


BIAN SHI JI

# 扁石集

十五位著名中医学大家经验传薪



审 定 任继学  
主 编 杨明信  
副主编 张桂芝

 吉林科学技术出版社

# 碁石集

十五位著名中医学家经验传薪

审 定	任继学		
主 编	杨明信		
副主编	张桂芝		
编 者	张 奇	刘文武	吴厚新
	杨荣臣	罗 庚	刘淑云
	琴 钢	张奕斌	杨立铭
	王广尧		

吉林科学技术出版社

编石集

杨明信 主编

责任编辑：单书健

封面设计：王 博

出版 吉林科学技术出版社 850×1168 毫米 32 开本 235,200 字 13.0625 印张

发行 1999 年 8 月第 1 版 1999 年 8 月第 1 次印刷

印刷 长春大学印刷厂 ISBN 7-5384-2157-2/R·377 定价：22.00 元

地址 长春市人民大街 124 号 邮编 130021 电话 5635177 传真 5635185

电子信箱 JLKJCBS @ public.cc-jl.cn

## 前 言

中医学是中国传统文化的瑰宝,在科技高度发达的今天,仍为中华民族的健康发挥着不可替代的作用,充满了旺盛的生机和活力。

中医学的突出特点就是理论与实践的高度统一性和临床疗效的可靠性。中医学发展的根基在临床实践。名老中医经长期的临床实践,对中医理论总结出了自己的创见,在自己特定的条件下形成了独特的经验体系,所有这些都对中医学的充实和发展,是对中国传统文化的最可珍视的贡献。从这个意义上说,名老中医的学术思想和临床经验,不但是中医学术的精华,而且是中医学发展的重要标志。因此,总结推广名老中医的学术思想和临床经验,是继承和发扬中医学最重要的环节之一。

随着时光的流逝,我国健在的当代著名老中医屈指可数;医术精湛,经验宏富的中医学家的更是寥若晨星。随之而来的中医“后继乏人、后继乏术”的问题越来越显得突出,整理和继承名老中医学术经验的工作也显得更加紧迫和重要。不仅要安排学术继承人,而且要努力做好宏扬和推广工作,通过多种形式,让更多的有志之士掌握老一代名医的学术思想,运用老一代名医经过长期实践

总结出的辨治规律,并且在这些独具特色的理论与实践经验中,探讨如何提高疗效,促进中医理论的发展,以此推动中医事业再创辉煌,这就是编辑本书的目的。

本书的作者,均为当代最著名的老中医药学家;本书所载论文,皆属作者数十年研究的心血结晶,不但具有极高的学术价值和指导作用,而且字里行间充满了启发后人、振兴中医的强烈责任感,相信读者一定会倍受启迪。

编 者

一九九九年八月二十日

# 目 录

## 邓铁涛

- 强肌健力饮(胶囊)治疗重症肌无力的理论、临床与药理…… 1

## 刘炳凡

- 《内经》脏腑功能与临床应用的系统思维 …… 24
- 师门回忆 …… 36

## 朱良春

- 跨世纪中医药任务及展望 …… 43
- 为当今中医界脉诊进一言 …… 55
- 痹症研究的回顾与展望 …… 62
- 从痹病三个主症谈用药经验 …… 68
- 拓开动物药临床应用之新径 …… 73
- 为“十八反”平反 …… 78

## 焦树德

- 从病例谈辩证论治体会 …… 83
- “大楼”刍议 …… 111

## 颜德馨

- 气血辨证治疗疑难病 …… 130

## 何 任

- 《伤寒论》的“博涉知病、多诊识脉、屡用达药” …… 158
- 《金匱要略》的沿波讨源 …… 167

## 李今庸

- 水肿病治疗提要 …… 176

咳嗽论治·····	183
<b>周仲瑛</b>	
丹综合证出血热(疫风热)治法论要·····	192
瘀血型血证初探·····	205
<b>陆广莘</b>	
中医学的理论模型及其临床思维方法·····	218
医学的目的与中医学术研究·····	243
辨证论治:生生之道的健康智慧学·····	248
“证和阴阳”台议·····	251
<b>路志正</b>	
怎样学好《难经》·····	253
《医学心悟》简介·····	265
疑难病症辨治杂谈·····	278
<b>张  琪</b>	
慢性肾功能衰竭证治·····	288
<b>张镜人</b>	
暑湿与湿湿的证治探讨·····	304
<b>任继学</b>	
三谈中风病因病机与救治·····	327
推迟风病·····	333
<b>张学文</b>	
疑难病辨治思路与方法·····	341
<b>晁恩祥</b>	
肺痿病的研究与辨识·····	362
哮病的证治体会·····	376

## 强肌健力饮（胶囊）治疗重症 肌无力的理论、临床与药理

邓铁涛

邓铁涛（1916～），广州中医药大学教授，博士生导师

重症肌无力（myasthenia gravis）是一种神经肌肉接头传递功能障碍的自身免疫性疾病。最近有关重症肌无力的流行病学调查表明，此病是一种常见的神经内科疾病，年发病率为8人/10万，终生患病率高达10人/10万。自1895年Jolly根据本病之症状特点正式命名为重症肌无力以来，国内外学者对此作了许多研究。直至本世纪60年代，随着免疫学研究的不断深入，重症肌无力的病因病理和诊断治疗取得了新的进展。中医药治疗重症肌无力疗效确实，从50年代开始已有个案报道。到70年代，开始有了大宗病例报道和理论探讨。海军西学中资料报道用补益脾肾法治疗本病100例，近期疗效临床痊愈率为86%，远期疗效部分病例随访1～10年，疗效较巩固，未见复发；张近三等总结用培补脾肾法治疗重症肌无力100例，临床治愈率为26%，显效15%，有效45%，无效14%，总有效率86%。李庚和将本病分为三型：脾虚气弱型、脾肾气阴两虚型、脾肾阳虚型；共治疗432例，痊愈52例（35.2%），显效



198例(45.8%),无效22例(5.1%),总有效率95%。陈贯一等将本病分为肝肾阴虚、脾胃气虚、气血两虚三型,共治疗371例,痊愈211例(56.9%),基本治愈34例(9.2%),好转20例(5.4%),总有效率为72%。邓中光等以益气升陷为治疗大法,制定基本方加减治疗51例,治愈21例(41.2%),好转26例(51.0%),无效4例(7.8%),总有效率为92.2%。山东省中医药研究所用附子理中汤、补中益气汤和葛根汤,治疗41例,治愈12例(29.3%),明显好转17例(41.5%),进步9例(2.2%),无效3例(7.3%),总有效率为92.7%。因此,探索中医治疗重症肌无力的辨证论治规律和疗效机理,发挥中医药特色和优势,是一个既有理论意义又有实用价值的研究课题。

### 对重症肌无力中医理论的认识

重症肌无力是一种由乙酰胆碱受体抗体引起的自身免疫性受体病,主要临床特征为受累肌肉极易疲劳,经休息后可部分恢复。全身肌肉均可受累,以眼肌为主,呼吸肌受累则出现肌无力危象,甚至危及生命。中医历代医著对重症肌无力虽未见较完备而系统的记载,但从本病的病理机制和临床表现来看,应属中医的虚损证。

虚损证不同一般的虚证,它有虚弱与损坏的双重含义。虚弱着眼于功能,损坏着眼于形体,故虚损是对各种慢性疾病发展到形体与功能都受到严重损害的概括。重症肌无力是自身免疫性受体病,临床上既有功能性障

碍也有实质性损害,病程长且易反复,具有虚损证的特点。因此,重症肌无力不是一般的虚证,其实质应是虚损性疾患。

祖国医学对虚损证早在公元一二世纪就已有所认识。《难经·十四难》就有“一损损于皮毛,皮聚而毛落;二损损于血脉,血脉虚少,不能荣于五脏六腑也;三损损于肌肉,肌肉消瘦,饮食不能为肌肤;四损损于筋,筋缓不能自收持;五损损于骨,骨痿不能起于床”的记载。历代医家对于虚损的认识也十分详尽。根据祖国医学的虚损理论,结合脾胃学说脾主肌肉的理论认识和临床运用,重症肌无力的中医病名诊断应是脾胃虚损。根据重症肌无力的临床表现及分型,具体又可分为睑废、痿证和大气下陷。

眼睑下垂为重症肌无力的常见症状,《北史》有“睑垂覆目不得视”的记载。巢元方《诸病源候论·睢目候》中称“睢目”,亦名“侵风”。《圣济总录·卷第一百一十》称“眼睑垂缓”,清·黄庭镜《目经大成》称为“睑废”,后世称为“上胞下垂”。

重症肌无力的临床特征是一部分或全身骨骼肌异常地容易疲劳,晚期病例的骨骼肌可以发生萎缩。《素问·痿论》根据痿证的病因、部位、临床表现及五脏所主,有皮痿、脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等五痿之分,其中的肉痿与重症肌无力的症状有类似之处。《素问·太阴阳明论》指出:“脾病而四肢不用,何也?岐伯曰,四肢皆禀气于胃,而不得至经,必因于脾乃得禀也。今脾病不

能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无以生，故不用焉。”这一论述强调四肢不用，痿软乏力乃脾病所致，脾不为胃行其津液，气血不充而引起肌肉病变，与重症肌无力的临床表现及病理机制颇为吻合，现代的临床观察也证实了这一点。

重症肌无力可出现面肌无力，说话声音逐渐减低，讲话不清，吃力，吞咽困难，饮水呛咳等。声音嘶哑，中医称为“音喑”。重症肌无力之声音嘶哑，乃因脾虚气陷，肺气虚衰，肾虚无根，致使气机无力鼓动声门而出现声音嘶哑。吞咽困难，中医责之肾。咽为胃之系，上接口腔，下贯胃腑，是胃接纳水谷之门户。脾胃虚衰，则摄纳运化无权；又肾为胃关，胃肾亏损，则吞咽困难。

呼吸困难，是肌无力危象。中医称之为“大气下陷”。如张锡纯《医学衷中参西录》指出：“胸中大气下陷，气短不足以息。或努力呼吸，有似乎喘，或气息将停，危在顷刻”。

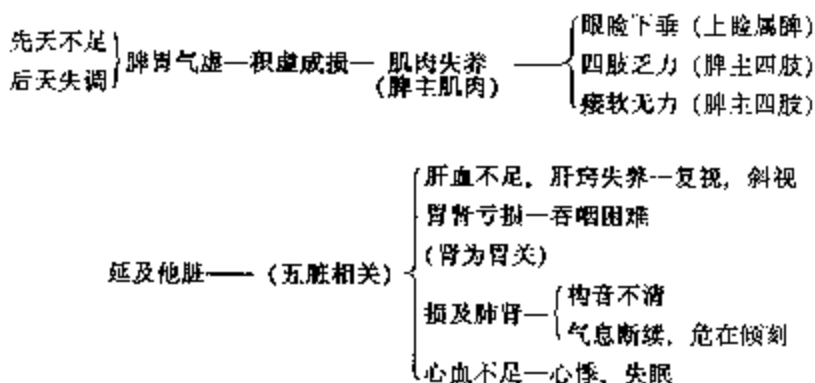
综上所述，中医虽无重症肌无力之病名，但是根据其临床特点及中医的理论认识，将其归属为“脾胃虚损”病之范围是比较恰当的。具体还可以结合病位、病性、病机，分别用“睑废”、“痿证”和“大气下陷”进行诊断。一般来说，成人眼肌型及少年型多属“睑废”范围；成人重症肌无力轻度、中度全身型、迟发重症型、伴肌萎缩型多属“痿证”范围；成人重症激进型多属“大气下陷”证范围。

重症肌无力的禀赋不足，后天失调，或情志刺激，或外邪所伤，或疾病失治、误治，或病后失养，均可导致脾胃气虚，渐而积虚成损。因此，重症肌无力的病机主要为脾胃虚损。脾胃为后天之本，气血化生之源，居于中焦，为气机升降出入之枢机。脾主升主运，脾虚气陷，则升举无力，上睑属脾，故提睑无力而下垂；脾主肌肉四肢，脾虚生化濡养不足，故四肢痿软不能随用；胃主降主纳，与脾相表里，脾虚胃亦弱，则升降之枢机不利，受纳无权，故纳呆溲泄，吞咽困难；脾气主升，上充于肺，积于胸中而为宗气（大气），司呼吸，贯百脉，中气下陷，胸中之大气难以接续，肺之包举无力，故气短不足以息，若胸中大气亦下陷，则气息将停，危在顷刻。

重症肌无力的病机主要为脾胃虚损，然而与他脏关系亦密切。脾病可以影响他脏，而他脏有病也可影响脾脏。从而形成多脏同病的局面，即五脏相关。但矛盾的主要方面，仍然在于脾胃虚损。脾胃虚损，则气血生化乏源。肝乃藏血之脏，开窍于目，肝受血而能视；肾主藏精，“五脏六腑之精，皆上注于目而为之精”，肝血不足，肝窍失养，肾精不足，精明失养，“精脱则视岐，视岐见两物。”故见复视、斜视或视物模糊，易倦。脾胃为气机升降之枢纽，气出于肺而根于肾，需脾于中间斡旋转运，使宗气充足以司呼吸。脾胃虚损则枢机不运，聚湿生痰，壅阻于肺，故见胸闷、疼痛、气促等。脾病及肾，肾不纳气，气难归根，甚或大气下陷，而出

现肌无力危象。声音嘶哑，构音不清，吞咽困难等，亦与脾胃肺肾的病理变化关系密切。有些患者尚有心悸、失眠等症，则是由于脾胃虚损，心血不足所致。

为了进一步探讨重症肌无力的病因病机和辨证规律，我们这个课题组（注1）对1937年4月到1991年6月收治的233例重症肌无力患者作了系统观察，并对58个中医证候做了频率分析，结果表明重症肌无力以眼睑下垂、四肢无力、纳差、便溏、舌淡胖边有齿印、苔薄白、脉细弱等症候最常见。从而说明本病以脾胃虚损为主的观点是符合临床实际的。



病因病机示意图

作者的学生选用国家卫生部药政局认可诊断脾虚和评定疗效的参考指标，通过唾液淀粉酶活性负荷试验和木糖吸收试验，对31例重症肌无力患者和20例正常人进行了二项试验同步观察。结果表明，重症肌无力脾虚证唾液淀粉酶活性酸刺激前后比值明显低于正常，D-木糖排泄率明显降低，经治疗后二项指标明显上升，说明

重症肌无力脾虚证有其确切的病理生理学改变。

可见，重症肌无力的病理机转始终以脾胃虚损为中心环节，并贯穿于此病的全过程，这就是本病辨证论治的着眼点。

根据上述理论，对重症肌无力的辨证如下。

1. 脾胃虚损 眼睑下垂，四肢痿软乏力，纳差，便溏，舌淡红而胖，边有齿印，苔薄白，脉细弱。

2. 脾胃虚损之兼证 兼肝血不足者，复视、斜视明显。兼肾虚者，抬颈无力，腰背酸软。阴虚者，口干咽燥；阳虚者，夜尿多。兼心血不足者，心悸，失眠，夜寐多梦。兼胃阴虚者，口干，苔剥。兼痰湿壅肺者，胸闷、气促。兼湿者，苔白厚或白浊。兼瘀者，咳嗽痰粘。兼瘀者，舌暗红，尖边有瘀点、瘀斑，脉涩。兼外邪者，鼻塞流涕，喉痒咽痛，脉浮等。

3. 大气下陷 症见呼吸困难，痰涎壅盛，气息将停，危在顷刻等肌无力危象。

对于本病的治疗，根据“虚则补之”、“损者益之”之旨，当以补脾益损，升阳举陷为治疗大法。此外，本病毕竟有先天禀不足，精血虚损况且气为血帅、血为气母，气血相生，故亦应兼顾养血益精以固肾。至于肌无力危象，则以标证为主要矛盾，急则治其标，缓则治其本。对于兼证的处理，则可随证加减，灵活变通。

常用方药如下：

1. 脾胃虚损 补脾益损，强肌健力饮（自拟方）。主要药物有黄芪、党参、白术、当归、陈皮、五爪龙、

甘草等。

2. 兼证的处理 肝血不足加枸杞子、首乌、黄精、鸡血藤。肾虚加菟丝子、桑椹子，阳虚明显加巴戟、肉苁蓉、淫羊藿；阴虚明显加山萸肉，或加服六味地黄丸。心血不足加熟枣仁、夜交藤。胃阴虚党参易太子参，加石斛、金钗。痰湿壅肺另橘络、百部、紫菀。兼湿加苡仁、茯苓。兼痰加浙贝母。兼瘀加丹参。兼外邪一般用轻剂之补中益气汤，酌加豨薟草、桑叶、千层纸、浙贝等。

3. 大气下陷之肌无力危象 应及时采取抢救措施，加强吸氧、吸痰、插胃管，鼻饲中药，辨证使用苏合香丸或安宫牛黄丸点舌以及其他中成药除痰、保留灌肠等。感染严重时用抗生素。

### 强肌健力饮治疗重症肌无力的临床观察

作者以强肌健力饮为主方，对 252 例重症肌无力患者进行辨证治疗，取得较为满意的效果

病例来源：本院附属医院和附属省中医院重症肌无力专科门诊病人 191 例，附属医院内二科、针灸科等住院病人 61 例。诊断标准：根据 Osserman 等的诊断标准并参考《实用内科学》和《实用神经病学》的有关内容制定。辨证分型：按 1987 年 2 月国家“七五”攻关课题中医科研协作组上海会议脾虚临床组制定的标准。临床分型：按 1986 年 9 月全国首届肌病及周围神经病学术座谈会制定的“肌肉疾病分类”，并参考改良的 Osserman

分类。

1. 成人重症肌无力 (1) 眼肌型 (I 型), 仅眼外肌受累。(2) 轻度全身型 (II A 型), 四肢肌和其他骨骼肌轻度无力, 常伴眼肌受累, 一般生活可自理。(3) 中度全身型 (II B 型), 四肢肌和其他骨骼肌明显无力, 常伴眼肌麻痹和轻度吞咽困难, 构音不清, 但无呼吸肌麻痹, 一般生活不能自理。(4) 重症激进型 (III 型), 急性起病, 常在数周、数月内即出现严重的球麻痹, 大多半年出现呼吸肌麻痹, 伴眼、骨骼肌麻痹, 易出现危象, 生活不能自理。(5) 迟发重症型 (IV 型), 病程长, 大多在 2 年内由 I、II-A、II-B 型发展而来, 渐见球麻痹、呼吸肌麻痹, 生活不能自理。(6) 伴肌萎缩 (V 型), 重症肌无力伴肌肉萎缩者。

2. 儿童重症肌无力 (1) 新生儿一过性, 为出生一过性肌无力, 见吮乳困难, 哭声无力, 四肢运动减少, 全身肌张力降低, 甚至呼吸困难, 出生后 6 周可自愈或减轻, 患儿母亲有重症肌无力病史。(2) 家族性婴儿型, 婴儿期发病, 有家族史。(3) 少年型, 新生儿后~青春期发病, 以眼睑下垂、眼肌麻痹为主。(4) 先天性肌无力, 出生时或出生后不久出现症状, 以眼外肌受累为主, 也可累及面部肌肉, 影响摄食, 全身性肌无力不常见, 其母无重症肌无力病史。治疗方法: 以强肌健力饮为主方进行治疗, 3 个月为 1 疗程, 一般治疗 1~2 个疗程。疗效标准: 按 1987 年 2 月国家“七五”攻关项目中医科研协作组上海会议脾虚临床组制定的标准, 并



参考解放军总后勤部卫生部制定的有关标准（注2）。

3. 临床综合记分 为了正确评估每种疗法的疗效，作者设计了一种“临床综合记分法”。该法把肌无力程度、临床严重度、西药使用量和疗效有机地结合起来，以肌无力程度和西药使用量为观察指标，按轻重程度分级，各主要症状根据其临床严重程度按评估常用的加权法赋以不同的权值、某症之权值与某等级之乘积为该症的实际得分，各实际得分及西药使用量得分之总和为该患者当时（就诊时、治疗某过程时或结束治疗时）之临床综合记分。最严重为100分，无症状并停用西药为0分。为了便于不同患者的比较，并评估疗效，引入“治疗前后记分相对率”的概念。治疗前后记分相对率 =  $(\text{治疗前临床综合记分} - \text{治疗后临床综合记分}) / \text{治疗前临床综合记分} \times 100\%$ 。暂规定，凡治疗前后记分相对率（简称相对率）为90%~100%为临床治愈，相对率<30%或者负值者为无效；相对率60%~90%者为显效，相对率30%~60%者为有效。

治疗结果：本组252例中，临床治愈119例（占47.2%），显效97例（38.5%），好转33例（13.7%），无效3例（1.2%）。总有效率98.8%。

从表1可以看出，本组病例就诊时临床症状都较严重，经治疗后，病情有明显改善，治疗前后临床综合记分相对率均较高。统计学处理表明，治疗后的疗效与治疗前比较差异有非常显著意义。在252例中，脾气虚型为本病的主要分型，共237例，占94%，其近期治愈与

显效率达 85%，无效率仅占有 1% 左右，详见表 2。此外，本组临床各型之治愈率、显效率等都颇接近，经统计学处理，差异没有显著性意义（ $P > 0.05$ ），提示用强肌健力饮为主方治疗重症肌无力，对各临床分型的重症肌无力均有一定的效果。而且各病程组的疗效差异没有显著性意义（ $P > 0.05$ ），提示尽管病程之长短相差较远，但以强肌健力饮为主方进行治疗，均可取得较好疗效。

表 1 强肌健力饮对 252 例重症肌无力患者治疗前后疗效比较

已往西医药 治疗分组	例数	%	治疗前临床 综合记分 ( $\bar{X} \pm S$ )	治疗后临床 综合记分 ( $\bar{X} \pm S$ )	治疗前后记 分相对率 %	治疗前后 比较 ( $P$ )
胸腺切除术	12	4.8	$93.6 \pm 2.37$	$7.3 \pm 6.23$	92.4	$< 0.01$
放疗 + 强的松 + 抗胆碱酯酶药	6	2.4	$95.2 \pm 4.38$	$14.3 \pm 3.28$	85.0	$< 0.01$
放疗 + 抗胆碱 酯酶药	26	10.3	$92.4 \pm 3.32$	$6.9 \pm 2.47$	92.5	$< 0.01$
抗胆碱酯酶药 + 强的松	5	2.0	$84.3 \pm 3.26$	$3.8 \pm 2.07$	95.5	$< 0.01$
抗胆碱酯酶药 未照西医药	161	63.9	$86.2 \pm 5.33$	$3.2 \pm 1.52$	96.3	$< 0.01$
治疗组	42	16.6	$89.3 \pm 3.62$	$2.4 \pm 1.87$	97.3	$< 0.01$

为了客观评价强肌健力饮治疗重症肌无力的效果，作者采用随机分层配对的方法，对 94 例重症肌无力住院病例分别采用强肌健力饮和强的松进行治疗，并对其疗效作了比较。

表2 252例重症肌无力辨证分型与疗效分析

疗 效		辨 证 分 型					
		脾 气 虚		脾 胃 阳 虚		其 他 *	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	
临床治愈	119	47.2%	115	48.5%	2	16.7%	2
显 效	97	38.5%	88	37.1%	8	66.6%	1
好 转	33	13.1%	31	13.1%	2	16.7%	9
无 效	3	1.2%	3	1.3%	0	0	0
合 计	252		237		12		3

\* 其他为脾胃阳虚1例，肝血不足2例

病例来源：广州中医学院附属医院内二科、针灸科住院病人47例，北京协和医院神经内科住院病人47例，共94例。诊断标准、分型标准、疗效标准同上，病例选择：纳入标准：a. 未经治疗者；b. 激素治疗停药3个月后复发者；c. 未用激素治疗，正在使用胆碱酯酶抑制剂或已经使用无效者。排除标准：a. 正在使用激素治疗者不纳入强肌健力饮治疗组；b. 已行放射治疗者；c. 已行胸腺摘除者；正处于肌无力危象状态者。治疗方法：本院中药组以强肌健力饮为主进行治疗，3个月为1疗程。协和医院西药对照组用甲基强的松龙1g/d，静滴×3d，地塞米松20mg/d，静滴×7~10d，强的松100mg/d，渐减量，维持量40mg/d，疗程3个月。

治疗结果：强的松组的总有效率为91.5%。强肌健力饮组的总有效率为95.7%。经统计学处理两者没有显著性差异，提示强肌健力饮与强的松一样，对重症肌无力有较好的疗效。但是，强的松疗法有相当的副作用。许贤豪等报告，约48%病人治疗开始时病情加重，其中

86%需有人工呼吸器, 33%患者呈柯兴体型, 26%诱发白内障, 18%体重增加, 12%有糖尿病, 12%高血压。从志强等报道, 1%重症肌无力患者类固醇疗法可导致股骨头缺血性坏死。强肌健力饮为主治疗重症肌无力, 据我们临床观察, 除个别有口干外, 未见有其他副作用。

表3 强肌健力饮与强的松的疗效比较

疗 效	强肌健力饮组 (n=47)		强的松组 (n=47)	
	例数	%	例数	%
临床治愈	10	21.3	11	23.4
显 效	16	34.0	19	40.4
好 转	19	40.4	13	27.7
无 效	2	4.3	4	8.5
有 效 率		95.7		91.5

## 强肌健力饮（胶囊）治疗重症肌无力的药理研究

为了客观地评价强肌健力饮的确切疗效, 我们对28例重症肌无力患者作了治疗前后肌电图分析。

### 临床资料 and 检查方法

门诊患者19例, 住院患者9例。共28例。男性10例, 女性18例。年龄6~58岁, 病程最短1个月, 最长13年。28例均属脾虚型。采用日产RM-6000型八道生理仪低频重复电刺激, 50Hz, 5次/s, 个别患者10次/s, 休息10min后再行重复电刺激, 共重复3次。同步记录肌电图, 计算每次重复电刺激动作电位衰减百分

率,结果取三次衰减百分率之平均值。检查前 6h 停药抗胆碱酯酶药。在左眼轮匝肌、左三角肌、左小指展肌三个部位同时检查,每个人治疗前后检查部位绝对相同。

## 结果分析

本组病例经 3~6 个月治疗后,临床治愈 10 例,显效 11 例,好转 7 例。全部病例治疗前肌电图检查,不同部位重复电刺激动作电位衰减百分率都有不同程度异常,治疗后大多有相应改善,3 个受检部位动作电位衰减百分率治疗前后均有显著性差异,见表 4。肌电图检查结果与疗效基本一致,说明重症肌无力经强肌健力饮治疗后,随着临床症状的好转或消失,神经电生理检查也有明显改善。

表 4 28 例脾虚型 MG 治疗前后的肌电图 (EMG) 分析

肌 肉	EMG 疲劳试验 ( $\bar{X} \pm S$ )		t	P
	治疗前	治疗后		
左眼轮匝肌	21.67 $\pm$ 18.35	10.65 $\pm$ 7.99	2.748	<0.05
左三角肌	27.74 $\pm$ 13.04	14.98 $\pm$ 14.25	3.461	<0.01
在小指展肌	14.66 $\pm$ 12.14	8.28 $\pm$ 8.16	2.379	<0.05

肌电图是诊断肌肉疾病的一项重要方法,通过记录神经、肌肉的电活动,就可了解到神经肌肉接头的功能状态。从 1935 年 Lindsly 首次报道重症肌无力肌电图异常至今,重复神经电刺激动作电位衰减效应一直是诊断重症肌无力的主要依据。正常情况下神经末端释放乙酰胆碱 (Ach) 常超过肌膜去极化许多倍,有很大的安全

因素,即使重复刺激也不会使 Ach 耗尽,因而反复刺激时诱发电位幅度不致下降。重症肌无力患者由于乙酰胆碱受体(AchR)减少,安全因素下降,刺激开始尚能引起肌纤维去极化产生肌纤维收缩。当重复刺激时,每次刺激释放的 Ach 不能产生足够大的终板电位,故诱发电位幅度下降。一般的肌电图检查,仅仅以肌疲劳试验是否阳性作为重症肌无力的诊断之用,忽视了肌电图对重症肌无力疗效客观评价的价值。我们在实践中认识到,肌电图疲劳试验不仅具有定性作用,统计动作电位平均下降率后,还具有定量作用,是一个既定性又定量的客观指标,可以客观评价重症肌无力的疗效。附例:陈某,女,17岁,因反复左眼睑下垂,伴右眼斜视,复视6年入院,住院号54133。入院时除上述症状外,尚有四肢疲劳、午后为甚、讲话含糊不清、呼吸费力等症。入院诊断为MG(成人Ⅱ-B型)。1989年6月13日EMG疲劳试验:重复电刺激动作电位平均下降率:左眼轮匝肌为32.3%,左肱三角肌为26%,左小指展肌为17%。住院期间以强肌健力饮辨证治疗,病情明显好转,四肢乏力、语言不清,呼吸费力等症消失,右眼球运动灵活,偶复视,左睑下垂明显减轻,平视左眼裂由入院时4mm增至10mm。8月23日行EMG复查,疲劳试验动作电位平均下降率明显好转,左眼轮匝肌为12%,左肱三角肌为0%,左小指展肌为12%。EMG结果与临床观察一致。

乙酰胆碱受体抗体(AchRab)的检测对重症肌无力

的临床诊断、疗效评定和治疗方法的探讨都具有重要意义。1988年莫雪安等吕传真等又在MG患者血清中测到抗突触前膜抗体(PrsMab),认为这种抗体多见于病程较短和病情较重的患者,且与AchRab呈明显正相关。目前常用的检测AchRab的方法主要有放射免疫法(RIA)和酶联免疫吸附法(ELISA),后者更易于推广应用。生物素-亲和素系统(BAS)是一新型生物反应放大系统,具有更高的灵敏度和特异性,可用以检测微量抗原和抗体。我的学生李顺民博士采用肖保国等利用BAS和ELISA相结合而建立起来的亲和素-生物素化酶复合物-酶联免疫吸附分析法(ABC-ELISA法)对这二种抗体进行了同步观察,从而探讨强肌健力饮(胶囊)治疗MG效果的客观性和可能作用机理。

### 材料与方法

研究对象:MG组23例,男7例,女16例,平均年龄32岁,病程平均3.3年。23例中ⅡA型6例,ⅡB型13例,其它型共4例。脾虚型21例,其它证型2例。正常对照组30例,性别、年龄与MG组基本一致。采静脉血3ml,离心后取血清分装, - 30℃保存备用。抗体检测方法:利用 $\alpha$ -银环蛇毒素( $\alpha$ -BGT)特异性地结合AchR和 $\beta$ -银环蛇毒素( $\beta$ -BGT)与突触前膜特性结合的特性,先以 $\alpha$ -BGT和 $\beta$ -BGT包被酶标板,以达到提纯抗原(肌肉提取液)之目的。然后用ABC-ELISA法分别检测MG患者血清中的抗乙酰胆碱受体抗体和抗突触前膜抗体。取患者手术后之肌肉标本制备肌肉提出

液(粗制 AchR),按福林-酚法测定蛋白质含量后分装备用。主要试剂有  $\alpha$ -BGT(购自中国科学院昆明动物研究所),  $\beta$ -BGT(购自广西医学院蛇毒研究所),生物素化鼠抗人 IgG(批号 88-2),ABC 复合(批号 90-1),购自上海生物制品研究所。按上海医科大学神经病学研究所神经免疫研究室方法检测,抗体水平以 P/N 值表明。P(患者)为检测待测血清的 OD 值;N(正常人),为同一块酶标板上标准的阴性血清 OD 值, P/N 除数 < 2.5 者为阴性。

### 检测结果

30 例正常人 AchRab 与 PrsMab 均为阴性。23 例 MG 患者 AchRab 阳性率为 91.3%, PrsMab 为 95.7%,经强肌健力胶囊为主治疗后病情都有明显好转,二种抗体水平也有相应下降,有的甚至转为阴性,差异有显著性意义。表明该药对 MG 致病因子有明显的消除作用,为该药的确切疗效提供了免疫学佐证。

表 5 正常人与 MG 患者血清 AchRab 和 PrsMab  
二种抗体水平及治疗前后的变化

抗体种类	标本 (n)	治疗前后	(阳性率)	P/N 值 M $\pm$ SD	t	p
AchRab	正常人 (30)		0	1.39 $\pm$ 0.28	10.05	<0.001
	患者 (23)	治疗前	91.3	6.55 $\pm$ 2.70	5.11	<0.001
	患者 (23)	治疗后	87.0	3.49 $\pm$ 0.98		
PrsMab	正常人 (30)		0	1.36 $\pm$ 0.28	11.85	<0.001
	患者 (23)	治疗前	95.7	6.84 $\pm$ 2.37	4.68	<0.001
	患者 (23)	治疗后	87.0	4.37 $\pm$ 0.89		

为了探讨强肌健力胶囊的免疫调节作用,李顺民对



28 例 MG 和 30 例正常人作了 IgA、IgG、IgM、C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub>、CH<sub>50</sub> 和淋巴细胞转化率 (LBT) 测定, 并对部分患者作了治疗前后的动态观察。

**材料和方法** MG 住院患者 28 例, 男 9 例, 女 19 例, 平均年龄男 33.3 岁, 女 27.1 岁。病程平均为 4 年。28 例中 II A 型 7 例, II B 型 14 例, 其它型 7 例。全部病例均为脾虚型。正常对照组 30 例年龄、性别与 MG 相近。IgG、IgA、IgM 和 C<sub>3</sub>、C<sub>4</sub> 测定根据抗原抗体沉淀反应的原理, 用单向琼脂扩散法测定。血清抗体与单扩琼脂板由上海生物制品研究所提供。先制备好抗体琼脂板, 然后打孔, 加入一定量的待测血清, 放入湿盒中, 37°C 培养 24h, 测量沉淀环直径大小, 据标准曲线求出含量。CH<sub>50</sub> 测定: 绵羊红细胞 (2% SRBC) 与溶血素 (抗体) 结合成抗原抗体复合物 (IC), 补体被 IC 激活, 经经典途径被活化, 从而导致 SRBC 溶解破裂, 溶血的程度与补体含量呈线性相关, 从此测到标本中的补体含量。用 2U 溶血素, 1:10 待测血清, 2% SRBC, 生理盐水, 50% 溶血标准管, 取小试管 7 支, 分别加样, 37°C 30min 后, 取各稀释度试管与 50% 溶血标准管目测法依表查出相应补体含量。LBT 测定: 空腹抽取 0.5ml 静脉血, 在无菌操作下, 注入含 4ml 培养液的培养瓶中 37°C 培养 72h, 然后分离白细胞, 用白细胞涂片, 油镜下数 100 个淋巴细胞分出分化和未分化的淋巴细胞, 算出每 100 个淋巴细胞中有多少分化的淋巴细胞, 即为淋巴细胞转化率。

表 6 重症肌无力患者与正常人对照组免疫学分析

免疫学项目 X 或 M ± SD	组 别		
	正常人组 (n)	MG 组 (n)	P
IgG (mg/ml)	11.79 ± 2.41 (30)	14.62 ± 3.66 (28)	<0.005
IgA (mg/ml)	2.27 ± 0.81 (30)	2.05 ± 0.93 (28)	>0.05
IgM (mg/ml)	1.91 ± 0.68 (3)	2.01 ± 0.74 (28)	>0.05
C <sub>3</sub> (mg/ml)	0.99 ± 0.11 (3)	1.10 ± 0.25 (28)	<0.02
C <sub>4</sub> (mg/ml)	0.38 ± 0.07 (2)	0.40 ± 0.09 (26)	>0.05
CH <sub>50</sub> (U/ml)	156.23 ± 25.17 (20)	159.84 ± 21.13 (22)	>0.05
LBT (%)	67.20 ± 6.94 (2)	55.30 ± 7.76 (27)	<0.001

表 7 MG 强肌健力胶囊治疗前后免疫学分析 (M ± SD)

组 别	例数	IgG (mg/ml)	C <sub>3</sub> (mg/ml)	LBT (%)
治疗前	28	14.62 ± 3.66	1.10 ± 0.25	55.30 ± 7.76
治疗后	15	11.33 ± 3.60	0.91 ± 0.21	65.00 ± 7.47
P		<0.005	<0.02	<0.001

大量研究认为, MG 患者血清中的 IgG 和 C<sub>3</sub> 及其形成的免疫复合物是阻断神经肌肉兴奋传递, 使突触后膜变性的主要原因, T 淋巴细胞亚群成分的改变, 是 B 细胞亢进, 产生大量抗体的重要因素。强肌健力胶囊能使 IgG 和 C<sub>3</sub> 值降低, LBT 值升高, 表明该药有明显的免疫调节作用, 能使 MG 发病机理中免疫反应的异常环节得到改善, 这种免疫调节不同于强的松等西药之单纯免疫抑制, 而能高者抑之, 低者举之。这种双向免疫调节作用是中医药治该病的一大特色。

李顺民还利用电鳗 AchR 免疫接种大鼠制成了实验

性自身免疫性重症肌无力 (EAMG), 对强肌健力胶囊的疗效和受体药理作用进行了探讨。

**材料与方法** AchR 由我的学生张世平博士分离提纯, 根据 Froehner 和 Rafto 的方法进行, 并且采用放射配基结合分析, 按 Klett 等及 Schwendimann 介绍的 DEAE 纤维素滤纸法进行 AchR 的生物活性鉴定, AchR 的生化鉴定蛋白定量用考马斯亮蓝 G-250 测定蛋白浓度, 按上海生化所徐琦玲介绍的方法进行, 染色后用岛津 UV-260 紫外-可见分光光度计测定。受体亚基分子量测定采用 SDS-聚丙烯酰胺梯度凝胶电泳。等电点 (PI) 测定采用等电聚焦电泳, 参照 Righetti 的方法。受体氨基酸组成分析由广东医药学院梁锦基教师协助完成, 用日本 Waters 公司 H-P5890A 气相色谱仪, 采用该公司创立的 PICOTAGTM 柱前衍生氨基酸分析法。经生物活性和生化鉴定, 证实被纯化的电鳗 AchR 保留了较高的生物活性, 用岛津 UV-260 紫外可见分光光度计测定, 其 AchR 蛋白质含量为 1.63mg/ml。①造模与疗效观察: SD 系统种雌性大鼠, 体重 150~170g, AchR 稀释液与等量完全福氏佐剂 (CFA) 乳化后, 在每只大鼠后腿背部皮内多点注射乳化液 0.4ml, 约含 AchR 蛋白 65 $\mu$ g, 3 周后进行第 2 次免疫注射, 以后酌情追加, 逐日观察记录动物一般情况, 隔日称重一次。临床症状严重程度参照 Lennon 和陈世铭法分为四级: 没有确切肌无力表现为 (-); 四肢力量较差, 伴叫抓无力, 活动减少为 (+); 明显无力, 低头弓背, 动作不协调、食量减少为

(++)；严重全身无力，不能叫抓，体重明显下降，或濒死状为(+++)。造模时定期查 AchRab，按 ABC-ELISA 法。治疗后 10d 查一次，疗前后做箭毒致瘫耐量和负荷游泳耐力试验。EAMG 治疗组每日灌胃给强肌健力胶囊混悬液 2ml (lg)，空白组喂等量清洁水。②体外受体结合试验：分为正常对照组、EAMG 治疗组和空白对照三组，新鲜取下隔肌标本，放入含 I- $\alpha$ -BGT, 37°C 氧饱和 Hanks 液中培养 2h，然后反复冲洗标本，制备和修整样品，称重，测每分钟计数 (cpm)。

### 结果与分析

1. 临床观察：35 只免疫鼠 50d 以后部分出现肌无力表现，有明显表现的占有 11.4%，轻度症状的占 25.7%，其余 62.9% 无明显症状，经强肌健力胶囊治疗后临床症状有明显好转，EAMG 治疗组体重增加  $(224 \sim 210) / 210 \times 100\% = 6.6\%$ ，正常组体重增加  $(250 \sim 232) / 232 \times 100\% = 7.7\%$ ，空白对照组体重减少  $(213 \sim 196) / 213 \times 100\% = 7.9\%$ 。

2. AchRab 分析：55 只正常大鼠 AchRab 全部阴性。35 只免疫鼠第一次接种后 21d AchRad 阳性率为 53.3%，第二次接种后 10d 为 86.7%。以后经多次免疫注射，所有免疫鼠 AchRab 滴度均升高，正常大鼠  $n = 40$ ， $\bar{X} = 0.08$ ， $SD = 0.04$ ，实验大鼠  $n = 30$ ， $\bar{X} = 0.82$ ， $SD = 0.11$ ，抗体滴度升高 10 倍，但只有 37.1% 的动物出现肌无力症状。本实验对抗体滴度升高与无力的关系未做相关分析。一般资料认为滴度与肌无力无相关性，

抗体水平高的动物不一定都有症状,而且症状严重程度与抗体水平间无线性关系。但有症状的动物抗体都明显升高,正常动物(未免疫)血清中没有抗体,这说明抗体在发病机制中起重要作用。强肌健力胶囊治疗前,空白对照组均数为0.82,治疗组为0.79,两组差异无显著性( $P > 0.05$ )。经治疗后,治疗组抗体明显降低( $P < 0.001$ );抗体滴度均数标准差为 $\bar{X} \pm SD$ (表8)

表8 强肌健力饮(胶囊)治疗前后抗体滴度化

	1d	10d	20d	30d
空白组	$0.82 \pm 0.11$	$0.81 \pm 0.15$	$0.79 \pm 0.14$	$0.72 \pm 0.13$
治疗组	$0.79 \pm 0.19$	$0.66 \pm 0.11$	$0.53 \pm 0.10$	$0.39 \pm 0.06$
t值	0.432	2.550	4.779	7.285
P值	$> 0.5$	$< 0.05$	$< 0.001$	$< 0.001$

3. 箭毒试验结果 正常鼠累计臻瘫剂量平均为 $182.7\mu\text{g}$ ( $SD=28.63$ ),免疫鼠致瘫剂量明显减少,累积量为 $90.7\mu\text{g/kg}$ ( $SD=21.08$ )。两组有显著差异( $P < 0.002$ ),空白组治疗前后无显著性差异。

4. 游泳试验结果 正常对照组负荷游泳至衰竭下沉时间为 $14 \sim 22\text{min}$ ,平均为 $18.46\text{min}$ ( $SD=2.64$ );20只免疫鼠为 $1 \sim 16\text{min}$ ,平均为 $8.15\text{min}$ ( $SD=21.08$ )。两组有显著差异( $P < 0.001$ )。治疗组用强肌健力胶囊后箭毒致瘫耐量明显上升。由 $94.8\mu\text{g/kg}$ 提高到 $136.9\mu\text{g/kg}$ ( $P < 0.002$ ),空白组治疗前后无显著性差异。

5.  $n$ -AChR 结合部位数 结合部位数以每毫克组织 cpm 表示, 受体部位百分数计算公式如下, 正数结果为增加, 负数为减少。受体部位 (%) = (实验样品 cpm - 对照样品 cpm) / 对照样品 cpm  $\times$  100%。正常、空白对照和治疗组大鼠各 10 只, 实验结束后同时处死进行体外受体结合部位数观察。结果正常对照组结合部位数均数为 1503cpm/mg, 空白对照组为 1118, 二组差异非常显著 ( $P < 0.001$ ), EAMG 组  $n$ -AChR 结合部位数减少了 25.6%。强肌健力胶囊治疗组为 1277, 高于空白对照组 ( $P < 0.05$ ), 结合部位数提高了 14.2%。

通过动物实验结果表明, 经强肌健力胶囊治疗后, EAMG 的临床症状, AChR 抗体滴度, 箭毒致瘫耐最试验和负荷游泳耐力试验各项指标都有明显好转, 而且能明显提高  $n$ -AChR 结合部位数, 说明强肌健力胶囊对 EAMG 的疗效是肯定的。

本文根据祖国医学的虚损理论, 结合脾胃学说脾主肌肉的理论认识和临床运用, 阐明重症肌无力的病因病机和辨证论治规律, 明确提出“脾胃虚损, 五脏相关”是该病的主要病机, 治疗上应以补脾益损为主, 拟定强肌健力饮（胶囊）为治疗重症肌无力的主方。并且综合报道了强肌健力饮（胶囊）治疗重症肌无力的临床观察与药理研究情况, 这些研究结果从临床疗效、免疫调节、神经电生理、受体药理及动物实验等多方面证实, 强肌健力饮（胶囊）对重症肌无力的疗效是满意的, 值得进一步研究和推广运用。

## 《内经》脏腑功能与临床应用的系统思维

刘炳凡

刘炳凡 (1910~), 湖南省中医药研究院研究员

《内经》把人体看作是一个能进行自我调节和控制的系统。其特色是什么？不是指一方一法的“灵丹妙药”，只能是指那些合于科学行之有效、对认识人体、疾病以及防病治病的学术思想体系，而别人又缺少的东西，可大体归纳为如下几个主要方面：（一）从自然和社会的整体环境中观察人体（治病必须治人）；（二）侧重从动态动能和整体结构研究生理、病理与病因（宜坚持辩证的方法，避免机械的方法）；（三）注重人体内部以及人体与外界环境的信息联系，重视和利用人体系统的反馈调节（要考虑人体科学与心理、社会、自然多因素，它与全息医学属同一范畴）〔见《全息医学大全》13页〕。本文以《素问·灵兰秘典》的系统观为依据，征引各家学说及其实践经验，从脏腑功能的角度，元气论的临证特点并举例印证《内经》中的系统思维方法，仅供同志们参考。

《灵兰秘典》首载：“心者君主之官，神明出焉”。认为心是控制中枢。但经后人研究，心如未开之莲花，主血脉又主循环，为全身主宰，非直接出神明而是间接

表现。反之，如心不供血于脑则神明不出。故明·李时珍称“脑为元神之府”（《本草纲目·辛夷》）。清·王清任认为，“灵机记性不在心而在脑”。（《医林改错·脑髓说》）。脑的知觉、运动（大脑主思维，小脑主平衡）全靠心血供应，所以有神明之心（指脑）、血脉之心（指循环）的区分。心主血脉可察心力之强弱，气血之盛衰。心开窍于舌，舌乃心之苗，舌诊可以验病势之浅深，寒热虚实之变化，谨察脉舌可以深切了解受病后的机体反应。不仅可察病之阴阳，特别是断真假寒热的疑难杂症，如《伤寒论》：“脉滑而厥（手足逆冷）者，白虎汤主之”（宋本 350 条）。此属阳明实热，内有真热，外有假寒，舌质必红，苔必干燥；故以清热泻火的石膏为主；“下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝者，通脉四逆汤主之”。（宋本 317 条）此属少阴虚寒，内有真寒，外有假热，舌质必淡，苔必润滑，故以温经回阳的附子为主。观察脉舌是中医诊断的重要组成部分，可体现与心脑相关的物质、能量、信息在机体的反应。

肺为华盖，居心上，有相傅之称。因肺主气又主呼吸，司吸氧吐碳而出治节，形同橐籥（鼓风箱）。肺主出气，肾主纳气，上下协调则营卫脏腑无不治。如肺病哮喘，“发时治肺，平时治肾，治肺宜开，治肾宜纳。”再从广义上说：《难经四难》：“呼出心与肺，吸入肾与肝，呼吸之间脾受谷味也，其脉在中。”如肺心病的呼吸喘急，不能仅治局部，要注意上中下三焦的整体调节，而调节的机制在于胃纳脾运，脉气缓和（说明胃气



充实)，其症征是可逆的。如一例老年哮喘，脉间歇，伴心脏病发作，而胸闷气短。用治肺治心的局部疗法无进步，改用中药麻绒（蜜灸）杏仁开肺，陈半六君子汤健脾，山药、杜仲、补骨脂纳肾气，并重用黄芪以畅通血脉流量。（日医·后藤艮山曰：“后世以黄芪人参为补涩邪气，误矣”。）三剂缓解，七剂而息平脉复。此整体调节的系统思维也。气喘而用黄芪是针对胸闷气短的。

又肺主皮毛，在外则司汗腺的开合；在内则主水道的通调，开窍于鼻，常为外邪入侵的报使和受邪的门户，所以鼻孔有茸毛，以适应于寒温调节与自然防御。

肝主藏血，好比人身的生化工厂，孙宏训亦云：“肝脏的生理学，实际上就是一部生物化学，肝主疏泄而司二便。肝为刚脏，其经脉上通于脑而会于巅顶与脑密切相关，因此有“运筹揆度的将军之称”，主谋虑而捍卫机体，排除有害物质的毒素，而调控人的生命过程（以肝主藏血，如洞庭湖泊也）。清·叶天士治妇人病得出二条经验，一是注重奇经八脉的冲任督带为病；二是认为女子“以肝为先天”，所以《临证指南·调经门》中往往活用四物汤，以当归补肝，地黄凉肝或滋肝（有生熟之分），白芍平肝，川芎疏肝，针对女子善怀，易于拂郁，郁则气滞而血亦滞矣。此治病治人之典范。

肝开窍于目，五脏六腑之精华皆上注于目，目者神之旗，得神者昌，失神者亡，神藏于气，气耗神丧，故神之存亡，目为之外候。日医获台野洲：“劳瘵之热，熖熖熏骨，而眼中发光如闪电”。此精华外露，必伴有两

颧颊红，乃死兆也。和田东郭曰：“病者目赤，眼睛不转如鱼目者为难治之候”（均见《先哲医话》）。此皆全身衰竭在目候上的反应，可见系统观察而先机于临危之瞳孔扩散也。

《金匱要略》云：“治肝之病，知肝传脾，当先实脾”。一例青壮年患晚期血吸虫病肝硬化高度腹水，曾用过吡喹酮及安体舒通、双氢克尿塞等，腹水反复增长。就诊时腹胀如鼓，自带利刃拟穿刺放水，食纳虽可，因胀不能进食，形寒，舌淡，苔滑，脉弦小。小便200毫升/24小时，口干喜热，不敢饮，中医认为腹水久渍，肠的消化吸收功能减退造成腹水不退的恶性循环，乃用北黄芪30g强心利尿，苍术30g扩张肠管、增进消化吸收，附片5g，萆澄茄10g，以缓解肠肌麻痹促进运动。每日一剂，服七剂小便日增而腹胀减，患者喜形于色，丢掉利刃，对治愈有信心，坚持服药一个月，经检查腹水全消、食纳倍增而健康恢复。此治病治人，系统调整机体之效。胆居肝叶之中，为清静之府，胆囊贮有胆汁与胰腺的胰液均下十二指肠，以助消化脂肪油腻。如消化不良则全身营养受阻，胆者敢也，“如同春气之升，故十一脏皆取决于胆，春气升则万化安”。故职司中正而出决断。情绪激动经心脉而运血于脑故胆敢而决断出。有趣的是，如《集验方》温胆汤，“治胆虚痰热不眠，虚烦惊悸，口苦呕涎”。证似复杂而笼统，但详析之，胆虚口苦是主症（属胆），痰热呕涎是次症（属胃），悸（属心），烦惊不眠（属脑），这是一组胆胃

心脑综合征，此方但治受病之源，用二陈加生姜竹茹以和胃降逆，枳实利胆，开下行之路，特别是其中的半夏能和胃而通阴阳，胃不和则卧不安，用《内经》半夏秫米汤意，其卧立至，而烦躁止矣。此不治病的现象，而治病的本质，亦系统调节的要妙也。

膻中含心包络，为心主的内外官城。膻中气化则阳气舒而心情开朗故喜乐出，如温邪犯肺，逆传心包则影响神明，可见“臣使”与心脑的关系同样密切。

故清·叶天士在所著《外感温热篇》云：“其热传营，舌色必绛。绛，深红色也。纯绛鲜色者，包络受病，宜犀角、鲜生地、连翘、郁金、石菖蒲等，此透热转气之法。过此则外热一陷，里络就闭（指热邪干脑），非上方所能开，须用牛黄丸、至宝丹之类以醒脑清神，芳香开窍，恐其昏厥为痉也”。此温热病“其热传营，舌色必绛”，治宜凉开；与中风杂病，痰浊昏沉，舌淡苔滑，治宜温开者不可同日而语，后者无心包络参与这一环节也。

脾胃者有仓廪之形容，胃方受纳，脾主运化。脾气散精上归于肺，故脾宜升则健，胃主纳食而下行于肠，故胃宜降则和，脾胃同为消化器，实则阳明（胃），虚则太阴（脾）。能消不能食病在胃，能食不能消病在脾。或云：手术切了脾，还有什么消化器。答早曰：此指消化管，非指左侧九肋至十一肋间的脾脏。营出中焦，取汁化赤而为血，“洒陈于六腑，调和于五脏”。胃之大络上通心包，故心有病常影响到胃肠，胃肠有病亦影响到

心，《内经》所谓二阳病发（自）心脾也。如一例冠心病，胸闷气短，室性早搏，腹胀、打呃而大便不通，萤屏监护，打呃时，心搏跳动如跃，参伍不调，医用硝黄、开塞露等便不通而胀呃反甚。中医诊之，认为是循环性腹胀（见阎德润《伤寒论评释》）。据舌淡而胖，苔白滑，脉弦细参伍不调，便闭是肠肌麻痹成为胃气上逆，影响心脏的主要矛盾，半日纯治心无益，用附桂理中汤开冰解冻，重加红参，黄芪以畅通血脉流量。一剂而大便通腹胀消，再剂而呃逆平，五剂而肢温脉不间断。即以此方制成丸剂善后，至今已五年未发。此舍弃局部疗法而从整体着眼，即《内经》“伏其所主，必先其所因”是也。

华佗在《中藏经》云：“胃气壮则五脏六腑皆壮”，故脾胃为生化之源，说明“无阳则阴无以生，无阴则阳无以化”，故形以气为主。《难经》：“脾主四肢，怠倦嗜卧，四肢不收者脾病也。”脾气上通于唇，唇之荣枯红淡可以察机体之盛衰，脾开窍于口，口和则知五味，要把住病从口入这一关。“四时百病，胃气为本”，“有胃气则生，无胃气则死”，脉有胃气者，和缓有神也，故称“脾（胃）为后天之本”。

大肠有传导之能。“食入则胃实而肠虚，食下则肠实而胃虚，更实更虚其气乃居”。（石入水则沉以其中无气也）。“六腑传化物而不藏”，故大肠传导是其矛盾的主要方面。

小肠有受盛之能，分清泌浊为消化吸收之府。腹痛

多为肠道痉挛，每发现于小儿，肠鸣多为阴寒凝滞，常出现于老弱。如肠肌麻痹，大肠失于传导，则受盛被阻而出现“关格”之证。“关”则不得大小便，“格”则呕吐逆（类似现代的肠梗阻）。某男，年56，大便不通，已七日，饮食入口则吐出。医院会诊须手术，患者不愿，邀余诊。患者于暑月贪凉，又多食瓜果，恶寒发热无汗，舌润苔白，脉浮紧。乃“阳气为阴邪所遏”而生冷伤中，致表闭而肠肌麻痹，属“关格”证也。用三物香薷饮（香薷20g，厚朴15g，扁豆用杏仁12g代）加公丁、肉桂（兑入），夏月用香薷犹冬月用麻黄，煎汤，上半夜服药，半夜后全身汗出，腹中雷鸣转矢气，排下粪便半桶而小便随行，腹胀全消，次早进食。此“欲求南风，须开北牖”之治，亦系统观察、整体调节之效也。

肾者有作强之能。肾主骨生髓，而脑为髓海，精髓足则智慧充，故出技巧所谓“肾脑同源”。又肾主水而藏命门之火，职司二便，命火上蒸三焦，腐熟水谷使百体皆温。人之活动能量与肾有关，小儿肾气盛故常动，老人肾气衰故常静，此自然之变化也。前人喻为“走马灯”。灯中有油而火炽则群象飞舞，灯干油尽而火熄则诸动寂然，油者阴也为物质，火者阳也为功能，故物质为功能的基础。肾气上通于心，心肾相交则水火既济，既济是生理，未济是病理。

一例因案牍烦劳，致心肾不交，梦遗频繁影响眠食，而白日精神不振，颇以为苦。一般治法补肾涩精，

此局部疗法“适燕而南其指”，宜其久服无效，宜师朱丹溪、叶天士治此病的方法：治上宜清心宁神如生地、百合、枣仁之类，治中宜健脾益气如参芪白术之类，治下宜益肾葆精，如山药、芡实、金樱、桑螵蛸、龟板、淫羊藿（本品通精止遗）尤为要药。此交通心肾，重在脾升胃降之整体调节。但应注意生活规律和工作节奏。

肾开窍于耳。耳聋治肾，用磁朱六味地黄丸，所谓治病求本，上病下取也。故李士材称为先天之本”。又语云：“乙（肝）癸（肾）同源”，谓肾出技巧而开物，肝主生化而成务，相辅相成者也。

三焦者含胸腔、腹腔，有决渎之能。“上焦如雾”，司气化，宗气出于上焦；“中焦如沤”，司腐熟水谷，营气出于中焦；“下焦如渎”出二便，卫气出于下焦。“三焦的整体功能包括呼吸、循环、消化、造血、泌尿等系统和能量的产生，当然也就包括了近代所提的淋巴、油膜、水液平衡等作用在内”。所以《难经·三十一难》说：“三焦者，水谷之道路，气之所终始也”。如《伤寒论·阳明篇》：“阳明病，胁下满（少阳证），不大便而呕（阳明证），舌上白苔者（未完全化热，虽不大便不可妄用承气）。可与小柴胡汤和解表里，仲景自注上焦得通，津液得下，胃气因和，身然汗出而解”（宋本230条）说明“胁下硬满”是上焦不通的标志。用小柴胡汤调整枢机，则汗自出而大便自行，体现出：“三焦者水谷之道路，气之所终始也”。

膀胱比如州都为贮尿之所，故津液藏焉。“上口来

源于肾盂之输尿管”。水之化者由气，有化有人，是谓气化则能出矣。但气化能出则与整体有关。

1. 《灵枢·本藏篇》云：“三焦膀胱者腠理毫毛其应”。故天暑衣厚则汗多尿少，天寒衣薄则汗少尿多，汗尿之多少互为代谢，此皮毛与泌尿之关系也。

2. “导水必自高源，”如一例小便癃闭，用利水利尿，不愈反剧。中医诊得脉浮而气短，认为病在上不在下，用黄芪 20g，桔梗 5g，升麻克，紫菀 15g，杏仁 12g，桑白皮 15g，一剂拔去抽尿管而小便如注，三剂便尿如常。此陈修园《三字经》：“上窍开则下窍泄，”重全身气化不斤斤于局部形质。所以收效甚速。此肺之肃降通调与泌尿之关系也。

3. 益气温中促进循环与利尿的关系。如一妇患水肿（诊为慢性肾炎、颜面及四肢大腹肿而无汗尿少，用发汗利尿，不效而反剧。诊之，面色眇光，舌质淡胖而润，脉细弱。用《冷庐医话》所载的单味黄芪重用 30g~60g，因腹中肠鸣乃配合《金匱》的附子粳米汤（附片 6g，粳米 1 小酒杯），每日一剂，10 日小便增长，而精神振作，黄芪加至 100g（日），连服一月，汗出、小便畅利而水肿消，尿蛋白由原来+++减至微量，肠已不鸣，去附片粳米，再 10 剂而疗效巩固。清·邹润安《本经疏证·黄芪条》云：“阳得正其治于上，阴自顺其化于下”，此促进循环，心与泌尿之关系也。

4. “中气不足与泌尿的关系。如一例妇女患慢性肾盂肾炎而急性发作，求根治于中医，尿频尿急，尿检有

红、白细胞、脓球，诉神疲气乏，每次小便刺痛有坠胀感，下午晚间更甚，舌质淡红，苔薄白，惧尿多不敢饮水。据证分析属阴虚气陷，此《灵枢·口问》所云：“中气不足则溲便为之变”。与补中益气汤加女贞、旱莲、仙鹤草每日一剂，服一星期上述症征消失，再服七剂尿检正常而愈，后未复发。此中焦运化与泌尿之关系，亦即整体疗法以调整局部也。

5. 肝主疏泄与利尿的关系。1例男性情绪易激动而善怒，一夕小便点滴，淋闭不通有明显胀痛难忍，前医无效，乃跪地求治。诊其目赤、口苦，而脉弦上出鱼际，此《难经十六难》所说：“肝病者，闭淋、溲便难”是也。乃取张锡纯《医学衷中参西录》重用白芍 30g~45g 之旨，甘草 3g，日一剂，连服 5 天小便畅通，自诉阴部痉挛感亦消失。此白芍并无解挛作用。此乃肝之疏泄与泌尿之关系也。

6. 肺脾肾与泌尿的关系：华佗云：“肾气盛则水归于肾，肾气虚则水散于皮”。如一例慢性肾炎水肿，遇感冒则反复发作，西药利尿则肿消，停药又复肿，尿蛋白+++，中医认为不宜单纯治肾而利尿，应肺脾肾同治而重在脾肾。据形寒肢冷，口淡舌和，脉弦细，断为脾肾阳虚，因其反复发作，而胸闷气短，乃用真武汤（白术 15g，茯苓 20g，白芍 15g，附片 10g，生姜 10g）加黄芪 30g，真武治阳虚水泛，黄芪则强心利尿，每日一剂，10 剂肿消，再加玉米须 60g，又 20 剂尿蛋白（-），形寒肢冷消失，即以此方附片由 10g 减为 3g，服



一月疗效巩固。此整体疗法以改善局部，即肺脾肾与泌尿的关系也。语云：“水之在地下，无所往而不在也，譬如掘井得泉而说水即在此，”决无此理，那怕是“膀胱尿滞留”都不能单治膀胱。此为利尿而专门利尿者，开整体观之实例。

此十二脏腑功能是有机联系、整体调节的。“整体观点是系统方法的核心”。相反相成，不得相失也。现代医学认为：“心、肺、脑为三死门”，而祖国医学更强调“生气之原的肾间动气”，《难经·八难》：“此五脏六腑之本，十二经之根，呼吸之门，三焦之原，亦名守邪之神（即免疫功能），故气者人之根本也，根绝则茎叶枯矣”。

肾间动气即元气，为中医学术思想体系的基本理论，以此衡之，肾为生气之原才是根本，语云：“伤寒偏死下虚人”。故“滋苗者必溉其根，伐下者必枯其上”，这是信而有征的。

“气聚则生，气散则死”，这是民族思维传统的自然哲学的高度概括。《素问·六微旨大论》云：“出入废（指呼吸、饮食停止），则神机化灭”；“升降息（指循环运动停止），则气立孤危。故非出入则无以生长壮老已（死）；非升降则无以生化收藏。是以升降出入无器不有”。“凡人与万物皆生长于自然环境，皆属有形，均谓之器”。近人研究，“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危”，这与心、肺、脑三死门之西说，形近而实不同。其歧异在于元气论与原子论，整体观与局部观，宏观辨

证与微观辨病，综合与分析，中西医之学术思想体系不同。

上述脏腑功能是指含有生命过程和思维活动的人。它的生理病理变化，在解剖学上是看不到的。也是合于科学，行之有效，而别人又缺少的东西。只要我们把人体的整体领域作为主要对象，贯彻中医学术认识方法的基本精神，就是坚持了中医特色。所以中医的学术体系是重在系统思维，治病必须治人，世界医疗模式的转变，是趋同这一原则的。所以要按照中医自身学术规律发展，中西医并重，首先贵在自重，外因是通过内因而起作用的。这就是我对上述认识的小识，并以就正大雅。

## 师 门 回 忆

刘炳凡

先师柳大绅（1864～1930），号缙庭，长沙榔梨市长桥人。本世纪20年代，长沙民间传言“长桥柳，出名医”。其以医显者柳介庐，寓长沙琉璃世界；而以医隐者即先师柳缙庭，寓长沙静乐庵。二公都是清末秀才，又是家传医学的继承者。

先师与同时之名医郑筱琼、彭韵伯相友善，每于晨起即相会于天然台茶楼，纵谈各自学术思想临床治验。郑为肾命学派，对《薛立斋医案》、《张景岳全书》手不停披，长于温补以淹博见称；彭为温病学派，对叶、薛、吴、王之学研习颇深，以善治温热病而名噪。先师钻研《内经》、《伤寒论》，究心于《医宗金鉴》及陈修园、叶天士之学，不仅善治外感，且长于内伤杂病。郑、彭二老因学派不同，常争至面红耳赤而后质于先师，师一一剖析之。尝曰：“不平则病，谨察阴阳所在而调之，以平为期”。且时有常位，气无必然，况乎人之素质不同。业医者当如操舟之工，临敌之将，岂宜先存成见？两公虽首肯其说，但互不相让，自矜如故。然而，其情深谊笃，十数年如一日，约会则争为东道主，晚年过从尤密。郑老曾笑谓我曰：“你常在此观战，各家巧拙，当悉罗胸中矣！‘当仁不让于师’，亦可自抒

己见”！从此，我更以执经问难，承三老不吝指教，遂奠定了博采众长之治学根基。

日久，因受韩文《进学解》的影响，自忖专习《伤寒论》不如博览各家学说之有益，先师谆谆诫之曰：“《伤寒论》上承《内经》，下启百家，乃辨证论治之准绳，临证应用之基础，准绳不掇则章法紊乱。基础不固则学无根柢！且曰：“清代何书田云：‘文是基础医是楼’，文史皆是基础中之基础为必修课，医学《灵素》、《难经》、《伤寒》、《金匱》、《神农本草经》是主修课。先约后博可矣”。乃出示手抄秘本《舌赋》一卷授我（见拙著《医学精华录》），并郑重其事曰：“此学习《伤寒杂病论》之钥匙也”。我拜而受之，拳拳服膺。

一日，我随师应邀至长沙南门口广货店出诊，时已黄昏，其家人环泣于病榻之前，主妇急切求师诊脉。师命燃灯，则见患者昏厥如尸，四肢冰凉，脉伏不见，扶口察舌，舌质坚敛，色紫而苔黑如煤，舌尖起刺。目睛红，唇干而不知索饮，大便泻水而极臭。师按其胸腹，诊其趺阳，俯首若有所思。忽闻室内有药气，询煎何药？主妇即言戴满郎中所处之方药，可否先服一剂？师检视其方，系四逆汤加人参。师谓余曰：“此老为肢冷脉伏、大便泻水等假象所惑，而将暗红舌赤、胸腹灼热如焚，尤其小便赤涩，趺阳搏动有力等热深厥深，阳盛似阴之证断为阴证，诚千虑之一失也”！乃急书犀连承气汤。尽一剂，下泻臭粪一盂，人即清醒。续进一剂，肢温脉出，口渴知饥，复诊，以竹叶石膏汤善后，糜粥

自养而愈。由此，余遂坚志以学《伤寒论》。

每跟师应诊，师反得强调须“一证一得”。一日，出诊于关心阁，患者系同胞姐妹，同患麻疹。其姐发热面红，目赤畏光，苔黄纹紫，两腮疹点微红面色红；其妹面白身冷，微微汗出，偎于母怀之中，苔白纹青，疹点隐约而不显，师试之于我，将主何方，我对曰：“均应透疹。宜宣毒发表汤”。师曰：“前者固可，后者断不可，从病立方，乃‘适燕而南其指’，从证立方，乃因人而异”。师为其妹疏以桂枝汤。并再三叮嘱病家，此药只能煎服一次。归途中师言此二女当夜皆可透疹，次日复诊果如其言。我对用桂枝汤颇不理解。师曰：“善诊者先别阴阳，临诊时须察素质；慎思之，明辨之，然后方可言立法处方用药”。并剖析其同异：“其姐顺证显见，法当辛凉宣透，故用宣毒发表汤以助之，其疹自透；其妹正气不足，营卫失调，表邪未解，疹毒内伏，故用桂枝汤解肌发表，调和营卫，则阴证见阳，其疹必透，若再服此方，则又助热伤阴矣”！似此一证一得，且学且练，明于理法，验于方药。而心领神会。故常为师所嘉许。

时值夏秋之秋，雨季之后，盛暑炎蒸。一日清早庵里的厨工拜倒在柳师足下，哭诉他的胞兄昨晚快要死了。故连夜赶回求师救命，师曰病人在哪里？答：在捞刀河，师父二话没说，要我背药箱随往，水程20里，山路五里至病家，其家人正在围着病人哭叫。师走近床边，注目视之，面色油黄，目睛固定，高烧昏迷，启视

其舌质深红，其苔白腻，口气臭秽，胸腹之热灼手，胸部有红色疹点，不食已三日，不知索饮已一日，小便短赤，大便如豌豆羹，均极燥臭。师切其脉濡而缓，恰与高热相反。众问何如，师曰可救，乃对余曰。此西医谓之“肠伤寒”，中医名为“湿温证”是也，临诊时，师带有胡文虎的万金油，命在场的分涂鼻孔，曰：此病有传染性，涂鼻以芳香辟秽也。诊毕书方，师曰，此“湿遏热伏”由卫气入营血之证也。乃用《张氏医通》生犀饮加味，师报药命我书方：犀角三钱（先煎一小时），生地一两，黄连二钱，苍术五钱，古金汁一杯（以人中黄二钱代），生西茵陈一两、连翘五钱、藿香叶三钱、鲜石菖三钱、鲜荷叶一张，煎成以铜调羹取药撬开口齿饲之，首先药难下咽，师用卧龙丹搽患者鼻孔，则涕泪交流，目动而能咽矣。嘱一日夜尽药两剂，第二日服一剂来报消息。第三日中午其弟回庵喜形于色向师磕了三个响头，声称救命恩人，云服药头两剂，半夜以后汗出馊臭粘手而热退，人即清醒，服第三剂，今晨热已退尽，胸部红疹消失，已知饥索饮。与家人对话，头重如蒙已消失。师谓我曰，此药轻宣温化凉血解毒，所以汗出热解而速效，但湿邪虽化，由于热炽阴伤，将有夜热潮凉状如疟疾的后续证，可书吴鞠通的青蒿鳖甲汤（青蒿、鳖甲、生地、丹皮、知母）七剂与之以善后，越七天来报，曰先生真神仙也，携方向去，以病愈不需再药，但两天后果然出现夜热早凉，同“打摆子”一样，速捡善后之方，五剂后寒热全除，师嘱以糜粥将养而

愈。

随诊最后一年，值我堂婶产后患感，就近邻延请女科名家诊之，医见其发热烦躁，脉洪大鼓指，以其产后乃用白虎汤加当归生地，服一剂发热烦躁未止而下利不禁。乃请我师临诊，师察其体温虽高而四肢的末梢清冷，面赤睛红而色淡无神，烦躁时，扬手掷足禁之则止，口虽干而饮水则不咽，舌质淡而胖有齿印，舌苔色黑而润滑，脉虽洪大，但重按则无力不鼓。师断之曰：“此《伤寒论》‘下利清谷，里寒外热，其人面色赤’之少阴证也，面色赤者戴阳也。此属真寒假热之证，由于产后体虚”。并针对其阴盛格阳之烦躁，疏方：茯苓四逆汤（参用红参、干姜炮制）并引《济阴纲目·发热门》云：“用茯苓者，使天气降而阳气回，阳回而热自退也；热甚者加炮姜，则不惟从阳引阴，亦可从阴引阳，火就燥而归根也”。服一剂微汗热退，烦躁始宁，服第二剂，脉已收敛，下利止而四末转温，复诊，病人能起床梳洗，诉头晕止，心已不忡（此初诊未言之证，已在全方涵盖之中），口知味而能进食，但恶露未尽耳。师乃易方用人参养营汤加荆芥炭、炒山楂，仙鹤草以善其后。

1930年秋，长沙市霍乱流行，当时称为“虎疫”。患者散居在小吴门、小西门、大西门等水陆交通线。大多是从事劳役工作者，与急性胃肠炎的鉴别诊断：先呕后泻，腹痛，大便泻出黄如糜者属急性胃肠炎；先泻后呕腹不感痛，泻出如米泔样，甚则如洗肉水，发病急，脱水快，24小时内即出现手足转筋及目陷，声嘶者为霍

乱。吾师按《伤寒论》宋本 385 条：“霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之”；“寒多不饮水者，理中丸主之。”凡诊属寒证肢冷，脉沉细者，师用附子理中汤并赠给预制的来复丹（见《太平惠民和剂局方·卷五》）师根据民间经验，原方加白矾一两，（托长沙走马楼松鹤龄代制），丸如梧桐子大，每服 30 丸开水送下，日夜 2 次。此方协调阴阳，澄清肠胃，但有胃气，无不获安”。随师义诊日十余人，按辨证方法治之，助饮淡盐开水，并按《外台》法将米醋烧热以棉片浸透拧干，乘热敷于转筋处。一般 2~3 天脱险。师曰：此来复丹乃吾家祖传之秘也，汝宜切记。后 2 年又出现霍乱，吾师已归道山，余用来复丹治之亦获良效，但内服汤药则因人而异，或用理中，或用五苓，或用王孟英燃照汤，辨证施治，但治病的来复丹不变。

难忘的师训：“临证时自信处方不误，服药到口即病变者，宜查药渣，多系检发错误”。此诚阅历的金石良言。余 1933 年刚开业，一营长的爱人病头重鼻塞，时为春夏之交，余开藿香正气散加白芷、细辛三剂。初服后即胸闷气闭，手足抽动，牙关紧咬。余探脉沉伏、眼睛怒张、乃倾药渣，见细辛独多。还有两剂与原方处方对照，细辛五分错发五钱。余立即针刺十宣穴出血，再以卧龙丹搐鼻取涎甚多。人即清醒，症即缓解。原方剩下二剂，其中细辛均减为五分，继续日服一剂，三日后复诊，其头昏重如裹，恶心鼻塞等湿蒙清窍症征消失。可见医药关系是唇齿相依，休戚相关。师常诫我将



孙思邈“胆欲大，心欲小，智欲圆，行欲方”不仅应当作《座右铭》，而且要刻骨铭心。我拳拳服膺。

先师治学谨严，经验宏富。耳提面命，诲人不倦，可谓“明镜不疲于屡照”而师惠无穷，其终年 66 岁，葬长沙南郊雨花亭，我岁时祭拜，一九三八年清明节展墓诗云：“长桥相望雨花亭，葬骨南郊似委形。一颗医星埋地下，春风吹处草新生”。至今犹未敢少忘师训及其为人歌颂之医德医风也。

