

主审·朱良春 李济仁 徐学义



名家教你读医案

第3辑

◎ 从医案中领会名医理法方药思路的 18 堂课

本书作者在认真阅读了近百位名老中医的医案类学术著作后，遴选出原著中最精华的医案进行了详细研读并予以画龙点睛的评述，使这些名老中医在医案中蕴涵的理法方药经验得以较好的传承和弘扬，对年轻一代的中医、中西医结合医师及中药工作者均颇有参考价值。



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



名家教你读医案

策划编辑 王显刚
编辑邮箱 pmmpzhongyi@yahoo.com.cn
封面设计



销售分类 中 医



定价：35.00元

网址：<http://ebook.pmmp.com.cn>

名家教你读医案

(第3辑)

——从医案中领会名医理法方药思路的18堂课

主 审 朱良春 李济仁 徐学义
主 编 马继松 吴华强 江厚万
副主编 朱建华 毛以林 储成志 陶夏平
编 委 (以姓氏笔画为序)
马 波 王晓戎 冯 梅 冉 铁
朱建平 乔兆丰 闵海燕 汪玉兰
林 波 林 杰 林 贤 林丹峰
胡军平 袁金声 袁端红 徐俊伟
黄丽萍 韩 刚 韩 婷 董胡兴
程和进 蒋 巧 蒋 恬 蒋 熙
潘 峰



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

名家教你读医案 (第3辑) ——从医案中领会名医理法方药思路的18堂课/马继松, 吴华强, 江厚万主编. —北京: 人民军医出版社, 2012. 1

ISBN 978-7-5091-5238-6

I. ①名… II. ①马… ②吴… ③江… III. ①医案—研究—中国 IV. ①R249.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 220061 号

策划编辑: 王显刚 文字编辑: 李 昆 荣 堃 责任审读: 陈晓平

出版人: 石 虹

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 66882586

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927300-8707

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 潮河印业有限公司 装订: 京兰装订有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 14.25 字数: 286 千字

版、印次: 2012 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001—3000

定价: 35.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

朱 序

朱良春

国家级名老中医

著名中医学家

首届国医大师



医案系医者毕生临证经验之结晶，通过简练的叙述，而将理法方药、脉因证治熔于一炉。因此，阅读、学习医案并在深入领会的基础上应用于临床，可在病机分析、证候识别、立法用药的思路、方法及技巧诸方面收到事半功倍之效。学习医案，实为中医工作者所必需。马继松、吴华强、朱建华等共同编著的《现代名医医案选析》（现名《名家教你读医案》）是一部学习、研究医案的入门之作。本书理论联系实际，以辨证法则作指导，层层剖析，深入推敲，使前辈之潜德幽光藉以显彰，耆硕之卓绝积验得以阐发，对提高广大中医和中西医结合工作者的辨证识病水平、立法用药技巧将起到不可估量的作用。

本书特点有三：一是撷取当代名老中医医案之精华，边评边析，使原医疗经验中最珍贵的内容为更多读者所掌握；二是帮助读者学会阅读医案的方法，并为中医院校即将开设的医案课程雪中送炭，增添一本理论联系实际的参考书；三是本书半数以上的医案评析均涉及现代医学的内容，故可作为中西医结合医疗工作者的临床参考用书。本书实乃广大中医工作者渴望之佳作，对促进中医事业腾飞有着深远的意义，一经问世，当不胫而走，爰乐而为之序。

江苏丹徒 朱良春

志于南通市时在戊辰秋月

彭 坚

彭 坚

湖南中医药大学教授

马王堆汉墓医学史研究专家

《我是铁杆中医》作者



我是特别看重医案的，因为医案是总结和传承中医临床经验的一种重要形式。我经常告诫学生，学好中医的诀窍之一就是读医案，临床经验不能完全靠自己积累，要善于学习别人的间接经验，而通过读名家医案来“师人之长”，是一条让自己在临床上早日成熟的捷径，是一种简便有效的方法。多年来，我收集并仔细读过的当代名医医案不下百本，从中得到的好处难以尽述。然而，医案难读，对于初学者尤其如此，难就难在不易分辨一个精彩的案例到底好在哪里。一本名家的医案，其特色何在？本人非具有丰富的临床经验，难以独具慧眼，识得其中的精妙之处，更不用说用文字勾勒出来。而读不懂医案中的精华，也就难以学到其中的奥秘。

《名家教你读医案》就是一本目前少见的、引领中医初学者解读医案的入门之作。展卷读来，我再次领略了作者们的选材之精，用意之深，眼光之锐利，治学之严谨。此书的特点有四：其一，内容广泛，覆盖面非常宽，内、外、妇、儿、五官科齐备。当代近百位临床大家的医案均收罗在列，精心点评，使读者能够从中广泛领略各位名家的经验。其二，不仅对临床常见病予以介绍，还重点论述了大师们对中医五大急症（中风、厥证、血证、痛证、热证）、顽症（如臌胀、肿瘤等）及疑难病症（如精神情志疾病等）的诊治精华，使读者能从“一家之言”中获得对这些病证的独特治疗经验，并纠正“中医只能治慢性病”的陈俗观念与偏见。其三，对各个名家的学术造诣和特点了解甚深，概括精准，且每篇文章的标题皆匠心独具，如“妙用四逆系安危”，这是《吴佩衡医案》温法心悟；“善用清法启后人”，这是《董

建华医案选》钩玄；“斡旋乾运理中州”，这是《吴少怀医案》集锦；“活血化瘀续新篇”，这是郭士魁《杂病证治》撮萃；“治痢善辨风、火、湿”，这是《许履和外科医案医话集》特色；“弹丸之地显神通”，这是《张赞臣临床经验选编》《喉科辨治》要义。行内人一看即明，文章标题所揭示的，恰恰是这些名家学术思想的精华所在。

其四，马继松自1968年参加工作时起，即参与中药的加工、炮制，且极喜旅游，足迹已涉除藏、青、宁、津以外的大陆各地，每至一地即遵古人“读万卷书，行万里路”之旨，尽可能去药材市场向行内人士了解当地名贵药材知识，在评述中对不少名贵药材的产地、鉴别、加工等予以较详尽的介绍。另本书的部分编写人员为西学中临床工作者，在书中亦收录了数位西学中的老专家的诊治经验，也有不少老专家与西医会诊时的疑难医案，故本书也可作为中医药工作者与中西医结合工作者临证参考书籍。马继松本人既是一个在中医院校任教近30年的教师，又是一个临床经验颇为丰富的医生，他深深了解中医学生和中医临床医生最需要什么。因此，整本书的设计，大到选题剪裁，小到只字片语，无不呕心沥血，精心考究，一切为读者的需求着想；更加难能可贵的是，他真正懂得中医教育所缺失的是什么。当20多年以前，中医丰富的临床经验被某些人认为“不科学”“不符合统计学原理”而遭到否定，中医名医医案的价值受到质疑、备受冷落时，马继松等却逆流而上，全身心地投入对名医经验和医案的研究工作中。他们不是为自己的名利，而是为了中医事业，为了中医学术的传承。虽本书的主编身体欠佳，已过知天命之年，但并没有“惟将迟暮供多病”，而像一个普通农民默默地播种耕耘。终于“不信芳春厌老人，老人几度送余春”。如今，马继松等用自己的“余春”，换来了中医事业繁花似锦的春天，他们20多年来为中医事业播下希望的种子，正在发芽、开花，必将结出丰硕的果实！

彭 坚

2009年9月15日

前 言

尝闻“读书不如读案”之明论，故广为收集，潜心读案，尤其珍爱现代名医辨证明晰、用药灵活之力作。既为医案学问之博深而感慨，又为世人读案方法之殊异而遗憾，遂萌生评析近贤医案之设想。遂与吴华强、朱建华君于1989年合作编著了《现代名医医案选析》（以下简称《选析》），遵清代名医周微之“每家医案中，必各有一生最得力处，细心遍读，是能萃众家之长”的教诲，通过对诸贤治常见病、多发病、危急证、疑难证之思路及所用一方、一法、一药的剖析，将其青囊独到之秘，展示于读者面前。出版后同道评价颇高，然因种种原因，未及重印及再版，实为憾事。所喜2008年仲夏人民军医出版社王显刚编辑邀约拙著再版，嘱我们针对如何阅读医案、如何从医案中解析名老中医理法方药思路的难题，给中医初学者提供一本引领解读医案的入门用书，希望我们这些老中医能够结合自己的心得体会给这些中医学子们如何读医案指出一条明路。在此指导思想下，我们进一步充实编写队伍，在原作的基础上，结合中医初学者学习实际，对《选析》内容进行了修订补充，并在编辑建议下冠以新书名《名家教你读医案》，以卓显内容特色。

本系列丛书拟分5辑，均以医案为主线，教给中医学子们如何读医案，但又不局限在医案解读上，而是在对名老中医医案解读的基础上进行了升华，通过对名老中医医案的解读归纳，总结名老中医的理法方药思路及诊治经验，让读者学会融会贯通，为己所用。这才是读医案的真谛！

首辑主要论述名家对汗、下、和、温、清、消、补、涩等治法的具体应用；第2辑评析名家们对五大急证（中风、厥证、血证、痛证、热证）与疑难证（精神情志疾患等）的辨治经验；第3、4辑重点是按呼吸、循环、消化、泌尿、运动、神经、血液、内分泌诸系统，逐一评述名家们对上述系统主要疾病（含以症状命名的病证）的辨治精华；并介绍几位名家对小儿常见疾病的辨治经验。第5辑评述名家对外科（含皮肤科）、妇科与五官科疾病的辨治心得。

《华廷芳医案选》因此次未能觅得，故未能重新撰写，只好仍用《选析》所载的原文，读者阅后，可与现在所写之文比较一下，提出看法反馈我们，万分感谢！

本书所论的百余位名老中医，皆系新中国成立后健在者，因本书脱胎于《选析》，加之编辑要求，故仍以1949年10月1日为分水岭，在此前逝世的名老中医未予收录。关于名老中医生平简介，采自相关出版物或网络资料。由于来源较广，限于时间，未能与名家或其后人（因七成名家已辞世）一一核实（除殷子正、朱良春等极少数名家外），或许有误，我想如无太大出入，他们定能海涵吧！

书中“原按”均系我们引用原书作者的按语并适当浓缩，编著者的看法主要在“评述”中另行表达。有些医案原文，因限于篇幅，也予以浓缩；尤其是药物的顺序，大部分文章均按剂量由大到小顺序排列，虽有些情况下未能突出该方的主药（因并非剂量重者就一定是主药），但篇幅与阅读时间的节省，对学者还是有好处的，也有利于读者互动，请读者自己细品吧！

本书大部分文章经由原医案作者审校并斧正，力争炉火纯青、痕少疵微。然因水平有限，收集欠广，评析欠当之处，恳望同道不吝指正。

本书评析涉及的著名医家过半已谢世，诚为中医事业的重大损失，仅以此书寄托哀思。

马继松

2009年岁末于芜湖

目 录

第 1 讲 立法玄远启神机——谢海洲诊治脑髓病医案理法方药思路评述	1
一、明理析因说脑病	1
二、十二大法治脑病	3
三、临证验案释脑病	6
第 2 讲 证分四型论痴呆——颜德馨诊治老年痴呆症医案理法方药思路评述 ..	17
一、老年痴呆症病因病机阐释	17
二、老年痴呆症证治案评	18
三、老年痴呆症用药宜忌	22
第 3 讲 取宏用精疗咳喘——程门雪诊治咳喘医案理法方药思路评述	24
一、外感咳喘，宜按表里寒热调治	24
二、内伤咳喘，应分脏腑阴阳调治	27
三、咳嗽日久，当温润清润兼畅中	32
第 4 讲 治咳保肺创新方——章次公诊治咳嗽医案理法方药思路评述	36
一、紧抓主症，治咳从肺入手	36
二、细绎病因，权衡调治腑脏	50
三、组方精细，善用“药对”、单方	53
第 5 讲 举法三因论肺疾——李辅仁诊治老年肺系病证医案理法方药思路评述 ..	56
一、治疗咳喘疾病的理论建树	56
二、治疗咳喘疾病的临床经验	59



第6讲	谛思南阳擅经方——赵锡武诊治心病医案理法方药思路评述	69
一、	从上之下，伏主先因取轻清	69
二、	水气为患，温阳化水治肾本	71
三、	本虚标急，攻补兼施当随证	72
第7讲	融今入古疗心病——袁家玘诊治心病医案理法方药思路评述	81
一、	证分三型论胸痹	81
二、	痰瘀立论治胸痹	83
三、	法取仲景疗胸痹	84
第8讲	求索本草为临证——颜正华诊治心病医案理法方药思路评述	89
一、	补气养血，宁心安神治心悸	89
二、	明辨虚实，标本兼顾治心痛	91
三、	化痰活血，养心平肝治眩晕	93
第9讲	审证察因妙剂型——刘惠民诊治神经衰弱医案理法方药思路评述	95
一、	肾肝心脾析病因	95
二、	滋补肝肾治从本	96
三、	健脾调胃补后天	98
四、	善用枣仁显奇功	99
五、	汤散丸药妙剂型	101
第10讲	痰瘀同治疗癫狂——陈家扬诊治精神分裂症医案理法方药思路评述	103
一、	对癫狂的认识	103
二、	典型案例赏析	104
第11讲	斡旋乾运理中州——吴少怀诊治脾胃病医案理法方药思路评述	115
一、	散外安内	115



二、协调脏腑	117
三、温中健脾	128
四、升举清阳	129
五、清化湿热	130
六、降气化痰	132
七、清热养阴	133
第 12 讲 善调脾胃师叶李——程门雪诊治脾胃病医案理法方药思路评述	136
一、施治以厚土缓中	136
二、遣方遵经时并重	138
三、选药喜轻灵清淡	139
四、善后常推崇归脾	141
第 13 讲 融会新知通为用——章次公诊治胃病医案理法方药思路评述	143
一、融会新知，证病同辨	143
二、师超叶李，善治溃疡	144
三、多因致病，以通立法	148
四、熟谙药性，新意别出	158
五、汤散结合，发挥特色	161
第 14 讲 衷中纳西话脾胃——李玉奇诊治脾胃病医案理法方药思路评析	163
一、从“痢”治胃，别开新说	163
二、多法治胃，各展其长	164
三、注重量效，斥砭陋习	169
四、诊脉察舌，高见迭出	169
第 15 讲 法取平淡调中焦——徐景藩诊治脾胃病医案理法方药思路评述	172
一、利尿治呕吐	172



二、通降治胃痛	174
三、通补治胃下	175
四、温中治胃虚	176
五、酸敛治胃病	177
六、疏解治胃郁	178
七、攻补治残胃	179
八、气阴双补治阴虚	180
第16讲 博采众家理胃肠——李振华诊治肠病医案理法方药思路评述.....	183
一、解表化湿	183
二、健脾化湿	184
三、健脾温中	186
四、健脾温肾	187
五、补气升阳	189
六、疏肝理气	191
第17讲 提挈脏腑疗肠病——贾美华诊治肠病医案理法方药思路评述.....	194
一、着眼脏腑，辨治肠道病.....	194
二、蠲痰化饮，变法治肠病.....	201
三、别出心裁，对药治肠病.....	202
第18讲 清温治痢分八法——章次公诊治痢疾医案理法方药思路评述.....	204
一、清疏解攻涩，一法寓四法.....	204
二、温托导润涩，四法融一法.....	209
三、结语	215

第 1 讲 立法玄运启神机

——谢海洲诊治脑髓病医案理法方药思路评述

谢海洲（1921—2005年），河北临榆县人。出身于中医世家，祖父、父母和叔父均以医药为业，故其髫龄即协助家人从事中药调剂、加工等，并接受祖父对其开始的较系统的中医课徒教育。1938年曾拜药学大家赵燏黄先生为师，后又拜江南名医徐衡之、章次公及伤寒大家陈慎吾等为师。1947年通过了中医执业考试，开始了岐黄之旅。曾任中国中医科学院资深研究员、博士生导师，中华药学会理事，中国中医药学会内科学会顾问，中国保健食品协会顾问，中国中医研究院专家委员会顾问，北京市制药总厂顾问，北京中医药大学名誉教授等。在60余载的不懈求索中，他遵古而不泥古，汇通中医药理论，勇于创新，不断进取。他深谙本草，娴熟医经，在中医基础理论与临床辨证论治诸方面均有深厚造诣。他用药娴熟，组方配伍注重“散与收”“攻与补”“温与清”“升与降”“静与动”的辨证关系，尤擅清热解毒、活血化瘀、扶正培本等法的具体应用。对中医内科疑难杂症，如痿证、血证、情志病、风湿病、老年病、不孕不育症、中风后遗症、颅脑损伤后遗症等疾病研究深入，见解独特，对妇、儿之疾亦体会深刻，疗效显著。曾发表论文200余篇，出版专著20余部，如《谢海洲医学文集》《谢海洲验案精选》《临床中药炮制学》《医药丛谈》等。其中《谢海洲医学文集》获得2005年度中华中医药学会科学技术（著作）一等奖。

中医大家谢海洲先生堪称中医脑病学科的奠基人。在由门人许庆友等所编著《脑髓病论治》（科学出版社，1999年出版）和杨增良、许庆友主编《谢海洲论治脑髓病》（人民军医出版社，2010年出版）的两部著作中，对脑髓病的证治进行了系统、全面的阐述，并自拟多首经验方，详载了数十例治案，对中医后学辨证论治脑髓相关疾病，具有极好的启迪作用与参考价值。今将笔者学习两书的肤浅体会，条陈于后，不逮之处，敬请赐正。

一、明理析因说脑病

谢老通过对古代医学文献的研究以及临床经验的总结，认为脑与髓有如下的功用及特性：脑主神明，包括了主思维、主记忆、主意念、主运动、主任物（接受外界事物的能力）等作用。并认为脑为清灵之府，喜静恶扰，藏而不泻，宜伸忌郁；髓养脑、充骨、化血，特性为满而不泻，宜满不宜虚。根据对脑、髓的生理和病理



的认识，谢老进一步提出了脑髓病的病因应包括以下几方面。

（一）先天失禀

《灵枢·经脉》：“人始生，先成精，精成而脑髓生。”由“两精相搏”而成，若先天禀赋不足，或先天之精不足，均可影响胎儿脑髓的充实与健全，导致出生后出现头项痿软、语迟肢拙、呆痴癫痫、甚则成植物草木状态等先天性疾患。

（二）感受外邪

感受风、寒、暑、湿、燥、火及疫疠之邪，可伤及脑髓及脏腑。《素问·太阴阳明论》言：“伤于风者，上先受之。”脑位居高巅，最易受风等外邪侵袭。《素问·奇病论》：“人有病，头痛以数岁不已，……当有所犯大寒，内至骨髓，髓者以脑为主，脑逆，故令头痛，齿也痛，病名曰厥逆。”而《素问·生气通天论》曰：“因于湿，首如裹。”说明寒邪与湿邪均可致脑病。因风为阳邪，其性开泄，易袭阳位；寒为阴邪，主收引、凝滞；温疫之邪为阳邪，易化热、动风，诸邪均易致脑络失和、痹阻、收引而见头痛、眩晕等。另六淫之为病均可引致发热，热则易伤脑髓，扰动神明，《素问·刺热论》：“热争，则狂言及惊，手足躁，不得安卧”，“热争，则头痛不堪，汗出而寒”。此为高热导致脑神受扰，出现神昏、躁扰、惊风等脑髓损害的表现。六淫之邪犯脑而病势最重的首推温邪、疫疠之气、温疫之气，有发病急骤、变化数快、病情危重、终会伤脑的病理特点，即《素问·刺法论》曰：“五疫之至，皆相染易，无问大小，症状相似”之谓。

（三）情志所伤

七情太过或不足均可伤及脏腑、经络、气血，出现阴阳失调而影响脑髓，一旦气机逆乱于脑，则气血运行不循常道，水津不能四布，或气滞，或血瘀，或水停，或痰生。《素问·至真要大论》云：“诸躁狂越，皆属于火”，“诸热瞀瘖，皆属于火”。神志病变多见于阳亢、火盛。实热、虚火、郁火、痰火、心火、肝火，火证几乎可见于所有精神疾病中。若火热灼津，或气机运行障碍，必影响人体津液、气血的运行，并产生痰浊、水湿、瘀血等。而继生的这些病理产物又会影响气机的运行。内伤七情，脏腑功能失调，不仅产生痰、瘀、湿、火上蒙清窍，出现神机失用以实邪为主的表现，也会有思虑伤脾，耗损肾精以虚为主的证候，如心悸、失眠、多梦、倦怠、健忘、昏仆等以脾虚气血不足为主或眩冒、耳鸣、喜卧、善忘、视歧等以肾亏精不养脑为主的证候。

（四）毒邪入中

毒邪入中也是脑病常见原因之一。若食入毒物，或药物中毒，或吸入煤气等毒气，毒物入中鼻窍或胃，而淫脑髓，浊气上扰，内伤神明，蒙闭清窍，轻则精神异常，或思维障碍，或烦躁谵妄，重则脑髓受损，神识昏蒙、不省人事、循衣摸床、项倾头摇、抽搐强直。若神明失用，经久不愈，则发为睁眼若视、貌似清醒的植物



人状态。

（五）跌打伤脑

跌仆、金刃、坠落、车祸直接损伤头颅项面，使脑髓受到直接创伤或挤压、牵拉、震击，轻则气血失调、神识受蒙导致头晕、头痛、健忘等或络破血溢，积瘀压迫，脑髓受损而出现脑功能的严重损害，可见瘫痪，厥脱，昏迷，长期静卧不动、感应无知的植物状态。

除上述外，谢老认为脑髓病的病因还与饮食、房劳、痰饮、瘀血等有关。其病机主要包括正虚邪犯、气血失常、阴阳失调、瘀血内阻、痰饮上扰、火热上冲、髓海不足等。并指出脑髓病的病理属性主要为虚实两方面：实者，多为风、火、痰、瘀；虚者，多为气血不足、脾肾亏虚。临床上常见病证包括头痛、眩晕、昏迷、闭证、脱证、中风、痴呆、痫证、癲狂、厥证、郁证、耳鸣、耳聋、失语、失嗅、头外伤、痿证、虚劳、痉证、不寐、五迟等，包括西医所认识的各种脑病、脊髓病、神经病、情志病等，都是较为疑难的病证。

基于以上对脑髓病的认识，谢老总结了中药治疗脑髓病的主要治法，包括醒脑开窍法（含凉开醒脑法与温开醒脑法）、补肾荣脑法、回阳救逆法、平肝潜阳法、补益气血法、活血化瘀法、涤痰醒脑法、引血上行法、消食导滞法、通腑泄热法、清热解毒法、理气解郁法等共十二法。

二、十二大法治脑病

（一）醒脑开窍法

醒脑开窍法主要用于热毒攻脑或寒邪痰浊壅阻于脑，蒙蔽清窍导致神志昏迷、不省人事、惊厥、抽搐等邪气壅实之闭证，乃根据“急则治标”而设的方法，主要用于危急重症。临床上根据病邪的性质可分为凉开醒脑法和温开醒脑法两类。

1. 凉开醒脑法 适应证：高热，神昏，惊厥，抽搐，舌绛苔黄，脉数有力。方药：安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹。

笔者按：以上三方均有清热解毒、涤痰除烦、辟秽开窍、镇痉安神之功。临床使用时，若高热昏谵、烦躁惊厥可用安宫牛黄丸；身热烦躁，谵狂惊厥用紫雪丹；痰热内困、昏厥惊痫用至宝丹。

2. 温开醒脑法 适应证：突然昏倒，不省人事，牙关紧闭，痰鸣气粗，面色苍白，口唇青紫，两手握固，手足不温，舌质淡，苔白润，脉沉迟。方药：苏合香丸。

笔者按：醒脑开窍法主要用于邪气壅实之闭证，主要针对危急重症，目的在于挽救生命，常与其他治法配合运用。现临床多与西医药相互补充运用，急诊科室亦配有多种剂型成药供急用。

（二）补肾荣脑法

适应证：肾精亏虚，髓海不足之证，症见头晕，耳鸣，头空痛，下肢痿废无力，



舌红少苔，脉沉细无力；小儿五迟或年老痴呆，或头外伤，髓海受损，病久未愈者。

方药：补肾荣脑汤（谢老自拟方）。桑椹子 15g，熟地黄、郁金、丹参各 12g，紫河车、赤白芍、太子参、黄芪、茯苓、远志、菖蒲、生蒲黄、当归、龙眼肉各 9g。

若偏于肾阴不足者，合用地黄饮子；偏于络脉瘀阻者，合用桃红四物汤。

笔者按：此方乃谢老所创最为满意的方剂之一，系遵“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”之经旨，取血肉有情之品的紫河车大补气血，填精益髓为君，合归、地、芍补血养血，参、芪健脾益气，使阳生阴长，生精之功更著；龙眼肉、桑椹子、丹参养血宁心，远志、郁金、石菖蒲行气解郁、豁痰以开脑窍，赤芍、生蒲黄祛瘀通脉，共收气血双补，精旺髓充；络通痰化，瘀去新生之佳效。在胡荫奇教授整理的谢老《谈颅脑损伤后遗症》（见中国中医科学院广安门医院编著的《医论医话荟要》）文中指出：“还常习用黑芝麻、女贞子、枸杞子、山茱萸、胡桃肉、制首乌以填精补脑；若因外伤，可加苏木、川牛膝、续断、泽兰、刘寄奴、鬼箭羽、骨碎补、鸡血藤、豨莶草、土鳖虫、自然铜等，为此类病的治疗指明了用药规律。

（三）回阳救逆法

适应证：阳气衰微之证。症见神志昏迷，不省人事，面色苍白，口唇青紫，大汗淋漓，皮肤凉湿，四肢厥冷，舌淡，脉微欲绝。方药：参附汤、四逆加人参汤。临床常加煅龙骨、煅牡蛎之潜敛，以增加疗效。

笔者按：回阳救逆法主要用于阳气衰微之脱证，主要用于危急重症的挽救，常与其他治法配合运用。与醒脑开窍法一样，现临床多与西医药相互补充运用，急诊科室亦配有多种剂型成药以供急用。

（四）平肝潜阳法

适应证：肝阴不足，肝阳上亢而致头痛，眩晕，耳鸣，手足抽搐，甚至突然昏倒，不省人事，口眼歪斜，半身不遂等；或神倦乏力，低热，筋脉拘挛，手足颤抖，舌绛少苔，脉细数等。方药：实风用镇肝熄风汤或天麻钩藤饮、羚羊钩藤汤，虚风用大定风珠、地黄饮子。

笔者按：肝为风木之脏，体阴而用阳，其性刚劲，主升主动，若为病，易上犯巅顶，可见多种病症。实证为主者多夹风、痰、瘀；虚证为主者多以阴虚阳亢为主要表现。治疗上应有所分别。此法多用金（如赭石、磁石等）、石（如龙骨、琥珀等）、贝（如牡蛎、石决明等）、介（如龟甲、鳖甲等）类药，取其质重沉潜之性。谢老在诊治脑病时，亦喜将此法融入他法，综合运用。

（五）补益气血法

适应证：气血虚弱而见神疲体倦，面色晄白，自汗少气，头痛绵绵，头晕，健忘，失眠多梦，舌淡，苔薄白，脉细弱。方药：归脾汤、八珍汤。

笔者按：元气有奉养神明之府的作用，当元气不足或耗损过度，不能上养于脑，



则使脑的功能不能正常发挥。血对脑有濡养作用，脑的功能是以血为基础的，若血虚则脑的功能亦受到限制。因此，补益气血也是治疗脑病的常用之法。谢老常将此法合于他法中用治多种脑病，以求标本兼治。

（六）活血化瘀法

适应证：瘀血阻于髓海而见头痛如刺，多部位固定，入夜痛甚，或猝然晕倒，不省人事，肢体偏瘫，或有明显外伤史，舌紫暗，苔腻，脉细涩。方药：通窍活血汤、血府逐瘀汤、补阳还五汤。

笔者按：各种外伤性脑病近年有增加趋势，故此法的运用读者尤应掌握，如能在辨证的基础上结合补肾荣脑汤等其他疗法综合治疗，其疗效将更上层楼。

（七）涤痰醒脑法

适应证：痰阻脑窍而见神志昏迷，不省人事，喉中痰鸣，肢体抽搐，或神识痴呆，静而多言，举止异常，苔腻，脉滑。方药：涤痰丸、白金丸。

笔者按：由于生活方式的改变，三高（高血压、高血脂、高血糖）人群激增，如再体重超标过多，或又罹患颈椎病，常可致脑梗死等缺血性脑病，谢老此法当属首选。若能遵“痰瘀同源、痰瘀同病、痰瘀同治”的痰瘀相关学说，辨证加入既能化痰，又可祛瘀的桃仁、杏仁、紫苏子、白芥子、白僵蚕、白蒺藜、天花粉、旋覆花等，其效将更著。

（八）引血上行法

适应证：用于人体清阳不升，血不上行之证。症见头空痛，头晕，目眩，健忘，身体软弱，肢体渐觉不遂，脑际紧缩作痛，或昏仆移时自醒致成偏枯，言语蹇涩等。方药：补中益气汤、顺气冲和丸。

笔者按：此法对气虚无力推动血运而致出现上述症状者颇适。对各种原因导致的脑、颈动脉阻塞引起的上述症状，在投引药上行、补气升提药物的同时，若配以活血化瘀之品，将可提高疗效。

（九）消食导滞法

适应证：食滞中焦，清阳不升。症见头晕，昏仆，食后加重，空腹减轻，多寐，体倦懒动，纳呆食少，苔腻，脉滑。方药：保和丸。

笔者按：饮食停滞，则气机不畅，致清阳不升，浊阴不降，上蒙清窍，脑为之病。因此消食导滞、调畅气机，对脑病治疗具有重要意义，前述引血上行、活血涤痰诸法，可与本法相互参用。

（十）通腑泄热法

适应证：燥屎内结，腑气不通，浊气上犯而见头痛，头晕，神昏谵语，高热，四肢厥冷，目中不了了，睛不和，口燥喜冷饮，舌苔焦黄起刺或焦黑燥裂，脉沉实，及热厥，痉证，热盛发狂等。方药：大承气汤、牛黄承气丸。



笔者按：仲景早在《伤寒论》阳明病中，即创大承气汤治阳明腑实证的十大症状（即便秘导致的痞、满、燥、实、坚五症及日晡潮热、手足濇然汗出、神昏谵语、苔黄燥、脉迟弦或涩），内中已含神志异常症，使大承气汤渐成为后人治实证神志异常的常用方。而元代王好古在《此事难知》中还将调胃承气汤的主治症概括为“实而不满，转矢气、便秘、谵语，燥、实、坚三证俱备”，说明只要方中有大黄、芒硝等苦寒攻下药，均可用治因便秘导致的神志异常，故读者对此法应用当予重视。

（十一）清热解毒法

适应证：热毒亢盛，上扰神明。症见高热，烦躁，头痛如劈，神昏，呕吐，谵语，狂妄，面赤，口渴喜冷饮，吐衄，舌红起芒刺，苔焦黄，脉数。方药：清瘟败毒饮。

笔者按：清瘟败毒饮系清代温病大家余师愚所创，该方熔前人治气分壮热的主方白虎汤、清血分邪热之主方犀角地黄汤与清热解毒最佳方黄连解毒汤三方于一炉化裁而出，故对各种热毒（尤其是瘟疫）导致的脑部神志症状，疗效颇佳。

（十二）理气解郁法

适应证：情志不畅，气机失调而致心烦，胸闷，善太息，或突然昏仆，不省人事，舌淡，苔白，脉弦。方药：五磨饮子、柴胡疏肝散。

笔者按：金·张子和曰：“郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化不得变化也；此为传化失常，六郁之病见矣。”然临证中，又多以气郁为首发，因气滞则湿停成湿郁；湿停则脾困不运成食郁；食郁久必化痰浊致痰郁；痰郁久必热生，成为火郁；火邪伤络则动血，终成血郁。故对六郁之证导致的脑部症状，常应以理气解郁为先，为此，谢老主张予五磨饮子、柴胡疏肝散辨证以投。

三、临证验案释脑病

案1 失语案 李男，12岁。

初诊日期1985年1月29日。病人于1984年11月12日摔伤右侧头部，当即昏迷数分钟。送往医院后，出现剧烈头痛，伴有呕吐、鼻衄，继之持续昏迷13天。CT扫描提示：脑膜动脉出血，颅骨线状骨折。又经2次开颅手术后，肢体活动不灵活，头晕耳鸣，视物不清，失眠，腰酸软，大便干结，舌红无苔，脉细。证以肾阴不足为主。拟补肾填窍法。处方：黑芝麻20g，熟地黄18g，桑椹15g，何首乌、菟丝子、羌活各12g，山茱萸、龙眼肉、女贞子、巴戟天、枸杞子、桃仁各9g，7剂。

二诊：1985年2月14日。服上药7剂后，自觉颇适，故又服7剂。服后说话较以前清楚，睡眠好转。时有腰酸，现症以肢体活动不利为主。舌红少苔，脉细。原方加活血通络、润肠通便之品。初诊方加火麻仁15g，地龙、川芎各9g，7剂。

三诊：1985年2月28日。病人说话清楚，肢体已能活动，惟有大便稍干，舌尖红，少苔，脉细微弦。继用上方调理，以收全功。



原按：补肾填窍法是余临床常用的治疗失语的一种治法。本法与开窍解语法的适应证不同。前者为虚，其病在本，因内夺而失语；后者为实，其病在标，为窍闭而失语。少阴肾脉，循喉咙，系舌本。肾主藏精，精血互化，肾虚则舌本不用，故当以补肾为主。此病例病程短，年龄小，临床能抓住主症而不为病人的年龄所限，亦为一得。

案2 脊髓空洞症案 齐女，32岁。

右上肢及腰椎1~4两侧呈节段性麻木不仁，不知痛温，有时感觉到自发性闷痛。表面皮肤干燥，触之有感觉，右臂运动无力，肌肉萎缩，脊椎弯曲。舌质淡嫩有齿痕，舌边暗紫有瘀点、无苔，脉细涩而结。经北京某医院确诊为“脊髓空洞症”。历经5年医治效不显，转来诊治。辨证：先天不足，精髓不充，气虚血瘀。拟补肾填精，益髓健脑，益气活血调治。处方：萸肉30g，枸杞子、黄芪、鸡血藤各20g，丹参、怀牛膝、桑寄生、菟丝子各15g，巴戟天、仙灵脾、当归、龟甲胶、狗脊、太子参、熟地黄各12g，鹿角胶、赤芍各9g，川芎6g。

守方60剂后，感觉稍复，痛已消除，麻而不木，舌色淡红，瘀点消失，脉弦细。减活血化瘀药用量，重用补肾填髓益气之品。继服80剂，腰背感觉基本复常，右臂活动有力，肌肉渐丰，苔脉复常。处方制丸以调治：黄芪、鸡血藤、枸杞子、肉苁蓉各30g，川续断、桑寄生、怀牛膝、菟丝子各20g，巴戟天、熟地黄、当归、仙灵脾、狗脊、太子参各15g，鹿角胶、龟甲胶、丹参、桂枝、穿山甲各12g，赤芍、川芎各6g。共研为粉，制蜜丸，丸重9g，每次1丸，每日3次。

服药半年左右，症状体征消失，活动如常，复经原北京某医院检查：节段性感觉分离、节段性肌肉萎缩、临床症状等均消失。检查无异常发现，病告愈。1年后经随访，未见复发。

原按：本案选择了补肾、填精益髓、补气活血等法。方选补肾益髓的左归饮合补气生血的当归补血汤；并用血肉有情之龟鹿二仙胶等复方投治，灵活加减，取得了满意疗效。补肾药具有益精填髓，促进生长和发育的作用，能促进萎缩功能的恢复，为补益先天之大法。“补后天以养先天”，补气健脾，使水谷之精微滋养周身，用大补气血之品，扶植正气。“久病必有瘀”，以活血通络以祛其瘀，此寓消于补之法也。根据病变具体表现，采取辨证论治原则，或补或通，兼施并用，灵活机动，方能得心应手。

评述：脑为“元神之府”，为髓之海，与人的精神活动密切相关，人之轻劲有力或懈怠安卧皆由髓海充足与否来决定。案1因头部外伤，髓海受损而不能维持其正常运动，出现了失语、肢体不遂等症。案2则由于先天不足，髓海不充，则见肢体不遂而失用、肌肉消脱之症。治疗均以补肾荣脑收效。李孩头痛剧烈，故谢老还用祛风开窍、引药上行之羌活引领诸药直达病所，配合活血法（用桃仁、川芎等），



终获全功。谢老一再强调，在组方配伍中，除注意君臣佐使等组方原则外，还应根据治法要求，处理好“散与收、攻与补、温与清、升与降、动与静”五个辩证关系（参见1982年版《名老中医之路》第2辑“治学杂谈”）。一味羌活之用，含有攻与补、动与静两个辩证关系，配伍可谓妙也。鉴于案2患者病程较长，且病机复杂，配合益气活血等法，需长期服药，故以丸药缓图收功。

案3 颅脑外伤继发癫痫案 李女，38岁。

1979年7月23日初诊。3年前头部外伤，当即昏迷，经抢救脱险。后经常有癫痫大发作，每月约发作三四次，伴剧烈头痛，失眠多梦，目眩，易疲乏，不欲食，恶心等，脉弦细，舌暗红，苔薄白，脑电图示“广泛轻度异常”。核素扫描：额顶中线偏右占位性病变。西医诊断：颅脑外伤继发癫痫，颅内占位性病变（血肿）。中医辨证属血瘀痰阻，肝肾亏损。患者目前头痛难忍，先拟化痰通络，佐以豁痰定痛法治之。处方：鸡血藤24g，忍冬藤、钩藤、龙葵、赤芍各15g，泽兰、连翘各12g，刘寄奴、鬼箭羽、苏木、藁本、桃仁、蔓荆子各9g，胆南星、莪术各6g。10剂。

1979年9月30日二诊：服后头痛明显减轻，仍有癫痫大发作，失眠多梦、心悸诸症，脉弦细，舌质淡红，苔薄白，拟豁痰息风、逐瘀开窍法治之。处方：丹参15g，陈皮、半夏、菖蒲、茯苓、远志、川贝母、僵蚕、麦冬、藁本各9g，川芎、胆南星、全蝎各6g，琥珀粉（冲服）3g，朱砂粉（冲服）2g。

上方加减服用2个月，癫痫发作次数明显减少，核素扫描未见占位病变。仍头痛头晕，乏力嗜寐，脉沉弦，舌质淡，继用化痰通络、补肾荣脑法调治。处方：桑椹子、胡桃肉各30g，苏木、制首乌、生熟地黄各15g，羌蔚子、白芍、泽兰各12g，葛根、菖蒲各9g，土鳖虫6g，琥珀粉（冲服）3g。

1982年3月22日复诊，癫痫已一年未发，仅时有失眠多梦，继以补肾荣脑调治善后。随访4年未再发作，临床治愈。

案4 外伤后头痛案 肖女，16岁。

初诊日期1982年5月31日。患者于1982年5月5日候车时，突被无轨电车挂倒拖曳，昏迷十余分钟。经送某院抢救脱险。当时诊断为“头皮外血肿”“脑外伤”。后左颞部触电样痛，伴头晕恶心，右肋疼痛，多梦少寐，纳呆便干。脉弦细滑数，舌淡红苔黄。骤然跌仆，撞击头颅，脑络损伤，血外溢而瘀积，以致头破血肿。血内滞阻脑窍，则脑髓失养而致头痛、头晕、失眠诸症纷现。《脉经》云：“跌仆不分十二经络，血必归肝，留于肋下……。”故肋痛时作。综上所述，本病系由瘀血留阻，脑髓失养，故法取活血化瘀、通络定痛为主，佐以补肾荣脑。处方：白蒺藜、苏木、赤芍、何首乌、威灵仙各15g，枸杞子、泽兰、羌蔚子各12g，菊花、菖蒲、生熟地黄各9g，土鳖虫、羌活各6g。7剂。

复诊：病情稍有改善，而无其他不适，再服7剂。大黄鳖虫丸30丸，每次1丸，



日2次。

三诊：药后觉颇好，又自购7剂。现胁痛消失，头痛显减，饮食睡眠正常，仅偶感双上肢轻度麻木。脉弦细而滑，舌淡红苔薄，边有齿痕。继投活血化瘀，补肾荣脑。处方：黑桑椹子、黑芝麻各30g，鸡血藤20g，丹参、女贞子、制首乌、苏木、制黄精各15g，羌蔚子12g，刘寄奴、鬼箭羽各10g，川芎、生熟地黄各9g，羌活、土鳖虫各6g。14剂。大黄廩虫丸30丸，每次1丸，日2次。

四诊：药后诸症若失。近因学习紧张，微头晕。脉弦细，舌质淡，苔薄。上方去鬼箭羽、刘寄奴、苏木，再服5剂。减去大黄廩虫丸，加首乌片、桑椹膏各2瓶。

2个月后随访已愈，学习成绩仍保持优秀。

评述：活血化瘀法适用于瘀血阻于髓海的病症。谢老认为在脑髓病中，瘀血形成主要有四方面原因：一为外界暴力，使瘀血内阻于脑，新血不生，神明不能自持；二为血随气逆，外溢脉外，留滞脑窍；三为气虚血溢，由于阳气无力运行，致血流不畅形成阻滞；四为久病入络，由于病邪误治失治难以祛除，从外而内，从表入里。案3和案4均是外伤所致，虽然临床表现不同，但其机制则一。所不同的是案3兼有痰阻脑络和肝肾亏虚，乃用二陈汤合胆南星、菖蒲、远志、川贝母、僵蚕、全蝎、藁本等豁痰息风，后期更用生熟地黄、白芍、制首乌、桑椹子、胡桃肉等补肾荣脑。案4头痛乃瘀血留阻，脑髓失养所致，故在活血化瘀、通络定痛的同时，佐以补肾荣脑，并以大黄廩虫丸增强活血通络定痛作用。谢老在两案中均佐用了较多虫药，此是宗叶桂“通络之法，每取虫蚁迅速飞走诸灵”之旨，非对各家学说了如指掌者，难为也。

案5 一氧化碳中毒案 李男，77岁。

1980年2月2日初诊。春节之际，炉火生后即置于室内，独卧而眠，待家人发现，已昏迷多时，急送医院抢救，3天后脱险，出现种种意识及智能障碍表现，请邀中医诊治。诊时患者意识朦胧不清，言语蹇涩，二便失禁，吃、穿、行均不能自理。脉弦劲有力，舌质暗红。神经科检查：定向力差，早晨吃饭、上午看病均不能记忆，不会计算，瞳孔等大，光反应灵，面肌无力，伸舌正中，四肢肌张力正常，腱反射对称，未引出病理征。诊断：一氧化碳中毒性脑病。辨证：脑为清窍，异毒之气内袭，留阻经脉，痰瘀互阻窍络，痰扰神明，蒙蔽清窍。急拟化痰开窍，养心通络。处方：天竺黄、郁金、海浮石、当归、白芍各15g，柴胡、香附、石菖蒲各10g，莲子心5g，淡鲜竹沥水30ml（冲服），7剂。

药后可不要人扶持略走数步。于上方增加活血通络、补肾养脑之品。成药用首乌延寿丹、活血通脉片、桑椹蜜丸等。

1个月後仅服成药。3个月後记忆力恢复，生活基本可以自理，遂改间断服用成药调理。半年後语言流畅，步态自如，表情自然，生活全部自理，还可以上街购物，



操持一些家务。再经神经科检查，一切正常。两年半后随访，健如常人。

原按：一氧化碳中毒，分轻、中、重三种程度。重度中毒者，往往有很多并发症，尤其可见精神症状，是因为一氧化碳中毒导致脑功能失调而发，西医称之为“一氧化碳中毒性脑病”。本病在中医古籍中似无专文记载，这可能与古今生活条件不尽相同有关。在中医有关山岚瘴毒认识的启示下，余思此病，主要由于口鼻吸入异气，邪毒入扰人体，骤感此异毒之气，易致气血紊乱，阴阳失调，以致诸症丛生。治疗此类疾病，并无一成不变之法方，临证当依中毒轻重，视发展变化的症状表现，辨证投方。余治此病主要参照中风之治疗，投化痰开窍、活血通络、养心安神、补肾荣脑四法，解毒祛风之法亦在选用之列。遣方用药上，则常用刘河间《宣明论方》“地黄饮子”为主方。化痰开窍除菖蒲郁金汤外，常喜选用清心滚痰丸、淡鲜竹沥水等方药。诸法中以化痰开窍为先，补肾荣脑（养心安神）、活血通络二法则贯彻治疗之始终。因本病涉及脏腑主要为心（脑）、肾，肾为先天之本，心（脑）为神明之府，故补肾荣脑（养心安神）乃从本图治之法。另要注意化痰通络，乃因本病系恶毒异气侵袭人体，邪毒留阻血脉，必滞血为瘀，欲清其毒，必祛其瘀，瘀去方可新生。化痰开窍乃循常法。

评述：痰饮内阻可见于多种疾病，亦多发为怪病，故前贤有“怪病皆因痰作祟”之论。痰阻于脑窍，则宜涤痰醒脑，但将其辅以补肾荣脑、活血通络二法，用于治疗一氧化碳中毒，确是谢老的一大创举，体现了谢老精娴于理论、思辨于实践的大家风范。原按中谢老所言其喜用的清心滚痰丸，出自清代沈金鳌《杂病源流犀烛》，该方系由王隐君的礞石滚痰丸（礞石、黄芩、大黄、沉香）加犀角、麝香、皂角、朱砂组成，主治痰火郁结而致的癫狂。20世纪80年代甘肃名医陈家扬治一氧化碳中毒亦有独到经验，她对急性中毒者，常用白萝卜汁或渍酸菜水或兑服等量冷开水的醋或浓茶灌服。续用藿香、佩兰、苍术、辛夷、荷叶各10g，浓煎送服苏合香丸一丸，读者亦可参用之（参见本书第10讲）。

案6 重症肌无力案 王女，42岁，医生。

1999年6月8日就诊。近感头昏体倦，少气懒言，目喜闭、难睁，眼上睑下垂，纳少便溏，舌淡胖，苔薄白，脉细弱。西医诊为重症肌无力。辨证：脾虚气陷，清阳不升。治法：调补脾胃，益气升阳。处方：黄芪、党参、白术、炒山药、茯苓各15g，炙甘草、当归、葛根各10g，羌活、陈皮各6g，升麻、柴胡各3g，7剂。

二诊：1999年6月16日。药后纳增，精神好转，大便基本成形，余症同前。宗上法不变，原方加蔓荆子10g，枳壳15g。14剂。如效可不更方，而继服多剂。

三诊：1999年7月7日。连服21剂后，眼睑基本恢复正常，目开合自如，余症皆除，舌淡红，苔薄润，脉细缓。改以中成药补中益气丸，巩固疗效。1年后随访，并未复发。



原按：脾胃乃后天之本，气血生化之源，是气机升降出入的中枢。《素问·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”脾的这一系列生理功能，就是“清阳上升，浊阴下降”，即“升清降浊”。李东垣对“清阳”“清气”解释说：“夫元气、谷气、荣气、清气、卫气、生发诸阳上升之气，此六者皆饮食入胃，谷气上行，胃气之异名，其实一也。”患者因饮食劳倦伤脾，清阳不能上达，空窍失养，故头昏；清阳不达肢体故体倦、少气懒言；目为肝窍，脏腑精气皆上注目，眼睑属脾，脾虚则精气难上升目，故目喜闭难睁，当上睑下垂；纳少便溏，舌淡胖，苔薄白，脉细弱，皆脾弱，气虚难鼓充血脉。宗《内经》“形不足者，温之以气”之旨，治以调补脾胃，益气升阳之补中益气汤。方中之升麻善升阳明清气，柴胡善升少阳清气；故又佐入羌活善升太阳清气；葛根善升阳明清气，且鼓舞胃气上行生津；蔓荆子升清明目。此五药合用使升举清阳之力倍增，寓与参、芪等补益之品同用，健脾益气、升举清阳之效则倍显。重用枳壳长于理气宽中，与补气药相使为用，既有补中兼疏之义，又有益气升提之功，可谓“双向调节”之用。

综观全案立法用药，以补中益气汤为主方，辅以茯苓运脾化湿，佐以枳壳补中兼疏，调畅气机；使以升举清阳之品组合，则有如虎添翼之效。

评述：谢老根据脾主升清的理论，将其用治多种脑病，是对脑髓病治疗的拓展。益气升阳、调补脾胃，可达以下目的：①使清气上升，浊气下降，使脑保持清灵特性；②脾主升清，可将水谷精微等吸收并上输于脑，使脑保持充足的滋养物质，功能得以正常发挥。此外，还能通过脾主升清，使营养物质布达肢体。就本案而言，通过益气升阳、调补脾胃治重症肌无力，较单纯补益治法，既无壅滞之弊，同时可调节脾胃与脑的功能，实为治本之法。谢老临证颇喜用羌活，他在《治学杂谈》文中指出该药“具宣通气机，促进生化之力，用补药之法时，均可佐入，甚得其益。但亦应注意动中有静，通中有补，防其用过，伤其正气。”其临证遣药细微之处，可见一斑，学者尤应重视之。

案7 反应性精神病案 姜男，24岁，农民。

1982年3月15日初诊。1周前因未被招工，遂心情不畅，渐而妄言多语，自责自罪，喋喋不休，心烦不宁，神显呆滞，表情淡漠，夜难入寐，寐则多梦，头痛头昏，大便5日未行，小便黄赤，脉弦滑数，舌红、苔黄腻，神经科诊为“反应性精神病”。辨证为阳明腑实，痰蒙心窍，拟清热通腑，化痰开窍：淡鲜竹沥（分冲）30g，郁金12g，菖蒲、陈皮各9g，生大黄（后下）、玄明粉（分冲）、炙厚朴、炒枳壳各6g，又礞石滚痰丸3袋，每次半袋，日2次。3剂。

药进10剂，大便日行十余次，说话减少，睡眠转安，继进温胆汤与黄连阿胶汤清热化痰、解郁安神，头脑转清。再投豁痰开窍法，以甘麦大枣汤合百合、知母、



栀子豉汤及菖蒲、郁金、竹沥等化裁。服药3个月，多言之症状消失，观察2个月未再复发。

评述：此案为气郁化火，传于阳明，热与燥屎相结，不得宣泄，腑气上冲，扰乱神明，发为癡病。谢老以大承气汤清泄阳明腑实，伍以菖蒲、竹沥、陈皮、礞石滚痰丸等化痰开窍。俟神志转安后，续投温胆汤与黄连阿胶汤、甘麦大枣汤合百合知母汤、栀子豉汤及菖蒲、郁金、竹沥等清热豁痰、开窍安神，终于使神志转清。

菖蒲郁金汤出自《温病全书》，由鲜竹沥15g，石菖蒲、炒栀子、鲜竹叶、牡丹皮各10g，郁金、连翘、灯芯各6g，木通4.5g，玉枢丹（冲）1.5g组成。因谢老治学能海纳百川，故将经、时方合用的佳案甚多，极值传学。

案8 脑瘫、昏厥（浊厥）案 于女，34岁。

2002年7月23日初诊。家属代诉：患者原有脑瘫病史，近3~4日大便不行，小腹硬胀，小便不利，突然昏厥，就诊时全身瘫软，小腹拒按，舌红苔黄，舌下静脉曲张，脉弦小滑。辨证：腑实痰瘀阻滞，浊气上逆为厥。治法：通腑降逆，兼消腹胀、化痰瘀、利小便。处方：乌药、益母草、炙百合、赤白芍、白茅根各15g，大腹皮、焦槟榔、生枳实、厚朴、车前子（包）、地龙各10g，玄明粉6g（分冲），生大黄3g（后下）。3剂。另服：首乌益智片2瓶，每次6粒，每日2次。

二诊：2002年7月30日。家长来诉：上方1剂后，大便2~3次，3剂后，每日泻4~5次，大便硬结、腹胀痛消失，精神恢复正常，现大便日一行，能食，眠可，惟腿软无力。舌暗红，脉沉细。治法：益气养血，滋补肝肾，健步增力。处方：熟地黄、白芍、菟丝子、制何首乌各18g，补骨脂、桑寄生、钩藤各15g，杜仲、党参、当归、白术各12g，茯苓、炙甘草、川芎各10g，天麻6g。7剂。另服：八珍益母丸（晚服），补中益气丸（早服），首乌延寿丸（常服）。

原按：患者原有脑瘫病史，因大便多日不行，燥屎内结于下，浊气冲逆于上，乃致昏厥窍闭，故称之为“浊厥”。如《景岳全书·厥逆》说：“厥逆之证……即气血败乱之谓也。”《类经·厥逆》还指出：“厥者，逆也，气逆则乱，故忽为眩仆脱绝，是名为厥……轻则渐苏，重则即死，最为急候。”此例系腑实痰瘀阻滞，浊气上逆为厥，故急投通腑降逆之剂为主，兼消腹胀，化痰瘀，利小便之法。方以大承气汤泻热通便，行气荡积。大腹皮行气止痛，利水消肿。《本草经疏》曰：“大腹皮即槟榔皮也。槟榔性烈，破气最捷；腹皮性缓，下气稍迟。”焦槟榔行气导滞，利水消肿，二药同用，既增强行气导滞之功，又有通利小便之效；车前子、白茅根协同为伍，既增强利水通淋之力，又有利不伤阴之特点；地龙、赤芍、益母草三药组合为用，活血利水之力显著。白芍养血平肝，长于敛阴；炙百合滋阴润燥，《本草纲目拾遗》曰：“消痰火，补虚损。”二药配伍，寓于诸药之中具有攻邪不伤正，扶正不恋邪之功。故3剂后燥屎得下，患者精神恢复正常。但因患者原有脑瘫病史，



腿软无力，最后改拟益气养血、滋补肝肾、健步增力为法，以缓治本病。方取八珍汤气血双补，含桑寄生、菟丝子平补肝肾，滋阴助阳；补骨脂善补命门之火，壮火益土；杜仲、制首乌补肝肾强筋骨；且何首乌还善于益精血。五药合用，增强补益肝肾，强筋壮骨之功。天麻独入肝经，为治风之圣药，长于平肝潜阳，息风止痉，又能通络止痛；钩藤甘而微寒，偏于清肝热，息肝风。二者相须为伍，平肝息风之力倍增。综观本案，先投大承气汤为主，乃急则治标之法；佐以何首乌益智片，兼顾其本，攻邪不伤正也。后以益气养血、滋补肝肾、健步增力兼施之法，缓则治其本，此之谓也。

评述：本案为腑实阻滞、浊气上犯、蒙蔽清窍所致的厥证，治疗过程充分体现了中医学“标本缓急”的治疗原则，符合脑髓病的临床发病特点。首乌延寿丹又名延寿丹，出自清代陆九芝《世补斋医书》，由制首乌、豨莶草、桑椹子、黑芝麻、金樱子、墨旱莲、菟丝子、杜仲、怀膝、女贞子、桑叶、忍冬藤、生地黄组成，主治肝肾不足，眩晕耳鸣，四肢酸麻，腰膝无力，须鬓早白，夜尿频数。药理证实可降低实验性动物的血清胆固醇，减轻动脉内膜斑块的形成和脂质沉积。

谢老用丸药对患者调理时，常晨服气分药、暮进血分药，此系宗名医薛立斋之用药法，也颇合今人对中医时间医学的研究结论（参见胡剑北著《中西医结合时间医学》），谢老与时俱进、衷中参西的治学方法，堪为后学楷模。

案9 昏迷（弥散性脑病）案 李男，61岁。

2004年7月5日初诊。2004年4月6日，患者邀友喝酒大醉被送医院急救，次日酒醒回家，即现言语减少、反应迟钝、健忘。4月25日外出，一夜未归，次日倒卧街头，不能言语，行走不稳，某医院以“原因不明性脑病”急诊留观。4月29日头颅MRI未见明显异常，但病渐发展，出现昏睡，不能识人，完全性失语，吞咽困难，四肢强直，二便失禁。5月26日复查MRI示：双侧大脑皮质下白质对称性病变，诊断为：弥散性脑病，中毒可能性大。家属请求中医针灸治疗，于6月25日转入我院，7月5日邀请谢老会诊。刻下症：表情呆滞，呼之不应，言语不能，鼻饲饮食，双下肢偶有不自主动作，二便失禁，低热（37.5~38.2℃），舌暗淡苔白，右脉小弦，左脉沉。拟诊酒精中毒性脑病可能性大。证属酒毒湿浊阻络闭窍。治以解毒利湿、醒脑开窍、补肾填精为法。葛花解醒汤化裁：何首乌、菟丝子各20g，土茯苓、败酱草、马齿苋、石菖蒲、山茱萸、仙灵脾、巴戟天、生地黄各15g，川芎、生蒲黄、葛花、羌活、枳椇子各10g，升麻5g，羚羊角粉（分冲）0.6g，配合紫雪丹1.5g。每日2次，清热解毒开窍。

复诊：服药4天，体温降至36.8~37.4℃，1周后意识渐清，可随呼唤移动目光。服药20天后意识状况进一步好转，可自主转动头部，偶有语言，可经口进少量饮食，查体有自主配合动作，排便亦可示意，家属及医生均喜出望外。



7月27日再邀谢老会诊，患者平卧，呼之有应，仍失语，右侧肢体活动不利，喉中有痰咳出不畅，大便3日未行，脉细小弦，舌淡红苔厚。仍以解毒开窍、解语醒脑为治。上方去败酱草、马齿苋、川芎、山茱萸、生地黄、仙灵脾、巴戟天，加黑桑椹、黑芝麻各30g，明天麻9g，真牛黄（分冲）0.15g，淡鲜竹沥水（冲服）20ml。1周后病情进一步好转，仍失语，肢体不利，但神志清楚，示意应答正确，出院回家调养。随访半年病情平稳。

原按：葛花解醒汤出自李东垣《兰室秘藏》。葛花性甘凉，入胃经，功擅解酒、止渴；枳椇子甘平，入心、脾经，解酒毒，利二便，平肝息风，与葛花同用可加强解酒毒之力，减轻酒精蓄积导致的脑损伤；石菖蒲辛温，芳香化浊，能开窍豁痰、醒神健脑；真牛黄苦甘凉，入心、肝二经，擅长清心开窍、豁痰定惊、清热解毒；羚羊角粉咸寒，入肝、心经，能平肝息风、清热镇惊解毒；明天麻以平肝息风见长，对虚风内动尤宜；淡鲜竹沥清热化痰；升麻升清阳以开窍。诸药合用共收清热解毒、平肝息风、祛痰醒脑、宁神开窍之功。首诊偏重祛邪，用土茯苓、败酱草、马齿苋等清热祛湿解毒；次诊重在补益肝肾，用何首乌、菟丝子、黑桑椹、黑芝麻填精生髓、益肾补脑。两方无论清热解毒，还是祛湿涤痰，或为补肾健脑，最后的落脚点皆是醒脑开窍。谢师独具匠心之处是对羌活的应用，一味羌活，量少味轻，但寓意深刻：该药气雄而散，味薄上升，作为动药，而将诸药活动开来，防止滋腻呆滞，且能带药上行直达巅顶，使清阳之气灌注于脑。全方攻补兼施，结构严谨，配伍精当，故获佳效。

评述：毒邪致病往往传变迅速，易于恶化，常夹痰瘀为患，入经窜络，伤阴损阳。本案为酒毒湿浊蓄积，阻络闭窍致病，所以治疗先祛邪毒，次补肝肾，治疗层次分明，为中医治此类急性神志疾患又拓一新途，值得效法。近年来，酒精中毒者明显增多，西医对酒精所致的蓄积性中毒症状，常无好的治疗手段。谢老将马齿苋等清解祛湿药、制首乌等益肾填精药合入前贤最佳解酒名方葛花解醒汤中，使酒精中毒疗效显著提高。陈家扬对酒精中毒昏迷较深者，倡用白萝卜或甘蔗绞汁灌服，或用黑豆半斤或樟木二两煮汁灌服。她还创用醒酒汤（生石膏24g，枳椇子15g，葛花、菊花、远志、茯神各10g，黄芩、焦栀子、石菖蒲、五味子各6g，黄连3g），对慢性中毒所致精神障碍、躁动不安、震颤性谵妄等，效尚满意。

案10 脏躁（郁证）案 林女，39岁。

1965年10月初诊。因半年前长女突病故，遂恍惚怔忡，晕烦不寐，骨蒸潮热，或悲或喜，反复无常，欠伸频作，时而喃喃自语，时又放声嚎哭，周身疼痛，引及两胁，其痛楚难以名状。素多忧喜虑，喜叹息。憔悴，消瘦，神情不能自制，手足心热，舌偏红少津、苔少，脉弦细弱。曾多方求治，未效。辨证：此显系脏躁，乃肝郁化火，累及中宫，上扰心神，下灼肾阴之候。处方：枸杞子12g，北沙参、川



楝子、粉丹皮、当归身、寸麦冬各 9g，生地黄、瓜蒌仁、炙桑白皮各 6g，乌梅肉 3g。2 剂。

二诊时，纳增寐安，诸症悉除，偶觉头晕，拟增疏肝扶脾之品于前方之内。加白蒺藜、薏苡仁各 18g，山药 12g，石决明 8g，石斛 6g。再进 2 剂痊愈。嘱家属劝慰开导，以免再发。

原按：患女多忧善感、头晕、喜叹息，乃肝阴虚，失其调达，风阳上扰之象；周身痛楚牵及两胁乃肝气横逆经脉阻滞；或自语或嚎哭，或喜或悲，反复无常，精神恍惚，怔忡烦躁，舌红少苔，是心血亏虚神不守舍之征；憔悴，消瘦，脉细弦弱，此因脾阴不足，不能为胃行其津液，中焦不健，化源衰微，形体失其所养。况病程迁延半年，阴精气血殆耗较久所造成。骨蒸潮热一症，示劳瘵已现端倪。该病症状繁多，纷纭杂沓，且病势较重，殃及肝、心、脾、肾四脏，然肝气郁结、脏阴亏损实为症结之所在。《金匱要略》甘麦大枣汤为仲景治妇人脏躁之首方，意在甘润生阴，补脾养心，滋血柔肝，润肝之体，缓肝之急。但恐甘麦大枣汤力缓不能胜任四脏俱累之证，我取其治脏燥之法，毅然舍其方，选魏柳洲一贯煎为主，滋养肝肾，略参疏利，化裁治之。川楝子一味，遂其肝经调达之性，乌梅味酸，取“肝欲酸”，补用酸之意。川楝子、乌梅一开一合，相反而相成；牡丹皮凉血活血，凉而不滞，散而不燥，切中病情；蒺藜配桑白皮，有清金抑木之功；用生地黄易熟地黄，乃因中运不健，熟地黄有腻膈之嫌故去之，而生地黄养阴清热，两擅其长故取之。诸药协同，共奏安神定志之功。

评述：《金匱要略》曰：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”后贤多将其归属于郁证范畴，乃因患者之发病大多缘于七情太过也，颇似今之神经官能症中之癔症。由于患者多无明显的器质性病理改变，故西医缺少有效的治疗手段。谢老对该病探微索隐，疗效显著。在其著作中还详载了他用疏肝清热、交通心肾法配合十香返生丹（乃《春脚集》十香返魂丹的通用名，该药由麝香、沉香、檀香、木香、藿香、降香、香附、公丁香、苏合香、安息香与诃子、天麻、郁金、瓜蒌仁、僵蚕、礞石、牛黄、朱砂、琥珀、莲子心、生甘草、冰片、金箔组成。主治痰厥中风或诸风狂死、小儿急慢惊风等症，为急救成药），治愈一例服西药年余、疗效欠佳的青春期抑郁症，颇值借鉴。

在近 70 载临证中，谢老深刻体会到：“人以正气为本，尤其要重视脾肾在脏腑活动中作为先、后天之本的重要地位”；还认为“气血是脏腑生理活动的物质基础，也是病理变化的依据，调养气血为摄生之首务，论治之中心”。故他立法遣药时，常在程钟龄所高度总结出的“汗、吐、下、和、温、清、消、补”治疗八法基础上，以扶正固本、活血化瘀、清热解毒三法为习用之法，对脑（髓）病的治疗更是如此。在上文介绍的 10 则验案中，即充分体现了他的这种学术思想。他还依据中医理论，



将一些脑、脊髓等中枢系统疾患归于脑髓，而将一些造血系统疾患归于骨髓，提出了补肾养脑生髓的治法，自拟“补肾养脑汤”（比“补肾荣脑汤”少了远志、黄芪）和“补肾生髓汤”（紫河车、熟地黄、龟甲胶、党参、黄芪、黑桑椹、制首乌、黄精、当归、仙灵脾、砂仁、鸡血藤）。前方也是以补益、活血与清热解毒药共用的，而后方则重在予补益活血的同时伍以芳化运脾，以促进机体对药力的吸收。学者需鉴别用之。

谢老不仅在书海中不断汲取治病的经验，且还虚怀若谷地向有一技之长的道友求教。他早年一邻人谷男患精神分裂症，服西药效不显，他投养心益脾、安神镇惊、豁痰开窍，甚至用了安宫牛黄丸，效仍不满意。他久闻北京郊区张仲元老中医治精神病有专长，遂介绍谷男前往，二诊后收显效，七诊而痊，服药还不到30剂，遂亲自走访张老先生。张告其癫狂病因，不外意伤与风淫，前者为思虑伤脾，后者为暴怒伤肝。就癫证而论，虽则癫为重阴，但阴中有阳，即癫之痰郁常可火化现狂证表现。在用归脾汤治疗时，若已有狂证表现，当加治狂药，狂证平伏后可仍宗原方治脾为本。谷男之治，也是采取调理肝脾而获效的。张老先生还被谢老的真诚所感，介绍了积多年经验所拟的治狂验方：川牛膝12g，钩藤、竹茹各10g，通草6g，煎汁，兑入鲜竹沥水30~90g，冲服琥珀粉、辰砂粉各3g，若证重，再加生龙牡、珍珠母、石决明之类。又告之：《医学心悟》中生铁落饮（贝母、胆南星、远志、橘红、钩藤、连翘、朱砂、石菖蒲、丹参、玄参、天麦冬、茯苓神）加寒水石、生石膏、赤石脂，治狂亦佳。但无论用何药，待病情安定后，一定要用六郁汤（梔子、川芎、木香、郁金、白豆蔻、薏苡仁）或其他开郁之法以善后，谢老学其经验后，果使治该病疗效大大提高。

（陶夏平 乔兆丰 马继松）

第2讲 证分四型论痴呆

——颜德馨诊治老年痴呆症医案理法方药思路评述

颜德馨(1920—)，男，汉族，生于江苏，祖籍山东。上海铁道大学医学院教授、主任医师，著名中医理论家、中医临床学家。颜师系先贤亚圣颜渊之后裔。自幼从父江南名中医颜亦鲁学医，复入上海中国医学院深造，毕业后悬壶于沪上，屡起沉疴，不坠家声。颜师在60年行医生涯中，上下求索，勇探未知，不断创新，善于总结经验，勤于著书立说。20世纪60年代以来，从事“衡法”治则的研究。他根据《内经》“人之所有者，血与气耳”之说，认为气血是人体脏腑、经络、九窍等一切组织器官进行生理活动的物质基础。提出“气为百病之长，血为百病之胎”“久病必有瘀，怪病必有瘀”的学术观点及调气活血为主的“衡法”治则，在中医治则学研究中开辟了新的天地。曾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；上海中医药大学、上海市中医药研究院专家委员会委员，上海中医药大学客座教授，成都中医药大学名誉教授，上海师范大学客座教授，长春中医药大学客座教授，美国中国医学研究院学术顾问；中国台湾中医针灸学会、中国医药研究会学术顾问等职。2009年被评为首届国医大师。

老年期痴呆是由于神经退行性变、脑血管病变、感染、外伤、肿瘤、营养代谢障碍等多种原因引起的一组症候群，是病人在意识清醒的状态下出现的持久全面智能减退，表现为记忆力、计算力、判断力、注意力、抽象思维能力、语言功能减退，情感和行为障碍，独立生活和工作能力丧失。老年期痴呆分为老年性痴呆（阿尔茨海默病）、血管性痴呆和其他原因引起的痴呆（包括脑肿瘤、感染、帕金森病、黏液水肿和维生素缺乏等原因引起的痴呆）。资料显示，我国65岁以上人群中患重度老年性痴呆的比率达5%以上，而到80岁比率则达15%~20%，目前我国痴呆的患病人数约占全世界痴呆患者的1/4，但医患双方对该病的知晓度低，因此就诊率亦低，而漏诊率却高达73.1%，服药治疗者仅为21.3%，服胆碱酯酶抑制药治疗的比率仅为2%。它的危害之烈，不言而喻；它的防治之难，令人措手。岐黄之学对此病有何论述？有无行之有效的方药？拜读《中国百年百名中医临床家·颜德馨》“老年性痴呆的中医治疗”一章，获知大略，受益非凡，兹摘要如下。

一、老年痴呆症病因病机阐释

颜师认为，在古代的中医文献中无老年性（期）痴呆这一病名，但根据本病常



见表现，属于“癫狂”和“痴呆”的范畴。“癫狂”病名首见于《灵枢·癫狂》篇：“癫疾始生，先不乐，头重痛，视举，目赤，甚作极，已而烦心”，“狂始发，少卧不饥，自高贤也，自辨智也，自尊贵也，善骂詈，日夜不休”，与本病某些症状相似。明代张景岳则将“癫狂”与“痴呆”合为一篇，并最先提出了“痴呆”病名，曰：“痴呆症凡平素无痰而或以郁结，或以不遂，或心思虑，或心以惊恐渐致痴呆，言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁，其证则千奇百怪，无所不至”，“此其逆气在心，或肝胆二经”。清代陈士铎《辨证录》则立有“呆病门”，不仅对呆病症状描绘甚详，并分析其成因是“大约其始也，起于肝气之郁”。至王清任在《医林改错》中论述了老年痴呆的机制，认为“灵机记性在脑”，“高年无记性者，脑髓渐空所致。”现代老年医学的迅速发展，对本病的基础研究和临床报道日益增多，但由于受到传统观念的约束，大多倾向于从肾虚中寻找答案。中医认为人的精神思维、记忆及聪明智慧等与脑密切相关，根据《灵枢·海论》说：“脑为髓之海”。“髓海有余，则轻劲多力，自过其度，髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”。以及《医学心悟》“肾主智，肾虚则智不足”的论述。很多学者都十分强调“髓海不足”是引起本病的主因。

近年来，颜师在探讨气血与衰老关系的同时，从理论、临床和实验中证实了“老年期痴呆”与“瘀血”直接相关。因老年人随着年龄增长，长期受七情干扰，或思虑不遂，或悲喜交加，或恼怒惊恐，皆能损伤心脾肝脑，致脏腑功能失调和阴阳失于平衡，进而气血乖违，气血瘀滞，蒙蔽清窍，神志异常而发为痴呆。因此，“纯者灵，杂者钝”的观点，是他对老年期痴呆病机的理论研究及防治的主导思想。临床及实验中也证实，老年期痴呆以脑血管性痴呆为最多，因大脑持续缺血与代谢损伤而出现感知、记忆、抽象概括能力和创造思维能力等严重障碍，它主要与脑血管循环障碍，全脑缺血有关，并且全脑血流量的降低程度与痴呆的严重程度成正比，这给瘀血学说以有力的支持。

二、老年痴呆症证治案评

颜师指出，现代医学虽有老年性痴呆、早老性痴呆、脑血管痴呆之分，但就中医辨证分析，则主要表现为虚实两个方面。虚主要是肾虚和气血亏虚，实主要是瘀血、痰火。因此治疗中必须根据虚实的孰轻孰重而分别施治。而且应认识到本病呈慢性过程，不可能一蹴而就，而应该根据不同症状耐心调治。

1. 补肾填精法

案1 黎女，62岁。

1990年4月8日初诊。1年来头晕耳鸣，倦怠，步履不正，精神呆滞，且渐加重，近来现痴呆面容，记忆减退，经常呆坐懒动，嗜卧，性格明显改变，时而狂喜，时而啼哭，昼夜颠倒，思维迟钝。CT检查：两侧脑萎缩。体检除记忆力减退、计算



能力下降外，无其他病理征象发现。舌淡苔薄白，脉沉细弱。此肾精亏损，髓海失养。予补肾填精，健脑益智，稍佐活血益气。珍珠母 30g，黄芪、党参、当归各 15g，何首乌、枸杞子、怀山药、巴戟天、山茱萸、菟丝子、龙眼肉、益智仁、熟地黄各 10g，石菖蒲、远志各 6g。

服 10 剂后，睡眠转佳，可独自行走，情绪稳定，能打太极拳和收听收音机，症状明显改善。守上方连进 2 个月，痴呆面容消失，反应较前灵敏，步履变稳，记忆力增强，改用天麻丸、活血通脉片调理巩固。

原按：这是一种传统的治法。《内经》说：“脑为髓之海。”肾主骨，生髓，上通于脑，临床上肾虚患者常有脑功能减退。实验证实，补肾中药是通过调节“脑-垂体轴”而发挥治疗作用，临床上对脑发育不全的患儿，采用补肾法可促使大脑发育，说明补肾可以健脑。因此运用补肾填精法可使老人脑功能减退得到改善。常用方剂如龟龄集、六味地黄丸、左归丸、右归丸等，药用熟地黄、山茱萸、怀山药、龟甲、鳖甲、何首乌、枸杞子、当归、仙茅、补骨脂等。经验方桑女三甲汤（龙骨、牡蛎、龟甲各 30g，桑寄生、女贞子各 20g，白芍、天冬、熟地黄各 15g）以及养阴益肾汤（丹参 30g，川芎 12g，枸杞子、制何首乌、玉竹、女贞子、麦冬、灵芝、石菖蒲、赤芍、郁金各 10g，菊花 6g）对脑血管性痴呆早期有效。

评述：中医理论认为“肾为先天之本”“肾主骨、生髓”“脑为髓海”，并认为该病系“脑髓空虚”为病，一语道破其发病的原始动因。颜师遵循中医经典理论，采用补肾填精法，以大剂补肾健脑、佐活血益气之方，守方恒治，疗效可喜。所用方药经现代研究证实能够调控“脑-垂体轴”功能而发挥治疗作用。需要指出的是，若将肾虚型痴呆进一步细分为“肾阴虚”与“肾阳虚”，方药亦进一步“据证”调配，则将使后学易于掌握，而更益于临床。

2. 活血通窍法

案 2 吴男，72 岁，退休教师。

1988 年 12 月 21 日初诊。患高血压、动脉硬化已 20 多年，经治近 1 年血压已正常，但头晕加重，记忆力锐减，常有四肢颤抖，活动不便，反应迟钝，呆滞少语，有时外出不识归途，理解、判断、计算等智力活动全面下降。CT 检查提示脑萎缩、脑室扩大、脑裂增宽。面色晦暗，老年斑累累，舌质紫，脉细涩，属于瘀阻清窍，凝滞脑气，用活血通窍法。丹参 30g，天麻、桃仁、红花、赤芍、川芎、郁金、远志、菖蒲、通天草各 9g，桔梗 6g，水蛭 2g 研粉吞。日 1 剂。

坚持服药 3 个月，症状渐轻，继用丹参、赤芍泡茶饮用，吞服水蛭粉（胶囊装），半年后能辅导孙儿做数学作业。

原按：《医林改错》说：“夫人身之气也，精神之所依附者，并行而不悖，循环而无端，以成生生不息之运用尔。”“故血乱而神即失常”。由于气血乖违，凝滞脑气，



瘀滞清窍，故见躁扰不安，恼怒多言，或呆滞少语，妄思离奇，面色晦暗，胸脘苦闷，头晕心悸，舌紫暗或有瘀斑，脉沉涩等，即王清任所谓“乃气血凝滞，脑气与脏腑气不接，如同做梦一样”。习用癫狂梦醒汤合通窍活血汤加减，药用丹参15g，柴胡、香附、红花、桃仁、赤芍、川芎、郁金、半夏、陈皮各9g。若神志淡漠加入菖蒲、远志各9g，或麝香0.1g吞服，以加强通窍活血之力；若久瘀化热，躁扰不宁加山栀子、生大黄以清瘀热。此类病人忌补，补则壅，应疏通脉道，推陈致新，常于方中加水蛭一味，以其味咸入肝经血分，其性与瘀血相感，破瘀而不伤气血，常用量为1.5~3g加入同煎或研粉吞，并辅以通天草，轻清上逸，引药入于脑，颇有所获。近年来实验证实活血化瘀能提高神经元的代谢功能，减少星状细胞水肿，增加脑血流量，对改善脑功能十分有益，因此无论辨证为何型，均可适当加用活血化瘀药以提高疗效。

评述：中医治病以脉证为凭，而不受现代病名所囿。该病人素有动脉硬化，症见呆滞少语，反应迟钝，记忆锐减，舌紫脉涩，一派瘀血阻滞清窍之象甚明。颜师活用名方癫狂梦醒汤合通窍活血汤化裁，连续治疗近百剂而愈。尤其值得一提的是，水蛭一味，现代研究认为“其微管系统与人体脉管系统存在同源同构同质相关性”（刘执玉，《淋巴学》，第5页），因此，可以将水蛭作为瘀血病证，包括所有“络病”范畴的疑难顽症的专用药。笔者认为，研粉装胶囊服用，既可节省药材而效价不减，又可免煎煮引起的腥秽之味，应该引起医者的重视。颜师提及丹参、赤芍泡茶饮用以作该病巩固治疗，这种简便廉的“小方”值得推广，相信它将成为医治目前“看病贵”的一剂良方。

3. 益气养血法

案3 张男，68岁，退休工人。

1996年1月11日初诊。经常头晕已2年，诊为“颈椎病”“脑动脉硬化”，长期服用颈复康冲剂无缓解。近半年渐现神志呆滞，终日不言不语，独坐室内，闭门不出，皮肤干皱，小便淋漓不畅，由家属劝其来院就诊。经查未发现阳性体征，脑电图示局灶性慢波，脑血流图示两侧脑血管弹性减退。舌质淡红，脉细。辨为气血两虚，清窍失养，予益气聪明汤加减。黄芪30g，枸杞子、当归各15g，升麻、葛根、蔓荆子、红花、赤芍、合欢皮各9g。

服20剂，症状改善，但言语仍少，生活刻板。于前方加丹参30g，菖蒲、远志各6g。续服半年而症缓，改用补中益气丸吞服。

原按：气血是神志活动的物质基础，故有“神为血气之性”之说，气血充盈，才能神志清晰，精神充沛。《灵枢》说：“血脉和利，精神乃居。”指出了气血与神志密切相关。老年人由于气血两虚，脑失所养而出现健忘、智力减退，甚则痴呆。即沈金鳌所谓“心血不足，神不守舍”，临床表现为终日沉默，不饮不食，说前忘后，



生活不能自理，面色苍白，气短乏力，小溲自遗，舌淡脉细。可用益气聪明汤（药用黄芪、党参各15g，升麻、葛根、蔓荆子、赤芍、川芎、当归各9g。夜寐不安加炒酸枣仁、远志、夜交藤各9g；小溲失禁加金樱子、补骨脂、芡实各9g）出入。本法治轻度患者效较好，但对病程较长的中、重度患者欠佳。根据“脑髓纯者灵，杂者钝”的观念，在方中加入丹参、水蛭等活血化瘀药，使疗效有了较明显的提高。

评述：明代大医家张景岳说：“大凡形质之失宜，莫不如气行之失序。”意即任何器质性疾病改变，无不由于“气（功能）行之失序（功能之异常）。”

颜师采用益气聪明汤治疗气血两虚型痴呆症，守法守方，恒治图成，症状缓解后改用补中益气丸吞服，以获全功。本案让后学进一步体悟：“平淡寓神奇”“大道至简至易”。

4. 清热涤痰法

案4 李男，70岁。

1989年8月28日初诊。患脑血栓年余，经中药、针灸治疗好转，已可跛行。近半个月来，易激动，悲哭震颤，便秘，舌红苔黄腻，脉弦滑数。证属痰火上扰，神志逆乱。治拟泻火涤痰，以安元神。生大黄12g，枳实、橘红、姜半夏、白茯苓、淡竹茹、胆南星各9g，莲子心6g，黄连、生甘草各3g。

连服10剂，大便通畅，性情平静如常，舌面黄腻苔退净，舌质淡紫，续以补阳还五汤加减，并服醒脑复智冲剂。

原按：清代名医陈士铎说：“呆病其始也，起于肝气之郁……而痰不能消，于是痰积于胸中，盘踞于心外，使神不清而成呆病矣。”老年人情怀不遂，生湿化痰，痰浊郁而化热上扰清窍，常见心情烦躁、言语罗嗦或多疑善虑，头痛失眠，甚则哭笑无常，忿不欲生，喉中痰鸣，舌质暗红，舌苔黄腻或白腻，脉弦滑或弦涩。治当清热泻火，涤痰开窍，方用黄连温胆汤加减。姜半夏、淡竹茹、白茯苓、陈皮、白芥子、胆南星、菖蒲、远志各9g，川黄连3g。若头痛呕恶、口干便秘者，加礞石滚痰丸9g，或钩藤、生大黄各9g，以导痰热下行。

老年期痴呆病程长，单纯的虚证和实证较少见，往往表现为虚实夹杂。因“头者，精明之府”（《素问·脉要精微论》），《灵枢·大惑论》及《海论》《口问》等篇将视觉、听觉以及精神状态的病理变化与脑密切联系起来。然而，元神之健全必须依赖“髓充满”（脑为髓海）“空窍清”（脑为清窍之府）和“脑络通”（头为诸阳之会）作为生理活动的基础，一旦邪客于脑（主要是瘀、痰），难免窍蒙、络阻，加之老年脑髓渐空，势必导致虚实夹杂，元神失其健全，出现精神、意识、思维方面的病理变化，这就是“杂者钝”之关键所在。所以在治疗中，必须益气化痰，补肾健脑并用。补中祛邪，双管齐下。如经验方醒脑复智冲剂（党参30g，丹参20g，地龙、川芎、桃仁各10g，黄连、天竺黄、菖蒲、远志各6g，红花5g等）、健脑散（紫河



车、鸡内金各 24g，土鳖虫、当归、三七、枸杞子各 21g，红参、川芎、制马钱子各 15g，地龙、全蝎、制乳没各 12g，血竭、甘草各 9g，研极细末，装入胶囊，每服 4.5g，早晚白开水冲服）。两方均宗此旨立法，故疗效较好。

评述：病疾无限而证有定规，颜师将纷纭繁杂的老年期痴呆简略地归纳为四大证型，提纲挈领，执简驭繁，极具实用价值。案 1 辨为“肾精亏损，髓海失养”，案 2 拟诊“瘀阻清窍，凝滞脑气”，案 3 系“气血两虚，清窍失养”，本案属“痰火上扰，神志逆乱”，治法方药自然各行其道。本案颜师以名方黄连温胆汤出入治之，仅 10 剂即火清痰化便畅，症情如释，续以变法补阳还五汤善后，并配自创的醒脑复智冲剂收功。

黄连温胆汤，方出《六因条辨》，即温胆汤加黄连而成，主治痰热内扰所致失眠、眩晕、心烦、口苦等症。颜师以本方再加大黄泻热通腑祛瘀，10 剂症平，疗效颇佳。

三、老年痴呆症用药宜忌

颜师指出，《医参》谓：“脑髓纯者灵，杂者钝。”脑位于颅内，由精髓汇聚而成，其性纯正无邪，人体十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，惟有气血滋养，精髓纯正充实，才能发挥“元神之府”的功能。人至老年，“形气虽衰，心亦自壮”，形衰则气虚，心壮则气郁；气虚、气郁均可导致血流不畅而成瘀。若瘀血随经脉流入脑，与脑髓错杂，致使清窍受蒙，灵机呆钝，则出现表情痴呆、神识不清、癫狂时作诸症。同时，由于瘀血内阻，使脑气与脏气不接，气血无法上注于头，脑失所养，日久则精髓逐渐枯萎，故而病情进行性加剧。临床所及，老年性痴呆患者具有颜面、四肢老年斑，巩膜瘀丝累累，肌肤甲错，舌紫或兼紫斑等典型瘀血指征，现代研究亦发现老年期痴呆大脑呈弥漫性脑萎缩，脑回变窄，脑沟增宽，神经细胞内脂褐质增多，神经原纤维缠结和颗粒空泡变性，也均证实本病与瘀血相关。

根据“杂者钝”的病机，治疗老年痴呆症当忌蛮补。张景岳谓：“瘀血有所留及，病久至羸，似乎不足，不知病本未除，还当治本。”瘀血是导致老年痴呆症的主因，瘀血不去，盲目进补必反招气血壅滞，加重其害，治当疏通脉道，祛除瘀血，俾气血畅通而脑得其养。故对证属肾虚精亏或气血不足者，每在辨证论治基础上，加入川芎、红花、赤芍、桃仁等，以畅通脉道涩滞，祛逐瘀血隐患，并能消除补药之黏腻，为补剂发挥效能扫清障碍；而对瘀血症明显者，则辄取桃红四物汤、通窍活血汤、癫狂梦醒汤等化裁。临床习加水蛭以搜剔宿瘀，《本草经百种录》谓：“凡人身瘀血方阻，当有生气易治，阻之久，则无生气而难治。盖血既离经，与正气全不相属，搜之轻药，则拒而不纳，药过峻，又反能伤未败之血，故治之极难。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。”临床验证，确有效果，临床组方，习以菖蒲、蒲黄为配，菖蒲芳香开窍，蒲黄破血通络，二味同投，则有活血醒脑之功；通天草轻清上逸，



能引药入脑，各型均以之为使，可收事半功倍之效。

笔者体会，老年痴呆症无论是肾虚精亏，还是气血两虚，抑或痰热蒙窍，均表现为脑络清窍“瘀滞不通”，“瘀”是“症结”所在，“瘀”是识证眼目，“瘀”既是病变之“果”，又是致病之“因”，所以，化瘀通窍必须贯穿于治疗的始终。颜师援引张景岳大论：“瘀血有所留及，病久至羸，似乎不足，不知病本未除，还当治本。”可谓点睛之笔，后学当深刻领悟。颜师列举极其常用的若干方药，看似无奇，实属向为临床所习用、屡试不爽之“要方”，更是颜师毕生精心“考究”之方，当视之为经验有得、诚不我欺之“大实话”，值得后学学习之，验证之，发展之。

(江厚万)

第3讲 取宏用精疗咳喘

——程门雪诊治咳喘医案理法方药思路评述

程门雪（1904—1974年），名振辉，号九如、壶公，江西婺源人（原安徽徽州）。近代著名中医学家。早年学医于婺源汪莲石先生，后拜孟河丁甘仁为师。1926年，为丁甘仁先生创办的上海中医专门学校首届毕业生，以后留校任教务处主任兼教职，并任上海广益中医院医务主任，从事中医医疗教学50余年。1956年被任命为上海中医学院首任院长。还曾担任上海市卫生局中医顾问、上海市中医学会主任委员等职。程氏不仅精研《内经》《难经》，且更能深入《金匱》《伤寒》之堂奥，曾编有《金匱讲义》，后经修订为《金匱篇解》，其释义精辟，深入浅出，颇为学者所称颂。他认为太阳病的主药是桂枝，表实配麻黄，表虚配芍药，表里俱实配麻黄、石膏，有水配茯苓，有痰配桃仁等。撰写《伤寒论歌诀》及批注数种，多有独特见解。对明清温热学派各家，涉猎殆遍，熔伤寒、温病学说于一炉，为当时温热派名医。其一生致力于叶天士学说研究，体会极深，曾批注各种版本的《叶天士医案》，对其辨证用药的规律阐发极多，并充分运用于临床，有得心应手之妙。在治疗上处方别有化裁，融经方、时方为一炉，兼收并蓄，独创一格，能取精用简，并相互照应，组成“复方多法”的剂型，用药以轻灵见长，较前人更具创见。

读《程门雪医案》（1982年版）之治咳喘医案，发现其对呼吸系统疾病的治疗，不仅能博采百家，师法众长，且又取宏用精，精以用简，自成一格。在治疗咳喘方面，有“重在宣润、散敛结合、化痰祛饮、降逆肃肺、温清并举、辅助肾根、补泻兼施”等法，为后学提供了诸多借鉴。现将学习体会陈述于后，以供同道共赏。

