏叶汤亦是《金匮要略》中的处方，原文云：“吐血不止者，柏叶汤主之”。乃是治中气虚寒吐血方，虽云治吐血，但本案便血属中焦虚寒，故亦可用之。黄土汤用灶心黄土为主药，许多人认为其荒诞不经，然以中医药理观之，黄土入脾，又经长期柴火煅烧，正如《本草便读》所言：“具土之质，得火之性，化柔为刚，味兼辛苦。其功专入脾胃，有扶阳退阴散结除邪之意。凡诸血证由脾胃阳虚而不能统摄者，皆可用之。”柏叶汤中原用之马通汁微温，止血且行血下行，今人多嫌其腌臢，或以童便代之，或弃之不用。本例证明轻贱之物如灶心黄土等，只要对证，一样可以愈病，不一定非贵细之药不可，药无贵贱，愈病便是好药，正如张景岳所说：“天下之方，活法虽多，对证则一。”

（四）抱头火丹

某男，68岁，1978年11月15日。邻居李某之父，患者近日常觉牙痛，渐至右侧牙龈肿胀疼痛，服牛黄解毒丸及抗生素已三天，今晨从单位乘大卡车到县城开会，站立车头部位，自觉车行时风甚大，下车后即觉右侧头面冷痛甚，勉强支持。散会后到女儿家，午后即觉全身发冷，继之发热，与服解热镇痛药后热稍减而入睡，及至晚饭时呼其进食，方见其右侧额头头皮及右颞部

及右耳前后皆肿起，其色焮红，其女赴家中请我为之诊治。入见病人如其所述，右侧头面部焮红肿起，右眼亦肿胀不能开视，肿处抚之烫手且疼、发热，头痛甚，自述因牙痛进食略减，但食量仍不少，大便已三日未行，诊脉浮大而数，舌质红绛，苔黄厚而干。处以清瘟败毒饮加减，处方：生地 15g、元参 15g、连翘 15g、黄连 12g、黄芩 12g、山栀 12g、知母 12g、赤芍 12g、丹皮 12g、生石膏 30g、升麻 12g、板蓝根 15g、大黄 10g、生甘草 10g，二剂。嘱于夜 10 时前服完二煎，明日再服一剂。第二日中午其女又来，云药已服完，症已大减，请我再与诊视，随其至家详细询问之，方知病家误听医嘱，至晚将二剂药全部服完，药后大泻三次，量甚多，因公厕无灯，所泻下之物色质均不清，但臭秽之极。今日热已退，头觉昏痛，望之仅剩头角一块尚有红色，其色已淡，抚之已不痛，余处均已消退，牙痛亦止。诊脉浮缓，舌质淡红苔薄黄，与普济消毒饮化裁，处方如下：生地 10g、元参 10g、连翘 15g、黄芩 10g、知母 10g、丹皮 10g、升麻 10g、薄荷 6g、防风 10g、板蓝根 12g、僵蚕 10g、生甘草 10g，三剂，一日一剂，分煎分二次服，告之切不可再一次服一剂。后其女告知其病已愈，返回家中。

按语：本例病人抱头火丹之诊断明确，此病又称之为大头瘟。《东垣试效方》普济消毒饮治风邪热毒壅于上焦，专治大头瘟。但查此病人先是牙痛三日，大便又三日未行，内热已甚，乘车受风，风邪引动内热上攻，发为头面丹毒。观其证已是上中下三焦热邪俱盛，虽属大头瘟，应用普济消毒饮治疗，但普济消毒饮清热解毒、疏风散邪，用于清解热毒充盛于内，则嫌其力稍逊。故而选用余师愚《疫症一得》清瘟败毒饮化裁，因病人神识清楚，故去犀角、竹叶；大便三日未行，增大黄 10g 泻热下行，板蓝根 15g 清热解毒，升麻 10g 解毒散邪。因病人年届七旬，以上处方已居中等剂量偏上，谁料病人误将服一剂二煎认为

服二剂，于4小时服完。但药后大泻三次，内热得随之而下，致病势大减，故二诊时仅余额头处稍红，故予普济消毒饮清热解毒、疏风散邪以收全功。临证之时，辨证虽然正确，但经方时方纷陈，又有大量专病专方，如何选方用药却也颇费思量。杂病以专病选用专方为宜，但前人用时亦多强调因人、因时、因地随意加减药物。遇急重病人需有胆有识，即孙思邈所说：“胆欲大而心欲小”，但胆从识中来，有胆无识，盲目行动，必致愆事；有识无胆，畏怯不前，贻误时机，既要敢想敢干，当机立断，又要小心谨慎，周密思考。如本例选用清瘟败毒饮中量偏大，但病人误服，变为重剂，虽歪打正着，病得康复，但类似此等量方及前文介绍的高热用参附龙牡汤，老人关格用大承气汤加味攻下等峻剂猛药时，绝不可孟浪行事，应中病即止，以免酿成大祸。

（五）支饮

某女，65岁，1977年11月25日。有吸烟嗜好，咳嗽痰多，每于冬季即发咳嗽喘息，年初丈夫故去，生计因而艰难，此次患感冒已10余日，亦未予治疗。引发旧疾，致咳嗽痰多，喘促不得卧，及至浮肿。因系旧邻，方托其邻寻我求治。至家见其倚被坐于床上，面部虚浮，面色青黄，咳嗽频频，咳吐白色黏痰及泡沫痰，量甚多，喉中痰声漉漉，气息喘促，言语断续，两下肢及足跗高度浮肿，皮色发亮，按之凹陷，为其检查时发现腹部亦高度浮肿，胸部按之亦有凹陷，纳少，胸部满闷，口唇及爪甲青紫，小便量少，大便不爽，量亦少，脉滑数，舌质青紫，苔少。乃素有伏饮，此次因外邪引动，饮邪流行于四肢胸膈所致，予小青龙汤合葶苈大枣泻肺汤治之。处方：麻黄10g、桂枝10g、赤芍各10g、细辛3g、干姜10g、五味子10g、半夏10g、葶苈子15g、茯苓12g、川朴10g、杏桃仁各10g、炙甘草10g、大枣七枚，三剂。三日后往诊，见其已下地行走，仍咳嗽，有痰，但明

显减轻。云服药后汗出较多，大便日三四行，为稀便，小便量亦增加，面部、胸腹及下肢浮肿明显消退，仅胫、踝及足尚肿，仍有胸闷，口唇爪甲及舌质均转暗红，脉细略滑，仍予上方二剂嘱每剂分4次服，每日服2次，二日服完一剂，病得痊愈。

按语：本例病人证见咳嗽痰多，色白黏稠，且喉中痰声漉漉，气息喘促不得平卧，似可诊之为咳喘；又见面目、四肢、胸腹皆肿，按之可凹，似又可诊之为肿胀。但仔细分析发病原因，结合病史，可知病由外感风寒引发，寒邪袭肺，肺气闭郁，通调水道功能失职，水气不得输布，因而一身尽肿；因素有痰饮，停留于胸膈，得外邪扰动，饮邪阻碍肺之气机，宣肃失常，以致病人咳嗽气喘，倚息而不得平卧。《金匱要略》云：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮”。本例病人以诊为支饮为宜。其治法当然是“病痰饮者，当以温药和之”。就支饮而言，《金匱要略》痰饮病篇给出多种治法：膈间支饮用木防己汤治之，心下有支饮用泽泻汤治之，支饮腹满者以厚朴大黄汤治之，支饮兼呕者小半夏汤主之等。且在第35条指出：“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”，是指用之以治外邪引动内饮，饮在胸膈的支饮的正治，本例病人病机正是如此，所以用小青龙汤解表散寒、温里化饮。本篇24条又云：“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之”，饮邪阻于胸膈，痰涎壅塞，肺气不利，可见胸闷喘咳，呼吸困难。查葶苈大枣泻肺汤在《金匱要略》肺痿肺癰咳嗽上气病篇中治肺癰证见“喘息不得卧”、“胸胀满，一身面目浮肿，咳逆上气，喘鸣迫塞”，正与此例病人病症相合，故使用小青龙汤和葶苈大枣泻肺汤加入茯苓健脾利水化饮，因咳喘且痰涎壅盛，又增入川朴、杏桃仁以收全功。临床治病贵在识证，尤其临床表现复杂者，其病因病机亦相对复杂，究竟为中医何病症？必须细审。因中医病名虽多以症候命名，若诊为该病，则其中寓有主要症状及病机，其治疗大法亦寓于其中。再辨明症候，

治法的对，自然取效。若识证不明，则胸无定见，“朝寒暮热，忽攻又补，是治杂病最忌讳的。”（岳美中）

（六）嗜睡

某女，36岁，1999年6月8日。发作性睡眠三年，加重二月。患者三年前无明显诱因而常觉困顿不适，需稍事躺卧方可，渐至无论坐卧劳作，即突然睡去，以致瘫倒，手中器物亦随之释手，少时即可醒来，一如常人，仍可继续劳作。初时一日一二发，渐次增多，近二月来发作日益频繁，一日竟十数发。患者为陕西人，喜面食，在擀面、切面、下面时多次发作，随即睡去，手中工具脱手，菜刀数次险些掉到脚上，汤锅险些打翻，为此家人已不许其做饭，以免发生危险。经人介绍到我处就诊。诊见病人形体丰腴，面部虚浮，自述食纳尚可，常有四肢困重之感，喜卧，二便可，舌质淡红，舌体略胖，苔薄白，脉缓，证为脾胃虚弱，湿邪困扰，以健脾益气、化气渗湿法治之，方用六君子汤加味：党参12g、白术10g、茯苓10g、半夏10g、陈皮10g、藿香10g、砂仁6g、桂枝10g、菖蒲12g、生苡米10g、通草6g、甘草6g，三剂。

二诊（6月11日）患者服上方后，自觉精神较前好转，虽有时发作睡眠，但次数已明显减少，睡眠时间也变短。药已明显见效，不必更方。上方党参增为15g、生苡米、茯苓增为12g，以加强健脾益气利水渗湿之力，再服五剂。

一周后，其夫来告知，病已痊愈。

按语：本例疾病乃西医之“发作性睡病”，属罕见疾病，病人多因症状较轻而不就诊。中医古籍对此类疾病早有记载，称之为多寐、嗜卧、善眠、喜眠、多眠睡、多睡等不同名称，但治法甚少，先贤之医案中记录亦很少，亦足以证明此病之罕见。《中医症状鉴别诊断学》中将此症分为脾经有湿，心脾两虚，阳虚