## 跨世纪中医的任务及展望

朱良春

朱良春 (1917~), 南通市中医医院主任医师,  
南京中医药大学兼职教授

中国的中医药学, 历史悠久, 博大精深, 蕴藏丰富, 经过几千年的不断充实、完善, 形成了独具特色的理论与实践体系, 在预防、保健、治疗、康复等方面积累了极为宝贵的经验, 成为传统医学中的一枝奇葩。当代著名科学家钱学森博士说: “21 世纪医学的主宰者, 是中医中药。”当前全世界医药领域的有识之士, 鉴于化学药品的毒副作用, 都在呼吁“回归自然”, 积极研究中医中药, 出现了世界性的“中医热”。作为跨世纪的中医工作者, 一定要奋发努力, 迎头赶上, 才能适应新的形势, 充分发挥中医药的优势, 使中医药走向世界, 为全人类健康服务。我们的责任很大, 任重而道远, 一定要团结协作, 万众一心, 才能走出一条新路, 上一个新的台阶, 为岐黄之术争气, 为中华民族争光。现就中医药跨世纪的任务及展望谈谈个人不成熟的意见, 供各位参考, 并请指正。

### 一、任 务

#### 1. 继承中国传统文化的思维方式是钥匙

先民们在长期实践中创立了秦汉时期的元气论、《周易》的象论以及“非概念非逻辑性”的“整体性直觉领悟”等都是中国古代特有的哲学思想，也是我们祖先最擅长的思维方式。这些哲学思想都已成为当时的医者取来为我所用，成为说理工具，融化在中医学理论之中。所以有人曾说：“没有中国古代哲学，就没有中医学”，是很有道理的。由此而创立的中医基本理论，是能指导实践，契合临床应用，并与现代自然科学某些学科相接近的：如“人与天地相应”之与生态学；子午流注学说、五运六气学说之与时间生物学；中医病理学之与体质人类学、遗传学等等。而且从中医病因病机学中引伸出来的“整体制约论”，比现代医学所遵循的“局部定位论”更符合实际一些。这些思维方式是打开中国传统文化宝库的钥匙，必须认真继承和运用。

## 2. 灵活运用中医固有的理论及辨治经验是基础

中医药学的基础理论，主要蕴藏在经典著作中，所以要熟读精研，由于《内经》、《伤寒杂病论》、《本经》等著作，文简、意博、理奥、趣深，要先通读原文，理解全书主要精神，辨别精华与糟粕；然后熟读警句，掌握精髓，所谓“书读百遍，其义自见”。对后世历代名著，要进行泛览，择其善者而从之。要善于独立思考，触类旁通，引伸扩展。中医理论核心是“天人合一的整体观”，它贯穿于阴阳五行学说、藏象学说、经络学说等之中，如果偏离了整体观念这一核心，就会只注意局部，而忽视整体，就与因人（人体医学）、因时（时间

医学)、因地(地理医学)等对待疾病的整体观相违背。《内经》是把当时最为先进的哲学、天文、地理、气象、历学和数学等与医学紧密相结合,融为一体而成的。由于它广泛吸收、渗透、移植和交融,从而形成独具特色的中医基本理论体系,促进了中医药的发展。这种不断发展,提高自我的精神,是值得我们学习继承的。

“土易方移”,是根据个体、时间、地理的不同,用药处方就不一样。国外没有地理医学,事实很重要。在国外处方用药,剂量要因人、因时、因地制宜。

中医理论是指导实践的规矩准绳,处处闪烁着光芒。例如“肝开窍于目”,视神经萎缩、眼底病变,用养肝明目之药,常收佳效。“脾主肌肉”,重症肌无力症用大量白术、黄芪等补脾益气之品有效。“肺与大肠相表里”,肺炎用大量大黄加于辨治方药中,大大提高疗效。“六腑以通为用”,胰腺炎等急腹症用清里通下与活血化瘀药煎汁内服或灌肠,每奏殊功。《内经·疟论》:“日下一节”从大椎往下按压,可以测知疟疾已发作几次,在压痛点两旁按揉,可以控制疟疾的发作。《灵枢·五色篇》:“面王以下者,膀胱、子处也”,是说明人中部位色泽、形态的变化,可以诊察生殖系统的病变;同时在此针刺留针,对妇科下腹部手术,还有针麻之效。“阙上者,咽喉也”,在印堂上一寸向下斜刺留针,治疗白喉,止痛快,消肿速,白腐脱落平均不超过3天,退热平均2天,观察137例,痊愈133例,治愈率达97.1%。《本经》谓庵闾子主“五脏瘀血,腹中水气”。《别

录》谓其“疗心下坚，膈中寒热”。具体地指出它擅治肝硬化腹水，我配合辨治之药，屡用得效。《本经》称泽泻：“久服耳目聪明，不饥延年，轻身，面生光，能行水上”。说明它有降脂减肥，延缓衰老之功。片言只字，都具深意，值得深入探索。

其次从临床实践中体察，灵活掌握辨证论治的精髓，为我所用。中医辨证论治基本内容是四诊八纲，而要辨证，首先认症，四诊是认证识病的重要手段；望闻问切四者缺一不可，古人云：“四诊合参，庶可万全”。四诊是中医的基本功，是医者认证识病水平的体现。中医的生命和前途在于疗效，而疗效决定于辨证，只有正确全面的辨证，通过八纲的分析，才能提出完善的论治，从而取得较好的疗效。而要真正领悟掌握四诊的真实技巧，除书本基础理论外，只有通过长期的临床实践，细心揣摩，深刻领悟其中的奥妙，掌握辨证识病的诀窍，从而进一步抓住辨证论治规律，在这种感性认识层次上领悟，才是最深刻、全面的继承，才能成为一名高明的好医生。匡调元教授指出：“所谓‘后继乏术’，不乏抄书之术，是乏凭四诊八纲，辨证施治而能治病救人之术”。可谓击中时弊，一语中的。当前对望诊、脉诊具有真实功夫者已属寥寥，应引起重视。

### 3. 实现中医现代化是跨世纪中医的任务

中医药学是一门科学，是应当随时代的发展而不断充实、创新的，因此，中医药必须实现现代化，这是摆在跨世纪中医面前不可推卸的重要任务之一。

实现中医药现代化，固然需要相应的物质条件的充许，但最为关键的还是要建立在扎实的临床基础上，并辅以相关学科的研究，多学科的横向联系与协作，从而确立自我主体，而不是削弱、消融自己的理论体系，更不是单纯用现代医学来论证、解释或取代自己。因此，中医理论现代化的模式，我很赞同颜德馨教授指出的是“继承、发扬、渗透、创新的结合”，也就是结合中华传统文化的内涵，保持原有中医基础理论和临床应用特色，充分吸收和运用现代科学技术成果，包括与之相关的自然科学、人文科学等学科成果，以达到创新的目的。日前中医药的科技成果，都是这样诞生的。不管怎样，作为中医理论基础的经典著作要学习，历代医家之经验精华要吸收，更重要的、最现实的是深入临床实际，所以有学者说：“没有临床实践就没有中医学，因为中医学不是从解剖室和试管里分析出来的”。我完全同意这个认识，“实践出真知”，这是真理。

最近中国科学院遗传研究所人类基因组中心杨焕明教授提出基因组学作为中医现代化的切入点、突破口，是很有卓见的，因为基因病说与中医的“内邪说”有相似之处，中医药的特点是“辨证”，而人类基因组已提供了上万种“遗传标记”，对基因组的多样性，从个体的特异性加以分析。既然中医学精华之一是视个体而辨证，基因组多样性研究将为中医药的研究提供现代基因组学依据，因此，基因组学可能是重新认识中医学，并使之现代化的突破口。

中药现代化也比较复杂，不能一提现代化，就丢弃中药的四气五味、升降浮沉与归经；倘若中药的研究，单纯从它的化学结构和有效单体成分提取入手，那将走向“废医存药”的错误道路上去，自毁前程。例如麻黄素不等于麻黄，黄麻不仅平喘，还能发汗解表，利水消肿。麻黄素只是它生物碱的一部分，并不能代替整个麻黄。麻黄配桂枝则发汗解表；配干姜则温肺化饮；配杏仁能止咳平喘；配白术则渗湿利水；配附子则温经散寒；配石膏则能泄肺中之热。因此，中医强调复方配伍的组合作用，根据药物的性味，遵循君臣佐使组方原则，结合患者的病情而立法用药。复方具有协同加强、相互制约等复杂关系，它具有多途性、多靶点动态地呈现综合药物的特点，其作用常具有调整性和双向性。例如1999年西安医科大学药学系“抗肝癌山豆根五味汤药物代谢动力学研究”已得出重要参数，表明同量的苦参碱在复方中的药效达到高峰时间、有效吸收等，都优于单味和单体药物，证实苦参碱在复方中因协同作用而发挥了更大的抗癌效果。如单服山豆根、苦参时，血浓度2小时才达到高峰，但服五味复方（山豆根、苦参、紫草、丹参、茯苓）时，45分钟即可达到高峰，而且人体对苦参碱有效吸收率，比单味药增加19.7倍，这就充分说明复方配伍独特的优越作用。所以中药现代化的关键，主要是弄清中药复方的功能主治、疗效机理、配伍规律，这样必将促进中医药理论内涵的发展，从而在理论和方法上产生一个飞跃。当然卓效的单味药也应研

究，中药剂型改革也要进行，四川省重庆市中医所研究所研制的中药大型输液，日本的复方微型颗粒，都可参考。

北京雷秀颖博士将世界上最先进的“超临界优选萃取技术”引入中药提取之中，困扰人类几千年从药用植物中提取单体成分的难题，从而解决了提取过程中有效物质的损失，有害物质的残留侵入问题，实现了中药定性、定量生产，为中医药现代化，走向国际市场，创造条件。

中药“归经”也很有价值，所谓归经，是指药物主要作用于某脏某腑之病的疗效最佳，所以如治肝病多选入肝经之药，就可以提高疗效。日本汉方医学家中喜雄博士曾怀疑归经不可信，1985年访问日本时，他就此提出询问，我告知中国已用同位素标记示踪法及微量元素检测法证明药物归经的客观存在及其价值，彼欣然释疑，并表示钦敬之意。

以上三项任务，艰巨而光荣，愿共勉之，顺利跨入21世纪，为人类健康作更多的服务。

## 二、展 望

回顾历史，信心倍增；展望未来，前程似锦。中医学在21世纪医坛上将肩负重任，走向世界，为人类防病保健，攻克疑难杂证，发挥卓越的作用。

### 1. 中医药在国际上的地位正在迅速提高。

西方国家官方对中医药的重视，越来越明确。如美国国会于1992年批准在国立卫生研究院成立替代医学



办公室，把研究传统医学的费用，正式纳入政府财政预算。还有不少外国政府开始考虑对传统医药、中医药进行立法管理，如此必将为中医药进入世界医学主流体系打开通道。

世界卫生组织（WHO）对传统医学的认可和支 持，为世界认识和接受中医药创造了有利条件。WHO 总部成立传统医学规划署，在五大洲建立了 26 个传统医学合作中心，支持培训传统医学人才和开展传统医学的科学科研。1980 年，WHO 宣布了 43 种病证为针灸适应症，促进中国针灸登上世界医学舞台。近几年来欧美国家重视对中药的研究，如美国国立卫生研究院、斯坦福大学等开展了对中药的研究，洛杉矶大学医学院还设立了中西医结合研究所，对应用中医药治疗爱滋病、肾病等进行了深入的研究。美国斯坦福大学医学院与北京朝阳医院合作开发治疗糖尿病的中药。1997 年 6 月，美国在华盛顿召开全美医科大学教育会议，讨论将传统医药纳入大学教育，特邀中国国家中医药管理局官员出席会议。东南亚许多国家，都有中医师公会、中医学院和中医院，有很多从事中医药工作的人员；日本的汉方医又已复兴。这些都令人鼓舞。

## 2. “回归自然”的呼声日益高涨

当前世界各国有识之士对化学药品的毒副作用，药源性疾病的日益增多深感忧虑，“回归自然”的呼声，随之高涨，多方寻求天然药物，特别是中国的传统医药最受欢迎与重视。我们要发挥中医药优势，促进中药剂

型的改革，方便病员服用，走向世界。在具体上，一是筛选疗效确切、组合精当、药源丰富的通治药品。二是积极广泛跨行业的大协作，研制适用于多种疑难病如肿瘤、心脑血管病、糖尿病、免疫性疾病等具有卓效的新药。如留美科学家杨振华女士发现 SBA 物质能摧毁癌细胞，不伤害正常细胞。西藏发现真菌 1000 多种，其中有 160 多种具有防癌、抗癌作用。既生斯疾，必有斯药，问题是我们如何去探索、发现。三是寻找具有特效的单味药，如青蒿素的研治。井冈山地区有一老妪掌握一种草药能避孕，无任何副作用，如需复孕，还有一种解药，服后可以再孕，但就是秘而不传，致使湮没。同时要制订中药材质量规范标准和可控指标，生产出安全、高效、无毒、无“三致”（致畸、致癌、致突变），符合“三 G”（GSP、GDP、GMP）规范的新一代中药产品，进入国际市场，为更多的病员服务。中国有一万多种药物资源，积累了 6 万多个中药方剂，我们应该为人类健康做出更大的贡献。我们要抓住机遇，团结协作。医疗、科研、教学齐头并进，多出人才，多出成果，争取中医药学成为 21 世纪医坛的翘楚。

### 3. 心身医学要向中医药学寻找智慧

科学技术不断发展，物质文明日益丰富，人类的疾病谱有了较大的改变。烈性传染病已基本得到控制，由于人类社会的竞争日益加剧，由心理、社会和行为因素引起的心理生理性疾病的发病率，有逐步增加之趋势；现代医学也开始由单一的“生物医学模式”，逐渐向

“生物——心理——环境——社会医学模式”转换，而这种新的医学模式与传统中医学的基本思想颇为相似。《内经·疏五过论》早就将病人和疾病产生的原因与心理、社会因素紧密结合在一起，强调对待疾病不仅应考虑患者的所苦，还应从其所处的环境、社会关系等多方面查找病因，才能作出完整的辨治，取得较佳的疗效。这种“天人相应”、“形神合一”的整体观，既从人与环境的失衡以及人体内部平衡失调的角度去认识疾病，又强调人的整体性与平衡对保持健康的重要性，据此作出相应的治疗法则，必然更为全面正确。现代研究已经表明：有30%~70%的病人，其疾病与心理因素、生活环境、社会因素有关。所以近年来国际心身医学宣称：“现代医学要向传统中医学寻找智慧，”这是客观、理智的抉择。

#### 4. 治疗模式向康复模式转换，中医药将发挥所长

21世纪人们对健康的要求更高了，不仅要消除疾病，还要增强体质，延年益寿，愉快地工作与生活。中医药在这方面有许多天然药物和非药物的防病健身方法，能起到调节阴阳，平和气血，而达到却病延年的目的。同时，多种慢性病、疑难病，老年病等的治疗，中医药也起着整体调整、心身并治、全面康复的良好作用，具有显著的优势。

综上所述，21世纪是医学与生命科学的新纪元，将是具有几千年历史的传统中医药与现代医学相互渗透、互补融汇，实现中医现代化，并使之走向世界的新时

期；形势大好，任务繁重，前途光明，我们作为跨世纪的中医工作者，肩负重任，要树立“创新、求实、献身”的精神，争取做到一个名符其实的跨世纪的光荣的中医工作者，为人类健康作出应有的贡献。

### 三、建 议

最后，提出三点建议：

一是关于中医教材方面的。我国高等中医院校教材的出现，始于1962年，一般称作“二版教材”，以后众多版都在2版基础之上修改而成。其中除个别教材如《中医各家学说》变动较大之外，基本上变动不是太大。也就是说，四十年的中医教育，都主要靠的这套教材。现在来看，这套教材问题不少，主要是存在着理论与实践脱离的问题。学生多了，考试是达到高分了，但在临床上许多都用不上去，而应该知道的却没有掌握。知与行成为两回事。另外，还存在厚古薄今的倾向，未能把新的进展、新的成果反映进去。因此建议组织力量，编写21世纪的中医新教材，培养更好的合格人才。

二是中国中医研究院应当成全国的中医理论、科研、临床研究中心，而不是西苑、广安门两家中医院而已。中医研究院有责任把全国范围的好的理论认识，好的临床成果予以论证、考定、验证、筛选、改进、挖掘，使之成为名符其实的全国最高的中医研究中心，发挥指导、推动中医药临床科研工作的更大作用。

三是对中医院的管理的要求，不能简单地、机械地采取管理西医院的一套办法来要求中医院。目前不少中

医院为了拿到“三甲”的规范院，不得不派一部分医生，护士去修改病历，有的甚至重写，既与实际不符，毫无事实依据，又浪费人力、物力，中医真正水平始终没有提高。其次，病房里西药用得太多，中医特色没多少，但是不用西药，心里不踏实，病人有意见，归根结底，还是基本功不扎实、不过硬。长春中医学院任继学教授对中风病的临床研究，对急性脑溢血病人，完全用中药治疗，死亡率降低，后遗症又少，效果比西医院好，那是完全靠的中医理论、临床经验和一套好的管理办法，值得深思和学习。为此希望切实改进中医院的管理措施，加强中医素质的提高，不做表面文章，中医前途才是光辉灿烂的。

## 为当今中医界脉诊进一言

朱良春

“脉诊”向为祖国医学不可或缺的传统诊法之一，虽居四诊之末，却负冠冕之誉，故习俗称中医看病为“诊脉”、“方脉”、亦以“大方脉”、“小方脉”以概中医内科及其他各科；以脉性、脉理作为衡量医者诊疗水平之高低，以辞窥义，可见一斑。但观之当今中医界，言脉者泛泛，重脉者寥寥，部分中医仅视诊脉为装点门面的形式而已，令人慨叹。为此，拟就脉诊进一言，请同道指正。

### 一、脉诊是祖国医学遗产中的大雅余韵

上古医家在长期的临床实践中，不仅发现了“心主血脉”这一科学道理，而且揣摩出脉象的变化，与人体抗病机能的强弱、病势盛衰的进退有密切关系，更进而测知诊脉可以确定病位，又几经淘炼，古法的大三部诊脉（遍诊法）到扁鹊这一代名医手中，简化为“独取寸口”，于是脉诊由这一转变，寸口脉诊定为万世章法。

《聊斋》曾说：“书痴者文必工，艺痴者技必良”。因脉诊能直测脏机，见微知著，所以不少医家通过刻苦钻研，精研此道。《内经》早有脉要精微论、平人氣象论、玉机真脏论、三部九候论等论述脉诊的专篇，《难

经》首创独取寸口的诊脉法。《史记·仓公传》所载十多则“诊籍”，均是以脉测症，毫厘不爽，为现存典籍中最早、最完整的实例。其后，仲景《伤寒杂病论》中，每章均赫然冠以“平脉辨证”四字，西晋王叔和祖绍《难经》而撰《脉经》，但文理深奥，不利研习；逮至明季李时珍氏著《濒湖脉学》，通俗易诵，成为入门必读之书。从浩如烟海的中医书籍中，无数的史记和案例，介绍了古人以“三指禅”了断生死、预知病变的精湛之笔，即使是现代，我所熟识的广东肖熙和宁夏顾厥中二位老友，他们几乎仅持诊脉，就可明确断症，门外汉诧为神奇，同行者叹为观止，其实，一点也不虚妄，究其原委，皓首穷经，勤学苦研而已。

## 二、偏见和漠视，使之几成皮相

因为脉诊是高度集形象思维、抽象思维、逻辑思维、灵感思维于一体的应用之学，医者不仅需要有扎实功底，更要求长期刻苦、深沉、精细的揣摩体认，方能应之于手，而了然于心，较之望、闻、问三诊更难掌握。所以古今言脉，探幽索微者少，直观浅测者众；尤其近代以降，现代医学日益发达之际，泛泛者因头绪难得，将脉诊蒙上一层唯心的玄学外衣，斥寸口分主脏腑为欺人之谈，贬诊脉测病为可有可无。当代一位有影响的医家的脉学专著中曾这样说：“桡骨动脉的来源，它仅是肱动脉分枝之一，……推源而往，仍是由心脏出来的，没有任何脏器是它的起根发源地，这些交待清楚了，看看它有分主脏腑的可能吗？”即使是章太炎这样

的大儒，他因实实在在地体会到脉诊的可信可征，但难以究其理，只能叹曰：“实征既然，不能问其原”。近年来虽然许多热爱中医的科技工作者为解决脉诊客观化的问题，定了不少规范，制了不少仪器，但从本质而言，距真正的脉诊，依然甚远。

东汉张仲景在《伤寒论》序言中慨叹的说：“省疾问病，务在口给，相对斯须，便处汤药；；按寸不及尺，……，动数发息，不满五十；短期未知决诊，九候曾无仿佛，……，所谓管窥而已。夫欲视死别生，实为难矣！”时至今日，当然更甚了，乃至某些医者不大承认脉诊是科学可征的，这是一个可悲的现象。脉诊在长期的偏见和漠视中，后继乏人和后继乏术是非常严峻的了。

### 三、用全息论对脉学进行再认识

张琪教授说得好：“人们如果只从心脏和血管的生理观点来分析中医的脉诊，势必把中医脉诊的价值贬低，因而脉诊的真正精华也将无从得知。”

近年来，从电子显象的全息效应观念，移植引伸到中医领域里，比较客观地解释了长期以来许多民间诊疗法的科学内涵，于是诸如鼻诊、耳诊、脚诊、脊诊、手诊，以致第二掌骨诊法，都得以用全息论的观点，解释得尽善尽美，说明了取人体任何一部分乃至一点，都可以测知和治疗全身每一组织、脏器的病症。

这一论点无异是给中医理论，特别是脉诊揭去了神秘的面纱，赋予了科学的定义。我想，全息论也完全适



用于阐释脉诊的脏腑分配法。更何况脉的形态、频率、节律、波幅，以及“胃、神、根”等尚难以文字描述的切脉的微妙感知，其神韵远在全息论以外。譬如一根竹管，依法制成箫、笛，几个同样的孔眼，可吹出五声八韵，抑扬顿挫，绕梁不绝。其变化之妙，全在孔眼的位置和声波振荡的轻重起伏耳。

李时珍说：“脉不自行，随气而至，气动脉应，阴阳之义，……血脉气息，上下循环。”并明确指出：“两手六脉，皆肺之经脉也，特取此以候五脏六腑之气耳，非五脏六腑所居之处也。”说得多么贴切妥当。那么，寸口切脉，以浮中沉的三部九候，消息其“胃、神、根”，参之以柯韵伯氏所述的“平看法、互看法、彻底看法”，出入时空之间，神而明之，洞悉脏机，当非难事。

#### 四、临床诊脉要点和希望

临床医生首要的是能辨证、识病，而诊脉是重要环节之一，因为脉象可以测知病情的性质和正气抗击病邪的趋势，以便于明确诊断，立法用药。特别是在病情复杂，病势险重，或者主诉和症状不相符合时，脉诊可以辨别症象真伪，预示疾病之吉凶，有利于对疾病的观察和早为防治。

脉诊既然如此重要，那么究竟怎样掌握呢？我的实践体会，是从下列几方面着手的：

1. 认真体察：脉之可以用言语和笔录的，都是一些迹象，至于脉之“神韵精髓”，须通过长期体察，才

能逐步领会掌握，应于指下，了然于心。《内经》早就指出：“持脉有道，虚静为保。”喻嘉言说得更为明确：“有志于切脉者，必先凝神不分，如学射者，先学不瞬，自为深造，庶乎得心应手，通乎神明。”就能逐步掌握其真谛。要举、按、寻细察，寸、关、尺对比，左右互勘，自可得其要领。

2. 阴阳归类：脉之种类繁多，有的则似是而异，如何辨别呢？《素问·脉要精微论》说：“微妙在脉，不可不察，察之有纪，从阴阳始。”可见“脉合阴阳”是切脉诊病最基本的法则和方法。李时珍《濒湖脉学》对27脉排列之次序，就是运用阴阳学说的基本理论和辩证论治的观点确定的。浮、沉、迟、数是纲领，与八纲正相对应：



表、热、实为阳证；里、虚、寒为阴证，如此则八纲辨证中脉诊的关键问题就迎刃而解了。李氏具体指出，可分为阳脉、阴脉、阳中之阴、阴中之阳四类：

阳脉：浮、数、实、长、洪、紧、动、促。

阴脉：沉、迟、涩、虚、短、微、缓、革、濡、

弱、散、细、伏、结、代。

阳中之阴：滑、芤、弦。

阴中之阳：牢。

这种分法，既符合《内经》的本意，又可在临证时执简驭繁，这是李氏对《内经》、《难经》及仲景脉学分类的发展与升华，对后世有深远的指导意义。

3. 脏腑分部：寸、关、尺分候脏腑，是根据天一生水、地二生火的阴阳五行变化规律排比的：

左手		右手	
寸	火（心）	金（肺）	
	↑	↑	
关	木（肝）	土（脾）	
	↑	↑	

尺 天一生水（肾水） 地二生火（命火）

我几十年来的实践体会确是信而有证，历试不爽的。

4. 诊脉方式：诊脉时最好要用双手同时切脉，便于对此体会；诊脉时一定要坐正平位，以利血流畅通。三指按脉（总按法）可得到一个总的概念，然后再以食、中、无名指分别切脉（单按法），以比较脉气之强弱盛衰，获悉何脏、何腑病变。宋代精于脉学的刘立三氏，每以中指点取三部，有“刘三点”之雅号。但个人体会，食指敏感度似较中指为强。还需注意脉位异常之反关、斜飞之脉。

5. 胃、神、根：“胃”指脉的胃气，就是缓和有生

气之脉，久病、重病见之，是为吉兆，多可转危为安。“神”是指下按之有力，又不散乱，亦是佳象。如按之散乱，或若有若无，或轻按有，而重按则无者，或沉细之中倏有依稀之状者，皆是无神之脉，预后不佳。“根”多以尺部为根，或以重取应指为根；如重按即无，或尺部难以触及者为无根，预后不良。

综上所述，诊脉确实可以揭示线索，洞悉病机，为立法用药提供依据的，是应该深入体会，认真掌握的诊法之一，但是，其他诊法也不能忽视。《内经》云：“四诊合参，庶可万全”。李时珍也不赞成单纯凭诊脉以断病，而是主张四诊合参，脉证并重的。他说：“上工欲会其全，非备四诊不可”。这是客观全面的。作为临床中医工作者，为了发挥中医学的特色，我们精研望、闻、问诊法的同时，切不可忽视脉诊，这是继承、发扬中医学术不可掉以轻心的大事。

最近一二十年来，有关学者，为了实现中医脉诊的客观标准化，作了不少有益的探索和实践，创制了许多脉象仪，对脉搏参数的生理学和诊断学的意义，进行了讨论，取得一定的成果，希望多学科地协作攻关，进一步深化下去，争取早日出成果，使脉学为中医诊断学作出更大的贡献。

## 痹症研究的回顾与展望

朱良春

新中国建立以来，对痹证的研究日益广泛深入，各地用辨证分型及单方草药、外治等方法治疗痹证之报道甚多，并对其病因病机、病理造模、药理药化采取了现代技术和方法，进行了深入的探索，取得较大进展，中国中医药学会内科学会风湿病学会已举行8次大型学术交流会和两届国际性学术研讨会，并编写专著，有力地促进了痹证研究工作的进展。

痹证与风湿性疾病是同义词，是一组以疼痛为主要症状，病变累及骨、关节、肌肉、皮肤、血管等组织的疾病之总称。其范围甚广，可包括与自身免疫密切相关的结缔组织病，如类风湿性关节炎、红斑性狼疮、皮炎、硬皮病、干燥综合征、结节性多动脉炎等；与代谢有关的疾病，如痛风、假性痛风、软骨病等；与感染有关的疾病，如各种化脓性、病毒性、真菌性关节炎；退行性关节炎，如增生性关节炎；某些神经肌肉疾病，如多发性硬化、重症肌无力等；也包括遗传性结缔组织病和各种以关节炎为表现的其他周身性疾病，如肿瘤后的骨肌肉病、内分泌疾病中的关节病等。风湿性疾病近数十年来发病率有日益升高之趋势，世界卫生组织曾将

1977年命名为“世界风湿性疾病年”，随后又将1981年命名为“世界残废人年”这均与风湿性疾病有密切关系，我国也将其列为“八五”重点攻关项目之一。其中特别是类风湿性关节炎，给患者造成极大的痛苦，给家庭和社会带来沉重的负担，中华风湿病学学会主任委员张乃峥教授称其为“不宜判病人死刑，但宣判了终身监禁”的病。本病的发病率国际上一般在1%左右（低者0.5%，高者达3%），我国据初步调查，患者约有940万人。由于病因不明，目前尚没有特效药和根治方法。这是一个非常值得注意的大问题。

张乃峥教授谈到当前治疗类风湿性关节炎的西药，主要有两大类：一类是非激素的抗炎药，如布洛芬、萘普生、炎痛喜康等，这类药能抑制导致类风湿性关节炎的一种介质——前列腺素，服后可减轻关节肿痛症状。这种炎性介质是在类风湿性关节炎一系列免疫反应后产生的，而这些药对抑制免疫反应并无作用，特别是免疫反应产生的炎性介质有许多种，这类药物对前列腺素以外的其他介质没有抑制作用，不管服用多长时间，都不能阻止疾病的进展和骨关节的破坏。另一类的抗风湿药如青霉胺等，对免疫的作用有不同的影响，因而降低了疾病的活动性，减慢了病情的进展，防止或减轻骨关节的破坏，能改善病情，但不是根治药，更不是特效药。此类药价格昂贵，且有一定的副作用，因此患者多不能坚持长期服用。张教授还强调在治疗中存在的另一个问题是激素用得太多，据北京、上海两所大医院统计，那

里的类风湿性关节炎病人，一半以上用了激素，有的用了几年、几十年、产生了不少副作用，这样用药是不合理的。我认为张教授的这些意见很正确，十分赞同。

在痹证诊治上，希望最大、毒性最低、副反应最少的要属中医中药。中医药工作者应团结协作，扎实工作，勤于实践，敢于创新，为攻克痹证作出贡献。在此提出几点不成熟的建议，请同道们修订完善。

痹证中的风湿热、风湿性关节炎、骨质退行性病变、坐骨神经痛、肩周炎、痛风、风湿性肌炎、皮肌炎、干燥综合征、红斑性狼疮等，中西医药均有较佳疗效。唯类风湿性关节炎一病，发病率既高，而目前对其病因仍不太清楚，更没有找到具有特效的药物的根治方法。所以，我认为当前应该重点对此病的病因学、发病学进行广泛的、大样本的调查，既要调研外邪对类风湿性关节炎发病的影响，更要重视内因在发病中的作用，然后综合分析，找出其规律性和特殊性，从而采取相应的预防措施，减少发病率和复发率，提高治愈率。

对类风湿性关节炎的诊疗，既要用传统方法，又应采取现代医学检测手段，进一步修订具有中医特色的疾病和证候的诊断、治疗及疗效评定标准，使之规范化、标准化，从而提高诊治水平。

国内外一直尚无理想的类风湿性关节炎动物模型。前几年上海中医研究院伤科研究所以接种法获得成功。该所从典型的类风湿性关节炎患者的血液中提取出一种物质，以荧光标记后注入动物血管内，发现动物标记物

质在关节滑膜内停留，两周后关节肿胀，类风湿因子阳性，血沉升高，进而骨质破坏，病理与人类类风湿性关节炎相似，这是可喜的。嗣后我院与中国中医研究院基础理论研究所协作，由该所病理室以立Ⅱ胶原与不完全福氏佐剂给大鼠注射，加上寒湿因素，即见大鼠毛发失去光泽，懒动，体重减轻。7~15天后可见滑膜细胞增生，滑膜组织中纤维素渗出，胶原纤维增生，炎性细胞浸润，软骨细胞扁平层脱落，甚至全层缺损。45天后部分动物出现软骨下骨损伤，但心、肝、肾、胰、十二指肠、空肠、直肠、肾上腺均未见病理改变。滑膜组织中查出IgG抗体、酯酶阳性细胞增多，从病理形态等方面证明了该病模类似人类类风湿性关节炎。特别值得一提的是，他们在病模动物出现骨质损害后，分成两组：一组用常规治类风湿性关节炎之中药，未能控制病变进展；一组用我们创制的“益肾蠲痹丸”喂饲，能使滑膜组织炎性细胞及纤维素渗出减少，胶原纤维减少，软骨细胞增生修复，酯酶阳性细胞下降，使实验性类风湿性关节炎的病理变化得到显著改善。从疗效观察方面，反证了该模型与人类类风湿关节炎极为近似，也揭示了温阳补肾、搜风剔邪法对实验性类风湿性关节炎有较好的疗效，在临床上我们得到了同样的效果。过去认为该病骨质破坏是不可逆性的，但通过病模实验和临床观察证实，中药“益肾壮督”治本、“蠲痹通络”治标，确能阻止骨质破坏之进展，并使其部分得到修复。诺贝尔医学奖金基金会主席纳罗顿斯强博士在中国中医研究院参



观时，看到该病模骨质破坏及修复之幻灯片时，曾赞叹地说：“这是中国传统医学之奇迹，真了不起，值得好好地研究”。这个课题的实验研究深刻地启示我们，中医中药有无限宝藏，如结合现代技术手段加以升华、阐扬，定会创造出新的方药和疗效。

类风湿性关节炎患者最感痛苦的是关节肿胀、疼痛、活动受限，因此患者迫切希望得到一种既能比较迅速止痛、消肿、改善关节功能障碍，又无毒副作用的药，那将是最受欢迎的。雷公藤不失为一种疗效较佳的抗风湿药，它起效较快，但毒副作用也较明显，尤其对生殖腺的影响。目前各地应用本品的报道较多，部分配伍了有关中药，则可稍缓其毒副作用，这方面尤待进一步探索。“益肾蠲痹丸”能调节免疫功能，增强机体抗病反应，调动机体调节机制，增强体质，从而抑制病情之进展，促使病变修复，对慢性久病最为适用。但起效较慢是其不足之处，需耐心持续服用，故尚待完善。古人云：“既生斯疾，必有斯药”，问题是我们如何去发现它而运用于临床。我认为：“久痛多瘀，久痛入络，久痛多虚，久必及肾”，这是风湿性疾病的共性，如能抓住这4个特点，深入地进行探索，就能更好地选方用药，创制新的处方，从而提高治疗效果，为攻克本病寻找新的线索。

由于类风湿性关节炎是周身性、终生性疾病，在治疗上必须始终坚持整体观念，急则治标，缓则治本，采取综合措施，内外并治。除辨治之内服药外，还应配合

熏洗、药浴、外敷、膏贴、理疗、针灸、推拿等，这样可以协同增强，提高疗效。

由于治疗类风湿性关节炎需坚持长期服药，不论汤剂或丸、散剂，久服后病员往往产生厌惧心理。如何改革剂型，提取其有效成分浓缩成微丸、胶囊、片剂，以便于服用和外出携带，有利于坚持服药，巩固疗效，是一个重要的问题。此病症状缓解后，还要继续服药6~12个月始可稳固，避免反复。

加强中西医药界的团结协作，打破行业界限，实现多学科的大团结、大协作，才能各献其能，互补不足，集中优势，重点突破。还要加强与国际间的学术交流，把中医药治疗风湿性疾病的经验和有效药物介绍到国际上去，使中医药为更多的风湿性疾病患者服务。

## 从痹病三个主症谈用药经验

朱良春

“痹病”是风湿类疾病之总称，包括类风湿性关节炎、风湿性关节炎、强直性脊柱炎、痛风、骨质增生及坐骨神经痛等疾病。其共同特征均以关节疼痛、肿胀、拘挛僵直为主证。其病因、病机均以风、寒、湿、热之邪外袭，气、血、痰、瘀内阻，导致经脉闭阻，凝涩不通，气血壅滞，痰淤胶结，深入经隧骨骱，如油入面，难以化解，以致病情反复缠绵，施治颇感棘手，绝非一般祛风、散寒、燥湿、清热、通络、止痛之品所能奏效。且久痛多虚，久痛多瘀，久痛入络，久必及肾，故在治疗上需于常规辨治基础上，参用益肾培本，涤痰化瘀，钻透剔邪之品，庶可奏效。兹就疼痛、肿胀、僵直拘挛三个主证，结合临床实践，谈谈用药经验。

### 一、疼痛

疼痛是痹病最主要的症状之一，如果能够迅速缓解疼痛，则患者信心增强，病情易趋缓解。根据疼痛的临床表现，可分为风痛、寒痛、湿痛、热痛、瘀痛，此五者只是各有侧重，往往多是混杂证型，难以截然分开。

1. 风痛：其疼痛多呈游走状，走注无定，因“风者善行数变”之故。祛风通络以治其痛，是为正治。在辨治基础上，轻者可以加用独活，因《名医别录》谓其

“治诸风，百节痛风，无问久新者”；《本草正义》称“独活为祛风通络之主药，……能宣通百脉，调和经络，通筋骨而利机关，……故为风痹痿软诸大证必不可少之药。”本品确有镇痛、抗炎镇静、催眠之作用，用量以20~30g为佳，惟阴虚血燥者慎用，或伍以养血之品，始可缓其燥性。或用海风藤30~45g亦佳，以其善解游走性之疼痛。重证则宜选用蕲蛇，《玉楸药解》谓其“通关透节，泄湿驱风”；《本草纲目》称其“内走脏腑，外彻皮肤，无处不到也”。本品透骨搜风之力最强，乃“截风要药”。不仅善于祛风镇痛，而且具有促进营养神经的磷质产生之功，对拘挛、抽搐、麻木等症有缓解改善作用；还能增强机体免疫功能，使抗原、抗体的关系发生改变，防止组织细胞进一步受损，促使痹证病情之稳定，提高疗效。以散剂效佳，每次2g，一日二次，如入煎剂需用10g。

2. 寒痛：因寒邪内阻经脉而致之疼痛，临床最为多见，受寒加剧，得温稍舒，治宜温经散寒，而止其痛。川乌、草乌、附子、细辛四味乃辛温大热之品，善于温经散寒，宣通痹闭，而解寒凝。川乌、草乌、附子均含乌头碱，有大毒，一般多制用，每日15~30g，生者应酌减其量，并先煎一小时，以减其毒。细辛可用8~15g，有人曾报道用60~120g，未见毒副作用，可能与地域、气候、体质有关，仍宜慎重为是。或用穿山龙30g，徐长卿15g，亦有祛寒止痛作用。

3. 湿痛：痛处有重着之感，肌肤麻木。治当健脾化

湿，参用温阳之品。湿去络通，其痛自已。生白术 45g，苍术 15g，熟苡仁 30g，制附子 15g，具有佳效。或用钻地风、千年健各 30g，善祛风渗湿，疏通经脉，以止疼痛。

4. 热痛：多见于痹证急性发作期，或邪郁已久而化热者，其关节红肿热痛，得凉稍舒，伴见发热、口干、苔黄、脉数等一派热象。常规用药收效不著时，加用羚羊角粉 0.6g，分二次吞，可以奏效。黄宫绣《本草求真》明确指出：“历节掣痛，羚羊角能舒之”。用山羊角或水牛角 30g 亦可代用。关节红肿热痛，如仍不解者，可服用“犀黄丸”，当能挫解。有进加用知母 20g，寒水石 30g 亦佳，因其不仅能清络热，并善止痛。倘同时外用“芙蓉散”（生大黄、芙蓉叶各等分研细末，）以冷茶汁调如糊状，取纱布涂敷患处，每日一换；或用鲜凤仙花茎叶（透骨草）捣烂外敷亦佳，可以加速消肿止痛，缩短疗程。

5. 瘀痛：久痛多瘀，凡顽痹久治乏效，关节肿痛，功能障碍，缠绵不愈者，多是病邪与瘀血凝聚经隧，胶结难解，即叶天士所云“络瘀则痛”是也。常规用药，恒难奏效。必须采取透骨搜络、涤痰化瘀之品，始可搜剔深入经隧骨骱之瘀痰，以蠲肿痛。而首选药品，则以蜈蚣、全蝎、水蛭、僵蚕、天南星、白芥子之属最为合拍。其中虫类药之殊效已为众所周知，唯天南星之功，甚值一提：生天南星苦辛温有毒，制则毒减，能燥湿化痰，祛风定惊，消肿散结，专走经络，善止骨痛，对各

种骨关节疼痛，具有佳效。《神农本草经》之“治筋痿拘缓”，《开宝本草》之“除麻痹”，均已有所启示。就类风湿性关节炎来说，其基本病变是滑膜炎，在体液免疫异常方面，滑膜组织有大量淋巴细胞、浆细胞、巨噬细胞及肥大细胞等集聚；类风湿因子无论是 IgM、IgG、IgA，都大多在关节内部产生，这些病理变化，似与痰瘀深结经隧骨骱之机理，相为吻合，前贤指出南星专止骨痛，是很有深意的。其用量制南星可用 15~30g。

## 二、肿胀

“湿胜则肿”，此为关节肿胀形成之主因。早期可祛湿消肿，但久则由湿而生痰，终则痰瘀交阻，肿胀僵持不消，必须在祛湿之时，参用涤痰化瘀，始可奏效。通常而言，“伤科治肿，重在化痰；痹证治肿，重在祛湿”。二法同时并用，相得益彰，可提高疗效。

肿胀早期，常用二妙、防己、泽泻、泽兰、土茯苓等。中后期则需参用化痰软坚的半夏、南星、白芥子和消瘀剔邪的全蝎、地鳖虫、乌梢蛇等。此外，七叶莲长于祛风除湿，活血行气，消肿止痛，并有壮筋骨之效。又刘寄奴、苏木、山茨菇均擅消骨肿，亦可选用。

## 三、僵直拘挛

僵直、拘挛乃痹病晚期之象征，不仅疼痛加剧，而且功能严重障碍，有时生活不能自理，十分痛苦。此时均应着重整体调治，细辨其阴阳、气血、虚实、寒热之偏颇，而施以相应之方药。

凡关节红肿僵直，难以屈伸，久久不已者，多系毒

热之邪与痰浊瘀血，混杂胶结，在清热解毒的同时，必须加用豁痰破瘀、虫蚁搜剔之品，方可收效。药如山羊角、地龙、蜂房、蛻螂虫、水蛭、山茨菇等，能清热止痛，缓解僵挛。如肢节拘挛较甚者，还可加蕲蛇、山甲、僵蚕等品。如属风湿痹痛而关节拘挛者，应重用宽筋藤，一般可用30~45g。偏寒湿者，重用川乌、草乌、桂枝、附子、鹿角片等。此外，青风藤、海风藤善于通行经络，疏利关节，有舒筋通络之功，与鸡血藤、忍冬藤等同用，不仅养血通络，且能舒挛缓痛。伴见肌肉萎缩者，重用生黄芪、生白术、熟地黄、蜂房、石楠藤，并用蕲蛇粉，每次3g，一日二次，收效较佳。

以上诸证在辨治时，均需参用益肾培本之品，药如熟地黄、仙灵脾、仙茅、淡苁蓉、补骨脂、鹿角片、鹿衔草等，始可标本同治，提高疗效。

## 拓开动物药临床应用之新径

朱良春

我国第一部药物专著《神农本草经》共收载药物 365 种，其中动物约 67 种。随后，东汉张仲景在《伤寒杂病论》中应用动物药达 38 种，并创制了以动物药为主的抵当汤（丸）、鳖甲煎丸、大黄蛰虫丸等著名方剂。迨至明代，李时珍编著《本草纲目》搜载药物 1892 种，其中动物达 444 种，加之清代赵学敏《本草纲目拾遗》又增加的 160 种，动物药总数已超过 600 种。但现在实际被使用的动物药品种和数量却很少，而且许多都只是一般应用，并没有发挥其潜在的特殊功效。为此，拓开动物药临床应用之新径，具有重要的现实意义。

### 一、动物药具有特殊的优势

1. 资源丰富 我国幅员辽阔，各地天然的动物药资源丰富，可以充分采集。如蛇类，目前全世界约为近 3000 种蛇，其中毒蛇约 600 种，而我国就有近 170 种蛇，其中毒蛇 46 种，因此，利用蛇作为防治病的药物，是颇有研究价值的。

2. 疗效卓著 由于动物药具有较强的生物活性，故临床运用疗效显著，非草木药所能比拟。但应注意与植物药合理配伍，才能相辅相承，提高疗效。如蜈蚣治疗阳痿确有效验，若与当归、白芍、甘草配伍运用，则



其效更彰。

3. 功效广泛 动物药之功效极为广泛，概括起来主要有以下10个方面：(1) 攻坚破积；(2) 活血化瘀；(3) 熄风定痉；(4) 宣风泄热；(5) 搜风解毒；(6) 行气和血；(7) 壮阳益肾；(8) 消痈散肿；(9) 收敛生肌；(10) 补益培本。但在使用动物药时，要辨证明确，选药精当，注意配伍、剂量、疗程，特别是对有毒的斑蝥、蟾酥等，应当谨慎使用，以防产生毒副反应。

## 二、拓开动物药应用之新径

1. 古为今用，引伸发展 前辈医家由于时代的限制，对许多药物的功用，未能详尽阐发，尚有不少潜在的功效，留待我们去发掘。故根据古籍文献之线索，加以引伸发展，是拓开动物药应用的途径之一。

蜈蚣，古籍主要述其功用为熄风定痉，解毒消痈，仅《名医别录》提及其能“堕胎，去恶血”。

我们将其用于宫外孕孕卵未终绝者，以宫外孕方（丹参15g，赤芍、桃仁各9g，乳，没各6g）加蜈蚣3条（研吞）、三棱、莪术、怀牛膝各6g，能使孕卵终绝而康复。

而蜈蚣治阳痿，古籍未见记载，是在用之治疗肺结核、骨结核过程中，发现患者性功能有增强之现象，故以之治阳痿，疗效颇佳。蜂房是一味祛风定痉，攻毒疗疮，散肿止痛的佳药，但温阳益肾治阳痿之功用，仅《唐本草》有记载，在临床实践中，部分患者反映，服蜂房治慢性支气管炎时似有温肾壮阳作用，随后侧重用

其治阳痿，确有疗效。曾创制“蜘蛛丸”（花蜘蛛、蜂房、熟地、紫河车、仙灵脾、淡苡蓉）用于劳倦伤神、思虑过度、精血暗耗、下元亏损之阳痿不举者，疗效显著。

2. 实践探索，发掘新药 有很多动物的药效作用，有待我们通过实践去探索、去发掘。如鱼鳞制成鱼鳞胶，就具有较强的补血养阴作用，用于治疗结核病及血小板减少症，疗效很好。

蚕蛹的蛋白质含量比肉类高 2~3 倍，且含多种人体必需的氨基酸，不仅是治疗小儿疳瘦的佳品，而且也是治慢性疾病的滋补良药。

蛇类入药，《本经》即有记载，随后诸多本草均有论述，但仅用其躯体、胆、蜕皮，未及蛇毒，而蛇毒是很好的抗凝剂和镇痛剂，它含有多种酶类的蛋白质、多肽类物质。国外从蝮蛇蛇毒中分离提取的凝血酶样酶，作为一类新型抗凝剂用于治疗静脉血栓栓塞的疾病，比其他抗凝剂为优。我国从蝮蛇蛇毒中提取精氨酸酯酶组分与稀释剂、冷冻干燥制成“蝮蛇抗栓酶”，经动物实验与临床应用证明，它是治疗闭塞性脑血管病和心血管病的良药，还可用于胶原性疾病和断肢再植中的抗凝。此外，我国还提取眼镜蛇毒制成“克痛宁”注射液，镇痛效果比吗啡还要强，且作用持久。

斑蝥本为逐瘀破积、蚀肌攻毒之品，近人实践，发现其对乙型肝炎及肿瘤亦有较好的疗效。如白求恩医科大学第二附院李学中教授等与长春制药厂合作，以斑蝥

等制成“乙肝宁”丸剂治疗乙型肝炎，总有效率达89.5%，同时该丸还具有显著的阻滞乙肝癌变作用。

实验研究发现，苍蝇的体内有一种“抗菌活性蛋白”，具有强大的杀灭病原菌能力，只要达到1/10000的浓度，就可以杀灭各种细菌、病毒。且苍蝇身上的蛋白质、脂肪含量很高，蛆体内还含有丰富的钙、镁、磷等微量元素，是一味颇有前途的广谱抗生素动物源。

3. 改革剂型，便利使用 动物药多有一定腥味，且因其形体怪异，不易为人们所接受，患者易产生厌恶或恐惧心理，往往不敢服用，甚至勉强服下后，也易引起呕吐和不适。因此，改革其剂型是十分必要的。对动物药进行提炼与精制，制成丸、片、胶囊或针剂等均可，既节约药材，提高疗效，又方便使用，便于贮运。目前国内已制成地龙、全蝎、蟾酥、蜈蚣、守宫等之注射液及斑蝥素片等。如北京五棵松中医门诊部李建生院长研制出鲜动物药，经基础生化、药效学和毒理学实验，结果表明：其活性物质、微量元素、氨基酸等含量均高于传统中药的干品，有的超过数倍。他创制的“扶正荡邪合剂”治疗晚期恶性肿瘤危重病人197例，总有效率达95.94%；治疗系统性红斑狼疮，总有效率达96.42%。这种既保持了传统中药特色，又吸收了现代科学技术成果的新制剂，是一个创新和突破，值得我们借鉴和推广运用。

4. 人工培养，保证药源 为了保证药源，有些紧缺动物药如麝香、鹿茸、蛤蚧等均可人工培养；地鳖

虫、全蝎、蜈蚣、蛇等，全国已有许多地区进行人工繁殖，可以满足供应。一些特别稀少和昂贵的动物药也可用代用品，如以水牛角代犀牛角，山羊角代羚羊角等，但用量稍大于原动物药。

## 为“十八反”平反

朱象春

药有相反，其说始见于《神农本草经·序例》（原书早佚，现行本为后世从历代本草书中所辑出者）。五代时韩保升《蜀本草》指出：“相反者十八种”，当为“十八反”说的蓝本。迨至金代，张元素《珍珠囊补遗药性赋》将“十八反”以及“十九畏”编成歌诀广为流传，相沿至今。千百年来，父以传子，师以授徒，药房见有“反药”，则拒绝配药；若干有“反药”的良方，被束之高阁；至于医生因用“反药”而负屈含冤者，古往今来，更不知凡几！

对此，我们先不妨看一看前人的论述。

处方中用反药者，首推汉代“医圣”张仲景，《金匮要略·痰饮篇》之甘遂半夏汤（甘遂、半夏、芍药、甘草、蜜），甘遂和甘草同用，同书腹满寒疝宿食病篇之赤丸（茯苓、细辛、乌头、半夏），乌头与半夏同用。

唐代有“药王”之称的孙思邈，在其两部《千金方》中，用反药的处方乃多达数十方，如《千金要方》卷七之风缓汤，乌头与半夏同用；大八风散，乌头与白敛同用；卷十茯苓丸，大戟与甘草同用；卷十八大五饮丸既有人参、苦参与藜芦同用；又有甘遂、大戟、芫花与甘草同用，皆其例也。

宋代官方颁布推行的《局方》，其润体丸、乌犀丸二方皆川乌与半夏同用。陈无择《三因方》卷十四大豆汤，甘草与甘遂同用。许叔微《本事方》晁附散、趁痛丸二方皆半夏与川乌同用。

金代李东垣散肿溃坚汤，海藻与甘草同用。

元代朱丹溪《脉因证治》莲心散芫花与甘草同用。

明代吴昆《医方考》卷一通顶散，人参、细辛与藜芦同用。陈实功《外科正宗》海藻玉壶汤海藻与甘草同用（此方后来载入吴谦等编《医宗金鉴》中）。

清代余听鸿（《外证医案汇编》）辑录名家方案，其中瘰癧门亦有用海藻甘草者。

以上例子，不过信手拈来，汉唐宋金元明清皆有了，可见所谓反药也者，“古人立方，每每有之”（余听鸿语）。那么，前人于此持什么态度呢？一种意见是：既有成说，不如不用为好。如陶宏景说：“凡于旧方用药，亦有相恶相反者，如仙方甘草丸，有防己、细辛；俗方玉石散，用瓜蒌、干姜之类，服之乃不为害，或有将制者也，譬如寇贾辅汉，程周佐吴，大体既正，不得以私情为害。虽尔，不如不用尤良。”（原书佚，转引自《本草纲目》）。另一种意见是：贤者用得，昧者用不得。如虞传说：“其为性相反者，各怀酷毒，如两军相敌，决不与之同队也。虽然，处有大毒之疾，必用大毒之药以攻之，又不可以常理论也。如古方感应丸用巴豆、牵牛同剂，以为攻坚积药，四物汤加人参、五灵脂辈，以治血块。丹溪治尸瘵二十四味莲心散，以甘草、芫花同

剂，而谓好处在此。是盖贤者真知灼见方可用之，昧者固不可妄试以杀人也。夫用药如用兵，善用者置之死地而后成，若韩信行背水阵也；不善者徒取灭亡之祸耳，可不慎哉。”再一种是李时珍的意见：他说：“古方多有用相恶相反者。”盖相须相使用同者帝道也；相畏相杀同用者，王道也。（注：这里的“相畏”，是依《本经名例》：“有毒者宜制，可用相畏相杀者”与后世“十九畏”之“畏”完全不同）；相恶相反同用者，霸道也。有经有权，在用者识悟耳。”他还指出：“胡洽居士治痰癖，以十枣汤加甘草、大黄，乃是痰在膈上，欲令通泄以拔去病根也。东垣李杲治颈下结核，海藻溃坚汤，加海藻；丹溪朱震亨治劳瘵莲心饮，用芫花，二方皆有甘草，皆本胡居士之意也。故陶弘景言古方亦有相恶相反，并乃不为害。非妙达精微者，不能知此理。”他的意思是说，用者能够“妙达精微”，有所“识悟”，还是可以用的，不过需要特别慎重而已。经上这三种意见，应该是有一定的代表性的。

对于十八反的问题，有以下六点看法：

1. 我从来都是有斯症用斯药，当用则用，不受“十八反”、“十九畏”之类成说的约束。临床六十年来，海藻与甘草同用治颈淋巴结核、单纯性及地方性甲状腺肿大、肿瘤；人参（党参）与五灵脂同用治慢性萎缩性胃炎、胃及十二指肠溃疡；海藻、甘遂与甘草同用治疗胸水，渗出性胸膜炎，皆效果甚佳而未见任何毒副作用。

2. 十八反之说，本身就有很多可商之处。如人参、苦参、丹参、沙参等反藜芦，四种药虽皆以“参”为名，而从所周知，其功能性味主治各异，岂有一沾上“参”之名，便皆反藜芦之理？又，海藻与昆布性味主治皆相同，日常二者同用，为何甘草只反海藻不反昆布？

3. “十八反”为何相反？即其相反的道理是什么？古今皆没有一个说法。只能说是古人的实践经验，很可能是古人在实践中把偶然当作了必然。要说实践经验，那么，前述从汉代张仲景，唐代孙思邈，宋代陈无择、许叔微，金元李东垣、朱丹溪，明代陈实功，清代余听鸿等的记载的又是不是实践经验？

4. “十八反”的三组药中，芫花、大戟、甘遂、乌头（川草乌）、藜芦皆有剧毒药，即使芫花、大戟、甘遂不与甘草配伍，藜芦不与诸参、辛、芍等配伍，乌头不与半、萆、贝、菝、及配伍，都会因用量太大，煎煮不当，服药太多或患者体弱不支，而出现中毒，甚至可致死亡。因此，古人“十八反”之说，很可能是在这种情况下作出来的错误的判断。

5. 如果拘于“十八反”之说，一方面，许多古人包括张仲景的名方都得不到运用（当然也有人用），势必使许多古人的好经验被废弃不用；另一方面，中药配伍中很可能存在真正相反的药，即绝对不能配合使用，误用后会有中毒、死亡危险的中药，“十八反”反而会使人们对这些可能存在的真正相反的药物进一步的认



识和探索带来负面影响。

6. “十八反”之说不能成立，“十九畏”更属无谓。对于古人的东西，应予批判地吸收，不是凡是古人说的就一定对，古人有大量好经验，但限于时代条件，也有不少不可取的，如《神农本草经》说丹砂（朱砂）“可久服”，李时珍《本草纲目》说马钱子（番木鳖）“无毒”等皆是。现在应该是为“十八反”平反的时候了！不识医界贤达以为然否？

## 从病例谈辨证论治体会

焦树德

焦树德（1922～），北京中日友好医院主任医师，  
北京中医药大学客座教授

辨证论治是祖国医学独特医疗体系的具体体现，是祖国医学治疗艺术的核心，也是祖国医学极其重要的组成部分。中医必须学习好与运用好辨证论治，才能提高医疗效果，为提高人类健康水平做出更多更好的贡献。今结合三个病例，谈谈个人在临床上学习运用辨证论治的肤浅体会，谨供诸位同道临床参考。现分两部分来谈。

### 病例报告

1. 韦××，女，16岁，学生，北京××医院住院会诊病例，病例号 C74160，会诊日期 1973 年 8 月 10 日。

问诊：因头痛、发热、昏迷而第二次住院，经抢救治疗后已 2 个多月，神志虽清楚，但尚不能起、坐、下床活动。

患者于 1973 年 2 月 9 日因晨起突然头痛、意识不清而急诊入院，经腰穿等检查，诊断为蛛网膜下腔出血，

原因待查，颅内脑血管畸形待除外，因对做脑血管造影检查有顾虑而未做。自觉症状消除后于4月4日出院，共住院54天。出院后，一般尚好。5月底因情绪激动，休息较少，并每日做甩手疗法等数百次。6月1日发热，体温 $37^{\circ}\text{C}$ 至 $38^{\circ}\text{C}$ 以上，在附近医院检查无特殊发现。6月2日与3日两天于午睡中出现头胀痛、呕吐，症状一直加重，于6月4日又来急诊。经检查并做腰穿，诊断为“蛛网膜下腔出血”复发，第二次住院。住院后，经两次脑血管造影，诊断为“双侧脑动静脉血管畸形”（左颞、顶、枕部，右枕部）。脑外科会诊意见：“血管畸形为双侧性，部位深在，并已近中线及视丘部，主要是大脑中动脉，手术危险性太大，可致严重的残废，尤其是影响到视丘部位，这种情况不建议手术，主要是预防。注意不要有引起血压搏动的因素，以免再出血，再出血的可能性还是存在的，将来也有可能发生癫痫，或肢体运动不能。”把这种严重的病情与家长说明，家长提出请中医会诊。中间诊过程中，其母补充说，这两次发病均在月经应潮而过期不来潮的情况下发生。过去也有在月经应来不来而发生鼻出血的情况。这次发病前又两个月未来月经，自觉脑后部发凉，颈项部发硬，脊背亦发凉，继之头痛（后头部及头顶偏左侧处），呕吐，鼻出血，渐至昏迷而来住院。

望诊：面色青白，卧床不起，意识清楚，精神不振。舌质红，舌苔正常。

闻诊：言语清楚，声音低弱。切诊：左脉弱，余脉

沉略细。

辨证：后头及脊背部属足太阳膀胱经，足太阳与足少阴肾经相表里，后头部亦属督脉，督脉与肾相联，头顶部属足厥阴肝经，肝肾同源，肝、肾、督脉主冲、任、血海，与女子月经有密切关系，《内经》说：“女子二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。”今月经不能按时而下，上攻头痛，脑后、项背发凉且发硬，呕吐、鼻血，此乃肝肾失调，月经不潮，冲任气血上逆所致之倒经病，为肝肾不足兼有瘀血之证。

治法：通经活血，兼益肝肾。

处方：桃红四物汤加味。

当归 12g，川芎 9g，赤芍 15g，生地 15g，茜草 12g，羌活 3g，牛膝 9g，桃仁 9g，红花 6g，香附 6g，刘寄奴 9g，白茅根 24g。水煎服 6 剂。

另：大黄蛰虫 14 丸。每日 2 次，每次 1 丸，温开水送服。

1973 年 8 月 17 日：自 8 月 10 日开始服中药，现已能坐起，同室病友反映说，坐得很好，并能下地站一会儿。舌苔舌质均正常，脉象沉滑数，再加减前方。

当归尾 12g，赤芍 15g，桃仁 9g，红花 9g，牛膝 15g，茜草 30g，川芎 9g，乌贼骨 9g，酒大黄 6g，苏木 30g，泽兰 12g，香附 12g。水煎服 6 剂。

另：大黄蛰虫丸 12 丸，每次一丸，每日 2 次，温开水送服。

1973 年 8 月 24 日，服上药后，月经次日即来潮。

现在自觉症状已不多。现加减前方（药方略）”

8月31日：用中药后，月经已来，约7天结束，如正常时一样。无头痛、头晕，一般情况均佳，25日已能下床行走1~2丈远。今日能步行4~5丈远。神经系统检查无局灶征。

9月1日，病人带着8月10日药方，高兴地步行出院。

自1973年9月18日开始到我院内科门诊治疗。以调经行血之法进行调理，月经多能正常来潮，偶有延期时，经服中药即可来潮。头部症状亦渐轻快，至12月4日，即结合通窍活血汤之意配制丸药，以利常服。药方如下：

桃仁 30g，红花 30g，赤芍 30g，川芎 30g，当归 45g，牛膝 24g，生熟地 30g，黄芩 30g，夏枯草 30g，生芥穗 24g，生大黄 12g，香附 30g，五灵脂 30g，蒲黄 30g，远志 30g，白蒺藜 30g，麝香 3g（另研入）。共为细末炼蜜为丸，每丸重9g，每服1~2丸，1日2次，温开水送服。

此后则以本方稍事加减，配制丸药经常服用。曾随症加减过的药物有：熟地、远志、白蒺藜、元参、生石决明、蔓荆子、地骨皮、薰本、乌贼骨。

1974年11月8日，有时有些头痛，月经过期不来时偶有鼻出血，经服中药（汤药）月经即可来潮，月经来后，头即舒适。嘱注意只要月经过期不来即加服汤药大黄蛰虫丸。

1975年4月30日，人已渐胖，能完成中学课程的学习，可以参加考试，舌脉均无大异常，仍以上方稍事出入，配制丸药服用。

1976年10月25日，面色较前润泽，渐胖，精神好，判若两人，无自觉症状，考试成绩好。仍配丸药服用。

1978年10月17日，已工作2年，近来工作累，睡眠差，多梦。已四五年未发病，丸药有时用，有时不用。工作一直很好，发育亦佳，未出现过头痛、头胀、鼻血等症，记忆力亦好，英文学习得很好，现从事英文资料翻译工作。

1980年11月28日追访：自1977年以来，月经每月来潮，头未痛过，即使有些上火，也只是有些牙痛，未上过头部，亦未发生鼻血，现在×××厂技术科，管理外文资料，工作已转正，正常上班工作。

1982年2月追访：人较前胖，面色红润，精神佳，工作正常。

2. 李××，女，29岁，河南省××专区医院职工家属，住院会诊病例，初诊日期1969年12月9日。

问诊：左半身麻木，口眼频频抽动，言语不利已七八天。

1969年10月下旬，在抱着小女儿喂奶时，突然全身发抖，不能说话，随即倒地，口吐白沫，眼向上翻，怀中的女儿掉在地上，立即急诊住入××专区医院。查血压。150/90毫米汞柱，血象正常。诊断为：①症状性

癫痫。②高血压。经用苯妥英钠、降压灵、地巴唑、维生素 B<sub>1</sub>、青霉素、链霉素、叶酸、维生素 B<sub>12</sub>、维生素 B<sub>6</sub> 等治疗。仍每日抽搐 3~12 次，每次 3~10 分钟，即于 12 月初转到郑州 ×× 医院诊治。神经科等会诊，并做脑电图、腰穿等检查，诊断意见为：脑右侧半球中央项部有可疑之病灶。治疗五六天仍无好转，肢体时时抽搐。又经过几个科会诊，诊断为：颅内占位性病变（脑肿瘤）？须转上海或北京做开颅手术治疗。病人不同意做脑手术，于 12 月 8 日又转回到 ×× 专区医院住院治疗，并要求北京中医学院中医会诊。

诊时患者感觉左半身麻木，肢体发抽，口向左歪，口、眼亦发抽，抽搐不分昼夜频频发作，难记次数，用苯妥英钠不能制止发作。舌头发硬，说话不清楚，呈“半语子”状态。脑子不能记事，因抽搐不止，已好几个昼夜不能睡眠，而心情紧张、害怕、两手拉着爱人的手，日夜不放，不让离开一步。

望诊：发育正常，营养一般，急重病容，口眼向左歪，时见抽动，四肢频频抽搐，左侧上下肢较明显。面色晦暗少泽，神情紧张、焦急，舌苔白。

闻诊：言语不清，声音低，在不抽时呼吸均匀，抽搐时则呼吸不匀。

切诊：头颈脑腹未见异常，左上下肢于抽搐时则发硬，阵阵痉挛。脉象，两手均滑而带弦。

辨证：肢体、口眼频频抽动，脉象带弦，是为风动之象，《内经》说：诸风掉眩，皆属于肝。知病在肝经。

健忘、彻夜不眠，为心神失守所致。脉滑、苔白、言语不利，是痰浊随风上犯，痰阻舌本而成。风为阳邪，其性主动，风动筋挛而致时时抽搐。四诊舌参，知病涉肝、心、脾三经，而目前以肝为主，故可诊为肝风内动，风痰上扰，发为“癔病”病，肝风挟痰上扰之证。

治法：平肝熄风，化痰安神。

处方：生石决明 30g（先煎），生赭石 30g（先煎），香附 12g，钩藤 24g，全蝎 9g，蜈蚣 2 条，消半夏 9g，化橘红 9g，制南星 5g，白芍 12g，桑枝 30g，白蒺藜 12g，远志 9g，水煎服，3 剂，有效可再服 3 剂。

二诊（12 月 22 日）：服前药后有明显效果，故连服 6 剂。现抽搐完全停止，说话已经清楚，口眼亦不歪，左半身之麻木感亦减轻，稍能入睡，尚有健忘，舌脉同前，仍守上方，再加菖蒲 5g，水煎服 6 剂。朱砂粉、琥珀粉各 1~2g，分两次，随汤药冲服。

三诊（12 月 28 日）：一直未抽搐，左半身已不麻，左上下肢尚感力量稍弱，说话声音、语调已恢复正常，夜已能睡，健忘大减，精神好转，面色红润，舌苔薄白，脉象略滑，再加减上方。

上方去南星，加天竺黄 6g，茯苓 12g，生赭石 45g，再服 6 剂。

并嘱其服完汤药 6~10 剂后，可改服丸药，丸药方是上方 5 倍量（生赭石、生石决稍减量），共为细末，炼蜜为丸每个 9g，1 日 2 次，每次 1~2 丸，温天水送服。



1970年7月21日追访，自1月开始服丸药，至今已有五个多月，病早已痊愈，没有再犯过病，并且已怀孕6个月。嘱其停服丸药，要注意安胎、休息，并给她开了安胎的药方。

1973年冬追访：一直未复发过，现在家属连工作

1974年5月追访：没有犯过病，在“五七”工厂工作，身体很好。

1978年3月追访：身体健康，没有犯过一次病。多年来都能坚持全日工作。尤其令人高兴的是1970年病愈后，又生了一个男孩且已入学，身体很健康，学习成绩优良。

1984年5月追访：身体一直很好，在工厂全日工作（我还把她的发言录了音）。

3. 徐××，男41岁，干部。初诊日期1968年6月14日。

问诊：主诉咳血已七八天。

十多年来即有咳嗽、吐痰，经几个医院治疗，均诊为支气管扩张，但未做过支气管造影。近七八天来，不但咳嗽、吐痰加重而且咳血。每晨痰中带血，每晚则大咳血1次，血色鲜红，每次咳血约半痰盂，有时甚至昏厥，虽经多次治疗，均未能止血，故来我院门诊就诊。

自咳血以来，每晚须到××医院急诊室过夜，每次大咳血皆需注射安络血并静脉点滴脑垂体后叶素，咳吐一阵以后，出些虚汗，即能睡一觉。但次日晨起仍痰中带血，白天问题不大，到晚上大咳血如前，仍须住到急

诊室注射脑垂体后叶素等药物，才能平安过夜。因此七八天来，每晚到××医院急诊室过夜。

现感身体酸软，口发麻木，饮食无味，大便偏干。

望诊：身体发育良好，营养正常。急性焦急病容，体态正常，活动自如。舌苔白厚浮黄。痰色黄白相兼。

闻诊：言语清楚，声音正常，咳嗽声音响亮。

切诊：头颈、胸腹未见异常。脉象：左弦数，右寸部洪大而数，右关、尺弦数。

辨证：朱丹溪有“先痰嗽后见红，多是痰积热”之说，联系本患者素有咳嗽，近来咳血已七八天不止，咳血鲜红，痰带黄色，舌苔黄，大便干，咳声响亮，脉象弦数有力，知为热证、实证。每到晚上即大咳血，是热在血分之象，血热生火，火性炎上，上迫于肺，肺失清肃，肺热气逆，血随气上，血热妄行而致咳血。证之右手寸脉洪大而数，知确有肺热。四诊合参，诊为血热妄行，上溢迫肺，肺失清肃之证。

治法：凉血、清热、降气，佐以化痰、止血。

处方：生地黄 13g，生大黄 6g，生石膏 47g（先下），炒黄芩 12g，黑山栀 9g，旋覆花 9g（布包），焦槟榔 1g，天冬 12g，茅根炭 15g，藕节炭 15g，白及 9g，荷叶炭 12g，当归炭 9g，红花 6g，丹皮 6g，牛膝 9g。水煎服 3 剂。

方义：本方以生地黄甘寒凉血，生大黄苦寒泻血分火热为主药。生石膏、炒黄芩、黑山栀，气血双清为辅药。旋覆花、焦槟榔降气，使痰火随气下降；天冬滋

阴、清热、降火；藕节炭、荷叶炭、茅根炭、当归炭，群药止血以治其标；红花、丹皮化瘀生新并防止血药引起瘀血，共为佐药。白及入肺祛瘀止血，兼能生肌收敛；牛膝入血分引上逆之血下行，为使药。

二诊（6月17日）：上次诊后，当日即服了中药，晚上又去××医院急诊室过夜，但一夜未咳血，所以也未再注射止血药。此后三天来未再咳血，也未再去××医院急诊室过夜。现在只是有时痰中带些星状小血点儿。舌苔仍有浮黄，脉象尚有弦数之象，但右寸已不洪大。上药已收显效，故再守前方稍事加减。

上方生大黄加到9g，黑山栀加到12g，以加强清泄血热之力。去当归炭以免辛温助热。更加元参12g，麦冬12g，以加强滋阴、凉血、降火之力，与生地、天冬相伍，不但凉血，并能补益咳血所伤之阴，不但祛邪并能扶正。再服3~5剂。

三诊（6月22日）：上药服3剂，咳血已完全止住。又服2剂，精神体力明显好转，咳嗽亦明显减轻，已能上班参加一些工作。自觉病已痊愈，准备再服几剂药，出差去做一次外调工作，故要求除拿汤药外，再拿些丸药，以备途中服用。目前尚有些嗓子痛，舌苔渐化为薄白，已不黄，脉象尚较数。再拟凉血、清热、养阴去，处方如下：

生地黄21g，元参15g，天冬、麦冬各9g，生石膏60g（先下），知母9g，黄芩12g，黑山栀12g，板蓝根9g，桑皮9g，地骨皮9g，白及9g，生藕节15g，赤芍

9g，丹皮6g。水煎服，3~5剂。

另：荷叶丸14丸，1日2次，每次1丸，温开水送服。服完汤药后，接服丸药。

1968年9月随访：早已痊愈，正常工作，未再发生咳血。

## 学习与运用辨证论治的体会

### 一、中医理论是辨证论治的坚实基础

辨证论治的具体体现是理、法、方、药，若把这四方面分开来看，“理”是指中医理论而言，如果把它们合起来看，则“理”又贯穿在法、方、药三个方面之中，所以说理、法、方、药不可截然分开，其中“理”又占首要地位。因此，学习与运用辨证论治必须研究中医理论，学习中医理论。对以下几个重要的学术观点，要有比较明确的认识，才有利于深入理解与掌握辨证论治。

1. 整体观念 中医理论最大的一个特点就是整体观念，它通过阴阳、气血、脏腑、经络、五运六气等学说，把人体的生理与病理、内与外、上与下、器质与功能、精神与物质，甚至机体与环境等都统一为一个整体。例如：“心”居胸中，主血（内），其华在面，发乃血之余（外）。舌为心之苗，主神明与脑有关（上），与小肠相表里，下络小肠（下）。藏神，喜伤心（精神），色赤，如倒置未开莲花（物质），行血，藏神，主脉（生理），诸痛痒疮皆属于心（病理）等等。只举这一

脏，余脏不赘述，可见五脏并不只是形态学上的分类，而是用这种归纳法把人体的功能、器质、上下、内外、生理、病理等都统一了起来，并且通过它们把机体与外在环境也统一了起来，例如脉象有春弦、夏洪、秋毛、冬石，病情有寒伤肾，湿伤脾，长夏善病洞泄，秋善病风症等等，这种把人体看做一个互相联系着的有机整体的观点，不但有效地指导着对疾病的防治，而且也对养生、防老起着重大作用。

这种思想是与中国古代哲学家的朴素的辩证唯物主义的自然观分不开的，恩格斯在《自然辩证法》中曾高度评价了这些思想，他说：“虽然十世纪上半叶的自然科学在知识上，甚至材料的整理上高过了希腊古代，但是它在理论地掌握这些材料上，在一般的自然观上却低于希腊古代。”还说：“在希腊人那里——正因为他们还没有进步到对自然界的解剖、分析——自然界还被当作一个整体从总的方面来观察。……如果说，在细节上，形而上学比希腊人要正确些，那么，总的说来希腊人就越比形而上学要正确些。”中医理论也与此有相类似之处。总之，中医理论是从整体观念出发的，这与局部观点大不相同，把若干局部加起来，并不等于整体观，这一点非常重要。中医在整体观的指导下，把人体当做一个上下、内外、功能、器质都统一起来的整体，一个与自然环境统一起来的整体来考虑问题。例一虽然西医诊断为脑动静脉的畸形，中医则从整体出发，认为病变虽然发生在上（头部），而与下头关系非常密切，上部不该出

