

「跟名医做临床」

内科难病(一)

名医的学术思想和临床经验是一个时代医学成就的典型体现。中医临床贵在实践，读经典是师法古人，跟名医是师法今人。上海开埠至今，沪上名医流派之多、人数之广、成就之高一直居于江南乃至全国前列，影响远达海外。本书通过沪上名医学术继承人的讲述，真实再现名医的临床思辨过程。

传承名医临证秘诀 体悟行医真知

上海市中医文献馆〔编〕

◎ 胡建华

◎ 夏翔

◎ 严世芸

◎ 何立人

中国中医药出版社



本书介绍擅长治疗心脑血管疾病的胡建华、夏翔、严世芸、何立人四位中医内科专家。对各位名医的主要学术思想、临床经验特色，尤其是名医独特的辨证心得，选方、配伍、用药经验，疑难杂症诊疗体会等进行了深入的阐述。跟师临床部分以先医案后问答的方式体现“跟”和“做”，生动再现了名医的临证思辨过程，使读者有身临其境、随师侍诊之感。

ISBN 978-7-80231-783-3



9 787802 317833 >

上架建议：中医临床

定价：41.00元

跟名医做临床

——内科难病(一)

©上海市中医文献馆编

中国中医药出版社

·北京·



图书在版编目 (CIP) 数据

跟名医做临床·内科难病(一) / 上海市中医文献馆编. —北京: 中国中医药出版社, 2009. 12

(跟名医做临床丛书)

ISBN 978 - 7 - 80231 - 783 - 3

I. 内… II. 上… III. 中医内科 - 疑难病 - 中医学临床 IV. R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 196610 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 010 64405750

三河鑫鑫科达彩色印刷包装有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 20.75 字数 315 千字

2009 年 12 月第 1 版 2009 年 12 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 80231 - 783 - 3

*

定价 41.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装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/

《跟名医做临床》

· 专家指导委员会 ·

顾 问 裘沛然 颜德馨

名誉主任 沈远东

执行主任 方松春 黄素英

执行委员 (按姓氏笔画排序)

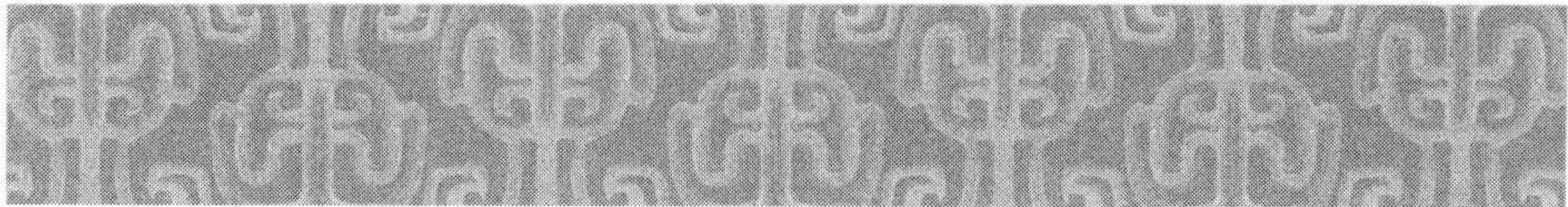
王春艳 王海丽 毕丽娟 杨悦娅

苏丽娜 宋光飞 张 利 施 明

《跟名医做临床·内科难病(一)》

编委会

主 审 张云鹏
主 编 张 慧 张振贤 陈丽云 张 焱
编 委 (按姓氏笔画排序)
严 骅 杨爱东 吴丽丽 何 欣
沈 琳 张 焱 张 慧 张亚敏
张春燕 张振贤 陈丽云 林茵绿
郑 岚 赵 阳 胡 蓉 姚洁敏
郭美珠

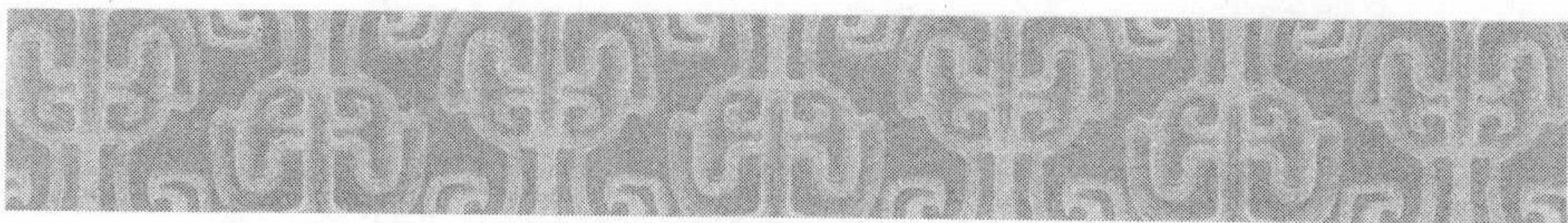


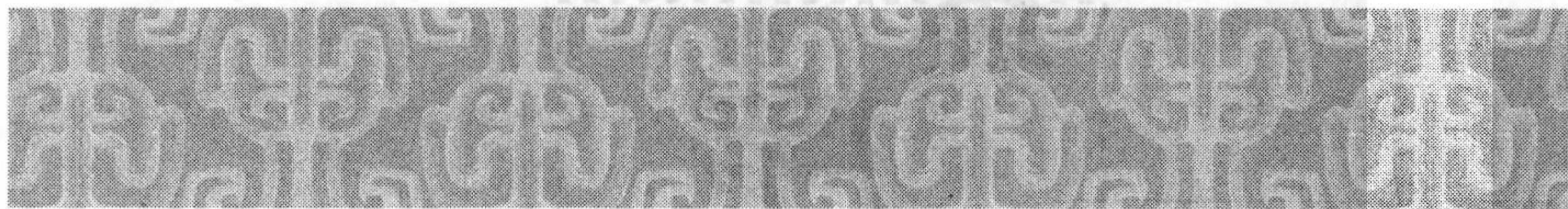
醫術傳名
醫魂承中

施杞



己丑夏



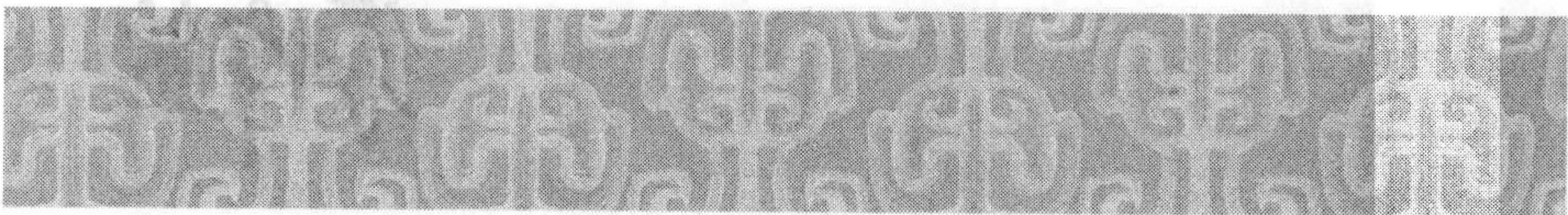


UX UIO

傳承創新 鑄就華章



為跟名醫做臨床坐書題
己丑年季夏張明島書



11 0 73 0000

裘序

QIU XU

中医学是一个广泛集结历代医家的学说、经验而形成理论体系的伟大宝库，是一门实践性很强的医学科学，为中华民族的繁衍昌盛作出了巨大贡献。然而，中医学发展到今天，也存在不少问题，如中医治疗范围、临床阵地逐渐缩小；中医人才队伍的素质在降低；甘于寂寞、潜心中医科研的人不多……因此，中医学必须要加快发展的步伐，培养更多优秀的中医临床人才，其中中医传承最为重要。首先，要继承前人的经验，继承名老中医临证思辨的思路与方法、经验特色、用药技巧等。近年来，上海市中医文献馆在中医师承教育方面做了较多的工作，今天又组织编撰《跟名医做临床》丛书，力争真实地反映名老中医诊疗的过程，提炼名老中医的学术思想及临床经验，对传承名老中医学术经验、培养中医临床人才具有一定的意义。

医学是一门应用科学，疗效是否确切是衡量其价值的标准。中医事业的发展，任重而道远，希望能对更多的名老中医经验进行整理、研究，同时希望在有选择的继承基础上以更多的创新形式来研究名老中医经验，把中医传承工作做得更好，由此来推进中医事业的发展。



2009年9月

颜序

YAN XU

在中医学发展的长河中，历代名医辈出，促进了中医学的发展。然而，当今中医药事业发展的瓶颈正是高层次中医临床人才的缺乏，名老中医学术传承则是造就新一代中医人才的重要途径。

上海市中医文献馆长期以来在中医师承、中医人才培养方面做了大量的工作，积累了丰富的经验。这次组织编写的《跟名医做临床》源于临床，高于临床，充分体现名老中医的学术观点、临床思路、临床技能、临床特色优势，注重临床诊疗中的热点、重点、难点，为培养中医临床人才做了件大好事。

希望广大中医工作者在中医学理论的指导下，弘扬中医的特色和优势，运用中医独特的诊疗技术和手段，不断提高救治疑难危重疾病的信心和能力。

颜德真

2009年9月

前言

QIAN YAN

名老中医是一个时期中医药学术和临床水平的主要体现者、继承者和发扬者，是将中医药学基本理论、前人经验与当今实践相结合，解决临床疑难问题的典范，代表着当前中医学术和临床发展的最高水平，是当代中医药学术发展的杰出代表。他们的学术思想和临证经验是中医药学伟大宝库中的一笔宝贵财富，学习、研究和传承他们的学术思想和临证经验是时代赋予我们的责任。

近几年我们做过一些探索，总结出不同的传承形式，长期的临床实践使我们感到最直接、最有效的传承方法是亲身侍诊抄方，“跟名医做临床”是传承中医的一种较好的形式。然而，有限的师资无法满足每一位年轻医生跟名医侍诊的需求。因此，我们组织上海市各科名老中医的高徒编写了本系列丛书。

本丛书以专科分册，在同一科中重点选取具有不同特色和优势的医家。每册包括四位专家，分别由名医简介、学术思想、经验特色、跟师临床四部分组成。“名医简介”介绍名医简历与主要学术成果；“学术思想”主要反映名医独特的学术见解、学术思想、临证思路、思辨方法和最具个人特点的辨证心得；“经验特色”主要反映名医最具优势、特色的临床经验，包括验方、配伍、用药经验、疑难杂症诊疗体会；“跟师临床”采取学生问、老师答的形式，原汁原味地再现继承人随师抄方的过程，再现名医的临证思辨过程。书中重点体现“跟”和“做”。以医案为切入点，但对医案选择不求面面俱到，而是着重挑选名医在临床上最具心得及临床疗效最突出的病案。采取问答形式，使读者仿佛身临其境，

聆听名医的讲解，以充分体悟其思辨过程、思辨特点及用药技巧。

本丛书的撰写者均为长期跟随名医临证，对名医的学术思想和临床经验有深入研究和体悟的名老中医学术继承人。

希望本丛书的出版能为中医学术传承作出一定的贡献。

《跟名医做临床丛书》编委会

2009年9月

胡建华

名医简介

学术思想

- 一、神经疾病，肝风立论 /6
- 二、癫狂病证，痰火为患 /10
- 三、情志疾患，求治心肝 /11
- 四、脾胃失健，损及五脏 /14

经验特色

- 一、平肝熄风异病同治，风痰瘀虚同中有异 /17
- 二、治痿应补脾肾 /20
- 三、益肾养肝和络治震颤麻痹 /22
- 四、临证善调脾胃 /24
- 五、熟谙药性，灵活用药，讲究煎服方法 /26
- 六、中药益智，大有可为 /27
- 七、论知母清热镇静作用 /28
- 八、治养结合，启动内因 /28

跟师临床

- 一、精神分裂症 /30
- 二、眩晕 /32
- 三、痫证 /34
- 四、肌营养不良症 /37
- 五、失眠 /39
- 六、震颤麻痹 /43
- 七、多发性抽动 - 秽语综合征 /47
- 八、血管性头痛 /50
- 九、头痛型癫痫 /52
- 十、三叉神经痛 /54
- 十一、面神经麻痹 /56
- 十二、焦虑性神经症 /58

十三、扭转痉挛	/59
十四、单纯性精神分裂症（癲证）	/61
十五、慢性胃炎	/63
十六、慢性结肠炎	/66

夏 翔

名医简介

学术思想

一、元气为本，倡补脾阴	/75
二、气血调治，活血化瘀	/76
三、辨证为主，辨病为辅	/81
四、体质辨证，未病调理	/83
五、治病求于“平”，善于“调”	/84
六、临证特色	/88
七、善取对药，临证讲究实效	/90

经验特色

一、老年期高血压的诊治经验	/92
二、顽固性咳痰喘的诊治经验	/94
三、冠心病的诊治经验	/95
四、慢性胃炎的诊治经验	/99
五、善用黄芪治疗杂病	/102

跟师临床

一、虚劳	/106
二、咳嗽	/113
三、中风后遗症、老年性痴呆	/115
四、脂肪瘤	/118
五、便秘	/120
六、泄泻	/123
七、肾病水肿	/125
八、口腔溃疡	/128
九、颈性眩晕	/131

十、自闭症	/134
十一、火眼	/135
十二、发热	/137
十三、心病	/138
十四、眩晕（高血压病）	/140
十五、郁证（抑郁症）	/142
十六、胃痛（浅表性胃炎）	/144

严世芸

名医简介

学术思想

一、创建藏象辨证论治体系	/152
二、强调“治未病”——调养精、气、神	/153
三、“兼收并蓄观”——不拘一格，兼备各家	/155
四、“气血观”——调养气血，百病乃安	/156
五、“协调观”——阴阳调治，医之根本	/157
六、“五脏观”——调治心病，兼顾五脏	/159

经验特色

一、充血性心力衰竭的诊治经验	/163
二、冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊治经验	/166
三、早搏的诊治经验	/173
四、中风后遗症的诊治经验	/177
五、头痛的诊治经验	/182
六、心肌病的诊治经验	/185
七、高血压病的诊治经验	/188
八、发热的诊治经验	/191

跟师临床

一、慢性心衰	/192
二、冠心病	/198
三、早搏	/205
四、中风后遗症	/209

五、高血压	/213
六、头痛	/215
七、心肌病	/220
八、发热	/228
九、干燥综合征	/232

何立人

名医简介

学术思想

一、以平为期，以和为贵	/242
二、辨证为主，辨病相参	/243
三、脏腑相关，以“心”为先	/245
四、施治灵活，多法并用	/247

经验特色

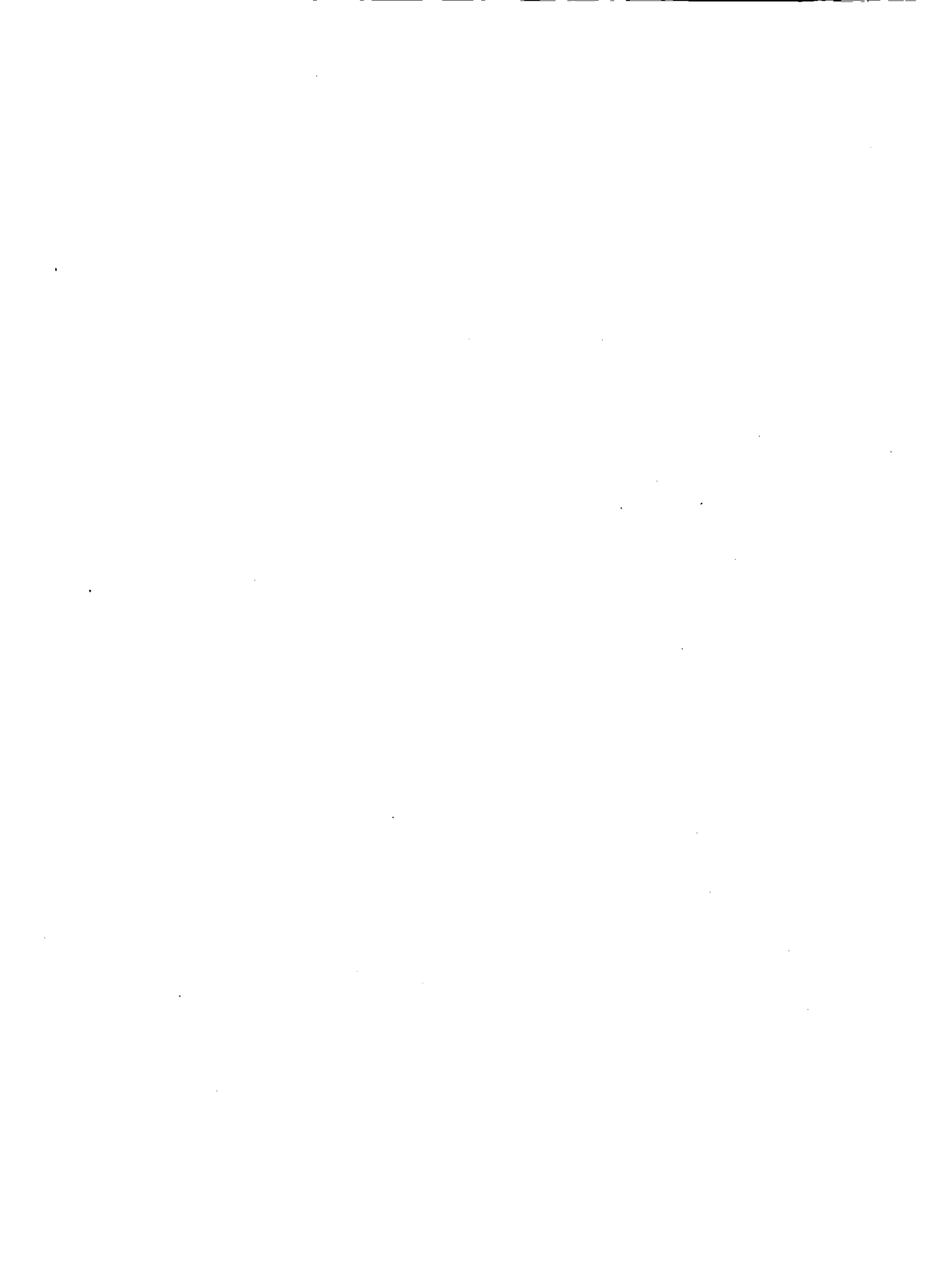
一、心律失常（心悸）的诊治经验	/250
二、高血压病的诊治经验	/254
三、温振运理治疗慢性心力衰竭	/258
四、冠心病的诊治经验	/261

跟师临床

一、冠心病、心绞痛	/270
二、晕厥	/274
三、暖气	/277
四、慢性胃炎	/280
五、心功能不全	/282
六、发热	/287
七、病毒性心肌炎	/290
八、自汗	/294
九、肺源性心脏病	/296
十、高脂血症	/299
十一、扩张性心肌病	/301
十二、肺部感染	/303
十三、冬令滋补	/306

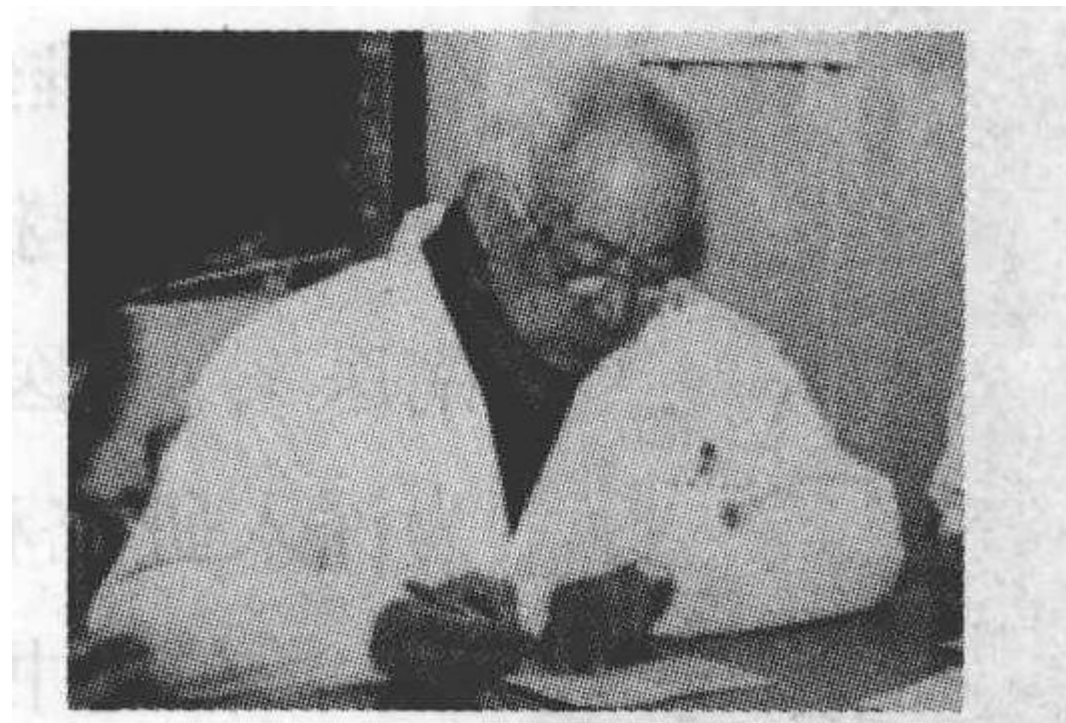
胡建华

· 名 矢 ·





【名医简介】



胡建华 (1924 ~ 2005)，字圣龄，号良祚，又称六乐老人。浙江省鄞县人。教授、主任医师。胡教授曾任上海中医药大学内科教研室主任，上海中医药大学、上海市中医药研究院专家委员会委员，上海中医药大学附属龙华医院专家委员会主任，上海市中医中风医疗协作中心顾问，上海市脑病医疗协作中心顾问，上海市中西医结合脑血管病急救医疗协作中心顾问等职。1995年被评为上海市名中医，1996年被人事部、国家中医药管理局评聘为全国名老中医药专家学术经验继承班指导老师。

1941年怀着对中医学的热爱及要掌握一技之长的愿望，胡教授考入私立上海中医学院。1945年以学业第一名的优异成绩毕业。师承沪上名医丁济万、程门雪及黄文东先生。他尊师好学，医德高尚，医技精湛，仁术济世，携掖后学，桃李成圃。从事中医临床工作五十余年及中医教学科研工作四十余年，他常以陶渊明“盛年不重来，一日难再晨，及时当勉励，岁月不待人”的诗句自勉并以此激励学生。最终，他成为沪上



名医，学术翘楚。

胡教授早年跟随丁济万先生、程门雪先生及黄文东先生学习医理，随诊实践，同时，精研《内经》《难经》及仲景学说，打下了坚实的理论基础，并涉猎《证治准绳》《脾胃论》《临证指南医案》《医林改错》等历代医家的代表性著作。为深入研究程门雪老师校注的《未刻本叶氏医案》，在此书未出版前，他还用工整的蝇头小楷抄写下来。其刻苦钻研学问的精神，可见一斑。胡教授注重中医理论的系统学习，尤其是主张学好中医经典著作，认为这是学习和掌握中医理论精髓的基础与关键。他认真钻研《内经》《伤寒论》《金匱要略》，并对此颇有心得，特别注重要精读李东垣的《脾胃论》、唐容川的《血证论》、王清任的《医林改错》、王肯堂的《证治准绳》、叶天士的《临证指南医案》、丁甘仁的《丁甘仁医案》等，在学生们跟师之初，他就开出书目，要求学生多读书，他一直主张“学习要勤，术业当精，涉猎须博”。胡教授十分推崇历代各家医案，不仅阅读了叶天士、王孟英、张聿青、丁甘仁等许多医家的医案，还主编了《黄文东医案》，并撰写《谈谈怎样学习和写好医案》一文，以示对学习和写好医案的重视。

胡教授不仅强调学习医案及写好医案的重要性，而且在临床五十余年的诊疗中一直坚持亲自书写医案，每份医案他都详问病情，四诊合参，理法方药，丝丝入扣，字斟句酌，讲究修辞，连医嘱签名都一丝不苟，尤其是膏方脉案，更是医理精辟，书法俊丽，甚至被病家作为艺术品装裱收藏。



胡教授擅长治疗精神、神经、消化系统疾病，并积累了丰富的临床经验，并善于总结提高，先后在国内发表 120 余篇（册）学术论文、著作，其中



既有继承老师经验的体会，又有自己临床经验的总结。他所主持的课题，如息风豁痰法治疗癫痫、活血平肝祛痰法治疗血管性头痛研究、育阴定风珠治疗震颤麻痹等，先后获得市级科研成果奖。

胡教授不仅是一位医术高明的医生，同时具有良好的医德修养和高尚的道德情操，他视患者为亲人，总是急病人所急，痛病人所痛，为病人倾注了他全部心血。他虽然体质羸弱，身上留下了近十处手术瘢痕，且家庭负担较重，但是为病人他燃尽了他生命的烛光。从20世纪60年代起，仅以通讯方式为全国各地的病人进行函诊就达数千人，有些病人的函诊可达数年之久，甚至在他患病时，还委托学生为他书写函诊信件，书信内容和处方都由他认真思考后确定。自行找上门求诊者更是不计其数，且不论社会地位如何，不论贫富亲疏，他都热情接待，认真诊治，而且决不收受钱物。胡教授对个人的名利看的很淡，却对自己在病人心目中的形象，对学生的教学质量很在意，每次门诊、查房、会诊，他不仅注意自己的仪表仪容，还精心准备许多卡片进行健康宣教；教学前他事先查找数据，认真备课，写下教案，上课时不论学生人数多少，他都一丝不苟，按时保质的完成每一堂课，即使年事已高也保持这样的做法。他在几十年如一日的行医生涯中的行为准则就是：医术求精深，医风要端正，医病献爱心。早在20世纪70年代《文汇报》就以《白求恩式的大夫》为题对胡教授的事迹进行了专题报道，此后，《人民日报》转载了此文，可以说这是对胡教授医德的最高评价。

【学术思想】

胡教授学有渊源，上溯《内》《难》二经及仲景学说，中纳李杲、叶桂的脾胃思想及各家学说，近承丁济万、程门雪、黄文东先生之学术思想与经验，并以此为基础，指导自己的临床实践。他擅长诊治中医内科杂病，其中尤长于神经精神疾病、消化道疾病，并进行一定的基础理论研究，形成了自己独特的学术见解和风格。

一、神经疾病，肝风立论

（一）勤求古训，知常达变，神经疾病，尤重肝风

胡教授擅长诊治神经系统的疾病，但是中国古代医书中并无神经系统的病名和系统论述，胡教授在勤求古训，掌握病机的同时，知常达变，发皇古义，他根据神经系统疾病中所表现出来的临床症状，常将其归属肝风疾病。如临床所见神经系统疾病每每有眩晕、疼痛、肢麻、肉瞤、震颤、抽搐、喎僻、不遂、语蹇、流涎甚至猝然昏仆、两目上视、角弓反张等证候。上述症



状均具有动摇不定之象，恰与风性相符，其中又多与筋关联，故又常责之于肝。由于有些疾病无法完全与中医病名相通，但与肝风之性相符，胡教授就直接诊断为“肝风”。正如《素问·至真要大论》所言：“诸风掉眩，皆属于肝”、“诸暴强直，皆属于风”。

胡教授诊治神经病变，研究神经系统疾病的中医病因病机，多从肝风立论。肝在六气中属风，在五行中属木，风肝均属木。盖“风为百病之长”，四时皆可致病，风性轻扬，善行而数变，侵犯人体则无所不到，外走经络，内达脏腑。风之为病，“风胜则动”，故出现震摇不定，头晕目眩，痉挛抽搐等症。《素问·阴阳应象大论》曰“风气通于肝”，说明风与肝是“一气相感”，又因为肝藏血主筋，人体运动由筋骨运作，肝风内动不能滋养筋脉，则引起头目晕眩、肢体颤抖等症。胡教授还指出对于在这类疾病中“风”的含义要分清是“外风”、“内风”，还是“虚风”、“实风”。根据临床实际，神经系统病变的病因病机大多应属内风，但是也有部分是内外风邪合病，兼外风者多伴有表证，如周围性面瘫、格林巴林综合征等。神经系统疾病如癫痫、震颤麻痹、面瘫、面肌痉挛、多发性抽动秽语综合征、痉挛性斜颈、血管性头痛、三叉神经痛、运动神经元疾病等，虽主要从肝风立论，但是有虚实之别。如在临床上出现大怒后头晕目眩，面红目赤，肢体抖动，脉象洪大，多属肝阳上亢之实证，治疗常以清肝泻肝为主；如临床上出现头晕目糊，肢体麻木，神疲乏力，劳则尤甚，脉细弱，病起缓慢，缠绵难愈，多属肝阴不足，虚风上扰之虚证。

(二) 肝风为患，经络失和，虚实夹杂，常兼痰瘀

一般神经系统病变多具病情繁杂，表现怪异，忽作忽止，变化多端，病程缠绵或者先天遗传等特征，临床症状多见头晕目眩，天旋地转，头身疼痛，麻木肉跳，震颤麻痹，抽搐抽动，喎僻不遂，言语蹇涩，口角流涎，神识昏仆，两目上视，角弓反张，失眠汗出，畏寒潮热等，因此它也多与“久病归肾”、“怪病多痰”、“久病人络”等病机有关。盖肝风内动，多源于肝阴暗耗，肝阳偏亢，或肾水素亏，肝失滋荣，或肝郁化火，阳气暴张。日久则熬津为痰，凝血为瘀，痰瘀互结，随风窜络，变生诸症。由于肝风主动善变，

痰浊聚散无常，瘀血致病人络，故胡教授强调即使临床未见明显痰浊瘀血之舌象脉象，根据病程、病证特点也应想到其体内必有痰瘀伏踞。总之，神经病变多风不尽风，肝风内动常夹痰浊瘀血为患，或上冒颠顶，或横窜经络，有时痰邪偏盛，有时瘀血为重，有时可兼外风。如癫痫、多发性抽动秽语综合征等，虽属肝风，但与痰邪关系密切，治疗应着眼于“痰”；血管性头痛、三叉神经痛等，为肝风夹瘀，痹阻经络，不通则痛，治疗当着眼于“瘀”；急性面神经炎、小舞蹈病等多因素体筋脉偏虚，外来风邪乘虚入侵，引动内风，以致气血痹阻，经络失和，治疗当着眼于“风”。

（三）注重肝风，治血柔肝，博采众长，择善而用

胡教授治疗神经系统疾病，注重“肝风”之说，但在治疗上多归纳为以下三法：第一为平肝息风法，取“天麻钩藤饮”之意，用天麻与钩藤为主药。因肝为刚脏，非柔润不能调和，治当息风和阳，然必用柔缓，切忌辛燥走窜，以防阴血复伤。第二为搜风剔络法，胡教授认为神经病变多因风踞脉络，兼有痰瘀，非单纯草木之品所能去之，必借虫类搜剔钻透，方能使络畅风散，邪去正复，常用全蝎、蜈蚣、僵蚕、地龙四虫。第三为治血祛风法，此乃“治风先治血，血行风自灭”之意，药用丹参、当归、川芎、莪术等活血养血之品。

同时胡教授提倡博采众家之长，择善而用。他认为要解决临床中复杂多变的问题，不能把思想禁锢于经典之中，而要立足于临床，带着问题，到浩如烟海的医书中去，找寻有关规律，再通过观察分析，用规律解决问题。胡教授在长期临床中接触了大量神经系统疾病的患者，发现这些人大多存在疼痛、痉挛、震颤、麻木、抽搐、晕厥、眩晕等症状，符合《素问·至真要大论》“诸风掉眩，皆属于肝……诸暴强直，皆属于风”的论述。同时，他还钻研王肯堂的《证治准绳》、叶天士的《临证指南医案》中有关肝风的证治方药，以及王旭高有关肝气、肝风、肝火的理论。确立上述病证的主要病机是肝风内动，治疗以肾水涵之，阴血濡之，中宫之元气培之，使刚劲之质，立于柔和之体，所谓体阴而用阳是矣。故在治疗中，最常用的柔缓治法，不外育阴填精，因虚风乃脏阴内耗所起，故平肝息风同时宜柔，而择用之品，多取酸甘之类，酸能柔筋，甘能缓急。胡教授治肝必用大量白芍，旨在养血



敛阴，柔肝抑肝。若肝体柔和，肝气条达，则肝病无所生。若素体阴血不足，或外感邪毒，或七情怫郁，或劳倦内伤则使阴液暗耗，致阳升风动，或召外风，或木火刑金，或木旺乘土，或木火劫水，形成肝风病证，出现窍络阻塞，头目不清，眩晕跌仆，甚则掣纵痉厥，筋惕肉润，肌萎肢麻，心神不宁，神明不安等症。且风阳扰动，又常携痰致瘀，加上病本为虚，又会产生许多变证、兼证，虚虚实实，错综复杂，病程漫长。因此，胡教授在平肝息风的基础上，视其病机上夹风、夹痰、夹虚不同，分别揉进祛风、化痰、活血、补虚等法，进而分析脏腑偏胜偏衰，再予以调整脏腑机能诸法。胡教授称之为“原则要定，方法要多，知常达变，灵活化裁”，由此，逐渐完善神经系统疾病的治疗。

(四) 神经病变，病程绵长，虚实缓急，灵活辨治

胡教授指出：按照书本的模式是难以解决临床错综复杂的问题的，完全靠古法来治疗今病亦是不行的。如在癫痫的治疗中，虽病程漫长，但其发病的特点是发作呈一瞬间或短暂的，而休止期却达数天至数年，因此，这个病不能简单地套用“急则治其标，缓则治其本”的原则，即使在休止期也要持续性地用治标攻邪或标本兼治的方法，以达控制及预防发作的目的。如癫痫之本为肝肾亏虚，气血不足，其标与惊、风、痰、瘀相关，治疗则紧扣平肝息风，豁痰镇惊，止痉定痫之法，同时，只要显露虚象，即予补肝肾、益气血，而不必机械地将两者分开。

大凡病因与证候、先病与后病、正气与邪气、病在内与病在外等，都有标本缓急。临床应用时，主要是分析病证的主次先后，轻重缓急，用来确定治疗的步骤。“治病求本”以及“急则治其标，缓则治其本”等原则，历来医者奉为圭臬，但在临床应用时，既要掌握其原则性，又要视病变之特点，注意到不同情况下的灵活性。就神经系统疾病而言，多属本虚标实、虚实夹杂证，本为肝肾亏虚，标有肝风痰瘀，故补益肝肾和平肝息风、化痰祛瘀是标本兼顾治疗时的总则。根据神经系统疾病的发病特点，一般不强调“急则治标，缓则治本”，而是依病种和证候不同，往往标本同治，或标解治本，或治病求本，补虚泻实时有侧重。比如癫痫和血管性头痛，无论发作期还是

缓解期，均以治标泻实为主，只有当发作控制数年，或有虚象显露时才予补虚。而震颤麻痹、运动神经元病、脑瘫等疾病则以补虚治本为主，兼以泻实。

二、癫狂病证，痰火为患

癫狂病是精神错乱的一种疾病。癫证以精神抑郁，表情淡漠，静而少动为特征；狂证以精神亢奋，喧扰不宁，毁物打骂为特征。因癫与狂在临床上可以互相转化，故常并称。其属于现代精神病范畴。他包括了现代医学中的精神分裂症、反应性精神病、颅脑疾病导致的精神障碍等等。本病多见于青壮年，患者的思维逻辑联系发生严重分裂，思维和情感脱节，行为脱离现实，产生不同程度的人格缺损。癫狂病证最早记载于《素问·阳明脉解》，其中生动的描写了症状表现：“弃衣而走，登高而歌”，《素问·脉解》阐述了发病机理：“阳尽在上而阴气从下，下虚上实，故狂颠疾也。”

（一）痰火扰心，气机不利，神志逆乱

胡教授认为癫狂病位在心，心为神明之府，若痰火上扰，心失所养，则神明不安，发为癫狂。人之神明属阳，凡其人忧思愤怒，用心过度，七情过激，致其心火亢盛，灼耗水液而成胶痰，甚者顽痰固结，痰液灼炼而胶黏日甚，消解无从，痰火充塞窍络而致神明淆乱。或由下焦亏虚，肝风内动致痰火上冲而为狂证。故癫狂之重证，为痰火炽盛，顽痰闭脉。

癫狂之证虽以痰邪作祟为主，但临床也多见因骤受惊怒，气机逆乱，气郁化痰，扰乱神志；或所遇不遂，思虑郁结，郁怒伤肝，气失疏泄，郁而化火，灼津为痰，痰火上扰，蒙闭心窍，发为癫狂。由于痰火上扰心窍被蒙，语无伦次，哭笑无常；由于肝胆火旺，痰火壅盛，可见怒目直视，盛气凌人，甚则骂詈不避亲疏；由于热盛，津液被灼，故多见大便秘结，舌红脉数。《临证指南医案》曰：“狂由大惊，病在肝胆胃经，三阳并而上升，故火炽则痰涌，心窍为之闭塞。癫由积忧积郁，病在心脾包络，三阴蔽而不宣，故气郁则痰迷。”狂多由气有余而化火，阳升太过所致，癫乃气机升降无权，郁



闭不宣所成。痰气交阻，气机不利，甚而引动痰火，气机逆乱，此为癫狂病证病机之一。由此可见，癫狂病证，痰火为患，尚有气机失常，气机升降太过或升降无力均可导致癫狂病的发生。升之太过，化火扰心，或升降无力，津液停滞，凝滞气血，蒙蔽心神，皆可致癫狂。

（二）痰浊内蒙，心胆俱虚，神明失养

《证治汇补》云：“癫者或狂、或愚、或歌、或哭、或笑、或悲、或泣，如醉如痴，语言有头无尾，秽洁不知，积年累月不愈，俗呼为心风，此志愿高而不遂所欲者多有之。”胡教授认为，癫证患者与狂证表现有所不同，患者多神思恍惚，表情淡漠，沉默少言，恐惧退缩，属现代抑郁型精神分裂症。本病与《金匱要略》中的“百合病”、“脏躁症”颇为相似，多因心脾素亏，思虑劳倦过度，再受惊恐而发，常致心胆俱虚，肝郁气滞，痰浊内蒙，心窍不利，发为癫证。

（三）化痰定志，镇静泻火，神明得安

癫狂病病机多为痰迷心窍，痰火扰心。张锡纯治癫狂癩痢以泻火逐痰为首务，此法符合癫狂之病机。胡教授治疗癫狂病证也多予化痰定志，镇静泻火之法。但治疗中尚应分清癫与狂之不同，亦辨别虚实病机。若属痰火炽盛之狂证，则常用龙胆草、黑山栀、生大黄，直折肝火；若属心胆气虚，痰浊内蒙之癫证，则以甘麦大枣汤，养心缓急，安神解郁，再以石菖蒲、远志、丹参豁痰宣窍，生南星、铁落镇惊平肝。总之，火由气滞，清火首当泻肝；痰因郁生，化痰勿忘解郁；心胆俱虚，神明逆乱，柔肝方能定志。

三、情志疾患，求治心肝

情志疾患部分隶属于神经及精神疾病范畴，范围很广，除了精神病以外，还包括神经症、植物神经功能紊乱、抑郁症、更年期综合征、老年性痴呆等病证，一般会出现各种神经精神和躯体症状，其主诉繁杂多变，同一疾病中

的症状、程度差异也极大。可由长期或严重的精神刺激，对社会适应性的降低，人际关系的失和，生活环境的变迁等因素而诱发，归属于中医学的“不寐”、“郁证”、“心悸”、“癫狂”、“脏躁”、“百合病”、“奔豚”等范畴。对此类病证，历代医家众说纷纭，大多认为由于心、脾、肝、胆、肾功能失调所致，而胡教授则认为情志疾患与心肝关系最为密切，故强调从心肝论治，颇能应手取效。

（一）神明不安，养心为主

《灵枢·邪客》曰：“心者……精神之所舍也”，《灵枢·口问》曰：“悲哀愁忧则心动，心动者五脏六腑皆摇。”张介宾在《类经》中说：“心为脏腑之主，而总统魂魄，并赅意志，故忧动于心则肺应，思动于心则脾应，怒动于心则肝应，恐动于心则肾应，此所以五志唯心所使也”。可见神志活动虽分属于五脏，但心为君主之官，主血脉系神明，只有心血充盈，心气旺盛，神舍其内，方能神志安稳。一旦思虑过度，劳伤心神，心血暗耗，心神失养，神不守舍，必致气血逆乱，神明不安症见失眠多梦，心悸乏力，或神思恍惚，表情淡漠等。若病久则聚湿生痰，痰瘀交阻而现紧张恐惧，焦虑多疑，烦躁，惊惕肉跳，甚则时哭时笑，精神失常。治疗以养心安神为主，辅以化痰祛瘀。常予甘麦大枣汤合菖蒲、远志、丹参，组成加味甘麦大枣汤验之临床，疗效显著。甘麦大枣汤出自张仲景《金匱要略》，胡教授认为此方并非专治“妇人脏躁”。脏躁症，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，不仅见于妇人，也可见于男子。如把此方作为妇科专方，就未免失之狭隘。胡教授经过长期应用，认为此实乃一贴治心病，养心气，泻心火的绝妙良方，凡神志不宁，精神失常一类疾病，或病证中伴见神志精神异常的情况，均可用之。在治疗中，胡教授尚喜用的一方乃“孔圣枕中丹”，此与《临证指南医案》记载：“心悸荡漾，头中鸣，七八年中频发不止，起居饮食如常。此肝胆内风自动。宜镇静之品，佐以辛泄之味，如枕中丹”，略有不同，方中龟板养阴滋液，益智仁补肾定志，煅龙骨镇静安神，远志化痰宁心，全方共奏养心安神之功。



(二) 情志疾患，疏肝为要

《丹溪心法》曰：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身之病，多生于郁。”人的精神情志活动，除了由心所主之外，还与肝的关系极为密切。肝者，将军之官，相火内寄，得肾水以濡养，真气以制伏。肝性条达，主疏泄而调情志，肝木调和，气机调畅，才能气血平和，情悦神安。若情志波动，失其常度，或暴受惊骇，恼怒悲哀，抑郁太过，所求不得，则肝失疏泄，气机郁滞，气郁日久，可化火伤阴炼痰；或由气及血致瘀，变生多端；或操持积劳，肝阳上亢，内风旋动，上腾不熄，风阳扰神，神明不安；或阴虚液耗，肝血无藏，风动阳升，魂摇神漾，则症见性情忧郁，烦躁易怒，胸中窒闷，哭笑无常，沉默痴呆，狂躁不宁，夜不能寐等。但无论虚实，总见气郁之象，治疗以疏理肝气为法，药选柴胡、郁金、枳实、竹茹为主。柴胡清轻宣畅，郁金轻扬散郁，两药相配，疏肝最验，枳实、竹茹乃“温胆汤”之意，理气化痰，清热安神。肝体阴而用阳，故常配生地、白芍、知母、百合等甘寒之品，崇阴以制火，滋阴以清热，使肝木得养，肝体柔润，热清烦除，或用酸枣仁、五味子酸以收之，敛肝之过，此乃宗仲景之法，取《金匱要略》中专治百合病的百合地黄汤、百合知母汤及酸枣仁汤诸方之意。

(三) 心肝并治，气血调和

胡教授治疗情志疾患，尚得益于《金匱要略》中百合病的诊治。他认为，《金匱要略》所论述的百合病的症状与现代医学中的神经症症状十分相近，这些症状的描述十分具体，所谓“意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时，如寒无寒，如热无热。”这些症状恍惚不定，变化多端，似有似无，时好时坏，且“如有神灵作”。程门雪先生曾评价百合病以及百合病诸方，他说：“肺主气，肺朝百脉，心主血脉，脉为血府。百合病百脉一宗，悉致其病，可以断言是气血皆病，心肺皆病。根据百合病首方百合地黄汤来说，地黄凉血清心，百合生津清肺，乃心肺兼顾，气血并治之法。”他又说：百合地黄汤在百合病诸方中，起着更大的作用。根据亢害承制的规律来讲，水制火，肾为心主，心火亢则

侮肺金，地黄汁不独清心养阴，且能大补肾阴，补肾水以制心火，正是亢害承制之意。百合清养肺阴，亦即是见心之病，知心传肺，当先实肺之意。这对内伤神志一类疾病来讲，是有普遍指导意义的。胡教授经常用程老的学术观点解释我们今天所遇见的内伤神志的一类疾病，他认为内伤七情，五志过极，心阴亏耗，因此在这类疾病的治疗中应用百合病诸方，其中非常重要的思想就是要养心清心，疏肝柔肝，达到气血双调的目的。同时，他还认为木火刑金，也是导致肺阴不足的一个方面。可见，胡教授在内伤神志疾病中应用百合是颇有心得的。

四、脾胃失健，损及五脏

胡教授师承黄文东先生，深受李东垣、叶天士脾胃思想之熏陶。他认为，李、叶对脾胃学说的创立与发展均有很大的贡献。李东垣对脾胃论述最详，但多强调脾胃之阳的作用，对脾胃之元气对五脏病证的影响阐述较详，而对脾胃之阴的作用、胃之病证，尤其是胃阴耗伤等疾病，所论较少。东垣所创立的补中益气汤、调中益气汤、升阳益胃汤等著名方剂，是使清阳运转，脾胃自强，但方药偏于温燥升补，有偏颇之弊。后叶天士将脾胃之生理特点、功能加以区别分述，强调了脾胃升降在其生理病理中的作用，补充了胃阴不足之病证。叶氏云：“纳食主胃，运化主脾，脾宜升则健，胃宜降则和”，又云：“太阴湿土，得阳始运，阳明阳土，得阴自安，以脾喜刚燥，胃喜柔润也……总之，脾胃之病，虚实寒热，宜燥宜润，固当详辨，其于升降二字，尤为紧要”。由此，进一步完善了中医脾胃理论。

胡教授熔两家之说，在认识脾胃病及脾胃在五脏病证中的作用上，有进一步的发挥。他指出：人以脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃健运，升降适宜，五脏之气由此而生，而脾胃内伤，诸病由脾胃而生，其重要性怎么强调亦不为过。另外，从五行生克制化的理论中，可以了解以脾胃为中心，对心、肺、肝、肾等五脏生理特性变化的影响，即脾胃元气不足，必定反映在四脏病中。胡教授又指出：人的五脏受外感内伤而形成疾病时，亦多影响



脾胃，尤其是内伤疾病、久病大病、病后体虚与脾胃关系更为密切，因此，治疗时均要注意顾护脾胃，调理脾胃，总以有益于脾胃的方药为宜，即不擅用刚补之剂，使阳土太过，亦不妄用阴柔滋腻，有碍阴土。

(一) 心病与脾胃

心系疾病中的不寐病证，往往病情顽固，缠绵难愈，甚至迁延数载，然仅靠安神催眠药难以奏效。盖其病位在心，若因劳心太过，损伤心脾；或心阴亏虚，心火上亢，火乘土位；或肝郁血虚，克于脾土，血不养心均致心脾同病，加重心神失养，神明不安，久久不愈。此外，食滞不化而致胃不和卧不安，则属脾胃之病累及心神。综观临床上不寐患者大多伴有纳呆食少，食后脘胀，头晕形瘦，神疲乏力等症，亦是心脾同病之证据。故胡教授多养心安神，健脾和胃共享，可达脾胃调和，睡眠安宁之效，此亦符合东垣心病用补脾生血法之意。

(二) 肝病与脾胃

多发性抽动-秽语综合征属肝风病证，临证可见不自主肢体抽动，摇头耸肩，眨眼异声等风阳扰动之象，但患者尚伴心神不宁，纳呆乏力，严重者面色萎黄，形体消瘦。胡教授认为此为肝木克于脾土，又因脾失健运，聚湿生痰，痰蒙心窍，乃致肝病及脾，脾病及肝，治遵叶氏之“制木必先安土”之则，平肝息风，健脾化痰并进，从而控制病情，改善体质，促进疾病痊愈。如治疗精神分裂症时，患者虽见肝火上炎，狂躁不安，但在应用龙胆草、黑山栀等清泻肝火的药物时，常要配伍炙甘草、大枣以甘缓调中；治疗震颤麻痹时，虽要考虑本病与肝肾亏虚有关，但在应用大量补益肝肾的药物如生地、熟地、山萸肉、何首乌、枸杞子、淫羊藿、肉苁蓉等时，常要加入香附、陈皮、佛手等醒胃之品。

(三) 肾病与脾胃

在运动神经元病、肌营养不良症、重症肌无力等病证中，主要出现肌肉无力，筋脉弛缓，日久肌肉萎缩，甚至瘫痪等症状。胡教授认为脾主四肢肌

肉，化生气血，为后天之本，肾藏精主骨填髓，为先天之本，脾肾亏虚则生痿证，提出补益脾肾乃治痿之大法。

（四）肺病与脾胃

哮喘是一种以呼吸喘促，喉间哮鸣有声，发作突然为临床特征的疾病，本病多起于童稚之时，以后可因感冒、气候变化、疲劳、饮食不当、起居失宜等诱因引动而发作，常数年、数十年反复发作不愈。哮喘日久，往往本虚标实。由于宿痰内伏，肺气壅盛属实，由于脾虚不运，肾虚不纳属虚，进一步可出现三脏俱虚的症状。《丹溪心法》曰：“未发宜扶正气为主，已发用攻邪为主”，此为治疗哮喘的大法。在临床上要掌握“宣肺治其实，益肾固其本”的原则，进行治疗。在发病时，以治标为主，重用生麻黄，每天9~12g，炙地龙每天15~18g，麻黄之辛散与地龙之咸降相配，可达到宣肺、清热、平喘的功效。现代药理学研究发现此两药同用，可松弛支气管平滑肌，缓解支气管痉挛，有极好的平喘作用。当缓解期时，要抓住脾肾两脏，用培补先天及后天之法，以达生金固肺，化痰纳气，增强体质，预防再发之功。补脾用四君子汤为基础方，补肾用金匱肾气丸为基础方，或以胡桃肉、补骨脂、熟地为主药。盖肺为脾之子，培土即所以生金；肾为气之根，补肾即所以固肺。这也符合叶天士喘证“在肺为实，在肾为虚”的思想。总之，在治疗咳嗽、哮证、喘肿等肺系疾病时，亦常以培土生金法取效。对于虚损劳伤之证，则不论何脏何腑，属气属血，阴虚阳虚，更以健脾和胃，充养后天为先，以资助五脏之气血。



【经验特色】

一、平肝息风异病同治，风痰瘀虚同中有异

胡教授在治疗神经系统疾病时，抓住病证特点，认为主要病机是肝风内动，风阳上扰，并制定用平肝息风法异病同治，主要药物是天麻、钩藤、炙僵蚕、全蝎、蜈蚣等，同时结合各病的病因、病机、证候，在基本治则中加入祛风解表，化痰泻浊，活血化瘀，滋补肝肾等，以期提高疗效。

(一) 合外风者辅以祛风解表

部分神经系统疾病是受细菌或病毒感染所致，常急性起病，兼见表证，如面神经麻痹、小舞蹈病等。胡教授认为此类疾病是因素体筋脉偏虚，风邪乘虚入侵，以致气血痹阻，经络失和，故面肌瘫痪，肢体无力或不自主活动，同时伴见恶寒发热等表证。正如王旭高所言：“凡人必先有内风而后招外风，亦有外风引动内风者”。胡教授治疗时着眼于“风”，即息风、祛风、搜风并进。用药则在天麻、钩藤、炙僵蚕、全蝎、蜈蚣的基础上选用防风、羌活、板蓝根、蒲公英等祛风解表清热药，并加入丹参、当归、红花、川芎等活血

药。即“治风先治血，血行风自灭”之意。

如有一患者面神经麻痹，出现恶寒微热，耳后压痛，继之口角喎斜，左眼无法闭合，言语欠清已半月，曾予中西药物效果不显。舌红苔薄白，脉细弦。证属风邪入侵，经气受阻，气血不畅，治以息风通络，祛风解毒。

处方：天麻 9g，钩藤 20g，炙僵蚕 9g，丹参 15g，川芎 9g，红花 9g，板蓝根 30g，防风 9g，菊花 12g，生地 30g，仙灵脾 9g，全蝎粉（分 2 次吞服） 2g。

服上方 14 剂，患者口角喎斜明显好转，言语较前流利，恶寒微热及耳后压痛已止，仅时感左面颊轻微抽动。继以原方加莪术 12g，14 剂后诸症续减，口角已不偏，治疗 3 月余即告痊愈。

（二）风阳夹痰者辅以豁痰泻浊

胡教授认为癫痫、眩晕症、多发性抽动 - 秽语综合征等病虽属肝风，但癫痫的形成亦与痰密切相关，眩晕常伴恶心呕吐，多责之于痰，古人有“无痰不作眩”之说。多发性抽动 - 秽语综合征有肢体不自主抽动，口中异声，耸肩眨眼等症状，无异与风痰有关，所谓“怪病多痰”。且以上病证经息风豁痰治疗后，确有定痫止眩定志之效。故胡教授在基础药物中加入菖蒲、远志、天南星、枳实、竹茹等以豁痰泻浊。其中天南星宜生用，胡教授根据数十年用药观察及动物实验，未发现毒副反应，有些患者连用数年，甚至每剂用量达 30g，亦无异常不适。

一 7 岁男童，有癫痫病史 2 年，发作时意识不清，四肢抽搐，口吐白沫，脑电图示痫性活动。予卡马西平治疗，癫痫大发作减而未止，尚出现每夜惊哭吵闹，手舞足蹈，兴奋躁动，舌淡红苔薄腻，脉细弦。证属风阳扰动，痰浊蒙蔽清阳。治拟平肝息风，豁痰定痫。

处方：天麻 4.5g，钩藤 12g，炙僵蚕 9g，丹参 15g，石菖蒲 6g，炙远志 3g，杭白芍 15g，炙甘草 9g，淮小麦 30g，大枣 9g，生南星 9g，全蝎粉（分 2 次吞服） 1g。

患者服药 14 剂，癫痫未发，梦魇消失，已能安睡。此后以原方加减，连服 3 年，病情一直稳定，脑电图复查正常。



另有一8岁男童，患多发性抽动-秽语综合征，出现不自主摇头耸肩，眨眼，口中异声，上肢抽动已2年余，加重1月，曾服“泰必利”等，药效差。舌苔薄腻，脉细。证属风阳扰动，神明不安。治以平肝息风，养心安神。

处方：天麻4.5g，钩藤9g，炙僵蚕9g，菖蒲9g，炙远志3g，炙地龙4.5g，枳实9g，竹茹4.5g，炙甘草9g，淮小麦30g，大枣9g，白芍30g，生南星12g。

另用蝎蜈胶囊每次2粒，每日2次（蝎蜈胶囊中含全蝎、蜈蚣）。

患者服药14天后，症状即完全消失，遂停药。1年后随访时得知患者病情一直稳定，偶在考试紧张时，出现轻微的摇头。

（三）风阳夹瘀者辅以活血化瘀

在神经系统疾病中疼痛是一个十分常见的症状，胡教授认为肝风夹瘀上扰颠顶则头面疼痛，旁走四肢则肢体疼痛，故血瘀与痛证密切相关，如血管性头痛、三叉神经痛、末梢神经炎等疾病，均因肝风夹瘀，气血痹阻，不通则痛。予平肝息风，活血化瘀。

一男性患者，39岁，有发作性头痛史5年。痛居右颞，痛势剧烈，痛甚时要用一榔头敲击头部，以求减轻疼痛，每次发作可长达月余。平均每天服6片“麦角咖啡因”，每次顿服2~3片，方可使头痛暂缓，头痛连续发作时，体重锐减。本次头痛连发2月未止，体重下降30斤。舌红苔薄腻，脉细弦。证属风阳扰动，瘀血阻络。治拟平肝息风，活血化瘀。

处方：天麻9g，钩藤15g，炙僵蚕9g，丹参30g，白芍30g，川芎9g，白芷9g，苦丁茶9g，莪术15g，生铁落60g，生南星30g，全蝎粉（分2次吞服）2g。

患者服药7剂，痛势已减，又以原方加桃仁9g，再进14剂而痛止。

（四）虚风内动者辅以滋补肝肾

肝为风木之脏，体阴用阳。赖肾水滋养，精血濡润。倘精液亏耗，阴血不足，水不涵木，内风时起，筋脉失养，可致肢体震颤、强直、瘫痪。正如王旭高所言：“肝风一症，虽多上冒颠顶，已能旁走四肢，上冒者，阳亢居

多，旁走者，血虚为多”。胡教授在治疗震颤麻痹、老年性痴呆症等疾病时指出：这类疾病多发生于中老年人，由于肾水渐亏，阴血渐枯，致虚风内动，出现肢体震颤或强直，行动迟缓，甚则髓海空虚，出现反应迟钝，智力下降。应用滋养肝肾精血以息风潜阳，益髓填精，多选用生地、熟地、山萸肉、何首乌、仙灵脾、肉苁蓉、炒杜仲、枸杞子、白芍等药物。

一患者，男性，77岁，因步履艰难，双手颤抖四年余而就诊。已在外院经各种检查后诊为震颤麻痹，给予“美多巴”治疗，症状仍持续发展，来就诊时因无法行走，以车代步，在家时持杖勉能缓行，常有前冲跌仆，双手颤抖，无法书写及持物，伴纳呆便秘，反应迟钝，表情呆板，头脑空洞感。舌质紫暗，苔薄黄腻，脉濡。证属肝肾亏虚，虚风内动。治拟益肾养肝，息风和络。

处方：生地12g，山萸肉12g，桑寄生12g，炒杜仲12g，当归15g，白芍30g，红花4.5g，丹参30g，独活9g，天麻9g，钩藤20g，生南星20g，全蝎粉（分2次吞服）2g。

患者服药14剂，即感步履较前轻松，持杖能行走，胃纳渐增，大便较为润畅。以原方加减，连服9个月，患者行走明显改善，可单独持杖步行到公园活动，并步行前来就诊，步履前冲及跌仆未再发生，美多巴片已由原每天服3片，减为每天1片半。随访1年，病情稳定。

二、治痿应补脾肾

一般认为现代医学中的重症肌无力、肌营养不良症、运动神经元病、脑瘫、多发性神经炎以及其他中枢神经系统感染并发软瘫的后遗症等，可从痿证论治。所谓痿证是指肢体筋脉弛缓，手足萎软无力，运动不力，甚至瘫痪，日久患肢肌肉萎缩的一种病证。胡教授认为，痿证虽与五脏六腑功能失调有关，但与脾肾关系最为密切。



(一) 先天不足

部分痿证患者有家族遗传史或出生时即具痿证表现，或伴有生长发育异常。因此痿证可因先天禀赋不足所致。盖肾为先天之本，藏精主骨。肾之精气亏虚，则五脏之精血无以化生，精枯血虚，静脉筋骨失于濡养，形成痿证。肾虚除先天因素外，尚与后天劳倦、疾病有关。

(二) 后天失养

先天肾衰，久病体虚，劳神太过，饮食失调，起居失常以及外感毒邪乘虚入侵，均可损及脾胃。胃为五脏六腑之大源，主润宗筋；脾主运化，主四肢肌肉。脾胃共为后天之本，脾胃健运则水谷精微可转输于肺，濡养宗筋及四肢肌肉，使筋骨坚固，肌肉壮实，运动自如。脾胃受损则气血生化乏源，水谷精微无以散精而敷布周身，致皮肉筋骨枯萎，发为痿证。

根据上述病机，胡教授认为治痿证应着眼于补益脾肾，具体治疗仍以辨证为基础。若患者肢体痿软无力，伴纳少便溏，少气懒言，面色萎黄等症状，则以健脾益气，和胃助运为主；若伴见膝胫萎弱不能站立，甚至举步维艰，腰酸遗尿，遗精早泄，月事稀少，发枯毛脱等症状，则以补肾壮骨，填精生髓为主；若出现脾胃两虚的症状，则脾肾双补。此时，尚要兼顾脏腑之间关系，在出现其他脏腑功能失调症状时，也应在健脾补肾的基础上加以考虑。如肾衰不能制火，火克制金，出现痿躄不能用，干咳声嘶时，应佐以润肺养阴。

胡教授治疗痿证时，健脾和胃多选用黄芪、党参、白术、茯苓、甘草、山药、佛手等药，补肾壮阳填精多选用仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天、枸杞子、山萸肉、桑寄生、熟地、熟附子等。此外，由于痿证多病程日久，病情缠绵，患者多兼有气血瘀滞经络之象，治疗时应酌加莪术、丹参、当归、桃仁、红花等活血通络之品，瘀象明显者须加搜剔络中瘀血的全蝎、蜈蚣等虫类药物。

三、益肾养肝和络治震颤麻痹

震颤麻痹，又称帕金森病，患者主要出现肢体、头部等部位静止性麻痹，肢体或全身铅管样强直，动作迟缓，表情淡漠，步态慌张，语言减少，语音单调等症状，许多患者尚伴抑郁，甚至痴呆。震颤麻痹的发病率，随人类寿命的增长而呈上升趋势，其致残性和智能减损，给患者造成极大痛苦，亦给家庭和社会带来沉重的负担。胡教授积数十年之经验，治疗震颤麻痹着重以益肾养肝，息风和络法，取得较好的疗效。

（一）水衰精枯，风阳扰动致震颤麻痹

震颤麻痹属中医“颤证”之范畴，历代医家认为颤证的发病与肝、与风有关。明代王肯堂对此病的论述颇结合临床，其云：“颤，摇也；振，动也。筋脉约束不住而莫能任持，风之象也。”又云：“壮年少见，中年之后始有之，老年尤多。”胡教授集多年临床经验指出，本病中老年居多，主要与肝肾亏虚，气血不足有关，故本病以虚为主，由虚生风。因肝为风木之脏，体阴用阳，藏血主筋，赖肾水滋养，精血濡润；肾为先天之本，藏精主骨生髓。若年事渐高，或养生乏术，或劳倦太过，致水衰精枯，无以涵木，筋骨失养，虚风内起，风阳扰动，出现肢体、头部等部位震颤不已，关节、筋脉强直不利，久之气血两虚，致精神倦怠，头晕无力，纳呆便秘，甚至卧床不起，水衰精枯，髓海空虚，则反应迟钝，语言减少，智力下降。

（二）益肾养肝，息风和络可标本兼治

震颤麻痹属疑难顽症，虽发病缓慢，但病势渐进，以虚证为主，又伴风阳夹痰瘀之象。胡教授强调，治疗震颤麻痹既要围绕一个“虚”字，重在滋肾养肝，又应参以息风和络，标本兼治。而且不必拘泥于缓解期和进展期，保持标本兼治，补泻并进之法。选药时，多用熟地、生地、山萸肉、何首乌、枸杞子、杭白芍等益肾养肝，填精养血；用天麻、钩藤、炙僵蚕、全蝎、蜈



蚣等息风和络；用石菖蒲、炙远志、天南星等化痰泻浊。同时本着“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升，而泉源不竭”之精神，在处方时，多加入仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天、菟丝子等温肾之柔剂。温阳之刚剂附子、肉桂等，则恐其劫阴之弊而不常用，仅在出现肾阳不足，虚寒较盛时选用。震颤麻痹病程日久，常出现气血两虚之象，可在处方中加入黄芪、党参、当归、白芍等调补气血。胡教授治疗震颤麻痹还十分注意运用“治风先治血，血行风自灭”的原则，多选用丹参、莪术、当归等药物，以达“治血灭风”之目的。

（三）抓住主症，控制兼症，提高疗效

震颤麻痹有许多临床兼症，会严重影响患者的生活质量，治疗中要注重兼症的改善。如大便秘结者则选用既能滋肾温肾，又能润肠通便的肉苁蓉、桑椹子、生首乌等，配以通腑理气之大黄、枳实之品；如遗尿或尿频者则选用补肾涩泉之益智仁、蚕茧、金樱子、芡实等；若患者情绪抑郁悲伤，则加入养心舒郁之甘麦大枣汤，或合柴胡疏肝散加减；若患者焦虑失眠，则掺以百合知母汤，或与酸枣仁汤合方化裁；若呆傻健忘，则配伍填精生髓益智之品，如益智仁、煅龙骨、炙龟板等，以合“孔圣枕中丹”之意，亦可用血肉有情之品，如紫河车、鹿角胶、龟板等。临床中可见患者兼症改善的同时，主症亦好转稳定。

临证所见震颤麻痹患者大多已服用抗震颤麻痹的西药，如美多巴、多巴丝肼等。一些长期服西药的患者，疗效下降，“开关现象”严重，副反应明显，如肠胃不适，不自主动作增多等。在应用中医药治疗时，一般不主张服西药副作用明显的患者停药，但可适当减西药剂量，同时选方用药上亦注意改善西药的副作用。如出现烧心腹胀，恶心纳呆时，加和胃理气之品，如炒枳壳、苏梗、佛手、炒竹茹等，既可防滋肾药之碍胃，又可减轻西药副作用；若不自主动作较多者，则加强搜风化痰镇惊之力，可加蜈蚣、生南星等；如失眠烦躁则加安神定志之品，如炒枣仁、夜交藤等。

（四）摄生调护，治养结合乃相得益彰

中医药以其全面调整脏腑功能、阴阳气血的特点，在防治震颤麻痹上发

挥重要作用，可达到保护神经细胞，增强体质，延缓疾病发展的目的。而合理的生活习惯，健康的心理状态，适当的技能锻炼，亦有利防治疾病，提高生活质量。胡教授认为在摄生调护上应做到：进入中老年期后，应劳逸结合，保持胸怀宽畅，丰富业余生活，适当参与家务，坚持体育锻炼，节制房事，注意营养，但饮食以清淡为宜，戒除烟酒，提高健康水平。患病以后，坚持早期治疗，增强康复信心，调节不良情绪，加强机能训练，延缓关节僵直。病重或卧床不起的患者，则多做被动运动，预防关节固定、褥疮，减轻病痛。

四、临证善调脾胃

(一) 胃病的用药特点

1. 首重用药轻灵流通

胡教授指出在治疗脾胃病时，不论是温补脾气还是滋养胃阴，均应补中有通，静中有动，补而不滞，润而不膩，能升能运，以顺其脾胃升降之性。因此，胡教授补气健脾多以四君子汤为基础方，滋养胃阴则多选沙参、麦冬、石斛等滋而不膩之品。同时不论是补气还是养阴均注意配伍灵动之品，如佛手、陈皮、苏梗、香附等。黄文东老师说：“胃脘痛者，初病在气，久病在血。”活血化瘀药有活血化瘀，消痞止痛之功，故胡教授将其归属灵动之药，如莪术、丹参、赤芍等。

2. 重视药性之升降相配

胡教授升清之品多用升麻、柴胡、枳实，降逆之品多选降香、厚朴、代赭石等，同时善用辛开苦降之法，常用黄连配吴萸，黄连配半夏。

3. 辨病与辨证相结合

在治疗溃疡病时，常配以煅瓦楞子、煅乌贼骨、煅白螺丝壳制酸抗溃疡；治疗幽门螺杆菌则常用蒲公英、芙蓉叶杀菌消炎；防治肠化生则用八月札、



生薏仁、莪术等活血防恶变；治萎缩性胃炎则加生山楂、乌梅等助酸。

4. 治疗兼症

胡教授除了重视主症治疗外，常要配合治兼症，他认为兼症的改善有助于主症的恢复。如反酸加煨瓦楞，便溏加焦楂曲，大便黏冻色黄用秦皮，暖气加苏梗，口气臭秽加藿香、黄芩。

(二) 五脏病证中的调护脾胃

胡教授在治疗其他疾病时，除了辨证施治外，亦多顾护脾胃。如治疗精神分裂症时，患者虽见肝火上炎，狂躁不安，胡教授在用龙胆草、黑山栀等清肝泻火药物时，常配炙甘草、大枣之甘缓调中，菖蒲、远志化痰定志。当患者病情趋于稳定时，即减少或去除龙胆草等苦寒药，以疏肝健脾药物善其后。又如治疗震颤麻痹时，胡教授认为本病主要与肝肾亏虚有关，多予生地、熟地、山萸肉、制首乌、枸杞子、仙灵脾、肉苁蓉等药，但治疗前，他常仔细了解患者的饮食二便。纳便自调者，熟地、首乌、山萸肉可用之12~15g，若纳呆便秘或便溏，食后脘胀，则常去滋腻之熟地，加入香附、陈皮、佛手等醒胃之品。此外，胡教授注意筛选了一些治病又健胃的药，如枇杷叶止咳又健胃，鱼腥草清肺亦健胃，莪术活血和胃等，而不甚苦寒的清热药亦是常用之品，如蒲公英、芙蓉叶、七叶一枝花等。

(三) 膏方治疗中注重调理脾胃

胡教授善于运用传统的膏滋药“保健强身，抗病延年”，并认为其中至关重要的就是调理脾胃。胡教授在开膏滋药前，先详问病情，辨证分析，根据患者体质和病情，先开“开路方”为消化吸收膏滋药创造条件。开路方具理顺脾胃，受纳运化膏滋药的作用。开路方药多选苍术、厚朴、苏梗、薏苡仁、木香、陈皮、佛手、茯苓等，以健胃悦脾，理气化湿，消食助运，待脾运胃和，始予膏方滋补。膏滋的组方遵从“补而不滞，切忌蛮补”的原则，不论病情如何，体质特点，常酌加陈皮、香附、砂仁、佛手、神曲、山楂等灵动之品。至于收膏所选之膏类，多属血肉有情之品，恐味腥碍胃，黏腻胶

固不易消化，故加黄酒浸烊，以解腥膻之气，并助运化之力。便秘者可用蜂蜜，中寒者可加饴糖。由于辨证精确，处方配伍得当，因此疗效显著。

五、熟谙药性，灵活用药，讲究煎服方法

胡教授认为水能载舟，亦能覆舟；药能治人，亦能害人，可见药之功用，不止一端，故医者当深明药性，方能制方治病。胡教授不仅熟悉药物的性味归经，主治功用，还了解其炮制、副反应以及现代药理研究，有时还亲自尝药，因此，临证应用，得心应手。

（一）温阳需分刚柔

附子、肉桂其性辛温刚燥，温肾助阳散寒作用甚著，适用于阳虚寒甚之证，如用之失当，常有伤阴之虞。仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天等，性虽辛温，但属柔剂，如阳虚用之，不易伤阴。

（二）择药应别生熟

胡教授十分重视重要的炮制作用，因为炮制可提高中药效能，降低毒性，校正药味，改变性能，但这并不意味他排斥生品，而是灵活应用生熟制品。如他用生山楂活血化瘀，降低血脂，抑制皮脂腺分泌的功能治疗痤疮、高脂血症等；用焦山楂开胃助运止泻的功能治疗泄泻、伤食；用生首乌润肠通便解毒之性治疗肠燥便秘，用制首乌滋补肝肾精血之功治疗虚损病证；杜仲需炒后药性才能析出，故较生用效佳。还有些药物炮制后毒性下降，药效亦减，如天南星、半夏等，故胡教授大多使用生品，他认为经水煎煮后能消除毒性，而药性不变，这一点已经临床及动物实验证实。

（三）擅长一药多用

胡教授认为有些药物具有多种功能，可在不同的疾病中发挥不同的效能，或者在一个疾病的治疗中发挥多种作用。如地龙兼具平肝降压，息风解痉，



平喘利尿，镇静通络之功，配伍得当可用于癫痫、中风、血管性头痛、哮喘等；全蝎有搜风镇痉，通络止痛散结作用，故常用于面神经麻痹、头痛、震颤麻痹、癫痫、痹证等；鱼腥草清热解毒又健胃，治疗感染性疾病伴纳呆食少，一举两得；茶树根集强心利尿，抗早搏，降血脂于一身，对心脏病伴心衰、早搏及血脂升高者，疗效全面。

(四) 讲究煎服方法

胡教授认为药物煎服方法不当可影响药效。如挥发性强者应少煎，以免降低药性，如薄荷、羌活等；而附子、乌头等则应久煎，以减其毒性；全蝎、蜈蚣等药水煎服人体不易吸收，故胡教授要求研细粉吞服，以提高药效。

六、中药益智，大有可为

胡教授在治疗神经系统疾病时，观察到许多患者因疾病出现智力发育不全或退化，甚至痴呆。人的正常精神、智力及行为有赖于完善的脑功能，当因脑肿瘤、脑部感染、癫痫、脑外伤、脑血管意外、脑动脉硬化、多发性硬化、小儿脑瘫等疾病造成脑功能下降或丧失时，即出现智能与人格的衰退，临床可见注意力、记忆力、理解能力、判断能力、计算能力、定向能力和领悟力障碍，意向性思维能力减退，影响生活质量与学习能力，严重者导致智残，生活无法自理。他指出：内伤神志，病变在脑，其本在心、肝、肾之虚，其标在痰瘀内阻之实。盖脑为元神之府，机灵记忆皆出于脑，心主神志，肝主情志，肾主藏精生髓通于脑，因脏气内虚，渐生痰瘀，蒙于清窍，脑络失养，诸窍不灵，神机不运。故胡教授查阅古典医籍并观察临床，发现养心益肝补肾之法有一定益智作用，而化痰开窍药则是必用之品，如菖蒲、远志、龙骨、枳实、竹茹、茯苓等。胡教授尤为欣赏《千金方》中的孔圣枕中丹，方中龟甲、龙骨、菖蒲、远志四味药，主治用脑过度而致心肾不安之证，王肯堂赞其：“常令人大聪明”。而菖蒲、远志在《本草纲目》中均提及其有“通九窍、明耳目、益智慧、不忘、益心智、不老”等功能。胡教授在治疗

中酌加这些药物，疗效满意。如治一癫痫女患者，现16岁，5岁时癫痫频发，以致智力发育停滞，到12岁时智力只有5岁水平，幼稚，理解力差，不能读书，不能从事简单的家务。就诊治疗后，癫痫发作控制近4年未发，同时，智力亦大大提高。复读学习1年后即跳级进入三年级，尚能搞好简单的家务劳动，生活基本自理。

七、论知母清热镇静作用

胡教授认为知母清热作用颇为显著。其特点有三：一是既能清热泻火，又能滋阴润燥；二是既能退实热，也能退虚热；三是既能清上焦肺火，又能消中焦胃火，泻下焦肾火。同时胡教授指出，知母清热作用众所周知，但其很好的镇静作用，常为人忽略。以《金匱要略》《伤寒论》方剂为例，酸枣仁汤用酸枣仁合知母治疗“虚烦不得眠”，取其滋阴养心安神除烦；白虎汤以石膏合知母治疗大热汗出，烦渴引饮，用其清胃泻火除烦；百合知母汤治疗百合病“如有神灵”，用其养阴清热镇静；桂枝芍药知母汤在祛风化湿通络药中配以知母，治疗“诸肢节疼痛”，以加强镇痛作用等。尤其是伴口干咽燥，常用桂枝、川乌、知母、生地寒热并用。

胡教授治疗精神分裂症，狂躁不宁，毁物伤人，头痛不寐时，常用甘麦大枣汤合百合知母汤，加生铁落、菖蒲、远志、生南星等，并重用知母，以养心开窍，泻火宁神，可获一定疗效。治疗多发性抽动-秽语综合征，或其他疾病伴兴奋好动，烦躁不宁，好发脾气等，亦常在方中重用知母，取其镇静定志之功。总之，在神经官能症、血管性头痛等疾病中，如见失眠、恐惧、头痛、烦躁之症，均可在辨证的基础上选用知母。

八、治养结合，启动内因

在临证时，胡教授除了辨证精细，巧立处方外，在调护医嘱上也是周到



认真，毫不马虎。他常说：疾病的痊愈，不仅是医生的作用，同时也是患者治养结合，发挥主观能动性的过程。只有治养结合，启动内因，才能使身心康复。胡教授针对不同的体质，提出不同的建议。

(一) 饮食

对于一般患者，胡教授并不主张有太多的忌口，但对于胃炎、溃疡病患者要求其饮食要有规律，吃易消化食物，反酸较多者则少食酸甜品；对癫痫患者则要求较严格，如禁食羊肉、酒及酒制食品、咖啡、可乐等；对血管性头痛患者则戒烟酒。

(二) 生活习惯

胡教授在临床中明确发现长时间看电视或搓麻将等对癫痫、血管性头痛不利，而玩计算机、游戏机则对癫痫有明显的诱发作用。

(三) 情绪调节

精神分裂症、抑郁症、焦虑症、神经衰弱、血管性头痛等病证，常因情志不遂，怫郁不解，或暴怒紧张等七情过激，导致疾病或诱发或加重，胡教授总要谆谆教诲患者精神要放松，情绪要稳定，要有战胜疾病的信心，对性情急躁或有不健康思想行为的患者批评加疏导，对于抑郁的患者则鼓励其与人交往。

(四) 运动锻炼

大多患血管性头痛、失眠症、神经症的患者属于脑力劳动者，平时运动较少，思虑较多。胡教授鼓励他们多活动肢体，做一些力所能及的体育锻炼，并强调运动三要素：一是适度，锻炼应力所能及；二是坚持，不能偶尔锻炼一次即可，应循序渐进，细水长流；三是排除杂念，在运动时不能思绪纷繁，应静心，摒弃杂念进行锻炼。

上述这些医嘱，或以口头婉言告之，或以书面作卡给病员阅读。由于针对性强，医生态度诚恳，多为患者接受实施，大大有利于疾病的治疗和康复。

【跟师临床】

一、精神分裂症

徐某，男，45岁。1998年10月7日初诊。

近年来由于工作屡遭不顺，情绪怫郁，10天前又因外界刺激，心情兴奋，4天前回沪，情绪渐反常，心烦失眠，焦虑不安，多思多疑，甚则急躁发怒，狂暴不休，曾破窗欲坠，被拦未遂，服用“氯丙嗪”等药至今，无效。舌红苔黄腻，脉滑数（114次/分）。本案属心肝亢盛，痰浊内蒙之狂证，治拟清心泻火，化痰宣窍，安神定志。

处方：

龙胆草 9g 天竺黄 12g 黄连 4.5g 百合 15g 知母
15g 炙甘草 9g 淮小麦 30g 大枣 9g 菖蒲 9g
炙远志 4.5g 枳实 12g 竹茹 6g 生地 15g 炒枣仁
15g 煅龙骨 30g 生南星 30g

服药7剂，情绪已较前稳定，心烦焦虑减轻，睡眠改善，已停用“氯丙嗪”，舌红苔薄腻，脉细滑数（96次/分）。原方去炒枣仁、天竺黄、煅龙骨，续服14剂后情绪已日趋稳定，精神亦振，已能安眠，纳可便调，舌红苔薄



腻，脉小滑数（92次/分），再守原意，原方继用14剂，病情已稳。

服用本方30余剂疾病得以痊愈，恢复工作。



释疑解惑

问：老师这个处方的组成有什么特点呢？

答：本案七情内伤，心肝同病，心肝火盛，夹痰浊蒙蔽神明，火灼阴伤，心神失养，故用心肝同治之甘麦大枣汤甘缓肝急，养心安神，百合知母汤滋阴泄热除烦，并加入泻肝火，化痰浊，开心窍之龙胆草、竹茹、枳实、菖蒲、远志、黄连、生南星等，药中病机，应手而效。

问：为何在火盛痰浊之狂证中要加入养心安神的甘麦大枣汤？

答：甘麦大枣汤出自张仲景《金匱要略》，心肝同治，可缓肝急，养心安神。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》原文为：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”根据后世大量的临床实践发现，此方并非只治“妇人脏躁”，方中淮小麦性甘、微寒，归心经，善补心气，养心神，除热解渴，常用于神志不宁，失眠抑郁等症。《灵枢·五味》云，“心病者，宜食麦”；炙甘草性味甘平，归脾胃、心、肺经，功能补中益气，养心化痰，缓急止痛，调和药性；大枣甘，微温，归心、脾胃经，可补益脾气，缓肝急疗心虚，即“肝苦急，急食甘以缓之”之意。三药合用，药味简单，药性平和，具有甘缓濡润之性，总能润燥缓急，养心气，益心液，泻虚火，安心神。尤在泾《金匱心典》中说，“小麦为肝之谷，而善养心气，甘草、大枣甘润生阴，所以滋脏气而止其燥也。”同时此方尚加入石菖蒲、炙远志、丹参等药，组成加味甘麦大枣汤，炙远志、石菖蒲、丹参加强化痰活血，安神定志之功。随症化裁治疗不寐、恐惧、抑郁、紧张、癫痫等与神志相关的疾病。叶天士在《临证指南医案》中也大量应用了甘麦大枣汤，如思虑过度哭笑无常，心胃阴伤烦渴，产后郁冒，肝虚动风等病证。

问：为何对狂证患者要详细了解脉率情况？

答：狂证患者发作时大多处于火盛邪实阶段，脉率加速洪大往往能反映出疾病的程度，也可以通过脉率的变化测知疾病控制的情况，因此，对这一类患者，要了解脉率的变化。

问：为何在处方中加用百合知母汤？

答：《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治》：“百合病者，百脉一宗，悉致其病也。意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时；如寒无寒，如热无热；口苦，小便赤，诸药不能治，得药则剧吐利。如有神灵者，而身形如和，其脉微数。”百合病是以神志恍惚，精神不定为主要表现的情志病。因其治疗以百合为主药，故名百合病。或谓百脉一宗，其病举身皆痛，无复经络传次，而名百合。起于伤寒大病之后，余热未解，或平素情志不遂，而遇外界精神刺激所致。其病邪少虚多，属阴虚内热之证，治以补虚清热，养血凉血，用百合地黄汤，亦可选用百合知母汤、百合鸡子汤、百合滑石散等方。在本案中用百合知母汤是取其养阴清热镇静之力，以达安神定志除烦之功。

问：处方中为何要加入众多苦寒药物，有什么注意事项吗？

答：患者心肝之火亢盛，痰浊之邪内蒙，神明为之不安，病属狂证。本方中加入泻肝火，化痰浊，开心窍之龙胆草、竹茹、枳实、菖蒲、远志、黄连、生南星等苦寒之品，是根据其病机变化，辨证选用的，由于药中病机，应手而效。但是苦寒之品有损伤脾胃之弊，不宜量大久用。

二、眩晕

李某，男，42岁。1998年2月24日初诊。

因反复头晕目眩8年，加重1周来院就诊。患者于1990年开始突发头晕目眩，天旋地转，恶心呕吐，两目难睁，头部活动时加剧，无复视，伴耳鸣口干，此后每年大发作1~2次，可持续一至数日，每月小发作2~3次，持续半天到一天，发作前多有劳累史，无法正常工作。平时常感头晕头胀，腰酸口干，神疲乏力，记忆力下降，失眠尿频。在华山医院检查头颅MRI显示部分空蝶鞍，两侧侧脑室扩大，交通性脑积水，脑电图显示无异常。近1周来，症状反复发作，伴天旋地转，纳呆腰酸，神疲乏力，口干不欲饮，大便干结，2~3日一行。舌质暗胖，舌苔薄腻，脉弦滑。中医诊断：眩晕（肝肾



亏虚，风痰上扰)。西医诊断：眩晕症，交通性脑积水。证属肝肾亏虚，肝阳上亢，夹痰瘀上扰。治拟补肾平肝，健脾化痰，活血祛瘀。

处方：

熟地 9g 山萸肉 12g 山药 15g 茯苓 15g 丹参 15g
天麻 9g 钩藤 15g 石决明 30g 白术 15g 泽泻 30g
枳实 12g 制大黄 9g 生南星 15g

另予蝎蜈胶囊每次 5 粒，每日两次。

服药 14 剂后，患者头晕头痛未发作，大便已畅，但仍有头胀，腰酸口干，尿频寐差。舌淡胖苔薄白，脉弦滑。在原方中加蚕茧 6g，再进 14 剂。此后，以原方为基础加减治疗半年，患者眩晕未见大发作，小发作亦明显减少，直至不发。患者精神体力较治疗前明显改善，能坚持工作。随访一年后复查头颅 MRI，脑积水有明显改善。



释疑解惑

问：老师能讲一讲本案的辨证施治思路吗？

答：患者系中年男性，平素常感头晕头胀，腰酸口干，神疲乏力，记忆力下降，失眠尿频，劳累后易发病，病程已达 8 年之久。头颅 MRI 示“脑积水”，根据“肾主骨，骨主髓，脑为髓之海”、“肝肾同源”及“久病归肾”的理论，说明肝肾亏虚是其患病之本；近 1 周来，头晕反复发作，时发时止，符合风邪“善行而数变”的特性，伴视物旋转，恶心呕吐，胃纳不佳，大便干结，数日一行，口干不欲饮，为风邪夹痰瘀，上扰清空的表现；胃纳不佳，大便干结，数日一行，口干不欲饮，舌质暗胖，舌苔腻，脉弦滑，为脾胃运化失常，痰浊内生的表现。综合考虑，正所谓“无虚不作眩”、“无风不作眩”，“无痰不作眩”即为肝肾亏虚，风痰上扰，痰瘀内恋。治宜补肾平肝，健脾化痰，活血祛瘀。“急则治其标”，故方中以平肝息风，化痰祛瘀，而滋补肝肾，健脾助运则缓一步进行。该方中以熟地、山萸肉、山药滋补肾阴，天麻、钩藤、石决明息风潜阳，白术、泽泻、茯苓、枳实、天南星、制大黄、丹参、全蝎、蜈蚣化痰祛瘀。全方合天麻钩藤饮、温胆汤、泽泻汤、半夏白术天麻汤之意，平肝息风，健脾化痰。

问：老师在治疗神经系统疾病时多用平肝息风之法，请问在不同的疾病中，用法有何不同？

答：我在治疗神经系统疾病时，治疗方法以平肝息风为主，同时又根据各病证之特点，灵活化裁，配伍用药，疗效颇佳。《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝……诸暴强直，皆属于风。”其中所言病证在神经系统疾病中十分常见，如疼痛、痉挛、瘫痪、抽搐、震颤、眩晕等。因此，在治疗血管性头痛、三叉神经痛、面神经麻痹、癫痫、震颤麻痹、多发性抽动-秽语综合征、痉挛性斜颈等疾病时，抓住肝风内动，风阳上扰这一主要病机，以平肝息风为治疗大法，天麻、钩藤、炙白僵蚕为治疗要药。但由于这些病证原因各异，症状不同，病机亦有兼夹风、痰、瘀、虚之变化，故在治疗时尚须结合祛风解表，化痰降浊，活血化瘀滋补肝肾等法，以期提高疗效。

问：老师在治疗眩晕时常用泽泻汤，请问泽泻汤治疗眩晕有何长处？

答：治疗眩晕时，可以参照《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证》“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”。“冒眩”者即昏冒旋眩，“苦”则是指其程度较剧，患者十分痛苦。这类眩晕发作时有剧烈的头晕目眩，伴天旋地转，恶心呕吐，可见于现代医学的美尼尔综合征，治疗时用泽泻汤加味，且重用泽泻，确获良效。

三、痫证

顾某，女，13岁。1996年5月20日初诊。

因发作性神昏，频频头部抽搐6年来我院门诊就诊。患者自幼体健，顺产，无特殊病史，无头部外伤史，无家族遗传史。6年前无明显诱因出现发作性神昏，频频头部抽搐，两目上视，逐渐出现智力障碍，无法与正常同龄人一起学习，生活自理能力差。查脑部CT无异常，脑电图示痫样放电。先后予苯妥因钠、鲁米那、卡马西平及丙戊酸钠等药物治疗，疗效不佳，癫痫小发作一直无法控制。来院就诊时，口服卡马西平0.2g，每天3次，每天仍有癫痫小发作几十次，尚伴行为幼稚，智力低下，兴奋好动，思想不集中，