一、外感咳喘，宜按表里寒热调治

外感咳喘，必先内有痰饮伏遏；其发病多属外感引动伏邪，而致咳喘。若内无痰饮，属一般外感咳嗽，初则无喘象。其治应表里兼顾，分寒热调治，方见其功。例如咳喘三案，均以小青龙汤加减，以外驱风寒表邪，内温化在里之痰饮。

案1 咳喘（风寒恋肺）案 卜女，20岁。

1958年7月21日初诊。风寒外袭痰饮恋肺，气喘咳痰不爽，喉中有声，脉弦，苔薄。拟射干麻黄汤、小青龙汤出入，温表散寒，宣肺化痰。炙麻黄、制厚朴各2.4g，川桂枝、北细辛各1.5g，嫩射干、煅鹅管石各3g，炙紫菀、炙款冬花各6g。7剂。

二诊，气喘已减，喉中痰声未清，前方出入。炙麻黄2.4g，川桂枝1.5g，北细辛1.5g，嫩射干3g，制小朴2.4g，炙紫菀9g，炙款冬花9g，白杏仁9g，炙白苏子



4.5g (包煎), 煅鹅管石 4.5g, 五味子 0.9g。7 剂。

三诊, 气喘渐平, 鼻塞涕清, 咳嗽, 再从原方增减。炙麻黄 2.4g, 嫩射干 3g, 北细辛 0.9g, 陈辛夷 1.5g, 炙紫菀 9g, 炙款冬花 9g, 炙百部 6g, 白杏仁 9g, 炙白苏子 4.5g (包煎), 煅鹅管石 4.5g。6 剂。

原按: 本例用张仲景小青龙汤法, 疗效显著, 因桂枝用量较小, 发汗力不大, 故未用芍药监制。气喘而见喉中痰声漉漉, 是由于痰阻咽喉, 气道不利, 呼吸之气出入触痰涎而作声。《金匱要略》称为“咳而上气, 喉中水鸡声。”射干利咽喉, 消痰涎, 是对症的要药。但要止其痰声, 须先宣利肺气, 如此例用麻黄、细辛、紫菀、款冬花、辛夷和百部等, 又配干姜、半夏、厚朴、白苏子、杏仁等以温化痰饮。鹅管石一名钟乳石, 功能温肺化痰而治咳, 温肾纳气而治喘, 对冷哮痰喘颇为有效。

程老善用仲景小青龙汤法, 他常以麻黄为宣肺达邪的主药, 桂枝或用或不用, 看寒邪的多少而定, 五味子、细辛或干姜是必用的。他认为细辛、五味子二药配合同用, 很有意义, 细辛温肺散寒, 五味子敛肺止咳。《内经》说: “辛生肺”, 肺“用辛泻之”, 这个“泻”, 是驱散表邪之意, 去邪即所以安正, 起助肺的作用, 故谓之“生肺”。《内经》又说: “肺欲收, 急食酸以收之”“用酸补之”。咳喘则气上, 呼吸频数, 足以耗散其肺气, 所以用酸以补其肺体, 收其耗散之气。肺主呼吸, 肺敛则呼出, 肺张则吸入, 是开合的枢机。五味子酸以敛其肺体, 细辛辛以助其肺用, 一张一敛, 利其开合, 而吸入之气充分, 正可以助其驱邪之力, 是相得益彰的。或虑五味子之敛, 有闭邪之患, 程老认为, 有麻、桂、姜、半、朴和细辛等药同用, 辛可胜酸, 他常用此法, 未见有敛邪之弊。程老还常用干姜和五味子同捣, 温化痰饮, 对老慢支的排痰很起作用, 同捣的目的, 是使五味子得姜之辛, 不致酸收太过, 姜得五味子之敛, 也不致辛温太甚, 二味融合一起, 可以相互制约, 干姜守而细辛散, 所以有时只用干姜、五味子, 细辛就不同用了。

关于细辛、五味子、干姜的剂量问题, 用三分至五分, 是否太轻? 《内经》说: “平气之道, 近而奇偶, 制小其服也”。明·李念莪解释“制小其服”的意义, 是“小则分两(量)轻, 性力缓, 而仅及近病也, 病在上者为近”, 《内经》又说: “因其轻而扬之”, 李念莪的解释是“轻者在表, 宣扬而散之”。《岐伯七方》中的小方, 其义有二, 金·张子和解释: “有君一臣二之小方, 有分两(量)少而频服之小方, 心肺及在上之病则宜之”。程老认为“上焦如羽, 非轻不举”, 所以治肺部疾患的药物, 尤以细辛、干姜、麻黄等质轻力大者, 有用量轻些的必要。

评述: 读名家医案, 对其编者按语, 予以仔细研究, 对提高理论水平与实践能力颇有帮助。如清·俞震纂辑《古今医案按》, 通过加按形式分析各家医案, 对各家学术思想, 褒贬分别, 择善而从。今读近代名医医案, 应先细读其按语, 以利学习掌握其辨证规律及施治技巧。本例外感咳喘, 编者按语从病因病机、辨证治法、用



药技巧多方面详述了程氏治疗咳喘的经验，并引经据典，阐述其学术渊源。关于用药剂量，有些医生对普通小疾，也是大剂重投，认为“现在中药大都是人工培植的，其质量差”。医药之用，性命所系，我想还是遵先贤之训“宁可再剂，不可重剂”为妥。

案2 咳喘（寒饮伏热）案 伍女，31岁。

1958年6月2日初诊。咳嗽气喘，发作甚剧，痰多白沫，口苦，头汗多，苔腻，脉弦滑。拟小青龙汤加味治之。炙麻黄4.5g，川桂枝1.5g，炒白芍4.5g，淡干姜0.9g，五味子0.9g，白杏仁9g，竹沥半夏6g，薄橘红4.5g，水炙紫菀6g，水炙款冬花6g，煅牡蛎12g（先煎），酒炒黄芩4.5g。3剂。

二诊，咳嗽气喘较见轻减，痰多白沫，口苦，头汗出，胃纳不香，再以原方出入。生黄芪9g，炙麻黄2.4g，川桂枝2.4g，炒白芍4.5g，淡干姜1.2g，五味子0.9g，竹沥半夏9g，薄橘红4.5g，白杏仁9g，酒炒黄芩4.5g，水炙紫菀9g，水炙款冬花6g，淮小麦18g。5剂。

三诊，哮喘渐平，头汗渐少，喉间紧窄不舒，再拟定喘汤出入为治。生黄芪12g，炙麻黄2.4g，嫩射干2.4g，桑白皮9g，炙白苏子4.5g（包煎），白杏仁9g，竹沥半夏6g，水炙紫菀6g，水炙款冬花6g，酒炒黄芩4.5g，薄橘红4.5g，五味子0.9g，淡干姜0.9g（二味同打），银杏肉六枚。5剂。

原按：本例痰多白沫，属于寒饮，兼见口苦，是内有伏热，故用小青龙加黄芩清热；三诊改为定喘汤，都是寒热夹杂的治法。方中白果敛肺平喘，与麻黄配合，解邪而不伤气，宣中有敛，敛中有宣。咽间紧窄一症，是由于风寒外束，痰热壅阻肺气不宣之故，射干消痰，与麻黄同用，可以利咽喉，畅气道。喘家头汗多，是表虚之征。程老在用麻黄、桂枝的同时加入牡蛎、白芍以止汗；桂枝、白芍同用以益卫和营，本有监制汗多之意。次诊仍有头汗出，又加黄芪、淮小麦，以固表卫。至第三诊喘汗俱减，于是撤去桂、芍、淮小麦，而独任黄芪，并加重了剂量，这种进退方法，可以参考。

评述：本例咳喘为寒饮重，虽内有伏热较轻，似为支气管炎因感寒发作，故见痰多白沫，口苦，头汗多而苔腻，脉弦滑。二诊时虽咳喘轻减，他症未减，并现胃纳不香。八日后三诊见喉间紧窄不舒，说明寒饮已化热，但头汗出，可有两种情况，一为表卫不固，二为肺热上蒸，方中加生黄芪、桑白皮，二者兼顾，可见其施治稳妥。据《伤寒论方古今临床》一书载“小青龙汤辨证施治于现代医学某些疾病也有较好疗效”，如支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病、风湿性心脏病等，只要辨证精确，加减适宜，均能取得较好效果。

案3 咳喘（饮从热化）案 刘男，成年。

1948年12月27日初诊。新感引动痰饮，饮从热化，咳嗽气急，痰多不爽，口



干澹赤，脉象浮弦，饮阻肺络，肺气不利，肃化失常，恙久根深。拟小青龙汤加石膏方出入以治。炙麻黄 1.5g，川桂枝 2.4g，熟石膏 9g（打），嫩射干 2.4g，淡干姜 0.9g，五味子 0.9g（同打），竹沥半夏 4.5g，炙白苏子 4.5g（包煎），薄橘红 4.5g，白杏仁 9g，象贝母 9g，块滑石 12g（包煎），炒香谷芽 12g。2 剂。

二诊，进小青龙加石膏汤加减 2 剂，痰饮咳嗽、气急不平，均见轻减。胃纳呆，痰多，大便不行，小溲黄赤，苔腻脉濡滑。再从原方加减之。炙白苏子 4.5g（包煎），白芥子 3g（炒研），金沸草 4.5g（包煎），桑白皮 9g，云茯苓 9g，炙远志 3g，竹沥半夏 6g，冬瓜子 12g，薄橘红 4.5g，白杏仁 9g，象贝母 9g，白通草 3g，淮小麦 12g，炒香谷芽 12g。3 剂。

原按：痰饮为水寒之邪，其本在脾肾，而症见于肺为标，一般以痰质稀白，如沫如涎，咳吐爽利，甚至多而涌出为其特征，此病多见于老年和体虚之人，大都恙久根深，自秋凉、经冬，直至春寒，均为好发季节。寒饮之邪，在肺内久伏，可以化热，或则气候久温之后，忽而暴寒外束，寒遏热伏，或则饮食、药饵，多进温燥之品，均可导致“饮从热化”。本例“饮从热化”的特征，为口干、澹赤、痰多而不爽，程老在首诊中既用麻、桂辛温解表，又用干姜、半夏、橘红，以温化寒饮，而石膏与射干则是清除“热化”的主药，石膏尤为重要，服药 2 剂即见效果。

评述：案中虽言用小青龙加石膏汤加减，实含麻杏石甘汤方义，其为治肺热喘咳的主方。李时珍曰：“麻黄乃肺经专药，虽为太阳发散之重剂，实发散肺经火郁之药也；杏仁利气而能泄肺；石膏寒凉，能肃西方金气，乃泄肺肃肺之剂，非麻黄汤及大青龙汤之汗剂也。”程氏在治疗中，注重化痰，宣肺解表，并以石膏泄肺之郁热。并按病证变化灵活施治，二诊则根据纳呆、痰多、脉濡滑，以温化痰饮为主治之。

二、内伤咳喘，应分脏腑阴阳调治

内伤咳喘，虽多为虚证，然往往因外感而诱发或加剧，应分脏腑阴阳，是其辨证论治的要点，内伤咳喘以调补脏腑之虚为要，并治感邪与痰饮，标本兼顾，方能取效。以下六案例，均以补内脏之虚，化有形之痰，利壅塞之气，而取止咳平喘之效。

案 4 咳喘（肺肾气虚）案 陆女，39 岁。

1958 年 12 月 15 日初诊。舌苔白腻，脉象濡滑。咳嗽气喘，神疲乏力，心悸而嘈。素虚之体，肺气不降，肾气不纳，心神不安之故，拟与兼顾。炙白苏子 4.5g（包煎），白杏仁 9g，竹沥半夏 6g，薄橘红 4.5g，辰茯苓 9g，炙远志 3g，炙紫菀 6g，炙款冬花 6g，煅鹅管石 3g，七味都气丸 12g（包煎），浮小麦 12g，紫石英 9g（先煎）。4 剂。诸症均见轻减，效法不更，原方续进。4 剂。

原按：本例用苏杏二陈法肃肺，七味都气丸合鹅管石、紫石英以纳肾，上下兼顾。辰砂、远志、淮小麦养心，石类药又兼能镇心定悸。



评述：肺为气之主，主宣发、肃降；肾为气之根，主气化、纳气。本例咳嗽为肺气虚而不肃降，气喘为肾气虚而不纳气，心悸为痰气扰心。程氏以苏杏二陈化痰利气，恢复肺之肃降，七味都气丸为六味地黄丸加五味子，《医方集解》言其可“治劳嗽”，肺肾同治，有金水相生之义，故药后诸症悉减。

案5 咳喘（痰饮化热）案 刘男，57岁。

1955年2月4日初诊。痰饮化热，咳嗽气喘而兼痰红，苔薄，脉细弦。素体阴亏，本虚标实，投剂掣肘，温清两难为力，姑从标本兼顾试之。炙白苏子4.5g（包煎），白杏仁9g，竹沥半夏6g，薄橘红4.5g，云茯苓12g，水炙远志3g，象贝母9g，生薏苡仁12g，海浮石12g，黛蛤散12g（包煎），仙鹤草6g，冬瓜子12g，七味都气丸12g（包煎）。1剂。

二诊，昨方试投，尚觉舒适，原法不变，续进罔效。上方加水炙桑白皮9g，清炙枇杷叶9g（去毛，包煎）

三诊，肺阴亏而兼痰饮，咳嗽气喘，痰红，温清两难为力。前方投后，咳喘虽减，痰红则多，脉虚弦。再以原方加减，入院治疗为要。南沙参9g，黛蛤散12g（包煎），甜杏仁9g，象贝母9g，云茯苓9g，水炙远志3g，仙鹤草9g，藕节炭4枚，水炙桑白皮9g，薄橘红4.5g，海浮石12g，十灰丸9g（包煎），七味都气丸12g（包煎）。

四诊，血止，咳嗽气喘未平，昨日小溲多，头汗出，肺肾两亏，痰饮逗留，冲气上逆，脉软苔薄，虚中夹实之症，难收全效，而虚脱之变可虑。再以原方出入治之。昨嘱住院，望毋忽。海浮石12g，大熟地黄12g（2味同打），竹沥半夏4.5g，薄橘红4.5g，藕节炭四枚，五味子0.9g，山茱萸4.5g，怀山药9g，仙鹤草4.5g，南沙参9g，十灰丸9g（包煎），水炙远志4.5g，炒牡丹皮4.5g，甜杏仁9g，清炙枇杷叶9g（去毛包煎）。

原按：本例病理当分虚实两方面。咳嗽气喘，痰中带血，是痰饮化热，热损肺络的实证；但素体阴虚，阴虚而生内热，热熬津液，痰热更难咳出，再加肾气失纳，冲气上逆，使咳喘更频。这样虚实互为因果，形成恶性循环。在用药方面，痰血之症，亟宜凉营止血，但凉药又有助长痰饮之弊；温化法又不宜用于血证，以致“温清两难”。另一方面，肾阴不足，津不上承，虽补肺而肺难润，况痰热逗留于肺，补肺药亦不易接受，治疗只能标本兼顾。程老在第一诊时，以肃肺化痰，止血清络治标，七味都气丸以顾本，主要力量在于治标。第二诊原方再进，三诊时痰血较多，以十灰丸增强止血作用，并加南沙参润肺，仍用七味都气丸以顾其本。四诊时痰血已止，则将七味都气丸改为汤药，治本力量增加，作为主要治法。其辨证和治则，对于标本的缓急，用药的步骤，有条不紊。程老对此病例，屡次提出住院治疗，是虑其有虚脱之危，可见其处理慎重之处。



评述：对该例之辨证论治，如按语所言，“有条不紊”。对此咳喘重难之症，除按中医辨证外，最好作相关理化检验，以明其病变部位和病理变化情况。因痰饮化热，见咳喘痰红，就有支气管扩张、肺结核病之嫌，因其病机颇合素体阴虚，肺阴虚热易伤络，肾阴虚而失纳，冲气易上逆，故见咳喘痰红（实为痰中带血）。若为支扩，可以清热润肺、化痰止咳，咳喘平则血易止；若为结核，除用中西抗痨药外，还应以养阴润肺滋肾法扶其正，但须注意甘寒养阴易腻中滞膈，影响脾胃，因肺有扶脾之力，脾有保肺之功故也。程氏养阴不用大队甘寒，滋肾阴法，只以七味都气丸。止血以十灰丸为主，不用大队苦寒，用量亦轻，都不过四钱，可见其用药之精妙。

案6 咳喘（高年痰饮）案 陈男，2岁。

1955年2月2日初诊。脉右弦滑，左濡滑。书云：“脉偏弦者饮也”。高年素有痰饮，咳嗽气逆痰多，畏寒恶风，苔薄。“病痰饮者，当以温药和之”，仿《金匱》法加味。炙白苏子 4.5g（包煎），白杏仁 9g，竹沥半夏 6g，薄橘红 4.5g，云茯苓 9g，水炙远志 3g，水炙紫菀 6g，水炙款冬花 6g，嫩白前 4.5g，海浮石 12g，紫石英 9g（先煎），煅鹅管石 3g，金匱肾气丸 9g（包煎）。

二诊，右脉弦象稍平，畏风恶寒较减，咳嗽痰多气逆亦瘥。胃纳仍不香，寐欠安宁，鼻塞多涕。再从原方增减。上方去白前，加桂枝 0.9g，炒白芍 4.5g，紫石英 12g，炒香谷芽 12g，金匱肾气丸 12g。

三诊，前方投后，尚觉合适，诸恙均见轻减。前日起痰内带红，此上焦有浮热，阳络损伤之故。暂转方治血，血止再商其本。南沙参 9g，霜桑叶 9g，甜杏仁 9g，川象贝各 6g（去心），云茯苓 12g，水炙远志 3g，炙紫菀 6g，清炙枇杷叶 9g（去毛，包煎），仙鹤草 9g，藕节炭四枚，蚕豆花 9g，黛蛤散 12g（包煎），七味都气丸 12g（包煎）。

原按：本例程老引用《金匱要略》的文字：“脉偏弦者饮也”，《金匱要略》另有一段文字是：“脉双弦者寒也，皆大下后善虚。”双弦属寒属虚，有别于单弦属饮的实证。此例脉单弦而两手皆滑，尤足为痰饮之征。《金匱要略》又说：“病痰饮者，当以温药和之。”治痰饮用温法，也是《金匱要略》的规律。后人的体会：痰饮是水寒之气，治之宜温，治肺脾用小青龙汤、苓桂术甘汤等方，寒饮夹热则加石膏，治肾则用肾气丸。此例年老肾虚，冲气不纳，故以金匱肾气丸合紫石英、鹅管石以温肾纳冲，又以苏、杏、二陈等肃肺化痰，上下同治，效果很显。次诊用苓桂术甘汤法，而未用白术，因其性升能动冲气，为肾虚的喘家所忌。但因此例上焦有浮热，不但虚中夹实，而且寒中夹热，温药能和其寒饮，降其咳逆，亦能触动其浮热，致见痰红，这是治疗过程中常有的波折。于是三诊撤去桂附、鹅管、石英之温，而转用一些凉营止血之药，临机应变，以治其标，而原来的补肾纳气仍坚持不变，可想



七味都气丸，应为此例下一步治本的主法。

评述：此例高年痰饮所致咳喘，可为肺、脾、肾三脏皆阳虚，肾阳虚则无力助脾阳，脾阳虚则无法运化水湿，水湿聚而为痰饮，蓄于肺而致咳喘。程氏遵《金匱》“温药和之”之法施治，既用苏杏二陈温肺化饮治其标，又以金匱肾气丸合紫石英、鹅管石治其本，并能随症变而更方，可见其为临证应变之良医。《理虚元鉴》认为“回衰甚之火者，有相激之危，续清纯之气者，有冲和之美，此益气之所以妙于益火也。”设想此例若按“阳虚三夺统于脾”之说调治，也许可避免三诊时“痰内带红”之弊。

案7 咳喘（水渍于肺）案 顾女，68岁。

1955年3月21日初诊。病经数月，先则咳喘，继而头面浮肿，肿以上半身为甚，下肢则否。不能右卧，只能左踞，动则咳甚。汗出头面，齐颈而还。左颈项肿硬，按之不痛，脉沉弦。书云：“先喘后肿者病在肺”，又云：“右不能卧为肺损。”肺为水（之上）源，主布水津，水津不布，所以作肿。小便频少，大便数日一行，肃化无权之故。高年久恙，防其变化，拟以养肺阴，助肃化。南沙参9g，桑白皮9g，甜杏仁9g，京玄参9g，川象贝各9g，煅牡蛎15g（先煎），生薏苡仁12g，冬瓜子皮各12g，煅蛤壳18g，白通草2.4g，清炙枇杷叶9g（去毛包煎），带皮苓12g，木防己12g。

原按：此例由于咳喘数月，肺气受伤，失其肃化之权，水液不能布散，溢而为肿，属支饮、溢饮类，其肿见于上肢，不能右卧，更为水渍于肺之征。程老辨证释理，很有启发。治用《金匱要略》木防己汤、防己茯苓汤法加减，而未用黄芪、人参，则因兼有水饮之实邪，虽年老病久体虚，也不宜骤补助邪，故以沙参、玄参代之，饮邪去而后可以扶正，是下一步法。

评述：《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰：“夫饮有四，有痰饮、悬饮、溢饮、支饮。”若病溢饮当发其汗，用大、小青龙汤主之。程氏未按《金匱要略》治溢饮之汗法，因其有“汗出头面”之征，不可再汗，故用治支饮法加减，遵古而不泥古，一切从病情实际出发，若虑体虚而用骤补，则易恋邪而难解，只有先去有形水饮之实邪，方能达“邪去正安”之效，也不因其有实邪，而妄攻邪再损其正，而用轻清之味顾其正，由此可见程氏用药稳妥之风格。

案8 咳喘（虚阳上浮）案 王男，老年。

1935年9月14日初诊。咳嗽痰多，寐时惊惕气升，口糜，舌尖痛，牙根摇动，其为虚阳上浮无疑。惟舌光脉细，素体阴液亦亏，其阳浮者，以阴不敛阳，虚阳上越，而非阴盛格阳之症可比。温下之品，只能为佐，当以育阴敛阳为之主，且用桂胜于用附，以附不能收摄纳之功也。拟方如下：大熟地12g、海浮石4.5g同捣，山茱萸6g，野料豆12g，枸杞子6g，玄参9g，石斛12g，真川贝母9g，牡蛎30g（先煎），龙齿24g（先煎），清炙枇杷叶9g（去毛，包煎），上肉桂0.3g（研细末，泛



丸，药汁过下)。

二诊，痰呛气升，寐则惊惕，舌绛口燥，气阴大亏，肺失清肃，肾失摄纳，虚气升越，中无砥柱，再用养气阴，肃肺纳肾，佐以化痰。霍石斛 3g，玄参 9g，北沙参 9g，茯神 9g，龙齿 12g (先煎)，左牡蛎 15g (先煎)，真川贝母 9g，杏仁 9g，清炙枇杷叶 9g (去毛，包煎)，七味都气丸 12g (包煎)，银杏肉二枚 (打)。

三诊，(文略)方用金匱肾气丸法。

原按：本例虽以咳嗽痰多气升为主症，但病因并不在肺，而系肾阴不足，阴不敛阳，虚阳浮动，升越于上之故，即“根于肾而出于肺”。虚阳方面的见症：如口糜、舌尖痛、牙根浮动、舌光绛等，均可令人单纯认为阴虚液涸，而致力于生津育阴。但结果将会再耗其阳，火不生土，脾胃不运，津液停聚，而痰饮更多(“关于脾”)。这种阴虚为本，虚火为标的假象，在辨证时很易引入歧途。程老于此证深有体会，初诊用了龙齿、牡蛎、肉桂温阳摄纳，引火归原，因为年老病久，效果不显。次诊转以生津安神，肃肺纳肾，用药全属阴柔一路，似乎对阳法有些徘徊。第三诊则辨理明畅，思路条贯，确定了初诊时“阴不敛阳，虚阳浮动无疑”的诊断，从而肯定“肾阴肾阳并顾，引火归窟，健脾化饮”的治则，以金匱肾气丸为主方。本例虽记录不全，未知其远期疗效，但处理这种症状复杂、用药掣肘的病例，方法是可取的。

评述：本例老年咳喘初诊于九月，时值秋令，症见“咳嗽痰多，寐时惊惕气升，口糜，舌尖痛，牙根摇动”等症，程氏认为“虚阳上浮无疑”，其治以“育阴敛阳为之主”，按叙述“次诊转以生津安神，肃肺纳肾，用药全属阴柔一路，似乎对阳法有些徘徊”。可见初诊方药效微，并见“舌绛口燥”。因本例记录不全，年龄不详，三诊有法无药，实难作评。此病例可否先从“咳嗽痰多，口糜舌尖痛，牙根摇动”等症着手，从心脾(肺胃)积热论治，也许可取效，待主症解后，再作他论。可见按语中肯求实，学者可从读案中寻其辨证论治的一般规律。考川贝母因稀缺价昂，假冒伪劣之品甚多，故程老特注明为真川贝母。肉桂也因效之佳劣，而有多种名称，如紫油桂、徯桂、官桂、桂皮等，程老开上肉桂，乃欲用最好之肉桂也。程老之处方药名，既涉及药物的炮制，又涉及药物的质量，这对保证药物的疗效是十分重要的，值得后学高度重视。

案9 虚喘(脾肾亏虚)案 陶男，65岁。

1958年7月14日初诊。短气，动则喘促，色不华。舌质淡，苔薄白，脉虚细。肾气大亏，虚冲上逆，症势严重。故拟益气养营，而纳虚冲。吉林参 4.5g (另煎冲)，紫衣胡桃三枚 (打)，紫石英 12g (打)，大熟地黄 12g，酒洗当归身 6g，枸杞子 6g，山茱萸 6g，五味子 1.8g，炒补骨脂 4.5g，坎炁粉(小儿脐带) 6g (包煎)。4剂。

原按：喘者气从少腹上冲，谓之“冲气”，是由于肾气大虚，虚气不能纳守于下，加以中气亦虚，中无砥柱，则奔冲于上，而为短气喘促，以年老及肾虚者较为常见。



治法以温肾纳气、补中守气为本，可酌配补肺降气法，以治其标。

古人认为虚喘之证“根于肾，关于脾，出于肺”，“气生于脾，降于肺，纳于肾”，所以治疗年老、虚弱之喘，必须重视脾肾二脏。本方以吉林参、当归补气和营；熟地黄、山茱萸、枸杞子以补肾精；紫石英、胡桃、五味子、补骨脂、坎炁等则为温肾纳气之要药。如有虚汗，可加重人参用量以防虚脱；如面色苍白，虚肿复起，可用桂、附、胡芦巴、黑锡丹等，以温肾阳而平冲固脱，皆为程老常用之法。

评述：喘以呼吸困难、不能平卧为特征。《景岳全书·喘促》篇曰：“实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也。”本例患者短气，动则喘促，面色无华属虚喘之证。按语解析，其要在于调补脾肾，可用益气滋肾、镇纳浮阳之黑锡丹。程氏疗虚喘之法，确为临证提供了可供借鉴之范本。考坎炁乃补肾纳气之品，有与紫河车近似的补益作用，然今药肆几乎皆不备，故不多叙。另黑锡丹的组成有多种，前人常用此药配水剂同用，治肾不纳气之虚喘。清代名医王旭高极擅用之，近贤祝味菊、丁甘仁亦颇喜用（参见《名家教你读医案》第2辑第6讲），而今药肆备此药者极少，诚一憾也！

三、咳嗽日久，当温润清润兼畅中

咳嗽之治，宜分外感、内伤，外感为六淫犯肺，内伤为脏腑功能失调，而致肺失宣肃，肺气上逆，发为咳嗽。故治外感咳要在祛邪，治内伤咳宜调脏腑，以恢复肺之宣肃功能。其久咳气逆、久咳新感、久咳肺燥案，则以温润、清润辛金兼畅中法而取效。

案10 久咳气逆案 郭女，48岁。

1949年2月24日初诊。咳嗽气逆已久，胃纳不香。拟“温润辛金”、和胃畅中治之。炙紫菀6g，炙款冬花6g，云茯苓9g，竹沥半夏6g，陈广皮4.5g，炙远志3g，象贝母9g，甜杏仁9g，冬瓜子12g，生薏苡仁12g，清炙枇杷叶9g（去毛，包煎），焦六曲9g，炒谷麦芽各9g。

二诊，上气咳逆，咳痰不爽，胃纳呆钝，苔薄脉濡。再方“温润辛金”。上方去冬瓜子、陈广皮、焦六曲、竹沥半夏、生薏苡仁，加炙百部4.5g，嫩白前4.5g，薄橘红4.5g，肥玉竹6g，炙甘草2.4g，黛蛤散12g（包煎），炒谷麦芽改炒香谷芽12g。

三诊，“温润辛金”，肃肺和胃，迭进以来，颇觉合度，仍从原方出入为治。上方去玉竹、黛蛤散，加竹沥半夏4.5g。

原按：“温润辛金法”出自清代名医雷少逸《时病论》，为紫菀、百部、款冬花、陈皮、杏仁、松子仁、冰糖七味。《内经》曰：“形寒饮冷则伤肺”，肺脏是喜温而恶寒的，辛入肺，辛温宣肺气，则肺邪自解，又肺亦恶燥，燥则肺叶上举而咳逆，甘润可使肺叶不举，肺气自降，清肃之令得行，治节之用自顺。“温润肺金法”一般适用于久咳、寒咳、干咳等症。本例咳逆缠绵，程老治用此法，紫菀、百部、款冬花



作为温宣肺邪药，杏仁润肺而止咳，陈皮和胃化痰。

评述：《素问·咳论》曰：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”从案中可以看出咳嗽气逆已久，“胃纳不香”或“胃纳呆钝”的记述，其久咳当与胃腑（包括脾）虚寒有关，因脾虚湿不化，则见苔薄脉濡，因“肺无扶脾之力，脾有保肺之功”，扶脾畅中亦为治咳之要，如在临床对脾虚久咳，用陈夏六君子汤加减，佐甘润之品治之颇效。其要在于恢复肺之宣发肃降和脾升胃降的生理功能，是顺应脏腑生理功能调治的整体观念所在。

案11 久咳新感案 徐女，老年。

1970年2月26日初诊。咳嗽已3年，痰多白沫，近感新邪，咳嗽频作，苔薄舌红，脉濡。治以宣肺化痰、温润辛金法。净蝉蜕3g，嫩白前9g，炙百部9g，炙紫菀9g，炙款冬花9g，甜杏仁9g，薄橘红3g，老苏梗3g，南沙参9g，冬瓜子12g，天竺子4.5g。

原按：本例是新久、标本、虚实夹杂的咳嗽。方用紫苏梗、蝉蜕去新邪；紫苏梗与橘红同用，兼温化寒痰；紫苏梗与蝉蜕同用，轻宣肺邪以治新感。沙参润肺清金，照顾舌红肺虚；天竺子、白前、百部以治久咳。程老此方是《医学心悟》止嗽散和《时病论》温润辛金法的组合。在咳嗽不发时，程老常用麦门冬汤、沙参麦冬汤、百合固金汤等补肺以顾其本，甚或进一步而补其脾肾，以培其根本。本方实能拒邪，表气固密则邪不能侵。也可加入玉屏风散卫表以减少复发。

评述：《医学心悟》言止嗽散“温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门驱贼之势。是以客邪易散，肺气安宁。”程氏因见其症虽为久咳新感，但见舌红，不用荆芥、桔梗，而用净蝉蜕、紫苏梗，以祛新感之邪；并用南沙参、甜杏仁，以润肺化痰止咳。雷少逸《时病论》之温润辛金法条，用紫菀、款冬花、百部、松子仁、广陈皮、叭达杏仁，加冰糖为引。治无痰干咳，喉痒胁痛。是按“肺属辛金，金性刚燥，所以恶寒冷而喜温润”的生理特点而制方。此案提示，在用顺应调治法时，还应顾及客观见症，方有助恢复其生理功能，这才是目的。

案12 久咳肺燥案 季男，56岁。

1958年9月28日初诊。伤风不醒，咳嗽不清，苔白腻舌尖红，脉浮滑。秋燥之邪未解，拟祛风宣肺，而助肃化。南沙参9g，霜桑叶9g，甜杏仁9g，竹沥半夏4.5g，薄橘红4.5g，苦桔梗3g，冬瓜子12g，净蝉蜕2.4g，玉蝴蝶六对，象贝母9g，生甘草2.4g。

原按：此例肺燥不润，失其清肃之令，见有阴虚症状。另一方面肺邪未解，伤风不醒，犹有脉浮滑、喉痒等象。程老用润肺清燥以治其虚，宣肺化痰以治其实。此类燥咳症在春、秋季节比较多见，治疗中如稍偏辛燥，易致咯血，总以清润、宣肃为主。程老对肺燥一症，曾有下列一段讲话，他说：“肺燥宜润，关于燥气的性质，



费伯雄说得很好：‘燥者干也，对湿言之。立秋以后，湿气去而燥气来，初秋尚热，则燥而热；深秋既凉，则燥而凉’。”所以临床上治燥咳有温润、凉润二法：寒燥在表用杏苏散。《温病条辨》燥伤本脏——肺，头微痛，恶寒，咳嗽稀痰，鼻塞咽塞，脉弦无汗，杏苏散主之。燥热伤肺用清燥救肺汤，《医门法律》“气促干咳，无痰或少痰，咽喉口鼻干燥，舌干苔少，或痰中带血，用清燥救肺汤”即是。

评述：秋令主燥，咳嗽分初秋、深秋，以别温润、凉润之治，乃程氏经验之谈。原按已将其治法作了较详的论述，可为治燥咳之要旨。然由于患者体质各不相同，感邪轻重有别，病程长短不一，见症各异；施治立法、处方用药，除注重时令外，还应以体质特征、客观见症为依据，正谓“知时、辨体、论证”是也。

咳喘，中医惯以咳嗽、哮喘分称，因临床咳喘并见者较多，故程氏以咳喘并称。论咳嗽之病机，分外感、内伤两大类，《素问·咳论》曰：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”其从整体观出发，揭示了咳嗽虽为肺的病变，其他脏腑病变，也可影响肺而发生咳嗽。在辨证治疗方面，《景岳全书·咳嗽》谓“外感之邪多有余，若实中有虚，则宜兼补以散之；内伤之病多不足，若虚中挟实，亦当兼清以润之。”在用药上，《医宗必读·咳嗽》谓“大抵治表者，药不宜静，静则留连不解，变生他病，故忌寒凉收敛；治内者，药不宜动，动则虚火不宁，燥痒愈甚，故忌辛香燥热。”按哮喘分论，哮分冷、热，喘分虚、实。哮为喉中哮鸣有声，病机重在痰与“伏饮”，素体阳虚，痰从寒化，发为冷哮；素体阳盛，痰从热化，发为热哮；若“痰热内郁，风寒外束”（《类证治裁》），则发为寒包火哮。而喘以呼吸困难，不能平卧为特征。《景岳全书·喘促》篇曰“实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也。”学者对以上名医之论述，应予深刻理解并灵活应用。

编者在咳喘案后，【又按】中提示“程老生前治疗咳喘，有较好的经验”。现作简要概括，以供临证参考。

1. 在辨证方面他总结前人学说，认为“治喘咳不离乎肺，不限于肺”“在肺为实，实者邪实；在肾为虚，虚者正虚”。论表邪有风温、风寒、风燥；痰有寒痰、热痰，或有风寒夹热痰，风温夹寒痰，甚至还有肺阴虚兼伴风温之邪而致的痰红，肺气虚兼有热痰，感冒频繁等表里寒热虚实夹杂的种种病证。肾虚咳喘以中老年为多，年轻者受寒饮冷，多言高声，皆令肺虚。故在辨证上应注意肺虚这个病因。

2. 在治疗咳喘时，程氏强调“虚喘治肾，实喘治肺”“治实必顾虚，治虚必顾实”。程氏自言，对寒郁化热之咳喘，用定喘汤比较应手；有表寒者，用小青龙汤；有表邪而又夹热者加石膏，或用厚朴麻黄汤（厚朴、麻黄、石膏、杏仁、半夏、细辛、干姜、五味子、小麦）。以上三方内包括了解表平喘、止咳化痰和清热宣肺等法。咳喘夹热者，除上述方剂外，轻则常用泻白散、黛蛤散（兼见痰红）加味。重症可用《统旨方》的清金化痰汤加减。



3. 在论《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》“脉沉，泽漆汤主之”时，程氏认为在表邪渐解时，要兼顾其正虚，所以用紫菀、白前止咳平喘，半夏、泽漆泄化痰饮，桂枝、生姜温开，黄芩清热。此外，须用人参甘以扶正补虚。并指出用生脉饮补肺，对咳轻喘重，体虚汗多者，比人参更有针对性。肾虚咳喘，其常用方剂是七味都气丸、黑锡丹、肾气丸、全鹿丸等；又仿《外科全生集》阳和汤法，用熟地黄、鹿角霜、甘草、麻黄、白芥子配合紫菀、款冬花、白前、紫苏子、杏仁等药，治疗阳虚咳喘痰鸣的病例也颇有效。

4. 治疗咳喘，程氏将化痰一法视为主要辅佐法。以二陈汤为通用方，痰多加白芥子、杏仁，即六安煎；夹热者加黄芩、贝母、海浮石、蛤壳等；消痰用白芥子、莱菔子、雪羹汤（海蜇头、荸荠，出自《绛雪园古方选注》）；豁痰用桔梗、郁金、远志；滑痰用竹茹、竹沥；涤痰用皂荚丸、葶苈大枣泻肺汤等，但应用此法应注意体质，虚、老人应慎用。至于礞石滚痰丸、指迷茯苓丸、导痰汤等，一般不作止咳化痰之用。

5. 关于咳痰味咸，程氏医案有载“痰有咸味黏厚，苔白腻。治宜金水六君为主，补肾健脾而化痰。”药用大熟地八钱，白归身三钱，云茯苓四钱，仙半夏三钱，陈广皮一钱半，怀牛膝三钱，川续断三钱，海浮石四钱，海蛤壳四钱，生薏苡仁五钱。5剂药后痰中咸味已瘥。痰咸属肾虚，肾水不摄，津液上泛；苔白腻，痰黏厚，为脾虚有湿。其方又名归地二陈汤，二陈汤健脾燥湿，归地滋补肾阴，脾健则痰浊不生，肾充则水不上泛。用牛膝、茯苓之类可导脾湿、肾水下行，故效显。

6. 程氏在治疗咳喘方面的又一显著特点是用药轻灵，按治“上焦如羽，非轻不举”及“肺为娇脏”的特点用药。如峻烈的辛温发散之麻黄、细辛、干姜及酸敛之五味子等，用量仅在3g之内；化痰止咳药多在3~9g，即使是质重的贝介金石药，如牡蛎、生石膏等，也极少超过12g。因辨证准确，均能如鼓应桴，足见“轻可去实”在临床应证的事实。

总之，程氏治咳喘常用方法有清肺、润肺、宣肺、肃肺等法。清肺又分两法，一是清养肺阴，药用沙参、麦冬、天花粉、玉竹等；二是清泻肺热，药用桑白皮、地骨皮、马兜铃等。润肺法治燥咳，可按寒燥、燥热分治，寒燥在表，宜温润法，方用杏苏散；燥热伤肺，宜凉润法，方用清燥救肺汤。在应用上法时应酌情选用宣肃、润肃、清补、清宣等法。化痰法则为治咳喘之辅佐法，有利气机通畅，痰去则邪可祛正渐复，而肺之功能得以复原，则病自愈矣。

（董胡兴 吴华强）

第4讲 治咳保肺创新方

——章次公诊治咳嗽医案理法方药思路评述

章次公简介参见《名家教你读医案》（第1辑）。

古贤曾曰：“咳嗽，咳嗽，医生对头。”故这一看似小恙之症，若施治不得其法，亦难奏效。拜读《章次公医案》咳喘门、儿科咳喘门和百日咳门后，深感其治法之灵巧，组方之精妙，遣药之独特，均颇有可圈可点之处。遂不揣浅陋，试条陈于后，以广其学。

一、紧抓主症，治咳从肺入手

经曰：“肺为咳。”喻昌云：“咳者，肺之本病也。”景岳更明言：“咳证虽多，无非肺病。”故章氏在治咳时，就紧紧抓住治肺这一关键，细酌病情之寒热虚实，而投以温、凉、补、泻之法，故取效颇捷。

（一）温法

《医学心悟》曰：“咳嗽之因，属风寒者十之八九。”故温法治咳最为章师常用，但其又根据病机、症状及患者体质之异，具体采用辛温宣肺、温润止咳和温肺化饮之三法。

1. 辛温宣肺法 该法多用于感寒而发的急性气管炎。有痰少白黏不易咳，甚至无痰干咳之症状，章氏悉以三拗汤为主方。

案1 王女

主诉为咳与腰痛，此二者皆为风寒之侵袭，以其苔白也。杏仁、薏苡仁各12g，炙紫菀、西河柳各9g，生苍术6g，川桂枝、甘草各3g，细辛、生麻黄各2.4g。

原按：风寒侵袭，肺失宣降则咳；寒湿阻络则腰痛。此方用麻黄加术，以解表祛邪。

评述：《金匱要略》曰：“湿象身烦疼，可与麻黄加术汤发其汗为宜。”然仲景原方用白术，“使麻黄得术，虽发汗而不致过汗；术得麻黄能并引表里之湿”，然章师却宗《玉楸药解》“白术守而不走，苍术走而不守，故白术善补，苍术善行”之言，妙用苍术易白术，更有益于祛在表之风寒并止腰痛也。这种师古不泥的精神极值得吾侪学之。细辛、桂枝之用，既可助麻、术驱风寒表邪，更可行麻、杏、菀、草止咳也。西河柳又名桤柳、观音柳，为桤柳科植物桤柳、桤柳或多枝桤柳的细嫩枝叶，甘咸平，入肺、胃、心经。功主疏风解表、利尿解毒。除可透疹、治感冒咳喘外，还可治风湿骨痛，故章师取其一石三鸟之功而妙用之，足以证明其对药物



性味功效的掌握，确胜常医多矣！

案2 陈女

4日来，哮喘发作，服麻黄素后，喘稍减而盗汗多。黄芪12g，天竺子、甘草、紫菀各9g，附子、陈皮各6g，五味子、远志各4.5g，麻黄3g，银杏15枚（去壳）。

二诊：哮喘大发，喉间有水鸡声。浙贝母15g，黄芪、党参、杏仁各12g，远志、紫菀、款冬花各9g，麻黄、厚朴、甘草各6g，肉桂1.8g。

三诊：哮喘稍定，但周身汗出黏黏。黄芪、白术各18g，补骨脂、当归、党参各12g，巴戟天、仙灵脾各9g，麻黄、甘草各6g，炮附子4.5g，肉桂2.4g。

四诊：哮喘已成尾声。原方加益智仁9g，细辛4.5g。

五诊：今日上班工作，体力不支，腰背酸，失眠。白术15g，补骨脂、党参、山药、黄芪各12g，巴戟天、仙灵脾、当归、益智仁各9g，炙甘草6g，肉桂1.8g。

原按：哮喘而兼见盗汗，为素体虚弱之征。先生本着“急则治标，缓则治本”的原则，初诊用小量麻黄宣肺平喘，黄芪、附子温阳固表，五味子、银杏收敛定喘，再加远志、天竺子、紫菀镇咳祛痰，甘草调和诸药。二诊哮喘大作，喉中有水鸡声，是风寒客肺，引动内饮，故急则治标，加重麻黄用量。三诊哮喘稍定，则考虑固本，用麻黄于大队补益药中。待哮喘平定，则治本为重，以培补脾肾善其后。按照临床所见，哮喘病人多因喘而汗，喘平则汗止。王旭高说：“麻黄是开达肺气，不是发汗之谓。”部分医者因麻黄发汗，虽喘证亦慎用；不知麻黄乃平喘之要药，有时且需用较大剂量，始能收到良效。

评述：章师未拘于“盗汗乃阴虚”之古论，而认证为体素虚之故，因而初诊即用芪、附、味、麻，辛温宣肺，固卫平喘。二诊因喘大发，遂加款冬花、紫菀、厚朴、杏仁及大剂浙贝母，以“急则治标”。用肉桂易附子，加强纳气归肾定喘之功，故获效颇速。三诊因喘定，复用附子配补骨脂、巴戟天、仙灵脾、肉桂以温阳益肾而顾本。学者可通过此案去进一步加深对本逆从的理解。但需要注意的是，如血压高之咳喘者，用麻黄仍需谨慎。天竺子为小蘗科植物南天竹的果实，苦、涩，微甘平，有小毒。入肺经，功主止咳平喘，对久咳、百日咳及哮喘效佳，为章师治咳最喜用之草药之一，然毕竟有小毒而他医鲜用，颇憾！

2. 温润止咳法 该法用于久咳不已，时辍时甚，感寒则剧，痰白稠多，容易咳出或咳而音嘎者，以止嗽散为代表方。

案3 叶女

听其呛，乃急性气管炎。痰白而黏，白是寒，黏是湿。白苏子、白芥子、炙紫菀、炙款冬花、山慈菇片（研末分2次调入）各9g，白前、橘皮、桔梗各6g，生苍术、射干各3g，粉甘草2.4g，生麻黄1.2g。



原按：凡痰白属寒，先生常用麻黄、白芥子、白苏子等以散寒豁痰；伴有湿邪，则加苍术、半夏、茯苓等燥湿渗湿之药。关于治咳的方剂，先生常常推崇《医学心悟》的止嗽散。此方用药平稳，既可用于寒咳，又可用于热咳。程国彭自称该方可治“一般咳嗽”“服者多效”。先生治咳嗽，常选用紫菀、白前、百部、桔梗等药，即取止嗽散之意。然因咳嗽多发作于冬令或气候交变之时，有痰无痰或痰之多少，常难恒定。故章氏喜将两方合投。

案4 薛幼

咳呛有表证而日久者。三拗合止嗽散最为的当。炙紫菀、杏仁各9g，百部、白前、橘皮各6g，荆芥5.4g，桔梗5g，甘草3g，生麻黄2.4g。

原按：久咳当镇咳，兼表证宜发散。方中用麻黄、荆芥散其表寒；杏仁、桔梗开肺止咳；橘皮、甘草化痰缓急；紫菀、百部、白前温润下气。全方以三拗汤和止嗽散复合，为散邪、止嗽剂。

评述：止嗽散出自清代名医程钟龄《医学心悟》，程氏自云“本方温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门驱贼之势。”程氏对该方不仅按风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪进行加减，还根据外感之咳久不已则移于五脏六腑的特点，按《内经》十二经见证予以加减，对内伤七情之咳亦有很多恰如其分的加减法，可谓曲尽周详，故晚清名家唐容川盛赞“此方加减变化，能治诸般咳嗽”。学者当结合程氏原著去阅读章师治咳之案，则可事半功倍矣！

案5 赵女

咳六七日，干呛少痰，因此气粗短促。夫治咳有痰，总当祛之，无痰则镇之。

杏仁泥12g，旋覆花（包）、款冬花、紫苏子、百部、杭白芍各9g，白前6g，生麻黄4.5g，粉甘草3g，白果5枚。

评述：此案所用系三拗汤（麻黄、杏仁、甘草）合压掌散（麻黄、银杏、甘草），两方均为温润止咳常用方，且款冬花、紫苏子、百部、白前亦均为温润化痰止咳要药，故诸药相合，一诊即安。旋覆花又名金沸花，咸温降逆，功主消痰下气，且其梗（亦称金沸草）也有极好的止咳平喘作用，如《局方》即有以其梗与麻黄、前胡、赤芍、荆芥、半夏、甘草、姜、枣组成的金沸草散，主治外感风寒、咳嗽喘满、痰涎不利等症。方中章师还用了一般医生不常用于咳症的功主养血敛阴之白芍（在《章次公医案》咳喘篇病案中，有26例均选用之），考其喜用该药之用意有四：一为敛肺之气阴，恐麻黄、细辛等过散；二是取其柔肝缓急之功，谨防肝火伤肺；三乃用其调营益卫之力，杜外邪复感；四宗王好古“白芍可疗肺急胀逆喘咳”之说，以验证临床。读者认为此案用白芍，究竟为四意中之何意呢？

3. 温肺化饮法 对素有寒涎冷饮内聚，复为风寒外邪所诱，致“咳逆倚息，痰多清稀，畏寒背冷，脉见双弦”，甚至“寒热而兼上气”者，章师则又果断投以温



肺化饮的小青龙汤或苓桂姜辛味半汤。

案6 赵男

咳逆倚息，多作于气交之变，背冷，痰多而清稀，脉双弦，小青龙汤主之。煅鹅管石 18g，姜半夏、白芍、半硫丸（分2次吞）各 9g，川桂枝、五味子各 4.5g，净麻黄、甘草各 3g，细辛 2.4g，生姜 3 大片。

原按：小青龙汤温肺化饮之力甚著。凡内有水饮，外感风寒，症见咳喘、恶寒、痰多而清稀者，投之多获良效。半硫丸系温肾通便成药，可治老人大便虚秘，但亦有温肾化痰之功，故痰饮宿恙者亦宜之。

评述：鹅管石为腔肠动物珊瑚科栎珊瑚的石灰质骨骼或矿物钟乳石的细长尖端部分（滴乳石），甘温。可温肺、壮阳、通乳。治肺癆咳喘、胸闷、阳痿、腰膝无力、乳汁不通。晚清孟河名医费伯雄在所著《医醇賸义》中，自拟鹅梨汤（煅鹅管石、麻黄、当归、紫苏子、茯苓、瓜蒌仁、桑叶、半夏、贝母、橘红、杏仁、梨汁、姜汁）治肺气壅塞，致成肺癆、咳吐脓痰、气甚腥秽者。笔者早年在郎溪县亲见安徽省名老中医胡翘武，在用黑锡丹配药治一老翁气喘欲脱时，因缺黑锡丹而改用鹅管石，亦取佳效，后遂常将此药配熟地黄、萸肉、补骨脂、五味子及降肺止咳药治虚寒咳喘，效尚满意。

案7 任男

痰饮并发哮喘，痰饮已成宿疾；哮喘则有时发作，多作于春秋气候剧变之时。上海地滨大海，尤易发作。此二者，皆少根治之法。今予小青龙汤。杭白芍、姜半夏、炙紫菀、白芥子各 9g，生麻黄、五味子各 6g，淡干姜、远志各 4.5g，细辛、川桂枝、粉甘草各 3g，白果 9 枚。

二诊：服加味小青龙汤 2 剂后，气平，咳痰仍薄。治痰饮者，当以温药和之。

杏仁 12g，旋覆花、白芥子、款冬花各 9g，紫菀、茴香各 6g，干姜、五味子、远志各 4.5g，粉甘草 3g。另：鹅管石 12g，葶苈子 9g，肉桂 3g，共研细末，分吞。

原按：支气管哮喘有外感、内伤之分。一般认为，其外感属肺，内伤属肾。其实，支气管哮喘的早期阶段，病机都归之于肺，及至并发肺气肿，以致肺源性心脏病时，才有肺病及脾、及肾的机制。所以治疗哮喘，一般以治肺为主。但其中又有寒热的区别：属寒者，可用小青龙汤；属热者，则可用葶苈大枣泻肺汤、射干麻黄汤、定喘汤等方剂。至于《医宗必读》的压掌散（麻黄、白果、甘草），则不论寒热，都可应用。

评述：恩师朱良春在原按中所说的压掌散，因方中白果（即银杏）的树叶类似鸭掌，故又称鸭掌散。虽诚如恩师所言，该方对寒喘、热喘均有良效，但银杏有一定的毒性，故用量应控制在 10g 或 7 粒之内，多用有可能引起头痛、发热、抽掣、呕吐、烦躁不安、呼吸困难，当急用白果壳一两或生甘草二两煎服（《上海常用中草



药》），重者当送医院抢救。

（二）凉法

感受风热或肺阴较虚之人患咳嗽，章氏多用凉法，但又有辛凉宣散、辛凉清解、凉散镇痉与甘凉清润之别。

1. 辛凉宣散 若辨证知咳嗽确系“温邪上受”引起，无痰或痰多作白沫，量少不易咳出，喉痛或咽干作痛、音嘎，或咳引胸中痛、洒然有寒意者，章师咸遵《内经》中“风淫于内，治以辛凉，佐以苦，以甘缓之，以辛散之”之旨立法。

案8 姚女

急性气管炎，总以祛痰为主。假使其人咳甚者，复入镇咳可矣。祛痰古称宣肺，镇咳古称肃肺。杏仁12g，炙牛蒡子、白前、紫菀、杭白芍、桑白皮、知母、贝母各9g，射干、远志肉各4.5g，甘草3g，枇杷叶3片（去毛包）。

原按：先生对急性气管炎常用祛风散热、祛痰镇咳的方法。祛风用牛蒡子，清热用射干、知母之类；祛痰镇咳则常用白前、紫菀、桔梗、贝母、杏仁、桑白皮、旋覆花等药。用之多收良效。

评述：射干又名乌扇，苦寒有毒，入肺、肝，功主降火解毒、散血消痰。前贤多取其治喉痹咽痛、咳逆上气、痰涎壅盛、瘰疬结核、疔母、痈肿疮毒、闭经，然国医大师李玉奇从张元素《珍珠囊药性赋》言其“去胃中痈疮”，将该药与扶正补脾、化腐生新之品组成“化腐复胃汤”，用治慢性萎缩性胃炎，每取良效（参见本书第14讲）。吴华强教授也喜用该药治胃疾，均为本品的临证应用开拓了新路。

案9 陈男

一日之内，热势数度变迁，面与脉俱是外邪侵袭。咳呛痰黄，气管有炎症也。连翘、冬桑叶、杏仁、旋覆花、枇杷叶各12g，桔梗、射干、粉前胡、杭白芍各9g，薄荷4.5g（后下），粉甘草3g。

原按：本案咳嗽属于风热证，故先生除常用化痰止咳药外，加用薄荷、桑叶、连翘、射干等辛凉清解药。这与前叶女案咳嗽痰白而用麻黄、白芥子者，有所区别。

评述：陈男因发热，故章师取薄、桑、翘、射以驱风热表邪，未纯用止咳化痰药，此乃高明之处。因表热不退，气管的急性炎症总难消除也。然读者需注意的是，此方一般只能服3剂，如热势仍甚，当改麻杏石甘汤；而热已平息，薄荷、连翘又当易浙贝母、桑白皮来加强清化痰热之力了。

2. 辛凉清解 对呼吸系统急慢性炎症引起明显感染者，诸如支气管炎、支气管肺炎、支气管扩张以及大叶性肺炎、肺脓肿等病，章师并未墨守吴瑭“治上焦如羽，非轻莫举”之陈规，纯用桑菊饮等辛凉轻剂，而是经常配入苦寒、清热解毒之品，使疗程缩短，效果提高。



案10 解男

支气管扩张症，如见痰黄、脉带数时，清热药宜重用。净连翘 15g，金银花、白苏子各 12g，桑叶皮、黄芩、川象贝、桔梗、前胡各 9g，生甘草 4.5g。

二诊：药后痰量减少，脉见平定。再拟原意出入。净连翘、金银花各 12g，黄芩、川象贝、桔梗、桑叶皮各 9g，粉草 3g。

原按：支气管扩张症，中医学一般归之于咳喘一类。伴见咯血，则往往作“木火刑金”论治。咯血而形体瘦弱者，或发热不清者，则多疑为肺癆。先生凡遇咯血而伴手指如鼓槌状者，多认为有支气管扩张的可能。于此为何不作肯定诊断呢？这是因为鼓槌指这一体征，既不是支气管扩张所独有，也不是支气管扩张所必具。案中提到支气管扩张症的咳嗽可以累及终身；遇见痰黄脉数时，清热药宜重用。这些都是先生临床经验之谈。

评述：60年前章师即能对鼓槌指（即今之杵状指）一症的辨析入木三分，证明他以实际行动诠释了自己所提“发皇古义，融会新知”的科学内涵，可钦可敬焉！另还言及支气管扩张所致咳嗽可累及终身，亦确言之有据也。因久咳不愈致支气管弹性丧失而扩张，此时扩张的支气管内常为痰浊、瘀血所壅塞，稍感风热或略进辛肥，则痰浊瘀血将乘机鼓噪上逆而作乱，使咳喘复剧，吐痰腥臭甚至挟血。笔者1989年秋曾遇一胡姓青年，患此疾合并肺结核6年，虽中西药迭治，亦未收功。笔者接治年余后，方用张锡纯秘红丹（赭石、大黄、肉桂）合生地黄、怀膝、地龙、牡蛎、降香、白及、百合、百部、三七等，并辅以吴茱萸研末敷涌泉穴，其“剪不断，理还乱”的纷繁诸症始渐渐平息，直至1991年4月28日患者胸部X线正位片加右侧位片才见基本恢复正常（参见《闻过喜医辑》），但也不保证其今后不复发。

案11 张男

痰臭时发时休，已历1年有余，但胸膈并不作痛。予苇茎汤加减。鱼腥草（后下）、芦根各 30g，生熟薏苡仁各 15g，紫苏子、冬瓜子、桑白皮各 12g，桔梗、马兜铃、白芍各 9g，粉甘草 6g。

原按：此为肺痈，时发时休，迁延日久，痰臭是其明证。臭痰即是脓痰，辨证属热，治宜清肺祛痰、解毒排脓，方用苇茎汤加减即是此意。鱼腥草有良好的清热解毒作用，为治疗肺痈痰热壅滞、咯吐脓血的要药。

评述：恩师朱良春在20世纪50年代初，即发掘出南通市民间医生成云龙的效方铁脚将军草（即金荞麦），用治肺脓肿奇效如神，《朱良春医集·薪火传承篇》载有原卫生部中日友好医院史载祥教授所著《从“朱良春现象”看中医的学术继承与创新》一文，详介了此药治肺脓肿之效（参见本书李辅仁治咳喘一文）。

3. 凉散镇痉 章师临证40载，日诊患者近百人，故对儿科的治疗亦积验甚丰，特色纷呈。如他认为百日咳（即顿咳）因病程淹缠，即使初期可有寒象，但日久大



多化火而成热咳，故应以凉法为主。且结合西医理论，指出其反复连续的剧咳系气管痉挛所致，故又极有见地的佐用平肝镇痉的虫类药。

案12 郭幼

咳声如在瓮中发，惟气管痉挛者有之，故有痰而不易咳唾。以古人经验，当重用开肺。开肺可祛痰一也；弛缓痉挛二也。炙紫菀、白芍、干蟾皮、葶苈子、桑白皮各9g，白前6g，射干5g，粉甘草3g，生麻黄2.4g。

二诊：咳顿挫，再事原方出入。桑白皮、炙紫菀、葶苈子各9g，白前6g，射干5g，粉甘草3g，生麻黄、桔梗各2.4g。

原按：咳声不扬，肺气不宜之征。案中用麻黄、紫菀以开肺；葶苈子、白前、射干降逆涤痰。麻黄与桑白皮并用，乃华盖散配伍方法。用白芍者，发中寓收之意。

评述：《中药大辞典》言蟾皮与蟾酥相似，亦有平喘镇咳作用。故蟾皮的应用当与蟾酥相似，即功可清热解毒，利水消胀。主治痈疽、肿毒、瘰疬、肿瘤、疝积、腹胀、慢性气管炎等病偏热象者。《中药大辞典》载：“治慢性气管炎，可将干蟾皮研末，陈蜜制丸或装胶囊，每次服1g，日2次，10天1个疗程，停药5天，续服第2疗程。观察334例，1个疗程后有效率为69.7%，且止咳祛痰作用优于平喘。”但本品毕竟有毒，且药肆极少备有，故愚意不如以地龙代之，但地龙须洗净酒炒，因若不认真炮制，服后极易动呕，量不超10g为妥（参见《闻过喜医辑》）。

《本草纲目》曰：“葶苈有甘苦二种……大抵甜者下泄之性缓，虽泄肺而不伤胃；苦者下泄之性急，然泄肺而易伤胃，故以大枣辅之。”药用多为后者，系十字花科植物独行菜、北美独行菜的种子，主产于黄河之北，又称北葶苈子；后者为播娘蒿的种子，《蜀本草》又曰：“苗似芥苳”，亦有名之芥苳者。且自仲景创葶苈大枣泻肺汤治肺痈及防己椒目葶苈大黄丸攻逐水饮以降，医者大多仿效之。如张石顽创葶苈薏苡泻肺汤治肺痈；又创葶苈丸治水肿，《外台秘要》亦有同名之方治水肿，其所治皆为痰浊水饮偏多之证，而章师却将其用治气管痉挛痰黏稠不易咳唾，且对小儿亦用9g之量，极具巧思又艺高人胆大也！另药理研究证实：此药有极好的强心作用，笔者曾用其配冯楚瞻全真一气汤治肺源性心脏病现喘急、不纳、水肿、不能平卧，家人已准备后事的82岁老妪，随洩之畅排而肿消纳旺，未10剂能下床行走。足见如想提高疗效，还必须了解药物的现代研究知识，即辨证论治有时必须与辨病论治相结合。当代中医名家彭坚教授指出：该药有清除和抑制癌性腹水作用，笔者在温州苍南县龙港镇，遇肝癌腹水，但体质尚可者，大多在方中配入该药，确如其言，若日泻3次以上，量可控制在10g之内。

案13 高幼

不咳则已，咳则连续5分钟之久，弯腰擗肚，不堪其苦，百日咳也。此症以镇咳为主，祛痰为佐。杏仁6g，款冬花、天竺子、紫菀、旋覆花（包）、贝母、罂粟



壳各 5g，百部 4.5g，甘草 3g，射干 2.4g。

原按：百日咳是儿科常见的一种呼吸道传染病。早期不易与急性支气管炎等病相区别，至痉挛性咳嗽期间，其症状特点始为明显。其治法不外宣肺镇咳，和胃祛痰。天竺子、六轴子均为有效的镇咳药。六轴子有毒，用量不宜大。鹭鸶涎丸有清热化痰、止咳平喘作用。先生每用以治疗百日咳，有成药出售。麻雀煎汤治百日咳，系民间验方，能解痉定咳，每日 1 只，可连续喂食 5~7 只。

评述：罂粟壳又名御米壳，乃罂粟科植物罂粟的干燥果壳，酸平，入肺、胃、大肠，功可敛肺止咳，涩肠定痛。治久咳、久泻、久痢、脱肛便血、心腹筋骨诸痛、滑精、多尿、白带等症。须注意的是，此药所治诸病，大多应为邪祛正虚之证，如痰多之咳、食滞、泻痢等皆不可轻投，否则闭门留寇，病反重矣。罂粟果实中的液汁凝固物即为鸦片，为毒品，有成瘾性，不可久用，故此药现今药肆已难觅得，笔者仅在治晚期肿瘤剧痛时偶用之，确有良好止痛作用。

4. 甘凉清润法 若肺胃阴虚，晨呕便燥，痰黏不爽，或久咳舌光滑，疑为肺癆者，章氏认为：“舌光有厚痰，不宜用温燥化痰药。”谨防更伤其阴，而遵“肺与大肠相表里”之旨，将吴瑭沙参麦冬汤合清热润燥之品，每取捷效。

案 14 卢女

近 2 个月清晨食入则呕，便亦燥结，自觉痰黏喉间不爽利。此肺病而见胃肠功能障碍者。桑椹子 15g，杏仁泥 12g，怀山药、何首乌、麦冬、紫苏子、蜜炙枳壳、谷麦芽、象贝母、天花粉各 9g。

二诊：肺与大肠相表里。咳呛痰少，此肺燥也，故大便难。甜杏仁 18g，桑椹子 15g，杭白芍 12g，桑白皮、马兜铃、麦冬、玉竹、浙贝母、北沙参各 9g，粉甘草 3g。

三诊：叠用清润法，咳呛有痰且活，大便亦见调整。再事原法加减。甜杏仁 12g，桑白皮、马兜铃、浙贝母、麦冬、北沙参、白芍各 9g，粉甘草 3g。

原按：咳嗽痰少或无痰的患者，往往兼见便秘或不爽，故案中有引前人肺与大肠相表里的说法。方中用杏仁、桑椹子、沙参、麦冬等，即取其清润、止咳、通便的作用。

评述：马兜铃为马兜铃科植物北马兜铃或马兜铃的干燥成熟果实。北马兜铃产于黄河以北，以东三省为主，而马兜铃主产于黄河以南，二者均苦寒入肺，可清降肺气，化痰止咳，主治肺热咳喘、咯血、失声及痔瘕肿痛。现代药理研究，其还有温和而持久的降压作用。虽然历代一些本草书似未言及该药有毒，宋代儿科大家钱乙在《小儿药证直诀》中还创补肺阿胶汤（又名补肺散），取其与阿胶、牛蒡子、杏仁、炙甘草、糯米等共末，每用 1~2 钱，水煎食后服。用治肺经阴虚火盛，致干咳少痰，或痰中带血，甚至咳喘咽燥之症，以收养阴补肺、宁嗽止血之功。但《新修



本草》明言马兜铃的根青木香“味辛苦寒，有毒”，《药性论》亦云：“汉防己（即汉中防己，为马兜铃科植物异叶马兜铃的根）味苦，有小毒”，加之临床有服用大剂关木通（为马兜铃植物木通马兜铃的木质茎）通乳引起中毒的报告，使药学家对马兜铃进行了进一步的深入研究，证实该药及属于该科的其他药物，大多含有一种会导致肾功能减退的有毒成分马兜铃酸，如大量顿服，或虽在治疗量范围内却长期服用，有导致急性或慢性肾衰竭的危险。但亦不可因噎废食，只要辨证准确，在治疗量内（10g）短期应用，是不会有问题的。如已故中医大家岳美中先生，曾以南沙参补益肺气，配马兜铃开豁结痰，是一阖一辟；用山药补虚羸，配牛蒡子散结气，是一补一泻；用桔梗引气排痰，配枳壳下气止逆，是一升一降。取此六味相反相成，能起到相互制约的作用。组成治久咳气阴耗伤，气机升降失常，痰浊难以外排，导致稍动则咳喘不已的妙方。笔者用其略予加味，果每可获得佳效。另国医大师李玉奇在其所创治消化道溃疡的养胃益气汤加减法中云：“疼痛不止，加失笑散、马兜铃、紫菀”，意取后二药的通降之性合成药对，通过“肺与大肠相表里”的关系，促使排便，殆可收“通则不痛”之功。

案15 叶女

久咳而见舌光滑者，虽在老年，亦有肺癆嫌疑，所幸两脉不数；又舌光，有厚痰，不宜用温燥化痰药。生侧柏叶30g，怀山药、仙鹤草各12g，北沙参、麦冬、杭白芍、玉竹各9g，知母6g，粉甘草4.5g。

原按：此证久咳而见舌光滑及厚痰，为体内阴液耗损所致。其治疗只宜滋阴养液、润燥滑痰，切不可误用温燥化痰之药，更伤其阴。方用沙参、麦冬、白芍、知母、玉竹等药，即是循此原则。

评述：侧柏叶为柏科植物侧柏的嫩枝与叶，苦涩而寒，入肺、肝、大肠经。功主凉血止血，祛风湿、散肿毒。治各种出血、风湿痹痛、菌痢，高血压，丹毒，疔腮，烫伤。古之本草书几乎未言治咳，笔者翻阅近200本名医医案或医疗经验集，亦鲜见用其治咳者。独章师根据药理研究，知其煎剂的醇提液对小鼠有镇咳作用，醇提液有祛痰及抑制结核杆菌作用，所含黄酮有镇咳祛痰作用，而取大剂以治有肺癆嫌疑的叶女之咳，一石二鸟，令人拍案叫绝，非对药物精研至深至透者，难有如此佳案。其晚年结合现代药理研究编著《药理学》三册，大部分内容均被收入前世界书局所编的《中国药物大辞典》里，内中有他通过临证得出的不少药物的新功效，至今仍有较高的实用价值。

（三）补法

“肺合皮毛”。咳嗽为患，外因为多，体质素馁之人，尤易为六淫所触，故前贤有“外感以咳嗽为轻，内伤以咳嗽为重”之说，非用补法不能达到祛邪止咳的目的。章氏临床能细析症状之异，分别采用固卫实表、通阳化饮和滋阴养血三法以治



内伤之咳。

1. 固卫实表 《难经》曰：“心者血，肺者气，血为营，气为卫，相随上下，谓之营卫，通行经络，营固于外。”卫表受了风邪，常可引起发热、鼻塞、自汗、咳嗽等症，形成卫强营弱的现象。在这种情况下，必须把发病的主因风邪祛除，才能营卫和谐，所以调和营卫的目的，实际上也是在于解表。章师对此症以咳嗽为主之患者，则每宗《内经》“欲伏其所主，必先其所因”之旨，而投以固卫实表之法。

案16 赵男

药1剂热退，但临风仍洒洒然有寒意。医用祛痰药，其咳增多，不足虑也；痰不得出，反是隐患。炒苏子12g，黄芪、焦白术、莱菔子各9g，防风6g，橘皮、远志各4.5g，白芥子3g，银杏10枚（去壳）。

原按：营虚卫弱，不任重表，玉屏风确为有效良方。“痰不得出，反是隐患。”盖痰为病理产物，不祛之使出，必致潜伏贻患，故复用三子定咳，橘皮、远志以治痰。

评述：对卫阳不足，易反复感冒，章师常宗前贤之意，喜用玉屏风散。考该方出处有二，一是元代危亦林《世医得效方》，一为与他同时代的朱丹溪《丹溪心法》。二人之方所用药相同，很难考证谁方在先。朱氏方中的黄芪、白术、防风各一两，研末，每服6g，日2次。而危氏方中黄芪六两，白术、防风各二两，共研末，每次服10~15g，日2~3次。对卫气不固，表虚自汗，反复感冒患者，危氏之方疗效远胜朱方，因防风毕竟为辛温发汗药（《得配本草》曰“元气虚，病不因风湿者禁用”），故表虚自汗者原不可用。然李东垣曰：“防风能制黄芪，黄芪得防风其功愈大，乃相畏而相使也。”遂有危、朱二氏将两药相配之方。但因治表虚多汗，芪、防若等量，则难效矣。故读者用此方时，一定要将黄芪之量大于防风3倍以上。中医大家岳美中言其早年常将该方大其量改作汤剂，治表虚自汗，3~5剂即显效，但不日又复发，再服再效再复发，后见蒲辅周用散剂日服10g，坚持1个月，汗患止且不复发。始悟自汗乃系较慢性的肌表生理衰弱证，数剂汤药不可能使生理性虚象骤然恢复，惟持续用散剂，由量变到质变，使久虚的卫阳逐渐恢复，反可收全功，此正是古贤所谓“治慢性病当有方有守”之理也。岳老还谈到：他初学医时，读李东垣《脾胃论》，见好多方剂下都标“为粗末，每服三四钱”，心窃疑之，认为这样的小量能有用吗？故自以为是的将东垣方加大数倍剂量，改汤剂与病人服，然效未明显提高，反增加病人负担，浪费不少药材。后学用蒲老经验，才知自己做错了。岳老勇于责己的精神令人钦敬，这也是其成为一代大家的主要原因。

玉屏风散乃提高人体卫外功能（即西医所指的免疫功能）最妙处方之一，且药少价廉，值得推广普及。然对不同患者的相异兼证，亦当注意化裁。如蒲老对脾虚纳差者，常将白术加量以超黄芪，深恐黄芪壅补升提，碍胃纳食，但二药之量仍均



大于防风数倍。笔者对四肢因汗出清冷或面眺神疲者，常配桂枝汤，并佐鸡血藤、当归（如便溏改川芎）。如汗特多，加糯稻根（含泥多，一定要洗净），浮小麦30~50g，桃梟（即瘪桃干，乃未成熟而被风吹落之桃）、五味子各5~10g，可收佳效。

案17 崔女

慢性之咳，际此冬令，难奏捷效。除服钟乳补肺汤（丸）剂外，以此方振作疲乏之精神。川桂枝24g，脱力草、苈麻根各12g，当归、潞党参、功劳叶、生黄芪、杭白芍各9g，升麻4.5g。

原按：此案用药以补益中气、调营养卫为主，乃治本之图。脱力草为仙鹤草的别名，有强壮、止血之功。苈麻根本为清热止血之品，亦有止咳定喘的功效。《医学正传》用其与砂糖煮烂，时时嚼咽下，治疗哮喘。钟乳补肺汤出于《局方》。方由款冬花、紫菀、人参、五味子、白石英、肉桂、麦冬、桑白皮、钟乳石所组成。主治肺气不足，咳嗽上气，胸满上迫咽喉，闭塞短气等症。

评述：章师案中桂枝用24g之大剂，极为罕见，由药测证，当有畏寒、肢冷、面眺、口淡、舌胖嫩、脉沉弱等症，非仅神疲一症也。故方中既用参、芪益气，又予归、芍补血，窃以为将此方当作简易的十全大补汤亦未尝不可也。全方未用一味止咳化痰药，系治病求本之法，希冀肺之气阴得以补滋，则久咳可以自安也，此乃“强主以逐寇”之典型佳案，读者切勿一带而过。

功劳叶为小蘗科植物阔叶十大功劳、细叶十大功劳或华南十大功劳之叶。《本草再新》曰：“治虚劳咳嗽”，《现代实用中药》言其为“清凉性滋养强壮药，功效与女贞子相似”。此案用其配参、芪、桂枝，说明患者不仅肺气虚，且肺阴亦失沛矣。肺之气阴双馁，必须假以时日，遇此类病人，如服药尚安，应劝其改丸剂久图。另前案评述已叙，钟乳石系鹅管石之一类，虽可温肺化饮，纳气平喘，消痰止咳。然性味甘温近热，壮元阳之功犹烈。李时珍言：“其气慄疾，令阳气暴充……味者得此自庆，益肆淫逸，精气暗损，石气独存，孤阳越炽。久之，营卫不从，发为淋渴，变为痈疽。”该药基原乃碳酸盐类矿物，故虽《本经》将其列为上品，窃以为亦不可过用，防便秘、阳强或生结石也。白石英为氧化物类矿物石英的矿石，甘温，入肺、胃、心，虽《本经》言其“主消渴，阳痿不足，咳逆，胸膈间久寒，益气，除风湿痹。”但除《金匱要略》风引汤中，仲师将其与大队金石药共用以治中风外，历代方书或医案及名老中医经验集中，用此药者不多，药肆也几乎不备，或代之以紫石英（远较白石英为多用），可参见（《名家教你读医案》第1辑、第2辑祝味菊经验文）。

2. 通阳化饮 痰饮是痰证中的一个特殊证候，也称饮邪、水饮。一般咳嗽多因肺气上逆引起，惟独痰饮咳嗽是由痰饮引起。原因是脾阳虚弱，不能化湿，积湿生饮，影响肺气的肃降。故章师对此类病证，多以健脾扶阳治其本，参入化饮肃肺顾



其标，获效颇佳。

案18 施女

慢性气管炎，古称痰饮，当以温药和之。温药皆能祛痰，苓桂术甘殆其代表剂。其痰活，其咳因之减少。若云根治，难矣。生白术、旋覆花（包）、云茯苓、款冬花、紫菀、五味子各9g，炙甘草3g，川桂枝、细辛各2.4g。

原按：慢性支气管炎，多为内有痰饮结踞，每每感受外寒而触发。其治疗大法，不出张仲景“温药和之”的范畴。方药如苓桂术甘汤、小青龙汤之类。考桂枝善于温通阳气，宣化停饮；白术、茯苓据现代药理研究均有排钠作用。由此可见，苓桂术甘汤有排泄体内不正常水液的作用，亦即通阳化饮之功。

评述：苓桂术甘汤为仲景“病痰饮者，当以温药和之”的代表方剂，此方一出，从者如云，却竟无一人认为该方有欠妥之处。直至清·吴瑭才指出，方中之甘草未免有“甘满壅中”之嫌，故以辛温宣散的生姜易之，虽一味之异，却既避免了中满忌甘之弊，又与“饮当和之以温”之旨甚合。吴瑭此举，真乃师古不泥的表率。

3. 滋阴养血 清代名医王九峰曰：“肝脏阴虚阳僭，是以呛咳咽痛，动劳则喘。”此因肝血不足而生风，风火上炎，灼伤肺阴之故。其特点是病发较缓，呛咳时作时辍，其声不扬，多伴潮热盗汗，腰酸失精，脉弦细数，舌红少苔。延久则胁肋隐痛，目眩头晕，两耳蝉鸣，烦扰梦频等一派阴虚阳扰之症，多见于病久肝肾渐虚或癆瘵。

案19 黄男

干咳而见鼻衄、膈痛，即非细故。盖肺癆初起，亦有此等症状故也。黑木耳12g，桑白皮、百部、麦冬、地骨皮、杭白芍、马兜铃各9g，百合、白前各6g，粉甘草3g。

原按：肺阴伤故干咳，内有郁火故鼻衄。方用泻白散加马兜铃、白前以清肺化痰；麦冬、百合、白芍、甘草、木耳以养阴止血。

评述：干咳、膈痛乃中医所言肺癆六大症状（还有咯血、潮热、盗汗与消瘦）之二主症，患者复兼鼻衄，故章师按肺癆处方。因当时胸透开展极少，章师以症测病，根据辨证论治与辨病论治相结合之法进行处方遣药，因此效颇佳。即使患者并非结核，也可起未雨绸缪之预防作用。黑木耳，医家因其常被作为美食而很少配入处方中，或仅作为单方、验方入药，而章师却独帜高树地将木耳常与他药相伍，以治多种疑难痼疾，并取得卓效。读者今后也应重视药食同源，药食同用，将更多的价廉易得之美食，配入其他相应之药去治更多之病。

（四）泻法

前贤云，“肺为贮痰之器”，若气管为痰所阻，必致气道不利，呼吸有碍，咳嗽顿起。故章氏将泻肺涤痰视为治本止咳的一大要法。另浊痰久停，又可影响血脉之运行，形成瘀血，并与痰浊纠结为害，故痰瘀同治亦为泻肺治咳的一个常用之法。

1. 泻肺涤痰 即通过荡涤、攻逐，使导致咳嗽久久不愈的肺经顽痰得以从大便



排出，咳嗽逐渐自止的一种方法，即古贤所谓“见咳休治咳”也。因此法属“急则治其标”，对发病急、病程短、体质壮实者，用之得当，可收“快刀斩乱麻”之效。故章师对由于痰浊致呼吸道堵塞引起的多种肺部疾患极喜用之。

案20 马幼

咳声尚未畅，但因痰而呼吸紧张，此症不能镇咳。苏子（包）、莱菔子、牛蒡子（炙）、紫菀各9g，射干、桔梗各5g，苦葶苈子、远志、橘红各3g，山慈菇2.4g。

原按：咳声不畅，肺气不宣之故；痰多壅塞气道，升降阻碍，故呼吸紧张。予泻肺排痰之剂，痰去则呼吸自能复其常态。镇咳剂有抑制痰涎排出之弊，所以不相宜。

评述：章师在马幼脉案中，强调指出中医治咳嗽的一个重要注意事项，即痰多而咳喘者，不可用镇咳法，读者定要牢记。此时排痰乃当务之急，只要痰浊得祛，气管痉挛即可松弛，咳喘亦自可平息。由于收敛药（如罂粟壳、五味子等）与镇咳药同有抑制排痰之弊，亦不可用。山慈菇为消肿散结、化毒解毒之要品。前人多用其治痈疽疔肿，瘰疬，喉痹肿痛，蛇、虫、狂犬伤。但《滇南本草》却言“治咳嗽”，故章师移用治马孩久咳，其与射、桔相配，正可消除患儿的喉痹肿痛，且此药不苦，利于小儿服用。由于略有小毒，故仅用2.4g，其“心小”之处，由此可见。此方葶苈子前加一“苦”字，意为不可用甜葶苈子，因其功虽同苦葶苈，但祛痰之力较之逊色多矣。因章师病人太多，故脉案常过简，学其案当如读叶桂《临证指南医案》，即应经常采取以药测症之法，否则难有长进也。

案21 郑男

病咳未滿一候，已剧烈不能平卧。前贤论不能平卧之原理，属之水寒射肺；假使不能平卧而见上气，则属之肾不纳气。病者盖因痰涎壅塞气道，祛其痰，卧斯平矣。鹅管石18g（先煎），葶苈子、莱菔子、苏子（包）、炙紫菀、杭白芍各9g，射干、远志各4.5g，干姜3g，生麻黄、细辛各2.4g，白果12枚（去壳）。另：皂角末、肉桂末各2.4g，分6包，睡后2小时服1包。

原按：此案气逆壅塞太盛，肺失肃降之职，故剧咳不能平卧，非一般宣肺化痰止咳药所能胜任。乃予射干麻黄汤增损，辅以皂角、肉桂粉剂，以涤痰除壅。方药力量甚宏。《金匱要略》独用皂荚为皂荚丸，列症为“咳逆上气，时时唾浊，但坐不得眠”。皂荚即皂角，通窍涤痰，性极锐利。肉桂辛热，能散寒化饮，畅利气机。先生以此二味同用，意在扫清胸中痰浊，以免痰壅气闭之危。但体弱之人须慎用。

评述：郑男显系实证，故章师悉用祛邪之品，但他仍佐入白芍与鹅管石（可温肺壮阳），以防麻黄、干姜、皂角、肉桂的辛温开泄而耗散肺之气阴，“心小胆大，行方智圆”，于此可见一斑。另皂角、肉桂研末吞，亦寓此良苦用心。

2. 痰瘀同治 当急性气管炎失治或误治，可转为慢性气管炎，进一步可发展为



支气管扩张或肺源性心脏病以及渗出性胸膜炎等，此时患者多面唇发绀，杵状指，咳甚则胸闷痛，且稍动则喘，难以平卧，咳脓性痰或血痰，舌偏紫，舌下静脉常曲张如蚓。章师大多采用此法。

案22 庄女

鼓槌指多见于呼吸系统及循环系统病，盖末梢循环淤血固也。今咳呛气逆，不能平卧，祛痰镇咳，固属重要，强心药亦不可少。熟地黄 15g，炮附块、全当归、炙款冬花、胡桃肉、罂粟壳、补骨脂各 9g，五味子、炮姜炭各 4.5g，远志 3g，北细辛 2.4g。

原按：肾阳虚则不能化水，水泛为痰，使肺失肃降，为咳为喘。方用附子、炮姜、补骨脂等振奋肾阳，所谓“离照当空，则阴霾自消”；复用熟地黄、五味子、胡桃肉等补肾助纳，使阳归于阴，肾得封藏而喘平；细辛温化寒痰；远志宁心祛痰；款冬花、罂粟壳镇咳；当归一味，《本经》谓“主咳逆上气”，且活血药有助于改善血液循环。宋代医家治喘咳多用罂粟壳，此属麻醉药，有镇静作用，但痰多阻塞气道，咳出不爽者慎用。

评述：庄女由脉案所述症状及“强心药亦不可少”的治则推测，此女恐系肺源性心脏病。章师用药虽颇全面，但窃以为若能加用红参（或大剂党参）强心，白术健脾化痰，怀牛膝引药下行，纳气归肾，且可利尿（庄女不能平卧，由朱师原按测知，极可能有胸腔积液，缘水气逆肺凌心，致咳呛难卧），故窃以为若以明医冯楚瞻之全真一气汤为主方加味治之，效果或许更佳。回忆 20 世纪 80 年代初，曾有学者撰文指出，以真武汤去生姜加人参组成的附子汤，为治肺心病后期畏寒喘咳、尿少浮肿的最佳之方，而冯楚瞻以麦冬易附子汤中白芍强心敛阴、牛膝易附子汤中的茯苓利水活血且引诸药入肾下行，加熟地黄大补精血，伍附子激荡心肾元阳之气，北五味子强心纳气，收敛欲散之一线真阳，堪称心力衰竭患者最佳对症之方。中医新秀毛以林博士在所著《步入中医之门》中，详载多例用该方挽危起衰之佳案，以确凿事实彰显了中医治急症的卓越疗效。另罂粟壳有麻醉收敛作用，如确属肺心病，且痰少痰多，有腹水或胸腔积液且水肿，窃以为此药以不用为妥。

案23 施男

以左胁痛为苦，不能向右侧卧，短气，咳嗽，西医诊为浆液性胸膜炎。其效固非旦夕可期。杏仁泥 18g，象贝母 12g，银柴胡、前胡、桑白皮、旋覆花、粉丹皮、葶苈子、炙乳没各 9g，新绛 2.4g。

二诊：2 天后左胁之痛大定，其效之速，非始料所及。桑白皮、白芍、象贝母各 12g，牡丹皮、知母、葶苈子、玉竹、紫花地丁各 9g，甘草 2.4g。

原按：胁痛为肝气横逆，咳嗽短气为肺失肃降，故肝肺同治。方中葶苈子泻肺，以治炎症渗出，柴胡、牡丹皮疏肝解郁，新绛、乳、没活血定痛，故效速出于预料。



如渗液较多者，先生恒喜兼用控涎丹，每服2.4~4.5g，每日1次，其逐水蠲饮之效更速。

评述：杏仁有极强的止咳平喘之力。药理研究证实：苦杏仁含3%苦杏仁苷，该物可分解成有较强麻醉镇痛作用的氢氰酸，氢氰酸有较强毒性，故杏仁常用量在15g内，但章师却时超量用之，甚至一次达40g，学者应用当注意之。本案在用较大量（18g）的同时，配以活血止痛的乳香与没药，故能很快痛定。乳香又名熏陆香，为橄榄科植物卡氏乳香树的胶树脂，没药为同科植物没药树或爱伦堡没药树的胶树脂，均主产于亚洲西部红海沿岸及非洲利比亚、苏丹等地。前者苦辛温，后者苦平，但两药即使用醋制后（笔者对二药进行醋炙炮制加工时，有种烧橡胶的刺鼻味），仍味极苦秽，如脾气略虚者，极易泛恶，甚至呕吐、纳呆。如两药同用，最好略加健运芳化之品。新绛之用，首见于《金匱要略》第7条“肝着，其人常欲蹈其胸上，先未苦时，但欲饮热，旋复花汤主之。”该方用旋覆花三两、葱十四茎，新绛少许，以水三升，煮取一升，顿服。功主下气散结，活血通络。叶天士医案常以此方加当归须、桃仁、泽兰、郁金之类，治胸胁板着胀痛，收效良好。稍迟于叶氏的曹仁伯更以该方加芦根、枇杷叶，专治肝脉瘀阻，化火刑金，使肺气难以肃降导致的肝咳。瘀甚者加紫苏子、郁金、三七，对咯血块更妙。《柳选四家医案·继志堂医案》出血门中，此类验案颇多。然新绛究竟何许药也，历史上医家却仁智互见，现简述如下。

该药在唐以前本草著作以及《本草纲目》等均未载，新旧两种《中药大辞典》亦无。历代注《金匱要略》者多避而不谈。据《金匱要略今释》言：新绛即绯帛，始见于陈藏器《本草拾遗》，云治“恶疮疗肿”；但《金匱要略》治马坠及一切筋骨损伤方，亦用“绯帛如手大，烧灰”，不可能一药两名。故当代中药学者郑金生研究员在《辽宁中医杂志》1982年1期著文提出，新绛应是茜草，并列出了四点令人可以信服的理由。但笔者1962年在安徽中医学院读书时，中药教师查少农老中医却言该药是用母猴子月经血染的丝绸，或可用清代官员帽上的紫红丝饰物，也就是说新绛可能是药性偏于寒凉，功主活血止血的一种蚕丝加工品。然笔者认为，如用该药治热性瘀滞症可以茜草代之，但在相当多情况下，“血得寒则凝”，苦涩寒的茜草显然不再适用，窃以为此时若以辛温的红花代替新绛，却再合适不过了，因其功用亦正可和血通络也。一得之愚，仅供参酌。

二、细绛病因，权衡调治腑脏

《内经》云：“肺咳不已，则移于五脏；五脏不已，则移于六腑。”“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”故章师治咳时，不仅抓住主症，从肺入手，且尤善细绛病因，权衡施治，即在辨证过程中，不失时机地根据脏腑之间的内在联系双管齐下，以求显效。



(一) 养胃保肺

“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺。”即肺脏赖“中焦受气取汁”得到滋润，而脾胃的升降运化作用又受到肺气肃降的制约。若病久脾胃虚弱，精气不能上润心肺，必致肺气短乏而作咳；若脾胃升降失常又会聚湿积饮，有碍肺气肃降而致咳。故对久咳而有癆之迹象者，章师常如前所述，用沙参麦冬汤养胃阴以增肺液（参见前14卢女、15叶女两案），但对久咳伴呕逆白沫，章师则认为应属六腑咳中的胃咳，当重用降逆和胃药，以伏其所主。