的血（鼻出血、脑出血），与下部该来潮而来的血（月经），是统一的整体。经中医理论分析而诊为倒经之病，治疗也是从整体考虑采用了上病下取，以调经的法则而治愈。例二的病变也在脑部，西医认为需要手术治疗，中医理论分析则认为与肝心脾都有关系，但以肝为主，而进行了重点活肝全身照顾的整体治疗，并未专治脑而收效。所以，在临床上运用辨证论治时，对某一局部症状某一精神症状，某一脏腑症状或某一功能障碍，都必须从整体出发，全盘考虑。

2. 动变制化思想 祖国医学运用阴阳五行、五运六气、经络脏腑、气血循环等学说，认为天地间一切物质都在不停地运动变化着，当然人体的生命现象也是在一刻不停的新陈代谢中有规律地运动、有制约地变化着，在一定条件下维持着机体的动态平衡，如《黄帝内经素问·六微旨大论》中说：“夫物之生从于化，物之极由变，变化之相薄，成败之所由也。”又说：“成败倚伏行乎动，动而不已，则变诈矣”。又说：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。故非出入无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。”《黄帝内经素问·天元正纪大论》中说：“动静相召，上下相临，阴阳相错而变由生也。”并且强调这种运动只有在互相制约、互相促进的互相协调之中，才能保持正常的变化，维持在一定条件下的动态平衡。所以《内经·六微旨大论》也指出：“亢则害，承乃制，制则生化。”根据这种思想，认为疾病也是在不停的传变转化。所以，对例一则考虑到

既然脑动静脉已发生畸形，但它的存在与发生的功能障碍，是在人体变化过程中有条件的存在着，如使其条件改变，恢复其“承乃制，制则生化”的功能，则可改变其病理情况，即发生功能障碍的情况，而使之能够向有利的方面改变，故此，通过采用通经化瘀、调理冲任、上病下取等治法改变全身的条件，在动变制化中诱导其发生向愈的转变，引发出使疾病痊愈的变化，而达到“阴平阳秘”的目的。对例二，也是认为既然脑中占位性病变，决非一两天所形成，为什么现在才发生症状呢？这说明它是在一定条件下发生疾病的，所以我们用药物平肝熄风、化痰安神，给予整体调理，使其正在动变着的因素，转化为对机体有利的条件，以使其失去制化的动变，转化为有制化的动变，恢复整体“承乃制，制则生化”的动变制化，而维持机体在一定条件下的动态，以至痊愈。正如《内经》所说：“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”

3. 从化理论 祖国医学不但重视疾病的动态变化，而且注意疾病的性质变化。在长期密切观察疾病性质变化时认识到，不但病邪不同可以引起不同的疾病，即使病邪相同也不时可以出现不同的疾病，通过长期实践总结出从化规律：病邪虽同，从化各异，从阳化热，从阴化寒。譬如有三个人身体健康状况相同，在同样条件下受了寒，得了病。一个人表现为头项强痛，恶性寒发热，身痛无汗，气闷微喘，脉象浮紧等症而属于伤寒病的太阳表实证。另一个人表现为畏寒怕冷，不发热，腹

满而吐，食不下，腹部阵阵作痛，大便稀泄，口不渴，脉象沉等症而属于伤寒病的太阴里寒证。第三个人初起时微恶风寒，很快即表现为发热而渴，头痛，无汗，微咳，脉象浮数等症而属于温病的风温卫分证。为什么同是受了“寒”邪，而得病却不同呢？中医认为，这是由于寒邪侵入之后，随着每个人当时体内阴阳虚实的不同而“从化各异”，一般规律是“从阳化热，从阴化寒”。上述的第三个人，是阳性体质或当时体内已有积热，故“从阳化热”而形成了温病。第二个人为阴性体质或当时体内已伏有寒邪，故“从阴化寒”而形成了伤寒病的里寒证。第一个人则身体素壮，寒邪自外侵入，人体的卫外之气立即在机体皮表之分与寒邪抗争，而形成伤寒病的太阳表实证。这仅是举寒邪为例，其余的各种病邪均有“从化各异”的情况。病邪不但在发病时可以从化各异，即使在疾病的发展变化过程中，也有从化各异的情况。例如伤寒病的少阴证中就有寒化证的附子汤证、四逆汤证等，热化证的猪苓汤证、黄连阿胶鸡子黄汤等等的不同。厥阴证中也有厥热进退、阴阳胜复的变化等等。温病、杂病中也有这类情况，均为病邪随着当时机体内外不同条件而“从化”不同的。正如《医宗金鉴》中说：“六经发病尽伤寒，气同病异岂期然。推其形脏原非一，因从类化故多端。明诸水火相胜义，化寒化热理何难，漫言变化千般状，不外阴阳表里间。”从以上例子说明，祖国医学很重视由于各人体质和反应性不同，而使疾病过程引起了千差万别的不同情况，故在



辨证论治时必须注意到病邪对人体的损害与抗损害斗争中的不同内容及人体在一定条件下如何自己运动的规律中去辨别疾病的证候，预见疾病发展的趋势，帮助和调动人体内部的抗损害因素和机能而战胜疾病。本文例二，从其苔白脉滑知为痰浊阻滞舌本，从其健忘不眠知心神不守，但据《内经》“诸风掉眩皆属于肝”的理论来分析，本病人以抽搐为主，痰可从风化风痰，心中相火可从阳从肝化风，故定为“以肝为主”论治。例三，据“先痰嗽后见红，多是痰积热”，也知痰浊久郁化热，再结合血色鲜红，右寸脉洪大而数，故按热治而效。

总之，中医很重视从人体内部找出差异、变化而深入地把握病情发展转化。故在学习与运用辨证论治时，应随时结合从化理论分析考虑，则会对提高辨证论治水平，有很大帮助。

4. 循症求因，治病求本 祖国医学经过数千年的无数实践，在整体观念的指导下，总结了一套通过病人症状进一步探究人体全身变化情况的方法，后人称此为“循症求因”，而把症与因统一起来。例如“风”的症状是善行数变，痒，抽搐，掉眩，游走，常与肝有关，故有脉弦等；“湿”的症状是病体沉重，缠绵难愈，水肿，胸闷纳呆，身热不易速退，舌苔厚腻，脉滑常与脾有关等等。医生就可以根据因症统一的规律去“循症求因”，从分析局部病变的相互关系和症状的特点从整体上认识疾病的本质。本文例一本为脑部出血，但经过问诊知道月经不潮时则鼻出血，如鼻不出血则头痛，并且有过一

次因月经不来，鼻也未出血而脑出血。这次又是月经两个月未来，所以诊为倒经。总这，学习与运用辨证论治要注意“循症求因”，不要“头痛医头，脚痛医脚”，搞“对症治疗”。

在“循症求因”的同时，还要注意“治病必求于本”。明代医家李念莪在《内经知要》中对本句的注解说明：“人之疾病，虽非一端，然而或属虚，或属实，或属寒，或属热，或在气，或在血，或在脏，或在腑，皆不外于阴阳。故知病变无穷，而阴阳为之本。”又说：“洞察阴阳，直穷病本，庶堪司命。”可见中医把人体各种结构和功能，概括成相互制约、相互促进、对立而统一的阴阳两个方面，认为阴阳在互相消长的运动中保持动态平衡，机体才能进行正常的生命活动，如果阴阳失调，就会发生疾病。因此，中医治病的根本目的，主要是调整人体阴阳的偏盛偏衰，促成“阴平阳秘”以恢复和保持阴阳的相对平衡。所以在治病法则的总体上，古代医学家强调着眼于调整阴阳这个根本。如《黄帝内经素问·阴阳应象大论》中说：“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡。”唐代王冰说：“益火之源，以消阴翳；壮水之主，以制阳光。”明代张景岳说：“阴根于阳，阳根于阴，凡病有不可正治者，当从阳以引阴，从阴以引阳，各求其属而衰之。”比如例三，本为大咳血，但并未单从止血来治疗，而是辨出其出血是因为热盛；加外，已大咳血数日，每次出血量很大，一般应认为是虚证，但经四诊分析，辨出是

血热及痰热壅肺的实证、热证，采用清热凉血降气佐以化痰而治愈，总之，学习与运用辨证论治，必须注意到“治病必求于本”这个最根本的道理。

## 二、深入理解“病”、“证”、“症”的不同

1. 什么是“证” “证”是从整体观念出发，把通过望、闻、问、切四诊得来的各种材料，进行综合分析，运用八纲辨证、六经辨证、脏腑辨证、经络辨证、病因辨证、卫气营血辨证等各种理论和方法，结合病人的具体情况并联系客观条件等各种有关因素，对疾病进行：去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的分析、归纳、推理、判断工作，进而作出对目前疾病一定阶段综合反应的认识——证。可以说“证”的确定过程，也就是以疾病的认识过程从感性走上了理性。所以“证”就不是一堆现象的罗列，而是对疾病的各种内部矛盾的认识，对疾病现阶段邪正斗争情况进行分析归纳而得出来的判断结果，从而形成了各种“证”的概念。“概念这种东西已经不是事物的现象，不是事物的各个片面，不是它们的外部联系，而是抓着事物的本质，事物的全体，事物的内部联系了。概念同感觉，不但是数量上的差别，而且有了性质上的差别。”（《实践论》）所以也可以说“证”是“论治”的前提、“论治”的依据。并且还可以通过对“证”的认识和对其变化规律的观察，进一步总结出具有多种“证”候变化规律及不同特点的“病”来。例如本文例1诊为倒经病，肝肾不足兼瘀血证。例二诊为瘰疬，肝风挟痰上扰证。例三为咳

血病，血热妄行证。这就已经不是卧床不起、面色青白、月经不潮、半身肢体抽搐、神情焦急、健忘、咳嗽吐痰、每晚大咳血等等症状的堆积与罗列了，而是要根据“证”来进行“论治”。

2. 证、症、病的异同 知道了“证”是什么，则已经解决了主要问题。但是还应注意区分“证”与“症”和“病”的不同。有的学者提出症字下证字可以通用，其根据是古代无“症”字，只有“证”字，所以认为无须区别。这对单从一个字的考证来说是对的。但是事物是发展的，古代没有的字现代有了，现在大家已经习惯地把“症”字指症状而言，所以我认为在医学领域里如把症、证、病赋以明确的含义，并逐渐地统一起来，对观察、研究疾病，对医学理论的探讨都是有利的。兹谈点个人看法，仅供参考。

证：前面已经谈过什么是证，故不再赘述。也有时把证说成“证候”，这与“症状”是不同的。

症：“症”指“症状”而言。症状是人体因患病而表现出来的异常状态。一般来说，有自觉的症状和他觉的症状。自觉症状如头痛、恶寒、咳嗽、发热、腹痛、泻吐、胸闷、腹满、眩晕、目花等等。他觉症状如身热炙手、四肢厥冷、腹部压痛、目黄、目赤、口臭、舌苔黄腻、腹胀、脉弦、脉数、无脉等等。这两种症状常同时存在，有的也不能截然分开，例如腹张、高烧、腹中积块等，既是自觉的又是他觉的。总之，这些在疾病过程中表现出来的种种异常状态和不适统称为“症状”。

病：“病”是指包括一群症状，具有一定的特点，有自己的变化规律，包含各种不同阶段的不同证的不健康状况而言。中医把这种状况总称为“病”。例如伤寒病、温热病、疟病、痢疾、中风、霍乱等等。再举例如下表：

中医独立诊治时 (以伤寒为例)	{	症：头痛项强，恶寒发热，自汗出，脉浮缓。
		证：太阳表虚证。治法：调和营卫。
中医诊治西医诊断 的疾病时 (以急性菌痢为例)	{	方药：桂枝汤加减。
		病：伤寒。
	{	症：腹痛、泄肚，里急后重，大便带脓血，血多脓少，身热身重，口下不欲多饮，舌苔黄厚腻，脉象滑数。
		证：中焦湿热积滞证。治法：清热利湿导滞。
	{	方药：芍药汤加减。
	{	病：痢疾（湿热痢）。

从以上举例可以看出，辨证论治的中心思想是“证”，有了证才能立法、选方、用药。但是，证的确立，需要根据对许多症状的分析归纳。

再进一步分析，如果证是属于某病的，则对证的认识和处理以及转化趋势的分析等，就更深刻、更有规律可循。例二病名叫“瘧疾”，如不辨出为肝风挟痰上扰之证，则不能立法、处方、用药。例三为大咳血，中医统称为血病，如不辨出是寒、是热、是虚、是实的“证”来，将不会制订出针对性的治法。如果一味地止血，将不会有理想的效果。辨出了热证、实证、采用了凉血、清热、降气，佐以活瘀的治法，就取得了良好效果。所以说症、证、病，都是人体不健康状态的反映，

既互相联系着，又是有区别的。学习与运用辨证论治时，就应注意区别。

### 三、治疗西医已确诊的疾病，也要辨证论治

中医在诊治曾经西医诊断过的疾病时，仍需要注意运用辨证论治的理论和方法去进行分析、归纳，辨出是中医的何病、何证，然后根据证情立法，选方，选药，组织处方，制订医疗措施，当然也可以根据具体情况和条件，注意吸取现代医学知识和现代科研成果，将其有机地结合起来，进行考虑、研讨，制订治疗方案，但不要勉强拼凑。实践证明，这样做可以取得较好的疗效。亲身体会，在运用中医辨证论治的方法治疗西确诊的疾病时，要注意以下几点。

1. 不要“对号入座” 所谓“对号入座”即西医某病即是中医某病，不进行辨证即套用某方。便如大叶性肺炎对号春温，不加辨证地去套用麻杏石甘汤治疗；乙脑对号暑温而套用白虎汤治疗，溃疡病对号胃脘痛硬套黄芪建中汤或乌贝散治疗……。要知道中医、西医各有自己的特点。中医对疾病的认识、归类 and 诊断、治疗等，均与西医不同。有的病名虽同，但其含义和概念也不一样，例如疟疾、痢疾、感冒等。举疟疾和痢疾来说，西医诊断疟疾以找到各种疟原虫为依据，诊断痢疾（菌痢）以培养出各种痢疾来确诊。治疗则以杀灭原虫或细菌为主要措施。中医诊断疟疾和痢疾，则主要根据人定期寒热多少，寒热先后，但热不寒，但寒不热，下痢赤白，里急后重，喜冷喜热，赤白多少，便如赤豆

汁，例如鱼脑等等，以及舌、脉、面色、气味变化等全身反映，运用辨证方法，把它们分为正疟、瘧疟、牝疟、瘴疟、湿热痢、疫毒痢等不同病证，在治疗方法上也不是针对原虫、细菌这些致病因子，主要的是随证采用和解少阳、调和营卫、清利湿热、调气和血等整体治疗的方法，帮助人体在疾病发生发展过程的不同阶段克服疾病损害，提高抗病能力和代偿能力，调整机体阴阳气血应有的动态平衡，促进机体恢复健康。因此，中医不论是用药物还是用针灸治疗疟疾和痢疾，均可取效。由此推论，中医在治疗西医诊断的肝炎时并不专治肝，治疗贫血时也不专补血，治疗肺炎并不专治肺，治疗肾炎时也不专治肾，而是运用辨证论治的方法进行整体治疗。如果见到肝炎就专治肝，肾炎就专治肾，胆囊炎就专治胆，一病一方，对号入座，常常效果不理想。例一我就没有单去考虑脑血管出血，而是从整体考虑进行辨证论治，取得了满意的效果。例二也并没有单从脑占位性病变去考虑，而是从整体出发进行了辨证论治，才取了满意的效果。

2. 不要单以西医“病名”作为治疗依据 由于中西医学各有特点，理论体系不同，所以中医不要单以西医的“病名”作为依据进行治疗。如遇有高血压就想去降血压，血小板减少性紫癜就专想去升血小板，风湿性心脏病就专想祛风湿等等，这样常常效果不好。例如我带领西学中班同学实习时，曾治一小舞蹈病，第一诊时同学们根据小舞蹈这一病名去查书找到一张现成的药

方，结果吃了6剂，毫无效果。第二诊时吸取教训，采用了辨证论治的方法，辨证为肝经风动、心经热盛的弄舌风病，改用镇肝、清心、熄风之法而愈。本文中的例一，西医诊断为“蛛网膜下腔出血”，如据此病名用止血药，则不但不能治愈，恐还要转生其他毛病。本文中的例二被西医诊断为脑占位性病变（脑肿瘤？），我也没有据此病名采取消除肿瘤的药物，而是根据辨证论治运用了平肝熄风、化痰安神之法而治愈。可见，运用中医辨证论治比单纯根据西医病名治疗效果明显。

3. 不要“中药西用” 近些年来，国内外不少医药工作者，对许多中药进行了现代药理学的观察与研究，做出了不少成就。例如，对不少药物已清楚地了解到具有抗菌作用，有的有抗病毒作用等等，这都是很可喜的成就。但是，对这些科研成果的吸收与运用，也出现了不同的方法。例如有的人认为经过西医诊断是由细菌引起的疾病，则搬用大量具有抗菌作用的中药去抑制细菌；诊断是由病毒引起的疾病，则堆砌许多具有抗病毒作用的中药去抗病毒；而且认为可以舍证（中医的证）从病（西医的病）用药。实质上这种方法是形而上学的“中药西用”，经过了这些年的临床实践，证明这样用药，不如运用辨证论治的方法选用药物、组成方剂的疗效好。例如西医诊断的传染性肝炎是由肝炎病毒引起，如果不管病人的证候如何，只顾大量地使用蒲公英、败酱草、板蓝根、大青叶等清热解毒、抗病毒之品去治疗，则往往出现不但肝炎症状未见好转，而且又增



加了舌苔白厚、胃部不适、大便溏泄、食欲减退等症状，因为这些药物都是苦寒之品，大量应用或长期应用，则会造成苦寒害胃、伤中伤脾的不良后果。即使所谓具有“适应原”样作用的人参，如不根据辨证论治选择适应的证候去使用，而是认为此药力是完全向着对机体有利的方向进行的，就认为多多益善，大量、长期应用，则常常是不但没有治愈疾病，反而出现了头痛、牙痛、口干、便燥、鼻衄、腕堵、胸闷、性情急躁等气盛火热的症状。我曾治疗东北一位患者，因为用人参6两炖了1只鸡，分两顿吃后即食欲全无，几个月都治不好，人瘦得十分可怜，经我调理，辨证论治服用汤剂30多剂才治愈。这都是不按理、法、方、药的规矩用药，而是没有考虑中药性味功用“中药西用”的结果。本文例一、例二、例三均是运用辨证论治的方法去用药的，都注意到没有生搬硬套地“中药西用”，故而都取得了良好的效果。

#### 四、学习辨证治应注意研读的一些书籍

中医书籍浩如烟海，让人望洋兴叹。所以必须抓住重点，把主要书籍熟读、消化、吸收，并在实践中反复体会，临证才能得心应手；同时再旁采诸家之长，进一步提高诊治水平。对于在临床上已经独立工作了数年的医生来说，多看些前人及近人的医案，是有很大帮助的。医案是医家诊治疾病时的临证记录，也是辨证论治的具体体现。虽然有些写得比较简略，但都能体现出理论与实践的密切结合理、法、方、药的种种灵活变化。

例如华岫云在叶天士《临证指南医案》“凡例”中说：“此案用何法，彼案加用何法，此法用何方，彼法另用何方，从其错综变化处，细心参玩。更将方中君臣佐使之药，合病源上细细体贴，其古方加减一二味处，尤宜理会，其辨证立法处，用朱笔圈出，则了如指掌矣。切忽草率看过，若但得其皮毛而不得其神髓，终无益也。”从此段文字，可以看出学习医案，对学习与运用辨证论治，会有很大启发和帮助。大家比较常看的医案如：《名医类案》、《薛氏医案精华》、《柳选四家医案》、《临证指南医案》、《寓意草》、《吴鞠通医案》、《全国名医验案类编》、《清代名医验案精华直》、《蒲辅周医案》、《岳美中医案》、《黄文东医案》、《老中医医案医话选》等等，可以选择阅读。如果对中医理论、各家学说有了深厚的基础，读这些医案收获就较大。如华岫云说：“然看此案，须文理精通之士，具虚心活泼灵机，曾将《灵》、《素》及《前贤诸书》参究过一番者，方能领会此中意趣。”所以我认为，欲学好辨证论治，应熟读《素问灵枢汇纂约注》、《灵素集注节要》、《内经辑要》、《内难选释》之类的书籍，选其中一种熟读为主，如能进而读读全部的《黄帝内经》则更好。其次为《伤寒论》、《金匱要略》，可以读陈修园《伤寒论浅注》、《金匱要略浅注》入手。近些年各中医院校均有《伤寒》、《金匱》讲义，附有白话注释，可以选用。再如《温病条辨》、《温热经纬》以及《各家学说讲义》、《叶选医衡》、《濒湖脉学》、《中药方剂学讲义》、《中医诊断学讲

义)、《本草备要》、《医方集解》一类的书籍均应研习。再结合个人专业,选读各专业书籍,通过对医案的学理解,逐步深入,不断提高。华岫云在《临证指南医案》中说:学者习之,苟能默契其旨,大可砭时医庸俗肤浅呆板,偏执好奇,孟浪胆大诸弊。”可见学习好的医案,确有很大帮助。今再录前人两段文字,以作为本文的结束,一段是关于书医案的要求,一段是一个治验的医案,即现代所说的病历分析。现摘抄如下:

1.《寓意草·与门人定义病式》:“某年某月,某地某人,年纪若干。形之肥瘦长短若何;色之黑白枯润若何;声之清浊长短若何;人之形志苦乐若何。病始何日,初服何药,次后再服何药。某药稍效,某药不效。时下昼夜孰重,寒热孰多,饮食喜恶多寡,二便滑涩有无。脉之三部九候,何候独异。二十四脉中,何脉独见,何脉兼见。其症或内伤,或外感,或兼内外,或不内外。依经断为何病,其标本先后何在,汗吐下和寒温补泻何施。其药宜用七方中何方,十剂中何剂,五气中何气,五味中何味……一一详明,务令纤毫不爽,起众信从,允为医门矜式,不必演文可也。”(清·喻嘉言)

2.《卫生宝鉴·过汗亡阳治验》(见《杂病广要·中湿》):“中山王知府次子薛里,年十三岁,六月十三日,暴雨方过,池水泛滥,因而戏水,衣服尽湿,其母资之,至晚觉精神昏愤,怠惰嗜卧,次日,病头痛身热,腿脚沉重。一女医用和解散发之,闭户塞牖,覆以重衾,以致苦热不胜禁,遂发狂言,欲去其衾而不能得

去，是夜汗至四更，湿透其衾，明日寻衣撮空。又以承气汤下之，下后语言渐不出，四肢不能收持，有时项强，手足瘛瘲急而挛，且左视而白睛多，口唇肌肉蠕动，饮食减少，形体羸瘦。命予治之，具说前由。予详之，盖湿而失于过汗也，且人之元气，起于脐下肾间动气，周于身通行百脉。今盛暑之时，大发其汗，汗多则亡阳，百脉行涩，故三焦之气不能上荣心肺，心火旺而肺气焦。况因惊恐内蓄，《内经》曰恐则气下，阳主声，阳既亡而声不出也。阳气者精则养神，柔则养筋。又曰夺血无汗，夺汗无血。今发汗过多，气血俱衰，筋无所养，其病为窒，则项强，手足瘛瘲急而挛。目通于肝，肝者筋之合也，筋既燥而无润，故目左视而睛多。肌肉者脾也，脾热则肌肉蠕动，故口唇蠕动，有时而作。经云肉痿者，得之湿地也。脾热者，肌肉不仁发为肉痿。痿者痿弱无力运动，久而不仁。阳主于动，今气欲竭，热留于脾，故四肢不用。此伤湿过汗而成坏证明矣。当治时之热，益水之源救其逆，补上升出发之气。《黄帝针经》曰：上气不足，推而扬之，此之谓也。以人参益气汤治之。《内经》曰：热淫所胜，治以甘寒，以酸收之。人参、黄芪之甘温，补其不足之气而缓其急，故以为君。肾恶燥，急依辛以润之。生甘草微寒，黄柏苦辛寒，以救肾水而生津液，故以为臣。当归辛温和血脉，橘皮苦辛，白术苦甘，炙甘草甘温，益脾胃，进饮食。肺欲收，急食酸以收之。白芍药之酸微，以收耗散之气而补肺金，故以为佐。升麻、柴胡苦平，上升

生发不足之气，故以为使；乃从阴引阳之谓也。人参益气汤：黄芪五分，人参、黄柏（去皮）、升麻、柴胡、白芍药各三分，当归、白术、炙甘草各二分，陈皮三分，生甘草二分。上十一味咬咀，都为一服，水二盏半，先浸两时辰，煎至一盏，去粗热服，早食后、午食前各一服投之。三日后语声渐出，少能行步，四肢柔和，食饮渐进，至秋而愈。”（元·罗天益）

通过以上例子，我认为如果我们好好学习前人这种认真负责、一丝不苟、究理探源、全面考虑的治学精神，再结合近代的研究成果及有关内容，随证参悟，分析归纳，深入钻研，定会使我们的辨证论治水平日益提高。

## “大倭”刍议

焦树德

强直性脊柱炎（Ankylosing Spondylitis）简称 A.S.，是西医学的病名，也是世界公认的难治病。西医学认为“本病病因迄今未明，因此尚缺乏特异治疗（《风湿病学》）”。

中医学中虽无强直性脊柱炎这一病名，但从其临床表现来看，它属于“痹”病范畴，在前些年中，我曾把它归属于“尪痹”、“肾虚督寒证”中经用自拟的“补肾强督治尪汤”治疗，收到了很好的疗效。近几年由于本病就诊人数的增多，也随着对本病研究工作深入，逐渐认为把强直性脊柱炎仅仅归在“尪痹”的“肾虚督证”一证中，还不够全面。因为有的病人的确多出现肾虚督寒证，但也有不少病人，出现邪郁化热证，虽腰脊疼但不怕凉，也不喜热；还有的病人虽然主要病变在腰脊，甚或上下肢串等等。所以，我认为中医学对强直性脊柱炎一病进行专门地系统全面的观察与研究是很有必要的。况且，1994年6月发布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证疗效标准》中，也收入了“尪痹”这一病名，规定是指类风湿性关节炎。因而中医对强直性脊柱炎一病应该考虑建立新的中医病名，以适应临床

治疗与研究的需要。

从西医学理论来看，自从类风湿因子和组织相容抗原 HLA-B<sub>27</sub> 的发现以来，也认为类风湿性关节炎与强直性脊柱炎是两种不同的疾病，“《希氏内科学》1982 年第 16 版开始将本病和类风湿性关节炎分开描述”（《风湿病学》）（《现代内科学》）中也说：“由于不少病例发展为脊柱‘弯曲’，脊柱强直少见，因此，A. S 不是一个理想的名称。”

基于以上诸种情况，尤其是中医辨证论治的需要，我认为中医学也应把强直性脊柱炎与类风湿性关节炎分开论述，把类风湿性关节炎归到疝痹中研究，将强直性脊柱炎归到“大倮”中去探讨。

“大倮”之名，首见于《黄帝内经》，该书“生气通天论”中说：“阳气者……开阖不得，寒气从之，乃生大倮”。大倮，王冰注曰：身体俯曲，不能直立。倮，背脊弯曲。”再结合“痹论”中所说：“肾痹者善胀，尻以代踵，脊以代头”等论述，我认为可将强直性炎称之为“大倮”，并且仍可归于“痹”病范畴。下面谈谈个人的一些不成熟的意见，仅供同道们参考。

“倮”读“旅”音(lǚ)，《新华字典》注说：“脊背弯曲”，《辞源》注：“曲背”，如“倮指而数”即屈指而数的意思。“大倮”，《简明中医辞曲》注解：“指曲背俯身的症状”。《中国医学大辞典》说：“大倮，背俯也”。“大”字，也有两种涵义：一指脊柱为人体最大的支柱；一指病情深重。例如《素问·四时刺逆从论》中

说：“冬刺络脉，内气外泄，留为大痹”，大痹也即指病情深重的痹。大倮即是指病情深重、脊柱弯曲、背俯的疾病，我们用“大倮”来指强直性脊柱炎是比较合适的，是符合中医理论的。名正则言顺，有了病名，则便于系统全面、比较深入地进行研究探索。

### 大倮的病因病机

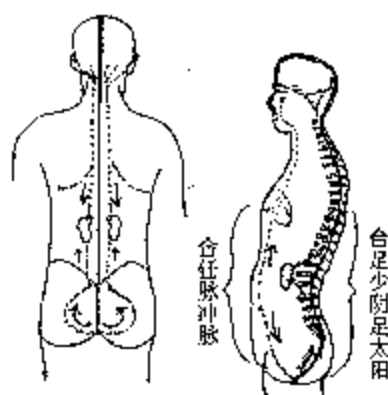
《黄帝内经·素问》“生气通天论篇”说：阳气者，精则养神，柔则养筋，开阖不得，寒气从之，乃生大倮”。同书，“脉要精微论”说：“背者胸中之府，背曲肩随，府将坏矣。腰者肾之府，转摇不能，行则倮附，筋将惫矣。”同书，“至真要大论”曰：“太阳在泉，寒复内余，则腰尻痛，屈伸不利，股胫足膝中痛。”《金匱要略》“血痹虚劳篇”说：“其病脉大，痹侠背行。”《诸病源候论》“背倮候”说：“肝主筋而藏血，血为阴，气为阳，阳气精则养神，柔则养筋，阴阳和同则气血调适，共相荣养也，邪不能伤。若虚则受风，风寒搏于脊膂之筋，冷则挛急，故令背倮。”“腰痛不得俯仰候”说：“肾主腰脚，而三阴三阳、十二经、八脉，有贯肾络于腰脊者，劳损于肾，动伤经络，又为风冷所侵，血气搏击，故腰痛也。阳病者，不能俯，阴病者，不能仰，阴阳俱受邪气者，故令腰痛而不能俯仰。”《医学入门》说：“腰痛新久总肾虚。”《证治准绳》论腰胯痛说：“若因伤于寒湿，流注经络，结滞骨节，气血不和，而致腰胯疼痛。”《东医宝鉴》论“背伛倮”时说：“中湿背伛



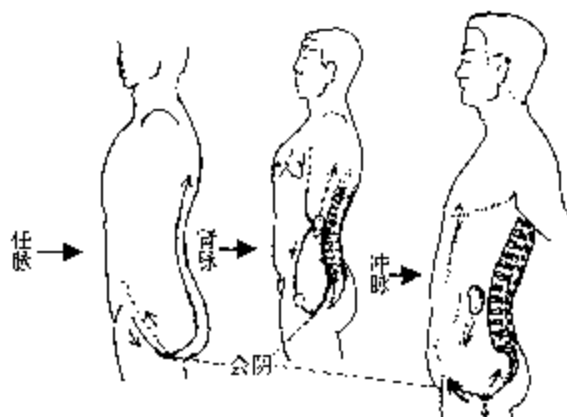
倮，足挛成废。腰脊间骨节突出，亦是中湿。老人伛倮乃精髓不足而督脉虚也。”《中国医学大辞典》说：“‘大倮’背俯也。”《医学衷中参西录》说：“凡人之腰痛，皆脊梁处作痛”此实督脉主之。……肾虚者，其督脉必虚，是以腰疼。”

综观以上病因病机，可知此病的发病是因“阳气不得开阖，寒气从之”而形成。督脉为人身阳气之海，督一身之阳；腰为肾府又与足太阳相表里，所以肾督两虚，寒邪最易入侵，寒邪入侵肾督，阳气不得开阖，寒气从之，乃生大倮。可见肾督阳虚是本病的内因，寒邪入侵是其外因，内外合邪，阳气不化，寒邪内盛，影响筋骨的荣养淖泽，而致脊伛倮，乃形成大倮。

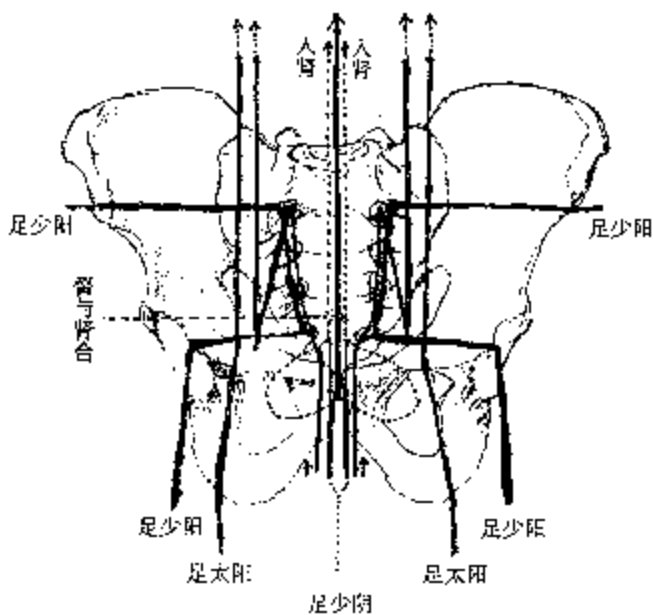
下面再从有关的经络循行和病机关系进行探讨（如图）：



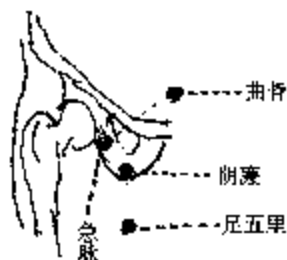
督脉（腰、骶脊、腹）循行示意图



肾、任、冲经脉在腰、脊、腹、臀部示意图



足少阴、足太阳、督脉在腰、骶、脊臀处循行示意图

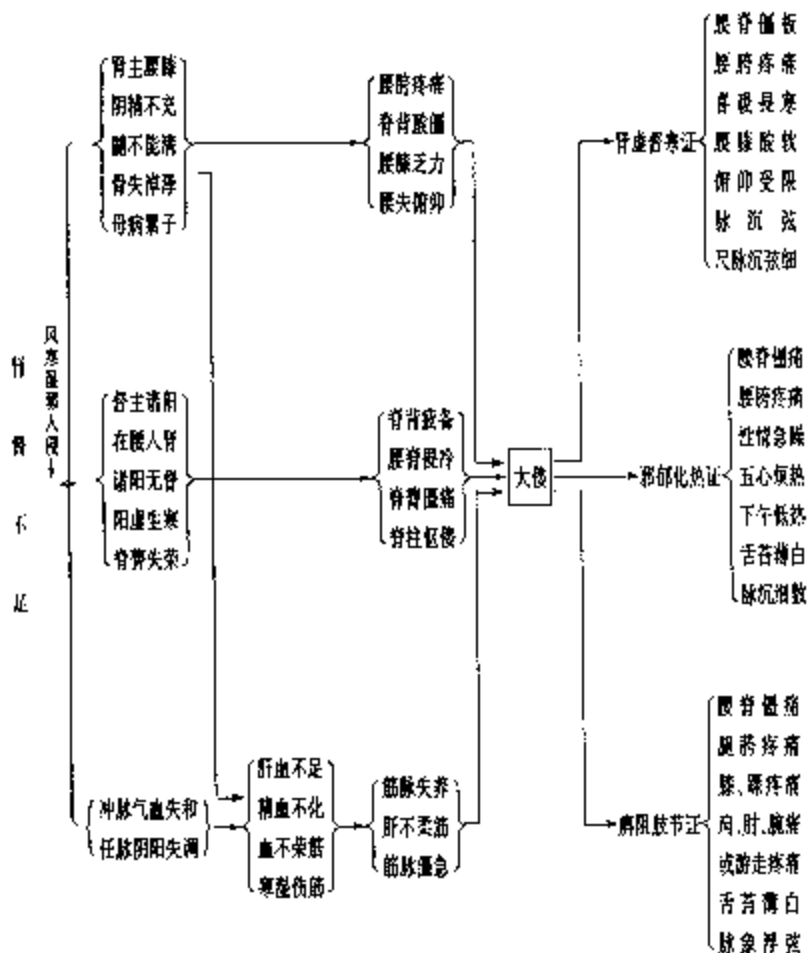


足厥阴在耻骨、坐骨、髌骨（附近）循行示意图

从与腰、脊、膀、尻有关的经络来看，肾脉与督脉密切相关，并在腰、臀、膀、尻处又与肝脉、任脉、冲脉相互联系，有的同起、有的同行、有的贯脊、有的人肾。《内经·经脉》篇也说过：“肾足少阴之脉……上股内后廉，贯脊属肾……”肝经之脉也有一段与肾密切联系，如《内经·经脉》中说：“肝，足厥阴之脉……循股阴入毛中，过阴器抵小腹……”。又如《证治准绳》说：“督脉者与冲任本一脉，初与阳明合筋合于阴器，故属于肾而为作强也”。《灵枢集注》曰：“任督二脉，并由于肾，主通先天之阴阳……”《类经》说：“故启玄子引古经云：‘任脉循背谓之督，自少腹直上者谓之任脉。由此言之，则是以背腹分阴阳而言任督，若三脉者，则名虽异而体则一耳，故曰任脉、冲脉、督脉一源而三岐也’。”

中医学认为肾主骨、主腰膝和二阴，为肝之母；肝主血海、脉络阴器、主筋、为肾之子；冲脉为五脏六腑之海，注少阴（肾）之在络，“并与少阴肾之经”；任脉

与冲脉同起于胞中，上循背里，为经络之海。李时珍曾说，任督乃人身之子午。所以我认为“大倭”之病与任督最有关系，是为肾督二经之病。



大倭病因病机、证候示意图

再从西医学关于病因的探讨中，来看，西医学也认

为肠道感染、盆腔感染、痢疾、淋病、泌尿系感染等都与本病有一定的关系。从中医看来，这些病都与冲、任、肝、肾有关，所以我认为从中医来分析，强直性脊柱炎主要是肾督正气不足，风寒湿三邪（尤其是寒湿偏重者）深侵肾督，督脉督一身之阳，受邪，则阳气不得开阖失于布化；肾受邪，则骨失淖泽，并且不能养肝，肝失养则血海不足，冲任失调，筋骨失养，肾督两虚，脊背腰胯之阳失布化、阳失营养，寒则凝涩而致腰胯疼痛，精血不荣渐致于筋脉僵急，肾阳失布，气血不化而致脊柱僵曲，形成大倮之疾。“大”字涵两义，不仅指脊柱为人体最大的支柱，而且又指病情深重。请参阅大倮病因病机、证候示意图。

## 大倮的常见证候

### 一、肾虚督寒证

腰胯疼痛，喜暖畏寒，膝腿酸软或腰腿疼痛，腰部不能转摇，俯仰受限，见寒加重，得热则舒，或兼男子阴囊寒冷，女子白带寒滑，舌苔薄白或白厚，脉象多见沉弦或尺脉沉弦略细，或弱小。

### 二、邪郁化热证

腰胯疼痛，性情急躁，五心烦热，膝腿乏力，腰脊僵困，下午（或夜间）低热，喜见凉爽，大便或干，或欠爽，舌苔薄黄或少津口燥，脉象多见沉弦细数，或数大有力。

### 三、痹阻肢节证

除腰脊胯尻疼痛外，并兼见膝、踝、肩、肘等关节疼痛或上下肢游走串痛，一般痛处喜暖怕凉，女子或兼有痛经、乳少等症。但邪气久郁化热或从阳化热者，则痛处不怕寒反喜凉爽。不化热者舌苔多白，脉多沉弦或浮大兼弦，化热者脉象可兼数，以上三种症候，舌苔可见薄黄或黄以肾虚寒证较为多见。

### 大倭的治法方药

大倭的治疗方法，是以补肾强督为主，佐以活血脉、壮筋骨。如有邪郁化热者，可佐苦以坚肾、化湿清热之品。痹阻肢节者，可适加疏风、散寒、通利关节之品。

根据以上治法拟定了常用药方三张，都在临床上取得了较好效果。

#### 一、补肾强督治倭汤

此方在补肾强督治痿汤基础上变化而成。

骨碎补 18g，补骨脂 12g，熟地 15g，淫羊藿 12g，金狗脊 30g，鹿角胶（或片、霜）6～9g，羌活 12g，独活 10g，川断 18g，杜仲 20g，川牛膝 12g，地鳖虫 6g，桂枝 15g，赤白芍各 12g，知母 15g，制附片 12g，炙麻黄 5g，干姜 6g，白术 6～9g，威灵仙 15g，白僵蚕 12g，炙山甲 6g，防风 12g。

方解：本方以骨碎补补肾祛瘀强骨；补骨脂补肾阳暖丹田；熟地补肾填髓，生精养血；共为君药。鹿角胶补督脉养精血；淫羊藿补肝肾，益精气，羌活主治督脉

为病，脊强而厥；共为臣药。金狗脊补肾壮腰膝，利俯仰；川断补肝肾，强筋骨；杜仲补肾壮腰，强健筋骨；独活搜少阴伏风；桂枝和营卫通经络，助阳气；赤白芍活瘀补血，配桂枝和营卫；知母滋肾清热，以防温热药燥血生热；麻黄散风寒，配熟地能温肌腠，化阴疽；制附片助肾阳，逐寒湿；干姜温经助阳；白术健脾益气，威灵仙通十二经，祛风邪；防风散风寒，胜湿邪；白僵蚕祛风，除僵结；共为佐药。以川牛膝活瘀益肾，并能引药入肾；炙山甲通经络，引药直达病所，共为使药。

加减法：寒甚疼重者，加制川草乌各 3g，舌台白厚腻者去熟地加苍术 10g，炒白芥子 6g，茯苓 10～20g。大便溏软者减羌活川牛膝用量，加茯苓 20g，白术加至 12g。久病关节强直，不能行走者，可加透骨草 15g，寻骨风 15g，自然铜 6～9g（先煎）。

## 二、补肾强督清化汤

此方是在补肾清热治尪汤和补肾清化治尪汤基础上，化裁而成。

骨碎补 18g，生地 15g，炒黄柏 12g，川断 18g，杜仲 20g，苍术 10g，川牛膝 12g，金狗脊 30g，鹿角霜 6g，羌活 10g，秦艽 15g，地鳖鱼 6～9g，桑枝 30g，桂枝 6～9g，赤白芍各 12g，知母 15g，制附片 6～9g，白术 6g，威灵仙 15g，白僵蚕 12g，生苡米 30g。

方解：本方以骨碎补祛骨风，疗骨痿，活瘀坚肾；生地甘寒益肾，凉血清热；黄柏清热坚肾，共为君药。川断补肝肾，强筋骨；杜仲补腰膝，健筋强骨；鹿角霜

主入督脉，补肾强骨，壮腰膝；金狗脊补肝肾，强机关，利俯仰；羌活主治督脉为病，脊强而厥；共为臣药。苍术化湿健脾；秦艽治潮热骨蒸，通身挛身；地鳖虫剔积血，有接补骨折之能；桑枝祛风清热，通活经络；桂枝辛温和营卫通经络，本方配附片在凉药中稍佐辛温，以防寒凝；赤白芍活瘀养血；知母滋肾清热；白僵蚕祛风除僵；威灵仙疏十二经风邪；生苡米利湿舒筋；白术健脾化湿；共为佐药，川牛膝引药入肾为使药。

加减法：下午潮热明显者，加银柴胡 10g，地骨皮 12g，青蒿 12g。腰部怕风明显者，加独活 10g。口燥咽干（或痛），加元参 15g，并加重生地 20g，兼有腿脚疼痛者，加地龙 6g，槟榔 10g，伸筋草 20～30g。疼痛游走者，加青风藤 15～20g，独活 10g，防风 10g。病久腰背僵曲者加重骨碎补用量为 20g，白僵蚕 15g，另加炒白芥子 6g，透骨草 15～18g，自然铜 6～9g（先煎）。

### 三、补肾强督利节汤

本方在补肾强督治痿汤的基础上适加疏风散寒、通利关节之品，化裁而成。

骨碎补 18g，补骨脂 12g，金狗脊 30g，鹿角胶（或片、霜）6～10g，地鳖虫 6～9g，杜仲 20g，防风 12g，羌活各 10g，川牛膝 12g，片姜黄 10g，桂枝 15g，赤白芍各 12g，知母 15g，制附片 12g，制草乌 3～5g，炙麻黄 5g，白术 6g，青、海风藤各 30g，松节 30g，威灵仙 15g，白僵蚕 12g，伸筋草 30g。



方解：本方以骨碎补活瘀强骨，补肾，祛肾风；补骨脂温补肾阳，暖丹田，壮腰膝，共为君药。鹿角胶补肾脉，养精血，益督阳；金狗脊补肾督，强腰脊，利俯仰；羌活主治肾脉为病，脊强而厥；杜仲补肾强筋骨；制附片性温热大壮肾督阳气，共为臣药。防风散风胜湿；制草乌祛寒助阳；独活搜少阴伏风；桂枝和营卫，助行阳气、通达四肢；赤白芍养血活血；知母滋肾以防温性药生热；麻黄散风寒；松节能利关节；威灵仙通行十二经而祛风邪；白术健脾益气，配附片为术附汤能治四肢关节痛；白僵蚕祛风邪，化僵结；青风藤、海风藤通达四肢，祛风止痛；伸筋草通经络祛风邪，共为佐药。以川牛膝引药力入下肢，益肾活络，以片姜黄配桂枝横走肩臂，活血通络引药力祛除上肢疼痛，共为使药。

加减法：有化热证象者，去草乌、麻黄，减少附片、桂枝用量，加秦艽12~15g，炒黄柏10g，若同时关节疼痛喜凉爽者，可加忍冬藤30g，络石藤30g，踝关节肿痛喜暖者，可加地龙6g，吴萸6g，上肢关节痛重闭，可改羌活为12g，片姜黄12g；上肢关节痛而不怕凉者，加桑枝20g~30g，关节痛喜暖怕冷明显者，可加制川乌3g。余可参考上两方的加减法。

### 补肾强督治痿汤治疗大痿（A.S）肾虚督寒证 46例临床观察

我们于1996年8月至1999年5月，运用补肾强督

治倭汤随证加减治疗强直性脊性炎患者 46 例，取得了满意的医疗效果，兹总结报告如下：

### 一、一般资料

性别：本组 46 例病人中，男性 35 例，女性 11 例，男子比例约为 3:1，与文献报道基本一致。

年龄：

年 龄	10—20 岁	21—30 岁	31—40 岁	41 岁以上
例 数	5	29	10	2

发病年龄：13—20 岁者 8 人，21—30 岁者 28 人，31—40 岁者 10 人，41 岁以上者 2 人，以 13—40 岁发病者最多。

病 程	3 个月—5 年	6—10 年	11—20 年	21—30 年
例 数	8	21	16	1

本组均为门诊病人。

### 二、诊断标准

采用 1988 年 4 月（昆明）全国中西医结合风湿类疾病学术会议议修定的标准。

1. 症状：以两骶髂关节、腰背部反复疼痛为主。

2. 体征：早、中期患者脊柱活动有不同程度受限，晚期患者脊柱出现了强直驼背固定，胸廓活动度减少或消失。

3. 实验室检查：血沉多增快，RF 多阴性。HLA-B<sub>27</sub>多强阳性。

分期：

早期：脊柱活动功能受限，X 线显示骶髂关节间模糊，椎小关节政党或关节间隙改变。

中期：脊柱活动受限甚至部分强直，X线显示骶髂关节锯齿样改变，部分韧带钙化、方椎，小关节骨质破坏间隙模糊。

晚期：脊柱强直或驼背畸形固定；X线片显示骶髂关节融合，脊柱呈竹节样变。

在“症状”中增加，喜暖怕凉，受累处得热则舒。

在“体征”中增加舌苔薄白或白厚，脉象沉弦滑、沉弦细、弦滑、尺脉较弱、小。

根据以上诊断标准，本组病人全部符合“症状”项中的要求，并有“喜暖怕凉、痛处得热则舒”的表现；在“体征”中，除具有“标准”中所列体征外，并还具有以下舌、脉及实验室检查的变化。

舌象：

舌质	略淡	淡红	略暗	正常	
例数	15	15	10	6	
舌苔	薄白	白	白腻	黄腻	黄
例数	4	21	18	2	1

脉象：

脉象	沉弦细	弦滑	沉弦滑	尺弱
例数	18	12	16	32

实验室检查：

检查项目	HLA-B <sub>27</sub>	RF	血沉	
阳性例数	45	1(弱)	增快	38
阴性例数	—	45	正常	8

X线拍片均符合“肯定强直性脊柱炎”诊断。

根据以上诊断标准，本组病人全部确诊为强直性脊柱炎。早期者10例，中期者34例，晚期2例。

### 三、观察方法

1. 每位患者治疗前均做实验室检查，X线拍片。

2. 治疗前后均做枕墙距，双腿4字试验，Scioleec抵测量，指地距离检查，并详查舌苔脉象。

### 3. 服药方法

以补肾强督治倭汤为主，处方如下：骨碎补18g，补骨脂12g，熟地15~18g，淫羊藿12g，金狗脊30~45g，鹿角胶6~10g（或片、霜9~12g），羌活12g，独活10g，川断18g，杜仲20g，川牛膝12g，地鳖虫6~9g，桂枝12~20g，知母15g，制附片9~12g，制草乌3g，麻黄3~6g，干姜6g，白术6~9g，威灵仙15g，白僵蚕12g，炙山甲6g，防风12g。

以上水煎两次，第一次加冷水煎煮30~40分钟煎取药法约200毫升；第二次加冷高出药面半横指煎煮25~30分钟煎取药法约200毫升，将第一煎、第二煎所取药汁混合后，再分两次服，早晚各服一次。

加减法：寒甚痛重者加制川乌3g，改干姜为9g。舌苔白厚腻者去鹿角胶，改用鹿角片6~9g或鹿角霜9~12g。舌苔白厚，腰痛而沉重者，去熟地，加苍术10g，炒白芥子6g，茯苓12~20g。大便溏软者养活川牛膝用量，加茯苓20g，改白术12g，久病关节强直，不能行走

者，可加透骨草 18g，寻骨风 15g，自然铜 6~9g（先煎），以代虎骨之用。

以上肠药每日一剂（分两次服），30 天为一疗程，本组病人服药最少者 3 个疗程，最长者 15 个疗程。平均 8 个疗程。

#### 四、疗效评定标准

（根据全国中西医结合研究会风湿类疾病专业委员会 1987 年修订的强直性脊柱炎疗效标准为主，又结合中医特点制订）。

1. 显著好转：经治疗后，受累部疼痛消失，活动功能改善或恢复正常，X 线显示骨质病变有改善或无发展，恢复日常劳动。痛处怕冷喜暖之症消失。舌苔脉象均接近正常。

2. 好转：受累部疼痛减轻，活动范围增大，血沉降低。痛处怕冷喜暖之症明显减轻，舌苔脉象均有好转。

3. 无效：经治 1~3 疗程以上，受累部症状无改善。

#### 五、治疗结果

##### 1. 疼痛

治疗前：

疼痛程度	+++	++	-	
例数	42	4	0	0

治疗后：

疼痛程度	+++	++	+	-
例数	4	2	10	30

附说明：+++，疼痛严重，需服西药止痛剂，不能上班工作。++，疼痛虽重，但服用止痛西药能坚持工作。+，受累部疼痛，能坚持日常工作，不需服止痛西药，-，受累部无疼痛。

据上表来看，本药对治疗疼痛，有明显疗效。

## 2. 腰脊活度情况

治疗前：

弯腰活动程度	+++	++	+	-
例数	43	3	0	0

治疗后：

弯腰活动程度	+++	++	+	-
例数	2	5	10	29

附说明：++，并脚弯腰，双手下伸，指尖未过到伏兔穴或仅仅能达到伏兔穴水平。+++，并脚弯腰，双手下伸，指尖能达到足三里穴水平。+，并足弯腰，双手下伸，指尖能到三阴交穴处水平。-，并足弯腰双手下伸，指尖可触地面。

据上表来看，本药治疗后，可使脊柱活动明显增大，能恢复其功能。

舌象变化：

### ①舌质

治疗前	略淡	淡红	略暗	正常
例数	15	13	10	8
治疗后例数	4	3	2	27

## ②舌苔变化

舌苔	薄白	白	白腻	黄腻	黄
治疗前	4	21	18	2	1
治疗后	27	11	8	0	0

## ③脉象变化

脉象	沉弦细	弦滑	沉弦滑	沉略细	尺弱或小
治疗前	15	10	10	11	32
治疗后	10	11	10	15	28

从舌苔脉象来分析，病人服药后，寒湿之邪渐退，弦象亦略减少，但尺脉弱小之情，变化则不甚明显，可见邪较易退，正则难复。

血沉变化：38例血沉增快者，治疗后，有18例恢复正常，下降10~20者7例，下降20~30者11例，仅有2例，血沉无变化。可见服药后，对血沉的有效率为95%。

## 总疗效评定

疗效	显著好转	好转	无效	总有效
例数	26	16	4	42
%	56.52	34.78	8.60	91.30

## 六、体会

1. 本组病人经中医辨证论治确诊为肾虚督寒证，经用补肾强督治痿汤为主，随证加减治疗，总有效率达91%以上，显效率在56%以上。说明从中医中寻找对强直性脊柱炎有效的治疗方法和方药，是大有前途的。

2. 目前世界医学界认为强直性脊柱炎患者多为青

年，并且男多于女，但是，为什么这样，目前还一直不清楚。从中医学理来分析，认为 A. S 主要病变在腰、骶、脊、背，以肾督两经为主，督脉为阳之大主，贯脊通膂，联及肝肾冲任，肾又与太阳相表里。青年男子或先天禀赋不足，或后天房事过度或腰部过累而致肾督阳虚，风寒湿邪乘虚入侵，男性属阳，同气相感，致阳气开阖失利，乃生大痿。故男性患者多于女性。这种看法虽然尚须做大量的工作，加以证实，但是，中医学对这一问题提出了新的想法，对世界医学关于本病的研究具有一定的启发作用。

3. 把强直性脊柱炎称之为“大痿”是可行的，有了中医的病名，更有利于中医深入全面系统地研究本病。

4. “辨证论治”是中医学的精华，它不仅是临床医生战胜疾病的有力武器，而且是医家诊治疑难病的智慧源泉，因为它符合人类认识事物的科学规律。本组病人，就是在辨出它是肾虚督寒“证”，才据“证”立“法”、选“方”用“药”的，所以取得了良好的疗效。“辨证论治”就是“治病求本”的体现，学习中医学，重要的是学好并恰当地运用好“辨证论治”。无论何种难治病，中医只要能“辨”准是何“证”，就可以进行“论治”。故而，我认为“辨证论治”的思维方法和求是精神，是永远不会过时的，它将越来越丰富，越来越发展，越来越多地为世界人类战胜疾病，提高健康水平，做出伟大的贡献！



## 气血辨证治疗疑难病

颜德馨

颜德馨（1920～），上海铁道大学教授

### 气血通畅 生命之本

气与血是构成人体的基本物质，也是人体生命活动的动力和源泉，它来源于水谷，化生于脏腑，即是脏腑经络功能的动力，又是脏腑功能活动的产物。

脏腑的正常功能活动依赖于气血的作用。气有温煦和激发各个脏腑的功能。《灵枢·脉度篇》谓：“气之不得无行也，如水之流，如日月之行不休，故阴脉荣其脏，阳脉荣其腑，如环之无端，莫如其纪，终而复始，其流溢之气，内灌脏腑，外濡腠理。”即气运行机体内外表里，相互贯通，像圆环一样，周而复始循环着，以供给人体脏腑组织活动的动力。血液则起着滋濡脏腑组织的作用。《景岳全书》谓：“故凡为七窍之灵，为四肢之用，为筋骨之和柔，为肌肉之丰盛，以至滋脏腑，安神魂，润颜色，充营卫，津液得以通行，二阴得以通畅，凡形质所在，无非血之用也，是以人有此形，唯赖此血。”即血液循行于脉管中，内至五脏六腑，外达皮肉筋骨，循环无端，运行不息，不断地对全身各脏腑组

织发挥其营养作用。

气血温煦，濡养脏腑组织，使其能发挥各自的功能，是人体进行生理活动的最基本的物质，气血失和可直接引起各种疾病，人体产生的一切病理变化均与气血相关。气血生成虽有赖于脏腑功能的生化，但脏腑功能的产生皆须气血的滋润、畅通和平衡。

气的通畅表现在“升、降、出、入”四种运动方式。通过脏腑的功能活动体现出来，每一脏腑的气机运动都有固定规律，包括气机运动的方向、循行部位和升降限度。如脾主升发，肺主肃降，心火下煦，肾水上奉，胃主降浊等。如当升不升，反而下降，或当降不降，反而上逆，皆为病态。同时，脏腑间的气机运动又是相互协调，相互配合，升降相因，互为其用。如五脏贮藏精气宜升，六腑传导化物宜降。气的条达通畅，以维持机体内外环境的统一，保证机体的物质代谢和能量转换的动态平衡，不致出现气郁、气滞、气逆、气陷等气机紊乱的病理状态。

血液循环于血脉之中，由气推动，周流全身，血脉为血液循环的管道，故称为“血府”。血液的循环作用永不停留。《三国志》曾引华佗语：“血脉流通，病不得生。”说明当时已认识到血液循环正常流通的重要性。血液的正常流行，一则需要有健全周密的脉管；二则需要气的推动。在某些因素作用下，脉道失于固密，气机出现异常，血液就不能正常循行。如血液流出脉管，排出体外，则称之为出血；如血液运行不畅，受到阻滞，

或溢出脉外，郁于体内，称之为瘀血。不管是瘀血还是出血，都是“离经之血”，由于离经之血已离开了脉管，失去其发挥作用的条件，所以也丧失了血液的生理功能，而成为病理产物。

气属阳而生于阴，血属阴而生于阳。血之运行有赖于气的统率，而气之宁谧温煦，则依靠血的濡润，两者对立统一，相互依存。有关机体正常生理活动和健康的标准，古人常用“正平”或“平”加以概括。如《素问·至真要大论》谓：“气血正平，长有天命。”所谓“平”或“正平”即平衡之意。气血平衡是人体正常生理功能的标志，也是平常人必须具备的基本条件。气血的正常平衡不是静止和绝对的，而是必须处在动态的平衡中，这是因为人在生长、发育、壮大、衰老、死亡这个人生过程中，机体内一直进行着一系列复杂的生理活动，不断地进行新陈代谢，为此就需要气机一刻不停顿地进行“升降出入”的运动，血液一刻不停顿地周而复始地循环流动，以完成人体所需要物质的运输和代谢。气血在不断地运动中，又必须保持相对平衡，这样才能各司其职，各自完成其生理功能，如果气血运行失常，则会影响到脏腑、经络、阴阳等各方面的协调平衡，五脏六腑、表里内外、四肢九窍就会出现各种病变。

### 气为百病之长 血为百病之始

#### 一、气血病变是临床辨证的基础

气血是维持人体正常生命活动的主要物质，藉以分

析和归纳人体种种生理现象。同时，气血也是各种疾病的病理基础，脏腑经络的病理变化无不影响气血，内外妇儿临床各科的病证无不涉及气血。因此，我认为气血病理变化在八纲、卫气营血、脏腑等辨证方法中，占首要地位。

“辨证”是中医临床的关键，也是治疗与用药的纲领。中医辨证核心是“八纲辨证”，八纲之中，虽无气血两字，但气血内容确尽贯于八纲之中。八纲辨证的总纲是阴阳，人体在正常生理状态中，阴阳双方保持相对平衡，如出现一方偏衰，或一方偏亢，就会出现病理状态。而气血是人体阴阳的主要物质基础，气血正平，则阴阳平衡，疾患消除。表里辨证与气血关系也极为密切，表证辨证多宗“卫气营血辨证”，而卫属气，营属血；里证不外乎脏腑病变，而脏腑病多与气血相关。虚实辨证更不能舍气血而言虚实，不论何种虚证，多兼有气虚或血虚，不论什么实证，皆与气血瘀滞有关。寒热辨证是两种绝对相反性质的病变，但寒热病变均直接影响气血的正常生化功能，如热则煎熬气血，寒则凝滞气血，而气血的寒热病变又直接反映到体征或症状的寒证与热证。故我认为气血病变是临床辨证的基础，也是疑难病证的辨证基础。

## 二、气血不和，百病乃变化而生

疾病不论来自何方，首先均干扰气血的正常功能，而使之紊乱，以致阴阳失去平衡协调，经脉瘀阻不通，气血循行失常。这既是常见病的发病过程，也是疑难病

证的发病规律，疑难病证虽然表现奇异少见，致病因素错综复杂，但在复杂的病变中大多要涉及气血，继而造成脏腑组织功能紊乱，不论是器质性疾病，还是功能性疾病，均是以气血为枢纽。气血通畅不仅反映机体的精、气、血、津液的充盈健旺，也表明脏腑组织生理功能的正常，气血冲和，百病不生，若一旦气滞血凝，脏腑经脉失其所养，功能失常，疾病即随之而起。因此，在诊治疑难病证时，必须重视气血流畅这个重要环节。

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

总之，各种疾病的发病情况和病理变化虽然不一，但其病变大多要涉及气血，由于气血失和可产生多种病变，因此可以说气血失和是机体病变和脏腑失调的集中

病理反映，它与任何一脏一腑的病理变化都可发生联系，气血失和，循行受阻则会导致脏腑功能紊乱，进而出现功能低下和病理障碍，所以从气血角度辨证，可以把握疾病在机体中的整体病机，通过疏通调和气血就可调整脏腑功能活动，使其从病理状态转至正常生理状态，从而达到治愈疾病目的。

## 久病必有瘀 怪病必有瘀

### 一、疑难病证从瘀论治

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

久发、频发之病从瘀。病时轻时重，时发时止，年久不愈的沉痾、顽症、痼疾等疑难病当从瘀论治。初病在气，久病入络是病变发展的规律，疑难病缠绵不去，反复发作，导致体内气血流行受阻，脉络中必有瘀凝。清代医家傅山指出：“久病不用活血化瘀，何除年深坚固之沉疾，破日久团结之瘀滞？”信然！

奇症怪病从瘀。奇症怪病之证无定候，无病位，忽痛忽痒，时上时下，幻听幻视，或有不可明状之苦，其因不可究，既无色诊可查，又无脉症可辨，皆从瘀论

治。多因六淫七情，引起气机逆乱，气血乖违；或因失治、误治、病久影响生化之源而致血瘀；或因胎孕产后、外伤等原因所致瘀血停滞，气机失宣，郁滞脉络，着而不去，最终形成难治之证。

久虚羸瘦从瘀。五劳七伤，消耗气血引起极度消瘦虚弱的慢性病谓之久虚羸瘦，表现为肌肉消瘦，饮食减少、面色黄白，心悸神疲，四肢乏力，或寒或热，或肌肤甲错，面色黧黑，久虚羸瘦，正气不足，推血无力，体内必有瘀血内潜，可从瘀论治。

久积从瘀。瘕积久而不去，多由瘀血内结所致。不论寒积、水积、气积、痰积、湿积、积久则碍气阻血，气血不行，瘀从中生，久积为瘀，久瘀必结，久而为肿为瘤，故久积不愈当从瘀论治。

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

## 二、疑难病证的瘀血表现

疑难病证范围广泛，症状怪异多变，而在这些怪异多变的症状中，很多是瘀血证的表现。我在长期诊治疑难病证的实践中，对其瘀血表现进行了归纳。

### 1. 症状

### 一般证状

**发热** 瘀血证的发热，可有全身发热和局部发热两种。全身发热表现为持续高热不退，或高热伴出血、狂躁，或高热伴局部疼痛，或低热绵绵，或往来寒热，或午后潮热，或周期性发热。局部发热表现为局部红肿疼痛，局部肌肤灼热，或自觉心胸、腕肘、少腹、阴器、咽喉部位发热，但全身又无发热证状。

**疼痛** 疼痛部位固定不移，痛有定处，拒按，按之痛甚，其痛如绞，或似针刺，痛难立消，缠绵迁延。

**出血** 吐血、咯血、尿血、便血、崩漏、鼻衄、齿衄、肌衄等，或外伤跌仆致局部出血。其出血特点是量多，出血难止；或反复间断不已，血色暗红；或鲜红，或夹血块；或出血时伴发热、疼痛；或烦躁，或口渴不欲饮等。

**胀满** 头目、胸胁、腕腹、腰背以及肢体局部胀满，其特点是胀满持久不减，且日益加重。

**瘙痒** 肌肤瘙痒，或皮里内外如虫蚁爬行，抓之不及，阵阵而作。

**麻木** 肢体麻木不仁，或麻如触电，甚则失于感觉，不知寒温。

**板滞** 肢体牵掣板滞，活动不利，或关节不得屈伸，或颈项不耐转侧，或俯仰不便，或举握受限。

**口干** 口干而漱水不欲饮。

**多梦** 少寐多梦，其梦多惊恐险恶，或梦从高处坠落，或梦窒息欲死，或梦腾云飘逸，或为恶梦惊醒。



健忘 心烦失眠，怔忡健忘，或焦虑不安，思绪紊乱，甚则妄言、妄听、妄见。

### 各系统症状

心系 心悸怔忡，心痛，神志错乱，癫狂。

肝胆系 寡欢抑郁，多疑多虑，易烦易躁，黄疸日久不退，喜怒无常。

脾胃系 脘腹疼痛、胀满、灼热、干呕频频，噎膈反胃，不得食，便秘与泄泻交替而作。

肺系 久咳，久喘，久哮，咽燥，梅核气日久不解，咳痰粉红，甚则咳血、咯血。

肾系 少腹胀满拘急，肢体浮肿不退，尿浊、尿血、尿时涩痛、尿时中断、少尿。

## 2. 体征

毛发：毛发枯萎，干燥，或色泛黄，易折断，易脱发，或毛发中空，或发梢开叉。

面部：颜面部色黑或暗，印堂黧黑，或面部可见暗红色或褐色斑块，或紫色小痣，或面色青紫、暗红。眼圈色暗或黑，暗而少泽。颧部潮红，或暗红，可见红丝赤缕。鼻红起疱，如酒糟鼻。唇色青紫或暗红。颊下色暗。

眼：巩膜瘀浊，或见瘀丝、瘀点、瘀斑、或黄染。

舌：舌质紫暗、暗红，或舌有瘀点、瘀斑、血瘤。舌体强直，舌边有紫暗色齿痕，舌下筋脉紫暗，曲张充盈。

颈部：颈部青筋怒张、充盈，瘰疬肿块，痰核瘰

病，红丝赤缕，蟹爪血丝。

胸部：皮色暗红，或见红丝，胸部膨满。

腹部：腹大如鼓，脐眼突出，青筋暴露，可扪及痞积，痞块，按之疼痛。少腹压之疼痛拘急，或按之板硬。

腰背部：脊柱椎骨肥大、外突，压之疼痛。

四肢：指趾末端杵状增大，爪甲青紫，下肢浮肿，或局部指趾苍白，按之冰凉，或局部指趾端色黑剧痛。

皮肤：皮肤板滞而硬，触之无弹性，或肌肤甲错、干燥、瘙痒，或皮瘀斑瘀点，或皮下青紫怒暴，或见肿块、痰核，或见黑痣、紫斑。

### 3. 病史

久病史：久治不愈的慢性病或顽固疾病，多有瘀血。

手术史：术后血离经脉，久而成瘀，如肠粘连、瘢痕疙瘩等。

月经史：痛经，闭经，月经衍期，经行量少，经色暗而有块。

生育史：男子不育，女子不孕，产后恶露不净，产后崩漏，产后毛发脱落，月经早绝。

生活史：素嗜酒烟，或恣食甘肥，或善感易怒，或受惊吓，或接触疫水、戾气。

外伤史：外伤后多有瘀血作祟。

其他：有癫痫、精神病，更年期综合征等病史者均有瘀血。

#### 4. 实验室检查

血液流变学检查：全血粘度、血浆粘度增高，红细胞电泳时间延长，血沉方程 K 值增大，红细胞压积增高，纤维蛋白原含量增加，均提示瘀血证。

甲皱微循环检查：异形管襻增加，攀顶瘀血，流速减量，游态异常及微血管周围渗出、出血。

心血管功能与血动力学检查：血流量降低，心前区高频阻抗有 PEP 延长，LVE 缩短。

心电图及心动超声检查：心肌缺血劳损，心室肥厚，心脏增大，瓣膜病变超声波、同位素脏器扫描：肝脾肿大，肾盂积水，腔内肿块。

放射线检查：肺部炎症、肿块，内脏肿块、溃疡、息肉、憩室。

脑血流图、脑电图检查：脑动脉硬化、癫痫等

CT 及血管造影：颅内、脏器等有栓塞、血肿、肿块。

血液生化检查：高血脂、乳糜血清、高胆红质等。

血常规检查：红细胞、白细胞、血小板增多。

其他：血液中找到狼疮细胞，类风湿因子阳性，血沉增快，抗“O”、粘蛋白增高。

以上从症状、体征、病史、实验室检查四个方面归纳疑难病证的瘀血表现临床凡具有两方面四项依据以上者，即可诊断为瘀血证。

## 衡法治则

### 一、衡法治疗疑难病证有效

“衡法”是通过治气疗血来疏通脏腑血气，使血液畅通，气机升降有度，从而祛除各种致病因子。因此对疑难病证的治疗有着积极意义。王清任谓：“周身之气通而不滞，血活而不瘀，气通血活，何患不除。”实践证明，衡法对多种疑难疾病有较为满意的疗效，如慢性肝炎、慢性胃炎、血小板减少性紫癜、血栓性脉管炎、慢性肾炎、尿毒症、红斑性狼疮、偏头痛、肿瘤、新生儿硬肿症及五官、皮肤等科的疑难病证。且在实验中也取得了客观指标的支持，我曾对其中 565 例疑难病证患者作了血液流变学测定，发现均有血瘀阳性指征，经治疗好转后，实验室指标也相应好转。清代程国彭《医学心悟》曾提出汗、吐、下、和、温、清、消、补八种治疗法则的理论，在当时，对继承总结中医治则起了推动作用。但沿习迄今，中医的治疗学已大有进展，“八法”已不能包括中医所有的治法。血液循环而行，环流不息，濡养全身，若因各种原因（气、寒、热、出血、外伤、久病、生活失宜等）而出现血行不畅，或血液瘀滞，或血不循经而外溢，均可形成血瘀。瘀阻脉道内外，既影响血液正常流行，又干扰气机升降出入，以致机体阴阳气血失衡，疾病丛生。衡法调整阴阳，平衡气血，改善内环境，扶正祛邪，不是“消法”，也不是“攻法”，又有异于“补法”，所以称其为“衡法”。所谓

衡者，《礼记·曲礼下》谓：“大夫衡视。”犹言平。《荀子·礼论》谓：“衡诚悬矣。”系指秤杆。可见衡有平衡和权衡之义，能较全面反映其疏通气血，平衡阴阳作用。衡法的组成，以活血化瘀、行气益气等药味为主，畅利气机，净化血液，具扶正祛邪，固本清源的作用，适合于阴、阳、表、里、虚、实、寒、热等各种疾病，临床观察有较大的潜力与广泛运用的前景。鉴于疑难病证涉及面广，病机复杂，应用单向调节治疗往往顾此失彼，疗效不佳，而“衡法”所具备多方面的双向调节功能，正是其攻克疑难病证的原因所在。

## 二、衡法治则的临床实践

衡法以“气为百病之长，血为百病之胎”为纲，辨治各种病证，或从气治，或从血治，或气血双治，处方用药多从“通”字着眼，以调畅气血而安脏腑为治疗原则。若病邪阻遏气血属实证者，则用疏通法；若因脏腑虚弱致使气血不通者，则用通补法。通过调畅气血，以达到“疏其血气，令其条达而致和平”的治疗目的。

### 1. 从气论治

疏畅气机法 历代有调气、舒气、理气、利气、行气等名称，其含义均为疏畅气机，此法是针对郁证的一种治疗方法，郁证系指情志怫郁，气机不畅所致的一类疾病总称。肝主疏泄，斡旋周身阴阳气血，使人的精神活动、水谷运化、气血输布、三焦气化、水液代谢皆宣通条达，一旦肝失常度，则阴阳失调，气血乖违，于是气滞、血瘀、痰生、火起、风动，诸疾丛生。治郁先理

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

临床所及，气机郁滞以肝、肺、胃病变最为多见，因肝气易郁结，肺气易壅逆，胃气易阻滞，每用逍遥散化裁统治，以舒畅气机，使气血平和，循环无阻，达到五脏六腑协调、邪祛正安日的，如取逍遥散加黛蛤散等治支气管扩张咯血，加山羊角、石决明等治高血压病，加生蒲黄、葛根等治冠心病心绞痛，加平地木、仙人对坐草治乙型肝炎，合四逆散治慢性胃炎，合痛泻要方治结肠炎，合化瘀赞育汤治不孕不育等。若气郁化火，兼有痰热者，则取柴胡加龙骨牡蛎汤加减，此方以小柴胡汤之半去甘草加桂枝，意在舒畅肝气，加茯苓、大黄清泄痰热，佐以龙骨、牡蛎重镇邪热所扰之魂魄，加铅丹之重坠者，以驱膈上之痰，因其有毒，且对胃肠有刺激等副作用，常用代赭石替代之。临床对动脉硬化、震颤麻痹、顽固性失眠、癫痫等难治病，凡属肝胆郁热，痰浊内扰者，取此方加减治之，多可取效。

**升降气机法** 适用于气机升降失常之证，气机升降出入是维持人体内外环境动态平衡的保证，六淫七情可

使脏气偏盛偏衰，偏盛则气机升降太过，偏衰则气机升降不及，气机升降不顺其常，当升反降，应降反升导致脏腑之间升降紊乱，从而呈现症状错综复杂，病理虚实夹杂、清浊相干的状态，治疗当用升降气机法。

