

「跟名医做临床」

内科难病(三)

名医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。本丛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〕

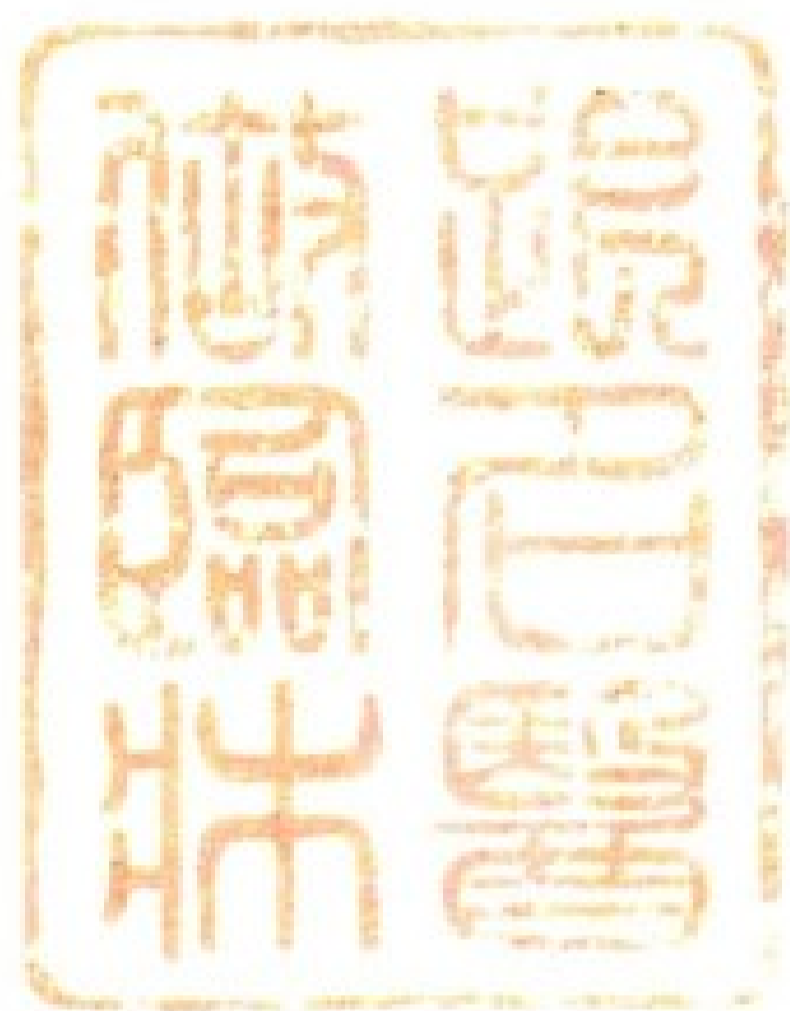
◎ 陈苏生

◎ 乔仰先

◎ 颜德馨

◎ 王翹楚

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社



本书介绍擅长治疗内科杂病的陈苏生、乔仰先、颜德馨、王翹楚四位中医内科专家。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 978-7-5132-0207-7



9 787513 202077 >

上架建议：中医临床

定价：37.00元

跟名医做临床

——内科难病(三)

©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 (三) / 上海市中医文献馆编. —北京: 中国中医药出版社, 2011. 1

(跟名医做临床丛书)

ISBN 978 - 7 - 5132 - 0207 - 7

I. ①内… II. ①上… III. ①中医内科 - 疑难病 - 中医学临床 IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 218530 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

北京时代华都印刷厂印刷

各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 19.5 字数 297 千字

2011 年 1 月第 1 版 2011 年 1 月第 1 次印刷

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 0207 - 7

*

定价 37.00 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 64065413

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 苏丽娜

张 进 张 利

《跟名医做临床·内科难病(三)》

编委会

主 审 夏 翔

主 编 陈 熠 潘永福 颜乾麟 盛昭园

编 委 (按姓氏笔画排序)

陈明华 陈 熠 盛昭园 韩 力

韩天雄 颜乾麟 潘永福

醫 術 傳
 魂 承 名
 中 醫

施杞



己丑夏

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



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。每册包括四五位专家，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

陈苏生

名医简介

学术思想

- 一、首倡理法方药的整体性 /8
- 二、病多参郁，调气为要 /12
- 三、重视温阳，善用附子 /17

经验特色

- 一、哮喘病的诊治经验 /27
- 二、肝病的诊治经验 /35

跟师临床

- 一、冠心病 /48
- 二、风心病 /51
- 三、肺心病 /53
- 四、中风 /55
- 五、情志失调 /57
- 六、白塞病 /60
- 七、慢性肾病 /63
- 八、糖尿病 /66
- 九、胆结石 /68

乔仰先

名医简介

学术思想

- 一、杂病治疗，重视治肝 /76
- 二、疾病调理，注重脾肾 /78

三、补泻同用，邪去正安 /80

经验特色

一、血液病的诊治经验 /82

二、肝病的诊治经验 /90

三、老年病的诊治经验 /96

四、冠心病的诊治经验 /100

跟师临床

一、再生障碍性贫血 /103

二、慢性粒细胞性白血病 /108

三、红细胞增多症 /111

四、血友病 /112

五、肝病 /114

六、老年病 /123

七、冠心病 /125

八、心肌炎后遗症 /127

九、慢性支气管炎 /128

十、中风后遗症 /131

十一、郁证 /133

十二、水肿 /134

十三、泄泻 /136

十四、口舌溃疡 /137

十五、高热 /139

十六、汗证 /141

颜德馨

名医简介

学术思想

- 一、气血病变是临床辨证的基础 /148
- 二、气血不和，百病乃变化而生 /149
- 三、久病必有瘀，怪病必有瘀 /150
- 四、“衡法”的具体运用 /150

经验特色

- 一、喘证的诊治经验 /155
- 二、胸痹的诊治经验 /160
- 三、失眠的诊治经验 /165
- 四、眩晕的诊治经验 /171
- 五、脾胃病的诊治经验 /175
- 六、血证的诊治经验 /178

跟师临床

- 一、肺源性心脏病 /183
- 二、冠心病心绞痛 /185
- 三、高血压病 /187
- 四、偏头痛 /189
- 五、老年性痴呆症 /191
- 六、帕金森病 /193
- 七、失眠 /195
- 八、慢性胃炎 /198
- 九、乙型肝炎 /200
- 十、肝硬化合并腹水 /203
- 十一、慢性结肠炎 /204

| | |
|----------|------|
| 十二、血管瘤 | /207 |
| 十三、慢性白血病 | /209 |
| 十四、梅尼埃病 | /211 |
| 十五、遗尿 | /213 |
| 十六、弱智 | /215 |

王翹楚

名医简介

学术思想

| | |
|--------------------------|------|
| 一、精研经典，古为今用 | /226 |
| 二、临证运用，与时俱进 | /229 |
| 三、提出“五脏皆有不寐”，立从肝论治法 | /232 |
| 四、横向思维，探索“昼开夜合”之“共同物质基础” | /235 |

经验特色

| | |
|-------------|------|
| 一、不寐的诊治经验 | /237 |
| 二、焦虑症的诊治经验 | /245 |
| 三、抑郁症的诊治经验 | /247 |
| 四、小儿夜啼的诊治经验 | /248 |
| 五、高血压病的诊治经验 | /249 |
| 六、荨麻疹的诊治经验 | /251 |
| 七、常用药对解析 | /252 |

跟师临床

| | |
|----------|------|
| 一、不寐 | /257 |
| 二、他症合并不寐 | /266 |
| 三、郁证 | /273 |
| 四、嗜睡 | /278 |

| | |
|-------|------|
| 五、眩晕 | /280 |
| 六、遗溺 | /282 |
| 七、喘证 | /284 |
| 八、胸痹 | /286 |
| 九、便秘 | /288 |
| 十、瘾疹 | /289 |
| 十一、痤疮 | /291 |
| 十二、口疮 | /293 |

陈苏生

· 名 医 ·



【名医简介】



陈苏生 (1909—1999)，男，江苏武进人。国家人事部、卫生部、中医药管理局认定的全国第一批重点继承的名老中医，曾任中国中医研究院（现中国中医科学院）研究员、第一届西医学习中医研究班首席教授、卢湾区中心医院及市第一结核病医院中医顾问。

1954年，为发展中医学，中央决定在首都建立中医研究院，在全国范围内层层遴选出第一批第一流的名中医，进京共襄盛举。当时年仅45岁的陈老和上海名医秦伯未、章次公三人，为上海首批推荐的代表，一时受到全国同仁的瞩目。1955年12月19日，中国中医研究院正式成立并组成中医研究委员会，陈老是32位奠基人之一。陈老也是1985年卫生部选定的上海14位名中医拍摄纪录片的第二名人选。

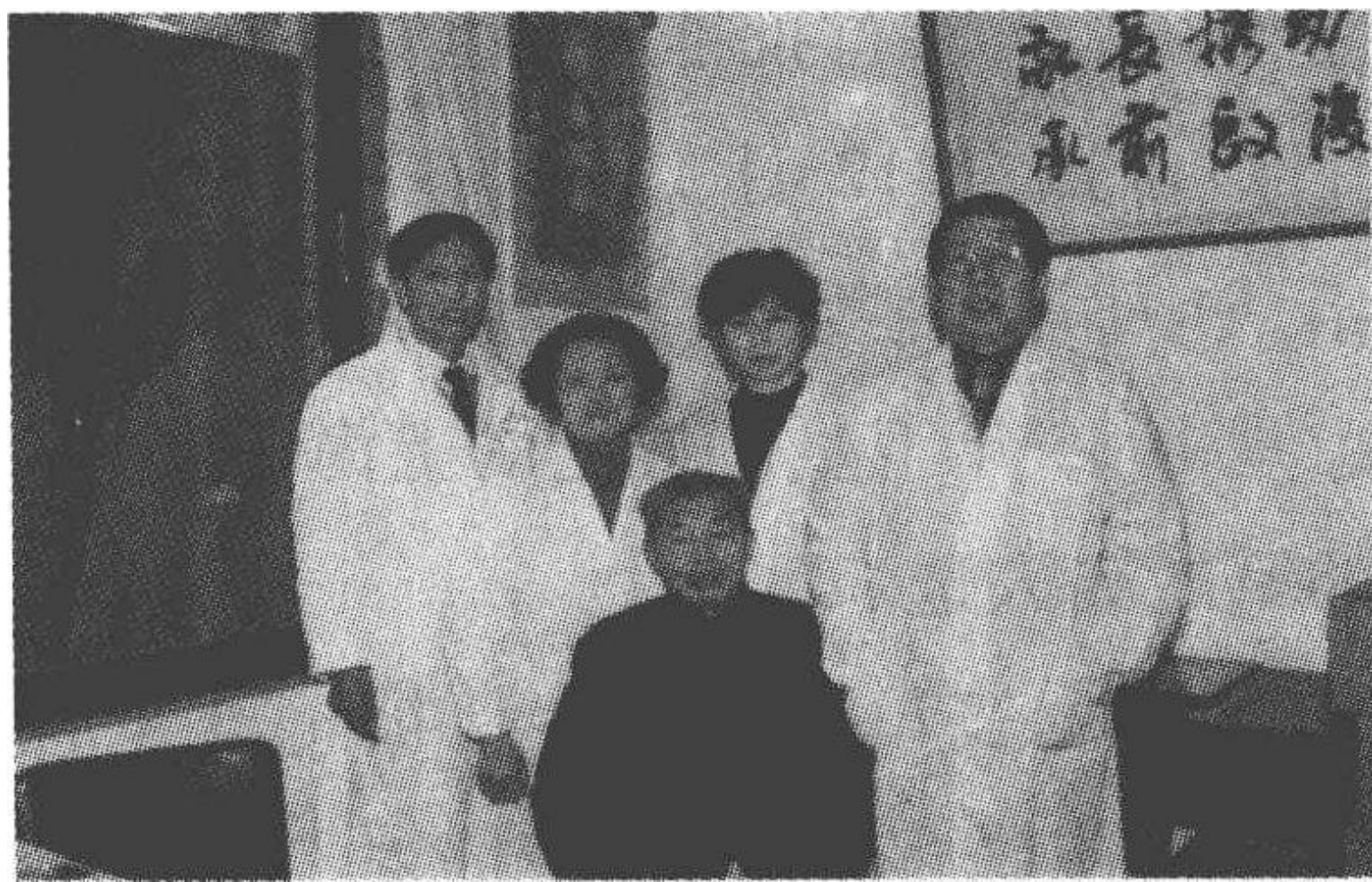
陈老3岁丧父，15岁丧母，孤苦伶仃被寄养于姨母家。早年生活艰辛，体羸多病，先后曾罹“肺癆”、“软脚风”、“伤寒”等病，几经周折而后愈，方悟“医乃仁术，可以活人”，遂立业医之志。16岁时，经介绍

入上海著名儿科名医沈仲芳之门，半工半读。从师3年，除了诵习老师指定的《内经知要》《汤头歌诀》《药性赋》《幼科痘疹金镜录》等医书外，还研读了四书五经、诸子百家的著作。嗣后返里，半耕半医。奈因初出茅庐，求诊者本就不多，且尚有因无力买药而停诊停药者，医务收入几近于零。兼之年岁荒歉，生活无着落，只得背井离乡，再到上海谋生，在一家公司当了一名小职员。虽然薪资微薄，仅足糊口，但有了栖身之处，终究难忘业医夙愿，于是重理旧日医籍，顺便给同事们治些不重的疾病，亦取得了一些疗效。



也正因于此，才偶得机缘，得到了医术在川中有神明之颂的公司董事长、晚清名医钟符卿先生的青睐并被收为门生，从而能再操旧业。

陈老从师学医，喜欢寻根究底，对老师的处方，从药味、配伍乃至用量都要仔细揣摩，稍有不解，便向老师请教或从书中寻求答案，渐渐医术大进，不久在上海市卫生局开业考试中名列前茅。遂得钟师斥资开业，并蒙国学大师章太炎为其题写招牌，开始了独自探索岐黄真谛的历程。悬壶之后，兢兢业业，白天应诊，晚上读书，多年不辍。除攻研中医经典外，也涉猎《解剖学》《细胞学》《新药学》一类新著，接受了现代医学的一些内容，纵横比较，加深了对中医学的理解，医名因而日著。



陈老读书喜欢独立思考，善索疑。在浏览古医籍时，发现有的地方互相矛盾，是非优劣难以区别，于是产生了寻师访友的念头，先后结识了徐相任、程门雪、章次公、徐衡之、叶劲秋、祝怀萱、张赞臣、姜春华等良师益友

而获益匪浅。然而人生祸福难料，在陈老34岁时，其姨父及大表兄、二表兄先后罹染伤寒，先经当年已是头角峥嵘、小有名气的陈老诊治未见大效，而



后延请当时的一些名医专家救治，或邀西医会诊，竟都以失败告终。经历这三次教训，使陈老感到负疚在怀，常扪心自问：作为一个医生，如仅以治疗轻病浅疾，而不能拯救夭横，将何以为医？像姨丈一家那样惨遭病魔伤身殒命者，全国将有多少？为此陈老萌发再访名师之意。在1943年拜识了因擅用附子而被时人称之为“祝附子”的中医革新派元老祝味菊先生，几度长谈，陈老听到了许多闻所未闻的见解，顿开茅塞，终于第三次拜师，心悦诚服地列于祝氏门下。

当时，正值敌伪统治时期，民不聊生。然而，陈老仍坚持每晚抽出一定时间到祝老家，向祝师质疑问难，探求医学之真谛，经常畅谈至深更半夜，并每天写好笔记，命名为“师门问答录”。前后三年，将所录笔记仿《内经》问难的体裁，辑成《伤寒质难》一书，洋洋



28万字，首创“五段八纲”学说，并得祝师点首称赞。陈老承受了这份宝贵理论，并一一付诸实践。尽管书中祝师的见解与传统的观点有格格不入之处，但在陈老的实践中，证实祝师的医学逻辑是一种正确的观点。是书1949年初版，次年再版，当时中外名医陆渊雷、徐相任、章次公、周宗琦、兰纳博士等都欣然为之作序。当年陆渊雷进京参加全国第一届人民代表大会时，携此书在与会中西医同道中散发，征求“《质难》之再质难”，在医学界引起轩然大波，大家均认为此乃新中国成立后中医界革新之佳作。

1954年春，陈老受命创办面对西医的中医学学术讲座，提出理、法、方、药是中医不可分割的完整体系的观点，连续在《中级医刊》上发表文章，对研究中医的整体性作出贡献。此后理、法、方、药的提法，为中央卫生部肯定，在全国中医界流行。是年秋，第一届西医学习中医研究班开学，陈老为中医研究院编审而兼任该班之首席教授，并行临床指导。在编写教材和执教过程中，陈老坚持不懈地阐发自己的学术观点。这种观点可简要地概括为在整体观的指导下，实行“一本”（治病必求其本）、“二分”（掌握一分为二

的哲学辩证方法)、“三辨”(辨证、辨病、辨人)、“四审”(审先后主次、主客标本、轻重异同、顺逆取舍)、“五段”(疾病发展之五个阶段,本书之《肝病论治》文中曾简略提及)、“八纲”十二个字。在此后的一段时期,陈老的学术思想十分活跃,其许多观点深受领导的重视和同行的好评。奈好人多难,在其后的“反右”运动中,知识分子大批蒙垢,陈老也未能幸免,并因此于1961年被下放到新疆维吾尔自治区中医院。陈老的学术生涯,从此走上了另一段历程。

赴疆后,陈老放弃著书立说,致力于病房医疗、门诊带徒、高干会诊等工作,刻苦自励,日诊患者百余人。大量的诊疗工作,使陈老的才能得到了极大的发挥,他很快就在一些疑难杂症上闯出了一条独具特色的路子。也正因于此,陈老深刻地认识到为医之关键在于“行之有效”。“学无古今,唯善是从,药无中西,唯效是尚”的观点,便成于此时。这或许可为某些人视为未能站稳中医立场而加以否定,但如从治学的方面来理解,不失为一种可贵的诤言。为了翔实地观察疗效,陈老日间应诊,夜里如实地摘记,共成《医苗集》手稿38册,以此自鉴,亦以课徒。直到因积劳成疾,咯血昏倒在门诊室,才扶病回到上海疗养,算起来已是“西出玉门十三年”了。

陈老回沪后,当地卫生局闻悉,请其再度出山,聘为卢湾区中心医院、市第一结核病医院中医顾问。此时陈老不但在理论上,而且在实践上发挥出独特创见,在临床上也创立了不少有独特疗效的名方并用以带教门人。他经常鼓励门人主动提出问题。尝谓:“治学之道,必须要疑,解惑释疑,必须要问。因而‘学问’二字,经常联在一起,‘学’是目的,‘问’是手段。譬如叩钟,大叩则大鸣,小叩则小鸣,不叩则不鸣。如果有疑不问,则惑从何解?学从何进?”此实陈老一贯之治学之道,亦是陈老成功之道。

俗语道“自古医家难治己”。而1989年暮春,陈老因授课、应诊,操劳过度,不幸患中风症(脑溢血),右侧偏瘫,语言蹇涩,继而嗜寐不语,神志昏迷。次晨溢血停止、神识稍清,即嘱家人取他自己苦心钻研所创的“柴牡三角汤”加味自服,不匝月即可下床行动,语言蹇涩也有所改善。服至两月,症状已十去八九,每天可从三楼下庭院散步。两年后,竟又康复如初,创下了“医己”的奇迹,并恢复了专家咨询门诊,重新肩负起带教研究生的



任务。

陈老从医 60 多年，临床汲取 3 位老师之长，集沈氏之轻灵、钟氏之醇朴、祝氏之刚健于一身，而在实践中不断有所发展。陈老以八十有五之高龄、大病甫复之身，除专家门诊带教学生外，尚每日笔耕不辍，欲将退休后二十年来的诊案重新整理，定名为《医苗续集》，且已完成过半。正如陈老自己所说：“愿将有生余年，继续带好学生看好病，整理好自己行医的经验，作为提供后学研究中医学的参考资料。”

陈老一生沉醉于中医事业，87 岁高龄仍参加门诊治病救人，但终究体力有限，最后因劳累过度，中风复发，谢世于 1999 年 1 月 14 日，享年 90 岁。

【学术思想】

一、首倡理法方药的整体性

20世纪50年代初，曾有人对中医学提出“废医存药”的论调。为了捍卫中医学，使其不被解体，当时在中国中医研究院任编审的陈老，曾从理法方药的整体性角度出发，连续发表了四篇文章，即中医的基本理论、中医的治疗法则、中医的方剂组成、中医的药物应用，把中医归结为理、法、方、药四个方面，组成一个系统的整体。这个提法很快被当时卫生部肯定，在全国中医界广泛应用。1985年卫生部指定上海14名老中医拍摄纪录片时，陈苏生名列第二，其中重要业绩就是理、法、方、药的提出。

当前，由于党和国家对中医工作的重视，一系列的中医政策保证了中医事业的迅猛发展。各级中医机构，特别是基层中医临床基地如雨后春笋般遍布祖国大地。然而，中医究竟应该沿着怎样的道路发展，仍是摆在人们面前的一个值得认真思索的，也是亟待解决的问题。当然，中医需要现代化，需要用现代科研方法和手段去挖掘、整理和提高，这毋庸置疑。但陈老生前认为，时至今日，在研究中医药发展的同时，重提理法方药的整体性仍然很有必要。



(一) 理法方药的整体性是保持中医药体系之完整性的需要

中医在漫长的发展过程中，逐步形成了自己的学术体系，这个体系主要由理、法、方、药四个方面有机组合而成。理，是基本理论；法，是治疗法则；方，是方剂组成；药，是药物应用。四者是不可分割的整体。理中有法，法中有理，理法的本身，又原本就是运用方药治疗疾病之临床实践的反映，然而它又倒过来指导方与药的实践。因此，要研究中医，使中医事业得以进一步发展，就必须统观全局。如果只重方药，不问理法，硬把理法与方药割裂开来，是不全面的，也势必使整个中医学体系濒临解体。

当然，不能否认中医也有一方一药的研究，有时“单方一味，气死名医”，但这毕竟是经验的反映，不能显示中医治病的规律和对疾病全貌的认识。陈老与其师祝味菊在《伤寒质难》中，把它称之为“效在于药”。实际上，中医治病除了方药，还有理论依据和治疗法则。如黄连止泻，这是一千年以前的经验方，但泻有寒热虚实之分及兼症之不同，如果都用黄连，效果就不好。早在宋代，寇宗奭就指出：“今人多用黄连治痢，盖执以苦燥之义，亦有但见肠虚渗泄，微似有血便即用之，又不顾寒热多少，惟欲尽剂，由是多致危困。若气实初病，热多血痢，服之便止，不必尽剂，若虚而冷者，慎勿轻用。”因此，必须在理论指导下，制定恰当治疗法则，结合有特殊疗效的方药，才能取得更好的疗效，这就是“效在于法”。如果把中医研究单纯地局限于方药，就好比说“宰牛者是刀，而不是屠夫”了。诚然，从杀死牛的角度说，只要有刀，有力气，任何人只要肯干，肯定办得到，然而不掌握部位、深浅，必将事倍而功半。而若以方药治病，不在理法的指导下根据症情的轻重、病位的浅深、体质的强弱、病邪的性质及时令的变化去灵活运用，而只是凭着黄连止痢、大黄通便的功能而去用药，那就不仅仅是能否保持中医药体系完整性的问题，而是事倍功半和事半功倍的问题了。

(二) 理法方药的整体性是发展中医学理论、提高临床疗效和扩展药物效能的需要

中医理论，不仅是指几部经典著作，还包括历代医家的论述，并且仍在

不断地发展和完善。

中医理论不是一成不变的，而是在长期的医疗实践中逐步形成和不断发展的。例如中风，唐代以前医家多以“虚中外风”立论，所以其治则和方药，都有祛风和扶正相兼的特点。宋元开始提出“内因说”。刘河间认为是“心火暴甚”，李东垣认为是“本气自虚”，朱丹溪则提出“湿土生痰”，增加了滋阴清热、益气化痰等方法。清代王清任从气血理论着手，认为是气虚造成血瘀，故用益气活血法，发明了“补阳还五汤”，重用黄芪，益气行血。清后期张伯龙、张寿颐等人，则根据《内经》“血之与气并走于上，则为大厥”的论述，结合西医知识，提出“气血交并于上，冲激脑气筋”之说，其治则强调“平肝潜阳，豁痰开窍”。随着后世理论发展，其治则和方药也渐渐与唐代以前大相径庭，疗效得到明显的提高。由此可见，徒有经验而不能提高理论水平者，虽美而不彰。

药物研究也是如此，仍以黄连为例，《神农本草经》中记载黄连“味苦寒，主热气、目痛、眦伤泣出、明目、肠澼、腹痛下利、妇人阴中肿痛”。后世，张元素根据其“性寒味苦，气味俱厚，可升可降，阴中阳也，入手少阴经”的特点，分析它有6种功效：泻心脏火，一也；去中焦湿热，二也；诸疮必用，三也；去风湿，四也；赤眼暴发，五也；止中部见血，六也；王好古根据蛔得甘则动，得苦则安，指出黄连有安蛔之功。（《本草纲目》）说明随着中医理论体系的发展，黄连的功能也在发展变化。由于黄连有这么多功能，因此，就不难理解临床出现许多与黄连配伍，治疗各种不同疾病的方剂。从中可以看出，中药的研究也不能脱离中医理、法、方、药体系的整体发展。

（三）理法方药的整体性体现了中医临床思维方法

中医临床一般均以证因法治为序。先列症状，包括舌苔、脉象，然后审证求因，分析病因病机，确定治疗法则，最后组方遣药，有的还附上医嘱。

要审证求因，分析病因病机，确定治疗法则，势必要涉及到邪正虚实、阴阳气血、脏腑经络等有关理论，在这些理论的指导下，进行辨证论治，组方遣药。所以，整个过程就体现了理法方药的思维过程。

历代著名医家，尽管他们研究范围各有侧重，但无一不是贯穿着理法方药



思维的整体性，尤其是有创见发明、贡献较大的医家，大都是理论上有所突破，随之深化和扩大了某些治疗法则的应用，或创制了一些新的治则，并根据临床各种表现，研制和阐述体现自己学术思想的方剂和药物，使之形成一个完整的体系。金元四大家就是典型的例子。

刘河间在《素问》病机十九条的启示下，提出“六气皆能化火”之说，改变了当时喜用温燥药的习惯，根据祛风泻火、清热燥湿等治则，创用天水散、凉膈散等以寒凉为主的方剂，形成寒凉学派。

张从正根据“先论攻邪，邪去而元气自复”提出“汗、吐、下”祛邪三法，开拓了临床思路，丰富了有关方药的临床应用。

李东垣以升降为枢纽，进一步发展了脾胃学说，并研制了补中益气汤、升阳散火汤等与其理论相一体的方剂，丰富了黄芪、升麻、柴胡、葛根等药物的临床应用。

朱丹溪以“阳常有余，阴常不足”立论，以滋阴降火为原则，加深了后世对黄柏、知母、山栀、黄芩、黄连等药的认识，被称为“滋阴派”。

上述四位医家从各个不同方面充实和发展了中医学学术思想及方剂药物的应用，李时珍的《本草纲目》中也收集了大量方剂，并有许多组方用药的法则和理论。因此，可以这样认为：越是高明的医家，其理法方药的整体思维就越强，其临床疗效也就越显著。

（四）理法方药的整体性表明了中医区别于其他医学的特点

陈老认为，中医的优势与特点有许多方面，但十分重要的一条，就是理法方药的整体性。因为，中医理法方药的整体性使临床的原则性与灵活性高度结合，能够充分发挥医生的主观能动作用。

同样一个感冒病人，地处干燥的北方和地卑多湿的南方、年轻体壮与年迈体弱、有其他兼病和没有兼病，所处方药必须有所不同。但是，都符合中医理法方药的要求，都能把病治好，这就是灵活性。但是不管哪一种情况，有一个原则是必须共同遵守的，这就是都要“解表”，“解表”就体现了规律性。这种原则性与灵活性的高度结合，就体现了中医理法方药整体性的特点和优越性。

中医目前正处于一个变革时期，面临着继往和开来两大任务。各种研究和

设想，活跃了中医的学术气氛，但也带来了一些困惑。例如某些研究是否会改变中医的性质？在众多的方法中如何选择重点？哪一条途径对中医今后的发展最为有利？陈老认为，不管是什么途径，作为一门医学总是离不开临床。因此，只有把提高临床疗效作为基点，逐步形成新的理法方药体系，来推动整个中医学术的发展，才能使中医具有新的生命力，才能使中医不失自己的本色。

二、病多参郁，调气为要

中医辨证特别注意疾病共性与个性的结合。个性的表现可以因人、因时、因地而异。共性正好相反，往往是某一个病种，或某一类疾病，甚至大多数疾病都具有的共同表现。抓住共性，对认识疾病本质和确定治疗原则有极大的意义。共性包括的范围越广，其临床意义也就越大。近年来，对血瘀症和活血化瘀的研究，就属此类。

陈老在60余年的临床实践中苦苦探索，认为“郁”也属多种疾病的共性，提出“凡病多参郁，治郁当以调气为要”的学术观点，并经常以此来指导临床实践，治疗各种疾病，取得良好疗效。

（一）病多参郁的理论依据

陈老认为，人体的脏腑气血津液，无一不在升降出入运动之中，故内在环境，当以气血和谐为根本，若气血和畅则百病不生，如有拂郁，则诸病蜂起。如元·王安道在《医经溯洄集·五郁论》中就说：“凡病之起也，多由乎郁，郁者，滞而不通之义。”朱丹溪亦曾说：“人身诸病，多生于郁。”（《丹溪心法·六郁》）

气血津液是使人体脏腑经络保持相互联系的物质基础，流通于人体脏腑经络之中，如环无端。如果发生郁滞，即可出现气滞、湿阻、痰凝、血瘀等病理现象。

“六腑以通为用”，前贤早有定论，不难理解。唯有对五脏之“藏而不泻”，人们常易误解，认为既然是要藏，就不存在通。实质上这个“藏”是



相对“泻”而言的。“泻”是治疗不当引起的损伤，与“通”是两个概念。《内经·五脏别论》言五脏“藏精气而不泻”是指五脏藏精气宜充盈，不宜损伤。因此，不能把“泻”与“通”等同起来。况且医经对此也有明确论述，《素问·调经论》说：“五脏之道，皆出于经隧，以行血气。血气不和，百病乃变化而生。”《素问·热论》说：“荣卫不行、五脏不通则死矣。”这里的“死”字表示了疾病的严重性。说明五脏之要，也在于通，五脏的精气不仅需要充盈，还要通畅无滞。《金匱要略·脏腑经络先后病》篇亦说：“若五脏元真通畅，人即安和。”更为明确地指出了五脏精气通畅的重要性。

人体五脏六腑气血津液的和畅，是怎样表现的呢？陈老认为主要体现在气机升降出入的正常运行。《素问·六微旨大论》说：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入，则无以生长壮老已，非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有。”把万物的生长壮老已，都归结为升降出入运动的结果。居于气交中的人，也毫无例外地与天地相应，机体生命的一切活动，亦均以升降出入的运动形式出现。因此，人体的脏腑气血津液就是以这种运动形式反应各自生理功能的。如肺的宣发和肃降、脾胃的升清与降浊、心肾的阴阳既济、肝胆的疏泄与升降等，影响着全身气机的活动。精气由下焦向上，通过肝脾的升运，由心肺宣发全身，体现了向上、向外的特征；肺气的肃降、胆胃的和降、心气的下交、肾气的摄纳，又反映了向下、向内的趋向。为此古人把气机通畅看成是人体保持健康的必要保证。如朱丹溪提出“气血冲和，万病不生”，相反“一有拂郁，诸病生焉”（《丹溪心法·六郁》）。在外感病可表现为出入受阻，内伤病可表现为升降失常等等。戴原礼在《金匱钩玄》中说：“郁者，结聚而不得发越也，当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化，故传化失常而郁病作矣。”因此，气机障碍可以说是所有疾病的基本病理过程之一，而障碍的主要表现就是郁滞。

（二）治郁当以调气为要

由于气血郁滞常见于各种疾病之中，因此《素问·至真要大论》强调治病要“疏其血气，令其条达，而致和平。”并根据五脏功能的特点，提出“达、发、夺、泄、折”五郁之治。《素问·六元正纪大论》所说：“木郁达

之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。”意思是说：肝胆气血郁结者，应疏泄条达；心经有热者，该透发于外；脾胃壅滞者，宜消导下夺；肺气闭郁者，当开泄肺气；肾水停蓄者，须利水渗湿。故明代刘纯说：“木郁达之谓吐越，火郁发之乃汗泄，夺土下利令无壅，金泄渗利解表同，水郁折之充逆尔，治之大体须明此。”（《医经小学》）实际上《内经》治郁不止此五者，“坚者削之，客者除之，结者散之，留者攻之，郁者抒之，上之下之，摩之浴之”之类，均属于此，关键是使气血通利。正是在这一思想指导下，前阶段兴起了血瘀症研究高潮，活血化瘀正作为通治之宝，在多种疾病的治疗中被广泛应用，推动了中医理论和临床的发展。

但是，另一方面也应当看到：气为血帅，气行则血行，气滞则血滞，气畅则津布，气郁则津聚，气在人体升降出入运动中居主导地位。因此，临床虽有先血瘀而后引气郁者，但大都是先气郁而后引起血瘀，血瘀症多见于疾病的中后期，尤其是一些沉痾顽疾。而气郁症多见于疾病早中期，其发病范围比血瘀症相对要早要广，并更具共性。故朱丹溪创气、血、痰、湿、热、食六郁说，而丹波元坚氏认为“郁之为病，气郁为最”（《杂病广要·郁证》）。现在临床将黄芪、郁金、降香作为活血化瘀药来研究，也说明活血化瘀与调畅气机有不可分割的关系。因此可以说治郁实应首重治气，以治气为要。而此治气实质上是调气。

人体气机的活动都有一定规律，稍有抑郁也有其康复自愈的能力，陈老称此为“自然疗能”。医者当应顺人体气机的活动规律，调整体力的盛衰，诱导上下，开合升降，解除各种郁候，使之恢复健康。尤其要注意发挥脏腑气机的功能。如治肺部疾患应注意气机的宣发与肃降，宣降正常，则津气通畅，呼吸调匀。如失宣肃则可出现呼吸不利，胸闷咳喘。脾胃为四运之轴，升降之根，升降正常，则水谷精微得以上输，浊气糟粕得以下降。如果脾胃升降失常，不仅水谷的运纳受障，五脏气机也受影响。肝胆有疏泄和降功能，如疏泄不足，生发之机被郁，即造成肝气郁结，女子尤为多见；如和降不足，升腾太过，又会造成肝气上亢，甚至血郁于上，使人薄厥，引起中风。心主血脉，全身的血都在脉中，依赖心气推动，濡养全身。如心气不足，势必出现气血瘀滞、气机不畅，与郁症更有直接关系。肾主摄纳气化，水液能在体



内运行不息，除了心肺推动布散之外，还有赖肾的蒸腾气化，才能正常升降出入，使“水精四布，五经并行”。若肾气不足，气化失常，升降失司，就会造成水液停滞，气机失畅。若脏腑各自的生理功能得以正常发挥，则各种郁滞乃至各种疾病也就无从发生了。有鉴于此，陈老从发挥脏腑气机的功能，亦即人体的自然疗能出发，针对“郁”在疾病中的共性，凭借多年的丰富实践经验，提出了“宣畅气血”法，拟就了“舒肝和络饮”，用诸临床以调气解郁而屡试不爽。

(三) 调气解郁的思路与方法

治郁须首重治气，治气在此实质上是指调气（已如上所述）。然而治郁之调气究竟当从何着手呢？

陈老认为，虽然郁有因病致郁（五气之郁）和因郁致病（情志之郁）之不同，亦即无论其为因为果，最终必然落实到具体的患者，亦即“人”的身上。盖疾病不能离开人体而独立。因此调气治郁归根到底是辨“人”而论治。经数十年之临床观察，陈老认识到无论是因病致郁还是因郁致病，都往往影响到患者的食欲、睡眠和大小便。而这三大生活常规，正是人体健康的基本保证。调整这三大常规，也正是陈老在临床实践中辨“人”论治、调气解郁的一大特色。盖食欲不但反映营养摄入的水平，同时也是病人对药物治疗能否接受的标志。因为脾胃是消化的主要枢纽，不论饮食或药物都必须经过脾胃的吸收、转输，才能发挥作用，机体才有生化之源。故而食欲的旺盛与呆滞，反映了体内气机之通阻情况。二便是人体湿浊糟粕之排泄出路，直接反映了脏腑功能运行的情况。二便通调则糟粕得以及时排泄，不利则可测知人体新陈代谢障碍。寐安则神佳，寐不安则神疲，中枢不能自我调节，元气尚且不能恢复，病何能愈？因此，郁虽有气、血、痰、火、湿、食、情志之不同，而陈老治郁独倡“宣畅气血”法。在用药上，气分药多，血分药少；在方法上，升降通利者多而补益者少。其自拟之宣畅气血的经验方——舒肝和络饮，即意在通过斡旋人体大气，来保障人体的食、寐、便这三大基本生理功能。人体的基本生理功能不失常度，自然气血和畅，运行无碍。气血运行无碍，则诚如《医方论·越鞠丸》中所说：“气得流通，郁于何有？”

当然，在宣畅气血的基础上，针对具体的病种及致病因素，选取对症之达药亦是当予顾及的，亦即不可治人而忘病。至于郁之为病，因于情志者甚多，此类郁症除了药物之治疗外，精神治疗亦极为重要。正如《临证指南医案·郁证》所说：“郁证全在病者能够移情易性。”故在临证时应关心患者之疾苦，做好思想工作，使之解除顾虑，树立信心。苟能及此，对提高疗效便必定大有裨益。

（四）调气解郁法的临床应用

正因陈老治病重治郁，治郁重治气，治气重调气，因此处方用药，着意调畅气血。用药气分药多，血分药少；治气升降通利者多，补益者少。

1. 二麻四仁汤治疗哮喘

二麻四仁即麻黄、麻黄根、桃仁、杏仁、郁李仁、白果仁。陈老认为哮喘多由外邪诱发，故当用宣肺疏表之品，但哮喘久病表卫不固者多，若宣散太过，则肺气受损。故以麻黄与麻黄根同用，一开一合，调整肺气，两者兼顾。又哮喘病根，在于痰浊，因此，排除痰浊，清除气道障碍，保持呼吸通畅，又为治疗哮喘的一个重要环节。杏仁降肺气之上逆，桃仁化血络之凝瘀，二者合用，一气一血，既能顺气降逆，又能疏通肺部郁血。郁李仁滑肠下气，滑可去着；白果仁敛肺气而不敛痰。二者合用，一滑一涩，有上（痰）下（便）分消之功。整个处方构思在于通畅气机，保持呼吸通畅。再配以百部、款冬花、车前草、甘草排痰止咳，调和诸药。辛夷、苍耳子散风脱敏，在临床取得很好疗效。

2. 柴牡十味汤宣畅气血

柴牡十味汤原名舒肝和络饮，由柴胡、牡蛎、香附、台乌药、郁金、石菖蒲、苍术、厚朴、夜交藤、合欢皮十味药组成。此方贯穿了陈老“病多参郁，调气为要”的指导思想，临床适应面广，用于治疗消化系统、神经精神系统、心血管系统、妇科月经不调等病症，均有较好疗效。

柴胡与牡蛎为本方主药，柴胡轻清，升达胆气，胆气条达，则肝能散精，



而饮食积聚自下。牡蛎味咸性降，《汤液本草》认为“以柴胡引之，能去胁下之硬”，故二者合用，一升一降，能宣阳气之不达，阴气之不行，不但能宣畅气机，还有软坚散结，推陈致新之功。

香附血中行气，《本草纲目》赞其为“气病之总司，女科之主帅”。此因气顺则血亦从之而和畅，因此妇科崩漏、月经不调均用之。乌药气中和血，《本草求真》认为：香附辛苦，入肝胆二经，开郁散结，每于忧郁则妙；（乌药）则逆邪提胸，无处不达，故用以为胸腹逆邪要药，二者合用，行气解郁的功效更为完善。

苍术开提中焦之气以升之，厚朴温中燥湿以下气，二药合用，健脾燥湿，使中焦气机升降之枢得旋，痰湿之郁得解。

郁金其性轻扬，能散郁滞，《本草汇言》言其能顺逆气，上达高巅，善行下焦，心肺肝胃气血火痰郁遏不行者最验。石菖蒲利气通窍，除痰火之郁，舒心气，益心志。

夜交藤、合欢花均有宁心、安神功效，但夜交藤有通络祛风之功，合欢皮有解郁和血之效。同用有通络解郁之功。

全方以气药为主，重在解郁除烦，调畅气机，使体内气血津液流通正常，纳欲改善，睡眠安稳，二便通调，为疾病康复创造良好的自愈环境。

三、重视温阳，善用附子

陈老之师祝味菊，乃山阴名医，善用温阳药，世有“祝附子”之称。陈老在祝氏心传的基础上，积累了丰富的经验。

（一）重视温阳

陈老认为“阴平阳秘”是衡量正常人（平人）的生理标准。阴代表物质，物质以平为度，并非多多益善。阳代表功能，以秘为要，故忌兴奋妄用。当平人之中阳不衰时，故不妨滋阴润泽，及其既病，或病而既久，则当首重阳用。因阳衰一分，则病进一分，阳复一分，则邪却一分。为此，陈老在治

病时，十分重视温阳，在温阳时所常用的则是附子，认为附子是中医传统之良药，举凡须回阳救逆、温阳固脱，以及益火之源而消阴翳之际，附子均属首选。然而附子有毒，若使用不当，可导致中毒，因此时人有“乌附毒药，非危症不用”之偏见，畏而不敢轻试。而陈老则以为只要辨证确切，配伍恰当，煎煮得法，绝无中毒之虞，大可放胆用之。如在配伍上，可与甘草、磁石等解毒或监制药同用。煎煮方法上，先用开水浸，煎时水量充足，慢火先煎2~3小时，然后再加入其他药同煎。对从未服过附子的初诊患者，可先从小剂量开始，逐步加量等。下面所介绍之陈老常用的温阳四种方法，均以附子为主，而针对不同的病症，选用不同的配伍，或温中有滋，或佐以清泄，或辅以潜阳。由于切中病机，非但不见其偏，反而起到了不同的药理作用。

1. 温潜法

所谓温潜法，是指温阳药与潜镇药同用。本法温阳药用量较少，潜镇药用量偏大，有引火归元、导龙入海的作用。根据“甚者从之”的原则，以温阳药如附、桂、姜、椒之属为主，从其性而伏其所主。用潜镇药如三甲（牡蛎、鳖甲、龟板）、磁石之属为辅，潜其阳而制其虚亢。适用于阳浮于上、上盛下虚之类病证。

谢某，男，19岁。1958年秋，因反复鼻血，面色萎黄不华，住某医院，诊断为再生障碍性贫血，治疗一月后，红细胞由120万上升到370万。出院后仍不时鼻血。1959年因食物中毒，又引起大出血，经治疗后，红细胞由19万上升到270万，但两腿时出紫斑。

1962年因鼻血不止住医学院，骨髓化验未作肯定。院外专家会诊，认为是血小板减少性紫斑与再生障碍性贫血。有人认为与发育有关，予以激素治疗，血象随即上升，不久又复下降。住医学院8个月，未见好转。

患者面色晄白，两颧潮红，鼻衄反复不已，四肢清冷，纳欲不振，舌苔薄白，脉来迟细，精神委顿，大便反而干结，此先天不足，气不摄血，络伤血溢也，拟予附磁三甲汤潜阳固络。

处方：制川附子4.5g加至9g，灵磁石30g，生牡蛎30g，龟板12g，炙鳖甲12g，珍珠母12g，鹿角胶9g，阿胶9g，桑椹子12g，枸杞子12g，苍术9g，



陈皮 9g, 骨碎补 12g。

前后 10 余次门诊, 服药 60 余剂, 临床症状基本消失, 血色素逐渐恢复正常, 追访 3 年, 未发。

本案证见反复鼻衄, 兼见面色萎黄无华、两腿紫斑时发, 专家会诊为血小板减少性紫癜与再生障碍性贫血。两颧潮红、反复鼻衄是标, 为虚阳上泛、火不归元。四肢清冷、神情委顿、脉来迟细是本, 为肾元亏虚。陈老采用温潜法, 用附子、鹿角胶、阿胶、桑椹子、枸杞子、补骨脂温补肾元、填肾益精, 以磁石、三甲、珍珠母潜镇浮越之虚阳而引火归元、导龙入海; 以苍术、陈皮斡旋大气, 宣畅气血; 见鼻衄而用大辛大热之附子、鹿角胶, 似出常理之外, 然细析之, 虚阳得敛肾虚得补, 又确切中病机。不用止衄药而衄血自止, 可谓匠心独运, 皆辨证精当而遣药得宜也。

2. 温滋法

所谓温滋法, 是指温阳药与滋阴药同用。适用于阳衰而阴亦不足, 证见虚烦懊恼、失眠、怔忡、肢节酸楚者。凡阳用不彰而阴质亦亏, 可勿论其见症, 病机相合, 用之咸宜, 收效亦佳。

申某, 女, 57 岁。近 10 年来时有寐中烦躁懊恼, 强迫起坐, 才得缓解, 西医检查有阵发性房颤, 朝减暮甚, 四肢乏力, 有时关节疼痛, 舌暗红, 脉沉细。更年之龄, 阴阳交替, 五脏有不足之处, 临床有难名之苦, 宜于强心益营, 化痰宁神。

处方: 制川附子(先煎) 9g, 桂枝 9g, 生地 15g, 白芍 9g, 柴胡 9g, 生牡蛎(先煎) 30g, 香附 9g, 乌药 9g, 郁金 9g, 石菖蒲 9g, 甘草 4.5g, 小麦 15g, 大枣 7 枚。

此方加减, 服用 40 余剂, 烦躁懊恼、关节疼痛渐平。

该患者年近六旬, 禀赋不足。常年耗用, 阴血匮乏。阴虚则虚阳上扰, 故常有烦躁懊恼, 此阴阳互根, 阴虚者阳亦不足, 故治疗以滋阴与温阳同用, 以生地、白芍配附子、桂枝, 加柴胡、郁金、香附等调畅气机, 而达到阴平阳秘之功。

3. 温通法

温通法即温阳药与通利药同用，临床常用来治疗痰饮诸症。因为痰饮为阴邪，最易伤人阳气，正因阳气不足，所以招致阴邪凝聚。苟患者阳用彰明，何致产生饮症？《金匱要略》云：“病痰饮者，当以温药和之。”此治饮大法，实际上仍然是扶持阳用的一法。

任某，男，44岁。1962年某月初诊，胃病20年左右，开始时发现食下作胀，午后更甚。1948年在延安经中医针灸治疗，收效，但稍吃生硬食物时仍发胀。迄今背脊有一块（如手掌大）处冰冷，口干不能饮水，入水即胀。头昏、目花、气短、心悸、耳鸣、脑胀、舌苔白腻而干糙无津，脉来弦缓。西医诊为慢性胃炎，中医视为脾肾虚亏，经治均鲜效，应是阳虚夹饮，气不化津，附苓牡泽汤主之。

处方：制川附子（先煎）9g，带皮苓18g，牡蛎30g，泽泻9g，苍术9g，川朴6g，陈皮6g，大腹皮9g，白芥子4.5g，磁石30g，枣仁12g，知母9g。

此方加减断续服用40余剂，背凉渐除，精神焕发，食欲开而胀满大减，观察2年，背凉一症从此根除。

本症前医认为是脾肾虚亏，故纯用补法，然而无效。陈老根据口干不能饮水，入水即胀，气短而渴，断为阳虚夹饮，气不化津。所以用泽泻、带皮苓、大腹皮淡渗利水，苍术、川朴、陈皮燥湿健脾；配以牡蛎、白芥子消饮散结。遂使阳气得复，脾运得健，留饮自除，多年积症霍然而愈。

4. 温泄法

即温阳药与解毒泄浊药同用。此常用于阳气衰微，秽浊凝聚诸症，一方面是阳气之不足，一方面是阴霾之凝滞，故益火温阳与解毒泄浊同用，扶正而不助邪，祛邪而不伤正，有相辅相成之功。至于在临床中，温阳与泄浊，孰轻孰重？谁先谁后？当根据病人体质，病邪轻重等标本缓急的原则，辨证用药。

梁某，男，81岁。1985年5月18日初诊，患者面浮脚肿近两年，日渐加重。西医诊断为慢性肾炎，肾功能低落，尿毒症。面色黧黑，眼目浮肿，脚肿按之如泥。血压不高，疲困乏力，舌质灰暗，边有瘀滞，中有裂纹，脉



来细而结。此属心阳不振，秽浊凝聚，拟与强心健脾，温肾泄浊为治。

处方：制川附子 9~12g，桂枝 9g，茯苓 9g，柴胡 9g，左牡蛎 30g，泽兰 9g，泽泻 9g，黄芪 12g，防己 6g，白术 9g，巴戟天 9g，仙灵脾 9g，制远志 4.5g，太子参 15g，麦冬 10g。

以上方为基础，前后服药三个月余，浮肿渐退，食欲和睡眠均为正常。然而有时仍有头痛倦怠，肢体发痒。舌质光剥灰暗，如剥皮猪腰，湿润涎流；脉细，有时有歇止。前者为肾气竭，后者为心力衰，心肾俱惫，小愈不足持，再以温阳泄浊并进。

处方：制附子（先煎）9~12g，生地 12g，柴胡 9g，左牡蛎（先煎）30g，泽兰 9g，泽泻 9g，土茯苓 30g，忍冬藤 24g，连翘 9g，白薇 9g，防风 6g，甘草 4.5g，夜交藤 15g，合欢皮 24g，苍术 9g，川朴 6g，僵蚕 9g。

有浮肿气促时，加别直参 6g（轻者可用太子参、沙参等代替），炙麻黄 4.5g，赤小豆 15g。小溲反多时，加仙茅、狗脊等补固肾气。

该病人已至耄耋之年，患慢性肾炎之后，引起肾功能低落，浊阴弥漫，水气凌心而引起心力衰竭，脉细结，此肾病为本，心病为标。肾真易亏难复，所以急当强心健脾，以保中流砥柱。所以第一方以附子、桂枝配太子参、麦冬温阳强心；黄芪、白术、茯苓健脾补中而利水，防己、泽兰、泽泻行水祛瘀而泄浊。柴胡、牡蛎一升一降，推陈致新，升清排浊。巴戟天、仙灵脾温补肾阳。如此元阳得振，脾土得复同，气化得行，水肿自退，故利水而不伤正。此后纳欲渐开，中土渐复，浮肿渐退。但秽毒凝聚，隐患未清，所以时有倦怠、肤痒等症。故第二方加土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇清泄血中之毒；夜交藤、合欢皮既可活血消肿，又可止痒通络；防风、僵蚕祛风泄热而止肤痒。从各个方面加强泄浊，以巩固疗效。

（二）附子的临床应用

附子为名中药之一，中医临床应用已有几千年历史。早在一千多年前的《淮南子》上就已有“天雄、乌喙，药之大毒也，良医以活人”的记述。历代医家在临床实践中加深了对其作用的认识，进一步扩大了应用的范围。陈老谨就有关附子性用及临床应用方面的历代部分文献，结合近代学者的经验，

稍作整理，以供同道备考。

1. 附子的临床适应证

古代医家，善用附子当推汉之张仲景，在其所著《伤寒论》中，用附子者有20方，37条；《金匮要略》有11方16条（内有乌头附子并用者未计在内）。其中对附子品种的选择，以炮附子为最多，用生附子者次之，用乌头者有5方6条，用天雄者只有1方。著名方剂如附子汤、附子桂枝汤、桂枝加附子汤、大黄附子汤、麻黄细辛附子汤、干姜附子汤、附子泻心汤、附子理中汤、真武汤、术附汤等，用之得当，颇有立竿见影之效。张介宾推誉附子为药中之“四维”，指出附子、大黄为药中之良将，人参、熟地为药中之良相（《景岳全书》）。好用温热药之窦士材提出，保命之法，艾灸第一，丹药第二，附子第三，推崇附子为续命起死之要药（《扁鹊新书》）。即以善用轻药著称的叶天士，在其《临证指南医案》中，也有以附子为主方的医案（金寿山《叶案初探》）。

至于近代名家，常用附子者，更是屈指难数。张锡纯曾言，审证既确，用药以胜病为主，用石膏附子，不必拘泥常规，有病则病当之也（《医学衷中参西录》）。陈耀堂曾说：“临证40年，遇大证、危证，用附子每收到意外的疗效。”

由于各家的深入实践，发皇古义，融会新知，使应用附子的适应证不断扩大。谭次仲云：“附子强心，能治轻度心力衰竭，若重症非合干姜不为功；附子又有镇痛作用，适用于恶寒疼痛与痉挛。”（《中医与科学》）陆渊雷云“附子为兴奋强壮药”（《伤寒论今释》）。张赞臣云：“附子为兴奋药，有强壮作用，治心腹冷痛、胃痉挛、肠疝痛、风寒湿痹、虚寒泄泻、老人咳嗽及其他慢性机能衰弱病。”（《本草概要》）上海中医研究班施赛珠总结姜春华用附子的功用有六：一是回阳救逆，为强心回苏要药，可治心力衰竭；二是助阳祛湿，为风寒镇痛药，治痛风、寒湿痿痹拘挛；三是通阳止痛，治胸痹、心痛、疝痛、腹痛、神经痛；四是辅阳止泻，治中焦虚寒泄泻，完谷不化；五是温阳逐水，有利尿发汗作用，治阳虚水肿，痰饮喘嗽；六是强阳摄阴，用于肾阳衰微，机体功能衰退。指出凡属面色苍白，倦怠无力，身寒足冷，



精神萎靡，唇色淡白，大便溏泄，小便清长，呼吸怯弱，嗜睡自汗，脉来虚沉迟或虚大，而舌质淡胖、舌苔白润等阳虚之症，皆用之。樊天徒云：“附子的强心作用胜过洋地黄、樟脑，因为西药强心，药效不易持久，连续使用后，反致疲劳，且有蓄积作用，不可长用。附子则否。”故樊氏除用附子抢救慢性阴寒重症外，急性热病如伤寒、麻疹肺炎、恶性疟疾等，亦常用之，谓能转逆为顺，缩短疗程。陆震在上海华东医院用附子、龙胆草为主治疗慢性肝炎，疗效满意。首都医院张之南指出，附子治疗某些慢性肾上腺皮质功能不全患者，可使体力增强，畏寒减轻，部分病人可以不用激素；治疗阿狄森氏病或席汉氏病，可使病人胡须加重，毛发重生，认为附子对垂体肾上腺皮质机能兴奋作用。

2. 附子的临床配伍

中医的复方组成是发挥中药疗效的一种组织形式。它的优越性在于通过药物的有机配合，达到提高药物的疗效，并削弱其不良反应的目的。它包含了中药配伍上所说的相须、相畏、相反等作用，亦即现代药物学上所说的协同作用与拮抗作用。例如四逆汤（姜、附、草三味同用）之回阳救逆作用胜于单味附子，表明干姜、甘草能加强附子的治疗作用，并使附子的不良副作用有所减弱或消除，起到了解毒的效用。

徐洵溪说：“方之既成，能使药各全其性，亦能使药各失其性，此成方之妙也。”（《兰台规范》）历代擅用附子的名家对附子的运用配伍积累了丰富的经验。例如：人参加附子（参附汤），提高了救逆效用，可治休克虚脱；干姜加附子（姜附汤），增强回阳之功，用治心力衰竭；黄芪加附子（芪附汤）促进固表之功，治气虚自汗；白术加附子（术附汤），增强温中之功，治脾虚泄泻；地黄加附子（地附汤），增强补血之功，治血虚低热；当归加附子（温经汤），增强温经作用，治妇人月经愆期，血海虚寒；桂枝加附子，增强通阳作用，治风湿相搏，肢体酸楚；石膏加附子（千金越婢汤），起到了清热强心作用，用治肺炎合并心力衰竭有良好效果。亦有取附子之温以抵消主治药之消伐作用者。如：麻黄加附子（麻黄附子细辛汤），虑麻黄发汗惧其亡阳，加附子则汗出而阳不脱，治伤寒失表，心力不振；大黄加附子

(大黄附子汤)，使下不伤中，可治伤寒心下痞实；黄连加附子（附子泻心汤），取其黄连泻心，附子护阳，虚人汗出心下痞宜之；龙胆泻肝嫌其寒，加附子成温养强肝之方（柴牡附龙煎），治慢性肝炎有效。此外蝎附同用，治小儿慢惊，虚风搐弱；梔附同用，治寒热疝病，小肠疝气；椒附同用，治中寒泛酸，气逆吐清水；苓附同用，治阴水浮肿，少腹胀满；败附同用（苡仁附子败酱汤），治慢性肠痈；羚附同用，治偏头痛久治不效等，在治疗杂病上亦均起到相得益彰之功。

近人在附子的临床配伍上亦多有所阐发。如樊天徒说：“阳衰而阴亦竭者，附子回阳须伍以人参、洋参、地黄，气阴双补，乃克有济。”又说：“心功能衰弱，有因于冠状动脉之血行障碍，心肌营养不良，是时专伍附子，殊不可持，因附子只有兴奋之力，而无营养之功也，是当重用参、芪、归、地、肉桂、远志，方易取效。”又说：“以附子为君，佐以不同药物，则其药效亦有所不同。如附子与麻黄同用，为强心发汗剂，适用于心力衰竭而兼表证恶寒无汗者；附子与杏仁同用，为强心定喘剂，适用于左心衰竭，肺有郁血者；附子与桂枝同用，为强心解肌剂，适用于心衰而营卫不和者；附子与肉桂、当归、白芍同用，适用于心衰血循不良，下肢静脉瘀血者；附子与茯苓、白术同用，为强心利尿剂，适用于心脏病水肿症；附子与干姜同用，为强心温中剂，适用于心衰上吐下泻症；附子与人参同用，有强心营养作用，能治亡津之心衰症；附子与黄芪、萸肉同用，有强心止汗作用，能治心脑虚脱症。”祝味菊、陈老认为，附子通十二经，可升可降，为百药之长，能随所伍而异其用。例如：附子加磁石，兴奋加镇静，具强壮之功，能抑制虚性兴奋，治神经衰弱之失眠有良效；附子加枣仁，辛通加酸收，有缓和作用，能调节心血管系统自主神经之紊乱，治心动过速、脉来早搏有效；附子加知母，辛热加甘寒，有温润作用，可治热性病心阳不振而兼口渴欲饮者。总之，配伍适宜，效果显著，神而明之，存于其人。

有人说，附子对体质虚寒者，无论其为表证、里证、气分、血分，在针对性的主治药治疗中，加入附子，好像各种菜肴中加入了“味精”，都能得到“提鲜”的作用。这虽然是“不经之谈”，但可以看出，附子的使用面是比较广泛的，它的相辅相制、相须相畏作用，也是比较突出的。西药磺胺增



效剂(TMP)和各种磺胺类药联合应用时,可使抗菌作用成倍增强。附子是强壮剂,和其他滋养药、治病药联合应用,是否也有“增效剂”作用呢?这是个值得研究的新课题。

3. 附子的药用剂量和毒性反应

关于附子的有效量和极量问题,国内尚无统一规定,有的本草学上以1.5g为起点,9g为最高量;有的认为可放宽使用到30g以上。

古今以善用附子著名者很多,其用量多少亦不同。张仲景用生附子1枚,炮附子1枚到3枚,约合今15g至30g、60g不等。今人多有放胆使用附子者,如四川迁沪之已故能才中医吴佩衡、刘民叔用附子量亦大,一般均在30g以上。但亦有畏附子如蛇蝎,唯恐出差错者,即使辨证明确,亦不敢贸然应用,或杯水车薪,用量过小,无济于事。因而如何正确掌握使用量,是一个重要问题。一般主张对症下药,适量而止。姜春华曾指出,凡属阳虚之证,药证相符,不管生附子、炮附子,经过煎煮以后,皆已除去毒性,提出应当改变“乌附毒药、非危症不用”的看法。近人樊天徒指出,慢性病之用附子,固不必用大量,须连续用之,始克奏效。其用附子经验,强心用9~12g,急性心衰用生附子9g,风湿顽痛用乌头12g。

附子之应用临床,绝大多数是煎剂。通过久煮多煎方法,可以使附子中所含的生物碱——乌头碱受到破坏,对减毒方面起到积极的作用。避免附子中毒的关键在于证药相符,如能掌握药物相辅相成、相反相抑的配伍组织方法,特别是控制煎煮时间,则自能进退从心,获奏疗效。故陈老用附子,首先注意附子炮制的规格(各种炮附子以切开打碎为佳);其次注意制附子的解毒药(如干姜、甘草、磁石等);最后注意煎煮的条件,即用开水先浸后煎,要求宽水(加大煎水量)慢火熬透(不可急火加热),煎煮时间在2~3小时以上,看剂量的大小而伸缩,然后再加入其他药同煎。总之,关键在于宽水慢煎,这样有利于破坏附子所含毒性生物碱而起到安全作用。此外,对从未服过附子的初诊患者,宜从小量(加解毒药)开始,逐步加量,至显效为度。有人主张附子煎剂宜待其稍凉后服,趁热服之,常易引起烦躁呕吐;有人主张分两次服,以观动静,则均为审慎措施,可供参考。

附子中毒有急性中毒与慢性中毒的区别。急性中毒症状为头晕，舌头发麻，四肢发麻，吐泻，大汗淋漓，肢冷，脉缓无力。中等剂量中毒时，可见恶心呕吐泄泻，呼吸困难，语言障碍，肌肉软弱，共济失调，皮肤发冷，血压下降，面色苍白。大剂量中毒时，可出现四肢抽搐，心室纤维颤动，心跳及呼吸麻痹，最后出现心源性脑缺血综合征而死亡。如果久服附子，药不对症，可出现慢性附子中毒症状，如下肢麻痹，小便不利，甚至小便发痛，视力模糊等。其解毒方法除西医的对症治疗外，中药方面可用广角、黄连、绿豆、黑豆、甘草等煎汤频服；亦有用肉桂泡汤催吐，或用生姜、甘草各 15g，或绿豆 30g，甘草 12g 煎服。



【经验特色】

一、哮喘病的诊治经验

支气管哮喘临床分外源性和内源性两种。外源性哮喘常于幼年发病，多与各种过敏有关。内源性哮喘常于成年开始，倾向于常年发作，且较严重。两种哮喘在发病过程中可互相影响而混合存在。其发病原因较多，往往与季节气候的变化、呼吸道感染、职业接触过敏、药物过敏、过度劳累及情绪激动等因素有关。

陈老从60年代初就开始对本病作专门的研究，至今30余年，积累了丰富的经验，疗效显著。他根据本病经常反复发作、迁延难愈、不易根治的特点，认为“在病为实，在体为虚”，“发时当治其实，平时则兼治虚”。

(一) 调整肺气，宣散不宜过

哮喘以外邪诱发为多，故发作时往往兼见表闭失宣，因而临床治疗多用宣肺散表之品。但哮喘多有宿根，久病表卫不固者多，宣散太过，肺气受损，造成开合失司，反而达不到治疗效果，所以当兼予固表敛肺之品同用，一开

一合，以调整肺气之宣肃功能，使之恢复正常。

即使多伴咳嗽者，虽以外邪诱发为多，故发作时往往见表闭失宣，因而临床治疗多用宣肺散表，通畅气道。但也有宣散适度的问题。久咳不愈者，不少就是因为宣散太过，肺气受损，造成开合失司，反而达不到效果。因此陈老主张，也当兼予固表敛肺之品，一开一合，以调整肺气之宣肃功能。代表药物仍以麻黄、麻黄根为主。

（二）排痰除浊，要不过急

哮喘从发病现象看是肺气宣散肃降功能失司，但究其病根，还是痰浊作祟。因痰浊伏于肺，复加外感、饮食、情志、劳倦等因素，造成痰阻气道，肺气上逆，故发哮喘。且本病每多兼咳嗽，虽予止咳而咳总难已。陈老认为，见咳止咳而咳不止者，乃未去其致咳之因，故古人有“咳无止法”之戒，又云：“肺如悬钟，不叩不鸣，外感之邪，叩之则鸣，痰浊内壅，上逆于肺亦鸣。”陈老常说：“肺有上口，而无下口，痰浊蓄积于气道，随喘息呼吸上下，则成痰鸣。保持呼吸道通畅，是治疗呼吸系统疾病成败之关键。”因此，排除痰浊，清除气道障碍，保持呼吸通畅，是治疗哮喘的主要环节。然痰凝聚，潴留而久，则得生新痰，层层相因，无有终时，此慢支只可以暂且愈，而终难根治之故。因此治疗法则，大多以开肺与敛肺相结合，化痰与清热相表里，肺气失畅，痰浊潴留，痰去一分，则肺宇宽松一分。因此，排痰除浊也是治咳之关键。然而，排痰不宜过急，因久病难去痰浊每每与机体的抵抗力下降有关，排痰过急，就有徒伤正气之嫌，故陈老之二麻四仁汤，用一滑一涩其理亦在此。

二麻四仁汤方剂组成：炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，桃仁、苦杏仁、白果仁（打）、郁李仁、百部、款冬花各 9g，车前草 24g，生甘草 4.5g。

麻黄辛散，开腠理，宣肺气，透毛窍，散风寒，解痉平喘，乃发散肺部邪郁之良药。但因其能收缩血管，故高血压患者本应忌用或慎用，又因发散力较强，故体虚多汗者亦忌之。而麻黄根与麻黄作用相反，不但能固表止汗，而且还能扩张血管，使血压下降，呼吸幅度增大。所以二者合用，一开一合，开合相济，既调整肺气，又不致使肺气开泄太过，既能加强肺的活动功能，



又无升高血压、助长兴奋之流弊。

杏仁走气分，降肺气之上逆，桃仁走血分，化血络之凝瘀，古今医家，咸同此见。妙在陈老以二者同用，一气一血，既能顺气降逆，涤痰解凝，又能流通肺部郁血，所起功效与单用迥异。

郁李仁顺水道，滑肠下气，疏通肺淋巴障碍，清能去浊，有通下定喘之效。白果仁敛肺而不敛痰，能抑制痰浊的过度分泌，二者合用，一滑一涩，使已成之痰能化，未成之饮可敛，能起上（痰）下（便）分消之功，与仲景治喘之姜、辛、味三味合用之法寓意相似。

百部、款冬花合用，源自《济生方》之百花膏，擅治暴嗽、久嗽，亦可治痰中带血。车前草、生甘草，排痰止咳，调和诸药。诸药相伍，共成治疗哮喘之绝佳方案。

辨证加减：

(1) 哮喘之发，多有鼻、眼睑作痒，喷嚏，流涕，或咳嗽、咽痒等过敏症状，于小儿尤为常见，可加辛夷、苍耳子；过敏症状明显者，再加白僵蚕、净蝉衣。

(2) 若服本方出现便溏，一般可不予处理。严重者去郁李仁，加大腹皮、藿梗。

(3) 湿重纳呆：加苍术、厚朴。

(4) 便艰：加瓜蒌仁、火麻仁。

(5) 痰稠不畅：加象贝母、瓜蒌皮。

(6) 中满气滞：加柴胡、生牡蛎、郁金、石菖蒲。

(7) 腹胀：加大腹皮、全瓜蒌。

(8) 热重：加土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇。

(9) 泛恶：加姜半夏、姜竹茹。

(10) 症情昼轻夜重：加夜交藤、合欢皮。

(11) 痉咳：加玉蝴蝶。

(12) 气虚：加太子参、明党参。

(13) 阴虚：加北沙参、麦冬、知母、玄参。

(14) 肾不纳气、喘息甚者：加补骨脂、冬虫夏草、黑锡丹、蛤蚧。

哮喘未发时，陈老则强调治人，即缓解时以扶正培本，温肾健脾益气为主，要求根据患者年龄、体质和病程长短进行辨证施治。小儿哮喘以过敏性为多，平时多食积，所以治疗以健脾为主，常于调整肺气的基础上加太子参、苍术、川朴、陈皮等健脾消导之品。中老年久病及肾，所以治疗时多在调整肺气的基础上加温中补肾之破故纸、菟丝子、枸杞子、核桃夹、冬虫夏草、制附子、灵磁石等。伴腰腿酸软者加桑寄生、川断、狗脊、鹿衔草、怀牛膝等。亦有用参蛤散者，但大都与调整肺气的二麻四仁汤同用。二麻四仁汤的服法亦随病情而异。哮喘大发作时多为每日一剂，甚至一剂半，缓解期多为隔日1剂，或服5剂停2天后再服。本方长期服用无副作用，并能控制复发，有的病例则可根治。

（三）病案介绍

案一 蔡某，男，23岁。

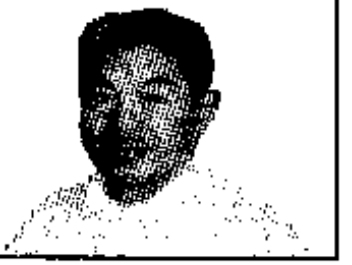
襁褓有奶癣史。近3年来出现哮喘，每届秋冬季节发作频繁，发则昼轻夜甚，不得平卧，咳痰不多，鼻塞多嚏，苔净脉弦细。此乃过敏性哮喘。过敏性哮喘多因过敏源的刺激导致肺气宣肃失司。拟与调整肺气、脱敏止咳平喘，佐以和中。

处方：炙麻黄4.5g，麻黄根4.5g，桃仁9g，苦杏仁9g，郁李仁9g，白果仁（打）9g，蒸百部9g，款冬花9g，车前草24g，生甘草4.5g，辛夷9g，苍耳子9g，净蝉衣6g，白僵蚕9g，苍术9g，厚朴6g，知母9g，忍冬藤24g。

服上方7剂后哮喘控制，咳嗽气急依然。复诊去知母、忍冬藤、蝉衣、僵蚕，加夜交藤、合欢皮以助通络解郁之功。药后诸症皆减，哮喘未发。后以原方加北沙参、麦门冬等养阴润肺之品调治半年余，病情稳定。中途曾因天气暴寒、腠理不固，咳嗽鼻塞又起，为防诱发哮喘，于原方中加入防风以祛风解表，数日即平。经随访1年半，哮喘未复发。

案二 朱某，男，31岁。

慢支哮喘反复发作4年余，胸闷气短，入夜为甚。动辄张口抬肩，喘息



不已，大汗淋漓，咳嗽痰黄，纳呆口干，苔腻，舌尖红，脉沉细。此乃痰浊壅肺，肺失宣肃。拟与宣肃肺气，化痰和中。

处方：炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，桃仁 9g，苦杏仁 9g，郁李仁 9g，白果仁（打）9g，炙冬花 9g，蒸百部 9g，车前草 24g，生甘草 4.5g，苍耳子 9g，陈辛夷 6g，柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，苍术 9g，厚朴 6g，郁金 9g，石菖蒲 6g。

药后喘息减而未平，原方加土茯苓 30g，忍冬藤 30g，连翘 9g，白薇 9g，局方黑锡丹（包煎）6g。7 剂后咳嗽哮喘均明显改善，继则佐以温肾纳气之破故纸、枸杞子、菟丝子、核桃夹，以开肺、温中、纳肾三法并用，肺脾肾三脏同治，调治两月余咳除喘平，诸症悉除。随访 1 年余哮喘未发。

案三 张某，女，52 岁。1991 年 5 月 29 日初诊。

去年 10 月咳嗽频频，迄今已 7 个月有余，依然未能根治。刻见咯痰不爽，有泡沫，发则阵咳不休，舌质淡，脉细数。此乃肺气不宣，痰浊内恋，当予宣肺达痰，宽胸健胃。

处方：炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，桃杏仁（各）9g，白果仁 9g，郁李仁 9g，百部 9g，炙冬花 9g，车前草 24g，生甘草 4.5g，柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，苍术 9g，川朴 6g，郁金 9g，石菖蒲 9g，玉蝴蝶 6g。7 剂。

二诊：咯痰稍爽，咳嗽稍减，口干咽燥，苔脉如前。宗原法，加北沙参 9g，7 剂。

三诊：症再衰，咽干少复，效则守之，原方续投。前后服药 1 个月，咳嗽竟痊愈。

陈老原按：肺如悬钟，不叩不鸣，风寒外感，痰浊上逆，鸣而为嗽。宣畅肺气，排除痰浊，是保持肺气通畅之良法。肺气通，咳嗽自己矣。

案四 吴某，女，5 岁。1992 年 12 月 8 日初诊。

向有哮喘症。因外感致呛咳，病延 5 个月，治亦 5 个月，未能应手。喘虽未发而呛咳不休，纳呆，溲多。喉中痰鸣，咯之不爽。无发热，夜间盗汗，齐颈而还。胸闷口干。苔薄白，脉弦数。此名痉咳，不宜强加抑制，但予宣

肺达痰，可以渐渐缓解。

处方：炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，桃杏仁（各）9g，郁李仁 9g，白果仁 9g，蒸百部 9g，炙款冬 9g，车前草 24g，生甘草 4.5g，柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，苍术 9g，川朴 6g，土茯苓 30g，忍冬藤 24g，连翘 9g，白薇 9g，玉蝴蝶 6g，瓜蒌皮 9g。7 剂。

二诊：12 月 15 日。咳因痰阻而起，宣肺达痰，痰去咳自止。上方服后，咳去大半，苔薄，脉细弦而数，予原法：加北沙参 9g，麦冬 9g，大腹皮 9g，鸡内金 6g，郁金 9g。7 剂。

三诊：12 月 22 日。余咳二三分，不必急于兜涩，久咳之人，十去其八，可以食养尽之，不必尽剂。原方 12 剂。遂愈。

案五 王某，女，34 岁。1992 年 12 月 22 日初诊。

8 年前曾患肺炎，出现肺不张。病后易于咳嗽，入冬为甚。痰多色黄，咯之不爽。今年 1 月又得肺炎，大量抗生素治疗后，咳嗽仍不已。低热亦久延不已。苔中膩，脉弦细而数，拟予宣肺达痰，以祛其热。

处方：炙麻黄 5g，麻黄 5g，桃杏仁（各）9g，白果仁 9g，郁李仁 9g，百部 9g，款冬花 9g，车前草 24g，生甘草 6g，柴胡 9g，生牡蛎 30g，苍术 9g，川朴 6g，郁金 9g，石菖蒲 9g，土茯苓 30g，忍冬藤 24g，连翘 9g，白薇 9g，辛夷 6g，苍耳子 6g，知母 9g。7 剂。

二诊：1992 年 12 月 29 日。陈痰宿饮，滞留肺络，必须开豁，令其上越。苔脉如前。原方加天竺黄 6g。14 剂。

三诊：1993 年 1 月 12 日。咳去其半，但余痰未净，仍是宿根所在。宿积未除。除痰务尽，毋令滋蔓。原方加狗脊 12g，补骨脂 9g，7 剂。嘱间日服此方，遂愈。

案六 黄某，女，29 岁。1992 年 12 月 28 日初诊。

妊娠 8 个月，子死腹中。分娩后经常咳嗽，动辄多汗，背脊发冷，痰白如沫，纳欲不振，脉来濡细，舌苔薄白。今已两月，久治不愈，胸闷，肺失宣肃，脾失健运，拟予宣肺化痰，健脾和中。



处方：炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，杏桃仁（各）9g，白果仁 9g，郁李仁 9g，百部 9g，炙冬花 9g，车前草 24g，生甘草 4.5g，柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，苍术 9g，川朴 6g，郁金 9g，石菖蒲 9g，合欢皮 24g，夜交藤 15g。7 剂。

二诊：11 月 4 日。咳嗽稍减，背肩发冷，纳呆如旧，舌脉无改，再与原法加减：原方加桑寄生 12g，川断 12g，狗脊 9g，鹿衔草 9g，防风 9g。10 剂。

三诊：12 月 2 日。痰郁于肺，脊冷形寒，口干欲热饮。苔脉如前。咳减而冷寒不已。口干而欲引热，乃“饮”之为患也。仲景曰：“病痰饮者，当以温药和之。”予疏肝和胃，温肺化饮。

处方：柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，苍术 9g，制半夏 9g，川朴 6g，白芥子 9g，白茯苓 9g，炙麻黄 6g，杏仁 9g，大腹皮 9g，瓜蒌皮 9g，桂枝 9g，炙苏子 9g，防风 9g，生甘草 6g，知母 9g，白薇 9g。7 剂。

四诊：12 月 9 日。女子以肝为先天，产后病多与肝肾相关。产后咳嗽，延久不愈，腰膝酸冷，背有阴冷处如掌大，此皆是积饮内停，肾阳不足以温化故也。饮去则冷自解。咳嗽已减，苔脉同前，前方有效，原法再进。原方加独活 4.5g，7 剂。

五诊：12 月 16 日。脊心阴冷已减，咳亦渐疏，咳痰仍欠利。少寐，苔薄白，脉濡细。予宣肺达痰，温肺化饮。

处方：柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30g，白芥子 9g，莱菔子 9g，炙苏子 9g，炙麻黄 4.5g，麻黄根 4.5g，桃杏仁（各）9g，白果仁 9g，郁李仁 9g，百部 9g，炙款冬 9g，车前草 24g，生甘草 6g，夜交藤 15g。7 剂。

六诊：12 月 23 日。背冷大减，咳晚间仍在，乃余痰积饮，尚未肃清也。原方加苍术 9g，川朴 6g，细辛 6g，生姜 2 片，五味子 9g。7 剂。遂愈。

案七 胡某，女，22 岁。1966 年 11 月 11 日初诊。

产后 1 个月，剧咳。每发时气窒痰升不能息，服氨茶碱片即时平息，但不久为痰升又咳，延已 3 个月，西药针治久不愈，特来请中医试治，约定 3 次无效即休诊。

处方：蜜炙麻黄 4.5g，杏仁 9g，贝母 12g，甘草 9g，百部 12g，车前草

24g, 紫菀 9g, 远志 6g, 瓜蒌 9g, 化橘红 6g, 蛤壳 15g。4 剂咳减一半, 再 4 剂减大半, 遂信服中药有效。

案八 张某, 女。1967 年 1 月 4 日初诊。

剧咳 1 月余, 咳甚, 小溲不禁。用上方减去瓜蒌、橘红, 加益智仁 6g, 乌药 12g。6 剂咳平, 溲约, 愈。

案九 丁某, 女, 22 岁。1967 年 8 月 15 日初诊。

有反复咯血史, 未找到原因, 1963 年在区结核病医院作支气管造影诊断为支气管内膜结核, 按结核病治疗, 咯血得愈。今年 8 月参加夏收, 咯血又发, 4~5 天未止, 痰血相混, 胸膈痞满, 气滞不畅, 舌净、尖红, 脉细数。

处方: 紫菀 9g, 沙参 9g, 贝母 12g, 知母 9g, 甘草 6g, 郁金 9g, 百部 9g, 车前草 12g, 仙鹤草 12g, 蛤壳 15g, 龙骨 15g, 七厘散一小瓶分 4 次服。3 剂咳血止, 胸舒, 再 3 剂愈。