记忆力差，大便干结等症状。舌淡红，舌苔薄腻，脉细弦。中医诊断痫证，西医诊断原发性癫痫。证属风阳扰动，痰浊内蒙。治拟平肝息风，化痰定痫。

处方：

天麻 6g 钩藤 12g 炙僵蚕 9g 丹参 30g 白芍 30g
石菖蒲 9g 炙远志 4.5g 制大黄 9g 天竺黄 6g 煅
龙骨 30g 生南星 9g

另予蝎蜈胶囊每次 5 粒，每日两次。

服药 28 剂后，患者发作性神昏及频频头部抽搐发作明显减少，有时每天仅有 2~3 次，大便已畅，但仍有行为幼稚，智力低下，兴奋好动，思想不集中，记忆力下降。舌淡红苔薄白腻，脉细弦。在原方中加炙甘草 6g，淮小麦 30g，大枣 9g，益智仁 6g，再进 28 剂。癫痫小发作未再发作，此后，以原方为基础加减治疗 3 年，患者癫痫一直未发，脑电图显示正常。患者智力较治疗前明显改善，能在辅读学校学习，甚至从 3 年级直接进入 5 年级学习。

释疑解惑

问：癫痫在临床上表现千变万化，且有发作期和间隙期的不同，请老师谈一谈本病在辨证施治过程中的规律。

答：癫痫的临床表现错综复杂，但其病因病机，不外“惊”、“风”、“痰”、“瘀”四方面，治疗法则也不离镇惊、息风、豁痰、化瘀四法，然临床疗效却大相径庭，究其原因，与辨证是否准确，选药是否精细，攻补权衡是否得当，医嘱的落实程度等有非常密切的关系。

首先根据发作类型，理法方药有所偏重。癫痫小发作，主要表现为短暂的意识丧失，而无明显的抽搐等表现，则应重在化痰，在处方中加重化痰之品，如枳实、竹茹、天竺黄等；癫痫精神运动性发作，临床表现为发作性的情感及行为异常，则加用炙甘草、淮小麦、大枣以养心宁神，甘润缓急；头痛型或腹痛型癫痫则加重白芍的用量达 30~40g，以养血柔肝，缓急解痉；外伤性癫痫或有难产史者，则加入红花、川芎、莪术等，以加强活血化瘀之力。

其次根据发病诱因，处方用药有所加减。临床上很多女性患者，月经期

及其前后，癫痫发作更为频繁，或伴抑郁、疲惫等症状。此乃冲任不调之证候，与内分泌失调有关，常加用淫羊藿、肉苁蓉等药物以调理冲任，养血息风。部分患者每遇惊吓或突然刺激则癫痫发作，此乃心神不安之表现，需加用重镇安神之品，如生铁落、灵磁石、紫石英等。部分患者每于情志不舒时诱发，则当加强疏肝理气之力，加用柴胡、郁金之属。

第三，根据疾病特点标本虚实无需拘泥。一般慢性发作性疾病的治疗，主张发作期以治标为主，间隙期以治本为主。然而，癫痫虽属慢性疾病，反复而缠绵，但发作时间短暂，在治疗上无需分发作期以攻邪为主，间隙期以补虚为主，只要虚像显露，即可用补益法。本病案患者几乎无发作间歇期，因此治疗上以攻补兼施为主，但因癫痫发病常与痰瘀有关，故进补时，应尽量避免滋腻之品。补气可用党参、黄芪；养肝可用枸杞子、旱莲草；益肾可用桑寄生、山茱萸。同时，补虚药与息风豁痰药同用，对小儿智力的提高，也具有一定的作用。

第四，根据发作特点，服药调摄需谨慎。癫痫的服药时间和方法得当与否，可以直接影响治疗效果。对从未服用过西药的病人，可单独采用中药治疗。如已长期服用西药，但未能控制病情者，一般不立即撤去西药，而应中西药并用，两者服药时间可以隔开30分钟左右，服药时间应相对固定。有的患者发作时间有一定规律，则服药时间应做特殊安排。例如，固定在夜间睡梦中发作，则上午不必服药，可以安排在傍晚及临睡前各服药1次。如固定在傍晚发作，可安排在上午8时及下午3时各服药1次。根据不同情况，规定不同服药时间，则有利于药效的充分发挥。癫痫的治疗必须坚持长期服药，决不能轻易突然停药。一般要在持续停发2年以上，且脑电图所示也同步好转的情况下，方可在医生指导下适当减量，持续停发4年左右，才考虑停药。对婴幼儿的服药剂量，则应根据其体重增长而适当增加剂量。故要注意调畅情志，避免紧张，少看内容刺激的电视电影节目。根据我的临床经验，癫痫患者必须注意饮食调理，忌辛辣刺激食品，如咖啡、浓茶、辣椒之类，尤其是各种酒类及羊肉，最易诱发，必须终身禁绝。



问：癫痫患者反复发作或长期服用西药，智力多受损害，临床有无有效办法？

答：癫痫患者长期反复发作，即使服用药物也难以控制，其智力或多或少会受到损害，尤其是婴幼儿智力发育高峰期癫痫发作，对智力的损害更大。因此，有效控制癫痫发作是最有效的保护智力的方法，不必拘泥于中医西医治疗，有效且副作用小是选药的基本原则。对智力已发生损害者，根据中医理论，或因肾精亏损，髓海空虚，而以滋肾填精，补髓健脑法治之；或因心脾亏虚，气血不足，而以养心补脾，益智安神之法治之。此乃治本之法，尚需根据气滞、痰郁、血瘀的不同，而加用疏肝理气，化痰开窍，活血化瘀等法治疗。该患者就是应用养心补肾益智的治法，方中应用甘麦大枣汤，益智仁等药物，在癫痫停止发作后，智力亦逐渐改善。

四、肌营养不良症

朱某：男，49岁。1996年11月20日初诊。

因进行性四肢肌肉萎缩无力1年就诊。患者自1年前开始无明显诱因出现四肢无力，逐渐加重，双臂无法抬举，双腿无法下蹲或上抬，洗脚只能坐高凳，上楼梯困难，全身肌肉有针刺感，四肢肌肉逐渐萎缩。某医院发现：四肢近段中冈上肌、冈下肌、胸大肌、胸小肌均有不同程度的萎缩，无肌束颤动，四肢肌张力正常，四肢肌力Ⅳ级，感觉无异常。肌电图示：肌源性疾病可能性大。右三角肌活检示：所有肌细胞均可见线粒体变形，少量线粒体相互融合或包裹在自噬泡中，肌细胞轻度萎缩。诊断为肌营养不良症。患者住院40天，出院后前来就诊。刻诊：四肢无力，双上臂无法高举及向后转，双腿无法下蹲或抬举，四肢肌肉萎缩，肢体瘦削无力，四肢肌肉针刺感。胃纳欠香，二便正常。苔薄腻，脉濡细。证属脾肾亏虚，气血痹阻，肌肉筋骨失养。治拟健脾益气，补肾活血。

处方：

党参 15g 黄芪 15g 炙甘草 9g 制黄精 15g 巴戟天

15g 桑寄生 15g 熟地 9g 桂枝 9g 当归 15g 桃
仁 9g 羌活 15g

服药 14 剂后，下肢较前轻松，举臂仍萎软无力，双腿难以下蹲，胃纳欠香，二便正常。苔薄腻，脉濡细。再守原意，原方加熟附子 6g，14 剂。此后又以初诊方加熟附子 6g，仙灵脾 9g，连续治疗。

连续服 3 个月，患者双臂伸展自如，能持物并高举过头，能轻松上楼，不需坐高凳，肌肉针刺感消失，胃纳增加，体重从 110 斤增至 120 斤。随访 2 年，症状稳定，能正常工作和生活。



释疑解惑

问：请问老师什么是肌营养不良症？

答：肌营养不良症是由遗传因素所致的以进行性骨骼肌无力为特征的一组原发性骨骼肌坏死性疾病，临床上主要表现为不同程度和分布的进行性加重的骨骼肌萎缩和无力，也可累及心肌。肌营养不良病因是遗传异常，在不同的类型中可以不同的方式进行，但遗传因素造成肌肉变性的机制，目前尚未明了。除遗传因素外，患者自身基因突变也可导致本病发生。按照典型的遗传形式和主要临床表现，可将肌营养不良症分为下列类型：假肥大型肌营养不良症、面肩-肱型肌营养不良症、肢带型肌营养不良症、其他类型。实验室检查以血清肌酸磷酸激酶（CPK）增高为诊断本病重要而敏感的指标。

问：中医是如何认识肌营养不良症的？

答：由于肌营养不良症是以进行性的肌肉萎缩无力为主要临床表现。病人平地走路摔倒，走路左右摇晃如鸭步，上下楼梯困难，蹲下起立困难，伴有肌肉的假性肥大或萎缩，中医将其列为“痿证”范畴。“痿证”是指筋骨萎软，肌肉瘦削，皮肤麻木，手足不用的一类疾患。临床上以两足萎软，不能随意运动者较多见，故有“痿躄”之称。中医认为肾为先天之本，主藏精，主骨生髓。肌营养不良既是遗传性疾病，又属中医痿证范畴，故与先天之本肾的关系最为密切。先天禀赋不足，精亏血少不能营养肌肉筋骨，则逐渐出现肌肉无力，萎缩。先天之气要靠后天之气滋养，方能生生不息，脾胃为后天之本，化生气血，营养五脏六腑、肌肉筋骨，且脾主肌肉，脾胃虚弱，



气血生化不足，肌肉无以营养则为肌营养不良。先天不足，后天失养，气血虚亏，五脏俱伤，脏腑气血功能失调使气血更加亏虚，肌肉萎软无力不断进展。因此本病中医病机总以脾肾虚损，气血不足为主。本病是由遗传所致已为现代医学所证实。中医从《内经》开始即认识到遗传因素对人体生长、发育、衰老、疾病的影响，这就是先天禀赋强弱的作用。本病由于父母肾气不足，导致小儿禀受父母之精气不足是其日后发病的原因。腰为肾之府，先天肾之精气不足，不能荣养腰府，故见腰背无力；肾精不足可累及肝阴之虚，肝肾阴亏，不能濡润筋脉而出现肢体无力；阴虚日久可致肝阳上亢，肝阳化风，风动则摇，故可见患者走路左右摇摆如鸭步。脾气虚弱，脾失健运，不能生化气血，则气血亏虚不能濡养肌肉四肢，日渐肌肉萎缩无力。久则痰瘀互结，留着肌肉不去，乃致本虚标实，可见局部肌肉假性肥大，肌肉增粗变硬。久病不愈，下伐于肾，导致气血阴阳更虚，肢体无力加剧，不能站立，坐卧不便，日渐气血衰败，五脏俱亡，最后阴阳衰败而死亡。

问：本病如何进行辨证论治？

答：肌营养不良症属痿证范畴，痿证的病因病机与脾肾两虚，气血不调密切相关，治疗上应从补益脾肾，调理气血入手。若兼有痰瘀，则予化痰祛瘀。

问：方中为何要加入活血化瘀之品？

答：本案病因乃先天遗传异常，临床表现以脾肾亏虚为主，治当补益脾肾。但是患者尚感全身肌肉有针刺感，显然为气血运行不畅所致，故用当归、桃仁、莪术等活血通络之品，使气充血行，筋肉得养。

五、失眠

毛某，女，60岁。1997年4月1日初诊。

因反复失眠20年，加重1周就诊。患者平素多思多虑，经常失眠20年，近一年来因家事刺激致失眠加重，每夜仅睡3~4小时，严重时通宵不眠。且每夜需服用“舒乐安定片”2~3片后，方能入睡，夜寐易醒，醒后不易再

睡，伴头晕头痛，心烦口苦，咽干有痰，胸脘痞满，纳少便秘，形体肥胖。近1周来，失眠加重，服用“舒乐安定”6片，亦有2天无法入眠，舌红苔黄腻，脉弦滑。证属肝郁化热，夹有痰湿，扰动心神。治拟疏肝清热，化痰安神。方药以加味甘麦大枣汤为主。

处方：

炙甘草 9g 淮小麦 30g 大枣 9g 石菖蒲 9g 炙远志
4.5g 丹参 30g 丹皮 9g 开心果 15g 炒枣仁 12g
夜交藤 15g 制南星 15g

服药7剂后，自觉睡眠较前安宁，头晕头痛减轻，仅需服舒乐安定片1片，即能入睡。口苦纳呆，舌红苔薄腻，脉弦滑。再守原意，原方去丹皮，加百合12g，知母12g，7剂。此后用初诊方加减两周后，患者已可入睡6小时以上，且停用舒乐安定片。由于病程较长，顽固失眠，患者又服药一月余，达到戒除西药，每夜安睡6~7小时之良效。



释疑解惑

问：造成失眠的原因有哪些？如何诊断？

答：失眠是一种持续的睡眠质和（或）量令人不满意的生理障碍，多种原因可以引起睡眠不足，入睡困难，早醒，并对白天活动造成影响，如疲劳烦躁，注意力不集中，记性差等。对失眠有忧虑或恐惧心理是形成本病的心理因素。身体的疾病，尤其是慢性病、精神疾患、情绪障碍、用药饮酒、睡眠无规律、睡觉打呼等，都可导致失眠。

失眠主要根据其表现进行诊断：首先有失眠的典型症状，轻者入睡困难，睡眠中易醒，并难于再次入睡或清晨过早醒来。重者彻夜难眠，常伴有头痛头晕，神疲乏力，白天昏沉欲睡，心悸健忘，心神不安，多梦等，患者常对失眠感到焦虑和恐惧。睡眠时间不足5小时。其次有反复发作史。失眠每周至少发生三次并持续一月以上，且排除精神及重度器质性疾病所致失眠者。三是有一定的性格基础，表现为敏感，警觉性高，对健康要求过高，易焦虑、抑郁等。失眠具有较大的危害，如机体免疫力下降，对各种疾病的抵抗力减弱，能够引起记忆力减退、头痛；影响工作、学习和生活；可导致植物神经



功能紊乱等。

问：中医如何认识失眠病证？

答：中医称失眠为“不寐”、“不得瞑”等，早在《素问·逆调论》中就有“胃不和则卧不安”的记载，在《金匱要略》中也有相关的论述。《景岳全书》中对形成不寐的原因作了分析：“不寐证虽病有不一。然惟知邪正二字则尽之矣……神安则寐，神不安则不寐；其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足耳。有邪者多实，无邪者多虚”。又如《类证治裁·不寐》亦说：“阳气自动而之静，则寐；阴气自静而之动，则寤。不寐者，病在阳而不交阴也。”以上都说明失眠的病因与阴阳、虚实有关。体现了中医对失眠的独特认识。中医历来积累了较多治疗失眠的有效方药，如黄连阿胶汤、温胆汤、酸枣仁汤、朱砂安神丸等名方。朱砂、琥珀、酸枣仁、珍珠母、远志、茯神等都是具有催眠功效的药物。

问：不寐病证选方用药有什么特点呢？

答：中医对不寐病证的治疗总脱不开虚、实二类，从临证来看，不仅从虚、实，而且从心、从肝、从脑等不同途径灵活辨证论治，均可收到良好效果。近年来实验研究及临床观察结果也提示，多个单味中药、复方均有较好的镇静安眠作用，同时还开展了通过现代方法探讨中药对神经、内分泌、免疫系统影响的实验研究，以解释中药治疗不寐病证的现代药理机制。我在临床观察中发现，不寐病证乃心神失养，神不守舍所致，且与心肝两脏关系最为密切。心为君主之官，主血脉，系神明，思虑过度，劳伤心神，心血暗耗；情志郁结，郁而化火，热扰心神，久之，耗伤阴血，血不养心，心神失养，神不守舍，致不能入眠，或乱梦纷纭，或易醒早醒。故选方用药总以养心安神为主。总之，治疗不寐病证，要符合《内经》治疗“目不瞑”之原则为“补其不足，泻其有余，调其虚实，以通其道，而去其邪……阴阳以通，其卧立至。”

问：本案是否适合选用疏肝解郁的柴胡疏肝散？

答：可以。柴胡疏肝散能够疏肝解郁，但该患者尚有肝郁化热，夹有痰湿，扰动心神，导致不寐的情况，故尚需加入清热化痰，养心安神之品。

问：老师能讲一下在不寐病证中选用甘麦大枣汤加减的原因吗？

答：甘麦大枣汤出自张仲景《金匱要略·妇人杂病脉证并治》，但此方并非只治“妇人脏躁”。我用此方加入石菖蒲、炙远志、丹参，组成加味甘麦大枣汤，随症化裁治疗不寐病证或伴恐惧、抑郁、紧张等，疗效显著。方中甘麦大枣药味简单，药性平和，具有甘缓濡润之性，能润燥缓急，养心气，益心液，泻虚火，安心神。炙远志、石菖蒲、丹参化痰活血，安神定志。从现代药理分析可知，方中大多数药物具有镇静作用，如炙甘草、淮小麦、大枣、石菖蒲、炙远志、丹参、制南星、知母、茯神、百合、七叶一枝花、夜交藤、炒枣仁等。同时，加味甘麦大枣汤在治疗不寐伴情志怫郁，心烦焦躁者时，疗效尤佳，这与加味甘麦大枣汤具有养心解郁作用有关。除顽固性失眠者，即使不用枣仁、夜交藤、珍珠母等安神之品，亦能奏效。而对于因郁而病者，则可在本方基础上，进一步加强疏肝解郁之力，可与柴胡疏肝散等合方加减治疗。

问：为何在治疗不寐的处方中还要加入化痰之品？

答：治疗不寐病证中很重要的一点还要掌握化痰定志以安神的思想。正如王肯堂所云：“有痰在胆经，神不归舍，亦令不寐。”不寐患者在睡眠不安时，常伴有乱梦纷扰，醒后头重目眩，胸脘痞满，纳呆恶心，舌苔白腻等一派痰浊内阻之象。故除了用炙远志、石菖蒲等药，还可加天南星、枳实、竹茹、半夏等化痰之品，或合用温胆汤加减。还有一部分患者虽是鼾声雷动，却自觉未入睡，或醒后仍疲惫不堪。对此症状，黄文东先生曾说：“鼾而不寐乃痰热内蕴，肺气不利，夹肝火上逆而致。”治疗时亦多在方中加入清化痰热之品，如七叶一枝花、黄芩等。

问：我看老师还在处方中加入活血之品，为什么？

答：不寐病证不论病因如何，总是心神失养，神明不安。盖心主血脉，主神志，而血液是神志活动的物质基础。《灵枢·本神》说：“心藏脉，脉舍神”。心血充盈，血脉运行流畅，则心神充养，神明安宁。故于方中加入丹参，取“丹参一味，功同四物”之意，可达养血活血，宁心安神之功。

问：有些人明明鼾声雷动，还说没有睡好，而且还感到疲惫不堪，这种症状应该如何处理？

答：现代社会的快节奏工作和生活易使人产生身心疲惫的感觉，如果没



有良好的睡眠，则会使人的健康受到影响。人类许多疾病的发生发展都与睡眠呼吸障碍有关。“打鼾憋气”就是医学上讲的阻塞性睡眠呼吸暂停综合征，这类疾病可以导致夜寐不安，白天困倦，疲乏无力，头痛嗜睡，健忘急躁，此病还易诱发高血压、心脏病。当然，入睡而作鼾声，为一般常人之象。但有些人未入睡而有鼾声，或鼾声如雷，或整夜鼾声不断，或鼾声大作伴有憋气，则为异常。此乃痰热内蕴，肺气不利，夹肝火上逆所致。治疗上可予清化痰热，宣肺泻肝。用药多选用黄芩、竹茹、胆南星、远志、半夏、菖蒲、川贝母等。

六、震颤麻痹

陶某，女，63岁。1996年11月19日初诊。

7年前无明显诱因出现双上肢颤抖，头部晃动，症状逐渐加重，以致持物及书写困难，步履不稳，常易倾跌，动作迟钝，表情呆板，腰酸腿软，头晕耳鸣，嗅觉丧失，失眠烦躁，大便干结，三日一行，食入泛恶，胃脘胀痛。患者曾查头颅CT无异常，诊断为震颤麻痹，未服西药。舌质淡暗，舌苔白腻，脉沉细。证属肝肾亏虚，风阳扰动。治拟益肾养肝，息风和络。

处方：

生地黄 12g 枸杞 12g 山萸肉 12g 女贞子 12g 旱
 莲草 12g 白芍 30g 肉苁蓉 15g 桑寄生 15g 天麻
 9g 钩藤 15g 炙僵蚕 9g 丹参 30g 制香附 12g
 荔枝 12g 制大黄 6g 知母 15g 生南星 20g 全蝎
 粉（分2次吞服）2g

二诊：服上方14剂，患者述病情同前，故继守原法，原方再进14剂。

三诊：患者述双上肢颤抖稍减少减轻，双腿行走较前稳健，偶有欲倾之感，大便隔日润行，胃中已舒，嗅觉略有恢复，可闻及麻油香味，耳鸣头晕，睡眠略有改善。舌质淡红苔薄白，脉沉细。症有起色，继守原方去香附，加制大黄9g。

患者此后以初诊方随症加减半年，因诸症均减，患者自行停药1月，因头部晃动又剧而来就诊，迭进益肾养肝，息风和络之剂1年，病情稳定，随访2年，症状控制满意，生活自理。



释疑解惑

问：震颤麻痹是一种什么样的疾病？

答：震颤麻痹又称帕金森病，是中年以后发病，以静止性震颤，肌强直，运动徐缓为主要表现的一种常见的神经系统变性疾病。本病病因尚不明了，有认为与年龄老化，环境因素或家族遗传因素有关。继发性者则可因脑血管病、药源性损伤、中毒、脑炎、脑外伤、脑肿瘤和基底节钙化等引起。

问：震颤麻痹主要有哪些症状？

答：本病多发生在50岁以后，约3/4患者起病于50~60岁之间，有家族史者起病年龄较轻，起病多隐袭，缓慢进行性加重，以震颤、肌强直及运动徐缓为临床主要表现。临床表现并有以下几个特点。

(1) 震颤的特点：多自一侧上肢手部开始，呈节律性搓丸样动作。随病情的进展，震颤渐波及同侧下肢和对侧上下肢，通常上肢重于下肢，下颌、口唇、舌和头部的震颤多在病程后期出现。震颤大多数在静止状态时出现，随意活动时减轻，情绪紧张时加剧，入睡后则消失。

(2) 肌强直的特点：全身肌肉紧张度均增高。四肢因肌张力增高，致被动伸屈其关节时呈均匀一致的阻力，称铅管样强直，如震颤并有阻力，造成断续的停顿感，称齿轮样强直。面肌张力增高，使得表情呆板，呈面具脸。

(3) 运动徐缓的特点：表现为随意运动始动困难，动作缓慢和活动减少。患者翻身、起立、行走、转弯都显得笨拙缓慢，穿衣、梳头、刷牙等动作难以完成，写字时笔迹颤动，或越写越小，称书写过小征。走路缓慢，步伐碎小，脚难以离地，行走失去重心，往往越走越快呈前冲状，不能及时停步，称慌张步态。行走时因姿势反射障碍，缺乏上肢应有的协同运动。

此外，还有其他症状，如植物神经功能障碍导致患者汗液、唾液及皮脂分泌过多，顽固性便秘，情绪不稳，抑郁焦虑，智力障碍，严重时可表现为痴呆。



问：为何要积极研究中药治疗震颤麻痹？

答：震颤麻痹又称帕金森病，好发于中年以上男性。临床以震颤、肌肉强直和运动减少为特征，许多患者因此而无法正常活动，甚者完全丧失活动能力，故本病为致残性疾病，给患者带来极大地痛苦，因其确切病因至今不明，西医大多采用左旋多巴或抗胆碱能药物治疗，虽有疗效，但不少病人因副作用大而被迫停药，或因久服，药效渐减，且不能控制病情的自然发展，药物价格也较昂贵。因此，治疗上难度较大。中医药通过辨证施治，不仅可以控制病情，延缓发展，且副作用小，价格亦相对便宜，在临床上颇受患者的欢迎。但是目前对中药治疗震颤麻痹的机理还不了解，因此要加强研究。

问：请老师谈谈中医是如何认识震颤麻痹的。

答：震颤麻痹归属中医“颤证”范畴，是一个疑难顽症，虽发病缓慢，但病势渐进。历代医家多认为颤证的发病与肝、风有关。《素问·至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”说明本病属风象，与肝有关，此论一直为后世所宗。关于本病较明确的记载是明代的《证治准绳》，其“杂病”节云：“颤，摇也；振，动也；筋脉约束不住而不能任持，风之象也。”并指出：“此病壮年鲜有，中年之后始有之，老年尤多，夫老年阴血不多，少水不能制盛火，极为难治。”清代的《张氏医通》进一步指出本病主要是风、火、痰为患，并分别立方。《医宗己任编》则云：“大抵气血俱虚不能荣养筋骨，故为之振摇，而不能主持也。”并提出以人参养荣汤等治疗本病虚证，从而使本病的理法方药日趋完善。

现代中医治疗震颤麻痹，早在20世纪50年代就有临床报道，70年代开始以滋阴息风，益气活血及养血舒筋等治则为主治疗震颤麻痹。自此，本病的临床研究观察逐渐增多，治则亦更加丰富，如平肝息风，活血化瘀，养血活血，补益肝肾，补益气血，清化痰热等标本虚实兼治之法，同时进一步认识到重用活血化瘀药对减轻震颤的重要性。总之，中医药治疗本病方法较多，疗效较肯定，具有缓解病症，或延缓病情发展，或者促进西药减量的作用，且具有副作用少，病人较易接受等优点，但其有效方药尚有待进一步发掘，临床疗效还有待进一步提高，治疗机理有待进一步探索，特别要发挥中西医药的协同作用，取长补短，而不是一味要患者随意停服西药。

问：请问老师震颤麻痹的病因病机是怎样的呢？

答：本病多因年老体弱，肾精渐亏，或劳欲太过，肝肾阴虚，以致水不涵木，风阳上扰；或因头面外伤，外感毒邪，居处不利等导致肝肾及脑髓受损，脑窍失用。其总病机属本虚标实，本虚虚在肝肾，此乃年高体衰，劳欲太过，外邪损伤而致肝肾亏损，脏腑功能失调，精血不足，筋脉失去濡养，此乃发病之病本；标实为风火痰瘀毒互结，蕴塞脑窍。其中内风是本病演变过程中贯穿始终的因素之一，是发病的主要动因，其内风来源于肝肾阴虚，阴不制阳，阳动化风，震颤麻痹患者的主要症状就是颤抖、强直，《素问·至真要大论》曰：“诸暴强直，皆属于风。”痰系脏腑功能失调，水液不归正化，停聚为痰，震颤麻痹患者常见口角流涎，脘闷纳呆，食入泛恶，舌苔白腻就是明证。瘀则源于脏腑功能失司，气机不利，无以帅血畅行，血行不畅，迟滞内停而为瘀，故震颤麻痹者常见舌质紫暗，或见瘀斑瘀点。火乃阴虚化火，或痰瘀化热所致，患者多症见大便秘结，口干声嘶等。毒为风、痰、瘀、火蓄积胶结，壅滞不解，久渐而成。内风、瘀血、痰浊、毒邪相互作用，相互影响，相互转化，成为本病发病的重要因素，致使病程缠绵日久，病情逐渐加重，病证错综复杂，症状多样化。在病情发展过程中，虚实又相互转化，正虚日久，脏腑功能失调，内风、痰浊、瘀血、毒邪丛生，邪气流连不去，更伤肝肾，终致虚实兼杂，诸邪胶着，损伤脑窍，脑络失养，损及泥丸，导致病深难治。

问：处方中为何加入生南星？如何看待其毒性？

答：方中天南星是治疗颤证的特色用药之一，而且主要是用生南星。现代药理证实，生天南星具有抗惊厥，祛痰，镇静，止痛，抗肿瘤等作用。本病辨证无论属寒属热，偏实偏虚，只要根据辨证，配伍得当，均可使用，多能获效。但是天南星是一味有毒之品，在吞服中会引起口舌麻木，严重的会致口腔黏膜刺激糜烂，故临床多用炮制之品。但是研究发现，在漂制过程中，药物的有效成分随之流失，毒性减低的同时药效亦下降。早在清代，医家程国彭就在《医学心悟》中记载了生南星的使用，在五生散中就使用了生天南星，并且是吞服。我在学习前辈医学经验的基础上，也运用生天南星进行治疗，但是为水煎剂，临床上达到很好的疗效。为深入了解生用天南星的毒性，



我不仅自己试用，并且开始动物试验，经过试验发现，生天南星即使每天用量达30g，经过煎煮后还是安全无毒的。杨守业等研究证实，对小鼠用汤剂150g/kg体重也未见不良反应，其用量相当于临床用量的100倍左右，我们在动物急性毒性药理试验中发现，生南星煎剂量达每日30g/kg体重，连服3日，未见小鼠有明显毒性反应，这说明生天南星入煎剂是安全的。

问：全蝎在方中的作用是什么？为何用粉剂？使用中有何注意点？

答：全蝎性味辛、咸、平，有毒，入肝经。具有息风止痉，解毒通络之功。方中配伍全蝎可以达到搜风剔络的作用，能够治疗各种痛证、痹证、痉证及颤证。由于本药在煎煮过程中有效成分不易煎出，用药量大则浪费药物资源，故我认为烘脆研粉吞服或装胶囊口服，疗效更佳，且用量亦可减少，一般常用量每日2g，分2次口服即可。

问：本案患者在辨证施治上有何特点？

答：本病以中老年居多，主要与肝肾亏虚，气血不足有关，故本病以虚为主，由虚生风，夹有痰瘀。患者中年起病，肝肾亏虚，风阳扰动，筋骨失养，渐至颤抖、僵直、腰酸腿软、耳鸣头晕，日久肾虚及脾，脾胃失和，则胃脘胀痛、食入泛恶、便秘；肾水亏耗，肺金亦损，鼻窍不利而不知香臭；肾水不能上济于心而失眠心烦。从病症可知，患者肝肾亏虚，累及他脏，治疗上重用补益肝肾以治本，掺以平肝息风和络以治标，同时健脾和胃，宁心安神，益肺通窍以治兼症。全方共奏滋阴息风，五脏调和之功。患者未服西药，仅以中药就使病情平稳，说明运用中医整体观，进行辨证施治，治疗震颤麻痹，确获良效。

七、多发性抽动-秽语综合征

于某，女，12岁。1999年6月15日初诊。

因不自主头部晃动，眨眼，双手抽动，喉中发声3年来院就诊。患者发病前，因学习紧张，情绪不稳逐渐出现不自主头部晃动，时时眨眼，双手抽动，喉中发出异常哼声，紧张焦虑时症状加剧，入睡后症状消失。继而出现

性情急躁，夜寐不安，白天注意力不集中，学习成绩明显下降。先后检查头颅 CT、脑电图等均无异常。外院给予氟哌啶醇、安坦等药物治疗，症状控制不佳，且服药后感到头晕手颤，反应迟钝。遂停药上述药物，前来就诊。夜寐入睡困难，胃纳尚可，大便畅行，小便自利。舌质淡红，舌苔薄腻，脉细弦。证属肝风内动，痰浊上扰，神明不安。治拟平肝息风，化痰定志，养心安神。

处方：

天麻 9g 钩藤 15g 炙僵蚕 9g 丹参 15g 石菖蒲 9g
 炙远志 4.5g 炙甘草 6g 淮小麦 30g 大枣 9g 知母
 12g 生南星 15g 七叶一枝花 9g 益智仁 12g

另予蝎蜈胶囊口服，每次 3 粒，每日 2 次。

二诊：服上方 7 剂，患者述病情同前，故继守原法，原方再进 14 剂。

三诊：患者述头部晃动次数减少，幅度减轻，双手抽动，眨眼，喉中发声等症状发作亦明显减少，注意力能够集中，纳便自调，睡眠略有改善。舌质淡红，舌苔薄白，脉细弦。症有起色，继守原方去益智仁，加煅龙骨 30g。

此后以初诊方随症加减 3 个月，因诸症均减，患者自行停药 1 个月，因头部晃动又剧而来就诊，再进平肝息风、化痰养心之剂半年，病情稳定，随访 2 年，症状控制平稳，学习成绩提高。



释疑解惑

问：请老师谈谈多发性抽动-秽语综合征。

答：多发性抽动-秽语综合征又称为发声与多动运动联合抽动障碍、多种抽动症、冲动性抽动症等。是一种以肌肉不自主抽搐伴喉部异常发声及猥秽语言为特点的综合征。主要临床特征是多发性运动性抽动伴有不自主发声。发病多见于儿童或青少年。本病属神经系统病变范畴，病因未明。近年的研究提示本病的病因与遗传因素、神经生化因素、环境因素、社会心理因素等有关，发病是这些因素在发育过程中相互作用的结果。目前，我国发病率有上升趋势。在喉部异常发声出现前常有运动性抽动，病情常在少年期加重，并且常持续到成年。该病一般起病于 2~12 岁之间，男孩发病较女孩多。抽



动是一种不自主、突发、快速、反复发生、无节律的、方式固定的运动或发声，常见有挤眉、眨眼、动颈、耸肩及作怪脸，或蹦、跳、触摸及拾东西闻，肩部、上下肢体抽动等。发声常有多种，具有爆破性反复发声、清嗓子、呼噜声、犬叫声、嘘嘘声、干咳声，或重复语词、说秽语、模仿语言等，有时伴有手势的模仿动作。在应激状态下或心理紧张时加剧，睡眠时消失。患抽动-秽语综合征的患者往往不能与同学、老师及家长融洽相处，学习成绩下降，烦躁易激惹，自己感觉非常苦恼，家长更是心急如焚。目前对该病的治疗，西药主要应用多巴胺受体阻滞剂、安定类药物治疗，虽有一定疗效，但不良反应比较突出，以致影响继续治疗。采用中药治疗该病，毒副作用小，疗效较确切，体现出了一定的优越性。

问：中医是如何认识多发性抽动-秽语综合征的？

答：中医历代文献中没有多发性抽动-秽语综合征病名的记载，但在一些医家的书籍中可以见到相似的症状描述。如《证治准绳》中描述：“水生肝木，木为风化，木克脾土，胃为脾之腑，故胃中有风，瘕疝渐生，其瘕疝症状，两肩微耸，两手下垂，时复动摇不已，名曰慢惊”。根据中医五行学说及脏腑辨证观点，结合抽动-秽语综合征的临床表现和发病特点，历代中医学者多把本病归于瘕疝、慢惊风、抽搐、眵目、肝风证、风痰证范畴，也有将本病归于颤震、心悸、怔忡、胸痹、梅核气、郁证范畴，目前尚无统一病名。本病病位在心肝，邪属风痰，其发生与素体阴虚、肝风内动，心肝火旺有关。盖风为阳邪，善行而数变，因风而生痰，风痰窜动，上扰神窍，流窜经络，痰蕴化火，又致心肝火旺，扰乱心窍，神明不安，言语失常。脉弦为肝气不舒之证。同时，多发性抽动-秽语综合征患者多有性情固执、急躁易怒等特点，此乃肝、脾、肾三脏功能失调所致。

问：本病中医药治疗有何特点？

答：本病属肝风内动，痰火上扰之证，故治疗上重在调整机体阴阳平衡，平肝潜阳，息风止痉，安神定志，化痰宁心。同时在药物治疗之外，还要对患者进行精神、心理、行为等综合性治疗。

问：如何选方用药？

答：方中天麻、钩藤平肝息风，僵蚕、全蝎、蜈蚣搜风剔络；石菖蒲、

远志、生天南星化痰安神定志；煅龙骨、益智仁镇惊益智；七叶一枝花、知母苦寒以清肝热，清心除烦；炙甘草、淮小麦、大枣甘以缓急，养心安神；丹参一味，功同四物，养血活血，含“治风先治血”之意。诸药合用，肝风得以平息，痰瘀得以祛除，神明得以安宁，疾病得以痊愈。

八、血管性头痛

患者某，女，48岁。1999年4月5日初诊。

因发作性头痛15年，伴恶心呕吐，双目畏光3天就诊。患者15年前无明显诱因，致头痛反复发作，以胀痛为主，时有跳痛，多偏右侧头部，痛剧时多恶心呕吐，双目畏光，不愿视物，需静卧数日并服用止痛西药方能缓解。头痛越发越频，由原先每年数次，至现在每月1~2次，常在经期前后发作，且月经周期先后不定，经量中等。在多家医院检查头颅CT、脑电图均无异常发现。TCD多次显示大脑中动脉血流加速。患者平素烦劳操心，夜寐不安，纳可便调，腰膝酸软。舌质红，舌苔薄白，脉细弦。本案辨证为肝肾阴虚，风阳扰动，血瘀阻络，神明不安。治拟平肝息风，活血化瘀，养心补肾。

处方：

天麻 9g 钩藤（后下） 15g 炙僵蚕 9g 川芎 9g 白芷 9g
羌活 15g 炙甘草 9g 淮小麦 30g 大枣 5枚
炒枣仁 20g 夜交藤 30g 知母 15g 生地 15g 仙灵脾 9g
生南星 15g

另予口服蝎蜈胶囊，每次5粒，每日2次。

二诊：投药14剂，头痛发作1次，在月经期前发作，恶心无呕吐，数小时即缓解，晨服一次止痛药物。夜寐渐安，腰酸好转。舌红，苔薄白，脉细弦。药证合度，再予养阴平肝，活血息风，宁心安神以巩固疗效。

原方改生天南星20g。继续口服蝎蜈胶囊，每次5粒，每日2次。

上方加减，连服60余剂，头痛未再发作，夜寐安宁，月事按月而行，再予调补心肾之品以善后。



释疑解惑

问：请老师谈谈血管性头痛的中医病因病机。

答：血管性头痛属于中医学的“头风”、“脑风”、“偏头风”的范畴。头为“诸阳之会”、“清阳之府”。若外为风邪所袭，内为七情、饮食、劳倦所伤，清阳不升，浊邪得以上犯，阻滞脉络，气血不畅，脑脉痹阻，不通则痛；或肝气郁结，郁而化火，风火上乘，居于颠顶，清空被扰，脑络受阻，不通则痛；或肝肾亏虚，肝阳偏亢，清空失于濡养，脑络不通，不通则痛发为头风病证。且或胀痛，或跳痛，或空痛。正如《类证治裁·头痛》所讲：“头为天象，诸阳会焉，若六淫外侵，精华内痹，郁于空窍，清阳不运，其痛乃作。”故本病主要与肝、脾、肾三脏有关，责之于“风”、“痰”、“瘀”三邪，多以邪实为主，肝经风阳上扰，瘀痰交阻为其主要病机。

问：本病例的头痛常发生于月经前后，且月经周期先后不定，是属什么特点？

答：血管神经性头痛是头颅血管舒缩功能障碍及大脑皮层功能失调为主要特点的临床综合征。月经性偏头痛是一种与卵巢周期变化有关的特殊类型的偏头痛，占女性偏头痛的60%以上，常发生在月经前、月经期或月经后，经期头痛加重，每月发作1次或1次以上，往往有家族遗传史，其病程缠绵，治疗困难，经久不愈。主要表现为一侧头部搏动性疼痛，多伴有恶心呕吐，往往反复发作或两侧交替发作，呈周期性、发作性、剧烈的搏动性疼痛。其原因之一是情志因素，另外就是与内分泌和月经周期、血管的收缩有一定的关系。其除头痛外，常常伴有痛经、乳房胀痛、经期水肿等，一些患者还表现经前综合征症状，如心烦、失眠、抑郁等。妇人以血为本，经水为血所化，血源于脏腑。肝为藏血之脏，司血海，主疏泄，具有储藏血液和调节血流的作用。纵观本案，病程绵长，时作时止，缠绵不断，现患者已年届七七，肝肾亏虚，但天癸未绝，头痛常发生于月事来潮前后，且常年操持，劳心烦神，故属内伤头痛，已有虚象。其病因病机多与肝、脾、肾三脏有关。七情劳倦导致肝之疏泄失调，脾失健运，痰湿滋生，痰浊上扰清窍，阻遏清阳而致头痛；另外久病气滞血瘀，脉络不通也易致头痛。

问：头痛发作与月经紊乱相关，治疗要注意什么？如何用药？

答：月经前期，气血下注胞宫，故阴血易于亏损。厥阴肝经常处于“血少气多”之状态，气有余便是火，进一步耗伤阴血，血虚生风，肝风内动，脏腑受损，气血逆乱，血行不畅，脉络瘀滞，不通则痛。故月经前发生偏头痛多以养血通络，滋阴潜阳为主。方中以天麻、钩藤、炙僵蚕平肝息风，炙甘草、淮小麦、大枣健脾益气，气旺生血；川芎、全蝎、莪术、白芷活血通络，祛风止痛，尤其是川芎味辛性温，为血中之气药，走而不守，可行头面，有化瘀镇痛之功，我常常配合白芷，辛窜上于颠顶，散邪止痛，对风邪上犯的血管性头痛有效。炒枣仁、夜交藤、知母安神除烦，生地、仙灵脾一阴一阳，滋补肝肾，调理冲任，柔肝息风，生南星化痰止痛。

问：治疗头痛有发作期及间歇期的问题，应该如何掌握？

答：《医林绳墨·头痛》曰：“头风之症，亦与头痛无异，但有新久去留之分耳，浅而近者曰头痛，深而远者名曰头风。头痛卒然而至，易于解散也；头风作止不常，愈后触感复发也。”患者长期头痛，治疗要分期为好，发作期以祛风活血，疏肝降逆，通络止痛为主，休止期以平肝息风，调理气血，滋阴培本为主。在头痛较剧时，可以加大白芍用量，最大用量可达40g。白芍能养血柔肝，缓急止痛，其性凉可退热除烦，其味酸而苦，可滋阴敛阴。

九、头痛型癫痫

黄某，女，10岁。1999年4月1日初诊。

因发作性头痛1年，加重1周来就诊。患者1年前因学习紧张劳累而致头痛反复发作，头痛由后枕牵引至颠顶，每周发作2~3次，每次发作多呈短暂性发作，数秒钟即止，发作后如常人一般。伴头晕乏力，口气秽臭，大便略硬，夜寐少安，舌质红，舌苔黄腻，脉弦。脑电图检查显示：少量癫痫样放电。西医诊断为头痛型癫痫，给予卡马西平一天3次，因为出现不良反应而自行停药，来院就诊。本案辨证为风阳上扰，痰瘀阻络。治拟平肝息风，活血化痰，化痰定痫。



处方:

天麻 9g 钩藤(后下) 15g 炙僵蚕 9g 炙甘草 9g
石菖蒲 9g 炙远志 3g 白芍 30g 丹参 15g 淮小麦
30g 大枣 5枚 黄芩 12g 藿香 10g 葛根 12g 龙
胆草 3g

另予口服蝎蜈胶囊,每次4粒,每日2次。并嘱患者情绪舒畅,注意劳逸结合。

二诊:投药14剂,头痛发作每周1次,程度明显减轻,口气减轻,大便干结。舌红,苔薄黄腻,脉弦。药证合度,再予平肝息风,活血化瘀治疗。

原方加生天南星20g。继续口服蝎蜈胶囊,每次4粒,每日2次。

三诊:投上方14剂后,患者头痛未作,口气已无秽臭,情绪好转。舌红,苔薄腻,脉弦。病情改善,再守原法,继进上方加减。

连服3个月,头痛未再发作,再次检查脑电图:局灶痫样放电。连续服用中药8个月,头痛一直未发。

释疑解惑

问:如何认识头痛型癫痫?

答:发作性头痛可以是癫痫的一种形式。癫痫是一种常见的神经症状,表现特点为突然发生的阵发性、短暂性、反复发作的大脑功能障碍。它的实质是脑灰质神经元的异常放电,不同部位的神经元群放电,其临床表现也不同,当患者以头痛发作为主要表现时,我们习惯地称之为头痛型癫痫,按西医学分类方法它隶属于自主神经发作的范畴,属癫痫的部分发作,主要是因为头部植物神经异常所致。

问:头痛型癫痫的症状特点是什么?

答:主要的症状为头痛、头重、头晕、耳鸣,每次发作持续时间约为数秒至数分,还有极少数的为数小时至数日。头痛型癫痫的诊断标准应该包括以下几条:①患者的年龄在20岁以下;②临床以发作性剧烈头痛为表现,可以并发颈背痛、头晕、耳鸣或其他植物神经异常的表现,如心悸、胸闷、恶心、呕吐、膀胱尿道异常感、尿失禁等;③内科及神经科体格检查无阳性发

现；④脑电图上有癫痫性放电的存在；⑤抗癫痫药治疗有效。

问：如何区别偏头痛和头痛型癫痫？

答：偏头痛与某些癫痫类型，主要是与头痛型癫痫有许多相似之处，如都具有发作性，都可有先兆、恶心、呕吐、头痛、脑电图异常等。故应加以区别，其鉴别要点为：①偏头痛多有该病阳性家族史，而癫痫一般无家族史；②头痛性癫痫多发病急骤，以颞部及额部多见，常为双侧性，发作时间短，多数秒至数分钟即止，偏头痛发生相对缓慢，发作为数小时至数天不等，多有诱发因素；③偏头痛与癫痫均可有脑电图异常，但癫痫多为阵发性痫性放电波。

问：中医如何治疗头痛型癫痫？

答：由于头痛性癫痫大多见于小儿和青少年，经过长期观察，这类癫痫中药疗效较好，没有明显的毒副作用，虽然小儿脏腑娇嫩，但长期服用中药也无明显不良反应。本病发作主要以阵发性头痛为主，疼痛多数是血瘀证，疼痛位于颠顶，所谓“颠顶之高，唯风可到”，故治疗上主要是平肝息风，活血化瘀，止痛定痫。方中天麻、钩藤、炙僵蚕平肝息风镇惊，石菖蒲、远志化痰开窍定痫，白芍药柔肝养阴，缓急止痛，丹参、葛根养血活血，解肌生津，炙甘草、淮小麦、大枣养心定志，黄芩、藿香、龙胆草清肝泻火，全方合用，疗效颇佳。

十、三叉神经痛

施某，男，62岁。1998年9月24日初诊。

反复头面部发作性剧痛半年就诊。患者半年前无明显诱因出现左侧面部连及头部疼痛剧烈，呈发作性。在说话、咀嚼、吞咽时疼痛异常如触电般，口干，口苦，盗汗失眠，心烦易怒，纳呆便秘，脘腹胀满，在华山医院神经内科确诊为三叉神经痛。给予卡马西平疗效欠佳，遂来院就诊。舌红，苔薄黄腻，脉弦滑。本案证属痰热炽盛，风火上扰，瘀阻脉络。治拟清热泻火，平肝息风，活血化瘀，通络止痛。



处方：

生石膏（先煎）30g 知母 15g 龙胆草 9g 黑山栀
12g 枳实 12g 川牛膝 15g 天麻 9g 生大黄（后
下）9g 钩藤 15g 川芎 9g 白芷 12g 莪术 15g
细辛 3g 石菖蒲 9g 生天南星 30g

另予口服蝎蜈胶囊，每次5粒，每日2次。

二诊：服药14剂后，病情时轻时重，口干口苦减轻，大便已畅，夜寐渐安。舌红，苔薄腻，脉滑，病情稍减，再守原法，原方加丹参20g，14剂。

三诊：面颊脸齿及头痛明显好转，但说话进食时，齿痛难忍，舌暗红，苔薄腻，脉细弦滑，病情好转，略显虚象，原方加白芍15g，14剂。

四诊：面部及头痛基本未作，但仍偶有咀嚼时痛，程度已轻，纳可便调，舌脉同前。

以原方加减调治3月疗效颇佳。随访该患者半年，病情一直稳定。



释疑解惑

问：三叉神经痛是令患者非常痛苦的病证，老师能否全面介绍一下？

答：三叉神经痛临床较常见，但是较为难治。我在临床所见患者大多单侧颜面及头部疼痛，连及眼齿，其痛暴作，痛势剧似触电，影响说话、吞咽、咀嚼、面部活动，痛止如常人。中医称之为“偏头风”。常因外感风热，或肝郁化火，内风上扰，或阳明热盛上攻，清窍被扰，或痰凝血瘀，经脉痹阻，或阴虚阳亢，内生虚火，故多认为风火痰瘀客于三阳经是三叉神经痛的主要病机。我认为此病与风火瘀相关，其中以火为甚。盖诸阳所会，皆在于面，面为阳明经所主，属火属阳。肝风内动，肝火上炎，胃火炽盛，风火瘀积，内生瘀血，瘀阻脉络，不通则痛，痛势难忍，扰人心烦。

问：本病在治疗上有何要点？

答：治疗上以清胃泻火、平肝息风、活血化瘀、镇静止痛为原则，临证用生石膏、知母、生大黄清胃泻火，配伍龙胆草、黑山栀直折肝火，并用生天南星平肝息风，镇静止痛，天麻、钩藤、全蝎、蜈蚣、地龙平肝息风，搜风通络，配莪术、川芎等活血化瘀，病情反复时斟加活血之品，如丹参、当

归、红花等均可。

问：本病疼痛剧烈时是否应该中西结合治疗？

答：本病发作时疼痛可以十分剧烈，为了减少病人的痛苦，有时我们也结合一些西药进行快速止痛治疗，如用卡马西平等，但是有时疗效也不大好，故中药治疗三叉神经痛有其独特作用，希望患者能够积极配合，持续治疗，不能因为疼痛一减，就给予停药，因此间歇期也需要持续治疗，同时避免引起兴奋的药物饮食，如辛辣刺激食物等。

十一、面神经麻痹

孟某，女，45岁。1997年12月15日初诊。

口角右偏左目难闭2周就诊。两周前患者先出现左耳隐痛，继而左侧面颊麻木，而后压痛明显，逐渐出现语音含糊，左眼闭目不全，口角右偏，口角流涎，进食时食物残留于齿颊间，症状逐渐加重。患者血压150/100mmHg，面目外斜，左眼闭合不全，左鼻唇沟浅，左侧额纹消失。舌淡红，苔薄白腻，脉细滑略数。患者素有高血压病史。证属风热毒邪入侵，风阳扰动，经络痹阻。治拟祛风解毒，活血通络。

处方：

天麻 12g 钩藤（后下） 15g 炙僵蚕 9g 丹参 30g
白芍 30g 生地 30g 仙灵脾 9g 板蓝根 30g 炙地龙
9g 石决明 30g 生天南星 20g

另予口服蝎蜈胶囊，每次5粒，每日2次。

二诊：服上方14剂，左侧面颊麻木疼痛已减，耳后无压痛，口角无流涎，口角仍右偏，左目闭合不全。舌淡红，苔薄白腻，脉细滑略数。病情稍减，前方尚合度，继用原法不变，原方加当归15g，14剂。

患者继续服用原方加减一月后，症状基本好转。随访3月，口角喎斜完全恢复。



释疑解惑

问：中医如何认识面神经麻痹？

答：本病主要指由各种致病因素导致的面神经炎，起病较急。中医认为是由于人体气血不足，面部、耳部遭受风寒、风热、风湿诸邪侵袭，使局部经络瘀滞，筋脉失养，气血失和，肌肉失养，因而发生口僻。亦有部分患者因痰热生风，或阴虚动风，或肝阳化风致肌肤经脉失养而成口僻。分析其证候，盖气血亏虚，风邪外袭，经络失养，络脉痹阻不通，筋脉失养，故见口眼喎斜；瘀血阻络，清窍不利，则头痛面麻；风寒之邪，侵袭头面，筋脉痹阻，痰瘀内生，故见流涎流泪。中医药治疗急性面神经炎有其独特优势。

问：老师如何进行面神经麻痹的中医药治疗？

答：面神经麻痹首重治风，是我多年来总结的主要观点，本病由于正气亏虚，表卫不固，风邪乘虚而入，导致气血痹阻，出现口眼喎斜，面肌瘫痪，治疗本病必须抓住一个风字。故用天麻、钩藤平肝息风，加蜈蚣、僵蚕等虫类药物以搜风通络，配以丹参、当归、川芎活血药，已达到血行风自灭之目的。面神经麻痹急性期除上述之法始终贯彻于整个治疗过程外，必兼用清热解毒邪之品，选用板蓝根、蒲公英，生地黄、淫羊藿一阴一阳有类似激素样的作用，可加快病情痊愈。

问：由于本病的预后各异，要如何减少后遗症的发生？

答：由于面神经麻痹常在患者劳累和体力下降的情况下发生，病延日久，气血更加亏虚，则应扶正祛邪，标本兼顾，非扶正无以增强机体免疫能力，则邪气难以蠲除，非祛邪无以疏通经络，理顺气血，则偏斜难以牵正。重用黄芪为主的补气药，还可以玉屏风散扶正固表，增强抵抗病毒再次入侵的能力，杜绝复发，或加速恢复，从而减轻后遗症。

问：在治疗本病同时还应该注意哪些方面？

答：面瘫患者大多数突然起病，多数患者尤其是青少年伴有情绪变化，有的产生焦虑、抑郁、恐惧情绪，有的留有后遗症患者唉声叹气，内心充满苦恼，不敢见人，怕周围人嘲笑而产生自闭心理，因此，对面瘫患者的心理护理十分重要。在急性期，头面部应该保暖，避免再次受寒。一些眼睛闭合

较差的患者，要防止眼睛干涩，可以用湿润纱布盖眼等。

十二、焦虑性神经症

胡某，女性，18岁。1997年7月17日初诊。

2个月前因功课紧张，自觉视力下降，目胀欲睡，一周前感症状加重，双眼酸倦欲闭，面颊紧张感，心烦易怒，神疲乏力，胃纳不香，口干口苦，便溏不爽，夜寐入睡困难。平时经行腹痛。苔薄腻舌红，脉细略数。曾在外院检查头颅CT：未见明显异常，眼科检查未发现器质性病变，亦无视力下降。本案辨证为肝阴亏虚，无以上润于目，虚火上扰。治拟养肝补血，清解虚火，健运脾胃，安神明目。

处方：

当归 12g 白芍 30g 生地 12g 川芎 15g 枸杞 12g
旱莲草 12g 女贞子 12g 益母草 9g 菊花 12g 楮实
子 12g 党参 15g

二诊：服药2周后，面颊紧张感消失，双眼酸倦减轻，精神已振，胃纳好转，仅口干便溏未改善，舌淡红苔薄微腻，脉细，治续前法，原方出入。

处方：

枸杞 15g 楮实子 12g 旱莲草 15g 女贞子 12g 白
蒺藜 12g 佛手 9g 陈皮 6g 益母草 9g 焦山楂 15g
高余粮 12g 山药 12g 茯苓 12g

三诊：服上方7剂，诸症均有改善，两眼无不适，大便一日一行，成形畅行，药证合度，继用原方加减，去益母草，加淮小麦30g，7剂。

患者经短期治疗，病情很快缓解。



释疑解惑

问：老师能简单介绍一下焦虑性神经症吗？

答：本病简称焦虑症，它是以焦虑为主要临床表现，同时伴有明显的植



物神经功能紊乱和运动性不安的一种精神障碍。常伴有焦虑、恐惧、担忧、不安情绪等，如本病例主要有轻度的躯体症状，情绪比较紧张。

问：老师在治疗本案时用药有什么特色吗？

答：本例就诊时以眼部症状为主，兼有消化不良的表现，故先从肝阴着手，用了大队入肝经的药物，使滋养肝阴的作用大大增强，症状较快缓解。此后，又以健脾之品，补气血之源，使肝血化生来源不竭。

引经归经药的运用，是中医治疗疾病的特色的，如治疗血管性头痛时，常常将头痛部位与经络结合起来，分为太阳头痛、少阳头痛等，再应用一定的引经药进行治疗，可收到较好的疗效。本病例也用了许多入肝经之品，既有滋阴柔肝作用，又能直达肝经所循行的眼部。大家在临床中也可以注意引经药的使用。

十三、扭转痉挛

陈某，男性，24岁。1997年10月28日初诊。

因反复颈部左转1年，复发3天就诊。1年前患者无明显诱因，出现反复头颈部向左侧扭转，上半身也向左侧扭转倾斜，难以自主，甚则因为扭转幅度大，导致气急不适，无法正常工作学习，入睡后症状停止，情绪紧张时，症状加重，伴紧张、恐惧，平时自卑内向。胃纳欠佳，大便干结，夜寐少安。上述症状时发时止，曾查头颅CT未见明显异常。脑电图亦无异常。在华山医院用“肉毒杆菌”注射治疗，有一定疗效，但是常有复发。舌红，苔薄白腻，脉弦滑。本案辨证为风阳扰动，瘀血阻络。治拟平肝息风，活血化瘀。

处方：

天麻 12g 钩藤（后下） 15g 炙僵蚕 9g 炙地龙 15g
 丹参 30g 白芍 30g 生地 30g 莪术 12g 桃仁 12g
 炙甘草 9g 淮小麦 30g 大枣 5枚 生天南星 20g

另予口服蝎蜈胶囊，每次5粒，每日2次。

二诊：服药2周后，头颈部扭转症状好转，扭转程度减轻，精神已振，

胃纳好转，情绪尚稳，脉细滑，舌淡红苔薄微腻，治续前法，原方出入。加葛根 15g，石决明 30g，14 剂。

三诊：诸症均有改善，偶感颈部有扭转之势，但是稍事控制即可停止。大便一日一行，畅行，药证合度，继用原方加减，原方改白芍 40g，21 剂。

患者经半年治疗，病情一直稳定，自行停药。

1 年后病情复发，患者即来就诊，服药后病情很快改善。



释疑解惑

问：本案疾病在临床上比较少见，老师能否给讲解一下？

答：本病是个神经系统的疾病，属于肌张力异常的疾病。是一组由身体骨骼肌的协同肌和拮抗肌的不协调、间歇持续收缩造成的重复的不自主运动和异常扭转姿势的症状群，故又称肌张力异常综合征。本病的肌张力变化不为人注意，但异常体位姿势和不自主变换动作引人注目。它具有扭转性质，包括颈部和（或）躯干的胸腰和（或）上肢扭转，足部过伸或过曲。这种异常体位姿势常不自主地缓慢地变换。可在某一姿势固定一段时间，接着变为另一异常姿势，间歇重复出现，睡眠后全部消失。扭转痉挛只是肌张力障碍的一个临床类型，与此相近的是痉挛性斜颈，仅表现为颈部扭转。本病病因尚不明确，可能与家族遗传，某些神经系统疾病如脑炎、一氧化碳中毒及某些药物的副作用有关。

问：中医如何认识此病证？

答：本病应属中医“痉症”之范畴，《素问·至真要大论》曰：“诸暴强直，皆属于风”。故该病证或先天禀赋异常，虚风内动；或感受外来贼风邪气，导致风阳内动，夹血瘀痰浊，痹阻筋脉，周身气血运行不利，出现扭转痉挛之象。同时患者紧张时症状加剧，安静睡眠时症状减轻，乃至消失。故因此尚要虑其心肝火盛，肝阴被耗，扰动神明，心无所主，筋失所养，出现动作怪异，紧张加剧。

问：治疗上有何特点？

答：对于肌张力异常的症状控制目前无特效方法，初期用抗胆碱药，如地西洋、氟哌啶醇或卡马西平等药治疗，可能对个别病人有帮助。还有采用



外科手术使斜颈不同程度地缓解。痉挛肌肉内注射肉毒杆菌外毒素对一部分患者可取得效果。总之西药尚无满意的治疗方法。中医药治疗该病证也是一个难题。根据症状特点，四诊合参，拟定活血化瘀，平肝息风，滋阴柔筋之法。

问：用药有何注意点？

答：方中以天麻、钩藤平肝息风，清热镇痉；炙僵蚕、炙地龙平肝清热，祛风化痰；全蝎、蜈蚣搜风镇惊；丹参、白芍、生地、莪术、桃仁活血行血以息风，滋阴养血以柔筋，更合甘麦大枣汤养心健脾，清心安神，再佐以生天南星化经脉之痰，以疏通筋脉，改善症状。方中加强柔肝缓急之功，应用白芍30~40g，就和此意。

十四、单纯性精神分裂症（癡证）

姚某，男性，20岁。1997年2月25日初诊。

因反复抑郁寡言2年，幻视3天就诊。平素患者性格内向，情绪抑郁，沉默少语。2年前患者因在校学习不顺，又遇老师批评，遂出现情志失常，时而低声自语，时而两目直视，少与他人交往，学习难以完成，现在家休学。间歇服用抗精神药物，症状仍时好时差。3天前，又因父母言语刺激，出现两眼呆滞，频频向墙面作揖，口中喃喃有恶魔缠身，恐惧不安。平时自卑内向。胃纳欠佳，大便干结，夜寐少安。舌红，苔薄白腻，脉弦滑带数（心率138次/分）。本案证属肝郁脾虚，痰浊内生，郁而化热，扰动心神。治拟疏肝健脾，化痰宣窍，养心定志。

处方：

黄芩 9g	柴胡 9g	天竺黄 12g	黄连 3g	百合 15g
知母 15g	炙甘草 9g	淮小麦 30g	大枣 9g	菖蒲 9g
炙远志 4.5g	枳实 12g	竹茹 6g	百合 12g	知母 12g
制大黄 4.5g				

并嘱家属多做劝慰护理，忌食辛辣刺激的食物。

二诊：服药1周后，症状明显好转，可以和医生正常对话，胃纳好转，情绪尚稳，脉细滑（108次/分），舌淡红苔薄微腻，治续前法，原方改制大黄9g，14剂。

三诊：诸症均有改善，偶有寐汗，大便日行，舌淡红苔白微腻，脉细滑（86次/分）。药证合度，继用原方21剂。

经1年治疗，病情一直稳定，自行停药。1年后病情复发，患者即来就诊，服药后病情很快改善。



释疑解惑

问：癫狂的病因病机有何异同？

答：癫狂之证总因是七情抑郁，情志所伤，恼怒惊恐，伤及肝肾；喜怒无常，心阴亏损，思虑过度，伤及心脾。阴阳失调，七情内伤，痰气上扰，气血凝滞为其病因病机，但是癫与狂的病机还是有一定差异的。正如《杂病源流犀烛·癫狂源流》所曰：“癫狂，心与肝胃病也，而必夹痰夹火，癫由心气虚，有热；狂由心家邪热，此癫狂之由……癫为久病，狂为暴病；癫病多喜，狂病多怒；癫有时人不自觉，是癫之轻者，狂有时人不及防，是狂之骤者。癫病痰火一时忽动，阴阳相争，亦若狂之状，狂病痰火经久煎熬，神魂迷瞽，亦兼癫之状，此癫狂之形势宜辨。”这段论述将癫与狂病因病机特点比较形象的描述出来，颇有代表性。癫证多由忧思劳伤，情志不遂，心气郁结，耗血生痰，或心肝血虚，虚热上扰，灼液成痰，痰气郁结，阻闭神明。日久则顽痰阻络，灵机愈乱，正气亏虚，火邪衰减，神识呆滞，甚则木僵。狂证多由七情过激，或阴虚火旺，风动痰生，痰热灼炼，痰火上奔，壅塞窍络或暴冲神识，迷乱本性而致。

问：癫与狂在治疗上有何差异？

答：自古以来，癫狂治疗有化痰、清火、活血、祛风、攻下、涌吐、补益、重镇、开窍、宁神等法。但我在临床上癫证多以健脾养心、化痰宣窍为主，狂证多以清肝泻火、豁痰开窍为主。癫证多以甘麦大枣汤、百合地黄汤、百合知母汤加减，狂证则多选龙胆泻肝汤、生铁落饮加减。本病例抓住癫证的特点，以疏肝理气，健脾化痰，养心安神为主，取甘麦大枣汤合黄连温胆



汤加减，病证合度，提高疗效。方中有黄连温胆汤之意，如黄芩、柴胡、天竺黄、黄连、菖蒲、枳实、竹茹、炙远志化痰宣窍，镇静泻火，清心安神，并百合、知母、炙甘草、淮小麦、大枣养心健脾，安神定志，再稍加制大黄通腑清热。

十五、慢性胃炎

董某，男，46岁。1998年3月24日初诊。

因反复胃脘痛8年，加重一月余就诊。患者有饮酒史20年，每天黄酒0.5~1斤，平时性情急躁易怒。8年前开始因情绪紧张，工作劳累，常感胃脘及右肋胀痛，餐前饥饿时疼痛加剧，得食后稍减，但食后饱胀，频频嗳气，泛吐酸苦水，夜间烧心，口中甜腻，大便溏软，日行1~2次，胃纳欠佳，夜寐欠安。一月余来症状加重，体重略有下降。胃镜示慢性浅表糜烂性胃炎、胃窦部小息肉（胃镜下摘除）、十二指肠小溃疡。病理示慢性中度浅表性胃炎，轻度肠化生，幽门螺杆菌阳性。B超示慢性肝损，脾脏稍大，胆囊无异常。大便隐血阴性。舌红苔薄腻，脉弦细。本案辨证为肝胃不和，脾虚湿阻。治拟疏肝健脾，化湿和胃。

处方：

柴胡 9g	郁金 12g	陈皮 9g	佛手 9g	白芍 30g
吴茱萸 4.5g	川连 4.5g	干姜 4.5g	煨瓦楞子 30g	蒲
公英 30g	莪术 15g	降香 4.5g	焦楂曲 (各)	
15g	14剂			

患者服药14剂，并遵医嘱戒酒后，胃胀口甜已缓，但仍嗳气，时有泛酸烧心，纳可便调，舌苔薄白，腻苔已化，脉细弦。治续前法，原方去降香、吴茱萸，加八月札20g，芙蓉叶15g，再服用14剂，症状均有改善。又在原方基础上去干姜，加平地木12g，炒米仁15g。续服3月，诸症均除，情绪渐稳。复查胃镜示慢性浅表性胃炎，幽门螺杆菌阴性。



释疑解惑

问：胃炎和消化性溃疡在证候上有什么区别？

答：慢性胃炎是指由不同病因所致的胃黏膜慢性炎症。最常见的是慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎。其主要的症状表现为食欲减退，上腹部不适和隐痛，嗝气，泛酸，恶心，呕吐等。症状可无明显节律性，一般进食后较重。部分病人食欲尚可，但食后饱胀，早饱等症状明显。有胃黏膜糜烂者可有少量或大量上消化道出血，长期少量出血可引起缺铁性贫血。慢性胃炎的病程迁延，反复发作而难愈，病程长短不一，可半年至数10年不等，症状时轻时重。可因天气变化诱发，特别是秋冬季节易犯病，过凉过硬食物如油炸食物、嗜酒吸烟、劳累、精神因素均可引起症状加重。

约95%~99%的消化性溃疡发生在胃或十二指肠。目前认为消化性溃疡是一种多病因疾病。与发病有关的因素如胃酸、胃蛋白酶、感染、遗传、体质、环境、饮食、生活习惯、神经精神因素等，通过不同途径或机制，导致上述侵袭作用增强和（或）防护机制减弱，均可促发溃疡发生。其中长期过度的精神紧张、劳累、情绪波动等神经精神因素常是十二指肠溃疡发生和复发的重要因素。消化性溃疡有慢性、周期性中上腹疼痛，十二指肠溃疡以餐前节律性上腹痛为主，胃溃疡以餐后节律性上腹痛为主，其他如嗝气、反酸、胸骨后烧灼感、流涎、恶心、呕吐、便秘等可单独或伴疼痛出现。

问：该患者属胃脘痛病证吗？如何辨证分型？

答：中医将慢性胃炎或者十二指肠及胃溃疡均归入胃脘痛、胃痞证等范畴。这是根据患者疼痛的部位和症状性质所定。该患者疼痛部位位于中上腹部，故病属胃脘痛之范围，一般胃脘痛辨证分型常有以下几个类型：寒邪犯胃型、食滞胃肠型、痰饮停胃型、肝气犯胃型、脾胃虚寒型、胃阴亏虚型、血瘀胃络型。患者长期紧张及工作压力大，导致情志怫郁，郁怒伤肝，肝气犯胃，中焦气机阻滞，升降失司，表现为胃脘胀痛，餐前食后均感不适，情绪紧张或心情不舒时症状加剧，伴有频频嗝气，右胁、胀痛等。肝气郁滞，日久化火，肝火犯胃，致烧心，急躁易怒。病程十年，脾气渐虚，故口中甜腻，大便溏薄，日行数次。证型符合肝气犯胃型。



问：如何应用中医药治疗幽门螺杆菌阳性的胃炎？

答：据国内外文献报道，幽门螺杆菌感染与胃炎、消化性溃疡的发病密切相关，但幽门螺杆菌的清除与复发问题仍是一个的重要课题。为探索治疗和减少复发的有效方式，目前医学界也在研究中医药抗幽门螺杆菌的疗效和机理，比较常用的药物有黄连、黄芩、蒲公英、芙蓉叶等，这些药物均有清热解毒之功能，而且不损伤脾胃。此外，在使用这些清热药物时应该加入瓦楞子、海螵蛸、白螺丝壳等制酸药。

问：想请教老师慢性胃炎肠化生如何进行中医药治疗？

答：胃黏膜的肠上皮化生简称为肠化生，是一种比较常见的现象，特别是在高龄人群更为多见。肠上皮化生常常合并于慢性胃炎，特别是慢性萎缩性胃炎。西医目前尚缺乏有效的药物。中医学将其归为“胃脘痛”、“痞证”、“嘈杂”等范畴，病机大多为脾胃虚弱，脾肾阳虚，肝胃不和，血瘀胃络等，其中血瘀尤为重要。根据黄文东老师治疗胃脘痛的经验认为，胃痛日久，或痛有定外，均属瘀血无疑，故临床上常见上腹部久痛不愈或刺痛，遇寒加重，得热则舒，口唇黏膜色暗或舌质暗有瘀点瘀斑，脉细弦或细涩无力等症状。因此按久病多虚、久虚入络论治，一般以补气温中，活血化瘀为治则。选用莪术、薏米仁、生山楂化瘀散结，且药性平和，兼以健胃，尚可抗癌防癌。严重者也可选用炮山甲、生南星等，达到活血化瘀，软坚散结的功效，提高机体免疫状态，改善局部循环，促进胃黏膜的萎缩腺体再生，防其恶变，从而达到较好的疗效。

问：消化性溃疡的中医药治疗有什么特点？

答：该患者有多种病变，十二指肠球部溃疡、胃炎与肝病并存，但是消化性溃疡主要与胃酸偏多，酸度较强有关，因此处方中一般要加入制酸药，如瓦楞子、海螵蛸、白螺丝壳等。本案乃肝木克脾而致胃脘胀痛，频频嗳气等，肝旺则情绪紧张，脾弱则便溏。用四逆散以疏肝解郁，左金丸苦寒泄肝和胃，再予白芍柔肝缓急，使胃脘痛减，大便渐实，藏气渐化，疗效良好。

十六、慢性结肠炎

魏某，女，36岁。1998年12月31日初诊。

腹痛腹泻反复发作10年，加重1周就诊。患者10年前因急性胃肠炎曾予抗生素治疗，治疗后急性炎症控制，但此后开始出现左下腹疼痛隐隐，痛甚即泻，泻下黄色水样便，有时夹有白色黏冻，泻后腹痛减轻，无脓血便，无里急后重感。夜寐梦扰，头晕耳鸣，腰骶酸楚。2个月前行肠镜示：慢性非特异性结肠炎。近一周来患者又因受凉，进食过多，感左下腹疼痛加剧，大便稀溏，有时呈黄色水样便，夹黄色黏冻，每日3~4次，伴纳呆腹胀，神疲乏力，矢气频频，味如臭卵，畏寒微热。舌暗苔黄腻，脉濡数。证属脾虚气滞，肠中湿热，治拟健脾理气，清肠化湿。

处方：

炒白术 12g 炒白芍 15g 陈皮 10g 炒防风 9g 黄连
5g 煨木香 9g 葛根 15g 黄芩 15g 秦皮 9g 佛
手 9g 焦山楂 15g 焦六曲 15g 茯苓 12g

二诊：服上方7剂后，自觉腹痛矢气减轻，胃纳稍振，黏冻减少，大便渐实，便次减为每日2次，已经无水样便，畏寒微热改善，神疲乏力，舌质淡红，舌苔薄腻，脉细濡。方证相符，再进原方加炒扁豆12g，7剂。

三诊：用药2周，腹痛已止，大便质软成形，每日1~2次，无黏冻，纳谷已香，精神好转，舌质淡红，舌苔微腻，脉细濡。肠中湿热渐清，脾胃运化未复，治续健脾益气，化湿和中。原方去黄连、黄芩、葛根、秦皮，加太子参15g，山药12g，炙甘草5g，淫羊藿9g，沙参10g，14剂。

上方加减治疗1月，患者上述症状明显改善，遂自行停药，嘱其口服香砂六君丸每天3次，每次8粒以善后。



释疑解惑

问：慢性结肠炎是一个常见病，其病因及发病机理是什么？

答：慢性结肠炎是一种慢性、反复性、多发性以结肠、乙状结肠和直肠为发病部位的疾病，症状为下腹疼、腹泻、里急后重、时便下黏液、便秘或泄泻交替性发生，时好时坏，缠绵不断，反复发作。它的病因一是过敏因素，主要是肠道对鱼类、虾、蟹、牛乳等高蛋白食物产生过敏，这些异体蛋白进入人体时会引发过敏性反应；二是感染因素，虽然在粪便中未能检出致病菌、病毒或真菌，每当发病时，使用抗生素则可不同程度控制病情和治疗效果；三是自身免疫因素，受致敏物质刺激，引发自身免疫反应，从而引起黏膜表面水肿充血及渗液等炎症发生。慢性结肠炎的发生，往往病程长，病情易于反复。

问：慢性结肠炎的临床表现是什么？如何诊断？

答：慢性结肠炎起病缓慢，可持续不缓解或发作与静止交替。患者可出现便秘或泄泻症状，有排便次数增多，排便困难，便下黏液或带血，时有里急后重现象，伴随下腹疼痛，体重下降，消瘦，精神不振。在常规治疗用药后症状可得到缓解，停药后容易复发。诊断慢性结肠炎可根据临床表现作初步诊断，如大便次数增多，粪便不成形，似里急后重，便下黏液或便血，下腹疼痛或长期存在便秘等。为了准确诊断，可通过电子纤维结肠镜检查，或钡剂灌肠摄片。

问：请问对慢性结肠炎的辨证思路是怎样的？

答：在慢性结肠炎中肝旺脾弱、肠中湿热比较多见，因此，辨证中常常要注意病位在肠，但责之于肝脾，且多虚实互见，寒热错杂。如患者既有腹部疼痛，畏寒肢冷等虚寒之象，又有口干口臭，大便黏液色黄之湿热之征，因此治疗上也应虚实兼顾，寒温并用，升清降浊。

问：本病的用药有何特点？

答：由于慢性结肠炎的治则多为健脾温中，清肠化湿，抑肝扶脾，多选用理中汤、痛泻要方、香连丸等方加减，可达虚实兼顾，寒温并用之功。其中我常用党参、白术、甘草益气健脾，再加入茯苓等化湿和中之品。脾阳亏虚

则可以附子、黄芪等温阳益气，炮姜温中止泻在升清降浊方面，可用炒防风以升清运脾而止泻，以取其“风以胜湿”之意，用制大黄泻火降逆等。本病例方中应用痛泻要方、香连丸、葛根芩连汤合方为基础，炒白术、炒白芍、陈皮、炒防风抑肝扶土，且炒熟后还有涩肠之功，黄连、煨木香、葛根、黄芩祛风胜湿，清热解毒，由于有大便黏液色黄，再加入秦皮苦化湿热，又可清肠止泻，再加入佛手、焦山楂、焦六曲、茯苓健脾助运，燥湿止泻。

夏 翔

• 名 矢 •



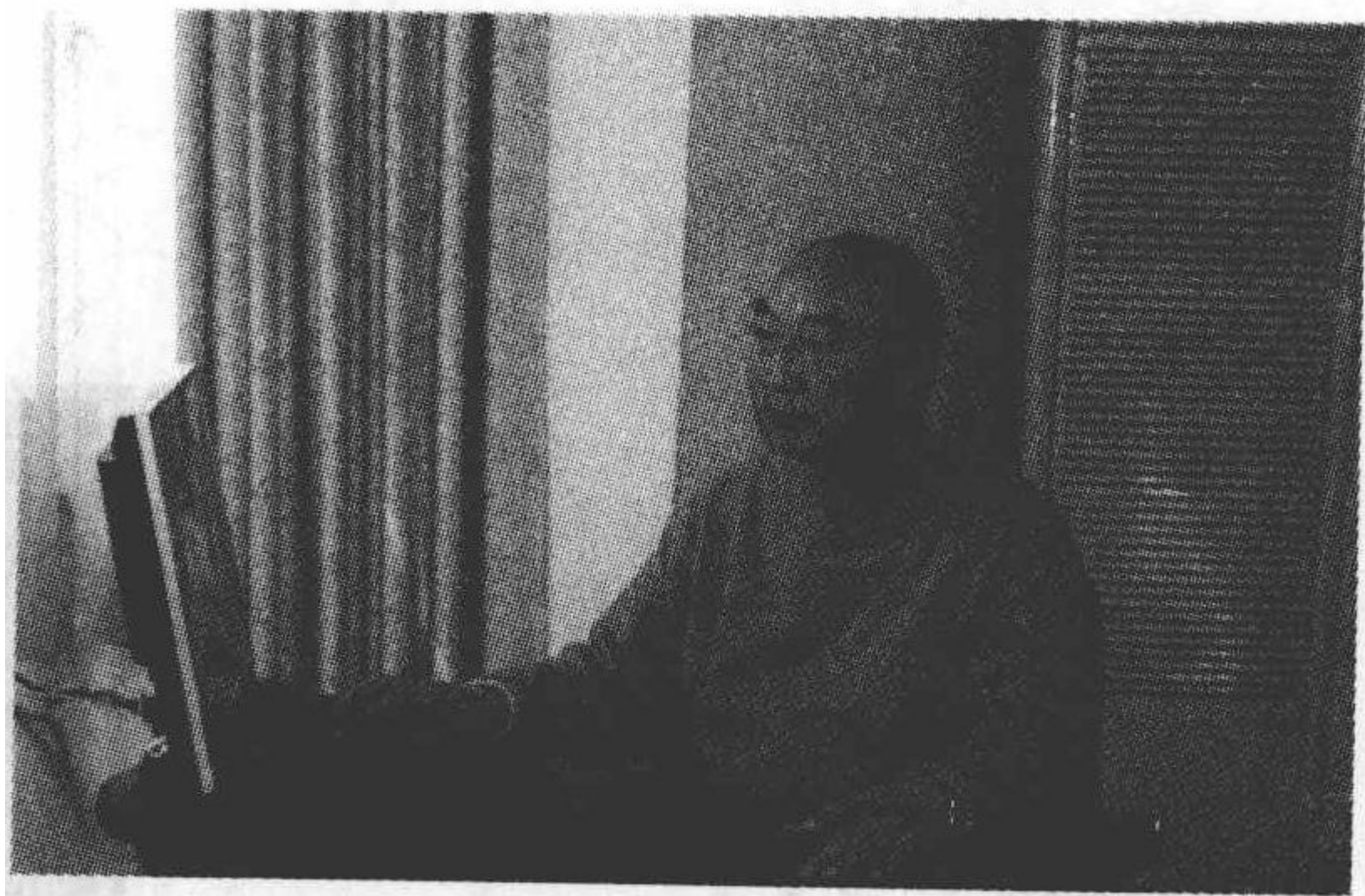
【名医简介】



夏翔，生于1938年，上海人。1988年晋升为主任医师、教授，1995年获首届“上海市名中医”称号，1997年始享受国务院“政府特殊津贴”。目前担任中华中医药学会理事，上海中医药学会内科分会主任委员，上海市中医药学会老年病分会主任委员。是上海市名老中医学术经验继承班导师，全国名老中医学术经验继承班导师，全国优秀中医临床人才研修项目上海专家指导组成员及上海市西学中高级研修班导师。曾任中华中医药学会内科分会副主任委员，中华中医药学会老年病分会副主任委员，上海中医药学会副会长。近年来长期担任国家自然科学基金会评委，中医药管理科研项目评委，中华中医药学会科技奖评审专家，国家食品药品监督管理局评审专家，上海市卫生系列高评委评委（中医组组长），上海中医药大学专家委员会委员，上海市科委、教委，卫生局科研项目及成果奖评委，上海市中医药杂志编委会副主任委员。

夏翔教授出身书香门第，自幼天资聪颖，成绩优异，家人冀其秉承父业，读理工学科，以工业兴国。但因他幼年身常有小恙，多次被母亲领至中医诊所诊治，

逐渐被中医学广博精深的文化底蕴和神奇疗效深深吸引，自幼就与中医结下不解之缘。故在上海著名的敬业中学作为优等生毕业后，毅然投考刚成立的上海中医学院，成为该学院第一届中医大学生。就学期间，除系统扎实的中西医理论学习外，他广涉文学、音乐等各学科知识，为其日后事业的发展奠定了坚实的基础。毕业后，夏翔教授被分配在上海市第九人民医院中医科，后于1984年调入上海市瑞金医院中医科，任中医内科主任和中医内科教研室主任至今。



40多年来，夏翔教授一直在临床一线主持诊疗工作，他善于观察，勤于思考，注重疗效。教授在早期的临床实践中，就对于慢性泄泻、慢性胃炎、眩晕、慢性咳嗽等治疗独具心得，创立了很多自拟方。随着慕名前来就医患者的增多，临床经验的积累，夏翔教授发现中医药在治疗口腔溃疡、头痛、肿瘤、功能性低热、免疫性疾病、心脑血管疾病等方面有着独特疗效，并提出精辟独特的学术见解，鲜活实用，常常一方数变，一法多治，每每获效。在后期的临床实践中，夏翔教授又致力于老年病及内科疑难杂症的临床及科研工作，亦取得了卓越成绩，吸引了海内外众多患者前来求医，并多次出国访学。他技艺精湛、疗效卓然，在病人中享有很高声望。



多年来，夏翔教授一直在中医教学工作上默默耕耘，对学生毫无保留，乐于传授，多次被授予全国或上海市“优秀教学工作者”、“优秀导师”称号。从大学生、研究生、留学生、进修生到全国名老中医学学术经验继承班、

全国及上海市高级中医临床人才班，夏教授桃李满天。所带的学生如今有的早已是全国或上海市中医领域领军人才，或是各级医院中优秀的科主任、主



任医生、博士生导师。时至今日，教授虽已年逾花甲，仍热衷于中医事业的传播，继续在门诊、病房和院校带教临床各级医生。

夏翔教授衷中参西，主张中医临床科研要立足传统，保持特色，发扬优势，寻求突破。同时认为科研要与临床并重，在临床中发现问题并运用科研指导临床。他先后开展十余项科研课题研究，重点从宏观到微观探索益气活血法在心脑血管疾病中的临床应用价值，坚持以临床为主，以疗效为本，为此他付出了多年的心血，也取得了不菲的科研成果。如“回春饮治疗老年期痴呆的临床及实验研究”、“脑萎缩前期的诊断及中医药干预研究”、“自我保健医学体系研究”、“心康饮防治经皮冠状动脉腔内成形术后再狭窄的临床及实验研究”、“脑萎缩前期的诊断及中医药干预研究”、“‘百岁方’治疗老年血管性痴呆的临床和实验研究”等项目，其中多项获得上海市科技进步奖及上海市卫生局科技进步奖。



稍有闲暇，夏翔教授则笔耕不辍，发表论文50余篇，撰写著作（主编及副主编）10余部。如《中医古籍选读》《中国中医独特疗法大全》《中医秘方大全（内科）》《中国食疗大全》《中医历代名方集成》《中医内科》《自我保健医学》《中华养生大全》《历代名医医案精选》《上海市中医病症诊疗常规》《现代中医药应用与研究（内科）》等等均出自教授之手。

稍有闲暇，夏翔教授则笔耕不辍，发表论文50余篇，撰写著作（主编及副主编）10余部。如《中医古籍选读》《中国中医独特疗法大全》《中医秘方大全（内科）》《中国食疗大全》《中医历代名方集成》《中医内科》《自我保健医学》《中华养生大全》《历代名医医案精选》《上海市中医病症诊疗常规》《现代中医药应用与研究（内科）》等等均出自教授之手。

【学术思想】

夏翔教授一贯奉行严谨、求精、求实、探索的治学格言，长期致力于中医内科慢性疾病、疑难杂症、老年病的临床及科研工作。他博览群书，采撷古今医学大家之理论精粹，融会临床，化为己用，并不断拓新，逐步形成了崇尚元气为本，倡补脾肾阴阳，注重气血辨证，擅长活血化瘀，重视体质因素，善从体质辨治的学术特色，以及精于辨证，长于辨病，师法不拘，思路广博，方药精要，灵活变通的临证风格。临床以擅治中医内科的心脑血管疾病、呼吸和消化系统疾病、自身免疫性疾病、老年病、肿瘤等疑难病症为特长。他高尚的医德、精湛的医术、显著的疗效在病人中享有很高名望。同时，他衷中参西，主张临床科研要立足传统，保持特色，发扬优势，寻求突破，先后开展十余项科研课题研究，重点从宏观到微观探索益气活血法在心脑血管疾病中的临床应用价值。



一、元气为本，倡补脾阴

元气为本，从脾肾论治，是夏翔教授重要的学术思想之一。元气者，原也，首出于《难经》，云：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本也，故名曰原。”夏翔教授认为，先贤对元气的认识，是对生命核心及本质的一种深刻领悟，为中医理论的深化及治疗学的发展奠定了坚实的思想基础。仲景曾曰：“若五脏元真通畅，人即安和。”《医学源流论》云：“至于疾病之人，若元气不伤，虽病甚不死；元气或伤，虽病轻亦死……故诊病决死生者，不视病之轻重，而视元气之存亡，则百不失一矣。”夏翔教授认为，元气既代表机体的气血津液等有形物质，又体现脏腑、气血等功能活动的外在活力。元气充盛，是生机充沛的必要保证；反之，有病的机体，必存在元气亏损的病理改变，所谓“邪之所凑，其气必虚”。因而，培植元气，匡扶正气是疾病向愈的前提。《医学衷中参西录》云：“盖人之元气根基于肾……培之于脾”，脾肾二脏是人体元气资生和培植的基地，现代研究亦证明，脾肾元气的盛衰，反映着机体免疫机能的强弱，内分泌代谢、神经体液系统的平衡与失调，对疾病的治疗及预后有着不可忽视的重要影响。

综观夏翔教授临床辨证施方用药，深受李东垣的甘温补脾胃元气思想，以及张景岳的温补肾元、阴阳相济理论影响。同时，他又根据江南地域气候因素，以及现代人生活方式的特点，借鉴朱丹溪、叶天士等滋肾阴、养胃阴的学术观点，兼收并蓄，形成了许多在临床上疗效卓越、见解独到的经验方，令众学者纷纷从之、验之，无不感同身受。夏翔教授多年来潜心研究老年病，根据老年人脏腑功能衰退，气血阴阳偏弱的体质特点，在病证结合施治的基础上，惯用四君子汤、肾气丸、二仙汤、二至丸、左归丸、右归丸等名方补益脾肾，以达顾护元气、强身祛邪的目的。

二、气血调治，活血化瘀

气血学说是博大精深的中医学宝库中的一块瑰宝，夏翔教授长期致力于气血学说的研究，也取得了可喜的科研成果。他广涉古代医家的有关论著，尤崇王清任、唐容川等古代名医。并对《伤寒论》《金匱要略》《医林改错》《本草纲目》等经典著作中的有关方药进行了整理和总结，同时还吸纳了现代医学的研究成果。这些积累使得调治气血已成为夏翔教授今日临床不可或缺的基本法则，不仅运用得心应手，还积累了丰富的临床经验。

（一）调治气血

1. 理气活血法

理气活血法施用于各种心脑血管疾病，属于气滞血瘀者，以及各种瘀血疼痛，此属常法；另外，活用于某些常法难以奏效的顽症，如顽固性失眠、顽固性盗汗、精神失常等等，甚至还以反治法的思路用于治疗各类出血性疾病。

夏翔教授曾治一出血性血小板增多症的中年男性患者，因齿衄、鼻衄及皮肤紫癜反复多年，加剧1月，多方治疗罔效而求诊。观其旁症，胁痛引及少腹拒按，舌质紫暗瘀，脉弦紧，乃辨其肝气郁滞，血不循络，以疏理肝气，活血宁络法，投血府逐瘀汤加减，连服三十余剂，病情缓解。