脾胃为气机升降枢纽，脾主升清，胃主通降，为生之本，若脾气失健而不升，胃气失和而不降，气机升降失常，湿、痰、瘀诸邪内生，则心下痞满、脘胁胀痛、形体日瘦等症迭起。苍术气香而性燥，统治三焦湿浊，质重而味厚，以导胃气下降，配以升麻质轻而味薄，引脾气上腾，二味相配，俾清气得以升发，浊气得以下泄，临床辨证加入诸方中，用治慢性胃炎、胃下垂、胃肠功能紊乱、慢性肝炎、胆囊炎、胰腺炎等，颇多效验。

临床推崇“脾统四脏”之说，脾胃健旺，五脏六腑的气机升降就有动力来源，因此常用升降气机法治疗全身多种疾病，如枳壳配桔梗升降气机治冠心病，柴胡配青皮宽胸畅中治肝胆疾病，升麻配乌药、茯苓提壶揭盖治泌尿系统疾病，葛根配枳实升清降浊治结肠炎等。

肝以升发为顺，肺以宣降为常，由于肝藏血，肺主气，故肝肺的升降实质上也是气血的升降，若肝气横逆，肺失宣降，则一身气血皆滞。肝肺升降失常的调理，是一个重要方面，因肺失宣降则木受金刑，致肝气不得升发，正如王孟英所谓：“清肃之令不行，升降之机亦窒。”治疗疑难病证常用“轻可去实”之法，以质地轻扬，气味轻薄之品，性能宣透通达，归经入肺，有

助于恢复肺的宣降本性，使气机升降有度。如取辛夷花、苍耳子宣通肺窍治过敏性鼻炎；石楠叶、苦丁茶苦泄降气治神经性头痛；紫菀启上开下治二便不利；桑叶、桑皮引药入肺治面部色素沉着等，往往一举中的。

**降气平逆法** 此法能使上逆之气得以平顺，所以又称平气、顺气法，多用于肺气上逆、肝气上逆等证。因呼吸系统的疑难病证多缘肺失宣肃而起，对咳呛频繁、喘促胸满、痰多气涌、头胀目眩等肺气上逆证，论治用药每参以葶苈子、苏子、旋覆花、枇杷叶等肃肺之品，以冀上逆之肺气得以肃降，葶苈子能疗肺壅上气咳嗽，止喘促，除胸中痰饮，集降气、消痰、平喘诸作用，凡宜肃降肺气者，不必见痰壅热盛，即可投之。如咽痒咳嗽，痰粘难出等热证，则取麻杏石甘汤如葶苈子等清热肃肺；痰多白沫，形寒神怯属寒证者，则用小青龙汤、麻黄附子细辛汤加葶苈子等温经肃肺，先发制人，一鼓而下，往往立竿见影。

根据《内经》“怒则气上”之说，认为精神系统的疑难病证与肝气上逆相关，对精神分裂症、癫痫、老年性痴呆、神经衰弱等难治病，习用金石药与蛭类药以重镇降气。如对狂躁为主症者，选用生铁落合桃核承气汤以平逆泻火；若见健忘失眠、幻听幻觉者，则首选磁石配菖蒲、蒲黄、丹参等降逆活血开窍；兼有盗汗、遗精者，则用龙骨、牡蛎以收敛肝气；伴有头晕目眩、两耳作鸣者，则重用山羊角、生石决，并配以通天草、海藻、钩藤等平肝潜阳。气有余便是火，气降即火降，降



气法除具有平顺上逆之气外，尚有降火作用。气火逆乱，则脉络不宁，血溢脉外而导致出血，故降气平逆法是治疗血证的主要疗法之一。我综合缪希雍“宜降气不宜降火”之法，首选降香折其逆气，既能降气以降火，又可止血而不留瘀，用于血证，有一举二得之妙。此外，我在治疗出血重症时，还配合应用外治法，以平顺降气，如取附子粉、姜汁调敷两足涌泉穴，或用生大黄、鸡子清调敷两太阳穴等，临床屡用屡验。

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

补气升阳法还具有引血上行的作用，清阳之气出上窍，实四肢，发腠理，血液上行于脑，亦全赖清阳之气的升发，人体随着年龄的增长，清阳之气日渐衰弱，以致气血上奉渐至减少，血气不升，脑络失养，则头痛，眩晕，健忘及清窍失聪，诸如高血压病，脑动脉硬化、老年性痴呆等病丛生。每以补气升阳为基础，而辅以散

风之类，如蔓荆子、葛根、细辛、白芷等，再加入川芎、赤芍、桃仁、红花等少活血化瘀之品以调整气血升降，引血上行，对眩晕绵绵，遇劳更甚，少气懒言，脉细，舌淡紫，苔薄等气虚兼有清窍失聪者最为合拍。

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

病属邪痹阳遏者，则用通阳法；因脏腑阳虚而元真不通者，则用补阳法。由于疑难病证病情复杂，每每虚实相随，正邪互变，更多的是将通阳法与温阳法熔于一炉，即在辨证基础上加附子治之。附子为补命门真火第一要药，其性雄壮悍悍，力宏效捷，走窜十二经脉，既行气分，又入血分，既能通阳，又可温阳，虽辛烈有毒，但配以生地甘润制其燥，佐以甘草，缓制其毒，则其应用范围大为扩大。如取附子加入滋肾通关丸治肾盂结石；配以苓桂术甘汤防治支气管哮喘；伍入补中益气汤治重症肌无力；佐以六味地黄丸治尿毒症、肝硬化腹水等，随证配伍，皆有疗效。

心居阳位，为清旷之区，诸阳受气于胸中，若心阳不振，则血脉失畅，胸痹、心痛之证即发。据此，用

《伤寒论》少阴病方剂治疗心血管病，疗效显著。如取麻黄细辛附子汤治慢性肺源性心脏病，由于咳喘日久，肺病及肾，正气不固，屡招寒袭，形成肺蕴寒饮，肾虚不纳的病理状态。症见咳喘气短，咯痰白沫，遇寒频发，胸痞心悸，肢体浮肿，脉沉细等，治疗亟当宣肺散寒，补肾温阳，方用麻黄细辛附子汤最为合拍。方中麻黄虽治咳喘，但作用在肺，其效甚暂，必与附子配伍，肺肾同治，内外衔调，方可使风寒散而阳自归，精得藏而阴不扰。细辛入肺、肾二经，功能温饮定喘，用量须达4.5~9g才能起效，其虽辛散有余，但合以附子，则可泻肺纳肾，攻补兼顾，常与小青龙汤、三子养亲汤、苓桂术甘汤同用，有相得益彰之功。取附子汤治冠心病、心绞痛及心肌梗塞等引起的胸痛，多伴有痛势彻背，神萎乏力，汗时自出，舌淡质紫，脉沉弱等，其实质多属阳虚阴凝，阳虚为本，阴凝为标，立法用药当以温阳为主，用于冠心病，不仅止痛效果明显，且疗效巩固持久。若胸闷心悸者加丹参、葛根；胸痛剧烈者，加参三七、血竭；唇青舌紫者加莪术、水蛭等。取通脉四逆汤治病态窦房结综合征，所表现的脉象如沉、迟、涩、结、代等证，病机为阳气衰惫，寒凝血脉，立法务必峻补阳气，逐寒通脉，方用通脉四逆汤大辛大热之剂，意在离照当空，阴霾自去，则脉复出，临证化裁，如神疲短气者加党参、黄芪以补气，舌红口干者加麦冬、五味子以养阴，胸闷不舒者加郁金、菖蒲以开郁等。

## 2. 从血论治

**清热活血法** 取活血药与清热药同用，适用于血热瘀证。热毒内遏可熬血成瘀，瘀血郁结也可蕴热化毒，形成瘀热，多见于各种创伤性炎症、病毒感染、慢性溃疡、变态反应性炎症及结缔组织疾病、出血性疾病、肿痛等疑难病证。各种感染发热，若多用寒凉，往往会导致血受寒则凝之弊，治疗用药则宜“温病用凉药需佐以活血化瘀之品，始不致于有冰伏之虞”，于清热解毒方药中加入丹参、丹皮、桃仁、赤芍等化瘀之药，既可提高疗效，又能防止血瘀形成。而瘀血郁而发热则属内伤发热，起病缓慢而缠绵，久治不愈，因血瘀部位不同则发热程度也有所区别。临床则以仙方活命饮、清营汤、犀角地黄汤、清宣瘀热汤、犀泽汤等辨证施治，俾瘀消热去，气通血活。

犀泽汤是治疗慢性乙型肝炎的经验方，由广犀角、泽兰、苍术、仙人对坐草、土茯苓、平地木、败酱草组成，功能清热解毒，疏肝活血。乙型肝炎的病变过程与“温疫”、“湿温”等温病传变规律相似，病邪由外而入，初期多兼恶寒、发热等卫分症状，随着病情发展，相继出现气分、营分、血分的证候。慢性乙型肝炎病久不愈，病机多为湿热毒邪侵淫营血，其缠绵难祛和蔓延流注的特点尤为显著，若从气分论治，投以疏肝理气、清气泄热之剂，虽也有效，但疗效不长，病易反复。犀泽汤以广犀角、泽兰、苍术为主药，清营解毒，泄热祛湿，并配以败酱草辅犀角、泽兰凉血解毒；取仙人对坐

草、土茯苓、平地木佐苍术祛湿开郁。诸药同用，共奏清营泄热，祛湿解毒，开郁活血之功。方中犀角、苍术对慢性乙型肝炎有特殊疗效，犀角不仅能凉血，还能解毒，临床发现其对乙型肝炎 HBsAg 阳性及 SGPT 长期不降者有良效。苍术苦温，为燥湿要药，与犀角同用，凉血而无寒凝之虑，燥湿而无助火之弊，擅长搜剔营分湿热之邪。经用犀泽汤治疗病情好转，HBsAg 转阴后，为预防其复发，习用犀泽汤改制为丸剂，再服 1~2 个疗程，以巩固疗效。

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

化瘀赞育汤是治疗男科疾病的经验方，男科疾病不仅与肾有关，更与肝相关，肝体阴而用阳，职司疏泄，

性喜条达而恶抑郁，若情志不遂，抑郁不乐，必然导致肝气郁结，气滞日久，血流不畅，足厥阴经脉为之失养，则“阴器不用”。肾与肝在生理病理上常相互影响，肾之封蛰溢泻必赖肝之疏泄，而肾精亏损又可致肝血不足或肝气失畅，因此，温经补肾，活血疏肝是治疗男科疾病行之有效的途径。化瘀赞育汤以柴胡、枳壳疏理气机，桃红四物汤活血祛瘀，气血双调，其治在肝；熟地以滋养肾精，紫石英温补肾阳，阴阳平补，其治在肾；加入桔梗、牛膝提上利下，贯通血脉，疏肝气之郁滞，化血脉之瘀结，而使肾气得以振奋。用治阳痿不育、早泄、不射精、睾丸肿痛、阴囊萎缩等男科疾病多验，对久服补肾药，实其所实者的坏病尤宜。

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

造血系统的疑难病证，如再生障碍性贫血、白血

病、血小板病等的发病，多与瘀血有关，这些疾病所表现的反复出血不止，正是瘀血作祟的证明。如肝脾肿大、贫血及全身衰竭等，也与瘀血证相关，其血瘀内结是肝脾肿大的主要原因。而严重贫血和全身衰竭相似于中医的“虚劳”证，由于血液亏损，脉道流行迟缓形成血瘀，脏腑经络为之失养，而致虚劳。我习用活血化瘀法治疗造血系统的疑难病证，对病情虚实寒热错杂者，则以辨证论治为主，适当加入丹参、鸡血藤、当归、桃仁、红花、赤芍、三棱、莪术等活血化瘀之品；对瘀血证明显者则以桃红四物汤加减治之。此方寓祛瘀于养血之中，通补相兼，攻而不伐，补而不凝，有活血不伤正，止血而不留瘀之功，若血象低下者，加升麻升清提阳，虎杖化瘀降浊，两药相使，升清降浊，以鼓舞气血生长；形寒肢冷，阳气虚弱者，加补骨脂、肉桂、鹿角、牛骨髓等以温补肾阳，刺激骨髓再生；纳呆腹胀，脾失健运者，加苍白术、檀香、生麦芽等以运脾健胃，促进药物吸收，寓“上下交损，当治中焦”之意。

**活血通络法** 取活血药与通络之类药同用，适用于络脉瘀阻证。外感六淫，内伤七情，饮食劳倦等均能致气血阻滞而伤人经络，经络中气血阻滞，运行不畅，当升不升，当降不降，则可引起脏腑病变。初为气结在经，证见胀痛无形，久则血伤入络，证见刺痛有形，由于络脉痹塞，败血瘀留而成顽痛、癥积、疔母、内疝等疑难病证。我习用辛温通络之品，如桂枝、小茴香、威灵仙、羌活等与活血药配伍，谓其既能引诸药直达病

灶而发挥药效，且辛温之药大多具有辛香理气，温通血脉的作用，能推动气血运行，促进脏腑功能活动，有利于气滞血瘀、瘀阻络脉等病证的消除。对络病日深，血液凝坚的沉痾痼疾、络脉久痹则非一般辛温通络之品所能获效，我效叶天士“每取虫蚁迅速，飞走诸灵，俾飞者升，走者降，血无凝著，气可宣通”之法，投以水蛭、全蝎、蜂房、蜜虫等虫蚁之类以搜剔络脉之瘀血，松动其病根。临床多以活血药为基本方，配以僵蚕、蝉衣、白芷等治过敏性鼻炎；辅以桂枝、地龙、大黄蛰虫丸等治多发性缩窄性大动脉炎；佐以五灵脂、小茴香、肉桂治妇人痛经、不孕；并自拟消瘤丸（水蛭、牡蛎、延胡索等）治血管瘤。

龙马定痛丹治顽痹，渊出王清任之“龙马自来丹”，原方用治痢证、癰腿。经长期临床验证，修改方剂组成和扩大治疗范围，定名为“龙马定痛丹”，应用 30 余年，经治风湿性关节炎、类风湿性关节炎、痛风性关节炎、颈椎病、肩周炎、退行性关节炎、雷诺氏病、腰肌劳损等 2000 余例，效果满意。龙马定痛丹由马钱子、地鳖虫、地龙、全蝎、朱砂等组成。马钱子性寒有毒，具活血通络、止痛消肿功效，经土炒香炸，其毒性则减，配以破血通络的地鳖虫，祛风止痛的全蝎，善于走窜的地龙，则有活血脉、化瘀血、祛风湿、止痹痛的功效，经实验研究，龙马定痛丹对躯体性疼痛有较强的止痛效果，且发生作用快，维持时间长，是一新型的复方止痛剂。



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

“怪病多痰”与“怪病多瘀”互相影响，用药必须兼顾，脉舌互参，辨证施治。若患者形体肥胖，舌苔浊腻而垢，口甜而粘，脉沉弦细滑，治宜化痰为主，方用黄连温胆汤、瓜蒌薤白汤化裁；如患者面色黧黑，唇青舌紫，癥瘕积聚，脉沉迟涩，或弦紧，当以活血为主，方选桃红四物汤、血府逐瘀汤加减。如选半夏、茯苓、陈皮、枳壳、桔梗、丹参、川芎、降香以宣痹化痰，活血通脉治冠心病心绞痛；以通窍活血汤合黄连温胆汤活血安神，豁痰开窍治老年痴呆；取虎杖、山楂、决明子、苍白术祛血中之痰浊治高脂血症；用血府逐瘀汤加白芥子、甘遂等治泌尿道结石合并肾盂积水等。

### 3. 气血双治

**理气活血法** 取活血药与理气药同用，是最常用的

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

临床常以血府逐瘀汤为主方，随证加减，治疗多种疑难病证。如根据“足厥阴肝经环阴器”的理论，取血府逐瘀汤改生地为熟地，加紫石英、韭菜子、蛇床子等治泌尿生殖系统疑难病证，如阳痿、早泄、不射精、睾丸炎、遗尿等；以“肺主皮毛”为依据，加桑叶、桑白皮疏风宣肺，引药入肺治面部色素沉着、鼻部疾病及多种皮肤病；加磁朱丸或生铁落饮治疗和预防长期失眠的神经衰弱、精神分裂证；配指迷茯苓丸或礞石滚痰丸，或加人生半夏，痰瘀同治以疗癫痫；原方倍桔梗宣畅肺气以治咽炎、久咳；加升麻益气升阳治失音等。若气滞甚者加檀香或降香；挟外感者加苏叶；有湿阻苔腻者加苍术、川朴；偏热者去川芎，加鲜生地；便溏者去生地、桃仁，加苍白术等。对药物剂量也随证之轻重而增减，如川芎散风理气，活血化瘀，分别治胁痛、疗胸痹、散血积、愈头风，用量也有4.5g、9g、15g乃至30g不等。

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

我在生命科学的研究中，发现人体进入老年，由于长期受到七情、六淫、外伤跌仆以及各种疾病的干扰，势必影响气血的正常循行，出现流通受阻，瘀血停滞，从而使脏腑得不到气血的正常濡养，生理功能无法正常发挥，造成痰浊的病理性产物内生，而加重瘀血的程度，形成恶性循环，最终导致脏腑虚衰，精气神亏耗，机体衰老，并选用黄芪、川芎、红花等益气活血药组成“衡法冲剂”进行延缓衰老的研究。经实验与临床观察，发现其能明显延长果蝇寿命，提高小鼠的学习和记忆能力，保护正常生殖器官，维持生育能力，保持家兔的脏器正常组织结构，显著改善老年人的衰老症状，提高机体免疫功能和改善血液流变性等，证实其确有良好地延缓衰老的效果。

冠心病是老年人最常见的疾病，其病机多为脏气不

足，瘀滞心脉。若纯用参、芪益气，则愈补气愈滞；单用芎、芍活血，则愈通气愈耗，血愈亏，具有实不受攻，虚不受补的特点。自拟益心汤，取补气与活血同用，通补兼施，方中重用党参、黄芪养心益气为君；辅以葛根、川芎、丹参、赤芍、山楂、降香活血通脉为臣，君臣相配，旨在益气活血，俾气足则助血行，血行则血瘀除；佐以微寒之决明子，疏通上下气机，以增活血之力；使以菖蒲引诸入心，开窍通络。诸药合用，共奏益气养心，行气活血，祛瘀止痛之功，用于冠心病、心肌梗塞、心肌炎等病，颇多治验。

## 《伤寒论》的“博涉知病、 多诊识脉、屡用达药”

何 任

何任（1920—），原浙江中医学院院长，浙江省中医学院教授。

南齐褚澄《褚氏遗书·辨书》中说：“师友良医，因言而识变，观省旧典，假鉴以求龟。博涉知病，多诊识脉，屡用达药，则何愧于古人”！这几句话用于仲景《伤寒论》，可称贴切。兹略予条理，求正于同道。

### 博涉知病

“知病”的前提在于博涉，博涉才能“见病知源”。《伤寒论》是辨证论治的典范，《伤寒论》六经是辨证施治与辨病施治相结合的楷模。事实确是如此，《伤寒论》有大多数条文是教辨证和知病的，论中的三阳病、三阴病及其合病、并病，都昭示我们要辨识病证，辨识病因病机和病位，辨识病情的传变。这些，就是知病的实际。

#### 一、辨识病证

辨识病证的大要，在于知六经病，知合病、并病，知伤寒、中风、湿病和风湿病，这一切，都是通过辨证以定病的。许叔微所摘出的“七十二证”，都是张仲景辨识病证之有名有实的。这一系列病和证，部分是继承

《内经》、《难经》加以阐述的，部分是仲景根据临床经验把它们总结起来的。仲景著书，虽然“撰用《素问》、《九卷》、《八十一难》”，但《伤寒论》中的六经见证，不囿于《素问·热论》。仲景辨识病证巨细毕现，小而言之辨燥屎可下的旁参证，也细致入微地从有关病情上多方推究。这类条文，在《伤寒论》中不下10条之多。

## 二、辨识病因病机和病位

“见病知源”，是知病的重要一环，这就是识病因。在《伤寒论》中，我们经常读到的有：

“病常自汗出者”之因于“卫气不共荣气谐和”；“发汗后，恶寒者”之因于“虚”，“不恶寒，但热者”之因于“实”；茵陈蒿汤证、麻黄连翘赤小豆汤证之因于“瘀热在里”；甘草附子汤证之因于“风湿相搏”；“结胸”之因于“下之太早”及表未解医反下之；以及“病者手足厥冷……小腹满，按之痛者”之因于“冷结在膀胱关元”。

这些审证求因的条文，在《伤寒论》中所占比例不少，条文有的明确，有的暗示，但仔细研索则各具妙谛。

关于病位的辨识，仲景知之审，析之细，六经、脏腑、气血、营卫，一以贯之。伤寒六经的病位是有一定界畔的。柯琴曾说：“仲景之六经，是分六区，地面所该者广。虽以脉为经络，而不专在经络立说。凡风寒湿热，内伤外感，自表及里，有寒有热，或虚或实，无乎不包”（《柯氏伤寒论翼笺正·六经正义》）。石带南阐发

得更明白，他说：“表里以六经分，明邪所从入之门，经行之径，病之所由起由传也。上下以三焦分，以有形之痰、食、水饮、渣滓、瘀血，为邪所搏结，病之所由成也”（《医原·论张仲景伤寒论》）。这对病位更有明确发挥。其实，《伤寒论》中早就提出了“胸中”、“心中”、“小腹”、“少腹”等病位，界畔分明，作为辨证论治的依据之一。

### 三、辨识病的传变

周学海在《读医随笔·读伤寒论杂记》中有云：“伤寒传经，有此经之邪延及彼经者，有前经之邪移及后经者，合病，并病，皆邪气实至其经也。更有邪在此经而兼见彼经之证者，邪在阳经而兼见阴经之证者”。这段阐述将张仲景引而不发之意，简明扼要地给予揭示，足资参考。据仲景所述，伤寒之传与不传，主要与正气的强弱、病邪之重轻及是否药误有关。《伤寒论》中涉及传经问题较明显的条文有：

“伤寒一日，太阳受之。脉若静者，为不传。颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也”。（4条）

“太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也”。（250条）

“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴。服汤已，渴者，此寒去欲解也”。（41条）

“伤寒脉弦细，头痛发热者，属少阳。少阳不可发汗，发汗则谵语。此属胃，胃和则愈，胃不和，烦而悸”。（266条）

“太阳病……如其不下者，不恶寒而渴者，此转属阳明也”。(246条)

“……服柴胡汤已，渴者，属阳明……”。(99条)

“本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也。”(279条)

不仅如此，仲景的“知病”，除了包括辨识病证、病因病机和病的传变以外，还兼及患者的病史及其新病和久病。可见仲景不仅博涉知病，而且对疾病体察入微。

### 多诊识脉

《伤寒论》从篇目到条文，对脉的重视仅次于病，且其位置在证与治之上，如“辨某某病脉证并治”诸篇名，就是明显例证。要条文中，脉证并例的，几乎占全书1/3。成无己注本卷一还列有“辨脉法”、“平脉法”各一篇，后人虽谓此二篇是王叔和增益，其实晋代去汉未远，叔和的诊法，必多仲景遗意，何况“辨脉法”、“平脉法”篇内容精神，与《伤寒论》全书所述脉证基本相符。许叔微曾撰《仲景三十六种脉图》，书虽未见，但从其所著《伤寒百证歌》、《伤寒发微论》来看，此书可能是一部辑寻《伤寒论》、《金匮要略》论脉的专书。由此可知，仲景对脉诊与脉法是有丰富的理论根据和实践体验的。

《内经》言三部九候，《伤寒论》则仅言三部，不提九候。所谓“三部”即人迎、寸口、趺阳，较《内经》



直截了当，而三部中又着重诊寸口与趺阳。诊寸口为《伤寒论》平脉辨证之关键，贯穿于全部《伤寒论》，论中“脾约证”也提到诊趺脉。许叔微《伤寒脉证总歌》中有“趺阳胃脉定死生”之句，并说“仲景言趺阳脉者凡十有一”。可见仲景诊法确是临床经验的结晶。

仲景脉法主旨，在于“辨脉法”、“平脉法”两篇，叔和的整理符合仲景之意，有功于仲景，成无己《注解伤寒论》首列此两篇，亦能传仲景法之真，综《伤寒论》脉诊之要，可为研究仲景脉法的主要参考资料。其中如：

“凡脉大、浮、数、动、滑，此名阳也；脉沉、涩、弱、弦、微，此名阴也。凡阴病见阳脉者，生；阳病见阴脉者，死”。

“寸口脉浮为在表，沉为在里，数为在府，迟为在藏”。

“寸口，关上，尺中三处，大小、浮沉、迟数同等，虽有寒热不解者，此脉阴阳为和平，虽剧当愈”。

“表有病者，脉当浮大……里有病者，脉当沉细”。

“寸脉不下至关，为阳绝；尺脉不上至关为阴绝。此皆不治，决死也”。

这些所谓叔和增益的“辨脉法”、“平脉法”中某些内容，为我们所常见的，与《伤寒论》六经平脉辨证条文基本相符，其他不作缕述。

平脉以辨证，贯穿于全部《伤寒论》中，直接关系辨证论治。仲景论脉，重在浮、沉、迟、数，而浮、

数、动、大、滑、沉、迟、涩、弱、弦、微则以类相从。浮与数为阳脉，大、滑、动亦为阳，沉与迟为阴脉，涩、弱、弦、微亦为阴。《伤寒论》对这些脉的辨以，是在《素问》、《难经》的基础上加以临证实践总结出来的。王冰赞《素问》各篇谓“稽其言有征，验之事不忒”，我们对仲景的平脉辨证亦有同感。特别在微弱脉与洪大脉间，别阴阳病机，从结代脉审因施治，这为《伤寒论》所独到，是《素问》、《难经》中所没有的。

在平脉辨证论治方面，仲景于太阳病用麻桂者，因其脉之浮缓、浮紧，而紧与缓兼阴脉，所以治以辛温；于太阳病用姜附者，以其脉之微弱、沉微，微与弱亦阴脉，因而治以辛热；于阳明病用膏、黄（大黄）者，以其脉之浮大、浮长、长于大皆阳脉，所以治用辛凉、苦寒；于三阴证用姜附者，以其脉之沉细；二三阴病之阳证仍用膏、黄（大黄）者，以其脉之浮滑。其中病同脉异治异和病异脉同治同之分，关键在于辨证，识脉更是关键中的关键。

### 屡用达药

达，通也，通事理也。“达药”，意思是通晓药的性味功效。方之取效，一半在于辨证精确，一半在于熟悉药性，结合辨证遣方用药。若仅能辨病证而用药不当，非但不效，且多贻害。正确地遣方用药，无疑是治病取效的重要一环。

《伤寒论》方，配伍谨严而灵活，一味药不只在一

类方中使用，在另一类方中通过配伍也可入选，甚至补药可用于泻剂，寒药可用于温剂，加减应用，尤见微妙。以六经病大方的加减为例：如治太阳中风用桂枝汤，见项背强者则用桂枝加葛根汤，喘者则用桂枝加厚朴杏子汤，太阳病下后脉促胸满者用桂枝去芍药汤，微恶寒者用桂枝去芍药加附子汤。此外，如小柴胡汤、小青龙汤、真武汤、通脉四逆汤等方，都各有其绝妙的加减应用。然而这仅仅是药物的加减，另有桂枝麻黄各半汤、桂枝二越婢一汤等合方。而仲景“达药”的精义，还不止此，下面试将桂枝、人参、黄连在《伤寒论》、《金匮要略》中的应用略作探索。

### 一、桂枝

仲景于桂枝之用，可以说是“致广大而臻精微”，运用出神入化，药量亦变动不居。就其药用而言，邹润安《本经疏证》将仲景用桂枝法度，约为六端：一曰和营（实际是和营卫），举桂枝汤、桂枝麻黄各半汤等 43 方；二曰通阳，举桂枝甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等 8 方；三曰利水，举苓桂草枣汤、五苓散等 11 方；四曰下气，举桂枝生姜枳实汤、桃仁承气汤等 12 方；五曰行瘀，举桂枝茯苓丸、鳖甲煎丸等 4 方；六曰补中，举小建中汤、黄连汤等 5 方。仲景用桂枝于补中“属义精妙，而功广博”，桂枝所治之虚，非参术芪草所补虚，而是土为木困，因气弱而血滞而气愈弱者之虚，这就把仲景对桂枝的妙用发掘无遗。至于用量，从一、二、三分到一至六两，轻重之差，为它方所未见，各具至理。

## 二、人参

仲景之用人参，不仅得参之性，实能扬其长而尽其用。人参功用第一在于补，仲景用之以补的，补脾如理中丸，补肺胃如竹叶石膏汤，补肝如乌梅丸、吴茱萸汤，补心复脉如炙甘草汤，各有各的取用。人参第二个功能在于和。一般都认为小柴胡汤为少阳和解之剂，实际上，柴芩专解邪，用参乃是和解而调停之。胸痹诸方不用参，而胁下逆抢心则用参；而且小柴胡汤的加减法中，遇干呕、渴、胁下痞硬均不去参。从这些可以悟得仲景对人参的用法。

然而仲景用参之妙，尚不止此。一般痞满忌参，但以参佐旋覆、姜、夏，则参可用于散虚痞；腹胀忌参，但以参佐厚朴、姜、夏，则参可用于除胀；参能实表止汗，有表证者忌之，若汗出后烦渴不解，于甘寒剂中则尚用它。象这样对人参运用自如的，只有在仲景书中才能看到学到。

## 三、黄连

日人吉益东洞《药征》总结仲景用黄连方的主治为“心中烦悸，旁治心下痞，吐下，腹中痛”。并谓“泻心汤证之‘心气不足’应据《千金方》作‘心气不定’，不定者，烦悸之谓”。此说更能阐明黄连的主治，与仲景方义吻合，足证东洞翁善读仲景书，能识仲景用药之妙，仲景用黄连于心、胃、肝、肠等部位的病证，如黄连阿胶汤治心；五个泻心汤、黄连汤、干姜黄芩黄连人参汤治胃；乌梅丸治肝；白头翁汤、葛根黄芩黄连汤治

肠。其配伍之法，或配阿胶鸡子黄之濡，或配以大黄、芍药之泄，或配以半夏、桔萎实之宣，或配以干姜、附子之温，或配以人参、甘草之补，因证制宜，所以能收苦燥之益，而无苦燥之弊。“屡用达药”，于仲景方中最能体验，于此可见一斑。

张仲景《伤寒论》之成为医学巨著，诚如诸澄所谓是仲景“知病”、“识脉”、“达药”之故；其所以能“知病”，“识脉”、“达药”、功归于“博涉”、“多诊”和“屡用”。一孔之见，是否得当请指正。

## 《金匱要略》的沿波討源

### ——略談《金匱要略》及其注本

何 任

《昭明文選·陸機文賦》謂：“或因枝而振葉，或沿波而討源”。用之探討《金匱要略》，觀其今昔，究其本末，沿波以探源，對認識《金匱要略》或有裨益。

茲略談《金匱要略》之古今并其注本之大要。

#### 一

《傷寒論》經金·成無已第一個闡注，《金匱要略》經宋·王洙重新發現，明·趙以德第一個闡注。兩書雖都系晉·王叔和整理編次，其間由合而分，而分而合，合而再分，若即若離，綿延至今。但同中有異的是：兩書發現的年代不同，發現後顯晦的遭遇不同，因之在學術上被重視的程度，疏注的眾寡，差殊更甚。《傷寒論》傳世之後，有加例的，有闡注的，補亡的，訂誤的，刪定的，還有為之證方合論的，分論的，以証類方的，以經分証的，編注之多，比“百家注杜”更有過之。而《金匱要略》編次後即默無所聞，由晉、唐至宋、元、明，疏注者僅趙氏一家。同是仲景述作，同是王叔和編次，由於“傷寒”、“雜病”之分，好象孿生兄弟之肥瘠

太甚了。后人疏注《金匱要略》与疏注《伤寒论》的，在数量上固不能比拟；在版行传世方面，《金匱要略》亦逊于其后。

新中国成立后，这两本书，方同列为古典医著，均为中医学院的必修课，《金匱要略》韬光匿采 500 多年，至此始得与《伤寒论》并为世重。

就《伤寒论》与《金匱要略》注家比较来看：

《伤寒论》系统作注，成无己为之首创。别撰《明理论》，论证 50 篇，论方 20 篇。其实宋·许叔微已有《伤寒发微论》、《伤寒九十论》之作，阐发仲景奥义，早属不注之注；以后，朱肱的《伤寒百问》继之。金、元间，刘守真、张璧各有伤寒著述，其辨脉、辨证、辨方，皆补仲景未备；明·王肯堂的《伤寒准绳》，张卿子的《伤寒论注》，李士材的《伤寒括要》，许宏的《金镜内台方议》，陶华的《伤寒六书》中的《续明理论》等前后 10 家，都是发挥《伤寒论》原文或注或议之佼佼者。参照曹炳章氏《历代伤寒书目考》所提示：宋代计 57 家，金 20 家，元 30 家，明 91 家，共 198 家。至于《金匱要略》仅明·赵以德之《衍义》回顾往昔，我们真为那时《金匱要略》的默默无闻而遗憾。

我们从文献中查得，《金匱要略》在宋·王洙发现以前，仅有唐·孙思邈、王焘把有关方论采入于《千金要方》及《外台秘要》中，《脉经》、《肘后备急方》、《三因极一病证方论》虽各有引述，但提张仲景者多，提《金匱要略》者少。书不提名，遑论注释。再从宋·王洙

(约为 1063 年) 迄明万历戊戌 (1598 年, 即徐榕校梓《金匱》的 1 年) 535 年中, 《金匱要略》的方论传布于当时医籍中的, 有宋之朱肱、陈无择, 金·元之刘守真、李东垣、张洁古、王海藏、朱丹溪; 其中以丹溪对《金匱要略》方, 推崇备至, 称之为“万世医门之规矩准绳”, “引例推类可谓无穷之应用” (见《局方发挥》)。以上 7 家, 俱为宋、金、元间医学大师, 著书立说, 足以振古铄今, 然而仅钦敬《金匱要略》为载道之书, 却都没有奋笔为之注疏。如李东垣在《内外伤辨惑论》引易水张氏说: “仲景药 (方) 为万世法, 号群方之祖, 治杂病如神, 后之医者, 宗《内经》法, 学仲景心, 可以为师矣”。说明对《金匱要略》方论景仰的心情, 意在言表。王海藏《此事难知》云: “余读医书几十载矣, 所仰慕者, 仲景一书为尤, 然读之未易通其趣, 欲得一师指之, 遍中国无能知者”。他所谓“仲景书”, 后文特加以点明说: “《金匱玉函要略》、《伤寒论》, 皆张仲景祖神农, 法伊尹, 体箕子而作也”。综合以上二家之说, 可知注《金匱要略》是有所思而未尝做的。

大概是由于《金匱要略》发现较晚了些, 不象《伤寒论》在晋、唐时已有王叔和、孙思邈、王焘等编次引述, 它直至北宋王洙才发现于馆阁, 又列为官书, 民间较少流传, 一般都无法看到, 更谈不到整理和注释。至明代赵以德承丹溪之学 (赵为朱之弟子), 始为之“衍义”, 但仍未有刻本, 见者亦不多, 清康熙间, 周扬俊认为赵注“理是学博, 意周虑审。本轩岐诸论, 相为映



照；合体用应变。互为参酌”。鉴于赵注尚未完成，周又采喻嘉言之说（周为喻之弟子），加以“补注”，融会而成《金匱玉函经二注》。此后，《金匱要略》注本就逐渐地从仅有到较多地问于世。

赵后周前的有卢之颐《金匱要略论疏》，书未见，据记载，谓其对《金匱要略》研究极深。在清代，周扬俊为赵氏《衍义》作《补注》外，有徐彬的《论注》，程林的《直解》，沈明宗的《编注》，魏荔彤的《本义》，尤怡的《心典》，黄元御的《悬解》，陈念祖的《浅注》，唐容川的《疏注补正》，还有清廷作为国家编审印行的《医宗金鉴·金匱论注》等。在清 260 余年中，《金匱要略》注本传世而为我们见到的仅此 10 家（有其书而未见者不计入）。其中分卷较多的为徐彬、沈明宗、黄元御三家（各 22～24 卷），较少的为程林、尤怡（各 3 卷）。就其注本的内容来说，这 10 家《金匱要略》注，俱系积学之士，对《金匱要略》毕生摩索，其造诣各有擅长，可以说，《金匱要略》的注家虽然不多，然均精湛可诵。

除了这些《金匱要略》专注以外，还有从杂证方书中因释证、释方而阐及《金匱要略》方论证治的，虽非专门注本，但对《金匱要略》的阐述，亦多卓而不凡。例如王晋三选注古方而释及《金匱要略》，邹润庵以疏证本草而释及《金匱要略》，更有喻嘉言、徐大椿、张路玉……等阐述杂症而释及《金匱要略》者。

近 50 年来，中医学者如恽铁樵、曹颖甫等付出了

不少辛勤劳动，对《金匱要略》的研究探索成绩斐然。解放以后的述作则更多。传道、授业、解惑之书，遍及国内并推及海外。《金匱要略》方的临床应用方面，各地医药杂志所报道更是十分丰富。抚古瞻今，对《金匱要略》的研究探索，发展提高，更是后来居上，越过前人。

## 二

在多家《金匱要略》专注中，他们都是术业有专攻，议论赅今古，出其心得，启迪后人，但我们亦应有所抉择，不能贪多务得，细大不捐，更不能象“广原搏兔”，致网罗多而弋获少。选读注本，从“两大”、“两小”入手。“两大”即徐彬《金匱要略论注》、沈明宗《金匱要略编注》各24卷，为大部注本；“两小”即尤怡的《金匱心典》，魏荔彤的《金匱本义》，各3卷，为小部注本。这4家注本，各持见解，各有造诣，略述如下：

1. 徐彬的《论注》 其体例自谓：“正义疏释备于注，或有剩义及总结诸证不可专属者备于论”。意味着：注是解释原文，论是广泛阐述。他指出读《论注》法，须先将方论药味，逐字不遗熟读贯串，竭其知识，探讨既文，然后，将《论注》验其得失，不可摘段取便，不可仿佛涉略，言简意赅。其《论注》所阐释的，从一字一句，到脉、因、证治，都作了详细的剖析。举例如：“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名中湿，亦

名湿痹。湿痹之候，小便不利，大便反快，但当利其小便”条的注释。他首先点明病因，“此证湿之挟风，而湿胜以致痹者”。接着分析病机：“风走空窍，故流关节；风气滞于中，故通心而烦；风为湿所搏，失其风之体，故脉沉而细……气既为湿所痹，则气化不行而小便不利；大肠主滞，湿行反快而不艰——病风者多便秘，故以湿胜而快为反耳”。这一解释夹叙夹议，研探极细。后段分析治法，亦推勘入微。此类注释，徐氏《论注》中比比皆是，询不愧为喻氏高弟，深得乃师薪传，允推《金匱要略》中的一个好注本。

2. 沈明宗《编注》 其书致力于“编”与“注”两个方面。他认为仲景书多编次失序处，以《金匱要略》来说，首篇最明显。沈氏指出：“从来著书立言，心先纲领，次及条目，而是编乃以治病问答冠于篇首，叙例大意仅次后章；且诸方论（指首篇中后八节）头绪参差不贯，使读者如入雾经，失其所之”。因此，他把《金匱要略》首篇的次章冠首，而为叙例，次以时令，问答阳病、阴病、五脏病、四诊、治法等相贯于后，为1卷；2至22卷，均以病带方，23、24两卷则存而不论。这一篇次，既合实际，且有理致。关于注的方面，亦多明白晓畅，并能发人所未发，如：“寒疝腹中痛，及胁痛里急者，当归生姜羊肉汤主之”条，诸家注释，多从证属虚寒，病在肝经，治以温养着笔，而沈氏强调冲脉，一经点明，使条文的病机、治法、方药更多一番新的悟境。他指出：“此连冲脉为疝……肝木受邪、乘

脾則腹中痛；本經之氣不舒，故脇亦痛，連及沖脈則里急矣，治以當歸補養沖任而散風寒……”。此類別出心裁的解釋，開辟奇經証治之路，擴而充之，頗多启发。

3. 尤怡《心典》 其書卷帙不多，注解極簡明扼要，以少勝多，堪稱《金匱要略》注本中“少而精”的代表作。徐大椿稱其“條理通達，指歸明顯。辭去必煩，而意已盡，語不必深，而旨已傳。雖此書之奧妙不可窮際，而由此以進，雖入仲景之室無難也。”江陰柳寶詒稱其“于仲景書尤能钻研故訓，獨稱心得。”這些都是對“尤注”的實際評價。《醫宗金鑑·金匱要略注》，多採取尤氏之說，足以概見其注疏之價值。值得稱述的，尤氏對《金匱要略》的深入理解，不僅見之于注文，還見之于臨床實踐。他在《靜香樓醫案》中，以制肝益脾法治咯血、脇痛、便澇及中滿腫脹；以葶苈大棗瀉肺湯治浮腫咳喘；以理中合黃土湯治五年不愈的瀉痢便血。特別以腎氣丸加減治內飲，治腎虛肺實的咳喘，治陽虛不能化水的水腫，治沖氣咳逆，治腎虛齒痛等等，都是得心應手。把《金匱要略》方用到機圓法活的境界。

4. 魏荔彤《本义》 魏氏對仲景書研索極深，注釋多透徹，說理詳明。其釋証、釋方、釋藥、闡明經義，更覺精切。如釋射干麻黃湯謂：“以射干為君，散胸中逆氣，佐麻黃姜辛以散表邪，款冬五味以潤肺氣，半夏開郁，大棗補中；一方兼解表潤里，邪去而正氣行，結開而津液復。”議藥議方，一以貫之。釋澤漆湯

方证，更出以精心。首先分析证因，指出：“咳而脉沉，里热病也；必素日形寒饮冷，伤其肺脏，变热入里，耗其正津，瘀其痰血而欲成痈也”。继以释药，他说“泽漆，大戟苗也。较大戟寒性虽减，而破瘀清热利水降气有同性，且性缓于大戟，故宜于上部用。佐半夏开之，黄芩泄之，白前、紫参润之，生姜、桂枝升散之，参、草补益之；可谓预防肺痈稍从急治者矣”。层层分析药性药效，使泽漆汤方证无疑义。

上述4家注本，各有特长，各臻化境。他们对《金匱要略》的探索，从不同角度上深入，从不同方法上浅出，深入为了明理，浅出为了喻人。不论明理或喻人，其促使《金匱要略》更好地古为今用，是殊途同归的。上接仲景心源，或称瓣香一贯，值得我们研录取用。

虽然《金匱要略》注本不及《伤寒论》1/10，但由于它是古典医著中最早一部有论有方的杂病文献，涉及内、妇、伤、外科44个病种，病因病机有风、寒、湿、喝、火毒、五脏六腑、气、血、痰、食、虫、水……等多样，出方226个，选药158种。病症方药如此繁多，后世——特别是明清医家无论在杂病方书或论药著作中，都有一定的论述来阐发《金匱要略》的病证和方、药。这些论述，虽非《金匱要略》专注，而碎金片玉，却是作者全神贯注所在，也即是各种之药著作中的结晶部分。金元之李（东垣）、罗（天益）、明之王（肯堂）、李（士材）、张（介宾）、赵（献可），在其全集中各有关于《金匱要略》病证方论的阐述，清代诸家更在所多

有。

特别要提的，为喻嘉言《医门法律》。喻氏继《尚论》伤寒之后，取《金匱要略》证方要旨，精思冥悟，成《医门法律》。论证论方，悉本《金匱要略》而有所阐发，是一部不名《金匱要略》的“金匱衍义”。次为徐大椿《兰台轨范》，其书对《金匱要略》方的串解和临床运用，各有要言不烦的指出，着墨不多，却都是传神之笔，其金针度人之处，不能以其寥寥数语而忽视它。与此同调，王晋三的《古方选注》，对《伤寒论》、《金匱要略》方的注释，都能阐幽发微，不释则已，释则洞中窥要，既释方，又释证，释药，一释而“三关”俱通，各家之注，自是不凡。再次为邹润庵的《本经疏证》，其书原以释药为主，参证《伤寒论》、《金匱要略》、《千金要方》、《外台秘要》等方，说理精当，疏解详备，以药证方，据证论药；方与药相互印证，而经义愈明，颇可作为《金匱要略》方注读。

我认为徐、沈、尤、魏4家之书，无妨看作清代注《金匱要略》最佳之本，并以喻、徐、王、邹书中解释《金匱要略》方证及方药部分，作为专注以外的散注，朝夕观摩，对读者的深造有得，一定是有所帮助的。

## 水肿病治疗提要

李今庸

李今庸（1925—），湖北中医学院教授

水肿病既是一个常见病多发病，也是一个大病难病。我国劳动人民早就对其有所认识，并采用了相应的治疗措施。《山海经》中记载了多种治疗该病的药物；《内经》在论述本病病因病机的同时，提出了“平治于权衡”的治疗原则，及“开鬼门，洁净府”、“针刺”、“放血”等具体治疗方法；后汉张仲景在其所著的《伤寒杂病论》中，对本病作了进一步地阐述，并提出了许多治疗方法，使《内经》的理论更加具体化，惜其论述交互错综，文字古奥，义理深邃，后人难以掌握。李老师学验俱丰，在总结前人经验的基础上，结合自己的临床实践，建立了比较完备的辨证论治体系，证之临床，疗效卓著。

### 发汗消肿法

发汗消肿法，《内经》称之为“开鬼门”。张仲景说：“腰以上肿，当发汗乃愈。”所以，这种治疗方法，主要用于身体上半部肿，或先身体上半部肿而后肿及全身，并兼见恶寒恶风）、发热等表证。在临床上，又当

根据不同病人的具体情况，选用恰当的发汗方法。

1. 辛凉发汗 风邪外伤皮毛，水邪阻滞肌肤，郁滞化热。症见肢体浮肿，恶寒发热，骨节疼痛，自汗出，口渴欲饮，小便黄赤，脉浮大或数。治以越婢加术汤加减，辛凉发表，疏风清热泄邪，兼以培土制水。麻黄 10g，石膏 20g，生姜 10g，甘草 10g，大枣 4 枚，焦白术 12g。先以水煎麻黄，去上沫，再煎其余各药。若兼见咳嗽，则加法半夏 10g，以降逆止咳。

验案 某患者，男，57 岁。发病 10 余日就诊。面部浮肿，两目微肿如卧蚕，发热，微恶寒，头痛，鼻塞，流清涕，微咳，口渴欲饮，心下硬满，按之不舒，然不碍饮食，心悸，腰疼，小便黄赤，脉浮。拟越婢加半夏汤。麻黄 10g，石膏 20g，炙甘草 10g，大枣 3 枚，生姜 10g，法半夏 12g，水煎服。服药 3 剂，恶寒、鼻塞、流清鼻涕及咳嗽均消失，浮肿、小便黄赤亦好转，惟大便带黄色粘液，遂于方中去法半夏，加焦白术 6g，炒枳实 10g，黄芩 10g，水煎服。又服 3 剂，诸证悉退。

2. 辛温发汗 风水相激，郁于肌腠，肺失宣降。症见肢体浮肿，恶寒，无汗，脉浮等。治以香苏饮加减，发汗、解表、消肿。香附 10g，紫苏 10g，陈皮 8g，甘草 6g，葱白 6g，生姜 6g。水煎数沸，去渣，不拘时服。若症见四肢浮肿，发热，恶寒，全身疼痛，无汗，脉浮而兼烦躁者，可以大青龙汤和减，辛温发汗，消肿除烦。麻黄 10g，桂枝 6g，炙甘草 6g，杏仁 10g，生姜 10g，大枣 4 枚，石膏 20g。先水煎麻黄，去上沫，再下



其余各药同煎。

验案 某患者，男，45岁。发病后4天就诊。病初，左大腿内侧生一小疖，红肿疼痛，继而出现浮肿，经化验检查，诊断为急性肾炎，求治于中医。症见面浮肿，恶风，微热，无汗，口不渴，小便短少而色清，苔白，脉浮。治以香苏饮加味。制香附10g，紫苏10g，陈皮8g，甘草8g，生姜6g，葱白6g，麻黄6g，服药3剂，症除肿消，小便化验检查，尿蛋白消失，嘱其避风寒。

3. 助阳发汗 风寒外束，水邪内停，正阳不足。症见肢体浮肿，骨节疼痛，汗出，恶风，脉沉。治以麻黄加附子汤加减，助阳发汗消肿。麻黄10g，制附子10g，炙甘草6g，先以水煎麻黄，去上沫，再下其余各药煎服。

### 利尿消肿法

利尿消肿法，《内经》称之为“洁净府”。张仲景说：“腰以下肿，当利小便”。所以这种治疗方法主要用于水肿俯重于身体下半部，或水肿先见于身体下半部而后肿及全身。在临床上，又当根据不同病人的具体情况，采用适当的利尿方法。

1. 化气利尿 “膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣”。水结膀胱，气化不利。症见肢体浮肿，小便不利，恶寒发热，汗出而渴，脉浮。治以五苓散加减，化气利水。桂枝10g，焦白术12g，茯苓12g，泽泻20g，猪苓12g。共研末，以开水冲服，或以水煎服。

验案 某患者，男，63岁。就诊时症见全身浮肿，下肢尤甚，阴囊亦肿，微咳，腹部胀满，饭后加重，拒按，肠鸣，小便短少色黄，舌苔白，脉弦。拟五苓散加减。桂枝10g，焦白术10g，茯苓12g，猪苓12g，泽泻20g，厚朴12g，陈皮12g，苍术6g，槟榔12g，干姜6g。服药11剂诸症消退，惟感两腿酸软无力，微咳有痰，纳差。改服六君子汤，服2剂，病人复发腹部胀满，下肢浮肿，小便不利。于是又在第1方的基础上加莱菔子12g，法半夏10g，又服6剂两症减。

2. 温阳利尿 “肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”水邪壅盛，肾阳郁阻，但关不开，聚水为肿。症见肢体浮肿，四肢厥冷，小便不利，小腹胀满，脉沉。治以真武汤加减，温阳利尿消肿。制附片10g，茯苓10g，焦白术10g，生姜10g，白芍10g。水煎服。

验案 某患者，女，7岁。就诊时症见全身浮肿，腹满，按之软，大便时溏，小便短少色黄，手足冷，口不渴，偶欲热饮，食欲差，舌苔白润，脉沉小迟。拟真武汤加减。制附片6g，茯苓8g，焦白术8g，生姜6g，炙甘草6g。服2剂后病情好转，服至4剂时诸症明显减轻。

3. 甘寒利尿 水热结滞，壅遏膀胱，尿道阻滞。症见肢体浮肿，小便不利，或滴沥涩痛，口干渴，脉沉。常以自拟方，甘寒利尿消肿。冬瓜皮20g，芦根10g，白茅根15g，石韦10g，苡薏仁15g，滑石15g，杏

仁 10g，灯芯草（或通草）10g，西瓜翠衣 10g，水煎服。

验案 某患者，男，18 岁。就诊时症见肢体浮肿，尤以下肢为甚，微热，口渴，小便色黄而短少，苔薄黄，舌质有少许裂纹，脉数。方用冬瓜皮 20g，芦根 15g，滑石 10g，白茅根 15g，石韦 10g，薏苡仁 15g，车前子 10g，通草 10g。服 4 剂后肿消症退。

4. 苦寒利尿 夏月伤冷水，水行皮中，暑热内壅。症见肢体肿重，小便短少色黄，口渴，舌红，脉数。治以一物瓜蒂汤，苦寒利尿消肿。瓜蒂（甜瓜蒂或丝瓜蒂均可）20 枚，水煎服。

### 逐水消肿法

水邪壅盛，凝聚于内，三焦不通，气化受阻。症见腹部肿大如鼓，肢体浮肿，小便不利，脉沉等。治以十枣汤加减，峻下逐水消肿。芫花（炒）、甘遂、大戟各等分。共研为细末备用，用时取大枣 10 枚，劈开，煎水去渣，加药末 2g 调服。本药只宜早晨服，不宜晚上服。服药后若大小便仍不通，待第 2 天再服。本方药味峻猛，非病实体壮者不可用。若为安全起见，可将药末用枣肉捣和为丸用；或将药末用醋调成糊状，敷于小腹部，则更为稳妥。

### 泻肺消肿法

肺为水之上源，主肃降而通水道，水邪壅肺，上源受阻，肃降失职，水道不通。症见肢体浮肿，胸部胀

满，咳嗽，喘息等。治以葶苈大枣泻肺汤加减，泻肺消肿。葶苈子（炒，捣碎）15g，大枣4枚。先用水煮大枣，去渣，加葶苈子煎煮，去渣。顿服。

验案 某患者，女，17岁。就诊时症见全身浮肿，恶寒，发热，咳嗽气喘，小便短少色黄，苔白、脉浮，血压偏高，经化验诊为急性肾炎，收住院治疗。一医投以小青龙汤1剂，寒热退而余症不减；另一医改为利水药加所谓“降血压中药”，服药数十剂而前症依然如故。后更一医，本“葶苈大枣泻肺汤法”，于前利水药中加炒葶苈子10g，1服小便如涌，旋即诸证悉退，血压降至正常，尿蛋白消除，病愈出院。

### 祛瘀消肿法

血瘀气滞，疏泄失权，气化不利，久而化热。症见肢体浮肿，小便不利，口渴；妇女月经不利，脉沉涩等。治以蒲灰散加味或小调经汤加减，活血祛瘀，利水消肿。蒲灰散方：蒲灰10g，滑石5g。共研为细末，以水冲服，1日3次。小调经汤方：当归10g，赤芍10g，制没药6g，琥珀6g，桂枝6g，细辛3g，麝香1g。水煎服。日3次。

### 开结消肿法

阴寒之气郁结不解，气化不行，水道不通。症见肢体浮肿，厥冷，腹满，心下痞阻，肠鸣；或身冷骨痛，或恶寒，或麻痺不仁，脉沉等。治以桂甘姜枣麻辛附子

汤加減，轉運大氣，開結消腫。桂枝 10g，生薑 10g，炙甘草 6g，大棗 1 枚，麻黃 6g，細辛 6g，制附子 10g。水煎服，1 日 3 次。

除上所述之外，在临床上尚有一种“虚肿”和一种“风肿”。虽都表现为肿，但其病因病机和水肿病大相径庭，当注意加以鉴别。

## 咳喘论治

李今庸

咳喘，又称“喘咳”。其名首见于《黄帝内经》。如《素问·调经论》，说：“气有余，则喘咳上气”。《素问·五常政大论》说：“从革之纪……其发咳喘”等等均是。咳和喘是两种不同的临床证候，《释名·释疾病》说：“咳，刻也，气奔至出入不平调若刻物也。喘，湍也；湍，疾也，气出入湍疾也”。《说文·欠部》说：“咳（本作效），通气也，从欠，或声”。《说文·口部》说：“喘，疾息也，从口，喘声。”这说明咳是逆气奔至出入不平调若刻物然而致喉咙作声，喘是呼吸快促，二者的临床表现是不一样的。然这涉于肺气的两个证候，在临床上对于各个病人来说，咳者不必皆喘，喘者也不必皆咳。虽然如此，但它们二者确实是常常相兼并见，所以在两千年前写成的《黄帝内经》里就开始了“喘”、“咳”二字的连用。

本文所述的“咳喘”，将包括古代所谓的“上气”一证在内，它就是《周礼·天官·疾医》中所载“冬时有嗽上气疾”的所谓“嗽上气疾”。“上气”者，“大气逆上”也。《济生方·喘》说：“夫喘者，上气也。”以“上气”释“喘”，从而把“上气”和“喘”，混为一而不分，这是不恰当的。上面已述“喘”是呼吸快促，而上

气则不只是“呼吸快促”，更主要的它是如《灵枢·刺节真邪》所说的“不得息”、《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气痛脉证治》所说的“喘鸣迫塞”、“咽喉不利”，其气逆于喉嗑之间而感息道狭窄，气息堵塞不通，以致喉嗑之间发出哮鸣之声，殆即后世所称之为“哮”者是也，因而《证治准绳·杂病·喘》说：“所谓‘上气’者，气上而不下，升而不降，痞满膈中，气道奔迫，喘息有音者是也。”上气和喘，明是两种不同的临床证候，尽管在临床上，上气者必兼喘，然喘者未必有上气，所以《金匱要略·藏府经络先后病脉证》在述“阴病十八”时，把“上气”和“喘”二证给予了平行并列，这是正确的。《素问·调经论》说：“气有余则喘咳上气”，就是把“喘”、“上气”并提的。

咳、喘、上气等三证皆病于气，人身之气虽根于肾而所主则在于肺。肺主气，其性清肃下降，一有所伤，则肺气失调而为咳为喘为上气。这就表明咳、喘、上气等三证的出现，无论病因为何，其发生机制则皆在于肺气之失调，因而在临床上三者常相伴而见。本文为了叙述上的方便，以下各处在一一般情况下，对咳、喘、上气等三证只以“咳喘”一词概之，必要时，则仍将分别列出咳、喘和上气。

### 咳喘的病因病机

本文所论述的“咳喘”，属于中医药学所谓“内科杂病”范畴，不包括外感急性病发展过程中出现的咳喘

证象。

本文所概述的咳、喘、上气等三证的发生，皆由肺气失调所引起。肺为娇脏，居胸中，为五脏六腑之上，主气以呼吸而出治节，许多因素均可导致肺气失调而发病。实者，多因寒，因热，因燥，因痰，因饮，因瘀；虚者，多因津少，因血虚，因气耗，因精亏。

因寒：肺恶寒，形寒饮冷则伤肺。寒邪犯肺则肺气逆乱而发为咳喘。

因热：肺属金而畏火。火热之邪刑金伤肺，则肺金失其清肃之令，肺气上逆，发为咳喘；或热伤肺之血脉，蓄结痈脓，发为肺痈而咳喘。

因燥：肺应秋令而主燥。燥邪淫胜则伤肺，肺伤则其气逆而不顺，发为咳喘。

因痰：肺为贮痰之器。痰停肺内，壅遏气息之道路，致肺气受阻而郁结逆上，发为咳喘。

因饮：肺为太阴而居胸阳之位，饮停胸胁，支妨于肺，则胸阳不振而肺气失和发为咳喘。

因瘀：肺主气，而气又赖血以运载。血液瘀积，则气亦不行，气不行而郁遏于肺发为咳喘。

因津少：肺主敷布津液而又赖津液以濡养。或吐，或下，或汗，或多尿，或生疮，致津液伤耗而虚少，津液虚少不足以濡养于肺，肺失养则其气少不能布息，遂发为肺痿而咳喘。

因血虚：心肺同居上焦，肺主气而属金，心主血而属火，或吐血，或衄血，吐衄太甚则失血必多，致心血



不足而心火偏盛，虚火刑金，则肺气伤而郁结不行发为咳喘。

因气耗：肺主气，而劳则气耗。劳作过甚则喘且汗出而其气外内皆越，肺气伤耗，不足以布息，或又有所郁，则气少而结，发为咳喘。

这里所述的咳喘十种致病因素，都可以引起咳喘病证。这十种致病因素，在咳喘证的发生发展过程中往往交错变化，有时是先病而存在以引起咳喘，有时是在咳喘病证中又产生新的因素，有时这种因素引起发病而在咳喘病症过程中又转化为另一种因素，有时为单一因素致人于病，有时则为两种或多种因素交互为病。

### 咳喘的辨证施治

咳喘的病机虽然都是肺气失调，但由于引起咳喘病证的病因不同，病人体质不同、疾病久暂不同和临床证候不同，治疗上必须区别对待，具体问题具体分析，在祖国医学基本理论指导下进行辨证施治，这里就咳喘病证的证治择其要者记述如下：

风寒束肺，气郁化热；肺胀，脉浮大，咳喘上气，唾白色泡沫，目如脱状，口渴欲饮水，烦躁，法宜外散寒邪、内清郁热，治以越婢加半夏汤，方用麻黄 12g，生石膏 24g，生姜 10g，红枣五枚，炙甘草 6g，法半夏 10g，打破，上 6 味，以水适量，先煎麻黄去上沫，纳诸药再煮，汤成去滓，温服。

外寒激动内饮，上逆犯肺：肺胀，脉浮，咳而上

气，唾白色泡沫，喉中有哮鸣声，治宜外散寒邪，内降水饮，治以射干麻黄汤，方用：射干10g，麻黄12g，生姜12g，细辛16g，紫菀10g，款冬花10g，红枣3枚，法半夏10g，打破，五味子10g。上9味，以水适量，先煮麻黄两沸，去上沫，纳诸药再煮，汤成去滓，温服。如表邪甚而为肺胀脉浮，恶寒发热，咳喘上气，唾白色泡沫，喉鸣声，心下有水气，治以小青龙汤。如肺气壅闭，胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭，咳逆上气，喘鸣迫塞，不得平卧，服小青龙汤后，鼻塞清涕出等表证已解而余证未退，法宜决壅泻闭，治以葶苈大枣泻肺汤，方用，葶苈12g，熬令黄色捣丸，红枣四枚，上两味，先以水适量煮枣取汁，去枣纳葶苈再煮，汤成去滓，温服。

饮伏胸胁，支塞于肺：咳嗽唾涎沫，胸中痛，短气，烦乱，不得坐卧，眼胞微肿，或咳引胁痛，苔白，脉弦，法宜峻逐水饮，治以十枣汤，方用芫花、甘遂、大戟等分。上3味，各别捣细，过筛，以水适量，先煮肥大枣10枚，劈开，去滓，纳药末，强人温服一钱匕，羸人温服半钱匕，半旦服，若下少病不除者，明日加药末半钱匕更服，得快下利后，糜粥自养。

痰浊阻遏肺窍，息道闭塞：咳逆上气，时时吐出浊涕浓痰，但倚物而坐不得眠卧，法宜涤浊除痰，治以皂荚丸，方用：皂荚250g，上一味，研为细末，过筛，炼蜜为丸如梧桐子大，以枣膏和汤服三丸，日服三次，夜服一次。

痰湿停肺：咳嗽吐白色痰，痰多，滑而易咳出，胸闷，舌苔白，脉弦或缓，法宜燥湿化痰止咳，治以二陈汤加味，方用法半夏 10g，打破，陈皮 10g，茯苓 10g，炙甘草 10g，干姜 6g，细辛 3g，五味子 6g。上 7 味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。脉浮喘气者，肺失宣散，方加麻黄 10g，杏仁去皮尖 10g；咽喉发痒者，气郁化燥，方加天门冬 10g，黄芩 10g；痰咳不出而感在胸间者，气结在胸，方加紫苏 10g，前胡 10g；痰咳不出而感在喉间者，气结在咽喉，方加桔梗 10g；脉虚少气，肢体乏力者，气虚肺弱，方加党参 10g，白术 10g。

肾阳不用，饮邪内盛，循经逆上，弥漫心胸：咳嗽，喘气，唾白色泡沫，四肢逆冷，舌苔白润或黑润，脉沉细或兼虚数，甚或精神恍惚，法宜温阳逐饮，治以真武汤加味，方用炮附片 10g，茯苓 10g，白术 10g，白芍 10g，干姜 10g，细辛 6g，五味子 8g。上 7 味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。

痰热壅肺：咳喘胸痛，唾黄痰或血色痰，发热，口渴，舌苔黄，脉浮滑或兼数，法宜泄热开结化痰，治以小陷胸汤加味，方用：瓜蒌仁 12g，打破，黄连 10g，法半夏 10g，打破，大贝母 10g，桔梗 10g，前胡 10g，甘草 6g，上 7 味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。

热毒壅肺，蓄结痈脓：肺病，脉数实，口中干燥，咳即胸中隐隐痛，唾出浓痰腥臭或唾出脓血腥臭，法宜清热解毒，活血排脓，治以千金苇茎汤，方用：苇茎 30g，冬瓜仁 15g，打破，薏苡仁 15g，桃仁去皮尖 10g。

上4味加水适量，煎药，汤成去滓，温服。

肺燥气逆，肃降失职：咽喉燥痒，频频咳嗽而无痰，舌干，尿黄，法宜降逆润燥，治以枇杷紫菀汤，方用枇杷叶去毛炙10g，款冬花10g，紫菀10g，核桃肉10g，桔梗10g，炙甘草10g，天门冬10g，麦门冬10g，沙参10g，霜桑叶10g。上10味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。

燥热伤肺，肃降失常：干咳无痰，呼吸气喘，鼻咽干燥，心烦口渴，舌干无苔，脉细数；或失血之后，肺燥成痿，痰凝气郁，久咳不止，脉细数，法宜清燥润肺，治以清燥救肺汤，方用：冬桑叶10g，生石膏10g，党参5g，甘草5g，胡麻仁6g，阿胶5g，烱化，麦门冬去心6g，杏仁去皮尖，炒，5g，枇杷叶6g，去毛，蜜炙。上9味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。

津伤阴虚，肺气逆上：肺痿，脉虚数，火逆上气，咽喉不利，口舌干燥，咳吐浊唾涎沫，或为半声咳者，法宜生津养阴，止逆下气，治以金匱麦门冬汤，方用：麦门冬20g，法半夏8g，打破，党参10g，炙甘草6g，炒粳米12g，红枣4枚。上6味，以水适量，煎至米熟汤成，去滓，温服。

阴血亏损，虚火刑金：心烦心悸，咳嗽气喘，咽喉疼痛干燥，或痰中带血，唇色淡白，舌红少苔，脉细弱而数，法宜养血滋阴，清热润肺，治以百合固金汤，方用：生地10g，熟地10g，百合6g，白芍药6g，炒麦门冬6g，玄参6g，当归6g，贝母6g，生甘草6g，桔梗

3g。上 10 味，以水适量煎服。

瘀血停滞，阻塞息道：咳逆倚息，不能平卧，咳痰涎或带红色血，胸胁满闷或有刺痛，舌青或舌有紫斑块，脉涩，法宜活血破瘀，治以代抵当汤加味，方用：大黄 6g，酒炒，莪术 6g，醋炒，当归 10g，丹皮 10g，穿山甲 6g，炮，红花 6g，桃仁去皮尖，10g，牛膝 6g，夜明砂 10g，茯苓 10g，法半夏 10g 打破。上 11 味，以水适量煎药，汤成去滓，温服。如咳嗽侧卧一边，翻身则咳嗽不休者，治以血府逐瘀汤，方用：当归 10g，生地 10g，桃仁去皮尖 10g，红花 10g，赤芍 10g，川芎 5g，柴胡 6g，枳壳 6g，牛膝 10g，甘草 5g，桔梗 5g。上 11 味，以水适量，煎药，汤成去滓，温服。

肾元虚惫，气不归根而浮于上：咳嗽，短气，腰痛，胫痿，小便短少，动则喘息，舌苔薄，脉虚弱细微，法宜补肾益精纳气归根，治均金匱肾气丸，方用：干地黄 25g，山药，山茱萸各 12g，泽泻、丹皮、茯苓各 10g，肉桂、附子各 3g。上八味共研为末，过筛，炼蜜为丸如梧桐子大，酒下 15 丸，加至 20 丸，日再服，或改丸为汤服。如肾元虚惫，肾阳失职，水气留滞，腰疼，尿少，腹部膨满，两脚浮肿，咳嗽，喘气，法宜益精，行水，化气，治以济生肾气丸，即“金匱肾气丸”方中加牛膝 10g，车前子 15g。如肾气衰竭，生气欲脱，证见呼吸喘急，气息出多入少，两足厥冷，额上汗出，脉浮而无根，法当本“急则治标”原则，宜温补真元，镇纳浮阳，治以黑锡丹，方用：金铃子蒸去皮核，胡芦

巴酒浸炒，附子炮去皮脐，茴香炒，肉豆蔻面裹煨、补骨脂酒浸炒、阳起石酒煮一日焙干研、木香、沉香各30g，肉桂15g，黑锡去滓、硫黄透明者各60g。上12味，用黑盏或新铁铫内，如常法结黑锡、硫黄砂子，放地上去火素，研令极细末，余药亦研为细末，过筛，再将二末一处和匀入研，自朝至暮，以黑光色为度，酒糊丸如梧桐子大，阴干，入布袋内擦令光莹，每服6g，温开水送。

上述中医药学对咳喘病证的14种治法，体现了对咳喘病证的辨证施治的一些体会和认识，特写出以就正于海内同道。

## 肾综合征出血热（疫斑热）治法概要

周仲瑛

周仲瑛（1928～），南京中医药大学教授，博士生导师

肾综合征出血热在我国原称流行性出血热，根据本病的临床表现，隶属于中医“瘟疫”、“疫斑”、“疫疹”等范畴，故可拟名为“疫斑热”。病因感受瘟邪疫毒致病，进而酿生热毒、瘀毒、水毒，耗伤阴津。“三毒”几乎贯穿病变的整个过程，发热期、低血压休克期以热毒、瘀毒为主，少尿期以瘀毒、水毒为主，多尿、恢复期则为正气亏虚，余毒不净。因此，治疗当以清瘟解毒为基本原则。同时区别各个病期的不同病理特点，辨证采用相应的治疗大法，结合具体病情，有主次的综合应用，配合基础治疗，在临床实践的基础上，参照中药药理研究，研制具有抗出血热病毒作用的系列专用方药，以加强针对性。

### 治法方药

#### 一、清气凉营法

由于本病卫气营血传变过程极为迅速，在气分甚至卫分阶段，邪热多已波及营分，往往重叠兼夹、两证并见，而气营两燔基本贯穿于发热、低血压休克、少尿三

期，表现为“病理中心在气营”。为此，治疗应针对这一病机特点，到气就可气营两清，只要见到身热而面红目赤，肌肤粘膜隐有出血疹点、舌红等热传营分的先兆。即当在清气的同时加入凉营之品，以防止热毒进一步内陷营血。而另一方面必须注意，即使邪热内传入营，亦应在清营药中参以透泄，分消其邪，使营分之热转出气分而解，此即叶天士所谓“入营犹可透热转气”的论点。实践证明，清气凉营法广泛适用于发热、低血压休克、少尿三期，而以发热期为主，若用于发热早期，往往可以阻断病势的发展，使其越期而过。基本方用清气凉营注射液、清瘟口服液。主药为：大青叶、银花、青蒿、野菊花、鸭跖草各 30g，知母 15g，生石膏 60g，赤芍 15g，大黄 10g，白茅根 30g。湿热偏盛，内蕴中焦，脘痞呕恶，便溏，脉濡而数，苔腻色黄，去大黄、知母，酌加法半夏 10g，藿香 10g，厚朴 6g，黄连 5g。临床所见，发热高低，热程长短，直接影响病情的进展与转归，应用清气凉营法及时控制高热，中止病情传变，是缩短病程，减少转证现象，提高疗效，降低病死率的关键。我们在发热期应用清气凉营剂治疗 435 例，能使大多数病人越期而过，使病死率降至 1.11%，与对照组（281 例）5.8% 相比，有显著差异。

## 二、开闭固脱法

在本病发展过程中，因热毒过盛，壅遏气血，阳气内郁，不能外达，可见热深厥深的厥证或闭证，进而正虚邪陷，阴伤气耗，内闭外脱，甚则由闭转脱，阴伤及



阳，阳虚阴盛，阳不外达，成为寒厥、阳亡重证，同时必须注意厥脱虽证分多岐，但气滞血瘀、正虚欲脱是其重要的病理基础。因热毒里陷，阳气内郁，或阴寒内盛，阳不外达，必致壅遏气血；阳衰气弱，气不运血，或阴虚血少，脉络不充，均可致气病及血，血病及气，而致气滞血瘀。而其病理特点多为因实致虚，虚实夹杂。因此，治疗当以开闭固脱为其主要大法，而开闭实亦寓有宣通气血郁闭之意。在早期热厥闭证阶段，治予清热宣郁，行气开闭，药用柴胡、大黄、知母、广郁金各10g，连翘心5g，枳实、丹参、鲜石菖蒲各15g，热盛加生石膏60g，黄连5g；表现“窍闭”现象者，配用至宝丹或安宫牛黄丸。若邪热伤阴耗气，势已由厥转脱，则当行气活血开闭，益气养阴固脱，药选青皮、陈皮、枳实、石菖蒲、丹参、赤芍各10g，川芎、红花各5g，以调达气血；西洋参或生晒参、麦冬、山萸肉、玉竹各10~15g，五味子5g，炙甘草5g，龙骨20g，牡蛎30g，以益气养阴。阴阳俱脱者复入四逆汤意以回阳救逆，加制附子、干姜各6~10g。我们据此研制的具有行气活血、扶正固脱与益气养阴、行气活血作用的抗厥、救脱I号静脉注射液，治疗厥脱证136例，病死率4.14%，与对照组（66例）26%相比有显著差异。

### 三、泻下通瘀法

热毒由气入营，热与血搏，血热血瘀，瘀热在里，三焦气化失宣，瘀毒、水毒相互为患，是从发热期发展至低血压休克、少尿两期的病理基础，为此，泻下疗法

可以较广泛地应用于出血热几个主要病期，发热早期用之可以减轻病情，阻断传变；低休期热厥证用之，通过清泄热毒，邪去则厥自复；少尿期用之，可以通利二便，改善肾脏功能，概言之有下热毒、下瘀毒、下水毒等多种综合作用。通瘀主要是针对“瘀热”里结阳明，下焦血结水阻所采取的措施，而泻下与通瘀的联合应用，治疗少尿期蓄血、蓄水证，其疗效尤为满意。因邪热从腑下泄，下焦壅结的瘀热得到疏通，则肾的气化功能也可相应地改善。药用生大黄、芒硝各 10~15g，枳实、桃仁 10g，生地 30g，麦冬、猪苓各 15g，白茅根 30g。瘀热在下加牡丹皮、赤芍、怀牛膝各 10g，水邪犯肺加葶苈子、桑白皮各 10g，阴伤明显加玄参 15g。我们据此研制的泻下通瘀合剂，治疗少尿期 202 例，病死率 3.9%，而西药对照组 77 例，病死率 21.18%，两者疗效差异显著。