案十 袁某, 女, 29 岁。1966 年 9 月 22 日来诊。

上呼吸道过敏反应, 整天多喷嚏流泪, 咽喉灼热作痒, 咳呛不爽, 门诊部西药久治无效, 即来索中药。从寒包火治。

处方: 蝉衣 4.5g, 僵蚕 9g, 金银花 9g, 连翘 9g, 防风 9g, 辛夷 4.5g, 苍耳子 9g, 细辛 3g, 石膏 12g, 百部 9g, 车前草 15g。6 剂诸恙皆愈。

案十一 贾某, 男。1962 年 8 月初诊。

患慢性气管炎 10 余年, 遇凉受寒即发, 咳喘不得寐。每发必自饮烈酒祛寒, 咳始衰。但病情越来越重, 发作亦勤。住自治区人民医院, 邀先生会诊。为拟百花膏。

处方: 百部 15g, 炙冬花 12g, 蜜炙麻黄 4.5g, 生姜 6g, 甘草 9g, 文冰糖 15g, 10 剂量共煎浓汁 3 次, 去渣烱入文冰糖, 徐熬为糖浆, 每天 4~5 次, 每次 1 匙开水送服。此方连服 3 料, 一冬未发咳喘。从此戒绝烈酒。1963 年冬又因感冒咳喘又发, 但程度比前轻, 再服前方 1 料即愈。1964 年冬



未曾复发，盖痊愈矣。

按：上附前六例医案，情况各异，均以二麻四仁汤加减而愈，反映了先生治疗咳嗽的用药特点及思路，此可与哮喘证治相互参证。后几例医案，先生均未用二麻四仁汤，表明先生临床用药，虽有自己的特色，但从不胶柱鼓瑟，只有辨证论治，才能取得满意效果。

二、肝病的诊治经验

中医学之肝病，与西医所指之肝病，在概念、范围、治疗各方面均有不同。中医学所说之肝病，不仅指解剖脏器之肝的功能和实质方面的病变，还包括了情志异常及经络学说中肝经循行贯注所在部位的病变。如神情忧郁为肝郁，目赤肿痛为肝火等。此类“肝病”，与现代医学所说之“肝病”关系很少或全无关系。这些病、症及在这些病名、症状下面来讨论的治疗方法，实际上并非现代医学所指之肝脏病变及其治疗。

现在我们来探讨一种疾病，所采取的病种大都以现代医学的病名为主。然而，现代医学所说之肝病，不论急肝、迁肝、慢肝、肝硬化以至肝癌等，在中医学中不可能找到一个完全相对应的病种。根据各类肝病所表现出来的不同体征，中医各家的治疗方法可谓百花纷呈，难以胜举。而对于各种繁杂的治疗方法，又不可能每个人都去逐一验证，以区别孰优孰劣。因此，本文所说之肝病的治疗，仅是陈老对现代医学所指之急肝、迁肝、慢肝、肝硬化之类病变的研讨及其治疗大法。陈老研究、借鉴、综合古今许多论著和经验，结合现代医学观点，运用传统中医学的辨证论治方法，参合其师祝味菊所创的“五段学说”，根据辨病和辨证相结合的原则，将上述范围之肝病的治疗归纳演化为三条治疗大纲，针对出现的不同症状进行辨证论治。

（一）五段学说与肝病的病理

五段学说初见于《伤寒质难》一书，它从邪正相争的角度，把《伤寒论》的六经病症分成五个不同阶段。认为任何外来的病邪，足以唤起正气之

抵抗者，其发病过程，均不外此五个阶段。即：“太阳病”为开始抵抗；“阳明病”为抵抗太过；“少阳病”为抵抗不济；“太阴病”与“少阴病”为不同程度之脏器功能低落与整体抵抗能力之不足；“厥阴病”为最后之抵抗。以之解释肝病，可作如此理解：

(1) 甲型急性黄疸型肝炎——是邪毒袭入肌肤，正气产生应答性反应。这种反应开始是一种适度的抵抗。一般采用清化湿热以排泄秽废，在临床上积极作用，处理得法，很少发展为“慢肝”或“肝硬化”，其预后一般较好。此为第一阶段，即所谓“太阳病”，用清肝疗法。

(2) 暴发型肝炎——发病急，病势猛，邪毒重，反应大。病邪来势汹汹，但正气奋发，激起之反应亦非常激昂。奈此时肝脏组织破坏太大，机体修复能力跟不上。此为第二阶段，即所谓“阳明病”。宜用清热解毒以抑制病毒，同时适当缓和肌体过度兴奋。这样的治疗，方称为有制之师，属清肝疗法。

(3) 乙型无黄疸型肝炎——是一种慢性病毒，当其侵入人体，早期并不妨碍正常生活，能吃能睡，二便自调，但是出现一种毫无理由的疲劳。这便是一种信息，是唤起人们注意的一种标志。此时邪正双方正在作“地下之较量”，应调整其内在的抵抗力，使免疫反应保持在适度的水平，创造有利条件，提高抗病潜能。此为第三阶段，即所谓“少阳病”，宜舒肝疗法。

(4) 迁延性肝炎——是邪毒稽留，正气已难及时发挥，属于“抵抗不济”的一个类型，邪毒不甚，正气亦不强，变成拖拖拉拉的局面。此亦属抵抗不济第三阶段。此时的治疗对策，一方面要提高抵抗能力，另一方面要安抚、控制病邪的蠢动，着眼点在于调理。宜舒肝疗法。

(5) 慢性肝炎——一方面正气日渐低落难以修复，一方面慢性病变由于再感染也会出现急性活动。此时肝脏组织变性，功能混乱，而且可以牵涉影响到多脏器。邪正混淆，虚中夹实。此时调理比较复杂，所需时间也比较长，应当侧重于整体疗法，纯补纯攻，大寒大热，都容易僨事。此为第四阶段，即所谓“太阴、少阴病”，宜舒肝保肝交互参合为用。

(6) 肝硬化肝昏迷——此时肝功能明显低落不能代偿。若至肝昏迷，说明机体在作最后之抵抗且已明显不支，为第五阶段，亦即所谓“厥阴病”。



此时大法不离舒肝保肝。然已至最紧要关头，亟需力挽狂澜于既倒，而予中西医结合抢救，正不必拘泥于中医治疗为主，抑或中医治疗之何法为主也。

(二) 肝病治疗三法

如上所述，肝病的病理，变化不一，极为复杂，有充血、郁血、凝瘀、硬化等不同，在症状方面，有的来势汹汹，有的缠绵反复，有的困顿日甚，有的无明显体征，非检验不能自知，在病程方面，长短不一，有的甚至长达数十年，每一病程发展的不同阶段，其治疗措施亦异，实难一概而论。而陈老简练扼要地概括为肝病三治，以几个自拟经验方加减而应用于临床，仍能丝丝入扣，应手而效者比比皆是，确可说是执简驭繁之道。其治肝三法为：

1. 清肝疗法

急性肝炎，是由于肝炎病毒作为一种“致病因子”侵入了人体，由此而引起了机体的对抗行为，于是出现了各种病症。当肝炎病毒正在猖獗发展时，肝脏发炎充血，肝组织受到弥漫性破坏。因此，应用针对性之病因疗法，清除病理产物，勿令“助纣为虐”。这时应着重用抗病毒之有效中药，以直折其锐气。各家对于这一方面的报道，虽然方名不同，其清热解毒的宗旨则几出一辙。不论是新病还是旧病复燃，只要是邪毒亢进，尝用此法，总是有积极意义的。已故名医姜春华对肝炎的治疗问题曾说：“病本于毒，应在治本。”这个“本”，就是指病原、病毒，所以要用清热解毒为主的清肝疗法，其具体内容包括：

(1) 清热：所谓“热”，在中医学说的含义上包括体温升高、机能亢进、组织充血，有时是体能的反应，有时是外邪直接造成。其实，清热药中有些包括了若干抗菌、抗病毒作用，在体内能协助肝脏解毒或抑制过亢之反应。

(2) 解毒：中医对一切外来或内在之邪，凡能损害人体者均曰“毒”。对于各种传染病，我们的祖先未能直接了解其为何种细菌、病毒，于是便名之为“邪毒”，如疯狗毒、瘟毒等等。解毒者，除解除毒素如蛇毒、砒毒等外，亦包括杀灭传染之细菌、病毒、病原体。这一点，有的已经现代科学研究所证实，如金银花、连翘等便是广谱抗菌药，并对流感病毒也有抑制作用，

柴胡抗疟，板蓝根提取物对腮腺病毒、肝炎病毒有作用，土茯苓对梅毒螺旋体有效等。

(3) 利胆：肝胆相连，肝病时肝脏分泌胆汁功能亦生障碍。胆汁瘀滞不能畅流，溢入血液则为黄疸。利胆之作用有三：通利胆管、稀释胆液、排减血液中之胆红素使之从肾脏排泄。故治肝病多伴用利胆药，如茵陈五苓散之类。茵陈、郁金则为主药。

(4) 退黄：退黄药经常与利胆药同用。肝炎肝肿胀致胆运梗阻，引起胆汁返流入血而生黄疸。故退黄以清肝利胆为主。肝炎后肝细胞损害，排泄胆红素之功能降低而引起之黄疸，名肝细胞性黄疸，须佐保肝养肝。脾大脾功能亢进，大量红细胞被破坏，超过肝脏的排泄限度而出现之黄疸为溶血性黄疸，须扶肝抑脾、清热扶正并用。

2. 舒肝疗法

所谓舒肝疗法，实质上是肝脏的“祛障疗法”。从肝的生理特性着眼，“肝主疏泄，性喜条达”，肝木宜其条畅，最忌郁结。所谓肝气郁结，多半指情绪不愉快而言。中医治病，最重视病人的情绪问题，舒肝丸、逍遥散、合欢皮、忘忧草每为临床常用。慢性肝病，大多数“在体为虚，在病为实”，正由邪而致虚，病因虚怯而益滞。虚而夹滞者，先疏其滞，后补其虚。下面所用的调气、活血、化瘀、解凝、通络、利湿，无非是一种祛除障碍的手段，所以皆隶属于“舒肝疗法”。

(1) 调气：“气为血帅，气行则血行”，“气通血活，何患不除”，“疏其血气，令其条达而致和平”。古人一系列名言，都说明气调则血畅病愈的道理。陈老认为，在某些场合调气含有调节神经的作用，而神经对机体血液供应具有很大的影响。此类药以柴胡、香附、乌药、木香为主。

(2) 活血：血液贵在流畅，恶其凝滞。活血药有兴奋血管系统、活跃血液循环的作用。活血亦即使血液循环流畅。

(3) 化瘀：肝脏是一个大血库，血流本便濡缓，兼之肝病必然有凝瘀停留，或者形成血栓，或者加上组织剥离下来的物质，就可以造成经络瘀塞。所谓化瘀，实质上就是溶解血栓，滑利循环。



(4) 解凝：肝是人体分配血液的调节器。流入人肝脏的两路血液（肝动脉、门静脉），本就较流入其他脏器为多。肝炎必有炎性分泌物，再加上坏死的肝细胞和来自门静脉的瘀腐物质，凝聚附着于肝，可以使淋巴液阻塞，造成痞满症状。这种痞塞现象当然也得予以疏通。解凝之意即在于此。

(5) 通络：肝脏是人体最大的腺体，有旺盛的淋巴循环。全身近 $1/3 \sim 1/2$ 的淋巴液流经肝脏。不难理解，肝病之后肝脏淋巴液的回流自然亦会产生障碍，肝区疼痛即提示络道不通，“不通则痛”。通络二字，一方面有宣通经络的意思（疏通肝脏微血管），同时也含有疏通淋巴液的意思。柴胡宣畅气血，牡蛎软坚行水，就包含这双重作用。

(6) 利湿：湿为阴凝黏腻之邪。陈老认为，一切体内的代谢产物（该去而不去的残留物质，或炎性分泌物）都名为湿浊。它阻碍了机体功能的正常发挥，便成为“湿邪”。利湿化湿，逐水辟浊，对于湿邪或化或排，可对某些组织起浣涤作用。

3. 保肝疗法

“肝为刚脏”，具有“体阴而用阳”的生理特点。肝炎后期，正气日漓，出现各种功能失调，往往出现虚中夹实的症情。病邪总是寄着于人体方致病。祛邪泄热之不应，便当从人的体征着眼。尤其慢性肝炎，患者大多表现为神疲乏力、食欲不振、脘腹胀满、脉来沉细（或濡细）、舌淡苔薄等虚证。故可在疏肝的基础上选用助阳、育阴、醒脾、悦胃等方法以振奋人体元气，恢复脏器功能之疲劳。这种方法针对患者体虚的特点，偏重于人的因素，故称之为保肝疗法。

(1) 助阳：阳代表功能，凡是功能不足，都是阳用不彰。肝炎伤在物质，亦影响阳用。举凡疲惫无力、怯冷倦惰、纳呆腹胀，都是阳气不足。慢性肝炎、肝硬化后期，常有睾丸萎缩，雄激素减少，性欲减退等现象，即属阳虚。治法须当助阳。

(2) 育阴：阴代表物质，育阴即是增加物质。西医主张“三高”以增加营养，注射葡萄糖以保肝解毒利尿，服用维生素、肝制剂等都是增加物质之图。这和中医采用四物、六味之流，唯粗精不同，用意是一样的。

(3) 醒脾：肝炎患者最明显的症状之一就是消化障碍。《素问·玉机真脏论》说：“五脏有病，则各传其所胜。”《金匱要略》有言：“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”这个脾并非仅指解剖部位上的脾，而是泛指消化系统的功能而言。健脾乃助长消化功能，从而增强人之体质。其实临床所见之脾虚，也不是指实质的脾脏而多指消化功能低落。故临床因此而引起的吸收不良、大便溏薄等，中医每命名为脾虚。脾虚困乏，因此要醒脾健运。脾气宜升，治疗时多用健脾益气之品。

(4) 悦胃：胃主纳食。食下不能化，责之在脾；知饥能食与否，责之在胃。胃气宜降，肝炎病人大都纳欲不振，食已作胀，是胃气不降之象，治疗时当注意用健胃润下之品。故保肝不在蛮补，而在唤醒脾胃消化功能，旋动其升降枢纽。历代先贤一贯重视这后天之本。陈老经常强调，药物之转运，须赖脾胃。能食能化，才是保证药物能发挥治疗作用的基本条件，即此便是最大的补益。

此上三种疗法，以及三种疗法下所包含的治疗细则，只是简要地叙述了治疗肝病的综合思路。各条下未罗列具体的药物，只要能掌握这种思维方法及日常用药的各种性能，自然能选出相应的药物来。且肝病患者因病情缓急不同，人体反应强弱有异，遣方下药自亦各有所宜，故三法在使用时应根据症情而有所侧重。在肝炎急性期，病势鸱张，人体内的病理产物亦相应壅盛，权衡轻重，自宜以清为主。肝炎后期，正气日损，出现各种功能失调，此时邪正相搏，既需祛邪又需扶正。但二者之间，总是虚中夹实，所以因病施法，随证加减，在三期（急性期、缓解期、后期）之中，总以舒肝疗法适用较多。因“清肝”一法，仅是清除病原体在人体中所产生之病理产物为主，尚不能说这些就是消灭肝炎病毒之特效药，补法亦即保肝疗法，虽然对提高抗病能力有帮助，但是否便可因此形成各种抗体，目前尚少依据。而舒肝疗法的运用范围较广，几乎适用于肝炎各期，这是肝脏的生理特性所决定的。只有排除机体代谢上的一切障碍，使病灶部位气血通畅，才能改善病肝的内环境，有助于肝脏功能的恢复，从而对肝炎患者的康复创造有利条件。



(三) 经验方及临证加减

陈老对肝炎的治疗，在急性期以茵陈蒿汤为主，亦可用舒肝和络加清热解毒药。急性或迁延性肝炎，凡有消化障碍，都用舒肝和络饮加减。慢性肝炎时间尚短，消化障碍在一般程度的，仍用舒肝和络饮。正气不足，消化障碍明显或见机能低下之象，则用柴牡附龙煎。

清肝疗法之茵陈蒿汤及清热解毒利胆退黄诸法，为医家所共知，兹不多所引证。保肝疗法之育阴助阳醒脾悦胃，一则为常法，最为病家医家所乐用，二则滋阴助阳之药，药力发挥较缓，有时炉火虽熄，余烬未尽，偶有感染，多有复发再燃之虞，故不可不防。因而陈老仅在使用舒肝和络之时，酌增一般温养滋泽之品，亦能收到标本兼顾之利，故本文不作详述，现谨将陈老两个经验方的组成及临证加减分述如下。

1. 舒肝和络饮

治疗作用：舒肝和络。适用于气机不畅、血行不利、消化障碍、湿热郁滞。

方药组成：柴胡 9~12g，生牡蛎（先煎）30~40g，香附、乌药、郁金、石菖蒲、苍术、厚朴各 9g，夜交藤 15g，合欢皮 24g。

方解：柴胡疏肝解郁、和解表里、祛瘀泄热，牡蛎化痰软坚、清热除湿。二药合用，升中有降，既有舒肝解郁、化痰解凝、软坚利水作用，又有泄浊排毒、推陈致新作用，为本方主药。香附、乌药调气活血、疏肝和胃、顺气消痞。郁金、石菖蒲活血解凝、利胆泄热、调畅气机。苍术、厚朴温中燥湿、宽胸利膈、散满行滞。夜交藤、合欢皮和血安神，兼可解毒止痛。本方旨在舒肝，法在通利，凡是气机不畅、血行不利、消化障碍的肝炎病人，都有广泛的应用价值。

2. 柴牡附龙煎

治疗作用：振奋气血、强肝逐邪。适用于慢性肝炎肝功代偿不济，纳欲呆滞甚或消失，精神困顿，虚火内燔，邪毒伏匿，补之则困顿更甚，纳欲益

呆，清之则气怯神萎。

方药组成：柴胡 9g，生牡蛎（先煎）30~40g，制附子、龙胆草各 6~9g，石决明 30g，白蒺藜、青箱子、女贞子、当归、赤芍、丹皮、桃仁、郁金、白术各 9g，甘草、生姜各 6g。

方解：柴胡、牡蛎同用，对内宣畅气血，对外抗邪解毒。制附子、龙胆草同用，温通清泻，各得其宜，既能强肝扶阳，又能泻肝健胃、清热消炎。此四味为本方之核心。肝开窍于目，凡明目之药，多能益肝，如石决明、白蒺藜平肝息风、疏肝祛障；青箱子、女贞子、当归养血柔肝，赤芍、丹皮、桃仁、郁金调肝化瘀，白术（或用苍术）、甘草、生姜健脾开胃。

临证加减：

(1) 潮热：加银柴胡、白薇，有汗用地骨皮，无汗用粉丹皮。

(2) 食欲不振：有内热者用苦味健胃药，如小量龙胆草、黄连、大黄等；无内热者用辛味健胃药，如生姜、川椒等；湿热内壅者用芳香健胃药，如陈皮、豆蔻、藿香、佩兰等；无积滞者加大腹皮、炒鸡内金；有积滞者加焦山楂、炒麦芽等。

(3) 恶心呕吐：寒加陈皮、姜夏。热加陈皮、竹茹，或加左金丸。如见关格顽呕、滴水难下者，以玉枢丹碾末舐服之。

(4) 肝区疼痛：急性肝充血则灼痛，多拒按。慢性肝郁血则隐痛，痛少胀多，不拒按。肝凝瘀者则偶有刺痛，疲惫则发，喜抚摩。肝硬化程度越深，肝区疼痛反渐消失，该痛而不痛，病益深矣。一般疼痛可加元胡、金铃子。如胀痛加姜黄、枳壳。灼痛加白薇、赤芍、甘草。刺痛加桃仁、红花、地龙、三棱、莪术。痛甚不已者加制川乌、生甘草。

(5) 凝瘀：加蒲黄、五灵脂。

(6) 肝肿大：加当归、青皮。肝充血者以清利为主，肝瘀血者以温通为主。

(7) 脾肝大：加水红花子、炙鳖甲、地鳖虫、炮山甲。且柴胡、牡蛎须加大量用之。脾亢而出现动辄牙龈出血、皮下紫癜者，加补骨脂、骨碎补、女贞子、旱莲草或连翘、白薇以清之。

(8) 泄泻：无滞者加葛根、防风、白术、茯苓。有滞者加炒神曲、焦山



楂。属寒加炮姜，属热加黄连。

(9) 便闭：虚闭加首乌、苁蓉。实闭加大黄、桃仁。

(10) 积水：加水红花子、泽兰、黑丑、陈葫芦。

(11) 黄疸：加茵陈、山栀。阳黄加黄柏、黄芩、连翘。阴黄再加附子、桂枝、干姜。

(12) 腹胀痛：向周围放散者为气滞，加大腹皮、青皮。刺痛有定处者为血瘀，加桃仁、赤芍、丹参。

此外，如伴有气虚，可酌加黄芪、太子参、党参、白术、茯苓。

血虚可酌加首乌、巴戟天、地黄。补血而伍壮阳药，意在阴阳和调，这也是陈老的经验特色。

阳虚可酌加附子、桂枝、生姜、大枣。

阴虚可酌加沙参、麦冬、石斛、知母。

兴奋型可酌加磁石、龙骨、甘草、淮小麦、枣仁、远志。

忧郁型可酌加益智仁、川芎、合欢皮、夜交藤。

以上加减，二方咸宜。方中药味原有者，可视情况不加或酌加重用量。

陈老在以上治法的基础上，当遇上慢性肝炎伴有早期肝硬化者，不管有无腹水，常加服施今墨大夫的肝硬化丸，效果颇佳，亦一并抄录于下：

肝硬化丸：柴胡 45g，枳实 60g，郁金 30g，青陈皮（各）15g，当归 30g，白芍 60g，川芎 30g，丹皮 30g，桃仁 30g，白人参 30g，白术 60g，茯苓 60g，甘草 30g，砂仁 15g，苍术 30g，厚朴 30g，法半夏 30g，乌药 30g，黑丑 30g，地龙 30g，上肉桂 15g，川楝子 30g，血竭 30g，琥珀 30g。

上药共研为末，水泛为丸，如绿豆大，每次服 6~9g，每日 2~3 次，开水吞服。

3. 治肝药物举略

上面所介绍的经验方及随症加减药物，是陈老的经验及习用药物。然具有清肝、舒肝、保肝作用的药物远不止此，故陈老将众多的药物进行分析筛选，作了一些归纳分类，亦略举于下，以供参考。

具有清肝作用的药物：败酱草、茵陈、连翘、金钱草、板蓝根、山豆根、

田基黄、垂盆草、铁扁担、白毛夏枯草、平地木、白花蛇舌草、虎杖。

清热解毒的中草药很多，前人常用之金银花、龙胆草、黄芩、黄连、黄柏等，均为今人应用于肝炎方面。此外有利胆作用之金钱草、山栀、小蓟、姜黄等，亦应用于肝炎。至于为民间所习用的中草药更不胜枚举，兹不赘述。

具有舒肝意义的药物：柴胡、丹参、片姜黄、郁金、五味子、泽泻、白芍、厚朴、海藻、昆布、莪术、桃仁、鳖甲、山甲、夏枯草。

如前所述，舒肝药中应包括调气活血、化瘀解凝、通络利水等祛障之品，故临床常用药中如木香、香附、乌药、陈皮、当归、川芎、红花、元胡、川楝子、大腹皮、车前草、木通、茅根、大黄、廬虫、合欢皮、三七、蒲黄、三棱、大戟、甘草等均可适当选用。

具有保肝意义的药物：蜂乳、灵芝、何首乌、枸杞子、黄芪、太子参、党参、黄精、白术、甘草、北沙参。

中药具有保肝（包括上文所说之醒脾悦胃）作用的药物很多，连同以上清肝、舒肝类药，均可根据各家日常习用而临床验之有效者斟酌损益，不必胶柱鼓瑟也。

以上所介绍的，是陈老积多年的临床经验用以治疗肝病的方法，意在试图将纷杂的肝病之各种病理变化及症状表现，归纳于一种较为简便的方法之下。当然，此仅一家之言，且肝病之患者老少禀赋、地土方宜均有不同，要以几个经验方一成不变地应付千变万化的病情，自然难以完全胜任。所以陈老又根据不同的证情，提供了他随证加减的经验，以及一些具有清肝、舒肝、保肝作用的药物，以供斟酌。兹录其临证验案于后，冀能为诸同道临证时提供参考、借鉴。

（四）病案介绍

案一 铁某，女，48岁。1967年9月12日初诊。

反复出现黄疸，大便有时灰白，有时黄，面黄带黯黑色，皮肤发痒，手足心烧，苔白脉滑。

处方：柴胡9g，枳实9g，竹茹6g，橘红6g，郁金9g，郁李仁12g，香附



12g, 乌药 12g, 茵陈 15g, 白薇 9g, 苍术 12g, 川朴 6g。6 剂黄退大半, 身痒平, 潮热减, 连服 12 剂愈。

案二 李某, 女, 3 岁。1965 年 6 月初诊。

今年 1 月 16 日发高热, 经医学院化验确诊为黄疸型传染性肝炎。治疗 5 个月, 仍有灰白大便, 白睛黄, 指纹发青, 苔薄白。

处方: 柴胡 6g, 牡蛎 18g, 香附 6g, 乌药 6g, 蒲公英 12g, 茵陈 12g, 白芍 6g, 甘草 6g, 枳实 4.5g, 竹茹 3g。13 剂黄退而愈。

案三 王某, 女, 29 岁。1967 年 9 月 12 日初诊。

慢性肝炎病程已 9 年, 曾住我院两次, 住新疆维吾尔自治区人民医院多次, 迄今肝大仍为肋下 2 公分, 脾不大。傍晚有低烧 37.3℃, 已经一年余, 遍查无依据足以解释。纳欲消失, 恶心, 肝区痛。周末去区医院会诊时为处方: 柴牡附龙煎加蒲公英 24g, 鸡内金 4.5g, 6 剂。药后肝区痛减轻, 精神转佳, 食欲亦增, 因嘱住我院治疗, 按肝硬化验方治疗。溪黄草 15g, 猪肝一方, 并加白糖熬服, 肝区顿痛减, 但低烧依然不退。区医院西医怀疑肝坏死, 出院后再来门诊, 仍与柴牡龙煎加冬虫夏草、地榆、蒲公英、桃仁, 先后服二三疗程, 潮热退、肝区痛平。同意其结婚。一索得子, 偕其夫婿冯君(军区工作)去北京工作, 次年寄来母子照一张表示感谢。

案四 王某, 男, 40 岁。1967 年 2 月 20 日初诊。

1966 年 11 月得急性黄疸型传染性肝炎, 迄今 3 个月。肝功能始终不佳, 肝大, 肋下两指, 质带硬, 肝区痛(+++), 脾大(-), 脾区痛(+), 纳呆, 日仅食 200~300g, 腹微胀, 便干, 溲少, 膝酸无力; 来乌市复查, 医学院诊断为慢性肝炎, 肝硬化, 转介本院治疗。苔薄白, 舌尖红, 脉弦细, 与柴牡附龙煎加减。

处方: 柴胡 9g, 牡蛎 30g, 制川乌 4.5g, 熟胆草 9g, 石决明 30g, 生姜 6g(上六味先煎), 甘草 9g, 香附 9g, 乌药 12g, 女贞子 9g, 决明子 12g, 枸杞子 9g, 蒲公英 15g, 白薇 12g, 郁金 9g, 郁李仁 9g, 水红花子 12g。

连服 30 剂，肝区痛减至（+ +），脾区痛消失，肝功能好转。再服 30 剂，肝区痛减至（+），食欲仍不佳，5 月 2 日又见吐血，据说是情绪不佳之故。改用下方：

醋炒柴胡 9g，牡蛎 30g，香附 9g，乌药 9g，苍术 9g，川朴 6g，郁金 9g，枳壳 6g，紫草 15g，仙鹤草 12g，白薇 9g，生地 12g，大腹皮 9g。

6 剂血止，去紫、仙，加茅根、公英各 15g，当归 9g，桃仁 9g，前后服 100 剂，肝区痛平，食欲增加至 400g，肝功能再检查已恢复正常，回阿克苏。1967 年 9 月中来信，谓前症又发。要求处方，遂以原方调理乃安。

案五 蔡某，男，33 岁。1966 年 6 月 18 日初诊。

上月曾因长期苦失眠，右半侧脸面发作性浮肿，同时左手亦发胀，躁急不可忍。约 9 时左右其肿自然消失，霍然宛若常人，医学院诊断为脑神经衰弱，血管神经系统之调节紊乱，然治而不效，由医药公司黄某介绍来门诊。

诉：慢性肝炎病史已 5 年，在医学院治疗失眠时查肝功能一直不正常，肝区剧痛不已，食欲迟钝，每日食量仅 200g 许。先予服潜阳宁神煎剂 30 剂，失眠情况大大改善，面部发作性浮肿亦时有之，但发作时间不如前之密，而纳欲未开，肝区痛不解。改予柴牡乌龙煎。

柴胡 9g，牡蛎（先煎）30g，制川乌（先煎）4.5g，龙胆草 9g，磁石 30g，生龙骨（先煎）30g，生姜 6g，甘草 6g，制半夏 9g，北秫米 12g，香附 9g，乌药 9g，夜交藤 15g，远志 6g，茯神 9g。

9 剂而夜寐安，肝区痛缓解，但纳欲未开。嘱隔日 1 剂，以苏胃困，又服上方经月，所有临床自觉症状均失。

案六 周某，男，7 岁。1964 年 3 月 17 日初诊。

1961 年在医学院诊断为急性传染性肝炎（黄疸型），住院治疗基本治愈。1963 年检查肝功能正常，但肝大。1964 年 1 月复查：肝大，肋下三指，面部出现蜘蛛痣二颗。诊断：慢性肝炎。

就诊时肝功能正常，食欲不振（每天 100g 左右），腹胀，肝大，蜘蛛痣如述。处方如下：



柴胡 9g, 牡蛎 30g, 炙鳖甲 12g, 当归 9g, 白芍 9g, 丹参 9g, 丹皮 6g, 郁金 9g, 三棱 6g, 莪术 6g, 蒲公英 12g, 香附 9g, 乌药 9g, 桃仁 9g, 甘草 9g。隔天 1 剂。

前后共服药 60 剂, 肝大恢复正常, 食欲亦复, 蜘蛛痣由明显渐趋消淡。迄今仅残留痕迹。基本治愈, 已正常全天上学, 观察至次年 4 月, 未见复发。

案七 楼某, 男, 27 岁。1962 年 12 月初诊。

患者因脾脏肿大, 于 1962 年 9 月在医学院进行脾脏切除手术, 发现肝硬化, 即摘取肝组织进行检查, 证实为肝硬化, 转中医科治疗两月无效, 即至先生处求治。其时肝区痛, 麝浊、絮浊皆升高, 舌苔前尖部遍布红点。予协定处方舒肝和络饮加肝硬化丸 (施今墨方)。服中药约 200 余剂, 肝功恢复正常, 舌上红点全退, 全天上班, 观察两年未见异常。

案八 陈某, 男, 33 岁。1963 年 10 月初诊。

1963 年 1 月因黄疸住区医院, 确诊为急性传染性黄疸肝炎。3 月份进医学院确诊为门静脉性肝硬化。当时脾大, 肋下 4 指。7 月切除脾脏, 8 月出院后出现足肿、有轻度腹水。再进医学院治疗, 腹水消失, 乃来门诊就治。

主诉: 脾切除后经常面浮足肿 (肝功正常), 面部晦紫如猪肝色, 食欲不振, 全休仍感乏力, 经常失眠, 乳房膨大如小儿拳头大, 舌苔薄白, 脉来弦滑, 右上肺结核球形成。

予柴牡附龙煎连服 56 剂, 浮肿退清, 乳大消失, 面部晦紫色转为绯红, 得安寐, 食欲开, 全天上班不感乏力, 观察调理两年, 未曾反复。

【跟师临床】

一、冠心病

库某，男，40岁。1966年10月26日初诊。

1963年8月在农场劳动时发病，心痛如绞，每天发作7~8次。10月回乌鲁木齐医学院住院治疗确诊为冠状动脉硬化性心脏病心绞痛。出院后，因心绞痛仍不时发作，寐差，每晚仅睡7~8小时。故来陈老处求治。舌色绛而少苔，脉弦紧。证属胸痹失畅，气滞血凝；治拟调畅气机，舒冠通络。处方：

丹参9g 当归9g 赤白芍(各)9g 桃仁9g 甘草
9g 香附9g 乌药9g 枣仁12g 远志6g 夜交藤
9g 合欢皮15g 茯神6g 制没药9g 木香6g 西
红花2.4g 柴胡9g

另：安神补心丸1瓶，每服15丸，1日3次。

服上方加减30剂，心绞痛从每天7~8次减至0~3次。发作时间从每天1分钟减到不满半分钟。病发程度亦自重而轻。连续调理经月，此后半年未见重发。



释疑解惑

问：听您说过，心病有三治，是指什么？

答：心主血脉。与心脏相通联的大小血管，网络全身，血液的运行，无远不届，无所不达。兼之人体本就是一个完整而不可分割的整体，故心脏的病变，足以影响全身。反过来整体情况的异常，亦会影响心脏。因此各种心脏病的成因不一，变症多端，在治疗上须根据其不同的成因及病理变化，抓住侧重点予以调节控制。并针对由此而引起的内脏失调，加以扶掖或抑制，从而提高机体的自然疗能（指人体对外邪侵袭的自愈康复能力），使之向有利于人体的方向转化。我对临床常见的心脏病之三种类型（冠心病、风心病、肺心病），就其不同的病因病机，提出了各自不同的治疗侧重点，认为在中医的治疗上，冠状动脉粥样硬化性心脏病应当注重治气，风湿性心脏病应当注重治血，肺源性心脏病应当注重治痰，简言“心病三治”。

问：为什么说冠心病注重治气？

答：冠心病约略可属古“胸痹”之范畴。其成因，是由于冠状动脉粥样硬化而致狭窄或部分分支闭塞，致使扩张性减弱、血流量减少所引起。一旦心脏负荷增加而对血液需求量加大，或冠状动脉发生痉挛造成心肌供血不足，就会引起气机阻塞、气滞血瘀，甚至产生厥痛，病势较为急迫，一般治疗上强调活血化瘀。乃因“痹”者，痞塞不通也。按照“不通则痛，通则不痛”的原理，选用扩张血管的通利方药，自能收到一定的效益。然而我很少单一选用此类药物，特别不主张长期使用。冠心病的病理，关键在于中枢神经的调节紊乱，冠状动脉的不自主痉挛即因此而起，而心肌之缺血、缺氧，以及心绞痛、心肌梗死等也就随之出现了。且扩张血管之通利药物若用之过频，常有复发更频之虞。盖冠心病患者之血管，原已是一种病理的血管，其本身已丧失应有的弹性，血管壁之组织本身已很不健全，频繁地、长期地使用血管扩张药，必然会引起血管壁附着物的剥离脱落，极易形成栓子，嵌入心络，造成心肌梗死。何况血管的弛张，自有一定的限度，强烈扩张之后，必有强烈之收缩，扩张越频繁，收缩亦越密。因此，治疗本病时，强调重视调气药。

“气为血帅，气行则血亦行”，气机畅达，则冠状动脉得以舒展，血行自

然畅利。此即治疗冠心病注重治气之由也。其经验方“舒冠顺气汤”，以气药来推动血行，以调整心脏外周循环来缓解冠状动脉之挛急，目的在于“宣其血气，令其条达，而致和平”，亦寓整体观于其中。不论冠心病发作与否，当一般病情较稳定时，常用之。虽长期服用，亦无不良反应。既可预防发作，又可治疗。多年的实践证明，确是“稳中取胜”之道。

问：舒冠顺气汤的组成与方解是什么？

答：舒冠顺气汤组成如下：柴胡 6g，桂枝 9g，香附 12g，乌药 12g，桃仁 9g，红花 9g，生龙骨、生牡蛎（各）30g，丹参 12g，白薇 9g，赤芍 9g，甘草 6g。

方解：柴胡与桂枝同用，一以舒畅气机，一以温通血脉；以香附、乌药之调气，桃仁、红花之活血，合为疏通气血之要药。冠心病患者多有阳浮、失眠诸症，故用龙牡以潜之，则柴胡、桂枝升动之性可戢；加丹参、白薇、赤芍、甘草之清血解热，滋补缓急，对阴虚有热之人亦可施之而无忌。

此方与其他治疗冠心病方剂相比，较为注意理气，但又不过分使用芳香刚烈之品，所以药性较为柔和，在发病前后之稳定阶段，尤为相宜。如患者并无凝瘀不化之象，不必用大量破血化瘀药，毋使诛伐太过，使虚者益虚。

问：舒冠顺气汤常用变化如何？

答：舒冠顺气汤常用加减如下：

(1) 心绞痛：加延胡索 9g，川楝肉 6g，以理气止痛，疏肝泄热；痛甚加制乳没各 9g 或加制川乌 4.5g。

(2) 心区如压，肺气不伸：加青皮 6g，佛手片 6g，九香虫 9g，郁金 9g，以行气消痰，散瘀止痛。

(3) 面青唇白，脉迟自汗：加制川附子 6g，红参 6g。

(4) 面赤脉数、溲黄：加黄连 6g，黄芩 9g；阴虚不足，酌加黄精、玉竹、首乌等。

(5) 阳虚恶寒：酌加鹿角霜、黄芪、党参等。



二、风心病

陈某，男，15岁。1967年2月14日初诊。

区医院检查诊断为风湿性心脏病，Ⅱ级（二尖瓣、主动脉瓣狭窄及闭锁不全）。久治不愈，嘱中医调理，服补气养心方，不愈；乃来门诊。诉心区苦闷，心慌，气短，有时咳嗽，纳呆，苔脉俱无明显异常。证属瘀血内滞，心肺失畅；治拟散血通络，宣畅心肺。

处方：风心保安汤加减。

蜜炙麻黄 4.5g 桂枝 6g 白芍 9g 当归 9g 桃仁 9g
杏仁 9g 甘草 6g 丹参 9g 香附 9g 乌药 9g 紫
苑 9g 远志 6g 茯神 9g

二诊：连服12剂，咳平、心悸、气短愈，心区痞闷除。又诉视物直线看，一般正常，但两侧轴线斜视即不能看见，时发亦时自愈。再另拟一方。

苍术 12g 黑芝麻 30g 决明子 12g 羌蔚子 9g 生龙
牡（各）30g 枸杞子 9g 女贞子 9g 当归 9g 赤芍
9g 丹皮 9g 白薇 9g 桂枝 6g 桃仁 9g

三诊：服上方6剂视物好转，但心脏病又发，仍服风心保安汤加减又见效。一医改用归脾汤，不太适，仍用前方，又自适。遂经常以此方加减，发病时服，病解时停。病情稳定。



释疑解惑

问：为什么治疗风湿性心脏病注重治血？

答：风心病关键在于左心，特别是二尖瓣之瓣膜障碍（包括闭锁狭窄与闭锁不全）引起左心房扩张肥大，从而造成肺循环瘀血，结果是左右心室都扩大，最后出现心力不足，形成体循环瘀血，包括内脏瘀血。在以上一系列病变中，可出现心慌、气短、呼吸困难、胸闷疼痛、咳嗽、咳血，甚至可以出现浮肿、肝脾肿大、胸水、腹水等症状。其治疗关键在于改善心肺循环，

促进外周循环通畅，从而达到减轻心脏负担，缓解心脏症状的目的。因此，治疗原则当以散血通瘀为主，尤其是宣畅肺循环之瘀血，更为重要。因为肺为“相傅之官，治节出焉”，肺循环通畅，对改善全身血循环症状都很重要。

问：风心保安汤的组成与方解是什么？

答：风心保安汤：当归 9g，白（赤）芍 9g，蜜炙麻黄 4.5g，桂枝 6g，丹参 12g，桃仁、杏仁（各） 9g，远志 4.5g，枣仁 12g，磁石 30g，茯苓（神） 12g。

方解：本方较舒冠顺气汤少香附、乌药等理气之品，但增加了当归、麻黄，反映了风心治血及重视肺循环的本义。当归主血分之病，成无己《注解伤寒论·辨厥阴病脉证》当归四逆汤方解中说：“诸血者，皆属心。通脉者，必先补心益血。苦先入心，故张仲景治手足厥寒，脉细欲绝者，用当归之苦，以助心血。”

本方当归通脉，为血中之气药；白芍镇痉止痛，功能缓急。归芍同用，活血调血，镇痉缓痛，对风心之血行不利有良好作用。麻黄，大剂量对心脏有抑制作用，小剂量对呼吸功能有刺激加强作用，为开提肺郁、宣畅气血之要药。中药麻黄不同于麻黄素，前者含多种成分，后者为提取成分。麻黄素应用过频有害心脏，故为心脏之禁药。而平时所用带节麻黄，包含麻黄素与异麻黄素两种作用相反的成分，故临床小剂量应用，不会中毒。以麻黄开提肺气，加强呼吸作用，与桂枝相配，就有宣肺和营之功，有较强针对性。桂枝为芳香健胃、兴奋活血药，功能解肌和营，有宣通循环障碍，强心利尿之功。佐麻黄走肺脏，佐丹参走心脏，起到调和血脉、强心温肺之用。丹参功兼四物，合麻、桂入肺散血通瘀。桃仁镇咳通络，能破癥结，通大便，除瘀血，合丹参活血祛瘀，相辅相成。配润肺通肠止咳之杏仁，有消除瘀血、镇咳祛痰的功效。磁石镇静补血，能监制麻、桂之兴奋，而保留其宣肺和血之功。远志、枣仁佐诸药入血通络，入肺解郁，入脑安神，配茯苓（神）补心安神，可治心悸亢进。

总之，风湿性心脏病肺循环障碍，关键是瘀血痞塞不利，治法须强调“以通为补”，故当归、白芍活血缓痛；麻黄开肺去壅，桂枝调和营卫；丹参、桃仁破结化痰而祛瘀；枣仁、远志强心安神；磁石、茯苓（神）镇静平



逆。比之人参养营汤、人参归脾丸、炙甘草汤、加减复脉汤、济生肾气丸之近期疗效，有过之而无不及。

问：风心保安汤常用变化如何？

答：(1) 咳嗽：加百部 9g，紫菀 9g，车前草 15g。

(2) 发绀：加红花 6g。

(3) 心悸多汗：加生龙牡各 30g，柏子仁 9g。

(4) 心区痛、胸闷：加香附 9g，乌药 9g，苏子 9g，制半夏 9g。

(5) 纳呆：加苍术 9g，川朴 9g。

(6) 失眠：加夜交藤 9g，合欢皮 12g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g。

(7) 痰多易咯：加制半夏 6g，陈皮 6g。

(8) 痰黏不易咯：加冬瓜子 12g，瓜蒌皮 9g。

三、肺心病

兰某，女，76岁。1967年5月15日初诊。

患者向有慢性支气管炎已20余年，发则喘咳甚剧，气憋不足以息，喘逆不得平卧，喉间痰鸣辘辘，咯出困难，有反复咯血史，X光透视诊为慢性支气管炎，心肺呈老年性改变，频服中西药收效不大，西医诊断为肺源性心脏病。察其苔白腻，脉弦滑。证属痰火郁结，肺失宣畅；治拟宣肺达痰，降气通络。

处方：三子麻部汤加减。

蜜炙麻黄 6g 苏子 9g 杏仁 9g 浙贝母 12g 旋覆花
9g 代赭石 15g 海浮石 12g 礞石 30g 百部 12g
车前草 24g 橘红 6g 冬瓜子 12g 葶苈子 9g 远志
6g 枣仁 12g

服后即喘平痰利，以后每发辄服此方皆应手而效。



释疑解惑

问：为什么说治疗肺源性心脏病注重治痰？

答：肺心病绝大多数由慢性支气管炎并发肺气肿发展而来。所以支气管黏膜炎变增厚，黏液腺增生肥大，分泌亢进，引起痰饮滞留于支气管内，造成支气管半阻塞或阻塞，实是本病发生之关键。故肺心病“标在心，本在肺”。急则治其标，强心以控制心力衰竭原是要点，但本在肺，肺气不宣，痰浊不化，则氧气来源竭绌，而心力衰竭难支。所以陈老认为宣肺达痰乃是治疗肺心病的根本，三子麻部汤以治之。

问：三子麻部汤的组成与方解是什么？

答：三子麻部汤组成：炙麻黄6~9g，杏仁9g，桃仁9g，苏子9g，葶苈子9g，冬瓜子12g，旋覆花9g，代赭石15g，海浮石15g，磁石30g，炒枣仁12g，远志6g，蒸百部12g，车前草24~30g，化橘红6g，生甘草3~6g。

方解：麻黄宣肺平喘，凡心肺痰气壅遏者多用之。陈老常与麻黄根同用，治疗慢支、哮喘、肺气肿等呼吸系统疾病，一开一合，有调节肺气之功效。麻黄根还能缓解麻黄的副作用，这是在古人认识基础上的发展，经上海市第一结核病医院长期使用，确有较好效果。

方中杏仁降气之上逆，桃仁化血之凝瘀，两仁并用有止咳平喘之功。葶苈子泻肺中之水气以定喘行水，对肺水肿者极为合拍。动物实验表明，葶苈子能增强心脏收缩功能，所以用于本病更为有利。苏子温肺下气开痰，冬瓜子清肺化痰排脓，两者合用对肺气壅塞痰涎不利者有良效。

本方意宗《韩氏医通》三子养亲汤而不用莱菔子，因其无积；不用白芥子，因其痰非寒饮，不在皮膜外。改用葶、苏、冬三子，与肺心病更为合拍。

此外，旋覆花、代赭石降气并治痰涎黏阻；磁石、枣仁、远志镇静强心并化痰；百部、橘红为化痰镇咳之良药；车前草既能镇咳，又能排痰并利水；加海浮石润燥化痰，溶解黏液；甘草调和诸药，润肺镇咳。合而成方，既有宣肺化痰之功，又有强心利尿作用，适当加减，奏效自捷。

问：三子麻部汤常用变化如何？

答：三子麻部汤常用变化如下：①发热、痰浓、痰黄：加山海螺24g，蒲公英9g，金银花12g，忍冬藤24g；甚者加鱼腥草15g，败酱草15g；退热加白薇9g，柴胡9g，黄芩9g。②伴高血压、喘汗不得寐：加麻黄根（与麻黄等量）。③伴肺气梗塞：加重桃仁至15g，冬瓜仁至15g，加枳壳6g，苦桔梗



4.5g, 郁李仁 9g, 瓜蒌仁 9g。④伴肝瘀血肿大: 加柴胡 9g, 生牡蛎 30g, 赤芍 9g, 郁金 9g。⑤支气管痉挛, 影响排痰时须用解痉药, 麻黄改浙贝母 15g, 酌加干地龙 9g, 玉蝴蝶 6g。⑥黏液分泌障碍 (痰黏不利): 加紫菀 9g, 白前 9g, 南沙参 12g, 白果 (打) 9g, 或象贝母 9g, 前胡 6g。⑦痰涎阻塞气机, 时时欲厥, 又不能做手术者: 加猴枣散 0.6g, 竹沥 3 毫升, 姜汁少许冲服。⑧心力不振、虚气上逆、时时欲脱者: 加人参 9g, 蛤蚧尾 4.5g, 黑锡丹 (包煎) 9g。⑨阳虚汗出发冷者: 加制附片 9g, 以护其阳。

至于痰的辨证用药, 除上述及一般寒热虚实的加减用药之外, 浆液性痰加小蓟 12g, 茅根 30g, 薏苡仁 15g (多见肺水肿肺瘀血); 老痰黏滞如絮, 咯之不利, 加海蛤粉 12g, 瓜蒌 12g, 瓦楞子 12g; 痰涎壅盛、大便闭结、内热口渴, 加礞石滚痰丸、竹沥达痰丸适量包煎。

四、中风

徐某, 男, 62 岁。1990 年 1 月 20 日初诊。

患者 1989 年第二次中风。脑 CT 提示为多发性脑梗死。诊见患者体丰, 神志昏迷, 四肢活动不利, 以左半为甚。便秘, 口干欲饮, 舌红绛中裂, 脉弦细而数。证属痲中病灶深邃, 残瘀凝液未能速解; 治拟平肝息风、化痰解凝、开窍泄热, 佐以通腑。处方:

柴胡 9g 生牡蛎 (先煎) 30g 山羊角 15g 水牛角
15g 生鹿角 (先煎) 6g 土茯苓 30g 忍冬藤 24g
连翘 9g 白薇 9g 羌蔚子 9g 决明子 9g 女贞子 9g
郁金 9g 石菖蒲 9g 枳实 9g 生军 (后下) 9g 夏
夏藤 15g

二诊: 3 天后便通, 神识渐清, 纳呆。原方去生军、枳实, 加苍术、川朴、知母。

三诊: 7 剂后纳渐增, 便畅, 寐安, 口干、舌绛中裂均有明显好转。继以原方加减, 隔日 1 剂。

前后诊治5月余，肢体活动渐趋正常。后经随访，病情未见反复。



释疑解惑

问：您认为治疗中风的关键是什么？

答：中风是以猝然昏仆，不省人事，伴口眼喎斜、半身不遂、语言不利，或不经昏仆而仅以喎僻不遂为主症的一种疾病。属现代医学之脑血管意外范畴。所以其治疗关键在于改善脑部血液循环。

问：柴牡三角汤的组成与方解是什么？

答：柴牡三角汤是我创研用于治疗中风的主方，柴牡三角汤的组成：柴胡9~12g，生牡蛎30~40g，山羊角15~24g，水牛角15~24g，生鹿角6~9g。

方解：柴胡宣畅气血，推陈出新。生牡蛎潜阳软坚，消痰行水。柴牡同用，无升阳僭逆之患，有降泄疏导之功。不仅通血道，亦走水道，故举以为君。山羊角代羚羊角，能平肝息风，善解脑血管之痉挛。水牛角代犀角，能清心凉血，治神志昏迷，起醒脑解毒作用。生鹿角能行血、消血肿。古人有用一味生鹿角碾末，醋调敷乳痈立消者，故以之移治脑部凝血留瘀，起潜移默化之效。五味药合而为方，对脑部气血瘀滞，水液潴留，有疏通消散作用。

问：柴牡三角汤的适应证如何？

答：因脑部血流不循常道，凝瘀潴留，以致中风引起之后遗症状。然中风之因，以现代医学分析，有溢血（出血）与缺血（脑血栓形成、脑血管痉挛所致供血不全）之不同。临床应区别“闭”、“脱”而或用潜阳或用温阳随时加以矫正。柴牡三角汤对于脑血管意外、脑血管循行障碍所引起的各种疾病，均有较理想的疗效。特别是上盛下虚病人，用以清除脑内积瘀潴滞，从而调整脑部血行，实为恢复脑功能，改善、减轻后遗症之首要措施。只须患者病机相符，即可持此方以加减。至于病变部位不同，溢血留瘀之深浅多寡不一，其收效之迟速自亦有别，又未可一概而论也。

问：柴牡三角汤的临床常用加减如何？

答：临床常用加减如下：

(1) 当脑溢血尚未完全停止前，除保持安静外，如见颜面潮红，意识模



糊，加代赭石 15g，生地 15g，苈麻根 15g，重者可酌用犀角 12g 磨汁冲服，口噤者可用鼻饲。

(2) 脑溢血甫停，仍须防其络创复裂，加用女贞子 9g，旱莲草 9g，仙鹤草 15g（云南白药亦可用）。

(3) 中风后血压仍偏高，头痛头晕，泛恶拘急者：加生石决明 30g，代赭石 15g，干地龙 9g，牛膝 9g。

(4) 中风后，口眼喎斜，语言蹇涩，半身不遂者：加天麻、僵蚕、决明子、羌蔚子、郁金、石菖蒲各 9g，钩藤（后下）12g，全蝎 4.5g。

(5) 中风后，痰涎壅滞、时时抽搐、咳嗽不爽者：加陈胆星 6g，天竺黄、郁李仁、全瓜蒌各 9g，淡竹沥一支（冲服）；大便闭结不下者，加用生军 9g（后下），以得下为度。

(6) 中风后，余热不退，或有感染，汗出不减，口干舌绛者：加土茯苓 30g，忍冬藤 24g，连翘、白薇、丹皮、山梔各 9g，合欢皮 24~30g（古人用一味合欢皮治肺痈，说明合欢皮不仅能和血宁神，亦有抗感染作用）。

(7) 脑部水液潴留未能及时排泄，引起各种壅阻现象者：重用柴胡、生牡蛎，加泽泻、泽兰、郁李仁，以冀起疏导脱水作用。

至于个体禀赋不同，脑部病灶有别，其相应之症状亦比较复杂。如阴虚者养阴，阳衰者助阳，以及香附，乌药之调气活血，苍术、厚朴之健胃宽肠，夜交藤安神和络，合欢皮和血缓痛，郁金散瘀，石菖蒲开窍，又当随所宜而增损，根据辨证、辨病、辨人三大原则来随机调整。

五、情志失调

案一 顾某，女。1966年7月22日初诊。

患者患神经官能症 1 年，住兵团医院久治不愈，消瘦日甚，不得寐，不思食，腹痛，时作溏泄，发落如梳，指战心慌，怵惕如人将捕之，心烦怔忡，躁急善怒，苔净，脉濡细。证属痰气郁结，心神失宁；治拟强心解郁，潜阳宁神。处方：

制附子 6g 灵磁石 30g 生龙牡（各） 30g 制远志 6g
酸枣仁 12g 夜交藤 12g 合欢皮 12g 茯神 12g 北
秫米 12g 制半夏 9g

柏子养心丸，每天 2 丸。

服完 15 剂，纳欲大增，得安寐，神经急躁症状大安，再服 30 剂，诸恙皆安，遂恢复工作，无异状。

案二 高某，男，40 岁。1964 年 7 月初诊。

主诉：心悸失眠，四肢无力，左胸侧如流水样滚动 8 年。

病史：1956 年开始一直感到心悸失眠，四肢无力，左胸侧如流水样滚动，心率最高达 160 次/分。经干部疗养院疗养两年，四医院（精神病院）治疗及针灸治疗效均不显，心肺正常，肝脾（-），膝反射亢进（++）。

刻下：心慌气短，疲困乏力，烦躁不安，思虑无穷，自觉肌肤如有虫行，神志恍惚，不敢独行，夜不得寐，食不知味。自觉五脏翻腾如转轴轮，手指抖索，懊恼莫名所状，舌苔薄白，脉来细数而乱。

辨证：男子脏躁（神经官能症）。

治则：清心养脏，安神定志。

处方：甘麦百合汤。

甘草 15g 淮小麦 30g 百合 12g 大枣 10 枚 香附 9g
桂圆肉 12g 莲肉 12g 枣仁 12g 远志 9g 合欢皮
12g 磁石 30g

连服 90 剂，七制香附丸每天 1 包，临床症状大部消失。全休 8 年现已能参加学习。语言举止亦鲜慌张不安之状矣。继续治疗并观察至 1965 年 4 月，无异常。并参加社教亦能任劳如常。但常服人参归脾丸，颇适。



释疑解惑

问：您对情志病有何见解？

答：情志与情志疾病是中医学体系中的重要概念和组成部分。中医的情志包括现代心理学所说的情绪、情感、思维、意识等，古代将其归结为



“喜、怒、忧、思、悲、惊、恐”，即所谓七情，另也有与五脏相应的“喜、怒、忧、思、恐”五志，其基本概念相仿。

情志发病有双向性，人体对情志有自我调节的能力，在正常情况下，不会引起疾病。但一旦感受的刺激过于突然，过于强烈或长时间的折磨，超越了自身承受能力时，进一步影响人体脏腑的功能及气血津液的运行，则会引起情志疾病，如《灵枢·本神》所说“愁忧者，气闭塞而不行。”《素问·举痛论》说：“思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。”《素问·本病论》说：“人忧愁思虑即伤心”，“人或恚怒，气逆上而不下，即伤肝也”。这种情志疾病的产生是双向的，人体脏腑功能的失调，气血运行不和，有时也会引起人体情志的变化而产生情志疾病。如《灵枢·本神》说：“心气虚则悲，实则笑不休”，“肝气虚则恐，实则怒”，“血并于阴，气并于阳，故为惊狂”等。因此，中医常通过调节脏腑功能，舒畅气血运行等等，辨证论治来治疗情志疾病。

由于分类方法不同，中医的情志疾病包含内容较广，包括西医的心身疾病，神经官能症、精神疾病及其他分类中讲到的各种精神症状。情志疾病的范围较广，中医的治疗非常有特色，远远不足一二法所能概括，临床一定要详察病人色脉，根据病症，审证求因，辨证论治，才能最大程度地发挥中医优势，取得良好的效果。

问：潜阳宁神煎的组成与方解是什么？

答：五脏失调都有其不同的情志表现，气血失调也会导致情志失调。但在情志疾病中，“心”又处于关键地位，因为“心藏神”，“心主神明”，心静则神明，故创制“潜阳宁神煎”，在治疗情志病中常能取得独特疗效。潜阳宁神煎方剂组成：制附子 4.5 ~ 9g，灵磁石 15 ~ 30g，生龙骨、生牡蛎各 30g，制远志 6g，酸枣仁、夜交藤、合欢皮、茯神、北秫米各 12g，制半夏 9g。由于神志疾病，病程较长，经久不已，故本方当多服，乃至一月，疗效才显著。

方解：附子强心，与磁石同用是兴奋加镇静，既有强壮之功，又能抑制虚性兴奋，镇惊安神，治疗神经衰弱之失眠有良效；附子与枣仁同用，辛通加酸收，有缓和作用，能调节心血管系统自主神经之紊乱；与龙骨、牡蛎同

用，潜阳宁神。远志、茯神、夜交藤、合欢皮合半夏秫米汤，祛痰解郁，益智宁神，全方起到强心益智，潜阳宁神作用。

问：《金匱要略》用“甘麦大枣汤”治疗“妇人脏躁，喜悲伤欲哭”，您对此有何见教？

答：其实此方不限于妇人，男人也有此症，多由情志抑郁或思虑过度引起，药味虽然简单，但只要配伍得当，能取得非常好的疗效，如案二。

六、白塞病

马某，男，29岁。1964年6月2日初诊。

1959年2月开始发现足胫痛及两膝肿痛，目花，视物有金星飞舞。肿处白天发凉、夜晚发热。阴囊溃疡、口腔溃疡，各大小关节出现大小不等之结节状肿块，久治不愈，反复发作3年。第一次在友谊医院经邀请陆军医院及区医院会诊，确诊为白塞综合征（1962年4月），给予西药治疗未效。第二次（1964年6月）再住进友谊医院，重复肯定是白塞病，治疗仍以激素（可的松）为主，长期服用不能中断。一旦停药可的松，症状即加重（1964年1月曾因停药可的松致双目模糊甚至看不到东西。足底及足踝频发结节，焮红，步履不便）。

刻下：全身大小关节有结节状肿，焮红作痛，足底亦发有7~8个，以致不能步行。口腔及阴囊溃疡反复发作已5年，此起彼伏，从未根除。心悸阵作，发时令人懊恼难支。每天必发作一阵。手足心出汗，手指发凉发硬影响伸屈。食欲不振，日食量仅250g。夜寐不酣。每天服用强的松4片，病重时吃6片。面色凄苍，消瘦倦怠，舌苔薄白，舌质光红，脉象濡数。证属阴分有热，灼烁脾肾；治拟甘凉清润，解毒泄热。处方：

甘草 15g 忍冬藤 30g 合欢皮 30g 土茯苓 30g 元
参 15g 地骨皮 12g 当归 9g 白芍 9g 枸杞子 12g
杭菊花 12g 潼沙苑 12g 玉竹 12g 桑枝 12g 薏苡
仁 15g



前后服药 60 剂，激素每周抽减 1 片，4 周抽完，从 6 月 27 日开始激素全部停药。迄至 9 月 1 日，观察两月余，全身大小关节结节焮肿于 1 个月内全部消退，足底焮肿亦全消，已能步行自如。口腔溃疡一周后全消，阴囊溃疡一月后收敛，一直未曾再发。阵发性心悸难忍感，两周后痊愈，迄未再发。手心出汗、手指发僵，两周后改善。食欲大振，日食量从 250g 增至 500g，恢复病前定量。精神大振，于第一月后即全天上班。可的松全停两个月，无异常反应。

1964 年 9 月嘱到自治区人民医院白塞病专科小组作病愈鉴定，承认此病已经基本治愈，仍须继续服药以求巩固。10 月国庆节后因病情稳定，嘱停中药两个月，观察其脱离药物治疗是否可能复发。到 1965 年 1 月中旬，患者单位来了解情况，给予证明已经痊愈，可以恢复工作。



释疑解惑

问：白塞病在中医看来属何范畴？当如何治疗呢？

答：白塞病（白塞综合征）以 1937 年土耳其医生 Behcet 首次报告而命名。由于其临床表现多为口、眼、生殖器反复发作性溃疡，故又称为“口—眼—生殖器三联症”。本病较为少见且原因不明，是一种以细小血管炎为病理基础的慢性、进行性、复发性多系统损害疾病。本病与中医学典籍《金匱要略》中“狐惑病”所记载的症状颇相类，故一般多把本病归属于狐惑病范畴，但又非狐惑病所能全部概括。

本病在临床中完全符合之典型病例并不多见，所以现今多认为口、眼、生殖器三大部位的炎症只要具备两项，即有诊断意义。也有人认为本病诊断标准分主要条件和次要条件两部分。主要条件除上述三部位的损害外还包括皮肤损伤。次要条件为：胃肠道症状、血栓性静脉炎、心血管损伤、关节炎、中枢神经系统损害及家族史等方面。凡具备三个以上主要症状或两个主要症状加两个次要症状即可诊断。

问：白塞病当如何治疗呢？

答：在治疗本病时，当采用辨证与辨病相结合的方法，清阴泄热，消炎防腐。以自拟“柴牡七白煎”为基本方，用柴胡、牡蛎宣畅气血，“土、忍、

翘、薇”通幽泄热，为正本清源之图。七白参差使用，以防腐收敛，控制病变之蔓延。可用以却病，亦可用之预防复发。取药平淡，用药清灵，无苦寒伤中之弊，亦稳中取胜之道也。

问：柴牡七白煎的组成与方解是什么？

答：柴牡七白煎：柴胡9g，牡蛎、土茯苓各30g，忍冬藤24g，连翘、白薇、白蔹、白蒺藜、白鲜皮、白僵蚕、白芷、白附子各9g。

方解：病不能离开人体而独立，因而病变的反应，亦每因人而异。故在治疗任何疾病时，均注意人的整体调理，并根据不同的临床证候而对处方随时加以调整。本方柴胡、牡蛎合用，以调整整体，宣畅气血，推陈出新。土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇，作为一组药物，是矫正病理亢奋之要药，功能通幽泄热，护阴解毒，有增强人体免疫力及抑制免疫机制亢进之双向调节作用，过与不及之偏均可纠正。现代医学认为免疫机制异常为本症之一大病因，本药组即为此而设。七白之中，白薇、白蔹治血分之热；白鲜皮、白蒺藜善治皮肤疮疡、祛风止痒；白僵蚕功可脱敏解毒；白附子、白芷可祛头面之风。七味合用，清阴泄热，消炎防腐，随症加减，何症偏重则以相应之药侧重而用之。

问：柴牡七白煎的常用变化如何？

答：柴牡七白煎的常用变化如下：

(1) 苍术健脾悦胃，具斡旋大气之功，故常用以整体调理。虑其燥烈，伴用玄参、知母以润其燥。

(2) 体实多热、邪热壅盛者：加三黄（黄芩，黄柏，黄连）、生山栀、生大黄。

(3) 咽痛者：加西青果、挂金灯、山豆根。

(4) 面红目赤、迎风流泪者：加桑叶、杭白菊。

(5) 肾虚耳鸣者：加磁石、细辛。

(6) 齿痛者：加双骨（补骨脂、骨碎补）。

(7) 关节疼痛者：加桑枝、秦艽、鸡血藤。

(8) 女性白带多者：加贯众、椿根皮、白果、白鸡冠花。

(9) 阴虚火旺者：加玄参、知母、生地、石斛。



- (10) 腰酸肾阴不足者：加女贞子、旱莲草、枸杞子、制首乌。
- (11) 纳呆者：加苍术、厚朴、鸡内金。
- (12) 口腔溃疡者：加白残花（野蔷薇花），该药可消炎敛疮、排腐生肌。单用水煎漱口，可令口腔清洁爽适，每以为治本病之辅。
- 若体赋素虚者，党参、白术、天麦冬、石斛等可随机损益。

七、慢性肾病

朱某，女，46岁。1968年7月28日初诊。

确诊慢性肾炎、肾功能不全已7年，伴有高血压（160/100mmHg），尿蛋白定性（+）~（++），红细胞5~6个/HP，有管型。面浮肢肿，面色白无华，小溲频数失约，纳、寐尚可，口干，腰酸，带多，神疲，脉濡，舌有红点，苔薄腻。中西医久治不效。证属肾病既久，渗利过频，肾阳困惫，肾阴耗竭；治拟强肾葆真，泄浊排毒。处方：

桑寄生 12g 续断 12g 狗脊 12g 鹿衔草 12g 土茯苓
 苓 30g 忍冬藤 24g 连翘 9g 白薇 9g 知母 9g
 甘草 4.5g 苍白木（各）9g 黄柏 9g 柴胡 9g 生
 牡蛎（先煎）30g 香附 9g 乌药 9g 鸡冠花 12g
 椿根皮 9g 黄精 9g 楮实子 9g 菟丝子 9g

每周6剂，停药1天，以苏胃困。

二诊：守方加减服5个月，病情稳定，腰痛大减，血压相对稳定。原方去鸡冠花、椿根皮、知母、甘草，加蚕茧壳、山萸肉、破故纸各9g，黑大豆15g，续服3个月。

面浮肢肿退，面色亦略复红润，腰酸神疲带多等大减。自述过去蛋白尿7年未断，并伴有或高或低之血压波动。自服药后管型基本未再出现，虽尿检蛋白仍偶有出现，但血压基本稳定，自己很满足，乃携方去外地疗养。



释疑解惑

问：您认为治疗慢性肾病的关键是什么？

答：治疗慢性肾病，关键在于“葆真泄浊”，这是我的一贯主张。“肾之功能，葆真泄浊四字尽之矣。其治疗的对策，亦不外此四字而已。至于不同的兼夹症状，不同的禀赋体质，则随所见而予以不同之加减。”

问：“葆真泄浊”的理论依据是什么？

答：所谓“葆真泄浊”，包含了“培本”与“祛邪”两方面的内容。葆真就是培补、保养肾脏，使受到病邪侵害之肾脏增强御邪之能力。发挥其填髓生精，强筋壮骨之生理功能，使不该流失的肾之真元（如蛋白质、红细胞等）得以封固而不致外泄。泄浊就是将人体罹病以后累积潴留于体内的、代谢过程所产生的废残物质及多余的水分等，通过二便或皮肤（汗腺）排出体外。所以，一方面着重“强肾以葆真”，一方面亦重视“泄浊以排毒”，二者不可偏废。

慢性肾病，大多为退行性病变，既有正虚的一面，又有邪实的一面，故纯虚纯实、纯寒纯热者较少见。大多数患者病程长，病因病机复杂，不少病例伴有肾脏实质病变。由此而引起之肾功能障碍，往往寒热夹杂，虚实相兼。如果胶守一法，纯补纯泻，或纯寒纯温，皆非所宜。特别是许多患者由于长期应用抗生素及激素，往往伴有药源性因素，使病理机制格外复杂，在治疗上每有顾此失彼之窘。肾功能不全，并出现氮质血症的肾病患者，既不能葆真，使大量不该泄漏的有益成分（如糖、蛋白等）丢失，又不能泄浊，把体内应该排泄出去的废料（如尿酸、尿素之类）排泄出体外。因此引起连锁反应，出现一系列虚实夹杂症状。而且病程长则病变的影响面亦大，故慢性肾病不是肾脏一处有病，而是整体性病理反应。治疗对策，亦须衡量机体反应之缓急轻重，各随其所宜，而处以针对性方案。

问：强肾泄浊煎的组成与方解是什么？

答：组成为桑寄生 12g，续断 12g，狗脊 12g，鹿衔草 12g，土茯苓 30~60g，忍冬藤 24~40g，连翘 9~12g，白薇 9~12g。

方解：肾病而伴有肾功能不足者，不能一味蛮补，亦不能峻利。之所以常用桑寄生、续断、狗脊、鹿衔草，是认为此不仅是风湿腰痛药，其实也是



强壮肾功能的有效药。四味合用，能守能通，有寓通于补之意，临床收效甚捷。或问补肾强肾何以不用杜仲？是因“杜仲守而不走，有固缩小便作用，但不利于泄浊。如果肾虚而小溲清长者，则杜仲自当入选。有的还可加入破故纸、潼沙苑、山药、山萸肉之属，不可拘泥。”

清热解毒药，一般常用三黄（黄芩、黄连、黄柏），但我认为三黄苦寒直折，久服败胃，有利亦有弊。而土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇，能清热解毒而又无寒中碍胃之弊。方书谓土茯苓、忍冬藤善解金石之毒。现代医学认为土茯苓不但解病毒等“有机之邪”，对滥用、久用化学药物者，又有解毒辟秽之功。凡久服激素化学药品的患者，辄取此类药，有抑制变态反应之能。如有新感染，则蒲公英、虎杖皆可予投。

临症时常伴用柴胡、生牡蛎、香附、乌药四味。意在柴牡同用，走淋巴，利水道；香附利血中之气，乌药利气中之血。四者一升一降，一气一血，能宣畅气血，推陈出新，为治疗肾病创造有利条件。

问：强肾泄浊煎的加减变化如何？

答：强肾泄浊煎的加减变化如下：

- (1) 如浮肿较甚，小溲不利者：加泽泻、泽兰、车前子、路路通。
- (2) 小便利而尿蛋白偏多者：加蚕茧壳、菟丝子、淮山药。
- (3) 如见小便利而有红细胞者：加槐花米、荠菜花、蒲黄（地榆亦可用）。
- (4) 伴见血压高者：加杜仲、牛膝、旋覆花、代赭石。血压接近正常即去之。
- (5) 偏阴虚而舌绛口干者：加生地、麦冬、知母、山药。
- (6) 偏阳虚而舌淡口和者：加制附子（先煎）、仙茅、仙灵脾、蚕蛹（制附子若炮制不透，其中心仍色白如生品者，多有毒副作用，可加知母、生甘草以解之）。
- (7) 气虚者：加党参、黄芪，同时可加用大腹皮以疏其壅。
- (8) 血虚者：加首乌、枸杞子，同时加赤芍、当归以和其营。

以上之加减，多偏于治本之道。由于本方之组合，药性平和，无大燥、大烈、大泻、大利之品，故可较长时间服用。每周停药一天，毋使胃困。如已获效，更须持之以恒，勿见异思迁。

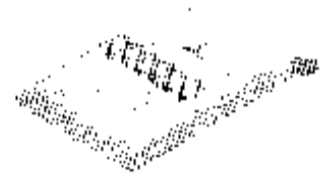
八、糖尿病

李某，男，54岁。1995年4月17日初诊。

近3年极不耐饥，食而后安。1年来无明显原因体重减轻3.5公斤。乏力，易口干，溲长而频，1日解尿10余次。舌红苔薄黄腻，脉沉弦。证属肝肾阴虚，脾胃湿热；治拟滋阴清热，健脾利湿。处方：

生地 30g 山药 24g 山萸肉 9g 知母 9g 天花粉 9g
地骨皮 9g 党参 12g 黄连 3g 黄芩 9g 麦冬 9g
玉米须 30g 苍术 9g 香附 9g 大腹皮 9g

每日1剂，20天后血糖降至6.9mmol/L。后以此方随证加减续服，空腹血糖一直维持于正常范围。



释疑解惑

问：您对糖尿病治疗有何见解？

答：糖尿病古代称为消渴病，传统有三消之分。消水多饮为上消，消谷善饥为中消，渴而溲频为下消。观其标虽为三，但临床不必强分。

《黄帝内经》曰：“二阳结，谓之消渴。”二阳者手阳明大肠主津液、足阳明胃主血气。津液不足发为消渴。说明消渴与二阳经气有关。

辨消渴当辨气血虚实为要，消渴者，消为肌肤消瘦，渴为津液不足。上消者，心也。烦渴多饮，大便如常，溺多而频。中消者，脾也。善渴善饥，能食而瘦，溺者便闭。下消者，肾也。精枯髓竭，引水自救，饮多溲也多，随即溺下，稠浊如膏。说明三消症与心、脾、肾有关。上焦于心移热于肺，中焦于脾移热于胃，下焦于肾移热于膀胱。上轻中重下危。说明消渴之为病是有重点的，不仅病系于脏，亦涉及腑，并不是固定在某一脏腑的。

《医学心悟·三消》：“三消之证，皆燥热结聚也。”《丹溪心法·消渴》：“消渴，养肺、降火、生血为主，分上中下治。”张景岳云：“无论上中下消，直宜治肾。”消渴病之治疗，不仅要认清经络脏腑的关系，还要注意气分、



血分、虚证、实证之别。气分渴者喜饮冷水，当予寒凉渗利之剂以清其热，热去则阴生而渴自止；血分渴者口干作渴喜作热饮，当以甘温酸化以沐其阴，阴生燥除则渴自止。治消渴尚需辨明虚证、实证。如因实火而致津液耗损，治宜降其火，津液滋生，消渴自止。如系阴虚肾水不足，直宜治肾，阴液渐充，精血渐复，渴必自止。

问：三消有上、中、下之分，治疗上有何不同？

答：上消初起渴而善饮，口干舌黏，大便如常，小便频数，为肺热伤津，宜滋阴润燥。方宜六味地黄合门冬饮子。中消，消谷善饥，饮食倍，大便干结，是谓中焦燥实，宜用玉女煎。下消，溲频而多或如膏浊，是肾阴消蚀，肾阳亦惫。方用六味地黄汤合金匱肾气丸。

问：您治疗糖尿病常用消渴八味丸，其组成和临床变化如何？

答：消渴八味丸组成为生地 30g，山药 24g，山萸肉 9g，知母 9g，天花粉 9g，地骨皮 9g，党参 12g，麦冬 9g，玉米须 30g。

辨证加减如下：

- (1) 高血压：加夏枯草 12g，茺蔚子 30g，决明子 30g。
- (2) 多食善饥：加黄连 3g，黄芩 9g。
- (3) 多饮：加生石膏 30g，知母 12g。
- (4) 皮肤瘙痒：加地肤子 9g，白鲜皮 9g。
- (5) 阴部瘙痒：加贯众 15g，土茯苓 30g。
- (6) 周围神经损害：加金银花 12g，连翘 9g，绿豆 30g，瓜蒌 12g。
- (7) 视力模糊：加青箱子 12g，决明子 12g，女贞子 12g，石决明 30g。
- (8) 浮肿心悸：加冬瓜皮 12g，西瓜皮 12g，生枣仁 12g，合欢皮 12g，泽泻 12g。
- (9) 尿多如脂如膏：加益智仁 9g，桑螵蛸 9g，五味子 12g，覆盆子 12g。
- (10) 酮症酸中毒：加忍冬藤 24g，冬瓜子 12g，橘红 9g，竹茹 9g。
- (11) 阳气虚弱，神倦乏力：加党参 30g，或人参 9g，黄芪 15g，鹿角霜 12g，益智仁 9g。
- (12) 阴精不足，消瘦燥热：加沙参 12g，黄精 9g，玉竹 9g，首乌 12g，女贞子 9g。

九、胆结石

杨某，男，66岁。1989年1月初诊。

原有结核病史。1988年10月开始出现上腹疼痛，有时剧烈。经上海市第一人民医院B超诊断为胆结石。数日前因过食油腻后疼痛又发，伴有呕吐，大便不实，舌红苔薄腻，脉弦。证属饮食不节，湿热内蕴肝胆；治拟疏肝利胆，清泄湿热。

处方：柴牡五金汤加减。

柴胡 9g 生牡蛎（先煎）30g 白芍药 9g 制香附 9g
金钱草 30g 海金沙（包煎）15g 鸡内金 9g 制厚朴
6g 姜半夏 9g 陈皮 4.5g 茯苓 12g 淡竹茹 9g
枳壳 4.5g 川楝子 9g 冬葵子 12g 冬瓜子 12g 元
胡 6g

除头晕加潼白蒺藜各9g外，其余如上述加减，服用56剂，完全恢复，B超复查结石未见。再服舒肝和络饮以善其后。3年来未再复发。



释疑解惑

问：您认为治疗胆结石的关键是什么？

答：胆结石是临床常见病之一。它的发病机制复杂，但其形成，与胆汁郁滞、排泄不畅密切相关。

目前，中医对胆石症的治疗，大多分气郁、湿热、脓毒三型，在具体治则上存在不同的看法。有的从胆石静止期着手，强调提高气郁型疗效，并将其分为肝气郁结、肝胃不和、肝阴不足三型。有的主张从病邪热化的程度，将其分为蕴热、温热、热毒（脓毒）三个不同阶段，强调通里攻下与清热解毒。有的则从原发性肝胆管结石病例多有脾胃阴虚的证候出发，强调胆脾分消，主张胆脾同治，加茵陈、郁金等药品加消导药。慢性胆石病的辨证则重视肝肾两脏关系，分别应用疏肝利胆、健脾和胃及养肝柔肝和疏利肝胆相结



合的方法。

各种治疗方剂很多，但治法不外疏肝利胆、清热利湿解毒、通里攻下等几种，也多以大柴胡汤、茵陈蒿汤为基础加减化裁。

我认为当以疏清滑利以通为用，胆附生于肝，胆汁乃肝之余气所化。《东医宝鉴》云：“肝之余气泄胆，聚而成精。”故胆的病变与肝的疏泄功能密切相关，基于此，我认为清泄湿热当与升降滑利相结合，方能取得理想的效果。因为肝的疏泄正常，气机的升降也正常，则胆汁排泄畅达。反之，肝失疏泄，郁而化热，引起肝热灼液，导致胆汁排泄不利，就会造成郁结，聚而成石。因为不管是气郁型、湿热型或脓毒型，均与肝脏气机升降失调有关。结石是标，气滞是本，所以治疗胆石症必须重视气机升降，疏肝理气。现代药理研究表明，理气开郁能降低胆管口括约肌的紧张度，减少胃酸分泌和游离酸钙，使胰腺分泌减少，解除胰管梗阻力，减少压力，增加胆汁的分泌，与中医理论相合。

胆石症以湿热型为最多见，湿与热两者，目前均以清热为主。而我认为还当注意配以甘凉滑利之品。因为甘凉滑利之药多能去湿，湿去则热无所依，再加滑利对消痈化石、利窍排毒均有好处，故治疗胆结石当以疏、清、滑、利为主。疏以解郁，清以泄热，利以去着。

问：柴牡五金汤的组成与方解是什么？

答：柴牡五金汤的组成为柴胡9g，生牡蛎（先煎）30g，海金沙15g，广郁金9g，鸡内金4.5g，金铃子9g，金钱草15~30g，青陈皮（各）5g，枳实6g，甘草4.5g，川厚朴6g，瓜蒌12g，冬瓜子18g，冬葵子12g。