阴盛，髓海不足四种类型。秦伯未在《中医临证备要》中认为主要为痰湿中阻，或脾虚不运，或脾阳虚。以平胃散、六君子汤、附子理中汤治之。此患者虽无食后困顿思睡症状，但常觉四肢困重、喜卧，因而断为脾胃虚弱。脾虚则运化不行，必致水湿停滞、阻滞气机、停滞日久、化为痰饮，上蒙清窍，致神识一时蒙昧不清而睡去。故方中加入了醒脾芳化的藿香、砂仁，通阳化气的桂枝，健脾渗湿利水的生苡米，以及化痰开窍、安心定志的菖蒲，使数年之病很快治愈。但健脾利湿之法并非万能。余在临床还曾用柴胡加龙骨牡蛎汤治一农妇因劳碌，夜寐欠踏实，且情绪不佳，而多于行走中入睡，但并不瘫倒病例，首次治愈，半年后又发，二次来诊，除前述症状尚感极度疲乏，懒于劳作，我予健脾益气化痰利湿法治之，却不效。又予疏肝胆、调气血之柴胡加龙骨牡蛎汤治之取效。可见一己之得，并非随时可用之经验。前贤所论及所传名方，经后人长时间实践验证，行之有效者方可信。其余均需思辨，“万事不能外乎理，而医之理尤切”（张景岳），合乎医理，才可用之临床以冀能有所得。

（七）痹症

某女，35岁，2005年4月25日初诊。全身关节疼痛三年，加重伴活动不利半年。患者三年前出现全身关节走窜疼痛，并逐渐加重，但口服双氯芬酸钠可以缓解疼痛，未经正规用药。2004年10月全身关节疼痛加重，伴关节红肿、屈伸不利，曾住院经抗炎镇痛及活血化瘀治疗稍缓解。但出院后病情很快反复并加重，发展至周身骨节疼痛剧烈，不能翻身，夜间更甚。生活不能自理，甚至因疼痛而出现昏厥。关节僵硬，活动受限，起坐、行走均需人协助，伴汗多、畏寒。就诊时头戴毛线帽，身着棉衣，穿一条毛裤、两条棉裤。已闭经半年。形体消瘦，双侧腕关节、指间关节红肿、发热，伴有全身大关节如：肩、肘、髋、膝关节

屈伸不利，皮肤瘙痒，划痕征（+），舌质红，苔黄，脉细缓。查抗“O”、血沉正常，类风湿因子：36 IU/ml。证属风寒湿邪瘀阻，日久化热，耗气伤阴，营血不和，筋脉痹阻，

治宜益气 and 营通痹，清热化湿。处方：生黄芪 25g、桂枝 10g、防己 15g、茯苓 12g、苍术 12g、生石膏 25g、知母 10g、怀牛膝 12g、赤芍 12g、当归 12g、生地 15 个、木瓜 12g、生苡米 15g、仙灵脾 15g、元胡 12g、生甘草 10g，三剂。

二诊（4月28日）：药后自觉周身关节疼痛稍减，脉细缓，舌质红，苔少，前方加蜂房 15g，七付。

三诊（5月9日）：关节疼痛程度减轻，关节发热减轻，月经来潮，行经三天，量少。右肋下有轻压痛，皮肤瘙痒，脉细，舌质暗红有瘀象，苔薄白，前方去生石膏、知母，加五加皮 12g、生姜皮 12g、蜈蚣 2 条，七付。

四诊（5月19日）：双手指间关节、腕关节、肩关节又感发热、疼痛、屈伸不利，右侧肩关节疼痛，抽至上臂，大便不成形，脉细，舌质暗红，苔白，予4月28日方加乌蛇 10g、秦艽 12g、去生石膏，七付。

五诊（5月23日）：小关节晨起仍感疼痛，活动后痛减，大关节及肩关节痛减轻，已可自行翻身，晨僵减轻，近日周身汗出腥臭，觉浑身发冷，关节红肿已全部消退，关节发痒，四肢开始脱皮，脉细滑，舌质淡紫，苔薄白，上方加附子 6g，七付。

六诊（5月30日）：药后周身暖和，能自己翻身转侧，关节部脱皮，手指关节有时活动不灵，左肩关节偶有活动不利，晨起周身发僵，纳少，脉细略滑，舌质暗红，苔少，上方加砂仁 6g、白芍 10g，七付。

七诊（6月6日）：31日月经来潮，量可，行经时关节疼痛加重，尤以左肩、两膝足底为甚，脉细，舌质淡红，苔薄白，前方去附子加川乌 6g（先煎），七付。

八诊（6月13日）：疼痛大减，起立、行走、转侧均较灵活，棉裤已脱去，着单裤即可，汗多，饮水即汗出，脉细缓，舌质深红，苔薄白，上方茯苓增为30g，七付。

九诊（6月20日）：关节仍偶感僵硬，左肩活动时偶有锁定感，汗多，脉细，舌深红，苔少，上方加忍冬藤15g、白术12g，去赤芍，七付。

十诊（6月30日）：左脚肿胀疼痛，近来天阴下雨疼痛未加重，仅不能安睡，6月23日摄片，双手指关节间隙变窄，双腕诸骨骨质变薄，肩关节无异常，脉细，舌质深红，苔少，上方加夜交藤15g、海风藤15g，去忍冬藤，七付。

十一诊（7月11日）：左脚肿胀已愈，现感双前臂发木，下楼时膝关节觉不适，侧卧时锁骨下紧绷感，余无不适，脉细缓，舌暗红，苔薄白。予4月25日方去生石膏、元胡，加白芍12g、蜂房15g、乌蛇12g、砂仁10g，茯苓增为30g，五付，三天服两付。

十二诊（7月18日）：月经已50天未行，两臂时发麻，下蹲困难，原来因夜间关节疼痛凌晨5时方能入睡，现已改为夜间11时上床可睡到清晨6、7点，活动较灵活，纳食增加，上方十付，每两付分三天服完。

十三诊（8月1日）：7月28日行经，量少无血块，行经前一周觉疲乏，关节不适，前脚掌、膝关节疼。现下蹲时略觉不适，纳食增加，夜寐安然，二便调。近日天气变化亦无不适感觉。前方继服，每二日服完一剂，十五付。

按语：痹症之发，本就复杂，内经所谓“风寒湿三气杂至，合而为痹也”，“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也”，就是说其病邪不是一种而是复合为病的，且因脏腑气血功能受损，其邪才能舍于内而发病，其治也应分别寒热虚实。本例病人病已三年，病情日渐加重，此次就诊时已是春末，阳气生长之时，病

者却裹首衣棉、畏寒，汗出，周身关节疼痛、僵硬，夜间更甚，难以转侧。看似寒邪较重，实则气血营阴俱不足，且涩而不行，不能荣筋则骨节屈伸不利，“痹……在于筋则屈不伸”。郁而化热则见骨节红肿疼痛，舌质红苔黄等证。分析其为阳气不足、风寒湿邪犯人日久，耗气伤营，筋脉痹阻，外邪郁而化热之象，目前之治应益气和营通痹，清热化湿，方用黄芪桂枝五物汤合白虎加苍术汤为主，又增养血健脾、化湿、温阳、活血通络诸药以助之，成了一个16味药组成的大杂方。该病人先后十余诊，始终围绕该方出入，又增入虫类药蜂房、乌蛇祛风解毒；三诊时病人闭止半年之月经来潮，热象明显减退，则去生石膏、知母，也证明营阴已渐渐恢复；五诊时病人阳气不足之症明显，觉周身发冷，增附子；六诊时云药后周身暖和，纳少，增砂仁，白芍；七诊又因行经气血暂不足，寒气偏胜而大关节及足底痛甚，“痛者，寒气多也，有寒，故痛也。”故去附子加川乌；至八诊时关节疼痛大减，行动灵活，已着单衣；九诊、十诊症状逐步减轻，因左足肿胀增疏风活络药；十一诊时因病情已稳定，症状轻微，故将首诊方调整为补益气血、调和营卫，并参以虫类药，减量服用，至8月底停药。

此病诊治过程中处方用药增增减减，至多时达22味药之多。对于复杂疾病，不必拘于药味之多寡。病情复杂，自然需要多种药物配合应用，既可选用古人所制之临床疗效显著的大方，亦可根据病情选择效方复合而用，还可依据组方配伍原则自行组方，但组方药物绝不应各自为战，而应互相协作监制，共治一种病，突出的功用只是一个，针对病人的病情病机，“合众力而一路攻也”。但绝不应是“广络原野”之法。

此病先后治疗近4个月，基本守方未变。患者病已二年，治不得法，渐渐加重，其病成也渐。俗话说：“病来如山倒，病去如抽丝”，其治疗也是一个渐进的过程，是一个由量变到质变的

过程。这个过程是需要医生和病人相配合的，“病为本，工为标”，“标本已得，邪气乃服”。慢性病在治疗的过程中，其变化有时在短期内不能为医者所觉察，甚至有些病人因长期受病痛折磨，一时也无太大感觉，一个辨证准确、对症的药方，可能初期看不到什么效果。此时医者若无定见，再加患者久病在身，多冀求速效，往往容易改弦更张，致使前功尽弃。更有甚者，朝攻夕补，忽寒又热，则恐横生枝节，“粗工凶凶，以为可攻，旧病未已，新病复起”，必须切记。因而在慢性病的诊治过程中，守方也是一个要紧功夫。

慢性病的诊治过程中，用药也是需要注意的，是药必有偏性。本病在治疗过程中，除了在配伍时注意药性的相须相使之外，还慎用毒性较大的药物，非用不可时，中病即止，如方中用附子、川乌等即是。病久患者正气亦虚，因此不能长期大量用药，否则易耗伤正气，后期恢复阶段药量宜轻，嘱病人二日服完一剂，药量较前减少一半，以期缓缓恢复。我在治其他慢性病时，在主要病证明显缓解后，若还需调治，往往改用丸剂或作散与服，效果亦佳；若无明显不适，径令其停药。谨宗内经：“大毒治病，十去其六；常毒治病，十去其七；小毒治病，十去其八；无毒治病，十去其九，无使过之，伤其正也”之旨；即使是补益药，也不可长期、大量使用，因“久而增气，物化之常也，气增而久，夭之由也”。

（八）皮下气肿

某男，36岁，2005年7月21日。半月前发干咳，咳不甚剧，赴某院就诊，经拍胸片诊为自发性气胸而入院，经胸腔插管引流后证减，胸片复查气胸已消失，肺组织无异常，并发皮下气肿，予激光照射治疗已半月，云别无他法，约需二三月方可吸收。病人不愿等待，遂出院寻求中医治疗。诊见病人体瘦，询之

现无明显不适，仅在说话稍多时突发抽泣样呼吸，需深吸气方可继续说话，右侧胸肋部觉不适，查右侧胸部锁骨中线第六肋至肋下有明显握雪感，脉左细缓、右细弦，舌质淡红，苔白。予以补中益气、理气通络法，药用生黄芪 30g、党参 15g、白术 12g、茯苓 12g、枳实 12g、丹参 15g、赤芍 12g、丝瓜络 10g、路路通 10g、肉桂 5g、草果 10g、炙甘草 10g，四付。