#### 四、凉血散血法

由于本病重症疫毒极易从营入血，故其病理重点在营血。热毒炽盛则迫血妄行，火热煎熬又可导致血瘀，血热、血瘀、出血三者往往互为因果，贯穿于发热、低血压休克、少尿三期，并见于 DIC 所致的出血。因此，当取凉血散血法，清血分之毒，散血分之热，化血中之瘀，止妄行之血。通过凉血化瘀，达到活血止血目的。适用于瘀热动血之多腔道出血及发斑，低休期之热厥夹瘀证，少尿期之下焦蓄血证等。药用水牛角片 15g，牡丹皮、赤芍、黑山栀各 12g，鲜生地 60g，丹参 10g，紫

珠草 15g, 土大黄 10g, 煨人中白 10g, 白茅根 30g 等。结合各期病机特点及主要治法加减配药。我们据此研制的丹地合剂、地丹凉血针, 实验表明, 能明显改善微循环障碍, 有降低血细胞聚集性、粘滞性及抗凝和抗纤溶等作用。临证凡能及时见机应用者, 确能减少出血的发生和防止大出血。观察有明显出血者 62 例, 总有效率 97.39%, 临床治愈显效率 90.43%, 无效 2.61%, 对照组 24 例, 总有效率 87.27%, 临床治愈显效率 74.55g, 两组相比,  $P$  均  $< 0.05$ 。

### 五、滋阴生津法

温病顾阴, 早有明训, 留得一分津液, 即有一分生机。出血热温热火毒炽盛, 传变迅速, 故尤易灼伤津液, 耗损营阴。临证所见患者均有不同程度的口渴, 舌干红甚至无津, 唇齿枯燥等阴伤表现, 故全过程均应重视养阴保津。从三期经过而言, 发热期多为气营热盛、肺胃津伤; 低血压休克期热厥证多见心肾阴虚, 津气耗伤; 少尿期多为肾阴耗伤、热郁下焦。为此当分别采用养肺阴、增胃液、滋心营、益肾阴等不同方药以救阴。方如沙参麦冬汤、增液汤。药用西洋参 10g, 北沙参、麦冬、玉竹、天花粉各 12g, 金钗石斛 15g, 鲜芦根、生地各 30g, 玄参 15g, 阿胶 10g, 阴虚风动, 加龟板、鳖甲各 15~30g 等。亦可给予养阴增液等大型输液。本法为治疗出血热不可忽视的大法之一, 可以起到重要的辅助支持作用, 使阴伤程度较快得到改善, 通过助正抗邪, 加速病情好转。

## 六、补肾固摄法

疫毒伤肾，气化失司，邪少虚多，病从少尿转入多尿者，治应补肾以培元、固摄以保津。在多尿早期阴虚热郁者，滋阴固肾，兼以清利余毒，多尿后期肾气不固者，则当补肾复元，辨其阴阳施治。基本方用固肾缩泉汤，主药为地黄、山药、山萸肉各10g，炙黄芪15g，覆盆子、桑螵蛸各10g，五味子5g，茯苓、牡丹皮各10g，甘草5g。虚中夹实，下焦蕴热酌加黄柏、知母、泽泻各10g，瘀毒不净加赤芍、赤小豆各10g，去桑螵蛸、五味子；肾阴虚甚，酌加阿胶、天冬、玄参各10g；气虚加党参15g，炒白术10g；阳虚加鹿角胶、益智仁、菟丝子各10g。一般而言，多尿期虽已由险转夷，但仍应密切观察，慎加调治，防止发生某些并发症，再次循环障碍，肾实质损伤，导致第二次肾功能衰竭。至于少数病人，病程进入少尿期，尿量虽然正常，但有尿毒症症状者，则应考虑为多尿型尿毒症，应及时检验确诊，不得误认为进入多尿期而延误治疗。

此外，恢复期证见气阴两伤，脾虚湿蕴，肾阴亏虚者，当分别辨证施治。

## 重证治例

### 例1 气营两燔，热毒内陷证

严××，男，26岁，农民。1981年11月20日入院，12月6日出院，住院号1124。

3天前突然畏寒、发热、头痛、腰痛，体温持续在

39.5°C 以上，伴恶心、呕吐，不能进食，乏力，口渴，口苦，心烦不寐，胸闷，大便 3 日未解，小便量偏少。诊断为流行性出血热发热期收治入院，体检：T39.7°C，R24 次/分，BP90/60mmHg，神志清楚，精神萎靡，烦躁，面色潮红，球结膜充血，轻度水肿，颈胸部充血，口腔粘膜及背腋部见散在性出血点，肢末不温，舌质红，苔薄黄，脉细数，心率 120 次/分，律齐，各心瓣膜区未闻及杂音，两肺呼吸音清晰，腹部略隆起，满腹轻度压痛，无移动性浊音，肝脾肋下未触及，两侧肾区叩出痛（++），神经系统检查阴性，血常规：RBC406 万/mm<sup>3</sup>，HB15.4g，WBC19200/mm<sup>3</sup>，N61%，L39%（异淋 10%），PC5 万/mm<sup>3</sup>。尿常规：蛋白（++），RBC0~11/高，WBC2~3/高，管型 1~3/高，血尿素氮 23mg%。

辨治经过：从瘟疫重症，气营两燔治疗，药用清气凉营注射液（大青叶、金银花、大黄、知母、淡竹叶）40ml 加入 10% 葡萄糖液 250ml 静滴，入院后 2 小时血压降至 0/0mmHg，烦躁不安，不能入睡，肢末凉，压指试验 5 分钟，发热、低血压休克两期重叠并见。立即静推低分子右旋糖酐 200ml，低分子右旋糖酐 300ml 快速静滴，5% 碳酸氢钠 250ml 快速静滴。抢救 40 分钟后血压仍未上升，证属邪毒内陷，热深厥深之候，随用升压灵（第一代抗厥注射液，陈皮）10ml 加入 10% 葡萄糖液 20ml 静推，10 分钟后血压上升至 60/40mmHg。继取升压灵 20ml 加入 10% 葡萄糖液 250ml 中静滴，3 小时

后，血压上升至 90/40mmHg，再用升压灵 15ml 加 10% 葡萄糖液 250ml 静滴，5 小时后，血压恢复正常，稳定在 120/70mmHg 左右，7 小时后停用升压灵，血压未再下降，药后 4 小时体温开始下降，1 天半降至正常，继用清气凉营注射液静滴，3 天后自觉症状、体征逐渐消失，各项化验检查恢复正常，越过少尿期及多尿期，直接进入恢复期，治愈出院。

### 例 2 营血同病，瘀热里结证

患者张××，女性，40 岁，农民，1982 年 11 月 27 日入院，12 月 9 日出院，住院号 6740。

四天前突起恶寒、发热，当晚寒罢，高热持续，头痛、眼眶痛、腰痛，烦渴，不思纳谷，大便干燥，小溲黄赤。诊断为流行性出血热发热期收住院。查体温 39°C，软腭、腋下有出血点，酒醉貌，“V”字胸，球结膜充血水肿，两肾区有重度叩击痛，尿检蛋白（+++），血查白细胞总数 17000/mm<sup>3</sup>，中性 85%，淋巴 14%（其中异淋 6%）、血小板 6.8 万/微升、尿素氮 34.5mg%。经用免疫抑制剂、能量合剂，纠正酸中毒及水电解质紊乱等，体温有所下降（波动在 37.5~38°C 之间）。但斑疹显露，密集成片，舌质红绛。苔黄中剥，脉细数，病未静止，乃转中医治疗。

辨治经过：初从营血热盛治疗，投犀角地黄汤（以广角粉冲服代替犀角）、清营汤加减，未效。斑色加深呈紫赤色，病至第七天，口干不欲饮，舌绛无津，心烦不寐，按腹胀痛，大便秘结，小溲赤少，发热，少尿两

期重叠。病入营血，阳明瘀热里结，转方凉血活血护阴，更加硝黄通腑，逐血分郁结之瘀热。药用：生大黄 30g（后下），芒硝 15g（分冲），枳实 10g，桃仁 10g，牡丹皮 10g，鲜生地 60g，麦冬 30g，怀牛膝 10g，白茅根 30g，药后大便秘解，色黑如羊矢，后为稀便，日行三次，腹胀痛消失，次日斑色转淡，原方去枳、硝，大黄改为 10g，并加玄参、竹叶各 15g，续服，斑疹渐退，小便增多，胃纳大增，舌质不复红绛，热退脉静。复查尿素氮 10.6mg%，尿蛋白阴性，血小板 9 万/mm<sup>3</sup>，白细胞 3600mm<sup>3</sup>，中性 74%，淋巴 26%，继以竹叶石膏汤加减调治获愈。

### 例 3 热毒壅盛，血瘀水停证

陈××，男，52 岁，干部，1982 年 12 月 23 日入院，1983 年 1 月 6 日出院，住院号 7685。

5 天前形寒发热，全身酸痛，继之身热加剧，高达 40℃，头痛、身疼，恶心呕吐。在乡医院拟诊为流行性出血热，采用西药补液、纠正酸中毒、抗感染、激素等。一天来热退神萎、腰痛明显，尿少，日 400ml 左右，小便短赤，口干口苦、渴而多饮，大便 5 日未行，舌苔焦黄、舌红绛，脉细滑。因病情加重，转来住院治疗。体检：T36.9℃，P80 次/分，R22 次/分，BP134/96mmHg，呈急性病容，神萎倦怠，颜面潮红，双睑轻度浮肿，球结膜下出血，胸、背、两侧腋下散在出血点，两肺未闻及干湿罗音，心律齐，80 次/分，心音稍低钝，无病理性杂音，腹满无压痛，肝脾（-），两肾

区有叩击痛，神经系统（-）。血查 WBC58000/mm<sup>3</sup>，N49%，L14%，异淋 36%，PC21 万/mm<sup>3</sup>，Hb13.5g，尿素氮 65mg%。尿检：色黄、蛋白+++，脓细胞少许。

辨治经过：热毒壅盛，弥漫三焦，血瘀水停，治予泻下通瘀。药用生大黄 30g（后下），芒硝 24g（分冲），桃仁 12g，怀牛膝 12g，鲜生地 60g，大麦冬 20g，猪苓 30g，泽泻 12g，白茅根 30g，配合西药支持疗法，药后大便日行六、七次，小便随之增多，呃逆亦除，两天后原方去芒硝加车前子 15g，继服四天，小便日行 5600ml，渴喜冷饮，寐差多言，烦扰不宁，舌红少苔，脉细数。BP150/110mmHg，血查 WBC16900/mm<sup>3</sup>，N92%，L80%，PC6.6 万/mm<sup>3</sup>，尿素氮 95mg%。热毒劫阴，心肾两伤，治予滋肾清心、养阴清热，药用北沙参、石斛各 15g，生地 30g，玉竹、山药、山萸肉各 12g，牡丹皮、知母各 10g，龙骨 30g，覆盆子 15g，莲芯 3g，白茅根 30g，服四天后烦渴已解，神静，尿量递减至 2206ml/日，尿检（-）。血查 WBC6200，L40%，N60%，尿素氮 28mg%。转予滋阴固肾善后。

#### 例 4 热毒瘀闭，津伤水停证

杨××，女，56 岁，农民，1985 年 12 月 31 日入院，1986 年 1 月 17 日出院，住院号 6738。

五天前突然畏寒发热，体温高达 39.5℃，头痛、眼眶痛、腰痛、周身酸痛，病情日益加重，身热不解，腰痛明显，尿量减少。诊断为流行性出血热少尿期收治入院。体检：T37.6℃（腋下），P88 次/分，R20 次/分，



BP130/90mmHg, 心率 88 次/分, 律齐, 未闻及杂音, 两肺 (-), 腹满无压痛, 肝脾 (-), 两肾区有叩击痛, 神经系统检查 (-), 精神萎靡, 面色潮红, 咽部充血, 上颌见散在性出血点, 胸部、两侧腋背隐布出血性疹点, 咯痰带血, 大便秘结, 两日不行, 尿少 (450ml/日), 舌红绛, 苔薄黄, 脉细弦滑。血查 Hb16g%, RBC612 万/mm<sup>3</sup>, WBC20800/mm<sup>3</sup>, N65%, L34%, 异淋 1%, PC4.8 万/mm<sup>3</sup>。尿素氮 38mg%, 尿常规, 黄微混、蛋++++, 红细胞+++ , 脓细胞少许。

辨治经过: 疫毒内犯营血, 瘀热里结, 津伤水停, 防其变生痉厥, 治予清营凉血、解毒通腑、滋阴利水。药用鲜生地 60g, 玄参 20g, 牡丹皮 12g, 赤芍 12g, 丹参 15g, 紫草 12g, 半边莲 30g, 蚤休 15g, 大黄 30g, 玄明粉 15g (冲), 通草 6g, 白茅根 50g, 车前草 30g, 日一剂。另: 广角粉、羚羊粉各 2g, 分二次调服, 逾二日突然神昏不清, 抽风, 咯血、尿血、尿量日 250ml, 瘟毒内闭, 邪犯心肝, 瘀热动血, 病情险笃。治守原方, 另加开窍熄风之剂, 安宫牛黄丸 1 粒, 紫雪丹 3g 化服, 日二次, 越日夜 9 时许苏醒, 但躁烦不寐, 大便泻下稀溏约 1000g, 小便黄褐, 日 350ml, 舌光燥多裂纹, 脉细滑。原方药加麦冬 20g, 猪苓 15g, 滑石 15g, 去玄明粉、通草继进, 一天后尿量增至日 1050ml, 色黄, 大便稀溏, 口渴欲饮, 夜寐稍有躁动, 上方再投, 翌日小便 24 小时排出 2710ml, 病势已向多尿期移行。渴饮, 夜

不能寐，腹胀，只能少量进食，苔中根部黑燥，舌红少津，脉细弦滑，BP160/80mmHg，为热毒瘀结、营阴耗伤，转予滋阴生津、凉血解毒。药用炙鳖甲 30g（先），生地 50g，玄参 30，麦冬 30，北沙参 15g，大白芍 15g，牡丹皮 10g，丹参 15g，紫草 15g，牡蛎 30g，广郁金 10g，莲芯 3g，芦根 30g，连服三天后尿量减至日行 1500ml 左右，尚有腹胀、泛恶，噯气纳差，口苦，舌苔根部焦黄浊腻，质暗红，脉细弦。脾虚湿蕴、胃气不和，方用太子参 15g，焦白术，茯苓、川石斛各 10g，黄连 3g，法半夏、陈皮、竹茹各 6g，白茅根、芦根各 30g，连服六天，症状消失停药，复查血、尿常规、肾功能均正常。

#### 例 5 瘀毒内闭、血热阴伤证

蒋某，男，35 岁，农民。1981 年 12 月 27 日入院。1982 年 1 月 10 日出院。住院号：12006。

五天前突然畏寒，继则发热，不恶寒，频繁恶心呕吐。面颈潮红，目赤且有出血斑，口渴唇裂，口秽喷人，上腭、胸、腋密集红疹，呈条索状，头痛目痛，腰痛拒叩，唇紫，舌苔黄，舌质红绛，脉小数。诊断为流行性出血热低血压期。入院时体温正常，血压 0/0，经扩容纠酸，血压升至 130/80mmHg，但皮肤红疹进行性增多，臀部出现瘀斑，烦躁谵语，扬手掷足。血检：白细胞  $21800/\text{mm}^3$ ，血小板  $8.4 \text{ 万}/\text{mm}^3$ ，凝血象：凝血酶时间大于正常对照 61 秒，白陶土部分凝血活酶时间大于正常对照 78 秒，纤维蛋白原 144mg%，血尿素氮

49mg%，尿检：蛋白（++）。

辨治经过：热毒犯营，势将动血，瘀热蕴结，内闭心包，病情重笃，亟先清心凉营，开闭防脱，牛黄清心丸一粒化服，一日二次。翌日神志仍然欠清，时有谵语，眼结膜见出血瘀斑，尿少，舌面芒刺，舌苔焦黄、舌质深绛，治拟凉血化瘀，养阴解毒，清心开窍：鲜生地60g，玄参10g，牡丹皮10g，赤芍10g，水牛角30g（先煎），石斛15g，麦冬10g，连翘10g，生大黄15g，龙胆草3g。另用牛黄清心丸1粒，一日三次。连投前法两日，神识转清，尿量较多，皮肤潮红仍然明显，红疹甚多，舌质光绛，守前法续清其邪：生地15g，玄参15g，水牛角30g（先煎），牡丹皮10g，紫草10g，赤芍15g，生大黄10g，白茅根、芦根各30g。逾日进入多尿期，皮疹减少，它症亦轻，再予凉血化瘀、养阴解毒，经六日进入恢复期，各项检验恢复正常，症状消失，痊愈出院。

## 瘀热型血证初探

周仲瑛

我们在临床实践中观察到不少血证患者兼具血热和血瘀见证。为此乃复习文献，汲取古今医家关于瘀热出血的认识和经验体会，推求病理，并通过实验研究及临床验证，提出瘀热型血证的证型，以冀发展血证理论，充实有效治疗。临床用于流行性出血热、伤寒、肺结核、支气管扩张、消化性溃疡病等出血的瘀热型血证共115例，总有效率97.39%，临床痊愈显效率90.43%，优于对照组87.27%，74.55%，证实瘀热型血证的客观存在及凉血化瘀法的实用意义。

前人对血热或血瘀导致的出血，早有较多论述，对两者相互作用所致的瘀热型血证，虽无系统专论，但在讨论热病及血证的有关篇章中，也有零星的阐述。如《内经》所说“血气相溢，络有留瘀”即为类似认识，首先提出瘀热一词，及其证治的当推张仲景，《伤寒论》第128条云：“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利者，下血乃愈，所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也，抵当汤主之。”指出外感之邪循太阳经脉深入下焦，瘀热搏结，可致出血，血出则瘀热去，病情缓解。《诸病源候论·吐血候》中有论述瘀热出血点睛之

笔，“诸阳受邪热，初在表，应发汗不发，致使热毒入深，结于五脏，内生瘀积故吐血”。在治法方药上，《千金要方》创组拟了犀角地黄汤以治疗“伤寒及温病应发汗而不汗之，内蓄血者及鼻衄吐血不尽，内余瘀血，面黄，大便黑”，并强调其功效为消瘀血，此后被公认为是凉血散瘀的代表方剂，如《丹溪心法》云“衄血，凉血行血为主”大抵与吐血同，犀角地黄汤与郁金同用，温热大家叶天士在《温热论》中指出：“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”，也为瘀和热两者相互作用所致的出血提供了很好的论据，但多偏重于外感病所致的瘀热出血，而有忽视内伤瘀热出血的倾向。

### 瘀热型血证的病机探讨

#### 一、六淫化火，疫毒入侵，热毒炽盛，搏血为瘀，离经妄行

六淫侵袭人体，皆可化为火热之邪，甚至酿毒，诚如王秉衡所说：“人之火病独多者，以风寒燥湿悉能化火“而”外邪伤人必随人身之气而变……故人身阳气旺即随火化”（章虚谷）。若原有瘀热内伏，则尤易因外邪化火而触动。若由温热疫毒侵袭，火热炽盛，则为害尤烈，火热内燔，可致酿毒、生风、耗气、伤津、攻心诸变。其中动血尤与其他诸证密切相关，火热由气及血，血热内壅，遂致热与血搏，瘀热互结，血络受损，进而动血。正如吴又可所说：邪热久羁，无由以泄，血为热搏，留于经络，为紫血”。因火毒戕伤血络，则逼血外

溢，瘀滞脉道，则血不循经，血热血瘀，互为因果，而发生各种血证。其病理特点：一是攻窜散漫，随血流行，侵袭力强，无处不到，往往一身之症杂陈，所谓“热毒壅盛，充斥内外”；二是聚结壅塞，盘踞不散，燔灼气血，表现为“热毒蒸灼气血，经络凝塞不通”，故而易于损伤脏腑功能，出现定位症状，三是腐败破坏，气血凝滞，血络损伤，导致脏腑的实质性病变。

## 二、内伤久病，气火亢盛，逆乱脏腑，温热瘀瘀，壅塞脉道，热郁血瘀，戕伤血络

内伤杂病，气失平调，火失潜藏，或郁火内生，火郁络瘀，瘀热伤络；或积湿生热，久病络瘀，瘀瘀互结，郁而化热，闭塞经络隧道，阴阳气血失调，脏腑蓄热，血脉壅滞；或瘀郁酿热，血行不畅，均亦易导致瘀热出血。

## 三、因热致瘀或瘀郁化热，均可致瘀热搏结，络伤血溢

瘀热型血证的主要矛盾在于血热和血瘀，热甚可以致瘀，瘀郁可以化热，而致瘀热搏结，络伤血溢，总属两种病变机理的共同参与，但在外感或内伤疾病中，由于因病机有别，血热和血瘀的轻重主次也有不同。

在外感温热性疾病或它邪化热中，多为热甚致瘀，火热毒邪是引起血瘀继而导致出血的始动因素，王清任曾云：“瘟毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必凝”，但血瘀则是形成瘀热型血证的重要中间环节。瘀由热成，热瘀互结，往往可使邪热稽留不退，瘀血久踞不散，所

谓“热附血而愈觉缠绵，血得热而愈形胶固”。瘀热相互为患，阻滞搏结，发生各个部位的出血。

在内伤杂病所致的瘀热型血证中，则有因热致瘀或瘀郁化热的不同情况。患者素体阳旺，气火偏亢，或温热痰浊素盛，阻滞脉道，津亏液少，则血液粘稠，血行缓慢，每易致瘀，所谓“津液为火灼竭，则血行愈滞”。而各种原因所致的瘀血停积，郁结日久又可化热，属于“留瘀化火”及“瘀积发热”。终致瘀热搏结，壅遏伤络，形成出血。

#### 四、瘀热深蕴营血，多脏同病，伤阴耗血，可致厥脱、谵狂、窍闭之变

外感邪热传入营血，则必然以“耗血”为主。正如叶天士所云：“营分受热，则血液受劫”，气火亢盛，或湿热痰瘀久郁，不得耗伤阴血，又可导致血液稠浊，血行不畅，血脉瘀滞，加重血瘀。同时由于瘀热深在营血，充斥三焦，对脏腑经络的损伤具有广泛性，常可多脏同病，表现为多个部位的出血。

在病机演变过程中，血热炽盛，耗气伤津，血液稠浊凝滞，导致气机阻遏，阴阳气不相顺接，可以发生厥脱；而各个部位出血又可使津血消亡，气随液脱，血液运行愈加迟缓，血瘀更剧。

外邪入里，瘀热上犯清窍可以扰乱神明，出现谵狂、衄血。内伤杂病，气、火、痰、瘀偏盛，瘀热互结，“气血凝滞，脑气与脏腑气不接”，亦致发狂。若血热血瘀搏结不散，瘀血闭塞心窍，心营为热所劫，心气

为瘀所阻，则出现昏迷重症。

综上所述可知血热血瘀常可引起多种出血，瘀热型血证是临床客观存在的一个特殊证型。从而为辨证应用凉血化瘀法提供了理论依据。

## 瘀热型血证的辨识要点

### 一、诊断依据

1. 出血特点：各个部位均可出血，量多势急，或缠绵反复难愈，血色暗红、深紫，或挟有血块，质浓而稠。或肌肤瘀斑成片，甚或九窍齐出。

#### 2. 瘀热征候

(1) 血热征：外感所致者发热是必见之症，热势高低随病情轻重和正气强弱而不同，或身热夜甚。内伤所致者，血热则为一组症状的病机概念，往往并不表现出体温明显升高，而以烘热、烦热、潮热、面赤等为主。

(2) 血瘀征：可表现局部刺痛或胀满，扪及结块，口唇及面部、眼周紫黑，咽喉软腭见有充血、出血点，血管扩张，色泽紫暗；球结膜等处充血、渗出，或有瘀点瘀斑，指（趾）甲青紫，口渴但漱水而不欲咽，肌肤甲错等症。

(3) 精神神志变化：烦躁不宁，神昏谵语，或昏愆不语，神志昏蒙，如狂发狂等。

(4) 舌诊、脉象：舌质红甚至红绛，舌体青紫或有瘀点瘀斑，舌下静脉曲张，脉象细数或见涩、结、代。

(5) 实验室参考指标：①符合 DIC 诊断指标，②血



液流变学异常。③甲皱微循环异常。④血小板粘附和聚集率异常。

凡出血而具备血热血瘀临床表现，并有一项实验室指标异常者，即可诊断为瘀热型血证。

## 二、类证鉴别

1. 与血热妄行的鉴别 血热妄行出血，以出血鲜红，心烦躁扰，舌质红绛，脉细数为主要表现。而瘀热搏结所致的出血则以出血暗红或有块，局部刺痛，烦躁昏谵或如狂，舌质紫红或有瘀点等为主要见症。

2. 与血瘀出血的鉴别 血瘀出血可见各个部位出血，血色暗紫有块，反复发作，肢体触及肿块，肌肤甲错，面色黧黑，毛发不荣，脉象细涩或结代等。而瘀热型血证既有血瘀证候，又有血热证候，除出血暗红外，尚有身热心烦，或躁扰发狂，舌红绛有瘀点，脉细数等。

## 瘀热型血证的治疗大法及其应用

### 一、凉血化瘀是治疗瘀热型血证的基本大法

由于瘀热型血证的病机要点在于火热亢盛，血滞为瘀，瘀热搏结，壅遏血脉，络脉损伤，而致出血，其病理环节重在血热血瘀，因而治疗当以凉血化瘀为大法。凉血与化瘀联用，有以下几方面作用：

1. 清血分之热 血凉则热自清，不致煎熬血液成瘀，化瘀可以孤其热势，不致与热搏结，从而阻断病情的发展。

2. 散血中之瘀 消散血中之瘀，可使脉络通畅，凉血又可防止瘀郁生热，化火酿毒。

3. 解血分之毒 热由毒生，瘀从毒结，凉血化瘀，有利于解除血分之毒，消除滋生瘀热之源。

4. 止妄行之血 血得热则行，血凉自可循经，瘀得消而散，脉通血自畅行。从而达到止血的目的。

## 二、凉血化瘀法的临证应用

### 1. 基本方药

#### (1) 方药组成

丹地合剂 由水牛角片、细生地、牡丹皮、赤芍、大黄、山栀、煅人中白、紫珠草等组成。每剂药制成50ml，成人每次25ml，1日4次，口服，必要时每次50ml，1日3次。3~5天为1疗程。

地丹凉血针 丹地合剂去紫珠草，另加血余炭，每剂制成40ml，成人每次40ml加入5%或10%葡萄糖液250~500ml内，静脉滴注，1日1次，必要时1日2次，3~5天为1疗程。

(2) 方义解释 方用水牛角、大黄为君，水牛角功类犀角，有清热凉血解毒之功，大黄清热泻火，凉血逐瘀，二药相合互补，更能加强君药的凉血化瘀作用。生地、牡丹皮、赤芍为臣，生地滋阴清热、凉血止血，丹皮泻血中伏热，凉血散瘀，赤芍凉血活血，和营泄热，三药相互协同，可以更好地发挥君药的药效，佐以山栀清热解毒，凉血止血。人中白凉血解毒，降火消瘀止血。取紫珠草为使，入血清热活血，和诸药以加强凉血

止血作用；或伍血余炭入血合诸药以加强祛瘀止血作用。

以上两方均有凉血解毒，化瘀止血作用，但合剂凉血止血作用较强，针剂侧重于凉血化瘀。

## 2. 应用要点

(1) 明确外感内伤 一般而言，邪从外受者，凉血应配合清热解毒之品，化瘀可酌加散血通瘀之品，缘自内伤者，凉血应注意清散脏腑郁热，化瘀应注意活络。

(2) 辨别瘀热轻重 由于致病因素的特异性，病理阶段的不同，患者素体的差异，往往表现瘀与热的轻重不同，为此必须辨别孰主孰次，选用相关药物，热重于瘀者，宜选具有凉血和散瘀双重作用的药物，伍以清热泻火之品，瘀重于热者，当在凉血化瘀基础上，加重行血活血之品，必要时还可下其瘀热。

(3) 详察兼证变证 在瘀热型血证的病变过程中，易出现阴伤、窍闭、厥脱等兼证、变证，血热炽盛极易灼伤津液，耗损营阴；血凝成瘀、动血、出血又易导致阴血亏耗，为此，当配合养阴增液之品；若瘀热阻窍，内闭心包，神昏谵语，须配伍开窍醒神之品，血蓄下焦如狂发狂者，又当合以泻下通瘀；瘀热壅盛，耗气伤阴，阻滞气血，易致内闭外脱；瘀热动血，血去过多，气随血脱，亦常可发生厥脱之变，治疗应同时合以益气养阴，扶正固脱。

## 病案举例

例1 阴斑、尿血（紫癜性肾炎）肾虚阴伤，瘀热

## 血溢证

秦× 女 15岁 学生 门诊病人 1992年2月20日初诊。

既往在9岁时曾患血小板减少性紫癜，去年9月突发血尿，下肢外发紫斑，住八一医院检查，诊断为紫癜性肾炎，应用激素等治疗后控制。最近血尿又发，两下肢紫癜密集，腰部酸痛，小便红赤，口干，纳差，神疲，面黄欠华，舌苔黄质红，脉细。今尿检红细胞++，蛋白++。

辨治经过：肾虚阴伤，络热血瘀，瘀热动血，血不归经。治予滋肾养阴、凉血化瘀止血。仿六味阿胶饮合犀角地黄汤意立方。药用：大生地12g，牡丹皮、白芍、山萸肉、山药、旱莲草、阿胶、茯苓、泽泻10g，炙龟板、水牛角片各15g（先煎），煅人中白6g，白茅根20g，煎服，每日一剂，半月后复诊，两下肢紫癜基本消退，尿黄不红，诸症改善。尿检蛋白+，红细胞少，脓细胞少，守原法继服，病情稳定，多次在当地医院尿检，晨起小便（-），劳累后蛋白微量~+，红细胞少~+，下肢紫癜不再新生，此后诊治俱守原意。略事出入，结合辨病间断配用雷公藤10g，最后加入黄芪15g。有时尿检偶有蛋白少量。先后服经近五个月，临床痊愈。

按：尿血属肾，多为阴虚火动，络损血溢所致。然此例尿血与肌肤出血发斑并见，既与虚火游离动血有关，又有络热血瘀，血不归经的一面，故治疗不仅需要

滋阴清火，还应针对瘀热阻滞血络，蕴结下焦的病理特点，予以凉血化瘀、止其妄行之血。

例2 尿血、赤白浊（乳糜血尿）瘀热伤络，阴亏气耗证

唐×× 女 58岁 工人 门诊病人 1993年2月13日诊

有乳糜血尿史近30年，初病尿下混浊色白如乳，夹有结块，或混血色、血块，逐渐发展至以血尿为主，尿液全呈红赤色，常有结块阻塞，排尿不畅。多次尿检乙醚试验均为阳性，红细胞满视野，并导致继发性贫血。收入住院用中药治疗，历三、四月方获控制，十余年后曾有一度发作，再次经治血止。此次复发二年余，曾经两度住院，长达一年，应用中西药物均无效机，出院后继续门诊，先后服用补气摄血，补肾固涩，养阴止血、清利湿热诸类方药，尿血始终不能停止，小便难有清时，肉眼即见尿色红赤，常夹黯赤血块，而致尿下涩滞，左侧腰肾区酸疼，头昏头痛，肢体酸胀，肌肤常如蚁行，纳差，厌食，神气虚怯，面色萎黄，舌苔薄腻、质淡，脉细。血查：血色素 $7.4\text{g}/\text{mm}^3$ ，红细胞 $252\text{万}/\text{mm}^3$ 。

辨治经过：瘀热在下，阴络损伤，血出日久，气阴亏耗，肾失固摄。热瘀络损为标，阴伤气耗为本。然瘀热不去，出血难止，正虚难复。治予凉血化瘀，兼以补气固络，先求澄源塞流，血止再图补正。取自制丹地合剂加减。药用水牛角片、大生地、紫珠草、炙乌贼骨各

15g, 赤芍、牡丹皮、大黄炭、血余炭、阿胶珠、白及、煅人中白各 10g, 黄芪、苈麻根各 20g。药后翌日血止, 连服一周后, 精神、食纳俱获改善, 原方大黄酒炭改制大黄酒服, 面萎稍有血色, 小便色清不红, 尿检 (-), 血查: 血色素 9.8/mm, 红细胞 297 万/mm<sup>3</sup>, 原方服用月余, 病情稳定, 不再反复。

按: 本例尿血日久, 阴血耗损, 血出气伤, 一派虚象非常突出。益气养阴, 补肾固涩, 从本治, 似无非议。然细揣病机, 阴伤、气虚实为出血之果, 热郁血瘀、瘀热动血乃属出血之因, 辨证求因, 治以凉血消热, 化瘀止血, 少佐补摄, 获得显效, 治标之中寓有治本之理, 颇能发人深思。

例3 血证、崩漏(血小板减少症)肝肾亏损, 瘀热动血证

马××, 女, 50岁, 工人, 1996年10月26日初诊。

经潮量多, 下肢瘀斑三十余年。自月经初潮起, 一直量多如崩, 甚则口鼻血溢, 下肢瘀斑, 85年查知血小板低下, 日前长期服用强的松, 最大量每日12片, 仍然经潮量多, 周期尚准, 五、六日净, 经行则口鼻目睛俱有出血, 量不多, 口干口臭, 饮水不多, 身半以上发热, 腿足发冷, 面色萎黄不华, 舌苔薄腻, 舌质淡偏暗, 脉细弱。证属气阴两虚, 阴阳俱损, 瘀热伤络, 冲任不固。治拟补益气阴, 凉血化瘀, 固摄冲任。潞党参 15g, 枸杞子 12g, 鹿角霜 10g, 炙龟板 10g (先), 阿胶

10g (烗冲), 水牛角片 12g (先), 赤芍 10g, 牡丹皮 10g, 生地 12g, 旱莲草 15g, 煅人中白 6g, 血余炭 10g。药后三周复诊。月经来潮, 血量较多, 妇科用激素控制, 心慌, 恶心, 头昏头晕, 口干, 舌苔黄薄腻、舌质暗, 脉细数。查血色素 7g, 血小板 6 万。前方药效不著, 转从瘀热动血, 冲脉失约, 血虚阴伤治疗。水牛角片 12g (先煎), 生地 15g, 赤芍 10g, 牡丹皮 10g, 黑山栀 10g, 阿胶 10g (烗冲), 旱莲草 15g, 血余炭 10g, 紫珠草 15g, 大黄炭 4g, 龟板 15g (先煎), 仙鹤草 15g, 茜根炭 10g。服上药一周, 鼻衄一次, 血量不多, 头昏发胀, 手足冰冷, 食纳亦可, 二便尚调, 苔黄薄腻, 脉细。崩漏久病, 络热血瘀, 气血耗伤, 阴阳并损, 治宜阴阳并调, 凉血化瘀。潞党参 15g, 枸杞子 12g, 炙龟板 15g (先煎), 鹿角霜 10g, 水牛角片 12g (先), 大生地 15g, 赤芍 12g, 牡丹皮 10g, 茜草根炭 10g, 大黄炭 4g, 旱莲草 15g, 炙乌贼骨 15g, 阿胶 10g (烗冲)。连服二周, 月经基本如期来潮, 血量中等, 鼻衄未作, 夜卧口干, 有时周身烘热, 心慌, 精神转佳, 面色红润, 食纳正常, 偶见肢麻, 舌苔薄黄, 舌质暗红, 中部抽心, 脉细。3 月 8 日查血常规:  $RBC 4.2 \times 10^{12}/L$ ,  $PCV 171 \times 10^9/L$ ,  $WBC 8.4 \times 10^{12}/L$ , 强的松已由每日 12 片减到半片。病情稳步好转, 肝肾不足, 阴虚络热, 瘀热动血。仍应补益肝肾, 凉血化瘀以求巩固疗效。水牛角片 15g (先), 大生地 15g, 赤芍 12g, 牡丹皮 10g, 茜草根炭 10g, 大黄炭 4g, 旱莲草 15g, 女贞子 10g, 山萸肉

10g, 山药 12g, 阿胶 10g (烔冲), 龟板 15g (先)。每日一剂。患者坚持服用上方三月, 强的松已全部撤完, 病情未见反复, 多年重病基本告愈。

按: 本例患者血证三十余年, 以崩漏下血为主, 或目睛出血、鼻衄、齿衄, 曾经屡屡抢救, 均未能完全控制病情。在治程中, 根据患者病情的变化。经间期治以滋养肝肾, 或阴阳并补, 同时配合凉血化瘀止血, 既取龟鹿二仙胶补益精气, 固摄奇经, 又合犀角地黄汤, 清热凉血、散瘀止血。经潮期转以凉血化瘀为主, 并用滋养肝肾之六味、二至增减。标本兼顾而主次有异。崩漏控制后, 血出气伤, 阳随阴损的局面已获扭转, 但阴血耗伤尚难骤复, 故治重滋养, 而凉血化瘀贯穿治疗的始终, 表明气血阴阳的虚损, 实由瘀热伤络, 络损血溢所致, 凉血则血不妄行, 瘀化则血能循经, 崩漏止而阴血复, 瘀热清而络脉固。药治 2 月症情即得到基本控制, 继续巩固半年, 血小板复常, 临床治愈, 充分体现辨证论治的优势。



# 中医学的理论模型及其临床思维方法

陆广莘

陆广莘 (1927~), 中国中医研究院基础理论研究所原所长,  
研究员

每一门科学都要以思想和概念的形式来表述自己的对象, 一门科学就是已被整理并正在发展着的知识体系, 中医学就是用自己的思想观念的理论模型来表述医学对象的概念体系。而医学对象的理论模型就成为中医理论体系的核心, 因为理论模型一经建立, 就决定中医关于医学对象的观点, 决定其实践的方向和目标的追求, 决定其看什么和怎么看? 治什么和怎么治? 防什么和怎么防? 决定其诊治方法的选择和临床思维方法的特点, 决定中医的价值观。

## 养生知本与治病求本

医学对象是关于人的疾病的健康及其互相转化过程。防止发生由健康向疾病的转化是预防医学的内容, 帮助实现由疾病向健康的转化是临床医学的任务。理论医学的起源在于强调因果性解释, 这里包括: ①引起疾病的原因; ②防治疾病时医生的作用; ③疾病对人体所起的影响; ④医学实践和研究的目的。医学就是研究人

体在其与环境的相互关系中关于疾病和健康互相转化规律的科学。

预防医学要通过趋利避害以养生保健，根本的问题，是怎样识别环境因素的利与害？正确区分利害的标准是什么？以及什么是防病保健的根本原因？中医学规定了养生莫若知本的根本原则，提出“故凡养生，莫若知本，知本则疾无由至矣。”<sup>〔1〕</sup>

临床医学则是要通过化毒为药以帮助实现愈病的转化，关键的问题，是怎样识别什么是致病的毒或治病的药？区分毒和药的科学根据是什么？以及什么是实现愈病的转化的根本原因？由此，中医学提出了“治病必求于本”的根本原则。

环境因素对于人体的影响，“四时之化，万物之变，莫不为利，莫不为害。”<sup>〔2〕</sup>所以古代是毒与药并称，例如《周礼》把医师的职责说成是“聚毒药以供医事”；《史记·留侯世家》称“毒药苦口利于病”；《素问·移精变气论》指出：“今世治病，毒药治其内，针石治其外。”毒药并称是合乎辩证法的，因为没有什么绝对的药，没有什么药不可以因错误使用转化为毒；也没有什么绝对的毒，没有什么毒不可因正确利用而转化为药。医学的任务和医生的主观能动性，主要表现为能够化毒为药以帮助实现愈病；医学的缺陷或医生犯诊治错误，主要也就表现为化药为毒而增添或制造疾病，导致药物

〔1〕《吕氏春秋·尽数》

〔2〕《吕氏春秋·尽数》

公害。因此，药物病的本质，归根结底在于医学和医生本身，是医源性疾病。

或认为疾病是人体对环境变化刺激因素引起的反应和适应过程，其实，健康何尝不是人体对环境变化刺激所产生的反应和适应过程；中医学把疾病和健康都看成正邪相争的过程，都是正邪对立的统一。因为“相互作用是事物的真正的终极原因，我们不能追溯到比对这个相互作用的认识更远的地方，因为正是在它背后没有什么要认识的了。”<sup>〔1〕</sup>

健康与疾病的区别在于：健康状态是“正气存内，邪不可干。”<sup>〔2〕</sup>疾病状态是“邪之所凑，其气必虚。”<sup>〔3〕</sup>健康状态并不意味着没有“邪”的存在，只是因为人体自稳调节这个“正气”存内，邪气并不能干扰破坏人体的自稳调节所维持的整体和自谐稳态。从疾病向健康的转化，也不意味着是“邪”的彻底消失，它只是从“邪之所凑”向“邪不可干”实现了转化。因此在发病和愈病转化过程中，在正邪之间的相互关系上，是正为本，邪为标，人体自稳调节这个“正气”起着根本的主导作用。黑格尔认为，对生命发生影响的东西，都是由生命独立地决定、改变和改造着的東西，恩格斯指出，因为在这里，“只有有机体才独立地发生反应……新的反应

〔1〕 恩格斯：《自然辩证法》，人民出版社1971年版，第209页。

〔2〕 《素问·刺法论》

〔3〕 《素问·评热病论》

必须以它为媒介”<sup>〔1〕</sup>

正气存内的“正”，是中医关于健康的理论模型，这是一种“精神安乎形”的心身相关的整体和谐自稳态。最基本的稳态模型就是阴阳自和，例职“阴平阳秘，精神乃治。”<sup>〔2〕</sup> 正气，也就是维持此种和谐稳定的自身组织调节自身适应机制，可以简称为自稳调节。阴阳，又是最基本的自稳调节模型：阴主静，阳主动；阴主节制，阳主调动。在预防医学上，如果能够“察阴阳之宜，辨万物之利，以使生，故精神安乎形，而年寿得长。”<sup>〔3〕</sup> 只有察其对人体阴阳稳态调节的宜与不宜，才能正确地辨识环境万物中哪些是利或不利，抓住人体阴阳稳态调节这个正气，抓住维持稳态实现防病保健这个根本原因，抓住区分环境利害的唯一标准。所以说：“故凡养生，莫若知本，知本则疾无由至矣。”<sup>〔4〕</sup> 治病必求于本，既是诊断要求，又是治疗目标，它指出治病的任务是帮助实现愈病，诊断的根本目的应当找出实现愈病转化的根本原因，要找出正确区分毒和药的科学根据。它指出在诊治过程中，在医生（工）与病人（病）的相互关系上，是“病为本，工为标，标本不得，邪气不服。”<sup>〔5〕</sup> “标本相得，邪气乃服。”<sup>〔6〕</sup>

〔1〕 恩格斯：《自然辩证法》，人民出版社 1971 年版，第 271 页。

〔2〕 《素问·生气通天论》。

〔3〕 《吕氏春秋·尽数》。

〔4〕 《吕氏春秋·尽数》。

〔5〕 《素问·汤液醪醴论》。

〔6〕 《素问·移精变气论》。

病为本，正为本；工为标，邪为标，病人自身的正气，是他实现抗病愈病的根本原因。病人正气的“症”，是中医关于疾病的理论模型，病人正气这个“症”的具体特点，是正确区分毒和药的唯一科学根据。“症”是治病求本诊断观所要找出的“本”，辨证就是治病求本的具体化；如果诊断没有找出病人正气（症）及其具体特点，即使找到了“邪”，采用了直接针对邪气的拮抗治疗，仍将是：“粗工凶凶，以为可攻，故病未已，新病复起。”<sup>〔1〕</sup>这也就是因为“标本不得，邪气不服”。

什么是具体致病的毒，只有“因病始知病源之理”<sup>〔2〕</sup>；什么是具体治病的药，它的“愈疾之功，非疾不能以知之”<sup>〔3〕</sup>，这种具体疾病状态的中医理论模型就是“症”；只有具体的“症”，才是正确识别具体的毒和药的唯一科学根据。凡是有助于从具体的“症”实现向正气存内的“正”转化，就是具体的药物“愈疾之功”。因为中医治病求本治疗观追求的根本目标，就是向“正气存内，邪不可干”实现转化；“治病之道，气内为宝”<sup>〔4〕</sup>，就是为了实现正气存内的整体和谐自稳态。凡是破坏人体正气的自稳调节，促成向“症”的转化，或者不利于帮助由“症”向“正”转化，甚至还增添新病的则是致病的毒，这就是“因病始知病源之理”。

〔1〕《素问·至真要大论》

〔2〕下履：《医经溯洄集》。

〔3〕同上。

〔4〕《素问·疏五过论》

养生莫若知本和治病必求于本，涉及医学上的根本问题。中医养生知本的预防思想，建立了正气存内的“正”这个健康模型，被看成抗病防病的根本原因和识别环境利害的唯一标准。中医治病求本的诊疗思想，建立了病人正气的“症”这个疾病模型，被看成抗病愈病的根本原因和区分毒和药的科学根据（图1）

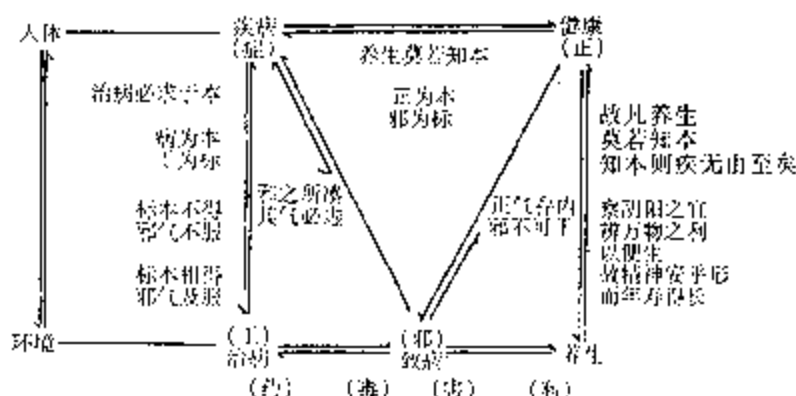


图1 治病必求于本与养生莫若知本

## 阴阳自和的稳态模型

“只要自然科学在思维着，它的发展形式就是假说。”<sup>〔1〕</sup>假说、理论、模型、规律以至整个科学，都是对客观实在的一种反映，而且在某种程度上简化了它所表示的实在。列宁指出：“规律·现象的静止的反映”，“规律把握住静止的东西——因此，规律、任何规律都

〔1〕恩格斯：《自然辩证法》，人民出版社1971年版，第218页。

是狭隘的、不完全的、近似的。”<sup>〔1〕</sup> 由于假说、理论、模型、规律和科学，都只是简化地近似地反映客观实在，所以就需要不断加以充实、发展和完善。只要理论模型忠实地表现客观实在的一个侧面，就是一个有用的模型。在科学实践中，人们使用理论模型对客观实在的行为进行预测。如果预测的结果说明这个理论模型还有缺点，就应对它修正补充，甚至再寻一个更好的模型。这样理论模型的认识方法程序成科学方法论的核心，因为理论模型一经建立，就决定着实践方向和目标追求，决定实践方法的选择。所以海森伯认为，自然科学不单是描述和解释自然，它也是自然和我们自身之间相互作用的一部分，它描述的是那个为我们探索问题的方法所揭示的自然。探索问题的方法决定于我们的理论模型，即决定于我们关于对象的观点。

“理论自然科学把自己的自然观尽可能制成一个和谐的整体”<sup>〔2〕</sup>，中医学的阴阳自和稳态模型，强调的是整体和谐的人天观，从而决定了自己的方法论，并且它“在任何时候都必须用思想的首尾一贯性去帮助还不充分的知识”<sup>〔3〕</sup> 构成中医学完整的理论体系。

阴阳自和是中国科学哲学的自然观，是最基本的世界模型，强调“和为贵”，认为和之所以可贵，贵在“和实生物”。天之在德曰生，世界上最可定贵的是生生

〔1〕 列宁：《黑格尔〈逻辑学〉一书摘要》，人民出版社1971年版，第79页。

〔2〕 恩格斯：《自然辩证法》，人民出版社1971年版，第21页。

〔3〕 恩格斯：《自然辩证法》，人民出版社1971年版，第21页。

不息，生物所以不断地从低级到高级，从简单到复杂，从新生到发展，就在于“和”。和就是相互作用，就是组织起来，就是结合、融合、组合、综合，和是事物发生发展的根本原因，这个最基本的模型是：“万物负阴而抱阳，冲气以为和。”<sup>〔1〕</sup>和所以能生物，是阴阳对立的双方“合二为一”地结合起来成为统一协调的整体，从而在高一级的层次上体现出新的质。宋·杨万里说：“天地之道，本乎阴阳，夫阴阳之道安在哉？在乎生物而已！天非和不立，物非和不生。”阴阳自和，反映组织起来的相互作用的最一般规律，代表世界发展的本性，所以说：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也；治病必求于本。”<sup>〔2〕</sup>这是我们认识“万物”的纲纪，辩证认识论根源于这个客观世界的辩证法，成为人类“神明”之府的就是这个天地之“道”。

“君子和而不同”，因为“同则不继，和实生物”。氢与氧合而成水，这是不同的东西“和实生物”，氢加氢依然是氢，不能生成新的事物，这是“同则不继”。“盖阴阳之生物，必阴自为阴，阳自为阳，而后二者合，物乃生焉。”<sup>〔3〕</sup>和就是承认不相同并包容不相同的东西，“可见某物之所以是有生命的，只是因为它本身包含着矛盾，因为它正是那种能够把矛盾包括于自身并把它保

〔1〕《老子·道德经》。

〔2〕《素问·阴阳应象大论》。

〔3〕《姚氏周易学》



持下来的力量。”〔1〕这个力量就是和，和就是生命的力量所在；和所以能生物，就因为能包含阴阳，把阴阳包括于自身，这是阴阳自和，并把它保持下来，这是自稳态（图2）。

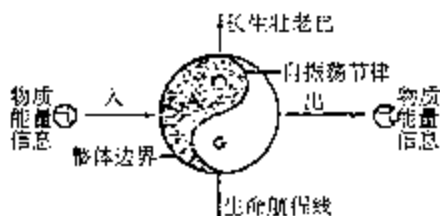


图2 阴阳自和稳态模型

阴阳自和的稳态模型是一个开放系统，它与环境的相互作用最基本的是：物质能量信息流不断从环境输入和向环境输出，生命体正是由于一种稳定的物质能量信息流才得以存在和发展。即：“非出入，则无以生长壮老已；非升降，则无以生长化收藏。是以升降出入，无器不有，故器者生化之宇，器散则分之，生化息矣。故无不出入，无不升降，化有大小，期有近远，四者之有，而贵常守，反常则灾害至矣。”〔2〕

阴阳自和的整体稳态，能够从周围环境不断获得物

〔1〕 列宁：《哲学笔记》人民出版社1956年版，第120页。

〔2〕 《素问·六微旨大论》

质能量信息以进行身的生化化，从而成为“生化之字”；能够处在周围环境的变动中保持住自身完整的整体性和主体性，即“正气存内，邪不可干”，这是来源于内部阴阳的自组织、自适应、自调节的“神机”。

阳主动，阴主静，阳主动动，阴主节制，标志为对立的双因素调节。阳主升，阴主降，“降”意味着把高层次复杂的东西，降解为低层次简单的东西，以便于改造过来按照自身需要加以组合；“升”就意味着把低层次的东西，经过综合上升成为自身高层次复杂的东西。阳主出，阴主入，“入”意味着对环境物质能量信息主体性有节制地输入并加以降解，变成基本的简单的东西；“出”包括输出自己代谢后不需要的东西，更主要的表现为经过自身组合上升和放大增益作用，对外体现自身个性的功能、行为、反应和贡献度。通过升降成事物内部之间的相互关系，根据自身整体功能的需要和价值标准，把输入的物质能量信息改造过来，实现自身有序结构的自组织和不断更新，从而使这个“器”成为有增益效能的“生化之字”。

阴中有阳，阳中有阴，体现为他们互根和互相转化的根据，也标志阴阳层次的无限可分，以及各层次都包含各自的双因素调节。阴阳之间的反S曲线，标志为双因素调节构成的自振荡节律，它在不同个体不同层次可以有不同波长的振荡周期，表现为出入升降共处于统一体中的生命节律。贯穿纵径的中线，代表一条生长壮老已不可逆的生命航程线，在正常生命期间，自振荡的反

S曲线围绕这条中线往复运动，其均值接近于中线；病态时则偏离中线，表现为“阴胜则阴病，阳胜则阳病。”<sup>〔1〕</sup>一方的亢胜削弱另一方并导致整体和谐稳态的破坏。

生命的常态或健康，主要表现为出入升降流的“常守”；生命的病态，主要表现为出入升降流的“反常”；而生命的终结或死亡，也就主要表现为出入升降流的停止：“即‘出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。’”<sup>〔2〕</sup>阴阳自和稳态的保持，来自身执行出入升降调节的“神机”，即“根于中者，命曰神机，神去则机息。”<sup>〔3〕</sup>王冰注为：“生气之根本，发自身形之中，中根也。”但是这个发自中根的“神机”，又是依靠内外出入，不断从环境获得物质能量才得以发生和维持，以及在同环境变化刺激的信息相互作用中，不断地得到锻炼和发展。正如王冰指出的：“生气根系，悉因外物以成立，去之则生气绝矣。”即根本的是一个开放系统。

自稳态的开放是主体性开放，阴阳自和稳态的主体性表现为：

其一，对环境输入的物质能量信息，通过主体的升降调节主动地吞并融合来为我所用。

其二，对环境刺激的涨落变化，通过自振荡节律加以缓冲吸收，从而保持整体稳态。

〔1〕《素问·阴阳应象大论》。

〔2〕《素问·六微旨大论》

〔3〕《素问·五常政大论》

其三，对环境不同的刺激，独立地作出自己的反应。不是外部刺激决定主体的反应，不是初始条件决定现在的行为，而是整体稳态的功能要求决定主体性反应，是实现整体稳态的目标决定现在的行为。

生命体主体性地独立地起反应，就表现为个体特点的行为和功能，成为区别于其他事物的特异性证据。生命体独立地起反应，新的反应必须以它的整体性调节为媒介，主体性反应就是由整体性调节所发动和实现的。因此，通过对象整体边界上呈现的主体性反应的表象信息的观测，可以对其自稳态及其调节机制的个体特征进行系统识别。

自稳态“以和为贵”，强调整体性，因为“器散则分之，生化息矣”，因为“阴阳离决，精气乃绝”。自稳态“以通为顺”，强调开放性，注重在内部升降基础上的主体性出入。对于不能离散的完整整体，人们可以通过唯象的模型方法去理解它，可以通过其主体性的反应去认识其整体性调节的功能。自稳态“以稳为健”，注重内外的协调，重视对象内部整体性调节的自组织、自适应能力，人们应当尊重并帮助它顺利地实现其自稳态，因为这是生命存在和发展的根本条件。这是阴阳自和稳态模型的自然观，由此决定其方法论的特点，即“顺乎自然”。顺乎自然不等于听其自然，当然也不同于近代西方强调的“征服自然”。阴阳自和稳态模型是一种有机论的自然观，顺乎自然就是尊重、利用并帮助生命的自组织能力，这种自组织能力就存在于其自身的整

体性之中，即“自和”，存在于对象的主体性之中，以及存在于自稳的条件之上，即“自稳”和自协。“自然”的原义即自己原本就是这样的，顺乎自然当然要知道自然，不仅是知其然，还应该知其所以然，才能够更好地尊重自然和利用自然。

### 辨证论治与辨症论治

发热恶寒头身痛，无汗而喘脉浮紧，麻黄汤主之，这是属于“观其脉证，随证治之”的经验积累，这种方证结合的辨证论治是极为宝贵的。

近人朱颜把“证”理解为：“整个外观病象的总和。”<sup>〔1〕</sup>明代吴又可认为：“病證之證，后人省文作‘证’，嗣后省言加广作‘症’。”<sup>〔2〕</sup>这是把證、证、症都看作外观病象的病证。日本重视的方证结合的汤证研究，如小柴胡汤证，小青龙汤证，也是把“证”理解为临床表现。

秦伯未称：“证是证据，是现象。”<sup>〔3〕</sup>作为证据，是四诊的观测对象，包含四个层次的内容：

其一，“观其脉证”中的证，“脉”作为他觉检查所得的体征，则“证”的狭义理解仅是主观证状。

其二，“临床病证”的证，即外观病象的总和，包括证状和体征，古人称为病形、病能（态），或称证候、

〔1〕《中华医学杂志》

〔2〕吴又可：《温疫论》。

〔3〕《江苏中医》，1956年第一期。

外征、外候，如陈师道《赠二苏公诗》：“外证已解中尚强”。

其三，“主体性反应”的证，不仅包括疾病反应的“病形”，还包括生理反应的“脏象”和治疗反应的“疗效”。因为病形是与脏象相比较的结果，疗效必须是与病形相比较的结果，三者共同构成医学上“证”的内容，都是对象输出端的表象信息，从而决定了辨证的认识方法是唯象的模型方法，并由此逐步形成中医学完整的理论体系。

其四，对象输入输出全部信息总和的证，既包括主体性反应的输出端信息，又包括输入端的环境刺激因素，这些都是现象和证据。

通过辨证这个唯象的模型方法，从感性到理性，从现象到本质，形成关于医学对象的理论模型，然后才有可能把中医学从宝贵的经验积累上升到科学，形成自己的理论体系。

其一，通过对生理反应“脏象”的观测，“由象知脏”，逐步形成关于正气存内的“正”的健康模型。

其二，通过对临床表现“病形”的观测，“由形测症”，逐步形成关于病人正气的“症”的疾病模型，建立和发展中医辨证分类学的诊疗思想体系。

其三，通过健康模型的建立，才有可能“察阴阳之宜，辨万物之利”，形成相应的养生学理论。

其四，通过辨证分类学疾病模型的建立，“由效识药”，形成“有是症，用是药”的药证相关的知识，建

立相应药物方剂和针灸推拿治疗学及其疗效理论。正是因为这些治疗手段的具体“愈疾之功，非疾不能以知之”，通过具体辨证分类学的丰富、充实和发展，才能不断发展辨证治疗学。

其五，通过辨证分类学疾病模型的建立，才有可能“审证求因”，由于只有“因病始知病源之理”，因发知受，逐步积累与此“症”相应的有害因素的认识，形成中医的病因学理论。

辨证，作为唯象的模型方法，通过“由外知内”以求本，建立关于医学对象（疾病 $\longleftrightarrow$ 健康）的理论模型（症 $\longleftrightarrow$ 正）；然后才能“由果断因”，根据对象主体性反应的具体结果，来判断对该对象发生作用的环境因素的性质。在这里不是外部因素机械决定论，不是刺激决定的反应的性质，而是反应结果决定对刺激性质的判断（图3）。

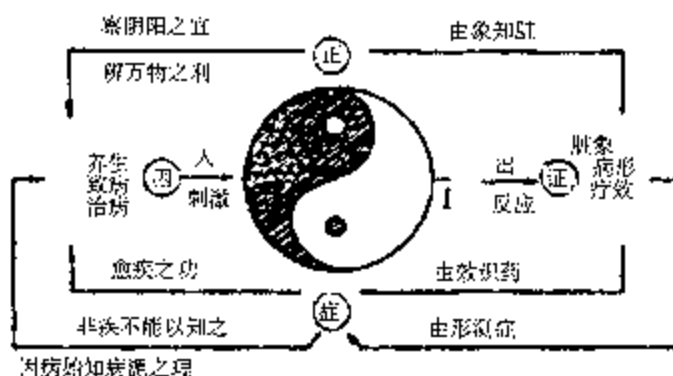


图3 辨证的模型方法

从发热恶寒头身痛，无汗而喘脉浮紧的“观其脉证”开始，经过临床思维“知犯何逆”，形成“风寒束表”的太阳表实证的辨证模型，从而决定了疏风散寒宣肺解表的治疗原则，然后再遣方选药，也许采用麻黄汤原方，也可以据证加减，或选用后世效方，这叫做“随证治之”。把辨证推向辨症，并把辨证的本质性认识，同辨证的生动现象结合起来，既有原则性又有灵活性。但是，证是表象信息，辨证是诊察过程；症是理论模型，辨证是判断过程，诊断包括着这两个既相区别又相联系的过程。辨证诊察须进一步作出辨症的判断，辨症的模型识别才是形成治疗原则的理论依据，因此这是“辨证论治”。

辨证是感性认识阶段，辨症是理性认识阶段，施治是变革对象的实践阶段，这是完整的认识过程中的三个阶段。张仲景正是把观其脉证（诊察）→知犯何逆（判断）→随证治之（施治）这三个阶段作为完整的认识过程。复诊是通过施治的实践反馈来检验辨证判断的正确程度，继续进行辨证→辨症→施治的第二个循环（图4）

方证结合的汤证研究是辨证论治，抽去了辨证理论模型这个中间环节，把中医学只看作经验医学，是只承认“医者技也”的单纯技术观点。或认为中医只是一门技艺而不认为是科学，只主张研究“有术之学”，甚至视“医者理也，理者意也”为唯心论，否认中医学需要理论和具有自己的理论，历史的教训应该引以为戒。

对表象信息的“证”和理论模型的“症”，不加区



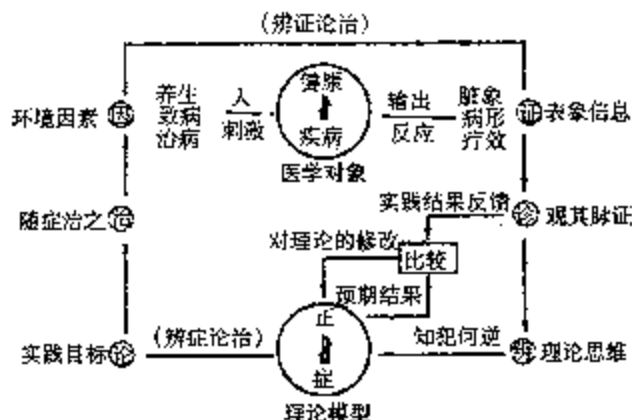


图4 辨证论治与辨症论治

分而统称为证，既称“证”是证据，又说“证”是医生对这些证据辨析后作出的综合判断，模糊了客观证据与主观反映之间的区别。科学史表明，将长期混淆不清的概念区分开来，用正确的概念代替错误的概念，以及在事实面前引入新的概念，可促进科学研究的深入发展和理论的重大进步。一个科学理论如果没有几个基本概念作为它的逻辑出发点，也就失去了独立存在的意义；而一个新理论的出现，也必须有几个新概念作为它的先导。

或认为“症”字，由于被近代西医用来指为症状，如果用辨症论治，顾虑会把中医误认为只是症状性诊断和对症治疗而已，宁愿用辨证论治。“症”字的出现，即使按吴又可的说法，至少也有三百多年，从“证”字到“症”字的演变，意味着医学专用概念的出现。至于近代西医指为症状，以资与体片及其他理化检查相区

别，仅仅是后来的事。“证”字作为证据，有更广泛的含义，适于更广泛的领域，并不限于医学。现在把“症”字赋予新的内涵，从形声意三方面，表示与“正”字的联系和区别：正症同声，共同的联系是“正气”这个含义；从形意上加以区分，则“症”是病人的正气，是疾病的模型。病为本，正为本，症字从疒从正，是治病必求的“本”，“正”是正气存内的正，是健康模型，从而揭示辨证论治的本质特征，即中医诊断着眼于病人正气的自稳调节机制，中医治疗则着眼于自稳调节的正常化，从而最终地实现整体和谐的自稳态，即实现由“症”向“正”的转化。

### 症的模型结构与功能

疾病是正邪相争的过程，是正邪对立的统一，其特点是“邪之所凑，其气必虚”，而“邪气盛则实，精气夺则虚”<sup>〔1〕</sup>，因此，疾病是邪实正虚的对立统一。“症”字从疒从正，病为本，正为本，“症”是中医的疾病模型，治病必求的“本”。症合虚实，症的模型结构也是邪实正虚的对立统一。

“症”，指正气有了病，它必定要依着生存上的生理需要作出调整。正气指自稳态调节机制，自稳态的维持是调节和流通的统一。所谓调节，最基本的是对物质能量信息流的调节。体内物质能量信息流的有序，依靠气

〔1〕《素问·通评虚实论》。

血津液流的正常分布来实现，而气血津液流的有序则是靠五脏阴阳的调节：“五脏之道，皆出于经隧，以行血气，血气不和，百病乃变化而生。”<sup>〔1〕</sup>“阴阳和调而气淖泽滑利。”<sup>〔2〕</sup>当“五脏安定，血脉和利，精神乃居。”<sup>〔3〕</sup>“阴平阳秘，精神乃治。”<sup>〔4〕</sup>五脏阴阳与气血津液，构成调节与流通的统一，维持整体的稳态，这就是正气存内的“正”的健康模型。

疾病是有机体对环境刺激变化所产生的反应和适应过程，这种反应过程的开始，首先依靠放大系统对体内固有机能的发动，表现为机能亢进的主体性抗病反应，这就是称之为“邪气盛则实”的旺气，叫做“亢则为邪”；其中包括了因为气血津液的重新分布导致在某些局部的流通障（郁），这叫“郁则邪”。有郁必有不足，有亢必有失衡，因此不足为虚，失衡为虚。邪实是正虚的外在表现，正虚是邪实的内在基础；邪实的旺气是病人的正气所发动的，它不是外界致病因素（邪）本身，不是外部刺激的实体，其本质是由体内正气发动的“正祛邪”的抗病反应。“证”合虚实，有虚必有实，它必定要发动亢或郁的抗病反应；有实必有虚，正是调节机制不足以排除干扰和维持自稳态，才有机能亢进的抗病反应奋起，只要它还未成功，反馈过来继续通过放大系

〔1〕《素问·调经论》

〔2〕《灵枢·平人绝谷》。

〔3〕《灵枢·平人绝谷》。

〔4〕《素问·生气通天论》。

统的发动而成为正反馈过程。正祛邪的主体性抗病反应，又是主要通过对气血津液流的重新分布来实现的。例如，与气有关的有寒、热、郁、火等，与血有关的有风、瘀等，与津液有关的有燥、湿、痰、水等。这些由自稳调节发动的抗病反应，构成临床表现的主要基础，成为辨证诊察首先接触到的现象。抗病反应是机体实现抗病和愈病的积极因素，临床表现恰恰是包含患者治愈的机理，因而是中医治疗的依靠对象，不能看作压制打击的对象。它之所以被发动，又表明还未完善和没有达到目标，因此又是中医治疗的服务对象。“治病之道，顺而已矣。”<sup>〔1〕</sup>认为对此“未有逆而能治之者，夫唯顺而已矣。”<sup>〔2〕</sup>顺，就是因势利导助其成功，如是则机能亢进的抗病反应就没有必要再继续发动，正反馈将被负反馈所代替，重趋获得整体和谐的稳态。顺，还有以通为顺之意，即“疏其血气，令其调达，而致和平。”<sup>〔3〕</sup>明代李中梓指出：“疏其血气，非专以攻伐为事，或补之而血气方行，或温之而血气方和，或清之而血气方治，或通之而血气方调；正须随机应变，不可执一定之法，以应万穷之变也。此治虚实之大要也，一部《内经》之关要也。”<sup>〔4〕</sup>通包括汗法、吐法、下法、消法，因此药治八法汗吐下消温清补涩，除涩法是保护气血津

〔1〕 张景岳：《类经》。

〔2〕 《灵枢·师传》。

〔3〕 《素问·至真要大论》。

〔4〕 李中梓：《内经知要》。

液的过度耗散外，都属于疏其血气的以通为顺的治疗。

《素问·至真要大论》的病机十九条，一开始这样提出问题：“夫百病之生也，皆生于风寒暑湿燥火，以之化之变也。经言：盛者泻之，虚者补之；余锡以方士，而方士用之尚未能十全。”为什么未能十全？张景岳指出：“凡邪正相搏而为病，则邪实、正虚，皆可言也。故主泻者则曰：邪盛则实宜泻也，主补者则曰：精夺则虚宜补也。各执一句，茫无确见，。借口文饰，孰得言非。”<sup>〔1〕</sup>各执一句，就是割裂了邪实正虚的对立统一，或只看到邪实这一面，或孤立地只看正虚。这样，“知左不知右，知右不知左，知上不知下，知先不知后，故治不久。”<sup>〔2〕</sup>在这种片面性诊断指导下的治疗，经不起时间的考验。例如前面称：“百病之生，皆生于风寒暑湿燥火”，就只是强调外界致病因素，在临床辨证中，把临床表现全然归结为外界致病因素所致；把由于体内机能亢进的“旺气”，直认为是致病因素本身或是由它所引起的病理破坏，于是把拮抗疗法作为消除病因和纠正病理的常规治疗。例如盛者泻之的治疗，象“治寒以热，治热以寒，方士不能废绳墨而更其道也。”<sup>〔3〕</sup>把寒热这类“邪气盛则实”的临床表现作为拮抗压制对象；但是为什么会出现“有病热者寒之而热，有病寒者热之

〔1〕 张景岳：《类经》。

〔2〕 《素问·方盛衰论》。

〔3〕 《素问·至真要大论》。

而寒，二者皆在，新病复起”<sup>〔1〕</sup>的情况，原有病证没有治好，还添加新的病证。王冰注：“谓治之而病不衰退，反因药寒热而随生寒热，病之新者也。止而复发者，亦有药在而除，药去而发者，亦有全不息者。”对这种早期简单的拮抗疗法，指出那时的“方士欲废此绳墨，则无更新之法；欲依标格，则病势不除；舍之则阻彼凡情，治之则药无能验。”结果是“因药病生，新旧相对，欲求其愈，安可奈何？”因药病生当然是药物病，药去而发是压而未服。那么象这样的“服寒而反热，服热而反寒，其故何也？”回答是因为只注意用拮抗的办法“治其旺气，是以反也。”<sup>〔2〕</sup>为什么在诊断上已抓住“邪实”这一面，治疗上已针对“旺气”，这个邪实的旺气仍然不服呢？中医学经历了早期以追求立竿见影效果的治疗学阶段，由于药物病的痛苦经验教训，才认识到象这样的“粗工凶凶，以为可攻，故病未已，新病复起”<sup>〔3〕</sup>，就在于诊断观的片面性，认为诊断目的就是找毛病，治疗也只是对“病邪”主动积极进攻，以及对“邪侵正”病变的直接纠正。由于压而不服，纠而不正，甚至越压越不服，越纠越不正，造成药物公害。王冰指出：“观斯之故，或治热以热，治寒以寒，万举万全”；可惜的是：孰知其意，呜呼！人之死者，岂谓命？不谓方士愚昧而杀之耶？”药物病根源于医生，是医生的诊

〔1〕 同上。

〔2〕 《素问·至真要大论》。

〔3〕 《素问·移精变气论》。

疗思想造成的医源性疾病。

病机十九条的回答是强调在诊断上“求其属也”，“谨守病机，各司其属”。例如：“诸暴强直，皆属于风”；而“诸风掉眩，皆属于肝”等等。刘完素正确地揭示这些临床表现“皆根于内”，指出：“治病不求其本，则无以去内脏之大患；故掉眩收引、臃郁肿胀、诸痛痒疮，皆根于内。”<sup>〔1〕</sup>即都来自人体内部的主体性反应，来自内部调节机制的发动，风寒热湿燥火郁瘀痰水等已不再是外界刺激物本身。

症合虚实，“实”所指的邪气盛，是机能亢进的抗病反应奋起；“虚”指正气虚，是自稳调节的失衡和气血津液的生成或分布不足。自稳调节主要是五脏阴阳模型。抗病反应包括寒热燥湿痰水风火郁瘀等的背景是气血津液流动分布的改变。调节抗病反应在疾病过程中的时空传变，有《玉机真脏论》的表→肺→肝→脾→肾→心这样的一般规律，有《伤寒论》的六经传变，叶天士的卫气营血和吴塘的三焦传变模型。自稳调节及其抗病反应机制的时空传变过程，构成辨证分类学结构的三要素（图5）。

近代西医从上世纪中叶，在细胞病理学与病原微生物学基础上对建立的病病分类学，以病因病理病位为其主要模型结构。并认为致病因素决定病病的性质，病理变化决定疾病的转归，病因病理病位成为其诊断对象和

〔1〕 刘完素：《素问病机气宜保命集》。

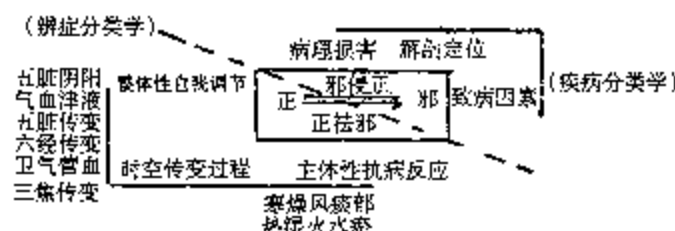


图5 中医的辨证分类学与西医的疾病分类学

治疗对象，特异性地消除病因和纠正病理是它的临床疗效标准，也是它筛选药物的药理指标，成为它的价值标准。中医学的辨证模型认为：主体性的抗病反应型式决定疾病的性质，整体性的自稳调节机制主要环节及其失衡程度决定疾病的转归。人体调节抗病反应的型式、环节和时相，是中医的诊断对象以及治疗的依靠对象和服务对象，帮助抗病反应完善和调节机制正常化，是中医临床疗效的价值标准，也是中医筛选中药的药理指标。

辨证理论模型的功能在于：

其一，“症”反映了人体心身相关的身稳态调节机制在抗病过程中的具体反应状态。

其二，“症”是病人自卫抗病的积极因素和实现愈病的根本原因。

其三，“症”成为中医理论体系的核心，治病必求的本，是中医的诊断对象，治疗的依靠力量和服务对象，从而使中医学成为一门动员的医学和高度个体化的



医学。

其四，“症”是具体识别毒和药的唯一科学根据。

由此，王履指出：“端本澄源，中含至理；执其枢要，众妙俱呈。”<sup>〔1〕</sup>之所以说中含至理，因为治病求本的辨证诊断，建立的是关于对象的调节抗病模型，这是抗病愈病的根本原因。之所以说众妙俱呈，因为辨证求属（属也者，其枢要之所存乎！<sup>〔2〕</sup>）找到了区分毒和药界限的唯一科学根据。而迄今药物病和医源性疾病依然如此“数见者，得非粗工不知求属之道以成之欤！”<sup>〔3〕</sup>