方解：柴胡与牡蛎同用，《本草经解》认为“柴胡轻清，升达胆气，胆气条达，则肝能散精，而饮食积聚自下”。牡蛎味咸性降，《汤液本草》认为“咸为软坚之剂，以柴胡引之，故能去胁下之硬”。故两者合用，一升一降，不但能宣畅气机，还有软坚散结之功效。

郁金、金铃子、青陈皮，疏肝以解郁，理气兼消积。现代药理分析得知，郁金所含挥发油，有促进胆汁分泌和排泄作用，并使胆囊收缩，有利胆作用，挥发油还可溶解泥沙状结石，故用于胆结石尤宜。

海金沙、金钱草、鸡内金，清泄湿热，利水通淋，化坚消石。鸡内金兼

可健脾，须生用碾末吞服。冬葵子、冬瓜子、瓜蒌，滑以去着，通窍利湿，还有消痈排毒作用。制川朴、甘草、枳实，不加大黄而配以滑利之品，既有小承气汤行气除滞、清热通便作用，又可避免用药过峻而伤胃气。

本方虽以疏清滑利为主，但药不过峻，所以只要患者不是十分虚弱，一般都可使用。

问：柴牡五金汤的常用变化如何？

答：(1) 伴有炎症发热者：加土茯苓、忍冬藤、连翘、白薇。

(2) 出现黄疸者：加茵陈、山栀。

(3) 胁痛者：酌加香附、乌药、元胡。

(4) 呕恶胸痞者：酌加姜半夏、姜竹茹、枳壳。

(5) 纳呆者：加苍术、焦山楂、焦神曲。

(6) 大便不畅者：酌加郁李仁、桃仁、大黄。

另外，每天服雪羹汤一剂。

问：那么雪羹汤又是什么？

答：雪羹汤用大荸荠4个，海蜇皮（漂去石灰矾性）30g，水煎服。

此方出于清代《绛雪园古方选注》，云：“羹，食物之味调和也；雪，喻其淡而无奇。荸荠味甘，海蜇味咸，皆性寒而滑利。凡肝经热厥，少腹攻冲作痛，诸药不效者，用以泄热止痛，捷如影响。”我取其滑利以排石，泄热以止痛，久服而不伤正气，亦“食疗以辅之”之意也。

问：那么舒肝和络善其后又是怎么回事呢？

答：六腑以通为用。胆石即使排除以后，也还有复发可能，当保持其气机的通利。故用舒肝和络饮善其后，防止复发。舒肝和络饮是在“病多参郁”的思想上研制而成的，旨在舒肝，法在通利。故仍以柴胡、牡蛎为主药；香附、乌药调气活血，疏肝消痞；苍术、厚朴温中燥湿，宽胸利膈，散满行滞；郁金、石菖蒲开窍豁痰，利胆解郁；夜交藤、合欢皮和血安神，故能达到气血流畅，消化正常，以防胆石再生。

乔仰先

· 名 医 ·



【名医简介】



乔仰先 (1914—2004)，江苏省建湖县人。上海市华东医院中医科主任医师，1991 年被评为全国首批名老中医，1995 年获首届“上海市名中医”称号。历任上海市闸北区第一、第二届卫生工作者协会主任委员，全国中医学会上海分会第三、第四届理事，中华医学学会上海分会老年医学委员会，上海市中医医院专家顾问委员会委员。

乔老 1936 年起在江苏悬壶济世，1946 年移居上海，在闸北区开业行医。1954 年进入上海第十一人民医院（后改为上海中医学院附属曙光医院）中医内科工作。1961 年调入上海市华东医院，长期从事中医临床、教学及科研工作。1990 年被收录于上海市卫生局核准的《上海当代名中医列传》一书。

乔老一生致力于中医事业，在中医药沃土上辛勤耕耘劳作，几十年如一日地用他丰富的中医药知识为病人服务，无论是党和国家的高级干部，还是普通平民百姓，他都一视同仁，不为名、不为利，默默奉献。乔老

在医疗工作中，作风严谨，深入细致。为了解决外地病人治病难的问题，多年来一直坚持接受书信咨询，利用业余时间解答病员来信，赢得了群众的敬佩与赞扬。在他的心目中，病人的利益高于一切。每当患者被病魔缠绕，情绪低落时，他总是积极地鼓励病人，想方设法地为病人诊治，也因此与病人之间建立了良好的医患关系。在乔老病危期间，很多病人都自发地赶来看望他。乔老常对学生讲：“医德是服务之本，医术乃服务之技。如果没有高尚的医德，就是没有正确的思想作指导，医术再精湛也难做到全心全意为病人服务；反之如果



没有高超的医术，就没有治病的技能，医德再高也无能为力。”因此他认为行医者必须医德高尚，医术精良。乔老在古稀之年仍然身体力行，时刻为病人着想，每逢他的门诊常常到下班时间仍有许多病员在排队，他总是牺牲自己的休息时间来坚持为病人诊治。为了解决疑难病症，他经常要查阅资料，反复思考，有时要到晚上11点甚至更晚才休息。乔老由于医术精湛，品德高尚，受到了医院同仁的广泛好评，也赢得了广大病人的尊敬。



华东医院是一所干部保健医院，除了要承担市民医疗，干部医疗保健也是工作的重点，乔老既要完成市民中医医疗，又要保证干部医疗的顺利进行，常常利用休息时间在病房里为干部进行中医会诊，任劳任怨地工作，每次都能很好地完成干部保健任

务，受到广大干部的好评。乔老数十年如一日地辛勤工作，在1985年获得了上海市卫生局颁发的“从事中医工作五十年、为继承发扬祖国医药学作出贡献”的表彰，1993年起享受国务院“政府特殊津贴”。

多年来乔老除了完成繁忙的医疗任务外，还十分注重中医教学和人才的培养。他是第一届全国老中医药专家学术经验继承班导师之一，还担任由上



海市卫生局、中医文献馆主办的中医第一至五届研究班、西医学习中医班及其他学习班的授课与带教老师，讲授中医经典著作，将自己多年积累的心得体会和宝贵经验毫无保留地传授给大家，培养了一大批中医人才。乔老临床擅长血液病、肝病、心脏病、老年病等疾病的治疗，并积累了丰富的临床经验，这从他撰写的《再生障碍性贫血研究》《冠心病证治》《慢肝四大见证证治》等医学论著中



可见一斑。乔老行医近七十载，勤求古训，熟谙岐黄之术，在学术上推崇叶天士、李中梓、唐容川的理论学说，提出“杂病治疗，重视治肝”、“疾病调理，注重脾肾”的观点，尤其在治疗老年病及血液病时更注重“肾为先天，益肾应在健脾之首”、“气为血帅，补气当在补血之先”的观点。

【学术思想】

一、杂病治疗，重视治肝

细细研究乔老治疗内伤杂病的病案，所开药方，十之七八可见到与治肝有关的方药，或以之为主，或以之为辅，问其何以然？乔老认为，人身之病为阴阳失调，究其因，主要在于气机不利，情志郁而不舒所致。《灵枢·百病始生》指出：“夫百病之始生也，皆生于风雨寒暑，清湿喜怒。”这里所致的原因，除外因为六淫之邪外，首推喜怒不节，即七情所伤，使人体情志郁滞，气机失调，其始常见气滞，进而出现血瘀痰结，故治疗上首先须疏通气机。由于肝“通于春”，性升发，主疏泄，而人体的情志条达，气血的流畅，饮食物的消化与排泄，水谷精微的输布与转化，人体的精、气、神、津液、血在各脏腑的功能发挥，都必须借助于肝的疏泄功能，因此，人体为七情所伤，气机失调，惟肝为之。如肝的功能正常，则人的气机调畅，各脏腑功能正常，人的精神守护于内，则百病安生。

其次，肝的本身病变多样，病证广泛。由于病家情志不遂，易使肝气郁结。当肝郁之时，当以疏泄为要，但是有的医家不以之为患，则使病家郁而



化火，火热内盛，则阴血自伤，出现肝阴肝血不足，使肝之易虚。又由于肝之易郁、易虚，使阴亏火旺，则为肝火，且肝为风木之脏，主动而难静，则为肝风。

再次，肝病易影响他脏，正如清代的李冠仙在《知医必辨·论肝气》中说：“人之五脏，惟肝易动难静。其他脏有病，不过自病……惟肝一病，即延及他脏。”如刑金、乘脾、扰心、累肾。以临床上多见的肝气犯胃为例，胃为水谷之海，与脾互为表里，共司升清降浊之功，其发生的病证虽与脾有关，但与肝的关系更为密切，清代的叶天士在《临证指南医案·木乘土》中指出：“肝为起病之源，胃为传病之所。”因此胃的病证常伴见肝的病证表现，这是由于肝与胃同居中焦，木旺乘土，肝木之气郁而不疏，或郁而发热，或化火上亢，均易横逆犯胃，影响胃的正常功能而出现胃的各种病证。一般而言，胃的病证可单独由饮食不节，或胃肠素虚寒又过食生冷等原因造成的，但大部分胃的病证从表现来看均与肝有关。如胃痛伴见胸胁胀痛或痞闷，情志抑郁或性情急躁，胃脘部怕冷，喜热饮等，属肝郁胃寒型，用疏肝温胃法调治。方用柴胡疏肝散加黄芪建中汤为主方。如胃痛伴见胸胁胀痛或痞闷，心烦易怒，目赤升火，口苦，口臭，恶心，舌苔黄，属肝旺胃热型，治拟清肝泻火和胃，方用龙胆泻肝丸和左金丸加减。

乔老提出“杂病皆重视治肝”，同时临床还需考虑其他脏腑与肝脏的相互协调，相互影响，故治肝常与其他脏腑同治。如在老年病的治疗中，由于老年肾虚元气不足，无力推动血行，因气虚导致气滞，继而血瘀。人身的气血贵在疏通，流通不已，生机不息，故在治疗中补虚活血常与疏肝理气同用，病治用药，疏通为贵。另外湿、热之邪常与肝病夹杂，如湿邪每易阻碍气机的调畅，造成气滞，而气滞常与血瘀伴随而见；与热邪相合常见肝热；湿热蕴结肝经则见肝胆湿热之证。故治疗杂病，应重视肝，辨证施治，或以治肝为主，或与他脏合治，或以驱邪为主兼以治肝等。在具体治肝方法上，清代王旭高对肝病提出了很多值得学习的方法，如疏肝、柔肝、养肝、清肝、泻肝、补肝等。但就上述治病重肝的三种原因，其始常为气机调畅不利，故始终应重视肝气的条达，治疗要点在于“疏通”二字，即疏泄肝气，通利气机。以疏肝理气为先，柴胡疏肝散、四逆散、逍遥散为首选之方，可使人体

气血条达，阴阳平和，达治病祛邪之目的。正如《素问·至真要大论》曰：“疏其血气，令其条达，而致和平。”

二、疾病调理，注重脾肾

疾病调理是指在疾病治疗过程中对疾病相对稳定而病家正气虚弱阶段的调养和理虚，一般包括气、血、津液、精、神虚衰，脏腑虚损等方面的调理。在这一阶段的治疗中，注重脾肾。其原因是什么呢？这主要是乔老在理论上、临床上推崇明代李中梓的“先后天根本论”，即“先天之本在肾，后天之本在脾，精血的源头在于肾，阳气的源头在于脾，脾肾两脏安和则一身皆治”。故在疾病调理阶段应注重脾肾的治疗，其要点如下。

（一）养胃在先，顾护胃气

在疾病进展过程中诸脏腑虚衰，或老年人气血脏腑虚衰，脾胃同样累及，造成胃气虚弱，脾胃的受纳运化失职。因诸脏腑虚衰，必须有赖于脾胃，通过脾胃吸收营养，才能促进身体康复。所以疾病调理首先要健脾养胃，顾护胃气，中医有“人以胃气为本”、“有胃气则生，无胃气则死”之言。在临床上辨脾胃寒、热、虚、实之不同，分别以温胃助运、清热养胃、理中健脾、消食导滞等法治疗，使胃气增强，胃纳运化正常，为疾病的康复打下基础。

（二）气血脏腑虚损，注重脾肾

在疾病的治疗中出现气血的虚损，往往有两种情况，一是血虚，二是血瘀。

在血虚方面，如再生障碍性贫血，其治疗中，在阳气与阴血关系上，应分析孰主孰辅，这对于治疗具有重要意义。乔老认为本病产生阴血亏损是因阳气虚衰所致，治疗上推崇明·李中梓《医宗必读》“血气俱要，而补气在补血之先；阴阳并需，而养阳在滋阴之上”的观点，以温阳补气为要。温中健脾益气，脾胃健运，则气血有源；温肾益气，以助生髓造血之功。本法是



“治血需调气，气为血帅，补血先补气”的体现，是乔老临床血证补血法应用的关键。

在血瘀方面，如老年冠心病患者，在临床辨证为气滞血瘀型的，主要是由于老年人脏腑虚衰，加之久病或情志郁滞，常与气的不足有关。“气为血之帅”，气的功能之一是对血的运行推动，气虚则本身气的运行障碍，同时推动血液运行无力，出现气滞血瘀。对于气滞血瘀的应理气化瘀；对于因虚致瘀的，应补气化瘀，以补气为主，常用补脾气或益肾气，佐以活血，主张用益气活血为法。

在疾病的治疗中出现脏腑的虚损，如在再障治疗中，由于“再障”常累及五脏，而主要为脾肾两脏。因肾为先天之本，内寓真阴真阳，肾虚则五脏俱虚。肾主骨，生髓，藏精，肾虚则精髓空虚，造成血液化源匮乏；脾虚则生精化血衰退，且不能统血。故病中常出现气血两虚，血行逆乱的症状，治疗上重在健脾益肾。又如在急性白血病后期或慢性白血病出现贫血的治疗中，当疾病处在脾肾两亏期，可见两种证型：脾不健运或肾精不足型，治疗上应健脾益气或补肾填精益气。在肝硬化腹水的治疗中，乔老认为必须补虚去实兼治，补虚主要在脾，用药常以六君子汤健脾补中为主。当遇到乙肝病情反复，患肝癌的几率上升，如何保肝？乔老认为必须标本同治，本病之治本，重点在健脾，《难经·七十七难》说：“见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气。”临床实践表明，对这类病人如一味地清热解毒，会使病人的脾气更虚弱，病情更易反复，而在给予清热解毒治疗时及时地补脾扶正，并兼益肾，则病情易趋稳定。

（三）肾为先天，益肾在健脾之首

乔老认为老年延衰，应注重脾肾，而脾肾之间，由于肾为先天，是人体阴阳之根，是机体生命活力之根，故益肾应在健脾之首。临床所见凡老年调养方中常加补肾之品，如鹿角片、补骨脂、菟丝子、枸杞子、熟地等。补阴常用左归丸、大补阴丸，补阳常用肾气丸、右归丸等。

三、补泻同用，邪去正安

虚者补之，实者泻之。此乃治病之大法，乔老认为世之患者，纯虚、纯实者少见，大多是因正虚而邪乘机而入。正如《素问·上古天真论》云：“精神内守，病安从来。”《素问·评热病论》又云：“邪之所凑，其气必虚。”然从一般而论，如新感外邪病人，从理论上讲，既然已感受外邪，是由于正气虚弱的关系，在处方用药时往往先暂时不考虑虚的一面，仅祛其实，而施以宣肺解表法。但在疑难杂症、慢性病的治疗中，如单纯祛邪，则正更虚；如一味补虚，则邪更恋。如老年人患慢性气管炎，大多可见既有痰浊恋肺之实，又有肾不纳气之虚；再生障碍性贫血病人，可见既有气血不足易引起感染高热之实，又有脾肾不足造成的气血之虚；慢性肝炎病人，常见既有病毒造成的湿毒内蕴之实，又有肝木火旺克犯脾脏，出现脾不健运之虚；冠心病病人，既可见痰瘀交阻之实，又有久病心气不足之虚。由于病人证情虚实夹杂，其病理变化在同一个病人身上可能出现相反的症状，如乙肝病人属肝旺脾虚型的可能出现寒热互见的症状，高血压病人属肝肾阴虚型的可能出现上盛下虚的症状，其病机仍归于虚实夹杂。乔老在长期的临床实践中，擅长运用补泻同治法来治疗疑难杂症及慢性疾病，在临床上取得了很好的疗效。下面例举常用之法：

（一）益气与化瘀同用

这是针对病人既有气虚又有血瘀的病证而采用的治法。如中风后遗症、冠心病、某些恶性肿瘤的病人。选用的药物如人参、党参、黄芪、丹参、当归、桃仁、红花、三棱、莪术、穿山甲、三七粉等。

（二）健脾益气与清热化湿同用

这是针对慢性肝病患者，既有湿热蕴结又有脾运不健病证的。常用香砂六君丸合白花蛇舌草、龙胆草、鸡骨草、炒米仁、草豆蔻、藿香等同用。



(三) 养阴与化湿同用

这是针对临床所见舌苔腻而干的病人所采用的治法，乔老认为此类病人舌苔腻可历数年不化，多因湿热蕴结日久化热，加之长期用香燥化湿之品，或湿邪内阻，津液敷布失常，使体内阴津亏损。但用药应注意：养阴不碍湿，化湿不伤脾。常用石斛、芦根、薏苡仁、山药等相配为用。

(四) 养血温肾与凉血解毒同用

此法常用于再生障碍性贫血。由于骨髓对血细胞再生障碍使气血虚亏，同时因病人正气虚亏，则外邪易入侵，常出现热毒内蕴而出现发热。故用温肾以生髓，养血以补虚，清热解毒以抵御热毒感染。常用鹿角片、黄芪、当归、补骨脂与大青叶、金银花、蒲公英等相配。

(五) 温肾纳气与清肺化痰同用

这是针对因肾虚不能摄纳肺气的病人，常见于慢性支气管炎、肺气肿、肺心病等肺功能衰弱的病人。病人既有肺肾虚亏的证候，又有痰浊恋肺的表现。常选用参蛤散与贝母、鲜竹沥等相配运用。

当然在运用时仍需以辨证为基础，全面权衡病人邪之多少，正气虚损的程度，施之补泻的方药。只有补泻得宜，使补不留邪，泻不伤正，方能提高疗效。

【经验特色】

一、血液病的诊治经验

血液病是指血液系统发生病变。乔老临诊所治的血液病既包括传统观念上的“血证”，即指血液不循常道，上溢于口鼻诸窍，或下泄于二阴，或渗于肌肤的病证；也包括西医学所称的再生障碍性贫血、白血病等。实际上传统观念上的“血证”，可见于再生障碍性贫血、白血病等病的某些阶段。而再生障碍性贫血、白血病等则还可表现为其他证候，如由于血液生成的减少或化源匮乏所出现的气血两亏，阴阳两虚的症状，又如慢性粒细胞性白血病所表现的“癥瘕”、“积聚”等病症。为了便于将乔老的治疗经验叙述清楚，这里将传统观念的“血证”和现代医学的再生障碍性贫血、白血病等分别予以阐述。

（一）血证

乔老治疗血证，善于通察整体，细审阴阳，辨证入微，既摄其要繁，又兼顾各方，对于血暴出者，用药精专，惟火与气而调之，以救燃眉之急；对于慢性出血，治在审阴阳调虚实，求之于本。



1. 新病出血火盛气逆，宜清火降气

乔老认为新病血证，多见火热之证，如身热烦闷，口干口苦，舌苔黄燥，舌质红，脉弦数或洪数有力等，大多伴有气逆而心肝火旺。《景岳全书·血证》云：“凡治血证，须知其要，而血动之由，惟火惟气耳。”气为血帅，火由气生，患血证之后，常有气病相伴，气病及血，血乃淫泆离经。治疗则以清热泻火为主，同时配用降气药或下行药相助，往往收到较好的效果。上部出血，多用下行之品，取李东垣“血上行为逆，其治难，下行为顺，其治易”之意。如肝火内盛，肝气上逆，载血上行而出现吐血、衄血等，则选用清肝火的龙胆草、黄芩、丹皮、生地等，配降香、沉香，可使气逆平；配山梔、车前子、淡竹叶引火下行，使火热之邪从小便而出。如阳明胃火上逆之吐血，常以泻心汤为主剂加用旋覆花、代赭石、降香等以降火止血，正如唐容川《血证论》所云：“知血生于火，火主于心，则知泻心即泻火，泻火即是止血。”又如邪在上焦，热伤肺络，迫血上逆而致咳血、衄血，常以泻白散为主方配用黄芩、山梔、车前子等泻肺热，加牛膝引药下行。在上述诸症中，乔老善用生大黄，但用量不宜过大，量病家身体耐受为度，以不出现大泻为要，出血病人，每天大便缓泻一次，既能折其火盛，荡涤蕴热，又能引药下行，达到凉血活血止血之效。

2. 病久气血阴阳虚亏，宜权衡调治

(1) 温中健脾益气：出血日久，气随血损，阳气也随之虚弱，临床上多见到气阳两虚。如面色少华，神疲乏力，四肢不温，怕冷，舌质淡，脉细无力。取《灵枢·决气》“中焦受气取汁，变化而赤是为血”之旨，气虚以健脾为本，脾胃健运，则气血生化有源，统血有权。常用四君子汤、小建中汤为主方，遣药每以白术、白芍同用，重用白术，而建中汤内的桂枝可改为炮姜，因桂枝性走动血，出血病人所忌，炮姜则温而能守，更配黄芪、山药、莲子以增其力。同时健脾应脾阳胃阴兼顾，常在益气剂中酌加沙参、石斛、麦冬以阴中求阳。

(2) 补阴配阳：失血之症，凡见吐衄下血、面赤咽干、五心烦热，悸惕不安，脉浮大数，甚至见上热下寒、寒热交错、面赤足冷等复杂病情，乔

老指出，此非阳之有余，实为阴之不足，慎不可见热投凉，务在补阴以配阳。补阴包括生津、养血、益精。失血之人，常一损俱损。津损则口干唇燥，便艰溲少，舌干红，脉细或芤；精亏则眩晕耳鸣、视弱、脉虚细、舌淡而萎。补阴三者兼顾，法在生津于胃，养血于肝，益精于肾。生津常用南沙参、北沙参、麦冬、石斛、玉竹、茅根、芦根、天花粉之类；养血多用四物汤、二至丸等化裁；若心血虚，神情不宁，惊悸多梦，健忘心烦者，常取甘麦大枣汤养心安神，酌佐生龙骨、生牡蛎以潜镇安神；益精多选熟地黄、肉苁蓉、制首乌、枸杞子、黄精、胡桃仁等，且常在补阴剂中酌加鹿角片、补骨脂、益智仁等以阳中求阴。上热下寒者，加肉桂引阳归宅。此外，可用阿胶养血止血。运用纯甘至静之品，补阴以配阳，静以制动，阴平阳秘，气血复和。

(3) 寒温并济：血证多气随血失，阳随阴损，尤其慢性出血，久则阴损及阳，致气血两虚，阴阳并损之证。对此证不宜偏治，须用寒温并济之法，方以仲景柏叶汤及黄土汤化裁。柏叶汤之用不限于吐血，黄土汤所治疗也不止于下血。用黄土汤之要，在于掌握脾虚失统，虚中夹实，寒中伏热，而不拘泥于“先便后血”。在用法上常以炮姜替代制附片，其效益彰，因附子性走而炮姜性守，炮姜是一味很好的温性止血药，与大黄相配，一温一寒，互制互用，相反相成，止血不留瘀。对上热下寒之证常取生地、肉桂同用。对于气虚而呕，每用大剂量黄芪佐小剂量黄连，以苦降温中，益气止呕。寒温并济，以引阳守阴，扶阴就阳，则转偏就和。

(4) 止中有行：血证多兼瘀，乔老很重视止血与消瘀的辩证关系，在辨证的基础上酌用收涩止血与活血消瘀之品，止中有行。在选药上注意寒温二性，寒性止血药常选用地榆、侧柏叶、羊蹄根、地锦草、槐花、旱莲草；温性止血药常用牛角鳃、灶心土、炮姜、艾叶等。消瘀无论寒温都选用三七、蒲黄、血余炭等，并可用藕节、茅根二味煎汤代茶频饮。

3. 重证出血早期防变，宜泻火清营凉血

重证出血是指血量较多，或热入营血，或邪毒与瘀血蕴结于内，有危及生命之象。早期预防，可以大大减少危重出血患者的死亡率，提高抢救的成功率。所谓“早”，其一，尽早发现急症发作的先兆。主张重在察脉，认为



失血者脉细缓预后佳，若脉紧数，躁急或洪大有力的为不祥之兆，慎防再度出血。其二，早期截断，控制出血，以防出血进一步加重。如急性白血病等重症出血而火毒之邪较重者，宜以攻实为主，补虚为辅。实证应泻火，釜底抽薪，火去则营血自安，故应在较早期用大剂寒凉之品，如生石膏、知母、板蓝根、大青叶、狗舌草、白花蛇舌草、生大黄等，取清热解毒，荡涤实火之力，又选水牛角、玄参、赤芍、丹皮、生地黄等，以达清营凉血、活血解毒之功。对于开窍剂如紫雪散等，可以较早使用，不一定要等到神昏、窍闭、昏迷、痉厥才使用，只要见到热毒深重伴有烦躁，或精神状态稍见异常时，就可以在清营凉血，活血解毒药中兼用之，以防变证从起。

(二) 再生障碍性贫血

“再生障碍性贫血”（以下简称“再障”）是由于骨髓造血功能低下而引起的全血细胞减少为特点的血液系统疾病。古代医学典籍中，虽无该病名的记载，但乔老认为，根据其临床症状可归入“虚劳”、“血证”的范畴。就其病因病机而言，与心、肝、脾、肾四脏相关，而与脾肾最为密切。因脾为血液生化之来源，肾主精，精血同源。脾肾虚衰，则血液化生乏源，血液统摄无权。故导致血液亏耗，出现“再障”。

1. 辨标本虚实，审因论治

乔老常告诫我们，中医治病，首先要抓住“辨证”二字。“再障”的治疗，应以辨证为先导，结合本病特有的病因病机和各种化验检查，综合考虑，才能提高疗效。“再障”治疗一般以温补脾肾，调补气血为主法。但在临床上常有急性期和慢性期之分，有贫血、出血、发热三方面的主要症状。如不明辨主次，不清缓急，就不能达到预期的疗效。临诊一般以发热、出血为标，贫血为本；急者治标，缓者治本。

(1) 治标

①发热：发热有内外二因。内因发热一般以低热为主，并随本病的治疗好转而缓解；外因发热以高热为多见，并常影响疾病的转归，应及时治疗。贫血越严重，高热病人越易引起出血，故治疗高热刻不容缓，即所谓“无粮

之师，贵在速战”。乔老常以温病论治，如邪热入营则以犀角地黄汤或清营汤，加羚羊角粉、紫雪散或广犀角粉等以清热解毒，凉血清心。

②出血：其危害最大，尤其是大出血，随时能引起病情加重，甚则恶化。出血的原因是多方面的，主要以热与虚者多见。在治疗方面，热者清之，一般按上述发热的治法，重在凉血止血，如辨证为肝旺者则合丹栀逍遥散或龙胆泻肝丸。虚者补之，气虚者用生晒参、西洋参、黄芪、党参、白术、淮山药等补气健脾摄血；阴虚者用龟板、鳖甲、生地、麦冬、玉竹、知母、玄参等滋阴潜阳；止血用阿胶、地榆、仙鹤草、旱莲草、藕节、牛角鳃、参三七、茜草根。

(2) 治本：即贫血治疗，病者常表现为眩晕，面色苍白，气短乏力，腰酸耳鸣，舌淡脉濡等。证属气血两虚、脾肾两亏。常用方剂如补气血的归脾汤、人参养荣汤；调脾肾的右归丸、还少丹、理中汤、香砂六君子丸等。常用补气药物如人参（红参、生晒参）、党参、黄芪；养血药如当归、白芍、熟地；温脾助运如白术、干姜、淮山药、黄精；温肾壮阳如肉桂、制附子、鹿角片、巴戟天、补骨脂、肉苁蓉等。

2. 辨阴阳气血，阳气为要

本病为阴阳偏衰，气血虚亏。而在阳气与阴血关系上，明确孰主孰辅，这对治疗具有重要意义。乔老认为，本病产生阴血亏损是阳气虚衰所致。治疗上宗“气血俱要，而补气在补血之先；阴阳并虚，而养阳在滋阴之上”，以温阳补气为要。

此外，临诊时即使见到阴虚火旺证，乔老主张要细辨其阴阳的虚前与虚后。一般认为“再障”在治疗中出现阴虚火旺明显，其大多数为阳虚于前，阴虚于后，阳虚为其本质。而阴虚乃由阳虚所致，即所谓阳损及阴，治疗上宜阴阳平补，两者兼顾。否则仅重视养阴清热，不顾本质，每致阴阳两伤，临床常用生地、熟地、丹皮、天冬、麦冬、北沙参、五味子、淮山药、肉桂、制附子、干姜、藕节、茅根、芦根等药。

3. 辨脏腑虚损，以脾肾为主

“再障”常病及五脏，而主要为脾肾两脏。因肾为先天之本，内寓真阴



真阳，肾虚则五脏俱虚。西医学认为本病病因，主要为骨髓微循环缺陷及造血干细胞衰竭所致。而中医认为肾主骨，生髓，藏精，肾虚则精髓空虚，造成血液化源匮乏。脾虚则生精化血之力衰退，且不能统血。故病常出现气血两虚，血行逆乱，治疗上重在健脾益肾。常用归脾汤，重用人参、黄芪等以健脾益气养血；用右归丸作汤剂以温肾补阳。实验研究表明，人参使骨髓中处于有丝分裂期的细胞数增加，黄芪对造血干细胞有促进增殖作用，补益肾气药可以减轻或消除骨髓微循环的障碍，补益脾气、肾气药对骨髓的生血功能具有促进和保护作用。临床上乔老基于中西医对本病的研究，辨病与辨证相结合，通过健脾益气、温阳补肾来提高“再障”疗效。

(三) 白血病

白血病是造血组织恶性增生性疾病，病情凶险，症见发热，出血，贫血，肝脾及淋巴结肿大，骨髓和周围血象中白细胞有量和质的异常。中医文献中无白血病名称，但根据辨证与辨病相结合分析，乔老认为本病属血证、虚劳、癥积范畴，急性白血病、慢性白血病急性病变时又属温病范畴，同时白血病病人也有神疲乏力，消瘦，面色苍白等气血虚亏的症状，本病临床上常虚实互见，因此治疗上应权衡虚实，攻邪祛实兼以补虚。

1. 热毒内蕴，治疗总以攻邪为主

乔老认为本病为伏热邪毒蕴于骨髓，瘀热邪毒蕴积血分，治疗关键在于攻邪，用清热解毒，活血化瘀之品以折其邪之锐气，常用犀角（可用水牛角）凉血散血，降低白细胞数量；狗舌草、白花蛇舌草、蛇莓、半枝莲、马兰根、七叶一枝花、射干清热解毒；用红花、桃仁、茜草、三棱、莪术、赤芍、夏枯草、象贝母等加用鳖甲煎丸以凉血活血、消积化瘀。白血病经过治疗后，如病情稳定，但出现虚象，如头晕目眩、神疲乏力、口干、脉细数等症，此时补虚治疗常应与清热解毒凉血同用，因伏邪蕴毒尚在体内，故补虚也宜清滋为主，不可温补脾肾，常用药如太子参、北沙参、麦冬、天冬、石斛、鳖甲等品。这与“再障”补虚不同，“再障”为脾肾虚亏，使气血化源匮乏故宜温补之，而本病是由于伏热邪毒蕴于骨髓，瘀热邪毒蕴积血分，如

再用温补脾肾之品则助火生热，因“气有余便是火”，“壮火食气”，会造成病情反复。

2. 三大见症辨证施治

本病临床表现，主要有四大症状：发热、出血、感染、贫血。其中发热、出血多见于急性白血病，对本病的进展和预后影响较大，治疗上应着重控制。由于感染已包含于发热、出血等症之中，故主要讨论发热、出血和贫血三大见症。

(1) 发热

①急者邪毒鸱张，当拟清蕴凉血为先。急性白血病或慢性白血病急性病变时，可分为三种类型。外感发热：系因外感引动伏热，症见发热、咳嗽、咽痛、脉浮数，舌苔薄白，一般以宣透外邪，清热解毒为主法，可用银翘散、桑菊饮，但剂量要大，治疗要及时。热在气分：症见高热烦躁，大汗口渴，多饮面赤，脉洪大，舌苔黄腻，或兼有营血之证如吐血、衄血、血色鲜红或鲜紫溲红。治疗常以白虎汤为主要方剂，为防入营动血，酌加鲜生地、丹皮、地骨皮、石斛、竹叶、藕节、茜草根、侧柏叶、茅根等，使气血两清，病情重者，当以犀角地黄汤合白虎汤治之。热在营血：多见于白血病高热期，除发热外，更兼急性出血。症见高热紫斑，烦渴，甚则神昏谵妄，皮肤、口鼻出血且量大，血色鲜红，舌苔黄，舌质红绛或光红无苔，脉弦数。治拟清热解毒、凉血消瘀，以犀角地黄汤为主方（犀角可用大剂量水牛角代）。神昏者，投安宫牛黄丸，另可随证酌加藕节、茅根、知母、鲜生地、黄芩、竹叶；如血之上溢者，重者另加大黄，旨在清热养阴、凉血止血。

②缓者毒伏体弱，当拟透发凉营固本。在急性白血病缓解期及慢性白血病稳定期一般可见到两种类型。劳热型：多为虚劳所致，症见潮热，忽高忽低，忽现忽退，热多寒少，有时咳嗽痰多，食欲不振，舌苔燥或呈花剥，脉弦细数。治拟养阴凉血，清热生津为主。常用青蒿鳖甲汤加秦艽、赤芍。兼挟脾虚痰多者可选用黄芪鳖甲汤，但注意慎用肉桂，尤其对阴虚症状明显的患者。总之，时刻注意谨防伤阴伤气。余热型：白血病高热之后，余热未尽。



症见口干唇燥，低热不退，食欲不振或消谷善饥，口舌糜烂，牙龈浮肿，苔燥舌质红，脉细数。此属热邪未清、气阴两伤。本型多为伤及胃之气阴，治拟竹叶石膏汤养阴清热，生津止渴。方中人参可酌情选用南沙参、北沙参、太子参或西洋参；胃气不和加半夏和胃化痰，生米仁和胃化湿；食欲不振或消谷善饥，呈花剥苔者不宜用半夏，而可选用石斛、玉竹、粳米养阴益胃。在退热过程中可使用一些中成药，如热度高者用紫雪散，对热入营血者，无论昏迷与否均有效验；神志不清时还可用至宝丹等。

(2) 出血

①急性出血：症见出血量多，色鲜红，或伴高热，舌苔黄腻或薄黄，舌质红，脉弦细，系内热炽盛，迫血妄行。如属营分出血，见皮肤发斑，高热神昏，舌质红等，用清营汤清营解毒，凉血止血，透热转气；如属气分，出血程度较轻，高热面赤，烦躁不安，舌苔黄腻，质微红，用泻心汤或黄连解毒汤清热泻火止血。泻心汤和黄连解毒汤在具体应用时有所区别，虽同是清泻实火，但泻心汤中有大黄，既能清血分炽热，更能泻胃肠实火，对止血有一定效果，尤其血上溢者，可引血下行，但下焦出血使用泻心汤则应慎用大黄，用之不当少数患者反可使便血或尿血加重；黄连解毒汤中黄芩、黄连、黄柏，能清上、中、下三焦之热使气清血宁。如属血分出血，症见吐血、衄血，高热神昏，舌质深绛，用犀角地黄汤凉血止血，清热解毒。

②肺胃炽热出血：多见于白血病发作期。主症为吐血，衄血，血色鲜红或鲜紫，舌质红苔黄腻，脉弦细。方用泻心汤合黛蛤散，另加藕节、茜草根、侧柏叶、丹皮、生地、知母、茅根等清肺胃之热，凉血止血。

③外感出血：系白血病患者外感风热邪毒所致。除吐血、衄血等症外，尚有口干咽燥，咳嗽痰黄，苔薄黄，脉浮数等外感症状。治以清热祛风为主，辅以凉血止血。方用桑杏汤，酌加茅根、芦根、丹皮、黄芩、茜草根、生地等。

④后期出血：白血病后期，往往虚实并现，寒热夹杂，所吐之血，血色灰暗，兼见潮热，舌苔腻质胖，脉浮无力，治以寒温并济、阴阳双调，方用黄土汤，其中以炮姜代附子，炮姜辛温与白术配伍可增强脾统血之力，且附子有动血之嫌，炮姜则有止血之功。干姜性热，黄芩性寒，白术健脾，阿胶

补血，生地凉血，甘草益中，灶心土温涩，数药并用，相得益彰。但无论用炮姜、干姜，应在病人呈现寒象时方可施用，否则宜去炮姜、干姜，而仅用黄芩、白术、阿胶、甘草等凉血养血，益阴健脾之品为妥，对白血病患者尤应重视。

另需指出，鼻衄出血色鲜红而量多者，除用犀角地黄汤外，可加龙胆泻肝汤以清肝泻火，或加茅根凉血止血，大黄泻火引血下行。但当归动血，柴胡性升动阳，均当所忌。

(3) 贫血

①发作期：身热时起时伏，贫血、出血显著。此时最为险重，治疗颇感棘手，既要补血养血，又需凉血止血，宜清补同施。药用水牛角、茅根、生地、枸杞子、地榆等，剂量宜大，另加补血养血之品。

②缓解期：此期分三型，气血两亏型、脾失健运型、肾精不足型。病情稳定，无出血和高热时，神疲乏力，面色晄白，属气血两亏型，应益气养血，方用当归补血汤、八珍汤。若仍有出血者，应加用凉血止血药，如鲜生地、茅根、地榆、藕节等。脾失健运型症见面色萎黄，大便不实，精神困惫，舌淡，脉虚弱。治以健脾益气为主，方用四君子汤，重用白术，并酌加炮姜、熟地（有出血者重用生地，大便不实者只用熟地）、地榆、砂仁、蔻仁、灶心土、黄芩、阿胶等。肾精不足型症见腰酸痛，足跟痛，面色不华，肢冷，头晕耳鸣，舌淡胖，脉虚细。治以补肾填精为主，兼以益气，方用左归丸酌加党参、黄芪，如出血宜加凉血止血之品，上部出血用生地、茅根，下部出血用生地、地榆、槐花等。

二、肝病的诊治经验

乔老从20世纪60年代初开始从事肝炎、肝硬化的治疗和研究，取得了很好的临床疗效，以下对乔老在此方面的经验作简单的介绍。



(一) 慢性肝病，症去则病易除

乔老常讲中医治病，特色在于辨证论治，所以对于慢性肝病患者要重视对症治疗，因为慢性肝炎病人出现的症状，既有肝炎病毒造成的热毒蕴结，又有机体功能低下出现的脏腑功能异常，亦有气血运行失调出现的气滞血瘀，故临床辨证错综复杂。如单纯从肝炎论治，往往难以取效，乔老认为必须重视针对肝炎常见症的治疗，症去则病易除，提出了“慢性肝炎常见四大症的诊治”，辨证求细，方药精专。

1. 肝痛

胁为肝胆之区，盖肝脉布胁，故肝痛是肝炎最易引起的症状，一般左胁痛多为瘀血，右胁痛多为痰气，而肝痛主要在右胁。其痛因大多是气、瘀、湿、滞。而以肝气郁结、血行不畅最为多见；其次是痰湿留聚，也有肝炎日久，致肝肾阴亏，气滞不运，临床常见四型。

(1) 肝气郁结：其痛或紧或松，或痛无定处，并与情绪有关，《金匱翼·胁痛统论》云：“肝郁胁痛者，悲哀恼怒，郁伤肝气。”凡此者乃气滞为主，舌苔薄，脉弦数，治以疏肝为要。常用方药如柴胡疏肝散，主治肝气不疏；逍遥散，疏肝解郁；四逆散合二陈汤，疏肝理气化痰和胃。

(2) 瘀血郁滞：痛如针刺，固定不移，时重时轻，与疲劳关系明显。肝炎病久不愈，每致血随气凝，故本病在初期往往无肝痛，即痛亦轻微，当病久疼痛时，多有瘀血表现，如目眶黑暗，口唇紫暗，舌质见紫斑或暗紫条纹，舌苔厚腻或糙黄，脉弦涩。乔老临床常用方药有加味香附旋覆花汤、血府逐瘀汤、复元活血汤。其加味香附旋覆花汤系香附旋覆花汤加柴胡、延胡索、当归、赤芍、川芎。方中香附疏肝解郁止痛，是气中血药；川芎活血行气止痛，是血中气药。两者相配理气解郁、活血化瘀，在消胀止痛中有良好的作用，本方疏肝理气，活血通络兼化痰利湿。血府逐瘀汤活血化瘀较上方为强，本方乃由四逆散合桃红四物汤加桔梗、牛膝组成。桔梗开胸膈而利气、升气，牛膝导瘀血下行，是一升一降，一气一血。本方活血行瘀，理气疏肝止痛，故通治气滞血瘀有一定之妙。复元活血汤本方原为治疗跌扑损伤，瘀血留结

胸胁，痛不可忍之方剂，其特点是活血散瘀止痛较前二方为强，而疏肝之力较弱，故使血脉易于恢复正常，对血瘀严重，疼痛剧者有较好的疗效。

(3) 痰湿郁阻：肝痛而闷，脘阻倦怠，甚则作恶，喜静恶烦，食欲不振，大便溏薄，口干口苦，舌苔厚腻，脉弦滑，由湿邪内盛所致，常用方药有柴平散加味和龙胆泻肝丸加味。柴平散加味是柴平散加延胡索、赤芍、川芎。本方适用于湿重热轻，舌苔黄腻者。对易烦者再加炒山栀；对于湿重有寒象者，如见喜食热饮、畏寒则加桂枝、白术、茯苓。龙胆泻肝丸加味系龙胆泻肝丸加延胡索、郁金，适用于热重于湿，头痛，目赤，口干口苦，舌苔黄腻，脉弦数者。对兼有湿疹，大便偏干结者加茵陈、大黄。

(4) 肝气不舒，肝阴亏损：其痛绵绵，隐隐不休，口干咽燥，或心中烦热，舌光红质干，脉弦数无力，治以养阴柔肝为主。一般由病久化燥致肝阴先伤，也有因治疗时多投香燥之品致肝阴损伤，其他如饮食，情绪都有一定影响。常用方药有一贯煎加天冬、延胡索，用于肝气不舒，肝阴不足，舌苔少脉弦数；亦可用生脉饮合金铃子散调补心肝气阴，疏肝泄热，理气活血止痛。常用于肝痛伴有口干咽燥，心烦心悸者。

2. 脘阻食欲不振

此症大都由肝气不舒，脾胃不和，或因肝病日久，脾胃致伤，治以疏肝理气，调和脾胃为主，兼化湿浊。

(1) 柴胡疏肝散加神曲、炙鸡金、炒麦芽、炒谷芽、炒山楂等，本方可疏肝理气，兼活血止痛，消食化滞，用于脘阻，食欲不振，兼肝痛者。

(2) 四逆散合半夏厚朴汤酌加炙鸡金、砂仁、蔻仁、炒谷芽、炒麦芽。本方用于肝气不舒，痰湿内盛，食欲不振者。

(3) 小柴胡汤合小建中汤酌加炙鸡金、砂仁、炒谷芽、炒麦芽，本方适用于午后低热，胸胁苦满，食欲不振，喜食热饮，舌苔腻而微黄，脉弦，属于肝气郁结、脾胃虚寒夹杂之证。

(4) 叶氏养胃汤：肝病日久，常常引起胃阴不足，口干咽燥，食欲不振，脘部不适，有时微微胀痛，舌苔少或光红无苔，脉数无力，治拟养胃阴为主。本方用生扁豆、生谷芽、生米仁，取其养胃阴而不燥，用荷叶、桑叶



者取其升发脾胃之气促进食欲。

(5) 十炒汤：调理脾胃，用于肝病治疗后脾胃未醒，出现食欲不振之症。而叶氏养胃汤是以养胃阴为法，偏于养阴，本方偏于温燥。

3. 肠鸣腹胀

肝病后尤其肝病日久出现肠鸣腹胀症状，其轻者往往于午后开始出现，半夜渐松，五更大多消失，有时隐隐微痛。轻者是病情虽稳定但脾胃失健引起的消化不良，当以消健为法，即一面加强消导，一面健脾调胃。重者肝炎病情不稳定，肝功能不正常，是因肝炎病情发展而出现脾胃虚弱，故以治肝为主，兼以健脾培土抑木。

(1) 香砂枳术散：既有消导作用，又有健脾和胃功能，对脾胃虚寒，消化不良，肠鸣腹胀，苔腻，脉弦者用之颇佳。其方补而不气滞，消而不伤正。

(2) 香砂六君子汤：是健脾和胃之剂，适用于食欲减退，腹部虚膨或腹胀痛，大便不实等脾胃虚寒之证。本方加枳实，实际就是香砂六君子汤合香砂枳术散，成了消健之剂，且既消气滞，又导食滞。病家如大便正常而腹胀显著，则加枳实。如大便不实，腹胀显著酌加草豆蔻、厚朴以温健脾胃，燥湿消膨。

(3) 厚朴温中汤：主要是温散作用，散满为主又能止痛，对脘腹胀满皆有效果。上两方是消健为法，而本方是温化消满为法。

(4) 四逆散和失笑散：疏肝消胀，活血止痛之剂，常用于因血瘀引起的腹胀等症。临床上因血瘀引起的疼痛也很常见，但也有患者仅感腹胀而不痛，或因胀甚而微痛，一般都易认为是气胀。但它与气胀有区别，气滞之胀，时聚时散，矢气则松，且半夜后即消或渐消；而血瘀之胀，胀有定处，且持续不停，按之则甚，在半夜后胀痛较明显，舌质暗有瘀斑，脉弦涩。

(5) 天台乌药散：本方理气活血，散寒利湿，以温化散寒为主，原为治寒疝少腹胀痛之剂，但在肝炎后因气滞血瘀、寒湿郁结而引起的少腹作胀或甚则疼痛用之颇佳。

4. 大便不实

大便不实是肝炎病久脾土虚衰甚则肾阳不足所致，治以健脾温肾，兼顾

疏肝利湿为法。

(1) 参苓白术散：此乃健脾化湿常用之方，适用于脾胃虚弱，食欲不振，大便稀薄，食油脂加甚者。

(2) 理中汤合四神丸：理中汤对于脾胃虚寒，腹痛腹泻，苔腻，脉迟者用之。如腹痛而肢冷者加附子（附子理中汤）以温调脾肾。久泻多由脾及肾，治疗用理中汤合四神丸以脾肾同治。

(3) 香砂六君子汤：是治疗由脾胃虚寒引起的肠鸣腹胀，腹痛腹泻的常用之方，本方以补为治，其对腹泻治疗，以腹泻不甚，仅是大便溏软者用之为佳。

(4) 痛泻要方：是治肝脾不和，肝木犯脾土所致的腹泻腹痛之证。其腹泻腹痛往往泻前腹痛，泻后痛减，在情绪紧张时更易发作。

(5) 香连平胃散（香连丸合平胃散）：原本治食积发热，腹痛泄泻，是温化寒湿，清化湿热，寒温并济之方。由于慢性肝炎湿从寒化，湿浊内盛而出现胸腹胀满，大便不实，甚则稀薄等，同时也伴随出现湿热现象，如舌苔厚腻而黄，脉弦，当此时单用温化而又太燥，单用寒化又太凉，故用此方兼顾之。

以上所述是慢性肝炎常见四大症的诊治，文中虽然分述，但临床常交叉出现，甚则同时发作，此时应辨证论治，先击破其主症，或依据综合病情，分先后调治。对丙氨酸氨基转移酶（ALT）或胆红素增高患者，应当分别重视病因治疗，同时加用降 ALT 的药，常用有山梔、大黄、岩柏草、垂盆草、鸡骨草、白花蛇舌草、龙胆草等；降胆红素药物常用有茵陈、山梔、黄柏、大黄、赤芍、丹皮、败酱草、马蹄金、马兰根等。

（二）治肝腹水，意在攻补兼施

肝病日久，引起肝硬化腹水，其症常有腹胀如鼓，青筋暴露，小便不利等，属中医“鼓胀”。其病因病机为肝炎病毒之邪长期留滞，湿热蕴结，阻滞肝经，肝失疏泄，气滞血瘀，血不利则病水，水湿内停则产生腹水，同时由于肝木乘脾土，使中焦虚弱，运化水湿之力虚衰，加重腹水。故其为肝之病，令脾气不健，正气亏损，血瘀、水浊互结，形成正虚邪实，虚实夹杂之



证。其治疗乔老认为必须补虚祛实兼治，补虚主要在脾，祛实责之于疏肝、活血、利水。用药常以六君子汤健脾补中，柴胡疏肝散加三棱、莪术、泽兰、当归、丹参等活血消癥，加车前子、大腹皮、篇蓄、泽泻、商陆等消肿利水。对于逐水药，乔老一般少用或不用，用逐水药有时虽能取一时之效，但由于肝腹水病人本已正气虚弱，逐水药多用则正气更伤，腹水反而更易泛滥。治疗腹水，意在培本，健脾则水气得化，疏肝则经气易通，化瘀则癥块得化且有逐水之力，利水亦有化瘀之功。

(三) 探究病机，拟“蛇龙解毒汤”

乔老认为肝炎病因病机主要表现为“湿、毒、瘀”，而且在发病过程中三者常互相影响，发展到后期常形成“湿毒瘀结”的局面。湿邪与肝炎的形成关系最为密切，正如《金匱要略·黄疸病篇》云：“黄家所得，以湿得之”，指出了湿邪在肝炎发病过程中的重要地位。湿邪与热相合，使湿从热而成湿热，或郁于肝胆，或困于脾胃。毒者，疫毒也，如肝炎病毒，具传染性。瘀者，血瘀也，是血液循环的障碍。肝主藏血，瘀血归肝。有实验报道，包括急性肝炎在内的各型肝炎均有不同程度的微循环障碍。瘀血，既是病理产物，又是致病因素。临床表现为肝区刺痛、肝脾肿大、面晦、舌暗或瘀斑、肝掌、蜘蛛痣等。对于“湿、毒、瘀”这三个病理环节，乔老在临床治疗中拟定了“蛇龙解毒汤”，本方主要用于治疗急、慢性肝炎，重症肝炎见有身目黄染、发热、胸闷心烦、厌食呕恶、胁痛腹胀、溲赤便结等症状。也用于实验室检查有丙氨酸氨基转移酶、黄疸指数升高及“二对半”阳性的病人。围绕“湿、毒、瘀”三个环节，形成了“清热利湿、解毒活血”于一体的处方，蛇龙解毒汤由白花蛇舌草、龙胆草、岩柏草、败酱草等组成。临床运用，黄疸重者加茵陈及重用大黄；急性肝炎、重症肝炎见热重于湿者加黄柏；见“热入营血”时加生地、水牛角；危重者加用广犀角粉吞服。

(四) 乙肝保肝，标本同治

乙肝病情易反复，迁延难愈，乔老认为必须标本同治。这是因为乙肝病毒入侵体内不仅造成疫毒在体内蕴结，消耗人体正气，而且产生痰湿和瘀血，

这些病理产物又成为新的致病因素侵犯人体。慢性乙肝患者，已非是初次感染乙肝病毒的状态，常具有脾肾虚亏的症状，如纳食不振、大便溏泄、腰酸肢软等，同时又有瘀血内结、痰热蕴于中焦等症状。故此时单纯解毒，因药物苦寒而伤脾气，使原来已伤的正气更伤，犯了“虚虚”之戒，如单纯补虚，由于痰瘀内阻、脾运不健，进补之品不但不能达到虚弱之处，反而停滞助邪使邪实之证更甚，所以要标本同治。本病之治本，重点在健脾，兼以益肾。所谓治标，主要是疏肝活血、解毒化湿。治本常用药物有黄芪、党参、丹参、白术、茯苓、山药、生地等；治标常用药有活血药如三棱、莪术、川芎、当归、炙鳖甲等；疏肝理气药如柴胡、枳壳、延胡索等；清热解毒药如岩柏草、蜀羊泉、金银花、白花蛇舌草等；化痰利湿药如生米仁、半夏、车前草等。总之治本不碍邪，治标不伤正，以平为期，使乙肝病情稳定。

三、老年病的诊治经验

注重脾肾，补治兼顾，药贵疏通，是乔老治疗老年病的主要经验特色。

（一）老年延衰，注重脾肾

老年衰老是正常的自然规律，医疗的作用就是延缓衰老。由于衰老，人们体质虚弱，对外界环境变化的适应能力也相应下降，就会出现多种老年疾病，从而又加速人体的衰老过程。在衰老过程中会出现全身多脏器虚衰，那么哪些是最关键的呢？乔老认为老年人要延缓衰老，必须注重脾肾。因脾胃为“后天之本”，是“气血生化之源”；肾为“先天之本”，是机体生命活力之根。只有脾肾功能改善了，其他脏的功能才容易恢复，疾病才容易康复，衰老才可以延缓。

1. 常见病的证治与脾肾关系

慢性支气管炎：主要症状是胸闷气急，动则气喘，咳嗽痰多，看起来病灶在肺，实际与脾肾有很大关系。肺病及肾，并伤于脾，脾伤则运化失司而



生痰，肾伤则不能纳气而致喘。故在治疗时往往取肺肾双调，兼益脾土。

(1) 肺有表寒，痰湿较重，肾阳素衰者当以宣肺温肾散寒，用小青龙汤合真武汤。

(2) 肺有表邪，肾阴不足者当以宣肺化痰，益肾养阴，用养阴清肺汤合麦味地黄汤酌加南沙参、北沙参等。

(3) 肺肾两亏者以滋阴温肾纳气平喘法，用参蚘散合生脉饮等。

(4) 肺脾虚寒、痰饮内停者治以温肺化饮、健脾温中，重用小青龙汤合香砂六君子汤或与理中汤同用。

(5) 肺胃阴虚者治以滋养肺胃、清热化痰，方用麦门冬汤或养胃汤合清燥救肺汤。

冠心病：也是老年常见病之一，虽然它的病灶在心，但是与脾肾正气虚衰的关系很大。脾阳不振，生湿成痰；心阳不振，则易为痰浊所乘；肾阴偏衰，则阴虚火盛，热灼津液成为痰浊；痰浊内蕴阻滞心脉。

(1) 心肾阳衰，痰浊痹阻：治以温通心肾，化痰理气，活血开痹，方用四逆汤或参附汤合枳实薤白桂枝汤、桃红四物汤。

(2) 脾阳虚衰，痰湿痹阻：治以温脾为主，佐以活血化痰之品，方用附子理中汤合香砂六君子汤或参苓白术散加当归、白芍、川芎、红花等。

(3) 气阴两虚，心肾不足：治以调补气阴，益肾活血，方用生脉饮、麦味地黄汤、桃红四物汤。

消化不良：主要症状是食欲不振、大便不实，在老年人最常见，与脾肾关系更密切。

(1) 脾不健运使食欲不振者：治以健脾培土，方如参苓白术散。

(2) 肾阳虚衰使大便溏泄者：治以温肾健脾、涩肠止泻，方用四神丸合附子理中汤。

2. 健脾养胃，顾护胃气

老年人气血虚衰，顾护胃气尤其重要，因诸脏腑虚衰，必须有赖于脾胃，通过脾胃吸收营养，才能促进康复。然而由于诸脏腑虚衰，脾胃同样累及，所以首先健脾养胃，顾护胃气。乔老善工平补、缓补，方药平和，辨证细微，

丝丝入扣，或以疏肝健脾，或健脾益气，或健中化湿，或滋阴养胃等。在用药时，补药中常加消导，动静结合，阴阳相配，使补气不壅中，养阴不碍胃，使机体在恢复中无偏胜之弊，促补药吸收，使虚衰恢复。

3. 肾为先天，益肾应在健脾之首

对于老年人调理来说，在胃气调和的基础上，乔老认为老年延衰益肾应在健脾之首，这是由于肾为先天，是人体阴阳之根，所以临床上非常重视中医肾脏的作用。临床所见凡老年调养方中常重用补肾之品，如鹿角片、补骨脂、菟丝子、枸杞子、熟地等。补肾阴常用左归丸、大补阴丸；补肾阳常用肾气丸、右归丸等。乔老认为补肾重点是保养肾精，在他写的《老年人延衰须知》一文中明确提出重视保精。他深谙“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”，对于老年人在冬至前推荐用膏方形式养精补肾予以调养，有很多老年病患者，通过数年调养，不但老年病得以缓解，精神安和，而且能有效地预防新病的发生。

（二）年老病治，标本兼顾

乔老常讲老年病治疗，与一般常人有别。老年人因其脏腑机能衰退，若阳气虚弱，则卫气虚而不能固表，抗病能力减弱，机体对外界适应能力降低，易罹患外邪；若阴血亏耗，阴亏则火旺，加之遇事不顺，欲望不达，肝气不舒，郁而不达则造成肝旺。这样老年人既有虚衰之体，出现的虚证固多，但又有肝旺之因，且加之外邪入侵之变，故使临床老年疾病常虚实夹杂。所以乔老在老年病施治中常标本兼顾，每多“寓补以攻”，攻补相兼，常用益气达邪、滋阴降火、温阳化湿、补虚散表、健脾消结等法以标本兼治。如老年慢性支气管炎患者症见久咳、喘息、心悸者，常肺肾双调，补益肾气与清肺化痰同治，兼以养心。用定喘汤、生脉饮，如偏于阴虚者加知柏地黄丸，偏于阳虚者加用金匱肾气丸。又如冠心病，乔老根据临床分析，本病多为本虚标实，通过1000例冠心病患者的临床总结，发现其中34.1%是单纯气阴两虚型，65.9%都是虚实夹杂，虚为气虚、阳虚或阴阳虚衰，实为气滞血瘀、寒凝痰郁，表现为本虚标实，故治疗应标本兼顾，补虚为主，辅以祛实。常



用生脉饮、炙甘草汤等，再随证辅以攻蠲之品，理气化痰，化痰通痹。

对于患老年病又新感外邪之病人，往往存在三对标本。一是老年五脏虚衰为本与患有的老年病为标，二是老年五脏虚衰为本与新感外邪为标，三是老年五脏虚衰为本与新感外邪合老年疾病为标。在治疗中，如老年人身体一般状态较好，而新感外邪病情急，暂先祛邪治标。对于老年人五脏虚衰，患有老年病又新感外邪的，一般而言，都采用标本兼顾，只不过兼顾程度不同，初起新感外邪时，是老年五脏虚衰为本与新感外邪为标，重点是治标兼以治本。当新感外邪渐退时，是老年五脏虚衰为本与新感外邪合老年疾病为标，往往根据这三者之间轻重缓急予以不同程度的标本兼治。最后外邪退净时，是老年五脏虚衰为本与患有的老年病为标，进行标本兼治。

(三) 病治用药，疏通为贵

人体进入老年期，常有明显的瘀血存在。例如色素沉着、皮肤粗糙、老年斑、巩膜混浊等，其存在常与气滞伴见。其主要原因是肾虚元气不足，无力推动血行，使气虚导致气滞，继而血瘀。其二是肾虚则导致其他脏器功能衰退，如心气虚，心主血脉功能下降，出现血瘀。其三是积年久病后血气衰少所致，正如《素问·痹论》曰：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通。”其四是情志忧郁，使气滞血瘀，乔老认为老年人要延年益寿，情志调节不能忽视，除自身调节外，还要利用药物调气血，解诸郁，重点是疏通气机，以活血祛瘀。

综上所述老年出现瘀血，主要是由于老年人脏腑虚衰，加之久病或情志郁滞，为因虚致瘀或气滞血瘀，故治疗总则离不开“疏通”二字，根据老年脏腑气血的特点，疏通应与补虚同用，与老年疾病治疗结合。临床常以疏肝理气与健脾益气同用，疏肝理气与益肾固元同用，疏肝理气活血与益气养心同用，疏肝理气与滋肾养血同用，疏肝理气、化痰消积与健脾和胃同用，疏肝理气、化痰消积与健脾养肺同用。在具体用药方面根据辨证进行施治，但核心是如何疏通，乔老善于运用柴胡疏肝散、四逆散等，尤对柴胡、枳壳的应用，得心应手有独到之处。柴胡，除疏肝解郁作用外，虚证实证均可运用，与他药配伍得当则巧妙无穷，还有推陈致新的作用，有利于老年人的康复。

枳壳有消积、行气的作用，因其消中带补，行而有益，故消不伤正，行不耗气，很适合老年人运用。

人身的气血贵在疏通，流通不已，生机不息，这是治疗老年病必须注意的问题，同时由于老年人本身具有不同程度的脏腑、气血虚衰，往往要疏补同用，所以也应注意，疏通不伤气阴，补益不留瘀滞，以增强老年人的脏腑功能，使血气流畅，脉络通利，代谢废物及时得以排出体外，从而达到延缓衰老的目的。

四、冠心病的诊治经验

中医学中虽无冠心病的病名，但在古代文献中对冠心病的临床症状早有记载，称为“胸痹”、“厥心痛”、“真心痛”。乔老认为本病虚实相兼，病机为本虚标实，在老年患者中更为突出。所谓“本虚”，主要是气虚、脾肾两虚。这与老年人的肾气随着年龄增长而日趋衰弱有密切相关，虚弱的表现首先在脾肾，脾脏虚衰不能运化水湿，肾阳虚衰则心阳不振，肾阴虚衰则心失所养。所谓“标实”，主要是由于本虚影响血液循环，水谷津液输布失职而引起的气滞血瘀、寒凝湿郁、痰浊痹阻胸阳。尤其是血瘀，既是气虚、气滞、痰浊所造成的产物，同时血瘀又促使血行不畅，气机不利，加重痰浊内停，进一步加重冠心病的临床表现。由此可见，标实因本虚而起，本虚往往也因标实所致，两者相互为因。

乔老还认为冠心病治疗虽重在心，但因人体是统一的有机体，脏腑相关，经络相连。故临诊常脏与脏同治，发挥中医整体观治疗的优势，如心肾同治，因为肾是五脏阴阳的根本，且心肾同属少阴，两者互相依存又互相制约；心肺同治，常用于本病兼有慢性支气管炎、肺部感染患者；对于心肝同治者亦甚为多见，如胸闷痛与情绪有关者。

临床常见四种类型：

(1) 阳虚痰浊型：主症畏寒疲乏，四肢不温，大便不实，舌苔薄白，脉细或结代，治以益气温阳利水。方用人参四逆汤、栝蒌薤白桂枝汤、真武汤。



(2) 气阴两虚型：主症神疲乏力，口干咽燥，心悸心烦，舌红少苔或光红无苔，脉细数或结代，治以调补气阴。方用生脉饮、天王补心丹、炙甘草汤等。

(3) 肝旺湿热型：主症见头胀痛，脘胀胁痛，口干口苦，易烦怒，舌苔黄腻，脉弦数或结代，治以平肝化湿。方用柴平散、四逆散、黄连温胆汤等。

(4) 气滞血瘀型：主症心悸胸闷，心前区剧痛如刺，面暗唇紫，舌瘀紫，舌苔薄，脉涩或结代，治拟理气活血。方用柴胡疏肝散、血府逐瘀汤、失笑散等。

乔老曾对 1000 例冠心病患者进行辨证分析，其中气阴两虚型 341 例，气滞血瘀型 172 例，挟有痰湿型 487 例。说明《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》所云“阳微阴弦”，即阳虚阴盛的病机是很有道理的。另外气滞血瘀型患者仅占 172 例，这是因为有些病例在表面上很难看出瘀滞之证，主要是这些病人虽有瘀证，但常因为是因虚致瘀，或湿浊阴邪阻滞而致瘀，这样在辨证时常易辨其为气阴两虚或阳虚痰浊型。故乔老认为冠心病虽在表面难见瘀滞，但可以从舌底静脉是否显露粗大紫暗进行佐证。本病属“胸痹”范畴，痹者，闭也，故临床症状虽瘀证不显，但用药每加化瘀疏通之品。其在冠心病的治疗中除按上述辨证治疗外尚有如下特色。

(一) 拟“益心汤”，益气活血同治

对临床老年冠心病患者，辨证为气滞血瘀型的，常与气的不足有关。“气为血之帅”，气的功能之一是对血的运行推动，气虚除了产生自身气的运行障碍外，同时导致对血的推动无力，出现气滞血瘀。故治疗上以补气为主，佐以活血，倡用益气活血为法。乔老曾云：“对冠心病多取芳香开窍，或理气化瘀，能取一时之效，如反复运用，年老久病，气虚之体，何堪麝香、冰片之辛散，故此病时愈时作，愈发愈勤。”故拟定“益心汤”益气活血同治。方用党参、黄芪、葛根升阳益气，辅以川芎、丹参、赤芍活血化瘀，降香理气化瘀，石菖蒲引药入心，化痰浊，决明子畅中通便，降脂。另用血竭、三七、生晒参研粉分吞以增强益气活血化瘀的作用。对于冠心病心绞痛临床所见胸痛彻背者，乔老认为乃久病人络，结聚为痹，病在血分，每于用药中加

入血肉有情之品如鹿角片以温经络而通血痹。

（二）瘀滞挟湿相兼，疏通化湿并治

冠心病除上述气虚为本，气虚易致瘀外，常常伴有痰湿内蕴，并与瘀血相兼，如胸闷且痛，口黏，舌苔腻。乔老认为痰湿凝滞易引起血瘀，血瘀又易生痰浊，在临床治疗中活血化瘀有利湿之力，化痰祛湿有化瘀之功。只要痰瘀内蕴，就可以采用瘀湿并治，除了上述补气法外，常活血化湿并治。选药常用白术与川芎、苍术与丹参、泽泻与泽兰、茯苓与莪术、米仁与当归相配。瘀者以疏通为法，除用活血药外，常以栝蒌薤白桂枝汤通阳降浊开痹。又因胸胁为肝经分野，常以柴胡疏肝散疏肝理气活血。化湿常以平胃散加减。



【跟师临床】

一、再生障碍性贫血

案一 杨某，男，10岁。1976年11月20日初诊。

患者神疲乏力3年余，伴有鼻衄、牙龈出血。1972年起患者出现头晕目眩，心慌心悸，气短乏力，畏寒肢冷，面色萎黄，住院骨髓穿刺诊断为再生障碍性贫血，用激素强的松、输血等治疗。3年来病情反复，平素易外感而发热，伴鼻衄、牙衄、皮肤瘀斑。遂请乔老用中药治疗，就诊时查血常规，白细胞 $0.4 \times 10^9/L$ ，红细胞 $1.19 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $3.5g/L$ ，血小板 $7.4 \times 10^9/L$ ，舌质淡白，苔薄，脉弦滑小数。证属脾肾两虚，治拟温补脾肾。处方：

党参9g 黄芪9g 炒白术9g 甘草4.5g 当归9g

白芍12g 肉苁蓉9g 枸杞子9g 生地9g 熟地9g

肉桂(后下)3g 牛角腮15g 地锦草12g 红枣5枚

二诊：服上方2个月后，低热出血未作，精神转佳，继用上方加减治疗。

处方：

党参9g 黄芪9g 炒白术9g 甘草4.5g 当归9g

白芍12g 肉苁蓉9g 枸杞子9g 生地9g 熟地9g

肉桂（后下）3g 红枣5枚 干姜1.5g

三诊：继服上方1月余，1977年3月4日复诊，面色有华，已能全天上课，精神尚佳，续原法补益脾肾，再拟方治疗。处方：

党参9g 黄芪9g 炒白术9g 甘草4.5g 当归9g
白芍12g 肉苁蓉9g 枸杞子9g 生地9g 熟地9g
肉桂（后下）3g 红枣5枚 龟板9g 黄精12g 制
附片6g

鹿角粉每次3g，每日2次分吞。

预后：服中药治疗3年余，期间遇到外感则加用银翘散，出血时加用茅根、牛角鳃。至1980年11月10日复查血常规，白细胞 $8.4 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.60 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $12.0g/L$ ，血小板 $7.2 \times 10^9/L$ ，周身无出血情况，能全日上学读书。1990年4月19日随访白细胞 $6.9 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.90 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $12.0g/L$ ，血小板 $7.5 \times 10^9/L$ 。



释疑解惑

问：本案再生障碍性贫血的治疗思路是什么，如何选药？

答：再障之贫血、出血，中医称之为“血枯”，也属“虚劳”、“血证”范畴。“血者水之精也”，生化于脾；肾主骨、生髓、藏精，血为精所化，脾肾分主气血，本例属于脾肾两虚，治疗上注重补益脾肾，着眼于温补气血，用人参养营汤合当归补血汤补气益脾养血，以肉苁蓉、肉桂、干姜、附子、鹿角粉温肾益气，掺之滋阴补血之龟板、枸杞子、生地、熟地、白芍，相得益彰，取阴中求阳之意，获得了满意的效果。

问：方中牛角鳃、地锦草起到什么作用？

答：牛角鳃性味苦温，止血止痢；地锦草性味辛平，凉血止血，清热利湿，解毒消肿。两药配伍，辛温通阳，又有止血之功，适用于脾肾阳虚型再生障碍性贫血出血患者。

问：用温补药是否易引起出血？

答：血小板计数长期处于较低水平的患者易表现为出血症状的反复发作，某些病人鼻齿反复渗血，重者甚至发生颅内出血，危及生命。本病出血是阳



气虚衰所致，治疗上以温阳补气为要。该类患者出血是由于骨髓造血功能低下，脾肾阳虚，阳气虚衰，气不摄血，用温阳药能振奋阳气，敛阳固脱止血，同时选用既性温又止血的药物如牛角腮等防止出血。

问：结合现代药理学研究，哪些中药具有刺激血细胞生长的作用？

答：①刺激造血系统，增加血红蛋白及红细胞的药有鹿茸（鹿角胶）、紫河车、阿胶、鸡血藤、人参、黄芪、党参、何首乌、枸杞子、白术、补骨脂、锁阳、巴戟天等。②增加白细胞的中药有人参、西洋参、黄芪、鸡血藤等。③升高血小板的药物有当归、白芍、生地、熟地、山茱萸、紫河车、大黄、三七、羊蹄根等。

问：再生障碍性贫血预后如何？

答：慢性再障起病相对缓和，并发感染出血症状不甚严重，但治疗时间较长，予中医温阳培补脾肾，结合西医治疗，大部分患者可使病情缓解。但若误于失治，可迁延不愈，转为重型再障，严重影响患者的生存。急性再障常伴内脏出血、严重感染、危及生命，预后差，应积极配合西医成分血输注，丙种球蛋白等疗法。

案二 张某，男，48岁。1971年8月20日初诊。

症见面色少华，头昏头晕，耳鸣眼花，口苦纳呆，低热，疲乏腰酸，大便不实，下肢多发瘀点紫斑，上臂内侧见有出血点。舌苔薄白，舌质淡胖，脉弱略数，两尺无力。骨髓检查报告为再生障碍性贫血，血象白细胞 $2.85 \times 10^9/L$ ，红细胞 $1.10 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $4.5g/L$ ，血小板 $3.0 \times 10^9/L$ ，网织细胞 0.5% ，在住院治疗过程中最严重时1个月内输血达2000毫升，如果5天不输血则心悸疲乏显著，中医辨证为阴血虚亏，脾肾阳虚（阳虚偏重型）。治拟温补脾肾，益气养血兼止血。处方：

党参 15g 黄芪 15g 白术 15g 当归 9g 白芍 15g
 补骨脂 9g 仙灵脾 15g 菟丝子 15g 生地 12g 熟地
 12g 山萸肉 9g 甘草 6g 生地榆 9g 藕节 9g

预后：以上方加减治疗1年余，到1972年9月随访病情逐渐好转，由轻到消失，白细胞 $4.9 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.07 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $9.7g/L$ ，血小

板 $102 \times 10^9/L$ ，网织细胞 2.3%。出院约 2 年，先半天工作，后能全天工作，门诊随访 5 年，病情稳定，血象良好。



释疑解惑

问：治疗阳虚型再障的出血症状有何用药特点？

答：出血是再障危害最大的一种症状，其原因是多方面的。虚者补之，气虚者常用生晒参、黄芪、党参、白术、淮山药等补气健脾摄血。阳虚偏重型在此基础上加用温经止血药，常用的止血药有炮姜、灶心土、牛角鳃，或者用温阳而不动血的药物与凉血止血药同用，如补骨脂、肉桂、地榆、地锦草、藕节等。

案三 李某，女，16 岁。1977 年 3 月 29 日初诊。

就诊时症见面色苍白，头昏耳鸣，心悸盗汗，五心烦热，夜寐多梦，四肢麻木，纳谷不馨。舌苔薄，舌质淡、暗，脉弦细而数。血红细胞 $1.15 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $3.7g/L$ ，网织细胞 0.4%，骨髓检查报告诊断为再生障碍性贫血。中医辨证为气血两亏，心肾阴虚（阴虚偏重型）。治拟气血双调，滋阴益肾。处方：

| | | | | |
|---------|--------|--------|--------|---------|
| 黄芪 15g | 党参 15g | 白术 15g | 茯苓 12g | 甘草 6g |
| 生地 12g | 熟地 12g | 白芍 15g | 当归 9g | 川芎 9g |
| 枸杞子 15g | 丹皮 9g | 龟板 9g | 地骨皮 9g | 制首乌 15g |
| 红枣 15g | | | | |

预后：服上药两个月后症状减轻，血象逐渐上升，随即回到家乡继续服用中药。1978 年 2 月 4 日来本院复查，血红细胞 $3.80 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $12.5g/L$ ，网织细胞 2.3%，面色红润，无自觉不适，并入校复学读书，以后通信中获知健康良好。



释疑解惑

问：再生障碍性贫血偏于阴虚型治疗上有什么特点？

答：本病以贫血为主要表现，常见于气血两亏，临床表现还有头昏耳鸣，



心悸盗汗；五心烦热等症，属阴虚内热，所以治疗上既要补养气血，又要调补心肾，养阴清热。药用八珍汤合当归补血汤为主方，加用龟板、枸杞子、制首乌补益肾阴，丹皮、地骨皮滋阴清热，补养气血，兼顾阴分，取得了一定疗效。

案四 徐某，女，58岁。1973年12月5日初诊。

患者面色少华，头昏疲乏，面肢浮肿，腰膝酸软，口干少津，盗汗自汗，喜食热饮，睡眠不佳，大便质软欠畅，下肢满布出血点。舌苔薄，舌质淡白，脉细无力，两尺为甚。骨髓检查诊断为再生障碍性贫血，白细胞 $3.85 \times 10^9/L$ ，红细胞 $1.86 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $6.9g/L$ ，血小板 $62 \times 10^9/L$ ，网织细胞 1.0% 。中医辨证为阴阳两虚，血不养心（阴阳两虚型）。治拟调补阴阳，益气养血。处方：

生晒参 9g 丹参 15g 黄芪 15g 白术 15g 茯苓 12g
 甘草 6g 当归 9g 白芍 15g 枸杞子 15g 制首乌 15g
 肉苁蓉 9g 麦冬 12g 红枣 15g

预后：经过5个月治疗，期间输血共1400ml，患者面色转华，精神较好，皮肤出血点由减轻到逐渐消失，食欲良好，门诊继续治疗10个月后血象上升，白细胞 $4.60 \times 10^9/L$ ，红细胞 $3.70 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 $12.8g/L$ ，血小板 $92 \times 10^9/L$ ，网织细胞 1.7% 。舌苔薄，质淡转红润，脉细，随访2年病情稳定。



释疑解惑

问：在再生障碍性贫血的治疗上如何处理气与血，阴与阳之间的关系？

答：由于再障以气血两亏而出现贫血为主要表现，中医属“血枯”、“虚劳”范畴，气为血之帅，气能生血，亦能摄血，所以在气血的关系上补气在养血之先，上述四案都用当归补血汤为主方，重用黄芪。由于血虚属于阴亏的范畴，这就出现了补阴与补阳的关系，由于再障是因为骨髓细胞的再生障碍、肾的阳气虚衰所致，是阳虚在先，后出现阴血亏耗，所以补阳在补阴之先，治疗上偏重于温补脾肾之阳气为主法。若碰到偏阴虚型患者，也要气阴双调，兼以滋阴，重在益气养血。

二、慢性粒细胞性白血病

案一 瞿某，男，35岁。1992年7月27日初诊。

患者神疲乏力，血白细胞升高5年。1987年5月因右下肢疼痛，化验血白细胞 $130 \times 10^9/L$ ，在第一人民医院诊断为“慢性粒细胞性白血病”，伴脾肿大，平素用羟基脲治疗，治疗后血白细胞在 $13 \times 10^9/L$ 左右。就诊时症见倦怠神疲，腰酸乏力，舌苔薄腻，脉弦。证属热毒内蕴，肝肾不足。治拟透发蕴毒，凉血清热，调益肝肾。处方：

萹佩（各）12g 生地 20g 龙胆草 15g 炙麻黄 6g
甘草 9g 板蓝根 20g 水牛角（先煎）30g 桔梗 5g
防风 6g 柴胡 5g 木瓜 6g 续断 15g 杜仲 15g
枸杞子 15g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g

另加服鳖甲煎丸每次6g，每日2次。

二诊：上方服用14剂后，血白细胞 $14.4 \times 10^9/L$ ，有低热，食欲不振，夜寐欠安，舌苔薄腻，脉弦。拟清蕴解毒化湿。处方：

萹佩（各）15g 半夏 15g 茯苓 15g 炙麻黄 6g 龙胆草 15g
川朴 4g 草豆蔻 12g 黄柏 9g 党参 15g
炒黄芩 6g 板蓝根 30g 狗舌草 40g 甘草 6g 焦山楂 15g
车前子（包煎）15g 夏枯草 15g

三诊：上方服用14剂后，血白细胞 $9.6 \times 10^9/L$ ，仍有纳差，舌苔薄腻，脉细弦。上方加白芍12g，炙鸡金6g，再服14剂。

四诊：血白细胞又升到 $14.8 \times 10^9/L$ ，神疲乏力，食少，寐差，舌苔腻，脉细弦。再拟透发热毒凉血为主。处方：

萹佩（各）15g 半夏 15g 茯苓 15g 炙麻黄 6g 龙胆草 15g
生地 15g 熟地 15g 玉蝴蝶 3g 田基黄 10g
狗舌草 40g 象贝 9g 水牛角（先煎）30g 赤芍 15g
丹皮 15g 金银花 15g 炒谷芽 15g 炒麦



身 15g

预后：上方连服2个月，血白细胞维持在 $9.0 \times 10^9/L$ 左右，羟基脲用维持量治疗，结合中药治疗诸症缓解，病情未见反复。



释疑解惑

问：本案应如何辨治？

答：本病为伏热邪毒蕴于骨髓，脾肿大属血分瘀热，邪毒蕴积。因为热毒之存在，所以治疗关键以攻邪为主，用清热解毒，凉血散瘀以折其锐气，常用犀角（水牛角代）凉血散血，降低白细胞。狗舌草、板蓝根清热解毒。用丹皮、赤芍、夏枯草、象贝母等加用鳖甲煎丸以凉血活血消积化瘀。