2. 滋阴凉血法

夏老教授擅用清营汤、犀角地黄汤等。此类方寓滋阴凉血、清热止血、养血荣肌、活血通络等多种功效，夏教授常用其治疗各种急性出血、过敏性皮肤病，尤其广泛用于各种自身免疫性疾病属肝肾阴虚，热入营血，邪客络瘀，而表现低热起伏、关节疼痛、皮肤黏膜溃疡、发斑等症者。方中生地常大剂量应用，取其滋阴凉血，活血通痹之功，并辅黄芪阴中求阳，气血双治。



3. 清气凉血法

以白虎汤合清营汤，用于温热病气分营血大热之证，旨在防营血燔灼，瘀热生变。早年曾配合西医治疗乙脑、败血症等，取得明显疗效，极大地降低了死亡率。

4. 泄热通瘀法

选桃核承气汤加味，用于体质盛实，瘀热内盛的高血压，中风急性期以及冠心病，心绞痛，心肌梗死表现为眩晕、神昏、胸腹闷痛、便秘等症者。夏翔教授认为，此方下气泄热通腑导瘀快捷，用之得当及时，常能力克急症。

5. 化痰祛瘀法

多以桃红四物汤合二陈汤为主方加减，方中半夏每用制南星取代，夏教授喜其性烈，有人络搜痰之力。此法是治疗心脑血管疾病、老年病，以及多种癥积及疑难顽症的最重要方法之一，临床应用时，常根据辨证情况合并他法施治。

6. 益气活血法

此法为夏翔教授多年着力研究的课题。他认为，当今求治于中医者，多为西医棘手的慢性病、疑难病。此类疾病有痰、饮、水、湿、瘀、虚等多种内在病理变化，其中以瘀、虚为主，虚则以气虚居首，故益气活血法极有临床价值。

夏翔教授以心脑血管疾病作为主攻方向，先后开展了多项有关课题的研究。如拟“回春饮”（黄芪、川芎、葛根、麦冬、首乌、锁阳、石菖蒲、制南星）对老年性痴呆进行的临床观察及实验研究；拟“心康饮”（黄芪、葛根、川芎、红花、蒲黄、甘草）对经皮腔内冠状动脉成形术后再狭窄问题进行的临床及实验研究，结果均显示，益气活血法具有降低血脂、血黏度，抑制血小板聚集，促进红细胞携氧能力，扩张冠状动脉，抑制动脉内膜平滑肌细胞增生，改善脑循环，促进脑代谢，增强神经递质功能等诸多功效。

7. 温阳活血法

气虚之甚为阳虚，此法是益气活血法的深化，蕴含补益阳气，温通气机，活血化瘀之意。常选肾气丸、四逆汤、麻黄附子细辛汤、桃红四物汤等加减。夏翔教授认为，上述方药能提高窦房结功能，增强心肌收缩力，促进血管活性物质释放，提高血管神经的兴奋性，有利于促进全身血液循环，提高机体的代谢水平。因而常施用于因外寒直中，或阳虚内寒所致的阴血瘀凝之证，包括冠心病心绞痛、心肌梗死、病态窦房结综合征、心功能衰竭、尿毒症、代谢功能低下的内分泌疾病、风湿性疾病，外周血管性疾病等。

8. 活血利水法

以五苓散为主方，加泽兰、益母草、王不留行等具有活血利水双重作用的药物，共奏活血通经、化气行水之功。此法用于治疗顽固性水肿，包括心、肝、肾性水肿，内分泌代谢异常性水肿等。如更年期妇女的顽固性水肿，夏翔教授在给予调补肝肾，整理阴阳治疗的同时，佐活血利水法，常收到满意的效果。

9. 活血祛风法

夏翔教授推崇“治风先治血，血行风自灭”的治疗思想，常选用生地、赤芍、丹皮、当归、川芎、丹参等凉血、养血、活血之品，加祛风药，治疗各种与外风或内风相关的疾病。如加大的苍耳子、辛夷花的剂量治疗慢性萎缩性鼻炎；加地肤子、白鲜皮、苍耳子、徐长卿治疗过敏性皮肤病；加羌活、独活、威灵仙、豨莶草等治疗风湿性或退行性关节炎；加白蒺藜、白芷、藁本等治疗血管性头痛；加天麻、钩藤、僵蚕、葛根等治疗高血压及其他伴有眩晕、抽搐、偏瘫的脑血管病，均取得较好的疗效。

10. 搜剔通络法

此法遵叶天士虫蚁搜剔经络瘀血的学术观点，是对以上各法疗效的进一步加强，遇顽症或病久痛甚之症，夏翔教授常选加地龙、地鳖虫、水蛭、血竭、蜈蚣、全蝎等品，以入络搜邪，通畅气血，促病向愈。



(二) 活血化瘀

夏翔教授调治气血的同时，注重结合自身临床经验，提出气血与瘀证有关，其治疗中均不忘活血化瘀。他的遣方用药理论和一系列独到的辨证思想，使众多学者受益匪浅。

通过详考，他提出《内经》关于瘀血类型的描述有：恶血，留血，瘀血，血凝于肤者为痹，凝于脉者为泣，凝于足者为厥。对于瘀血，《素问·调经论》云：“寒独留则血凝泣，凝则脉不通”。《伤寒杂病论》治瘀血有桃仁承气汤、鳖甲煎丸、抵挡汤、大黄廑虫丸、当归四逆汤、下瘀血汤等经典方剂。夏翔教授在平时临诊时特别推崇《医林改错》有关活血化瘀的记载：“气行则血行，血行则气行，气行则血盛，血盛则气静”，但“气与血相连”，“气无形，不能结块，结块者，必有形之血”，一定要气通血活。教授总结王清任书中有关的法与方有：益气活血法之补阳还五汤；理气（通气）活血法之通窍活血汤（头面、四肢、血管）、血府逐瘀汤（胸中血府）、膈下逐瘀汤（肚腹）；清热解毒活血法之解毒活血汤；祛风通络活血法之身痛逐瘀汤；温经活血法之少腹逐瘀汤；化痰活血法之癫狂梦醒汤。

夏教授认为瘀血之病因病机不外乎邪、虚、实。诸如寒邪、热邪、风邪、燥邪、湿邪、火邪、气滞、痰浊、水饮、气虚、血虚、阳虚、阴虚以及各种出血、情志失调、久病、外伤等等。总之，他认为一切因素均能导致瘀血证，并总结瘀血证有关中西医结合内容，提出以下观点。

1. 瘀血证的现代病理学概念

(1) 局部缺血：如冠状动脉粥样硬化，血栓闭塞性脉管炎，各种原因引起的肢端血管痉挛（雷诺现象），以及手术后、外伤后所形成的局部组织供血不足。

(2) 循环障碍：如充血性心力衰竭、门静脉高压、静脉曲张、静脉炎、血管畸形造成的瘀血，以及血流黏度升高等。

(3) 出血后的瘀血：某些空腔器官如颅内、肺、子宫、胃、肠、肾、膀胱、胸腹腔等因各种原因所致出血后的积血，以及感染性毒血症、毛细血管

脆性增高，血小板减少性紫癜等所致的黏膜、皮肤及有关组织间隙引起的出血。

(4) 全身或局部水肿：如心力衰竭、慢性肾炎、肝硬化腹水、甲状腺机能减退、象皮病和硬皮病所引起的水肿，以及输卵管积水等病证。

(5) 组织增生及变形：如烧伤引起的瘢痕疙瘩、骨质增生病、乳腺小叶增生、肝硬化、息肉、肉芽肿、牛皮癣、象皮病、肠粘连等。

(6) 神经精神障碍：如脑血管意外后遗症、三叉神经痛、偏头痛、内耳性眩晕、癫痫、神经麻痹、各种精神病等。

(7) 组织糜烂：溃疡及各种炎症，如各种疖痈、盆腔炎、胆囊炎、多发性神经炎、溃疡病及各种炎性包块等。

(8) 肿瘤：各种肿瘤。

(9) 自身免疫性疾病：系统性红斑狼疮、硬皮病、皮炎、多发性肌炎、风湿热、类风湿性关节炎、结节性动脉炎、混合性结缔组织病等。

2. 活血化瘀药的药理作用

根据有关文献报道，活血化瘀药综合起来在一定程度上有以下的药理作用。

(1) 改善微循环：某些活血药可以解除血管痉挛，使毛细血管扩张，改善微循环，促使血液流速加快，并可增强毛细血管张力，降低其脆性，改善血管通透性，增强组织的耐缺氧能力。如黄芪、当归、丹参。

(2) 改善血液循环：某些活血药具有改善心肌收缩力，提高心脏功能，增加和改善血液流动力以改善全身血液循环，或改善冠状动脉、脑、肺等脏器的血液循环。如黄芪、丹参、当归、红花、川芎、毛冬青、三七、仙灵脾、灯盏花、红景天、山楂、茶叶（茶多酚）、葛根及麦冬。

(3) 改善血液的流变性：某些活血药具有提高红细胞和血小板的表面电荷，抑制血小板聚集，使血流通畅；启动纤溶，延长出血时间和凝血时间，预防血栓形成和血栓溶解；还可降低血脂和血液黏度，加速红细胞电泳，增强肝脏清除凝血物质的能力。如黄芪、丹参、当归、水蛭、地龙、血竭、三七、桃仁、益母草、蒲黄、五灵脂。



(4) 对结缔组织的作用：某些活血化瘀药可以抑制纤维母细胞的过度增生，防止胶原性组织形成粘连或瘢痕，并能促进胶原组织分解，促使增生的病变组织软化和吸收，故有软坚散结的作用。对肉芽肿、腹腔粘连、瘢痕疙瘩等有效，也可使肝脾肿大有所缩小和变软。如红花、桃仁、鸡血藤、水蛭、地龙、莪术、三棱、苦参、穿山甲、积雪草。

(5) 镇痛：某些活血化瘀药具有较强的镇静作用，抑制了痛觉中枢或痛觉神经的传入冲动，从中医的观点来说就是瘀祛络通，通则不痛。如乳香、没药、五灵脂、当归、赤芍、三七、血竭、红花、玄胡及全蝎、蜈蚣等虫类药。

(6) 抗肿瘤：某些活血化瘀药可以抑制肿瘤细胞的生长，有学者认为与抑制肿瘤细胞的呼吸及糖酵解有关。如莪术、三棱、郁金、肿节风、斑蝥、蟾酥、桃仁、姜黄。

(7) 抗感染、抑制炎症反应：某些活血化瘀药具有抑制细菌及抗病毒的作用，能减轻炎症反应，促进炎症的吸收和炎症的局限化，有利于炎症的消退，增强网状内皮系统的吞噬功能。总之，某些活血化瘀药能在调节机体反应的基础上，直接或间接达到抗感染、抗炎的目的。如赤芍、丹皮、黄芪、小蓟、毛冬青、大黄。

(8) 解痉：某些活血化瘀药对平滑肌有松弛解痉作用，对支气管痉挛、血管痉挛等均有解痉作用。如赤芍、地龙、丹皮。

(9) 免疫：某些活血化瘀药具有免疫抑制作用，在肾移植中还有一定的抗“排异”的作用，而某些活血化瘀药具有免疫增强作用，能促进非特异性免疫功能。如丹皮、赤芍、地龙、桃仁、徐长卿、红花、生地、苦参及黄芪。

(10) 调节代谢：某些活血化瘀药能通过改善微循环，对机体起调节作用，有利于促进骨折愈合。如黄芪、当归、丹参、三七。

三、辨证为主，辨病为辅

夏翔教授认为无论何种治法和理论都离不开辨证思想。辨证论治是在中医学理论指导下，把望、闻、问、切四诊所收集来的数据，通过综合分析、

加工处理，归纳为中医中的某个证，再以证出方，按方出药，结合气候特点、生活习惯、个人体质来适当地变化方子和确定药量。辨病施治只是按病、按症出方，方子往往不变或只做轻微的加减，但它的加减也是根据某病、某症加上了对应的某药。

因此，夏翔教授认为现在的中医、西医都能开中药方，但要看有没有辨证论治思想，若没有这个思想，就不是真正的中医。他提出，坚持以辨证论治为主体，以辨病施治为辅的中医才是好的中医。

证和病关系密切，但二者概念不同。证是证候，是疾病发展阶段中的病因、病位、病性、病机、病势及邪正斗争强弱等方面情况的病理概括。病是人体在一定条件下，由致病因素引起的一种以正邪相争为基本形式的病理过程。一种病可以有不同的证，同样相同的证亦可见于不同的病中，所以有“同病异证”、“异病同证”之说。因此，既要辨证，又要辨病。辨证既包括四诊检查所得，又包括内外致病因素及病位，全面而又具体地判断疾病在一定阶段的特殊性质和主要矛盾。辨病是按照辨证所得，与多种相类似的疾病进行鉴别比较，同时进一步指导辨证，最后把那些类似的疾病一一排除，得出疾病的结论。在得出结论之后，对该病今后病机演变心中已有一个梗概，在这个基础上进一步辨证，便能预料其顺逆吉凶，而更重要的是经过辨病之后，使辨证与辨病所有的治疗原则与方药结合得更加紧密，以达到提高治疗效果的目的。总之，“病”是从辨证而得的，一种病有一种病的变化规律，这个“病”的规律，又反过来指导辨证。辨证—辨病—辨证，是一个诊断疾病不断深化的过程。既不能只以辨证为满足，还须辨病，由辨病再进一步辨证，二者不可偏废，但又有主次之分。

夏翔教授提出，中医学源自古代朴素的辩证法思想，它是自然与哲学的有机统一，这就决定了气血调治、活血化瘀的理论是从宏观和微观两个层面来认识人及人体疾病的。随着科学技术的不断发展，仅凭医生的直观感受和病人的自觉症状诊断疑难病，显然是不够的，需结合现代医学的微观辨证，以完善自身对疾病诊断的准确性，进而提高疗效。在对疾病的治疗上，可以基于中西医认识，熔宏观辨证与微观辨证为一体，辨证用药，并注重气血调治、活血化瘀，提高疗效。



四、体质辨证，未病调理

体质学说是中医理论体系中的一个重要内容，《内经》以来历代医家对此有颇多阐述。夏翔教授认为，病理性体质是决定某种疾病的易感性及某些病机演变倾向性的内在因素。他曾主持对 1100 例老年患者的体质类型及病理特点进行调研，就一些慢性病及疑难病的发生及病机变化趋势与病理性体质的相关性进行分析研究，提出了不少独到见解。如高血压病，夏翔教授认为，病起中青年者，以阴虚肝旺体质偏多，易受烦劳、情绪起伏等致病因素影响，常使病从火化，肝阳上亢，夹痰夹风，风火相煽，走窜经络，引发中风脑出血；病起老年者，以气虚、血虚、阳虚、痰湿等体质偏多，常因虚而瘀，致痰瘀阻络，引发脑梗塞。对于冠心病，夏翔教授认为，本病的证候分型与性别及年龄有一定关系。因性激素平衡紊乱，导致血脂代谢受阻，进而促发冠状动脉粥样硬化，是老年冠心病的重要现代病理因素之一。研究发现，男性患者的睾酮水平降低，雌二醇水平升高，临证多表现肾阳不足，胸阳虚衰，痰瘀痹阻的病理特点；女性患者的激素水平恰与男性相反，临证则多表现气阴两虚，因虚而瘀，并易化热的病机趋势。对于糖尿病，夏翔教授认为，以肾阴虚及脾气虚两种体质为主。前者多见于幼年发病型及部分成人发病型，后者见于成人肥胖型。肺肾阴虚者，常燥火内炽，易感“瘵虫”，而引发肺结核。肥胖体质者，脾气虚损，痰湿内盛，从热而化，痰热化燥灼阴。夏翔教授认为，重视从体质辨证论治，是进一步提高疗效的有效途径。临床主张未病调理，如推崇保健养生，或中成药为主的缓剂调理，着眼于患者病理性体质的改善，旨在减少疾病发生及发展的不利因素，恢复机体阴阳的相对平衡。对于许多慢性病、疑难病，则主张辨证治病与体质改善相结合，体现了标本同治的治疗思想。

五、治病求于“平”，善于“调”

夏翔教授长期从事临床工作，博览群书，采撷古今之医粹，推崇阴阳学说，融会贯通，化为己用，并不断地创新，提出治病求于“平”，善于“调”。只有调节阴阳平衡，才能不招致疾病，延年益寿。

（一）治病必求于“平”

阴阳学说是古代哲学思想在中医学中的体现，是中医学的重要理论基础。人体的阴阳是彼此消长运动变化的两个方面，只有保持阴阳平衡，人体才能保证健康，这就是“阴平阳秘，精神乃治”的概念。人体的平衡一旦打破，阴阳不平衡，出现阴阳偏盛偏衰的现象，就会发生疾病。

阴阳看似相互矛盾，相互对立制约，但又无法分割。荀子曰：“天地合而万物生，阴阳接而变化起”。《素问·天元纪大论》：“在天为气，在地成形，形气相感而化生万物。”说明万物的形成、发展变化均有赖阴阳之气的交感相错。天地能分阴阳，事物的内部亦能再化分阴阳。阴阳的变化过程也是邪正交争的过程，一方的过胜与不及均可导致疾病，即“阴胜则阳病”、“阳胜则阴病”。阴阳互根互用，无阴即无阳，无阳即无阴，此所谓“孤阴不生，独阳不长”。阴阳的变化又是一个动态的过程，对于人体而言，要达到健康，其主要的标志就在于阴阳的消长处于动态的平衡。在一定条件下阴阳还可以相互转化，“重阴必阳，重阳必阴”（《素问·阴阳应象大论》），就是说阴极盛可转化为阳，阳极盛可以转化为阴。纵观阴阳理论，阴阳相互联系，相互作用，相反相成，保持平衡。

夏翔教授根据多年临诊经验，认为阴阳的平衡在防病治病中非常重要，提出“治病必求于平”。疾病的发生有多方面的原因，不外乎外感六淫、内伤七情、饮食劳倦、痰饮瘀血等，导致表里、寒热、虚实等方面变化，实质即为阴阳的变化，阴阳平衡的失调。医生在治疗疾病的过程中，就是要通过药物来调节病人的阴阳，使人体恢复平衡的状态。如热证用寒药，寒证用热



药；气逆降之，气陷举之；阴虚养阴，实热泻火；阳虚补阳，阴胜散寒等等，力求一个“平”字。

如一刘姓女患者，29岁，既往患有结核病史，易疲劳，易感冒，烦热，盗汗，舌红，苔薄，脉细。证属气阴两虚之肺癆。治以益气补元，滋阴补血。

处方：生黄芪15g，生地15g，党参15g，黄精15g，丹参12g，麦冬15g，玉竹12g，知母9g，玄参9g，白术芍（各）12g，枣仁12g，赤芍9g，白薇9g，夜交藤30g，合欢皮15g，景天三七15g，大枣15g，甘草9g。

随访：服用本方20余剂后烦热消失，精神较好，病情平稳。

按语：结核病属于中医“肺癆”范畴，其病机以“阴虚”为主，并可导致气阴两虚；病位以肺为主，日久涉及脾肾心肝。脾气虚，不能健运水谷以生化气血，则神疲乏力，面少华色，易于上感；肺虚心火乘客，肾虚水不济火，则烦热盗汗，夜寐多梦。为此，夏翔教授采用益气补元，滋阴补血之法以恢复阴阳气血之平衡。本方黄芪、党参、景天三七益气补元；黄精、麦冬、玉竹、生地、知母、玄参滋阴润燥；大枣、白术健脾补血；夜交藤、合欢皮、枣仁养心安神；赤芍、白薇清热活血。诸药合用，共奏益气养阴之效。

（二）治病善于“调”

夏翔教授治疗各种疾病的关键是“平”，而要做到“平”，就得注重一个“调”字。“调”不仅是指调理，更主要是指在辨证论治过程中，应先明确病因病机，在制订治疗原则时注重调节阴阳，也就是调节“气与血”、“寒与热”、“升与降”、“补与泻”等之间的关系，从而取得更好的疗效。

1. 调“气血”

夏翔教授认为人体的抗病、康复能力主要依赖于元气，元气是人体机能的原动力，其根在肾，其培在脾，而气的运行依靠血液这一载体。所谓“气为血之帅，血为气之母”，气与血的关系犹如唇齿一般。故而在治疗疾病时，要注意调节两者的关系。当气病时，如气虚、气滞、气陷等，除了应益气补虚、理气化滞、升提中气外，还应适当加入血分药，通过补血以化气，以助元气之恢复。当血病时，如血虚、血瘀等，在补血生血、活血化瘀的同时，

应加入补气、理气的药物，当归补血汤就是补气治疗血虚的代表方，补血的同时重用补气药黄芪，补气生血，事半功倍。

2. 调“寒热”与“虚实”

在辨证论治过程中，辨清疾病的寒热虚实是非常重要的，但临床上的病证并不是这么绝对的。夏翔教授认为，临床上我们遇到的病证往往是虚实夹杂，寒热交错之证，单纯地选用补药或泻药、寒药或热药都是不妥当的，而应适当地运用攻补兼施或寒热并用的方法来加以治疗。

例如风热感冒，患者如果兼有畏寒之症，应在疏风清热的同时，需要酌加辛温散寒之品，如治疗风热感冒的代表方银翘散中就配伍了荆芥、淡豆豉等少量辛温之品。这样的例子很多，从一些历代的名方中就可见一斑，如麻杏石甘汤、大黄附子汤、炙甘草汤中都选用了与病性相左的药物。同样，在补正气、泻邪气的同时，不能只强调一个方面，往往需要攻补兼施。只有当正气充足，人体才经得起祛邪；邪有出路了，正气才能得以恢复；一味地补益，恐有壅滞邪气之虞，攻补兼施才是上策。这一点从一些古方中也有体现，如六味地黄丸就是补泻兼施的代表方，三补三泻，共奏补益肝肾之功。

3. 调“升降”

气机的升降是维持人体正常生理活动动态平衡的关键所在，《素问·六微旨大论》：“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，故器者，生化之宇……故无不出入，无不升降”。可见，气机的升降对于维持机体正常生理活动是非常重要的。一旦气机升降失常，正如《素问·阴阳应象大论》提到的“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生腹胀”，就会有疾病发生。

各个脏腑气机的升降各有其特点，肝气条达则能疏通气机，肺气肃降则能通调水道，输布津液，下达膀胱；脾气的升能散布精气，上归于肺；心火下降能下济肾水，肾水上升能上济心火；脾气主升，胃气主降，共同完成运化水谷的工作。一般而言，“六腑以通为用”，以降为主。五脏六腑有升有降，达到升清降浊的目的，维持正常的生理功能。当然，气机的升降关系也



是错综复杂的，升中有降，降中有升，如肺位居上焦，除肃降外，还具有宣发的功能。

夏翔教授在日常诊疗中非常重视这一特点，尤其对于脾胃病等疾病的治疗更注重调畅气机。脾胃同居中焦，脾为后天之本，通达上下，一脏一腑，一升一降，可谓气机升降之枢纽。治疗脾胃病的时候，必须注意两者的关系，升脾之清阳，降胃之浊阴。与此同时，还应疏泄肝气和肃降肺气。经云：“土得木而达。”肝气得到疏泄，脾土之气才能升降畅达，健运不息；肺气的肃降有助于胃腑的通降，唐容川曰：“大肠所以能传导者，以其为肺之腑，腑气下达，故能传导。”可见，脾胃的升降，与肝和肺的关系十分密切，治疗时不能偏颇。

如一袁姓女患者，25岁，2007年2月28日初诊。月经淋漓不尽，间断性耳鸣，持续2周。膝痛，胃脘隐痛，遇暖则缓，怕冷艰寐，面斑明显，无头晕，大便正常，舌淡红，苔薄腻，脉细。气血亏虚之崩漏，治以益气养血，益肾补元，调经安神，温经利脉。

处方：生黄芪24g，熟地15g，黄精12g，丹参12g，当归9g，杜仲12g，杜衡15g，仙灵脾15g，首乌15g，白术15g，白芍15g，香附12g，益母草15g，泽兰9g，枣仁12g，夜交藤30g，合欢皮15g，珍珠母30g，大枣15g，桂枝15g，炙甘草9g。

随访：患者服药20余剂后诸症好转，月经正常。

按语：功能性子宫出血属于中医“崩漏”范畴，其病机为“气血亏虚”。“气为血之帅，血为气之母”，气血亏虚，互为影响。元气亏虚，气不摄血，则月事失调，淋漓不尽；血不生气，肾元亏损，髓海不足，耳鸣时作；血不养精，肾不主骨，腰膝酸楚，血不养心，夜来艰寐，血不上荣，面部色斑，气阳不达四肢，畏寒肢冷，气虚则滞，胃脘时有胀痛。为此，夏翔教授予以调理气血，益气养血并重，兼以益肾调经安神。本方黄芪大补元气；熟地、首乌滋养阴血；黄精、杜仲、杜衡、仙灵脾益肾；泽兰、香附、益母草活血调经；枣仁、夜交藤、合欢皮、珍珠母、大枣养心安神；白术、白芍健脾和胃；桂枝温阳通脉。诸药合用气血并补，益肾调经。

又如施姓患者，45岁，2007年4月9日初诊。慢性结肠炎，以便秘为主

要表现。肠镜示：慢性肠炎，外痔。去年流产后出现恶心，空腹或饭后亦曾出现，时有便秘，无肝胆疾患，常伴头晕腰酸，舌红，苔薄，脉弦滑。证属脾胃不和之便秘，治以益气健脾升清，和胃降逆通腑。

处方：党参 12g，黄芪 12g，柴胡 12g，黄芩 12g，升麻 9g，桂枝 12g，薏仁 6g，高良姜 9g，香附 18g，香橼 12g，八月札 12g，石斛 15g，望江南 15g，乌药 12g，生首乌 15g，白芍 15g，焦楂曲（各）12g，路路通 12g，大枣 15g，甘松 9g，生甘草 9g。

服药 7 剂后痊愈。

按语：此例慢性结肠炎属于中医“便秘”范畴，其病机为脾胃不和，气虚、气机失调而致。脾气不升，神疲乏力，头目掉眩，面色少华；胃气不降，恶心呕吐，频频发作，少腹作胀，腑行干结。夏翔教授从“调升降”入手，治拟益气健脾升清，和胃降逆通腑。本方黄芪、党参益气；柴胡疏肝理气；升麻升提脾气；香附、香橼、乌药行气降逆；薏仁、高良姜温中和胃；生首乌、路路通和望江南润肠通便，诸药合用使脾气得升，胃气得降，气机升降有序，则诸症缓解。

六、临证特色

1. 治冠心病，补通相融

对于冠心病的治疗，夏翔教授推崇补通相融的治疗原则。他认为，冠心病是一本虚标实的病证，根据其病因病理特点及患者的体质特性，临床采用益气培元，滋阴通阳，化痰祛痰，理气通痹的治疗大法，对于改善患者的临床症状，提高心脏功能，增强抵御致病因素的能力，有着极为重要的实际意义。

夏翔教授根据多年临床经验及科研所得，制“心痛方”用于冠心病的治疗。方中黄芪配黄精，仙灵脾配首乌，温而不燥，健脾益肾，培元济心；桂枝佐麦冬，温通胸阳，滋养心脉；当归、川芎、红花、葛根、地龙数药相协，



养血化瘀，通达心脉；瓜蒌皮合旋覆花，宽胸理气，化痰通络。全方共奏益气培元，活血通脉之功。冠心病相对稳定期，或合并糖尿病者，以气阴两虚，痰瘀痹阻型较为常见，于心痛方中加玉竹、泽泻针对病因治疗，益气培元养心，养阴活血祛瘀，化痰通络降脂；心绞痛反复发作者，重用活血药，并选玄胡、杜衡、郁金、五灵脂、三七粉、蒲黄等理气化瘀定痛；寒邪引发，胸痛剧烈，或心梗患者，胸痛持续不解，加熟附片等，予生水蛭粉2~4g（装胶囊）或生血竭粉3g吞服，以温通散寒，攻瘀除痹；伴胸闷、心悸、汗出脉结代；表现心律不齐者，加人参（可代以党参、太子参或珠儿参）、五味子、炙甘草、炒枣仁、龙骨等，寓生脉饮、炙甘草汤之意，养心宁神复脉；合并心衰见动则气急，夜间胸闷、阵发性呼吸困难，或伴头晕足肿者，选加人参、附片、肉桂、细辛、葶苈子、益母草、白术、泽泻、陈葫芦等，以振奋元阳，鼓舞胸阳，化瘀逐饮。夏翔教授还结合体质辨治，老年男性患者，注意补益肾阳；一些女性患者，主诉胸痛颇重，而心电图阳性指征较轻，则根据其更年期生理特点，选加仙茅、生地、知母、珍珠母、开心果、百合、郁金等，燮理阴阳，理气开郁，并结合心理调适，常收到较好的疗效。另外，红花一味，有增加冠脉血供，降脂抗凝等确切疗效，其性轻灵，专入血分，直走心经，化散瘀血，常嘱患者将藏红花10g浸于白酒250ml中，在病情相对稳定期，每晚饮服5ml（白开水稀释），以预防心绞痛发作。

夏翔教授以补通相融为主治疗冠心病，并不排除以通法治实之举。如选血府逐瘀汤治疗气滞血瘀型心绞痛，以桃核承气汤加味治疗瘀热内结型心绞痛、心肌梗死等。总之，辨病为基础，辨证为依据，既有主法主方，又擅变通。

2. 治顽固咳喘证，重扶正祛邪

夏翔教授治疗顽固性咳喘等肺系疾病颇具特色，他认为，随着现代医学的发展，尤其是抗生素的升级换代，为肺系疾病的治疗提供了极为有利的条件，因而求治于中医的咳喘证，常为已用西药而疗效不佳者。表现为临床症状顽固，病程较长，病机复杂，虚实夹杂，少见单纯寒热实象，可见慢性呼吸道疾病患者广泛存在着机体免疫力低下，呼吸道高敏反应性等问题。景岳

论喘促之治法云：“然发久者，气无不虚，故于消散中酌加温补，或于温补中酌加消散，此等证候，当拳拳以元气为念，必使元气渐充，庶可望其渐愈。”夏翔教授推崇此论，临证时每将益气、补元、实卫与温宣、清化、祛邪并施，以增强机体的御病抗敏机能，进而提高疗效。

七、善取对药，临证讲究实效

夏翔教授深谙医典，熟知药性，积数十年经验所得，临证施方遣药中擅取对药。他认为，掌握药物相须相使的特点，对提高临床疗效有着重要作用。在此举若干常用对药加以说明。

1. 黄芪生地并用，免疫性疾病显功

黄芪甘温，有补益肺脾之气，固表托毒生肌之功，夏翔教授常用此对药治疗与免疫系统密切相关的慢性病、疑难病，如复发性口腔溃疡、慢性咽喉炎、多种自身免疫性疾病、过敏性皮肤病等。此类疾病病程漫长，反复发作，常有气阴两伤，热入营血的病理阶段，临床表现为皮肤、黏膜充血溃疡，低热起伏、关节疼痛、内脏功能损伤，免疫指标异常等，夏翔教授在辨证施治的同时，针对病机，重用黄芪、生地，常能取得较为满意的疗效。黄芪性温，阴虚阳亢者忌用，生地甘寒，脾胃薄弱者慎服，然二药同施，则可扬长抑短，使其临床应用更为广泛，较少禁忌。黄芪和生地的剂量则需因病因证而调整变化，一般来讲，复发性口腔溃疡或慢性咽喉炎等，黄芪剂量大于或等于生地，自身免疫性疾病、过敏性皮肤病等，大多生地剂量胜于黄芪。黄芪用量15~60g，生地剂量15~120g。脾胃薄弱者，生地剂量由少渐多，以适为度。

2. 香附白芍共施，顽固性呃逆获愈

香附辛苦甘平，为调气止痛之要药。《本草纲目》记其“上行胸膈，外达皮肤，下走肝肾，外彻腰足”。白芍苦酸而寒，缓急止痛。夏翔教授喜用



此对药治疗胸脘腹气结疼痛诸症，同时亦擅用于治顽固性呃逆，常获奇效。呃逆乃气失和降、胃气上逆的病证，和胃降逆是治疗总则，但常法常方不应时，当另辟蹊径。有一因心肌炎住院的男性患者，呃逆不止，前医以旋覆代赭汤及丁香柿蒂散等加减施治无效。夏翔教授会诊，辨其阴亏气结，胃气上逆，以竹叶石膏汤加香附24g，白芍30g，3剂而呃止。此处取香附理气开结，白芍养阴缓急之功，两药共施，对胃肠等平滑肌有较强的解痉松弛作用，故能解除膈肌痉挛。

3. 杜仲杜衡协同，肾虚诸痛皆宜

杜仲甘温，补肝肾强筋骨；杜衡又名土细辛，辛温无毒入肺肾经，功可散风逐寒，消痰平喘，活血定痛。夏翔教授每予此对药治疗肾虚所致的头、颈、腰及关节等处的疼痛酸楚，药简效著，且少副反应，值得推广。如一高龄男性颈腰椎病患者，长期颈项头痛，腰腿酸痛，夏翔教授根据脉症，辨其肾虚络瘀，以补阳还五汤加杜仲12g，杜衡12g，桑寄生12g，葛根30g，红花9g，调治2个月，所苦悉除。

4. 南天竹子腊梅花相须，顽咳咽梗立截

南天竹子，性味酸甘，为有毒之品。功可敛肺、止咳、清肝明目。民间验方取之治哮喘、小儿百咳，可见其有解痉镇咳的作用。腊梅花味甘微苦，辛温无毒，传统用于解暑生津，治烦渴、胸闷、久咳，也为治百咳之品。夏翔教授取此对药相须之效，临床用于顽固性咳喘证，尤对咽痒伴久咳不已者，在辨证施治的基础上，加入此对药，可立截顽咳。推而广之，对于咽中如有物梗的“梅核气”，夏翔教授常在疏肝理气、化痰散结的基础方中加入此对药。根据药理研究报告，南天竹子所含南天竹碱具有吗啡的菲类结构，腊梅花具有类土的宁样作用，故二者是治标之药，因取效甚捷，多在短期内应用，南天竹子虽谓有毒，但用量为6~15g时，未见任何毒副反应。

【经验特色】

一、老年期高血压的诊治经验

(一) 高血压的病因病机

高血压属中医学眩晕、头痛范畴。《素问·至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”《临证指南医案·肝风》描述了肝脏的特性：“肝为风木之脏，因有相火内寄，体阴用阳。其性刚，主动主升，全赖肾水以涵之，血液以濡之，肺金清肃下降之令以平之，中宫敦阜之土气以培之。则刚劲之质，得柔和之体，遂其条达畅茂之性，何病之有？”因此，高血压主要病位在肝，与肾、肺、脾关系密切。夏翔教授十分推崇清代医家王旭高的观点，王氏云：“肝风一证，虽多上冒颠顶，亦能旁走四肢。上冒者，阳亢居多。旁走者，血虚为多。然内风多从火出，气有余便是火，余故曰肝气、肝风、肝火三者同证异名，但为病不同，治法亦异耳。”夏翔教授认为，老年期高血压有其自身特点，大多为本虚标实之证，本虚为元气亏虚，清阳不升；标实为风阳上扰，痰湿内蕴。元气亏虚，脏腑功能衰退，肾虚水不涵木，则肝风内动；脾虚健运失司，肺虚治节无权，则痰湿内蕴。应先辨明邪正虚实，抓住疾病的本质。



(二) 高血压辨治特点

夏翔教授认为，高血压与肝的关系最为密切，同时还应分清邪正之间的关系，风阳上扰为风邪上潜，宜潜宜降；清阳不升为正气不足，宜升宜补，升降结合从而标本兼顾，下以案为例。

吴姓女患者，51岁，2003年6月6日初诊。反复头晕、头胀2年，自诉2年来晨起头胀、头晕，神疲乏力，烦热便秘，夜寐不安，自服北京降压0号，测血压仍为145/100mmHg。苔薄腻，质稍淡，脉细。此乃眩晕，时逢更年期，元气亏损，体胖，神疲乏力，颠顶之上，唯风可及，虚风上扰，故眩晕时作，每次发作2~3天，头重且胀，稍感烦热，腑行不畅。治以益气升清，息风潜阳，祛痰化瘀，养血安神，润肠通便。

处方：生黄芪15g，党参12g，白术15g，葛根30g，藁本12g，制南星12g，丹参12g，天麻9g，白芷9g，钩藤15g，枸杞子12g，石菖蒲15g，酸枣仁12g，夜交藤30g，合欢皮15g，生何首乌15g，望江南15g，生石决明30g，腊梅花12g。

连服7天，头晕减轻，未连续发作，测血压126/80mmHg，上方加玉竹15g，天竺黄12g以滋阴养心、祛痰开窍。

二诊：2003年6月27日。头晕基本消失，大便通畅，咽中梗阻感明显减轻，舌质稍淡，苔薄白，脉细，测血压120/80mmHg，再进上方服14剂，眩晕基本消失。

按语：高血压病以肝肾阴虚、肝阳上亢为主要病机，常用平肝潜阳、镇肝息风、滋阴柔肝等法治疗。夏翔教授则应用升降结合、标本兼顾之法。药用生黄芪、党参、白术、葛根、白芷、藁本益气升清；天麻、钩藤、石决明息风潜阳；石菖蒲、制南星、腊梅花、丹参祛痰化瘀；枸杞、酸枣仁、丹参、夜交藤、合欢皮等养血安神；生何首乌、望江南等润肠通便。诸药合用，共奏益气升清、息风潜阳、祛痰化瘀、养血安神、润肠通便之功。

二、顽固性咳痰喘的诊治经验

夏翔教授在治疗顽固性咳、痰、喘等肺系疾患时，倡导扶正与祛邪两法同施。他认为，求治于中医的此类患者，多为应用西药疗效不佳的病例。临床症状顽固，病程较长，病机复杂，虚实兼夹，少见单纯寒热实象，佐证了慢性呼吸道疾病患者广泛存在着机体免疫力降低、呼吸道的高敏性等问题，即中医所谓的“邪之所凑，其气必虚”。故在临证时，每将益气、补元、固卫与宣散、清化、祛邪等诸法并施，以增强患者机体的抗炎及抗过敏能力，进而提高疗效。

常用基本方：生黄芪、苍耳子（各）30g，辛夷花、净麻黄、炙款冬、炙紫菀（各）12g，党参、白术、江剪刀草、佛耳草、大枣（各）15g，炙甘草9g。若肺阴虚者，易党参为南北沙参；寒盛痰多者，加桂枝、制南星；痰热壅盛者，加象贝、制南星并酌选蒲公英、蛇舌草、草河车、黄芩、黛蛤散等；咳剧或久咳、咽痒者，加南天竹子、腊梅花；病久及肾，动辄喘甚，腰酸浮肿者酌加杜仲、熟地、五味子、山茱萸肉、紫石英、地龙、石韦、车前子等；夹瘀者选当归、川芎、红花等。方中芪、术、参、枣、草等寓玉屏风、四君之意，益肺健脾，固卫培元；苍耳、辛夷花重剂并用，疏风祛邪，固表抗敏；麻黄、紫菀、款冬花、佛耳草、江剪刀草温清并用，宣肺平喘，清肺化痰；制南星代半夏，取其走散之性，搜剔表里之痰，使痰净气通，咳喘易平；南天竹子、腊梅花清解镇咳独到；杜仲、补骨脂伍用，于肾虚咳喘者，强身截喘。全方共奏补气实卫，疏表清里，宣肺化痰之功，适用于虚实相夹、寒热相协的顽固性咳、痰、喘证。

邱姓女患者，71岁，2007年5月初诊。因咳嗽5月余，加剧半月就诊。有慢性支气管炎达5年，本次发病从冬至夏5月余，咽痒，咳嗽阵作，遇风及夜晚加剧，痰呈白色泡沫状，近半月兼有黄痰，咽喉疼痛，偶有喉中喘鸣伴胸闷，气急，背微恶寒，夜汗频频，纳便尚可，舌略红，苔薄黄腻，脉细滑。胸片：两肺透亮度增加，肺纹理增生，右下肺少许斑片阴影，边界不清。



肺卫气虚，营卫失和，寒痰恋肺，郁久化热。治拟益气宣肺，调和营卫，温清祛邪，化痰平喘。

处方：黄芪24g，南北沙参（各）9g，白术15g，苍耳子30g，辛夷12g，净麻黄9g，桂枝12g，白芍12g，炙款冬12g，炙紫菀12g，江剪刀草15g，佛耳草15g，制南星15g，白花蛇舌草30g，南天竹子15g，腊梅花15g。

用药半月，诸症大减，仅遗微咳少痰，舌红苔薄黄，脉细滑。再续前法去桂枝、白芍，2月后病情明显好转。

按语：本案咳痰迁延，虚实夹杂，寒热相兼，处方不忌黄芪等补药，而用黄芪配南北沙参、白术等补气阴，实肺气；苍耳子、辛夷花疏风祛邪；麻黄、炙款冬、佛耳草、南天竹子、蛇舌草之属，温清宣降并施。此方另一特点是不忌生麻黄发汗之力，不囿阴虚盗汗之见，而以桂枝汤既温通卫阳，又和营敛阴，故夜汗即止，顽咳亦瘥。

观夏翔教授临床辨证施方用药，深受李东垣的甘温补益脾胃元气和张景岳温补肾元，阴阳相济理论影响，同时，又借鉴朱丹溪、叶天士等的滋肾阴，养胃阴，化湿热学术观点。融会先贤精粹，又有所侧重及拓新，形成了个人独特的临床思路。

三、冠心病的诊治经验

（一）益气培元，助阳温通

冠心病归属中医学“胸痹心痛”、“真心痛”、“厥心痛”范畴，乃心血痹阻胸脉的病证。《金匱要略》云胸痹心痛的发病机制为“阳微阴弦”、“责其极虚也”。夏翔教授认为此“阳微”应广义地理解为元气衰微，心乃阳中之阴脏，主血脉，藉胸阳推动血运，元气者，生命之原动力，根于肾，培于脾。心血赖元气滋养，胸阳靠元气鼓动，元气虚亏，生机渐衰，心病乃发。《素问·脉要精微论》曰“夫脉者，血之府也……细则气少，涩则心痛”，即为此意。故对冠心病的治疗，夏翔教授极重视培元益气，助阳温通，尤其对

罹病时间长，年长体弱，心痛发作频繁者，更注重补元助阳。常选用黄芪、党参、太子参、白术、仙灵脾、鹿角片、桑寄生、附子、桂枝、细辛、杜衡等。现代药理证明，益气培元助阳之药，可促进血红蛋白的携氧能力，改善心肌缺血，提高心脏功能。夏翔教授极推崇黄芪，认为其甘温适度，补气而不塞滞，可益气护卫，抗御外邪，健脾化湿，培元养心；药理上有扩冠，改善微循环，调节免疫，延缓衰老等多项功效，实乃治疗冠心病不可或缺的药物。即使对于某些貌似药证相左者，也用之不疑，只是根据辨证予他药相制，从无气盛助热之弊。温补肾阳喜用仙灵脾、鹿角片。仙灵脾味辛甘温，“辛以润肾，甘温益阳气”，有改善心肌缺血，降低血压的药理作用；鹿角片属血肉有情之品。二药为培元固本，益肾补心的常用药。附子甘温大热，扶助元阳，温通胸阳，功不可比，适用于外邪引发的剧烈胸痛或病态窦房结综合征，以及心力衰竭，常用15~30g。夏翔教授每用附子常要病证合参，如患者舌红或正值夏季，则配伍生地或玄参、知母同施，不忌附子刚燥之性。夏翔教授还独崇杜衡，其功同细辛，用较大剂量亦无妨，其入心肾经，温阳散寒，鼓动心阳，活血定痛。单独使用，或与细辛相伍，为心绞痛发作时的常选药，临床使用，多有效验。

（二）化痰祛瘀，选药得当

化痰祛瘀是冠心病“通法”治则的主要组成之一。夏翔教授认为，冠心病多发生于中老年人。《素问·阴阳应象大论》云“年四十而阴气自半也”，此时之患者临床多有不同程度的脏气衰竭，故常用方药不宜温燥过度而伤阴，亦不能攻伐过猛而伤正，总以温润相宜，补通相融为原则，且注重药性、药理相通。

活血化痰药可选用当归、川芎、赤芍、红花、玄胡、丹参、三七粉、水蛭、地龙等。夏教授首选当归，赞其性味辛甘，温中有润，阴中有阳，为血中之气药，既通又补，化痰养血。然红花一味，有增加冠脉血供，降脂抗凝等确切疗效，其性轻灵，专入血分，直走心经，化散瘀血，他常嘱冠心病患者将藏红花10g浸于白酒250ml中，在病情相对稳定期，每晚饮服5ml（白开水稀释），可预防心绞痛发作。水蛭、地龙均为驱寒、抗凝之品，“水蛭破



瘀血而不伤新血，专入血分而不伤气分”，地龙兼平肝降压之功，活血药中配伍水蛭或地龙，取虫类药入经达脉尤胜之力，水蛭亦可生用，每嘱患者生水蛭粉2~6g/d，装胶囊吞服，活血通痛效卓。葛根虽不归活血药类，但其气味俱薄，升阳气，舒筋脉，有扩张冠状动脉，改善心肌缺血的药理作用，故每以30g与其他活血药同用，直取主证。

化痰药常用瓜蒌皮、旋覆花配伍，可化痰宽胸理气通络，久用无碍。对肥胖、神疲、欲寐、胸闷的冠心病患者，擅以石菖蒲15~30g配郁金，开窍醒神，化痰宣痹，又可强壮体质。平素还常用化痰祛痰降脂同功的山楂、泽泻、决明子等等。另外，夏翔教授认为薤白辛苦滑利，易刺激胃黏膜，年老胃弱者难以耐受，故较少选用。

(三) 通阳化痰，不忘养阴

冠心病属阳虚阴凝的病证，夏翔教授指出，此“阴”不但指瘀血痰浊之阴邪，亦指阴津，气阴虚损，故治疗在益气通阳，化痰祛痰的同时，还需顾护阴津，补益气阴。临床见冠心病患者或有素体阴虚，或有不善摄生，如酗酒吸烟，房事不节等煎灼阴津的致病因素。另外，冠心病多合并高血压、糖尿病，或病至晚期并发心力衰竭者，常有肝阳痰瘀，耗损阴津；燥热亢盛，损及气阴或阳气欲脱，真阴欲绝等病理过程。如治疗不当，每使病情恶化。盖阴阳互根，气血互生，又津血同源，如阴亏血少，则血行愈涩，气无以生，则血运更滞。心脉既虚且瘀，焉能不危机四伏。所谓“存得一分阴液，留得一分生机”，故夏翔教授在益气通阳治疗的同时，常选养阴药以顾护阴津，如黄精、生地、玄参、麦冬、玉竹、枸杞等，另外还注意选配当归、熟地、首乌等阴血双补的药物。研究表明，养阴药可培滋元阴，强壮机体，且所选药大部分具有改善心肌能量代谢，增强心肌细胞的耐缺氧缺血能力，以及抗凝降脂的作用。夏翔教授还认为冠心病通阳化痰治疗过程中，不必因助阴敛邪而用药拘泥，如在某些回阳救阴治疗中，麦冬、玉竹可用至30g。

(四) 专病专方，因症施治

夏翔教授认为冠心病病因易寻，病理确切，病症特点鲜明，且药性药理

研究有一定深度，故筛选药物，制定验方，可极大地提高治疗水平，增加远、近期疗效。夏翔教授根据多年临床经验及科研所得，制“心痛方”用于冠心病的治疗。方中黄芪配黄精，仙灵脾配芍药，温而不燥，健脾益肾，培元济心；桂枝佐麦冬，温通胸阳，滋养心脉；当归、川芎、红花、葛根、地龙数药相协，养血化瘀通达心脉；瓜蒌皮合旋覆花，宽胸理气，化痰通络。全方共奏益气培元、活血通脉之功。冠心病相对稳定期，或合并糖尿病者，以气阴两虚、痰瘀痹阻证较为常见，予心痛方加玉竹、泽泻用于病因治疗，益气培元养心，养阴活血祛瘀，化痰通络降脂；心绞痛反复发作者，重用活血药，并选玄胡、杜衡、郁金、香附、三七粉、血竭和蒲黄等理气化瘀定痛；寒邪引发，胸痛剧烈，或心梗患者，胸痛持续不解，每再加熟附片及生水蛭粉（装胶囊）2~4g或生血竭粉3g（装胶囊）吞服，以温通散寒，攻瘀除痹；伴胸痛、心悸、汗出、脉结代，表现心律不齐者，加人参（可代以党参、太子参或珠儿参）、五味子、炙甘草、炒枣仁、龙骨等，寓生脉饮、炙甘草汤之意，养心宁神复脉；合并心衰见动则气急、夜间胸闷、阵发性呼吸困难，或伴头晕、足肿者，选加人参、附片、肉桂、细辛、葶苈子、益母草、白术、泽泻、陈葫芦等，以振奋元阳，鼓舞胸阳，化瘀逐饮。另外，有些女性患者，主诉胸痛颇重，而心电图阳性指征较轻，夏翔教授根据其更年期生理特点，选加仙茅、生地、知母、珍珠母、开心果、百合等，燮理阴阳，理气开郁，并结合心理调适，常收到较好的疗效。

（五）脏腑相关，整体辨治

夏翔教授认为，中医治冠心病长于西医的优势在于整体观念，辨证施治。冠心病病位在心，但人为一有机整体，因经络互连而五脏相关，脏腑相系。临床所见，心痛发作，不唯本脏之病，常因他脏他病引发，或本脏病后损及他脏他腑，从而使病情愈见复杂，故夏翔教授强调整体调节，辨证施治。如合并高血压的患者，神经精神因素在发病中占主导地位，可见肝阳上亢或肝郁气滞的病证特点，除辨证施治外，还嘱患者以甘菊花、枸杞、决明子泡茶常饮，或久服逍遥丸、六味地黄丸缓剂图功，以清热平肝，滋阴潜阳，疏肝理气。素喜膏粱厚味，体脂高者，胃火偏旺，肠腑燥结，时因腑气不通，



进而气机失调，心气痹阻而诱发心痛，常先予大黄清泻胃火，通腑涤浊，再以生首乌、望江南清胃润肠，轻身降脂，不伤正气，亦无用大黄产生依赖性之虑。常用瓜蒌皮、旋覆花也为心胃同治之意。肺卫亏虚，不耐风寒之人，每兼益肺固表。有的高龄患者心痛症状并不明显，而证见脾肾俱虚，或体弱不胜劳力者，每因劳累诱发心痛，则重点补益心脾肾三脏。

总之，脏腑相连，辨证得当，常能缓症情，出奇效。夏翔教授在临证中一法多治或一药多用，足见其灵活擅辨的临床思路。

四、慢性胃炎的诊治经验

夏翔教授认为脾胃升降失常，肝失疏泄是慢性胃炎的基本病机，调畅气机是治疗慢性胃炎的基本大法。辨治中应强调标本兼顾，病证结合，脏腑相关，重视理气药物的选择应用。

(一) 病机不离气机升降

慢性胃炎是消化系统的常见病、多发病，其病因较多，如幽门螺旋杆菌感染，胆汁反流，进食粗糙食物，酗酒，过度吸烟等。慢性胃炎是一种起病缓慢，病程绵长的胃黏膜病变，可由多种因素诱发，属中医的“胃脘痛”、“胃痞”、“呕吐”等范畴。慢性胃炎中医病因不外寒邪侵犯，饮食所伤，肝气犯胃，脾胃虚弱等。胃居中焦，与脾互为表里。脾主化，胃主纳；脾主升清，胃主降浊；脾为阴土，喜燥恶湿，胃为阳土，喜润恶燥。二者一纳一化，一升一降，共同承担生化气血的功能。唯有脾升胃降保持平衡，方能不招致邪气而保持正常的运化功能。胃为五脏六腑之大源，腐熟水谷，若受寒邪侵犯，气机受阻，胃气不降，则胃脘疼痛；若饮食不洁或不节，胃的受纳过量，食谷郁滞，影响胃的气机升降，也可使胃脘作痛，甚则胃气上逆，出现呕吐；胃失和降，亦可影响至脾之升清与运化的功能，而出现胃胀、腹泻等症状。反之，脾的运化失调，气机升降失常，无以运化，可以出现“胃强脾弱”的症状，食欲较强，而食后胃脘作胀；若脾虚为湿所困，清阳之气不能上升，可影响胃之受纳与和降，而

出现脘腹胀满，食少嗳气，恶心呕吐等症状。由于慢性胃炎一般病程较长，反复发作，临床上表现的症状比较多样，往往虚实夹杂。

脾胃主水谷之运化，其气机的变化离不开肝的疏泄功能。肝气得舒，则五脏六腑气机调匀；肝失疏泄，则气郁而滞。肝属木，脾胃属土，为木土乘克关系。情绪的变化，导致气郁伤肝，肝气横逆犯胃，势必克脾伤胃，出现嗳腐吞酸，胃脘胀痛等症；气郁日久，化热伤阴，损伤脉络，致瘀血内结，更加阻碍脾胃气机的升降，出现胃胀、恶心、呕吐等症。经云：“土得木而达。”肝气疏泄，脾土之气才能升降畅达，健运不息。此外，肺气的肃降也有助于胃腑的通降，唐容川曰：“大肠所以能传导者，以其为肺之腑，腑气下达，故能传导。”夏翔教授认为慢性胃炎病因众多，病位在胃，与脾肝两脏关系最为密切，病机离不开三者气机的升降失常。实证乃胃气不畅所致，虚证为胃失所养，经气不利所致。《景岳全书》曰：“痛有虚实……辨之之法，但当察其可按者为虚，拒按者为实；久痛者多虚，暴痛者多实；得食稍可者为虚，胀满畏食者为实；痛徐而缓，莫得其处者多虚，痛剧而坚定不移者为实；痛在肠脏中，有物有滞者多实，痛在腹胁为实，经络不于中脏而牵连腰背，无胀无滞者多虚。”治疗时注重辨证精确，才不至于有失偏颇。

（二）治胃病重在调气机

气机的升降是维持人体正常生理活动动态平衡的保障。《素问·六微旨大论》：“升降出入，无器不有，故器者，生化之宇……故无不出入，无不升降”，“非出入，则无以生长壮老已，非升降，则无以生长化收藏。”可见，气机的升降对维持肌体正常生理活动是非常重要的。一旦气机升降失常，正如《素问·阴阳应象大论》提到的“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀”，就会有胃脘痞胀，大便溏薄等症。此外，各个脏腑气机的升降又各有其特点。肝气升则能疏通气机，肺气降则能通调水道；脾气的升能散布精气，上归于肺；心火降则能下济肾水，肾水升则能上济心火；脾气主升，胃气主降，共同完成运化水谷的工作。一般而言，“六腑以通为用”，以降为主。五脏六腑有升有降，达到升清降浊的目的，维持正常的生理功能。当然，气机的升降关系也是错综复杂的，升中有降，降中有升。夏翔教授在日常诊



疗时非常重视这对矛盾，尤其对于慢性胃炎等疾病的治疗更注重调畅气机，尤其是调畅肝、脾、胃的气机最为重要。

(三) 升清降浊为治疗大法

夏翔教授根据多年的临证经验，考虑慢性胃炎病程长，易反复，病情复杂，常虚实兼见，寒热错杂等特点，在不断考证疗效后，总结出基本方。由黄芪、党参、白术、高良姜、香附、蔻仁、八月札、九香虫、佛手、炙甘草、大枣组成。胃痛，加白芍 15~30g，香附 9~24g；胃胀，白术、枳壳均可用至 30g；泛酸，加桂枝 9~12g，浙贝母 15g，牡蛎 30g。整方益气健脾，理气和胃通降。益气健脾即为升脾之清阳，理气和胃即为降胃之浊阴。其中黄芪、党参、白术补益中气，健运脾胃，配以蔻仁、佛手、九香虫理气畅中之品，使脾胃健运而不滋腻，升降有序，理气而不伤气；香附、九香虫、佛手三味归肝经，能舒肝畅中。如果患者饥饿感比较明显，胃肠蠕动增加，可以加香附、白芍缓急和胃，最高剂量可达 30g；如果病人大便不畅，矢气减少，可增加白术剂量达 30g，加枳壳 30g，增加胃肠的蠕动力，以达降浊之目的。下以案为例述之。

患者，男性，36岁，2004年12月31日初诊。一年来反复胃脘不适，饭后为甚，严重时出现疼痛，但胃纳较佳，神疲乏力明显，四肢无力，夜寐不安，大便不畅。曾服用抗生素、吗叮啉等治疗，症状缓解不明显。苔薄白，脉细。该胃脘痛由脾气不振，升清乏力，胃气阻滞，通降不利所致。治拟益气健脾升清，和胃助运降浊。

处方：黄芪 24g，党参 15g，黄精 15g，葛根 30g，豆蔻仁（后下）6g，香橡皮 9g，白术 15g，蒲公英 15g，白花蛇舌草 15g，香附 15g，酸枣仁 12g，珍珠母 30g，白芍 24g，徐长卿 15g，红枣 15g，炙甘草 9g。上方服 14 剂。

患者出现胃脘部不适，神疲乏力明显，四肢无力，但食欲佳，应考虑“中虚求实”，中土虚弱所致。而“胃不和则卧不安”，夜寐不安，首先应治胃，胃和则寐自安。

二诊：服用 14 帖汤药后，胃脘不适症状明显减轻，稍感泛酸，舌脉如前，再宗原意，原方加象贝母 9g，14 剂。

三诊：四个月后复诊，以后一直抄方服药，目前症状已完全消失。

按语：本案体现了夏翔教授在治疗慢性胃炎时注重调畅脏腑气机，升脾清阳之气，降胃浊阴之气，疏肝横逆之气的治疗特色。

五、善用黄芪治疗杂病

黄芪始载于《神农本草经》，李时珍谓：“芪长也。黄芪色黄，为补药之长，故名。”黄芪为豆科多年生草本植物，蒙古黄芪及膜荚黄芪的干燥根，具有补气升阳，益卫固表，托毒生肌，利水退肿的作用，性味甘微温，归脾肺经。黄芪在临床中应用非常广泛，《珍珠囊》记载，黄芪甘温纯阳，其用有五：“补诸虚不足一也，益元气二也，壮脾胃三也，去肌热四也，排脓止痛，活血生血，内托阴疽为疮家圣药，五也”。《药性论》载黄芪“内补，主虚喘，肾衰，耳聋”。李东垣认为“黄芪益元气而补三焦”。王海藏《汤液本草》载：“黄芪又治伤寒尺脉不至，又补肾脏元气”。临床应用时习惯分为生用、蜜炙、麸皮拌炒3种，其药效各有不同。生用益卫固表，利水消肿，托毒生肌；炙用补中益气，治一切气衰血虚之证。夏翔教授在临床中喜用生黄芪，认为炙黄芪有效成分易被破坏。药理实验证明，培养的黄芪毛状根具有提高免疫功能和促进造血系统功能，改善微循环、保护肾功能作用，改善记忆、抗衰老、抗自由基、抗氧化作用，扩张脑动脉、冠状动脉，降低血管阻力，增加血液流量，可解除血管平滑肌痉挛，降低心肌耗氧量，改善血液黏稠度及血液的流动性。

（一）辨证用药，功效显著

黄芪为补气圣药，气行则血行，血行则津液运行正常。“万物生存全赖于气”，元气为人体机能活动的原动力，其根在肾，其培在脾，而黄芪具健脾助肾之功，为益气补元的主要药物。黄芪益气活血托毒，补而不腻，几乎成了夏翔教授临床治病汤剂中的必用之品，用药量最大时达60g。生黄芪生肌托毒，夏翔教授认为中医的“托毒”类似于现代医学的改善微循环，促进



组织修复。《本草汇言》载：“黄芪可以荣筋骨，黄芪可以生肌肉，黄芪可以托脓毒”。临床上用黄芪治疗复发性口腔溃疡，可加速溃疡的修复。黄芪对慢性呼吸、消化道的炎症、变态反应性炎症，以及一切慢性炎症均有较好的疗效。夏翔教授认为人体之病，多为气机不调、气虚、气滞所致，故调理气机，补益元气是重要环节。临床上夏翔教授喜用黄芪治疗慢性病，认为其大补元气，以助气活血，故治中风、老年性痴呆、冠心病等心脑血管疾病时，常与地龙、当归、红花、丹参相伍。正如喻嘉言所说：“胸中大气一转，其久病驳劣之气始散。”夏翔教授善用黄芪，意在于此。

(二) 善用药对，增进疗效

黄芪，性虽甘温，若处方用药配伍得当，当无气燥助热之弊。夏翔教授临床常以黄芪为主组成小方或复方，辨证治疗各种杂病，每获良效。如舌苔腻者，佐以藿香、蔻仁等芳香化湿；肝郁气滞化热者，配柴胡、黄芩疏肝理气清热；肝阳上亢者，加羚羊角粉、菊花等平肝降火。常用药对：黄芪配防风，用于治疗体弱表虚，自汗、盗汗，或经常反复感冒诸证；黄芪与浮小麦相配，固卫表，实腠理而止汗；黄芪与牡蛎相须为用，益气敛阴，固表止汗；黄芪与桂枝配伍，益卫气，通卫阳，固卫护表。

夏翔教授最具有特色的经验药对是黄芪与生地黄。在临床见舌质红者，用甘温之黄芪加生地黄配成药对，以制约黄芪温燥之药性。黄芪甘温，补益肺脾气阳，生地黄甘寒，滋养肝肾阴血。一阴一阳，相辅相成，共奏滋阴凉血，益气培元之功。以生地黄、黄芪重剂配伍，可广泛用于风湿热、类风湿关节炎、干燥综合征及系统性红斑狼疮等自身免疫性疾病。此类疾病属疑难顽症，常有肝肾气阴两伤，邪热深入营血的病理阶段，临床多有共同的特点，如低热起伏，关节疼痛，皮肤、内脏损害，免疫指标异常等。《本经逢原》载生地：“内专凉血滋阴，外润皮肤荣泽，病人虚而有热者宜加用之”，《本经》所言地黄“逐血痹，填骨髓，长肌肉……生者尤良”，故重用生地黄30~120g滋阴养血，凉营除痹，配伍黄芪30~60g，既制生地黄寒凉之性，又冀其阴中求阳，强壮脾胃，奏培元生肌，泻阴火之功。应用生地黄剂量由轻至重，又伍以黄芪，少见脾弱便溏之弊。现代药理研究报道生地黄具类激

素样作用，黄芪有提高及调节免疫的功能，二药均在免疫性疾病中显示重要功效，在疗效上协同作用，既可益气养阴，又可抑制药物副反应。

患者，女，69岁，2006年7月17日初诊。有脑梗塞、冠心病、糖尿病、系统性红斑狼疮史，患肾肿瘤10年，手术切除已有8年，经常胸闷、心痛，心悸怔忡，面赤烦热，腰膝酸软，头眩肢麻，神疲乏力，腿足畏寒，晨起咯痰色白，腹胀便秘，舌质稍红绛，苔黄腻，脉来滑数。心肾两虚，阴阳失和，水不济火，心火上炎，故心悸怔忡，胸闷心痛，面赤烦热。肾元下亏，故腰膝酸软，腿足畏寒。水泛为痰，故晨起咯痰色白。胃失和降，故腹胀便秘，腑行不畅。清阳不升，故头眩肢麻，神疲乏力。治拟清心养阴，益肾补元，宽胸理膈，健脾升清，活血通阳。

处方：黄芪45g，生地黄45g，党参15g，白术30g，葛根30g，制南星15g，石菖蒲12g，路路通15g，枳壳15g，带皮槟榔12g，象贝母9g，厚朴9g，赤芍9g，仙灵脾15g，补骨脂12g，灵芝草12g，知母12g，杜衡15g，14剂。

复诊：2006年7月31日。药后胸闷好转，仍有眩晕，夜寐不安，舌苔腻，脉滑数。再宗前意，加用化湿清利安神之品。初诊原方加半边莲12g，半枝莲12g，钩藤15g，陈葫芦15g，酸枣仁12g，夜交藤30g，服14剂。

三诊：2006年9月25日。药后诸症均好转，稍有腹胀，舌质红，苔黄腻，脉濡细。脾肾两虚，元气亏损，湿蕴化热，湿热交阻，气机不畅，故左腹胀痛，矢气乃舒；腑行不畅，浊阴不降，清阳不升则头胀且痛。治拟益气升清，益肾健脾，理气畅中，清热化湿。

处方：生黄芪24g，党参9g，苍术12g，白术12g，川厚朴9g，黄芩15g，藿香12g，豆蔻仁6g，柴胡12g，路路通15g，莱菔子15g，望江南15g，生何首乌15g，大腹皮15g，乌药12g，陈葫芦15g，车前草12g，半边莲15g，半枝莲15g，灵芝草12g，天麻9g，升麻9g，珍珠母30g，14剂。

按语：患者年近古稀，常年身缠多疾，如脑梗塞、冠心病、糖尿病、系统性红斑狼疮、肾肿瘤等，并有30余年强的松服药史，主诉颇多。面对错综复杂的临床症状，夏翔教授在治疗中根据患者症状、舌、脉，认为患者久病及肾，心肾两虚，阴阳失和，水不济火，心火上炎，脾气亦虚，腑行不畅，清阳不升，故选方用药首推黄芪补气为君药，剂量达45g。针对患者脑梗塞



之象，夏翔教授认为“脑病本虚”，宜“益气固本，补肾填精”，《本经逢原》谓黄芪能“通调血脉，流行经络”，同时配伍生地黄，以补气养阴。对于患者的肿瘤史和红斑狼疮，运用黄芪配伍党参增强补气之力，黄芪配伍白术以达健脾之功。本患者心脑肾多脏器受损，又常年疾病缠身，营养不良，通过调治可以带病延年，提高患者的生存质量。

【跟师临床】

一、虚劳

(一) 多发性小肠溃疡合并多浆膜腔积液

王某，男，55岁。2006年6月5日初诊。

患者退休多年，迷恋计算机，终日上网，废寝忘食，久则早、中餐不进食，亦无饥饿感，日久渐感神疲乏力，形体消瘦，时有脘腹不舒，泛酸嗝气。2006年3月11日，突发腹痛腹泻，伴恶心呕吐。3月16日瑞金医院做小肠镜检查示：多发性小肠溃疡，拟诊非特异性小肠溃疡严重营养不良、贫血、低蛋白血症伴多浆膜腔积液。予禁食，用大剂量抗生素，强的松15mg，每日2次口服，肠道外补充营养剂、血浆及人血白蛋白等，交替静脉滴注，每日1次。因疗效差，求诊于教授。查血常规：WBC $14.9 \times 10^9/L$ ，N 73.4%，RBC $3.50 \times 10^{12}/L$ ，Hb 9.8g/L，PLT $281 \times 10^9/L$ ；总蛋白 44g，白蛋白 20g/L，A/G 0.83。

久劳耗神，饮食不调，中气被损，元气被戕。脾土者后天之本，水谷赖以运化，气血得以生化。今脾土虚弱，运化无权，气血无源。3月以来，神



疲乏力，胸腹积液，足踝凹陷，面色少华，胸闷气短。虽历经中西医诊治，然效果甚微。近来神疲乏力尤甚，动则气短，面目浮肿，恶热易汗，手指震颤，胃纳欠佳，脘腹作胀，肠鸣辘辘，大便时溏，矢气则舒。舌胖质晦，苔边腻，中少苔，有裂纹，脉来细涩。治拟益气健脾，养胃通降，甘温除热，理气行滞。

处方：

生黄芪 45g 党参 15g 太子参 15g 生白术 45g 白
豆蔻（后下） 6g 石斛 15g 北沙参 15g 熟地黄 12g
九香虫 12g 路路通 15g 肉桂 6g 桂枝 12g 陈葫芦
15g 大腹皮 15g 焦山楂 12g 神曲 12g 大枣 15g
炙甘草 9g

二诊：2006年6月19日。上投益气健脾，养胃理气14剂后，颇为合度。神疲乏力，恶热易汗略见改善，脉沉细而涩，舌中光有裂痕，质稍淡晦。治拟益气健中，补益精血，温中理气。

原方去熟地黄、豆蔻、山楂、神曲，加扁豆 15g，怀山药 15g，仙灵脾 15g，仙茅 12g，肉苁蓉 12g，菟丝子 12g，九香虫 9g，生白术重用 60g。阿胶 250g 放入黄酒 100ml 中浸润，加清水 500ml 隔水蒸化，放至冰箱，分为 14 份，烊化入中药汤剂顿服，每日 1 份。

三诊：2006年7月17日。上方服 30 剂，精神好转，颜面浮肿减轻。舌淡晦，苔左侧稍剥，脉细滑。病情见好，停用人血白蛋白，复查血浆白蛋白水平未见下降。

上方加徐长卿 20g，鹿角粉 3g，紫河车粉 3g，每日冲服 2 次，新鲜血浆 200ml 每隔 2 日静脉滴注 1 次，上方连服 60 剂。

八诊：2006年9月11日。迭投益气补元之品，颇为合度，诸症渐缓。脉滑数，舌苔薄中稍剥，舌质略淡晦。再宗原意，守方守法，缓图调之。

复查胸片及腹部 B 超：胸、腹腔积液已消失。血常规示 WBC $9.4 \times 10^9/L$ ，RBC $4.20 \times 10^{12}/L$ ，Hb 12.5g/L，PLT $252 \times 10^9/L$ ；总蛋白 54g/L，白蛋白 32g/L，A/G 1.45。



释疑解惑

问：学生注意到您大投黄芪和白术之剂，有何深意？

答：久劳耗神，饮食不调，中气倍损，元气被戕。脾土者后天之本，水谷赖以运化，气血得以生化。今脾土虚弱，运化无权，气血无源。故治拟益气健脾，养胃通降，甘温除热，理气行滞之法。首诊时大投黄芪、白术，有温振健运脾气之意。

问：老师治虚损，辨证思路缜密，遣方用药独特，有轻重缓急之分。本例属于难治性疾病，西医用药昂贵，需要不断补充血浆和白蛋白等，老师处方重点在于健脾胃，补肾精，在治疗过程中如何作循序辨证考虑？

答：本案多发性小肠溃疡、严重营养不良、贫血，属中医“虚劳”范畴。《素问·通评虚实论》谓“精气夺则虚”，举“五劳所伤”。就本例而言，考虑其病源，因终日劳倦，神疲乏力，饥饱失度，以致真元耗散。正如《素问·生气通天论》曰：“阳气者，烦劳则张，精绝辟积，于夏使人煎厥。目盲不可以视，耳闭不可以听，溃溃乎若坏都，汨汨乎不可止。”此乃精过用则竭，神过用则惫也。可以宗《素问·阴阳应象大论》“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”。治拟甘温益气，健脾养胃，益肾补精法，重用人参、黄芪，配桂枝、肉桂以甘温补气；重剂白术，配熟地黄、阿胶、沙参等益气健脾，补益精血。二诊后加入温中补肾，益精养血之仙灵脾、仙茅等，经月余调治，即见成效。期间不忘补益中时时消导畅中，辅以饮食调理。

然又虑其形损日久，嫌草木之品气轻味薄，更用鹿角片、紫河车等血肉有情之品，大补精血、元气，以冀阳生阴长，缓图久治。经数月精心治疗，患者精神转佳，胃纳改善，浮肿消退，病情逐渐好转。原每日靠输血浆、人血白蛋白维持血浆蛋白的生理平衡，经治不但激素、白蛋白减量，最终停输血浆及人血白蛋白，且复查血浆蛋白未见下降，反稳步上升，血红蛋白恢复正常。胸、腹腔积液亦消失。



(二) 左侧自发性气胸

江某，女，18岁。2006年2月20日初诊。

患者自幼体弱，2003年12月因激烈运动后出现左侧胸闷刺痛，动则气短。在上海市普陀区中心医院就诊。胸片示：左侧肺萎缩大于50%，诊断为“左侧自发性气胸”。随后肺部CT检查亦证实诊断。经住院，予抽气治疗，卧床休息后，病情好转出院。2004年11月30日病情复发，随即在上海市普陀区中心医院做气胸修补术。2006年1月病情再次复发而辍学病休，因惧怕手术，故求治于教授。

该患者二八年华，肾气未充，元气亏损。3年前自发性气胸，1年前复发，曾经修补，至今反复发作。形体羸瘦，面黄少华；气血亏虚，神疲心悸；清阳不升，头目掉眩；肺气不充，正气不固，胸闷气短，语声低怯，易于外感；脾气不健，食后腹胀，四肢萎软，精血亦虚，心神失养，夜来艰寐；舌淡胖，苔薄白，脉沉细。治拟大补元气，补肺健脾，养血固卫，益肾填精。

处方：

生黄芪 30g 党参 15g 白术 15g 防风 9g 桂枝 9g
 白芍 24g 当归 9g 熟地黄 15g 黄精 12g 麦冬 10g
 五味子 9g 细辛 6g 升麻 9g 白芷 9g 苍耳子 15g
 辛夷 15g 杜仲 12g 仙灵脾 15g 藜蘆藤 15g 豆蔻
 仁(后下) 6g 焦山楂 9g 神曲 9g 大枣 15g 炙甘
 草 9g 14剂

阿胶 250g 置黄酒 50ml 中浸润，加清水 500ml，隔水蒸化，冰箱存放，每日适量，烱化入中药汤剂，分次顿服。又予河车大造丸，每次 1 丸，每日 2 次。

二诊：2006年3月6日。药后元气稍有恢复，体力、精神转佳，自感呃逆频频，此乃滋腻碍运，胃气上逆之故。苔薄质淡，脉来小滑。仍宗原意，稍作加减，击鼓再进。

上方白芍增至 30g，加公丁香 3g，柿蒂 15g，钩藤 24g。配合食疗，以牛尾烧汤炖烂，食肉吃汤补之。上药连服 40 剂。

三诊：2006年4月17日。前服益气补元，益肾健脾之剂，又投紫河车、阿胶填精滋腻之物，迭进牛尾炖汤补之。胃气受损，纳谷之后，恶心脘胀，时有呃逆，舌淡，苔薄，脉细。脾胃为后天之本，助养脾胃为根。再拟补胃助运，以养胃气。

处方：

太子参 15g 生黄芪 15g 黄精 15g 紫苏梗 12g 藿香 9g 佩兰 9g 香椽皮 9g 佛手片 12g 川石斛 15g 豆蔻仁（后下） 6g 旋覆花（包煎） 12g 香谷芽 15g 麦芽 15g 焦山楂 12g 神曲 12g 大枣 15g 炙甘草 9g 14剂

四诊：2006年5月8日。上投益气健脾，和胃化滞之剂，颇为合度。精神转佳，气色见润，纳谷尚可，脘腹得舒，活动自如。舌质淡红，苔薄白，脉细滑。夜寐欠佳，仍宗原意，上方酌加养心安神之品，炒枣仁 9g，夜交藤 30g。予 30 剂，以调治之。

停药药后，随访半年，形如常人。2006年12月复查胸片亦未见异常。



释疑解惑

问：在跟您整理医案的时候，学生发现教授治好了很多青少年气胸病人，青少年气胸与其体质有关，从肺肾两脏考虑是处方的着眼点吗？

答：自发性气胸，应属中医“虚劳”范畴，“所谓虚劳者，因劳役过甚而致虚损，故谓之虚劳”。患者禀赋羸弱，元气素亏，肺卫失固在先，加之青年学子，功课繁重，终日伏案。《灵枢·九针论》曰：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”其虚损涉及肺、脾、肾诸脏。本不能任劳，又不量体力，剧烈运动，努力作强。须知肺为娇脏，久伤之，先伤其气，后伤其精，终伤形质，发为气胸。治以“损者益之”为大法，故拟大补元气，益肺健脾，培肾固本。治疗上注意突出重点，兼顾全面。

问：老师在初诊方用景岳之保元汤培补元气，用玉屏风散益肺，健脾，固卫。但先生又用仲景之桂枝汤治疗本病，有何独到之处？

答：《金匱要略论注》有云：“桂枝汤，外证得之，解肌和营卫；内证得



之，化气调阴阳。”桂枝汤用途广泛，大家要多读前人著作，这样有助于开阔思路。对于经典方的理解和运用不要被教科书的内容所限制。

问：方中党参、黄芪、熟地黄、五味子为《永类铃方》之补肺汤的基本药物，有肺肾同补，气阴兼顾之效，再配升陷汤及温肾润肺之品，先生治病真可谓用心良苦。

答：张锡纯言“大气者，充满胸中，以司肺呼吸之气也”。论述精简，大家应熟谙经典，深刻理解。经典名方升陷汤“既善补气，又善升气，唯其性稍热”，故取升陷汤，升举肺气，又以麦冬、五味子等“凉润者济之”，既防气郁化火，又制仙灵脾等温肾补益药之温燥。河车大造丸乃为《扶寿精方》所载之填精补髓，滋阴扶阳，敛肺纳气之名方，与患者先天禀赋不足，肺肾虚损之证切切相合，此时予以配服，既补诸脏元气，又予血肉有情之品，能填精血，养形质。

问：老师您对方中阿胶的配伍调制尤为匠心，有何心得吗？

答：阿胶置黄酒中浸润，可借酒力矫气味，行药势，通血脉；加水蒸化，置冰箱储藏，每适量烱化顿服，既使服用方便，又有利于吸收。非久验之临床者，无此妙法。

问：老师在处方中主张药补与食补结合。论食补，老师有何妙法？

答：《本草拾遗》谓牛肉“补虚，令人强筋骨，壮健”。牛尾终日摆动，灵巧有力，精气十足，能补元气，填精血，为食补之上品，故嘱患者买牛尾煲汤食之，以健中助运，培补后天。

(三) 虚劳

赵某，男，42岁。2007年2月26日初诊。

大便溏，背冷，小腹坠胀，阴囊湿冷，历时半年。有过敏性鼻炎病史。打喷嚏，受风后头疼痛，骨中冷，嘈杂，已排除脊椎病变，多次求医屡无效。舌质淡红，苔薄腻，脉弦滑。此当属虚劳，治拟益肾温阳，温蒸命火，以消阴翳，佐以温脾建中，益气助卫。

处方：

党参 15g 白术 30g 麻黄 12g 桂枝 12g 细辛 9g

白芥子 12g 干姜 9g 肉桂 6g 白芍 15g 玄参 9g
知母 9g 仙灵脾 15g 甘松 9g 山柰 9g 草薢 6g
草澄茄 6g 吴茱萸 6g 煨肉果 12g 焦楂曲 12g 炮
葛根 12g

二诊：2007年3月12日。上投温振脾肾之剂，脊背寒冷等症稍见改善，下元依然虚寒，故下阴湿冷，脊背少腹疼痛尚存，腑行尚见溏薄，脉弦滑，苔薄腻。再拟益火之源以消阴翳，健脾沃土，温肾散寒。

处方：

党参 15g 黄芪 24g 麻黄 12g 桂枝 15g 细辛 9g
乌附块 12g 白芥子 12g 知母 9g 肉桂 6g 地锦草
30g 乌药 15g 炮姜炭 9g 甘松 12g 草薢 6g 煨
肉果 12g 海金沙 15g 象贝母 15g 煨葛根 15g 制
南星 12g 黄精 15g

随访6个月，诸症消失。



释疑解惑

问：学生初次接诊时，以为可从脾肾阳虚着手，未料及老师治肺之理。您是如何考虑的呢？

答：琦石云：“虚劳者，肺脾肾是也”，肺主一身之气，肺虚则卫外无权，鼻塞打喷嚏；脾为后天之本，脾虚则运化失司，生化无权；中焦气滞，胃脘嘈杂，得食则舒；肾为先天之本，命门所寓。元阳亏损，阴寒内盛，督脉虚损，背脊作冷，起于头颅，下至肩骨；运化无权，腑行溏薄，气滞腹痛，少腹坠胀，下阴湿冷，然清气上升则舒。苔薄腻，质淡红，脉弦滑，故治以益肾温阳，温蒸命火，以消阴翳，佐以温脾建中，益气助卫。

此案患者肺脾肾俱虚，主抓脾肾，顾及肺卫，同振一身之气，阴中求阳，阳中求阴，用药动静结合，思虑须全面，疗效方能更优。



二、咳嗽

许某，男，55岁。2007年4月3日初诊。

发作性气喘，咳嗽，呛作，恶闻异味2年。患者于2年前接触油漆后突发支气管哮喘，几近窒息，经急诊抢救缓解，愈后常因呼吸道感染或闻及异味，甚在空气不流通的环境中突发哮喘，且病情严重，必急诊抢救。近1年每日服强的松10mg维持，仍时有发作，刻诊咳喘多汗，喉中哮鸣，伴咯痰之症，纳差口干，大便不实。舌质暗胖，苔腻浊，脉象濡数。检查：神清，精神不振，皮肤潮湿，唇略绀呼吸略促，吸气时喉中哮鸣，听诊两肺呼吸音粗，布满哮鸣音及少量痰鸣音，HR 98次/分，律齐，两下肢无浮肿，BP 150/90mmHg。本患中医属哮证，西医诊为变异性哮喘。乃肺脾两虚，宿痰内伏，外邪引动，痰升气阻。治拟益气固表，健脾补肺，祛风宣肺，化痰平喘。

处方：

黄芪 30g 南北沙参（各）12g 五味子 9g 苍耳子
30g 辛夷 15g 净麻黄 12g 佛耳草 15g 江剪刀草
15g 炙紫苑 12g 炙款冬 12g 制南星 15g 地龙 12g
紫石英 15g

上方服14剂，并嘱避风寒及各种异味，忌食海腥之品。

二诊：4月17日。药后气喘减轻，痰少，汗敛，口已不干，仍乏力，纳差，便软，舌脉同前。检查：呼吸平，无口绀，听诊两肺呼吸音略粗，未闻及干湿啰音。

守4月3日方，加陈皮9g，白术12g，14剂。

三诊：5月1日。哮喘平复，唯感神疲腰酸肢软，舌胖，苔薄，脉细。继拟益气宣肺，化痰健脾，益肾固本。

处方：

黄芪 30g 熟地 15g 南北沙参（各）12g 白术 12g
苍耳子 30g 辛夷 12g 制南星 12g 佛耳草 15g 江

剪刀草 15g 炙紫菀 12g 炙款冬 12g 杜仲 12g 杜
衡 12g 地龙 12g 大枣 15g 炙甘草 9g

上方服 14 剂。继以上方为主加减调治半年，强的松撤除，哮喘基本未发作。



释疑解惑

问：老师治疗哮喘独具特色，老师常常告诫学生，来中医就诊的此类患者常为应用西药疗效不佳者，广泛存在着机体免疫力下降，以及呼吸道处于高敏状态等问题，故症状顽固，疗程较长，病机复杂，虚实兼夹，治疗当循补清相兼之法。老师是如何判断慢性咳嗽中哪些咳嗽是变异性疾病的呢？

答：变异性哮喘是指以慢性咳嗽为主要或惟一临床表现的一种特殊类型的哮喘。本病病程长，反复发作，迁延不愈，一般的止咳化痰药和抗生素治疗无效，因此，常被误诊为支气管炎，并且因为得不到早期适当的治疗而发展成严重的哮喘状态。

问：宣肃肺气，司其升降是治疗此类咳嗽的常用方法吗？

答：咳嗽变异性哮喘虽以咳嗽为主要症状，然其病机既有肺气上逆之咳嗽的特点，又有哮喘之气道反应性增高的特征。因此，在治疗时主张宣肃并用，以复肺之宣肃功能。“宣肺”，既有解表宣扬之利，又有升清祛邪之能，临证常选用麻黄、蝉蜕、前胡、桔梗，既能宣肺，又能疏散表邪；“肃肺”，以肃降肺气为主，常选用枇杷叶、款冬花、紫菀、百部、南天竹子等肃降肺气，止咳化痰之品。

问：学生注意到老师宣肃肺气常喜用对药，如麻黄配杏仁、前胡配白前、桔梗配杏仁等，临证时，根据病情选用上述药对合用，则效果更佳。学生还发现老师在有些处方中喜用调理脏腑气机药，有何意义？

答：对，疏肝理脾调畅气机也是治疗中的重要一环。临床发现，咳嗽变异性哮喘病位虽然在肺，但与肝脾二脏关系密切。肝气升发，肺气肃降，相互制约，互相协调，则人体气机升降出入正常。若情志不遂，忧思气结，肝失调达，气失疏泄，肝气郁结，失其疏泄之功，则累及肺气肃降失司而咳嗽；或郁怒伤肝，肝气横逆于肺，肺气不得肃降，气逆而咳。且肝之疏泄亦含助



肺之肃降之意。脾胃同居中焦，通上连下，为一身气机升降之枢纽，脾升胃降则一身气机调畅，脏腑功能正常。另外，肺与大肠相表里，肺失肃降，则大肠传导失职；反之腑气不通，肺气亦滞而使咳嗽加重。因此，调畅肝、脾胃、肠腑气机是治疗咳嗽变异性哮喘的关键之一。我在临床上喜用佛手疏肝，枳壳、全瓜蒌调肠胃气滞，理气而不燥，更无伤阴之弊。

问：既然是变异性疾病，它往往与过敏有关，临床发作也有一定的季节性，加用抗过敏药如何？

答：变异性咳嗽、哮喘患者多在接触花粉、尘螨、药物等过敏源后发作，发作有一定的季节性，并以春秋季节居多，其临床表现又以阵发性、突发性、反复性为特点。我认为，本病多由外感失治，邪郁于肺，肺气失宣，肺管不利，气道挛急所致，病因与风邪密切相关，所以酸甘缓急，祛风止痉。

中药中有些对药就具有抗过敏的功效，例如苍耳子和辛夷，菝葜和徐长卿等。苍耳子辛苦温，有小毒；散风除湿，通窍止痛。《要药分剂》：“治鼻渊鼻瘖，断不可缺，能使清阳之气上行颠顶也。”辛夷性平，味微甘，祛痰，止咳，平喘，祛风湿；用于咳嗽、痰喘、风湿痹痛。将以上两药同用，可抑制免疫，止咳，加强止痒祛风的作用。菝葜味甘、酸，性平，归肝、肾经。具有祛风利湿，解毒消痈之功效。我常用其治疗过敏性疾病，以及湿疹、牛皮癣等。徐长卿味辛，性温，归肝、胃经；有祛风除湿、行气活血、去痛止痒，解毒消肿的功效；现代药理研究有抗炎和抗变态反应作用。临床上治疗过敏性鼻炎时，常在方中加用菝葜与徐长卿，可以增强疗效。

三、中风后遗症、老年性痴呆

陈某，男，85岁。2008年3月15日初诊。

下肢乏力加剧伴痴呆3年。曾因腔隙性脑梗塞、老年性痴呆、震颤麻痹等病多次入院，因服西药疗效不佳而向教授求诊。小便频数，余沥不尽，时有遗尿，大便艰行，记忆力明显减退，有时不辨家人，生活难以自理。舌体胖，颤动，色暗，苔浊腻，脉濡滑两尺弱。此乃肾元下亏，心肺两虚，风动

痰瘀，心神蒙蔽。治拟益气活血，滋肾培元，养肝息风，化痰开窍。

处方：

生黄芪 30g 党参 15g 当归 12g 川芎 15g 葛根 30g
红花 9g 生熟地（各） 12g 白芍 30g 仙灵脾 15g
生首乌 15g 地龙 12g 钩藤 18g 龙骨 30g 石菖蒲
15g 制南星 12g 白附子 15g

二诊：服上方两周后。患者可自己行走，面露悦容，声音清楚，应答及时，口角无流涎。自诉肢颤及肢体僵硬感有所减轻，遗尿未作，大便已调。药证契合，上方为主增减，共进 60 余剂，诸症再减，生活基本自理。后改服回春饮口服液，随访 1 年，病情稳定。



释疑解惑

问：老师用补阳还五汤治疗中风，我能理解，但为何加用风药？

答：震颤麻痹为疑难顽症，因其有风动之象，大多从肝论治。此属本虚标实之症，常发生于高龄者，后期多伴痴呆病证，为肾元下亏，肝阴不足，虚风内动，气血不和，心失所养，痰瘀蒙心。故拟补阳还五汤加味，补气活血，养心气，升提清气，以黄芪配伍钩藤、龙骨培滋肾元，养肝息风；石菖蒲、制南星、白附子豁痰开窍醒脑，共奏益气活血，滋肾养肝，息风开窍之功。

问：老师您在治疗中常常重视气血调畅，在老年性疾病中尤显突出，有何道理？

答：脾肾二脏，是生命的根基。肾为先天之本，性命之根；脾为后天之本，生机所系。元气是人体生长发育的物质基础，脏腑功能活动的原动力。脾肾强健，则元气充盛，生机活跃，脏腑各司其属；而脾肾虚馁，必元气虚损，脏腑失养，生机衰减。同时，气血乃元气形之于外的具体体现。《医碥》云：“气与血并根柢于先天，而长养于后天。”求治于中医的多种慢性顽症及疑难杂病，均病因繁多，病情错杂，大多为本虚标实之证。本虚，以脾肾元气亏损为主；标实，以血瘀入络必见。故气虚血瘀为最基本的病理机制，一，上述疾病大多发生于中年以后，年长脏衰可致气虚血瘀；二，“邪之所凑，



其气必虚。”久病难病每致邪积气伤，“入络为瘀”，现代医学研究亦证明，机体器官功能会出现增龄性减退，导致免疫功能异常，血液循环障碍等，均与此类疾病的发生及发展密切相关。益气活血法，能够通过调节机体免疫、神经、内分泌、循环等系统的功能，达到治疗疾病，维持内环境相对稳定，延缓衰老等目的。

问：您一直倡导脾肾为主，气血为治，在辨证为主，参照辨病的治疗原则指导下，以益气活血为主要大法，合并他法，辨治各种慢性顽症、疑难杂病以及老年病。能否具体讲解一下？

答：对呼吸系统顽疾，多扶正祛邪并用，常重用黄芪，取其益气补元，托毒生肌之效，亦用其提高机体免疫力，扩张血管，改善微循环，促进炎性损伤组织修复的药理作用。久治难愈的间质性肺炎，以益气补元，活血化瘀为主法，佐以养阴清肺，化痰通络，以及平肝降气，或温肺通阳等法，能获得特殊功效。

又如补阳还五汤加减化裁多方，广泛用于治疗心脑血管疾病，是以健脾补肾，益气活血，化痰通络为主要治疗原则。即使对于阴虚肝旺的患者，只要无肝阳暴张急象，也用之不渝，只是辅以滋阴平肝之品。

对于肿瘤的辨治，我认为，脏腑亏虚，热毒内积，痰结湿聚，以及气滞血瘀等是肿瘤发生发展的主要病因病机，尤强调对于恶性肿瘤，正虚血瘀是最基本病理特征，符合现代医学研究所揭示的机体免疫机能下降时，血液的高凝状态是癌症发生、发展及转移的重要因素。临床采用健脾补肾、益气养阴（血）、活血化瘀基本大法，常选黄芪、党参、白术、黄精、女贞子、枸杞、仙灵脾、山茱萸肉、茯苓、米仁、当归、莪术、白花蛇舌草等。辨证参照辨病，掌握各种肿瘤的诊治特点，就能使肿瘤患者的生存质量得到极大改善，我一般不大量用具有抗肿瘤作用的中药。

对于老年病的治疗，尤重视培补脾肾元气，调整气血阴阳平衡。根据老年人脏器衰减，气血阴阳偏弱，虚多瘀多等特点，惯用四君子汤、肾气丸、二仙丸、二至丸、左归丸、右归丸、补阳还五汤、血府逐瘀汤等加减，并注意药味清轻灵动，药效由渐而着，以达顾护元气，强身祛邪之目的。

四、脂肪瘤

杨某，男，40岁。2008年1月7日初诊。

全身反复出现皮下囊肿结节，以肘、臂、腹壁散在多见，皮色正常，或软或硬，无疼痛，近1年，明显增多。患者面白，形胖，动则汗出，舌淡苔薄，舌胖边有齿印，脉细滑。此属中医之痰核，西医称为脂肪瘤。乃脾气虚弱，气血瘀滞，脾虚失运，痰湿内生所致。治拟益气温阳，健脾化痰散结。

处方：

黄芪 45g 桂枝 15g 茯苓 15g 瓜蒌皮 15g 杏仁 6g
三棱 10g 莪术 10g 贝母 15g 夏枯草 15g 丹参 15g
海藻 15g 半夏 15g 丝瓜络 15g 米仁 15g 赤小豆
15g 甘草 9g 八月札 15g 川芎 6g 当归 10g 冰
球子 15g

二诊：连服2月，部分皮下结节逐渐变小，由硬变软，苔薄舌淡，脉弦滑。原方加佛手 15g，鳖甲 10g，炒谷麦芽各 15g，景天三七 15g，石菖蒲 15g。

三诊：患者稍有恶冷感，偶有疲劳，原方加鹿角片 15g，6个月后明显好转。



释疑解惑

问：老师，脂肪瘤是体表常见的一种良性肿瘤，由正常脂肪细胞集积而成，占软组织良性肿瘤的80%左右。无明显特殊病因，常发于皮下，也可以发生在内脏等深部组织。脂肪瘤常呈局限性，脂肪瘤有单发和多发性的，常见于四肢、胸、腹部皮下，呈多个较小的圆形或卵圆形结节；也有较大的，较一般脂肪瘤略硬，压之有轻度酸胀感或轻度疼痛，称之为痛性脂肪瘤。此外，尚有一种为对称性脂肪瘤，表现为双侧对称的特点，好发于颈、肩、肘、臂处，位于颈部体积较大者可压迫气管引起呼吸困难，肘和臂处的脂肪瘤当



写作和坐时有被动的挤压疼痛等。在治疗上惟一有效方法是手术切除。对于多发者(有的患者可达百余个),也只能先选择影响大的、较疼痛的进行切除。尚无法根治。针对这种情况,您是什么看法?