医学未来学的预测展望指出：“一旦把调节机制和抗病反应机制的活动原则搞清楚，就意味着近代医学发展有了质的飞跃。”<sup>〔4〕</sup>要提高防治水平和努力防止药害，关键在于“执其枢要”，讲究“求属之道”，要抓住人体自稳调节机制和抗病反应机制，这是地球上进化得最高级复杂和高度有序的稳态调节机制。中医辨症的理论模型，抓住的是自稳调节这个“中心”，审察的是抗病反应之“势”，从辨证到辨症的求属之道，目的就在于“执其枢要”。

“能攻心，则反侧潜消，自古知兵非好战；不审势，则补泻皆误，从今用药要深思。”这就叫：治病必求本，用药如用兵，这两句话高度概括了中医临床思维方法的特点。

〔1〕 王履：《医经溯洄集》。

〔2〕 同上。

〔3〕 王履：《医经溯洄集》。

〔4〕 《展望公元二〇〇〇年的世界》。

## 医学的目的与中医学术研究（提要）

陆广莘

### 当代医疗危机与医学目的反思

为什么世界重新认识和评价中医学？大塚恭男指出是由于：

1. 现代医药的毒副作用。
2. 现代诊疗的分科过细。
3. 过分依赖理化仪器而忽视病人主诉。
4. 疾病谱的改变。

为什么疾病谱改变，很快使第一次卫生革命形成的神圣观念失灵，并导致当代医疗危机：

1. 对药物依赖和药物淘汰速率加大。
2. 病越治越多，制造新病源；慢性变和复发的增多。
3. 医疗费用加速上涨，医疗服务社会分配不公加剧。

第一次卫生革命的观念是：致病因素决定疾病的性质，病理变化决定疾病的转归。由此，“识病求本”的诊断要求找出疾病的本质原因：病因病理病位；“辨病论治”的研究要求发展能与之直接对抗补充的替代性手段。然而很快发现对抗疗法的反目性效果：

1. 消除病因的治疗导致“多元抗药”。
2. 纠正病理的治疗出现“受体超敏”。

3. 长驱直入的治疗加剧化学污染和抗原负荷、免疫应答错误，增加免疫性疾病。

当代世界性医疗危机被归结为：“主要针对疾病的技术，统治医学的长期结果。”由此促成对医学目的的反思和医学观念的转变：

1. 生物学向生物心理社会医学模式。
2. 稳态和适应如何实现是生理学主题。
3. 病理学的病因决定论向机体反应决定论。
4. 药理学的药物中心论向机体中心论。
5. 消极心理学向积极心理学。

6. 寄望自稳调节和防卫抗病反应机的活动原则，一旦有所阐明将意味医学的发展具有质的飞跃。

7. WHO 在“迎接 21 世纪的挑战”报告中，提出要从疾病医学转向健康医学。

医学的目的要为人的健康服务，要成为真正的“人的医学”，要发现和发展人的自我健康能力，要尊重人在整体性层次上的主体性地位和时态性变化的个体性特征，从而提高对环境利害药毒的识别能力和转化能力。

### 当代的医学难题与中医学术研究

怎样做好四篇大文章：继承→现代化→走向世界→中西医结合。

处理好四大关系：现与身学术传统的关系→与当代

医学难题的关系→与世界现实需求的关系→与西方医学理论方法的关系。成为四大研究领域和四个方面军。

继承依然是一位，因为它最不容易落实。强调继承的系统性，关键在什么是“取其精华，去其糟粕”的价值标准；如何协调西方研究方法同中国固有学术传统的矛盾，是困扰 20 世纪无数学者的问题。

当代医学难题，显示疾病谱的改变很快使第一次卫生革命的医学观念失灵。而正是这种神圣观念使近代的“研究中医”，用“识病求本”的要求否定中医“治病求本”的目的，用“辨病论治”的疗效观研究中药方剂的废医存药路线。而近代的“中医研究”也随之陷入把“证从属于病”的误区。

继承工作的首要任务是“照着讲”，然后才有可能“接着讲”下去；要重建中医主体价值体系，要恢复中医学关于对象的观念和目的：

中医对象领域：天人之际的健病之变。

中医观控对象：天人之际健病之变的“证”。

中医目标对象：养生莫若知本的“正”。

中医依靠对象：治病必求于本的“症”。

中医学有机发展性自然观：阴阳自和，升降出入；气化流行，生生不息。

中医学务本论道的实践论智慧学：通变合和，助其自组；因势利导，扶“正祛邪”。

正气存内的“正”，是神气形三者的统一。

病人正气“症”，是正虚邪实转变三要素。故告诫：

“无虚虚，无实实；无失正，无致邪；无代化，无违时”。

整体边界的“证”，是健病之变的出入信息，是主体开放系统的自组织调节发动的功能目的性行为。辨证求本的诊断，就是由此出发找出它的目的性特征及其动力学原理。因此：

中医辨证求本是健康的目标动力性诊断，不是疾病本质原因因病理病位性诊断；前者的认知方向是“治病求本”的向前向上向内，后者的认知方向是“识病求本”的向后向下向外，回答“病从何来”。

中医辨证论治是一种系统干预的界面医学和前体医学，是对“人的正气”的自我健康能力的努力发掘和加以提高，是间接动员的演化性调节的“生生之道”的健康智慧学，不是直接对抗补充的疾病防治学。其目标追求的是“正气存内，邪不可干”的自我稳定和生态和谐的健康医学。

中医养生知本和治病求本的理论模型，是中医学的基础理论，不同于西医识病求本的以病因病理病位为基础的基础理论。

养生知本和治病求本，本于阴阳：“阴阳自和者，必自愈。”

“阴阳自和”，是自组织的自选择和自清除及其自稳态和自适应目标的自调节和自演化的目标动力系统，它的主体性开放的整体边界出入信息是非线性关系的功能目的性行为，它作为“生化之宇”生长化收藏和生长壮

老已是“神转不回”的时间不可逆性，根本区别于机械论世界观。

养生知本和治病求本的“本于阴阳”这个目标动力模型，既是稳态适应性调节及其抗病愈病机制，是中医学的依靠对象；又是中医学以识别环境利害药毒的价值标准。更是作为中医学的主体价值体系，提供“升降出入”开放中的取舍标准和聚合规则。

在重建中医主体价值体系基础上面向现代医学难题，在帮助解决现代难题中推进中医药现代化和走向世界；在“不同而和”的中西医结合中，互为借鉴以映照自己，互相学习以自组自己，互补短长而共同提高。要解放思想，恢复民族自尊和学科自信；实事求是，从对象实际出发；做好自己份内的事，量力而行；要有的放矢，方法服从对象，手段服务目的。

## 辨证论治：生生之道的健康智慧学

陆广莘

证：是中医养生治病实践和认识的出发点

是中医视其外应的诊察对象和养生治病实践的作用对象

是天人之际中关于人的健病之变的出入信息

是神形统一的人的整体边界的界面全息效应

是主体性开放的自组过程的稳态适应性调节发动的功能目的性行为（五藏发动，因伤脉色）

整体边界出入信息的证，包括了我的环境刺激和我的主体反应。

反应与刺激的出入信息的非线性关系，体现了证的整体性层次的主体性地位，也体现其动态性变化的个体性特征。

天人之际的证，健病之变的证，整体边界的证，出入信息的证，

藏象反应的证，疗效反应的证，病形反应的证，界面全息效应的证。

养生因素的证，治疗因素的证，致病因素的证，

诊察对象的证，视其外应的证，作用对象的证，

正气存内的证，虚实之变的证，功能目的性行为的

证，

辨证求本：包括养生莫若知本的“正”，治病及求于本的“症”

是从观其脉证的“诊”到知犯何逆的“新”，  
从视其外应的“认”到以知内藏的“识”，  
从粗守形到上守神的求属之道。

求“证”的功能目的性行为的的目的性特征（正）及其动力学原理（症）。

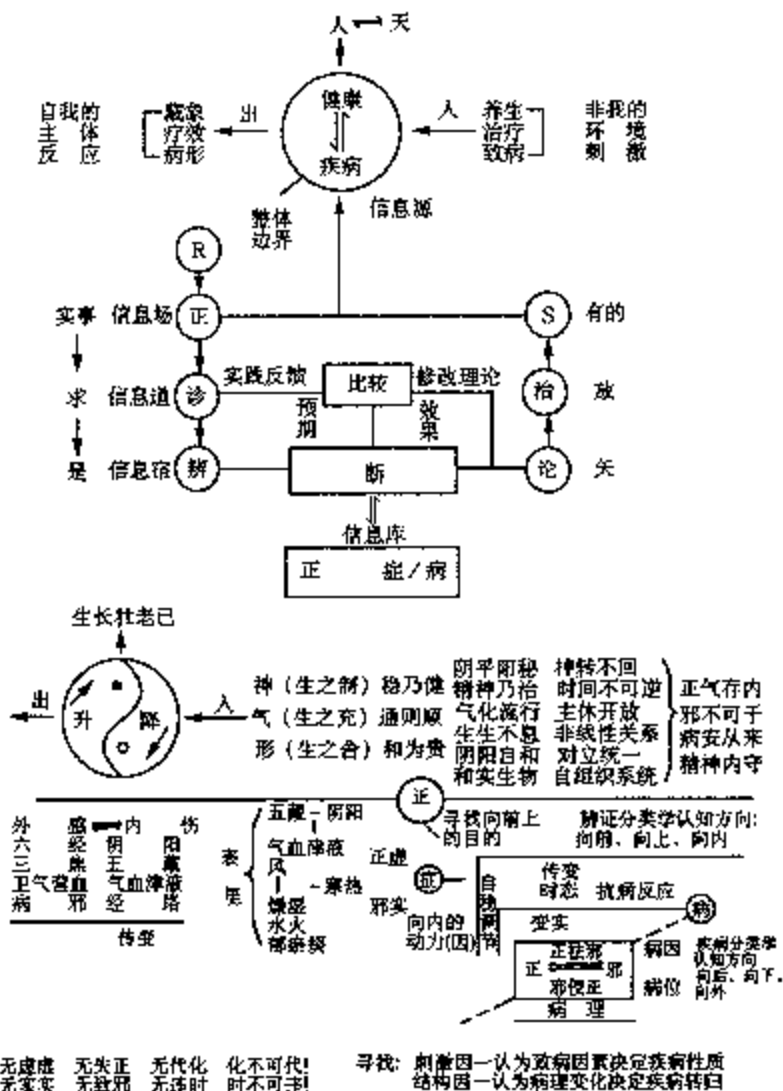
故辩证论治是通过整体边界全息效应对人的正气的自我健康能力的间接动员调节的界面医学和前体医学，其追求的目标是：“正气存内，邪不可干”的自我稳定的生态和谐，是包括稳态医学和生态医学的健康医学，是通变合和助其自组生生之道的健康智慧学。

养生知本的正气存内的“正”，是神气形的整体和谐统一的稳态调节。

治病求本的病人正气的“症”，是正虚、邪实、体变三要素。

邪气盛则实的“旺气”，本质上是“正祛邪”的机能亢进的抗病反应。





## “证和阴阳”刍议

陆广莘

在近代史上，证和阴阳，成为中医学术思想争论的焦点，是最容易被误读的两个中医基本概念。

证，被认同了病并进一步从属于病；阴阳，长期被视为不科学，以后又被置于“原理工具”的地位。

证，是中医学的逻辑起点，反映中医学对象的层次关系实际，是视其外点的诊察对象和养生治病的作用对象，中医学的认识和实践就是从这里出发。

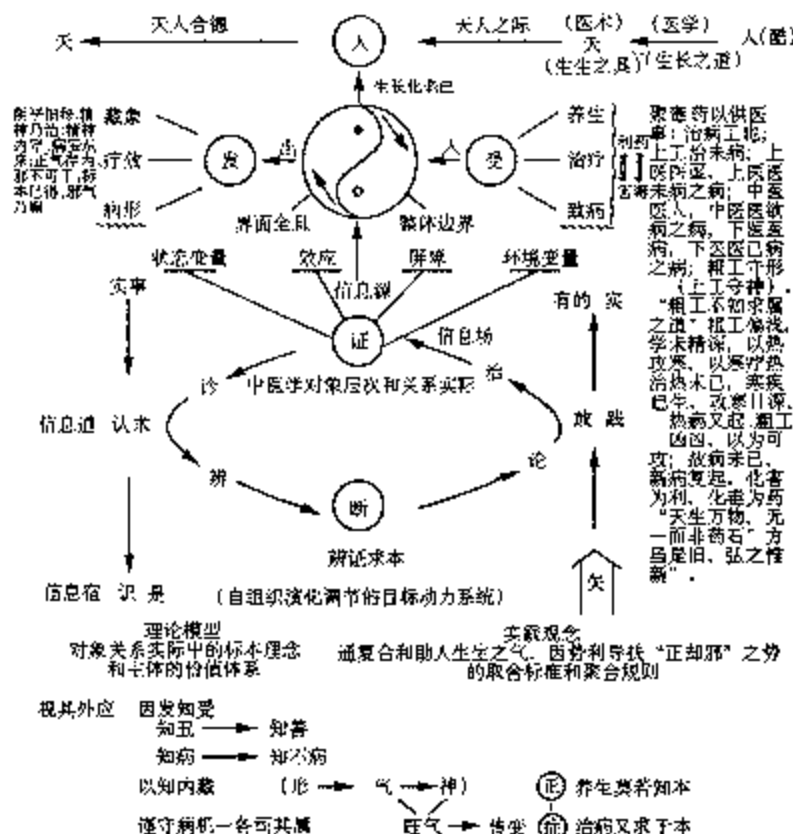
证，是天人之际中人的健病之变的出入信息：

其输出信息的状态变量包括：生理反应的“藏象” $\Rightarrow$ 药理反应的“疗效” $\Rightarrow$ 病理反应的“病形”。

其输入信息的环境变量包括：养生因素的证 $\Rightarrow$ 治疗因素的证 $\Rightarrow$ 致病因素的证。

它们的“特性就是相互作用本身”，都是天人之际的相互作用。发生在人的整体边界，体现为人的整体屏障功能（入—自选择，出—自清除）。整体世界在这里区分了内与外，自我与非我，人与环境，主气与客气；也由此保证了人的完整的整体层次（器散则分之，生化见矣），保证了人体为高层次的“阴阳自和升降出入”的主体性开放自组织演化的稳定适应调节的目标动力系统的主体性地位和个体性特征。整体边界上的出入信

息，体现了“神形统一”的体表内藏相关调节背景的界面全息效应，中医学由此作出了经输穴等重大发现。这此出入信息都是人这个高层次的主体开放系统的功能目的性行为。证体现了人的整体层次的主体地位呼的个体特征。



## 怎样学好《难经》

路志正

路志正（1921—），中国中医研究院广安门医院主任医师

《难经》是以质疑问难的表形解释《内经》的理论性著作。它不同于一般的注释，而是发挥至理，剖析疑义，以垂示后学，诚为学习《内经》之津梁。尤其是其自出机杼，有所创新，补《内经》之所未发，扩前圣而启后贤，对中医理论的发展做出了杰出的贡献。历代医家常以《内》、《难》并称，把《难经》也尊为“医经”，认为是学者升阶岐黄堂奥登堂入室的必读著作。但近年来，似有忽视学习研究《难经》的倾向。今特撰本文，为学习《难经》一呼，并供进修或自学者之参考。

### 《难经》的概况

《难经》又称《八十一难》，书名见于仲景的《伤寒杂病论·序》。后世对书名的含义解释不尽一致，一种认为，“难”字作问难解，系解释疑难之意。《帝王世纪》说：“黄帝命岐伯雷公论经脉，傍通问难八十一，为《难经》。”徐大椿也明确指出：“夫素、灵之微言奥旨，引端未发者，设为问答，俾畅厥义也。”另一种认为，“难”作难易之难解。如黎泰辰说：“谓难者，得非以人

之五腑六腑隐于内，为邪所干，不可测知，惟以脉理，究其仿佛耶，若脉有重十二菽者，又有按车盖而若循鸡羽者，复考内外之病以参考之，不其难乎？”我认为从全书体例及其主要内容来推敲，则皆为问题释疑，故当以前者更为贴切，《难经》之难字，应读作“难(nàn)”。

《难经》一书，大多数注家认为是秦越人所作，杨玄操、吕复、王祯、李嗣、冯承熙、滑伯仁、陈修园等人都持此说。杨氏云：“黄帝八十一难经者，斯乃渤海秦越人所作也，越人受长桑居之秘术，遂洞明医道，至能洞彻脏腑，剖肠剔心，以其与轩辕时扁鹊相似，乃号之为扁鹊。”《旧唐书·经籍志》也说：“《黄帝八十一难》二卷，秦越人撰。”但也有人认为《史记》未言越人有著作传世，《汉书·艺文志》亦未载《难经》之名，且其内容受五行纬说家的影响非常明显，据此推断其为后世伪托之书，成书于西汉之后。我认为，仲景既称《八十一难》为古训，可见其成书于汉朝之前。盖秦汉之前医书多是口传心授，其后又辗转传抄，讹误在所难免，改动亦属必然，特别是经过后世医家的编次，已非原貌。因此可以说它与《内经》一样非出一时一人之手笔。

《难经》全书八十一节，分为六章，分别对脉法、经络流注、营卫三焦、气血盛衰、脏腑诸病、荣俞经穴、针灸补泻等进行了比较深入的讨论和发挥。其中一至二十二难主要讲脉法；二十三至二十九难主要谈经络；三十至四十七难重点阐述脏腑；四十八至六十一难

主要论述病因病机与部分病证；六十二至六十八难主要介绍腧穴；六十九至八十一难主要讨论针刺补泻法的运用。《难经》对后世中医学的生理、病理、诊断、治疗等基础理论的发展起了积极的推动作用。

### 《难经》的学术成就

《内经》、《难经》、《伤寒杂病论》等中医典籍确立了祖国医学的理论体系。《难经》具有较高的学术价值，早在宋代就被选作医学教育的教材之一。今将《难经》的学术成就择其要以示一二。

#### 一、独取寸口，为后世不祧之祖

《难经》脉法具有独创性，在《内经》三部九候脉法的基础上，根据《素问·五藏别论》气口“独为五藏主”的理论，提出了“独取寸口”的诊脉方法，对中医脉学的发展做出了贡献。《史记·扁鹊仓公列传》有“至今天下言脉者，由扁鹊也”的称誉。独取寸口给后世以很大的方便，一直沿用至今。

《素问·经脉别论》认为：脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉”；《素问·五藏别论》指出：“……五藏六腑之气味，皆出于胃，变见于气口”。《难经》在此基础上，首先论证了“独取寸口，以决五脏六腑死生吉凶之法”的原理，“寸口者，脉之大会，手太阴之动脉也……五脏六腑之所终始，故法取于寸口也”。肺与十二经脉有密切的关系，寸口为手太阴肺经之动脉，是十二经脉经气汇聚之处。因此，通过寸口脉象变化，可以诊知十二

经脉、五脏六腑的邪正盛衰，确立了独取寸口的理论根据。《难经》把《内经》的全身遍诊法简化为寸口的三部九候诊脉法，《十八难》指出：“三部者，寸关尺也，九候者，浮中沉也”。在确定寸、关、尺的部位时，首先定关，关前为寸，关后为尺，有人认为这是《难经》“独得之秘”。三部各有浮、中、沉，三而三之，合则为九，九候以“菽”之多少的轻重来说明诊脉时下指取脉的轻重手法。这里需要说明的是：《难经》的三部九候虽与《内经》的三部九候名称相同，但名同而实异。其次，《难经》还强调了尺脉的重要性，《十四难》说：“人之有尺，树之有根，枝叶虽枯槁，根本将自生，脉有根本，人有元气”，至今仍具有指导意义。《十八难》进而讨论了寸口三部脉所配合的脏腑，这样“独取寸口”诊脉法初具规模，达到了较为完善的程度。后世脉学，如王叔和的《脉经》、李时珍的《濒湖脉学》等虽对中医脉学有了很大的发展，但其基本大法，仍不出《难经》所述的范围。《难经》“独取寸口”被近人张山雷氏誉为“后世不祧之祖”。

## 二、归纳经络、奇经八脉，补《内经》之未备

《难经》在继承《内经》中有关经络学说的基础上，撷其要点，对经脉的长度、流注次序的运行规律、手、足三阴、三阳经经气绝的症状和预后诊断，作了论述，使之更加简明扼要，条理愈趋清晰。《二十五难》还提出“有十二经，五藏六府，十一耳，其一经者，何等经也”的问题，认为手少阳三焦与心主相表里，“俱有名

而无形”，故有十二经。提出了三焦“有名而无形”的问题，引起了后世的争论和研究。

奇经八脉，在《内经》中散见于《素问·骨空论》、《灵枢·脉度》等多篇，记述简要，不够全面和系统。《难经》始明确提出奇经八脉的说法，特别是对奇经八脉的名称，与十二正经的关系、起于何处、止于何部以及为病等均作了较系统的论述，真是条分缕晰，一目了然。如《二十七难》具体列举了奇经八脉的名称：“有阴维，有阴维，有阳跷，有阴跷，有冲，有督，有任，有带之脉，凡此八脉者，皆不拘于经，故曰奇经八脉”。《二十八难》则进而补充了奇经八脉各自的循行部位及起止点，《二十九难》则更列举了奇经八脉的发病证候。《难经》有关奇经八脉的理论，补《内经》之未备，丰富了中医经络学说的内容，对后世经络学说的发展，产生了深远的影响。

### 三、两肾有异，开命门学说之端

《三十六难》提出了“两肾者，非皆肾也，其左者为肾，右者为命门”。命门为生命之门户，是“诸神精之所舍，原气之所系也”，具有“男子以藏精，女子以系胞”的重要生理功能，《三十九难》指出“其气与肾通”。《难经》强调了命门在人体生理上的重要性，开创了命门学说之先河，给后世医家以很大影响，如薛立斋、孙一奎、张景岳、赵养葵等辈都重视命门，在实践中进一步发挥了《难经》的有关理论。命门学说为《难经》所首倡，后世有关命门部位和其实质的研究探讨更



活跃了学术空气，温补命门法至今仍被广泛应用于临床。

#### 四、伤寒有五，承《热论》而启仲景

《素问·热论》认为：“今夫热病者，皆伤寒之类也”，把“伤寒”作为外感发热性疾病的总称。《五十八难》说：“伤寒有五，有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病，其所苦各不同”。《难经》此论，把“伤寒”分为广义、狭义两种不同概念，指出广义之伤寒有五种，其病因不同。并以脉象为例，略示了五种伤寒的鉴别要点。本难还提出外感寒热证有病在皮毛、病在肌肉、病在骨的不同发展阶段。《难经》在《素问·热论》的影响下，奠定了用汗、下法治疗外感热病的病理基础，指出了“阳虚阴盛，汗出而愈，下之即死；阳盛阴虚，汗出而死，下之而愈”。王履认为，《难经》此论，为“伤寒汗下枢机”。张仲景在《内经》、《难经》的影响和启迪下，经过反复的临床实践，完成了我国第一部临床医学巨著——《伤寒杂病论》。《伤寒论》以六经论伤寒，创立了理、法、方、药比较系统的辨证施治的方法，至今仍被广泛应用，有着较高的疗效。

#### 五、广其治则，垂法后世于无穷

《难经》在治则治法方面有许多新的建树，给后世以很大启发。如《七十七难》“所谓治未病者，见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气，无令得受肝之邪”的肝病实脾之论，《金匱要略》作了进一步的阐发，后世医家在这一思想的启发下，根据疾病传变规律，先

安受邪之地，在治疗中采用了许多预防性措施，从而发展了《内经》“上工治未病”的理论，丰富了治未病的方法。《十四难》“治损之法”，提出“损其肺者益其气；损其心者调其营卫；损其脾者调其饮食，适其寒温；损其肝者缓其中；损其肾者益其精”，发挥了《内经》“虚则补之”之旨，丰富了治疗虚损病证的方法，对临床具有较高的实用价值，指导着中医对五脏虚损的治疗。又如“泻南方，补北方”的治则，并不单单施用于针灸，推而广之，各科皆可应用。仲景黄连阿胶鸡子黄汤以及《证治准绳》“泻南方刚肺金清而东方不实，何脾伤之有？补北方则心火降而西方不虚，何肺热之有？”即是在这一治则的指导下进一步的发展。

### 六、敢于创新，丰富了针灸疗法

《内经》虽对五脏五俞、六腑六俞做了叙述，但对五俞穴主治病证未做明确交待。在《六十八难》中总结出：“井主心下满，荥主身热，俞主体重节痛，经主喘咳寒热，合主逆气而泄”从而分主五脏疾病，尽管尚属简略而不全面，但不失为辨证取穴法之一，为后人进一步钻研五俞穴奠定了良好的基础。

至于刺法，《内经》中有关针刺手法已较繁多，如以经气之顺逆往来、呼吸出入，而用针锋之向背等作为迎随补泻；但《难经》并不囿于前人的经验，敢于质疑，提出创见。以本经前后穴位（如手厥阴心包之俞大陵，俞属土，泻俞即泻子；手厥阴井中冲，井属木，心之母也，针井即补母）作为迎随补泻，两者义虽相近，

而方法各殊，使针灸手法得到了充实和发展。特别是提出了“知为针者信其左，不知为针者信其右”的见解，对针灸学的发展有着深远的影响，对临床确有重要的指导意义。盖一般针灸工作者偏重于刺手（右手）的作用，往往轻视甚至忽视押手（左手）的价值。殊不知左手有爪切、循按、弹弩、候气、补泻等功能，对于加快进针，减轻疼痛，促进得气，提高疗效等方面，有不可思议之妙。如无丰富的临床实践，很难有这样的体验。

### 《难经》的校勘和注释

《难经》成书既早，年久日深而辗转相传，其间脱简、衍文、错讹之处在所难免，又兼文辞古奥，义理深邃，读者探微索隐，自是不无障碍。这就需要进行校勘和注释。历代校勘、注释《难经》者不乏其人，最早注释者为三国之吕广，唐杨玄操有补注本。其后，宋有丁德用、虞庶、杨康候、周仲立、庞安时、李子野，金元有纪天锡、张元素、袁淳甫，谢缙孙、滑伯仁，明有熊宗立、张世贤、虞天民、马蒔，清有徐大椿、丁锦、黄坤载、叶霖、周学海等，日本人如名古屋玄医、丹波元胤氏等也曾注释《难经》。近人张山雷、孙鼎宜、蔡陆仙、陈璧琉等也进行过这方面的工作。据不完全统计达数十家之多，其中有些注本已经失传。学习《难经》选择较好的注本非常重要，可谓学者之舟楫。

《难经集注》，是明代王九思选撰，集吕广、杨玄操、丁德用、虞庶、杨康候等人的注释而成。原书自明

以来即已散佚，流传日本，后由林天瀑依原版用活字排印，收入侨佚存丛书，而各家注释赖此得存。是现存较早的注本，集各家之论，互相补充，有助于对原文的理解，是学习《难经》较好的参考书。

《难经本义》，是金元滑伯仁的注本。滑氏从《难经》源本于《内经》的角度出发，将篇首备列“经言”二字的各条，一一考之于《素问》、《灵枢》以探其源。凡《内经》，不载者，滑氏认为非别有古《医经》的存在，便是《内经》一书在流传过程中有脱简，并设“缺误总类”一篇，对《难经》进行校勘。是书说理条畅，言之有据。

《难经经释》，为清代徐大椿所著。本书以《内经》的基本理论来解释《难经》，主要阐明脏腑、经络的生理功能，不以后人的主张来证前人，这是比较科学的态度，具有较高的参考价值。

《难经汇注笺正》，是近人张山雷编著。此书汇选了诸家之言，提出了自己的见解，并立有“考异一项，对《难经》做了一定的校勘工作，值得参考。

《难经译释》，为南京中医学院医经教研组编著。该书是用现代语言编写的译释本，具体内容按原书先后次序分为六章，原文下逐节分为“词解”、“语译”、“释义”、“要点”诸目，浅显明了，立论公允，系统性、完整性强，是初学者较好的学习参考书。

### 学习《难经》三法

《难经》一书，“理趣深远，非卒易了”，因此学习

时要讲究方法。

### 一、通读原著，参阅注释明文意

一般学习《难经》者，多作选读。但《难经》全文不长，分为八十一节，故我主张学习时不要急于取舍，还是以通读原著为好。只有通读，才能全面了解《难经》之原貌。

首先明其句读，借助字典词典以掌握难僻字词的读音和词意，然后熟读原文。常言道：“书读百遍，其义自见”。诵读有声可以帮助记忆，反复朗读以体会文中意义，有些重要章节，熟到朗朗上口，能够背诵才好。

熟读后再借助注释参考书籍，逐节逐章地弄通文意。参考各家注解释义只是为了帮助理解原文不能代替诵读原文。在读和释的过程中，读原文是学习的重点。初学时宁拙勿巧，宁慢勿快，宁涩勿滑，不放过一字一词，务在弄通原意。若有所体会，即择其要作好学习笔记。

### 二、溯源析流，尊重历史看发展

学习《难经》要采取历史唯物主义的态度。《难经》是以问难的形式解释《内经》的理论性著作，故学习《难经》要结合《内经》的有关章节，溯本于《内经》以探其源。如《难经》的脉学部分，源于《内经》，要参阅学习《脉要精微论》、《玉机真藏论》、《三部九候论》以及《五藏别论》等篇章。《内经》或言而未明，或引端未发，而《难经》或有所发挥，发展了《内经》的理论，对中医学理论的发展和完善做出了贡献。学习

《难经》同时还要参考后世各家学说对《难经》的发展发挥以析其流。如学习《难经》有关奇经八脉的论述，则应参阅《十四经发挥》、《奇经八脉考》；学习《难经》有关命门的理论，应结合后世薛立斋、孙一奎、张景岳、赵养葵等人的论述。这样才能了解《难经》自出机杼，在理论上的创新及对后世的影响。再者，《难经》中的有关章节，前后互参，则更易了。

《难经》成书于古代，限于当时的历史条件，必有不够恰当之外，如肝有“七叶”、“心有七孔三毛”、“木得水而浮，肝得水而沉；肺得水而浮，金得水而沉”等，对此必须以辩证唯物主义和历史唯物主义的态度对待，不责备于古人，而是吐误茹真，汲取其精华，剔除其糟粕。

### 三、狠抓要点，深钻精研重实践

对于《难经》中的重点内容，即其对中医理论有重大发展的部分，要深入进去，深钻精研，探微而索隐，密切结合临床实践进行学习，或做专题研究。如独取寸口、治损之法、命门理论、三焦元气、七冲门、八会穴、针灸刺法等内容，都应做深入研究。以治损之法为例，其理论渊源是什么？历代医家有何论述、发挥？对临床有什么指导意义？具体有哪些治疗方法、方药，其实用价值怎样？必须一一明悉。“损其肝者缓其中”则可结合学习《素问·藏气法时论》：“肝苦急，急食甘以缓之”和“金匱要略·脏腑经络先后病脉证”：“夫肝之病……益用甘味之药以调之”，则可知其理论是一脉相

承的。又如“八会穴”是《难经》对针灸的重要贡献之一，是古代针灸医疗经验的科学总结，今日临床尚广泛应用。八穴与脏、腑、血、气、筋、骨、髓、脉的内在联系，八会穴治疗疾病机理的探讨，则是学习《难经》的专题研究之一。

这里我引《难经汇考》东坡楞伽经跋作为结束语，他说：“如医之有难经，句句皆理，字字皆法，后世达者神而明之，如盘走珠，如珠走盘，无不可者。若出新意而弃旧学，以为无用，非愚无知，则狂而已。譬如俚俗医师不由经论，直授药方以之疗病，非或不中；至于遇病辄应，悬断生死，非与知经学者，不可同日而语矣。世人徒见其有一至之功，或捷于古人，因谓难经不学而可，岂不误哉！”

以上是我学习《难经》的初步体会，不一定确当，聊供青年中医学习《难经》时作参考。

## 《医学心悟》简介

略志正

作者程国彭，字钟龄，号恒阳子，安徽歙县人，为清代名医。少时体弱多病，因而酷爱医术，刻苦学习，潜心求索者有年，临证经验丰富，名噪于康熙、雍正年间，四方从游者甚众，而自己常感不足，这是他成为一代名医的关键所在。凡对中医理论未明彻者，则昼夜思索、揣摩，恍然有悟时则援笔书之。经过三十年的积累，于一七三二年撰成《医学心悟》一书。所以叫《医学心悟》者，作者认为医者治病，性命攸关、“其操术不可不仁，其处心不可不慈，其读书明理，不至于恍然大悟不止，爰作是书，以教吾徒，盖警之也”。也就是激励学生看到书名，便奋发钻研，认真学习，直到弄懂为止之意。

本书属于中医入门书籍，具有提纲挈领，简明扼要，方约而效，切合实用等优点，文字浅显易懂，内容较为广泛。全书共分六卷，卷一为总论，分别叙述了望、闻、问、切四诊，根据《伤寒论》总结出“寒热虚实表里阴阳”八纲辨证法，直到今天仍为我们所常用。对治则的理论和临床运用做了较详细的阐述，且很精辟，层层深入，使人读后扩大了思路，开阔了眼界；卷二为伤寒部分，对六经证治的辨析较为细致；卷三至卷



四 165 页为内科杂病，文笔简炼，概念明确，眉分目朗，便于记忆；卷四自 166 页至卷五 177 页为咽喉（唇口齿舌）、目、面、鼻、耳等五官科；卷五为妇科，内容包括经、带、胎、产等四大证；卷六为外科十法和急救。

本书对晚清有一定影响，虽非长篇巨著，但它切合实用，故江涵暾在《笔花医镜》中谓：“程钟龄医学心悟女科一卷，悉从诸大家论说中，斟酌甚善而出之，字字毫发无憾，并无近世《临证指南》等纤巧习气，故依治每收实功。”可说是对本书的正确评价。下面仅就程氏的学术思想和本书的主要内容作一简介。

### 一、程氏的学术思想渊源

程氏的学术来源，上承内、难、伤寒，下及金、元、唐、宋诸家，无不浏览，特别是对《伤寒》、《金匱》有很深功底，但他并不囿于《伤寒》、《金匱》，主张博采众家之长。他在书中说：“医道自素、灵、难经而下，首推仲景，以其为制方之祖也。然仲景论伤寒，而温热、温疫之旨有未畅；河间论温热、温疫，而于内伤有未备；东垣详论内伤，发补中、枳术等论，卓识千古，而于阴虚之内伤，尚有缺焉；朱丹溪从而广之，发阳常有余，阴常不足之论，以补前贤所未及，而医道亦大全矣。不知四子之书，合之则见其全，分之则见其偏，兹集兼总四家而会通微意，以各适于用，则庶乎其不偏耳”。说明程氏善于学习前人的著作，能够撷英咀华，取长弃短，掌握其真髓，否则不会得出这样的确切

结论。

他在学习方法上，主张“学贵沉潜，不容浮躁者涉猎，思贵专一，不容浅尝者问津”。只有专心致志，戒骄戒躁，虚怀若谷，才能钻进去，跳出来，收到事半功倍之效。

基于上述思想，他特别强调打好中医基本功，在第一章，就开宗明义，以歌诀形式，指出有些医生钻研不力，造诣不深，而导致医疗错误。如在《医中百误歌》中说：“医家误，脉不真，浮沉迟数分不清。”以及不时脏腑经络，标本缓急，不谙药性，辨证不准，胸无定见，”而出现“攻补寒温不对证”、“病重药轻轻反重”而遗误病人的不良后果。他更讲求医德，提倡不要“强识病，病不识时莫强认，谦躬退位让贤能，务俾他人全性命。”的实事求是的医疗作风。

中药是赖以治病的有力武器，因此，在临证中，尽管医生辨证准确，立法处方中的，但药品质量差，也不会收到好的疗效。所以他对中药以假乱真，炮制失宜，煎药失度，分量不准，提出七条药误，不仅对当时有针砭作用，即对今天中药品种混乱，质量差，该炮不炮，该炙不炙等情况，亦有一定的参考意义。

医生治病固然要有较高的医疗水平，但这只是一方面，还需要病人、病人的家属及亲友的紧密配合，如情志舒畅、遵从医嘱、饮食忌宜等，始能提高疗效，否则亦难以收到良效。程氏晚年虽信奉佛学，曾到天都普陀寺修行，法号普明子，可是他反对师婆巫神，在“旁人

误”中说：“旁人误，引邪路，妄把师巫当仙佛，有病之家易着魔，到底昏迷永不悟”的告诫。由于他信佛学，精于养生之道，在《百误歌》之后，即总结出：“节饮食，慎风寒，藏精神，戒嗔怒”的保生四要，把静坐法名之曰：“治阴虚无上妙方”。本书的主要目的在于：“发明医中之误，细详调摄之方，兼弥患于未萌，治未病之意也。”

## 二、首创医门八法，紧密结合临证

历代医籍中，记载的治则一般为五法、六法，而程氏集各家之长，扩为八法，使治法得到充实和发展，把汗、吐、下、和、温、清、消、补分为八篇，叙述详明，细致深入，读后使人受益良多。

1. 汗法：邪在皮者，汗而发之，以驱除外邪。然而当汗不汗，不当汗而汗，当汗不可汗而妄汗，有当汗不可汗而又不可汗，汗之不得其道，有当汗而不中其经，不辨其药，知发不知敛而误人者共五大类。每类之下，又作具体而明确的分析，说明其机理。如不当汗而汗误人者，就举出头痛发热与伤寒同，而其人倦怠乏力，鼻不塞，声不重，脉来虚弱，内伤元气不足之疑似证，余如：“真阴亏损，伤食，寒痰厥逆，湿淫脚气、内痈、外痈、瘀血凝积等约十种之多；在当汗不可汗，而妄汗误人中，举出约十六种不宜汗证。

治疗：阳虚宜温阳益气解表，阴虚则滋阴发汗，风寒宜辛温，风热用辛凉，邪盛体实者汗宜重，体虚邪实者汗宜轻等等，不再枚举。

他特别强调：“一法之中，八法备焉，八法之中，百法备焉”的圆机活法，不能拘于一法。并说：“此予数十年来心神领会，历试而不谬者，尽见于此八篇中矣。”说明作者是从长期临床实践中得来的心血结晶，应仔细玩索，万勿草草读过。

2. 吐法：邪在胸次之间，胃脘之地，或痰、食、痈、脓，皆当吐之，“而近世医者，每将此法置之高阁……以致病中常有自呕，自吐，而为顺症者，见者惊，闻者骇，医家亦不论虚实，而亟亟止之，害人多矣。”

痰热壅塞，食停胸脘，胀满疼痛宜吐；停痰宿饮发为头眩者宜吐，老弱病久则不宜吐，病在少阳，胸闷而烦则不宜吐。

3. 下法：虚弱之人虚细之脉、正虚邪实，不宜猛下而宜润下；导法，润之以麻仁、梨汁，导之宜蜜煎、猪胆汁、土瓜根；寒下、温下、微微和之，先攻后补，先补后攻，攻补兼施，解表兼攻里，和解兼攻里；胸腹硬满手不可近为结胸，用小陷胸汤丸；少腹硬满而痛，小便自利，有蓄血用下法。杂症中新产妇、老人、虚人、食积、水、虫、血等病有虚实，下有轻重。

4. 和法：邪在少阳为半表半里，证见寒热往来，口苦，咽干……，偏于表则寒多，偏于里则热多，寒多宜温而和，虚者宜补而和，邪实体实宜清而和；其次，和法宜辨燥湿，如病在少阳，而口不渴，大便如常，是津液未伤，清润之药不宜太过，而半夏、生姜皆可用；口大渴，大便渐结，是邪将入于阴，津液渐少，则半夏

辛燥可除，而花粉、瓜蒌必用矣。

少阳兼表，小柴胡加桂枝；少阳兼里则便闭、谵语、狂躁等症生，宜小柴胡加芒硝。和之法则一，而和之法变化无穷。

5. 温法：温者温其中，脏受寒侵，必用温剂，经云：“寒者热之是也”。中寒厥逆，下利腹痛宜温，冬令伤寒，风寒外客宜温解，寒痰壅塞宜温开，冷食所伤宜温消，寒痹宜温通，体虚挟寒宜温补，中寒暴痛便结宜温下。温有温存之温，参、芪、归、术，和平之性；温热之温性，附子、肉桂、干姜，燥烈之性；用温法还须结合季节，盛夏之月，温剂宜轻，时值隆冬，温剂宜重。其次当视邪之盛衰和体之强弱，气虚阳微之人，寒邪乘之温宜重，平素火旺，或前有失血之证，而中新寒，温宜轻。

6. 清法：清者，清其热，脏腑有热则清之。

风痰闭火，则散而清；燥热之火，则润而清；伤食积热，则消而清；暑热伤气，则补而清；风湿热邪，则辛凉而清；痰热之火，则化痰而清。然有不当清而清之误者，阴虚劳瘵，日晡潮热，产后血虚，发热，烦躁，证象白虎而非白虎，误服难救；命门火衰，浮阳上越，有似火者，阴盛格阳，假热之证，其人面赤烦躁，欲坐卧在泥水中……脉反虚大，按之豁然而空，皆不宜清法。真阴不足而火上炎者，壮水之主；真阳不足，浮火上炎者，引火归元。外感之火为实，内伤之火为虚，病因不同，而治法迥异。

7. 消法：消者，祛其壅也，癥瘕积聚，癰疽结核，痈疮疔肿，老痰死血，宿食积滞，皆宜消散，然须先辨明病原，分清气血，脏腑经络；次辨停痰、死血，痈脓、虫蛊，癥瘕痞癖，七疳等，从不同见症而用不同消法。如气血中满，鼓之如鼓不宜消，宜补中士；脾虚运迟者，肾虚水泛为痰，血枯而经水断绝者，皆不宜消法。同时尚应注意消之得法。所谓得法，就是分为初、中、末三步的治法，如症瘕积聚当其邪气初客，所积未坚，则先消之而后和之；气郁渐深，积聚日久，湿热相生，块因增大，法从中治，削之软之以抵于平；邪气久客，正气必虚，则以补泻迭用为宜，如薛立斋用归脾汤送芦荟丸，程氏用五味异功散佐以和中丸，即攻补并行的中治之道；块消及半，便从末治，不再攻击，但补气调血，疏导经脉，俾荣卫流通，而块自消。这与《内经》“大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也”的理论相一致。

8. 补法：补者补其虚，有当补不补误人者，有不当补而补误人者，有当补而不分气血，不辨寒热，不识开合，不分缓急，不明根本，不深求调理之方以误人者。仅举数端，可见一斑：

脉实证，不能补，较易辨析，而体虚之人客邪初至，病势方张，亦不能骤补，否则无异闭门留寇；大实之症，积热在中，脉反细涩，神昏体倦，甚至憎寒战栗，欲复衣被，酷似虚寒，而其人必有唇焦口燥，便

闭、溺赤诸证。

人知补火可以益气，不知清火亦能益气，血脱者益气，乃阳生阴长之理；气虚补其火（补丹田），虚而有表邪在，补而兼散；虚而有积聚者补而兼消；虚而有结热者，补而兼攻；虚而兼表邪者，气虚宜益气解表；血虚宜补血兼解表，阳脱阴亡宜峻补；余邪留恋，虽虚但补宜缓。

此外，他特别强调“药补不如食补，食补不如精补，精补不如神补。”即食疗和养生之道值得重视。

“八法”是临证治疗常用的治则，程氏总结了前人和个人的临床经验，进行了详细而深入的分析，对指导运用“八法”有着重要的意义。

### 三、辨证详明，说理透彻，学用一致

程氏既有很高的理论造诣，又有丰富的临证经验，因此他不论在阐述理论或临床方面，都是理论紧密结合实际，不尚空谈，言简意赅，说理透彻，确有说服力。

他在“火字解”中，把火分为内、外两大类。外火即由六淫所伤和饮食而来。在治疗方面，因是外来之火，（亦称贼火）主张驱而不留；内火为七情色欲，劳役伤神而来，（又称子火，以脏腑失调引起）其治宜养不宜害。

治贼火进一步提出四法：一曰发；风寒外束，火邪内郁，治宜升发；二曰清；内热极盛，治宜寒凉；三曰攻；火气郁结，大便不通，治宜攻下；四曰制；热气怫郁，清之不去，攻之不可，此本真水有亏，水不制火，

所谓寒之不寒是无水也，当滋其肾。

治子火有四法：一曰达，肝郁气结，木郁达之；二曰滋：虚火上炎，壮水之主，以制阳光；三曰温：劳倦伤神，元气受伤，阴火乘土位，劳者温之，甘温除热；四曰引：肾气虚衰，逼其无根之火，游溢于上，当导龙入海，引火归元。

不论治贼火、子火，在阐明理论之后，均附有处方，我们临证时，虽不能按图索骥，但可借鉴。

在学习“火字解”时，还应与医门八法中的清法结合起来看，则更全面。如他在内外伤火辨中说：“外感之火，邪火也，人火也，有形之火，后天之火，得水则灭，故可以火折；内伤之火，虚火也，龙雷之火也，无形之火，先天之火也，得水则炎，故不可水折……”，“外感之火，可清不可补，内伤之火，可补不可泻；外感之火以凉为清，内伤之火以补为清。”

对积聚鉴别诊断在消法中论述最详，如积成于五脏，推之不动；聚成于六腑，推之则移。忽聚忽散者气，痛有定处不移者血；暖腐吞酸，得食则痛为食积；先足肿后腹胀者水，先腹胀后四肢者为胀；痛引两胁，咳吐涎沫，为停饮；咳而胸痛，吐脓腥臭者为肺痈；当胃而痛呕而吐脓，胃脘痈；当脐而痛，小便如淋，腿不能伸直，为肠痈等。均很简明扼要，便于掌握。

对脾胃病，也有独到的见解。他认为因饿致病者固多，而伤食致病者亦不少，如过嗜肥甘则痰生，过嗜醇酒则饮积，瓜果乳酪，湿从内受，发为肿满泄利；五味



偏啖，久而增气，皆令天枉。古人谓：补脾不如补肾，补肾不如补脾的问题，程氏有全面的理解。他说：“补脾不如补肾者，以命门之火，可生脾土也；或谓补肾不如补脾者，以饮食之精，自能下注于肾也。须知脾弱而肾不虚，则补脾当亟；肾弱而脾不虚者，则补肾为先；若脾肾两虚则并补之”。寥寥数语，使人茅塞顿开。

#### 四、师古不泥，创制新方，药少效宏

程氏通过多年的临床经验，对方剂鼻祖《伤寒》《金匮》下及历代方书，无不钻研，并有自己的见解。如治盗汗一般皆用当归六黄汤，已成惯例。而程氏认为：“药味过凉，不宜阴虚之人，阴已虚而更伤阳，能无损乎？宜用八珍汤加黄芪、麦冬、五味子主之。”不仅使我们对当归六黄汤不宜于阴虚之体有所认识，更可贵的是又增加了一条思路和治法。

程氏随着临床经验的积累，不仅善于学习、运用前人的方剂，而且师古不泥，自出抒机，创造了不少新方，且具有方约而效，量少而专等特点。他是治噎膈病，是否癌症，尚待研究，主用润剂，反对用燥药，他说：“噎膈症不出胃脘干槁四字……尚胃既槁矣；而复以燥药投之，不愈益其燥乎？”基于此，他创制启膈散，药仅八味，量仅29.5g，加上柿蒂可能31g左右，药用：

沙参9g，丹参9g，茯苓3g，川贝母4.5g（去心），郁金1.5g，砂壳1g，荷叶蒂2个，杵头糠1.5g。

下面附有气虚、虫积、血积、痰积、食积等加减法。

本方是通噎膈，开关之剂，并有屡效二字是否有效？对什么样的噎膈有效，有待摸索和观察。但陆以湜在《冷庐医话》中有：“程钟龄《医学心悟》篇幅虽隘，其方颇有佳者，余戚李氏妇患噎症绝粮，诸药不效，医告技穷，余拈此书，得启膈散，令煎服之，四剂能纳食，再四剂痊愈”的记载。

古人治痢多用枳朴、槟榔等坠下之品，程氏宗之，结果是效者半，不效者半，不效者缠绵难愈，而成败症，因此他对此证，揣摩不舍，恍然有悟，“由积热在中，或为外感风寒所闭，或为饮食生冷所遏，以致火气不得舒伸，里急而后重也”。因制治痢散：

葛根、苦参、松萝茶、赤芍、麦芽、山楂、陈皮。

为细末水煎，每服 12g，并注明“本方加川连尤效”。

方用葛根为君，鼓舞胃气；陈茶、苦参为臣清湿热；麦芽、山楂消宿食；赤芍、陈皮为使，所谓“行血则便脓自愈，调气则后重自除”也。

聂云台在《温热标准捷效》中说：“在衡山遇一医家，言某崇疫痢，用《医学心悟》治痢散投之言无一不效；后又晤廖慕韩医士，述其经验亦同”。说明经过验证有效的事实。

咳嗽为一般常见疾患，治不得法，每致留连，程氏创止嗽散，治诸般咳嗽，方药是：

炒桔梗、荆芥、紫苑、百部、白前各 2 斤，甘草炒 12 两，陈皮去白 1 斤。

共为末，每服9g，开水调下，食后临卧服，初感风寒，生姜汤下。

此方他说：“予制此药普送，只前七味，服者多效。或问药极轻微，而取效甚广，何也？予曰：“药不贵险峻，惟期中病而已，此方系予苦心揣摩而得也”。但是程氏并非专用本方统治诸咳，而有详细的增减，如风寒初起，加荆芥、防风、苏叶、生姜；若热伤肺，口渴心烦溺赤，加芩、连、花粉等，药因证变，而不泥于一方。鲍相璈因其治咳嗽有捷效，采人所撰《验方新编》之中。唐容川称赞“此方温润和平，不寒不热，有清金宁肺之功”。我院已故名老中医朱颜在五十年代即对此方做过药理药化分析，并制成浸剂以治咳嗽患者。

此外，他创制的消瘰丸、加味香苏散等方，已被晚清医家采入杂病书中，流传甚广。如陈修园在《时方歌括》中即选入了加味香苏散，并作了“此方乃治四时感冒发表之轻剂，为解肌治法，亦所当知”的评语，这些方剂确是方约而效，量小力专，值得我们采用和学习。

本书重在实用，以临床为主，而对中医基础理论、诊断等方面则尚欠全面，需要进一步学习和涉猎有关中医药书籍。

本书虽非长篇巨著，但说理简明，辨证细致，特别是临证经验丰富，对我们有很大的启迪作用。故曰：“书不在厚，贵在实用；方不在大，有效则灵”。

程氏师古不泥，敢于质疑，多有创见，这种潜心揣摩，锲而不舍，认真钻研的学习精神，值得我们学习。

学习的目的在于应用，而程氏重视临证，把医生、病人、病人家属视为一体的观点，值得重视和发扬。

本书是一部入门书，我们如能根据作者所说的，在学好本书之后，再博览群书，提高理论和医疗水平，从而“心如明镜，笔发春花，于以拯救苍生，而药无虚发，方必有功”，自能登堂入室，成为一代大医矣。

## 疑难病症辨治杂谈

陆志正

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

### 一、疑难病症概念

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

一些学者又把疑难病症单独提出，系统研究，重点突破，不能不说是中医学的又一大发展。

现代医学所谓的“难治病”一词，是现代医学家从生物医学模式的疾病概念中分化出来的分类概念，包括一些“病因不明”或病因虽明却缺乏有效治疗方法的疾病。据候氏等对日本难治病介绍及有关西医文献，初步认为：难治病是指艾滋病、癌症等在内的一系列有关遗传、体质、代谢、免疫、环境污染与公害、药物滥用与药害、生活方式与食害、社会心理等多种因素作用的疾病。经我院图书情报所提出的难治疾病，初步为123种。

中医有关疑难病症的概念，目前尚无统一标准，国内外学者，仁者见仁、智者见智，但大多有一个趋于一致的认识，即“以病因多端、病情复杂、虚实互见、寒热兼夹、疑似难辨、病情迁延、棘手难治者。”应称之为疑难病。

## 二、疑难病症的范畴

疑难病症没有一个绝对的范畴，它随着历史的进程、社会的发展而不断更易，具有时代性、阶段性、地域性、人群性，与社会经济、科学技术、医疗保健水平及人们物质精神生活水准有密切联系。古代的疑难病症，随着社会的发展，有的已成为历史，如东汉末年，疫病流行，伤寒病是当时危害很大的疑难病症。以张仲景为代表的大批医家，“勤求古训、博采众方，”艰苦研索，创伤寒六经辩证法门，继承创新了许多有效方剂，

使伤寒病的辨治有章可循，有法可依，“虽未能尽愈诸病、庶可以疗病知源”，使祖国医学有了突破性发展，为辨证论治奠定了坚实的基础。第二次世界大战以前，细菌性传染病是公认的难治病，随着抗生素的发现与发展，西医学在战胜细菌性传染病方面，取得了较好地成绩。中医学之温热病学的不断发展和完善，为防治热性病，同样也取得了辉煌业绩。许多当时束手无策的传染病症，在今日看来，其治疗已轻而易举。当前随着工业的发展，环境破坏、大气污染日益严重，人们的生活方式、社会心理因素发生了很大变化，一些过去没有或不被认识的疾病，诸如艾滋病、癌症、自身免疫缺陷、放射病、心脑血管疾病等，其发病不断增加，严重威胁着人类的健康和生存，成为当今举世瞩目的疑难病症。因此，对疑难病症，需要我们用历史的社会观点、用发展的眼光去认识、去探索、去研究。

### 三、疑难病症的特点

疑难病症的特点，大致有以下三个方面：

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

二是“难”：有些病症虽诊断明确，但治疗棘手，

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

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

#### 四、疑难病症的辨治思路与方法

疑难病症涉及范围广，内、外、妇、儿、五官、皮肤等科病症都可见到，有时参差出现互有联系，甚至在病因、病机、病程的演变上密切相关，因此，辨治疑难病症必须有坚实的理论基础，广博的医学知识（内、外、妇、儿、五官、皮肤、针灸等科知识，其中包括西医知识），丰富的临床经验（自己的直接经验，前人的间接经验），辨证应审慎周详，思路要灵活多变，同时应胆大心细“据经以洞其理，验病而悟其义”，只有这样，才能“伏其所主，而先其所因。”做到有的放矢。

##### （一）详问病史务在澄源溯流

详细的问诊十分重要，通过仔细询问，每能使病者尽吐其情，盖五方之气候不同，天之寒暑燥湿不定，地



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

## （二）辨证周详，去伪存真，务在抓主要矛盾

疑难病症大多旷日持久，几经周折，病情复杂、虚实兼夹、寒热交错，或诸多脏腑同时受累，或病本为一而症状百出，辨证时难免使人有如入迷宫，行走于大雾之中，难辨方向之感，这就要求医者应详审谛视、细致周密，辨真假于疑似之间，分主次于毫厘之处，只有抓住主要矛盾，才能做到胸中有数，纲举目张，主要矛盾一解决，次要矛盾有时会迎刃而解，如名老中医秦伯末先生，曾治一水肿病人，男性，33岁，全身浮肿，已历数月，颈项肿胀若首，阴囊积水如斗，二便闭塞不通，喘息胸闷气短，皮肤干涩无汗，用西药利尿剂开始有效，终而无功；大剂健脾、利水、温肾中药不应，秦老详阅以往处方，泄利之剂用量极大，水肿不退，二便不下。细审病情，气短喘息、表闭无汗症状十分突出，中

医理论有：“肺为水之上源”之说，水肿治法有“开鬼门”、“提壶揭盖”之施，毅然用麻黄汤加减，服药二剂，肺气一开，宣肃之令得行，利下小便几万毫升，而水肿消退。

### （三）独立思考，知常达变，不拘前人法门

有些病症，本属常见，前人对此有许多精辟论述及成功经验，治之本不为难。但有些病却久治不愈，几经周折，遍尝诸药，终成疑难病症，遇到这种情况，作为医者应有灵活的思维，独立的思考，在详细辨证的基础上，总结他人得失，既要虚心学习其学术经验，又要善于找出不效之故，从而独辟蹊径，大胆创新，有时能别开洞天而获得效果。余曾治一女，19岁，患崩漏6年余，经水淋漓不断，每次经行十几日至二十余日不停，净后周余又至，头晕目涩，视物模糊，心悸易惊，烦躁易怒，失眠多梦，胸闷气短，善太息，口干苦不欲饮，食少纳差，舌淡尖红，苔厚略黄，脉沉细数，重取无力，病起于学习紧张之后，复因劳心过度而加重，现近二月有余，仍淋漓未净，纵观前所服方药，均匀调肝益肾，补脾固摄，凉血止血之品，而效罔然，余仔细审前症，见舌尖红赤，心肺症状明显，且起于劳心之后，遂诊为：劳心过度，心肺火郁，湿热内蕴。以心主血脉、主神明，神乱则血无所主；肺主一身之气，藏魄，气伤则血无所依，魄无所藏故也，遂以黄连温胆汤，宁心安神加杏仁、荆芥、防风，宣散郁火，清热利湿，肃降肺气，服药二剂；则经血明显减少，又进五剂，月经已

止，遂以上方加调肝补肾之品收功。

(四) 贯通中西，扬长避短，不受西医病名束缚自己辨证思路

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

余曾治一男患者，35岁，1960年11月12日初诊，患者于1959年8月2日因腹绞痛，呕吐、腹胀、无肛门排气，经腹部X线透视诊为“肠梗阻”，行手术治疗，同年12月又出现腹胀绞痛，呕吐，诊为“术后粘连性肠梗阻”，再动手术。但次年9月、10月上症又作，复行手术两次，不料末次术后月余，再次出现梗阻，限于体质因素及患者要求而请中医会诊，症状见：腹胀难忍，下午尤甚，两胁胀痛、便秘、肛门无排气，腹中雷鸣，神疲乏力，舌淡红，苔薄白，脉微弱而小弦，仔细辨析，患者腹胀以下午为甚，上午轻，非阳明“腹满不减、减不足言”之状，与仲景所言“腹满时减复如故，此为寒”，“趺阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两胁疼痛，此虚寒从下上也”之证相一致；加之神疲乏力，脉微弱，属脾阳式微、阴寒内盛无疑，且多次手术，其正气虚衰可知，虽大便秘结，并非实秘而是冷秘，其治不宜攻下而犯虚虚之忌，当以温补中阳，散寒行气，俾中阳复，阴寒除，升降复常，其便秘腹满等梗

阻之症可除，遂予附子理中汤加广木香、陈皮、草薢仁以温中散寒、理气醒脾之剂，进一剂后，则大便得行，服至五剂，诸症消失。通过此案，可以清楚地看到中医临症，不能受西医病名之束缚，一见“梗阻”便用攻逐，涤荡之品，一说“炎”，便是火上加火，而用清热解毒，苦寒直折，而应遵循中医理论，开阖思路，具体情况具体分析，透过现象看本质，不被标象、假象所惑，因人、因时、因地制宜，灵活变通，才能补偏救弊，释缚脱艰。

#### （五）谨守病机，灵活变通，法随症变，方因法易

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

余曾治一男性“狐惑病”患者，口腔反复溃疡 20 余年，外生殖器溃疡 5 年，左半身瘫痪失语半年，经某某医院做腰穿、脑电图、脑血管造影、头部 CT 等检查，除外脑血管病，诊为“白塞氏病”，给予地塞米松（最大量 40mg/日）、罂粟碱等药治疗，效果不佳，延余诊治，经用清泻肝胆湿热、健脾化湿、养心肃肺泻火、滋

阴养血，柔肝补肾等法，历用龙胆泻肝、丹露饮、甘草泻心汤、一贯煎、三才封髓丹、地黄饮子等方加减，并配用黛蛤散、冰硼散、锡类散等药外用，治疗11个月，而告痊愈。

#### （六）怪病多痰，久病多瘀，宜从痰瘀入手

痰有广义、狭义之分，广义之痰，不易为人们所觉察，且随气升降，无处不到，元·王圭、朱震亨都说过，痰之为病，如“无端弄鬼，似祟非祟”。《类症治裁》云：“痰则随气升降，遍身皆到，在肺则痰，在肝则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在胁则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹，变化百端，昔人所谓怪病多痰，是也”。《素问·调经论》云：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏”。叶天士也认为：“初结在气在经，久则血伤人络”。“久病血瘀”。所以，在临症时，对久治不愈的疑、难、怪、顽症，宜从痰、从瘀入手，酌情采用化痰、涤痰、导痰及和血、活血、化瘀、破瘀、通经活络之治，古代医家在这方面成功经验很多，如《和剂局方》以小活络丹治痹病，半身不遂，《医林改错》用癫狂梦醒汤治癫狂，王隐君用礞石滚痰丸治老痰等，皆属此例。

#### （七）中西并举，食药并用，综合治疗

疑难杂症往往病延日久，病情复杂，一种疗法难以见效，有的单用西药，可因其毒副作用过大，使治疗中止，如肿瘤化疗、放疗的病人，此时应结合用益气养血，扶正培本达邪、和胃降逆等方药，可使其毒副作用

减少，治疗作用增强，延长患者寿命和生存质量。又如，百合病、癲狂、不寐、梅核气等，情志因素在其中起着重要作用，此时应结合心理开导、气功、按摩、祝由等，可明显提高疗效，有的疾病，多脏器损伤，正气虚弱，其治疗应遵循《内经》“大毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九，谷肉果菜食养尽之”之旨，药食同用，有时可起到单用药疗所达不到的效果，如慢性肾炎蛋白尿等病，余临床在湿热已祛，余毒消除，正气尚虚之时，在补肝益肾，健脾益气的基础上，常配合扁鹊三豆饮，取效者甚众。另外，如内治外治结合，针灸、推拿、薰洗、敷贴、兜肚、药枕等，都可根据病状，酌情选用，只要用之得当，常能获得良效。

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

## 慢性肾功能衰竭证治八法

张 琪

张琪（1922～），黑龙江省中医研究院研究员，  
黑龙江中医药大学教授

慢性肾功能衰竭从中医脏腑辨证病位在肺脾肾三脏，尤以脾肾二脏极为重要，其他亦与心肺二脏有关。以肺脾肾三脏功能失调，水液代谢障碍，湿浊氮质贮留为病机关键。临床呈现病邪起伏，虚实夹杂，寒热交错证候。治疗单凭一方一法难以应变，当以健脾补肾为主，兼以化湿浊泄热解毒活血等诸法，标本兼顾，方能恰中病机。然由于病者个体差异，治疗过程中疾病之演变及肾功能损害程度等不同因素，必须既要辨证又要识病。

中医无尿毒症病名，但根据其临床表现可属于癃闭、关格、虚劳、水肿、呕吐、眩晕、腰痛等病范畴，其病机属于脾肾两虚为本，湿浊氮质代谢产物贮留为标，病本在于脾肾，与肺肝心三脏亦有密切关系。五脏是一个整体，正虚邪实相互关连，错综复杂，往往不可分割。在辨证论治中当分别标本缓急，即急则治标，缓则治本或标本兼治，兹对慢性肾功能衰竭的证治规律探讨如下：

## 一、芳化湿浊法

脾主运化包括运化水谷精微和运化水湿二部分之功能，饮食入胃后，经过胃的初步“腐熟”下送小肠“泌别清浊”，其中的精微部分，通过脾之散精以布散全身，脾所运化水谷精微是人体营养物质的源泉，所以称之为后天之本。此外又有运化水液之功能。《素问·经脉别论》谓：“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，五精并行。”津液的生成与输布，是一个复杂的生理过程，主要由于脾的运化输布，肺的通调水道，肾的气化蒸腾和三焦的疏泄决渎。其中尤以脾的运化功能为人体气机升降的枢纽。若脾气衰败，则运化功能失调，水液不能正常分布，湿浊内生，弥漫于三焦，使升降逆乱清浊混淆。慢性肾功能衰竭临床以恶心呕吐、胃脘胀满、口气秽臭、头昏沉、烦闷、舌苔白腻、脉缓等一系列消化道症状表现乃“脾为湿困”症候，必须以化湿醒脾以解除脾困为主治疗。

方用平胃化湿汤，药物组成：草果仁 15g，苍术 15g，半夏 15g，川朴 15g，紫苏 15g，砂仁 15g，陈皮 15g，甘草 15g，芦根 15g，竹茹 15g，生姜 15g，茯苓 15g，水煎服。

平胃化湿汤即在温胆汤的基础上和胃化痰湿，加草果仁、砂仁、生姜、苍术燥湿温脾辛开痰浊、醒脾除湿；藿香、紫苏、川朴芳化湿邪，消除痞满，复用芦根、竹茹以降逆止呕，共同为散湿除满，降逆止呕之



剂，适用于肾功不全辨症属于湿邪中阻、脾阳不振，而呈现胃脘胀满、呕吐、恶心、头昏身重、倦怠乏力，舌苔白腻、脉缓等症候者。

病案举例：刘某，男，45岁，工人，1993年5月18日初诊，该患者在某院住院诊断为慢性肾炎，慢性肾功能衰竭，氮质血症。头昏、乏力、面色㿗白、倦怠嗜睡、恶心呕吐、脘闷腹胀、大便溏日1~2次、舌苔白腻、舌体胖大、质淡、脉缓，查尿素氮20.6mmol/L，血肌酐550.4 $\mu$ mol/L，白红蛋白6g/L，血压145/86mmHg，辨证为湿邪壅聚，脾阳不振，运化失司，治以化湿浊醒脾助运法，处方：草果仁15g，半夏15g，苍术15g，藿香15g，陈皮15g，砂仁15g，茯苓15g，甘草15g，竹茹15g，枳壳15g，川朴15g，生姜15g，芦根30g，水煎服。

治疗期间随证药味有所增减，如有热象加川连、元芩，便秘加大黄。上方连服6个月，症状消除，食纳增，恶心除，大便日1~2次成形，血肌酐下降至230 $\mu$ mol/L，尿素氮8.9mmol/L，血红蛋白10g/L，病情基本缓解，现已上班二年余，远期疗效巩固。

## 二、化湿浊，苦寒泻热法

湿邪蕴结日久则化热，或体内脾胃素热与湿热相互蕴结则脾胃运化受阻，形成湿热痰浊中阻，此时须化湿浊与苦寒泄热合用，临床多见呕恶，脘腹胀满不欲饮食，口气秽有氨味，大便秘结或不爽，或兼肢体虚肿，舌苔厚腻稍黄少津，脉弦滑等。方用化浊饮，药物组

成：醋炙大黄 10g，黄芩 10g，黄连 10g，草果仁 15g，藿香 15g，苍术 10g，紫苏 10g，陈皮 10g，半夏 15g，生姜 15g，茵陈 15g，甘草 10g，水煎服。

本方用醋炙大黄、黄连、黄芩苦寒泄热，砂仁、藿香、草果仁、苍术等芳香辛开驱除湿邪，两类药溶于一炉相互调济，既不致苦寒伤胃，又无辛燥耗阴之弊，使湿浊毒热之邪得以蠲除。辨证应注意湿热之邪孰轻孰重，如便秘、口臭、舌苔厚腻应重用茵陈、黄连、黄芩、大黄。芩连合用除心下痞满，有利于脾胃之运化。但如湿邪偏重，则重用化湿浊之草果仁、半夏、苍术、藿香等。

关于大黄，现代药理研究：1. 其攻下泄毒导滞作用，能使一部分氮质从肠道消除体外；2. 有活血化瘀作用，能改善肾衰病人的高凝、高粘状态；3. 还能通过利尿发挥作用；4. 含有许多人体必需氨基酸；5. 能抑制系膜细胞及肾小管上皮细胞增生；6. 能减轻肾脏受损后的代偿性肥大，抑制残余肾的高代谢状态；7. 能纠正肾衰时的脂质紊乱。

病案举例：赫某，男，65岁，退休干部，1997年4月10日就诊。慢性肾炎病史五年余，近半年来，出现食欲减退，有时恶心，口腔中有氨味，胃脘胀满，大便秘结。检查血肌酐  $475\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $25.4\text{mmol/L}$ ，二氧化碳结合力  $20.5\text{mmol/L}$ ，尿常规蛋白  $+\sim++$ ，血红蛋白  $10\text{g}$ 。诊断慢性肾小球肾炎，慢性肾功能衰竭，氮质血症，来门诊求治，如上述症状舌苔厚腻干黄少

津，脉弦滑，血压 150/97mmHg，辨证为湿邪化热犯胃上逆，宜化湿浊苦寒泻热法。处方：醋炙大黄 10g，黄芩 10g，川连 10g，草果仁 15g，苍术 10g，藿香 15g，紫苏 10g，半夏 15g，陈皮 15g，茵陈 15g，生姜 15g，甘草 10g，水煎服。

服上方 10 剂，呕恶、腕胀等均除，大便日行 1~2 次成形不滞，继以此方化裁，连续服药三个月，血肌酐及尿素氮明显下降，至本年 9 月 3 日复检血肌酐 200 $\mu$ mol/L，尿素氮 10mmol/L，血红蛋白 11g，血压 130/80mmHg，食欲增，精神尤好，全身有力，舌苔转薄，脉弦。从而缓解，迄今远期疗效巩固。

值得注意的是大黄虽为治疗慢性肾功能不全之有效药物，但必须结合辨证，属湿热毒邪壅结成瘀热瘀血者，方为适宜，在临床上用之才有良效，使大便保持每日 1~2 次，不可使之过度，以期排出肠内毒素，清洁肠道，又可清解血分热毒，使邪有出路，而且通过泻下能减轻肾间质水肿，并常与活血祛瘀芳化湿浊三品共用，收效较好。但脾胃寒湿者，大便滞，虽有湿浊内阻，亦不可用大黄，用之加重脾阳虚衰，化源匮乏，促使病情恶化，所见甚多，极应注意。

草果仁亦为本方要药，在辛开湿浊药中当属首选药物，该药辛温、燥烈善除脾胃之寒湿。慢性肾衰氮质潴留湿毒内蕴，非此辛温燥烈之品不能除，然湿瘀化热又必须伍以大黄、黄连以泄热开痞。

### 三、活血解毒法

湿热毒邪入侵血分，血络瘀阻为主，症见头痛少寐、五心烦热、搅闹不宁、恶心呕吐、舌紫少苔或舌有瘀斑，舌下静脉紫暗，面色青晦不泽，脉弦或弦数等，符合慢性肾功能衰竭，症见高凝高粘状态，表现为血瘀血症，宜清热解毒活血化瘀治疗，用加味活血解毒汤，药物组成：连翘 20g，桃仁 15g，红花 15g，当归 15g，枳壳 15g，葛根 20g，赤芍 15g，生地 20g，丹皮 15g，丹参 20g，柴胡 20g，甘草 15g，大黄 7g，水煎服。

慢性肾功能衰竭多由肾病日久，由气及血肾络痹阻致瘀，亦可因如唐容川所谓离经之血不散成瘀，初起常由蛋白尿血尿久治不愈，逐渐出现肾功能恶化而无明显的征象，有的发病之初就可见到皮肤瘀点或瘀斑，舌体青紫，面色苍黑，肌肤甲错，脉象涩、紧、沉迟等，必须用活血化瘀法治疗。据笔者经验，治疗此病用活血化瘀法以此方为最佳。

本方以桃仁、红花、赤芍、生地活血散瘀、凉血清热，慢性肾衰的高凝还必须用大黄、丹参、葛根，葛根黄酮不仅活血扩张血管，同时有解毒作用，瘀血既是肾衰病理产物，同时又是一个致病因素，长期作用于机体，使病机复杂化，迁延难愈。大量病理实验证明，毛细血管内皮细胞增生，血小板聚集，纤维蛋白渗出，最后新月体形成均与瘀血有关，使用活血药确能改善肾实质内的瘀滞，延缓病情发展，改善血液供应，抑制间质纤维化，延缓肾衰进展，甚至可以中止肾脏病变。

但必须注意到有时缺乏典型的“血瘀”症状及舌脉

等体征外候，但机体仍存在血液流变学异常，肾脏血流动力学改变及肾内微循环障碍等血瘀征。瘀的结果系肾小管上皮细胞和间质血管内皮细胞的增殖，胶原分泌的增加引起肾小管萎缩，间质增生及纤维化发生，导致肾功能的进一步恶化。

病案举例：潘某，男，53岁，干部，1998年2月就诊。近三个月来恶心不欲食、胃脘不适，经某医院按胃病治疗无效，进一步检查，血肌酐 $440\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 $24\text{mmol/L}$ ，二氧化碳结合力 $19\text{mmol/L}$ ，尿常规蛋白 $+$ ，红细胞 $3\sim 5$ ，血红蛋白 $8.7\text{g/L}$ ，诊断慢性肾小球肾炎，慢性肾功能衰竭，氮质血症，病人面色不泽，舌质紫暗，头昏心烦，手足心热，便秘，全身乏力，恶心，厌食，脉象弦数，辨证为湿热毒邪入侵血分、血络瘀阻，宜活血解毒泄热法。处方：连翘 $20\text{g}$ ，桃仁 $15\text{g}$ ，红花 $15\text{g}$ ，当归 $15\text{g}$ ，枳壳 $15\text{g}$ ，葛根 $20\text{g}$ ，赤芍 $15\text{g}$ ，生地 $20\text{g}$ ，丹皮 $15\text{g}$ ，丹参 $20\text{g}$ ，柴胡 $10\text{g}$ ，甘草 $10\text{g}$ ，大黄 $10\text{g}$ ，水煎服。

经一个月治疗，血肌酐明显下降，诸症亦均除。本年九月检查血肌酐 $170\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 $9.0\text{mmol/L}$ ，二氧化碳结合力 $25\text{mmol/L}$ ，血红蛋白 $10\text{g/L}$ ，尿蛋白 $+$ ，脉缓，舌红润薄苔。病人一直上班工作，1999年3月复查血肌酐、尿素氮均在正常范围，病情缓解。笔者临床观察对本病的治疗不论用芳化湿浊或清热解毒，甚至补肝肾、益脾胃，补气血等都须以活血祛瘀，确有良好的疗效。