问：白血病后期调治与再生障碍性贫血有何不同？

答：白血病经过治疗后，如病情相对稳定，但出现虚象，如头晕目眩、神疲乏力、口干、脉细数等症，此时补虚治疗常应与清热解毒凉血同用，因伏邪蕴毒尚在体内，故补虚也宜清滋为主，不可温补脾肾，常用药如太子参、北沙参、麦冬、天冬、石斛、鳖甲等品。这与“再障”补虚不同，“再障”为脾肾虚亏，使气血化源匮乏，故宜温补之。而本病是由于伏热邪毒蕴于骨髓，瘀热邪毒蕴积血分，如再用温补脾肾之品则助火生热，“气有余便是火”，“壮火食气”，会造成病情反复。

问：炙麻黄起到什么作用？

答：炙麻黄性味辛、苦、温，归肺、膀胱经。多用于发汗解表，宣肺平喘，利尿。麻黄炙用作用较缓和，在本病中取其辛散透发之力，以宣透蕴毒，为经验用药。

案二 吴某，男，48岁。1992年5月8日初诊。

面色无华，神疲乏力历年之久，近四月加重，形体消瘦，肋下癥块，胀痛，按之坚痛，下肢有瘀斑，发热汗出。舌红苔薄，脉弦数。实验室检查：白细胞 $250 \times 10^9/L$ ，中性55%，中幼粒25%，晚粒80%，酸性4%，淋巴8%，血红蛋白 $9.3g/L$ ，血小板 $9.0 \times 10^9/L$ ，骨髓象呈慢性粒细胞白血病表现。证属邪毒入髓伤血，热在营分，兼有血瘀。治宜清营解毒，凉血化瘀，

透热转气，防热盛动血。处方：

水牛角（先煎）30g 狗舌草 30g 白花蛇舌草 30g 炒
山栀 6g 炒黄芩 6g 丹皮 12g 丹参 12g 赤芍 12g
生地 12g 紫草 9g 玄参 9g 蒲公英 15g 川楝子 9g
延胡索 9g

二诊：用药 14 剂后，病情稳定，出汗停止，发热消失，睡眠、饮食尚可，肋下肿块缩小。舌红苔薄，脉弦。血常规报告白细胞已下降至 $130 \times 10^9/L$ ，守原意徐图之，再加入活血消癥药物。处方：

水牛角（先煎）30g 狗舌草 30g 白花蛇舌草 30g 丹
皮 9g 桃仁 9g 赤芍 12g 三棱 6g 莪术 9g 石斛
10g 鳖甲 12g 太子参 12g 麦冬 12g

预后：上方加减连服 3 个月，白细胞逐步下降至 $7.1 \times 10^9/L$ ，分类正常，未见幼稚细胞，血红蛋白 $11.3g/L$ ，脾脏明显缩小，腋下淋巴结消失。骨髓象报告呈白血病缓解期。



释疑解惑

问：本案辨治用药有什么特点？

答：白血病关键是“邪实”，治疗以攻邪为主，用清热解毒、活血化瘀以折其锐。犀角（以水牛角代）入血，有凉血散血、降低白细胞计数作用，血证病人每常选用狗舌草、白花蛇舌草、半枝莲、夏枯草、马兰根、射干等有解毒抗癌作用的药物，同时也是治疗白血病的常用药物。脾肿大属于积证，治疗积证常用红花、桃仁、三棱、莪术、鳖甲等。白血病经过清热解毒抗癌药物治疗后，病情稳定，往往可见虚象，如头晕目眩、神疲乏力、口干脉细数等症，此时补虚治疗，宜清滋为主，不可温补脾肾。



三、红细胞增多症

张某，男，78岁。1985年3月25日初诊。

患者面部皮肤暗紫，手指、足趾更为明显，全都暗紫夹有瘀青斑，头昏作胀，口干咽燥，咳嗽少痰，纳食后胃胀暖气，下肢发热，神疲乏力，大便干而不畅。苔薄黄，舌质绛，脉弦。患者发病前体质素健，但每天饮白酒三两至半斤，40余年来从不间断。曾用益气活血温通法疗效不显，血红蛋白200g/L，红细胞 $6.50 \times 10^{12}/L$ ，西医确诊为红细胞增多症。湿热之体，营血郁热，脉络瘀阻，肝郁血滞。治以凉血活血，清营解毒，疏肝清热。处方：

柴胡 5g 赤芍 12g 白芍 12g 生地 15g 丹皮 9g
 水牛角（先煎）30g 焦山栀 6g 黄芩 6g 知母 10g
 当归 10g 白花蛇舌草 30g 狗舌草 30g 马兰根 15g
 板蓝根 20g 大青叶 20g 石斛 12g 甘草 5g

预后：服上药42剂，嘱禁酒，全身皮肤黯紫色显著变淡，瘀斑渐退，口干咽燥热象亦除，纳佳寐安，二便正常。苔薄黄，舌质红润，脉弦。复查血红蛋白176g/L，红细胞 $5.92 \times 10^{12}/L$ 。续以原方治疗10周后，全身皮肤瘀斑及四肢末端紫暗色均告消除，精神爽朗，苔薄白，舌质红润，脉弦滑。再查血象：血红蛋白118g/L，红细胞 $4.06 \times 10^{12}/L$ ，至今多次血常规检查均正常。



释疑解惑

问：本病的辨证思路是什么，有哪些特点？

答：在治疗本案时突出辨证为先，一般认为，红细胞增多症常用凉血活血，而本例除了有血分瘀热之外，还有长期饮酒导致湿热蕴结肝胆，致使营血之热不退。在凉血活血治疗的基础上，加用疏肝清热之品，使血中瘀热即从血分而解，又通过肝经疏泄而化。

四、血友病

姚某，男，17岁。1981年7月29日初诊。

患者有“血友病”病史10余年，出生后14天即尿血，色鲜红，6个月时又见两胁紫癜，住院治疗，确诊为“甲型血友病”。此后曾多次出血，部位分别在颅内、左耳鼓膜及膝踝关节等处，但以血尿为多见。每次出血，用一般止血药无效，必须注射“抗血友病球蛋白”或输血治疗，曾先后住院16次之多。患者小腿肌肉萎缩，右膝关节僵硬，行走不利，因长期服用激素而呈肥胖体形。今年7月17日因血尿而再次入院，当时尿呈酱油色，伴左腰酸痛，头晕，左肩关节及左膝疼痛，不能行走。两周来，经输血及注射“抗血友病球蛋白”治疗，血尿依然，剂量加倍亦无效力。无奈停用西药，改请中医会诊。检体神志清楚，呼吸平稳，面色苍白，大便尚调，小便呈深红色，夹有血块，舌苔薄腻，脉弦细带数。辨证为血热妄行，气随血脱。治拟清热凉血，健脾益气，化瘀止血。处方：

生地 15g 六一散（包煎） 30g 炒黄柏 10g 党参 12g
黄芪 12g 炒白术 20g 仙鹤草 15g 生蒲黄（包煎）
6g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g 参三七粉（每次3g，每
日2次，分吞）

另用茅根、藕节各30g，煎汤代茶。

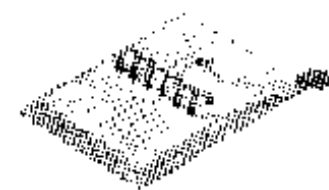
二诊：用药4剂后，血尿如前，且伴有血块排出，此瘀热不清则血尿难止，久病难以速效，守法加减续进。处方：

生地 15g 赤芍 15g 丹皮 15g 生大黄（后下） 1.5g
黄芩 6g 地锦草 30g 鲜茅根 30g 鲜芦根 30g 太子
参 15g 炒白术 15g 云茯苓 15g 藕节 15g 茜草根
15g 生蒲黄（包煎） 6g 甘草 5g 广犀角粉（每次
1.5g，每日2次分吞）

三诊：经上方服用20余剂，患者尿色转清，尿检连续3次红细胞为阴



性。药证相符，原方加减再服，至9月3日尿检连续7次完全正常，腰膝疼痛缓解，左肩痛亦减，即日出院。后中医门诊随访4个月血尿未复发。



释疑解惑

问：本例的辨治特点是什么？

答：甲型血友病，临床颇为少见，其主要症状为出血，属中医学的“血证”范畴，治疗血证要抓“火”与“气”两个环节，气为血帅，火由气生，动血之证，其治重在“治火”与“治气”。本例患者主要表现为尿血，但非一脏一腑之患，此乃血分有热，加之病势缠绵，脾气虚弱，不能摄血，故采用清热凉血的犀角地黄汤合健脾益气的四君子汤化裁，其意有二：一是旨在益气 and 凉血以摄血止血，又健脾统血。二是以健脾之品制约清热凉血之药，恐伤脾胃。

问：在本病的治疗中如何理解“化瘀”与“止血”之间的关系？

答：血友病表现为出血，血液溢于脉络之外，留而为瘀，瘀血不去，新血难生。血证每多兼瘀，应重视消瘀与止血之间的辩证关系，使用收涩止血药和活血消瘀药力图达到“止中有行，止血不留瘀”。一般来说，消瘀常用三七、蒲黄、茜草根等，而止血药分为寒温两类，温性止血药如牛角鳃、灶心土、炮姜、炙艾叶；寒性止血药如地锦草、侧柏叶、白茅根、槐花、生地榆、旱莲草，另外常用藕节、茅根二味煎汤代茶频饮，寓凉血生津、化瘀止血之意。出血者可另加生大黄1.5~3g以直折火气，清热降火，凉血止血，可使热从大便而出。即使大便质偏稀者，亦可少量用之；或与大量健脾药如炒白术等同用。至于大便干结者，可用至9g。在本病的整个治疗过程中，紧紧抓住“血热、气虚”两个环节选用寒性止血药如地锦草、茅根、藕节，合犀角地黄汤及大黄、黄芩、三七、蒲黄等凉血清热、活血化瘀之品，共奏“凉血、活血、止血”之功。

五、肝病

案一 丁某，男，70岁。1987年10月15日初诊。

患者有慢性乙型肝炎史，丙氨酸氨基转移酶增高一年余，难以正常工作，延请乔老诊治。就诊时肝区隐痛如针刺，口干不欲饮，食欲不振，伴发热，体温38.2℃，微恶风寒，身体困重，腹胀纳呆，腰酸背痛，夜寐不佳，小便黄赤，神疲乏力，体检巩膜黄染，肝区叩痛，舌苔黄、厚腻，脉弦数。肝功能检查丙氨酸氨基转移酶206IU/L，总胆红素35.2μmol/L。属中医黄疸、胁痛范畴，辨证为湿热内蕴，外邪犯表，治拟宣表化湿为先。处方：

防风 6g 川朴 4g 藿香 9g 佩兰 12g 半夏 15g
陈皮 6g 茯苓 15g 甘草 6g 茵陈 15g 黄柏 12g
炒山栀 6g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g

二诊：服上药7剂后，发热已退，复查丙氨酸氨基转移酶211IU/L，肝区隐痛，纳呆，目黄，小便黄。舌苔黄腻，脉弦。湿热不去，瘀毒交结。拟清热解毒，通瘀退黄，用经验方蛇龙解毒汤加减。处方：

茵陈 15g 白花蛇舌草 30g 龙胆草 15g 鸡眼草 30g
岩柏草 30g 黄柏 12g 生大黄（后下）6g 炒山栀 6g
丹皮 15g 丹参 15g 赤芍 15g 川芎 12g 甘草 6g

三诊：上方连续服用30剂后，病情改善，复查肝功能已正常，总胆红素26.9μmol/L。拟上方去黄柏，加砂仁（后下）3g，蔻仁（后下）3g，炒谷芽15g，炒麦芽15g，再服14剂。

四诊：诸症较前缓解，巩膜黄染渐退，纳食有振，再拟疏肝清热，兼以健脾固本，以防复发。处方：

黄芪 15g 太子参 20g 枸杞子 15g 炒白术 15g 生
米仁 30g 炒山药 15g 柴胡 5g 白芍 15g 枳壳 6g
白花蛇舌草 30g 鸡眼草 30g 炙甘草 6g

预后：以后每月复查一次肝功能连续3次正常，总胆红素亦正常，诸症



缓解。



释疑解惑

问：如何分析该患者的病因病机？

答：该患者慢性乙型肝炎西医诊断明确，一年来出现肝功能异常，我在临床治疗上将其发病机制归结为“湿、毒、瘀”三个关键。在发病过程中，此三者常互相影响而见湿毒瘀结。中医认为其病源于疫毒侵袭人体，熏蒸肝胆，肝胆失于疏泄，导致湿热蕴阻，胆汁外溢，上注肝目，下注膀胱，故巩膜黄染，小便发黄；病久损伤脾胃，以致运化功能失常，而见纳呆乏力等症；湿热疫毒伏于血分，瘀血阻滞肝胆脉络则肝区刺痛隐隐，舌苔脉象亦为佐证。

问：为何初诊时先用宣表化湿？

答：患者初诊时有恶寒发热，身体困重，纳差乏力症状，此乃湿热病邪侵于卫表，治疗当先透邪外出，采用宣表化湿，用藿朴夏苓汤加减治疗，恰入时机而斩获疗效，使邪出卫表而解。如用辛温发汗之品则易助热化火，易致伤阴等变证。

问：胁痛为慢性肝病的常见症状之一，辨治思路如何？

答：胁为肝胆之区，盖肝脉布胁，故胁痛是慢性肝病最易引起的症状，一般左胁痛多为瘀血，右胁痛多为痰气，而胁痛主要在右胁。其病因大多是气、瘀、湿、滞。而以肝气郁结、血行不畅最为多见，对于肝气郁结的用柴胡疏肝散、逍遥散、四逆散合二陈汤；对于瘀血郁滞型的用香附旋覆花汤加味；对于痰湿郁阻型的用柴平散加味或龙胆泻肝丸加延胡索、郁金；对于肝气不舒，肝阴亏损型的用一贯煎或生脉饮合金铃子散。

问：请问蛇龙解毒汤的组成及功效？

答：蛇龙解毒汤为我治疗此类疾病的经验方，方由白花蛇舌草、龙胆草、岩柏草、鸡眼草等组成，具有清热解毒，化湿降浊的功效。白花蛇舌草清热解毒利湿；龙胆草清肝泻火，清热燥湿；岩柏草清热利湿止血；鸡眼草清热解毒，健脾利湿。该方有调节肝病患者免疫功能、降转氨酶的作用。

案二 张某，女，63岁。1991年3月15日初诊。

患者有慢性肝炎20余年，3年前因牙龈出血在某医院检查血小板 $32 \times 10^9/L$ ，诊断为肝硬化。一月来腹部胀满不适，食欲不振，尿少，牙龈出血，复查B超示脾肿大、腹水，肝功能正常，血白蛋白 $32g/L$ ，白球比例0.68呈倒置，体检腹部膨隆，脾肋下3cm，舌苔薄白，舌质偏暗，脉细弦。属中医“鼓胀”范畴，证属肝郁脾虚，血瘀水停之证。治拟疏肝健脾，活血利水。处方：

三棱 12g 莪术 15g 川芎 9g 泽兰 15g 当归 15g
丹参 20g 柴胡 5g 延胡索 15g 大腹皮 15g 车前子
(包煎) 15g 泽泻 15g 党参 15g 茯苓 15g 广木香
5g 砂仁(后下) 3g 篇蓄 15g 沉香 1.5g

二诊：用上方7剂，自觉腹胀减轻，尿量较前增多，仍有牙龈出血，舌苔薄，脉细弦。上方加芦根15g，茅根15g，炙鳖甲12g，续服14剂。

三诊：腹部胀满明显缓解，腹部轻度膨隆，食欲转佳，苔脉如前，守方继用。

预后：守法加减用药3月余随访，诸症明显改善，腹胀已消，纳食转馨，能坚持上班工作。



释疑解惑

问：本病的辨治思路如何？

答：鼓胀之证，可由肝硬化失代偿引起。往往病邪留恋，症情缠绵，其病机为本虚标实，虚实夹杂。脾气虚弱，脾运不健，正气亏损而致气滞、血瘀、水饮互结。乔老认为鼓胀要补虚祛实兼治，补虚主要在脾，祛实责之于疏肝、活血、利水。本案用党参、茯苓、木香、砂仁健脾助运化湿，柴胡、延胡索、沉香疏肝理气，三棱、莪术、川芎、泽兰、当归、丹参活血消瘀，车前子、大腹皮、篇蓄、泽泻消肿利水。全方不用逐水之品，意在培本，虽属痼疾，辨证用药得当，收到了预期效果。



问：肝硬化失代偿常有凝血功能异常，且患者血小板较低，有出血倾向，方中如何权衡活血药的运用？

答：肝硬化（肝纤维化）失代偿期患者常有气滞血瘀水停之证，多由于湿热邪毒，久之不去，伤及肝脾，使正气不固，气血俱虚，气滞血瘀，经络受阻，肝失疏泄，脾失健运，水湿内停。现代药理研究表明，活血中药如丹参、川芎、赤芍等可改善微循环障碍，保护受损的肝细胞，促使肝细胞再生，明显减少肝内胶原和层粘连蛋白的含量，抑制纤维细胞转化。我认为用活血药首先要辨证明确患者有无“血瘀”的证候，方可活血，应有其证用其药，切不可只辨病不辨证；其次配伍茅根、脱力草和健脾益气中药，达到健脾益气摄血止血的作用。

问：方中篇蓄、沉香有何作用？

答：篇蓄性微寒，归膀胱经，利尿通淋；沉香性温，入肾经，有行气降逆，温中暖肾的作用。此药对特点是寒温相配，一入膀胱经，一入肾经，表里同用，相得益彰，两药合用共奏行水利气，利尿消胀之功。

案三 陈某，女，28岁。1988年2月11日初诊。

患者黄疸伴高热10日，10天前无明显诱因下突感周身倦怠，伴恶寒发热，体温38.8℃，身目发黄，颜色鲜明，小便黄赤，肢体关节疼痛，食欲不振，大便溏薄，日1~2次，夜寐不安。服用退热药后身热已退，但检查肝功能异常，因丙氨酸氨基转移酶（ALT）升高而住院隔离，遂请乔老会诊。见身目俱黄，两目尤甚，ALT > 2000IU/L，总胆红素76.4μmol/L，舌质红，舌苔黄腻，脉弦数。诊断为急性黄疸型肝炎，属“黄疸”、“阳黄”，辨证为湿热内蕴，治拟清热解毒，利湿退黄。处方：

大青叶 15g 龙胆草 12g 炒山栀 6g 生大黄（后下）
4g 赤芍 15g 鸡骨草 20g 岩柏草 30g 败酱草 40g
焦楂曲（各）15g 白花蛇舌草 30g 车前草 15g 广藿
佩（各）10g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g 甘草 6g

二诊：服药14剂后，身目色黄较前消退，ALT 900IU/L，总胆红素46.5μmol/L。无发热，舌苔薄黄腻，舌尖红，脉小弦。治同上法，兼顾凉

血。处方：

龙胆草 12g 大青叶 12g 炒山栀 6g 生大黄（后下）
5g 炒山楂 15g 赤芍 15g 生地 20g 竹叶 15g
岩柏草 30g 败酱草 40g 车前子（包煎）15g 炒谷芽
15g 生麦芽 30g 甘草 6g

三诊：服药一月，诸黄已退尽，复查肝功能正常，总胆红素 $31.4\mu\text{mol/L}$ ，精神转佳，纳可寐安，舌苔薄腻，舌质红，脉细弦。续以健脾和胃，兼以清热化湿。处方：

太子参 15g 白术 12g 茯苓 10g 陈皮 5g 半夏 12g
甘草 6g 砂仁（后下）3g 薏仁（后下）3g 焦楂曲
（各）15g 鸡内金 6g 生米仁 20g 败酱草 40g 岩
柏草 30g

预后：服中药约半年后能正常工作，肝功能亦正常。



释疑解惑

问：本病应怎样辨治？

答：黄疸之病机关键在于一个“湿”字，对“湿热型（阳黄）”，宗“化湿邪利小便”之意。急黄的治疗一般以茵陈蒿汤为主，应抓住病因病机要点，本案湿热内蕴，热重于湿，同时考虑到“湿久蕴热”、“久病必瘀”等常见的疾病转归规律，治疗上既要清热解毒，又要利湿退黄，稍佐凉血活血，共同奏效。此外，外邪入侵体内不仅造成疫毒内蕴，且消耗正气，若单用攻伐之品，则使正气更伤，犯了“虚虚”之戒；若单纯补虚，由于痰瘀内阻，脾运不健，进补之品不但不能达到虚弱之处，反而停滞助邪。本病之本，重点在脾，所谓标，主要是疏肝活血、解毒化湿。方中龙胆草泻肝胆实火，白花蛇舌草清热解毒利湿，败酱草清热解毒、活血散瘀，大青叶清热凉血解毒，岩柏草清热利胆退黄，在急黄中应用力专效宏，药证相合，并根据疾病主要矛盾的转化，后期加用健脾药使病情逐步稳定。



案四 孙某，女，32岁。1986年12月6日初诊。

1986年4月间大量齿衄，皮肤紫斑多处，伴严重贫血。骨髓报告为再生障碍性贫血。经过中西医结合治疗，病情好转。于11月25日突起高热39.8℃，持续8天不退，随即周身发黄，两目黄染色鲜，胸闷气喘，纳差，极度疲乏，大便色深，小便短赤。肝功能检查 ALT 880IU/L，总胆红素160.7μmol/L。舌苔黄腻，质红而干，脉弦数。辨证属血枯体弱，复感急黄，湿热俱盛，深入营血。治拟清热利湿，凉血解毒。方用犀角地黄汤合茵陈蒿汤加减。处方：

茵陈 12g 山栀 9g 黄芩 6g 生大黄（后下） 3g 丹皮 9g
赤芍 15g 生地 15g 岩柏草 30g 鸡眼草 30g
连翘 20g 大青叶 20g 板蓝根 20g 桑叶 10g 炒谷芽 15g
炒麦芽 15g

另加服广犀角粉每次1.5g，每日2次吞服。

二诊：上药服5剂后，高热仍不退，极度疲乏，齿衄，尿血，大便色深，黄疸较前加重，舌苔黄厚腻，脉弦数。湿热病毒深重。治依前法，加重凉血清热利湿之品。处方：

丹皮 15g 赤芍 15g 生地 30g 茵陈 12g 炒山栀 9g
黄芩 9g 生大黄（后下） 5g 大青叶 20g 板蓝根 20g
龙胆草 15g 竹叶 15g 知母 12g 黄柏 9g 岩柏草 40g
鸡眼草 30g 甘草 6g

另广犀角粉、紫雪散每次各1.5g，每日两次吞服。

三诊：用药3剂，高热已退，黄疸如前，大便溏薄，舌苔黄腻，脉弦数。血热湿毒渐减，而正气渐衰，势成正虚邪盛的危重之候。治宗前法增加扶正益气之品。处方：

丹皮 15g 赤芍 15g 生地 20g 茵陈 12g 炒山栀 9g
生大黄（后下） 5g 黄芩 9g 大青叶 20g 板蓝根 20g
知母 12g 黄柏 12g 岩柏草 40g 鸡眼草 30g 龙胆草 15g
竹叶 12g

另广犀角粉每次 1.5g，每日 2 次吞服。

生晒参 5g 另煎冲服。

四诊：上药连服 20 余剂，病情逐渐好转。检查肝功能 ALT 28IU/L，总胆红素正常。食欲、精神转佳。但近 3 天来稍有低热及齿衄。舌苔薄黄，脉虚略数。湿毒大减，余邪未尽，气阴两伤。治疗再拟调养气阴，兼凉血清热。处方：

生地 12g 熟地 12g 天冬 15g 麦冬 15g 赤芍 12g
白芍 12g 枸杞子 15g 丹皮 9g 茵陈 12g 生大黄
(后下) 5g 炒山栀 9g 牛角腮 40g 藕节 15g 牛膝
12g 生地榆 15g 焦楂曲(各) 15g 干芦根 12g
茅根 12g 枇杷叶(包煎) 10g 生福参(另煎冲服) 6g

另广犀角粉每次 2g，每日 2 次吞服。

预后：3 剂后牙衄消失，低热减轻，精神转佳。1 月 13 日转出传染病房，继续调治 1 年多，病情稳定，肝功能多次检查均正常，血象也明显上升。



释疑解惑

问：本例与上例黄疸治疗上有何区别？

答：湿热急黄与血清急黄，症状虽相似，但由于感染途径与病因不同，故治疗也应有一定区别。本例患者以再障为基础疾病，继发黄疸，治疗上以凉血清热解毒为法。自始至终均以犀角地黄汤、茵陈蒿汤为主，当加重凉血解毒之药后，其效益显。说明本例的治疗不同于外感湿热。从疾病的严重程度来说，上例热在气分，而本例热在营血，较前更进一步；故治疗上，上例以大清气分为主，本例则用犀角地黄汤，药力直入营血。两者皆危重之症，当病邪十去其六，正气极衰之际，当以扶正与祛邪同用，取扶正以驱邪之意。上例以健脾化湿为后期调治首要，而本例则需润养气阴以收全功。

案五 颜某，男，31 岁。1988 年 3 月 30 日初诊。

患者 1987 年 11 月 12 日食毛蚶，1988 年 1 月 4 日发热，查 ALT 880IU/L，住院诊断为“胆汁郁积型肝炎”，治疗 10 周后，肝功能复查 ALT 正常，



但黄疸持续不退，总胆红素 $567.7\mu\text{mol/L}$ 。自诉肝区疼痛，食欲尚可，食喜冷饮，但食后觉腹胀甚，口干口苦，寐差，皮肤瘙痒，汗出不畅。大便黄溏如油，小便深黄，精神不振，痛苦面容，两目深黄，皮肤黄紫而且干燥。肝肋下二指，按之作痛，脾肋下未及，舌苔糙厚，脉弦数。证属肝胆湿热，血行不畅，脾失健运。治拟清肝利湿退黄，疏肝活血，健脾助运。处方：

党参 12g 丹皮 20g 丹参 20g 苍术 12g 白术 12g
 当归 9g 川芎 12g 凌霄花 15g 甘草 6g 炮姜 3g
 生大黄（后下） 5g 红花 4g 龙胆草 12g 红藤 20g
 败酱草 30g 茵陈 15g 赤芍 15g 炒山栀 9g 白芍
 15g 枳实 5g 香连丸（每次 3g，每日 2 次）

二诊：上方连服 14 剂，查总胆红素下降到 $304.4\mu\text{mol/L}$ ，饮食、皮肤瘙痒改善，但仍有神疲乏力，食后腹部不适，肝区作痛，苔脉如前。守上方加柴胡 5g，炒黄芩 9g，生大黄改 9g。

三诊：用药 14 剂后，复查总胆红素为 $188.1\mu\text{mol/L}$ ，多动则疲劳显著而手抖，肝区痛、小便黄大为改善，皮肤瘙痒基本消失，舌苔渐化，脉弦数。再拟上方增加扶正之品。加生晒参 2g，西洋参 2g 另煎服。

四诊：上药 7 剂后，总胆红素 $97.47\mu\text{mol/L}$ ，大便每日一解，肝区脘胃尚有不舒适，苔脉如前，再拟上方去香连丸，去生晒参。

五诊：查总胆红素下降至 $42.75\mu\text{mol/L}$ ，诸症较前改善，但仍有肝区痛，睡眠时不能向右侧卧，舌苔薄腻，脉弦。再拟清肝利湿，疏肝活血，佐以益气扶正。处方：

柴胡 5g 延胡索 15g 赤芍 15g 白芍 15g 枳壳 6g
 枳实 6g 茵陈 15g 生大黄（后下） 6g 金钱草 40g
 砂仁（后下） 2g 薏仁（后下） 2g 郁金 15g 黄柏
 9g 炒山栀 6g 炒黄芩 9g 炙鸡金 6g 甘草 6g
 败酱草 30g 凌霄花 30g 炒山楂 15g 炒六曲 15g
 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g 西洋参（另煎服） 2g

预后：上方连服 1 个月后，查总胆红素下降至 $13.68\mu\text{mol/L}$ ，黄疸尽退，面色转华，肝区痛缓解，但胃脘作胀，苔薄脉弦，再拟疏肝清热活血，建中

和胃，调治1个月后随访黄疸未有出现，病情稳定。



释疑解惑

问：本案黄疸有何治疗特点？

答：本例黄疸是一种急性肝内胆汁郁积型肝炎，经住院治疗后肝功能正常，但黄疸不退，总胆红素最高达 $567.7\mu\text{mol/L}$ 。病人表现为一派肝胆湿热之象，如黄疸，肝大且痛，口干口苦，食喜冷饮，腹胀，皮肤瘙痒且干燥，小便深黄；舌苔糙厚，脉弦数等。其病机是湿热相搏，郁于肝胆，肝失疏泄，胆液不循常道，渗入血液，溢于肌肤。但是病人精神不振，大便黄溏如油，除了肝胆湿热外，还存在脾阳不足，脾运失健的情况。总胆红素高，瘀而不解，所以治疗上以清肝利湿退黄为主，兼以疏肝活血，健脾助运为要点。

问：患者大便黄溏如油，用大黄是否合适？

答：实际上大黄具有攻积导滞，行瘀凉血，利胆泻黄，泻火解毒之功，对湿重于热的病例，用之皆宜。在实际治疗中运用大黄，就是取其行瘀凉血，利胆通腑之功，既生用又后下，用量逐渐增大。本例病人大便溏黄如油，加之腹胀，舌苔糙厚，脉弦数，此肝胆湿热壅肠，腑气不畅之故，但用大黄而无妨。不仅无腹泻之弊，反而使大便由质薄而成形，同时其他临床症状渐消，实验室检查总胆红素逐次下降，虽非大黄一味之功，但其重要性可见矣。同时，大黄还具有另外两方面的作用：一则与赤芍、当归等活血之品相伍以活血祛瘀；二则与凌霄花相配以凉血祛风止痒。使用该方药不但能利胆退黄，还能祛瘀活血改善肝瘀血。总之，一味大黄，功兼利胆退黄，祛瘀活血，凉血止痒之效，配伍于处方中，实有“画龙点睛”之妙。

问：生晒参、西洋参合用起到什么作用？

答：生晒参、西洋参煎汤，代茶饮服，两参合用，有较强的益气、养阴之力，其合煎的剂量比例，皆视病情之需要而定。患者复诊见多动则疲劳显著而手抖，是为气阴两亏，治当扶正补益，急用生晒参、西洋参合煎，以益气、养阴、增强体质，增强自身的免疫抗病能力。



六、老年病

黄某，男，88岁。1991年9月10日初诊。

素有冠心病、心肌损害，平素腰膝酸软，心烦口干。此次因高热住院。诊时患者发热38.6℃，咽痛，纳食不振，苔薄黄，脉弦细数。证属邪犯肺经，重在治标，拟宣肺清咽解表。处方：

金银花 15g 连翘 9g 薄荷（后下） 5g 板蓝根 15g
甘草 6g 蝉衣 9g 桑叶 9g 生米仁 30g 炒黄芩 5g
枳实 5g 荷叶 10g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g

二诊：上方7剂，发热尚存，但趋下降，此时表邪未清，但患者本为阴虚之体，仍以清肺解表同时养阴固本，标本同治。处方：

金银花 15g 连翘 9g 板蓝根 20g 生米仁 20g 炒米
仁 20g 麦冬 15g 川石斛 12g 荆芥 6g 桔梗 5g
象贝母 10g 苇根 12g 芦根 12g 甘草 6g 枇杷叶
（包煎） 9g

三诊：上方7剂后，热退而未净，此时余邪未尽，要兼顾余邪和本体阴液不足及冠心病三者的治疗，治拟清热养阴，益气养心。处方：

桑叶 9g 炒黄芩 15g 黄芪 15g 党参 15g 丹参 15g
麦冬 15g 五味子 5g 瓜蒌皮 15g 甘草 6g 川石斛
12g 玉竹 15g 天花粉 15g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g

四诊：上药7剂，热退净，此时外邪已尽，治疗重在冠心之疾与本体阴亏，治拟益气通阳，滋阴固本，调补脾肾。处方：

党参 15g 丹参 20g 黄芪 20g 麦冬 15g 五味子 5g
藜白术 10g 瓜蒌皮 15g 当归 15g 生米仁 30g 玉
竹 15g 天花粉 15g 炒谷芽 15g 炒麦芽 15g 红枣
15g 枸杞子 15g 炒山药 15g 山萸肉 9g 熟地 15g
白术 15g

预后：上方14剂，诸症改善，病情稳定。



释疑解惑

问：最后一诊除了用治疗冠心病的药和部分养阴药外，为什么还用补益脾肾药？

答：老年人体虚一般是全身性、多脏器性的，往往以某一脏腑病变为主，而其他各脏腑的功能也受到不同程度的影响。人体五脏六腑均有盛衰，但以脾肾功能正常与否最为关键。因脾为“后天之本”，是“气血生化之源”；肾为“先天之本”，“水火之宅”。二脏安和，一身皆治，百疾不生。

问：老年病的治疗有何注意点？

答：老年疾病易虚实夹杂。因其脏器机能衰退，虚证固多，但因抗病力减弱，机体调节适应的能力锐减，易罹患外邪；同时虽然五脏六腑均虚弱，但以阴液亏耗较常见，阴亏则易火旺于上。概言之，既有虚衰之体，又有肝旺之证，且有外邪入侵之变，故使临床寒热虚实并见。治疗中每多“寓补于攻”，攻补相配，常用益气达邪法，滋阴降火法，温阳化湿法，补虚表散法，健脾消积法等。又由于老年人脏腑功能逐渐老化衰退，故又强调用药不宜过偏、过重，更不能纯补、滞补，用药时间宜适当长些。主张在辨证施治基础上适当加些调补脾肾，兼顾阴阳的药，在补剂之中加些动药，使机体在恢复中无偏胜之弊，可促进补药吸收而相得益彰。本例患者本体肝肾阴亏，兼有外感，首诊急则治其标，以宣肺解表为主，其他三诊均加用补阴之药，特别是最后一诊脾肾双补。

问：如何理解本案中的标本同治？

答：对于患老年病又新感外邪之病人，存在三对标本，采取标本同治的方法。一是老年五脏虚衰为本与其患有的老年病为标，在本案即是本体肝肾阴虚为本与其患有的冠心病互为标本。二是老年五脏虚衰为本与新感外邪为标，在本案即是肝肾阴虚与外邪犯肺互为标本。三是老年五脏虚衰为本与新感外邪合老年疾病为标，在本案中即肝肾阴虚与外邪犯肺合患有的冠心病互为标本。所以初诊急则治其标，拟宣肺清咽解表；二诊表邪未清，仍以清肺解表同时养阴固本；三诊余邪未尽，治疗上养阴与清热、益气与养心兼施；



四诊外邪已尽，治在益气通阳养心，滋阴固本。二诊到四诊都是标本同治。

七、冠心病

朱某，男，82岁。1992年10月21日初诊。

患者有冠心病、高脂血症、房颤病史10年，近两月来心悸频发，病起于外感，随之即发心悸怔忡，胸闷口苦，神疲乏力，平素便时脱肛，大便不成形，双脚发麻，舌苔薄腻，脉细，脉律不匀。辨证为肝气不舒夹瘀，气虚痰浊内乘，治拟疏肝活血，益气通阳化湿。处方：

党参 15g 丹参 20g 白蒺藜 15g 白术 15g 炙鸡金
6g 炒黄芩 6g 桂枝 3g 蒺白头 9g 瓜蒌皮 9g
柴胡 5g 葛根 12g 枳壳 6g 茯苓 15 川芎 12 益
智仁 12 甘草 6g

二诊：7剂后，心悸少作，口干口苦较前改善，但皮肤瘙痒，有脱肛，脉律不匀，舌苔薄腻。再拟上法加入凉血活血祛风之品。处方：

党参 15g 丹参 20g 柴胡 5g 桂枝 3g 蒺白头 9g
瓜蒌皮 9g 白蒺藜 9g 煨葛根 10g 炒山楂 15g 生
米仁 30g 炒枳实 5g 赤芍 15g 白芍 15g 枸杞子
15g 钩藤（后下）15g 当归 12g 川芎 15g 凌霄
花 9g 甘草 6g

三诊：7剂后，心悸时有，心前区痞痛，头昏，口干，皮肤瘙痒，舌苔薄，脉细弦，再拟上法出入。处方：

柴胡 5g 延胡索 20g 党参 15g 丹参 20g 桂枝 3g
瓜蒌皮 12g 瓜蒌根 12g 蒺白头 12g 川芎 15g 升
麻 12g 炒山楂 12g 朱茯苓 15g 白蒺藜 15g 生米
仁 30g 乌梢蛇 12g 凌霄花 12g 红枣 15g

四诊：14剂后，服上药后病情改善明显，心悸痞痛两周来未发，无头昏，皮肤瘙痒好转，感膝关节酸软，大便调畅，舌苔薄腻，脉细弦。再拟益

气养阴，温阳化湿，重在顾护心阴。处方：

柴胡 5g 延胡索 20g 党参 12g 丹参 12g 桂枝 3g
麦冬 15g 五味子 5g 枸杞子 12g 石斛 15g 干芦根
12g 炒米仁 30g 白术 15g 朱茯苓 15g 乌梢蛇 12g
杜仲 15g 续断 15g

预后：1992年12月16日查心电图心肌损害较前改善，快速房颤消失。



释疑解惑

问：房颤的治疗有何特点？

答：本病属“心悸”、“怔忡”范畴。从病因来看，乔老认为其责之于：肝气不舒，心气不足，自始阳气自虚，而痰浊乘侮，水湿内盛。故治房颤以疏肝为先，并以益气活血、通阳化湿治之。对于属于阳虚湿阻的患者，多选用四逆散合苓桂术甘汤，加活血药物，如本案；对阴虚夹痰者，则常用生脉散加沙参、石斛、生地、熟地、枳壳、瓜蒌皮、薤白头、丹参等。在病情稳定时少用辛香走泄之品，并注意心阴的顾护。

问：您在冠心病的治疗上有什么心得？

答：经长期临床经验总结，冠心病病家气滞血瘀常与气之不足有关。“气为血之帅”，气虚常导致气血瘀滞，故治疗以补气为主，佐以活血；认为芳香开窍或理气化瘀，虽能取一时之效，但久病气虚，必不能堪。此外，冠心病常伴有痰湿内蕴，与瘀血相兼，互为因果。活血有利湿之力，逐水有化瘀之功。只要有湿瘀之邪内蕴，就可以采用湿瘀并治之法，具体应用除上述补气外，选药常同用白术与川芎、苍术与丹参、泽泻与泽兰、茯苓与莪术、米仁与当归等。瘀者以疏通为法，除用活血外，常以瓜蒌薤白桂枝汤通阳降浊开痹。又因胸胁为肝经分野，常用柴胡疏肝散以疏肝理气活血。化湿多以平胃散加减。常获捷效。



八、心肌炎后遗症

赵某，男，43岁。1993年7月26日初诊。

患者1年前因感冒并发心肌炎，经住院治疗后病情好转，平素偶感胸闷、心悸。1个月前因受凉后出现心悸怔忡症状，心电图检查示房性早搏，T波改变，用丹参注射液静脉滴注治疗后症状改善不明显，心悸阵发，胸闷气短，善太息，面色不华，常在疲劳时病情加重，甚则眩晕，舌质红，舌苔薄，诊脉细弦，脉律尚均匀。诊断为心悸，证属气阴两虚，心血瘀阻，肝气不舒。治拟补气阴，疏肝气，活血养心。处方：

党参 15g 丹参 20g 麦冬 12g 五味子 5g 柴胡 5g
 延胡索 15g 枳实 6g 赤芍 15g 白芍 15g 炙甘草 6g
 枸橼子 6g 半夏 15g 朱茯苓 15g 陈皮 5g 红枣 15g

另加生晒参粉 3g，三七粉 3g 拌和分吞。

二诊：上方7剂后，心悸阵作较前减少，胸闷气短症状减轻，未有眩晕，疲劳感好转，苔脉如前，再宗前方加入通阳降浊之品继续治疗。处方：

党参 15g 丹参 20g 麦冬 12g 五味子 5g 柴胡 5g
 延胡索 15g 枳实 6g 赤芍 15g 白芍 15g 炙甘草 6g
 枸橼子 6g 半夏 15g 朱茯苓 15g 陈皮 5g 红枣 15g
 黄芪 20g 瓜蒌皮 15g 藜白头 12g

另加生晒参粉 3g，三七粉 3g 拌和分吞。

三诊：7剂后，药后诸症明显改善，心悸少作，上方加重黄芪 30g 继用。

预后：病情稳定，能胜任正常工作劳动。



释疑解惑

问：本例病因病机应如何分析？

答：患者中年男性，初起感受外邪而致病，就诊时以心悸胸闷为主症。甚则眩晕，舌红，脉细弦。本例发病心悸、早搏，但就诊时早搏不明显，属

恢复期患者，心气亏虚为主要原因，“气为血之帅”，气的功能之一是对血的运行推动，心主血，血赖心气的推动才能运行全身，心脏亦应有血液的滋养方能维持正常的生理活动。心气不足，心血亦虚，阴血虚损，可见心悸胸闷，气短乏力；阴血亏耗，伤及心脾，气血生化乏源，日久导致肝阴不足，肝血亏耗使心血亦虚，而见眩晕；肝主疏泄，调畅气机，胸闷太息责之于肝气不舒，所以在治疗上以补益气阴，疏肝理气，活血养心为法。

问：本案用药有何特点？

答：疏肝为先，并益气活血，结合通阳化湿，注意顾护滋养心阴。方中党参、丹参、麦冬、五味子益气养心，四逆散、延胡索疏肝理气通阳，半夏、瓜蒌皮、薤白头温通心气，散结豁痰降浊，病情稳定后用黄芪益气培本，巩固疗效。

问：治疗上为什么特别强调疏肝理气？

答：肝主疏泄，调畅气机，气机郁结会导致血行障碍，心悸胸闷与心血瘀阻相关，血的输布代谢有赖于气机调畅，故在治疗上重视疏肝理气。

问：枸橘李在方中的作用？

答：枸橘李（枸橘或枸橘梨），辛、苦，温，归肝、胃经，有疏肝理气，消积化滞的作用，为我临床所喜用具有疏肝作用的中药。

问：生晒参和三七研粉拌和吞服的作用？

答：临床处方我喜用中药研粉以加强疗效，对于辨证有气虚血瘀的，治疗以补气为主，佐以活血，倡用益气活血为法。生晒参（园参）气特异而香，味微甘苦、性微温。大补元气，治心气不足，气血亏虚。三七异名参三七，味甘微苦、性温。入血分，可散可收，功效止血散瘀。两药研粉有补气养血、活血散瘀的功效，对于心气不足，心血瘀阻之证有一定作用。

九、慢性支气管炎

金某，男，76岁。1993年11月12日初诊。

患者患慢性支气管炎，咳嗽20余年，平素胸闷气急，动则尤甚，病情时



缓时急，冬季频发。近两个月来因外感后病情加重，终日卧床不起，而又不能平卧，心悸心烦，自汗盗汗，咳嗽咯痰，痰黄白相兼，咯吐不利，食欲不振，口干欲饮，大便日行2~3次，时溏时干，小便量少，舌苔根部黄腻，舌前部少苔，舌质红而干，脉弦滑数。治拟宣肺化痰，温肾纳气，调益气阴。处方：

炙麻黄 6g 杏仁 9g 甘草 6g 桑白皮 12g 桑叶 9g
 款冬花 9g 知母 9g 山药 10g 炒黄芩 9g 党参 12g
 丹参 12g 麦冬 9g 五味子 6g 补骨脂 9g 鹿角片 3g
 红枣 15g

二诊：上方连用1个月，咳嗽咯痰较前减少，仍动则气急，心悸胸闷，舌苔脉象如前，再拟纳气平喘，清化痰热，调益气阴为治。处方：

党参 12g 丹参 12g 麦冬 9g 天冬 12g 桑白皮 9g
 白前 10g 五味子 5g 款冬花 9g 全瓜蒌 9g 炒山栀
 4.5g 炒黄芩 12g 补骨脂 10g 炒山药 15g 枸杞子
 10g 白果 9g 红枣 15g

另加服生脉饮每次1支，每天2次。

三诊：用上药1个月，主症改善，胸闷心悸较前缓解，能下床活动，小便量可，大便成形，舌苔少质干，脉弦数。再拟调益气阴，温肾纳气。处方：

南沙参 15g 北沙参 15g 天冬 12g 麦冬 12g 五味
 子 5g 川石斛 12g 玉竹 10g 鹿角片 4.5g 补骨脂
 10g 枸杞子 10g 制附子 5g 干姜 3g 黄芪 15g
 当归 9g 干芦根 10g 代赭石（先煎）12g 旋覆花
 （包煎）15g

另加服生脉饮每次1支，每日2次。

预后：用药1个月后，胸闷气急明显好转，活动能力较前增强，后中药继续调治，随访每年感冒次数减少，能平卧寐可，一般活动无气急加重。



释疑解惑

问：慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病是老年常见慢性病，乔老从何处

着手论治？

答：慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病主要症状是胸闷气急，动则气喘，咳嗽痰多，看起来病灶在肺，实际此类慢性病，尤其老年人，大都与脾肾有很大关系。肺病及肾，并伤于脾，脾伤则运化失司而生痰，肾伤则不能纳气而致喘。故在治疗时往往取肺肾双调，兼益脾土。本例病情缠绵，引起多脏腑功能失调，初诊时用三拗汤炙麻黄、杏仁、甘草宣肺止咳，款冬花、桑白皮清肺化痰治标；用生脉饮党参、麦冬、五味子益气养阴，顾护心肺；用补骨脂、鹿角片益肾温阳化饮治本。标本兼治，从肺、心、肾三脏为治疗要点，着手论治。

问：复诊不同阶段如何辨治？

答：患者初诊药后咳嗽咯痰较前减少，二诊用药以补益气阴为主，并清化痰热，温肾纳气，治疗的重点由标本兼治转向扶正固本。三诊病情亦有所改善，加重益气养阴，温补肾阳之品，佐以降气化痰，达到了预期的疗效，稳定了病情。

问：老年慢性咳喘，慢性阻塞性肺疾病平时还需注意如何防护？

答：本病预防外感尤为重要，平素宜避风寒，慎饮食，戒烟酒，避免引发喘咳之证。还需加强锻炼，增强体质，提高抗病能力。有条件者可将白芥子、细辛、延胡索等研成细末穴位敷贴于肺腧穴；另可足浴浸泡至微汗，同时双手按摩太溪、丰隆、足三里、涌泉等穴位。

问：旋覆花、代赭石有什么作用？

答：旋覆花苦、辛，咸，微温，归肺、脾、胃、大肠经，有降气、消痰、行水、止呕的作用；代赭石苦寒，归肝、心经，有平抑肝阳，降逆止呃功效。旋覆代赭汤多用于和胃降逆止呕，在慢支患者中应用主要起到降气化痰，平肝定喘作用，为经验药对。



十、中风后遗症

曹某，男，76岁。1991年4月27日初诊。

患者有高血压病多年，近年来血压控制不佳，1989年6月脑梗死后肢体麻木，下肢浮肿，下肢重着行走不利，伴口角流涎，舌强语涩，时有头昏，曾服用华佗再造丸和针灸治疗，舌苔腻，脉弦。辨证为肝旺夹痰，脉络痹阻。治拟平肝化痰，养血活血通络。处方：

白蒺藜 15g 夏枯草 12g 当归 15g 川芎 9g 浮夏
15g 鸡血藤 20g 朱茯苓 15g 赤芍 15g 白芍 15g
丹皮 12g 丹参 20g 稀莶草 15g 炙地龙 15g 桑枝
15g 泽泻 15g 泽兰 15g 甘草 6g 红枣 15g 大
腹皮 15g

二诊：用上方1个月后，诸症缓而未已，舌苔薄腻，脉弦。再拟原法处方。处方：

白蒺藜 15g 夏枯草 12g 当归 15g 川芎 9g 浮夏
15g 鸡血藤 20g 枸杞子 15g 赤芍 15g 白芍 15g
丹皮 12g 丹参 20g 稀莶草 15g 炙地龙 15g 桑枝
15g 泽泻 15g 泽兰 15g 甘草 6g 藿香 12g 佩
兰 12g

三诊：服药1个月后，下肢肿已消，行走较前灵活，口角流涎，舌强语涩，舌苔薄腻，脉弦。处方：

白蒺藜 15g 夏枯草 12g 当归 15g 川芎 9g 浮夏
15g 鸡血藤 20g 枸杞子 15g 赤芍 15g 白芍 15g
丹皮 12g 丹参 20g 桂枝 12g 炙地龙 15g 桑枝 15g
泽泻 15g 泽兰 15g 甘草 6g 藿香 12g 佩兰 12g
蝉衣 9g 六一散（包煎）30g

四诊：服上药2个月后，患者口角流涎少作，走路已不需他人搀扶，言语较前流畅，但尚见头昏，视物模糊，腰膝酸软等症，舌苔薄，脉细弦。治拟滋补肝肾、益气通络、祛风除痰，以巩固疗效。处方：

黄芪 15g 白蒺藜 15g 当归 15g 蝉衣 9g 生米仁
30g 太子参 15g 山萸肉 9g 枸杞子 15g 夏枯草
15g 赤芍 15g 白芍 15g 川芎 15g 豨莶草 15g
川石斛 12g 炙地龙 15g 熟地 15g 怀牛膝 12g 茯
苓 15g 石菖蒲 9g

预后：中药调治半年余，患者肢麻肢肿、口角流涎症状基本消失，步履较前稳健，言语较流利。



释疑解惑

问：本案如何辨证分析？

答：该患者有高血压病基础，中风后血压仍偏高，且年事已高，肝肾已亏，故为肝风未除，水不涵木，因此时有头昏。气血虚弱，机体失养，筋脉不利，症见肢体浮肿，手足麻木，行走不利，下肢重着；又见口角流涎、舌强语涩、舌苔腻为风邪引动痰湿，流窜经络，气血痹阻，故治疗以平肝化痰，养血活血通络为法。

问：治疗上前后不同如何理解？

答：本案治疗上分两个阶段。初诊时肝旺夹痰，肝风夹持痰火走窜经络，导致脉络痹阻。先治老年中风病之标，拟平肝化痰通络，药用白蒺藜、夏枯草、炙地龙、豨莶草、桑枝平肝通络；枸杞子、当归、川芎、丹皮、丹参、鸡血藤等养血通络，取血行风自灭之意；藿香、佩兰、半夏、朱茯苓豁痰降浊，用药符合病机，取得了很好的疗效。后期辨治以康复治疗，防止复中为要点，重在补益脏腑虚损，以山萸肉、熟地、怀牛膝滋补肝肾，参芪四物、地龙等益气养血通络，以蝉衣、茯苓、石菖蒲祛风除痰。



十一、郁证

刘某，女，28岁。1986年11月24日初诊。

患者两月来情绪低落，面无笑容，常一人独坐，表情木僵，思维不敏，走路迟钝，遇事则焦虑不安，多虑多疑，诊病由家属陪同，舌苔白腻，脉弦滑。属中医郁证范畴，肝气郁结，痰浊蒙心，治拟疏肝化痰，清心开窍。处方：

柴胡 5g 白芍 12g 枳壳 9g 甘草 6g 半夏 9g 茯苓 12g
 象贝母 9g 胆南星 6g 郁金 12g 生米仁 15g
 石菖蒲 9g 炒山栀 6g 炒黄芩 6g 淡豆豉 9g

另加服蝉衣竺贝散，每次1.5g，每日2次分吞。

二诊：上药14剂后，诸症如前改善不明显，查舌苔白腻，脉弦小滑，再守方继用14剂。

三诊：神情渐见自如，表情木僵改善，时而可见笑容，但遇事仍急躁多虑，苔脉如前，再拟前方加减。处方：

柴胡 5g 白芍 12g 枳壳 9g 甘草 6g 半夏 9g 茯苓 12g
 象贝母 9g 胆南星 6g 郁金 12g 石菖蒲 9g
 炒山栀 6g 炒黄芩 6g 淡豆豉 9g 生龙骨（先煎）
 15g 青龙齿（先煎）15g

另加服蝉衣竺贝散，每次1.5g，每日2次分吞。

预后：服中药治疗2个月后，患者就诊无须家属陪同，表情自然，言语对答切题，遇事虽有焦虑烦躁但能控制，再原法治疗，2个月后随访已能上班工作。



释疑解惑

问：本例应如何辨治？

答：郁者，滞而不达之义。本案辨证有三方面因素。①郁证其原因从脏

腑来讲责之于肝，肝主疏泄，其性条达，忧思郁虑，可使肝失条达，气机不畅，以致肝气郁结，此郁证主要的病机。症见情绪低落，面无笑容，常一人独坐。②郁生百病，肝气郁滞，脾运失健，生痰生湿，痰湿内生易蒙于心窍，症见表情木僵，思维不敏，走路迟钝。③抑郁日久，生热化火，症见遇事焦虑不安，多虑多疑。因此，本案的病机责之于肝气郁结、郁而化火、痰浊蒙心，故在治疗上从“疏、清、化”三方面着手，每临此类病人重在疏肝解郁，方药常取四逆散加山栀、黄芩为主。同时涤痰开窍，常取温胆汤之意，加用蝉衣竺贝散治之，清心开窍，从而使病家肝气达而郁滞消，郁火平而心气宁，痰浊散而心窍通。

问：方中加入山栀、黄芩、淡豆豉起到什么作用？

答：山栀清热泻火、解毒凉血，黄芩清热燥湿、泻火解毒。六郁者，气、血、火、痰、湿、食，肝气郁结，日久化火，所以在治疗郁证上，除了疏肝理气外，常用山栀、黄芩、淡豆豉相配泻火解郁，其中山栀、淡豆豉取义于《伤寒论》中栀子豉汤方，栀子豉汤方主治心中懊恼，或胸中窒，虚烦不得眠，反复颠倒。

问：蝉衣竺贝散组成及功效是什么？

答：蝉衣竺贝散由蝉衣、天竺黄、川贝三药组成。蝉衣疏风散热、祛风定惊，天竺黄清热豁痰、凉心定惊，川贝散结化痰，三药同用，清热祛风，化痰开窍，治心胸郁结，痰浊蒙心，研粉服用效果更好。

问：后期加用生龙骨、青龙齿有什么作用？

答：生龙骨性味甘、涩，平，归心、肝、肾、大肠经，具有敛气逐湿、止盗汗、安神的作用。青龙齿性味平、甘、涩，归心、肝、肾经，有镇惊安神、平肝潜阳、收敛固涩之效。两药同用加强清热除烦作用，以稳定病情。

十二、水肿

薛某，女，59岁。1992年6月25日初诊。

患者周身浮肿伴胸闷气急一月余，下肢肿甚，午后加重，行路不变，汗



出，纳食不振，泛恶，小便短少，口唇偏暗，舌苔薄腻，脉弦滑。辨证为脾虚湿盛，肝失疏泄，瘀血内阻。治拟健脾利水，疏肝活血。处方：

蝉衣 9g 焦白术 15g 泽泻 15g 泽兰 15g 当归 15g
 赤芍 15g 川芎 15g 猪苓 15g 茯苓 15g 大腹皮 15g
 槟榔 5g 柴胡 5g 延胡索 20g 党参 15g 丹参 20g
 甘草 6g 防风 6g 防己 12g 黄芪 12g 车前子（包煎） 15g
 车前草 15g

二诊：14剂后，浮肿较前改善，胸闷好转，时有动则气急。夜寐欠安，舌苔薄腻，脉弦。患者脾气虚弱，痰湿内蕴，治重在健脾利水。处方：

藿香 12g 佩兰 12g 黄芪 15g 赤芍 15g 川芎 9g
 猪苓 15g 茯苓 15g 大腹皮 15g 党参 12g 丹参 15g
 防风 6g 防己 12g 甘草 6g 蝉衣 12g 焦白术 15g
 炙鸡金 9g 泽泻 15g 泽兰 10g 枳壳 6g 焦楂曲（各） 15g
 乌梢蛇 12g

三诊：7剂后，浮肿明显减轻，纳食渐振，寐差，舌苔薄腻，脉弦。上方去蝉衣、黄芪，加合欢皮 15g，川朴 4g，再服 7 剂。

四诊：浮肿已消，舌苔薄，脉弦。再宗原法调治。处方：

藿香 12g 佩兰 12g 黄芪 12g 赤芍 15g 川芎 15g
 猪苓 15g 茯苓 15g 大腹皮 15g 党参 12g 丹参 15g
 防风 6g 防己 12g 甘草 6g 炙鸡金 9g 泽泻 15g
 泽兰 15g 枳壳 6g 乌梢蛇 15g 川朴 4g 焦楂曲（各） 15g

预后：诸症悉平，后一年不间断服中药，未有复发。



释疑解惑

问：本案病机应如何分析？

答：患者周身浮肿一月余，未行相关理化检查以明确诊断。《景岳全书·肿胀》云：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化

精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。”本案病机中还需注意气血失调的因素，气的升降出入失常，不能温煦和推动血的运行，血液运行失常，瘀血内停，瘀滞于内，导致水肿。气机失调与肝失疏泄有关，所以在辨治中要引入疏肝。

问：本例水肿患者的辨治思路？

答：本例在治疗上注重两方面，一方面上下分利，即宣肺以走皮毛，健脾利水以走膀胱；另一方面气血分利，即治气利水，使气行则水行，用益气理气之法；行血利水，用活血之品使瘀消水行。上下分利常用蝉衣、防风与白术、猪苓相配，气血分利用泽兰、当归、川芎、赤芍、丹参与黄芪、白术、党参、柴胡相合，用药桴鼓相应，诸症得以好转。

问：药用乌梢蛇的作用？

答：乌梢蛇性味甘、平，归肝经。具有祛风、通络、止痉的作用，临床常用于治疗风湿顽痹。方中乌梢蛇与蝉衣配伍宣肺活血、祛风通络，体现治疗水肿上下分利、气血分利的独特思路，为经验药对。

十三、泄泻

汤某，女，67岁。1990年9月25日初诊。

患者大便溏薄伴腹痛两年余，便前腹痛，便后痛减，大便溏薄，日3~5次，肠鸣矢气，左下腹轻触痛，肠镜检查诊断为慢性结肠炎。舌苔薄腻，脉弦。辨为肝郁脾虚证，治拟疏肝健脾，兼以补肾。处方：

柴胡 5g 炒白芍 15g 黄芪 15g 党参 15g 炒白术
15g 甘草 6g 煨肉果 15g 草豆蔻 15g 广木香 5g
砂仁（后下） 2g 川石斛 12g 炒谷芽 15g 炒麦芽
15g

二诊：上药14剂后，腹痛好转，大便稀溏日2~3次，舌苔薄腻，脉弦。前方加藿香12g，佩兰12g，川朴4g，再服14剂。

三诊：腹痛已除，大便亦能成形，但饮食油腻即溏烂，舌苔薄，脉弦。



再拟原法加减治疗。

柴胡 5g 炒白芍 15g 黄芪 15g 党参 15g 炒白术
15g 甘草 6g 煨肉果 15g 草豆蔻 15g 广木香 5g
砂仁(后下) 2g 川石斛 12g 炒谷芽 15g 炒麦芽
15g 焦楂曲(各) 15g

预后：上药调治一月余，诸症悉除而安。



释疑解惑

问：本案治疗泄泻特点？

答：脾虚湿盛是泄泻发生的重要因素。慢性泄泻，病程缠绵，脾虚失运，水谷不化精微，湿浊内生，混杂而下，肝木脾土两脏相克，肝木乘虚易犯脾土，肝脾不和，肝郁脾虚致病反复不已。治疗该病有两大要点，一者，健脾温中，药用党参、白术、甘草健脾运湿，草豆蔻、木香、砂仁芳香温中化湿；二者，疏肝补肾，以柴胡、白芍疏肝柔肝抑木。肝木不乘脾土，则健脾温中之药更能发挥作用，煨肉果温肾固涩，久泻无不伤肾，久者可固，脾肾同治。

问：本案治疗泄泻以健脾为主法用药，方中还加入川石斛起到了什么作用？

答：石斛性味甘，微寒，能养阴清热，益胃生津。同时取法于叶天士之常用酸甘化阴法，在肝失疏泄的情况下，用石斛之甘配合白芍之酸来酸甘化阴，化生津液，于温中健脾之品中配以甘寒养阴的川石斛，脾阳得胃阴之助，则脾气升散有力，寒温相济，疾病易于向愈。

十四、口舌溃疡

翟某，女，48岁。1991年4月15日初诊。

舌破痛两月余，既往每年发作5~6次，多在月经前后或外感后发作。此次舌破痛两月来反复不已，舌边创面不易收口愈合，食咸则甚。口干，心烦，

胃脘痞胀，大便秘结，舌质干有裂纹，舌苔少，脉细弦。辨证为肝气郁结，心胃火炎。治拟疏肝理气，清泻心胃之火。处方：

柴胡 5g 赤芍 15g 白芍 15g 枳实 6g 炙鸡金 9g
青皮 5g 陈皮 5g 枸橼李 6g 麦冬 15g 川石斛 12g
板蓝根 20g 竹叶 15g 甘草 6g 炒谷芽 15g 炒麦芽
15g 生地 15g 望江南 18g

二诊：上药 10 剂后，舌破痛减而未已，大便日行 1 次，口干心烦有改善，再按上方加味。处方：

川石斛 12g 知母 9g 柴胡 5g 枳壳 6g 甘草 6g
生地 15g 莲子心 1.5g 生大黄（后下）2g 马勃 4g
炒黄芩 6g 黄连 3g 竹叶 15g 生米仁 20g 炒谷芽
15g 炒麦芽 15g

另加服龙胆泻肝丸每次 3g，每天 2 次。

三诊：用药 10 剂后，创面渐渐收口，舌破痛症状有所缓解，时有腹胀、口干不适，舌质干有裂纹，舌苔少，脉细弦。守方加减继用。处方：

柴胡 5g 枳壳 6g 知母 15g 生地 20g 甘草 6g
马勃 4g 莲子心 1.5g 生大黄（后下）2g 竹叶 15g
生米仁 20g 黄连 3g 炒黄芩 6g 石膏（先煎）30g

四诊：上方连服 7 剂，舌破痛明显缓解，创面渐愈，大便尚调，舌苔少，脉细弦。守上方加入益气敛疮之品。处方：

柴胡 5g 枳壳 6g 知母 15g 生地 20g 甘草 6g
马勃 4g 莲子心 1.5g 炒黄芩 6g 竹叶 15g 生米仁
20g 黄连 3g 太子参 15g 生黄芪 9g

预后：随访每年舌破痛 1~2 次发，每发用中药调治即愈。



释疑解惑

问：本例口疮患者如何辨脏腑虚实？

答：顽固性复发性口腔（舌）溃疡，中医大多认为系心火上炎、胃火上炎、阴虚火旺所致。惯用导赤散、白虎汤或玉女煎、知柏地黄丸等，用以清



心降火、清胃降火、滋阴降火，部分患者病机相宜而获效。但仍有不少患者鲜有疗效，治疗顽固性复发性口腔（舌）溃疡除了用降火滋阴法外，常加入疏泄肝经之药。本例口舌溃疡以实证为主。脏腑积热，心开窍于舌，心经有火上炎见舌溃破疼痛，舌边创面难愈，心火上扰则心烦；胃经火热，症见胃脘痞胀，大便秘结；肝经不疏，每于月经前后发作，郁而化火，反复交蒸，舌干苔少，脉弦亦为佐证，故辨证为心火上炎，胃经火热，肝郁不舒。治疗上清心泻火用竹叶、莲子心、黄芩等；清泻胃火用黄连、知母、生大黄，甚则石膏；还重视疏泄肝经之火，用四逆散配合龙胆泻肝丸，后期扶正祛邪，标本兼顾，考虑到口疮反复发作的特点，病机由实转虚，加重益气养阴药味，补虚敛疮，而达治愈之功。

十五、高热

马某，女，38岁。1991年9月17日初诊。

患者反复高热20余天，伴双踝关节疼痛。患者于8月16日起出现发热最高达39.5℃，用安乃近治疗后热退。隔日高热再起达39.4℃，再用解热消炎药治疗效果不佳，当时查血白细胞 $1.0 \times 10^9/L$ ，拟“发热、血白细胞低下”收治入院。入院后发热反复，9月6日行骨髓穿刺检查示增生较活跃，基本排除白血病及急性再生障碍性贫血。体检发现右颈部数个淋巴结肿大，活检报告示坏死性淋巴结炎，静脉注射抗生素治疗但热不退，故请乔老会诊。症见发热达39.5℃以上，每在凌晨2~3点体温上升，白天热度稍降，但仍在38℃以上，晚间体温上升，伴恶寒，心烦不安，面色艳红，形瘦神疲，口干目赤，唇燥，小便黄赤，关节酸痛。舌苔少，舌光红且干，脉弦数。血白细胞 $1.0 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞42.2%，淋巴细胞56.0%。属中医“温病”、“颈痈”范畴，证属气营同病，痰湿蕴结。治拟透热凉营，化痰消肿散结。处方：

| | | | |
|------------|--------|--------|--------|
| 水牛角（先煎）30g | 丹皮 15g | 丹参 15g | 生地 20g |
| 生石膏（先煎）30g | 赤芍 15g | 知母 20g | 炒山栀 6g |

炒黄芩 6g 象贝母 10g 冰球子 18g 蛤壳 15g 半夏
18g 三棱 12g 白薇 9g 青蒿 15g 竹叶 15g 天
龙 2 条 蜈蚣 1 条 草果 24g

另加服紫雪散每次 1.5g，每日 2 次。

广犀角粉每次 0.3g，每日 2 次。

小金丹每次 1 粒，每日 3 次。

二诊：上药 4 天后，体温渐退，每日在 37.5℃ ~ 38.3℃，咳嗽，心烦不宁，面赤，舌苔少，脉数。上方去天龙、蜈蚣、紫雪散，加用炙麻黄 5g，续用 5 剂。

三诊：体温退至 37.3℃ 左右，白天已无发热，面色艳红消退，心烦，舌苔渐生，舌质红，脉细小数。乃邪退而未尽，再拟上法掺入益阴之品。处方：

水牛角（先煎） 30g 丹皮 9g 生地 20g 赤芍 15g
地骨皮 15g 知母 10g 象贝母 15g 豆豉 9g 炒山栀
6g 桑叶 9g 炒黄芩 6g 青蒿 10g 炙鳖甲 15g
乌梅 3g 黄连 2g 竹叶 15g 甘草 6g

预后：上药 5 天后体温退至正常，颈部淋巴结缩至黄豆大小，质软，已无压痛。舌苔根渐生，脉数亦缓。唯动则心慌，乏力口干，易汗出。继用益气滋阴之品调治而安，1991 年底随访颈部淋巴结消退。



释疑解惑

问：高热为内科急症，中医如何辨别发热类型？

答：中医辨发热有发热恶寒、壮热、潮热、寒热往来之别。发热恶寒即发热与恶寒同时存在，病证在卫表；壮热多见于伤寒阳明病或温病气分阶段，邪毒内陷气营两燔亦可见高热，但常并见发斑、神昏、谵语、动风等兼证；潮热多见于阳明腑实证，身热汗出蒸蒸，腹胀满实拒按，热势至夜加重；阴虚内热型则潮热颧红，骨蒸盗汗，咳嗽咯血，舌红少苔；寒热往来症见热时不寒，寒时不热，往往一日数次发作。病在卫分症见微恶寒而发热，伴口渴汗出，脉浮且数或邪犯太阳，恶寒重于发热，伴头身痛，脉浮，均属发热在表；病在气分，邪犯阳明，则壮热不寒，口大渴，脉洪大而数；入营则高热，



入夜为甚，兼见谵昏，斑疹隐隐；入血分则高热兼见齿衄、鼻衄、吐血、便血，甚至昏迷抽搐，舌绛少津等。本案西医诊断为坏死性淋巴结炎，中医属“气营同病”而发热。

问：本病的辨治要点是什么？

答：本病整个病势是高热、痰瘀、伤阴耗气三种。开始症见高热不退，其势危急，属于“温病”热入营分，此时往往气分之邪犹未尽，故治疗上重在气营两清，清营解毒，兼以化痰散结。在处方用药上常以犀角地黄汤合紫雪散为主，或加用广角粉、石膏知母汤。在用药特点上，宗叶天士所云“入营尤可透热转气”之意，用青蒿、白薇、竹叶、炒山栀、炒黄芩等透热转气，使营分之邪转出气分而解，防止邪热内陷心包或热盛动血。总之，在治疗上观其缓急程度，采取或先治标，或标本兼治，或缓而治其本之法。其标为高热，或为痰湿凝聚；其本为正气的亏耗，阴液的流损。

问：方中用天龙、蜈蚣起到什么作用？

答：两味虫类药物同用，既清热解毒，又能祛风镇痉，解决热急动风之忧。

十六、汗证

李某，女，73岁。1991年6月7日初诊。

头汗淋漓5年余，一年四季无论白天黑夜均见头汗湿帽湿襟，热气蒸腾，淋漓如雨，进食则甚，头昏神疲，睡眠不佳，易外感，午后低热，伴发两颧潮红，口渴多饮，受风寒则大便溏薄，舌苔厚腻，舌质有齿印，脉洪大而数。曾在多处医院就诊均无效果，属中医“自汗、盗汗”，辨证为胃火旺盛，气阴两伤，脾虚湿阻。治拟泻实火，益气阴，健脾化湿，导水下行。处方：

石膏（先煎）30g 知母 15g 甘草 6g 党参 15g 黄芪 20g
 炒白术 18g 防风 6g 麦冬 15g 五味子 6g
 黄柏 10g 地骨皮 15g 牛膝 10g 车前子（包煎）15g
 泽泻 15g 炒山药 15g

另加琥珀粉每次1.5g，每日1次吞服。

二诊：服药7天后，头汗减少，头昏睡眠好转，余症如前，前方获效，依法续进，上方加生米仁30g。

三诊：服用上方半月后，头汗已止，诸症基本告愈，舌苔已化，脉弦。胃火大部已降，但气阴尚不足，卫表不固，再拟益气养阴，固表敛汗。处方：

黄芪 20g 炒白术 18g 防风 6g 党参 15g 麦冬 15g
五味子 6g 知母 15g 甘草 5g 陈皮 5g 茯苓 15g
红枣 15g

预后：上方再用半月后，病情稳定，后改用玉屏风冲剂合生脉饮同服，半年后随访，汗证未作。



释疑解惑

问：本病如何进行辨证分析？

答：一般自汗、盗汗其易治者常不治自愈或用民间单方而愈，但本例为难治之症，之前经中西医多年治疗疗效不显。其证既有自汗，又有盗汗；既有表卫不固，又有午后潮热、颧红的虚劳内热之症状；既有口渴多饮，头汗淋漓，脉洪大而数的胃有实热之证，又有遇风寒则大便溏薄，舌苔厚腻之脾阳不足之症状，此为虚实相兼，寒热交叉之证。《素问·经脉别论》云：“饮食饱甚，汗出于胃。”本例患者平时汗液淋漓，常湿帽湿襟，尤其每当进食头汗加剧，热气腾腾，如蒸笼一样，民间称“蒸笼头”。所以本案辨证为胃火旺盛，气阴两伤，脾虚湿阻。

问：患者汗出淋漓多年，有气阴两伤之象，为什么还要用白虎汤治疗？

答：由于本病病机错综复杂，患者虽汗出淋漓多年，气阴有伤，但初诊时胃火炽盛，症见口渴多饮，头汗淋漓蒸腾，脉洪大而数，此时既有虚实相兼，又有寒热交叉，治疗上应标本兼治，白虎汤乃治疗阳明胃经炽热之主方，清胃降火，火降则汗收，再予益气养阴之品相须为用，顽症得除。

颜德馨

· 名 医 ·



【名医简介】

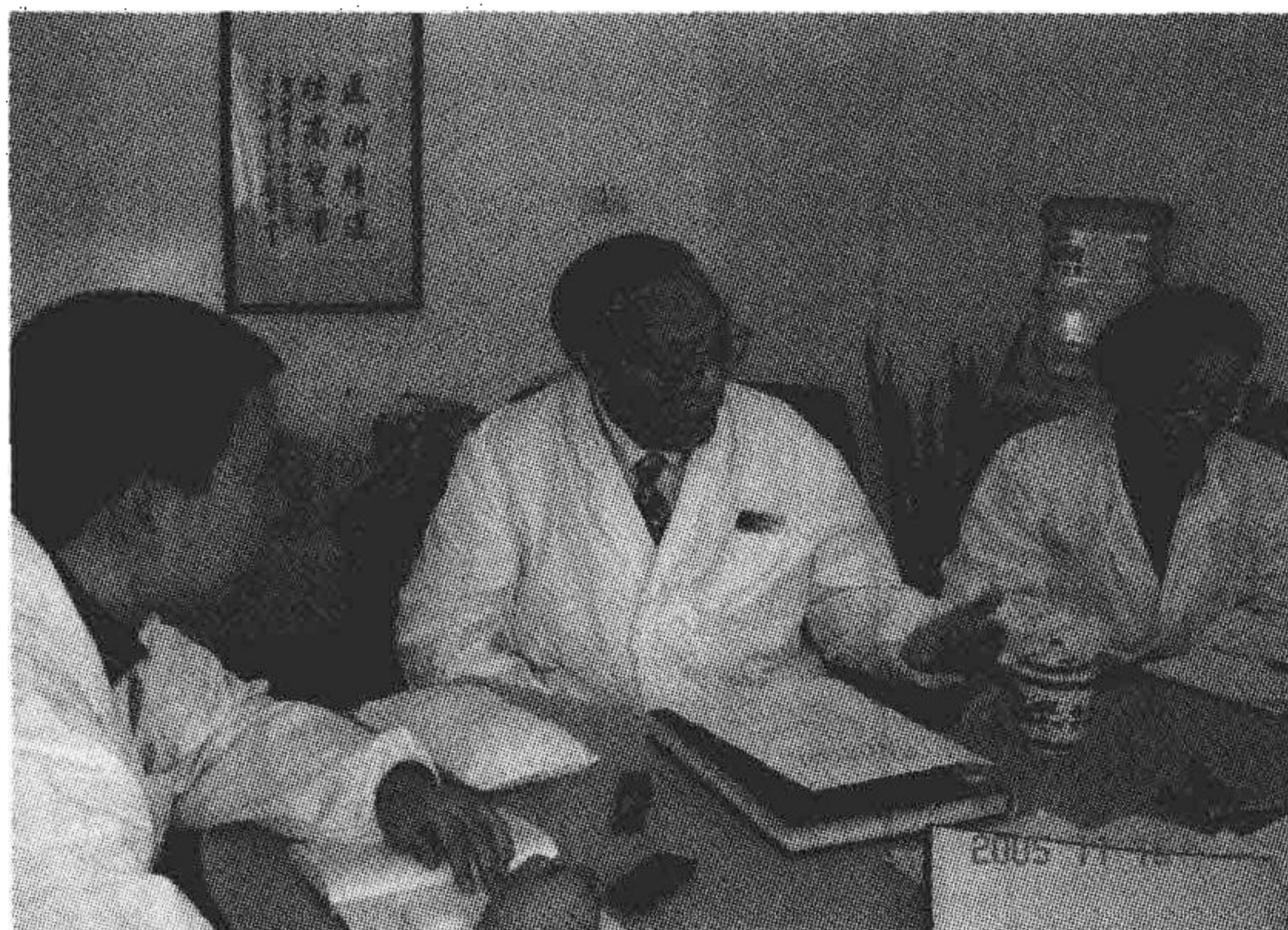


颜德馨，男，祖籍山东，生于1920年。主任医师，教授，博士生导师，著名中医药家，国家级非物质文化遗产传统医药项目代表性传承人。历任中国中医药学会理事，国家中医药管理局科技进步奖评审委员会委员，上海师范大学、长春中医学院、成都中医药大学、上海中医药大学特聘教授、博士生导师，以及上海市中医药工作咨询委员会顾问，上海市医学领先专业专家委员会委员，国家自然科学基金评委等职，现任同济大学中医研究所所长、上海市曙光医院终身教授。历年来获得“上海市名中医”、“全国名老中医”、第三届“上海市医学荣誉奖”等多项荣誉称号。2003年中华中医药学会特授予其终身成就奖，并聘为该会终身理事。2004年获得中国医师协会首届“中国医师奖”及“中国铁道学会铁道卫生学科带头人”称号，2009年5月当选国家首届“国医大师”。

颜德馨教授出生于江苏丹阳中医世家，尊翁颜亦鲁为名中医，故幼承家学。1939年毕业于上海中国医学

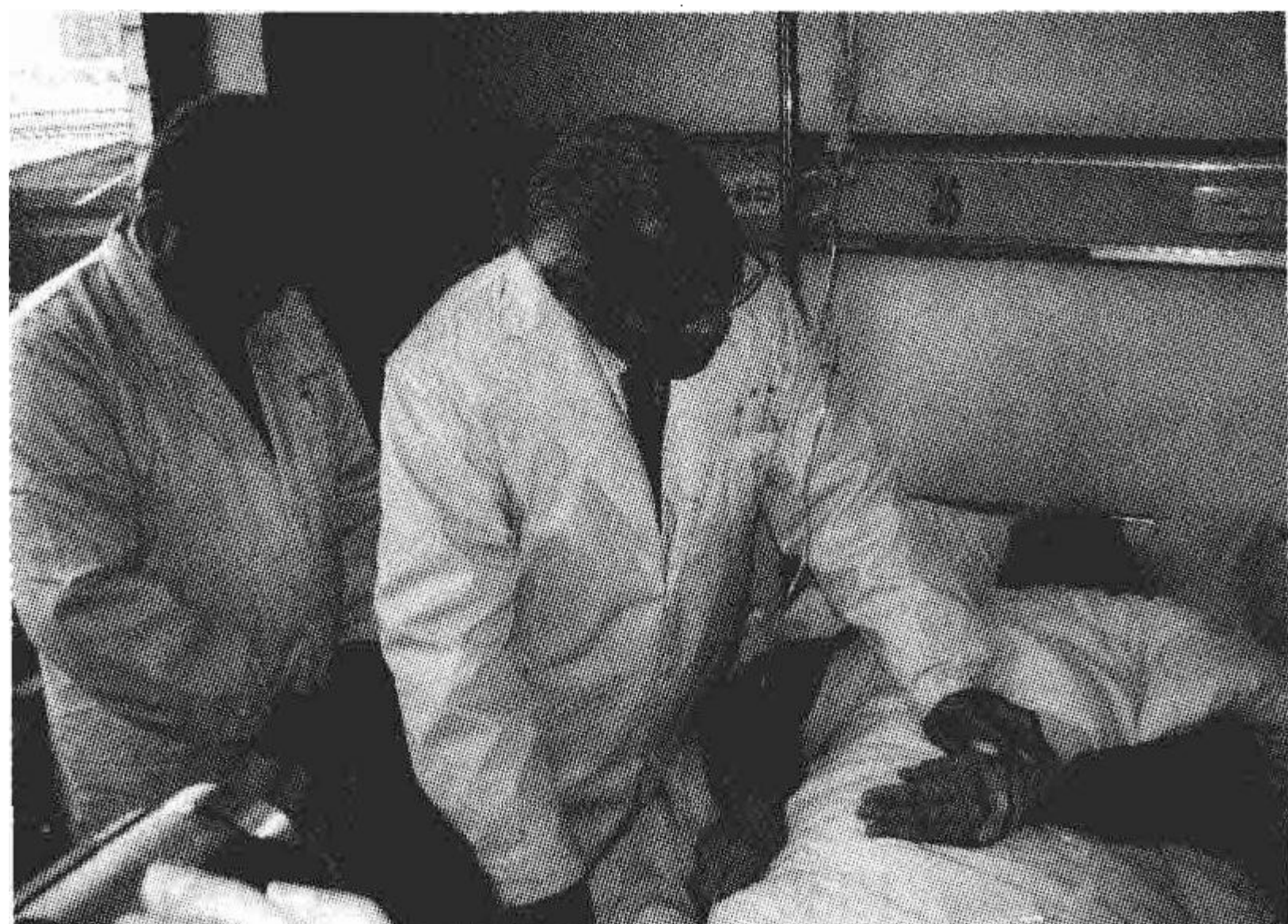
院，1956年调入上海铁路中心医院主持中医业务，1992年创建上海铁路中医技术中心。在学术上开拓创新，倡导“久病必有瘀”、“怪病必有瘀”，提出“衡法”治则，为医林所瞩目。颜教授多年来从事生命科学研究，主持“瘀血与衰老”科研项目，提出瘀血实邪乃人体衰老之主因的新观点，荣获国家中医药管理局科技进步二等奖。此外如“颜德馨治疗心脑血管病专家系统”、“颜德馨治疗疑难病的经验总结”、“脑梗灵治疗脑梗塞的临床与实验研究”、“衡法新药调节血脂功能的研究”等多项科研成果均获得各级科技进步奖。