二诊（7月25日）：皮下气肿范围缩小，自觉精神好转，仍有气不接续感，需深吸气，但间隔时间延长，脉细缓，右细而有力，舌质淡红，苔薄微黄，前方加姜黄 6g，三付。

三诊（7月28日）：皮下气肿明显缩小，偶有气短，需深吸气，双足底发胀，后背自昨日起发胀，脉细有力，舌质淡红苔薄白，前方加羌活 10g、防风 10g，四付。

四诊（8月1日）：皮下气肿已吸收，今觉颈部不适，仅每日偶有 1~2 次，觉气短，转瞬即逝，脉细，舌质淡红，苔薄白，上方去羌活、防风，加川朴 6g，四付。

按语：本证西医亦无病名，只是一体征而已。中医更无记载可资借鉴，论其部位，似为“息积”，但症状、病程不合。本人亦未治过此病，然而结合病史认真思考，病人先有干咳，即肺已有病在先，继而发为气胸，胸中大气与外来邪气混为一体。又经插管排气，随胸腔中邪气之排出，大气亦随之外泄，因而出现说话多时气不接续，需深吸气方可稍缓。但在插管排气过程中，邪气也通过切口流行进入胸壁肌肤腠理之间，积于右肋部，按之可感到气在皮肤肌肉之间。《灵枢》五味篇说：“谷始入于胃，其精微者，先出于胃之两焦……其大气之抟而不行者，积于胸中，名曰气海，出于肺，循喉咙，故呼则出，吸则入”。说话感到气不接续，显系胸中大气虚陷之证，用四君子汤合生黄芪补之。因气在肋下皮肉之间，故参以行气活血通络之枳实、草果、丹参、赤芍、路路通、丝瓜络等。其中草果芳香走窜，破滞气宣透伏

邪；肉桂通血脉利九窍、散结气，引逆气归于丹田。因而三剂后即有小效，又增姜黄，《本草蒙荃》谓其“破血立通，下气最捷”。又服七剂皮下气肿全部吸收。

此病虽无先例，病人求诸于门，如何应对？只有面对病人所表现的症状，以中医之理以度之，“观其事”、“求其属”。“医者，意也，为思虑之精者得之。”（王好古）决不是“医无方术，以心意治病”，“愈疾之功，非疾不能以知之”（王安道）只有取得好的疗效，才能取信于患者。

三、一点心得

近年来，因改革开放、社会经济环境和生存环境的变革，就医环境和条件有了很大改观，各级医疗卫生单位的就医疾病谱也发生了明显变化，药物的滥用又导致了一些常见病、多发病变成了难治病或久治不愈病。有条件的病人直接找到了大城市、大医院、名医生，他们接触这类病人的机会较多，治验多，经验也多。因而其介绍的诊治思路和方法可以给我们很多启迪，可以学到不少东西。但各种理论和经验要想起到作用，就要在病人身上使用，而且要会在病人身上使用。一般医生多以接诊常见病、多发病为主，但因现时贫富差距加大，基层医院也可遇到不少因贫患病而不及时就医，及至拖到重笃，方来求治的急重疑难病例。这正是自己一展身手的时候，病无论大小，应一律认真对待，“道不远人，以病者之身为宗师；名非苟得，以瘳者之口为据依”。要善于思考，不要把别人的东西简单拿来套用，古人云：“享其成者，便于用而昧于因，掘其隐者，艰于行而明于本”。自己心中了然，才能从容应对。坚定中医信念，不为其他因素干扰，即使是在疾病诊断不明，病名不清时，亦不要过于纠缠，面对病人的临床表现，牢记张仲景“观其脉证，知犯何逆。随证治之”之言即可。有人称其为十二字真言，我亦有同感。《灵

枢》曰：“夫五脏之有疾也……疾虽久，犹可毕矣，言不可治者，未得其术也。”清代曹仁伯也说：“医者存心，须视天下无不治之病；其不治者，皆吾之心未尽耳。”

最后以我院已故百岁名老中医雷声远的一段话结束本文：“夫医道之学，首贵洞悉生机，明辨病机，继而精求药性之专长，处方之规范，而后运筹于临证，操必胜之权，随心所欲而不逾矩。若只拘病名，执验方，刻舟求剑；守成说，不化裁，胶柱鼓瑟；竟或侥幸病愈，亦即盲狸捉死鼠，守株待兔而已。”

李 淑 英



李淑英，女，1944年9月出生，宁夏医学院附属医院中医内科主任医师，1966年毕业于宁夏新医学校中医专业，现任中华中医药学会中医儿科专业委员会委员，银川市中医学会理事、宁夏医学院中医学院临床教研室主任，是《中国医学荟萃》、《临床与经验》及《实用综合医学》编委、全国第三批名老中医师带徒指导老师。

从事中医临床工作38年，擅长治疗妇科、儿科病，特别是治疗妇女月经不调、不孕症有较多的经验，近年来在治疗脾胃病、乳腺增生以及皮肤病和前列腺炎方面也积累不少经验。在国家核心期刊上发表论文20余篇，2000年发表的《自拟痤疮一号治疗痤疮178例》获第五届世界传统医学国际优秀科技成果奖，《平胃散配合穴位埋线治疗胃及十二指肠溃疡病36例》获21世纪自然科学优秀成果奖；2001年发表的《清热燥湿法治疗萎缩性胃炎188例》获全国优秀学术成果二等奖。

临证验案拾零

李淑英

一、经方的临床应用

(一) 温胆汤临床新用

温胆汤始载于唐代孙思邈的《备急千金要方》，由陈皮、半夏、枳实、竹茹、生姜、甘草组成，南宋陈无择在《三因极一积病证方论》中由原方增茯苓、大枣减生姜量组成。主治胆胃不和，痰热内扰，虚烦不眠或呕吐呃逆，以及惊悸不宁、癫痫等症。本方所治诸症均属痰热为患。罗东逸谓：“和即温也，温之者，实凉也”。笔者在临床实践中凡因痰热而致的疾患每每用之而取效，现将本方临床新用论述如下，供同仁参考。

1. 耳聋，耳鸣

宋某，男，35岁，农民。1994年7月6日初诊，患者半月前突然耳鸣，听力下降。到耳鼻喉科检查，除听力下降外余正常，以暴发性耳聋，收住院治疗二周，未效，遂来中医科就诊。见患者体格健壮，非大声询问不能听清，胃纳呆滞，大便干，三日未解，舌红苔厚腻微黄，脉弦滑，症属中焦积滞，化热生痰。痰热上扰，蒙蔽清窍所致，拟健脾消滞。清胆和胃，以温胆汤加味。处方：陈皮、半夏、厚朴、枳实各10g，竹茹6g，茯苓25g，苍术12g，茵蒿15g，蝉衣6g，焦槟榔10g，焦三仙各8g，甘草6g，木香10g，葛根15g，4剂，水煎服。7月12日二诊，听力有所好转，耳鸣，食纳增，二便调，舌红苔薄黄，脉弦。仍予上方4剂，十天后其家属消话，患者听力完全恢复，诸症悉除。

按：耳为肾之外窍，胆经所循二部位，临床上肾虚、肝胆实火者较多见，此例患者从舌苔厚腻，中心薄黄，纳呆考虑为积滞化热，痰热上扰，蒙蔽清窍，所以耳鸣耳聋，用温胆汤利胆和胃，涤痰清热，增葛根鼓舞胃气（据药理分析，葛根含黄酮甙，有改善内耳血循环的作用），配菖蒲芳香通窍，不仅能化痰和中辟浊且开十孔通九窍，使耳目聪明。全方紧扣病机，故耳聋之症获愈。

2. 失音

杜某，女，48岁，1995年4月20日就诊。患者声哑一个月。其女儿代诉，一月前曾患感冒发烧，咳嗽，声哑，全耳疼痛，经服西药后感冒愈，但声嘶越来越重，至近三天发不出声音。经我院耳鼻喉科检查：只见咽部稍红，余无阳性发现，遂来中医科就诊。刻下患者烦躁，睡眠不佳，不思食，口渴，大便不畅，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。诊为失音，属痰热壅遏于肺。痰热交阻，肺窍不利而致失音。治宜清热豁痰，开窍利咽，拟温胆汤加味。处方：陈皮、半夏、枳实各10g，竹茹6g，茯苓25g，黄连6g，菖蒲10g，郁金15g，射干、桔梗、牛子各10g，甘草6g。连服4剂，食纳增，偶发出嘶哑声，舌质红，苔黄薄腻，脉滑数，上方加蝉衣6g，继服6剂后，声音恢复正常。

按：本案因感冒发烧后余热未尽，热灼津液为痰，痰热互阻于肺。《直指方》说：“肺为声音之门……”可见痰热阻于肺，肺窍不利，声音不出，温胆汤清热豁痰，加蝉衣、菖蒲通窍，射干、桔梗、牛子疗咽喉红肿，诸药合用痰热祛除，肺窍利，声音自出，故失音获愈。

3. 眩晕

徐某，女，50岁，氮肥厂工人，1996年3月16日初诊。患者素有高血压。近一个月来头晕加剧，测血压150/90mmHg，烦躁，寐差，口苦，口干，纳呆，大便干，2日一解，小便黄，舌

红，苔厚腻中心薄黄，脉弦滑，辨证为痰火内炽，风火相煽，拟以温胆汤加味。处方：陈皮、半夏、枳实、川朴各 10g，苍术、茯苓各 12g，栀子 10g，黄连 6g，竹茹 6g，天麻、钩藤各 10g，甘草 6g，服 6 剂后食纳增，口苦好转，于上方加夜交藤、焦槟榔各 10g，又 6 剂，头晕大减，睡眠好转，大便调畅，效不更方，又 6 剂后，自觉症状消失，血压 130/75mmHg，随访半年未复发。

按：眩晕一症，原因很多，此例患者为痰热上蒙清窍，《丹溪心法·头眩》说：“头眩，痰挟气虚并火，治痰为主，扶补气药及降火药，无痰则不作眩，痰因火动……”。可见痰是导致眩晕的病因之一。痰中阻，阻遏经络，清阳不升，清空之窍失其所养，故头目眩晕，温胆汤能清热涤痰，痰火息而眩晕自止。

4. 胆一心综合征

范某，女 48 岁，贺兰县回族中学教师。1996 年 4 月 8 日初诊。患者一周前夜间睡眠时突感胸闷气憋而惊醒，全身汗出，心悸，自服速效救心丸 5 粒，半小时后心悸、胸闷稍缓解。次日，全身疲乏，恶心，食欲不振。到贺兰县医院检查，确诊为冠心病，服西药效果不明显，来我院中医科就诊。患者素有胆囊炎，经超声心电图及化验检查，诊为胆一心综合征。刻下患者面色萎黄，痛苦病容，口苦，纳呆，上腹胀痛，头晕心悸，大便下，小便黄，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑。证属肝胆郁滞，痰瘀内阻，治以疏肝利胆，清化痰热。以温胆汤加味。处方：陈皮、半夏、枳实各 10g，茯苓 25g，茯神 15g，竹茹 6g，柴胡、郁金、元胡、川楝子各 12g，丹参、苦参各 15g，金钱草 20g，内金 10g，甘草 6g，6 剂，服后症状大减，于上方去苦参加当归、焦三仙各 10g，又服 6 剂，诸症悉除。嘱平素少食肥腻食物，并常服消炎利胆片，至今未复发。