答:近年来,在西医界,有的采用吸脂术,在皮肤上作小切口,插入吸管,去除较大脂肪瘤或局部脂肪过多症,不留显著瘢痕。当然,这也是局部治疗。脂肪瘤的西医治疗多以手术治疗或不治疗多见,临床医生和病人多不重视,但目前临床上发现患多发性脂肪瘤者日益增多,有的患者到了晚期发现脂肪瘤已发生变性和硬化。

中医药对脂肪瘤的治疗起到了一定的效果。脂肪瘤中医称为“肉瘤”或“痰核”,认为发病与脾脏有关。因脾的生理功能为主肌肉。思虑过度,饮食劳倦,郁结伤脾,脾气不行,津液聚而为痰,痰气郁结而为肿;或因饮食不节,过食肥甘厚味,致伤脾气,脾失健运之职,痰湿内生,聚结于肌肉消薄之处而发病。

《景岳全书》引王节斋曰:“津液者血之余,行于脉外,流通一身,如天之清露。若血浊气浊,则凝聚而为痰,痰乃津液之变,如天之露也,故云痰遍身上下,无处不到,盖即津液之在周身者。”

脂肪瘤在中医看来,属“痰”证,非常之物也,应作积极治疗。痰为阴浊之邪,痰盛则滞气之往来,经脉壅遏,血凝而成瘀,临床可见胸痹、石瘕或痰核等症。

痰核之成,总因气血结聚而成,气血结聚,实痰浊凝滞使然。我仿海藻玉壶汤、贝母半夏陈皮化痰理气,海藻、夏枯草、冰球子、八月札消痰散结,川芎、当归、三棱、莪术则活血化瘀,黄芪、桂枝、鹿角等温阳补气,大气一转,其气乃散。上方可见活血化瘀既与补气结合,又与散寒结合,更与祛痰结合,三者齐下治之余蕴。

五、便秘

案一 王某，女，45岁。2008年7月15日初诊。

便秘时作2个月，疲劳明显，面色无华，时有腹胀，恶心。肠镜示：慢性肠炎，外痔。去年子宫肌瘤手术。胃有隐痛，空腹或饭后亦曾出现，无肝胆疾患，常伴头晕腰酸，苔薄，舌红，脉弦。此中医属便秘，西医诊断为慢性肠炎。脾气不升，神疲乏力，头目掉眩，面色少华；胃气不降，恶心呕吐，频频发作，少腹作胀，腑行干结。苔薄白，脉弦有紧象。治拟益气健脾升清，和胃降逆通腑。

处方：

党参 12g 黄芪 12g 柴胡 12g 生白术 30g 枳实 10g
黄芩 12g 升麻 9g 桂枝 12g 豆蔻仁 6g 良姜 9g
香附 18g 香橼 12g 八月札 12g 石斛 15g 望江南
15g 乌药 12g 生首乌 15g 白芍 15g 焦楂曲（各）
12g 路路通 12g 大枣 15g 生甘草 9g 甘松 9g

二诊：服上方7剂。药后腹鸣增加，时有矢气，腹已不胀，余症如前述。舌质淡，苔薄白，脉来弦滑。继用前法。

处方：

生白术 20g 枳实 10g 砂仁（后下）6g 厚朴 10g
大腹皮 15g 木香 8g 莱菔子 15g 甘草 3g

三诊：服上方14剂。大便已下，每日一行，但质略坚，便时略难，余如常。患者生活如常，心身宁静。胃脘痛虽较前有减，但仍时发，为隐隐作痛，时或泛酸，纳喜温热。舌质淡红，苔薄白，脉濡。再投方以枳术丸合补中益气汤加减，安中以祛邪。

处方：

生白术 20g 枳实 10g 大腹皮 15g 香附 10g 生黄
芪 24g 丹参 10g 升麻 10g 陈皮 10g 柴胡 10g



大枣 15g 生姜 9g 炙甘草 9g

连服 2 个月，便秘明显缓解，诸症消失。



释疑解惑

问：老师，患者便秘，一般医生会重用通便药，但您方简而效宏，紧扣脾胃升降失司这一病机。其中生首乌和望江南是润肠通便药，配合益气健脾升清，和胃降逆之法，又以辛开苦降畅通气机。但是每次换方，均喜用生白术，和常法有异，白术属燥湿止泻之品，施诸于便秘，岂非愈燥愈秘。

答：此案便秘，属于脾胃运化失司，脾虚气滞所致。初投枳术丸加味，之后根据病情演变投以补中益气汤、四君子汤加减，便秘之苦均得以缓解。每次换方，均有生白术一味，此重用生白术通便。叶天士有言，脾宜升则健，胃主降则和，太阴得阳则健，阳明得阴则和，以脾喜刚燥，胃喜柔润。仲景存阴治在胃，东垣升阳治在脾。便干结者，阴不足以濡之。然徒恃滋阴，而脾不运化，脾亦不能为胃行其津液，终属治标。重用白术，运化脾气，实为治本之图。故治便秘，可以生白术为主药，时或少佐升麻，乃升清降浊之意。如遇便难下而不干结，更或稀软者，其苔多呈黑灰而质滑，脉亦多细弱，则属阴结脾约，又当增加肉桂、附子、厚朴、干姜等温化之味，不必通便而便自爽。在临证治中气不足，伴有腹胀，矢气少者，枳术丸加大腹皮、香附、莱菔子之属，可获良效。

问：治疗脾虚便秘老师为什么用生白术而不用炒白术？

答：生白术，其性虽亦属燥，但比土炒后尚有润性，故用生白术运化脾阳以通便而不燥。据现代药理研究证实，白术有促进胃肠分泌功能，加快胃肠蠕动，治慢动力型便秘有良效，这就是生白术治疗脾气虚之便秘有效的原因。

案二 郭某，男，81岁。2007年2月13日初诊。

平素大便秘结，乃老年便秘之属。此次因肺炎入院治疗，经治高热已渐退。症见：高热虽退，低热午后时发，时或盗汗，已4天未大便，少腹时胀，无矢气，口干饮水不多，咽不利，咳嗽时作，咳吐白痰，偶带黄色，语言低微，纳食乏味，夜尿2~3次，影响睡眠。近几个月来，神情郁闷，常默坐于

室内。舌质微红，苔薄少津，脉细弦小数。此乃肺气壅滞，余热未尽，灼伤津液所致。治拟润肺生津，解下焦之滞。方拟沙参麦门冬汤加减。

处方：

枇杷叶 13g 百合 15g 南沙参 10g 玄参 10g 桔梗
6g 杏仁 15g 地骨皮 15g 五味子 10g 麦冬 15g

试投 5 剂，浓煎取汁 150ml。睡前服之。

二诊：第 5 日晨起自行排便，但略有难意，便质初头略硬后溏。前述诸疾无明显改变，但神情已爽，口干有缓解。舌质微红，苔薄，津液略增，脉细弦小数。肺气失降，气阴两虚，大肠失润。治拟宣肺开壅，益气养阴，润肠通便。方拟生脉饮加味。

处方：

太子参 15g 天冬 10g 麦冬 15g 五味子 10g 枇杷
叶 10g 桔梗 10g 杏仁 10g 生何首乌（各）15g
砂仁（后下）6g 桑白皮 15g 地骨皮 15g

三诊：服上方 7 剂。第 12 日大便柔软顺畅，每日一行，神情已爽，低热已退，舌质微红，津生舌润，苔仍少，脉细弦不数。

上方加石斛 10g，黄精 15g。再进 3 剂。

四诊：第 15 日低热已退，纳渐馨，量略增，大便顺畅，继以生脉散加减，益气养阴，润肠通便为法。

处方：

南沙参 15g 北沙参 15g 五味子 10g 天冬 10g 麦
冬 10g 石斛 10g 生何首乌 15g 杏仁 10g

7 剂，水煎服。此后患者长期服用中药。



释疑解惑

问：老师多选用当归补血汤、生脉饮、黄精丹之属加减，以益气生津为法治疗便秘。方中仅见一味通便药，即生首乌。老师以治肺为先，有“提壶揭盖”之意，是吗？

答：临证所见老年便秘，脾运不佳者居多，而肺气壅滞者亦常有之。此



例老年便秘属于后者。肺与大肠相表里，肺之宣降与大肠传导息息相关。肺气壅滞，可导致肺失宣降，水液不行，则肠道干枯，糟粕滞留，而致便秘。《素问·阴阳应象大论》云：“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐”，悲忧均属肺志。如果患者常受外界刺激，情绪时有起伏，情志郁滞，久而久之，忧伤也可使肺气壅滞，气机升降失常，大肠传导迟缓，水液不行，糟粕滞留而大便秘结。今肺热留恋而发热，肺气不降，下焦不畅，大便秘结。急则治其标，以肃肺生津清余热为法，开上窍以通下窍而见效。

六、泄泻

王某，男，36岁。2007年3月12日初诊。

慢性腹痛腹泻2年余。每日6~7次，稀便有白色黏冻，但无脓血。西药治疗有时缓解有时反复。近半日来大便溏薄，伴有黏冻，腹部隐痛，舌苔厚黄腻，脉细弦。检查肠镜示：近盲肠有局限性1cm隆起。活检：炎症性改变。证属肝强脾弱，湿热阻滞，腑行不畅。中医为泄泻，西医为慢性肠炎。治拟健脾调肝，化湿清热，调和肠胃。

处方：

黄芪 15g 生白术 15g 白芍 12g 防风 12g 陈皮 9g
 蚂蚁草 15g 荠菜花炭 12g 地锦草 15g 凤尾草 15g
 秦皮 9g 黄芩炭 9g 白扁豆 12g 山楂 12g 六神曲
 12g 大腹皮 15g 木香 9g 炒谷芽 15g 炮姜炭 6g
 徐长卿 15g

二诊：大便次减，便能成形，腹痛缓，脉弦，苔厚腻。再拟抑肝扶脾，益气健运，增以香砂六君丸合用。气钡双重灌肠提示：各段结肠均显示良好，结肠袋光点，无狭窄区。原右升结肠病变已消失，余未见异常。



释疑解惑

问：本案学生看来，证属泄泻，因肝强侮脾，脾土虚弱，水谷精微运化失司，清浊混淆，下注大肠所致。老师以痛泻要方加味抑木培土，以蚂蚁草、凤尾草、地锦草、秦皮清泄肠热，炮姜合黄芩取辛开苦降之意。复诊后，增以香砂六君丸，益气健脾助运化，巩固疗效。您在治慢性泄泻之中，常用痛泻要方，有无其他深意？

答：分析得当，正是我意。痛泻要方原名白术芍药散，见《景岳全书》引刘草窗方，由白术、芍药、陈皮、防风组成，俗称“二白一陈风”。方中白术健脾燥湿，甘温益脾胃之阳气，温燥脾胃之寒湿；白芍养血柔肝，缓急止痛，治腹痛下利，肝柔脾运而痛解，又能泻肝之急；防风味苦辛温，归肝入脾，具祛风除湿，疏达肝气，升发清阳之功。《素问·脏气法时论》曰：“肝欲散，急食辛以散之”。防风辛散，可助白术、白芍舒肝健脾，且风药多燥，燥能驱湿，取其燥湿升清，鼓舞胃气上腾，则泄泻自止，炒炭用之，倍增止泻之功。配合陈皮理气和中，能散气滞，药少力专，对肝强脾弱的腹泻投以此方，随症加减，能获良效。

问：老师在治慢性泄泻或慢性痢疾等疾病中，常常寒温并用，补泻兼施，这是与“泄泻之本，无不由于脾胃”的病机有关吗？

答：当然有关，但勿忘“脾虚肝实”亦与之相关。慢性泄泻的证候每多虚实夹杂，寒热交错。临床每每表现为肠鸣腹痛，大便泄泻，或泻后痛减，脉弦苔厚白等症，辨证当责之肝脾不和。盖木失条达，横逆乘脾，则气机失调；脾失健运，清气不升，故痛泻时作。正如《医方考》中指出：“泻责之脾，痛责之肝，肝责之实，脾责之虚，脾虚肝实，故令痛泻。”肝实脾虚，肝脾不和是引起泄泻的机理，对临床颇有指导意义。腹痛肠鸣，胁痛纳少为肝木之实，运化失健，大便稀溏乃脾土之虚。因此，慢性泄泻的辨证，重在脾虚，而勿忘肝实。凡属肝脾不调，治疗当抑肝扶脾，温清并用。此法对慢性结肠炎、肠功能紊乱、肠易激综合征、痉挛性结肠炎均适宜。

至于黄芩、徐长卿、炮姜相伍，寒温并用，相辅相成，是我惯用的配伍法，临床上常能应手取效。



七、肾病水肿

张某，男，71岁。2006年5月11日初诊。

因反复双下肢水肿20天就诊。20天前无明显诱因出现双下肢水肿。诊见：下肢浮肿，头晕阵作，腰痛，口干，体倦乏力，呕恶纳差，腹胀便溏，夜眠欠佳，舌暗红，白腻苔有齿痕，脉弦滑。24小时尿蛋白定量5.9g/24h；尿蛋白(+++)；血脂高于正常，血浆白蛋白低。此乃中医之水肿，西医诊为肾病综合征。证属脾肾阳虚夹瘀。治拟健脾温肾，利湿化瘀。

处方：

黄芪 24g	党参 15g	茯苓 30g	白术 15g	陈皮 15g
山药 30g	厚朴 10g	石韦 30g	芡实 30g	益母草 15g
杜仲 15g	枸杞 12g	川牛膝 15g	甘草 9g	砂仁 6g
知母 15g				

二诊：5月29日。双下肢浮肿明显减轻，头晕偶作，仍腰痛，口干缓解，体倦乏力，夜眠欠佳，饮食及二便尚可，舌暗红，薄白苔有齿痕，脉滑略弦。复查：24小时尿蛋白定量5g/24h，较前有所下降，血脂仍高于正常。因患者口干缓解，体倦乏力，夜眠欠佳，饮食及二便尚可，故去知母加五味子15g，女贞子30g以助温肾收涩之功。

三诊：6月19日。24小时尿蛋白定量4.6g/24h，双下肢浮肿减轻，头晕偶作，仍腰痛，体倦乏力减轻，夜眠欠佳，舌红苔薄白，脉滑。守原方加磁石30g以加强重镇安神作用。

四诊：7月11日。双下肢略浮肿，时有腰酸痛，睡眠尚可，舌红，薄苔白，脉略滑。24小时尿蛋白定量2.8g/24h，去磁石，余药同前，巩固治疗。

五诊：8月14日。双下肢无浮肿，无明显不适，复查24小时尿蛋白正常，尿蛋白(+)，血生化示蛋白、血脂均恢复正常。随访2个月，除尿蛋白未转阴外，余未反复。



释疑解惑

问：肾病综合征所出现的蛋白尿与中医学中的“精气”、“精微”等概念相类似，属中医“水气病”、“阴水”等范畴。水肿病的演变主要是从脾肾气虚到脾肾阳虚，久而致脾肾阳虚夹瘀的过程。故在治疗上以健脾益肾，利水消肿为主，辅以化瘀通络，同时控制蛋白尿也是您治疗的关键，故在用药上您考虑收涩药物的应用。脾失健运，“水之制”溃，肾失蒸腾，“水之根”摇，故在治疗上强调培土以益肾，注重以温补脾肾为主，佐以渗利。不知学生分析的是否正确？

答：讲得不错。谈及病机，水肿有各种病机，有部位程度之分，辨证自有虚实之别，并非所有水肿都和脾肾相关。例如，实证有风热犯肺，治宜辛凉宣肺利水，方用越婢汤、越婢加术汤、竹叶石膏汤合玉女煎等；有气滞水停，治宜宣气利水，方如大橘皮汤、导水茯苓汤、木香流气饮等；有湿热壅滞，治宜清热利水，方选萆薢分清饮、八正散、五味消毒饮等。临证每以风热及湿热者居多。虚证有脾肾阳虚，治宜温阳利水，方用真武汤合五皮饮、济生肾气汤等；有肝肾阴虚，方如知柏地黄汤加车前子、牛膝之类；夹瘀者合当归芍药散；有气阴两虚，治宜益气养阴，方选参芪麦味地黄汤；以气虚为主者，可用补中益气汤合增液汤；阳虚甚者加桂枝、附子之类。所以结合病机，主抓脏腑虚实，以治本为先，方言治水消肿。

问：老师，一般在服用激素的患者中，多同时见有伤阴和湿热之象，如何权衡？

答：权衡在于兼顾。此类病证，辨证虽可分虚实六型，但不可忽视证型之间的转化或夹杂。如脾肾阳虚者，从病程看乃多因脾虚渐变而来；湿热壅滞者，细查病史可发现原多属脾肾阴虚而过用温热药或使用大量激素，以致寒湿热化转变为湿热。可见该病每易出现本虚标实、虚实夹杂的局面，往往实证多兼正气不足，虚证之中夹有标实存在，说明该类疾病常处在邪正交争过程中而呈现动态变化，故恰当使用扶正与祛邪之法是治疗重点所在。临床应遵“补虚之中略佐祛邪、泻实之中勿忘补虚”之训，如若固守一证一方就难免有失偏颇，伤阴内热者，可用知母以缓解激素之副作用。



问：您一贯注重气血水三者之间的关系，您又常讲活血利水的药有不同之性，能详细讲解一下吗？

答：“气不化水则病水”，要重视气化在水液代谢中的作用。就该类疾病，水肿病在气分，就有气滞与气虚之别。气滞者多表现胸腹胀满，腹胀肠鸣，时或疼痛，噎气或矢气则症稍减，舌苔黄腻，脉弦滑或滑数等，治宜理气行气，气行则水自利。气虚者多表现呼吸气短，言语低微，自汗，纳差，脉虚无力，舌淡苔少等，治宜补气益气，气得足而水自长流，肿自消退。“初伤在气，久病在血”、“血不利则为水”、“水阻则血不行”，可见瘀血与水饮常随气滞易互为转化，易形成瘀（血）水互患。因而在处方选药调治时适当加入活血利水之品如益母草、白茅根、当归、赤芍药、红花、川牛膝、景天三七、水红花子、虫笋或陈葫芦等，或兼用当归芍药散、桂枝茯苓丸等方，对于提高疗效是有力的措施。其中水红花子温通利水，虫笋或陈葫芦淡渗利水，益母草活血利水，白茅根生津凉血利水，赤芍药凉血活血，需要在辨证中灵活运用。

问：您常常告诫学生要注意愈后调理，您对消肿后的病人是怎样认识，又是如何进一步调理的呢？

答：张介宾在《类经》中曰：“以精气言，则肾精之化因于脾胃；以火土言，则土中阳气根于命门。”由于瘀血多为营血病变，水饮多为津液病变，此类疾病病程较长，病久之人待水肿消退后，阴精不足的虚损状态比较明显；加之下焦湿热余邪缠绵难解，常显阴虚夹湿热的症状，宜选用四物汤活血养血，三妙散清利湿热，二至丸滋阴固肾，二仙丹固脾涩精；加用益母草利水活血，重用黄芪双补肺脾之气，既能启上源又可助脾运，共奏活血利水，清热化湿，滋肾固脾，培补元阳之功，对水肿消退，善后调理以及巩固疗效是大有裨益的。

八、口腔溃疡

案一 顾某，男，30岁。2007年5月7日初诊。

患者口腔溃疡反复发作，曾多次求医，先后予激素、清热解毒中药等治疗，效果均不显。现舌面、口腔黏膜等多处溃疡疼痛，大便干结，小便泡沫多，内热，四肢冷，舌绛，脉小数。解大便后溃疡好转。查IgE增高。心经阴血不足，心火上炎，口舌生疮。热入营血，舌红绛。热耗元气，舌有齿痕，口疮痛苦不堪，每年发作数月，春夏为甚，腑行干结。治拟清心凉血，清营降火，益气固本，通腑泄热。

处方：

生地 60g 丹皮 15g 赤芍 15g 羚羊角粉（吞） 0.6g
生石膏 30g 知母 15g 玄参 12g 大青叶 15g 紫草
12g 徐长卿 20g 千里光 15g 白花蛇舌草 15g 望
江南 30g 莱菔子 15g 土茯苓 12g 生甘草 9g 生黄
芪 24g

二诊：2007年5月21日。自诉口腔溃疡较前明显好转，尿中无泡沫，近日夜寐欠安，舌红，边有齿痕。

原方加用枣仁 12g，夜交藤 30g，珍珠母（先煎） 30g，14剂。

释疑解惑

问：老师，案中您以清热凉血，益气固本，通腑泄热为治疗大法，其中重用生地 60g，为何？

答：李东垣在《脾胃论·饮食劳倦所伤始为热中论》中指出：“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位。”他认为：“阳在上而阴在下，脾主升而胃主降，若元气亏虚，升降失常，则下焦阴分之火不能潜藏阴位而致升腾为患”。张景岳云：“口疮连年不愈者，此为虚火也。”脾之经脉连舌根，散舌下。若脾胃虚弱，土虚则浮热上炎，熏蒸于口而致口舌生疮。本病以脾气



亏虚为本，阴火上炎为标。在治疗复发性口腔溃疡时，紧紧抓住阴火这一病机特点，根据《素问·至真要大论》“劳者温之，损者温之”的原则，以甘温散火法为主治疗。重用生地配以黄芪即是此意。

案二 杨某，女，46岁。2007年4月29日初诊。

反复出现口腔溃疡2年，伴神疲乏力。2年来口腔内反复发生溃疡，时作时止，发时口疮处疼痛不适，影响进食，睡眠。曾服用维生素B、一清胶囊、黄连上清丸等药，并局部喷撒锡类散或西瓜霜喷剂，可暂时缓解疼痛，促进疮面愈合，但不能根治，在劳累时则易发。现因劳累致口腔溃疡复发，疼痛不适，影响进食及睡眠，感神疲乏力，口淡无味，食纳平平，二便调。患者面色少华，口腔内有3处溃疡，疮面色白，周边呈淡红色，舌质淡，边有齿痕，苔薄白，脉细。此即为西医多发性口腔溃疡。乃因脾气亏虚，虚火上炎，风热乘之所致。治拟益气健脾，甘温散火，祛风清热。

处方：

生黄芪 24g 党参 12g 白术 15g 甘草 9g 升麻 9g
 苍耳子 15g 辛夷 15g 牡丹皮 12g 生地黄 12g 玄
 参 12g 千里光 15g 虎杖 15g 白花蛇舌草 15g 徐
 长卿 15g

服药14剂后，疼痛明显减轻，疮面逐渐缩小，神疲乏力较前减轻；又服14剂后，口腔溃疡已痊愈。



释疑解惑

问：老师您治疗口腔溃疡，疗效明显，是否有常用基本方？

答：我在临床中总结了治疗口腔溃疡的基本方，药物组成是黄芪、党参、白术、甘草、升麻、苍耳子、辛夷、牡丹皮、生地黄、玄参、千里光、菝葜、白花蛇舌草、徐长卿。

问：老师，您为何从脾论治？

答：口淡无味，纳谷不馨，舌淡胖，边有齿痕，脉濡软，且多在劳累、熬夜时复发，均为脾气亏虚的临床表现。因此要注重整体是脾气亏虚这一致

病之本，治以健脾培土益气为主。同时不忘口腔溃疡局部乃湿淫热蒸肌肤所致，配合升阳散火之法。将整体与局部相结合辨治复发性口腔溃疡，才能取得预期效果。

问：为何在基本方中使用风药？

答：根据“风能胜湿”的原则，我擅长使用苍耳子、辛夷这一药对，苍耳子、辛夷与升麻配伍，祛风以胜湿，升阳以散火。方中生地黄、牡丹皮、玄参、千里光、菝葜、白花蛇舌草、徐长卿等药祛风利湿，清泻阴火，共为佐药；甘草味甘性平，有益气补中，泻火解毒，调和诸药等作用，为使药；诸药配伍，甘温散火而口腔溃疡乃除。

案三 徐某，女，32岁。2007年6月25日，初诊。

口舌溃烂灼痛反复加剧2年。患者2年来口舌溃烂，灼热疼痛长期不愈，每于劳累及月经期加剧，曾服多种中西药无效。月经常提前来潮或月经迁延不净，经量时多时少，伴心悸、烦热、消瘦、神疲乏力，腰腿酸软。刻下正值经期，月经量多如崩，口舌干痛，溲赤，大便尚调。检查：舌边尖及唇内颊部见多处溃疡点，周边舌焮红，中间凹陷呈淡黄色。舌质红边有齿痕，舌苔薄黄，脉细弦小数。此口疮即西医复发性口腔溃疡。证属气阴两亏，虚火伏冲，上乘于心。治拟益气养阴，清火调冲。

处方：

黄芪 45g	生地 30g	当归 9g	玄参 12g	知母 12g
丹皮 12g	野蔷薇花 6g	白花蛇舌草 30g	牡蛎 30g	
白芷 9g	地骨皮 12g	天冬 15g	白术 12g	白芍 12g
阿胶 9g	益母草 15g			

上方14剂，并嘱每日1剂，煎2次，滤汁共约300ml分多次饮服，含药于口中约1分钟，忌辛辣刺激之品，劳逸适度。

二诊：7月8日，服上药月经届时经净，口舌灼痛，明显减轻，纳便均调。检查：口舌颊等溃疡处焮红消退，部分溃疡愈合，舌红，苔薄，脉细弦。再拟前法，佐养血调冲。

守6月25日方加旱莲草9g，仙灵脾15g，14剂。



上药服至 50 余剂，口腔溃疡皆愈，余症亦瘥，随访半年无复发。



释疑解惑

问：反复发作性口腔溃疡临床难以治愈，它的基本病机、治疗方法和一般有何不同？

答：口疮迁延不愈，乃邪毒稽留，瘀热化腐，戕伐气阴，损及心脾肾所致，故治拟益气扶正，滋阴凉血，清热解毒，而固本清邪是重要方法。方中黄芪补气培元以制阴火；生地、玄参、知母、丹皮滋养心肾阴血，潜降浮阳，清热荣肌；白花蛇舌草清热解毒；蔷薇花化瘀生肌；牡蛎收敛溃疡；白芷散郁止痛，全方共奏益气养阴，清火愈疡之功。又以当归、仙灵脾养血益肾调冲，使疡愈经调而收全功。

东垣云：“若饮食不节，损其胃气不能克化。”“有所劳伤，皆损其气，气衰则火旺，苟饮食失节，寒温不适，则脾胃乃伤；喜怒忧恐，劳役过度而耗伤元气。”当今社会发展迅速，生活丰富，饮食习惯西化，诸多因素造成了与李东垣时代十分相似的饮食、劳倦、七情所伤的发病因素。因此，要重视引起复发性口腔溃疡的发病因素，以预防为主，做到“食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年”。

九、颈性眩晕

万某，男性，68岁。2007年10月11日初诊。

反复发作头晕、恶心、视物旋转3年余。颈椎MRI提示颈椎病，颈椎退行性病变。多方诊治，疗效欠佳，此次发作，头晕目眩，站立不稳。舌淡胖，苔白，脉细。此眩晕为西医之颈性眩晕。乃因年逾花甲，元气亏损，清阳不升，肝风上扰所致。治拟益气升阳，平肝息风。

处方：

生黄芪 30g 党参 15g 黄精 15g 葛根 30g 仙灵脾
15g 天麻 12g 钩藤 30g 白蒺藜 9g 白芷 9g 莱

本 9g 丹参 15g 红花 9g 杜仲 12g 杜衡 15g 大
枣 15g 甘草 9g

二诊：眩晕症状改善，前方加桂枝 9g，珍珠母 30g，鳖甲 15g，以助通阳潜镇安神。

三诊：诸症进一步好转，原方继续巩固治疗。

释疑解惑

问：临床中一般认为颈椎病患者常见的症状有头晕、头痛、颈僵、肩臂手指麻木或疼痛等症，西医将此病分为 6 个类型，即颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型和混合型等。中医治疗本病时，根据临床常见症状和体征大多将其归入眩晕范畴，习惯上称为颈性眩晕，主要以推拿或针灸治疗。但是您用中药治疗这类疾病疗效也很明显，而且辨证灵活，改变了临床医生认为颈性眩晕中药治疗不如推拿或针灸的片面认识。您能谈一下您在这方面的经验和心得吗？

答：中医认为颈性眩晕的发生属于本虚标实，以肝、脾、肾的虚损为本，以风、湿、寒、痰和瘀等实邪阻滞经络为标。《素问·至真要大论》云：“诸风掉眩，皆属于肝。”《灵枢·海论》云：“脑为髓之海……髓海不足则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”说明肝肾不足是导致颈性眩晕的根本病因。中药与推拿和针灸相比，在补益肝肾，治疗颈性眩晕肝肾不足这一本上，具有明显的优势。

素体阳盛，肝阳上亢或因长期忧郁恼怒，气郁化火，使肝阴暗耗，风阳升动而上扰清空，或肾阴素亏，肝失所养，以致肝阴不足，肝阳上亢，发为颈性眩晕。除眩晕主症外，颈椎病常兼夹颈僵及肢体麻木疼痛，与风、湿、寒、痰、瘀邪和气郁等阻滞颈部经络、肌肉、颈椎关节等处有关；肝肾亏虚，水不涵木，虚风内动为发病之本，而痰瘀内生，阻滞脑络更加剧了颈椎病的病理过程。由于风痰瘀互结为患，故痰蒙于上则眩晕加重，且出现头重及肢体沉重无力；瘀血阻于经络则筋脉失养，出现肢体麻木疼痛，活动不灵，颈部僵硬；若外受风、寒、湿等病邪，即可诱发本病。中药在处理颈性眩晕兼夹的风、湿、寒、痰、瘀等邪气方面，也是具有一定优势的。



如此，中药治疗颈性眩晕属标本兼治，当然，若结合推拿或针灸，多管齐下，自当事半功倍。

问：您一贯主张辨证和辨病结合，就该病而言，如何辨病与辨证治疗相结合？

答：颈性眩晕大多自诉症状较多，除眩晕外，患者常伴有肢麻、颈僵等不适，但要详审眩晕之性质、程度及伴随症，辨明本病的虚实主次，标本缓急，并明确判断属于哪种类型的颈椎病，才能灵活加以治疗。

若眩晕不剧而头痛伴颈僵、头颈肩活动不适者，大多属于颈型或神经根型颈椎病，应以祛风活血通络为主，佐以补益肝肾治疗；若眩晕且空，头痛不显，头重如蒙，痰多，或视物旋转甚则出现晕厥跌倒，乏力神疲，耳鸣，恶心呕吐者，大多属于椎动脉型颈椎病，应以补益肝肾，益气除痰，佐以息风通络治疗；若眩晕不剧，兼见目花，耳鸣，心悸多梦者，大多属于交感神经型颈椎病，治以补肾健脾，活血通络。

问：颈椎病是一种临床常见病。临床所见颈性眩晕，每每病情复杂，病因多端，然不离虚实二端。虚者，多见肝脾肾的气血阴阳虚弱，有的独见，有的并见；言其标实，风火有之，寒湿亦有之，而兼夹痰浊亦颇为多见；两者注注互见，临床以虚实夹杂为主。临证务必仔细鉴别。不知学生所见是否妥当？

答：总结得很好。“治病必求于本”是《内经》中的话。所谓本者，疾病之本质，变化之规律，阴阳盛衰之实况。疑难杂症，看似纷繁复杂，变化多端，但仍有其规律可循。《灵枢·九针十二原》篇说：“或言久疾之不可取者，非其说也。夫善用针者，取其疾也，犹拔刺也，犹雪污也，犹解结也，犹决闭也。疾虽久，犹可毕也。言不可治者，未得其术也。”所以我一直强调，只要认识到疾病之本，善于辨证论治，纷繁中见端倪，雪污决闭，自是不难。然而，这一认识疾病之本的过程，是要有一定功夫的。《素问·阴阳应象大论》说：“善诊者，察色按脉，先别阴阳；审清浊而知部分；视喘息，听声音，而知病所苦；观权衡规矩，而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生以治，无过以诊则不失矣。”此其一也。临证求本，还有另一层含义，实时时不忘元气的护养。“邪之所凑，其气必虚”，正所谓“阳气固，虽

有贼邪，弗能害也。”颈性眩晕是临床难治之症，本案是以“元气亏虚，清阳不升”为本，以“虚风上僭，上扰清空”为标，辨证准确，用药精当才能收效。

问：学生体会到本病常有颈僵、肢麻以及骨质增生或骨质疏松等症，多与瘀血阻络有关，发作时常伴有风寒湿邪侵袭，故老师临床上常以祛风活血为基础治疗，是吗？

答：对，这是临床多观察、多实践所得。一般来说，我比较喜欢用川芎、白芷、升麻、钩藤、威灵仙、葛根等治疗颈性眩晕。但是临证要根据颈椎病本虚标实的不同病因病机进行加减辨治。如肾虚型可酌加续断、川牛膝、熟地黄、补骨脂、杜仲。对于肾精不足，髓海空虚而致颈性眩晕，用药除培补肾精外，必知“肾乃水火之宅”，肾精亏虚尚有偏阴偏阳之别。对阴精不足者，宜适当滋补肾阴，且肝肾乙癸同源，精血有互生之妙，可选用桑椹、生地黄、熟地黄、女贞子、旱莲草、何首乌、白芍、当归等滋养肝肾之品；偏阳精亏损者，用药每宗叶天士温通补下焦法，可选用肉苁蓉、菟丝子、仙茅、淫羊藿、补骨脂、覆盆子、杜仲等。脾虚型可酌加桂枝、草乌、川乌、茯苓、茵陈、泽泻、草豆蔻。痰浊盛者，加制南星、天竺黄、石菖蒲、郁金、僵蚕化痰开窍。若脾胃虚弱而致气血两虚明显者，可考虑先用归脾汤之类。

十、自闭症

罗某，男性，9岁。2007年5月16日初诊。

因注意力不集中，精神涣散，冲动任性，无法自我控制3年余，由家长带来就诊。此症西医诊为自闭症，家长已多方求治，均无良效。患儿发育、智力欠佳，舌淡红少苔，脉细。属中医之狂证。治拟补气养元，滋阴潜阳，平肝息风。

处方：

黄芪 24g 白芍 30g 赤芍 15g 天麻 9g 钩藤 30g
藜蘆 15g 合欢皮 15g 酸枣仁 12g 石菖蒲 15g



白附子 12g 青箱子 12g 天南星 24g 珍珠母 30g
 全蝎 3g 人工牛黄 12g 羚羊角粉 0.6g 景天三七 15g
 生地 15g 大枣 15g 甘草 9g 琥珀粉(吞) 3g

随访2月，患者自控力和注意力明显提高。

二诊：症状已有改善，日间精神较好，能集中注意力，原方减石菖蒲、白附子，加葛根30g，麻黄6g，白芥子9g，以助升清降浊，升降结合。

三诊：上述症状进一步改善，原方继续，巩固疗效。



释疑解惑

问：老师以天麻钩藤汤加减主治，同时投以凉血活血，补气和营之剂，是否有念“治风先治血，血行风自灭”之理？

答：《素问·风论》说：“风者，百病之长也。”《临证指南医案》说：“盖六气之中，惟风能全兼五气。如兼寒则曰风寒，兼暑则曰暑风，兼湿则曰风湿，兼燥曰风燥，兼火则曰风火。盖因风能鼓荡此五气而伤人，故曰百病之长……由是观之，病之因乎风而起者多也。”在临证时不但考虑此常见之外感风邪，更虑内生之风邪。风性清扬开泄，易袭阳位，思患者禀赋先天不足，与脾肾相关，气血亏虚，痰浊内扰，血虚生风，风痰上扰清窍即是。风性主动，善行数变，故自闭证临床表现各异，变化多端，是为疑难之因。医者要善从复杂的表象中，抓住要害，施以利器，才能收到奇效。

十一、火眼

孙某，女性，65岁。2006年11月29日初诊。

因双眼外突如蛙，红肿近10年，伴视物模糊，西医诊为炎性假瘤。遍寻诊疗，均无良效。此属中医的火眼，证属肝目实火，痰热互结。治拟清肝泻火，化痰散结。

处方：

夏枯草 12g 龙胆草 6g 黄芩 15g 苦参 12g 丹皮

12g 赤芍 15g 知母 15g 玄参 15g 丹参 12g 苍
耳子 12g 辛夷 15g 生地 30g 千里光 15g 徐长卿
15g 晚蚕砂 9g 木贼草 15g 谷精草 15g 蒲公英
15g 紫花地丁 15g 大枣 15g 生甘草 9g

二诊：双眼外突自觉松弛许多，干眼症状改善，原方加菝葜 12g，冰球子 15g，浙贝母 15g，生地加量至 45g，以加强清热化痰，软坚散结之力。

三诊：病情进一步好转，依原方继续巩固治疗。



释疑解惑

问：老师，“百病多由痰作祟”，“怪病多痰”，“久病多痰”之说与临床的疑难杂症总在一起，您就是从这点着手的吗？

答：大凡瘤或痞块等等，中医认为是病理产物，和痰与瘀有关。血瘀与痰既是病理产物也是致病因素。气血不和，百病乃生。历代医家对血瘀之证均非常重视，清代医家傅山指出：“久病不用活血化痰，何除年深坚固之疾，破日久闭结之痰滞？”唐荣川在《血证论》中说：“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，则痰水自消。”所以谈到疑难杂症，少不了论及痰瘀，故有“百病多由痰作祟”、“怪病多痰”、“久病多痰”之说等等。积水成饮，饮凝成痰，水饮多留胃肠胸胁肌肤，湿邪多阻中焦脾胃，痰则广泛随处而见，内及脏腑，外至筋皮，无处不到，其所致病，亦变化无常。所以在诊治疑难杂症时，随处可见“从痰论治”和“从瘀论治”之法，信手拈来，无不于临床有益。

问：老师治痰治瘀有没有特别喜欢用的药物？

答：治痰喜用南星、半夏、白附子、白芥子、天竺黄、石菖蒲、桔梗、贝母、冰球子等；治瘀常用桃仁、红花、丹参、丹皮、三棱、莪术、三七、益母草、蒲黄、五灵脂、当归、川芎、王不留行子等。



十二、发热

王某，女性，17岁。2006年3月22日初诊。

反复高热伴全身皮肤硬结红肿1年余。西医诊断为硬化结节病。来诊时正服强的松25mg/d，但仍然高热不止，皮肤硬结红肿明显。舌暗红，少苔，脉数。中医诊断为内伤发热，辨证为内有蕴热，燔灼营血，瘀阻脉络。治拟清热解毒，凉血祛风，活血化瘀。

处方：

生地45g 黄芪24g 玄参15g 苦参12g 白薇15g
 银柴胡15g 赤芍12g 知母15g 浙贝母12g 徐长
 卿15g 菝葜12g 地肤子15g 青蒿15g 千里光15g
 牡丹皮15g 辛夷12g 苍耳子12g 白鲜皮15g 虎
 杖15g 钩藤15g 地鳖虫12g

二诊：服上方14剂，病情好转，体温由高热转为中低热，而且发热次数减少。原方继续巩固治疗。



释疑解惑

问：老师诊治疑难杂症，思路清晰，提纲挈领，用药轻重缓急，恰到好处。您在此案的治疗中有何“秘籍”？

答：我在治疗本案过程中，考虑到结节病是一种波及到多系统的免疫疾病，在临床中一要尊重西医的持续激素诊疗方案。徐长卿、菝葜、千里光、辛夷、苍耳子等可抑制过度的炎症反应，中药不仅可以从不同角度治疗疾病，控制症状，同时也可减少激素的用量和副作用。衷中参西是一种很好的治疗方法。

十三、心病

关某，男性，73岁。2002年7月11日初诊。

患者因胸闷、心慌、肢肿反复10年余，加剧1月，赴教授院门诊求治。患者年轻时曾确诊为“风湿性心脏病，风湿活动期”。患者久居湿地，10年前出现“心衰，房颤”，间断服用地高辛、利尿剂。近一月来，因服地高辛每日1片后，致恶心、呕吐，拒服该药，心衰加重，遂寻求中医治疗。刻下：胸闷，心悸，喘息，夜不能平卧，咳吐白色泡沫痰，量多，咳时伴大汗，乏力肢冷，纳呆，口干欲饮，小便少，大便尚调，夜寐欠安。视其舌质紫暗，苔白腻，脉沉细促。查体：神清，精神萎靡，BP 130/60mmHg，两肺底可闻及细小啰音，心率116次/分，房颤律，心尖区可闻及收缩期及舒张期Ⅲ级杂音，肝位于肋下一指，质中等硬，有触痛，双下肢浮肿，口唇、爪甲紫绀。心电图示房颤伴心肌缺血。心超示二尖瓣狭窄伴关闭不全，少量心包积液，射血分数为45%。西医诊断为风湿性心脏病，心功能不全。中医诊为胸痹，证属心肾阳虚，血瘀水蓄。治拟温阳利水，益气活血。

处方：

黄芪 20g 党参 15g 当归 15g 川芎 12g 瓜蒌皮 15g
半夏 12g 茯苓 12g 桂枝 12g 泽泻 15g 杜仲 15g
桑寄生 15g 益母草 20g 制附片 15g 葶苈子 30g
炙甘草 9g

患者服上药14剂后，胸闷、心悸减轻，咳喘减轻，纳馨，小便增加，双下肢不肿，夜能平卧。再进14剂后，复查心超：心包积液消失，EF为57%。

释疑解惑

问：中医对慢性心功能不全虽无具体论述，但分属于“心悸”、“怔忡”、“水肿”、“喘证”、“痰饮”、“癥瘕”、“心痹”、“支饮”、“心水病”等范畴，亦属于脱证、亡证等危急重症。如《素问·水热穴论》：“水病下为跗肿大



腹，上为喘呼，不得卧者，标本俱病。”《金匱要略·水气病脉证并治》：“心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作。”类似于右心衰竭肝肿大的描述。老师，您认为慢性心功能不全（心衰）的病因有哪些？

答：结合多年的临证经验，我认为慢性心功能不全（心衰）的病因多为感受外邪，虚损劳倦，情志内伤，饮食失节等。病机以阳虚、气虚为本，瘀血、水饮、痰湿为标，本虚标实。病位以心为主，涉及肺、肝、脾、肾、三焦、膀胱等多脏腑。

气、血、津液在生理上相互依存，相互为用，密切相关，在病理状态下气、血、津液互相转化，交互为病，心衰的病理变化过程为心阳（气）虚，瘀血阻滞，水液蓄停的气、血、津液病变。临床上常见的风湿性心脏病早期表现为心气虚，代偿期则见气阴二虚或阴损及阳，甚则发展为阳虚气脱之亡阳重证。心、脾、肾阳气虚衰，无以运化水湿及鼓动营血，因而造成水湿内停，瘀血阻络，多见于冠心病、高血压性心脏病所致心衰；肺肾两虚，气阴两亏、痰浊蕴肺多见于肺心病所致心衰。

问：那么其治则治法是否也围绕气、血、水三者考虑？

答：心衰的发病机制以阳（气）虚为本，瘀血、水饮为标，故治宜益气温阳，活血利水。并强调治疗时要扶正固本，不可本末倒置或一味攻逐，中伤正气。临证益气多选用黄芪、党参、太子参等；温阳多选用熟附子、桂枝、细辛等；活血多选用川芎、丹参、赤芍、鸡血藤、红花等；利水多选用茯苓、葶苈子、泽泻等。

问：根据您多年的临床经验总结，除体质强壮、瘀血证明显者能耐破血逐瘀，心衰病人大多正气已亏，脾胃虚弱，体质较差，不耐三棱、莪术、乳香、没药等破血逐瘀药之攻伐，故宜少用，是吗？

答：是。在治疗该类疾病中，我一贯强调温阳利水、活血通络的原则。我喜用葶苈子，且剂量在20~30g左右，旨在肃降肺气，导痰化饮，泻肺利水，治疗顽固性心衰屡有奇功。对于熟附子、细辛等温振心阳，培本扶元之药味，熟附子剂量可在10g以上，细辛剂量可在9~18g之间，突破传统“细辛不过钱”之说。我认为非至温至热之品无以振奋心阳。治疗上有破有立，机灵圆活，不拘于常法。若阳虚明显，畏寒肢冷者加用仙茅、仙灵脾、补骨

脂等温补肾阳；若阴虚明显者，加用麦冬、生地、五味子、女贞子、旱莲草等兼制附、桂之热性；若脾胃虚弱者，加用炒白术、鸡内金、山楂肉、麦谷芽等健脾化湿和胃。若咳唾喘息不得卧者，加用桑白皮、苏子、白芥子、车前子等化痰利水之品；若呕吐、上气者加用旋覆花、代赭石、竹茹等平肝降逆止呕；若肝气不舒者，加用柴胡、香附、郁金等疏肝解郁；若夜寐不安者，加用百合、夜交藤、酸枣仁等养心安神。

问：老师，具体到本例患者，应如何辨证论治呢？

答：患者久居潮湿之地，加之劳倦过度而患风湿痹证，复感外邪内舍于心，而致心悸。病久脾肾阳虚，脾失健运，肾失气化，水饮内停，上犯心肺。外溢肌肤而致喘促、肢肿。黄芪、党参、当归、川芎、白芍益气健脾，养血活血；半夏、茯苓健脾化湿；桂枝配茯苓，温通心阳而利水；泽泻、益母草活血利水；杜仲、桑寄生温补心肾之阳；制附片振奋心阳；葶苈子泻肺平喘；瓜蒌皮宽胸理膈；炙甘草调和诸药。标本兼顾，攻补兼施，共奏益气活血，温阳利水之功。

我在多年临床中发现，中医治疗心衰之益气温阳，活血利水与西医的强心、利尿、扩血管有着异曲同工之妙，且中药药性和缓，疗效持久，无西药之弊，单独使用或合用西药均能起到标本兼治之功。

十四、眩晕（高血压病）

房某，男，43岁。2007年11月30日就诊。

患者素有高血压病史，脾肾两亏，气血两虚，神疲乏力，面少华色，畏寒恶风，腰膝酸软，晨起面浮。运化失司，痰湿内蕴，咳痰苔腻，腑行不畅；血不上荣，目糊头晕；血不养心，夜来艰寐；苔薄白腻，脉细。治拟健脾益肾，益气养血，膏方图治。

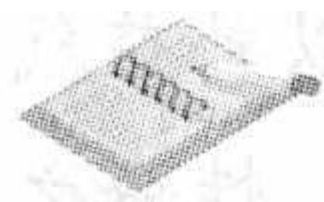
处方：

生晒参（另煎）200g	生黄芪200g	黄精200g	熟地
200g	枸杞100g	建莲肉100g	白术100g
			白芍



100g 仙灵脾 100g 杜仲 100g 葛根 200g 丹参
 200g 象贝母 100g 白扁豆 150g 怀山药 100g 佛
 手干 100g 酸枣仁 100g 夜交藤 200g 合欢皮 200g
 大枣 200g 炙甘草 100g

上药浸一宿，武火煎取三汁，沉淀沥清；文火收膏时，加入清阿胶（陈酒烱化）200g，龟板胶 100g，白冰糖 300g，核桃肉 200g，龙眼肉 100g，最后冲入参汤，熬至滴水成珠为度。每服一汤匙，温开水调送，清晨最宜。



释疑解惑

问：冬令之候，万物封藏，此时以膏方调补更顺应自然规律，因而也有利于调补人体气血津液。然患者素有高血压病史，那么膏方是补益为主还是治疗为主？

答：补益与治疗的主次应据疾病之需。首应辨证论治，力求固本清源，以“平”为期，以“和”为贵，以“调”为法。正如《医源》所言：“以药性之阴阳，治人身之阴阳，药性之升降，调人身之升降，则人身之阴阳升降，自合于天地之阴阳升降矣。”所以在处方中，一般力求使患者精血充盈，气血畅行，并须注意药之动静结合，补而不滞，重视救偏却疾，以通为补，切勿拘泥于补，方可治本。

如本案，高血压所出现的头晕目眩，腰膝酸软，虽属肝阳上亢，但与脾胃不振，气血亏虚有密切关系，所以在使用平肝潜阳之品的同时，选用归脾汤益气养血乃为根本。方中生晒参、黄芪、莲肉、白术、白芍健脾和胃；熟地、黄精、枸杞、仙灵脾、杜仲补益肾阴；酸枣仁、夜交藤、合欢皮、大枣安神宁心；象贝母化痰；佛手干理气。诸药合用可使脾胃健运，肾精充盈。本例膏方有左归丸补肾滋阴之旨，然综观全貌，乃以归脾汤贯穿其中，健脾养心，益气补血。总言之，以调为法，以治本为要。

问：高血压病属中医“眩暈”范畴，其病因有风、痰、虚、瘀四种，其病机多以内伤为主，尤以肝阳上亢，肾精不足，气血亏虚，痰瘀内阻等为常见，多为本虚标实之证。其中肝肾阴虚，肝阳上亢者尤为多见。高血压病在中老年人中多发，此因中年渐老，肾元亏虚，精气渐衰，髓海渐空，

脏腑功能也随之衰弱。肝肾“乙癸同源”，精血互生，若肾水不足，水不涵木，则肝阴亦亏，故临床多表现出肝肾阴亏之象。肾阴亏衰，虚火内炽，灼津炼液，为痰为瘀，痰瘀阻滞；肝阴不足，阳失所制，则风阳上扰，夹痰夹瘀，上扰清阳则发为眩晕。本案主要病机为气血亏虚，肾精不足。不知分析的是否正确。

答：说得对。本案即《景岳全书》所谓之“无虚不能作眩”。脾胃虚弱，不能健运水谷以生化气血，气虚则清阳不展，血虚则脑失所养；肾精亏耗，不能生髓，髓海不足，上下俱虚，发生眩晕。为此，调和脾肾既可以补益气血，又可以益肾健脾。脾肾二脏，是生命的根基。“肾为先天之本，性命之根；脾为后天之本，生机所系。盖人之元气，根基于肾……培之于脾……”（《医学衷中参西录》）。治疗以脾肾为主，气血同调。平肝潜阳治高血压时，应重视脾肾功能的调和，也不能忘记兼顾祛除瘀血、痰浊等标实之邪，也比较符合动静结合的用药原则。

问：在选择药材的时候，有哪些注意事项。

答：膏方药材的选用因人因病而异。要注意，糖尿病患者不能使用用蜂蜜、饴糖，可改用元贞糖。高血脂者一般也少用糖。蜂蜜不要用于大便溏薄之人。有出血倾向者可适当选用三七、旱莲草、丹皮等。用方不宜太过滋补，注意佐以轻灵流通，健脾助运之品。肾功能不全者少用胶类，可重用黄精、玉竹、怀山药、山萸肉等，有利于收膏。

十五、郁证（抑郁症）

沈某，女，23岁。2007年11月9日就诊。

患者整形增高手术之后，气血被戕，神疲乏力，形体消瘦，气短萎软，情怀抑郁。七情内伤，抑郁不乐，多思善虑，脉细，苔薄白腻。治拟益气养血，疏肝解郁，膏方图治。

处方：

生晒参（另煎）200g 生黄芪200g 太子参100g 生



地 200g 黄精 100g 白术 100g 白芍 100g 怀山药
 100g 知母 100g 仙灵脾 100g 玄参 100g 柴胡
 100g 黄芩 100g 广郁金 100g 枸杞 150g 山萸肉
 100g 合欢花 150g 开心果 150g 景天三七 150g
 金沸草 100g 路路通 100g 蒲公英 150g 桔梗 50g
 牛蒡子 100g 浙贝母 150g 珍珠母 200g 陈皮 100g
 茯苓 100g 大枣 200g 炙甘草 100g

上药浸一宿，武火煎取三汁，沉淀沥清；文火收膏时，加入清阿胶（陈酒烱化）200g，鳖甲胶 100g，白冰糖 400g，核桃肉 150g，龙眼肉 100g，最后冲入参汤，熬至滴水成珠为度。每服一汤匙，温开水调送，清晨最宜。



释疑解惑

问：抑郁症属中医“郁证”范畴，其病机为本虚标实。情志不遂，肝郁抑脾，耗伤心气，营血渐耗，心失所养，神失所藏，致心神不安；久郁伤脾，生化乏源，则气血不足，心脾两虚。一般医家喜治郁从肝入手，为何老师在此重在调理脾胃呢？

答：调和脾胃既可以健脾益气，养血安神，又可以使气滞痰浊得以消散。故抑郁症的治疗在疏肝理气同时，也应重视脾胃功能的调和。

问：本例膏方有柴胡疏肝散疏肝行气解郁之意，然综观全貌，乃以归脾汤贯穿其中，健脾养心，益气补血。抑郁症所出现的神疲乏力，多思善虑，脉细等症，与脾气不振，胃气虚弱有密切的关系。是这样的吧？

答：的确如此。此方是四君子汤合当归补血汤加味组成。四君子汤补气健脾，脾胃为后天生化之源，脾胃强健，则气血自生，黄芪补气生血；山萸肉、枸杞、仙灵脾滋阴养血；柴胡、郁金、合欢花、开心果疏肝行气解郁，陈皮理气和中。诸药合用可达健脾养心，补益气血，疏肝解郁之功。

十六、胃痛（浅表性胃炎）

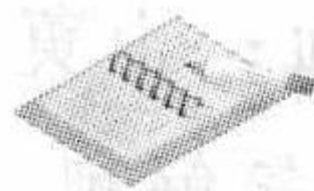
陈某，女，51岁。2007年11月9日就诊。

患者素有浅表性胃炎病史，气血二虚，元气亏损，中气不足，形体消瘦，面少华色，畏寒恶风；运化失司，纳谷较少，食后腹痛，左腹为甚；胸闷不适，血不养心，心悸怔忡；血不荣筋，肩背酸楚，腰肋无力。脉沉细，苔薄白。治拟大补元气，养血和营，健脾建中，通阳利脉；养心宽胸，理气畅中；荣筋壮骨，膏方图治。

处方：

生晒参（另煎）200g 西洋参（另煎）50g 红参（另煎）100g 生黄芪200g 潞党参200g 生地100g 熟地100g 黄精100g 丹参200g 当归100g 白术200g 白芍200g 怀山药200g 枳壳200g 白豆蔻100g 香橼皮200g 甘松100g 桂枝150g 天冬100g 麦冬100g 瓜蒌皮100g 平地木200g 鹿舍草200g 补骨脂100g 骨碎补100g 杜仲200g 枸杞200g 炒扁豆200g 煨肉果100g 陈皮100g 大枣200g 炙甘草100g

上药浸一宿，武火煎取三汁，沉淀沥清；文火收膏时，加入清阿胶（陈酒烱化）250g，鹿角胶100g，白冰糖400g，胡桃肉100g，龙眼肉100g，最后冲入参汤，熬至滴水成珠为度。每服一汤匙，温开水调送，清晨最宜。



释疑解惑

问：本案方药组成有何特点？

答：本例膏方有芍药甘草汤和营缓急止痛之意，又有参苓白术散健脾和胃，更重要的是以黄芪建中汤贯穿其中，温中健脾。浅表性胃炎所出现的消瘦乏力、食后腹痛，心悸怔忡等症，与中焦虚寒，脾阳不振有密切的关系。



小建中汤温脾散寒，缓急止痛。生晒参、西洋参、红参补益脾胃之气，补骨脂、骨碎补、杜仲、枸杞滋阴补肾，强壮筋骨。诸药合用可使脾胃健运，中阳得运，则诸证悉除。处方主抓阳气虚，兼顾脾胃，稍顾肾亏。

问：此方重用黄芪意义何在？

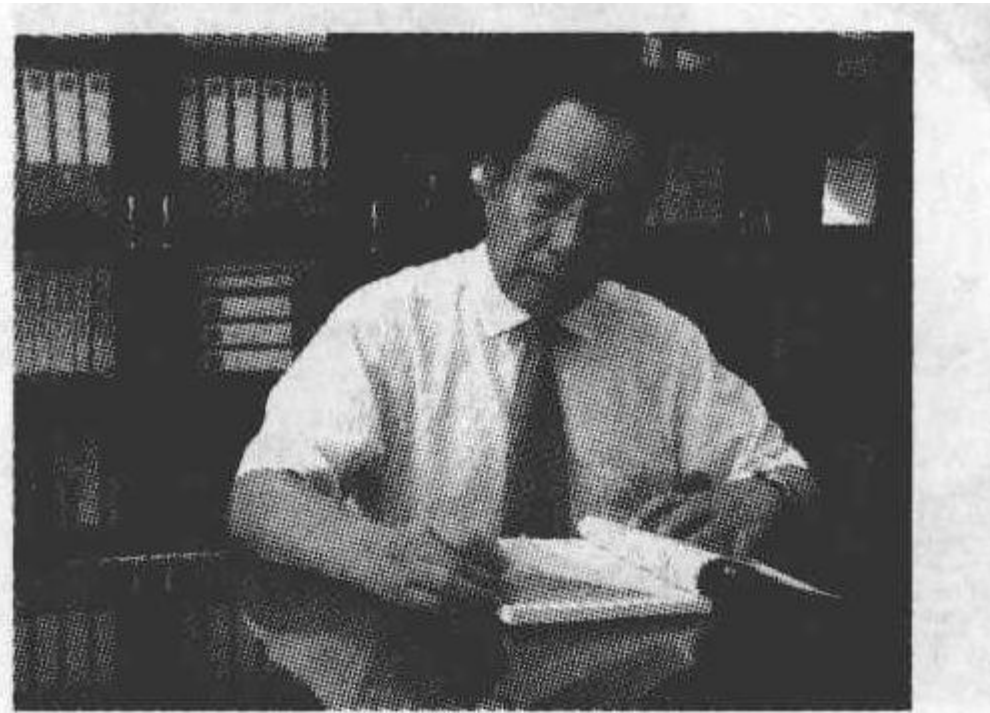
答：本案选用黄芪建中汤温中散寒。方中重用黄芪，取其益气补元，托毒生肌的功效，同时也是考虑到其提高机体免疫力，扩张血管，改善微循环，促进组织修复等药理作用。

严世芸

· 名 矣 ·

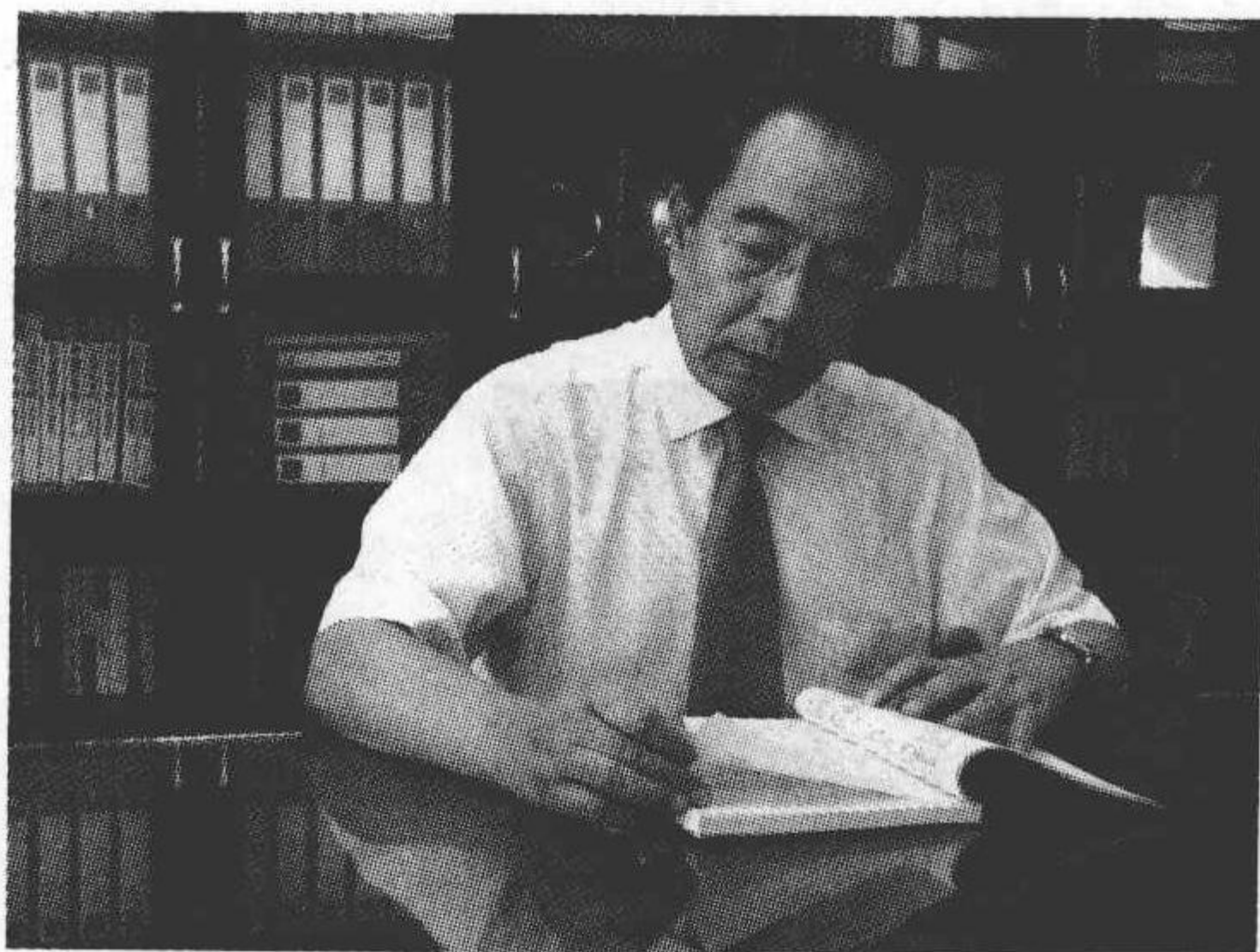


【名医简介】



严世芸，男，生于1940年，浙江宁海人，教授，博士研究生导师。曾任上海中医药大学校长、上海市中医药研究院院长。现为国务院学位委员会学科评审组召集人，全国高等医学教育学会常务理事，全国高等中医教育学会顾问，中国中医科学院首届学术委员会委员，教育部、卫生部医学教育政策咨询委员会委员，中华中医药学会副会长，中华中医药学会内科分会副主任委员，上海中医药学会会长，上海市名中医，全国名中医继承班指导老师，教育部及上海市医史文献重点学科带头人，上海市中西医结合心血管重点学科带头人。香港大学中医学院名誉教授，香港中文大学中医学院名誉客座教授，英国伦敦都市大学荣誉博士，《辞海》中医学科主编，享受政府特殊津贴，上海市第八、九届政协委员，曾获上海市劳动模范称号。2008年获上海市“教学名师”称号。

严教授家学渊源颇深，父亲严苍山乃近代上海著名中医学家、中医教育家，就读于上海中医专门学校，师承丁甘仁先生，与程门雪、黄文东为同窗挚友。1927年和秦伯未、章次公等创办上海中国医学院，后又执教

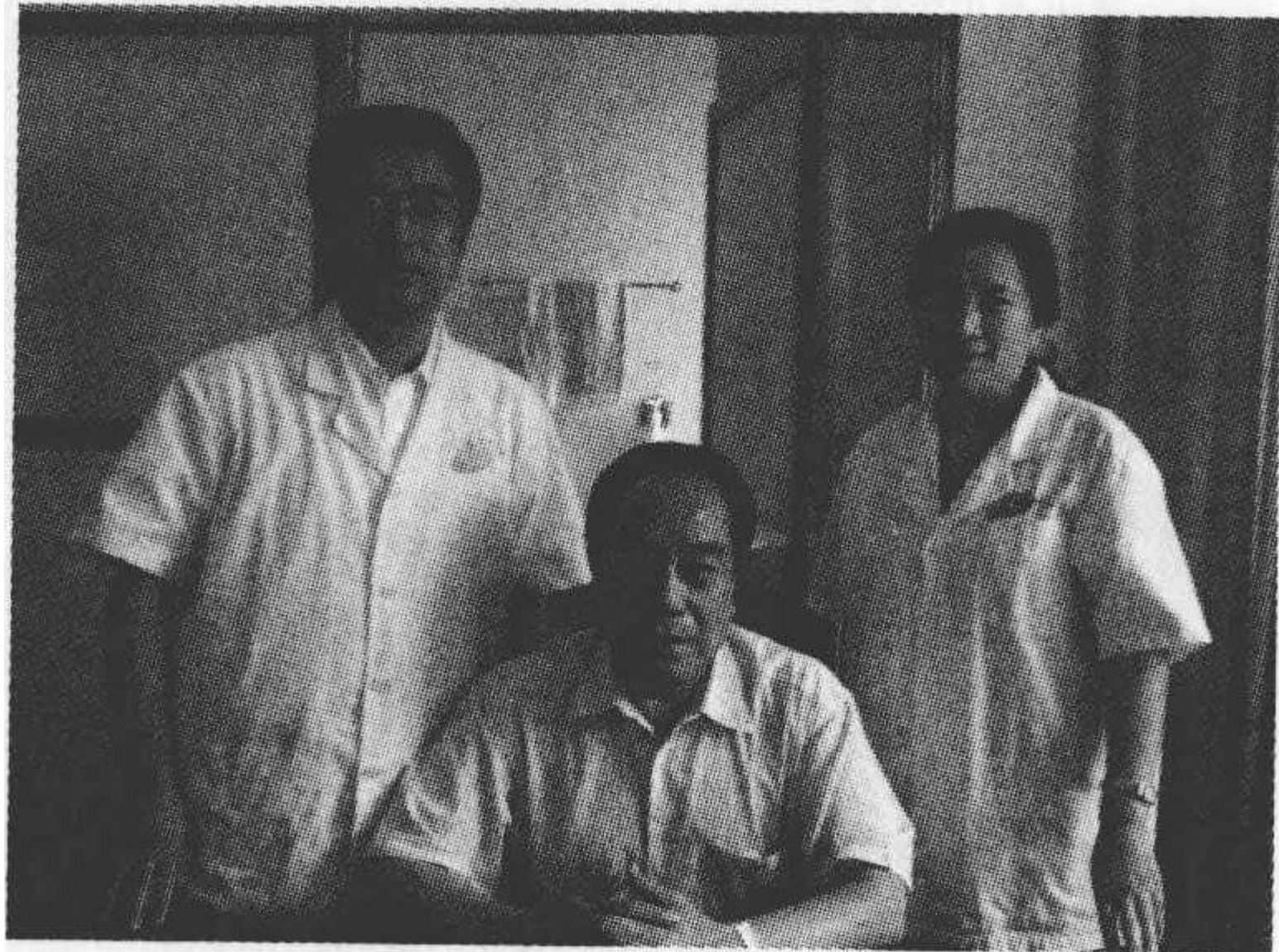


于新中国医学院，投身中医教育事业。苍山先生不仅一生辛勤耕耘于中医学园地，成果丰硕，业绩斐然；而且又善诗文，精书法，能绘画。疫病流行期间，苍山先生用自创方药救治了许多危重病人，还常给他们垫付药资，被病人称为“活菩萨”。苍山先生常说：“治病救人是医生的天职，

重财求利不如改行去经商。”在父亲的影响下，严教授中学毕业后，于1958年报考了上海中医学院。毕业后，留校任《伤寒论》教研室教师。1972年到曙光医院跟随张伯臾侍诊学习15年，直到张老去世，深得老师的精髓。

严教授1978年调回上海中医学院任各家学说教研室主任。自1985年任上海中医学院副院长、上海中医药研究院副院长起，至1998年任校长，严教授一直分管教学，20余年来，积极致力于中医药创新人才培养工程，按照“拓宽口径，加强基础，注重素质，整体优化，面向社会”的要求，探索个性化培养的有效途径，在国内医科院校中率先建立了全面学分制教学管理制度，深化以中医药课程体系、教学内容、教学方法与手段、人文与身心素质，以及人才质量保障体系等为主要内容的改革，努力培养学生创新意识、科研思路、动手能力。

严教授长期从事中医各家学说、中医疗代著名医家学术思想及学术经验的研究，开创了中医学术发展史的研究领域，创建以藏象理论为核心，能包容脏腑辨证和其他各种辨证论治精华的“藏象辨证论治体系”。尽管政务繁忙，严教授却始终未曾疏离临床，多年如一日，每周坚持数次出诊，深得病家信赖。他熟读《千金》，取法百家，对张仲景、金元诸家、张景岳、叶天士、王清任诸家之说尤有心得，又掺以己见，发挥新说，不拘一格，特别对运用中医中药治疗心脑血管疾病及疑难杂症具有



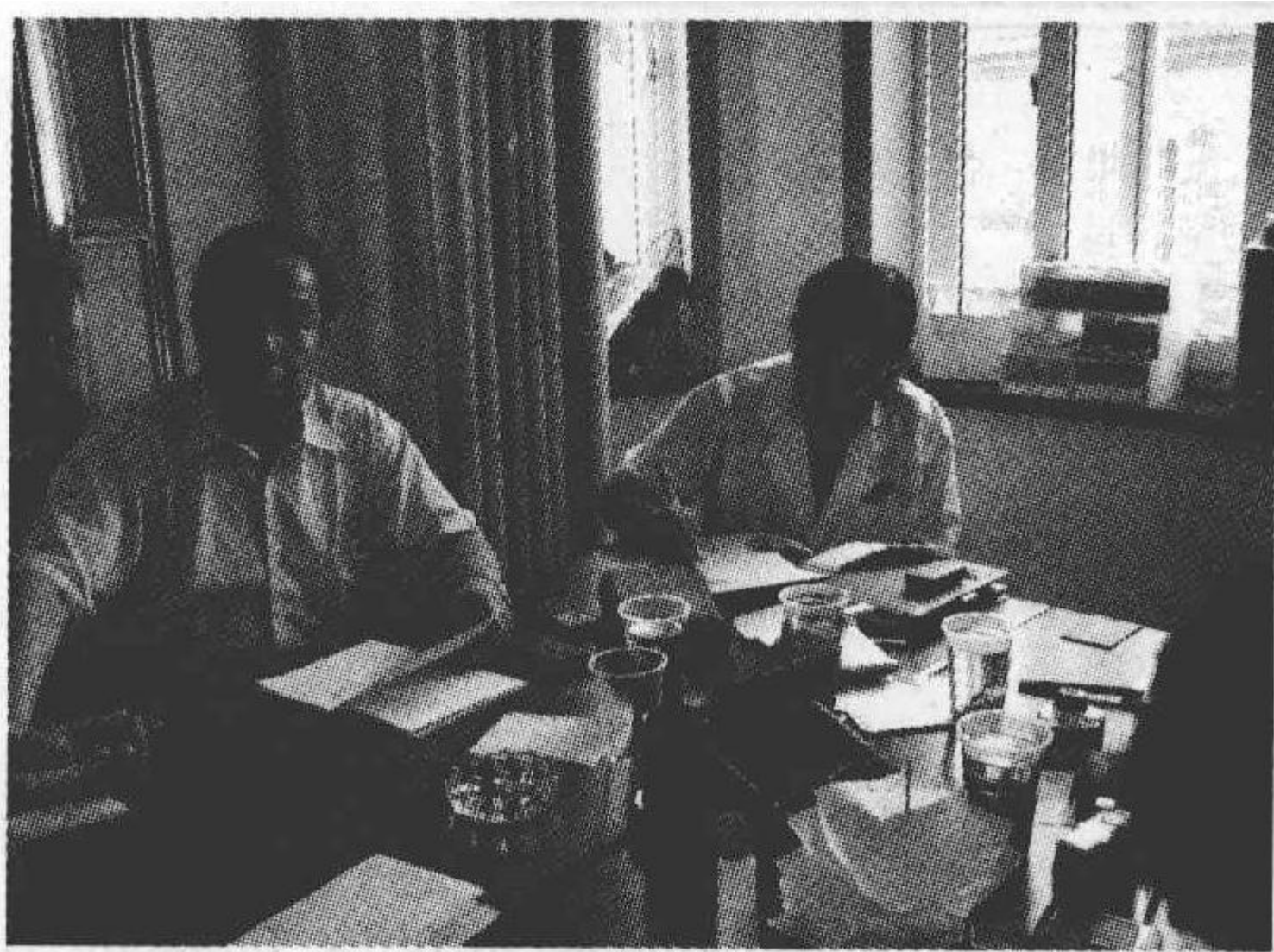


独特的经验和疗效。严教授还经常对病人进行心理疏导，解除病人的思想负担，尽心尽力地为病人服务。

严教授貌似冷峻，可在他内心蕴藏着对中医事业的热爱、忠诚和执著，在医疗、教学、科研方面成绩卓著，历年来曾主编《中医学学术发展史》《现代中医内科临证备要》、“十



五”国家规划教材《中医学学术史及医家学说》、“十五”“十一五”国家级规划教材《中医各家学说》《中医藏象辨证学：肝胆病论治方案》《严世芸谈心



脏病》《内科名家严苍山学术经验集》《中国医籍通考》《宋代医家学术思想研究》《中医人才学概论》《中医学学术史》《张伯臾医案》、校注《临证指南医案》《中医药人才培养模式改革研究与实践报告》《新编简明中医辞典》《实用中医内科学》《藏象辨证论治学》《中国医籍大辞典》（常

务副主编）、《三国两晋南北朝医学总集》等20余部著作，发表论文50篇。历年主持各级各类课题20余项，获教育部科技进步二等奖、国家图书奖提名奖、国家优秀教育成果二等奖等各类奖项14项。

【学术思想】

一、创建藏象辨证论治体系

中医辨证论治是中医学理论的核心之一，更是中医临床医学的精髓所在。现代中医学根据历代医家有关临床辨证的学术成就所归纳的各种辨证方法，在一定情况下反映了疾病的内在联系，至今仍为中医临床认识和分析疾病的主要手段。然而还应看到，这些辨证方法是在不同时代、不同条件下形成的，其年代跨度有两千年上下，因而各自归纳的内容、理论特点和适用范围都不尽相同，有以病位为言，有以病因、病性为论；有较抽象，有较具体。它们既各有特点，不能相互取代，而又不尽完善，不够全面；既交叉重叠，而又未能形成统一的体系，甚至还不可避免地存在着重复性、局限性和随意性，并有头绪纷繁，无所适从之嫌。例如，八纲辨证中存在大量交叉重复的内容，使其在一定程度上失去了“纲举目张”的作用，而且八纲辨证对疾病的认识尚不够具体也不够深刻。又如，论六经辨证都离不开脏腑、经络，临床证治中常将六经辨证与经络辨证分居割裂，乃是很不完善的，也是辨证论治理论的一大缺陷。再如，卫气营血辨证，将温热外感疾病的发生发展划分



为卫分证、气分证、营分证、血分证，而临床实际则是卫气营血病机难以截然分割的。在温病辨证论治中，三焦辨证与卫气营血辨证是“一纵一横”的关系，两者密不可分。在三焦辨证中，上焦温病包括手太阴肺和手厥阴心包经，中焦温病包括足阳明胃和手阳明大肠、足太阴脾，下焦温病包括足厥阴肝和足少阴肾的病变，这说明三焦辨证也是与脏腑辨证、经络辨证息息相关的。在诸多内科疾病以及外科、妇科、五官科、皮肤科，甚至儿科疾病的诊治中，应用经络辨证更是举不胜举。遗憾的是，将脏腑和经络看成是两个独立体系的思辨方式，在当今中医界似已成为惯例。因而，在很大程度上致使临床医师对脏腑经脉病证的定位较为模糊，从而直接影响了辨证论治疗效的提高。

以脏腑为中心，把脏腑与经络、脏腑与形体各器官组织、脏腑与精气神，乃至脏腑与自然、社会环境等都有机联系起来，在整体观念指导下的藏象学说，一直是中医辨证论治的理论基础。严教授通过长期学习领悟，反思探索，综合辨析，经过与其团队的共同努力，创建了中医“藏象辨证论治理论体系”。该体系梳理整合中医历代各家各派散在的各种辨证方法，以中医固有的辨证思维、整体思维的方式，构建一个以藏象理论为核心，能包容脏腑辨证和其他各种辨证论治精华的新体系，是对传统辨证方法的一种创新、发展和提升。藏象辨证论治理论体系全面继承了中医各种辨证方法的优点，又通过重新整合、提炼、补充、演绎和验证而形成一个新的体系，并将之应用于心血管疾病及疑难杂病的辨证治疗中，能极大地提高辨证水平和临床疗效。这个“藏象辨证论治理论体系”通过了国家中医药管理局的鉴定，并得到了邓铁涛、任继学、裘沛然、颜德馨、何任等当今中医泰斗的认可及赞誉。

二、强调“治未病”——调养精、气、神

治未病是现代防病保健的重要思想。中医治未病理论历史悠久，如“上工救其萌芽……下工救其成，救其已败。”（《素问·八正神明论》）“上工刺其未生者也……故曰上工治未病，不治已病。”（《灵枢·逆顺》）“上医医未病之病，

中医医欲病之病，下医医已病之病。”（《千金要方》）等论述。中医“治未病”具体包括，未病先防、已病防变、欲病救萌、愈后防复几个方面。严教授认为调养精、气、神是治未病的重要内容。精、气、神是构成、维持人体生命活动及脏腑、经络、四肢、官窍功能活动的物质基础，其盛衰变化主宰整个人体生命活动。中医认为精、气、神乃人体三宝，生命基础在于精，生命维持赖于气，生命现象表现于神，它是中国传统养生和生命学说的重要组成部分。治未病关键在于调养人体之本——精、气、神，从而协调脏腑功能。

精是人身之本，泛指人体一切营养物质，先天之精禀受于父母，后天之精源于饮食。“人始生，先成精”，精是构成人体的基本要素，主宰人体的整个生长发育、生殖、衰老过程。精能生气，气能生神，养生先应保其精，精满则气壮，气壮则神旺，神旺则身健，身健而少病。《素问·上古天真论》曰“精神内守，病安从来”。

气是维持人体生命活动所必需的精微物质，是推动人体脏腑组织机能活动的动力。“人之有生，全赖此气”。气升降出入有序运动，周流不息，如环无端，维持脏腑正常功能活动。故《内经》曰：“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”。

“得神者昌，失神者亡”。神是生命活动的主宰，与人的精神、意识、思维活动有关，“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也……心伤则神去，神去则死矣。”（《灵枢·邪客》）神为心所主，心健则神气充足，精力充沛，五脏功能协调，血通畅而体强。而情志活动异常，如七情内伤，精神抑郁，气血失和，脏腑功能失调则身弱。精神内守乃为养生之道，清心寡欲以养神，益寿延年。

精气神三者相互影响，精生气，气生精，精气生神，精气养神。精充气足神旺，则人体健康少病。如果精亏、气损、神怯则会导致疾病的发生和加速衰老，所以精气神是人身之根本，保养精气神以固本是治未病的重要保障。

古人非常重视精气神的保养。张景岳说：“善养生者，必宝其精，精盈气盛，气盛则神全，神全则身健，身健则病少。”明·陈继儒在《养生肤语》中指出：“精能生气，气能生神，则精气又生神之本也，保精以储气，储气以养神，此长生之要耳。”严教授继承先贤观点，认为保养精、气、神，关键



在于修身养性，清心寡欲，如此则心不外驰，神不妄游，气不外耗。具体包括，摄生防病，导引养形，导引吐纳（五禽戏、气功、太极拳、八段锦、易筋经等）；劳逸结合，动静结合，动中求静，静中求动；调畅情志，保持精神愉悦，不断增强自身修养，提高心理承受能力，积极乐观向上；饮食有节，谨和五味，不宜厚腻，不宜偏嗜，戒醇酒；天人相应，顺应四时阴阳；适度房事，保精气。即从导引、劳逸、情志、饮食、房事等方面来调养，从而达到“养气、积精、全神”以治未病。现代医学的任务不仅仅是治疗和预防躯体上的疾病，更重要的是要预防心理上的失调和纠正心理心态的紊乱和障碍，此即心身统一观点（形神共养）。

三、“兼收并蓄观”——不拘一格，兼备各家

严教授从事中医各家学说研究30余年，临证治病，奄有众长，贯通诸法，熔诸家精华于一炉，同时主张中医学一定要推陈出新，与时俱进，多创治法，以应病变。严教授在临床治疗中，以仲景大法为基础，既服膺于孙真人方药和金元四子妙法，又通达于景岳的调治阴阳法则和叶桂的杂病论治；临床上不仅善用养阴之品，也不避温热燥药，擅长以附子与麦冬、熟地同用，肉桂共黄柏合剂，故奏效独捷。

严教授常说：“病情错杂，用药也不避杂乱之嫌，但要乱中有序，杂中有法”。他常教导学生多读《千金要方》，以知寒热补泻，方药配伍之妙。严教授在重视调养正气的同时，不废攻邪，他十分赞赏张子和“不可畏攻而养病”的观点，善于把扶正达邪与祛邪安正两种学术思想结合起来，灵活应用于杂病的治疗。严教授除了抓住“治病必求其本”的辨证精神之外，撷取各家专长，兼收并蓄，融会贯通，当是其疗效显著的一个根本原因。

随着医学的不断发展，疾病谱已经发生了很大的变化，因此，过分拘泥于古代先圣之一人一法，已难于取效，当不拘一格，灵活遣方。如风湿性心脏病出现心力衰竭，则当辨为肾阳衰微，水气内停，治疗应选用真武汤。然而，此为久病，气分病变必已累及血分，而致血行不畅，加用王清任之血府

逐瘀汤可兼顾气血，提高疗效。同时，遵循张景岳的理论，在温阳利水之时，适当选用补阴药物，以使生化之源充足。如此遣方用药，不仅可以获得满意疗效，而且顾及了治病必求于本的原则，为取得长期疗效打下了基础。如此临诊遣方不拘一格，兼备各家，也是其一大特点。

四、“气血观”——调养气血，百病乃安

气是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，气的升降出入运动必须协调平衡，才能维持正常的生理活动。而血液的正常循行，是各个脏器气机升降出入运动共同作用的结果。