颜德馨教授长期从事疑难病证的研究，根据疑难病证的缠绵难愈、证候复杂等特点，以“气为百病之长”、“血为百病之胎”为纲，创立“衡法”观点，为诊治疑难病证建立了一套理论和治疗方法。将其运用于心脑血管病领域，颇有成效。并于2001年在上海市卫生



局领导下组建上海市中医心脑血管病临床医学中心。中心标志性学术专著《颜德馨中医心脑血管病学》已经由人民卫生出版社付梓。

颜德馨教授历年来发表论文200余篇，出版著作《餐芝轩医集》《活血化瘀疗法临床实践》《医方囊秘》《气血与长寿》《中国中医抗衰老秘诀》



《颜德馨医艺荟萃》《颜德馨诊治疑难病秘笈》《中医外治法》《颜德馨临床经验集》《颜德馨膏方真迹》等多部，并著有《衰老合瘀血》一书英文版在全世界发行。曾多次赴美国、法国、加拿大、泰国、印尼及港、台等地讲学，为中医走向世界作出了贡献。



在非典流行期间，颜德馨教授以 84 岁高龄，担任上海市中医防治专家组顾问，上海市中医治疗指导组组长，以及华东地区防治非典首席科学家。因而在“非典”得到初步控制后，颜教授分别被中国科协和中华中医药学会授予“全国防治非典型肺炎优秀科技工作者”、“中医药抗击非典型肺炎特殊贡献奖”。并取得上海市科委关于急性热病的重点资助科研项目。

颜德馨教授热心中医事业的建设，重视下一代中医接班人的培养，于 1999 年个人捐资设立“颜德馨中医药人才奖励基金”，每两年评选 1 次以鼓励后学。2004 年正式成立上海颜德馨中医药基金会，并担任理事长。鉴于颜德馨教授为中医事业作出的卓



越贡献，2003 年中华中医药学会特授予其终身成就奖，并聘为该会终身理事。并于 2004 年获得中国医师协会首届“中国医师奖”、“中国铁道学会铁道卫生学科带头人”等光荣称号。2009 年 5 月当选国家首届“国医大师”。

【学术思想】

颜老从医 70 余年，长期从事疑难病证的研究，学术上推崇气血学说，诊治疑难病证以“气为百病之长”、“血为百病之胎”为纲，倡立“久病必有瘀、怪病必有瘀”的理论，并提出“疏其血气，令其条达而致和平”是治疗疑难病证的主要治则，创立“衡法”观点，为诊治疑难病证建立了一整套崭新的理论和治疗方法。

一、气血病变是临床辨证的基础

气血是维持人体正常生命活动的重要物质，同时气血失调也是各种疾病的病理基础，脏腑经络的病理变化无不影响气血，内外妇儿临床各科的病证无不涉及气血。因此，颜老认为气血病理变化在八纲、卫气营血、脏腑等辨证方法中，占首要地位。

中医辨证核心是“八纲辨证”，八纲之中，虽无气血两字，但气血内容确尽贯于八纲之中。八纲辨证的总纲是阴阳，人体在正常生理状态中，阴阳双方保持相对平衡，如出现一方偏衰，或一方偏亢，就会出现病理状态。而



气血是人体阴阳的主要物质基础，气血正平，则阴阳平衡，疾患消除。表里辨证与气血关系也极为密切，表证辨证多宗“卫气营血辨证”，而卫属气，营属血；里证不外乎脏腑病变，而脏腑病多与气血相关。虚实辨证更不能舍气血而言虚实，不论何种虚证，多兼有气虚或血虚，不论什么实证，皆与气血瘀滞有关。寒热辨证是两种性质绝对相反的病变，但寒热病变均直接影响气血的正常生化功能，热则煎熬气血，寒则凝涩气血，而气血的寒热病变又直接反映到体征或症状的寒证与热证。故颜老认为气血病变是临床辨证的基础，也是疑难病证的辨证基础。

二、气血不和，百病乃变化而生

疾病不论来自何方，首先均干扰气血的正常功能，而使之紊乱，以致阴阳失去平衡协调，经脉瘀阻不通，气血循行失常。这既是常见病的发病过程，也是疑难病证的发病规律。气血通畅不仅反映机体的精、气、血、津液的充盈健旺，也表明脏腑组织生理功能的正常，气血冲和，百病不生，若一旦气滞血凝，脏腑经脉失其所养，功能失常，疾病即随之而起。因此，在诊治疑难病证时，必须重视气血流畅这个重要环节。

颜老根据《素问·举痛论》“百病生于气”的理论，提出“气为百病之长”之说。气为一身之主，升降出入，周流全身，以温煦内外，使脏腑经络、四肢百骸得以正常活动，若劳倦过度，或情志失调，或六淫外袭，或饮食失节，均可使气机失常，而出现气滞、气逆、气陷等病理状态。气机升降失常也是导致痰饮、瘀血等病理产物内生的根本原因。血液的流行有赖于气的推动，即所谓“气为血帅”；津液的输布和排泄，有赖于气的升降出入运动，即所谓“气能生津”。气机一旦失常，即可产生瘀血、痰饮等病变。伤气伤血是疾病发展的两个阶段。邪之伤人，始而伤气，继而伤血，或因邪盛，或因正虚，或因失治、误治，邪气久恋不去，必然伏于血分。故颜老主张对痼疾、顽症、劳伤沉疴、累年积月之内伤杂病、疑难重症等慢性病从血论治，并重视气对血的统摄调节作用。

三、久病必有瘀，怪病必有瘀

疑难病证大多表现为寒热错杂，虚实并见，邪正混杂，而其病机则均涉及气血。颜老根据疑难病证的病程缠绵，病因复杂，症状怪异多变的特点，提出“久病必有瘀，怪病必有瘀”之论点，认为疑难病证中，瘀血为病尤为多见，无论外感六淫之邪，内伤七情之气，初病气结在经，久病血伤入络，导致气滞血瘀，故瘀血一证，久病多于新病，疑难病多于常见病。

久发、频发之病从瘀。病时轻时重，时发时止，年久不愈的沉痾、顽症、痼疾等疑难病当从瘀论治。初病在气，久病入络是病变发展的规律，疑难病缠延不去，反复发作，导致体内气血流行受阻，脉络中必有瘀凝。临床认为，久病不用活血化瘀，何除年深坚固之沉疾，破日久闭结之瘀滞？

奇症怪病从瘀。奇症怪病之证无定候，无病位，忽痛忽痒，时上时下，幻听幻视，或有不可明状之苦，其因不可究，既无色诊可查，又无脉症可辨，皆可从瘀论治。多因六淫七情，引起气机逆乱，气血乖违；或因失治、误治、病久影响生化之源而致血瘀；或因胎孕产后、外伤等原因导致瘀血停滞，气机失宣，郁滞脉络，着而不去，最终形成难治之证。

常法论治不效者从瘀。一些慢性病，或反复发作的疑难病如心脑血管病、慢性肝炎、慢性肾炎、脉管炎、硬皮病及增生性疾病等，视虚补之，视热寒之，视寒热之，或攻补兼施，或寒热并用，常法论治，百药不效者，当从瘀论治。这类病证多由气血乖违，机体功能紊乱，以致寒热夹杂，虚实互见，故而攻之无效，补之无益，唯有疏其血气、令气血条达，方能奏效。

四、“衡法”的具体运用

瘀血是产生气血不和的重要因素，血液循经而行，环流不息，周而复始，濡养全身，若因各种原因（气滞、寒邪、热邪、出血、外伤、久病、生活失



宜等) 而出现血行不畅, 或血液瘀滞, 或血不循经而外溢, 均可形成血瘀。瘀阻脉道内外, 既可影响血液正常流行, 又可干扰气机升降出入, 以致机体阴阳气血失衡, 疾病丛生。调气活血化瘀法能够疏通气血, 调整阴阳, 平衡气血, 其作用已远远超过“通行血脉, 消除瘀血”的含义, 既不是“攻法”, 又有异于“补法”、“和法”等, 所以可以称其为“衡法”。所谓衡者, 具有平衡和权衡之义, 能较全面反映调气活血化瘀法的疏通气血, 平衡阴阳的作用。衡法运用以活血化瘀药为主, 配以具有行气、益气等多种调气作用的药物组合而成, 能够调畅气血, 平衡阴阳, 发挥扶正祛邪, 固本清源的作用, 适用于阴、阳、表、里、虚、实、寒、热等多种疾病, 因此对疑难病证的治疗有着积极意义。

(一) 从气论治

舒畅气机法: 此法是针对郁证的一种治疗方法。治郁先理气, 气行郁自畅, 通过舒畅气机, 不仅能疏肝解郁, 而且可借以根治多脏腑病变, 故临床辨证用药, 不论是补剂、攻剂, 包括化痰、利湿、活血等方中, 均配以舒畅气机之法, 如取小茴香、乌药配泽泻治水肿, 檀香配生麦芽治食滞, 生紫菀配火麻仁治便秘。对气郁甚者则取芳香开窍之品, 借取辛香走窜之性, 以畅气开郁, 如用苏合香丸治顽固性胸脘胁痛, 以麝香治厥逆、神经性呕吐、呃逆、耳聋等, 每能药到病除。

升降气机法: 适用于气机升降失常之证。气机升降出入是维持人体内外环境动态平衡的保证, 脾胃为气机升降枢纽, 脾主升清, 胃主通降, 为生化之本。若脾气失健而不升, 胃气失和而不降, 气机升降失常, 湿、痰、瘀诸邪内生, 则心下痞满、脘胁胀痛、形体日瘦等症迭起。苍术气香而性燥, 统治三焦湿浊, 质重而味厚, 以导胃气下降, 配以质轻而味薄的升麻, 引脾气上腾, 二味相配, 俾清气得以升发, 浊气得以下泄, 临床辨证加入诸方中, 用治慢性胃炎、胃下垂、胃肠功能紊乱、慢性肝炎、胆囊炎、胰腺炎等, 颇多效验。

降气平逆法: 此法能使上逆之气得以平顺, 所以又称平气、顺气法, 多用于肺气上逆、肝气上逆等证。因呼吸系统的疑难病证多由肺失宣肃而起,

对咳呛频繁、喘促胸闷、痰多气涌、头胀目眩等肺气上逆证，论治用药每掺以葶苈子、苏子、旋覆花、枇杷叶等肃肺之品，以冀上逆之肺气得以肃降，葶苈子能疗肺壅上气咳嗽，止喘促，除胸中痰饮，集降气、消痰、平喘诸作用于一身，凡宜肃降肺气者，不必见痰壅热盛，即可投之。此外，根据《内经》“怒则气上”之说，认为精神系统的疑难病证与肝气上逆相关，对精神分裂症、癫痫、老年性痴呆、神经衰弱等难治病，习用金石药与蛭类药以重镇降气。

补气升阳法：此法是李东垣治疗脾胃内伤病证的重要大法，李氏认为“脾胃内伤，百病由生”，病理关键在于脾胃虚弱，阳气不升，故在治疗上强调补脾胃之气，升阳明之气，使脾胃健，纳运旺，升降和，元气充，则诸病可愈。如脾失健运，湿浊等邪久羁不去，用参、芪等甘药补气，配升麻、柴胡、葛根等辛药升发脾阳以胜湿，临床每取李氏清暑益气汤化裁，治冠心病、心肌梗死、心肌疾病、胃病、肝胆病及肾炎、尿毒症等属中气本虚，又感湿热之邪的病证，颇有验效。颜老在临床上特别赏识升麻的功效，升麻体轻上升，味辛升散，最能疏引脾胃之气上升。

通补阳气法：由于外邪侵袭，或情志、饮食失常，影响脏腑经络，而使阳气痹阻，或致阳气衰惫，不能输布津液，运行血液，引起水液内停，血涩成瘀，疾病发展到慢性阶段时，阳气亏虚和痹阻表现更为突出。治此着眼于温补和宣通阳气，阳气旺盛，运行通畅，不仅能激发脏腑恢复正常的生理功能，而且阳气一旦振奋，即可迅速动员全身的抗病能力与病邪相争，促使病邪消散，经络骤通，诸窍豁然，疾病得以改善。

（二）从血论治

清热活血法：取活血药与清热药同用，适用于血热瘀血证，多见于各种创伤性炎症、病毒感染、慢性溃疡、变态反应性炎症及结缔组织疾病、出血性疾病、肿瘤等疑难病症。各种感染发热，若多用寒凉，往往会导致血受寒则凝之弊，治疗用药则宜“温病用凉药需佐以活血化瘀之品，始不致于有冰伏之虞”，于清热解毒方药中加入丹参、丹皮、桃仁、赤芍等化瘀之药，即可提高疗效，并能防止血瘀形成。而瘀血郁而发热则属内伤发热，起病缓慢



而缠绵，久治不愈，因血瘀部位不同则发热程度也有所区别。临床则以仙方活命饮、清营汤、犀角地黄汤、清宣瘀热汤、犀泽汤等辨证施治，待瘀消热去，气通血活。

温经活血法：取活血药与温里药同用，适用于寒凝血瘀证。寒为阴邪，其性收引，能抑阳而凝血，血气为之运行不周，渗透不达。温经活血法能使阳复寒去而促瘀化，故能主治寒邪内伏或阳虚阴凝，血液凝滞不通而致的手足厥冷、脉细欲绝、头痛、胸痛、腹痛、舌淡苔白等症。温里药如附子、肉桂、桂枝、仙灵脾、仙茅、巴戟天等，与活血药配伍，能加强推动活血化瘀的功效，且能兴奋强化机体内多系统的功能。因此对寒凝血瘀证的充血性心力衰竭、病态窦房结综合征、冠心病心绞痛、慢性肾功能衰竭、垂体功能衰退、阿狄森病、顽固性哮喘、硬皮病、不育、不孕等功能低下的疑难病症常有良效。常用方剂如少腹逐瘀汤、化瘀赞育汤、温经汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤等。

活血止血法：取活血药与止血药同用，有相反相成的作用，适用于血瘀出血证。凡出血必有瘀血停滞体内脉外，瘀血不去，血难循经而行，以致出血反复不止，若单用止血法往往难以奏效。当以去蓄利瘀，使血返故道，不止血而血自止，临床所见的咳吐呕血，其色紫黑或鲜红有块，或便血如漆，或尿血作痛，或肌衄磊磊，均为血瘀出血之象。治宜活血以止血，如用止血粉（土大黄、生蒲黄、白及）治胃与十二指肠溃疡出血；投花蕊石散以治咯血、便血、溲血；以水蛭粉吞服治小脑血肿；用生蒲黄、参三七治眼底出血；取贯众、益母草治子宫功能性出血；用马勃、生蒲黄外敷治舌衄等，皆有化瘀止血之义。

活血通络法：取活血药与通络之药同用，适用于络脉瘀阻证。外感六淫，内伤七情，饮食劳倦等均能致气血阻滞而伤人经络，引起脏腑病变。初为气结在经，症见胀痛无形，久则血伤人络，症见刺痛有形，由于络脉痹塞，败血瘀留而成顽痛、癥积、疟母、内疝等疑难病症。颜老习用辛温通络之品，如桂枝、小茴香、威灵仙、羌独活等与活血药配伍，能引诸药直达病灶而发挥药效，且辛温之药大多具有辛香理气，温通血脉的作用，能推动气血运行，促进脏腑功能活动，有利于气滞血瘀，瘀阻络脉等病证的消除。对络病日深，

血液凝坚的沉痾痼疾，则投以水蛭、全蝎、蜂房、廕虫等虫蚁之类以搜剔络脉之瘀血，松动其病根。

活血祛痰法：取活血药与祛痰药同用，适用于痰瘀胶结证。古人素有“怪病多痰”之说，其实津血同源，若机体功能失其常度，则熬津为痰，凝血为瘀，以致痰瘀互结为患，临床所见的冠心病、高脂血症、脑血管病、老年性痴呆、尿结石、哮喘、类风湿性关节炎、癫痫等疑难病症，均有痰瘀胶结之象。常配的祛痰药有半夏、南星、陈皮、白芥子等。颜老临床尤其赏用生半夏，以水洗之，即可入药，未经制用，则佐以少量生姜以制其毒，随证配伍，治疗疑难病症辄能事半功倍，如取生半夏配黄连、竹茹、砂仁等治顽固性呕恶；配干姜、细辛、五味子治寒饮哮喘；配胆星、郁金、石菖蒲治癫痫，每能得心应手。

（三）气血双治

理气活血法：取活血药与理气药同用，是最常用的相使配伍法，适用于气滞血瘀或血瘀气滞证。气为血帅，血随气以周流百脉，气滞可以引起血瘀，血瘀也可导致气滞。凡六淫七情侵袭，气血阴阳乖违，或病久入络，血瘀气滞，皆使气血胶结不解，故气滞血瘀所致的“久病”、“怪病”最为常见，治当理气化瘀，宣畅气机，临床可根据其所滞部位之不同，而选用相应的方药。如取丹参饮加味治慢性胃炎；膈下逐瘀汤治溃疡性结肠炎；身痛逐瘀汤治类风湿性关节炎；癫狂梦醒汤治癫狂等。

益气活血法：取活血药与补气药同用，适用于气虚血瘀证。气盛则血流滑疾，百脉条达，若病久脏气受伐，气弱则血流迟缓，运行涩滞，乃致瘀血。证见病痛绵绵，劳则尤甚，气短乏力，舌淡紫，脉涩无力等，治宜益气活血，以求气旺而血行畅，瘀化而脉道通。活血药与补气药配伍，其效相得益彰，活血药既有助于气血运行，逐瘀血之隐患，并能消除补药之黏腻，为补法发挥药效扫清障碍。滑伯仁谓每加行血药于补剂中，其效倍捷。补阳还五汤为益气活血法的典范方剂，用于心脑血管病、顽固性水肿、遗尿、肾结石等属气虚血瘀者，多获良效。



【经验特色】

一、喘证的诊治经验

喘证以呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧为特征。作为一个症状，喘不仅出现在肺系疾病，还可以出现在许多急、慢性疾病过程中。当其作为某些疾病的主症而成为治疗的重点时，即称作喘证。

(一) 病机探析

颜老认为喘证主要与肺脾肾三脏有关。病在肺者为气上逆，盖肺位居高，号称华盖，为呼吸之门户，无论风燥痰热，均能造成肺气不利，治节失常，肃降受阻，气逆而上，则喘作矣；病在脾者痰饮阻气，气不化津，痰浊壅肺，升降不利，发为喘促；病在肾者虚不纳气，摄纳失常则气不归元，上出于肺，出多人少，气逆于肺而为喘。其发病机理悬殊，证候亦异。惟喘为沉痼之疾，缠绵难愈，阳虚无疑。阳气不足，推血无力，势必瘀血内阻，故喘证的病机演变过程中，不可忽视阳虚与血瘀这两个重要环节。

（二）诊治述要

颜老认为，喘证有寒热虚实之分，新感沉痼之辨，机理悬殊，证候亦异，诊治之法，各有特征要领，惟其平喘共论耳。风燥痰热为患，当首重肃降肺气；新感引动沉痼，法宜温阳化饮；虚喘肺肾两亏则当培补脾肾。

1. 标分寒热，喘本阳虚

颜老认为喘为痰饮内伏之体受非时之邪而作。外邪与痰饮相搏结为喘之标，邪有风热、风寒之异，痰有热化、寒化之变，故标有寒、热之分。痰、舌、苔、脉等均为辨证之依据，如舌质稍红，津液不足，亦可有本属寒凝，因阳气虚弱，津不上承所致，未必尽属热症，经用温阳法治疗，阳气来复，津液上承，可见舌红渐退，舌面转润泽。然从本而论，本证终属阳虚。责之于脏，乃肺脾肾三脏之阳皆虚。《景岳全书》：“阳气不到之处，便是阴邪凝聚之所。”阳气失于斡旋，在肺失于通调，在脾运化无权，在肾蒸腾气化乏力，津液不化，水湿内停而为痰、为饮。痰饮内伏，一旦外邪引动，伏痰壅塞，痰阻气闭，气道不畅，气急窘迫而发为喘症。喘家时有背寒怯冷，或冷如掌大，或如冷水浇淋。颜老指出这是由于督脉行背正中，为诸阳之会，阳虚则督脉不充，失于温煦而背寒之故。正如仲景云：“胁下有留饮，其人背寒。”

喘证纵有虚实之别，寒热之分，所谓寒热，仅指标实而言。临诊病人以虚实并见居多，实喘多兼有正虚，虚喘亦时有邪实。所谓实喘，是指病初邪多，壅盛于肺为主，标为急；所谓虚喘，病久虚甚，为精气亏虚为显，本为重。因此颜老常谓：“新喘实急先治标，久喘必虚治在本。”

2. 急则治标，重在温化

喘证久发，多属沉痼顽疾，因有痰饮内停，难以骤化，肺气壅塞，呼吸不利，急需治标。颜老认为，痰饮病者，饮邪充斥，淹蔽阳气，以致阳不外卫，无能御邪，只要稍一冒寒触风，即可引动伏饮，挟感而发。若久发不止，正气溃散，精气内伤，肾之真元损伤，根本不固，则非一般宣肺化痰之药所



能胜任。且饮为阴邪，得温则化，得寒则凝，若以西医消炎观指导中医临床，投之清热解毒之品更大谬矣！临证推崇《金匱要略》“病痰饮者，当以温药和之”。以温化为治喘的第一要法，善用附子、麻黄、细辛等温阳之品，常根据病情的深浅、轻重，分别选用小青龙汤、小青龙加附子汤、麻黄附子细辛汤等温阳化饮方。并认为细辛通阳平喘，喘息甚时，非此不克，量必重用，一般用4.5g，喘剧者亦用至9g以上，此药温肺化饮，辛散开肺，为小青龙汤之枢纽，合五味子酸敛肺气，一开一合，止咳平喘。

阳虚寒甚而阴凝者，血行瘀阻，唇舌紫绛，面色黧黑，则用小青龙加附子汤。附子大辛大温，为温阳之要药，用附子助麻、桂、辛、姜温阳化饮之力，“益火之源，以消阴翳”，阳气振奋，痰饮得化，阴凝自散，血行畅通。

病深重笃，寒甚而阳虚气弱者，气不宜耗散过度，阳当需大温大振，则用麻黄附子细辛汤加味。附子既助麻黄之温性，又制约麻黄之辛散，使麻黄的温肺作用更为持久，细辛温通阳气。一般三味皆用9g，据证用药，细辛、附子的用量酌情增加，但麻黄用量却不宜再大，必要时须蜜炙减其发散之性。颜老常谓与其用大量麻黄，不如附子合小量麻黄相须为伍。

标热之喘，颜老先察阳虚与否。风燥痰热所致的初病新喘，病未及本，里虚未成，标热甚急，常以麻杏石甘葶苈大剂疏风肃肺，直泻肺金之热，使痰热得清，肺气复平。阳气已虚，寒痰内伏之体感受暴戾之风热燥邪，邪痰相搏，寒痰热化而成标热之势，颜老不再用大温之品，以免热盛迫血，滋生血热妄行之变证；但也力主不可一味清热，以免病情反复，痰沫又见盈碗盈盆；习用小青龙汤加石膏、黄连等，随症调整药味剂量，温中兼清，寒热并调，标本兼顾。

3. 宣泻逐利，疏通肺气

痰饮内伏，气失升降，咳喘剧作。颜老认为恢复肺气宣肃功能是治喘的重要一环，指出小青龙汤等温化痰饮方中麻黄、细辛的功效，一则温化，二则宣散，共达开通肺气的作用；并常同用紫菀、杏仁化痰，紫菀开喉痹，除顽痰，专能宣通窒滞，兼疏肺家气血；杏仁功专降气，能疏利开通，破壅降逆，调理气分之郁，二药一开一泄；气阻甚于痰滞，则桔梗、枳实同用，桔

梗辛散豁痰，宣通肺气，枳实破气消积，泻痰除痞，二药一宣一肃。在化痰理气导滞中，使肺的宣肃功能得以恢复。

喘家日久，痰饮内伏，邪满于中，上逆迫肺，喘逆难平，若仅用温散甚难取效，颜老用泻、逐、利等法开通肺气。泻：用葶苈子泻肺降气定喘，用量9~15g，甚至用30g，痰多气壅用苏子降气化痰平喘。此二药效甚强，但均有滑肠之弊，故便溏者用旋覆花、枇杷叶降肺胃之气。阳虚水泛，凌心射肺，胸满憋闷，用降香2.4g，降气亦所以泻肺。逐：久咳痰黏难化，用生半夏9~15g治寒痰停积，与生姜同煎，制其毒性，亦用金沸草、海浮石，咸以软坚，逐其黏如胶漆之老痰积块，畅通气道。利：阳虚水溢于肌肤而肢体浮肿的喘家，用泽泻、车前草、凤尾草等利水退肿，肺为水之上源，水湿通利，“分流泄满”，肺气壅塞之困亦解，喘促可减。

4. 缓则治本，温补脾肾

注重培补治本是颜老治喘的又一特点，所以他除了扶正达邪、攻补兼施以治其标外，还善于在疾病的缓解期，即使是在秋冬喘证好发季节，也抓住发作间隙短暂之时日以培补固本，抵御邪袭以减少、减轻喘症的发作。常用人参、玉屏风散、桂枝加黄芪汤益气补肺以固卫阳，减少发作的诱因，亦用沙参、麦冬、五味子、冬虫夏草等滋阴润肺，收敛肺气。前贤谓“培土生金，”“上下交损，当治中焦”，脾虚则为痰源，脾健可补肺母，脾胃健运，不仅痰湿得化，而且使气血有源，又可补益肺金。因此温补脾土是补虚治喘的一个重要方面，常用白术、淮山药、扁豆、苓桂术甘汤等温补脾土，以清痰源。且每以此等药物制丸长服。补肾用巴戟天、补骨脂、核桃仁、金匱肾气丸、局方黑锡丹等温振肾阳；用熟地、山萸肉、枸杞子、冬虫夏草、七味都气丸滋阴补肾纳气，以固气根。督脉不充，阳虚背寒，用鹿角霜、熟附子温阳益气散寒，用血肉有情之品，如坎炁、紫河车、牛骨髓补奇经八脉，大补元气。颜老补肾喜重用熟地，一般12~15g，甚则24~30g。此药滋阴补血，前人或谓“痰饮多者，服之恐泥膈”。甚言“凡胸膈多痰，气道不利，升降窒塞，药宜通而不宜滞，汤丸中禁入地黄”。但也有人指出“痰证当用而不可少者，则以姜汁拌炒可也”。颜老变前人之法，以砂仁拌用，防熟地



滋腻碍胃；又以沉香煎汁拌炒熟地，“盖沉香得熟地能增纳气归肾之力，熟地得沉香则滋肾而不碍脾胃”。此外，他用苓桂术甘加附子汤，或附桂八味丸在三伏天治疗虚寒久喘患者，日服1剂，连续1月，以温补脾肾，助阳扶正，借天之阳气以助药力，铲除深伏于病人体内的寒痰宿根。冬季病人果然少发、轻发或不发。

5. 喘家年高，宜顾气阴

高年喘家，罹病历年经久，阳气虚甚。“阳损及阴”多兼气阴不足。阴阳两亏的高年喘家，病情复杂多变，用药过于寒则虚阳更虚，病深不解；过于热则气阴更伤，变证蜂起。颜老多选用性味平和，作用和缓之品。如确需大辛大温之品以救其欲脱之阳，也只稍稍用之，且掌握时机，中病即止，时时顾及阴分变化。他常以辛温救阳之附子合益气养阴之生脉饮等同用，以急复其阳，兼顾其阴。此外还慎用解表、退热、攻下等法，认为解表之剂多由辛散之品组成，大多有耗气伤阴之弊，经方尤较时方为甚。故常选用参苏饮之类益气解表，少用麻桂，习用薄荷、桑叶之属。药力虽不及前者，但不伤气阴，缓图良效，甚合高年喘家的体质。他认为此类病人发热，形似外邪侵犯所致，实则多为内外两因兼而有之，也即实热较少，多为虚实两热，故选药组方，少用柴胡，而用桑叶、丹皮轻清泄热，内外之热两清而又不伤阴分，或用人参、麦冬等益气培阴以佐扶正达邪，使热退正安。对脾肾阳虚者力避选用有滑利之弊的药物。

6. 祛瘀活血，除邪扶正

颜老认为喘为沉痼之疾，缠绵反复，阳气亏虚，阳虚则寒，血行凝滞；喘家肺气壅塞，气失舒畅，初病在气，久则入血成瘀，故喘家日久多见面色黧黑，唇、舌、指甲紫暗等瘀血之症。颜老治喘，只要疾病稍有时日，无论祛邪，抑或扶正，亦无论有否瘀血之征象，多参以水蛭、丹参、桃仁等活血化瘀之品。病急标实，痰阻气窒，肺失宣肃，在温化痰饮、逐痰利水的同时佐以活血化瘀之品。瘀不与痰结，痰易化易出。血不利则为水，血行畅通，利水道而解气壅之困。血通气亦畅，气血携药力共达病所，正气得营血之援，

又得药力之助，标易解，邪易驱。病缓正虚，在温补脾肾，补益气阴的同时辅以活血化瘀之品，气血条达，搜除伏邪遗害，又能润养脏腑，补其不足，调整阴阳而致和平。

二、胸痹的诊治经验

胸痹是指因人体阳气、阴血不足，瘀血、痰浊、寒积留聚，引起气血阻闭不通而出现的以胸膺部满闷不舒、短气，甚或心痛时作为主要临床表现的病证。其轻者为胸痹，重者为心痛。就文献描述的症状看，胸痹主要是指今日西医所指的冠心病。

（一）病机探析

颜老论冠心病之成因，常分为虚实两个方面，实则多责之于痰饮、瘀血、寒积、气滞，虚则多责之于心之气、血、阴、阳亏损，认为对冠心病的临床认识不能仅仅拘泥于瘀证，否则就有胶柱鼓瑟之弊。因此主张根据临床实际所见，把冠心病心绞痛分为急性发作期、缓解期和稳定期，分期论治，活血化瘀法须分别配以理气、通阳、温阳等治法同用。颜老认为心居阳位，为清旷之区，诸阳受气于胸中，故凡素体心气不足或心阳不振，或终日伏案少动，致胸阳不展，气血运行不畅者，则外寒易乘虚而入，“两寒相得”，饮凝胸中，阳气失于斡旋。心体阴而用阳，心阳衰弱即心的正常功能衰退，往往出现虚寒证候。颜老对《金匱要略》中“大气一转，其气乃散”之说倍加赞赏，认为大气者阳气也，胸中大气即上焦阳气。胸中之阳不布，水饮阴邪凝聚，损其胸阳，故水饮久结胸中不散，伤其氤氲之气，乃至心下坚大如盘，遮蔽大气。若阳气充沛，布达周身，客于体内之邪气即散去，即“离照当空，阴霾自化”之义。

（二）诊治述要

颜老根据《内经》“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”、“气复



返则生，不返则死”的理论为指导，临床上特别强调“有一分阳气，便有一分生机”的观点，根据急性发作期、缓解期和稳定期的动态变化，细辨标与本，虚与实，常与变而制订出温、通、补三法，用药上重气血、温心阳、宗升降、达后天，强调治疗本病不能硬套一个分型，拘泥一个药方，而且三法也不是截然划分的，在具体运用时往往相互参用，或以温通立法，或以通补兼施。

1. 急性发作，回阳救逆

心居阳位，为清旷之区，诸阳受气于胸中，故凡素体心气不足或心阳不振，或终日伏案少动，致胸阳不展，气血运行不畅者，则外寒易乘虚而入，“两寒相得”，饮凝胸中，阳气失于斡旋。心体阴而用阳，心阳衰弱即心的正常功能衰退，往往出现虚寒证候。颜老根据《内经》“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”、“气复返则生，不返则死”的理论为指导，强调温运阳气是治疗心血管疾病的重要法则，尤其对一些危重的心血管病，更不可忽视温运阳气的必要性。

颜老习用《伤寒论》少阴病方中的麻黄附子细辛汤治疗肺心病或肺心合并心力衰竭，用附子汤治疗冠心病心绞痛、心肌梗死，以通脉四逆汤治疗病态窦房结综合征，以急救回阳汤治三衰，皆有很好的效果。急救回阳汤源出王清任《医林改错》，原为吐泻后转筋，身凉汗出而设，药物为党参、附子、干姜、白术、甘草、桃仁、红花，功能回阳救逆，促使气通血活，化险为夷。“三衰”多发生于久病及老年病人，而久病及老年病多有血瘀之基础。近年来，颜老以此方治厥逆急症，颇为应手。

颜老常谓：“宗气贯于心脉而行气血，气虚则血滞，气盛则血行”，“培补宗气，可使心脉充实而血行全身。而能担此重任者，当首推附子”。故凡见脉来虚弱，面色萎黄，胸闷心慌，心痛惊悸，则责之心气不足，治当振奋心气，附子为必用之药。颜老认为，附子是回阳救逆的主药，在使用时既要大胆，又要适当配伍，制其有余，调其不足，则可扩大附子在心血管疾病中的运用。若见心悸，脉虚数，舌红，则责之于心之气阴不足，加生脉散或天王补心丹以益气养阴复脉并制约附子之燥热。其中麦冬一味，有强心之功，

所谓“麦冬一味，有回天之力”，颜老最喜用之。若见心悸怔忡，自汗则借龙骨、牡蛎入心，重镇安神治之，交通心肾，又制附子上僭之性。急性发作时芳香开窍有速效止痛之功，也属温法范畴。对于心胸疼痛属寒邪凝滞型的心血管疾病，颜老根据“寒则凝、温则通”的理论，常用气味芳香，功能宣通阳气，疏通血脉之药物。麝香保心丸为首选，冠心苏合丸、苏合香丸为常用外，还取用六神丸。此外，云南白药中红丸，俗称保险子，镇痛力颇强，亦可用治心痛，但其性烈而猛，只宜痛时暂用，每次不超过2粒。芳香开窍方药辛散走窜，易耗气伤阴，仅适合于急救，不宜久用，故急性发作期后当转入剿抚兼施，固本清源，或调补中州之法，方可获得满意疗效。

2. 缓解症状，通阳化痰

冠心病心绞痛缓解期的病机为本虚标实，本虚为心肾之阳虚，标实为气滞、血瘀、痰浊等，寒邪侵袭，情志失调，饮食不当，劳逸失度，年老体衰均为胸痹心痛形成之原因。颜老常谓“阳气不到之处，即为寒饮留滞之所”，心阳不振，寒饮停滞，则痹阻心脉，胸痹、心痛之证作矣。冠心病的病机可用“阳虚阴凝”四字加以概括，所谓阳虚阴凝即为本虚标实，本为心气不足，阳失斡旋，标乃痰饮凝滞，心脉痹阻。因此，以“通”来防治冠心病心绞痛，强调“气血流通”是颜老治疗胸痹心痛缓解期的重要特色。通法的具体运用主要有二：一为通阳，二为化痰。

临床所见，胸痹每每兼痰饮，痰浊壅阻，故通阳为常用之法，但与温阳不同。通阳者，通其不足之阳于上焦；温阳者，驱其厥逆之阴于下焦，功能与部位均不同。仲景通胸中之阳，用薤白、白酒或瓜蒌、半夏、桂枝、枳实、厚朴、干姜、白术、人参、甘草、茯苓、杏仁、橘皮等。选用对症，三四味即成一方，不但苦寒尽屏，即清凉也不入，盖以阳通阳，有药不得预也。颜老遵《内经》“心病宜食薤”及“辛走气，多食之，令人洞心”之旨，法宗仲景，以瓜蒌薤白通阳为主，选加半夏、茯苓、橘皮、枳壳、桔梗、石菖蒲、郁金等。其中石菖蒲引药入心，缓解症状迅速，半夏常以生用，先煎入药，常用量为10g，以加强化痰散结之力。此外颜老从脏腑相关理论出发，临床见到不少心血管疾病患者以餐后痛剧，餐后发作各种心律紊乱，从“心胃同



治”着手，用调理脾胃之桔枳姜汤，清化痰热之温胆汤等针对痞满食滞、肝胃不和及湿热中阻之心胸作痛，发作性快速心律失常者，效果也好。常说：“《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇中有不少治胃药物，确是规律性的医疗经验总结，也属通阳化浊范畴，要很好地继承下来。”

活血化瘀法是中医治疗胸痹使用最多的方法。如以冠心病心绞痛为例，每每具有血瘀表现。心主血脉，是血液运行的主导，凡情志所伤，气机郁结，气滞日久，血流不畅则脉络瘀滞，或久病人络，气滞血瘀，心脉瘀阻均可发为此病。证见胸痛阵作，或刺痛不休，或疼痛如绞，脉涩舌紫。颜老认为，凡见此证当活血化瘀，宣畅气机、升清降浊为其首务。王清任“血府逐瘀汤”最为合拍，唯剂量上与一般用法恒有不同，其中柴胡、枳壳、川芎量都加大，本方由桃红四物汤合四逆散加牛膝、桔梗而成。当归、川芎、桃仁、红花、赤芍活血化瘀而通血脉。柴胡、桔梗与牛膝、枳壳为伍，一升一降，调畅气机，开通胸阳，行气活血。方中柴胡，有人谓其性升，多舍之不用。颜老认为，柴胡配生地，既监制生地之滋腻又抑柴胡之升散，诚为心得之言。川芎《本草经》载“能疗心腹坚痛”故也必用。另外颜老常喜加入蒲黄一味，且多生用。《本草纲目》云：“蒲黄手足厥阴血分药也，能活血止痛，生则能行，熟则能止，与五灵脂同用，治一切心腹诸痛。”若心痛剧烈，可加血竭粉与三七粉和匀吞服，每次1.5g，1日3次，效果显著。或加乳香、没药、麝香粉以开导经脉，活血定痛，血瘀较轻者可用丹参饮、手拈散等。

在运用活血化瘀法时，当根据病情变化灵活地配以其他药物，则可大大扩大在心血管疾病中的运用范围。例如根据气血相关理论，配以补气药治疗冠心病、心绞痛、心肌梗死、心肌炎等，疗效往往优于单用活血药。活血化瘀与清热解毒同用治疗肺心病急性发作期，效果优于西药，活血化瘀药与平肝潜阳药同用治疗高血压病，较单纯用平肝潜阳法好，这样的案例不胜枚举。颜老认为，活血化瘀药治疗心律失常，如对早搏、房颤、房速等，用量不宜大，因其激发功能，而对病窦、传导阻滞等属心率慢者，用量又可加大。

3. 稳定疗效，益气健脾

心绞痛较长时期内未再发作，心电图也趋于好转，精神体力逐渐恢复，即进入稳定期。此时，颜老十分强调扶正补益，健运脾胃。

《内经》云：“涩则心痛。”《金匱要略》则以胸阳痹阻而立胸痹之名，涩者血脉不畅，痹者郁阻不通，历代医家多以“不通则痛”解释胸痹心痛的病机。颜老通过临床，认为“不通则痛”仅是胸痹心痛病机的一个方面，而虚则不荣，心失所养亦可产生心痛，即“不荣亦痛”。瘀血、痰浊、气滞等痹阻心脉，不通则痛，而瘀血、痰浊、气滞等，多因脏腑虚损，功能减弱而产生。因此心血管疾病多为虚证或本虚标实之证，心气虚为本，瘀血、痰浊、气滞均为标。“心虚则邪干之”，寒邪、瘀血、痰浊、气滞等乘心脉虚衰而侵之痹阻心脉，而作心痛，“邪之所凑，其气必虚”。所以颜老指出，胸痹心痛产生的根源在于心气不足，活血药虽能使症状缓解，但欲求改善心肌能力或控制其发作，须加用益气之品，才能巩固，因此在缓解期运用扶正补益法也是治疗心血管疾病的重要方法之一。人是有机体的整体，人体各种功能的发挥，需要各个脏腑器官的协调。颜老在强调心之阳气不足是胸痹心痛产生的根源同时，又指出其他脏腑的功能失调均可影响到心，如脾为后天之本，气血生化之源，脾虚则气血生化不足。心肾为水火之脏，心肾相交，水火既济，若肾虚则心失濡养温煦。肝主疏泄，心之运血，靠肝之疏泄之助等。所以扶正补益法包括范围甚广。

颜老用之最多、最为得心应手，当推自拟“益心汤”，方用葛根、川芎升发清气，用降香、决明子降浊泄气，一升一降，使清旷之区得以复原，生山楂配决明子可降脂降压，更用党参、黄芪、丹参、赤芍益气养血增强心肌能力，恢复心脏功能，即沈金鳌所谓“补益攻伐相间并进，方为正治”。功能益气化痰，活血通脉，用治冠心病心绞痛、心肌梗死等多能较快地缓解症状，尤其对老年患者及心肌炎后遗症，凡属气虚血瘀者用之皆效。正如张锡纯所言：“气血同虚不能流通而作痛者，则以补虚通络为宜，不可唯事开破。”

《丹溪心法》云：“怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。”因此，颜老亦



十分重视后天之本，治病强调重视脾胃，他常援引沈金鳌所言：“盖脾统四脏，脾有病，必波及之，四脏有病，亦必待养于脾，故脾气充，四脏皆赖煦育，脾气绝，四脏不能自生……凡治四脏者，安可不养脾哉。”临床喜以健脾益气养血之法应用于冠心病之治疗。常用归脾汤加琥珀、朱砂，其中琥珀能纠正心律，具镇静催眠、养心之效。同时，颜老认为以补养脾胃调治心病，须注意循序渐进，补中寓疏，要因人、因时而异，切忌蛮补呆补，胶柱鼓瑟。尤以夏月之际，常用李东垣清暑益气汤治冠心病，其疗效之神速，诚匪夷所思。本方为补中益气汤去柴胡，加生脉散和苍术、泽泻、楂曲、葛根、黄柏而成，方以补中益气汤补气健脾，合生脉散益气复脉，佐黄柏、苍术清暑化湿。东垣云：“夏月服生脉散加黄芪、甘草，令人气力涌出。”可见本方治冠心病之奥义。

4. 灵活配伍，升清降浊

升清降浊，宣畅气机的治则反映于颜老用方的各个层面，升清降浊法在颜老冠心病治疗过程中占有重要地位。如血府逐瘀汤的枳壳、桔梗，调胸中大气；益心汤中的葛根、川芎，升胸内清气；降香、决明子降上焦之浊气，亦即升降配伍的常用药对。颜老指出，要发挥气化的作用，更要协调气机的升降出入，治疗冠心病时在益气活血、化瘀通络组方中加用升麻，可起到画龙点睛的作用。升麻配葛根，内能清阳明腑热，外能解肌退热，升举清阳；升麻配柴胡，乃补中益气之经典配伍，与参芪共用以益气升阳，气机得以升发，心气得以复位；升麻配降香，一升一降，气机复常，血脉条达。故常在方中加用升麻、柴胡，升其清气，使空旷之清气得复，胸中阳气复其原位，痹浊之邪得散。

三、失眠的诊治经验

失眠，是指经常不能获得正常睡眠而言。在古代医籍中又称为“不寐”、“不得眠”、“目不瞑”、“不得卧”。失眠的临床表现不一，轻者仅表现为入睡

困难，或睡眠不深，时睡时醒，醒后不能再睡，严重者则可通宵不睡。往往与情绪变化有关，可随着情绪的变化减轻和加重。发病时间可长可短，短者数天后可逐渐好转，长者数月持续难愈。

（一）病机探析

失眠的辨证论治，临床首先须分清虚实，虚者有气血阴阳之分，实者有痰、瘀、湿、火、郁、热之辨，概括其病机，每以情志变化为主因，又以失眠加剧五志之逆乱，颜老尝识清代医家张必禄《医方辨难大成》“凡此气血之乱皆能令人寤寐之失度者也”之说，而气血为之失衡，总由脏腑阴阳失调，气血不和所致，且肝主谋虑，主疏泄，主藏魂，与气血之调畅关系最密，故颜老注重从肝、从气血治疗不寐，此其临证特色，屡治不爽。

（二）诊治述要

颜老认为，调整脏腑气血阴阳是治疗关键，必须贯穿于治疗的始终。对于实证失眠，以驱邪为主，佐以调整气血阴阳，重镇安神；对于虚证失眠，总以调肝养血为先，略佐具有补益作用之药，以使元神之府阴阳平衡，而收安神之效。此外还需根据不同证候，适当选用具有安神作用的药物，只有做到两者的有机结合，才能收到预期的疗效。

1. 清热化痰，和中安神

这类病人往往平时体质尚盛，由于突然受到情绪影响，思虑过度，致气机逆乱，脾胃运化失常，酿成痰湿，郁而化热，痰火内扰，神志不安而致失眠，多见为起始失眠或间断失眠，表现为入睡困难，烦躁不安，胸闷口苦，不思饮食或胸闷暖气，腹中不舒，舌苔黄腻，脉滑数等。治疗当用化痰清热，和中安神方法，根据临床经验，用黄连温胆汤（黄连 3g，半夏 10g，茯苓 10g，竹茹 10g，枳实 10g，陈皮 6g，甘草 3g）有确切疗效。其中黄连苦寒而入心经，为治失眠要药，温胆汤功能清化痰热，全方共奏清心化痰，和胃安神之效。加入远志、人参、熟地、枣仁为十味温胆汤，《证治准绳》谓其适用于痰热扰心、气血不足之失眠。若由五志郁火，灼津为痰，痰入心舍，瘀



阻心脉而出现顽固性失眠，则加入石菖蒲、远志、郁金、杏仁、丹参以痰瘀并治，清心安神。

2. 疏肝理气，活血化瘀

心主血脉，心主神明，故失眠与气血关系十分密切，气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀。若患者情志不畅，肝失疏泄，日久必致气滞血瘀，凝滞脑气，神明受扰。症见入睡困难，易于惊醒，噩梦纷增，或彻夜不寐，久治不愈，伴有烦躁不安，面部黧黑，肌肤甲错，舌质紫暗，脉来不畅等，用王清任血府逐瘀汤（柴胡6g，桔梗6g，枳壳6g，生地12g，当归9g，赤芍9g，川芎9g，红花9g，桃仁9g，牛膝6g，甘草3g）。本方既能疏肝理气，又能活血化瘀，重在调整气血平衡，可使阴阳交通而治失眠，符合《内经》“疏其气血，令其条达而致和平”之意。《医林改错》称“夜不能睡用安神养血药治之不效者，此方若神”。近年来，由于瘀血导致失眠的报导日益增多，特别是对其他方法久治不愈的顽固性失眠，无论有无瘀血指征，均可应用本法。颜老体会，在本方基础上加入磁朱丸，生铁落包煎取名活血镇静汤，其效更好。

3. 清肝泻火，疏肝解郁

失眠与情志变化最为相关。故对一些顽固性失眠，病程缠绵，服安神药少效或罔效者，辄从肝胆论治而获效。“肝主疏泄”，情志所伤每致肝气郁结，“木能生火”，故凡肝木有余，必致心火亢进，心肝火旺而致失眠，法当从肝论治。如突受情绪刺激，烦躁不安，久久不能入睡，心烦口苦，舌红苔黄腻，脉弦数者，可用龙胆泻肝汤（龙胆草9g，柴胡6g，黄芩9g，山栀9g，当归9g，生地9g，泽泻9g，车前子9g，木通6g）清肝泻火。若老年患者素体肝阳偏旺，证见头晕而胀，目花耳鸣，性急易怒，面色潮红，入夜难以入寐，易于惊醒，舌红苔黄，脉细弦，可用大定风珠加减以平肝镇静。

若患者平时多疑善虑，多愁善感，为肝郁之体，常见夜间难以入睡，即使入睡也多梦易惊，或胸胁胀满，喜叹息，舌红，脉弦，当以疏肝解郁为主。用丹栀逍遥散（丹皮9g，山栀9g，柴胡6g，当归9g，白芍9g，茯苓9g，白

术9g，甘草3g)，也可加入柏子仁、远志、夜交藤、合欢皮等以制成丸药，每晚吞服。

4. 和胃降逆，理气安神

根据《内经》“胃不和则卧不安”的论述，运用“和胃降逆”也是治疗失眠的一大法则。由于饮食不节，肠胃受伤，宿食停滞，胃气不和而致失眠，如《张氏医通》所说：“脉滑数有力不眠者，中有宿食痰火，此为胃不和则卧不安也。”常用保和丸或越鞠丸如山楂、麦芽、莱菔子以消食导滞，继用半夏秫米汤和胃安神。但近来也有学者认为，胃不和则卧不安，只是指不能平卧而言，与失眠无关，但验之临床，确有因胃气不和，消化不良导致失眠的。因此，有很多报导用旋覆代赭汤（旋覆花、代赭石、人参、半夏、生姜、大枣）以和胃降逆达到治疗失眠的目的，适用于痰湿内阻，胃气不和，气逆扰心，神失安宁之失眠。痰湿盛者加石菖蒲、远志；热邪甚加黄连、穿心莲；食滞者加山楂、麦芽，随证加减，灵活应用。

5. 补养心脾，养血安神

这类病人往往由于年老体衰，气血亏损或思虑过度，劳伤心脾而致失眠。伤于心则阴血暗耗，神不守舍；伤于脾则食少形瘦，气血难复。由于血不养心，故成失眠。常见多梦易醒，或早醒不能再睡，心悸健忘，体倦神疲，饮食无味，面色少华，舌淡苔薄，脉细，用归脾汤（黄芪20g，党参10g，白术9g，当归9g，远志9g，茯神9g，酸枣仁9g，木香2.4g，龙眼肉9g，甘草3g）。颜老根据黄连能引药入心经，常在方中加入川连粉0.3g吞服，其效倍捷。若患者平时心气亏虚，遇事善惊，失眠多梦，或心悸心慌，容易惊醒，舌淡脉细者，当以益气镇静为主，可用安神定志丸（人参、茯苓、茯神、远志、石菖蒲、龙齿、朱砂）。若偏于心血虚者，如妇女更年期或神经官能症，用甘麦大枣汤，或在方中加百合以养心安神，兼补肝气，加龙齿、琥珀安神定惊，名百合龙琥甘麦大枣汤，其效更好。颜老常用琥珀粉、珍珠粉各0.6g，睡前吞服，屡用屡验。



6. 交通心肾，养心安神

心主火、肾主水，心火下降，肾水上升，水火既济，心肾交通，睡眠才能正常。《清代名医医案·陈良夫医案》对此有所论述：“心火欲其下降，肾水欲其上升，斯寤寐如常矣。”若由于年轻相火偏亢，情欲妄动或年老肾阴亏损，心火偏旺均可导致心肾不交而见心烦难以入睡，或五心烦热，头晕耳鸣，口舌生疮，口干腰酸，遗精滑精，舌红脉细数等，究其实质在心肾功能失调，故当协调阴阳，交通心肾，常用交泰丸（黄连3份、肉桂2份和匀研粉，每次服3g，一日二次）或用黄连阿胶汤（黄连5g，鸡子黄1只，阿胶9g；黄芩9g，白芍9g）亦佳。近代学者提出心肾不交有阴虚阳虚之分。如《实用中医诊断学》认为，若失眠伴心烦、心悸、健忘、眩晕、腰酸、咽干潮热、盗汗、舌红绛等阴虚火旺之证，为阴虚心肾失交，可用天王补心丹合交泰丸。若有畏寒，腰酸发凉，精神萎靡，舌淡紫而暗等元阳虚衰之象，则属命门火衰，不能上济于心所致，金匱肾气丸或右归丸皆属可取。颜老在临床中根据“半夏得阴而生，夏枯草得至阳而长”之论，常用半夏9g，夏枯草15g浓煎服之，常能达到协调阴阳，交通心肾之效。

7. 补养肝胆，养血安神

论失眠之虚，虽强调心脾和肾，但据临床所见，肝胆之虚亦不容忽视，早在仲景用酸枣仁汤治“虚劳虚烦不得眠”即从肝郁血虚立法。而《本草经疏》所说“病后不得眠，属胆虚”，《慎斋遗书》所说“胆寒不眠，枣仁炒为末，竹叶汤下三四钱”，则从胆虚立法，可见补养肝胆，亦是治疗失眠大法。故临床若见肝病日久，身体亏虚，虚烦而难以入睡或入睡后容易惊醒，终日惕惕，胆怯恐惧，遇事易惊，舌淡，脉细弦等，可从补益肝胆，养血安神治之，用酸枣仁汤（酸枣仁9g，茯苓9g，知母9g，川芎9g，甘草3g）合真珠丸（真珠母、龙齿、枣仁、柏子仁、当归、地黄、人参、茯苓、犀角、沉香）。北京中医药大学内科教研组认为，失眠以肝经症状最为多见，提出以养血镇肝最为适宜，用扼神汤（生石决明、生牡蛎、生地、白芍、白蒺藜、夜交藤、合欢花、酸枣仁、远志、黄芩、香附）有较好疗效。特别是酸枣仁一味，既能安神定志，又具补养之功，对肝血亏虚之失眠尤为适用。前

人有生枣仁治多眠，炒枣仁治失眠的说法，近人用动物作药理实验，未见如此相反作用，但根据长期临床经验治失眠以炒枣仁为好。也可将酸枣仁研粉，中午或晚上睡前各吞服 3g，若由于胆气虚弱所致，则可选用参胡温胆汤（党参、柴胡、麦冬、茯苓、桔梗、橘红、香附、半夏、枳实、竹茹），随证加减，灵活运用。

8. 擅用药对，辨证配伍

根据不同证候，适当选用具有安神作用的药物也十分重要，只有做到两者的有机结合，才能收到预期的疗效，否则片面强调安神，忽略整体调整，往往事倍功半，很难取得疗效。颜老治疗不寐常用对药，可获增加疗效之用：疏肝理气，取柴胡、郁金；解郁调气，取玫瑰花、合欢花；清肝泻热，取丹皮、山栀；凉肝化痰，取夏枯草、半夏；平肝息风，取天麻、钩藤；镇肝潜阳，取灵磁石、珍珠母；清心泻火，取莲子心、连翘心；养肝宁神，取酸枣仁、柏子仁；化痰安神，取丹参、琥珀；化痰定志，取石菖蒲、远志；交通心肾，取黄连、肉桂；重镇安神，取龙骨、牡蛎。治疗不寐诸多药物中，颜老认为黄连堪担大任，其用有六：清心火，用为心火炽盛不寐者之君药，此其一也；用为心肾失交证之主药，此其二也；治疗肝火上炎证，用黄连泻心火，心为肝之子，此其三也；治疗痰热内扰证，黄连配伍半夏、茯苓，痰热分治，此其四也；治疗心脾两虚证，归脾汤中加入小剂量黄连粉（0.3g）吞服，有引诸药入心之妙，此其五也；柴胡加龙骨牡蛎汤中的大黄，脾弱易动之人，代之以黄连亦佳，此其六也。

鉴于失眠症情不一，有些失眠很难分清虚实，或为虚中夹实，故当权衡虚实，随机应变，对于这类失眠，用柴胡加龙骨牡蛎汤多验：柴胡、黄芩、半夏、人参、桂枝、茯苓、龙骨、牡蛎、生姜、大枣、大黄、铅丹（可用生赭石代）。实验证明，本方长于调节高级神经活动，使其兴奋与抑制保持均衡，既有改善睡眠之效，又无导致倦怠之弊，为调补、安神之良方。



四、眩晕的诊治经验

眩，从目从玄。玄者，黑也，本义指眼前发黑，即眼花。晕者，运也，运转之意。指如坐舟车，感觉自身或周围景物旋转不定，站立不稳，甚则恶心呕吐。两者常同时兼有，统称眩晕。眩晕为临床所常见，多发生于中老年人，但也可见于青年人。本病临床表现参差不一。有的仅表现为头昏，头重，眼花，脚软，或有摇晃漂浮感，即古人所谓“眩”；有的表现为视物旋转，如坐车船，恶心呕吐，站立不稳，甚则跌仆，即古人所谓“晕”。有的患者长年累月感到头昏眼花；有的则平时一如常人，但发则视物旋转、恶心呕吐；也有的平时即时觉头昏眼花，而突然发生视物旋转、恶心呕吐。

(一) 病机探析

对于眩晕病机，颜老认为《医参》“脑髓纯者灵，杂者钝”意义精深而加以引申发挥，临证擅从气血、肝、脾论治。他认为脑位于颅内，由精髓汇聚而成，其性纯正无邪，人之灵机变通、聪明记性、运动平衡等等，均在于脑的清纯、宁静，人体十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，脑窍中容不得半点污秽之物，只有保持其纯净才能发挥“元神之府”的功能。“杂”的因素包括痰浊、瘀浊等病理产物及内风、外风之扰，气机逆乱等因素。若七情干扰，或以思虑不遂，或以悲喜交加，或以恼怒惊恐，导致脏腑功能失调和阴阳失于平衡，气血乖违，痰瘀互结，皆能使清阳不升，眩晕乃作。眩晕的机理为清浊混乱，清窍蒙蔽，治疗目的就是使杂者得纯，杂去则病愈。

(二) 诊治述要

眩晕有属虚者，有属实者，颜老则认为临床每见虚实夹杂者。治疗应详察病因，并根据病程之久暂，病证之虚实而灵活施治。虚者当责之心肝脾肾之虚，实者当于风、痰、瘀、火四字中求之。虚证宜匡扶正气，实证必损其

有余。唯虚实夹杂者应分清虚、实之轻重缓急，或先补不足，或先除其邪，或剿抚兼施。

1. 补气养血，柔肝益肾

适用于血虚肝失所养，眩晕时作，面色萎黄，口唇爪甲少华，肢体颤抖，脉细，舌淡等症。因肝藏血，赖肾水以济之，血液以濡之。故肝之用全赖于血，若失血过多，血不养肝，则头目眩晕，肢体颤抖。《证治汇补》云：“眩晕生于血虚也。”因血虚则阳不潜而致内风上扰，脑失所养。颜老谓：血虚则生风，非真风也，类似风动，故名内虚暗风，此绝非单纯潜镇所能奏效，肝为刚脏，非柔不克，必以补之、柔之。药用生地、当归身、白芍、首乌、枸杞子、杭菊、黑芝麻等。

2. 益气升阳，调补脾胃

适用于中气不足，中州失于斡旋，谷气不得升浮，症见眩晕绵绵，遇劳更甚，少气懒言，脉细，舌淡苔薄。脾胃同居中州，为一身气机之枢纽，敷布精微于全身，脾升则健，胃降则和，若脾胃功能失常，水谷精微无以化纳，气血生化乏源，升降之机紊乱，清阳之气不能上荣，则为眩晕。故颜老据东垣“脾胃内伤，百病由生”之说，认为眩病由于气虚者，多由清阳不能上升，当升阳补气，多从脾胃入手，以益气升阳为法论治眩晕。选用李东垣之益气聪明汤最为合拍，药用黄芪、党参、升麻、葛根、蔓荆子、白芍、黄柏、甘草等。方中参、芪甘温以补脾胃；甘草甘缓以和脾胃；葛根、升麻、蔓荆子轻扬升发，能入阳明，鼓舞胃气，引脾胃之气上腾，中气既足，清阳上升，则九窍通利；白芍敛阴和血；黄柏补肾水不足。

3. 疏风散邪，调气和血

适用于风邪上犯巅顶，阻遏头部经脉，头目眩晕而痛，吹风受凉加重，或恶风寒，舌苔薄白，脉浮等症。颜老认为，“伤于风者，上先受之”、“高巅之上，唯风可到”。而且风邪常兼他邪为患，故以疏散风邪，使经脉通畅，气血调和则眩晕自止。临床常用川芎茶调散加减，若眩晕不愈，反复发作者



为风邪潜窍入络，加蜈蚣、全蝎、僵蚕以搜风通络，或加入活血之品，药用红花、桃仁、当归，即“治风先治血”之意。若挟湿较甚，证见头眩如蒙，肢体困重，舌苔厚腻，则用羌活胜湿汤加减，以祛风化湿。

4. 平肝息风，清热安神

适用于素体肝阳偏亢，头目眩晕，头胀而痛，易怒失眠，面红口苦，脉弦，舌红、苔黄等症。经曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”《临证指南·眩晕门》曰：“头为六阳之首，耳目口鼻皆系清空之窍，所患眩晕者，非外来之邪，乃肝胆之风阳上冒耳。”盖肝乃风木之脏，体阴用阳，其性刚，主动主升，若烦劳过度或情志抑郁，久则化火生风，皆使肝阳偏亢，内风上旋，且风火相煽，必挟内壅之痰热上扰巅顶，而致眩晕，正如《类证治裁》所云：“风依于木，木郁则化风，如眩如晕。”颜老谓：凡肝阳有余之证，必以介类以潜之，或佐咸降，以清泄阳热，而平其上升之肝风，常用羚羊饮子加紫贝齿、磁石、石决明、钩藤、天麻等。若肝阳挟痰浊上扰则配半夏白术天麻汤，既化痰浊，又平肝阳。

5. 滋肾育阴，平肝潜阳

适用于老年阴亏或素体肝肾不足，阴亏于下，而致虚阳上扰，眩晕欲仆，头重脚轻，耳鸣失眠，腰膝酸软，脉细弦，舌红，苔薄等症。盖肝藏血而属木，肾藏精而主水，肝肾同源。精血互生，肾水不足，肝阴亦亏，木失涵养而阳浮于上，龙雷之火上升。《医学正传》云：“真水亏欠，或劳役过度，相火上炎，亦有时时眩晕。”《柳州医话》云：“龙雷之起，总因阳亢，宜滋补真阴。”颜老常用龟板、鳖甲以填补真阴，龙骨、牡蛎以平潜肝阳，或用知柏地黄汤加减以滋阴降火。

6. 辛开苦降，化痰和中

适用于痰浊壅阻中焦，清阳不展，眩晕如坐舟车，胸脘满闷，恶心呕吐，脉滑，苔腻等症。《证因脉治》云：“饮食不节，水谷过多，胃强能纳，脾弱不能运化，停滞中脘，有火则灼炼成痰，无火者凝结为饮。中州积聚，清明

之气窒塞不通，而为恶心眩晕矣。”颜老认为，究其病机当责之痰热中阻或水饮痰浊上泛，前者宜用辛开苦降，药用黄连温胆汤或清震汤加减，后者可用泽泻汤加味以利水化饮，其功在潜移默化之中。

7. 活血化痰，通窍止眩

适用于瘀血阻滞，脉络不通，眩晕持续不已，巩膜瘀丝累累，脉细涩，舌紫或见瘀斑等症。头为诸阳之会，若因清窍空虚，外邪得以入踞脑户，阳气被遏，气血运行受阻，瘀血交滞不解，则眩晕缠绵难愈，或因外伤跌仆，瘀血停留，阻滞经脉，清窍失养，亦致眩晕。《医学正传·眩运》云：“外有因坠损而眩晕者……是宜行血清经，以散其瘀结。”颜老则喜以通窍活血，辛香温化，常用通窍活血汤重用川芎，加入通天草、水蛭等以加强破血之力。

8. 擅用药对，辨证而施

(1) 升麻配黄芪：头为天象，六腑清阳之气，五脏精华之血，皆上会于此。若阳气不到，血难上承，脑失其养，则脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩，故眩晕一证，多缘于清阳不升。颜老习用升阳益气法治之，每取升麻、黄芪为用。升麻味辛升发，体轻上浮，最善疏引清阳之气上升，唯《药鉴》谓升麻“盖阳气下陷者，可升提之，若元气不足者，升之则下益虚，而元气益不足矣”，故而必须配黄芪以补益元气，则升阳而不伤气，益气而不壅滞，功擅升阳益气，用于头晕目眩，清窍失聪者，最为合拍。临床多选李东垣氏清暑益气汤、补中益气汤等出入，并佐以川芎、红花、葛根、丹参等活血化瘀之品，气血双治，则效果更佳。

(2) 蔓荆子配黄柏：《内经》称肝为足厥阴经，厥主尽而上溯，阴尽阳气复生之候。蔓荆子能引厥阴风气上走少阳之区，既能发厥阴之经气，又能疏少阳之外邪，治头目病非一般药所能比拟，李东垣制益气聪明汤，良有所依。与黄柏配伍是恐风气过盛而变生阳余火升。二药同用，上行头目，可使耳目聪明，有强视听之用，升清降浊，善平调肝木之司，是治眩晕常用的药对之一。



五、脾胃病的诊治经验

脾胃病是指与中医消化功能有关的各脏腑器官功能紊乱失调所致的疾病。其病变脏腑主要在脾胃，主要病理表现是运化、受纳、升降、统摄等功能的失常。脾胃为后天之本，脾主运化，胃主受纳，肝主疏泄。脾、胃与肝，三者一气相通，则升降有度，纳化有常，共同完成饮食的受纳、消化、吸收、运化功能，是气血生化之源，亦是元气之本。若脾胃功能失常，则可出现脾失健运，胃失和降的病理变化。

(一) 病机探析

脾胃病多由脾胃生理功能虚衰，加之因饮食、情志、寒湿等更伤之，或因脾胃本身气虚运化无力等，以致饮食积滞，湿浊困脾，形成本虚标实或虚中夹湿者居多。其虚在脾为本，其实在胃为标。颜老根据脾主运化，胃主腐谷的生理特点，认为脾胃病的主要病机是脾失健运，胃失腐谷之功，主张治脾不在补，而在运脾；治胃不仅要补阴，当须补阳，除注重寒热虚实辨证外，尤当注重气血之涩畅，积滞之有无，切不可滥补为患，以成沉疴。

(二) 诊治述要

脾胃同居中州，脾气升，主运化；胃气降，主受纳；阴阳相配，升降既济。一旦为病，胃为阳土，法宜润降；脾属阴脏，治当温运，是乃正治。然病变无穷，阳腑有阳伤之疾，阴脏有阴亏之虞，故应有温胃阳，救脾阴之治者，乃为变法。如此则知其常，达其变，调整脾胃阴阳之法全矣。总结颜老治脾胃病常守三法：①轻可去实，其剂宜轻，其量宜小，不可滥攻又不主张滥补；②顾护胃阴，老年以脾胃为本，胃阴一伤则胃气必失，生机危矣；③注重脾胃升降，尤其是治中焦疾病，视为最佳方法。

1. 阳腑阳伤，温通胃阳

胃为阳土，多气多血，故有阳明阳腑之称。胃为水谷之海，日以纳食消谷为职，故凡饮食生冷，水湿内停，多伤胃阳，其在衰弱体质，老年病后胃阳不振者，尤为多见。诸多医家更重胃阴而忽视胃阳，叶天士提出“胃阴学说”。《素问·生气通天论》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰”，颜老宗《内经》之旨，尝谓：“五脏六腑皆分阴阳，独胃腑无阳乎？”临床十分重视胃阳之作用，故凡见水谷积滞胃腑，阻遏不通而致反胃、恶心呕吐、泛酸诸症，多责之于胃阳不振、浊阴潜踞所致。用药非温而通者，不得复其阳，非通而走者不能祛其寒，法当釜底加薪，温通胃阳，常喜用附子、萆澄茄、萆芩、吴萸、公丁香、半夏、茯苓、枳壳、川朴等品。

2. 阳腑津伤，酸甘滋润

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

3. 阴脏阳虚，温脾升清

脾为太阴阴脏，职司运化，喜燥恶湿，故凡寒湿外受或阳衰寒湿内生，每致太阴之阳受伤，不能运布中阳，俾阴寒窃踞、中焦滞钝而成湿邪壅塞、阳失斡旋之证，常见腹胀纳减，便溏形寒，肢冷面眺，舌淡脉细等症，甚则



脾不统血而为黑便。颜老谓治脾之药宜动宜刚则运，温补极是，大忌阴腻静药。平素喜用附子理中、建中、黄土等方。同时认为，脾胃同居中州，是升降运动之枢纽，脾虚则清气不得宣升生发，浊气碍于停滞下降，经曰“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生腹胀”是也，治疗当崇李东垣“升阳”之学，强调脾阳之生发，临床尤喜以“升麻、苍术”同用，以“升麻之轻而味之薄者，引脾胃之气上腾，复其本位，便能升浮以行生长之令矣”。常配半夏、白术、茯苓、陈皮等品，胀甚则加檀香、砂仁、麦芽、枳壳。

4. 阴脏阴亏，滋阴和营

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

5. 升脾温胃，擅用药对

(1) 升麻配苍术：脾胃为气血生化之源，五脏六腑、四肢百骸，无不赖以濡养。气血旺盛则精神奕奕；气血不足则形衰神萎。《脾胃论》有云：“元气之充足，皆由脾胃之气所生，而后能滋养元气。若脾胃之气本弱，饮食自倍，脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也。”故治脾胃当注重生发脾胃之阳气，临床常以升麻与苍术配伍使用。苍术质重而味厚，气香性燥，既能通治三焦湿浊，导胃气下行，又能强胃健脾，发谷之气；升麻质轻而味薄，最能升发，善疏清阳之气，引脾气上腾。两药相合，一升一降，

则脾气得以升发，胃气得以下泄，共奏升阳祛湿健脾和胃之功。

(2) 附子配干姜：阳虚生寒，寒性凝泣，气行不畅，腑阳失运，胃痛饱胀，反胃呕酸，形寒不渴，舌淡脉细。凡见此症，盖非温而通者不得复其阳，非通而走者不能祛其寒，常用附子配干姜，温通胃阳，祛寒除滞，尤其是附子一味，常谓只能温肾阳，其实胃寒得附子，犹如釜底加薪，则火能生土，坎阳鼓动，中宫大健，则胃之通降功能得复矣。

六、血证的诊治经验

出血是内科常见的急症之一，按传统概念系指血不循常道，上溢于口鼻诸窍，或下泄于二阴，或渗于肌肤之疾患而言，并有咳血、吐血、便血、尿血、鼻衄、肌衄等不同。失血固属血证，若脾虚不能运化水谷精微，血液生成减少；肾虚精髓不足，血液化源匮乏所致贫血失血，亦可称血证。可包括现代医学中呼吸、消化、泌尿、循环等系统的很多出血性疾病。临床常见之血液病，如再生障碍性贫血，粒细胞减少，白血病，其发病过程中所出现的贫血或出血征象，均可归属血证范畴。

(一) 病机探析

颜老认为，血本阴精，不宜动也，而动则为病，气为血帅，不宜损也，而损则为病，妄动者多由于火，火盛则逼血妄行，损者多由于气，气伤则血无所存。故治血证，惟火惟气耳。此外，火盛或气虚均可导致血流异常而致血瘀，故治血证又不可忽视活血之法。中医素有“血无止法”之戒，不可见血止血，必先推究其出血之因，然后审因施治，方能中的。倘病因不除，血焉得宁。血证属热者居多，如《证治要诀》说：“咳血者，咳出痰内有血者是；呕血者，呕出血者是；咯血者，咳出皆是血疙瘩；衄血者，鼻中出血；溺血者，小便出血；下血者，大便出血；虽有各名，俱是热证。”但亦有虚寒出血，如张景岳所曰：“中气虚寒则不能收摄而注陷于下。”当辨证用药，不可执一。《红炉点雪》云：“夫血者，气之配也。人之一身，五脏六腑，四



体百骸，靡不藉其营养也。然须附气以行，气畅则畅，气逆则逆。”指出了气血相互依存的关系。若气逆、气虚均可引致失血。病因上，有以阳乘阴者，阳盛血热而妄行；亦有阴乘阳者，阳虚而阴无所附，不循经而外溢。临床以前者多见，病初属火属实，日久无不由阴虚阳亢，或火衰血失其守。且失血之证，每致留瘀，诚如唐容川言：“故凡血证，总以去瘀为要。”治血证者，明此纲要则可左右逢源矣。

(二) 诊治述要

脉乃血之先，颜老在治疗血证中，十分注意脉象变化在血证中的意义，指出“凡脉来微弱平缓者易治，弦数急者较难治；左脉坚硬者，为肝肾阴亏；右脉坚硬者，病在气分；数大为阳亢，微细为血虚，弦数为阴火郁于血中，芤脉为失血，弦紧为瘀结，左脉数盛为肝胆实火；右脉虚大为脾胃火邪，火致血海不宁，故阳脉较为难治”。在白血病治疗中指出“凡病人脉象从细缓转为洪数、弦滑，并见烦躁失眠遗精等症，往往是急性发作的先兆。其中脉象洪数最重要”，需防止高热与出血。在再障治疗中又指出“病情变化，往往先现于脉，危急脉候以牢脉、躁动脉多见”。这些宝贵经验，当为临证者重视。

1. 火升血涌，泻火宁血

凡热迫血络，血受热灼，热血相搏，迫血妄行之出血，临床所见来势较急，色鲜红而量多，舌红脉数。颜老说，此即所谓“血无火不升”，急当清火止血。热清火降，俾血还其道，不致奔脱。火热动血，每与心、肝、胃关系至密。临证时遇火热炽盛者，喜用犀角以清心火；用羚羊角以息肝火，以防颅内出血；用大黄以折胃火。大黄为止血圣药，历代医家喜用之，其功能直折而下，泄热化瘀，则血络随安。临床还可用大黄粉与鸡蛋清调敷太阳穴，治咯血、咳血、衄血等血涌向上之证，皆能抑其血逆之势。对于实火暴迫之大失血，颜老尝用紫雪丹 1.5g，每日 2~3 次，每获殊验。徐灵胎有谓：“邪火毒火，穿经入脏无药可治，此能消解，其效如神。”考紫雪丹方药，既有石膏、寒水石、滑石之大寒清热；又有犀角、羚羊角之清心解毒，平肝息风；

更用磁石之镇，朴硝、硝石之泄，沉香之降。凡此，以清得一分火，保得一分血，与火迫失血十分贴切。而对血证之阴虚者，则当宗张璐之瑞金丹（大黄、秋石）育阴泄热，亦多效验。

2. 气余化火，调气和血

陈无择有谓：“人之脉者，乃血之隧道也，非气使则不能行。”血为气母，气为血帅。气机升降，又关于肝气之条达。临床所见气郁，气逆，气有余便是火，气火逆乱则脉络不宁，而致血溢脉外。证见血家烦躁郁怒，喜冷饮，喜吹冷风。临证时若以泄热化瘀俱不为功。颜老赞赏先哲唐容川善以小柴胡汤治血证，独具卓识。提出凡是气余化火之失血，必参用降气一法，常以降香折其逆气。认为降香辛温，能祛瘀止血，降气定痛，《本草纲目》谓其能“疗折伤金疮，止血定痛，消肿生肌”。缪仲淳有治血三要法：宜行血，不宜止血；宜降气，不宜降火；宜补肝，不宜伐肝。降香即能降气、化瘀、止血，用之得当，每获佳效。

3. 失血留瘀，化瘀致新

出血与瘀血互为因果，出血每致留瘀，瘀血不去，则新血不生，诚如唐容川说：“经隧之中，既有瘀血踞住，则新血不能安行无恙，终必妄走而吐溢矣，故以去瘀为治血要法。”颜老推崇此说，指出治血当以去蓄利瘀，使血返故道，不止血而血自止，确为治血证大法。故在止血中必寓于化瘀，方克有济。如尝用“止血粉”（土大黄、生蒲黄、白及）化瘀降火而宁络，治疗上消化道出血；投花蕊石散以治咯血、便血、溲血；以水蛭粉吞服治小脑血肿；用生蒲黄治眼底出血；取贯仲治子宫功能性出血；用蒲黄加马勃治舌衄；投“四鲜汤”（鲜荷叶、鲜生地、鲜侧柏叶、鲜艾叶）治疗再生障碍性贫血出血。凡此皆取化瘀止血之义，临床皆获效验。

4. 气虚血脱，益气止血

阳气与阴血，阳气之用全仗阴血以营养，阴血之化全赖阳气以温运、摄纳。倘有阳气虚衰，则血失统摄，而致血溢暴脱。临床上多见大吐衄，或反



复失血，面眺不华，脉细无力，甚则大汗淋漓，肢冷而厥，出现阴亡而阳亦随之脱的险证。临证时当恪守“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之训，颜老除投以常用的独参汤、参附汤益气摄血外，喜用王清任急救回阳汤（党参、附子、干姜、白术、甘草、桃仁、红花），取其益气温阳与活血化瘀同用，或再伍黄芪、升麻升阳益气，每能化险为夷。

5. 脾肾双调，重在治脾

血液病出血控制之后，病情缓解，治疗应着重脾肾双调，只有脾肾旺盛，气血充足，方为血液病治本之道。而在脾肾之中，又须紧紧抓住治脾为首务，因血液的生成原根于肾，但资生在脾，饮食必赖脾胃运输转化为精微，而后化生血液。清·沈金鳌云：“脾统四脏，脾有病必波及四脏，四脏有病，亦必待养于脾。”说明脾胃之重要。此外，颜老说，凡血证善后，必须以胃药收功，常用黄芪、党参、升麻、苍术、白术等，参合诸法，气血双补，方为王道。升麻几乎每方必用，在补脾胃之气时炙用，出血则取其生用。曾以常用量的十倍生白术加米汤煎服，治愈大咯血，取培土健脾，振奋统摄之权。其次，在治疗过程，如见肾阴虚转化为脾肾二虚，又转化为肾阳虚，其预后为顺为轻；若脾虚转化为脾肾两虚，又转化为肾阴虚，其预后为逆为重而多变。临床上，阴虚尤难调治，如能使阴虚转为阳虚，再用温补脾肾之药调治，每多获效，血象常持续上升。但亦非一味温补，恐温补化燥而反劫阴津，故宜于温补之中兼顾其阴。

6. 内外同修，巧用单方

颜老除内服法之外，每喜用外治法而收相得益彰之效，如大黄研粉，与鸡蛋清调敷两侧太阳穴以清血热；用附子粉、姜汁调敷两足涌泉穴以引火归元，治咯血咳血等一切血涌于上之证，颇能折其血逆之热。有用生蒲黄或五倍子煎汤漱口，治齿衄，舌衄；黑山梔末搐鼻以治鼻衄；生槐花捣敷眼角以治眼底出血等，不乏其例，颇可效法。此外，颜老在血证中灵活运用单方验方，或作食饵，每每出奇制胜，如用童便止吐衄，取其降火最速；用陈年京墨磨汁冲于药液治吐血；每晨饮鲜猪血一大杯治便血久不愈者；用白茅花