按：胆一心综合征的发病，胆病在前，心病在后，《薛氏医

案》云：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏”。《医学入门》指出：“心与胆相通。”由于肝胆郁滞，胆汁排泄不畅，湿热内蕴，其气逆上，则上扰心胸，致心脉痹阻，出现心脏的病症。肝木为心火之母，而形成了母病及子的胆一心综合征。用温汤加味清胆和胃，理气化痰，主要在于治疗母病，也就是清肝胆湿热，从本论治，所以取得理想的效果。

5. 慢性胃炎

姚某，男，40岁，永宁望远乡农民。1996年6月20日初诊。患者素嗜烟酒，胃脘胀疼十年，近一年加重，曾服西药可缓解，但近半年来效果不显。在我院胃镜检查：胃体、胃窦大小弯黏膜红白相间，水肿。诊断为慢性浅表性胃炎。刻诊胃脘胀满，病牵两胁，口干苦，暖气，心烦寐差，大便干，小便黄，舌红，苔厚腻，脉略弦数。此为肝火犯胃，痰浊阻络，治以清肝和胃，理气化痰，以温胆汤加味。处方：陈皮、半夏、枳实、茯苓各10g，柴胡、郁金各15g，元胡、川楝子、苍术各12g，黄连、竹茹各6g，甘草6g。6剂，二诊诸症渐减。苔薄微黄，脉弦，上方去黄连，加焦槟榔、焦三仙各10g，6剂。三诊胃脘已不痛，食纳增，大便调，于上方又6剂后诸症悉除，随访一年未发。

按：治脾之法，莫精于升降，清气升，浊气降，则脾胃气机畅通，本案患者嗜酒过度，酒湿生痰，肝火犯胃，造成痰热内蕴，脾胃升降失常。温胆汤除痰浊，配舒肝理气之品标本兼顾，痰饮涤除，脾胃健运，清阳得升，浊阴自降，所以诸症均愈。

（二）桃红四物汤临床应用举隅

桃红四物汤出自《医宗金鉴》，有当归、赤芍、生地、川芎、桃仁、红花组成，具有养血活血调经的功效，主治妇女月经不调、痛经等证。笔者运用桃红四物汤加味治疗具有血瘀特征的疾病，疗效较好，现介绍如下。

1. 腰扭伤

张某，男46岁，司机。1999年3月2日就诊，患者于2天前往汽车上搬货，因用力不当致腰疼，不能弯腰穿鞋袜。诊查：腰背部无红肿，有压痛，上下楼梯困难，由他人扶来，舌苔薄白，脉弦。方用桃红四物汤加味：桃仁、红花、赤芍、当归、柴胡、元胡、制乳没各10g，川断、牛膝各12g，杜仲15g。服4剂后疼痛基本解除，能弯腰穿鞋，腰部活动自如，上方又2剂痊愈。

按：本案由强力负重、用力不当造成腰部气机壅滞，血瘀不畅，不通则疼痛，故用桃红四物汤活血祛瘀。方中柴胡疏肝理气，元胡理气止痛，乳没活血止痛，川断、杜仲补肝肾、强筋骨治腰痛，诸药合用使腰痛痊愈。

2. 头痛

王某，女，43岁，1998年5月8日初诊，患者头痛反复发作十余年，每次发作数小时至数天，痛如锥刺，伴有心悸、烦躁、失眠、月经量少，曾多处求治，西医诊断为血管神经性头痛，服用西药止痛剂初见效，但作用不长，遂来中医求治。诊见面色灰暗、四肢欠温、肌肤甲错，舌暗红、苔黄糙，脉沉涩。投以桃红四物汤加味：桃仁、红花、川芎、赤芍、当归、生地、白芷、蔓荆子各10g，地龙、甘草各6g，蜈蚣2条，全虫3克，细辛3g，服6剂后头痛大减，睡眠好转，舌苔薄黄，脉弦，上方去全虫、蜈蚣，加黄连、竹叶，又6剂，四肢转温，面色红润光滑，随访半年未复发。

按：患者久病头痛，脉络瘀阻，久瘀不去，新血不生，肌肤失养，以桃红四物活血通络，白芷、细辛轻清上达祛风止痛，蜈蚣、全虫、地龙活血通络祛风，共达瘀去新生，经络通透，通则不痛，而头痛止之功效。

3. 胸痹

许某，女，45岁，1988年3月18日初诊。患者自觉胸闷，心前区痛连及左肩背，肢冷臂麻背部冷尤为明显，月经推后、量少、色紫、有块，面色苍白，舌质暗、苔薄腻，脉沉细涩。心电图示：房室传导阻滞。此证属心阳不足，阴寒凝聚，气滞血瘀，不通则痛。治以芳香温通，活血化瘀，以桃红四物汤加味：当归、川芎、赤芍、香附各10g，附片6g，桂枝、白芥子、檀香、元胡各12g，丹参30g，细辛3g。4剂后胸闷心痛减轻，臂麻消失，上方去细辛加黄芪30g，太子参15g。连服40剂，胸痛、胸闷除，心电图检查正常，随访1年无明显疼痛。

按：本案为心阳不足，寒凝血瘀，《素问·痹论》曰：“心痛者，脉不通”，由于寒凝血瘀影响气血津液的运行，瘀因不去则新血不生。本方用桃红四物汤化瘀通络，附子、桂枝温阳益气，细辛、檀香等芳香温通理气止痛，药能中病，诸症悉除。

4. 泌尿系结石

张某，男，42岁，1988年4月20日初诊。诉腰胀痛，右侧少腹痛，排尿时加剧并向阴部放射，反复发作1个月。B超检查提示：右肾集合系统分离2.6cm，右输尿管上段扩张1cm，腹部平片示耻骨联合上约3.2cm，偏左5cm处有一约1.5×1.6cm大小密度阴影，结论为右侧输尿管下段结石。诊见右下腹及右侧腰部轻度压痛及叩击痛。舌质紫暗，脉弦涩。处方以桃红四物汤加味：当归、川芎、赤芍、桃红各10g，金钱草30g，海金沙30g，瞿麦、扁蓄、猪苓、泽泻、丹参、枳实、车前子、莪术各12g，甘草6g，4剂后小腹憋胀，欲解大便，嘱多喝水，活动量增大，并于上方继服4剂后腰痛明显减轻，小便通畅，复查B超，提示：双肾、输尿管及膀胱未见异常。

按：泌尿系结石每致尿路不通畅，不通则痛。用桃红四物汤加丹参活血化瘀，配合大量的金钱草、海金沙等溶石排石药，车

前子、猪苓利水，活血化瘀具有使输尿管蠕动频率和幅度增大，从而推挤结石下移。化瘀药物还具有消炎抗菌作用，同时能影响结石的结构，使其松解断裂，利于结石的排出。

5. 斑秃

吴某，女 28 岁，1999 年 4 月初诊。患者半月前突然发现枕部有 $1 \times 1\text{cm}$ 大小光亮无发，几天后又发现左颞部、头顶部大小不等，小的约 $1 \times 2\text{cm}$ ，大的约 $2 \times 2\text{cm}$ 脱发，月经近几个月不调，量少推后，鼻部两侧色素斑沉着，四肢皮肤粗糙，大便干，2 日一解，舌暗、边有瘀斑，脉沉细涩。投以桃红四物汤加味：桃仁、红花、当归、女贞子各 12g、坤草 15g，丹参 15g，柴胡 10g，甘草 6g。6 剂后复诊，大便日 1 解，再未发现新的脱发点，又于上方加枸杞、旱莲草、杜仲，6 剂后月经量增多，先脱发的地方发现稀疏的头发。又于上方服 1 个月后面部色素斑全退，所有脱发处长出细小头发。

按：发为血之余，中医一般认为毛发的生长和气血充盛、肾气强弱有关，故补血补肾者多。此案从证脉分析辨证属瘀血，瘀血阻滞，新血不生，不能养发故发脱。用桃红四物汤加味活血祛瘀，瘀血祛，新血生，血能养发，故不再脱发，并长出新发。

6. 颈椎病

刘某，女，46 岁，1988 年 6 月 12 日初诊。患者近 3 年来常感颈部疼痛，右手臂麻木疼痛，曾服中西药及物理方法治疗效果不佳，近 1 个月来颈肩疼痛加重，活动障碍，右手臂酸麻刺痛放射至食、中指末端。查体：C4 ~ C6 右横突压痛明显，放射至上肢及食指、中指，颈部活动障碍，臂丛神经牵拉（+），压头试验（+），X 片报告：颈椎生理曲度变直，C4 ~ C6 椎体前缘骨质毛糙、增生，C4 ~ C6 间隙变窄。近几年来月经量少、色紫有块并过期，舌暗紫、苔少，脉沉细涩。给予桃红四物汤加味：桃仁、红花、当归、赤芍、川芎各 10g，甘草 6g，10 剂，并嘱多

活动颈部，少伏案工作。药后颈肩部疼痛明显好转，继服 10 剂，右上肢麻木刺痛基本消失。

按：颈椎病属中医“痹证”范畴，为气血津液运行不畅，日久阻滞血脉，筋脉肌肉失于濡养而发此证。桃红四物汤活血化瘀，能改善局部的血液循环，血液畅通则痹闭得通，症状缓解。

7. 脑外伤后遗症

赵某，男，43 岁，住院号 384243，主因“头部外伤 13 日”于 2003 年 8 月 10 日收住神经外科，诊断为“闭合性颅脑损伤并发外伤后癫痫”，行保守治疗。住院期间，患者昏迷近 3 个月，伴抽搐 2 个月，对症治疗并予苯妥英那、丙戊酸钠治疗。住院 4 个月后转中医科治疗。转入时，语言含糊，有时胡言乱语，头痛、喉中痰鸣，不会咯痰，时有面部肌肉颤动，无抽搐，右侧肢体无力，小便失禁，大便干，睡眠差，舌质淡暗，苔薄黄少津，脉沉细。查：神清，精神差，卧床，右下肢肌力 2 级。中医诊断为痫证，证属气血瘀滞、风痰上扰。桃红四物汤加减。方药：生地 10g，当归 10g，赤白芍各 10g，川芎 10g，桃仁 10g，红花 10g，川牛膝 15g，丹参 15g，蜈蚣 2 条，全虫 3g，僵蚕 10g，菖蒲 12g，焦三仙各 10g，内金 10g，炒槟榔 15g，生甘草 6g，配合竹沥水口服以化痰通络。服药 10 剂后，患者头痛缓解，喉中痰少，右侧肢体无力改善，无面部肌肉颤动，舌苔薄黄腻，渐停用抗癫痫药，中药上方去生地、全虫、蜈蚣，加茯苓 15g，白豆蔻 12g，木香 10g 燥湿健脾，加砂仁 10g 醒脾和胃，加葛根 10g 鼓舞胃气。随症加减治疗 2 月余，患者语言不利较前明显改善，能与人简单交谈，右侧肢体无力改善。能与人简单交谈，右侧肢体无力改善。