在正常生理状态下，气血存在着协调运行和相互生化的关系。然一旦气虚血亏，气滞血涩，这种和谐关系就会失调，从而导致疾病的产生。根据临床应诊经验，严教授发现气血为病最为常见。或因外邪侵入、饮食劳倦，或为情志不畅，或由先天不足，而致气滞、气逆、气陷、气虚等证，进而影响到血液的正常生化运行，产生血不循经而出血，血行不畅而血瘀，生化不足而血虚等病变。三因致病，往往气先受之，进而影响到血液的正常循行。所以，新病之人，或理气、降气、升气，或补气、益气。常用枳壳、香附、玄胡、川楝子等理气；以旋覆花、降香、沉香、牛膝等降气；用柴胡、升麻升气；用黄芪、党参、炙甘草等补气；上述方法，有时兼而用之，以达调气之目的。如遇久病之人，或因失治，或因误治，其病必已侵入血液，致使血液泣而不行，故常在调气之外，还用当归、川芎、丹参、桃仁、红花、地鳖虫、三棱、莪术等活血化瘀，如病久入络，则加用全蝎、蜈蚣等虫类药物。针对久疾顽症，调气活血合用，至为重要。正如《素问·至真要大论》所说：“疏其气血，令其条达，而致平和”。此法运用于多种疑难顽症，常获良效。

根据严教授的“气血观”研究“益气活血通脉颗粒”防治动脉粥样硬化的机理，结果表明，“益气活血通脉颗粒剂”能明显减轻动脉粥样硬化的病变程度，可能与其调整脂质代谢及保护内皮细胞功能，调节血小板 cAMP、cGMP 水平，调控动脉病变处 bFGF（碱性纤维母细胞生长因子）的表达等



有关。

近20年来严教授致力于中医中药治疗心脑血管疾病的研究，尤在中医药治疗心血管疾病方面具有独到见解，倡导心病诊治重在气血。

心主全身之血脉，外邪稽留，内舍于心，七情内伤，心失所养，均可发为心病。心病则心气、心阳虚衰，无力鼓动血脉，血行失畅，五脏失养，气虚血瘀，血瘀阻于脉中，又可影响气血的运行。

基于气血在心的各种活动中所起的重要作用，严教授对心病的诊治重视调理气血，尤其重视调整心脏的气血阴阳。对此在治疗用药上主要体现在以下两方面。

一是调气活血法治疗心律失常。教授常以生脉散合酸枣仁汤、炙甘草汤加味益气养阴，此方中生地、麦冬、阿胶必须使用，特别是炙甘草和桂枝不可轻用。

二是益气化瘀法治疗急性冠脉综合征。补阳还五汤能益气活血，作为心病诊治中调理气血的基本方，常被严教授应用于心病的治疗中。严教授集多年临床经验创制了验方“益气化瘀汤”治疗冠心病，该方以黄芪、桃仁、川芎、当归、桂枝等补益心气，活血通脉，攻补兼施，标本兼治，体现了冠心病治疗中补虚固本的治疗大法。方中重用黄芪大补元气，使气旺血行，瘀祛络通，为君药；川芎善于调血行气，化瘀而不伤正，为血中气药而为臣药；桃仁、当归助川芎活血养血，桂枝其性温通，功于通脉活络，共为佐使。方中运用大剂量的补气药配伍小剂量的活血药，使气旺血行，活血而不伤正，共奏补气养血活血通脉之功。诸药合用，气旺血行，瘀祛络通，诸证自可渐愈。另外丹参、红花、参三七、益母草、泽兰等均为性平、活血行血、养血之品，可随证选用。

五、“协调观”——阴阳调治，医之根本

阴阳学说贯穿于中医学学术理论体系的各个方面，既可用来说明人体的生理功能，也可解释疾病的发生发展规律，对临床具有重要的指导意义。

（一）阴平阳秘，精神乃治

中医理论中的阴阳是人体物质机能活动的归纳和演绎。人体的阴阳是互根互用并可互相转化的辩证关系，这种关系体现在“和”上，也就是“和谐”和“协调”。一旦阴阳离决，人的生命运动也就停止了。临床中证候虽然复杂多变，但总不外阴阳两大类，而诊病之要也必须先辨明阴阳属性，或阴阳协调状态。然人之阴阳又以肾精为根本，故肾之阴阳是五脏六腑阴阳之根本。故又称元阴、真阴，元阳、真阳。肾阴和肾阳相互依存，相互制约，以维持人体生理上具有根本意义的协调。一旦这种协调被打破，就会导致人的整体阴阳失调而产生诸多症状和疾病。由此可见，在诊治疾病的过程中，应注重阴阳的协调，尤其应强调肾阴肾阳的协调。

临床应诊，若非外邪彰然，当虑及肾之阴阳。常用生熟地、山萸肉、首乌、麦冬以养阴；用仙茅、仙灵脾、补骨脂、附子以补阳；用鹿角片、黄精、脐带、紫河车以填补精气。内伤杂证，肾精不足者，随证取舍，每可获效。

（二）善补阳者，必于阴中求阳；善补阴者，必于阳中求阴

阴阳不仅是一个事物的两个方面，同时阴阳还有互根互用和相互转化的特点，如《素问·阴阳应象大论》说：“故积阳为天，积阴为地，阴静阳躁，阳生阴长，阳杀阴藏，阳化气，阴成形”。这一理论对临床处方用药影响深远。张景岳在此理论基础之上得出了“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”的认识，其所创左归丸、右归丸等对后世医家影响颇深。

临诊若遇阳气虚损而用补阳益气的附子、桂枝、黄芪、鹿角等药物时，应注意适当使用补益阴液的生熟地、山萸肉、白芍等，以使生化之源无穷。此法常用于各种原因引起的心力衰竭、陈旧性心肌梗死、顽固性早搏、椎基动脉供血不足引起的眩晕等。反之，病家表现为阴精亏损，在使用补阴填精的药物，如生地、熟地、首乌、枸杞、麦冬、炙龟板等，也应兼顾补益阳气的药物如附子、仙灵脾、菟丝子等，以使生升之源不竭，如中风后遗症之下肢萎软等。一味补阴或一味补阳，总有偏颇之嫌。



严教授认为，从病证的病机出发，配伍得当是处方用药的关键。在杂病的治疗过程中要始终注意“补不宜呆滞，泻不可伤正，寒不能伤阳，温不可劫阴”等配伍用药原则。如在胸痹治疗中，尤须注重协调阴阳法。阴损及阳轻证，仿炙甘草汤意，以阳中求阴；重证则附、桂同用于养心阴方中，以扶阳配阴。阳虚及阴轻证，在温阳方中酌加生地、麦冬、枸杞；重证则合生熟地、萸肉、首乌等阴中求阳，养阴配阳，俾阴阳相济而心脉得养。在选用补益药时应注意以下几点。

1. 监制其偏

温心阳要避免过用温热，尤慎辛燥。阳虚之甚须补以辛热，则宜略佐凉润。补心阴要避免过用寒凉，尤慎苦寒。倘阴虚之甚须补以寒凉，则宜略佐温热（如补骨脂、肉苁蓉）。此皆监制其偏而为。

2. 注意互损先兆

在治疗中要注意互损先兆，及时用药以防微杜渐。如舌红转淡，宜减凉润，苔白转干，当免过温。又如温肾中出现龈痛、咽燥，养阴药中出现食少便溏，滋阴中出现思睡，或心阴（阳）久亏，经养阴（温阳）未见好转者均须考虑有阴阳互损之变，而用阴阳并调之法。

3. 病久服药防偏盛之害

凡须久服药者，补心阴中宜酌加益心气温心阳之品（黄芪、甘草、桂枝等）；温心阳中宜配用养心阴之品（麦冬、沙参、玉竹等）。如此既可阴阳互济，又可防偏盛之害。

六、“五脏观”——调治心病，兼顾五脏

严教授在临证中注意扶正达邪与祛邪安正相结合，治疗用药上注重五脏兼顾，治心兼顾治脾、治肾，重视调理肺、肝，协调诸脏器的总体功能，善

于调动人体正气，以达到扶正祛邪的目的。

（一）治心兼调中

重视调理脾胃，调必有法，这是严教授临证经验的又一个学术观点。他综合前人有关脾胃之论，结合临床体会指出：治损应取其中，治心必兼补中。“心火生胃土，命火生脾土”，严教授认为治疗心病不能忘却脾胃，提出土气的盛衰是决定疾病预后转归的重要因素。若中土未衰，可凭其生发之气使心之阴阳气血渐次来复，反之往往积虚成损。心病调理，其要在脾，在辨证用药基础上同时着意扶中，冀能坚固砥柱，以图转机。并认为调治脾胃关键之一在于流通。胃腑之通降，贵在通，脾气之舒展，重在运，常用甘平之品补脾元，辛香之品调胃气。心病诊治中，常依辨证加入生晒参、红参、黄芪、白术等品，以健脾培元法治疗稳定性劳力性心绞痛。例如严教授曾在1992年出国学术交流期间治疗一美国中学生，其罹患扩张性心肌病、慢性心衰，心功能Ⅳ级，症见气促、动则气喘、难平卧、浮肿、乏力。美国医师断言该患者预后不良，生存不会超过半年，求治于严教授。严教授辨证之后即以补中益气汤、真武汤合补阳还五汤化裁，加用活血软坚之牡蛎、海藻、鳖甲，大补元气之人参，温补肾阳之仙灵脾、补骨脂、鹿角片等，滋补肾精之生熟地等，后又服用此类膏方，病情得到缓解，目前已生存10余年。此乃严教授“治心必兼补中”学术思想在临床实践中的有效应用。

（二）心脏虚衰日久，治必补肾

心藏神，主火，为五脏六腑之大主；肾主水，为真阴真阳之所寄。心肾两脏一阴一阳，络脉相连，水升火降，成交泰之势，在维系人体阴平阳秘，协调脏腑生理功能方面起着极为重要的作用。

心肾同病，常是心病后期尤其是心衰重笃阶段的主要病机转归。严教授对此证型每以扶正固本为大法，在慢性心力衰竭的治疗中，温阳利水、益肾填精为治疗常法，临证用药以温阳利水之真武汤应用最为多见，并自创“强心饮”一方，心肾同治。具体用药还体现在补肾包括补益肾精及温补肾气两方面，用药避忌刚燥，补精以地黄为主药，肉苁蓉、山萸肉、菟丝子、坎炁



等也在常用之列，取其滋润摄精、血肉填精之效，温补肾气则常取附子、仙灵脾、巴戟天、鹿角片、补骨脂等。

(三) 治心重宗气而顾养肺

心肺同居上焦，心主血，肺主气，气血相贯；心主血脉，肺朝百脉，宗气积聚胸中，以贯心脉。心肺在病理上也密切相关，临床所见肺源性心脏病心衰，即久病肺气虚衰，或肺气壅塞，不能朝会百脉以助心气推动血液运行，进一步损及心阳而致心衰；病久势深，则心肾阳虚，饮邪内停，其病位在心肺，涉及脾肾。严教授常在养心的同时，兼用温肾健脾、补肺平喘法治之，方用真武汤、补中益气汤、葶苈大枣泻肺汤、小青龙汤等化裁。兼痰热壅肺者合用麻杏石甘汤类清肺涤痰平喘；病势缓解期则以补肺益气为主，选用补肺汤加味。

(四) 治心善调肝，疏导七情

中医学认为，情志失调可致心病，因为“喜则气缓”、“怒则气上”、“悲则气消”、“恐则气下”，可使气机升降失调。《素问·师传》曰：“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其便，开之以其苦，虽有无道之人，岂有不听者乎”。《东医宝鉴》曾强调：“古之神圣之医，能疗人之心，预使不至于有疾；今之医者，惟知疗人之疾而不知疗人之心，是犹舍本逐末不穷其源而攻其流，欲求疾愈，不亦愚乎？虽一时侥幸而安之，此则世俗之庸医，不足取也。欲治其疾，先治其心，必正其心，乃资于道……此真人以道治心，疗病之大法也”。说明善医者，必先医其心，而后医其身，心身应同治。

随着社会的发展和疾病谱的变化，21世纪的医学模式已转向“社会-心理-生物学模式”，重视在治疗身体病变的同时帮助患者恢复健康的心理状态，重视生活质量的提高和有质量的生命的延长。这同样也是中医药治疗心血管疾病的重要目标和疗效评判不可缺少的标准。

严教授在长期临证实践中根据古代医家心身同治的方法，每将医学心理咨询和中医调肝、七情疏导的优势结合用于心血管疾病防治中，制定并建立心血管常见病证的七情调治方案。常用暗示默化法、情志导引法、静志安神法、怡

悦开怀法、说理开导法等，晓之以理，使之常处寂然，心君泰安，志闲而少欲，心胸旷达，恬淡虚无。他在临证治疗时极其注重与患者的沟通，以期提高患者认知能力，改变不良情绪，使心宁神安，气血调畅。严教授主张在治疗中除把握患者的自然属性外，还须了解更复杂的社会与心理属性，如个体的遗传、体质、性格、心理特征等。他对此类患者除予以心理疏导外，还重视心肝相生之理，肝阴不足，肝失疏泄，皆能木火犯心，导致心肝火旺之症。故临床注重以柔肝、清肝、疏肝之法以治心疾，善用一贯煎、逍遥散、柴胡加龙骨牡蛎汤、甘麦大枣汤等方，疏肝解郁，养心安神，随症加减，疗效显著。尤其是柴胡加龙骨牡蛎汤治疗抑郁症疗效颇佳。此外，严教授还认为医者应具备立体的、多层次的、多视角的思维模式，应当根据不同患者所处的环境不同，包括自然环境（气候、地理环境等）和社会环境（社会地位、经济条件、生活方式等）的不同，进行“社会诊断”，开出“社会处方”。

（五）心病诊治，标本兼顾

心系病证多为本虚标实之证，本虚可为气血阴阳亏虚，可阳虚（多见）、气虚，也可阴虚、阴阳两虚，甚或阳微阴绝，心阳外越。因“心为君主之官”之故，又常兼有他脏的虚损，故严教授临证中多从整体辨证着手，注重五脏之间的相互联系和相互影响，经常应用益气温阳、益气养阴、培补中气、补肾填精、阴阳并调法等补虚固本之法，尤重心肾并治。

关于心系病证的标实，中医学认为以痰、瘀、饮、气滞为多见，且多为因虚致实，同时又有兼热、兼寒的不同，其原因与心病时五脏六腑功能失常有关。故严教授在祛邪治疗中十分重视对这些脏腑功能的调整，而不是单纯祛邪。认为祛邪治疗也必求其本，治疗常以益气活血、温阳利水、健脾化痰、疏肝理气等立法。

在标本兼顾中，严教授十分重视权衡本虚标实的孰轻孰重，灵活应用扶正祛邪的各种方法。治疗用药上把握好“祛实通脉不伤正，扶正补虚不碍邪”的原则，或先祛实通脉，或先扶正补虚，或寓补于通，或寓通于补，或通补兼施，章法分明，选药精当。



【经验特色】

一、充血性心力衰竭的诊治经验

(一) 基本病机是本虚标实

充血性心力衰竭是一种复杂的临床证候群，是多种心脏病发展到后期的最终结果。目前已经明确，导致心力衰竭发生发展的基本机制是心肌重构。慢性心衰根据其临床特征在中医学中分属于“心悸”、“喘证”、“水肿”等范畴，部分左心衰患者夜卧咳喘、咯血，右心衰症见瘀血性肝硬化、胸腹腔积液属中医的“咳嗽”、“血证”、“积聚”、“悬饮”、“鼓胀”范畴。严教授在长期的临床实践中，通过总结历代医家对与心衰相关证候和病变机理的阐述，结合自己的医疗实践，认为心衰的基本病机是本虚标实。

1. 正虚为本，邪实为标

慢性心衰初起以心气虚为主，心气虚则心血瘀滞，成气虚血瘀之候。随着疾病的发展，或气虚及阴，成心气心阴两虚之证；或气虚及阳，成心气心阳两虚之证；进而心阳势微，不能藏归、温养于肾，致肾阳不足，气不归根，

主水无权，寒水泛滥而外溢肌肤、上凌心肺，则肿、喘、悸三症并见，成心肾阳虚，甚者引起暴喘而心阳欲脱。总之，在心衰的发病中，心气虚是病理基础，心阳虚是疾病发展的标志，心肾阳虚则是疾病的重笃阶段，而瘀血、水饮是病程中所必然产生的病理产物。气虚阳衰、瘀血、水饮，三者密不可分。瘀从气虚来，水由阳虚生，血瘀气益虚，水泛阳更损，从而可形成恶性循环。其中尤以心肾阳气亏虚为主，若阳气不复，阴寒内盛，则瘀血水饮难除。

2. 病位在心，广涉五脏

心衰虽然病位在心，但与肾、肺、脾、肝密切相关。一方面，心衰时心气心阳不足，血脉流涩，其病理产物即瘀血和水饮可对其他脏腑产生影响，如瘀血在肝则胁痛、癥瘕，瘀血在脾胃则腹胀、纳呆、呕恶，瘀血在肺或水饮射肺则水结气少、喘咳不卧等，进而产生痰阻、气滞等多种病理变化；另一方面，他脏病证影响心脏时亦可发展为心衰，如肺源性心脏病由肺病及心，肺不能朝会百脉以助心血运行，日久心气受损，渐至心衰；又如贫血性心脏病由脾病及心，其脾失健运，水谷精微不足，气血亏虚，可致心气心血受损；再如高血压性心脏病由肝及心，可因肝郁化火或阳亢日久，灼伤心肾之阴，或暴伤心气，最终发展为心衰，等等。因此，心衰时往往可见心肾同病、心脾同病、心肝同病、心肺同病等多种变证，故辨证时须根据各种兼症辨明有无数脏同病。同时，心主血脉的功能减弱，每致血脉瘀滞，并多与痰水互结。

（二）治疗以扶正固本为大法

养心补气、温阳利水、益气活血为治疗慢性心衰基本法则。温阳益气是治疗心衰的主要措施，温阳利水是治疗心衰的重要环节，活血化瘀则贯穿于心衰治疗的始终。

1. 养心补气益阴法

本法常用于心衰早期，单纯心病阶段，相当于西医 I 级心衰即无症状性心衰。患者可无症状，仅表现为 EF 降低，或仅有心悸、乏力、气短，常用



人参、党参、黄芪、麦冬、五味子、炙甘草、川芎、知母、枣仁、当归、茯苓、远志、生地、桂枝等，体现了中医预防思想。

2. 益气活血法

心主血脉，赖心气心阳以鼓动，使血脉正常循行，遍济全身。心气、心阳虚衰，无力鼓动血脉，血行失畅，气虚血瘀，五脏失养，故益气活血为要法。严教授治心衰活血之方，多取法于王清任《医林改错》，如补阳还五汤、血府逐瘀汤、膈下逐瘀汤等，尤其对补阳还五汤推崇备至。有斯证用斯药，法度井然，针对心衰气虚阳衰、瘀血与水停共存的机制，用补阳还五汤作为益气活血的代表方，以大剂量黄芪配活血之品，使气旺则血行，活血而不伤正。对心病治疗亦注意五行生克关系，更多关注本脏之前后两脏，如肝为心之母脏，常合用柴胡疏肝散加减。

3. 温阳利水，补肾纳气法

常用于心衰后期的重笃阶段，为心肾同病阶段。此期患者每见有气短乏力，动则气喘，难于平卧现象。严教授认为，心衰动则气急为肾不纳气，气之根浮于上，不能单纯以苏子等降气平喘，而需回纳，使心肾相交，水火既济。临证用药以温阳利水之真武汤为主，且主张真武汤必用全方。严教授论心衰重视气血，更注重心阳，故善用附子，用量多为10~15g，取其有明显的强心和扩张外周血管作用。附子为阳中之阳，其性浮而不沉，其用走而不息，故于经络靡所不入，其辛甘大热，能补命门衰败之火。附子通过灵活配伍，可广泛应用，如心功能不全兼火旺者，证如舌光红无苔也用附子，有曰舌光红无苔为附子嫡证，心肾阴亏或心阴心阳两亏者，可与知母、黄柏、生地、麦冬或炙甘草汤等同用；有心律失常者，以附子合苦参、茶树根；兼肝阳者，用附子合羚羊角粉；有心阳不振者，用附子合桂枝；兼气滞胸闷者，用附子合瓜蒌皮、薤白、半夏。慢性心衰在心肾同病阶段经常出现血压降低，常随证加入山茱萸30g酸收固脱，心肾阳虚时则可与仙灵脾、鹿角片、补骨脂等同用。

任何病因所导致的心衰都存在心肌重构、心肌纤维化的问题，在心衰治

疗进程中始终不忘加入生牡蛎、夏枯草、海藻、昆布、炙鳖甲、象贝母、三棱、莪术等软坚散结之品。在其治疗心衰方中，以人参、附子、黄芪、丹参、茯苓、川芎的用药频率最高，其次是葶苈子、泽泻等。

慢性心功能不全的治疗要遵循中医辨证论治理论，又应结合西医学的诊断。引起慢性心衰的原发病不同，治疗也当有所区别。如冠心病慢性心衰常因气虚血瘀、痰湿痹阻所致，治当益气活血、豁痰通痹；风心病慢性心衰如因风寒湿邪久羁引发，当佐以祛风散寒除湿之品；肺心病慢性心衰者常因痰热蕴肺，复感外邪诱发，治宜扶正祛邪、清热化痰理气为要；糖尿病导致的慢性心衰兼以益气养阴法，等等。

经验方：附子、猪苓、茯苓、白术、白芍、仙灵脾、补骨脂、鹿角片、川芎。

方中附子辛热，壮肾之元阳，使水有所主；白术苦温，健厚中土，使水有所制；猪苓、茯苓淡渗利水，并佐白术之健土；方中尤用芍药酸敛，破阴凝，布阳和，固护其阴，以制附子雄烈之性；仙灵脾、补骨脂、鹿角片暖补肾气，与附子合用，补心肾阳气；川芎为血中之气药，性善走散，功能活血行气。如夹痰湿，则合用温胆汤、小陷胸汤、胆南星、石菖蒲、天竺黄等；气滞胸闷者佐入瓜蒌薤白汤之类，但薤白偏温，宜权衡而用，宣通阳气可择瓜蒌、生姜汁之类；有瘀血者可加入失笑散、血府逐瘀汤等方；阴虚者常用生地、石斛、玉竹、西洋参等，选用养阴药时应注意避免过于滋腻。

二、冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊治经验

冠心病可划入中医的“心痹”或“胸痹”的范畴。痹者，不通之义。分析病机不外虚实两端，有因实而胸阳心脉痹阻，有因虚而血滞胸阳不振。具体而言，实者又有气滞、血瘀、痰浊之分，虚者也有阴虚、阳虚、气阴两虚之别，且多兼夹而病。治疗也当据证灵活加减，未可执一方而通治其病。



(一) 实证

胸痹发病离不开痰、瘀、寒、气滞。凡胸痹之属于实证者，多见于身体壮实或病起不久的患者，治疗以祛实通脉，舒展胸阳为主。

1. 气滞

气滞上焦，胸阳失展。临床表现以胸闷为主，或伴有得嗝气，矢气则舒，时欲叹息，脘胀等症，气滞重者可有胸隐痛而不固定，苔薄白，脉细弦。治疗多用瓜蒌、薤白、郁金、丹参。胸闷重者可另加枳壳，兼有一些寒象者加桂枝，此外沉香粉也可酌情选用。

2. 痰

痰浊闭阻心脉，胸阳失展。临床又有痰饮、痰浊、痰火、风痰之别。

(1) 痰饮：胸闷重，胸痛轻，咳唾痰涎，苔白腻，脉滑；兼湿者，可见口黏、纳呆、倦怠、便或软。治疗以枳实、瓜蒌、薤白头、半夏、茯苓，或可合用苓桂术甘汤之类。

(2) 痰浊：胸闷为主，或兼胸痛，痰黏，苔白腻带干，或淡黄腻；若痰稠，色或黄，大便偏干，苔腻而干，或黄腻，是为痰热。治疗多用竹茹、枳实、茯苓、半夏、陈皮、甘草、瓜蒌，痰热者加黄连。

(3) 痰火：胸闷为主，或兼胸痛，痰黄稠厚，心烦，口干，大便干，苔薄黄腻，或白腻而干，脉滑数。治疗拟用枳实、瓜蒌、郁金、茯苓、海浮石、海蛤壳、黄连。

(4) 风痰：舌红或兼有中风后遗症，苔腻。治疗可据病情选用南星、菖蒲、天竺黄、竹沥、生姜汁、川贝母、枳实、瓜蒌、半夏、茯苓、礞石滚痰丸等。

此外，若痰与寒合，痹阻胸阳，闷痛明显者，可予瓜蒌薤白桂枝汤；必要时可掺入细辛、乌头之类；若痰气交阻，又当增入郁金、厚朴、枳实之类。

3. 瘀

瘀血痹阻，心脉不通。临床表现为胸痛为主，疼如刺，甚或彻背，面色晦黯，舌有瘀斑或舌质黯，舌下青筋，重者舌质青紫，面色灰黑，脉细弦或涩，即《证治准绳》中所谓的“死血心痛”。治疗用丹参、当归、川芎、郁金，血瘀较重者加桃仁、红花、赤芍，或与当归四逆汤合用；瘀较久者，加虫类药搜剔，如地鳖虫、全蝎等；胸痛剧者，加乳香、没药、失笑散、细辛等。

4. 血瘀证常与气滞、痰浊等症并见

(1) 气滞血瘀：根据胸痛、胸闷的程度和性质以及有关的症状表现，判断气滞、血瘀孰轻孰重，抑或并重。治疗以气滞为主，兼有血瘀者，按气滞用药，适当加些活血药（活血不能太重），如选用当归、红花、益母草、泽兰叶、丹参、赤芍等养血活血之品，必要时可配伍柏子仁、淮小麦等养心之品。血瘀重而气滞轻者，可按血瘀用药，加地鳖虫、莪术等，与瓜蒌、薤白、郁金、枳壳等理气药同用。

(2) 血瘀夹痰浊：临床可表现为胸闷，多吐痰沫，胸痛固定，或痛如刺，舌边青黑或瘀斑，苔白腻或厚。治痰浊方药合桃红四物汤加地鳖虫，但临床辨证还须分清痰、瘀的主次轻重，然后遣方用药。

5. 寒凝血脉

胸背疼痛较剧而冷，或见口唇青紫，苔白。究其病因病机，一为浊阴上占清阳之位，阴霾蔽空，抑遏阳气；一是寒客胸背，阳不胜寒，心脉凝泣。前者治当宣泄浊阴以通阳，药取桂枝、细辛、生姜、附子合瓜蒌皮、薤白头等滑利气机之品；后者当可取乌头、附子、萆薢、良姜之类。对于寒邪凝脉，在临床上当须注意与阳虚生寒之证的区别，用药也有不同。当归四逆汤于二者皆可使用。

此外，痰、瘀、气滞三者相兼为痛，临床并不少见，也应分清主次轻重，方可用药。然而，需要提及的是，目前治疗胸痹，因受西医某种理论的影响，临床弃辨证而偏执于化瘀者不少，投药亦不分轻重，这样恐不为功。



(二) 虚证

胸痹虚证临床诚属多见，究其原因，其病多发于中老年，经所谓“年四十而阴气自半”，体质已弱，加之本病每迁延日久，故易罹虚证，治疗也宜扶正补虚，振奋胸阳为主。

1. 心气虚

心气不足，血滞心脉，胸阳不展。临床表现以胸闷隐痛、气短等症每因动而引发为其特征，心悸且慌，倦怠乏力，面色白，或易汗出，舌淡红胖，苔薄，脉虚细缓等。治疗以党参、黄芪、白术、茯苓、甘草、黄精等药为主。在心气虚的胸痹中，常可兼见脾气虚、肺气虚，抑或伴见中气不足等症，治疗时必须兼顾，参苓白术散、生脉散、补中益气汤等方，均可灵活选用。

2. 心阳虚

心阳虚临床亦颇多见。一般的心阳虚，除可见心气虚的症状外，更可出现背冷畏寒、手足欠温、唇舌青紫、心胸疼痛阵作，舌淡润或淡白，脉沉细或微，临床进一步发展则可见心肾阳虚之证，如四肢不温，畏寒加重，气息短促，面足浮肿，心胸疼痛较重。治疗中心阳虚除取心气虚的药物外，宜加用桂枝、附子、干姜、炙甘草之类；心肾阳虚之胸痹可更用仙茅、仙灵脾、补骨脂、苁蓉、肉桂、鹿角片（或鹿角胶）等；浮肿者可取济生肾气丸、五苓散、真武汤之类。阳虚之胸痹，常见寒胜，浊阴痹阻心脉，故作心胸疼痛。止痛除用乌头、细辛等品之外，可更加赤石脂，以护敛阳气。阳虚胸痹之平时调理，则应据阴阳互根、阳虚可以及阴、“善治阳者，必于阴中求阳”等理论，用右归丸之类调治。

3. 心血虚

心血虚临床除面色萎而无华、心悸、失眠等症之外，由于血虚心脉失养，亦常见心胸隐隐作痛，痛势较缓，这与瘀血痹阻心脉的疼痛不同。治疗当宜益气而养心血，药如当归、黄芪、川芎、白芍等；若脾运尚健者，可用熟地，甚至重用。此外，丹参、仙鹤草、益母草、功劳叶等也属常用。血虚而心神

失养，又可配合归脾汤之类。平时调理可常服十全大补丸。

4. 心阴虚

心阴不足，血稠行涩，心脉失畅。临床表现胸闷，动则胸痛胸闷加重，心悸，面色正常或面红升火颊红，自觉内热，盗汗、口干；热象明显者，兼见咽干而痛，但红不肿，心烦不得卧，便艰，低热等症，舌红或绛少津，苔薄或剥，甚或舌光红而干，脉细数。治疗多用北沙参、麦冬、五味子、玄参。若兼见热象，不重者加丹皮、地骨皮、白薇、鳖甲；重者可加生地、赤芍、黄连、知母等，而去五味子。心阴虚心火旺者可合导赤散、朱砂安神丸等；老年衰弱，肾水亏乏，胸痛、腰膝酸楚、耳鸣耳聋、足跟痛，当合六味、左归之意；五心烦热、升火颧红，当滋水济本，以制阳亢，常取知柏八味丸、大补阴丸等；阴虚内热，胸中灼痛，则可更加蒲黄、木通。心阴虚、心神不宁者，天王补心丹可以常服。

5. 气阴两虚

临床表现胸闷痛，心悸且慌，气短乏力，心烦，时有升火，口干，舌红胖苔薄，或淡红胖少苔，脉虚细带数。临床辨证，尚须分别气虚为主，兼有阴虚，抑或阴虚为主，兼有气虚。治疗多用党参、沙参、麦冬、黄芪。临床未见明显胸闷胸痛者可加五味子，但若胸闷、胸痛、气短等症因动而作，则五味子不在禁忌。根据气虚、阴虚的主次，治疗用药还应灵活化裁。

胸痹虚证，临床常见，治疗当应补益。不可片面理解胸痹之“痹”字，以为“痹”者不通之义，对于补法，忌讳莫深，唯恐加重壅塞。须知因虚也可导致心脉痹阻，而辨证施补，正是通痹图本之法。如若于胸痹但知理气、活血、化痰以通脉一法，则于胸痹虚证是十分不利的。当然，对于胸痹虚证在运用补法的情况下，适当选用一些通脉之品也是必要的，兼顾其标，于治疗疾病也是有利的。冠心病每多本虚标实，治用通补是十分重要的大法。

目前临床中，不少冠心病患者或某些医生，把冠心苏合丸、麝香保心丸等芳香通窍的成药作为冠心病的日常用药，每日服用，久之，必致辛香耗伤正气，于虚证更是不相宜的，应当纠正。



(三) 兼夹证

前面所述，是冠心病辨证的典型证候，而临床所见，常常是这些典型证候之间相互兼夹，严教授将其归纳为以下8种。

1. 心气虚夹气滞

临床可见心气虚的症状，伴有胸闷作胀，暖气，腹胀，得矢气则舒等症。治疗于补心气中加入调理气机之品，如太子参、白术、甘草、香附、郁金、枳实等，辨证而用。

2. 心气虚夹血瘀

临床可见心气虚及血瘀之证。治疗宜补心气药中合桃红四物汤之类，养血活血。活血药不能用得太重，也不宜用破血药，避免伤正。

3. 心气虚夹痰浊

临床可见心气虚之证，伴有胸闷多痰，苔白腻或白滑，或淡黄腻。治疗时，补心气的药应选择平和轻补之品，如太子参、白术、甘草之类，以后再视服药后的反应，考虑是否加重补气之力；痰浊用药如瓜蒌、薤白，二陈、温胆之类。如见有心阳虚、痰热等表现时，用药也须随之加减。

4. 心阴虚夹气滞

临床可见心阴虚的症状，兼胸闷、暖气、腹胀等症。治疗用心阴虚的方药合理气之品，但理气药忌温燥，瓜蒌、郁金、枳实、八月札、绿萼梅、玫瑰花、合欢花、金铃子、延胡索等，可供选用。

5. 心阴虚夹血瘀

临床可见心阴虚的症状，兼胸痛固定而较剧，面色灰滞，舌质青紫，瘀斑等。治疗时除用心阴虚的方药，还需佐入活血之品，轻者可用泽兰叶、益母草等，一般可选用赤芍、生蒲黄、丹参、桃仁、红花之类。

6. 心阴虚夹痰热

临床可见心阴虚的症状，兼苔黄腻、白腻而干，胸闷多痰等症。治疗时选心阴虚的方药合黄连温胆汤去半夏，加瓜蒌、海蛤粉等。

7. 阴虚痰饮者

即冠心病兼有慢支，本证治疗颇费周章。特别是舌红伤阴，甚或舌光红，痰稀而多，用药棘手。治疗可用沙参、麦冬、半夏、淮小麦、炒枣仁、金匱肾气丸等。

8. 气阴两虚夹痰瘀气滞

临床可见气阴两虚兼有有关症状，如气阴两虚夹气滞，气阴两虚加痰浊，气阴两虚夹血瘀，治疗用药可综合上述心阴虚、心气虚兼夹症的治疗原则，立方遣药。

总之，冠心病是一种慢性疾病，临床变化多端，必须详察细辨，灵活用药。治疗冠心病在于阻止其进一步发展，着眼于远期疗效，不能随心所欲，图一时之快。

（四）治疗当急则芳香温通，缓则通补兼施

胸痹心痛发作较甚时多以治标为主。为求速效，首选芳香温通剂作临时治疗，继之可按辨证选用活血化瘀或宣痹通阳剂以控制其反复发作。症状缓解或控制后，欲图巩固，或胸痛不甚而伴心悸、气短等其他症状者，则以通补兼施为宜。以下介绍常用经验方。

1. 心绞痛发作期

若以胸闷为主症，多予宣痹通阳方药，常取瓜蒌薤白半夏汤加减，基本方：瓜蒌皮 15g，薤白头 10g，半夏 12g，桂枝 12g，酌加当归、红花、郁金、丹参等和络理气之品。痰浊化热而见痰热证候者，多用黄连温胆汤加减：黄连 6g，半夏 12g，竹茹 12g，胆星 12g，菖蒲 12g，郁金 12g，枳壳 12g 等。若以胸痛为主症，多以益气活血化瘀为主，常选用补阳还五汤加减。基本方：



生黄芪 30g, 桃仁 12g, 枣仁 12g, 川芎 12g, 当归 12g, 地龙 12g, 地鳖虫 12g。如兼见寒凝或阳虚证候, 当选加通阳或温阳之品, 如用桂枝、仙灵脾、细辛、附子等药。临床上胸闷、胸痛往往并见, 因此多将以上治法配合应用。

2. 心绞痛改善或缓解期

该期治疗应该标本兼顾, 通补兼施, 按辨证或以补为主, 或以通为主, 相互兼顾, 灵活变化。冠心病患者随病程延长, 也可逐渐发展到心肾阳虚, 应用温补心肾阳气之品, 佐以辨证加减, 经过多年大量临床验证, 均能收到显著疗效。常用温补心肾阳气方药: 仙灵脾 20g, 补骨脂 12g, 熟地 20g, 鹿角片 10g, 山萸肉 12g, 附子 10g, 猪苓 15g, 茯苓 15g, 白术 15g, 白芍 15g 等。

3. 冠心病心律失常

以冠心病为主, 参照早搏的中医治疗。

三、早搏的诊治经验

早搏是临床的一种常见病, 其临床表现也较为复杂, 较为多见的有心悸、胸闷、心跳停歇感、乏力、头晕、失眠等症状。早搏包括房性早搏、交界性早搏、室性早搏、阵发性早搏、室性心动过速等。

早搏属中医学“心悸、怔忡”范畴。在《伤寒论》中有用益气养阴、补血复脉的炙甘草汤治心动悸、脉结代的记载, 从虚施治。脉结代一症, 病因复杂, 阴阳之气不相顺接是其病机特点, 辨虚实, 实为临床辨证的关键。虚者, 或心阴不足, 或心阳不振, 或心气亏虚, 或血不养心, 或气阴两亏; 实者, 本虚而标实, 或气滞, 或血瘀, 或夹痰饮, 或痰蒙心窍, 或外邪(风、寒、暑、湿)。病位在心, 旁涉肺、脾、肝、肾、胆。

严教授在总结前贤治疗心悸经验的基础上, 衷中参西, 治疗早搏遵循辨病与辨证相结合的原则。易发生早搏的心脏疾病有冠心病、高血压性心脏病、

风湿性心脏病二尖瓣狭窄、肺源性心脏病、心肌炎、心肌病、心包炎等。引起早搏的其他疾病有甲状腺机能减退、贫血、低血钾等。还要重视原发疾病的治疗。如风心病者要解决风湿热的问题，冠心病要解决冠脉缺血，肺心病要解决肺动脉高压、右心大的问题等等，心肌炎急性期要祛邪解毒。

对于本病，严教授常中西医结合治疗，在应用中药的同时，逐渐减少西药的用量，以不早搏不反弹为宜，最终全部用中药来治疗。益气养心，化痰通阳为治疗大法。

凡见脉结代，总有气血不利之处，尽管其全见虚象，而无气滞血瘀之证，也必须在方中适当加入行气活血之品。如早搏系由冠心病所致，当按冠心病辨证施治。如由病毒性心肌炎所致的早搏，在其早期可加用银花、连翘、板蓝根等清热解毒的药物。具体治疗时常分以下几个基本证型，随证施治，灵活变通。

1. 心气不足，心阳不振

症见心悸气短，头晕乏力，自汗，动则易作心律失常，苔薄白，舌质淡红，脉细弱结代。若见形寒肢冷，面色晄白，或有水肿，动则气短气急，舌淡，脉沉细，则为心阳不振之证。心气不足者，治疗以四君子汤加黄芪，补益心气。如兼有神疲乏力，不耐疲劳，怠惰嗜睡，头晕等症，遵李东垣的经验，是中气不足，清阳不升，元气不能上输于心，可用补中益气汤。如有心阳不振之证，则与真武汤合用，补心助阳。若兼见脾肾阳虚者，真武汤可与理中汤合用。

2. 心阴亏耗，气阴两虚

症见心悸易惊，心烦失眠，口干微热，五心烦热，盗汗，舌红少津而不干，属气阴两亏。治宜滋养阴血，宁心定悸，可用天王补心丹。兼有严重失眠心烦者，为有火旺之证候，可合用黄连阿胶汤。兼有肝肾阴亏的证候，如头晕、耳鸣、烦热、腰酸、遗精等，可合用知柏八味、大补阴丸、一贯煎等。气阴两虚者，可用生脉散、炙甘草汤。



3. 心虚胆怯

症见心悸，善惊易恐，遇惊则心悸，坐卧不安，少寐多梦，食少，恶闻声响，苔薄，脉细带数或虚弦、结代。治宜养心安神，镇惊定志，可用平补镇心丹。如夹痰者，其苔腻，可用十味温胆汤、柴胡龙骨牡蛎汤等。

4. 痰饮内停，心脉瘀阻

症见心悸，短气，胸脘痞闷，痰多，食少，眩晕，恶心，渴不欲饮，苔白腻，有饮邪则苔滑腻，脉弦滑结代。如见胸痛时作，胸闷心悸，唇甲青紫，舌质暗或瘀斑，脉涩结代，为有瘀阻之证候。治疗宜理气化痰，可用温胆汤或导痰汤，若兼便秘者可加芒硝或生川军。兼见失眠，烦躁，口干苦，舌红苔黄腻者（或干腻）为痰火内扰，可用黄连温胆汤。兼有饮邪者，可合苓桂术甘汤，或金匱肾气丸、济生肾气丸。心脉瘀阻者可用血府逐瘀汤。临床上痰瘀常常互兼，两法应当兼用。心脉瘀阻一证，也常与上述各证相兼，治当权衡。

5. 肝郁气滞，阴阳失调

症见情志不畅，胸胁苦满。月经失调，经行腹痛，经前乳房结块胀痛，烦躁，月经前后心悸加重，苔薄，舌淡红脉弦。若见面部时有烘热，汗出，怕冷手足欠温，心烦，易作口舌溃疡等症，为阴阳失调之象，于更年期更为易见。治疗用丹栀逍遥散疏肝理气；若需调经宁心，可与甘麦大枣汤合用；阴阳失调者，可用二仙汤合生脉散加生熟地。

6. 心阳不振型

心悸，动则气短，形寒畏冷，面色晄白，或见水肿，舌淡苔薄，脉沉细，多见于窦性心动过缓、病态窦房结综合征或心衰、心功能不全者。可选桂枝甘草汤、麻黄附子细辛汤加减。药用桂枝 12g，甘草 9g，麻黄 9g，附子 9g，细辛 9g 等，温通心阳。

7. 心血亏虚型

症见心悸头晕，面色无华，倦怠乏力，舌淡红，脉细弱。可用归脾汤加

减，方用：生晒参 7g，黄芪 30g，白术 15g，炙甘草 9g，酸枣仁 15g，茯神 30g，远志 12g，木香 9g，当归 15g。

8. 邪毒侵心

多见于病毒性心肌炎早期，症见发热，微恶风寒，咽痛，咳嗽，心悸胸闷，舌尖红苔薄，脉细数。方用银翘散合炙甘草汤加减。药用银花 15g，连翘 30g，竹叶 12g，牛蒡子 12g，淡豆豉 12g，荆芥 12g，炙甘草 10g，桂枝 9g，麦冬 12g，生地 15g，清热解表，益气养阴复脉。还可根据热毒轻重酌情加入蚤休、贯众、大青叶、板蓝根等。

经验方：①苦参 15g，桑寄生 30g，桂枝 12g，防己 20g；②附子 9g，当归 15~30g，炙甘草 6~9g；③党参（或北沙参）15g，麦冬 9g，五味子 6~9g。其中①方为虚实通用之方，必要时可与②、③方合用。如兼见虚烦艰寐，舌红少苔，可合黄连阿胶汤同用；夹痰湿者可合温胆汤、十味温胆汤、导痰汤等方；见气滞胸闷者可掺入瓜蒌薤白白酒汤类；夹饮邪者可佐入真武汤、苓桂术甘汤之类；有瘀血者可据病情选入失笑散、通窍活血汤、复元活血汤等方。其他常用方药：①酸枣仁汤：适用于各种辨证类型的心悸、失眠证；②本证中，胸闷是常见症状，苔腻者可用丹参饮或瓜蒌薤白半夏汤，苔不腻者，宜用郁金、瓜蒌皮。

临床常用具有抗心律失常功效的中药，据报道结合严教授的临床经验总结主要有以下几种：①桑寄生：宜重用，30g 以上，据实验研究，有类异搏定样作用，有镇静及舒张冠脉，增加冠脉流量及抗垂体后叶素等作用；②万年青根：30g 以上，有强心、抗心律失常作用；③炙甘草：20g 以上，有盐皮质激素类固醇，糖皮质激素相似作用，抗变态反应作用，有免疫抑制作用；④苦参：15g 以上，有“奎尼丁样效应”；⑤虎杖：20g 以上，有抗心律失常作用；以上几味，在各种辨证类型中均可选用。⑥附子：12g 以上，有强心、抗心律失常、增加冠脉流量、镇静等作用及某些植物神经药理活性；⑦桂枝：12g 以上，有温经通阳的作用；⑧黄连（黄连素）：6g 以上，具有抗心律失常及镇静作用。以上各味，宜结合辨证选用。



四、中风后遗症的诊治经验

中风，又名卒中，其记载始于《内经》。对于中风的病因病机认识及治法，历史上大体可从唐宋前后分为两个阶段。唐宋以前，多以“外风”学说为主，以“内虚邪中”为病机之本。金元以后，多以“内风”立论，如刘河间认为是“心火暴盛，肾水虚衰”，李东垣认为乃“正气自虚”，朱丹溪主张为“湿生热、热生痰、痰生风”，缪希雍首创“内虚暗风”说，张景岳认为中风是“内伤积损颓败而来”，叶天士创立“阳化内风”之说，王清任提出“气虚血瘀”之论。基本上形成了现代对于中风病因病机的认识，归纳而言有虚、火热、风、痰、气、血六端。

从病因角度分类，多将由外风入内所致中风者称为“真中风”，不因外风引起者称为“类中风”或“内风”。现代所说“中风后遗症”，多是因内风引起的中风发作后，伴随半身不遂、口眼喎斜、言语不利、头痛、失眠、情绪改变等表现。

中风后遗症的治疗，严教授非常强调治疗时机。治疗以中风后六个月内为佳，病情稳定后越早运用中医治疗，疗效越佳。

中风后遗症临床表现众多，可有半身偏枯、肢体活动不利、言语蹇涩、吞咽困难、口眼喎斜等体征，还经常伴有头痛、头晕、耳鸣、失眠、健忘、情绪改变、食欲不振、便秘等症状，甚者出现肺部感染、尿路感染等并发症。严教授在治疗时多从以下几点入手。

(一) 抓住主证，辨证施治

中风多痰、瘀、虚证，治疗时当根据主证辨证论治，兼顾标本，驱邪安正。如见患者舌苔黄腻者，当先清热化痰以祛其邪，次则活血扶正。此时多用黄连温胆汤为主方，适当配伍祛痰、行瘀之物；当舌苔渐化、痰湿渐除时，将用药重点渐渐转移到祛瘀活血、益气补虚上来，方以补阳还五汤为主，根据兼症适当加减；当瘀的病情好转时，或虚的症状较明显，可以补虚为主，

方用河间地黄饮子之意。

1. 涤痰开窍息风

主要治疗痰热证型。症见半身不遂，口舌喎斜，言语蹇涩或不语，感觉减退或消失，头晕目眩，痰多而黏，舌质淡暗，苔薄白或白腻，脉弦滑。药用Ⅰ方：黄连3~9g，竹茹12g，枳壳12g，半夏12g，青皮9g，陈皮9g，茯苓12g，砂仁6g，薏仁6g，川厚朴12g，生甘草9g，根据病情可适当酌加天竺黄、胆南星、菖蒲、郁金、白芥子等，对于病情深重者，可配合礞石滚痰丸涤痰开窍。

2. 益气化瘀通络

用于气虚血瘀型，症见一侧肢体不能自主活动，或兼有偏身麻木，重则感觉丧失，或肢体痉强而屈伸不利，或肢体松懈瘫软，舌质紫暗或淡红，或有瘀斑，舌苔薄白或薄腻，脉多弦滑，或滑缓无力。血府逐瘀汤或补阳还五汤治疗。Ⅱ方：生黄芪30g，桃仁12g，川芎12g，红花9g，地龙12g，地鳖虫12g，根据病情可适当酌加棱莪术、丹皮、丹参、柴胡、枳壳等行气活血。

3. 滋阴补阳

用于阴阳两虚。Ⅲ方：生地黄20g，麦门冬15g，附子12~15g，桂枝12g，根据病情可适当酌加山茱萸、山药、熟地黄、杜仲、仙灵脾、骨碎补、补骨脂、潼白蒺藜补肾益精。

以上三种证型更多的是错杂出现，应当根据证情，组合运用上述方药。如见痰热者，必先Ⅰ方加上述祛痰药物除痰热之邪，并结合Ⅱ方主药，暂不用Ⅲ方。一般1至2周后，舌苔渐化，痰热渐除，改用Ⅱ方为主，用生黄芪30~40g，及生晒参7g，加入大量活血药物，酌加行气之品，益气行气活血。如瘀血明显者，可配合通窍活血汤，以白芷15g代替麝香开窍，此段时间较长，可根据病情配合Ⅰ、Ⅲ之药，并可随证加减，以巩固疗效。若见虚证较多者，以Ⅲ方为主，配合Ⅱ方并随证加减。



(二) 强调益气通脉，佐以软坚散结

在中风后遗症的治疗中强调益气通脉。益气可用大剂量生黄芪，一般用量在30~40g，若阴虚明显者，用生晒参、西洋参各5g；阴虚不明显者，用生晒参7~9g，加入药中同煎。

中风多因脑血管意外引起，如脑缺血者，常在头颅CT中可见散在缺血灶，可以用通脉之法，帮助恢复脑供血。常用当归四逆汤加减活血通脉，当归15g，细辛3g，通草9g，桂枝12g，白芍12g，大枣6枚，炙甘草9g，三棱15g，莪术15g。

对于中风后期，可适当运用软坚散结之物。不论是脑血栓机化灶，或是脑组织液化坏死灶，或是脑出血灶，都属于不正常的组织形态，严教授从中医角度认为此属于“癥结”而可用软坚散结法疗之，常用散结消癥方为生牡蛎（先煎）40g，象贝12g，炙鳖甲15g，海藻15g。

此二方，一通脉，一散结，充分结合中风的病理变化，进行中西医结合治疗。当归四逆汤的核心在当归、细辛、通草、桂枝，常加入基本方中；散结消癥在运用时以运用前三味为多，对于海藻可据情选用。

(三) 随证加减，防止并发症

中风后遗症患者常有各种伴随症状，当随症消息之。

1. 伴情绪障碍

常见病后郁郁寡欢，此时除做好心理疏导外，还需结合运用逍遥散、甘麦大枣汤、合欢皮、郁金等方药，有热象者用丹栀逍遥散。对于烦躁明显者，用栀子豉汤，配合生龙牡、灵磁石镇惊安神；对于精神紧张者，用柴胡加龙骨牡蛎汤加减疏肝镇惊，此方运用中，大黄非常重要，如见大便不畅即用生大黄，如大便通畅，则用制大黄，总以驱邪为要。

2. 伴精神症状

此类可看作上一类之严重者，表现为抑郁不言，或失语，或喉间痰鸣声

响，用药时加强开窍醒神。如用郁金、菖蒲、胆星、天竺黄、白芥子化痰开窍，热象不重者配合苏合香丸早晚各半粒。热重者，可配合安宫牛黄丸早晚各半粒；痰浊重者，可配合礞石滚痰丸、指迷茯苓丸内服，如无此成药，亦可用猴枣散。

3. 伴失眠

失眠在中风后遗症患者中较为常见，多因肝肾阴虚，心肾不交所致。治疗时以养心育阴安神为主，配合交通心肾。一般可用夜交藤 30g，远志 12g，合欢皮 15g，酸枣仁 12g，疏肝养心安神；进一步可选用朱茯苓 12g，朱灯心 5 扎，知柏各 12g，清心安神，配合天王补心丹清热养阴安神；邪少而阴虚火旺失眠重者，以黄连阿胶鸡子黄汤养心清火安神。天王补心丹服用时讲究服法与剂量，宜晚间顿服，每次约 20~30 粒，相当于市售成药一瓶的七分之一。黄连阿胶鸡子黄汤运用时，如较轻者，可仅用黄连 9g，阿胶 9g，重者晚间一顿药汁中加入半个鸡子黄，搅匀顿服。邪扰心神者当用生龙牡（各，先煎）40g，珍珠母（先煎）40g，灵磁石（先煎）40g 重镇安神。如为心脾两虚导致失眠，用归脾丸，可入方中，也可用成药丸剂晚间顿服，同样剂量较大，约 30g 左右。心肾不交者，以交泰丸（黄连、肉桂）入药，水火既济。热重时黄连 9g，肉桂 3g，热象不重以黄连 6g，肉桂 4.5g，入药同煎。

4. 伴头痛

头痛、偏头痛也经常出现在中风后遗症中，多表现为隐痛、空痛、昏痛、痛势绵绵。法当通络止痛，可在生蒲黄 15g，川芎 12g，细辛 9g 的基础上，配伍全蝎 6g，蜈蚣 2~3 条入药同煎，或以全蝎粉、蜈蚣粉混匀，3g 装胶囊分早晚吞服，效果明显。对于头痛局部明显者，可从六经治疗，分经用药。太阳头痛用蔓荆子、羌活，阳明头痛用白芷、葛根，少阳头痛用柴胡、黄芩，厥阴头痛用吴茱萸等。头痛剧者，加用行气活血止痛方药，如玄胡、乳没等。兼有风热实证表现者，加菊花、防风、羌活、蔓荆子。肝阳、肝风头痛，可加羚羊角粉、珍珠母、天麻、钩藤等。肝肾阴亏而有头痛者可用女贞子、旱莲草、枸杞等。



5. 伴关节酸痛或肢体疼痛

关节酸痛或肢体疼痛者当通络止痛，如全蝎、蜈蚣、玄胡等，如身体麻木作痛，可用威灵仙 15g，秦艽 15g，白芥子 15g，下肢酸痛可加用木瓜 15g。上肢活动不利可加姜黄 15g，路路通 15g，羌活 15g。下肢活动不利可用千年健 30g，独活 15g，牛膝 15g，同时配合补肾药物如川断 15g，狗脊 15g 等。痛甚者配伍制川乌 9g，灵磁石 40g 止痛。

6. 伴血压偏高者

属肝阳上亢，肝风内动之证者，可以天麻钩藤饮加珍珠母（先煎）30g，灵磁石（先煎）30g，羚羊角粉（吞服）1g，菊花 10g，枸杞 15g，全蝎 6g，蜈蚣 2 条平肝息风。肝风夹痰可合用金水六君煎治疗。对于肝阴不足者，配合一贯煎养阴柔肝。

7. 伴小便不利或尿失禁者

多为气机不利或肾气不足，膀胱气化不利所致。小便不利者，可用滋肾通关丸（肉桂、知柏）合行气利水药物，如车前子 30g，车前草 30g，泽泻 12g，猪苓 15g，茯苓 15g，大腹皮 15g，乌药 12g 等。尿失禁者，常用补气固涩药如覆盆子 20g，桑螵蛸 20g，海螵蛸 30g，益智仁（盐水炒）20g，金樱子 20g。兼肾气不足者，以附桂八味丸、仙灵脾 15g，补骨脂 15g 补肾。并发尿路感染者，加瞿麦 30g，篇蓄 12g，败酱草 30g，虎杖 30g；伴有前列腺肥大者，加生牡蛎（先煎）45g，石见穿 20g，软坚散结、通利小便。

8. 伴血糖偏高

葛根 20g，玉米须 30g，虎杖 20g，山药 30g，可入药同煎，也可煎汤代茶，配合饮食控制和西药降糖治疗。

9. 伴耳鸣耳聋

在补阳还五汤的基础上加葛根 20g，菖蒲 30g，灵磁石（先煎）30g。

10. 伴肺部感染

肺部感染为中风后遗症常见并发症，法当清热化痰。如麻杏石甘汤酌情加入鱼腥草 30g，野荞麦根 30g，蒲公英 30g，葶苈子 15g，白芥子 15g，黄芩 15g，桑白皮 20g，象贝 12g，枇杷叶 12g，罗汉果 12g 等。

11. 伴自汗、盗汗者

加入碧桃干 30g，糯稻根 30g，浮小麦 20g，气虚者加生黄芪 30g，防风 15g，白术 30g；气阴虚者配合生脉饮之意，加生晒参 7g，麦冬 15g，五味子 15g；气阴虚夹火旺者以当归六黄汤治之。

五、头痛的诊治经验

头痛是临床上一种常见病证，严重影响患者的生活质量；同时也是一个常见症状，可发生在多种急慢性疾病中。引起头痛的原因很多，从现代医学角度分析，感冒、失眠、精神紧张、颈椎病等均可引起头部血管扩张或供血不足而表现为头痛。中医认为其发病原因可分为外感、内伤两端，外感引起者，多由起居不慎，坐卧当风，感受外邪，以风邪为主，多夹寒、热、湿邪，起病多急，其痛如破；内伤引起者多缓慢而病，时痛时止，长久不愈为特征。这里主要介绍严教授治疗内伤引起的慢性头痛经验。

内伤头痛责之于肝者，有肝阳上亢，肝风内动，肝郁化火的区别。素体肝阴不足，肝阳上亢，甚则肝风内动伴见眩晕、头痛，伴有心烦易怒、胁痛、夜寐不宁等症，治疗多用天麻钩藤饮加减，方用天麻 15g，钩藤 15g，石决明 20g，以平肝潜阳，黄芩 15g，栀子 15g 清肝火，杜仲 15g，牛膝 15g，桑寄生 20g 补肝肾，夜交藤 20g，朱茯苓 15g 养心安神。若眩晕明显或血压高者，可加生龙骨、生牡蛎（各）30g 以加强重镇潜阳之力。若肝阴虚肝火旺者，可酌加旱莲草、女贞子、枸杞等滋养肝肾。

责之于脾者，脾失健运痰湿内生，头痛昏蒙，胸脘满闷，舌体胖大苔腻者，治疗多用半夏白术天麻汤加减，制半夏 12g，生白术 15g，茯苓 15g，青



陈皮(各)9g, 生晒参7g, 钩藤15g, 天麻18g, 健脾化痰, 降逆止痛。

头痛日久, 痰瘀相结, 脑失所养, 络脉痹阻, 痛如针刺, 舌暗或有瘀斑瘀点, 多用补阳还五汤加减益气活血、化瘀止痛。生黄芪30g, 桃仁12g, 川芎15g, 生蒲黄15g, 红花6g, 丹皮12g, 赤芍15g, 生白芍15g, 地龙12g, 天麻18g, 钩藤15g等。可根据个体情况酌加早莲草、女贞子养阴缓急或吴茱萸、细辛之品温经止痛。若瘀重入络, 可选用白芷加强通窍的作用, 或选用全蝎、蜈蚣、地鳖虫、僵蚕等虫类有入络搜剔之功。

责之于肾者, 有阴虚头痛与阳虚头痛的不同。阴虚头痛, 肝肾阴血不足, 头痛朝轻暮重, 可选用杞菊地黄丸加减, 生、熟地(各)20g, 山萸肉12g, 山药12g, 丹皮、丹参各15g, 泽泻15g, 珍珠母20g, 枸杞15g, 菊花12g, 滋养肝肾。阳虚头痛, 脾肾阳气亏虚, 可选用补阳还五汤合仙灵脾、补骨脂、附片、鹿角霜等。

头痛临床病情复杂, 多寒热并存、虚实夹杂, 因此在处方时需要全面考虑, 非一方一法即可见效, 往往肝脾肾三脏同调, 益气活血结合平肝、养肝。严教授深谙此道, 处方每集寒热攻补于一方, 根据病人体质病情辨证施治。治头痛多喜用补阳还五汤, 常对吾辈谈到, 此方出自王清任《医林改错》, 本是治疗气虚血瘀所致偏瘫的常用方, 但本方可一方多用, 治疗多种疾病。慢性头痛中瘀阻脑络是基本病机, 可用补阳还五汤作为基础方, 配合其他方法进行治理。

(一) 常用治法

1. 平肝潜阳法

用于肝阳上亢证者, 症见头痛头胀, 眩晕耳鸣, 心烦易怒, 失眠多梦, 舌苔黄, 脉弦滑, 方选天麻钩藤饮加减: 天麻20g, 钩藤(后下)15g, 生石决明(先煎)20g, 潼蒺藜12g, 白蒺藜12g, 黄芩12g, 夜交藤20g, 远志10g, 杜仲15g, 牛膝15g, 桑寄生15g, 羚羊角粉(分吞)0.6g。肝火明显时, 可与丹栀逍遥散合用。

2. 育阴泻火法

用于阴虚阳亢证患者，症见头痛眩晕，失眠健忘，腰膝酸软，五心烦热，舌质红苔少，脉弦细，自拟方：生熟地（各）20g，麦冬12g，白芍15g，枸杞12g，菊花12g，珍珠母（先煎）40g，潼蒺藜12g，白蒺藜12g，天麻20g，钩藤（后下）15g，生石决明（先煎）20g，夏枯草15g。

3. 清泻肝胆法

用于肝胆郁热患者，症见头晕头痛，口苦耳鸣，失眠多梦，心烦胁胀，脘腹痞闷，或有呕恶，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或滑数，方选黄连温胆汤加减：黄连6g，陈皮6g，半夏12g，茯苓15g，甘草6g，枳壳12g，竹茹12g，胆南星12g，龙胆草12g，天麻20g，钩藤（后下）15g，生石决明（先煎）20g。胆经湿热明显者可合龙胆泻肝丸。

4. 健脾化痰法

用于痰湿上犯患者，症见头重如裹，眩晕，伴有神疲倦怠，胸脘痞满，恶心、呕吐痰涎，舌胖或有齿痕，苔白腻，脉滑或弦滑，方选半夏白术天麻汤加减：半夏12g，炒白术12g，天麻15g，茯苓15g，陈皮9g，甘草6g，白蒺藜12g，蔓荆子9g。

5. 补气活血法

用于气虚血瘀患者，症见痛点固定、久痛不愈、痛如针刺或钝痛，反复发作，夜间痛势加剧，神疲乏力，舌质紫，苔薄白，脉细或细涩，方选补阳还五汤加地鳖虫12g，石菖蒲12g，远志9g，生蒲黄12g。

6. 滋补肾阴法

用于肾精亏虚患者，症见头部空痛，伴见眩晕，腰酸膝软，神疲乏力，耳鸣少寐，健忘，舌红少苔，脉细无力，方选左归饮加减：熟地15g，怀山药15g，枸杞子12g，川牛膝9g，菟丝子12g，茯苓15g，山茱萸9g。



(二) 随症加减

头痛明显可根据经络循行部位酌加柴胡、黄芩、葛根、川芎、蔓荆子、藁本、白芷、细辛、吴茱萸等药；入寐困难，加黄连、肉桂；夜寐易醒，加夜交藤、远志、合欢皮、朱茯苓，朱灯心；视力模糊加枸杞、菊花、密蒙花；大便秘结加火麻仁、郁李仁；甚则加生大黄（后下）、肉苁蓉；肢体麻木加地鳖虫、白芥子；手足欠温加附子、桂枝；腰酸加杜仲、川续断、牛膝；盗汗加浮小麦、瘪桃干、糯稻根；多汗自汗加煅龙骨、煅牡蛎、玉屏风散；心悸严重者加桂枝、炙甘草、灵磁石。

(三) 随病加减

老年患者具有体虚多病的特点，治疗时要随病加减，若合并动脉硬化可酌加制首乌、莪术、三棱软化血管；合并中风或颈椎病而见肢体麻木者，或头痛日久者，配合全蝎、蜈蚣研粉吞服以搜风通络；合并高脂血症者加生山楂、生蒲黄、决明子以降血脂；冠心病心绞痛加瓜蒌皮、薤白头、桂枝、生蒲黄以通痹止痛；合并糖尿病加葛根、天花粉、怀山药、马齿苋；肥胖症加制大黄、莱菔子以化痰减肥；慢性支气管炎加杏仁、枇杷叶、川贝母、前胡、紫菀、款冬以化痰止咳平喘等。

六、心肌病的诊治经验

心肌病常称为原发性或原因不明的心肌病，据世界卫生组织建议，心肌扩张病可分为扩张型、肥厚型、限制型、致心律失常性右室心肌病、特异性心肌病五类。心肌病的病因尚不清楚，但病毒性心肌炎被认为是引起本病的主要原因，病毒对心肌细胞直接损害，遗传因素、代谢异常或体液和细胞免疫反应引起血管和心肌损伤。

扩张性心肌病是临床常见的难治性心脏病之一，是以单侧或双侧心室腔扩张，心脏扩大，心肌收缩功能障碍为重要特征的原因不明的心肌病，临床

表现以进行性充血、心力衰竭、心律失常、血栓栓塞甚至猝死为基本特点，预后极差，5年生存率不及50%。其主要表现为心慌、心跳、气短、乏力，活动后症状加重，甚则出现双下肢上行性浮肿，或胸水、腹水等症。

肥厚型心肌病，起病缓慢，约1/3有家族史，部分病人可完全无自觉症状而在体检中被发现或猝死，症状大多开始于30岁以前，男女同样罹患。患者可出现呼吸困难，心前区痛，乏力，头晕，心悸，晚期可出现心力衰竭。活动或情绪激动时可加重流出道梗阻，在起立或运动时出现眩晕，甚至神志丧失。体格检查可有心脏轻度增大，心尖部可听到收缩期杂音，心室流出道梗阻的患者可在胸骨左缘下段心尖部听到收缩期震颤。

限制型心肌病，本型的特征为原发性心肌炎或心内膜纤维化，以及心肌的浸润性病变，可引起心脏充盈受阻的舒张功能障碍。本病多见于热带或亚热带地区，我国多在南方分布，仅有散发病例。起病缓慢，早期可有发热，全身倦怠乏力，头晕气急，病变以左心室为主，有左心衰和肺动脉高压的表现，出现心悸，呼吸困难，咳嗽咯血，肺基底部啰音，肺动脉瓣第二心音亢进。同时还伴有颈静脉怒张，肝肿大，浮肿，腹水。这是由于以右心室回流受阻所致。体检显示，心脏搏动减弱，心音低，心律失常，浊音界轻度增大，部分患者还伴有心包积液，内脏栓塞。

另有致心律失常性右室心肌病是一种临床少见的疾病，病因不明，多有家族史，男女同样罹患。主要症状为反复晕厥，严重可有猝死，发生右心衰时可出现肝肿大，颈静脉怒张，下肢水肿，腹水等。

特异性心肌病是指伴有特异性心脏病或特异性系统性疾病的心肌疾病，如缺血性心肌病、瓣膜性心肌病、炎症性心肌病、代谢性心肌病、高血压性心肌病等。

心肌病根据其临床表现可将其归属于“心悸”、“怔忡”、“胸痹”、“喘证”、“水肿”等范畴。本病的发生与外邪侵袭、过度劳倦、先天不足、饮食失调有关。外邪侵袭，以温邪热毒为常见。温热毒邪自口鼻而袭入，由卫气而入营血。若邪留经脉，日久不去，必内舍于心，致心络痹阻而成本病。过度劳倦，伤及脾胃，致脾失健运，则气血生化乏源，日久必致气血亏虚，心脉失养而发本病。饮食失调，脾胃运化失司，则水湿内停，水湿聚而为痰，



上扰络脉，致心络闭阻不通，亦可导致发病。病延日久，心肾阴阳失调，心肾阳虚，气化无权，则阳虚水泛，水饮上凌；若心肾阴虚，以致水不济火，虚火内炽，伤及心脏亦可发病。

本病病位在心，亦累及肺、脾、肾等诸脏，病情严重者可发展为心阳暴脱，阴阳离绝而猝死。本病病程较长，症状逐渐出现并加重，临证时不仅要注意到本虚的一面，同时应该注意邪实的表现，分清虚实程度。若病变累及多个脏腑者表明虚损较重。邪实也有轻重的不同，如血瘀证表现为胸痛偶发，舌质较暗为轻证；若出现舌质紫暗，肋下痞块，胸痛频发则为重证。饮邪内停，如仅在下午出现下肢浮肿为轻证；若胸腹胀满，咳唾血沫，倚息不得卧为重证。

对于扩张性心肌病，严教授认为根据临床症状也可归属于中医“心悸”、“怔忡”、“胸痹”、“心痛”。本病病机复杂，其病位在心，病久伤及脾肾，气血阴阳亏虚为本，外邪瘀血、痰浊水饮为标。心主血脉，赖以气血温煦，若气血亏虚，失其所养，则见心悸之证；脾肾阳虚，则气化失司，水湿内停，上凌心肺，下及肢体，而见胸闷、气短、水肿等症状。扩张性心肌病临床并不多见，可将本病分为心阳不足，心血不足，心血瘀阻，水气凌心，脾肾阳虚等不同病机类型，严教授在临床上常用炙甘草汤、补阳还五汤、真武汤等方剂加减治疗。采用益气温阳，活血化瘀，软坚散结之法，根据病情采取急则治其标，缓则治其本或标本兼顾等治疗法则。

1. 气阴两虚、心脉失畅

症见心悸气短，头晕乏力，动则加剧，心烦失眠，舌质淡红，苔少，脉细数或结代。治法为益气养阴，宁心通脉。方用生脉饮合炙甘草汤加减：生晒参 12g，麦冬 12g，五味子 6g，当归 12g，生熟地（各）20g，桂枝 12g，白芍 15g，阿胶（烔化）12g，炙甘草 10g，黄精 20g，生牡蛎 40g，海藻 15g，象贝 12g，麻仁 12g。若气虚之象较明显时，可合用补中益气汤，适当减少养阴之品。

2. 气滞血瘀，心脉瘀阻

症见胸闷胸痛，痛有定处，心悸气急，舌质紫暗或有瘀斑瘀点，苔薄白，

脉弦。治宜活血化瘀，理气通脉。方用血府逐瘀汤加减：柴胡 12g，枳壳 10g，桃仁 12g，红花 6g，川芎 12g，当归 12g，炙乳没（各）12g，生蒲黄 12g，细辛 6g，生熟地（各）20g，赤芍 15g，炙甘草 10g，玄胡索 20g，郁金 12g，生牡蛎 40g，海藻 15g，柴胡 12g，枳壳 12g。

3. 心肾阳虚，水气凌心

症见心悸气急，咳喘痰多，动则加剧，倚息不得平卧，恶心纳呆，畏寒肢冷，浮肿尿少，舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细而数，重取无力，或虚大结代。治宜温阳利水，化痰平喘。方选真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减：附子 12g，猪苓 15g，茯苓 15g，白术 15g，白芍 15g，炙甘草 6g，生姜 3 片，葶苈子 15g，桑白皮 15g，红枣 5 枚，仙灵脾 20g，补骨脂 12g，鹿角片 10g，泽泻 15g。

由于本病病情复杂，临床上单纯虚证或实证少见，以上证型常兼夹出现，如既有气阴不足，又有血瘀及痰湿，此时应根据患者的突出主证进行辨治，并兼顾他证。

经验方：生黄芪、生晒参、升麻、陈皮、当归、柴胡、白术、甘草、附子、白芍、猪苓、茯苓、生牡蛎、海藻、象贝、夏枯草、桃仁、枣仁、川芎。该方由补中益气汤、真武汤合补阳还五汤，加软坚散结之品组成。严教授擅长用补中益气汤治疗本病，补中益气汤补心气疗效佳，配合真武汤温阳利水，补阳还五汤益气化瘀，并加生牡蛎、海藻、象贝、夏枯草等软坚散结之品，常获显著疗效。

七、高血压病的诊治经验

高血压病是临床上最常见的心血管疾病，高血压病是指在静息状态下动脉压增高，常伴有脂肪和糖代谢紊乱以及心、脑、肾和视网膜等器官功能性或器质性改变，以器官重塑为特征的全身性疾病。休息 5 分钟以上，2 次以上非同日测得的血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 可以诊断为高血压。目前我国采用（1999 年世界



卫生组织和国际高血压学会 WHO/ISH) 的统一标准, 收缩压和 (或) 舒张压增高 18.6/12kPa ($\geq 140/90$ mmHg)。据世界卫生组织预测, 至 2020 年, 非传染性疾病将占我国死亡原因的 79%, 其中脑卒中和冠心病将占首位, 而高血压是引起严重的脑卒中、冠心病、心力衰竭、肾功能衰竭的主要原因。

高血压有原发性高血压和继发性高血压之分, 高血压的病因和发病机制非常复杂, 是由遗传因素与环境因素综合作用的结果, 与膳食、精神因素、肥胖、吸烟、缺乏运动、过量饮酒等有关。临床上 95% 以上的高血压原因不明, 称之为原发性高血压, 有 5% 患者的高血压是有明确病因的, 称之为继发性高血压。

高血压属于中医“眩晕”、“头痛”、“中风”等范畴。其发病与肝、肾、心有关, 其病机为阴阳失调, 痰瘀互结。可由于情志因素, 导致肝郁气滞, 疏泄升发太过, 肝阳偏亢或郁而化火, 肝阳肝火上扰清窍。症见眩晕、头痛、口苦、口干等, 属实证。或由于禀赋不足, 或劳役过度、房劳过度, 导致肾精亏耗, 肾阴虚损, 不能上充脑髓, 也不能下涵肝木, 以致肝阳上亢。常见眩晕、健忘、腰酸、五心烦热等, 属于虚证或虚实夹杂证。此外, 高血压临床表现为气虚、阳虚也时有所见, 临床中当须详察。

严教授认为, 高血压的病因复杂, 病机变化多端, 临床辨证需辨虚实, 虚则补之, 实则泻之。实则由肝阳上亢, 肝风上扰, 痰浊上蒙, 瘀血阻络所致。虚则因肝肾阴虚或兼及心肾两虚, 阴虚于下, 水不涵木, 以致脑髓失养。治以平肝泻火, 育阴潜阳, 滋养肝肾, 活血化瘀。遣方用药, 不拘一格。

1. 平肝泻火

适用于肝阳上亢型患者, 症见眩晕耳鸣, 头痛头胀, 心烦易怒, 失眠多梦, 口干口苦, 舌苔黄, 脉弦滑。方用天麻钩藤饮加减, 心烦易怒明显, 还可加丹栀逍遥散合用, 或用龙胆泻肝汤加减。

2. 育阴潜阳

适用于阴虚阳亢, 肾阴虚和肝阳亢兼见的证型。症见头痛, 眩晕, 面红, 失眠, 腰膝酸软, 五心烦热, 心悸健忘, 舌红少苔, 脉弦细数。常选用生熟

地（各）20g，麦冬12g，白芍15g，枸杞子12g，菊花12g，珍珠母（先煎）40g，潼白蒺藜（各）12g，天麻20g，钩藤（后下）15g，石决明（先煎）20g。

3. 豁痰化湿

适用于痰浊上蒙，症见眩晕，头痛如裹，胸闷，呕吐痰涎，心悸失眠，口淡，舌胖苔白，脉滑。方用半夏白术天麻汤加减。

4. 平肝温胆

适用于肝胆郁热患者，症见头晕，头痛，口苦，耳鸣，失眠多梦，心烦胁胀，脘腹痞闷，呕恶，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或数滑，方用黄连温胆汤加减。

5. 阴阳双补

适用于阴阳两虚，更年期综合征，症见头晕，颧红升火出汗，气短健忘，腰膝酸软，夜尿增多，男子阳痿，女子月经不调，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细弱。方用二仙汤加减。若颧红升火等虚热之象不明显，则偏于阳虚，方用附桂八味丸或右归丸。

6. 活血化痰

适用于瘀血阻络，症见头痛，头晕，手指麻木，胸闷，口唇发绀，舌紫，脉弦细涩。方用血府逐瘀汤加减。如见舌质淡，舌下络脉青紫或紫黑，多为气虚血瘀，可以补阳还五汤加减。

此外，在辨证分型的基础上，还须根据不同临床症状，如头痛、项强、失眠、肢体麻木、自汗盗汗、腰酸、便秘等，灵活加减。高血压伴有脑动脉硬化加首乌、生牡蛎、三棱等软化血管；伴有高脂血症者加生山楂、泽泻、决明子以降血脂；伴冠心病心绞痛加瓜蒌皮、薤白头、生蒲黄、丹参以宽胸理气，活血止痛；伴颈项板滞的颈椎病患者加葛根、仙灵脾、骨碎补等；伴糖尿病加葛根、天花粉、山药；肥胖者加大黄、莱菔子以化痰减肥等等。



八、发热的诊治经验

发热临床常见，是一种病理性的体温升高。一般口腔温度在 37.3°C 以上，或直肠内温度在 37.6°C 以上，或一昼夜波动在 1°C 以上，即可认为发热。分为外感发热和内伤发热。外感发热指在某种或多种疾病的基础上，又复感外邪而出现的发热，其热势高低不一，严重者，体温持续升高，壮热羁留不退，继而出现神昏谵语，抽搐惊厥等危重证候。内伤发热是指以内伤为病因，脏腑功能失调，气血阴阳亏虚，内生诸邪滋生等为基本病机，以发热为主要症状的病证，一般起病缓慢，病程较长。外感发热常见热型有恶寒发热、壮热、往来寒热、潮热等，由六淫及疫毒所致，多因失治误治或不及时治疗，入里化热，耗伤正气，缠绵不解。治疗则可用清热解毒，泻下通腑，养阴益气，透托邪气法。内伤发热起病也较缓，病程较长，或有反复发热的病史，临床表现发热可高可低，也有患者体温正常，但有自觉发热、五心烦热等症状。早在《内经》中已有关于内伤发热的记载，以后历代医家对于内伤发热的病因病机的认识逐渐深入，治疗方法也渐渐完善，一般以调整脏腑阴阳气血为主。

严教授认为治疗发热首先要排除有否恶性疾病和器质性病变，其次要鉴别外感发热和内伤发热。中医临床门诊最多见的是内伤发热久治不愈患者。辨内伤发热需辨别发热虚实，气虚、血虚、阴虚、阳虚所致的内伤发热为虚证，气郁、血瘀、湿痰所致发热为实证。治疗应遵循实则泻之，虚则补之。

严教授在治疗发热反复不愈，且没有其他器质性病变的患者时，除了一般治法，即血虚用归脾丸加减，气虚以补中益气汤加减，阴虚以银柴胡、知母、胡黄连、青蒿、鳖甲等滋阴清热法治疗，阳虚则以附桂八味丸温补脏腑阳气，血瘀以血府逐瘀汤或补阳还五汤活血化瘀，气郁以丹栀逍遥散疏肝理气外，严教授还常用柴胡龙骨牡蛎汤加减。另外，严教授认为寒热往来的发热病人，常常同时存在气阴两虚等兼夹证，临床选用小柴胡汤、补中益气汤以及清虚热的药物，每每获得良效。补中益气汤补气，小柴胡汤为少阳证的主方，但现在临床应用范围已越来越广泛，本方不仅能治疗外感疾病，也能用于内伤杂病，且疗效确切。

【跟师临床】

一、慢性心衰

案一 姜某，男，78岁。2003年3月2日初诊。

有糖尿病史10余年，冠心病、慢性心衰史5年，3年前脑梗塞。刻诊：近2年来夜难平卧，夜夜端坐睡眠，胸闷气促，肢体浮肿，甚则肿至尾骶部，尿少，夜寐不安，舌淡苔薄边有齿痕，脉细。西医抗心衰治疗效果不佳，此为顽固性心衰患者，心病日久，不能温养于肾，心肾阳虚，遂成肾不纳气，气化失司，瘀阻血脉之症。治以温补心肾纳气，益气活血利水为法，方选真武汤、补阳还五汤合五苓散加减。

处方：

红参 10g	附子 12g	猪苓 15g	茯苓 15g	白术 15g
白芍 15g	仙灵脾 20g	鹿角片 9g	补骨脂 15g	桂枝 10g
泽泻 15g	车前子 15g	生黄芪 30g	桃仁 12g	
杏仁 12g	川芎 12g	三棱 15g	丹参 15g	地龙 12g
柴胡 12g	甘草 9g	知母 12g	黄柏 12g	夜交藤 20g



逐志 12g

另用紫河车粉 100g 装胶囊，每次服 6 粒，每日 2 次，上方随症加减 2 个月，患者已能平卧，浮肿减，气促好转。



释疑解惑

问：这里为何用真武汤、红参？

答：病人心衰日久，心阳不振，下及肾阳，以致肾阳衰微，心阳失煦。肾气衰败，水饮内停，溢于肌肤，发生肢体水肿，腹大有水；肾虚失纳，则气喘，动则为甚。红参具有补气、滋阴、益血、生津、强心、健胃、镇静等作用。这些作用红参与白参没有严格的区别，但在补虚温阳方面红参强于白参。红参适合老人、久病体虚者。红参是阴盛阳虚者的首选药物。本病例是心肾气衰阳微的重证，故以真武汤合红参温补心肾阳气，配以紫河车、仙灵脾、鹿角片、补骨脂温肾纳气。而心主血脉，心之阳气衰微，必致血滞血脉而成瘀血，故以补阳还五汤益气活血化瘀。方中附子、桃仁、红花、当归、川芎均有强心作用，可明显增加心肌收缩力，同时还有扩张血管、改善微循环与抗凝血作用。同时以五苓散加车前子健脾利水消肿以治其标。

问：如果患者同时出现短气自汗，心悸怔忡，还伴五心烦热，口干时，该何如用药？

答：可与炙甘草汤或生脉散加龙骨牡蛎汤等益气养阴之剂合用。有些病人长期使用利尿药、活血化瘀药而不根据病情变化调整用药，久则耗伤阴血，致使气阴两虚加重心力衰竭。此时可用生脉散加龙骨牡蛎汤加减。如患者症见心悸气短，胸闷心烦，疲乏无力，头晕失眠，口干汗出，舌红，苔薄少或光红，脉细或细数，则可在原方中适当减少温补之品（如鹿角片、补骨脂等），加炙甘草汤、酸枣仁汤等益气养阴安神，也可将红参改为白参 9g。

问：这里为何另用紫河车粉吞服？

答，紫河车为入之胎盘，血肉有情之品，紫河车性温，味甘咸，可入肺经、肝经和肾经，具有补肾益精，补气养血，补肺定喘之功效。可用于治疗由肾气不足、精血衰少引起的不孕、阳痿、遗精、头晕、耳鸣，以及由肺肾两虚引起的气喘等症。《本草拾遗》中指出，紫河车“主气血羸瘦，妇人劳

损，面黧皮黑，腹内诸病渐瘦悴者”。《本草图经》中说，紫河车可治疗“男女虚损劳极，不能生育，下元衰惫”。这里取其补气纳气之功，用于治疗心肾阳虚之喘证，单独吞服，可使使用药量充分吸收，增强疗效。

案二 孟某，男，76岁。2007年1月28日初诊。

既往有慢支急性发作，Ⅱ型呼衰；冠心病、心律失常、慢性心衰急性加重；高血压病2级。刻诊：胸闷心慌，动易气短，咳喘痰白，面肿，唇紫暗，目糊，嗜睡，寐安，大便日行1次，双下肢水肿。苔薄舌淡红脉细。肺病日久损伤肺气，痰瘀内结，使心阳、心气阻遏，血脉瘀阻，肾阳衰微。治以活血化痰，补肾纳气，温肺降气化痰。

处方：

红参9g 桂枝10g 白木芍(各)15g 甘草9g 杏仁15g 川朴15g 附子12g 猪茯苓(各)15g 仙灵脾20g 鹿角片9g 补骨脂15g 脐带1条 苏子15g 柴胡12g 桃仁12g 川芎12g 地鳖虫12g 接骨木(各)15g 枳壳12g 生黄芪30g 地龙12g 泽泻15g 生牡蛎40g

全蝎粉30g，蜈蚣粉30g装胶囊，每次6粒，每日两次。

二诊：2007年2月1日。服上方7剂。胸闷心慌减，动易气短减，面肿减，唇紫暗减，双下肢水肿减，目糊，嗜睡，咳嗽痰少，苔薄舌淡红脉细。诸症稍有缓解，而肺气仍虚，原法加减，佐以润肺止咳。

守1月28日方，去川朴、生牡蛎、苏子、甘草，加南沙参15g，枇杷叶12g，石膏30g，麦冬12g，桑叶皮(各)12g，炙甘草10g，14剂。

三诊：2007年2月17日。胸闷心慌减，双下肢肿减，目糊，咳嗽减，动易气短，苔薄舌淡红脉细。药既已有效，前方增损续进。

守1月28日方，去川朴、牡蛎、苏子、甘草，加南沙参15g，枇杷叶12g，枸杞15g，决明子15g，14剂。

四诊：2007年3月1日。胸闷心慌减，双下肢肿减，目糊，面肿减，咳喘尚未尽止，动易气短减，唇紫暗，苔薄舌淡红脉细。再治以利水消肿，止



咳化痰之品。

守1月28日方，去甘草、川朴、苏子、牡蛎，加车前子15g，炙甘草9g，枇杷叶12g，桔梗9g，百部15g，14剂。

患者续服中药半年，心衰喘咳明显缓解。



释疑解惑

问：本例患者如何辨证用药？

答：患者病情复杂，久病咳喘，初病在肺，久而延及心肾。久咳久喘则肺气损伤，肺气损伤导致宗气亦伤，以致宗气不能很好的贯通心脉以行气血，肺之宣发和肃降失司，水道不利，则痰瘀内结，使心阳、心气阻遏，心脉不畅，出现胸闷、气短、心悸、唇紫暗。心阳失煦，肾脏衰败，水饮内停，溢于肌肤，发为肢体水肿，肾虚失纳，动易气喘。投以桂枝加厚朴杏子汤合苏子温肺降气化痰，强心温肾利水，补阳还五汤加三棱、莪术益气活血，脐带温肾纳气平喘，生牡蛎咸寒软坚化痰，红参振奋元气，对虚寒之人最宜。诸药合用共奏温补心肾，化饮纳气，活血利水之功。

患者初诊服药见功，诸症明显好转，但二诊时白痰已化，咳嗽未已，去川朴、牡蛎、苏子、甘草降气化痰之品，予石膏、桑白皮、桑叶清泻肺热，南沙参、麦冬滋养肺阴，炙甘草调和诸药。三诊因患者目糊，加枸杞子、决明子养肝明目。四诊加车前子利水除湿，枇杷叶、桔梗、百部、紫菀、前胡止咳化痰。坚持服中药，诸症改善，心衰明显缓解。

问：老师自创“强心饮”主要治则是什么？

答：“强心饮”心肾同治，方由真武汤加鹿角片、仙灵脾、补骨脂组成。以真武汤温心肾阳气，化饮利水；鹿角片温补肾阳而兼通脉；仙灵脾、补骨脂温肾纳气，共奏温补心肾，化饮纳气之效，适用于慢性心力衰竭，心功能Ⅲ~Ⅳ级的重症患者。

案三 张某，女，62岁。2007年4月15日初诊。

中山医院诊断为冠心病，二尖瓣病变，急性前壁心梗，窦性心律，心功能Ⅲ级，左乳癌术后，支气管扩张。冠脉造影示冠心病，前降支狭窄

100%，回缩支狭窄80%，右冠无狭窄。2004年9月14日心超：左室后壁活动轻度减弱，主动脉瓣钙化，轻度肺动脉高压，EF0.18，曾行搭桥术。刻诊：胸闷，登2、3楼气短，烘热心烦，头晕，咽干咽痛，颈板，双手麻木，纳可，寐安，大便不成形，目干涩，腰酸，双下肢肿，苔薄舌淡红脉细。证属心阳不振，肾督亦亏，阴阳失调，痰瘀阻络之证，病情繁复，当复方图治。

处方：

柴胡 12g 桃杏仁（各）12g 川芎 12g 地鳖虫 12g
桂枝木（各）15g 甘草 9g 枳壳 12g 桂枝 12g 生
黄芪 30g 地龙 12g 附子 12g 猪茯苓（各）15g
白木芍（各）15g 葛根 15g 仙灵脾 20g 骨碎补 15g
潼白蒺藜（各）12g 仙茅 15g 巴戟天 12g 当归 15g
知柏（各）12g 枇杷叶 12g 胖大海 12g 生晒参 7g