15g，豆腐一块，清水两碗同煨去渣，顿服作食饵，非独治鼻衄而治诸种血症甚验。选择药物时，兼用化瘀及止血之品，考虑药性的寒热温凉、升降浮沉而加以辨证施用，寒性者如柏叶、地榆、大小蓟、茜草、藕节用于出血属热者；温性者用于虚寒出血，如参三七、牛角鳃、五灵脂、蒲黄、花蕊石、血竭等，再加以组方的巧妙配伍，颇多创见。



【跟师临床】

一、肺源性心脏病

张某，男，60岁。1993年12月7日初诊。

咳嗽、气喘10余年，加剧2周。患者有慢性支气管炎、肺气肿病史10余年，每因劳累、气候交变时发作，多次住院治疗。入院前两周因气候寒冷而致咳嗽气喘加剧，胸闷，夜间不得平卧，下肢浮肿，拟“慢性支气管炎继发感染、肺气肿、肺心病”收治入院。检查：入院当天傍晚出现嗜睡，呼之能睁眼，小便失禁，血气分析：PH 7.296，PCO₂ 79.5mmHg，PO₂ 30mmHg，诊断为呼吸衰竭，肺性脑病，属中医肺胀危候，予积极抢救，吸氧、呼吸兴奋剂、解痉、利尿等，病情无明显好转，遂请中医会诊。神志不清，言语错乱，烦躁不安，颜面及四肢浮肿，球结膜水肿，大便秘结，舌质红绛，脉细滑。痰瘀交阻，蒙蔽心神，肺失宣肃，郁久化热；久病耗伤阴液，治拟下瘀泄热，豁痰开窍为急。方用抵当汤合葶苈大枣泄肺汤加减。处方：

水蛭 3g 大黄 9g 葶苈子（包煎） 30g 大枣 7枚
 半夏 30g 石菖蒲 30g 海浮石 30g 苏木 4.5g 降香
 2.4g 枳实 9g 1剂

二诊：服药后当天大便畅通，量多，至次日神志渐清，再予前方1剂服用。

三诊：患者已思饮食，小溲畅利，颜面及四肢浮肿渐消，球结膜水肿也消退，药中病机，予前方改葶苈子为15g，大黄为6g，再服3剂。症已大定，血气分析示：PH 7.344，PCO₂ 5.59mmHg，PO₂ 97mmHg。改用益气化痰法调理，1个月后病愈出院。



释疑解惑

问：本案患者病情已发展至肺性脑病，应如何选方用药？

答：肺主宣肃，而心主神明，肺气受损，累及于心肺同病，宣肃无权而咳嗽、气喘，神明失主而妄言、昏睡，病之标为痰、瘀、热交结，虽患者舌质红绛无苔，郁热阴伤已甚，但仍须急则治标，下瘀泄热涤痰，使瘀热得下，阴液得存，故以抵当汤合葶苈大枣泻肺汤治之。抵当汤由水蛭、大黄、桃仁等组成，功能泻热下瘀，《伤寒论》用治瘀热在里，似狂发狂之蓄血重证。葶苈大枣泻肺汤见于《金匱要略》，由葶苈子、大枣两味组成，仲景用其治痰涎壅盛而见胸部胀满，一身面目浮肿，咳逆上气，喘鸣迫塞等病证。两方合用，药专而力宏，为下瘀泄热涤痰之峻剂。掺以苏木辅水蛭以化瘀，枳实助大黄以通腑，下瘀之力骁勇，并配以半夏、海浮石，则泻肺涤痰之效益甚，伍石菖蒲以开窍醒神，降香以降逆顺气，方药与病机切合，故能一剂而应。舌质红绛无苔，阴液已伤，泄得一分瘀热，守得一分阴液，有急下存阴之意。痰瘀清后，予益气化痰法调治，以改善机体微循环，消除体内留积之瘀血，纠正脏腑虚衰，使气血由不平衡状态转向新的平衡。

问：肺心病从瘀论治有哪些指证？具体应如何治疗？

答：临床根据肺心病患者的症状、体征判断血瘀严重程度，指导遣方用药。临床瘀血指征有：咳嗽气喘，缠绵不愈，胸部膨满，胀闷如塞，心悸怔忡，肢体浮肿；面色晦滞，口唇发绀，爪甲青紫，或皮下瘀斑；舌质青紫，舌下静脉怒张，腭黏膜下静脉增粗，呈紫红色，脉结代等。

对于瘀血阻滞者，临床常用血府逐瘀汤加减治之，若瘀浊蒙脑、风痰阻络，则可用抵当汤合葶苈大枣泻肺汤治之。所谓治肺胀用活血化痰法并非独



用此法，而是根据患者肺热、痰浊、湿阻、阳虚等情况，在泄热豁痰、利湿温阳之时，加以活血化瘀，增进疗效，当然若以瘀血为重，则活血化瘀为主，他法为辅。临证之时，喜用水蛭一味，一般3g入煎剂，或以水蛭粉另吞，每服1.5g，1日1~2次，能改善缺氧状况，但因水蛭性寒，宜与降香末或沉香粉和匀另吞。慢性肺心病患者，以水蛭粉与人参粉同服，有预防作用。

二、冠心病心绞痛

周某，男，68岁。1982年10月15日初诊。

患者胸闷、胸痛反复发作多年，加重2周余。冠心病心绞痛史多年，本次因心肌梗死多次发作而入院。入夜胸痛频发，发则胸闷胸痛，痛彻背俞，心悸气短，舌质紫，苔薄白，脉沉细。此乃年逾古稀，气虚阴凝，血瘀脉阻，治拟剿抚兼施。处方：

党参 15g 黄芪 15g 葛根 9g 川芎 9g 丹参 15g
赤芍 9g 山楂 30g 决明子 30g 石菖蒲 4.5g 降
香 3g

服药后胸痛日趋减轻，其他症状相继消失，1个月后停药。随访5年，除因过度劳累而偶发心绞痛外，病情稳定。



释疑解惑

问：“益心汤”的组方立意是什么？临证如何加减运用？

答：“益心汤”是我临床上治疗冠心病得心应手的经验方。其以党参、黄芪益气养心为君，辅以葛根、川芎、丹参、赤芍、山楂、降香活血通脉为臣，君臣相配，旨在益气活血，俾气足则助血行，血行则血瘀得除；少佐微寒之决明子，既可防君臣之药辛燥太过，又取其气浮之性，疏通上下气机，以增活血之力；使以石菖蒲引诸药入心，开窍通络。诸药相配，共奏益气养心，行气活血，祛瘀止痛之功，适用于冠心病心绞痛，症见胸闷心痛，怔忡气短，劳则易发，神疲懒言，动则汗出，形寒喜暖，舌淡而胖，有瘀斑或瘀点，苔

薄白，脉细弱，或迟，或见结脉、代脉等气虚血瘀者。若血瘀气滞，心痛如刺痛、绞痛者，加血竭粉、三七粉，等量和匀，每服1.5g，以活血止痛；气机阻滞，胸部窒闷者，加枳壳9g，桔梗6g，一升一降，调畅气机，开通心阳；心神失宁，心律不齐者，加琥珀粉、珍珠粉各1g，以宁神养心；阳微阴凝，胸痛剧烈，肢冷脉微者，加附子9g，桂枝4.5g，以温阳通脉，多能应手。

问：您在“瘀血”这一领域中，发前人所未发，独辟蹊径，取得了很大的成就，请您谈谈“瘀血”与冠心病有何关系？

答：瘀血是指瘀积不行，污秽不洁和已离经脉的血液，以及久病影响到脉络所出现的病变。瘀血导致疾病很多，冠心病表现的心胸疼痛即为瘀血所引起。用瘀血学说指导心血管疾病的临床，疗效显著。中医学文献早有“胸痹”、“真心痛”的记载，其表现类似于冠心病、心绞痛、心肌梗死。气滞血瘀是引起这些病证的原因，这一观点与急性心肌梗死的发病是由于心肌小血管内血小板聚集，造成微循环障碍，影响心肌的供血供氧的原理颇为雷同。实验研究亦证实其病理确与瘀血相似。因此活血化瘀疗法已广泛运用于冠心病、心肌梗死、心源性休克、心绞痛等。经对活血化瘀药物的临床观察和实验研究，证实其确有畅血、通络、止痛的作用，能改善缺血、血栓、出血、血凝等病变，增加冠状动脉血流量，抑制血栓形成，增强纤维蛋白的溶解活性，同时还有降低血脂的作用，从而起到缓解心绞痛，防止斑块形成或促使其消退的作用。

问：运用活血化瘀药物治疗冠心病需要注意些什么呢？

答：运用活血化瘀药物施治于冠心病时，应注意辨证。如气虚血瘀者，采用补气化瘀法，气滞血瘀者采用行气化瘀法，阳虚血瘀者采用温阳化瘀法等。不注意辨证，认为把活血化瘀药堆砌起来就是活血化瘀法，是错误的观点，难以取得很好的疗效，甚至犯了虚虚实实之戒。至于配伍归经也颇有讲究，如常用石菖蒲引经，或加黄酒，能迅速缓解症状。



三、高血压病

吴某，女，55岁。2005年8月23日初诊。

头晕乏力加重2月余。患者原有高血压病史30余年，甲减、窦性心动过缓及抑郁症病史数年。近5年出现明显头晕，血压最高达200/110mmHg。平时常服科素亚、尼莫地平、优甲乐等药物治疗。两月来常感头晕、胸闷、心悸、神疲、乏力，思虑颇多，间有惶惶不可终日之感，夜寐欠佳，畏寒肢冷，大便溏薄，胃纳尚可。血压：180/95mmHg。曾服平肝潜阳之剂，然效果不显。眩晕30余载，肝肾不足，水不涵木，肝阳上亢，气火有余，故时见头晕；“阳无阴则不长”，肾阴不足殃及肾阳，故而畏寒肢冷；阳失斡旋，气血运行不畅，心脉失和，而见胸闷、心悸、舌淡暗、脉细缓。肝肾亏损，血脉不和，阴阳失交之证，当调补肝肾，交济阴阳。处方：

附片6g 羚羊角粉(吞)1.2g 升麻4.5g 丹参15g
生蒲黄(包煎)9g 葶苈子(包煎)9g 龙牡(各)
30g 桂枝6g 益母草30g 白芍(各)12g 红花
9g 清炙草6g 3剂

二诊：药后头晕减轻，肢冷已和，已无恍恍然之感，大便成形。血压亦下降至150/85mmHg。但乏力心烦，暖气频频，夜寐欠安，右胁不适。肝体阴而用阳，性条达，易化火，平素思虑太过，肝气枢机不达，郁结化火，扰乱心神，气血失衡，脾运不健。前方中病即止，转拟疏肝理气，活血安神。处方：

柴胡6g 龙牡(各)30g 降香3g 党参10g 五味
子9g 麦冬9g 磁石(先煎)30g 羚羊角粉(吞)
1.2g 猪苓15g 茯苓15g 百合30g 川芎9g 苍
白术(各)9g 桂枝6g 7剂

三诊：药后晨起仍有头晕，但白天头晕明显减轻，口微苦，上颚干燥，仍时有烦闷。肝郁日久，克伐脾胃，运化失职，痰湿内生，郁而化火，前方

虽予疏肝泄火，但痰热未清，上犯清阳，内扰心神，故见晨起头晕，口干等证。暂转清化痰热以治其标。处方：

半夏 9g 陈皮 9g 茯苓 9g 竹茹 9g 天麻 9g 钩
藤（后下） 10g 葛根 10g 白术 10g 泽泻 9g 桔梗
6g 羚羊角粉（吞） 0.6g 7剂

四诊：药后上症悉减，血压 140/75mmHg，平素血压稍有波动，口干、口苦好转。肝肾不足乃其本，痰湿血瘀乃其标，故治当肝肾同调，理气活血，固本清源，以善其后。处方：

仙茅 9g 仙灵脾 15g 知母 9g 黄柏 9g 当归 9g
丹参 15g 白芍 10g 郁金 9g 枳壳 9g 桔梗 9g
柴胡 6g 苏噜子 9g 赤芍 10g 甘草 4.5g 百合 30g
淮小麦 30g 牛膝 9g 苏子 10g 14剂

药后血压稳定，头晕胸闷，乏力神疲基本消失。



释疑解惑

问：一般对于高血压病，医家多不敢用附子，唯恐肝阳独亢，您却为何敢用附子以阳助阳？

答：诚然，临床高血压病多见肝阳上亢或痰浊中阻，故多以平肝潜阳，祛痰化浊之法。但不知本病亦有因阳虚而致眩晕者，古方用附子治疗阳虚眩晕不乏其例，故附子不失为治疗眩晕的要药。如附子汤（方出《普济方》卷一一六，由生附子、生姜组成）可治一切风疾痰眩，便是其例。后世用于临床可再加磁石、石决明、牡蛎、龙骨等潜镇之品以使浮阳潜降，治之多有愈者，这一方法亦称为温潜之法。

问：方中附子与羚羊角同用，很有特色，亦为取效关键，您在临床应用上有什么体会？

答：附子与羚羊角同用，古已有之。如资寿解语汤，方由羚羊角、附子、桂枝、羌活、甘草、防风、酸枣仁、天麻诸药组成，煎服加竹沥、姜汁水，有扶正祛邪，化痰息风之功，用于治疗中风半身不遂，舌强不语者有效。而后世却用之不多。我体会到，附子温阳散寒，羚羊角平肝息风，二药合用，



肝肾同治，温潜并用，可引火归元，导龙入海，于阳虚眩晕者颇为合拍。但对血虚风动、真热假寒者不宜。

问：初诊用附子、羚羊角获得良好疗效，为何二诊舍而不用？

答：我在这一案例中用附子，是取其纠正邪正关系的作用。我认为，在邪与正斗争相持不下的情况下，需要用附子温壮正气，使邪正关系顷刻得到改变，但必须注意中病即止，不可过用。本例病程30余年，缠绵反复，邪正久久相持不下，治疗颇为棘手。这时需要抓住患者阳虚的体质特点，用附子改变目前的僵局，为以后的治疗带来转机。所以当患者血压获得明显下降后，即去刚用柔，予理气活血，肝肾同调，先后用柴胡加龙骨牡蛎汤、温胆汤、二仙汤调理而收功。

四、偏头痛

周某，男，49岁。2006年4月12日初诊。

患者头痛20年，自1986年起患偏头痛，晨起头胀头重，恶心，眉棱酸痛，畏光怕冷，多在劳累、受风寒、饮酒后发作，每月发作3~4次，发作时感两侧太阳穴血管跳痛，颈肩板滞，平时大便增多恶臭。经多方求治无效，服用佐米格可缓解，2005年曾服用黑附子30g，约4个月，略好转，停药后复发。肝郁气滞，阳明湿热本重，瘀阻脉络，风阳上扰，两太阳穴灼痛，每月发作3~4次。腑行不实，脉沉涩，唇紫，苔垢腻，亟为散风通络，化瘀泄浊。处方：

羌活 9g 独活 9g 苍术 15g 白术 15g 川芎 30g
 全蝎 1.5g 蜈蚣 2条 苦丁茶 9g 望江南 9g 石楠叶
 9g 葛根 15g 煨草果 3g 藿香 9g 佩兰 9g 石菖
 蒲 9g 神曲 9g 熟军 9g 14剂

二诊：上方连续服用1月余，头痛发作1次，程度及频次已减，舌苔厚腻已化，脉小数，仍取上方化裁，以肃余氛。处方：

羌活 9g 白芷 9g 苍白术（各）9g 川连 3g 川朴

6g 枳实 9g 石楠叶 9g 石菖蒲 9g 葛根 15g 蔓
荆子 9g 川芎 30g 细辛 3g 神曲 9g 熟地黄 6g
薄荷 4.5g 14 剂

药后头痛发作程度及频次俱减，随访 3 个月，头痛只发作 2 次，且程度轻微。



释疑解惑

问：本案为何采用“通因通用”，“上病下取”之治法？

答：本案患者头痛病程长达 20 余年，甚则彻夜不寐。头为诸阳之会，贼风久客，瘀阻脉络显然。故用羌独活疏风止痛，虫类药全蝎、蜈蚣搜剔瘀浊。又见腑行不实，但大便恶臭，舌苔垢腻，故当清热化湿，用熟军配苍白术、藿佩、草果、石菖蒲清热通腑，燥湿祛浊，腑气一通，糟粕随下，清阳得升，灵机即安。川芎、苦丁茶、望江南、石楠叶、葛根皆为治疗头痛有效药物。初剂已安，头痛发作次数明显减少，加细辛、蔓荆子乘胜前进，以肃余氛，诸症皆见缓解，从而获效。

问：患者二诊舌苔厚腻已化，脉小数，似有化热之象，为何还加用细辛等辛温之品？

答：患者舌苔厚腻已化是湿热化去之象，先前脉沉涩乃是瘀阻脉络之征象，今脉小数是瘀去，气血通畅的表现，并非化热之象。患者头痛已有 20 余年，病久多瘀，病久入肾，首诊头痛正作，当以祛邪为先，瘀象化去，二诊头痛较前缓解，但仍有发作，加用细辛不仅有止痛之对症治疗之效，尚有引经之用，可止少阴头痛。且方中有黄连佐制，与本病证并不相左。

问：患者初诊以化瘀泄浊为先，方已显效，为何二诊转加葛根、蔓荆子、薄荷等升提药？

答：初诊患者湿浊瘀阻征象较为显著，邪在中，清阳不升而苦在头，湿浊瘀阻不去则清阳终难升达，故治以祛邪为先，使湿祛瘀化则方能正安。二诊头痛减轻，苔已化，湿浊瘀阻皆祛，头痛尚存，故加葛根、蔓荆子、薄荷等升举之品，使清阳得升，清窍得养则头痛可止。



五、老年性痴呆症

丁某，男，80岁。1998年3月10日初诊。

4年前有中风史，诊断为脑梗死，经治疗后留有左侧肢体无力，不良于行。2年前出现头晕目胀，健忘，思维偶然失控，有厌世之感，迭经中西药物治疗，效果不显而来求治。头晕而胀，健忘失眠两载，性情烦躁，有厌世之感，思维失控，不思纳谷，大便维艰，面色少华，步履蹒跚，左侧肢体无力，脉小数，舌质暗，舌苔厚腻。高年痰瘀交困，脑失所养之候，亟拟化痰祛瘀，清心泄热。处方：

水蛭 3g 通天草 9g 生蒲黄（包煎） 9g 石菖蒲 9g
 川连 3g 生大黄（后下） 9g 白蒺藜 9g 天麻 4.5g
 钩藤（后下） 9g 丹参 15g 赤芍 9g 威灵仙 9g 路
 路通 9g 川芎 9g 苍术 9g 白术 9g 14剂

二诊：药来腑气已畅，诸症悉减，思维已无失控，精神较前为振，仍是左侧肢体乏力，不良于行，脉小数，舌苔黄腻，前制中的，再以上方巩固。

处方：同上方去生大黄，加指迷茯苓丸（包煎）9g。

上方加减出入治疗两月，健忘失眠已见好转，思维清晰，症随之安，继以上方出入调理，并嘱加强记忆功能锻炼。



释疑解惑

问：本例患者有头晕、失眠、性情烦躁、胃纳不馨、大便艰涩，肢体活动不利等表现，您是如何审证求因，审因论治的呢？

答：本病患者性情烦躁，肝气郁结，木郁克土，土虚生痰，故胃纳不思，舌苔厚腻；气有余便是火，故大便秘结，脉来小数；木郁化风，肝风内旋，故头晕且胀；气机郁滞而瘀血内凝，脉络痹阻，故中风左侧肢体无力；痰瘀上蒙清窍，神机失用，故思维失控；肝气不达，血气失畅，瘀阻血脉，气血乖违，心神失养而失眠。病本在肝，证属痰瘀交阻。故当清肝泄热，痰瘀

同治。

问：您临证常运用平肝疏肝治法对脑中风后引起的痴呆进行辨治，能否结合这个患者谈一下治疗思路？

答：老年性痴呆，顾名思义，此病多发于老年。老年人肝肾阴虚为本，肝风易动，在此病理基础上一旦发生脑中风，则见痰瘀内阻之标实证。我们在临床上可以发现，脑中风后引起的痴呆患者除表现为神呆失记外，多伴有肝气郁结的证候，或心中惴惴、闷闷不乐，或烦躁易怒、胸胁闷胀、夜寐多梦。

中风后的情志失调是痴呆主要病因之一，且据临床观察表明，即使无中风，长期的精神抑郁，独身居住者，发生老年痴呆的概率也会显著增高。神志活动虽总归于心，但与肝的疏泄功能密切相关。肝气郁结，升发不足，气机疏通和畅达受阻，气有余便是火，肝木火焚以伤心，则木为心火所克，从而出现焦虑、抑郁等症状，施以平肝疏肝法可阻止病情进一步发展。

临证多从柴胡剂加减，辨证选用丹栀逍遥散、小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、抑肝散等出入。并常配伍应用祛风方药。因其味辛性散，善于开发郁结，宣畅气机，引经透络，从而有利于血脉调畅，如取薄荷、桑叶、菊花清肝息风以解郁；白芷、细辛辛散开窍以醒神。肢体偏枯，舌有瘀斑者，予丹参、川芎、赤芍、红花等活血化瘀。非药物疗法也颇为可取，如收听悦耳的音乐、参加社区组织的活动、到户外参加体育锻炼等。患者的其他家庭成员应给予格外的关照，经常与患者谈论他感兴趣的话题，使之能感受到家庭的温馨。早期应用疏肝理气法解除抑郁症状，可以起到阻止本病进一步发展的目的。本患者头晕而胀，性情烦躁，肝风上扰之象显著，恐仅用柴胡剂疏肝，力有所不逮，故予天麻、钩藤、白蒺藜等以平肝息风。而据相关报道天麻、钩藤亦有促智抗衰老及脑保护作用。

问：在治疗脑血管病引起的痴呆时，水蛭、通天草、石菖蒲、蒲黄是使用频率较高的几味药，您有何用药经验？

答：脑中风后引起的血管性痴呆的病机主要为瘀血阻络，脑络受损，清灵之气不能与脏气相接，故强调疏通脉道、祛瘀生新是治疗的主要手段。水蛭味咸性寒，入血分而长于逐瘀，性迟缓不伤正，可借其破瘀而不伤气血之力，以祛沉痾瘀积，有利而无弊。现代药理研究证明水蛭的主要成分水蛭素



是一种抗凝物质，能阻止凝血酶对纤维蛋白之作用。我的体会是，水蛭宜生用，每取1.5~3g，研末吞服，若加热炮制，则药效大减。通天草乃萆薢之苗，其性轻清上逸，与水蛭相佐，则能引其药性入脑，剔除脑络新旧瘀血，俾瘀化络通，脑窍复开。石菖蒲禀天地清气而生，气味芳香，功能怡心情，舒肝气，化脾浊，宁脑神，为治邪蒙清窍所致神昏、健忘等症的要药。蒲黄其气馨香，主入血分，生用善于活血化瘀，与石菖蒲合用，则能祛瘀浊而通脑络，醒心脑以复神明，而奏开窍安神、醒脑复智之功。

六、帕金森病

韩某，女，71岁。2005年12月2日初诊。

舌、下颌、双下肢震颤7月余。患者于2005年2月开始乏力，纳呆，两腿无力，4月开始舌、下颌、双下肢震颤，左腿尤甚。8月在龙华医院就诊，因不能确诊，诊断性试用盐酸硫必利，导致症状加重。9月在北京宣武医院神经内科确诊为帕金森病，伴抑郁症，同时在东直门医院服中药，药后舌、下颌震颤略减。目前乏力，嗜卧，但难以入睡，须服2粒舒乐安定，双下肢震颤，左下肢更甚，动作迟缓，左下肢有拖步现象，头晕，面色不华，纳呆，大便干结，数日一行，需服芦荟粉帮助排便，尿频、尿少，有慢性尿路感染史。既往有乳癌手术史，有脑梗死史。今慕名来沪求医。11年前乳癌术后，复又脑梗及郁证，肝郁气滞，久病入络，络脉为痰瘀所困，今春始舌、下颌、双下肢震颤，劳累或紧张易作或加重，头晕，神怯，面色萎而不华，脉细弦，舌胖苔白，常常数日不更衣，取柔肝息风，活血通络之法。处方：

当归 15g 白芍 15g 煨龙牡（各）30g 川桂枝 4.5g
 苍白术（各）9g 白蒺藜 15g 葛根 15g 千年健 9g
 伸筋草 30g 木瓜 9g 地龙 9g 生紫菀 9g 火麻仁 9g
 升麻 10g 肉苁蓉 9g 14剂

二诊：药后精神转振，大便畅通，双下肢震颤减轻，已能独自上楼，睡眠亦大有改善。唯紧张后仍有下颌抖动。近日尿感复发，引致前症又复小作，

脉细弦，舌红苔薄腻，再取前法化裁。处方：

当归 15g 白芍 15g 升麻 15g 石韦 15g 苍白术
(各) 9g 木瓜 9g 地龙 9g 伸筋草 15g 生紫菀 9g
火麻仁 15g 白蒺藜 15g 千年健 9g 知柏 (各) 9g
黄连 3g 桂枝 4.5g 龙牡 (各) 30g 14 剂

药后精神转振，肢颤明显减轻，生活自理。返回居住地，继续服用上方调理。



释疑解惑

问：帕金森病前人多从平肝、镇肝、息风论治，您在多年的临床实践中，用柔肝法治疗该病有什么理论依据？

答：帕金森病临床主要特征为进行性运动迟缓，肌肉强直和震颤，现代医学虽有较多的研究及进展，但疗效不甚满意，治疗上颇为棘手。我曾与上海长海医院神经科合作临床研究，发现滋阴柔肝药物能有效缓解上述症状，可大大提高患者的生存质量。盖肝主筋，肝血不足，则筋失柔润，遂为“痉证”。肝为风木之脏，以血为体，以气为用，体阴而用阳，体柔而性刚，主升主动，且为少阳相火寄居之地，肝脏之所以能宁静不妄，全赖津液以涵之，阴血以润之，则刚劲之质得柔和之用。故而本病的病机为肝阴不足，阳扰风旋，肾精不充，筋脉失于濡养。治当息风和阳，然药必用柔缓，多取酸甘之类，酸能柔筋，甘能缓急。至于本例，颤证合并郁证，柔肝、疏肝之品的运用，甚为合拍。

问：为何本例患者治疗中运用了大量的润肠通腑泻下之品？

答：帕金森病当属中医脑病，脑病的治疗通常应强调“开上窍与通下窍并重”。通下窍多用消食导滞、通腑泻下及通利小便之品，使邪有出路，从下窍而走。常药用六神曲、檀香、炒麦芽运脾和胃助消化；生大黄清热通腑以驱邪；紫菀、火麻仁、肉苁蓉润肠通便；茯苓、猪苓等淡渗利湿。当患者复患尿路感染，以致小便少时，则加重了震颤的发作；加用石韦等利湿之品后，改善了临床症状，这也说明了利小便在治疗本病中的重要性。我在治疗杂病、怪病时，通常均注意大便的通畅与否，使湿、热、火、痰、瘀诸邪祛



之有道，往往可起到事半功倍之效。

七、失眠

赵某，女，42岁。2005年11月4日初诊。

失眠7年余，加剧1月。患者患失眠7年余，入睡困难，且睡后易醒，乱梦纷扰，平时头晕，头胀，心烦，乏力，精神欠佳，易情绪波动，思虑繁多，胃纳一般，二便正常，常服中成药，但未服安眠药物。7年来，肝气郁结，失于条达，思绪纷纭，阳不入于阴，则入寐不宁。近一月，甚则通宵达旦，难以入睡。脉沉涩，沉取小弦。舌紫满布，经事量少，有乳癖，按之则痛。曾经晕厥。姑为养心怡神，化瘀柔肝。处方：

淮小麦 30g 炙甘草 6g 大枣 6枚 百合 30g 川连
3g 肉桂 1.5g 丹参 15g 石菖蒲 9g 赤芍 9g 白
芍 9g 当归 9g 五味子 9g 麦冬 9g 鸡血藤
15g 14剂

二诊：药后初显效，睡眠情况好转，复因感冒，失眠又作，脉沉涩，舌紫苔薄，巩膜瘀丝，故转予血府逐瘀法，从调畅气血着手。处方：

柴胡 9g 枳壳 9g 桔梗 9g 川芎 9g 当归 9g 生
地 12g 赤芍 9g 葛根 9g 川连 3g 怀牛膝 9g 桃
仁 9g 红花 9g 甘草 3g 14剂

三诊：药后感睡眠略有好转，但近来头晕头胀，经来量少不畅，四肢麻木。气瘀交困，阴阳失于条达。随拟柴胡加龙骨牡蛎汤以调畅气机，燮理阴阳。处方：

柴胡 9g 龙骨 30g 牡蛎 30g 磁石 30g 当归 9g
桂枝 4.5g 白芍 9g 甘草 4.5g 生姜 2片 大枣 6枚
茯苓 9g 黄连 3g 党参 15g 半夏 9g 夏枯草
30g 14剂

四诊：经柴胡加龙牡法调燮阴阳，已能入睡，神清气爽，脉细缓，舌红

苔薄白，再拟攻补兼施法。处方：

1. 上方7剂。

2. 党参 9g 白术 9g 茯苓神（各） 9g 黄芪 15g
酸枣仁 15g 木香 6g 当归 15g 远志 9g 甘草 3g
黄连 3g 7剂

二方交替口服。

随访两个月，患者睡眠基本正常，情绪稳定。



释疑解惑

问：此例患者失眠已近7年，久治不愈，显系顽固性失眠。您提出临证可从肝、从气血论治顽固性不寐，是何道理？

答：《内经》对睡眠生理病理特点作了描述：“阳气尽阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣”，而“老者之气血衰，其肌肉枯，气道涩，五藏之气相搏，其营气衰少而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑”，是其病理特点，《灵枢·平人绝谷篇》又说：“血脉活利，精神乃居”，指出如果血供充足，脉道畅通，神志活动正常，就不会失眠。这些论述明确了失眠与气血阴阳失调有关，为后世医者论治失眠奠定了基础。

历代医家对失眠的病因及证治虽主要从虚立论，但也不离乎气血。《景岳全书·不寐》云：“寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。”说明古人认识到失眠与阴血不足，心失所养有关。《医方辨难大成》云：“气血之乱能令人寐寤失度也。”王清任在《医林改错》中明确提出：“夜寐多梦是血瘀。”可见其辨证，虽其致病原因不同，虚者有气血阴阳之分，实者有痰、瘀、火之辨，但概括其病机，总由脏腑阴阳失调、气血不和所致，所以调整脏腑气血阴阳是治疗关键。至于顽固性不寐，每以情志变化为主因，表现为不寐加剧，五志逆乱，气血失衡，故治疗更当以调畅脏腑气血为先。而肝主谋虑，主疏泄，主藏魂，与气血之条达关系密切，论治顽固性失眠，尤当以治肝为先，或疏泄肝气，或清肝泻火，或柔肝化瘀，或镇肝潜阳。

问：您在临床上有什么治法心得呢？

答：不寐之治，由于其致病原因不同，临床首先必须分清虚实，虚者有



气血阴阳之分，实者有痰、瘀、湿、火、郁之辨。根据我的经验，失眠各阶段正邪盛虚不尽相同，一方一药难以周全，但概括其病机，总由脏腑阴阳失调，气血不和所致。因此可以调气和血为大法，谨守各阶段病机，进行针对性的治疗。如肝郁气滞证，往往郁而化火，表现为郁郁寡欢而急躁易怒，当选丹栀逍遥散加味；若见一派肝火上炎征象，直取龙胆泻肝汤清热泻火；痰湿内困，郁而化热，热扰心神，宜用黄连温胆汤；痰湿内困，又见气血不足、心脾两虚之象，则当用十味温胆汤；阴虚火旺，心肾不交，则又宜黄连阿胶汤。因此，临床当细细辨析，掌握分寸，活法圆机，随证治之。

问：您在临床用药上有何心得呢？

答：在治疗不寐诸多药物中，我认为黄连堪担大任，其作用有六：清心火，用为心火炽盛不寐者之君药，此其一也；用为心肾失交证之主药，此其二也；治疗肝火上炎证，用黄连泻心火，心为肝之子，此其三也；治疗痰热内扰证，黄连配伍半夏、茯苓，痰热分治，此其四也；治疗心脾两虚证，归脾汤中加入小剂量黄连，或用黄连粉（0.3g）吞服，有引诸药入心之妙，此其五也；柴胡加龙骨牡蛎汤中的大黄，脾弱之人，代之以黄连亦佳，此其六也。

此外，还可灵活运用对药，可获增加疗效之用。我的经验是：疏肝理气，取柴胡、郁金；解郁调气，取玫瑰花、合欢花；清肝泄热，取丹皮、山栀；凉肝化痰，取夏枯草、半夏；平肝息风，取天麻、钩藤；镇肝潜阳，取灵磁石、珍珠母；清心泻火，取莲子心、连翘心；养肝宁神，取酸枣仁、柏子仁；化痰安神，取丹参、琥珀；化痰定志，取石菖蒲、远志；交通心肾，取黄连、肉桂；重镇安神，取龙骨、牡蛎。

问：在三诊时，柴胡加龙骨牡蛎汤中加入白芍一味，与其中的桂枝、甘草、生姜、大枣等合为桂枝汤，但患者并无汗出恶风等桂枝汤主治的外感风寒表虚证啊？

答：本例二诊服血府逐瘀汤病情好转不显者，必有进一步的原因，所以要合用桂枝汤。桂枝汤为仲景群方之冠，内有桂枝甘草汤和芍药甘草汤二方，桂枝甘草汤实卫阳，芍药甘草汤益营阴，桂枝汤的配伍，体现了中医“谨调阴阳，以平为期”的治疗原则。因此我们不能把它局限于太阳中风证，它在

外感、内伤诸病中的应用是很广泛的。《内经》中提到人的睡眠也有赖于营卫的协调正常运行，“卫气行于阳二十五度，行于阴二十五度”，行于阳则寤，行于阴则寐。如营卫循行失度，卫气“不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣”。可见人体营卫失和，运行逆乱，卫气夜间不能入于阴分，就会导致阴分虚而阳分盛，使人处于亢奋状态而难以入眠。对于人来说，营即血，卫即气，而气属阳，血属阴，血气即是阴阳。因此，治疗失眠也要注重调和营卫。在柴胡加龙骨牡蛎汤潜镇摄纳的基础上，加用桂枝汤，使营卫调和，阳能入于阴分，阴阳相守，则失眠多梦之症自除矣。

八、慢性胃炎

金某，男，27岁。2006年6月7日初诊。

恶心1年余。1年前患者因饮食油腻荤腥后，出现恶心、腹胀腹泻，2005年7月14日行胃镜检查示：慢性浅表性胃炎。后服疏肝健脾中药至今年初，未见明显好转。现患者自诉恶心，清晨暖气，胃脘胀气痞闷，且不随进食而改变，伴头重如蒙，痰多易咯，色白，无泛酸、呕吐，无胃痛，夜寐不安，易早醒，精神欠振，二便正常。饮食不慎，导致胸闷泛恶，继之胸闷、暖气，日渐消瘦，晨起多痰，神萎失眠，脉弦数，舌红苔薄而不润，胃阳不振，寒湿与痰浊阻滞，升降失职。处方：

姜半夏 30g 茯苓 15g 生姜 5片 姜黄连 4.5g 吴茱萸
3g 旋覆花（包煎）9g 代赭石（先煎）30g 川朴 9g
枳实 9g 公丁香 2.4g 14剂

二诊：晨起恶心、暖气已见好转，痰少，面色渐华。舌红，苔薄，再取前法，以竟全功。处方：

姜半夏 30g 白芥子 9g 莱菔子 9g 枳壳 9g 桔梗 6g
川朴 6g 姜黄连 4.5g 淡吴萸 3g 干姜 2.4g 桂枝
3g 泽泻 9g 猪茯苓（各）9g 白术 9g 14剂

药后泛恶暖气等症俱减。



释疑解惑

问：诊治本患者的辨证思路是怎样的？

答：患者为青年男性，见有口干口苦、暖气纳差等肝胃不和症状，但其长服疏肝和胃之剂，病情却好转不显，故应考虑有其他原因。盖脾胃主运化受纳，脾失健运，胃失和降，津液代谢失其常度，痰浊水饮最易生成。患者自述感泛恶不适，胃脘痞闷有水声，头重如蒙，咯痰白沫，临床表现与小半夏茯苓汤证“卒呕吐，心下痞，膈间有水眩悸”的描述十分相似，故应考虑为水饮停于胃脘之证。胃阳不振，浊阴潜踞，乃见水饮积滞胃腑，用药非温而通者，不得复其阳，法当温通胃阳，降气化痰。故投以小半夏茯苓汤，方中半夏、生姜温化寒凝，降逆止呕；茯苓益气健脾，渗利水湿。其中半夏、茯苓、生姜剂量均应在15g以上，量少则恐难以取效。公丁香温肾助阳以煦脾土，旋覆代赭降逆和胃，黄连、吴萸二药，寒热配对，起燥湿和胃，开郁散结之功。二诊加五苓散以祛痰湿，诸药配合，治病求本，饮去则胃脘诸证好转。

问：治疗胃病缘何从“胃阳不振，痰饮阻滞”入手？

答：胃为阳土，多气多血，故有阳明阳脏之称，胃为水谷之海，日以纳食消谷为职，故凡饮食生冷荤腥，水湿内停，多伤胃阳，其在虚弱体质的胃病患者中尤为多见。诸多医家多重视胃阴而忽视胃阳。《素问·生气通天论》曰：“阳气者，若天与日，失其所则折寿而不彰。”我在临床上十分重视胃阳之作用，认为：“五脏六腑皆分阴阳，独胃腑无阳乎？”故凡见水谷积滞胃腑，阻遏不通而致反胃、恶心呕吐、泛酸诸症，多责之于胃阳不振，痰饮阻滞。凡阳气不到之处，便为饮邪留滞之所，法当釜底加薪，温通胃阳，正如《金匱要略》云：“夫病痰饮者，当以温药和之。”方可用苓桂术甘汤、小半夏茯苓汤等。若见形瘦体弱，神倦肢重，纳谷不馨，大便溏泄，中阳衰弱，脾运不健者，常加苍术或理中汤，使中阳充足，脾胃健运，则饮食不失其度，运行不越其轨，痰饮潜移默化，胃阳复振。

问：胃脘不适如何辨证？振奋胃中阳气可用哪些药物，如何运用？

答：胃脘不适可从虚实论治，实者分气实、血实，虚者分阳虚、阴亏。

用药大法，气实者理之，用青陈皮、香椽皮、香附、木香、砂仁、郁金、佛手、枳壳、沉香曲、川楝子等；血实者决之，用当归、丹参、赤芍、桃仁、红花、瓦楞子、玄胡、五灵脂等；若痛及两胁肋于理气药中加柴胡、白芍、旋覆花等；阳虚者温之，如黄芪建中、补中益气、香砂六君等，甚者加附子、肉桂、鹿角。吐酸为兼症之一，虽有寒热夹杂之分，皆以左金丸、乌贼骨为主，据寒热不同而配伍；呕吐食物、噎气上逆者，加旋覆花、代赭石、橘皮、姜竹茹、生姜、半夏等辨证施治。

胃阳不足，阳虚生寒，寒性凝滞，气行不畅，腑阳失运，症见胃脘不适及饱胀感，反胃呕酸，形寒不渴，舌淡脉细。凡见此症，为胃阳不振，或中虚或痰饮，用药非温通不可治，盖非温而通者，不得复其阳，非通而走者，不能祛其寒，可用釜底加薪，温通胃阳之法。药用附子、桂枝、吴萸、萆薢、萆澄茄、干姜、半夏、公丁香等，气滞者加川朴、枳壳，挟食者加鸡金、神曲、陈皮，若寒客厥阴而兼少腹胀痛，加入乌药、茴香之类。尤其是附子一味，常谓只能温肾阳，其实胃寒得附子，犹如釜底加薪，则火能生土，坎阳鼓动，中宫大健，则胃之通降功能得复矣。

九、乙型肝炎

王某，男，36岁。1981年6月5日初诊。

神疲乏力8年余。乙肝迁延达8年之久，ALT波动在200IU/L上下，胆红素 $28 \sim 40 \mu\text{mol/L}$ ，HBsAg(+)，HBeAg(+)，HbcAb(+)，HBV-DNA(+)。屡经中西药治疗，未能获效。面色黧黑，肝区胀痛，畏寒肢冷，神疲乏力，动辄汗出，脉细弦，舌质暗红，苔白腻。证属阳虚阴凝，肝疏不及，痰浊交蕴。拟温阳解凝，调其血气，冀能转机。处方：

熟附片 9g 桂枝 6g 苍术 15g 柴胡 10g 当归 10g
白芍 10g 旋覆花(包煎) 10g 茜草根 10g 泽兰叶
10g 炙乳香 5g 炙没药 5g 丝瓜络 20g 丹参 10g
煅牡蛎 30g 生姜 3片 大枣 5g



二诊：药服20剂，苔腻渐化，肝区胀痛得减，复查肝功能谷丙转氨酶70IU/L，胆红素25 μ mol/L，前方稍见效机，续服一月。

三诊：面色渐转红润，肝区胀痛得除，形寒肢冷转温，前方加生黄芪15g，生鳖甲15g，滋养肝血，以免患之来复。处方：

熟附片 9g 桂枝 6g 苍术 15g 柴胡 10g 当归 10g
 白芍 10g 旋覆花（包煎） 10g 茜草根 10g 泽兰叶
 10g 炙乳香 5g 炙没药 5g 丝瓜络 20g 丹参 10g
 煅牡蛎 30g 生姜 3片 大枣 5g 生黄芪 15g 生鳖甲
 15g

药后病情稳定。肝功能正常，体力恢复。HBV - DNA（-），HBeAg（-）。



释疑解惑

问：治疗乙型肝炎，前医多从湿热立论，以化湿清热为治疗大法，对此案您当时为何敢于独辟蹊径，果断地运用附子等温阳之品，令病势得以扭转，使多年顽疾从此向愈呢？

答：附子性大热，其性走而不守，功能助阳补火，不仅祛寒，尚能燥湿，故张元素谓：“附子温暖脾胃，除脾湿。”况且湿性黏腻，缠绵难祛，最易遏气损阳，若只知一味清热化湿，则阳损益甚，湿更难除，不啻雪上加霜乎？附子为百药之长，功兼通补，温补阳气，有利于气血复原，散寒通阳，可促使气血通畅，对久治不愈的疾患，我每在辨证基础上加附子而获效，此诚经验之谈也！

问：附子温补阳气的功用确实重要，具体在这个患者身上，您着重考虑的是补哪些脏腑的阳气呢？

答：温振其肝脾之阳气。

问：向来多闻肝阴虚、肝血虚，今天听您提出肝气虚、肝阳虚，我们觉得很有兴趣，能否请您就肝的气、血、阴、阳之间的关系为我们作一下讲解？

答：肝气，即肝之脏腑之气，是肝进行生理功能活动的物质基础和动力。肝气充沛，则肝的各种功能皆能正常进行，如肝能正常地贮藏血液，调节血

量，并防止出血，还能疏泄全身气机，使其疏通畅达，通而不滞，散而不郁。若肝气不足，则肝的各种功能皆见减退，如气虚疏泄无力，每见肝失疏泄的各种病证，亦见疲乏，脉软无力的气虚征象，如果单用疏肝药物，常难奏效，而用补气加疏肝药物，则常取得较好疗效，可见气滞，是因肝气虚，疏泄无力所致。肝血，乃肝脏贮藏之血和养肝之血，对肝脏、肝经、目、筋、爪甲等有营养和滋润作用。

肝阴和肝阳根于肾阴和肾阳，对肝的代谢和功能有调节与控制作用。由于肝之生理功能以疏泄调畅全身的气机为要务，所以肝阴肝阳的主要作用，亦在于调节全身气机的升降和动静。其中，肝阳促进升和动，肝阴促进静与降，作用相反，互相制约，则全身气机升降合度，动静适中。若肝之阴气不足，则肝之阳气偏亢，反之，若肝阳不足，肝阴偏盛，则降多升少，上气不足，气行迟缓，阳虚阴凝，出现畏寒肢冷，神疲乏力等阳虚征象。此时治疗亟当以附子、桂枝之辈温阳解凝，调其血气。但是，肝生理特点主升，主动，主散，肝在五行中属木，木性升发而喜条达，故其为病，以阴虚阳亢者多，阳虚阴盛者少，但亦非罕见。

问：在您的处方当中，苍术一味剂量偏重，用至15g，不知您对此有何心得？

答：临床治疗乙型肝炎我喜用苍术，苍术功擅燥湿、解郁、辟恶，历代医家对其极为推崇，如刘守真谓：“茅术一味，学者最宜注意。”朱丹溪谓：“苍术治湿，上中下皆有用，又能总解诸郁，痰、火、湿、食、气、血六郁，皆因传化失常，不得升降，病在中焦，故药必兼升降，将欲升之，必先降之，将欲降之，必先升之。苍术为足阳明经药，气味辛烈，强胃健脾，发谷之气，能径入诸药……”确是高见。总结其用有四：其一，运脾醒脾；其二，制约纠偏；其三，化阴解凝；其四，治肝取脾。苍术之施用，应善于配伍，对寒湿重者常与附桂同用。湿热交阻与甘露消毒丹、黄连并投；伤及胃阴与石斛、玄参、麦冬配伍；湿热流注经络则与石膏、桂枝齐施；肝阳挟湿，目糊便燥常与黑芝麻入煎；气虚者益以黄芪、升麻。



十、肝硬化合并腹水

朱某，男，60岁。2005年11月8日初诊。

腹胀伴小便不利3年。患者幼年曾患血吸虫病。近3年来出现腹胀、下肢浮肿，后外院就诊，查B超示：肝硬化、脾脏肿大、腹水。予利尿、保肝等中西医结合治疗，效果不显。病程中无咳嗽气急，无皮肤黄染。目前感腹胀，乏力，双下肢轻度浮肿，胃纳一般，小溲不利，大便溏薄，形体消瘦，测腹围98cm，特从无锡前来求诊。3年前始有腹胀、腹水、双下肢浮肿，右甚于左，阴囊不温，小便点滴不爽，胃纳尚可，大肉尽削，多语则怯，面苍不华，巩膜黄染，脉沉细，舌淡暗，苔薄腻，病在肝脾肾三脏，证属阳虚阴凝，拟予温肾健脾，分清利消。处方：

葶苈子 15g 腹水草 30g 小茴香 3g 泽泻 9g 草澄
 茹 4.5g 黄芪 30g 益母草 30g 党参 15g 汉防己 9g
 煨黑豆 9g 柴胡 9g 丹参 15g 泽兰 9g 鳖甲 15g
 白术 9g 枳实 9g 巴戟天 9g 陈葫芦 30g 14剂

药后小溲渐畅，胃纳有增，精神转振。患者回无锡，上方续服14剂，腹胀减，自测腹围90cm。



释疑解惑

问：根据本案患者症状分析，属于鼓胀虚证，您讲到需以补为主，而鼓胀为壅滞之病，应如何灵活用药做到补而不滞，通补结合呢？

答：晚近治水，非利即攻，虽取快于一时，总属权宜之计。鼓胀一证，病延稍久，肝脾日虚，进而肾脏亦虚，肾阳不足，命火式微，火不生土，则肝脾益虚。表现为腹胀、畏寒、面色苍白等，此时宜温阳利水，崇土健脾，方为治本之法，临床多用苓桂术甘汤合金匱肾气丸加减。鼓胀为壅滞之病，虽见虚须补，然须补而能通，才合法度，若投呆补，滞而不通，反使气机闭塞，胀满更甚。用人参、白术，须佐川朴、茯苓；用熟地、怀山药，须伍砂

仁、陈皮；补阳宜兼温，补阴宜兼清，阴虚多热，补而忌燥；阳虚多寒，补而忌润，要做到补而不碍邪，去邪不伤正，才称完美。

问：您刚才提到崇土健脾，此为治疗鼓胀的重要方法吗？临床上有何用药经验？

答：崇土制木，调中健脾，不仅为治疗鼓胀之大法，也可防治肝病之复发，乃取其相生相侮之意，临床多有验证。在具体用药上有以下特点：补脾不如健脾，健脾不如运脾，运脾首推苍术，因其擅长运脾燥湿，化湿解凝，健脾助运。其次用党参以姜汁炒之，因临症呕恶每每可见，如此炮制，健运中州且有和胃止逆之功。另外，白术多重用，其源自《日华子本草》，白术治水气，利小便，剂量为30g，倍其量投治，师出皆捷。

问：本案虽为虚证，但也夹气滞血瘀，您在应用理气化瘀药物时有何体会？

答：通畅气机，冀大气一转，病情得减，具体用药多以莪术、槟榔、枳实、川朴等破气除满，以柴胡、绿萼梅等调气，以降香合萆蒴苳子等降气。此外，小茴香、泽泻合用，可行气利水，茴香温中，辛香发散，通阳化气，与利气渗湿之泽泻相伍则加强利水之效。茴香量宜小，泽泻量宜大，用之多能得心应手。活血药常用通络活血药物，如水蛭、穿山甲、当归、桃仁、蒲黄、益母草、泽兰叶、五灵脂，随症加减，多有好转。

十一、慢性结肠炎

夏某，男，32岁。2006年4月28日初诊。

腹痛腹泻5年余。患者既往为游泳运动员，身体尚健。2001年起时感右中腹隐痛，间有泛恶不适。后又饮食不慎，生食海鲜后，出现腹泻，常进食后感腹痛，泻后痛减，初起1日腹泻4~5次，相关检查示有肠道寄生虫（具体不详），结肠镜示结肠黏膜轻度充血水肿。后予灭虫灌肠对症治疗，但效果不显。移居加拿大后，病情依旧，胃纳欠佳，进食后仍时感腹痛腹泻，完谷不化，迭经西医治，症状无改善。平素易感冒，自汗乏力，口干口苦。



肠澀五载，腑行不实，腹痛，泻之而后快，右少腹隐隐作痛，食后更甚，夜分少寐，口干喜饮，口疮频发，脉小弦而数，舌红苔腻，湿热交阻肠道，久病人络为瘀，升清降浊失司。处方：

当归 9g 生蒲黄（包煎） 9g 五灵脂 9g 桃仁 9g
 乌药 9g 香附 9g 赤芍 9g 白芍 9g 枳实 9g 清
 炙草 4.5g 延胡索 9g 煨葛根 9g 荆芥炭 9g 苦参
 9g 胡芦巴 9g 胡黄连 4.5g 白术 9g 14 剂

二诊：膈下逐瘀汤加味，始服 7 剂，其病若失，大便如常。停药后饮食欠慎，旧疾复作，痛时提前 3 小时。肠角瘀阻，化而未楚，当调气活血止痛。处方：

柴胡 9g 白芍 10g 甘草 4.5g 五灵脂（包煎） 9g
 生蒲黄（包煎） 9g 当归 9g 吴萸 1.5g 枳壳 9g
 桃仁 9g 葛根 9g 白术 15g 煨木香 9g 延胡索 9g
 胡黄连 4.5g 高良姜 4.5g 莽菜花 9g 胡芦巴 9g
 14 剂

药后腹痛腹泻消除，又服上方 14 剂巩固，随访 3 月未复发。



释疑解惑

问：患者慢性腹痛泄泻近 5 年，自汗乏力，符合“久泻伤正”之说，似当以扶正固涩治疗，而您却认为是“瘀”邪作祟，运用调气活血法治之，效果满意。运用此法，是否是您独辟蹊径呢？

答：非也。中医理论认为“初病在气，久病在血”，由此可见慢性泄泻早期以脾气虚生湿为主，但久病至后期则会出现血瘀见证，整个病程不离“气血”二字。且从瘀论治泄泻，古已有之。如王清任《医林改错》云：“腹肚作泻，久不愈者，必瘀血为本”，“泻吐日久，百方不效，是瘀血过多”，都曾明确指出“瘀”是泄泻的一个重要致病因素。本患者病程已逾 3 年，痛有定处，以右中腹为主，口干，口疮频发，舌黯，脉弦，为瘀热内阻之象；平素纳食欠佳，大便腑行不实，为肝郁脾弱之象。究其实质，肝郁脾弱乃其本，瘀热内阻乃其标，故投以膈下逐瘀汤调气活血。

至于“久泻伤正”，“久泻必虚”之说，乃就临床一般而言，凡泄泻病程较长，腹痛喜按，小便利者，多属虚证，但不能将思路困囿于“久泻必伤正”，“久泻必虚”之窠臼，而一味采用温补脾肾、固涩酸收之法来治疗久病泄泻。补法治疗，临床虽间有获效，然而久治不愈者亦多。因此泄泻日久，未必都用补法，关键在于细察精详，认证识证。

问：那临床如何判断患者有无血瘀见证呢？

答：一般通过临床观察，可以发现慢性结肠炎病人多有大便里急后重，腹部隐痛胀满，下痢黏冻脓血，面黯黄，脉涩，舌质紫，苔白腻等血分受损致瘀表现。有些慢性结肠炎患者血液流变学检测可见血浆黏度、纤维蛋白原、红细胞体积比均增高。此外，通过纤维肠镜检查，还可发现慢性结肠炎病人黏膜有多发性浅溃疡或黏膜充血、出血等微观血瘀症表现。

问：您运用膈下逐瘀汤治疗慢性泄泻，临床有何体会呢？

答：膈下逐瘀汤系清代名医王清任所创活血化瘀系列方之一，主治瘀在膈下，形成积块；或肚腹疼痛，痛处不移；或泄泻日久，缠绵不愈等证。方以桃红四物汤去生地，加丹皮、五灵脂以活血化瘀为君，其中当归活血养血，能益久泻之阴伤，取桃仁得春阳升发之气，味苦下泄，逐瘀而不伤新血，二者相伍，亦具通因通用之妙；臣以乌药、枳壳、香附、玄胡等调气止痛，以助血行；佐使甘草缓和药性。此方逐瘀力强且药性趋下，功能清廓肠角之瘀积，活血利湿、推陈致新，打破水瘀交阻的恶性循环，使肠腑之气血得以条达。此方尤对脾胃气滞、瘀血内阻者效果尤显。若兼见脾肾阳虚，则可加人参、附子以扶正达邪；若气血瘀滞，大便夹有黏冻，可加白头翁、黄连以清热凉血。应手后可以参苓白术散善后，巩固疗效。

问：既以调气活血治疗，为何方中还要加胡芦巴？

答：患者既往为游泳运动员，无论寒冬酷暑，常年于泳池中训练，可能存在陈寒痼冷凝滞元脏之隐患，加之饮食失慎，诱发泄泻。《本草纲目》谓胡芦巴性味“苦，大温，无毒”，主治“元脏虚冷气”，《本草汇言》论胡芦巴有温肾阳，祛寒湿之功：“胡芦巴，壮元阳，补肾命之药也，能敛护水火两肾之元阳，故主元脏虚冷，命门火衰，不能生土，以致脾胃洞泄不禁，精冷自遗。”故予胡芦巴一味温肾。



十二、血管瘤

王某，女，19岁。1979年10月5日初诊。

左上肢暗紫色血块逐渐增大19年。患者于出生后，即发现左手背有一粒芝麻大小的赤缕，至满月后逐渐手背肿胀，并蔓延至手指、前臂。近年来肿胀较速，局部色泽暗红，触之如海绵状，且疼痛难忍，不能劳动。X片显示：左前臂及手背血管瘤，尺骨中下段增粗，尺桡远端关节脱位。院外会诊认为已无法保留，拟予截肢治疗。遂来中医科门诊。左上肢血管瘤，左前手臂周径为39cm，左手背周径为28cm，青筋暴露，手指肥大一倍有奇，需着袖口特大的衣服。患肢疼痛，悬于胸前，丧失劳动力。自觉头昏乏力、自汗。脉细弦，舌红苔薄净，瘀热交滞于络，随气凝结，气血乖违，留而成瘤，当清热化瘀，软坚清瘤。处方：

紫丹参 12g 生牡蛎 30g 地龙 9g 丹皮 9g 赤芍 12g
 红花 9g 王不留行 12g 地鳖虫 4.5g 炮山甲 4.5g
 丝瓜络 6g 川芎 6g 泽兰 12g 威灵仙 12g 14剂

头2汁内服，3汁外熏。

二诊：服药以来患肢有轻松感，局部肿胀好转，脉舌同前。上方颇合病机，步前方加味可也。

上方加桃仁 12g，水蛭粉 1.5g（另吞）。42剂。

续方42剂，患肢疼痛大减，活动亦灵活，能稍做家务工作，脉小弦，舌红苔薄净，持续前方治疗，后曾一度加过黄药子 9g。42剂后，水蛭粉加为 3g，生牡蛎加为 60g，症状继续好转，肿痛渐消，亦可活动。半年后复查：左前臂周径缩小为 26cm，左手背周径缩小为 24cm，活动度日见增强，能穿着普通衣服，已分配在某无线电厂工作。先后服药 200 余剂，水蛭粉服了 2 斤多，从未发现任何副作用。从而避免截肢，恢复劳动力，疗效满意。



释疑解惑

问：治疗血管瘤有哪些方法？您是如何治疗该病的？

答：我认为无论血管瘤、筋瘤，其病在血分，皆由血液凝滞、停积成瘤所致。其因系由火毒热邪，煎熬血液，或因胎毒热盛，或因内生热邪，或因外感火毒。除此之外，尚有痰浊挟瘀留滞，为痰瘀交阻，留阻血脉而成瘤。鉴于气血同源，血液凝滞，必致气机郁滞，气郁而化为火热，火热更熬其血，使血凝更甚，故而使“血管瘤”、“筋瘤”日益增大，出现局部肿胀、酸痛诸证。因此，血管瘤之治，除以清热凉血活血外，更需加以行气疏郁之品，化痰软坚消瘤之药，方能使气血循行，痰瘀化散，瘀、郁、痰消，则其瘤当愈。

临床上曾制方用擅长破血逐瘀、其性善行的水蛭为君，佐以行气活血止痛的玄胡索与化痰软坚散结之牡蛎为辅，配制“消瘤丸”以治此病，用法每服1粒，每日3次。此法对急性发作者有效，截断肿痛之势满意，已行手术的病例效果较差，应加服煎剂，常用以疏通为主的药物，如王不留行、炮山甲、路路通、三棱、莪术、海藻、昆布、象贝等。成药“芋苻丸”亦见功效。此症属顽疾，使用“消瘤丸”虽取得近期疗效，但需进一步探讨。

问：血管瘤患者是否均可用水蛭？具体应如何运用？

答：血管瘤其病因或内伤胎毒，或外感火毒，煎熬血液，以致血凝瘀积成瘤。由于病程年久，邪深入络，胶结不散，故非一般药物所能攻逐。水蛭，味苦咸腥，性平微寒，主入肝、膀胱两经，具有破血瘀、散积聚、通经脉、利水道等功用。其为噬血之物，专入血分，善于搜剔瘀血，其攻力虽猛，但不伤正气，能使瘀血默消于无形，治疗血管瘤有破瘀而不伤新血，散结而不损正气之效，近贤张锡纯曾谓水蛭“破瘀血而不伤新血，专入血分而不伤气分”。水蛭可用来治疗瘀血所致的各种病症，使气血调和，达到症消病愈之目的，故血管瘤患者均可酌情使用水蛭。一般新病瘀血多实，宜峻剂攻瘀，祛瘀务净，以免残瘀羁留，造成后患。故用水蛭剂量宜大，使瘀血骤化，然后渐次减量，以祛残留之瘀。久病之瘀多虚，宜峻药缓攻，缓缓图治，以免攻伐太过，耗伤正气，故初用水蛭，剂量宜小，待有动静，渐次加重，使瘀结之凝血缓缓消散，达到气血调和之目的。临床用水蛭，多以水蛭粉吞服法，



其用量少则每日 1g，多则每日 6g，取生用者，乃取水蛭破血逐瘀之力，若经加热炮制，其功效大减，几无活血散瘀之力，但由于水蛭腥味甚浓，入煎剂往往令人作呕，故每用生水蛭粉装入胶囊口服，可防腥味伤胃。

十三、慢性白血病

王某，男，39岁。1960年5月23日初诊。

腹中痞块伴体倦无力1年。患者1年前腹部饱胀，可扪及包块，并逐渐消瘦，自觉心慌伴盗汗，持续半年余。后因高热住某医院，经检查血常规，发现白细胞 $140 \times 10^9/L$ ，脾脏肿大，横直径均过脐 1cm 余，拟诊为白血病而转入本院。周围血象：白细胞 $24.6 \times 10^9/L$ ，红细胞 $1.78 \times 10^{12}/L$ ，血红蛋白 44g/L，中性粒细胞 57%，多核粒细胞 20%，淋巴粒细胞 6%，中性幼型 7%，髓细胞 3%，前髓 7%。予深度 X 线照射，每周 2 次，经 6 次照射，白细胞下降至正常，脾脏稍见缩小而出院。出院后血象稳定 1 个月，此后又逐步上升，经化疗、输血不效再次转入我院。脸色萎黄，枯而不华，形容憔悴，体倦无力，自觉腹部痞胀，四肢酸楚，纳食不馨，脉小数，寸口独软，舌苔薄白，唇面白不华，爪甲不荣，脾脏肿大，下缘过脐。脉实血实，脉虚血虚，瘀滞成积，正虚邪实，治当攻补兼施，内外同修。处方：

熟地 12g 党参 12g 黄芪 15g 白芍 6g 鳖甲 24g
 莪术 9g 牡蛎 24g 丹参 9g 砂仁 2.4g 牛膝 9g
 白术 9g 茯苓 12g 当归 6g 生地 12g

人参鳖甲煎丸 4.5g，1 日 2 次，开水送服。

狗皮消痞膏加阿魏 1.5g，贴敷脾区，1 周换药 1 次。

二诊：经治疗 1 个月，纳食转佳，气色好转，脾脏日见缩小，寸脉缓，苔薄，血常规白细胞总数逐步下降。治内伤如相，坐镇从容，需守方缓缓图治。守方不变，再服 1 个月。

1 个月后查白细胞总数一直保持在 $30.0 \times 10^9/L$ 左右，红细胞日趋好转，脾脏回缩，诸症好转，精神日振出院。



释疑解惑

问：您曾专研白血病中医治疗，能否介绍一下经验？

答：白血病是一种原因不明的恶性疾病，主要表现为异常白细胞及其幼稚细胞（即白血病细胞）异常增生，浸润各种组织，使脾脏肿大，正常血细胞生成减少，常见症状有贫血、出血、积聚、发热等，属于中医的温毒、虚劳、癥瘕、积聚等范畴。临床将白血病分为阳虚型、阴虚型、阴阳两虚型、温热型、痰热型、瘀血型6个类型。上述分型是可以转化而不是固定不变的。一般而言，寒性各型证势较缓，若转为热性各型，则多为恶化之征兆，热性各型，证势多较急，故死亡病例多见于温热型中。急性发作期用清热解毒的攻法为多，诱导缓解阶段是祛邪还是扶正则应该灵活辨证。有关白血病病因病机，当与肾虚有关，各型白血病患者多表现为消瘦乏力，面色少华等虚象，晚期则出现与“肾元虚脱”相似的证候。即使在病程过程中出现痰热、湿热、瘀血等实证，也是因虚致实，临床运用补剂者，患者缓解机会较多，存活率亦长。在治疗中，如用人参粉、牛骨髓及胎盘等也有一定的临床治疗价值，这与肾主精主骨的理论是相吻合的。

问：本案属于慢性白血病的哪一种辨证分型，有何独到辨治心法？

答：属瘀血类型，患者肝脾肿大，神萎乏力，白细胞增高，脉小数，肾气不足，热毒之邪，内侵骨髓荣血，髓热熏蒸，煎熬阴液，渐成瘀血，盘踞于经髓之间，既碍周身之营养，又阻新血之化生。经云：“坚者削之，留者攻之，结者散之，客者除之，上之下之，摩之浴之，薄之劫之，开之发之。”根据这个原则，立法当以攻为主，但缘于患者有虚损症状，故以益气化瘀，扶正软坚，剿抚兼施，结合外治，从而取得了症状与血象的缓解。

问：除了基础治疗外，您常用哪些方药抗白血病治疗，有什么用药心得？

答：阴虚可用鳖甲饮（鳖甲、黄芪、龟板、牡蛎等），阳虚则用参仙八味饮（人参叶、党参、黄芪、仙茅等），阴阳两虚用气血双补饮（首乌、生地、仙茅、黄芪、党参等），瘀血多用龟甲化瘀饮（黄芪、太子参、鳖甲、龟板、白术、三棱、莪术等），痰热则考虑清热化痰饮（当归、浙贝母、藏青果、赤芍、竹沥、半夏等），辨证论治，可以缓解病情。另据临床观察，



犀角能使白细胞迅速降低，使高烧减退，出血停止，用治多验，阿魏消痞膏外贴，消坚除积，亦有效果。消痞膏组成：水红花子、皮硝各 30g，樟脑、桃仁、地鳖虫各 12g，生南星、生半夏、甲片、三棱、王不留行、白芥子、生川乌、生草乌各 15g，生白附子、延胡索各 9g，共研细末，以醋及蜜调成糊状，最后加入麝香 1.2g，冰片 3g，摊入布中即成。

十四、梅尼埃病

耿某，女，50岁。2005年9月9日初诊。

间断头晕30余年。患者有梅尼埃病30年，头晕阵作，平时间有胸闷、腹胀不适，间断服用中成药治疗。近来自觉神疲乏力、头晕、耳鸣、目昧、夜寐不安、多梦、尿频等不适，故来院就诊。患者有子宫全切术史，冲任受伤，肝肾不足，水不涵木，相火偏旺，气火失司，而成本虚标实之候。营卫乖违，肝气横逆，故见头晕、胸闷、懊恼时作。肝郁化火，时而上逆，故见目昧、耳鸣；火灼津液，肠液枯槁，故见大便秘结。肝火拂逆，冲激肝魂，则魂摇而睡卧不宁，故见夜寐不安。姑拟补肝益肾，宁心安神。处方：

仙茅 9g 仙灵脾 9g 知母 9g 黄柏 9g 当归 9g
 牛膝 9g 天麻 9g 潼蒺藜 9g 白蒺藜 9g 杭白菊 9g
 丹参 9g 茯苓 9g 茯神 9g 枳壳 9g 桔梗 6g 紫
 菀 9g 桑椹子 9g 女贞子 9g 火麻仁 9g 14剂

二诊：药后头晕略有好转，夜寐尚可，但仍有胸闷、胃脘不适。女子以肝为先天，该患者正处于绝经期，且有子宫全切术史，冲任失调，肝肾不足。平素工作繁忙，思虑过多致肝经气郁化火，荣卫乖违，气血失衡，气机仍未条达也，故见头晕、胸闷、懊恼时作、夜寐欠安等症。拟疏肝解郁，调理冲任。处方：

炒知母 9g 炒黄柏 9g 仙茅 9g 仙灵脾 15g 丹皮 9g
 山栀 9g 乌药 9g 佛手 9g 郁金 9g 茯苓 9g 茯
 神 9g 当归 15g 丹参 15g 紫菀 9g 生甘草 3g

桔梗 6g 14 剂

三诊：药后白天思卧，便秘与便溏交替，便秘为主，最近进食生冷水果后自觉腹痛。患者有子宫全切术史，冲任受伤，肝肾不足，逆犯脾胃，而成本虚标实之证。肝郁横逆侮脾，故见便秘与便溏相兼，舌质淡，苔薄白，脉细。今拟崇土制木，调和营卫。处方：

白芍 15g 枳壳 9g 陈皮 9g 乌药 9g 甘草 4.5g
当归 15g 白术 9g 延胡索 9g 菟丝子 9g 吴茱萸
1.5g 党参 9g 生姜 1 片 大枣 6 枚 生紫菀
9g 14 剂



释疑解惑

问：子宫切除后，冲任受伤，气血亏虚，肝肾不足者多见，为何用清火平肝之品，从肝立论？

答：患者为更年期女性，七七经断前后，肾气渐衰，天癸渐竭，冲任脉衰，子宫切除后有精神失落。辨证为情志失调，肝气失疏，肝肾亏虚，相火偏旺，阴血不足，冲任虚损。本病为本虚标实之候，肝肾亏虚为本，相火偏亢为标。故治拟补肝益肾，清火平肝，宁心安神。治疗取二仙汤为主而扩充之。方取知母、黄柏清泄相火，天麻、白蒺藜平肝息风，四药合用平其有余，当归、白芍养血柔肝，桑椹子、女贞子补肝滋阴，仙灵脾、仙茅为温柔之品，性温可壮阳振颓，性柔可滋阴填精，温柔相合，刚柔相济，则阳气自复，阴精自生，六药同用使阴血得补，冲任得调，根本得固。再以潼蒺藜配怀牛膝补肝肾，桔梗伍枳壳畅气机，两组药对均有升降气机作用，使气机流畅，滋补药中用之而有灵动之机，无呆滞之弊。肉苁蓉、火麻仁滋润通便，丹参、茯苓神养心宁神，生紫菀开肺气而通大便，殆取肺与大肠相表里之意也。

问：方中仙茅、仙灵脾与知母、黄柏同用，很有特色，亦为取效关键，临床应用上您有何体会？

答：二仙汤中仙茅、仙灵脾与知母、黄柏同用，具有苦寒与辛温同用，滋阴与壮阳并举，温补与寒泻共施的特点。既可以防止温补太过伤阴，又达到少许寒凉，符合对立统一规律。而且充分体现了中医组方相反相成的辨证



思想。方中重用白芍之酸敛以柔肝益阴，又用少量辛热疏利之吴茱萸以为反佐。辛能制酸，热可制寒，非但不会助热，且可使肝气条达，郁结得开，郁开则火能速降，相反而相成。

问：三诊中患者以便秘为主，为何不用大黄之类的通利之品？

答：三诊中患者虽以便秘为主，但见便秘与便溏交替，且进食生冷后自觉腹痛。我认为，应抓住肝脾之间相克关系，治以柔肝健脾。以痛泻要方为主方，以白术、党参益气健脾，扶正培土，白芍、当归、甘草柔肝缓急，五药同用，有培土抑木之效。再予吴萸、陈皮、枳壳理气宽中，乌药、延胡索活血散瘀，行气止痛，配菟丝子滋补肝肾，调养冲任，佐用生紫菀开肺气而通大便，大枣调和诸药而为使。痛泻要方对肝旺脾弱所致的腹痛肠鸣，大便泄泻的病症最为适宜，关键在于辨证加味。如便溏变为泄泻甚时，则加肉豆蔻、佛手等。

十五、遗尿

米某，男，6岁。2005年12月27日初诊。

夜间遗尿多年。患者自幼年起即夜间遗尿。多在顽皮或兴奋后发生。去年10月及今年2月曾2次哮喘发作，均使用平喘喷雾剂治疗，未找到过敏原。胃纳一般，大便偏溏，有时夜间盗汗。襁褓时即有遗尿，去冬复又哮喘，面色苍白，形神萎软，四肢微冷，便溏溲清。舌红，苔薄，脉细。肾阳不足，下元不固，厥阴有寒，二病同出一源。姑从张景岳巩堤丸立法，加味兼顾。处方：

大熟地 15g 菟丝子 9g 白芷壳 6g 黄芪 30g 白术
9g 防风 9g 苍耳子 9g 韭菜子 9g 蛇床子 9g
升麻 4.5g 巴戟天 9g 茯苓 9g

另：肉桂粉（吞）0.3g，每晚1次。

服药一月，遗尿次数明显减少，入冬哮喘也未发作，嘱原方继续服用一月，以巩固疗效。



释疑解惑

问：初诊时患遗尿多年，哮喘亦数次，您在诊病时提到二病同出一源，且治疗也未用任何平喘药物，我们该如何理解？

答：这个问题就要涉及到一元论的思想了，中国古代哲学的物质观，从五行的多元论到阴阳二气的二元论，最终统一于气的一元论。诚如《河洛原理》所说：“太极一气产阴阳，阴阳化合生五行，五行既萌，遂含万物。”具体到诊病，脏腑的生理功能及病理变化均与气的生成与运行密切相关。而治疗旨在疏其血气，令其和平。气得其和为正气，失其和为邪气。治气贵在于“调”，这里的“调”，是调和之意，不仅仅是用理气药来调畅气机，而是指通过各种治疗方法来调整脏腑的阴阳失调，使机体重新建立阴阳气血升降出入的动态平衡，即“谨察阴阳之所在而调之，以平为期”。也就是我所讲的“衡法”，可见气一元论对治疗疾病具有重要的指导意义。

本病中患者肾阳不足，不能含纳肺气，肺气上逆而发哮喘。遗尿与哮喘是两种截然不同的疾病，但由于病机均属肾阳不足，故从“一元论”观点出发，认为二病同出一源，当责之肾气不足。方用巩堤丸，该方出自《景岳全书·新方八阵》，通补肺脾肾，温养命门，固缩小便。方中巴戟天、韭菜子、蛇床子温补肾阳；熟地、菟丝子补肝肾之精；茯苓、白术健脾益气，培土生金。另以肉桂粉每晚口服以温补肾阳，纳气归元。因其哮喘一触即发，腠理不密可知，故参以玉屏风散及升麻、苍耳子扶正祛邪。

问：在阐释中，您讲到经常喜用疏肝、宣肺法治疗遗尿症，能给我们具体讲讲各自的辨证要点及治疗原则吗？

答：从肝论治，是因为足厥阴肝经绕阴器，下元之病，亦与肝脉攸关。肝失疏泄，膀胱失约，尿遗不止。我习用血府逐瘀汤，寓疏肝理气于行血之中，以顺肝之条达，使气血通畅。而肺为相傅之官，治节出焉，统辖一身之气，无经不达，无脏不转，肺又为水之上源，与膀胱通气化，故小溲之通闭，与肺关系密切。临床习以清宣肺气，通调水道，下输膀胱，启州都之气化，通上而达下。



十六、弱智

唐某，男，4岁。1996年4月26日初诊。

剖宫产后年余，发现患儿智力低下。凶门迟闭（41个月），乳齿未全。时作呼号，言语不能，仅能呀呀。烦躁多动，抓物摔物。每于睡醒之时，患儿神情僵木，目上视，需按压人中而后已。外院诊断为“大脑发育不良”，用了数万元的脑活素，丝毫未效。脉小数，苔腻舌紫。痰瘀交困于清阳之巅，治以清心化浊，开窍通脑。处方：

生蒲黄（包煎）9g 石菖蒲9g 葛根9g 川连2.4g
水蛭3g 通天草9g 炙龟板9g 灵芝15g 生牡蛎
（先煎）30g 海藻9g 丹参9g 川芎9g 生龙骨
（先煎）20g 14剂

二诊：药后神识较清，神情僵木、目上视诸症均无发作，唯仍喜摔物，多动烦躁，两目微有斜视，纳、便如常，舌红苔薄，脉弦数。多动烦躁，与肝经郁热有关，前方清心化浊已效，加入镇肝泄热之品。处方：

川连2.4g 灵芝9g 龟板15g 水蛭3g 生龙骨30g
生牡蛎（先煎）30g 天竺黄9g 石菖蒲9g 远志9g
丹参9g 赤芍9g 桃仁9g 黄芩9g 珍珠母（先
煎）30g 14剂

经治以来，渐入佳状，烦躁多动已定，能听、看电视，神明清晰，智能渐进，脉小数，苔薄舌红，守方以巩固疗效。



释疑解惑

问：治疗本病的关键是什么？

答：小儿弱智，原因多端，表现为智能低下、反应迟钝、性格乖异、言迟行迟等症。按辨证常规，属于“五迟”。《医宗金鉴·儿科心法》云：“小儿五迟之证，多因父母气血虚弱，先天有亏……皆肾气不足之故。”故一般

多从亏虚论治而投以填补。我认为脑为元神之府，清灵所寄，不容他物，若瘀血阻于脑府，诚如王清任所说的“脑气与脏气不接，气血无法上注于脑，脑失所养，精髓枯萎”。故从瘀论治，以通经隧使血气畅达而致和平，复脑府之清灵，实为治疗本病的关键。

问：中医理论向以五脏为中心，少有论及“脑府”者，中医学对脑府有哪些认识？

答：脑居颅内，由髓汇集而成。为奇恒之腑之一。《素问·五脏生成篇》说：“诸髓者，皆属于脑。”《灵枢·海论》说：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。”故名“髓海”。脑的功能，如《素问·脉要精微论》说：“头者，精明之府。”《灵枢·大惑论》中将眼的结构名称与脑的关系也作了说明，它说：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精，精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋、骨、血、气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。”《大惑论》还把视觉的病理变化与脑联系起来，说：“故邪中其项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。”此患儿每于睡醒之时，神情僵木，目上视，故知其为脑府之疾。再如《灵枢·海论》说：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”《灵枢·口问》也说：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”这是把视觉、听觉及精神状态的病理变化与脑联系起来。脑、耳、目都在头部，脑之“不满”则可导致耳鸣、目眩及精神委顿。

明代李时珍明确提出脑与精神活动有关，谓“脑为元神之府”。清·汪昂在《本草备要》中有“人之记性，皆在脑中”的记载。后来，王清任在前人认识的基础上，对脑的功能作了较为详细的论述，他在《医林改错》中谈到：“灵机记性在脑者，因饮食生气血，长肌肉，精汁之清者，化而为髓，由脊髓上行入脑，名曰脑髓。两耳通脑，所听之声归脑；两目系如线长于脑，所见之物归脑；鼻通于脑，所闻香臭归于脑；小儿周岁脑渐生，舌能言一二字。”而此患儿已经四岁，尚口不能言，所患为脑府之疾明矣。



问：既然如此，那为何中医理论仍认为“心主神明”呢？

答：中医学藏象学说，将脑的生理和病理统归于心而分属于五脏，认为心是“君主之官，神明出焉”，为“五脏六腑之大主，精神之所舍也。”把人的精神意识和思维活动统归于心，故曰“心藏神”。同时，又把神分为五种不同表现，即魂、魄、意、志、神，这五种神分别归属于五脏，但都是在心的统领下而发挥作用的，如心藏神，主喜；肝藏魂，主怒；脾藏意，主思；肺藏魄，主悲；肾藏志，主恐等。其中特别与心、肝、肾的关系更为密切。因此，对于精神意识思维活动异常的精神情志病，决不能简单地认为是心主神明的病变，而与其他四脏无关；对于脑的病变，也不能简单地责之于肾，而与其他四脏无关。