#### 四、清肺胃利湿热法

本病病机在脾之运化失常，一般不宜用甘寒药防其碍脾之运化，然脾阴亏耗，不能为胃行其津液，亦可使运化受阻，有一部分患者出现脾胃阴亏，湿热不得运行之症，临床表现为口干舌光不欲饮，恶心厌食，饥不欲食，胃脘灼热隐痛，嘈杂，五心烦热，脉细数。口臭有氨味，鼻衄或齿衄，方用加味甘露饮，生地 15g，熟地 15g，茵陈 15g，黄芩 10g，枳壳 15g，枇杷叶 15g，石斛 15g，天冬 15g，麦冬 15g，沙参 15g，天花粉 15g，芦根 20g，瞿麦 20g，篇蓄 20g，麦芽 20g，佛手 10g，水煎服。

二地、石斛、二冬滋养脾胃之阴，阴亏又由热耗，用黄芩、茵陈清热，所谓清热存阴，枇杷叶降逆气，枳壳行气和胃，天花粉润肺生津，麦芽、佛手开胃醒脾，与甘寒药合用防其滋腻碍脾之运化。

病案举例：张某，男，50岁，干部，1990年6月10日就诊。以恶心吐口水，尿少浮肿发病，化验检查发现尿蛋白++++，红细胞10~15，血肌酐 $517\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 $32.4\text{mmol/L}$ ，血红蛋白9g，诊断为慢性肾小球肾炎，慢性肾功能衰竭，氮质血症。病人面色萎黄无华，恶心呕吐，胃脘灼热，口干口渴，尿少浮肿，舌干少津，脉虚数，血压 $180/110\text{mmHg}$ 。辨证为脾胃阴虚，湿热内蕴，宜清胃热，滋阴利湿热法。处方：生地 15g，熟地 15g，茵陈 15g，黄芩 10g，枳壳 15g，杷叶 15g，石斛 15g，二冬各 15g，沙参 15g，天花粉 15g，芦根 15g，

瞿麦 20g, 薏苡 20g, 水煎服。

服上方 14 剂, 胃烧灼热大减, 小便增多, 已不呕恶, 能进食, 继以此方化裁调治一年余, 尿蛋白 +, 红细胞 (-), 血肌酐  $252\mu\text{mol/L}$ , 尿素氮  $13.5\text{mmol/L}$ , 二氧化碳结合力  $25.4\text{mmol/L}$ , 血红蛋白 11g, 血压 140/100mmHg, 能坚持上班已 7 年, 今年退休, 疗效巩固。

此病人特征为脾胃阴虚, 在治疗过程中, 以滋阴润燥利湿热贯彻始终, 中间随症加入砂仁、麦芽、陈皮、苍术醒脾快胃之剂使之刚柔相济不致损伤脾阳, 从而获得显效。脾主运化, 然脾阴亏耗, 不能为胃行其津液, 亦可使运化受阻, 慢性肾衰有一部分患者出现脾胃阴虚, 湿热不得运行之症, 用此方后有较好疗效, 如呕恶消除, 食欲见佳, 精神体力遂之好转, 肾功亦伴随之改善。

### 五、清热利湿分消法

脾胃不和, 湿热中阻, 清浊混淆, 水气内停, 临床表现浮肿胀满, 小便少, 五心烦热, 恶心呕吐, 口干, 口中氨味, 舌质红苔腻, 舌体胖大, 脉弦滑。方用中满分消饮, 药物组成: 白术 15g, 人参 15g, 炙草 10g, 猪苓 15g, 姜黄 15g, 茯苓 15g, 干姜 10g, 砂仁 15g, 泽泻 15g, 橘皮 15g, 知母 15g, 黄芩 10g, 黄连 10g, 半夏 15g, 枳实 15g, 川朴 15g, 水煎服。黄连、黄芩苦寒清热除痞, 干姜、砂仁温脾胃, 助运化除湿, 白术、人参、甘草、茯苓益气健脾, 厚朴、枳实、姜黄开郁理气

散满，半夏、陈皮和胃降逆，猪苓、泽泻、茯苓利水，知母清肺以利尿之上源。本方依据《内经》中满者泻之于内，内辛热散之，以苦泻之，淡渗利之，使上、下分消其湿。溶泻心、平胃、四苓、姜朴于一方，分消疏利脾胃之枢机，湿热除，升降和调，则胀满自可蠲除。此法治慢性肾小球肾炎表现水肿腹胀满、口干苦、恶心、小便不利，血肌酐及尿素氮明显升高，肾功不全者有较好的疗效。

病案举例：刘某，女，55岁，家务，1998年10月入院。腹胀满膨隆，腹水+++，下肢及颜面俱浮肿，小便少，恶心吐、手足心热、口干苦、舌赤苔厚腻、脉象滑，尿常规检查，蛋白+++，颗粒管型+，血浆白蛋白2.6g/L，球蛋白3.0g/L，总蛋白5.6g/L，血肌酐350 $\mu$ mol/L，尿素氮18.7mmol/L，血压154/100mmHg。诊断肾病综合征，肾功不全，氮质血症期。辨证为脾胃湿热，水与热结于中焦、健运失职。宜清热利湿分消法：川朴15g，枳实15g，黄连10g，黄芩15g，半夏15g，陈皮15g，姜黄15g，白术15g，人参15g，砂仁15g，茯苓15g，泽泻20g，干姜10g，猪苓15g，甘草10g，槟榔20g。

用此方随证加减服药四十剂，尿量逐渐增多，水肿全消，腹部宽松，能进饮食，大便日行一次。尿检蛋白+，其他(-)，血浆总蛋白67g/L，白蛋白35g/L，球蛋白32g/L，血肌酐115 $\mu$ mol/L，尿素氮7.0mmol/L，舌苔白，脉滑。病人出院后继续治疗，一个月后复查，



尿蛋白(-)，血肌酐尿素氮俱正常，远期疗效巩固。

## 六、益气血补脾肾法

慢性肾功能衰竭通过活血泄浊等法治疗，一般可见肌酐尿素氮有所下降，病情已获得初步缓解，随之则应从本图治，如以脾虚证候为主者，当益气健脾和中治疗，临床常见有面色无华，唇淡舌淡，乏力倦怠，不思饮食，脘腹胀满，泛恶作呕，便秘或腹泻，脉象沉弱，舌苔白腻等，多兼见贫血，从中医学角度则认为乃脾胃功能虚弱所致。脾在生理上，除运化水湿外，还有运化水谷精微的功能，饮食入胃以后通过脾的运化功能，将精微物质化生气血，使脏腑经络，四肢百骸，筋骨皮脉得以濡养，即“中焦受气取汁变化而赤”是为血。唐容川《血证论》亦谓“生血之源，则在于脾胃”。慢性肾衰病机主要因素之一为脾胃虚弱，水谷精微不能正常运化，气血化生乏源，而呈现贫血乏力等一系列脾胃虚弱诸症，因此脾胃功能之强弱与本病预后关系极为密切，因此补脾胃以益气血生化之源在治疗本病中占有十分重要位置。

笔者治疗此类型患者常用六君子汤加当归、白芍，名为归芍六君汤。药物组成：人参15g，白术20g，茯苓15g，甘草10g，半夏15g，陈皮10g，白芍15g，当归15g，水煎服。

慢性肾功能衰竭虽属脾胃虚弱，部分病人为脾胃阳虚者可用六君子汤，但临床观察属脾胃阴阳俱伤者较多，以发病日久多阳损及阴，此时用温补刚燥之药重伤

其阴，往往格拒不受，出现诸如五心烦热，头痛，咽干，鼻衄，齿衄等症，此时若用甘寒益阴之品则阴柔滋腻，有碍阳气之布化，影响脾之运化功能出现腹胀满、便溏呕逆诸症加重，因此刚柔之药皆不可用，唯气味中和之六君子汤补益助胃，资助化源，益气血最为适宜。但此方人参甘温，白术苦温，半夏性偏于燥，虽配以茯苓之淡渗、陈皮及甘草甘平，仍嫌其燥，且重于补气，略于补血，故加入当归、白芍二药，当归为补血要药，且能润燥，白芍酸苦微寒，敛阴养血，柔肝理脾，二药一则可以调济六君子汤偏温燥，二则柔肝有脾胃之运化，三则补血与补气并重，用于肾性贫血颇为有效。

病案举例：王某，女，47岁，干部，1993年8月13日初诊。该患者患慢性肾炎五年余，经治疗病情稳定，近半年自感全身乏力，厌食，时有恶心，头昏头痛，心烦，来门诊求治，面皖，眼睑浮肿，腰酸唇淡，大便溏日2~4次，舌淡滑润，尿常规蛋白++，检查血肌酐 $445\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 $21\text{mmol/L}$ ，二氧化碳结合率为 $21\text{mmol/L}$ ，血红蛋白8g，血压140/90mmHg。辨证为脾胃气虚，湿邪上逆，以益气健脾化湿法。处方：红参20g，白术15g，茯苓15g，半夏20g，陈皮15g，白芍20g，当归15g，砂仁15g，草果仁15g，公丁香5g。

服上方10剂，诸证俱减，每日进食3~4两，精神转佳，体力稍强，唯仍腰酸乏力，继以益气健脾补肾之剂。上方加熟地20g，枸杞20g，菟丝子15g，女贞子15g，仙灵脾15g，连服上方45剂诸症俱除，病情稳定。

复查血肌酐  $252\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $9.0\text{mmol/L}$ ，尿检蛋白(+)，后以补脾肾活血方配制丸药服之。

1999年3月检查血肌酐  $179\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $8.0\text{mmol/L}$ ，血红蛋白  $11.5\text{g}$ ，精神体力饮食俱佳，一直上班工作。

## 七、脾肾双补法

慢性肾功能衰竭临床有一部分患者表现为面色㿔白，腰膝酸痛，小腹冷痛，腹泻不止，畏寒肢冷，夜尿频多，余沥不尽，呕吐，腹胀，颜面及四肢浮肿，舌淡胖而有齿痕，苔白滑，脉沉细迟弱，多由脾阳虚损及肾阳虚酿成，肾中命火为脾土之母，张景岳认为：“命火犹如釜底之薪，肾阳不足不能温化可导致泄泻、水肿等疾，命门火衰，不能生土，釜底无薪，不能腐熟”。清代医家沈金鳌亦提出脾肾宜双补，他在《杂病源流犀烛》说：“脾肾宜兼补。……肾虚宜补，更当扶脾，既欲壮脾不忘养肾可耳”。

脾与肾的关系甚为密切，是先天与后天相互滋生，相互促进的关系，脾肾必须保持协调。“肾如薪火，脾如鼎釜”，脾的运化功能，必得肾阳的温煦蒸化才能化生气血精微，而肾精必须依赖脾的运化精微滋养，才能不致匱绝，如此各自维持着正常生理功能，保证机体充满生机和活力，许子士谓：“补肾不如补脾”，孙思邈谓：“补脾不如补肾。”乃各执一偏见，两者合起来则较为全面。

余用脾肾双补法，治疗慢性肾衰，脾肾两虚者甚

多，疗效颇佳，常用方剂为脾肾双补方，药物组成：黄芪30g，党参20g，白术20g，当归20g，远志15g，首乌20g，五味子15g，熟地20g，菟丝子20g，女贞子20g，山萸20g，羊藿叶15g，仙茅15g，杞子20g，丹参15g，山楂15g，益母草30g，山药20g，水煎服。

方中参芪术、山药健脾益气，首乌、羊藿叶、仙茅、菟丝子，温补肾阳而不燥，枸杞子、山萸、熟地、五味子资助肾阴与参术合用既不妨碍脾之运化功能，且与温补肾阳相伍，使阴阳调济以助肾气，而恢复肾之功能，助化源益气补血。慢性肾衰其病本在于脾肾两虚，此方为固本三药，妙在又加入丹参、当归、益母草、山楂活血之品，使其改善肾之血流量，补于消合用。

此类型切忌用大黄苦寒泻下伤脾，所以一见肾衰，既认为大黄为降肌酐、尿素氮之要药，不知苦寒伤脾，愈用愈促使病情恶化，愤事者甚多，宜引起重视。

病案举例：吴某，男，39岁，工人，1998年12月25日初诊。慢性肾小球肾炎，氮质血症，尿蛋白++~+++，颗粒管型1~3，潜血+，血肌酐445 $\mu$ mol/L，尿素氮27.9mmol/L，血红蛋白7g/L，血压170/95mmHg，面色皤白，肢体轻度浮肿，脘腹胀不思饮食，大便日4~5次，舌淡胖，腰痛膝软，畏寒，夜尿频多，脉沉弱，辨证为脾肾阳虚，湿邪不化，耗伤气血，宜温补脾肾以助化源，少佐活血化湿浊之品。处方：

黄芪30g，党参20g，白术20g，当归20g，首乌20g，菟丝子20g，故纸15g，女贞子20g，山萸20g，羊

藿叶 15g, 生山药 20g, 炮姜 20g, 白蔻 15g, 肉桂 7g, 丹参 15g, 红花 15g, 益母草 30g, 水煎服。

以上方加减治疗 6 个月, 大便日一次成形, 全身有力, 食欲增进, 脘腹胀满俱除, 腰仍稍痛, 但较治疗前大减, 已无畏寒现象, 脉沉滑舌润, 尿蛋白 (+), 血肌酐 230 $\mu$ mol/L, 尿素氮 8.5mmol/L, 精神体力俱如常人, 已上班。

### 八、补脾肾, 泻湿浊, 解毒活血法

慢性肾功能衰竭往往以脾肾两虚, 阴阳俱伤, 湿毒贮留, 虚实夹杂出现者居多, 临床呈现面色㿠白, 头眩, 倦怠乏力, 气短懒言, 唇淡舌淡, 腰膝酸软, 腹胀呕恶, 口中秽味, 或舌淡紫苔厚, 脉沉滑或沉缓等。治应补泻兼施, 正邪兼顾, 必以补脾肾, 泻湿浊, 解毒活血, 补与泻熔为一炉, 扶正不留邪, 祛邪不伤正。方用补脾肾泄浊汤, 药物组成:

人参 15g, 白术 15g, 茯苓 15g, 菟丝子 20g, 熟地 20g, 羊藿叶 15g, 黄连 10g, 大黄 7g, 草果仁 10g, 半夏 15g, 桃仁 15g, 红花 15g, 丹参 20g, 赤芍 15g, 甘草 15g, 水煎服。

本方以益气健脾补肾之品与大黄、黄连、草果仁泄热化浊, 桃仁、红花、丹参、赤芍活血之品共融一方, 扶正祛邪, 消补兼施。补得消则补而不滞, 消得补则泄浊作用益彰, 临床屡用此方取效明显。一则可以转危为安, 二则可以明显延缓病势进展, 氮质血症期大多可以缓解。

病案举例：张某，男，46岁，干部，1996年12月21日入院。

慢性肾炎尿毒症期，血肌酐  $756\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $38.9\text{mmol/L}$ ，血红蛋白  $8\text{g}$ ，尿蛋白  $+\sim++$ ，潜血 $+$ ，面皀头昏，心烦恶心，倦怠乏力，腰酸膝软，大便秘结，口中氨味，舌质淡，苔厚腻，脉象沉滑，辨证为脾肾两虚，湿浊贮留，以补脾肾，泻浊活血解毒法。处方：红参  $15\text{g}$ ，白术  $15\text{g}$ ，茯苓  $15\text{g}$ ，甘草  $15\text{g}$ ，菟丝子  $20\text{g}$ ，熟地  $20\text{g}$ ，黄连  $10\text{g}$ ，大黄  $7\text{g}$ ，草果仁  $10\text{g}$ ，半夏  $15\text{g}$ ，桃仁  $15\text{g}$ ，红花  $15\text{g}$ ，丹参  $20\text{g}$ ，赤芍  $15\text{g}$ ，甘草  $10\text{g}$ 。

以上方加减治疗6个月，血肌酐下降至  $300\mu\text{mol/L}$  左右，诸症俱除，上班工作，二年来一直坚持服药，直至1999年6月检查血肌酐  $210\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮  $8.5\text{mmol/L}$ ，血红蛋白  $11\text{g}$ ，血压  $130/80\text{mmHg}$ ，精神体力均好，病情获得缓解。

## 暑湿与湿湿的证治探讨

张镜人

张镜人 (1923--), 上海市第一人民医院教授

暑湿与湿湿均属湿病范畴, 又都是夏令季节的常见病。

《温病条辨·上焦篇》:“温病者, 有风湿, 有温热, 有温疫, 有温毒有暑湿, 有湿温, 有秋燥, 有冬温, 有温疟。”自注:“暑湿者, 正夏之时, 暑病之偏于热者也。湿温者, 长夏初秋, 湿中生热, 即暑病之偏于湿者也。”(1条)

从中医外感六淫的病因学说及临床实践体会, 吴鞠通的见解是正确的。盖暑乃夏月主气, 一般认为暑湿的发病多在小暑与大暑之间, (《月令七十二候集解》:“六月中, 解见小暑”。《通纬·孝经援神契》:“小暑后, 十五日斗指未为大暑, 六月中(夏历), 小大者, 就热极之中, 分为大小, 初后为小, 望后为大也。”)而湿湿的发病, 亦多在长夏初秋(《素问·藏气法时论篇》:“脾主长夏”。张志聪注“长夏, 六月也。”)。云小暑与大暑, 长夏秋初, 实即夏历六月至七月期间, 已入伏天, 正值一年最热气候。”天之热, 地之湿, 日之暑, 三气交动, 其合也, 天之热气下, 地之湿气上”。(喻嘉言)人处溽

暑蒸腾之中（《礼记》“土润溽暑”，溽，湿也），三气杂受，伤于炎暑，则罹暑湿而常挟湿；感于溽暑，则患湿温，而易化热。诚如吴鞠通说：“不得言温而避暑，言暑而遗湿。”但二者的证候及治法迥不相侔。

《温病条辨·上焦篇》：“暑兼湿热，偏于暑之热者，为暑温，多手太阴证而宜清，偏于暑之湿者为湿温，多足太阴证而宜湿，湿热平等者，两解之，各宜分晓。不可混也。”（35条）

当然，需要指出，卫气营血的病机传变，是温病转归的普遍规律，暑温与湿温应无例外。因此，临床证治异中有同，同中有异。这方面还值得进一步探讨，庶能更好地提高疗效。现据叶薛吴王诸家理论，联系实践，进行辨同析异，阐述自己的体会和认识。

### 暑湿的病因及基本证治

暑湿的病因是夏伤于暑，古代称伤暑或中喝。

《素问·生气通天论》：“因于暑、汗、烦则喘喝，静则多言。”

《灵枢·刺志论》：“气虚身热，得之伤暑。”

《金匮要略·痉湿喝病脉证并治》：“太阳中热者，喝是也。其人汗出恶寒，身热而渴者，白虎加人参汤主之。”

吴鞠通著《温病条辨》始创立暑湿的病名。

由于“暑乃夏日之炎暑，盛热之气火”（朱丹溪），暑热之邪，传变甚急，且易伤气，往往从手太阴气分迅



即转入阳明气分。《温病条辨·上焦篇》对这一点讲得非常透彻，它说：“形似伤寒，但右脉洪大而数，左脉反小于右，口渴甚，面赤，汗大出者，名曰暑温，在手太阴，白虎汤主之，脉芤甚者，白虎加人参汤主之。”（22条）

凡病温者，始于上焦，虽暑热亦必先犯手太阴，因其热变最速，发病几天，便自卫表气，而出现面赤、口渴、汗多、脉洪大等阳明之症。故主以白虎汤，气虚脉芤则加人参。问题是吴鞠通并未点明手太阴证的治法。但吴氏曾云：“伏暑、暑温、湿温证本一源，前后互参，不可偏执。”（42条）细核《温病条辨·上焦篇》：“太阴伏暑，舌白，口渴有汗，或大汗不止者，银翘散去牛蒡子、元参、芥穗。加杏仁、石膏、黄芩主之。脉洪大，渴甚汗多者，仍用白虎法脉虚大而芤者，仍用人参白虎法。”（40条）次序井然，于焉领悟，暑温初起，手太阴症尚显者，同样可宗银翘散加减，白虎的应用还需更进一层。叶香岩《三时伏气外感篇》说：“夏暑发于阳明”与“卫之后方言气”的论点自相违悖，斯言之玷，印定眼目，是不是恁信的。

此外，夏日乘凉涉水，阳气被表寒阻遏，形成暑邪挟寒湿的证候，临床亦非罕见，即张景岳所谓的阴暑。《景岳全书·杂证谟》暑证“阴暑者因暑而受寒者也。”

暑温的证治，明清间的医学文献载录甚详，择要援引。

《景岳全书·杂证谟》暑证称：“暑有八证，脉虚，

自汗，身先热，背后寒，面垢，烦渴，手足厥冷，体重是也。”

《冯氏锦囊》“暑为阳邪，故蒸热，暑邪伤气，故自汗，暑邪干心则烦，干肺则渴，干脾则吐利，上蒸于头则重而痛。”

《温病条辨·上焦篇》自注：“伤寒伤于水气之寒，故先恶寒而后发热，寒郁人身卫阳之气而为热也，故仲景伤寒论中，有已发热或未发之文，若伤暑则先发热，热极而后恶寒。盖火盛必克金，肺性本寒。而复恶寒也。”（22条）

《湿热病篇》：“暑月乘凉饮冷，阳气为阴寒所遏，皮肤蒸热，凛凛畏寒，头痛头重，自汗烦渴，或腹痛吐泻者，宜香薷、厚朴、扁豆等味。”（40条）

《明医杂著》：“治暑之法，清心利小便最好。”（王纶）

《伤暑全书》：“暑病首用辛凉，继用甘寒，终用酸泄酸敛，不必用下。”

上列论述已概括了暑湿的基本症状、病机及治疗原则。

一般的说，暑湿临床以高热为特征。初期偏温热者。发热口渴微汗，宜银翘散去牛蒡子、元参、芥穗、加杏仁、石膏、黄芩方。挟寒湿者，发热恶寒无汗，宜新加香薷饮。

《温病条辨·上焦篇》“银翘散去牛蒡子、元参、芥穗。加杏仁石膏黄芩方。”自注：“即于银翘散内去牛蒡

子，元参、芥穗。加杏仁六钱，生石膏一两，黄芩五钱，服法如前。”（41条）

《温病条辨·上焦篇》“手太阴暑温，如上条证，但汗不出者，新加香薷饮主之。”（24条）

然而暑温代热必侵阳阴气分，则热势壮盛，汗出烦渴，宜白虎汤，脉芤甚加人参。

《温病条辨·上焦篇》叶霖注：“夫白虎一方，以石膏为君，直经谓石膏辛甘大寒无毒，阴中之阳，可升可降为阳明经药，兼入手太阴少阳经气分。温病脉浮洪，苔黄口渴，阳明太阴气分之热病也，面赤恶热，大汗出，二经热盛，逼阴以外泄也，故宜石膏寒泄经气之热，浮大脉中而见芤，汗大出而微喘，此热炽气伤，故加人参扶元气。”（7条）

如耗气伤津，口渴自汗，息高肢怠，脉虚无力，宜王氏清暑益气汤。

《温热病篇》：“湿热证，湿热伤气，四肢困倦，精神减少，身热气高，心烦溺黄，口渴自汗，脉虚者，东垣用清暑益气汤主治。”王孟英按：“此脉此证，宜清暑益气以为治，但东垣之方，虽有清暑之名，而无清暑之实，……余治此等证，辄用西洋参、石斛、麦冬、黄连、竹叶、荷杆、知母、甘草、粳米、西瓜翠衣，此方清暑热而益元气，无不应手取效也。”（38条）

《温病条辨·上焦篇》叶霖按：“王士雄亦有清暑益气汤，见湿热篇三十八条，方用西洋参、石斛、麦冬、黄连、竹叶、荷梗、知母、甘草、粳米、西瓜翠衣等以

清暑热而益元气最佳。”(23条)

如汗多喘喝欲脱，脉散大，宜生脉散。

《温病条辨·上焦篇》：“手太阴暑湿……汗多脉散大，喘喝欲脱者，生脉散主之。”自注：“汗多而脉散大，其为阳气发泄太甚，内虚不可留恋可知，生脉散酸甘化阴，守阴以留阳，阳留汗自止，以人参为君，所以补肺中元气也。”(26条)

暑热不戢，深入营血，热灼心神，风阳煽动，心烦不寐，神昏谵妄，手足抽搐，宜清营汤合安宫牛黄丸。酌加羚羊角，钩藤等。

《温病条辨·上焦篇》：“脉虚夜寐不安，烦渴舌赤，时有谵语，目常开不闭，或喜闭不开，暑入手厥阴也，手厥阴暑湿，清营汤主之，舌白滑者，不可与也。”自注“夜寐不安，心神虚而阳不得入于阴也，烦渴舌赤，心用恣而心体亏也，时有谵语，神明欲乱也，目常开不闭，目为火户，火性急，常欲开以泄其火，且不为下交于阴也，或喜闭不开者，阴为元阳所损，阴损则恶见阳光也。故以清营汤急清营中之热而保离中之虚也。”(30条)

《温病条辨·上焦篇》：“手厥阴暑湿，身热不恶寒，清神不了了，时时谵语者，安宫牛黄丸主之，紫雪丹亦主之。”自注：“身热不恶寒，已无手太阴证，神气欲昏，而又时时谵语，不比上条时有谵语，谨防内闭，故以芳香开窍，苦寒清热为急。”(31条)

《温病条辨·上焦篇》：“大人暑病，亦同上法，热初

入营，肝风内动，手足癱痲，可于清营汤中加钩藤、丹皮、羚羊角。”（34条）

如热邪走窜，从肌肤外泄，发斑紫黑，宜化斑汤。《温病条辨·中焦篇》：“阳明斑者，化斑汤主之。”（21条）

如暑湿深入厥阴，心主受遏，脉络凝瘀，神迷默默，宜三甲散。

《湿热病篇》：“湿热证，七八日，口不渴，声不出，与饮食亦不却，默默不语，神识昏迷，进辛香凉泄，芳香逐秽，俱不效，此邪入厥阴，主客浑受（主指人身之营血，客指疫邪），宜仿吴又可三甲散，醉地鳖虫，醋炒鳖甲，土炒穿山甲，生僵蚕，柴胡，桃仁泥等味。”自注：“暑湿先伤阳分，然病久不解，必及于阴，阴阳两困，气钝血滞，而暑湿不得外泄，遂深入厥阴，络脉凝瘀，使一阳（少阳生气）不能萌动，生气有降无升，心主阻遏，灵气不通，所以神不清而昏迷默默然也。破滞通瘀，斯络脉通而邪得解矣。”（34条）

如销烁肝肾阴液，筋脉失养，消渴麻痹，宜连梅汤。

《温病条辨·下焦篇》：“暑邪深入少阴，消渴者，连梅汤主之。入厥阴，麻痹者，连梅汤主之。心热烦燥，神迷甚者，先与紫雪丹，再与连梅汤。”自注：“肾主五液而恶燥，暑先入心，助心火独亢于上，肾液不供，故消渴也。再心与肾均为少阴主火，暑为火邪，以火从火，二火相搏，水难为济，不消渴得乎？以黄连泻壮

火，使不烁津，以乌梅之酸以生津，合黄连酸苦为阴，以色黑沉降之阿胶救肾水，麦冬生地合乌梅酸甘化阴，庶消渴可止也，肝主筋而受液于肾，热邪伤阴，筋络无所兼受，故麻痹也。再包络与肝均为厥阴，主风木，暑先入心，包络代受，风火相搏，不麻痹得乎？以黄连泻克水之火，以乌梅得木气之先，补肝之正，阿胶增液而熄肝风，冬地补水以柔木，庶麻痹可止也。”（36条）

### 湿温病的病因及基本治法

湿温的病名最早见于《难经》。

《难经·五十八难》：“伤寒有五，有伤寒、有中风、有湿温、有热病、有温病，其所苦各不同。”

形成湿温的致病因素为湿热合邪。

《类证活人书》：“其人常伤于湿，因而中暑，湿热相搏，则发湿温。”（朱肱）

《湿热病篇》自注：“太阴内伤，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热。”（1条）

湿热入侵的途径多自口鼻，每由募原直走中道，如挟风寒亦可伤表，但终归于脾胃。

《湿热病篇》自注：“湿热之邪，从表伤者，十之一二，由口鼻入者，十之八九。”（1条）

《温病条辨·中焦篇》叶霖按：“夫热湿之邪，由口鼻吸入，属阳明太阴者多，虽始由雨露皮毛而入者，终亦归于脾胃，盖胃为阳土，脾为阴土，同气相召也。”（54条）

《湿病条辨·中焦篇》：“湿热受自口鼻，由募原直走中道，不饥不食，机窍不灵，三香汤主之。”（55条）

所谓募原，指的是胸膈部，也就是三焦气分。（王冰说：“膜，谓膈间之膜；原，谓膈盲之原。”）中道，则是概括脾胃而言。

《湿热病篇》自注：“膜原者，外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也，邪由上受，直趋中道，故病多归膜原。”（11条）

由于湿性粘滞，热性氤氲，热寓湿中，湿困热外，两邪相合，侵扰膜原，弥漫中道，故常淹缠难解，且湿热之病邪，不无偏性，虚实之体质，总有素禀。知湿重于热，而患者“中气虚”、“阳气衰”，每转属太阴——脾；热重于湿，而患者“中气实”、“阳气旺”，每转属阳明——胃。

《湿热病篇》自注：“湿热证属阳明太阴经者居多，中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴，病在二经之表者，多见少阳三焦，病在二经之里者，每兼厥阴风木。”王孟英注：“外邪伤人必随人身之气而变，如风寒在太阳则恶寒，传阳明即变为热而不恶寒，今以暑湿所合之邪，故人身阳气旺即随火化而归阳明，阳气虚则随湿化而归太阴也。”章虚谷注：“胃为戊土属阳，脾为己土属阴，湿土之气，同类相召，故湿热之邪，始虽外受，终归脾胃也。”（1条）

湿温临床以身热不扬，午后转盛，四肢倦怠，胸痞闷，口渴不欲饮。”舌白苔腻，脉濡缓为主症。

《湿热病篇》：“湿热证始恶寒，后但热不寒，汗出胸痞，舌白，口渴不欲饮自注：“始恶寒者，阳为湿遏而恶寒，终非若寒伤于表之恶寒，后但热不寒，则郁而成热，反恶热矣，热甚阳明则汗出，湿蔽清阳则胸痞，湿邪内甚则舌白，湿热交蒸则舌黄，热则液不升而口渴，湿则饮内留而不引饮。然所云表者，乃太阴阳明之表，而非太阳之表，太阴之表四肢也，阳明之表肌肉也，胸中也。故胸痞为湿热必有之证，四肢倦怠，肌肉烦疼，亦必并见。”（1条）

《温病条辨·上焦篇》：“头痛恶寒，身重疼痛，舌白不渴，脉弦细而濡，面色淡黄，胸闷不饥，午后身热。状若阴虚，病难速已，名曰湿温。”自注：“湿为阴邪，自长夏而来，其来有渐，且其性氤氲粘腻，非若寒邪之一汗即解，温热之一凉即退，故难速已。”（43条）

湿宜化，温宜清。湿与温合，徒清热则湿不退，徒祛湿则热愈炽，必须权衡湿与热的孰轻孰重，运用宣气化湿，清温泄热，兼佐淡渗分利等法。

但无论湿偏重或温偏重，留恋气分，久必化热侵入血，其传变仍离不开卫气营血的辨证规律。所不同于暑温者，是湿邪挟热，弥漫三焦膜原，既难达表，亦难入里，故中焦气分的证候比较突出。从湿温的整个病程来说，这一阶段最长，或出现白痞，或引起战汗，病情十分复杂。

《温病条辨·上焦篇》自注：“再按湿温，较诸温病，势虽缓而实重，上焦最少，病势不甚显张，中焦病最



多，详见中焦篇，以湿为阴邪故也，当于中焦求之。”（43条）

湿温虽易化燥伤阴，然湿属阴邪，如其人中阳素虚者，亦可不从热化而从寒化，导致变证。

实践体会，湿温临证，关键全在辨明湿热的偏胜，湿重于热的病机，责之太阴；热重于湿的病机，责之阳明。凡湿热郁遏卫分，发热微恶风寒，头蒙身重，胸闷纳呆，舌白不渴，脉濡缓，宜三仁汤或藿朴夏苓汤。

《温病条辨·上焦篇》自注：“惟以三仁汤轻开上焦肺气，盖肺主一身之气，气化则湿亦化也。”（43条）

藿朴夏苓汤出《感证辑要》即三仁汤加减而成，因湿邪在表，故用豆豉、藿香芳香宣透以祛表湿，湿重于热，故去滑石、竹叶，加赤猪苓、泽泻淡渗分利以除里湿，务使表里之湿尽竭，湿去则热无所依，其病易愈。

邪入中焦气分，湿遏热伏，三焦升降失司，脘腹胀满，大便不爽或溏泄，身痛苔白，宜藿香正气散加减。

《温病条辨·中焦篇》方论：“正气散，本苦辛温兼甘法，今加减之，乃苦辛微寒法也。”（58条）

如湿热两伤，脉缓身痛，渴不多饮，胸闷腹胀，呕吐溺赤，舌淡黄而腻，宜黄芩滑石汤或甘露消毒丹。

《温病条辨·中焦篇》：“脉缓身痛，舌淡黄而滑，渴不多饮，或竟不渴，汗出热解，继而复热，内不能运水谷之湿，外复感时令之湿，发表攻里，两不可施，误认伤寒，必转环证，徒清热则湿不退，徒祛湿则热愈炽，黄芩滑石汤主之。”自注：“湿热两伤，不可偏治，故以

黄芩、滑石、茯苓皮清湿中之热，薏仁、猪苓宣湿邪之正，再加腹皮、通草，共成宣气利小便之功，气化则湿化，小便利则火腑通而热自消矣。”（63条）

《温热经纬》甘露消毒丹方论：“此治湿温时疫之主方也……湿温蒸腾，更加烈日之暑，烁石流金，人在气交之中，口鼻吸受，其气留而不去，乃成温湿疫疠之病而为发热倦怠，胞闷腹胀，肢疫咽肿，斑疹身黄，颐肿，口渴，溺赤，便秘，吐泻痢疾，淋浊疮疡等证，但看病人舌苔淡白或厚腻，或干黄者，是暑湿热疫之邪尚在气分，悉以此丹治之。”

如湿热郁蒸，胸腹布发白痞，宜薏苡竹叶散。

《温病条辨·中焦篇》：“湿郁经脉，身热身痛，汗多自利，胸腹白疹，内外合邪，纯辛走表，纯苦清热，皆在所忌，辛凉淡法，薏苡竹叶散主之。”（66条）

如湿热痰浊蒸薰，清窍受蒙，神识似明若昧，宜菖蒲郁金汤。

《温病全书》：“菖蒲郁金汤，石菖蒲、炒栀子、鲜竹叶、牡丹皮各三钱，郁金、连翘、灯心各二钱，木通一钱五分，竹沥（冲）五钱，玉枢丹（冲）五分，水煎服，治湿热痰浊，蒙蔽心包，身热不甚，神昏谵语。”

气分湿热不解，化燥内传，则伤营血，营分的病变在手厥阴心包络，血分的病变在足厥阴肝经。

如心包受邪，肝风内动，神昏谵语，四肢抽搐，舌红绛，宜清宫汤合牛黄丸或至宝丹。酌加羚羊角、生地、钩藤等。

《湿热病篇》“湿热证，壮热口渴，舌黄或焦红，发痉，神昏谵语或笑，邪灼心包，营血已亏，宜犀角、羚羊角、连翘、生地、元参、钩藤、银花露、鲜菖蒲，至宝丹等味。”自注：“温暑之邪，本伤阳气，乃至热极逼入营阴，则津液耗而阴亦病。心包受灼，神识昏乱，用药以清热救阴。泄邪平肝为务。”王孟英注：“虽挟湿邪，日久已从热化，在气不能消解，必至逼营。”（5条）

《温病条辨·上焦篇》：“神昏谵语者，清宫汤主之，牛黄丸，紫雪丹，局方至宝丹亦主之。”（16条）

如热伤阴络，大便下血，色暗黑，宜犀角地黄汤。”

《温病条辨·下焦篇》“时欲漱口，不欲咽，大便黑而易者，有瘀血也，犀角地黄汤主之。”

自注：“邪在血分，不欲饮水，热邪燥液口干，又欲求救于水，故但欲漱口，不欲咽也。瘀血溢于肠间，血色久瘀则黑，血性柔润，故大便黑而易也。犀角味咸，入下焦血分以清热，地黄去积聚而补阴，白芍去恶血而生新血，丹皮泻血中伏火，此蓄血自得下行，故用此轻剂以调之也。”（20条）

如下血过多，气虚欲脱，颜面苍白，汗出肢冷，脉象细微，宜先进独参汤，并配合救逆汤，桃花汤，或黄土汤加减。

《温病条辨·下焦篇》：“汗自出，中无所主者，救逆汤主之。”（2条）

《温病条辨·下焦篇》：“救逆汤方，即于前加减复脉汤内，去麻仁，加生龙骨四钱，生牡蛎八钱，煎如复脉

法，脉虚大欲散者，加人参二钱。”曹炳章评注：“汗自出，中无所主，则当虑其亡阳，故加潜阳之龙骨，佐以牡蛎，使阴阳相管掇，不致脱离。脉虚大欲散，则亡阳在即，故加人参。若既见亡阳症，则又当用参附先救其阳，俟阳回后，再议养阴。”（8条）

《温病条辨·下焦篇》：“温病脉，法当数，今反不数，而濡小者，热撤里虚也，里虚下利稀水，或便脓血者，桃花汤主之。”（22条）

《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证并治》：“下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。”

《血证论》黄土汤，“明示此证，系中宫不收，血无所摄而下也，佐以附子者，以阳气下陷，非此不能举之，使黄芩者，以血虚则生火，故用黄芩以清之，仲景此方，原主温暖中宫。所用黄芩，乃以济附子之性，使不燥烈，免伤阴血。”

湿性重浊，浊阴凝聚，甚或损人中阳；如湿胜阳微，足太阴之气失运，阳气阻遏，自汗胸痞，肢清不温，脉濡细，舌薄白，宜三仁汤合半苓汤加减。

《外感温热篇》“且吾吴湿邪害人最广，如面色白者，须要顾其阳气，湿胜则阳微也，法应清凉，然到十分之六七，即不可过于寒凉，恐成功反弃，何以故耶？湿热一去，阳亦衰微也……。热病救阴犹易，通阳最难，救阴不在血，而在津与汗，通阴不在温而在利小便。然较之杂证，则有不同也。”陈光淞注：“通阳不在温，而在利小便，章虚谷、王孟英之说均无分晓。盖此

语专属湿温，热处湿中，湿蕴热外，湿热交混，遂成蒙蔽，斯时不开，则热无由达，开之以温，则又助其热。然通阳之药，不远于温，今温药既不可用，故曰通阳最难。惟有用河间分消宣化之法，通利小便，使三焦弥漫之湿，得达膀胱以去，而阴霾湿浊之气既消，则热邪自透，阳气得通矣。较之杂证则有不同者，言杂证以补血为养阴，温为通阳，与此不同。”

《温病条辨·中焦篇》“足太阴寒湿，痞结胸满，不饥不食，半夏汤主之。”白注：“痞结胸满，仲景列于太阴篇中，乃湿郁脾阳，足太阴之气，不为鼓动运行，脏病而累及腑，痞结于中，故亦不能食也。故以半夏、茯苓培阳土，以吸阴土之湿，厚朴苦温以泻湿满，黄连苦以渗湿，重用通草以利水道，使邪有出路也。”（44条）

### 暑温与湿温的证治重点及其异同

#### 一、发热

发热是温病辨证的重要指证。

《素问·论疾诊尺篇》：“尺肤热甚，脉盛躁者，病温也。”

《素问·评热病论》：“有病温者，汗出复热，而脉躁疾，不为汗衰，狂言不能食。”

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。”

然而温病范畴的各个病症，热型并不是一致的，这与病因攸关。

“暑乃夏月之炎暑，盛热之气火。”（朱丹溪）

《素问·五运行大论》：“在天为热，在地为火。”“其性为暑。”

因此，暑邪伤人，既骤且厉，常激动少火悉成壮火，引起高热，热盛又会耗气烁津，侵营灼血，产生连锁的病机影响。临床一般主张重用白虎，直清阳明气热。俾“秋金之令行，则夏火之炎退。”（吴鹤皋）

值得注意的是“温邪上受，首先犯肺。”暑温肇病之端，亦多有短暂的卫分表现，如恶寒脉浮等症，当邪袭卫分阶段，仍需审别偏热偏寒，或仿银翘散去牛蒡子、元参、芥穗，加杏仁石膏黄芩方。豆豉薄荷与石膏黄芩同用，疏中带泄。或宗新加香薷饮，香薷与角花连翘相合，散而兼清，力求阻断病情的进展。

毋庸置疑，暑邪易入阳明，到气才可清气，大清气热，自非白虎莫属。但决不应惑于“夏暑发自阳阴”的说法，勿问脉证若何，早施辛凉重剂，诛伐无过，岂称准的。清气热尚戒寒滞，入营犹可透热转气，况表证示罢乎。

《温病条辨·上焦篇》雪堂按：“白虎只能退热，未能疏表，若非先疏其表，使阳得伸，恐骤用寒凉，愈遏其热不出耳。”（7条）

《外感温热篇》章虚谷注：“清气热不可寒滞，反使邪不外达而内闭，则病重矣。”

再论湿温的证候是湿与热合，蟠踞中焦，氤氲气分，热势又与暑温的气分燔热有异，其特点是“午后身

热，状若阴虚。”所谓“午后身热”，正确的理解应该是午后热盛于午前。湿性淹滞，在热受湿遏，邪难化燥之际，传变缓慢，热退不易。叶香岩说：“湿热（当是湿热挟湿）虽久，在一经不移。”殆即指此。较诸暑温的治法尤多顾忌。表散则里气虚，湿热乘虚内困，易致神昏；攻泻则湿热下陷，易致泄利；清润则湿热锢结，易致病情缠绵。

《温病条辨·上焦篇》：“汗之则神昏耳聋，甚则目瞑，不欲言。下之则洞泄。润之则病深不解。”自注：“午后身热，状若阴虚者，湿为阴邪，阴邪自旺于阴分，故与阴虚同一午后身热也。湿为阴邪，自长复而来，其来有渐，且其性氤氲粘腻，非若寒邪之一汗即解，温热之一凉即退，故难速已。世医不知其为湿温，见其头痛恶寒，身重疼痛也，以为伤寒而汗之，汗伤心阳，湿随辛温发表之药蒸腾上逆，内蒙心窍则神昏，上蒙清窍则耳聋，目瞑不言。见其中满不饥，以为停滞，而大下之，误下伤阴，而重抑脾阳之升，脾气转陷，湿邪乘势内渍，故洞泄。见其午后身热，以为阳虚而用柔药润之，湿为胶滞阴邪，再加柔润阴药，二阴相合，同气相求，遂有锢结而不可解之势。”（43条）

对湿温证的辨治，必须从“湿”与“热”二者着眼，或宣气以化湿，或清湿以泄热，湿去热孤，热达湿开，身热才能获得解退。

此外，湿温初起，高热无汗，胸脘痞闷，心烦神乱，行将昏糊，舌苔厚腻，或黄白相兼，脉紧数，邪盛

体实者，则可投玉雪救苦丹取汗退热。

玉雪救苦丹无苏合香丸的嫌温，无至宝丹的嫌镇，无牛黄丸，紫雪丹的嫌凉，独擅“开泄疏托”的胜场。轻症半粒至一粒，重症二粒，服后畅汗一身，病去七八。真有“体若燔炭，汗出而散”的灵效。

暑湿与湿温化热，热传营血，高热神昏，则清营凉血，法趋一途。

## 二、神昏

暑湿邪热充斥，逆传心包，神志昏迷，谵语妄言。热盛烁肝，火动风生。故神昏必伴四肢抽搐。

《温热病篇》自注：“中焦湿热不解，则热盛于里，而少火悉成壮火，火动则风生而筋脉挛急，风煽则火炽而识乱神迷。”（4条）

《疫证条辨》：“热毒流于肝经，斑疹不能寻窍而出，筋脉受其冲击，则抽惕若惊。”

一言以蔽之，总由于热极。治应“清热救阴，泄邪平肝”为务（薛生白）。方药如清营汤，清宫汤，羚角钩藤汤，牛黄丸，紫雪丹等。

若湿温在未曾化热之前，湿热酿痰，郁遏薰蒸，浊邪害清，清窍受蒙，亦每表现为昏沉嗜睡，神志似明若昧，呼之能应，对答迟钝。这与热入心包之神昏有间，宜菖蒲、郁金辛开化浊，不应遽用牛黄、至宝，以免引邪内陷。迨湿化燥，温化热，燥热肆扰营阴，逼乱神明，始可于凉血清热方中。参入犀角、花露之品。

《外感温热篇》：“如从湿热陷入者，犀角花露之品，



参入凉血清热方中。”

又暑邪深入厥阴与少阴，而见神识昏迷，默默不语，或心热烦躁，消渴麻痹，乃暑湿不得外泄，心主阻遏，络脉凝瘀，肾液不供，肝风内煽所致。治疗失宜，病纵得愈，常形成肢体强直拘挛或神识障碍等终身之患。薛生白举三甲散，虫蚁剔邪，通以利络。吴鞠通举连梅汤酸甘化阴，柔以养筋。二方均极精当，可酌情采用，冀能缓解症状，杜其后遗。

### 三、斑疹与白痞

斑疹是指温热病中出现的红色皮疹，点大成片，抚之不得手，斑斑如锦纹者称“斑”。云头隐隐或见琐碎小粒，形如粟米，高出于皮肤者称“疹”。

斑疹的病机是“热闭营中。”

《外感温热篇》章虚谷注：“热闭营中，故成斑疹，斑从肌肉而出属胃，疹从血络而出属经，甚或斑疹齐见，经胃皆热……不见则邪闭，故宜见，多见则邪重，故不宜多。”

暑温热邪内炽，气血两燔，多夹斑带疹。

《外感温热篇》：“若夹斑带疹，皆是邪之不一，各随其部而泄。然斑属血者恒多，疹属气者不少。斑疹皆邪气外出之象，发出宜神情气爽，为外解里和之意。如斑疹出而昏者，正不胜邪，内陷为患，或胃津内涸之故。”

凡发斑疹，“急急透斑为要”（叶天士），透斑之法，不外清营凉血，泄热解毒，方用化斑汤，神犀丹加丹皮

赤芍等味，甚者可微下通腑，实热得泄则斑疹易透。

《温病条辨·中焦篇》：“斑疹阳明证悉具，外出不快，内壅特甚者，调胃承气汤微和之，得通则已，不可令大泄，大泄则内陷。”（24条）

《温热经纬》神犀丹，方论：“雄按温热暑疫诸病，邪不即解，耗液伤营，逆传内陷，痉厥昏狂，谵语发斑等证，但看病人舌色干光，或紫绛，或圆硬，或黑苔，皆以此丹救之。”

湿温以白痞为主，如热重于湿，交遏气分，痞痞或相间而作，但从未见斑者。

白痞是一种晶莹的白色小点，其形如粟，摸之触手微痒，系“湿热之邪，郁于气分，失于轻清开泄”（王孟英），因此，湿热倘透泄适时，可避免发痞。反之，湿遏热伏，就一定而且也必须布发痞，邪湿方获外达。

痞起于颈项，继及胸腹与腰侧，四肢和背部是极少的，色泽明亮饱满者最佳，称“晶痞”。枯燥如虱壳或含浆者，称“枯痞”，或“浆痞”，预后不良。

痞布前，病人身热转盛，并感胸脘痞闷，痞布后，则热势减退，胸宇舒畅，三四天左右逐渐没收，甚至连发四、五次，身热和症状随着白痞的出没，相应地起伏。抵要是痞色润泽，颗粒均匀，布发一次，病情就减轻一分。

治痞需微汗养痞，宜辛凉淡渗配合芳香透达，切忌表散，方宗薏苡竹叶散加清水豆卷、佩兰、青蒿等味。

至于“枯痞”与“浆痞”，乃天气溽暑与湿热蒸暑，逼汗伤阴，元气暗耗之征，在消法中应加珠儿参、川石斛、南沙参，并用谷露代水煎药，谷露有生津液、益元气的功效。如与疹点杂见，则酌入丹皮、赤芍气营两清。

《外感温热篇》：“再有一种白痞小粒，如水晶色者，此湿热伤肺，邪虽出而气液枯也，必得甘药补之，或未至久延，伤及气液，乃湿郁卫分，汗出不彻之故，当理气分之邪，或白如枯骨者多凶，为气液竭也。”

#### 四、战汗

战汗是指寒战而汗出，仅见于湿温证候。“战”是正邪剧烈交争的反映，盖湿邪挟热，流连气分，倘正气未衰，犹能力透重围，奋起一战以驱邪，应属佳兆。有的初战不胜，隔日再战，其临床表现大多是先全身战栗，甚或肢冷脉伏，继即汗出，故称“战汗”。战汗后，阳气受耗，一时不能布敷肢体，故肌肤稍凉，若脉象濡细和缓而不躁疾，并非脱证。需认真护理，嘱咐病人静卧，俟中阳渐复，就会温暖如常。

《素问·评热病论》：“汗出而脉尚躁盛者死。”

《灵枢·热病论》：“热病已得汗，而脉尚躁盛，此阴脉之极也，死。其得汗而脉静者，生。”

叶香岩对战汗一症讲得很详细，还提出益胃法以促使战汗透邪，他说：“若其邪始终在气分流连者，可冀其战汗透邪，法宜益胃，令邪与汗并，热达腠开，邪从汗出。解后胃气空虚，当肤冷一昼夜，待气还自温暖如

常矣。盖战汗而解，邪退正虚，阳从汗泄，故渐肤冷，未必即成脱证。此时宜令病者安舒静卧，以养阳气来复，旁人切勿惊惶，频频呼唤，扰其元神，使其烦躁，但诊其脉，若虚软和缓，虽蜷卧不语，汗出肤冷，却非脱证。若脉急疾躁扰不卧，肤冷汗出，便为气脱之证矣。更有邪盛正虚，不能一战而解，停一二日再战汗而愈者，不可不知。”

关于“益胃法”，王孟英认为：“在疏籥枢机，灌溉汤水，俾邪气松达，与汗偕行”陈光淞也提到“益胃之法，如《温病条辨》中之雪梨浆，五汁饮，桂枝白虎等方，均可采用。热盛者食西瓜，战时饮米汤白水，所谓令水与汗并，热达腠开，得通泄也。”

治疗宜宣展气机，求其汗出邪达。

《外感温热篇》章虚谷注：“凡表里之气，莫不由三焦升降出入，而水道由三焦而行，故邪初入三焦，或胸胁满闷，或小便不利，此当展其气机，虽温邪不可用寒凉遏之，如杏、朴、温胆之类，辛平甘苦以利升降而转气机，开战汗之门户，……不明此理，一闻温病之名，即乱投寒凉，反使表邪内闭，其热更甚，于是愈治而病愈重，至死而不悟其所以然，良可慨也。”

## 五、下血

下血一症，多发生于湿温后期，此因湿热蕴阻太阴阳明，蒸郁腐脓，损伤阴络而形成，营阴的亏耗，病情的危笃，不言可喻。实践表明，湿热合邪，直趋中道，终归脾胃，每挟肠中积滞，相互转结，如能预为之计，

通腑缓下，及早清除胃肠秽垢，当可防止下血的病变。叶香岩曾说：“再论三焦，不得从外解，必成里结，里结于何？在阳明胃肠也。亦须用下法，不可以气血之分，就不可下也。但伤寒热结在里，劫烁津液，下之宜猛，此多湿邪内传，下之宜轻。”这是应该重视的经验。

湿温下血，血色大都黯黑，并伴有腹痛及肢冷脉细等症，应参用独参汤、救逆汤、桃花汤、黄土汤加减，但地黄必须生熟同进，配阿胶、当归以养营，麦冬、白芍以滋阴，人参、白术、甘草、粳米以益气健脾，附块、炮姜、灶心土以回阳温摄，龙骨、牡蛎、赤石脂以固涩潜阳，治养营护阴，益气摄血，回阳救逆等法于一炉。调治合度，亦能化险为夷。

暑温与湿温是夏季的二种多发病症，暑为阳邪，湿为阴邪，所苦不同，治法自异。但二者均属温邪致病，卫气营血的病机传变亦同。一是温与暑合，一是湿与湿合，而暑必挟湿，湿易化燥，因此，异中有同，同中有异，必须纵横相参。本文试图综合温热学派的理论精华，联系临床实践，辨其异同，以利鉴别，析其方药，以明功效。期对暑温与湿温的辨证论治，获得融会贯通。

## 三谈中风病因病机与救治

任继学

任继学 (1926~), 长春中医学院教授

余在《悬壶漫录》书中所述, 是一谈为中风病机; 在《中国名老中医经验集萃》一书中二谈中风病机; 国家“八五”中医药治疗急性出血性中风临床与实验研究攻关课题的总结, 临床病例中我直接观察例数是 1700 例, 其中急性出血性中风 300 余例, 结合北京中医药大学黄启福教授实验室出血性中风动物模型实验 5 年小结, 认识不断深入。在此基础上, 有必要三谈中风病机。

就其病因而言, 一是情志失调, 情欲改变, 多以怒、喜为主, 怒则气激, 气逆而血亦逆, 上升于脑; 二是饮食失常, 多以膏粱美食为主, 膏者肥脂, 脂能充填腠理, 促使腠理致密, 阳气不得宣泄于外而为热, 血得热则沸于上, 或食咸多, 血得咸则凝; 饮多以酒为主, 酒乃水谷精英, 有大毒, 质寒性热, 先渗于胃, 然后入胆浸入肝, 肝为血道, 为凝血之本, 调血藏血之所, 故酒入肝胆, 毒聚伤血, 血为逆乱, 气亦必逆而上之。三是久患消渴之疾, 风头旋, 中风之病, 气血受伤而生逆变, 亦有药误使然。在上述病因作用下, 引起机体气血

变乱于下，逆乱于上。上为脑，脑为神脏，一身之统，上下相召为生理之常，下则气血失和而生逆变，脑为之受扰，发生气血逆乱，因逆致变，因变受损，因损致病。

脑生病，其病机有二：一是脑之气街为患，气机受阻，气化欲行不速，引起气不顺为风，风动生热，热为火之渐，久而不解风热伤及脑髓大经、小络、孙脉；二是“脑中血海”之血脉，络脉、毛脉受损造成血络、血道循环障碍，轻则血失气煦，血为之凝，凝则为瘀，血瘀痰生，热结、毒生，脑络脉瘀塞，损伤脑之神机，神经失治而生缺血性中风。重则脑气不能束邪。内风统领热邪火毒，窜扰脑络，血脉、毛脉之膜原，而脉络之内受风热外鼓之力，膜破，络裂、血脉不能束血，其脑气不能固血，其血必溢于外，血液稽留为积，聚而为瘀肿，血瘀水肿津必外渗，化水、生痰，毒自内生，毒害脑髓，元神受伤，神机受损，神经肌核发生病变，堵塞神明，轻则机窍失灵，神机不流贯，神经不能传导，重则血溢“琼室”之内，脑髓精质体受损，元神、神机、神经三者脑神之轴受损，窍络、清窍阻塞不通，在病机上形成上下失应，阴阳不能互用而欲离乱，精、气、神不能互生互化而欲脱散，发生昏愦，危则昏迷，不省人事，内闭外脱之险候，危证。

余以为此论于病机之探讨已渐深入，然尚有欠妥，敬祈诸贤达有以修订。

## 证 治

本病多为急作，初则症见口舌歪斜，渐见半身不遂，言语涩滞，偏身肢体麻木，唇缓流涎或见呵欠不止，多喜睡为主。

但此病由发病始，九天之内，不论病之深浅，症之轻重，其病情是加重过程，此为正不束邪，邪气渐进所使。若邪胜毒烈，脑气大损，营卫失守，伤及元神，神机欲息未绝，症必见头痛，神志昏愤，险则昏迷，危则内闭外脱之候。概而言之病情轻、重、险、危之象预后善恶未定，必须药力救治之，待到病发两候之时（十天），正气来复之时，药效已达，一助正，二除邪，正胜邪衰，病情轻者，渐趋康复，而险、危之候转安，用药得当，亦有康复之望。

病在急性期治则是以通为主，缘此病是标急本缓，邪实于上，新暴之病，必宜“猛峻之药急去之”，邪去则通，阴阳、气血得平，故治法必以破血化瘀，泻热醒神，豁痰开窍，为指导临床急救用药准绳。

盖此病不论轻、重之患，3~7天之内，瘀血瘀毒，风热在脑，必然引起神气郁而不伸，阳气不能宣发于外，郁积于内，而生瘀血热，瘀得热则散，瘀散痰消，毒自解，不药热自解，但也有部分病人，因正气不支，邪气失约，复感外邪，内外合邪而发热，法宜清热解毒，活络化瘀，药而治之。

病发72小时以内者，必先投三化汤加生蒲黄、桃



仁、煨皂角水煎服之，得利停服。

同时用清开灵注射液、配脑静注射液、血塞通注射液、选而用之，静脉滴注，一天2次，疗程28天。<sup>同时</sup>口服抵当汤6小时1次，神昏病人鼻饲或肛门高位灌肠。除汤剂而外，亦可用醒脑健神胶丸，每次4~6粒，6小时1次，疗程为14天。

做成药病至15天汤剂改用补阳还五汤减黄芪加生蒲黄、苏木、土鳖虫、豨莶草水煎服，8小时1次，亦可选用中风脑得平每次7~8粒，8小时1次，疗程14天。

本病在急救过程中，症见神志不清，重则昏迷者加服安宫牛黄丸，每次1丸，8小时1次。

症见烦躁不安者加服黄连解毒汤送服局方牛黄至宝丹1丸，6小时1次。

症见风头旋者（血压高）于汤剂加羚羊、玳瑁、莱菔子；曲池穴刺血，再用吴茱萸、附子、怀牛膝、菟丝子为面，蜂蜜调和，敷足心涌泉穴24小时。

症见脱证，血压低者加用参麦注射液，或参附注射液，静滴注。

症见头痛如破者，药用透顶止痛散搐鼻即止，药用川芎、辛夷、冰片、白芷、硼砂、真麝香共为细面即是。

症见呕血便血者，加服大黄黄连泻心汤加白及，马灯草水煎服，6小时1次。

症见真心痛即急性心肌梗塞者。加用参麦注射液，静滴注，一天2次，汤剂加服四妙勇安汤治之。药用金

银花、当归、玄参、生甘草水煎服，6小时1次。

症见喉间痰鸣，如拽锯者，药用鲜沥水一汤匙，兑人猴枣散一并灌之。

症见呃逆者，以防合并心衰、真心痛之患，此为“心主噫”，噫者心气伤之象。加服平逆止呃汤，药用炒刀豆、青皮、枳壳、旋覆花、半夏、鲜姜、枇杷叶、莱菔子、水煎服，8小时1次，气虚者加生晒人参。

症见肺热病即肺部感染，发热者加服清肺汤，药用羚羊、玳瑁、金荞麦、虎杖、黄芩、杏仁、生石膏、金莲花、七叶一枝花，水煎服。6小时1次，同时兑服瓜霜退热灵七粒服之。

症见心衰者，加服白通加猪胆汁汤治之，6小时1次。

症见神昏，不省人事者，加用醒脑静注射液，静滴注，一天2次，汤剂用宣窍醒神汤（笔者方）药用水牛角、羚羊角、玳瑁、石菖蒲、郁金、细芽茶、白薇、栀子仁、清夏水煎服，同时送服醒脑散，药用真牛黄、真麝香、龙涎香、安息香、冰片、西红花、猴枣、石菖蒲、莲子心、胆星、煨皂角共为细面，每次2~3g，6小时1次，再用此散纱布包好放入两耳孔中12小时取出。

症见吞咽困难，饮水即呛者，药用会厌逐瘀汤，方见《医林改错》一书，再配合针刺疗法，取天突穴、金津、玉液二穴（此二穴点刺）翳风穴治之。

病至5~7天症见患肢肿胀者，药用透骨草、三棱、

莪术、片姜黄、防己、急性子，水煎熏洗。

以上是治疗中风急性期常规方法，用之得当确有疗效。

## 摊缓风病

任继学

摊缓风病，是摊缓病类之一，往往临床医者多从西说，不认真察认中医之名，实际此病临床并不少见。本病始载于宋。《圣济总录，卷七，诸风门说》“摊缓风，手足不随，或时麻木”、又说：“卒中摊缓，手挛急，”，发病之因指出说：“皆由气血内耗，肝肾经虚，阴阳偏废而得之，或有始因他病。”太平圣惠方亦说：“摊缓风，手足不遂，皮肤顽痹。”

临床病象，多为突然发病，但分为：先兆病象和发病病象。

先兆病象：多为潜在性发病，如发热、或腹泻、或急性乳蛾、或炸腮、或缠腰火丹之后，由于失治，误治邪毒未解留连于机体内外募原之中，待督脉及脊髓内外正气，营卫失调邪毒乘虚侵入而发病。

发病的临床病象：起病急速，轻者呈现出四肢似瘫非瘫之象，重者四肢呈现出全瘫之象，皮肤顽麻无感觉，甚者二便失常。

病位是以督脉与脊髓为发病之本，因督脉入属于脑，“脊髓者，水也，随也，谓骨之精水，灌注孔窍，随脑循脊下输两肾也。”《身经通考》“脑散动觉之气，厥用在筋，第脑距身远，不及引筋以达百肢，复得颈筋

脊髓，连脑为……筋自脑中者六偶，独一偶逾颈至胸……又从脊髓出筋十三偶，各有细络旁分，无肤不及。”（《内镜》）笔者以为：髓出筋十三偶，筋者，古未消，今是神机之路，神经之元，内而脏腑外而皮肤，经络神为之司，故为病成之标。

发病季节，一年四季皆可发生，但以秋末冬初，以及冬末春初多见。何以言之？秋末凉燥之气退而未尽，冬初寒气初渐是为渐冷之时，气候外冷内燥伏，为毒风易起之时，故待秋末冬初而发；冬末严寒之气未尽，春初温气初渐未盛，气候外寒温内伏；为毒风易发之季，必待冬末春初而发。

### 病因病机

本病虽以脊髓与督脉发生病变，但人体由经络联接，气道、血道、液道、水道相通，因此它是全体反应性疾病。

就其发病原委而言，内因是主，外因是发病条件，多为续发之因，即伏邪为患，正如伏邪新书说：“感六淫而即发病者，轻者谓之伤，重者谓之中，感六淫而不即病，过后方发者，总谓之曰伏邪，已发者而治不得法，病情隐伏，亦谓之曰伏邪，有初感治不得法，正气内伤，邪气内陷，暂时假愈，后仍复作者，亦谓之曰伏邪，有已发治愈，而未能除尽病根，遗邪内伏，后又复发，亦谓之曰伏邪。夫伏邪有伏燥、有伏寒、有伏风、有伏湿、有伏暑、有伏热”。而伏疫、伏毒，亦在其内。

又说：“阳明，少阴，督脉，阴蹻伏热，发为筋急拘挛，脊强反张，腿并不能开，膝弯曲而不直。”而羊毛温论曰：“夫天地之气，万物之源也，伏邪之气，疾病之源也。”是其义也。

内因所致者，一是先天禀赋肾气有亏，督脉、脊髓内外气血不足，营气卫气不充，三维防御系统缺欠。

二是情志失调，气机阻滞，气化功能不全，气血循环不利，毒自内发，营卫失和，是邪潜藏之要。

三是饮食失节或劳逸失度，久则脾胃受害，元气受损，中轴升降无力，营气不得出中焦，抗邪除毒功能减弱，是邪气内浸之源。

外因所使者，多由六淫邪毒内犯，时疫邪毒内侵，但多藉毒风流动漂浮之力，疏泻之能，穿透腠理之功，开发玄府之性，为统领诸邪内犯人体之主，故《素问·生气通天论》说：“风者百病之始也，”风论亦说：“风之伤人也，或为寒热……或为偏枯……，风者善行而数变”，因变而生疫毒，时毒，所以杨上善注太素说：“风为百病之源。”即为本义。

内因所使者，多因六淫邪毒、或时疫病毒、污染饮食、毒从口入、潜藏脾胃募原之内，待机而发。

此外也有感受六淫邪毒或时疫病毒，感而即病者，是以邪胜毒强，正弱，卫虚，营衰，不能束邪除毒所致。

本病的发生发展病机主要是督脉与脊髓感染时疫与六淫病毒为害。

盖督脉统阳，脊髓水也，以行阴液，二者为水火互用，阴阳相配，内含定体，定体者是言二者皆为气血循行之路，阳津阴液，通行之道，经络连属，神机流贯上至脑下聚于肾，故伏气解说：“髓者以脑为主……，脑髓即由肾气从督上滋”，可见脑髓——脊髓——骨髓，皆由肾生，是一源三岐，为生理之用矣。

督脉为病，脊髓为患，是病邪毒害为要，其病变有四：一是经络发生阻滞，脏腑生理失调；二是气化功能受伤，阳郁气结，气不顺为风，阳郁生热；三是津血循环障碍，血液流滞为瘀为痰为肿为重；四是营气不通，卫气不行，营卫二气俱微，引起三焦气乏而无所御，则四肢断属痿缓顽麻。综观督脉与脊髓发生四种病变之态。在病理上必然是体用俱伤，募原受损，引发觉元（“脑神曰觉元”觉元者，感觉之元神也《酉阳杂俎·广知篇》）失用，神机上行下达痹塞，经络内外连属受阻，阴阳跷脉“行走之机要”（《太平圣惠方》）发生挛急，其病已成。

## 证 治

本病之生以正气之虚，虚在肝肾，营卫之弱，弱在三焦，何以言之？卫出下焦，行于上焦，营出于中焦，故温热病指南集说：“人身之中，肺主卫，又胃为卫气之本”。

毒风统领诸毒之气<sup>〔1〕</sup>，乘虚侵伤督髓为害，但“处方疗疾，当先诊知病原，察其盈虚，而行补泻”（《太平圣惠方》）。因而督脉一伤，脊髓病变，累及任脉，二脉失和，真息功能衰弱，神化机能障碍，神化者神经生化也，气血循环不畅，所以通督理髓，活络驱邪为法。

### 毒伏督髓证

症状：痿缓四肢不遂，渐呈麻木，二便秘涩，甚者溺闭，或遗溺，大便不通，或自遗粪，颜面红，口干，心烦，头晕，腹满，皮肤干涩，肢节酸楚，舌红赤，苔淡黄，脉多沉数而滑之象。

法宜解毒清热，活络通督。

方剂用益髓活解汤治之。（笔者方）

药用：酒生地、鹿角霜、七叶一枝花，赤芍药、生龟板，金银花，连翘，天葵子，丹参，羚羊角片，马钱子粉（0.2g 冲服），用猪脊髓一条熬汤（去浮油），用此汤煎药服之。

### 阴虚髓损证

症状：病程月余，四肢痿软，肌肉消瘦，手足心热，头晕神疲，口咽干燥，二便失畅或失禁，肢顽麻，颜面萎黄，颧红、毛发焦，口唇红干，舌红尖赤少津，苔薄黄干，脉多虚数或沉涩之象。

〔1〕 注：太平圣惠方说：贼邪之气，伤于人者，则为毒风。



法宜滋阴补髓，活络清热。

方剂用养阴益髓饮治之。（笔者方）

药用：砂熟地、血竭粉（冲）、龟板胶、黄精、薤草（酒洗）、山萸肉、白苜乌、女贞子、肉桂心（少许）、盐黄柏、秦艽（酒洗）、马钱子粉（炙）（0.02g 冲）、猪脊髓一条熬汤（去浮油），用此汤煎药，亦可送服健步虎潜丸治之。

### 阳虚髓亏证

症状：病程长，四肢瘫缓发凉，麻木不仁，畏寒喜温，二便失常，纳呆，小腹胀，头目昏眩，颜面青白色暗，舌淡红，苔薄白，脉多沉迟无力之象。

法宜温阳通络，生精补髓。

方剂用补阳生精饮治之。（笔者方）

药用：鹿茸粉（冲）、肉苁蓉、巴戟肉、当归尾、淫羊藿、红花、破故纸、马钱子粉（0.03g 冲）、黄精、伸筋草、砂熟地、狗脊、猪脊髓一条熬汤（去浮油）用此汤煎药服之。

### 湿热证

症状：江南多见，起病隐而急，四肢先重，旋即瘫缓，微肿，麻木，身热不扬，胸闷口苦，身困沉重，心烦尿短赤，大便虽秘，粪出如溏，颜面黄而透红如秽，舌红，苔黄而腻，脉多濡数之象。

法宜清热利湿，通督除秽。

方剂用清热渗湿汤治之。(笔者方)

药用：茵陈蒿、苍术、黄柏、丝瓜络、鹿角片、白蒺藜皮、黄豆卷、滑石、茯苓皮、藿香梗、马钱子粉(0.03g 冲)、栀子、猪脊髓一条熬汤(去浮油)，用此汤煎药服之，壮热汗出者，送服紫雪丹治之。

## 权 变 法

临床除口服汤药治疗外，可配合针刺疗法：上肢取肩髃、肩贞、手三里、大椎、陶道、合谷等穴；下肢取髀关、伏兔、秩边、梁丘、足三里、血海、阳灵泉、中脉、临泣、照海等穴，手法先泻后补。小便不通，取十四椎夹脊穴、关元、三阴交、水道等穴，大便秘结者，取外关、天枢、支沟等穴，手法用泻法。

大便秘结不通者，用通结散治之，药用蜣螂、煨皂角、二丑(炒)、枳实，共为细面，当归煎汤送服。

小便涩而不通者，用加味通关丸治之，药用肉桂、黄柏、酒知母、蝼蛄，共为细面，小麦秸汤送服。

外治法：火烧大葱白、炒食盐，共捣如泥，肚脐内放少许真麝香，将葱泥炒热敷脐上，凉时移葱泥敷之。

此病急性期可用穿琥宁注射液，清开灵注射液，加入5%葡萄糖注射液，静脉滴注。

急性期同时可口服紫金锭，1日2次。恢复期用地黄饮治之，药用：熟地、巴戟肉、山萸肉、肉苁蓉(酒洗)、炮附子、官桂、金石斛、白茯苓、石菖蒲、远志肉、麦冬、五味子，水煎服。阳虚髓亏证可用人参鹿茸

丸配合治之。

阴虚髓损证可用大补阴丸配合治之。康复期可用菟丝草（洒洗）、龟胶、鹿胶、砂熟地、海马、黄精、血竭、骨碎补、枸杞果、炙黄芪，共为细面，淡盐汤送服。

马钱子粉（炙）用法连服六七天，停药四五天后再用，病情已恢复者停用。毒伏骨髓证可用醒消丸、三黄丸配合汤药治之（方见《外科证治全生集》）。

药浴疗法：药用：透骨草、桑枝、络石藤、忍冬藤、石楠藤、真鸡血藤、鹿角霜、麻蜥蜴，水煎成1000毫升，放入浴水中，洗浴30分钟。另外治疗过程中可用推拿、按摩疗法配合治之。猪脊髓味甘寒，无毒，取其通肾命，益虚劳以髓补髓，味甘温，无毒，取补中，填骨髓，安五脏，平三焦，续绝伤，益气力，通十二经脉，润肺补肾。

病机转归，主要是早期诊断及及时治疗，用药得当，预后一般是良好的。若失治误治预后较差。

# 疑难病证辨治思路与方法

张学文

张学文 (1935—)，陕西中医学院教授

## 疑难病证辨治思路

疑难病证的诊治，是当今医学研究的热点之一。祖国医药学对疑难病证的诊治，由于历史悠久，有较丰富的理论和经验，故在临床上具有一定特长和优势，我们在学习古今学者的经验基础上，结合我们一些临证见解与诸位共商，不妥之处请批评指正。

由于疑难病的研究不是从纵的方面一个系统一个病证地去研究其证治规律，而是试图从横的方面去寻求众多难辨难治病证的共同规律，因此，了解其共同的病因病机特点是很重要的。

疑难病证的病机往往有以下几个特点：

其一，病因互相交错：疑难病证从发病学角度讲，属于单一病因者较少，大多是复合因素作用而成。如六淫中数淫同侵，痰饮瘀血水湿并见，或兼正虚，或挟情志，或有饮食劳倦因素，或误辨误治或新病引发宿疾，不一而足。医者在这种错综复杂的病机中，应用所学理论去辨证分析，其难度可想而知。

其二，病情多变化：疑难病证中不少疾病由于病因

交错，医者辨证不清，用药不当或病程漫长，故而病情多变化。寒化为热，热证变寒，先实而后虚，瘀久挟痰，热盛成毒，医者当寻蛛丝而细审，方不致误。

其三，病机相反：有的疑难病证，虽为同一病人，却表现出相反的病机，如上热下寒、上寒下热、表寒里热、表热里寒、虚实并见、表虚里实、上实下虚、阴阳两虚等等。

正因为其病机复杂，给我们辨证带来了很大困难。如未精通中医理论，诊疗技艺不娴熟，临床经验不丰富，要想辨证准确，的确有相当的难度。

如上所述，疑难病证由于其病情复杂错综，诊断不易，治疗更难。故要提高对疑难病的整体治疗水平，除要有扎实深厚的中医基础理论知识外，辨治思路与方法正确与否，将对疑难病证诸多治疗环节中产生重要的影响。这就是本文所要重点阐述的关于疑难病证辨治思路与方法问题。

关于疑难病证辨治思路与方法，几千年来前人已积累了丰富的经验，近人也有不少专家发表了颇有见地的新颖观点。诸如树立整体观念，反对孤立、片面、静止地看待疾病；确立内因是变化的根据，外因是变化的条件，外因通过内因而起作用的观点；贯彻三因制宜的治疗思想等等。有学者提出疑难病的证治要抓6点，即：①寻病因；②定病位；③核病性；④审主次；⑤察趋势；⑥明缓急。