案24 朱男

咳2个月，将咳先作呕逆，剧则呕吐白沫，舌腻，古人皆属之胃寒，非一般治咳剂所能奏效。苏子、半夏各12g，旋覆花（包）、葶苈、款冬花、白芍各9g，百部6g，公丁香、五味子、甘草各3g，细辛2.4g。

原按：此病仍为痰饮上逆，寒痰留胃，胃失和降。治当降逆和胃，兼理痰咳，非一般通套止嗽药所能效。

评述：患者咳已2个月未愈，估计前医多用止咳为主的常规药物，而章师由咳前先呕逆，吐白沫，舌腻，大胆断曰“属之胃寒”，故“非一般治咳剂所能奏效”，故另辟蹊径，改投葶苈、半夏、公丁香温胃散寒，伍以旋覆花、款冬花、百部、苏子、细辛等辛温化痰，降逆止咳，按仲景“病痰饮者，当以温药和之”之旨处方而效。此亦系一种养胃保肺之法，何哉？“六腑以通为补”也。

葶苈、公丁香，常医均取其温胃散寒、降逆止痛，主治消化道病，如胃痛、嗝气、呃逆、呕吐、泄泻、冷痢及阴疝，另葶苈还可治头痛、齿痛、鼻渊，用于咳嗽几乎不见。章师之用，不仅证实《内经》“五脏六腑皆令人咳，不独肺也”之论的正确性，也为我们如何灵活遣药树立了典范。公丁香为桃金娘科植物丁香的花蕾（其果实称母丁香，效逊于公丁香），而葶苈为胡椒科植物葶苈的未成熟果实，二药均香味浓烈、走窜、辛甘大热，若咳非寒饮所致，切不可误投，否则有劫阴咯血之变。

另食管反流性疾病的反流物，常可刺激与食管紧邻之气道，引起剧咳，用常规治咳药有时鲜见效机，亦可采取章师本案之用药法，或能有柳暗花明之效。

(二) 调肝益肺

肝主疏泄宜升，肺主治节宜降，二者共助心以维持机体气血的协调。若肝气因郁化火升发太过，则致“木叩金鸣”；或肝木失肾水之濡养，使虚阳逆上，肺娇不耐其炎，亦会致咳。前证多兼右胁痛，章师习用四逆散化裁；后证常伴痰血，故在用滋养肝肾阴液的同时，佐入清降肝经逆气之品，主次分明，颇能启迪后学。

案25 史女

肺主皮毛，咳剧而恶寒特甚；肝失调达，因拂逆而右肋作痛。旋覆花（包）、娑罗子、白芍各9g，青皮6g，炮附块、醋炒柴胡各4.5g，甘草3g，北细辛1.8g。



原按：肝失调达，固非一日而成；咳而恶寒，是阳虚不能卫外。方用附子、细辛，温阳散寒；四逆散以青皮易枳实，疏肝止痛；娑罗子善理肝气；旋覆花降气通络。一方两扼其要。

评述：由咳嗽伴“拂逆而右肋作痛”，章师断为应属“肝咳”，（至于何为肝咳？怎样分型论治？请参见笔者发表在《中医杂志》1983年5期的《肝咳医话》），故未用一味直接止咳药，而是采取四逆散加娑罗子疏肝，旋覆花降肝疏肺之气以治本；因患者恶寒转甚，则转以附子、细辛温阳散寒以治标，寥寥8味，方巧效捷。娑罗子又名开心果，为七叶树科植物七叶树或天师栗的果实或种子，甘，温，功专宽中、理气、杀虫。治胃寒作痛，脘腹胀满，疝积虫痛，疟疾，痢疾。虽该品为治消化道疾患之专药，章师却独取其理气之功而协助四逆散、旋覆花调肝降气，肝气得以疏泄，肺气自可安宁，即木不叩金，金岂鸣乎？窃以为此与因肠内燥屎化浊上逆，致呃逆、呕吐、脘胀、不纳，用釜底抽薪法从本以治，颇有异曲同工之妙。

案26 张男

凡暴病平卧则气逆者，病在于呼吸系居多；不在肺便在肋膜。与久病之在循环系者有别。病者热虽不高，而痰中带血，病在肺。生侧柏叶 30g，海蛤壳（先煎）15g，杏仁泥、旋覆花（包）各 12g，麦冬、百部、冬青子、玉竹、杭白芍、桑白皮各 9g，银柴胡 4.5g，粉甘草 3g。

原按：此案膈上有痰热壅聚，肺失肃降之权，故平卧则气逆；肺络受损，故痰中带血。方以清润调肺、降气化痰之品以治之。

评述：由“暴病平卧则气逆，不在肺便在肋膜”，知章师早在60年前已将此类病分成肺之本脏病（如各种肺炎、急性气管炎、气管痉挛或异物阻塞）与胸膜腔之病（如各种胸膜炎引起的胸水、气胸等），并指出此类病与心血管病（即循环系统疾病）有异，其医术学贯西中，确为不易。因张男痰中带血，可基本诊断为急性支气管炎。章师脉案之简捷明快，于此可见一斑，极值我侪学习。海蛤壳为帘蛤科动物青蛤等几种海蛤的贝壳，咸，平。可清热利水，化痰软坚。主治热痰咳嗽，水肿，淋病，瘰疬，癩病，积聚，血结胸痛，血痢，痔疮，崩漏，带下。今医亦有利用其含钙偏多，以中和胃酸治胃溃疡，更有利用其属贝类且咸平，以平肝潜镇治高血压。本案章师是以其配桑白皮、侧柏叶清肺热痰火以止血也。

（三）补肾敛肺

肾乃水火之脏，为气之根，主纳气；肺乃五脏之华盖，为气之主，主出气，且“水为至阴，其本在肾；水化为气，其标在肺”。景岳又云：“盖水之与气，虽为同类，但阳旺则气化，而水即为精；阳衰则气不化，而精即为水。”故人身水液之出入，由肺肾共同调节。若肾阳失煦，必将阴霾弥空，不但积湿成痰生饮，且水饮射肺，致咳不已，甚至喘胀。章氏于此等证，悉宗“咳喘一症，在肾为虚”之旨，



概予补命门之火且可纳气归肾之品，略加少量温敛镇咳之药，由于做到“必伏其所主，而先其所因”，故获效较好。对久咳伤及心、肾之阳的肺心病患者，此法尤有实用价值。

案27 吴老

气急不能平卧，已历2个月之久，左卧则腹中水声漉漉，痰不多，必用力乃能咳出。今察其两足浮肿，胸次窒闷异常，尿少，脉微弱，当从肾治。煅鹅管石24g（先煎），熟地黄15g，苏子（包）12g，炮附块、茯苓、核桃肉各9g，远志、五味子各4.5g，北细辛3g，白果10粒（去壳）。

原按：肾为气之根，高年肾阳衰微，则气无所主，不得摄纳，故气急不能平卧；腹中水声，尿少，为肾阳衰微，脾失健运，致水饮停留；痰不易咳出，是气虚无力祛痰外出。本案虚中有实，因虚致实，故以大剂补肾纳气以治其本，降气祛痰而治其标。

评述：吴老之病，显系肺源性心脏病，虽脉案明言“当从肾治”，窃以为并非仅指用益肾之治法，还含有此类咳嗽当属“五脏六腑皆令人咳，不独肺也”中的肾咳，学者以为然否？此案直接止咳药仅有苏子一味，但效却颇佳，何故？乃治病必求于本也，本于何？温肾纳气则咳自平焉！

三、组方精细，善用“药对”、单方

章氏处方用药简洁明快，谨守理法，多用成方，但法中有巧，巧中有变，泛应曲当。此特点在对咳嗽的治疗中表现尤其突出，用药务求击中要害。另由于药对能通过药物的“七情和合”，发挥较大疗效，且使处方精炼，故章氏在咳嗽的施治中，屡屡以药对投方。

案28 李幼

不咳则已，咳则连续发作，咳时面赤，呕吐，此百日咳。欲求镇咳，必先宣肺。

天竺子15g，杏仁泥、石膏各12g，白苏子、蒸百部、浙贝母各9g，紫菀6g，白前5g，射干3g，甘草2.4g，生麻黄2g。

评述：百日咳用麻杏石甘汤，为我侪大开眼界，因此方常医多主治小儿麻疹并发肺炎，成人急性肺炎、大叶肺炎等病，足见章师时时以辨证为据而并非遵西医之病名来投方。虽患儿呕吐，章师未投止吐药，却宗治病求本之法，以镇咳为先，缘咳止呕自平也。淮南名医常少久，曾自拟半（夏）杷（叶）百（部）（浙）贝汤加味治百日咳，效亦颇显，读者亦可试用。

药对为很多医生所常用，北京四大名医之一施今墨，就以善用药对而闻名。笔者恩师朱良春因受章师亲炙，亦善用药对，由其门人及子女整理的《朱良春医集》中，也收入了16大类211组药对（含23个由3味药组成的药组与两则4味药组成的小方），读者若细阅，亦可掌握不少处方用药技巧。有些年轻读者，不知怎样配伍



与应用药对。笔者认为，凡历代处方中以两味药作为方名的，此两味药即是药对：如吴鞠通沙参麦冬汤中的沙参与麦冬，就组成了相须为用的药对；张仲景旋覆代赭汤中的旋覆花与赭石，就组成以相使为用的药对；另所有以两味药组成的小方，此两味药亦皆为药对，如朱丹溪左金丸中的黄连与吴茱萸；刘河间金铃子散中的延胡索与金铃子等亦皆构成了药对；另同一种药的不同用药部位若同用，多数亦组成药对，如紫苏叶与紫苏梗，桑叶与桑白皮等；两味药的药名如有一字相同，且有一种共同功效，同用亦构成药对：如木香与藿香，青皮与陈皮，黄连与黄芩，白术与白芍等。人民军医出版社出版的《名医效验药对（内科卷）》《名医效验药对（杂病卷）》，对近现代名医药对（组）应用经验进行了较好的梳理，值得一读。本案仅用了11味药，却含有麻黄与石膏、麻黄与杏仁、麻黄与射干、紫菀与百部、杏仁与紫苏子5个药对，至于这些药为何作为药对使用，又有何作用，作者不妨与我互动自思吧！

案29 朱男

以咳为主症，痰作白沫，量少而不易咳出，多是气管有炎症。兼见咽干作痛，音为之哑，则炎症之由来，系风燥之侵袭。冬瓜子12g，前胡、牛蒡子、浙贝母、桑叶皮、光杏仁各9g，桔梗4.5g，生甘草、薄荷（后下）各3g，枇杷叶3片（包），胖大海3只。

原按：风燥咳嗽，咽干作痛，用微苦微辛之剂，一则疏风消炎，一则润燥止咳。

评述：朱男显为温燥犯肺之咳，全案仅11味药，细析却含有前胡与浙贝母（辛凉疏散，化痰止咳）、桑叶与桑白皮（疏表肃肺，化痰止咳）、薄荷与牛蒡子（辛凉解表，利咽润肺）、杏仁与牛蒡子（润肺通便，化痰利咽）、桔梗与甘草（利咽开音，化痰止咳）、桔梗与胖大海（利咽开音，润肺止咳）、桔梗与牛蒡子（疏表润肺，化痰利咽）7个药对，章师对药对的妙用，学者不可忽之。

案30 裘男

病者是急性气管炎。素无咳痰，一也；在此时令（12月），二也；洒然有寒意，三也；痰作白沫，喉痛，四也。牛蒡子、紫苏子、杏仁泥、冬瓜子各12g，桑白皮、知母、川贝母、柏子仁各9g，杭白芍6g，桔梗、射干、山豆根各4.5g，甘草3g。

评述：诊断既简明确凿，故用药亦与症极合，章师水平之高超，观裘案可窥一斑见豹矣！本案药虽仅13味，却构成5个药对：桔梗与牛蒡子；知母与贝母（如用川贝母，则可养阴润肺，化痰止咳；若用浙贝母，则可清热润燥，化痰止咳）；紫苏子与杏仁（润肺化痰，降气止咳）；桔梗与山豆根（宣降肺气，利咽化痰）；射干与山豆根（清热解毒，降逆利咽）。

姜春华教授曾言：“章先生没有正统观念，他主张博采众方，处方中把单方草药也用进去。”苈麻根原为清热止血之品，章氏受《医学正传》用其与砂糖煮烂后嚼咽治哮喘的启发，以其与能治“虚劳咳嗽”（《本草再新》）的功劳叶合归芪桂枝



汤治虚劳久咳；山慈菇原为清热解毒、散结消肿之品，六轴子乃消肿散瘀、祛风止痛之药，但他却从《本草再新》“山慈菇治痰热烦火”与《饮片新参》“六轴子敛肺、化痰、定喘咳”中，悟出二药有镇咳之功，将一般医生极少用的有毒药物，频投于百日咳及急性气管炎的呛咳不已症。此足见章氏不仅识见广邃，且能勇于实践，学以致用。另如昆布、海藻、绿豆、黑豆、地枯萝（萝卜的老根）等，鲜见医生用于咳嗽，章氏亦时有用之。章氏还常选用疗效较好的成药和单方，如将半硫丸用治痰饮宿恙，十枣丸用治渗出性胸膜炎，抱龙丸、紫金锭治痰热剧咳有肺闭之虞者，用清热化痰、止咳平喘的鹭鸶涎丸及民间验方麻雀煎汤治百日咳等，在保证治疗效果的前提下，或能节省费用，或能减去煎药之繁，或能免除患儿服药之难，均值得我辈借鉴之。章师在这方面提供的诸多有价值的病案，使后学治该病的疗效得以较快地提高，这正是他对中医事业的最大贡献之一。

（马继松）

第5讲 举法三因论肺疾

——李辅仁诊治老年肺系病证医案理法方药思路评述

李辅仁，男，汉族，1919年出生于一中医世家。少年时期在父兄指导下系统学习中医典籍。1939年，拜北京四大名医之一施今墨为师。他吃住在施师家，与其长子施稚墨“同宿舍”数年，成为施老为数不多的入室弟子之一。同时又在华北国医学院以学习中医为主，兼修西医课程。1944年出师后的李老在北京建立辅仁诊所，上午门诊，下午出诊，不久以擅治妇、幼科疾病而声名远播。新中国成立后在北京医院又主攻内科。1954年开始为卫生部承担党和国家领导人的专职中医保健医生，主治方向转向为以诊治老年病为主。十一届三中全会后，被晋升为该院主任医师，并被卫生部、国家中医药管理局指定为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，2009年被评为“首届国医大师”。作为中央保健委员会保健专家小组中唯一的中医专家，李辅仁教授积60多年经验，总结出一套独特的治疗老年顽症的诊治方法，且用药中正，杂而不乱，被患者及同道称赞为“用药得当，可以通神”。因在党和国家领导人的长期医疗保健和重大医疗抢救工作中做出了优异成绩，多次获“中央保健杰出专家”的荣誉称号。

根据卫生部2006年公布的数据，在城镇居民死亡原因排行榜中，呼吸系统疾病仅次于恶性肿瘤、脑血管疾病、心血管疾病位居第四；而在农村居民中，其死亡率甚至高于心血管疾病而位列第三。有鉴于此，李老在披阅大量古今中西医论著的基础上，结合本人60载临证体会，对肺系病证的中医诊治理论与经验进行了系统总结、拓展深化，充分反映于刘毅与李世华二君整理的《李辅仁治疗老年病经验》一书中。笔者有幸拜读大作，获益匪浅。兹撷取李老有关老年咳喘病证的诊治思路与医案若干，附以评述，供读者参酌。

一、治疗咳喘疾病的理论建树

（一）表邪未尽，切忌早补

呼吸系统疾病，主要属中医学咳喘病的范畴。李老认为本病从老年人体质分析，多为本虚标实，要注意“标本同治”。病发之本乃脏腑功能的失调，特别是肺、脾、肾功能不足，这是本病发病的根本原因。而其标则多为外感六淫、痰浊、瘀血、水饮，这些呼吸道本不该有的异物，常会加重患者的脏器之虚，使病情更加错综复杂。只有掌握了本病虚实夹杂的特点，在辨治时才能针对患者具体各异的病情，结合体



质去处方遣药。

通过 60 余载的临证总结，他提出了“治疗呼吸系统疾病如邪（即六淫、痰浊、瘀血、水饮等）未去，切不可过早补虚”的观点。主张在发病初期，首先宣肺肃降祛邪，调节肺的治节。尤其是治咳，更宜先祛邪，并当辨别风、寒、燥、热而施治。临床症见咳嗽、口干、舌红、恶寒、全身酸楚，为风寒外束，肺有燥热伤阴。治宜润肺散寒，止咳定喘，李老常以三拗汤合止嗽散加黄芩、桑白皮、瓜蒌根治疗。老年人易出现肺卫气虚，阳馁不足，临床表现为出汗、神疲乏力，咳喘 10~20 余年者，常喘而不得平卧，咳吐白黏痰，舌质淡红，苔白腻，脉细滑，为阳气不足。表虚而痰饮恋肺，感邪诱发，肺失肃降，李老常以仲师桂枝加厚朴、杏子汤扩充。他还善用炙紫菀、炙白前、炙百部、炙款冬花治咳喘有良效。若兼大便不通，因肺气不降而致者，以炙紫菀 20g 使肺气肃降，既止咳又通便。此乃宗北宋史载之用大剂紫菀治奸相蔡京便秘之法的变用，均本“肺与大肠相表里”而采取的通肠泄肺之法。临床咳喘发热，胸闷喘促，痰黄量多（多属急性支气管炎、哮喘、肺炎、胸膜炎等），李老常用麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤、千金苇茎汤合鱼腥草、败酱草、金银花、连翘、羚羊角粉化裁。若兼鼻塞不通，加黄芩、射干、辛夷、苍耳子、薄荷以蠲除痰热，宣肺通窍。支气管扩张属中医咯血范畴，李老认为一般用“百合固金汤”可效。但对外无风邪侵袭，内有肝肾不足，使水不涵木，肝风上扰致木火刑金而咯血者，当滋水涵木为要，自拟“滋肾清肝汤”（即六味地黄丸加玄参、麦冬、女贞子、花蕊石）而效著。他指出咯血不止者多属肝胃火炎，灼伤阳络而迫血妄行，可用唐容川之清阳宁血汤。对咯血不止，口臭，色鲜红，脉弦数，关脉尤显之肝胃火亢者极妙。若见咳嗽不爽而后咯血者，为肺燥伤阴，应以清燥润肺止血法，但要注意参入活血，以防留瘀。李老认为当肺病伤及脾胃，子病及母而咳喘时，用培土生金法以培其生化之源，一般可使痰化咳止，而为促使药效加快，化痰降气药亦当酌用，因此他善将“六君子汤”合“苏子降气汤”加味；肺肾阴虚者用麦味地黄丸加玉竹，佐以降气清痰，如桑白皮、枇杷叶、贝母等；肺肾气虚，肾不纳气者用金匱肾气丸加冬虫夏草、巴戟天、五味子，虽应以温补为主，但若为外感诱发，仍应佐以一些解表之品，否则会致邪恋不去。

李老强调防治老年病时，应特别重视对肺的防治，因为肺卫是百病之母，是老年人发病的第一关，也是老年病的主要病因之一。如老年性肺炎多由外邪诱发，可伴发热或不发热；有的无明显症状，或只见嗜睡，这是很危险的现象，应及时治疗。在肺炎恢复期，应以扶正健脾，润肺养阴来调整人体阴阳，酌情祛邪，使正复邪祛，平衡恢复。

（二）留人去病，顾护正气

李老在长期的医疗保健工作中发现：人与疾病长期共存是老年人的生存常态，



顾护正气为老年保健的根本大法，临证当正确处理扶正与祛邪的辩证关系。他指出治未病乃抗老防衰之关键，并从基础理论与具体用药方面进行了深入阐述。早在《内经》中，就提出人的一生要经历“生、长、壮、老、已”五个阶段，乃是人体由生到死的全过程，盛极渐衰是无法抗拒的自然规律。而李老的主治方向以诊治老年病为主，据此认为老年人的生理特点就是正气渐衰，即维持生命活动的各种物质与功能都在全面而逐步地衰退，五脏功能亦日益低下，生命状态处于较低水平的、很不稳定的平衡中，在这一过程中，五脏中的肾衰和常见老年疾病的发生关系尤为密切，这在老年人呼吸系统疾病中亦表现十分明显。

在长期诊治老年病过程中，李老发现在正虚基础上，患者表现不是纯寒、纯热或纯虚、纯实，也不是只涉及到一脏一腑，而是虚实夹杂、寒热互见，且不少人因数病缠身，每天常同时服用多种药物，这些药物不仅有各自不同的副作用，且彼此常相互拮抗，导致病情错综复杂，缠绵反复，而且越是高龄，越是疾病后期，这个特点越是突出，越不容易重新恢复阴阳平衡，所以由衰老引发的许多不适与疾病是生命后期的必然，李老通过五十载对老年病的诊治，认为人与病长期共存是老年人的生存状态，他常奉劝一些身患多种慢性疾患的老人，切不可因病难以彻底痊愈而频繁易医求治，应本着“既来之，则安之”的心态，与病共处，带病延年。

针对老年病的特点，李老主张在对疾病的辨证中，首当分清主要矛盾与次要矛盾，根据主证确立施治大法。纵然病情复杂，矛盾重重，遣方用药时仍须遵循君、臣、佐、使的组方原则，繁中有序，杂而不乱，力争做到理法方药一气贯通。

顾护正气，留人而后治病，是李老诊治疾病的又一特点。他强调治老年病，用药必须补勿过偏，攻勿过猛，尽量平和。他反复强调，只要正气尚存，就有一线生机，因此顾护正气为老年保健的根本大法。尤其是病情危重时，更应以扶正为当务之急，以冀正旺则邪可自祛也，此即古贤所谓“留人治病”之要旨。

在临证中他还特别注意固肾与调理脾胃。他经常询问患者食欲如何、排便是否正常、有无腰腿酸痛、行动坐卧是否便捷等，以了解患者先后二天的状况，并常根据病情加入和胃健脾、补肾填精之品，这是他对明代大医汪绮石《理虚元鉴》所言“肺为五脏之天，脾为百骸之母，肾为性命之根，补肺、补脾、补肾，治虚之道毕矣”这一治疗思想的深刻领会与灵活运用之具体体现，学者切不可忽视之。

（三）喜用甘寒，善用药对

李老较少使用大苦大寒、大辛大热及腥秽碍胃之品，如龙胆草、黄连、苦参、大黄、附子、川乌、草乌、细辛、乳香、没药、地龙、全蝎等，即使使用也必是中病即止，或同时佐以和胃解毒药物，以防发生毒副反应。对峻猛攻伐及有毒之药，如芦荟、芒硝、木通、二丑、大戟、甘遂、水蛭、虻虫等，则几乎不用，恐老年人难以承受而发生各种严重的毒副反应。他在抢救危重症时，尤重扶助正气，固本培



元。临证时独参汤、生脉饮、十全大补汤是其常选用的方剂。

李老善用甘寒药。究其原因，他告诫后学：一是他所治多为老年人，大多数对药物耐受力差，甘寒较苦寒之品易于耐受；二是患者多为北京居民，受北方干寒气流的影响较大，且周围又有不少以生产钢铁煤电为主的大工业城市（如邯郸、唐山等），空气粉尘偏多，另北京靠近内蒙古，冬令偏于寒冷干燥；春季风沙又多，易耗人体阴津，而助燥邪发病；夏季雨水相对集中却时间不长，雨季一过，即易出现气候（或空气）干热的情况；秋天虽为北京最好的季节，但却正是燥邪主令之时，因此苦辛温热的燥湿药（如干姜、草豆蔻、苍术、厚朴）及易化燥伤阴的大苦大寒之品（如黄连、黄芩、苦参、龙胆草等），一般情况下，当然不如用甘润柔缓之味为好，但若遇雨水过多的夏季，他也改甘润之品为温燥之味，以应因天气的变化导致的病情需要。他能够时时以“三因（因人、因地、因时）制宜”学说来指导处方遣药，反映了他深厚的中医理论功底，亦被临床证实是十分正确的。三是苦寒药口感差，恐患者不能坚持服用，但甘寒之品却无此缺点。

善用药对是李老用药的另一显著特点。他继承了恩师施今墨善用药对的经验，处方遣药，常或一寒一热，或一升一降，或一气一血，或一散一收，达到了相辅相成或相反相成，却浑然一体。

二、治疗咳喘疾病的临床经验

案1 上感发热 李男，68岁。

1992年7月16日初诊。患者7天来因高热（体温39.4℃）住某院，诊断为“上感发热”。曾用攻下药及清热解毒药治疗，病不解，反添烦躁，寒热往来，小腿凉痛，头身疼痛，咽干呕恶，口苦便溏。李老辨证为外感热病误下致使病邪未解，邪入少阳，宜和解少阳、调和营卫治之。以板蓝根30g，柴胡、黄芩、清半夏、连翘、蔓荆子、芦根、白茅根、红枣各10g，桂枝、厚朴花各5g，甘草3g，生姜2片，羚羊角（分冲）0.3g。

1剂后，热退周身舒适。2剂减去羚羊角，下肢凉痛亦除，周身轻松，诸症均除。再续2剂，巩固疗效，获愈出院。

原按：以小柴胡汤和解少阳，配连翘、蔓荆子疗风热头痛，板蓝根、芦根、白茅根、厚朴花清热利咽，理气化湿，少用桂枝调和营卫，解肌温通，故下肢凉痛顿除。治疗外感疾病必须掌握四季的气候变化，重视辨其表里、寒热、虚实及具体年龄、体质。病在表，不可只知发汗，还要注意清里，而更重要的是要明确清里和解表用药的比例；热邪在卫分时间很短，极易传入气分，一旦邪留气分，应速清解，否则病邪入里，耗津伤气。偶便秘者，勿浪用攻下，防引邪入里，犯“虚虚”之戒。

案2 病毒性感冒 田男，68岁。

1992年4月10日应邀会诊。患者因高热、寒战入某院治疗。入院诊断为



“病毒性感冒”“窦性心动过缓”。体温 39.8°C ，白细胞 $8.5 \times 10^9/\text{L}$ ，尿常规正常，咽部充血，曾用大黄粉攻下清热以治。诊时高热仍不退，小腿冷痛，头痛烦躁，口苦咽干，寒热往来，不思饮食，脉弦数，舌红苔黄腻。因3天后有外事工作任务，需如期病愈而工作。予板蓝根30g，芦根、白茅根、蒲公英、大青叶、忍冬藤、金银花、连翘各15g，柴胡、黄芩、清半夏、蔓荆子、菊花各10g，桂枝5g，羚羊角3g分冲，2剂，早晚各煎服1次。

复诊：服1剂后，热退身静，周身舒适，头痛及腿冷痛消失，脉转弦缓，舌苔薄白。服第2剂即纳香，神清，减少羚羊粉，继服1剂，病愈，如期参加外事任务。

原按：本案初起应以辛凉清热、宣肺解表法治疗，前医误用大黄，致病情延误。病入少阳，寒热往来，口苦，以小柴胡汤和解少阳，芦根清气分之热，白茅根清血分之热，一清一透，气血双清；板蓝根、大青叶配伍，清热凉血，解毒利咽，与蒲公英伍用消炎力增强；忍冬藤、金银花配合清热消炎通络，仅佐5g桂枝温通经络，故药后身舒症除，肢酸冷痛立愈。连翘、蔓荆子共佐清上焦风热之药，头痛顿除。本方加减治肺炎、温热病，疗效亦佳。

评述：“上感发热”和“病毒性感冒”乃临床常见病、多发病，多由病毒引起的上呼吸道感染所致，人群普遍易感。一年四季可发，但以冬春及气候剧变时尤多。该病很少传变，病程较短，易于痊愈，但少数流感重症及老人、幼儿、素体虚弱者，有时可现传变现象，甚至有严重变证发生，对此不能掉以轻心。上述二案均为老年患者，皆因前医误下致外邪由太阳内传少阳，而现“寒热往来，口苦咽干，呕恶或不思饮食”，李老均以小柴胡汤加清热解毒、养阴清热之品，一剂即显效，二三剂而痊。看似平淡无奇，却彰显了李老辨证之精准，用药之老到。

板蓝根苦寒，归心、胃、肺、肝经。功能清热解毒，凉血利咽。清医张秉成在《本草便读》中概括其功效为“清热、解毒、辟疫、杀虫四者而已。”现代药理也显示其有抗病原微生物作用，治疗非典与甲流均每以其作主药，可用于风热感冒或温病初期、温病热盛、咽喉红肿疼痛等。且对流感、流脑等急性传染病有一定的预防作用。显然，李老治李、田二人时，亦考虑了其主因为病毒侵染，抑或合并细菌感染，在辨证同时亦充分吸收了现代中药药理的最新成果，故将大剂板蓝根配入方中，取得了仅一剂即“热退身静”的不凡效果，充分证实了对于上感类病证的治疗，中医的辨证毫不逊色于西医输液之效，且无滥用抗生素所带来的副作用。

案3 支气管哮喘 张男，72岁。

1987年11月16日初诊。夙有哮喘20余年，多年来服氨茶碱等无效，遇冷热空气变化均发咳喘，不得平卧，汗出，胸闷痰多，痰色黄稠，咳吐不畅，面目虚浮，昼夜难眠，纳呆便干，脉滑细，苔白厚腻，舌质暗红，此为痰浊阻



肺，肺失肃降之证，予宣肺化痰，止咳平喘。生石膏（先煎）30g，冬瓜子15g，杏仁、半夏曲、红枣、射干、炙白前、炙紫菀、紫苏子各10g，葶苈子（包）5g，炙麻黄、甘草各3g。调理月余而愈，后配“李氏止喘丸”两料。随访10年未发。

原按：哮喘20余年，反复发作，入冬尤甚，喘咳汗出，胸闷痰多，咳喘不得平卧，乃为肺气失于清肃，邪气壅遏，痰阻肺道之象。本方由麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减，方证合拍，故诸症悉平。李氏又以自创之止咳丸巩固治疗，久病得蠲。

评述：支气管哮喘相当于中医之哮喘，清初名医李用粹在《证治汇补》中高度概括该病为：“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏结有声，发为哮喘。”故当遵“急则治其标，缓则治其本”的原则治疗。本案系发作期，因此李老子麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减，急祛其邪而应。方取半夏、紫苏子、紫菀、白前以降肺气；麻黄、杏仁宣肺散寒，祛除外邪；生石膏、葶苈子、射干清热稀释膈中的胶固痰涎，由二便分别排除，盖使气畅、寒祛、痰泄，则哮喘自平矣。获显效后，更以自拟止喘丸益肺化痰止咳、补肾摄纳定喘，巩固疗效，取得“随访十年旧疾未发”的卓越疗效。

麻黄为麻黄科植物草麻黄、木贼麻黄或中麻黄的草质茎，苦辛温，入肺、膀胱经，为发汗、利水、平喘之要药。因发汗力过强，故前贤认为药量忌过大，并有“细辛不过五，麻黄不过钱”之说。但据今贤林乾良、王贵森二位教授考证：《伤寒论》《金匱要略》用麻黄各14方，计28方，标明用量者27方，其中3两者10方，2两者5方，4两者4方，6两者3方，两半、1两、半两、18铢、16铢者各一方。表实者用量重，如大青龙汤、越婢汤、越婢加术汤，皆用6两；里虚者用量轻，如麻黄附子汤、麻黄附子细辛汤，只用2两。在与桂枝配伍方中，用于发汗则量重，如麻黄汤、葛根汤，是麻黄3两配桂枝2两（3：2）；治表寒兼内热之大青龙汤，是麻黄6两配桂枝2两（3：1）；小发汗者，剂量轻，如桂枝麻黄各半汤，只有麻黄1两，桂枝1两16铢（约1：2），桂枝二麻黄一汤，用麻黄16铢，桂枝1两17铢（约1：3），桂枝二越婢一汤，麻、桂用量各为18铢。张锡纯认为“麻黄用量，宜分地之寒热，而斟酌定量”；清末浙江医家范文虎认为，以麻黄伍苍术、石膏治痹“则非大剂无以为功，常用量为20~30g，而断无汗出如水之弊，其功类乌附，又无燥烈之偏性。”王坤三认为，麻黄先予粉碎，在煎出前以60%乙醇湿润72小时，可提高煎出率2倍多。名医们通过临证所获得的宝贵经验，值得我们学用之。

案4 慢性支气管炎 蒋男，69岁。

于1982年10月10日初诊。患有“慢支”5年余。本次感冒后2个月余咳嗽不愈，半夜加剧。曾服中药及羚羊清肺丸、止咳糖浆等多种止咳剂，全皆



无效，咳反加剧。其痰少色黄，半夜咳甚，无法入睡，咳引胸胁胀满，头胀心烦，口干喜饮，咽痒呛咳，脉弦数，右关尤显弦大，舌红苔薄黄。此为风邪袭肺，引动肝火，肺肝同病。治以清肝肃肺止咳。冬瓜子、麦冬、炙紫菀各15g，川楝子、延胡索、淡豆豉、炒栀子、橘叶、郁金、炙百部、紫苏子、南沙参、北沙参各10g，7剂。

复诊咳渐平，胁痛顿减，舌红苔净，口咽作干，加玄参10g，7剂而愈。

原按：本案久咳不愈，而又曾服多种中西药止咳，病反增剧，何故也？肝火灼金，肺失肃降，肝与肺经络相连，夜半咳剧为肝胆旺候，黎明又为肺金主令之候，故肝火刑金，夜半咳剧。平素患者肝郁失调，外邪袭肺，引动肝火，肺肝同病，则肝失疏泄，肺失肃降，表现为咳引胸胁胀痛，口干心烦，此亦为辨证要点，以金铃子散、栀子豉汤清热解郁，疏通气机；紫苏子、杏仁下气定喘，百部、紫菀化痰止咳，橘叶通络止痛功效显著，使肝气疏展而咳平。后见口咽作干喜饮，饮后仍咽干不解，为肝热伤津，故加玄参10g，养阴生津而收功。

评述：陈修园曰：“肺为脏腑之华盖……只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气干之，亦呛而咳矣。”由本脏蕴热或肝气郁久而产生的肝火，冲激犯肺，多见咳呛频作，声高气急，牵引两胁下痛，烦躁易怒，咽喉干燥，咳欲饮冷，脉弦细劲，苔黄少津等一派“木火刑金”之证，甚至上逆之火灼伤肺络而致咯血（如慢性支气管炎急性感染或支气管扩张等症）、鼻衄。治当急以清肝泻火为主，佐以肃肺止咳。《医醇膳义》之丹青饮、《统旨方》之清金化痰汤、景岳化肝煎、钱乙泻白散以及黛蛤散等均可增损而用。它如赭石、金沸草、山栀子、黄芩、青黛、杏仁、枇杷叶、郁金、桑葚皮、天麦冬等皆可随证加减。

邪热蕴肺和燥气袭肺也会出现类似“痰少咳剧、咽干胁痛、苔薄黄干”等症，需要辨治。肝经气火循经上逆致咳，目赤多为必见之症，又常伴见眩晕头痛，额胀耳鸣，面部烘热，故方中当参入苦寒直折火势之品，如龙胆草、山栀子、青黛、黄芩等泻木以宁金。邪热蕴肺多有风温袭肺史，治当辛以散之，凉以清之，甘以润之。至于燥气袭肺又必有明显的秋令发病的季节性，非润燥结合疏化则难以为功。

案5 支气管扩张 裘男，69岁，干部。

1982年3月10日初诊。咯血月余，喉痒，血鲜红，15年来反复发作。刻诊：咯血，晨起及深夜经常发作，无咳无痰，胸不痛，腰酸腿软，面微烘热，手足心热，脉细弦无力，舌质嫩红，苔薄白，大便不畅，曾服中西止血药及注射针剂均无效。证属肝肾不足，水不涵木，由肝热上扰，木火刑金所致。予滋肾清肝汤。生地黄、茯苓、玄参、麦冬各20g，山药、女贞子各15g，牡丹皮、山茱萸、花蕊石、泽泻各10g，3剂。

二诊：服完2剂，咯血止，喉痒略减，腰酸腿软，面热好转，原方又进7剂。



三诊：喉痒、咯血已平，诸症均好转，面赤烘热已消失，惟腰腿酸软，神疲无力，咽干，脉弦缓，苔薄白少津。按原方配制成丸药，调理月余，随访2年未复发，其中每年加服上方汤药，每周服4剂。诸症无恙。

原按：咯血一症，虽有清燥救肺，或清肺平肝，宁络止血等法，但临床亦见水不涵木、木火刑金而咯血之症。本案辨证要点喉痒咯血而多发生于晨起和夜间，面热为冬不能潜藏，水不涵木。临床多见顽固性的喉痒，而并非外感独有之，腰酸腿软，面热而咯血喉痒，并且发生在晨起及夜间，脉细弦无力，尺脉尤沉细，均为虚在下焦肝肾，水亏不涵木，肝热上扰，木火刑金而致喉痹咯血，以滋肾清肝汤滋肾水而涵肝木，疗其本而获愈。

评述：支气管扩张为肺部常见感染性疾病，基本病理系感染和阻塞，感染使支气管黏膜水肿、充血，且产生分泌物，加重阻塞；阻塞使分泌物难排，又加重感染，形成恶性循环而致，气管壁组织破坏扩张，如遇急性感染，咯血遂剧，根治极难。裘男之症被李老按木火刑金之肝咳，投以滋肾清肝汤（即六味地黄汤改生地黄，加女贞子、玄参、麦冬、花蕊石）而愈，乃其遵“治病必求于本”之佳案，若一般医生投以“见血止血”之方，则虽可获一时血止之效，但稍久必复发无疑矣！花蕊石又名花乳石，为变质岩类岩石含蛇纹石大理岩的石块，性味酸、涩、平，《本草纲目》言其“入厥阴经血分”，功主化瘀止血，治吐、衄、便血、崩漏及金疮出血，晋代名医葛可久在《肘后百一方》中创花蕊石散，治“吐血出升斗”，《本草经疏》言其“能使血化水”，可知其为化瘀止血之要药。而《医学纂要》更云其可“泻肝行瘀血，敛肺生皮肉”，此乃李老在方中舍弃其他止血药而独取花蕊石之理矣。然该药必须煅用，其效乃佳，学者当识。明代大家缪希雍在所著《先醒斋医学广笔记》中提出治吐血“宜行血不宜止血，宜补肝不宜伐肝，宜降气不宜降火”的三要诀与清末名医唐容川在《血证论》中所创治血四法（即止血、宁血、消瘀、补虚），足资临证参考。

案6 大叶性肺炎 童男，78岁。

1987年10月16初诊。发热恶寒3天，体温39.8℃，咳喘头痛，胸闷憋气，汗出，嗜睡，周身酸楚，痰黏不爽，色黄量多，纳呆，口苦，便干，溲赤，舌红苔黄腻，脉弦滑。辨证为邪热袭肺，肺失清肃，热郁肺胃，治以清热解毒，宣肺疏表，肃肺化痰。生石膏、芦苇根各30g，冬瓜仁、生薏苡仁各15g，杏仁、半夏曲、红枣、桑白皮、地骨皮、炙前胡、炙白前各10g，炙麻黄、甘草各3g，西洋参（另煎兑入）3g，羚羊角（分冲）0.5g，3剂。

2剂后热势降至37.9℃。3剂服完又续进2剂，体温为37.2℃。减羚羊角粉，再进2剂，体温正常，苔退神复，脉转弦缓，二便正常，咳喘已平，惟口干纳少。复查胸片肺炎已吸收，随后以养阴益气、健脾之剂调摄。茯苓、生薏苡仁各15g，炒白术、清半夏、焦神曲各10g，炒陈皮、五味子各5g，砂仁（后



下）、甘草、西洋参（另煎兑入）各3g，月余痊愈。

原按：此案乃风温侵袭肺卫，肺失肃降，痰浊郁于肺胃，酿毒不解所致。初起病急，发热咳喘，汗出口渴，痰热阻肺，呼吸促迫，急投清热解毒、宣肺定喘、化郁祛湿之剂。以麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤为主方，加芦茅根、地骨皮、羚羊角粉以退其热，佐炙白前、前胡、桑白皮止咳祛痰，冬瓜子、生薏苡仁化湿消痈，另煎西洋参以护心益气。治疗老年急症，切记扶正为本，西洋参养阴益气，补而不燥。此方为经验方，取名为清肺汤。清肺汤治疗老年肺炎，临床几十年验证，疗效显著。见热势下降正常，咳喘已平，再进养阴益气健脾之剂，扶正养阴护胃，此是治老年肺炎恢复期很重要的法则。

评述：此案初诊，用药虽仅15味，这在李老的处方中算是用药较少的，但方中包含了4组药对，即冬瓜仁与生薏苡仁（可清热消痈，渗湿排脓）、桑白皮与地骨皮（即泻白散中的两味主药，乃清化肺经痰火最常用之药对）、炙前胡与炙白前（虽前胡辛凉偏散，而白前辛温偏降，但伍用后善于治外感而痰稠难咳者）、炙麻黄与杏仁（即麻黄汤中的两味主药，功可宣肺散寒，止咳平喘），且4组药对均是遵中药应用之“七情和合”中的相须、相使理论而成，故能明显增强全方宣肺祛邪、化痰止咳之效，乃施今墨老前辈最善用药对的范例之一。李老继承其衣钵，且更有发挥，学者临证中当酌情用之。

案7 胸膜炎 孙女，69岁。

1982年7月6日初诊。10余天前有发热畏寒，胸痛干咳，低热不退，入某院治疗。诊为胸膜炎。邀中医会诊。诊其脉滑数，舌红苔腻，体温38.2℃，干咳胸痛，少痰而黄稠，右肋胀痛，神疲纳呆，口干喜饮，大便秘结，呼吸急促，苔白腻根黄，舌暗红，脉滑数。此为痰热蕴结，水湿内停，蓄留为饮。治以清化痰热，散结通阳，化饮逐水。全瓜蒌、冬瓜子各30g，黄芩15g，旋覆花（布包）、薤白、半夏曲、炒枳壳、香附、橘叶、红枣、郁金、柴胡各10g，葶苈子（布包）、黄连各5g，7剂。

二诊：胸胁痛大减，身热已退，寒热往来亦消，便通，但口苦，脉转细滑，苔腻转薄。全瓜蒌、冬瓜子各30g，葶苈子（布包）、红枣、半夏曲、炒枳壳、郁金、青皮、陈皮、橘叶、桃仁、杏仁、桔梗、佩兰各10g，7剂。

评述：本案所述症状过简，也无X线胸片佐证，似难断定为何种胸膜炎，病在何部位。但由症状分析，患女右肋胀痛，苔白腻，似属右侧有胸腔积液的渗出性胸膜炎，故方亦为治湿性胸膜炎的葶苈大枣泻肺汤合香附旋覆花汤加减，而加入大剂的冬瓜子、全瓜蒌，亦是化痰祛饮要药，故由药测证，也基本可诊为渗出性胸膜炎（《现代难证论治》一书曾载已故四川名医熊寥笙用香附旋覆花汤治渗出性胸膜炎之案；《四川中医》1984年5期亦载浙江黄岩市名医牟克祥用该方治胸膜腔积液的病



案，《浙江中医杂志》1994年3期刊载了房才龙用该方治结核性胸膜炎一案，在张伯臾任主编的四版教材《中医内科学》中，也将此方作为治悬饮络气不和型的代表方剂，可知此方为治渗出性胸膜炎的常用之方。因此在对症状较为错综复杂，且又未经X线胸片确诊之胸胁部胀痛、发热、疑似胸膜炎者，可先按李老之法，予葶芩大枣泻肺汤合香附旋复花汤试投，若症状缓解者，即可基本宗中医之悬饮（即渗出性胸膜炎）辨治。故此法称为“试药”。在当前仍缺医少药的边远偏僻地区，“试药”仍有其一定价值，学者切不可忽视之。

清代名医程钟龄曾创柴枳半夏汤（柴胡、黄芩、半夏、枳壳、杏仁、桔梗、赤芍、瓜蒌仁、青皮、甘草），功能和解清热，涤痰开结，理气通络，对湿性胸膜炎（即悬饮）有寒热往来（或但热不寒），汗出热不解，气急痰少，咳嗽胸胁刺痛，呼吸、转侧则剧痛，苔薄黄，脉弦数者，效颇佳。若咳逆气急、胁痛甚者加白芥子、桑白皮、路路通；口苦干呕，心下痞硬者，加黄连（与半夏、瓜蒌仁合成小陷胸汤，则有利于消痞）；热盛汗多，咳甚气粗，去柴胡，合入麻杏石甘汤，以增强清热宣肺排痰之效，如确诊为结核杆菌感染，且难以承受抗结核药的毒副作用，可加入焙百部、功劳叶、制黄精等。马继松曾按此法，治一例结核性胸膜炎服用西药致肝功能损害者，取效颇佳，学者不妨试用之。前贤对悬饮较重者，常遵仲景之法投以十枣汤或控涎丹，而李老认为芫花、甘遂、大戟虽泻下逐饮之力极强，但毕竟为剧毒药，老迈体弱者不宜轻试，否则不仅会刺激胃肠道致呕、泻太过，食欲全无，且恐发生肝肾功能受损的较严重毒性反应。马继松在《闻过喜医辑》中，亦详细记载了他1965年在蚌埠医学院附属医院实习时，一慢性肾炎的孕妇因腹水太甚，医用十枣汤初效颇佳，孕妇坚持要求续用，最终导致胎坠血出不止，母婴双亡的诊治过程。充分证明了李老的看法乃数十载临证的心得，故学者应遵照执行，方可减少医疗纠纷。

案8 肺结核 许男，69岁。

1982年7月16日初诊。咳嗽痰中带血丝已3个月，消瘦，潮热，易疲劳，气短，午后低热，后经X线胸片确诊为“右肺上部浸润性肺结核”，服抗结核药雷米封、肌注链霉素等疗效不显。诊时咳嗽，午后潮热，手足心热，盗汗纳少，便溏，舌红少苔，脉细小数。证属肺肾阴虚，灼伤肺络，虚火上炎。治以滋阴清肺，润肺止血。天冬、麦冬、沙参、生地黄、熟地黄、玄参、炒薏苡仁、山药、仙鹤草、百合各15g，炙百部、地骨皮、阿胶（烊化）、花蕊石各10g，五味子、黄连各5g。

服药近百日，诸症明显好转，咯血消失，经X线胸片复查，结核病变已基本稳定。又以参苓白术散调理肺脾，以补土生金法扶本康复。

原按：脾肺双虚所致。本案咳久则伤其肺络，故咯血，胸痛；阴虚内热则手足心热，盗汗潮热；口干舌燥为津液不能输润于上之故。脾胃气虚，生化失常则纳少神疲；脉细小数，舌红少津则为阴虚有热之象，先用百合固金汤加减，加炒薏苡仁、



山药、地骨皮、花蕊石、仙鹤草以助健脾润肺，除蒸止血。咯血止，又用补土生金，脾肺同治，加强扶本，根据本病症状表现，常年便溏纳少，为脾肺双虚，治当兼顾。

评述：中医虽然认为本病的病理性质主要在于阴虚，但由于脏腑间有相互资生、制约的关系，故局部的肺脏病变必然会影响他脏，甚至整体，即“其邪辗转，乘于五脏”也，其中与脾肾关系尤密，盖脾为肺之母，肺虚则耗夺脾气以自养使脾亦虚（即子盗母气）；脾虚则难化水谷为精微去上奉养肺，则肺亦虚（即母病及子），终使两脏同病，此少气、纳呆、便溏、乏力之所由来也。故历代医家对此病缓解期多认为当予培土生金法，只不过多数人受本病之病性属阴虚之拘，主张用吴瑭所创沙参麦冬汤（系根据叶桂治阴虚胃病之案而拟）“养胃阴以生肺津”法，但叶桂本人却常用黄芪建中汤化裁去“补脾气以助肺气”，孰是孰非，仁智互见。然笔者认为，临证时需用培土生金法的患者，还是当遵辨证结果来遣方用药，即脾胃气虚证明显者，以《局方》参苓白术散加减，而出现较多肺脾阴虚证的，则投吴瑭沙参麦冬汤出入为妙了。至于叶桂为何用黄芪建中汤治肺结核，起初马继松无法理解，在求询恩师朱良春后，朱师告知：“其所治者，恐多为前医过用苦寒滋腻之品，戕伤了气阳，乃纠其偏所用之变法，否则桂枝岂可浪用。”朱师所言可谓独具卓见也。故学者临证对病机属阴虚的疾患，辛温较过之药仍当慎用为妥。需要指出的是，结核病自从20世纪40年代发明链霉素以来，不断有新的抗结核药出现，现代医学已攻克此病。另据相关报道，如果患者能够按照“早期、联用、全程、规律、适量”的要求用药，肺结核的治愈率在95%以上，但因患者不能“全程、规律”用药，治疗失败率在50%左右。初治失败后复治，西药则疗效较差、副作用更大，联合中药可增强化疗的治疗作用，减轻其副作用，深受广大结核患者欢迎。

案9 肺脓肿

1982年3月6日初诊。患者5天前在山东某医院诊断为“右肺脓疡”，特来京求治。经某医院X线胸片检查：右上、中肺大片浸润阴影，内有蛋大空洞并有液平线存在，痰中未找见结核杆菌。遂确诊为肺脓疡。刻诊：咳嗽闷痛，痰浊腥臭，胸胁疼痛，低热神疲，便秘溲赤，舌红苔腻，脉滑数。辨证为风湿之毒，熏蒸于肺，热壅血瘀结成为痈。治以解毒排痈，化痰通络。方用千金苇茎汤加味。鲜苇茎、薏苡仁、白茅根、败酱草各30g，冬瓜子20g，桃仁、半夏曲各15g，桔梗、大枣各10g，葶苈子（布包）、甘草各5g。7剂。

二诊：咳嗽胸痛显轻，痰浊减少，脉细滑，舌红稍减，苔黄白腻。仍守前方加鱼腥草30g，佩兰10g，服10剂。

三诊：药后自觉异常舒适，痰浊大减，胸痛基本消失。复查X线胸片恢复正常。原方再守10剂，巩固疗效。

原按：此案中医称为“肺痈”，以咳逆上气，咳吐痰浊，其味腥臭，胸胁疼痛为



主症，由于热壅肺络，血瘀成痈。千金苇茎汤常用于治多种疾病，外感或内伤发热及低热而原因不明者，均有疗效。千金苇茎汤系用苇茎、薏苡仁、冬瓜子散结消痈，桃仁化瘀血散结，全方可化瘀消痈，清热解毒。李师还常用芦根合用，芦根味甘不腻，生津清气分热；白茅根利水不伤阴，而泄血分热，二药同用，气血双清，瘀血清化；重用鱼腥草以增强排脓解毒作用。

评述：自隋唐孙思邈在《备急千金要方》创制苇茎汤，治“咳有微热，烦满，胸中甲错，是为肺痈”以降，从者如云，凡遇此病，医者均首选此方。若症较重，出现《金匱要略》“肺痈胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞”之症，一般皆合以仲景的葶苈大枣泻肺汤，或合以唐代王焘《外台秘要》三物白散中的桔梗、大贝母（该方中之巴豆多被弃用），再配以清热解毒消散疗痈的五味消毒饮，一般可获效满意。然有时因症较重，或患者对不少药物不敏感，病情反复缠绵，治疗则颇为棘手。

不少中草药对此病疗效极佳，如《中药大辞典》天荞麦（又称金荞麦、开金锁）临床报道栏目中的第一条，则赫然载录该药治疗肺脓肿：即取饮片半斤加水或陈黄酒 1250ml，置陶器中密封，隔水蒸煮 3 小时，得汁约 1000ml。视年龄与病况，每次 20~40ml，日 3 次。一般用水剂，若高热持续、臭痰排不畅，久不愈者用酒剂。观察 232 例，治愈率 86.2%。治前大多用过抗生素。药后半月内寒热消退，他症亦见好转，胸透或摄片，病灶全吸收 200 例，好转 32 例，住院最短 6 天，最常 69 天，平均 22 天。用治小儿脓胸、肺炎亦效。在《朱良春医集·薪火传承篇》中，中日友好医院史载祥教授在所著《从“朱良春现象”看中医的学术继承与创新》一文中，详细回忆他随同朱老 20 世纪 50~60 年代，应用朱老发掘的民间医生三枝花中的成云龙用铁脚将军草（即金荞麦）治肺痈经验，治疗一位两肺 23 个病灶（多有液平面），5 次血培养均有金黄色葡萄球菌生长，被确诊为金黄色葡萄球菌败血症伴多发性肺脓肿的患者，在未用任何抗生素的情况下，纯用以金荞麦制剂为主的中药，使其两肺脓肿、空洞均愈合，血培养转阴而痊愈。此项研究后与中国医学科学院合作，系统观察 506 例（均有治疗前后胸片对照），效果奇佳，胜出当时多种广谱抗生素疗效。20 世纪 80 年代获得国家科技发明奖及卫生部一等成果奖，是我国对外介绍的十三项中医药成果之一。马继松治肺癌亦时用时。读者如在基层行医，若遇呼吸系统感染性疾病，不妨试之。如和鱼腥草、败酱草合用，效果更佳。若病不过重，或病之初期，或体弱者，亦可遵李老之法，与葶苈大枣泻肺汤、苇茎汤合桔梗、桃仁等即可，因金荞麦、鱼腥草、败酱草毕竟苦寒，过用、久用将伤中碍胃也。

案 10 肺癌术后化疗副反应 唐某，男，68 岁。

于 1982 年 6 月 16 日就诊。患者肺癌术后，化疗过程中出现纳呆喜冷饮，胸闷发热，气短气急，神疲乏力，干咳无痰，白细胞下降为 $2.7 \times 10^9/L$ ，血小



板减少为 $45.76 \times 10^9/L$ ，脉细数无力，舌质红少津，欠润。证属热毒伤阴，脾胃失调，气阴两伤，宜扶正养阴，润肺健脾。处方：苇茎、生薏苡仁各 30g，冬瓜仁 20g，生地黄、玄参、麦冬、黄芪、沙参、百合、炙枇杷叶各 15g，炙百部 10g，桃仁 5g。14 剂。

二诊：服药后，干咳消失，自觉津液恢复，咽干好转，呼吸舒畅，愿再进原方，服 2 个月余，复查白细胞为 $5.1 \times 10^9/L$ ，血小板为 $90 \times 10^9/L$ ，诸症恢复。

原按：肺癌术后，在配合化疗过程中，中药起着很重要的扶正作用。临床证明，用养阴润肺、扶正健脾法，功效显著。不但能使白细胞及血小板恢复正常，而且使人体气血充盈，精神爽健，体力恢复。肺癌术后，李老常嘱患者：每日用百合煮苡米粥食，能润肺消痈健脾，以达扶正保健之目的。

评述：《我是铁杆中医》作者、湖南中医药大学教授彭坚主任医师在他的著作中指出，就杀死癌细胞的力量而言，任何中药，包括复方，都比不上西医手术、放疗、化疗三大手段厉害，故中医应当扬长避短，发挥自己的优势，弥补西医的不足，与西医长处互补。西医的短处在于没有很好的药物克服放化疗的不良反应；没有很好的药物提高患者的免疫功能；没有很好的办法防止经治疗后癌症的再一次复发。在完成了三大疗法之后，失去了治疗目标，基本无所作为，只能消极地等待复发，计算 3 年、5 年存活率。西医的这些不足，使得中医大有用武之地，如能让病人在手术后进行放疗、化疗的同时，服用中药煎剂，可有效减轻放疗、化疗药物的不良反应。在两次放疗、化疗的间隙期，用中药进行调补，可增强患者免疫功能。在西医的治疗程序结束、病情处于缓解期的阶段，服用能抑制癌细胞增生的中药丸散膏丹，能防止癌症的复发和转移。即中西医配合得好，可有效地减轻患者痛苦，提高生活质量，延缓生命，乃至治愈。

李师对恶性肿瘤的认识，与彭坚主任医师不谋而合，故用养阴润肺、扶正健脾法治肺癌，对抑制术后化疗、放疗引发的不良反应起到了较好作用，值得我们效仿之。

（储成志 马继松）

第6讲 谛思南阳擅经方

——赵锡武诊治心病医案理法方药思路评述

赵锡武（1902—1980年），原名赵钟录，河南省夏邑县人。著名中医学家，中医临床家。15岁时开始学中医。先从中药学起，继之学习《脉诀》及中医经典著作。后又从陶卿先生学医5年。27岁在北京行医。曾向施今墨、肖龙友等名中医求教。1943年在华北国医学院任教，讲授《伤寒论》等经典著作课程。参与发起组织了中医学术团体——中国医药学社，并广泛开展学术活动。1950年被调到中国中医科学院西苑医院内科工作。历任中国中医科学院内外科研究所内科副主任、西苑医院心血管研究室主任，中国中医科学院副院长。兼任中华医学会中西医学术交流委员会委员，中华全国中医学会副会长，《中国医学百科全书》编委会副主任委员等职。他在中医理论上有很深的造诣，对《伤寒论》《金匱要略》有独到见解。临床强调辨病与辨证相结合，强调整体观念，并积极主张中西医结合。他对冠心病、糖尿病、肾病、小儿惊风等病的治疗有独特经验。如对冠心病的治疗主张以补为主，以补为通，补通兼施，并提出六种治法。对心肌梗死提出辛开温通及用活血化瘀的大黄蟅虫丸治疗。主要著作有《赵锡武医疗经验》等。

《赵锡武医疗经验》（人民卫生出版社，1978年版）以翔实而新颖的内容，一展赵锡武老先生精研中医经典理论，深谙仲景学术真谛，擅长化裁经方、重剂救治大病的治学风格与临证特色。拜读之，深感获益良多。其治案丰富多彩，中西合璧，经时并用，充分显示赵老与时俱进之学术神韵。兹撷取书中所载赵老诊治心病医案若干，聊附评述，与读者共赏。

一、从上之下，伏主先因取轻清

案1 牛男，7岁

1976年因上感发热住院，继发心肌炎。出院后潮热、心悸、气短，脉数而无力，偶有促象，法当养阴清热，解毒通阳。蒲公英30g，沙参、瓜蒌各18g，金银花、生石膏各15g，麦冬、生地黄、半夏各12g，五味子、地丁、薤白、甘草各9g，10剂。

二诊：热退脉亦较缓，微肿。依原方意投生脉散、麻杏石甘汤加板蓝根、蒲公英、金银花、生地黄等继服10剂。

三诊：咳止，心悸、潮热，脉促无力，按初诊方去石膏加黄连末0.9g冲。

四诊：脉缓已无间歇，仍潮热，加荆芥穗9g以增其散邪之力。



五诊：脉数无力，予越婢汤加金银花、蒲公英、板蓝根、大枣，5剂以清余邪。

六诊：仍微热，便干，脉数。加紫雪丹1.5g，冲服。

七诊：微热已退，脉数无力，舌淡，投生脉散加当归补血汤及清热解毒之品。沙参、蒲公英各18g，麦冬、金银花各15g，生地黄12g，五味子、炙甘草、黄芪、地丁各9g，当归、葛蒲各6g，5剂。守方续服汤剂半年而愈。

案2 姜女，15岁

1975年10月患风湿性心肌炎住某院，5周后出院。以后低热、心悸、气短、身疲、脉细数，法当补心养阴，清热解毒。沙参、蒲公英各30g，麦冬18g，茯苓、地丁各12g，生地黄、甘草、杏仁、金银花、远志、酸枣仁各9g。

间断服药30剂，历时3个月治愈。

案3 曹女，37岁

感冒后胸闷微痛，心率110次/分，频繁发作期前收缩，为心肌炎后期表现。1975年2月初诊。脉沉迟无力，三动一止，显有代象。首剂投桂枝加芍药汤合当归芍药散加蒲公英，以通阳活血利水，调和营卫，清热解毒。蒲公英30g，泽泻18g，白芍15g，茯苓12g，白术、当归、川芎、甘草、桂枝、生姜各9g，大枣7枚，10剂。

二诊3月17日，诸症略减，上方去桂枝、姜、枣加瓜蒌薤白汤及党参30g，继服10剂，病况显减。原方又服10剂，症消病愈。

原按：近年来此病并不少见。多见于热性传染病后期或病重阶段。通过实践得知，心肌炎乃温病的并发症或继发证。此症为毒邪侵心，故应及时祛邪解毒，清其血热。更应细察伤阴或伤阳，辨证施治。继以扶正为重点，辅以祛邪，以固其本，兼治其标。初期法当宣散解毒或养阴清热。前者以竹叶石膏汤加生地黄、蒲公英各30g，葛根18g，连翘、金银花各15g，地丁12g。养阴清热用生脉散合一贯煎加栀子、牡丹皮、川黄连、蒲公英等，初期治疗就要治其血分。中期或后期出现衰象，用四君子汤加生地黄、地丁、紫草、板蓝根以扶正祛邪。心律失常者可以通阳活血利水法为主，配清热解毒。因为有形的水、血、痰、食，或妊娠均可影响心律，故采用活血利水的当归芍药散合宣阳通痹的瓜蒌薤白汤加桂枝与清热解毒之蒲公英、川黄连、甘草。关节疼痛用宣痹通络解毒法配合养心阴的生脉散。宣痹通络选用吴瑭《温病条辨》中焦篇的宣痹汤。解毒则用金银花、大青叶等。低热不退，畏冷恶寒者病在营卫，宜用柴胡桂枝汤来调和营卫。调营卫是调整体温的大法。旨在使上焦得通，津液得下，胃气因和，热退而愈。

初步体会：热性传染病部分高热患者，如经治热减，但低热持续，乃余邪残留的表现。应祛邪务尽，否则遗患无穷，有的就现心肌炎等表现。故治应始终祛邪，积极解毒。人体本身就有生理性的解毒祛邪功能，但能力有限，须用药物以加强排毒。祛邪虽也可以扶正，即邪去正复，但仍应以药物来直接扶正，双管齐下为上策。



临床接触的病例中，有病毒性心肌炎和风湿性心肌炎两类。前者多显咽喉症状，治则当先清其原发病灶；而风湿性心肌炎多并见关节炎症状，则须兼用宣痹汤，对心律失常易取效。

评述：病毒性心肌炎和风湿性心肌炎均为现代医学病名，赵老将其应用于中医诊断，而没有过多地着墨于中医证名，说明赵老能够衷中参西，病证同辨。观其所用方药，大多属适证之轻清升浮、趋向上焦之品，如蒲公英、金银花、沙参、大青叶、板蓝根、地丁、薤白、甘草等，方如麻杏石甘汤、越婢汤、桂枝加芍药汤等。不难看出，赵老不仅深谙仲景心法，擅用经方，而且从《素问·至真要大论》“从内之外者，调其内；从外之内者，治其外；从内之外而盛于外者，先调其内，而后治其外；从外之内而盛于内者，先治其外而后调其内。中外不相及，则治主病”这一段经文发展出“从上之下者，调其上；从上之下而盛于下者，先调其上而后治其下”之治法方药。笔者通过临床观察发现，无论是病毒性还是风湿性心肌炎，一般都是先存在上呼吸道感染，经过一定时间之后，随着机体免疫病理损害的发生，然后才出现心肌炎等并发症，我们不妨将此种过程视之为“从上之下者”。我国著名药理学家、安徽医科大学原校长徐叔云教授认为：“炎症和免疫是一个问题的两个方面。”这一论点从现代医学科学的角度诠释了两个问题，一是佐证：中药作用于人体，主要不是以特异成分产生特异性作用，而是以非特异性治疗包括免疫调节作用而发挥治疗效应，这一作用原理恰恰与心肌炎的免疫病理过程相一致。换言之，我们要利用的是中药的非特异性免疫调节作用，而不是要利用它的直接抗病毒或抗细菌作用；二是提示仲景所创经方与后世流行的所谓时方有天壤之别，经方与病证具有明确的对应性，亦即方药具体的作用病种、作用部位、作用方向等规律大多可以从仲景的著作中寻觅到某些答案，或许这是经方屡试不爽的奥秘之所在。

二、水气为患，温阳化水治肾本

案4 邓女，48岁。

1963年6月15日初诊，因浮肿、气短半年，1周来加重而入院。病者于1961年1月感冒后，开始咳嗽气短，下肢浮肿，经治好转，但常感心悸，近月来病情加重，动则心悸气短，下肢渐肿，心下痞满，咳吐白痰，尿少。既往有8年慢性咳嗽史。脉弦细数，苔白，半卧位，呼吸较促，颜面微肿，唇色发绀，颈静脉怒张，左心界稍扩大，两肺满布细湿啰音，二尖瓣可闻及II级吹风样收缩期杂音，肝右肋下可触及两指，剑突下四指，中等硬度，腹部移动浊音阳性，下肢高度浮肿。X线胸部摄片：右心室段显示延长膨隆、两肺广泛性索状及斑片状模糊阴影，心电图为肺型P波。辨证为心肾阳虚，水饮内停，痰湿阻遏，肺气壅塞。治宜清宣肺金、降气化痰，温阳利湿之法，方用越婢合真武汤加减。处方：白茅根30g，车前子15g，生石膏、云茯苓各12g，甘草、白术、杭白芍、生姜、杏仁各9g，附子6g，麻黄3g，



大枣（擘）5枚。

3剂后，尿量日增至1500~1900ml，下肢浮肿显退。又服5剂，浮肿已不显，肝大回缩，咳嗽减轻。更加厚朴、陈皮各6g，气喘亦减，仅有胸闷。故去白茅根、车前子、厚朴，加紫苏子9g。再进5剂，症减，仍咳未愈，乃肺气不宣所致，改投宽胸理气清肺法。用厚朴麻黄汤加减。小麦30g，沙参18g，半夏、杏仁、甘草、茯苓各9g，厚朴、五味子各6g，生姜4.5g，麻黄、细辛各3g。药后症大减，两肺底仅有少许湿啰音，病情稳定。

原按：慢性肺源性心脏病属中医“痰饮”“咳喘”“水气”等病范畴。其本心肾阳虚，其标痰饮停蓄，肺气壅塞。治应分清主次，标本兼顾。当肺气壅塞，喘咳严重，痰多、恶寒、发热等症时，先宜小青龙汤散寒祛邪，有里热加石膏。表证轻、心肾阳虚为主时，宜温阳宣肺利水，用真武汤合越婢汤加减。若水肿甚者，可用通阳利水治法，方用消水圣愈汤（方见《时方妙用》，即桂枝汤去芍药加麻黄、附子、细辛、知母）。若心肾阳虚兼心肺气阴不足，可用温阳化水、益气生津之法，方用真武汤合生脉散，再酌情加化痰利湿之品。水肿甚者，加利水之品，如车前子、白茅根各30g，或加活血药如苏木、桃仁、藕节，皆具协助利尿之功能。一般采用上法后，尿利肿消，呼吸困难减轻，可以平卧，腹胀及心下痞满亦减，以致津液得通，肺气得降。若仅咳嗽咳痰、气短胸闷，乃心阳初衰（心力衰竭尚不显著）而痰湿内阻，肺气不宣所致，治宜理肺和胃，方选温胆汤加杏仁、桔梗、川贝母、薏苡仁、紫菀、生姜等药；久咳阴虚肺热者，则用清肺化痰、养阴之品，如竹茹、沙参、麦冬、黄芩、瓜蒌等药，养心可选用浮小麦、远志、桂枝等；若喘，喉中水鸡声者用射干麻黄汤。

评述：慢性肺源性心脏病起于肺失宣肃，脾失健运，肾失蒸腾，而致痰饮内生停聚，气道阻塞，气机不畅，气化滞障。终现咳、喘、痰饮、气短、浮肿、怯寒、纳少、神疲等一派本虚标实之象。赵老谨遵仲景“随证治之”“以法治之”之训，采用真武汤、越婢汤、厚朴麻黄汤等经方治疗，如期获效。赵老虽钟情于经方但又不拘泥于经方，对于后世常用之“新发现”的中草药，如蒲公英、金银花、大青叶、板蓝根、地丁、白茅根、车前子等亦同样拿来“为我所用”，值得我们学习。

三、本虚标急，攻补兼施当随证

案5 董女，56岁。

因咳嗽3个月，气短、心悸加重，于1963年12月28日急诊入院。20余年来，常咳嗽气喘，但能自行缓解，尚能参加劳动，曾多次就近医治而未效。近五六年来，咳发渐频，甚则卧床不起，入院前3日更重，咳嗽气急，吐白色泡沫痰，不能平卧，夜间阵发性咳嗽日重一日，食减，上腹胀，渴不欲饮，故来本院诊治。既往史：30年来颈部有块物逐渐增大。体格检查：端坐呼吸，面潮红，无发绀。T36℃，BP



180/120mmHg, 颈静脉怒张, 甲状腺呈结节状肿大, 质中等度硬, 两肺布满干性啰音, 心尖搏动弥散于左第五、六肋间锁骨中线外 3cm, 心界向左扩大, 心率 180 次/分, 律齐, 心尖区闻及轻微吹风样收缩期杂音, 主动脉第二心音亢进, 腹软, 肝右肋下 5 厘米, 中等硬度, 脾未触及, 腹水(-), 下肢凹陷性浮肿。经各项检查, 诊断: 高血压性心脏病, III 度心力衰竭, 甲状腺腺瘤, 双侧胸腔积液。肾者气之根, 命门之所在, 下元不固则气不摄纳, 动则喘息更甚, 肾阳衰则水无所主, 水气上凌心肺致肺气失降。而症见喘咳心悸, 不得平卧, 瘦少肢肿说明心阳亦衰。正如《素问·逆调论》所云: “不得卧, 卧则喘者, 是水气之客也。”故法当温阳行水, 养心宣肺, 宜壮元阳, 消阴翳, 逐留垢, 降水逆, 以求心阳得振, 肾气得纳, 肺气得宣, 用真武汤、生脉散、越婢加术汤化裁治之。痰湿郁结, 肺气不宣, 心阳不振, 先予真武、越婢、生脉加减。处方: 鲜白茅根 60g, 党参 18g, 生石膏、云茯苓各 15g, 杭白芍、麦冬各 12g, 黑附片、生姜、甘草、白术各 9g, 五味子 6g, 麻黄 4.5g, 大枣(擘) 6 枚。配以吸氧, 2 剂后, 喘咳气短悉减, 眠好, 夜间阵发性呼吸困难发作减轻, 但仍胸胁满闷, 血压 170/120mmHg, 前方加入活血理气及镇摄之品(龙牡各 15g, 苏木 12g, 枳壳 6g)。

入院后第 19 天已不喘, 活动如常, 心率减为 90 次/分, 一般情况较好, 仍有胃脘作胀, 头痛, 心下痞硬, 血压 180/130mmHg, 故改通阳宣痹, 利湿化痰。全瓜蒌、桑寄生各 30g, 薤白、半夏、云茯苓、竹茹、丹参、杜仲、牛膝各 12g, 陈皮 9g, 枳实 6g。服 2 剂后, 患者又感冒, 头痛项强, 肋下苦满, 改用和解之剂(桑寄生 30g, 葛根 18g, 钩藤、白薇、菊花、柴胡各 12g, 半夏、杭白芍各 9g, 枳壳、甘草各 6g)。

改服前方 2 剂后, 表证已解, 无心悸气短、胸痞等证, 已能起床活动, 欲思饮食。胸部 X 线摄片: 心影较前缩小, 肺部瘀血征减轻, 胸腔积液消失。肝由肋下 5cm 缩小为 2cm, 心率 75 次/分, 律齐, 心力衰竭已控制, 出院返家。

原按: 依据多年治疗各种心力衰竭的体会, 并逐渐摸索其方法, 提出以真武汤为主方, 适当配用“治水三法”的治疗原则。《素问·汤液醪醴论》提出的“开鬼门”“洁净府”“去菀陈莖”治水三法, 对控制心衰有一定意义。所谓“去菀陈莖”是指疏通血脉中之陈腐瘀积, 使血流畅通; “开鬼门”是指宣肺发汗, 以开上窍; “洁净府”是指泄膀胱之尿, 以利下窍。去菀陈莖、开鬼门、洁净府三管齐下, 本当水去而肿消, 岂知消而复肿, 其故何在? 盖因水肿之为病, 虽然在水, 而根本矛盾是由于心功能不全所造成。去菀陈莖、开鬼门、洁净府只是治水之标, 但水消而复肿, 所以必须以强心温肾利水之真武汤为主, 辅以上述利水三法, 心肾同治, 方能水消而不复肿, 以符合治病必求其本之意。由于心力衰竭而出现的肺淤血、肝大、水肿等, 皆提示心阳虚衰, 肺气壅滞, 升降失调, 血瘀不畅, 水不化气。针对这一病机, 必须以真武汤为主方, 再适当配合治水三法随证施治。本例虽病已危重, 但



因辨证准，选方当，在未用洋地黄的情况下控制了心力衰竭，说明中医对危急病证的抢救是可行的。

案6 刘女，46岁。

1964年4月15日入院。浮肿已半年，2周来加重而入院。患者于1962年春节感冒后，开始咳嗽气短，腿肿木胀，用西药渐瘥，但常心悸，2个月前始症加重，动则心悸气短，下肢渐肿，心下痞满，痰白难咳，溲少。有慢性咳嗽史6年。查体：端坐呼吸，颜面浮肿，唇轻度发绀，颈静脉怒张，心界向左稍扩大，心率100次/分，律齐，二尖瓣区可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音。胸部叩诊高清音，两肺满布细湿啰音。腹稍膨隆，移动性浊音（+），肝右肋下可触及2指，剑突下4指，中等硬度，下肢凹陷性水肿Ⅲ度。X线胸片：右心室段显著延长膨隆，两肺广泛性索状及斑片状模糊阴影。心电图为肺型P波。诊断：慢性气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病，心力衰竭Ⅲ度。中医辨证：心肾阳虚，痰湿阻遏，肺气壅塞。宜温阳宣肺，豁痰利湿，真武汤加开鬼门法治之。白茅根30g，桑白皮15g，云茯苓、生石膏各12g，大腹皮、杭白芍、白术、生姜、杏仁各9g，附子6g，麻黄3g，大枣（擘）5枚。上方服3剂后，尿量显增，每日达1500~2200ml，下肢浮肿显退，服至第6剂后，仅小腿略肿，咳嗽减轻，故上方加宽胸理气之厚朴、陈皮各6g。服第7剂后浮肿全消，心率减慢，两肺底部可闻及湿性啰音，考虑仍有胸闷咳嗽气短，去茅、朴、桑皮，加炙紫菀9g，止咳降气。又5剂咳止，仅微喘，心下稍有痞满，续以厚朴麻黄汤清肺泄热，豁痰平喘。1周后，诸症均除，心率83次/分，纳便调，出院。

原按：本例为慢性肺源性心脏病，Ⅲ度心力衰竭，中医辨证属心肾阳虚、肺气不宜，采用真武汤合越婢汤施治（即真武汤加用开鬼门法），亦未用西药洋地黄而控制了心力衰竭。洁净府法之用，意在行水利尿，使水行肿消，其作用在肾。若右心衰竭，腹水、严重小便不利，五苓散加车前子（包）15g，沉香、肉桂（后下）各9g。此为真武汤加洁净府法。此法的变通方是消水圣愈汤（即桂枝汤去芍药加麻黄附子细辛汤与知母，亦可酌情加防己等）。

案7 张男，54岁。

咳喘已5年，近2周来咳喘、气短肢肿、腹满，不能平卧，而于1961年11月6日急诊入院。诊断为肺源性心脏病，心力衰竭。经用中西药后心力衰竭控制。因感冒致咳喘发作，痰多黏稠，肢肿，尿少，心下痞满，腹胀不适。查体：重病容，息促不能平卧，唇发绀，两肺中下部闻及湿性啰音，心率100次/分，律齐，心界略向左扩大，肝右肋下1.5cm，剑突下6cm，腹部膨隆，有移动性浊音，下肢可凹性浮肿，脉弦滑数，苔白腻。心电图示：顺时针转位，低电压，右心室肥厚征。X线胸透：肺气肿，胸膜增厚，右心增大。诊断：慢性气管炎，阻塞性肺气肿，慢性肺源



性心脏病，心力衰竭Ⅲ度。中医辨证系心肾阳虚，痰湿阻滞，以消水圣愈汤，温阳利水、蠲饮化湿。防己 12g，桂枝、甘草、黑附子、知母、生姜、杏仁各 9g，麻黄 4.5g，大枣（擘）6 枚。服药后尿量增至每日 1500ml 以上，最长达 3300ml，水肿渐消，咳喘吐痰减轻。

住院第 13 天时，水肿显著消退，腹水征转阴性，仅小腿微肿，体重由入院时 71kg 减至 59kg，遂改益气养心、清肺化痰剂。小麦 30g，党参、麻黄各 15g，麦冬、茯苓各 12g，杏仁、甘草、生石膏各 9g，五味子、远志各 6g。

3 剂后咳喘虽减，但尿量显著减少，浮肿复甚，继用消水圣愈汤并加入茯苓、车前子（包）各 30g，尿量再显增多而浮肿消退，咳喘亦减，神纳均好，心率 84 次/分，临床表明心力衰竭已控制。

原按：本例为肺源性心脏病，Ⅲ度心力衰竭，中医辨证属心肾阳虚、痰湿阻滞，采用温阳利水法，主要选用消水圣愈汤，未用洋地黄而于第 13 天控制了心力衰竭。

关于配合去菀陈莖法的运用。《内经》始提出去菀陈莖法，其意大致为日久为陈，瘀积为菀，腐蚀为莖。去菀陈莖应指为散瘀通络、活血化瘀之意。作用部位在脉。鉴于心力衰竭的发绀、肝大、静脉压增高等皆可提示有瘀血征象。心衰、瘀血多伴有水肿，正是“血不利则为水”的明证。尤其《金匮要略》所提出“血分、气分”概念，对我们颇有启发。其所述血分一证，有两种情况。其一为血气虚少，其二为阴浊壅塞。临床观察到充血性心力衰竭表现的症状，可用阴浊壅塞去理解和认识。如胸闷气憋、喘咳有余之象，以及肝脾大、心下痞满等。充血性心力衰竭的治疗，须在真武汤强心扶阳基础上佐以桃红四物汤去生地黄加藕节、苏木等药以去菀陈莖。

案 8 王男，45 岁。

自 1959 年起 4 年来心悸、气短反复发作，近半年因症加剧，于 1963 年 12 月入院。1959 年因感冒发热，致呼吸急促，不能上楼，经住某院治疗，当时血清康华氏反应阳性，结合临床症状，诊断为梅毒性心脏病。经治疗好转，出院后仍能工作，但上楼及活动增多仍见心慌气急。至 1960 年 7 月在开会中突现严重心慌、气短，下肢水肿，又入院治疗，诊为心力衰竭，经洋地黄和中药治疗好转。后心力衰竭又发作 2 次，均在入院后用洋地黄控制。近半年来上述症状渐重，常在安静状态下现心悸气短，不能平卧，夜间阵发性呼吸困难，食少，便溏，日 3~4 次。各种体格检查、化验指标略。西医诊断：梅毒性心脏病，主动脉瓣关闭不全，心房颤动，充血性心力衰竭Ⅲ度。中医辨证：据病人心悸气短，喘不得卧，脉促而弦，舌润无苔，证属心肾阳衰，肺气失宣。宜温阳纳气，清肺定喘。真武汤配开鬼门法。处方：党参 30g，杭白芍、麦冬各 12g，附子、白术、杏仁、甘草各 9g，麻黄、五味子各 6g。

服上药 2 剂后，已能平卧，夜间阵发性呼吸困难消失，心悸亦减，故停曾连服



3个月之久的洋地黄毒苷。入院后12天好转，惟胸闷气短明显。此乃心阳不振，气机阻遏，宜通阳宣痹，改瓜蒌薤白半夏汤合真武汤续服。入院5个月，又感冒，心力衰竭复作，并肝区痛苦难忍，肝大仍无明显变化，喘咳心悸，汗出溱溱，即改用益气养心，去菟陈莖法配合玉屏风散。处方：浮小麦30g，生黄芪24g，郁金、延胡索各15g，当归、桃仁、红花、防己、生晒参（先煎）各9g，小茴香、白术、防风各6g，官桂4.5g。

守方月余，症显好转，可下床活动，无明显心悸、气短、咳喘，肝缩为3cm，脾缩为可触及，腿肿全消，说明心力衰竭得到控制。

案9 游男，24岁。

3年来心悸气短，近7个月症尤甚，1964年4月29日入院。于1960年查体时，发现有风湿性心脏病，当时无自觉不适，仅在重体力劳动后稍觉心悸，未曾治疗。1961年来，渐觉纳差，腕腹胀满，活动后心悸气短明显，同时下肢浮肿，遂于1962年在某医院诊断为风湿性心脏病。经治病情仍反复，近因病情加重而来本院就诊。各种体格检查、化验指标略。诊断：风湿性心脏病，二尖瓣狭窄伴关闭不全，心房颤动，心源性肝硬化，心力衰竭Ⅱ度。中医辨证：心肾阳虚兼瘀血，而症见心悸，脉结代；因夹血瘀，可见舌唇紫暗；因胸阳不宣，肺失肃降，故胸闷气短胸痛；心脾阳虚，肾阳不足而现尿短，下肢浮肿。曾选用炙甘草汤、五苓散、真武汤、联珠饮、消水圣愈汤等，未好转。再斟酌心下痞硬，舌暗红，面黧黑少华，脉结代，便少等见证，当属辨证无误但方有不逮，故改用真武汤治本，合去菟陈莖法治标。处方：杭白芍、白茅根30g，云茯苓18g，白术15g，当归、红花各12g，附子、生姜各9g，肉桂（后下）、沉香（后下）各6g，藕节10枚。

5剂后尿由300~500ml/日，增至1300~1700ml/日，心力衰竭明显好转，后因附子暂缺，病现波动，经继用原方，又日趋好转。出院时情况尚佳，活动未见明显心悸，无咳喘，能平卧，腹水征（-），浮肿消失，肝缩小为右肋下3cm，说明本次心力衰竭又得到控制，心电图仍提示心房颤动，出院后继续就诊。

评述：上述9案均属心脏重难病症。除案1、案2、案3系心肌炎外，其余6例均属肺源性或风湿性心脏病，其中5例已进入中重度心功能不全阶段，无疑属危重症范畴。赏读赵老整个诊治思路与辨证施方过程，笔者似有如下所悟。

1. 从案治中不难看出，赵老每遇到错综复杂、虚实难辨的疑难病症时，总能凭借自己的真知灼见、明辨之功，作出十分准确的诊断。他别开生面地指出：“初起之证曰主证，及于全身之证曰副证，两者统名曰定证（或固有证）……定证以正型出现者曰正证，以变型出现者曰奇证……能识主证者必能预防未发之副证，能断正证者，必能预防未发之奇证。能治奇证者，必能兼治未发之正证。”我们若能对赵老此番高论真正做到心领神会，准确无误，想必每当临床遇到疑惑不解病证之时，



定能使你疑团顿开，成竹在胸，而“不为浮云遮望眼”了。

2. 慢性肺源性心脏病或风湿性心脏病尽管临床表现各异，且其并发症一旦发生，症状更是“花样”百出，似乎难以抓住主证而一举“出击制胜”，然赵老深谙仲景心法，严格遵循“有是证用是法（方、药）”“方证对应”的中医诊疗原则，对仲景方运用娴熟、精准，可谓达到炉火纯青之境。兹对赵老所喜用的真武汤和越婢汤两则经方与“治水三法”作一解读，以求方家教正。

(1) 张路玉在《伤寒绪论》中对真武汤所论，一新耳目，启发尤多。曰：真武汤方本治少阴水饮内结，所以首推术、附，兼茯苓、生姜运脾渗湿为要务，此人所以明也。此证虽曰少阴本病，而实缘水饮内结，所以腹痛自利，四肢痛重，而小便反不利也，若极虚极寒，则小便必清白无禁矣，安有反不利之理哉！则知其人不但真阳不足，真阴亦已素亏，若不用芍药顾护其阴，岂能胜附子之雄烈乎？笔者认为，张氏所作方解，透达明晰，令人叫绝！

经方名家黄煌教授认为：真武汤主治以皮肤水肿为突出症状的“水气病”，如慢性充血性心力衰竭、慢性肾小球肾炎、慢性肾功能不全、肾上腺皮质激素不良反应、甲状腺功能低下等出现的“阳虚水泛”等证，它如梅尼埃综合征的内耳迷路水肿、肝硬化腹水、胃下垂的胃液潴留、慢性盆腔炎的盆腔积液及带下过多、风湿性关节炎的关节腔积液、肾盂积水等“水溢停留体腔”类病证，只要表现为“阳虚水溢”证型亦可选用本方。明确指出了该方的适应证（方证），对临床颇具实用价值。

伤寒大家陈瑞春教授指出：真武汤以附子温肾阳（宜用制附片，且宜久煎），苓、术温脾阳，白芍阴柔以制附子之燥，合生姜和营卫……（适证）加入参、芪，使全方变成温阳益气利水，较之原方更为完善；加入桂枝合成苓桂术甘汤，则使温通功效大增，适用于水泛上焦的种种病证，疗效更为显著（《伤寒实践论》）。可谓要言不繁，一语点睛。笔者37年前（就读上海中医学院期间）就以苓桂术甘汤加味治水泛上焦之“痰饮证（肺心病）”一例，至今仍记忆犹新，故忆录之。男患查某，56岁，安徽怀宁人，农民。1974年正月初三邀诊。慢性咳喘5年，加重2个月，躺卧床上，不能下地，面苍形削，咳喘息促，痰多色白、黏滑带泡沫，胸闷心悸气短，脉结代，舌发绀。听诊两肺满布干湿啰音、痰鸣音，心率120次/分，律不整。拟诊痰饮（肺心病），予苓桂术甘汤加蒲公英、鱼腥草治疗。3剂后，症减过半，病人竟拄拐步行2华里来诊，家人与村民皆叹为奇，本人也第一次领教到中医之神奇，遂处原方7剂。因寒假结束我返校，嘱其如无新的变化，可按原方巩固治疗2~3周。经随访，服药后病情一直较稳定。3年后病故。当时我并无经方的概念，只是在课本上学到了一句仲景论语：“病痰饮者，当以温药和之。”又记得老师曾说过，蒲公英就是青霉素，鱼腥草等于链霉素。



(2) 越婢汤现代临床主要用于“以上半身肿”为主证的疾病，如急性肾小球肾炎初期、肾病综合征、肾盂肾炎、妊娠期水肿等，即仲景原文所谓“风水”。高学山认为：“本水湿二候，轻易不得见汗，故有肿胀沉重等症……但以镇重之石膏，监麻黄之发越。而托以甘浮之甘草者，令趁其自汗之机，而微助之。则阳气动而运水外出者，正使水气载风而尽去。”显而易见，案4（肺心病）所用越婢合真武汤治疗，正是赵老善用经方的见证。

3. 从案中不难看出，赵老不仅思接仲景，擅用经方，同时对《内经》理论亦潜研深磨，理解透彻，并有创造性发挥。如他将《素问·汤液醪醴论》提出的“开鬼门”“洁净府”“去菀陈莖”治水三法用于“水气病”（心力衰竭）的治疗，既遵“急则治标”“间者并行，甚者独行”“标本兼治”的岐黄之理，又合仲景所创“随证治之”之则，展示了赵老临证功力之深厚。

4. 赵老所治5例“水气病”（心力衰竭），有曾使用洋地黄控制后心力衰竭又发作而用中药奏效者，亦有始终未用洋地黄而单用中药控制者。因此，我们不得不思考：中药对心衰之类病证是否具有其他医学不可替代的独特作用？中药抗心力衰竭的具体适应证和禁忌证是什么？其证效关系与量效关系如何？笔者回顾所治2例典型病例，深感其中奥秘大可值得探究。

案1 陈某，男，56岁，浙江永嘉人，老中医。1992年信函求诊。称3年前患心肌梗死、心力衰竭，经救治脱险，但此后体质大衰，1年前又患脑梗死致半身不遂，身寒彻骨，虚汗淋漓，饮食显减，不欲饮水，自觉阴囊寒冷如冰而紧缩，脉微欲绝（自己描述），卧床不起，挪动数步则汗出如雨，气短濒死。函告以大剂四逆合参附龙牡汤加熟地黄、黄精等（附子用50g，因受柯雪帆老师《疑难病症思辨录》和吴佩衡有关文章启发，当时我并无“经方”意识）。10天后来信喜告：服1剂翌晨即感阳回肢暖，虚汗顿减，体力显增。3剂后症减四成。连服10天，向愈八成。问下一步如何治疗，嘱效不更方，原方再服10剂。随后以原方略事调整，连续服用半年，恢复工作。再以丸剂巩固治疗2年，开始连续服用3个月，后间断服之。随访至今，身体健康。