问：初诊治以清心化浊，开窍通脑，二诊参入镇肝泄热之品，而活血化痰贯穿始终，尤其是水蛭的应用颇有特色，能否请您为我们介绍一下？

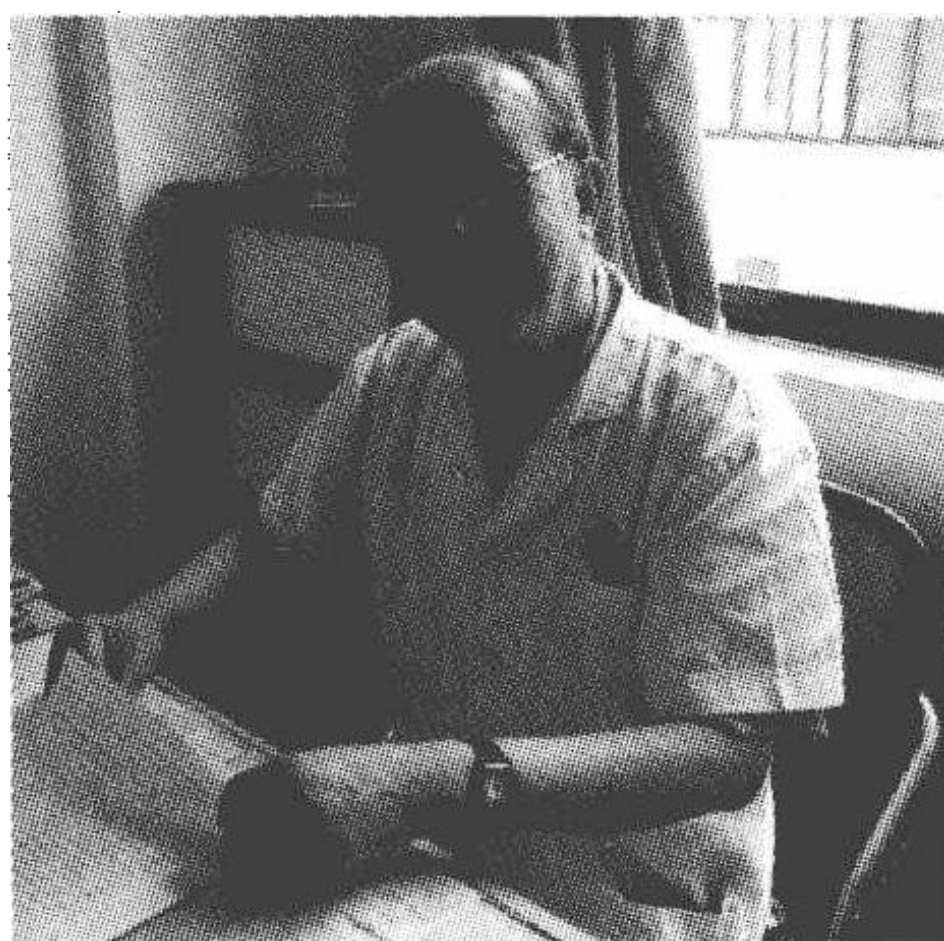
答：案中川芎、蒲黄、石菖蒲、水蛭等均为脑府中瘀浊而设。其中水蛭尤为我所喜用。《本草经百种录》云：“水蛭最喜食人之血而性又迟缓善入，迟缓则生血不伤，善入则坚积易破，借其力以攻积久之滞，自有利而无害也。”水蛭入肝经血分，其气与瘀血相感召，破瘀而不伤气血，为脑府血瘀之良药。其常用量为1.5~3g，加入同煎或研粉吞服。

王翹楚

• 名 疾 •



【名医简介】



王翘楚(1927—)，江苏省海安县人。全国著名老中医专家，上海中医药大学附属市中医医院终身教授。1993年被聘为首届上海市名老中医继承班指导老师；1993年10月起享受国务院特殊津贴；1995年任上海市中医失眠症医疗协作中心（现为上海市中医睡眠疾病优势专科）主任，同年被评为上海市名中医；1996年被聘为第二批全国老中医药专家学术经验继承班指导老师；1998年被聘为上海中医药大学兼职教授；2002年被聘为第三批全国老中医药专家学术经验继承班指导老师。

王老现任上海中医药大学附属市中医医院终身教授、专家咨询委员会主任委员，上海市中医医院中医睡眠疾病研究所名誉所长，王翘楚老中医工作室主任，上海市中医睡眠疾病优势专科主任，上海市振兴中医学术委员会委员，上海市中医药科技服务中心顾问，上海市中医文献馆首届专家顾问团顾问，中国睡眠研究会理事会顾问。

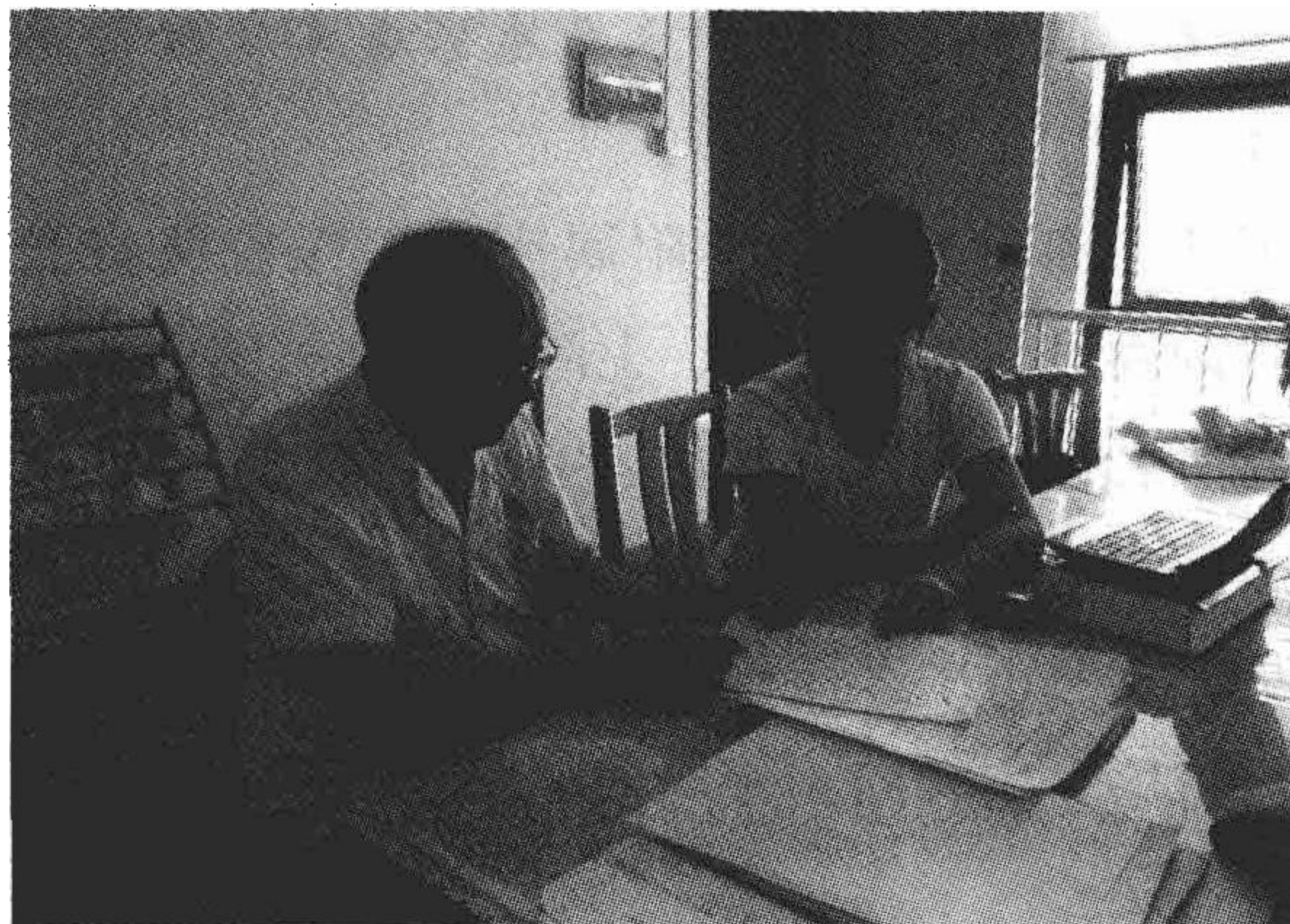
王老 1958 年至 2002 年曾先后兼任上海市中医学学会理事、常务理事、副秘书长，上海市科委医学专业委员会秘书、秘书长，上海市中西医结合学会常务理事、组织委员会主任，中国针刺麻醉研究会副理事长，中国中西医结合学会管理专业委员会委员，《上海中医药杂志》《针灸杂志》常务编委，上海市高级职称评审委员会中医专业组成员，北京光明中医函授大学顾问，卫生部国家中医药管理局中医基础理论研究组专家评审委员会委员，《上海卫生志》编委等。

王老 1944 年有感国家沦丧，民族受辱，军士伤亡众多，毅然从医，师从南通名医陈树森，一脉相承于孟河马氏。提起当年那个勤奋的学生，当地老人至今记忆犹



新。青墩河水悠悠，应和清晨琅琅读书与静夜磨药杵声。如此苦读之下，王老于 1948 年顺利获得国民政府中央考试院中医师考试及格证书，次年移居上海，悬壶番禺路，诊治疾病疗效卓著，不久即声名鹊起。

王老 1952 年任上海市徐汇区第二联合诊所所长；1954 年从上海市医学进修班（中学西）毕业。1955 ~ 1956 年任上海市第六人民医院分院（徐汇医院）外科住院医师、中医科主治医师，在此期间，采用中药复方红藤煎剂治



疗阑尾脓肿和急性、亚急性阑尾炎，获得成功，后来这一有效经验方被多部中西医结合治疗急腹症专著引用，并被编入《中医方剂学》，至今仍为外科临床治疗阑尾炎、阑尾脓肿的一则有效方剂。此后又尝试将针灸治疗应用于血吸虫病使用锑剂治



疗后的副反应，取得良效，并应上海科技卫生出版社特约主编出版了《针灸治疗血吸虫病锑剂反应》一书。受到广大血吸虫防治工作者的欢迎，该项技术得到了推广应用。

王老 1958 年至 1987 年在上海市卫生局工作期间，先后担任上海市卫生局科研处、中医处副科长、副处长，副主任医师，正处调研员。从科研管理实践中探索中医药科研管理的科学规律，首创中医药科研成果“三性”（实践性、科学性、先进性）评分法和中医药科研课题“四性”（创新性、科学性、实用性、可行性）评分法，填补了当时中医药科研缺乏客观指标评价方法的空白。1985 ~ 1987 年兼任上海市中医文献馆馆长，主任医师，上海市中医药情报研究所所长，上海职工医学院教授。受卫生部、国家中医药管理局委托，先后举办 5 期全国科研设计衡量评价（DME）与中医科研方法、中医科研干部学习班，为全国培养了 200 多名中医药科研人员和管理工作者。通过办班实践和经验总结创建中医科研管理学科，提出中医科研首先从临床入手，在肯定疗效基础上，开展有关实验基础和药学研究的技术路线，在管理和指导上海中医药科研管理工作中曾取得较好成果，当时处于全国领先地位。此外，组织编写了我国第一部《中医科技管理学》，曾作为大专院校试用教材，后来该教材还在韩国中医学院得到了推广应用。



王老 1991 年以后任上海市中医医院专家顾问委员会副主任委员，内科主任医师，中医临床病理研究室主任，中医睡眠疾病研究室主任。他以“天人相应”理论指导，提出花生叶的“昼开夜合”与人体“入夜则寐，入昼则寤”可能存在共同的促睡眠

物质基础的假说，并依托科研，组织临床、药理、药化、制剂工艺和文献等多方面研究、多学科合作，形成了一个花生枝叶治疗失眠症研究的课题组。经过 20 年的艰辛工作，此项研究结出了丰硕的成果，先后获得市、局级成果

奖励5项，并获批国家专利3项。王老依托科研，带动学科建设，创建中医睡眠疾病研究所，组建了中国睡眠研究会中医睡眠医学专业委员会，形成了上海市中医睡眠疾病优势专科，培养了一支中医失眠症专科队伍。

王老致力于失眠症中医药诊治，成果丰硕：1993年《金萱冲剂治疗失眠症临床疗效和实验研究》获上海市中医药科技进步三等奖。《落花生枝叶制剂治疗失眠症临床疗效和有关药学研究》获2001年上海市人民政府科技进步三等奖。2004年获国家专利局发明专利证书两项。《花丹安神合剂治疗失眠症临床前研究》获2004年上海市科技成果证书，同年获国家食品药品监督管理局临床批文，2006年获国家发明专利证书，Ⅲ期临床现正在进行中。《中医药治疗失眠症临床诊治标准和规范化研究》《中医药治疗失眠症临床诊疗方案研究》2004年2月通过上海市卫生局成果鉴定，同时“上海市中医失眠症特色专科三年建设项目”通过上海市卫生局成果验收。“花生枝叶治疗失眠症生药材标准研究”2004年7月通过上海市卫生局成果鉴定，并获得上海市科技成果证书。2009年7月《失眠症中医诊疗指南》通过国家中医药管理局验收。2010年4月《上海市中医睡眠疾病优势专科》三年建设项目通过上海市卫生局验收。

王老先后发表学术论文50余篇，撰写了多部有影响的学术专著，至今笔耕不辍。主要有：《复方红藤煎剂治疗阑尾炎》《中医临床科研选题思路与设计方法》《针刺麻醉临床研究思路与设计方法》《大黄研究思路与设计方法》《活血化瘀研究思路与方法》《金萱冲剂治疗失眠症临床疗效和实验研究》《花生枝叶治疗失眠症临床疗效观察》《花生枝叶治疗失眠症临床疗效和有关药学研究》《从肝论治失眠症》《中医科研之我见》《创建失眠症临床新学科研究的思路与方法》《中医“证”研究的发展方向——病中求证，证中求病》《中医失眠症诊断、辨证和治疗》等。主编《针灸治疗血吸虫病锑剂反应》《中医科技管理学》《医林春秋》《中医药科研方法》《花生叶治失眠20年研究结硕果》等；参编《方药传真》《当代名老中医图集》《2000年上海科技年鉴》《百名专家谈百病》《历代名医医案精选》《名师与高徒》《金匱典藏》《名医薪传》《名家各科》；主审《中国针刺麻醉发展史》《失眠的自测与防治》。



王老 1985 年被评为上海市卫生局系统优秀党员，1987 年获“上海市卫生局针刺麻醉研究工作成绩显著”荣誉证书，1993 年获“中华人民共和国卫生部从事医政管理工作三十年”荣誉证书，1994 年获国务院颁发“发展我国卫生事业作出突出贡献”荣誉证书和享受特殊津贴，1995 年被评为上海市名中医，1996 年获首届“从事中西医结合奖励基金先进工作者”奖，1998 年获中国中西医结合学会表扬奖励、上海市第四届中西医结合理事会表彰奖励，2000 年、2007 年获国家人事部、卫生部、国家中医药管理局颁发的“全国老中医药专家学术经验继承指导老师”荣誉证书。2007 年获国家中医药管理局授予的“全国名老中医药专家学术经验继承工作优秀指导老师”。

王老为人谦和、实事求是、治学严谨、诲人不倦，至今仍辛勤耕耘在临床和科研的第一线。

【学术思想】

一、精研经典，古为今用

（一）以“天人相应”理论，指导失眠症及其相关疾病的诊治

“天人相应”的理论是中国文化的根脉所在。《周易·丰卦·彖传》即蕴涵这一奥义：“天地盈虚，与时消息，而况于人乎？”《素问·六微旨大论》云：“上下之位，气交之中，人之居也。”《素问·上古天真论篇第一》云：“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”人生活于天地“气交”之中，饮食、起居、劳作均应有规律和节制，人类的活动要与自然之道相合，只有顺应自然界的變化，才能保持健康、益寿延年。

《黄帝内经》中已提出了人“与天地同纪”的观点，并对人体受到季节气候、天气变化、日月运行的影响进行了阐述。一年之中，气候分为春、夏、长夏、秋、冬，万物有生长化收藏的变化，人体也产生相应的变化以适应自然环境。如《素问·金匱真言论》所说“五藏应四时，各有收受”；《素问·



《藏气法时论》亦指出五脏与季节相应：“肝主春、心主夏、脾主长夏、肺主秋、肾主冬”；人体的脉象亦有四季之“春弦、夏钩、秋毛、冬石”的变化。天气阴晴的变化与人体气血运行密切相关，《素问·八正神明论》中这样描述：“是故天温日明，则人血淖液而卫气浮，故血易泻，气易行；天寒日阴，则人血凝泣而卫气沉。”日月运行与人体气血运行亦有关联。如《素问·生气通天论》曰：“平旦人气生，日中而阳气隆，日西而阳气已虚，气门乃闭。”又曰：“月始生则气血始精，卫气始行；月郭满则血气实，肌肉坚；月郭空，则肌肉减，经络虚，卫气去，形独居。是以因天时而调血气也。”

人生活在天地之中，睡眠与觉醒的规律与阴阳消长的规律同步。《素问·金匱真言论篇第四》中这样描述：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜（黄昏）至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也；鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。”阴与阳的交替构成白天与黑夜，而人体的阴阳消长也与天地同步，昼则寤，夜则寐。

现代生物学的研究已经证实人体的睡眠-觉醒规律是与自然界相应的，生物钟使得生物以有规律的周期入睡和觉醒，并与地球物理学日的“太阳钟”要保持同步，从单个的细胞到整个的生物体都有着昼夜节律，位于下丘脑的视交叉上核掌控着人体昼夜节律钟。

王老以“天人相应”理论为指导，多年来在诊治失眠症及相关疾病的临床实践中十分强调尊重自然界阴阳消长规律，嘱咐病人一定要早睡早起。一般晚上9点至凌晨5点或晚间10点至凌晨6点为正常睡眠时间，而其中夜间10点至凌晨3点则又是人的最佳睡眠时间，符合自然界阴阳消长规律，也符合现代脑电图深慢波睡眠的最佳时间。如果确因工作繁忙，不能满足正常睡眠时间，丢失了夜间10点至凌晨3点部分最佳时间，有条件的话午睡半小时大有好处，可补夜睡一小时，这也符合中国人的传统生活习惯。在临床实践中通过提倡这样的作息时间表，再予以从肝论治方药后，对于一些未服过西药安眠药的病例，一般均能较快治愈。这也使我们深刻体会当今失眠症的临床实践，必须强调以中医“天人相应”理论为指导，才能治病求其本。

（二）以“卫气运行”理论，阐释失眠症的病因病机

睡眠-觉醒的正常节律依赖于营卫之气的正常运行。《内经·灵枢营卫生会第十八》中描述了营卫之气的运行：“营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端，卫气行于阴二十五度，行于阳二十五度，分为昼夜，故气至阳而起，至阴而止……夜半而大会，万民皆卧，命曰合阴，平旦阴尽而阳受气，如是无已，与天地同纪。”可见，营卫之气的正常运行、交会是人们能够正常地觉醒和睡眠的前提。

天地为大宇宙，人体为小宇宙，大小宇宙息息相通。远在几千年前的中医学理论已经认识到人体卫气的运行、营卫的生会维持了人体失眠与觉醒的变化，这与生物钟的现代研究极为相似。

1. 卫气与人体寤寐的关系密切

《灵枢·口问》说：“卫气昼日行于阳，夜半则行于阴。阴者主夜，夜者卧……阳气尽，阴气盛，则目瞑，阴气尽而阳气盛，则寤矣。”阴阳的交替盛衰是寤寐的物质基础，而卫气是其主要物质。

2. 卫气不入于阴是不寐的原因

《灵枢·大惑论》亦说：“卫气不得入于阴，常留于阳。留于阳则阳气满，阳气满则阳跷盛，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”卫气的运行失常，不入于阴是失眠发生的原因。

3. 老年人与青壮年睡眠时间有差别的原因

老年人与年轻人的睡眠需求和特点都不同，内经对此也有详细的描述。《灵枢·营卫生会》所说：“壮者之气血盛，其肌肉滑，气道通，营卫之行不失其常，故昼精而夜瞑。老者之气血衰，其肌肉枯，气道涩，五藏之气相搏，其营气衰少而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑。”可见“肌肉滑，气道通”是卫气正常运行的基础。



4. 睡眠过多之人的生理特点

在临床上，每个人的睡眠时间需求是不同的，有的人每天睡眠 5 小时足够，而有的人睡眠 10 小时仍然不足。对此内经中有这样的描述，黄帝曰：“人之多卧者，何气使然？”岐伯曰：“此人肠胃大而皮肤湿，而分肉不解焉。肠胃大则卫气留久；皮肤湿则分肉不解，其行迟。夫卫气者，昼日常行于阳，夜行于阴，故阳气尽则卧，阴气尽则寤。故肠胃大，则卫气行留久；皮肤湿，分肉不解，则行迟。留于阴也久，其气不清，则欲瞑，故多卧矣。其肠胃小，皮肤滑以缓，分肉解利，卫气之留于阳也久，故少瞑焉。”

由此可见阴阳的交替接续，卫阳与营阴的交合是人体正常睡眠的基础；而营卫失和，阳不入阴，阴阳失交则是失眠的病理基础。《灵枢·痲疽第八十一》中有这样的描述：“夫血脉营卫，周流不休，上应星宿，下应经数。”

王老认为，卫气运行学说比生物钟理论更为详尽和科学。《内经》中已经明确揭示出人体的睡眠并不是绝对的和固定不变，每一个人的睡眠时间和习惯也可能是不同的，这源起于卫气运行的“奇分”。《灵枢·卫气行》：“阴阳一日一夜，合有奇分，十分身之四，与十分藏之二，是故人之所以卧起之时，有早晏者，奇分不尽故也。”这一观点的深度现代生物钟理论的研究还未能揭示。值得我们深思，共同主攻和攀登。

二、临证运用，与时俱进

(一) 以“脑主神明、肝主情志、心主血脉”理论指导临床实践

《素问·五脏别论》中将脑列为“奇恒之腑”。《灵枢·海论》中指出“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府”。

人的精神意识活动均与脑的功能密切相关。《素问·脉要精微论》：“头者，精明之府，头倾视深，精神将夺矣。”《素问·阴阳应象大论》：“人有五脏化五气，以生喜怒悲忧恐。”明代李时珍：“脑为元神之府。”清初汪昂

《本草备要卷三》：“人之记性，皆在脑中……今人追忆往事必闭目上瞪，而思索之。此即疑神为脑之意也，是影留于脑之明证。”近代，唐容川、张锡纯等人都进一步强调中医对脑的认识，还力图汇通中西两说。

《素问·灵兰秘典论》：“心者，君主之官，神明出焉。”《灵枢·本神》：“任物者谓之心，心有所忆谓之意。”“任”，《说文解字》说：“符也，符，信也。”所以“任物”是合于、担任、反映客观事物，可以认为是感知过程。“忆”是识记事物的保持、回忆、再生过程，这就是记忆。心主神明从某种意义上来说是脑功能的具体体现。

肝主疏泄，对人体的气机起到了重要的调节作用。宋·许叔微《普济本事方·卷一》论述不寐的病因时说：“平人肝不受邪，故卧则魂归于肝，神静而得寐。今肝有邪，魂不得归，是以卧则魂飞扬若离体也。”肝的疏泄功能正常，人的精神方能保持乐观，气机调畅则心情舒畅，气血平和，五脏协调。但若肝主疏泄功能失常，则气机失调，会导致精神情志活动的异常。

王老在以失眠为主症及其相关疾病的研究中，提出“脑主神明，肝主情志，心主血脉”，把“脑”提到五脏之首，居中枢地位，其精神意识活动的生理病理现象，与肝主情志的生理病理活动表现基本一致，而与心主神明的生理病理活动表现则一致者少，其心主血脉的生理病理活动表现，则十分肯定，为大家所公认。失眠症在临床上的症状、证候多表现于肝，因情志而诱发，再波及于心，或其他相关脏腑，以致多脏腑功能失调，气血紊乱，临床症状、证候表现多样复杂。分析其主要原因均源于脑的正常生理活动功能受到干扰，而首先表现于“肝”，再波及其他脏腑功能紊乱或旧疾复发，故立从肝论治，辨证立法处方用药，以治“肝”为先，实质即治脑为先，同时，顾及其他相关脏腑病变。实践证明，这样做的结果，比过去从心论治立法处方用药的疗效确有所提高。

王老认为，“脑主神明”学说尚在初步形成阶段，在理论上还要加强研究，更重要的是要落实于临床。只有正确认识脑的生理功能及其在神志活动中所发挥的作用，才能真正感悟“脑主神明”的涵义，才能体现出“脑主神明”理论的价值。近年来，中西两种医学都在随着社会、科学技术的发展不断推陈出新，中医药学几千年的发展史本身就是一个不断继承、创新和发展



的历史。继承是基础，创新是灵魂，发展是目的。在继承前人理论和经验的基础上，通过实践再有新的认识和创造是十分必要的。创新是在继承基础上的发扬光大，是承前启后的开拓、发扬和创造，只有遵循事物的客观规律和运用正确的思维方法，坚持实事求是的科学态度，坚持实践，求真务实，才能有所创新和发展。中医理论只有不断地输入新鲜血液，才具有生命力，才能与实相符、与时俱进，随着时代的步伐不断地向前发展。

（二）重视社会环境对人类健康的影响

除自然环境外，人类同时生活在社会环境之中。王老认为：“从某种意义上来说，自然环境首先影响人类的机体健康，而社会环境首先影响人类的精神健康。”当今许多疾病都与社会精神环境的影响密不可分。

个人活动与社会发展存在着相互联系、相互制约的关系。一切个体总要在社会生活中担负一定的角色，从事这样那样的有意识有目的的活动。人类社会发展的历史表明：个人与社会是相互依存，密不可分的。社会是由无数个人组成的，人的生存离不开社会，人的发展更需要社会提供种种条件，即所谓“人人为我，我为人人”。个人的活动既是一个生命的自然过程，又是社会实践的历史过程。在这个历史过程中，每个人都不是孤立存在的。正确认识和处理个人与社会的关系，既是进行个人正常活动的重要条件，又是获得健康的基础和前提。社会的认同感能够引发愉悦的精神，而挫折则能导致负面情绪从而影响健康。

人在改造客观世界的同时改造主观世界，以适应客观世界。这是王老关于人与所生存的两个环境之间关系的总结性概括。人类生活在自然环境与社会环境之中，人类的活动对这两个环境必定产生影响，改造环境的目的若是为了对抗客观世界则必定受到客观世界的制裁，疾病也就随之产生，如果改造的目的是为了适应客观世界，那么人与客观环境就能和谐相处，身体自然健康。

三、提出“五脏皆有不寐”，立从肝论治法

(一) 提出“五脏皆有不寐”的新观点

“五脏皆有不寐”的学术观点，发展了中医对失眠症的认识。由于受到《内经》“心者，君主之官，神明出焉”理论的影响，历来不寐症的治疗多从心论治，涉及肝脾肾等相关脏腑立法处方。王老从长期的临床实践中发现，五脏不调均可导致不寐，并由《素问·咳论》中“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”得到启发，提出“五脏皆有不寐，非独心也”的观点，即肝心脾肺肾五脏病变均可导致不寐。应以五脏辨证为基础，阴阳、气血、寒热、虚实辨证为经纬。

肝亢不寐，多为单纯性失眠症。主要由精神心理因素引起，连续两周以上不能自然恢复正常睡眠，临床表现如入睡困难或早醒，或中间间断多醒多梦，甚则通宵难眠等特征，属肝阳偏亢的一种表现。可按从肝论治基本方即桑叶、菊花、天麻、钩藤、柴胡、龙骨、郁金、焦山栀、白芍、丹参、合欢皮等加减应用，也可单用或联合落花安神合剂口服。

肝病不寐，主要由于肝病患者，在患肝病期间由于精神紧张，情志不畅，多思多虑引起，多见于急慢性肝炎、肝硬化患者，有急性肝炎或慢性肝炎、肝硬化的临床症状和体征。肝功能异常或二对半阳性。患者在某一阶段常合并严重失眠，以失眠为主症前来就诊，按肝病不寐证治。急性肝炎或慢性肝炎活动期，有肝功能异常，ALT增高，胆红素升高者，当以清肝或疏肝利胆，或养肝健脾活血安神为主方治之。常用柴胡、牡蛎、龙骨、天麻、钩藤、郁金、石菖蒲、赤白芍、丹参、合欢皮等为基本方，酌情加减。清肝利胆：垂盆草、白花蛇舌草、蒲公英、焦山栀、茵陈等。疏肝和胃：旋覆花、代赭石、延胡索、金铃子、苏梗、八月札等。养肝健脾：制首乌、山萸肉、枸杞子、女贞子、黄芪、党参、白术、茯苓等。

脾（胃）病不寐，多由脾气不足或肝胃不和而致，或由“胃不和则卧不



安”或“卧不安则胃不和”互为因果。脾虚不寐以基本方加减黄连、木香、白豆蔻、怀山药、焦楂曲或党参、白术、茯苓、甘草等；若属肝胃不和则以基本方加减党参、苍白术、枳壳或八月札，暖气频作则加用旋覆花、代赭石、苏梗、佛手等；胃脘嘈杂或泛酸则加煨瓦楞、乌贼骨等；胃脘疼痛则加用延胡索、金铃子等；大便溏薄加用木香、黄连；纳呆则选用生麦芽等。

心病不寐则是由于情志诱发、精神过劳、外邪侵袭或肝郁心脉瘀阻而发病。辨证多属肝郁瘀阻，心气不足，治以平肝或疏肝解郁、益气活血安神，以基本方加减淮小麦、甘草、苦参、栝楼、薤白、麦冬等。

肾病不寐往往见于更年期前后患者或女性尿道综合征患者，多由肝亢肾虚所致。采用平肝解郁、补肾安神之法，以基本方加用黄芪、金樱子、菟丝子、芡实等。若绝经前后，月经紊乱，量少，或停经，潮热出汗，面部色斑，心烦紧张，则加用仙灵脾、地骨皮、山萸肉、当归、生地、知母等。

肺病不寐多由感邪后余邪未清、燥咳伤肺而致。证属肝郁化火，耗伤肺阴。以基本方加银翘、麦冬、北沙参、生地、知母等；伴见胸闷胀痛则加用旋覆花、代赭石或延胡索、金铃子之属；若呛咳甚则加用炙百部、款冬花、桑白皮等；虚热过甚则加用地骨皮、青蒿等。

(二) 立从肝论治法

1. 肝对人体的睡眠起到了重要的调节作用

《素问·五脏生成论》谓：“故人卧，血归于肝，肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”王冰注曰：“肝藏血，心行之，人动则血运于诸经，人静则血归于肝脏。”即肝具有贮藏血液和根据所需调节脏腑组织器官血量的功能。若五志过极、起居失常，致肝之疏泄和藏血功能失调，这种静、动的节律就会紊乱，人静时血不归于肝，导致失眠。

2. 肝与其他四脏相互联系，相互影响

睡眠与觉醒的规律在于阴阳之气的及时顺接。《类证治裁·不寐》谓：“阳气自静而之动，则寤；阴气自静而之动，则寐；不寐者，病在阳不交阴也。”肝为阴中之阳，为阴体阳用，肝属下焦又藏血，有属阴的一面；同时

又为将军之官，寄相火，又有属阳的一面。肝既不可郁，也不可亢。肝具有阴阳两重性，起到了枢纽的作用，与其他四脏在生理上相互联系，在病理上相互影响。

肝与其他四脏经脉相联，五脏之间存在着有序的、直接或间接的五行生克关系。在情志上肝有疏通、畅达、宣泄的功能，如肝气疏泄如常，则气血和平，诸脏协调，五志安和，故人之情绪平稳；若肝气疏泄失常，则气血逆乱，诸脏纷争，情志失和。在功能上肝与其他四脏相济：肝主疏泄、主藏血与心主血脉的生理功能密切相关。肝之升发与肺之肃降，构成人体气机的升降运动的重要环节。饮食的消化和血液的生成、贮藏及运行有赖于肝之疏泄与脾之运化，而疏泄与运化功能亦是相互依存。肝藏血，肾藏精，肾精滋养肝血，肝血化生肾精，故谓肝肾同源。

3. 现代社会的生活方式常常导致肝气不调

现代社会生活节奏过快、压力过大、多于谋虑、经常饱食、食用过多肉类、用眼过度、长时间坐着面对电脑工作、缺乏运动、夜生活等不良习惯导致人体气机不调，《素问·灵兰秘典论篇第八》：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”谋虑过度则致肝郁阳亢，日久瘀热交阻，阳气不入于阴，故而不寐。《济阴纲目第九节·论调经大法》云：“盖人之气血周流，忽因忧思忿怒所触，则郁结不行。”《类证治裁·不寐》谓：“阳气自动而之静则寐；阴气自静而之动则寤。不寐者，病在阳不交阴也。”

《庄子·让玉》篇中写道：“不能自胜而强不从者，此之谓重伤。”肝藏血，而舍魂，人卧则血归于肝，肝血虚，不能舍魂，故夜卧不安。“肝为血海，经前胀痛不调，血不和畅。”肝为刚脏，禀春木之性，性喜条达。清·周学海《读医随笔》：“肝之性，喜升而恶降，喜散而恶敛。和肝者，伸其郁、开其结也；或化血，或疏痰，兼升兼降，肝和而三焦之气化矣，百病不就理者乎？”《素问·举痛论》中说：“思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结。”王老在治疗以失眠为主症的内科杂病时，提出“从肝论治，以平为补”的新理念，以平肝疏肝之品调畅肝气，即顺应肝喜条达、恶抑郁的特性，用疏达解郁之品，使肝气调畅，恢复其条达之性，调顺肝的气血阴



阳，以恢复肝的正常生理功能。

4. 脑的部分生理功能与肝相关

失眠及其相关疾病如焦虑症、抑郁症、精神分裂症等多存在情感、精神方面的异常，西医将其归属于精神科的范畴。

脑的功能与肝密切相关。如《素问·灵兰秘典论》中说：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”《素问·六节藏象论篇》：“肝者，罢极之本，魂之居也。”肝之气机调畅，血气和调，则脑清神聪，运动及思维敏捷。若疏泄失常，肝气抑郁或亢逆，则必定导致脑的功能受损，因此长期失眠的患者往往出现记忆力减退、注意力不能集中等表现，从肝论治失眠症，使肝气条达而脑府得养，则精神改善。

正是由于肝的特殊生理功能使得肝在睡眠疾病中起到了决定性的作用。失眠症的辨治应以肝为中心，兼及他脏。

四、横向思维，探索“昼开夜合”之“共同物质基础”

王老常说，作为一名科研人员要具备科学的思维方式，不仅要具备线性思维，更要具备横向思维，要善于触类旁通，由此及彼。线性思维，是一种直线的、单向的、单维的、缺乏变化的思维方式，横向思维则是相互连接的，立体化的网状结构，类似人的大脑神经和血管组织。线性思维往往遵循一条最明显的思维路线，直上直下地思考。我们平常的生活、学习中大都采用这种思维方式，许多医生也习惯于线性的思维方式，善于顺着一个思路思考到底，这种思维方式有利于快速地解决问题，但是很多有启发性的细节就被错过了。

有利于科研和创新的另一种思维方式就是横向思维方式。这种思维方法往往能够突破时间和逻辑的线性轨道，随意跳跃生发。线性思维是分析性的，横向思维是启发性的；线性思维按部就班，横向思维可以跳跃；做线性思维时，每一步必须准确无误，否则无法得出正确的结论，而横向思维旨在寻找

创造性的新想法，不必要求思维过程的每一步都正确无误；在线性思维中，使用否定来堵死某些途径，而横向思维中没有否定。

横向思维常常在创造活动中起到巨大的作用，这种思维方式体现了横向思维的跳跃性和关联性。王老正是运用了这种思维方式，由花生枝叶昼开夜合的特性联想到自然界阴阳消长规律（天）-人体睡眠与醒寤（人）-“昼开夜合”之植物三者具有相似物质基础。研究具有“昼开夜合”现象的花生叶的有关药理学机理，取得了一系列创新成果。

花生叶为落花生之叶，《本草纲目》尚未记载其功效主治，《本草纲目拾遗》《滇南本草》虽有记载，但其药性、主治、功能尚无定论。花生结果采摘之后其枝叶往往作为废物或焚烧或掩埋。在王老的带领下，由生药、药理、药化、临床等多学科专家通力合作，进行了20余年临床、实验和生药调查，结合《中药大辞典》记载的部分内容，从而确定花生枝叶其性味甘淡，微苦涩，入肝、心、肺三经，功能平肝潜阳，安神健脑，镇咳止血，主治各种原因引起的失眠症，以及脑动脉硬化、高血压、小儿夜啼、多动症、气管炎等。就这样，在一个横向思维引导的假说基础之上，结出了丰硕的成果，单方制剂落花安神合剂，用于治疗失眠症，取得了良好的疗效。

王老由此及彼，想到自然界具有“昼开夜合”特性的植物众多，除花生叶之外，具有该特性的还有萱草花、合欢树叶，一系列的临床和实验研究均证实这些植物也有较好的镇静催眠作用。

另一药物萱草花的研究同样体现了独特的横向思维。萱草花俗名“金针菜”，长期以来是作为素食珍品放置于餐桌之上的，人们只津津乐道其味美。王老从其又名“忘忧草”，典籍记载其具有解忧疗愁功效，开始了其应用于治疗抑郁症的研究。至今，含有萱草花成分的解郁Ⅱ号冲剂运用于临床取得了良好的疗效。



【经验特色】

一、不寐的诊治经验

(一) 提出当今失眠症的五大病因与六大特点

王老在长期的临床实践中，经不断总结研究，提出当今失眠症有“五大发病因素”。

1. 体质因素

先天禀赋对人体的健康往往起到至关重要的作用。肝禀东方风木之气，属阳火之类，肝阳易亢，肝气易郁。肝对人体的睡眠起到了重要的疏调作用，素体肝木偏旺的人容易发生失眠症。

2. 精神心理因素

王老认为人群中存在三分之一的精神弱势群体，这一类人往往精神敏感、责任心强，做事追求完美，在工作上往往是好同志，但在医生面前是弱者。这一类精神弱势群体容易发生失眠、焦虑、抑郁。

3. 疾病因素

许多其他系统疾病容易导致失眠症的发生，如高血压、心脏病、脑血管疾病、肝脏疾病等。

4. 环境因素

睡眠需要一个安静的环境，由于环境因素干扰导致失眠的患者众多。现代人睡眠的时间延后，夜生活极大丰富，环境噪音、光线及不良居住环境对人体的睡眠均产生不良的影响，日久容易导致失眠症的发生。

5. 药物因素

部分抗生素、降压药、降血脂药物等有可能导致失眠症的发生。

由于现代社会环境和自然环境的变化，失眠症的发病特点已与以往有了很大的不同，王老经多年临床观察研究，认为当今失眠症发病有“六多六少”的特点。

1. 精神亢奋者多，精神衰弱者少。
2. 中医辨证实证者多，虚证者少。
3. 无外邪感染者多，有外邪感染者少。
4. 中壮年人较多，老年人较少。
5. 女性较多，男性较少。
6. 以失眠为主症夹杂症者多，单纯性失眠症者少。

(二) 证中求病，病中求证，确立分型

从中医临床科研思路与方法角度，以证中求病，病中求证的方法将失眠症分为6个主要证型并相应地立法处方用药，提高了诊疗水平与疗效。在长期的临床实践中王老发现较为多见以下证型：肝阳偏亢、肝郁瘀阻、肝胃不和、肝亢肾虚、肝亢化火、肝亢犯心。



1. 肝阳偏亢型

表现为夜寐早醒，头晕胀痛，耳鸣，脑鸣，面红，口干，大便干结，舌质暗红或绛红，苔黄，脉弦。

2. 肝郁痰阻型

表现为情志不畅，入夜难寐，心烦郁闷，胸脘胀痛，两胁胀痛，寡言少语，面色无华，眼眶晦暗，眶下色斑，舌紫暗或有瘀斑瘀点，脉弦。

3. 肝胃不和型

表现为睡不安寐，胃脘胀闷，时嘈或泛酸，或暖气频作，或两胁隐痛，或走窜刺痛，喉间异物感，大便溏而不爽，舌暗红苔黄腻，脉细微弦。

4. 肝亢肾虚型

表现为夜寐早醒，头晕胀痛，时有耳鸣，心烦易怒，腰酸，尿频难控，或脚跟痛，时烦热易汗，月经紊乱、量少或停经。舌质偏红苔薄，脉细弦。

5. 肝亢化火（化风）型

表现为心烦难寐，急躁易怒，面时升火，口舌生疮，大便干结，或手抖，周身肌肉跳动，或走窜跳痛，或腿脚多动不安，舌红苔黄，脉细微弦数。

6. 肝亢犯心型

表现为心悸难寐，多梦等，或胆怯心虚，惕惕不安，或胸闷隐痛，气短易汗，舌红苔薄或黄，脉细时有结代。

（三）提出“肝亢犯肺”是不寐症新的证型

由于肝亢犯肺导致不寐是王老多年来总结临床体会提出的新观点。此类患者多因素体肝木偏旺，或感冒以后，未能及时调治和休息，或因情志不悦、精神过劳导致肝阳上亢，或肝郁化火，木旺侮金，肺失肃降，耗伤肺阴，致呛咳无痰，夜卧难寐。临床表现主要为呛咳阵作，时而升火，辄夜为甚。重

则咳嗽而引起胸闷胸痛，心烦不安，急躁易怒，彻夜难眠，口干咽燥，便秘。

（四）从肝论治基本方及辨证加减

经过长期临床实践的有效药物筛选，王老制定出从肝论治基本方，以此为基础辨证加减处方用药。

从肝论治基本方方药组成：

柴胡、龙骨、牡蛎、天麻、钩藤、葛根、川芎、郁金、石菖蒲、焦山栀、黄芩、赤白芍、丹参、合欢皮、远志、蝉衣、僵蚕。

方中柴胡、龙牡平肝潜阳；天麻、钩藤息风止痉，平抑肝阳；葛根、川芎活血解肌、祛风止痛；郁金、石菖蒲解郁开窍安神；焦山栀、黄芩清肝经湿热，泻火除烦；赤白芍、丹参活血柔肝；合欢皮有昼开夜合之特性，能安五脏，和心志，令人欢乐无忧；远志宁心安神；蝉衣疏散肝经风热，息风止痉，僵蚕息内风，祛外风，两药相配，有平肝息风止痉作用。

辨证加减：

（1）若因慢性胃炎、返流性食管炎伴失眠症，见胃脘胀闷、暖气呕恶、咽喉间异物感，咯之不出。则加用旋覆花下气消痞，代赭石重镇降逆，苏梗疏肝理气、和胃止痛，半夏化痰止呕。

（2）若见头晕痛，则往往配伍桑菊以清肝开窍，白芷辛温行气止痛，延胡索理气止痛。

（3）心烦焦虑紧张者，加用淮小麦、甘草、苦参。此方取治疗妇人脏躁之甘麦大枣汤，以清热除烦之苦参易大枣，取其清热宁心之功。现代研究苦参具有抗心律失常的作用。

（4）对于肾虚潮热自汗的患者，王老经常配用仙灵脾、地骨皮。以仙灵脾补肾温阳，地骨皮益阴降火、清虚热，标本兼治，对于女性更年期前后诸症之潮热疗效甚佳。

（5）颈椎病引起之颈项板滞不舒，常加用蔓荆子、威灵仙，取其平肝解痉、软化骨鲠之效。

（6）肝气郁结之胃脘疼痛、肋间神经痛等症，常用金铃子、延胡索，以疏肝理气止痛。



(7) 慢性胃炎或胃溃疡引起之暖气、泛酸、胃脘疼痛，常以煨瓦楞、乌贼骨、蒲公英配合使用。煨瓦楞与乌贼骨均为海洋动物之骨骼贝壳，煨后应用能制酸止痛，蒲公英具有清热解毒作用，对于慢性胃炎尤为有效，苦寒之性较轻，久用不伤正气。对于幽门螺旋杆菌有杀灭作用。

(8) 由冠心病、心肌炎或其他原因引起的胸闷气短，心前区隐痛患者，常将全栝楼、薤白、延胡索配合使用，以宽胸理气、温阳止痛。再以丹参活血通脉，改善心脏供血。

(9) 川连、木香、白豆蔻，此三味药是王老用于饮食不洁腹痛腹泻，或因脾阳虚弱受冷后腹泻患者，能清热燥湿、温中。

(10) 兼见便秘之时，反对长期应用通便药，因其可引起明显的副作用。王老认为，改善肠道张力，润肠行气通便是治疗便秘之大法。因此常用生地、知母、枳实配伍以滋养脾阴，润肠行气导滞。

(11) 慢性咽炎往往与颈椎病关系密切，多因正气不足，免疫功能下降导致局部组织气血运行不畅。治疗时以黄芩、连翘清热解毒，再配伍黄芪等益气扶正，增加免疫力。

(12) 带下病是女性常见的疾病。带下总由湿邪所致，日久可湿热兼见。治疗白带常用椿根白皮，黄带常用黄柏，再用金樱子、菟丝子、芡实健脾补肾收涩，标本同治。

(13) 不寐患者兼见阳虚畏寒者，则多伍用淡附片、桂枝，既能温阳又能通营卫，对睡眠亦有作用。

(14) 由于肾虚导致的腰痛，见于腰椎间盘突出、腰肌劳损等患者。常将桑寄生、制狗脊、杜仲、补骨脂配合使用，以补肝肾、强筋骨、祛风湿、填精壮骨。

(五) 提出“肾虚综合征”及辨治方法

1. 提出“肾虚综合征”

妇女更年期综合征患者最易伴发失眠症，部分以失眠为主症的中老年妇女经常出现尿频、尿急、尿难控，夜尿频多，甚则失禁，常不敢外出，但尿

常规检查呈阴性，并有神疲乏力、头晕耳鸣、心烦紧张等表现，腰酸乏力，或合并脚跟痛，常伴发心烦不安，情绪抑郁。睡不安寐，间断多醒。多因情志不悦而诱发。王老将这一组症状、体征综合群定名为“肾虚综合征”。辨证为肝亢肾虚证，应用平肝解郁、补肾益气取得良效。肾虚综合征的命名体现了整体观念及辨证与辨病相结合的思想，阐释了这一组症状群的发病机理，有利于中医按脏腑辨证用药。

2. 平肝解郁补肾安神法治治疗肝亢肾虚型不寐

在长期失眠症的临床诊治中，王老创立不寐证肝亢肾虚证型的辨治方法，取得了良好的疗效。中老年女性及老年男性不寐患者中证属肝亢肾虚型的患者较多。除了部分以失眠为主症的更年期妇女出现尿道综合征外，有前列腺增生的老年男性由于排尿无力、尿频尿急、尿意不尽、夜尿频繁严重影响睡眠时间和质量，往往伴见腰酸腿软、精神不振、形寒肢冷、阳痿、情绪低落等症状。

王老认为此类患者的辨证与其年龄特点、情绪因素有着重要的关系。肝肾亏损是中老年人的共同特点，是疾病所生之源。由于肾气亏虚，三焦气化失司，或膀胱通调水道不利，或阴阳不相顺接，而水不涵木，肝阳偏亢所致本病。同时肝肾亏虚导致决断处理事物能力下降，精神脆弱，不耐事扰，情绪容易波动，常常产生不安全感，并由此多思多虑，加重精神负担，导致失眠加重。

因此，此类患者辨证当属肝亢肾虚，采用平肝解郁补肾安神法治治疗取得良好疗效。见尿频急、腰酸腿软等以基本方加黄芪、菟丝子、金樱子、芡实、补骨脂之类。绝经前后，月经紊乱，量少，或经停数月不至，时烘热升火，自汗，面色少华，眶下灰暗色斑，心烦易怒，或紧张不安等，并严重失眠者，则以上述基本方加仙灵脾、地骨皮、山萸肉、当归、生熟地、知母等。



(六) 提出药源性综合征及从风论治

1. 药源性综合征

在临证过程中发现了因长期服用镇静催眠药导致的一组临床症状综合群，如表情呆滞，少言寡语，记忆力减退，心悸心烦，行走不稳，手抖，肌肉跳，口干苦，大便干结，中青年妇女月经量少或停经等。王老将其命名为“药源性综合征”。

经临床观察发现，患者来诊时服用安眠药及精神类药物的占46.33%。部分长期服用精神类药物的患者出现了明显的副作用。如苯二氮类药物可引起剂量依赖的顺行性记忆障碍、宿醉现象、记忆力减退、空间定位功能受损，表现为容易跌跤、肝功能损害等。抗焦虑及抗抑郁药物可对认知功能产生不利的影响。传统抗精神病药以氯丙嗪、氟哌啶醇、奋乃静等为代表，副作用广泛，涉及很多系统，表现为过度镇静、思睡、药源性抑郁、惊厥，锥体外系反应如肌肉强劲、震颤、动作迟缓不协调、静坐不能、扭转痉挛等，长期运用还会出现迟发性运动障碍，肝功能损害，抑制血液系统再生白细胞，体位性低血压甚至心律异常。自主神经系统副反应表现为口干、便秘、视物模糊、鼻塞、恶心等。新型抗精神病药物有奥氮平、维思通等，对精神分裂症的阳性、阴性症状均有一定的疗效。产生的精神症状包括意识、记忆的紊乱，异常的神经运动活动，情感失调及其他方面的神经异常，其中中毒性谵妄、激动焦虑及镇静状态是最常见的。

2. 药源性综合征从风论治

王老认为，精神类药物的副作用多表现为走窜不定的特性，如肌肉跳、手抖、抽搐、痉挛、麻木、呆滞、动作不协调等。在辨证上应属风，肝禀风木之性，主疏泄，内风理应从肝论治，故多选用平肝息风药物，如桑叶、白芷、白蒺藜、柴胡、龙牡、天麻、钩藤、葛根、川芎、蔓荆子、蝉衣、僵蚕等，随症加减，收效显著。

（七）从肝论治消渴伴见不寐

消渴与不寐均为现代人群的高发病。不规律的作息时间、不合理的饮食、过少的运动、沉重的工作压力等是该两种疾病发病的共同诱因。消渴之证本于阴虚，不寐之证源于阳不入于阴。由此可见，阴阳失调是两种疾病发生的共同机制。消渴患者伴有不寐在临床上多见。

此类患者往往表现为睡眠严重失调，情绪不稳，血糖难以控制，两种症状往往相互影响、互为因果，形成恶性循环，病人深以为苦甚至失去生活的乐趣。这样不仅影响到患者的生活质量，对于疾病的预后亦有着不良的影响。因此，对于此类患者来说，提升睡眠质量与控制血糖水平同样重要。

王老在总结长期诊治失眠相关疾病的经验基础上，提出从肝论治消渴伴失眠的辨证思路。王老认为，消渴与不寐两证兼见之因，乃属气阴两虚，肝阳偏亢所致；平肝益气养阴为其治疗大法。根据病程进展，在不同的发病阶段辨证的侧重点不同。

消渴之症早期伴见不寐者，辨证偏于肺胃阴虚，患者表现为入睡困难，多醒，早醒，梦扰纷纭，多饮，多食，舌质偏红，苔薄黄或薄净，脉弦。此时在平肝解郁基础上用黄芪、太子参、黄精、桑白皮之属益肺气、清虚热；消渴后期伴见不寐者，辨证偏于肝肾阴虚，见入睡时长，夜寐多醒，噩梦，甚至通宵不寐，腰酸膝软，尿频伴泡沫，舌质偏黯红，苔薄黄，脉弦细，此时在平肝化痰基础上加用制首乌、山萸肉、枸杞子、女贞子、墨旱莲滋补肝肾之阴；若伴见小便黄浊不爽，舌红，苔根黄腻者，往往兼有下焦湿热，则酌选石韦、土茯苓之属；糖尿病后期伴见不寐者往往舌光红而无苔，脉濡细，反见小便清长，此属肾阴阳俱损，乃阳不化气所致，可加用升麻以升阳益气，并选用补肾固涩之品如菟丝子、金樱子、芡实、补骨脂之类。此时虽可伴见畏寒怯冷，腰膝疼痛等阳虚之象，但桂附等温燥之品恐伤及阴液，故一般不用。

（八）提倡合理睡眠，未病先防

科技的发展也带来一些副作用，人类越来越习惯于晚睡，对年轻人尤为



明显。王老指出，人类的睡眠规律必须要与自然界同步才能获得健康的体魄。夜间10点到次日凌晨3点是睡眠最佳时间，错过了最佳时间，睡眠的数量和质量都会受到影响，对人体健康不利。同时，王老认为午睡对人体非常有益：“午睡半小时可抵夜睡一小时。”中午是自然界阴阳交替的关键时刻，也是人体阴阳之气顺接的重要时机，中医素有提倡睡“子午觉”之说。中午是一天之中阳中之阳向阳中之阴转化的时刻。午睡后下午自然精力充沛。而某些企业中的职工中午只有午饭时间，根本没有午休时间，为此，王老大声疾呼相关部门改革这种“一竿子到底”的劳动制度，因为这种制度严重违反了人的生理规律，长此以往对身体极为不利，将大幅度降低劳动效率。

二、焦虑症的诊治经验

焦虑症有持久性焦虑、恐惧、紧张情绪和自主神经活动障碍、脑机能失调等临床表现，常伴有运动性不安和躯体不适感，可分为广泛性焦虑和惊恐障碍。

焦虑症的典型症状是烦躁不安，在常人认为无需担心、恐惧时，焦虑症病人会紧张焦虑、提心吊胆、恐惧不安。广泛性焦虑病人多数会对未来莫名其妙地担心，终日心烦意乱，坐立不安，走来走去，干什么也没有心思；同时病人还会出现头晕、面色苍白、双手发抖、口干、出汗、心慌、尿频尿急、胸闷、气憋、食欲不佳、腹胀、腹泻、闭经或阳痿、失眠多梦等。惊恐障碍（又叫惊恐发作）时，病人会突然发生强烈的恐惧感，濒死感，失控感，同时还感到心脏揪紧感、心跳加快，似乎心脏要从口腔里跳出来，大喊大叫，高呼救命等。

焦虑作为一种症状，见于失眠症、精神分裂症、强迫症、癔症等精神神经疾病。只有焦虑的原因不明显或和程度不相称，焦虑症状很突出而其他症状也不明显，且延续时间较长时才诊断为焦虑症。

王老从长期的临床实践中发现，焦虑症患者多有精神敏感，屡因情志不悦而诱发，且女性多见，西药确有一定疗效，但副作用和依赖性十分明显，

有时弊大于利，病人十分痛苦。从其发病机制来说，其发病源于脑，表现于肝，因肝主情志，情志不悦则伤肝，致肝郁化风或化火；也有因肝郁犯心则心悸不安；或心脉瘀阻则胸闷、心痹隐痛或刺痛，脉时结代。故采用平肝解郁息风法治疗焦虑症。

甘麦苦参汤取《金匱要略》治疗脏躁证之甘麦大枣汤之义，同时从现代临床实际病情出发，吸取古方方义和现代药理研究组方相结合。取淮小麦、甘草养心缓急解郁，苦参清心安神，蝉衣、僵蚕息风止痉，柴胡、龙牡疏肝解郁，天麻、钩藤平肝息风，葛根、川芎解痉活血，郁金、石菖蒲开窍活血安神，再加赤白芍、丹参活血柔肝止痛安神，焦山栀、黄芩清热除烦，合欢皮、远志养心安神，加强淮小麦、甘草之效。此方组成颇符合当今焦虑症的临床症状、证候特点及病因病机，故有较好疗效。

甘麦苦参汤基本方：淮小麦 30g，甘草 10g，苦参 15g，蝉衣 6g，僵蚕 10g，柴胡 10g，煅龙牡（各）30g，天麻 10g，钩藤 15g，葛根 30g，川芎 15g，郁金 15g，石菖蒲 10g，焦山栀 15g，黄芩 15g，赤白芍（各）15g，丹参 30g，合欢皮 30g，远志 10g。

用法：有不同夹杂症者可随症酌情加减。制法：采用饮片煎煮法。每日 1 剂煎煮 2 次，每次煎出 200 毫升，于早晚饭后半小时服用。

在药物治疗的同时，王老重视对患者心理的疏导。他认为，焦虑症患者首先是精神上的弱势群体，大多责任心强，追求完美，但胆小怕事，自卑多疑，做事思前想后，犹豫不决，对新事物及新环境不能很快适应。此类人群往往由于精神因素、环境改变、人际关系、工作压力等因素导致焦虑症的发生。

王老在诊疗过程中常会告知患者：正常人在面对困难或有危险的任务、预感将要发生不利的情况或危险发生时，也可产生焦虑情绪。但这种焦虑通常并不构成疾病，是一种正常的心理状态。焦虑情绪往往并不是坏事，能够促使人们鼓起力量，去应付即将发生的问题。只有持久纠缠在难以克服的心理矛盾中并持续时间超过一定的范围时才构成焦虑症状，这时就会起到相反的作用，妨碍人应对、处理面前的危机，甚至妨碍正常生活。王老同时也会教育患者要学一些辩证法，学会抓住主要矛盾、处理主要问题。主要问题处



理好了可以带动次要问题，如此则事半功倍，大可不必事必躬亲。

三、抑郁症的诊治经验

随着现代社会生活节奏的加快和工作压力的增加，抑郁症的发病率越来越高。目前已被称为“离我们最近的心理疾病”。

抑郁症以显著的心境低落为主要特征，常伴有相应的思维和行为改变，表现为持续性情绪低落、忧郁、心境恶劣，这类情绪低落的压抑状态是原发性的、内源性的，无明显外界因素作用。亦常伴有焦虑，激越和抑郁常相伴出现，可出现易激动、易发怒。这种焦虑症状突出的抑郁症被称为“激越性抑郁症”。严重的抑郁症将导致自杀，是精神类疾患中自杀率最高的疾病。

王老认为，抑郁症中医辨证当属郁证范畴。患者往往失眠忧虑，悲观消极，面容愁苦，两眉紧闭，甚或双目凝视，面无表情，暗自流泪。症状昼轻夜重。源于此类患者先天体质敏感、善良、对自己的要求过高，但是往往不能较快适应环境变化，遇到挫折容易发生悲观失望的情绪。王老从平肝解郁法论治抑郁症取得了优良的疗效。

除了药物治疗，王老对于抑郁症患者的精神状态亦有着深刻的认识，十分重视对患者进行精神疏导。王老指出，医生在对待抑郁症患者时要抱着谨慎的态度，在不同的发病阶段采用不同的态度。虽然严重的抑郁症患者有很高的自杀率，但是不能因此就灌输患者“你这种病将来是会自杀”的观念，这样做等于对患者的心理起到了暗示的作用，患者将会背上沉重的心理包袱。

在与患者谈话时，医生要有技巧，人在日常生活中遇到某些不愉快的事件，有时难免会出现一些消极情绪，觉得“活着没有意思”，这是常见的。不要随便给患者戴上“抑郁症”的帽子，更不应该诱导“自杀”念头。要鼓励患者振奋精神，与疾病作斗争，解除错误的思维方法和心理负担，争取早日康复。

王老认为，患者对自我要求过高，但缺乏自信心、自责、没有成就感是抑郁症患者最核心的表现。因此，帮助患者树立信心、找到成就是除药物

治疗以外最重要的思想治疗。他常常会告诉抑郁症早期的患者：人是社会的人，要走出家门，多与人接触，参加社会交往。人活着每天要有目标、有任务、有兴趣。鼓励患者做些力所能及的事情，有了成就感心情自然就会舒畅。对于知识分子，王老经常会对他们说学一点辩证法，抓住生活中的主要矛盾，要敢于竞争、善于胜利。对于病情严重的患者，王老常常会嘱家属理解患者的病态心理和行为，并加强对患者的陪伴、关心和护理。经过这样的精神疏导，许多患者在就诊后精神为之一振，有豁然开朗之感。

四、小儿夜啼的诊治经验

小儿夜啼又称夜惊症，俗称“夜哭郎”。是指小儿入夜则啼哭易惊、睡眠不安，或每夜定时啼哭，甚则通宵达旦。或突然惊哭如见异物，如此反复不已。或从睡眠中惊起，两眼直视，表情紧张，激动不宁，大声喊叫啼哭，不易叫醒，不听劝慰，良久又复入睡，醒后不能回忆。亦可伴有梦魇，表现为幼儿从噩梦中惊醒，醒后仍有短暂的情绪紧张，并伴有出冷汗、心悸及轻度面色苍白现象，对梦中紧张景象可恍惚回忆，片刻后方能入睡。家长往往因此彻夜难眠，担心焦虑，以致苦不堪言。

以往的观点认为小儿夜啼多因脾寒、心热及惊恐；或孕母素体虚寒，胎儿生后禀赋不足；或乳母恣食生冷，冷乳喂儿；或因调护失慎，腹部中寒，均能使脾寒内生；或小儿胎热内蕴；或乳母及乳儿过食香燥炙之物，均使小儿心经热盛，故心烦不安而夜啼。

王老认为夜啼小儿在体质辨证上多属肝木偏旺、脾气不足。此类小儿精神敏感，容易受到外界干扰，白天之事若有所刺激往往在大脑中留下非常清晰的印记，以至于在睡梦中反复经历，或由于素体肝旺，魂魄不定所致。宋·许叔微《普济本事方·卷一》论述不寐的病因时说：“平人肝不受邪，故卧则魂归于肝，神静而得寐。今肝有邪，魂不得归，是以卧则魂扬若离体也。”在治疗上应从肝论治，以平肝法辨治，疗效卓著。

基本方药：蝉衣、僵蚕、天麻、钩藤、桑叶、柴胡、龙牡、焦白术、白



豆蔻、郁金、石菖蒲、淮小麦、甘草等。若伴见自汗盗汗则加用碧桃干、糯稻根；若纳食较少则往往配伍生麦芽、鸡内金等；若反复感冒则合用太子参、黄芪等益气固表；若兼见咳痰不爽则配伍天浆壳、江剪刀草等。

除药物治疗之外，王老认为小儿的家庭调养至为重要。入睡前不要过分逗引或恐吓幼儿。要让其养成定时起居的睡眠习惯。白天受到惊吓或过度兴奋，或睡眠时胸部受压使呼吸不畅等因素，均可使幼儿发生惊啼。

发现小儿夜啼，需首先排除因其他疾病如各种皮肤病、佝偻病、疝气、蛲虫病等引起身体不适或瘙痒等出现的夜啼，也应与护理不当如过冷、过热、饥饿或尿布潮湿等引起的夜啼作区别。

此外，夜啼应与某些疾病区别。如梦游症，可在精神因素作用下发生，也是癫痫表现之一。患儿从睡眠中起床，步态不稳如醉酒状，面无表情，往往不语，在室内走动，可避开障碍物。片刻后自行上床复睡。有时绊倒后立即入睡，醒后对梦中的经历不能回忆。夜惊和梦游可能是神经症的一种表现，也可以是癫痫的一种症状，需要作脑电图检查以作鉴别。

五、高血压病的诊治经验

高血压，在中医学辨证属眩晕范畴，症状因人而异。早期可能无症状或症状不明显，仅仅会在劳累、精神紧张、情绪波动后发生血压升高，并在休息后恢复正常。随着病程增长，血压明显而持续升高，逐渐出现各种症状。一旦发现高血压，患者往往就会被告知需要终身服用降压药，因此给患者造成沉重的心理负担及经济负担。

王老认为，如何正确选择降压方案应成为我们关注的课题。部分初发血压偏高或短期血压偏高的患者其实并不需要服用降压药，只要通过生活方式的调节和适当的辨证调治，血压可以早期恢复至正常。长期服用部分降压药的副作用给患者带来了痛苦。此外，降压药物服用剂量过大导致低血压的产生，并带来头晕等不适症状，可能与脑供血不足有关。有些长期血压增高的患者对较高血压已适应，当服降压药将血压降至正常时，也会因脑血管调节

的不适应产生头晕。并且，症状与血压升高的水平并无一致的关系。高血压病患者不能以症状的轻重来估计血压的高低和决定降压药物的服用剂量。当然，我们并不否定降压药的作用，部分急进性高血压和恶性高血压的患者确实需要长期服用降压药。

头晕和头痛是高血压最多见的脑部症状，而头晕痛的表现多种多样。有的患者表现为持续性沉闷不适，有的经常头晕并可妨碍思考，降低工作效率，注意力不集中，记忆力下降。有的表现为头部胀痛、刺痛或抽痛等，甚至有时引起恶心、呕吐，疼痛的部位可在前额、巅顶、两侧太阳穴或后脑。出现胸闷心悸意味着患者的心脏受到了高血压的影响，导致心脏的负担加重，进而发生心肌缺血和心律失常，患者就会感到胸闷心悸。由于脑神经功能紊乱，可出现烦躁、心悸、失眠、易激动等症状；全身小动脉痉挛及肢体肌肉供血不足，可导致肢体麻木，颈背肌肉紧张、酸痛。

王老认为高血压的形成，不是由某一个单一的因素引起，而是由生活环境、社会环境、机体、精神、饮食、情志等多种因素交互作用所致的长期病理生理改变的过程。病因主要如下：①情志失调：精神抑郁恼怒导致肝气郁结。气郁化火、耗伤津液，出现本虚标实的阳亢阴虚证，甚则化风；肝气郁结，木不疏土，脾失健运，痰湿内生，阻塞中焦，清阳不升，浊阴不降，或气郁日久，牵及血分，络脉瘀阻。②饮食不当：肥甘厚味，脾胃失运，聚湿生痰，痰浊中阻；或过食寒凉，脾阳受损，肾阳不足，阳虚水泛，上蒙清窍。③年老或过劳：若劳倦过度，耗伤元阴，或年老体衰，肾水不足，可致肝亢肾虚。④冲任失调：因妊娠多育或天癸将竭之际，肾气不足，冲任脉虚，血海渐枯，肾虚于下，火炎于上，亦可发病。

王老根据多年临床经验，创立了治疗高血压的验方，常辨证加减使用。方剂组成如下：桑白皮 30g，白蒺藜 30g，怀牛膝 30g，夏枯草 30g。

方解：桑白皮性味甘，寒，归肺经。有泻肺平喘，利水消肿之效，清肝降压止血之功，可治衄血、咯血及肝阳肝火偏旺之高血压症。怀牛膝在《神农本草经》中被列为上品，主治寒湿痿痹，四肢拘挛，膝痛不可屈，逐血气，伤热火烂，堕胎。《本草衍义补遗》云其“能引诸药下行”。《本草纲目》指出：“牛膝所主之病，大抵得酒则能补肝肾，生用则能去恶血，二者



而已。”白蒺藜性味辛、苦，寒，归肝、胆经。功能清火，明目，散结，消肿。用于目赤肿痛，目珠夜痛，头痛眩晕，瘰疬，瘰疬，乳痈肿痛，甲状腺肿大，淋巴结结核，乳腺增生，高血压。夏枯草：苦、辛，寒，入肝、胆经。清肝火、散郁结。用于肝火目赤肿痛，头晕目眩，耳鸣，烦热失眠，高血压症，瘰疬结核，瘰疬，乳痈等症。现代药理表明夏枯草具有明显的降压作用，其提取物具有降压活性及抗心律失常作用。四味同用，共收平肝息风、解郁散结、降逆之效。随症加减应用于各类高血压疾病的治疗中，疗效卓著。

六、荨麻疹的诊治经验

荨麻疹俗称风团，是一种常见的皮肤病。是由各种因素致使皮肤黏膜血管发生暂时性炎性充血与大量液体渗出，造成局部水肿性的损害。发生迅速往往伴有剧烈瘙痒。并可有发烧、腹痛、腹泻或其他全身症状。可分为急性荨麻疹、慢性荨麻疹、血管神经性水肿与丘疹状荨麻疹等。慢性荨麻疹患者常不定时地出现皮疹块，常常越抓越痒，越抓越肿。发作次数从每天数次到数天一次不等，反复发作，长年累月不愈。若发生于胃肠，则可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等症状。喉头黏膜受侵时则胸闷、气喘、呼吸困难，严重者可引起窒息而危及生命。

中医称荨麻疹为“瘾疹”，急性者多因禀赋不受，又食鱼虾等荤腥动风或不新鲜食物；或因胃肠食滞，饮酒过量，复感风寒、风热之邪；或七情内伤，营卫失和，卫外不固，汗出当风，风邪郁于皮毛腠理之间而发病；亦有因药物过敏而诱发。慢性者多因情志不遂，肝郁不舒，郁久化热，伤及阴液，阴虚内热，血虚生风，加之风邪外袭，以致内不得疏泄，外不得透达，郁于皮肤腠理之间，邪正相搏而发病。

荨麻疹是一种常见、多发皮肤疾患，西药抗过敏治疗能起一时缓解之效，而慢性荨麻疹是时起时消，持续不断的一组症候表现群，而临床中又不能准确找出其过敏原，而中医整体辨证施治在治疗本病中取得了独特的治疗效果。

王老认为，荨麻疹是由于先天禀赋不足，又因外感风邪、脾胃湿热、气

血虚弱等诸多因素而致人体腠理疏松，营卫失调，从而风团发疹、瘙痒等各种皮损出现，亦有因情志不遂、肝郁不舒、气机壅滞不畅、郁而化火、灼伤阴血、致阴血不足复感风邪而发。本病初发多属实证，久病则多为虚证，而风邪是本病主要外因。“风为百病之长，善行而数变”。风寒相合而为风寒之邪，风热相合而为风热之邪，二者又可互相转化。而以风热之邪致病较多，并兼营卫不和，因此治疗当以祛风为主，酌用清热或调和营卫之法，日久则多属虚证，应配以益气养血之剂。

王老治疗荨麻疹经验方如下：荆防（各）15g，牛蒡子15g，蝉衣6g，僵蚕10g，柴胡10g，龙牡（各）30g，焦山栀15g，黄芩15g，白鲜皮30g，地骨皮20g，丹皮15g，赤白芍15g，桂枝9g，羊蹄根30g，丹参30g。

方中以荆防、牛蒡子祛风解表，蝉衣、僵蚕平肝息风，柴胡、龙牡疏肝潜阳，焦山栀、黄芩清热解毒，白鲜皮除湿止痒，地骨皮清虚热，丹皮清血热，赤白芍、丹参凉血和营活血，生地、知母养阴润燥，桂枝解表，羊蹄根清热利湿止痒。该方既平肝疏风清热，又兼活血、凉血和营。在此方基础上加减化裁，则肝气平而风热清、营卫和，而瘾疹自消。

七、常用药对解析

1. 紫花地丁、红藤

紫花地丁，始载于《本草纲目》，因其花色紫，地下根如钉，故名。性味苦泄辛散，入心、肝血分，能清热解毒、凉血消肿、消痈散结，为治痈肿疔疮，乳痈肠痈，血热壅滞，红肿热痛，痈肿疮毒的常用药物，该药原多用于治疗毒，兼可用于毒蛇咬伤。现代研究有抗病原微生物作用。王老认为紫花地丁擅长清热凉血、消痈散结，优点在于此药并不苦寒，不伤阳气，适合各种体质人群服用。

红藤，入肝、肠二经。功能败毒消痈，活血通络，祛风杀虫。多用于肠痈腹痛，经闭痛经，风湿痹痛，跌打扑痛。《本草图经》谓其能“攻血，治



血块”。民间亦有用治风湿筋骨疼痛，经闭腰痛。王老50年代即将复方红藤制剂用于急性阑尾炎、阑尾脓肿的治疗中，至今仍在临床上广泛使用。红藤散结消痈，又能活血通络，王老常将红藤与紫花地丁配伍治疗各种慢性炎症、淋巴结肿大等。尤其多用在治疗下焦、腹部炎症，如慢性肠炎、盆腔炎、阴道炎等。

2. 旋覆花、代赭石

旋覆花，《本经》谓其味咸，性温，入肺、肝、胃经。功能消痰，下气，软坚，行水。治胸中痰结，胁下胀满，咳喘，呃逆，唾如胶漆，心下痞硬，噎气不除，大腹水肿。代赭石，为氧化物类矿物赤铁矿的矿石。入药多煅后用，性味苦甘，平。入肝、胃、心包经。平肝镇逆，凉血止血。治噎气呕逆，噎膈反胃，哮喘，惊痫，吐血，鼻衄，肠风，痔瘕，崩漏带下。

《伤寒论》中著名的旋覆代赭汤用于治伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞硬，噎气不除者。王老临床多将旋覆花、代赭石配伍应用于胃脘嘈杂胀闷、暖气频作之胃气不和之症，又用于咽部梗阻感、梅核气、生痰等症，取其镇逆、消痰、下气、软坚之功，临床每获良效。

3. 乌贼骨、瓦楞子

乌贼骨，又名海螵蛸，咸，微温，入肝、肾经。功能除湿，制酸，止血，敛疮。治胃痛吞酸，吐，衄，呕血，便血，崩漏带下，血枯经闭，腹痛癥瘕，虚疰泻痢，阴蚀烂疮。用于溃疡病有制酸、止血、止痛等作用。

瓦楞子，多煅过用，甘、咸、平。入肝、脾经。化痰，软坚，散瘀，消积。治痰积，胃痛，嘈杂，吐酸，癥瘕，瘰疬，牙疳。《丹溪心法》谓其能消血块，散痰积。

此两种药物均系海洋动物之壳或骨，《本草纲目》曰：“乌贼骨，厥阴血分药也。”因其能入厥阴血分故而兼能调和肝胃。临床胃病患者由于肝胃不和引起者较多，王老常将此两味药配伍应用于胃炎或溃疡病之暖气泛酸、胃脘胀痛之症，抑酸止痛效果很好。

4. 生地、知母

生地，入心、肝、肾经。治阴虚发热，消渴，吐血，衄血，血崩，月经不调，胎动不安，阴伤便秘。《别录》曰：“主男子五劳七伤，女子伤中，胞漏下血，破恶血，溺血，利大小肠，去胃中宿食，补五脏，内伤不足，通血脉，益气力，利耳目。”现代研究发现地黄具有抗炎作用，并对某些变态反应性疾患如皮肤疾患和支气管哮喘有效。

知母为百合科植物知母的根茎。具有解热、抗菌作用。《本经》谓其味苦，性寒，入肺、胃、肾经。滋阴降火，润燥滑肠。治烦热消渴，骨蒸劳热，肺热咳嗽，大便燥结，小便不利。用于温热病，邪热亢盛、壮热、烦渴、脉洪大等肺胃实热证。

以往医家多将生地、知母作养阴、清热泻火除烦之用，王老认为两药相配伍能清虚火、润肠通便，尤其适用于体虚者、老年人之虚热便秘。王老认为大黄、番泻叶、芦荟等泻药久服伤正气，肠镜亦发现久服此类药物造成肠道黑色变。体虚者及老年人之便秘多由于肠道张力不足、蠕动乏力所致，因此不用泻药图一时之快，而应辨证论治，否则往往事倍功半，或者起到反作用。

5. 枳实、大腹皮

枳实为芸香科植物枸橘、酸橙、香圆或代代花等将近成熟的果实。味苦、辛，性凉。入肺、脾、大肠经。功能破气，行痰，消积。主治胸膈痰滞，胸痞，胁胀，食积，噫气，呕逆，下痢后重，脱肛，子宫脱垂等。

大腹皮为棕榈科植物槟榔的果皮。《本草纲目》谓其辛，微温，无毒。入脾、胃、大小肠经。下气宽中，行水。主治脘腹胀胀，脚气，水肿。

王老将枳实、大腹皮配伍应用于脘腹胀闷、舌苔厚腻之症，能起到除湿化痰、消导积滞之功。部分顽固性便秘患者在使用益气养阴、清热通便之生地、知母的同时，伍用枳实、大腹皮，取其行气消导之功，每获殊效。



6. 桑叶、菊花

《本草纲目》谓桑叶味苦、甘，性寒，有小毒。入肺、肝经。历来用治风温发热，头痛，目赤；口渴，肺热咳嗽，风痹，瘾疹。菊花甘、苦、凉。入肺、肝经。功能疏风，清热，明目，解毒，治头痛，眩晕，目赤，心胸烦热，疔疮，肿毒。王老认为两药均微苦寒，桑菊配伍应用可清热解毒，又能平肝，清肝疏风，对于肝阳上亢之头痛、视物模糊有效。对部分热证大便干燥的患者还能够起到通便作用。

7. 糯稻根、碧桃干

糯稻根性味甘，平。入肝、肺、肾三经。能益胃生津，退虚热，止盗汗，亦可补气化痰，滋阴壮胃，除风湿。碧桃干性味酸、苦、平。入手足厥阴经。治盗汗，遗精，吐血，疟疾，心腹痛。两药配伍应用以治疗各种汗证，如心烦多汗，尤其多用于肝木偏旺之小儿自汗盗汗，以及女性绝经前后之潮热盗汗，每每收到良好的疗效。

8. 生藕节、生蒲黄

藕节味甘、涩，性平。多用于治咳血，吐血，衄血，尿血，便血，血痢，血崩。蒲黄为香蒲科植物的花粉。性味甘、辛、凉。《本经》谓其味甘，平，入肝、心经。功能凉血止血，活血消瘀。生用治经闭腹痛，产后瘀阻作痛，跌扑血闷，疮疖肿毒。王老临证喜用生藕节与生蒲黄，认为其配伍凉血止血之效比较好。尤多用于血热引起的月经过多、尿血、衄血、牙龈出血等症，其止血效果明显。

9. 黄柏、椿根皮

黄柏味苦，性寒。入肾、膀胱经。燥湿，泻火，解毒。善清下焦湿热，治热痢，泄泻，消渴，赤白带下，骨蒸劳热，目赤肿痛，口舌生疮，疮疡肿毒。椿根皮为臭椿的根皮。性寒，味苦、涩。功能清湿热，收涩，止血。王老常将两药配伍应用于女性下焦湿热所致之盆腔炎、阴道炎，见小腹痛、黄带等症，黄柏清热燥湿，椿根皮清热收涩，合用则湿化热清。

10. 白鲜皮、土大黄

白鲜皮为芸香科植物白鲜的根皮。《本草纲目》谓其入足太阴、阳明经，兼入手太阴、阳明。祛风，燥湿，清热，解毒。治风热疮毒，疥癣，皮肤痒疹，风湿痹痛，黄疸。

土大黄，为蓼科植物土大黄的根，又名羊蹄根。辛、苦，凉。清热，行瘀，杀虫，解毒。用治咳血，肺痈，腮腺炎，大便秘结，痈疡肿毒，湿疹，疥癣，跌打损伤，烫伤。两药配伍同用治疗各种原因所致之皮肤瘙痒、疮疹，止痒收湿。

11. 太子参、黄芪

太子参，甘、苦，微温。入心、脾、肺三经。治肺虚咳嗽，脾虚食少，心悸自汗，精神疲乏。益气健脾，生津润肺。可用于脾虚体弱、病后虚弱、气阴不足、自汗口渴、肺燥干咳。黄芪性温，味甘。补气固表，托毒排脓，利尿，生肌。用于气虚乏力、久泻脱肛、自汗、水肿、子宫脱垂、慢性肾炎蛋白尿、糖尿病、疮口久不愈合。两药配伍应用以治疗气阴两虚之证，尤多用于小儿自汗、盗汗之肝木偏旺、气阴不足之证。



【跟师临床】

一、不寐

案一 黄某，男，31岁。2009年3月20日初诊。

患者12岁时父母不和，常常强迫自己不睡以劝阻父母争吵，长期如此导致失眠。失眠19年。有吸烟史10年。曾服多种精神类药物多年，服后精神不振、头晕恶心、精神难以集中。现每日服氯硝安定半粒、阿米替林半粒，夜寐3~4小时。成年后忙于工作，绝大部分时间辗转在全国各地出差，生活不规律，常有“醒来不知身在何处”之感。平素情绪易紧张，心慌心烦，头晕耳鸣，记忆力减退，口干，纳便均调。检查：面色少华。舌质黯红，苔根黄腻，脉弦。证属肝郁阳亢，痰热交阻；治拟平肝解郁，化痰清热。处方：