以上这些宝贵经验值得我们认真吸取并付诸实践。

作者从数十年的临床实践体会出发，认为疑难病的辨证思路与治疗方法正确与否，对提高疑难病诊断水平关系很大，临床一些失误或无效病例，不少属于方法范畴的问题，很值得总结和研究。个人体会除前贤所论外，应掌握辨疑不惑、治难不乱的战略思想，并应注意以下几方面的问题。

### 一、前车之鉴认真总结

疑难病证乍得者固有，久病者尤多。很多疑难病证患者由于久病乏效，曾辗转求医于各大医院，或遍求名医，广搜良方，其中不乏具有真才实学及真知灼见的良医高手，或辨证精确、用药精当的疗法方药，然而终因疗效不佳或以失败告终。其病虽未愈，而前车之鉴却很宝贵。前医走过的道路，所用辨证思路和治疗方药，值得我们认真借鉴和参考。当接诊一名疑难病证患者后，首当认真阅读前医辨证思想、治法方药、治疗反应和结果，努力从中寻找失败原因或疗效不佳的教训，力求有所发现，以避免重覆辙。若有一丝一点可用之理、可效之法、可用之药，均当吸取其合理成分，这对于提高辨治疑难病证的疗效是非常重要的。

### 二、辨证求精、求深、求细

疑难病证之难不外两个方面：一是辨证难。许多疑难病证病因错综，证情复杂，使医者不易理出头绪或抓不住主要矛盾，思想犹豫徘徊，终难取效；二是治疗难。医者搜寻方药，竟无一对症者，临时拼凑，心中无数，终无显效。当此之时，笔者体会，不必贪多图快，

要认真辨析患者每一个症状，运用中医理论，努力探求其产生原因，准确判断其病性病位，抓住主要矛盾，分析各种症状的内在联系，务求找出症结所在，百思而力求其解，尽量使辨证精细入微，准确无误，避免一丝一毫误差，则有些疑难病证的疗效是可以提高的。不少疑难病证乏效，失之于辨证粗糙草率。

### 三、筛选方药知药善任

在疑难病证的治疗中，以选方不当，用药不准或组方不严、剂量失调等原因引起疗效不佳者不在少数。因中药和方剂太多，业医者虽然毕生勤奋，然对某些方药仍然认识不够深刻，或仅停于书本知识，或限于个人体会。在疑难病证的选药组方上，往往所选方剂并非最佳方剂、最对症药物或最佳剂量，因而治疗乏效。此非朝夕之功，而须毕生。不断学习钻研，才能达到较熟练的程度。作者认为治疗疑难病证，首先要练好基本功，对常用方剂和药物的性能作用、药力强弱要有纯熟深刻的认识，做到知药如知子，用药如用兵。在选方用药上应提倡优选法，一药多用，比如补气中之高丽参、西洋参、党参、太子参、黄芪、白术、甘草等，它们的药力强弱，性质温平，谁更切合病情，用多少剂量为最佳，这都是需要认真下番功夫研究摸索的，其间奥妙尤需深究。

### 四、创立新论另辟蹊径

有些疑难病证，现阶段已被实践证明确无良法，或用固有理论已难取效，则应广开思路，大胆创新，另辟

蹊径方有出路。金元四大家的滋阴、攻邪、理脾、泻火等新理论的产生，使许多疑难病为之消解；叶天士、吴鞠通等人所倡导的温病学理论的建立，又使许多温病难证迎刃而解。现代仍有许多疑难之病证苦无良法，如艾滋病、各种肿瘤等病，即使辨证准确，用药精良，疗效仍然不佳。当此之时，更应创新论立新法，组新方找新药，才能有所作为。近年来，有清热解毒、通里攻下、活血化瘀、祛痰补脾、滋阴补肾等理论治法方面都不断有新理论、新学说产生，不同程度地推动了中医的进步，也使疑难病的防治出现了新的曙光。

### 五、觅寻秘方出奇制胜

有的疑难病证，至今仍无理想方药，然而民间留传的一些秘方、单方、偏方有时却可取得意想不到的效果。俗话说：“单方一味，气煞名医”，并不是没有道理。劳动人民是历史的创造者，也是医药的创造者，他们在长期的劳动实践和与疾病斗争中所创造积累的医药经验来自实践，真实可究，具有力专效宏的特点，值得我们认真地发掘和研究。有些病用传统理论方药疗效不佳，而往往一个简单的秘方却可药到病除。近年来出版了不少《秘方大全》之类的书，收载秘方、验方颇丰，其中不乏疗效特佳之方和出奇制胜之法，关键在我们去实践和推广。当临床上遇到一些疑难之病证，用尽常法无取胜之望时，可以在秘方、单方、验方中去寻觅一线之光，对此绝不可忽视。

### 六、广开思路中西汇参



对疑难病证的辨治，突出中医药优势和特色固然重要，但对于个别证候在一定条件下则应兼取中西医之长以切实解决疑难。在科学技术已相当发达的今天，对有些疑难病患者可借助现代科学仪器进行检查，一般可以得到正确的西医诊断，而这些检查、化验和诊断对提高中医辨证论治的精确度和水平，具有很好的参考价值。如对乙型肝炎患者进行的“两对半”检查对于判断中药治疗效，癌瘤的病理切片检查对指导中医辨病用药等等，很有参考价值。因此，我们认为凡一切对中医辨证论治有一定参考价值的现代科学检查或诊断，概不排斥且应尽量加以利用。诸如“B超”、“CT”、“核磁共振”以及各种化验检查等等，都应该为我所用。当然疑难病证中也有难于检出阳性体征者或虽经多方检查仍然诊断不清者，这种情况下就当突出中医辨证论治的优势了，大胆辨治往往收效亦佳。值得注意的是，临床辨证用药，虽可参考西医检查结果，但切勿受其束缚，应掌握以我为主、为我所用的原则，突出中医特色方不致误。

另外，中西汇参还体现在对中药、方剂的现代研究成果的充分利用上。如人参、黄芪可提高机体免疫力；川芎嗪可扩张心脑血管；六味地黄丸具有护肝、降血脂、防癌功效；丹参及其制剂可降低心肌耗氧量，降血脂等等。在疑难病证的治疗中，在辨证论治前提下，若能合理地利用这些现代研究结果，可望提高辨证论治水平和临床疗效。

## 七、汇集众长协同作战

疑难病证往往病机复杂，互相交错，加之治疗过程中的某些偏差和失误，使病情淹滞难解。在临床中，许多医家多偏重于用传统汤剂丸剂为主加减化裁，以一法一方治疗复杂病证，有时不免力不从心。笔者认为，治疗疑难病证应取各种中医疗法之长，协同作战，如内治外治结合，针灸药物并举，气功按摩皆为病者所用，只要能互相配合，发挥协同作用者，皆可一试。当然，各种疗法应有主有从，而不是盲目应用，一切皆视病情之需要而定，似这样从各个角度去分解病邪，往往可使疑难病证之治疗获得意想不到的疗效。

#### 八、持久战略守方徐图

疑难病证中，有相当部分病程很长，其病有一个缓慢的发展过程，如冠心病、高血压、脑血管疾病等。这类病的病情一般变化不大，诊断不难，但收效不易。对这些久治不愈的疾病，只要辨证准确，用药无误，在思想方法上要有打持久战的思想准备，坚持守方徐图，切不可动辄改弦易辙，或大方重剂以图良效。即使在治疗过程中又有些新病，只要病机无大的变化，仍然要守法守方，坚持治疗。俗话说“治病如抽丝剥茧，去了一层还有一层”。对于那些慢性难治病证，守方徐图的确是经验之谈。

总之，疑难病证的辨证与治疗，实际上是中医多学科多种理论方药的综合应用，是一项系统工程，某一个环节考虑不周，都会给整个治疗带来不利的影响。医者由于受基础理论、临床阅历、思想方法等诸多因素的影

响，在疑难病的辨治上，常显示出其水平高低、功力深浅。本文从方法论的角度，谈了8点浅显体会，以期对疑难病的辨证与治疗有所启发。

### 疑难病证常用治法

疑难病证诊断不易，治疗更难。许多疑难病证因治疗疗效不佳，一直是困惑医家的世界性难题。中医几千年来在同各种疾病作斗争中积累了丰富的经验，创造了系统的理论，发明了众多的治法方药，更有埋藏于古医籍中的璞玉和散失于民间的单方土法，这些宝贵经验的发掘整理，必将成为我们战胜疑难病证的有力武器。

在解决医学家们面临的难题，除医者要具有坚实的理论基础、丰富的临证经验、正确的辨证方法和思路外，还要有正确的治疗方法。根据古今医家的经验和作者的体会，初步认为，治疗疑难病除去众人皆知的常规法外，可以从以下几个方面重点去进行思考。

#### 一、启思路活血化瘀

祖国医学早就有“久病多瘀”之说。《素问·调经论》中说：“病久入深，营卫之行涩，经络时疏，故不通”，在治疗中提出“疏其血气，令其调达”，“血实者宜决之，气虚应掣引之”。张仲景在《伤寒论》中不但提出了“蓄血、瘀血、干血”等概念，而且创制了桃核承气汤、大黄蜜虫丸、抵挡汤（丸）等方，古今一直是治疗疑难杂病的常用良方。清代名医叶天士明确指出：“初气结在经，久则血伤人络”。作者在治疗疑难病的实

践中，也深深体会到“久病顽疾，多有瘀血阻滞之势”。近代众多的医家共同的临床实践均认识到“久病血瘀，瘀生怪病”。有人对30例“怪病”患者进行血液流变学测量，发现与正常组有明显差异。经用活血化瘀法治疗后，血液流变学异常得到改善，病情亦好转或痊愈。由此可见，血瘀是重要的致病因子，“血气不和，百病变化而生”（《素问·至真要大论》），在疑难病证中尤其如此。由于久病，正气日衰，气衰无力推动血行，血液最易成瘀，瘀成水湿亦停，是以酿成瘀、痰、湿交混而生，久之酿成顽病痼疾。笔者经多年临床体会到，凡疑难病久治不愈者，应考虑应用活血化瘀之法。正如《普济方》中所说：“人之——身不离乎气血，凡病经多日疗治不愈，须当为之调血。”

大凡在疑难病证中如见到久痛或刺痛不移、舌上有瘀斑瘀点、舌下脉络曲张或怒张、瘀丝、瘀点、脉涩等症者，或久病顽疾而病情变化不大者，均可视为有程度不同的瘀血存在。方老认为在辨别瘀血形征的同时，对出血、动静失调、久病、午后病加重、经前症状加重、自觉与他症不符者，均应考虑为瘀血，诸瘀血证不必悉具。对有瘀血形征的疑难病证，适时恰当地运用活血祛瘀药，往往可收较好疗效。

常见的疑难病证中，与瘀血有关或多见瘀血的病种有：各种顽固性头痛、积聚、癥瘕肿胀、胁痛、厥证、痹症、痉证、顽固性失眠、癫痫、狂证、胸痹、中风、消渴、久热不退、夜游症、脱发、黄褐斑等等。以上所

列病证中，当然并非皆属瘀血证，而是在他们的病程中有些可按瘀血证辨治。

在疑难病证的治疗中，有瘀血表现者，应用活血化瘀法当属无疑。但也有部分久病顽疾，用它法久治不愈，瘀血形征不显者，活血化瘀法也可适当考虑。只不过在应用时，要分清主次，注意兼挟，严格掌握好活血药量的多寡，由小到大慎重行事，坚持用药，密切观察。

常用的活血化瘀药较多，但临床应用时应据其药力强弱峻缓择优选择。一般依其作用强弱可大致分为三类：第一类为性质平和的活血化瘀药，如丹参、山楂、当归、川牛膝、丹皮、赤芍、益母草、泽兰等；第二类为活血祛瘀之力较强，如桃仁、红花、三棱、莪术、乳香、没药等；第三类为药力较峻猛的破血消瘀，如水蛭、虻虫、蜚虫等。笔者从几十年临床实践中体会到，丹参、山楂、川牛膝等药，活血化瘀之力可靠，药力平和，可常服久服不伤正气，可广泛用于各种瘀血之证，用量也可稍大一些；三棱、莪术祛瘀又具止痛之功，前人认为其力峻猛破血，实则不然，其活血止痛之功甚好，尤其对胃脘痛（如慢性胃炎）、胸胁诸痛有较好疗效；水蛭破血消瘀之力较猛，前人多畏其力峻而不敢用，现在临床常研末冲服或水煎服，治疗瘀血阻滞之脑出血和一些血栓性疾患等成效甚好，未见明显副作用。

## 二、祛瘀浊可愈怪疾

众所周知，中医所说的痰，有广义、狭义之分。狭

义的痰，咯吐而出，或黄或白，有形质可见，一般称之为有形之痰。广义的痰，是指机体气机郁滞，气不化液，津液凝聚，或阳气衰微，无力蒸化敷布津液，或由于火热煎熬，瘀血阻滞，湿浊壅塞而生，或因秽浊之气积聚，从而阻滞清窍、脉络。由于其乃病理变化而生，外无形征可察，故其“变幻百端”，得病后无一定规律，症状表现离奇古怪，临床辨证疑惑难定，用药也颇感棘手。元代王履、朱震亨都说过痰之为病，有如无端弄鬼，“病似邪鬼，道去滞痰，病乃可安”。故有“百病兼痰”之说。由于无形之痰，常随气而行，内而脏腑，外则肌肤，无处不到，难以觉察，因而临床许多疑难、奇病、怪病多有责之于痰者。《类证治裁》曰：“痰则随气升降，遍身皆到，在肺则咳，在胃则呕，在心则悸，在头则眩，在背则冷，在胸则痞，在肋则胀，在肠则泻，在经络则肿，在四肢则痹，变化百端，昔人所谓‘怪病多痰’”。

普治疑难杂症的黄振鸣先生对痰证的临床表现概括为12类，对辨治痰证甚有参考价值，故录于后。①神志恍惚或抑郁；②厌油腻厚味，喜素食或热食；③形体日趋肥胖，或肌肉松软如绵，掌厚指短，手足作胀；④头眩而痛，头重如裹；⑤呕恶或呕吐痰涎，或口粘口腻，口干不欲饮水；⑥咽喉中似有物梗塞，吞吐不利，时消时现；⑦神疲乏力，嗜睡困顿；⑧大便粘腻溏泄或大便不畅；⑨低热身困，或自觉身热，但体温并不明显升高；⑩溃瘍、糜烂、渗水，或渗液流粘稠液体，久不

收口，也有局部皮肤增厚或生肿物；④肿块、结节，或结于皮下，或凝于腹内，也可发生在其它脏器之中，皮肤表面无变化或有微冷感，或肤色黯晦；⑤舌体较正常人胖大，舌上时而有津，滑润，脉象滑或濡缓。

许多疑难病证，在诊察辨证时如有上述痰证特点者，可从痰证中寻求应治之法。如哮喘、眩晕、呕吐、胸痹、中风、痹证、积聚、梅核气、痰饮、阴疽、癰疽、痼证、原因不明之发热、瘰癧、痰核、疹癖、乳癖癆及一部分不孕症、皮肤病、疮疡等等，从痰着手，常有效验。

关于治痰之法，《医学准绳大要》说：“痰饮变生诸症，形似种种杂病，不当为诸杂病牵制作名，且以治痰为先，痰饮消，则自愈。”清代医家喻昌说：“治痰之法，曰驱、曰导、曰涤、曰化、曰涌、曰理、曰降火、曰行气。”可谓治痰法之大要。但用之临床，当因具体病人而异，分别选用燥湿化痰、清热化痰、温阳化痰、理气化痰、软坚化痰、搜风化痰、逐瘀化痰等方法。

痰与饮同为病理性产物，又都是致病因素。由于气滞血瘀，可使津凝为痰，痰瘀胶结，深入隧络，终成痼疾，治疗颇为棘手。故有“痰瘀同源”的说法。《丹溪心法》云：“肺胀而咳，或左或右，不得眠，此痰挟瘀血，碍气而病。”《血证论》亦云：“血积既久，亦传化为痰水。”痰瘀同见，可见于多种疑难病证，如胸痹、中风、痹证、积聚、神志异常、痰血、带下、崩漏、顽固性疼痛等等。因此痰瘀同治是治疗疑难病证的一个重

要方法。如对于关节肿大疼痛、屈伸不利的痹证，在治疗时除按其属性选方用药外，并要选用川芎、桃仁、红花、当归、路路通、山甲等活血通络之品，又要选用白芥子、南星、全虫、僵蚕等化痰剔邪之品。三者结合疗效才好。

### 三、顽病痼疾施虫药

应用虫类药治疗疑难痼疾，已成为古今医家较多运用的一种方法。疑难病中凡久治无效，百方无功，医者乏术之时，利用虫类药之药性猛烈入络搜邪的特点，起沉痾痼疾，往往可以得到较好的疗效。

所谓虫类药，常用者如全蝎、蜈蚣、僵蚕、地龙、水蛭、虻虫、蝉蜕、白花蛇、乌梢蛇、蟾酥、斑蝥、蜚虫、蛻螂、穿山甲、蛴螬、蝼蛄、露蜂房、蟋蟀等。

此类药的共同特点是，大多性燥而有毒，药性猛烈。对一些疑难痼疾，正是利用其这一点来达到通络剔邪，化瘀止痛之目的而取效的。

据统计，用虫类药治疗顽痹、坐骨神经痛、血管神经性头痛、中风偏瘫、颜面神经麻痹、脑外伤后遗症、癫痫、血栓闭塞性脉管炎、慢性骨髓炎、肿瘤、慢性活动性肝炎、百日咳、荨麻疹、肾小球疾病、高脂血症、心绞痛、高热惊厥等疾病，均取得理想疗效。

笔者对用水蛭粉治疗缺血性中风，用全蝎、蜈蚣等治疗疑难杂证也有体会。近代善用虫类药治疗疑难病证的南通朱良春先生，在应用虫类药方面积累了丰富的丰富经验。经他苦心研制的以全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、地鳖虫等



虫类药为主的“益肾蠲痹丸”，治疗类风湿性关节炎和脊柱骨质增生获得了满意的疗效。除此之外，他还擅长运用虫类药治疗内科一些顽证，如血管神经性头痛、慢性肝炎、阳痿，都有独特的疗效。

应用虫类药治疗疑难病证，虽然每多获良效但也不能盲目地乱用。而应根据病人的病情、证候、体形等情况，在辨证后酌情使用。由于虫类药多性燥而力猛，去邪虽有力，而伤正亦不容忽视，故必需时应适当配合扶正养阴之品，如补气之党参、黄芪、白术，养阴补血之当归、生地、麦冬之类，以纠其偏性和烈性。虫类药多有一定毒性，有些毒力甚强，故应用时多要依法炮制，且用法上一般去头足，不宜用煎剂，多研末冲服或装入胶囊吞服，用量上应严格掌握，一般先从小量开始，逐渐加大剂量，不要图速图快而猛浪从事。只要辨证正确，选药精当，用量准确，虫类药往往是治疗疑难病证的一个有力武器。

#### 四、疑难久病须扶正

疑难病证大多病程较长，缠绵难愈。有的病本身发病即由于正气不足，抵抗力差，邪气乘虚而入，即所谓“邪之所凑，其气必虚”。邪入以后，由于自身不能抗邪外出，邪气留恋，正虚邪恋，致成慢性病况，有的则因为病程长，正气日耗；加之调养失当，治疗失误等原因，日渐形成正虚邪盛，正邪胶着的复杂局面。在各种疑难病证中，适量适时地运用扶正之法，是非常重要的着一着。

虚证是人体正气虚弱的总称。其形成有先天不足和后天失养等原因。虚证的常见类型有气虚、血虚、气血两虚、阴虚阳虚、阴阳两虚以及津、液、精、各脏腑虚损等。在众多的疑难病证中，或多或少或主或次地存在着虚证表现和虚证病理、病机。常见的如胸痹、不寐、中风、眩晕、消渴、虚劳、阳痿、腹胀等病证，大多以虚证为主或虚实夹杂。在各种类型的虚证中，以气血阴阳虚损最为多见。其临床表现虽各不相同，然其常见症状有面色淡白或萎黄，精神萎靡，身疲乏力，少气懒言，心悸气短，形寒肢冷，大便滑脱，小便失禁，舌淡胖嫩，脉虚弱或沉迟无力等等。若与瘀血、痰湿、寒凝、湿热相兼，则除虚证表现外，又可兼见其他证候。如中风病，除见偏瘫、麻木、语言蹇涩、功能障碍、舌歪神迷，脉涩等症状外，常见患者纳差、肢体萎软、倦怠乏力、少气懒言、舌淡脉弱等证。表现为气虚血瘀的症状。当此之时，用王清任之补阳还五汤并随证加减且重用黄芪，以补气活血，常可取得较好的疗效。再如肝硬化合并腹水患者，常见神疲气短、形体消瘦、腹大如臌、腹壁脉络暴露、小便涩少等症，中医辨证多为正虚为主，虚实夹杂，气虚兼有血瘀、气滞等症。用强力利尿，虽可暂缓一时之急，收一时之效，但有时容易臌胀如故。中医治此等证候，扶正祛邪是最基本治法。如属气虚证候者，常用人参、黄芪、白术补气，佐以活血软坚、利水、消瘀之品，攻补兼施，疗效比较理想。

扶正之法在众多疑难病证之中应用十分广泛，人皆

尽知。然用补的时机、用补的多少、补药的选择、剂量的大小、攻补的结合、攻补的比例，及其峻补、平补、温补、清补、补消结合、阴阳双补、气血双补等等方面，均与疗效密切相关。全在临床根据实际病情，灵活决定补法的实施。如果补法用得适时、准确，攻补之间关系处理得好，那么不少疑难病证是可以转危为安的。

### 五、益中焦疑难可解

脾胃位处中焦，职司运化，为后天之本，气血生化之源，古今医家对中焦脾胃在生老病死中的重要作用认识尤为深刻。《素问》云：“安谷则昌，绝谷则亡。”李东垣《脾胃论》说：“胃虚则五脏六腑、十二经、十五络、四肢皆不得营运之气而百病生焉。”临床上许多疑难病证都与脾胃有密切关系。或因疑难病证迁延不愈日久累及脾胃，或由脾胃薄弱，日久气血化源不足，正气日衰，难病更难，或由误诊误治（如过燥伤阴，过苦败胃，过腻碍运，使脾胃一伤再伤）；或因病中食积痰饮停积中焦，升降失常，气机阻滞，呕吐泄利致脾胃受伤。不论何种原因，由脾胃先病累及他脏，或他脏病而后再伤脾胃者，均不应忽视脾胃在疑难病证防治中的重要作用。因为不论何病，凡内治者均要通过脾胃受纳吸收运化，药物才能发挥疗效。如脾胃虚弱或失健，任何灵丹妙药不能吸收转输脏腑经络，也无法发挥理想疗效。

疑难病证中其病位在中焦脾胃及其所联属经络者，表现出与脾胃相关的证候者调理脾胃自不待言。若他脏

有病日久不愈，病属疑难者，亦当兼顾脾胃；有的疑难病久治无功，属脾胃虚弱无力运药者，健运脾胃又为治疗疑难病证的良法。

临证中人们对恢复脾胃功能常局限于益气健脾、升阳行气、消积化滞几法，实则凡一切影响中焦脾胃功能的种种因素，或脾胃功能本虚者，均属调理脾胃范畴。诸如益气、温中、清热、消积、健脾、行气、升陷、降逆、燥湿、祛痰、芳化、养阴、生津、泻下、固涩等法，均直接或间接地有助于恢复中焦功能，对消除一些疑难病证有益，应注意合理、恰当地选用。

饮食调理一法在疑难病证治法中应引起足够的重视。人们常说的慢性疾病应“三分治，七分养”是很有道理的。人体由疾病状态转化到正常状态有一个过程，在这个过程中，凡正虚邪微者不需要大剂克伐攻邪，而应主要应用饮食调理，促其自己恢复，正如俗语说的“药补不如食补”。如在糖尿病病情稳定期间，亦需要饮食调理一法。忌食糖，控制饮食，而宜选用如苦荞面、南瓜、山药、鸡内金、银耳、木耳、魔芋、玉米须等食品或中草药长期食用，则症状即可控制，其他肝病、胃病、肾病等疾患中莫不如此。

## 六、通二便可释疑难

大便是人体排除体内糟粕和毒素等代谢产物的重要途径。通大便可以排除肠内积滞，荡涤实热，攻逐水饮寒积瘀血等。正如方今所说的“要得长生，肠中常清”。由于肺与大肠相表里，对某些肺部病变可通过利大便而

获效。通下药大黄还有很好的控制胃肠出血的作用。因此，下法在疑难病症中是一个常用方法。

金元时代张从正对下法颇有研究，他认为下法可以使壅碍既夺，重积得减，则气血流通，而自身体健，胜于服补药。于是他不但主张用攻下疗法治脾胃方面的疾病，而且认为伤寒大汗之后，重复劳热，热气不尽者，可下；杂病腹中满痛者，此为内实，可下；口黄九疸食劳，可下；落马坠井，跌仆损伤，肿发焮痛日夜号泣不止者，可下；杖疮发作，肿痛焮及上下，语言错乱，时时呕吐者，可下。温病大家吴又可提出：“大凡客邪，贵乎早逐，乘人气血未乱，肌肉未消，津液未耗，病人不致危殆，投剂不致掣肘，愈后亦易平复，欲为万全之策者。不过知邪之所在，早拔病根为要。”虽然针对温疫病而言，但对于各种疑难杂证均有启发。

现已研究证实，下法可刺激胃肠道蠕动，排除胃肠积滞以及肠内异常代谢产物、细菌和毒素；可以改善胃肠道血液循环，降低毛细血管通透性，也有一定的减轻肺郁血、脑充血等作用，运用得当，对某些疑难病证有较好的疗效。

泻下药中常用的大黄、芒硝、番泻叶等其用途已广为熟知。其他润肠药如当归、肉苁蓉、麻子仁、桃仁、杏仁、柏子仁、郁李仁、蜂蜜等，用量较大时，也可起到缓泻作用。笔者临床体会大黄是一味通便泻下良药，在疑难病证中有着广泛的用途，对于慢性肾炎尿毒症、上消化道出血、高血压病、中风，先兆证、出血性中

风、癲癇狂证、黄疸、痢疾、胆石症、食积、顽固性呕吐、习惯性便秘等症，只要辨证准确，剂量使用得当，炮制如法，均可大胆使用。

决明子一般常用于眼科的风热目赤，羞明多泪等症，但现在已知其有消炎和泻下、降血压、降血脂等作用。故在一些心脑血管疾病如高血脂症、动脉硬化、高血压及中风先兆症中，如病人有便秘、头昏、目赤等热症表现时，用较大量（20～30g）以取润肠缓下之功，可较好地改善患者的症状。

小便是排出体内病邪的又一重要通道。除了膀胱、肾本身的一些疾病，如肾炎、肾盂肾炎、膀胱炎等常用利小便方法外，其他一些疑难杂病的治疗时也常用此法。如泄泻（利小便以实大便）、癃闭、失眠（导热下行）、高血压（降低血容量）、痰饮、水肿、心脏病、口腔溃疡等病治疗时，通利小便之法均为常用，不失为某些疑难病证的重要治法。

## 七、治疑难莫忘解毒

中医理论认为“毒邪”致病者不在少数，内伤杂病中不少，外感温病中尤多。很多病都兼有“毒邪”或以“毒”为主要致病因素。从毒邪的来路讲，有外毒、内毒之分。外毒即外受毒气或毒邪，内毒系机体在有害因子作用下所化生的对人体的有害物质，如“血毒”、“溺毒”、“瘀毒”、“痰毒”、“火毒”、“热毒”、“便毒”等等。很多毒邪所致疾病即属疑难病证，如“阴阳毒”、“疫痢毒”、“水毒”、“瘰癧”等，也可见于血小板减少

及过敏性紫斑、痢疾、尿毒症、乙脑、流脑等疾病。

由于毒可致热，又可伤阴耗气，动血腐肉，损伤脏腑，故对某些因毒所致疑难病证中，正确应用或兼用解毒疗法的确可提高疗效，解决疑难。

解毒方法甚多，举凡宣透外毒、通下解毒、疏利解毒、清热解毒、化浊解毒、化痰解毒、扶正解毒、活血解毒等等，均可酌情应用。

有人认为解毒法主要针对温热病而言，此说固然不错，但在内伤杂病中，亦有不少毒邪所致之疾病，所谓“物之能害人者皆曰毒”，“万病成毒”，即说明了毒邪致病的广泛性。近来有人治疗中风病、萎缩性胃炎，应用化痰解毒法，取得理想疗效，引起国内外关注；对慢性肾炎、肾病综合征，也有用攻下解毒取效良好的报道。

#### 八、补肾活血疑难寻

疑难病证大多患病日久，或素体先天不足，或久病后天失养，或年老肾气先衰，初病在经在腑，久病及脾累肾，故疑难病证久治无效者，不防从肾立论辨证施治，多可收理想疗效。张景岳对此早有明论。他说：“凡水火之功，缺一不可。五液充，则形体赖而强壮；五气治，则营卫赖以和调。此命门之水火，即十二脏之化源。故心赖之，则君主以明；肺赖之，则治节以行；脾胃赖之，济仓廩之富；肝胆赖之，资谋虑之本；膀胱赖之，则三焦气化；大小肠赖之，则传导自分……水亏其源，阴虚之病迭出；火衰其本，则阳虚之证丛生。故五脏为人身之本，肾为五脏之本，命门为肾之本，阴精为

命门之本。”我们在临床也体会到，“五脏之伤，穷必及肾”，“难病无着，肾中求之”，在疑难病证治中或早佐补肾之品，先安未受邪之地，或补肾为主，缓图治本，兼顾它邪，每每振废起颓，喜收殊功。

补肾方药浩如烟海，峻补缓补，力强力弱，偏温偏凉，补泻相兼，自当临证权衡病情而仔细斟酌。但我们以为，除危急重证需大剂峻补外，疑难病证中以慢性病居多，选药多侧重于性平力缓、不过于温凉之中庸之品，如山萸肉、枸杞子、菟丝子、杜仲、寄生、牛膝、覆盆子、沙苑子等；组方多重用阴阳水火互济之剂，如杞菊地黄丸、金匮肾气丸、济生肾气丸等，以图守方徐图，日久见功。

肾虚为疑难病常见病机，而血瘀也常伴肾虚而生。我们长期观察发现，肾虚血瘀是众多疑难病证的病机关键所在。肾虚脾弱，阳衰阴凝，气虚血滞，湿阻痰生，均可导致肾虚血瘀之证。行气健脾、化痰利湿诸法自不可缺，但尤应抓住根本，补肾活血，常于六味地黄丸、肾气丸诸方中加入丹参、川牛膝、川芎、赤芍、生山楂、益母草、桃仁、红花、三七等平和活血或略加较峻猛的虫类破血药暂用或久用可见其效。化瘀药2~5味，暂用或久或略加较峻猛的虫类破血药。



## 肺痿病的研究与辨识

晁恩祥

晁恩祥（1935～），中日友好医院主任医师

中医病名，历来有其独特内容，古之病名仍今日研究的课题。酤言肺痿病名，至今仍是难一言而定其内涵外延及与西医之病的相关性亦是研究探讨的问题。近年来我们在中医肺痿病证治研究中，尤其是我的两名研究生张纾难、李兰群二位主治医师在读研究生期间对肺痿病进行了探讨，现将部分内容提出，当否还望同道批评指正。

肺痿乃是中医学中独有一个病名，自汉代张仲景创此病名以来，后世医家沿用至今。围绕肺痿的病因病机及症状证候特征等，历代医家多有阐述。然而有关研究几经兴衰，迄今仍呈停滞不前状态，之所以造成这种局面，既非该病证的发生较前减少，亦非有关认识悖离于实际。而是由于缺乏在临床实践的基础上对其原旨进行系统和本质的深入探讨。近几年来，我们根据临床观察并通过复习历代有关论述肺痿的文献，认为有必要对某些混淆的问题予以论述，探隐索微，阐扬精义，致令心明其理，以发展学术，服务于临床。

## 历代医家论肺痿

### 一、基本沿革

众所周知，肺痿是由张仲景在《金匱要略》中首提并立专篇论述，从而确立了该病的定义、病因、症候及治法。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》篇云：“热在上焦者，因咳为肺痿”。“肺痿唾涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷。”认为肺痿是以多唾涎沫为主症的疾病，其病位在肺，其证候分为虚热、虚寒两种。后世认识虽几经周折，但基本尊崇仲景之说。仅是从治法、证候分类等方面的补充和深化，而缺乏从病名定义上进行根本的探讨。如孙思邈在治疗上丰富了《金匱》的内容，提出以“生姜甘草汤治肺痿咳唾”，“桂枝去芍药加皂荚汤治肺痿唾涎沫。”但唐代以后相关研究出现萎缩，多将其并入咳嗽门，尤以虚咳、劳嗽论之者为多。这在一定程度上阻碍了学术研究进展，甚或引入令人费解之途。迨至清代，随着中医整体研究水平的提高，复以独立病证论之，使对其认识有所深入。如喻嘉言所归纳的“生胃津，润肺燥”等七大治疗要点，至今仍对临床具有指导价值。

建国以来，有关肺痿的现代研究资料甚少。其内涵外延不够确切恐为其重要原因。迄今为止，多数学者仍拘仲景之言，据症状一二（如“唾涎沫”）将其与现代某些疾病相联系。如《实用中医内科学》认为：“近年

有关肺痿的研究，分别见于慢性支气管炎、支气管扩张、矽肺和肺癆咯血等报道中。”亦有人依某些病理特征，将肺不张、气胸归于肺痿。总之，在遵从前贤所论基础上，结合现代医学发展，重新认识规范并界定该病定义和范畴，俾既不悖于病名原旨而有牵强之嫌，又不混淆于传统中医已成熟的认识（如咳嗽、肺胀、喘证等）而失之空泛，已显得十分必要。值得提出的是，晚近出版的《临床中医内科学》就此有其新义。该书认为，“凡各种原因所致的慢性咳嗽、咯痰、喘息、上气等病症，如支气管扩张、肺纤维化、肺不张、肺结核等”均属肺痿辨治范畴。并将咳吐浊唾涎沫、气短、反复发作列为本病的“中心证候特征”。所论虽仍欠精确，但较前已有发展。具体在于，明确将肺纤维化归诸肺痿和重新强调喘息是肺痿的主症之一。但其所指范围过广仍未脱出历史的误区。

## 二、文献统计与分析

为阐明原旨，更为深入、系统地研究此病，我们采用描述性流行病学研究的方法，查阅了自汉代以降有关论述肺痿的文献，统计有代表性的28位医家的62条论述，结果如下：

表1 症状及论及条次

症状	咳嗽	咯涎沫	喘息	咯血	寒热	烦渴	咽不利	汗出	消瘦食少
条次	25	25	23	11	9	8	8	4	4

论及症状处48条，出现各种症状130余条次，涉及症状10余种，常见9项如上表所列，其中最为集中者为

咳嗽 (52.08%)、唾涎沫 (52.08%)、喘息 (47.92%) 三项, 其余均在 22% 以下。

表 2 病因与论及条次

病因	(热) 伤阴	气虚	虚寒	湿
条次	18	10	7	2

论及病因处 21 条, 病因多以虚立论, 依次为阴虚 (85.71%)、气虚 (47.62%)、虚寒 (33.33%)。

表 3 治法及论及条次

治法	养阴	益气	清热 (火)	化痰	活血	降气	温肺
条次	17	9	9	6	5	3	2

论及治法处 19 条, 如上表所列, 依次为养阴 (89.47%)、益气 (47.37%)、清热 (47.37%)、化痰 (31.59%)、活血 (26.32%)、降气 (51.79%)、温肺等。

表 4 常用药物出现次数

药物	甘草	生姜	麦冬	人参	桑皮	紫苑	桔梗	生地	贝母	柴胡	茯苓
出现数	16	11	9	7	7	7	9	5	5	4	4

所见 22 首处方中 (甘草干姜汤、麦门冬汤, 皂荚丸, 生姜甘草汤, 桂枝去芍药加皂角汤, 炙甘草汤, 芦根饮子, 甘草汤, 玉华煎, 白胶汤, 秦艽扶羸汤, 十味汁煎, 麻黄散, 柴胡散, 款冬花散, 牡蛎散, 黄芪散, 五味子散, 麦门冬散, 马兜铃散, 贝母丸, 天门冬丸), 涉及药物 61 味, 也现频率较高者为上列 11 味。

所有药物中较为集中的是, (按统编教材分类法) 养阴类 5 味 (麦冬, 天冬, 沙参, 玉竹, 鳖甲), 出现味次为 16 (26.23%); 清热类 7 味 (知母, 芦根, 竹

叶，生地，赤芍，地骨皮，射干，桑皮，柴胡，葛根），出现味次为25（40.98%）；益气类8味（甘草，人参，党参，黄芪，白术，山药，茯苓，大枣），出现味次这32（52.46%）；其余分别散属于化痰、活血、行气、温里、润下等。

言及预后者6处，均示宜早期治疗，预后不佳。

凡言及脉象处，均为“虚数”。

## 病名研究

### 一、“痿（萎）”字训诂

痿：《广雅释詁》“病也”；《字林》“无力也”；《说文》“痿弱无力以运动”；《汉书·哀帝纪赞》“集注引如淳，音萎枯之萎。”《新编汉语词典》“指身体某一部分萎缩或失去机能的病。”

萎：《经籍纂诂》“草木菸也”，又“柔软也”；《声类》“犹悴也”；《新编汉语词典》“干枯，衰落”。

痿、萎古通假。但痿从“疒”，萎从“艹”。从构字而言，前者指萎废不用的病态，后者则指（植物）形态上的干缩与衰落（读作平声时用指精神方面的萎靡不振）。自张仲景创“肺痿”病名，后世医家一直沿用“痿”字，盖取其含软弱无力的病态之意，且始终假借“萎”字的涵义，有时甚至竟以代之，以形象说明该病因津涸而干枯皱缩的病理特点。如尤在泾所言：“痿者萎也，如草木之枯萎不荣，为津烁而肺焦也。”

### 二、病名探源

仲景的学术思想渊于内经。关于肺痿的认识与论述亦盖莫能外。《素问·至真要大论》云：“诸气膹郁，皆属于肺。”“诸痿喘呕，皆属于上。”刘完素就此发挥道：“诸气膹郁病痿，皆属肺金。”《素问·痿论》曰：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿痹也。”张介宾的注释是：“肺痿者，皮毛痿也。盖热乘肺金，在内则为叶焦，在外则皮毛虚弱而为急薄。”由此可见，仲景是在内经相关述的基础上，结合实践经验将“痿”字引入于肺，以此概括由肺热叶焦引起一类疾病。所以，关于肺痿的认识是渊源于内经，奠基于仲景，丰富发展于后人。

### 三、病名定义

自仲景创肺痿病名以来，历代医家均沿袭此说，认为肺痿是以咳唾沫为主症的慢性损性疾病，医圣能循经而不守经，首创肺痿一说。令人遗憾的是后人多囿于斯言而不越雷池，鲜有发挥。《素问·示从容论》云：“夫圣人治病人，循法收度，援物比类，化之冥冥，循上及下，何必守经？”通过复习文献结合临床观察，我们认为应从以下几个方面得新认识、定名肺痿：

#### 1. 喘是主症之一

传统中医所谓肺痿是以咳唾涎沫为主症。但从上述文献总结看出，喘与咳唾涎沫几乎相同而并列主症的前三位（见表1）。何谓在定义肺痿时均仅突出“咳唾涎沫”之证而忽略了喘息？实际上历代医家论述肺痿之见喘者不在少数（有竟言“喘”者，亦有用“奔迫”，“上气”，“喘粗”，“气沮”，“气逆”，“息气上”等语者，正

如清周学海《读医随笔》所言：“喘之为病也，其类有四：曰气急，曰气逆，曰气短，曰气脱。”故此类症状均归诸喘息一症。），《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》作为代表篇章一直规范着后人的认识。这一局面的形成非为先师之失，而似是后人浅尝辄止，言其一而未顾其二、三之故。事实上，仲景所论肺痿本有喘息之候，只是在此专篇中未述及。《金匱要略·藏府经络先后病脉证治第一》云：“息张口短气者，肺痿唾沫。”因此，根据历代医家所论和临床观察，肺痿之主症应为咳、喘、唾涎三者可并现，可或缺。即肺痿之症不仅在于“咳唾涎沫”症状之有无，而更在于“肺热叶焦”病理之存在。

## 2. 强调预后不佳

教课书在定义肺痿时已认识到本病属慢性病，但对其难治性强调不够。是故造成在临床论治与现代疾病相联系时有些牵强。致将某些预后尚属良好的疾病（如气胸，肺不张等）归诸肺痿论治的范畴。歧义的产生必将影响研究的深入。历代中医认为，“肺痿无论寒热，皆属虚损之证”（孙思邈）。所以多主张早期治疗。如“初起可治”（周学海），“盖示人图治于早”（吴谦）。从文献总结可以看出，历代学者均认识到本病的预后不良。如明代朱棣说道“药不奏效，而证候日深。”清喻嘉言指出“图速效，反速毙。”柳宝诒认为“此属肺痿沉痾。”丹波元简也指出“若此将成，多不救矣。”《类证治裁》刚明确指出此属“难治之证。”就我们临床所见，

据此认为肺痿主要与现代医学肺纤维化相关。

### 3. 病机转化由气及血，由肺及肾

肺热叶焦是肺痿的基本病机。因于其为慢性经过，病久必然产生由气及血，由肺及肾的转化。以致出现虚中挟实之象。由上述文献复习可见（见表2），病性均为虚，但所论治法除补虚外还有清热、化痰、活血、降气等（见表3）。所用方药亦多有肺肾双补之功（见表4），说明后人已认识到本病的病机转化之由，大大丰富了仲景麦门冬汤和甘草干姜汤的治法和认识，最有价值的是喻嘉言所提出的七大治疗要点：“缓而图之，生胃津，润肺燥，下逆气，开积痰，止浊唾，补真气，散火热。”其中“补真气”一点可谓真知灼见，紧扣由肺及肾的病机转化之枢，概括了其症状由咳唾涎沫到气短、气喘、动喘乃至喘促的演变过程，也兼及其热毒之象的各种兼见症状。同时还认识到其由气及血的必然，如柳宝诒指出：“不去其瘀，病终不愈。”周学海也认为治疗“宜清热宣郁，养液行瘀。”

通过复习、分析和考证历代医家的有关论述，我们认为肺痿病名的研究应在尊从前贤所论原旨的基础上，结合现代医学认识，突出强调其喘息症状及预后不良的特点。即定义为：由各种原因所致的以肺脏萎缩为基本病理特征，以咳喘唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治病，预后不佳。与现代医学各种原因所致的肺纤维化相关。有关其证候分类的内容和病机转化规律有待进一步深入探讨。



## 肺纤维化属肺痿论

广义范畴的肺纤维化应是指间质性肺病 (Interstitial Lung Disease, ILD), 是以肺泡壁为主要病变的一组疾病群。其中多数 (约 65%) 原因未明, 为公认的临床难治病。尤以最具代表性的特发性肺纤维化 (IPF) 病变程度为重, 诊治最为棘手。因其发病率和发现率日渐增高迄今缺乏有效治法, 挖掘中医药的优势论治本病受到国内外中西医界的重视, 我们在临床实践中认识到该病与传统中医所论肺痿颇多相似, 以肺痿论治获得良好疗效。现从以下诸方面进行阐述。

### 一、病因学比较

经典的 ILD 分为原因已明和原因未明两类。其原因已明者包括反复感染、药物、吸入粉尘和气体、放射线等。其中环境污染和放射线等显然为现代因素。由药物所致者亦具体机制不明。如博莱霉素、环磷酰胺等药。值得注意的是, 近年有关使用利尿药而引起肺纤维化的报道时有出现。如法国 Kheir - A 等。报告了一例用利尿药环噻嗪 (Cyclothiazide) 控制肺硬化, 5 年后死于肺纤维化的病例。而中医在论述肺痿病因时, 一致强调的就是因“小便利数”, “快药下利”, “汗出”等所致的“重亡津液”。此两者之间是偶然巧合还是有其内在联系, 值得进一步探讨。但有一点是可以肯定的。即中医早已认识到肺痿的发生与它病之后误治、失治的用药有关。另有国内学者报道, 应用易致肺纤维化的抗心律失

常药物时，引发患者大量流涎（服用异搏停 760mg，同时 72 小时流出唾液 638ml），并云“引起大量流涎原因尚不清楚”。而中医病因学认识则释之明了，当属肺痿无疑。

对于原因未明者，现代医学认为与免疫有关。在医学发展到现代水平仍不能有明确认识的情况下更不能苛求古人。但中医所强调的“大发汗后”，“上虚不能制下”，“肺中冷”等病因，以现代医学研究仍不失为灼见。辛温解表药多呈免疫抑止作用和“虚证”为免疫功能低下表现等的研究结论即能证实此说。

## 二、临床症状的比较

ILD（以 IPE 为代表）的典型四大主症是进行性呼吸迫促、咳嗽、杵状指及肺部 Velcros 罗音。而传统中医所谓肺痿是以咳唾涎沫为主症。从表面看，二者相差甚远。但站在俯瞰两个医学体系之异同，以临床为结合点和最终目的的高度深入研究比较，就会发现两者之间相联系的必然性。重视体征是以实验医学为基础的西医学的特点。其所列四大主症中，两项是体征，另两项证状亦是依理改变为依据所提出之典型者。就临床所见而言，更多的患者是因亚急性发病而就诊，即并发感染而出现顽固咳嗽咯痰甚至咳血等。中医学一向是重视症状观察的，但何谓在定义肺痿时均仅突出“咳唾涎沫”之症而忽略了喘息？根据复习历代有关文献所得的结论可以看出，论述肺痿之见喘者不在少数（有竟言“喘”者，亦有用“奔迫”，“上气”，“喘粗”，“气沮”，“气

逆”，“息气上”等语者），喘与咳嗽，唾沫几乎相等而其同构成了肺痿的主症，此三者明显多于其他见症。

之所以在描述肺痿时对喘息强调不够，恐为受传统文化“为尊者讳”的影响。医圣仲景首提肺痿之证并立专篇论述，《金匮要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》作为代表篇章一直规范着后人的认识。该篇论述仅言“咳唾涎沫”，其他症状语焉未详。是故后世医家中在临床实践中观察到喘息亦为主症之一，并在论述时均予记载，但在定义该病时却始终囿于该篇之论，造成今日言肺痿必称且仅称唾涎沫的状况。而事实上仲景所论肺痿本有喘息之候，只是在此专篇中未述及。《金匮要略·藏府经络先后病脉证治第一》云：“息张口短气者，肺痿唾沫”。因此，根据历代医家所论和临床观察，肺痿之主症应为咳、喘、唾涎，三者可悉俱，可或缺。因人、因证而异。

### 三、病理变化和病变形态的比较

中医认为肺痿的病机关键在于“肺热叶焦”。何谓“肺热叶焦”？限于时代和学术研究方法的不同，传统中医不可能清楚地认识到肺脏的病理变化形态。通过复习文献与训诂研究可以看出，选择“痿（萎）”字定义病名使对该证的病理认识已具雏形。随着认识水平的不断提高，后世医家对此又逐渐有了更深入的补充。如公认对中医研究造诣颇深的日本汉方医学名家丹波元简父子就曾详细描述了肺痿的病理变化：“盖肺处藏之高，叶间布有细窍，此窍名泉眼。凡五藏之蒸海，祇是气从泉

眼呼出之，便成液。息息不穷，以灌溉周身者，皆从此出。此即人身之星宿海也。一受火炎，呼处成吸，有血即从此眼渗入，碍去窍道，便令人咳。咳则见血，愈咳愈甚，愈渗愈嗽。久则泉眼俱闭。六叶遂枯遂焦，此肺痿之由也。”这里“泉眼俱闭”，“六叶枯焦”等语虽非现代医学术语，但与肺间质病变及肺脏萎缩的典型变化如出一辙，较之“肺热叶焦”亦具体得多。肺纤维化发展到后期肺脏萎缩变小，典型的X线表现为肺脏呈蜂窝样改变，由于肺脏萎缩而致横膈抬高。清代唐容川就肺痿的重症论述道，“肺叶枯燥，不能覆下则翹举而气亦上逆”，“肺叶痿而不下垂，乃肺痿之重证也。”与现代认识如此一致实非偶然。

#### 四、病性的比较

肺间质纤维化（除极少见的IPF之急性型外）常呈慢性经过或多年缓解，发病率男女无差异，可发生于任何年龄。中医认识肺痿为“积年累岁”之疾，并认为“肺气嗽者，不限老少。……此嗽不早疗，遂成肺痿。”（王焘）

在早期肺泡炎阶段治疗是可逆的，因而公认早期治疗效果较好。纤维化一旦形成（临床Ⅱ期以后）则成不可逆转之势。目前越来越多的学者接受了其预后与癌症类似的观点。历代中医认为，“肺痿无论寒热，皆属虚损之证”（孙思邈）。所以多主张早期治疗。如“初起可治”（周学海），“盖示人图治于早”（吴谦）。历代学者均认识到本病的预后不良。如明代朱橚说道“药不奏

效，而证候日深。”消喻嘉言指出“图速效，反速毙。”柳宝诒认为“此属肺痿沉痾。”丹波元简也指出“若此将成，多不救矣。”《类证治裁》则明确指出此属“难治之证。”据此特点亦可将某些预后良好的疾病（如慢性支气管炎，支气管扩张，气胸，肺不张等）排除于肺痿论治的范畴。

有关肺纤维化与肺痿关系的研究尚无报道。我们通过复习、分析和考证历代医家的有关论述，结合临床实践，认为应在传统中医论述肺痿的基础上，强调其“肺热叶焦”的病理特性，即须有肺脏萎缩为基本病理特征，以咳、喘、唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治病，即强调其预后极差的特性。进而与现代医学各种原因所致的肺纤维化（ILD）相联系。在临床实践中依历代医家对肺痿的认识，针对ILD的发病特点，总结出以辨证与辨病相结合为原则，以益气润肺，化痰解毒为主的治法，初步获得满意的临床疗效。

今后应在此基础上进一步扩大临床观察样本，以深入探讨其证候分类和病机演变规律，并从基础实验的角度进行旨在发现其内在联系客观指标的研究，以丰富中医肺痿学说，探索符合中西医理论的ILD有效治疗方法。

肺痿乃属古病名，经过我们通过文献研究以及对临床表现的分析，看来还是有内涵新意的，不仅可以确立肺痿病名而且在探讨其病理，病机表现中认为与西医之肺纤维化病有相近的内容，因而大胆地提出了肺痿与肺

纤维化的关系。

我们认为肺痿是一个独立的病，它不应当再与咳嗽、咳喘、肺胀、肺癆等等相联系；不能与肺结核，肺癌，支气管扩张，喘息型大气管炎相近，应当赋予其独立的涵义，内涵和外延。

我们的研究也仅仅是初步的，尚须在今后的临床和研究中进一步验证，也需要通过专题研究，进行前瞻性的流行病学的调查与分析，积累相关资料，更需要在临床防治方面积累经验。

## 哮喘病的证治体会

晁恩祥

### 一、关于哮喘病的病名与历史演变

1. 病名：哮喘病系属一种发作性痰鸣气喘为主发病时哮喘有声呼吸气促困难的疾病。

本病中医称之为哮喘证，或言哮喘。但追其古籍具体又有以病因为名，以症状为名及以病性为名者。

(1) 以病因为名者，如冷哮（寒哮）、热哮、风哮、痰哮、鱼腥哮、酒哮、糖哮等。

(2) 以症状特征为名者，如呷嗽、吼哮、齁齁、齁喘等。

(3) 以病性为名者有虚哮、实哮之别。

### 2. 哮喘的沿革：

(1) 《内经》中本无哮喘之名，但《素问》中有“……起则熏肺，使人喘鸣。”的记载。

(2) 《金匮要略》提到：“咳而上气，喉中如水鸡声，射干麻黄汤方之”

(3) 隋·《诸病源候论》中说：“呷嗽者……，其胸膈痰饮多者，嗽则气动于痰，上搏咽喉之间，痰气相搏，随嗽动息，呷呷有声。”又说“肺病令人上气，亦胸膈痰满，气行壅滞，喘息不调，致咽喉有声。”

(4) 唐·《圣济总录》、《普济方》也有“上呷嗽”、

“其呀呷有声及水鸡声”的记载。

(5) 元·朱丹溪首创哮喘病名，且将哮喘与痰喘、咳喘及喘促加以区别，哮喘之名为后世所采用。

(6) 明·《赤水玄珠》言及：“起自幼年食咸太过，伤脾肺所致。”叶桂也有“痰哮喘”、“咸哮喘”、“醋哮喘”、“过食生冷及稚天哮喘”之说。张景岳则言有“夙根”。

可看出历代医家早有对哮喘病的观察与记载，最早始于秦汉，后历经汉、唐、元、明各代，至今多以哮喘为名。但1995年发布的中医诊断行业标准中称之为哮喘病。

## 二、关于哮喘病的诊断范围与鉴别

### 1. 诊断

(1) 发作时喉中哮鸣有声，呼吸困难，呈反得发作性，常因气候突变、饮食、情志、劳累等因素诱发，发病前多有鼻痒，喷嚏，胸闷咳嗽等先兆。

(2) 常有过敏史或家族史，时发时止病史。

(3) 可闻及散在或弥漫性哮鸣音。

(4) 血相可见嗜酸细胞增高。

(5) 胸部X线检查一般无特殊改变，久病可致肺气肿。

(6) 肺功能可查气道激发试验、舒张试验、最大呼气流量等。

### 2. 范围

哮喘病所讨论的是一种发作性气喘病，发作时伴有喉鸣咽响，相当于西医的支气管哮喘（包括过敏性哮



喘)。历代有将慢性喘息性支气管炎包括在内者，也包括一些与哮喘具有相似症状表现的肺系疾病。

### 3. 哮喘与喘的区别与联系

(1) 哮喘与喘的区别：哮喘系指哮证、哮喘，哮指声响言，为喉中哮鸣有声，是一种与委切有关或因诱因而发的发作性疾病；而喘则指以气息言，属呼吸困难，甚则张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，是多种疾病的一个症状，其中也括咳喘为主的阻塞性肺气肿、喘息性支气管炎等。

(2) 哮与喘二者又相关联：临床一般哮必兼喘，哮反复持续发作，又常因合并感染而见咳喘、咯痰，二者表面虽有相间但实质有别，病机病理名异，而久发哮喘迁延不愈，可以发为咳喘。

## 三、关于哮喘的分期、分型与分度

### 1. 分期的认识

根据哮喘的发作性特点，且发无定时，以夜间多发、病有轻、中、重的不同；发作时也有时间长短的区别，病程不一，发作时有些病人还有先兆症状。故而又分先兆期、发作期、缓解期。

先兆期：先兆有的患者明显，有的患者并不明显，但大多数患者可予先见到眼痒、鼻痒、打喷嚏、流清涕，自感胸闷，气紧不舒，情绪不宁等。

发作期：见有咽喉不利，鼻痒流涕，胸闷微咳干呛，呼吸困难，或喉中痰鸣，有如水鸡声，痰粘稠而量不一定多，或感不易咳出，咯痰不利，甚则张口抬肩，

端坐不能平卧，目胀睛突，口唇紫绀，喘憋汗出，多烦躁不安，恐惧难宁；持续重型哮喘多称大发作，持续 24 小时者称哮喘持续状态，此时喘憋重，紫绀严重，大汗淋漓，严重缺氧，此时中医称为：暴喘或喘脱。

缓解期：（或称间歇期）：即患者在发作后，或因季节发病因素去除，病有缓解，而出现的间歇期，此时气憋胸闷，痰鸣得止，气道改善。在缓解期也应该注意，虽哮喘已止，但有些病人仍可见肺脾肾经的有关症状，也应采取相应的预防措施。

## 2. 分型的认识

感染型：发病多因反复的上呼吸道感染或肺部感染，或因外感原因诱发，多见于成年人，易发于秋冬季节。

吸入型：发作多与吸入某些过敏性抗原有关，如花粉、尘埃、异味、螨虫……等，常有明显的季节性和致敏原因，春末秋初为多发季节，发作时常有鼻痒、眼痒，连续打喷嚏，晨起流清涕，胸憋不适或有微咳表现。

混合型：兼有以上两种类型的特点，即可因感染或吸入、食入异物、异味而发，多表现为病史较长，终年四季可发，反复加重，常见有哮喘、咳喘及咯痰等症状，以成人较多见。

## 3. 分度

（1）非急性发作期病情总评价，系根据临床症状，肺功能及用药进行评估，分间歇发作、轻度、中度、重

度。

(2) 急性发作时严重程度评价分为轻、中、重、危重。

#### 四、病因与病机

1. 哮喘的病因：西桥认为支气管哮喘病因系属过敏性疾病，有外原性吸入、食入异物等原因；也有因感染所致者，还有就是遗传与体质方面的原因。而中医同样有外邪、饮食、体质、情志等原因。

##### 2. 病机概要

(1) 病理因素重于痰：痰源于脾，渍于肺，肺失输布，脾不能运，肾不能蒸化水液，则使津液凝结成痰，从而痰伏于肺而成“夙根”，成为发病的潜在因素。所谓“夙根”，即旧病之根。哮喘病言及“伏痰”，即痰液伏于气道，导致壅滞不畅，狭窄挛急。

(2) 气道挛急是哮喘发病的重要方面：由于外受风寒风热之邪，或因吸入花粉、尘埃等物，或因感染、感冒影响气道，使之反应性增强，出现气道挛急不畅，呼吸困难，通气障碍，常使哮喘加重。

(3) 病位在肺和气管，且关系脾与肾：“肺为贮痰之器”、“脾为生痰之源”，就二者关系而言，肺主输布水液，脾主运化水湿；就肺肾关系而言，肾主水，有蒸化水液之功，又肾主纳气，肺主呼气，肺吸入之气必须下纳于肾。肺虚日久，可致脾虚不运，脾虚又可深入及肾，导致肾虚。

(4) 痰气搏结是其机理：无论是痰液，还是风邪，

抑或风寒邪气，均可导致气道壅塞，肺气失宣，伏痰引动，气机不畅而成其病机内容。

## 五、哮喘的临证步骤与辨证要点

### 1. 注意临证步骤

(1) 抓住主症：即主诉的喘促痰鸣，鼻痒，因痒胸憋有痰，张口抬肩，或夜不得卧。收集四诊内容。

(2) 分析病位：即看在肺、在脾、在肾、在表还是在里。

(3) 确定病性：看其新病久病，是发作期还是缓解期，从而确定属实属虚；发作期多为实证，痰浊内阻，气道挛急；缓解期多为虚证，责之于肺脾肾三脏之虚。

2. 注意危难重症：有的患者常发病迅速，急暴而起，称之暴喘，又有持续 24 小时不能缓解称哮喘持续状态，此时严重者出现大汗淋漓，哮喘不止，张口抬肩，缺氧严重，紫绀，脉细数，为欲出现喘脱之征象。此时应采取多种方法治疗，尽快使之稳定，否则亦有生命危险，为哮喘治疗中的难点之一。

### 3. 掌握哮喘的辨证要点

(1) 搞清分期与病史：了解哮喘的分期的先兆，还是发作期、缓解期，注意病史演变，这可以了解其发作情况及治疗情况。

(2) 分清寒、热、痰阻及风邪之不同：寒哮当伴有寒证，热哮当有热证，而痰阻则属痰鸣，乃痰气搏结使然。若认定为风邪外袭，痰浊内阻而致气道挛急，当有突发突止的特点，尤其是哮喘音，并可见鼻痒、咽痒之

风证表现。

(3) 区别标本缓急，“急则治期标，缓则治其本”。视其舌脉症状示属其在肺、在肾以用祛邪还是扶正。

## 六、辨证与治疗

### 1. 辨证

(1) 先兆期：支气管哮喘或哮喘病患者常伴有颇似过敏性鼻炎之症状，表现为鼻痒、咽痒、眼痒，常有打喷嚏，流清涕，先兆期有时还伴有轻度胸部憋闷不畅感，常有心绪不宁，脉多浮，舌苔薄白。其证为风邪外袭，伤及肺卫。

### (2) 发作期

寒哮：喘憋气逆，喉中哮鸣有声，胸膈满闷，气壅痰升，呼吸憋闷急促，肺气闭郁不得宣畅，导致气道狭窄挛急而气促，痰白而粘稠薄多沫，素有寒饮内伏为内在诱发因素，多因外感受凉而病发，受凉者伴有形寒肢冷，或恶寒发热，可有突然发作哮喘，舌苔白滑，脉弦紧。证属夙有伏痰，寒邪伤肺。

热哮：肺内常有郁热痰伏，外邪侵袭，肺失清肃，肺气上逆也可致痰气搏结，气道不畅。而哮喘气粗息壅，喉中痰鸣如吼，或声如拉锯，胸高胁胀，咳呛阵作，咯痰粘稠，咯出不利，或黄或黄白相兼，口苦，口渴喜饮，不恶寒，或兼发热，舌苔黄腻或白腻，脉滑而数。属痰热内壅，肺气郁闭。常可因外感寒热，或兼见感染，多易反复发作。

痰哮：多以痰气壅塞气道，寒热不明显，由于肺气

不降，痰浊内阻，而致气道狭窄。症见喉中痰鸣漉漉有声，痰涎壅盛，喘不得卧，咯痰粘稠，不易咳出，自感痰能咳出为快，多反复发作，舌苔白腻厚浊，脉弦滑实有力。当属痰浊壅肺，气逆哮喘。

风哮：发作时多有先兆，寒热不明显，或突然发作，或多有过敏史和致敏源接触史，如花粉，异味，饮食不当等，其症多见有鼻痒、咽痒、眼痒，流清涕，打喷嚏，喉中不利，喘鸣如水鸡声，喘促气急，胸中憋而不畅，气不得续，夜不得卧，伴微咳，痰少而粘。常有季节性发作，突发突止，夜重日轻，舌苔薄白，脉弦浮。证属风痰气阻，气道挛急。

(3) 哮喘持续状态：风、寒、热、痰诸哮均可因病情加重而出现哮喘持续不解，24小时甚或更长时间不能平息，并伴有喘憋，头汗出，目睛外突，气不得续，胸高抬肩，起伏频作，心急烦躁不安，或大便秘结或不畅，喉中痰声如鸣，气壅痰盛，喉有哮鸣声声不断，严重缺氧，口唇紫绀明显，有喘脱之状。舌质紫暗，苔少，脉细数。其证为喘脱气憋，痰瘀阻肺，寒热错杂，虚实并见。

#### (4) 缓解期（间歇期）

肺肾气虚：多属反复发作患者的间歇期表现，为久病致虚。症状表现为时有自汗，动则喘甚，平时易患感冒，怕风，偶有因气候变化而诱发，舌苔薄白，舌淡或暗，脉沉细无力。

肺脾两虚：亦见于反复发作患者，属久病致虚，哮

喘发作后可见食少纳呆，时有痰浊，大便不实，气短懒言，舌苔白腻，脉细软。

## 2. 哮喘的治疗

### (1) 治则与治法

治则乃中医治疗疾病的大法，是进行诊治疾病的大的指导原则，哮喘应当宗“急则治其标，缓则治其本”或“标本兼治”的原则，而且要以辨证论治为基础，注重病因、病机的分析。如“寒者热之”、“热者寒之”，又如“扶正祛邪”、“扶正固本”以及“虚则补之”、“实则泻之”等等，都是应当坚持的原则精神。

其治法当根据辨证论治的结果，寒哮宜温肺化痰；热哮当清肺化痰，兼见表证则应解表，风邪外受者当以疏风解痉平喘为法，虚者则应补其虚。因而有解表、宣肺、疏风、解痉、化痰平喘、清肺、温肺、健脾、益气、活血、固肾、纳气等等。

### (2) 辨证治疗的方药

先兆期：以疏风宣散固表为主。

方药：苍耳子散加味。

辛夷、薄荷、苍耳子、苏叶、蝉衣、僵蚕、地龙、黄芪、荆芥、防风、细辛、山萸等。

发作期哮喘治法方药：

寒哮：温肺散寒，降气化痰平喘。

方药：小青龙汤加味：

麻黄、杏仁、细辛、五味子、干姜、桂枝、半夏、苏子、前胡等。

热哮：清肺化痰，降气平喘。

方药：清肺化痰平喘汤。

麻黄、杏仁、黄芩、知母、鱼腥草、双花、连翘、地龙、大黄、桑白皮、川贝、生石膏等。

痰哮：涤痰利肺，降气平喘。

方药：三子养亲汤加味：

苏子、莱菔子、白芥子、半夏、海浮石、黛蛤散、郁金、菖蒲、远志。

风哮：祛风解痉，化痰平喘。

方药：黄龙解痉平喘汤：

麻黄、杏仁、白果、白芍、苏叶、蝉衣、菖蒲、虎杖、远志、五味子等。

哮喘持续状态治法方药：

治法：理肺化痰，解痉平喘。

方药：黄龙解痉平喘汤加味。

麻黄、杏仁、白果、白芍、苏叶、蝉衣、地龙、菖蒲、虎杖、远志、五味子、鱼腥草、大黄等。有寒热表现者，针对寒热加减用药，如加黄芩、知母或桂枝、干姜、细辛等；有喘脱者当固脱益气，生脉饮注射液、双黄连粉针，或加西洋参。银黄气雾剂喷雾等。

缓解期：

肺肾气虚：调补肺肾，纳气平喘。

方药：肺肾调补方加味：

西洋参、冬虫夏草、枸杞子、山萸、女贞子、五味子、淫羊藿、白果、冬花、丹参、茯苓等



脾肺两虚：益肺健脾。

方药：六君子汤加味：

党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、半夏、苏子、紫菀、冬花、丹参、黄精、生黄芪等。

(3) 治疗哮喘、咳痰用药经验

咳与痰的用药经验：

咳者：视咳声之轻重，寒、热、虚、实等情况。

干咳少痰者，当须养阴润肺，药用麦冬、沙参、炙枇杷叶等。

咽痒干咳可用苏叶、蝉蜕、僵蚕、薄荷等。

有痰而咳者，当用化痰止咳，药以桔红、半夏、百部、苏子。

痰热咳嗽当清肺化痰止咳，药如黄芩、鱼腥草、知母、贝母、黛蛤散等。

风寒咳嗽当以温肺散寒止咳，药如麻黄、杏仁、前胡、细辛、百部等。

咳声低微者当以益肺补气止咳，药如太子参、西洋参、黄精、山萸、紫菀等。

痰者：视咯痰量、颜色、质地、粘稠度。

寒痰者当温肺化痰，药如白芥子、麻黄、苏子、半夏、茯苓等。

热痰者清肺化痰，药如黄芩、鱼腥草、竹沥水、川贝等。

湿痰者燥湿化痰，药如半夏、桔红、莱菔子、茯苓等

脾虚生痰者当健脾化痰，药如白术、茯苓、陈皮、半夏等。

浊痰当健降浊化痰，药用海浮石、郁金、黛蛤散。

燥痰者当以润燥化痰，药如麦冬、沙参、川贝等。

喘者：当视喘状及寒热虚实之辨证而给药。

寒喘当以温肺散寒平喘，药如麻黄、细辛、虎杖等。

热喘当以清肺平喘，药如黄芩、鱼腥草、地龙等。

痰喘当以祛痰平喘，药如菖蒲、苏子、莱菔子、白芥子等。

因风所致或喘急者当以疏风解痉平喘，药如麻黄、蝉衣、苏叶、地龙等。

肺虚喘息当敛肺平喘，药如五味子、白果、蛤蚧、冬虫夏草等。

肾虚喘息当以补肾纳气，药如山萸、淫羊藿、蛤蚧、冬虫夏草等。

气虚喘息当补气平喘，药如黄芪、人参、西洋参、黄精等。

过敏性哮喘当以脱敏平喘，药用苏叶、蝉衣、姜蚕、地龙等。

#### (4) 其他疗法

应急措施：可采用紫金丹5~10粒，冷茶下；针灸治疗可取定喘穴，天突、内关，也可采取背部拔火罐法治疗。

药物雾化吸入：气雾剂吸入如双黄连粉针剂、银黄

气雾剂喷雾。

白芥子贴掌法：

白芥子、元胡、细辛、川遂为粉，加麝香和匀，用姜汁调敷于肺腧、膈腧、心腧，每次2~6小时，10天一次，共贴三次。贴后皮肤局部有麻、痒、热、痛感。

### 七、转归和预后

转归：该病的发作特点具有突发性，且喘憋哮鸣，发作时会使患者产生恐惧心理，尤其是反复发作会给患者带来很大痛苦，但本病可以于治疗及时而得到缓解。部分患者持续时间长，反复加重，轻可转重；表寒可以化热，伏痰可因风寒或热邪而加重。初病多为实证，久病可以转虚，临床中常表现出从肺虚至脾虚及至肾虚的发病规律。所说“内科不治喘”是说重者易复发，而诱发因素多也是一个重要原因。

预后：哮喘如果治疗顺利，体质好，邪浊不重，病情较轻者完全可以缓解。缓解期（间歇期）轻者一周可愈，中、重度及危重度患者要重视综合治疗。该病还可合并感染，若反复发作可使病情加重，发展成低氧血症，晚期还可以有二氧化碳潴留及阻塞性肺气肿、慢性肺原性心脏病。故而在病情缓解时也要重视扶正，通过治疗达到“正气存内，邪不可干”。

### 八、预防和保健

哮喘的防治，发作时以治标为主，平时即缓解期（间歇期）应及时治本，尤其要注意预防和保健，避免各种诱发因素，也是防治哮喘的重要内容。

1. 首先注意气候影响，当天气突然转冷时，应及时做好防寒保暖，防止感冒及外邪侵袭。

2. 避免刺激性气体、灰尘、花粉、棉毛物、油烟异味，吸烟者当戒烟。

3. 饮食要清淡，忌食生冷及肥甘海鲜，少食酸咸辛辣。

4. 避免过度劳累或情志恼怒烦闷刺激，防止在潮湿阴暗处劳作、居住。

5. 注意观察周围环境有无对哮喘患者的诱发因素，且当避免接触。

6. 平时应注意锻炼身体，增强体质，进行耐寒及呼吸锻炼，如太极拳、气功以调整呼吸。

7. 间歇期应注意扶正固本的治疗，注意补肺健脾益肾，以及注意服用脱敏药物，以培养抗过敏和防卫机能。

## 九、几点体会

1. 治要早，辨要准，用药精，收效快。

2. 急时治标，缓时治本，尤其不要忽略间歇期扶正固本治疗。

3. 哮喘持续状态注意适当采用激素的短期应用，也要防止乱用激素和抗生素的问题，吸氧也是必要的。

4. 注意整体，考虑全面，从整个哮喘病的全过程，分期、分型、分度、分证治疗。

5. 及时注意理化检查，如肺功能、嗜酸细胞计数、血气等。

## 十、哮喘治疗验案举例

### 1. 治疗夙有痰饮，外受风寒诱发哮喘病案。

治一素有痰饮咳喘，复受外感风寒引发哮喘者，其病史已有 10 余年，多于每年秋末冬初加重，今秋又发哮喘，喉中痰鸣，不能平卧，恶寒咳痰，脉弦滑，舌苔白滑。

证属风寒外受，痰浊阻肺。

拟用温肺散寒，化痰平喘。

麻黄、桂枝、温肺解表，宣肺平喘。

干姜、细辛、温肺散寒，化痰平喘。

橘红、苏子、半夏、理肺化痰，清利气道。

杏仁、厚朴、五味子、降气敛肺平喘。

服用上方 10 剂好转，继中药调理而愈。

### 2. 疏风解痉化痰平喘治疗哮喘案

一患者哮喘 5 年，每于春末夏初（5 月）发作，此次始有鼻痒、眼痒、流涕等先兆症状，继则喘憋气急，不得卧，大汗淋漓，焦虑，便干、脉数，苔白微腻。

证属：风邪犯肺，肺失宣降，气道挛急。

拟用疏风解痉，宣肺降气，通便平喘。

炙麻黄、苏叶、蝉衣，疏风解痉平喘。

杏仁、菖蒲、远志，宣肺化痰，通窍利气。

白芍、地龙、赤芍，解痉缓急，活血平喘。

白果、五味子、敛肺纳气平喘。

大黄、清热活血，通便平喘。

### 3. 扶正固本防治支气管哮喘案

1988年治一女性患者，哮喘反复发作11年，每于秋季加重，近4年来反复应用激素及平喘药。此次来诊时已加重3天，咳喘痰鸣，汗出，动则喘甚，面色㿔白，精神不振，张口抬肩，脉沉细数，舌质淡。

证属：脾肾阳虚，肾不纳气。

拟用补肾健脾化痰，纳气平喘。

制附子、补骨脂、女贞子、枸杞子、固肾温阳，纳气平喘。

五味子、炙麻黄、白果、山萸，理肺纳气平喘。

茯苓、半夏、陈皮、菖蒲，健脾化痰。

地龙、赤芍、解痉活血平喘。

#### 4. 哮喘膏外敷治疗哮喘案

一女性58岁患者，每年夏天发作，历时18年，近5年加重。来诊时正值暑伏，哮喘发作喘急，喉中痰鸣，易感冒，咳嗽有少量痰，脉弦滑。

证属：痰浊内阻，气道挛急不畅。

拟用理肺化痰，利气平喘，以哮喘膏外敷。

哮喘膏系用炒莱菔子、元胡、甘遂、细辛研面，取生姜压汁，调膏备用。用时背部取肺俞、心俞、膈俞穴位（双侧），贴敷1.5~2小时，或4小时，贴后麻、热感，或痒痛，共贴3次，10天1次。此法有时用于夏暑伏天贴敷，又称“冬病夏治”。该法除治疗哮喘外，还可以用于喘息型支气管炎。用后感冒及哮喘、咳喘发作次数均减少。

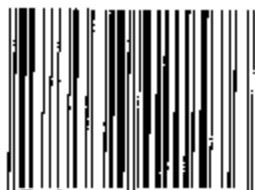
# 琚石集

十九位著名中医学家经验传薪



北京科学技术出版社

ISBN 7-5384-2157-2



9 787538 421576 >