另予全蝎30g，蜈蚣30g，装胶囊，每次6粒，每日2次。

二诊：2007年4月22日。夜尿2次，颈板，头晕，口干，目干涩目糊，心烦，便溏，舌淡红苔薄，脉细。拟前法出入。

守4月15日方去潼白蒺藜、胖大海，加天麻15g，干姜9g，覆盆子20g，14剂。

三诊：2007年5月5日。胸闷，登楼气短，腰酸，烘热心烦已减，干咳，少痰，苔白舌淡红，脉细。肺阴不足，前法加润肺止咳之品。

守4月15日方去柴胡、仙茅、当归、巴戟、胖大海、甘草，加南沙参15g，炙甘草15g，石膏30g，杏仁15g，麦冬12g，桑叶皮（各）15g，14剂。

四诊：2007年5月19日。胸闷，登楼气短已减，干咳减，胃胀不适，腰酸，咽干咽部梗阻，鼻塞，项板手麻减未罢，苔薄白舌淡红，脉细。守前法出入。

处方：

柴胡 12g 桃仁 12g 川芎 12g 地鳖虫 12g 三棱 12g
炙甘草 9g 枳壳 12g 生地 20g 附子 12g 猪茯苓
（各）12g 白木芍（各）12g 香附 12g 葛根 15g



仙灵脾 20g 骨碎补 15g 桂枝 12g 生牡蛎(先) 40g
 蔓荆子 15g 辛夷 15g 枇杷叶 12g 杜仲 15g 川断
 15g 全蝎 6g

天王补心丸两瓶，每次1/7瓶，每日1次，晚服。



释疑解惑

问：患者该如何辨证用药？老师为什么好多病例中都用到葛根、仙灵脾、骨碎补？

答：患者病情繁复，见冠心病、心律失常兼心力衰竭、颈椎病等。病人心衰日久，心阳不振，下及肾阳，肾督也亏，阴阳失调，痰瘀阻络。治以调理阴阳，活血化瘀通络。用血府逐瘀汤合真武汤加上骨碎补、仙灵脾、葛根，二仙汤等，诸药合用，通补兼施，双管齐下，力挽狂澜。

我在临床中重视调补肾督，观督脉的循行，“……上额交巅上，入脑络……侠脊抵腰中，入循膂络肾……”故调补肾督，关乎肾脑。故凡颈椎综合征，病涉心脑，每着意调摄督脉，而加入葛根、仙灵脾、骨碎补等品。葛根能升阳解肌，治项背强；仙灵脾能益精气，坚筋骨，强心力，入肝肾；骨碎补能补肾坚骨活血，三药合用，共奏活血、调摄督脉之功。对于颈椎病而见头痛、头晕、耳鸣、失眠等症及颈源性高血压，抑或中风，每与补阳还五汤合用，引药入于脑络；对颈椎综合征而见心悸、胸闷、心痛等症，每与血府逐瘀汤共剂。据此，再结合临床辨证用药，每获良效。

问：心力衰竭患者在饮食方面要注意什么？

答：首先，心力衰竭患者饮食要以易消化、清淡的软食为主，并注意少食多餐，以免一次进食过多，增加心脏负担，影响心脏功能。其次，要注意荤素搭配，营养全面，不宜单纯素食。对于心衰水肿的患者，应适当的限盐，甚或无盐饮食一段时间，因为钠滞留易促进水肿的加重，必须低盐、低钠、或无盐。

二、冠心病

案一 冯某，女，42岁。2007年2月12日初诊。

冠心病、高血压病史2年余。刻诊：胸闷心慌，动易气短，颈项板滞，寐艰，升火，时有腰膝酸软，易疲劳，双下肢水肿，苔薄白，舌偏暗，脉细。证属心肾阳虚，气虚血瘀，阴阳不调，治以温补心肾，益气化瘀，协调阴阳为法，佐以安神。方选真武汤、补阳还五汤合二仙汤加减。

处方：

党参 12g 生黄芪 30g 桃杏仁（各） 12g 川芎 12g
当归 15g 地鳖虫 12g 地龙 12g 猪茯苓（各） 15g
白木香（各） 15g 附子 12g 知母 12g 黄柏 12g
夜交藤 20g 远志 12g 仙灵脾 20g 生熟地（各） 20g
巴戟肉 12g 枸杞 12g 菊花 10g 珍珠母（先煎） 40g
葛根 15g 骨碎补 15g

二诊：2007年2月26日。服上方14剂，诸症均减，心慌偶作，双下肢水肿大减，舌脉同前。拟前法出入。守前方去菊花、珍珠母，加麦冬12g，苦参20g。

上方加减服2月后，诸恙均安。



释疑解惑

问：冠心病的基本病机是什么？

答：“心痹者，脉不通”，但就病之本质而言，《金匱要略·胸痹心痛气病脉证治》曰：“阳微阴弦，即胸痹而痛。”阳微者阳虚之谓，阴弦者阴盛之意。结合临床该病本虚而标实。本虚者，可阴虚，可阳虚，然以阳虚者为多见，由阳微不运则阴乘阳位而致脉不通，发为痹结而痛；标实者，或因气滞，或因血瘀，或因痰浊壅塞，或因寒邪凝泣。



问：治疗冠心病的基本原则是什么？

答：在治疗上，宜权衡标本虚实而扶正祛实。具体原则是宜温阳通阳而不宜补阳，宜益气补气而不滞气，宜活血行血而不宜破血，宜行气降气而不宜破气，宜化痰豁痰而不宜泻痰，宜散寒温寒而不宜逐寒。本例初诊中取真武汤之温阳行水与补阳还五汤之益气活血，加之二仙汤之燮理阴阳三管齐下，故能获得满意疗效。

问：老师这里为何用到二仙汤，此方还可治疗什么病证？

答：二仙汤为张伯讷老先生的经验方，由仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、黄柏、知母等方组成，适用阴阳失调之证。方中仙茅、仙灵脾二药补肾壮阳，配伍巴戟天温肾阳、补肾精，黄柏、知母滋养肾阴而泻肝火；当归温润养血且能调理冲任。本方具有补肾阳和滋阴泻火同用，协调阴阳的特点，可治疗高血压、更年期综合征，可以明显改善症状，使血压快速下降。此外，在各种病证中，凡见烘热、汗出、心烦，或汗后又见怕冷者，均可用之。若见上证而又舌红少苔者，仙茅改为生地。

案二 莫某，男，79岁。2004年6月6日初诊。

有“冠心病、慢性心功能不全病、心功能Ⅱ～Ⅲ级、混合性心绞痛、慢性持续性房颤、起搏器安装术后、慢性支气管炎（继发感染）、慢性阻塞性肺气肿”病史。刻诊：胸闷心慌，气短，头晕偶作，神疲乏力，左下肢麻木，纳可，寐艰，便干2日一行，心烦，易紧张，苔腻，舌偏暗，脉弦细。证属心阳不振，气滞血瘀，肝郁痰热，治以温振心阳，清化痰热，疏肝化痰。方选真武汤、血府逐瘀汤、柴胡加龙骨牡蛎汤合瓜蒌薤白半夏汤加减。

处方：

柴胡 12g	半夏 12g	黄芩 12g	附子 12g	猪苓 15g
茯苓 15g	白芍药（各） 15g	桂枝 12g	甘草 6g	生
龙牡（各） 30g	生大黄（后下） 6g	瓜蒌皮 15g	薤	
白术 10g	桃杏仁（各） 12g	川芎 12g	三棱 12g	
莪术 12g	地鳖虫 12g	枳实 12g	淡豆豉 12g	知母

12g 黄柏 12g 夜交藤 20g 远志 12g 枳实 12g
生晒参 7g

二诊：2004年6月13日。服上方7剂，左下肢麻木减轻，夜寐渐安，头晕减，大便日行一次，心烦减，易紧张减，胸闷心慌，气短乏力，腻苔渐化，舌偏暗脉弦细。痰热已见化机，心阳尚未来复，前方加补气纳气之品以观动静。守6月6日方，去瓜蒌皮、薤白头，加沉香4g，生黄芪30g，地龙12g，7剂。

三诊：2004年6月20日。胸闷心慌减，气短乏力仍作，左下肢麻木渐减轻，头晕减，大便日行一次，纳可，寐安，心烦止，易紧张已减，腻苔见化舌偏暗脉细。诸症悉减，但气短未罢，拟更进一筹，补肾阳以振心阳，以待转机。守6月13日方去沉香、山梔、淡豆豉，加仙灵脾12g，鹿角片6g，补骨脂10g，7剂。

四诊：2004年6月27日。胸闷心慌未作，气短乏力见减，余恙均安，腻苔渐化，舌偏暗脉细。效方迭进。守6月20日方续进。服上方14剂后药后余恙均安。



释疑解惑

问：为何在本案运用柴胡加龙骨牡蛎汤？

答：本案初诊症见心烦，易紧张，便秘，苔腻脉弦细，提示里有痰热肝火，故于方中加入柴胡加龙骨牡蛎汤以清化痰热，疏肝理气而收效。该方用柴胡、黄芩、半夏、茯苓、大黄以疏肝气，清泄痰热，复用人参、桂枝、甘草以益心气通心阳，龙骨、牡蛎收敛安神镇惊。病机寒热错杂，用药补与泄，寒与温，疏散与收敛相配伍，相反相成，切合病机。

问：治疗冠心病的选药应注意的是什么？

答：在用药上，温阳通阳可用附子、桂枝，特别是附子一味，既能温阳，又能通阳，优于桂枝；益气补气可选生晒参、党参、太子参、生黄芪之类；活血行血可用川芎、丹参、赤芍、桃仁、红花、地龙、地鳖虫、当归、三棱、莪术、乳香、没药、失笑散等；行气降气可用郁金、降香、沉香、枳壳等品；化痰豁痰可取温胆、涤痰等方；散寒温寒可选生姜、吴萸、乌头之类。此外，《金匱要略》瓜蒌薤白类方对心痹而胸闷，或胸痛或不痛者皆可以通阳开痹，



为治疗冠心病心绞痛之要方。凡此，选药和组方配伍，皆以祛实不伤正，补虚而不碍邪为宗旨。冠心病患者随病程延长，也可逐渐发展到心肾阳虚，应加入温补心肾阳气之品。在本案三诊、四诊中加入仙灵脾、鹿角片、补骨脂等温肾之品，故收到显著疗效。

在本病稳定期间，可予散剂常服，方用降香 45g，血竭 30g，没药 45g，三七粉 30g，共研细末，每日 3~6g 常可减少复发。

问：冠心病患者还可选用哪些中成药？

答：冠心病还可选用麝香保心丸，本方由麝香、人参、苏合香、蟾酥等组成，具有益气强心，芳香温通的功效，可治疗心肌缺血引起的心绞痛，胸闷及心肌梗死。速效救心丸，具有理气活血之功效，可以缓解心绞痛出现的胸闷、憋气、心前区疼痛。苏合香丸具有理气止痛，芳香开窍的功效。复方丹参片，具有扩张冠状动脉，减慢心率，增加心肌收缩力的作用。

问：血府逐瘀汤您常用来治疗冠心病胸痹，还可用于其他疾病吗？

答：血府逐瘀汤由当归、生地、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、甘草、桔梗、川芎、牛膝组成。方中桃仁、红花、赤芍、川芎活血化瘀通脉。桔梗开胸膈，宣肺气，以行上焦气滞，柴胡、枳壳疏肝理气，畅中焦气机，牛膝化瘀引血下行，通下焦气滞，生地、当归养血和血，俾活血而不伤血，甘草调和诸药。诸药配伍，共奏理气行滞，活血化瘀，调畅气血。多用于治疗气滞血瘀，胸阳不振所致冠心病心绞痛、心肌梗死之胸痹、胸痛彻背、背痛彻胸，加上附子、桂枝以通阳活血，标本兼治。

还可用于失眠、顽固性头痛等疾病。《医林改错》曰：“查患头痛者，无表证，无里证，无气虚、痰饮等症，忽犯忽好，百方不效，用此方一剂而愈。”头痛日久，缠绵不愈，必是瘀血阻络，脑络不通，不通则痛。血府逐瘀汤能祛瘀化滞，使气血流畅则头痛可止。

对于顽固性疾病每可从瘀论治，心主血脉，藏神，若瘀血阻于心脉，气血不和，血不养神，则失眠。用血府逐瘀汤以化瘀通脉，调畅血气，使血养而神安。

此外，凡胸部及上腹部诸多酸痛，其病机合于方意者皆可使用，即所谓“有是证用是方”之意。

案三 周某，男，66岁。2005年5月30日初诊。

1999年3月28日因剧烈胸痛伴恶心呕吐，去瑞金医院就诊，诊断为急性前壁心梗，4月5日在瑞金医院行PTCA支架置入术，冠脉造影示左前降支起始部100%阻塞，侧支来自右冠脉血管。2004年11月11~25日因前壁再梗住胸科医院治疗。冠脉造影示LAD原支架内完全阻塞，LCY-1、RCA-1、PCI+CLAD植入支架。胸科医院心超示左室前壁段收缩活动异常，二尖瓣轻度反流。诊断为冠心病、急性前壁心梗、PTCA支架植入术后。刻诊：自觉胸骨后疼痛频繁发作，伴左手臂疼痛，两上肢麻木，胸闷，乏力，夜寐不安，得饮作恶欲呕，二便正常，口渴，舌红暗，苔薄白腻，脉小弦。证属痰浊壅盛，气滞血瘀，心脉瘀阻，胸阳失展。治以行气宽胸，活血化瘀通络。方以瓜蒌薤白半夏汤、血府逐瘀汤加减。

处方：

瓜蒌皮 12g 薤白头 10g 半夏 12g 桂枝 12g 柴胡
12g 桃杏仁（各）12g 川芎 12g 炙乳没（各）12g
枳椇木（各）15g 甘草 9g 枳壳 12g 生黄芪 30g
地龙 12g 玄胡 20g 生蒲黄（包）12g 海藻 15g
生牡蛎（先）40g 猪苓 15g 知柏（各）12g 夜交藤
20g 远志 12g 合欢皮 15g

二诊：2005年6月13日。服上方14剂，左侧胸前区胸闷减轻，胸骨后疼痛好转，但仍有隐痛，伴左肩关节不适感，气短乏力，精神欠佳，肢体酸软，胃纳欠佳，舌淡苔腻，脉小弦。患者舌苔较腻，肢体酸软，胸闷虽减，患者痰滞渐化，湿热仍羁留，故佐以化湿健脾之品。守5月30方去瓜蒌、薤白、合欢皮，加川朴、苍术、炙甲片，14剂。

三诊：2009年7月5日。药后胸骨后疼痛减轻，期间曾有一次左侧胸前区针刺样疼痛，5分钟后缓解，近1周来胸前区闷堵感，气短伴头晕，左肩关节酸痛，舌淡苔薄白，脉弦。疼痛次数已减，但血脉瘀滞仍在，心阳亦弱，再拟活血化瘀，温补通脉，血府逐瘀汤合当归四逆汤、真武汤加减，以观后效。



处方:

柴胡 12g 桃杏仁 (各) 12g 川芎 12g 桂枝木 (各)
12g 甘草 9g 生蒲黄 (包) 12g 麦冬 12g 枳壳
12g 桂枝 12g 玄胡 15g 生牡蛎 (先) 40g 白木
芍 (各) 15g 当归 15g 细辛 9g 通草 6g 附子 12g
夏麦藤 20g 猪茯苓 (各) 15g 知柏 (各) 12g 生黄
芪 30g 地龙 12g 潼白蒺藜 (各) 12g

本方自加红枣 6 枚。加减服用 5 周。

五诊: 2005 年 8 月 8 日。胸骨后疼痛未发, 背部时有酸痛, 左肩仍有疼痛, 夜寐渐安, 偶有头晕, 胃纳欠佳, 胸闷已减, 时有气短, 大便正常, 舌淡苔薄白腻, 脉细。BP 80/60mmHg。心脉痹阻渐通, 心阳亦见来复之机, 续予益气合温补心肾阳气之剂, 通补兼施, 以巩固疗效。

处方:

生黄芪 30g 桃杏仁 (各) 12g 川芎 12g 地鳖虫 12g
三棱 15g 炙乳没 (各) 12g 地龙 12g 生蒲黄 (包)
12g 葛根 12g 仙灵脾 20g 骨碎补 15g 潼白蒺藜
(各) 12g 玄胡 15g 附子 12g 桂枝 12g 猪茯苓
(各) 15g 白木芍 (各) 15g 生晒参 9g 半夏 12g
川朴 15g 降香 6g 脐带 1 条

患者坚持服药, 心绞痛未见发作。



释疑解惑

问: 急性心肌梗死辨证关键在哪里? 该患者如何辨证?

答: 治疗急性心肌梗死必须强调辨证论治, 关键在于抓住“阴”(阴虚)、“阳”(阳气虚)、“痰”、“瘀”四个字, 及心气虚弱、心脉痹阻、胸阳不振等基本病机, 然后进行具体辨证。心肌梗死是心脉痹阻不通, 治疗当活血通脉, 活血药可根据病情进行选择, 当归、丹参、红花、桃仁、益母草、泽兰叶等既能活血, 又能养血。阳虚患者还可选用川芎、失笑散、乳香、没药等。阴虚者可选用赤芍、丹皮、蒲黄等凉血活血之品。慎用破血药, 注意通过配伍免使正

气耗损。该患者初诊，胸痛引臂、两上肢麻木，为痰瘀互结，心脉痹阻之象，气滞上焦，胸阳失展，故胸闷。得饮作恶欲呕为饮邪内停之证，故用瓜蒌薤白半夏汤行气宽胸，化痰通阳。血府逐瘀汤加减行气活血止痛。

问：这里三诊用到了当归四逆汤，为什么？

答：当归四逆汤始见于《伤寒论》，由当归、桂枝、芍药、细辛、通草、甘草、大枣组成，功能温经散寒，养血通脉，主治心阳虚衰，血虚寒凝，闭阻血脉所引起的胸痹心痛、心悸怔忡等症。其中当归和血补血；白芍助当归以益阴血；桂枝温通血脉；细辛温经散寒；并佐通草以通利血脉；炙甘草、大枣合桂枝“辛甘化阳”助心胸之阳，合白芍“酸甘化阴”而资阴血。全方共奏温通血脉，养血扶阳的功效。本例患者四周后胸骨疼痛虽减，但仍有左胸针刺样疼痛，虑其为寒凝血脉之故，所以择当归四逆汤以温通之。

问：瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤和枳实薤白桂枝汤应用于冠心病有什么区别？

答：三方皆出于《金匮要略》，皆可用于胸痹，都有通阳散结，祛痰行气功效。瓜蒌薤白白酒汤以通阳散结，行气祛痰为主，主治胸痹而痰浊较轻者；瓜蒌薤白半夏汤祛痰散结力量较强，治胸痹而痰浊较盛者；枳实薤白桂枝汤则重在通阳散结，还能下气驱寒，消痞除满，治疗胸痹而痰气互结较甚，胸中痞满，并有逆气从胁下上冲者。

问：治疗心肌梗死还须注意什么？

答：治疗心绞痛要注意防“脱”、防“厥”，凡病在心肌梗死，胸痛彻背引臂，喘息不得卧，或汗出，脉沉者，血压虽未明显下降，用药仍须先防“厥”、“脱”。用药于“厥”、“脱”之先，阳虚有寒者，可用参附汤、四逆汤、四逆加入参汤等，阴虚有热，予生脉散加生地，汗多用吴茱萸、黄精之类固脱。如果痛甚者，首先须止痛，可用乳香、没药、失笑散，痛不止，用川乌、赤石脂等。



三、早搏

案一 张某，男，32岁。2008年1月7日初诊。

室早半年，2007年6月感冒后体检发现早搏。2007年12月Holter：单个房早6次/24小时，单个室早7672次/24小时，室早连发1次。平板运动试验阴性。甲状腺功能正常，心肌酶正常。刻诊：心悸，神疲时作，气短懒言，平素易外感，有鼻炎史，畏寒，颈项板滞，无手麻，纳可，寐不安，大便调。舌质淡红，舌苔薄白，脉细时有结代。证属气阴两虚，瘀血内停，阴阳之气不相顺接。拟协调阴阳，益气升阳，活血宁心。

处方：

生晒参7g 麦冬12g 五味子9g 生黄芪30g 桃杏仁(各)12g 川芎12g 地鳖虫12g 三棱15g 地龙12g 葛根15g 仙灵脾20g 骨碎补15g 附子12g 猪茯苓(各)15g 白木芍(各)15g 桂枝12g 茶树根20g 苦参30g 景天三七20g 虎杖15g 知柏(各)12g 柴胡12g 升麻12g 当归15g 陈皮9g

二诊：2008年1月21日。服上方14剂，心悸有减，精神见振，颈项板滞时痛，纳可，夜寐渐安，舌偏红，苔薄，脉细。药既取效，守方加减。

守2008年1月7日方，去五味子、骨碎补，加炙甘草12g，生熟地(各)20g，威灵仙15g，14剂。

三诊：2008年2月4日。心悸不甚，今晨起鼻塞少量流涕，无咳，偶有少量黄痰，易咯，精神尚可，颈板仍有，酸痛有减，纳可，夜寐安，苔薄，舌淡红，脉细。肺气见壅热之象，方予兼顾。

守2008年1月7日方，去五味子、骨碎补、升麻、当归、陈皮、柴胡，加桑寄生30g，甘松15g，丹参15g，炙甘草12g，蔓荆子20g，野荞麦根20g，14剂

四诊：2008年2月18日。咯痰鼻塞已愈，胸闷心悸未作，诸恙悉减，无头晕汗出，纳可，二便调，夜寐安，苔薄，舌淡红，脉细。守原法以冀巩固。

处方：

生晒参 7g 麦冬 12g 柴胡 12g 桃杏仁（各） 12g
川芎 12g 地鳖虫 12g 桂枝木（各） 15g 炙甘草 12g
生地 20g 枳壳 12g 生黄芪 30g 地龙 12g 高根 15g
仙灵脾 20g 骨碎补 15g 附子 12g 猪茯苓（各） 15g
白木芍（各） 15g 桂枝 15g 苦参 30g 景天三七 20g
丹参 15g 桑寄生 30g 甘松 12g 知柏（各） 12g

14剂

治疗半年余，早搏明显减少，复查 Holter：单个室早 120 次/24 小时。



释疑解惑

问：您对这个病人是怎样辨证施治的？

答：患者平素易感冒，体质素弱，就诊时诉神疲时作，气短懒言，畏寒，然又见苔薄而舌偏红，知其阳气亏虚，阴气也显不足，是为气阴两虚之质。患者于感冒后见心悸，脉结代（心悸），当知邪气犯心所致，时过半年，未见邪恋之象，而心悸、结代之症仍在，是心气未复，心主血脉功能受损，血滞脉中，日久成瘀，使心之阴阳之气不相顺接，发为斯病。故选用生脉散、补阳还五汤、补中益气汤等，以益气、升阳、活血，兼顾心阴，又用真武汤合桂枝温补而兼通心阳，冀阴阳之气得以顺接。方中选用茶树根、苦参、景天三七、虎杖等，皆为据报道有抗心律失常疗效的中药。二诊中加入炙甘草、生熟地，与前方的生晒参、麦冬、桂枝相合，是取益气养阴的炙甘草汤之意，以治“脉结代、心动悸”。三诊中加入丹参、甘松、桑寄生，该方是 20 世纪 80 年代某军队医院报道的治疗早搏的验方，临床用之，感觉有效，故常取用。近时的“参松稳心颗粒”恐也是取意于此方。据余经验，真武汤、桂枝，是治疗早搏效果最为确切的方药，于此证必用之。此外，治早搏，脉结



代，无论有否失眠之症，均宜配用安神之品，每可提高疗效，酸枣仁汤可为首选。

问：为什么心悸的病人多伴随不寐？

答：心悸多伴随睡眠障碍，因为心主血脉和神明。心悸的病理不只血脉运行失调，而且还有邪扰神明和心神失宁的情况，所以心悸常伴有失眠、健忘。临床上我们经常看到睡眠的好转，有助于心悸症状的缓解，所以要重视不寐的治疗。心神得养有益于心主血脉功能的恢复。安神药分为镇惊安神和养心安神两种，镇惊安神我多用珍珠母、琥珀粉等，养心安神我多用夜交藤、合欢皮、远志、酸枣仁等。根据辨证可分别选用甘麦大枣汤、酸枣仁汤、天王补心丹、柴胡甘草龙骨牡蛎汤等调养心神。

案二 周某，女，60岁。2007年6月24日初诊。

2007年3月24日第一人民医院诊断：①冠心病、心绞痛；②心功能2级；③高血压病2级；④2型糖尿病。2007年5月15日Holter：总心搏73038次/24小时，平均心率51次/分，最慢34次，最快98次，室早1次，室上性早搏7524次，结论：窦性心动过缓，窦性心律不齐，房早，偶见室早，ST-T改变。平时服心可舒、宁心宝、络活喜等。刻诊：胸闷心悸时作，动则气短，时有头晕项强，纳可，寐安，便调。舌淡红，苔薄，脉迟无力。证属心阳不振，肾气亦弱，胸阳失展，心脉瘀阻。拟振奋心肾，益气活血，温通血脉，化饮宁悸。

处方：

麻黄 12g 细辛 10g 附子 12g 猪茯苓（各）15g
白木芍（各）15g 仙灵脾 20g 鹿角片（先）9g 补骨脂 12g
桂枝 12g 甘草 6g 当归 15g 通草 6g
桃枣仁（各）12g 川芎 12g 地鳖虫 12g 接骨木（各）15g
生福参 7g 生黄芪 30g 地龙 12g 葛根 15g
骨碎补 15g 天麻 15g

二诊：2007年7月1日，服上方14剂。胸闷偶作，易疲劳倦怠，登三楼

气短，怕冷止，头晕亦止，舌淡红，苔薄，脉细迟。守方合通窍清心之品。

守2007年6月24日方，去当归、通草、天麻，加脐带1条，菖蒲12g，郁金15g，麦冬15g，附子改为15g，细辛改为12g，14剂。

三诊：2007年7月8日，胸闷减，登楼气短，疲劳已减，胃胀，舌淡红，苔薄，脉细，脉迟渐增，原方迭进，缓图取效。

守2007年7月8日方，去菖蒲、郁金，加枳壳12g，香附12g，煅瓦楞（先煎）40g，14剂。

经半年调治，心室率升至62次/分，早搏亦瘥，心悸胸闷若失，停用心可舒、宁心宝。



释疑解惑

问：这个病人您是怎样辨证论治的？

答：该患脉迟而无力，兼见动则气短，当为心肾虚寒之证。心主血脉，心气心阳不振则鼓动无力。日久及肾，成心肾阳虚，故见动则气短，肾为气之根故也。本例用真武汤合仙灵脾、鹿角片、补骨脂正是振奋心肾阳气而用。真武汤还有温阳化饮宁悸之效。麻黄附子细辛汤是为素体阳虚，又感风邪，太阳、少阴同病之证而设。近年研究，其对心阳不振的心动过缓、病态窦房结综合征有效，与本例病机切合，故亦采用。此外，心阳不振，心脉瘀滞在所必然，故又合当归四逆汤、补阳还五汤加人参，补气活血，温通血脉。临床中，抓住主证，结合其他症状表现，综合分析病机进行组方是临床重要的思维方法。方中还用葛根、仙灵脾、骨碎补与补阳还五汤共享，如前所说能补肾督，益脑髓，合天麻以治项强、头晕之症。

问：中医有“细辛不过钱”的说法，本方中细辛的用量明显超过了3g，会有毒副反应吗？

答：“细辛不过钱”的说法，是专指细辛散剂中的剂量不能超过3g，若超过3g会出现中毒反应，并不是指汤剂中细辛的用量。用水煎煮可解细辛之毒，每剂9~12g，不会有毒副反应。



四、中风后遗症

案一 柏某，女，64岁。2002年5月13日初诊。

高血压病史10年，1995年11月脑溢血病史，以后发生脑梗塞两次，最近一次发生于2002年2月初。脑CT显示：多发性腔梗，TCD提示椎管动脉血流速度减慢。BP 155/100 mmHg。现症见右侧肢体活动障碍，行走不利，大小便失禁，左手麻木，言语欠流利，头晕不适，纳可，寐安，苔薄黄腻，舌质淡红，脉细。证属痰瘀交阻，脉络不通，治以益气活血，化痰通络。

处方：

生黄芪 30g 桃仁 12g 川芎 12g 当归 15g 地鳖虫
12g 桂枝木(各) 15g 地龙 12g 生牡蛎(先煎)
40g 海藻 15g 天竺黄 12g 生熟地(各) 20g 麦
冬 12g 桂枝 10g 附子 12g 白木芍(各) 15g 甘
草 6g 细辛 5g 通草 6g 蜈蚣 2条 全蝎 6g

二诊：2002年5月27日。服上方14剂。右侧肢体活动障碍较前好转，大小便失禁较前减轻，言语欠流利，头晕偶作，腻苔渐化，舌质淡红，脉细，BP 155/100mmHg。药方已取效，拟前法更进一筹。

守上方，加胆星 15g，菖蒲 12g，再服14剂。另服活血通脉胶囊4粒，每日3次，苏合香丸半粒，每日2次。

三诊：2002年6月10日。右侧肢体活动障碍较前减轻，大小便失禁亦减，在家中渐能自主行走，言语较前流利，头晕已除，腻苔已化，舌质淡红，脉细，BP 155/95mmHg。症状逐渐稳定，加入补肾扶正之品。

守5月13日方，去细辛、通草，加南星 15g，菟丝子 15g，肉苁蓉 12g。服上方14剂后右侧肢体活动较前自如，大小便能自主控制，行走较前自如，余恙均安。



释疑解惑

问：对于此病人您是如何辨证的？

答：患者脑溢血、脑梗塞后发生右侧肢体活动障碍，乃痰瘀交阻，脉络不通。治疗中每将补气与活血合用，黄芪量大而生用，意在取其性走而周行全身，补气而通络，并取意地黄饮子，加入附子、桂枝、麦冬、熟地。二诊时，以活血通脉胶囊之通经络，与苏合香丸之温开相结合，拓展疗效。三诊中又加入肉苁蓉，以起痿废；配用活血化瘀药及当归四逆汤以通血络。多年临床实践证实此治法对脑血栓形成疗效尤着，亦有利于某些脑震荡后遗症、偏头痛、脑血管意外所造成的偏瘫失语的恢复。兼以化痰浊，攻瘀积，温经络之品。

问：在中风后遗症中，该怎样恰当地运用虫类药物？

答：虫类药物的使用，在《金匱要略》中已经有较多的记载，如大黄廬虫丸、鳖甲煎丸等等，用于血瘀癥结；清代叶天士受到其中的启发，提出“久病入络”的观点，强调对于久病之人也应适当运用虫类药物，以“搜剔通络”，松透病根。对于中风后遗症，在活血化瘀止痛的同时，用虫类药“松透病根”，如地鳖虫、地龙等入汤剂同煎，而全蝎、蜈蚣既可以加入汤剂中，也可磨粉吞服。全蝎与蜈蚣，止痉散也。蜈蚣，辛温微毒，有良好的通络止痛作用。《别录》云其“去恶血”。《医学衷中参西录》云“蜈蚣，走窜之力最速，内而脏腑，外而经络，凡气血凝聚之处皆能开之。”现代药理研究，蜈蚣有增强心肌收缩力，扩张血管作用。全蝎，味咸辛，性平，性善走窜，有较好的通络止痛作用，为治风之要药。《医学衷中参西录》：“善入肝经，为蜈蚣之伍药，其力相得益彰”。现代药理研究显示，全蝎有增加心肌收缩力，减慢心率，抗血栓作用。我在临床拓展了其适应证，除用于中风后遗症外，对于颈椎病脑供血不足、血管神经性头痛、胸痹都有很好的效果，被广泛应用于心脑血管疾病的治疗。但是要注意，这两种药物都是属于动物蛋白，偶尔也会有过敏反应，病人会出现皮疹、风疹块等表现，停药后即可消失；但在大部分情况下，用全蝎6g，蜈蚣2~3条水煎服，或是全蝎粉、蜈蚣粉混匀装0号或1号胶囊，每次6粒，一日2次，这样的剂量和服用方法，一般不会引起过敏反应。



问：您对于很多药物的运用，剂量都比较大，对此您有什么心得吗？

答：对于药物剂量的掌握，要视实际情况而定。我的老师张伯臾老先生，在开始的时候，用量也是很轻的，但是等到病房了以后，特别是看了《千金方》以后，用药剂量就开始有所增加。为什么呢？因为疾病的需要。进入病房的患者，当然比大多数的门诊病人要严重，所谓“病重药轻”当然就不能治好疾病。由此可见，对于药物剂量的把握，还应该根据病情的具体情况来决定，而不能一味的照搬书籍。药物剂量首先是依据病情需要，也考虑到目前的中药质量及加工炮制等因素，药物剂量可以适当大一些。当然，药物剂量也不是越大越好，要考虑药物副作用问题，以及药物在水中的饱和度为题。药物剂量的掌握，有赖经典与经验的结合。

案二 殷某，男，60岁。2007年9月30日初诊。

1999年曾脑出血，2006年底脑梗塞，2006年底CT示：①双侧基底节区腔隙灶，右侧外束软化灶；②脑萎缩、脑白质病。刻诊：左侧肢体活动不利伴麻木，行走欠稳，言语尚清晰，口角流涎，纳一般，大便秘结，需服芦荟方行，苔浊舌淡红，脉细。患者年已花甲，肾元亏虚，气血不足，痰热内闭，瘀阻脑络。治从调补阴阳，清化开闭，活血通窍入手。

处方：

生黄芪 30g 桃仁 12g 川芎 12g 地鳖虫 12g 菖蒲
木（各） 15g 地龙 12g 附子 12g 桂枝 12g 生地
20g 麦冬 12g 生牡蛎（先） 40g 炙鳖甲 15g 南
星 12g 天竺黄 12g 菖蒲 12g 郁金 15g 半夏 15g
陈皮 9g 茯苓 15g 甘草 9g 枳壳 12g 竹茹 9g
生川军（后下） 9g

二诊：2007年10月14日，服上方14剂。左侧肢体活动欠利，行走欠稳，口角流涎好转，神疲乏力，易出汗，纳一般，大便需服芦荟方行，浊苔已化舌淡红，脉细。痰浊渐化，而又见气虚清阳不升之象，拟原法加减，增入补中益气之品。

守9月30日方，去半夏、茯苓、枳壳、竹茹、生川军，加柴胡 12g，升

麻 12g, 白术 15g, 当归 15g, 14 剂。

三诊：2007 年 10 月 28 日，左侧肢体活动欠利稍好转，口角流涎减轻，行走已逐步稳定，大便 2~3 日一行，易汗出，苔薄腻舌淡红，脉细。患者病情已见起色，然瘀阻脑络之症，当须假以时日，缓图取效。

守 10 月 28 日方，去半夏、茯苓、竹茹、枳壳，加牛膝 15g，千年健 20g，苍术 15g，14 剂。另全蝎 30g，蜈蚣 30g 装胶囊，每次 6 粒，每日 2 次。

原方增损续服，肢体活动较前自如，行走逐渐稳健，余症皆安。



释疑解惑

问：本案该如何辨证用药？

答：患者中风后，气虚血瘀，痰瘀阻络，阴阳不调，故以补阳还五汤益气化瘀活血通络。生黄芪大补元气，使气旺血行，祛瘀而不伤正；当归活血而不伤正；川芎、赤芍、桃仁活血祛瘀；地龙通经络，诸药合用能益气化瘀，疏通经络。正如张锡纯在《医学衷中参西录》所曰：“气血虚者，其经络多瘀滞……化其瘀滞，则偏枯，痿废者自易愈也。”故须用益气活血化瘀之品。桂枝、附子温经通阳合麦冬、生地滋阴，以调理阴阳，“使阳得阴助而生化无穷，阴得阳升而泉源不竭”，亦有取地黄饮子组方之意。半夏、陈皮、茯苓、竹茹涤痰开窍，菖蒲、南星豁痰开窍，郁金、天竺黄清热化痰，枳壳降气和中。生牡蛎、炙鳖甲软坚散结消癥，以消散梗塞灶。全蝎、蜈蚣祛风搜络，诸药合用，共奏益气活血化瘀，涤痰通络之功。切中病机，故疗效满意。

问：在中风后遗症中应当如何运用地黄饮子？

答：对于中风后遗症兼见头晕、舌红脉弦数等肝肾阴亏之证，可以用地黄饮子。如果阴虚水不涵木，原有血压偏高或阳亢患者，则附子、桂枝应当有所减少；如见阴阳并虚，则补阴、补阳之药应可等量使用。如见阴虚夹痰，舌苔薄腻，则因地黄饮子中原有菖蒲、远志、茯苓等，也可适用，并视病情可与温胆汤或涤痰汤同用。

问：在中风后遗症中运用补阳还五汤，有什么注意事项吗？

答：对于无明显阴虚之象者，当运用补阳还五汤，益气以行血通络。本方用黄芪当宗王清任原意，须一两以上才能有效。对于有血压偏高，而阳亢



之症明显者，可在运用大剂量生黄芪的同时，加入天麻、钩藤、生石决、珍珠母等平肝潜阳之品；如见痰湿重，可与二陈、温胆汤之类合用，黄芪也不必减少用量。

五、高血压

薛某，男，58岁。2008年12月7日初诊。

高血压病史7年余，每遇秋冬之季血压升高。血压最高达176/100mmHg，不规则服用降压药。刻诊：头部胀痛伴有头晕，脑鸣如雷，颈项板滞不舒，心烦易怒，肢软乏力，胃纳尚可，大便日行2至3次，夜尿4次，尿急伴心慌，夜寐易醒，口干欲饮。舌质偏红，苔薄白，脉细。测血压130/70mmHg。证属肝阳上亢，肾督不足，脑髓空虚，心火内扰。拟平肝潜阳，育阴益精，通补肾督，安神除烦。用补阳还五汤合天麻钩藤饮加减。

处方：

生黄芪30g 桃杏仁(各)12g 川芎12g 地鳖虫12g
 三棱15g 地龙12g 葛根15g 仙灵脾20g 骨碎补
 15g 生石决(先煎)20g 天麻15g 钩藤15g 枸
 杞12g 珍珠母(先煎)40g 生熟地(各)20g 菊花
 10g 山萸肉12g 朱茯苓15g 知柏(各)12g 麦
 冬藤20g 石菖蒲15g 灵磁石(先煎)40g 淡豆豉
 12g 山栀12g

二诊：2008年12月21日，服上方14剂。头胀痛偶作，脑鸣依旧，颈项板滞，心烦易怒，尿急心慌减，夜尿2至3次，口干未作，舌淡红苔薄，脉细。BP 130/80mmHg。外院测空腹血糖6.4mmol/L，B超示甲状腺结节。守方取效，加减合二仙汤，协调阴阳。

守12月7日方，去山萸肉、淡豆豉、山栀，加当归15g，巴戟12g，潼白蒺藜(各)12g，远志12g，14剂。

另全蝎粉、蜈蚣粉各30g，混匀后装空心胶囊，每次6粒，一日2次，中

药送服。

三诊：2009年1月4日，头晕胀痛大减，脑鸣减轻，颈项板滞感亦瘥，精神渐振，心烦心慌见轻，夜寐转安，夜尿减至1至2次，舌淡红苔薄，脉细。BP 130/85mmHg。外院颈椎片示：颈椎退行性变。B超示：前列腺轻度增生。拟守原法继治。

处方：

生黄芪 30g 桃杏仁（各） 12g 川芎 12g 地鳖虫 12g
三棱 15g 地龙 12g 葛根 15g 仙灵脾 20g 骨碎补
15g 天麻 15g 钩藤 15g 生石决（先煎） 20g 枸
杞 12g 菊花 10g 珍珠母（先煎） 40g 生熟地（各）
20g 当归 15g 朱茯苓 15g 知柏（各） 12g 夜交
藤 20g 石菖蒲 15g 灵磁石（先煎） 40g 巴戟天 12g
潼白蒺藜（各） 12g 远志 12g



释疑解惑

问：对此患者初诊您是如何辨证的？

答：患者平时烦劳，耗伤气阴，气虚不荣，肾水不足，水不涵木，遂成肝阳上亢，肾督不足，脑髓空虚，心火内扰之证。法当平肝潜阳，育阴益精，通补肾督，安神除烦。生黄芪、桃仁、川芎、地鳖虫、三棱、地龙益气活血化瘀；天麻、钩藤、石决明、枸杞、菊花、生牡蛎、珍珠母、生熟地、山萸肉、知柏育阴平肝潜阳；枣仁、川芎、知母、朱苓、夜交藤重镇养心安神；仙灵脾、骨碎补、葛根通补肾督；石菖蒲、灵磁石化痰开窍，重镇安神，兼治脑鸣；淡豆豉、山栀清热除烦。诸药合用，切中病机，使诸症悉减，血压稳定。

问：临证发现有好多高血压病人血压已控制，但还是有头痛等有关症状，应该如何考虑？

答：高血压病人，除血压升高外，往往伴随诸多症状，如果我们只重视血压的高低，运用降压药，而忽略其他全身症状，就会出现这种情况。在古代，中医并无高血压一说，而是从病因、病机、体质、证候等多方面进行辨



证论治，整体调整，这是中医的优势所在，可明显地弥补西医治高血压的不足。同时，在临床中不要把高血压的中医病机，简单化、刻板化，认为高血压就是肝阳上亢，肝风内动，肝火上炎，这样会局限我们的临床诊疗思路，不利于发挥中医治疗高血压的特色优势。

问：高血压病人如何护理？

答：高血压是多基因、多环境因素影响的疾病，与不健康的生活方式或不利的物理环境和社会环境有关，尤其是精神心理因素、外界不良刺激等，均可引起交感神经兴奋，导致血压持续升高和不同程度的波动。因此，通过对患者实施心理护理可改变病人不良的生活方式，如戒烟、酗酒、控制钠盐摄入等，可降低交感神经兴奋性。在实施心理护理的过程中，消除患者心理障碍，稳定患者情绪，愉快接受治疗，调动病人配合药物治疗的积极性，有利于血压调节，减少并发症的发生。

六、头痛

案一 俞某，男，27岁。2007年3月11日初诊。

现病史：TCD检查示双侧椎动脉、大脑中动脉、前动脉轻度痉挛。现头痛头晕3月余，头胀偶作，神疲乏力，纳可，寐尚安。舌淡红舌苔薄，脉细。证属气虚血行不利，络脉瘀阻，治拟益气化瘀，通络止痛。

处方：

生黄芪 30g 柴胡 12g 升麻 12g 白术 15g 陈皮 9g
 当归 15g 甘草 9g 桃杏仁(各) 12g 川芎 12g 地
 鳖虫 12g 炙乳没(各) 12g 地龙 12g 葛根 15g
 仙灵脾 20g 骨碎补 15g 全蝎 6g 蜈蚣 3条 细辛
 9g 天麻 15g 白芍 30g 羚羊角粉(分吞) 0.6g
 珍珠母(先) 40g 生晒参 7g

二诊：2007年3月18日。服上方7剂。头痛头晕未作，头胀，寐欠安，舌淡红，苔薄，脉细。药已取效，原方加减。

守2007年3月11日方，去炙乳没，加生蒲黄12g，生牡蛎（先）40g，14剂。

三诊：2007年4月1日。头痛发作1次，头胀偶作，苔薄，舌红，脉细。患者气虚渐复，肾阴不足，再增益气养阴，滋补肝肾之品。

守2007年3月11日方，去柴胡、升麻、白术、陈皮、甘草、炙乳没。加麦冬12g，五味子9g，吴茱萸6g，女贞子12g，首乌20g，14剂。

四诊：2007年4月15日。头痛止，头胀已，夜间易疲劳，腰酸，舌淡红，苔薄，脉细。BP 120/70mmHg。患者久病气血阴精不足，当入补肾填精之品。

守2007年4月15日方，去珍珠母、细辛，加黄精15g，苁蓉12g，14剂。

五诊：2007年5月14日。头晕偶作，易疲劳，眼花，头胀痛未作，胸闷心悸减，腰酸，舌红，苔薄，脉细。诸恙向愈，肝肾不足之象未罢，原法增损，以期巩固。

处方：

麦冬12g 五味子9g 生黄芪30g 桃仁12g 川芎
12g 丹参15g 当归15g 地龙15g 潼白蒺藜（各）
12g 熟地20g 山萸肉12g 山药12g 茯苓20g
丹皮12g 泽泻15g 枸杞12g 菊花10g 决明子15g
知柏（各）12g 牛膝12g 生晒参7g



释疑解惑

问：您在治疗用药上是怎么考虑的？

答：明代王肯堂《证治准绳·头痛》：“头象天，三阳六腑清阳之气，皆会于此；三阴五脏精华之血，亦皆注于此”，“头为诸阳之会”，“清阳之府”。头痛一证，病因多端，当首辨外感和内伤。外感头痛，主要以风邪为患，风为百病之首，伤于风者上先受之，风邪常夹他邪，上犯颠顶，闭塞清窍，不通则痛。内伤头痛，常与五脏相关。或气血精血不足，脑失濡养，或痰瘀阻遏，血脉不通，闭塞脑窍，不通则痛。该患者属内伤头痛，头痛头晕，神疲



乏力，脉细，中气亏虚，清阳不能上升温养清窍，脑失其养，气虚血瘀，瘀阻脉络，闭塞脑窍，不通则痛。投补中益气汤补益中气，升举清阳，补阳还五汤改赤芍、红花为地鳖虫、炙乳没，以增强该方的活血止痛之效，葛根、仙灵脾、骨碎补补肾通脉，细辛祛风止痛；瘀血引动肝风肝阳，故予天麻、羚羊角粉、珍珠母并佐以重用芍药柔肝，平肝阳、清肝热、息肝风；全蝎、蜈蚣息风止痉通络止痛。现代药理研究表明黄芪、葛根、川芎、乳香、没药、桃仁、地龙、地鳖虫有扩张血管，改善心脑血管循环的作用。

问：遣方用药时如何选用通络药物？

答：通络药物常用的有行气通络，活血通络，化痰通络，息风通络等，上方中我选用的桃仁、川芎、三棱、地鳖虫等为活血化瘀常用药物，地龙、全蝎、蜈蚣是搜风通络常用之品。虫类药物搜风剔络的效果较好，此外，全蝎、蜈蚣是治疗内伤头痛的要药，疗效应手，两味药，配合使用，具有相须作用，既可入药煎服，也可研末吞服，均可取效。

案二 许某，女，43岁。2008年5月22日初诊。

头痛数年，时作时止，头颅CT未见明显异常，BP 110/70mmHg。刻诊：近2周头痛加重，持续性胀痛，夜间睡梦中可痛醒，需服用止痛药、外贴止痛膏，可略有缓解。平素易胃痛，大便干，3~4日一行，夜寐多梦，入睡较浅，舌淡红苔薄，脉细。病久正气亏损，穷必及肾，水不涵木，肝阳上亢，瘀停脑络。治拟扶正活血，滋肾潜阳，搜络止痛，佐以通腑泄热。

处方：

生黄芪 30g 桃仁 12g 酸枣仁 12g 川芎 12g 乳香
12g 没药 12g 地鳖虫 12g 地龙 12g 全蝎 6g
蜈蚣 3条 细辛 9g 枸杞 12g 菊花 10g 珍珠母（先
煎）40g 女贞子 12g 旱莲草 12g 葛根 15g 仙灵
脾 20g 骨碎补 15g 白芷 12g 天麻 15g 生大黄
（后下）9g 佛手 12g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g 生
晒参 7g

二诊：2008年5月29日。患者自述服药5剂后，头痛明显好转，可以安

然入睡至天明，刻下头部仍有轻微隐痛感，大便隔日一行，偏干，夜寐多梦，舌脉同前，头痛已缓解，故去理气止痛，增入滋阴养心安神之品。

守2008年5月22日方，去旱莲草、炒谷芽、炒麦芽、佛手、乳香、没药，加朱茯苓15g，知母12g，黄柏12g，夜交藤20g，决明子15g，7剂。

三诊：2008年6月5日。头痛未作，近日眼睑浮肿，头隐痛，目痛鼻痛，眼压偏高，排除青光眼，食后胃脘饱胀，神疲乏力欲寐，二便调，舌淡红苔薄，脉细。患者仍肝阳偏亢，肝火犯胃，胃气不舒，治拟平息肝阳，行气除胀消肿。

守2008年5月22日方，去佛手、炒谷麦芽，加野菊花10g，半枝莲15g，大腹皮15g，羚羊角粉（分吞）0.6g，14剂。

上方增减，续服3月，头痛未作。



释疑解惑

问：请问这个案例的辨证用药思路是什么？

答：患者平素体弱，肾精亏损；肾阴亏虚，水不涵木，肝阳上亢；气虚运血无力，瘀血内停，清空失养，神明被扰而为头痛，夜寐不宁；肾阳亏虚，筋骨失养，寒湿痹于项部故项板；阴虚肠燥故便秘，舌淡红胖，苔薄，脉细，为肾气亏虚，阴虚阳亢之征。治拟补肾活血，平肝潜阳。以补阳还五汤减当归、赤芍，加蒲黄、乳香、没药、地鳖虫益气活血；止痉散活血通络；葛根、白芷引诸药入阳明经；细辛温经止痛；二至丸加枸杞滋水涵木，仙灵脾、骨碎补补肾阳除寒湿；天麻、菊花、珍珠母平肝潜阳；生军泻火通便；佛手、炒谷麦芽理气和中消食健脾；诸药合用共达补肾活血，平肝潜阳之功。本例患者的头痛，以血管神经性头痛为多。对此，据我的经验用补阳还五汤合葛根、仙灵脾、骨碎补补肾督入脑络，再配合辨证用药，每能获效。

问：头痛治疗时如何选用“引经药”？

答：临床上治疗头痛，主要是按照辨证论治的原则，同时根据头痛的部位，参照经络循行路线，选择相应的“引经药”。如太阳经头痛，多在头后部，下连于项，常选用羌活、蔓荆子、川芎；阳明经头痛，多在前额及眉棱处，常选用葛根、白芷、知母；少阳经头痛，多在头部两侧，连及耳部，常



选用柴胡、黄芩、川芎；厥阴经头痛，多在颠顶部，下连目系，常选用吴茱萸、藁本等。

案三 陈某，女，21岁。2008年2月21日初诊。

TCD提示左侧大脑中动脉及前动脉和基底动脉血管痉挛。刻诊：头部紧掣疼痛，以眉棱部为甚，伴有恶心呕吐，头晕不适，颈板，双手麻木，左手为甚，纳可，夜寐多梦，月经尚调，带下偏多，色黄白相兼，大便日行一次，舌质淡红，苔中后黄浊，脉细。证属气虚血瘀，痰浊交阻，血络不畅，治以益气活血，通络解痉。

处方：

生黄芪 30g 桃杏仁（各） 12g 川芎 12g 当归 15g
 红花 6g 地龙 12g 细辛 6g 半夏 12g 白术芍
 （各） 15g 天麻 15g 全蝎 6g 蜈蚣 2条 潼白蒺藜
 （各） 12g 地鳖虫 12g 葛根 15g 仙灵脾 20g 鹿角
 片 6g 骨碎补 15g 威灵仙 15g 粉萆薢 20g 活贯众
 15g 羚羊角粉（分吞） 0.6g

二诊：2008年2月28日。服上方7剂，头痛、头晕已除，恶心呕吐，双手麻木未作，夜寐渐安，带下减少，诉颈板，眉棱部板紧感，腻苔渐化，舌质淡红，脉细。痰湿渐化，但络脉仍瘀滞，下焦湿热未清，守法加减。

守2月21日方去半夏、白术芍、天麻，加葛根 15g，苦参 15g，椿根皮 12g，7剂。

三诊：2008年3月6日。带下止，头胀耳鸣偶作，余恙均安，舌质苔薄脉细。痰浊渐化，原方增入滋阴潜阳药物，以巩固疗效。

守2月21日方去半夏、白术芍、天麻、活贯众、潼白蒺藜，加藁本 12g，首乌 20g，枸杞 12g，菊花 10g，磁石 40g。服7剂后头晕偶作，余恙均安。



释疑解惑

问：本例如何辨证？

答：头为诸阳之首，脑又为髓之海，六腑之清气、五脏之精血皆聚汇于

此，气虚血瘀，痰浊交阻，血络不畅，清阳之气不能上升，清窍失养，以致头痛。治以活血息风，温阳解凝，方以补阳还五汤益气升阳，活血化瘀；半夏白术天麻汤化痰开窍，再加上补肾通络息风解痉之品，如羚羊角、鹿角片、仙灵脾、葛根、骨碎补、地鳖虫、全蝎、蜈蚣等。体现寒温并用，阴阳同调，配以虫蚁之品搜逐血络，更兼平肝息风，育阴潜阳，宣通阳气，补益肾督，反映了阴阳气血兼顾，上下补泻并治的治疗思想。

问：老师，有些头痛患者常伴有耳鸣，对于耳鸣该如何辨证？

答：头痛耳鸣常常出现，耳鸣以病人自觉耳内鸣响，如闻潮声，或细或暴，妨碍听力。耳鸣辨证须分新久虚实，一般新病多因风热邪客，痰浊阻络，肝胆郁热等引起，病在经络，皆属实证，正如《景岳全书·耳证》所曰：“凡暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚；少壮热盛者多实；中衰无火者多虚；饮酒味厚素多痰火者多实；质清脉细素多劳倦者多虚。”外感风热上扰所致头痛、耳鸣、眩晕，常兼有表证。肝胆火旺者，头痛面赤，耳鸣耳聋，口苦咽干，心烦易怒。痰浊中阻者，头痛，耳鸣，烦闷不舒。肾虚者耳鸣如蝉，时作时轻，腰酸，其治法为治肝胆从实，治脾肾从虚，上则升举清气，中宜补气，下宜清降。实证治疗较易，疗程较短。若病久体虚，脾肾不足，脏气亏损，不能上奉清窍，本元既伤，其病在脏，往往缠绵日久，难图速效。据我临床体会，慢性耳鸣每责之气虚血瘀，肾督亏虚，清窍失养，用补阳还五汤补气活血，葛根、仙灵脾、骨碎补调补肾督，菖蒲、灵磁石通窍镇潜，获效良多。

七、心肌病

案一 王某，男，15岁。2002年5月12日初诊。

2001年5月18日心超提示①左房增大，左室壁不同程度肥厚，且心肌回声及心内膜回声增强伴左室舒张功能减退（左房壁57mm，左室后壁15mm）；②中度肺动脉高压。诊断为扩张性心肌病。刻诊：胸闷心慌，胸部板紧感，动则气短，乏力，自汗，心烦急躁，早搏偶作，盗汗，咽中有痰，



苔薄腻，舌淡红，脉细。证属心肾阳虚，心肝火旺，心脉瘀阻，治以温补心肾，疏肝解郁，益气活血通脉。

处方：

柴胡 12g 白芍药(各) 15g 猪茯苓(各) 15g 当归
15g 甘草 6g 丹皮参(各) 15g 山栀 12g 附子
12g 仙灵脾 20g 鹿角片 10g 补骨脂 12g 薄荷
(后入) 6g 生黄芪 30g 桂枝木(各) 15g 桃杏仁
(各) 12g 川芎 12g 苦参 20g 知柏(各) 12g 万
年青根 30g 生牡蛎(先) 40g 海藻 15g 象贝 15g
夏枯草 20g

上方 14 剂，另服天王补心丹 10g，每日 2 次。

二诊：2002 年 5 月 26 日，胸闷心慌减，行走有气短，自觉心烦，稍有乏力，出汗较多，咽痛缓解，多痰，纳可便调，舌脉同前。药既已效，守原法出入。

守 5 月 12 日方，去丹皮、丹参、万年青根，加党参 15g，升麻 20g，陈皮 9g。

三诊：2002 年 6 月 8 日，早搏每分钟 3~4 次，胸闷心慌减，心烦已瘥，痰中带黄减少未罢，登三楼有气短，汗出大减，苔薄腻，脉细，有结代。症状虽有缓解，但痰瘀阻络未解，再拟温补心肾，活血化瘀，清化痰湿，软坚散结。

处方：

黄连 6g 半夏 12g 猪茯苓(各) 15g 陈皮 9g 甘
草 6g 枳壳 12g 竹茹 9g 附子 12g 白芍药(各)
15g 生黄芪 30g 桃杏仁(各) 12g 桂枝木(各)
15g 川芎 12g 知柏(各) 12g 苦参 20g 景天三
七 20g 生牡蛎(先) 40g 海藻 15g 象贝 15g 夏
枯草 20g 肉桂 3g

四诊：2002 年 6 月 21 日。服上方 14 剂，胸闷减，登楼稍有气短，口干，腻苔渐化，胃胀，纳欠馨，舌淡红，脉细。心脉瘀滞渐化，又见脾虚运化不

利。故拟从前法参以益气健脾之品。

处方：

生黄芪 30g 桃杏仁（各） 12g 桂枝木（各） 15g 川
芎 10g 丹参 20g 生牡蛎（先） 40g 海藻 15g 夏
枯草 20g 银翘（各） 15g 升麻 30g 白木芍（各）
15g 甘草 6g 苦参 30g 桑寄生 30g 猪茯苓（各）
15g 附子 12g 太子参 15g 木香 6g 砂仁（后入）
6g 枳壳 12g 川朴 15g

前法加减，服用半年，2003年1月后心超复查：左房壁49mm，左室后壁11.3mm，早搏未作，胸闷大减，登楼气短减，口干，黑苔渐化，舌淡红，脉细。前方加减，病情稳定，并嘱患者继续服天王补心丹以巩固疗效。

释疑解惑

问：治疗心肌扩张病应如何着手？

答：本病根据临床症状也可归属于中医心悸、怔忡、心胀、胸痹、心痛。本病病机复杂，其病位在心，病久伤及脾肾，气血阴阳亏虚为本，外邪瘀血，痰浊水饮为标。心主血脉，赖以气血温煦，若气血亏虚，失其所养，则见心悸之症；脾肾阳虚，则气化失司，水湿内停，上凌心肺，下及肢体，而见胸闷、气短、水肿等症状。扩张性心肌病据其临床表现，可分为心阳不足，心血不足，心血瘀阻，水气凌心，脾肾阳虚等证候，在临床上常可用炙甘草汤、补阳还五汤、补中益气汤、真武汤、强心饮等方剂加减治疗。该患者素体阳虚，胸阳不展，导致气血运行不畅，心脉瘀阻，久病及肾，心肾阳虚，久病情志不畅，肝郁火旺，故以丹栀逍遥散加减疏肝解郁，合黄芪、桃仁、川芎益气活血化瘀，强心饮温补心肾，生牡蛎、海藻、象贝、夏枯草软坚散结。方中苦参、景天三七、桑寄生、万年青根等皆取其治疗心律失常的作用。从三诊开始，因气短好转，故改强心饮为真武汤（强心饮组成为真武汤加仙灵脾、鹿角片、补骨脂）；四诊时因见柯萨奇病毒阳性，故入银翘、升麻清解热毒。凡此，方药进退契合临床病机变化，使诸症得以改善。



同时还须注意，扩张性心肌病病程一般较长，“久病必瘀，久病入络”，因此，活血化瘀法应贯穿于整个治疗过程。

【附】扩张性心肌病的诊断标准及特殊检查

1. 扩张性心肌病的诊断标准

对于 DCM 诊断，我国在采纳 WHO/ISFC 报告的基础上，于 1999 年重新修订的《DCM 诊断标准》具有临床指导意义。其诊断参考标准如下：①临床表现为心脏扩大，心室收缩功能减低，伴或不伴充血性心衰和心律失常。可发生血栓栓塞的猝死。②心脏扩大：X 线心胸比例 >0.5 ，超声心动图示全心扩大，以左室扩大为显著。左室舒张末期内径 $\geq 2.7\text{cm}/\text{m}^2$ ，心脏可呈球形。③心室收缩功能减低，超声心动图（UCG）示左室壁运动减弱，左室射血分数低于正常值。④必须除外继发性心肌病和地方性心肌病（如克山病）等，方可作出本病的诊断。

2. 扩张性心肌病的特殊检查

(1) 胸部 X 线：心脏明显增大，常呈普大型，搏动减弱。

(2) 心电图：常表现为心房颤动或房室传导阻滞和其他各种复杂心律失常。心律失常可具有多样性、多变性、复杂性特点，非特异性 ST-T 改变，窄而深的病理性 Q 波，后者与心肌纤维化有关。

(3) 超声心动图：左室或双侧心腔普遍扩大，成人左室舒张内径常大于 60mm，最大可达 80mm，室壁变薄，室间隔及左室后壁运动减弱，可有二尖瓣或三尖瓣反流。

(4) 心导管检查和选择性心血管造影：左心导管检查可发现左室舒张末期压升高，右心导管检查可见右房压、右室压、肺动脉压增高。左室造影可见左心室明显扩大，弥漫性运动减弱，并可测得左室射血分数明显降低。

(5) 心内膜心肌活组织检查：用心肌活检钳从右心室或左心室取出心内膜下心肌活组织，组织学检查可见心肌细胞肥大、变性、间质纤维化。

案二 尤某，女，10 个月。2004 年 2 月 8 日初诊。

2003 年 12 月 22 日儿科医院心超示：扩张性心肌病，二尖瓣重度反流，心功能不全（FS23.8%，EF48.7%），左房内径：20⁺mm，左室舒张末期内

径33mm，左室收缩内径25mm。超声示：①心率95次/分，窦性节律；②左房、左室内径显著增大，左室曾明显球形扩张，室间隔呈新月形向右室面隆起，左室后壁后移，搏动减弱；③重度二尖瓣反流，轻度三尖瓣反流。刻诊：神情疲惫，纳欠佳，面色少华带青，口唇偏暗，气急不明显，寐安，大便调。苔薄白舌淡红，脉细。证属邪毒入侵，心脉瘀阻，小儿脏腑娇嫩，稚阴稚阳之体，易传易变，据该患儿临床表现，虑其累及脾肾。治以益气活血，清热解毒，软坚散结，兼实脾肾，以杜其变。

处方：

生黄芪12g 桃杏仁(各)4g 川芎4g 煨莪术(各)
5g 生牡蛎(先)30g 海藻9g 炙甘草9g 银翘
(各)9g 板蓝根9g 猪茯苓(各)9g 白木香(各)
9g 桂枝6g 泽泻9g 太子参6g 山药9g 扁豆
6g 附子3g 木香3g 砂仁(后下)3g

二诊：2004年4月4日。2004年3月9日心超：左房内径22mm，左室舒张末期36mm，左室收缩末期内径28mm，(FS22.7%，EF44.5%)，诊断：①扩张性心肌病；②二尖瓣重度反流；③心功能不全。刻诊：纳可，寐欠安，大便日行2~3次，苔薄白舌淡红，脉细。宗原法出入，增入补中益气安神之品。

守2月8日方，去山药、木香、砂仁、扁豆，加柴胡9g，升麻9g，陈皮6g，当归9g，夜交藤12g。

三诊：2004年12月12日。2004年7月12日心超示：左房内径22mm，左室舒张末期内径36mm，左室收缩末期内径26.6mm(FS26%，EF51.9%)。纳可，寐安，大便偏干，苔薄净舌淡红，脉细。患儿近来经常感冒，证属体虚气弱，易感外邪。再拟益气固表，清热解暑，活血化瘀，软坚散结兼以调整阴阳。

处方：

生黄芪15g 白木香(各)9g 防风9g 板蓝根9g
银翘(各)9g 生晒参3g 生牡蛎(先)30g 海藻
9g 夏枯草9g 象贝9g 附子9g 猪茯苓(各)9g



丹皮参(各) 9g 桃杏仁(各) 4g 川芎 4g 三棱 4g
 柴胡 6g 炙甘草 4g 生熟地(各) 6g 枳壳 6g 麦
 冬 9g 五味子 3g

数月来患者坚持服药, 体质明显增强, 面色见润, 感冒减轻。

四诊: 2005年3月20日, 诸恙皆安, 神情活泼, 唯纳尚欠佳, 大便偏干, 苔黄, 舌淡红脉细。患者病情稳定, 守前法再进。

守2004年12月12日方, 去五味子、三棱、防风、枳壳, 加山萸肉 4g, 棱莪术(各) 6g, 佛手 9g, 炒谷麦芽(各) 10g, 14剂。

患儿坚持治疗年余, 2005年3月14日心超示: 左房内径 23mm, 左室舒张末期内径 36mm, 左室收缩末期内径 23.7 (FS33.3%, EF63.12%), 均较前好转。CFM示: 中度二尖瓣反流。诊断: ①扩张性心肌病; ②左室心功能属正常范围。



释疑解惑

问: 该患者如何辨证?

答: 扩张性心肌病表现为以心脏虚损为主的多脏功能失常所致的复杂证候, 其病位在心, 气血阴阳亏虚为本, 外邪瘀血、痰浊水饮为标, 病久伤及脾肾。本案患者为10月大的小儿, 病前曾有病毒感染, 属于邪毒侵心, 以致邪与血结阻于心脉, 该儿虽无气急、水肿等症, 但已见纳差, 面色带青, 唇暗等症, 将传脾肾之兆也。故给予益气活血, 清热解毒, 加入软坚散结之剂的同时, 又入香砂六君子汤健脾开胃, 入真武汤补肾利水。未雨绸缪, 治未病之意也。二诊时, 患儿在服健脾之品的同时, 及见大便日行2~3次, 为清阳不升, 浊气下流之象, 故改香砂六君为补中益气汤。三诊时, 已治疗8个月, 纳可便泻已止, 脾胃之气来复, 而表虚之象未罢, 予玉屏风散合生脉散, 并合血府逐瘀汤以散其瘀。经治两年, 病情稳定, 心超检查也表明患儿的扩张性心肌病已获明显好转。由此可知, 抓住临床病机, 知传变, 善变化, 能进退是获效之要诀。

案三 白某，男，48岁。2005年8月28日初诊。

2005年6月8日Holter示：窦性停搏，交界性逸搏，ST轻度改变，V₅ST段下降0.05mV。长海医院诊断为肥厚性心肌病、病态窦房结综合征、窦性停搏、冠状动脉粥样硬化。2005年7月29日心脏彩色多普勒超声示：①主动脉壁弹性下降；②左室肌增厚伴顺应性下降；③室间隔厚度13.6mm，左室后壁9mm。2005年8月2日冠状动脉造影：左冠状动脉前降支中段狭窄10%。ECG示窦性心律，左室高电压。刻诊：胸闷心悸，登二三楼气短，颈板，纳可，寐安，大便调，苔根腻舌偏红，脉细代。气阴两虚，阴阳之气不相顺接，气虚血瘀，痰瘀交阻。治拟益气养阴，协调阴阳，活血化瘀，软坚散结。

处方：

生晒参7g 麦冬12g 五味子9g 柴胡12g 桃杏仁
(各)12g 川芎12g 丹参15g 地鳖虫12g 三棱
15g 甘草9g 生地20g 枳壳12g 桂枝12g 附
子12g 猪茯苓(各)15g 黄芪30g 白木芍(各)
15g 生牡蛎(先煎)40g 炙鳖甲15g 象贝12g
夏枯草15g 葛根15g 仙灵脾20g

二诊：2005年9月4日，胸闷心悸偶作，登楼气短减轻，颈板减，寐易醒，腻苔渐化舌偏红，脉细缓。前方加入补肾纳气之品。

守8月28日方，去五味子，加鹿角片(先煎)9g，补骨脂12g，7剂。

三诊：2005年9月11日，胸闷心悸，登楼气短，头痛，颈板等症均减，纳可，易紧张，寐易醒，舌偏红脉细。患者病情虽有缓解，又见肝郁心怯之症，治以疏肝解郁，化瘀通络，重镇安神。

处方：

柴胡12g 黄芩15g 半夏15g 桂枝10g 炙甘草6g
生龙牡(各，先煎)30g 制附子10g 猪茯苓(各)
15g 白木芍(各)15g 生黄芪30g 桃杏仁(各)
12g 川芎12g 地龙12g 仙灵脾20g 葛根15g



骨碎补 15g 知柏(各) 12g 夏麦藤 20g 制大黄 6g
地鳖虫 12g 远志 12g 合欢皮 15g。

四诊：2005年9月18日，胸闷心悸，登楼气短，颈板均减，纳可，易紧张止，头痛已，寐易醒，夜尿3次，舌淡红脉细。守方加减。

守9月11日方，去远志、合欢皮，加覆盆子15g，琥珀末(包煎)9g。

五诊：2005年10月23日，胸闷心悸大减，登楼气短止，颈板已，纳可，寐渐安，夜尿2次，浊苔渐化舌淡红脉细。病情稳定，再拟前法增损，以冀巩固。

守10月23日方，去半夏、远志、合欢皮，加棱莪术(各)15g，琥珀末(包煎)9g，覆盆子15g，夏枯草15g。

上方加减治疗1年余，诸恙均安。2007年6月12日心脏彩色多普勒超声示：①左室舒张功能不佳；②静息未见明显阶段运动异常；③左室壁不增厚，室间隔11mm。



释疑解惑

问：该患者如何辨证？

答：该患者病位在心，症见胸闷心悸、气短、舌红脉细，辨证当属心气不足，气阴两虚之证。而脉代则由心脉运行之阴阳之气不相顺接所致。本病为肥厚性心肌病，苔根见腻，当由外邪犯心，日久痰瘀交阻变化而成。故本例首诊以生脉散加黄芪益气养阴；血府逐瘀汤合牡蛎、象贝、炙鳖甲、夏枯草活血化瘀，软坚散结；方中又加入真武汤、桂枝，以鼓舞阳气，顺接阴阳之气。二诊时见脉来较缓慢，故更入鹿角片、补骨脂鼓动肾气，振奋心肾阳气。五诊时，诸症见减，但又见易紧张之症，当责之于肝郁心气虚怯，遂选柴胡加龙骨牡蛎汤舒解肝郁，重镇安神。此外，据我临床体会，对于心脑血管疾病，凡见夜寐不安之症，均应着意进行治疗，这对缓解这类疾病的临床症状大有裨益，本例也不例外。

问：六诊中为何加入琥珀末？琥珀末还有哪些组方应用，功效如何？

答：患者有心悸寐不安，琥珀末有重镇安神，活血化瘀的功效，可以治疗心悸、失眠等症，同时还有化痰破癥的作用，适用于本例患者。琥珀末常

与人参、茯神、远志等同用，以益气养心安神，治心气不足，健忘恍惚，神虚不寐；与人参、南星、远志同用，能补气化痰，安神定志，治气虚痰壅，惊悸不安者；与当归、酸枣仁、柏子仁同用，养心安神，以治血不养心，心悸怔忡，夜卧不宁者。若病后阴亏而虚烦不眠者，常与珍珠、生地黄、麦冬等同用，以养阴清热，镇心安神。根据不同配伍，还有消散瘀血，利尿通淋等功效。

琥珀多寐丸：琥珀、羚羊角、人参、白茯神、远志、甘草等分，上为细末，猪心血和，炼蜜丸芡实大，金箔为衣，每服一丸，灯心汤嚼下。治健忘恍惚，神虚不寐。（《景岳全书》）

琥珀散：琥珀末一分，珍珠末一分，朱砂末半分，铅霜末半分，赤芍药末一分半，拌匀。每服一字，煎金、银、薄荷汤调下，无时。（《小儿卫生总微论方》）

大调经散：琥珀一钱，大豆（炒，去皮）一两半，茯神一两，为末，每服二钱，空心浓煎乌豆、紫苏汤调下。治产后恶露不尽，寒热自汗，或肚腹作痛。（《赤水玄珠》）

紫金丹：琥珀屑、降香真木、血竭等分，为极细末，敷伤处。治金疮出血不止，敷此无瘢痕。（《张氏医通》）

八、发热

案一 杨某，女，32岁。2009年4月26日初诊。

曾住中山医院，未明确诊断，出院诊断为EB病毒感染？自诉染发后头痛2天，后始发热，每日下午夜间发热（下午1点至凌晨1时大约12小时），最高达39.4℃，曾有胆囊息肉，住院检查均无异常。刻诊：近日发热至38℃以下，热退时汗出，盗汗，神疲，心悸，心慌，夜寐不安，余无特殊不适，月经正常，苔薄舌淡红，脉细数。证属正气虚弱，邪毒侵入，邪恋少阳以致寒热往来。治以甘温除热，和解少阳，清热解毒。



处方:

柴胡 12g 半夏 12g 淡黄芩 15g 甘草 9g 生晒参 7g
 生黄芪 30g 当归 15g 升麻 20g 陈皮 9g 白术 15g
 银翘(各) 15g 青黛 15g 地骨皮 15g 桑白皮 15g
 银柴胡 15g 板蓝根 15g 碧桃干 15g 桃杏仁(各)
 15g 川芎 12g 茯苓 15g 知柏(各) 12g 夜交藤
 20g 远志 12g

二诊: 2009年5月3日, 近1周, 白天发热减轻, 每天晚上9点至凌晨1点发热至38℃~38.5℃, 持续4小时, 之后汗出热退, 心慌减, 神疲乏力, 口渴, 纳可, 寐渐安, 大便调, 月经色偏暗, 颈板偶作, 苔薄舌淡红, 脉细。已见正复邪祛之象, 拟乘胜追击, 前法加入黄连解毒汤, 佐以养阴退热。

守4月26日方, 去板蓝根、碧桃干, 加生地 20g, 黄连 9g, 山栀 12g, 炙鳖甲 15g, 青蒿 10g, 7剂。

三诊: 2009年5月10日, 4月28日起发热已退, 夜间口干, 心慌止, 颈板偶作, 皮肤瘙痒, 苔薄舌淡红, 脉细。患者热退未见反复, 病延日久, 耗伤阴血, 引起血燥生风, 故佐以养阴祛风止痒之品。

守以4月26方, 去半夏、淡芩、银翘、板蓝根、碧桃干, 加麦冬 12g, 石斛 15g, 刺猬皮 12g, 白鲜皮 15g, 炒谷麦芽(各) 15g, 7剂。

四诊: 5月17日, 发热退后未见反复, 寐艰易醒, 口干减, 胸闷偶作, 已开始上班, 易疲劳, 皮肤痒已止, 苔薄舌淡红脉细。患者已逐渐恢复, 故拟益气活血安神, 调理阴阳以善后。

处方:

生黄芪 30g 柴胡 12g 升麻 12g 陈皮 9g 白木芍
 (各) 15g 当归 15g 炙甘草 9g 桃杏仁(各) 12g
 川芎 12g 茯苓 15g 知柏(各) 12g 夜交藤 20g
 远志 12g 朱灯心 5扎 地骨皮 15g 地鳖虫 12g 地
 龙 12g 葛根 15g 仙灵脾 20g 骨碎补 15g 佛手 12g
 炒谷麦芽(各) 15g 14剂

另予天王补心丸 2瓶。



释疑解惑

问：该患者老师是如何用药的？

答：本例患者就诊时病已经月，正气耗伤，以致邪恋少阳不去，故症见寒热往来，神疲心慌，治当扶正祛邪为要旨，予小柴胡汤扶正透邪，和解少阳，又合补中益气汤补气升阳，以助透泄邪热为功，即甘温除热之谓。然固有邪恋，故方中加入银翘、板蓝根、青黛等品清解邪毒，又入泻白散、银柴胡以退虚热。服7剂后，发热时间缩短，心慌已减，是正气渐复，邪势减退之象，此时之治，在原方中及时加入黄连、山栀而成黄连解毒汤，以加强清热解毒之力，达到祛邪安正的目的；发热日久，必伤阴分，故同时加入生地、炙鳖甲、青蒿养阴退热。仅服14剂，体温恢复正常，可见于临床辨证施治中把握好运用扶正祛邪安正法则的时机对提高临床疗效具有重要的意义。

案二 陆某，男，42岁。2006年8月13日初诊。

5周前无明显诱因下出现发热，午后热甚，体温最高40.2℃，伴全身酸痛，腹胀，便意频频，尿黄，皮肤黄，恶心呕吐，饮水即吐。瑞金医院就诊，查血白细胞 $1.3 \times 10^9/L$ ，3周前查血培养：金葡菌感染。肝肾功能异常，腹部CT提示：急性胰腺炎、胆囊炎、双侧少量胸腔积液，予积极抗感染（甲硝唑、替考拉宁、立思丁、大扶康）及保肝和营养支持治疗后，皮肤黄染改善，但仍反复发热，血象异常，血红蛋白逐渐降低，肝肾功能异常，低钠血症，应用激素可控制体温，停用后体温复升至38℃以上，血培养一度出现溶血性葡萄球菌，粪培养曾出现白假丝酵母菌，又予丙种球蛋白、迈善欣调节免疫，以及特治星、稳可信、磷霉素抗感染。诊断为发热待查？急性肝损、肾功能不全、胰腺炎、胆囊炎。刻诊：午后热甚，卧床不起，胸闷心慌偶作，乏力，纳欠佳，寐安，大便日行1次，苔薄白舌淡红脉细。本证证型虚实错杂，患者正虚日久，外邪感染，邪犯少阳，少阳胆经郁热。治拟和解少阳，益气清热利湿。

处方：

山参粉（分吞）3g 柴胡12g 半夏12g 淡黄芩15g



甘草 9g 生黄芪 30g 升麻 30g 白术 15g 陈皮 6g
 当归 12g 生地 20g 丹皮 12g 羚羊角粉 (分吞)
 1.2g 赤芍 15g 黄连 9g 黄柏 12g 山栀 12g 制
 川军 9g 冬凌草 30g 蒲公英 20g 紫花地丁 20g 茵
 陈 30g

二诊：2006年8月15日转入曙光医院。患者发热仍未缓解，午后体温仍会升高，胸闷心慌仍作，乏力，纳稍增，寐安，大便日行1次，舌红苔黄腻，脉弦。患者发热未解，仍以前法出入。

处方：

山参粉 (分吞) 3g 柴胡 12g 半夏 12g 淡黄芩 15g
 炙甘草 9g 生黄芪 30g 升麻 30g 白术 15g 陈皮 6g
 当归 12g 知母 12g 银柴胡 15g 地骨皮 12g 黄连
 9g 黄柏 12g 银花 15g 连翘 15g 山栀 12g 青
 蒿 12g 蒲公英 20g 炙鳖甲 15g 紫花地丁 20g 青
 黛 15g

三诊：2006年8月22日，近2日发热已退，大便正常，日行1次，无咳嗽，舌淡红边有齿痕苔薄腻，脉弦。患者正气渐复，肝阴不足，邪毒未清，治以疏肝理气，育阴清解退虚热。

处方：

枸杞子 12g 麦冬 12g 生地 20g 山茱萸 12g 白芍
 12g 川楝子 12g 柴胡 12g 半夏 12g 黄芩 12g
 甘草 9g 青黛 15g 银花 12g 连翘 12g 黄柏 12g
 黄连 9g 知母 12g 银柴胡 12g 地骨皮 12g 炙鳖甲
 15g 赤芍 15g 丹皮 15g 当归 15g

四诊：2009年9月3日，体温已恢复正常，纳可，寐安，乏力减退，胸闷心慌止，活动自如，口干减轻，苔薄舌淡红，脉细。药后病情明显改善，体温已恢复正常，以前法出入。

守8月15日方，去制川军、冬凌草、蒲公英、茵陈、山参粉、羚羊角粉、紫地丁、半夏、白术，加入银柴胡 12g，地骨皮 15g，青黛 20g，银翘

(各) 15g, 桑白皮 15g, 野荞麦根 20g, 枸杞子 12g, 麦冬 12g, 川楝子 12g, 白术芍 (各) 15g, 4 剂。

患者回家续服中药 2 月余, 未见发热。



释疑解惑

问: 本案如何用药?

答: 首先患者初为外邪感染, 经西医抗菌治疗未果, 久则正气亦虚, 邪恋少阳, 出现寒热往来的症情, 加之肝胆湿热内蕴与瘀热交蒸, 而现尿黄、皮肤黄。治疗以补中益气汤、小柴胡汤以及茵陈蒿汤加减。以小柴胡汤扶正透邪, 和解少阳, 遵“劳者温之”、“虚者补之”, 合补中益气汤治疗。诚如李东垣曰: “惟当以辛甘温之剂, 补其中而升其阳, 甘寒以泻其火则愈。” 所以用山参粉大补元气, 配以青蒿、银柴胡、胡黄连清退虚热, 标本兼顾。因患者目黄, 苔厚, 且有胆囊炎病史, 为湿热内蕴与瘀热交蒸于上, 故以茵陈蒿汤清热利湿退黄, 加上黄柏、冬凌草、蒲公英、紫地丁、黄连清解邪毒, 使邪去正安。二诊正气渐复, 肝阴不足, 邪毒未清, 治以疏肝理气, 育阴清解退虚热。三诊体温逐渐正常, 继续以养阴退虚热, 以及清解邪毒以冀巩固疗效。

九、干燥综合征

曾某, 男, 42 岁。2007 年 7 月 1 日初诊。

去年诊断为“干燥综合征”。刻诊: 腰酸腿软, 胸闷心悸, 口干口苦, 双目干涩, 皮肤干燥, 足跟痛, 寐艰易醒, 胃脘胀满, 泛酸, 舌红苔花剥, 脉细。现服泼尼松 10mg, 每日 1 次。证属气阴亏虚, 肝肾失养, 血脉不畅, 治以益气养阴, 滋补肝肾, 活血通脉。

处方:

党参 12g	麦冬 12g	五味子 6g	生熟地 (各) 20g
山萸肉 12g	山药 15g	茯苓 15g	丹皮参 (各) 20g
泽泻 15g	益母草 20g	生黄芪 30g	桃杏仁 (各) 12g



川芎 10g 当归 12g 红花 6g 地龙 12g 知柏 (各)
12g 夜交藤 20g 远志 10g 枸杞 12g 决明子 15g
枳壳 15g

另服左归丸 10g, 每日 2 次。

二诊: 2007 年 7 月 8 日, 头晕, 口干, 胃胀均减轻, 夜寐较前好转, 余症未除, 舌脉同前, 原法出入。

守上方去枳壳、远志、益母草, 加赤芍 15g, 菊花 10g, 龙胆草 10g, 朱灯心 5 扎, 14 剂。

三诊: 2007 年 7 月 22 日, 双目干涩减轻, 胸闷心悸亦减, 泛酸减轻, 夜寐尚安, 头晕偶作, 仍觉腰酸乏力, 足跟痛, 皮肤干燥, 改泼尼松 7.5mg, 每日 1 次。正气渐盛, 仍有肝肾阴血不足, 拟养血润燥, 滋养肝肾。

处方:

枸杞 12g 菊花 10g 生熟地 (各) 20g 山萸肉 12g
山药 15g 茯苓 15g 丹皮参 (各) 20g 泽泻 15g
赤芍 15g 木通 6g 竹叶 12g 仙灵脾 20g 巴戟肉
12g 桃杏仁 (各) 12g 川芎 10g 当归 12g 生黄
芪 30g 知柏 (各) 12g 夜交藤 20g 远志 10g 朱
灯心 5 扎

四诊、五诊: 守前法出入, 并逐渐减少泼尼松用量。

六诊: 2007 年 9 月 2 日, 寐渐安, 腰酸, 足跟痛, 两下肢软, 余恙安, 苔薄白舌质红, 脉细, 并已停服泼尼松。守法合度, 再拟原方增损。

前方去菊花、赤芍、木通、竹叶、朱灯心, 加石斛 15g, 制川军 9g, 决明子 15g, 红花 6g, 7 剂。

服 7 剂后诸恙均安, 偶有腰酸、足跟痛, 继续服左归丸 10g, 每日 2 次, 以巩固疗效。



释疑解惑

问: 老师“干燥综合征”该如何辨证?