按：脑外伤后气血瘀滞，津液代谢障碍，化湿生痰，痰浊蒙蔽心神，故神昏，风痰上扰，则肌肉颤动、抽搐。因此治疗脑外伤并发癫痫宜在活血化瘀的基础上化痰熄风止痉。方中桃红四物

汤加川牛膝、丹参活血化瘀，加蜈蚣、全虫、僵蚕搜风通络并能熄风止痉，菖蒲、竹沥化痰开窍。脾为生痰之源，因此治疗中注重健脾燥湿。药证相符，故临床取得较好疗效。

（三）地黄饮子的临床应用

地黄饮子出自刘河间《黄帝素问宣命论方》，组方在于大补肾之阴阳，功效滋肾阴、补肾阳、开窍化痰，治疗下元虚衰，痰浊上犯之症。全方标本兼顾，上下并调，而以治下治本为主。方中熟地黄、山茱萸滋补肾阴，肉苁蓉、巴戟天温补肾阳为君药，附子、肉桂辛热，协上药温补真元、摄纳浮阳，麦门冬、石斛、五味子甘寒滋阴，并制约肉桂、附子之燥热太过，石菖蒲、远志、茯苓化痰开窍。以其为基本方随证加减，治疗由下元虚衰所致的各种病证。我应用该方重在辨证施治，此方偏于温补，应用时见舌红少苔，偏于肾阴虚者去附子；苔腻者生地黄易熟地黄；肾虚精枯、肢体痿弱不遂，常加补肝肾之怀牛膝、狗脊、杜仲；睡眠差，多属心肾不交，或痰浊扰心，方中石菖蒲、远志、茯苓交通心肾，再加磁石、珍珠母、朱砂重镇安神；虚风内动，加白僵蚕、天麻、蜈蚣息风通络。

临床验案

1. 帕金森病

权某，女，62岁。右侧肢体无力4年，左下肢僵硬无力2周，以脑梗死待查收入院。患者4年前无明显诱因右侧肢体无力，查脑CT未见异常，服用脑心通等药治疗，症状无好转。近2周又出现左下肢僵硬无力。入院时右侧肢体无力，左下肢僵硬无力，行走不利，乏力，口干，腰酸痛，纳可，睡眠欠佳，舌质偏黯，苔少，脉细。查四肢肌张力高，右下肢肌力略差，四肢腱反射亢进，左踝阵挛。颈椎MRI、脑MRI均未见异常。中医诊

断：痿证，辨证以肝肾阴虚为主。西医诊断：帕金森病。拟地黄饮子加减：熟地黄 25g，山茱萸 15g，肉苁蓉 15g，巴戟天 15g，肉桂 5g，麦门冬 15g，石斛 10g，五味子 10g，石菖蒲 10g，远志 10g，茯苓 30g，知母 10g，黄柏 10g，狗脊 15g，炙甘草 6g。日 1 剂，水煎服。配合服用美多巴 0.125g，每日 2 次。治疗 7 日后，右侧肢体无力明显缓解，自诉口干，大便干，2~3 日 1 次，舌红，少苔，脉细。原方加大花粉 30g、沙参 15g，美多巴改为 0.125g，每日 3 次。加减服用 20 余剂，患者临床症状完全缓解，行走轻松出院。

按：肾主骨生髓，肾阴亏损，不能滋养肝阴，肝肾亏损，髓海不充，筋骨失养，故双下肢痿软无力。方中熟地黄、山茱萸滋补肾阴，肉苁蓉、巴戟天、肉桂温补肾阳，麦门冬、石斛、五味子滋阴敛液，石菖蒲、远志、茯苓交通心肾，化痰开窍。本例偏于阴虚，故去附子之辛热，加知母、黄柏滋阴清热，加狗脊强腰补肾。用药后症状缓解，但仍口干、大便干，一为肝肾阴虚未缓解，再则服用西药之影响，加大花粉、沙参养阴生津，药证相符，故效如桴鼓。

2. 脑梗死

蔡某，男，58 岁。右下肢无力，走路不稳 4 个月。患者 4 个月前无明显诱因晨起乏力，右手不能持物，右下肢无力，走路不稳。查脑 CT 提示：左侧脑室旁多发缺血灶、脑萎缩。服用脑安胶囊等症状稍缓解。入院时四肢无力，以右下肢为重，走路不稳，头晕，记忆力减退，有时胸闷，睡眠差，纳可，大便 4~5 日一行，舌质淡黯，苔薄，脉弦细。既往有双下肢末梢神经炎病史 2 年，高血压病病史 2 年，血压最高 160/110mmHg，近 2 年监测几次，当时正常，故一直未服药。查血压 160/100mmHg。右下肢肌力 4 级，左下肢肌力 5 级。中医诊断：中风，辨证属肾精亏损，髓海不足。西医诊断：脑梗死，脑萎缩，高血压病。拟

地黄饮子加减：熟地黄 10g，巴戟天 6g，山茱萸 10g，石斛 10g，肉苁蓉 20g，制附子 5g（先煎 30 分钟），五味子 10g，肉桂 5g，茯苓 15g，麦门冬 12g，石菖蒲 10g，远志 10g，益智仁 10g，杜仲 12g，磁石 30g，珍珠母 30g，炙甘草 6g。日 1 剂，水煎服。同时服用倍他乐克 12.5mg，每日 2 次。服用 4 剂后，诉大便仍干，上方加全瓜蒌 30g，宽胸理气，润肠通便。用药后双下肢仍无力，走路不稳，步伐小，上方加怀牛膝 15g，狗脊 15g。加减服用 2 个月，患者走路较前平稳，右下肢肌力 5 级。

按：脑为髓海，肾精亏损，髓海不足，故头晕，记忆力减退，走路不稳。心肾不交，故睡眠差。方中附子、肉桂引火归元，使火归水中，磁石、珍珠母潜阳安神，杜仲、狗脊补益肝肾。现代实验研究亦发现地黄饮子可激发下丘脑—垂体—肾上腺轴的功能，改善机体神经内分泌调节，对缺血性中风起治疗作用。

3. 神经性震颤

神经性震颤属中医“颤震”，或称“振掉”，是指以头部或肢体摇动颤抖为主要临床表现的一种病征。本病老年人发病较多，男性多于女性，多呈进行性加重。《内经》无颤震之说，偶有类似记载，如《素问·至真要大论》“诸风掉眩，皆属于肝”。《证治准绳·杂病》释曰：“颤，摇也，振动也，筋脉约束不住而莫能强持，风之象也。……亦有头动而手足不动者，……手足动而头不动也。皆木气太过而兼火之化也。”说明了震颤属木盛生风生火上冲于头而震颤。中医内科教材辨证治疗为：（1）风阳内动：以滋生清阳汤为代表方，生地、生石决明、磁石、石斛、麦冬、丹皮等为主。（2）髓海不足：以龟鹿二仙胶为代表方，以龟板胶、鹿角胶等为主。（3）气血亏虚：以补中益气汤为代表方。（4）痰热动风：以导痰汤为代表方。我曾于 2001 年 3 月 2 日收治一例患者郭某，女，41 岁。以全身震颤 10 余年，

加重4年入院。患者10余年前炮震受惊吓，当时昏迷几分钟，醒后头痛，头沉闷，耳鸣，以后出现右下肢、双手震颤，症状渐加重致全身震颤。多次查脑MRI，化验T3、T4均正常，外院考虑帕金森病，予美多巴治疗2个月，症状无缓解并出现腰痛，遂停药。4年前因劳累全身震颤加重，睡眠差，服用安坦等药，症状无缓解。入院时全身震颤，走路不稳，疲乏，出汗，睡眠差，易惊醒，纳可，二便正常，舌质淡，苔薄黄腻，脉细。查体：右下肢轻度肌肉萎缩。中医诊断：震颤，辨证属肝风内动。西医诊断：神经性震颤。治以地黄饮子加减：生地黄12g，山茱萸10g，麦门冬10g，五味子10g，石菖蒲10，远志10g，生龙骨、生牡蛎各30g，钩藤12g，白芍药15g，当归10g，焦三仙各10g，乌梅10g，白僵蚕10g，天麻10g，生甘草6g。日1剂，水煎服。服4剂后，仍睡眠差，上方加磁石30g、珍珠母30g、朱砂0.3g冲服，继服7剂后全身震颤减轻，睡眠好，汗出减少，上方去朱砂、麦冬、远志，加阿胶10g、地龙6g、蜈蚣2条以养阴血、搜风通络，服10余剂后，患者下午稍有双手震颤，加减继服10余剂，患者震颤完全缓解，活动如常。

按：该患者由于素体正气不足，肾阴暗耗，加之受惊吓，惊则气乱，风阳上扰，气血冲逆，蒙蔽清窍，神不守舍，故神昏；虚风内动，经脉拘急，故全身震颤。故拟地黄饮子阴阳双补，摄纳浮阳，方中白芍药、乌梅、阿胶有“养血息风”之义，钩藤、生龙骨、生牡蛎、珍珠母滋阴息风，白僵蚕、天麻、蜈蚣通络息风。辨证用药准确，故10年顽疾得以治愈。

（四）沙参麦冬汤治疗食管癌

食管癌是消化系统常见恶性肿瘤，属中医噎膈范畴。治疗方法不外手术、放化疗或在此基础上配合中药治疗。临床上我们对不适宜手术及放化疗病人，采用纯中药治疗，亦取得了较好

疗效。

1. 病因病机

中医认为本病的发生与脏腑功能不足、阴阳失调有密切关系，脏腑亏虚是肿瘤发生发展的根本原因。在脏腑功能失调、阴阳失衡的状态下，有的可能引起“气不行血”、“气不摄血”、“饮食不化”、“精微不生”等病机变化，这些正是形成肿瘤的重要物质基础。

中医认为形成噎膈的病因主要有忧思郁怒及酒食所伤。忧思者，脾伤气结，脾不能为胃行其津液，津聚为痰；郁怒者，肝伤气郁，肝失疏泄，影响中焦气机，而气郁则致血行不畅，血积成瘀。两者究其本，均属津血不畅。酒食所伤或恣食辛燥之物者，则直接伤津耗血。而年高之人，精血不断衰耗，气血不足，加之诸多烦扰，忧思恚怒，饮食调养不慎，致阴阳失衡，津血不畅，痰瘀阻络，而导致噎膈的发生。这也是临床噎膈多见于老年患者的原因所在。总之，阴虚津亏是噎膈的根本病机，其特点在于阴虚津亏为本，痰瘀阻络为标。