案2 徐某，男，58岁，安徽萧县农民。2011年4月21日初诊。慢性咳嗽20余年，近5年中曾发生双下肢水肿伴气短、乏力、咳嗽、纳减3次，均经当地医生短期治疗而愈。20天前在外地打工期间，因劳累加之睡地下室而受凉，发高热、咳嗽、纳减、乏力，双下肢水肿，遂返家接受本地乡村医生西药治疗，并用中药：黄芪30g，车前子、金银花、葶苈子、紫苏子、瓜蒌仁、连翘、党参、桑白皮、川厚朴各20g，桂枝、半夏、地龙、砂仁、鱼腥草、甘草各10g，5剂。后渐次调整。共18天，但病情日重一日，濒临危殆，经治医生无奈语之曰：“这次我没有办法了，你赶快另请高明吧。”期间，巧遇本书编委、湖南中医药大学二附院急诊科主任毛



以林教授在患者之女读书的云南中医学院讲学，而又恰恰讲到心力衰竭的有关内容，徐女听后当即将父亲的病情相告，并请求毛教授予以诊治。毛教授得知患者系安徽人，遂建议他找笔者治疗。刻诊：神志清而精神萎软，面色萎黄，面目虚浮，唇发绀，苔水滑、舌质淡胖而紫，桶状胸，两肺满布干湿啰音，心率88次/分，心律尚齐，颈静脉怒张，腹饱满、漫肿状，肝于肋下4横指，质地坚硬，触痛，双下肢水肿发亮。食欲虽无显减，但食后则腹胀不适而不敢吃饱，虽每天用利尿药，但病程中体重却渐增加10kg。血压80~90/60mmHg；心电图示：窦性心律，心电图严重右偏；胸部X线片示：肺部感染，肺心病征象；B超示：肝淤血征象。血象、肝功能、电解质等均属正常范围。中西合参，诊断为“水气证（水气凌心射肺，泛滥肌肤，停聚胃肠）”。西医诊断：心力衰竭（重度）；肺部感染。急予大剂真武合苓桂术甘汤加芪、参、苈（其中制附子30g，生黄芪100g，葶苈子20g）温阳益气利水，从本治之，以图药力直达病所，5剂；头孢哌酮钠舒巴坦钠2.0加入100ml生理盐水中静脉输入，日2次，左氧氟沙星0.4静脉输入，日1次，654-2注射液20mg加入250ml糖盐水中静脉输入，日1次。治疗首日尿量较前略有增加，自觉稍舒适，第2天尿量依然稍增，精神好转，唇舌紫色略减，第3天654-2加至30mg，下午查房，见舌紫已减八成，面部浮肿显减。第4天停用头孢哌酮，加用呋塞米60mg于糖盐水250ml中静脉输入，口服螺内酯20mg，当天尿量骤增，下肢水肿略减。翌晨7时许病人令其子发信息喜告：全身水肿全退，仅双足仍肿，体重减5kg，精神大振。停用注呋塞米，改口服20mg，氢氯噻嗪25mg，均1日2次。第6天体重又减4kg，几无所苦，喜不自胜。停用所有输液，654-2亦改为口服，每次10~15mg，1日3次。中药原方附子改为50g，5剂。第7天体重又减1kg，双足肿胀略减。第8天7时出院时又喜告双足肿胀全部消失，已能穿皮鞋（发病后渐不能穿）。回家后遵医嘱服小量中药汤剂善后。至今已4个月，无任何症状出现，自觉如常人。

回顾此案，思考有三：①中医治病取效之关键在于“方证相应”，该患者病初亦接受中药治疗达18天之久，药方组成与病症似亦合拍，但为何毫无寸效而病情日重？恐怕主要是处方时受到现代西医理论“见炎抗炎，见肿消肿，见咳止咳，见虚补虚”等惯性思维的左右，而背离中医“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的基本原则，未能领会中医的“辨证施方”与西医的“执方治病”有本质区别，“方证”具有严格的适应证、禁忌证，方药必须遵照原方构成比，即使加减也要“据证而变”，不可随心所欲。真武与苓桂剂治“水气证”（心力衰竭）既是仲景所创，又已得到现代临床无数病例的证实，对此，应该引起中西医学界的重视。②《素问·标本病传论》指出：“先病为本，后病为标”，凡是先病而后出现各种寒、热、逆乱、泄泻等症者，治其本（先病），或者先见上述诸症而后生病者，亦治其本（先症），惟有“先病而后生中满者治其标”和“小大（便）不利治其标”。该患者的治疗经过



进一步加深了笔者对此段经文的理解，其水肿证缘于心肾阳衰，亦即阳衰为本，同时，“小大（便）不利治其标”的反意就是“无‘小大（便）不利’”就不应治其标而应治其本。真武与苓桂剂之所以用后效如桴鼓，恰恰说明它符合治本之道。前医所施只能属于对症状（标证）之治，而治标不治本之结果就可想而知了。③笔者凭着曾担任海军急救医学专业委员会秘书长的经历，对茛菪类药在急救医学方面的应用有所体会，故在治疗该病人之始就立即用上山茛菪碱（654-2），而且仅用2天就加量，从结局看达到了预期效果。研究认为，茛菪类药治疗心力衰竭是我国首创。自20世纪60年代初期用于抢救小儿感染性休克合并心力衰竭以来，现已广泛用于心力衰竭、肺水肿等的治疗。有学者报告，以山茛菪碱10~20mg加入5%~10%葡萄糖液250ml静脉滴注，每日1次，治疗肺源性难治性心力衰竭（RHF）92例，结果：显效68例，无效4例，死亡1例，总有效率94.8%。对照组（常规综合治疗）88例，显效21例，无效19例，死亡6例，总有效率71.5%（ $p < 0.01$ ）（临床荟萃，1989；4（7）：296）。笔者认为，作为现代中医，在全面继承和努力发扬传统中医学的前提下，应将致力掌握与科学运用现代医学理论与技能，洋为中用，推陈出新，以更好地为患者解除疾苦，视为时代赋予我们的历史使命！

（江厚万）

第7讲 融今入古疗心病

——袁家玘诊治心病医案理法方药思路评述

袁家玘（1913—1991年），男，贵州省贵阳市人。出身中医世家，其祖父、父亲均为当地名中医。袁老自幼深受家庭熏陶，耳濡目染，少年即热心中医。1931年，先入名医肖龙友、孔伯华举办的北平国医学院，后转入名中医施今墨举办的华北国医学院就读，四易寒暑，以优异成绩毕业。后又随施今墨老师临证实习1年，甚得赞许，被誉为施老高足。1936年参加贵州中医开业考试并获第一名，次年即正式开业。时值瘟疫流行，求医者甚众，他据证而辨，以温病论治，疗效极佳，一时名噪省城，20余岁即蜚声医林，成为当时贵阳四大名医之一。新中国成立后，历任贵阳市卫生工作者协会副主任、贵阳市门诊部中医科主任、贵阳市卫生局副局长、贵阳中医学院副院长、院长。袁老为全国著名伤寒学家，对《伤寒论》的研究造诣至深。他指出《伤寒论》中制方用药之精妙，全在于“知机识证”，即指详审病机，明确辨证；“活方活法”，即指定法制方、依证而变、法变方亦变；仲景用方之妙，惟在用法，所谓“方有成局”、“法胜于方”，《伤寒论》113方，却有397法，足见方不及法。

袁家玘教授主编的《医林拔萃》（贵州人民出版社，1985年版）一书，收载贵州省名闻遐迩的数十位中医翘楚之医论、医话、医案与药论等文稿数十篇，洋洋40余万言，拜读之，深感新意迭出，启迪颇多。兹撷取袁老诊治心病医案若干，附以评述，与读者共赏。

一、证分三型论胸痹

案1 肖男，54岁。

初诊：曾患冠心病3年，常发作心绞痛，口含硝酸甘油片后能缓解，曾发生昏厥。1978年11月13日因病情加重而入院治疗，特邀袁老会诊。症见胸憋胸闷，气短，心前区时痛，口唇发绀，肢冷神疲，头昏且涨，夜梦易醒，纳呆，苔薄白，舌紫略有瘀点，脉细弦。辨证属心阳痹阻，气滞血瘀。治以温阳通痹，活血化瘀，拟瓜蒌薤白半夏汤加味。决明子30g，茯苓、鸡血藤各18g，瓜蒌壳、丹参、枳实各15g，法半夏12g，当归、延胡索、川芎、赤芍、牡丹皮各10g，薤白9g，红花、甘草各6g，桂枝5g，三七粉1.5g，（早晚各吞服1次），6剂。

复诊：服上药后胸闷、胸憋、气短，心前区时痛均略减，未再昏厥，但仍肢冷。仍用上方去牡丹皮，桂枝加至10g，再服6剂后，病情稳定，以“冠心通络舒郁丸”



调理巩固。

原按：冠心病是本虚标实、虚实夹杂而以本虚为主的疾病。从临床实践观察，饮食不节，过食肥甘或年老体虚，运化不健，或劳逸不当，七情内伤，均可致病。虽本病发病在心，但与肺、脾、肝、肾关系密切，从全面看，它是脏腑功能失调，渐致痰浊瘀血痹阻心脉所致。在发病过程中，因心主血脉，为病之本，痰浊、气滞、瘀血是病之标。主要病机有三点：一是心阳不足，心脉瘀阻；二是脾湿生痰，阻遏心阳；三是肝肾阴虚，气滞血瘀。三者互相影响，而以本虚标实为多。可将冠心病大体分为阴虚型、阳虚型、阴阳两虚型，至于痰浊、气滞、瘀血则包含于三型之中。

1. 阴虚型 应标本同治，育阴潜阳兼化痰理气通络。选方为天麻钩藤饮、瓜蒌薤白半夏汤、温胆汤、桃红四物汤等化裁：决明子、生石决明、牡蛎各 30g，生白芍 18g，瓜蒌壳、茯苓、丹参、生地黄各 15g，钩藤、地龙、陈皮、法半夏、川芎、茺蔚子各 9g，红花 4.5g。气滞血瘀心绞痛较甚者，加木香、失笑散或金铃子散、郁金、降香等；痰多胸闷者，去生地黄、白芍加胆南星、海浮石等。心阴虚多与肾阴虚有关，而肝阳亢的症状并不明显。若冠心病与脑动脉硬化合并者，除心绞痛主证外，多见心悸，失眠，头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，盗汗，口干咽燥，舌质嫩红或见舌裂，苔光剥，脉细数或弦细。当以滋阴补肾为主兼用化痰通络之品，选方可参酌上述方药，以滋补肝肾之阴为主，可合用首乌延寿丹、杞菊地黄丸加减。方为：鸡血藤、瓜蒌壳各 18g，制首乌、黄精、生地黄、墨旱莲、丹参各 15g，枸杞子、金银花、郁金、薤白各 9g，红花 4.5g。

心血虚多包括于心阴虚中，若心悸者头昏明显，面不华，舌偏淡，脉多细弱，应着重益气养血，上方中加当归、白芍、生地黄、太子参等。

2. 阴阳两虚型 扶正固本为主，阴阳两补，气血双调，兼用化痰通络之品，可用炙甘草汤加减，其中麻仁可以改用酸枣仁，清酒可不用，服药时间应稍长，才能收效。方为：炙甘草、丹参各 18g，生地黄、潞党参、茯苓、瓜蒌壳各 15g，桂枝、法半夏、陈皮、川芎、赤芍各 9g，红花 6g。若气滞血瘀心痛较甚者，加延胡索、降香、鸡血藤、郁金等品；气虚较甚，可加黄芪、黄精等品。炙甘草为治疗脉结代、心动悸之主药，有通经脉、利血气、养心复脉之功，但用量宜大，一般在 18g 以上。

3. 阳虚型 轻者补益心气，温通心阳，选炙甘草汤加减。重用桂枝、黄芪、党参，并适当配伍化痰通络之品。若属心阳虚脱，则是危重症，应中西医结合抢救，可选四逆汤、生脉散合方加减。如素有脾虚、倦怠、食少、运化不健、胃肠功能紊乱，而中气不足影响心气虚者，属脾阳虚，可选桂枝人参汤加法半夏、陈皮、茯苓、川芎、丹参、红花、延胡索等，温中健脾，通心阳兼化痰通络。

评述：冠心病类似于中医胸痹证，袁老谨遵中医基本理论，对此病按照辨证分型论治的思路，条分缕析，证治一贯，随证加减，明白晓畅，值得效法。其病机解



说，已成业界共识，不必赘赘，其所用方药，既出自经典，又源于现代，更参以己意，故颇具实用价值。尤其是袁老所总结：对冠心病进行辨证分型治疗固属重要，但一些特殊方药的选用同样重要。在临床上袁老常给部分冠心病患者长期服用三七粉，这对降低血脂、调整血压、缓解心绞痛均有较好效果。袁老指出，每次可用温开水送服三七粉 1.5g，每日 2 次，但须久服才能取效，用于救急则效果不显。根据其长期临床经验提示，服用数年，也无不良反应发生。读者不妨一试。

二、痰瘀立论治胸痹

案 2 谯女，51 岁。

1980 年 9 月 10 日入院。初诊：发作性心悸、气短、胸闷已达 6 年，心前区疼痛，时有针刺感，痛时牵及左肩背，伴汗出胸闷，自汗以胸部为甚，畏寒，气短，纳差，便溏，经某院诊为冠心病、心绞痛。形体肥胖，舌淡稍紫，苔白，脉沉细，既往有高血压史。证属胸阳不振，心脾气虚，痰瘀互结，络脉痹阻。治拟宣痹通阳，化痰通络。决明子、山楂各 30g，茯苓、茵陈、丹参各 18g，瓜蒌壳、太子参、泽泻各 15g，法半夏 12g，薤白、木香、佛手、川芎各 10g，红花 6g，10 剂。

二诊：服药后，胸闷背痛感均减，时有心慌，饮食二便无特殊变化，舌紫暗，苔薄黄，脉弦滑，再守原方 7 剂。

三诊：偶尔胸闷及心绞痛，出汗已减，精神渐增，苔薄白，舌边有瘀点，脉象弦缓。宜宣痹化痰，活血通络。决明子 30g，丹参 24g，茯苓、鸡血藤、泽泻、怀牛膝各 18g，瓜蒌壳 12g，陈皮、枳实、降香各 10g，法半夏、川芎各 9g，薤白 7g，红花、炙甘草各 5g，10 剂。

四诊：胸闷胸痛大减，心绞痛次数亦减，血压稳定。加太子参 10g、红枣 9 枚，继服 10 剂以巩固。另加三七粉，早晚各 1g，长期吞服。

患者住院 2 个月，前后四诊，胸闷胸痛基本消失，病情稳定，心电图复查，冠状动脉供血明显改善而出院。

原按：本病临证时除注意本虚标实之病机与脏腑间的传变关系以外，细辨痰湿致病与痰瘀交阻之病机尤为重要。应根据病因病状分别进行处理，热痰宜清，湿痰宜燥，风痰宜散，燥痰宜润，寒痰宜温。应“伏其所主，而先其所因”，辨证求因，审察寒热虚实，分析病机所在，进行辨证论治，才能达到愈病目的。尚须宗“病在血，调之络”之意，治痰不废通络。因痰瘀交阻，痹阻络隧，病久入络，气血运行不畅，故配以活血通络一法，俾络道通而气血运行通畅，则可提高疗效。

痰的来路大致有二：一为湿痰，由脾虚湿盛、痰浊内生而致；一为风痰，由肝风灼液而成。前者当以苓桂术甘、二陈、萎薤半夏汤等温运以化痰浊；后者则用清泄化痰之法，常用二陈汤加竹沥、胆南星、天竺黄、石菖蒲、远志、枳实、竹茹、三蛇胆陈皮末等以治疗。至于活瘀通络之品，多选地龙、当归尾、桃仁、红花、丹



参、赤芍、鸡血藤、川芎、三七等。痰瘀交阻尤当分辨虚实微甚及痰瘀之孰轻孰重。气虚为主，补气为先，佐化痰活瘀，不可随便应用化痰逐瘀峻剂；气滞致痰瘀交阻，宜先疏肝理气通络以折其势，再加活血通络之剂，不宜攻逐峻剂，避免伤正。痰多瘀少则化痰为主佐活瘀，瘀多痰少则活瘀为主佐化痰。此外，可按兼夹证候佐辅助药物，如窍闭则兼开窍，属内风则兼息风，湿胜则兼温化。总之，虚实兼顾，通补兼施，有定法亦有活法，才能取得较好疗效。

评述：病发中年，以心悸、气短胸闷而痛为主症，诊断为冠心病、心绞痛无疑。袁老据证辨为胸阳不振，痰瘀交阻。阳气不能卫外为固而见畏寒自汗；舌脉症与病机相符，故用瓜蒌薤白半夏汤加味治疗。袁老认为，胸痹一证，本虚而标实，平时调治以治本为主，补而兼通，急时治标以通为主，标本兼顾。故配二陈、苓、泻、茵陈化痰除湿；佛手、枳实、降香、木香行气解郁；楂、芎、丹参、红花、鸡血藤活血化瘀而通络；太子参扶正益气以起推动作用。瓜蒌之功效甚佳，故于临证常用之；山楂、瓜蒌壳散结以开胸、祛痰，并能除胸中垢腻之物，亦为胸痹证常用之药。袁老指出，气机阻滞是痰瘀交阻发生发展的主要病机，行气理气在痰瘀交阻的疾病治疗中占相当重要的地位，故主张“活血必理气”“治痰先理气，气化则痰消”，堪为经验之谈，后学当认真体悟。需要指出的是案1与本案均以瓜蒌薤白半夏汤为母方加味治疗，提示本方在该病治疗中的使用率颇高。瓜蒌薤白半夏汤出自《金匱要略》：“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。”经方名家黄煌教授指出：临床应用本方常有加减，体丰、面垢、痰多、嗜甘者，加陈皮、茯苓、胆南星、竹茹、枳实（壳）等；痰瘀互结之冠心病多与已故治冠心病大家郭士魁所创冠心二号方（丹参、红花、赤芍、川芎、降香）合用；合并心功能不全之冠心病者，与参附汤或生脉饮合用。但气虚之象明显者，即使出现胸痛、痰多等症亦不得使用本方，可考虑用升陷汤或补中益气汤。经方大家胡希恕先生以本方加桂枝、枳实、桃仁、红花、陈皮、白芍、茯苓等，治一74岁妇人，患心绞痛年余，发作时胸剧痛不能平卧，呼吸困难，大汗出，大便干，口干不思饮，苔白厚，脉弦细，服药1个月，胸痛止（《经方传真》）。

三、法取仲景疗胸痹

案3 张男，47岁。住院病人。

初诊：发病已8年，多在感冒、劳累以及情绪紧张时出现阵发性心悸，多次住院均诊断为“室上性心动过速”。本次住院后，曾用抗心律失常药、镇静药等皆无效。特邀袁老会诊。症见心悸短气，胸闷胸痛，动则心悸、胸痛加剧，心烦自汗，失眠乏力，头昏纳减，舌紫有瘀斑，舌体胖大，脉沉细结代，重按无力。辨为气阴两虚为本，气滞血瘀为标。法以益气滋阴，通阳复脉，活血化瘀。宗炙甘草汤加减。炙甘草、生白芍各18g，黄芪、丹参、党参、茯苓各15g，瓜蒌皮、法半夏各12g，当



归、川芎各10g，桂枝、薤白、大枣各9g，生姜3片，6剂。

二诊：药后头晕减轻，胸闷胸痛及心悸情况好转，但仍胸部隐痛。畏寒肢冷，舌紫仍有瘀斑，舌体胖，脉沉迟弦而无力。仍宗前法拟益气滋阴，通阳复脉，活血化瘀。因心阳虚症状突出，应以温通心阳为主，宗炙甘草汤合小建中汤加减：茯苓30g，丹参24g，党参、黄芪各18g，桂枝、当归、白芍各15g，五味子、延胡索、川芎各10g，炙甘草9g，熟附片（先煎半小时）、干姜、红花各6g，细辛3g，6剂。

三诊：药后诸症平复。心电图示，心律转齐。据患者自述，除偶尔因情绪不好，紧张失眠，出现心悸，且感胸闷胸痛外，余均正常。为巩固疗效，防病复发，改服丸药。处方：生三七粉、瓜蒌皮、丹参各150g，法半夏、太子参、鸡血藤各100g，红花、赤芍、郁金各80g，降香60g，延胡索50g。上药共末，炼蜜为丸，每丸重10g，早晚各服1粒，2个月为1个疗程。连服2个疗程，3次复查心电图，心律齐。

原按：患者初诊时的心悸短气，胸闷胸痛，活动后加重，心烦自汗，失眠乏力，头昏，舌紫有瘀斑，舌体胖，脉沉细结代，重按无力。袁老辨证为气阴两虚为本，气滞血瘀为标。治拟益气滋阴，通阳复脉，活血化瘀。选用炙甘草汤加减。方中炙甘草、党参、黄芪、桂枝、生白芍、瓜蒌皮、法半夏、薤白、茯苓、生姜、大枣益气滋阴，通阳复脉；当归、川芎、红花、丹参活血化瘀。二诊时心悸、胸闷胸痛诸症稍瘥，而以心阳虚症状突出，当审证求因，审因论治，据证而辨。以温通心阳为主，加用小建中汤配合炙甘草汤加减。上方去法半夏、瓜蒌皮，并加附片、细辛，重用桂枝以温通心阳，俾心阳得通，心气能复，则心血充盈，阳气有所依附而心悸自愈。三诊时，病情已逐步减轻，故改丸药以巩固，缓缓图功。

案4 杨女，49岁。住院病人。

初诊：症见心慌心悸，气促气累，年久不愈，面晦黑，颧部瘀黯，眩晕神疲，纳差便溏，左肋下扪之有痞块，胸脘隐痛微满，关节疼痛，以双下肢较显，唇微发绀，脉细弱结代，舌紫有瘀点，苔薄白而腻。经某院诊为“风心病，二尖瓣狭窄伴闭锁不全，慢性心力衰竭”，平时服地高辛维持量。证属心阳不振，心气不足，心脾两虚，痰瘀交阻，气血运行不畅。治以温通心阳，复脉化饮，兼除风湿。方用炙甘草汤加减。太子参、茯苓、桑枝各30g，炙甘草、黄芪各24g，薏苡仁20g，丹参18g，防己、酸枣仁、生白芍、泽泻、木通各15g，当归10g，桂枝、远志、蚕沙各9g，红花3g，大枣9枚，7剂。

二诊：药后心慌、心悸，胸部隐痛均减轻，时觉口干，继进7剂。

三诊：心慌心悸、胸满痛续减，头晕亦除，惟口干，关节痛，前法出入。太子参、茯苓、桑枝各30g，炙甘草24g，薏苡仁20g，丹参18g，防己、山药、生白芍、酸枣仁、木通、秦艽各15g，当归、天花粉各10g，桂枝、远志、晚蚕沙各9g，红花3g，10剂。



四诊：药后夜寝安，饮食增，精神亦好，病情稳定。继以益气养血，活血通络善其后。太子参、桑枝各30g，炙甘草、黄芪各24g，茯苓、丹参各18g，酸枣仁15g，生白芍、郁金各12g，当归、瓜蒌、秦艽各10g，红枣9g，桂枝、红花各5g，10剂。

原按：心悸一证，不外乎由于胸阳痹阻，气失宣通，心气亏虚，血流不畅所致，而络脉瘀阻导致脉结代、心动悸则为辨证之要点。患者因心脾两虚，痰瘀交阻，致血流不畅，实属本虚标实。方取炙甘草、桂枝为主，以温补心阳，补益心气。又仿《金匱要略》中“其人喘满，心下痞坚，面色黧黑……木防己汤主之”之意，以木防己汤为基础以消痰饮，散结气，并配归、芍、丹参、红花活血化瘀（复脉与通脉合用），又因湿蕴于里，用淡渗之苓、泻、苡之属以利湿（治标兼顾其本），加黄芪、远志、红枣、酸枣仁以益气宁心，配以桑枝、蚕沙、秦艽等除湿，故诸症得以缓解。须注意应用炙甘草汤治疗心悸诸证，炙甘草必须重用，方可奏效。

评述：上两案均以心悸、胸痛为主要表现，见证雷同，故同以炙甘草汤为主方治之。《伤寒论》太阳篇182条曰：“脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”仲景原文的意思是，无论何种外感病或内伤病，只要表现出“脉结代，心动悸”的脉证，就可用炙甘草汤以复其血脉，故炙甘草汤又叫“复脉汤”。袁老指出，此方是益气通阳、滋阴补血、阴阳并调、气血双补之剂，以炙甘草为主药，但必须重用，据证加减，只要药证相符，虽重用至30g，也无中满之弊。他又指出，如辨证为心气虚，心悸、短气，动则尤甚，面白舌淡，脉缓弱无力而兼结代，可以用原方。若以气虚为主，可加大人参剂量，合炙甘草为方之主药，也可加黄芪；若气阴两虚，见舌尖红，口干，脉细，心烦，眠差，则以生地黄与炙甘草为主药，去姜、桂；如出现形寒肢冷，唇舌淡紫，脉微而结代等症者为阳虚，则加附片，合桂枝、人参为主药，而去生地黄、阿胶、麦冬等滋阴药以温通心阳而复脉；若心阳厥脱，症见大汗淋漓，脉微欲绝，四肢厥冷，面白，唇舌青紫，神志模糊，则本方不宜，应改用回阳急救之剂。

关于本方之方解，见仁见智，自成其说。如中医名家段富津教授指出：该病的成因乃心经之阴阳气血俱虚，阴血不足则心失所养，血亦不能充盈于脉；阳气不足心失所主，又不能鼓动血脉流行，于是心动悸、脉结代因之而生。治之之法，无疑须补心经之阴阳气血。但何者为主要方面？当责之阴血，盖阴血旺盛，则心得其养，脉得以充，虽有阳气之虚，亦不致脉结而代、心悸而动。本方正是抓住这一矛盾的主要方面，而用大量生地黄为君药，以滋阴养血……仲景以“炙甘草”命名确有深意，盖示人对此当加以重视，切莫以一般方剂中之甘草而轻量用之（《中国现代百名中医临床家·段富津》）。清代医家柯韵伯亦说：“悸动因于脉代结，而手足不厥，非水气为患矣。不得甘寒多液之品以滋阴而和阳，则肝气不息，而心血不生。心不安其位，则悸动不止；脉不复其常，则代结何以调？故用生地黄为君，麦冬为臣，炙甘草为佐，大剂以峻补真阴，开来学滋阴之一路也。”



笔者曾以大剂炙甘草汤加味治一42岁沈姓男患，效果甚佳。该患者诉3年前继感冒后罹患病毒性心肌炎，经宁波、杭州多家大医院诊治，遗留频发早搏，每分钟20~30次，时心悸、气短，每走几步必停歇片刻，否则易晕倒，一年来已发生晕厥数次，体质日衰，骨瘦如柴，面无华色，动则汗出，语音低沉，脉细弱欲绝。脉证合参，证属心气衰微，心血耗伤，心失濡养，脉气不续。拟炙甘草加龙牡汤原方7剂，并嘱如有效，则按原方续服20~30剂。半年后患者专程来医院喜告，按方服用30多剂后，早搏消失，体质略复，要求再予调治。经过反复斟酌，为他制定了一个长程、周密的治疗方案，病者高兴而归。本书所载另一位贵州省名老中医陈慈煦教授经治的心病医案2则，堪与袁老医案媲美，故转录之，以弥补袁文所收医案之不足。

案5 范女，23岁。

因心悸、短气4年余，近1个月加重并全身水肿。血压110/60mmHg，端坐呼吸，全身水肿，两腋下可闻湿啰音。心界扩大，心尖区可闻收缩期Ⅳ级吹风样杂音，向左腋下及心前区传导，心尖区可闻舒张期雷鸣样杂音。腹部有移动性浊音，肝在肋下三横指可扪及，脾肋下刚扪及，两下肢凹陷性水肿。诊断为风心病，二尖瓣闭锁不全伴狭窄，心界向左扩大，心力衰竭Ⅲ度。中医证见：面及下肢水肿、尿少、纳差、心慌心悸，苔薄白、舌淡，脉沉细而弱。辨证为脾虚，土不生金，肺失通调，水湿潴留。治当健脾益气，利水平喘。黄芪、朱茯神、泽泻、百部、大腹皮、龙齿各15g，白术、木防己、杏仁、姜汁炒桑白皮各12g，木香、椒目各9g，4剂。

药后，小便增长，下肢肿消，再进3剂后能平卧，并能下床活动。处方无大变动，住院31天后，心力衰竭控制出院。

案6 李女，42岁。

患者因心悸、气喘、咳嗽4天，面及四肢水肿半个月入院。血压116/86mmHg，端坐呼吸，胸左前及左后下方均可闻收缩期吹风样杂音及舒张期雷鸣样杂音。肝在肋下9cm，脾在肋下4cm处可扪及。双下肢水肿，腹部移动性浊音。血沉115mm/h。西医诊断为：风湿性心脏病，二尖瓣闭锁不全伴狭窄，心脏扩大，心力衰竭Ⅲ度。中医证见：心悸气累，咳嗽吐泡沫状痰，夜不能卧，面及下肢水肿。曾有20余年关节痛史。舌质红、苔薄灰，脉浮虚。辨证为水气射肺，肺失肃降之权，不能通调水道而下输膀胱，水气停留，渍脾凌心。治以肃肺平喘，利水安神。泽泻30g，云茯苓、龙齿各15g，紫苏子、杏仁、白术、浙贝母、酸枣仁、姜汁炒枇杷叶、朱麦冬各12g，橘红、姜汁炒桑白皮各9g。

服药3天后，喘咳、心悸见减，水肿开始消退。服药1周后水肿全消，能下床活动。处方除中途加半夏12g一味外，治则方药未变。住院20天，除肝脾未明显缩小外，余症皆减，于水肿消退而心力衰竭控制后出院。

原按：风湿性心脏病伴心力衰竭，中医从水肿、咳喘、咯血、心悸论治。一般



以调中健脾、利水为主治疗，多获显效。朱丹溪云：“治水肿大法，宜调中健脾，脾气实自能升降运行，则水湿自除，此治其本也。”肺有治节之权，脾有砥柱之力，实为本病治疗之关键。上两例均未服用洋地黄类药而单纯用中药治愈，说明中医中药对本病有较好的效果。在中医学文献中，虽没有风湿性心脏病之名，但从本病主症如水肿、气喘、心悸、咯血等表现来看，符合《素问·痹论》“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘”“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”之描述。《素问·水热穴论》曰：“故水病下为跗肿大腹，上为喘呼，不得卧者。”说明本病病机与水有密切关系。《外台秘要》说：“心咳，咳而吐血。”明白指出了由于心脏疾患可引起咯血。清代张璐说：“心下惕惕然跳，筑筑然动，怔怔忡忡，本无所惊，自心动而不宁，即所谓悸也。”对心脏病心悸的描写十分逼真。可认为：本病病机是风寒湿邪由经脉传入心，心阳受损，心为火脏，火衰则脾阳亏虚，脾虚不能制水，水气横溢而成水肿；水气射肺则为咳为喘；水气凌心则悸。病久则心血不足，气血两虚，心阴亦亏，君火独亢，灼烁肺金，则为咯血。气虚不能摄血，血妄行亦可咯血。因此，在治疗原则上，重在治水为要。而治水之关键在于调整肺、脾、肾三脏的功能，使肺之通调，脾之健运，肾之开阖恢复正常，其中，尤以脾肾为重要。健脾利水为治本病的主法，可辅以镇心安神、肃肺平喘、祛风除湿、止咳化痰、补气益血等方法，并灵活加减，就可取得满意效果。

评述：陈老所治两案均为“风心病伴心功能不全”，中医一般以“水气”“咳喘”“水肿”等证论治。其共有证不外是心悸动、喘息短气、下肢或全身水肿等水气凌心射肺、横溢四肢之征象。陈老据证立法，方出经典又参入己意，选药全面却远离冗杂，可谓是对“师其法而不泥其方”的最好诠释。笔者临证时，凡遇证情繁杂、虚实莫辨、寒热难分、病机缠绕之病证，每在殚精竭虑之后，认真而全面地温习与梳理中医基础理论并以之为指导，综合归纳病者全部信息，审证求因，析机论治，参酌众家，选方遣药，先以一二剂投石问路，稳妥从事，多能中的。如2003年4月6日诊一46岁妇人，和县人，心悸、气促、喘息不能平卧，双下肢水肿，纳少，面色发绀6月余，西医诊断为“风心病、慢性心功能不全”，经多家医院治疗，病情暂缓后又反复。经人介绍就诊于余。视诊：心前区搏动如蛙腹动荡；听诊：二尖瓣听诊区可闻SMⅢ级，触诊：肝于右肋下3横指，硬如额肌。四诊合参，“水气”为患可定。依据“心主血脉”“脾主运化”“肾主水液”“肺主治节”等理论，拟益心气促血循、补脾气运水湿、温肾气助蒸腾、宣肺气调上源之法，以大剂芪术与附、姜、桂、芩之属，3剂而喘息平，下肢肿消近半；7剂气促如释，肿消，纳增。原方出入调理3个月，病情稳定。

（江厚万）

第8讲 求索本草为临证

——颜正华诊治心病医案理法方药思路评述

颜正华，男，字秀峰，1920年2月生，江苏丹阳市人。1934年拜同邑儒医戴雨三为师，习读医经典籍。1937年拜江苏孟河学派创始人之一马培之第三代传人杨博良为师，1940年满师归乡行医。1955年考入南京中医进修学校师资班，同年留校任教。南京中医学院成立后，任中药学教研组长，编写了我国第一部《中药学》讲义，构建了该教材的理论框架。1957年调入北京中医学院，任中医系中药教研组组长，主讲中药学。1978年晋升为教授及硕士研究生导师。现任北京中医药大学终身教授、博士生导师、中医主任医师、中华中医药学会终生理事、北京中医药学会对外工作委员会顾问。2009年被评为首届国医大师。

《颜正华临证用药集萃》一书，系统总结了这位孟河学派第四代传人对呼吸、消化、心脑血管、妇科、儿科疾病的治疗经验和医案。笔者拜读后，受益颇深。现仅就其诊治心病的理法方药思路及治案，略作简要评述，以供同道学习借鉴。

一、补气养血，宁心安神治心悸

颜师指出心律失常属中医“心悸”范畴。其发病多与心、肝有关。正如《灵枢·本神》所言：“肝藏血，血舍魂，心藏脉，脉舍神。”心与肝两脏的病理变化，常互为因果，由此及彼。当情志内伤，郁怒伤肝，肝气郁结，疏泄失常，气血运行失畅，则进而伤及心脉。心悸既可单独出现，也是多种疾病如胸痹、眩晕、失眠、水肿、喘证等病常见的一个自觉症状。故在治疗方面，颜老遵《景岳全书》“凡人之气血，犹源泉也，盛则流畅，少则瘀滞，故气血不虚则不滞，虚则无有不滞”之论，治疗心悸大多以补气养血为主，常选用宁心安神之品。如心血不足，心气虚弱，选用柏子仁；肝血不足，无以荣心，选酸枣仁；心脾不足，气郁不舒，选合欢花；痰浊内阻，心神不宁，选石菖蒲、远志；心肾不交，阴阳失调，选夜交藤。

案1 韩男，47岁。

2006年5月29日初诊。近4个月来全身无力，心悸明显，伴气短，阵发性汗出，腿软，口干欲饮，纳差，梦多，大便干结，2~3日一行。舌红苔白腻，脉弦细。证属心悸（心阴不足），治宜滋阴养心安神。方用生脉散加味。生龙牡（先下）、夜交藤、薏苡仁各30g，酸枣仁18g，党参、续断、丹参、葶藶各15g，怀牛膝、神曲各12g，麦冬、佩兰、陈皮各10g，五味子、远志各6g，7剂。

评述：患者因气血不足，导致心之气阴两虚，然偏于心阴虚，故颜老用生脉散



加味。方中党参、麦冬益气养阴生津；五味子收敛心气；加丹参以化瘀清心；加酸枣仁、远志、夜交藤，以养心安神；增生龙骨、牡蛎重镇安神；并加怀膝引火下行；佩兰、萆薢、生薏苡仁去湿；陈皮理气；神曲健脾和胃。其组方严谨，正中病机，主次症兼顾，足见颜师水平之高也。

案2 刘女，37岁。

2007年4月19日初诊。阵发心悸气短2年多，除早搏外各种检查均正常，但闭经1年，虽经治疗效不佳。现活动后心悸，眠差多梦，舌淡苔白有齿痕，脉细缓。证属心悸（气血不足），治宜益气补血，健脾养心。方用归脾汤加减。丹参30g，炙黄芪18g，党参、茯苓各15g，炒白术12g，当归、远志、香附各10g，炙甘草、炒酸枣仁各6g，木香3g，大枣6枚，7剂。

二诊：药后心悸阵发，上周已发1次，头晕，心动过缓，脉细缓，舌红苔白。宜上法续治，加以温通心阳。初诊方加桂枝6g。7剂后诸症缓解。

评述：刘女阵发心悸气短，并兼经闭1年，可见证属心脾血虚无疑。颜老用《济生方》之归脾汤以益气补血，健脾养心，并加丹参、香附以活血调经，内、妇科病兼治。虽药物照顾颇为全面，但心阳不足未能根治，故二诊时症见心动过缓，故又加桂枝以温通心阳，足见颜氏方随症变的灵活性。

案3 陈女，44岁。

2006年3月13日就诊。既往患胆囊炎2年。现心悸半月，伴汗出，头晕，眠差，口干不欲饮，纳少，稍多则胃满，大便尚调，尿黄。经调，末次月经3月8日。苔薄黄腻，脉弦细。证属心悸（心阴不足，肝气郁结），治宜疏肝理气，养心安神。方以四逆散加减。丹参、夜交藤、茯苓各30g，炒酸枣仁18g，白蒺藜、郁金、合欢皮、赤白芍各12g，枳壳、远志、紫苏梗、陈皮各10g，佛手、柴胡各6g。7剂。

评述：颜老认为本证属心阴不足，肝气郁滞，应疏肝理气，养心安神，方以四逆散加减，较为妥贴。本例因患胆囊炎2年，气机不畅，肝郁犯脾失运，化热伤及心阴，疏肝理气，用四逆散虽为上策，但此时胆囊炎为宿疾，不是主症，而心悸为现时突出之主症，仅投该方，平悸之力尚欠足，故颜师又配以养心安神，养阴柔肝，使心悸得平，他症亦随主症之减轻而渐缓矣。另考四逆散一方，因各版大学教材均将其作为和解剂之主方（或基本方），一版试用教材言其功效为升清降浊，调和肝脾；二版又言其功用为和解表里，疏肝理脾；而《中医大辞典·方剂分册》复言其功效为透解郁热，疏肝理气。且仲景以后的不少医家，常将此方化裁或扩充成治肝胆脾胃之方，如张景岳将方中枳实改枳壳，加川芎、香附，名柴胡疏肝散，功能疏肝行气，活血止痛。用治肝气郁结，胁肋疼痛，寒热往来。清初张石顽又在此方中加姜汁炒黑栀子，加强止痛之功，且可凉血止血。但以该方化裁的所有方剂，几乎均以调和肝脾为主。而仲景在《伤寒论》中却云：“少阴病四逆，其人或咳或悸，或小便



不利，或腹中痛，或泻痢下重者，四逆散主之。”且在加减法中明言：“悸者，加桂枝。”足以证明，该方原可治心悸，故颜师在案中选用此方加味，其对仲师六经辨治之研探，较常人高之多矣。据笔者临证观察，四逆散治心悸，以心神经官能症之心悸尤好，若心脏器质性病变引起较严重的心悸（中医多谓之怔忡），最好请西医确诊为何病，再决定进一步的治疗方案。

案4 叶男，75岁。

2007年6月11日初诊。既往有高血压、冠心病、心动过速20余年，现血压正常，但近1周来心悸气短，伴头晕、口干、目干涩、大便干结。舌红苔少，脉弦细。证属心悸（气阴两虚），治宜补气养阴，安神定悸。益母草、桑寄生、珍珠母（先下）、夜交藤各30g，茯苓20g，丹参、炒酸枣仁、柏子仁各18g，党参、合欢皮各15g，枸杞子、怀牛膝各12g，麦冬10g，五味子6g。7剂。

二诊：2007年6月21日。病史同上，近日感冒，微咳，有痰，头晕，纳、眠、二便均可，偶有胸闷气短，心悸。上法兼以化痰止咳。茯苓20g，丹参、酸枣仁各18g，瓜蒌皮、合欢皮各15g，生葛根12g，桑叶、白菊花、杏仁、连翘、柏子仁、大贝母各10g，竹茹、桔梗各6g。7剂。

三诊：2007年6月28日。感冒咳嗽渐轻，血压平稳，睡眠欠佳，需常服安定，小便可，大便偏稀。舌淡暗，苔根黄，脉弦滑。治宜化痰开结，养心安神。丹参、茯苓、夜交藤各30g，酸枣仁18g，合欢皮、太子参各15g，生葛根、全瓜蒌各12g，薤白、大贝母、款冬花、黄芩各10g，降香6g。14剂。

评述：古稀老人，多气阴两虚，本例之心悸，颜老初以补气养阴，安神定悸；二诊因兼外感，按“先治新病，后疗沉痾”的原则，以解表宣肺为主，体现了医者临证的灵活性；三诊时外感渐愈，则再用滋阴养心、安神定悸之法调治。提示医者处方用药，应坚持方随症变，尤其是兼外感，若用补益之品过早，则易恋邪而伤正。

二、明辨虚实，标本兼顾治心痛

心绞痛属中医“胸痹”“心痛”范畴。颜老认为，究其病因，大多由于上焦阳虚，寒郁气凝所致。即《金匱要略》曰：“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。”颜师指出：“阳微阴弦”正是阳气不足，阴寒内盛的脉象。诸阳皆受气于胸中，而转行于背，所以上焦阴盛阳微，阳气不得煦化，以致气痹不行，就产生了痹痛短气等证。他强调在治疗上应按不同见症，辨别轻重虚实，随症施治。偏于痰饮的，要在祛痰，瓜蒌薤白白酒汤类；痰重者，用瓜蒌薤白半夏汤加味；偏于气结者，可主于行气，柴胡疏肝散；对心血瘀阻型的心绞痛，主要用川芎、赤芍、丹参、桃仁、红花等活血化瘀药；阴寒阳虚者，加桂枝辛温通阳，砂仁温胃畅中；因脾虚食滞者，先用神曲消食健胃，后用炒白术、茯苓等健脾以治其本，其余则随症加减；老年气阴两虚，可用生脉散合人参养营汤加减，使对该病的治疗效



果，有了较大的提高。

案5 尹女，23岁。

2006年3月16日就诊。胸闷胸痛1周，伴心慌纳呆，饭后干呕，疲倦，易急，汗出，喜叹息，眠差，长期便秘，2~3日一行，末次月经3月4日，有血块。苔黄腻，脉弦数。证属胸痹（气机郁滞），治宜调理气机，养心安神。全瓜蒌、茯苓各30g，炒酸枣仁18g，郁李仁、丹参、柏子仁各15g，当归、郁金、合欢皮各12g，香附10g，佛手、炒枳壳各6g。7剂。

评述：本例胸痹心痛，为气机郁滞，致中焦不运，化热生湿，使心络气滞血瘀，脉道不利，而发生胸闷痛。因其郁火内扰，伤及心肝，故见易急、太息、眠差。因湿热壅盛，则见纳呆、干呕、便秘。故颜师以调节气机为主，佐化瘀养心安神而取效。须知对于此类病胸痹心痛证，做好心理开导，使其心情愉悦，是提高疗效的前提，这也是对冠心病心痛患者自我调养，防其复发或加重的关键之一。

案6 林男，50岁。

2007年3月5日就诊。既往有冠心病5年。近2日来胸痛加重，呈阵发牵动性疼痛，入睡困难，大便不成形，时有不畅，胃纳可，舌淡红，苔厚微黄，舌下紫，脉弦涩。证属胸痹（气滞血瘀），治宜活血化瘀，行气止痛。丹参、夜交藤、茯苓各30g，制首乌、酸枣仁各18g，生葛根、赤芍、生山楂各15g，陈皮、川芎、红花各10g，枳壳、降香各6g。7剂，症缓。

评述：本例胸痹心痛证，颜老诊为心经气滞血瘀，用丹参、川芎、红花、赤芍、降香活血；生葛根以养阴生津，配以生山楂活血行气化瘀，制首乌补益精血，陈皮、枳壳理气，茯苓、炒酸枣仁、夜交藤养心安神。他认为“瘀血得化，新血得生，病自愈”。其治法与《金匱要略》胸痹心痛治用瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、瓜蒌薤白桂枝汤等方不同，是采取直接用活血化瘀、行气止痛之治法获效，可见其治法之独特之处。

案7 涂男，39岁。

2007年4月23日就诊。胸闷2月余，偶有胸痛气短，在外院检查心电图提示“T波改变”。现因劳累至全身发软，易恶心，干呕，胃纳欠佳，大便稀溏。舌暗紫，苔白腻，脉弦滑。证属胸痹（痰浊血瘀交阻），治宜化痰燥湿，活血化瘀，方用瓜蒌薤白半夏汤合二陈汤加减。茯苓、丹参各30g，炒酸枣仁15g，全瓜蒌、赤芍、炒神曲、党参各12g。薤白、清半夏、陈皮、佩兰、红花各10g，川芎、降香各6g。7剂。

评述：本例痰浊血瘀之胸痹，以燥湿化痰，活血化瘀法，用瓜蒌薤白半夏汤合二陈汤加减治之。用瓜蒌薤白半夏汤为主方，正合《金匱要略》治“胸痹，不得卧，心痛彻背者”之法。二陈汤燥湿健脾化痰，使痰无再生之源，胸阳焉复痹阻，通则



不痛也。可谓“治病求本”之道；同时对痰血互结之标，用丹参、赤芍、红花、川芎、降香调之，标本同治，实乃“病之源得除，胸闷自愈”之治法也。

案8 管某，女，53岁。

2006年5月25日就诊。既往有“哮喘”10余年，今年3月胸闷，咳嗽。住院诊断为“右心肥大，肺部感染，肺动脉高压，三尖瓣关闭不全”。现遇劳则胸闷，心悸，下肢无力，汗出纳呆，眠可，便秘，日2~3次，舌红紫，苔微黄，脉细数。证属胸痹（气虚血瘀）。治宜健脾益气，活血化瘀。生黄芪、茯苓、生薏苡仁、丹参各30g，赤芍、泽泻各15g，炒白术、神曲各12g，川芎、红花各10g，降香6g，砂仁（后下）5g，7剂。

评述：患者劳则胸闷、心悸，为气血不足，心神失养。因肺脾气虚也是老年的体质特点之一，加之哮喘宿疾必然会导致呼吸及循环障碍，引起胸闷、咳嗽、心悸。据其临床表现，颇似肺源性心脏病，故颜老以健脾益气、活血化瘀之法以生黄芪补气，炒白术、茯苓、生薏苡仁、神曲健脾益气，丹参、赤芍、川芎、红花、降香活血化瘀，砂仁温胃和中，实乃标本同治之道也。另考丹参配砂仁，原出自清代陈修园《时方歌括》中的丹参饮（丹参一两，檀香、砂仁各一钱），该方原治脘腹疼痛。而颜师从该方功主行气化瘀，故将其引用治心病（因檀香价高难觅，故以降香代之），亦获极佳之效。对经方时方均能巧妙运用，乃颜师超人之处，值得后学重视。

三、化痰活血，养心平肝治眩晕

临床引起眩晕的疾病近百种，按其病变部位不同，大致分周围性眩晕和中枢性眩晕两大类。而中枢性眩晕是因脑组织、脑神经疾病所引起，约占眩晕病人总数的30%。常见于高血压病、低血压症、动脉硬化症、脑瘤、脑血栓、贫血等病症。中枢性眩晕，眼球震颤方向不固定，持续的眩晕或失平衡状态，步态障碍，复视、构音不清、共济失调、单侧轻瘫等症状。颜老认为眩晕属肝所主，与髓海不足、血虚、邪中等多种因素有关。虽临床中枢性眩晕多见肝阳上亢型，但颜师通过临床对中枢性眩晕症患者的细微观察，发现他们常伴血压升高，心前区欠适等高血压心脏病的部分症状，他认为对这类病人如仅考虑治眩晕，往往难收佳效，必须考虑患者有无心系基本症状。如有则每每配入治心之药，尤其是活血化瘀、行气开痹之品，终使疗效大增。

案9 王男，43岁。

2007年2月5日就诊。既往有头晕失眠病史10余年，近1周来头晕加重，伴夜间难以入睡，大便干结，2~3天一行。血压160/120mmHg，服降压药后，血压120/95mmHg。舌苔黄，脉沉弦。证属眩晕（肝阳上亢），治宜平肝息风，清热活血，补益肝肾，天麻钩藤饮加减。珍珠母、磁石（先下）、益母草、桑寄生、酸枣仁、夜交藤各30g，钩藤（后下）、赤芍各20g，生地黄、夏枯草、牛膝各15g，泽泻12g。



天麻 10g，7 剂。

评述：现今将眩晕分为脑源性、颈源性、耳源性三类，而前两者和心血管病均有一定的关联。该患者素有高血压病，为肝阳上亢，扰于头目清窍所致，属脑性眩晕。故颜师在主方天麻钩藤饮基础上加用赤芍以活血，“通顺血脉……散恶血”（《别录》）“除血痹”（《本经》），可助他药扩血管以降压，对该症进一步导致高血压心脏病亦有极好的防护作用。

案 10 张某，女，51 岁。

2007 年 2 月 15 日就诊。既往有高血压病 10 余年，近 2 日头晕明显，伴心悸、胸闷，夜间难以入睡，大便干结，2~3 日一行，血压 150/90mmHg，舌淡红苔薄白，脉弦细。证属眩晕（肝肾阴虚），治宜补益肝肾，理气活血。丹参、珍珠母（先下）各 30g，制首乌 18g，合欢皮、酸枣仁、枸杞子各 15g，潼白蒺藜、郁金各 12g，香附、天麻、菊花各 10g，降香 6g。7 剂。

评述：张女头晕心悸，因于气血不足，且年过半百，伴心悸、胸闷，肝肾阴虚致虚阳飞越（此乃虚眩）。故颜老用天麻平肝息风，加菊花、潼白蒺藜以增平肝定眩之功，配枸杞子、制首乌养心血，益肝肾，但颜师认为对伴心悸、胸闷、高血压的眩晕患者，既不可纯用补血滋阴，亦不可仅投镇静平肝，而应时时考虑用药必须照顾到心系的症状。故方中又重用丹参、赤芍、郁金、降香活血通络，有利平悸、畅胸，并用珍珠母、炒酸枣仁、合欢皮，镇心、养心安神。诸药相伍，共奏平肝息风、养心安神之效。

（董胡兴 马继松）

第9讲 审证察因妙剂型

——刘惠民诊治神经衰弱医案理法方药思路评述

刘惠民（1900—1977年），山东临沂人。受其伯祖父影响，自幼酷爱医学，边务农边自学中医。20岁曾在奉天张锡纯先生创办的立达中医院学习和工作，2年后考入上海中西医药专门学校，毕业后返故里行医。抗日战争和解放战争时期，先后任鲁中八路军二支队医务主任、山东省人民政府卫生总局临沂卫生合作社社长、山东大药房副经理、鲁中卫生局中药制药部及鲁中南卫生局新鲁制药厂经理等职务。在艰苦的战争年代，一直坚持医疗工作，刻苦钻研业务，研制出疟疾灵、急救散、急救水等成药近百种，为党和人民的卫生事业，作出了可贵的贡献。1956年，毛泽东主席在青岛视察时患重感冒，迭治不愈，经他诊治即痊。1957年，随毛主席去苏联，负责保健工作。后又多次为毛主席、周总理等国家领导人治病。曾任山东中医学院院长、山东省中医药研究所所长、山东中医学会理事长及山东省卫生厅副厅长。主要著作有《刘惠民医案》等。

拜读由戴岐、靖玉仲、刘振芝整理的《刘惠民医案》，发现其在近60年的医疗实践中，对神经系统疾病的诊治特色尤多，故将其中的神经衰弱病症之治验作一简析，供读者参酌。神经衰弱症系临床极为多见的一种神经官能症，以脑力劳动者为常见。患者往往自觉症状繁多，但检查又无明显器质性改变，且病程迁延，每有反复与波动，难以根治。其临床表现归纳起来主要为失眠多梦、健忘眩晕、神疲、头痛耳鸣、烦躁易怒、多疑、忧郁焦虑等高级神经功能活动失调，并伴有心悸、气急、多汗、纳呆、月经不调、阳痿、早泄等一系列自主神经系统功能紊乱的表现，往往随情绪紧张而加剧。近年来，由失眠逐渐进展而成的神经衰弱发病率也与日俱增，使该病成为影响国民健康的主要疾病之一，引起了医患双方的高度重视。

一、肾肝心脾析病因

神经衰弱的症状虽极其纷繁复杂，但多以失眠多梦发生为最早，且又多为病人之最苦，其他症状都因较长期失眠进一步发展而成。故中医学将神经衰弱纳入“不寐”“健忘”“郁证”“惊悸”“头痛”“眩晕”“虚损”等杂病范畴。刘老认为，《内经》曰：“肾者……受五脏之精而藏之”“肾者作强之官，技巧出焉”“肾主骨生髓”“脑为髓之海”，张景岳更有“命门为精血之海……为元气之根，五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发”的进一步论述。而肝主疏泄，情志活动又是精神活动的一部分，肝在这方面的生理功能实质上也属大脑功能的一部分，所以



肝肾的功能与高级神经功能活动密切相关。另心主神明，心藏神，《灵枢·本神》云：“所以任物者谓之心。”心是主管精神活动的主要脏器。至于“脾胃为后天之本”，脾在志主思，可见脾胃与精神活动亦有着十分重要的关系。故刘老认为，若心气虚，心阳不能下交于肾；或肾水亏，肾阴不能上承于心；或思虑过度，劳伤心脾；或水不涵木，肝阳上亢等，均能导致神经衰弱的发生。换言之，本病的发生当责之肾、肝、心、脾四脏的功能失调，其中又以肾为最重要，故在刘老医案神经衰弱门中所收入的9则医案，其中8则案例病机均与肾有关。

二、滋补肝肾治从本

刘老根据历代医家的论述，结合近60年临床经验，认为神经衰弱一病，临床所见属虚者多，属实者少，故用药重在滋补，以和调肾、肝、心、脾四脏的功能。《灵枢·海论》曰：“脑为髓之海……髓海有余，则轻劲多力，自过其度。髓海不足，则脑转耳鸣，酸软眩冒，目无所见，懈怠安卧。”且肝肾乙癸同源，故刘老认为本病之虚以肝肾虚损为最。其表现之一为肝肾阴虚，肝阴虚则肝阳偏亢，肾阴虚则肾水不能上承于心而心火独盛；表现之二为肾脏之阴阳两虚，累及他脏。故重视滋补肝肾，育阴潜阳，同时养心健脾，佐以清热化痰，成为刘老治疗神经衰弱的大法。他常以张仲景之酸枣仁汤和栀子豉汤等为主方，并博采历代医家之良方，取景岳何人饮、文武膏、五子衍宗丸、大补元煎、天麻钩藤饮、磁朱丸、人参琥珀丸、珍珠母丸、镇心丸、归脾丸、资生汤、济生黄芪汤等诸方之义，而又根据辨证，突出重点，综合加减，组成新方，而取良效。他常用何首乌、菟丝子、枸杞子、桑椹子、覆盆子、天冬、桑寄生、石斛、黄精等以滋补肝肾；用酸枣仁、柏子仁、五味子、远志、石菖蒲、茯神、龙眼肉、琥珀、朱砂等养心安神；用人参、黄芪、山药、鸡内金、白术、砂仁、豆蔻等益气健脾调胃；用磁石、珍珠母、天麻、钩藤、石决明、龙骨、牡蛎等平肝潜阳。挟痰热者加橘络、天竺黄、海藻等清热化痰；头昏不清者加菊花、桑叶；头重痛者加白芷、蔓荆子；耳鸣甚者加蝉蜕、磁石；恶心呕吐者加竹茹、半夏、生姜、灶心土；腹胀者加煨草果、枳壳、厚朴、豆蔻；虚汗者加浮小麦、麻黄根、黄芪、防风；遗精者加金樱子、芡实；阳痿者加肉苁蓉、仙灵脾、巴戟天等。临床均屡获验效。

案1 滋补肝肾案 崔男，34岁。

1956年11月3日初诊。1年来睡眠欠佳，多梦，时有惊悸，头痛，眩晕，记忆力减退，视物略久则模糊不清，烦躁易怒，疲乏无力，头身时有虚汗。近日小便黄涩。面色黯黄，结膜充血，舌苔微黄，脉弦稍数。辨证：肝肾两虚，心火偏盛。治法：补肾平肝，清心安神，佐以涩汗。处方：酸枣仁（生熟各半）24g，浮小麦15g，天麻、生牡蛎、朱茯神、菟丝子、枸杞子、豆豉各12g，麻黄根、车前子（包）、地骨皮、白术、砂仁各9g，草薢、山栀子各6g。天竺黄1.5g，琥珀0.9g，共研细



粉，分2次冲服。

12月8日二诊：服药20余剂，虚汗减少，每日能睡眠7小时，烦躁减轻，仍全身乏力，头痛。舌苔薄白，脉象缓和。原方去牡蛎，加人参6g，蔓荆子6g继服。

评述：本案诊为肝肾两虚、心火偏盛之证，患者头痛，眩晕，记忆力减退，视物略久则模糊不清，疲乏无力，此为肝肾两亏之候。由于肝肾之水不能上济于心，则心火独亢，内扰心神，故有多梦寐难，惊悸汗泄。肝阴虚则肝阳亢，故烦躁易怒。舌苔微黄、脉弦稍数均为心肝火旺之象。正如《景岳全书·不寐》中所言：“寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。所以神不安者，一由邪气之扰，一由营气不足。”而本证肝肾阴虚为本，心肝火旺为标，刘老宗张元素《脏腑标本药式》“肝肾亏弱，相火易虚，故用补”的观点，予菟丝子、枸杞子滋补肝肾，药虽两味，但非常精当。方中之山栀子、豆豉，乃张仲景所创治“虚烦不得眠”的栀子豉汤，以其佐入生牡蛎、地骨皮，仲景原意治疗虚烦不眠，恰合此例虚火内生之证。且与酸枣仁、朱茯神合用，可补泻兼施，此与宋代朱肱《类编朱氏集验医方》中交通心肾之既济丹（灵砂、钟乳石、磁石、茯神等）有异曲同工之妙。

从火立论治疗不寐，始于生铁落饮，汉唐医家宗《内经》“补其不足，泻其有余，调其虚实”的基本治疗原则，以滋阴泻火、清热养血为主治疗不寐，如《伤寒论》栀子豉汤、黄连阿胶汤，《千金方》防风煮散（黄芩、升麻、射干）等，均能标本兼顾，暗合补不足、损有余、交通阴阳之意。《素问·六微旨大论》曰：“亢则害，承乃治，制则生化……害则败乱，生化大病。”火气内扰为阳有余而阴不足，阳亢则害，阴承则制。刘老针对壮年之人患不寐，每取从火立论之理，采用了滋补阴液、清火保阴、交通阴阳之法，对后学启迪极大。

现代医家李守朝教授治肝郁化火之重度失眠，每以龙胆泻肝汤或丹栀逍遥散化裁。对痰火扰心则以黄连温胆汤化裁。蒲辅周对肝胆火盛之不寐，取龙胆草与栀子合用，佐以养阴之品而屡获佳效。国医大师朱良春先生对神经衰弱见头眩、失眠多梦、健忘、心悸、神疲、舌红、脉细弦等证象，责之肝肾两亏，心肾不交，常予滋养肝肾、宁心安神法，药用枸杞子、菊花、女贞子、百合、僵蚕、炙远志、枣柏仁、炙甘草；失眠严重，心烦者加苦参片30g。朱师认为，苦参对肝郁化火或心火偏亢而致失眠者最为合拍，其功能清火除烦，宁心安神。朱师常用苦参15~30g，黄连5g，甘草4g，红枣7枚（以缓和苦参苦寒伤胃之弊）组方，连服3~5剂，多获佳效。苦参入心、脾、肾三经，《别录》曰：“苦参养肝胆之气，安五脏，定志，益精，利九窍。”徐灵胎称其“专治心经之火，与黄连功用相近”。现代实验研究证实，苦参含苦参碱，有麻痹或抑制中枢神经的作用，则其安眠宁神之功，当可理解。另药理及临床还证实，该药调整心律之功亦极佳，故对因不寐伴发或导致的惊悸怔忡，苦参堪称首选药物之一。但脾胃气弱者宜慎用之。中医名家祝谌予治不寐几乎



皆投女贞子与墨旱莲，考二药一茂繁于冬，一长养于夏，故清代名医汪昂将二药组成二至丸，收入《医方集解》中，两药因均有滋补肝肾之阴的作用，该方用治失眠，亦显系滋补肝肾重其本也。本书主编马继松近年来治肝、肾阴虚失眠，每加入该二药，获效尚感满意。

三、健脾调胃补后天

刘老治疗神经衰弱非常强调健补脾胃。其意一，由于“脾胃乃后天之本”“气血生化之源”，而心主血、藏神，脾统血、主思，思虑过度极易损伤心脾，脾虚则气血生化不足，心失所养而神不能内藏，出现一系列心脾两虚的证候。故刘老治疗神经衰弱强调健补脾胃，脾健则气充血足神旺，他常用人参、白术健脾补气。历代医家都非常重视益气养血安神之法，因人参可大补元气，用人参益气生血治疗失眠首见于《伤寒杂病论》，其后，《千金方》中便出现了大量含有用人参治失眠的方剂，如大远志丸、人参丸、大酸枣汤等。其意二，“五脏六腑皆禀气于胃”“胃气壮，五脏六腑皆壮也。”故调理脾胃不仅可治脾胃本身疾病，且在治其他病时，亦只有脾胃功能健全，受纳运化功能正常，方能将药力输至病所，更好地发挥药效。其意三，本病虚证为多，多用滋补法施治，而滋补之品多腻而难化，如补而不化则易致胀满，故刘老在治疗神经衰弱时，多喜用白术、砂仁、木香、生鸡内金等健脾调胃之品，使脾胃健运，补而不滞。几乎所有病案均有这几味药，至于伴有脾胃症状者，这些更是必用之品。

案2 调理脾胃案 沙男，23岁。

1957年7月10日初诊。1年来经常失眠多梦，头痛目涨，眩晕眼花，记忆力减退，注意力不集中，有时心悸惊恐，烦躁，食欲不振，时有腰腿酸痛，四肢无力，麻木。身高，体胖，面色黯黄，舌苔白，微厚，脉弦细，沉取虚弱。辨证：心脾不足，肝阳偏盛。治法：养心健脾，清肝潜阳，祛风豁痰。处方：酸枣仁（生熟各半）46g，生珍珠母30g，柏子仁（炒）、豆豉、朱茯神、天麻、生鸡内金各12g，苍耳子、全蝎（去刺）、生龙骨、炒槐实、山栀子、木香、白术各9g。天竺黄、琥珀各1.8g，人参1.5g共为细粉，分2次冲服。

8月7日二诊。服药10余剂，睡眠好转，梦减少，心悸、头涨、眩晕、烦躁等症均有减轻。但仍感头昏，肢体麻木。脉象缓和，沉取仍弱。原方去槐实、豆豉，加蒺藜（炒）12g，海藻12g，谷精草9g。

8月21日三诊：服药10余剂，每天可睡眠7小时左右，头晕眼花、烦躁、心悸惊恐等症明显减轻，食欲增进。脉象同前。嘱原方继服，以资巩固。

评述：此例青年男性失眠多梦，时伴惊恐烦躁等神气不守之症。刘老断为心脾不足，肝阳偏盛，本虚标实之候。《内经》云：“少火生气、壮火食气。”肝脾同居中焦，虽有肝肾同归下焦之说，但临证之时，每宜肝脾同辨。《金匱要略》云：



“见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”肝胆火旺克伐脾土，壮火食气则中焦气弱，故食欲不振。虽体胖，实为形盛气虚之候。壮火扰心则心神不宁，若失神守，故时有惊恐烦躁之候。刘老治疗不寐，常不为标实之证所惑。辨证时皆细询患者年龄、体质等，以利抓住病人本虚之候，以补不足，损有余，使邪去正安。若“按寸不及尺，握手不及足”“相对斯须，便处汤药”“夫欲视死别生，实难为矣”。故对失眠患者，读者尤当学习刘老四诊（尤其是详细问诊）的经验。

刘老非常重视益气养血安神之法。因气虚易致脾失健运，气血生化不足则心神失养，“胃不和，则卧不安”，故本案用人参大补元气，合白术益气健脾生血，与酸枣仁同用，益气安神极佳。另琥珀有活血安神之功，天竺黄能清化热痰，人参与二药同用，也是以扶正为先，辅以祛邪。刘老通过对数以万计不寐患者的诊治，总结出对此类病人必须重视中焦乃气血之源、气化之枢、痰火之根的机制，若元气自虚而中焦不运，则必导致水谷生痰，夹虚火而上扰心神，故虽有时患者并无体胖痰多、形盛气虚之候，仍需佐以健脾养胃、清热化痰之品。再者，在补益剂中加入白术、木香、生鸡内金、天竺黄等健脾化痰消食之药，能助消化吸收，标本兼治，辅佐以精神调摄，故能效如桴鼓。刘老时时保护正气的辨证思想与张仲景顾护胃气实出一源，其通常达变、灵活辨证的方法可为后世医家之楷模。

方中用天麻，并非仅为清肝祛风，定眩晕，消麻木，乃还取其可祛痹治腰腿酸痛的作用。考槐实即槐角，为豆科植物槐的果实，苦寒，《本经逢原》曰其“益肾清火”，古贤更有言其能疏肝经风热者，刘老以其配方中，有助安神平眩晕。

上海医家黄文东对脘腹冷痛、夜寐不安、时作惊悸之症。每以调理中焦为先，脾肾兼顾，用四君、四神之辈，再辅以交通心肾之法。对“胃不和则卧不安”之候，主张用药要避免过于苦寒或香燥，主张存得一分正气，便留得一分生机。尤其对久病失眠患者，主张交通心肾之法需贯彻始终，尤需时时顾护胃气。天津名医周乃静运用归脾汤加枸杞子、何首乌养心健脾，治心脾两虚型失眠，症见多梦失眠或入睡困难，以致次日终日困乏，疲惫不堪，面色不华，唇舌淡，苔薄白，脉弱大无力者，疗效颇佳。四川名医李斯炽运用二陈汤加减治疗气虚痰滞型失眠症，症见夜眠困难，周身乏力，痰涎壅盛，舌淡苔滑，寸脉较弱者每获佳效。实皆在于助中焦气化之功也。

四、善用枣仁显奇功

刘老治神经衰弱，每每短期即见良好效果，除辨证允当外，善用酸枣仁也是重要因素之一。酸枣仁的镇静安神作用早为历代医家所重视，《金匱要略》云：“虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之。”该方有养血安神、清热除烦之功，是临床治疗血虚肝热不寐之主方。自张仲景以来虽众多医家均喜用其治疗虚烦不眠，但刘老在加减变化及药物剂量上均与常医有颇多不同之处，故获效能更胜一筹。



案3 盖男，55岁。

1975年1月18日初诊。头痛、头晕、失眠已多年，劳累后加重，伴有心烦、急躁、耳鸣。时有腰痛，食欲欠佳，偶有胃痛，大便稍干。身体较瘦，舌苔微黄、稍厚，脉虚弱。辨证：心肾两虚，脾胃不和，痰火内阻。治法：滋肾养心，健脾调胃，清热豁痰。处方：酸枣仁（生熟各半）37g，天麻、白术各18g，菟丝子、枸杞子、黄精、豆豉、天冬、生鸡内金、柏子仁各12g，橘络9g，厚朴、砂仁、山梔皮各6g，天竺黄5g。人参1.5g，马宝0.6g，共研细粉，分2次冲服。

2月18日二诊：服药20余剂，饮食、睡眠均有好转，舌脉已正常。原方继服以巩固之。

评述：酸枣仁汤有养血安神、清热除烦之功。方中酸枣仁为安神要药，用量较大，为刘老治疗神经衰弱的必用之品。《本草逢源》曰：“酸枣仁，熟则收敛精液，故疗胆虚不得眠，烦渴虚汗之证；生则导虚热，故疗胆热好眠，神昏倦怠之证。”刘老生熟并用，阴阳同调，深得《内经》平阴秘阳之精髓。另在本案中刘老取菟丝子、枸杞子、黄精、天冬滋肾养心，白术、生鸡内金、厚朴、砂仁健脾调胃，淡豆豉、山梔皮、天麻、天竺黄、橘络清热豁痰。纵观全方，澄本清源，扶正祛邪，平调阴阳，无需重镇安神之品而神气亦可自安，睡眠迅速好转。近代药理研究证实酸枣仁有较好的镇静、催眠作用，无论在白天或黑夜，正常状态或药物引起的兴奋状态下，均能表现上述作用。刘老治神经衰弱，每案必用之，确属高见。在用量方面，综观刘老以前古今医者，单味使用本药极少有超过30g者，更有人提出，本药一次用量超过50粒即有发生昏睡、丧失知觉、使人中毒的危险。刘老根据《名医别录》言酸枣仁“主烦不得眠……补中，益肝气，坚筋骨，助阴气，能令人肥健。”《本草汇言》云其能“敛气安神，荣筋养髓，和胃运脾。”《本草再新》谓酸枣仁能“益志定呵，聪耳明目”等论述，并结合自身经验，认为该药不仅是治疗失眠不寐之要药，且能滋补强壮，久服能养心健脑，安五脏，强精神，有百益而无一害，用至50粒即能中毒一说不为凭。故对一般成人他一次剂量多用30g以上，甚有多达75~90g者，用量五六倍于他人，突破了古今本草方书对本药用量的记载。且刘老还常喜生熟并用，《本草纲目》云：“熟用疗胆虚不得眠……生用疗胆热好眠。”《本草纲目拾遗》云：“睡多生使，不得睡炒熟。”故刘老指出酸枣仁生熟之差异，在于能产生兴奋或抑制的不同作用；生熟并使，拮抗协调，能获较好疗效。正如本案按语中所说：“刘老医生之善用酸枣仁，犹如张锡纯之善用生石膏。”

国医大师朱良春先生治神经衰弱不寐者，凡心肝血虚、情志不遂所致失眠，多用酸枣仁汤，以养血安神，清热除烦。他认为，如酌加炒防风8g，可提高条达肝气之功，改善睡眠质量。《本经》谓防风“主头眩痛……烦满。”《日华子本草》曰其“补中益神……通利五脏关脉，五劳七伤……心烦体重，能安神定志，匀气脉。”



均说明防风有疏调安养之功。其用药配伍之奥秘，值得后学细细体味。

关于酸枣仁的应用，笔者在临床上常与柏子仁同投，常规用量酸枣仁 30g，柏子仁 15g，对顽固重症者可渐加用量。曾治蒋女，41 岁，因儿子不肯学习而烦恼急躁，常年失眠已 2 年，厌噪声，常仅能睡 2~3 个小时，舌红苔薄，脉细小弦，经中西药物叠治乏效，遂由朋友介绍前来就诊。此乃肝气郁结，气郁化火，火扰心神，心神失宁。治予清泄肝火，镇心安神。酸枣仁 60g、合欢皮、淮小麦、夜交藤、灵磁石各 30g，朱茯神 20g，炒赤白芍各 15g，炒栀子、淡豆豉、夏枯草、炒柴胡各 10g，炙甘草 6g。服上药 7 剂后烦躁明显减轻，夜能寐，惟醒 2~3 次，但醒后能复寐。二诊去夏枯草，加川雅连 5g，7 剂后效佳。后因春节期间停服中药，不寐又作，只能睡 2~3 个小时，仍用上方加白蒺藜 15g。隔日病人打电话述，服上药后，白天、晚上均要睡，无法控制。嘱改为晚上服药，后白天瞌睡即消除。后酸枣仁减为 50g，未再出现此情况。故学习刘老的经验也不是机械刻板地认为酸枣仁用量越大越好，尤其在药价过涨的今天，既要治疗有效，也要考虑到患者的承受能力。关键还是要辨证精准，配伍允当。

五、汤散丸药妙剂型

刘老治神经衰弱能获佳效的另一个重要原因是抓住本病病程长、缠绵难愈的特点，每将汤剂、散剂并进。除服上述汤剂外，每常随证选人参（或西洋参）、马宝、琥珀、朱砂、天竺黄中的两味药，研极细粉，每服 1~2g，1 日 2 次，汤剂、散剂并进，既可增进疗效，又能作用持久。上药中人参既为强壮之品，又能安神。《本经》云其“主补五脏，安精神，止惊悸。”现代药理研究证实人参对中枢神经系统，特别是对其高级部位有某种特异作用。天竺黄清化热痰，以开窍。马宝镇惊化痰，《纲目》云其：“治惊痫”；《饮片新参》云能：“清肝脑，化痰热”。故对于神经性失眠、癔症均有效。琥珀、朱砂为重镇安神药，徐之才曰：“重可去怯。”张从正曰：“重者，镇坠之谓也。”取重镇药安神，历来为医家所重视。为巩固疗效，刘老对服汤、散剂取效者，还将其制成丸剂，以利方便长期服用，缓缓图治。

案 4 王男，36 岁。

1957 年 7 月 10 日初诊。睡眠不沉，多梦，记忆力减退半年余，伴有烦躁，胸闷。近月来每日黎明前溲便 1 次。有时面部浮肿。体瘦，面黄，舌苔薄白，脉沉细。辨证：脾肾虚弱，心神不宁。治法：补肾健脾，益气安神。处方：炒酸枣仁 50g，山药 25g，覆盆子、黄芪、朱茯神、神曲、生鸡内金、豆豉、天冬各 12g，补骨脂、泽泻、白术、砂仁各 9g，陈皮、半夏各 6g。人参、天竺黄各 1.5g，琥珀 0.9g，共研细粉，分 2 次冲服。

7 月 17 日二诊。服药 6 剂，已能睡 6 个小时，梦减少，心烦轻，面部浮肿渐消。舌脉同前。原方略作加减，配药丸一料，以资巩固。处方：炒酸枣仁 125g，何首乌、



补骨脂、神曲各 93g，生鸡内金 77g，覆盆子、山药、天麻、朱茯神、胎盘粉、黄芪、白术、豆豉、天冬、陈皮各 62g，人参、半夏、泽泻、砂仁、橘络各 46g，天竺黄 37g，琥珀 25g，共研细粉，水泛小丸。每次服 6g，每日 3 次，服药 1 周，休药 1 天。

评述：失眠一症，多缠绵难愈，或入睡困难（乃思虑忧郁太过），或多梦，寐醒交替（多由气血虚所致），易醒，或醒后难寐（常见于老人，心肾失交多见），甚至彻夜不眠（多因虚体伴七情过极）。病情反复，经久不愈，暗耗精血，久病正邪互见。脏腑经络气化不利。夫五脏之疾皆可致不寐，且五脏变易，常致一脏之病的不寐，变生为多脏病之不寐，故若不能明察秋毫，实难伏其所主。另即或辨证准确有效，如病人不能坚持服用中药汤剂，中断治疗，仍有功亏一篑之虞。因此汤散丸并进，实乃既可节省药材，又能使药力持久发挥疗效的佳法也。

王男乃多梦易醒，且年方壮年已明显记忆力下降，并伴有五更泻，故诊为脾肾不足之证。《内经》云：脏有所伤及，精有所托寄，则安。并确立了补其不足、泻其有余、调其虚实的基本治则，从健脾益气入手，并以后天补养先天，此实乃上工治病求本之法。阴精足则阳入于阴，五脏安和，故能药后即神气自安。丸方中加入胎盘粉一药，学名紫河车，俗称为胞衣，此乃血肉有情之品，具补气养血益精之功，非草木所能及。与健脾益气、补肾安神之品同用，可使精血得充，阳入于阴，则精柔神安。单服此药，对哮喘有明显的根治作用。但须注意，胎盘有腥味，只宜于入丸散膏剂中用。如自服此药时，一定要用健康孕妇生产时娩出的胎盘，如患肝炎等传染病或有先天遗传性病孕妇的胎盘不可入药。

另考朱砂一药原为天然的辰砂（以湖南辰州出产量大质优故名）矿石经提炼而成，因色红艳而命名。性味甘、凉。早在陶弘景《本草经集注》中明确指出“此化为汞及名真朱者，即是今朱砂也。”因含 HgS（硫化汞）等成分，过量服用易致汞中毒，出现急性腐蚀性胃肠炎、坏死性肾病及周围循环衰竭等，而长期口服朱砂制剂会出现神经衰弱症候群（如心神不安、口有金属味、龈肿纳呆、腹痛泄泻、手足震颤、性功能减退等），且对肝肾功能影响极大（参见靳建华主编《医误博典》）。近年来一些不合格的化妆品因含汞超标，虽增白效果颇佳，却导致使用者罹患肾病综合征甚至肾衰竭等严重疾患，媒体已常有报道，故医患应用均需谨慎。另曾有医者用整块朱砂，大剂（常超 10g）入煎药，此实大谬，乃不懂药性的荒唐之举，如使用略久则难免有中毒之虞。本品入药，必经较繁杂的加工（即水飞）后才可使用。一般将其略用少许与适量之茯苓、茯神、麦冬、灯芯草等药放入容器中相拌，使被拌之药物表面黏有朱砂粉（中药制剂专业名称谓之“挂衣”）即可。

（朱建华 徐俊伟 潘峰）

第10讲 痰瘀同治疗癫狂

——陈家扬诊治精神分裂症医案理法方药思路评述

陈家扬，女，甘肃省名老中医。自幼随父学医，其父遵崇张子和的“七情疗法”，结合药物治疗精神病有较好疗效。青年时代，受业于北京名医赵树屏先生门下，赵老以擅治“情志病”而著称。由于久受家严与业师双重亲炙，且长期从事精神神志疾患的临床，对精神病的认识与治疗颇有见地。由陈老执笔的《实用中医精神病学》乃一填补中医精神病学专著空白之作。

《实用中医精神病学》（甘肃科学技术出版社，1989年出版）一书运用中医的理法方药理论，借鉴西医关于精神病的分类方法，辨证与辨病互参，中医与西医融贯，堪称中医药治疗精神病的一部佳作。现撷取其中有关精神分裂症的中西医理论阐述与辨治经验，略附评述，供同道赏析。

精神分裂症是精神病中较常见的一个类型，其典型的临床表现是思维、情感、意向、行为的互不协调，联想散漫，情感淡漠，言行古怪并脱离现实，病情迁延而逐渐进展。除少数病人可自行缓解外，如不经适当治疗，部分病人可在晚期呈现精神衰退，引发不良后果。据资料显示，目前我国各类精神障碍患者已超过8300万人，其中精神分裂症患者高达800万。但在专科医院接受治疗者还不足10%，相当多病人流失民间，给全社会带来了不和谐因素。故中医参与对本病的辨治，有着重要意义。

一、对癫狂的认识

（一）陈老对癫狂症状的认识

《灵枢·癫狂》篇曰：“癫疾始生，先不乐，头重痛，视举，目赤，甚作极已而心烦。”又曰：“狂始生，先自悲也，喜忘善怒。”孙思邈在《千金方》中说：“癫邪……或有默默而不声，或复多言而漫说，或歌或哭，或吟或笑，或眠坐沟渠、舔食粪秽，或裸形暴体，或昼夜游走，詈骂无度……。”陈老指出以上这些描述，很像精神分裂症的表现，故认为该病属中医癫狂病范畴。她强调患者常兼有狂、癫二证，即既有癫的意志活动减弱，缺乏主动性，孤僻、沉默、情感反应迟钝，对周围事物漠不关心，表情淡漠，推之不动，问之不语的木僵状态；又有狂的突然发作，兴奋躁动，语无伦次，行为暴烈，突然冲动以及自伤或伤人等状态。尽管症状多端，但毕竟还有一些共同的基本特征，因此前贤多将二证合并论述是确有道理的。



（二）陈老对癫狂因、机的认识

前贤对癫狂的因机论述很多，如金代张从正在《儒门事亲》中说：“肝屡谋，胆屡不决，屈无所伸，怒无所泄，心血日涸，脾液不行，痰迷心窍则成心风。”元代朱震亨在《丹溪心法》中说：“癫属阴，狂属阳，癫多喜而狂多怒，脉虚者可治，实则死，大率多因痰结于心胸间。”明代虞抟在《医学正传》中言：“大抵狂为痰火实盛，癫为心血不足。”清代陈士铎在《石室秘录》中更明言：“脾胃虚寒，所食水谷不变精而变痰；痰……流于心，而癫证生矣。”近代医家丁甘仁说：“肾阴不足，心肝之火有余，此坎离不交之象也。痰热蒙闭清窍，神不守舍，舍空而痰热居之，痰火上凌，故彻夜不眠，痰蒙心则多疑，时闻申申晋。”

陈老根据多年临床所见，结合前贤论述，认为患者多先有明显精神因素或痰邪而后发病。至于刺激因素或痰邪是否足以引起发病，则因人的素质（个性）特点和当时躯体状况而异。陈老高度强调精神因素以及痰邪乃为诱发精神分裂症的重要条件。陈老还通过对大量患者的详细观察，进一步指出“痰”乃是本病病机转化过程中十分重要的病理产物。痰盛蒙闭清窍，可使病情明显化，清窍被蒙，神明被阻，出现一系列离奇古怪的症状，即周学海《三指禅》所谓“顽痰生怪状”。这为她以化痰开窍法治本病提供了理论根据。但陈老又强调必须根据“四诊”，确见痰的征象，如舌苔厚腻、脉象滑等才可放手施以该法。另对因心肝火亢或心肾失交或素体阴虚使痰邪化生出的多种变证，强调一定要牢记仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的教导，采取多种治痰之法对证投药。

（三）临床表现

大多数精神分裂症患者初次发病的年龄在青春期末至30岁之间。其病多较隐袭，急性起病者较少。精神分裂症的表现错综复杂，不仅各患者表现不一，就是同一患者在不同时期也可表现不一。除意识障碍、智能障碍不常见外，可现各种精神症。

1. 思维障碍 是最主要、最本质的症状，往往因此导致患者认知、情感、意志和行为等精神活动的不协调与脱离现实，即所谓“精神分裂”。它包括联想障碍和妄想。前者主要表现为思维联想过程缺乏连贯性和逻辑性，这是精神分裂症最具有特征性的症状。而妄想往往荒谬离奇、易于泛化。

2. 感知觉障碍 最突出的感知觉障碍为幻觉，尤以言语性幻听最常见。

3. 情感障碍 主要表现为情感迟钝或平淡。情感平淡并不仅仅以表情呆板、缺乏变化为表现，患者同时还有自发动作减少、缺乏体态语言。

4. 意志与行为障碍 活动减少，缺乏主动性，行为变得孤僻、被动、退缩。

二、典型案例赏析

陈老指出，精神分裂症的上述基本症状和临床特点，并非任何患者均可呈现，但就每一患者而言，必然应具备其中若干基本症状。为了反映患者在疾病发展过程



中某一阶段的临床特点，以往临床按患者的基本症状、病程和预后之异，将本病分成几种临床类型。通过较长时间的观察，表明每一患者的临床类型都具有相对的稳定性，但有部分患者随着疾病的发展演变，其症状可从一种类型转变为另一种类型。而陈老通过对近千例患者的详细了解，还发现早期精神分裂症患者，其各种临床表现的特点不一定十分明确，经长期演变，到后期出现精神衰败时，则各型的转归又趋向一致，很少再保持原有类型的结构，故中医的“同中求异”与“异中求同”的辨治法则对该病有着十分重要的应用价值，并由此自拟出清心安神汤，分裂症青春 I 号、II 号等妙方，尤其是善从治痰入手，将明医王肯堂的十味温胆汤巧予化裁治疗此病，且又创豁痰饮，使疗效更上层楼。

（一）单纯型精神分裂症

多在青少年时期发病，起病缓慢，持续进行，病情自动缓解者少。多表现为日益加重的孤僻、被动，活动减少，生活懒散，情感逐渐冷淡，对学习、工作和生活的兴趣越来越少，对亲友逐渐冷淡。开始有类似神经官能症的症状，如易疲乏、失眠、不主动等。而幻觉、妄想不显。在早期易被误认为是思想或性格问题，病经数年发展较重时才被发现。疗效较其他型为差。

案1 张男，18岁，学生。

1962年5月29日初诊。患者平日性格孤僻，自幼沉默寡言，不善交往与娱乐运动，爱读书，从小学至高中学习良好。17岁考入大学，2个月后听课精神不能集中，记忆减退，成绩下降。半年后家人发现他对一切事物无情感反应。其父在外地工作，寄信回来患者不闻不问，其母令其读信，手持信半日不能读出只字。饮食、睡眠均需人督促。不能辨识昼夜，睡眠少，常午夜后不眠，独自呆坐。夜静时常低声自语，听不懂在说什么，问他时能勉强说出：“脑子乱”。一日，其母叫他把垃圾倒掉，他竟将垃圾搬进屋内。叫他到附近商店买两种东西，或遗忘一种，或错购而归；或出去终日不归，找到时需强迫他回家。生活懒散，不知清洁。经某院精神科诊为精神分裂症单纯型，经治半年无显效，故转投陈老治疗。刻诊：精神呆板，表情淡漠，答问切题，但有时是重复别人的语言。舌淡，苔白，脉沉细小数。辨证：强读苦思，劳伤心脾。心藏神，脾藏意，心强用则耗神，脾过思则伤意，神昏意乱，若癫若痴。治法：养心补脾，强神益智。方用补心丹加减：炒酸枣仁、夜交藤各15g，熟地黄、白芍各12g，当归、党参、丹参、玄参、远志、益智仁各10g，菖蒲、五味子各6g，甘草4.5g。

二诊：1962年6月12日。精神接近正常，能主动做些家务劳动，看完电影能复述内容，下棋时能考虑对策去战胜对方。服中药时即停服西药，睡眠安好，就诊时面有笑容，能主动交谈。舌淡红，尖红，苔根微黄。脉细小数。前方去益智仁，加麦冬10g，莲子心3g。



经治1个月，服药21剂，精神正常，能在十数分钟内写出给他父亲的回信，阅读长篇小说能谈出书中人物特点。去该院复查，认为基本痊愈。停药4周，嘱再去原医院检查，认为精神恢复正常，并开具复学证明。又观察2个月，疗效巩固。

案2 王女，33岁，会计员。

1962年5月30日初诊。10年前曾患神经衰弱，经治好转，能坚持工作。1958年，因精神受刺激，前症复发，头晕、耳鸣、目眩、眠多噩梦，并感胸闷气短，心悸，烦躁。意志渐消沉，对周围事物不感兴趣，不愿与人接触，常闭门独处，生活懒散，不注意衣着整洁，不洗脸理发，有时言语错乱，至年底已不能坚持工作。经某院诊为精神分裂症单纯型。服4年西药，无明显改善，故求治于陈老。刻诊：语无伦次且音低，不能正确答问。形体较胖，表情淡漠，舌红尖赤，苔白，脉沉细数。辨证：肝郁血虚，肝心之阴不足，心火有余，神不守舍。治法：平肝舒郁，养阴清心安神。方用清心安神汤：生石决明、珍珠母各18g，生地黄、夜交藤、炒酸枣仁各15g，杭白芍12g，远志、合欢皮、阿胶各10g，菖蒲6g，黄连、甘草各3g。

二诊：1962年6月20日。前方加减服10剂，自觉心情舒畅，睡眠好仍有梦，头晕大减，但感头脑涨大。近10天来言语没有错乱，能主动与人交谈，并能料理生活。就诊时面有表情，衣着较前整洁。舌淡红，苔根白。脉沉细略弦。去黄连，加白薇10g，生栀子6g。

三诊：1962年7月18日。精神渐正常，能从事家务劳动，头晕涨大感已消，睡眠好，已在考虑自己的工作。苔舌正常，脉沉细有力。予天王补心丹每服1丸，早晚各服1次。

原按：上两案均为精神分裂症单纯型，其基本症状如情感淡漠、对周围事物不感兴趣、孤僻、生活懒散等，虽有共同之处，但诱因不同，一为强读苦思、劳伤心脾；一为郁怒伤肝，故辨治也异。案1除基本症状外，无任何自觉症状，舌淡脉沉细，属于纯虚证，故辨为心脾两伤，神志失常，用养心补脾、强神益智以治而效。案2除常见的症状外，尚有头晕头涨、耳鸣目眩、眠差多梦、胸闷心悸、烦躁等，且言语错乱及舌红、舌尖赤、脉沉细数，属肝郁日久而化火上亢，故以平肝舒郁、养阴清心安神之法治疗。