淮小麦 30g 甘草 10g 苦参 15g 蝉衣 6g 僵蚕 10g
 柴胡 10g 煨龙牡 30g 天麻 10g 钩藤 15g 葛根 30g
 川芎 15g 郁金 15g 石菖蒲 10g 焦山栀 15g 黄芩
 15g 赤白芍（各）15g 丹参 30g 合欢皮 30g 远
 志 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年4月3日。仍服西药，面色转华，加用中药后夜寐增加，好时5~6小时，2周内约2~3日难眠，耳鸣减轻，情绪较平稳，纳食可，大便日行1次，有时不成形。舌偏暗红，苔薄白，脉细弦。

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：患者因工作繁忙难以复诊，以上方加减抄方服用2个月，夜寐保持在6小时左右，停用阿米替林，偶于难眠时服用半粒氯硝安定，病情较平稳。



释疑解惑

问：患者不寐长达19年之久，症状繁杂多样，辨证时怎样抓住重点？

答：此患者少年时因担忧而导致不寐，成年后常年出差，精神压力始终贯穿在该患者的生活中，导致情绪紧张，因此辨证之时要牢牢抓住情志起病的诱因，此即所谓“治病必求于本”之义。值得一提的是，正常人在面对困难或有危险的任务、预感将要发生不利的情况或危险发生时，也可产生紧张情绪，但这种紧张是一种正常的心理状态。紧张往往并不是坏事，能够促使人们鼓起力量，去应付即将发生的问题。“肝喜条达恶抑郁”，持久浸淫在紧张压力之中，必然导致肝气不舒，年深日久则兼瘀兼热。故以平肝解郁与清化瘀热为治疗大法。

问：曾经长期大量服用精神类药物的患者在治疗时应注意些什么？

答：安眠药的使用应十分慎重。部分失眠患者短期服用安眠药物有时确可暂时改善症状，但长期服用则弊多利少。

精神类药物的副作用表现繁多。据临床观察，这些症状均有走窜不定的特性，如肌肉跳、手抖、抽搐、痉挛、麻木、呆滞、动作不协调等，我暂将这一系列由于长期服用精神类药物引起的症状命名为“药源性综合征”。在辨证上应属风动，肝禀风木之性，主疏泄，疏泄太过则内风易动，理应从肝论治，故选用平肝息风药物，如桑叶、白芷、白蒺藜、柴胡、龙牡、天麻、钩藤、葛根、川芎、蔓荆子、蝉衣、僵蚕等，随症加减，收效显著。

问：能否请您详细讲解方义？

答：《金匱要略》述：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，有如非己所作，数欠



伸，甘麦大枣汤主之。”受此启发，取其意配伍应用于与情志相关疾病的治疗，收到较好疗效，姑且名之为“甘麦苦参汤”。方中淮小麦、甘草解郁安神，可缓解患者的紧张情绪，苦参清热宁神，蝉衣、僵蚕息风，柴胡、煅龙牡疏肝潜阳，虚阳得潜则耳鸣自安，天麻、钩藤平肝，葛根、川芎行气血，郁金、石菖蒲解郁开窍，焦山栀、黄芩清热除烦，赤白芍、丹参和营凉血活血，合欢皮、远志安神定志。上药共用以达解郁除烦、清热化痰之效。

患者服用西药多年，又因工作关系生活不规律，因此治疗有一定的难度，好在患者求治之心迫切，谨遵医嘱，适时调节生活习惯和不良心情，紧张心情亦得以放松，睡眠情况随之改善。

问：失眠症改善后应该怎样调养？

答：失眠症经过治疗改善之后不要立即投入到紧张的工作中去，应该调养一段时间以巩固疗效，使身体与精力得到进一步的恢复。在条件允许的情况下，应该适当调整工作和生活的节奏，以预防失眠症的再发。临床上有很多病人失眠症反复发作，原因就在于没有合理安排好作息，没能做到劳逸结合。

案二 朱某，女，31岁。2009年3月4日初诊。

失眠6个月。失眠始于产后哺乳。患者1年前顺产一子，由于乳汁充足，哺育婴儿有余而觉乳房作胀，往往自行挤出大量乳汁丢弃，身体并无明显不适。婴儿6个月时顺利断奶。此后患者出现乳房胀痛，乏力，脱发，视力模糊，入睡困难，多梦纷纭，多醒易惊，夜寐2~3个小时，每晚服阿普唑仑0.1~0.2mg难以起效。白天精神不振，情绪低落，面色潮红。纳食尚可，大便1~2日一行，偏干，小便自调。检查：舌质红，苔薄黄，脉细弦。血压：125/80mmHg。证属肝郁阳亢，瘀热交阻，气血不足；治拟平肝解郁，清热活血，益气补血。处方：

柴胡 10g 煅龙骨 30g 天麻 10g 钩藤（后下） 15g
 葛根 30g 川芎 15g 郁金 15g 石菖蒲 15g 旱莲草
 30g 黑大豆 30g 赤白芍（各） 15g 当归 10g 黄
 芪 30g 合欢皮 30g 远志 10g 淮小麦 30g 甘草 10g

苦参 15g 蝉衣 6g 僵蚕 10g

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009 年 3 月 18 日。睡眠明显改善，好时 7 小时，差则 2~3 小时，偶入睡难时服阿普唑仑 0.1mg。眼干，脱发，纳食好，二便调。舌偏红，苔薄白，脉细弦。

上方加密蒙花 10g，菟丝子 15g。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2009 年 4 月 1 日。入睡较前快，偶服阿普唑仑 0.1mg，夜寐好时 7 小时，差则 3~4 小时，眼干减轻，大便偏干，每遇兴奋之事则难眠。舌质偏红，苔白，脉细弦。

2009 年 3 月 4 日方加生地 30g。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

四诊：2009 年 4 月 15 日。面色红润。偶服阿普唑仑 0.1mg，夜寐 6~7 小时，眼干减轻，经前乳房胀痛，颈滞不舒。纳食好，二便调。舌质偏红，苔白，脉细弦。

2009 年 8 月 4 日方加蔓荆子 20g，密蒙花 10g，延胡索 15g，小青皮 15g；减当归、黄芪。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上药服后随访 2 个月，睡眠 7~8 个小时，情志舒畅，月经调顺，经前无明显不适。



释疑解惑

问：该患者的失眠是否与哺乳有关？

答：确实有关。乳汁是女子产后哺育婴儿所自然产出之物。《傅青主女科·产后气血两虚乳汁不下第七十六》云：“夫乳乃气血之所化而成也，无血固不能生乳汁，无气亦不能生乳汁，然二者之中，血之化乳，又不若气之所化为尤速。新产之妇，血已大亏，血本自顾不暇，又何能以化乳？乳全赖气之力，以行血而化之也。”生产过程本已伤血耗气，此患者由于乳汁充足而随意挤出丢弃，耗失乳汁过多导致气血更虚。婴儿断乳之时处置不当，以



致宿乳瘀积，乳房为肝经循行之所，宿乳不去则肝气郁结不畅，故而乳房胀痛。阴血亏虚之体，肝气复郁而肝阳亢旺，气血运行不畅，导致瘀热交阻，阴阳之气难以如常顺接，故睡眠与觉醒失调。

问：请问所有的失眠都需要治疗吗？

答：生活中由于情绪、疾病、环境等各种因素都可能造成对睡眠的干扰，然而睡眠是人的本能，人体本身具有强大的调节功能，大多数时候可以通过自行调节而在短期内恢复正常的睡眠节律，只有当失眠的发生频率大于每周3次，且至少持续1个月，才能诊断为失眠症，这时就需要药物治疗。

问：患者为何出现视物模糊？

答：《素问·脉要精微论》：“夫精明者，所以视万物、别白黑、审短长。”肝之经脉上连目系，眼睛视力正常与否，有赖于肝气之疏泄和肝血之荣养，故说：“肝开窍于目。”《灵枢·脉度》亦说：“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”若肝之阴血不足，则可见两目干涩，视物昏花。

此外，五脏六腑之精气皆上贯注于目，通过眼睛的变化，可以观察全身机能的盛衰。《灵枢·大惑论》说：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精，精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。”后世作为眼部望诊的“五轮”学说即典出于此。

问：应如何辨治本案？

答：处方先用柴胡、天麻、钩藤之属平肝解郁，辅以郁金解郁安神，当归、赤芍等活血清热，旱莲草、黑大豆补肾，合欢皮安神利眠，并以甘麦苦参解郁安神。气血虚则脱发眼干，故二诊之时加入补肝肾之密蒙花、菟丝子以补益肝肾之精，故而眼干减轻，此后随证调整药物，经前乳房胀痛之时以延胡索、小青皮理气止痛，并以蔓荆子缓解颈项不舒。此例患者的治疗过程中，将平肝之品寓于补益气血之中，并兼理气止痛之意，肝气舒而气血得复，故而诸症自愈。

问：请问苦参在方中的用意？

答：苦参，豆科植物苦参的干燥根，味苦，性寒。归心、肝、胃、大肠、膀胱经。功效清热燥湿，祛风杀虫。现代医学研究表明苦参具有抗心律失常

的作用，苦参生物碱有扩张血管和对急性心肌缺血的保护作用。在方中以其苦寒清泻肝经郁火，并清心除烦。

问：为何女性在妊娠前后容易产生失眠及情绪问题？

答：妊娠、生产是女性特有的生理形式，这一过程对女性的身心来说都是巨大的考验。现代女性与男性一样从事社会工作，绝大部分女性在孕期还要坚持工作，因此她们承担着双倍的精神压力。这种压力如得不到及时舒解，则容易导致身心疾病。生产的过程更是对女性的一大考验，产后体虚及由于育婴分歧可能引发的婆媳、夫妻矛盾均造成巨大精神困扰，从而影响睡眠规律和情绪健康。

案三 丁某，女，53岁。2007年6月19日初诊。

失眠10天。感冒发热3天后出现入睡困难，伴咳嗽咽痒。现感冒症状已经改善，稍有呛咳无痰，夜寐好时3~4小时，差则通宵不眠，时潮热，口干，纳可，二便调。绝经3年。检查：舌质黯红，苔黑腻，脉弦滑。血压125/65mmHg。证属肝亢犯肺，余邪未清；治拟平肝解郁，兼清余邪。处方：

桑叶 15g 牛蒡子 15g 江剪刀草 30g 天麻 10g 钩
藤 15g 葛根 30g 川芎 15g 蔓荆子 20g 柴胡 10g
煨龙骨 30g 郁金 15g 石菖蒲 10g 焦山栀 15g 银
翘（各）15g 赤白芍（各）15g 合欢皮 30g 远志
10g 净蝉衣 6g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2007年7月3日。药后夜寐增加，夜寐4~5小时，入睡快，易醒，口干易汗，潮热，咳嗽减少，纳可便调。舌质偏红，苔根微黄腻，脉弦。血压120/70mmHg。处方：

仙灵脾 15g 地骨皮 20g 黑大豆 30g 江剪刀草 30g
焦山栀 15g 黄芩 15g 柴胡 10g 煨龙骨 30g 天麻
10g 钩藤 15g 葛根 30g 川芎 15g 郁金 15g 石
菖蒲 10g 赤白芍（各）15g 合欢皮 30g 远志 10g
净蝉衣 6g 14剂



随访：2 个月后电话告知服药后诸症好转，无不适。



释疑解惑

问：请问失眠症的诊断标准是什么？

答：失眠可以伴发于其他疾病，也可以是独立的一种症状。不是所有的失眠均可诊断为失眠症。

失眠是指有失眠的体验，但每周少于 3 次，持续不到 2 周。影响工作、学习和社会活动功能不明显。只有符合以下情况，才可以诊断为失眠症：①睡眠障碍：包括难以入睡，或间断多醒，整夜多梦，似睡非睡或早醒，醒后不能再入睡，或通宵难眠。②上述睡眠障碍每周至少发生 3 次，并持续 2 周以上。③白天出现精神疲乏不振，或头晕头胀、心慌心烦等症状，影响工作、学习和社会活动功能。④不是躯体疾病或其他精神疾病的并发症状。

问：外感也能引起失眠吗？

答：外感也是造成失眠的一个重要原因。早在《伤寒论》中就记载了很多关于外感之后造成不寐的案例。不寐类的病证，《伤寒论》称之为“不得眠”、“不得卧”、“不能卧”或“卧起不安”。如大青龙汤方后“若复服，汗多亡阳遂虚，恶风烦躁，不得眠也”，以及“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠……干姜附子汤主之”。说明了大汗误下之后虚烦不眠之症。又如《辨不可下病脉证并治第二十》：“客热在皮肤，怏怏不得眠……”说明表气不和导致失眠。又有 112 条“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。若除邪未尽，余热扰神亦可导致不寐，如第 78 条“发汗吐下后，心烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊恼，栀子豉汤主之”。又第 79 条“伤寒下后，心烦腹满，卧起不安者，栀子厚朴汤主之”。均明确指出外感病可以导致不寐，而失治、误治之后更易导致不寐，并给出相应的治疗方药。

问：跟师临证以来，发现失眠症的产生原因很多，请您具体讲讲哪些原因可以导致失眠？

答：导致失眠的因素的确众多，其中最为常见的是情志不悦、精神过劳、体质因素、生活不规律、环境改变、疾病因素、药物作用等。

问：当今失眠症的发病特点有哪些？

答：据长期临床观察，当今失眠症的发病特点存在六多六少现象：即精神亢奋者多，精神衰弱者少；气血旺盛者多，气血虚弱者少；无外邪感染者多，有外邪感染者少；中壮年人较多，老年人较少；因精神情志因素合并其他躯体疾病或精神疾病者多，单纯因体质因素先天不足、无其他夹杂疾病者少；中医辨证属实证者多，虚证者少。但溯其根源，是由于现代人的精神压力大，易于肝郁，故临床辨证当从肝论治立法，以治肝为中心，兼顾调整他脏功能。

问：请问本案患者失眠症的病机和治法是什么？

答：本案患者由于感冒后余邪未清，表气失和，以至阴阳之气不相顺接，肝气得不到正常疏泄，导致肝阳偏亢，进而瘀热交阻，阳不入于阴，故而不寐。此时需兼清余邪才能达到治疗的效果。有部分病人在感冒后相当长的时间里遗留有呛咳无痰，此时的治疗若从肝郁论治可以取得良好的效果。以桑叶、牛蒡子清余邪、平肝阳，江剪刀草止咳化痰，再予平肝解郁之品，以疏散余邪、调畅肝气，气机调顺则阴阳之气交接流畅，故而夜寐自安。服药2周后患者睡眠有所改善，但主诉有潮热现象，考虑患者53岁的年龄，予以仙灵脾、地骨皮、黑大豆补肾清虚热，以培本固元。

问：历代医家在论及不寐的病机时，从未提到肝亢犯肺这一证型，请您详细解释。

答：这是通过长期的临床实践发现的。部分患者在外感后相当长的一段时间内呛咳无痰、夜寐不安，这类患者往往素体肝木偏旺，感冒以后，未能及时调治和休息，或因情志不悦、精神过劳导致肝阳上亢，或肝郁化火，木旺侮金，肺失肃降，耗伤肺阴，临床表现主要为呛咳阵作，时而升火，辄夜为甚。重则咳嗽而引起胸闷胸痛，心烦不安，急躁易怒，彻夜难眠，口干咽燥，便秘。用一般解表或清里之法难于取效，而以平肝清肺，兼清余热的方法确能很快向愈，临床屡试屡效。故将此类证型定为“肝亢犯肺”，充实了中医学关于不寐的证型，并为规范治法奠定了基础。



案四 张某，女，52岁。2007年12月21日初诊。

失眠8年加重1年伴潮热出汗。始于情志不悦，绝经前后加重。现已停经10月。不服安眠药。夜寐3小时，入睡困难，早醒，潮热汗出，心慌心烦，记忆力减退，腰酸背痛，足趾疼痛，尿频难控。检查：舌质暗红，苔薄白，脉细。血压：115/70mmHg。证属肝亢肾虚，治拟平肝补肾。处方：

仙灵脾 15g 地骨皮 20g 菟丝子 15g 黄芪 30g 桑叶 15g
天麻 10g 钩藤 15g 葛根 30g 川芎 15g 柴胡 10g
煅龙骨 30g 郁金 15g 石菖蒲 10g 焦山栀 15g
赤白芍(各) 15g 合欢皮 30g 远志 10g 蝉衣 6g 僵蚕 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2007年12月28日。上药4剂后夜寐增加，约4小时左右，入睡较前快，偶有头晕，潮热出汗减少，心慌心烦减轻，尿频减轻，足趾仍痛，左前臂皮肤痒疹。舌质偏红，苔薄白，脉细。

上方加白鲜皮20g。14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2008年1月11日。上药后夜寐5小时，潮热出汗减轻，心慌心烦轻微，皮肤痒疹消失，纳食增加，尿频基本消失，足趾仍痛。舌质微红，苔薄白，脉细。

12月21日方加黄芩15g，14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

四诊：2008年1月25日。夜寐5小时，潮热出汗基本消失，无心慌心烦，足趾痛改善，纳便均调。舌质微红苔白，脉细。血压105/70mmHg。

1月11日方，14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上药后夜寐进一步改善，诸症均失。随访3个月疗效稳固。



释疑解惑

问：为何更年期前后的女性失眠症发生率增加？

答：更年期的确是女性失眠症高发的阶段。此时女性月经紊乱，肾气不

足，故而尿频尿急。若逢情志不悦则肝气不舒，气郁则胸闷心慌；营卫不和，故而潮热出汗；卫气运行失常故而不寐。

问：请您详解处方用意？

答：以平肝解郁补肾为治疗大法。方中仙灵脾、地骨皮、菟丝子补肾清虚热，桑叶平肝凉血，天麻、钩藤平肝息风，葛根、川芎理气行血，郁金、石菖蒲开窍醒神，柴胡和解表里、疏肝，煅龙牡镇惊安神，焦山栀清热，赤芍和营化瘀，合欢皮、远志解郁和血定志，蝉衣、僵蚕息风。治之则肝气得舒、肾气得复，故而睡眠自安、诸症自除。此症辨治重点在于补肾同时兼以平肝，滋水、涵木则诸症自愈。李时珍云：“凡风药可以胜湿。”内经云：“湿淫所胜，助风以平之。”故于方中加用大量白鲜皮以祛风胜湿则痒疹自愈。

问：我注意到您应用白鲜皮疗效非常好，能否谈谈您对该药的体会？

答：白鲜皮为芸香科植物白鲜的根皮。《本草纲目》曰其入足太阴、阳明经，兼入手太阴、阳明。祛风，燥湿，清热，解毒。治风热疮毒，疥癣，皮肤痒疹，风湿痹痛，黄疸。我将之应用于皮肤湿疹瘙痒，获得了较好疗效，可以将其应用于因湿热湿毒引起的皮肤疾患中，疗效确切。

二、他症合并不寐

案一 聂某，男，31岁。2009年3月4日初诊。

眼干4年，寐差2年。患者每天面对电脑工作时间大于6小时，4年来眼干、口干，晨起咽痛呛咳，夜寐较差2年，好时夜寐6~7小时，差时4~5小时。纳食尚可，小便时有不爽，大便不成形。性功能减退。检查：舌质红，苔薄白腻，脉弦滑。证属肝阳偏亢，肾气不足；治拟平肝补肾。处方：

仙灵脾 15g 地骨皮 20g 白蒺藜 30g 天麻 10g 钩
藤 15g 柴胡 10g 煅龙骨 30g 郁金 15g 麦冬 15g
枸杞子 15g 女贞子 10g 密蒙花 10g 北沙参 30g
赤芍药（各） 15g 丹参 30g 生地 30g 知母 15g



炙黄芪 30g 合欢皮 30g 蝉衣 6g 墨旱莲 30g

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009 年 3 月 18 日。夜寐改善，眼干未减轻，大便较黏，小便时有不爽，余无不适。舌质偏红，苔薄白腻，脉弦。

上方女贞子加至 15g，加远志 10g，僵蚕 10g，减生地、知母、墨旱莲。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2009 年 4 月 1 日。夜寐 7 小时，偶浅，眼干减轻，畏寒，大便仍黏，小便顺畅。舌偏红，苔薄白，脉弦。处方：

仙灵脾 15g 地骨皮 20g 桂枝 9g 怀牛膝 30g 天麻
10g 钩藤 15g 柴胡 10g 煅龙骨 30g 郁金 15g
石菖蒲 10g 枸杞子 15g 女贞子 15g 密蒙花 10g
赤白芍（各）15g 丹参 30g 生地 15g 知母 15g
炙黄芪 30g 合欢皮 30g 蝉衣 6g

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

四诊：2009 年 4 月 15 日。夜寐安宁，眼干明显改善，但长时间使用电脑后觉眼睛疲劳，双膝较冷，二便均调，性功能改善。舌微红，苔薄白，脉弦。

4 月 1 日方加鸡血藤 30g，14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

五诊：2009 年 4 月 29 日。寐安，双眼转舒，膝冷减轻，精力较前充沛，余无不适。舌质微红，苔薄白，脉弦。

4 月 1 日方减桂枝、生地、知母，加葛根 30g，川芎 15g，14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上药服后病情进一步改善，随访 3 个月疗效稳固。



释疑解惑

问：请问什么时候是睡眠的黄金时间？

答：晚上 10 点到次晨 3 点是睡眠的最佳时间。现代医学研究发现，在这一时间段内人体合成大量免疫因子，造血系统最为活跃，人体可以进入深度睡眠时期。中医学也认为，这一段时间是天地阴阳之气相互顺接、人体之气

阴阳转换的重要时间段，这一段时间内睡眠的质量最高。早睡早起有益健康。这一论点符合自然界阴阳消长规律，同时也符合现代脑电图深慢波睡眠的最佳时间。现代社会中大部分人习惯晚睡，甚至有相当多的人在夜间应酬，“以酒为浆，以妄为常”。这样的生活方式在某些管理者、经商者中最为常见，而违反了自然规律，往往导致失眠症和相关内脏功能的紊乱。

问：您为什么要大力提倡午睡？

答：上午为阳中之阳，下午为阳中之阴，中午正是阳消阴长的重要时刻。睡眠之时，人之阳气入于阴分，午睡可以借助天地阴阳消长的时机调节人体阴阳之气，故午睡可以说事半功倍，我常说：“午睡半小时可补夜睡一小时。”这亦是我数十年养生经验所得。

问：现代人注注在工作中长时间使用电脑，请问这样对身体是否有害？

答：“肝开窍于目”，五脏六腑之精皆上通于目，长时间使用电脑，用眼过度、眨眼减少、电脑辐射均对身体造成不良影响。会导致眼干、视物模糊甚至视网膜的病变等。西医将由于泪液的量或质的异常引起泪膜不稳定和眼表损害而导致的一组眼不适症状称之为干眼症。在美国日本等发达国家发病率较高，但近些年来随着电脑在中国的普及，干眼症的发病率明显上升，且有低龄化趋势，这也是社会经济发展、生活水平提高带来的副产品。如何应对诸如此类的新的疾病规律成为摆在我们面前的重要课题，也是古老的中医学如何能在现代社会发挥其活力的最好验证。

问：请问本案应如何辨治？

答：肾气通于咽，肾精不足则水不涵木，导致肝阳偏亢，故而咽痛呛咳。肾精不足故而眼干。性功能减退、小便不爽亦为肝肾不足之象。治以平肝补肾之法。以仙灵脾、墨旱莲、枸杞子、女贞子补益肝肾之阴，天麻、钩藤平肝息风，郁金、石菖蒲解郁开窍，柴胡、煅龙骨疏肝潜阳，知母、炙黄芪清虚热补气，合欢皮安神利眠，蝉衣息风，共奏平肝补肾之功。二诊之时加大女贞子用量以加强补肝肾之功，因大便较黏，减生地、知母、墨旱莲之滋腻。后又随症加减应用活血养肝之鸡血藤、辛夷花之类，又以桂枝、怀牛膝通阳利关节，共奏平肝补肾之效。

问：我注意到您对患者的诸多症状并不是分开治疗，而是从整体辨证论



治，平肝补肾，患者阳痿的症状在用药后也得到改善，请问您的思路？

答：人是一个有机整体，不是机器，对这一整体的各种症状当然不能分而治之，整体观和辨证论治是中医的灵魂。对阳痿的治疗，历来多以治肾为常法。前人虽有阳痿治肝的论述，但其重视程度却远远不及。阳痿之症，应从肝肾两方面着手治疗。肝主宗筋，其经脉络阴器，淫气于筋，肝为刚脏，体阴而用阳，肝主疏泄，性喜条达。情绪不畅、肝气郁结往往导致性功能减退。阴茎以筋为体，以气血为用，而阳痿则是宗筋的功能活动障碍，是宗筋气机失畅的表现。肾之精气充足，肝之疏泄如常，则肝气下达于宗筋，宗筋气机亦舒畅条达而勃起自如。

案二 张某，男，48岁。2008年11月18日初诊。

血尿反复发作10年，伴夜寐不安。患者精神不振，倦怠乏力，血尿反复发作10年，红细胞3~5个/HP。西医检查为肾性血尿。久立则睾丸酸胀疼痛，左侧乳房刺痛，肋下胀满。夜寐6小时左右，入睡较难，早醒于凌晨5点半，晨起清涕，咽中生痰。乙肝病毒携带者，肝功能正常。检查：面色少华。舌质暗红，苔薄白，脉弦。证属肝郁气滞，下焦湿热；治拟疏肝理气，清利下焦湿热。处方：

金铃子 10g 延胡索 15g 柴胡 10g 煨龙骨 30g 煨
瓦楞 30g 乌贼骨 30g 八月札 30g 蒲公英 30g 天
麻 10g 钩藤 15g 葛根 30g 川芎 15g 小茴草 30g
生蒲黄 15g 黄芪 30g 赤白芍（各）15g 郁金 15g
麦冬 15g 焦山栀 15g 合欢皮 30g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2008年12月17日。服上药后夜寐6~7小时，入睡较前快，仍早醒于凌晨5点半，乏力感减轻，肋下转舒，乳房刺痛及睾丸坠胀均减轻。舌质偏黯红，苔薄白，脉细。

上方14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：患者服上药后夜寐保持6~7小时，仍醒于凌晨5点半，但睡眠质量较高，白天精力较充沛，乳房刺痛及睾丸坠胀均较轻。1年来每于上述不

适加重时抄上方服用，病情较平稳。镜检小便红细胞2~3个/HP。



释疑解惑

问：本案血尿治疗应从何着手？

答：临床上很多患者长期少量血尿但原因不明。肾性血尿是指排除尿路感染、结石、结核、肿瘤等肾外出血因素，血液单从肾脏中随小便排出体外的疾病。

中药治疗血尿有较强的优势和疗效。血尿在中医历代文献中的记载属“尿血”、“溲血”范畴。其病机历代均有论述，均认为与热有关。如《素问》的“热移膀胱”及《金匱要略》所述之“热在下焦”。宋代王怀隐《太平圣惠方·治尿血诸方》认为：“夫尿血者，是膀胱有客热，血渗于脬故也。血得热而妄行，故因热流散，渗于脬内而尿血也。”隋代巢元方《诸病源候论·虚劳尿血候》认为：“心主于血，与小肠合，若心象有热，结于小肠，故小便血也。”治疗多从清利下焦湿热或清心泻火为主。此例患者10年来镜下血尿，以补肾之法久治不愈，严重影响了患者的生活和工作，导致情绪低落，郁郁寡欢。患者兼有乳房刺痛、肝区胀痛，久立睾丸坠胀，应辨证为肝郁下焦湿热，选从平肝解郁、清利下焦湿热入手治疗。

问：本案的处方用意是什么？

答：以金铃子、延胡索理气止痛，柴胡、煅龙骨平肝潜阳，煅瓦楞、乌贼骨抑酸和胃，八月札、蒲公英理气清热解毒，葛根、川芎行气行血，小蓟草、生蒲黄清利湿热、止血，焦山栀、麦冬清热宁神，合欢皮安神定志，上药同用则肝气舒、下焦湿热得清，则血循常路，故而病情改善。

问：怎样评估用药后睡眠的改善程度？

答：目前国际上精神科多采用量表来对睡眠的情况进行评分，作为相对客观的指标。比较常用的有匹兹堡睡眠质量指数等。我睡眠专科根据中医特点编写了中医证候量表及改进型SPIEGEL量表，可以对睡眠状况进行量化记分。分6项内容（入睡时间、总睡眠时间、夜醒次数、睡眠深度、做梦情况、醒后感觉）检测评分： ≥ 9 分、 < 12 分为失眠； ≥ 12 分为失眠症。失眠症程度： ≥ 12 分为轻度失眠症； ≥ 18 分为中度失眠症； ≥ 24 分为重度失眠症。



案三 陆某，女，38岁。2008年9月9日初诊。

低热、失眠1年。1年前无明显诱因午后低热，伴有失眠。午后体温37.3℃~37.4℃，皮肤发烫，手足心烦热。西医理化检查未见异常。2006年8月起服用黛力新和三唑仑半年，未见好转，已停药1年。现夜寐入睡困难，约4~5小时，多梦纷纭，早醒于凌晨3点。精神不振，头晕头胀，心慌手抖，腰酸尿频，小腹隐痛，月经量少色暗，夹有血块，2~3日净。面部皮肤油腻、热疮。检查：舌质微暗，苔薄微黄，脉细。血压：130/90mmHg。证属肝郁阳亢，阴虚内热；治拟平肝解郁，滋阴清热安神。处方：

青蒿 15g 地骨皮 20g 枸杞子 15g 女贞子 15g 焦
山栀 15g 银翘（各） 15g 黄芩 15g 赤白芍（各）
15g 当归 10g 柴胡 10g 煅龙骨 30g 天麻 10g
钩藤（后下） 15g 郁金 15g 麦冬 15g 紫花地丁 30g
合欢皮 30g 远志 10g 蝉衣 6g 僵蚕 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30支，临睡前半小时，服2支。

二诊：2008年9月23日。上药服后午后仍有低热，手足心烦热，汗出不爽，夜寐改善，约7~8小时，梦减少，无头晕，口干，心慌紧张手抖，尿频改善，小腹转舒，月经来潮，量少色黯血块，面部热疮仍有，胃纳尚可，腰酸尿频减轻，大便日行。舌质微红，苔薄腻微黄，脉细。血压：120/80mmHg。

上方减枸杞子、女贞子、银翘，加生米仁30g。14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30支，临睡前半小时，服2支。

三诊：2008年10月8日。午后低热已退，夜寐10小时左右，手足心烦热未作，潮热汗出消失，咽痒，面部热疮减退，胃纳好，腰酸尿频基本消失，大便日行。舌质微红，苔根微黄腻，脉细。

处方：

上方减当归，加丹参30g，白鲜皮20g，14剂。

落花安神口服液，30支，临睡前半小时，服2支。

随访：上药服后诸症减退，夜寐安寝，低热已平，月经较前充裕。随访2个月未再反复。



释疑解惑

问：该患者失眠与低热同时而发，请问两者相关吗？

答：失眠症诱因众多，此患者由低热导致失眠。午后低热属阴虚内热者多见，患者手足心热，腰酸膝软，为阴气不足之象。阴虚则阳亢，阳不入阴则不寐，故而两症兼见。

问：在此患者的治疗中平肝解郁、养阴安神同用，能否请您详解方义？

答：方用青蒿、地骨皮清虚热，枸杞子、女贞子滋补肝肾之阴，焦山栀、银翘、黄芩、紫花地丁清热解毒，月经色暗属气滞血瘀之象，以赤白芍、当归活血和血，柴胡、煅龙骨平肝潜阳，天麻、钩藤平肝息风，郁金、麦冬解郁安神，合欢皮、远志安神定志，蝉衣、僵蚕息风平肝，共奏良效。此患者理化检查未见异常，故而西医束手无策，而患者确实痛苦不堪。中医学从整体辨治，以人为本，调理阴阳，阴平阳秘则诸症自安。复诊之时，针对患者面部热疮反复不愈，加用生米仁、白鲜皮以利湿清热，祛风止痒，此两味药合用治疗面部热疮，每收良效。

问：您应用紫花地丁有什么经验？

答：紫花地丁又名地丁，是堇菜科植物紫花地丁的带根全草，功能清热利湿，解毒消肿。历代文献对其有较详尽的记载。

在临床实践中我发现紫花地丁擅长清热凉血、消痈散结，优点在于此药并不苦寒，不伤阳气，适合各种体质人群服用，对于多种慢性炎症有良好的疗效。因此我常将紫花地丁与红藤配伍治疗各种慢性炎症、淋巴结肿大等。尤其多用在治疗下焦、腹部炎症，如慢性肠炎、盆腔炎、阴道炎等；另也与生米仁等配伍应用于面部痤疮的治疗，疗效很好。



三、郁证

案一 裴某，女，58岁。2008年12月2日初诊。

反复洗手、失眠2月余。始于家中窃贼光顾。虽因家境贫寒并无财务损失，但始终为此事惧怕不已，精神恍惚，失眠健忘，无心家务。反复思索窃贼不偷东西用意何在，何时再会光顾。担忧家中被装窃听器而不敢说话，担心电脑上被安装某种东西通过网络对孩子不利，此后逐渐形成反复洗手的行为，往往要用肥皂反复清洗数次仍不觉清洁，一旦触碰任何物体均需马上洗手，虽自觉没有必要但不能摆脱，深以为苦。现不服安眠药等，入睡困难，往往4~5小时不能入眠，偶能寐2~3小时，但噩梦纷纭。白天头晕胀闷，颈项板滞，胸闷焦虑，心慌心烦，紧张胆怯，多思多虑，易怒易哭，胃脘胀满、嘈杂纳呆，小便自调，大便日行。检查：面容焦虑。舌质暗红，苔薄黄，脉细弦。血压：145/80mmHg。证属肝郁阳亢，瘀热交阻；治拟平肝解郁，活血清热安神。处方：

淮小麦 30g 生甘草 10g 苦参 15g 蝉衣 6g 僵蚕
10g 桑叶 20g 白蒺藜 30g 天麻 10g 钩藤(后下)
15g 葛根 30g 川芎 15g 柴胡 10g 煅龙骨 30g
郁金 15g 石菖蒲 10g 焦山栀 15g 黄芩 15g 赤白
芍(各) 15g 丹参 30g 合欢皮 30g 远志 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30支，临睡前半小时，服2支。

解郁Ⅱ号，14包，每日2次，每次半包，冲服。

二诊：2008年12月16日。上药服后睡眠改善，夜寐约5~6小时，有梦，但无噩梦，心情明显平静，心慌烦轻，思虑减少，头脑逐渐清爽，颈项板滞减轻，唯胃脘不舒，暖气偶作，大便调顺，口干不欲饮，夜间盗汗，但反复洗手并未减轻。舌偏暗，苔薄白，脉细弦。

2008年12月2日方加旋覆花10g，代赭石10g，减桑叶、白蒺藜。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30 支，临睡前半小时，服 2 支。

解郁 II 号，14 包，每日 2 次，每次半包，冲服。

三诊：2008 年 12 月 30 日。夜寐 6 小时，多梦，中醒一次，做事有兴趣，偶有担心恐惧，颈肩仍板滞，胃脘转舒，暖气消失，纳便均调，口中不干，盗汗停止，反复洗手明显减少，现用一次肥皂清洗即可，心中平静，多疑减少，但时胸口满闷，长叹则舒。舌质偏暗，苔白，脉细弦。

2008 年 12 月 2 日方，14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30 支。临睡前半小时，服 2 支。

解郁 II 号，14 包，每日 2 次，每次半包，冲服。

四诊：2009 年 1 月 13 日。夜寐 7~8 小时，有梦，中醒 3~4 次，洗手行为虽偏多，但已经不成负担，心情较为平静，纳便均调。

2008 年 12 月 2 日方加百合 30g，减黄芩。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30 支，临睡前半小时，服 2 支。

解郁 II 号，14 包，每日 2 次，每次半包，冲服。

随访：上药服后病情基本平稳，夜寐较好，虽时担心讲话被录音、洗手偏多，但已能自行宽解。随访 1 个月疗效稳固。



释疑解惑

问：请问什么是强迫症？本案应如何辨治？

答：所谓强迫症，是一种以强迫观念和强迫动作为特征的神经官能性疾病。强迫观念属于一种情绪障碍，强迫动作则是在这种情绪支配下所表现出来的外显行为。强迫观念包括强迫性怀疑、强迫性追忆、强迫性想象、强迫性忧虑、强迫性对立思维等。强迫行为的主要表现是无意义的，刻板的，重复的，仪式化的动作等。如强迫洗涤、强迫计数、强迫仪式。清楚知道这些观念和行為完全不必要，但自己无法加以控制是强迫症的特点，这些症状苦恼窘迫，患者精神痛苦不已，求治心切。



此例患者发病起于惊吓及过分担忧，由此衍生出诸多匪夷所思的症状，如强迫思维（担心家中被窃听、电脑被人控制）及强迫行为（反复清洗双手）。此病独特之处在于患者明知没有必要而自控不能。家中并无财物，平日社会关系单纯，并没有被窃听的必要；身为退休教师，知道肥皂洗手一至两次已达到清洁目的，但不能自拔；失眠症状严重，白天精神焦虑紧张。此皆肝气郁滞、虚阳上亢、瘀热交阻所致。卧不安则胃不和，故而纳谷不馨、胃胀噎气。处方取甘麦大枣之意，解郁安神，用柴胡、天麻、钩藤之属平肝解郁，辅以郁金、丹参、赤白芍等活血清热安神之品，故而心情放松、睡眠改善，后兼以和胃降逆，胃气得和而纳谷自馨，诸症减轻。此类疾患的诊治除遣方用药之外，尚应与之交谈，打开心结，所谓治心病是也。

问：遇到同样的事件，为什么有的人发生强迫症，而有的人不发生？

答：据长期临床观察发现，在人群中大约有三分之一的精神弱势群体，这一类人精神敏感，多思多虑，抗外界干扰能力差，当遇到某种不良事件刺激之后往往发生精神心理方面的问题，得不到及时疏解，反复纠缠在不良情绪之中，再结合其特殊的成长经历则导致发病。

问：对这部分精神弱势群体，除用药外有否其他方法？

答：对于这部分精神弱势群体而言，加强精神承受能力比用药更为重要。因此我们提倡在青少年时期适当加强反面精神锻炼和教育，使其逐步增加对反面事件的耐受能力，对于成年人来说也能预防精神类疾病的发生或巩固疗效。一般说来，强迫观念或强迫行为的产生都基于患者对未来生死、疾病和灾难的恐惧。我常教育病人，我们到地球上是在玩一圈的。有了这样乐观的观念，焦虑强迫的症状自会减轻很多。

问：花生枝叶以往并不是作为药用植物，您怎样想到将其应用于失眠症的治疗？

答：是的，花生枝叶长期以来是作为农田里的废物处理的。20世纪80年代甲肝大流行时发现萱草花不仅有治疗肝炎退黄疸作用，同时病人反应睡眠明显改善。从《本草纲目》中发现李时珍记载了合欢树叶与自然界阴阳消长规律同步，具有“昼开夜合”之特性，从而取合欢树皮和花入药，确有镇静安神功效。由此联想到本人幼年时生长在农村，落花生枝叶具有同样的

“昼开夜合”现象，即触类旁通，由此及彼，闪出横向思维的火花——花生枝叶是否也有治疗失眠的作用？查阅典籍，发现落花生枝叶始载于《滇南本草》，用于治疗跌打损伤。后委托药厂加工成口服液，发现治疗失眠症疗效很好，同时无意间发现用于小儿夜啼疗效也很好，于是从生药材开始进行系统的研究，20年来取得了一系列的成果。

问：请问解郁Ⅱ号的主要成分与功效？

答：解郁Ⅱ号的主要成分为萱草花。萱草花，又名金针菜，作为食疗药膳食用历史悠久。《本草纲目》记载：“萱草花，性味甘凉，无毒，煮食，治小便赤涩，身体烦热，除酒疸……令人好欢乐，无忧，轻身明目。”因其具有昼开夜萎之特性，顺应自然界阴阳消长的变化，与人类的睡眠规律相一致，自古就有将其用于治疗夜不安寐和焦虑忧愁。萱草花可退黄疸，清利湿热，治气火有余，夜不安寐。配合敛阴平肝、行气解郁之品，共收解郁安神，忘忧疗愁之效。

案二 袁某，女，33岁。2008年9月22日初诊。

偏头痛23年。已婚，育有一2岁女儿。自10岁起偏头痛，每于月经前后、吹风、紧张时发作。服止痛药10余年，散利痛3~4粒时不效。每月平均发作头痛4~5次，痛时恶心、双眼难睁。2年前无明显诱因反复出现头晕胸闷、软弱冷汗、心慌胸闷、心脏揪紧感、濒死感，心电图检查正常，心理门诊诊断为焦虑症，06年起服用黛力新、来适普，晨起时心情低落，食欲不振，暖气频作，大便稀溏，紧张则大便意频，小便自调，夜寐安寝，月经调和。现服来适普每日1粒。检查：舌质偏暗红，苔薄黄，脉细弦。表情焦急。血压：135/90mmHg。证属肝阳偏亢，胃气上逆；治拟平肝潜阳，和胃降逆。处方：

| | | | |
|---------|-------------|---------|-------------|
| 桑叶 20g | 白芷 15g | 天麻 10g | 钩藤 (后下) 15g |
| 葛根 30g | 川芎 15g | 白蒺藜 30g | 旋覆花 10g |
| 代赭石 10g | 苏梗 15g | 姜竹茹 30g | 制半夏 10g |
| 生麦芽 30g | 赤白芍 (各) 15g | 柴胡 10g | 煅龙骨 30g |
| 郁金 15g | 石菖蒲 10g | 延胡索 15g | 淮小麦 30g |
| | | | 生甘 |



草 10g 蝉衣 6g 僵蚕 10g

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2008 年 10 月 15 日。上药服后心情较前平静，焦虑感缓解，纳食渐增，暖气减少，大便调顺，头痛频率下降，经前仍有头痛，程度较前轻，恶心未作，无心悸胸闷。舌质偏红，苔薄微黄，脉细。

上方减制半夏，14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2008 年 11 月 12 日。停西药 1 周，心情明显改善，头痛 2 周末作，夜寐多梦，纳便均调。舌偏红，苔薄白，脉细。

上方减旋覆花、代赭石、姜竹茹、制半夏、生麦芽、延胡索，加百合 30g，焦山栀 15g，芦根 30g。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上药服后精神振奋，头痛偶作但程度较轻，不需服用镇痛药，食欲正常，二便自调。随访 3 个月未见反复。



释疑解惑

问：偏头痛辨证大法是什么？

答：偏头痛是一种发作性疾病，表现为发作性头痛，常伴有恶心、呕吐、畏光、怕声等症状，是常见的神经系统疾病之一。此病常反复发作，难以根治，严重影响患者的生活质量。中医学属“头风”、“头痛”范畴。该疾病发作时的表现与风性之善行而数变的致病特点相符。肝禀风木之性，因此辨证外则从风，内则从肝。

问：偏头痛时发时止，偏头痛的诱发因素是什么？

答：偏头痛的诱因甚多，有如下几类：①精神因素：如精神紧张、恼怒、焦虑或过度悲伤；②外界物理性刺激：如强光、噪音、异味、强烈刺激性的图案等。③饮食因素：饥饿或进食较晚，刺激性食物等。④气候的变化：如暴晒、久风、寒冷刺激等。此外睡眠状况差、过度疲劳、女性月经周期等原因也可诱发。

问：偏头痛有家族遗传倾向吗？

答：偏头痛确实有家族遗传倾向，部分病人家庭中可能有癫痫病人，故

认为该病与遗传有关，但尚无一致的遗传形式。此病虽与先天禀赋有关，但是后天因素也占据了相当重要的位置。

问：本案应如何辨证论治？

答：患者为年轻女性，偏头痛史23年，外婆有类似病史。头痛每于月经前后、吹风、精神紧张时发作。精神症状明显，情绪低落，心悸胸闷，恶心，食欲不振，嗝气，辨证分型为肝阳偏亢、胃气上逆所致。肝阳偏亢则清窍失养，故每于气血亏虚时头痛发作。治以平肝潜阳，和胃降逆之剂则头痛自减，胃脘得舒而心悸胸闷不作。

方用桑叶平肝凉血，白芷祛风止痛，白蒺藜平肝疏风，天麻、钩藤平肝息风，葛根、川芎理气行血，郁金、石菖蒲开窍醒神，旋覆花、代赭石和胃降逆，竹茹、半夏化痰和胃，柴胡和解表里、疏肝，煅龙骨镇惊安神，赤白芍和营化瘀，合欢皮、远志解郁和血定志，蝉衣、僵蚕息风。患者服用后头痛明显改善，胃脘转舒。但此种头痛与先天体质有关，根除需长期治疗。

四、嗜睡

李某，男，24岁。2008年2月28日初诊。

嗜睡2年伴重复动作。诱因不详。有强迫症病史8年（精神卫生中心诊断并治疗）。强迫重复动作。现服用佐洛复0.5粒，舒必利1粒。入睡困难，一旦睡着则连续睡16~17小时。白天仍感疲乏，哈欠频频，头痛头晕，颈滞手麻，心慌心烦，胸闷紧张，口干，纳食一般，大便2~3日一行，不干，小便自调。有先天性心脏室壁缺损修补术史。检查：表情紧张。舌偏暗，苔薄白，脉弦。证属脑窍闭塞，瘀热交阻；治拟醒脑通窍，清化瘀热。处方：

桑叶20g 白芷15g 白蒺藜30g 天麻10g 钩藤15g
葛根30g 川芎15g 柴胡10g 煅龙牡（各）30g
郁金15g 石菖蒲10g 焦山栀15g 黄芩15g 赤白
芍（各）15g 丹参30g 合欢皮30g 蝉衣6g 生黄
芪30g 桂枝9g



14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30 支，临睡前半小时，服 2 支。

二诊：2008 年 3 月 14 日。上药服后又抄方 3 剂，共服 17 剂，现夜寐 8 ~ 9 小时，上午精力较充沛，午后感乏力，胸闷紧张消失，偶感心慌，纳谷转馨，二便调顺。舌偏暗，苔薄白，脉弦。

上方加栝楼皮 15g，远志 10g，减黄芩。

14 剂，每日 1 剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

落花安神口服液，30 支，临睡前半小时，服 2 支。

随访：上药服后嗜睡症状消失，精力明显改善，随访 3 个月疗效稳固。



释疑解惑

问：患者无论昼夜倦怠思睡，这也是昼夜节律紊乱的一种表现吗？

答：睡眠是人体的本能，也是人类顺应自然界昼夜交替变化的具体表现。夜间有高质量的睡眠，白天才能精神百倍，反过来说，人在白天应该充分活动，夜晚才能安睡，正所谓昼精夜寐。卫气行于阳则阳分之气充盛，阳主动，故白昼时应精力旺盛；卫气行于阴则阴分充盛，阴主静，故夜间目瞑安寝。然患者无论昼夜均自感困重而嗜睡。因此，失眠与嗜睡同样都是人体昼夜节律紊乱的表现。

问：对嗜睡患者应如何辨治？

答：脑为精明之府，无论不寐抑或嗜睡总与脑有关。治疗不寐从肝论治，治疗嗜睡则从醒脑开窍论治。治疗此例嗜睡患者，在通窍醒脑、清化瘀热的方剂上合用落花安神合剂，效果迅速有效。方用桑叶平肝凉血，白芷开窍，天麻、钩藤平肝息风，葛根、川芎理气行血，郁金、石菖蒲开窍醒神，柴胡和解表里、疏肝，煅龙牡镇惊安神，焦山栀、黄芩清热，赤白芍、丹参和营化瘀，合欢皮、远志解郁和血定志，地骨皮清虚热，蝉衣、僵蚕息风。

问：我发现您治疗该例嗜睡患者也使用了落花安神合剂，而以注您是将其用于失眠症治疗的，这是为什么？

答：落花安神合剂是落花生枝叶的提取物，取其枝叶具有昼开夜合之性，我认为其必然与人体正常睡眠具有共同物质基础，经实验研究证实落花安神

合剂具有调节脑血管功能，增强记忆力的作用，所以治疗嗜睡症时，我亦大胆用之，而收效显著。由此可见，中药往往具有双向调节作用。

此外，在临床使用落花安神合剂的过程中我发现，中老年患者有脑动脉硬化合并失眠症疗效尤为明显。经过动物试验发现落花生枝叶能够增强老年大鼠学习、记忆能力，对离体蛙心有正性肌力作用，并且能够放松猪离体基底动脉，并有增进机体免疫功能的作用。

问：新一代的青少年大多都是独生子女，精神承受能力注注较差，您认为怎样才能避免出现各种精神心理问题？

答：近些年来临床上的确看到有很多青少年出现精神心理问题，经询问之后，都与家庭或学校教育有着密不可分的关系。新一代的独生子女在家里往往有祖辈和父辈几个大人围着嘘寒问暖，衣来伸手、饭来张口，以自我为中心，不懂关心他人。到了学校或者踏上社会之后往往与人交往困难，遇到不如意之事不知怎样处理，从而产生各种精神心理问题。因此，青少年人有一些挫折教育是好事，能够磨炼他们的意志，同时，更应该学习一些哲学，武装自己的头脑，这样才能防患于未然。

五、眩晕

朱某，男，76岁。2007年11月28日初诊。

眩晕5年。5年来眩晕阵发，无耳鸣，视物模糊，颈项板滞，过敏性鼻炎史，遇冷风则喷嚏连连，纳食一般，口干，夜尿频繁，大便尚调，足冷。慢性前列腺炎病史8年。高血压病史10年，长期服用降压药。要求膏方调治。检查：舌质淡红有齿印，苔薄少，脉弦滑。证属肝阳偏亢，肾气不足；治拟平肝补肾。处方：

| | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 仙灵脾 200g | 地骨皮 200g | 菟丝子 200g | 补骨脂 140g |
| 芡实 300g | 石韦 300g | 炙狗脊 200g | 桑寄生 200g |
| 杜仲 200g | 制首乌 140g | 山萸肉 140g | 枸杞子 200g |
| 女贞子 200g | 蚤旱莲 300g | 淡附片 120g | 桂枝 120g |



当归 140g 熟地 140g 赤白芍 (各) 200g 丹参 300g
 葛根 300g 川芎 200g 鸡血藤 300g 威灵仙 300g
 全括楼 300g 苦参 200g 北沙参 200g 芦根 300g
 桑白皮 300g 天麻 140g 钩藤 200g 决明子 300g
 炙黄芪 300g 党参 200g 炒白术 200g 焦山栀 200g
 茯神 300g 合欢皮 300g 密蒙花 140g 生晒参 200g
 冰糖 100g 阿胶 250g

上药同炼成补膏，每晨空腹服用一匙。遇感冒则暂停。

随访：次年春天，患者来告，服上方一料后精神振作，喷嚏少作，一冬无感冒。眩晕明显减轻，血压平稳，夜尿减少，1~2次。足部温暖。



释疑解惑

问：我以前看到过一些含大量芝麻、核桃等食补之品的膏方，请问老师膏方分哪些种类？

答：对于膏方的处方也是根据每一位中医师的治疗理念不同而有所区别的。有的医生处方以滋补为主，兼有缓和的治疗作用，适合于虽有小恙，但并无大碍的人群。有的医生处方多用黑芝麻、核桃之类食疗之品，多用于身体并无明显不适而希望借冬令调养身体的人群。我开的膏方大多调补兼施，既对疾病起到治疗作用，又能够调补元气。但总体说来，膏方是由以下三部分组成：①饮片药物，即起主要治疗作用的中药，需根据个人情况不同辨证施治；②胶类，具有滋补作用，如阿胶养血止血、滋阴润肺，鹿角胶可温肾助阳、生精补髓、活血散结等。另一方面用于制作过程中收膏用；③糖类，如冰糖、麦芽糖、蜂蜜等，可补中缓急，又可改善口感，对不适合服用糖类的患者可用其他对人体无害的甜味剂替代。

问：请问您的处方思路？

答：开膏方之时，我首先注重原发病的辨证论治，在此基础上，培补脾胃之气，此外结合年龄及体质因素，调补肾气。此老年患者，眩晕阵作，伴畏风恶寒，尿频足冷，乃肾气亏虚，肝阳偏亢所致，正所谓“风盛则动”之谓也。眩晕之病机，不外清气不升、浊阴不降。处方总冠以平肝补肾之义，

分平肝、补益肾之精气与健脾助运三部分。以仙灵脾、菟丝子、补骨脂、芡实补益肾气，地骨皮清虚热，炙狗脊、桑寄生、杜仲强腰脊，石韦清利下焦湿热，淡附片、桂枝温阳助运，赤白芍、丹参和营活血，桑白皮、天麻、钩藤平肝，党参、黄芪、白术健脾助运，则药性可达周身，又以阿胶等补益气血，故而收效显著。

六、遗溺

韩某，男，3岁半。2009年8月19日初诊。

自幼夜间遗尿、纳少、寐差。患儿自幼夜间遗尿数次，睡中磨牙、惊叫、多动，夜寐不安，约7~8小时，午睡2~3小时。白天好动顽皮，纳食量少，大便每日1~2次，出汗不多。检查：面色红润。顽皮多动。舌质红，苔薄微黄，脉细。证属肝木偏旺，脾肾不足；治拟平肝补脾益肾。处方：

柴胡 6g 煅龙骨 30g 天麻 10g 钩藤 6g 桑叶 10g
太子参 15g 党参 9g 焦白术 6g 生麦芽 15g 菟丝子 6g
金樱子 6g 生黄芪 10g 生甘草 3g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年9月16日。上药服后夜寐较安，睡中翻动、惊叫减少，家长观察到翻动时将其叫醒则小便，夜尿1次，仍有睡中磨牙，胃口改善，大便调。舌质偏红，苔薄白，脉细。

上方减桑叶，改生麦芽20g，加芡实20g。

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：随访2个月症状平稳，发育良好。



释疑解惑

问：小儿注注不能控制小便，尤其在夜间，要诊断为“病”需符合什么标准？

答：一般5岁以上的少年儿童在无神经及泌尿系统器质性病变的情况下，



不能自主控制排尿，经常在入睡后不自觉地将尿液排泄在床上，才能诊断为遗尿病。轻者数夜一次，重者一夜数次，中医又称之为“遗溺”。该病病机为膀胱气化功能失司，无权约束水道所致。如《灵枢·九针论》云：“膀胱不约为遗尿。”《针灸甲乙经》：“虚则遗溺。”《诸病源候论》：“遗尿者，此由膀胱有冷，不能约于水故也。”《幼幼集成》则认为“此皆肾与膀胱虚也”。该小儿年仅3岁，尚未达到诊断为遗尿病的标准，但亦应早期治疗，遗尿若长期不愈，致使患者产生自卑感，而且对小儿的智力、体格、身心健康都会产生不良影响。

问：患有遗尿的小儿往往白天异常活跃，请问这种表现与遗尿有关吗？

答：小儿“肝常有余，脾常不足”。肝旺小儿的特点是白天顽皮多动，夜寐多动不安，甚则入睡难，磨牙，睡中惊叫，食欲不振，多汗，易于感冒，夜间遗尿等。

问：本案应如何辨治？

答：此小儿3周岁有余，夜间多次遗尿，舌质红苔薄微黄，脉细。辨证属肾气不充。故辨证从平肝健脾补肾着手，以柴胡、煅龙牡疏肝潜阳，天麻、钩藤、桑叶平肝凉血，炙黄芪、太子参、党参补益肺脾之气，焦白术、生麦芽健脾开胃，菟丝子、金樱子补肝肾之精，生甘草调和诸药。服一诊药后诸症改善，胃纳较好，故减生麦芽，加用芡实以加强补肾之力。先天、后天之本兼顾，肝气平顺，故而诸症缓解，发育如常。

问：肝旺小儿平时该怎样调养？

答：由于独生子女政策的施行，现在我国每个家庭多只有一个孩子，因此如何优生优育成为每个家庭的头等大事。但是很多家长重视过度，在育儿过程中谨小慎微，往往给孩子吃得过多、穿得过多。俗语说：“要想小儿安，三分饥与寒。”尤其是肝旺小儿，平时多动易汗，穿得过多不利于散热，大汗之后遇风冷则更易感冒。肝旺小儿应少吃油炸食品，因其易于积热动火。亦不宜吃得过饱，影响脾胃功能的运化。

七、喘证

唐某，女，5岁。2009年8月5日初诊。

消瘦、反复咳嗽气喘3年。患儿身高107厘米，体重14公斤。近2年体重不增加。3年来每年春、秋两季均有3~4个月咳嗽、气喘，需服大量抗生素。外院过敏原检测显示为尘螨过敏。夜间咳剧痰微黄，盗汗，纳少，一顿饭需喂食1小时，经常诉脐周痛，晨起喷嚏频作。体检：舌质偏红，苔薄黄，脉滑。形体消瘦，面色无华，精神萎靡。两肺呼吸音偏粗，未闻及干湿啰音，心率86次/分，律齐。证属肺脾两虚，肺失清肃；治拟补益脾肺，清肺化痰。处方：

炙黄芪9g 党参6g 太子参15g 北沙参15g 碧桃干9g
糯稻根15g 淮小麦15g 江剪刀草15g 玄参9g
麦冬6g 辛夷花3g 炙百部3g 枇杷叶9g
生麦芽15g 生甘草3g

7剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年8月19日。患儿服用上药后夜间咳嗽减少，约12时及凌晨5~6时咳嗽1次，无痰，盗汗仍作，喷嚏仍多，胃口改善，进食较前明显增快。舌淡红微暗，苔薄白腻，脉细。处方：

碧桃干15g 糯稻根15g 淮小麦15g 炙黄芪15g
党参9g 太子参20g 北沙参20g 江剪刀草20g 玄参10g
麦冬6g 辛夷花6g 炙百部6g 枇杷叶12g
生麦芽30g 生甘草6g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：服上药后患儿精神转振，食量增加。咳嗽基本好转，盗汗较少，咽中分泌物减少，唯晨起仍时有喷嚏。家长注意及时增减衣物，2个月余未有感冒。



释疑解惑

问：哮喘之病较为特殊，不发时一如常人，发作时病势凶猛。请问您有什么体会？

答：哮喘的病因较为复杂，其诱发因素不外六淫外感，七情内伤，或饮食失节，劳欲过度，引发停痰宿饮。是故哮喘为本虚标实之证。当须泻实不伤正，扶正不留邪。

部分慢性咳嗽儿童要考虑到咳嗽变异性哮喘（cough variant asthma, CVA），该病是以持续或反复发作性咳嗽为主要表现的特殊类型哮喘，又称咳嗽型哮喘、隐匿性哮喘。是儿童慢性咳嗽的最常见原因。

哮喘一症，不但是肺脏功能失调所致，其他脏器的变化均可影响及肺而引起咳嗽，见咳止咳是难以取效的，正如《内经》云：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，小儿反复咳嗽的本因多为肺脾两虚，正所谓“邪之所凑，其气必虚”、“正气存内，邪不可干”。哮喘发作期应以驱邪为主，缓解期应以培本为主。

问：小儿喘咳有怎样的特点，其治疗应注意些什么？

答：小儿“肺常不足”，肺脏娇嫩，更易宣肃失司，故应顺应肺的功能特点，顺其功而悦其性，使喘咳向愈。肺居上焦，主一身之气，其性宜宣宜降，为阳中之阴，应遵吴鞠通之“治上焦如羽，非轻不举”。儿科用药强调轻清灵动，力求因势利导，补脾胃、调肺气。

问：请问该小儿的用药思路？

答：目前患儿处于平稳期，因此治疗上要标本兼顾。方以炙黄芪补气，北沙参、党参、太子参补益脾肺之气阴，由于多汗则毛孔开泄，外邪易于入侵，故而以碧桃干、糯稻根固表敛汗，淮小麦既安神又解郁，江剪刀草清热化痰，玄参、麦冬清热养阴，辛夷花宣通鼻窍，百部、枇杷叶润肺止咳，生麦芽开胃助运化，甘草调和诸药。故能标本兼治，收效甚著。服药后患儿发育正常，抵抗力增强，感冒少发。

八、胸痹

方某，男，57岁。2007年3月16日初诊。

心痛反复发作10年。胸闷、胸骨正中偏下疼痛反复发作10年，经西医诊断为冠状动脉粥样硬化性心脏病，经西药治疗后有所改善。近2个月来又发作，表现为针刺样痛，约5分钟后缓解，伴有头痛头晕，颈痛，情绪不佳可诱发发作。夜寐安，血糖升高，口不干，纳可，便调。胆固醇升高，血糖偏高，具体指标未提供。心电图提示心肌缺血。检查：舌偏黯红苔薄白，脉细弦。血压：160/90mmHg。证属心脉痹阻，肝阳偏旺；治拟活血平肝通痹。处方：

全瓜蒌 15g 薤白 10g 苦参 15g 赤白芍（各） 15g
丹参 30g 延胡索 15g 桑叶 15g 天麻 10g 钩藤
（后下） 15g 葛根 30g 川芎 15g 蔓荆子 20g 柴胡
10g 煨龙牡（各） 30g 郁金 15g 石菖蒲 10g 麦
冬 15g 黄芪 30g 净蝉衣 6g 白僵蚕 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2007年3月30日。

服药后胸部闷痛明显好转，心情平静，颈部滞痛减轻，纳可，二便调。舌质淡红，苔薄白，脉细弦。血压135/70mmHg。

上方14剂。

随访：上药服后症状基本缓解，随访3个月未见复发。



释疑解惑

问：冠心病与胸痹有什么关系？

答：胸痹是以胸部闷痛，甚则胸痛彻背、背痛彻心、气短为主的一种病证，现代医学诊断的冠心病、心绞痛及心肌梗死、病毒性心肌炎、心肌病、肺气肿等出现胸闷、心痛、气短等症状者，似可归属于中医之胸痹。



问：历代对胸痹的治疗有哪些方法？

答：胸痹的治疗，《伤寒杂病论》采用通阳散结，行气祛瘀等法。以瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、小陷胸汤治之。历代医家多宗此加减化裁。近代由于受到西医心肌缺血理论的影响，中医辨证之时往往多用各类活血化瘀药物。

问：为何胸痹的发生有年轻化的趋势？

答：胸痹原为威胁老年人生命健康的重要病证之一。随着现代社会生活方式的改变和生活节奏的加快，精神压力增大，人们的生活方式、饮食习惯发生了巨大的变化，摄入过多的蛋白质和脂肪，运动量减少，导致该病发病年龄日趋年轻化。

问：该患者情绪不佳之时可导致发病，胸痹之症与情绪有关吗？

答：该病的确与情志失调密切相关。历代医家关于这方面的论述颇多。如《灵枢·口问》云：“故悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。”沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》认为“总之七情之由作心痛”，“喜之气能散外，余皆足令心气郁结而为痛也”。

七情之中，因肝气不畅导致胸痹最多。情志致病，多致气机不畅，升降失常，首先影响肝的疏泄功能，瘀血、痰浊由此而生，痹塞心脉，胸痹乃作。《薛氏医案》曰：“肝气通则心气和，肝气滞则心气乏。”《灵枢·厥病第二十四》更将其名为肝心痛：“厥心痛，色苍苍如死状，终日不得太息，肝心痛也。”

问：该患者应如何辨证施治？

答：中老年患者，素喜肥甘厚味之品，缺少运动，日久生病。肝脉布胸胁，经脉气滞而胀痛；肝藏血，主疏泄，肝气久滞，则心血痹阻，故而心痛。本例处方以全瓜蒌、薤白宽胸理气；赤白芍、丹参、麦冬活血养阴；延胡索活血止痛；桑叶、天麻、钩藤平肝，柴胡疏肝，郁金、石菖蒲开窍醒神；黄芪益气，蝉衣、僵蚕宣痹通络。胸痹症状很快缓解，且久高不下的血压也得以平稳。此例患者的治疗并不是“见心治心”，整个治疗过程贯穿了辨证论治、治病必求于本的原则。

九、便秘

金某，女，30岁。2009年7月22日初诊。

便秘、痛经、胃痛1年余。患者长期值班，工作紧张，生活不规律。胃脘胀痛、暖气泛酸，大便秘结数日一行，经前乳房胀痛，行经时小腹、腰酸疼痛难忍。平时倦怠乏力，精神不振，工作紧张，无法保证睡眠时间，每日睡眠5小时左右。检查：舌质暗红，苔薄黄，脉细弦。血压：125/80mmHg。证属肝气郁滞，瘀热交阻；治拟平肝解郁，活血清热，和胃安神。处方：

柴胡 10g 煨龙牡（各）30g 八月札 30g 蒲公英 30g
乌贼骨 30g 天麻 10g 钩藤（后下）15g 葛根 30g
川芎 15g 郁金 15g 石菖蒲 10g 焦山栀 15g 黄芩
15g 玄参 15g 赤白芍（各）15g 当归 10g 合欢
皮 30g 远志 10g 蝉衣 6g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年8月5日。

上药服后大便转调，每日1行，偏稀。胃脘转舒，月经未行。精力较前充沛。舌偏暗红，苔薄白，脉细弦。

上方14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2009年9月2日。胃脘转舒，纳食好，月经先期3日，经行较畅，无腰腹痛，大便调，略口干。因工作紧张仍不能保证睡眠时间，但是睡眠质量较好。舌质偏暗红，苔薄净，脉细弦。

上方减玄参，14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上药服后病情进一步改善，随访2个月较稳定。



释疑解惑

问：便秘的发生率有升高的趋势，是什么原因？

答：现代社会人们由于饮食结构的改变、精神压力大、心理因素的干扰、



生活不规律或工作繁忙、忽视便意等因素，使得便秘的发生率越来越高，已成为影响现代人生活质量的重要因素之一。如此例患者由于长期值夜班，并且在摄像头的监视下工作，精神压力较大，肝气不得舒畅，脾阴不足，肠功能紊乱，所以发病。经常由于工作紧张而强忍大便，大肠中糟粕不能及时排除，长期如此则形成便秘。

问：本案应如何辨证用药？

答：患者情志不舒，工作压力过大，导致肝气郁滞，人体气机升降失调，清窍失养故而头痛；肝主疏泄，肝气郁则经行不畅，经行腹痛。治以柴胡疏肝，煅龙牡潜阳安神，八月札理气，蒲公英、乌贼骨解毒养胃抑酸，天麻、钩藤平肝，葛根、川芎理气行血，郁金、石菖蒲开窍醒神，焦山栀、黄芩清热燥湿，赤白芍、当归和营化瘀养血，合欢皮、远志解郁和血定志，玄参养阴清热，蝉衣、僵蚕息风。诸药合用，使肝气得舒，胃气得和，清窍得养。

问：历代中医怎样认识便秘，您有何看法？

答：历代医家对便秘多有著述。《内经》：“大肠者，传导之官，变化出焉。”《儒门事亲》：“胃为水谷之海，日受其新，以易其陈，一日一便乃常度也。”《景岳全书·秘结》：“阳结证，必因邪火有余，以至津液干燥。”有“热秘”、“气秘”、“冷秘”等之分。我认为无论是何种病因引起便秘，肠道的张力不足是其根本原因，其治则应宗“气行则大便畅行”之法，可以益气、行气之法，兼以润肠；久病者加用活血药物。对便秘严重患者可以暂用泻下药，但常用则导致药物敏感性降低，肠道自主排便能力丧失甚至导致大肠黑色变等不良后果，应谨记。

十、瘾疹

徐某，女，46岁。2008年12月10日初诊。

风疹反复不愈4个月，睡眠偏差。4个月前无明显诱因出现全身风团，瘙痒难耐，时发时消，此消彼长。现服多种抗过敏药物无效。因风疹影响睡眠，夜寐5~6小时，较浅，中醒多次。白天精神不振，食物略冷则胃脘不

适，大便干，需服用通便药物。月经正常，小便正常。舌质淡黯，苔薄白，脉细。证属肝亢化风，瘀热交阻；治拟平肝息风，清化瘀热。处方：

荆防（各）15g 牛蒡子 15g 白鲜皮 20g 蝉衣 6g
僵蚕 10g 柴胡 10g 龙牡（各）30g 天麻 10g 钩
藤 15g 葛根 30g 川芎 15g 赤白芍（各）15g 丹
参 30g 生地 30g 知母 15g 丹皮 10g 桂枝 9g
甘草 6g 当归 10g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年1月7日。风团明显减少，瘙痒减轻，夜寐5~6小时，偶醒1次，午睡半小时至1小时，白天精神转振，大便仍干，需服通便药。舌质偏黯，苔薄白，脉细。

上方加羊蹄根30g，14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

三诊：2009年1月21日。停用西药，风团减少，以夜间为多，夜寐5~6小时，大便调，每日1行。舌质偏暗红，苔薄白，脉细。

2008年12月10日方加羊蹄根30g，丹皮加至15g。

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上方服后风团基本消失，夜寐随之改善，大便调。随访半年未见反复。



释疑解惑

问：本病有何临床表现？

答：本病俗称“风疹块”，西医诊为荨麻疹，是由于皮肤黏膜小血管扩张及渗透性增加而引起的一种局限性、一过性水肿反应。主要是由于感染、吸入物、食物及药物等诱发，与气候变化、理化刺激及遗传有密切关系。其发病机制西医分为变态反应和非变态反应两种。前者主要是由I型变态反应引起，少数为II型或III型反应。临床表现为局限性大小不等的风团，骤然发生，迅速消退，愈后不留痕迹，有剧烈瘙痒感及烧灼感，中医学称之为“瘾疹”。

问：本病的病因是什么？

答：根本病因在于先天禀赋不足，体质过敏，遇到外界因素的刺激，如



风寒外袭，营卫失和，日久则致表虚，卫外不固，更易受邪；风热外袭，营卫不和，久则风热之邪留恋，外不得透达，内不得疏泄；或饮食所伤，湿热内蕴，郁于肌肤。

问：在治疗皮肤疾病时，往往但从表治，请问您的辨证思路是怎样的？

答：你说的很对，皮疹之辨证往往误入治表的误区。“有诸内必形诸于外”，治病必求于本。此例患者反复风疹不愈，大便干燥，胃脘畏寒。辨证为肝亢化风、瘀热交阻而表气不和所致。肝亢是发病的根本原因，风邪束表为其标。“治风先治血、血行风自灭”。治疗以荆防、牛蒡子、白鲜皮祛风解表，蝉衣、僵蚕平肝息风，柴胡、龙牡疏肝潜阳，葛根、川芎疏肌活血，赤芍、丹参凉血和营活血，生地、知母养阴润燥，丹皮、当归清血热养血，桂枝解表，甘草调和诸药。上药同用表里同治，标本兼顾。羊蹄根又名土大黄，能够清热解毒利湿，有通便之效，我常用之治疗皮肤疾患，三诊之时因夜间风疹较多故而加用丹皮以凉血和营，故而服后风疹基本消失，夜寐改善。

十一、痤疮

杨某，男，26岁。2009年4月29日初诊。

面部、颈部、大腿内侧热疮反复发作5年。患者5年来颈面部、大腿内侧热疮反复发作，已经形成瘢痕疙瘩。颈部淋巴结肿痛，平时易上火，口气秽浊，纳好，二便调，夜寐安。检查：颈面部、大腿散在痤疮。舌质红，苔薄黄，脉弦滑。证属热毒炽盛，蕴结肌肤；治拟清热解毒，活血化瘀。处方：

紫花地丁 30g 蒲公英 30g 延胡索 15g 赤芍 (各)
15g 丹参 30g 当归 10g 葛根 30g 川芎 15g 生
米仁 30g 夏枯草 30g 生黄芪 30g 桃红 9g 银翘
(各) 15g 黄芩 15g 川连 6g 炙甘草 6g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：由于患者工作较忙，就诊较困难，自行连续抄方服用1个月，家属来告热疮明显减少，颜色较浅，未再有新发。



释疑解惑

问：请问痤疮之病古已有之吗？

答：痤疮之病，早在《黄帝内经》中已有记载，首见于《素问·生气通天论》：“汗出见湿，乃生痤疮……劳汗当风……郁乃痤。”王冰诠释为：“阳气发泄，寒水制之，热拂内余，郁于皮里……此皆阳气内郁所为。”《医宗金鉴》指出“肺风粉刺”治疗以内服外敷相结合，内服“枇杷清肺饮”，外敷以“颠倒散”，缓缓收功。传统的治疗法则，多以清肺胃湿热为主。

问：为何痤疮在青春期好发？

答：青春期阳气偏旺，情志易激，过劳少眠，食厚味、辛辣之物，易助阳气之源。在女子又与冲任两经相关，故而青春期好发。

问：痤疮是困扰年轻人的大问题，请问应怎样认识该病？

答：痤疮是一种顽固性皮肤病，西医认为是由于皮脂腺不畅通而发生的慢性炎症性皮肤病变，好发部位多在面部，严重者前胸、后背甚至臀部、大腿部亦可发生。发病年龄多为青春期前后。虽为皮肤小恙，却久治难愈，影响美观，给青年人带来巨大烦恼，患者情绪往往不稳定，忧虑急躁。

问：该患者病情较重，热疮遍及全身多处，请问如何辨证用药？

答：肝主疏泄，性喜条达，青春期阳气有余，易成气火，郁结于皮肤则为痤疮，火灼络伤，或经抓搔，则成瘢痕。故以清火解毒，活血化瘀为基本法则。该年轻男子颈面部、大腿较多热疮，口气臭秽，舌质红、苔薄黄，脉弦滑。辨证属肝火热毒炽盛，蕴结肌肤，故以紫花地丁、蒲公英、银翘、川连清热解毒，延胡索行气活血，赤芍、丹参、当归、桃红和营活血，葛根、川芎升清行气，生米仁清利湿热，夏枯草清泻肝火、软坚散结，并辅以生黄芪解毒益气，炙甘草调和诸药，共奏清热解毒、活血化瘀之功。

问：为何在方中应用活血化瘀之药？

答：痤疮之症往往经久不愈，旧痕之上叠加新疮，又因搔痒难耐经常推挤，因此，久病者往往痤疮色黯，为兼有血瘀之象。对于此类患者单用清热解毒之品尚不足，需加用凉血化瘀之品方能收效。病久者更需益气。



问：痤疮应怎样分型辨治？

答：痤疮患者多素体禀赋偏于阳热体质，又喜食煎炸之物致食火内生，或情志内伤致五志过极化火，或劳心过度而耗阴伤血。辨证总不离火热、痰瘀或湿热。

辨治之时首先注重皮损及部位。皮损颜色鲜红，多数火盛，若见白头、黑头则要从痰瘀、湿毒论治。多数患者只发于口周及鼻额部，少数累及胸背部，严重者瘙痒甚至累及肢体，女性患者可于月经前后加重。

十二、口疮

罗某，女，62岁。2009年7月8日初诊。

口腔溃疡反复发作半年，伴颌下淋巴结肿痛2周。患者半年来口腔溃疡反复发作，以舌尖、舌边及面颊黏膜为多，局部圆形疮口，疼痛剧烈。近2周伴有颌下淋巴结肿痛，静滴抗生素13天，疗效不明显。偶有牙龈肿痛，胃脘灼痛，纳食减少，大便稀，日行1~3次。检查：面色少华。舌质暗红，苔白腻，脉细弦。血压：130/80mmHg。证属肝心火旺，痰热交阻；治拟平肝清心，活血清热。处方：

川连 6g 银翘（各） 15g 焦山栀 15g 黄芩 15g 绿
萼梅 10g 紫花地丁 30g 蒲公英 30g 延胡索 15g
赤白芍（各） 15g 丹参 30g 夏枯草 30g 甘草 6g
桑叶 20g 天麻 10g 钩藤（后下） 15g 葛根 30g
川芎 15g 蔓荆子 20g

14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

二诊：2009年8月19日。颌下淋巴结肿痛明显减轻，胃脘转舒，纳食增加，但口腔溃疡仍反复发作，口气秽浊，大便转调，每日1行。舌偏暗红，苔薄白，脉细弦。血压：120/75mmHg。

上方减蔓荆子，14剂，每日1剂，水煎两次，早晚饭后半小时分服。

随访：上方服后颌下淋巴结肿痛基本消失，口腔溃疡创面基本愈合，随

访1月未见明显不适。



释疑解惑

问：口疮的病因是什么？

答：现代医学名之为复发性口腔溃疡，其病因尚不明确，常与精神紧张、过食辛辣、免疫力下降等因素有关。此病为临床常见病、多发病。中医学历代医家多有记载，属“口糜”、“口破”、“口疮”等疾病范畴。其发病原因中医学著作中亦有许多记载。《内经》中指出“诸痛痒疮皆属于心”，《外台秘要》云“心脾有热常患口疮”等。如《诸病源候论·口舌疮候》云：“手少阴，心之经也，心气通于舌；足太阴，脾之经也，脾气通于口。脏腑热盛，热乘心脾，气冲于口与舌，故令口舌生疮也。”

口腔溃疡初发多为实火，而长期迁延难愈或反复发作多属虚火或虚实夹杂。但总因正气不足，外感六淫或饮食及七情内伤而致。长期反复发作则瘀热交阻于颌下部位，而成瘰疬。患者年过花甲，平时起居调理不当，正气不足，以致邪气留恋，故反复不愈。

问：口疮具体有哪些临床表现？

答：临床表现为口腔黏膜孤立的圆形或椭圆形的浅层小溃疡，可单发也可多发在口腔黏膜的任何部位，有剧烈的烧灼性疼痛，甚至影响说话和进食，尤其是遇冷热或其他刺激性东西后疼痛加剧。可能会伴有头痛，低热，全身不适等。如有继发感染则局部淋巴结可肿大。病损愈合后调养不当常复发。

问：口疮应如何辨证论治？

答：舌为心之苗，口疮多由肝心火旺引起，口疮反复发作，表面覆盖黄苔，红肿热痛，口气臭秽，心烦燥热，小便短赤，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉弦滑。治宜清热泻火，生肌疗疮。此外，亦有阳虚之体，因虚阳上越导致口疮者，当以附子、肉桂之品引火归元。亦有因气虚血瘀、虚火上炎见口疮者，自当益气化瘀。临床变证颇多，应详加辨证，切记不可生搬硬套，只以苦寒之品泻火，徒伤脾胃。

问：本案应如何辨证用药？

答：该患者口疮反复发作半年，伴见口气秽浊，舌质暗红，苔白腻，脉



细弦。证属肝心火旺，瘀热交阻。以平肝清心，调理气血之法，使脏腑功能达到阴阳平衡状态，从而使病除体健。方以川连、银翘、焦山栀、黄芩、蒲公英、紫花地丁清热解毒，绿萼梅清虚火，延胡索、赤白芍、丹参清热活血止痛，夏枯草散结祛瘀，桑叶平肝凉血，天麻、钩藤平肝息风，葛根、川芎、蔓荆子活血行血。如此肝心之火得清，虚热得平，瘀热得散，故而诸症自愈。

问：临床常见某些病人口腔溃疡反复发作，该怎样调养防止复发？

答：首先生活要规律，早睡早起，养成良好的睡眠习惯。其次，饮食宜清淡，少食或不食油腻腥辣发物，不饮酒，保持大便通畅。调畅情志，避免大喜大怒。某些免疫系统疾病的患者，如系统性红斑狼疮等，常伴见口疮，治疗起来相对棘手，除治疗口疮外，应注重其原发病的治疗。

[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 3

作者 = 上海市中医文献馆编

页数 = 295

SS号 = 12725785

出版日期 = 2011.01