2. 临床治疗

基于噎膈的病机特点，治疗总以养阴生津祛邪为大法。因津液的输布代谢与胃、脾、肺、肝、肾等均有密切关系。胃为津液之源，脾为津液之泵，肝为津液之枢，肺疏调全身水液输布、运行和排泄，为津液之脏，肾阴对各脏腑之阴有滋养作用，为津液之根。因此养阴生津宜兼顾肺、脾、胃、肝、肾，同时兼以理气，使滋而不膩；祛邪者，以化痰祛瘀解毒为主，并注意祛邪不伤正气。基本方：沙参 30g，麦门冬 10g，生地黄 12g，丹参 15g，川贝母 10g，茯苓 15g，佛手 10g，半枝莲 15g，白花蛇舌草 30g，砂仁 10g，甘草 6g。恶心反胃加竹茹 6g、黄连 6g、陈皮 10g；大便干加火麻仁 30g。日 1 剂，水煎服，每日 2~3 次，每次 200ml。方中沙参、麦门冬、生地黄养肺阴，益胃生津，生地

黄兼养肾阴，茯苓健脾、培土生津，陈皮、砂仁、佛手开胃醒脾理气，丹参活血祛瘀，川贝母养阴润肺，兼以清热散结，半枝莲、白花蛇舌草清热解毒祛邪。全方共奏扶正祛邪、养阴生津之功，且祛邪不伤正，使患者后天生化之源得以恢复，胃气健，生命得以延续。

3. 典型病例

马某，男，73岁，退休工人。1997年9月20日初诊。明显消瘦1年，吞咽发噎20余日，不能进食硬的食物。做吞钡食管X光片示：食管中下段癌（晚期），气管痿。因年事已高、体质虚弱，手术和化疗均不适宜，遂求中医就诊。刻下：患者消瘦，面色发青，坐立都需人搀扶，气短，大便2~3日1行，舌红少津无苔，脉沉细。证属胃津亏耗，化源告竭。治宜开郁化痰，生津润燥。处方：沙参30g，麦门冬、砂仁（后下）、陈皮、白花蛇舌草、半枝莲、佛手各10g，火麻仁30g，甘草6g。并嘱少量多食流质饮食。

二诊（1997年9月27日）：患者服上方6剂后进食稍有增加，吞咽梗阻症状稍减，大便每日1行，不干。仍予上方6剂，并嘱药中用细米糖1把，另西洋参30g，分3次炖服。

三诊（1997年10月5日）：患者进食稀饭、稀面条、羊肉汤及碎肉无明显梗阻感。上方去生地黄，加半枝莲15g、白花蛇舌草15g。6剂，水煎服。

四诊（1997年10月12日）：患者精神好，已能坐立，不需人扶，食纳增，大便每日1次。复查CT提示：（1）食管中下端癌；食管贲门端、胃底部影像正常，未见气管痿。上方基础上半枝莲改为30g，白花蛇舌草改为30g，并又予西洋参30g，分3次炖服。患者坚持服药半年后体重增加5kg，面色红润。停药随访3年，患者至今仍健在。

4. 体会

食管癌中医辨证属本虚标实证，治宜扶正祛邪。切忌一味祛邪，否则邪未去而正已伤。食管癌患者进食困难，多已消瘦、乏力，如不顾护脾胃则生化乏源，正气益虚，邪气益盛，病情很快恶化。因此治疗中顾护脾胃尤为重要，只有脾胃功能恢复，患者才能坚持治疗，日久可见其功。现代医学以手术或放化疗治疗食管癌有一定的优势，但其也有一定的局限性，且放化疗有一定的副作用。一些体质差、年岁大的患者晚期已不能耐受手术或放化疗，这时治疗的目的是减轻患者痛苦，改善营养，延长生命。中医药能发挥其整体调节优势，扶正祛邪，标本兼治，确实能减轻患者病痛，改善营养状况，延长生命，提高生存质量。对不宜手术和放化疗病人单纯用中医治疗，还有待进一步总结和探讨。

(五) 犀角地黄汤合四物汤治疗过敏性紫癜

在多年临床实践中应用养阴清热、凉血化瘀法治疗过敏性紫癜收到较好疗效，现总结如下，以飨读者。

1. 基础方

犀角地黄汤合四物汤加减：生地 15g，赤芍 10g，丹皮 12g，当归 12g，川芎 12g，丹参 15g，沙参 30g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，旱莲草 30g，白茅根 15g，白花蛇 10g。

2. 典型病例

病例1 左某，男，12岁，2000年3月2日就诊。患者述臀部及双下肢突然出现紫色斑点，诊断为“过敏性紫癜”，经治疗一个多月（用药不详）紫癜仍反复出现，遂来我科门诊治疗。症见：两膝、踝、腕关节酸痛，双下肢膝关节以下散在紫斑，大小不一，压之不退色，高出皮面，对称分布。胃纳一般，大小便尚可，头晕，午后潮热，舌质干红，无苔，脉细数。化验：血常规：嗜酸性粒细胞 6%，血小板 20 万/立方毫米，血红蛋白

10g%，红细胞 390 万/立方毫米，白细胞总数 4500/立方毫米，出凝血时间正常，大便潜血试验（-）。辨证为阴虚内热，血热妄行。治以养阴清热凉血化瘀。处方：生地 10g，赤芍 10g，丹皮 10g，白花蛇 6g，当归 10g，川芎 10g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，丹参 15g，沙参 15g，旱莲草 10g，白茅根 10g。水煎服，6 剂。二诊时患者诉服药后下肢紫癜渐隐，踝、腕关节疼痛消失，继服上方加木瓜 10g，又 6 剂，水煎服，患者服药后紫癜全部消退。

病例 2 宋某，女，30 岁。患者自 2001 年患“过敏性紫癜”至今，虽用中西药治疗经常反复出现，最长 2 个月复发一次，短者一月复发。本次复发后用强的松、苯海拉明、维生素、息斯敏等药治疗无效。于 2003 年 4 月 5 日来中医门诊就诊，症见患者心悸，疲乏，烦躁，四肢关节酸楚，口渴引饮，大便干结，2~3 日一解，双上下肢、臀部可见对称性紫斑分布，大小不一，压之不退色，舌质红，苔薄，脉弦数。血常规化验：嗜酸性粒细胞 4%，血小板 22 万/立方毫米，血红蛋白 11.8g%，红细胞 370 万/立方毫米，白细胞总数 5300/立方毫米，出血时间 2 分钟，凝血时间 4 分钟，小便常规：红细胞（+），蛋白（±）。治以清热解毒、凉血止血。处方：生地 10g，赤芍 10g，丹皮 10g，白花蛇舌草 10g，当归 10g，川芎 10g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，丹参 15g，银花 15g，连翘 15g，白茅根 15g，防风 10g。6 剂，水煎服。4 月 12 日复诊，服药后关节酸痛明显减轻，紫癜已减少，但仍口干，便秘，原方加焦槟榔 10g，6 剂，水煎服。三诊，患者关节疼痛消失，紫癜大部分已消退，尿常规（-），大便不干，上方继服 4 剂后全身紫癜全部消退。半年后随访，未见复发。

3. 体会

过敏性紫癜是一种变态反应性疾病，临床上表现为皮肤紫癜，不同程度的关节肿痛及胃肠道、肾脏方面的症状，实验室检

查可无异常发现。现代医学认为本病可能由各种不同的致敏因素作用于人体，通过变态反应可诱发，与本病发生有关的因素有：药物或食物过敏、细菌毒素、寄生虫病等。本病的病程长短不一，西药治疗疗程较长，且尚缺乏防止复发的方法。

中医认为本病是因情志内伤或因过食辛辣燥热、高粱厚味、荤腥动风之物，外感风邪而引发。或因平素阴血不足，阴虚内热，血虚生风而发。其病机为邪热迫血妄行，气血搏结，灼伤脉络，以致出现发斑、便血等表现。临床有实火、虚热、脾虚、血瘀之分。我们在临床实践中用犀角地黄汤合四物汤加减治疗过敏性紫癜取得较好疗效。犀角地黄汤凉血止血，四物汤是补血养血良方，擅长活血祛风，行血化瘀，疏通瘀塞。配用丹参取其祛瘀之功，以增加四物汤的行血养血，活血祛瘀的作用。方中白花蛇其性温，善搜风通络，有外达皮肤，内通经络之效；蝉衣味咸性寒，能散风，不仅能祛外风，也能熄内风，可透托瘾疹，祛肌肤之邪；僵蚕散风泄热，活络通经。以上两药有抗过敏作用，在临床常用于治疗过敏性疾病。以上诸药配伍使邪除瘀去，血归经脉，紫癜消退。在临床运用中可根据不同的病情加减用药。如热毒盛可在上方加银花、连翘、防风清热疏风，阴血不足可加入旱莲草、沙参、丹皮清热养阴，脾虚者可加党参、黄芪、白术、大枣养血益血，而以血瘀为主者可加入桃仁、红花、苏木，加强活血化瘀之功，若见血尿可加入白茅根、大蓟、小蓟等药，胃肠道出血者或大便潜血阳性者，酌加白芨、地榆炭、甘草止血制癥。中医治疗疗效显著，临床治愈后可调理气血以善其后。

（六）川芎茶调散加味治疗血管神经性头痛

川芎茶调散出自《太平惠民和剂局方》，由川芎、荆芥、白芷、羌活、细辛、防风、薄荷、甘草组成。笔者近年来在此方的基础上加柴胡、全蝎、蜈蚣、钩藤治疗血管神经性头痛，疗效满

意，现介绍如下。

1. 治疗方法

药物：川芎、荆芥、羌活、细辛、防风、薄荷、甘草、蜈蚣、全蝎、柴胡、钩藤。伴失眠者加茯神、合欢皮、夜交藤，伴耳鸣者加蝉蜕、磁石，伴呕恶、纳差者加竹茹、黄连、焦三仙，伴大便秘结者加枳实、竹茹，伴记忆力减退者加菖蒲、远志等。

2. 验案举例

例1：张某，女，60岁，2002年11月就诊。患者10年来头痛、失眠，症状时轻时重，痛时不思饮食，右侧颈部发硬、耳鸣，服多种中西药镇痛解痉效果不显。来我处就诊时头痛难忍，诉右侧头痛抽至颈部，耳中如有物堵塞，听力下降，颈部自觉发硬，经颅多普勒、脑CT、脑电图等多种检查无异常发现。查诊：舌淡红，苔薄白，脉弦紧。此乃风寒入络，脉中血液凝滞，不通而痛。治宜辛温散寒，温经通络，解痉止痛。拟方：川芎12g，荆芥10g，白芷10g，羌活10g，细辛3g，防风10g，薄荷6g，蜈蚣2条，全蝎3g（冲服），蝉蜕6g，僵蚕10g，赤芍10g，柴胡10g，甘草6g，6剂，水煎服，日1剂，早晚分服。6剂后，头痛大减，感耳中轰鸣、睡眠欠佳，将上方去荆芥、薄荷，加入磁石30g，朱砂3g（冲服），茯神10g，继服6剂而愈。