评述：上二案皆因基本症状有共同之处，符合精神分裂症单纯型的诊断标准。案1因思动于心则脾应，《内经》曰：“中焦受气取汁，变化而赤，谓之血。”故脾虚日久必心血内耗，神明失养而成疾矣。《太平圣惠方》对用养血安神法治疗精神病早有记载，明代虞抟《医学正传》有“癫为心血不足”之说，证实了补血养心治法的正确性。陈老对前贤治此病之高见卓识研究有素，故用《摄生秘剖》的天王补心丹（又名补心丹）滋阴清热、补心安神，而获佳效。元代危亦林《世医得效方》中亦有



一首天王补心丹，系有熟地黄、人参、茯苓、茯神、远志、菖蒲、玄参、柏子仁、桔梗、麦冬、丹参、酸枣仁、炙甘草、百部、杜仲、当归、五味子、金箔组成。虽亦可主治烦热惊悸、寐难健忘等精神分裂症常出现的症状，但毕竟与一般医生习用的《摄生秘剖》之天王补心丹功用尚有一定区别，学者当详辨细鉴后用之。

案2因精神受刺激，怒动于心则肝应，郁怒伤肝，肝失条达，疏泄无权。日久肝郁化火而耗阴，使阴不制阳而阳亢。陈老用自拟清心安神汤，方中生石决明平肝潜阳治头晕头胀、耳鸣目眩，且质重入心以镇惊安神；珍珠母镇静安神，治言语错乱；生地黄、白芍养阴柔肝；夜交藤、炒酸枣仁、远志、菖蒲养血安神，治睡眠不实多梦；阿胶、黄连、甘草滋阴、清心火，治烦躁不安；合欢皮疏肝解郁，治胸闷不舒。药与症合，疗效则佳也。

考菖蒲有石菖蒲（为天南星科植物石菖蒲的根茎）与九节菖蒲（又称京菖蒲，乃毛茛科植物阿尔泰银莲花的根茎）两种，然后者在历代本草书中，均指为天南星科植物的根茎，所谓“九节”，系描述根茎之环节紧密（如《别录》云：“一寸九节者良”）。且二药均辛温，功效亦大体相似。故笔者认为二药可以互代之，不必过于拘泥，陈老方中仅写“菖蒲”指的可能即是此意。但因石菖蒲产量较大，价格亦相对较廉，所以首选还是以石菖蒲为好。

（二）青春型精神分裂症

此型多发生在青春期，起病可急可缓，发病急骤，常于短期内达到高潮。主症是语言内容离奇，不可理解，甚至言语思维破裂，情感喜怒无常，行为幼稚愚蠢，可有片断的幻觉和妄想。患者的动作和情感改变多受幻觉和妄想的支配。虽常伴食欲、性欲亢进，冲动行为颇多，但及时治疗，效果较好。

案3 仲女，17岁，高中学生。

1964年7月2日初诊。病前性格孤僻，沉默寡言，倔强好胜，爱面子。小学起成绩一直尚好，现在高中二年级读书。父母为双职工，弟兄姐妹六人，患者最大，学校学习后尚需负担家务，影响自习，故期中考试两门功课较差，受到一些同学讽刺，其感委屈向父母申诉，又遭批评。此后情绪低落，不关心家务，不理睬父母，回家后常面对墙坐，用手指挖墙，父母督促其做家务事也不动，认为她是耍性子闹脾气，1周前将其责打。次日下午放学其去外婆家，突然精神失常，哭闹喊叫，打人毁物，数人阻止不住；夜间不睡，时而侧耳倾听，时而向窗外说：“我知道了，我知道了……。”语言杂乱，词句不连贯。经数人强制将其送到某精神病院，诊断为精神分裂症青春型，当时未收住院。因患者父母见其闹得更凶，故仍将其送外婆家。其姨母对她较好，向她说到朋友家去玩，带其到医院，指着陈老说这是阿姨，因此就诊尚属合作。刻诊：精神表现紧张，拘谨，答问荒谬。舌红苔黄，脉弦滑数。辨证：抑郁不伸，怒不得泄，肝郁化火，邪扰神明，证属为狂。治法：解郁泻火宁神。



方用分裂症青春1号：珍珠母24g，炒酸枣仁18g，细生地15g，杭白芍12g，丹参、玄参、合欢皮、远志、天竺黄各10g，龙胆草、炒栀子、黄芩、菖蒲各6g，黄连3g，琥珀末1.5g（分冲）。

二诊：1964年7月6日。当晚将药服下，夜间沉睡至次日，醒后问：“我为什么在外婆家？”神志较清楚。后再没出现冲动行为和乱语。昨日已回家继续服药，对父母态度如病前。今日患者随父亲来医院就诊，认识医院环境，承认曾来过医院，也认识医生。问她为什么病中哭闹、打人毁物，回答说：“因为听到很多人在说话，心里急躁，有人说打……打……打，当时不由自主。”舌质淡红，苔白，脉沉弦细。前方加朱寸冬10g，继服3剂。

三诊：1964年7月9日。患者随其母就诊，精神、语言、行动均已正常，近几天来饮食睡眠均如病前，并能料理家务，且要求参加期末考试。舌淡红，苔白，脉沉细滑，前方加减继服4剂。

患者就诊3次，服药10剂，后精神正常，病情无波动。同年7月16日，参加暑期考试。10个月后随访，患者学习良好，没有任何精神症状。

案4 刘女，20岁，学生。

1981年3月20日初诊。患者在姐弟三人中居长，父母及外祖父非常疼爱女孩，自幼即一切生活琐事均需家人照料，对一般事物从不肯独立思考，凡事皆需家长安排，性格懦弱。高中毕业未能考取大学，2年前考入专科技校学习。患者虽对本专业不十分喜爱，但成绩尚好。4个月前家长发现其常对着镜子笑，继称学校某男生的一切举动言行都是暗示对她的爱慕之情，从此学习精神不能集中，后就医休病假。一日自己打扮好说是与某男生约会，其母陪同前往，却并未见到有人等她。后家长去问班主任，却言从未发现她与某男生有过接触；又找某男生了解情况，该生否认和她有过联系。至此，家长始意识到她病情的严重。经某精神病院诊断为精神分裂症青春型，治2个月余无效。渐发展到常裸体在房中行走而大笑不止，并不断要东西吃。刻诊：精神恍惚，神态似十六七岁少女。问她和某男生是否交谈过，回答是：他的一切动作都代表语言，只有我才能领会。唇红，舌红边尖起红刺，苔黄，脉滑数。辨证：龙雷上僭，引动心火，邪扰神明。治法：泻相火，益心阴，镇静安神。方用分裂症青春2号：珍珠母30g，炒酸枣仁15g，丹参、玄参、远志、胆南星、知母各10g，黄柏、龙胆草、炒栀子、黄芩各8g，菖蒲6g，黄连、川大黄各3g，琥珀末、朱砂末各1.8g（皆分冲）。

按前方加减服药15剂，愚蠢动作与幻听消失，寐安神正，对病中的想法有批判能力，承认与某男生从没有交谈过。4月13日配制九剂以巩固疗效：珍珠母120g，生地、炒酸枣仁各60g，丹参、玄参各40g，龙胆草、炒栀子、黄芩、远志、知母、黄柏、胆南星各30g，菖蒲24g，黄连12g，川大黄10g，琥珀末、朱砂末各6g。共



末蜜丸，每丸10g，每服1丸，早晚服。

随访，虽休学3个多月，但暑期考试尚好。本年寒假期末考试，成绩优良，被评为优秀学生。1982年毕业后被分配某厂工作，专业技术熟练，无任何精神症状。

原按：仲女为急骤发病的青春型精神分裂症。病前有孤僻、倔强、爱面子等个性特征，发病诱因为期中考试成绩差受同学们讽刺，父母批评，尤其是在患者已初露病情的情况下，父母反予以责打，致使屈无所申，怒无所泄，抑郁化火，邪扰神明，形成势不可挡的情感冲动，表现出打人毁物的精神狂妄状态。此行为是由幻听的影响造成的。根据《内经》“诸躁狂越，皆属于火”之理论，治以解郁泻火宁神是当务之急。药后沉睡，醒后前症若失，证明本型如能早期得到精神安慰与适当治疗，疗效快且愈后较佳。故为预防精神病发生，也应普及精神卫生学知识。且父母对子女要教育得法，切忌简单粗暴。刘女为病情逐渐发展的青春型精神分裂症。患者由钟情妄想开始，一切行动均受幻觉妄想的支配，先有不知羞耻等行为，最后出现本能（性欲、食欲）的亢进。患者为家庭之宠儿，性格懦弱，病前无任何精神因素，因何而患此症？据当时临床所见，患者出现一派火盛之象。究其火之来源，非为五志所化，乃自身生理过程中相火偏盛所致。肝胆也为相火之属，肝肾同源，肾为龙火，肝为雷火，龙雷之火上僭，使肾水不得上济心火，坎离失济，反被上僭之相火引动心火，致成上下如焚之势，心神被火扰而丧失理智，故裸体而不知羞耻。其年龄正值青春期，心理及生理都发生较大变化，最突出的是“性”的成熟。据作者多年对本型精神分裂症患者的观察，无论男性还是女性，都有性欲亢进特点，古人也曾有“花癡”（见男子抱之不放，认为情人）之记载。故采用泻相火之法效好。药用知、柏泻相火；芩、连泻心火；胆草，山栀泻肝火；川大黄泻胃肠之火；重用生地黄合玄参以补偿火盛所伤之阴；丹参入心，玄参入肾，取其心肾相交；远志能令肾气上达于心，菖蒲开心窍；远志、酸枣仁以养泻火后所伤之心神；珍珠母、琥珀、朱砂重镇邪扰之神，以消除行为之躁扰；胆南星之用乃防痰火交炽加剧病情也。

上两例虽同为青春型精神分裂症，但鉴于病之因、机有异，故治法也不同。

评述：火性炎上，易动风，引起气机逆乱。火既可引起气机升降异常，也可耗劫心之气阴，使心君不能正常行令。《内经》曰：“阴平阳秘，精神乃治。”二案皆因“火”所致，故治当通过泻火使亢升之肝心之阳得以戢敛，耗劫之气阴能够滋复，则顽证自安矣。“火”与癫狂发病的关系，已为众多医家所重视，清热泻火法已被广泛应用于兴奋躁动的病人，并取得了良好的效果。

上二案中陈老自拟分裂症青春1号、2号方。方中天竹黄即竹黄、天竺黄，又名竹膏、竹糖，为禾本科植物青皮竹等因被寄生的竹黄蜂咬洞后，而于竹节间所贮积伤流液，经干涸凝结而成的块状物质。甘寒，入心肝胆经。功可清热豁痰，凉心



定惊。治热病神昏谵妄、中风痰迷不语、小儿惊风抽搐癫痫。《本草经疏》言：“此药能除热养心，豁痰利窍，心家热清，而惊自平。”故陈老对抑郁化火、扰乱神明之症，喜投此药。然火极甚者，马继松认为竹沥效更胜一筹，缘《本草汇言》曰：“第竹沥性速，直通经络，而有寒滑之功也。”另考肉座菌科真菌竹黄的子座亦称竹黄，此为粉红色生于竹竿上的不规则瘤状物（1.5~4×1~2.5cm），与表面白色、轻松易碎、形似矿物的天竹黄明显有异。后者我省民间常泡酒治胃气痛，亦有取其镇咳化痰或治小儿惊风，很少将此物治癫狂，学者需注意鉴别用之。

另胆南星苦寒，功可清火化痰，镇惊定痫，主治痰火喘嗽、头风眩晕。该药原系天南星研末用牛胆汁拌制而成的加工品，历代前贤对其加工之法虽仁智互见，但均认为越久越好，“而以九年成功者最佳”（《增订伪药条辨》），故处方常开“陈胆星”。然因随心脑疾患的激增，对该药的需求量也猛增，故近年来亦有以猪胆汁加工者，质量较牛胆汁加工者略次，两者从外观与化学测定上鉴别均不易，故如知其是牛胆汁加工者，用量可稍减也。

（三）紧张型精神分裂症

此型精神分裂症患者多为青年人，起病较快，早期表现萎靡不振，食欲低下，怠惰少动，对任何事情都无兴趣，情绪低落。随着疾病继续发展，则有紧张型木僵和紧张型兴奋两组不同的综合征出现。

1. 木僵状态 患者情感淡漠，言语动作明显减少，有时呆立或呆坐数小时，可显示刻板动作、刻板语言、模仿动作、模仿语言或违拗等症状。严重时不言、不动、不饮、不食，两目紧闭或凝视，面无表情，推之不动，呼之不应，对一切刺激均无反应。膀胱和直肠内虽积有大量尿和粪也不排泄，口腔中虽积有大量涎液既不下咽也不吐出，任其自流。全身肌张力增高，并可有蜡样屈曲出现，这一状态短的只维持几小时，长的可达数年之久，既可逐渐消失，也可突然结束，部分患者随即进入兴奋状态。

2. 兴奋状态 这一状态往往是突然爆发的。患者兴奋激动，行为暴烈，常有毁物伤人行为，幻觉常很丰富。这一状态一般维持几小时或数日，然后缓解，或进入木僵状态，或出现持续的刻板动作。严重时昼夜躁动不安，以致衰竭。本型患者预后较好，有时可自行缓解。

案5 蔡女，14岁，学生。

1965年初夏初诊。2年前开始出现一些无意识动作，如不正常的跳跃，向后倒着走路，有时突惊叫，表现恐惧，眼球常作异常转动。其母请医生，患者哭闹拒绝检查，病未看成，母亲打了她。后强迫将其送到某医学院精神病院，被诊为神经官能症。住院2个月，症状缓解出院，去北戴河疗养。初时白天游泳玩，精神无明显异常，但夜间哭闹，仍有无意识动作，常说一些单调使人听不懂的话，好反复地叠



被子，或常将双手放腋下。疗养40多天后回家，某天随一同学出走，并住其家不肯回来，天冷不穿棉衣。春节期间被送南京，经某精神病院注射镇静剂后始收住院，诊断为精神分裂症，以胰岛素休克法治疗，在第一次治疗时呼吸停止，经抢救始恢复。此后停用胰岛素，随现孤僻、怀疑、拒不进食等症，经常需强制注射葡萄糖以补充营养。出院回家后，常倒锁房门独居，不见家人，整日低头缄默不语，两目紧闭。常呆立数小时不动，小便解于裤内，数日不大便。刻诊：呆立不动，呈木僵状态，两目紧闭，口涎外流，面无表情，推之不动，无法令其开口望舌。问不作答，默默无声。脉沉（患者违拗拒按，三人强制诊得）。辨证：发病之始，躁动不休，为肝风内动之象；风动痰升，痰阻神明，清窍被蒙，转为痴呆。治法：豁痰开窍。方用豁痰饮：瓜蒌15g，天竺黄、远志、茯神各10g，法半夏、菖蒲、竹茹、胆南星、郁金各6g，竹沥水30g（分2次兑服），生姜汁10滴，礞石滚痰丸10g（布包煎）。

二诊：前方加减服15剂，表情自然，问可作答，能自行外出活动，舌淡红，苔微腻，脉沉滑。继服10剂后精神正常。6个月后随访，无任何精神症状。

原按：紧张型精神分裂症发病年龄较早，开始为无意识动作，眼球异常转动，或有不正常跳跃，这些都是肝风内动之征象。肝主惊，故时惊叫，夜间哭闹不休，此征象在儿科颇多，若当时治以镇惊息风法，其症或可消失。久之风动痰升，痰阻清窍，则现孤僻、怀疑、拒食等精神状态，直至发展到缄默不语、久立不动的痴呆木僵状态，病属痰蒙清窍。若日久病机转化，体液不得充养，津涸化火，痰火相并，病即转变为狂妄的兴奋状态。此时治用清火化痰，泄其邪势，症状可能及时缓解；若不经治疗，消耗体力太过，火气消散，以致衰竭，有的则又转入木僵状态。如此恶性循环，病则难治焉。

评述：目前西医针对此类病的施治，应用镇静剂和胰岛素休克疗法，但用治蔡女之病而效不理想。因未从根本上祛除病因，却仅采用对抗性的治疗，但所有的对抗性治疗只能起一时之效。而陈老却宗“治病必求于本”之理，认为患者因肝风引动痰浊，使痰蒙清窍，故予豁痰开窍法。取半夏辛温燥湿化痰；瓜蒌清热涤痰；远志、石菖蒲强志益智，兼利窍豁痰；胆南星能去胶固之顽痰；天竺黄清火豁痰，清心利窍；郁金理气化痰，解郁醒神。同时配以礞石滚痰丸增强涤痰之效，但此方药力较猛，非实热老痰患者以及虚弱之人、孕妇等均慎用，以免损伤正气。

（四）妄想型精神分裂症

妄想型是精神分裂症中较多见的一型，发病年龄较其他各型为晚，多在30岁以后，起病也较缓慢。开始时敏感、多疑，逐渐发展形成关系妄想，总觉得周围发生的一切现象都与自己有关。如将旁人的咳嗽认为是侮辱他或是在传递暗号，将旁人吐痰认为是鄙视他，将旁人谈话认为是议论他，甚至把报纸和电台广



播的消息也认为是影射他而发表的。这种关系妄想涉及的范围越广，就越容易形成被害妄想，即患者认为周围一切的变化，都是有人为了要迫害他而故意布置的。除被害妄想外，还有疑病妄想、嫉妒妄想、自罪妄想和影响妄想等。这一类型的患者绝大多数有幻觉，以听幻觉最常见，幻觉妄想的内容多较荒谬。其情感和行行为常受幻觉及妄想的支配，可表现为疑惧、愤怒、激动，因而有时甚至有伤人、自伤等危险行为，自动缓解者较少。早期患者的人格变化一般均不明显，除表现为不愿暴露自己的幻觉妄想内容外，在精神活动的其他方面变化不大。因此，在发病后相当长一段时间内，尚能保持工作能力，不易早期发现。这一类型患者精神衰退出现较晚，预后多较好。

案6 刘男，51岁，职员。

1965年2月26日初诊。患者8年前因不能正确对待工作调动而精神不快，怀疑组织有意迫害他。此后总觉得有人跟踪自己，每出门都要东张西望，或躲门后等会儿再走。在街上不时向后看，忽而快走急奔，忽而停下不敢前进；到什么地方去，不走近路，而东转西绕，意在甩掉“监视”他的人；并说邻居都是组织上串通好，在监视他，蓄意迫害他。有人吐口唾沫，或小孩在地上大小便，说是有意污染环境散布细菌迫害他；对此，他除叫骂之外，还满屋满院到处泼水，家人如不让他服安眠药则不睡。1964年12月12日，某院诊为精神分裂症妄想型，住院治20天症缓出院。出院半个月症如前，且有气促发憋、食减等症，故转中医治疗。刻诊：面黄形瘦，两目闪动不停，面部时做出怪表情，嘴动磨齿作响，随着呼吸微微点头。喉中痰鸣，尚能正确答问。舌淡红，苔中黄腻，脉滑有力。辨证：气郁不舒，痰结不化，壅阻清窍，证属为癡。治法：解郁化痰，开窍醒神。十味温胆汤加减：酸枣仁24g，瓜蒌、北秫米各15g，法半夏、郁金、茯苓、胆南星、远志、竹茹各10g，石菖蒲、黄连、橘红、枳壳各6g。苏合香丸2丸，牛黄清心丸2丸，早晚各1丸。

二诊：1965年3月11日。上方加减服8剂，每次药后吐胶脓状痰极多，且泻黏液或水样便。面部怪动作消失，眼神好转，胸中舒畅，几天来没有大闹。但仍喜怀疑，晚上还要在屋内泼些水，骂几句再上床睡觉。舌淡红，苔微黄。脉滑。按前方加减连续服药28剂，症状消失，精神正常。

案7 陈男，40岁，干部。

1965年8月19日初诊。近1个月来，患者上班时或呆坐，或外出奔走，言语颠倒，自卑自罪，拒不进食，昼夜不眠，自语不休，时哭时笑。某院精神科诊为精神分裂症妄想型，治效不显而转院。刻诊：精神呆板，表情淡漠，言语迟缓，答问不够正确。舌淡红，苔白厚腻，脉沉滑。辨证：气郁痰结，痰蒙清窍，致成癡证。治法：解郁化痰开窍。方用十味温胆汤加减：瓜蒌、秫米各15g，茯苓、橘红、法



半夏、竹茹、远志、石菖蒲、佩兰、藿香各10g，郁金6g。苏合香丸2丸，每次1丸。3剂。

二诊：1965年8月22日。第1剂药服后，精神即好转，有兴趣看连环画，能理解内容。3天来没有哭泣及语言颠倒现象，每夜能睡3~6小时，已主动进食。今天就诊能主动讲话，有喜悦表情，目光较前有神，自觉胸闷，总想长吁。答问正确。舌淡红，苔略退，舌根苔呈灰色。脉沉细滑。前方加减，续进7剂。

三诊：1965年8月30日。精神已正常，每日能学习，分析、记忆能力尚好，心情舒畅。近2日饭后腹痛，大便日2~3次，便溏，内有黏液。舌淡红，苔薄白，脉沉细滑。处方：法半夏、茯苓、川楝子、香椽、焦三仙各10g，陈皮、砂仁、藿香、枳壳、郁金各6g，甘草3g。舒肝丸2丸，早晚各1丸，4剂。药后症状消失，停药观察。

原按：妄想型在精神分裂症中最为多见，上举两案都较典型，皆属中医癫证范畴。根据临床特征，均辨为气郁所致的痰蒙清窍，故皆采用解郁化痰开窍之法，用十味温胆汤加减。药后都随排痰量之增多，妄想症明显减轻直至逐渐消失。由于坚持了化痰开窍，最后均取满意之效。由此证明化痰开窍是治疗精神分裂症的基本法则之一。但此法只宜于痰湿患者，对于痰火交炽者，不宜此法。如上第5案，虽辨证也为痰蒙清窍，但因症状不同，故选药也就有异，立法以清肝豁痰开窍为主。而十味温胆汤药偏温燥，适用于气机失畅影响体液循环蓄积而形成的痰，或脾失健运、水湿停留而形成的痰。其表现为苔腻、脉滑，均为湿痰的确证；若苔黄腻须加黄连、瓜蒌以清热豁痰；苔白腻而厚者，须加藿香、佩兰，以芳香化浊。

评述：6、7两案虽症状不完全相同，但病机与痰浊所致的主症却是一致的，故陈老皆用十味温胆汤随症加减，终均获佳效。考十味温胆汤出自明代名医王肯堂的《证治准绳》，系由孙思邈所创温胆汤去竹茹加炒酸枣仁、炙远志、五味子、酒熟地、人参组成，原主治心胆虚怯，触事易惊，或梦寐不祥，遂致心惊胆慑，气郁变生诸证，或短气悸乏，或复自汗；四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷，坐卧不安。陈老从王肯堂所创该方之功效及前贤应用此方的大量经验中总结出，在用十味温胆汤时，应大胆舍弃人参、熟地黄、五味子等辛温壅补、升提敛涩等品（恐此类药助痰生火），而配入可“涤痰结，舒肝郁”（《中药志》）的瓜蒌皮、“补肺下气，涤垢开郁”（《本草蒙筌》）的瓜蒌仁、“舒心气、畅心神、怡心情、益心志，妙药也。清解药用之，赖以祛痰秽之浊而卫宫城。滋养药用之，借以宣心思之结而通神明”（《重庆堂随笔》）的石菖蒲与“清气化痰，散瘀血之药也。其性轻扬，能散郁滞，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”（《本草汇言》）的郁金，使疗效得到极大提高。在《中医内科学》多版教材中，亦指出远志、郁金、石菖蒲为治癫证的最佳药组。马继松仿她的组方之意，治疗精神神志疾患十多例，



取效颇为满意。另陈老还能结合患者不同症状，在服汤药的同时，佐入苏合香丸、牛黄清心丸、舒肝丸等成药。经考，朱丹溪、刘河间、余听鸿、程文圃、蒋宝素等均认为癫狂与“痰迷心窍”有关，并均有以清热化痰、行气化痰、芳香辟浊化痰治愈此病之佳案。由于陈老广搜博采各家之长，故其活用十味温胆汤治痰浊蒙蔽心窍而导致的精神神志疾患，能获如此佳效，也就自在意料之中了。另考温胆汤类方在临床上所治病种颇多，近据有关专家不完全统计，应用最多的就是精神神志方面的疾病。

（胡军平 马继松 蒋 巧）

第 11 讲 斡旋乾运理中州

——吴少怀诊治脾胃病医案理法方药思路评述

吴少怀（1895—1970年），字元鼎。浙江省杭州市人。3岁丧父，由母绣花维持生计，后因母病，立志学医。于1916年起在济南市大同医院学习中医5年，得该院创建人名医管竹书指教，并留院任中医师，5年后独立行医。新中国成立后任济南市医学讲习所中医部副主任，济南市医务进修学校中医部副主任，济南市中医医院院长，兼省、市中医学学会副理事长等职。其治学既博采众长，更勇于创新。早年临证重视脾胃，强调“维护后天之本以治病是王道之法，必须治上不犯中，治表不犯里，才能……和肝温肾，又是调和脾胃所当着眼处。”随临证渐久，晚年提出达胆和胃学说，认为“胆属少阳，少阳为枢，枢司开合，十一脏功能活动都从枢机开始……脾升胃降取决于胆，胆在阴阳升降，气血循行中，起到少火作用。”在上下数千年的医史长河中，论述胆胃在人体的重要性和从胆胃治疗疾病者，当首推吴老。其遗著现存有《胆胃证治》《吴少怀医案》等。

拜读增订整理出版的《吴少怀医案》，其调理中焦、斡旋乾运的治疗思想十分突出。他辨治病证，常能立足中州，审慎辨证，全面兼顾，匠心独运，取得了卓著疗效。现将笔者对典型佳案的学习心得梳理于后，以共享之。

一、散外安内

中焦受损，一者由外传内，一者邪气直中，一者内外同感，故治理中焦首当视其邪之由来及表邪之有无。对于同时兼有邪在体表者，治应细察内外邪势轻重，兼而顾之。景岳虽有“强主即所以逐寇”之说，但为了缩短疗程，提高疗效，吴老基本采用表里合治的方法，以免邪气鸱张，深陷为害。

案1 感冒 许男，45岁，干部。

1960年7月6日初诊。发热41℃，多汗，口苦，恶心，头晕身倦，大便溏，尿短赤，舌红苔黄，脉滑数。曾服清热化湿方2剂。热渐退，化验为沙门菌属感染胃肠型感冒而入院。现症：今日下午4时身热再潮，有汗，便溏。苔灰黑，脉沉数。辨证：阳明湿热未清。治法：清热化湿。方药：葛根、地骨皮、赤芍、炒扁豆、益元散各9g，黄芩、青蒿各6g，姜厚朴4.5g，黄连3g。5剂而愈。

原按：阳明湿热，状若阴虚，法宜清化，仿葛根芩连汤，内清外透而愈。

评述：本案吴老并未被西医“沙门菌属感染胃肠型感冒”之病名所惑，而是宗仲景伤寒六经辨证法投葛根芩连汤而获佳效。已故中医名家原中国中医科学院西苑



医院赵锡武副院长，曾用该方加味治急性期的小儿麻痹症患者（赵老提出对某些急性感染性疾病，中医不可完全拘泥用卫气营血辨证法），不仅提高了疗效，还纠正了过去治此病不分病期的认识。吴、赵二老堪称为善于传承仲景学说之高人，值得我辈学习。

案2 呕吐 王男，43岁，干部。

1964年7月24日初诊。盛夏湿重之际，脘满胀痛，恶心呕吐，嗳气厌食，口干不欲饮，身倦乏力，大便不爽，小便短黄。舌苔黄厚腻，脉弦滑数。辨证：肝气犯胃，暑湿伤中，胃失和降。治法：清暑化湿，理气降浊。拟连朴饮合不换金正气散加减。方药：藿香、半夏、茯苓、竹茹各9g，厚朴、砂仁、枳壳、炒栀子各4.5g，炒黄连3g，生姜0.9g，吴茱萸0.3g。3剂，病愈。

原按：此症肝气犯胃在前，暑湿伤中在后，内外相因而发病，故应表里同治。以藿香、半夏、茯苓、陈皮、厚朴、砂仁、竹茹清暑化湿，和中降逆，加吴茱萸、黄连、山栀子泄肝安胃，即合以左金丸之意，诸症消失。

评述：王男所用之方，已含有藿朴夏苓汤中的四味主药，故不如看作为该方的化裁。该方的临证应用较不换金正气散（出自《局方》，又名藿香平胃散，金不换正气散，即平胃散加藿香）、连朴饮有时反多。

案3 肝胃不和气滞外感 罗女，43岁。

1965年8月19日初诊。气攻胃脘及左胁胀痛，寒热已4~5日。纳少欲呕，鬓角目涨，便干，身倦。舌苔薄白根厚，脉小弦。辨证：肝强胃弱，感受外邪，气机不利，升降失调。治法：理气解表，泄肝通胃。拟香苏散加味。方药：香附、麻仁各9g，紫苏梗、陈皮、青蒿、菊花、白芍各6g，炒川楝子、枳壳、焦栀子各4.5g，生甘草3g。3剂，诸症减，寒热退，便畅。又3剂而痊。

原按：本例平素肝强胃弱，气机不利，津液不足，是其主症，虽兼有外感之少阳证，但也应慎用柴胡升散，以免劫其肝阴，故用香苏散理气解表，方中紫苏梗配青蒿、菊花可代柴胡，加香附、陈皮、甘草理气解表，白芍、川楝子、炒栀子、枳壳、麻仁清胆泄肝，通胃降浊。服药3剂，表里双解而愈。

评述：已故原湖南中医学院副院长、湖南中医药研究所所长李聪甫，从自己近70年的临证实践中得出：“湿温病最忌柴胡，湿重多致耳聋，热重必动经血而衄。青蒿清芳，为治湿温病解热消暑的要药。”他强调对于体弱邪盛的湿温病患者，柴胡当慎用为妥（见《名家教你读医案》第2辑13讲）。吴老在本案中指出，对肝强胃弱、气滞阴虚的外感证者，也应慎用柴胡，以免外散劫其肝阴。前贤曾曰：“治温病以顾护阴液为第一要义。”二老对柴胡的慎用，可谓见解相同也。柴胡虽为常用400多味中药中既升且散的四味中药（即柴胡、升麻、葛根、桔梗）之首，考其升提之性必须在与升、葛、桔或人参、黄芪等同用时才得以彰显，而发散之力又多



在与升、葛、桔或麻黄、细辛等相配时，始可见充分发挥。仲景《伤寒杂病论》创 252 方，用柴胡者共有小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡加芒硝汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、柴胡桂枝汤、柴胡桂枝干姜汤、四逆散、薯蓣丸与鳖甲煎丸 9 方，无一方系柴胡与麻黄或细辛等辛温发汗药同用的。用麻黄与细辛者，为 28 方与 16 方，内中也未见有与柴胡同用者，说明仲景早已注意到柴胡若与麻、细同用才会劫液伤阴的。后世医家尊崇仲师，在所著方书及医案书中，亦鲜见此种配伍。但马继松认为，治温病用柴胡配升提药的机会较为罕见（因这种配伍多用治需“下者举之”的内伤杂病中的气虚下陷证；如用补中益气汤治各种内脏下垂等），而用柴胡配麻黄、细辛治“冬伤于寒，春必病温”者，却仍可见之，故医者无庸先存芥蒂于心，仍应遵仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”之言，需将柴胡与麻、细同用的，亦可同用，如恐生变，可小其量或伍适当甘寒养阴、苦寒清解药试投一剂。因在西医可随时输液的今天，过汗伤津劫液的险情，发生的可能性已不会太大了。若顾虑太多，肯定影响疗效。实在怕担风险，不用麻、细，可加大柴胡之量，以利祛邪退热。章次公曾用 24g 柴胡合半夏、草果、佩兰、玉枢丹，治徐男秋温（其脉案言，包括感冒、胃肠炎、轻型之副伤寒三者），由于同用了黄芩、瓜蒌、赤苓、豆卷、枳实、浮萍、甘草，非但未见升散劫阴，且 10 天即愈。恩师朱良春在该案按语中言：“一诊方中用柴胡 24g，为当时他医所少见。先生论柴胡功用有三：一祛瘀，二解热，三泻下，这里正用其解热作用。先生又说：‘治病用药需胆大心细，当机立断，不可犹豫’，于此可见之。”章师的表率作用，令人钦敬。近代祝味菊、丁甘仁等大家，亦均有此类用柴胡治温病佳案（甚至配辛热药干姜、桂枝的，参见《名家教你读医案》第 1 辑第 5 讲）。另所有的《中药学》教材中，柴胡均放在第一章解表药第二节发散风热药中，其主要功用之一即为退外感风热之邪引起的发热之症（即属于温病的范畴），如过泥于吴、李之说，视良药如虎狼，当用不用，岂不抱憾焉！

二、协调脏腑

中焦里证虽以脾胃病证为主，但吴老辨证却每每能通过剖析脏腑间的相互关系，施治中取其协调，克服弊端，全面兼顾以达调中之目的。

（一）调肝

肝失疏泄，气郁不舒，则常常犯及中土，脾胃不运，壅遏气机也往往导致肝疏失利。因此，疏调肝气也是治理中焦的常用方法之一，吴老习用枳壳、青皮、柴胡、香附等药，意即在此。

案 4 泄泻 朱男，9 岁，学生。

1963 年 1 月 10 日初诊。腹泻腹痛，右肋疼痛，检查肝大 3 指，面色苍黄，神萎，纳少。辨证：肝郁脾虚，运化失调。治法：疏郁理脾止泻。三白汤合四逆散加减。方药：生牡蛎 9g，炒白芍 4.5g，生白术、白茯苓、醋青皮、炒枳壳、炒麦芽、



水炙甘草各 3g，醋柴胡、炒川楝子各 1.5g。

1月13日二诊：服药3剂，泻止痛消，纳好神佳，苔正常，脉沉细弦数。去枳壳、生牡蛎、炒川楝子，加焦栀子 3g，牡丹皮 1.5g。5剂，痊愈。

原按：本案证见肝脾不和，运化失调，吴老自拟方三白汤（白术、白芍、白茯苓、陈皮、木香、泽泻、甘草）去陈皮，加柴、枳、青、楝疏肝理脾，生牡蛎敛阴涩肠，麦芽消食和胃，殆泻止痛除，改三白汤合丹栀逍遥散，调理善后。

评述：朱孩在腹痛泄泻的同时，伴肝大右肋痛，故吴老以四逆散合自拟三白散3剂即效，此乃治病必求于本之佳案。明代名医李中梓在《医宗必读》中将泄泻的治则高度概括为淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、健脾、酸收、温肾、固涩九法，而本案已将淡渗（茯苓、泽泻）、升提（柴胡）、疏利（青皮、枳壳、麦芽）、甘缓（水炙甘草）、健脾（白术）、酸收（白芍）、固涩（生牡蛎）七法囊括于仅有13味药组成的一方之中，其对中药的驾轻就熟，非常医所能及。

案5 便秘 王男，28岁，军人。

1966年8月10日初诊。上腹痛2年余，鱼肉蛋类及辛辣食物均不能吃，茶也不能饮。食后2小时，脐左必痛，腹胀气滞，但吃羊肉舒适无碍。便燥，如羊矢，小便调，头皮偏左部胀痛。钡剂透视正常，直肠镜检查为结肠紧张。苔薄白，脉沉滑。辨证：肝肾并病，胃肠湿滞便秘。治法：缓肝和胃，行气化湿法以通秘。拟枳朴二陈汤加味。方药：清半夏、茯苓、竹茹、杏仁泥、炒杭白芍各 9g，陈皮、枳实、神曲各 4.5g，川厚朴、木香、生甘草各 3g。

8月13日二诊：服药3剂，肠胃气机通畅，腹痛消失，头痛已止，舌淡苔少，脉沉滑稍数，上方佐温通，拟丸方常服。丸药：炒杭白芍、姜厚朴各 24g，清半夏、生白术各 18g，陈皮、炒枳壳、木香、制香附、焦槟榔各 15g，酒大黄 12g，生甘草 9g，干姜 6g。共细末，蜜丸桐子大，早晚各1次，每次10丸，白水送下。

1个月后，病人来述，便秘已愈，未再复发。

原按：王男肝肾并病，湿滞气秘，除用缓肝和胃、行气化湿通秘外，加杏仁上开肺气，取茯苓杏仁甘草汤之方义，以行水湿，加木香、杭白芍行气和肝，不但便调，且头痛止。因其吃羊肉舒适，知气偏寒，继用大黄配干姜法温通开秘收功。

评述：考茯苓杏仁甘草汤出自《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》，原主治“胸痹，胸中气塞短气”，鲜见医家将该方用治便秘，而吴老却利用杏仁可开肺气于上、茯苓能导水湿入肠之理，巧妙地将该方配入枳朴二陈汤（方见明代秦景明《症因脉治》，系二陈汤合枳实与厚朴）缓肝和胃，松弛肠道之紧张，故3剂腹痛消失。复诊又抓住“吃羊肉舒适无碍”这一“独处藏奸”之症，增加干姜配酒大黄这组药对，与甘草相合，取孙思邈《千金方》温脾汤之方义。吴老虑病已2年之久，宗“丸者，缓之”意，改丸方缓图而终收全功。本案之治看无大奇，但充分反



映出吴老对经典的了然于心，对经方的应用之妙。

案6 发热 王女，31岁

1965年2月27日初诊。素有疟疾、痢疾、无黄疸型肝炎、肠系膜结核病史。1963年10月27日晚饭后，突寒战发热 39°C ，头晕无力，恶心呕吐，经治热渐退，每隔3~4天均午后低热（ 37.5°C 左右），肝区隐痛，向右肩放射、少食消瘦，半年来减重20余斤。先后在北京、济南住院3次，未见好转。1964年5月5日又因盲肠结核住院，给予异烟肼、异烟肼、链霉素、黄连素等药，4个月好转出院。现症：每隔3~4日有午后发热（多在4-8时），翌晨退，头晕恶心，动则汗出，纳呆、腹痛，心慌气短，乏力，便燥，尿黄浊。婚后3年未孕，经期正常，量少。苔淡黄质红，脉沉弦缓。辨证：邪恋少阳，郁热于内，肝脾失调，气机不畅。治法：转枢少阳，透达郁热，疏肝理脾，调和气机，拟四逆散加味。方药：当归、杭白芍、清半夏、地骨皮、香附各9g，柴胡、枳实、青蒿各6g，陈皮、黄芩、神曲、生甘草各4.5g。3剂。

3月2日二诊：3剂热退纳思，腹痛减，便转润，恶心较甚，腰痛不适，苔薄白，脉沉缓弱。

3月5日三诊：继服3剂，恶心即止，腹痛轻微，惟头晕、心慌、气短、自汗、苔薄白。脉沉细缓，原方加减善后。方药：潞参、炒山药、当归、杭白芍、酸枣仁、生牡蛎、浮小麦、菊花、枸杞子、女贞子、牛膝各9g，黄芪4.5g。4剂，症痊，多次随访，身体健康。

原按：气有余便是火，对肝郁化火、中州失和者，吴老每以泄肝降胃为法。火郁症状明显者，强调慎用香燥，主张用荔香散合左金丸，先折其火炎之势，苦泄降胃，然后再疏肝理脾，缓缓图之。

评述：王女因患多种疾病，使一般医家常乱花迷眼，不知先从何病入手。然吴老细析其现症后，认为与《伤寒论》318条“少阴病四逆，其人或咳或悸，或小便不利，或腹中痛，或泻痢下重者，四逆散主之”颇合；另考虑其原发病多为肝脾失和，且病久未有不郁而化热的，故参入黄芩、青蒿、地骨皮、神曲，以助四逆散共收调理肝脾、清疏郁热之功；加之女性又多血分之疾，复佐当归、香附，补血活血，终收佳效。张景岳曾言：“和方之制，和其不和者也。凡病兼虚者，补而和之；兼滞者，行而和之；兼寒者，温而和之；兼热者，凉而和之。”清代温病大家戴北山更指出：“寒热并用谓之和，补泻合剂谓之和，表里双解谓之和，平其亢厉谓之和。”读者只要细心研读《吴少怀医案》，便知吴老乃运用和法之大家，本案系其妙施该法之佳案。清代名医程钟龄首倡的“汗、吐、下、和、温、清、消、补”的“医门八法”中，以和、消二法最为医家所习用，贵阳中医学院邱德文、张荣川教授已将消之一法，扩充为活血化瘀、祛痰、祛湿之三法（见《中医治法十论》），并已被



当今医家所接收。虽诚如张景岳所言：“和之为义广矣”，但并非可任意投用。还是程钟龄说得好：“然有当和不和误人者，亦有不当和而和以误人者。有当和而和，而不知寒热之多寡，秉质之虚实，脏腑之燥湿，邪气之兼并以误人者，是不可不辨也。”国医大师何任对和法的应用亦左右逢源，高见迭出，读者若参阅《名家教你读医案》第1辑第7讲，对和法的应用则可成竹在胸矣。

案7 气滞火郁 毕女，24岁，干部。

1965年4月25日初诊。久病胃痛，晨起尤甚，嘈杂烧心，胃呆纳少，腰酸腿软，月经错后，甚则数月不行，今将潮过，二便调。钡剂透视为胃溃疡。舌苔薄白，脉沉弦。辨证：肝气犯胃，气滞火郁，久则脾虚血少，冲任失养。治法：疏肝泄热，健脾和胃。拟荔枝核二陈汤加味。方药：炒荔枝核、清半夏、茯苓、炒山药、白芍各9g，木香、生甘草、炒栀子各4.5g，青陈皮、吴萸炒黄连各3g。4剂。

4月29日二诊：药后痛止嘈除，纳转好，肝胃和，再配丸药，调气养血。炒荔枝核、炒山药、清半夏、当归、杭白芍、丹参、茯苓各24g，木香、陈皮各21g，延胡索、炒川楝子各18g，焦栀子15g。共末，蜜丸，梧桐子大，早晚各服20丸。

服药后，胃痛未犯，一切均好。

原按：吴老认为本病乃因“气有余，便是火”所导致，应急则治标，辛通疏郁，苦降泻火，先折其势，再从本缓治。先用荔枝散、左金丸合二陈汤加焦栀子、山药、白芍疏肝理气，苦泄降胃，痛止后，继以原方加当归、丹参、延胡索、川楝子疏肝理脾，调气养血，制丸久服而安。可见气滞火郁相因为病，临床很难截然分开，吴老能审证求因，随机应变，用药中和，配伍得宜，疏肝行气不伤气阴，散郁泻火不损脾胃，可谓立法用药周详全面。

评述：《素问·六元正纪大论》曰：“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。”毕女因肝气失畅，使气郁化火犯胃，复致火郁，即俗称之“气大胃痛”之病。此证看似小恙，然叶天士曰：“郁则气滞，气滞久则必化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分，久延血分，延及郁劳沉痾。”叶氏还强调指出：“用药大旨，每以苦辛凉润宣通，不投燥热敛涩呆补。”吴老不仅熟谙仲景之说，且对叶氏之说亦能孜孜以求，故遵叶氏之法所处之方，数剂即效焉。

荔枝核与橘核分别为无患子科植物荔枝与芸香科植物橘的种子，两药虽均甘苦涩、温，均入肝经而理气止痛，并常配成对药与川楝子、小茴香、青皮、延胡索、青木香、柴胡、海藻等相合，治各种疝气与睾丸肿痛。但橘核还常配八月札、瓜蒌皮、柴胡、赤芍、白芥子、僵蚕、路路通等合逍遥散、小金丹等治乳腺小叶增生；而荔枝核却因色紫可入血分，而治妇女感寒腹中血气刺痛（宋代陈自明《妇人良方大全》蠲痛散，即荔枝核配香附）。但本案吴老所用治肝气胃痛的荔枝散恐系自拟方，与荔枝核与大茴香等份研末酒调治疝痛方的荔枝散（见《景岳全书·新方八阵》）



有异，读者应辨别之。

案8 胃脘痛 万男，66岁，干部。

1961年4月8日初诊。久病胃痛常发，服香燥药不效，在外地疗养，现胃呆纳少，噎气倒饱，胃脘胀痛，右肩背也痛，大便秘结，数日一次，小便可。检查：舌苔白滑，脉沉弦缓。辨证：肝胃不和，气郁食滞。治法：行气疏郁，泄肝降胃。拟百合汤合抑气汤、交感丸加减。方药：百合12g，杭白芍、茯苓、香附、麻仁各9g，乌药、神曲、陈皮各4.5g。

4月12日二诊：服药4剂，胃痛转好，大便通畅，右肩背仍痛，苔脉同前。去麻仁，加炒麦芽6g，枳壳、姜黄各4.5g。

4月16日三诊：5剂痛止，纳增，脘微胀，右肩背仍痛，苔薄白边红，脉沉缓。加佛手、当归各9g。3倍量共末，神曲糊为丸，绿豆大，每晚服9g。

原按：吴老认为，气滞作痛，当辨新久虚实。新病气滞多实，治宜辛通；久病则气郁化火，易伤阴劫液，治宜柔润，可用百合汤，取百合养阴润燥，乌药理气解郁，二药刚柔相济，敛散结合，行气止痛，不伤阴液，若再随症加味更好。万男系老年肝胃不和，气郁食滞作痛，久服香燥不效，投百合汤合抑气汤，并以白芍、当归、麻仁、麦芽、六曲、威灵仙、姜黄、枳壳、佛手等出入，行气疏郁，和肝降胃，药后良效，并配丸药缓治常服，调理善后。

评述：万男胃痛便秘，显系肝胃不和，气郁食滞，故以《奇效良方》中的百合汤（百合、赤苓、人参、紫苏、陈皮、大腹皮、桑白皮、枳壳、麦冬、猪苓、马兜铃、炙甘草、生姜。原治肺气壅滞，咳喘，口渴，腰膝浮肿，小便淋涩）合交感丹（见明·龚廷贤《万病回春》，香附1斤，茯苓4两，共研蜜丸）、抑气汤（限笔者才疏学浅，未能查明出处，虽颇憾，但窃以为本案初诊仅用8味药，似无涉及三方，弄得过分复杂化的必要，反不适合后人学用），全方用药均宗行气疏郁、泄肝降胃之旨，故4剂即愈。细考《汤头歌诀续编》尚另有百合汤，即百合30g与乌药9g组成，功可清润理气止痛，主治胃热气滞之脘痛，反复发作，伴口干，脉弦数，舌红少津苔薄黄者，今之不少医者极喜用此方加味，创制了不少佳方，以应对各种胃疾的治疗，而又以湖南名老中医夏度衡教授所拟肝胃百合汤（百合20g，丹参15g，乌药、柴胡、黄芩、郁金、川楝子各10g，参见宋祖敬主编《当代名医证治汇粹》），因又揉合了小柴胡汤等，适用范围更广。该方经马继松之友、湖北老中医舒鸿飞在《中医杂志》上著文，介绍了他用该方加蒲公英15g，生甘草7g，治疗多种消化道疾病经验后，笔者学用之，使对急性胃炎、慢性胃炎急性发作、充血性糜烂性胃炎、胆汁反流性胃炎、萎缩性胃炎、胃及十二指肠溃疡的治疗效果有了较明显提高，读者可自试之。



（二）利胆

胆胃腑气相通，胃失和降，胆失清宁，则脘胀嘈杂，恶呕不安，吴老擅投利胆法。

案9 胁痛 孙男，39岁，干部。

1961年7月11日初诊。自1959年以来，连续患急性胆囊炎、细菌性肝炎、反应性胸膜炎，住院2次。1961年6月20日因右上腹不适，闷胀作痛，少食，便溏，惊悸，失眠，头昏，健忘，再次住院。经检查，诊为慢性胆囊炎、胆石症、神经衰弱。现症：脘右作痛，牵及胁肋，胸闷胀不舒，恶心，纳少，不欲饮水，头昏胀痛，倦乏，失眠，惊悸多梦，便溏薄，每日2~3次，小便色黄。苔白黏厚，脉沉弦滑。辨证：胆胃失调，气机郁滞，湿热蕴结。治法：调和胆胃，行气化湿，清热降浊。拟温胆汤合白金丸加减。方药：金钱草15g，清半夏、茯苓、竹茹、香附各9g，矾水炒郁金6g，陈皮、炒枳壳、桃仁、姜厚朴、炒六曲各4.5g，生甘草3g。

7月14日二诊：服药3剂，恶心已减，脘右及胁肋痛轻，胸闷未除，夜眠改善，纳食转佳。舌苔白黏，脉同前，按上方再服3剂。以后随症佐以杏仁、桔梗，以宣肺气，沙参、山药以益脾阴，当归、杭白芍养肝和营，延胡索、川楝子行气止痛，连服40剂，症状逐渐减轻。

8月29日三诊：偶有轻微脘右及胁肋痛，头部清爽，饮食正常，夜眠较宁，二便均调，舌苔薄白，脉沉滑缓。改用丸药调理。金钱草、郁金、茯苓各30g，桃仁24g，明矾、清半夏各18g，枳壳、香附、神曲各15g，陈皮9g。共末蜜丸，如梧桐子大，早晚各服30丸。服丸药2料，症状消失，停药观察。1961年11月、1963年9月在青岛、济南胆囊造影2次，胆石阴影消失。

原按：胆石症似属中医胆胃失调范畴。近几年来中西医结合，常用排石汤治胆石症，疗效较高。但本例就诊时，排石汤尚未总结推广。故吴老审症求因，认为此系久病胆胃不和，气机郁滞，痰热蕴结，兼症头昏、身倦、失眠、惊悸、多梦，是胆虚痰热，胃气不和，故用温胆汤和胆胃，清痰热，通上下，利三焦，佐郁金、香附、川厚朴、六曲行气舒郁，金钱草、白矾化滞消瘀，随症出入获痊。经2次复查，胆石消失。吴老治本病虽未用柴胡、茵陈、大黄、芒硝等峻泻之味，但平淡之剂也能中病奏效。由此可知，久病缓治，正复邪退，确有道理。

评述：孙男虽尚未达不惑之年，却数病缠身，多次住院，施治十分棘手。然吴老却根据刻诊时症状，抓住吴瑭所言“治中焦如衡，非平不安”之要旨去立法。仅三诊即收全功，医术之精湛，令人叹为观止。主方温胆汤最早出于《千金要方》，由半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草组成，云：“治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也。”至北宋陈无择为增安神之效，又加入茯苓，成为现今最通用的温胆汤了。该方为很多医家最习用之方，如广安门医院某教授应邀来芜湖讲学时，即告听者要



想提高诊病速度（因他日门诊量达 60 号以上），必须掌握一些治疗范围较广，药性较为平和的常用方的加减，并云他对能自行走入病室且未检出器质性疾病的患者，三分之一首选温胆汤。马继松 1963 年暑假，在芜湖市中医院随一老中医抄方时，就闻之该院另一名老中医有“忙虽忙，不要忘掉温胆汤”之名言；20 世纪 90 年代他一在南京实习的学生带回近百张随师所抄之方，有 20 余张均系二金（郁金、鸡内金）温胆汤化裁。近因主编《名家教你读医案》，他重新翻查了广安门医院编写的《医论医话荟要》，细阅了李炳文整理的赵金铎研究员的《春升化安议“温胆”》之文，赵老指出温胆汤为祛痰和胃之良方，功可调理阴阳、气血、经络、脏腑，因其平稳有效，故临床广泛用来治疗以“痰气”为特征的咽痛、咳嗽、多汗、悸烦、眩晕、气急、烦热、失眠、多梦、胸闷、肢麻、腹痛腹泻、便秘、呕恶、食少、月经不调等各种临床证候，功效卓著。历史上很多大家还以千金温胆汤为基础方，创制多种温胆汤的同名之方，如《世医得效方》加茯苓、人参、大枣组成危氏温胆汤；明代《婴童百问》加茯苓、大枣，组成鲁（伯嗣）氏温胆汤；另还有《温热经纬》的黄连温胆汤（系陈无择之方加黄连）……不下十数首。而又以明医王肯堂《证治准绳》所创十味温胆汤（千金温胆汤去竹茹，加酸枣仁、茯苓、人参、熟地黄、五味子、大枣）最为有名，甘肃省名老中医陈家扬治精神系统疾病最常用之方即为该方（参见本书第 10 讲）。

（三）补肾

肾为先天，脾为后天，肾阳衰微则火不暖土，中焦虚寒则伤及下元，因此调理中焦之疾常需虑及肾元，并在脾肾同治中抓住矛盾的主要方面，协调中下而治愈顽疾。

案 10 泄泻 王男，49 岁，军人。

1964 年 7 月 18 日初诊。腹泻 10 余年，现在徐州疗养，日便泄 3~4 次，色黄稀薄，腹部发凉，畏寒喜暖，大便前后肠鸣矢气，腹痛甚重，小便频数，腰痛，头昏身倦，肩背酸痛，下肢沉重，饮食、夜眠尚好。苔薄灰浮黄，脉左沉细迟，右沉细滑长。辨证：脾虚肾弱，湿重伤阳。治法：先健脾燥湿，佐以温肾。三白汤合青娥丸加减。方药：生白术、白茯苓、炒白芍、炒山药、莲子、补骨脂、杜仲、胡桃肉各 9g，甘草、泽泻各 4.5g，煨木香 3g，吴茱萸 1.5g。

8 月 4 日来函：服药 20 剂，溏泄止，矢气减，腹痛消失，便成形，日 2 次，小便如常，眠食均佳，天寒之时，腹痛较重。宜温肾健脾。方药：炒山药 12g，巴戟肉、萸肉、茯苓、枸杞子、炒杜仲各 9g，泽泻 6g，煨木香 4.5g，熟附片、肉桂各 3g。

8 月 17 日来函：服药 6 剂，痛已轻，二便基本正常。按前方 5 倍量研末，蜜丸梧子大，早晚各服 20 丸。

原按：脾虚肾弱，湿重伤阳，吴老据症辨其标本，权衡缓急，先以三白汤合青



娥丸加减，健脾燥湿佐以温肾，后以右归饮加减，温肾暖脾而收功。

评述：此案用《局方》青娥丸（胡桃仁20个，酒炒补骨脂八两，姜汁炒杜仲十六两，大蒜熬膏四两。研末，蒜膏为丸），对腰酸、溲频、下肢沉重颇佳，但吴老虑核桃含油脂过多，恐其对泻不利，故又伍木香、吴茱萸。二诊又加入桂、附、巴戟天，故诸症均得以安然，可见其用心之细，读者临证当学之。青娥丸组方虽简，但所用补骨脂、杜仲均经过特殊炮制，故亦有较广的治疗价值，这全在于医家之匠心妙用。如当代名中医湖南中医药大学彭坚教授在认真学用中医大家谷铭三用该方加味（威灵仙50g，延胡索、徐长卿各30g，杜仲、胡桃肉、透骨草、石见穿、寻骨风各15g，大蒜、补骨脂、青木香、白屈菜、土鳖虫、露蜂房各10g）治晚期癌症骨转移及骨癌患者的经验后，对于癌症后期骨转移，遵照“肾主骨”之旨，加强补肾之力，兼以活血止痛。予青娥丸加黄芪、当归、锁阳、肉苁蓉、巴戟天，菟丝子、鹿角霜、紫河车、地龙、土鳖虫、蕲蛇、炮山甲、露蜂房、乳香、没药、炙马钱子等，蜜丸服用。若痛剧，用谷铭三之方作煎剂，多能较好取效。

（四）宁心

心血不足者脾气亏少，脾气不足者则心血乏源，故调理中州可视其心脾两脏的不足投养心健脾之剂。另心火偏亢者亦能致胃气不和或心阴不足，胃热上逆亦致不寐，采用降逆或滋阴为主，佐和胃之品，取效亦佳。

案11 不寐 王男，50岁，干部。

1966年4月24日初诊。久患冠状动脉供血不足，现心悸、气短，面部及四肢浮肿，神倦，纳差，两胁隐痛，夜卧少眠，惊悸不宁，二便尚好。舌苔薄白，质红，脉沉细弱，寸小不应指。辨证：思劳过度，心脾两虚，肝气乘之。治法：补益心脾，佐以清肝。黑归脾汤加减。方药：黄芪、茯苓、生白术、台党参、当归、炒酸枣仁、各9g，龙眼肉6g，制远志、木香、炒栀子4.5g，炙甘草、牡丹皮各3g。

4月27日二诊：服药3剂，夜眠达5小时，心悸、气短大减，胃纳、体力增加，神旺，便正，两胁仍隐痛，浮肿未消，苔薄白，脉同前，加白芍9g。

4月30日三诊：服药3剂，诸症均减，胁痛已除，过劳仍心悸，面肢浮肿，舌脉同前。去牡丹皮、山栀子、白芍，加麦冬9g、五味子3g。

1966年5月10日随访，除劳累稍有浮肿外，其他均好。

原按：患者虽属心脾两虚不寐，然兼有两胁隐痛等肝脾不调之症。吴老分别主次，据其兼症，治以归脾汤加牡丹皮、炒栀子缓肝清热，调其升降，收效较快，否则肝邪乘脾，心脾愈虚，不易取效。

评述：此案初诊云为黑归脾汤加减，但却未用熟地黄，不知是整理有误还是另有他因。山栀子与牡丹皮，一入气分，一入血分，且均性凉，合用则组成清肺凉血的绝妙药对，而出现在诸多名方中。如南宋妇科名家陈自明在《妇人良方大全》中，



即创丹栀逍遥散（又称八味逍遥散、加味逍遥散），将此药对合入逍遥散，治妇人经前乳房胁肋胀痛，月经先期色鲜量多，或腰胀痛、低热、纳少、神疲，后渐成为妇科最常用之方，并被内科医生引用治肝胆失畅，化火犯胃，致胃痛，甚至吐血；明·张景岳又创化肝煎（青皮、陈皮、芍药、牡丹皮、炒栀子、土贝母、泽泻），为治怒气伤肝，气逆动火，胁痛胀满，烦热动血的名方；而稍迟于景岳的明末眼科大家傅仁宇在《审视瑶函》中，又创加味逍遥饮（即更改了加味逍遥散中药物之剂量），用治怒气伤肝，脾虚食少，致目暗不明，头目涩痛；而清代医家高鼓峰，在《四明心法》中将山栀子与柴胡、酸枣仁、当归、白芍配入六味地黄汤中，创滋水清肝饮，可治各科疾病。党参按生长之地区分为西党（主产陕西、甘肃）、东党（主产东北）、潞党（主产山西古潞安州，今属长治市）及川党（主产四川），以潞党最优，而其中又以五台山所出为精品，称台参。马继松在游五台山时，见道地之台参长达近25cm，直径1cm以上，根头部无明显“狮子盘头”，独支不分叉，色淡黄近白，质柔润，微香，味甜，实属党参中之佳品。据售者云，此参曾作贡品，上奉明、清朝廷。

案12 不寐 简男，47岁，干部。

1966年6月9日初诊。久患心烦少眠，夜间尿频，过劳则通宵不眠，心悸，头昏，气逆，纳食脘满，腹胀，便秘不畅。舌苔薄白黏，质红，脉沉细滑。辨证：心肾失济，心火偏亢，胃气不和，阳不交阴。治法：交济心肾，调中和胃。拟交泰丸合温胆汤加减。方药：柏子仁、酸枣仁各30g，茯苓、清半夏、麦冬、丹参、神曲各18g，陈皮、枳实、远志、生甘草各15g，黄连12g，肉桂6g。共末蜜丸，梧子大，每晚服30丸。

7月23日二诊：服丸药1料后，诸症均减，按原方继服，巩固疗效。服完第二料药丸，病痊愈。

原按：简男虽有气逆头昏、纳食脘满腹胀、便秘不畅等胃不和卧不安的表现，但同时也有心烦、心悸、夜间尿频、过劳则通宵不眠等心肾失济、心火偏亢之象，吴老认为，若只调中和胃，引阳入阴，不清心泻火，也难入寐，故以温胆汤调中和胃，加酸枣仁、柏子仁、丹参滋养心液，加黄连清心泻火，加肉桂、远志交通心肾，配丸药常服，久病缓图，驱邪而不伤正，终于痊愈。

评述：考交泰丸有三种组方，但李东垣在《脾胃论》中所创之方及明医龚云林《增补万病回春》中的交泰丸，均已很少为今人所用，而今人所用的多为明代走方医韩飞霞在《韩氏医通》中所创的交泰丸。该方将黄连、肉桂共末，炼蜜为丸，主治心肾不交，怔忡失眠。然原方无剂量，后人因该方取黄连直折心火而为君，肉桂引火归原，导上亢之肾经虚火回返肾脏原宅，故认为应用时黄连与肉桂剂量之比当不少于3:1，甚至有医者按10:1之量去应用黄连与肉桂的，读者可根据患者症状酌



定，但黄连之量一定要3倍于肉桂，否则不仅无安神之效，反会因肉桂之辛热助长相火，致烦躁有增，更难入寐矣！韩飞霞虽为一走方医，但因创制很多药简效捷的验方（如青囊丸、三子养亲丸等），而受后人极高评价（参见《名家教你读医案》第1辑第6讲）。

案13 不寐 曹女，30岁，干部。

1964年5月8日初诊。1956年曾作心脏二尖瓣手术，近几年思劳太过，胸膈发闷，咳痰白黏，口苦，胃不思纳，恶心欲呕，气短乏力，失眠，二便调，月经色红量多，腰痛，8~9天净，白带多。检查：苔薄白，脉寸濡小，余细小数。辨证：心肺阴虚，胃热上逆。治法：补虚清热，降逆和胃。济生橘皮竹茹汤合百合苏叶煎加减。方药：橘皮、竹茹、沙参、麦冬、生枇杷叶、茯苓、生百合、炒酸枣仁、丹参、川贝母各9g，知母6g，生甘草4.5g，紫苏叶0.9g。

5月13日二诊：5剂咳减纳增，夜寐转佳，二便均调，仍胸闷气短，白带多，苔薄白，脉左寸沉细，余沉细弦。去丹参，加炒山药9g。

5月22日三诊：服药8剂，夜眠正常，未再呕恶，胃纳佳，精神好，惟感胸闷，中午咳嗽，痰少，舌脉同前，按二诊方去竹茹、生枇杷叶、紫苏叶、麦冬，加远志4.5g、当归、炒谷芽各9g。后经随访，夜眠一直很好。

原按：曹女发病于心脏手术后，吴老分析病机认为，病之本在于思劳太过，五志化火，消烁阴液，系心肺阴虚致病，故有胸膈发闷、咳嗽痰白、气短乏力、失眠等症；病之标系久病胃虚，气失和降，故有口苦、纳少、恶心欲呕。若补虚清热只治其本，则胃气不和，升降失调，阳不交阴，难以入寐；若降逆和胃只治其标，则心肺阴虚，内热不解，百脉受累，仍然不寐。故应守治则，补不足，泻有余，调其虚实，以通其道去其邪，以百合知母汤加川贝母养阴清热，止咳化痰；加酸枣仁、丹参滋养心液；紫苏叶引阳入阴，以通其道；陈皮、竹茹、沙参、麦冬、枇杷叶、茯苓、甘草和胃降逆，补虚清热，如此标本兼顾，药后症除。

评述：《金匱要略》23条云：“哕逆者，橘皮竹茹汤主之。”方由橘皮、竹茹、人参、甘草、生姜、大枣组成，主治因胃中虚热导致胃气上逆引发的哕证。南宋名医严用和在《济生方》中，将该方加茯苓、半夏、麦冬、枇杷叶，对哕呕少食、胃热喜饮者效尤佳。因曹女之症，显系胃热上逆，心肺阴虚，故吴老取本方颇为合拍。考虑人参偏温，而易以丹参，对心脏手术后致失眠，月经过多尤妙。

（五）宣肺

脾不化湿而聚痰于肺，肺不布达则脾气失输，故治理中州也须与宣肺并举。以期气顺痰消，上中二焦之气机恢复正常，此亦临证中常用法则。

案14 湿痰咳嗽 刘女，47岁。

1950年6月11日初诊。咳嗽半月余，痰白黏，胸闷腕胀，甚则喘促，头晕，



乏力，口干，便秘。舌苔薄白，脉滑数。辨证：肺胃两热，失于肃降。治法：清热宣肺，降气止咳。拟苏子降气汤加减。方药：杏仁泥、浙贝母、天花粉各9g，炒苏子、橘红、姜厚朴、白前、桔梗、炙紫菀、炒枳壳各4.5g。4剂，咳止，诸症痊愈。

原按：刘女湿痰咳嗽，口干便秘，苔黄，脉数，知其肺胃皆热，法取清宣润降，故以苏子降气汤去半夏之温燥，配川贝母清化，去前胡加白前兼制其喘，佐以枳、桔宽胸畅气，杏、菀、天花粉宣肺化痰止咳，防止热盛伤阴。药味不多，但面面俱到。吴老治痰，半夏、贝母常不并用，因其燥润之殊。此案辨治理路清楚，一丝不苟，药精力专，故收效显著。

评述：苏子降气汤有降气平喘、止咳化痰、利胸快膈、通秘和中、纳气归原之效。吴老临床数十年中，应用该方时，既不用肉桂，也很少用沉香。且随症佐以疏表、清热、降逆、平喘、止咳、祛痰、化湿、润燥、缓肝、温肾、消食、逐饮等品，不拘一法，不执一端，因症化裁，归纳了“苏子降气十三法”，理法精深，方药灵活，既有原则，又有运巧，可补前人之所未备，乃为后学之典范。

案15 痰喘 朱男，47岁，干部。

1965年8月31日初诊。久患痰喘，屡治屡发，近又感冒，不发烧，声粗气短，呼吸不畅，胸闷腕满，痰白难咳，饮食一般，大便略干，小便调，夜眠欠佳。舌苔淡黄腻，质红，脉象沉滑数。辨证：久患痰喘，脾肺两虚，现肃降失职，痰热内壅。治法：本虚标实，急先治标，理肺定喘，清热化痰。拟定喘汤加减主之。方药：款冬花、炒杏仁、半夏、茯苓、桑白皮、海蛤粉各9g，白果6g，紫苏子、橘红、黄芩各4.5g，甘草3g。9月3日二诊：3剂痰喘渐平，更方治本巩固疗效。

原按：吴老认为朱男痰喘属外邪引发，但无表证，脉证只见痰热交阻于肺，肺失肃降，故知病之标在肺，本在脾，如古人所说：“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”先是脾虚生湿聚痰，上犯于肺，影响气机出入，后又感受外邪壅遏肺气发病。故用定喘汤脾肺并治，因无表邪，用药只宜清降不可宣表，恐麻黄宣散伤其肺卫，使气虚喘剧，所以去麻黄，加海蛤粉咸润，清热祛痰，使热清、气降、郁开、痰消，肺能肃降，从而达到驱邪不伤正的目的。

评述：定喘汤为治风寒外束，痰热内蕴，痰多气急，咳嗽喘逆之代表方。其与苏子降气汤主治粗看似同，但细辨却颇有出入：即该方多用治外寒与肺热均较甚者，故取麻黄10g，杏仁5g，辛散外邪，桑白皮10g，黄芩5g以清肺热；而后方所主治者，其外寒与内热均不明显，而以病人原患的宿疾留饮致胸闷咳喘，咽喉不利，食少神倦为甚，病机在于上实下虚，宿痰壅膈，因方中配入当归，又有养血润燥、扶正通肠之功。前方重在表里同治，亦可看作表里双解剂；后方重在调理上下气机，兼有扶正祛邪作用，学者应用当细辨之。

总之，吴老遵循“治中焦如衡，非平不安”的原则，通过对脏腑的协调平衡而达到调理中焦之目的。景岳云：“善治脾胃者，能调五脏也。”吴老经验当属此列。



三、温中健脾

中焦气机的转运全赖阳气的温煦和推动，故治理中焦常以温运为法。对常见的脾胃虚寒胃痛者他喜用良附丸配四君子汤，散寒温中，佐助健运。另寒湿伤脾则脾弱不运，脾阳不温则更易停湿感寒，故中州气虚者常见寒湿之象，温中健脾对此类患者亦极为适用。

案16 胃脘痛 甘男，49岁，军人。

1964年4月22日初诊。1943年患胃脘痛，1958年查有胃溃疡、十二指肠壶腹部溃疡、胃黏膜脱垂、胃下垂。刻诊：脘腹胀痛，怕冷喜按，易饥少食，泛酸嘈杂，口干少饮，便秘。舌苔白，尖边赤，脉濡缓。辨证：胃寒久积，中阳不运，肝失条达，气郁犯胃，寒热夹杂，虚实并见。治法：寒热并投，温中散寒，疏郁泄热。拟良附丸合枳连二陈汤加减。方药：香附、台党参、清半夏、茯苓、火麻仁各9g，高良姜、陈皮、炒栀子、焦山楂炭、姜厚朴各4.5g，炒黄连3g。

4月25日二诊：3剂后便畅行，脘痛、腹胀、泛酸、嘈杂均减，仍易饥少食，口干少饮，夜眠好，舌脉同前。加吴茱萸0.9g。

5月3日三诊：6剂后，胃痛、腹胀、泛酸、嘈杂均消，尚少食闷满，身倦乏力，苔薄白润，脉濡弱。再健脾养胃，温运中阳。改香砂六君汤。方药：台党参、生白术、茯苓、清半夏、炒白芍各9g，炒六曲6g，陈皮、焦山楂各4.5g，生甘草、木香各3g，砂蔻仁各1.5g。

原按：甘男为胃寒久积，中阳不运，肝失条达，气郁犯胃，证见寒热夹杂，以良附丸合枳连二陈汤去甘草，加台党参、吴茱萸、川厚朴、火麻仁、焦山楂温中散寒，疏郁泄热，通腑降浊，痛止症除。因仍少食闷满，身倦无力，故改用香砂六君汤健脾养胃，温运中阳，善后调养。

评述：甘男胃痛22年，且未系统认真诊治，已现寒热夹杂、虚实并见的棘手局面，故吴老采用寒热并投、扶正祛邪兼顾的两妥治法。当二诊热象渐退时，立即弃苦寒的连、枳，而易以香砂六君温中健脾，终获佳效。另初诊虽便秘，他虑患者病久而未浪投大黄，却以火麻仁9g以润肠道，也颇值初涉临床者效仿。

案17 小儿泄泻 韩男，1岁。

1961年8月16日初诊。腹胀泄泻，便下奶瓣挟水，量多色黄，尿短少，不思纳，面黄神倦。舌淡苔白，脉缓弱，指纹右手淡红，左手暗淡。辨证：脾虚肠寒，运化失权。治法：温脾止泻。拟葛术汤加减（经验方）。方药：炒扁豆6g，炒白术、炒白芍各4.5g，煨葛根、炒山药、车前子各3g，煨姜3片，煨肉豆蔻2.5g，煨木香1.5g。2剂。

8月18日二诊：药后泻减，胀轻，精神转佳，加茯苓4.5g。又2剂而痊。

原按：吴老强调治小儿泄泻，当补脾益气治本，清里导滞治标，若体壮而病轻



者，重在治标；若体弱病重者，重在治本。根据辨证求因，权衡轻重，标本兼顾，在调理脾胃同时，辅以宣肺缓肝。治脾要和胃，治胃要健脾，使胃气强能纳，脾阳振能运。遣方用药，要做到升中有降，补中有消，方可疗效显著。

评述：韩婴系脾虚肠寒之泻，吴老认为脾喜燥，肠喜温，今脾虚阳陷，大肠虚寒则久泄不禁，治应温脾升阳，补不碍滞，方用葛根、白术、煨姜温脾升阳，扁豆清暑和中，山药培脾固肠，白芍和里缓急，木香行气导滞，肉豆蔻暖胃固肠，茯苓、车前子渗湿利水，其症痊愈。吴老经验方葛术汤药物未予明示，颇憾。但白术、葛根、木香，复诊加之茯苓，此四药皆钱乙《小儿药证直诀》中的七味白术散中之药（还有人参、藿香、甘草），吴老虑患儿虚不受补，故以山药、扁豆以代人参、甘草；因寒较甚，则以肉豆蔻易藿香，辨证之细，遣药之精，极堪师法，故能两诊即痊。

四、升举清阳

脾虚气陷，清阳不升则滑脱下坠。王好古《此事难知》曰：“下者举之，非下者故当举也，以其本高，而失之太下，故举之而使高。”所以升举清阳之法也是治理中州的常法。脾虚湿聚、中州气陷者水湿亦下趋。而升举清阳有利运脾祛湿，对中下二焦因寒湿所致之疾患，尤有实用价值，此亦可看作为治理中州之法。

案18 泄泻 刘男，40岁，干部。

1964年4月24日初诊。泄泻已6年之久，屡治屡发，现又肠鸣腹泻，完谷不化，月余未止，纳呆化迟，畏冷喜暖，心悸少眠，四肢酸懒，小便可。舌苔薄白，脉沉细缓弱。辨证：脾虚湿困，清阳下陷。治法：补脾升清。以三白汤加味治之。方药：炒白术、炒白芍、白茯苓各9g，泽泻6g，煨葛根、煨木香、陈皮、砂仁各4.5g，生甘草、煨肉豆蔻各3g。

4月27日二诊：服药3剂，症减，眠食均好，全身轻松，舌淡苔白，脉沉细缓弱。原方加胡桃仁6g，补骨脂9g。

5月3日三诊：服药6剂，泄泻已停，眠食可，惟腰痛无力，苔薄白，脉同前。去葛根、木香、砂仁，加生牡蛎、山茱萸各9g，五味子3g。

7月3日四诊：又6剂停药，泄泻2个月未发。仍四肢酸软，腰痛无力。巴戟天、炒山药、萸肉各30g，枸杞子、白术各24g，茯苓18g，杜仲、杭白芍、陈皮各15g，牡丹皮、泽泻各12g。共末，神曲糊丸，梧子大，早晚各服20丸。

原按：本案以三白汤加葛根升阳益胃，肉豆蔻固肠止泻，继以健脾温肾收功。

评述：刘男久泻6载，且肠鸣完谷，畏寒神疲，故吴老断为脾虚湿困，清阳下陷，以自拟三白汤加葛根升阳举陷，砂仁、肉豆蔻温肾固肠。二诊复加补骨脂，更增温固之功。6剂泻止后，又以牡蛎、萸肉、五味子酸收固本，取代香、砂、葛根，症变则药易，于兹可见宏富经验。末诊以六味地黄丸去地黄之腻膈碍泻，加白术、陈皮健脾调中，巴戟天、杜仲温肾，白芍和血敛肝，共末，神曲糊丸，终收全功。



在《吴少怀医案·附·吴老常用方剂应用法》第11方三白汤中，仅有白术、白芍、白茯苓三味药（与北宋名医杨士瀛《仁斋直指方》中的三白汤药同），与本案所言三白汤药物显异，不知何故？学者读名家著作时，对疑惑处一定要多问几个为什么？否则难以长进。

案19 白带 李女，37岁。

1962年9月8日初诊。近1年来白带多，时白、时黄，无味，头晕乏力，腰酸腿软，纳食减少，月经量中，按期，大便微干，小便频数。舌苔薄白，脉沉细弱尺涩。辨证：脾虚失运，阳气下陷，带脉不收。治法：劳者温之，陷者举之。拟补中益气汤加减。方药：台党参、生白术、茯苓、炒山药各9g，黄芪、当归、炒椿皮各6g，炙甘草3g，柴胡、升麻各1.5g。

9月11日二诊：服药3剂，白带减，腰痛轻，少腹痛止，纳增眠好，二便调，脉舌同前。前方有效，加量再进。上方改黄芪为9g，柴胡为3g。

9月14日三诊：服药3剂，白带渐止，腰痛轻，配丸药巩固。台党参、生白术、茯苓、炒山药、黄芪各30g，当归、炒椿皮各24g，炙甘草9g，柴胡、升麻、黄柏各6g。共末，六曲糊丸，梧子大，早晚各30丸。

原按：李女患白带年余，症见头晕乏力，腰酸腿软，纳食减少，小便频数，脉沉细弱尺涩，知其脾虚失运，阳气下陷，带脉不收，故以补中益气汤加减收敛。此即《内经》“劳者温之，损者益之”之意。

评述：明末清初妇科大家傅青主说：“夫带下皆是湿证，而以带下名者，因带脉不能约束而有此病也。”当代中医新秀湖南中医药大学毛以林博士，在对经络学说穷20余年研究后，认为“带脉为病概言之，可分虚实两候，实证缘于带脉阻滞，虚证责之带脉迟缓”（参见《步入中医之门2——被淡忘的经络辨证》）。王女之病显属虚证，故吴老以补中益气汤治之有效。湖北名老中医朱祥麟在所著《医学发微》中云：“带下病证不单责之五脏，不单责之冲任，实应当究责冲、任、督、带四脉，并结合寒热虚实阴阳以辨证。”笔者认为所言极是，故读者若欲治好错综复杂的带下病，必须系统掌握奇经八脉的辨治要领，可参阅毛、朱二君之书及近代中医妇科大家朱小南的《妇科经验选》（参见《名家教你读医案》第1辑16讲）。

治带下病的炒椿皮，按理应为椿根白皮，又名臭椿皮，学名实为樗白皮，乃苦木科植物臭椿的根部或榦部的内皮，苦涩而寒，功主除热、燥湿、涩肠、止血、杀虫。主治带下崩漏、遗精、白浊及久痢久泻、肠风便血。而椿白皮实为香椿皮，药用楝科植物香椿的树皮或根皮的韧皮部。性味功效同樗白皮，却止带略逊；杀蛔较胜。可见两物常被混用，学者需知。

五、清化湿热

土不胜湿则湿邪袭之，久则酿蕴生热，故中焦之病咎之湿者多矣，吴老调理中



焦，亦推清化为主要法则。另因《冯氏锦囊秘录》说：“痰之动，湿也，主于脾。”故吴老除用清化外，还常将化痰、除湿、消饮等法均在调中健脾时配合使用。

案20 张男，45岁，干部。

1965年5月31日初诊。便溏日数次，带黏滞物，胃脘痛，心烦少眠，口鼻干燥，不喜饮，晨间口苦，下肢浮虚。舌苔淡黄腻，脉沉细滑。辨证：脾胃不和，中虚兼热。治法：健脾益气，清热化湿。三白汤合异功散、香连丸加减。方药：白茯苓9g，生白术、白芍各6g，陈皮、煨木香、通草、炒谷芽各4.5g，西洋参（先煎）、生甘草、炒黄连各3g。

6月3日二诊：5剂后，大便调，胃纳增，口鼻仍干，下肢微肿，苔白黏，脉沉缓，服药有效，仍健脾清中。方药：炒山药15g，茯苓、清半夏、制香附、白扁豆、石斛各9g，炒六曲6g，陈皮、焦山楂炭4.5g，炒黄连1.2g。服药5剂，诸症均除。

原按：久病脾胃不和、中虚兼热，吴老以三白汤合异功散去泽泻，加黄连、木香、通草、石斛健脾益气，清热化湿，继以和中消滞而痊愈。

评述：张男初诊已近芒种之仲夏季节，天近趋热，且伴心烦少寐，口鼻干燥，故吴老用了西洋参，在《医案集》185例案中，这是不多见的。但量仅3g，为防其凉补太过对泻不利。笔者还认为，张男或许是高干，想服补品，吴老不得已而开之。总之，泄泻用西洋参，不论对何型患者，均似无太大意义。如防泻多水脱阴伤，用米炒北沙参足矣！考通草为五加科植物通脱木的茎髓，甘淡凉，入肺胃，功主泻肺利尿，下乳汁，本案用之，一乃消下肢浮肿，二乃因“利小便可实大便”焉！

黄连与木香同用，为治消化道疾病最常用的一个药对，由二药组成的成药香连丸，亦常被医家布包后与他药同煎治胃肠道病。但该方出处极多，药物组成亦有出入。读者购求现今市场所销之香连丸或其他成药时，望一定细阅组成，切不可仅看方名相同，即张冠李戴地随意服用，以防贻误治疗。

案21 孙男，7岁。

1964年11月8日初诊。泄泻2个月余，现大便稀薄，量多色黄，日4~5次，腹痛，纳少，小便可，喉中有痰。舌苔薄白，脉濡缓。辨证：脾虚停痰泄泻。治法：健脾化痰止泻。拟二陈汤加味。方药：炒山药6g，清半夏、茯苓、橘红、白芍、莲肉、车前子各4.5g，白术3g，煨肉豆蔻、木香各1.5g。

11月11日二诊：服药3剂，大便转好，日2次，略稀，胃纳佳，舌苔薄白质红，脉沉缓。去车前子、木香，加扁豆6g，煨葛根1.5g。

原按：吴老认为脾虚停痰作泄不可见泄止泄，必先治其痰，以二陈汤健脾燥湿化痰为主方，酌加山药、莲子、木香，温脾和中，煨肉豆蔻止涩固肠，车前子利湿止泄，效著，后加煨葛根以升清阳，诸症消失。最后以参苓白术丸补气健脾和胃渗湿巩固之。其调治中焦虽以清化为重要法则，但并非一概攻伐，而是考虑证情和病



人体质，有攻有补，恰到好处。

评述：原按曰：“吴老认为脾虚停痰作泄不可见泄止泄，必先治其痰。”此乃《内经》“治病必求其本”的大妙之言。张景岳在所著《类经·论治类》中引名医王应震“见痰休治痰，见血休治血，无汗不发汗，有热莫攻热，喘生休耗气，精遗不涩泄，明得个中趣，方是医中杰”之言，吴老实属“医中杰”了。

六、降气化痰

中州气聚，当降不降则反逆而上，故调理中焦又需掌握降逆通腑之法。而气聚不散又易累及血分，即气滞而致血瘀，故中州之疾见有气血瘀滞者，吴老则以行气化痰为法。

案22 林男，37岁，干部。

1964年11月2日初诊。嗝气频作，胸闷、腕满已3个月，现呕吐少食，吞咽不爽，消瘦，乏力，大便不利，面色晦暗。舌苔薄白尖赤，脉沉细滑。辨证：肝胃失调，气逆不降。治法：辛开苦降，和胃镇逆。旋覆代赭汤合橘枳生姜汤加减。方药：旋覆花、北沙参、半夏、麦冬各9g，赭石6g，陈皮、炒枳实各4.5g，生甘草3g，姜黄连1.5g，生姜0.9g。

11月5日二诊：服药3剂，胃腕舒适，嗝气已止，食欲少增，舌苔薄黄，脉沉滑缓。改用理气和中、清热化痰法，拟枳桔二陈汤加减。方药：清半夏、茯苓、制香附、沙参各9g，陈皮、桔梗、炒枳壳各4.5g，生甘草3g，黄连1.5g，生姜0.9g。连服药8剂，收功。

原按：林男辨为肝胃失调，气逆不降，故投旋覆代赭汤合橘枳二陈汤理气和中，清热化痰，巩固疗效。

评述：《金匱要略》第6条：“胸痹、胸中气塞、短气，茯苓杏仁甘草汤主之，橘枳姜汤亦主之。”吴老将治胸痹轻证的橘枳生姜汤巧妙地移用于治林男的嗝气、呕吐，乃抓住了其有“面色晦暗”的独处藏奸之症，且伴胸闷，脉沉细滑，虽未确诊为“冠心病”，但已有此病的先兆症状了，故投以该方是十分对症的。

案23 吴男，46岁，教师。

1963年3月15日初诊。左胁痛连及少腹痛已4个月，眠较少，纳尚可，腹胀，大便欠畅。舌苔薄白润，脉沉细弦。辨证：肝气犯脾，气郁阻络。治法：疏肝理脾，行气散郁。仿四逆散加味。方药：白芍、茯苓、香附各9g，枳实、青皮、白芥子各4.5g，柴胡、甘草、片姜黄各3g。

3月18日二诊：服药3剂，胁痛减，眠食同前，大便干，苔薄白，脉同上，肝气稍畅。去姜黄、茯苓，加麻仁9g，川厚朴、炒麦芽各4.5g。

3月21日三诊：3剂胁痛止，其他均正常，苔脉同前。加清半夏9g，神曲4.5g，姜3片，枣2个。续服药3剂而愈。



原按：因肝脉布胁，胆脉循胁，故胁痛皆属肝胆为病。凡气血食痰风寒瘀血滞于肝，都可致痛。如《医学正传》说：“凡胁痛，皆肝木有余……凡性急多怒之人，常患腹胁痛。”胁痛初病在经，久则入络，是因经主气，络主血。治法不外《内经》所说甘缓、辛散、酸泻三法。肝为刚脏，用药必以柔济才好。吴老认为，胁痛当分左右，左胁痛者，多肝郁气滞化火，应疏肝行气通络；右胁痛者，多脾湿化热生痰，应理脾化痰通络。另胁痛实证居多，不可骤补，以免助邪阻络。本案为肝脾不和，气郁作痛，由经入络，故取四逆散，用柴、枳配青皮，疏肝理脾，升清降浊；芍、草酸甘缓急；加香附、片姜黄、白芥子行气活血，通络散结。二诊又加麻仁润燥通便，厚朴理气，炒麦芽疏肝和胃，药后病除。其常用青皮治胁痛，因该药擅入肝胆，凡性急多怒，胁腹气郁而痛者，可取其行气疏郁，则其病自解。若肝胆二经气血不足，当先补血，少佐青皮，疏郁而不伤正也。

评述：吴老之高足在原按中将胁痛的因、机、治法与吴老的用药经验阐述得细致深刻，实乃一篇不可多得的胁痛医话。马继松曾在一次教材编写会议上建言：“临床课教材的文献摘录一栏，不宜完全引用古代医家之言，而应适当收录近现代甚至当代名家之言，这样不仅易读易懂，且较切合临床应用。”

七、清热养阴

中州气聚则常常郁遏成热，火结内生，灼津耗液，使阴分被劫，致病势虚实夹杂，缠绵难愈。故清热养阴亦是调中之一法。

案24 食亦 邱男，41岁，干部。

1960年10月4日初诊。能食易饥，日见消瘦，面色黄，唇紫，病已年余，夜寐多梦，肢麻乏力，头面及下肢轻度浮肿，大便干燥。舌苔薄白，脉沉细数。辨证：阳明湿热内蕴，耗伤津液，善食而瘦，称为食亦。治法：滋液润燥，兼清湿热。拟桂苓甘露饮加减。方药：生熟地黄、生枇杷叶、石斛、茵陈、炒白芍各9g，天麦冬各6g，炒黄芩、炒枳壳各4.5g，桂枝1.5g。

10月9日二诊：服药5剂，食后知饱，二便调，左胁不舒，肢麻已减，浮肿同前，脉转有力，苔薄白腻。胃热已减，脾湿未清。仍按上方去麦冬、白芍，加茯苓9g，桂枝改为2g。长期水煎服。

1961年4月6日三诊：5个月后，诸症均减，多食易饥基本消失，消瘦乏力显好。脉转沉缓，苔薄白，湿热已除，胃阴渐复，改健脾和中以巩固，仿六君子汤加味：台党参、生白术、茯苓、清半夏、酸枣仁、生牡蛎各9g，陈皮、木香、砂仁各4.5g，炙甘草3g。

原按：食亦最早见于《素问·气厥论篇》“……大肠移热于胃，善食而瘦，又谓之食亦，胃移热于胆，亦曰食亦。”一般解释“亦”是怠惰之意。古人认为，手阳明大肠主津，足阳明胃主液，食亦是此二经津液亏耗，燥结失调而致，多按消渴



病的中消施治。故前人多治以清热滋液润燥。吴老认为，食亦是饮食移易而过，不生肌肉。此男初病阳明湿热内蕴，久伤津液，故善食易饥。胃病损脾，脾不能为胃行其津液，水谷精微失于输布，故消谷而瘦，怠惰无力，面肢浮肿。治应滋养津液，清热利湿并用。因胃热伤津液，宜滋润，脾损湿留，宜通阳化湿，故选用桂苓甘露饮，取二地、二冬、石斛滋液润燥，黄芩、茵陈清热祛湿，枳壳、枇杷叶抑气降火，桂枝、茯苓通阳化气导湿从小便出，配芍药以制桂枝辛温，此法治胃不损脾，治脾不伤胃，相辅相成，互相兼顾，后以健脾和中滋其化源而痊。