答: 干燥综合征是一种以唾液腺和泪腺分泌物减少为主要特征的慢性炎

症性结缔组织病，亦称之为“口-眼干燥-关节炎综合征”，本病病因不明，认为与自身免疫有关。表现为眼干，眼泪减少，畏光，异物感之干燥性角膜结膜炎，口干舌燥，唾液减少，声音嘶哑及吞咽困难之干燥性口腔炎，皮肤干燥，毛发稀疏，还可伴类风湿性关节炎，长期低热，浅表性淋巴结肿大，下肢紫癜，雷诺现象或伴有其他免疫性疾病。本病起病隐匿，病程较长，检查可见抗Ro及抗La抗体阳性，丙种球蛋白增高，类风湿因子阳性。中医根据其临床表现属于“燥证”和“痹证”。

本病病位主要在口、眼、骨节，表现为干燥的特征。由于“肝开窍于目”、“脾开窍于口”、“肾主唾”，中医根据其症状认为与肝、脾、肾有关，本病病因为燥毒内伏而发，燥盛煎熬真阴，脏腑枯竭，经脉失养，血瘀夹毒，而导致诸症。

根据病因和症状可分为以下证型。

(1) 燥毒内伏：症见长期低热，目赤畏光，眼中有物而涩痛，无泪，唇焦口渴，皮肤干燥、毛发稀疏，肌肉骨节酸楚，苔少舌红，脉细数。治以凉血润燥，甘寒解毒。方用犀角地黄汤和升麻葛根汤，药用生地黄、羚羊角粉（代犀角）、玄参清热凉血，牡丹皮、赤芍凉血解毒，生石膏、玉竹、生甘草甘寒凉润，升麻、葛根疏风透邪，生姜、大枣和中培土。骨节疼痛厉害，可酌加秦艽、海桐皮、蚕砂。

(2) 气阴两伤：症见两目干涩、眼花、口干津少，舌燥唇裂，五心烦热，皮肤燥痒，关节酸痛，肌肤甲错，大便秘结，阴痒干涩，全身乏力，苔少舌淡红，脉细无力。治以益气活血，养阴润燥。方用生脉散、知柏地黄丸及补阳还五汤加减治疗。眼花目涩者加入石斛夜光丸，口干咽燥者可用生地黄、麦冬、石斛泡饮代茶，五心烦热加地骨皮、玄参、牡丹皮，骨节疼痛者加羌活、防风、秦艽、蚕砂之品。

本病相当于中医之“燥”证，临床见证以气阴两伤为主，而尤以阴液不足为显，肝肾失养，血脉不畅之证。初诊治疗以生脉饮合知柏地黄丸加减益气养阴，滋补肝肾，活血通脉。在治疗中，以大堆阴药之中须考虑推动气化，畅利气血。因阴阳互根，精气互生，必以气血流通，生生不息为前提，古人把阴阳气血的升降出入称之为“圆”，即为相因相用之意，所以方中寓有补



阳还五汤意，以益气活血以促生化。二诊时病情好转，仍以祛邪扶正，邪去正安之法，掺以苦寒清浊和养阴潜阳法。三诊时养血润燥，滋养肝肾，伍以协调阴阳之品，以求阳生阴长。六诊加强养阴润燥，活血泄浊之功。总之，本病的治疗中以滋阴养液为主，左归丸为主导药物运用始终，但并不拘泥于养阴润燥之一端，而是紧扣益气活血，养血润燥，协调阴阳，滋养肝肾诸法灵活运用，反映中医治病灵机活法，融会贯通的特点。

何立人

· 名 矣 ·



【名医简介】



何立人，1942年生，男，祖籍江苏仪征。1965年毕业于上海中医学院医疗系（六年制）。现任上海中医药大学教授、博士生导师，上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院主任医师，上海市中医药学会理事，上海市中医药学会内科分会常务委员、心病分会主任委员，上海中医药大学专家委员会委员。曾任上海中医药大学附属岳阳医院中医内科副主任、急症研究室主任、副院长，上海中医药大学教务处处长，中华中医药学会络病分会副主任委员，上海中医药大学学术委员会委员等职。

教授自幼禀赋不足，体弱多病，有赖中医调治数年体质方转强，遂立志学习中医。在校6年，教授埋头苦学，成绩优异。毕业后留校任教，随后在曙光医院任住院医师。20世纪60年代几度下乡，1975年教授从农村回到曙光医院，有幸拜在名老中医张伯臾门下，随师门诊，得到张老的口传亲授。在此期间，参与整理出版了《张伯臾医案》，撰写了300余例急性胰腺炎中医药治疗的临床总结。1979年始在岳阳医院工作，期间又拜

朱锡祺主任医师为师，参与香蒲降脂片治疗高脂血症的临床验证，同时积极探索用中医中药治疗心律失常的相关研究，总结了朱锡祺老师的临床经验，发表了《阳和汤治疗心律失常 33 例》的论文。1986 年晋升为副主任医师、副教授后，先后担任岳阳医院中医内科副主任、急诊研究室主任。在甲肝大流行于沪上之时，参与收治外院观察点转回院内的重症肝炎患者的医治任务，总结发表了《甲肝方治疗急性病毒性肝炎 75 例临床分析》的论文。此外，还曾研制丰乳宝以治疗乳房发育不良以及参与研制感冒香水预防病毒性感冒的临床观察。1989 年其主持的科研课题“调载片调整血浆脂质代谢紊乱的临床观察”获市教委资助，于 1991 年结题。1990 年被任命为岳阳医院副院长，开始了管理工作。1992 年晋升主任医师，1994 年平套为“教授”。



教授在医院的领导工作开展顺利、专业道路发展迅猛之际，不计个人得失奉命调至学校工作最为繁忙的教务岗位，先后担任上海中医药大学教务处副处长、处长等职。教授对教务管理工作倾注了极大的热情与精力，将学校的教务工作推上了新台阶。教授负责的课题“中医学专业七

年制教育内容和课程体系改革”及作为课题主要成员的“高等中医药教育内容和课程体系改革”获教育部专家好评，主持的中医药管理局课题“1991 年级中医本科专业教改试点”荣获上海市优秀教学成果二等奖。1998 年被评为上海市优秀教务工作者，并带领教务处分别荣获上海市和全国普通高校优秀教务处称号。

教授主持完成市教委科研课题“苦参碱对血管平滑肌细胞增殖及内皮素



基因表达的影响”“化湿利水泄浊法逆转高血压病血管重构的信号转导和机制研究”，应邀参与编写了《中医临床与应用研究大全》内科分卷冠心病、病毒性心肌炎、心律失常、心力衰竭4个篇目，主编了《常见病的奇特疗法》《何立人谈心血管病》，发表了《苦参碱对 Ang II 诱导的血管平滑肌细胞增殖及超微结构变化的作用》《心律失常的中医论治》《化湿利水泄浊法对自发性高血压大鼠主动脉血管结构的影响》等50余篇论文。何教授积极参与学术会议交流，及上海市中医药学会举办的继续教育讲习班授课。教授教书育人，循循善诱，十分重视对中医药人才的培养，多年来一直承担《中医内科学》的教学任务，培养硕士、博士研究生30余名，上海市高层次中医1名，中西医结合学术研究班学员1名。曾荣获上海市优秀教学成果奖二等奖、上海市育才奖、上海市普通高校教务工作先进个人。在任上海中医药大学教务处长期间曾荣获上海市及全国普通高等学校优秀教务处长称号。

教授擅长运用中医中药治疗冠心病、高血压、病毒性心肌炎、心肌病、心律失常、高脂血症、中风后遗症等常见心脑血管疾病，并根据当今社会饮食多肥甘厚味、久坐少动的特点，提出从痰湿医治高血压、心律失常的观点，治疗上多用扶土抑木和利湿泄浊之法，疗效颇著。从医治学四十载，教授倾心竭力，医术精湛，品德高尚，2004年荣获“上海市名中医”称号。2008年评聘为第四批全国名老中医药专家学术经验继承班指导老师。

【学术思想】

一、以平为期，以和为贵

《素问·上古天真论》中言：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数。”《素问·四气调神大论》则强调：“四时阴阳者，万物之根本也。所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根，故与万物沉浮于生长之门。逆其根，则伐其本，坏其真也。”并且“从阴阳则生，逆之则死；从之则治，逆之则乱”。何教授推崇“法于阴阳，和于术数”之理，认为气血阴阳、五脏六腑之间动态平衡的破坏是导致疾病发生的关键因素。主张诊治疾病当谨守“以平为期”、“以和为贵”之要旨。如《素问·生气通天论》中所说：“阴平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝。”因阴阳互根，不可偏盛，稍偏则病，偏甚则病重。《济生方》中亦言：“阴阳得其平，则疾不生；阴阳偏胜，则为痼冷、积热之患也。”可见，阴阳和平，方为至理。

教授认为，“以平为期”、“以和为贵”不仅仅是一种辨证理念，更是治病用药之道。因人之禀赋各有阴阳，气血各有强弱，其病亦阴阳气血各异。临证中，察色按脉，先别阴阳。治病之道，是以药性之阴阳，力求恢复机体



气血阴阳之平衡，即“以药性之阴阳，治人身之阴阳，药性之升降，调人身之升降，则人身之阴阳升降，自合于天地之阴阳升降矣”（《医源》）。如此，则“阴阳各得其平，则二者无偏胜之患也”（《济生方》）。

因人之体质阴阳各异，故患病亦各不相同；即使病相同，因体质不同，治法也就不尽相同。若是阴虚阳旺体质之人，患病后则每易多火，治疗时须用滋阴清火之品；如若患者阳气损伤，则宜先扶其阳，而后滋其阴，以冀阴阳平和。对于阳虚阴盛体质之人，即使患热病亦不可过用寒凉药石，以免更伤其阳，热退后则毋忘温补其阳；若是患者阴气损伤，则宜先滋其阴，而后助其阳，以期阴平阳秘。对于阴阳两虚体质之人患病，则药石之性味更应平和，需缓缓调之，不可肆意投以大补、大泻、大寒、大热之品。如《医方集解》中所说：“人之气禀，罕得其平，有偏于阳而阴不足者，有偏于阴而阳不足者，故必假药以资助之”。总之，药石之性味务必使人体“阴阳和平，水升火降，归于中庸之道”（《医权初编》）。《医醇滕义》中亦言：“疾病虽多，不越内伤、外感。不足者补之，以复其正；有余者去之，以归于平，是即和法也、缓治也。”可见，治病无神奇之法，只有平淡、平和之法。临证若能对症细参，斟酌尽善，平淡之极，即是神奇；否则炫异标新，用违其度，欲求近效，反速危亡，即“不平”、“不和”所致。这也是“以平为期”、“以和为贵”要旨之一。此即清·程国彭在其《医学心悟》中所谓：“晰理不差于毫厘，用药悉归于中正，偏阴偏阳之药，无往不底于中和，斯为善治。”

二、辨证为主，辨病相参

任何一种疾病的发生发展都有其特异性的病理改变和传变规律。各种致病因素作用于人体之后，由于体质、气候、地理环境等方面的差异，会产生不同的病理生理反应而形成不同的“证”。中医认为“病”是一个纵向的病理过程，而证则是其发展过程的横断面；病变的不同阶段会出现各种不同的证，而证则集中反映了病变阶段中邪正相争所处的状态。因此，辨证论治是中医药治疗疾病之精髓。《医门法律》：“治病必求于本。万事万变，皆本阴

阳，而病机药性，脉息论治，则最切于此，故凡治病者，在必求于本，或本于阴，或本于阳，知病所由生而直取之，乃为善治。”而“本”即是阴阳，也是中医之证。

对于冠心病患者的治疗，在辨证基础上，可参合辨中医之病，亦可参合辨西医之病。参合辨中医胸痹之病，则可酌加温补气阳或活血通脉之品。因“胸痹”之病，总属阳微阴弦，即阳气不足，阴寒结聚，邪踞阳位。然患者不同，正邪亦有所偏，或偏于“阳微”，或偏于“阴弦”。高年体虚患者，辨病时宜温补气阳，可酌加黄芪、炒党参、怀山药、炒白术、仙茅、仙灵脾、补骨脂、巴戟天，甚或桂枝、肉桂、鹿角片、熟附片等，是以发病与阴阳气血日益消耗，邪气乘虚侵袭阳位密切相关。中青年患者，辨病时宜化痰祛瘀，可酌加丹参、桃仁、红花、川芎、地龙、茶树根、虎杖、五灵脂、生蒲黄，甚或水蛭、全蝎、地鳖虫等，是以正气虽虚但不甚，发病多由痰瘀阻滞心脉所致。如《医门法律》中所言：“胸痹者，阳气不用，阴气上逆之候也。然有微甚不同，微者但通其不足之阳于上焦，甚者必驱其厥逆之阴于下焦。”这是在辨证基础上，结合辨中医之病。辨西医之病，亦需根据不同情况遣方用药。若冠脉造影后无需植入支架者，因介入手术耗伤气血，损伤脉络，可酌加益气养血和血之品。若是植入支架者，还需加强活血通络作用，并痰瘀同治，以防止支架植入处再狭窄。若不能植入支架，则应加强祛瘀通脉之力，如虫类水蛭、全蝎、地鳖虫等搜剔之品，或通达痹阻之脉管，或促进侧支循环建立，同时予以扶正之品，攻补兼施。

对于心律失常的治疗，由于造成心律失常的疾病不同，因此，在辨证治疗基础上根据基础疾病的不同，结合辨病治疗，不仅可提高疗效，而且对稳定病情，防止病情复发也有着积极的促进作用。如心律失常为病毒性心肌炎所致者，多为风热袭表，湿邪内蕴，内舍于心，因此，可辨病加入解毒利咽之品，以绝发病之源。若为高血压心脏病所致者，则可从肝胆湿浊以辨病，加入天麻、钩藤、汉防己、泽泻、车前子等具有降压作用的药物，既可缓解心律失常，又可提高降压效果。若为植物神经功能紊乱所致者，症状一般多在安静或休息时出现，活动后则消失，可加入生龙骨、生牡蛎等具有安神镇静作用的药物，辨证辨病相结合治疗。若为风湿性心脏病所致者，则可辨病



加入威灵仙、羌活、防风等祛风通络，一则驱邪外出，二则防止病邪深入。

对于辨证辨病结合，需要强调的是即使辨病也不能脱离中医理论核心思想——辨证论治的指导。如内科杂病，见外感病者，需兼治外感疾病。然外感病有风寒、风热、暑湿之不同，因证施治，方可获效，不可一概辛凉解表，亦不可一概辛温解表，否则，外感邪气未解，反入里传变，加重病情。换言之，兼治外感病亦需辨证而治。由此可见，所谓辨证辨病，全在确识病情之寒、热、虚、实、燥、润。临证权衡，当损则损，当益则益，不拘于某病用某方，某方治某病，应随证应变。倘若再能精察药性，有是病即有是药，无是病即无是药，有是病虽险绝之药亦敢用，无是病虽平淡之品亦不敢妄用，临诊无不效之理。

三、脏腑相关，以“心”为先

脏腑各有主气，各有经脉，各有部分，故其主病，亦各有见证之不同。心血管病之病位在心，心病治心，毋庸置疑。然五脏相关，脏腑相通，各脏腑之间不仅在生理功能上相互依存，相互制约，相互为用，病理改变上也相互影响。

治一脏可以调四脏，治四脏亦可调一脏。对于心系疾病的治疗，教授提出：“心病治心，心不离心，亦不惟心。”冠心病、心律失常等是临床常见的心系疾病，属于中医“胸痹”、“心悸”等范畴。教授认为，心病之病位在心，须治心为主，即“心病治心，心不离心”。但即使是心系疾病，治疗时亦勿拘泥于心，应兼顾他脏，此即“心病治心，亦不惟心”。因为，人之脏腑是不可分割的整体，一个脏器发生病变，皆可影响他脏或他腑之生理功能，继而产生病理改变。《医贯》即载有：“凡脾胃肝胆，各有一系，系于心包络之旁，以通于心。”基于心与其他脏或腑之间的关系，教授临证诊治心病时常多法并用，如运用补肺宣肺，疏肝理气，温胆宁心，健脾养心，交通心肾等方法治疗部分心系疾病。

1. 心与肺

心肺同居上焦，心主血，肺主气，心肺密切相关。肺不仅具有助心行血之功能，而心血的生成亦有赖于肺的气化。若肺气不足，导致宗气生成不足，失其贯心脉行气血之功能，血行迟缓，导致心血不足。肺气壅塞，则可导致血行不利，瘀阻心脉。二者均可导致心悸、胸痹等心系疾病的发生。因此，补肺宣肺是临证治疗心病之重要方法。

2. 心与肝

肝主疏泄，主藏血。心主血脉功能的正常与否与肝主疏泄、主藏血功能正常与否密切相关。如肝气郁滞，血行不畅，可导致心脉痹阻；肝失疏泄，久郁化火，肝火灼津耗液，产生痰浊、瘀血，加重心脉瘀阻。肝藏魂、心藏神之功能，都与精神活动有关，所以一旦情志活动异常，二者则会互相影响。因此，治疗心病之时，酌以疏肝理气，调畅情志或清肝泻火之品，可提高临床疗效。

3. 心与胆

心与胆之间的关系主要体现在调节精神情志方面。心藏神，胆主决断，两者相互作用，以维持正常的情志活动。胆失于疏泄，则会影响心主血脉与藏神的功能，导致血行不畅或神志不安，出现各种心系疾患。因此，心胆气虚证亦是心病常见证候。

4. 心与脾胃

心与脾胃的关系主要体现在气血生成及气血运行两方面。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾虚则气血生化乏源，导致心血不足，心脉失养可发为心悸；脾虚不能运化水湿，湿聚成痰，可阻滞心脉。若化源充足，营血旺盛，则心有所养，神有所归。因此健脾养心，补益气血，是临证治疗心病之常用方法。

5. 心与肾

心肾同属少阴，心之阴阳气血赖肾阳以温煦。心肾相交，水火既济是各



脏腑生理功能正常的基础。肾阳不足，心阳失于温煦，或阳虚水泛，均可致心系疾病的发生。《景岳全书·怔忡》中说：“凡治怔忡惊恐者，虽有心脾肝肾之区分，然阳统乎阴，心本乎肾”，即强调肾在心系疾病的发病中的重要性。“心本乎肾”，说明心的正常生理功能有赖于肾阳的温煦和肾阴的滋养。因此，教授认为治肾之法是根除和防治心病复发的关键。主张心病治疗应心肾并治，即使患者无肾系症状，也习于在辨证的基础上酌加补肾益肾之品。

四、施治灵活，多法并用

教授临诊既注重辨证，施治时又不拘于证型，灵活多变，即阴阳同补，气血兼顾，补泻并施等多种治法并用。

(一) 虚实互见，攻补兼施

虚证宜补，实证宜泻，此人尽皆知。然临证之时，虚实夹杂之证屡见不鲜。有体虚而证实者，如虚体之人冒风、伤食；体实而证虚者，如强壮之人失血；或体本不虚，而邪深难出；又或体已极虚，而外邪尚伏等种种不同。若纯用补法，则邪气益固；纯用攻法，则正气随脱。因此，古有攻补同用之法。教授认为，临证施治，虽以补益为主，但绝非专一执补，针对此类患者，遣方用药，可依据药性，攻者攻强，补者补弱，各尽其能。用补之法，贵乎先轻后重，务在成功；用攻之法，必须先缓后峻，及病则已。对于“虚不受补之证”，必欲究其源而后调之，正如《医医病书》中指出之三：“一者湿热盘踞中焦；二者肝木横穿土位；三者前医误用呆腻、闭塞胃气而然。湿热者，宣其湿而即受补；肝木横者，宣肝络，使不克土即受补；误伤胃气者，先和胃气。”亦如《景岳全书》中所言：“补泻之法，补亦治病，泻亦治病”。

(二) 调补气血，重在脾肾

古有“补脾不如补肾”之说，亦有“补肾不如补脾”之说。持“补脾不如补肾”者，是因命门之火，可生脾土；持“补肾不如补脾”者，乃因饮食

之精，自能下注于肾。教授认为，虚劳内伤，不出气血两途，而脾肾两脏，皆为根本，不可偏废。正如《医醇滕义》中指出：“治气血虚者，莫过于脾肾。水为天一之元，气之根在肾；土为万物之母，血之统在脾。”然亦须知，脾弱而肾不虚者，宜补脾为亟；肾弱而脾不虚者，则补肾为先；若脾肾两虚，则并补之。对于脾胃虚者，选用运脾、实脾或消导之法，常用玉竹、北沙参、石斛等养胃阴；黄芪、黄精、党参、白术等益脾气；砂仁、木香、白豆蔻等理脾气；藿香、佩兰、紫苏梗等化脾湿。慎用大苦大寒大辛大热的药物，以防止寒凉的药物伐脾阳，辛燥的药物伤胃阴。至于脾胃虚阳气不升者，取葛根、柴胡，以佐参、芪升提之力，如补中益气汤、举元煎之类。肾主藏精，“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。”故肾虚者，宜气浊味厚之品，或血肉有情之物，同类相感，乃克有济。常选用鹿角胶、锁阳、肉苁蓉等壮阳填精；山萸肉、巴戟肉、仙茅、仙灵脾等温肾阳；枸杞子、首乌、女贞子、旱莲草等滋肾阴。

（三）夹证兼证，对症施治

教授认为，凡用药处方，最宜通变，不可执滞。治有常法，亦有变法。医者运用治法，必须在掌握常法的基础之上，随着病证的变化而采取相应的治法，或寒热并用，或攻补兼施，随症处方，变化无定，即所谓知常达变，灵活运用。如《景岳全书》中所说：“不变者常也，不常者变也。人之气质有常变，医之病治有常变。欲知常变，非明四诊之全者不可也。设欲以一隙之偏见，而应无穷之变机，吾知其遗害于人多矣。”因此，教授临证治病，常根据兼夹邪实，酌以理气、化痰、清热、祛瘀等药，攻补兼施。如见气滞胃腹胀痛，加木香、苏梗、郁金、木香、八月札等疏肝理气，和胃止痛；脾虚腹泻，加葛根、苡米、荷叶、藿香、佩兰等升清降浊，芳香化湿；肝火犯胃，泛酸，加炙刺猬皮、吴茱萸、黄连、海螵蛸、煅瓦楞等清肝和胃，敛酸止痛。此外，相火上升而咽喉痛者，八味再加玄参、僵蚕、桔梗；乏力神疲体倦，加功劳叶、脱力草、景天三七、黄芪；心下痞满泛恶，加藿香、佩兰、荷叶、苏梗、旋覆花、丁香；土湿侮木，肝郁木旺加天麻、生石决明、菊花、蔓荆子等。《景岳全书》中所记载的补泻要领为：“不必论其有虚证无虚证，



但无实证可据，而为病者，便当兼补，以调营卫、精血之气；亦不必论其有火证无火证，但无热证可据，而为病者，便当兼温，以培命门、脾胃之气。”教授认为张景岳此说对临证颇有帮助。反之亦然，即寒者当温，须详审其不当温；热者当清，须详审其不当清处；虚者当补，须详审其不可补；实证可泻，须详审其不可泻处。所谓独处藏奸，最宜仔细。可见为医者，必当深究经典，博览群书，然后能操纵在手，运用如神。

【经验特色】

一、心律失常（心悸）的诊治经验

（一）病因病机

心律失常在临床上多见心悸、眩晕、黑矇、晕厥以及胸闷、胸痛和呼吸困难等症状，但亦有患者只有心律失常体征而无心悸之所苦。因此，教授认为中医“心悸”范畴应当既包括有心悸症状同时有心律失常体征者，也包括有心律失常体征但无心悸症状者或有心悸症状但无心律失常体征的患者。教授认为，悸证虽多，无非心病。心悸虽病位在心，然五脏六腑皆可致悸，其他脏腑病变可直接或间接影响心而发病，因此临床辨证宜从辨疾病虚实，辨脏腑虚损，辨脉象入手，并依据不同的发病诱因将心悸分为邪毒悸、痰湿悸、肝胆悸、瘀血悸。

（二）治则治法

心律失常的病机隐晦复杂，常见寒热相错，虚实夹杂，邪恋正衰。教授



主张辨证为主，辨病相参，从脏腑论治，并注意阴阳气血、寒热虚实、邪正盛衰的整体调治。注重对患者起居环境、饮食习惯、生活习性、脾气性情的分析而针对性用药。

教授认为，心律失常有心悸症状属有证可辨者，辨证为主，并结合所伤脏腑辨证论治。见肝胆失疏泄而致心悸者从心、肝胆论治，用疏肝泄热之法或益气养心、镇惊安神。见余邪留恋或复感外邪从心、肺论治，可补肺固表，益气养心，祛外邪，还宜益气固表。有肾虚之象从心、肾论治，辨证有心肾不交、心肾阳虚、肾精不足之分。心肾不交者交通心肾，宁心止悸，喜用黄连、肉桂等药；心肾阳虚者温补心肾；肾精不足者填补肾精，滋水宁心，临床多运用巴戟肉、仙茅、仙灵脾、生地、熟地等补肾药物，能对心律失常的复发起到明显的遏制作用，尤其适合中老年患者。辨证则有痰浊阻滞、水饮凌心、瘀血阻络、寒凝心脉之别，痰浊阻滞者化湿浊，养心神；水饮凌心者振奋心阳，化气行水；瘀血阻络者，活血化瘀，理气通络；寒凝心脉者祛寒活血，宣痹通阳。

脾为后天之本，胃为五脏六腑之大主。教授强调，在诊治心悸病时应注重调理脾胃，发挥胃气的内因作用，因为这是保证药物发挥疗效的关键。如饱餐后发作，多属胃气上逆，采用消导法治疗；如在饭后2~3小时发作，多属脾运失常，以健脾助运为主。寒凉的药物易伐胃阳，辛燥的药物易伤胃阴，所以慎用苦寒及大寒大热的药物。使用苦寒药物时，常配伍大枣、怀山药、北秫米等；使用滋阴药时，常配伍陈皮、砂仁、白豆蔻等理气药物。

教授在立方遣药上，善于变通古方，师古而不拘泥，以平为期；注重多方配合，多药调理；注重调神。心律失常病人多伴有睡眠不佳、易惊、心情抑郁、易激动的特点，所以常在不违反治疗大法的前提下，加入酸枣仁汤、甘麦大枣汤等养心安神，或加入生龙骨、生牡蛎等重镇安神的药物。另外，还需注重通腑气，大便艰涩难通，浊气不降，清气不升，加重气机郁滞，进一步加重病情，所以诊查病人多问腑气是否通畅，如大便干燥者多加大黄、玄明粉等，或加入具有养血通便作用的药物，如郁李仁、生首乌、柏子仁等。注重防治诱因，如妇女的病情在经期加重，应兼顾调经，更年期妇女多从调

理冲任角度治疗。如因外感而诱发，则不忘解表。观舌之变化，察病情之进退，经过治疗后，病人自我感觉好转，但舌质舌苔没有变化，应继续服药，以巩固疗效，以免病情反复。

对于有证可辨、证属难治者，教授多辨病与辨证合参，在辨证的基础上结合已有的现代药理研究结果，合理配伍用药。如心悸症状多在安静或休息时出现，活动后消失者，常加入具有安神镇静作用的药物，如生龙骨、生牡蛎等以调节植物神经功能。快速性心律失常加用一些有抗快速性心律失常药理作用的药物如苦参、黄连、青皮；属缓慢性心律失常则加用一些兴奋心脏、增快心率的药物如附片、蜀椒、细辛、麻黄。对于有反复心律失常体征，但临床无心悸症状而无从辨证者，教授则以辨病为主，结合患者个人体质、生活习惯处以方药，常获良效。如青少年体质素虚，易感外邪者，补肺同时兼疏散风寒或疏解风热，予黄芪、党参等补气益肺，加荆芥、防风、桑叶、桑皮、银花、连翘、薄荷、淡豆豉、羌活、独活等祛时邪；女子多于经期而见心律失常体征者，勿忘调经。老年若有痰饮内阻，则化痰蠲饮。其他如脾胃湿热的加用黄连、黄芩、石菖蒲、半夏、苍术、川朴、木香清热利湿，理气和中；伴咽痛不适者，则予西青果、凤凰衣、蝉衣、薄荷、象贝、山栀、贯众、桔梗、生草利咽解毒；有伴鼻塞，时时流黄稠浊涕，声音重浊者，则予辛夷、白芷、苍耳子开通鼻窍；有伴肩背不舒者，常用威灵仙、羌活、独活等舒筋活络。

（三）分型施治

心律失常为本虚标实，常见寒热相错、虚实夹杂、邪恋正衰，一般可从脏腑论治，并注意阴阳气血、寒热虚实、邪正盛衰的整体调治。

1. 心脾两虚

心悸多于进食后即现，伴见头晕，面色不华，乏力，舌质淡，脉细或有结代。治宜健脾养心。基本方：党参 12g，炙黄芪 9g，白术 9g，当归 9g，大枣 15g，炙甘草 6g，酸枣仁 12g。

下以案为例，详述之。



一 13岁男童，2001年3月24日初诊。心慌、易惊4年。4年前重感冒之后见心慌、胆怯，心电图示“频发室性早搏”。经多方诊治未效。1月前复又感邪，心悸益甚，伴见泄泻，面色晄白，畏寒，夜寐欠安，纳谷馨。刻下听诊早搏14次/分，舌质淡，苔薄白，脉细结。此属湿邪外侵，心脾两虚。治拟健脾祛湿，宁心通脉。

处方：葛根15g，炒黄连6g，生黄芪30g，苦参9g，桃仁10g，鹿角片（先煎）9g，炒党参15g，炒白术15g，赤芍15g，白芍15g，淮小麦30g，大枣7枚，朱茯苓30g，生地30g，朱灯心3扎，琥珀粉（分冲）3g，生姜15g，藿梗10g，生白果9g，苏梗10g，羚羊角粉（分冲）0.6g。

二诊：2001年3月31日，服上方7剂。家长喜言药后二剂心中即平，刻下听诊心律齐，未闻及早搏，余无不适，苔薄，脉细弦滑。治宗原法。

原方加脱力草10g，7剂。

嘱平时注意保暖，勿食不洁饮食。三月后偶遇家长，诉药后未再复发。

按语：本例患者就诊前虽经多方诊治但心悸反复不愈，审视病因症候，每感外邪，必兼见泄泻，而后心悸更甚。顿悟患者本有脾虚，湿为土之气，故易受湿邪之侵，脾失升运则见泄泻，便泄久之则津液耗伤，心失所养则惊悸不宁。吴鞠通言“湿闭清阳道路也”，湿郁则气机不畅，气血不利则见脉象细结。湿邪偏盛可衍生为寒湿而损伤阳气，故症见畏寒，便溏，舌质淡苔薄白之寒象。本例属本虚标实，用葛根芩连汤中葛根、黄连，并重用苦参解表清里以祛湿邪；白术、生姜、藿梗、苏梗，健脾化湿和胃；朱茯苓、羚羊角粉、琥珀粉、朱灯心重镇宁心；黄芪、党参益气固表，生地、白芍滋阴柔肝，脱力草、大枣调补气血，赤芍、桃仁通利血脉，鹿角片温阳反佐。综观全方，标本同治，正邪兼顾，气血并调，阴阳同补，故药后二剂即见心中安宁，疗效显著。

2. 心虚胆怯

惊悸易恐，少寐多梦，脉动数。治宜镇惊定志。基本方：党参12g，龙齿（先煎）30g，灵磁石（先煎）30g，石菖蒲9g，茯神12g，远志12g。

3. 时邪犯肺

心悸多有恶寒发热，咽红，咳嗽，舌苔薄白或腻，脉浮数或结代。治宜祛邪，益气，固表。基本方：生黄芪 9g，白术 9g，金银花 10g，连翘 10g，马勃（包煎）3g，川贝母 9g，玄参 9g，青黛末（包煎）3g。

4. 心肾阳虚

心悸不安，胸闷气短，面色苍白，形寒肢冷，舌质淡白，脉沉细。治宜温阳益气。基本方：党参 15g，制附子 9g，桂枝 6g，炙甘草 6g，熟地 12g，山萸肉 6g，龙骨（先煎）30g，牡蛎（先煎）30g。

二、高血压病的诊治经验

教授认为，高血压病机要点在于湿浊内结，土湿侮木，脉道不畅。同时，这也是高血压导致心、脑、肾等靶器官损害的关键。提出高血压病的治疗应重视化湿泄浊以驱邪，兼顾五脏扶正气，重在健脾调肝益肾。

（一）湿浊内结是高血压病机关键

教授认为，强调湿浊在高血压发病中的作用，对于当代中医辨治该病有着十分重要的意义。湿浊之邪导致眩晕《内经》中早有记载，即“因于湿，首如裹”。《医林绳墨》对此作了进一步阐述：“因于湿，首如裹。首者清阳之会，位高气清，为湿气熏蒸而沉重，似有物以蒙之也。”《医学传灯》则云：“因于湿，首如裹。言湿邪初客，未郁为热，但觉蒙昧不清，如以物裹其首也。”说明湿浊蒙蔽清窍，可致头重如裹、头晕昏蒙。

《丹溪心法》中所言：“无痰不作眩”，以及虞抟所倡导的“血瘀致眩”的观点，目前在中医对高血压病机认识中为人们日益所重视。教授认为，痰、瘀亦乃浊邪，并且与水湿的关系极为密切。清·赵晴初在《存存斋医话稿》中言：“痰属湿，为津液所化。”说明痰、湿同出一源。对于瘀血和痰湿的关系，清·冯兆张在其《锦囊秘录》中作了这样的论述：“气血浊，则津液不



清，熏蒸成聚，而变为痰”，强调“痰者乃血气津液不清，熏蒸结聚而成。”清·姜礼在《风劳臆膈四大证治》亦言：“血浊气滞，则凝聚而为痰。”

以上说明水湿内停，津液不归正化，水气上泛或水阻清阳，可致眩晕、头痛等症发生。若水聚湿凝，秽莖积聚，不仅造成水道日隘，俾湿酿成痰，痰瘀交阻，血脉不畅，还可致脉道失柔，而变生诸证。正如清·何梦瑶在《医碥》中所记载：“痰停积既久，如沟渠壅遏，瘀浊臭秽，无所不有”。可见，水湿痰浊之邪不仅与高血压的发生密切相关，也是病情进展的关键致病因素。清·费伯雄在《医醇膳义》中说：“天一生水，乃至充周流灌，无处不到，一有瘀蓄，即如江河回曲之处，秽莖积聚，水道日隘。”即水湿内停，湿聚成痰，痰滞脉络，血行郁滞。痰瘀互结日久，沉积于血府，导致脉道狭窄不畅，则血压进一步升高，进而造成靶器官损害及各种并发症的发生。

教授认为，湿浊存在于高血压发生、发展的一系列动态变化中，即“水湿内停→湿聚成痰→痰滞脉络→痰瘀互结→沉积脉道→脉道失柔→脉壁增厚→血府狭窄”。湿浊之邪不仅是高血压发病的始动环节，而且贯穿疾病的全过程。因此，高血压辨治中不可忽视湿痰瘀浊的致病作用。

（二）湿浊产生，当责之脾胃功能障碍；土湿侮木，则重在肝脾不调

教授认为，湿浊之邪产生与脾胃关系最为密切，正如《素问·至真要大论》所载：“诸湿肿满皆属于脾”；冯兆张亦提出：“痰之动湿也，主于脾。”

随着社会的发展，物质生活水平的提高，饮食结构的改变，高脂肪、高蛋白、高糖等肥甘厚味过量摄取，最易导致脾胃受损。脾虚失运，一则湿浊内生，横格中州，浊阴不降，上蒙清窍，遂发眩晕、头痛等症，出现血压升高。正如清·王士雄在《潜斋医话》中言：“饥饱劳逸，皆能致疾。肥甘过度，酒肉充肠，必滋秽浊，熏蒸为火，凝聚成痰，汨没性灵，变生诸疾”。二则脾失健运，水湿内停，留滞中焦，升降失司，土湿侮木，进而影响肝脏气机的畅达。肝脾不调，木郁不达，久之化火，火升风动，夹湿痰瘀浊走窜，扰动清窍则头晕、头痛；痹阻经络则肢体偏废；闭滞心脉则胸痛等，诸症由生。

(三) 高血压辨治，驱邪为先，顾护中土，兼调五脏

在对高血压病的辨治中，教授十分推崇张子和“因邪致病，先论攻邪，邪去则正安”的观点，倡导“治病以驱邪为先”，“邪气去而元气自复”治病原则。同时，处方用药中又注意时时顾护脾胃之气，因“安谷则昌，绝谷则亡”，“内伤脾胃，百病由生”，治病用药，时刻注意攻邪之剂不伤脾胃，补益之剂不碍脾胃。

根据多年临证经验，针对造成高血压发生发展的重要病理因素“水湿痰浊”，教授强调对本病的辨治应分清表里上下，审查寒热虚实，虽然以攻邪为先，重在化痰湿，除痰浊，但寓补于中，攻补兼施。因浊邪产生，必夹有脏腑之气血、阴阳、津液等亏虚，若徒以燥湿消痰为事，则耗伤正气，药助病邪，加重病情。

如一患者，女，44岁，2002年9月7日初诊。有高血压病史2年余，头晕、头胀时有发作。自服珍菊降压片2片，每日3次，血压不稳定，维持在150~160/90~105mmHg。近1个月，朝起头晕，头昏蒙，泛恶作呕，肢困体倦，纳少口黏，舌质淡红，苔薄白，脉细滑。测血压为156/100mmHg。此乃脾失健运，湿浊中阻，清阳不升，浊阴不降，清窍失养。治拟健运脾土，化湿泄浊。

处方：姜半夏9g，姜竹茹6g，陈皮3g，生白术30g，猪茯苓（各）18g，泽泻15g，苦参10g，枸杞子9g，制首乌9g，脱力草18g，功劳叶9g，炒当归9g，丹参30g，大枣15g。

二诊：2002年9月15日，服上方7剂。头晕症减未平，口和无甘苦，中脘不适，漾漾欲泛，指麻，易乏力，舌质淡红，苔薄白，脉细弦滑。血压140/96mmHg。脾土不振有恢复之机，但胃土仍失于和降，且络中有瘀阻之象。拟原意出入，增益降逆和胃通络之品，盖胃腑以和降为贵。并嘱其珍菊降压片减量，改为1片，每日3次，观其变。

上方加益母草9g，旋覆花（包煎）6g，猪茯苓（各）增至30g，生姜2片，去泽泻，7剂。

三诊：2002年9月21日。头晕未作，指麻消失，中脘泛恶减，但纳谷



欠馨，乏力神疲，唇红，舌质淡红，苔中根微黄腻，脉细弦滑。血压 146/94mmHg。痰郁日久，化热伤阴，治拟养阴生津，理气和胃，清化痰热。

处方：生地 10g，麦冬 30g，石斛 10g，柴胡 5g，八月札 10g，川朴花 9g，佛手 9g，竹茹 6g，旋覆花（包煎） 9g，丁香 4.5g，姜半夏 9g，炙萎皮 10g，平地木 15g，生黄芪 15g，黄芩 10g。

四诊：2002年9月28日，服上方7剂。苔薄黄，脉细弦滑。头晕，头胀或有发作，脘痞，纳少。血压 145/85mmHg。阴伤渐复，湿热已有化机，但尚未清澈，再拟健运脾土，清化湿热。

处方：姜半夏 10g，竹茹 6g，陈皮 6g，茯苓 15g，川朴 3g，滑石 30g，川连 3g，黄芩 10g，煨葛根 10g，煨木香 10g，脱力草 30g，黑大豆 30g，薏苡仁 30g，藿佩（各） 9g，荷叶 9g，苏梗 9g。

7剂后，薄黄之苔渐化，纳增，体力恢复，中焦复健运之常，诸症向愈，血压渐正常平稳。

按语：此患者血压升高责之脾土不运，水湿内停，浊邪上犯。教授治疗此型的基本方为：姜竹茹、姜竹沥、姜半夏、陈皮、川朴花、苦参、苦丁茶、炒苍白术等。热痰加川连、炒条芩；脾虚，乏力明显加功劳叶、脱力草、景天三七、生（炙）黄芪；气滞，胃腹疼痛加陈皮、郁金、木香、八月札；胃中痞满泛恶加藿香、佩兰、荷叶、苏梗、旋覆花、丁香；土湿侮木，肝郁木旺加天麻、生石决明、菊花、蔓荆子等。《症因脉治·痰证论》中曰“湿痰之症，身或热或不热，体重足酸，呕而不渴，胸膈满，时吐痰，身体软倦”。患者因中气不足，胃阳不能消化，脾气虚弱失于施布，则水湿不化，湿聚成痰；湿为阴邪，湿困脾土，不仅损伤脾气，甚至戕伐脾阳；土湿可反侮肝木，木郁不达，化火生风，夹痰湿走窜，变生诸症。首诊燥湿健脾，以杜生痰之源，中土健运则痰湿自化。二三诊，因痰湿郁久，一则痹阻脉络，二则化热伤津，故酌加川连、黄芩清化痰热，益母草利水湿，通血脉，生地、麦冬、石斛养阴生津。四诊，因络瘀已除，阴伤渐复，而脾虚湿热又显，再拟健运中土，清化湿热之剂击鼓再进。本例组方合度，丝丝入扣，俾水湿得利，痰浊得泄，瘀阻得通，湿热得清，气化复常，浊降清升，中焦枢机恢复，邪却病去。

三、温振运理治疗慢性心力衰竭

教授认为，体内阴阳、气血、津液呈动态平衡，一旦失衡超过机体调节，疾病将至。心力衰竭之演变过程亦反映了这种动态失衡。故临证之时，恪守整体辨证，笃信人体乃脏腑、经络、阴阳、气血相互联系，相互制约的对立统一整体。教授根据多年临证经验，提出从气虚至阳虚，至血瘀，直至水饮的形成，当为慢性心力衰竭病理演变的普遍规律。瘀血水停继发于阳气亏虚，一旦形成可进而损害阳气，形成因虚致实，因实而虚者更虚的恶性循环。在治疗方面重视温补心肾，振奋阳气，助脾运化，理血行水，创建“温振运理”的治疗法则。

心居上焦，属火，藏神，为五脏六腑之大主；肾居下焦，主水，为真阴真阳之所寄。心肾两脏，一阴一阳，络脉相连，在维系人体阴阳平衡，协调脏腑生理功能方面起着极为重要的作用。在心脉体系中，心气是营运气血的原始动力。肾阳上温心阳而益心气，肾阴上济心阴而制亢火。一旦心气（阳）虚衰，则鼓动无力，心脉瘀阻。轻则心阳虚衰，重则阳虚水泛，甚则心阳虚脱。故教授认为，心力衰竭治疗的基础乃是温阳益气，强调“温补肾阳，振奋心气”的作用，也包括了温化水湿的含义，治从心肾入手。

教授治病一直重视顾护中土，故治疗心衰时亦常佐“助脾化湿”之品。认为脾主运化水湿，赖心之阳气温煦，心气阳不足，则心火不能生脾土，脾土失其运化。脾土不运，气血生化无源，脏腑机能减退，可致气虚血瘀；不能运化水湿则生水饮之病，水湿化生痰浊，中阻气机，升降失司，导致脏腑机能失调，耗伤心气心阳，从而加重心衰。

气为血帅，气行则血行，气虚则血瘀。气虚日久，累及于阳，阳气受损，寒自内生又致瘀。血不利则为瘀，血瘀日久，闭阻经脉，水道不利，势必影响水液输布，致水湿停聚，发为水肿。故教授治心衰用“理血行水”之法。其“理血”不能简单等同于活血化瘀，还包含了温阳理气以行血，益气以助血行等含义；“行水”除利水渗湿，还包含了温阳理气行水和益气助水行等



含义。因痰饮瘀血既是病理因素，又是病理产物，心衰时的瘀血水停表现多由气（阳）虚，脏腑气血功能失调所致，其主导因素就在于心气（阳）虚衰，失于营运致虚实夹杂，故辨证用药宜消补兼施，动静结合，升降相宜，虚实相参，气血阴阳同调。

慢性心力衰竭多发于老年人，有心慌，气短，虚喘，易汗出，形寒肢冷，胃纳不馨，腹胀，乏力，脉沉细或结代等心脾肾阳气虚衰症状，同时可见唇甲紫绀，脏器瘀血，肢体水肿甚至胸水、腹水等瘀血与水饮症状。以温补心肾，振奋阳气，助脾运化，理血行水组方治疗和预防慢性心力衰竭的发展方能取得较好的疗效。

如有一患者，女，80岁，2002年5月20日初诊。有冠心病、心功能不全、心律失常（房颤伴室性早搏）4年。3日来下肢凹陷性肿胀没指，身体困重，伴气短，乏力，胸闷，夜难平卧，纳差，小便短少，手足不温，畏寒，无咳嗽。舌质淡，苔薄，脉细结代。证属脾肾阳虚，水停瘀阻。治拟温肾健脾，利水化瘀。

处方：熟附片9g，炒白术9g，陈皮3g，沉香（后下）3g，桂枝3g，猪茯苓（各）30g，泽泻30g，车前子（包煎）30g，黄芪30g，葶苈子（包煎）30g，赤白芍（各）9g，益母草15g，丹参15g，党参15g，鸭跖草15g，滑石15g，桃仁10g，灵芝草10g，水红花子6g，元明粉（分冲）6g，麦冬9g，7剂。

并嘱药后泄泻次多可停服元明粉。

二诊：2002年5月27日。诉服上药两剂即大便日数次。皆如水泻，肿退，气短改善，停服元明粉，余药继服无不适。苔薄微腻，脉细结代。治以前法化裁。

上方去元明粉，加苍术9g，生山楂30g，7剂。服后无不适，纳可，寐安，二便调。继以补益调中以善后。

按语：本例心衰水肿，缘于高年体弱，久罹冠心病、心律失常、慢性心功能不全，其病脾肾已亏，偶遇衣食不慎，或受风寒之气，致外邪内虚相因为患。水之行赖阳气之温煦推动，水停为肿，乃阳虚气化不行的表现。肾为水脏，脾主运化水湿，故其病本为脾肾阳虚，水湿不化蓄积为患。病属阴水，

以腰以下肿为甚，治应温肾健脾，化气行水。又肺为水之上源，主宣肃，通调水道，因水湿盛于里，泛滥不降而逆，上凌于心肺，致气促，胸闷，夜难平卧，故治应兼以泻肺通腑，使邪外出。宗病机，处方以真武汤合五苓散等以温阳利水治根本。水肿骤发势急，以葶苈子、元明粉泻肺平喘，通腑利水以治标，医有“利小便以实大便”之说，反观之，通利大便亦有助于水湿外出。因患者年高久病，恐不耐攻伐，故祛邪同时以黄芪、党参、白术、麦冬、灵芝草等扶正顾本，并嘱患者服药得大便泄泻，肿消气平即停服芒硝，中病即止，兼以补益善后，邪去正不伤。又久病人络，瘀阻有碍水行，故伍以益母草、桃仁、丹参、赤芍等活血化瘀，取血行水亦行之意，兼以桂枝温经通阳，沉香纳气降逆，共奏扶正祛邪，标本兼顾之功。综观本病例，病本心脾肾阳气虚而不振，水湿不运留积为标，治不囿于高年忌攻伐之常理，而“急则治标”，泻肺通腑，兼以扶正为助，中病即止，终使邪祛正安。

另有一患者，女性，80岁。2004年5月19日初诊。因“老年瓣膜性心脏病、心功能Ⅲ~Ⅳ级、原发性高血压3级（极高危组）、高血压性心脏病慢性肾功能不全”多次住院。一周前患者胸闷，心悸，夜间汗出加重，伴夜间不能平卧，虽予西药治疗仍不见安，遂转而求诊中医。刻下：面色白黄，皮肤晦暗无光泽，心悸，汗多，四肢轻度浮肿，双足浮肿见指凹痕，口干，舌淡苔薄少，边有齿痕，右侧舌中部见一黄豆大小暗紫瘀斑，脉结代，弦大见虚。证属脾肾阳虚，水停瘀阻兼气阴亏损。治拟益气养阴，温肾健脾，利水化瘀。

处方：党参15g，黄芪30g，生地12g，麦冬15g，五味子9g，玄参10g，桑白皮15g，五加皮15g，白河车15g，景天三七15g，丹参10g，生怀山药30g，潼蒺藜15g，寒水石10g，龙牡（各，先煎）15g，紫石英（先煎）10g，茯苓15g，4剂。

嘱患者注意养生，喜怒有度，劳逸结合，少食多餐，以低蛋白（主要为动物蛋白）饮食为主。

二诊：2004年5月23日。药后汗出减少，心悸渐宁，右侧肢体仍见轻度浮肿，左侧基本消退，舌淡苔薄，边有齿痕，右侧舌中部黄豆大小暗紫瘀斑较前已见减小，脉结代。



上方加猪苓 15g, 片姜黄 6g, 葛根 10g, 桃仁 9g, 苏梗 6g, 寒水石、紫石英加量至 18g, 五味子减量至 3g, 白河车减量为 6g, 7 剂。

三诊: 2004 年 5 月 29 日。自觉近日精神渐长, 面色黄中微显红活, 舌淡苔薄, 边有齿痕, 右侧舌中部见一绿豆大小暗红瘀斑, 脉结代。

上方去生地、麦冬、五味子、玄参、桑白皮、五加皮, 加白扁豆 30g, 赤小豆 30g, 僵蚕 9g, 地龙 9g, 汉防己 9g, 熟附片 3g, 葶苈子(包煎) 30g, 大枣 30g, 锁阳 15g, 河车粉(分吞) 1.5g, 7 剂。药后诸证渐好转, 守法调护二月而安。该患者服用中药期间一直按照西医心衰的国际治疗指南规范给予西医对症治疗。

按语: 本例患者亦缘于高年体弱, 久罹心病, 脾肾本已亏虚, 水湿不得健运, 又兼气阴两虚, 是故诸症见矣。汗为心之液, 该患心悸汗多为心气外泄表现。因求诊初期有气阴不足之象, 故用黄芪、党参、麦冬、五味子取生脉饮之意, 益气养阴以扶正顾本。病之初不用附子、鹿角片温燥之品, 待气阴不足改善后可予小剂量熟附片、锁阳以温阳补肾。浮肿缘起脾、肺, 用五加皮、桑白皮、白河车以泻肺利水, 茯苓、猪苓健脾渗湿。火(指心火, 包括心阴心阳)不生土, 脾阳不足, 运化失司, 加怀山药、白扁豆健脾助运。潼蒺藜滋肾平肝; 紫石英、寒水石纳气平喘; 龙骨、牡蛎敛汗安神。生地具有清热凉血、养阴生津功效, 下补肾阴之虚, 清虚热而生津, 并可辅助益气活血之药物, 使亏损之气血得以补益, 瘀阻之心脉得以疏通。葶苈子泻肺平喘, 通腑利水。因患者年高病久, “久病人络”, 络阻有碍水行, 故酌桃仁、丹参、景天三七等活血化瘀之品, 取血行水亦行之意。诸药相合, 共奏扶正祛邪, 标本兼顾之功。上两者均宗温补心肾, 振奋阳气, 助脾运化, 理血行水之法, 但临证又当依患者个体情况以应变, 方可显效。教授认为, 中医之精华在于辨证施治, 切忌人人恪守一方。

四、冠心病的诊治经验

冠心病是冠状动脉出现粥样硬化而产生的疾病。动脉, 属中医“脉”之

范畴，由“心”所主。《素问·痿论》中言：“心主身之血脉”。《素问·脉要精微论》又言：“脉者，血之府也。”动脉粥样硬化，是血与脉均发生了变化，产生了病变，教授以为此即中医之“脉痹”。对于“脉痹”之见，《素问·痹论》不仅提出：“风寒湿三气杂至，合而为痹……以夏遇此者为脉痹……脉痹不已，复感于邪，内舍于心……心痹者，脉不通。”并且强调：“痹……在于脉则血凝而不流。”《症因脉治》认为：“心痹之症，即脉痹也。”张景岳则在其《景岳全书》中简言之：“脉者，血气之神，邪正之鉴也。有诸中必形诸外，故血气盛者脉必盛，血气衰者脉必衰，无病者脉必正，有病者脉必乖。”“痹者闭也，以血气为邪所闭，不得通行而病也。”

由上可见，脉痹乃脉中之血、气、津液等发生了变化，其病机变化一方面与血瘀、痰浊等壅塞脉道，沉积脉壁有关；另一方面与脏腑气血阴阳亏虚，脉道失养有关。脉痹与冠心病之发生、发展密切相关，是冠心病之病理基础。冠心病属本虚标实，虚实夹杂之证。冠心病之本在于脉道血气不清；而冠心病之标责之痰瘀凝滞血脉。

（一）血、气、津液与心脉

血是构成人体和维持人体生命活动的基本物质之一，具有营养和滋润作用。《素问·平人气象论》说：“心藏血脉之气”；《素问·阴阳应象大论》又说：“心生血”，说明血脉由心所主，并且心的功能正常与否，与血之充盈及脉道通利密切相关。

然血主要是由营气和津液组成。营气富于营养，故又称“荣气”。《素问·痹论》说：“荣者，水谷之精气也。和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉。”《灵枢·痈疽》说：“中焦出气如雾，上注谿谷而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血”。由此可见，营气和津液作为血液的重要组成部分，均来源于脾胃运化的水谷精微，故有“脾胃为气血生化之源”之说。亦如《素问·决气》中所言：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”中焦即是脾胃，而中焦所受之气，即为营气；中焦受气所取之汁，即为津液。而血的化生，与肾中精气的气化亦密切相关，故有“精血同源”之谓。

脉，具有阻遏血液逸出的功能，故又有“血府”之称，即《素问·决



气》中所说：“壅遏营气，令无所避”之功能，即血必须在脉道中运行，才能发挥其正常的生理功能。血行畅达，一则依赖心之搏动，二则依赖脉道通利。血行脉中，不逸出于脉外，则与脾之统血，肺气推动以及肝之疏泄功能密切相关。《寿世保元》中说：“气为血之帅，气行则血行，气止则血止，气温则血滑，气寒则血凝，气有一息之不运，血有一息之不行”（《寿世保元》）；结合《素问·五脏生成》中“诸血者，皆属于心；诸气者，皆属于肺”以及《素问·经脉别论》中“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛”所言，说明血行脉畅，与肺关系密切。《血证论》“肝属木，木气冲和调达，不致遏郁，则血脉通畅”所说，则强调肝之疏泄功能对于心主血脉的重要性。

总之，“心主血脉”功能正常与否，不仅仅与心相关，与肝、脾、肺、肾等脏腑功能平衡协调亦密切相关，正如《景岳全书》所言：“五脏皆有气血，而其纲领，则肺出气也，肾纳气也，故肺为气之主，肾为气之本也。血者水谷之精也，源源而来，而实生化于脾，总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾，而灌溉一身。”可见，营气充沛，津液充足，则血脉充盈，脉管通畅，而心有所主。然而血不仅仅只运行于脉中，同时血亦滋润和濡养脉管，以保持脉道的通利性与柔韧度，如《研经言》所言：“血以濡脉”。若血发生了变化，或者说组成血液之营气、津液发生了变化，如生成不足，或是运行障碍等，不仅造成血脉不畅，同时也会影响脉的正常功能，产生脉痹，并导致冠心病的发生。

（二）冠心病之标责之痰瘀凝滞心脉，其本在于心脉血气津液不清

冠心病乃冠状动脉粥样硬化所致。目前多数学者认为，粥样斑块由心血瘀阻或痰瘀交阻所致，治疗以活血化瘀或痰瘀同治居多。然从“心主血脉”而论，血、脉是维持循环系统的两个不同部分，可分而不可离。血由营气和津液所构成，并且营气与津液也是脉管发挥生理功能所必须营养物质。血瘀或痰瘀之本，乃营气不足或滞塞，津液不归正化所致。因此，教授认为冠心病其标责之痰瘀凝滞心脉，其本在于心脉血气津液不清。

《锦囊秘录》中说：“人禀阴阳二气以生，有清有浊。阳之清者为元气，阳之浊者即为火；阴之清者为津液，阴之浊者即为痰。故痰者乃血气津液不清，熏蒸结聚而成。”结合诸家经典医籍，教授认为，痰者乃饮食津液所化。或饮食不慎，多食甘膩肥腥茶酒，脾胃受损，气机升降失度，津液输化不清而生痰；或因郁化火，肝气不舒，气滞津凝而生痰；或因素体虚弱，一则脾虚不能布散精微，湿浊凝滞而生痰；二则肺虚不能水精四布，浊痰凝滞而生痰；三则肾虚水泛而生痰。血气不清，气血败浊，凝结亦可为痰。痰瘀既已生成，则莫不壅塞脉道，阻滞气机，正如《医碥》中“气本清，滞而痰凝，血瘀则浊矣”以及《灵兰要览》中“气主煦之，若郁结不舒，气机凝滞，血亦因之闭塞”和《研经言》“血随荣气而行，故荣气伤则血瘀”所言，若脉道为瘀血或痰瘀所踞，或脉道失却血、气、津液濡养则均可形成脉痹。《血证论》中说：“旧血不去，新血断然不生；而新血不生，则旧血亦不能自去也。譬如君子之道不长，则小人之道亦不消”。可见，若非血气清顺，津液流通，气血充沛，痰、瘀则日益加剧，久而久之或短时间内，即可在发生脉痹的血府内形成“积证”或“癥”，或如朱丹溪所云：“痰夹瘀血，遂成窠囊。”教授以为，动脉粥样斑块的形成，乃血气津液不清，使得血府中无形之痰瘀转为有形之痰瘀所致。因此，不论从形态或是病机而言，粥样斑块与中医之“积证”、“癥”、“窠囊”均有相似之处；若从疾病发展趋势而言，则都是顽症、痼疾。

斑块形成之后，若机体通过自身调节或药物治疗，其脏腑、气血达到再平衡，血气调和，津液清顺，则斑块可相对稳定，甚至缩小逆转；若脏腑虚损，气血津液衰败，津血凝浊，生痰生瘀不生血，不仅斑块会增长，日久还可破损或溃烂，造成斑块不稳定。总之，冠心病是由心脉血气津液不清，痰瘀凝滞，以致脉道狭窄或痹阻，进一步导致心脉痹阻，心失所养，以胸闷或痛等为主症的一类病证。

（三）化痰消瘀，和畅营血以治标，清顺气血，流通津液以治本

针对冠心病痰瘀凝滞、血气津液不清之病机，可采用化痰消瘀，和畅营血，清顺气血，流通津液法治疗。



治痰之法，即治所以生痰之源，惟能使痰之不生，方是补天之手。治痰之源，则务必使气血清顺，津液流通。一则痰无由可生；二则脉通无滞，则心有所主。冠心病之冠脉粥样斑块形成，其痰多为老痰，“老痰则难治。胶结多年，如树之有萝，屋之有尘，石之有苔，托附相安，驱导涌涤，徒伤他脏，此则闭拒不纳耳，分而治焉。”（《锦囊秘录》）因五脏之病，俱能生痰，但重在脾肾。在脾者，以饮食不化，土不制水；在肾者，以水不归原，水泛为痰。故治痰，当健脾、强肾，以治痰之本。脾健则复其运化之常，而痰不自生；肾足则水无泛滥之虞，而端本澄源。此外，心主血脉，而肺朝百脉，肺虚有痰者，宜保肺利肺，肺利则气化，浊行而复为津液。总之，津液化得其正，气血充沛，营血和畅，脉道通利，则斑块日消自去。故治痰不可不察虚实，“须知痰可攻者少，不可攻者多，若不辨其虚实，而欲一概攻之，其亦但知目前而不知日后之害。”（《景岳全书》）

治瘀之法，对于瘀血滞留于脉，须逐瘀直探巢穴。因瘀血之去，则新血日生，瘀血自然无处可留。然“但能祛瘀血，而不能生新血，不知克敌者存乎将，祛邪者赖乎正，不补血而祛瘀，瘀又能安去哉？”（《血证论》）因此，对于瘀血停滞脉道，一方面要活血消瘀，另一方面则要益气补血，使得气血清顺，化源无穷，血脉调和，则瘀血无法在脉道形成、盘踞。如此，心脉功能逐步恢复正常，脉痹得以逆转。回顾经典，仲景逐瘀大剂，有抵挡汤、桃仁承气汤数方，皆苦寒破下，适于热灼津液，津血凝浊为瘀者。对于寒凝血滞者，需温通血脉，柏叶汤、生化汤、温经汤等，临证皆可根据病情取其意而用之。《医述》中说：“瘀血夹痰，治宜导痰破血，先用导痰汤加苍术、香附、枳壳、白芥子，开郁导痰；次用芎、归、桃仁、红花、苏木、莪术以破其血。痰夹瘀血，治宜先破其血，而后消痰；或消痰破血二者兼治。”

《医醇滕义》中说：“治病之要诀，在明白气血。”冠心病产生与心脉血气津液不清相关。因此，清顺气血，流通津液是治疗冠心病之重要方法。但气血用药，当轻重有别。“补气之品可重，行气之品不可重。补血之品可重，行血之品不可重。如重行气之药，徒伤气而邪因之更壮；如重行血之药，血不行而瘀因之而四散。”此为《靖盒说医》中所言。教授以为，此说对于冠心病治疗亦颇有指导价值。尤其对于冠脉中斑块不稳定者，若运用大剂量活

血化瘀药，可能会造成斑块破裂出血，导致病情加重恶化。斑块稳定者，若运用大剂量活血化瘀药，是否会导致斑块不稳定，尚待进一步观察与研究。然行气与行血孰重孰轻，可参考《靖盒说医》之说，“血有形质者也，气无形质者也。行气之品不可重于行血之品。气者也，至灵、至捷而至活之物，非轻不灵，非轻不捷，非轻不活，用药之灵、捷与活，当与之相称而停匀，此则以灵思神奇妙用，虽口舌笔墨，亦不能述之矣。”

若患者年轻气盛，确有气机壅滞，病性以实证为主，则行气之品亦可重，但不能用之过久，因久之则反徒伤正气，而助邪气。年老者，对于同时兼有破气作用的行气之品，如青皮、枳壳、枳实、厚朴、槟榔等，根据病情选用，但剂量亦偏小，或只是暂用，中病即止。因破者，损也。补气之品，如黄芪、党参、白术、山药等，剂量亦多在9~15g之间，较少用至30g，鲜用至45g，一则恐虚不受补，二则气有余便是火，而“壮火食气”。此外，因气血亏虚导致气滞者，宜采取补以宣畅气机之法，寓宣于补。气结心痛，可以青皮、郁金、柴胡、苏子、沉香末主之。可见，病情不同，药亦各异，用贵合宜，不可不审。

对于因斑块造成冠脉狭窄需植入支架者，其脉络之中必有推荡不尽之瘀血，若不驱除，新生之血不能流通，元气不能恢复，不仅有转为劳损之可能，甚至会再形成新积，即支架处再狭窄。此类患者若采用散瘀治疗，当首选虫类药物，并以水蛭为上，白僵蚕、蝉衣、全蝎、地鳖虫次之，因“血属有形，瘀积膜络曲折之处，非潜搜默剔不济也”（《读医随笔》），针对有血瘀者，和血、行血、活血、祛瘀、逐瘀等均为常用治法。其中，灵芝草、景天三七、当归、桃仁、红花、郁金、虎杖等，有养血和血行血之功效；水蛭、全蝎、地龙、地鳖虫等有活血祛瘀作用；蒲黄、五灵脂等可痰瘀同治，对伴有脂代谢紊乱者尤佳。

（四）临证注意事宜

一是顾护中土，以复健运之常，使痰、瘀自化。健脾者，需注意慎用、少用碍胃之品，因胃气亏则五脏六腑之气亦馁。胃气一败则百药难施。“人苟劳心纵欲，初起殊不知，迨至愈劳愈虚，胃中水谷所入，一日所生精血，



不足以供一日之用，于是营血暗耗，真气日亏。”（《医醇滕义》）故临证用药须以保护胃气，补养脾气为要，应投药物之中，凡与胃气相违者，概勿施用。对于邪实正虚，攻补两难之际，只有力保胃气，加以攻邪，战守具备，敌乃可克。《玉机微义》言：“饮食日滋，故能阳生阴长，取汁变化而赤为血也。注之于脉，充则实，少则虚，生旺则诸经恃其长养，衰竭则百脉由此空虚。”故善用药者，必用胃药助之。对于不稳定之斑块，根据病情予以甘温调养，使脾土健运，气血津液充沛，一则修复、稳定破损之斑块表面，二则使破残之余积，不攻而自走。

二是动脉粥样硬化斑块形成，管腔狭窄，脉道中血虚气少津亏，非若补气养血生津，不足以充盈脉道，缓解病情。而生血之源，亦在于脾胃。仲景炙甘草汤，大补中焦，为补血第一方。归脾汤用远志、枣仁，入心理血之源；逍遥散用丹皮、山栀，入心清血之源。此外，气血同源，气能生血，可补气以生血；津血同源，可生津以养血；肝肾同源，精血同源，可填精以生血。

三是元阳亏损者，不能独攻其痰。若徒以燥湿消痰为事，药助病邪，元气日伤，饮食津血皆化为痰。“多痰者，血必少”（《读医随笔》），血液暗耗，津血复伤，斑块必不能稳定，亦不能逆转。因此，治痰之道，需加补药以运气，因体虚则津液愈凝，仅药力而无正气助之，津液难以流通，气血亦难以清顺。尤其对于不稳定之斑块，需补气养血，养阴生津，其目的为修复破损之斑块表面，防止斑块破裂出血，阻塞血管，造成真心痛。

四是甘温助阳勿伤及阴血。就附子而论，《景岳全书》中言：“附子性悍，独任为难，必得大甘之品，如人参、熟地、炙甘草之类，皆足以制其刚而济其勇，以补倍之，无往不利也。”又言“制附子性行如酒，故无处不到，能救急回阳。”所以，对于冠心病患者，即使阳虚之证确凿，由于附子性烈走窜，教授以为，附子宜小剂量起始，根据病情及用药后反应逐步调整剂量。如患者药后是否出现各种热象，口干或口干加重，或大便干结，或出现咽痛，甚或心动过速等，根据病情或加大剂量，或减量，或停用。

五是斑块的治疗可遵循积证治疗大法。即如《医宗必读》中说：“积之成也，正气不足，而后邪气踞之。初者病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，

则任受攻；中者受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补；末者病魔经久，邪气侵袭，正气消残，则任受补。积之为意，日积月累，非伊朝夕，所以去之者，亦当有渐，太急则伤正气，正气伤则不能运化，而邪反固矣。”

六是疏散外邪不容忽视。《诸病源候论·久心痛候》中说：“心为诸脏主，其正经不可伤，伤之而痛者，则朝发夕死，夕发朝死，不暇展治也。其久心痛者，是心之别络，为风邪冷热所乘痛也，故成疹，不死，发作有时，经久不瘥也。”由此可见，心之正经损伤，则起病急，起病重，起病危，即所谓真心痛，也就是心肌梗死，旦发夕死，夕发旦死。教授以为，“心之正经”即心之大络、心之主要脉管，也就是冠状动脉主干。而心之大络受损，与患者平素心之别络受风冷或风热之邪外袭有关。心脉为风冷邪热所乘，不仅发为心痛，更成为“疹”。教授以为“疹”即为“癥瘕”之“癥”。也就是说，造成心之别络损伤，进而发展为心之正经受损。久心痛，是心之别脉损伤引发的冠心病。久心痛与稳定性心绞痛或心脏微血管梗塞有关。结合久心痛病因，对于稳定性心绞痛或心脏微血管梗塞的治疗，不能忽略外邪致病因素。

（五）分型论治

1. 痰浊阻滞

胸闷而见心痛时作，体胖痰多，身重困倦，口黏纳呆，脘腹痞满，间或恶心呕吐，苔腻，脉滑。治以宣痹通阳，豁痰理气，方选瓜蒌薤白半夏汤合二陈汤加味。基本药物：瓜蒌皮、法半夏、薤白、青皮、陈皮、橘红、丹参、香附、炒山楂、炒神曲。辨证加减：若痰浊蕴久化热，见痰黄质稠，舌苔黄腻，大便干结者，加黄连、枳实、竹茹；若痰火为患，见痰胶结难咯，口苦，心烦不寐者，加黄芩、青黛、青礞石、海浮石；痰火耗津伤阴，见口干，五心烦热者，加生地、玄参、麦冬；若痰瘀交阻，见胸闷如窒，或胸痛如绞，舌暗有瘀象者，加桃仁、红花、川芎、水蛭；气虚加灵芝草、景天三七、脱力草。



2. 心脉瘀阻

胸痛剧烈，如锥刺刀割，痛有定处，甚则心痛彻背，背痛彻心，多于午后、夜间发作，唇舌紫暗，舌质暗，有瘀点、瘀斑，脉沉涩或结代。治以活血化瘀，理气通络，方选血府逐瘀汤加减。基本药物：桃仁、红花、炒当归、丹参、郁金、川芎、柴胡、枳壳、香附、茯苓、炒白术。辨证加减：若疼痛剧烈，加生蒲黄、虎杖、水蛭；气滞者，加八月札、天台乌药、苏梗、砂仁；气虚者，加生炙黄芪、太子参、茯苓、炒怀山药、功劳叶；阴寒凝滞者，见突发剧痛、畏寒肢冷、得温痛减，加桂枝、细辛、干姜、肉桂。

3. 气阴两虚

心胸隐隐作痛，心悸短气，自汗声怯，口干少津，五心烦热，舌质红，少苔，脉细弱或结代。治以益气养阴，活血通络，方选生脉散加减。基本药物：南沙参、北沙参、麦冬、五味子、生黄芪、脱力草、功劳叶、山萸肉、赤芍、白芍、丹参。辨证加减：咽干口燥者加玄参、粉葛根、玉竹、黄精；艰寐多梦者加酸枣仁、柏子仁、夜交藤；便秘者加瓜蒌仁、生首乌。

4. 心阳不振

胸闷痛，甚至胸痛彻背，心悸气短，面色少华，神疲乏力，腰膝酸软，畏寒肢冷，唇甲色淡或青紫，舌质淡暗，脉沉细或细弱。治以温阳益气，活血通络。基本药物：熟附片、桂枝、巴戟肉、山萸肉、当归、熟地、杜仲、菟丝子、香附、丹参、川芎。辨证加减：心痛剧烈者，为阳虚内寒，心脉瘀滞，加鹿角片、干姜、肉桂；心悸喘促，不能平卧，肢肿尿少者，加汉防己、茯苓、大腹皮、琥珀粉。

【跟师临床】

一、冠心病、心绞痛

殷某，男性，78岁。2006年6月23日初诊。

既往有慢性支气管炎病史20余年，反复咳嗽，咳痰，动则气喘；胸闷痛病史20余年，有高血压史10余年；下肢闭塞性动脉硬化10余年。2006年5月，本院心内科冠脉造影显示：冠脉多支、广泛狭窄，不宜安装支架，建议行冠脉搭桥术。患者拒绝手术。近1个月病情加重，胸闷痛时有发作，乏力神疲，头晕肢困，纳谷欠馨，朝起咳嗽咯痰，呈黄白黏痰艰咯，口不渴，腰酸，大便偏干，日行或隔1~2日一行，夜尿频。平素畏寒，肢末紫暗发凉，性情急躁。苔黄膩，舌边齿痕，脉寸口沉而迟，关上小紧数。证属痰热阻内，心肾阳虚，脉痹不畅。治拟清化痰热，温补心肾，活血通脉，以小陷胸汤加减。

处方：

炙姜皮 12g 姜半夏 9g 炒川连 3g 炒苍白术 (各)
9g 薏米仁 30g 茯苓 12g 青皮 9g 陈皮 3g 生



白果 9g 桂枝 6g 姜竹茹 9g 郁金 9g 虎杖 9g
滑石 20g 炒黄芩 6g 桑叶皮 (各) 9g 川象贝 (各)
9g 补骨脂 6g 橘络 6g 桃仁 12g

二诊：2007年1月31日。患者自2006年6月23日就诊，连服上方14剂后，胸闷痛及咳嗽咯痰之症均减。此后一直门诊抄方半年余，同时配合西药常规治疗，病情基本平稳。一周前胸痛加重，情志不舒为因。咳嗽咳痰，痰多白稀，尚能咯出，但动辄气喘。纳可，艰寐，畏寒肢冷。苔腻微黄，脉细弦带滑。证乃本虚标实，虚实夹杂。本虚责之心脾肾三脏气阳不足，标实则为瘀血、痰浊凝滞，气郁不畅。病因众多，病机复杂，因证论治，选方用药必择复方、大方以对症下药。治以理中汤、参附龙牡汤、小陷胸汤、柴桂各半汤之意，温阳益气，理气化痰，清肺化痰，活血通脉。

处方：

党参 9g 黄芪 9g 桂枝 3g 柴胡 (各) 9g 当归
9g 赤白芍 (各) 9g 黄芩 9g 黄连 3g 姜半夏 9g
瓜蒌皮 9g 炒苍白术 (各) 9g 远志 3g 石菖蒲 9g
水蛭 5g 白僵蚕 9g 地龙 9g 灵芝草 9g 景天三七
12g 生白果 6g 苦参 5g

药后患者诸症略减。家属考虑患者高龄，行动不便，代诊配药，前方出入，共服40余剂，病情渐趋平稳。



释疑解惑

问：患者舌苔腻而微黄，可以采取温阳法治疗吗？

答：患者苔腻微黄，可视为内有痰热之象，然口不渴，大便无干结，痰色白，说明邪热不甚。根据患者近80岁高龄；胸闷、痛已反复发作20余年，冠状动脉多支、广泛病变；双下肢闭塞性动脉硬化10余年；平素畏寒，肢末发凉等判断，患者五脏虚损，气阳不足，尤以心肾阳虚为主。《素问·刺志论》中说：“气实者，热也；气虚者，寒也”。阳气亏虚，运血无力，血行迟缓；阳虚生寒，寒性凝滞，均可导致脉络痹阻。心脉痹阻，发为胸痹心痛；四肢脉络痹阻，发为闭塞性动脉硬化。

患者病情极为复杂，病机多端，虚实夹杂，寒热互见。根据痰、湿、热、瘀、虚并存情况，治宜攻补兼施，寒热并用，即同时施以清热和温补之法。根据病情，一诊以清热攻邪为主，二诊以温补心肾为主，但均寓活血通脉于其中。应当注意，清热温补之品，剂量不宜过大。因为清热之品，药性寒凉，须防其凝滞血脉之弊；温补之品，辛温燥热，须防其助热加重痰热。根据理法可选用经方治疗，如以《金匱要略》小陷胸汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤清化痰热；人参汤、薏苡附子散温补心肾；茯苓杏仁甘草汤宣肺化痰；并酌加活血化痰之品。

问：小陷胸汤是《伤寒论》中治疗结胸证的方剂，为何患者两次就诊都用了小陷胸汤呢？

答：结胸是一种证候名，即有形之邪气凝结于胸膈，以胸脘疼痛为主症的一种病证。小陷胸汤治疗痰热结聚于心下之小结胸证。《伤寒论·太阳病脉证并治》中说：“小结胸病，正在心下，按之疼痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”小陷胸汤药仅三味，黄连之苦寒以泄热，瓜蒌之寒润以涤垢，半夏之辛温以散结。本方善除痰清热，宽胸散结。小陷胸汤不仅是治疗痰热互结，胸脘痞痛的良方，同时也可治疗热痰咳嗽，痰稠色黄，胸膈不快之症。

患者两次就诊都使用小陷胸汤，正是因为患者两次均兼有痰热互结之证，即小结胸证，或者说小陷胸汤证。首诊以痰热阻内之标实为主，并有心肾阳虚，脉络不畅，故以小陷胸汤为主方化裁，清化痰热，温补心肾，活血通脉；二诊以胸阳不振，脾肾阳虚之本虚为主，故取理中丸、参附龙牡汤之意，合用小陷胸汤、柴桂各半汤，以温阳益气，理气化痰，清肺化痰，活血通脉。

问：桔梗即可化痰止咳，又能载药上行，与本案病位在上焦心肺等症情很切合，教授方中为何没有选用呢？

答：桔梗，味苦、辛，性平，功效宣肺利咽，祛痰排脓。《本草备要》中说桔梗有“宣通气血，泻火散寒，载药上浮”作用。药理研究表明，桔梗具有祛痰镇咳，抗炎，抑制胃液分泌，抗胃溃疡，以及镇静、解热、镇痛、降血糖和降血脂等作用。患者有慢性支气管炎病史多年，反复咳嗽咳痰，用桔梗一则可祛痰镇咳，二则为诸药舟楫，载之上行。然而桔梗的祛痰作用主要是由于其所含皂苷，口服后对胃黏膜及咽喉黏膜的刺激，反射性引起恶心，



增加呼吸道黏膜腺体的分泌，稀释痰液，使滞留于支气管的痰液易于排除，从发挥祛痰作用。可见，桔梗的祛痰作用与其反射性引起恶心呕吐有关。

我以为用药治病，先须权衡病人胃气。中病之药，不必入口，患者闻其气即喜乐于饮，不中病之药，患者闻其气即厌恶之。桔梗味苦，口服后又易引起恶心呕吐，因此容易造成患者脾胃功能受损。而药气入口，必藉脾胃之气敷布以达病所。若脾胃损伤，饮食、药石皆难以运化吸收。也就是说，临证用药，须注意患者对药物的接受能力；换言之，除了注意药物的治疗作用，同时还要关注药物是否对脾胃功能有损害。目前患者虽然没有明显中焦脾胃症状，也要注意保护脾胃不受伤，所以对于该患者，暂不主张用桔梗。

问：如何理解“寸口脉沉而迟，关上小紧数”？

答：“寸口脉沉而迟，关上小紧数”是胸痹病的主脉。在《金匱要略》中原文为：“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，瓜蒌薤白白酒汤主之”。《金匱要略心典》中说：“寸口亦阳也，而沉迟，则等于微矣；关上小紧，亦阴弦之意，而反数，阳气失位，阴反得而主之。”《医宗金鉴》中说：“寸口脉沉而迟，沉则为里气滞，迟则为藏内寒，主上焦藏寒气滞也。关上小紧而疾，小为阳虚，紧疾寒痛，是主中焦气急寒痛也。”

有学者认为“关上小紧数”的“数”为衍文，而“关”上应有“若”字，即“寸口脉沉而迟，关上小紧数”应为“寸口脉沉而迟，若关上小紧，瓜蒌薤白白酒汤主之。”寸口脉主上焦心胸，寸口脉沉取而迟，乃胸阳不振之象，易导致水饮停聚。关上脉主中焦脾胃，小紧并举，指脉体细小而紧急，是中焦有水饮结聚之征。对于“关上小紧数”，《金匱要略·腹满寒疝宿食病脉证治》篇中说：“其脉数而紧乃弦，状如弓弦，按之不移。”说明，脉“紧数”相合为“弦”脉，并且紧与数相合的弦脉形态为状如弓弦，按之不移。因此，我以为“关上小紧数”也可理解为“关上小弦”。然而，无论是“关上小紧数”，还是“若关上小紧”，抑或是“关上小弦”，均为阴邪结聚之征。

二、晕厥

宋某，男，79岁。2007年9月27日初诊。

有阵发性头晕病史4年，伴有短暂性晕厥。2007年9月因晕厥发作频繁而入院治疗。其晕厥发作多见于由坐位而至站立之时，或见于饱餐后及头部转侧时。每次持续时间约2~3秒，伴有头晕，恶心，目糊，但无视物旋转，无心悸胸痛，无冷汗。发作后有肢体麻木感。平素头晕，乏力神疲，口不渴，纳可，大便溏薄，日行2~3次，苔薄白腻，脉小弦滑。既往有高血压史2年，目前服用络活喜5mg，每日一次，血压控制在110/70mmHg。颈椎有退行性改变及C4~5椎间盘病变。

入院后，四诊合参，学生辨本证为风痰上扰，肝肾不足，治以息风通络，补益肝肾，佐以通络为大法，拟半夏白术天麻汤加味。

处方：

姜半夏9g 炒苍白术（各）9g 天麻9g 潼白蒺藜
（各）9g 白僵蚕9g 茯神30g 薏米仁30g 白扁豆
20g 石菖蒲9g 郁金9g 远志5g 丹参9g 灵芝
草12g 景天三七12g

前方加减调治半月，头晕无明显减轻，且晕厥发作一次。

二诊：2007年10月11日。教授查看病人后分析如下：患者年近八旬，头晕目花，间或伴昏厥之象，但无跌仆。厥者，乃阴阳之气不相顺接。头为诸阳之会，本证缘于气血亏虚不能上荣于脑，清窍失养。苔薄白腻为内有寒湿，脉小弦滑，其脉证神色均无明显热象。针对其高年久病，证属气血亏虚，阳气不振，脾肾两虚，治宜益气养血，温补脾肾，升举阳气。方选补中益气汤、右归丸等，以甘温补益中气，温补肾精。

处方：

炒党参12g 炒苍白术（各）9g 泽泻30g 炙黄芪
15g 炒当归15g 制熟地15g 枸杞子12g 砂蔻仁



(各, 后下) 3g 制首乌 15g 炒柴胡 6g 炙升麻 6g
 陈皮 3g 葛根 9g 威灵仙 6g 桂枝 1g 虎杖 15g
 补骨脂 9g 骨碎补 9g 巴戟肉 15g 山萸肉 9g 熟附
 片 4.5g 鹿角片(先煎) 10g 独活 1条 大枣 15g

7剂后, 患者头晕减轻。仍以原方续进, 稍作损益, 调治半月余, 眩晕、晕厥未发。

释疑解惑

问: 如何理解“凡厥者, 阴阳气不相顺接, 便为厥。厥者, 手足逆冷是也。”

答: 这是张仲景在《伤寒论》中对于厥证病机与特征的主要认识。张仲景认为, 厥是厥阴病的常见证候之一, 其特征为手足逆冷。《伤寒论》中, 厥不是单独的疾病, 而是多种疾病发展过程中出现的一种证候, 即“厥者, 手足逆冷是也”。如《伤寒论》中有“厥利、寒厥、热厥、脏厥、蛔厥、脉微而厥、发热而厥”等。尽管导致手足逆冷的原因很多, 但厥主要是阴阳表里之气失去相对的平衡, 彼此不能相互贯通所致。从张仲景医著《伤寒论》及《金匱要略》来看, “阴阳气不相顺接”主要是指气的出入失去平衡, 包括三个方面的含义: 一是阳虚阴盛, 阳气外虚, 不能温养四末; 二是邪热深伏, 郁遏阳气, 不能外达四末; 三是阴血亏虚, 寒邪凝滞, 不能荣养四末。

昏厥之厥证主要是指气的升降乖异, 或伴有气的出入异常, 气机紊乱所致。因此“阴阳气不相顺接”对于昏厥的指导意义, 不仅仅是张仲景所指的阴阳表里之气出入平衡的破坏, 也是阴阳清浊之气、气血运行等升降运动失去平衡致使精明之腑壅塞或失养。

问: 该患者应如何辨证施治?