例2：薛某，女，42岁，2000年6月8日就诊。患者头痛反复发作5年，加重1周。曾做脑电图、脑CT检查无异常发现。西医诊断为血管神经性头痛。自诉头痛多在劳累、紧张、失眠等情况下发作。本次头痛1周末缓解，逐渐加重遂来就诊。就诊时头痛如劈，且伴有恶心、头晕、失眠，舌红、苔白，脉弦，拟解痉止痛祛风为主。方药：川芎12g，荆芥10g，防风10g，细辛3g，白芷12g，羌活12g，全蝎3g（冲服），蜈蚣2条，蔓荆子12g，延胡索10g，钩藤10g，合欢皮10g，夜交藤10g，牡蛎30g，6剂，水煎服，每日1剂。6剂后，患者头痛减，睡眠较前

好转，但食少，时有恶心，于上方加焦三仙各 10g，竹茹 6g，半夏 10g，服 6 剂后，头痛止，随访未复发。

例 3：李某，女，58 岁，初诊 2003 年 1 月 13 日。患者半年前无明显诱因出现左偏头痛，头昏，自觉头木，两耳发闷，左耳内似有气泡，伴左颜面部发紧，纳差，睡眠差，大便不爽。查颈椎片提示轻度骨质增生，经颅多普勒提示双侧大脑中动脉、颈内动脉血流速度增快，椎-基底动脉血流速度增快。服用多种药物治疗，症状无缓解。就诊时诉左偏头痛，头胀，耳胀，夜寐梦多，舌质偏暗，苔薄黄腻，脉弦细。辨证为少阳经气不利，气血瘀滞兼脾胃湿热。拟祛风活血、燥湿清热。处方：川芎 12g，荆芥 10g，防风 10g，细辛 3g，羌活 12g，白芷 12g，全蝎 3g（冲服），蜈蚣 2 条，柴胡 12g，苍术 12g，厚朴 10g，陈皮 10g，半夏 10g，花粉 30g，木香 10g，焦三仙各 10g，甘草 6g，4 付，水煎服。2003 年 1 月 17 日二诊，患者口苦缓解，纳食增加，头痛稍缓解。上方去苍术、厚朴、陈皮、半夏、花粉，加藁本 10g、僵蚕 10g、牛膝 10g、丹参 15g，4 付，水煎服。2003 年 1 月 24 日三诊，患者头痛缓解，头晕、头胀减轻，自觉耳内似有气泡，上方加龙胆草 10g、菖蒲 12g，加减服用 4 剂，诸证均缓解。

按：本例头痛病程较长，患者头痛、头昏、两耳发闷，并伴纳差、大便不爽，此为肝气不疏，少阳经气不利，肝木克犯脾土。故以川芎茶调散合平胃散加减祛风活血、燥湿清热。用药后，患者头痛缓解，纳食增加，故以祛风活血为主，方中川芎为治头痛要药，可行血中之气、祛血中之风，柴胡疏泄少阳，僵蚕疏散肝经风热，牛膝，丹参活血，全蝎、蜈蚣搜风通络，龙胆草、菖蒲清肝而通利耳窍，诸药相合，随证加减，故取得较好疗效。

3. 体会

血管神经性头痛属中医学“偏头痛”、“头风”等范畴，其

病因多由外界环境影响或七情内伤导致脏腑阴阳失调，气血失和，风邪乘袭，血驾风上犯于头，发为头痛。川芎茶调散虽为外感风邪头痛所设，但从方药组成分析，方中川芎、白芷、羌活疏风止痛，其中川芎长于止痛，善治少阳、厥阴经头痛（头顶或两侧头痛），羌活善治太阳经头痛（后头痛牵连项部），白芷善治阳明经头痛（前额痛），细辛散寒止痛，并长于治少阴头痛，薄荷清利头目、疏风散热，荆芥、防风辛散上行，疏散上部风邪，加蜈蚣、全蝎解痉通络力强，对久病人络之头痛更为切合。综观全方，诸药相合能疏风散邪、通络止痛，再结合临床辨证加减，故疗效满意。

二、拟方验案

1. 肾病综合征

肾病综合征是临床常见病、多发病、病因非常复杂，属中医的“水肿”、“腰痛”等范畴。西医治疗最有效的方法就是激素的应用，但激素的副作用对幼小机体的损害是令人担忧和无奈的，因此我临床三十年来采用中医药治疗效果甚佳。治疗上常分急性期、恢复期两期。急性期采用清热解毒，利湿通淋之法。因为急性期常常是因为气候的变化、环境的潮湿，使风邪、水湿之毒浸淫于腰府，风遏水阻，风水相搏，流溢肌肤发为水肿，兼见尿少，尿蛋白；或素体湿盛，阻遏中阳，脾失健运不能升清降浊，水湿不能下行泛溢肌肤，而形成水肿；或水湿之邪郁而化热，壅于肌肤之间，形成全身水肿；或湿热之邪下注膀胱，则小便短少，损伤血络则致血尿。治疗上以清热祛风，利湿通淋为大法，常用方：猪苓10g，茯苓10g，泽泻10g，桑白皮12g，大腹皮15g，陈皮10g，车前子（包）15g，防风己（各）10g，白茅根30g，石韦10g，银花10g，连翘12g，牛膝10g，生甘草6g。方中用猪苓配茯苓、泽泻、车前子淡渗利水通淋，防风配防己祛

风利水，桑白皮、大腹皮、陈皮利水消肿，银花、连翘清热解毒消炎，白茅根清热解毒止血，石韦消蛋白，用桂枝温阳利水，牛膝既补肾又引药下行到病所。恢复期当以健脾益气，温补肾阳为主，因为脾肾阳虚是其根本。由于脾阳虚衰，健运无力，水湿内停，产生全身浮肿。因脾虚湿胜，健运失司，则清阳不升，浊阴不降，常见眩晕。因肾阳虚衰，膀胱气化不利，水湿停积而水肿。又因肾主一身之水，司开合主气化，当肾阳虚亏时，不仅影响脾脏运化水湿的功能，而且由于本身不能温化水湿，失去了分泌浊的能力，湿浊潴留，溢于肌肤而为水肿，同时肾虚则精亏，精亏则髓海不足，故采用健脾益气，温补肾阳之法。常用方为：黄芪45g，党参15g，白术12g，山药10g，扁豆12g，干姜10g，杜仲15g，仙茅15g，仙灵脾30g，桑寄生12g，熟地9g，山萸肉9g，茯苓12g，泽泻10g，玉米须30g，陈皮10g，连翘12g，甘草6g。方中重用黄芪取其益气之神功，配合党参、白术、山药、扁豆以健脾益气，有利于疾病的恢复，用仙茅，仙灵脾温补肾阳，配杜仲、桑寄生、熟地、山萸肉阴中求阳，共达补肾之力，用茯苓、泽泻、玉米须淡渗利水以祛除病因，并且玉米须能较好的消除尿蛋白，连翘通十二经，用之来消除残余的热毒，达到标本兼治。

典型病历：张某，男，52岁，主因“浮肿一周”收住入院。入院时血压180/110mmHg，尿常规示：红细胞稀布，蛋白++++，24小时尿蛋白定量8.6g。患者一周前感冒发烧，目前全身浮肿，尿少尿不利尿发红，腰酸，头晕疲乏，四肢困重，纳差，大便不爽，舌苔白厚腻，脉滑。拟处方：猪苓10g，茯苓10g，泽泻10g，桑白皮12g，大腹皮15g，陈皮10g，车前子（包）15g，防风己（包）10g，白茅根30g，石韦10g，银花10g，连翘12g，蒲公英30g，木瓜30g，牛膝10g，甘草6g，连服10付后，浮肿明显减轻，四肢困重，纳差好转，测血压140/

90mmHg，查尿常规示：红细胞+，蛋白+++，24小时尿蛋白定量5.6g。守方13付，浮肿已不明显，纳可，舌苔薄白腻，仍觉腰酸，头晕疲乏，再守方10付，测血压130/85mmHg，复查尿常规示：蛋白++，24小时尿蛋白定量4.2g，患者自觉腰酸，怕冷，疲乏，双眼干涩，施以健脾益气，温补肾阳之法：黄芪45g，党参15g，白术12g，山药10g，扁豆12g，干姜10g，杜仲15g，仙茅15g，仙灵脾30g，桑寄生12g，熟地9g，山萸肉9g，茯苓12g，泽泻10g，玉米须30g，陈皮10g，连翘12g，甘草6g。每日1付，守上方2个月，患者无明显不适，也无感冒。复查尿常规示：蛋白+，24小时尿蛋白定量2.2g。继守上法6个月，测血压、复查尿常规、24小时尿蛋白定量均正常。

2. 痤疮

中医学认为痤疮的发病往往与饮食不节、过食辛辣肥甘有关。年青人多为阳盛之体，其营血偏旺，血热外壅，充盈于体表络脉，致气血郁滞而发，面鼻属肺，肺与大肠相为表里，肺经血热上蒸面颊；或过食辛辣煎炸油腻之品，酿湿生热，结于胃肠，湿热循阳明经上行面颊，壅结肌肤，复又外感毒邪，热毒由表及里，由经入络，阻滞经络，生瘀生痰，热痰瘀结而成囊肿结节。因此治疗比较棘手，我取前人的经验，融现代医学的观点，自拟痤疮1号治疗此病，每能奏效。基本方：苦参30g，金银花15g，白鲜皮15g，蒲公英15g，皂角刺10g，连翘15g，黄连6g，甘草6g。临床加减：若脓疱型多为肺胃郁热，可加黄芩、茵陈、桑白皮；丘疹型多风热外袭可加防风、蝉蜕、白花蛇舌草；囊肿结节型多为血瘀痰凝可加当归、赤芍药、红花、牡丹皮、丹参、青黛等。服用方法：每日1剂，水煎分2次服，每次200ml。服药期间忌服辛辣食物及鱼虾、羊肉等，忌滥用化妆品，每日用清水清洁面部即可。

典型病案：李某，女，32岁，教师。2002年4月18日初

诊。自述面部反复出现丘疹、脓疱3年余，伴心烦口渴，大便干，4~5日一行。经常外用5%硫磺洗剂和某美容院的除痘剂，皮疹有所减轻，但易反复。望诊：患者前额、眉间、鼻旁可见较密集的皮疹、脓疱及结节，舌红苔薄黄，脉弦数。西医诊断：寻常痤疮；中医诊断：粉刺，证属肺胃郁热。处方：苦参30g，金银花15g，白鲜皮15g，蒲公英15g，皂角刺10g，连翘15g，黄连6g，甘草6g，黄芩10g，茵陈15g，七叶一枝花15g，焦槟榔15g。每日1剂，水煎服，嘱忌辛辣食物。服药1周后复诊，皮疹消退一半，无新疹出现，大便日行1次，前方去焦槟榔加青黛2g（冲服），又服6剂后复诊，皮疹全部消退，脓疱消失，只留下色素沉着，在上方基础上加桃仁10g、红花10g、丹参15g、刺蒺藜10g，继服6剂告愈，随访1年无复发。