评述：邱男症状虽类似上消，但因未检出高血糖，只能按食亦辨治，投以滋液润燥、兼清湿热的大法是完全正确的，但选方应为甘露饮（吴老所用之药也是甘露饮方中之药），虽加了桂枝，但绝对不可称桂苓甘露饮，因张元素与张景岳所创桂苓甘露饮均与此大异，故只能称甘露饮加减方（该方组成为生熟地黄、天麦冬、石斛、枳壳、黄芩、枇杷叶、茵陈、甘草。吴老之方乃该方去甘草，加白芍与桂枝）。

案25 胃阴虚 王男，42岁，军人。

1965年9月1日初诊。患十二指肠球部溃疡及胃溃疡10多年，胃脘常痛，喜接纳少，口干唇燥，右胁及腰部隐痛，大便干黑（有隐血），尿黄，面萎黄无华，消瘦。苔薄白，舌质红，脉沉细数。辨证：肝胃气痛，郁热伤阴。治法：柔肝泄降，养阴和胃。拟叶氏养胃汤合金铃子散加减。方药：北沙参、炒扁豆、肥玉竹、麦冬、麻仁、白芍各9g，延胡索、炒川楝子、生甘草、炒栀子各4.5g。

9月6日二诊：服药4剂，胃脘痛止，大便畅行，右胁仍痛，纳呆少眠，苔少质红，脉同前。去麻仁、延胡索，加炒山药、酸枣仁各9g，焦山楂6g。

9月29日三诊：服药20余剂，诸症基本消失。近因过劳腕肋微有不适，眠食二便均可，苔薄白露质，边尖红，脉沉细。去炒川楝子，加炒谷芽9g，青陈皮各3g。

另以玉竹30g，浙贝母、海螵蛸、连翘、炒山药、陈皮、白芍、炒谷芽各18g，麦冬15g，生甘草12g。共末蜜丸，梧子大，早晚各服20丸。服药1料后，痊愈。

原按：胃阴虚之胃脘痛，多由久病脾胃虚弱，食少不化精微，阴液亏乏，或肝郁化火，伤及脾胃之阴所致。吴老认为，胃阴虚之说始于清代叶天士。叶氏认为，凡胃阴虚所致胃脘痛、虚痞、不食、口干唇燥、烦渴不寐、大便不爽，皆胃中津液不足之故，治宜用降胃之法，但既不是辛开苦降，也非苦寒下夺，以损胃气，而是以甘平或甘凉濡润，以养胃阴，使津液恢复通降，用药应忌香燥，以免重伤胃阴。如本例属肝胃气痛，郁热伤阴。故吴老用养胃汤加金铃子散、白芍、麻仁、炒栀子、生甘草柔肝泄降，养阴和胃。药后显效，继以山药、炒酸枣仁、焦山楂酸甘化阴，柔肝和胃，汤丸并进而收功。

评述：王男因病已十数载，故肝郁难免也，其化火犯胃，伤阴耗液，亦为舌红、脉数、消瘦、口干等所证实，所用叶氏方亦极合拍。尤其是原按中详述了叶桂对降



胃的认识，均说明吴老不仅熟谙仲师之说，且亦对叶、吴（瑭）之学精研颇深，诚不易也！当今部分“火神派”拥趸者认为，用叶桂之轻清之法过于平淡，而孜孜以求用附子、肉桂、干姜，且均大剂，不事辨证，却梦想取关公杯酒斩华雄之伟功，贻祸多矣。奉劝读者在读此案及上案的同时，细阅《名家教你读医案》第 1 辑第 9 讲《善用清法启后人》与第 14 讲《常以滋阴解沉痾》二文，便知吴老与董建华、蒲辅周二位中医泰斗是“心有灵犀一点通”的。

《慎斋遗书》谓：“治病不愈，寻到脾胃而愈者甚多。”朱丹溪说：“中州为元气之母。”调治中州可增强正气，调动人体防御机制。《吴少怀医案》中诸多验案均为立足脾胃、调治中州的典范，值得后学阅读领悟。

（吴华强 马继松 闵海燕 韩 婷）

第12讲 善调脾胃师叶李

——程门雪诊治脾胃病医案理法方药思路评述

程门雪简介参见本书第3讲。

已故原上海中医学院程门雪院长对消化系统疾病的诊治积验甚丰，今选择《程门雪医案》中的部分相关佳案，略作评述，与读者共赏。

一、施治以厚土缓中

程氏在对脾胃病的治疗中，遇高年久病及脾胃虚弱伴见发热症状者，从不浪用苦寒退热之品，而是宗李东垣《脾胃论》的“饮食不节则胃病，胃病则气短精神少，而生大热”及喻昌、尤怡“温补中气，俾土厚则火自敛”之旨，采用厚土缓中之法。

案1 刘女，74岁。

1955年3月4日初诊。宿恙胃脘痛，频频举发，痛则呕吐黄水，呕后寒战发热，逾时方退。脉虚弦，苔薄。此肝脾气机不和为痛呕，营卫循序失常为寒热也。古稀有四高龄，须防正不支持。煨瓦楞子12g，茯苓9g，白术、制半夏、川楝子各6g，陈皮、紫苏梗、酒炒大白芍各4.5g，春砂壳3g，桂枝、炙甘草各2.4g，左金丸2.1g（包煎），煨姜1片，红枣3枚。

二诊，脘痛、呕吐大减，苔薄，脉转缓弱，纳食较香。肝脾之气渐和，高年虚象已见，再以前法加以扶土。上方去左金丸加炒党参4.5g。

原按：此例治用“土厚则火敛”之法。《脾胃论》云：“饮食不节则胃病，胃病则气短精神少，而生大热。”《兰室秘藏》更言“气衰则火旺，火旺则乘其脾土，脾主四肢，故困热……表热自汗。”营卫出于中焦，为水谷所化。本例胃痛、呕吐，发作频频，必然导致生化不及，营卫亏虚，循行失其常度，而生寒热。方中用桂、芍和其营卫；甘、术、枣厚土缓中；姜、桂温寒止痛；川黄连反佐，并能止呕。

评述：本例刘姬除胃痛、呕吐外，发热亦为主症之一，故程老宗李东垣《脾胃论》《兰室秘藏》之说，在厚土缓中的同时，并用桂枝、芍药调和营卫；其退热之法实即甘温除热的一种具体应用，配入左金丸、川楝子、紫苏梗以调和肝脾气机而取效。其治法体现了中医治病的整体观念和调节气机在治疗消化疾病中的重要性。在脉案中程氏强调指出患者“古稀有四高龄，须防正不支持”，故用药剂量较轻，这种因人制宜的做法，值得我侪重视。关于“厚土缓中”一法，程氏不仅在理论上研究有素，在临床实践上也大大拓宽了它的应用范围。若读者再结合清代吴澄《不居集》之养脾阴学说，章楠《医门棒喝》中所倡“温健脾胃，佐以滋润”“疏利肝



胆，佐以凉润”的“利机枢”之学说，应用于临床，定将造福于更多的脾胃病患者。

案2 张男，43岁。

1965年5月11日初诊。胃反，食则呕吐，脘痛，胸中热辣，泛酸频频，苔薄，舌有裂纹，脉弦涩。胃失通降，拟和胃安中。煅赭石、煅瓦楞子各12g，制半夏、清炙枇杷叶（去毛，包煎）、旋覆花（包煎）各9g，茯苓8g，橘红、炙刺猬皮各4.5g，左金丸3g（吞）。3剂。

二诊，胸中热辣已见轻减，脘痛绵绵如故。宿恙呕吐频频，泛酸吐食，舌裂，脉弦涩。病属胃反，再宗原方加减。上方去云茯苓，加灶心黄土60g（煎汤代水），煅赭石、煅瓦楞子各15g，煅白螺丝壳12g，姜竹茹、娑罗子各9g。3剂。

三诊，胸膈烦热已退，脘痛已瘥，呕吐酸水次数减少，苔薄滑，脉弦涩。仍以和胃降逆治之。灶心黄土60g（煎汤代水），煅瓦楞子、煅赭石各18g，煅白螺丝壳15g，旋覆花（包煎）、娑罗子、清炙枇杷叶（去毛，包煎）各9g，制半夏、姜竹茹、炙刺猬皮各6g，薄橘红4.5g，左金丸3g（吞），沉香片0.9g，3剂。

四诊，诸恙均减，原法不变。原方去姜竹茹，左金丸改2.1g（吞），加炒延胡索3g。3剂。

原按：本例食入反出，脾阳受损，又有胃脘疼痛、烦热吞酸等肝胃不和之证。脉象方面，涩为血少，正是胃反症纳食衰少、营养亏损之故。胃反而见弦脉，是肝气犯胃之症，所以《濒湖脉学》谓“为难治”。程老以旋赭二陈汤和胃降逆，健脾燥湿，佐姜竹茹、枇杷叶清胃热止呕吐；以左金丸合煅瓦楞子、白螺丝壳治肝经火郁，泛吐酸水；以刺猬皮、沉香片、娑罗子、灶心土等温中调气，散寒止痛，清温并投，取得疗效。舌裂为过吐伤阴之象，呕减则舌苔亦渐转滑。刺猬皮祛瘀活血，理气止痛，为噎膈胃反的常用药，其气味腥恶，焙干吞服，胃弱者不易接受，以炒焦煎服为妥。灶心土止吐作用很好，对噎膈泛吐酸水者尤为适合。

评述：本例虽为脾阳虚损，然又兼胃阴不足，脘痛、烦热吐酸，乃肝胃不和也。程老所用左金丸，因黄连用量6倍于吴茱萸，故有清肝泻火、降逆止呕之功。由于胃气得滋润则降，故窃以为，若再加米炒麦冬、石斛，滋养胃阴，将更有利于胃阴虚的胃气和降，则张男之“胃反”尤易愈矣，读者以为然否？娑罗子（一名天师栗、开心果），甘温，可宽胸、理气、杀虫，主治胃寒胀痛、疟疾、虫证及痢疾、疟疾等。晚清后，一些医家又将其用治劳伤吐血。白螺丝壳为田螺科动物之陈旧螺壳，甘淡平，功主化痰散结，止痛敛疮。擅治热痰咳嗽，胃痛吐酸。灶心土学名伏龙肝，辛温入脾胃，功专温中燥湿，止吐止血。可治反胃呕吐、腹痛泄泻、吐血便血、妊娠恶阻、崩漏带下等病。然此价廉效验之良药，今之药肆已无售者，颇憾！如农村也难觅得以柴草为薪熏烧的灶底中心之土块，可以向阳的黄土墙的泥土在铁锅中翻炒，至老黄略黑代用之，但煎药时须布包同煎，若以其煎汤代水煮其他药则更妙。



另由此案观之，程老心目中的“厚土”不仅指益脾气，升脾阳。因“六腑以通为补”“胃喜润恶燥”，故滋胃阴、降胃气亦程氏“厚土”之一途。此乃其治胃病常获显效之关键，读者如能结合《名家教你读医案第1辑·第9讲》学习，定将有更深的体会。

二、遣方遵经时并重

治疗脾胃病，程氏往往能单以经方而获效。若遇症状纷繁、寒热夹杂之疑难痼疾，他又善将经方、时方合用，并结合异病同因、异因同病等遣药定方，终获效机。

案3 夏女，成年。

1970年2月13日初诊。呕吐昨起已8次，甚至呕清水。心悸，夜不安寐，脉弦滑，苔腻而润。拟苦辛酸泄化之。淮小麦15g，云茯苓、炒竹茹、仙半夏各9g，广陈皮4.5g，淡干姜、炒枳实、花椒炭各3g，川雅连1.8g，炙乌梅1.5g。

二诊，昨投苦辛酸泄化之法，1剂而呕吐即安，夜眠亦稳。再用原法佐以和胃，俾得安谷。上方去乌梅、花椒炭加白秫米6g（包煎），炒香谷芽12g，炙甘草1.5g。

原按：本例用经方乌梅丸合《千金方》温胆汤法，泄胆和胃，降逆止吐，略佐养心之品，一剂而安。程老在重视扶脾阳的同时，更注意清养胃阴，如以清养胃阴法治嘈杂案。程老常用反佐法，如本方黄连与干姜、花椒、半夏相配，以辛为主，苦是反佐；乌梅与干姜、花椒、半夏为配，也是以辛为主，酸是反佐。本例呕吐清水，脉滑苔腻，虽胃中有痰浊，尚未化燥伤阴，故以温中止呕为主。频频作呕，脉弦，可见胆火上逆，急迫不安。黄连、乌梅除反佐以制约辛热外，苦能泄降，酸主收敛。至于心悸不能安寐，程老则辨为胆气逆、胃不和之故，所以本方只用淮小麦一味，以养心气，治疗重点在胆、胃。

评述：呕吐临床常见有胃寒、胃热、伤食、痰浊四种。本例呕吐频作，甚至呕清水，心悸不眠，苔腻而润，脉弦滑。乃胃寒兼痰浊之呕吐。《内经》曰“辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴。”故程氏用苦、辛、酸、泄、化之法，反佐治之，一剂而安。乌梅丸为仲景治疗蛔厥及久痢之症的要方；温胆汤为理气化痰、清胆和胃之剂，正如罗东逸论温胆汤“和即温也，温之者，实凉之也”。可见该方治胆胃不和，痰热内扰，虚烦不眠，呕吐呃逆之证颇妙，与乌梅丸相合，治夏女因寒热不和所致呕吐恰到好处。另温胆汤还可通过清化痰火收安神定悸之功，故二诊夏女睡眠亦稳也。若非对方剂之功效了然于心，并经临床大量验证，焉能收此一石二鸟之奇功。

一些病程长变化快的危重大证，程老常能根据病情，或先用经方后用时方，或先用时方后用经方；或先经方时方并投，待病势缓解后，改用时方收功。

案4 姚男

于初春感邪，病仅5日，却寒热高亢，得汗不解，头痛颇剧，胸闷泛恶，腹泻肠鸣，苔腻口苦，脉浮濡滑数。此为“春温之邪夹湿滞内阻，肠胃运化失常”证。



甘露消毒丹（包煎）15g，金银花炭、清豆卷、滑石各12g，朱赤茯苓9g，焦栀子、泽泻各6g，煨葛根、制半夏、酒黄芩各4.5g，银柴胡、薄荷（后下）各3g，姜黄连1g。二、三、四诊均随证略予损益。

五诊：患者寒热退后，神萎气怯，头眩仍甚，胸闷纳呆，口淡而干，便通而燥，溲黄渐清。此“治余邪只须用轻扬之品，治里湿亦只用芳香轻宣，无须再用重药，耗散体力”，改予《温病条辨》的三仁汤与桑菊饮复方缓调以收功。

原按：该方取栀豉汤、小柴胡汤疏表治发热胸闷；用葛根芩连汤清阳明经腑，以治高热便泄；用泻心汤开泄湿热，治其泛恶；佐用辛凉解表，宣发头面风热以治头痛；佐以淡渗之药清利湿热兼实大便。故3天即热退、泻止。

评述：葛根芩连汤原为《伤寒论》治表邪未解又夹里热下利的代表方。姚男显为感触风湿，故程老宗叶桂“开肺气治风湿泻，温中阳治寒湿泻，利小便治暑湿泻”之旨，将其与茯苓、泽泻、滑石共用，并又伍入甘露消毒丹，经、时方并投，不仅使泻止，且消化道的胸闷、泛恶等症亦随之而轻。

三、选药喜轻灵清淡

程氏平生用药可分三个阶段：28岁前以大刀阔斧见称；四五年后，程氏医名与日俱长，社会中、上层者求诊者渐多。此类患者少经风雨，多表虚里实体质，若像对皮毛致密、脾胃健运的体力劳动者那样施以重剂，恐致僨事，于是不得不改以经方的精炼配合时方的轻灵为主，一直延至新中国成立前；此后因劳动人民求诊复多，又恢复了药重的旧习，进入第三阶段。由于第二阶段为时近二十载，故在运用徐之才“轻可去实”法方面，积累了十分宝贵的经验，而为后人所称道。如对年迈、体虚、病久、病危一类虚中夹实之重证者，常用轻补、轻清、轻宣、轻化、轻开、轻香、轻下等品治之，每收转危为安之功。其对脾胃病患者运用此法，尤多独到之处：一是选药讲究，如白豆蔻、缩砂仁用壳，厚朴、佛手用花；二是精求药物炮制，陈皮、干姜用蜜炙，苍术用米泔水浸，半夏用竹沥水制，藿香、青蒿、野蔷薇、香稻叶、枇杷叶、荷叶、蚕豆花、白荷花、金银花等每用鲜品或制露而用；三是对桂枝的运用别具一格，仅用0.3g煎水炒白芍，桂枝煎水后则弃之。凡此种种，均以制药物之辛散、苦泄、温燥的偏性，或仅取其轻清芳香，颇能成自家风骨也。

在处方用药剂量上，程氏强调“当如东垣法，宜轻不宜重。药物的作用，是导引，是调理，是流通。所谓四两拨千斤是也。”一般辛香理气药只用15~45g，辛热之品不超过3g，健脾益气之味亦只不过9g而已。对纳谷呆钝者，更反对以重剂而伤其已残之脾阳或灼耗将殆之胃阴。

案5 张男，75岁。

1958年8月18日初诊。形肉消瘦，不思纳谷，大便难，口甜苦，曾有呃逆，呕吐绿水，脉细弦，苔薄。用清养气阴、化痰降逆法。炒香谷芽15g，煨瓦楞子12g，



金石斛、炒香枇杷叶（去毛，包煎）、竹沥半夏各9g，旋覆花6g，姜汁炒、橘白络各4.5g，吉林参须2.4g（另煎冲），左金丸2.1g（包煎），玫瑰花4朵。5剂。

二诊，大便已通，口苦甜亦瘥，呕吐止，呃逆停，胃纳不香，形肉消瘦，腹胀足肿，脉细弦苔薄。根本已伤，高年须防变端。前方出入治之。上方去玫瑰花、姜竹茹，加济生肾气丸12g（包煎）。5剂。

原按：本例上有呃逆、呕吐，下有大便难，是关格之症，腹胀、足肿系脾虚，口甜口苦则为胃有湿浊，症势虚实夹杂，不能一意养胃健脾治其根本，必须去其胃中湿浊，使能纳食方可受补。老年大虚夹实之症，用药之先后、轻重很有讲究。程老仅用吉林参须、金石斛二味气味轻清之品以养胃阴、生胃气，治其本虚，而不用白术、山药、甘草等守中的健脾药，意义可取。其余如半夏、黄连、竹茹化湿降逆，旋覆花、枇杷叶肃肺，橘白络、谷芽和胃，玫瑰花理气宽胸，也是选取较为轻清之药虚实兼顾。此外，本例在清养气阴、和胃降逆、轻清治上的方法中，加入济生肾气丸以固肾气之本，药虽重浊，但用量较轻，故不致碍胃。

评述：由于病患已久，形肉消瘦，可知此例老者气阴两虚为导致关格的主要病机，且日久则血凝气滞，湿浊中阻；便结则壅遏化热，津液干涸，而形成大虚夹实之证，若浪投大补大泻，欲速则反不达。程老考虑再三，而以清养胃之气阴法治本虚；用化湿降逆、肃肺理气之法以祛其实，方可免峻补、猛攻所带来的弊端。同时用固肾之济生肾气丸以调其本，肾司二便，不专通便而便自通，且有防止再度复发的可能。由此可见程氏辨证精细、用药慎妙之处。

案6 张女，66岁。

1955年6月初诊。呃逆，胃不能纳，神萎气怯，手指蠕动，口糜满布，脉虚弦。高年寒热退后，阴伤而湿热不化，胃气渐败，虚风已动，症势险重，故拟一方冀其转危为安。煨龙齿、淮小麦、炒香谷芽各12g，米炒麦冬、辰茯神各9g，炒黄川贝母6g，吉林参须（另煎冲服）、炒香橘白、制半夏各4.5g，炙远志3g，野蔷薇2.4g，姜黄连0.9g。

原按：本例大虚夹实，而胃不能纳，难进大补。用吉林参须，轻清补气，使已败之胃气能够受纳，已馁的正气得以挽回。程老认为川贝母能化阴虚之痰热，有生津养胃之功，炒黄后可略制其寒性，与橘白、野蔷薇、香谷芽等同用，有轻香去浊、苏开胃气的作用，合泻心法以清化湿热，而止呕恶。程老对年迈体虚、病危、病久虚中夹实的复杂重症，常用轻补、轻清、轻宣、轻化、轻开、轻香、缓下等法，这是《徐之才十剂》中的“轻可去实”法，也是李时珍的“轻可去闭”法。

评述：呃逆大体有胃寒、胃热、胃虚、胃实之分。本例为高龄病后大虚又夹实的呃逆。程氏则采用轻补、轻化、轻清、轻香法治之而获效，要在通过益气“厚土”、养胃“缓中”之法，使虚风自息矣。其应用“轻可去实”与“轻可去闭”之法，为



老年病的辨证用药，提供了重要参考。若久病呃逆虽断续发作，但呃声不高常为胃气衰败之症，学者当高度重视之。蔷薇花乃蔷薇科植物多花蔷薇的花朵，又名白残花，功可清暑，和胃，止血。主治暑热吐血，口渴，泻痢，疟疾，刀伤出血。橘红一药，为橘皮外层的红色部分，其性味功用基本同于橘皮，仅药力较峻于橘皮也。而橘白为橘类果实的白色内层部分，即除去橘红后的橘皮，因其味偏甘，故其效较橘皮为缓。而多种橘类果皮内层的筋络，则为橘络，甘苦而平，虽理气化痰之功输于橘皮，但通络之效却略胜一筹，学者当鉴上述诸药之功而采用之，方可领悟“橘子一身皆为宝”也。

四、善后常推崇归脾

对脾胃病的善后，前贤常仁智各异，而程氏则独主用《济生方》之归脾汤，认为养血可以柔肝，从而防肝之横逆；补气可以健脾胃，则可御肝之克伐。王旭高曰：“归脾汤补脾之营也；补中益气汤益脾之气也。”然归脾汤已有参、术、芪、草等补脾气之品，实可双益脾之气阴，故在慢性脾胃疾患大证渐瘥后，程氏皆以此方损益调理，充分体现他在重视扶脾气的同时，亦注意对脾胃阴津的调护，使患者病愈后体质恢复较快，且病情反复者明显减少。

案7 徐男，成年。

1949年2月15日初诊。形寒内热，腕中痛，呕恶，目热如火，头眩，口疮。枳实栀子豉汤治之。煨瓦楞子12g，炒香豆豉、赤茯苓各9g，黑栀子6g，广陈皮、炒川楝子、佛手柑各4.5g，枳实炭3g，野蔷薇2.4g，左金丸1.5g（吞），荷叶边1圈。

二诊：形寒、腕痛、目热如火均见轻减，呕恶、口疮、头眩如故。再从前方出入。上方加炒杭菊花6g，白蒺藜9g。

三诊：腕痛痞闷不舒，呕恶稍和，口疮亦瘥，苔薄，脉弦。再方泄肝和胃。煨瓦楞子12g，娑罗子、茯苓各9g，制半夏、川楝子、佛手柑、陈皮、紫苏梗、沉香曲（包煎）、白芍各4.5g，春砂壳2.4g，左金丸（吞），制川朴各1.5g。

四诊：前进泄肝和胃之剂，泛恶已止，腕中仍痛，又见背寒。拟予前方出入，再加桂枝法和营温中。煨瓦楞子12g，炒谷麦芽各9g，炒白芍、紫苏梗、娑罗子、川楝子、陈皮、沉香曲（包煎）、佛手柑各4.5g，革澄茄、延胡索各3g，制川朴、春砂壳各2.4g，左金丸1.5g（吞）桂枝0.9g。

五诊：腕痛轻减，背寒未尽。仍从原方出入治之。煨瓦楞子、煨白螺丝壳各12g，娑罗子9g，炒白芍、川楝子各6g，紫苏梗、陈皮、沉香曲（包煎）、佛手柑、炙刺猬皮各4.5g，革澄茄、延胡索各3g，白豆蔻壳2.4g，桂枝0.9g。

六诊：前方合度，诸恙均瘥，惟眠欠安。守原意佐归脾法，以资调理。煨瓦楞子、淮小麦各12g，茯神、当归身、酸枣仁各9g，米炒麦冬6g，炒党参、佛手柑、



川楝子、白芍各4.5g，炙远志3g，炙甘草2.4g，桂枝1.5g，红枣4枚。

原按：本例见目热、口疮等症，是为胃气不和，肝胆之火夹胃热上升，先用枳实栀子豉汤、左金丸、栀子厚朴汤等清上宣中，并加入疏肝和胃法。二诊以后上焦热象渐撤，但脘痛未止，背寒又起，乃气机郁滞、营卫失调之故，改以疏肝和胃为主，加入桂枝汤法，药后营卫得调，胃气得和，脘痛背寒等症渐趋向愈，以后再用归脾法调理。程老治疗肝胃病，常用归脾之类以善后，他认为调补气血颇为重要。养血可以柔肝，以减肝之横逆；补气可健脾胃，以御肝之克犯。

评述：程氏所治徐某胃痛案，六诊后，诸恙均瘥，惟夜眠欠安，仍守原意佐归脾法调治而痊愈。《名医方论》认为归脾汤“其药一滋心阴，一养脾阳，取乎健者，以壮子益母。”用其作为善后主方，寓有“虚者助之使通”之意，与当代著名中医学大家董建华教授所说“治疗胃病必须强调和气血”的观点不谋而合，学者不可以其治法一般、用药平淡而忽略之。佛手柑即佛手，《闽书》称佛手香橼，为芸香科植物佛手的果实。该药辛苦酸温，功专理气化痰，主治胃痛、胁胀、呕吐、噎膈、痰饮咳喘，并能解酒。本品为最为平和的行气和胃疏肝之品，乃治消化道疾病的最常用药之一，但却很难保管，梅雨季节极易变黑且霉变，并因价格较昂，故一些药肆在夏令有时不备，可以同科植物枸橼或香圆的成熟果实香橼以代之。

案8 唐男，中年。

1934年初诊。脾胃同为坤土，而有阴阳之不同，脾为阴土，喜温喜燥；胃为阳土，喜柔喜和。今纳弱而便结善饥，胃阴不足为主，脉细涩，苔花剥。法当清养胃阴为主，健运为佐。芡实、长须谷芽、薏苡仁各12g，米炒原金斛、茯神、扁豆、莲肉各9g，生白术、瓜蒌皮、炒川贝母各6g，橘白络各4.5g，藿香2.4g，春砂壳1.2g。

原按：本例从善饥一症，知其运化尚好，问题不在脾；从纳食不旺，知病在胃。参以便结和脉象、舌苔而诊断为胃阴不足。程老采用参苓白术散和资生丸等方，选药轻灵清淡，此法易被体虚胃弱之人接受，是治疗脾胃病的常用方法。

评述：嘈杂病因有胃热、胃虚、血虚之异，但主要责之为胃阴受损而不足。故本例嘈杂程氏用轻清之味，滋养胃阴法治之而获效。明代虞抟《医学正传·心腹痛》曰：“所痛之部，有气血阴阳之不同，若概以行气消导为治，漫云通则不痛，夫通者不痛，理也，但通之之法，各有不同。调气以和血，调血以和气，通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通；无非通之之法也。若必以下泄为通，则妄矣。”故程老用归脾汤作为脾胃病的善后调理，恰合“虚者助之使通”之大旨。大病初愈的患者，脾胃的功能大多仍偏虚弱，故程老之选方当为胃疾初愈者的最佳之方也，读者以为然否？

（董胡兴 马继松）

第 13 讲 融会新知通为用

——章次公诊治胃病医案理法方药思路评述

章次公简介参见《名家教你读医案》（第 1 辑）。

《章次公医案》由章老门人朱良春先生执笔，1980 年由江苏科学技术出版社出版。有幸拜读，深感其功不凡。全书共载医案 720 余则，内容详而有要，说理深而不奥，充分印证了章老一贯主张“遵循张仲景辨证用药的法则治疗疾病”的学术风格，正如中国中医科学院中医医史文献研究所余瀛鳌教授所说：“近代名医医案出了不少，我认为《章次公医案》是最好的一本，可与叶天士《临证指南医案》相媲美，按语精炼朴实，没有空洞的话语。”兹撷取《章次公医案》中所载有关胃病治案若干，其案例丰富多彩，临证触类旁通，组方巧妙，按语精要，启发良多，聊附评述，与读者共飨。

一、融会新知，证病同辨

《章次公医案》胃病门共载胃病医案 83 例，患者多为劳苦大众，限于当时的医疗条件，仅有 X 线钡剂造影作为临床参考，但章老不囿于传统的辨证方法，在病案中直截了当地引用西医的名词术语，并借鉴现代医学的知识加以分析，若没有大量的临床经验与独特见解，必不可能“开此风气之先”。章老一贯主张“发皇古义，融会新知”，强调辨证要尽量结合辨病，临床上要尽可能做到“双重诊断，一重治疗”，所谓“双重诊断”，即中医的诊断和西医的诊断，也就是把中医的辨证与西医的辨病结合起来，在治疗上把“治证”与“治病”结合起来，仍然用中医中药一种方法治疗。章老的这种学术思想在胃病门医案中处处可见。

肖案：胃脘痛，痛有定时：一为午后三时许，一为午夜二时许。十二指肠溃疡多有之。

欧阳案：凡胃脘痛，得食能舒者多属胃酸过多，其痛多剧于黄昏时；由胃酸过多酿成十二指肠溃疡，亦属可能之事。

李案：胃痛已八年，多作于食后三小时许，得食可稍缓，曾有黑粪史。其为溃疡病，殆无疑义。

史案：舌苔半光剥，溃疡病多作此状。古人谓属之阴虚，香燥药不能用。叶天士治此种胃痛嘈杂，创养胃阴之法。可见胃病不尽是吴萸姜桂证也。

陈案：胃痛多作于食后两小时许，进硬固食物则其痛更甚，溃疡病之嫌疑最重。



凡此等证过用香燥刺激之品，未有不僨事者。慎之！

裴案：曾经呕吐黑水，大便亦黑。今吞酸嘈杂，作于食后三四小时，脐上自觉板硬而痛。颇疑是溃疡病，切忌辛辣刺激性食物；否则呕血便血，势所难免。

高案：胃痛开始多作于饥饿时，得食则减；其痛由渐加剧，乃至食前食后皆痛，曾呕吐紫黑色物。今经常嘈杂、饱闷、腹泻。古人属诸痰火，切忌辛香燥烈药。

王案：往日胃脘痛，有发作性，数月来连续不休；近则呕吐黑水。此胃之黏膜有溃疡。

桑案：舌中剥，其剥在舌根，大多胃黏膜有炎症或溃疡。

上述病案中章老从胃痛是否有规律、是否泛吐酸水、得食是否痛减等诸方面来判断是否为消化性溃疡。他归纳了胃、十二指肠溃疡的主要症状：胃脘痛有定时，吞酸嘈杂，得食则舒，其痛日久可伤及血络，络损血溢，或解黑粪，或呕吐紫黑色物。章老能在20世纪40年代借鉴西医来研究中医，确属难能可贵，充分彰显章老的革新创造精神。章老治病强调辨证结合辨病，区别其为功能性，抑或为器质性，对于把握疾病的实质，了解其标本所在，恰如其分地处方用药，具有重要意义。值得吾侪深入学习和研究。

二、师超叶李，善治溃疡

（一）消瘀护膜，独创验方

章老认为一旦辨明为溃疡病，则表示胃部有实质性变化。章老明确指出：“溃疡性之胃酸过多，徒用和中之品无益，消炎收敛类而有刺激者，亦无益。”“胃病不尽是吴萸、姜、桂证，辛香燥烈之品对溃疡病之疼痛诚属所忌。”不少胃、十二指肠溃疡病患者舌苔光剥，多是由于气郁化火，灼伤胃阴，或长期使用辛香燥烈药所致。香燥药不仅耗伤胃阴，且易导致溃疡出血，因此章老避开了习俗常用的香燥理气药，独创治疗溃疡病的经验方。

案1 李男

胃痛已8年，多作于食后3小时许，得食可稍缓，曾有黑粪史。其为溃疡病，殆无疑义。凤凰衣、玉蝴蝶各30g，轻马勃、象贝母各20g，血余炭、琥珀粉各15g。共研细末，每服2g，1日3次，食前服。

原按：患者经钡剂造影确诊为复合溃疡，共服上方两料，复查龛影消失，而告痊愈。这是一张治疗溃疡病很别致的经验方，效果好，价廉，值得进一步研究和推广。凤凰衣有养阴清肺之功，除善治久咳、咽痛失声外，还可用于颈淋巴结结核、溃疡不敛。它是先生治疗溃疡病的常用之药。玉蝴蝶功擅润肺、疏肝、和胃、生肌，除治咳嗽、音哑外，又善治肝胃气痛，疮口不敛，还有补虚、宽中、促进食欲之功。其与凤凰衣同用，起协同作用。马勃长于清肺利咽、解毒止血，既能护膜，又可疗疮。象贝母具有清热泄降、医疮散结之功，对于溃疡病之胃痛吞酸，尤为适宜。琥



珀不仅为镇惊安神药，而且有化瘀止血、疗疮散痛作用。血余炭主要有消瘀止血作用，与马勃同用，治溃疡病出血极佳。本方虽药仅六味，但从辨证与辨病相结合的角度出发，可谓老药新用，而又丝丝入扣，颇能启发后人。

评述：药虽六味，但具镇痛止血，保护溃疡面；祛瘀和血，促进溃疡面愈合之功能，不失为治疗溃疡病的佳方。叶天士治疗胃病注重养阴，补东垣补气升阳之未备。章老治疗胃溃疡病，创立了养胃消瘀、护膜医疡之大法。从立法到选药，清新灵活，较之叶氏又进一步。

（二）制酸止痛，护膜医疡

消化性溃疡属中医“吞酸”“胃脘痛”之范畴，故章氏治疗胃、十二指肠溃疡病以制酸止痛为首务，以保护胃黏膜，促进溃疡面愈合，在用药上自具特色。除用上述经验方外，还喜用煅瓦楞子、煅鸡蛋壳、白螺丝壳、赤石脂、滑石等含有钙质的药物以制酸；还常取当归、桃仁、杏仁并用，行滞化瘀止痛。

案2 赵男

溃疡性之胃酸过多，徒用和中之品无益，消炎收敛类而有刺激者，亦无益。瓦楞子（煅）、杏仁泥各30g，当归、柿饼霜（包）各12g，云茯苓、延胡索、黄柏炭、五灵脂各9g。

原按：此方具有止痛、制酸、消炎、收敛的作用，而无刺激性，适用于溃疡病之胃酸过多。但煅瓦楞子最好研细末吞服，则制酸力量更为显著。

案3 肖男

胃脘痛，痛有定时：一为午后三时许，一为午夜二时许。十二指肠溃疡多有之。

杏仁泥12g，瓦楞子、百草霜、云茯苓各9g，琥珀3g，六轴子1.2g。共研细末，每次饭后一个半小时服1.8g。

原按：此系护胃镇痛、化瘀生新之剂。百草霜一味，主要取其收涩之性，对溃疡面之修复有所助益。六轴子为杜鹃花科植物羊躑躅的果实。性味苦，温，有毒。功能祛风、止痛、散瘀消肿。治风寒湿痹，历节疼痛，跌打损伤，痈疽疗毒。用量：内服研末入丸散0.3~0.9g。

评述：章老制酸所选煅瓦楞子、煅鸡蛋壳、白螺丝壳、赤石脂、滑石等药多为含有钙质的药物，且均无刺激性，瓦楞子、鸡蛋壳煅后，其制酸之力增强。其中赤石脂尤值一提，该药是一味收涩固脱药，善治久泄久痢，然此物又为治胃病之佳药，因其具有“收涩、止血、收口生肌、疗溃疡不敛，厚肠胃”之功，既可制酸，亦可保护消化道黏膜，止胃肠道出血。用当归、桃仁、杏仁等来止痛，取其既能行滞化瘀，达到止痛效果，又均含有油质，对溃疡面有保护作用。柿饼霜是成熟的柿子，经日晒夜露1~2个月制成柿饼，其上生出的白色粉霜，即为柿饼霜。柿饼霜治口腔黏膜溃疡有良效，具清凉润胃作用，故亦能保护胃黏膜。以上用药充分体现章老治



疗胃、十二指肠溃疡病处方用药均以保护胃黏膜为先，以促进溃疡面愈合为目的的学术观点。

案4 徐男

胃酸过多之原因甚繁，因拂逆而起者属于神经性，古人所谓肝气犯胃；受寒而起者属于消化不良，古人称谓胃寒。胃溃疡亦有胃酸过多，其溃疡即因胃酸过多而起者。他则胃分泌不正常，则因胃之实质变化。凡胃酸过多，对症疗法多用钙剂中和之。原因疗法：消化不良者如吴茱萸汤；肝气拂逆者如逍遥散、一贯煎；胃溃疡者当保护胃黏膜，如吸着剂旋复代赭汤、独圣散之滑石。亦有胃酸不足亦能吞酸者，以上诸法皆无效，受寒则泛泛有酸意而大便溏、腹痛，不受寒则否，所谓一时性之胃酸过多。沉香曲、延胡索、益智仁、萆薢各9g，生艾叶、炮附片各5g，淡吴萸、公丁香、炮姜炭各3g，肉桂末（分2次吞）1.8g。

原按：案中论及治胃酸过多诸法，甚为周详。方药为辛香刚燥之品，殆为受寒而引起胃酸过多者而设。

评述：吐酸一症有寒热之分，并见心烦、口干、口苦、苔黄、脉弦数者，为肝胃郁热，乃肝气犯胃，气郁化热，胃失和降所致；并见脘胀不适，喜温喜按，四肢不温，乏力便溏，舌淡苔白，脉滞缓者，为脾胃虚寒，乃中阳不运，寒邪内生，胃失和降所致；伴苔厚腻者，为湿浊留恋所致，必须认真辨析。本案从用药推证，是为受寒而引起胃酸过多者而设，方中附片、淡吴萸、肉桂、炮姜炭、萆薢、生艾叶均为温胃祛寒制酸药，公丁香、沉香曲、延胡索温中降逆，理气止痛。方中益智仁在胃病治疗中鲜为人用，益智仁温脾暖肾，固气涩精，杨仁斋《直指方》云：古人进食药中，多用益智，土中益火也。《本草求真》：“益智仁，气味辛热，功专燥脾温胃。”章老用于醒脾益胃，温中制酸，确是与众不同。

（三）止血化瘀，医疡护膜

消化道溃疡常见的并发症是胃、十二指肠溃疡合并出血。对于病久入络而曾有出血史者，章老特别提出：“凡此等证过用香燥刺激之品，未有不僨事者。”故善用活络化瘀之品，如五灵脂、全当归等，意在化瘀而不伤新血。对于出血者常用生地榆、伏龙肝、血余炭、百草霜等，配以活络化瘀之品，意在止血而不致停瘀。对胃痛下血者还常用仙鹤草30g、全当归9g、威喜丸9g、柿饼霜12g、阿胶珠24g制成散剂服用，具养血、止血之功，并兼有保护胃肠黏膜的作用。

案5 裴男

曾经呕吐黑水，大便亦黑。今吞酸嘈杂，作于食后三四小时，脐上自觉板硬而痛。颇疑是溃疡病，切忌辛辣刺激性食物；否则呕血便血，势所难免。杏仁泥、煨瓦楞子各30g，当归12g，生地榆、血余炭、延胡索各9g。另：琥珀粉、象牙屑、滑石各9g，为极细末，和匀，每饭后吞服2g。



原按：此症多系现代医学所称之十二指肠溃疡病。方用杏仁泥、当归、延胡索止痛；地榆、血余炭止血；瓦楞子制酸，散剂意在护膜生肌，亦即修补溃疡面之意。

案6 章男

下血后，胃之左侧痛并未消失，可以测知溃疡并未收敛。仙鹤草 30g，阿胶珠 24g，柿饼霜（包）12g，全当归、威喜丸（包）各 9g。

原按：此胃痛下血以十二指肠球部溃疡为最可能。上方具有养血、止血，兼有保护黏膜的作用。先生遇胃痛下血者，常用此法治疗。若制成散剂，则效果更好。

评述：胃溃疡久治不愈，反复发作，其基底部血管被逐渐侵蚀溃破，从而合并出血。上则吐血，下则便血。章老根据明代医学家缪仲淳“宜行血，不宜止血”的治血原则，对于出血者常用止血药配以活络化瘀之品，意在止血而不致停瘀。

伏龙肝，《本草纲目》又名灶心土，为久经柴草熏烧的灶底中心的土块，除有止吐、止血作用外，亦有制酸作用。百草霜为杂草经燃烧后附于灶突或烟囱内的烟灰，朱良春先生认为锅底的黑灰亦在此列，将黑灰轻轻刮下，用细筛筛去杂质即成。《本草经疏》云：“百草霜乃烟气结成，其味辛，气温无毒。辛主散，故能消化积滞及下食也。凡血见灰则止，此药性能止血，复能消化积滞，故主上下诸血及崩中带下、胎前产后诸病。”章老取百草霜收涩之性，止血消积，助溃疡面之修复。对胃痛下血者所选的仙鹤草、全当归、威喜丸、柿饼霜、阿胶珠，具养血、止血之功，并兼有保护胃肠黏膜的作用。其中威喜丸为《太平惠民和剂局方》所载，以茯苓为末，融黄蜡为丸而成，具补益固涩之作用，原用于治元阳虚惫、精气不固之病证。柿饼霜治口腔黏膜溃疡有良效，章老移治于胃溃疡，其效极妙。象牙屑具有清热镇惊、解毒生肌之功，《本草经疏》云其：“治恶疮，拔毒，长肉，生肌，去漏管。”《医学入门》云：“生为末，主诸疮痔瘻，生肌填口最速。”琥珀具有镇惊安神、散瘀止血之功，《本草拾遗》云：“止血生肌，合金疮。”《本草正》云“清心肺，消瘀血、痰涎。”裴案中用琥珀粉、象牙屑、滑石研极细末，每饭后吞服，乃是取其消瘀生肌，去除溃疡面的瘀滞，有利于溃疡面的愈合。这都是章老独到的经验。

名老中医李克绍先生认为十二指肠球部溃疡常有胃肠道瘀滞，这些瘀滞物，实际是溃疡渗出物的积存，以及因胃肠蠕动迟缓，使部分食物或残渣不能顺利下行，又与渗出物混合积久而成。胃肠道瘀滞形成之后，不但疼痛加剧，而且由于胃肠蠕动迟缓，使大便干结，出现多日不大便，暖气食少，腹部阵痛等症。治宜攻下消瘀止痛。如舌苔白腻，偏湿重者用遇仙丹（黑丑、槟榔、三棱、莪术、大黄、木香）；如脉象沉紧，肢冷舌淡，寒象明显者用大黄附子汤（大黄、炮附子、细辛各 9g，水煎服）用大黄附子汤要注意两点：一是必须其人不可呕，呕则病机向上，不宜温下；二是细辛必须用至 9g，至少 6g，因细辛有“辛以润之”的作用，用量过少则肠道不润，且细辛与附子合用，可使久已处于呆滞状态的肠管活动起来，大黄才能起到



泻下作用。上述二老处方选药虽异，然化瘀消滞，护膜医疡，其旨则同。章老在胃病门中详述了治疗溃疡病的经验，却未述及慢性胃炎的治疗。笔者认为主要限于当时条件，胃镜检查尚未开展，而慢性胃炎又不易为钡剂透视所发现。章老治疗的胃痛患者除溃疡病外，实应包括了部分慢性胃炎患者，故上述方法对部分慢性胃炎亦适用。

三、多因致病，以通立法

章老治疗胃病多采用通降之法，强调调整胃肠功能，这是章老治疗胃病的又一特点。胃为水谷之海，主受纳腐熟水谷，以通为用，以降为顺，传化物而不藏。一旦气机壅滞，形成气滞、血瘀、湿阻、食积、痰浊、火郁等，则相因为患，中焦为实滞所阻可使胃失通降；若脾胃虚弱，中焦不运，胃失濡养，则滞自中生。故胃病不论寒热虚实，内有郁滞，不通则痛是其共同的发病机制。寒则凝而不通，热则壅而不降，伤阳者滞而不运，伤阴者涩而不行，治疗以通为法。《医学真传》云：“通之立法，各有不同，调气以和血，调血以和气，通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之立法也。”

（一）气滞胃脘，行气和胃

胃痛的病因很多，但以情志不遂，肝气郁结，横逆犯胃为最多见。肝主疏泄，以条达为顺，胃主受纳，以通降为和，肝气犯胃，胃气阻滞，和降失常，则胃脘胀痛。所以胃脘痛的病因虽不同，但肝胃气机失调是胃痛的基本病机，所以许多医家治疗胃脘痛，均从肝论治。一般均以四逆散合金铃子散加减。对于因胸襟拂逆而胸次窒闷者，章老常用越鞠丸、金铃子散为主方，以泄肝和胃、理气宽中。对疼痛剧烈者常配罂粟壳、六轴子，取其明显的麻醉镇痛之效。

案7 罗男

以胃脘痛为主症，初起是局限性，近则放散性，与饮食无关。考其痛有时或稀，盖气痛也。延胡索、刺猬皮各15g，杏仁、罂粟壳各12g，香橼、旋覆花（包）、乌药各9g，细辛、炙乳没各5g，粉甘草3g。

二诊：作气痛论治，有效，仍之。延胡索15g，金铃子、杏仁、罂粟壳各12g，萆薢、五灵脂（包）各9g，娑罗子、佛手各6g，小茴香5g。另服五磨饮。

三诊：今用镇痛而无刺激之品。刺猬皮15g，杏仁泥、罂粟壳、旋覆花（包）各12g，良附丸、全当归、延胡索、五灵脂（包）各9g。

四诊：胃痛停顿，纳谷不香，精神倦怠，四肢乏力。予异功散加炒谷芽、神曲以调之。

原按：所谓“气痛”，多属功能性的疼痛，故用辛香理气、化瘀止痛等药有效。

案8 尹女

胸次窒闷，迄今2个月之久，胸襟怡悦，则所苦瘥减，可见是肝失条达。醋柴



胡、生枳实、佛手、旋覆花(包)、白苏子(包)、白芍、佩兰梗各9g, 制黑丑6g, 香甘松、广郁金、青皮各5g, 左金丸(吞)2.4g。

二诊: 先是胸襟拂逆, 继之胃肠之功能亦障碍, 食物不消而泄。其胸次之窒闷, 则终日如此。薤白头18g, 神曲15g, 香附、生苍术、川芎、石菖蒲各9g, 乌药6g, 广郁金5g, 制厚朴3g, 上肉桂2g。上药共研细末, 每次吞服1.5g。

三诊: 经投散剂, 症状大见改善。仍用前方。

原按: 初诊用疏泄、降逆之剂。二诊时, 知无动静, 乃改予越鞠丸加减。方中加入薤白、乌药、菖蒲、肉桂等辛香之品, 以增强胃肠功能。果然, 二诊以后病势大有改善。足见因拂逆而致胃肠功能障碍, 若为时较久, 则非一般疏泄、降逆之剂, 所能奏效。证之临床, 往往如此。

评述: 《类证治裁·胃脘痛论治》云: 治法须分新久, 初痛在经, 久痛入络, 经主气, 络主血也。初痛宜温散以行气, 久痛则血络亦痹, 必辛通以和营, 未可概以香燥例治也。在罗案、尹案中章老均用了辛香理气药如乌药、小茴香、细辛等, 辛以通之, 特别在尹案中用薤白、乌药、菖蒲、肉桂等辛香之品, 以增强胃肠功能, 改善了胸中窒闷。方中的罂粟壳、六轴子均系麻醉药, 有明显的麻醉镇痛之效。此二药多用于风寒湿痹、历节疼痛等, 功能祛风止痛、散瘀消肿。罂粟壳用量: 内服研末入丸散0.3~0.9g, 六轴子作煎剂每用1~3g, 用量不宜大, 否则, 可引起中毒。六轴子对呼吸、循环有极强的抑制作用, 其中毒后, 可有恶心、呕吐、腹泻、心跳缓慢、血压下降、动作失调、呼吸困难等症状出现, 严重时可因呼吸停止而死亡。因其两药均系剧毒药, 且罂粟壳久用易成瘾, 章老多用于疼痛剧烈者, 痛定后即停用。此两药现已纳入麻醉药管理药品, 临床治疗胃脘痛一般都不使用。

(二) 瘀血阻胃, 活血化瘀

胃为多气多血之腑, 初痛在气, 久痛入络。久痛入络, 瘀血阻胃者, 宜活血化瘀, 通络止痛, 一般可用失笑散合丹参饮加味, 章老常用当归、桃仁、琥珀、九香虫、五灵脂、炒蚕沙、刺猬皮等以化瘀镇痛、推陈致新。

案9 王男

往日胃脘痛, 有发作性, 数月来连续不休; 近则呕吐黑水。此胃之黏膜有溃疡。伏龙肝30g, 杏仁泥24g, 旋覆花(包)、生地榆、怀山药各12g, 全当归、云茯苓各9g。另: 鸡蛋壳煨研细末, 每次服1.5g, 1日3次。

二诊: 进保护黏膜之药, 呕吐黑水, 其势大减, 痛亦略定。杏仁泥24g, 桑椹子、杭白芍、瓜蒌、延胡索各12g, 云茯苓、玄明粉各9g。

三诊: 服药不得法, 痛又作, 盖经过溃疡面刺激故也。杏仁30g, 杭白芍18g, 怀山药15g, 飞滑石、云茯苓、延胡索各12g, 当归9g。

四诊: 溃疡性之胃痛, 缓和包摄之药, 只能暂缓所苦, 根治纯在食养疗法。杏



仁泥 45g，伏龙肝 30g，山药 15g，云茯苓、玄明粉、黑芝麻各 12g，当归 9g。

五诊：胃溃疡虽见平定，还须注意饮食，佐以散剂以巩固之。五灵脂、全当归、云茯苓、煅瓦楞子各 18g，象牙屑 6g。上药研细末，日 3 次，每次吞服 2~3g。

原按：该患者初病时，异常好食，食后胃内觉舒适，否则即痛。先生最后诊断为胃溃疡，除用药外，并嘱注意饮食。患者遵守所嘱，后遂未再发作。

评述：瘀血内停阻胃，可见胃脘痛如刺如割，痛久拒按，痛处不移，或呕血黑便，或入夜痛甚，痛彻胸背，或食后痛重，舌系带紫暗。舌质暗红或有瘀斑，脉弦涩。对久痛入络者章老常通过化瘀改善局部微循环，去瘀生新以止痛。当归、五灵脂、杏仁等行滞、化瘀、止痛，是章老多年的经验，对溃疡病疼痛确有良效。归、芍同用，可调营血，以缓急止痛；延胡索镇痛，亦具良效；煅鸡蛋壳能制酸，而且可促进溃疡愈合；用伏龙肝，取《金匱要略》黄土汤之意，温中止血。

名老中医董建华先生强调胃脘痛是由于不通而痛，胃痛是不通的外在表现。根据痛与胀可辨别在气在血，胃痛初起，胀甚于痛，病在气分为主；久病入络，痛重于胀，病在血分为主，治法强调通降，调畅气血，疏通壅滞。董老治疗消化性溃疡属瘀久入络之重症，常用猬皮香虫汤，处方：炙刺猬皮、炒九香虫、炒五灵脂、金铃子、延胡索、制乳香、制没药、香附、香椽皮、佛手等，取效甚佳。处方用药与章老相似，其思路立法不谋而合。方中刺猬皮收涩止血，化瘀止痛。用于治疗血瘀气滞之胃脘疼痛。除入汤剂外，亦可用炙刺猬皮研末，每服 3g，日服 2~3 次，效果佳。

（三）寒邪犯胃，温胃散寒

凡因外寒侵袭，内客胃腑，或过食生冷，冷积于中，寒邪凝胃，胃气阻滞，导致胃脘疼痛发作，症见胃凉暴痛，遇冷痛重，纳呆喜热，口淡乏味，或有寒热表证，泛吐清水，大便稀溏，小便清长。舌淡苔白，脉弦紧。称为寒邪犯胃证或寒凝气滞证，宜用散寒温胃法治疗，常用方药良附丸合香苏饮化裁。章老喜用附块、肉桂、炮姜、萆薢、椒目等药，温胃散寒，理气止痛。

案 10 张女

上至中脘，下及少腹，痛有发作性，发则手不可近，此气聚也。延胡索、槟榔、神曲、蚕沙、山楂各 9g，青皮、莪术、皂角子各 6g，肉桂 2g，炮姜 1.5g。

案 11 陈女

离药则胃部依然攻筑上下作痛，此气体也。五灵脂 15g，沉香曲、延胡索各 12g，莱菔子、阿魏、附块、萆薢、川芎、当归、黑白丑各 9g，甘松 6g，川厚朴 3g。上药研极细末，每饭后吞服 2~3g，1 日 3 次。

原按：张案治用温散。其机制在于寒凝则气聚，气聚则痛，故得温则疏通，得散则寒去，气通寒去而痛已。方中皂角子富含油脂，善于走滑，导气下行。陈案亦



用温中行气，作用较上方为强。以散剂小量服之，则邪去而不伤正。阿魏对于驱除胃肠积气有特效，并治疝、痢及顽固泄泻，惟气臭难服，散剂可以胶囊盛贮吞服。

评述：从用药观之，以上两案均因寒凝气滞而胃痛。张介宾《景岳全书·心腹痛》论胃脘痛病因时说：“惟食滞、寒滞、气滞者最多，其有因虫、因火、因痰、因血者，皆能作痛，大多暴痛者多有前三证，渐痛者多由后四证。”而总其大要，“因寒者常居八九，因热者十惟一二……盖寒则凝滞，凝滞则气逆，气逆则痛胀由生。”故临床上寒凝气滞胃痛者亦不少，章老用药，往往让人耳目一新。方中用附块、肉桂、炮姜、荜茇温胃散寒，这是常规用药，其中荜茇值得一提。该药温中散寒，下气止痛，临床用于治疗胃寒疼痛效果很好。此处章老的用药关键是配伍的药物，治胃终不离以“通”之立法，“寒者温之使通”，所用药物别开生面，如蚕沙、皂角子、黑白丑、阿魏等，鲜为常人所用。张案中用肉桂、炮姜温胃散寒；伍以皂角子、槟榔、青皮导气下行；蚕沙、皂角子、莪术渗湿泄浊化瘀；神曲、山楂消食导滞，故寒去气通而痛除。清代王孟英盛赞蚕沙为治“诸霍乱之主药”，乃取其渗湿解毒之功，该品还能化瘀。陈案中用附块、荜茇温胃散寒；用黑白丑、阿魏、五灵脂泄浊化瘀；当归、川芎活血化瘀，养血护膜；川厚朴、莱菔子、沉香曲行气宽中，化浊导滞；延胡索、甘松温中理气止痛。《本草经疏》云：“阿魏，其气臭烈殊常……辛则走而不守，温则通而能行，故能消积，利诸窍，除秽恶也。”此药可取小量填入肚脐内，外加胶布盖上，能温通消积止痛。黑白丑又名牵牛子，其苦辛、寒，有毒，功用泻水、下气、杀虫，治水肿、喘满、痰饮、脚气、虫积、食滞、大便秘结。《本草正义》云：此物甚滑，通泄是其专长。《本草纲目》云其“逐痰消饮”，此药用量不宜大，内服、入丸散，0.3~0.9g；煎汤，4.5~9g，孕妇及胃弱气虚者忌。当代名医姜春华先生对消化性溃疡疼痛剧烈，遇寒而发者，常用制川乌 6g，肉桂 3g，乳香 9g，九香虫 9g，高良姜 6g，温中祛寒，行气活血止痛，常可应手取效。

（四）肝胃郁热，泻热清胃

由于肝胃郁热，火邪犯胃，症现胃脘灼痛，痛势急迫，烦躁易怒，泛酸嘈杂，口干口苦，舌红苔黄，脉弦或数，治宜泻热清胃。常用方大黄黄连泻心汤加味。大黄黄连泻心汤本治胃家实热，胃在心下，故仲景取名“泻心汤”，方中大黄、黄连、黄芩大苦大寒，均具泻火解毒之功，既能泻心火，亦能泻一切实火。吴谦说：“黄芩泻上焦火，黄连泻中焦火，大黄泻下焦火，三焦实火大便实者，诚为允当。”历代医家临床应用范围较广，一治心火炽盛，火犯胃络、吐血、衄血；二治误下而引起之心下痞热；三治伤寒先下后汗，致邪热内陷，而“心下痞按之濡，其脉关上浮”。后人有谓治一切实热火证，或高热烦躁，神昏发狂；或积热上冲，目赤肿痛，吐血衄血，口舌生疮；或下痢脓血；或疮疡肿毒，见心胸烦热，大便干结者，均可用此方泻之。章师治疗胃火内盛所引起的胃脘痛，除用泻心汤加减外，则喜用生石膏、知



母、金银花（或蒲公英）、淡竹茹、天花粉、玉竹等清泄胃热。

案12 郭男

高热3日，胃脘痛剧，拒按，3日不更衣，可知是有形之积，理应通降。苦杏仁18g，全瓜蒌、白芍各12g，枳实、连翘、黄芩、玄明粉（2次冲）各9g，制大黄6g。

二诊：药后胃脘部剧痛大定，但未得畅便，阳明燥气尚炽，仍当清之、攻之。白芍、连翘、全瓜蒌各12g，玄明粉（2次冲）、枳实、地龙、知母、郁李仁各9g，生大黄6g。

原按：此病人高热3日而出现胃脘剧痛、不大便，可能与感染有关，常见病如急性胆囊炎、胰腺炎等，其疼痛部位均与胃相近。此病虽不能确定是何炎症，但既见高热、便秘，则自当与一般胃痛迥异。故用清热泻下，其痛大定。

评述：此乃热邪灼胃，胃失和降而胃脘剧痛，大便秘结，上方用药含大承气之意。大承气汤所治之证，属于阳明腑实，热结胃肠所致，全方通大便而荡积滞，泄邪热以承阴液，使大便得通，实热顿除，则痞满、燥实诸症亦自愈。此方中用大黄合黄芩、连翘意在清泻胃火；玄明粉即芒硝加工而成，软坚润燥，合大黄泻热通便；枳实行气导滞；杏仁、全瓜蒌，一升一降，疏利通达，调整胃肠功能；白芍缓急止痛，故药后胃脘剧痛大定。

案13 王男

急性胃炎亦有高热，舌苔厚腻。曾以治温之法治之无效，热退而痛大作，坐卧不安，苦难尽述。昨以定痛丸救其急，利用石膏之钙披护胃膜之炎，兼能镇静，杏仁之氢氰酸以镇痛，杏仁之油以弛缓痉挛，川黄连为消炎药，其他皆清凉药，服后痛大停。杏仁24g，金银花、天花粉、生石膏（研极细分吞）各12g，玉竹、知母9g，淡竹茹5g。

原按：此案初起高热，舌苔厚腻，乃阳明热盛之征。胃痛而高热，是有取乎石膏、杏仁之类以镇静、镇痛。

评述：此案乃阳明胃火内盛，患者胃脘疼痛大作，坐卧不安，章师用生石膏辛甘大寒，清阳明内盛之热，是为君药。知母苦寒质润，清胃生津，与石膏相伍，增强清热泻火之功，且利用石膏之钙保护胃黏膜。杏仁镇痛，以弛缓痉挛。金银花、淡竹茹、天花粉、玉竹清胃热，养胃阴。全方共奏泄热和胃之功，适用于胃火、胃热引起的胃脘热痛。亦适用于肝胃郁热，火邪犯胃，可用上方加吴茱萸、蒲公英、生白芍、生甘草，清肝泄热，和胃养阴；肝火盛者可加牡丹皮、炒栀子各15g，以清泄肝火。笔者在治慢性胃炎、消化性溃疡伴幽门螺杆菌感染者，每在辨证用药基础上加用蒲公英30g，或再加藤梨根30g，对改善脾胃运化功能，消除胀痛，有较好效果。现代药理研究证实，蒲公英水煎剂对大鼠应激性溃疡有明显的保护作用，能



明显减轻大鼠胃黏膜损害，使胃溃疡发生率和溃疡指数明显下降。《本草新编》云：“蒲公英亦泻胃火之药，但其气甚平，既能泻火，又不损土，可以长服久服而无碍。凡系阳明之火起者，俱可大剂服之，火退而胃气自生。但其泻火之力甚微，必须多用一两，少亦五六钱，始可散邪辅正耳。”蒲公英与金银花，同是消痈化疡之物。蒲公英只入阳明、太阴二经，而金银花则无经不入，金银花得蒲公英则其功更大。足见章老用药之高超。

（五）湿食痰阻，消浊导滞

对于胃气上逆，湿阻、食积、痰浊等浊气壅塞者，章老善用苦辛下泄、宽中降浊的汪氏五磨饮以及辛苦芳化、理气燥湿的二陈汤，常配入椒目、黑丑、大黄之属或增谷麦芽、莱菔子，加平散、丑灵散以消滞泄浊。对胃肠功能减弱者多用薤白、乌药、菖蒲、肉桂等辛香之品，以疏通气机，泄化痰浊，增强胃肠功能。

案14 袁男

以脘闷胀为主症，加味五磨饮主之。乌药、沉香曲、海南片、生枳实、佛手、佩兰梗、谷麦芽各9g，木香3g。

案15 张女

下脘作胀，得后与气，则快然自衰，盖肠胃功能病也。薤白头、全瓜蒌各12g，莱卜子、香椽皮、佛手各9g，石菖蒲6g，川椒目5g，生大黄（研末吞服）2.4g。

案16 王女

以胃脘胀为主症，其胀多作于午后，胀剧则痛，其痛得蜷曲或重按，则稍缓。此消化不良之神经痛。古方五磨饮、越鞠丸、四七汤，皆其选也。生枳实、蚕沙各12g，香附、莱菔子、神曲各9g，川芎、皂角子（同捣）各6g，九香虫5g，生苍术3g，延胡索2g。另服五磨饮。

原按：以上医案，多半均为胃功能衰减，或障碍失调者。其舌苔多白腻或垢浊，质不明，而大便多艰而不爽。所用药物，大都均为燥湿健脾、醒胃调中、行气消胀之品；但选用皂角子、葶苈子、薤白头等，则超乎常规用药之惯例，而为章师独特之经验。皂角子辛温，除有和血润肠之功外，并善治膈痰吞酸。葶苈子《本经》谓其“主癥瘕积聚结气，饮食寒热，攻坚逐邪，通利水道”。故不仅长于泻肺利水，且有消食散满、导滞宽中之功。薤白头辛苦温，乃治胸痹心痛彻背之名品，有理气宽胸、通阳散结之功，尤能下气散血，健胃开膈，对脘胀有著效。故凡有胃胀者，章师悉采用之。此皆章师独到之经验，值得学习和运用。

评述：上述病案，虽记载脉舌不全，但据证分析，显系浊气壅塞胃脘所致。五磨饮子乃《医便》方，处方：乌药、槟榔、木香、枳实、沉香各等份。每次取每味生药1~2g，磨浓汁，温水冲服。功能宽中顺气，降逆破结。能治疗气厥证，亦用于肠胃食积气滞引起的胀满腹痛。越鞠丸为《丹溪心法》方，香附、川芎、苍术、



神曲、栀子各等份，为末，水丸如绿豆大，每服6~9g。功用：行气解郁，主治郁证，系因肝脾胃郁滞，以致气、血、痰、火、食、湿等相因成郁。症见胸膈痞闷，脘腹胀痛，可噎腐吞酸，恶心呕吐，饮食不消等。《成方便读》言：“治郁者必先理气，以气行则郁行，气阻则郁结耳。”治宜行气解郁为先，方中以香附为君药治气郁，川芎活血祛瘀治血郁，栀子清热泻火治火郁，苍术燥湿运脾治湿郁，神曲消食导滞治食郁。痰郁可由气、火、湿、食郁而所生，亦因脾湿所生，若气机流畅，诸郁得解，痰亦随之而消。分析可谓透彻明了。方中海南片即槟榔片，《随息居饮食谱》：“宣滞破坚，定痛和中，通肠逐水，制肥甘之毒。且能坚齿，解口气。”加平散系章老自创方，由平胃散加鸡内金、砂仁组成。平胃散：苍术、厚朴、陈皮、甘草，能燥湿运脾，行气和胃，治湿滞脾胃。方中苍术为君，燥湿健脾，厚朴为君，行气消满，两药相伍，燥湿以健脾，行气以化湿，湿化气行则脾得运化，陈皮芳香理气和胃，加入砂仁、鸡内金，开胃助运。丑灵散亦为章老自创方，由五灵脂、黑丑组成，有消导行滞、通便止痛之功，实证多用之。黑丑又名牵牛子，李杲言其“除气分湿热，三焦壅结。”《本草纲目》言其：“逐痰消饮，通大肠气秘风秘，杀虫。”章老用于消食导滞，常与五灵脂同用。

（六）虚寒胃痛，辛甘温补

对虚寒性胃痛，既取法仲景，用辛甘生阳、酸甘化阴法，选用建中汤，重在滋养强壮、缓急止痛；又取东垣甘温健补、恢复脾运、振奋胃阳之意，常以参、术为君，配以佩兰、厚朴、萆薢、艾叶芳香辛散之品。

案17 邱男

胃脘痛，饥则更甚，其食量不为之减，反稍见增，故多进饮食反稍定，此虚痛也。予黄芪建中汤。

案18 王男

每日有定时之饥饿，多在食前一二小时，进食所苦立释。否则，脐部有痉挛之不快。往者数日即愈，今则缠绵一月有半。饴糖30g，当归、生黄芪12g，白芍9g，粉甘草6g，桂枝5g，大红枣12枚，生姜五片。

案19 叶男

胃痛时发时止，今因受寒而发，神经痛也。杏仁12g，延胡索、佛手、当归、香附、旋覆花（包）各9g，甘松、川芎、高良姜、九香虫各6g。另服五磨饮子。

二诊：前方不能治其胃脘之痛，饥则其痛益甚，改作中虚论治。饴糖30g，白芍18g，全归、谷麦芽各12g，桂枝、黄芪各9g，甘草6g，大枣9枚，生姜3片。

原按：先生对胃脘痛属虚者，常用建中汤，其应用指征是：便难而痛较剧者，用当归建中汤；气虚者，用黄芪建中汤；较轻者，用小建中汤。一般以十二指肠球部溃疡属虚寒型者，用建中汤最为适应。若建中汤加蒲公英30g，其效更佳。所谓



溃疡病虚寒型者，其特征有三：饥饿疼痛，得食则减；得温则舒；得按则舒。凡泛酸而嘈杂者忌用。

评述：胃脘痛得食痛缓，喜进热食，喜温喜按，此乃脾胃虚寒之证。此因脾胃虚寒，中阳不振，胃失和降，得热得按后，可使寒气消散，故胃痛可以暂时减轻和缓解。益气健脾温中的黄芪建中汤被公认为治疗本病的有效方剂。山西省中医研究所早在20世纪90年代初即观察到黄芪、甘草两药治疗本病有特殊功效。现代实验研究证明：生黄芪可防止幽门结扎所致胃溃疡的发生，还能抑制胃酸分泌，减少游离酸的酸度，使胃酸pH上升。甘草补中缓急止痛，其提取物甘草次酸可促进溃疡愈合。

（七）胃阴亏虚，滋阴养胃

对于胃脘痛而舌红苔光剥者，倡叶氏“忌刚用柔”之说。每予魏氏一贯煎法，养肝阴滋胃液，或用麦冬、山药、知母、白芍、黄精及桑麻丸养阴滋液；更用阿胶、龟甲、鳖甲等胶质之品，既滋阴养血，又养胃护膜，以促进溃疡面之修复。

案20 史女

舌苔半光剥，溃疡病多作此状。古人谓属之阴虚，香燥药不能用。叶天士治此种胃痛嘈杂，创养胃阴之法。可见胃病不尽是吴萸姜桂证也。煨瓦楞子（打，先煎）18g，黄精、怀山药各12g，北秫米、知母、白芍各10g，麦冬、云茯苓、川楝子各9g。

原按：舌苔半光剥，是胃阴伤之证。溃疡病见此象，多为气郁化火，灼伤胃阴，故不可再用香燥理气之药。叶天士对此症主张“忌刚用柔”。处方师一贯煎意，用麦冬、山药、黄精、秫米养胃阴，知母、川楝子泄肝胃之热，瓦楞子制酸护膜，茯苓甘平淡渗健脾。知补者能知泻，方尽立方之妙。

评述：舌苔半光剥，是阴津不足，胃失濡养之证，临床可见胃脘隐痛或灼痛，午后尤甚，或嘈杂心烦，口燥咽干，纳呆食少，大便干结或干涩不爽。舌质红，舌苔少或剥脱，或干而少津，脉细数。由于胃痛日久，因寒邪化热，或气郁化火，或胃热素盛，或治疗上长期使用温燥之药，或肝阴虚，肝阳亢，迫灼胃阴，下汲肾水，而致胃液枯槁，郁火内盛，故症见胃脘隐痛或灼痛，嘈杂心烦，口燥咽干；阴伤肠燥则大便干；舌红苔少或剥脱，或干而少津，脉细数或弦细数，亦是阴虚内热的征象。治疗宜养阴益胃：常用方一贯煎加味。方取生地黄、甘杞子滋阴，沙参、麦冬益胃，当归养血活血，川楝子疏肝理气。章老处方除麦冬、川楝子相同外，他用山药、黄精、秫米养胃阴，用知母清胃之热，用茯苓甘平淡渗健脾养胃，较之前人更胜一筹，足堪师法。临床亦可加蒲公英、竹叶以增清胃热之功。纳差者，加神曲、麦芽之类以助胃气通降；吞酸加煨瓦楞子；疼痛较甚，可合芍药甘草汤柔肝缓急止痛；兼有瘀滞者，加丹参、桃仁活血化瘀。笔者养胃阴常喜用石斛，用量20~30g，



《本草衍义》云石斛：“治胃中虚热。”《本草纲目拾遗》云：“清胃除虚热，生津，已劳损，以之代茶，开胃健脾。”凡口干、舌红苔薄少均可使用。对舌红绛无苔，或镜面舌，或舌布裂纹者，用量可增大，常用30g以上，效佳。由于胃喜润恶燥，疏肝理气之品，一般性偏辛燥，易于伤阴耗津，对于胃阴虚需用疏肝理气药时，宜选用一些药性平和而又不太辛燥的药，如香橼皮、佛手、玫瑰花、川楝子、绿萼梅等，还有章老常用的白残花，使调气而不伤阴，补中寓疏。白残花（蔷薇花）亦为章老常用。

案21 欧阳男

凡胃脘痛，得食能舒者多属胃酸过多，其痛多剧于黄昏时；由胃酸过多酿成十二指肠溃疡，亦属可能之事。煅瓦楞子、杏仁各30g，龟甲、五灵脂、鳖甲各24g，生阿胶18g，全当归、云茯苓、山药各15g，赤石脂、延胡索、百草霜、焦六曲各12g，炒枳实、麦冬各9g，共研细末，蜜丸为梧子大，每服二三十粒。

原按：因胃脘疼痛，故用延胡索、杏仁以镇痛，因胃酸过多，故用瓦楞子以制酸；久痛多瘀，故用当归、五灵脂以和营散瘀；痛易耗气，故用山药、茯苓、麦冬以养胃。一般胃痛忌用滋腻，可是先生于本方中用阿胶、龟甲、鳖甲，颇有独到之处。盖此三味，含有胶质，具黏腻之性，既能滋阴养血，又能养胃护膜，促进溃疡面之修复。赤石脂一味，据现代药理研究，有吸附作用，能吸附消化道内有毒物质，保护消化道黏膜，止胃肠道出血，先生常用之。

评述：本案未述及舌脉，从用药上推断，患者已有伤阴趋势，应有口干、舌红苔少等症，说明在病机上已转化为肝胃阴虚，不宜再用香燥理气之品，而应改用滋阴疏肝之法，可用一贯煎加减治之。方中既用麦冬、山药滋阴生津，以清补养胃，更用阿胶、龟甲、鳖甲味厚质重、血肉有情之品，滋阴养血，因均含胶质又具养胃护膜之功，其组方之巧妙，足见其中。

（八）虚实互见，消补兼施，

胃痛一证，当首先分清虚实，实证多因寒邪客胃，饮食失调，肝气犯胃，瘀血内停所致，治以祛邪为主；而虚证多因胃阴不足，脾胃虚弱所致，治以扶正为先；虚实夹杂，则又当邪正兼顾，依据虚实的孰多孰少，邪正的孰缓孰急，然后才能权衡治疗。或以攻为主，或以补为主，或先补后攻，或先攻后补，或攻补兼施，不可固执一方一药，延误病情。章老对于虚实互见，更是选药精当，布阵井然，消补兼施，恰到好处。

案22 张男

无论进食多少，皆胀满难忍。腹中雷鸣，大便难。此肠胃功能不健全，以此方缓图功效。黄芪15g，山药、党参、生白术12g，升麻、鸡内金各9g，木香6g，制番木鳖、莪术、明雄黄各3g，共研细末，每服1.5g，1日2次。

原按：此方一面用升麻协助参、芪补气升提；鸡内金协助山药、白术健脾益气。



盖脾得健运，则胀满自消，是治其本。一面用莪术、木香行气；明雄黄整肠；番木鳖即马钱子，除兴奋延髓外，并为良好的苦味健胃药。是治其标。全方补泻同用，补而不滞，消而不伤，将中西医理融汇于临床实际，确是先生医案的一个特色。

评述：案中所言“无论进食多少皆胀满难忍”，说明脾运不健，导致胃降失和。所谓“腹中雷鸣”，一般说有两种情况，多数是水饮所作，仲景谓之水走肠间，漉漉有声；亦有风邪所伤者，前人谓之“水本无声，风荡则鸣”是也。所以此处的大便难，不是血虚液少的大便干，而是因脾运乏权，湿浊困中，升降失调，津液不能敷布所致。脾健宜升，方中用参、芪、白术、山药益气补脾，配用升麻升清，伍以鸡内金健脾消食，盖脾得健运则胀满自消，此乃治其本。莪术能化食滞，合木香同用，行气消胀；少量雄黄调整胃肠功能；制番木鳖为良好的苦味健胃药，此四味共治其标。全方消补兼施，补而不滞，消而不伤。

案23 吴女

午后胃部隐痛，大便如粟状。其人体弱，神疲，当消补兼施。枳壳12g，党参、鸡内金、白术、谷麦芽、山药各9g，青皮6g，绿萼梅3g。

二诊：近来以吞酸为苦，必欲探吐乃舒，其酸多作于食后2小时许，略进饮食可以缓解，当兼用制酸剂。党参、白术各12g，枳壳、厚朴、鸡内金、乌药、谷麦芽各9g，绿萼梅5g。另：凤凰衣、炙马勃各9g，研极细末，分作21包，每服1包，1日3次，食前服。

三诊：吞酸已止，胃痛亦瘥可。黄芪、鸡内金、山药、白术各12g，乌药9g，青皮、枳壳、川厚朴各6g，绿萼梅5g。另：凤凰衣、上紫桂各9g，共研细末，分作21包，每服1包，1日3次。

原按：初诊为脾失健运，故用枳术丸加味，消补兼施。二诊仍步原法，加凤凰衣、炙马勃以制酸。三诊吐酸止，痛亦瘥可，乃用黄芪补益中气，肉桂温中散寒，山药、白术健脾，青皮、枳、朴、台乌等辛通理气，以善其后。

评述：对于脾胃虚弱，营运消化失常，以致食滞、痰浊、瘀结，患者既可见神疲乏力、便溏的脾虚征象，又见噎腐吞酸、脘腹作胀、舌苔腻的实象，虚实夹杂，治宜消补兼施。枳术丸是其代表方，原方中是枳实与白术两味药，白术用量是枳实的两倍。白术补中健脾，枳实辛温行气消胀，本案改用枳壳，其性较缓，功用相同。初诊枳壳用12g，白术用9g，消重于补，意在以消为主。二诊中枳壳用9g，白术用12g，补重于消，以补为主。三诊中枳壳用6g，白术用12g，补益作用更强，说明气滞食阻已明显减轻。消补兼施尚须根据具体情况决定孰轻孰重，即药随症施，灵活变通。

（九）寒热错杂，辛开苦降

对于寒热错杂之心下痞一症，章师常师仲景小陷胸汤、泻心汤之意，寒温并用，



辛开苦降，从而达到升清降浊、消除痞满之目的。

案24 钱男

病后心下痞，默默不欲食，以辛开苦降。杏仁、薤白头各12g，莱菔梗、姜半夏、佛手各9g，佩兰梗6g，龙胆草3g，生大黄2.4g（挫末），川雅连1.5g。

案25 张男

病后进食不慎，中脘为之窒闷，予加味之陷胸。此方为后世辛开苦降所祖，乃健胃剂也。姜半夏、全瓜蒌各12g，薤白头、佛手、生枳实、葶苈各9g，姜黄连、厚朴（研末吞）各1.5g。

原按：辛开苦降法，起源于张仲景的小陷胸汤、泻心汤。其主要作用是健胃。凡消化功能减退所引起的上腹胀满或伴有便秘者，用之均有良效。

评述：痞者，痞塞不通也。心下即是胃脘，脾胃居中焦，为阴阳升降之枢纽，由于饮食、失治、误治等原因，使寒热互结于中焦，脾胃阴阳、寒热、升降失调，遂成痞证。临床上常见胃脘灼热疼痛，胀满不舒，喜温喜按，暖气吞酸，口干，大便干结，或时干时溏，小便短赤，苔黄腻或白腻，脉细弦或带数，治宜辛开苦降，寒热平调，多以半夏泻心汤为基本方。章老师仲景泻心汤、小陷胸汤之意，取大黄、黄芩、黄连、龙胆草、川楝子，苦寒泄热，又用姜半夏、川椒目、薤白头、杏仁、瓜蒌辛宣泄浊。诚如《成方便读》言：“夫满而不痛者为痞。痞属无形之邪……然痞结于中，则气壅湿聚，必渐至痰食交阻……。”故章老用辛以开之，苦以降之，一辛一苦，一散一降，则无论寒热之邪，痰食之阻，皆可开泄也。

四、熟谙药性，新意别出

章老对本草研究有素，熟谙药物性能，且常自出新意，引申扩展，另辟蹊径，不落俗套，启迪尤多。

（一）善用杏仁，消食止痛

善用杏仁治胃病，即是突出的一例，在胃病80案中，用杏仁者达40次之多。《滇南本草》云杏仁能“润肠胃”。《主治秘诀》云杏仁能“消食、开滞气”。章先生用杏仁治胃痛，取其疏利开通、破壅降逆，功效甚佳。

案26 闵女

胃脘痛迄今数年，时作时辍，发则手不可近，而转动其痛尤剧。痛剧时拊其背部，则痛稍减。杏仁泥18g，赤石脂15g，葶苈、炮附块、谷麦芽各9g，厚朴3g。另：灵丑散，吞服。

二诊：用散药与汤剂之结果，其为神经痛更为显明。盖实质性病变，决无有所事而能遗忘其痛处者。延胡索15g，川楝子、旋覆花（包）各12g，晚蚕沙（包）、九香虫各9g，香甘松6g。上药入前方中再服。

原按：此病初诊，作为神经性胃病与消化不良并治。先生预告患者服药后，若



有头晕如酩酊状者，为药物所致，即古籍所谓“若药不瞑眩，厥疾弗瘳”。后果如此。考杏仁用大量，有润胃肠、消食、开滞气之功，能疏利开通、破壅降逆而缓胃痛。但苦杏仁苷可分解生成苯甲醛和氢氰酸，多服易致中毒，表现为眩晕，甚则晕倒、呕吐。若用20~30g煎服，可能有轻度中毒症状，故先生预告：“有头晕如酩酊状者”以不超过30g为是。灵丑散即是五灵脂、黑丑等分研末，每服3~6g，有消导行滞、通便止痛之功，实证多用之。

评述：章老认为：“杏仁中氢氰酸可镇痛，杏仁之油可以迟缓痉挛。”但氢氰酸有剧毒，可由胃肠道吸收而引起吐泻、腹痛等中毒症状，章老用15~24g入煎剂而未见有中毒者。章老认为：“有头晕如酩酊状者”为药物所致，即古籍所谓“若药不瞑眩，厥疾弗瘳”，但用量以不超过30g为度。临床应用中常与当归、桃仁配合，其行滞化瘀止痛的效果极好，亦为章老所创见。灵丑散由五灵脂、黑丑组成。黑丑，又名牵牛子，章老常与五灵脂同用，用于消食导滞。

（二）善用化痰，消滞醒胃

治胃病选用皂荚子、葶苈子、薤白头等，超乎常规用药之惯例，而为章老又一独特之经验。对胃功能衰减或消化障碍，表现为胃痛、胸闷、脘胀、心下痞硬、大便坚而不爽、舌苔白腻或垢浊者，每选用此类燥湿健脾、醒胃调中、行气消胀之品。

案27 谢某

进食无论流固，移时胃之右侧既胀且痛，且多作于午后，此胃机能弱也。薤白头12g，生枳实、皂角子、莱菔子、乌药、晚蚕沙（包）、谷麦芽各9g，海南片6g。

案28 屠某

以心下痞硬为主症，饱更甚，而饥亦不稍减；干呕哕，腹中雷鸣，大便难。胃肠功能不健，而异常发酵者。薤白头、谷麦芽各12g，生枳实、神曲、海南片、葶苈子各9g，乌药、制黑丑各6g。加平散9g（分2次吞）。

评述：案中所谓“异常发酵者”，当是宿食不消。方中选用皂荚子、葶苈子、薤白头等药。皂荚子除和血润肠外，《本草图经》云：“治膈痰吞酸。”葶苈子本用于泻肺利水，但章老用来消食导滞。《本草正义》云：“葶苈子苦降辛散，而性寒凉，故能破滞开结，定逆止喘，利水消肿。”《本经》谓其“主癥瘕积聚结气，饮食寒热，攻坚逐邪，通利水道。”薤白头多用于胸阳不振之胸痹，《本经逢源》曰：“捣汁生饮，能吐胃中痰食蛊积。”《岭南采药录》曰：“能发散解表，健胃开膈。”故尤能下气散血，健胃开膈。胃溃疡舌苔腻或垢浊是胃有痰浊，加之胃肠道的瘀滞，溃疡面渗出物的积聚，食物残渣的停留胶着难祛，章老所选药物均有化痰消滞之功，故凡有胃脘作胀，胃肠功能不健而有食滞者，章老一般都用之，对脘胀便结有著效。此等皆为章老引申扩展，老药新用。

名老中医李克绍先生亦擅长运用涤痰法治标以止痛。认为凡溃疡病胃痛表现有



口干、口黏，或呕出黏液等症状者，为胃有痰浊。此种痰浊，胶着难消，或嵌入溃疡的龛陷之中，既难清除，也不易搜剔。治疗轻者用清热化痰法，仿丹溪海蛤丸（海蛤壳、瓜蒌仁）加减；如效果不大，兼胸满气粗，大便秘结者，则改用小胃丹（芫花、甘遂、大戟、大黄、黄柏、白术）。他认为《金匱要略》中瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤等，切勿看成是单纯治心绞痛的专方，用来治痰饮痹阻的胃痛，疗效很好。

（三）擅用虫药，泄浊导滞

在消食化滞药中，章老还常取蚕沙、两头尖、五灵脂、鸡屎醴等虫类药，其目的在于以浊导浊。

案29 王男

验小便无蛋白质，则非肾脏病。验大便发现淀粉颗粒甚多，然则腹胀纯是异常发酵。神曲12g，晚蚕沙（包）、谷麦芽、山楂肉、两头尖、莱菔子、五灵脂（包）、佛手各9g，枳实6g。常服鸡屎醴。

评述：蚕沙为蚕蛾科昆虫家蚕排之粪便，朱良春先生认为其性平和，具有祛风渗湿、解毒化痰之功效，清代王孟英盛赞本品为治“诸霍乱之主药”，乃取其渗湿解毒之功。两头尖，《别录》名谓牡鼠粪，为鼠科动物雄性褐家鼠等的干燥粪便，能导浊行滞，清热通瘀。五灵脂为鼯鼠科动物橙足鼯鼠和飞鼠等的干燥粪便。《本草经疏》谓五灵脂“其功擅于破血行血。”《纲目》云其：“消积化痰”。鸡屎醴出自《内经·素问》，腊月鸡矢白半斤，晒干，袋盛，以酒醅一斗，渍七日而成。治臌胀心腹满，旦食则不能暮食。用治臌胀有“一剂知，二剂已”的效果，能够逐水。以上几药均气味厚重，确非为常人所选用，章老选用治脘腹作胀，以浊导浊，往往取效甚捷，先生只求实效，而不为传统所禁锢，打破用药常规，其精神令人折服。

九香虫、刺猬皮亦系虫类药，在胃病门中章老用得亦颇多。九香虫味咸性温，虫类药专家朱良春先生认为此药具有补脾肾、壮元阳、疏肝郁、散滞气的功用，擅治因肝郁气滞而引起的气痛，使用时一定要掌握其适应证：①肝胃气痛而痛有定处，如锥如刺，呈阵发性，其部位局限于两胁及脘部，或其痛横窜者可用，如上下攻筑者，则不宜用。②慢性肝炎之肝郁气滞或肝郁血瘀型而胁痛不已者。③背部痹痛，剧烈难受，仅限于背部如“着痹”，而他处不痛者，或虽走窜，但仍仅限于背部者。朱老特别指出，如痛在脐腹部，上下窜走攻筑，或虽在脘部而痛无定处，或有溃疡病者，服后不但不能止痛，且因其攻窜而使痛更难受。在使用时必须详辨，而不能混淆。朱老近年对术后肠粘连而致腹部撑胀不适或胆结石、泌尿系结石疼痛者，于常规用药中增入本品，收效亦佳。这些都是朱老的宝贵经验，供后学者临床应用时参考。刺猬皮，性味苦平，归大肠、胃经。功能凉血止血、降气止痛、固精解毒。降气止痛以治疗反胃吐食、脘腹疼痛；解毒以疗痢疾、疮痍；凉血止血以治胃出血、



肠风下血、鼻衄、痔疾；固精缩泉以治遗精遗尿有效。朱老治疗萎缩性胃炎伴有肠上皮化生者，常加用刺猬皮、炮山甲以软坚散结，消息肉，化瘀滞。

五、汤散结合，发挥特色

章先生治疗胃及十二指肠溃疡，痊愈者甚多，除辨证准确、用药允当外，还有一个很重要的因素，即散剂的使用。不仅方便、经济实惠，更主要的是吸收快，作用持久，对保护溃疡面，促进溃疡面愈合很有助益。章老在胃病门的84个医案中有五分之二病案均采用了散剂，研粉末服用。或单用散剂，或汤剂、散剂并用。

国医大师朱良春系章老的入室弟子，在继承汲取章老经验的基础上，朱老在治疗溃疡病，慢性胃炎，尤其是萎缩性胃炎方面积累了非常丰富的临床经验，在汤药治疗病情基本稳定后，即改用散剂治疗，对一些病情顽缠者常汤、散剂并用，他研制的“胃安散”治疗胃病之效，堪称一绝。处方：生黄芪120g，莪术、党参、山药、刺猬皮、生蒲黄、五灵脂、徐长卿、三七各60g，炮山甲、玉蝴蝶、凤凰衣各45g，甘草30g，其研极细末，每服6g，每日2次，食前30分钟服用。阴虚者加北沙参、麦冬各60g，生白芍90g；偏阳虚则加高良姜、荜茇各30g，炒白术60g。以上为基本方。此散配方极佳，方中生黄芪与莪术同用，乃取张锡纯“十全育真汤”攻补兼施治虚劳之意，朱老指出“黄芪配莪术能益气化瘀”，黄芪益气补虚，得莪术而补不壅中；莪术行气、破瘀、消积，得黄芪攻不伤正。两药合用，益气化瘀，扶正消积。莪术在古今方书中，一直列为活血破瘀、消癥散结类药物，朱老用之认为有改善胃动力、增强胃肠功能之效。方中党参、山药助黄芪健脾，与鸡内金相伍能消积滞，健脾胃，化瘀积。蒲黄、五灵脂、参三七均具有良好的止血与活血化瘀的双向调节功能，有止血而不留瘀、化瘀而不伤正之妙，共奏瘀去结散、去腐生新之效。现代药理证明，三七能对抗毛细血管的通透性，抑制炎症渗出，促进组织创面修复，因此对溃疡病、萎缩性胃炎都有较好的治疗作用。方中玉蝴蝶、凤凰衣乃章老治胃病之常用药。此二药功擅养阴清肺，通常用于久咳、咽痛、音哑。朱老师古而不泥古，认为此二药还有补虚、宽中、消除慢性炎症及促进食欲之功，对于保护胃黏膜功效颇佳。炙刺猬皮性味苦平，能凉血止血，降气止痛，固精解毒。《普济方》中即记载用刺猬皮烧灰，酒服或煮汁，或五味腌炙食，能治反胃吐食。炮山甲有消肿溃痈、搜风活络、通经下乳之功用。《医学衷中参西录》云：“穿山甲，性淡辛平，气腥而窜，其走窜之性，无微不至，故能宣通脏腑，贯彻经络，透达关窍，凡血凝血聚为病，皆能开之……至癥瘕积聚，疼痛麻痹，二便闭塞诸症，用药治不效者，皆可加山甲作向导。”朱老对胃痛较甚，或镜检中有肠上皮增生或溃疡反复不愈者，常加用此二药，取其二药能软坚散结，去瘀生新，直达病所。更有一味徐长卿，朱老认为治腹胀甚者为必不可少之药，性味辛温，能镇痛，止咳，利水消肿，活血解毒。朱老认为其善于行气消胀，缓急止痛。朱老还常将此药加在治疗痹证方中，其作用有