答: 患者出现的昏厥, 历时短暂, 并且大多与体位变化有关, 可能与血管迷走神经张力增高有关。血管迷走性晕厥的发生机制, 是由于病人对直立位诱发的回心血量减少呈高度敏感性, 导致血中儿茶酚胺浓度过高, 刺激感受器, 使迷走神经张力过高并作用于外周血管和心脏, 使血管扩张, 心脏抑制, 心输出量减少, 血压下降, 导致脑部缺血而发生昏厥, 是晕厥中的一个

常见类型。

临床对于各种病证，贵在全面分析，不仅要明辨病机，还当审时度势，分清缓急先后，治疗才能做到准确无误。患者已是耄耋之年，脏腑不足，气虚血弱，清窍失养，故而平素眩晕，若气陷于下，清阳不升，气血一时不相顺接，则可导致短暂昏厥。《金匱要略·藏府经络先后病脉证》中说：“夫病痼疾加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也。”可见，久病势缓，可缓其治；卒病势急，稍缓即变化莫测，法当急治。方中党参、白术，取四君之首；当归、熟地，取四物之首。四君补阳，所以益气；四物补阴，所以养血。黄芪、当归，即当归补血汤，不仅大补脾肺之气，亦能使有形之血生于无形之气，养血而和阴。方中之方，白术附子汤，白术暖其土脏，附子暖其水脏，水土两暖，脾肾双补；泽泻汤，泽泻利水除饮，白术补脾制水，以防饮水寒湿之邪，上乘清阳之位。用鹿角片、巴戟肉气重而味之厚者，温补下焦元阳；用升麻、柴胡气轻而味之薄者，引清阳之气上腾，复其本位。全剂配合，共收温补气血，升阳举陷，使得气血各归其位，上下气机贯通，阴阳相互调和之功。

问：患者有高血压病史，方中选用的桂枝、熟附片皆为温燥之品，是否有升高血压之弊？

答：高血压病治疗原则不外乎虚补实泻，调整阴阳。证属肝阳上亢，风升火动或肾精不足，阴虚火旺。阳热征象明显者，使用性味温燥之品，不仅有助阳耗津伤液之弊，亦有化火生风升高血压之害，此类高血压患者，须慎用辛温燥热之品。

该患者气阳不足，阴阳之气一时不相顺接，并夹有寒湿之邪。寒、湿均为阴邪，寒易伤及阳气，湿易阻滞气机。寒邪伤阳，阳气虚衰，清阳不能上达，脑窍失养可致眩晕、厥证；湿阻气机，升降失常，浊阴上蒙清窍，也可导致眩晕、厥证。处方用药，本证阳虚多寒，最嫌凉润，恐助阴邪，但亦尤忌辛散，恐伤阴气，宜甘温益火，故选用鹿角片、补骨脂、巴戟肉。虽然桂枝、熟附片辛散，但量少轻微，无伤阴气之虞。由此可见，治疗高血压病，仍应以病证为主，有斯证即用斯药，不要拘泥血压高而不敢补，但也要注意使用温补药之后血压的变化，全面分析，辨证施治。



问：本证既为气阳不足，为何方中还选用补血补阴之品，如当归、熟地、首乌、枸杞子？

答：本案为虚证。虚证是指人体的气、血、阴、阳等不足而产生的病证。《素问·三部九候论》说：“虚者补之”，《素问·至真要大论》言：“损者益之”。气阳而血阴，患者以气阳不足为主，治疗应以补气、补阳为重点，但气血相互依存，相互为用。因此，处方用药应遵循《景岳全书》中所说：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷。”即阳虚补阳，宜佐以补阴之品，因阳根于阴，补阴使得阳有所附，并可藉补阴药之甘寒滋润制约补阳药之温燥，使之补阳而不伤津。因此，患者即使是以气阳不足为主，仍需配伍补血补阴之品。

三、暖气

程某，女，89岁。2008年2月21日初诊。

暖气频作，矢气少，大便可，不思饮食，食后腹胀，无泛酸，但漾漾欲吐，咽梗不适，喉间有黏痰，间或心悸，胸痞闷，动则加剧，舌上碎痛。舌尖及两边光红无苔，中根有灰腻苔，偏暗，脉细小弦。四诊合参，证属胃阴不足，胃失润降，兼脾气不振。方选麦门冬汤、旋覆代赭汤加减治疗。

处方：

麦冬 12g 半夏 6g 姜竹茹 6g 南北沙参（各）12g
 太子参 30g 旋覆花（包煎）9g 旋覆根 12g 生甘草
 3g 炙黄芪 9g 川朴花 6g 石见穿 12g 炒川连 1.5g
 桂枝 1.5g 化痰灵 1支

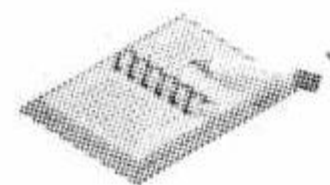
二诊：2008年3月6日，连服14剂后，暖气明显改善，但不思饮食，纳谷欠馨，舌碎痛依然，食酸则加重，舌红少苔而润，中根微腻，脉细小弦。前方有效，然舌碎痛一症依然，食酸加重，当前为春季，肝木升发，理应食酸可柔肝制木，反进食味酸之品，舌之碎痛加重，乃肝火上逆助心火上炎，“舌为心之苗窍”，故而舌痛。针对舌碎痛，一则制肝木，二则泻心火。前方

击鼓再进，滋养胃津，酌以制肝，以滋水涵木，清金制木之法，佐以疏肝之品，使肝木调畅则无以助心火上炎。再从原方加减。

处方：

麦冬 15g 半夏 4.5g 姜竹茹 6g 南北沙参（各） 12g
川贝 3g 地骨皮 9g 桑白皮 9g 玉竹 9g 太子参 30g
生地 9g 旋覆花（包煎） 9g 旋覆根 12g 生甘草 3g
炙黄芪 9g 川朴花 6g 石见穿 12g 炒川连 4.5g 桂
枝 1g 佛手 6g 香谷芽 9g 茯苓 9g 化痰灵 1支
7剂

药后食量渐增，舌碎痛减。



释疑解惑

问：为什么用麦门冬汤治疗暖气？

答：患者首诊暖气频频，漾漾欲吐，为胃气上逆之证。麦门冬汤源自《金匱要略》，书云：“火逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之。”该方主要为肺胃阴亏，虚火上炎，气机逆上之证而设，如咳逆上气，气逆呕吐等。因肺、胃之气，皆以下降为顺，上行为逆，若肺胃阴伤，虚火内动，则气逆上行，不仅导致咳嗽、呕吐，亦可导致暖气、呃逆等。因此方选麦门冬汤合旋覆代赭汤加减治疗。

麦门冬汤配伍特点在于：重用甘寒之麦冬，养胃家阴津润泽心肺，配合辛温之半夏，降逆化痰。原方中两味药的比例近似七比一，本方则为二比一，如此配伍，是以麦冬甘寒之润性，制约半夏辛温之燥性，而保存其降逆之功效，两药润燥得宜，俾滋而不滞腻，燥而不伤津，可相得益彰。

问：方中选用黄连、桂枝，是取其交泰丸之意吗？

答：是的。交泰丸乃黄连、肉桂，但本方用桂枝，而非肉桂，是取交泰丸之意。用桂枝原因有以下几点：一是《素问·至真要大论》曰：“诸逆冲上，皆属于火”，而“火郁发之”。暖气实乃冲逆之气，桂枝气薄而升浮，具有发散之性，取桂枝少量以发越郁火。二是桂枝具有平冲降逆之功效，《伤寒论》：“太阳病，下之后，其气上冲，可予桂枝汤。”



问：为什么黄连仅用 1.5g？

答：黄连用 1.5g，原因有以下两点。

(1) 轻可去实。薛生白《湿热病篇》记载：“湿热证，呕恶不止，昼夜不差，欲死者，肺胃不和，胃热移肺，肺不受邪也，宜用川连三四分，苏叶二三分，两味煎汤，呷下即止。”薛氏自注：“肺胃不和，最易致呕，盖胃热移肺，肺不受邪，还归于胃。”薛氏治愈呕恶不止，昼夜不瘥者，方药仅两味，并且剂量不到 1g，此所谓“轻可去实”。

我以为，肺胃不和，不仅可致呕，亦可致噎气，因为呕、噎，皆因胃气上逆所致。患者噎气频频，喉间有黏痰，一则因胃阴不足，胃失润降；二则因虚火移肺，还归于胃。气贵流通，邪气扰之，则气之周行窒滞，失其清虚灵动之机。惟方药以轻清，则正气畅达，邪气潜消。若投以重药，不但药过病所，病不能去，而无病之地，反先遭其克伐。本证首诊黄连 1.5g，伍以化痰灵 1 支，以期肺胃同治。《本草备要》认为黄连有保肺之功效，书中言：“黄连苦寒，入心泄热，除脾家湿热，使胃火不流于肺，不致刑金，即所以保肺也。”因此，临证中，不但治上焦病宜药少剂轻，因“治上焦如羽，非轻不举”；治疗一些疑难重症，辨证选用轻清之剂，也有“轻可去实”之妙用。汪昂《本草备要》中载郑奠一曰：“兀兀欲吐，用黄连数分甚效。”

(2) 防苦寒之性戕伐正气。黄连，苦寒沉阴肃杀，易伐伤生和之气。患者以“虚”为主，病机重在胃阴不足，胃失润降，气逆为噎。患者脉弦，但重按无力，为虚则气逆之象。朱丹溪在《格致余论》中言：“人之阴气，依胃而养，胃土伤损，则木气侮之矣，此土败木乘。阴为火所乘，不得内守，木加相火乘之，故直冲清虚而上。”因此本方黄连首诊仅用 1.5g，并伍以桂枝之阳热。亦如李时珍曰：“治痢用香连丸，姜连丸用黄连、干姜，姜黄散用黄连、生姜，左金丸用黄连、吴茱萸，治口疮用黄连、细辛，止下血用黄连、大蒜。”一阴一阳，寒因热用，热因寒用，最得制方之妙。

问：患者舌边尖光红无苔，中根罩有灰腻苔，如何避免养阴助湿，燥湿伤津之弊？

答：叶天士《温热论》中有辨舌、验齿之法诊治疾病。有些医家治疗某些疾病，仅凭验舌以投剂，并视其为临证之要诀，足以证明验舌之重要。患

者舌边尖均红、少苔，仅中根有灰腻苔，为气阴不足夹有湿浊。阴虚宜滋，痰湿宜化，然选药不当则投滋阴之品有壅滞之害，进香散之药有耗液之弊。本证乃胃阴不足，胃失润降；脾气不振，酿湿成痰。故用麦冬、半夏，滋而不滞腻，燥而不伤津；太子参、炙黄芪益气健脾，脾健则痰亦无以化生。

问：患者二诊时对方药进行了调整，意义何在？

答：二诊时，加大炒黄连、麦冬剂量，以增强清心火作用；酌减桂枝、半夏，因二味性温偏燥，防其助火伤阴。炙黄芪9g，维持原剂量，不做调整，原因有二：一则因“气有余便是火”，加大剂量则补火助阳；二则目前春令，肝木升发之际，黄芪有升提上举之功，恐其助肝木之气上逆，加重心火。制木之法，一方面由五行相生体现，即生地、麦冬滋水涵木，阴柔敛肝；另一方面由五行相克体现，即以玉竹、地骨皮、桑白皮润肺清金，泻火制木。

四、慢性胃炎

吴某，男，79岁。2007年10月11日初诊。

胃腹痞满6个月余，进食后尤甚，漾漾泛恶，纳少，食谷不馨，口干不多饮，夜尿频，5~6次；大便不畅，数日一行。苔心薄黄，脉弦小滑。曾服理气行气之剂，痞满不减。2007年9月胃镜检查示：萎缩增生性胃炎伴糜烂。入院后查腹部平片示：肠道内有较多粪便积聚；肠镜未见异常。患者为寒热错杂之证，中焦气机痞塞，气滞因虚而致。治之之法，塞因塞用，益气健脾，理气养胃，佐以清化湿热。

处方：

炒党参30g 炒苍白术(各)6g 炒怀山药9g 白扁豆
15g 莲肉15g 枳壳9g 厚朴花6g 陈皮3g 姜
半夏6g 姜竹茹6g 炒黄芩6g 炒川连1.5g 吴茱
萸3g 丁香3g 柿蒂9g 旋覆花(包煎)9g 旋覆
梗9g 生赭石(先煎)15g 大枣9g

二诊：2007年10月14日，服上方3剂。药后胃腹稍宽，纳少，大便未



行，苔心黄腻，脉小弦滑。

守上方加莱菔子9g，生升麻3g，益智仁9g。

三诊：2007年10月21日，服上方7剂。药后三日大便行，痞满减而未已，纳少，苔黄腻转薄，脉小弦滑。

上方稍事出入，加谷麦芽（各）9g。调治2个月后，诸症改善。



释疑解惑

问：患者以“胃脘痞满”为主症，属中医“痞证”范畴吗？

答：属于。痞，尤在泾言：“按之濡而不硬不痛。所以然者，阴邪内陷，止于胃外，与气液相结则为痞，痞病为虚，而按之自濡耳。”痞证的病因病机，多为脾胃气伤，邪气内陷，升降失常，中焦气机痞塞所致，治疗当甘调扶虚，辛开苦降为要，气机升降畅达，则痞满自消。《伤寒论》中治疗痞证的方剂主要有大黄黄连泻心汤、附子泻心汤、半夏泻心汤、生姜泻心汤、甘草泻心汤等。

问：痞满因“虚”而致，当如何治疗呢？

答：可采取“补以行气”之法。补以行气是针对气虚气滞者所设之法，由清代名医罗国纲在其《罗氏会约医镜》一书中提出，认为“虚则力不足运动其气，亦觉气滞”，此见解对临证颇有指导意义。根据五脏相关，脏腑兼证，罗氏提出如下具体方药：如心脾气虚而滞，宜五味异功散；如脾胃气虚而滞，宜六君子汤、归脾汤；如脾胃气虚寒而滞，宜温胃饮、理中汤；如脾胃气虚寒而滞，胀满腹痛，宜理阴煎；如元气下陷，滞而不升，宜补中益气汤；如元气大虚，气化不行而痛，宜十全大补汤。

韦协梦亦提出：“气不虚不阻，病中满者，皆由气虚之故。”并且认为：“古方金匱肾气丸乃胀满之圣药”。强调补以行气之法以“补肾”为要。韦协梦形象比喻：“江河之水浩浩荡荡，岂能阻塞，惟沟浍溪谷水浅泥淤，遂至壅遏。不思导源江河，资灌输以冀流通，惟日事疏凿，水日枯而淤如故。”金匱肾气丸“方以桂、附补火，地、薯补水，水火交媾，得生气之源；而肉桂又化气舟楫，加苓、泻、车、膝为利水消肿之佐使，故发皆中节，应手取效。今人动用利气消滞之药，劫效一时，而贻害无穷。”正如《金匱钩玄》

所言：“香辛散气，燥热伤气”；并且香散、燥热之气，可使“真气耗散，浊气上腾”而变生诸症。《素问·举痛论》云：“百病生于气也”，但因正气受邪不一，临证治法亦各异。据此，《金匱钩玄》提出：“当详所起之因，滞于何经，有上下部分脏气之不同；随经用药，有寒热温凉之同异。”可见，痞满一症，临证须细心体察，善能变化，勿拘滞一文，遵古而不泥古。前人如此，今人亦不能废！

问：老师您的治疗思路是怎样的呢？

答：本病治疗方剂中寓四君子汤、半夏泻心汤、温胆汤、旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤以及左金丸于其中。取四君之首党参、白术，党参剂量为30g，益气补虚，健运中土，即补以行气之法。半夏泻心汤辛开苦降，和中降逆消痞；温胆汤、左金丸，清热和胃；旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤，下气和胃；厚朴花、枳壳、陈皮行气除痞。方中山药、扁豆、莲肉与党参、白术合用，则增强其补以行气之功效。

五、心功能不全

叶某，女，85岁。2007年8月30日初诊。

气喘、气促，动辄加剧，咳不甚，间或胸痞闷，纳少，腹胀如鼓，大便不畅，2~3日一行，溲短赤。B超查有胸水、腹水，以腹水明显。舌质干红乏津，苔薄微黄，脉沉细结，双下肢水肿。

患者住院期间曾出现急性肾功能衰竭，尿少，血肌酐升至243U/L，考虑为心功能不全、血容量降低导致的急性肾前性肾功能衰竭。患者心率缓慢，2007年8月14日心电图示：缓慢型房颤伴完全性房室传导阻滞。后经积极补液、强心利尿等治疗，患者尿量逐渐增多，8月14~18日，尿量维持在3500~5000ml左右；之后逐渐减少，8月19~23日尿量维持在2300ml左右。近一周尿量为1200ml左右。目前患者肾功能正常。

既往有冠心病、房颤、心功能不全病史6年余，素有胸闷及双下肢水肿；有痛风史10余年，1个月前右拇指曾出现红肿疼痛；有脑梗塞病史5年，遗



有右侧肢体活动欠利；有糖尿病史2年余，以餐后血糖增高为主，药物控制，血糖基本正常。证属气阴不足，水液潴留，虚风内动，拟三甲复脉汤加味以滋阴补液，息风定惊，养心利水。

处方：

炙鳖甲 15g 炙龟板 15g 龙牡（各，先煎） 30g 生地
30g 麦冬 15g 天花粉 15g 玉竹 15g 生黄芪 30g
白僵蚕 15g 地龙 15g 蜈蚣 1根 桑白皮 30g 竹叶
9g 莲心 3g 五味子 4.5g 生白果 9g 苦参 9g
生首乌 30g 郁金 9g 八月札 12g 全瓜蒌 12g 甜苈
蓉 9g 鹿角片（先煎） 5g 炒知柏（各） 9g 牛膝
15g 虎杖 15g 鸭跖草 30g 葶苈子（包煎） 30g
沉香（后下） 3g 桃仁 9g

二诊：2007年9月13日，服上方14剂。旬日来，滋阴复脉，养心利水，舌质干红已改善，呈现淡红之象，但仍乏津；舌中根微有薄黄苔，脉沉小细弱结代。喘渐平，肿已消。胃纳欠馨，腹胀满减，溲如常，大便转调。心脾肾之气皆有来复，津液虽亦有来复，但仍口干饮少。前方续进，稍事出入。

上方去生首乌、龟板、鹿角片、白芥子，加山萸肉 15g，巴戟肉 12g，土茯苓 30g，鹿含草 15g，炒知柏（各）增至 12g，天花粉增至 30g，14剂。药后症趋稳定。出院后，间断服用中药汤剂治疗。

三诊：2008年3月20日，患者因“上消化道出血”再次入院。旬日前便血，目前便血已止。干咳无痰，胸痞闷，口渴不多饮，纳少，大便溏薄，镜面舌，舌质干、光、红，脉沉小结代不匀。根据舌脉，考虑患者肺肾两虚，气阴不足，脾胃阴虚，土不生金。血属阴，失血后导致阴伤，方取生脉散之意并以此为基础方加减，补益肺肾之气血阴阳。

处方：

太子参 18g 天麦冬（各） 12g 五味子 4.5g 生熟地
（各） 12g 石斛 12g 南北沙参（各） 12g 玉竹 9g
猪苓 9g 茯苓 15g 桃仁 9g 川贝母 3g 炙瓜蒌皮 6g
炙黄芪 9g 生怀山药 30g 佛手 6g 脱力草 12g 灵

芝草 6g 景天三七 6g 枸杞子 9g 旱莲草 9g 女贞子 9g
淮小麦 30g 柏子仁 9g 谷芽 15g

五诊：2008年4月3日，经服用前方14剂，大便由溏薄转为成形，胸闷亦减，但尿频；舌质虽然仍光、红、无津，但已非镜面舌；脉依然沉细小而不匀，余安。仍从原方加减之，续拟补益气阴，调理脾肾大法治疗。

处方：

太子参 30g 天麦冬（各） 12g 五味子 4.5g 生地 18g
熟地 9g 石斛 15g 南北沙参（各） 12g 玉竹 15g
茯苓 15g 桃仁 9g 生黄芪 18g 生怀山药 30g 脱力草 30g
枸杞子 15g 旱莲草 12g 女贞子 12g 灵芝草 9g
景天三七 12g 炒白木香（各） 9g 柏子仁 9g
谷芽 15g 制黄精 12g 益智仁 9g 覆盆子 9g 金樱子 9g
生白果 9g 白河车 3g 煨皂 1条 椿实子 9g
桑椹子 12g 莲肉 12g

服上方14剂，药后症安出院，至今仍于教授门诊时定期就诊，中药调理。



释疑解惑

问：患者基础疾病较多，病情复杂，该如何辨证辨病呢？

答：患者多种疾病缠集于一身，病情疑难、危重。有冠心病、房颤、心功能不全、糖尿病、痛风。住院期间发生急性肾衰，并出现完全性房室传导阻滞。目前双侧胸腔积液、腹水，腹胀如鼓。根据患者症状特点，可从中医“喘证”、“水肿”、“鼓胀”等疾病入手进行辨证施治。

目前以治“心”为主兼治他脏。现阶段以兼治脾肾两脏，尤以肾脏为要，即调理脾肾之阴阳，因阴阳失衡是当前病证之关键。患者此阶段应以舌脉辨证为主，并参照病史。患者舌脉症，显示一派气阴不足之象，故治疗重在补益气阴，以达到阴阳平衡。本案若从“喘证”入手辨证，则宜以虚喘为主。

问：患者有心功能不全，为何选用三甲复脉汤加减治疗？

答：就心功能不全而言，大多医家依据喘证、水肿辨证，并善从阳虚论



治，即振奋心阳，温补脾肾等，方剂以真武汤为代表。但真武汤并不是治疗心衰的惟一方法。若将从阳虚论治视为治疗心功能不全之常法，动辄用真武汤、苓桂术甘汤之类，温阳利水消肿，即某病属某证，某证用某方，如此则进入了辨治疾病的误区，甚至脱离了中医辨证施治之精髓。20世纪70年代，时值冬季，我曾用黄连阿胶鸡子黄汤治疗一位心衰患者，效果显著。辨证首先注意，患者恶热不恶寒，其典型表现在于冬令之际，敞胸露怀，并将四肢置于被外；其次，舌红少苔。

本患者辨证要点：①舌质干红乏津，苔薄黄，大便不畅等，提示体内阴津匮乏，并有郁热；②脉沉细结，乏力神疲，动辄气喘、气促，为气虚之象，即脏腑整体功能衰竭；③无四肢不温，无畏寒怕冷，无小便清长，无大便溏薄等阳虚内寒诸症。患者证属气阴不足，津液输布失常，水液潴留。病变涉及五脏，但病情始发责之于心，进而导致肺脾肾三脏虚损，水液代谢异常。并且患者阴津不足尚有客观依据，即住院期间发生的急性肾衰之后的多尿期，24小时尿量达4500ml左右，持续一周，之后尿量减少，诱发喘促。小便量多，直接导致体内津液不足。因此，治宜滋阴补液为主，促进津液来复及水液代谢恢复正常。故而首诊拟三甲复脉汤加味以滋阴补液，息风定惊，养心利水。方以三甲为君，一则滋补阴液，二则可补充蛋白质。生地、麦冬、玉竹、天花粉、生首乌、五味子，生津敛液。气血同源，气能生血，故用黄芪补气生血。阴阳互根，故取鹿角片、甜苁蓉、坎炆，阳中求阴。方中葶苈子、沉香泻肺纳气平喘；鸭跖草温阳利水强心；竹叶、莲心清上越之心火；白僵蚕、地龙祛风止痉平喘。诸药相合，滋阴血以复气阳，补肺肾以匡正气，并息风利水，以期诸恙渐失。

方中取生地、生首乌、生黄芪，而不用蜜炙，是因患者有糖尿病，防蜜炙药品含糖量高，增高血糖。

问：辨治“房颤”应注意什么？

答：房颤，可以看作是心肌的抽搐、颤动。“风胜则动”，凡临床中出现头晕、抽搐、跌仆等动摇之症皆可从“风”论治。就房颤发病的状态而言，也属于风邪所致，然非外风，而是内风、虚风所致。本患者因津液不足，气血亏虚，心之肌肉失于濡养所致。可从养心肝，健脾胃，补津液入手调治，

即柔肝息风，养血息风，生津养液，并可酌加祛风止痉之品。

问：心律失常患者是否均有结代脉？

答：脉结代者，均有心律失常；而心律失常者，并非均有结代脉。一方面，部分心律失常患者，其脉沉细弱小，结代之象不显；另一方面，阵发性心律失常患者，病情稳定时，其脉象也不会表现出结代之象。对于房颤患者，尤其是年老体虚者，其脉象可能仅仅表现为沉细小，而无结代之象。因此，不能根据脉有无结代来判断患者有无心律失常。

问：患者因便血再次入院时，方选生脉散，是否可选用黄土汤呢？

答：便血，为上消化道出血所致者，多属中医“远血”范畴。远血，先便后血，因血在胃中，去肛门远，便后始下，故名远血。黄土汤虽然是治疗便血的经典方剂，但也仅仅是治疗便血的方法之一。用黄土名汤，说明此症系中宫不守，血无所摄而致；除便血外，可见脉细无力，唇淡口和，四肢清冷等气阳不足征象。方中佐以附子，是因为阳气下陷，非此不能举之。其中黄芩，味苦、性寒，一方面可制约附子之性，使不燥烈，免伤阴血；另一方面，因血虚则生火，用黄芩可清热泻火。对于远血，《血证论》中说：“时医多用补中益气汤以升提之，皆黄土汤之意。但仲景用温药，兼用清药，知血之所以不宁者，多是有火扰之。今医但用温补升提之法，虽得知气虚之法，而未得知血扰之法。”由此可见，导致便血原因诸多。

该患者曾出现便血一症，结合目前干咳无痰，胸痞闷等症状，舌脉相参，考虑证属肺肾两虚，气阴不足，兼有脾胃阴虚，土不生金。患者便血，虽然因上消化道出血所致，病位在胃，但与大肠亦密切相关。方取生脉散之意并以此为基础方加减，主要基于肺与大肠相表里。生脉散，药仅三味，人参、麦冬、五味子。人参甘温，大补肺气为君；麦冬甘寒，润肺滋水，清心泄热为臣；五味子酸温，敛肺生津，收耗散之气为佐；全方补肺、清肺、敛肺，共奏益气养阴，生津敛汗功效。大肠传导功能的正常实施有赖于肺主气和主治节的功能。患者阴虚体质，便血后更伤及营阴，因气血同源，阴阳互根，若血病及气，阴虚及阳，则可致气血不足，阴阳两虚，本证尤以肺肾之气阴不足为主，表现为干咳无痰，胸痞闷，口渴不多饮，纳少，大便溏薄，镜面舌，舌质干、光、红，脉沉小结代不匀。《血证论》中说：“大肠之气化，金



道又与之合，故治病者多治肺也。”故取生脉散加减益气养阴、补益肺肾。我以为，对于失血后患者，不宜骤补，应以平补为宜。可采用张伯臾老先生在疾病后期康复阶段所运用的清补之法对患者进行调理，其中太子参、佛手、茯苓、谷芽，都是老先生常用的助胃气之品。而血肉有情之品，需待津液来复之后方可使用，防止味厚滋腻碍胃。

六、发热

凌某，女性，89岁。2007年5月16日入院。

因“反复头晕2月余，加重1周伴发热1天”入院。患者2月前（即3月初）曾发热一次，之后出现头晕，乏力嗜睡，神识有迷昧之象。头颅CT：腔隙性脑梗塞，轻度脑萎缩。曾口服都可喜、脑嗝嗪，静滴银杏达莫2周，病情逐渐缓解。

入院前一周，因情绪波动后，头晕加重，健忘，家人发现其有间断反应迟钝，偶有词不达意，言语混乱，有神蒙不清之象。伴纳少泛恶，予银杏达莫、血塞通静滴，头晕改善，但仍有言语错乱，反应迟钝短暂发作。5月16日午后（入院当天下午），患者出现颜面潮红，乏力肢软，行走不稳，体温37.8℃。入院后查血常规，白细胞正常，中性粒细胞72.8%；便常规、尿常规、肝肾功能均正常。胸片未见明显异常。

一诊：2007年5月21日。腹泻，日行5~6次，低热，身热不扬，体温37.2℃，咳嗽少痰，纳少溲常，头晕，舌淡红，苔薄白腻，脉细小数。

处方：

柴胡 12g 黄芩 12g 广郁金 9g 姜半夏 12g 茯苓
12g 木香 12g 山楂炭 12g 六曲 12g 炙百部 12g
生谷芽 20g 生麦芽 20g 黄芪 15g 北沙参 9g 百合
9g 炮姜 3g

二诊：2007年5月28日，服上方7剂。药后纳增，仍有低热，偶咳无痰，大便溏薄，日3~4行，夜尿频，乏力神疲，舌欠津，苔白微黄，脉细。

处方:

香谷芽 15g 香麦芽 15g 炒白术 15g 山萸肉 12g
熟地 15g 山药 18g 茯苓 15g 丹皮 12g 炮姜 6g
黄芪 15g 党参 15g 陈皮 12g

三诊: 2007年5月31日, 服上方3剂。教授查看凌老后, 分析病情: 低热、纳少、活动后气短, 口不渴, 大便日行2~3次, 成形, 舌边有瘀斑, 舌前苔剥, 中根微黄腻, 脉细弦。证属气阴不足, 风温兼湿夹郁为患。以前方出入, 治拟益气养阴, 活血化瘀, 酌以清化之法。

上方加米仁 30g, 竹茹 6g, 炒川连 1.5g, 炒知柏 (各) 6g, 泽泻 9g, 丹参 9g, 景天三七 12g, 灵芝草 9g, 姜半夏 6g, 焦枳壳 9g, 炒白芍 6g, 焦楂曲 (各) 9g。

服药3日热退, 纳增便调。5剂服完, 精神爽慧。

释疑解惑

问: 患者神识时清时昧, 言语错乱, 头晕, 是老年脑功能改变所致吗?

答: 从西医角度来讲, 结合头颅CT结果, 患者上述症状是与其腔隙性脑梗塞、轻度脑萎缩所导致的脑功能障碍有关。但中医临证必须坚持自觉运用中医理论指导临床实践。

患者起病之际乃三月, 正值春季风木当令, 阳气升发, 气候温暖多风, 加之年近九十高龄, 正气虚弱, 腠理失于致密, 起居稍有不慎, 即易触冒风热病邪, 著而成风温之病。

叶天士在《三时伏气外感病篇》指出: “风温者, 春月受风, 其气已温, 经谓春病在头, 治在上焦。肺卫最高, 邪必先伤。此手太阴气分先病, 失治则入手厥阴心包络, 血分亦伤。”可见, 风温初起以邪在肺卫为病变中心。如肺卫之邪不解, 其发展趋势大致有两种情况: 一是顺传于胃; 二是逆传心包。即叶天士所说: “温邪上受, 首先犯肺, 逆传心包。”感受风温病邪, 邪热不从外达, 转从内陷, 灼烁于内, 阴津损伤, 往往劫液而致神昏。患者发病伊始为发热, 热退之后出现神志改变, 虽并非典型之温热病邪逆传心包之证。但患者神识时清时昧, 言语错乱, 头晕之症, 亦与风温夹湿之邪遗留未



净，浊邪害清，扰动心神，神机失用有关。

问：为何酌以清化之法？

答：患者低热缠绵，身热不扬，纳少便溏，舌前苔剥，中根黄腻，舌边瘀斑，脉弦。证属气阴不足，风湿兼湿夹郁为患。其神识短暂蒙昧，与《外感温热篇》中：“湿与温合，蒸郁而蒙蔽于上，清窍为之壅塞，浊邪害清”相吻合。湿为重浊之邪，胶黏腻滞；风湿为阳邪，易伤津耗液。湿与温相合，湿热蕴蒸，蒙蔽于上，则清阳之气被其阻遏，以致清窍壅塞，不仅出现鼻塞、耳鸣等症，重则神识昏蒙，意识障碍，此即“浊邪害清”。温热夹湿之证，若用燥湿清热法，则燥湿易伤阴，清热易助湿。因此，需采用清化之法，即于甘淡渗湿基础上，佐加清化湿热余蕴之品，如米仁、泽泻、竹茹、黄连、知母、黄柏等，使湿邪从小便而去，如此利湿而不伤阴，湿去而邪热孤立，湿去热退，则病邪解除。

问：该患者是如何辨证施治的呢？

答：《素问·评热病论》：“邪之所凑，其气必虚。”患者发病初起，低热，身热不扬，咳嗽少痰，纳少，头晕，腹泻，日行5~6次，舌淡红，苔薄白腻，脉细小数。如张聿青所言：“良由脾土素弱，所以感受风邪，上阻清窍，下趋大肠所致。但风脉必浮，今脉不以浮应，似非风象。殊不知，风在表则浮，今风入肠胃，病既入里，则脉不以浮应矣。”证属中气不足，邪湿相合，风湿夹湿，郁蒸肺胃，兼气郁不畅。

经拟疏风清热，化湿健脾法治疗2周，时邪渐清，但湿热未净，余邪留恋，耗气伤津，气阴之伤已现，舌前苔剥、质红，可见一斑。此时，若只清热而不益气养阴，则气阴难复，若只益气养阴而不清热，则邪热尚存，唯有清补并行，方为两全。同时患者舌边瘀斑显著，说明体内有瘀血停滞。由此可见，本证为虚实夹杂证，但以虚证为主，即气阴两虚，中气不足，夹有痰热、瘀血。治宜益气养阴，扶助中阳，活血化瘀，酌以清化之法。结合平素常服扶正之品，即白参粉、枫斗、冬虫夏草等，方药取四君子汤之党参、炒白术、茯苓，加黄芪、山药，补气益中健脾；取四物汤中之炒白芍、熟地，加山萸肉，补血养阴生津；米仁、泽泻甘淡渗湿，亦可清其肺气，利其水道，给湿邪以出路，且利湿而不伤阴；竹茹、黄连、知母、黄柏清化湿热；丹参、

景天三七、灵芝草活血化瘀，补虚清热；陈皮、枳壳芳香清宣，舒胸中之气，气机畅通，亦有助于湿热之开化；白芍合枳壳，柔肝行气解郁。半夏虽温，但配入上述清热生津药中，则温燥之性去而降逆之用存，且有助于转输津液，使白芍、熟地补而不滞。焦楂曲、谷麦芽，消食运脾。诸药合用，扶正不敛邪，祛邪不伤正，补泻兼施，集益气、养阴、化湿、清热、活血为一体，邪去正安，故可获效。

七、病毒性心肌炎

杨某，男，23岁。2002年4月6日初诊。

一月前体检发现早搏，遂于2002年3月29日外院申请24小时心电图监护，示“频发室性早搏4345次/24小时”。平素无明显不适，劳累或感冒后偶见心慌、胸闷，外院诊断为“病毒性心肌炎后遗症”。既往有“肝炎”病史，纳食欠馨，二便调畅。即刻心脏听诊为心率60次/分，早搏10次/分。舌质淡红，苔薄黄微腻，脉细结。证属肝胆湿热，热扰心胸。治拟疏肝利胆，清热化湿。

处方：

苦参 15g 生白果 9g 生黄芪 12g 藿香 10g 佩兰
10g 苏梗 9g 生怀山药 15g 平地木 30g 大小蓟
(各) 30g 虎杖 15g 羌活 10g 茵陈 18g 茯苓 18g
川连 3g 黄芩 10g 淮小麦 30g 柴胡 10g 合欢
皮 30g

二诊：2002年4月13日，服上方7剂。听诊2分钟未闻及早搏，心率96次/分，律齐，夜寐多梦不酣，舌质淡红，苔薄白，脉细弦。治宗原意。上方加脱力草12g，炒白术10g，炒白芍10g，枳壳10g，炒党参9g，7剂。

三诊：2002年4月20日，听诊未闻及早搏，心率90次/分，律齐，时或有心悸乏力，刻下见恶寒，略有发热，咽红，苔薄白，脉细。原法继进，并兼清热解表。



上方加炒荆芥 9g, 生山栀 9g, 丹参 9g, 丹皮 9g, 7 剂。

四诊: 2002 年 4 月 28 日, 心率 72 次/分, 律齐, 未闻及早搏, 感冒已减而未已, 易感乏力, 纳可, 苔薄, 脉细。治以疏肝利胆, 清热化湿, 祛风解表。

处方:

羌活 10g 蒲公英 15g 茵陈 18g 平地木 30g 大荆
30g 虎杖 15g 柴胡 6g 生黄芪 15g 脱力草 30g
炒白木香 (各) 10g 枳壳 15g 苦参 12g 生白果 9g
苏梗 9g 炒川连 1.5g 茯苓 12g 炒党参 12g 大
枣 6g

五诊: 2002 年 5 月 7 日, 服上方 7 剂, 经本院复查 24 小时动态心电图, 示“室性早搏 656 次/24 小时”, 较一月前明显改善, 体力与以往相比亦感充沛, 舌红尖有红刺, 苔薄, 脉细。前方化裁, 并佐加清热养阴之品。前方加生地 12g, 竹叶 3g, 玄参 9g, 丹参 9g, 丹皮 9g, 7 剂。



释疑解惑

问: 心悸就是心律失常吗?

答: 不一定。心悸是一种常见症状, 也是患者就诊的常见原因。患者描述心悸的感觉各不相同, 如心慌, 心脏下沉感, 心脏震动感、撞击感、停顿感, 心跳不规则, 甚至有的患者有心“痒”的感觉等。总之, 心悸是患者感觉到自身心跳的不舒服。这一症状的轻重, 很大程度取决于患者的敏感性及血流动力学的变化。对于这一主诉应进一步询问其诱发或加重的因素, 诸如运动、进食、情绪激动、饮酒以及服用药物的影响等。临床上, 心悸患者可伴有心律失常, 也可不伴有心律失常。

问: 心律失常患者一定有心悸吗?

答: 不一定。本例心律失常患者, 平素并无明显心悸症状, 但体检以及 24 小时动态心电图检查, 却发现早搏频多。如病情反复发作, 可能导致进行性加重, 因此, 对于无明显心悸症状的心律失常患者, 根据病情仍可给予中药治疗。

问：心悸患者该如何辨证论治？

答：辨治心悸病证，首先要分清虚实，其次要注意心悸的发作情况，区别心悸与怔忡的不同，临证还当仔细询问病史等。

(1) 分清虚实：心悸的发生常与体质虚弱，情志刺激，以及外邪入侵等多种因素有关。病理变化主要有虚实两方面。虚者为气、血、阴、阳亏虚，使心失所养，而致心悸；实者多由痰火扰心，心血瘀阻，气血运行不畅，或者水饮上凌心脉等引起。虚实之间可以相互夹杂或转化。实证日久，正气亏耗，可分别兼见气血阴阳之亏虚，而虚证又往往兼见实象。如阴虚可致火旺或夹痰热，阳虚易夹水饮、痰湿，气血不足易伴见气血瘀滞。痰火互结每易伤阴。瘀血可见痰浊。此外，某些心悸重症，进一步可发展为气虚及阳或阴虚及阳，出现心、肾阳虚，甚至心阳欲脱，更甚者心阳暴脱而成厥、脱之变。临诊时应予详细辨别。

(2) 注意心悸的发作情况：区别心悸与怔忡的不同，大凡心悸的发病多与情绪因素有关，可由骤遇惊恐，忧思恼怒，悲哀过极或过度紧张而诱发，多为阵发性，病情较轻，实证居多，但也有内虚的因素存在。怔忡多由久病体虚，心脏受损所致，无精神因素存在也可发生，常持续心悸，不能自控，活动后加重，病情较重，多属虚证或虚中兼实。心悸日久不愈，可成怔忡。

(3) 辨病与辨证相结合：明确引发心悸原发疾病的诊断，可提高辨证的准确性。如功能性心律失常所致心悸，多为心虚胆怯，气血不足；冠心病所致心悸，多为气虚血瘀，或痰瘀交阻；风心病之心悸，多以心脉痹阻为主；病毒性心肌炎之心悸，因邪毒外侵，内舍于心，多以气阴两虚或阳气虚损，心脉瘀阻为主。

问：病毒性心肌炎所致心悸当如何辨证治疗？

答：现代医学对本病缺乏有效而特异性的治疗，多以综合治疗与支持治疗为主。中医治疗本病，多根据病毒性心肌炎不同发展阶段结合中医辨证治疗，主要分三期，急性期、慢性期以及后遗症期。

(1) 急性期：主要依据外感风热、风寒、风湿的不同而辨治。外感风热，邪热犯心者治宜疏风宣肺，清热解毒，方用银翘散加味；外感风寒，舍心伤阳者治宜温阳散寒，方用麻黄附子细辛汤加减；外感湿热，湿热伤营者，



治宜利湿化浊，清营解毒，方用甘露消毒丹加减。

(2) 慢性期：气阴不足，心火偏旺者治宜益气养阴，清热降火，方用生脉散加减；阳气不振，心阳虚损者治宜温补心阳，安神定悸，方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减；心脉痹阻，心血瘀滞者治宜宣痹通络，活血化瘀，方用血府逐瘀汤加减；心脾两虚，气血不足者治宜补益心脾，益气养血，方用归脾汤加减；痰热扰心者治宜清热化痰，镇心安神，方用黄连温胆汤；痰瘀互结，痹阻脉络者治宜化痰活血通络，方用丹参饮合二陈汤加减。

(3) 后遗症期：分两型，阴阳两虚，心神不宁者治宜调补阴阳，养心安神，方用炙甘草汤加减；心肾阳衰，阳气欲脱者治宜益气回阳，扶正固脱，方用参附龙牡汤合四逆汤加减。

问：诊断病毒性心肌炎应注意哪些问题？

答：病毒性心肌炎患者多有上呼吸道感染、腹泻等病毒感染的前驱症状，也有部分患者无前驱症状。一般在病毒感染后3周内，患者因心肌损伤导致心排量降低可出现如胸闷、胸痛、心悸、头晕等临床表现。但症状轻重不一，轻者可无自觉症状，严重者则可表现严重心律失常、心源性休克或(和)心力衰竭，甚至死亡。成人病毒性心肌炎的临床表现大多较新生儿和儿童病毒性心肌炎为轻，急性期死亡率低，大部分病例预后良好。

病毒性心肌炎临床表现及多数辅助检查均缺乏特异性，仅有病毒感染或仅有心肌损伤的症状都不足以确诊病毒性心肌炎。如仅在病毒感染后3周内出现少数早搏或T波改变，不宜轻易诊断为急性病毒性心肌炎，以免给患者造成一定的精神和经济负担。对难以明确诊断者，可进行长期随访。急性期应注意休息，一般全休3月，如有严重心律失常、心脏扩大者，临床休息日期宜适当延长。

问：该患者该如何辨证施治？

答：年轻患者疑为心肌炎后遗症者，一般多属气阴两亏，治疗亦多以益气养阴为主。然心悸虽病位在心，但五脏六腑皆可致悸。本例患者即因湿热郁结肝胆，肝络不和，肝气郁结，气滞则心气抑郁，故劳累时可见心悸、乏力；中焦受遏则时见泛恶、胃纳欠佳；郁而化火则心火亦见亢盛，心神受扰，故夜寐多梦而不酣。脉细结则属气血不利之象。湿热为因，故初诊以苦参、

藿香、佩兰、苏梗、生怀山药、平地木、大蓟、小蓟、虎杖、茵陈、茯苓健脾化湿，清热利胆，川连、黄芩清热泻火，再以淮小麦、柴胡、合欢皮疏肝解郁，生白果、生黄芪敛气、益气。复诊仍宗原法，继进柔肝、行气之品如白芍、枳壳等，加荆芥、党参固护肺卫以御外邪。经服28剂后，24小时心电图监护结果显示早搏已大为减少，后有病退阴伤之象，以生地、玄参、竹叶养阴辅以丹参、丹皮活血凉血而善后。《辨证录》云“人有得怔忡之症者，一遇拂情之事，或听逆耳之言，便觉心气怦怦上冲，有不能自主之势，似烦而非烦，似晕而非晕，人以为心虚之故也，然而心虚由于肝虚，补心必须补肝”。我从中悟出心悸治疗不独从心而治。本案即从肝胆而治，以除湿热之因为重，再辅以益气养阴，活血化瘀，而收殊功。

八、自汗

董某，女，80岁。2008年9月4日初诊。

时时汗出，动辄益甚，烘热阵阵，但又畏寒怯冷，乏力神疲肢软，心悸胸闷，纳可，夜尿频，大便调，口不渴，膝痛拘急，不能行走，苔薄微腻，脉细小结代。既往有退行性骨关节病、冠心病房颤史多年。本案为虚寒证，证属心肾气阳不足，治拟温补心肾，以二仙汤加减化裁。

处方：

仙茅9g 仙灵脾9g 补骨脂9g 菟丝子9g 杜仲12g
牛膝12g 虎杖12g 苦参6g 生白果6g 灵芝草12g
景天三七12g 炒当归9g 生熟地(各)9g 砂仁
(后下)3g 炒怀山药12g 茯神12g 五味子3g 炙
姜皮9g 焦枳壳9g 沉香(后下)3g

二诊：2008年9月18日，服上方14剂。多汗稍减，心悸烦热已无，但气短喘促，尿少且频，纳可寐安，舌淡红而润，苔薄白中微腻，脉细小结代。证乃心气虚无以敛汗摄津，肾阳虚不能纳气平喘。按原意进取，益气敛汗摄津，温肾纳气平喘。



处方：

熟附片 6g 桂枝 6g 炒白芍 (各) 12g 炒党参 15g
 炙黄芪 15g 炒防风 15g 炒当归 12g 灵芝草 9g 景
 天三七 9g 生白果 9g 五味子 3g 杜仲 15g 补骨脂
 9g 紫石英 (先煎) 30g 潼白蒺藜 (各) 12g 泽泻
 9g 猪茯苓 (各) 9g 葛根 9g 片姜黄 6g 威灵仙
 9g 麦冬 9g 五倍子 6g 龙牡 (各, 先煎) 30g

服上方 14 剂，药后症减，前方出入化裁，调治月余症安。

释疑解惑

问：古有“自汗多阳虚，盗汗多阴虚”之说，患者以自汗为主，据此可辨证为阳虚吗？

答：自汗、盗汗均为津液外泄异常的病证。不因外界环境因素的影响，而白昼时时汗出，动辄益甚者，称为自汗；寐中汗出，醒来自止者，称为盗汗。虽然不少医家持“自汗多阳虚，盗汗多阴虚”的观点，但自汗、盗汗各有阴阳之证，不可拘泥自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚。临证之时，不仅要掌握汗证的一般规律，更要立足辨证为主。

患者主症为多汗，烘热，但无五心烦热，骨蒸潮热，并且舌苔薄白微腻，而非净红，脉虽然细小结代，但平素多畏寒怯冷，结合其高龄，心悸胸闷，膝痛拘急，四诊合参，考虑证属心肾阳气不足，并非仅根据“自汗多阳虚”之说而辨为阳虚之证。烘热一症，若患者年龄在 45 至 55 岁之间，则考虑为脏躁，也就是更年期综合征。但患者已 80 岁高龄，可见其烘热、汗出是由于高年体弱，脏腑功能衰弱，气阳不足，气虚不能摄津固表敛汗，“阳虚生外寒”，故时时汗出，畏寒怯冷。阴阳互根，阳损阴伤，“阴虚生内热”，阴阳不交，因此烘热阵阵。虚热亦可迫津外泄，加重出汗。

问：患者自汗不止，为什么二诊时还选用具有发汗作用的桂枝呢？

答：患者汗出并非表证所致，因患者无头痛，鼻塞，流涕，脉浮等症。此处“桂枝”并非发汗解表之用，而是另有其意。一是桂枝同白芍、熟附片合用，取《伤寒论》桂枝加附子汤之意。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》中

有“汗漏不止”一症，原文为“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”该条阐明了太阳病发汗太过之后，导致阳虚漏汗的证治。桂枝附子汤即桂枝汤加制附子一枚，并加大甘草用量而成。桂枝汤调和营卫，附子则温阳固表止汗。桂枝加附子汤主要针对表阳不固，汗漏不止而设。患者时时汗出，烘热阵阵，皮肤潮湿无干燥之时，其症状表现，与“漏汗不止”相似，究其原因乃心肾阳虚不能固液敛津，致使汗液不断外渗。方中桂枝同白芍、熟附片合用则可温阳固表敛汗。二是用桂枝温振心阳。汗为阴液，人体涕、泪、汗、涎、唾五液中“汗为心液”。多汗不仅导致阴津匮乏，心液外泄；汗出过多，气随津脱，亦可伤及心之气阳。

问：患者并非脏躁，为什么方选调理冲任的二仙汤治疗呢？

答：二仙汤是具有调理冲任的作用，用其治疗更年期综合征疗效颇佳。但不能把二仙汤作用局限化，因为仙茅、仙灵脾具有良好的温补肾阳功效。患者膝痛拘急，夜尿频频，又是耄耋之年，肾虚可见一斑。方中二仙、补骨脂、菟丝子温补肾阳。杜仲、牛膝补肾壮骨。当归、熟地养血滋阴，以充汗源。二诊寓参附龙牡汤、真武汤、玉屏风散以及青娥丸之意，旨在温补心肾，益气养血，阴阳并补。

九、肺源性心脏病

邢某，男，82岁。2002年7月20日初诊。

慢性支气管炎病史40余年，肺心病10余年，咳痰喘并见，交冬益盛。时值夏令，气候乍寒乍暖引发咳喘，且痰多色白如沫，胶黏不爽，纳可，大便数日一行，小便尚调，苔薄黄腻，脉细弦滑。查体：左胸下闻及少量湿啰音，下肢无肿。此乃脾虚痰湿，壅滞于肺，治拟肃肺化痰降逆，健脾助运纳气。

处方：

桃杏仁（各）15g 柴胡胡（各）12g 川象贝 10g 苏
藜子（各）30g 青礞石（打碎）30g 沉香（后下）3g



白芥子 9g 全瓜蒌 (切开) 12g 旋覆花 (包煎) 9g
 丹参 30g 炒当归 15g 姜半夏 9g 川厚朴 5g 炒党
 参 15g 枳实 18g 砂仁 (后下) 3g 制熟地 15g 黄
 芩 15g 鱼腥草 15g 元明粉 (冲服) 6g

二诊：服上方7剂，咳少，痰喘未平，大便2~3日一行，苔薄黄腻，脉细弦滑。守法，前方稍事出入，加陈皮6g，远志5g，大枣15g，7剂。

三诊：略咳，气喘不甚，惟痰鸣量多，咯吐不利，入夜尤甚，纳谷不馨。大便日行，苔薄，仅根部苔黄腻，脉细弦滑。暑天兼受寒凉之气，引发宿饮。治以蠲饮化痰，降逆平喘。

处方：

桃杏仁 (各) 15g 川厚朴 6g 炒苍白术 (各) 10g
 桂枝 2g 茯苓 18g 生甘草 6g 姜半夏 9g 干姜 9g
 细辛 3g 丹参 30g 枳实 30g 苏麻子 (各) 15g 橘
 络 3g 当归 15g 柴前胡 (各) 12g 旋覆花 (包煎)
 9g 炙姜皮 6g 佛耳草 12g 黄芩 15g 鱼腥草 15g

苔根黄基本已化，仅余少许，脉细弦。咳平，痰畅，量骤减，纳增。



释疑解惑

问：久病及肾，患者病已40余年，其病机是否与肾虚有关？

答：患者久病迁延，病机与肾虚有关，但患者不仅仅有肾虚，同时还有肺脾两脏亏虚。因本例咳喘，是多年宿疾，病根已深。肺脾肾之亏虚，尤渐而致。加上患者年逾八旬，肾气益损。肺脾肾三脏，脾为生痰之源，肺为贮痰之器，肾为元气之根。下虚无以治上，中虚易于化饮；肾失摄纳，肺气不降，痰饮随气上逆，留恋于肺，清肃之令不行，故咳痰喘有年。

问：该如何施治呢？

答：方药应依证而设，随症化裁。初诊以桃仁、杏仁、贝母、礞石、全瓜蒌止咳平喘化痰；前胡、苏子、莱菔子、白芥子、旋覆花降气肃肺化痰；姜半夏、厚朴、党参、枳实、砂仁健脾理气助运；熟地、沉香补肾填精纳气。二诊时，患者咳减，然痰喘未已，故守法，酌加陈皮、远志、大枣扶土助运，

一则杜生痰之源，二则培土生金，取虚则补其母之意。三诊，缘新寒引动痰饮，渍之于肺，故痰鸣量多依然；而夜为阴盛之时，饮邪窃居阳位，阻塞气机，肺胃下降之令失司，故痰鸣气急入夜尤盛，并见纳谷不馨。治疗仿《金匱》“病痰饮者，当以温药和之”，酌投茯苓、桂枝、苍术、白术、橘红、干姜、细辛以温化痰饮。然离开其上焦，清肃肺气；斡旋中枢，开启脾胃；固摄下元，纳肾顺气之大法。药后诸症渐平。

问：肺心病患者该如何进行辨证施治呢？

答：肺心病为多种肺系疾病日久积渐而致，总属本虚标实。中医临证治疗可按急性发作期和缓解期辨治。发作期多以标实为主，而缓解期则以本虚为主。

(1) 急性发作期：气短喘促，动辄加剧，胸闷气塞，咳嗽痰多，色白质黏或呈泡沫，神疲纳呆，肢困体乏，脘腹痞满，苔腻，脉弦滑。证属脾虚生湿，痰浊壅肺，肺失宣降。治拟健脾燥湿，化痰降气，益肺平喘。方选三子养亲汤合二陈汤加味治疗。

基本药物：苏子、莱菔子、白芥子、柴胡、前胡、姜半夏、川厚朴、沉香、旋覆花、炒白术、丹参。辨证加减：外感引发，鼻塞畏寒者，加荆芥、防风；心悸胸痛者，加桃仁、红花；腑结便秘者，加瓜蒌、望江南、桃仁；脾虚者，加党参、功劳叶、脱力草；夜寐不安者，加远志、茯神。若病久痰湿化热，痰多色黄者，加黄芩、桑白皮；胶结难咯者，加青礞石、鱼腥草；痰热伤津，口干咽燥者，加玄参、天花粉、芦根、石斛；阴伤，舌边尖红者，加玉竹、沙参、麦冬。

(2) 缓解期：呼吸短促，甚则不能平卧，张口抬肩，倦怠乏力，语声低微，心悸咳喘，痰多若沫，难以咳出，腰酸怕冷，食少脘痞，肢体浮肿，舌淡，或有瘀象，脉细弱或结代。证属肺气不足，心肾阳虚，脾失健运，治拟补益肺气，温肾健脾。

基本药物：党参、黄芪、猪苓、茯苓、桂枝、巴戟肉、杜仲、沉香、磁石。辨证加减：下肢肿甚者，加车前草、泽泻；心悸喘咳者，加鸭跖草、万年青根；咳嗽痰多气促者，加江剪刀草、胡颓叶；唇甲紫绀者，加桃仁、红花、益母草、泽兰叶。



十、高脂血症

吴某，女，53岁。2004年5月24日初诊。

头晕、乏力、视力模糊半年，纳可，大便偏干，隔日一行，口渴不多饮，寐安，平素性情急躁，舌质暗，苔薄白微腻，脉细小。近期血生化检查示血甘油三酯4.42mmol/L，全血黏度增高，既往有高血压、脂肪肝史。证属气虚血瘀，湿浊内结。治宜益气活血，化湿泄浊。

处方：

党参 10g 丹参 15g 生首乌 30g 水蛭 3g 苦参 10g
 生白果 9g 生蒲黄（包煎） 9g 桃仁 10g 红花 3g
 玉米须 9g 茶树根 9g 生槐花 9g 平地木 15g 虎杖
 15g 荷叶 9g 生山楂 30g 神曲 30g 皂角刺 9g

二诊：服上方7剂，胸中痞闷不舒，四肢酸楚，余症安，苔薄，脉细小。原方加汉防己9g，泽泻9g，灵芝草9g，景天三七9g。前方加减调治月余，血生化复查甘油三酯降至2.7mmol/L。



释疑解惑

问：高脂血症发病与哪些因素有关呢？

答：高脂血症属中医“痰浊”、“血瘀”范畴。本病的发生多责之于肝、脾、肾功能失调。或因肝郁气滞，木旺乘土；或肾阳虚亏，火不生土；或饮食不节，嗜酒肥甘，伤及脾胃。若脾胃运化失司，则饮食中的膏脂精微不能归于正化，变生痰浊，浸渍血脉，甚而痰瘀胶着而发本病。

问：高脂血症该如何辨证施治呢？

答：本病多为本虚标实之证，本虚主要为肝、脾、肾三脏虚损，标实主要为痰浊和瘀血停滞。临床大致可分为五型：脾虚痰滞型、湿热内蕴型、肝胆湿热型、肝肾阴虚型、气滞血瘀型。

(1) 脾虚痰滞：倦怠乏力，脘腹痞闷，头身沉重，眼睑虚浮，或下肢浮

肿，舌淡或胖，苔白滑或白腻，脉濡缓。治宜健脾益气，祛痰除湿。基本药物：苦参、生白果、木香、砂仁、党参、茯苓、白术、炙甘草、陈皮、制半夏等。

(2) 湿热内蕴：口腻而干，渴不欲饮，或饮下不适，脘胀痞闷，便干或大便溏黏而恶臭，舌红苔黄腻，脉濡数或滑数。治宜清热利湿。基本药物：苦参、生白果、厚朴、炒黄连、石菖蒲、制半夏、淡豆豉、生山栀等。

(3) 肝胆湿热：口苦，纳呆，呕恶，脘腹胀闷，胁肋胀痛，舌红苔黄腻，脉弦数。治宜疏肝利胆，清热化湿。基本药物：苦参、生白果、龙胆草、黄芩、生山栀、泽泻、车前子、柴胡等。

(4) 肝肾阴虚：视物昏花，眩晕耳鸣，口干，消瘦，腰膝酸软，肢体麻木，舌红少苔或无苔，脉细数。治宜滋补肝肾。基本药物：苦参、生白果、生地、麦冬、北沙参、枸杞、当归、旱莲草、女贞子等。

(5) 气滞血瘀：胸胁胀闷，走窜疼痛，心前区刺痛，心烦不安，舌质紫暗，有瘀斑，脉弦涩。治宜活血化瘀兼理气。基本药物：苦参、生白果、当归、生地、桃仁、红花、赤芍、牛膝、柴胡、枳壳、川芎等。

问：该患者的辨治思路是怎样的呢？

答：本患者高脂血症、高黏血症、高血压、脂肪肝，数病并见。根据症、舌、脉，考虑患者证属本虚标实。肝脾不和为本，湿浊、瘀血内阻为标。肝气不畅，疏泄失职，克于脾土，脾失健运，则饮食不化精微而酿湿生痰，阻滞脉道，血行不畅，湿痰瘀交阻为患。方中党参健脾益气，玉米须、茶树根、荷叶化湿泄浊，平地木、虎杖清肝胆湿热，丹参、水蛭、生蒲黄、桃仁、红花、皂角刺活血化瘀，神曲、山楂消食积散瘀。苦参、生白果是我治疗高脂血症以及心系疾病的常用药物。复诊加汉防己、泽泻，加强利湿功效；灵芝草、景天三七养血安神。全方调和肝脾，标本同治。



十一、扩张性心肌病

刘某，男，72岁。2005年3月26日初诊。

患扩张性心肌病5年余。近来头晕神疲乏力，气短肢体沉重，活动后增剧，登楼尤甚。时有心悸，胸闷或痛，牵及后背，四肢不温，面色晦暗、虚浮，纳谷不香，足肿，小便短少，舌质暗淡，有瘀象，苔薄，脉弦滑。证属心肾气衰，血瘀脉中，邪湿内蕴。治拟大补元气，以助活血通脉，化湿御邪。

处方：

熟附片 3g 鹿角胶（先煎） 4.5g 炒党参 10g 生黄芪
15g 炒白术 15g 灵芝草 10g 景天三七 10g 荔枝
10g 香附 15g 高良姜 6g 骨碎补 10g 丹参 15g
桃仁 10g 水蛭 3g 益母草 15g 炙甘草 6g 淮小麦
30g 大枣 12g 白芥子 9g 橘络 2g

二诊：服上方7剂，药后症减，但感乏力，纳可。受寒后则中脘不适，舌质暗淡，有瘀象，苔薄根黄，脉弦。上方加炮姜炭 10g，高良姜增至 9g，7剂。

药后症安，原方加减，随症调治1年余，病情平稳。



释疑解惑

问：从中医药角度，该如何认识扩张性心肌病？

答：扩张性心肌病的主要特征是一侧或双侧心腔扩大，心肌收缩功能障碍，产生充血性心力衰竭。本病常伴有心律失常，死亡率较高，属于中医学“喘证”、“心悸”、“水肿”等范畴。

正气虚弱是扩张性心肌病发生、发展的先决条件和根本原因。“邪之所凑，其气必虚”，体质虚弱，脏腑失调，复感于邪，内舍于心，损伤心肌而发为本病。其病机以心气耗伤为主，病久耗伤心阴，甚则出现心阳虚衰；心主血脉，心气受损，鼓动乏力，久则血行不畅，导致血脉瘀阻。本病病位主

要在心，但可涉及多脏。心主血，肺主气，心脉瘀阻，则会影响肺之宣肃功能，出现咳嗽、气促等肺气上逆之征。心主火，肾主水，若心肾不交则出现心悸、失眠、腰膝酸软等症。此外，心肾阴阳关系密切。若心阳不足，波及于肾，致肾阳虚衰，肾虚不主水液，则见水液内停，出现头面四肢水肿；若肾阳虚衰，不能化气行水，阳虚水泛，则见惊悸、喘促、水肿等水凌心肺之征。心主行血，脾主统血，二者可在血液生成、运行上互为影响，若心脾两虚则见心悸失眠、腹胀食少等症。结合临床，本病病位在心，但涉及肺、脾、肾诸脏，多为因虚致实，虚实错杂之证，以正气虚弱为本，邪毒、瘀血、水湿为标。

问：临证当如何辨证施治？

答：扩张性心肌病，中医辨证多为脏腑虚损，心阳不振，水湿停聚，痰瘀内阻；治疗当以振奋心阳为主，同时燥湿健脾，化痰通络，调理肺肾多法并用。临证可选用熟附片、桂枝、干姜、苦参、丹参、虎杖、茯苓、薏苡仁、白果、杜仲等为基本方。咳嗽气促者，加苏子、白芥子、厚朴；咽痛口干者，加玄参、马勃、挂金灯；心悸失眠者，加远志、合欢皮；胸水者，加葶苈子、汉防己；腹水者，加大腹皮、生姜皮、车前草；食欲不振者，加陈皮、砂仁、蔻仁、炒三仙；颈板项强者，加葛根、威灵仙；肢体酸痛者，加姜黄、石楠叶。

问：本患者的辨治思路又是怎样的呢？

答：患者年已古稀，体弱久病，心肾阳气受损，脏腑失于温煦，气血运行受阻发为本病。心主血脉，五脏六腑、四肢百骸无不赖心血以养之。然心血运行，需心气推动，而心气旺盛与否，则取决肾气之盛衰，肾中阳气是人体生命之根基。肾气亏虚，命门火衰，心之气、阳受损，鼓动无力，心血瘀滞，心神失养；若脾阳不得肾阳温运，脾肾两虚，脾之运化无权，肾之开阖不利，水湿停聚。故方以熟附片、鹿角胶、骨碎补大补元气，温肾祛寒，振奋心阳；炒党参、生黄芪、炒白术、灵芝草、景天三七健脾益气；苏梗、香附、高良姜理气温中；丹参、桃仁、水蛭、益母草活血通脉，化瘀利水；白芥子、橘络燥湿化痰；炙甘草、大枣、淮小麦调和诸药，健运脾胃。本方集温阳益气扶正，活血化痰祛邪为一体，标本兼治。



十二、肺部感染

沈某，男，96岁。2008年2月21日初诊。

咳嗽阵作，喉间痰鸣艰咯，咽痒气促面浮，一周前曾发热。纳少便调，寐安，易激动。基本不能对答，身体强直不柔和，舌光红少苔，脉细弦。既往肺部感染反复发作，进食呛咳，已留置胃管。无高血压、糖尿病病史。入院检查，贫血、低蛋白血症、胸腔积液。患者起病发热，乃风温邪毒外袭，正虚邪盛，痰热阻内，上蒙清窍。治宜扶正祛邪，化痰开窍为主，拟金水六君煎为基础化裁。

处方：

炒当归 9g 生熟地（各）9g 陈皮 3g 姜半夏 9g
 姜竹茹 9g 石菖蒲 6g 陈胆星 6g 天麦冬（各）12g
 远志 4.5g 鱼腥草 18g 炙姜皮 6g 皂角刺 6g 炙甲
 片 6g 野菊花 6g 青黛末（包煎）6g 炒黄芩 9g
 炒黄连 3g 象贝母 9g 橘络 3g 生黄芪 15g 白僵蚕
 9g 枳实 1根 葶苈子（包煎）12g 大枣 12g 太子
 参 30g 南北沙参（各）15g 郁金 9g 地丁草 12g
 生甘草 3g

二诊：2008年3月6日，服上方14剂，药后病情似有转机，神识清多味少，反应较前敏捷，咳嗽阵作，喉间有痰，色白呈泡沫状，颜面水肿已退，舌由光红转为淡红，薄白苔，但有剥象，脉仍有弦象。就舌脉症而言，患者病情有所缓解。再拟原方出入。

处方：

炒当归 12g 生熟地（各）30g 陈皮 3g 姜半夏 9g
 姜竹茹 4.5g 石菖蒲 6g 陈胆星 6g 天麦冬（各）
 12g 远志 4.5g 鱼腥草 18g 炙姜皮 6g 皂角刺 6g
 炙甲片 6g 野菊花 4.5g 炒黄芩 9g 青黛末（包煎）

6g 炒川连 3g 象贝母 9g 橘络 3g 川贝粉 (冲服)
3g 生黄芪 30g 白僵蚕 15g 枳实 2根 葶苈子 (包
煎) 15g 大枣 15g 炒党参 30g 郁金 9g 南北沙参
(各) 15g 地丁草 12g 生甘草 6g 益智仁 12g 锁
阳 12g 莲肉 12g 白扁豆 12g 赤小豆 30g 生白果
6g 苦参 6g 灵芝草 9g 景天三七 9g

三诊：2008年3月20日，服上方14剂，咳、痰俱减，病情较前好转，邪稍退，而正虚依然，脉象亦为佐证，脉弦而和缓，实中带虚。舌红减轻，苔薄白。然口唇干燥。故温热之品暂缓用之，依病情而定。

处方：

姜半夏 6g 陈胆星 4.5g 石菖蒲 4.5g 皂角刺 4.5g
远志 3g 鱼腥草 15g 炙姜皮 9g 野菊花 3g 青黛末
(包煎) 4.5g 葶苈子 (包煎) 18g 南北沙参 (各)
18g 地丁草 9g 益智仁 15g 锁阳 15g 莲肉 18g
白扁豆 18g 生白果 9g 苦参 6g 景天三七 15g 灵
芝草 9g 玉竹 9g

四诊：2008年4月3日，服上方14剂。近2周来病情逐渐向愈。舌质淡红，苔薄白微腻，无乏津之象，脉象虽弦，但和缓平和；二便基本调畅；知饥欲食，胃气有来复之象；痰转白稀，且能咯出。以上均说明患者整体状况逐步改善。目前邪去正虚，胃气来复。治宜扶正气，肃清余邪。既往治疗重在祛痰、泄痰、清热解毒，兼顾扶正，即补肾益肾；今转方以扶正为主，补脾养胃，滋肾固本，兼清逗留于肺中余邪。仍拟金水六君煎加减治疗。

处方：

当归 12g 生熟地 (各) 30g 陈皮 4.5g 姜半夏 6g
茯苓 15g 生黄芪 30g 太子参 30g 炒党参 30g 天
麦冬 (各) 12g 玉竹 12g 益智仁 15g 锁阳 15g
甜苈蓉 12g 菟丝子 12g 炙鳖甲 9g 炙龟板 9g 石
斛 9g 生怀山药 18g 炙甲片 6g 皂角刺 4.5g 青黛
末 (包煎) 3g 野菊花 3g 川贝母 6g 象贝母 9g



葶苈子(包煎) 12g 炒白木芍(各) 9g 莲肉 18g
 灵芝草 9g 生白果 9g 白扁豆 18g 赤小豆 30g 坎
 炆2根 大枣 15g 生甘草 6g 远志 4.5g

教授强调,服药期间应根据病情变化及时调整用药。若痰色白依然,呈泡沫状,则可选用虫类药,如白僵蚕或地龙之属,以祛肺络及经络之风痰。若转为黄痰,则酌加黄芩、鱼腥草、桑白皮、地骨皮等清化热痰。若舌质润,舌红明显减轻,可选用桂枝、附子等温阳化饮,亦可根据饮邪情况择药而治。本方未用桂枝、附子,而仅选用益智仁、锁阳、甜苻蓉、菟丝子等重在益肾,而非温肾。



释疑解惑

问:为什么用坎炆?

答:患者有低蛋白血症,坎炆为血肉有情之品,可补充蛋白,此外,坎炆可扶助正气,用于治疗气喘。患者年近百岁,肾元亏虚,肾虚摄纳无权,则气短喘促。若药后邪去正安,可选用山萸肉、巴戟肉等益肾纳气平喘。患者虽内有邪气存在,但正虚也很突出,治疗宜攻补兼施。

问:二诊时,在辨证施治上做了哪些调整?

答:患者乃虚实夹杂证,以虚为主。药后虽然邪气有渐减之势,但脉弦,提示体内仍有病邪积聚,或为风、或为痰、或为饮等等。我以为,对于脉象的认识,应立足中医理论指导。临证应结合脉理阐释疾病之病因病机以及发生发展的变化,坚持用脉理指导临床实践。不能简单认为“弦脉”即是动脉粥样硬化的表现,或是扩血管药物所致等。患者脉弦,提示体内有病邪存在,肺络有病邪,体内有湿痰。故在二诊时,当邪气有退却之势时,顺势加强扶正作用,根据“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”以及“肾主水”、“肾虚水泛为痰”之说,调整药物剂量,生黄芪增至30g,炒当归增至12g,生地、熟地分别增至30g,健脾补肺益肾,从肺、脾、肾三脏堵生痰之源,冀病情以“顺证”方式转归。因痰热不显,故姜竹茹减至4.5g,野菊花减至4.5g,防苦寒伤胃。白僵蚕增至15g,坎炆增至2根,以化痰祛风并补充蛋白质。葶苈子加大剂量至15g,以泻肺络之邪。因舌象转变,以淡红为主,阴虚之象

改善，故将太子参改为党参 30g，以补气为主，生甘草增至 6g，调和诸药。并加益智仁 12g，锁阳 12g，灵芝草 9g，景天三七 9g，莲肉 12g，大枣增至 15g，白扁豆 12g，赤小豆 30g，加强益肾健脾，利水渗湿功效。药后患者咳、痰俱减。

十三、冬令滋补

案一 叶某，男，66岁。2002年12月27日。

一诊：冠心病，冠脉搭桥术后七载，迩来头晕神疲，乏力气短，肢体沉重，活动后增剧，登楼尤甚，颧面多有潮红，寐欠酣，小便频频，前列腺手术一年。苔薄，根腻黄，脉细弦滑。年近古稀，心肾气衰，血瘀脉中，邪湿易蕴，治拟大补元气，以助化瘀通脉，祛湿御邪，际兹冬令，制膏代煎。

处方：

灵芝草 100g 景天三七 100g 生炙黄芪（各） 180g
炒党参 150g 炒白朮 150g 炒赤白芍（各） 120g 郁
金 120g 丹参 300g 砂蔻（各） 30g 沉香 30g 降
香 30g 檀香 30g 补骨脂 120g 益智仁 120g 生熟
地（各） 120g 炒怀山药 150g 炒当归 100g 桃仁
120g 杏仁 60g 薏仁 300g 麦冬 90g 五味子 60g
杜仲 300g 晚力草 250g 玉竹 100g 黄精 100g 牛
膝 90g 苦参 60g 生槐花 60g 生白果 60g 水蛭 50g
枸杞 90g 制首乌 150g 山萸肉 100g 巴戟肉 100g
炒川连 12g 炒秦艽 50g 生山栀 60g 苦丁茶 90g
猪茯苓（各） 150g 大枣 180g 莲肉 200g 竹沥序夏
60g 1剂
生晒参 100g 西洋参 60g 虫草 15g 陈阿胶 250g
鹿角胶 60g 龟板胶 60g 胡桃肉（切小块） 200g 白
冰糖 500g 黄酒 500g 1剂



二诊：2003年12月4日，冠心病，冠脉搭桥术后迄今八载。岁前进服冬令膏滋壹料，颇适。仅于年初有动则心悸、胸闷、气短，服后渐安。频频尿意已减，寐转酣，纳可便调，血压或有增高，今测血压为175/100mmHg。脉细小沉弦，苔薄黄腻，质红。治守原膏滋之意，大补元气，化痰通络，佐平镇之法。

处方：

灵芝草 100g 景天三七 100g 生炙黄芪（各） 150g
 炒党参 150g 炒白木香（各） 150g 丹参 300g 生熟地（各） 100g
 砂蔻仁（各） 30g 玉竹 90g 黄精 90g
 稽豆衣 90g 熟女贞 90g 墨旱莲 90g 沉香 30g
 降香 30g 檀香 30g 虎杖 90g 炙甲片 60g 知柏（各） 90g
 肉桂 20g 桂枝 15g 苦参 60g 生白果 60g
 天麻 180g 生石决 300g 潼白蒺藜（各） 120g
 枸杞子 90g 制首乌 90g 炒川连 12g 炒茶苓 50g
 生山栀 50g 杜仲 300g 寄生 180g 生蒲黄（包煎） 120g
 水蛭 50g 地鳖虫 60g 莲须 90g 莲肉 200g
 桑椹 120g 金樱子 100g 芡实 90g 大枣 200g
 1剂
 生晒参 100g 西洋参 60g 虫草 30g 陈阿胶 250g
 龟板胶 60g 鹿角胶 60g 白冰糖 500g 羚羊角粉（冲） 6g
 珍珠粉（冲） 6g 胡桃肉（切小块） 200g
 玳瑁 30g 黄酒 500g 1剂

三诊：2004年12月2日，令膏滋连已两载，皆良。据云：复查冠脉搭桥之处安好，他处冠脉又见不畅。虽无胸痛，但劳后或活动之后，气短之感较往年为甚。年内血压已得控制，且无头晕头痛。中脘安好，纳可寐酣，年内无早搏见之，易咳之症未见。脉弦细小滑，苔薄，根中微黄腻。拟守原膏滋之意，大补元气，化痰通络。

处方：

生炙黄芪（各） 180g 桃仁 90g 红花 30g 炒赤白芍

(各) 90g 景天三七 120g 灵芝草 100g 丹参 150g
 炒川芎 90g 山萸肉 100g 巴戟肉 90g 水蛭 30g 地
 鳖虫 50g 全蝎 30g 蝉衣 90g 白僵蚕 90g 地龙 50g
 炒党参 100g 太子参 100g 炒白术 90g 炒怀山药
 100g 生熟地(各) 100g 炒薏仁(各) 30g 枸杞子
 90g 制首乌 120g 桂枝 15g 白河车 50g 天麦冬
 (各) 100g 五味子 30g 泽兰叶 60g 合欢皮 90g
 姜半夏 60g 陈皮 30g 沉香 30g 降香 30g 木香 90g
 玉竹 90g 黄精 90g 女贞子 100g 蚤旱莲 100g 桑
 椹子 120g 稀豆衣 100g 川象贝(各) 100g 炙姜皮
 90g 藜白头 90g 石菖蒲 60g 郁金 90g 脱力草
 150g 功劳叶 90g 莲肉 200g 大枣 200g 1剂
 生晒参 100g 西洋参 100g 虫草 15g 陈阿胶 250g
 龟板胶 60g 鹿角胶 60g 羚羊角粉(冲) 3g 珍珠粉
 (冲) 15g 黄酒 250g 白冰糖 150g 饴糖 150g 1剂

四诊：2005年11月24日，心病，冠脉搭桥术后已十年。复查皆好，原膏滋良。迩来阵阵咳嗽无痰，保暖则安，体位变更见头晕，寐安。苔中膩黄，脉弦细滑。头颅CT示：基底节区见缺血灶。脑彩超示：大脑前动脉痉挛。今血压156/84 mmHg。治守原膏滋之意，大补元气，化痰通络，制膏代煎。

处方：

灵芝草 100g 景天三七 120g 桃仁 100g 红花 30g
 丹参 120g 炒川芎 90g 炒赤白芍(各) 100g 生炙黄
 芪(各) 150g 山萸肉 120g 巴戟肉 120g 水蛭 45g
 全蝎 30g 地鳖虫 60g 白僵蚕 100g 地龙 100g 蜈
 蚣 5条 蜈蚣 5条 生熟地(各) 120g 炒薏仁(各)
 30g 炒富归 90g 炒党参 150g 炒苍白术(各) 90g
 桂枝 15g 锁阳 180g 益智仁 100g 菟丝子 100g 甜
 苈蓉 90g 姜半夏 60g 川象贝(各) 100g 石菖蒲
 30g 陈胆星 30g 全瓜蒌(切) 100g 佛耳草 90g



天麻 100g 淮白茯苓 (各) 90g 白河车 30g 沉香
 30g 降香 30g 木香 90g 玉竹 120g 黄精 100g
 陈皮 30g 稽豆衣 90g 女贞子 100g 枸杞子 100g
 制首乌 120g 莲肉 200g 大枣 200g 1剂
 生晒参 100g 西洋参 100g 虫草 15g 陈阿胶 250g
 龟板胶 50g 鹿角胶 50g 鳖甲胶 50g 紫河车粉 (冲)
 50g 羚羊角粉 (冲) 3g 珍珠粉 (冲) 12g 白冰糖
 250g 饴糖 150g 黄酒 250g 1剂

五诊：2006年11月30日，历年冬令进服膏滋壹料，尽剂皆良，连已四载。年内症安。近无胸闷痛、心悸。纳、便俱调，无头晕痛，惟登高后气短，惧寒怯冷，受寒易咳。脉沉细小滑，苔薄。血压多在150~160/90~100 mm-Hg。复查冠脉搭桥血管通畅，另他处（左后）不畅血管一支。冠脉搭桥术后迄今已十一年。古稀之年，真元气耗，虚寒之象迭现，治拟补益真元之法，制膏代煎。

处方：

山萸肉 200g 巴戟肉 200g 益智仁 180g 锁阳 150g
 炒当归 150g 炒党参 150g 炒苍白术 (各) 120g 陈
 皮 50g 炒川芎 60g 炒川断 90g 炒怀山药 150g 川
 朴 30g 砂蔻仁 (各) 30g 生熟地 (各) 150g 枸杞
 子 120g 制首乌 150g 细辛 30g 炙姜皮 120g 藜白
 头 100g 桂枝 30g 熟附片 30g 水蛭 30g 地鳖虫
 50g 全蝎 30g 蝉衣 90g 灵芝草 100g 景天三七
 100g 玉竹 100g 黄精 90g 苦参 100g 桃杏仁
 (各) 90g 川象贝 (各) 100g 炒防风 90g 补骨脂
 100g 骨碎补 100g 虎杖 90g 决子 10根 蜈蚣 10条
 白河车 30g 菟丝子 90g 甜苁蓉 90g 红花 35g 羌
 蔚子 100g 益母草 120g 天麻 100g 淮白茯苓 (各)
 100g 佛耳草 90g 白僵蚕 100g 地龙 90g 沉香 30g
 降香 90g 石菖蒲 90g 莲肉 200g 大枣 200g 稽豆

麦 100g 楮实子 100g 1 剂
生晒参 100g 西洋参 100g 虫草 10g 陈阿胶 250g
龟板胶 50g 鳖甲胶 50g 鹿角胶 50g 紫河车粉 (冲)
60g 羚羊角粉 (冲) 6g 白冰糖 250g 饴糖 150g
黄酒 200g 1 剂

六诊：2007 年 12 月 6 日，历年膏滋尽剂皆良。冠心病，冠脉搭桥术后迄今十二年，胸心无所苦。受寒见咳之象已少，怯寒惧冷之状已无，但较正常人似对冷汛之临有先知之感。登高后似有气短，血压稍高 150/100 mmHg。静息之时嗜睡困乏，遇寒肩背稍有牵掣，口干饮多。脉沉小，舌净，苔少有剥象，质淡红润。心肾阳虚，真元不足，治拟补益之法，固本培元。

处方：

灵芝草 120g 景天三七 120g 炒党参 150g 炒苍白术
(各) 120g 益智仁 120g 锁阳 120g 巴戟肉 150g
山萸肉 150g 生熟地 (各) 150g 砂蔻仁 (各) 30g
细辛 45g 煨远 10 根 苦参 100g 生白果 100g 炙黄
芪 300g 大狼把草 150g 炒怀山药 150g 枸杞子 120g
制首乌 120g 川象贝 (各) 90g 甜茯苓 120g 补骨脂
120g 天麻 180g 潼白蒺藜 (各) 150g 附片 50g
桂枝 50g 水蛭 45g 地鳖虫 90g 全蝎 60g 炒川芎
90g 炒川断 120g 白河车 50g 菟丝子 120g 降香
叶 90g 益母草 120g 羌蔚子 120g 骨碎补 90g 虎
杖 150g 川朴 60g 佛耳草 90g 白僵蚕 90g 沉香
45g 降香 90g 玉竹 120g 黄精 120g 稽豆衣 90g
桑椹子 90g 女贞子 90g 蜜旱莲 90g 石菖蒲 60g
莲肉 200g 大枣 200g 1 剂
生晒山参粉 (冲) 6g 西洋参 100g 虫草 15g 陈阿胶
250g 龟板胶 100g 鳖甲胶 100g 鹿角胶 60g 羚羊
角粉 (冲) 6g 紫河车粉 (冲) 60g 珍珠粉 (冲) 25g



蛤蚧(去头足、研冲) 1对 白冰糖 250g 饴糖 150g
黄酒 200g 1剂



释疑解惑

问：膏方治疗心血管病有哪些特点？

答：膏方俗称膏滋药，属中医传统治疗剂型的一种。心血管病临床以高血压及冠心病为常见，多伴有高血脂、高血糖、高血黏、动脉硬化等症，病程较长，其病机甚为复杂，其发病多与禀赋不足、年老体衰、饮食失节、情志不遂、劳逸失度等因素导致脏腑气机失调，气血阴阳失衡有关。心血管病在病机上具有久病多虚，久病及肾，久病入络，久病致郁，久郁生痰的特点；五脏中以心脾与肝肾尤为重要。

膏方治疗心血管疾病，同其他膏滋药一样，具有明显的滋补特点，并且补养兼治疗，高效兼简便。对于因病致虚，因虚致病，慢性迁延的心血管病患者，遵循“治病求本”的原则，调畅气血，燮理阴阳，以平为期，以和为贵。通过内服膏滋不仅能改善患者体质，而且在疾病的防治与稳定病情等方面也有独特功效，但各种心血管疾病的急性发作期则不适宜膏滋治疗。

问：运用膏方治疗心血管病应掌握哪些治疗原则？

答：运用膏方治疗心血管病要掌握的原则，首先是要注重辨证，结合辨病。心血管病间是互有联系，互为影响。中医的证是不同疾病在相似病理阶段的共同表现。心病多因病致虚，因虚致病，出现气血紊乱，心脉失常。辨证结合辨病，则能更准确地概括病情的发展。例如高血压病，结合土湿侮木，湿浊内结之病机，可设立以健脾补肾，化湿利浊，平肝降压的治疗大法。冠心病，结合“阳微阴弦”的病机特点，可以温通阳气，化痰通络，补益心脾为治疗大法，同时注重气机通畅与气血调养。其次是固本培元，调理脾胃。肾为先天之本，脾为后天之本，脾肾相互资生。心血管疾病虽然病位在心，但五脏相关，气血相通。因此，在膏方施治中，调补阴阳，仍以肾为主；益气养血，则从脾着眼。脾喜燥恶湿，贵在健运，因此补脾不忘助运。在调节脾胃的同时，多施以益肾温肾之品，如生地、熟地、首乌、仙灵脾、巴戟天、枸杞子之属，皆有助于心系疾病的康复。

问：如何运用膏方治疗心血管病呢？

答：临证运用膏方治疗心血管疾病时，选方用药应注意通与补，滋腻与灵动，扶阳与顾阴之间的关系。针对常见心血管病，可在辨证选用通补任督，补肾健脾等治法时，配以辛香走窜，化湿醒脾药，以动静结合，补而不滞，起到固本清源的功效。

(1) 阴阳相配，相互资生：张景岳言：“善补阳者，必于阴中求阳；善补阴者，必于阳中求阴。”若使阴平阳秘，膏方中可用熟地、阿胶、龟板胶与鹿角胶、生晒参、河车粉相配。熟地、阿胶养血滋阴，龟板胶补肾阴而通任脉，鹿角胶、河车粉益肾阳而补督脉，生晒参大补元气，阴静阳动，阴阳相配，互相制约。膏方中虽气血阴阳并补，但又有所侧重。如以肾元亏虚为主者，在选用肉苁蓉、巴戟天、杜仲、川断、补骨脂、菟丝子、益智仁等温补肾阳，壮腰健肾时，可在其中加入血肉有情之品中具有滋阴养血，填精益髓作用的药物，如阿胶、龟板胶、鹿角胶等，意在阴中求阳，调补奇经。

(2) 方药对证，配以药对：临证处方，配以药对，可获平淡之奇。药对或补泻同施，或寒温同用，或性味互补，以加强疗效。例如：熟地与砂仁相配，熟地甘温黏腻，补益肝肾，滋阴养血，生精补髓，配以砂仁芳香行散，温中化湿，可防熟地黏腻碍胃之弊；黄连与肉桂相配，黄连苦寒善清心热，泻心火，肉桂温热擅长和心血，补命门，二药相配，寒热并用，相辅相成，并有泻南补北，交通心肾之妙，可治失眠；脱力草与功劳叶，脱力草又名仙鹤草，具有强心调整心律，消除疲劳之功，用于各种心衰、心律失常，功劳叶味苦甘平，能补中脏，养精神，退虚热，活血络，两药相配补益心肾，消除疲劳。

(3) 辨证施补，不求峻补：目前冬令膏方以求进补之风颇为盛行，然膏方之制订，首当重视辨证论治，以平为期，以和为贵，注意因人而异。膏方中多含益气养血，调补阴阳的药物，其性黏腻难化，如果盲目峻补，不及其余，易妨碍气血运行，适得其反。故需配以醒脾助运，调畅气机药物，疏其血气，调致和平，通补兼施，补而不滞。

(4) 大方复治，组药配伍：壹料膏方数十味药，属于大方、复方，但大方并不是堆砌药物，无的放矢，而是杂而有章，有的放矢。膏方的基本组成



主要有四部分：①培补气血阴阳以治本；②去除痰湿瘀血，清热理气散结以治标；③调和脾胃，改善口感以增加患者的依从性；④辅料相配，增强疗效。膏方调治不仅要考虑患者的体质情况，同时要辨别患者阴阳的偏盛偏衰，并针对患者原有宿疾，调补兼施，寓治于补，以通为补。

案二 施某，男，65岁。2007年1月4日初诊。

患者食后脘腹痛，卧坐且甚，直立却已，得更衣可安，情志紧张大便辄稀，感受外邪每令咳嗽缠绵难已，劳则乏力、心悸，舌苔中薄黄，脉细弦滑有不匀之征。年逾花甲，脾肾气虚，运化无度，木气偏旺，肺金不足，治拟益气理中，抑木生金。

处方：

炒党参 120g 炒白术(各) 100g 炒怀山药 120g
 茯苓 150g 陈皮 30g 炙黄芪 120g 炒柴胡 90g 枳
 壳 90g 八月札 100g 郁金 90g 制香附 120g 丹参
 150g 生升麻 30g 砂仁、蔻仁(各) 30g 薏苡仁
 300g 龙葵 120g 白花蛇舌草 100g 石见穿 120g
 大枣 200g 川象贝(各) 100g 玉竹 100g 黄精 100g
 脱力草 150g 功劳叶 90g 稽豆衣 100g 墨旱莲 100g
 女贞子 100g 苏罗子 90g 陈香橼 90g 白扁豆 300g
 桔梗 60g 莱菔子 60g 生炙甘草(各) 60g 连翘炭
 90g 炒防风 90g 山萸肉 90g 巴戟肉 90g 补骨脂
 90g 五味子 30g 煨肉果 90g 生熟地(各) 90g
 莲须 90g 莲肉 150g

上药精选地道药材，水浸一宿，浓煎3次，滤汁，去渣，加生晒参100g，西洋参50g，冬虫夏草15g，陈阿胶(烱化)250g，黄酒300g。煎熬，再入白冰糖250g，饴糖300g，文火收膏，以滴水成珠为度。每日开水冲服30g。若见感冒、伤风、积食、泄泻，则缓服数天；忌浓茶、咖啡、萝卜、鱼腥海味及辛辣、生冷食物。



释疑解惑

问：应如何看待冬令滋补热？

答：应当理性看待冬令滋补热。随着人们对健康的向往，中医“治未病”观念日益被大众所接受，理性看待膏滋的作用更显必要。“膏”剂是中国处方制药的形式之一，也是中医传统剂型丸、散、膏、丹、汤、酒、露、锭之一。膏剂很重要的作用是治疗疾病，作为调补身体，延年益寿则是其第二作用。而今被大家推崇的似乎是第二作用占了首位。或有人视其“威力无穷”、“效益无边”、“膏方万能”，或有人视其“洪水猛兽”、“犹如毒砒”。因此，应该理性看待膏滋，以科学的态度服用膏滋药。

首先，作为医生，应详细了解患者既往身体病状后，经过仔细望闻问切从阴阳寒热虚实、气血津液及邪正之间因果关系中深思熟虑，拟定处方以求气血调和，阴阳平衡，从而达到补虚扶正，驱邪治病的目的。其次，膏滋不应该是一味恶补，更不应该是迎合人们的奢求心理后，将高昂稀有药品的掺和判为上佳之膏。要摒除膏滋价格越高越佳的想法，膏滋的优劣一般应以处方切合所持者的体质来衡量，这就是按“需”配置的合理性。对于患者而言，只要是身体或因久病、大病致虚，或有宿疾又添新恙，即所谓“邪伤正气”、“正不抵邪”。无论男女老幼都是可以在冬令之际利用“膏滋”内服以助康复的。

正因为膏滋药具有个性化的功能，故而当人们患有不同系统疾病，其适应性也就因人而异。大凡各系统各种类疾病在急性发作之时，一般均不相宜。如“急性心梗”、“急性心衰”、“高血压”、“脑出血”、“脑梗塞”的急性期，上呼吸道感染、肺炎、支气管炎、哮喘急性发作合并感染，胆囊炎急性发作、急性肝炎、急性胃炎、急性肠炎、急性肾炎、急性尿道感染等皆属于此。但是，一旦这些疾病病情趋向稳定或转入恢复期，或危险期一过转为慢性期，则大多可以在冬令利用膏滋相助调治的。正因为膏滋药是一种药剂的形式，其处方因其内涵不一可谓攻补不同，寒温各执，于邪于正皆有不同针对性，心存芥蒂者顾虑当可消除。同时也不能把膏滋药看作是“无病呻吟”之人的“专利”，恰恰“无病呻吟”之人是病魔尚未施虐之时体质已虚，以“补”



防病正当其时。理性看待疾病，了解疾病发生发展预后变化的规律，认识疾病轻重缓急变化的复杂性，有助于我们正确看待治疗用药的作用。所以中医膏滋有或温补，或滋阴，或益气，或生血，或养心，或健脾，或柔肝，或滋肾；或补中寓攻或驱邪中夹扶正，抑或兼顾的诸般变化。其缘由在于治疗理论讲究阴阳平衡的辨证观；气血依存，邪正消长，五行生克制约的整体观；天人相应的一统观；因人，因时，因地的变化观；太过或不及皆致病的发病观。只有理性看待中医药理论才能理性看待膏滋的作用，才能理性认识冬令保健进补的真谛。

问：如何理解该患者膏滋辨治思路呢？

答：本例腹痛、咳嗽、心悸并患，病情复杂，虚实互见，治当标本兼顾。患者花甲之年，脾肾不足，肺气亦虚，痰湿互见，气机不畅，胃肠运化失司，肺失宣降。上方以补虚为主，寓攻于补，补攻兼施，升降相宜，进膏调治，缓图其效。方拟生晒参、西洋参、冬虫夏草、炒党参、炒白术、炒怀山药、茯苓、炙黄芪大补元气及脾肺之气；墨旱莲、女贞子、玉竹、黄精滋补肝肾肺胃之阴；山萸肉、巴戟肉、补骨脂、煨肉果温补脾肾之阳；生熟地、陈阿胶、丹参，养血和血；薏苡仁、白扁豆、莲肉、稽豆衣、脱力草、功劳叶健脾化湿，补虚清热；炒柴胡、枳壳、八月札、陈皮、砂蔻仁、制香附、陈香橼、郁金疏肝理气；生升麻、桔梗、莱菔子，畅达气机；川贝、象贝、连翘炭、炒防风润肺止咳，祛风散邪；龙葵、蛇舌草、石见穿用以和胃乃经验用药。俾虚体得补，气机得畅，水湿得利，痰浊得泄，瘀阻得通，湿热得清，气化复常，浊降清升，中焦枢机恢复，邪却病去。

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

书名 = 跟名医做临床 . 内科难病 (一)

作者 = 上海市中医文献馆编

页数 = 3 1 5

S S 号 = 1 2 4 3 2 1 7 7

出版日期 = 2 0 0 9 . 1 2

封面
书名
版权
前言
目录

胡建华名医简介学术思想一、神经疾病，肝风立论

二、癫狂病证，痰火为患

三、情志疾患，求治心肝

四、脾胃失健，损及五脏

经验特色一、平肝熄风异病同治，风痰瘀虚同中有异

二、治痿应补脾肾

三、益肾养肝和络治震颤麻痹

四、临证善调脾胃

五、熟谙药性，灵活用药，讲究煎服方法

六、中药益智，大有可为

七、论知母清热镇静作用

八、治养结合，启动内因

跟师临床一、精神分裂症

二、眩晕

三、痫证

四、肌营养不良症

五、失眠

六、震颤麻痹

七、多发性抽动 - 秽语综合征

八、血管性头痛

九、头痛型癫痫

十、三叉神经痛

十一、面神经麻痹

十二、焦虑性神经症

十三、扭转痉挛

十四、单纯性精神分裂症（癲证）

十五、慢性胃炎

十六、慢性结肠炎

夏翔名医简介学术思想一、元气为本，倡补脾阴

二、气血调治，活血化瘀

三、辨证为主，辨病为辅

四、体质辨证，未病调理

五、治病求于“平”，善于“调”

六、临证特色

七、善取对药，临证讲究实效

经验特色一、老年期高血压的诊治经验

二、顽固性咳痰喘的诊治经验

三、冠心病的诊治经验

四、慢性胃炎的诊治经验

五、善用黄芪治疗杂病

跟师临床一、虚劳

二、咳嗽

三、中风后遗症、老年性痴呆

四、脂肪瘤

- 五、便秘
- 六、泄泻
- 七、肾病水肿
- 八、口腔溃疡
- 九、颈性眩晕
- 十、自闭症
- 十一、火眼
- 十二、发热
- 十三、心病
- 十四、眩晕（高血压病）
- 十五、郁证（抑郁症）
- 十六、胃痛（浅表性胃炎）

严世芸名医简介学术思想一、创建藏象辨证论治体系

- 二、强调“治未病”——调养精、气、神
- 三、“兼收并蓄观”——不拘一格，兼备各家
- 四、“气血观”——调养气血，百病乃安
- 五、“协调观”——阴阳调治，医之根本
- 六、“五脏观”——调治心病，兼顾五脏

经验特色一、充血性心力衰竭的诊治经验

- 二、冠状动脉粥样硬化性心脏病的诊治经验
- 三、早搏的诊治经验
- 四、中风后遗症的诊治经验
- 五、头痛的诊治经验
- 六、心肌病的诊治经验
- 七、高血压病的诊治经验
- 八、发热的诊治经验

跟师临床一、慢性心衰

- 二、冠心病
- 三、早搏
- 四、中风后遗症
- 五、高血压
- 六、头痛
- 七、心肌病
- 八、发热
- 九、干燥综合征

何立人名医简介学术思想一、以平为期，以和为贵

- 二、辨证为主，辨病相参
- 三、脏腑相关，以“心”为先
- 四、施治灵活，多法并用

经验特色一、心律失常（心悸）的诊治经验

- 二、高血压病的诊治经验
- 三、温振运理治疗慢性心力衰竭
- 四、冠心病的诊治经验

跟师临床一、冠心病、心绞痛

- 二、晕厥
- 三、暖气
- 四、慢性胃炎
- 五、心功能不全
- 六、发热

- 七、病毒性心肌炎
- 八、自汗
- 九、肺源性心脏病
- 十、高脂血症
- 十一、扩张性心肌病
- 十二、肺部感染
- 十三、冬令滋补