痤疮是青少年常见病、多发病，病因错综复杂，但往往与饮食、生活习惯及个人体质有关。我从事临床三十多年，自拟具有清热燥湿解毒之功的痤疮1号治疗本病，效果显著。方中苦参为君药，有清热燥湿、杀虫作用。蒲公英、皂刺、连翘清热解毒，蝉蜕祛风除湿，现代药理学认为苦参有去脂、消炎作用；金银花、黄连具有广谱抗菌作用，能抑制金黄色葡萄球菌等多种致病菌和皮肤真菌，可减轻炎性反应。诸药合用有清肺胃郁热、解毒、祛风止痒作用，故能取得满意的疗效。

3. 慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎是临床上常见病、多发病，慢性萎缩性胃炎伴中度以上异型增生者，有可能沿着慢性胃炎→胃粘膜萎缩→肠化→异型增生→胃癌，这一模式演化，为了更好地开展胃癌的二级预防，对慢性萎缩性胃炎的防治，具有较大意义，可惜的是，截至目前西医对本病尚无理想的治疗方法，而中医药确具有较明显的优势。此病属于中医“胃痛”、“胃胀”“痞满”等范畴。在临床实践的过程中我收集本病2300例进行总结研究，发现西

北地区多表现为湿热中阻，采用燥湿清热健脾法治疗效果颇佳。单纯慢性萎缩性胃炎 751 例；慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生的病例 690 例，其中重度肠化 35 例，中度肠化 201 例，轻度肠化 454 例；慢性萎缩性胃炎伴不典型增生 481 例；慢性萎缩性胃炎既伴有肠上皮化生又有不典型增生的病例 378 例；检测出幽门螺杆菌（HP）阳性 1100 例。年龄最小 35 岁，最大 72 岁。临床症状为胃脘胀痛，以胀为主，饭后尤甚，伴暖气恶心、口干口苦口黏，纳差或纳食不香，或心烦、头昏沉，大便干或大便不爽或稀溏，舌边红，舌面少津，苔黄腻，脉弦滑。所有病人均由胃镜或胃镜加病检确诊为慢性萎缩性胃炎或肠上皮化生或不典型增生或兼而有之，同时检测 HP 情况。治疗采用藿佩平胃散加减：藿香 10g，佩兰 10g，苍术 10g，厚朴 10g，青陈皮 10g（各），半夏 10g，茯苓 15g，木香 10g，香附 10g，枳壳 10g，黄连 6g，公英 30g，内金 10g，甘草 10g。随诊加减：暖气不除加代赭石、旋复花，口干口苦口黏不除加山栀，舌苔黄腻不去加干姜、草果，大便不爽或干结加炒槟榔、莱菔子，便溏加砂仁、炒薏仁。伴不典型增生或肠上皮化生加白花蛇舌草、丹参、莪术、生薏仁、生山楂。通过 1 到 6 个月的治疗，临床症状消失，复查胃镜示：萎缩的黏膜消失，病检示：肠上皮化生、不典型增生消失，检测幽门螺杆菌（HP）消除的 460 例，占 20%；治疗 1 至 6 个月，临床症状消失，复查胃镜示：萎缩的黏膜较前减轻，病检示：肠化从重度变成中度、中度变成轻度、不典型增生从重度变成轻度或消失，检测 HP（-）的 1611 例，占 70%；治疗 1 至 6 个月，临床症状消失，但胃镜和病检无明显变化，检测 HP（-）或未行胃镜及 HP 检查的 138 例，占 6%；治疗 1 到 6 个月，临床症状及胃镜、病检、检测 HP 治疗前后无变化的 91 例，占 4%。

典型病例：苏琦，男性，65 岁，1996 年 3 月 18 日来诊，因“胃脘胀痛反复发作 10 年，加重半年”收住我科。诊见：胃脘

胀痛，伴暖气泛酸恶心，胃内烧灼不适，口干口苦口黏，纳差疲乏，夜眠不安，大便干燥，4~5日一行，舌苔干燥黄腻，脉弦细。胃镜示：慢性萎缩性胃炎，脐样增生性质待定，检测HP(+)，病检示：重度不典型增生，重度肠化。中医辨证为湿热中阻，予燥湿清热健脾和胃之藿佩平胃散加减：藿香10g，佩兰10g，苍术10g，厚朴10g，茯苓15g，黄连6，青陈皮(各)10g，半夏10g，木香10g，香附10g，元胡10g，川楝子10g，枳壳10g，内金10g，干姜10g，炙甘草10g。一周后胃脘胀痛、暖气、口干苦减轻，上方去川楝子、青皮，加公英，守方3周症状基本解除，舌苔薄黄腻，上方去元胡、藿香、佩兰、木香加生薏仁、白花蛇舌草、丹参、莪术、水蛭、生山楂。守方3个月复查胃镜示：慢性萎缩性胃炎，检测HP(+)，病检示：中度肠化。又守方3月复查胃镜示：慢性浅表性胃炎，检测HP(-)，病检未见异常。又以香砂六君子汤健脾和胃以增强体质，以防复发。

体会：慢性胃缩性胃炎是以胃黏膜萎缩为特征的消化系统常见病，属中医“胃脘痛”、“痞满”等范畴。1978年WHO将CAG列为胃癌的癌前状态，在此基础上伴发的中、重度肠上皮化生和不典型增生及幽门螺杆菌生长则被视为癌前病变，因此积极治疗CAG是阻断其向癌发展以减少胃癌发病率的有效手段。但其病因较为复杂，与各地气候、饮食习惯有关，再加上受寒、饮食不慎、情志不畅等因素。病机是脾失健运，易生湿生痰，久而化热，湿热中阻，胃失和降。其病多实证或虚中夹实。就西北地区而言，气候干燥、寒冷季节较长而室内有取暖设备，再加上喜食油煎、熏烤、辛辣刺激、腌菜及饮烈性酒，导致湿热内生，脾失健运，不能腐熟水谷致胃脘胀痛，纳差；湿热中阻则胃内有灼热感伴口干、苦、黏，舌苔黄腻；胃失和降则暖气泛酸恶心；湿困脾胃则疲乏，湿热壅阻肠道则大便干燥；湿重于热则大便稀

澹，脉弦主痛，脉细主虚。故用平胃散加藿香、佩兰芳香燥湿，黄连、公英清热燥湿，木香配香附、枳壳，元胡配川楝子共奏理气止痛之效，炙甘草调和诸药。病久气血失和，脉络必瘀，致不典型增生及肠化，故予生薏仁、丹参、莪术、白花蛇舌草、水蛭燥湿活血化瘀消癥，使其消失，并可防癌变，内金配生山楂既可活血化瘀消癥，又可健脾消食，青皮可运脾助消化，黄连配干姜为寒温并用，以助脾升胃降。据药理研究黄连、公英、白花蛇舌草可抑制幽门螺杆菌生长。另外要说明的是：凡服药有效者，宜守方不更，连服3至6个月为宜，既有利于肠上皮化生和不典型增生消失，又可抑制幽门螺杆菌的生长。又因本病的病机为本虚标实，所以待病愈后不要忘记健脾和胃补虚以防复发。

4. 湿疹

郑某，男，66岁，主因“颈胸前皮疹搔痒并全身瘙痒一年余”求治。患者一年前无明显诱因出现颈、胸前皮肤发红，瘙痒，渐出现全身瘙痒，前胸及后背尤重，服用地塞米松等，症状反复发作，遂求治中医。西医诊断：湿疹。此病属于中医湿淫疮范畴，治疗宜清热燥湿凉血祛风止痒。拟白刺苦参汤加减，方药：白鲜皮、刺蒺藜、苦参、防风、艾叶、赤芍、生地、丹皮、蝉衣、白花蛇、连翘、地丁、皂刺、青黛、焦三仙、生甘草。加减服用12付后，患者颈胸前皮肤发红明显消退，出汗后瘙痒，舌暗红，苔薄，脉沉弦。上方加蜈蚣2条，蛇蜕6g，同时嘱煎药后药渣加花椒一把水煎后外洗。上方进退继服12剂后，患者颈胸前皮肤基本正常，治以健脾燥湿佐以祛风活血，以治疗其本。

按：虫类药走窜之性较强，祛风止痒，多有抗过敏作用，用于治疗皮肤疾患如皮肤瘙痒症、荨麻疹、湿疹、痤疮等，临床常选用僵蚕、蝉衣、蜈蚣、全虫、白花蛇。方中白花蛇其性温，善搜风通络，有外达皮肤，内通经络之效。蝉衣味咸性寒，能散

风，可透托瘾疹，祛肌肤之邪；假蚕散风泄热，活络通经。以上诸药配伍使邪除瘀去，血归经脉。在临床运用中可根据不同的病情加减用药。虫类药物破气耗血伤阴，不可久服，过量服用，伤及脾胃，注意要健运脾胃，体弱血虚之人慎用，尤其注意配伍。

5. 间质性肺炎

李某，男，78岁，2003年12月20日就诊。患者近一年咳嗽，咽干痒，伴胸闷，气短，胸片示：双肺间质增生，肺气肿。院外门诊及住院对症抗炎治疗后症状均无缓解，遂求治中医。诊时咳嗽，痰少，大便秘，口苦，纳差，舌红，苔薄少，脉弦。予麻杏石甘汤加减清肺化痰止咳。方药：炙麻黄10g，杏仁10g，石膏30g，黄芩10g，麦冬10g，桑叶10g，川贝10g，橘红10g，陈皮10g，半夏10g，木香10g，沙参30g，枳实10g，麻仁30g，砂仁10g，甘草6g。用药6付，咳嗽明显缓解。上方加减服用6付，咳嗽痊愈，纳食好转，以润肺清肺健脾化痰止咳为主，巩固治疗，患者诸证均缓解。

按：麻杏石甘汤出自《伤寒论》原治太阳病，发汗未愈，风寒入里化热，汗出而喘者。后世常用于肺中热盛之证。本人临床常用麻杏石甘汤治疗咳嗽、小儿肺炎、哮喘等证属风热犯肺，肺中热盛，咳喘痰多色黄之证，及邪热壅肺作喘证。临床常加黄芩清肺热，咳喘者加地龙、葶苈子泻肺平喘，头痛无汗加荆芥、羌活宣肺，汗多加麦冬养阴防伤阴。证属风邪侵袭，常加蝉衣、柴胡祛风，燥邪伤肺常加紫菀、川贝润肺止咳；临床辨证准确，用药准确，能取得很好疗效。