三，其一可祛风湿止痛；其二可以护胃，防止祛风湿药对胃的伤害；其三可抗过敏，防止治疗的虫类药引起个别人出现痒疹、皮肤过敏。一药多效，此乃朱老之创新，发前人所未发。朱老的“胃安散”对溃疡病及慢性萎缩性胃炎的治疗屡用屡效。朱老治疗胃病在选方用药时，多以“久病多虚”“久病多瘀”为依据，虚实兼顾，各有侧重，力求补而不滞，滋而不腻，祛邪而不伤正，理气而不耗阴。一旦药中肯綮，则需坚持服药，不宜轻易更方。如药后病情已获好转，即予散剂冲服，巩固治疗，由此病变常可消弭于无形。章老、朱老均认为散剂是一种简便廉验的传统剂型，具有多重优势。一则患者服用方便，便于携带，易于坚持服用，以利巩固疗效。二则粉末吞服，通过胃液分解，有利于药物充分吸收。三则对于一些不能耐高温煎熬，有效成分易被破坏的药物，能保存其有效成分，发挥作用。四则使用散剂吞服，减少了用量，既节省了药材，对患者又经济实惠，所以只要用之得宜，则效胜一筹。

（朱建华 潘 峰）

第14讲 衷中纳西话脾胃

——李玉奇诊治脾胃病医案理法方药思路评述

李玉奇（1917-2011年），男，辽宁铁岭人。少年始受其外公（当地名中医）影响，矢志从医。师从铁岭地区名医明星垣门下，七载学成。24岁悬壶济世，而立之年已誉满银洲（今铁岭市）。李师从医近60载，专擅内科疑难杂症，尤精脾胃之疾。发皇古义，创独特理论，率先提出“萎缩性胃炎以痛论治”学说，打破了长期以来萎缩性胃炎不可逆转之夙论。在辨治胃炎、消化性溃疡等方面，观舌识病，以脉测证，合参胃镜及病理诊断，辨证处方，恒获捷效。曾任辽宁中医学院副院长兼附属医院院长、辽宁省肿瘤医院常务副院长等职。为国家人事部、卫生部遴选的全国首批五百名老中医药专家之一。2009年，被评为首届国医大师。

中医脾胃病包括西医食管炎、食管癌、浅表性胃炎、浅表-萎缩性胃炎、萎缩性胃炎、反流性胃炎、疣状胃炎、胃癌、消化性溃疡、慢性肠炎、肠癌等，皆为临床常见病、多发病。中医诊治该类疾病经验颇为丰富。今拜读国医大师李玉奇之《中国百年百名中医临床家丛书·李玉奇》《萎缩性胃炎以痛论治与研究》《医门心镜》等著作及有关学术文章，深感李师在脾胃病辨治方面建树颇多，今撷取大师诊治脾胃病临证验案数则，附以简评，供同道共赏。

一、从“痛”治胃，别开新说

慢性萎缩性胃炎中医多从“胃脘痛”“胃痛”进行施治，虽能缓解症状而根治却不易。李师受仲景治五劳虚极羸瘦不用大补气血之剂，而以大黄廋虫丸攻坚破积，旨在化瘀而后生新之启迪，提出应“从病治不从症治”，而改从“胃脘痛”论治，采取益气养阴、祛腐生新之法，借鉴李东垣温胃汤和吴鞠通沙参麦冬饮，参入清解化痛，创立“化腐复胃汤”（黄芪、白花蛇舌草各40g，甘草、苦参、白术、山药、浙贝母、砂仁、知母、天冬各20g，莪术、桃仁、射干、蚕沙、香橼各15g，皂角刺、重楼、刺猬皮各10g），屡起沉疴。

方中黄芪、天冬健脾益气，养阴扶正。《本经》云黄芪“主痈疽久败疮，排脓止痛”。《珍珠囊》言其：“甘温纯阳，其用有五：补诸虚不足，一也；益元气，二也；壮脾胃，三也；去肌热，四也；排脓止痛，活血生肌，内托阴疽，为疮家圣药，五也。”故重用其补虚益气、健脾温胃、排脓止痛、活血托疮而为君。阴虚证，亦可取用其排脓活血托疮之力。药理研究证实，黄芪可以提高机体的免疫力，改善血液流变学异常，促进PGE₂的合成，抑制血中TXA₂的生成，有利于清除自由基，防



治溃疡。《泉州本草》云：白花蛇舌草“可清热散瘀，消痈解毒。治痈疽疮疡，瘰疬。”临床应用发现对慢性胃炎胃黏膜组织学的改变有修复功能，对异型增生有一定的抑制效果，且对幽门螺杆菌有较好的灭活作用。大剂量可用至60g。《本经》曰苦参“主……癥瘕积聚，除痈肿”，可清热燥湿解毒。清代叶桂曾云：“香气如云烟，先升后降”“诸香皆泄气”，故清代医家（尤其是温病学派）对砂仁、白豆蔻、木香、高良姜等用量皆偏小，而李师砂仁却用至20g，乃考虑知母、射干、苦参、重楼、白花蛇舌草等均为苦寒之品，非大剂辛温之砂仁不足以中和其性而恐碍脾运也。甘草在一般方中多作为调和药物而用量较轻，李师在本方中却予重用，其理有三：①可调和清热解毒药之苦味及刺猬皮之腥味；②可益气健脾且缓急止痛；③药理研究证实，甘草可解毒并能明显抑制消化道溃疡的形成与扩散。而考历代医家将蚕沙用治胃疾实属罕见，此乃李师独到之秘也。乃借其活血化浊之功，收弥疡定痛之效。刺猬皮、莪术、桃仁活血祛瘀生新，能够改善胃黏膜微循环状态，增加胃黏膜血流，纠正病变局部缺血缺氧和营养代谢障碍，促进炎症吸收，逆转黏膜腺体萎缩、肠上皮化生和不典型增生等病变。重楼又名白蚤休，皂角刺又名天丁，与大贝皆为化瘀清解、疗疮疡之圣品，《妇人良方》所出的治疡名方仙方活命饮中就有后二味。选用射干、天冬，显系源于《圣济总录》。药理研究证实，天冬抗癌之力胜过麦冬。当代名医彭坚在《我是铁杆中医》一书中特指出：天冬主治乳腺癌，并防其术后转移，笔者验之果如其言。全方谨遵中医治“痈”当去腐生肌之旨，方中诸药共奏解毒消瘀、祛腐生新、扶正固本之功。味味贴切，其效佳良，则言之可信也。李师读古师古而又不泥古，衷中参西，融合新知的治学精神值得钦敬学习。

李师还进一步精心研制了阻癌冲剂：黄芪、苦参、白及、三棱、地榆、槐花、黄药子。该方甘辛苦并用，寒与温共施，消中有补，散中有收。既补脾胃之气，又清壅滞之热，既行气，又活血，对慢胃合并肠化、异型增生等胃癌前期病变，临床和实验均证实疗效可靠。临床观察86例，总有效率达89.57%。实验研究亦表明，该方对胃癌前期病变有明显的防治作用，且对已产生的癌前病变有较好的治疗效果。在抗突变试验中，应用Ames试验、染色体畸变试验和微核试验，均证明该方有显著的抗突变作用，呈现良好的量效关系。

二、多法治胃，各展其长

（一）从“痈”论治慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎治法良多，有从养阴治之，有从温阳治之，有活血化瘀治之，亦有清热解毒治之。而李师从“痈”论治，思路独特。

案1 于男，43岁。

1998年9月20日初诊。主诉：胃脘部胀痛反复发作7年余，加重2个月，每因受凉、情志不遂即作或加剧，迭服中、西药效不显。现仍胃脘胀痛，嘈杂泛酸，纳呆，近



期消瘦明显，剑下触痛颇甚，但无肿块，舌暗红尖赤，舌瘦薄少苔，脉沉弦。胃镜及胃黏膜活检示：慢性萎缩性胃炎，胃窦部黏膜局部增生。临床诊断：胃脘痛，虚寒化热型。治法：健脾清热，疏肝活血。方药：党参、柴胡各20g，郁金、桃仁、白芥子各15g，苦参、黄连、蚕沙、姜黄、甘草各10g，茵沉香各5g。6剂，每剂水煎3次，混匀后分3次服完，每天早晚各1次。同时服李师研制的阻癌胃泰（黄芪、莪术、党参、白术、丹参、白花蛇舌草、半枝莲等）20g，1次1包，早晚分服。

服完1剂，自觉胃脘部结节像冰块样逐渐溶化并顺小腹流下，并感胃脘小腹发凉略减，外敷热水袋则溶化加速，无泄泻。6剂后，食欲大增，已觉病去大半。二、三诊均以效方略损益，连进20余剂后，12月14日四诊时，已觉胃脘部诸症已基本痊愈，惟两胁下仍有两点痞块状物未溶化完（自诉约一横指宽）。继服上药至38剂，阻癌胃泰145包时，患者一切如常，体重增加，胃镜及胃黏膜活检示：炎症、增生消失。

原按：慢性萎缩性胃炎病情多反复难愈，病程较长。李师认为胃脘之疾，其成因不外虚实寒热，气滞血瘀；萎缩性胃炎乃是上述成因最后演化所导致的结果，亦即由郁变瘀，由瘀变腐，由腐成痼。治疗上主张：治本从病而治，当扶正补脾，去腐生新；治标从证而治，应“知犯何逆，随证治之”。故用党参、甘草健脾；柴胡、苦参、郁金疏肝；桃仁、姜黄配郁金活血化瘀以消癥积；白芥子、茵香、沉香理气和胃止痛；黄连、蚕沙清热和胃，共收健脾疏肝、清热化瘀之效。再配合健脾清热、行气活血、化瘀散结之阻癌胃泰，故可取得较好疗效。

评述：患者胃疾已7载，服用中、西药无数，致脾胃戕损不足，久病情志失畅，久郁化火之木更易乘犯已虚之土，从而加重病情。因此，该病病位在胃，但已涉及肝、脾。故李师投以温胃运脾、疏肝清热剂，配以阻癌胃泰祛腐生新以逆转慢萎胃伴胃窦部黏膜局部增生的胃癌前病变，终获全效。国医大师李振华在治疗脾胃病方面也提出“脾宜养”“肝宜疏”“胃宜和”九字真经，真可谓“英雄所见略同”也。

另笔者认为方中之沉香用得极妙，一可佐参、草运脾，二可佐柴、郁疏肝，三则合小茵香、姜黄以温中降逆，使胃脘部结块渐渐溶化并顺小腹下流，足证李师对药物之研究有素也。又考姜黄为姜科植物姜黄或郁金的根茎，其中，主产于川、闽等地的为姜黄的根茎，表面深黄棕色，古人多以其汁染衣，故又称色姜黄；而主产于浙江的郁金根茎，片大色黄白，坚实起粉，称片子姜黄或片姜黄。二者虽均辛温，皆可活血行气，通经止痛，利胆抗菌，但临床常用后者。而色姜黄多作食品添加剂，以增色健胃，促进食欲。

（二）益气升提治胆汁反流性胃炎

胆汁反流性胃炎系因幽门括约肌功能失调，使含胆汁酸的十二指肠液反流入胃，破坏胃黏膜屏障而引起的胃黏膜充血、水肿、糜烂等炎性病变。主症常见胃脘灼热、嘈杂（张景岳谓：“似饥非饥、似辣非辣、似痛非痛，而胸膈懊恼，莫可名状……”），



呕吐苦水、酸水，常伴泄泻，胀满于脐下尤显。胃镜示橘黄色胆汁弥散于胃窦部，若激惹胃窦部则见黏膜发红、水肿、充血。中医一般按“胃痛”“嘈杂”“吐酸”等进行辨治。现代医学认为本病与幽门螺杆菌、肠腺化生及不典型增生诸因素关系密切，同时被认为与胃癌前病变有关。李师认为本病因中气亏虚，脾不能为胃行其津液，导致胃内压力降低，胆汁等碱性物质反流损坏胃黏膜屏障所致。治疗采取补气清养、调中健胃、化湿利浊之法，自创升清降浊饮子（蒲公英25g，山药、茯苓、薏苡仁、连翘、败酱草各20g，黄连、苦参、苍术、升麻、白豆蔻各15g，黄芪、枳壳、柴胡、滑石各10g）。该方在清热利湿化浊基础上，仿补中益气汤之意加用黄芪、柴胡、升麻等益气升提，组方更为合理。

案2 张女，45岁。

1995年9月30日就诊。上腹痛反复发作2年余，加重月余。曾在他院诊为“慢性胃炎、慢性胆囊炎”，服中西药尚佳。近月来疼痛连绵，剧则恶心、呕吐黄绿色苦水。痛在饭前，呕逆在饭后，冷热食物均感不适。舌红、舌乳头增生如杨梅，苔薄黄，脉沉弦。胃镜检查：胃内黄绿色潴留液中等量，胃窦部黏膜充血水肿，黏膜表面覆盖着被胆汁污染的黄色分泌物，幽门口见大量胆汁内流；胆囊B超示：慢性胆囊炎。予升清降浊饮子加减。方药：黄芪40g，山药20g，党参、苦参、柴胡、橘核、川楝子、缩砂仁各15g，葛根、炮姜、白豆蔻各10g，黄连、小茴香各5g。

药取30剂，3天服2剂。45天后，诸症皆失。胃镜复查，胃内液澄清，胃窦部黏膜呈橘红色，幽门口无胆汁反流。

原按：李师认为，反流性胃炎，不是因为气滞或肝气犯胃，而是因为中气虚，脾不能为胃行其津液，胃内压力降低，胆汁等物质反流上来，损坏了胃黏膜，故现口苦，脘胀痛，喜温不喜凉等症。故特别强调，如要把反流性胃炎治好，必须大补元气，建中和胃，药性宜碱、宜温，忌酸、忌凉。故用大剂参、芪、山药，大补元气健脾；蔻、砂仁化湿温中，行气止痛；葛根、柴胡升清阳；茴香、炮姜散寒止痛；柴胡、苦参、橘核、川楝子疏肝利胆、行气止痛；黄连清热和胃为佐。诸药配伍，共取温中健脾、行气化郁之效。用于反流性胃炎、反流性食管炎非常效验。

评述：本病西医目前尚无理想疗法，多采用消胆胺、吗丁啉、铝碳酸镁及其他促进胃动力、保护胃黏膜药物治疗，但仅可改善症状，不易根治，且久用常有锥体束征等副作用。而中药若对证却价廉效著，且无毒副作用。考《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”故一般多认为呕吐因热而成，且与肝郁化火关系密切，亦有寒热虚实错杂并见者。1989年中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制订的《慢性胃炎的中西医结合诊断、辨证和疗效标准试行方案》，将慢性胃炎分为五型：脾胃虚弱型（含虚寒）、肝胃不和型、脾胃湿热型、胃络瘀血型以及胃阴不足型。均主以通降理气，疏胆和胃，辅以相应之药。而李师却突破



常规，提出中气大虚，胃失和降为本病病机的见解。强调仿补中益气汤之意配合疏肝理气止痛、化湿和胃降浊的施治大法，乃获骄人之效。此法经媒体报道后从者如云，治验极多。

（三）清热消痈治充血糜烂性胃炎（重度）

充血糜烂性胃炎是临床消化系统常见病、多发病。由于胃糜烂性病变反复刺激腺颈细胞，使其易发生中、重度间变，有致癌变可能。临床表现为上腹疼痛，多呈烧灼样或灼热感，伴腹胀、嗝气、泛酸或恶心呕吐，部分病人可并发出血而出现呕血或黑便。西医一般采用胃黏膜保护剂、抑酸药合并治疗。幽门螺杆菌阳性者，可合用杀菌药。但服药时间有规定要求，部分病人疗效不太确切，且易复发。中医多将其归入“胃脘痛”范畴。李师采用清热消痈法治疗，效果似胜一筹。

案3 赵女，62岁。

2005年9月5日初诊。胃脘痛反复发作10年，加重1周。初诊：胃脘隐痛，伴恶心嗝气，泛酸烧心，咽下梗噎，纳呆畏寒，口干喜热饮，二便如常，面色微白，眼睑色淡，剑下轻压痛，舌瘦，质红绛无苔，脉沉弦数。自诉因经常性头痛而服去痛片10余年。今年4月曾呕吐鲜红血丝，胃镜示：疣状胃炎，充血糜烂性胃炎，食管裂孔疝。近1周胃痛加剧。李师诊为胃脘痛（疣状胃炎，充血糜烂性胃炎）：郁热证。患者脉沉弦数，提示病情进展，与4月份所做胃镜比较病已变化，预后不良。急嘱复查胃镜。治以健脾和胃，清热凉血。方拟救胃润燥汤加减。白茅根、海螵蛸各20g，蚕沙、射干、扁豆、麦芽、焦山楂、水红花子各15g，黄连10g。6剂。嘱其停服非甾体类药物；忌寒凉、辛辣饮食，并请按时复查胃镜。

复诊：泛酸、烧心稍有好转，食欲渐增。胃镜示：出血糜烂性胃炎（重度）。病理示：浅表萎缩性胃炎伴轻度肠化。舌脉如前。脉弦实有力，示病情处于进展期，轻度肠化不足。故应加强祛邪之力，阻止癌变。方宜加大清热解毒之力，并配以白及、白蔹消痈化积，生肌敛疮；半枝莲清热解毒，逆转肠化。海螵蛸、白及、白蔹、白茅根各20g，蚕沙、射干、扁豆、麦芽、焦山楂、水红花子各15g，黄连、半枝莲各10g。6剂。服药2个月余，偶觉胃脘不适，余症皆消，纳食显增。舌色淡绛，舌面两侧覆少量白苔，中部无苔，脉沉弦。基本痊愈。

原按：患者平日饮食、生活习惯，均无不良偏嗜，却因经常性头痛而久服去痛片，病因明确，为毒药所致。证属毒邪久聚，耗气伤津，蕴热于内，虚火灼络，动血伤阴，一派虚象。然脉来弦大，正处于邪正交锋之关键时刻，此时脾胃之气久耗渐衰，而邪势更进，如不及时御邪，后果不堪设想。故以扁豆、麦芽、水红花子健脾扶正；黄连、蚕沙、白茅根清热化湿以祛邪，配合半枝莲加强清热解毒；再以及、白蔹生肌敛疮，固护正气，做到攻守兼备，攘外安内。李师指出：长期服用去痛片所致胃黏膜损害，多病情较重，治疗上很难恢复。胃黏膜以充血、糜烂为主要表现，



望诊舌面多无苔或少苔，从舌诊即可全息出胃黏膜受损，屏障功能遭到损坏，血败肉腐之象，故舌面多呈现红绛及瘀斑。治以清热消痈为大法，热势不除则腐势不消。配以白蔹消肿生肌，白及清痈敛疮。二药相合，内托外固，既可保护胃黏膜，亦可祛瘀生新，蕴含“内痈外治”之意，此乃本案又一大发明。

评述：李师根据舌瘦质红绛无苔，脉弦实有力判断为癌前期病变，并处于进展期（后经胃镜证实），遂辨病从“胃脘痈”论治，于健脾扶正、清热祛湿基础上，伍用半枝莲、白及、白蔹等逆转肠化，阻止癌变。多年顽疾，终被攻除。有用水红花子治水臌者，但很少见被医家选用治胃病，而李师妙用治胃，其学以致用，勇于实践的精神令人钦敬。

（四）疏肝活血治浅表性胃炎伴肠化

慢性浅表性胃炎并不难治，预后亦佳。然伴有肠上皮化生者，治疗比较棘手，且常有癌变之势。下为李师采用疏肝活血法，从“痈”论治取效之一验案。

案4 王女，74岁。

2005年9月19日来诊。胃脘胀痛伴嗳气反复发作50余年，加重2个月。初诊：胃脘胀痛，空腹尤甚，嗳气频作，伴泛酸，烧心，偶乏力，纳可，喜热饮，二便如常，面黄白，皮肤干燥，形瘦。舌胖质淡绛，苔白剥脱，脉弦实。平素无不良嗜好。诊为胃脘痈：胃脘郁热证。患者脉象弦实，考虑体内必有肠化，嘱预约胃镜探明真相。先以疏肝解郁。方拟肝胃调理饮加减。橘核20g，香附、香橼、厚朴、槟榔、砂仁、白豆蔻、防风各15g，沉香10g。6剂。嘱忌烟、酒、油腻；调情志。

复诊：胃中饱胀，时有疼痛，仍有嗳气，自诉发病缘于进食酸菜馅饺子及生气。胃镜示：慢性浅表性胃炎，胃息肉。病理：轻度浅表胃炎伴灶状肠化，胃底腺息肉。舌胖淡绛，苔白剥脱，脉弦。患者初诊表现肝郁气滞象，服药后效不显，考虑为反复情志刺激，致肝郁血滞，瘀血阻络。治以疏肝和胃，活血散结。方拟救胃解郁汤加减。苦参、威灵仙、白蔹各20g，莱菔子、白芥子、柴胡、紫苏子、桃仁、扁豆、水红花子各15g，莪术、半枝莲各10g，沉香5g。6剂。经治胃脘胀痛明显好转，无嗳气，食欲良，二便正常；舌淡红，舌面少苔部分已渐生白苔，脉弦细。建议再服6剂以巩固疗效。嘱忌生气；注意饮食。

原按：此胃胀非因脾胃虚弱，食不运化，停滞中焦所致。而因肝郁气滞，气郁而致中满。气郁化火，消灼津液而易饥欲食；郁热熏蒸，则血败肉腐而成痈。故以苦参清热燥湿，半枝莲清热解毒，利水消痈；白蔹清热解毒，消痈散结，去腐生肌；并配以扁豆、麦芽健脾化湿，消食和胃，助脾胃运化。患者脉来弦大，舌胖质淡绛，苔白而花剥，从舌脉来看，便可知邪郁日久已伤及胃阴，邪正交争剧烈。此时若及时给予疏导，扶助正气以化邪，则可使邪去正安，恢复脾胃的正常运化转输功能。李师认为，若一味以补脾降气为原则，而忽视清热散结消痈，则脾得补则愈胀，瘀



不去则不通，虽降气而无功。郁结不散而化热，更伤胃气胃津，病势加重而不愈。

评述：李师将浅表性胃炎分为虚寒型和郁热型两证，认为后者多见，本应治以升阳益胃，降浊化瘀。但患者苔剥，脉弦实有力，据经验推测必有肠化，后胃镜病理检测得到证实。故病已成痼，以“胃脘痼”论治方获捷效。前后两诊对照，进一步说明李师以“痼”论治胃炎肠化确有奇效。

三、注重量效，斥砭陋习

日本汉方医学家丹波元简说：“中医不传之秘，在于剂量”，而日医矢数道明与藤本健更明言：“汉方之秘不告人者，即在药量”，均一致认为中药剂量与疗效有很大关系。民谚也谓：“是药三分毒，有病病当之，无病身当之”，《尚书》则云：“药不瞑眩，厥疾弗瘳”。可见药物剂量与疗效之间确有千丝万缕关联。这种药物疗效随剂量的变化而变化的规律，即现今所称之“量效关系”。各种药物的剂量，甚或同种药物在不同情况下使用时的剂量，先辈往往在制方中即予反映出来，故方剂中存在君、臣、佐、使之分。然而，现时很多医者对于药物配伍中的君臣佐使理论漠然处之，常常无视病情之轻重缓急，不辨患者的职业、年龄、性别、喜恶与季节、地域，所开诸药一律等量处方，或根据现代药理研究而随意堆砌。如有感染者，动辄大队清热解毒，有虚弱者则大队补益升提。李师对此予以了有理有据地批驳，他喻之说：“这诚如一辆马车套上四匹马牵动着车轮滚动，从车行的快慢中无法计算出哪匹马使出的力量大小，这怎能体现出药味君臣佐使的作用？应清醒地认识到处方药用量的多少，乃是辨证论治的首要环节……。”他认为，在分清疾病轻重缓急的基础上，适当增加用药剂量，每可获起效快，作用强，疗程短的效应。

案5 重剂治上消化道大出血 石男，56岁，职员。

患上消化道大出血，来时颜面潮红，脉来洪大，舌绛苔黄腻，体健，无他疾，而突然大口吐血不止，经止血药治疗无效。伴口渴，便结。诊断：吐血（阳明燥热）。治法：凉血润燥。方药：生石膏75g，白茅根、藕节各50g，茯苓40g，沙参30g，知母、芦根各25g，生地黄、牡丹皮各20g，瓜蒌仁10g。水煎急服，每4小时1次，3剂后血止，1周痊愈。

评述：笔者认为，如体弱纳差或初诊难以确定寒热虚实以及应用峻猛之品者，还是先以小剂量投治为妥。

四、诊脉察舌，高见迭出

李师在脾胃病的诊治中，非常重视对舌象和脉象的观察，经过近70年临证，探索脾胃病舌象、脉象发病规律，总结出一套“观舌识病”及“以脉测证”的独特方法。



（一）观舌识病

在多年实践过程中，他发现舌象能准确地反映萎缩性胃炎发展的不同阶段、轻重险恶及恢复程度等情况，经过细心辨识和不断总结，已能从舌象上初步诊断出浅表性胃炎、萎缩性胃炎、糜烂性胃炎、胃黏膜脱垂、十二指肠球炎和溃疡、重度不典型增生、癌变前期病变等疾病，并能判断出本病的轻重险恶及恢复程度，经胃镜、活体组织检测得到病理证实，符合率达到95%。他从舌体、舌质、舌苔三方面对舌象进行了数以万计的总结，并对不同疾病、不同病情及其程度等方面，予以了明晰的归纳分类。

1. 观舌体别四型

（1）板状舌：此种舌体平直宛若木板，伸缩自如，尖椭圆，为脾胃虚弱。多见于浅表性胃炎及轻度萎缩性胃炎。

（2）香蕉舌：舌体圆细而长，尖细根粗，体窄而厚，舌体伸出向下微弯，形若香蕉，舌体表面不平，附着颗粒状物，如粟米撒于舌面。多见于中、重度萎缩性胃炎，乃脾气大伤、胃阴耗损之象。

（3）胖鱼舌：舌体宽大肥厚，膨胀满口，其状愚笨。多为湿浊内蕴，日久化热，湿热郁蒸而成。十二指肠溃疡活动期、萎缩性胃炎进展期尤为易见。

（4）锯齿舌：舌体偏薄偏长，边有齿痕，齿形清晰。多为气阴两虚，内有虚火。糜烂性胃炎、溃疡病、疣状胃炎、胃黏膜脱垂等疾患常见此舌体。

2. 察舌质分五种

（1）红绛亮带舌：舌红绛兼紫，舌体两边颜色稍浅，表面有津液敷布，望之反光，形成周边约0.5cm的亮带圈，李师将此亮带圈命名为“舌周边瘀血带”。认为系重度萎缩性胃炎的典型舌象，胃腑其他疾患则少见此特征。

（2）猪腰舌：舌色深紫，无苔，舌面有津液敷布，光滑如镜，状若猪肾切面。舌之根神俱无，常有舌痛或灼热感，此为瘀血征象。常见于萎缩性胃炎进展期，或不典型增生，或癌前病变。

（3）裂纹舌：舌面中间有纵断裂，形成小沟，舌色紫绛，或淡紫，为胃深部溃疡之象。

（4）粟粒红舌：舌尖呈椎体状，红赤无苔，表面铺有细沙样粟粒。常为十二指肠球炎或十二指肠溃疡之外候。

（5）龟背舌：舌面纵横断裂，形成近方块样突起，状若龟背之纹，其色赤红，有的上敷薄白苔。此舌虽临床少见，但却是病势深重之候，多为中晚期肿瘤；另亦可见于先天遗传，查体无病证，为遗传性舌质。

3. 视舌苔辨两态

（1）晚秋老云苔：苔厚白腻，状如晚秋老云，从深层之中透出黄褐之色，层次



不清，舌偏瘦，尖紫红。乃脾胃衰败，阳气欲竭，阴液将涸，为早期胃癌或癌前病变之舌象。

(2) 斑块剥脱苔：苔白或微黄，成块剥脱，界限清晰，若胃病日久见此，为病重或将癌变。李师认为若病人舌质愈红愈无苔，病势发展则愈快愈险恶，这在判断萎缩进展期为一极为关键的指征。而病势好转，则舌质随之变淡，舌苔渐生，呈现有神有根之象。

(二) 以脉测证

脾胃病多缠绵难愈，按久病多虚之理论，脉亦理应现弦细、沉细无力等虚象，方为脉证相符之顺证。而对于洪大、弦实有力之脉，他认为并不意味着元气未损，而为脉证不符，强弩之末之征兆，往往病起猝然，多见于胃病加速进展期，或癌前期病变，或早期胃癌之病理反应，乃为逆证。其病机为体内存在异乎寻常的病态因子，导致阴不内守，孤阳外越之格阳脉象。

对于萎缩性胃炎见到脉洪大或弦数，李师提出可见3种病象：即重度萎缩性胃炎伴重度肠上皮化生，早期胃癌或体内隐藏其他肿瘤。并指出：肿瘤患者术前体内危险因子的存在，致脉象洪大有力，术后随着危险因子的解除，脉遂转为缓弱无力；若一旦肿瘤复发、扩散，脉象则又复现弦实有力，此为脉象回应的自然反应。他将这种病势左右于脉，而脉又应之于病，病在则脉大，病去则脉弱，病与脉相互感应的现象称为“李氏排斥脉象”之现象，认为属医学脉象学说的特有反应，令人耳目一新。

据此，李师对一些医家认为久病之人弦实有力之脉乃疾病“向愈”的看法提出了质疑，这无疑为临床诊断脾胃疾病的顺逆有着极为重要的参考价值。

古贤曰：“望而知之谓之神……切而知之谓之巧”，李师可谓具“神”“巧”双秀之功，其所创望诊与脉诊之合参新见，不仅极大地充实了中医学望诊、切诊之内涵，且无可批驳地证实了中医学的科学性。

(王晓戎)

第15讲 法取平淡调中焦

——徐景藩诊治脾胃病医案理法方药思路评述

徐景藩教授，1927年出生，江苏吴江人。世家业医，幼承父教，后拜江浙名医朱春庐为师。年仅20岁即悬壶杏林，并小有名气。1952年入卫生部“中医研究班”学习5年，1957年受聘于南京中医学院（现南京中医药大学）附属医院工作，后回江苏省中医院工作。毕生虚心向孟河、吴门诸多名家求教，汇众之长，自成一派，并逐步形成了自己较为系统的脾胃病学术思想，成为国内治疗脾胃病之大家。曾历任江苏省中医院院长和研究所所长、南京中医学会副会长、全国中医学会脾胃组副组长、全国中医学会内科学会委员、中国中医药学会脾胃专业委员会顾问、江苏省中医学会副会长等职。2009年荣获首届“国医大师”称号。

脾胃病是指在外感或内伤因素影响下，造成脾、胃、肠功能失调而出现病理改变的一类病证。国医大师徐景藩教授对脾胃病素有研究，见解深刻，以擅治脾胃病而著称于世。笔者在拜读由其本人撰著，爱女徐丹华、高足罗斐和协助整理的《徐景藩脾胃病治验辑要》后，获益良多。兹撷其治疗慢性胃病之卓识高见，附以案例若干，旨在对读者临证有所裨益。

一、利尿治呕吐

胃病患者出现呕吐极为多见，且常反复，甚至难以纳谷，极为痛苦。其因大体有胃热、胃寒、胃虚、伤食之异。部分属痰饮中阻引起的呕吐，轻则数日一次，重则日日呕吐。常见于胃、十二指肠溃疡而伴幽门不全梗阻者。胃下垂者，尤易并发此症。徐师采用小半夏汤合茯苓泽泻汤，取效颇佳。其中，茯苓、泽泻各20~30g，配以通草、蜣螂虫、红花，往往数剂即愈。

案1 痰饮 黄女，55岁。

1991年8月25日初诊。主诉：上腹胀痛反复发作近10年，伴眩晕呕吐1个月。患者10年来上腹胀痛时作，以空腹为甚，子夜亦痛，隐隐绵绵，兼有嘈杂，曾多次诊查，上消化道钡剂检查提示：胃下垂；胃镜检查诊为：慢性浅表-萎缩性胃炎。用药后症状改善，但仍常发。近1个月兼头晕目眩，甚则恶心呕吐，心下痞胀，纳差，易汗出，小便少，大便正常，舌淡红，苔尚可，脉小弦。检查：颈椎5、6骨质增生，余（-）。处方：泽泻、茯苓各25g，白蒺藜12g，白术、姜半夏、陈皮、杭菊花、炒枳壳、生姜各10g，炙甘草3g。



5剂后呕吐止，眩晕、心下痞胀改善，饮食渐增，2日来小溲增多。续服7剂，眩晕显减，无呕吐，停药休养。10月初，因受凉胃痛复发，得食可缓，腹中喜暖，噎气，予香砂六君子丸调治旬日症消。予成药香砂养胃丸、香砂六君子丸，两丸各半，每次2g，1日2次。计服2月余，病愈。

原按：病人已届老年前期，胃下垂、慢性胃炎、颈椎增生等病兼有。初诊时以眩晕、呕吐为苦。据《金匱要略》载：“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”此条所云主症为“冒眩”，病因为支饮，方用泽泻、白术二味，用量为5：2。似与此病例相符。故以泽泻汤为主方，用量亦为5：2。并配小半夏加茯苓汤祛饮镇呕，菊花、白蒺藜平肝，枳壳下气，陈皮燥湿理气。服药前另嚼姜吐渣，以防药入复吐。此方并非治颈椎骨质增生之疾，然据其证而施此方，眩晕与呕吐皆获控制。他病如内耳眩晕症、脑动脉硬化症，胃、十二指肠溃疡伴有幽门不全梗阻等，只要符合“冒眩”而呕吐清水痰涎之痰饮病证，泽泻汤均甚有效。患者基本证候为中虚（脾胃气虚）气滞，中阳不振，易生痰饮。后因稍受凉而宿疾胃脘胀痛发作，投以香砂六君子汤，亦即获得控制，为方便服药，改汤为丸。

评述：泽泻汤为治疗支饮上犯头目，引起以头目苦于冒眩为特征性症状的代表方。其基本病机为水停心下，清阳不升，浊阴上犯。该患者胃疾日久，致脾阳虚弱，水液失于温化，停留心下。气机郁滞，不通则痛，故平素胃脘痞胀隐痛；胃失和降，胃气上逆，则恶心呕吐，泛吐清水痰涎；脾胃虚弱，则纳差、汗多；饮停心下，清阳不升，浊阴上犯，则头目昏眩。虽西医检查为胃下垂、慢性浅表-萎缩性胃炎、颈椎病等，但其病机主要系痰饮为患。虽仲师提出“病痰饮者，当以温药和之”。然患者主症为眩晕呕吐，急则治标，泽泻汤功效为利水祛饮，健脾制水。《金匱要略方义》谓“此方所治之冒眩，乃水饮停于中焦，浊阴上冒，清阳被遏所致。治当利湿化饮，健脾和中。本方泽泻、白术两药相伍，一者重在祛湿，使已停之饮从小便而去；一者重在健脾，使水湿既化而不复聚。”高学山称此为“泽泻利水而决之于沟渠，白术培土而防之于堤岸”，其意甚当。故用药后不仅晕、吐解除，且心下痞胀疼痛好转，饮食渐增。徐师谨遵《内经》“欲伏其所主，必先其所因”之旨，示人甚切。

当代伤寒大家刘渡舟在谈到泽泻汤证的适应证时，提出该证的“苦冒眩”，言其头目冒眩之苦，有莫可言状之意。它有异于普通的头目眩晕症状。另外，这种冒眩患者的脉象或弦或沉，或沉弦共见者，而此种弦脉正乃痰饮之主脉也。另望诊见面色黧黑，或青黯，或色黄而晦暗，因人而异。此外，水饮病舌色必淡，苔多水滑，此津液凝也。如果水湿合邪，则又会现白腻苔，且厚也。而泽泻汤证的舌体，则是特别肥大而异于寻常，质厚而宽，占满口腔而使人望之豁然。马继松曾治一女性内耳眩晕症，泽泻初用15g颇适，加至20g服后，腓肠肌发生明显痉挛，嘱检出1/3泽泻，则痉挛遂缓。后让其检验血钾、血钙，较常人偏低，又找出其前年因眩晕住院的出



院小结，亦有经治血钾、血钙已升至正常之记录，故欲大剂量或欲长期服用泽泻者，最好能先验血钾、血钙为妥。

利尿一法治疗呕吐，古今名家的医案中时可见之。如湖南名医赵守真在其所著的《治验回忆录》中即载有“林某，身热口渴，水入则吐，胃脘胀，舌苔黄而燥，小便黄短，辨为胃内停水，水不化气，故水入则吐，与五苓散，呕吐遂止”一案。故学者如对此法能高度重视，或可免凡遇呕辄投旋覆代赭，不效即转请西医输液治疗之憾了！

二、通降治胃痛

胃属六腑之一，以通降为顺。胃气失于通降，气机郁滞，不通则痛，发为胃痛、胃痞；胃气上逆，则发为呕吐、呃逆、噯气等疾。故通降法为治疗胃病之大法。

案2 胃痛 周女，45岁。

初诊日期：1992年9月30日。主诉：胃脘胀痛时发6年。6年前因情志不畅而引发胃脘痞胀，胀甚则痛，痛位于心下及偏左之处，不时发作。3年前大便易溏，便前上腹、下腹均隐痛，经治疗后便溏症状改善。近3个月天气炎热，脘痛痞胀常发，噯气则舒，噯气不遂则恶心欲吐，甚则泛吐清涎，量虽不多，但咽际不适。口苦，饮水不多，不知饥，食欲不振，大便正常。因胃痛而常诊治，服药多种，而效不著。诊查：面少华，舌淡红，苔薄黄腻，脉象稍弦。上腹剑下（巨阙、上脘）有轻压痛。胃镜检查：中度萎缩性胃炎，胆汁反流显著。B超未见肝胆有明显异常。治法：疏肝和胃降逆，清热化湿。处方：谷麦芽各30g，生薏苡仁20g，云茯苓15g，炒白芍12g，姜半夏、炒黄芩、炒枳壳、厚朴、炒陈皮、佛手各10g，炙柴胡6g，炒川黄连3g，生姜3g（后下）。

7剂后，胃脘疼痛痞胀显减，口苦亦减半。续服5剂，渐知饥，食欲改善，舌苔黄腻之状已变为薄白，上腹剑下无压痛。原方去川黄连、厚朴、生姜，加石见穿15g，厚朴花6g，姜半夏改为6g。15剂，饮食渐正常，上述诸症基本消失。改为隔日煎服1剂（第一日煎服2次，翌日煎服1次，1剂分2日，共煎服3次），40日后停药。至年底体检时复查胃镜：轻度萎缩性胃炎，未见胆汁反流。

评述：患者因情志失畅而发胃痛，当属肝气犯胃，肝胃不和。症状主要表现为胃脘痞胀，噯气则舒，大便时溏，口苦，脉弦，皆为肝气犯胃、木不疏土之象，治当疏肝理气，和胃降逆，然患者苔薄而黄腻，说明已有湿热内生之证。故以疏肝和胃降逆为主，兼以清化湿热。病位在中焦脾胃，寒热虚实互杂，故徐师以半夏泻心汤加减治之，方取半夏、陈皮、枳壳、厚朴、生姜、川黄连、黄芩辛开苦降，寒热互用，通降胃气，消痞除满；佐佛手、柴胡、白芍疏肝理气；薏苡仁、云茯苓健脾渗湿；谷、麦芽消食助运。全方看似平淡无奇，却使患者的中度萎缩性胃炎得以治愈，说明“方证相应”实为中医临证之圭臬，是中医疗效之神奇的关键所在。



三、通补治胃下

中医之“胃下”，相当于西医之“胃下垂”。中医认为本病因、机乃长期饮食失度，劳役虚馁，七情内伤等，致脾胃虚弱，中气下陷，清阳不升，浊阴不降，无力撑托胃体以致下垂。常法以补益中气、升举清阳为主，配以消食、化痰、通络之品，然有效有不效。西医除用胃托等物理方法外，也无特效之法。徐师认为该病除与脾胃密切相关外，还涉及肝（胆）、肾等脏腑，采取通补治法，寓通于补，获效满意。

案3 胃痞 叶女，43岁。

1991年6月9日来诊。主诉：胃脘痞胀5年，加重3个月。患者自青年时期，即纳少形瘦。5年前因故而心情怫郁，胃脘常痞胀不适，食后尤甚。不知饥，饮水不多，进食更少，得噎则舒。近3个月来症状加重，自觉胸咽不适，易怒怫郁，晨起恶心，食减神萎，大便两日一行，微溏。曾3次行上消化道钡剂检查，示：胃下垂、胃窦部炎症。多方诊治，迭服中西药物效不佳，尤其在服用补中益气丸或该方的汤剂后胃脘痞胀更甚。查体：形瘦面萎，舌淡，苔薄白，脉细弦。上腹无压痛，轻度振水音。胃镜检查提示：中度慢性浅表性胃炎。上消化道钡剂示：胃部炎症；胃下垂，胃小弯在髂嵴连线下5cm。治法：疏肝解郁，理气和胃降逆。方药：柴胡疏肝饮、解郁合欢汤加减。紫苏梗、枳壳、炒白芍、合欢花、广郁金、制香附、煅赭石、佛手、石见穿各10g，橘皮、法半夏、鸡内金各6g，炙甘草、石菖蒲各3g。

5剂后，晨起恶心消失。服至15剂，胃脘痞胀显著减轻，惟食欲尚无明显改善。原方加谷芽20g，去赭石、半夏，隔日1剂。半月后饮食增加，精神亦好。2个月余症状基本消失。后症状稍有反复，续服最后处方3~5剂即可控制。随访一年半，症未再发，体重增加。

原按：本例的诊断，应属痞证（或胃痞），病史中无胃脘痛，初诊时亦以胃脘痞胀为主症，故不同于胃脘痛。结合X线上消化道钡剂所见，胃下垂颇为显著。胃下垂（或胃下）一般易伴有慢性炎症或溃疡等疾患，从而出现胃脘痞胀甚则疼痛等症，并较之非胃下垂患者为更重。现在某些临床医师在辨证治疗时将胃下垂与脾胃气虚，甚至中气下陷之间，画上等号。一遇胃下垂病人，动辄用补中益气汤、丸，这是不够恰当的。单纯从病机上探讨，胃下垂固然有气虚的可能性，但多数病人临床上却又有气滞，尤以女性为多，常在胃脘痞胀的同时伴隐痛连胁，噎气频多，得噎则舒，且每因情志不畅诱发或加重。本例初诊时症状亦属肝胃不和，故治以疏肝解郁，和胃降逆。服药后症状明显改善，过去服用补中益气丸、汤剂后胃脘痞胀尤甚，也证实绝非单纯气虚。此类病证，临床颇为常见，应以辨证为主，勿以为胃下垂必属中气虚，而持补中益气之常法。

评述：诚如徐师所说，今之临床，认为胃下垂就是中气下陷引起，而以浪投补中益气汤者颇多。然有效者，有不效者，何也？乃因医者照本宣科，而未细辨不同



患者的因、机之异也。笔者由多年临床体会到本病之因、机，确非中气下陷之一端。它如因湿阻、食积、气滞致病者亦不少。尤其是长期饮食过饱或因醇酒厚味伤脾，致食积气滞，脾胃升降失司。正如《素问·痹论》所言：“饮食自倍，脾胃乃伤。”食滞久留不下，累及大肠，胃肠同病，使下垂加重。而饮食生冷，土运不及，产生内湿，或外感寒湿，内困脾土，湿邪壅滞，使清阳不升，浊阴难降，致胃体下垂。况脾升胃降功能之常，必赖肝脏疏泄功能之常。如肝郁不疏，脾胃失和，升降无能，则诸证丛生。故脾之升清固然对于脏器的固定起着重要的作用，然尚需脾胃升降功能的协调，方能使胃腑长久维持于原位，该案足证此理。

马继松一65岁外甥女患萎缩性胃炎十数载，并于2003年因胆结石手术，胃疾益甚。其每于三餐后均行走，欲借此法使食物尽快入肠，以减轻胃的负担。同时，又迭进治胃之中西药物，却如石投水，稍进食后胃下脘胀满尤甚。2005年其由外地返芜探母，找马继松咨询，见其164cm的身高却仅44kg，疑其“胃下”，嘱其行X线钡剂检查，果为中度胃下垂。让其饭后平卧半小时，并作顺时针肠道蠕动方向的轻度按摩，同时服较大剂量的党参、白术配以柴胡、葛根、枳壳、神曲、八月札、姜半夏、白豆蔻、鸡内金等，月余诸症方渐缓，断续服药数载，体重渐达48.5kg。

四、温中治胃虚

脾胃病病发日久，反复不愈。初起多为实证，如肝气犯胃、肝胃郁热、寒邪客胃等，随着病程进展，逐渐损及脾胃，脾气先虚，渐而波及脾阳，导致脾阳虚衰或胃失濡养，胃阴亏虚。脾主运化，脾阳虚弱，水液失于运化，则停湿成饮。脾胃亏虚，气血生化乏源，胃失濡养，不荣则痛。故徐师指出，对脾胃阳虚者，治当温运脾阳；而饮停中焦者，当在温中健运的前提下，佐以化痰祛饮，只有扶正祛邪，方可使证无反复，彻底治愈。

案4 胃痛 孙男，41岁。

1989年12月6日初诊。主诉：上腹冷痛1年。患者于1年前因饮冷受寒，致上腹隐痛。初未介意，然渐饮食减少，影响工作、生活。空腹餐前疼痛，得食痛可缓解，但食后移时又痛，喜暖喜按，上腹辘辘有声。从今年2月以来，多方诊治，经查胃镜为慢性浅表性胃炎，并有息肉1枚，已摘除。服多种中西药物（曾服黄芪建中汤、良附丸等），症状时轻时重，近1个月疼痛持续加重。饮食均需偏热，饮水不多，背恶寒，上腹觉冷，常需厚衣，并于上腹用“棉兜”敷住。大便正常，无黑便史。诊查：舌淡，苔薄白，脉细弦，上腹下脘附近轻压痛，胃部稍有振水声。肝功能无异常，胃经复查：浅表性胃炎、中度。治法：温中化饮，行气活血。处方：谷芽30g，白芍、云茯苓各15g，白术10g，高良姜、制香附、炙五灵脂、延胡索、广木香、萆澄茄各10g，桂枝、炙甘草各5g。5剂。另配合外治，丁桂散3g，敷脐。

5剂后，胃脘冷痛基本控制。舌、脉如前。原方改高良姜为5g，萆澄茄减为3g。



再进5剂，脘痛未作。遂隔日1剂，以巩固前效。后值冬寒，小有发作，但服1剂即可控制。外治法仅用10日。随访半年，脘宇冷痛未发，饮食正常。

评述：该案看似简单，然审证却需审慎。从患者初发时因饮冷受寒所致，病时以胃脘冷痛，喜暖喜按，得食稍减，喜饮热食，饮水不多，背恶寒，上腹冷，常厚衣，且用“棉兜”敷住上腹，舌淡，苔薄白等表现，似乎辨为中焦虚寒已无疑义。然徐师却能从患者曾服黄芪建中汤、良附丸等温中健脾、温胃散寒药物数十剂，效果却不理想，且病情日重悟出，此绝非纯虚寒之证，经进一步询问知疼痛部位比较固定，上腹辘辘有声，查体时胃脘部出现振水声。故判断其证系寒凝气滞，久痛入络，继而饮停中脘，遂改投温中化饮之苓桂术甘汤、良附丸和失笑散，合方加减治之而获愈。《金匱要略》云：“其人素盛今瘦，水走肠间，辘辘有声，谓之痰饮。病痰饮者，当以温药和之。”又云：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”该患者上腹辘辘有声（即今之振水声），即已表明已有饮停中焦之证，徐师遂用温中化饮法治疗。如若误作一般脾胃阳虚投药，岂不药证相背，貌合神离？叶天士在《临证指南》中说：“医道在乎识证、立法、用方，此为三大关键”，“然三者之中，识证尤为紧要。”甚是，学者当识。

五、酸敛治胃病

胃为六腑之一，主受纳磨谷。“体阳用阴”。徐师认为，胃之“用阴”，乃指胃所腐熟水谷的重要物质应具有液状而濡润的特性，亦即胃中之津，是胃体功能活动的物质基础。如嗜食辛辣厚味，损伤胃阴或过食肥甘，酿湿生热，耗伤胃津或胃有郁热，耗津伤液，以及过用香燥，损耗胃阴，皆易致胃阴亏虚。症现纳减，食不消，中脘痞胀，甚则嘈杂、灼痛，口干不欲饮，便干，形瘦，舌红少苔，甚则光剥。徐师提出治疗当以甘凉濡润，用沙参麦冬汤及益胃汤。同时，应根据病情酌加白芍、木瓜、白术、乌梅、莲肉、山药、太子参、麦冬、甘草等甘酸化阴、敛摄津液之品，使胃气得和，诸症自可安然。

案5 胃痛 李男，34岁。

1993年6月23日初诊。主诉：4年来上腹痛时作，近4个月来加重。患者起病已4年，上腹胃脘疼痛，不时发作，近4个月来频发加重。食后痛甚，呈胀痛、隐痛，嗳气则舒，不泛酸。有时脘痛不著而痞胀殊甚，以致进食减少，神倦乏力。大便日行，无黑便史。诱发脘痛之因与受凉、情志不畅有关。近查胃镜，诊为慢性浅表萎缩性胃炎、肠上皮化生、幽门螺杆菌阳性。3个月来，曾服雷尼替丁、铋剂等药，又服中药汤剂、成药，症状未见改善，脘痛仍作。旬日来，每日胃痛，且心下上腹痞胀，不知饥，不思食，常觉口干欲饮水，神倦、乏力，活动后心悸。夜间胃及咽热，寢寐不安。诊查：舌微红少津，苔薄，脉细弦。脘腹按之不适，下脘轻压痛。肝脾不大，莫氏征阴性。治法：养胃阴、泄郁热，佐酸甘敛气和阴。处方：谷



麦芽各30g，炒白芍、百合各25g，麦冬、乌梅、酸枣仁各15g，木瓜、五灵脂、丹参、石斛各10g，生甘草、青陈皮各5g。另延胡索粉1g，白芍粉1g，甘草粉0.5g送服（其中1次为临睡前服）。

5剂后，胃脘痞胀疼痛减轻，并有饥饿感，进食增加。10剂时，夜间咽热、口干等症相继改善。停服粉剂，单服汤剂10日，诸症俱安。以后间断服药1月余，症状偶作，但甚微。再1个月，宿疾渐愈。随访半年，能维持疗效。复查胃镜，慢性炎症浅表性、萎缩性病变由原来中度转为轻度，肠上皮化生呈灶性，幽门螺杆菌阴性。疗效为近期痊愈。

评述：该患初始胃痛呈胀痛、隐痛，嗳气则舒，食后痛甚，有时脘痛不著而痞胀殊甚，诱因与受凉、情志不畅有关。辨证为气滞实证。然迭服雷尼替丁、铋剂及多种中药汤剂、成药，就诊时表现为不知饥，不思食，常觉口干欲饮水，神倦、乏力，活动后心悸，且夜间胃中咽热，寢寐不安，舌质微红少津。考虑为久病、多药，损伤胃之阴津，导致胃阴亏虚，郁热内生。此时之心下上腹痞胀乃为虚痞，系气机逆乱无力斡旋所致。因而治疗应滋养胃阴复其本，清泄郁热治其标。

对于养胃阴方法，叶桂提出：“所谓调胃宜降则和者，非用辛开苦降，亦非苦寒下夺，以损胃气。不过甘平或甘凉濡润以养胃阴，则津液来复，使之通降而已。”他经过长期临床实践，创立了“养胃阴”学说。并从仲景炙甘草汤和麦门冬汤受到启发，创制了著名的益胃汤。该方以甘凉滋润为主，治胃阴不足之证，效验神奇。另外，叶氏还提出了“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血，则知治气治血之当然。胃痛久而屡发，必有凝痰聚瘀”的观点。徐师谨遵其旨，创以甘凉养阴、化阴、清热，加用白芍、乌梅、木瓜、酸枣仁等配甘草、谷麦芽等酸甘化阴，收摄胃气，乃对胃阴虚证治的一大发展。再辅以青陈皮、丹参、五灵脂等理气活血，补而不滞，通络止痛。研究证明，活血化瘀中药能降低血液黏稠度，改善微循环与组织缺氧状态，提高局部免疫功能，降低血管通透性，减少炎症渗出，加速局部炎症的吸收消散，并有利于萎缩腺体逆转和肠化的消除。适证加入，可望提高疗效。

六、疏解治胃郁

郁证为中医内伤杂病之一，以妇女为多，类似于西医之癔症。临床症状表现不一，除了情绪异常之外，可及躯体、头面感觉异常，内脏之症状以中上二焦为多。其起病或病情加重均与精神因素密切相关，易于反复发作，且各项实验室检查均为阴性。对其治疗，徐师提出以甘缓、辛散为其用药大法。

案6 胃痛 江女，40岁。

1993年11月17日初诊。主诉：胸闷短气，不思饮食，胃中抽动5个月。5年前曾患胃痛隐隐，多次服药，症状基本缓解，但仍小有反复。5个月前因情志不畅，致胸宇窒闷，短气，善叹息，不思饮食，无饥饿感，纳少，饮水少，胃脘部常有抽动



感，无规律，神疲乏力，体重渐减。屡治而效不著。已婚，生育1次，人工流产5度，半年来经期稍推迟且量较少。诊查：面色少华，舌淡红，苔薄白，脉细弦。心肺无异常，上腹无压痛。胃镜示轻度浅表性胃炎。胸部X检查及心电图均无明显异常。治法：疏肝解郁。处方：百合、淮小麦各30g，合欢花、橘叶各15g，广郁金、佛手片、娑罗子、全当归各10g，大枣7枚，橘皮6g，炙甘草5g，薄荷3g（后下）。

3剂后胸闷短气改善，7剂后胃中抽动减少，饮食渐增。去薄荷，加谷芽30g。14剂，诸症基本消失，恢复工作。随访3个月，生活工作正常。1年后谓良好，未服药。

评述：该案临床表现颇为特殊，为上腹抽动不安，用一般的胃病因、机似乎无法解释。然徐师抓住该患者有情志受激病史，素善叹息，一般检查未见明显异常等特点，认定与肝气郁结有关，属于中医郁证的情志疾病范畴，采用疏肝解郁法。并谨遵《内经》“肝苦急，急食甘以缓之”及“肝欲散，急食辛以散之”的原则，治以甘缓、辛散之剂而取效。《临证指南医案·郁证》言：“郁则气滞，气滞久则必化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分，久延血分，延及郁劳沉疴。故先生用药大旨，每以苦辛凉润宣通，不投燥热敛涩呆补，此其治疗之大法也。”对叶桂治郁证的大法，徐师用之娴熟应手，后学岂可忽之。

七、攻补治残胃

残胃炎症是胃部分切除术后最常见的病变，即胃部分切除术后，残留胃所发生的炎症，常见于食管癌、胃癌、贲门癌或胃、十二指肠溃疡合并上消化道出血、穿孔等疾病的胃大部切除术后。文献报告该病发生率高达60%~100%，是公认的胃癌癌前状态之一。徐师认为该病乃虚实夹杂之证，采用益气和胃、利胆疏泄、化瘀泄热与化湿消积等攻补结合方法，总结多年临床经验，自拟“残胃饮”（炒白术、枳壳、炒白芍、香附、五灵脂、石见穿、刀豆壳、柿蒂等），取得良好疗效。

案7 胃痛 李男，53岁。

1993年5月28日因反复上腹部疼痛、痞胀不适20余年，加重1个月入院。患者1966年因患十二指肠球部溃疡伴大出血而行BillrothⅡ式胃次全切除手术。术后2年出现上腹部疼痛、痞胀，伴胃嘈杂不适，口苦纳差，恶心呕吐等，长期选用中西药物治疗，病仍时作时缓。1个月前因烦劳过度，饮食失节，病情加重，在某大医院做胃镜及病理检查提示：中度浅表-萎缩性残胃炎伴胆汁反流；重度浅表糜烂性吻合口炎。予胃复安、吗叮啉、三九胃泰冲剂等常规治疗近1个月，病情反呈加重之势，遂请徐师诊治。刻诊：胃脘隐隐刺痛，晨起空腹为甚，食后稍减，脘痞腹微胀，噎气不畅，胃脘嘈杂，食饮均少，口苦咽干，恶心呕吐少许苦水胆汁，大便2日一行，形体瘦长，神疲乏力，舌黯红，边有瘀斑，舌底脉络暗滞迂曲，苔薄腻微黄，脉弦细濡。治法：清热化湿，和胃降逆，兼养胃益气行瘀。处方：残胃饮加减。麦冬、冬瓜仁各30g，



石见穿15g，陈皮、佛手、刀豆壳、法半夏各10g，厚朴、柿蒂各6g，木蝴蝶5g，公丁香4g，黄连3g。

5剂后，脘痞腹胀、恶心呕吐减轻。原方再进7剂，呕吐止，口苦减，大便正。原方去黄连、法半夏、冬瓜仁，加太子参、丹参各15g，枳壳10g，以增益气和胃行瘀之力。

10剂后，仅觉胃脘空腹时稍有隐隐刺痛，仍有胃脘痞闷嘈杂，口干微苦，神疲乏力，舌质黯红，舌边瘀斑稍减，脉弦细弱。太子参、麦冬各20g，谷芽15g，石斛12g，醋柴胡，炒白术、白芍、五灵脂、石见穿、丹参、刀豆壳、柿蒂、佛手各10g，炒枳实6g。

连服2个月，症状基本消失，体重增加7kg，复查胃镜及病理示：轻度浅表性残胃炎，黏膜萎缩已不明显，吻合口处充血糜烂性改变消除，呈红白相间象。病获显效而出院。随访半年未见复发。

评述：患者口苦咽干，呕吐苦水胆汁，脘痞腹胀，便偏干，舌暗红，苔薄腻微黄，脉濡，乃湿热内蕴，气机不畅，胆胃失和，热伤阴津之象；胃痛以空腹为甚，食后减轻，疼痛呈刺痛、隐痛，伴纳差、形瘦神疲，脉细弦，表明脾胃气虚夹瘀。审证准确，投方标本兼顾。冬瓜仁、黄连清化湿热；半夏、刀豆、丁香、柿蒂、厚朴和胃降逆；陈皮、佛手疏肝理气；木蝴蝶既能利咽，又可协同陈皮、佛手，共奏疏肝理气和胃之效；麦冬养阴生津，既补充湿热所伤之阴津，兼能制约辛温或苦寒燥湿药的伤阴之性。石见穿为徐师常用之药，乃唇形科一年生草本植物紫参的全草，又名小丹参、石打穿等。该药苦辛微寒，具活血化瘀、清解利湿、消肿散结、祛风抗癌等功。徐师认为，凡肝胃失和，气郁化热，或胃阴不足而郁热内结，出现胃脘灼痛、刺痛，部位固定者，用之甚佳，胃痛兼血瘀证配石见穿15~30g常收意外之效。笔者临床上喜将其用于肝胃郁热之胃痛及消化道肿瘤等患者，不仅可止痛、抗肿瘤，且无某些抗肿瘤药物影响食欲等的副作用。此药《苏州本草药材》记载治“噎膈，痰饮气喘”，《江苏药材志》也载其能“治瘰疬”，读者临证中不妨将其大胆用于肿瘤疾病的适应证治疗中，在30g的剂量内一般不会发生不良反应。

八、气阴双补治阴虚

徐师认为，脾阴虚与胃阴虚的临床特点有异，故治疗大法亦不同。脾阴虚证多在脾气虚的基础上发展而来，纵使已进展至阴虚证，但仍有气虚的基本病机。故除现口干形瘦、舌干红少苔、脉细或细数等脾阴虚证外，还有纳差神疲、脘腹痞胀、便溏等脾气虚的表现，非在养脾阴的同时佐入健脾益气而难获效。而胃的生理特点之一为“体阳而用阴”，因而常常由于胃阴胃液的不足而直接影响胃的受纳、腐熟功能，当以甘凉养胃施治。由于脾胃一脏一腑，为表里关系，脾升胃降，脾喜燥恶湿而胃喜润恶燥，共同完成消化功能。因而脾阴虚者易影响及胃，引起胃阴不足，而



胃阴亏损者每及于脾，出现脾胃阴俱虚现象。针对这种情况，徐师治疗时宗吴瑭“治中焦如衡，非平不安”之旨，在濡养脾胃之阴的同时，不忘补益脾气，冀以收到脾胃平衡、阴平阳秘之效。

案8 胃痛、泄泻 陈男，31岁。

1994年4月1日初诊。主诉：食少，脘腹痞胀，便溏4年，加重3个月。1990年3月起，患者因饮食不当，以致胃痛痞胀发作，食后尤甚，渐而空腹时亦有胀痛，胃镜检查提示：慢性浅表性胃炎。至秋，下腹隐痛，便溏，日2~3次，迭经治疗，效不佳。饮食渐少，口干欲饮，体重减轻，神倦乏力，3个月来症状加重，查肠镜示：慢性结肠炎。诊查：形体消瘦，面色不华，舌红，舌苔薄白，脉象濡缓。上、中脘轻度压痛，下腹部轻度压痛，尤以左下腹为著，轻度贫血血象，大便见未消化食物，白细胞少许。治法：养阴益气，佐以理气。处方：慎柔养真汤加减。谷芽30g，太子参、炒山药、建莲肉、炒白芍、麦冬各15g，炒白术、炙黄芪、石斛、绿萼梅、炙鸡内金、枳壳、煨木香各10g，炙甘草3g。

7剂后，口干、脘痞隐痛减轻。续服7剂，腹痛、便溏均改善，原方略事加减。服药1个月，胃中渐和，大便日行1次，成形，精神体力好转，舌红转淡，脉渐有力。以后改为隔日1剂、3日1剂，续服40日，随访半年未发。

原按：本例先患胃病，继患脾病，胃脘痛与泄泻同见。胃与脾相合，不易截然分割，仅是某些症状出现有先后和各有侧重而已。脾胃之病，临床常见。病久气虚及脾阴、胃阴俱不足，在治疗上各有特点。然脾阴虚一般以脾气虚为基础，每以气虚为先，气虚又逐渐致阴虚。故大法当以养脾胃之阴与健脾胃之气相结合，相对地以养阴为主。选药以甘凉、甘平为宜。滋养脾阴以山药、扁豆、莲子、太子参为主，石榴皮、白芍、甘草为辅，神曲、谷芽为佐。本例泄泻次数不多，故未用石榴皮；因兼气滞，故不用扁豆。加麦冬、石斛以养胃阴，用少量黄芪，补气健脾。太子参甘平微凉，益胃养阴而兼健脾，属于“清养”之品。炒枳壳、绿萼梅行气和胃而不伤阴耗气，加鸡内金以辅助脾胃运化。方药平淡，能取速效，贵在辨证。

古今方剂中，单纯补脾阴者较少。局方参苓白术散为一般悉知并常用之方，其中，补脾阴而健脾气的，仅山药、扁豆、莲子，他如党参、白术、茯苓、甘草等仍为补益脾气药。较为适合的滋养脾阴方，首推《慎柔五书》之养真汤。其中，除山药、莲子以外，尚有白芍、麦冬、五味子等敛阴、养阴之品。然仍有黄芪、党参、白术、茯苓、甘草等补益脾气之药。本例处方的指导思想，即是参照慎柔养真汤而随证加减。根据主症，选择恰当的方剂非常重要。养真汤不仅针对脾阴虚，也针对胃阴虚，故个人颇常用之。

评述：本案为典型脾阴虚，故徐师选用治脾阴虚的代表方《慎柔五书》之养真汤损益，获效颇捷。关于如何进一步理解脾阴虚之证，原中国中医科学院广安门医



院董德懋研究员曾著《养脾阴浅谈》一文（参见《医论医话荟要》），颇多创见，现撮要如下，供学者参酌。

滋养脾阴，人多忽之。或以脾胃相关，脾阳统胃阳，胃阴统脾阴混治之。我曰不然。脾阴之说由来已久，自明清之际，周慎斋、胡慎柔、吴澄、缪仲淳、唐容川等，代有发挥。从临床看，脾阴虚也颇多见，予滋养脾阴常可效。中医认为事物皆具阴阳两方面，脾亦如此。脾阳是脾脏运化水谷的生理功能，脾阴是脾脏运化水谷化生的营养物质，诸如营血、津液、脂膏等。脾阴有灌溉脏腑、营养肌肉、磨谷消食、濡润孔窍的作用。如暑、燥、湿邪化热，耗津夺液；嗜食辛辣厚味；慢性消耗，特别是长期脾胃病等，都可损耗脾阴致疾。常见低热，不思食，或食入难化，腹胀，四肢无力，肌肉萎缩，口渴心烦，身时烘热，面色晄白，但两颧潮红，大便溏，溲频数，唇舌红赤，脉象虚细无力等症。从病机分析看，脾主健运需要阴阳两方面的配合，脾阳主温运，脾阴主融化。脾阴不足，运化失常，故不思食，食入难化，腹部胀满。脾阴不足，用阳失健，中气不足以升，故大便溏，小便频数。它和阳虚生外寒所表现出的形寒肢冷，腹中冷痛，食入运迟，大便溏薄，口不渴，舌淡苔白，脉沉迟等脾阳虚之证明显有别。同时，脾阴虚和胃阴虚也不同。脾主运化，脾阴虚不足以运化，则腹胀便溏。胃主纳谷，胃阴虚不足以纳谷，则纳呆或知饥不食，干呕作呃，口咽干，脉细数。

常用补脾阴方剂有：①吴澄《不居集》中和理阴汤（人参、山药、扁豆、莲肉、老米、燕窝）。②《慎柔五书·虚损门》之慎柔养真汤（人参、白术、茯苓、甘草、山药、莲肉、白芍、五味子、麦冬、黄芪）。③陈藏器《三因方》六神散（人参、白术、茯苓、甘草、山药、扁豆）。④《局方》参苓白术散。缪仲淳说：“胃气弱则不能纳，脾阴亏则不能消，世人徒知香燥温补为治脾虚之法，而不知甘凉滋润益阴之有益于脾也。”可见，滋养脾阴，必须用滋润甘凉之品，取其甘以补脾，润以益阴，滋而不膩，运而不燥。余运用较多的是慎柔养真汤和陈氏六神散。记得在江西永修县临诊时，常见当地小儿子于夏季见发热口渴，多饮多尿，便溏不食，舌红，脉虚细数，西医诊为夏季热者，中医辨证属脾阴不足，投上方有效。

目前大多认为参苓白术散是理脾阴正方，笔者以为其中砂仁、陈皮似嫌香燥，薏苡仁渗利，一般单纯脾阴虚不宜，如兼水湿内停者较为适用。另李时珍曰：“据吴绶云，山药入手足太阴，补其不足，清其虚热。”黄宫绣《本草求真》言：“山药补脾益气除热，能补脾肺之阴。”近世张锡纯创一味薯蓣（即山药）饮，赞其“能滋阴又能利湿，能滑润又可收涩，是以能补肺肾兼补脾胃”。可见山药是补脾阴的良药，其性质和平，不似黄芪之温，白术之燥，故为余所常用。

（王晓戎 江厚万）

第 16 讲 博采众家理胃肠

——李振华诊治肠病医案理法方药思路评述

李振华（1925— ），河南洛宁县人，出身于中医世家。17岁辍学随其父洛宁县名医李景唐学医认药，研读医书，21岁独立应诊。1950年参加全省中医师考试，名列县之榜首，被当地誉为“名门高徒”“父子良医”。遂子承父业、悬壶乡里。1953年洛宁县人民医院成立，李师被首选为该院唯一的中医师，不久调往洛阳中医师进修班和洛阳地市西学中班任教，后又先后调任河南中医学院一附院副院长，河南中医学院中医内科教研室主任、副院长、院长。2009年被评为首届国医大师。

李师治学严谨，总结出“勤、恒、精、博、悟”五字真经，并时时以能者为师。他曾虚心向施今墨老中医求学以六两米醋酸收为引治疗功血经验，又向名老中医秦伯未谦求桂枝配合炙甘草汤加减治疗心脏期前收缩，显示了他凡“一事长于己者，不远千里，服膺取决”（孙思邈）的虚怀若谷精神。李师早年以擅治急性热性传染病而闻名省内，晚年致力于脾胃病研究。不仅将东垣之学术应用于脾胃病诊治中，同时，还拓展应用治类风湿关节炎、痛风、肝硬化等诸多杂病中。其提出的“治胃须兼治脾，健脾祛湿，亦必兼以和胃”以及“脾宜健，肝宜疏，胃宜和”等高见卓论，极大地丰富了中医脾胃病理论，并产生了深远的影响。

国医大师李振华对肠道病予以了60余载的求索探研，创获不凡。笔者通过研读《中国现代百名中医临床家丛书·李振华》（中国中医药出版社，2008年出版）一书后，深感李师在肠道病辨治方面经验宏富，见解独到，遂撰此文予以介绍。

一、解表化湿

泄泻、痢疾、腹痛等肠道疾患，其发生不惟与内伤因素有关，外感寒湿、暑湿及湿热之邪，侵袭肠胃，阻滞气机，也是此类疾病发生的常见因素。《景岳全书·泄泻》中指出：“泄泻……或为饮食所伤，或为时邪所犯……。”对于外感寒湿、暑湿等邪引起的泄泻（常见于胃肠型感冒），常用解表化湿法进行治疗，如藿香正气散、藿朴夏苓汤、葛根苓连汤等皆可辨证应用。

案1 安某，女，64岁。

1993年1月18日初诊。午后怕冷发热、纳呆、腹泻6日。患者因感受风寒，而发寒热，胃脘胀满，头痛，腹泻，按感冒治疗数日无效。现腹泻纳呆，口淡无味，便溏，日2~3次，每日下午怕冷发热（37.5℃左右），胃胀痛，头重痛，肢体酸困，



神萎面黄，舌稍大，边有齿痕，苔薄黄，中部稍厚，脉沉细。中医诊断：泄泻（寒湿困脾）。西医诊断：急性肠炎。治法：散寒除湿，理气和中。处方：藿香正气散加减。薏苡仁30g，茯苓15g，焦三仙各12g，藿香、陈皮、白术、早半夏、厚朴、泽泻各10g，砂仁8g，甘草3g，生姜3片。5剂。

二诊：1月23日。寒热、胃胀痛、头痛大缓，泄已止，惟不知饥纳，气短乏力，舌可，脉沉细无力。处方：补中益气汤加减。黄芪20g，茯苓15g，焦三仙各12g，党参、白术、陈皮、升麻、厚朴、枳壳、干姜各10g，砂仁8g，柴胡6g，甘草3g。10剂痊愈。

原按：患者脾胃素虚，复感寒湿之邪，致脾胃升降失司，清浊并走大肠，故脘胀痛，肠鸣腹泻；湿浊重浊黏滞，上蒙清窍，外滞四末，故见头重痛，肢酸困；寒湿困表，阳气不足则午后怕冷发热；舌胖大，边有齿痕，苔薄白，中稍厚，脉沉细无力均为脾胃虚、寒湿内盛之象。故治以解表散寒、芳香化湿法，以外解风寒、内化湿浊之藿香，配六君子汤去党参以健脾化湿；泽泻、薏苡仁利湿止泻，厚朴、砂仁行气和胃而共奏良效。考虑患者年迈中虚，“泄泻之本，无不由脾胃”“损者益之”，以补中益气汤益气升清、健脾止泻以善其后。

评述：前贤曰：“表里俱病者，当先解其表，或表里同治。”患者因外感风寒湿邪而发急性肠炎，既有发冷发热、头痛肢困之表证，又有肠鸣，腹痛泻，舌胖大，边有齿痕，脉沉细无力之里虚证，故当表里同治，藿香正气散最为对证。患者年过花甲，为防“虚不受补”，故一诊加用六君子汤时，去掉补而不走之党参，加用30g健脾渗湿且有益气之功的薏苡仁，以直接止泻。其用药之精慎，值得称道。

对于泄泻治法，叶桂曾总结为“开肺气治风湿泻”（如本方藿香），“温中阳治寒湿泻”（如本方厚朴、干姜），“利小便治暑湿泻”（如本方薏苡仁、泽泻等）。本案之用药，除健脾运湿治其本之外，还参以芳香化湿、淡渗利湿及温阳化湿，一方之中，多法祛湿，故5剂而泻止。尤其重用薏、苓等甘淡之品渗利水湿，乃“急则旁开支流，利小便可实大便”之意。正如《景岳全书·泄泻》所言：“治泄不利小便，非其治也。”但淡渗利湿法是通过利尿的方法祛除水湿之邪，渗利太过则有伤津耗阳之弊。《景岳全书·泄泻》云：“若病久者不可利，阴不足者不可利，脉证多寒者不可利，形弱者不可利，口干非渴而不喜冷者不可利……倘不察其所病之本，则未有不愈利而愈虚，而速其危者矣。”李师也在其提出的“四不宜”原则中提及“淡渗不可太多，恐津枯阳陷”。此案谨遵其言，复诊泻止即去薏苡仁、泽泻，易以干姜、升、柴等，协助脾之气阳升动，配合参、芪、术、草等健运之品，而收全功。

二、健脾化湿

脾胃虚弱是导致慢性泄泻发生的关键，水湿为其病理产物。《景岳全书·泄泻》曰：“泄泻之本，无不由于脾胃”“脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气



不能输化，乃致合污下降，而泻痢作矣。”《素问·六元正纪大论》言：“湿盛则濡泻。”故健脾渗湿法为泄泻治疗之常法。

案2 钟女，52岁。

1991年9月26日初诊。腹泻时愈时发2年余。1989年6-7月出现腹泻，大便日行3~5次，夹杂不消化食物，脘腹胀满，时噎气，在某医院钡剂灌肠提示为“慢性结肠炎”。服用土霉素、四环素，腹泻减轻，日行2~3次，仍夹不消化食物，腹胀纳差，偶噎气，面色苍白，神疲乏力，四肢困重，下肢有时浮肿，劳累后为甚，舌淡多津，苔白，根部微腻，脉濡。中医诊断：泄泻（脾虚湿阻）。西医诊断：慢性结肠炎。治法：健脾益气，和胃化湿。处方：参苓白术散加减。薏苡仁20g，茯苓、山药各15g，党参、焦三仙各12g，白术、半夏、陈皮、厚朴、藿香、白扁豆各10g，砂仁8g，木香6g，甘草3g。10剂。

二诊：脘腹胀满大减，大便日行1~2次，舌淡红，白苔转薄，脉濡。仍以健脾化湿为法。原方去藿香，继服10剂。

三诊：腹泻止，大便正常，惟稍有饮食不宜则腹泻复发。舌淡红，苔薄白，脉和缓。上方去厚朴，继服10剂，巩固疗效。后随访半年未复发。

按语：腹泻的发生当责之于脾胃功能障碍。本案以脾胃气虚为主。治以健脾益气，和胃化湿法。药用党参、白术健脾益气；茯苓、白扁豆、山药、薏苡仁健脾渗湿；陈皮、半夏、木香化湿理气；藿香辛温散寒，化浊祛湿；焦三仙消食和胃。诸药合用，相辅相成，使脾胃健，湿邪除而病愈。

评述：治湿法为临床一大治法。湿邪的产生，既可由外而来，亦可自内而生。湿为阴邪，性质凝重，易阻遏阳气、阻滞气机、困阻脾胃，且易与他邪兼夹。因而，具体的治湿方法有多样。《素问·至真要大论》指出：“湿淫所胜，平以苦热，佐以酸辛，以苦燥之，以淡泄之，湿上甚而热，治以苦温，佐以甘辛，以汗为故而止。”形成了后世所说的苦温燥湿、淡渗利湿、解表化湿等治法。《伤寒杂病论》进一步提出，湿在上焦宜发表宣散，湿阻中焦宜健脾化湿，湿停下焦宜温肾通阳，同时，湿为浊邪，宜佐以芳香化湿；湿性凝滞，宜辅以理气化湿；湿性寒凉，宜助以温阳化湿。朱丹溪在《丹溪心法》中提到：“外湿宜表散，内湿宜淡渗。若燥湿，以羌活胜湿汤、平胃散之类……。”即解表化湿法、淡渗利湿法、苦温燥湿法。李东垣提出了著名的升阳除湿大法。张景岳提出了温阳除湿法和滋阴除湿法。《三因极一病证方论》又提到：“治湿不利小便非其治也”，提出了淡渗利湿法。孙思邈还创立了活血化湿法等。对于泄泻、痢疾之类疾病的湿邪，笔者认为，根据湿邪产生的原因和湿邪困阻中焦脾胃而病变部位又在大小肠这一特点，临床可辨证使用解表化湿法、苦温燥湿法、健脾化湿法、温阳化湿法、淡渗利湿法以及升阳除湿法等。如若久泻伤及阴津，还可酌情使用养阴化湿法。其中，又以健脾化湿法为根本大法，临床可以多法



合用，以提高疗效。

三、健脾温中

前人谓“久泻无火”。久泻者脾气先虚，渐而波及脾阳，导致脾阳虚衰，甚则及于肾阳，遂成脾肾阳虚之证。阴气极盛，则令人洞泻不止。对于脾阳虚者，治疗当温运脾阳，采用健脾温中法。

案3 朱男，42岁，工人。

2006年5月3日来诊。腹泻1周余。患者1周前过食生冷出现腹泻，服黄连素后好转。3天前因饮酒又腹泻，再服黄连素复减轻。1天前又因饮食油腻及劳累后泄泻加重，随求治于中医。刻诊：腹泻，色淡黄，日2~4次，腹隐痛，喜温按，倦怠纳差，舌淡胖大，边有齿痕，苔白腻，脉濡缓。中医诊断：泄泻（脾虚寒湿）。西医诊断：急性胃肠炎。治法：健脾温中，祛湿止泻。处方：香砂温中汤加减。泽泻15g，茯苓、砂仁、白芍各12g，白术、陈皮、旱半夏、香附、厚朴、桂枝、西茴香、乌药、郁金、苍术、猪苓各10g，木香、吴茱萸各6g，大枣5g，甘草3g，生姜5片。10剂。

二诊：5月13日。腹已不痛，便次减少，稍成形，乏困减，纳渐佳，小便色淡黄。舌稍胖大，苔白腻，脉濡。继服10剂，诸症缓解。1个月后随访，未再复发。

原按：本案病由过食生冷，脾胃虚寒，水湿内盛所致，当健脾温中、祛湿止泻为法。故以苦温之苍术燥湿健脾，以甘淡之茯苓、猪苓、泽泻利水渗湿。药虽平平，然用法颇具心验。渗利择猪苓而不选薏苡仁，缘病由脾虚寒湿而起，薏苡仁虽甘淡可渗湿，然性微寒且入脾胃经，用之则病愈甚；猪苓甘淡可渗利，且禀性平和，又入肾和膀胱经，与甘淡之泽泻共用，可使湿随小便而去。为防过寒，乃以辛热之吴茱萸为佐，助阳止泻。诸药和合，病得痊愈。

评述：本案与案1之病机不同，前者为脾虚外感寒湿，本案乃脾虚寒湿内生。故朱男重在健脾益气，温中化湿，投自拟香砂温中汤治疗。该方乃香砂六君子汤合小建中汤加减而成，以温中健脾，祛湿止泻。西茴、乌药、香附、吴茱萸、郁金疏肝理气，体现其健脾勿忘治肝的学术思想。薏苡仁虽微寒，若能炒至微黄（古贤用东壁土炒尤佳。《纲目》引李师正《倦游录》言：“辛弃疾忽患疝疾，重坠大如杯，一道人教以苡珠用东壁土炒过水煮为膏服，数服即消。程沙随病此，稼轩授之亦效。”窃以为辛弃疾所患当为水疝，即今之鞘膜积液，由此可知薏苡仁确为淡渗水湿之要药。），亦不致使病愈甚，因其性已由凉转为微温矣。

案4 刘男，50岁。

1991年10月15日初诊。大便不爽、里急后重9日。半月前因腹痛绵绵，里急后重，在当地医院诊为“菌痢”。用西药治疗得以好转，但未能根治。此次已下利八九日，大便黏液，便之不爽，里急后重，日行4~5次，左下腹绵绵作痛，体重减轻，形体消瘦，倦怠懒言，食欲减少，大便稀溏，四肢欠温。舌体偏大，舌尖红，苔秽



腻，脉沉细。大便常规有红细胞，但未培养出细菌。中医诊断：痢疾（脾阳不振，寒湿内生）。治法：温中健脾，运化寒湿。处方：四君子汤合理中汤加味。薏苡仁20g，党参、茯苓各15g，白术、干姜、陈皮、泽泻、白芍、当归、苍术各10g，龙眼肉6g，甘草3g。5剂。

二诊：大便成形，便次、黏液均减少，仍腹胀，伴下坠感。舌淡红，苔已退。脉缓而有力。原方去龙眼肉、当归、苍术，加桂枝6g，焦三仙各12g，砂仁8g，炒莱菔子10g，制附子6g。5剂。

三诊：大便黏液消失，日行1~2次，腹痛、腹胀基本消失，食欲增加，舌淡红，苔薄白，脉和缓。附子理中丸2盒，每服6g，早晚各1次。后大便黏液消失，日行1~2次，腹痛、腹胀消失，食欲增加。半年后随访，未有复发。

按语：中医认为，痢疾乃肠癖之属，多因外感暑湿、疫毒时邪，内伤饮食生冷，损伤肠胃而成。本证属寒湿蕴结肠道，使气血阻滞，传化失职，而成脾阳不振之证。惟当以温中健脾为主治之，药以干姜、白术、肉桂、茯苓、苍术、甘草温中健脾，化湿和胃；芍药养血敛阴，缓急止痛；当归活血，使“行血则便脓自愈”；陈皮理气，使“行气则后重自除”；泽泻利水，取“利小便即所以实大便”。诸药合用，共奏温中健脾、运化寒湿、调气行血之功。又恐脾虚日久累及于肾，故二诊加制附子以温肾阳。三诊脾阳渐复，恐泻痢日久，中气不足，故嘱继服附子理中丸调理善后。

评述：龙眼肉为无患子科植物龙眼的假种皮，又称桂圆。甘温入心脾，功主补气血，益心脾，安神宁志，主虚劳羸弱，失眠健忘，惊悸怔忡。民间作为补血要品，因过于滋腻甘壅，鲜见医家用于消化道疾病，尤其是肠道病。然《泉州本草》却云：“可补脾胃，治……脾虚泄泻。”故李师取用之，且仅用6g之量，并与干姜、陈皮等辛燥运脾之品相合，既不会有壅中之患，亦可防辛燥药伤阴之弊，更能直接养血益脾，一石三鸟，岂不妙哉！

四、健脾温肾

“五脏之伤，穷必及肾”。泄泻日久，肾阳必亏，肾阳虚则不能温煦脾阳，常致病情缠绵难愈，反复不已，而于黎明之前，阳气未振，阴寒较盛之时，容易定时发生泄泻，俗称“五更泻”“鸡鸣泻”，又名“肾泻”。《景岳全书·泄泻》篇指出：“肾为胃之关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏所主，今肾中阳气不足，则命门火衰……阴气盛极之时，即令人洞泄不止也。“浅者在脾，深者在肾。”此时，治当健脾温肾，涩肠止泻。

案5 安女，30岁。

2006年4月15日来诊。大便溏泻3年余，加重2月余。患者自述于3年前因服预防非典药物后引起大便溏泻，每日清晨五六时即欲排便，有时排泄不畅，腹胀，反胃，恶心，大便时夹黏液，无血液，腹部怕凉，不易上火，但有时口苦，不能吃硬食及



肉食，左下腹胀痛，纳差，面色无华。舌稍淡体胖，苔稍白腻，脉细弦。结肠镜检查：慢性结肠炎。中医诊断：五更泻（脾肾阳虚）。西医诊断：慢性结肠炎。治法：温补脾肾，收涩利湿。处方：结肠炎方加减。炒薏苡仁25g，赤石脂20g，茯苓、泽泻各15g，诃子肉12g，肉豆蔻、白术、猪苓、苍术、陈皮、厚朴、五味子、制附子、乌药各10g，吴茱萸、炮姜各6g，甘草3g。14剂。

二诊：5月2日。腹痛减轻，反胃恶心、口苦消失，但大便仍溏泻不止，欲泻而不爽，泻后不尽感，兼夹黏液，近两天出现噎气，舌体稍胖大，苔稍白腻，脉弦。易炮姜为干姜，14剂。

三诊：5月18日。排便渐顺，已无黏液，腹部怕凉减轻，去干姜，加海螵蛸10g。

四诊：6月4日。大便稍成形，次数近正常，仍怕冷。加制附子12g，乌药10g。15剂。大便正常，诸症消失而痊愈。

原按：五更泻不同于一般的泄泻，即每天将近黎明时，必定时腹泻，故亦称“鸡鸣泻”“晨泻”。迁延日久，甚至数年不愈，病较难治。西医称此病为慢性结肠炎；大便带有黏液脓血者多为溃疡性结肠炎。五更泻者主要为脾肾气虚甚则阳虚。李老治疗此病，初遵古方，用四神丸有效，但易反复，且对便脓者无效。后经多年临床实践，将四神丸与胃苓汤合用，则效果显著，且易根治，同时注意随症加药。如少腹痛者加乌药；下坠者加升麻；大便泄甚而稀者，加炒薏苡仁、诃子肉、赤石脂、车前子；大便有白黏液者加干姜；畏寒怕冷，脾肾阳虚重者加制附子。溃疡性结肠炎，便溏色黄者加木香、黄连、白头翁、海螵蛸；大便血多者重用黑地榆、生地黄炭；脓多者重用干姜等。本病系慢性病，贵有方有守，服药时间较长，本案即按上述方法治愈。

评述：李师自拟结肠炎方既体现了温脾补肾、涩肠止泻之立法思想，又着意分利小便，以期收到“急则旁开支流”之效。对于泄泻的治则，历代医家论述颇多，然明代医家李中梓在《医宗必读》中将前贤论治之法，高度概括为“淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩”九法。胃苓汤由平胃散合五苓汤组成，方中含有淡渗（如二苓）、升提（桂枝）、疏利（甘草）、甘缓（厚朴）、燥脾（苍术）五法，故为李师治泻最喜用之方，再加四神丸之温肾、固涩，将九法中的七法融于一方，更添温肾之附子、干姜与收涩之诃子肉与赤石脂，故患者虽病已3年，亦取得快捷之效。本案用白术而未用苍术，乃宗《玉楸药解》所云：“白术守而不走，苍术走而不守；故白术善补，而苍术善行”之理也。初用炮姜而不用干姜，乃因炮姜炮后变为苦温，辛散之力减弱，而专于温中；同时，炮姜色黑入肾，兼能温散下焦虚寒。正如清代名医曹仁伯所谓：“……中宫阳气不舒，用干姜者取其散；少腹之阳气下陷，用炮姜者取其守；其变换在大便之溏与不溏”（《柳选四家医案·继志堂医案》）。该案患者初诊由于脾肾阳亏颇甚，故以附子伍炮姜加强暖脾温肾之



力，故取效迅捷。

案6 赵男，48岁。

1989年10月5日来诊。泄泻5年余。患者1984年夏始泄泻，服黄连素等药泻止。后腹泻间断复发，时轻时重，每因饮食不当，或劳累则加重。经某院结肠镜检诊为“慢性结肠炎”，今年夏季以来持续泄泻，日3~5次，每日晨起脐下痛鸣则泻，食少乏力，倦怠健忘。中医诊断：五更泻（脾肾阳虚）。西医诊断：慢性结肠炎。治法：温肾健脾，收涩止泻。处方：四神汤加味。炒薏苡仁30g，茯苓18g，党参、泽泻、白芍、诃子肉各12g，白术、补骨脂、煨肉豆蔻、五味子各10g，砂仁8g，桂枝、炙甘草各6g，吴茱萸5g。12剂。

二诊：10月20日。黎明时脐下痛止，里急后重减轻，日便2次成形，纳增神振。继服12剂。

三诊：11月5日。大便日1~2次，诸症基本消失。予附子理中丸3盒，每服5g，日3次，以资巩固。3个月后随访未见复发。

原按：本病系脾肾阳虚，命火衰，阴寒盛，故黎明则肠鸣腹泻。方中四神丸温肾暖脾止泻。据多年观察，该方药力较缓，故配以白术、茯苓、炙甘草以增强健脾益气、利湿止泻之力；砂仁调中行气，使补而不滞，与四神丸相辅相成。一般服用10剂黎明泻即可缓解，如见腹坠、脱肛、气短汗出等气虚下陷者，可加黄芪、柴胡、升麻等；四肢欠温者，加制附子。

评述：该案脾肾阳虚较轻，每晨痛鸣泻，仅伴食少乏力，倦怠健忘等症。而前案反胃，恶心，大便黏液，腹部怕凉，纳差，面色无华，舌淡体胖，苔白腻，脉细弦，可知脾肾阳虚较重，故前案选用结肠炎丸而该案选用四神汤足矣。学者当于细微处认真辨证，而有利于区别选方矣。考“五更泻”一病，历代名医及今贤多责之于肾阳虚，主张以四神丸治疗，但应知晨泄未必尽属肾阳虚。如属肾泻者，定当有畏寒肢冷、腰酸膝痛、阳痿滑精、小便清长、脉沉迟或细弱、舌淡胖等肾阳虚之脉证。如南京中医药大学孟景春教授就指出：“如肝郁犯脾，症见肠鸣辘辘，或粪如羊屎，或完谷不化，或恶寒烘热，其泻常在黎明之际，名曰肝泻，治宜敛肝和脾，仿乌梅丸意，可用乌梅、木瓜、白芍、炙甘草、党参、生麦芽等。”而湖南中医学院二附院范镇海教授，也曾治一产后病温而发夏季五更泻历十余年百药不效的患者。细询之，该患者泻前心烦、手足心热。考虑乃素体阴虚，而病温伤阴，复加夏季炎热，汗出更伤其阴，致阴虚无以济阳，阳主无权而致五更泻，改用六味地黄丸以滋阴济阳，调治半月竟收全功。故对此证，若投以一法近10剂，仍如石投水，毫无应验，则当重新认真辨证，改弦更张，切不可为试一方之效而贻误病情。

五、补气升阳

泄泻的主要病机虽以脾胃虚弱为本，治以健脾益气为主。然脾阳宜升，正如《素



问·阴阳应象大论》所言：“清气在下，则生飧泄。”故对久泄不愈的患者，或对于脾气下陷、清阳不升引起的泄泻，李师常在健脾益气的基础上，加用升麻、黄芪、柴胡等补中益气之药以达升阳除湿止泻之效，如此则脾气健而水湿化，清阳升而泄泻止。考该法源自李东垣《脾胃论》。东垣谓：“湿能滋养于胃，胃湿有余，亦当泻湿之太过也。”并进一步指出：中气不足，脾湿下陷，乃“阴盛乘阳”之变，不宜淡渗分利之剂。脾气下陷，又分利之，正是“降之又降，复益其阴而重竭其阳也，则阳气愈削，而精神愈短矣，阴重强而阳重衰也。”他认为，在下者引而竭之，脾胃久虚，清阳不升，用升阳风药即差。”并创升阳除湿汤治之。

案8 许女，54岁。

1992年4月23日初诊。泄泻反复发作3年余，肛门下坠1年。反复泄泻3年余，近1年来，腹泻频繁，甚则水泻无度，肛门下坠，伴有发热，体温持续在38~38.5℃之间。经某医院结肠镜检查，诊断为慢性结肠炎，功能性低热。曾用中西药物治疗，未见显效。现腹泻，每日4~5次，体温38.5℃，腹胀隐痛喜按，渴不多饮，食欲欠佳，神疲乏力，气短懒言。舌淡红，苔白腻微黄，脉稍数。中医诊断：泄泻（脾气虚弱）。西医诊断：①慢性结肠炎；②功能性低热。治法：健脾止泻，甘温除热。

处方：补中益气汤加减。黄芪20g，党参、茯苓各15g，白术、葛根、焦三仙各12g，砂仁8g，柴胡、升麻、木香各6g，黄连5g，甘草3g。7剂。

二诊：泄泻减轻，大便日3~4次，体温降至38℃，舌微红，苔黄稍腻，脉稍数。药已中病，原方继服。

三诊：上药连服月余，大便稍成形，日2~3次，体温降至37.5℃左右，腹痛、口渴诸症显减，纳增神振。舌淡红，苔薄白，脉沉细。继以补中益气汤培土益气，甘温除热。原方去葛根、黄连，加薏苡仁10g，陈皮、当归各10g，白术增至15g。20剂。后随访病已痊愈。

原按：此案属脾虚致泻，气虚发热，如张景岳谓：“气本属阳，阳气不足，则寒从中生，寒从中生则阳无所依，而浮散于外，是即虚火假热之谓也”。遵李东垣“惟当以甘温之剂，补其中，升其阳，甘寒以泻其火则愈”之法。方中党参、黄芪、白术、甘草益气健脾；柴胡、升麻升举下陷之清阳以止泻；甘凉之葛根解热生津并具升阳止泻之功；其中，木香、黄连相配为名方香连丸，以调气坚肠止泻；焦三仙和胃消食使补而不滞；砂仁化湿行气且醒脾和胃。纵观治疗全程，补脾益气、升举清阳、甘温除热之时，不忘酌加运脾醒脾和胃之剂，使补而不滞，而获良效。

评述：李东垣升阳除湿汤中，重用风药升阳，升麻、柴胡之外，还用如羌活、独活、蔓荆子、藁本、防风之类。盖风药性温味辛，其气升浮，具有升发清阳、舒展经络之气的作用。张元素在《医学启源》中概括其谓“风、升、生”。故而阳气升腾，浊阴自化；而风药又能胜湿，则阴湿亦自除，则泄泻可止。此谓“寒湿之胜，



助风以平之”，亦为“下者举之”的方法。笔者认为，该案中如再酌加上述药物，则效果更显。

案9 徐女，32岁。

1991年9月12日来诊。腹部胀满，大便不爽10余年。病史：1980年初因脘腹胀满，大便不爽，久坐努责，肛门重坠，被某院诊断为“肠结核”，对症治疗病情时轻时重，一直未能根治。现脘腹胀满，食后尤甚，大便不爽，肛门重坠，形瘦面萎，神疲纳减，舌淡红，苔薄白，脉沉迟。中医诊断：腹胀（脾虚气陷）。西医诊断：肠结核。治法：补中益气，升举清阳。处方：黄芪20g，党参、白术、陈皮、旱半夏、枳壳、沉香、厚朴各10g，砂仁8g，升麻、木香各6g，炮姜炭、炙甘草各5g。5剂。

二诊：9月29日。腹胀已消，肛坠亦减，食欲渐增，惟3日不便，苔舌如前，脉沉细。去沉香、木香，加黑芝麻、肉苁蓉各10g。5剂。

三诊：10月6日。便通腹松，近因劳累，腹胀又作，头晕痛，纳尚佳，舌脉如旧。去半夏、沉香、木香，加柴胡、天麻各10g，细辛5g。5剂。

四诊：10月15日。胀减痛消，便通食佳，舌淡苔薄，脉缓。改用补中益气丸3盒巩固疗效。

原按：患者素体气虚，久病致脾运失健，胃纳失司，脾虚气陷，清阳不升而致诸症。治以补中益气，升举清阳。首剂取香砂六君汤加黄芪、升麻、枳壳、沉香、炮姜炭以益气升阳，行气消积，温中散寒。合用使气行湿化，清阳得升则腹胀及肛门重坠消减。二诊因3日不便，乃用黑芝麻、肉苁蓉润肠通便。后因劳累过度，病情反复，兼见头痛眩晕，故配以柴胡、细辛、天麻以消头痛眩晕，继服补中益气丸以巩固疗效。

评述：肠道结核病中医治疗案例不太多见。按其临床表现和发病原因，似应归属于中医的“癆瘵”“泄泻”“腹痛”“便秘”等范畴。细看李师治疗此案的药物，未按常规选用百部、丹参、黄芩、黄精、十大功劳叶、土鳖虫等证实有抗癆杀虫、抑杀结核杆菌的中药，而是始终坚持辨证论治。一诊辨为脾虚气陷证，选用补中益气汤以补益中气，升举清阳；二诊出现大便困难，而加用黑芝麻、肉苁蓉润肠通便；三诊出现头晕，而伍天麻、柴胡以疏肝、平肝，最终获愈。

六、疏肝理气

“六腑以通为用”。肝主疏泄，肝气的调达有利于胃肠道气机的升降运动，肝气升发不郁不亢，有利于条达脾土、大小肠，使其正常地发挥运化水谷、分清别浊、传导排泄的通降功能。反之，肝气郁结，则腑气不通；肝气犯脾，木不疏土，则清气不升，浊气下泄；肝失疏泄，胃失和降，则胃气上逆。以上则导致便秘、腹痛、泄泻、呕逆等证的发生。正如《素问·举痛论》所言：“怒则气逆，甚者呕血与衄泄”；《景岳全书·杂证谏》谓：“凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时挟食，致伤



脾胃，故但有所犯即随触而发，此肝脾二脏之病也，盖以肝木克土，脾气受伤而然。”阐述了肝气致泻的病机。故疏肝理气法是胃肠道疾病重要的治疗方法之一。

案7 张女，30岁。

1992年3月15日来诊。主诉：脐两侧常痛，时有硬块已年余。病史：1991年出现脐两侧痛，时有硬块，当地医院B超及妇科检查未见异常，即按炎症治疗。用西药效不佳，特求治中医。现自觉脐两侧有硬块，且可游走聚散，时或疼痛，并觉上腹胀满不适，矢气后减轻，而情志不遂则加重，食欲下降，倦怠乏力，偶有头晕心悸，舌胖质淡红，苔薄白，脉弦滑。中医诊断：①聚证（肝郁气滞）；②腹痛（肝郁气滞）。

西医诊断：肠功能紊乱。治法：疏肝解郁，理气止痛。白芍15g，乌药、槟榔、枳实、川芎、延胡索、香附各10g，砂仁8g，沉香、木香、柴胡各6g，甘草3g。7剂。

二诊：3月22日。脐两侧痛有所减轻，仍时觉腹有硬块，纳增。舌淡红苔薄白，脉弦。处方：去香附、木香，加焦三仙各12g，高良姜10g，吴茱萸5g。7剂。

三诊：3月29日。脐两侧痛已不显，食后腹不再胀，硬块消失，精神好转，舌苔正，脉沉滑。予茯苓15g，焦三仙各12g，白术、陈皮、枳实、香附、乌药、高良姜、延胡索、炒莱菔子各10g，砂仁8g，木香、柴胡各6g，甘草3g。7剂。

四诊：脐两侧未再痛，胃脘亦未再胀痛，纳旺舌可，脉沉缓。去枳实、柴胡、莱菔子，加党参10g，厚朴10g。15剂。

原按：《证治汇补·腹痛》曰：“暴触怒气，则两胁先痛而后入腹。”患者情志不畅，肝气郁结成形，腹中气聚，故见脐腹痛，时有硬块，气聚则痛，气散痛止；病本在肝，肝气犯胃，肝胃失和，则见胃脘胀满，痞塞纳减，因气滞所致，故矢气痛胀可减；脾胃虚弱，气血生化不足，则偶见头晕心悸。治以行气疏肝，理气止痛。所谓“木郁达之”，方以柴胡、乌药行气疏肝；槟榔、香附、枳实、川芎、延胡索等行气活血止痛；木香、砂仁理气和胃，伍柔肝止痛之白芍，取肝胃同调，其血和利，则痛自除。二诊虽症减，但仍肝郁气滞，故加焦三仙消食和胃，余药稍事加减。三诊脐两侧痛轻，食后腹中不再疼痛，腹中硬块消失，故去沉香、槟榔，加白术以培土制木。四诊结合症、舌、脉，诸症显好，脉见沉缓，故增党参加强培土之力，以巩固疗效。

评述：该案痛在少腹两侧，并自觉脐两侧有硬块，游走聚散不定，伴上腹胀满，矢气则减轻，情志不遂可加重的特点，结合经络在腹部的循行部位和该案舌、脉，可知患者病变与肝经有关。同时，肝气乘犯脾土，影响脾胃运化和化生气血的功能，故又伴有食欲下降，倦怠乏力，头晕心悸和舌胖质淡红等症。治疗当疏肝解郁、理气止痛为主。同时，“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，故李师于五磨饮子中加用焦三仙、白术、茯苓、砂仁、甘草等健脾和胃，以培土制木。



考五磨饮子方出多处，但用药却同，皆系将南宋名医严用和所著《济生方》中的四磨饮子（人参、乌药、槟榔、沉香）去人参，加木香、枳实组成，五药皆可降气破结。由于诸药均质硬且芳香，故各取等分在粗糙器皿中磨成粗末，煎三四沸后温服，恐久煎则香气耗散而效减。现在如沉香等价昂之品，皆可研磨吞服或冲服。若缺可以降香或刀豆子或九香虫代之，均可收疏肝降逆、消痞除胀之效。

另考诸古代医籍，方名虽相同而出处不同，组成、功效、主治却均异者，亦屡见不鲜。如《中医大辞典·方剂分册》曾收录15则不同出处，组成、功效与主治均异的羚羊角散。故学者对一些方剂的出处应予以重视，否则会由于方名相同，但因药物之异，致功用、主治亦不同的方剂发生混用，致病增重。

肠功能紊乱，有学者认为应属广义神经官能症中的肠神经官能症，提出当治以痛泻要方（又名白术芍药散）。药用：炒白术90g，炒白芍60g，炒陈皮45g，防风30g，共为末，每用15~20g，水煎去渣服。功能疏肝补脾，主治肝旺脾虚、木横侮土的腹痛即泄、泻后痛缓之症，与肠功能紊乱主症颇似，且药简价廉效捷，很受医患欢迎，笔者亦常用之，但需注意的：①该方在改汤剂煎服时，白术之量应是防风的2倍以上，最好是3倍，因非此重量则不能奠安中州，脾虚若难复又何以抗御肝木之侵？②对芍药之用，当以炒白芍为佳，因其柔肝止痛远胜赤芍，炒后其性由凉转平，更有利止泻，若兼瘀滞，可赤、白芍同用，亦均炒后为好。③白术亦须以土或米炒，缘生白术“最富脂膏……而亦滋津液，且以气胜者，流行迅利，本能致津液通气也（《本草正义》）”。当代北京名医魏龙骧则以60g以上生白术配熟地黄等药，治他法用之无效的顽固性便秘。另炒后脂膏减少，也可防其壅中。④该方仅4味药，故应用时对兼症明显者，还应适当配以照顾兼症之药。总之痛泻要方为治本病的常法，对初病体虚者尤为适用，学者可酌情配合李师之法，可望获效更捷矣！

（王晓戎 马继松）

第 17 讲 提挈脏腑疗肠病

——贾美华诊治肠病医案理法方药思路评述

贾美华（1945- ），江苏靖江人。幼承庭训，嗣续祖业，于 20 世纪 60 年代初悬壶杏林。曾先后在联合诊所、乡卫生院、靖江县中医院等基层医院工作。他学无古今，惟善是从；医无中西，惟效是求。精研仲景学说，旁猎历代名家，主攻中医疑难病症，尤精于肛肠疾病诊治。80 年代初，曾参加江苏省肛肠科学习班的专门学习，师从痔科名家丁泽民教授，对痔、瘻、裂、脱、泻、秘等肛肠疾患的内、外治法积验甚丰。贾君不仅躬身临床，且勤于撰写临证心得和整理临床验案。工作 40 余年来，公开发表和参加学术交流论文逾百篇。其中，精选 80 篇汇编成册，名之《菁菁园诊余笔谈》（中国中医药出版社，1991 年出版），内容囊括他本人在内、外、肛肠各科的临床经验实录，尤详于各种肛肠疾患的诊治。

肠道疾病包括泄泻、痢疾、便秘、便血、痔疮等，病种既广，施治亦难。而此类之中医专著却不多，使中医后学者难得其要。然从事肛肠科 40 余载的贾美华主任中医师在所著《菁菁园诊余笔谈》中，较详尽地实录了他的临证经验，笔者读后，获益良多，故撷取书中之菁华，与同道共赏。

一、着眼脏腑，辨治肠道病

肠道疾病虽是肛门和肠道的局部病变，但与心、肝、胆、脾、胃、肺、肾等五脏六腑关系极为密切。《经脉别论》云：“食气入胃，散精于肝，淫气于筋。食气入胃，浊气归心，淫精于脉。脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于腑，腑精神明，留于四肢。”由此可知，饮食入胃，经胃的腐熟成为食糜，下入小肠，小肠再进一步消化，泌别清浊，浊者下入大肠，清者输送全身。而大肠的传送糟粕作用，须赖肺之肃降、脾之运化、肝之疏泄，相辅而行，最终将食物经消化吸收后形成的糟粕排出体外。

（一）从肺论治

1. 清金润肺止泻痢 肺与大肠相表里。在生理情况下，肺能布散津液下润大肠；在病理情况下，蕴结于肺之邪气亦可下及大肠，导致大肠传导失常。兹介绍贾君采用清金润肺法治疗麻疹闭肺、下传大肠导致泄泻案一例。

案 1 施某，男，9 岁。

1967 年 4 月 4 日初诊。时值江苏靖江地区麻疹流行，患儿亦未能幸免，发热 3



日，出现疹点，因咳嗽气急，送至某院求治。诊断：麻疹并发肺炎。治疗2日，咳轻、喘渐平，但增腹痛泄泻，便次日达5~6次，粪质稀溏热臭。刻诊：患儿面色憔悴，疹形平坦，色紫暗，口干渴喜饮，不欲食，腹软，无明显压痛，T38.8℃，舌质衬紫，苔黄燥，脉细数。此风热时邪侵袭肺卫，肺移热于大肠。治取清解透表法：连翘、金银花、牛蒡子、紫草、黄芩各10g，葛根、升麻、菊花、桑叶各6g，1剂。药后周身微汗出，疹色见转红活，T37.9℃，腹痛渐定，泄泻2次。原方去升麻、菊花、桑叶，加杏仁、薏苡仁、地骨皮各6g。2剂。1周后访视，患儿精神奕振，热撤咳停，大便正常。

评述：该案初为麻疹并发肺炎，经治肺疾向愈，而又增腹痛泄泻，乃为肺热移肠所致。清代名医喻嘉言在《医门法律·痢疾门》中云：“痢疾一证……至夏秋热暑湿之气交蒸，互结之热……外感三气之热而成下痢。”并指出，“其必从外而出之，以故下痢必从汗，先解其外，后调其内。”首创“逆流挽舟法”，以人参败毒散治疗。该法即发汗治法，寓“逆流中挽舟楫上行”之意，使内陷之外邪从里出表。该案即喻氏逆流挽舟法在临床上应用的典型案例。以发汗解表、清热解毒并用，以尽早驱逐客邪，顿挫病势，防止传变。《内经》言：“上工救其萌芽”，此之谓也。

2. 升清补肺治便秘 肺气实则大肠传导有力，肺气虚则大肠推动无能，且肺气虚，津液失于布散，常致便秘发生。肺气虚，大肠传导失司引起的便秘，贾君常采用升清补肺法治之。

案2 孙某，男，68岁。

1983年11月10日初诊。患支气管炎10余年，近5年来大便秘结，需服果导、番泻叶、麻仁丸、更衣丸等泻下通便药方得缓解。刻诊：面色皓白无华，形体羸瘦，小溲清。大便4日未行，肛门坠胀，大便时喘急迫促，身摇头汗，每次大便约需努挣1个小时，便后汗出湿衣，神疲气怯，心慌懒言，舌淡苔薄白，脉虚细。此上虚下实证，治以升清补肺：生黄芪、太子参、山药、麦冬各15g，紫菀、杏仁各10g，桔梗9g，五味子、甘草、陈皮各5g。5剂。药后便质转软，便程缩减至20分钟，原方扩大剂量20倍，加阿胶100g，蜂蜜1000ml，熬制膏方，每日早晚开水各冲服二匙。尔后访视，患者神爽，便秘、慢性支气管炎均未发作。

评述：肺主一身之气，为水之上源，司通调水道，布散津液之职。肺气充盛，则推动全身气机运行，宣发布散津液，亦濡润五脏六腑、形体诸窍。孙男素有肺疾10余年，久病耗损肺气，使肺乏肃降之权，推动无力，大肠蠕动功能减慢，津液失于布散，则大便干结难出。气虚则全身功能低下，出现面色皓白，形体消瘦；“劳则气耗”，便时肺气更虚，则喘急迫促，身摇头汗，便后汗出湿衣，神疲气怯，心慌懒言，舌淡苔薄白，脉虚细，乃肺气虚明征。《素问·至真要大论》云：“谨守病机，各司其属，有者求之，无者求之，盛者责之，虚者责之。”肺气亏虚乃此案之病机所



在，故治疗应从治肺着手，补益其气。土能生金，补肺者，当先补脾。故方用黄芪、太子参、山药、陈皮、甘草健脾益气，培土生金；麦冬、五味子滋养肺阴，收敛肺气；紫菀、杏仁、桔梗宣降肺气，润肺止咳。肺气足，肺阴濡，则大肠受其荫庇。且紫菀、杏仁本身即可润肠通便，故取捷效。

查古代本草书籍，载紫菀通利小便及治血尿的很多，而于通大便一功鲜有记载。只是清代《本草从新》中称紫菀有“苦能下达，辛可益金（肺）……虽入至高，善于达下。”《朱良春用药经验集》谓：“紫菀所以能通利二便，是因其体润而微辛微苦……润则能通，辛则能行，苦可泻火，故于二便之滞塞皆效。”乃经验有得之言。

3. 宣泄肺热疗痔疾 《普济方·痔漏门》谓：“盖热则血伤，血伤则经滞，经滞则气不周行，气与血俱滞，乘虚而坠入大肠，此其所以为痔也。”姜师指出，临床上因肺热引发痔疾者屡见不鲜，行痔结扎、注射术的慢性支气管炎、肺气肿者，痔疾尤易复作。采用麻杏石甘汤加味宣泄肺热而用于内痔嵌顿、痔瘻术后肛门水肿，由于肺热清则大肠热亦却，肺气宣肃则魄门水血之瘀滞亦行，故临床症状很快缓解。

案3 贾某，男，54岁。

1984年8月16日初诊。患支气管炎、内痔10余年，支气管炎入冬方作，但间歇性便血一年四季均见。每次便后痔核均见外脱，用手按托后回缩肛内，前日大便时，痔核脱出不能复位，痔核渐行增大，肛门疼痛剧烈。刻诊：痛苦面容，坐卧不安，肛门脱出物已见紫暗，呈糜腐状。因天气炎热，患者要求药物治疗。遂用润滑剂将痔核复位后，用丁字带固定。拟宣泄肺热方内服。处方：生石膏30g（打，先煎），生地榆、槐花各15g，杏仁、黄芩、丹参、牡丹皮各10g，生麻黄、黄连各3g，生甘草5g。2剂后大便1次，脱出物手控可以复位。服药6剂后，脱出物能自行回纳。

评述：患者支气管炎、内痔两病兼有，当属肺与大肠疾患。此次肛疾发作于炎夏，肛门疼痛剧烈，脱出物紫暗，呈糜腐状，证属热毒下注肛门。贾君着眼于肺与大肠表里关系，宣肺气、清肺热、解热毒、凉血热，8剂后即愈，治疗思路新颖。

（二）从膀胱论治

1. 缩尿治便秘 粪便中的水分在肛肠内被吸收，粪质遂干燥坚硬，排便时间延长，则易形成便秘。便秘虽有热秘、气秘、虚秘、冷秘之分，但粪质干硬少水，肠液失润少濡为其共性。贾君观察到，便秘患者常兼见尿多或小溲频数清长，认为系津液分布不匀、水分泌泄失常之象，用缩泉丸加甘酸之品进治。缩泉丸可将尿液布渗于膀胱的近邻——肠道，使肠道的津液充沛，运动加速；而甘酸之药可酸甘化阴，滋生津液，而起纠偏补弊，治本之效。



案4 陆男，55岁。

1982年4月2日初诊。患便秘症6年多，大便干结如栗，3~5天方解1次，解必努挣，挣则周身汗出。近2年需赖泻药得便，如青麟丸、麻仁丸、更衣丸、番泻叶、承气辈等泻药需经常更换。经下消化道钡透及直肠镜检已排除结直肠器质性病变。脉沉迟，苔白润。证非肠胃积热与津液亏竭。患者告知平素溲频量多。想系津液奔走膀胱，津布不匀也。予益智仁、乌药、桑螵蛸、覆盆子、金樱子、菟丝子、山茱萸、乌梅各10g，五味子、炙甘草各5g。5剂后大便畅行1次，未予通腑，而便秘得解，方证合拍，原方续进5剂，二便之苦均释。原方加大剂量，改汤作丸，每日早晚各服5g。后访视二便正常。

评述：《诸病源候论》云：“肾脏受邪，虚则不能制小便，则小便利，津液枯燥，肠胃干涩，故大便难。”该患年已花甲，肾气已亏，更加诸多泻药苦寒伤其阳气，肾阳虚衰，温煦无力，阴寒凝结，不能化气布津，致津液偏渗于前，胃肠失于濡润而成便秘。肾之阳气亏虚是其本，津枯肠燥为其标，施以“通”法乃无功，而投缩泉法以藏流聚源，收调水行舟之效。笔者在临床中也遇到一些小便清长，夜尿频多，伴腰膝酸软、怕冷等肾阳虚的老年便秘患者，应用温肾助阳、摄津缩尿法，方选温肾助阳，治下元虚寒、小便频数之缩泉丸加味治疗，取得“利小便以实大便”之效。

2. 利尿治泄泻 便次增多、粪质稀溏为泄泻。病变主脏属脾，湿为主要病因。泻虽有暴泻、久泻之分，而湿盛与脾虚往往互为因果。健脾渗湿为治疗大法，渗湿即寓利小便之意。《罗氏会约医镜》曰：“利小便而泄自止。”故贾君治疗泄泻，每于对证方中加玉米须、冬瓜皮、车前草、水胡葱等药作引，用量取鲜品30~60g。亦有单取上述利尿草药进服而获效者。

(三) 从脾胃论治

1. 补中益气治溃疡性结肠炎 溃疡性结肠炎，其病虽在大肠，然与脾胃运化功能休戚相关。脾胃一虚，则酿生湿热，下传大肠；抑或气血生化乏源，导致大肠虚弱，通降失司，气血瘀滞，损络败肉。兹录贾君采用补中益气法治疗溃疡性结肠炎验案一则。

案5 季某，男，43岁。

患溃疡性结肠炎10余年，时作时休，经治疗效不巩固。面色萎黄，体瘦神萎，食少运迟，腹痛腹胀，便夹脓血，日3~4次，肛门坠胀，终日有便意感，舌淡苔白，脉濡。便检：黏液++，红细胞++，白细胞+++。血检：血红蛋白7.5g，白细胞 $3.3 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.64，淋巴细胞0.35。揆度病机，脾胃气虚及肠，结肠黏膜营养障碍。至虚之处便是容邪之所，浊瘀津停，络损成疡。予补中益气汤加味常服。黄芪30g，炒党参、当归、焦白术各10g，炙甘草、橘皮、升麻、柴胡各5g，黄连、干姜、马勃各3g，鸡子黄1枚。服药90剂，面色有华，



体重增加，腹痛、腹胀、便溏、便脓血、肛坠等症均除。嘱以补中益气丸续服2个月。随访未再发。

2. 补中益气治易生性内痔 中医认为痔疮多因饮食不节，酿生湿热，下注肛门；或久坐血脉不行，气血瘀滞；亦或便秘，久忍不便，大肠积热，引发痔疮。治疗常用清利湿热、活血止血、通腑导滞等法。然亦有因劳累导致中气下陷所致者，贾君采用补中益气法治之，常取效满意。如《食用中药与便方》（叶橘泉，江苏人民出版社，1973年出版）中就记载有：“内痔出血，气虚脱肛，黄鳝煮羹食之，有补气固脱之功。”

案6 朱男，58岁。

内痔病史30余年，曾施行结扎疗法2次，注射疗法4次，激光治疗1次，环切术1次，并服痔断根、化痔丸等药，但治而又生，便血时起，痛苦异常。查见肛门明显狭窄，有内痔1枚，痔黏膜脆弱，易出血，无脱出现象。患者屡遭手术之苦，恳求药物治疗。观其面无华，形瘦弱，肢倦懒言，纳少运迟，腹胀肠鸣，便溏肛坠，舌淡白，脉濡无力。此脾虚失于统摄，予健脾益气之法：仙鹤草、墨旱莲各30g，炒党参、山药、黄芪、当归、茯苓、薏苡仁、莲肉各10g，甘草、陈皮、升麻、柴胡各5g。服药15剂血止。续服补中益气丸1个月，肛镜检查痔核虽未全部消失，但黏膜红润，无脆弱出血现象。

原按：临床上易生性内痔者并非鲜见，机制尚未明晰。本例患者脾虚证象明显，予健脾益气方药长服，脾健气足后，则“脾能统血，则血自循经而不妄动（唐容川）”，便血遂止。

评述：案5与案6虽属于西医不同的疾病，但皆证现便溏泄泻，伴面色无华，形体瘦弱，肢倦懒言，食少运迟，腹胀肛坠，舌淡，脉濡无力等一派中气下陷证候。“病异证同治亦同”，其理不可违。

3. 健脾益气治疗溃疡性结肠炎 脾胃虚弱，运化失司，湿邪内停，清浊相混，下趋大肠，是泄泻、痢疾发生的基本病机。故健脾益气法乃泄泻、痢疾治疗之常法。

案7 孙男，35岁。

1986年10月3日初诊。腹痛泄泻，便夹黏液2年余，某院纤维结肠镜检诊为溃疡性结肠炎，大便细菌培养无致病菌生长，迭经中西医治疗，收效不显。刻诊：面色萎黄，形体瘦弱，体倦神疲，腹痛左少腹为甚，痛则便泄，稀溏有黏液脓血混杂，日7~8次，里急后重，肛门坠胀，食欲不振，食后作胀，舌淡苔白，脉沉细。乙状结肠镜检见乙状结肠黏膜水肿、脆性明显，有接触性出血点，且见黄绿色黏液附着。证属脾虚湿困，予参苓白术散加味：阿胶、白及各12g，炒党参、焦白朮、茯苓、扁豆、山药、薏苡仁、莲肉各10g，甘草、桔梗、砂仁（后下）各3g。服药2个月，病情次第减轻，大便成形，脓血全无。嘱补中益气丸再服1个月。近访，



斯症一直未作。

评述：患者病发多年，已成慢性久病。腹痛泄泻，便夹黏液脓血混杂，伴面色萎黄，体瘦神疲，食欲不振，食后作胀，舌淡苔白，脉沉细等脾虚之象表现突出。故辨为脾虚湿盛，治以健脾运湿。参苓白术散中加用阿胶、白及收敛止血，养血补血。病愈后服用补中益气丸巩固疗效，这在慢性病的治疗中亦是非常重要的一环，否则易于反复。

4. 健脾益气治疗肛瘘久不收口 肛瘘又称“肛门直肠瘘”，大部分由肛门直肠脓肿破溃或切开排脓后形成。脓肿逐渐缩小，但肠内容物仍不断进入脓腔，在愈合缩小的过程中，常形成迂曲的窦道，引流不畅，不易愈合，日久后窦道周围出现许多疤痕组织，形成慢性感染性管道。本病属中医“悬痈”“坐马痈”“脏毒”等范畴，多发于中青年男性。贾君采用健脾益气法治之，常能使疮口尽早愈合。

案8 郭男，25岁。

因高位复杂性肛瘘于1984年10月12日施行挂线术。术后20天脱线，但创面持续40余日未敛，分泌物清稀。患者面色萎黄，神疲乏力，食少腹胀，大便稀溏，舌淡苔白，脉软无力。脾虚气弱之象，停用抗生素，改予健脾益气方内服：阿胶、当归各12g，炒党参、太子参、山药、白术、茯苓、白扁豆、芡实、白芍各10g，木香、陈皮、甘草各5g。服药5剂，分泌物明显减少；10剂后创面范围明显缩小，肉芽基本填满创口；15剂后创面结痂而愈。

原按：本例肛瘘患者，术后创面久不愈合，为局部血液循环障碍，组织营养缺乏之象。根据脾为后天之本、气血生化之源、脾主肌肉等理论，进服健脾益气方药。脾健气足后，肛门部位血液循环改善，组织得以营养，创面很快愈合。

评述：此两案亦为异病同治之例案，皆用参苓白术散加减治疗。然案7偏向于脾虚湿盛，案8偏于脾虚气滞，气血生化不足。故在加减方面，案7重在健脾化湿，案8重在健脾理气。读者当细心体会。

5. 健脾养心治肛门直肠神经官能症 贾君采用健脾养心法治一肛门直肠神经官能症患者，用药虽属平淡无奇，然对中医辨证论治精神理解之透彻，令人叹服。

案9 葛女，48岁。

面色萎黄无华，形体瘦弱，自觉肛门部异常不适，或热辣，或刺痛，或坠胀，或麻木，终日有便意。经数家医院肛肠外科检查，均未见明显阳性体征。追问患者，以上症状常随情志波动而引发与加重。平素眩晕，精神萎，寐不宁，纳欠馨。行直肠镜检及肛门指诊均未发现异常，遂诊断为肛门直肠神经官能症，属心脾两虚证，以归脾丸加味。并嘱患者怡情养性，解除顾虑。生白术、炒党参、黄芪、当归、茯苓、远志各12g，柏枣仁、川芎、大腹皮各9g，炙甘草、木香各5g。服药5剂，诸恙见松，肛门部觉舒。10剂后，肛门部位的热、痛、胀、麻现象似觉消失。嘱归脾



丸续服1个月。后随访，肛门无所苦。

原按：肛门直肠神经官能证属中医郁证范畴。患者已届更年期，脾虚健运乏力，气血化源不足，心脑血管失养，以致出现自主神经功能紊乱现象。归脾汤健脾养心，再加川芎、大腹皮，引药力直入大肠经脉，调气和血畅络，故而肛门诸证获释。

评述：肛门直肠神经官能症是由自主神经功能紊乱、直肠功能失调而产生的一组综合征，以患者常感肛门坠胀不适，有蚁走感或疼痛难忍为主要表现。该病在肛肠科临床较之其他疾病少见，亦非重症，因而常未能引起医者重视，屡遭误诊而致病程迁延，呈现顽固性、长期性、难治性特点。临床上女性多于男性。本病属于中医学“郁证”范畴，临床检查中无异常发现，多数具有病情随情绪波动而引发或加重的特点。该案患者除自觉肛门部异常不适感之外，伴面色萎黄无华，形体瘦弱，症状常随情志波动而引发与加重，以及眩晕神萎、夜寐不宁、纳谷欠馨等心脾两虚症状，“有是证用是方”，故用归脾汤加减治疗。

6. 温养脾胃治疗肛门不全性失禁 “肛门失禁”又称大便失禁，是指由于各种原因引起肛门自控功能紊乱，以致患者不能随意控制粪便和不能在适当的时间、地点排便，包括不自主地排出气体、液体粪便、固体粪便与便急等症状。肛门失禁分为不完全性和完全性两种类型，前者是指肛门能控制固体粪便，但不能控制液体粪便和气体；后者指肛门不仅不能控制气体、液体粪便，而且失去控制固体粪便的功能。文献报道肛门失禁的患病率为2%~18%，其中女性是男性的2倍，而45岁以上女性肛门失禁发生率是同龄男性的8倍，严重影响患者生活质量。贾君对此病采用温养脾胃法治愈案，值得赏读。

案10 高女，51岁。

1985年3月11日因直肠脱垂而就诊，经直肠下段黏膜下层多点矾黄消痔液注射术后，直肠脱垂消失，但不能随意控制失气与稀便，肛门潮湿，染污衣裤。查见肛门括约肌松弛，肛门不能完全紧缩。患者表现一派脾虚证象，面眺无华，形体瘦弱，纳少运迟，便溏，舌质淡、苔白，脉濡缓。治取理中汤加味温补脾气：焦白术、炒党参各12g，山药、茯苓、熟薏苡仁、芡实、炒扁豆、赤白芍、煨诃子、乌梅肉各9g，广木香6g，炮姜、甘草各3g，明矾1g（2次吞）。共服药30剂，肛门收缩能完全自控，肛门无潮湿等。

原按：肛管直肠长期脱垂，括约肌松弛，引起不完全性肛门失禁，与中气不足、中气下陷，括约肌功能低下有关。理中汤温补脾气，加山药、茯苓、熟薏苡仁、芡实，健脾助长肌肉；增煨诃子、乌梅肉、明矾，酸以收敛，涩以固脱。脾气健旺，肛门括约肌功能恢复，肛门不完全性失禁喜愈。

评述：以理中汤加减治疗因中气亏虚，失于固涩，引起排气与排便失禁，主方治主证，加用诃子、乌梅、明矾、山药等酸涩之品治其标，方简药精，启迪尤深。



（四）从肝治疗肛门瘙痒

肛管、肛门周围皮肤及会阴部发痒的症状称肛门瘙痒症。这是一种常见的肛门疾病，它不同于身体其他部位的瘙痒，其特点是瘙痒剧烈，病程持续时间长，多见于20~40岁的青中年。

案11 徐女，43岁。

肛门瘙痒3年余，治疗乏效。检查肛门四周及肛管无明显异征。患者自诉肛门痛苦，胀痒非常，且脱痞喜暖，舌淡，脉濡。肝郁气滞，治取益气理气之方：茯苓、紫苏梗、川楝子、佛手、黄芪、何首乌、当归、丹参各10g，姜半夏、川厚朴各6g。每日2剂，头煎内服，二煎药汁坐浴，治疗半个月获愈。

评述：该案治疗颇有特色。对于瘙痒之症，其病因病机古有“风胜则痒”“热胜则痛，热微则痒”“诸痛痒疮，皆属于心”等论述。常用祛风止痒、疏散热邪、清心泻火、祛风胜湿以及抗过敏等治法。如《外科正宗》曰：“血风疮，乃风热、湿热、血热三者交感而生，发则瘙痒无度……。”贾君所治，妙在通过脱痞喜暖等症，断其病机为肝气郁滞，疏泄失常，采用半夏厚朴汤加味主之。内外合治，疗效甚佳。

（五）从肾治疗慢性肠炎

久泻，病机多偏于虚寒。如五更泄泻，为肾阳不足，火不生土，真阴不足，肾关失固，选方多取四神丸。然四神丸力单气薄，往往不能胜任，作者取景岳固阴煎加补骨脂、吴茱萸，奏效甚捷。

案12 李男，56岁。

每日黎明之前腹痛肠鸣，必起登厕，一泻方安，日间泄泻亦有2~3次，如斯者，已三载。视患者面眺无华，精神不振，形体瘦弱，询知腰膝酸软，形寒肢冷，尿后余沥，舌淡、苔白而干，脉沉细。粪镜检与下消化道钡透检查未见异常，诊断为慢性肠炎。肾阴肾阳二虚之象，固阴煎加减治之。炒党参、熟地黄、山药、山茱萸、远志各12g，菟丝子、补骨脂各10g，炙甘草、五味子、吴茱萸各3g。共三诊，服药12剂而瘥。

评述：该案患者泻于每日黎明之际，伴有腰膝酸软、形寒肢冷、尿后余沥，面眺无华，精神不振，形体瘦弱，当属肾阳虚衰、火不暖土之“五更泻”，然从苔白而干一症，可知阳虚及阴，阴阳两虚。如仅温补肾阳，则肾阴难继，而阴阳双治，则有从阳引阴、从阴引阳之妙，故以济阴扶阳之固阴煎治之。方中熟地黄、山药、山茱萸滋补肾阴；吴茱萸、菟丝子、补骨脂温补肾阳；党参、甘草健脾益气；五味子涩肠止泻。共奏阴阳双补、脾肾共调之功。

二、蠲痰化饮，变法治肠病

贾君治疗肠道病除了以脏腑整体理论作为治疗指导观以外，还善于采用变法治



疗难治性肛肠病。如对于痢疾一病，他通过精研古今医著，提出痢疾的产生与痰饮为患密切相关。他说：“痰饮与痢疾是两种不同的疾病，但从病因看，痰饮与痢疾的发生均与湿、热、积滞有关，与脾、胃、小肠、大肠相连……痰饮停肠，小肠、大肠泌摄津液功能失常，‘则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降而泻利作矣。’”他根据《蒲园医案·泄泻门》治疗痰泻一案所提出的“积湿成痰，逗留中焦，上扰清空，下移大肠”理论，指出痰饮亦是痢疾产生的病因之一。治以苍白二陈汤加味蠲痰化饮，每获佳效。

案13 蔡男，46岁。

1985年7月22日初诊。腹痛2天，第1天腹泻5次，第2天泻下红白黏液样便10余次，里急后重，肛如火燎，窘迫下坠，泻下物秽臭难闻，内热口苦，口渴引饮，烦躁不安，食少恶心，肢体酸楚，面容憔悴，懒于言语，喜于蜷卧，舌红苔黄腻，脉滑数。检查：体温38.8℃，腹痛拒按。大便常规：黏液便，脓细胞++，红细胞++，找到吞噬细胞。证属暑湿积滞内阻，痰饮热毒壅肠。急于苍白二陈汤送服藿香正气丸，俾秽浊化，热毒解，痰饮祛则幸。处方：焦苍白术、法半夏、陈皮、茯苓各10g，甘草、木香各5g，马齿苋30g。1剂。急煎，送服藿香正气丸10g。翌日复诊，患者自诉腹痛轻减，药后排便仅3次，测体温37.2℃，大便常规：黏液状便，红细胞+。仍以原方2剂进治。3日后患者欣喜而至，诉说诸症悉失，嘱以二陈丸续服1周以除余氛。

评述：患者病发于暑湿夏季，以腹痛、腹泻、泻下赤白，秽臭难闻，食少恶心，肢体酸楚，舌红苔黄腻，脉滑数为主要特征，究其因于暑季感受暑湿之邪，内困于脾土，脾失健运，酿生痰饮热毒，下壅于大肠所致。故治疗不仅用苍白二陈汤蠲痰化饮，而且加用藿香正气丸清解暑热兼芳化湿浊。方中苍白术、法半夏、茯苓、甘草健脾燥湿，蠲化痰饮；木香调气止痛；马齿苋清肠止痢。藿香正气丸中广藿香解表化湿，和胃止呕；法半夏燥湿和胃，降逆止呕；厚朴行气消积；紫苏、白芷解表散寒；陈皮、大腹皮理气化湿；白术、云茯苓健脾化湿；桔梗宣肺止咳；炙甘草调和诸药；生姜、大枣调理脾胃。两方合用，湿热得解，痰饮得蠲，脾胃得健，腑气得畅，如期获愈。

三、别出心裁，药对治肠病

贾君在临床上极喜使用药对。如：车前草配伍马齿苋止泻，治疗急、慢性肠炎；茶叶配伍大蒜治疗细菌性痢疾和溃疡性结肠炎；槐花配伍地榆治疗溃疡性结肠炎、大肠息肉、痔疮、肛裂等大肠良性疾病引起的出血；番泻叶配木香治疗便秘；木香配罂粟壳治疗大肠炎性疾病及肿瘤性疾病引起的疼痛；大腹皮和青皮相伍治疗痔瘕手术后出现的肛门坠胀，具有除坠作用；枳壳伍黄芪治疗中晚期内痔、直肠黏膜部分或全部外脱等脱肛性疾病；土牛膝（6~20g）与龟尿（2~5ml）鲜用，治疗肛肠



肿瘤；大剂量鲜品野菊花配鸡矢藤捣烂外敷，治疗肛周脓肿，剂量各为150~250g；将玄明粉和明矾相伍开水冲化熏洗肛门，治疗肛门湿疹、肛窦炎、肛瘘以及尖锐湿疣等引起的肛门瘙痒。

国医大师朱良春在《朱良春医集》中指出：“药物根据性味功能有机组合而产生协同加强或相反相成作用的谓之药对。”笔者认为，此处的协同加强作用是指采用了《神农本草经》中七情里的相须、相使的配伍原则，而相反相成作用却是利用了相畏、相杀的配伍原则，从而使药物的疗效得到加强或不良反应明显消弱。故在处方中适当运用“药对”，不仅能使疗效凸显，且可减轻或消除处方中有毒中药的不良反应。自前贤撰述《桐君》及《雷公》两部药对著作后，从者颇多，喜用药对之医家风云际会。在不断的临床实践中，新的药对如雨后春笋般不断涌现，为中医方剂学增添了一笔宝贵的财富。对初学者来说，药对既可作为学习组方技巧的一种手段，也可将其视作具体方剂的“方根”。故名医常将自己应用药对之心得体会和经验著述以传后人，如北京四大名医之一施今墨的弟子吕景山所著的《施今墨对药》一书，全面系统地整理了其师从医60年中应用药对的经验，极具实用价值。朱良春也在其《医集》中，收录了他学习其恩师章次公之药对及自己所创的16大类共211个药对（含23个由3味药组成的药组和两则由4味药组成的小方），读者如能细细阅读，则会对药对的应用了然于心。

案14 徐女，61岁。

1985年9月2日初诊。肛痒年余，屡治乏效，查见肛周皮肤干燥破裂，呈苔藓样变，抓之脱屑，患者瘙痒难忍，开水外洗方舒，形体瘦弱，心悸失眠，舌尖红，苔薄白，脉弦。此血虚生风化燥之象，以当归饮子主治：当归、赤芍、生地黄、生何首乌、生黄芪各20g，川芎、白蒺藜、防风、荆芥各6g，甘草3g。每日2剂，每剂头煎内服，二煎煎至1000ml坐浴。治疗1个月，肛痒止。今春斯疾又作，亦以当归饮子收功。

评述：因患者年过花甲，且形瘦体弱，知其气血早衰于未病之先，贾君投以王肯堂《证治准绳·疡医》卷五中的当归饮子（即荆防四物汤合生何首乌、白蒺藜、黄芪、甘草，主治疥疮、风癣、湿毒、瘙痒），堪为对症，可知养血润燥祛风乃治虚人肛痒一大妙法也。如其不博览前贤之书，焉能获如此佳效。全方虽寥寥10味药，却包含了最少6个药对，亲爱的读者，您能找出来吗？另贾君将药物头煎内服，二煎坐浴，内治与外治结合，亦是成功的关键。今有学者认为生何首乌有毒，马继松为验证之，曾一次将30g生何首乌煎浓汁顿服，仅腹部略痛，随一次畅便，痛即立缓（缘该药含蒽醌类化合物——大黄酚和大黄素），非有毒也。

（王晓戎 马继松）

第 18 讲 清温治痢分八法

——章次公诊治痢疾医案理法方药思路评述

章次公简介参见《名家教你读医案》（第 1 辑）。

拜读《章次公医案·痢疾门》，深感其所创基于清、温两大治法衍化而生的治痢八法，条理清晰，详而有要，简而全面，颇具临床指导意义，特予条陈并略加评述，以飨读者。

一、清疏解攻涩，一法寓四法

李中梓曰：“夫痢起夏秋，湿蒸热郁，本乎天也……，气壮而伤于天者，郁热居多。”前贤又曰：“无湿不成痢。”然湿滞蕴久，又极易化热，故清法为治痢之常法，对邪正皆实而病程短暂者尤有实用价值。章师常将清法与疏表、解毒、攻积、固涩四法合参，而辨证分投。

（一）清里疏表法

湿热痢患者如又感受风热时邪，表现脐下阵痛，痛则欲泄，泄下赤脓，壮热头痛，舌边红中膩或光等症状时，章师常予此法，投以葛根芩连汤或四逆散加减，并配适量调气活血之品，使里通而表自解。

案 1 焦男

舌边红中膩，却不成三角，病巢在肠之症；腹痛则欲泄，其色赤，壮热连作 3 日。生地榆 12g，粉葛根、杭白芍、生枳实、白椴花、北秦皮各 9g，淡黄芩、柴胡各 6g，粉甘草 3g，川黄连 1g，荷叶 1 角。

原按：壮热、腹泻、大便色赤，乃肠道湿热蕴结证。用葛根芩连汤、四逆散二方加味，以泄热达表，降浊清肠，是治腹痛下痢之又一法门。遇痢疾初起，但腹痛后重颇甚，他又常宗“六腑以通为补”之旨，加入大黄荡积推滞。

评述：由壮热连作 3 日，却没有中毒性痢疾的其他症状，可知焦男之热必由表邪与肠道湿热共同导致。因章师门诊量极大，脉案中常将所感表邪症状忽略不记（如出现中毒性痢疾症状，他是非实录不可的），加之虽“舌边红中膩，却不成三角”，不仅说明阴液未受大伤（章师湿温第 7 赵男案中云：“热九日不退，舌边尖红绛，是三角形，此惟湿温证阴伤者有之”），此亦旁证了焦男未现中毒性症状，故章氏敢于放手用清里疏表之法，学者当注意之。如已有中毒性症状，柴胡、葛根虽性味辛凉，亦不宜浪投，因毕竟为发散走表之品，投之必汗泄伤阴，加剧中毒症状。



案2 余男

痢症初起，先当荡涤。有表证者，当并及之。杏仁15g，荠菜花、薤白头各12g，粉葛根、青防风、杭白芍、桔梗、槟榔各9g，生熟大黄各6g，香连丸4.5g（分2次吞）。

二诊：通之，痢之次数减少。腹仍痛，痛则欲泄，泄不爽。白槿花、白鸡冠花各12g，熟大黄、炒枳实、北秦皮、当归、川楝子各9g，戊己丸3g（分2次吞）。

三诊：腹痛减轻，便亦见爽，仍守原意出入。炒谷麦芽各12g，熟大黄、北秦皮、白槿花、白芍各9g，香连丸3g（分2次吞）。

原按：痢症用泻法，即“通因通用”之法。方中大黄、槟榔、枳实等味，均为此而设。此法荡涤肠道积滞，清除湿热，是治疗急性痢疾的常用之法。再辅以治痢常用的香连丸、秦皮等味，多可缩短疗程，获得疗效。所以本病例三诊即见平定。白芍一味，功擅和营敛阴、缓急止痛，是治痢的要药。痢疾而腹痛者，先生常用之。

评述：虽朱良春先生按中指出本案之用药，谓“通因通用”之法，但一诊章师即用了防风、葛根、桔梗3味走表之药。因400多味常用中药中，惟柴胡、升麻、葛根、桔梗4味药是既升（即可配参、芪等治中气下陷）且散的（即有直接驱散外感风热表邪的作用），故窃以为对余男初诊的用药并非“通因通用”之法，而是表里双解治则中的清里疏表之法。木槿花为锦葵科植物木槿之花，甘苦而凉，可清热，利湿，凉血，主治肠风、泻血、痢疾、白带。木槿一身是宝，其子、叶、皮、根皆入药，而以皮、花入药尤多。恩师朱良春曾拟仙桔汤，治多种慢性泄泻，内中即有该药。因入药以花朵大而色白者为优，故处方常开白木槿花。鸡冠花为苋科植物鸡冠花的花序，甘凉，可凉血止血，治各类血证，而又以治肠道出血病与崩漏带下效尤佳。鸡冠花虽有深红、浅红、白等多种颜色，但以朵大而扁、色泽白艳为佳，故读者应用时勿为古人所言“红花止赤痢、白花止白痢”所拘。荠菜花为十字花科植物荠菜的花序，甘温，治痢疾，崩漏。而荠菜的带根全草甘平，可和脾，利水，止血，明目。治水肿，痢疾，淋证，乳糜尿，多种血证，目赤疼痛。宋诗曰：“城中桃李愁风雨，春在溪头荠菜花”，说明此药乃阳春三月的好蔬菜；可生、炒、烧汤、作饺馅或作粥，国医大师李济仁常以荠菜合芹菜共食作乳糜尿的长期食疗调养方。

（二）清热解毒法

若赤痢泻血而不爽，日夜达数十次，腹剧痛不可按，后重里急，多伴壮热渴饮、舌红少津、脉来数劲等一派阳热炎炎之证候时，章师恒以白头翁汤、香连丸、芍药甘草汤为主方治之。

案3 孙男

腹痛则欲泻，无后重感，所泻尽是血液，日夜达30余次，曾2次住院急诊无效。北秦皮30g，白头翁、黄柏、马齿苋、白槿花、鱼腥草、延胡索各18g，十灰



丸12g（分2次吞），川黄连3g。注：此案一药而愈。

原按：所泻尽是血液，日夜达30余次，为邪毒扰于血分，乃湿热痢而偏重于热。“热痢下重者，白头翁汤主之。”此由本方加味而成。白头翁清热凉血，善治热毒血痢；秦皮清热燥湿收敛，亦善治热痢下血；连、柏、马齿苋、白槿花功能清热解毒燥湿，均是治痢的常用药；鱼腥草一药，功擅散热毒痈肿，对痢疾引起的肠黏膜溃疡有效。民间常用其一味治痢。患者无后重感，故不用一般痢证之行气药，只用一味延胡索活血散瘀以治腹痛。十灰丸为止血炭剂，对肠黏膜出血有直接收敛作用。药症相投，药量特重，故可一药而愈。

评述：孙男虽日夜泻纯血30余次，章师一药而愈，足见医技之高超，亦证实白头翁汤乃治此类血痢最佳之方。马继松亦曾遇一农民患血痢，初投白头翁汤加味3剂，痢次减少1/3，本欲以原方续进，但患者要求速愈，马亦嫌原方效慢，故又伍入洁古芍药汤（酒炒大黄用了10g），詎料痢次复增，且腹痛颇甚，纳谷大减。虑其为平日营养欠佳之年近花甲之人，故改投真人养脏汤合四君子汤，谁知翌日凌晨来院告药仅服1剂，大便涩滞难行，努挣后所下均鲜紫血块，腹痛如绞，呕恶频频。疑其有肠癌可能，劝其去县医院检查。2个月后他携孙儿来院输液，见其面色红润，声高体壮，询知他并未去检查，而是去一老中医处求治，取方10剂，服完体复如初。马惊喜竟有如此神医，索得药方，观之为“酒黄连5g，盐水炒黄柏7g，白头翁15g，北秦皮10g。”始悟仲景方原不欺人，罔效者，乃医者不会应用也。

马齿苋为马齿苋科植物马齿苋的全草，因其清热解毒凉血，善治多种急性热性（尤其是出血性）疾病，且又可作菜蔬食用而又被赞誉为安乐菜。其叶绿、梗赤、花黄、根白、子黑，又被称作“五行草”。朱良春认为，此药虽治病范围极广，颇似广谱抗生素，但用量宜大，干品30~60g，鲜者可用至200g。实热便秘者，常以此做菜，便即通畅。鲜品与鲜蒲公英等量相伍，治急性乳腺炎效佳。马继松学生汪晓辛从病友处得一验方：患带状疱疹者，可用该鲜品捣汁涂，再将药渣略加雄黄粉外敷。若无鲜品，则用干品研粉，略加雄黄末，麻油或鸡蛋清调和涂敷，辄可取效。若病较重，或患者不信敷药之效时，则辅以全瓜蒌60g，红花10g，生甘草6g，日煎服1剂，西咪替丁0.2g，日4次（含睡前1次），均各连用5日，遂可痊愈。马继松试用数人，果能疮缩痛减。

章老还能不囿于古人“红痢属热，白痢属寒，白属气，赤属血”之说。虽遇赤痢，仍根据张石顽所论“血色鲜浓紫厚者，信乎属热；若瘀晦稀淡，或为玛瑙色者，为阳虚不能制阴而下，非温理其气则血不清……。”章师谨慎辨证，非确系热毒盛壮者，从不轻投大剂苦寒。此和近贤蒲辅周所言“人以胃气为本，治痢亦当先审胃气，热毒痢应用苦寒攻伐者，中病即止；若苦寒太过则伤中气，往往导致正虚邪陷，所谓热证未已，寒证复起”不谋而合，充分体现了顾护脾胃气阴之义，值得学习。



案4 任女

数遇圉而便不爽，未痢之先腹中痛，苔垢腻，可知内有所积。薤白头、白芍、枳实、槟榔、莱菔子、焦六曲、焦麦芽各9g，熟大黄、桔梗各4.5g。另：山楂炭9g，研细末每服3g，1日3次。

二诊：痢之次数已减，腹痛后重亦瘥。其便仍赤而黏，不可再攻。马齿苋、白槿花、山楂炭各12g，秦皮、地榆炭、石榴皮、陈红茶各9g，黄柏、香连丸各4.5g。

原按：腹痛里急后重，乃湿热蕴结于肠，气血被阻，传导失职。初诊用大黄、槟榔、枳实等攻下以祛邪，白芍和血止痛，薤白辛通滑利，对泻痢下重者著效；并用楂、曲、麦芽、莱菔子以消导积滞。桔梗为祛痰排脓之药，金元时医家称其为诸药舟楫，其说无据，然医界迄今用之。先生之用，殆为排脓。山楂为炭研吞有吸着作用，意同现代医学使用药炭之意。二诊痢减，病势已大挫，先生告诫“不可再攻”，故用药侧重清利湿热、解毒、治痢。

评述：任女初诊仅用熟大黄4.5g，而二诊因痢次减，后重瘥，故舍大黄而易连、柏、秦、榆、马齿苋等清热解毒药，故章师所用治法仍当属清热解毒法。

薤白为百合科小根蒜或薤的鳞茎，辛、苦、温，其与瓜蒌配成药对加味治胸痹，学中医者人所尽知，然其杀菌治痢之功却易为人忽略。其治二病之功虽皆出于《伤寒杂病论》，但前者多次出现于正文，后者却仅出现于厥阴病318条四逆散方的加味法中：“泄利下重者，先以水五升，煮薤白三升，复煮取三升，去渣，以散三方寸匕，内汤中，煮取一升半，分温再服。”此处的煎煮法未免复杂，现都采用与他药同煎之法，其效亦同。本品辛温而滑，走窜力极强，大剂或久服令人目昏，当注意之。山楂酸甘温，虽应用时有生、炒之异，但用山楂炭研末服恐亦不易为病人接受，后文卢男案用赤砂糖拌服之法，学者可试之。

（三）清肠攻积法

对湿热痢患者，腹痛虽甚，泄后略松，痢下纯赤或夹带白色黏液，脘腹胀满，噤呃泛恶，脉滑数，舌红苔黄白浊厚者，章师常视患者体质之强弱或病势之缓急，采用不同的清肠攻积法，分别以小承气汤或十枣汤为主方出入治之。

案5 王男

8年前曾病滞下。从此排便形扁而不爽，疑是瘢痕性肠狭窄。今少腹胀硬，按之剧痛。薤白头、生鸡内金、莱菔子、山楂肉各12g，海南片、五灵脂（包）、川楝子、小青皮、谷麦芽各9g。

二诊：考其满腹胀硬，按之痛，痛无定所，转矢气则舒。疑其气体蓄积，但气体蓄积之原因亦甚繁。其便色黑而黏，量甚少。山楂肉15g，薤白头、莱菔子各12g，熟大黄、制香附、川楝子、蓬莪术、小青皮、苦参片、谷麦芽各9g。

三诊：其痛并不满腹皆然，则病不在腹膜；痛处若重按，亦无所苦，是病灶在



肠之实质。其范围肠溃疡、慢性肠炎居多。桃仁泥 24g，全当归 15g，杭白芍、熟大黄、薤白头、川楝子、两头尖、皂角子（打）、香橼皮、山楂肉各 9g。

四诊：吸气则作咳，是大可玩味。大致腹之胀满，上迫胸膛。郁李仁（打）15g，晚蚕沙（包）、糖炒山楂各 12g，杭白芍、葶苈子、麦芽各 9g，海南片 6g，黑白丑、大戟各 4.5g，大枣 5 枚。

五诊：其主症，一则心下痞闷，一则少腹胀满如石，按之有痛处。叠用通便、破气，痞闷略失，胀满大减，而痛亦稍止。吾人据此经验，病者如便不爽利，以致腹壁紧张，按之硬者，十之六七是慢性阿米巴痢，而破气药多寓有杀虫之意。山楂肉 18g，海南片 12g，皂角子、台乌药、川楝子各 9g，黑白丑、续随子、小青皮各 6g，十枣丸 3g（分 2 次吞）。

六诊：叠用猛攻，少腹胀硬者十去其七，其痛亦除。验便有阿米巴痢疾原虫，然则下者亦驱虫之一法。自觉消化力迟钝，再拟消补兼施之法。生白术、怀山药、云茯苓、潞党参、鸡内金、谷麦芽各 9g，炮附子、炮姜炭各 4.5g，十枣丸 3g（分 2 次吞）。

原按：先生根据患者的痢疾病史，以及便不爽利、腹胀按之剧痛、腹壁紧张等症状和体征，认为十之六七是慢性阿米巴痢。随后验大便，果然找到阿米巴原虫，可见先生辨证辨病，细致入微。案中提出的“破气药多寓有杀虫之意”“下者亦驱虫之一法”的见解，经过临床实践，确实可信。

评述：此案自二、三诊起则用了大黄，四诊更用了葶苈子、二丑、大戟，五诊又加用十枣丸，足证章师是以清肠攻积为大法的。然上述药物（尤其是二丑、大戟、十枣丸中的甘遂、芫花）均为峻猛甚至有毒之品，用时应密切观察，以防攻积致泻太过，引起脱水等变。海南片即槟榔，苦、辛、温，为杀虫破积、下气利水之药，其所含的槟榔碱驱猪绦虫、蛔虫效佳，但对钩虫无效。因此药在南方很多地区作水果嚼服（湖南居民常以此物与金橘饼、生姜、红枣泡茶以敬远客），故量可用至 15~30g，否则杀虫效欠佳。两头尖据云为雄老鼠屎，可杀虫活血。动物之粪便入药多有消积活血功效，如蚕沙（蚕粪）、五灵脂（橙足鼯鼠之粪）、望月沙（野兔粪）、白丁香（麻雀之粪）、夜明沙（蝙蝠粪）等，殆取其“以浊攻浊”之意，但此类药现已少用。而《简明中医辞典》言两头尖为毛茛科植物红背银莲花的根茎，辛热有毒，功可祛风湿，消痈肿，该两头尖用于此案也似乎欠贴切。山楂用糖炒入药恐系章氏独创，是否取甘可缓急止痛，或是取酸甘化阴，防峻药攻下伤津耗液，抑或利用甘味诱虫活动，而助杀虫之药取效更速，读者不妨自思。

（四）清化固涩法

热痢或阿米巴痢后期，便次已减，腑行较爽，后重渐轻，虽泄赤黏，但时可见粪，无热或身热缠绵而不高者，章师常能巧予清化固涩之法。借用治肝胃不和、脘



痛吞酸的戊己丸为主方，取其“乙己化土，酸甘敛阴”之意。

案6 钱男

滞下纯赤，一昼夜十数行，终日腹中作痛，临圜不爽利。郁李仁15g，白槿花、百草霜（包）、山楂炭各12g，熟大黄、桔梗、北秦皮、败酱草、陈红茶各9g，海南片、戊己丸（分2次吞）各6g。

二诊：服药后，即吐，其人反觉烦躁不安，痢仍不爽，且有热。杏仁泥30g，白槿花24g，杭白芍、百草霜（包）各12g，熟大黄、小青皮、陈红茶、青防风各9g，香连丸6g（分2次吞）。

原按：此为热痢气滞证。初诊用润下导滞，清肠治痢。因药后即吐，二诊转用木香、青皮疏调气机，用大剂量杏仁破壅降逆，配合熟大黄导下去邪；并用香连丸清肠治痢，痛泻要方（去白术，青皮易陈皮）缓痛止泻。气机调理，壅积解除，邪去肠清，则痢自止。

评述：败酱草，《吴普本草》言“其臭如败豆酱”，章师将其与大黄、黄连、秦皮等苦寒碍胃之品同用，且又有桔梗之升提，故药后难免吐矣。复诊以木香、青皮、防风易败酱草、秦皮、桔梗，且用杏仁30g代郁李仁，宗“调气则后重自除”立法，终获佳效。如若用郁李仁治中下焦病而难觅，可予杏仁合车前子共代之。百草霜为杂草经燃烧后附于灶炉或烟囱的黑灰，苦辛温，入肝、胃，可止血消积，章师常用于赤痢偏寒者。陈茶叶治痢古贤已有，如清医程钟龄自拟治痢散（葛根、酒炒苦参、陈皮、陈松萝茶各1斤，酒炒赤芍、炒麦芽、炒山楂各12两，共末，每用4钱水煎，连药末服下），言“专治痢疾，初起之时，不论赤白皆效。”因绿茶偏凉，红茶偏温，故红茶、百草霜配大剂苦寒药，乃“反佐”取用也。

二、温托导润涩，四法融一法

对“脾胃阳和生发之气，受生冷之物和湿浊阴邪伤戕”后而成痢者，章师又擅用温法治之，并能根据表邪的有无、食滞的轻重、体质的强弱、病程的暂久，分别化裁出温里托表、温运导滞、温润化浊、温健固涩四法，对慢性痢疾和休息痢效佳。

（一）温里托表法

对患痢又感风寒之邪，表现腹痛便脓又寒热交作者，章师常宗蒋宝素“痢如有表，予败毒散、小柴胡汤”之旨，合入喻昌的“逆流挽舟”法，组成温里托表一法，其代表方剂为荆防败毒散。

案7 朱男

喻嘉言治滞下之有表证者，用逆流挽舟法。今身热，下痢日三四行，临圜有努责意，用其法表里两解。薤白头、杭白芍各9g，荆芥、防风、前胡、炒扁豆衣、川羌活、枳实炭、赤白苓各6g，玉桔梗、干荷叶各3g，广木香2.4g。

原按：此为痢疾夹表证。其方一面疏散表邪，使邪从皮毛而出；一面行气导滞，



使在里之积滞下行。表里两解，其痢自愈。

评述：痢疾一证，自金·刘河间倡“治诸痢者，莫若以苦辛寒药治之”“里急后重，须加大黄”之论后，从者若云，然有效亦有僨事者。迨至明末喻嘉言创“逆流挽舟”法，对痢兼表者，始立投药准则。然痢用此法，实属变治，而表证不解，又非得用此法不可。倘为表寒，荆防败毒散乃医者首选之剂。故章师用此方治朱男之痢，并无太大可惊奇之处，但其化裁却颇佳，舍原方之川芎、独活，恐其辛温燥烈，耗阴劫液；弃柴胡虑过散而虚患者之卫阳；伍入薤白，乃仿仲师用四逆散治痢必加薤白之意也。尤妙者以“调气则后重自除”的木香，配荷叶以和胃治痢。且木香合枳实为治大便里急后重的绝妙药对，而荷叶合桔梗又乃鼓舞肺胃之气以御表抗邪且止痢的最佳组合。扁豆衣即扁豆皮，甘平，可健脾化湿，治痢同时可合甘草有调和诸药之功。故药虽仅13味，却面面俱到，获效佳良。由此案可知，治痢（尤其有表证者）不可过于拘泥“通因通用”，否则难免致表邪内陷而变生他疾。

此法和清里疏表虽同为表里兼治之法，皆属明·李中梓《医宗必读》治泻九法中“升提”合“疏利”二法的衍化发展。但彼用柴胡、葛根辛凉宣泄以疏肌，此用荆芥、防风辛温发散以解表；彼法常配黄连、黄芩、秦皮、苦参以解毒清肠，此法却配扁豆、茯苓、当归、川芎温养气血。两法虽同可治表里合病之痢，而实质却有寒热之异，值得学者玩味。

（二）温运导滞法

对“初得痢，热不显”，或休息痢将愈，仍有一些积滞尚未涤清而现白痢或努责无所下、胸脘痛、呕哕等脾虚夹食的患者，章师最喜用温运导滞法，常用千金温脾汤、洁古芍药汤和保和丸化裁。

案8 欧阳女

热控，下如故。其便色赤而稀如沫，腹剧痛。桃仁泥24g，油当归15g，白头翁、延胡索、生地榆各12g，白槿花、生枳实、杭白芍各9g，香连丸（分2次吞）、炒荆防各4.5g。

二诊：依旧腹中作痛，痛则冷汗出，临圉努责，而无所下。糖炒山楂18g，延胡索15g，当归、薤白头各12g，熟大黄、炮附子、制香附、陈红茶各9g，生艾叶6g，炮姜炭4.5g，肉桂末1.2g（分2次吞）。

三诊：滞下、痛、后重及次数皆瘥减，其脉虽尚数，有热象，但无须退热。杏仁泥24g，当归15g，薤白头、延胡索各12g，炮附块、苦桔梗、海南片、乌梅、神曲、陈红茶各9g，炮姜炭、生艾叶各6g。

四诊：滞下因努责之故，多有胸脘痛者，神经痛也。脉见平，无碍。山楂肉15g，当归12g，炙乌梅、槟榔、石榴皮、川楝子、延胡索、神曲、陈红茶各9g。

原按：本案因便色赤，故用香连丸、白槿花、白头翁、生地榆等清热凉血；油



当归、白芍、桃仁润下和营；延胡索、枳实理气止痛；炒荆防则协助地榆以止血。二诊时，因冷汗出，心中冷，乃加附子、肉桂、艾叶、炮姜等温药，除去白头翁、香连丸、白槿花等清热药。三诊果然病势见减，随后采用温涩、消导而见功。三诊见脉尚数，有热象，居然不用退热药，殆为“治病必求其本”。有时章师为加强消积之力而投大黄，但亦制熟而用，惟恐损伐脾胃之阳。

评述：本案初诊药用偏凉，不仅少效且痛甚出冷汗，故章师复诊即改投许叔微《普济本事方》中温脾汤（该方比孙思邈之温脾汤多肉桂），配入杏仁、薤白、当归等温润导滞之品，组成温运导滞一法，使疾病很快缓解。艾叶为菊科植物艾的干燥之叶，苦辛温，《药性论》曰：“止赤白痢及五脏痔、泻血。”其与炒山楂、陈红茶以及“温宫散寒，活血调气”的延胡索相合，使消滞止痢定痛的力量明显加强。川楝子功主除湿热，清肝火，止痛杀虫，故章师在四诊中选用之，既可合乌梅、槟榔、石榴皮杀虫（由章师用药推测，患者恐系阿米巴痢），又可伍延胡索调气止痛。

（三）温润化浊法

对高年、体虚、重身得痢伴腹部胀满气滞者，章师恒用温润化浊法取效，主方以元代危亦林《世医得效方》的五仁丸及仲师麻仁丸损益。加入瓜蒌仁、当归、白芥子等以助温润滑肠之功。

案9 胡女

下赤白痢，日十余行，努责不爽，初起以油类下之。杏仁泥 30g，郁李仁 24g，延胡索 12g，生枳实、油当归、槟榔、川楝子、白芍、旋覆花（包）、陈红茶各 9g，青皮 6g，粉甘草 3g。

二诊：药后痛大定，红黏液亦除，但依旧临圉欠爽。杏仁泥 24g，郁李仁 18g，桔梗、生枳实、熟大黄、槟榔、川楝子、白芍、陈红茶各 9g。

三诊：大便色已转黄而质鹜溏，临圉见爽，日仅一二行。病十去八九，以下方调之。焦山楂、陈红茶各 12g，白术、川楝子、白芍、茯苓、焦六曲各 9g，槟榔、陈皮各 6g，炒枳壳 4.5g。

原按：先生治痢，初起总是主张下其积滞，用硝、黄峻下，或用含油类药物润肠，视病人体质而定。可见油类润下剂，不仅适用于年老、体弱者便秘，而且可治痢疾而肠有积滞之症。

案10 卢男

排便色白而黏，一昼夜十数行，临圉腹痛而有努责意。前人有白痢属寒，用温下者。温者，镇其痛；下者，去其肠所积。薤白头 12g，炮附块、青防风、当归、白芥子、槟榔、杏仁泥、炒枯赤砂糖各 9g，黑丑 6g，炮姜、生熟大黄各 4.5g。

二诊：药两服。得效者，质之厚而黏者已稀，数之频繁者亦减；其未见验者，腹痛，里急后重。杏仁泥 18g，薤白头 12g，炮附块、延胡索、杭白芍、陈红茶各 9g，



生艾叶、青防风各6g，川黄柏4.5g。另：山楂炭调赤砂糖吞服。

三诊：腹痛、里急后重顿减，病势既好，用药则不改弦更张。杏仁泥、山楂炭各12g，薤白头、杭白芍、黄柏、陈红茶各9g，炮附块、防风各6g，生艾叶4.5g。

原按：本案开始因白痢属寒，用温脾法。二诊时下痢质稠转稀，次数减少，但腹痛、里急后重如故，于是除用原方中的附子、薤白、防风温里疏调外，加用黄柏清化湿热，延胡索、白芍理气止痛，并重用杏仁降气导滞，再加红茶、艾叶收敛涩肠。三诊时果然病势大好，为防反复，仍予前方加减。

案11 张男

排便是白脓，次数频繁，临圉先腹痛而努责。昨夜壮热如焚。无论其为肠炎抑为痢，总当迅速排去肠内容物。杏仁泥24g，郁李仁、山楂肉各15g，薤白头、延胡索、地枯萝各12g，海南片、杭白芍、防风各9g，羌活、小青皮各6g。

二诊：畅下后，第二步治法，惟单宁与炭类善其后。山楂炭、百草霜各12g，六神曲、枳实炭、石榴皮、谷麦芽各9g，乌梅、生艾叶各4.5g，藕节5只。

原按：本案也是用泻下剂而获效。一诊时，因白脓伴有壮热，故用大剂润下之品以导滞清肠，治壮热之本；参用白芍、青皮、防风（痛泻要方意），以治泻痢腹痛。用石榴皮、艾叶、藕节等单宁酸类药，以保护肠道黏膜；用百草霜、山楂炭、枳实炭等炭剂，以吸收肠内的毒素。待第三次来诊，便泄已止。先生预言二诊用药为“善其后”，果是如此。

评述：温润化浊法乃章师治痢最常用之法，故笔者选取三案以彰明之。该法以富含油脂的药物润导为主，寓通于润，而收“温者镇其痛，下者去其肠积”之效。当归可治“肠燥便难，赤痢后重”，《圣济总录》曾以其配黄连、龙骨治血痢；且杏仁消食去滞之功在《金匱要略》《医学启源》和《滇南本草》中都有记载，《杨氏家藏方》更以杏仁配巴豆治暴下水泻及积痢；而李杲又云郁李仁“专治大肠气滞，燥涩不通”。故章师在其他几类治法中，亦常配入此三药（《章案·痢门》共有三十一案、七十六诊，有二十七诊用当归，十八诊用杏仁，九诊用郁李仁），取诸药润下利气又可和血，不仅与“行血则便脓自愈，调气则后重自除”的治痢大法相合，且此类药物补不滞邪，开不伤正，老弱妇孺皆可服用，开辟了一条用油类润下剂治痢的新途径。在此法中，章师还常配伍痛泻要方，因该方主治“肝旺克脾”导致肠鸣腹痛的泄泻，章师根据“痢疾与泄泻皆属肠病，用药实可互通”之理，以降气导浊的青皮易理气和中的陈皮，配合白芍、防风疏肝理脾及诸仁温润消滞，共治痢疾。

赤砂糖即红糖，为禾本科植物甘蔗的茎汁炼制而成的结晶体，甘温，入肝、脾、胃经。功可补中缓肝，活血和瘀，治产后恶露不行，口干呕秽，虚馁血痢。《本草纲目》言：“可作治脾胃及泻肝药的先导。”虽《唐本草》云“治冷痢”，《医林纂要》曰“活血润肠”，然近代医家将其用治产妇恶露不下者多，而用治痢者却不



太多，但章师却用此价廉易得之物疗顽固血痢，凸显大医爱心。地骷髅为十字科植物莱菔的老根，甘辛平，可宣肺化痰，消食利水，治咳嗽多痰，食积气滞，脘腹痞闷胀痛，水肿喘满，噤口痢。此价廉效验之物，药肆却极少备有，年轻医生亦不会应用，殊为可惜。

案12 吴女

排便努责不爽，次数频，圆与否皆腹痛，重身不可猛攻。白槿花、薤白头、桑寄生、炒枯赤砂糖各12g，郁李仁（打）、熟大黄、生枳实、花槟榔、杭白芍各9g，粉甘草4.5g。

二诊：少腹剧痛，排便纯是白黏液，临圉努责甚久，怀子三月余，猛攻虑其伤胎。杏仁30g，杭白芍、白槿花、白头翁各15g，北秦皮、全瓜蒌、油当归、炒枯赤砂糖各12g，桔梗、细青皮各9g，甘草4.5g，广木香3g。

三诊：腹痛已不如昨日之酸楚不可耐，但仍有白黏液，不爽。白头翁、杭白芍、杏仁泥各15g，白槿花、荠菜花、金银花炭各12g，北秦皮、苦参片、桔梗、川楝子各9g，粉甘草6g。

四诊：腹痛减轻，便亦畅爽，略带黏液。前方加减可矣。白头翁、白槿花、金银花炭、白芍各12g，苦参片、秦皮、神曲各9g，粉甘草3g。

原按：本案患者妊娠3个月余，所以先生不投峻猛的泻下剂。二诊时，因病势转剧，乃重用清热化湿治痢药，如白头翁、白槿花、秦皮等。其中下气润肠的杏仁，用至30g之多，且加全瓜蒌、油当归协助通便，殆即《内经》所谓“有故无殒”之意。本案处方不用黄连、黄柏，盖因便白属寒，而今大便见有白黏液，乃不可多用苦寒药的缘故。

评述：孕妇患痢，古人常有投鼠忌器之虑，如近贤浙东名医何廉臣即在《重印全国名医验案类编》中引用张景岳所提孕妇用药当有“五禁”之论，其中一禁积、朴破气，二禁制大黄破血，何氏主张用清初名医张石顽的调气凉血法，而章师遵《内经》“有故无殒，亦无殒也”之旨，认为痢证偏实者，仍应以下为先，但为防过下碍胎，巧妙地改用温润化浊之法，大收全功。

（四）健脾固涩法

休息痢、噤口痢及胎前患痢而产后不止，出现大便色青或溏黑，无里急后重或虽有而不甚，稍进冷食诸症加剧，甚至二便不能自收持者，章师不拘于前贤“痢无止法”之训。而概以此法进退之，每使患者逾险峰而入坦途。

案13 胡男

一周时，便仅四五行，此大佳事。少腹作胀，此因未服炭类，气体无由排泄。

罌粟壳、败酱草各15g，生地榆、当归、威喜丸（吞）各12g，炮附块、诃子肉、川楝子、苦参片、槟榔各9g，乌梅4.5g。



二诊：便之次数又增加，但临圜不如往日之艰难，绞痛，排泄物纯是白黏液。

罌粟壳 15g，威喜丸、炒枯赤砂糖各 12g，炮附块、诃子肉、石榴皮、延胡索、苦参片、陈红茶、当归各 9g，生艾叶、炙乌梅各 4.5g。

三诊：进温涩药，排便反爽，可见痢症用攻法，不可一成不变。禹余粮 24g，罌粟壳 15g，全当归、延胡索、石榴皮各 9g，诃子肉、生艾叶、脏连丸（分2次吞）各 6g，炙乌梅 4.5g。

四诊：病痢一月之久，而今已能见粪，病势渐入坦途。罌粟壳、柿饼霜（分2次入）各 12g，全当归、海南片、生地榆、熟大黄、川楝子各 9g，戊己丸 6g（吞），炙乌梅 4.5g。

五诊：改方，加白槿花 15g，熟大黄、杭白芍各 6g。

六诊：后重腹痛，十去其八，已能见黄粪，但赤黏液不除。白槿花 18g，滑石（包）15g，生地榆、百草霜（包）各 12g，黄柏、秦皮、槐花、石榴皮各 9g，炙乌梅 4.5g。

七诊：病势虽成尾声，而终未根治，以现代观点，亦原虫未尽也。白槿花 15g，薤白头、生地榆各 12g，海南片、北秦皮、川楝子、石榴皮各 9g，制黑丑 6g，乌梅、艾叶各 4.5g。

原按：本案是阿米巴痢疾，经过七诊，病势虽已平定，但先生对杀虫、攻下之剂，仍不肯放弃，可见此病极难根治。

评述：初诊寒药过多，致效不显。二诊仅留苦参，而易入艾叶、延胡索、红茶、赤砂糖合附子、当归等温中运脾、和血止痛，且《局方》威喜丸亦系茯苓与黄蜡（即黄色蜂蜡，甘淡平，可收涩，生肌，止痛，解毒）组成，故可看作温脾固涩法。况乌梅、石榴皮、罌粟壳、诃子肉、禹余粮更均为直接涩肠止痢药，故三诊病已渐入坦途，足证若固守治痢当“通因通用”之陈规，则谬矣！四诊章师虽加熟大黄，其意并不在通（否则当用生大黄），乃为中和戊己丸中吴茱萸之热性，且助杀虫药之力（大黄为强力抗菌药，故可视有杀虫之功）。另考脏连丸，应出自《外科正宗》，系将八两黄连末灌1尺2寸猪大肠内，两端扎紧，以酒2斤半煮干，捣烂为丸，空腹温酒下，治痔肠便血，肛门坠痛。猪大肠甘、微寒，中医根据以脏治脏之义，将其用治各种热性便血之症。故章师在三诊中用之。

黑丑系旋花科植物牵牛或毛牵牛的种子，其花色较深呈紫红等色者，种子多黑，称黑丑；花色较浅呈白或粉红花色者，种子多白，称白丑。两者皆苦，辛，寒，有毒，可单用，也可合用，称黑白丑或二丑。入肺、肾、大、小肠。用时须在锅内加热炒至种皮微鼓起。功可泻水，下气，杀虫。治水肿、喘满、痰饮、脚气、便秘、食滞、虫积。此药常医畏其毒而鲜用，而章师却喜用之（见胃脘案），乃取其力峻效速也。本案用之乃为杀灭阿米巴原虫以止痢，但毕竟有毒，故仅用 6g，殆症减则



必弃之，为防久用或量大致泻而伤阴。

柿霜为柿科植物柿的果实（即柿子）制成“柿饼”时外表所生的白色粉霜，甘凉。功主清热、润燥、化痰。治肺热燥咳，咽干喉痛，口舌生疮，吐血咯血，消渴。笔者查阅不少医案类书，将其用治呼吸系统病者颇多，而治痢之医家鲜见。章师此案用之，窃以为用意有三：一是因肺与大肠相表里，该物既能润肺，即亦可润肠也；二是明代医家缪希雍在《本草经疏》中言其“兼能益脾开胃”，由于病势渐入坦途，章师取其缓调脾胃以助开食；三是此物甘甚，以中和黄连、大黄等大苦之药，防苦药久用碍食也。

案14 陈女

体素不足，而病痢2周之久，今腹痛努责，便纯血水，神疲，四肢不温，而体力更虚。仙鹤草30g，熟地黄15g，阿胶珠、血余炭、赤石脂各12g，炮附块、乌梅肉各6g，炮姜炭、绿升麻各3g，粳米一撮。另：黄芪30g，别直参12g，煎汤代茶。

原按：此病人体素不足，下利纯血水，神疲肢冷，为气血阴阳俱虚。药用熟地黄、阿胶珠、仙鹤草滋阴止血；参、芪补益固气，以防气随血脱；乌梅、赤石脂收敛涩肠；升麻升清，粳米和胃；复用姜、附振奋脾肾之阳，炮姜用炭，兼能止血。此邪少虚多，治本之法，较之前案，迥然不同。

评述：此案为补气摄血之佳案，在章师痢证31案中，将别直参、黄芪与阿胶、熟地黄同用之案，仅此一例，证明其有是证则用是药，并非为前人“痢无补法”而拘泥。考阿胶炒珠目的，旨在促进阿胶之吸收，一般有三法，其一是与青黛同炒，用于肝肺实热之咯血；其二为与海蛤粉同炒珠，止痰火犯肺、胃之咯血、吐血；其三为与蒲黄同炒珠，治偏于虚寒的崩漏、便血。本案显系蒲黄炒胶珠也。另有以艾叶末炒者，较为少见，可参见《名家教你读医案第2辑·轻车熟路步五途》。至于炒阿胶珠的方法，亦在同篇予以详细介绍，可参阅之。另此法和清化固涩法虽同用于痢疾之后期，但彼用治湿热痢，故投苦寒之品以坚之；此为虚寒痢，故赖温涩之味以固之。同中有异，切忌混淆。

三、结语

1. 观章师治痢，从不为“白寒赤热”所拘，而是以辨证为依据。虽系赤痢但其证均显寒象，则大胆投附子、炮姜；而白痢通体现热证时，却予以大黄、黄连。或视病情将温清之药合方，但主次有别，偏寒偏热，丝丝入扣。

2. 他还恪守“大肠者，传导之官”和“痢初无止法”等理论，对泄泻和痢疾初期，不管便之赤白，通常以通便、清热化湿为要着，不但常用小承气、五仁丸、十枣汤等，还将既调气又活血的桃仁、延胡索、香附、莪术等频频入药，通过宣通行滞来达到治痢止痛的目的。在腹痛稍减、痢下渐畅时，纵有表证，却大胆根据“通中寓敛”“敛中寓通”之治则，突破方书“邪未去，不可敛”的治痢禁条（参见本



丛书第1辑“治无定法法自在”），为后世治痢别树一帜。

3. 章师治病，既善宗大家大法用药（如治痢用薤白即仿仲师四逆散加减法），亦常取民间之单验方（如用红茶、荠菜花治血痢即源于民间，治痢效方通痢散则出自小说《镜花缘》，由川乌、杏仁、羌活、苍术、粉甘草、生熟大黄组成），且有所发挥。如根据桔梗、败酱草均能排脓治肺痈或肠痈之理，将二药借用排肠道脓液以止痢；根据肺和大肠相表里的关系，将治悬饮的要药葶苈子、十枣丸等借用清肠道积滞而止痢；还根据艾叶、延胡索可“温宫散寒，活血调气”之理，将二药引用治寒痢引起的腹痛（24 于女案，14 孙男案）；另遵“黄蜡可收敛护膜，云茯苓善健脾化湿”之理，将原治血海虚寒、梦遗带浊的威喜丸，用于治虚痢（26 马男案）。它如由“鱼腥草功擅散热毒痈肿”，悟出可用治痢疾导致的肠黏膜溃疡（14 孙男案）；由防风为风药中润剂，悟出能配黄芪升清以止虚痢（11 蒋女案）。更通过大量实践指出：“杏仁用量大，以疏利开达，破壅降逆，对痢之积滞而里急后重者有显效”（2 何男案）；“十灰丸对肠黏膜出血有直接收敛作用”（14 孙男案按语）；“韭菜根炒猪肝可作为久痢虚人的营养剂”（27 钱男案）等。徐大椿曰：“凡痢症不现纯虚之象，总不宜人参。”故章师为避壅补之嫌，不仅很少用参，且极少用白术、山药，一旦用之，亦配以适量芳化流动之品以振奋脾运。至于阴柔腻膈的熟地黄、麦冬等，几乎从不见用。

另在清法中，他还喜用荷叶与荠菜，取荷叶性微温辛，可清凉解暑，止痛生津，治泻痢，解火热，更能“生发元气，俾助脾胃”，以防方中之其他药过分苦寒，败胃伤中；而甘平之荠菜，《药性论》云：“烧灰（服），能治赤白痢。”《广西中药志》曰其“健胃消食，化积滞”。他常将其配“能除烦止渴，解腻清神，炒煎饮，治热毒赤白痢”的茶叶，止痢甚佳，且价廉易觅，值得推广。

（马继松 林波 韩刚 冉铁）